写

事　務　連　絡
令和８年４月２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）　　御中
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）

厚生労働省保険局医療課

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

下記の通知について、それぞれ別添１から別添６までのとおり訂正しますので、その取扱いについて周知徹底を図られますよう、お願いいたします。

また、令和８年３月５日付官報（号外第 46 号）に掲載された令和６年度診療報酬改定に伴う関係告示については、別添７のとおり、官報掲載事項の訂正が行われる予定ですので、あらかじめお知らせします。

・「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）（別添１）
・「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）（別添２）
・「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３）
・「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日保発 0305 第 19 号）（別添４）
・「訪問看護ステーションの基準に係る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９号）（別添５）
・「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について」
（令和８年３月５日保医発 0305 第１号）（別添６）

（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について
（令和８年３月５日保医発 0305 第６号）

別添１

医科診療報酬点数表に関する事項

第１章　基本診療料
第２部　入院料等
第３節　特定入院料
Ａ３０６　特殊疾患入院医療管理料
（７）　平成 28 年３月 31 日時点で、継続して６か月以上脳卒中を原因とする重度の意識障害によって特殊疾患入院医療管理料を算定する病室に入院している患者であって、引き続き同病室に入院しているもの、令和４年３月 31 日時点で脳卒中又は脳卒中の後遺症により特殊疾患入院医療管理料を算定する病棟に入院している患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって、引き続き同病棟に入院しているもの、令和６年３月 31 日時点で特殊疾患入院医療管理料を算定している病棟に入院している患者であって、「Ｊ０３８」人工腎臓、「Ｊ０３８－２」持続緩徐式血液濾過、「Ｊ０３９」血漿交換療法又は「Ｊ０４２」腹膜灌流を行っている慢性腎臓病の患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等及び「注４」又は「注６」に規定する点数を算定する患者を除く。）であり、引き続き当該病棟に入院しているもの及び令和８年３月 31 日時点で廃用症候群により~~障害者施設等入院基本料~~特殊疾患入院医療管理料を算定する~~病棟~~病室に入院している患者（脳卒中又は廃用症候群の発症前から重度の肢体不自由児（者）であった患者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって、引き続き当該病棟に入院しているものについては、医療区分３に相当するものとみなす。なお、脳卒中を原因とする重度の意識障害によって特殊疾患入院医療管理料を算定する病室に入院している患者であって、その疾患及び状態等が医療区分３に規定する疾患及び状態等に相当するものについては、注４によらず、特殊疾患入院医療管理料に規定する所定点数を算定すること。

Ａ３０９　特殊疾患病棟入院料
（７）　平成 28 年３月 31 日時点で、継続して６か月以上脳卒中を原因とする重度の意識障害によって特殊疾患病棟入院料を算定する病棟に入院している患者であって、引き続き同病棟に入院しているもの、令和４年３月 31 日時点で脳卒中又は脳卒中の後遺症により特殊疾患病棟入院料を算定する病棟に入院している患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって、引き続き同病棟に入院しているもの、令和６年３月 31 日時点で特殊疾患病棟入院料を算定している病棟に入院している患者であって、「Ｊ０３

８」人工腎臓、「Ｊ０３８－２」持続緩徐式血液濾過、「Ｊ０３９」血漿交換療法又は「Ｊ０４２」腹膜灌流を行っている慢性腎臓病の患者（重度の肢体不自由児（者）、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等及び「注４」若しくは「注６」に規定する点数を算定する患者を除く。）であり、引き続き当該病棟に入院しているもの及び令和８年３月 31 日時点で廃用症候群により~~障害者施設等入院基本料~~特殊疾患病棟入院料を算定する病棟に入院している患者（脳卒中又は廃用症候群の発症前から重度の肢体不自由児（者）であった患者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって、引き続き当該病棟に入院しているものについては、医療区分３に相当するものとみなす。なお、脳卒中を原因とする重度の意識障害によって特殊疾患病棟入院料を算定する病棟に入院している患者であって、その疾患及び状態等が医療区分３に規定する疾患及び状態等に相当するものについては、注４によらず、特殊疾患病棟入院料に規定する所定点数を算定すること。

第２章　特掲診療料

第２部　在宅医療

第２節　在宅療養指導管理料

第１款　在宅療養指導管理料

Ｃ１０７－３　在宅ハイフローセラピー指導管理料

（４）　在宅ハイフローセラピー指導管理料２の対象となる患者は、以下のいずれも満たす重度の低酸素血症の患者であって、在宅で高濃度の酸素吸入（~~吸入酸素濃度（F_1O_2）60％以上~~酸素流量６L/分以上）を伴うハイフローセラピー（以下この項において「高濃度酸素ハイフローセラピー」という。）を行うことが適当と医師が認めた者とする。

ア　間質性肺炎、急性呼吸窮迫症候群、重症肺炎等の呼吸器疾患に対し、入院による適切な治療が行われたにもかかわらず、常時、高濃度の酸素吸入（~~吸入酸素濃度（F_1O_2）60％以上~~酸素流量６L/分以上）を要する重度の低酸素血症が持続していること。

イ　在宅において高濃度酸素ハイフローセラピーを開始する直前まで、低酸素血症の原疾患に対する治療目的に入院しており、当該入院中に高濃度の酸素吸入を伴う「Ｊ０２６－４」ハイフローセラピーが開始され、離脱が困難であること。

ウ　適切な治療にかかわらず、原疾患の改善が見込めない状態であること。

エ　アからウまでの状態を十分に理解したうえで、患者本人が気管挿管又は気管切開による呼吸管理を希望せず、在宅における療養を希望していること。

第３部　検査

＜通則＞

18　初診、再診又は在宅医療において、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日~~又は当該保険医療機関が訪問看護遠隔診療補助料を算定する日~~に、訪問看護ステーション等の看護師等が、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又は看護師等という患者に対する情報通信機器を用いた診療において、当該患者の診療を担う保険医が所属する保険医療機関が訪問看護遠隔診療補助料を算定する日若しくは訪問看護ステーション

が訪問看護を行う日に、訪問看護ステーションの看護師等が、当該保険医の指示に基づき、当該訪問看護の一環として、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、当該保険医療機関において、第１節第１款検体検査実施料を算定するとともに、検体採取に当たって必要な試験管等の材料を患者に対して支給すること。なお、当該保険医の診療日以外の日に実施する場合にあっては、当該検体採取が実施された日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

19　「通則７」に規定する看護師等遠隔診療検査実施料は、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療機関の保険医の指示に基づき、当該保険医療機関又は訪問看護ステーションの看護師又は准看護師が、第３節及び第４節の検査を実施した場合に、当該検査の所定点数に代えて算定する。当該検査に際して使用した薬剤の費用については第５節薬剤料により、特定保険医療材料の費用については第６節特定保険医療材料料により、患者の診療を担う保険医療機関において算定し、検査に当たって必要な試験管等の材料を患者に対して支給すること。この場合にあっては、当該検査の区分番号を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

第１節　検体検査料

第２款　検体検査判断料

Ｄ０２６　検体検査判断料

（６）　「Ｄ００４－２」悪性腫瘍組織検査の「１」の悪性腫瘍遺伝子検査、「Ｄ００４－３」ＤＮＡメチル化検出検査、「Ｄ００６－２」造血器腫瘍遺伝子検査から「Ｄ００６－９」ＷＴ１ ｍＲＮＡまで、「Ｄ００６－11」ＦＩＰ１Ｌ１－ＰＤＧＦＲα融合遺伝子検査から「Ｄ００６－20」角膜ジストロフィー遺伝子検査まで及び「Ｄ００６－22」ＲＡＳ遺伝子検査（血漿）から「Ｄ００６－31」ＩＤＨ１遺伝子検査までに掲げる検査に係る判断料は、遺伝子関連・染色体検査判断料により算定するものとし、尿・糞便等検査判断料又は血液学的検査判断料は算定しない。

第７部　リハビリテーション

第１節　リハビリテーション料

Ｈ００２　運動器リハビリテーション料

（17）　「注５」に規定する休日リハビリテーション加算は、当該施設における運動器疾患に対する発症、手術又は急性増悪後切れ目のないリハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者又は入院中の患者以外の患者（大腿骨頸部骨折の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（「Ａ２４６」注４の地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。）に限る。）に対して休日にリハビリテーションを行った場合に「注２」、「注３」及び「注４」に規定する加算とは別に算定することができる。なお、特掲診療料の施設基準等別表第九の六第二号に掲げる患者については、手術を実施したもの及び急性増悪したものを除き、「注５」に規定する加算は算定できない。

Ｈ００３　呼吸器リハビリテーション料

（11）　「注５」に規定する休日リハビリテーション加算は、当該施設における呼吸器疾患の発

症、手術、急性増悪又は当該疾患に対する治療開始後切れ目のないリハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者に対して休日にリハビリテーションを行った場合に「注２」、「注３」及び「注４」に規定する加算とは別に算定することができる。なお、特掲診療料の施設基準等別表第九の七第三号に掲げる患者については、急性増悪したものを除き、「注５」に規定する加算は算定できない。

Ｈ００３－２　リハビリテーション総合計画評価料

（４）　リハビリテーション総合実施計画書は、別紙様式 21 又はこれに準じた様式とする（令和８年度改定前の「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６年３月５日保医発 0305 第４号）の別紙様式 21 の６又は別紙様式 23（当該様式を参考としたものを含む。）を使用して差し支えない。）。記載内容は、リハビリテーションに関する実施計画に不足がないよう留意した上で、患者又はその家族等の理解に資する記載になるよう、十分配慮すること。

第８部　精神科専門療法

第１節　精神科専門療法料

Ｉ０１２　精神科訪問看護・指導料

(32)　「注 13」に規定する特別地域訪問看護加算は、次のいずれかに該当する精神科・訪問看護・指導を行った場合に、精神科訪問看護・指導料の所定点数（注に規定する加算は含まない。）の 100 分の 50 に相当する点数を加算する。

ア　特別地域訪問看護加算のイの場合とは、当該保険医療機関の所在地から患家までの訪問につき、最も合理的な通常の経路及び方法で片道１時間以上要する患者に対して、特別地域に所在する保険医療機関の保健師等が精神科訪問看護・指導を行った場合又は特別地域外に所在する保険医療機関の保健師等が、特別地域に居住する患者に対して精神科訪問看護・指導を行った場合である。なお、交通事情等の特別の事情により訪問に要した時間が片道１時間以上となった場合は該当しない。

イ　特別地域訪問看護加算のロの場合とは、当該保険医療機関の所在地から患家までの訪問につき、最も合理的な通常の経路及び方法で片道 30 分以上要する患者に対して、特別地域に所在する保険医療機関の保健師等が特別地域に居住する患者に対して精神科訪問看護・指導を行った場合で、かつ、精神科訪問看護・指導のため保健師等が当該保険医療機関の所在地から患家までの往復及び精神科訪問看護・指導を実施した時間の合計が２時間 30 分以上であった場合である。なお、交通事情等の特別の事情により訪問に要した時間が片道 30 分以上となった場合は該当しない。

ウ　特別地域訪問看護加算を算定する保険医療機関は、その所在地又は患家の所在地が特別地域に該当するか否かについては、地方厚生（支）局に確認すること。

第 10 部　手術

第１節　手術料

第７款　胸部

Ｋ４７６－４　ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）（内視鏡下によるものを含

む。）

（１）　乳腺腫瘍患者若しくは遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者に対する乳房切除術、先天性乳房形成不全、先天性乳房欠損又は乳腺悪性腫瘍手術後の乳房再建術にゲル充填人工乳房を用いた場合に限り算定できる。

（２）　乳腺腫瘍患者若しくは遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者に対する乳房切除術、先天性乳房形成不全、先天性乳房欠損又は乳腺悪性腫瘍手術後の乳房再建術を行う症例で、次のいずれかに該当した場合に限り算定できる。その際、次のいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ア　一次一期的再建の場合

大胸筋が温存され皮膚欠損が生じない乳輪乳頭温存皮下乳腺全摘術を行った症例又は先天性乳房形成不全若しくは先天性乳房欠損の症例。ただし、乳腺悪性腫瘍術後の場合においては、術前診断において早期乳癌(Stage0-IIIA)で、皮膚浸潤、大胸筋浸潤や高度のリンパ節転移を認めないこと。

イ　一次二期的再建の場合

乳腺全摘術時又は先天性乳房形成不全若しくは先天性乳房欠損の症例に対し組織拡張器が挿入され、十分に皮膚が拡張されている症例。

ウ　二次再建の場合

乳腺全摘術後で大胸筋が残存しており、初回手術で組織拡張器が挿入され十分に皮膚が拡張されているか、皮弁移植術などにより皮膚の不足が十分に補われている、あるいは十分に補われることが見込まれる症例。ただし、放射線照射により皮膚の血行や弾力性が障害されていないこと。

別紙様式4-2

医薬品供給不安等に伴う患者紹介に係る案内書

（１）

令和　　年　　月　　日

紹介元保険薬局の所在地及び名称

電　話

（FAX）

保険薬剤師氏名

署名（又は記名押印）

患者名：　　様

在庫がない医薬品名：（　　）
処方元保険医療機関名：（　　）
紹介先保険薬局の名称：（　　）

処方箋期限の間に上記の紹介先保険薬局まで調剤を受けに行ってください。

以下の（２）を切り離さずに紹介先保険薬局にお渡しください。

（２）

（紹介先保険薬局の名称）殿

電話相談日時：　　年　　月　　日　　時ころ
相談対応者氏名：　　殿
在庫確認医薬品名：
自薬局で調剤ができない理由：（　　）

紹介先保険薬局ではこの案内書を２年間保管すること。

〔お願い〕

紹介元保険薬局が、患者又はその家族等に、処方箋有効期限内に紹介先保険薬局に行くよう案内するとともに、紹介先保険薬局へ提示するよう説明した上で配布してください。

別紙様式7

歯科矯正相談における結果報告書様式

<table>
<tr><td colspan="2">患者氏名:</td><td colspan="2">年齢・性別:　　歳　か月　男・女</td></tr>
<tr><td colspan="2">検査日:　　年　　月　　日</td><td colspan="2">学校歯科健診の実施日または通知日:　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>ヘルマンの歯齢</td><td colspan="3">☐ＩA:乳歯未萌出期　☐ＩC:乳歯萌出開始期
☐ⅡA:乳歯萌出完了期　☐ⅡC:第一大臼歯、前歯萌出開始期
☐ⅢA:第一大臼歯、前歯萌出完了期　☐ⅢB:側方歯群交換期
☐ⅢC:第二大臼歯萌出開始期　☐ⅣA:第二大臼歯萌出完了期
☐ⅣC: 第三大臼歯萌出開始期　☐ＶA:第三大臼歯萌出完了期</td></tr>
<tr><td rowspan="10">検査項目および所見（実施した項目および該当する項目は✓または〇で囲んでいます）</td><td>エックス線写真</td><td colspan="2">☐デンタル　☐パノラマ　☐セファロ</td></tr>
<tr><td>写真</td><td colspan="2">☐口腔内　☐顔面</td></tr>
<tr><td>顔面（正面）</td><td colspan="2">☐左右対称　☐左右非対称</td></tr>
<tr><td rowspan="2">顔面（側面）</td><td colspan="2">☐正常　☐凸型（上顎が出ている）</td></tr>
<tr><td colspan="2">☐凹型（下顎が出ている）</td></tr>
<tr><td>歯型の模型</td><td colspan="2">☐あり　☐なし</td></tr>
<tr><td>かみ合わせの異常</td><td colspan="2">☐あり　☐なし（経過観察を含む ）
↳ ☐反対咬合(受け口)
☐上顎前突(出っ歯)
☐開咬(上下の前歯が開いている)
☐その他（　　）</td></tr>
<tr><td>歯並びの異常</td><td colspan="2">☐あり　☐なし（経過観察を含む ）
↳ ☐叢生
☐その他（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">永久歯の先天欠如</td><td colspan="2">☐あり　☐なし　☐不明</td></tr>
<tr><td colspan="2">↳ ☐前歯　☐小臼歯　☐大臼歯</td></tr>
<tr><td rowspan="2">萌出に問題のある永久歯</td><td colspan="2">☐あり　☐なし</td></tr>
<tr><td colspan="2">↳ ☐前歯　☐小臼歯　☐大臼歯</td></tr>
<tr><td rowspan="2">口の機能の問題</td><td colspan="2">☐あり　☐なし</td></tr>
<tr><td colspan="2">↳ ☐口の習癖　☐咀嚼　☐嚥下　☐発音
☐呼吸　☐その他（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">保険診療の対象となる疾患</td><td colspan="3">☐あり・疑いあり(疾患名:　　)　※☐なし</td></tr>
<tr><td colspan="3">※☑なしの場合でも、精密検査を行っていないため確定診断ではありません。</td></tr>
<tr><td>結果</td><td colspan="3">☐上記項目で「☑あり・疑いあり」の場合は、保険適用の可能性がありますので、施設基準を取得している専門医療機関をご紹介いたします。
（紹介医療機関名:　　）
☐今後、矯正治療が必要になる可能性があります。なお、現時点では保険適用ではありませんので、自費診療になります。</td></tr>
</table>

※上記は　　年　月時点での診断結果です。今後、お子様の成長や発育に伴って、将来的に歯並びやかみ合わせ等が変わり矯正治療が必要になる場合があり、この場合は、再度精密な検査・診断が必要になります。

保険医療機関名（担当歯科医師）:　　（　　）

（別紙様式21）

リハビリテーション実施計画書（総合実施計画書）

※リハビリテーション総合実施計画書として使用する場合はリハビリテーション総合実施計画書の面も記載すること。

患者氏名		性別 （☐男 ☐女）	年齢 （　　歳）	発症日、手術日及びリハビリテーション開始日
算定病名		治療内容（手術を行った場合は、術式を含む）		発症日 （　　年　　月　　日）
				手術日 （　　年　　月　　日）
				リハ開始日 （　　年　　月　　日）
併存疾患・合併症		安静度・リスク		禁忌・特記事項

心身機能・構造（※該当する項目のみ記載すること。客観的評価も記載すること。）

☐ 意識障害（ JCS ・ GCS　　）
☐ 呼吸機能障害
　－ ☐ 酸素療法 （　　） L/min　☐ 気切　☐ 人工呼吸器
☐ 循環障害
☐ －　EF （　　） %　不整脈（☐有 ☐無）
☐ 危険因子
☐ 高血圧症　☐ 脂質異常症　☐ 糖尿病　☐ 喫煙
☐ 肥満　☐ 高尿酸血症　☐ 慢性腎臓病　☐ 家族歴
☐ 狭心症　☐ 陳旧性心筋梗塞　☐ その他
☐ 摂食嚥下障害 （　　）
☐ 栄養障害 （　　）
☐ 排泄機能障害 （　　）
☐ 褥瘡 （　　）
☐ 疼痛 （　　）
☐ その他 （　　）

☐ 関節可動域制限 （　　）
☐ 拘縮・変形 （　　）
☐ 筋力低下 （　　）
☐ 運動機能障害 （☐麻痺 ☐不随意運動 ☐運動失調 ☐パーキンソニズム）
☐ 筋緊張異常 （　　）
☐ 感覚機能障害（ ☐聴覚 ☐視覚 ☐表在覚 ☐深部覚）
☐ 音声・発話障害
　（　　））
☐ 高次脳機能障害（☐記憶 ☐注意 ☐失行 ☐失認 ☐遂行）
☐ 精神行動障害 （　　）
☐ 見当識障害 （　　）
☐ 記憶障害 （　　）
☐ 発達障害 （☐自閉スペクトラム症 ☐学習障害 ☐注意欠陥多動性障害
　☐ その他 （　　））
☐ 認知症

基本動作

☐ 寝返り （☐自立 ☐一部介助 ☐介助 ☐非実施）
☐ 起き上がり （☐自立 ☐一部介助 ☐介助 ☐非実施）
☐ 立ち上がり （☐自立 ☐一部介助 ☐介助 ☐非実施）
☐ 座位保持 （☐自立 ☐一部介助 ☐介助 ☐非実施）
☐ 立位保持 （☐自立 ☐一部介助 ☐介助 ☐非実施）
☐ その他 （　　）

日常生活活動（動作）（実行状況）（※ BIまたはFIMのいずれかを必ず記載すること。）

使用用具及び介助内容等

項目			得点 開始時→現在 FIM		BI		
運動	セルフケア	食事	→		10・5・0	→	10・5・0
		整容	→		5・0	→	5・0
		清拭・入浴	→		5・0	→	5・0
		更衣（上半身）	→		10・5・0	→	10・5・0
		更衣（下半身）	→				
		トイレ	→		10・5・0	→	10・5・0
	排泄	排尿コントロール	→		10・5・0	→	10・5・0
		排便コントロール	→		10・5・0	→	10・5・0
	移乗	ベッド、椅子、車椅子	→		15・10・5・0	→	15・10・5・0
		トイレ	→				
		浴槽・シャワー	→				
	移動	歩行 杖・装具：（　　）	→		15・10・5・0	→	15・10・5・0
		車椅子					
		階段	→		10・5・0	→	10・5・0
	小計（FIM 13-91、BI 0-100）		→		→		前月と比較した当月の患者の状態（※ 標準算定日数を超える場合は必ず記載すること）
認知	コミュニケーション	理解	→				
		表出	→				
	社会認識	社会的交流	→				
		問題解決	→				
		記憶	→				
	小計（FIM 5-35）		→				
合計（FIM 18-126）			→				

栄養（※ 回復期リハビリテーション病棟入院料１又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する場合は必ず記入すること。）

基礎情報　☐身長（＊1）：（　　）cm　☐体重：（　　）kg　☐ BMI（＊1）：（　　）kg/㎡　＊1：身長測定が困難な場合は省略可
栄養補給方法（複数選択可）　☐経口（☐食事 ☐補助食品）,☐経管（☐経鼻胃管 ☐胃瘻 ☐その他）, 静脈（☐末梢 ☐中心）
嚥下調整食の必要性：（☐無 ☐有：（（学会分類コード （　　））
栄養状態の評価：　① GLIM基準による評価（成人のみ）：判定 ☐低栄養非該当 ☐低栄養（☐中等度低栄養、☐重度低栄養）
　該当項目 表現型（☐体重減少 ☐低BMI ☐筋肉量減少） 病因（☐食事摂取量減少/消化吸収能低下 ☐疾病負荷/炎症）
　② GLIM基準以外の評価：☐問題なし ☐過栄養 ☐その他 （　　）
【上記で①「低栄養非該当」かつ②「問題なし」以外に該当した場合に記載】
必要栄養量　熱量：（　　）kcal　たんぱく質量（　　）g
総摂取栄養量（経口・経腸・経静脈栄養の合計（＊2））　熱量：（　　）kcal　たんぱく質量（　　）g　＊2：入院直後等で不明な場合は総提供栄養量でも可

口腔（※ 回復期リハビリテーション病棟入院料１及び２又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する場合は必ず記入すること。）

義歯の使用：☐あり☐なし　歯肉の腫れ、出血：☐あり☐なし
歯の汚れ：☐あり☐なし　左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる：☐できない☐できる　その他 （　　）

社会保障サービスの申請状況（※ 該当する場合は記載すること。）

☐ 要介護状態区分等　☐ 申請が必要な可能性があり未申請 ☐申請中　☐不明　要支援状態区分（☐1　☐2） 要介護状態区分（☐1　☐2　☐3　☐4　☐5）	☐ 身体障害者手帳 種　級	☐ 精神障害者 保健福祉手帳 級	☐ 療育手帳・愛護手帳 障害程度	☐ その他（難病等） （　　）

目標（今後１ヶ月以内）	目標（当院退院時又は終了時）※左欄と一致する場合は省略可。終了時期の目安が分かれば記載すること。
	☐ 予定入院期間（自院）（　　） ☐ 退院先（　　） ☐ 長期的・継続的にケアが必要
治療方針（リハビリテーション実施方針）	治療内容（リハビリテーション実施内容） ☐ 理学療法 ☐ 作業療法 ☐ 言語聴覚療法

作成医療機関及び担当者（いずれも記名で差し支えない。医師以外の職種については、リハビリテーション総合計画評価料に係るリハビリテーション総合実施計画書を作成する場合、作成に関わったものについて記名すること。）

医療機関名称（連絡先等）　リハビリテーション科医　主治医

理学療法士　作業療法士　言語聴覚士　看護師　社会福祉士　管理栄養士

説明日　年　月　日　説明者

~~（別紙様式 31）~~

~~精神科デイ・ケア等の実施状況に係る報告書~~

~~報告年月日：　　年　　月　　日~~

~~１　月 14 回以上精神科デイ・ケア等を実施する患者の割合~~

~~（１）精神科デイ・ケア等を月１回以上実施した患者の数の平均~~	~~人~~
~~（２）精神科デイ・ケア等を月 14 回以上実施した患者の数の平均~~	~~人~~
~~（３）　　（２）÷（１）~~	

~~２　精神科デイ・ケア等の平均実施期間~~

~~精神科デイ・ケア等を最初に算定した月から 報告年の９月末までの月数の平均~~	~~月~~

~~［記載上の注意点］~~

~~１　精神科デイ・ケア等とは、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア及び精神科ナイト・ケアをいうこと。~~

~~２　「１」の（１）について、報告年度の４月から９月の各月について、当該保険医療機関において精神科デイ・ケア等を１回以上実施した患者数を算出した上で、一月あたりの平均患者数を記入すること。~~

~~３　「１」の（２）について、報告年度の４月から９月の各月について、当該保険医療機関において精神科デイ・ケア等を 14 回以上実施した患者の数を求めた上で、一月あたりの平均患者数を記入すること。~~

~~４　「２」について、「１」（３）が 0.8 未満である場合には、記載する必要はないこと。記載する場合には、報告年度の９月１日から９月 30 日に１回以上精神科デイ・ケア等を実施した患者について、当該保険医療機関の精神科デイ・ケア等を最初に算定した月から９月末までの月数を算出した上で、平均の月数を記入すること。~~

別表１（第１節入院基本料、第３節特定入院料及び第４節短期滞在手術等基本料との関係）

○　算定可（特定入院料は、包括されず別途算定可という意味。）
×　算定不可（特定入院料は、包括されており別途算定不可という意味。）
⊙　50対１補助体制加算、75対１補助体制加算及び100対１補助体制加算に限る。
□　精神病棟を除く。
▲　母体・胎児集中治療室管理料に限る。
注2 急性期総合体制加算５に限る。　注3 200床未満で急性期病院一般入院基本料及び急性期一般入院基本料を算定する病棟を有しない病院に限る。

●　難病患者等入院診療加算に限る。
■　二類感染症患者入院診療加算に限る。
★　看護配置等による制限あり
△　Ａ300の「注２」加算を算定しない場合に限る。
注　短期滞在手術等基本料３はＤＰＣ対象病院を除く。

| 特別入院基本料等 | | 入院基本料 | | |

別表１（第１節入院基本料、第３節特定入院料及び第４節短期滞在手術等基本料との関係）

○　算定可（特定入院料は、包括されず別途算定可という意味。）
×　算定不可（特定入院料は、包括されており別途算定不可という意味。）
⊙　50対１補助体制加算、75対１補助体制加算及び100対１補助体制加算に限る。
□　精神病棟を除く。
▲　母体・胎児集中治療室管理料に限る。
注2 急性期総合体制加算５に限る。　注3 200床未満で急性期病院一般入院基本料及び急性期一般入院基本料を算定する病棟を有しない病院に限る。

●　難病患者等入院診療加算に限る。
■　二類感染症患者入院診療加算に限る。
★　看護配置等による制限あり
△　Ａ300の「注２」加算を算定しない場合に限る。
注　短期滞在手術等基本料３はＤＰＣ対象病院を除く。

| 入院基本料 | | |

別表１（第１節入院基本料、第３節特定入院料及び第４節短期滞在手術等基本料との関係）

○　算定可（特定入院料は、包括されず別途算定可という意味。）
×　算定不可（特定入院料は、包括されており別途算定不可という意味。）
⊙　50対１補助体制加算、75対１補助体制加算及び100対１補助体制加算に限る。
□　精神病棟を除く。
▲　母体・胎児集中治療室管理料に限る。
注2 急性期総合体制加算５に限る。　注3 200床未満で急性期病院一般入院基本料及び急性期一般入院基本料を算定する病棟を有しない病院に限る。

●　難病患者等入院診療加算に限る。
■　二類感染症患者入院診療加算に限る。
★　看護配置等による制限あり
△　Ａ300の「注２」加算を算定しない場合に限る。
注　短期滞在手術等基本料３はＤＰＣ対象病院を除く。

| | 入院基本料 | | |

別添２

歯科診療報酬点数表に関する事項

第２章　特掲診療料

第２部　在宅医療

Ｃ０００　歯科訪問診療料

(42)　「注 16」に規定する歯科訪問診療料を算定した場合において、「注~~７~~８」、「注９」、「注 11」、「注 19」又は「注 21」の加算は算定できる。

第８部　処置

通則

12　120 点以上の処置又は各区分の「注」に「麻酔料を含む。」と記載されている場合の処置の所定点数中に含まれる簡単な伝達麻酔とは、麻酔の部（第 10 部）に規定してある伝達麻酔以外の簡単な伝達麻酔（おとがい孔、後臼歯結節、大口蓋孔等）をいう。

なお、麻酔の部に規定してあるＫ００１に掲げる浸潤麻酔は、120 点以上の処置又は各区分の「注」に「麻酔料を含む。」と記載されている場合の処置の所定点数に含まれ別に算定できない。ただし、Ｉ００１に掲げる歯髄保護処置（１及び２に限る。）、Ｉ００４に掲げる生活歯髄切断又はＩ００５に掲げる抜髄を行う場合の浸潤麻酔に当たって使用した薬剤の薬価についてはこの限りではない。

Ｉ０１４　暫間固定

~~(12)　(10)の「イ　外傷性による歯の脱臼を暫間固定した場合」を除き、エナメルボンドシステムにより暫間固定を行った場合の除去料は別に算定できない。~~

第 10 部　麻　酔

第１節　麻酔料

Ｋ００２　吸入鎮静法

（１）　吸入鎮静法は、歯科治療に対して非協力的な小児患者、知的障害を有する患者、歯科治療恐怖症の患者、歯科治療時に配慮すべき基礎疾患を有する患者等を対象として、亜酸化窒素~~等~~を用いて鎮静状態を得る方法であり、歯科治療等を行う場合に算定する。

第 12 部　歯冠修復及び欠損補綴

第１節　歯冠修復及び欠損補綴診療料

Ｍ０１５－３　ＣＡＤ／ＣＡＭインレー

（３）　ＣＡＤ／ＣＡＭインレーは以下のいずれかに該当する場合に算定する。また、ロ及びハは、その他の歯冠修復物との選択について、「ＣＡＤ／ＣＡＭインレーに関する基本的な考え方」（令和８年３月日本歯科医学会）を参考とすること。

イ　小臼歯に使用する場合

ロ　大臼歯に使用する場合

ハ　後継永久歯が先天性に欠如している乳臼歯に使用する場合

Ｍ０１７－３　チタンブリッジ

（３）　チタンブリッジを装着する場合は、次により算定する。

イ　歯冠形成を行った場合は、以下のいずれかにより算定する。また、「注２」に規定するレジン前装加算のための支台歯形成は、Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「注２」の加算を算定する。

①　生活歯の歯冠形成を行う場合は、Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「１のイ　金属冠」及びＭ００１に掲げる「注１」の加算を算定する。

②　失活歯の歯冠形成を行う場合は、Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「２のイ　金属冠」及びＭ００１に掲げる歯冠形成の「注１」の加算を算定する。

ロ　印象採得を行った場合は、１装置につき、区分番号Ｍ００３に掲げる印象採得の「２のニの（１）支台歯とポンティックの数の合計が５歯以下の場合」を算定する。

ハ　咬合採得を行った場合は、１装置につき、区分番号Ｍ００６に掲げる咬合採得の「２のイの（１）支台歯とポンティックの数の合計が５歯以下の場合」を算定する。

ニ　装着した場合は、１装置につき区分番号Ｍ００５に掲げる装着の「２のイの（１）支台歯とポンティックの数の合計が５歯以下の場合~~」、区分番号Ｍ００５に掲げる装着の「注１」の加算及び特定保険医療材料料~~を算定する。

別添３

調剤報酬点数表に関する事項

＜調剤技術料＞

区分０１　薬剤調製料

（９）　調剤技術料の時間外加算等

ウ　時間外調剤に係る特別の料金の徴収を行う場合には、時間外加算等を算定できない。

＜薬学管理料＞

区分１０の３　服薬管理指導料

１　通則

（４）　算定に当たっては、「必要な指導等」として次に掲げる事項を全て行うこと。

カ　処方された薬剤について、薬剤交付後においても、当該患者の服薬状況、服薬期間中の体調の変化等について、継続的かつ的確に把握するとともに、必要に応じて次に掲げる指導等を実施すること。

（ロ）　保険薬剤師が必要と認める場合は、薬剤交付後においても電話等により、（~~２~~４）のイの（ロ）に掲げる内容について、保険薬剤師が患者等に確認し、その内容を踏まえ、必要な指導等を実施すること。

（ニ）　継続的服薬指導に当たっては、「薬剤使用期間中の患者フォローアップ~~の手引き~~～適正な薬物治療共同管理計画に向けたフォローを実施するために～」~~（日本薬剤師会）~~等を参考とすること。

２　服薬管理指導料１及び２

（１）　服薬管理指導料１及び２は、保険薬剤師が、患者の薬剤服用歴等及び服用中の医薬品等について確認した上で、１の（~~２~~４）の「必要な指導等」の全てを対面により行った場合に、以下の区分により算定する。

区分１５の１０　複数名薬剤管理指導訪問料

（５）　~~訪問薬剤管理医師同時指導料~~複数名薬剤管理指導訪問料は、特別調剤基本料Ｂを算定している保険薬局は算定できない。

別表１

（１）　服薬管理指導料等を算定する場合における他の薬学管理料の算定の可否

項目		算定回数	服薬管理指導料　１イ・２イ	服薬管理指導料　１ロ・２ロ	服薬管理指導料　３	服薬管理指導料　４イ・４ニ	服薬管理指導料　４ロ・４ハ	在宅患者訪問薬剤管理指導料　１	在宅患者訪問薬剤管理指導料　２・３	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料	在宅患者緊急時等共同指導料	訪問薬剤管理医師同時指導料
調剤管理料等の加算	調剤時残薬調整加算	処方箋受付ごと	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	薬学的有害事象等防止加算	処方箋受付ごと	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
在宅患者訪問薬剤管理指導料の加算	特定薬剤管理指導加算１	処方箋受付ごと	○	○	○	○	~~○~~ ×※２	×	×	×	×	×
	特定薬剤管理指導加算２	月１回まで	○	○	○	○	~~○~~ ×※２	×	×	×	×	×
	特定薬剤管理指導加算３	処方箋受付ごと	○	○	○	○	~~○~~ ×※２	×	×	×	×	×
	吸入薬指導加算	６月に１回まで	○	○	○	×	×	×	×	×	×	×
	かかりつけ薬剤師フォローアップ加算	３月に１回まで	○	× ※３	×	×	×	×	×	×	×	×
	かかりつけ薬剤師訪問加算	６月に１回まで	○	× ※３	×	×	×	×	×	×	×	×
	麻薬管理指導加算	処方箋受付ごと	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×
	乳幼児服薬指導加算	処方箋受付ごと	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×
	小児特定加算	処方箋受付ごと	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×
	在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算	１回ごと	×	×	×	×	×	○	○	○	○	×
	在宅中心静脈栄養法加算	１回ごと	×	×	×	×	×	○	○	○	○	×
外来服薬支援料１		月１回まで	○	○	○	○	×	×	×	×	×	×
外来服薬支援料２		処方箋受付ごと	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×
服用薬剤調整支援料１		月１回まで	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×
服用薬剤調整支援料２※１		６月に１回まで	○	× ※３	~~○~~ ×	○	○	○	○	○	○	×
調剤後薬剤管理指導料１		月１回まで	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×
調剤後薬剤管理指導料２		月１回まで	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×
服薬情報等提供料１		月１回まで	○	○	○	○	○	×	×	×	×	×

服薬情報等提供料２	月１回まで	○	○	○	○	○	×	×	×	×	×
服薬情報等提供料３	３月に１回まで	○	○	○	○	○	×	×	×	×	×
経管投薬支援料	１回まで	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×
複数名薬剤管理指導訪問料※２	１回ごと	×	×	×	×	×	○	×	○	×	×

~~（１）　服薬管理指導料等を算定する場合における他の薬学管理料の算定の可否~~

※１はかかりつけ薬剤師のみ算定可能

※２は単一建物診療患者１名のみ算定可能

※３は、かかりつけ薬剤師が指導や訪問等を実施し、その後の服薬管理指導を当該保険薬局の他の保険薬剤師が実施した場合については、併算定可能

~~（２）　在宅患者訪問薬剤管理指導料等を算定する場合における他の薬学管理料の算定の可否~~

			在宅患者訪問薬剤管理指導料	在宅患者オンライン薬剤管理指導料※ｐ	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料	在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料※ｐ	在宅患者緊急時等共同指導料
項目		算定回数					
調剤管理料等の加算	重複投薬・相互作用等防止加算	処方箋受付ごと	×	×	×	×	×
	調剤管理加算	処方箋受付ごと	○	○	○	○	○
	医療情報取得加算	１年に１回まで	○	○	○	○	○
在宅患者訪問薬剤管理指導料等の加算	麻薬管理指導加算	１回ごと	○	△	○	△	○
	在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算	１回ごと	○	×	○	×	○
	乳幼児加算	１回ごと	○	△	○	△	○
	小児特定加算	１回ごと	○	△	○	△	○
	在宅中心静脈栄養法加算	１回ごと	○	×	○	×	○
外来服薬支援料１		月１回まで	×	×	×	×	×
外来服薬支援料２		処方箋受付ごと	○	○	○	○	○
服用薬剤調整支援料１		月１回まで	○	○	○	○	○
服用薬剤調整支援料２		３月に１回まで	○	○	○	○	○
調剤後薬剤管理指導料１		月１回まで	○	○	○	○	○
調剤後薬剤管理指導料２		月１回まで	○	○	○	○	○
服薬情報等提供料１		月１回まで	×	×	×	×	×

~~服薬情報等提供料３~~	~~３月に１回まで~~	~~×~~	~~×~~	~~×~~	~~×~~	~~×~~
~~在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料~~	~~処方箋受付ごと~~	~~○~~	~~○~~	~~○~~	~~○~~	~~○~~
~~経管投薬支援料~~	~~１回まで~~	~~○~~	~~○~~	~~○~~	~~○~~	~~○~~

~~※１　患者又はその家族等への情報提供の場合を除く。~~

~~※２は単一建物診療患者１名のみ算定可能~~

（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について

（令和８年３月５日保医発 0305 第７号）

第２　届出に関する手続き

６　届出の要件を満たしている場合は届出を受理し、次の受理番号を決定し、地方厚生（支）局において閲覧（ホームページへの掲載等を含む。）に供するとともに、審査支払機関に対して受理番号を付して通知するものであること。なお、入院基本料等区分があるものについては、区分も付すこと。

抗菌薬適正使用体制加算	（抗薬適）第　　号
電子的診療情報連携体制整備加算１	（外医療ＤＸ１）第　　号
電子的診療情報連携体制整備加算２	（外医ＤＸ２）第　　号
電子的診療情報連携体制整備加算３	（外医ＤＸ３）第　　号
電子的歯科診療情報連携体制整備加算１	（歯医療ＤＸ１）第　　号
電子的歯科診療情報連携体制整備加算２	（歯医ＤＸ２）第　　号
看護師等遠隔診療補助加算	（看遠診）第　　号
（中略）	
情報通信機器を用いた看護業務の効率化に係る基準	（看情報通信）第　　号
継続的に賃上げに係る取組を実施している保険医療機関の基準	（入減免）第　　号
一般病棟入院基本料	（一般入院）第　　号
（中略）	
看護職員夜間配置加算	（看夜配）第　　号
電子的診療情報連携体制整備加算１	（入医療ＤＸ１）第　　号
電子的診療情報連携体制整備加算２	（入医ＤＸ２）第　　号
特殊疾患入院施設管理加算	（特施）第　　号

第４　経過措置等

１　第２及び第３の規定にかかわらず、令和８年５月 31 日現在において現に入院基本料等を算定している保険医療機関において、引き続き当該入院基本料等を算定する場合（名称のみが改正されたものを算定する場合を含む。）には、新たな届出を要しない。ただし、令和８年６月以降の実績により、届出を行っている入院基本料等の施設基準等の内容と異なる事情等が生じた場合は、変更の届出を行うこと。また、令和８年度診療報酬改定において、新設された又は施設基準が創設された入院基本料等（表１）及び施設基準が改正された入院基本料等のうち届出が必要なもの（表２）については、令和８年６月１日以降の算定に当たり届出を行う必要があること。なお、表２における経過措置期間については、令和８年３月 31 日時点で改正前の当該入院基本料等の届出を行っている保険医療機関についてのみ適用される。

表２　施設基準が改正された入院基本料等

・　機能強化加算（令和９年６月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）

・　一般病棟入院基本料（急性期一般入院料６、地域一般入院基本料及び特別入院基本料を除く。）（令和８年 10 月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）

・　療養病棟入院料２（令和８年 10 月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）

・　特定機能病院~~C~~入院基本料（令和８年３月 31 日時点で「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前の診療報酬の算定方法（以下「旧算定方法」という。）別表第一「Ａ１０４」に掲げる特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）（７対１入院基本料に限る。）に係る届出を行っている保険医療機関において、令和８年 10 月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）

・　専門病院入院基本料（７対１入院基本料に限る。）（令和８年 10 月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）

（中略）

・　急性期総合体制加算（令和８年３月 31 日時点で「旧算定方法」別表第一「Ａ２００－２」に掲げる急性期充実体制加算に係る届出を行っている保険医療機関において、令和 10 年６月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）

・　バイオ後続品使用体制加算（令和~~７~~９年６月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）

・　特定集中治療室管理料１（令和８年３月 31 日時点で「旧算定方法」別表第一「Ａ３０１」に掲げる特定集中治療室管理料１又は２に係る届出を行っている保険医療機関において、令和９年１月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）

表３　施設基準が改正された入院基本料等（届出を必要としないもの）

・　特殊疾患入院医療管理料

~~・　新生児特定集中治療室管理料２~~

・　小児入院医療管理料

別添２

入院基本料等の施設基準等

第２　病院の入院基本料等に関する施設基準

４の 10　急性期病院一般入院基本料及び急性期病院精神病棟入院基本料における急性期医療に係る実績について

（１）　急性期病院Ａ一般入院料及び急性期病院Ａ精神病棟入院料を算定する病院における、急性期医療に係る実績として、救急用の自動車（消防法（昭和 23 年法律第 186 号）及び消防法施行令（昭和 36 年政令第 37 号）に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車並びに道路交通法（昭和 35 年法律第 105 号）及び道路交通法施行令（昭和 35 年政令第 270 号）に規定する緊急自動車（傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。）をいう。以下同じ。）又は救急医療用ヘリコプター（救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法（平成 19 年法律第 103 号）第２条に規定する救急医療用ヘリコプターをいう。以下同じ。）による搬送件数が、年間で 2,000 件以上であり、かつ、全身麻酔による手術件数が年間で 1,200 件以上であること。なお、全身麻酔とは、医科点数表第２章第 11 部に掲げる麻酔のうち「Ｌ００８」声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴う閉鎖循環式全身麻酔をいう。また、手術とは、医科点数表第２章第 10 部に掲げる手術（輸血管理料を除く。）をいう。

（６）　（２）ウ又はエのいずれかに該当する保険医療機関について、当該保険医療機関が所属する二次医療圏において再編統合が行われた場合には、当該時点で~~当分の間~~（２）ウに該当する保険医療機関については、当分の間、別紙４に掲げる地域に所在する保険医療機関であって、当該所属二次医療圏に所在する保険医療機関のうち、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が最大であるものとみなし、（２）エに該当する保険医療機関については、（２）エを満たしているものとみなす。

(10)　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係る実績については、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で差し支えない。

９　療養病棟入院基本料の注 10 に規定する在宅復帰機能強化加算について

（３）　当該保険医療機関又は別の保険医療機関の病棟若しくは病室（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、地域包括医療病棟入院料又は地域包括ケア病棟入院料を算定するものに限る。）から当該病棟に入院し、在宅に退院した１年間の患者数（当該保険医療機関の他病棟から当該病棟に転棟して１か月以内に退院した患者は除く。）を、当該病棟の１年間の１日平均入院患者数で除した数が 100 分の 15 以上であること。

別添３

入院基本料等加算の施設基準等

入院基本料等加算に関する基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、下記のとおりとする。なお、病棟単位で届出を行う入院基本料等加算を算定する病棟が複数ある場合であっても、それぞれの病棟において当該入院基本料等加算の施設基準の要件を満たすことが必要であること。

第１　急性期総合体制加算

７　届出に関する事項

(19)　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係る実績については、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で差し支えない。

(20)　令和８年３月31日において現に総合入院体制加算１又は急性期充実体制加算の届出を行っている保険医療機関については、２の（２）、３の（２）及び４の（３）のうち、それぞれ全身麻酔による手術件数に係るもの並びに６の（３）に係る基準を、令和８年３月31日において現に総合入院体制加算２又は３の届出を行っている保険医療機関については６の（３）に係る基準を、令和９年５月31日までの間に限り満たしているものとみなす。

(21)　当該保険医療機関が所属する二次医療圏が再編統合された場合において、再編統合前に地域最多救急病院であった病院は、当該二次医療圏の再編統合後において当分の間、１（９）、６（３）及び（４）に係る基準について、地域最多救急病院であるものとみなす。

第７の２　看護・多職種協働加算

３　届出に関する事項

（１）　看護・多職種協働加算に関する施設基準に係る届出は別添７の様式９、様式10、様式10の２、様式10の５及び様式13の２を用いること。なお、入院基本料等の施設基準に係る届出と当該施設基準を併せて届け出る場合であって、別添７の様式９を用いる場合は、１部のみの届出で差し支えない。

第26の３　病棟薬剤業務実施加算

４　薬剤業務向上加算の施設基準

（６）　医療法第４条の２第１項に規定する特定機能病院又は「Ａ２００」急性期総合体制加算１から４までのいずれかに係る届出を行っている保険医療機関であること。

５　届出に関する事項

（４）　新規届出の場合は、~~３~~４（５）に基づき当該保険医療機関において出向に関する具体的な計画が策定された時点で届出を行うことができる。また、現に出向を開始した月から算定を開始すること。

第 26 の５の２　精神科入退院支援加算

１　精神科入退院支援加算に関する施設基準

（２）　次のア又はイを満たすこと。

（中略）

なお、入退院支援部門は、精神保健福祉士配置加算若しくは地域移行機能強化病棟入院料の退院支援部署~~又は、~~精神科地域移行実施加算の地域移行推進室~~若しくは~~又は入退院支援加算の入退院支援部門と同一でもよい。また、入退院支援部門に専従する従事者が精神保健福祉士の場合には、当該精神保健福祉士は、精神科地域移行実施加算の地域移行推進室と兼務することができる。入退院支援加算及び精神科入退院支援加算の入退院支援部門の専従又は専任の看護師は、双方を兼務することができる。入退院支援部門に専従又は専任の精神保健福祉士が併せて社会福祉士の資格を有する場合は、入退院支援加算に係る入退院支援部門の専従又は専任の社会福祉士を兼務することができる。

第 26 の８　精神科急性期医師配置加算

５　精神科急性期医師配置加算３に関する施設基準

（１）　措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者及びクロザピンの新規導入を目的とした入院患者を除いた新規入院患者のうち４割以上が入院日から起算して３月以内に退院し、自宅等へ移行すること。なお、入院後に要介護認定を申請し、介護老人保健施設、介護医療院又は特別養護老人ホーム等へと退院したものについては、入院日から起算して４月以内に退院した場合も、３月以内に退院したものとみなして本号を適用する。また、当該要件にかかる留意点については２の（１）と同様であること。

別紙１－２

令和９年５月 31 日までの間、級地の調整を行う地域

令和９年５月 31 日までの級地区分	令和９年６月１日以降の級地区分	都道府県	地域
３級地	２級地	東京都	三鷹市、小金井市、東大和市、武蔵村山市、羽村市、あきる野市、瑞穂町、日ノ出町、檜原村、奥多摩町、大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村、小笠原村
	４級地	愛知県	大府市
４級地	３級地	埼玉県	蕨市
		千葉県	我孫子市
		神奈川県	逗子市、三浦市、南足柄市、葉山町、大磯町、二宮町、中井町、大井町、松田町、山北町、開成町、箱根町、真鶴町、湯河原町
		静岡県	裾野市
		京都府	長岡京市
		大阪府	岸和田市、泉大津市、貝塚市、泉佐野市、富田林市、河内長野市、松原市、和泉市、高石市、藤井寺市、泉南市、大阪狭山市、阪南市、豊能町、能勢町、忠岡町、熊取町、田尻町、岬町、太子町、河南町、千早赤阪村
	５級地	茨城県	稲敷市、つくばみらい市、阿見町
		滋賀県	大津市、草津市、栗東市
		兵庫県	川西市、猪名川町
		奈良県	生駒市、平群町、川西町
		広島県	府中町
５級地	４級地	埼玉県	ふじみ野市
		愛知県	大治町、南知多町、美浜町、設楽町、東栄町、豊根村
		京都府	福知山市、舞鶴市、綾部市、宮津市~~、長岡京市~~、京丹後市、大山崎町、京丹波町、伊根町、与謝野町
	対象外地域	宮城県	七ヶ浜町、利府町
		群馬県	明和町
		和歌山県	紀の川市、岩出市、かつらぎ町
		佐賀県	佐賀市

別紙４

人口 20 万人~~以下~~未満の地域（急性期病院一般入院基本料及び急性期総合体制加算の施設基準に規定するもの）

（以下略）

別添４

特定入院料の施設基準等

第１　救命救急入院料

１　救命救急入院料１に関する施設基準

（８）　特定集中治療室管理料１の（６）~~から~~、（８）~~まで~~及び（11）並びに特定集中治療室管理料２の（２）及び（５）の施設基準を満たすものであること。

第 16　精神科急性期治療病棟入院料

１　精神科急性期治療病棟入院料に関する施設基準等

（２）　精神科急性期治療病棟入院料１又は２の施設基準

以下のアからコまでのいずれも満たすこと。

コ　当該病棟において、措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者及びクロザピンの新規導入を目的とした入院患者を除いた新規入院患者のうち４割以上が入院日から起算して３月以内に退院し、自宅等へ移行すること。「自宅等へ移行する」とは、患家、介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設へ移行することである。なお、ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設に入所した場合を除いたものをいう。また、退院後に、医科点数表第１章第２部通則５の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。なお、入院後に要介護認定を申請し、介護老人保健施設、介護医療院又は特別養護老人ホーム等へと退院したものについては、入院日から起算して４月以内に退院した場合も、３月以内に退院したものとみなして本号を適用する。

第 20　特定一般病棟入院料

１　特定一般病棟入院料の施設基準等

（５）　特定一般病棟入院料（地域包括ケア１）の施設基準等

チ　次に掲げる項目のうち少なくとも２つを満たしていること。

⑥　当該保険医療機関において退院時共同指導料２及び外来在宅共同指導料１の算定回数の合計が直近３か月間で６回以上であること。

第 22　特定機能病院リハビリテーション病棟入院料

１　特定機能病院リハビリテーション病棟入院料に関する施設基準

(12)　リハビリテーション科を標榜しており、当該病棟に専従の医師１名以上、専従の理学療法士３名以上、作業療法士２名以上、言語聴覚士１名以上、専従の管理栄養士１名以上~~（~~及び在宅復帰支援を担当する専従の社会福祉士等１名以上の常勤配置を行うこと。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専従の非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士をそれぞれ２名以上組み合わせることにより、当該保険医療機関における常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語

聴覚士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士がそれぞれ配置されている場合には、これらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士の実労働時間を常勤換算し常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士数にそれぞれ算入することができる。ただし、常勤換算し常勤理学療法士又は常勤作業療法士数に算入することができるのは、常勤配置のうち理学療法士は２名、作業療法士は１名までに限る。

別紙５

看護要員等の算出方法及び配置状況例

入院基本料等の施設基準に係る届出（入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類（様式９）を含む。）を行うにあたっては、以下の点に留意し、作成すること。

医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関において、看護配置が異なる病棟ごとに届出を行う場合は、一般病棟入院基本料の届出は、同一の看護配置の病棟ごとにそれぞれ入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類（様式９）を作成すること。

１．様式９「３．入院患者の数及び看護要員の数」の算出方法等

・「配置区分の数」とは、当該届出に係る入院基本料又は加算において求める看護配置数（例えば、急性期一般入院料１の場合「７」、10 対１入院基本料の場合「10」、25 対１急性期看護補助体制加算の場合「25」、夜間 30 対１急性期看護補助体制加算の場合「30」）をいう。

・ただし、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料及び精神科急性期治療病棟入院料の精神病棟看護・多職種協働加算においては、加算において求める看護職員及び多職種職員配置数（例えば、精神病棟入院基本料の精神病棟看護・多職種協働加算（13 対１入院基本料の場合）の場合「10」、精神病棟看護・多職種協働加算（15 対１入院基本料の場合）の場合「13」）をいう。

①　１日平均入院患者数

１日平均入院患者数〔Ａ〕　＿＿＿＿人（算出期間　　年　月　日　～　　年　月　日）

・小数第１位を切り上げ（小数第１位までの数、例：12.34 →12.4）

②　月平均１日当たり看護職員配置数

月平均１日当たり看護職員配置数　〔Ｍ〕＝　＿＿＿＿人〔Ｃ／（日数×８）〕

・小数第２位以下切り捨て（小数第１位までの数、例：12.34→12.3）

・〔Ｃ〕は、看護職員の「月延べ勤務時間数」（様式９「４．勤務実績表」の月延べ勤務時間数欄の上段「日勤時間帯」と中段「夜勤時間帯において当該病棟で勤務した時間数」の計）である。

・１日看護職員配置数　≦　月平均１日当たり看護職員配置数であること。

（参考）１日看護職員配置数(必要数)：＿＿＿＿＝〔（Ａ／配置区分の数）×３〕

・小数第１位を切り上げ

・「情報通信機器等を用いた看護職員及び看護補助者の業務の効率化についての施設基準」を届け出ている場合：１日看護職員配置数(必要数)×0.9

③　看護職員中の看護師の比率　＿＿＿＿％

〔月平均１日当たり看護職員配置数のうちの看護師数／1 日看護職員配置数〕

・「情報通信機器等を用いた看護職員及び看護補助者の業務の効率化についての施設基準」を届け出ている場合は、入院基本料で規定する看護職員中の看護師の比率に 0.9 を乗じた値以上であること。

④　平均在院日数　＿＿＿＿日（算出期間　　年　月　日　～　　年　月　日）

・小数点以下切り上げ

⑤　夜勤時間帯（16 時間）　＿＿＿＿時　＿＿＿＿分　～　＿＿＿＿時　＿＿＿＿分

⑥　月平均夜勤時間数　＿＿＿＿時間　〔（Ｄ－Ｅ）／Ｂ〕

・小数第２位以下切り捨て

・〔Ｄ－Ｅ〕は、月延べ夜勤時間数である。

・〔Ｄ〕は、当該病棟における「月延べ夜勤時間数」（月延べ勤務時間数欄の中段「夜勤時間帯において当該病棟で勤務した時間数」）の計である。

・〔Ｅ〕は、月延べ夜勤時間数（月平均夜勤時間数の計算に含まない者の夜勤時間数）である。

・〔Ｂ〕は、夜勤従事職員数の計である。

・〔Ｂ〕〔Ｄ〕〔Ｅ〕は、看護職員に係る数を計上する。

⑦　月平均１日当たり当該入院料の施設基準の最小必要人数以上の看護職員配置数　　人

・看護職員配置加算（「Ａ３０８－３」地域包括ケア病棟入院料の注３）を届け出る場合に記載。
・小数第２位以下切り捨て
（参考）最小必要数以上の看護職員配置数(必要数)：　　＝〔（Ａ／50）×３〕
・小数第１位を切り上げ
・看護職員配置加算（地域包括ケア病棟入院料の注３）を届け出る場合の看護職員数の算出方法

１日看護職員配置数（必要数）※〔Ｌ〕	〔(Ａ／13※）×３〕
月平均１日当たり看護職員配置数	〔Ｃ／（日数×８)〕
月平均 1 日当たり当該入院料の施設基準の最小必要人数以上の看護職員配置数	〔{Ｃ－（Ｌ×日数×８)}／（日数×８)〕

※小数第１位を切り上げ
※地域包括ケア病棟入院料を届け出る場合には 13 対１の「13」、地域包括ケア病棟入院料の注２の届出を行う場合は、15 対１の「15」で計算すること。

⑧　月平均１日当たり看護補助者配置数　　人

・看護補助加算／看護補助・患者ケア体制充実加算（「Ａ１０６」障害者施設等入院基本料の注９・注 10）、「Ａ２０７－３」急性期看護補助体制加算、「Ａ２１４」看護補助加算、看護補助体制加算（「Ａ３０４」地域包括医療病棟入院料の注~~５~~６）、看護補助加算／看護補助体制充実加算（「Ａ３０７」小児入院医療管理料の注９・注 10）、看護補助者配置加算／看護補助・患者ケア体制充実加算（「Ａ３０８－３」地域包括ケア病棟入院料の注４・注５）等を届け出る場合に記載。
・小数第２位以下切り捨て
（参考）１日看護補助者配置数(必要数)：　　＝〔（Ａ／配置区分の数）×３〕
・小数第１位を切り上げ
・急性期看護補助体制加算・看護補助加算等を届け出る場合の看護補助者の算出方法

看護補助者のみの月延べ勤務時間数の計〔Ｇ〕	
みなし看護補助者の月延べ勤務時間数の計〔Ｈ〕	〔Ｃ〕－〔１日看護職員配置数×日数×８〕
看護補助者のみの月延べ夜勤時間数〔Ｉ〕	看護補助者(みなしを除く)のみの〔Ｄ〕
１日看護補助者配置数（必要数）※〔Ｊ〕	〔（Ａ／配置区分の数）×３〕
月平均１日当たり看護補助者配置数（みなし看護補助者を含む）	〔Ｇ＋Ｈ／（日数×８)〕
月平均１日当たり看護補助者配置数（みなし看護補助者を除く）〔Ｋ〕	〔Ｇ／（日数×８)〕
看護補助者夜間配置数（必要数）※	Ａ／配置区分の数
月平均１日当たり夜間看護補助者配置数	〔Ｉ／（日数×１６)〕
看護補助者(みなし看護補助者を含む)の最小必要数に対する看護補助者(みなし看護補助者を除く)の割合（%）	〔(Ｋ／Ｊ）×１００〕

※小数第１位を切り上げ
・〔Ｋ〕は、地域包括ケア病棟入院料の注４に掲げる看護補助者配置加算及び注５に掲げる看護補助・患者ケア体制充実加算は、みなし看護補助者を除いて要件を満たす必要がある。

⑨　月平均１日当たり看護補助者夜間配置数　　人　＝〔I／（日数×16）〕

・看護補助加算/看護補助・患者ケア体制充実加算（「Ａ１０６」障害者施設等入院基本料の注９・注 10）、「Ａ２０７－３」夜間急性期看護補助体制加算、「Ａ２１４」夜間 75 対１看護補助加算、夜間看護補助体制加算（「Ａ３０４」地域包括医療病棟入院料の注~~６~~７）、看護補助加算・看護補助体制充実加算（「Ａ３０７」小児入院医療管理料の注９・注 10）を届け出る場合に記載。
・小数第２位以下切り捨て

（参考）夜間看護補助者配置数(必要数)：［　　］＝〔Ａ／配置区分の数〕
・小数第１位を切り上げ

⑩　月平均１日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数　　人〔Ｆ／（日数×８）〕
・小数第３位以下切り捨て
・〔Ｆ〕は、様式９「４．勤務実績表」の看護補助者の業務の欄において「事務的業務」に○を記入した看護補助者のみの「月延べ勤務時間数」の計である。
・配置数の上限〔（Ａ／200）×３〕を超える主として事務的業務を行う看護補助者は様式９に記載しないこと。
・主として事務的業務を行う看護補助者配置数　≧　月平均１日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数であること。
（参考）主として事務的業務を行う看護補助者配置数（上限）：［　　］＝〔（Ａ／200）×３〕
・小数第３位以下切り捨て

⑪　月平均１日当たり看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師配置数
　　人〔Ｎ〕＝〔Ｍ〕＋　　人〔Ｏ〕（作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師配置数）
又は
⑫　月平均1日当たり看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士及び臨床検査技師配置数
　　人〔Ｎ〕＝〔Ｍ〕＋　　人〔Ｏ〕（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士及び臨床検査技師配置数）
・小数第２位以下切り捨て

・⑪は精神病棟看護・多職種協働加算（「Ａ１０３」精神病棟入院基本料の注７、「Ａ１０４」特定機能病院入院基本料の注11、「Ａ３１１－２」精神科急性期治療病棟入院料の注４）を届け出る場合に記載。
（参考）１日看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師配置数(必要数)〔Ｐ〕
：［　　］＝〔（Ａ／配置区分の数）×３〕　・小数第１位を切り上げ

・⑫は「Ａ２１５」看護・多職種協働加算を届け出る場合に記載。
（参考）１日看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士及び臨床検査技師配置数(必要数)〔Ｐ〕：［　　］＝〔｛（Ａ／10）＋（Ａ／25）｝×３〕
・小数第１位を切り上げ

・急性期看護補助体制加算・看護補助加算等を併せて届け出る場合の算出方法
（⑧に示す算出方法ではなく以下を用いること）

月平均１日当たり看護職員＋多職種職員配置数〔Ｎ〕	〔Ｍ＋Ｏ〕
１日看護職員＋多職種職員配置数（必要数）※	〔Ｐ〕
月平均１日当たりみなし看護補助者配置数〔Ｑ〕	次の２つの数値のうち小さい方 ※いずれも正の場合に限る ・〔Ｎ－Ｐ〕 ・〔Ｈ／（日数×８）〕
月平均１日当たり看護補助者配置数（みなし看護補助者を除く）〔Ｋ〕	〔Ｇ／（日数×８）〕
月平均１日当たり看護補助者配置数（みなし看護補助者を含む）	〔Ｇ／（日数×８）＋Ｑ〕

※小数第１位を切り上げ

⑬　看護職員中の看護師の比率（看護・多職種協働加算等）　　％
・精神病棟看護・多職種協働加算（「Ａ１０３」精神病棟入院基本料の注７、「Ａ１０４」特定機能病院入院基本料の注11、「Ａ３１１－２」精神科急性期治療病棟入院料の注４）、「Ａ２１５」看護・多職種協働加算を届け出る場合に記載。

（参考）月平均１日当たり看護職員配置数のうちの看護師数／〔Ｐ－Ｏ〕

２．看護要員の数及び病棟における勤務時間

・看護要員の算出にあたっては、看護要員の数及び勤務時間数は以下をもとに算出すること。

看護要員の数		
	算入	○臨時職員であっても継続して勤務に服する者 ○職業安定法（昭和 22 年法律第 141 号）の規定に基づき、職業紹介事業を行う者からの紹介又は労働者供給事業を行う者からの供給により看護要員を雇用した場合の者 ○労働者派遣事業の適切な運営の確保及び派遣労働者の就業条件の整備等に関する法律（昭和 60 年法律第 88 号）に基づき、紹介予定派遣として派遣された場合及び産前産後休業、育児休業、育児休業に準ずる休業又は介護休業中の看護職員の勤務を派遣労働者が代替する場合の者 ○小児病棟又は特殊疾患入院施設管理加算を算定している病棟等において小児患者の保育に当たっている保育士
	除外	○看護部長等（専ら、病院全体の看護管理に従事する者をいう。）、当該保険医療機関附属の看護師養成所等の専任教員、外来勤務、手術室勤務又は中央材料室等に勤務する者 ○病棟単位で算定する特定入院料（「Ａ３１７」に掲げる特定一般病棟入院料を除く。）に係る病棟並びに「基本診療料の施設基準等」の別表第三に規定する治療室、病室、短期滞在手術等基本料１に係る回復室及び外来化学療法に係る専用施設に勤務する者（兼務者を除く。） ○「Ａ３０７」小児入院医療管理料の加算の届出に係る保育士 ○１か月以上長期欠勤の者 ○身体障害者（児）に対する機能訓練指導員及び主として洗濯、掃除等の業務を行う者
病棟における勤務時間		
	算入	○病棟勤務と外来勤務、手術室勤務、中央材料室勤務又は集中治療室勤務等を兼務する場合は、勤務実績表による病棟勤務の時間 ○通常の休憩時間 ○主として事務的業務を行う看護補助者が、当該病棟において事務的業務以外の業務を行った時間数も含めた、当該看護補助者の勤務時間数 ○入院基本料の施設基準の「院内感染防止対策の基準」、「医療安全管理体制の基準」、「褥瘡対策の基準」及び「身体的拘束最小化の基準」を満たすために必要な院内感染防止対策委員会、安全管理のための委員会及び安全管理の体制確保のための職員研修、褥瘡対策委員会並びに身体的拘束最小化チームに係る業務及び身体的拘束の最小化に関する職員研修~~（以下、「入院基本料の施設基準の「院内感染防止対策の基準」等に関する研修」という。）~~へ参加する時間 ○当該保険医療機関から、入院基本料の施設基準に規定する安全管理の体制確保のための職員研修及び身体的拘束の最小化に関する職員~~「院内感染防止対策の基準」等に関する~~研修以外であって、業務の質向上に資するとして受講を指示された研修について、主として当該病棟において従事する職員１名につき月１時間までの、当該保険医療機関内で実施される研修（当該病棟内で受講するオンライン研修及び病棟外で行われる集合研修を含む。）へ参加する時間 ○保険医療機関内で生じた緊急時等の不測の事象に対応するため、病棟内の看護要員が当該病棟に入院中の患者以外の患者に対して日常の診療の延長として必要な対応を短時間（30 分程度）行った時間 ○病棟内の看護要員が、当該病棟に入院中の患者に付き添い、病棟外において一時的に看護を行った時間
	除外	○休憩時間以外の病棟で勤務しない時間、有給休暇及び残業時間 ○病棟における勤務時間に含むことが出来るもの以外の研修へ参加する時間 ○日勤時間帯及び夜勤時間帯の中で、申し送った看護職員の申し送りに要した時間は、病棟における勤務時間から除外しても差し支えない（ただし、当該申し送りに要した時間

		の除外の有無については、原則として、同一の入院基本料を算定する病棟全体において、月単位で選択すること。）。

３．看護要員の配置状況（例）

急性期一般入院基本料の場合の例

【１病棟（１看護単位）入院患者数 40 人で急性期一般入院料２の届出を行う場合】

・１勤務帯８時間、１日３勤務帯を標準として、月平均１日当たり必要となる看護職員の数が 12 人以上であること。
・当該届出区分において、月平均１日当たり勤務することが必要となる看護職員の数に対する実際に勤務した月平均１日当たりの看護師の比率が 70%以上であること。
・当該病棟が交代制の勤務形態であること。
・夜間勤務の看護職員配置については、看護師１人を含む２人以上であること。
・当該病棟の平均在院日数が 21 日以内であること。

（１）看護職員配置の算出方法

①各勤務帯に従事している看護職員の１人当たりの受け持ち患者数が 10 人以内であること。
（40 人×１／10）×３＝当該病棟に１日当たり 12 人以上の看護職員が勤務していること。

②月平均１日当たり勤務することが必要となる看護職員の数に対する実際に勤務した月平均１日当たりの看護師の比率が 70%を満たすこと。当該病棟の月平均１日当たり勤務することが必要となる看護職員の数が 12 人の場合、実際に勤務する月平均１日当たりの看護師は 8.4 人以上であること。

12 人×70%＝8.4 人

（２）看護職員１人当たりの月平均夜勤時間数の算出方法

各病棟において、夜勤時間帯に従事した看護職員１人当たりの月平均夜勤時間数が 72 時間以下であること。

$$\text{月平均夜勤時間数} = \frac{\text{当該病棟の看護職員の月延夜勤時間数}}{\text{夜勤時間帯の従事者数（夜勤専従者及び夜勤 16 時間未満の看護職員を除く）}}$$

①当該保険医療機関で夜勤時間帯を設定：16 時から翌朝８時まで（16 時間）

②夜勤時間と従事者数：２人以上の看護職員が配置されている。
16 時～24 時 30 分（看護師３人、計３人）
０時～８時 30 分（看護師２人、准看護師１人　計３人）

③１月当たり夜勤時間帯に従事する実人員数：23 人（８人＋11 人＋４人）
８人×72 時間（夜勤を月９日）　＝ 576 時間　（ａ）
11 人×64 時間（夜勤を月８日）　＝ 704 時間（ｂ）
４人×40 時間（夜勤を月５日）　＝ 160 時間　（ｃ）　※

※　夜勤時間帯の中で申し送りに要した時間（24 時から 24 時 30 分）は申し送った従事者の夜勤時間及び夜勤帯に病棟以外で勤務した時間は夜勤時間には含めていない。

④月延夜勤時間数：1,440 時間（（ａ）～（ｃ）の合計）

⑤月平均夜勤時間数:72 時間以下である。
1,440 時間　÷　23 人　＝　62.6 時間（小数第２位以下切り捨て）

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票　評価の手引き

＜一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ＞

アセスメント共通事項

１．評価の対象

評価の対象は、急性期病院一般入院基本料（許可病床数が 200 床未満の保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うことが困難であることについて正当な理由があるものに限る。）、急性期一般入院基本料（急性期一般入院料１に係る届出を行っている病棟（許可病床数が 200 床未満の保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うことが困難であることについて正当な理由があるものを除く。）、許可病床数が 200 床以上の保険医療機関であって急性期一般入院料２又は３に係る届出を行っている病棟及び許可病床数が 400 床以上の保険医療機関であって急性期一般入院料４又は５に係る届出を行っている病棟を除く。）、７対１入院基本料（結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）、10 対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）、地域一般入院料１、急性期総合体制加算（急性期病院一般入院基本料）、看護補助加算１（地域一般入院基本料、13 対１入院基本料）、看護・多職種協働加算（急性期病院Ｂ一般入院料、急性期一般入院料４）、一般病棟看護必要度評価加算（専門病院入院基本料、特定一般病棟入院料）、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、地域包括医療病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料及び特定一般病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理が行われる場合）を算定する場合も含む。以下「地域包括ケア病棟入院料等」という。）を届け出ている病棟に入院している患者であり、以下の患者は評価の対象としない。

ア　産科患者

イ　15歳未満の小児患者

ウ　結核患者（次のいずれかに該当する場合に限る）

（イ）　「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~~6~~年３月５日保医発0305第7~~5~~号。以下「基本診療料施設基準通知」という。）別添２第２の４の２（７）において一般病棟と結核病棟の両病棟全体で評価を行う場合

（ロ）　「結核患者収容モデル事業の実施について」（平成４年12月10日健医発1415号）の別添「結核患者収容モデル事業実施要領」に規定する「結核患者収容モデル事業」を行う一般病床又は精神病床に入院する場合

（ハ）　医療法施行規則第10条第５号により感染症病床に入院する場合

２．評価日及び評価項目

評価は、患者に行われたモニタリング及び処置等（Ａ項目）、患者の状況等（Ｂ項目）並びに手術等の医学的状況（Ｃ項目）について、毎日評価を行うこと。なお、Ｂ項目の測定日の取扱いについては、基本診療料施設基準通知の別添２の第２の４の２（４）によることとし、測定日以外の日におけるＢ項目の評価については、直近の測定日におけるＢ項目の評価をもって代替することができる。

ただし、地域包括ケア病棟入院料等については、Ａ項目及びＣ項目のみの評価とし、毎日評価を行うこと。

３．評価対象時間

評価対象時間は、０時から24時の24時間であり、重複や空白時間を生じさせないこと。

外出・外泊や検査・手術等の理由により、全ての評価対象時間の観察を行うことができない患者の場合であっても、当該病棟に在棟していた時間があった場合は、評価の対象とすること。ただし、評価対象日の０時から24時の間、外泊している患者は、当該外泊日については、評価対象とならない。

退院日は、当日の０時から退院時までを評価対象時間とする。退院日の評価は行うが、基準を満たす患者の算出にあたり延べ患者数には含めない。ただし、入院した日に退院（死亡退院を含む）した患者は、延べ患者数に含めるものとする。

４．評価対象場所

原則として、当該病棟内を評価の対象場所とし、当該病棟以外で実施された治療、処置、看護及び観察については、評価の対象場所に含めない。ただし、Ａ項目の専門的な治療・処置のうち、放射線治療及びＣ項目の手術等の医学的状況については、当該医療機関内における治療を評価の対象場所とする。

５．評価対象の処置・介助等

当該病棟で実施しなければならない処置・介助等の実施者、又は医師の補助の実施者は、当該病棟に所属する看護職員でなければならない。ただし、一部の評価項目において、薬剤師、理学療法士等が当該病棟内において実施することを評価する場合は、病棟所属の有無は問わない。

なお、Ａ項目の評価において、医師が単独で処置等を行った後に、当該病棟の看護職員が当該処置等を確認し、実施記録を残す場合も評価に含めるものとする。

Ａ項目の処置の評価においては、訓練や退院指導等の目的で実施する行為は評価の対象に含めないが、Ｂ項目の評価においては、患者の訓練を目的とした行為であっても評価の対象に含めるものとする。

Ａ項目の薬剤の評価については、臨床試験であっても評価の対象に含めるものとする。

６．評価者

評価は、院内研修を受けた者が行うこと。なお、医師、薬剤師、理学療法士等が一部の項目の評価を行う場合も院内研修を受けること。

ただし、Ａ項目及びＣ項目のうち、別表１に規定する「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ａ・Ｃ項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧」（以下、コード一覧という。）を用いて評価を行う項目については、当該評価者により各選択肢の判断を行う必要はない。

７．評価の判断

評価の判断は、アセスメント共通事項、Ｂ項目共通事項及び項目ごとの選択肢の判断基準等に従って実施すること。独自に定めた判断基準により評価してはならない。

８．評価の根拠

評価は、観察と記録に基づいて行い、推測は行わないこと。当日の実施記録が無い場合は評価できないため、Ａ項目では「なし」、Ｂ項目では自立度の一番高い評価とする。Ａ項目（Ａ６「専門的な治療・処置等」①から④まで及び⑥から⑨までを除く。）の評価においては、後日、第三者が確認を行う際に、記録から同一の評価を導く根拠となる記録を残しておく必要があるが、項目ごとの記録を残す必要はない。

記録は、媒体の如何を問わず、当該医療機関において正式に承認を得て保管されているものであること。また、原則として医師及び当該病棟の看護職員による記録が評価の対象となるが、評価項目によっては、医師及び病棟の看護職員以外の職種の記録も評価の根拠となり得るため、記録方法について院内規定を設ける等、工夫すること。

なお、Ｂ項目については、「患者の状態」が評価の根拠となることから、重複する記

録を残す必要はない。

A　モニタリング及び処置等

1　創傷処置（褥瘡の処置を除く）

項目の定義

創傷処置は、創傷の処置として一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱにおいて評価の対象となる診療行為を実施した場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱにおけるコード一覧に掲載されているコードに対応する診療行為のうち創傷処置に該当するものを実施した場合に「あり」とする。

2　呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く。）

項目の定義

呼吸ケアは、酸素吸入や人工呼吸等、呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く。）として一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱにおいて評価の対象となる診療行為を実施した場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱにおけるコード一覧に掲載されているコードに対応する診療行為のうち呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く。）に該当するものを実施した場合に「あり」とする。

3　注射薬剤３種類以上の管理

項目の定義

注射薬剤３種類以上の管理は、注射により投与した薬剤の種類数が３種類以上であって、当該注射に係る管理を行った場合に評価する項目であり、一連の入院期間中に初めて該当した日から起算して最大７日間（初めて該当した日を含む）までを評価の対象とする。

選択肢の判断基準

「なし」
　注射により投与した薬剤が３種類に満たない場合をいう。
「あり」
　注射により投与した薬剤が３種類以上の場合をいう。

判断に際しての留意点

施行の回数や時間の長さ、注射方法、注射針の刺入個所の数は問わない。
注射薬剤については、ＥＦ統合ファイルにおけるデータ区分コードが30番台（注射）の薬剤に限り、評価の対象となる。ただし、血液代用剤、透析用剤、検査用剤、静脈栄養に係る薬剤、他の項目の評価対象となっている薬剤等、別表のコード一覧に掲げる薬剤は種類数の対象から除くこと。
なお、厚生労働省「薬価基準収載品目リスト及び後発医薬品に関する情報について」において示している「成分名」が同一である場合には、１種類として数えること。
また、一連の入院期間中に初めて該当した日から起算して最大７日間が評価の対象

となるが、当該初めて該当した日以降に他の入院料を算定する病棟又は病室に転棟した場合であっても、当該初めて該当した日から起算して７日以内であるときは評価の対象となる。

4　シリンジポンプの管理

項目の定義

シリンジポンプの管理は、末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプを使用し、看護職員が使用状況（投与時間、投与量等）を管理している場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプの管理をしなかった場合をいう。
「あり」
末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプの管理をした場合をいう。

判断に際しての留意点

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプにセットしていても、作動させていない場合には使用していないものとする。
携帯用であってもシリンジポンプの管理の対象に含めるが、PCA（自己調節鎮痛法）によるシリンジポンプは、看護職員が投与時間と投与量の両方の管理を行い、持続的に注入している場合のみ含める。

5　輸血や血液製剤の管理

項目の定義

輸血や血液製剤の管理は、輸血（全血、濃厚赤血球、新鮮凍結血漿等）や血液製剤（アルブミン製剤等）の投与について、血管を通して行った場合、その投与後の状況を看護職員が管理した場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
輸血や血液製剤の使用状況の管理をしなかった場合をいう。
「あり」
輸血や血液製剤の使用状況の管理をした場合をいう。

判断に際しての留意点

輸血、血液製剤の種類及び単位数については問わないが、腹膜透析や血液透析は輸血や血液製剤の管理の対象に含めない。自己血輸血、腹水を濾過して輸血する場合は含める。

6　専門的な治療・処置

項目の定義

専門的な治療・処置は、①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、③麻薬の使用（注射剤のみ）、④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、⑤放

射線治療、⑥免疫抑制剤の管理（注射剤のみ）、⑦昇圧剤の使用（注射剤のみ）、⑧抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、⑩ドレナージの管理、⑪無菌治療室での治療のいずれかの治療・処置を実施した場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
　専門的な治療・処置を実施しなかった場合をいう。
「あり」
　専門的な治療・処置を一つ以上実施した場合をいう。ただし、①から④まで及び⑥から⑨までについては、評価日において、コード一覧に掲載されているコードが入力されている場合をいう。

判断に際しての注意点

　専門的な治療・処置に含まれる内容は、各定義及び留意点に基づいて判断すること。

　なお、①から④まで及び⑥から⑨までについては、内服薬のコードが入力されていない日に当該コードに該当する内服を指示した場合や、事前に処方や指示を行っており内服当日には当該コードが入力されていない場合等は、評価の対象とはならない。手術や麻酔中に用いた薬剤は評価の対象となる。また、検査や処置等、その他の目的で用いた薬剤については、ＥＦ統合ファイルにおけるデータ区分コードが20番台（投薬）、30番台（注射）、50番（手術）及び54番（麻酔）の薬剤に限り、評価の対象となる。

① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）
【留意点】
　コード一覧を参照のこと。

②　抗悪性腫瘍剤の内服の管理
【留意点】
　コード一覧を参照のこと。

③　麻薬の使用（注射剤のみ）
【留意点】
　コード一覧を参照のこと。

④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理
【留意点】
　コード一覧を参照のこと。

⑤ 放射線治療
【定義】

　放射線治療は、固形腫瘍又は血液系腫瘍を含む悪性腫瘍がある患者に対して、病変部にＸ線、ガンマ線、電子線等の放射線を照射し、そのＤＮＡ分子間の結合破壊(電離作用)により目標病巣を死滅させることを目的として実施した場合に評価する項目である。

【留意点】

照射方法は、外部照射と内部照射（腔内照射、小線源治療）を問わない。放射線治療の対象には、エックス線表在治療、高エネルギー放射線治療、ガンマナイフ、直線加速器（リニアック）による定位放射線治療、全身照射、密封小線源治療、放射性同位元素内用療法を放射線治療の対象に含める。
外部照射の場合は照射日のみを含めるが、外部照射の場合であっても、院外での実施は含めない。
外部照射か内部照射かは問わず、継続して内部照射を行なっている場合は、治療期間を通して評価の対象に含める。
放射線治療の実施が当該医療機関内であれば評価の対象場所に含める。

⑥ 免疫抑制剤の管理（注射剤のみ）
【留意点】

コード一覧を参照のこと。

⑦ 昇圧剤の使用（注射剤のみ）
【留意点】

コード一覧を参照のこと。

⑧ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）
【留意点】

コード一覧を参照のこと。

⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用
【留意点】

コード一覧を参照のこと。

⑩ ドレナージの管理
【定義】

ドレナージの管理とは、排液、減圧の目的として、患者の創部や体腔に誘導管（ドレーン）を継続的に留置し、滲出液や血液等を直接的に体外に誘導し、排液バッグ等に貯留する状況を看護職員が管理した場合に評価する項目である。

【留意点】

誘導管は、当日の評価対象時間の間、継続的に留置されている場合にドレナージの管理の対象に含める。当日に設置して且つ抜去した場合は含めないが、誘導管を設置した日であって翌日も留置している場合、又は抜去した日であって前日も留置している場合は、当日に６時間以上留置されていた場合には含める。
胃瘻（PEG）を減圧目的で開放する場合であっても定義に従っていれば含める。
体外へ直接誘導する場合のみ評価し、体内で側副路を通す場合は含めない。また、腹膜透析や血液透析は含めない。経尿道的な膀胱留置カテーテルは含めないが、血尿がある場合は、血尿の状況を管理する場合に限り評価できる。陰圧閉鎖療法は、創部に誘導管（パッドが連結されている場合を含む）を留置して、定義に従った処置をしている場合は含める。
定義に基づき誘導管が目的に従って継続的に留置されている場合に含めるものであるが、抜去や移動等の目的で、一時的であればクランプしていても良いものとする。

⑪ 無菌治療室での治療
【定義】

無菌治療室での治療とは、移植後、白血病、再生不良性貧血、骨髄異形成症候群、重症複合型免疫不全症等の患者に対して、無菌治療室での治療が必要であると医師が判断し、無菌治療室での治療を６時間以上行った場合に評価する項目である。

【留意点】

無菌治療室とは、室内を無菌の状態に保つために十分な体制が整備されている必要があり、当該保険医療機関において自家発電装置を有していることと、滅菌水の供給が常時可能であること。また、個室であって、室内の空気清浄度が、患者に対し無菌治療室管理を行っている際に、常時ＩＳＯクラス７以上であること。
無菌治療室に入室した日及び無菌治療室を退室した日は評価の対象とする。

７．救急搬送後の入院

項目の定義

救急搬送後の入院は、救急用の自動車（市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車に限る）又は救急医療用ヘリコプターにより当該医療機関に搬送され、入院した場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプター以外により搬送され入院した場合をいう。
「あり」
救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターにより搬送され入院した場合をいう。

判断に際しての留意点

救急搬送後の患者が、直接、評価対象病棟に入院した場合のみを評価の対象とし、救命救急入院料、特定集中治療室管理料等の届出を行っている治療室に一旦入院した場合は評価の対象に含めない。ただし、手術室を経由して評価対象病棟に入院した場合は評価の対象に含める。
入院当日を含めた２日間を評価の対象とする。

Ｂ　患者の状況等

Ｂ項目共通事項

１．義手・義足・コルセット等の装具を使用している場合には、装具を装着した後の状態に基づいて評価を行う。
２．評価時間帯のうちに状態が変わり、異なる状態の記録が存在する場合には、自立度の低い方の状態をもとに評価を行うこと。
３．当該動作が制限されていない場合には、可能であれば動作を促し、観察した結果をもとに「患者の状態」を評価すること。動作の確認をできなかった場合には、通常、介助が必要な状態であっても「できる」又は「自立」とする。
４．医師の指示によって、当該動作が制限されていることが明確である場合には、各選択肢の留意点を参考に評価する。この場合、医師の指示に係る記録があること。ただし、動作が禁止されているにもかかわらず、患者が無断で当該動作を行ってしまった場合には「できる」又は「自立」とする。
５．Ｂ９「移乗」、Ｂ10「口腔清潔」、Ｂ11「食事摂取」、Ｂ12「衣服の着脱」については、「患者の状態」と「介助の実施」とを乗じた点数とすること。

８　寝返り

項目の定義

寝返りが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。
ここでいう『寝返り』とは、仰臥位から（左右どちらかの）側臥位になる動作であ

る。

選択肢の判断基準

「できる」
　何にもつかまらず、寝返り（片側だけでよい）が１人でできる場合をいう。
「何かにつかまればできる」
　ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまれば１人で寝返りができる場合をいう。
「できない」
　介助なしでは１人で寝返りができない等、寝返りに何らかの介助が必要な場合をいう。

判断に際しての留意点

「何かにつかまればできる」状態とは、看護職員等が事前に環境を整えておくことによって患者自身が１人で寝返りができる状態であり、寝返りの際に、ベッド柵に患者の手をつかまらせる等の介助を看護職員等が行っている場合は「できない」となる。

医師の指示により、自力での寝返りを制限されている場合は「できない」とする。

9　移乗

項目の定義

移乗時の介助の必要の有無と、介助の実施状況を評価する項目である。
ここでいう『移乗』とは、「ベッドから車椅子へ」、「ベッドからストレッチャーへ」、「車椅子からポータブルトイレへ」等、乗り移ることである。

選択肢の判断基準

（患者の状態）

「自立」
　介助なしで移乗できる場合をいう。這って動いても、移乗が１人でできる場合も含む。
「一部介助」
　患者の心身の状態等の理由から、事故等がないように見守る必要がある場合、あるいは１人では移乗ができないため他者が手を添える、体幹を支える等の一部介助が必要な場合をいう。
「全介助」
　１人では移乗が全くできないために、他者が抱える、運ぶ等の全面的に介助が必要な場合をいう。

（介助の実施）

「実施なし」
　評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。
「実施あり」
　評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

判断に際しての留意点

患者が１人では動けず、スライド式の移乗用補助具の使用が必要な場合は「全介助」となる。
車椅子等への移乗の際に、立つ、向きを変える、数歩動く等に対して、患者自身も行うことができている（力が出せる）場合は「一部介助」となる。
医師の指示により、自力での移乗を制限されている場合は「全介助」とする。また、介助による移乗も制限されている場合は、「全介助」かつ「実施なし」とする。

１０　口腔清潔

項目の定義

口腔内を清潔にするための一連の行為が１人でできるかどうか、１人でできない場合に看護職員等が見守りや介助を実施したかどうかを評価する項目である。
一連の行為とは、歯ブラシやうがい用の水等を用意する、歯磨き粉を歯ブラシにつける等の準備、歯磨き中の見守りや指示、磨き残しの確認等も含む。
口腔清潔に際して、車椅子に移乗する、洗面所まで移動する等の行為は、口腔清潔に関する一連の行為には含まれない。

選択肢の判断基準

（患者の状態）

「自立」
口腔清潔に関する一連の行為すべてが１人でできる場合をいう。
「要介助」
口腔清潔に関する一連の行為のうち部分的、あるいはすべてに介助が必要な場合をいう。患者の心身の状態等の理由から見守りや指示が必要な場合も含まれる。

（介助の実施）

「実施なし」
評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。
「実施あり」
評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

判断に際しての留意点

口腔内の清潔には、『歯磨き、うがい、口腔内清拭、舌のケア等の介助から義歯の手入れ、挿管中の吸引による口腔洗浄、ポピドンヨード剤等の薬剤による洗浄』も含まれる。舌や口腔内の硼砂グリセリンの塗布、口腔内吸引のみは口腔内清潔に含まない。
また、歯がない場合は、うがいや義歯の清潔等、口腔内の清潔に関する類似の行為が行われているかどうかに基づいて判断する。
医師の指示により、自力での口腔清潔が制限されている場合は「要介助」とする。また、介助による口腔清潔も制限されている場合は、「要介助」かつ「実施なし」とする。

１１　食事摂取

項目の定義

食事介助の必要の有無と、介助の実施状況を評価する項目である。
ここでいう食事摂取とは、経口栄養、経管栄養を含み、朝食、昼食、夕食、補食等、個々の食事単位で評価を行う。中心静脈栄養は含まれない。
食事摂取の介助は、患者が食事を摂るための介助、患者に応じた食事環境を整える食卓上の介助をいう。厨房での調理、配膳、後片付け、食べこぼしの掃除、車椅子への移乗の介助、エプロンをかける等は含まれない。

選択肢の判断基準

（患者の状態）

「自立」
介助・見守りなしに１人で食事が摂取できる場合をいう。また、箸やスプーンのほかに、自助具等を使用する場合も含まれる。
「一部介助」
必要に応じて、食事摂取の行為の一部に介助が必要な場合をいう。また、食卓で食べやすいように配慮する行為（小さく切る、ほぐす、皮をむく、魚の骨をとる、蓋をはずす等）が必要な場合をいう。患者の心身の状態等の理由から見守りや指示が必要な場合も含まれる。

「全介助」
　１人では全く食べることができず全面的に介助が必要な場合をいい、食事開始から終了までにすべてに介助を要する場合は「全介助」とする。

（介助の実施）

「実施なし」
　評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。
「実施あり」
　評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

判断に際しての留意点

　食事の種類は問わず、一般（普通）食、プリン等の経口訓練食、水分補給食、経管栄養すべてをさし、摂取量は問わない。経管栄養の評価も、全面的に看護職員等が行う必要がある場合は「全介助」となり、患者が自立して１人で行うことができる場合は「自立」となる。ただし、経口栄養と経管栄養のいずれも行っている場合は、「自立度の低い方」で評価する。
　家族が行った行為、食欲の観察は含めない。また、看護職員等が、パンの袋切り、食事の温め、果物の皮むき、卵の殻むき等を行う必要がある場合は「一部介助」とする。
　医師の指示により、食止めや絶食となっている場合は、「全介助」かつ「実施なし」とする。セッティングしても患者が食事摂取を拒否した場合は「実施なし」とする。

１２　衣服の着脱

項目の定義

　衣服の着脱について、介助の必要の有無と、介助の実施状況を評価する項目である。衣服とは、患者が日常生活上必要とし着用しているものをいう。パジャマの上衣、ズボン、寝衣、パンツ、オムツ等を含む。

選択肢の判断基準

（患者の状態）

「自立」
　介助なしに１人で衣服を着たり脱いだりすることができる場合をいう。
　自助具等を使って行うことができる場合も含む。
「一部介助」
　衣服の着脱に一部介助が必要な場合をいう。例えば、途中までは自分で行っているが、最後に看護職員等がズボン・パンツ等を上げる必要がある場合等は、「一部介助」に含む。看護職員等が手を出して介助する必要はないが、患者の心身の状態等の理由から、転倒の防止等のために、見守りや指示を行う必要がある場合等も「一部介助」とする。
「全介助」
　衣服の着脱の行為すべてに介助が必要な場合をいう。患者自身が、介助を容易にするために腕を上げる、足を上げる、腰を上げる等の行為を行うことができても、着脱行為そのものを患者が行うことができず、看護職員等がすべて介助する必要がある場合も「全介助」とする。

（介助の実施）

「実施なし」
　評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。
「実施あり」
　評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

判断に際しての留意点

　衣服の着脱に要する時間の長さは判断には関係しない。

通常は自分で衣服の着脱をしているが、点滴が入っているために介助を要している場合は、その介助の状況で評価する。
靴や帽子は、衣服の着脱の評価に含めない。

１３　診療・療養上の指示が通じる

項目の定義

指示内容や背景疾患は問わず、診療・療養上の指示に対して、指示通りに実行できるかどうかを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「はい」
診療・療養上の指示に対して、指示通りの行動が常に行われている場合をいう。
「いいえ」
診療・療養上の指示に対して、指示通りでない行動が１回でもみられた場合をいう。

判断に際しての留意点

精神科領域、意識障害等の有無等、背景疾患は問わない。指示の内容は問わないが、あくまでも診療・療養上で必要な指示であり、評価日当日の指示であること、及びその指示が適切に行われた状態で評価することを前提とする。
医師や看護職員等の話を理解したように見えても、意識障害等により指示を理解できない場合や自分なりの解釈を行い結果的に、診療・療養上の指示から外れた行動をした場合は「いいえ」とする。

１４ 危険行動

項目の定義

患者の危険行動の有無を評価する項目である。
ここでいう「危険行動」は、「治療・検査中のチューブ類・点滴ルート等の自己抜去、転倒・転落、自傷行為」の発生又は「そのまま放置すれば危険行動に至ると判断する行動」を過去１週間以内の評価対象期間に看護職員等が確認した場合をいう。

選択肢の判断基準

「ない」
過去１週間以内に危険行動がなかった場合をいう。
「ある」
過去１週間以内に危険行動があった場合をいう。

判断に際しての留意点

危険行動の評価にあたっては、適時のアセスメントと適切な対応、並びに日々の危険行動への対策を前提としている。この項目は、その上で、なお発生が予測できなかった危険行動の事実とその対応の手間を評価する項目であり、対策をもたない状況下で発生している危険行動を評価するものではない。対策がもたれている状況下で発生した危険行動が確認でき、評価当日にも当該対策がもたれている場合に評価の対象に含める。
認知症等の有無や、日常生活動作能力の低下等の危険行動を起こす疾患・原因等の背景や、行動の持続時間等の程度を判断の基準としない。なお、病室での喫煙や大声を出す・暴力を振るう等の、いわゆる迷惑行為は、この項目での定義における「危険行動」には含めない。
他施設からの転院、他病棟からの転棟の際は、看護職員等が記載した記録物により評価対象期間内の「危険行動」が確認できる場合は、評価の対象に含める。

C　手術等の医学的状況

C項目共通事項

1．コード一覧に掲載されているコードについて、評価日における入力の有無及び当該コードに係る手術等の実施当日からの日数によって判断すること。
2．各選択肢の判断基準に示された手術等の実施当日からの日数については、実施当日を含む日数であること。

１５　開頭手術
選択肢の判断基準

評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る手術の実施当日から 11 日間の場合、「あり」とする。

１６　開胸手術
選択肢の判断基準

評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る手術の実施当日から９日間の場合、「あり」とする。

１７　開腹手術
選択肢の判断基準

評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る手術の実施当日から６日間の場合、「あり」とする。

１８　骨の手術
選択肢の判断基準

評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る手術の実施当日から 10 日間の場合、「あり」とする。

１９　胸腔鏡・腹腔鏡手術
選択肢の判断基準

評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る手術の実施当日から４日間の場合、「あり」とする。

２０　全身麻酔・脊椎麻酔の手術
選択肢の判断基準

評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る手術の実施当日から５日間の場合、「あり」とする。

２１　救命等に係る内科的治療
選択肢の判断基準

①から③の各項目について、評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る治療の実施当日から４日間の場合、「あり」とする。

２２　別に定める検査
選択肢の判断基準

評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る検査の実施当日から２日間の場合、「あり」とする。

２３　別に定める手術
選択肢の判断基準

評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る手術の実施当日から５日間の場合、「あり」とする。

＜一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱ＞

アセスメント共通事項

１．評価の対象

評価の対象は、急性期病院一般入院基本料、急性期一般入院基本料、７対１入院基本料（結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟、結核病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）、10 対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）、地域一般入院料１、総合入院体制加算（一般病棟入院基本料、特定一般病棟入院料）、看護補助加算１（地域一般入院基本料、13対１入院基本料）、看護・多職種協働加算（急性期病院Ｂ一般入院料、急性期一般入院料４）、一般病棟看護必要度評価加算（専門病院入院基本料、特定一般病棟入院料）、脳卒中ケアユニット入院医療管理料並びに地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料及び特定一般病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理が行われる場合）を算定する場合も含む。以下「地域包括ケア病棟入院料等」という。）を届け出ている病棟に入院している患者であり、以下の患者は評価の対象としない。また、歯科の入院患者（同一入院中に医科の診療も行う期間については除く。）についても評価の対象としない。

ア　産科患者
イ　15歳未満の小児患者
ウ　結核患者（次のいずれかに該当する場合に限る）
（イ）　基本診療料施設基準通知の別添２第２の４の２（７）において一般病棟と結核病棟の両病棟全体で評価を行う場合
（ロ）　「結核患者収容モデル事業の実施について」（平成４年12月10日健医発1415号）の別添「結核患者収容モデル事業実施要領」に規定する「結核患者収容モデル事業」を行う一般病床又は精神病床に入院する場合
（ハ）　医療法施行規則第10条第５号により感染症病床に入院する場合

２．評価日及び評価項目

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ（以下「必要度Ⅰ」という。）における記載内容を参照のこと。

３．評価対象時間

必要度Ⅰにおける記載内容を参照のこと。

４．評価対象場所

必要度Ⅰにおける記載内容を参照のこと。

５．評価者

Ｂ項目の評価は、院内研修を受けた者が行うこと。医師、薬剤師、理学療法士等が一部の項目の評価を行う場合も院内研修を受けること。

６．評価の判断

評価の判断は、アセスメント共通事項、Ａ・Ｂ・Ｃの各項目の共通事項及び項目ごとの選択肢の判断基準等に従って実施すること。独自に定めた判断基準により評価してはならない。

Ａ　モニタリング及び処置等

１．評価日において、各選択肢のコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合を「あり」とする。

ただし、Ａ３「注射薬剤３種類以上の管理」については、一連の入院期間中に初めて該当した日から起算して最大７日目までを評価の対象とし、当該初めて該当した日以降に他の入院料を算定する病棟又は病室に転棟した場合であっても、当該初めて該当した日から起算して７日目以内であるときは評価の対象となる。

また、Ａ７「緊急に入院を必要とする状態」については、入院日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合に、入院当日を含めた２日間を「あり」とする。なお、当該患者が、直接、評価対象病棟に入院した場合のみ、当該コードを評価対象とし、救命救急入院料、特定集中治療室管理料等の届出を行っている治療室に一旦入院した場合は評価対象に含めない。ただし、手術室を経由して評価対象病棟に入院した場合は評価対象に含める。また、地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料においては、評価対象に含めない。

２．内服薬のコードが入力されていない日に当該コードに該当する内服を指示した場合や、事前に処方や指示を行っており内服当日には当該コードが入力されていない場合等は、評価の対象とはならない。

３．手術や麻酔中に用いた薬剤は評価の対象となる。また、検査や処置等、その他の目的で用いた薬剤については、ＥＦ統合ファイルにおけるデータ区分コードが 20 番台（投薬）、30 番台（注射）、50 番（手術）及び 54 番（麻酔）の薬剤に限り、評価の対象となる。

４．臨床試験で用いた薬剤は評価の対象となる。

Ｂ　患者の状況等

必要度Ⅰにおける記載内容を参照のこと。

Ｃ　手術等の医学的状況

必要度Ⅰにおける記載内容を参照のこと。

別紙８

医療区分・ＡＤＬ区分等に係る評価票　評価の手引き

「医療区分･ADL区分等に係る評価票(療養病棟入院基本料又は有床診療所療養病床入院基本料)」の記入に当たっては、各項目の「項目の定義」に該当するか否かを判定すること。また、各項目の評価の単位については、「評価の単位」及び「留意点」に従うこと。

なお、「該当する」と判定した場合には、診療録にその根拠を記載すること。ただし、判定以降に患者の状態等の変化がない場合には、診療録に記載しなくても良いが、状態等の変化が見られた場合には診療録にその根拠を記載すること。

Ⅰ. 算定期間に限りがある区分

(1)【処置等に係る医療区分3(別表第五の二)】

1. 24時間持続しての点滴

項目の定義

24時間持続しての点滴

評価の単位

1日毎

留意点

本項目でいう24時間持続しての点滴とは、経口摂取が困難な場合、循環動態が不安定な場合又は電解質異常が認められるなど体液の不均衡が認められる場合に限るものとする。(初日を含む。) また、連続した 7 日間を超えて24時間持続して点滴を行った場合は、8 日目以降は該当しないものとする。ただし、一旦非該当となった後、再び病状が悪化した場合には、本項目に該当する。

2. 中心静脈栄養(療養病棟入院基本料を算定する場合にあっては、広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻若しくは急性膵炎を有する患者以外を対象として、中心静脈栄養を開始した日から 30 日以内の場合に実施するものに限る。)

項目の定義

中心静脈栄養(療養病棟入院基本料を算定する場合にあっては、広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻若しくは急性膵炎を有する患者以外を対象として、中心静脈栄養を開始した日から 30 日以内の場合に実施するものに限る。)

評価の単位

1日毎

留意点

本項目でいう中心静脈栄養とは、消化管の異常、悪性腫瘍等のため消化管からの栄養摂取が困難な場合に行うものに限るものとし、単に末梢血管確保が困難であるために行うものはこれに含まない。ただし、経管栄養のみでカロリー不足の場合については、離脱についての計画を作成し実施している場合に限り、経管栄養との一部併用の場合も該当するものとする。中心静脈栄養の終了後も7日間に限り、引き続き処置等に係る医療区分3として取り扱うことができる。

また、療養病棟入院基本料を算定する場合にあっては、広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻もしくは急性膵炎を有する患者以外を対象として、中心静脈栄養を開始した日から 30 日以内の場合に実施するものに限るものである。

なお、有床診療所療養病床入院基本料を算定する場合にあっては、本項目は適用しない。

なお、毎月末において、当該中心静脈栄養を必要とする状態に該当しているか確認を行い、その結果を診療録等に記載すること。

3. 処置等に係る医療区分2(別表第五の三)のうち、別表第五の三の二の(1)及び(2)のいずれにも該当するもの

項目の定義

別表第五の三の二に定める処置等のうち、(1)及び(2)のいずれにも該当するもの

評価の単位

1日毎

留意点

本項目でいう別表第五の三の二に定める処置等のうち、(1)及び(2)のいずれにも該当するものとは、
(1)に掲げる
・肺炎に対する治療
・尿路感染症に対する治療
・脱水に対する治療(発熱を伴う状態の患者に対して実施するものに限る。)
・頻回の嘔吐に対する治療(発熱を伴う状態に限る。)
・経鼻胃管及び胃瘻等の経腸栄養(発熱又は嘔吐を伴う状態の患者に対して行うものに限る。)
のいずれか及び(2)に掲げる
・褥瘡に対する治療(皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が二箇所以上に認められる場合に実施するものに限る。)
・末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療
・創傷(手術創や感染創を含む。)、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療
・中心静脈栄養(広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻又は急性膵炎を有する患者以外を対象として、中心静脈栄養を開始した日から三十日を超えて実施するものに限る。)(療養病棟入院基本料を算定する場合に限る。)
・人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法
・気管切開又は気管内挿管(発熱を伴う状態の患者に対して行うものを除く。)
のいずれかの双方に該当するものをいう。(1)に掲げる処置等のうち、本紙において算定上限日数が定められている場合は、算定上限日数までの間のみ、当該項目に該当するものとする。

⑵【疾患・状態に係る医療区分2(別表第五の三)】

4. 消化管等の体内からの出血が反復継続している状態

項目の定義

消化管等の体内からの出血が反復継続している状態

評価の単位

1日毎

留意点

本項目でいう消化管等の体内からの出血が反復継続している状態とは、例えば、黒色便、コーヒー残渣様嘔吐、喀血、痔核を除く持続性の便潜血が認められる状態をいう。 出血を認めた日から7日間まで、本項目に該当するものとする。

⑶【処置等に係る医療区分2(別表第五の三)】

5. 尿路感染症に対する治療

項目の定義

尿沈渣で細菌尿が確認された場合、もしくは白血球尿(＞10/HPF)であって、尿路感染症に対する治療を実施している場合

評価の単位

1日毎

留意点

連続する14日間を限度とし、15日目以降は該当しない。ただし、一旦非該当となった後、再び病状が悪化した場合には、本項目に該当する。

6. 傷病等によりリハビリテーション(原因となる傷病等の発症後、30日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る。)

項目の定義

傷病等によりリハビリテーション(原因となる傷病等の発症後、30日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る。)

評価の単位

1日毎

留意点

実施されるリハビリテーションは、医科点数表上のリハビリテーションの部に規定されるものであること。 リハビリテーションについては、継続的に適切に行われていれば、毎日行われている必要はないものとする。

7. 脱水に対する治療（発熱を伴う状態に限る。）

項目の定義

脱水に対する治療（発熱を伴う状態に限る。）

評価の単位

1日毎

留意点

発熱に対する治療を行っている場合に限る。 尿量減少、体重減少、BUN／Cre 比の上昇等が認められ、脱水に対する治療を実施している状態。 連続した 7 日間を超えて脱水に対する治療を行った場合は、8日目以降は該当しない。ただし、一旦非該当となった後、再び病状が悪化した場合には、本項目に該当する。

8. 頻回の嘔吐に対する治療（発熱を伴う状態に限る。）

項目の定義

頻回の嘔吐に対する治療を実施している場合（1日に複数回の嘔吐がある場合に限る。）

評価の単位

1日毎

留意点

発熱に対する治療が行われている場合に限る。 嘔吐のあった日から 3 日間は、本項目に該当する。

9. せん妄に対する治療

項目の定義

せん妄に対する治療を実施している場合（せん妄の症状に対応する治療を行っている場合に限る。）

評価の単位

1日毎

留意点

「せん妄の兆候」は、以下の6項目のうち「この7日間は通常の状態と異なる」に該当する項目が1つ以上ある場合、本項目に該当するものとする。 a.注意がそらされやすい b.周囲の環境に関する認識が変化する c.支離滅裂な会話が時々ある d.落ち着きがない e.無気力 f.認知能力が1日の中で変動する 7日間を限度とし、8 日目以降は該当しないものとする。ただし、一旦非該当となった後、再び病状が悪化した場合には、本項目に該当する。

10. 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養(発熱又は嘔吐を伴う状態に限る。)

項目の定義

経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われており、かつ、発熱又は嘔吐を伴う状態

評価の単位

1日毎

留意点

発熱又は嘔吐に対する治療を行っている場合に限る。 連続する7日間を限度とし、8 日目以降は該当しないものとする。ただし、一旦非該当となった後、再び病状が悪化した場合には、本項目に該当する。

11. 頻回の血糖検査

項目の定義

頻回の血糖検査(1 日 3 回以上の血糖検査が必要な場合に限る。)

評価の単位

1日毎

留意点

糖尿病に対するインスリン製剤又はソマトメジンC製剤の注射を1日1回以上行い、1 日 3 回以上の頻回の血糖検査が必要な場合に限る。なお、検査日から 3 日間まで、本項目に該当するものとする。

Ⅱ. 算定期間に限りがない区分

(1) 【疾患・状態に係る医療区分3(別表第五の二)】

12. スモン

項目の定義

スモン(「特定疾患治療研究事業について」(昭和 48 年4月 17 日衛発第242 号)に定めるものを対象とする。)に罹患している状態

評価の単位

―

留意点

特定疾患医療受給者証の交付を受けているもの又は過去に当該疾患の公的な認定を受けたことが確認できる場合等をいう。

13. 別紙8の2の注1を参照

14. 医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態

項目の定義

循環動態および呼吸状態が不安定なため、常時、動脈血酸素飽和度、血圧、心電図、呼吸等のバイタルサインを観察する必要がある等、医師及び看護職員により、24時間体制での監視及び管理を必要とする状態

評価の単位

1日毎

留意点

少なくとも連続して24時間以上「項目の定義」に該当する状態にあること。(初日を含む。) 動脈血酸素飽和度、血圧、心電図、呼吸等のバイタルサインが、少なくとも 4 時間以内の間隔で観察されていること。ただし、医師による治療方針に関する確認が行われていない場合は該当しない。 なお、当該項目は、当該項目を除く医療区分3又は医療区分2の項目に、1つ以上の該当項目がある場合に限り医療区分3として取り扱うものとし、それ以外の場合は医療区分2として取り扱うものとする。

15. 区分番号A212に掲げる超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算の注1に規定する超重症の状態(十五歳未満の小児患者に限る。)

項目の定義

「A212」超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算の注1に規定する超重症の状態に該当する患者のうち、十五歳未満の小児患者。

評価の単位

1日毎

留意点

超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算の注1に規定する超重症の状態とは、別添6の別紙 14 に掲げる超重症児(者)の判定基準による判定スコアが 25 点以上であって、介助によらなければ座位が保持できず、かつ、人工呼吸器を使用する等、特別の医学的管理が必要な状態が6月以上継続している状態であることをいう。本項目は、このうち十五歳未満の小児患者の場合に該当するものとする。

(2) 【処置等に係る医療区分3(別表第五の二)】

16. 中心静脈栄養(療養病棟入院基本料を算定する場合にあっては、広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻若しくは急性膵炎を有する患者を対象とする場合に限る。)

項目の定義

中心静脈栄養（療養病棟入院基本料を算定する場合にあっては、広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻若しくは急性膵炎を有する患者を対象とする場合に限る。）

評価の単位

1日毎

留意点

本項目でいう中心静脈栄養とは、消化管の異常、悪性腫瘍等のため消化管からの栄養摂取が困難な場合に行うものに限るものとし、単に末梢血管確保が困難であるために行うものはこれに含まない。ただし、経管栄養のみでカロリー不足の場合については、離脱についての計画を作成し実施している場合に限り、経管栄養との一部併用の場合も該当するものとする。中心静脈栄養の終了後も7日間に限り、引き続き処置等に係る医療区分3として取り扱うことができる。

また、療養病棟入院基本料を算定する場合にあっては、広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻若しくは急性膵炎を有する患者を対象とする場合に限るものである。

令和6年3月31日において旧医科点数表の療養病棟入院基本料に係る届出を行っている病棟に入院している患者であって、旧医科点数表別表第五の二の二に規定する中心静脈注射を行っているものについては、当分の間、本項目に該当するものとみなす。

なお、有床診療所療養病床入院基本料を算定する場合にあっては、広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻又は急性膵炎を有する患者以外を対象とする場合についても、中心静脈栄養の実施期間によらず、本項目に該当するものである。

なお、毎月末において、当該中心静脈栄養を必要とする状態に該当しているか確認を行い、その結果を診療録等に記載すること。

17. 人工呼吸器の使用

項目の定義

人工呼吸器の使用

評価の単位

1日毎

留意点

診療報酬の算定方法の別表第一第2章第9部の「J045　人工呼吸」の「3　5時間を超えた場合（1日につき）」を算定している場合に限る。

18. ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄

項目の定義

ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄

評価の単位

1日毎

留意点

胸腔または腹腔のドレーン又は洗浄を実施しているものに限る。

19. 気管切開又は気管内挿管(発熱を伴う状態に限る。)

項目の定義

気管切開又は気管内挿管(発熱を伴う状態に限る。)

評価の単位

1日毎

留意点

投薬、処置等、発熱に対する治療が行われている場合に限る。

20. 酸素療法(密度の高い治療を要する状態に限る。)

項目の定義

酸素療法を実施している場合であって、次のいずれかに該当するもの ・常時流量3L/分以上を必要とする場合 ・肺炎等急性増悪により点滴治療を実施した場合 ・New York Heart Association の心機能分類のⅢ度又はⅣ度相当の心不全の状態である場合

評価の単位

1日毎

留意点

酸素非投与下において、安静時、睡眠時、運動負荷いずれかで動脈血酸素飽和度が 90%以下となる状態であって、以下の(1)又は(2)の状態。 (1) 安静時に3L／分未満の酸素投与下で動脈血酸素飽和度 90%以上を維持できないが、3L／分以上で維持できる状態。 (2) 安静時に3L／分未満の酸素投与下で動脈血酸素飽和度 90%以上を維持できる状態であって、肺炎等急性増悪により点滴治療を実施した場合又は NYHA 重症度分類のⅢ度若しくはⅣ度の心不全の状態である場合。なお、肺炎等急性増悪により点滴治療を実施した場合については、点滴を実施した日から 30 日間まで、本項目に該当するものとする。 なお、毎月末において当該酸素療法を必要とする状態に該当しているか確認を行い、その結果を診療録等に記載すること。

21. 感染症の治療の必要性から隔離室での管理

項目の定義

感染症の治療の必要性から隔離室での管理

評価の単位

1日毎

留意点

感染症に対する治療又は管理が行われている期間に限る。

(3) 【疾患・状態に係る医療区分2(別表第五の三)】

22. 筋ジストロフィー

項目の定義

筋ジストロフィー(難病の患者に対する医療等に関する法律第5条に規定する指定難病(同法第7条第4項に規定する医療受給者証を交付されている患者(同条第1項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。)に係るものに限る。)として定めるものを対象とする。)に罹患している状態

評価の単位

―

留意点

筋ジストロフィーに罹患している患者であって、医療受給者証を交付されているもの、又は、特定医療費の支給認定に係る基準を満たす状態にあることを医療機関において確実に診断されるものに限る。

23. 多発性硬化症

項目の定義

多発性硬化症(難病の患者に対する医療等に関する法律第5条に規定する指定難病(同法第7条第4項に規定する医療受給者証を交付されている患者(同条第1項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。)に係るものに限る。)として定めるものを対象とする。)に罹患している状態

評価の単位

―

留意点

多発性硬化症に罹患している患者であって、医療受給者証を交付されているもの、又は、特定医療費の支給認定に係る基準を満たす状態にあることを医療機関において確実に診断されるものに限る。

24. 筋萎縮性側索硬化症

項目の定義

筋萎縮性側索硬化症（難病の患者に対する医療等に関する法律第5条に規定する指定難病（同法第7条第4項に規定する医療受給者証を交付されている患者（同条第1項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。）に係るものに限る。）として定めるものを対象とする。）に罹患している状態

評価の単位

－

留意点

筋萎縮性側索硬化症に罹患している患者であって、医療受給者証を交付されているもの、又は、特定医療費の支給認定に係る基準を満たす状態にあることを医療機関において確実に診断されるものに限る。

25. パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。））

項目の定義

パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。））に罹患している状態。
進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病については、難病の患者に対する医療等に関する法律第5条に規定する指定難病（同法第7条第4項に規定する医療受給者証を交付されている患者（同条第1項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。）に係るものに限る。）として定めるものを対象とする。

評価の単位

－

留意点

進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症又はパーキンソン病に罹患している患者であって、医療受給者証を交付されているもの、又は、特定医療費の支給認定に係る基準を満たす状態にあることを医療機関において確実に診断されるものに限る。また、パーキンソン症候群は含まない。

26. その他の指定難病等

項目の定義

以下の(1)、(2)又は(3)に掲げる疾患に罹患している状態。
(1) 難病の患者に対する医療等に関する法律第5条に規定する指定難病(同法第7条第4項に規定する医療受給者証を交付されている患者(同条第1項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。)に係るものに限る。)。ただし、筋ジストロフィー、多発性硬化症、筋萎縮性側索硬化症及びパーキンソン病関連疾患を除く。
(2)「特定疾患治療研究事業について」(昭和 48年4月 17日衛発第242号)に掲げる疾患(当該疾患に罹患している患者として都道府県知事から受給者証の交付を受けているものに限る。)。ただし、スモンを除く。
(3)「先天性血液凝固因子障害等治療研究事業実施要綱について」(平成元年7月 24 日健医発第 896 号)に掲げる疾患(当該疾患に罹患している患者として都道府県知事から受給者証の交付を受けているものに限る。)

評価の単位

―

留意点

(1)については、指定難病に罹患している患者であって、医療受給者証を交付されているもの、又は、特定医療費の支給認定に係る基準を満たす状態にあることを医療機関において確実に診断されるものに限る。
(2)及び(3)については、受給者証の交付を受けているものに限る。

27. 脊髄損傷(頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢すべてに認められる場合に限る。)

項目の定義

脊髄損傷(頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢すべてに認められる場合に限る。)

評価の単位

―

留意点

頸椎損傷の場合に限り該当するものとする。

28. 慢性閉塞性肺疾患(ヒュー・ジョーンズの分類がⅤ度の状態に該当する場合に限る。)

項目の定義

慢性閉塞性肺疾患(ヒュー・ジョーンズの分類がⅤ度の状態に該当する場合に限る。)

評価の単位

―

留意点

―

29. 別紙8の2の注2を参照

30. 基本診療料の施設基準等の別表第五の三の三の患者

31. 悪性腫瘍(医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。)

項目の定義

悪性腫瘍(医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。)

評価の単位

1日毎

留意点

ここでいう医療用麻薬等とは、WHO's pain ladder に定められる第 2 段階以上のものをいう。

32. 末期呼吸器疾患

項目の定義

末期呼吸器疾患(適切な治療が実施されているにもかかわらず、ヒュー・ジョーンズの分類がⅤ度の状態に該当し、医療用麻薬等の投与によるコントロールが必要な状態に限る。)

評価の単位

1日毎

留意点

ここでいう末期とは、医学的に終末期と判断される状態である。また、ここでいう適切な治療とは、原因となっている呼吸器疾患に対する適切な治療のほかに、酸素療法、ハイフローセラピー又はNPPV(非侵襲的陽圧換気)等の呼吸管理を継続的に実施していることをいう。なお、医療用麻薬等は症状緩和に効果がある場合のみ用いられるべきであることから、他の方法を用いた症状コントロールの結果、投与を要さない日であっても、医療用麻薬等を含む症状コントロールが検討される状態である場合は該当するものとする。

33. 末期心不全

項目の定義

末期心不全(器質的な心機能障害により、適切な治療が実施されているにもかかわらず、慢性的にNew York Heart Association の心機能分類のⅣ度相当の症状に該当し、頻回若しくは持続的に医療用麻薬の投与又はその他の点滴薬物療法による苦痛及び症状のコントロールが必要な状態に限る。)

評価の単位

1日毎

留意点

ここでいう末期とは、医学的に終末期と判断される状態である。また、医療用麻薬の投与又はその他の点滴薬物療法による苦痛及び症状のコントロールが必要な状態とは、心不全による症状のコントロールのために、医療用麻薬又は静注強心薬等の1日2回以上又は持続的な投与を要する状態をいう。

34. 末期腎不全

項目の定義

末期腎不全(器質的な腎障害により、適切な治療が実施されているにもかかわらず、慢性的に日本腎臓学会慢性腎臓病重症度分類 Stage G5 以上に該当し、腎代替療法を必要とする状態であるが、透析療法の開始又は継続が困難である場合であって、医療用麻薬等の投与による苦痛のコントロールが必要な状態に限る。)

評価の単位

1日毎

留意点

ここでいう末期とは、医学的に終末期と判断され、目安として Palliative Performance Scale (PPS) が 40%以下の状態をいう。また、ここでいう医療用麻薬等の投与による苦痛のコントロールが必要な状態とは、末期腎不全に伴う痛み、呼吸困難、浮腫、悪心、掻痒感等の症状に対し、医療用麻薬や利尿薬等の投与を要する状態をいう。

35. 他者に対する暴行が毎日認められる状態

項目の定義

他者に対する暴行が毎日認められる状態

評価の単位

1日毎

留意点

本項目でいう他者に対する暴行が毎日認められる状態とは、例えば、他者を打つ、押す、ひっかく等が認められる状態をいう。なお、医師又は看護師の合計2名以上(ただし、少なくとも1名は医師であることとする)により「他者に対する暴行が毎日認められる」との判断の一致がある場合に限る。 なお、医師を含めた当該病棟(床)の医療従事者により、原因や治療方針等について検討を行い、治療方針に基づき実施したケアの内容について診療録等に記載すること。

36. 区分番号A212に掲げる超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算の注2~~1~~に規定する準超重症の状態(十五歳未満の小児患者に限る。)

項目の定義

「A212」超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算の注2~~1~~に規定する準超重症の状態に該当する患者のうち、十五歳未満の小児患者。

評価の単位

1日毎

留意点

超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算の注1に規定する準超重症の状態とは、別添6の別紙14に掲げる超重症児(者)の判定基準による判定スコアが10点以上であって、介助によらなければ座位が保持できず、かつ、人工呼吸器を使用する等、特別の医学的管理が必要な状態が6月以上継続している状態に準ずる状態であることをいう。本項目は、このうち十五歳未満の小児患者の場合に該当するものとする。

(4) 処置等に係る医療区分2(別表第五の三)

37. 中心静脈栄養(広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻又は急性膵炎を有する患者以外を対象として、中心静脈栄養を開始した日から 30 日を超えて実施するものに限る。)

項目の定義

中心静脈栄養(広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻又は急性膵炎を有する患者以外を対象として、中心静脈栄養を開始した日から30 日を超えて実施するものに限る。)

評価の単位

1日毎

留意点

本項目でいう中心静脈栄養とは、単に末梢血管確保が困難であるために行うものはこれに含まない。ただし、経管栄養のみでカロリー不足の場合については、離脱についての計画を作成し実施している場合に限り、経管栄養との一部併用の場合も該当するものとする。中心静脈栄養の終了後も7日間に限り、引き続き処置等に係る医療区分2として取り扱うことができる。 また、療養病棟入院基本料を算定する場合において、広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻又は急性膵炎を有する患者以外を対象として、中心静脈栄養を開始した日から 30 日を超えて実施するものが本項目に該当する。 有床診療所療養病床入院基本料を算定する場合にあっては、本項目は適用しない。 なお、毎月末において、当該中心静脈栄養を必要とする状態に該当しているか確認を行い、その結果を診療録等に記載すること。

38. 人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法

項目の定義

人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法

評価の単位

月１回

留意点

人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法について、継続的に適切に行われていれば、毎日行われている必要はないものとする。

39. 肺炎に対する治療

項目の定義

肺炎に対し画像診断及び血液検査を行い、肺野に明らかな浸潤影を認め、血液検査上炎症所見を伴い、治療が必要な場合

評価の単位

1日毎

留意点

―

40. 褥瘡に対する治療(DESIGN-R2020 分類d2以上の場合又は褥瘡が2カ所以上に認められる場合に限る。)

項目の定義

褥瘡に対する治療(DESIGN-R2020 分類d2以上に該当する場合若しくは褥瘡が2か所以上に認められる状態に限る。)

d0:皮膚損傷・発赤無し
d1:持続する発赤
d2:真皮までの損傷
D3:皮下組織までの損傷
D4:皮下組織を超える損傷
D5:関節腔、体腔に至る損傷
DDTI:深部損傷褥瘡(DTI)疑い
DU:深さ判定が不能の場合

評価の単位

1日毎

留意点

部位、大きさ、深度等の褥瘡の程度について診療録に記載し、それぞれについての治療計画を立て治療を実施している場合に該当するものとする。
ただし、入院又は転院時既に発生していた褥瘡に限り、治癒又は軽快後も30 日間に限り、引き続き医療区分2として取り扱うことができる。ただし、当該取り扱いを行う場合については、入院している患者に係る褥瘡の発生割合について、患者または家族の求めに応じて説明を行うこと。

41. 末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療

項目の定義

末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療(以下の分類にて第2度以上に該当する場合に限る。)
第1度:皮膚の発赤が持続している部位があり、圧迫を取り除いても消失しない(皮膚の損傷はない)
第2度:皮膚層の部分的喪失:びらん、水疱、浅いくぼみとして表れる
第3度:皮膚層がなくなり潰瘍が皮下組織にまで及ぶ。深いくぼみとして表れ、隣接組織まで及んでいることもあれば、及んでいないこともある
第4度:皮膚層と皮下組織が失われ、筋肉や骨が露出している

評価の単位

1日毎

留意点

ー

42. うつ症状に対する治療

項目の定義

うつ症状に対する治療(精神保健指定医の処方によりうつ症状に対する薬を投与している場合、入院精神療法、精神科作業療法及び心身医学療法など、「診療報酬の算定方法」別表第一第2章第8部の精神科専門療法のいずれかを算定している場合に限る。)

評価の単位

1日毎

留意点

「うつ症状」は、以下の7項目のそれぞれについて、うつ症状が初めてみられた日以降において、3日間のうち毎日観察された場合を2点、1日又は2日観察された場合を1点として評価を行う。
a.否定的な言葉を言った
b.自分や他者に対する継続した怒り
c.現実には起こりそうもないことに対する恐れを表現した
d.健康上の不満を繰返した
e.たびたび不安、心配事を訴えた
f.悲しみ、苦悩、心配した表情
g.何回も泣いたり涙もろい
本評価によって、3日間における7項目の合計が4点以上であり、かつ、うつ症状に対する治療が行われている場合に限る。
なお、医師を含めた当該病棟(床)の医療従事者により、原因や治療方針等について検討を行い、治療方針に基づき実施したケアの内容について診療録等に記載すること。

43. 1日8回以上の喀痰吸引

項目の定義

1日8回以上の喀痰吸引

評価の単位

1日毎

留意点

本項目でいう1日8回以上の喀痰吸引とは、夜間を含め3時間に1回程度の喀痰吸引を行って いることをいう。

44. 気管切開又は気管内挿管(発熱を伴う状態を除く。)

項目の定義

気管切開又は気管内挿管(発熱を伴う状態を除く。)

評価の単位

1日毎

留意点

ー

45. 創傷(手術創や感染創を含む。)、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療

項目の定義

創傷(手術創や感染創を含む。)、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療(1 日2回以上、ガーゼや創傷被覆材の交換が必要な場合に限る。)

評価の単位

1日毎

留意点

ー

46. 酸素療法(密度の高い治療を要する状態を除く。)

項目の定義

酸素療法(密度の高い治療を要する状態を除く。)

評価の単位

1日毎

留意点

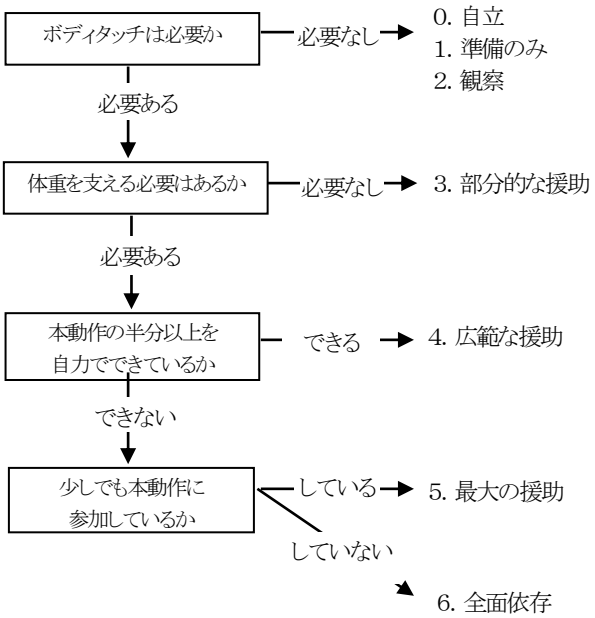
酸素非投与下において、安静時、睡眠時、運動負荷いずれかで動脈血酸素飽和度が 90%以下となる状態であって、医療区分3に該当する状態を除く。すなわち、安静時に3L／分未満の酸素投与下で動脈血酸素飽和度 90%以上を維持できる状態(肺炎等急性増悪により点滴治療を要した状態(点滴を実施した日から30 日間までに限る。)及びNYHA 重症度分類のⅢ度又はⅣ度の心不全の状態を除く。)をいう。なお、毎月末において当該酸素療法を必要とする状態に該当しているか確認を行い、その結果を診療録等に記載すること。

Ⅲ. ADL区分

当日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて、下記の4項目(a. ～d.)に0～6の範囲で最も近いものを記入し合計する。新入院(転棟)の場合は、入院(転棟)後の状態について評価する。

項目	内容	支援のレベル
a. ベッド上の可動性	横になった状態からどのように動くか、寝返りをうったり、起き上がったり、ベッド上の身体の位置を調整する	
b. 移乗	ベッドからどのように、いすや車いすに座ったり、立ち上がるか(浴槽や便座への移乗は除く)	
c. 食事	どのように食べたり、飲んだりするか。 (上手、下手に関係なく)経管や経静脈栄養も含む	
d. トイレの使用	どのようにトイレ(ポータブルトイレ、便器、尿器を含む)を使用するか。 排泄後の始末、おむつの替え、人工肛門またはカテーテルの管理、衣服を整える(移乗は除く)	
	(合計点)	

0 自立 :手助け、準備、観察は不要または1～2回のみ
1 準備のみ :物や用具を患者の手の届く範囲に置くことが 3 回以上
2 観察 : 見守り、励まし、誘導が 3 回以上
3 部分的な援助 :動作の大部分(50%以上)は自分でできる・四肢の動きを助けるなどの体重(身体)を支えない援助を 3 回以上
4 広範な援助 : 動作の大部分(50%以上)は自分でできるが、体重を支える援助(たとえば、四肢や体幹の重みを支える)を 3 回以上
5 最大の援助 :動作の一部(50%未満)しか自分でできず、体重を支える援助を 3 回以上
6 全面依存 :まる 3 日間すべての面で他者が全面援助した(および本動作は一度もなかった場合)



Ⅳ. その他

91. 身体的拘束を実施している

項目の定義

抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう。

留意点

患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならないこと。
身体抑制を行う場合には、その態様及び時間、その際の患者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録すること。
なお、以下のアからウまでに該当する場合は、身体的拘束を行った日に含めない。ただし、これらに該当する場合であっても、常に身体的拘束の解除や代替策の導入について検討し、身体的拘束の最小化に努めること。

ア　衣服に触れるものの、患者の動作により容易に外れ、患者の自発的な運動を制限することはない状況で用いられる、見守りや職員を呼ぶためのセンサー等のみを使用している場合

イ　処置時や移動時に、患者本人又はその家族の同意を得た上で、安全確保のために短時間固定ベルト等を使用する場合であって、使用している間、常に職員が介助等のために当該患者の側に付き添っており、処置や移動の終了時に確実に解除している場合

ウ　患者が訓練のために自由に車椅子を操作することのできる状態であって、患者本人又はその家族の同意を得た上で、車椅子操作による訓練の時間中のみ安全確保のために固定ベルトを使用する場合（車椅子の前にオーバーテーブルを設置する、車椅子をロックする等の方法により、患者本人の活動を制限している場合は該当せず、身体的拘束を行った日に含めること。）

別紙8の2

医療区分・ADL区分等に係る評価票（療養病棟入院基本料）

年　　月分

氏名	1男　2女　　1明　2大 3昭 4平 5令 .　　.　　生

入院元（入院した月に限り記載）
- □ 一般病棟（自院以外の急性期病院からの転院）
- □ 一般病棟（自院の急性期病棟からの転棟）
- □ 他の病棟（急性期医療を担う保険医療機関の一般病棟以外）
- □ 介護医療院
- □ 介護老人保健施設
- □ 特別養護老人ホーム
- □ 有料老人ホーム等
- □ 自宅

退院先（退院した月に限り記載）
- □ 一般病棟（急性期病棟への転院・転棟）
- □ 他の病棟（急性期医療を担う保険医療機関の一般病棟以外）
- □ 介護医療院
- □ 介護老人保健施設
- □ 特別養護老人ホーム
- □ 有料老人ホーム等
- □ 自宅
- □ 死亡

【留意事項】

療養病棟に入院する患者については、別添6の別紙8の「医療区分・ADL区分等に係る評価票　評価の手引き」を用いて毎日評価を行い、患者の状態像に応じて、該当する区分に「○」を記入すること。その際、該当する全ての項目に記載すること。項目3については、重複して該当している処置等に係る医療区分2のそれぞれの項目にも「○」を記入すること。また、頻度が定められていない項目については☆に「○」を記入すること。

Ⅰ　算定期間に限りがある区分

処置等に係る医療区分3		期間		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
1	24時間持続しての点滴	7		
2	中心静脈栄養(広汎性腹膜炎,腸閉塞,難治性嘔吐,難治性下痢,活動性の消化管出血,炎症性腸疾患,短腸症候群,消化管瘻若しくは急性膵炎を有する患者以外を対象として、中心静脈栄養を開始した日から30日以内に実施するものに限る。)	30		
3	処置等に係る医療区分2のうち、(1)感染症の治療に係る処置のいずれか及び(2)創傷の治療に係る処置及び器具の管理等を伴う処置のいずれかの双方に該当するもの（期間に限りがある区分についてはその期間内のみ該当するものとみ	項目による		
疾患・状態に係る医療区分2		期間		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
4	消化管等の体内からの出血が反復継続している状態	7		
処置等に係る医療区分2		期間		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
5	尿路感染症に対する治療	14	(1)	
6	傷病等によりリハビリテーション	30		
7	81（脱水に対する治療）、かつ、83（発熱がある状態）の場合	7	(1)	
8	82(頻回の嘔吐に対する治療）、かつ、83（発熱がある状態）の場	3	(1)	
9	せん妄に対する治療	7		
10	84（経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養）、かつ、82(頻回の嘔吐に対する治療）又は83（発熱がある状態）の場合	7	(1)	
11	頻回の血糖検査	3		

Ⅱ　算定期間に限りがない区分

疾患・状態に係る医療区分3		☆	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
12	スモン	□	
13	注1を参照	□	
14	86(医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態)に該当、かつ、1～46（14を除く。）に1項目以上該当する場合		
15	区分番号A212に掲げる超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算の注1に規定する超重症の状態（十五歳未満の小児患者に限る。）	□	
処置等に係る医療区分3		期間	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
16	中心静脈栄養(広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻若しくは急性膵炎を有する患者を対象とする場合）		
17	人工呼吸器の使用		
18	ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄		
19	85(気管切開又は気管内挿管)、かつ、83(発熱がある状態)の場合		
20	酸素療法（密度の高い治療を要する状態に限る。）		
21	感染症の治療の必要性から隔離室での管理		
疾患・状態に係る医療区分2		☆	
22	筋ジストロフィー	□	
23	多発性硬化症	□	
24	筋萎縮性側索硬化症	□	
25	パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態	□	
26	その他の指定難病等　（12及び22～25までを除く。）	□	
27	脊髄損傷（頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢すべてに認められる場合に限る。）	□	
28	慢性閉塞性肺疾患（ヒュー・ジョーンズの分類がⅤ度の状態に該当する場合に限る。）	□	
29	注2を参照	□	
30	基本診療料の施設基準等の別表第五の三の三の患者	□	
31	悪性腫瘍（医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。）		
32	末期呼吸器疾患		
33	末期心不全		
34	末期腎不全		
35	他者に対する暴行が毎日認められる場合		
36	区分番号A212に掲げる超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算の注1に規定する準超重症の状態（十五歳未満の小児患者に限る。）	□	
47	86(医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態)に該当、かつ、1～46（14を除く。）に該当しない場合		
処置等に係る医療区分2		☆	
37	中心静脈栄養(広汎性腹膜炎,腸閉塞,難治性嘔吐,難治性下痢,活動性の消化管出血,炎症性腸疾患,短腸症候群,消化管瘻若しくは急性膵炎を有する患者以外を対象として、中心静脈栄養を開始した日から30日を超えて実施するものに限る。）	(2)	
38	人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法	(2)	□

			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
39	肺炎に対する治療	(1)																															
40	褥瘡に対する治療（皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が2ヵ所以上に認められる場合に限る。）	(2)																															
41	末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療	(2)																															
42	うつ症状に対する治療																																
43	１日８回以上の喀痰吸引																																
44	気管切開又は気管内挿管（発熱を伴う状態を除く。）	(2)																															
45	創傷（手術創や感染創を含む。）、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療	(2)																															
46	酸素療法（20を除く。）																																

	☆	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
疾患・状態に係る医療区分3（スモンを除く）の該当有無																																
疾患・状態に係る医療区分3（スモン）の該当有無																																
処置等に係る医療区分3の該当有無																																
疾患・状態に係る医療区分2の該当有無																																
処置等に係る医療区分2の該当有無																																
上記いずれにも該当しない場合（医療区分1）																																

			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
81	脱水に対する治療																																
82	頻回の嘔吐に対する治療																																
83	発熱がある状態																																
84	経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養																																
85	気管切開又は気管内挿管																																
86	医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態																																
87	中心静脈カテーテル関連血流感染症に対しての治療																																
91	身体的拘束を実施している																																

Ⅲ　ADL区分評価

【留意事項】 月初め（月の途中から入院又は転棟してきた場合には、入院又は転棟時）に、必ず各項目に評価点（0～6）を記入することとし、その後ADLが変化した場合は該当日に評価点を記入すること。なお、該当日以降に各区分のADLの変化がなければ記入しなくても良い。

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
a	ベッド上の可動性																															
b	移乗																															
c	食事																															
d	トイレの使用																															
	ADL得点（合計得点0～24）																															

患者の状態像評価

【留意事項】月初め（月の途中から入院した場合には、入院時）に、必ずⅠ～Ⅲの評価結果に基づき、該当する区分に「○」を記入することとし、その後状態等が変化し、該当しなくなった場合には「×」を記入すること。なお、該当日以降に状態等の変化がなければ記入しなくても良い。

	疾患・状態に係る医療区分の評価	処置等に係る医療区分の評価	ADL区分の評価	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1	医療区分3	医療区分3の該当項目数が1以上（スモン除く）	医療区分3	医療区分3の該当項目数が1以上	ADL区分3	ADL得点23～24																												
2	医療区分3	医療区分3の該当項目数が1以上（スモン除く）	医療区分3	医療区分3の該当項目数が1以上	ADL区分2	ADL得点11～22																												
3	医療区分3	医療区分3の該当項目数が1以上（スモン除く）	医療区分3	医療区分3の該当項目数が1以上	ADL区分1	ADL得点0～10																												
4	医療区分3	医療区分3の該当項目数が1以上（スモン除く）	医療区分2	医療区分3の該当項目数が0で医療区分2の該当項目数が1以上	ADL区分3	ADL得点23～24																												
5	医療区分3	医療区分3の該当項目数が1以上（スモン除く）	医療区分2	医療区分3の該当項目数が0で医療区分2の該当項目数が1以上	ADL区分2	ADL得点11～22																												
6	医療区分3	医療区分3の該当項目数が1以上（スモン除く）	医療区分2	医療区分3の該当項目数が0で医療区分2の該当項目数が1以上	ADL区分1	ADL得点0～10																												
7	医療区分3	医療区分3の該当項目数が1以上（スモン除く）	医療区分1	医療区分評価3・2いずれの該当項目数も0	ADL区分3	ADL得点23～24																												
8	医療区分3	医療区分3の該当項目数が1以上（スモン除く）	医療区分1	医療区分評価3・2いずれの該当項目数も0	ADL区分2	ADL得点11～22																												
9	医療区分3	医療区分3の該当項目数が1以上（スモン除く）	医療区分1	医療区分評価3・2いずれの該当項目数も0	ADL区分1	ADL得点0～10																												
10	医療区分2	医療区分3の該当項目数が0で医療区分2の該当項目数が1	医療区分3	医療区分3の該当項目数が1以上	ADL区分3	ADL得点23～24																												
11	医療区分2	医療区分3の該当項目数が0で医療区分2の該当項目数が1	医療区分3	医療区分3の該当項目数が1以上	ADL区分2	ADL得点11～22																												
12	医療区分2	医療区分3の該当項目数が0で医療区分2の該当項目数が1	医療区分3	医療区分3の該当項目数が1以上	ADL区分1	ADL得点0～10																												
13	医療区分2	医療区分3の該当項目数が0で医療区分2の該当項目数が1	医療区分2	医療区分3の該当項目数が0で医療区分2の該当項目数が1以上	ADL区分3	ADL得点23～24																												
14	医療区分2	医療区分3の該当項目数が0で医療区分2の該当項目数が1	医療区分2	医療区分3の該当項目数が0で医療区分2の該当項目数が1以上	ADL区分2	ADL得点11～22																												
15	医療区分2	医療区分3の該当項目数が0で医療区分2の該当項目数が1	医療区分2	医療区分3の該当項目数が0で医療区分2の該当項目数が1以上	ADL区分1	ADL得点0～10																												
16	医療区分2	医療区分3の該当項目数が0で医療区分2の該当項目数が1	医療区分1	医療区分評価3・2いずれの該当項目数も0	ADL区分3	ADL得点23～24																												
17	医療区分2	医療区分3の該当項目数が0で医療区分2の該当項目数が1	医療区分1	医療区分評価3・2いずれの該当項目数も0	ADL区分2	ADL得点11～22																												
18	医療区分2	医療区分3の該当項目数が0で医療区分2の該当項目数が1	医療区分1	医療区分評価3・2いずれの該当項目数も0	ADL区分1	ADL得点0～10																												
19	医療区分1	医療区分評価3・2いずれの該当項目数も0	医療区分3	医療区分3の該当項目数が1以上	ADL区分3	ADL得点23～24																												
20	医療区分1	医療区分評価3・2いずれの該当項目数も0	医療区分3	医療区分3の該当項目数が1以上	ADL区分2	ADL得点11～22																												
21	医療区分1	医療区分評価3・2いずれの該当項目数も0	医療区分3	医療区分3の該当項目数が1以上	ADL区分1	ADL得点0～10																												
22	医療区分1	医療区分評価3・2いずれの該当項目数も0	医療区分2	医療区分3の該当項目数が0で医療区分2の該当項目数が1以上	ADL区分3	ADL得点23～24																												
23	医療区分1	医療区分評価3・2いずれの該当項目数も0	医療区分2	医療区分3の該当項目数が0で医療区分2の該当項目数が1以上	ADL区分2	ADL得点11～22																												
24	医療区分1	医療区分評価3・2いずれの該当項目数も0	医療区分2	医療区分3の該当項目数が0で医療区分2の該当項目数が1以上	ADL区分1	ADL得点0～10																												
25	医療区分1	医療区分評価3・2いずれの該当項目数も0	医療区分1	医療区分評価3・2いずれの該当項目数も0	ADL区分3	ADL得点23～24																												
26	医療区分1	医療区分評価3・2いずれの該当項目数も0	医療区分1	医療区分評価3・2いずれの該当項目数も0	ADL区分2	ADL得点11～22																												
27	医療区分1	医療区分評価3・2いずれの該当項目数も0	医療区分1	医療区分評価3・2いずれの該当項目数も0	ADL区分1	ADL得点0～10																												
28	医療区分3	医療区分3（スモン）に該当			ADL区分3	ADL得点23～24																												
29	医療区分3	医療区分3（スモン）に該当			ADL区分2	ADL得点11～22																												
30	医療区分3	医療区分3（スモン）に該当			ADL区分1	ADL得点0～10																												

※　当該患者に係る疾患又は状態等、ADL区分評価については、該当する全てのものについて記入すること。

注1

ア　平成20年3月31日において現に障害者施設等入院基本料を算定する病棟に入院している患者のうち、重度の肢体不自由児(者)、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等であって別表第五の二若しくは別表第五の三の患者

イ「基本診療料の施設基準等」の別表第十二に掲げる神経難病等の患者であって、平成18年6月30日において現に特殊疾患療養病棟入院料1を算定する療養病棟に入院している患者（仮性球麻痺の患者以外の患者に限る。）

ウ　平成20年3月31日において現に特殊疾患入院医療管理料を算定する病室に入院している患者のうち、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等

注2
　ア　平成20年３月31日において現に障害者施設等入院基本料を算定する病棟に入院している患者のうち、重度の肢体不自由児(者)、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等であって別表第五の二又は別表第五の三の患者以外の患者
　イ「基本診療料の施設基準等」の別表第十二に掲げる神経難病等の患者であって、平成18年６月30日において現に特殊疾患療養病棟入院料２を算定する療養病棟に入院している患者（仮性球麻痺の患者以外の患者に限る。）（別表第五の二の患者は除く。）
　ウ　平成20年３月31日において現に特殊疾患療養病棟入院料2を算定する病棟に入院している患者のうち、重度の肢体不自由児（者）等、重度の障害者（脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）（別表第五の二の患者は除く。）

褥瘡の状態の評価

【留意事項】 ADL区分3の状態の患者において、褥瘡対策加算を算定する日は、別紙様式46「褥瘡対策に関する評価」を用いて評価した当該日のDESIGN-R2020の合計点（深さの点数は加えない）を必ず記入すること。なお、ADL区分３以外の状態の日又は褥瘡対策加算を算定しない日は記入しなくても良い。

DESIGN－Rの合計点（深さの点数は加えない）	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

別紙25

短期滞在手術等基本料~~3~~の注３における外来実績指数

１．当該医療機関の実績値（赤枠内を入力すること）

	①総実施件数（※１）	入院実施件数（※１）	外来実施件数（※１）	外来実施率（※２）	②全病院における外来実施率
Ｋ０３０　四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術　７　手軟部腫瘍摘出術	0	0	0	0.0%	47.3%
Ｋ０７０　ガングリオン摘出術　１　手部ガングリオン摘出術	0	0	0	0.0%	61.9%
Ｋ０９３－２　手根管開放手術（内視鏡下）	0	0	0	0.0%	60.1%
Ｋ２０２　涙管チューブ挿入術　１　涙道内視鏡を用いるもの	0	0	0	0.0%	84.4%
Ｋ２１７　眼瞼内反症手術　２　皮膚切開法	0	0	0	0.0%	43.2%
Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　１　眼瞼挙筋前転法	0	0	0	0.0%	37.3%
Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　３　その他のもの	0	0	0	0.0%	53.5%
Ｋ２２４　翼状片手術（弁の移植を要するもの）	0	0	0	0.0%	59.4%
Ｋ２５４　治療的角膜切除術　１　エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）	0	0	0	0.0%	66.7%
Ｋ２６８　緑内障手術　６　水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術	0	0	0	0.0%	26.8%
Ｋ２８２　水晶体再建術　１　眼内レンズを挿入する場合　ロ　その他のもの	0	0	0	0.0%	22.6%
Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　１　初回（※３）	0	0	0	0.0%	67.0%
Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　２　１の実施後３月以内に実施する場合	0	0	0	0.0%	63.2%
Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　２　硬化療法（一連として）	0	0	0	0.0%	89.6%
Ｋ６１７－４　下肢静脈瘤血管内焼灼術	0	0	0	0.0%	24.9%
Ｋ６１７－６　下肢静脈瘤血管内塞栓術	0	0	0	0.0%	31.3%
Ｋ７２１　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　１　長径２センチメートル未満	0	0	0	0.0%	68.6%
Ｋ７４３　痔核手術（脱肛を含む。）　２　硬化療法（四段階注射法によるもの）	0	0	0	0.0%	29.5%
Ｋ７４７　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門ポリープ切除術に限る。）	0	0	0	0.0%	17.6%
Ｋ７４７　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門尖圭コンジローム切除術に限る。）	0	0	0	0.0%	51.7%
Ｋ８２３－６　尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）	0	0	0	0.0%	53.1%
計（総実施件数が12件以上のものに限る）	0	0	0	**0.0%**	－
		↑③			↑④

２．計算結果

外来移行指数※４（④/（手術毎の②×①/③）の総和）	0.000
カットオフ値	1.3
判定	**カットオフ値未満**

※１　総実施件数、入院での実施件数及び外来での実施件数については、直近１年間の実績を記載すること。また、令和８年５月31日以前の実績の計算にあっては、令和８年５月31日以前の手術料により、令和８年６月１日以降の実績の計算にあっては、令和８年６月１日以降の手術料により計算すること。なお、例えば「Ｋ２８２　水晶体再建術　１　眼内レンズを挿入する場合　　ロ　その他のもの」について、１度の入院で両眼の手術を実施した場合は、１件として計算する。
※２　総実施件数が12件未満の場合、外来実施率は０となる。
※３　「Ｋ６１６－４ 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 １ 初回 イ 透析シャント閉塞又は高度狭窄の場合」及び「Ｋ６１６－４ 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 １ 初回 ロ その他の場合 」を指す。
※４　外来移行指数は、当該保険医療機関における入院手術対応加算の対象手術（当該保険医療機関における実施件数が年間12件以上のものに限る。以下同じ。）の外来実施率を、対象手術毎の全病院における外来実施率に当該保険医療機関の対象手術毎の患者構成割合を乗じたものの総和で除した値。（④/（手術毎の②×①/③）の総和）
※５　なお、当該保険医療機関の対象手術毎の患者構成割合は、当該保険医療機関における当該対象手術の実施件数を、当該保険医療機関において外来実施率の計算の対象とした対象手術の実施件数の総和で除して算出する。

（参考）令和８年度診療報酬改定により名称等に変更があった手術

令和８年５月31日以前	令和８年６月１日以降
Ｋ０３０ 四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術 ２ 手、足（手に限る。）	Ｋ０３０ 四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術 ７ 手軟部腫瘍摘出術
Ｋ０７０ ガングリオン摘出術 １ 手、足、指（手、足）（手に限る。）	Ｋ０７０ ガングリオン摘出術 １ 手部ガングリオン摘出術
Ｋ０９３－２ 関節鏡下手根管開放手術	Ｋ０９３－２ 手根管開放手術（内視鏡下）

様式１の５

微生物学的検査体制加算・連携強化加算・サーベイランス強化加算・抗菌薬適正使用体制加算に係る届出書添付書類

１　以下のうち、届出を行う加算を〇印で囲むこと。

ア　微生物学的検査体制加算
イ　連携強化加算
ウ　サーベイランス強化加算
エ　抗菌薬適正使用体制加算

２　微生物学的検査室の設置・活用状況

微生物学的検査室の設置 （該当するいずれかを１つ〇で囲むこと）	１：有 ２：無
上記で「有」と回答した場合、以下の微生物学的検査室の活用状況のうち、該当するもの全てに［✓］を記入すること。 □　院内の抗菌薬の適正使用を監視するための業務 □　院内感染対策サーベイランス（ＪＡＮＩＳ）、感染対策連携共通プラットフォーム（Ｊ－ＳＩＰＨＥ）等、地域や全国のサーベイランスへの参加 □　抗菌薬適正使用支援チームが実施する業務	

３　過去１年間に、感染症の発生状況等について報告を行った感染対策向上加算１の保険医療機関名

報告年月日	報告した医療機関名	開設者名	所在地

４　サーベイランスの参加状況

事業名：（　　）

５　抗菌薬の使用状況

Access 抗菌薬に分類されるものの使用比率について確認した期間（直近６か月）	（　　年　　月～　　年　　月）
以下のうち適合するもの全てに［✓］を記入すること。 □　使用する抗菌薬のうち、Access 抗菌薬に分類されるものの使用比率が 60%以上 □　使用する抗菌薬のうち、Access 抗菌薬に分類されるものの使用比率が抗菌薬の使用状況のモニタリングに係るサーベイランスに参加する医療機関の上位 30%以内	

［記載上の注意］

１　「２」は、微生物学的検査体制加算を届け出る場合のみ記載すること。

２~~１~~　「３」は、連携強化加算を届け出る場合のみ記載すること。

３~~２~~　「４」は、サーベイランス強化加算及び抗菌薬適正使用体制加算を届け出る場合のみ記載すること。また、サーベイランス事業の参加状況がわかる文書を添付すること。

４~~３~~　「５」は、抗菌薬適正使用体制加算を届け出る場合のみ記載すること。また、抗菌薬の使用状況のモニタリングを行うサーベイランス事業者が発行する Access 抗菌薬に分類されるものの使用比率及びサーベイランスに参加する医療機関中のパーセンタイル順位がわかる文書を添付すること。

様式２の３

地域包括診療加算・地域包括診療料の施設基準に係る届出書添付書類

届出を行う区分 （該当するもの１つに○をすること。）	１：地域包括診療加算１ ２：地域包括診療加算２ ３：地域包括診療診療料１ ４：地域包括診療診療料２
保険医療機関名	
慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師の氏名 （研修受講した修了証の写し（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。）	

院内掲示及びウェブサイト等に掲載している事項	
	□　健康相談及び予防接種に係る相談を実施している旨
	□　介護支援専門員及び相談支援専門員からの相談に適切に対応することが可能である旨
	□　患者の状態に応じ、28日以上の長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することが可能である旨
連携薬局に係る事項（診療所のみ。該当するものを１つ選択すること。）	
	□　院外処方を行う場合には、調剤について24時間対応できる体制を整えている薬局と連携している
	□　院外処方を行う場合には、調剤について薬局と連携しており、緊急時に処方が必要となる解熱鎮痛剤等の薬剤については、院内処方が可能な体制が整備されている
	□　院内処方のみを行う
敷地内における禁煙の取扱い（該当するものを１つ選択すること。）	
	□　当該保険医療機関の敷地内が禁煙である
	□　保険医療機関が建造物の一部分を用いて開設されており、当該保険医療機関の保有又は借用している部分が禁煙である。
介護保険制度に係る事項①	
	□　介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示している
	□　要介護認定に係る主治医意見書を作成している
介護保険制度に係る事項②（該当するものすべてを選択すること。確認できる資料の写しを添付すること。）	
	□　居宅療養管理指導又は短期入所療養介護等の提供
	□　地域ケア会議に年１回以上出席
	□　居宅介護支援事業所の指定
	□　介護保険による通所リハビリテーション等の提供
	□　介護サービス事業所の併設
	□　介護認定審査会に参加
	□　主治医意見書に関する研修会を受講
	□　医師が介護支援専門員の資格を有している
	□　「認知症初期集中支援チーム」等、市区町村が実施する認知症施策に協力している実績があること
サービス担当者会議等に係る事項（該当するものすべてを選択すること。確認できる資料の写しを添付すること。）	
	□　サービス担当者会議に参加した実績があること
	□　地域ケア会議に出席した実績があること
	□　保険医療機関において、介護支援専門員と対面あるいはICT等を用いた相談の機会を設けていること
適切な意思決定支援に関する指針に係る事項	
	□　適切な意思決定支援に関する指針を定めていること

（地域包括診療加算を届け出る場合）時間外対応体制加算等に係る事項 （該当するものを１つ以上を選択すること。確認できる資料の写しを添付すること。）		
	□　時間外対応体制加算１、２、３又は４の届出を行っていること	
	□　常勤換算２名以上（「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域に所在する診療所にあっては1.4人以上）の医師が配置されており、うち１名以上が常勤の医師であること	
	□　在宅療養支援診療所であること	
（地域包括診療料を届け出る診療所の場合）時間外対応体制加算等に係る事項 （該当するものすべてを選択すること。確認できる資料の写しを添付すること。）		
	□　時間外対応体制加算１の届出を行っていること	
	□　常勤換算２名以上（「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域に所在する診療所にあっては1.4人以上）の医師が配置されており、うち１名以上が常勤の医師であること	
	□　在宅療養支援診療所であること	
（地域包括診療料を届け出る病院の場合）地域包括ケア病棟入院料等に係る事項 （該当するものすべてを選択すること。確認できる資料の写しを添付すること。）		
	□　地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていること	
	□　在宅療養支援病院の届出を行っていること	
地域包括診療加算１に係る施設基準（当該加算を届け出る場合に記入すること。）		
	□　在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の往診等の体制を確保している	
	連携医療機関名 （在宅療養支援診療所以外の診療所について、連携医療機関の協力を得て行う場合に記入すること。）	
	直近１年間に、当該保険医療機関での継続的な外来診療を経て、在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「１」、在宅患者訪問診療料（Ⅱ）（注１のイの場合に限る。）又は往診料を算定した患者の数の合計	人
	直近１か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合	%
地域包括診療料１に係る施設基準（当該診療料を届け出る場合に記入すること。）		
	直近１年間に、当該保険医療機関での継続的な外来診療を経て、在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「１」、在宅患者訪問診療料（Ⅱ）（注１のイの場合に限る。）又は往診料を算定した患者の数の合計	人
	直近１か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合	%
地域包括診療加算２に係る施設基準（当該加算を届け出る場合に記入すること。）		
	□　在宅医療の提供及び当該患者に対し 24時間の連絡体制を確保している	

本届出は、２年以内に再度届け出ることとし、届出の際には、直近の研修の修了証の写し（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

様式2の4

妥結率等に係る報告書

医療機関コード		報告年月日	
保険医療機関名称			
所在地			
開設者			
担当者		電話番号	

1. 当年度上半期の妥結率

当年度上半期に当該保険医療機関において購入された医療用医薬品の薬価総額(①)	
当年度上半期に卸売販売業者と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた医療用薬品の薬価総額(②)	
妥結率(②/①)%	

2. 医療用医薬品の取引の状況

(1)価格交渉の方法(該当する項目に☑を記入すること。)

□ 自施設が卸売販売業者と直接交渉した。

□ 法人の本部等が代表して卸売販売業者と一括して交渉した。

□ 価格交渉を代行する者に依頼して交渉した。

(2)価格交渉の状況(該当する項目に☑を記入すること。)

ア 当年度下半期の取引予定

□ 年間での契約であり、当年度下半期においても、基本的に上半期からの妥結価格の変更はない予定。

□ 年間での契約ではないが、当年度下半期は、上半期の妥結価格を踏まえた価格交渉を行う予定。

□ 年間での契約ではなく、当年度下半期は新たに価格交渉を行う予定。

イ 前年度の取引状況(上半期と比較した下半期の取引状況)

□ 年間での契約であり、基本的に前年度上半期からの妥結価格の変更はなかった。

□ 年間での契約ではないが、前年度の上半期と下半期の妥結価格は同程度であった。

□ 年間での契約ではなく、前年度の下半期における妥結価格は上半期よりも高い妥結価格であった。

□ 年間での契約ではなく、前年度の下半期における妥結価格は上半期よりも低い妥結価格であった。

3. 医療用医薬品の流通改善に関する取組状況

（1）単品単価交渉の状況（該当する項目に☑を記入すること。）

☐ 全ての品目について単品単価交渉を行っている。

☐ 以下の特に医療上の必要性の高い医薬品の全てについて別枠として単品単価交渉を行っている。

基礎的医薬品、~~安定確保医薬品（カテゴリーA）~~ 重要供給確保医薬品、不採算品再算定品（適用を受けてから2年を経過する日までに限る。）、血液製剤、麻薬並びに覚醒剤及び覚醒剤原料

☐ ~~新薬創出等加算品目~~革新的新薬薬価維持制度対象品及び不採算品再算定の適用を受け2年を経過した品目等について単品単価交渉を行っている。

☐ 単品単価交渉を行っていない。

（2）卸売販売業者との値引き交渉（該当する項目に☑を記入すること。）

☐ 取引条件等は考慮せず、ベンチマークを一律に用いた値引き交渉を行っている。

☐ 取引品目等の相違は考慮せず、同一の総値引率を用いた交渉を行っている。

☐ 取引条件等の相違は考慮せず、同一の納入単価での取引を求める交渉を行っている。

☐ 取引条件や個々の医薬品の価値を踏まえて価格交渉を行っている。

（3）妥結価格の変更（該当する項目に☑を記入すること。）

☐ 随時、卸売販売業者と価格交渉を行っている。

☐ 医薬品の価値に変動がある場合を除き、年間を通じて妥結価格の変更を行っていない。

2（1）で「価格交渉を代行する者に価格交渉を依頼している」を選択した場合

（4）価格交渉を代行する者が次に掲げる点を遵守していることを確認している

（該当する項目に☑を記入すること。）

☐ 原則として全ての品目について単品単価交渉を行っていること。

☐ 取引条件や個々の医薬品の価値を踏まえて価格交渉を行っていること。

☐ 医薬品の価値に変動がある場合を除き、年間を通じて妥結価格の変更を行っていないこと。

［記載上の注意］

1. 医療用医薬品とは、薬価基準に収載されている医療用医薬品をいう。
2. 薬価総額とは、各医療用医薬品の規格単位数量×薬価を合算したものをいう。
3. 規格単位数量とは、使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量のことをいう。
4. 単品単価交渉とは、他の医薬品の価格の影響を受けず、地域差や個々の取引条件等により生じる安定供給に必要なコストを踏まえ、取引先と個別品目ごとに取引価格を決める交渉をいう。
5. 当年度（前年度）上半期とは、当年（前年）4月1日から9月30日までをいい、当年度（前年度）下半期とは当年（前年）10月1日から翌年（当年）3月31日までをいう。
6. 価格交渉を代行する者とは、医療用医薬品の共同購買サービスを提供する事業者、医療機関や薬局に代わり卸売販売業者との価格交渉を行う事業者等をいう。
7. 本報告書による報告については、報告年度の4月1日から9月30日の実績を同年度の10月1日から11月末までに報告すること。報告しない場合は、特定妥結率初診料、特定妥結率再診料及び特定妥結率外来診療料により算定されることに留意すること。
8. 本報告書による報告の際には、卸売販売業者との取引価格決定に係る契約書の写し等妥結率の根拠となる資料の添付は不要だが、医療機関において適切に保管すること。

様式４の３

初診料（歯科）の注 16 及び再診料（歯科）の注 13 に掲げる情報通信機器を用いた歯科診療の施設基準に係る届出書添付書類

１　診療体制等

要件	該当
（１）　「歯科におけるオンライン診療の適切な実施に関する指針」（以下「歯科オンライン指針」という。）に沿って診療を行う体制を有していること。	□
（２）　対面診療を行う体制を有していること。	□

２　患者急変時等において、対面診療が困難な場合に連携する保険医療機関

① 名称	
② 所在地	
③ 担当歯科医師名	

３　歯科医師の配置状況

配置歯科医師の氏名	経験等		研修修了番号/受講番号等	研修修了年月日
	□	情報通信機器を用いた歯科診療を実施する歯科医師が、歯科オンライン指針に定める「厚生労働省が定める研修」を修了している		

［記載上の注意］

１　□には適合する場合「✓」を記入すること。

２　「３」については、研修修了証を添付すること。ただし、当該研修の修了番号（受講番号等でも可。）及び研修修了年月日を記載する場合は添付を省略して差し支えない。その場合は、研修の修了を確認できる文書を保険医療機関内に保管すること。

様式５の５

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
の施設基準に係る届出書添付書類

届出病棟名	
届出病床数	床

１－①. 入院基本料、職員（リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算を届け出る場合）

入院基本料 （該当するいずれか1つを〇で囲むこと） １：急性期病院一般入院基本料 ２：急性期一般入院基本料 ３：特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。） ４：専門病院入院基本料 （7対1又は10対1入院基本料に限る）			１ ・ ２ ・ ３ ・ ４
専従・専任の職員等	~~専従の~~医師	氏名	
		勤務時間	時間
		経験年数	年
		研修受講 （いずれか1つを〇で囲むこと）	受講済み ・ 未受講
	専従の療法士等	氏名	
		職種 （いずれか1つを〇で囲むこと）	１：理学療法士 ２：作業療法士 ３：言語聴覚士
		勤務時間	時間
	専従又は専任の療法士等	氏名	
		職種 （いずれか1つを〇で囲むこと）	１：理学療法士 ２：作業療法士 ３：言語聴覚士
		勤務時間	時間
		専従・専任 （いずれか1つを〇で囲むこと）	１：専従、２：専任
	専任の管理栄養士	氏名	
		勤務時間	時間

１－②. 入院基本料、職員（リハビリテーション・栄養・口腔連携加算を届け出る場合）

入院基本料 （該当するいずれか１つを〇で囲むこと） １ ： 地域包括医療病棟入院料 ２ ： 地域包括ケア病棟入院料	１ ・ ２

専従・専任の職員等	~~専従の~~医師	氏名	
		勤務時間	時間
		経験年数	年
		研修受講 （いずれか１つを○で囲むこと）	受講済み　・　未受講
	専任の管理栄養士 （地域包括ケア病棟の場合のみ記載すること）	氏名	
		勤務時間	時間

※　医師、理学療法士等は当該保険医療機関に常勤配置であること。管理栄養士は、専任として配置される病棟は、１名につき１病棟に限ること。

※　勤務時間には、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

２．プロセス・アウトカム評価

届け出る加算の種類(いずれか1つを〇で囲むこと) A:リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算1 B:リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算2 C:リハビリテーション・栄養・口腔連携加算1(地域包括医療病棟) D:リハビリテーション・栄養・口腔連携加算2(地域包括医療病棟) E:リハビリテーション・栄養・口腔連携加算(地域包括ケア病棟) 以下の項目においては、上記の記号を用いてA～Eと表記する。		A ・ B ・ C ・ D ・ E
１）早期リハビリテーション実施割合		
	(①～⑨についての)算出期間 （直近1年間もしくは3月間）	（　年　月　日 ～　年　月　日）
	① (A～Dの場合)当該病棟を退院又は転棟した患者のうち疾患別リハビリテーション料が算定された患者数 (Eの場合)当該病棟に入棟した全患者数	名
	② ①のうち、入棟後3日(入棟日の翌々日)までに疾患別リハビリテーション料が算定された患者数	名
	③ ②／① （AからDまでは8割以上、Eは6割以上）	%
２）土日祝日リハビリテーション実施状況		
	④ 当該病棟における平日における1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数／平日における1日平均入院患者数	単位／日・人
	⑤ 当該病棟における土日祝日における1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数／土日祝日における1日平均入院患者数	単位／日・人
	⑥ ⑤／④ （A及びCは8割以上、B、D及びEは7割以上）	%
３）患者のＡＤＬ（Ｅを届け出る場合は記載不要）		
	⑦ 当該病棟を退院又は転棟した患者数(死亡退院及び終末期のがん患者を除く)	名
	⑧ ⑦のうち、退院又は転棟時におけるADLが入院時等と比較して低下した患者数	名
	⑨ ⑧／⑦ （A及びCは3%未満、B及びDは5%未満）	%

4）褥瘡の院内発生率		
	⑩　調査日（届出時の直近月の初日）の当該病棟の入院患者数（調査日の入院又は予定入院患者は含まず、退院又は退院予定の患者は含める）	名
	⑪　調査日に褥瘡（DESIGN-R2020分類d2以上）を保有する患者のうち、入院時既に褥瘡保有が記録された患者を除いた患者数	名
	⑫　⑪／⑩　（AからEまで全てで2．5%未満）	%

※　⑩の入院患者数が80人以下の場合は、⑪が2人以下であること。この場合、⑫は記載する必要はない。

※　③、⑥、⑨及び⑫（⑩の入院患者数が80人以下の場合は⑪）いずれの要件も満たす必要がある。

※　早期リハビリテーション実施割合、土日祝日リハビリテーション実施状況及びＡＤＬ評価の算出期間は直近１年間であるが、新規届出をする場合は、直近３月間の実績が施設基準を満たす場合、届出することができる。なお、施設基準を満たさなくなったため所定点数を加算できなくなった後、再度届出を行う場合については該当しない。

３．その他の届出や研修等に係る施設基準

各項目について、いずれか１つを〇で囲むこと。

脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）若しくは（Ⅲ）及び運動器リハビリテーション料（Ⅰ）若しくは（Ⅱ）に係る届け出	既届出　・　今回届出　・　届出なし
入退院支援加算１の届出	既届出　・　今回届出　・　届出なし
適切な口腔ケアを提供するとともに、口腔状態に係る課題を認めた場合は、必要に応じて当該保険医療機関の歯科医師等へ連携する又は歯科診療を担う他の保険医療機関への受診を促す体制	あり　・　なし
BIの測定に関わる職員を対象としたBIの測定に関する研修会の年１回以上の開催	開催あり　・　開催なし

~~※　いずれかの項目が「届出なし」又は「開催なし」の場合は、本加算の届出はできない。~~

[添付書類]

〇　常勤~~専従~~の医師については、リハビリテーションに係る研修を受講した修了証の写し（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

様式６の３

急性期病院一般入院基本料、急性期病院精神病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料の施設基準に係る届出書添付書類

１　届出入院基本料（該当するすべての□に✔を記載）	□　急性期病院Ａ一般入院料 □　急性期病院Ｂ一般入院料 □　急性期病院Ａ精神病棟入院料 □　急性期病院Ｂ精神病棟入院料 □　特定機能病院Ａ入院基本料 □　特定機能病院Ｂ入院基本料 □　特定機能病院Ｃ入院基本料
２　急性期病院入院基本料に係る事項（該当するすべての□に✔を記載）	ア　以下のいずれも満たすこと（共通事項） □　データ提出加算に係る届出を行っていること □　ＤＰＣ算定病院であること※ □　地域包括医療病棟入院基本料に係る届出を行っていないこと
	イ　以下のいずれも満たすこと（急性期病院Ａ） 以下のいずれかを満たすこと □　第２次救急医療機関 □　救命救急センター □　高度救命救急センター □　総合周産期母子医療センター □　その他上記と同様に24時間の救急患者を受け入れている □　地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料を含む。）の届出を行っていないこと □　画像診断及び検査を24時間実施できる体制を確保している ①年間救急搬送受入件数　（　　）件 ②うち夜間（22時～８時）受入件数　（　　）件 □　年間救急搬送受入件数が2,000件以上 □　夜間時間帯の受入（②÷①）が１割以上 年間全身麻酔手術件数　（　　）件 □　年間全身麻酔手術件数が1,200件以上
	ウ　以下のいずれも満たすこと（急性期病院Ｂ） 以下のいずれかを満たすこと □　第２次救急医療機関 □　救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院 □　24時間の救急患者を受け入れている ①年間救急搬送受入件数　（　　）件 ②うち夜間（22時～８時）受入件数　（　　）件

		□　夜間時間帯の受入（②÷①）が１割以上
		年間全身麻酔手術件数　　（　　）件
		以下のいずれかを満たすこと
		□　救急搬送受入件数が1,500件以上 □　救急搬送受入件数が500件以上かつ全身麻酔手術件数が500件以上 □　地域最多救急病院（人口20万人未満の二次医療圏に限る）であって、救急搬送件数が1,000件以上 □　地域最多救急病院（離島のみで構成される二次医療圏に限る）
３　特定機能病院入院基本料に係る事項（該当するいずれか１つに✔を記載）	□	幅広い診療科を設置し、病院の種類に応じた地域における医療の確保のために必要な事項を行う特定機能病院（大学病院本院）
	□	厚生労働大臣の定める中長期目標を設定し、病院の種類に応じた地域における医療の確保のために必要な事項を行う特定機能病院（ナショナルセンター等）
	□	上記以外の特定機能病院

※ＤＰＣ準備病院であって、急性期病院一般入院基本料又は急性期病院精神病棟入院基本料の届出を申請する場合には、以下を満たすことが必要

４　ＤＰＣ制度への参加に係る届出（該当する場合に□に✔を記載）	□	令和８年３月31日時点でＤＰＣ準備病院であって、かつ、直近に予定している診療報酬改定の前年度の９月１日時点において、ＤＰＣ対象病院の基準を満たす場合には、直近に予定している診療報酬改定の前年度の９月１日から９月末日までの受付期間中に、ＤＰＣ制度への参加に係る届出書を提出すること。

〔記載上の注意〕

１　急性期病院一般入院基本料、急性期病院精神病棟入院基本料を届け出る場合は、「１」~~及び~~、「２」及び「４」（ＤＰＣ準備病院に限る）を記載すること。

２　特定機能病院入院基本料を届け出る場合は、「１」及び「３」を記載すること。

３　介護保険施設に入所中の患者の救急搬送に関しては、救急搬送件数に算入しない。ただし、以下のいずれかに該当する場合には、算入することができる。
　ア　介護保険施設が協力医療機関に連絡した結果、当該協力医療機関において受入が困難（連絡が取れなかった場合を含む。）であり救急要請した場合
　イ　「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」に基づく救急搬送の受入れの場合
　ウ　急性期病院Ａ又はＢで救急搬送受入後３日以内に当該協力医療機関に転院した場合

４　「２」の年間救急搬送受入件数及び年間全身麻酔手術件数は、届出の前年度の実績（４月１日から３月31日）を記載すること。

様式９

入院基本料等の施設基準に係る届出書添付書類

保険医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

１．入院基本料・特定入院料の届出

届出入院基本料・特定入院料（届出区分）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

□　病棟ごとの届出　※（医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関の場合に限る）

（□には、該当する場合「✓」を記入のこと）

本届出の病棟数＿＿＿＿＿＿＿＿※（医療機関全体の数ではなく、届出に係る数を記載）

本届出の病床数＿＿＿＿＿＿＿＿※（医療機関全体の数ではなく、届出に係る数を記載）

□　入院基本料・特定入院料の届出区分の変更なし　（□には、該当する場合「✓」を記入のこと）

２．看護要員の配置に係る加算の届出

（新規に届け出るものについては「新規届出」欄、既に届出を行っているものについては「既届出」欄の□に「✓」を記入のこと。）

新規届出	既届出	項目名	新規届出	既届出	項目名
A101 療養病棟入院基本料			A103 精神病棟入院基本料		
□	□	注12　夜間看護加算	□	□	注７イ　精神病棟看護・多職種協働加算
□	□	注13　看護補助・患者ケア体制充実加算１	□	□	注７ロ　精神病棟看護・多職種協働加算
□	□	注13　看護補助・患者ケア体制充実加算２	□	□	注７ハ　精神病棟看護・多職種協働加算
□	□	注13　看護補助・患者ケア体制充実加算３	□	□	注７ニ　精神病棟看護・多職種協働加算
A104 特定機能病院入院基本料			□	□	注７ホ　精神病棟看護・多職種協働加算
□	□	注11 イ　精神病棟看護・多職種協働加算	□	□	注７ヘ　精神病棟看護・多職種協働加算
□	□	注11 ロ　精神病棟看護・多職種協働加算	A106 障害者施設等入院基本料		
□	□	注11 ハ　精神病棟看護・多職種協働加算	□	□	注９　看護補助加算
□	□	注11 ニ　精神病棟看護・多職種協働加算	□	□	注10　看護補助・患者ケア体制充実加算１
□	□	注11 ホ　精神病棟看護・多職種協働加算	□	□	注10　看護補助・患者ケア体制充実加算２
□	□	注11 ヘ　精神病棟看護・多職種協働加算	□	□	注10　看護補助・患者ケア体制充実加算３
A207-3 急性期看護補助体制加算			A207-4 看護職員夜間配置加算		
□	□	25対１（看護補助者５割以上）	□	□	12対１配置加算１
□	□	25対１（看護補助者５割未満）	□	□	12対１配置加算２
□	□	50対１	□	□	16対１配置加算１
□	□	75対１	□	□	16対１配置加算２
□	□	注２　夜間30対１	A213 看護配置加算		
□	□	注２　夜間50対１	□	□	看護配置加算
□	□	注２　夜間100対１	A214 看護補助加算		
A215 看護・多職種協働加算			□	□	看護補助加算１
□	□	看護・多職種協働加算	□	□	看護補助加算２
A304 地域包括医療病棟入院料			□	□	看護補助加算３
□	□	注~~5~~6　25対１看護補助体制加算（５割以上）	□	□	注２　夜間75対１看護補助加算
□	□	注~~5~~6　25対１看護補助体制加算（５割未満）	A307 小児入院医療管理料		
□	□	注~~5~~6　50対１看護補助体制加算	□	□	注９　看護補助加算
□	□	注~~5~~6　75対１看護補助体制加算	□	□	注10　看護補助体制充実加算
□	□	注~~6~~7　夜間30対１看護補助体制加算	A308-3 地域包括ケア病棟入院料		
□	□	注~~6~~7　夜間50対１看護補助体制加算	□	□	注３　看護職員配置加算
□	□	注~~6~~7　夜間100対１看護補助体制加算	□	□	注４　看護補助者配置加算
□	□	注~~9~~10　看護職員夜間12対１配置加算１	□	□	注５　看護補助・患者ケア体制充実加算１
□	□	注~~9~~10　看護職員夜間12対１配置加算２	□	□	注５　看護補助・患者ケア体制充実加算２
□	□	注~~9~~10　看護職員夜間16対１配置加算１	□	□	注５　看護補助・患者ケア体制充実加算３
□	□	注~~9~~10　看護職員夜間16対１配置加算２	□	□	注８　看護職員夜間配置加算
A311 精神科救急急性期医療入院料			A311-2 精神科急性期治療病棟入院料		
□	□	注４　看護職員夜間配置加算	□	□	注４　精神病棟看護・多職種協働加算
A311-3 精神科救急・合併症入院料			A314 認知症治療病棟入院料		
□	□	注４　看護職員夜間配置加算	□	□	注２　認知症夜間対応加算

３．入院患者の数及び看護要員の数

本様式の作成にあたっては、「入院基本料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱い」別紙５を参照すること。

① １日平均入院患者数〔A〕 ＿＿＿＿＿＿人（算出期間　　年　月　日 ～　　年　月　日）

② 月平均１日当たり看護職員配置数 ＿＿＿＿＿＿人 〔C／（日数×８）〕

（参考）１日看護職員配置数(必要数)：［　　］＝〔（A／配置区分の数）×３ 〕

③ 看護職員中の看護師の比率 ＿＿＿＿％

④ 平均在院日数 ＿＿＿＿＿＿日（算出期間　　年　月　日 ～　　年　月　日）

⑤ 夜勤時間帯（１６時間）＿＿＿＿時＿＿＿分 ～ ＿＿＿＿時＿＿＿分

⑥ 月平均夜勤時間数 ＿＿＿＿＿＿時間 〔（D－E）／B〕

⑦ 月平均１日当たり当該入院料の施設基準の最小必要人数以上の看護職員配置数 ＿＿＿＿＿人

（参考）最小必要数以上の看護職員配置数(必要数)：［　　］＝〔（A／５０）×３　〕

⑧ 月平均１日当たり看護補助者配置数＿＿＿＿＿人

（参考）１日看護補助者配置数(必要数)：［　　］＝〔（A／配置区分の数）×3〕

⑨ 月平均１日当たり看護補助者夜間配置数＿＿＿＿＿人

（参考）夜間看護補助者配置数(必要数)：［　　］＝〔A／配置区分の数〕

⑩ 月平均１日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数＿＿＿＿＿人 〔F／（日数×８）〕

（参考）主として事務的業務を行う看護補助者配置数（上限）：［　　］＝〔（A／２００）×3〕

⑪ 月平均１日当たり看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師配置数＿＿＿＿＿人

（参考）１日看護職員、作業療法士、精神保健福祉士及び公認心理師配置数(必要数)：

［　　］＝〔（A／配置区分の数）×3〕

⑫ 月平均１日当たり看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士及び臨床検査技師配置数＿＿＿＿＿人

（参考）１日看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士及び臨床検査技師配置数(必要数)：

［　　］＝〔｛（A／10）＋（A／25）｝×3〕

⑬ 看護職員中の看護師の比率（看護・多職種協働加算等） ＿＿＿＿％

４．勤務実績表

種別※1	番号	病棟名	氏名	雇用・勤務形態※2	看護補助者の業務※3	夜勤の有無		日付別の勤務時間数※6					月延べ勤務時間数	（再掲）月平均夜勤時間数の計算に含まない者の夜勤時間数 ※7
						（該当する一つに○）※4	夜勤従事者数※5	1日曜	2日曜	3日曜	……	日曜		
看護師				常勤・短時間・非常勤・兼務		有・無・夜専								
				常勤・短時間・非常勤・兼務		有・無・夜専								
准看護師				常勤・短時間・非常勤・兼務		有・無・夜専								
				常勤・短時間・非常勤・兼務		有・無・夜専								
看護補助者				常勤・短時間・非常勤・兼務	事務的業務	有・無・夜専								
				常勤・短時間・非常勤・兼務	事務的業務	有・無・夜専								
その他				常勤・短時間・非常勤・兼務		有・無・夜専								
				常勤・短時間・非常勤・兼務		有・無・夜専								

夜勤従事職員数の計	〔B〕	月延べ勤務時間数（上段と中段の計）	〔C〕
月延べ夜勤時間数	〔D－E〕	月延べ夜勤時間数（中段の計）	〔D〕 〔E〕
（再掲）　主として事務的業務を行う看護補助者の月延べ勤務時間数の計			〔F〕

１日看護職員配置数（必要数）	〔（A／配置区分の数）×３〕	月平均１日当たり看護職員配置数	〔C／（日数×８）〕
主として事務的業務を行う看護補助者配置数（上限）	〔（A／２００）×３〕	月平均１日当たりの主として事務的業務を行う看護補助者配置数	〔F／（日数×８）〕

〔記載上の注意〕

- 「種別」（※１）は、看護師及び准看護師と看護補助者を別に記載すること。なお、保健師及び助産師は、看護師の欄に記載すること。精神病棟看護・多職種協働加算又は看護・多職種協働加算を届け出る場合には、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、臨床検査技師、精神保健福祉士及び公認心理師は、勤務実績表において「その他」欄に記入すること。
- 「雇用・勤務形態」（※２）は、短時間正職員の場合は「短時間」に、病棟と病棟以外（外来等）に従事する場合又は病棟の業務と「専任」の要件に係る業務に従事する場合は「兼務」に○を記入すること。
- 「看護補助者の業務」（※３）は、看護補助者について、延べ勤務時間のうち院内規定で定めた事務的業務を行った時間が占める割合が５割以上の者は「事務的業務」に○を記入すること。
- 「夜勤の有無」（※４）は、夜勤専従者は「夜専」に○を記入すること。月当たりの夜勤時間が、急性期病院一般入院基本料、急性期一般入院基本料、７対１及び 10 対１入院基本料を算定する病棟においては 16 時間未満の者（短時間正職員においては 12 時間未満の者）、急性期病院一般入院基本料、急性期一般入院基本料、７対１及び 10 対１入院基本料を算定する病棟以外においては８時間未満の者は無に○を記入すること。夜勤有に該当する者について、夜勤を含めた交代制勤務を行う者（夜勤専従者は含まない）は、「夜勤従事者数」（※５）に１を記入すること。ただし、夜勤時間帯に病棟と病棟以外に従事する場合は、１か月間の夜勤時間帯に病棟で勤務した時間を、１か月間の延べ夜勤時間（病棟と病棟以外の勤務時間を含む）で除して得た数を記入すること。看護職員と看護補助者の勤務実績表をわけて作成しても差し支えない。

・　「日付別の勤務時間数」（※６）は、上段は日勤時間帯、中段は夜勤時間帯において当該病棟で勤務した時間数、下段は夜勤時間帯において当該病棟以外で勤務した時間も含む総夜勤時間数をそれぞれ記入すること。

・　「月平均夜勤時間数の計算に含まない者の夜勤時間数」（※７）は、次の①から③の者の夜勤時間数を記入すること。

①夜勤専従者

②急性期病院一般入院基本料、急性期一般入院基本料、７対１及び 10 対１入院基本料を算定する病棟においては月当たりの夜勤時間が 16 時間未満の者（短時間正職員においては 12 時間未満の者）

③急性期病院一般入院基本料、急性期一般入院基本料、７対１及び 10 対１入院基本料を算定する病棟以外の病棟においては月当たりの夜勤時間が８時間未満の者

・　地域移行機能強化病棟入院料を届け出る場合には、作業療法士及び精神保健福祉士を看護職員配置数に含めることができること。この場合、当該作業療法士及び当該精神保健福祉士は、勤務実績表において准看護師として記入すること。

・　特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料又は精神療養病棟入院料を届け出る場合には、「月平均１日当たり看護職員配置数」は「月平均１日当たり看護職員及び看護補助者配置数」、「１日看護職員配置数(必要数)」は「１日看護職員及び看護補助者配置数(必要数)」と読み替えること。この場合、看護職員数及び看護補助者数の合計が基準を満たすこと。

〔届出上の注意〕

１　届出前１か月の各病棟の勤務実績表を添付すること。

２　勤務体制及び申し送り時間を添付すること。

３　月平均夜勤時間超過減算を算定する場合には、看護職員の採用活動状況等に関する書類を添付すること。

４　夜勤時間特別入院基本料を算定する場合には、医療勤務環境改善支援センターに相談し、相談状況に関する書類及び看護職員の採用活動状況等に関する書類を添付すること。

５　夜間看護加算・看護補助体制充実加算（A101 療養病棟入院基本料の注 12・注 13)、A207-4 看護職員夜間配置加算、看護職員夜間配置加算（A304 地域包括医療病棟入院料の注~~９~~10、A308-3 地域包括ケア病棟入院料の注８、A311 精神科救急急性期医療入院料の注４、A311-3 精神科救急・合併症入院料の注４）は、常時 16 対１（A207-4 看護職員夜間配置加算及び A304 地域包括医療病棟入院料の注~~９~~10 は、12 対１の場合も含む。）を満たす必要があるため、日々の入院患者数によって夜間の看護配置数が異なるものである。そのため、届出の際には、届出前１か月の日々の入院患者数により夜間の看護職員の配置状況が分かる書類（様式９の２を参照）を添付すること。

様式10

一般病棟入院基本料等の施設基準に係る
患者の重症度、医療・看護必要度に係る届出書添付書類

１　入院基本料及び入院基本料等加算

急性期病院一般入院基本料、急性期一般入院料１、７対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）、急性期総合体制加算及び看護・多職種協働加算を届け出る場合は本欄を使用すること。

評価に用いる重症度、医療・看護必要度 の評価票（該当するいずれかに〇を記入）	（　Ⅰ　・　Ⅱ　）
届出事項 （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）	・　入院料等の届出の変更 ・　評価方法の変更 ・　入院料等の届出及び評価方法の変更
直近３月の入院患者の状況（和暦で記載）	（　　年　　月　～　　年　　月）
直近３月の実績	

届出区分	（　　）
届出の加算	（　　）
届出病床数	（　　）床
ア　入院患者延べ数	（　　）名
イ　アのうちＡ３点以上又はＣ１点以上に該当する患者の延べ数	（　　）名
ウ　基準①該当患者割合（イ／ア）	（　　）割
エ　アのうちＡ２点以上又はＣ１点以上に該当する患者の延べ数	（　　）名
オ　基準②該当患者割合（エ／ア）	（　　）割

２　入院基本料、入院基本料等加算及び特定入院料等

急性期病院一般入院基本料、急性期一般入院料１~~及び~~、７対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）、急性期総合体制加算及び看護・多職種協働加算以外の届出をする場合は本欄を使用すること。

評価に用いる重症度、医療・看護必要度 の評価票（該当するいずれかに〇を記入）	（　Ⅰ　・　Ⅱ　）
届出事項 （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）	・　入院料等の届出の変更 ・　評価方法の変更 ・　入院料等の届出及び評価方法の変更
直近３月の入院患者の状況（和暦で記載）	（　　年　　月　～　　年　　月）
直近３月の実績	

届出区分	（　　）
届出の加算	（　　）
届出病床数	（　　）床
ア　入院患者延べ数	（　　）名
イ　アのうち基準を満たす患者の延べ数	（　　）名
ウ　該当患者割合（イ／ア）	（　　）割

３　基準患者割合に係る指数

急性期病院一般入院料、急性期一般入院料（急性期一般入院料６を除く。）、７対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。））、地域包括医療病棟入院料、急性期総合体制加算及び看護・多職種協働加算を届け出る場合は、本欄を使用すること。

ア　救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる救急搬送受入		
	期間（和暦で記載）（４月～翌年３月）	（　　）年度
	(1)救急搬送受入件数（外来のみで帰宅した分を含む病院全体）	（　　）件／年
	(2)救急搬送からの入院件数（救急患者応需係数を計算する病棟の合計）	（　　）件／年
イ　救急患者応需係数を算入する病棟		
	届出区分	（　　）
	届出の加算	（　　）
	(3)当該区分の病床数	（　　）床
	(4)当該届出区分における救急搬送からの入院件数	（　　）件／年
	(5)救急患者応需係数　(1)×（(4)÷(2)）÷(3)×0.005（上限0.1）	（　　）割
ウ　基準患者割合に係る指数		
	届出区分	（　　）
	届出の加算	（　　）
	基準①割合指数（地医１及び２以外） （基準①該当患者割合+当該病棟の救急患者応需係数）	（　　）割
	基準②割合指数（地医１及び２以外） （基準②該当患者割合+当該病棟の救急患者応需係数）	（　　）割
	基準割合指数（地医１又は２に限る） （該当患者割合+当該病棟の救急患者応需係数）	（　　）割

４　院内研修の実施状況

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る 院内研修の実施日（和暦で記載）	年　　月　　日

〔記載上の注意〕

1　　看護補助加算１のうち、当該様式の届出を要するのは、地域一般入院料１又は２若しくは13対１入院基本料であること。

2　　一般病棟と結核病棟を併せて１看護単位としている場合、重症度、医療・看護必要度の算出にあたっては、結核病棟に入院している患者を一般病棟の入院患者とみなし、合わせて計算することができる。

3　入院患者延べ数とは、算出期間中に当該届出区分を算定している病棟に入院している延べ患者数をいい、以下の患者は対象に含めない。また、退院日の患者については、入院患者延べ数に含めない。重症度、医療・看護必要度Ⅱに当たっては、歯科の入院患者（同一入院中に医科の診療も行う期間については除く。）は含めない。

ア　産科患者

イ　15歳未満の小児患者

ウ　結核患者（次のいずれかに該当する場合に限る）

（イ）　上記「記載上の注意」２において一般病棟と結核病棟の両病棟全体で評価を行う場合

（ロ）　「結核患者収容モデル事業」を行う一般病床又は精神病床に入院する場合

（ハ）　医療法施行規則第10条第５号により感染症病床に入院する場合

4　重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者とは、別添６の別紙７の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票Ⅰ又はⅡを用いて評価を行い、入院料等の基準に該当する患者をいう。

5　「３」の「ア」における救急搬送受入件数については、届出を行う年度の前年１年間（令和８年度に届け出る場合は、令和７年４月～令和８年３月の１年間）の救急用の自動車等による搬送件数を記載すること。

6　「３」の「イ」における各救急患者応需係数の算出方法は以下のとおり。（上限は１割）

$$\text{救急搬送受入件数} \times \frac{\text{当該届出区分の救急搬送入院件数}}{\text{３のイに記載した全区分の救急搬送入院件数}} \div \text{当該届出区分の病床数} \times 0.005$$

例：急１病棟100床と地医２病棟50床からなる病院において、救急搬送受入件数が1000件、
急１病棟の救急搬送入院件数が400件、地医２病棟の救急搬送入院件数が100件の場合
急１病棟の救急患者応需係数は以下のとおり0.4割となる。

$$1000 \times \frac{400}{400+100} \div 100 \times 0.005 = 0.04$$

7　急性期病院一般入院料、急性期一般入院料（急性期一般入院料６を除く。）、７対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。））、地域包括医療病棟入院料、急性期総合体制加算及び看護・多職種協働加算については、１又は２で算出した基準該当患者割合に、３で算出した救急患者応需係数を加えることで、基準患者割合に係る指数を算出すること。

8　「届出区分」及び「届出の加算」の欄は、下表の例により記載すること。

入院基本料等	届出区分等
一般病棟入院基本料	急病Ａ、急病Ｂ、急１、急２、急３、急４、急５、急６、地域１
結核病棟入院基本料	結核７対１
特定機能病院入院基本料（一般病棟）	特Ａ一般７対１、特Ｂ一般７対１、特Ｃ一般７対１、 特Ａ一般10対１、特Ｂ一般10対１、特Ｃ一般10対１、 特Ａ結核７対１、特Ｂ結核７対１、特Ｃ結核７対１
専門病院入院基本料	専門７対１、専門10対１、専門13対１
脳卒中ケアユニット入院医療管理料	脳卒中ケア
地域包括医療病棟入院料	地医１、地医２
地域包括ケア病棟入院料	地ケア１、地ケア２、地ケア３、地ケア４

様式10

特定一般病棟入院料	特定一般１、特定一般注７
急性期総合体制加算	急総１、急総２、急総３、急総４、急総５
看護・多職種協働加算	看多協１、看多協２
急性期看護補助体制加算	急看補
看護職員夜間配置加算	看夜12対１配置１、看夜12対１配置２、看夜16対１配置１
看護補助加算１	看補１
看護必要度加算	看必１、看必２、看必３
一般病棟看護必要度評価加算	看必評

様式10の８

在宅復帰機能強化加算の施設基準に係る届出書添付書類
（療養病棟入院基本料）

１．届出を行う病棟の状況

届出を行う病棟	病棟１	病棟名	病棟
		病床数	床
	病棟２	病棟名	病棟
		病床数	床
	病棟３	病棟名	病棟
		病床数	床
	病棟４	病棟名	病棟
		病床数	床
	病棟５	病棟名	病棟
		病床数	床
	病棟６	病棟名	病棟
		病床数	床

２．退院患者の状況

対象期間（直近６か月間）（和暦）		始期	年　月　日
		終期	年　月　日
①	直近６月間における退院患者数（※１）		名
（①再掲）	（１）在宅		名
	（２）（１）のうち、退院した患者の在宅での生活が１月以上（医療区分３の患者については１４日以上）継続する見込みであることを確認できた患者		名
	（３）介護老人保健施設		名
	（４）同一の保険医療機関の当該加算に係る病棟以外の病棟		名
	（５）他の保険医療機関		名
②	在宅復帰率　（２）／①　（50%以上）		%

※１　以下の患者は計算から除くこと。
- 当該保険医療機関の他病棟（療養病棟以外の病棟）から転棟して１月未満の患者
- 第２部「通則５」に規定する入院期間が通算される再入院患者
- 退院時に他の入院料を届け出ている病床又は病室に入院していた患者
- 「Ａ４００」短期滞在手術等基本料を算定する患者
- 死亡退院した患者
- 病状の病状の急性増悪等により、他の保険医療機関（特別の関係にあるものを除く。）での治療が必要になり転院した患者

３．病床の利用状況（※２）

算出期間（直近１年間）（和暦）	始期	年　月　日
	終期	年　月　日

③	当該保険医療機関又は別の保険医療機関の病棟若しくは病室（※３）から当該病棟に入院した患者であって、１年間に在宅に退院した患者数（当該保険医療機関の他病棟から当該病棟に転棟して１月以内に退院した患者は除く。）	名
④	当該病棟の直近１年間における１日平均入院患者数（小数点以下は切り上げる）	名
⑤	③／④　（15%以上）	%

※２　病床の利用状況について、別添６の別紙４「平均在院日数の算定方法」１から４を参考にすること。
※３　一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料又は地域包括ケア病棟入院料を算定するものに限る。

様式13

急性期総合体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

１．通則に関する事項

１　届出加算 （該当するいずれか １つに✔を記載）	□　急性期総合体制加算１ □　急性期総合体制加算２ □　急性期総合体制加算３ □　急性期総合体制加算４ □　急性期総合体制加算５
２　外来縮小体制 （ア又はイのいずれか該当するものに○を記載）	ア　(1)を満たし、かつ、(2)又は(3)のいずれかを満たす □(1)初診に係る選定療養の報告を行って実費を徴収している □(2)紹介割合の実績が50%以上かつ逆紹介割合の実績が30‰以上 記入前年度１年間の実績を ①　初診の患者数　（　　）名 ②　再診の患者数　（　　）名 ③　紹介患者数　（　　）名 ④　逆紹介患者数　（　　）名 ⑤　救急患者数　（　　）名 ⑥　紹介割合　(③+⑤)÷①×100　（　　）% ⑦　逆紹介割合　④÷(①+②)×1,000　（　　）% □(3)診療情報提供料等を算定する割合が４割以上 記入前年度１年間の実績を ①　総退院患者数　（　　）件 ②　診療情報提供料（Ｉ）の「注８」の加算を算定する退院患者数　（　　）件 ③　転帰が治癒であり通院の必要のない退院患者数及び転帰が軽快であり退院後の初回外来時に次回以降の通院の必要がないと判断された患者数　（　　）件 ④診療情報提供料等を算定する割合（②＋③）／①×10　（　　）割 イ　紹介受診重点医療機関である。
３　医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制（以下の場合を除き様式13の２に記載）	
	直近１年以内に届け出た内容と変更がない場合　□　届出を省略
４　入退院支援 （該当する□に ✔を記載）	□　入退院支援加算１の届出を行っている □　入退院支援加算２の届出を行っている
５　画像診断・検査体制	□　24時間の画像診断及び検査体制を有する
６　調剤体制	□　薬剤師が当直を行うことによる24時間の調剤体制を有する
７　禁煙の取扱い （該当する全ての□に✔を記載）	□　敷地内禁煙 □　敷地内禁煙を行っている旨を保険医療機関内の見やすい場所に掲示している

	□　敷地内に喫煙所を設けている。 （該当する全ての□に✔を記載） 算定病棟：□ 精神病棟入院基本料 □ 緩和ケア病棟入院料 □ 精神科救急急性期医療入院料 □ 精神科急性期治療病棟入院料 □ 精神科救急・合併症入院料 □ 精神療養病棟入院料 □ 地域移行機能強化病棟入院料 □喫煙場所から非喫煙場所に煙が流れないような措置をしている □喫煙・禁煙区域を明確に表示し、周知・理解・協力を求める □喫煙可能区域に未成年者・妊婦が立ち入らないよう、措置を講ずる 具体的な措置（　　）
８　他の入院料等の届出状況等	以下のいずれかに該当すること □　療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料を含む。）の届出を行っていない □　平成26年３月31日以前に総合入院体制加算に係る届出を行っている（急性期総合体制加算５を算定する場合に限る） □　人口20万人未満の地域に所在する地域最多救急病院 □　地域包括医療病棟入院料の届出を行っていない □　同一建物内における特別養護老人ホーム、介護老人保健施設又介護医療院を設置していない。（平成30年３月31日時点で総合入院体制加算に係る届出を行っており、当該施設（介護医療院を除く。）を設置している場合は、当該施設を維持することができる。） □　特定の保険薬局との間で不動産の賃貸借取引等の特別な関係がない。（令和６年３月31日以前から賃貸借取引関係にある場合の関係を除く。）

２．各加算区分に係る事項

９　総合性 （該当する全ての空欄、□に✔を記載し、該当する記号に〇を記載）	□　内科 □　精神科 □　小児科 □　外科 □　整形外科 □　脳神経外科 □　産科又は産婦人科 □　地域医療構想調整会議で合意を得た上で、小児科、産科又は産婦人科に係る入院医療提供がない （該当する場合は、合意を得た会議の概要を提出すること）
	当該医療機関の担当精神科医氏名　（　　）
	連携保険医療機関の名称　（　　）
（加算１、２の届出はア、加算３、４の届出はア又はイ、加算５の届出はアからウのいずれかを満た	連携保険医療機関の担当精神科医師名　（　　）
	ア　以下のいずれかの入院料を届出ており、現に精神疾患患者の入院を受けれている（該当する入院料の□に✔を記載） □　精神病棟入院基本料

すこと）	□ 精神科救急急性期医療入院料 □ 精神科急性期治療病棟入院料 □ 精神科救急・合併症入院料 □ 児童・思春期精神科入院医療管理料 □ 精神科地域包括ケア病棟入院料 □ 地域移行機能強化病棟入院料	
	上記入院料の届出時合計入院患者数	（　　）人
	イ　以下の①、②のいずれも満たす ウ　以下の①、②のいずれかを満たす	
	①　以下のいずれかを届け出ていること □ 精神科リエゾンチーム加算 □ 認知症ケア加算１	
	②　以下の加算の算定件数が、合計20件／年以上	
	□ 精神疾患診療体制加算２	
	年間算定件数	（　　）件
	□ 入院精神療法（救急患者に対し入院３日以内に実施されたものに限る）	
	年間算定件数	（　　）件
	□ 救急救命入院料の「注２」に規定する精神疾患診断治療初回加算（救急患者に対し入院３日以内に実施されたものに限る）	
	年間算定件数	（　　）件
10　手術等の集積性（年間の実績）（該当するいずれかの記号に〇を記載） （加算１はア、加算２はイ、加算３はウ、加算４はエ、加算５はオを満たすこと）	全身麻酔手術件数	（　　）件
	ア　・全身麻酔手術件数2,000件以上　・以下の①～⑦のうち６つ以上 ・⑧及び⑨をいずれも満たすこと	
	イ　・全身麻酔手術件数2,000件以上　・以下の①～⑦のうち４つ以上 ・⑧又は⑨をいずれも満たすこと	
	ウ　・全身麻酔手術件数2,000件以上　・以下の①～⑦のうち５つ以上 をいずれも満たすこと	
	エ　・以下の①～⑦のうち３つ以上　・⑧又は⑨ をいずれも満たすこと	
	オ　・全身麻酔手術件数800件以上（地域最多救急病院を除く） ・以下の①～⑧及び⑩のうち２つ以上 をいずれも満たすこと	
	①　悪性腫瘍手術　400件以上	
	②　腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術　400件以上	
	③　心臓カテーテル法手術　200件以上	
	④　心臓胸部大血管手術　60件以上 （ア又はウを満たす場合は100件以上）	
	⑤　消化管内視鏡手術　600件以上	

	⑥　脳神経外科手術　50件以上 （オを満たす場合、地域最多救急病院では経皮的選択的脳血栓・塞栓溶解術、経皮的脳血栓回収術又は超急性期脳卒中加算の合計10件以上を満たすことで差支えない） ⑦　放射線治療（対外照射法）200例以上 ⑧　分娩件数　100件以上 ⑨　６歳未満乳幼児手術　40件以上 ⑩　医療提供機能連携確保加算の届出 （地域最多救急病院であって、外来・在宅診療体制の確保に係る診療実績を当該保険医療機関が所在する二次医療圏で満たす場合に限る）
11　救急体制 （加算１，２はア及びイ、加算３，４，５はア及びウを満たすこと）	ア　救急時医療情報閲覧機能を有していること
	イ　以下のいずれかを満たしていること □　救命救急センター □　高度救命救急センター
	ウ　以下のいずれかを満たしていること □　第２次救急医療機関 □　救命救急センター □　高度救命救急センター □　総合周産期母子医療センター □　その他上記と同様に24時間の救急患者を受け入れている
12　入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制 （加算１～４において満たすこと）	ア　院内迅速対応チームの構成員（救急又は集中治療の経験を有し、所定の研修を修了した者の名前を記載すること。） ・医師： ・専任の看護師：
	イ　病状の急変の可能性がある入院患者及び病状が急変した入院患者の対応状況に関する改善の必要性等について提言するための責任者名：
	ウ　病状の急変の可能性がある入院患者及び病状が急変した入院患者に対する対応方法に係るマニュアルを整備し、職員に遵守させている。 □
	エ　病状の急変の可能性がある入院患者及び病状が急変した入院患者の対応の改善に関する委員会又は会議の開催日： うち、イの責任者の出席日：
	オ　院内講習の開催日（開催予定日）： １回目　　月　　日　　２回目　　月　　日
13　退院に係る状況等	以下のいずれも満たすこと。
	□　一般病棟における平均在院日数が14日以内であること。 （　　）日　（小数点第一位まで）

（加算１～４において満たすこと）	□　一般病棟の退棟患者（退院患者を含む）に占める、同一の保険医療機関の一般病棟以外の病棟に転棟したものの割合が１割未満であること。 （　　）割
14　感染対策 （加算１～４において満たすこと）	□　感染対策向上加算１の届出を行っている。
15　高度急性期医療の提供 （加算１～４において満たすこと）	以下のうち届け出ている入院料に✔を記載すること □　救命救急入院料 □　特定集中治療室管理料 □　ハイケアユニット入院医療管理料 □　脳卒中ケアユニット入院医療管理料 □　小児特定集中治療室管理料 □　新生児特定集中治療室管理料 □　総合周産期特定集中治療室管理料 □　新生児治療回復室入院医療管理料
16　他の入院料の届出状況 （加算１～４において満たすこと）	□　以下の③の割合が９割以上であること。 ①　一般病棟の病床数の合計　（　　）床 ②　許可病床数の総数から結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料（７対１入院基本料及び10対１入院基本料に限る）、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料及び地域移行機能強化病棟入院料を除いた病床数　（　　）床 ③　（①÷②）×10　（　　）割
17　外部評価 （加算１～４において満たすこと）	以下の該当する□に✔を記載すること □　日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている □　上記に準ずる評価を受けている 具体的に受けている評価内容　（　　）

〔記載上の注意〕

１　「11」の「ウ」において「24時間の救急患者を受け入れている」を記入した場合には、24時間の救急体制を確保していることを証明する書類を添付すること。

２　「２」の「ア」の⑵において、「初診の患者数」「再診の患者数」「紹介患者数」「逆紹介患者数」「救急患者数」「紹介割合」「逆紹介割合」については区分番号「Ａ０００」初診料の「注２」及び「注３」並びに区分番号「Ａ００２」外来診療料の「注２」及び「注３」に規定する算出方法を用いること。

３　各実績において「年間」とは、前年度４月１日～３月31日の期間を指す。

４　様式６及び様式13の２を添付すること。

様式13

急性期総合体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

１．通則に関する事項

１　届出加算 （該当するいずれか １つに✔を記載）	□　急性期総合体制加算１ □　急性期総合体制加算２ □　急性期総合体制加算３ □　急性期総合体制加算４ □　急性期総合体制加算５
２　外来縮小体制 （ア又はイのいずれか該当するものに○を記載）	ア　(1)を満たし、かつ、(2)又は(3)のいずれかを満たす □(1)初診に係る選定療養の報告を行って実費を徴収している □(2)紹介割合の実績が50%以上かつ逆紹介割合の実績が30‰以上 記入前年度１年間の実績を ①　初診の患者数　（　　）名 ②　再診の患者数　（　　）名 ③　紹介患者数　（　　）名 ④　逆紹介患者数　（　　）名 ⑤　救急患者数　（　　）名 ⑥　紹介割合　(③+⑤)÷①×100　（　　）% ⑦　逆紹介割合　④÷(①+②)×1,000　（　　）% □(3)診療情報提供料等を算定する割合が４割以上 記入前年度１年間の実績を ①　総退院患者数　（　　）件 ②　診療情報提供料（Ｉ）の「注８」の加算を算定する退院患者数　（　　）件 ③　転帰が治癒であり通院の必要のない退院患者数及び転帰が軽快であり退院後の初回外来時に次回以降の通院の必要がないと判断された患者数　（　　）件 ④診療情報提供料等を算定する割合（②＋③）／①×10　（　　）割 イ　紹介受診重点医療機関である。
３　医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制（以下の場合を除き様式13の２に記載）	
	直近１年以内に届け出た内容と変更がない場合　□　届出を省略
４　入退院支援 （該当する□に ✔を記載）	□　入退院支援加算１の届出を行っている □　入退院支援加算２の届出を行っている
５　画像診断・検査体制	□　24時間の画像診断及び検査体制を有する
６　調剤体制	□　薬剤師が当直を行うことによる24時間の調剤体制を有する
７　禁煙の取扱い （該当する全ての□に✔を記載）	□　敷地内禁煙 □　敷地内禁煙を行っている旨を保険医療機関内の見やすい場所に掲示している

	□　敷地内に喫煙所を設けている。 （該当する全ての□に✔を記載） 算定病棟：□ 精神病棟入院基本料 □ 緩和ケア病棟入院料 □ 精神科救急急性期医療入院料 □ 精神科急性期治療病棟入院料 □ 精神科救急・合併症入院料 □ 精神療養病棟入院料 ~~□ 精神科地域包括ケア病棟入院料~~ □ 地域移行機能強化病棟入院料 □喫煙場所から非喫煙場所に煙が流れないような措置をしている □喫煙・禁煙区域を明確に表示し、周知・理解・協力を求める □喫煙可能区域に未成年者・妊婦が立ち入らないよう、措置を講ずる 具体的な措置（　　）
８　他の入院料等の届出状況等	以下のいずれかに該当すること □　療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料を含む。）の届出を行っていない □　平成26年３月31日以前に総合入院体制加算に係る届出を行っている（急性期総合体制加算５を算定する場合に限る） □　人口20万人未満の地域に所在する地域最多救急病院 □　地域包括医療病棟入院料の届出を行っていない □　同一建物内における特別養護老人ホーム、介護老人保健施設又介護医療院を設置していない。（平成30年３月31日時点で総合入院体制加算に係る届出を行っており、当該施設（介護医療院を除く。）を設置している場合は、当該施設を維持することができる。） □　特定の保険薬局との間で不動産の賃貸借取引等の特別な関係がない。（令和６年３月31日以前から賃貸借取引関係にある場合の関係を除く。）

２．各加算区分に係る事項

９　総合性 （該当する全ての空欄、□に✔を記載し、該当する記号に〇を記載） （加算１、２の届出はア、加算３、４の届出はア又はイ、加算５の届出はアからウのいずれかを満た	□　内科 □　精神科 □　小児科 □　外科 □　整形外科 □　脳神経外科 □　産科又は産婦人科 □　地域医療構想調整会議で合意を得た上で、小児科、産科又は産婦人科に係る入院医療提供がない （該当する場合は、合意を得た会議の概要を提出すること） 当該医療機関の担当精神科医氏名　（　　） 連携保険医療機関の名称　（　　） 連携保険医療機関の担当精神科医師名　（　　） ア　以下のいずれかの入院料を届出ており、現に精神疾患患者の入院を受けれている（該当する入院料の□に✔を記載） □　精神病棟入院基本料

すこと）	□　精神科救急急性期医療入院料 □　精神科急性期治療病棟入院料 □　精神科救急・合併症入院料 □　児童・思春期精神科入院医療管理料 □　精神科地域包括ケア病棟入院料 □　地域移行機能強化病棟入院料 上記入院料の届出時合計入院患者数　（　　）人
	イ　以下の①、②のいずれも満たす ウ　以下の①、②のいずれかを満たす ①　以下のいずれかを届け出ていること □　精神科リエゾンチーム加算 □　認知症ケア加算１ ②　以下の加算の算定件数が、合計20件／年以上 □　精神疾患診療体制加算２ 年間算定件数　（　　）件 □　入院精神療法（救急患者に対し入院３日以内に実施されたものに限る） 年間算定件数　（　　）件 □　救急救命入院料の「注２」に規定する精神疾患診断治療初回加算（救急患者に対し入院３日以内に実施されたものに限る） 年間算定件数　（　　）件
10　手術等の集積性（年間の実績）（該当するいずれかの記号に〇を記載） （加算１はア、加算２はイ、加算３はウ、加算４はエ、加算５はオを満たすこと）	全身麻酔手術件数　（　　）件 ア　・全身麻酔手術件数2,000件以上　・以下の①～⑦のうち６つ以上 ・~~ク~~⑧及び~~ケ~~⑨をいずれも満たすこと イ　・全身麻酔手術件数2,000件以上　・以下の①～⑦のうち４つ以上 ・~~ク~~⑧及び~~ケ~~⑨をいずれも満たすこと ウ　・全身麻酔手術件数2,000件以上　・以下の①～⑦のうち５つ以上 をいずれも満たすこと エ　・以下の①～⑦のうち３つ以上　・~~ク~~⑧又は~~ケ~~⑨ をいずれも満たすこと オ　・全身麻酔手術件数800件以上（地域最多救急病院を除く） ・以下の①～⑧及び⑩のうち２つ以上 をいずれも満たすこと ①　悪性腫瘍手術　400件以上 ②　腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術　400件以上 ③　心臓カテーテル法手術　200件以上 ④　心臓胸部大血管手術　60件以上 （ア又はウを満たす場合は100件以上） ⑤　消化管内視鏡手術　600件以上

	⑥　脳神経外科手術　50件以上 （オを満たす場合、地域最多救急病院では経皮的選択的脳血栓・塞栓溶解術、経皮的脳血栓回収術又は超急性期脳卒中加算の合計10件以上を満たすことで差支えない） ⑦　放射線治療（対外照射法）200例以上 ⑧　分娩件数　100件以上 ⑨　６歳未満乳幼児手術　40件以上 ⑩　医療提供機能連携確保加算の届出 （地域最多救急病院であって、外来・在宅診療体制の確保に係る診療実績を当該保険医療機関が所在する二次医療圏で満たす場合に限る）
11　救急体制 （加算１，２はア及びイ、加算３，４，５はア及びウを満たすこと）	ア　救急時医療情報閲覧機能を有していること
	イ　以下のいずれかを満たしていること □　救命救急センター □　高度救命救急センター
	ウ　以下のいずれかを満たしていること □　第２次救急医療機関 □　救命救急センター □　高度救命救急センター □　総合周産期母子医療センター □　その他上記と同様に24時間の救急患者を受け入れている
12　入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制 （加算１～４において満たすこと）	ア　院内迅速対応チームの構成員（救急又は集中治療の経験を有し、所定の研修を修了した者の名前を記載すること。） ・医師： ・専任の看護師：
	イ　病状の急変の可能性がある入院患者及び病状が急変した入院患者の対応状況に関する改善の必要性等について提言するための責任者名：
	ウ　病状の急変の可能性がある入院患者及び病状が急変した入院患者に対する対応方法に係るマニュアルを整備し、職員に遵守させている。 □
	エ　病状の急変の可能性がある入院患者及び病状が急変した入院患者の対応の改善に関する委員会又は会議の開催日： うち、イの責任者の出席日：
	オ　院内講習の開催日（開催予定日）： １回目　　月　　日　　２回目　　月　　日
	以下のいずれも満たすこと。
	□　一般病棟における平均在院日数が14日以内であること。 （　　）日　（小数点第一位まで）

13　退院に係る状況等 （加算１～４において満たすこと）	□　一般病棟の退棟患者（退院患者を含む）に占める、同一の保険医療機関の一般病棟以外の病棟に転棟したものの割合が１割未満であること。 （　　）割
	~~□　以下のいずれかの届出を行っていること。~~ ~~□　入退院支援加算１の届出を行っている。~~ ~~□　入退院支援加算２の届出を行っている。~~
14　感染対策 （加算１～４において満たすこと）	□　感染対策向上加算１の届出を行っている。
15　高度急性期医療の提供 （加算１～４において満たすこと）	以下のうち届け出ている入院料に✔を記載すること □　救命救急入院料 □　特定集中治療室管理料 □　ハイケアユニット入院医療管理料 □　脳卒中ケアユニット入院医療管理料 □　小児特定集中治療室管理料 □　新生児特定集中治療室管理料 □　総合周産期特定集中治療室管理料 □　新生児治療回復室入院医療管理料
16　他の入院料の届出状況 （加算１～４において満たすこと）	□　以下の③の割合が９割以上であること。 ①　一般病棟の病床数の合計　（　　）床 ②　許可病床数の総数から結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料（７対１入院基本料及び10対１入院基本料に限る）、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料及び地域移行機能強化病棟入院料を除いた病床数　（　　）床 ③　（①÷②）×10　（　　）割
17　外部評価 （加算１～４において満たすこと）	以下の該当する□に✔を記載すること □　日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている □　上記に準ずる評価を受けている 具体的に受けている評価内容　（　　）

〔記載上の注意〕

１　「11」の「ウ」において「24時間の救急患者を受け入れている」を記入した場合には、24時間の救急体制を確保していることを証明する書類を添付すること。

２　「２」の「ア」の⑵において、「初診の患者数」「再診の患者数」「紹介患者数」「逆紹介患者数」「救急患者数」「紹介割合」「逆紹介割合」については区分番号「Ａ０００」初診料の「注２」及び「注３」並びに区分番号「Ａ００２」外来診療料の「注２」及び「注３」に規定する算出方法を用いること。

３　各実績において「年間」とは、前年度４月１日～３月31日の期間を指す。

４　様式６及び様式13の２を添付すること。

様式13の3

看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制 （新規）

1 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を要件とする入院料等の届出状況
（新規に届け出るものについては「新規届出」欄、既に届出を行っているものについては「既届出」欄の□に「✓」を記入のこと。）

新規届出	既届出	項目名	届出年月日	新規届出	既届出	項目名	届出年月日
□	□	夜間看護加算／看護補助・患者ケア体制充実加算 １・２・３ （療養病棟入院基本料の注12・注13） （該当するものに○をつけること）	年 月 日	□	□	看護補助加算／看護補助・患者ケア体制充実加算 １・２・３ （障害者施設等入院基本料の注9・注10） （該当するものに○をつけること）	年 月 日
□	□	夜間看護体制加算 （障害者施設等入院基本料の注11）	年 月 日	□	□	急性期看護補助体制加算 （ 対1）	年 月 日
□	□	夜間急性期看護補助体制加算 （ 対1）	年 月 日	□	□	夜間看護体制加算 （急性期看護補助体制加算）	年 月 日
□	□	看護職員夜間12対1配置加算 １・２ （該当するものに○をつけること）	年 月 日	□	□	看護職員夜間16対1配置加算 １・２ （該当するものに○をつけること）	年 月 日
□	□	看護補助加算 １・２・３ （該当するものに○をつけること）	年 月 日	□	□	夜間75対1看護補助加算	年 月 日
□	□	夜間看護体制加算 （看護補助加算）	年 月 日	□	□	看護補助体制加算（ 対 1） ／看護補助・患者ケア体制充実加算 １・２・３ （地域包括医療病棟入院料の注6・注9）	年 月 日
□	□	夜間看護補助体制加算 （ 対 1 ） （地域包括医療病棟入院料の注7）	年 月 日	□	□	夜間看護体制加算 （地域包括医療病棟入院料の注8）	年 月 日
□	□	看護職員夜間12対1配置加算 １・２ （地域包括医療病棟入院料の注10） （該当するものに○をつけること）	年 月 日	□	□	看護職員夜間16対1配置加算 １・２ （地域包括医療病棟入院料の注10） （該当するものに○をつけること）	年 月 日
□	□	看護補助加算／看護補助体制充実加算 （小児入院医療管理料の注9・注10）	年 月 日	□	□	看護職員配置加算 （地域包括ケア病棟入院料の注3）	年 月 日
□	□	看護補助者配置加算／看護補助・患者ケア体制充実加算 １・２・３ （地域包括ケア病棟入院料の注4・5） （該当するものに○をつけること）	年 月 日	□	□	看護職員夜間配置加算 （地域包括ケア病棟入院料の注8）	年 月 日
□	□	看護職員夜間配置加算 （精神科救急急性期医療入院料の注4）	年 月 日	□	□	看護職員夜間配置加算 （精神科救急・合併症入院料の注4）	年 月 日

2 新規届出時又は毎年4月時点の状況について記載する事項
（□には、適合する場合「✓」を記入すること。）

年 月 日時点の看護職員の負担の軽減に対する体制の状況

（1） 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制

ア 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関する責任者		氏名： 職種：
イ 看護職員の勤務状況の把握等		
	(ア) 勤務時間	平均週＿＿＿＿時間 （うち、時間外労働＿＿＿＿時間）
	(イ) 2交代の夜勤に係る配慮	□ 勤務後の暦日の休日の確保 □ 仮眠2時間を含む休憩時間の確保 □ 16時間未満となる夜勤時間の設定 □ その他 （具体的に： ）
	(ウ) 3交代の夜勤に係る配慮	□ 夜勤後の暦日の休日の確保 □ その他 （具体的に： ）
ウ 多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議		開催頻度：＿＿＿＿回／年 参加人数：平均＿＿＿＿人／回 参加職種（ ）
エ 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画		□ 計画策定 □ 職員に対する計画の周知
オ 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項の公開		□ 医療機関内に掲示する等の方法で公開 （具体的な公開方法： ）

（2） 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する具体的な取組内容

ア 業務量の調整	□ 時間外労働が発生しないような業務量の調整
イ 看護職員と他職種との業務分担	□ 薬剤師　□ リハビリ職種(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士) □ 臨床検査技師　□ 臨床工学技士 □ その他(職種　　)
ウ 看護補助者の配置	□ 主として事務的業務を行う看護補助者の配置 □ 看護補助者の夜間配置
エ 短時間正規雇用の看護職員の活用	□ 短時間正規雇用の看護職員の活用
オ 多様な勤務形態の導入	□ 多様な勤務形態の導入
カ 妊娠・子育て中、介護中の看護職員に対する配慮	□ 院内保育所　□ 夜間保育の実施 □ 夜勤の減免制度 □ 休日勤務の制限制度 □ 半日・時間単位休暇制度 □ 所定労働時間の短縮 □ 他部署等への配置転換
キ 夜勤負担の軽減	□ 夜勤従事者の増員 □ 月の夜勤回数の上限設定

（3） 夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等

（□には、適合する場合「✓」を記入すること。）

① 交代制勤務の種別 （□3交代、 □変則3交代、 □2交代、 □変則2交代 ）

② 夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理

	1）夜間看護体制加算（障害者施設等入院基本料の注11）	2）夜間看護体制加算（急性期看護補助体制加算/地域包括医療病棟入院料注8）	3）看護職員夜間配置加算（12対1配置1・16対1配置1（地域包括医療病棟入院料の注10を含む））	4）看護補助加算（夜間看護体制加算）	5）看護職員夜間配置加算（精神科救急急性期医療入院料の注4／精神科救急・合併症入院料の注4）	6） 1）から5）のいずれかの加算を算定する病棟以外
ア 11時間以上の勤務間隔の確保	□	□	□	□	□	□
イ 正循環の交代周期の確保（3交代又は変則3交代のみ）	□	□	□	□	□	□
ウ 夜勤の連続回数が2連続（2回）まで	□	□	□	□	□	□
エ 暦日の休日の確保	□	□	□	□	□	□
オ 早出・遅出等の柔軟な勤務体制の工夫	□	□	□	□	□	□
カ 夜間を含めた各部署の業務量の把握・調整するシステムの構築	□	□	□	□	□	□
(ア)過去1年間のシステムの運用	（ □ ）	（ □ ）	（ □ ）	（ □ ）	（ □ ）	（ □ ）
(イ)部署間における業務標準化	（ □ ）	（ □ ）	（ □ ）	（ □ ）	（ □ ）	（ □ ）
キ 看護補助業務のうち5割以上が療養生活上の世話	□			□		□
ク 看護補助者の夜間配置			□			□
ケ みなし看護補助者を除いた看護補助者比率5割以上	□	□	□	□		□
コ 夜間院内保育所の設置	□	□	□	□	□	□
サ ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減	□	□	□	□	□	□
該当項目数	（　　）	（　　）	（　　）	（　　）	（　　）	
（参考）満たす必要がある項目数	4項目以上	3項目以上	4項目以上	4項目以上	3項目以上	

〔記載上の注意〕

1 2（1）イ(ア)の勤務時間の算出に当たっては、常勤の看護職員及び週32時間以上勤務する非常勤の看護職員を対象とすること。

2 2（3）①の交代制勤務の種別は、当該保険医療機関において当てはまるもの全てに「✓」を記入すること。

3 2（3）②クは、夜間30対1急性期看護補助体制加算、夜間50対1急性期看護補助体制加算又は夜間100対1急性期看護補助体制加算を届け出ている場合、□に「✓」を記入すること。

4 夜間看護体制加算（障害者施設等入院基本料の注11、看護補助加算の注3、急性期看護補助体制加算の注3、地域包括医療病棟の注8）、看護職員夜間12対1配置加算1及び看護職員夜間16対1配置加算1（地域包括医療病棟入院料の注10を含む）又は看護職員夜間配置加算（精神科救急急性期医療入院料の注4又は精神科救急・合併症入院料の注4に限る。）を算定する医療機関は、2（3）②「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理」の項目のうち□に「✓」を記入したものについて、以下の書類を添付すること。

・アからエについては、届出前1か月の各病棟の勤務実績（1）、2）又は4）は看護要員、3）又は5）は看護職員）が分かる書類

・オについては、深夜や早朝における業務量を把握した上で早出・遅出等の柔軟な勤務体制を設定していることが分かる書類、届出前1か月の早出・遅出等の勤務体制の活用実績が分かる書類

・カについては、業務量を把握・調整する仕組み及び部署間の業務標準化に関する院内規定及び業務量を把握・調整した実績が分かる書類

・ク及びケについては、様式9

・コについては、院内保育所の開所時間が分かる書類、届出前1か月の利用実績が分かる資料

・サについては、使用機器等が分かる書類、使用機器等が看護要員（1）、2）又は4））又は看護職員（3）又は5））の業務負担軽減に資するかどうか評価を行っていることが分かる書類

5　夜間看護体制加算（障害者施設等入院基本料の注11、看護補助加算の注3、急性期看護補助体制加算の注3、地域包括医療病棟の注8）、看護職員夜間12対1配置加算1及び看護職員夜間16対1配置加算1（地域包括医療病棟入院料の注10を含む）又は看護職員夜間配置加算（精神科救急急性期医療入院料の注4又は精神科救急・合併症入院料の注4に限る。）を算定する医療機関は、2（3）②「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理」の項目に関して、加算を算定するに当たり必要な項目数を満たしている間は、満たす項目の組合せが変更になった場合であっても、変更の届出は不要であるが、変更になった月及び満たす項目の組合せについては、任意の様式に記録しておくこと。

6　2（3）②の6）は、1）から5）のいずれの加算も届け出ていない病棟における、夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理の状況について、□に「✓」を記入すること。

7　各加算の変更の届出にあたり、直近1年以内~~直近8月~~に届け出た内容と変更がない場合は、本届出を略すことができる。
ただし、2（3）②の夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等1）～5）を届け出る場合を除く。

8　同一の医療機関で本届出に係る複数の加算を届け出る又は報告する場合、本届出は1通のみでよい。

様式13の4

医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制（新規）

1 医師の負担の軽減及び処遇の改善を要件とする入院料等の届出状況
（新規に届け出るものについては「新規届出」欄、既に届出を行っているものについては「既届出」欄の□に「✓」を記入のこと。）

医師事務作業補助体制加算1		
	新規届出	□
	既届出	□
	届出年月日	年　月　日
	加算区分	対1補助体制加算
医師事務作業補助体制加算2		
	新規届出	□
	既届出	□
	届出年月日	年　月　日
	加算区分	対1補助体制加算
処置の休日加算1、時間外加算1、深夜加算1		
	新規届出	□
	既届出	□
	届出年月日	年　月　日
	加算区分	対1補助体制加算
~~休日手術~~の休日加算1、時間外加算1、深夜加算1		
	新規届出	□
	既届出	□
	届出年月日	年　月　日
	加算区分	対1補助体制加算

2 新規届出時又は毎年4月時点の状況について記載する事項
（□には、適合する場合「✓」を記入すること。）

年　月　日時点の医師の負担の軽減に対する体制の状況

（1） 医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制

ア 医師の負担の軽減及び処遇の改善に関する責任者の氏名		
イ 医師の負担の軽減及び処遇の改善に関する責任者の職種		
ウ 医師の勤務状況の把握等		
	（ア） 勤務時間の具体的な把握方法 （該当するすべての□に✔を記入すること）	□ タイムカード、ICカード
		□ 出席簿又は管理簿等の用紙による記録（上司等による客観的な確認あり）
		□ 出席簿又は管理簿等の用紙による記録（自己申告）
		□ その他の場合 （具体的に記載）
	（イ） ICT機器等を導入する場合の負担感の把握方法 （該当するすべての□に✔を記入すること）	□ 業務の負担感に関する質問調査による把握
		□ 勤務時間データによる比較
		□ その他の場合 （具体的に記載）
	（ウ） 勤務時間以外についての勤務状況の把握内容 （該当するすべての□に✔を記入すること）	□ 年次有給休暇取得率
		□ 育児休業・介護休業の取得率
		□ その他の場合 （具体的に記載）
	（エ） 勤務時間	平均週＿＿＿＿時間 うち、時間外・休日＿＿＿＿時間
	（オ） 当直回数	平均月当たり当直回数　　回
	（カ） その他 （該当するすべての□に✔を記入すること）	□ 業務の量や内容を把握した上で、特定の個人に業務負担が集中しないよう配慮した勤務体系の策定 □ 上記の勤務体系の職員への周知
エ 多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議		開催頻度：＿＿＿＿回／年 うち、管理者が出席した回数　　回 参加人数：平均＿＿＿＿人／回 参加職種（　　）
オ 医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画 （該当するすべての□に✔を記入すること）		□ 計画策定 □ 職員に対する計画の周知
カ 医師の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項の公開		□ 医療機関内に掲示する等の方法で公開 （具体的な公開方法　　）

（2） 医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の具体的な取組内容

ア 必ず計画に含むもの

医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担 （該当するすべての□に✔を記入すること）	□ 初診時の予診の実施 □ 静脈採血等の実施 □ 入院の説明の実施 □ 検査手順の説明の実施 □ 服薬指導 □ その他 （具体的に記載）

イ ①～⑥のうち少なくとも2項目以上を含んでいること。ただし、処置又は手術の休日加算1、時間外加算1、深夜加算1の届出に当たって

は、必ず③を計画に含み、かつ、①②及び④～⑥のうち少なくとも2項目以上を含んでいること。

□ ① 勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施
□ ② 前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間の一定時間の休息時間の確保（勤務間インターバル）
□ ③ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮 ※ 処置又は手術の休日加算1、時間外加算1、深夜加算1の届出に当たっては、必ず本項目を計画に含むこと。
□ ④ 当直翌日の業務内容に対する配慮
□ ⑤ 交替勤務制・複数主治医制の実施
□ ⑥ 育児・介護休業法第23条第1項、同条第3項又は同法第24条の規定による措置を活用した短時間正規雇用医師の活用

〔記載上の注意〕

1 医師の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制について、実施しているものにチェックを行うこと。
2 2(1)ウ(エ)勤務時間及び(オ)当直回数の算出に当たっては、常勤の医師及び週23時間以上勤務する非常勤の医師を対象とすること。
3 各加算の変更の届出にあたり、直近に届け出た内容と変更がない場合は、本届出を略すことができる。
4 同一の医療機関で本届出に係る複数の加算を届け出る又は報告する場合、本届出は1通のみでよい。

様式18

医師事務作業補助体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

届出区分 （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）	１：医師事務作業補助体制加算１ ２：医師事務作業補助体制加算２

１　医師事務作業補助体制加算の届出区分　（該当区分に数値を記入すること。）

届出区分別病床数と配置数 （該当するすべての項目に、数値、✔又は〇を記入すること）	①　以下の②以外の病床	イ　当該加算の届出を行う病床数		床
		ロ　配置基準		対１
		ハ　医師事務作業補助者数の算入方法 （該当するいずれか１つに✔を記入すること）		医師事務作業補助者１名当たり □　１名 □　1.2名 □　1.3名
		ニ　医師事務作業補助者の数 （ハの算入方法による数）		名
			うち、自院における３年以上の勤務経験を有する者の数 （ハの算入方法による数）	名
		ホ　配置基準に定める医師事務作業補助者数のうち、自院における３年以上の勤務経験を有する者の割合が５割以上		□
	②　50対１、75対１又は100対１に限り算定できる病床	イ　当該加算の届出を行う病床数		床
		ロ　配置基準		対１
		ハ　医師事務作業補助者数の算入方法 （該当するいずれか１つに✔を記入すること）		医師事務作業補助者１名当たり □　１名 □　1.2名 □　1.3名
		ニ　医師事務作業補助者の数 （ハの算入方法による数）		名
			うち、自院における３年以上の勤務経験を有する者の数 （ハの算入方法による数）	名
		ホ　配置基準に定める医師事務作業補助者数のうち、ハの算入方法により、自院における３年以上の勤務経験を有する者の割合が５割以上		□

※　配置基準は15対1・ 20対1・ 25対1・ 30対１・ 40対1・ 50対1・ 75対1・ 100対1のうち
　　該当するものを記入（②は50対1・ 75対1・ 100対1に限る。）すること。

※　ニで記載した値が、イ／（ロで記載した値）で小数点第一位を四捨五入した値以上であること。

※　医師事務作業補助者の数は１名以上であること。

※　「自院における３年以上の勤務経験」は、医師事務作業補助者としての勤務経験を指す。

※　医師事務作業補助体制加算１を算定する場合は、ホが５割以上であること。

２　医師事務作業補助者の配置責任者

医師事務作業補助者の 配置責任者の氏名	

３　医師事務作業補助者を配置するにあたっての研修計画

最低６ヶ月間の研修計画を作成している	はい　・　いいえ
上記研修期間内に３２時間の研修を行う計画がある	はい　・　いいえ
ＩＣＴ機器等の操作方法及び生成AIの適切な利用に関する研修を実施している	はい　・　いいえ

４　院内規程の整備について（満たしているものに〇をつける）

（１）通則に関する規定の整備状況 （該当するすべての□に✓を記入すること）	□	①　医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する具体的計画を策定し、職員等に周知徹底している。
	□	②　計画に基づき、医師事務作業補助者を配置している。
	□	③　医師事務作業補助者の業務範囲について、関係法令に基づき規程を定めており、個別の業務内容を文書で整備している。
	□	④　診療記録の記載について、関係法令に基づき規程を文書で整備している。
	□	⑤　個人情報保護について、関係法令に基づき規程を文書で整備している。
		⑥　医療機関内に電子カルテシステム又はオーダリングシステムを導入しており、そのシステム上において、（１）③に規程する業務を医師事務作業補助者に行わせることとしている場合は、電子カルテシステム（オーダリングシステムを含む。）について、関係法令に基づき規程を文書で整備している。
	□	電子カルテシステム（オーダリングシステムを含む。）
	□	電子カルテシステムのみ
	□	オーダリングシステムのみ
（２）ICT機器等と、その活用に関する規定の整備状況 （該当するすべての□に✔を記入すること）	□	①　生成AIを活用した医療文書等の文書作成補助システム
	□	②　医療文書用の音声入力システム（汎用音声入力機能を除く。）
	□	③　医療データ等の定型的な入力作業等を自動化するロボティック・プロセス・オートメーション（RPA）
	□	④　10種類以上の患者向け説明動画
	□	⑤　医師事務・医師の事務作業時間・負担感等について年１回程度評価・確認し、適宜、適切な対策を講じている

５　医療実績等に関する事項

医療実績等に関する施設基準 （該当するすべての項目に数値又は✔を記入すること）	□　①第三次救急医療機関	
	□　②総合周産期母子医療センターを有する医療機関	
	□　③小児救急医療拠点病院	
	④年間の緊急入院患者数が800名以上の実績を有する医療機関	年間　　名
	□　⑤災害拠点病院	
	□　⑥へき地医療拠点病院	
	□　⑦地域医療支援病院	
	□　⑧「基本診療料の施設基準等」別表第６の２に掲げる地域に所在する医療機関	
	⑨年間の緊急入院患者数が200名以上の実績を有する医療機関	年間　　名
	⑩年間の全身麻酔による手術件数が800件以上の実績を有する医療機関	年間　　件
	⑪年間の緊急入院患者数が100名以上の実績を有する医療機関	年間　　名
	⑫年間の緊急入院患者数が50名以上の実績を有する医療機関	年間　　名

（年間の緊急入院患者数又は年間の全身麻酔による手術件数の算出期間：　　年　　月　　日～　　年　　月　　日）

［記載上の注意］

１　届出区分に応じて必要な箇所を記載すること。

２　様式18の２「医師事務作業補助者の名簿」を添付すること。

３　「３」については、医師事務作業補助員の研修計画の概要について分かる資料を添付すること。

４　「４」の①については、様式13の４「医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制」及び医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の写しを添付すること。ただし、加算の変更の届出にあたり、直近８月に届け出た内容と変更がない場合は、様式13の４の添付を略すことができる。

５　「４」の②から⑤については、計画書及び規程文書の写しを添付すること。

６　「４」の⑥については、規程文書の写しを添付し、併せて、医療機関内における電子カルテシステム（オーダリングシステムを含む。）における「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に規定する真正性、見読性、保存性の確保に係る取組が分かる資料及び各入力項目についての入力権限、許可権限が分かる一覧表を添付すること。

７　15対1補助体制加算を届け出る場合には「５」の①～④のいずれかを満たすこと。20対1、25対1、30対1又は40対1補助体制加算を届け出る場合には①～⑩のいずれかを満たすこと。50対1補助体制加算を届け出る場合には①～⑪のいずれかを満たすこと。75対1又は100対1補助体制加算を届け出る場合には①～⑫のいずれかを満たすこと。

８　年間の緊急入院患者数、年間の全身麻酔による手術件数については、直近１年間の実績を記載すること。

９　「５」の①～③、⑤～⑦に該当する場合は、当該保険医療機関がその指定を受けたことの分かる資料を添付すること。

様式 18 の３

夜間看護加算／看護補助・患者ケア体制充実加算（療養病棟入院基本料の注 12・13）
看護補助加算／看護補助・患者ケア体制充実加算（障害者施設等入院基本料の注９・10）
急性期看護補助体制加算
看護補助体制充実加算（急性期看護補助体制加算の注４）
看護職員夜間配置加算
看護補助加算
看護補助体制充実加算（看護補助加算の注４）
看護補助体制加算／看護補助・患者ケア体制充実加算（地域包括医療病棟入院料の注６~~５~~・９~~８~~）
看護補助加算／看護補助体制充実加算（小児入院医療管理料の注９・10）
看護補助者配置加算／看護補助・患者ケア体制充実加算（地域包括ケア病棟入院料の注４・５）

に係る届出書添付書類

１　届出区分

（新規に届け出るものについては「新規届出」欄、既に届出を行っているものについては「既届出」欄の□に「✓」を記入のこと。）

新規届出	既届出	区分	新規届出	既届出	区分
□	□	夜間看護加算 （療養病棟入院基本料の注 12）	□	□	看護補助・患者ケア体制充実加算 （療養病棟入院基本料の注 13） （　１　・　２　・　３　） （いずれか該当するものに○をつけること）
□	□	看護補助加算 （障害者施設等入院基本料の注９）	□	□	看護補助・患者ケア体制充実加算 （障害者施設等入院基本料の注 10） （　１　・　２　・　３　） （いずれか該当するものに○をつけること）
□	□	急性期看護補助体制加算 （　　対１）	□	□	看護補助体制充実加算 （急性期看護補助体制加算の注４） （　１　・　２　） （いずれか該当するものに○をつけること
□	□	看護職員夜間配置加算 （12 対１配置加算（　１　・　２　）、 16 対１配置加算（　１　・　２　）） （いずれか該当するものに○をつけること）	□	□	看護補助加算 （　１　・　２　・　３　） （いずれか該当するものに○をつけること）
□	□	看護補助体制充実加算 （看護補助加算の注４） （　１　・　２　） （いずれか該当するものに○をつけること）	□	□	看護補助体制加算 （地域包括医療病棟入院料注６~~５~~） （　　対　１　）
□	□	看護補助・患者ケア体制充実加算 （地域包括医療病棟入院料の注９~~８~~） （　１　・　２　・　３　） （いずれか該当するものに○をつけること）	□	□	看護補助加算 （小児入院医療管理料注９）
□	□	看護補助体制充実加算 （小児入院医療管理料注 10）	□	□	看護補助者配置加算 （地域包括ケア病棟入院料の注４）
□	□	看護補助・患者ケア体制充実加算 （地域包括ケア病棟入院料の注５） （　１　・　２　・　３　） （いずれか該当するものに○をつけること）			

２　療養病棟における入院患者の状況

①　当該病棟の入院患者延べ数 （算出期間（1 か月）　　年　　月）	名
②　①のうちＡＤＬ区分３の患者の延べ数	名
③　ＡＤＬ区分３の患者の割合（②／①）	%

３　急性期医療を担う医療機関の体制

１）　次の区分のいずれかに該当する病院　（該当する区分の全てに○をつけること。）		
①　年間の緊急入院患者数が 200 名以上の実績を有する病院 期　　間　：　　年　月～　　年　月 緊急入院患者数：　　名 ②　総合周産期母子医療センターを有する医療機関		
２）　年間の救急自動車及び 救急医療用ヘリコプターによる搬送受入人数		人／年
	うち入院患者数	人／年

４　看護補助者に対する研修

看護補助業務に必要な基礎的な知識・技術を習得するための院内研修の実施状況	実施日：　　月　　日 （複数日ある場合は複数日）
研修の主な内容等 ・ ・ ・ ・ ・ ・	
２回目以降の受講の看護補助者に対して「ア　医療制度の概要及び病院の機能と組織の理解」を省略している場合、該当する□に「✓」を記入 □ 全看護補助者のうち、２回目以降の受講の看護補助者のみ省略 □ 全看護補助者が２回目以降の受講のため、全ての研修で省略	

５　看護補助者の活用に関する所定の研修を受講した看護師長等の配置状況

病棟名	氏名

６　看護補助者の活用に関する看護職員の研修

看護補助者の活用に関する院内研修の実施状況	実施日：　　月　　日 （複数日ある場合は複数日）
研修の主な内容等 ・ ・ ・ ・ ・ ・	

７　３年以上の勤務経験を有する看護補助者及び主として直接患者に対し療養生活上の世話を行う看護補助者の配置の状況

該当する加算		看護補助者の数（うち、自院における３年以上の勤務経験を有する者の数）	看護補助者のうち、自院における３年以上の勤務経験を有する者の割合が５割以上	主として直接患者に対し療養生活上の世話を行う看護補助者が 100 対１以上
□	看護補助・患者ケア体制充実加算（　１　・　２　） （療養病棟入院基本料の注 13）	名 （　　名）	□	□
□	看護補助・患者ケア体制充実加算（　１　・　２　） （障害者施設等入院基本料の注 10）	名 （　　名）	□	□
□	看護補助体制充実加算１ （急性期看護補助体制加算の注４）	名 （　　名）	□	□
□	看護補助体制充実加算１ （看護補助加算の注４）	名 （　　名）	□	□
□	看護補助・患者ケア体制充実加算（　１　・　２　） （地域包括医療病棟入院料の注9 ~~8~~）	名 （　　名）	□	□
□	看護補助・患者ケア体制充実加算（　１　・　２　） （地域包括ケア病棟入院料の注５）	名 （　　名）	□	□

８　自院において３年以上の勤務経験を有する看護補助者及び主として直接患者に対し療養生活上の世話を行う看護補助者の名簿

氏名	自院において３年以上の勤務経験を有する看護補助者	主として直接患者に対し療養生活上の世話を行う看護補助者	
		介護福祉士の資格を有する者	看護補助者として３年以上の勤務経験を有し、適切な研修を修了した看護補助者
	□	□	□
	□	□	□
	□	□	□
	□	□	□
	□	□	□
	□	□	□
	□	□	□
	□	□	□
	□	□	□
	□	□	□

９　看護補助者の業務に必要な能力の段階的な評価

段階的評価指標の作成	□

10　看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制

様式 13 の３に記載すること。
※　直近８月に届け出た内容と変更がないため届出を省略する場合、□に「✓」を記入（ただし、「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等」の該当項目数が要件にある場合は省略することができないものであること。）

□　届出を省略

［記載上の注意］

１　「２」の療養病棟における入院患者の状況は、夜間看護加算（療養病棟入院基本料の注 12）及び看護補助・患者ケア体制充実加算（療養病棟入院基本料の注 13）を届け出る場合のみ記入すること。

２　「３」の急性期医療を担う医療機関の体制は、急性期看護補助体制加算又は看護職員夜間配置加算を届け出る場合のみ記入すること。

３　「３」の１）の①に該当する場合は、直近一年間の緊急入院患者数を記入するとともに、各月の緊急

入院患者数が分かる資料を添付すること。

4　「３」の１）の②に該当する場合は、当該保険医療機関がその指定を受けたことの分かる資料を添付すること。

5　看護職員夜間配置加算を届け出る場合は、「４」、「５」、「６」、「７」及び「８」の記載は不要である。

6　看護補助体制充実加算及び看護補助・患者ケア体制充実加算を届け出る場合は、「４」、「５」及び「６」を記載すること。また、「５」に掲げる看護師長等については、看護補助者の活用に関する所定の研修を受講していることが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

7　「７」３年以上の勤務経験を有する看護補助者及び主として直接患者に対し療養生活上の世話を行う看護補助者の配置の状況は、看護補助体制充実加算１を届け出る場合及び療養病棟入院基本料の注 13、障害者施設等入院基本料の注 10、地域包括医療病棟入院料の注９~~8~~並びに地域包括ケア病棟入院料の注５の看護補助・患者ケア体制充実加算１又は看護補助・患者ケア体制充実加算~~看護補助体制充実加算~~２を届け出る場合のみ記入すること。

8　「８」「主として直接患者に対し療養生活上の世話を行う看護補助者」に該当する場合、介護福祉士の資格を有する者であること又は看護補助者として適切な研修を修了していることが確認できる文書（介護福祉士資格の有無、当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

9　「９」看護補助者の業務に必要な能力の段階的な評価は、看護補助体制充実加算１を届け出る場合及び療養病棟入院基本料の注 13、障害者施設等入院基本料の注 10、地域包括医療病棟入院料の注~~8~~９並びに地域包括ケア病棟入院料の注５の看護補助・患者ケア体制充実加算１又は看護補助・患者ケア体制充実加算~~看護補助体制充実加算~~２を届け出る場合のみ記入すること。

10　看護補助者の業務範囲について定めた院内規定及び個別の業務内容の文書を添付すること。（看護職員夜間配置加算を届け出る場合は不要である。）

様式23の３

産科管理加算の施設基準に係る届出書添付書類

項目				記入欄
１．母子の安定・安全の確保を図ることができる十分な療養環境				
産科管理加算１の場合	（１）又は（２）のいずれかを記入する	（１）産科の患者及び当該患者が分娩した新生児のみを受け入れる病棟の状況		
			当該病棟における助産師の配置数	名
			助産師外来を含む妊婦健康診査や妊娠期の保健指導の実施	有~~り~~　・　無~~し~~
			当該病棟に、産科外来等において、妊婦健康診査や保健指導等の妊娠期にかかるケア及び指導を行う助産師の配置	有~~り~~　・　無~~し~~
		（２）産科の患者及び当該患者が分娩した新生児~~が入院するを~~受け入れる病棟に、他科の患者を併せて受け入れる病棟の状況		
			当該病棟における助産師の配置数	名
			産科区域特定の状況 （該当するすべての□に「✔」を記入すること。）	
			①　病棟内のその他の病室等との間に扉を設ける等の区分が構造上されている	□
			②　少なくとも病棟外の患者等が通常立ち入ることのないよう区域が区分されている	□
			助産師外来を含む妊婦健康診査や妊娠期の保健指導の実施	有~~り~~　・　無~~し~~
			当該病棟に、産科外来等において、妊婦健康診査や保健指導等の妊娠期にかかるケア及び指導を行う助産師の配置	有~~り~~　・　無~~し~~
	産科管理加算２の場合	助産師外来を含む妊婦健康診査や妊娠期の保健指導の実施		有~~り~~　・　無~~し~~
２．助産もしくは産科患者及び新生児のケア並びに母子保健や福祉に関する事業等との地域連携に係る業務に関する十分な経験に従事した経験を５年以上有し、助産に関する専門の知識や技術を有することについて医療関係団体等から認証された助産師の氏名（１名以上いること。）				

〔記載上の注意〕

※「２」については、５年以上の経験及び専門の知識を有することを医療関係団体等から認証された助産師であることが確認できる文書を添付すること。

様式24の２

療養病棟療養環境加算
療養病棟療養環境改善加算　の施設基準に係る届出書添付書類（病棟の概要等）

１　届出に係る病棟の概要（病棟ごとに記載すること。）

病棟の概要	病棟名	
	病床数	床
病室の状況	個室	室
	うち特別の療養環境の提供に関する病室	室
	２人室	室
	うち特別の療養環境の提供に関する病室	室
	３人室	室
	うち特別の療養環境の提供に関する病室	室
	４人室	室
	うち特別の療養環境の提供に関する病室	室
	５人室	室
	６人室以上	室
病棟面積	全体	平方メートル
	うち患者１人あたり	平方メートル
病室部分に係る 病　棟　面　積	全体	平方メートル
	うち患者１人あたり	平方メートル
廊下幅	片側室部分	メートル
	両側室部分	メートル
食堂		平方メートル
談話室	設置の有無	有　・　無
	共用している場合は、共用している施設	と共用
浴室	設置の有無	有　・　無

２　届出に係る病棟設備の概要（精神療養病棟に係る届出時のみ記載すること。）

鉄格子の有無	設置の有無	有　・　無
	改造計画（着工予定）	年　月
	改造計画（完成予定）	年　月
面会室	設置の有無	有　・　無
公衆電話	設置の有無	有　・　無

３　届出に係る機能訓練室、作業療法室又は生活機能回復訓練室（機能訓練室等）の概要

機能訓練室等の床面積	平方メートル
機能訓練室等に具備されている器具・器械	

［記載上の注意］

１　届出に係る基準ごとに、該当する項目のみ記入すること。

２　面積及び廊下幅については、小数点第１位まで記入すること。

３　病室部分に係る病棟面積の患者１人当たり面積については、最小となる室について、廊下幅については、最も狭い部分について記載すること。

様式34の２

口腔管理連携加算の施設基準に係る届出書添付書類

当該医療機関自らによる歯科診療の実施有無 （１つを選択し〇で囲むこと。）		実施している　・　実施していない
連携体制を構築している 別他の歯科医療機関の名称	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
歯科医療機関との連携状況等（※１）についての掲示状況 （１つを選択し〇で囲むこと。）		掲示している・掲示していない
掲示内容について掲載しているウェブサイトのURL		
前年度~~過去１年間~~の 実績（※２）	連携歯科医療機関による歯科訪問診療の実績（３件以上）	件
	歯科医療機関連携加算１の算定回数 （３件以上）	件

※１　別の歯科医療機関と連携体制を構築していること、必要時は入院中に歯科受診が行われること及び当該歯科医療機関の名称。

※２　令和９年５月31日までの間は当該基準を満たしているものとみなす。

［添付文書］

以下の文書を添付して届け出ること。

〇　連携している歯科医療機関から提供されている連絡先や連絡方法等についての情報が示された文書

様式40の３

地域支援・医薬品供給対応体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

１　届出を行う区分 （該当するもの１つに○をすること。）		１：地域支援・医薬品供給対応体制加算１ ２：地域支援・医薬品供給対応体制加算２ ３：地域支援・医薬品供給対応体制加算３
２　後発医薬品の使用を促進するための体制の整備		
	後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を入手・評価する手順	
３　医薬品の使用状況		
	届出前１月（該当年月）	年　　月
	①　後発医薬品あり先発医薬品及び後発医薬品の規格単位数量	
	②　後発医薬品の規格単位数量	
	③　後発医薬品の割合（②／①）	%
４　医薬品の供給に係る体制		
	医薬品の供給が不足した場合に適切に対応する体制の有無 （該当するもの１つに○をすること。）	１：有 ２：無
	医薬品の単品単価交渉の状況	□　原則全ての品目について実施

［記載上の注意］
１　病院については、後発医薬品の採用について検討を行う委員会等の名称、目的、構成員の職種・氏名等、検討する内容、開催回数等を記載した概要を添付すること。
２　規格単位数量とは、使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量のことをいう。
３　後発医薬品の規格単位数量の割合を計算するに当たっては、「「新指標の割合の算出に当たって対象となる後発医薬品」等について」（令和８年３月５日保医発0305第12号）を参照すること。
４　「４」の「医薬品の供給が不足した場合に適切に対応する体制」とは、医薬品の供給が不足した場合に、医薬品の処方等の変更等に関して適切な対応ができる体制のことをいう。

様式40の4の２

薬剤業務向上加算の施設基準に係る届出書添付書類

１　病棟薬剤業務実施加算の届出状況（適合する場合「✓」を記入すること）

□	病棟薬剤業務実施加算１又は２を届け出ている。

２　研修の体制等（□には、適合する場合「✓」を記入すること。）

（１）免許取得直後の薬剤師を対象とした病棟業務等に係る総合的な研修が整備されている。	□
（２）研修を受けている薬剤師の人数	名

３　薬剤師が不足とされている地域の医療機関への出向の体制等

（１）当該年度の出向計画

連携先の都道府県　：（　　）		
出向先の医療機関	人数	出向の期間
	名	年　月～　年　月
	名	年　月～　年　月

（２）地域医療に係る業務を実践的に修得するための具体的な計画について

（□には、適合する場合「✓」を記入すること。）

①　出向先の保険医療機関について、当該地域における医療機関に勤務する薬剤師が不足している状況、病棟業務やチーム医療等の業務の充実が必要な保険医療機関であること等、出向先を選定した理由が計画書に記載されている。	□
②　出向する薬剤師は、概ね３年以上の病院勤務経験を有し、かつ、当該保険医療機関において概ね１年以上勤務している常勤の薬剤師であることが計画書に記載されている。	□
③　出向の期間は、地域の実情を踏まえ、出向先の保険医療機関、都道府県における薬剤師確保の取組を担当する部署との協議により決められたことが計画書に記載されている。	□
④　都道府県と協議したことがわかる内容について、計画書に記載又は添付されている。	□

（３）前年度の実績（前年度の届出施設のみ記載）

連携先の都道府県　：（　　）		
出向先の医療機関	人数	出向の期間
	名	年　月～　年　月
	名	年　月～　年　月

４　施設の届出状況（いずれか１つに「✓」を記入すること）

□	特定機能病院である。
□	急性期総合体制加算~~急性期充実体制加算~~１~~～４いずれか~~の届出を行っている。
~~□~~	~~急性期充実体制加算２の届出を行っている。~~

［記載上の注意］

１　「２」については、届出時点で当該年度において研修を受けている薬剤師の人数を記載すること。

２　「３」の（１）については、当該年度における出向先の医療機関、出向する薬剤師数、出向の期間について、出向先の医療機関ごとに分けて記載すること。

３　「３」の（２）については、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（通知）の４~~3~~（５）イで規定に基づき策定した出向に関する具体的な計画を添付した上で、その内容について適合する場合に☑を記載すること。

４　「３」の（３）については、前年度の届出施設のみ記載するものであり、前年度４月１日～３月31日の出向実績を、出向先の医療機関ごとに分けて記載すること。

様式40の９

入退院支援加算１、２及び３の施設基準に係る届出書添付書類

※届出に係る入退院支援加算の区分（該当する区分に〇を付すこと）

（　）	入退院支援加算１
（　）	入退院支援加算２
（　）	入退院支援加算３
（　）	地域連携診療計画加算
~~（　）~~	~~入退院支援加算（注５の届出医療機関）~~
（　）	入退院支援加算（注６の届出医療機関）
（　）	入院時支援加算
（　）	総合機能評価加算

※該当する届出事項を〇で囲むこと

入退院支援及び地域連携業務を 担う部門（入退院支援部門）の設置の有無	（　有　・　無　）

１　入退院支援部門に配置されている職員　　（該当する□に「✔」を記入すること。）

	氏　　名	専従・専任	常勤・非常勤	職　　種	経験年数	研修 （加算３のみ）	入院前支援を行う担当
入退院支援に関する経験を有する者			□常勤 □非常勤（　　時間）		年	□	□
			□常勤 □非常勤（　　時間）		年	□	□
			□常勤 □非常勤（　　時間）		年	□	□
			□常勤 □非常勤（　　時間）		年	□	□
			□常勤 □非常勤（　　時間）		年	□	□
			□常勤 □非常勤（　　時間）		年	□	□
			□常勤 □非常勤（　　時間）		年	□	□

２　退院支援に係る実績等

転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行っている連携機関の数が25以上（該当する場合には「✔」を記入すること）	□
連携機関のうち１以上が保険医療機関（該当する場合には「✔」を記入すること） ※急性期病院一般入院基本料、急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。」）又は専門病院入院基本料（13対１入院基本料を除く。）を算定する病棟を有する場合のみ記載	□
連携機関のうち５以上が介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者（該当する場合には「✔」を記入すること） ※地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は病室を有する場合のみ記載	□
連携機関の職員と年3回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行っている（該当する場合には「✔」を記入すること）	□

介護支援専門員及び相談支援専門員との連携

①	過去１年間の介護支援等連携指導料の算定回数	（　　）回
②	過去１年間の相談支援専門員との連携回数（区分番号「A307」小児入院医療管理料を算定する患者に対する支援に限る。）	（　　）回
③	①、②の合計	（　　）回

		病棟数	病床数	基準
④	「イ　一般病棟入院基本料等の場合」及び「ロ 地域包括医療病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料の場合」を算定する病棟数・病床数（介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。）			病床数×0.15 （　　）
⑤	「ハ　療養病棟入院基本料等の場合」を算定する病棟数・病床数（介護支援連携等指導料を算定できるものに限る。）			病床数×0.1 （　　）
⑥	「イ　一般病棟入院基本料等の場合」を算定する病棟数・病床数（区分番号「A307」小児入院医療管理料を算定する病床に限る。）			病床数×0.05 （　　）
⑦	④から⑥の「基準」の合計			

※③が⑦を上回ること。

３　各病棟に配置されている職員

	病棟名	病床数	当該病棟で算定している入院料	氏　　名	職　　種
入退院支援及び地域連携業務に専従に従事する者					

４．地域連携に係る体制

	直近の協議日	連携機関名
直近に連携機関と行った転院又は退院体制等に関する協議	月　　日	

５．総合機能評価に係る職員（□には該当する場合「✔」を記入すること。）

	氏名	職種	総合的な機能評価の経験年数	研修受講
常勤の医師又は歯科医師			年	□
			年	□
			年	□
			年	□
			年	□

〔記載上の注意〕

１　部門の設置が有る場合には、それを確認できる文書を添付すること。

２　入退院支援加算１の届出の場合は「１」から「３」を、入退院支援加算２又は３の届出の場合は「１」を記載すること。入院時支援加算の届出の場合は「４」も、総合機能評価加算の届出の場合は「５」も記載すること。

３　「１」について、非常勤職員を組み合わせて配置している場合は、「非常勤」に「✔」を記入し、（　　）に週当たりの勤務時間を記入すること。

４　入退院支援加算３の届出について、５年以上の新生児集中治療及び小児の患者に対する看護に係る業務の経験を有する看護師を配置する場合、新生児集中治療及び小児の看護、それぞれの経験年数を枠内に２段に分けて記載すること。

５　入退院支援加算３の届出について、「１」に「入退院支援及び５年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有し、小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師」を配置する場合は、「１」の「研修」に「✔」を記入し、当該研修を修了していることが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

６　連携機関の職員との面会頻度については、過去１年間の面会状況が分かる文書を添付すること。

７　入退院支援加算の注５に規定する点数を算定する場合は、看護師及び社会福祉士について、専従でなくても差し支えない。

８　総合機能評価加算の届出について、「５」に総合的な機能評価に係る適切な研修を修了した医師若しくは歯科医師を記入する場合は、当該研修を修了していることが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

様式40の15

地域医療体制確保加算の施設基準に係る届出書添付書類

<table>
<tr><td colspan="2">１　届出を行う加算
（あてはまるものを１つ〇で囲むこと）</td><td colspan="2">１：地域医療体制確保加算１
２：地域医療体制確保加算２</td></tr>
<tr><td rowspan="8">２　当該加算の届出を行う病棟の種別及び病床数</td><td>入院基本料又は特定入院料</td><td>病棟（室）数</td><td>病床数</td></tr>
<tr><td></td><td>棟（室）</td><td>床</td></tr>
<tr><td></td><td>棟（室）</td><td>床</td></tr>
<tr><td></td><td>棟（室）</td><td>床</td></tr>
<tr><td></td><td>棟（室）</td><td>床</td></tr>
<tr><td></td><td>棟（室）</td><td>床</td></tr>
<tr><td></td><td>棟（室）</td><td>床</td></tr>
<tr><td>合計</td><td>－</td><td>床</td></tr>
<tr><td rowspan="2">３　救急用の自動車等による搬送実績</td><td colspan="3">期間：（　　）年度４月～３月</td></tr>
<tr><td colspan="3">上記期間における救急用の自動車等による搬送件数：
（　　）件</td></tr>
<tr><td>４　届出状況</td><td colspan="3">□　「Ａ１０４」特定機能病院入院基本料
□　「Ａ２００」急性期総合体制加算
□　「Ａ２３７」ハイリスク分娩等管理加算（ハイリスク分娩管理加算に限る。）
□　「Ａ３０３」総合周産期特定集中治療室管理料
□　「Ａ３０１－４」小児特定集中治療室管理料
□　「Ａ３０２」新生児特定集中治療室管理料</td></tr>
<tr><td>５　指定状況</td><td colspan="3">□ 総合周産期母子医療センター
□ 地域周産期母子医療センター</td></tr>
<tr><td>６　病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制</td><td colspan="3">様式40の16に記載すること。</td></tr>
<tr><td>７　特定診療科
（特別な配慮を行う診療科を３つ以内（外科系診療科全体を特定する場合は２つ）で特定し、□に✔を記入すること。）</td><td colspan="3">□　消化器外科
□　心臓血管外科
□　小児外科
□　循環器内科
□　外科系診療科全体</td></tr>
</table>

8　特定診療科における勤務環境改善の取組 （該当する全ての□に✔を記入すること。）	特定診療科名	（　　科）
	□　交代勤務制	
		□　常勤医師を３名以上配置 □　夜勤時間帯に１名以上の医師が勤務 □　夜勤を行った医師の翌日の日勤帯を休日としている ~~□　夜勤時間帯に１名以上の医師が勤務~~ □　日勤から連続して夜勤を行う場合、当該夜勤時間帯に２名以上の医師が勤務し、日勤から連続勤務となる者は４時間以上の休憩を確保する □　原則、夜勤時間帯の診療は、夜勤医師のみによって実施されていること
	□　チーム制	
		□　休日等において、２名以上の緊急呼び出し当番を配置 □　休日等において、当該診療科における診療が必要な場合は、原則として緊急呼出し当番又は当直医（当該診療科以外の医師を含む。）が行う □　夜勤時間帯に緊急呼出し当番を行う者について、勤務間インターバルを確保している
	□　医師事務作業補助体制加算を届け出ており、当該医師事務作業補助者が、特定診療科の病棟又は外来等に配置されている	
	□　術前術後の管理等に携わる看護職員について、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を修了した者がいる	
	特定診療科名	（　　科）
	□　交代勤務制	
		□　常勤医師を３名以上配置 □　夜勤時間帯に１名以上の医師が勤務 □　夜勤を行った医師の翌日の日勤帯を休日としている ~~□　夜勤時間帯に１名以上の医師が勤務~~ □　日勤から連続して夜勤を行う場合、当該夜勤時間帯に２名以上の医師が勤務し、日勤から連続勤務となる者は４時間以上の休憩を確保する □　原則、夜勤時間帯の診療は、夜勤医師のみによって実施されていること
	□　チーム制	
		□　休日等において、２名以上の緊急呼び出し当番を配置 □　休日等において、当該診療科における診療が必要な場合は、原則として緊急呼出し当番又は当直医（当該診療科以外の医師を含む。）が行う □　夜勤時間帯に緊急呼出し当番を行う者について、勤務間インターバルを確保している

<table>
<tr><td></td><td colspan="2">□　医師事務作業補助体制加算を届け出ており、当該医師事務作業補助者が、特定診療科の病棟又は外来等に配置されている</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">□　術前術後の管理等に携わる看護職員について、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を修了した者がいる</td></tr>
<tr><td></td><td>特定診療科名</td><td>（　　科）</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">□　交代勤務制</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>□　常勤医師を３名以上配置
□　夜勤時間帯に１名以上の医師が勤務
□　夜勤を行った医師の翌日の日勤帯を休日としている
<s>□　夜勤時間帯に１名以上の医師が勤務</s>
□　日勤から連続して夜勤を行う場合、当該夜勤時間帯に２名以上の医師が勤務し、日勤から連続勤務となる者は４時間以上の休憩を確保する
□　原則、夜勤時間帯の診療は、夜勤医師のみによって実施されていること</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">□　チーム制</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>□　休日等において、２名以上の緊急呼び出し当番を配置
□　休日等において、当該診療科における診療が必要な場合は、原則として緊急呼出し当番又は当直医（当該診療科以外の医師を含む。）が行う
□　夜勤時間帯に緊急呼出し当番を行う者について、勤務間インターバルを確保している</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">□　医師事務作業補助体制加算を届け出ており、当該医師事務作業補助者が、特定診療科の病棟又は外来等に配置されている</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">□　術前術後の管理等に携わる看護職員について、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を修了した者がいる</td></tr>
<tr><td>９　特定診療科における特別な配慮
（該当する全ての□に✔を記入すること。）</td><td colspan="2">□　手術及び高度な医療に関する機能分化並びに集約による地域医療の確保について、地域の他の保険医療機関と協議している
□　各特定診療科の専門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
□　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（休日手当、時間外手当、深夜手当、当直手当等の毎月決まって支給されない手当を含まず、特定診療科の医師のみを対象として毎月決まって支給されるものに限る。）を行っている</td></tr>
</table>

〔記載上の注意〕

１　「<s>１</s>２」については、「病棟（室）数」欄には入院基本料又は特定入院料の区分毎の病棟（室）数を、「病床数」欄には同一区分の病棟（室）の病床数を合計した数を、「合計」欄には、全ての区分の病棟（室）の病床数を合計した数を、それぞれ記載すること。欄が足りない場合には余白等に追記すること。

２　「<s>２</s>３」については、届出を行う年度の前年１年間（令和８年度に届け出る場合は、令和７年４月～令和８年３月の１年間）の救急用の自動車等による搬送件数を記載すること。

３　様式40の16を添付すること。

４　「７」以降は地域医療体制確保加算２を届出る医療機関が記載すること。

様式40の16

病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制 （新規）

新規届出時~~又は毎年4月時点~~の状況について記載する事項
（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

（1） 病院勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況の把握

ア 医療機関に勤務する医師数 （令和　　年　月　日時点）	常勤：　　（　　）名	非常勤：　　（　　）名
	宿日直（＊1）を担当する医師数：　（　　）名（うち非常勤（　　）名）	
	＊1 宿日直については、平日の平均的な1日における体制を記載すること）	

イ 病院勤務医の勤務状況の把握等（令和　　年　月分）

（ア） 勤務時間の具体的な把握方法
- □ タイムカード、ICカード、パソコンの使用時間
- □ その他、客観的な記録方法
  （具体的に：　　）

（イ） 勤務時間以外についての勤務状況（＊2）の把握内容
- □ 年次有給休暇取得率
- □ 時短勤務実施者（＊3）数
- □ 育児休業・介護休業の取得率
- □ その他
  （具体的に：　　）

＊2 前年度の実績を記載。

＊3 所定労働時間をあらかじめ減じた勤務体制としている者

（ウ） 病院勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況の把握
- □ 勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況を把握している

（エ） その他（自由記載・補足等）

ウ 前年度1年間における時間外・休日労働時間が一定時間を超える医師の人数について

1,635時間超　　（　　）名

1,560時間超　　（　　）名

□ 医師の時間外・休日労働時間について基準を超える場合、理由及び改善のための計画を公開している。

※ 特定地域医療提供医師又は連携型特定地域医療提供医師について、令和8年度において1,635時間、令和9年度において1,560時間を超える時間外・休日労働時間を行った医師がいる場合、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示する等の方法で公開することとされている。

（2） 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制 ~~（※初回届出時は、アおよびイについては届出後3か月以内、ウおよびエについては届出後6か月以内に提出すること。）~~

ア 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関する責任者	氏名：	職種：
イ 多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議	開催頻度：　　回／年 参加人数：平均　　人／回 参加職種（　　）	
ウ 医師労働時間短縮計画	□ 計画策定	（初回の策定年月日：　　年　月　日） （直近の更新年月日：　　年　月　日）
	□ 都道府県への提出	（初回の提出年月日（又は提出予定日）：　　年　月　日） ※ 特定労務管理対象機関である場合に記入。
	□ 職員に対する計画の周知	
エ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項の公開	□ 医療機関内に掲示する等の方法で公開 （具体的な公開方法　　）	

（3） 医師労働時間短縮計画の具体的な取組内容

（ア)～(ス)の項目について、医師労働時間短縮計画への実績及び目標等の記載の有無

（ア） 労働時間管理方法

□ 実績　□ 年度目標　□ 計画終了年度の目標

（イ） 宿日直許可の有無を踏まえた時間管理

□ 実績　□ 年度目標　□ 計画終了年度の目標

（ウ） 医師の研鑽の労働時間該当性を明確化するための手続き等

□ 実績　□ 年度目標　□ 計画終了年度の目標

（エ） 労使の話し合い、36協定の締結

□ 実績　□ 年度目標　□ 計画終了年度の目標

（オ） 衛生委員会、産業医の活用、面接指導の実施体制

□ 実績　□ 年度目標　□ 計画終了年度の目標

（カ） 追加的健康確保措置の実施（記載は任意）

□ 実績　□ 年度目標　□ 計画終了年度の目標

（キ） 意識改革・啓発

□ 実績　□ 年度目標　□ 計画終了年度の目標

（ク） 策定プロセス

□ 記載あり

（ケ） タスクシフト・シェア

□ 実績　□ 年度目標　□ 計画終了年度の目標

（コ） 医師の業務の見直し

□ 実績　□ 年度目標　□ 計画終了年度の目標

（サ） その他の勤務環境改善

□ 実績　□ 年度目標　□ 計画終了年度の目標

（シ） 副業・兼業を行う医師の労働時間の管理（該当者がいる場合）

□ 実績　□ 年度目標　□ 計画終了年度の目標

（ス） C-1水準を適用する臨床研修医及び専攻医の研修の効率化（該当者がいる場合）

□ 実績　□ 年度目標　□ 計画終了年度の目標

［記載上の注意］

当該保険医療機関の「医師労働時間短縮計画」を添付すること。

様式40の18

協力対象施設入所者入院加算の施設基準に係る届出書添付書類

1　当該医療機関における24時間直接連絡を受ける体制及び入院受入体制等

届出の要件 （いずれか１つを選択し○で囲むこと）	１：在宅療養支援病院又は在宅療養支援診療所であること。 ２：在宅療養後方支援病院であること。 ３：地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟又は病室を有する保険医療機関であること。	
体制 （いずれか１つを選択し○で囲むこと）	担当者を固定している　・　曜日、時間帯ごとに担当者が異なる（下の欄には主な担当者又は部門名を記載すること）	
連絡先担当者名又は部門名		
連絡先		
緊急時の入院受入体制	当該医療機関において、緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保しているか。	確保している　・　していない

2　平時から連携体制を構築している介護保険施設及び連携の状況

（協力対象施設ごとに記載すること。選択肢のある項目は、いずれか１つを選び○で囲むこと。）

協力対象施設１	１．介護保険施設の名称	
	２．介護保険施設等の入所者の診療情報及び病状急変時の対応方針が適切に提供され、必要に応じて所属する保険医がICTを活用して当該診療情報及び病状急変時の対応方針を常に確認可能な体制を有している	該当する・該当しない
	３．情報共有に使用するサービスの名称（２で「該当する」を選択した場合のみ記載）	
	４．入所者の急変対応等に関するカンファレンスを行った直近の日（２で「該当する」を選択した場合のみ記載）	年　月　日
	５．直近３回の入所者の急変対応等に関するカンファレンス（又は実際の入院受入による加算算定）を行った日及び種別（２で「該当しない」を選択した場合のみ記載）	年　月　日 カンファレンス・入院受入 年　月　日 カンファレンス・入院受入 年　月　日 カンファレンス・入院受入
協力対象施設２	１．介護保険施設の名称	
	２．介護保険施設等の入所者の診療情報及び病状急変時の対応方針が適切に提供され、必要に応じて所属する保険医がICTを活用して当該診療情報及び病状急変時の対応方針を常に確認可能な体制を有している	該当する・該当しない
	３．情報共有に使用するサービスの名称（２で「該当する」を選択した場合のみ記載）	
	４．入所者の急変対応等に関するカンファレンスを行った直近の日（２で「該当する」を選択した場合のみ記載）	年　月　日
	５．直近３回の入所者の急変対応等に関するカンファレンス（又は実際の入院受入による加算算定）を行った日及び種別（２で「該当しない」を選択した場合のみ記載）	年　月　日 カンファレンス・入院受入 年　月　日 カンファレンス・入院受入 年　月　日 カンファレンス・入院受入
協力対象施設３	１．介護保険施設の名称	
	２．介護保険施設等の入所者の診療情報及び病状急変時の対応方針が適切に提供され、必要に応じて所属する保険医がICTを活用して当該診療情報及び病状急変時の対応方針を常に確認可能な体制を有している	該当する・該当しない
	３．情報共有に使用するサービスの名称（２で「該当する」を選択した場合のみ記載）	
	４．入所者の急変対応等に関するカンファレンスを行った直近の日（２で「該当する」を選択した場合のみ記載）	年　月　日
	５．直近３回の入所者の急変対応等に関するカンファレンス（又は実際の入院受入による加算算定）を行った日及び種別（２で「該当しない」を選択した場合のみ記載）	年　月　日 カンファレンス・入院受入 年　月　日 カンファレンス・入院受入 年　月　日

		カンファレンス・入院受入
協力対象施設４	１．介護保険施設の名称	
	２．介護保険施設等の入所者の診療情報及び病状急変時の対応方針が適切に提供され、必要に応じて所属する保険医がICTを活用して当該診療情報及び病状急変時の対応方針を常に確認可能な体制を有している	該当する・該当しない
	３．情報共有に使用するサービスの名称（２で「該当する」を選択した場合のみ記載）	
	４．入所者の急変対応等に関するカンファレンスを行った直近の日（２で「該当する」を選択した場合のみ記載）	年　月　日
	５．直近３回の入所者の急変対応等に関するカンファレンス（又は実際の入院受入による加算算定）を行った日及び種別（２で「該当しない」を選択した場合のみ記載）	年　月　日
		カンファレンス・入院受入
		年　月　日
		カンファレンス・入院受入
		年　月　日
		カンファレンス・入院受入
協力対象施設５	１．介護保険施設の名称	
	２．介護保険施設等の入所者の診療情報及び病状急変時の対応方針が適切に提供され、必要に応じて所属する保険医がICTを活用して当該診療情報及び病状急変時の対応方針を常に確認可能な体制を有している	該当する・該当しない
	３．情報共有に使用するサービスの名称（２で「該当する」を選択した場合のみ記載）	
	４．入所者の急変対応等に関するカンファレンスを行った直近の日（２で「該当する」を選択した場合のみ記載）	年　月　日
	５．直近３回の入所者の急変対応等に関するカンファレンス（又は実際の入院受入による加算算定）を行った日及び種別（２で「該当しない」を選択した場合のみ記載）	年　月　日
		カンファレンス・入院受入
		年　月　日
		カンファレンス・入院受入
		年　月　日
		カンファレンス・入院受入
協力対象施設６	１．介護保険施設の名称	
	２．介護保険施設等の入所者の診療情報及び病状急変時の対応方針が適切に提供され、必要に応じて所属する保険医がICTを活用して当該診療情報及び病状急変時の対応方針を常に確認可能な体制を有している	該当する・該当しない
	３．情報共有に使用するサービスの名称（２で「該当する」を選択した場合のみ記載）	
	４．入所者の急変対応等に関するカンファレンスを行った直近の日（２で「該当する」を選択した場合のみ記載）	年　月　日
	５．直近３回の入所者の急変対応等に関するカンファレンス（又は実際の入院受入による加算算定）を行った日及び種別（２で「該当しない」を選択した場合のみ記載）	年　月　日
		カンファレンス・入院受入
		年　月　日
		カンファレンス・入院受入
		年　月　日
		カンファレンス・入院受入

３　連携体制等（※）について掲示しているホームページのURL等を以下に記載すること。

※　介護保険施設等に協力病院として定められており、当該介護保険施設等において療養を行っている患者の病状の急変等に対応すること及び協力病院として定められている介護保険施設等の名称

〔記載上の注意と添付書類〕

１　24時間の直接連絡を受ける体制について、連携する介護保険施設等に交付する文書を添付すること。

様式40の19

医療提供機能連携確保加算の施設基準に係る届出書添付書類

人口の少ない地域における外来・在宅診療体制の確保に係る診療の実績 （入院中の患者以外の患者に対して行う診療に限る。同一の二次医療圏における実績を記載すること。）			
	対象二次医療圏名		
	①　常勤の医師を派遣して行う診療（医療機関名は１つ以上を記載すること。）		
		直近１年間に実施した日数の合計	日
		診療を実施した医療機関名１	
		診療を実施した医療機関名２	
		診療を実施した医療機関名３	
		診療を実施した医療機関名４	
	②　他の保険医療機関に勤務する医師の休暇時等における代替医師を臨時に派遣して行う診療 （医療機関名は１つ以上を記載すること。）		
		直近１年間に実施した日数の合計	日
		診療を実施した医療機関名１	
		診療を実施した医療機関名２	
		診療を実施した医療機関名３	
		診療を実施した医療機関名４	
	③　巡回診療		
		直近１年間に実施した日数の合計	日
	④　当該地域に居住する患者に対して、情報通信機器を用いて行う診療		
		直近１年間に実施した日数の合計	日
病状の急変等により緊急で入院が必要となったものの受入れ実績 （前年の４月１日から当年３月31日までの実績を記載すること。）			
	①又は②から保険医療機関から紹介を受けた患者の緊急入院受入件数の合計		件
	③又は④による診療を受けた日から３か月以内である患者の緊急入院受入件数の合計		件
救急医療機関の状況		１：第二次救急医療機関	
		２：第三次救急医療機関	

様式42

救命救急入院料・特定集中治療室管理料の施設基準に係る届出書添付書類

届出を行う区分 （該当するいずれか１つを選択すること。）			１：救命救急入院料１ ２：救命救急入院料２ ３：特定集中治療室管理料１ ４：特定集中治療室管理料２ ５：特定集中治療室管理料３
当該治療室の従事者			
	専任医師		
		日勤の時間帯	名
		日勤以外の時間帯	名
		□　宿日直を行う医師でない医師が常時勤務 （救命救急入院料及び特定集中治療室管理料１に係る事項）	
	当該病院に勤務する麻酔医		名
	看護師数		名
	看護師の勤務体制		
		日勤	名
		準夜勤	名
		深夜勤	名
当該治療室の概要			
	病床面積		平方メートル
	病床数		床
	１床当たりの床面積		平方メートル
	１日平均取扱患者数		名
装置・器具			
	救急蘇生装置（気管挿管セット、人工呼吸装置等）		□　治療室内に配置
	除細動器		□　治療室内に配置
	ペースメーカー		□　治療室内に配置
			□　病院内に配置
	心電計		□　治療室内に配置
			□　病院内に配置
	ポータブルエックス線撮影装置		□　治療室内に配置
			□　病院内に配置
	呼吸循環監視装置		□　治療室内に配置
			□　病院内に配置
	経皮的酸素分圧監視装置又は経皮的動脈血酸素飽和度測定装置		□　治療室内に配置
	酸素濃度測定装置		□　治療室内に配置
	光線治療器		□　治療室内に配置
	自家発電装置		□　病院内に配置
	電解質定量検査装置		□　病院内に配置
	血液ガス分析装置		□　病院内に配置
救命救急センターに係る事項			
	高度救命救急センターに該当するか。 （該当するいずれか１つを選択すること。）		１：該当する ２：該当しない
	救命救急センターの評価基準に基づく評価 （該当するいずれか１つを選択すること。）		１：充実段階がＳである ２：充実段階がＡである ３：充実段階がＢである ４：上記以外
特定集中治療室管理料に係る事項（施設基準に該当する場合記入すること。当該病院の状況について記載すること。年間の件数については、直近１年間の実績を記載すること。）			
	年間の救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数		件
	年間の全身麻酔による手術件数		件
	「基本診療料の施設基準等」別表第六の二の二に掲げる地域に所在するか。 （該当するいずれか１つを選択すること。）		１：所在する ２：所在しない
	小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料、新生児集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料及び小児入院医療管理料１から３までの届出病床数を合計した病床数が占める割合が５割以上の病院に該当するか。（該当するいずれか１つを選択すること。）		１：該当する ２：該当しない

医療安全対策加算に係る事項	□　医療安全対策加算１に係る届出を行っている		
救命救急入院料に係る事項	□　救急時医療情報閲覧機能を有している		
特定集中治療室管理料１又は２に係る事項（施設基準に該当する場合記入すること。複数の専任の看護師が該当する場合には、主な看護師について２名以内で記載すること。）			
	□　集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を５年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の看護師が配置されている		
	看護師１		
		氏名	
		勤務時間（週当たり）	時間
		経験年数	年
		□　研修の受講	
	看護師２		
		氏名	
		勤務時間（週当たり）	時間
		経験年数	年
		□　研修の受講	
特定集中治療室管理料１に係る事項（施設基準に該当する場合記入すること。）			
	□　特定集中治療の経験を５年以上有し、特定集中治療に係る適切な研修を修了した医師が２名以上専任の医師に含まれている		
	医師１		
		氏名	
		□　研修の受講	
	医師２		
		氏名	
		□　研修の受講	
	①　直近１年間における新規入室患者数		名
	特定集中治療室管理料１を新たに届け出る場合 （該当する場合、直近３か月以上の期間の実績でも可）	□　該当する	
		（上記に該当する場合）開始年月日	年　月　日
		（上記に該当する場合）終了年月日	年　月　日
	②　①のうち、入室日のＳＯＦＡスコアが５以上の者		名
	③　入室日のＳＯＦＡスコアが５以上の者の割合（②／①）		%
	□　専任の臨床工学技士が常時院内に勤務している		
特定集中治療室管理料２に係る事項（施設基準に該当する場合記入すること。）			
	①　直近１年間における新規入室患者数		名
	特定集中治療室管理料１を新たに届け出る場合 （該当する場合、直近３か月以上の期間の実績でも可）	□　該当する	
		（上記に該当する場合）開始年月日	年　月　日
		（上記に該当する場合）終了年月日	年　月　日
	②　①のうち、入室日のＳＯＦＡスコアが３以上の者		名
	③　入室日のＳＯＦＡスコアが３以上の者の割合（②／①）		%
上限日数延長に係る事項（施設基準に該当する場合記入すること。）			
	□　当該治療室において、早期離床・リハビリテーション加算の届出を行っている		
	□　当該治療室において、早期栄養介入管理加算の届出を行っている		
	□　当該治療室に入院する患者について、関連学会と連携の上、適切な管理等を行っている		
小児加算に係る事項（小児加算の施設基準に該当する場合記入すること。）			
	□　当該保険医療機関内に、専任の小児科医が常時配置されている		
	（上記に該当する場合）専任の小児科医師数		名
広範囲熱傷管理加算に係る事項（広範囲熱傷管理加算の施設基準に該当する場合記入すること。）			
	□　当該保険医療機関内に、広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師が勤務している		
	（上記に該当する場合）上記の医師数		名

<table>
<tr><td colspan="3">特定集中治療室管理料２又は３を算定する他の保険医療機関に対する情報通信機器を用いた特定集中治療室管理に係る支援に係る事項
（支援を実施している又は受けている場合のみ記載し、支援側医療機関においては「支援側医療機関の場合」欄について、被支援側医療機関においては「被支援側医療機関の場合」欄について、それぞれ施設基準に該当する場合記入すること。）</td></tr>
<tr><td rowspan="5">支援側医療機関の場合</td><td colspan="2">□　特定集中治療室管理料１の届出を行っている。</td></tr>
<tr><td colspan="2">□　特定集中治療の経験を５年以上有する医師又は集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を５年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の看護師が、被支援側医療機関の特定集中治療室における患者のモニタリングを常時行っている。また、モニタリングを行う職員数は、被支援側の治療室における入院患者数が30又はその端数を増すごとに１以上である。</td></tr>
<tr><td colspan="2">□　特定集中治療の経験を５年以上有する医師が、特定集中治療室内に勤務する専任の医師と別に配置されている。</td></tr>
<tr><td colspan="2">□　被支援側の医療機関に対して定期的に重症患者の治療に関する研修を行っている。</td></tr>
<tr><td colspan="2">□　情報セキュリティに必要な体制を整備した上で、被支援側医療機関の電子カルテの確認及びモニタリングに必要な機器等を有する等関係学会の定める指針に従って支援を行う体制を有している。</td></tr>
<tr><td rowspan="5">被支援側医療機関の場合</td><td colspan="2">□　特定集中治療室管理料２又は特定集中治療室管理料３の届出を行っている。</td></tr>
<tr><td colspan="2">□　特定集中治療室管理料１の届出を行っている保険医療機関から支援を受けている。</td></tr>
<tr><td>支援側医療機関名</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">□　支援側医療機関から定期的に重症患者の治療に関する研修を受けている。</td></tr>
<tr><td colspan="2">□　情報セキュリティに必要な体制を整備した上で、支援側による電子カルテの確認及びモニタリングに必要な機器等を有している等関係学会の定める指針に従って支援を受ける体制を有している。</td></tr>
</table>

［記載上の注意］
１　届出に係る治療室ごとに記入すること。当該施設基準に係る項目については必ず記載すること。
２　装置・器具の配置場所は、当該治療室内に常時設置している場合は「治療室内に配置」を、当該治療室内に常時設置していないが、病院内に設置している場合は「病院内に配置」を選択すること。
３　救命救急センター又は当該治療室に勤務する従事者並びに当該病院に勤務する臨床検査技師、衛生検査技師、診療放射線技師及びエックス線技師について様式20を添付するとともに、届出前１か月の各治療室の勤務実績表及び日々の入院患者数等により、看護師の配置状況が分かる書類を添付すること。また、特定集中治療室管理料１の届出を行う場合は、臨床工学技士の勤務計画表（勤務実績）により臨床工学技士の配置状況が分かる書類を添付すること。
４　特定集中治療室管理料１の届出を行う場合は、特定集中治療の経験を５年以上有し、特定集中治療に係る適切な研修を修了した医師について記載すること。記載に当たっては、以下の点に留意すること。
　・適切な研修を修了していることが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。
５　特定集中治療室管理料１又は２の届出を行う場合は、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した看護師について記載すること。記載にあたっては、以下の点に留意すること。
　・勤務時間は、１週間当たりの当該特定集中治療室における勤務時間数を記載するとともに、当該看護師の勤務状況が分かる書類を添付すること。
　・専任の常勤看護師を２名組み合わせることにより、当該治療室内に週20時間以上配置しても差し支えないが、当該２名の勤務が重複する時間帯については１名についてのみ計上すること。
　・経験年数の欄は、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験年数を記入すること。
　・適切な研修を修了していることが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。
　・特定集中治療室管理料２の届出を行う治療室については、令和10年５月31日までの間においては、適切な研修を修了した看護師の配置の規定に該当するものとみなす。
６　当該届出に係る治療室又は救命救急センターの平面図（面積等がわかるもの。）を添付すること。

様式42の２

新生児特定集中治療室管理料・新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料
総合周産期特定集中治療室管理料・新生児治療回復室入院医療管理料
の施設基準に係る届出書添付書類

届出を行う区分 （該当するいずれか１つを選択すること。ただし、１又は５と３を同時に届け出る場合には、２つを選択すること。）	１：新生児特定集中治療室管理料１ ２：新生児特定集中治療室管理料２ ３：新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料 ４：総合周産期特定集中治療室管理料の「１」母体・胎児集中治療室管理料 ５：総合周産期特定集中治療室管理料の「２」新生児集中治療室管理料 ６：新生児治療回復室入院医療管理料		
当該治療室の従事者			
	専任医師		
		日勤の時間帯	名
		日勤以外の時間帯	名
		□　宿日直を行う医師でない医師が常時勤務 （新生児特定集中治療室管理料１及び総合周産期特定集中治療室管理料の「２」新生児集中治療室管理料に係る事項）	
		母体・胎児集中治療室管理料の専任医師に関する事項 （施設基準に該当する場合に記入すること。日によって体制が異なる場合には、当てはまるものすべてを選択すること。）	□　宿日直を行う医師でない専任の医師が常時、母体・胎児集中治療室内に勤務
			□　専ら産婦人科又は産科に従事する医師が常時２名以上当該保険医療機関内に勤務
			□　治療室の病床数が６床以下であって、専ら産婦人科又は産科に従事する医師が常時１名以上当該保険医療機関内に勤務し、当該医師とは別に、専ら産婦人科又は産科に従事する医師が緊急呼出し当番により、30分以内に当該治療室での診療を開始できる体制を確保
	当該病院に勤務する麻酔医		名
	看護師数		名
	看護師の勤務体制		
		日勤	名
		準夜勤	名
		深夜勤	名
当該治療室の概要			
	病床面積		平方メートル
	病床数		床
	１床当たりの床面積		平方メートル
	１日平均取扱患者数		名
	新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料の病床数 （当該管理料を届け出る場合のみ記入すること。）		床

装置・器具		
	救急蘇生装置（気管挿管セット）	□　治療室内に配置
		□　隣接する新生児治療室に配置 （共有により緊急時に対応可能）
	新生児用呼吸循環監視装置	□　治療室内に配置
		□　隣接する新生児治療室に配置 （共有により緊急時に対応可能）
	新生児用人工換気装置	□　治療室内に配置
		□　隣接する新生児治療室に配置 （共有により緊急時に対応可能）
	微量輸液装置	□　治療室内に配置
		□　隣接する新生児治療室に配置 （共有により緊急時に対応可能）
	経皮的酸素分圧監視装置又は経皮的動脈血酸素飽和度測定装置	□　治療室内に配置
		□　隣接する新生児治療室に配置 （共有により緊急時に対応可能）
	酸素濃度測定装置	□　治療室内に配置
		□　隣接する新生児治療室に配置 （共有により緊急時に対応可能）
	光線治療器	□　治療室内に配置
		□　隣接する新生児治療室に配置 （共有により緊急時に対応可能）
	心電計	□　治療室内に配置
		□　病院内に配置
	呼吸循環監視装置	□　治療室内に配置
		□　病院内に配置
	分娩監視装置	□　治療室内に配置
	超音波診断装置（カラードップラー法による血流測定が可能なものに限る。）	□　治療室内に配置
	自家発電装置	□　病院内に配置
	電解質定量検査装置	□　病院内に配置
	血液ガス分析装置	□　病院内に配置

新生児特定集中治療室管理料１又は総合周産期特定集中治療室管理料の「２」新生児集中治療室管理料に係る事項 （施設基準に該当する場合記入すること。）		
	直近１年間の出生体重1,000g未満の新生児の新規入院患者数	名
	直近１年間の当該治療室入院患者に行った開胸手術、開頭手術、開腹手術、胸腔鏡下手術又は腹腔鏡下手術の年間実施件数	件
新生児特定集中治療室管理料２に係る事項（施設基準に該当する場合記入すること。）		
	直近１年間の出生体重2,500g未満の新生児の新規入院患者数	名
	総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターに該当するか。 （該当するいずれか１つに○をすること。）	１：該当する ２：該当しない
新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料に係る事項（施設基準に該当する場合記入すること。）		
	新生児の特定集中治療の経験を５年以上有する医師数	名
	当該保険医療機関に配置され、緊急時に対応を行う常勤の臨床工学技士数	名
	当該保険医療機関に配置されている常勤の公認心理師数	名
	直近１年間の出生体重750g未満の新生児の新規入院患者数	名
	直近１年間の当該治療室入院患者に行った開胸手術、開頭手術、開腹手術、胸腔鏡下手術又は腹腔鏡下手術の年間実施件数（再掲）	件
	直近１年間の経鼻的持続陽圧呼吸療法を除く人工呼吸管理を要する新規入院患者数	名
総合周産期特定集中治療室管理料の「１」母体・胎児集中治療室管理料に係る事項 （施設基準に該当する場合記入すること。直近１年間の当該病院の実績について記載すること。）		
	救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる妊産婦の搬送受入件数	件
	多胎妊娠の分娩件数	件
	帝王切開術による分娩件数	件
	分娩時の妊娠週数が22週以上34週未満である分娩件数	件
医療安全対策加算に係る事項	□　医療安全対策加算１に係る届出を行っている	
新生児治療回復室入院医療管理料に係る事項（施設基準に該当する場合記入すること。）		
	保険医療機関の専任の小児科常勤医師数	名
	保険医療機関の専任の小児科非常勤医師数 （週３日以上かつ所定労働時間週22時間以上）	名
	右記管理料の届出状況	１：新生児特定集中治療室管理料の届出あり
		２：総合周産期特定集中治療室管理料の届出あり

［記載上の注意］
１　届出に係る治療室ごとに記入すること。ただし、新生児特定集中治療室管理料１又は総合周産期特定集中治療室管理料の「２」新生児集中治療室管理料と新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料を同時に届け出る場合には、１つの届出にまとめて差し支えない。
２　当該施設基準に係る項目については必ず記載すること。
３　当該治療室に勤務する従事者並びに当該病院に勤務する臨床工学技士、公認心理師、臨床検査技師、衛生検査技師、診療放射線技師及びエックス線技師について、様式20を添付するとともに届出前１か月の各治療室の勤務実績表及び日々の入院患者数等により、看護師の配置状況が分かる書類を添付すること。
４　新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料の届出を行う場合は、看護師の配置状況について、届出を行う病床の入院患者数等のうち当該管理料の算定対象患者数等がわかるものを併せて添付すること。
５　当該届出に係る治療室の平面図（面積等がわかるもの。）を添付すること。なお、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料の届出を行う場合は、当該管理料の届出を行う病床の区域を明示した平面図を併せて添付すること。
６　装置・器具の配置場所は、当該治療室内に常時設置している場合は「治療室内に配置」を、当該治療室内に常時設置していないが、病院内に設置している場合は「病院内に配置」を選択すること。「隣接する新生児治療室に配置」は、新生児治療回復室入院医療管理料を届け出る治療室において、当該治療室が新生児特定集中治療室又は新生児集中治療室と隣接しており、これらの装置及び器具を共有しても緊急の事態に十分対応できる場合にのみ選択すること。

様式44

ハイケアユニット入院医療管理料の施設基準に係る届出書添付書類

届出を行う区分 （該当するいずれか１つに○をすること。）			１：ハイケアユニット入院医療管理料１ ２：ハイケアユニット入院医療管理料２ ３：ハイケアユニット入院医療管理料の「注５」に規定する入院料
当該治療室の従事者			
	専任の常勤医師の氏名（複数の常勤医師が該当する場合には、主な医師の氏名を４名以内で記載すること。）		
		医師１	
		医師２	
		医師３	
		医師４	
	看護師数		名
	看護師の勤務体制		
		日勤	名
		準夜勤	名
		深夜勤	名
当該治療室の概要			
	病床数		床
当該病院の一般病棟の入院患者の平均在院日数に係る事項			
	一般病棟の平均在院日数		日
	上記の算出期間（開始年月日）		年　月　日
	上記の算出期間（終了年月日）		年　月　日
装置・器具			
	救急蘇生装置（気管挿管セット、人工呼吸装置等）		□　治療室内に配置
			□　隣接する特定集中治療室に配置（共有により緊急時に対応可能）
	除細動器		□　治療室内に配置
			□　隣接する特定集中治療室に配置（共有により緊急時に対応可能）
	心電計		□　治療室内に配置
			□　隣接する特定集中治療室に配置（共有により緊急時に対応可能）
	呼吸循環監視装置		□　治療室内に配置
			□　隣接する特定集中治療室に配置（共有により緊急時に対応可能）
診療録管理体制加算に係る事項	□　診療録管理体制加算に係る届出を行っている		
医療安全対策加算に係る事項	□　医療安全対策加算１に係る届出を行っている		
救急医療等の実績に係る事項 （当該病院の状況について記載すること。年間の件数については、直近１年間の実績を記載すること。）			
	年間の救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数		件
	年間の全身麻酔による手術件数		件
	「基本診療料の施設基準等」別表第六の二の二に掲げる人口の少ない地域に所在するか。（該当するいずれか１つに○をすること。）		１：所在する ２：所在しない
	小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料、新生児集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料及び小児入院医療管理料１から３までの届出病床数を合計した病床数が占める割合が５割以上の病院に該当するか。（該当するいずれか１つに○をすること。）		１：該当する ２：該当しない

［記載上の注意］
１　届出に係る治療室ごとに記入すること。
２　当該届出に係る治療室に勤務する従事者について、様式20を添付すること。なお、届出前１か月の各治療室の勤務実績表及び日々の入院患者数等により、看護師の配置状況が分かる書類を添付すること。

様式45の４

地域包括医療病棟入院料の施設基準に係る届出書添付書類

項目			記入欄
１：地域包括医療病棟入院料１ ２：地域包括医療病棟入院料２ （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）			１　・　２
同一医療機関内の一般病棟入院基本料を算定する病床の有無			有り　・　無し
当該病棟		病棟名	
		病床数	床
		看護補助体制加算に係る届出 （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）	有り　・　無し
		夜間看護補助体制加算に係る届出 （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）	有り　・　無し
		夜間看護体制加算に係る届出 （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）	有り　・　無し
		看護補助・患者ケア体制充実加算に係る届出 （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）	有り　・　無し
		看護職員夜間配置加算に係る届出 （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）	有り　・　無し
当該病棟専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士	療法士１（専従）	１：理学療法士 ２：作業療法士 ３：言語聴覚士 （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）	１・２・３
		氏名	
		常勤換算 （[記載上の注意]を参照して記載すること） （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）	該当　・　非該当
		専従となった年月 （和暦で記載すること）	年　月
	療法士２（専従~~又は専任~~）	１：理学療法士 ２：作業療法士 ３：言語聴覚士 （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）	１・２・３
		氏名	
		常勤換算 （[記載上の注意]を参照して記載すること） （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）	該当　・　非該当
		~~専従又は専任の別~~	~~専従　・　専任~~
		専従（専任）となった年月 （和暦で記載すること）	年　月
当該病棟専任の管理栄養士		氏名	
		専任となった年月 （和暦で記載すること）	年　月
当該病棟の病室部分の面積			㎡

床面積の基準を満たさない場合における大規模改修等の予定	着工予定年月 （和暦で記載すること）	年　月
	完成予定年月 （和暦で記載すること）	年　月
廊下幅の基準を満たさない場合における大規模改修等の予定	着工予定年月 （和暦で記載すること）	年　月
	完成予定年月 （和暦で記載すること）	年　月

入院患者における割合

ア　当該病棟における直近３月間における新規患者数		名
算出期間	開始年月日 （和暦で記載すること）	年　月　日
	終了年月日 （和暦で記載すること）	年　月　日
イ　アのうち、重症度、医療看護必要度の基準②（入院初日のB得点が３点以上）を満たす患者の数		名
重症度、医療・看護必要度の基準②を満たす患者の割合（割合②）　イ／ア		%
ウ　当該病棟における直近３月間における新規患者数 ※　短期滞在手術等入院基本料３を算定する患者及び短期滞在手術等基本料１の対象手術を実施した患者を除く。		名
算出期間	開始年月日 （和暦で記載すること）	年　月　日
	終了年月日 （和暦で記載すること）	年　月　日
エ　ウのうち、同一の保険医療機関の一般病棟から転棟した患者		名
同一医療機関の一般病棟から転棟した患者の割合　エ／ウ（５%未満）		%
オ　アのうち、救急搬送後の患者で、入院初日から当該病棟に入院した患者 ※　14日以内に同一の保険医療機関の他の病棟（回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している病棟を除く）に転棟した患者を除く。 ※　他の保険医療機関で救急患者連携搬送料を算定し、当該保険医療機関に搬送された患者を含む。		名
救急搬送後の患者の割合　オ／ア　（15%以上）		%

退院患者における割合

ア　当該病棟における直近６月間における退院患者数 （短期滞在手術等基本料を算定する患者、第２部「通則５」に規定する入院期間が通算される再入院患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者及び死亡退院した患者~~死亡退院~~を除く）		名
算出期間	開始年月日 （和暦で記載すること）	年　月　日
	終了年月日 （和暦で記載すること）	年　月　日
	(1)　在宅（自宅及び居住系介護施設等）	名
	(2)　介護老人保健施設	名
	(3)　うち、在宅強化型（超強化型を含む）及び基本型（加算型を含む）	名

	内訳	(4)　有床診療所	名
		(5)　うち、別添２の第３の５の(１)のイの(イ)に該当する病床	名
		(6)　(1)、(2)及び(4)を除く病院	名
		(7)　うち、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病床	名
	算出期間	開始年月日 （和暦で記載すること）	年　月　日
		終了年月日 （和暦で記載すること）	年　月　日
	イ　当該病棟における直近６月間における転棟患者数		名
	(8)　うち、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病床		
	算出期間	開始年月日 （和暦で記載すること）	年　月　日
		終了年月日 （和暦で記載すること）	年　月　日
	在宅等へ退出した患者の割合（80%以上） （(1) + (3) + (5) + (7) + (8)）/（ア + イ） （小数点第二位を切り捨て、小数点第一位まで記入すること）		%
ADLが低下した患者の割合			
	ア　当該病棟における直近１年間における退院・転棟患者数 （死亡退院及び終末期のがん患者等を除く）		名
	算出期間	開始年月日 （和暦で記載すること）	年　月　日
		終了年月日 （和暦で記載すること）	年　月　日
	イ　アのうち、ＡＤＬが入院時と比較して低下した患者数		名
	ＡＤＬが低下した患者の割合　イ／ア （７%未満。直近１年間 の退院患者のうち、85歳以上の患者の割合が２割に満たない場合は、５%未満）		%
第二次救急医療機関 （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）			該当　・　非該当
救急病院等を定める省令に基づく認定された救急病院 （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）			該当　・　非該当
救急患者への対応 （実施可能であることを確認し〇をすること）	検査		常時~~実施対応~~可能~~・常時は不能~~
	ＣＴ撮影		常時~~実施対応~~可能~~・常時は不能~~
	ＭＲＩ撮影		常時~~実施対応~~可能~~・常時は不能~~
データ提出加算の届出 （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）			既届出　・　今回届出
入退院支援加算１ （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）			既届出　・　今回届出~~・　届出なし~~
疾患別リハビリテーションの届出	１：脳血管疾患等リハビリテーション料 （Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ） ２：運動器リハビリテーション料 （Ⅰ）（Ⅱ） （該当するすべての□に「✔」を記入すること。）		□　１ □　２

休日を含めすべての日にリハビリテーションを実施できる体制 （該当することを確認し、~~いずれか１つを~~〇で囲むこと）	有り~~・　無し~~
Barthel Indexの測定に関わる 職員を対象とした研修会の年１回以上の実施 （該当することを確認し、~~いずれか１つを~~〇で囲むこと）	実施している~~・　未実施~~

〔記載上の注意〕

１　届出に係る病棟ごとに記入すること。

２　届出に係る病棟ごとに様式９、様式10及び様式20を記載し添付すること。

３　理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士を組み合わせて配置している場合には、「常勤換算」欄の「該当」を〇で囲むこと。

４　当該病棟の平面図（面積等がわかるもの）を添付すること。

~~５　医療機関の状況については、各区分に該当することがわかる書類を添付すること。~~

５~~６~~　看護補助体制加算、夜間看護補助体制加算、夜間看護体制加算、看護補助・患者ケア体制充実加算、看護職員夜間配置加算を届け出る場合は様式９、様式13の３及び様式18の３を添付すること。

様式49の２

回復期リハビリテーション病棟入院料１、２
回復期リハビリテーション病棟入院料３、４
特定機能病院リハビリテーション病棟入院料
の施設基準に係る届出書添付書類

今回届け出る入院料（該当する選択肢１つを○で囲むこと） １：回復期リハビリテーション病棟入院料１ ２：回復期リハビリテーション病棟入院料２ ３：回復期リハビリテーション病棟入院料３ ４：回復期リハビリテーション病棟入院料４ ５：特定機能病院リハビリテーション病棟入院料	１・２・３・ ４・５

１．施設基準に係る届出書添付書類

①	直近６か月間における退院患者数	名
（再掲） (1)	他の保険医療機関へ転院した者等を除く患者数	名
②	在宅復帰率　　(1)／①	%
③	直近６か月間に当該病棟に新たに入院した患者数	名
④	上記③のうち、次のいずれかに該当する患者数 （Ⅰ）　入院時の日常生活機能評価が10点以上又はＦＩＭ総得点が21点以上55点以下であった患者 （Ⅱ）　高次脳機能障害と診断された患者 （基本診療料の施設基準等別表第九第一号に規定する患者に限る。） （Ⅲ）　脊髄損傷と診断された患者 （基本診療料の施設基準等別表第九第一号に規定する患者に限る。）	名
⑤	新規入院患者における重症者の割合　　④／③	%

２．当該病棟における土曜日、休日の従事者の体制について

当該病棟に配置されている専従の常勤理学療法士又は専従の常勤作業療法士の土曜日、休日における配置	１．配置あり ２．配置なし

３．1日当たりリハビリテーション提供単位数

			休日	休日以外
⑨	直近１か月間に回復期リハビリテーション病棟又は特定機能病院リハビリテーション病棟に入院していた回復期リハビリテーションを要する状態の患者の休日又は休日以外の延入院日数		日	日
⑩	直近１ヶ月に上記患者に対して提供された疾患別リハビリテーションの休日・休日以外別総単位数 （ｉ＋ii＋iii＋iv＋ｖ）		単位	単位
再掲	i	心大血管疾患リハビリテーション総単位数	単位	単位
	ii	脳血管疾患等リハビリテーション総単位数	単位	単位
	iii	廃用症候群リハビリテーション総単位数	単位	単位
	iv	運動器リハビリテーション総単位数	単位	単位
	v	呼吸器リハビリテーション総単位数	単位	単位
⑪	１日当たりリハビリテーション提供単位数（⑩/⑨） ※　３単位以上であること。		単位	単位
算出期間における休日・休日以外の日数			日	日

（算出期間　：　　年　　月　　日～　　年　　月　　日）

４．院内研修の実施状況

日常生活機能評価票に係る院内研修の実施状況	実施日：　　年　　月　　日
FIMの測定に関わる職員を対象としたFIMの測定に関する研修会の実施状況	実施日：　　年　　月　　日

５．高次脳機能障害の患者の退院支援に係る体制

高次脳機能障害の患者に適したサービスを提供するものの情報を把握し、これらの患者の退院時に説明や必要に応じて文書を提供できる体制	整備されている

６~~５~~．院外の保険医療機関を対象とした研修の実施状況（特定機能病院リハビリテーション病棟入院料に限る。）

院外研修の実施状況 （直近１ヶ月間の実施回数）	回

［記載上の注意］

１「1の①」の直近6か月間における退院患者数については、入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除き、他の保険医療機関へ転院した者等を含む。ただし、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般）又は専門病院入院基本料を算定する病棟に限る。）へ転棟した患者及び他の保険医療機関に転院した患者（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般）又は専門病院入院基本料を算定する病棟に限る。）を除く。また、他の保険医療機関へ転院した者等とは、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した患者、他の保険医療機関（有床診療所入院基本料（別添2の第3の5の(1)のイの(イ)に該当するものに限る。）を算定する病床を除く。）へ転院した患者及び介護老人保健施設に入所する患者のことをいう。

２「④」について、区分番号「A246」入退院支援加算の地域連携診療計画加算を算定する患者が当該病棟に転院してきた場合には、当該患者に対して作成された地域連携診療計画に記載された日常生活機能評価の結果を入院時の日常生活機能評価としてみなす。

３　当該病棟に配置されている専従の職員（常勤理学療法士又は常勤作業療法士及び常勤社会福祉士等）の勤務状況がわかる書類を添付すること。

４　当該医療機関における休日のリハビリテーション提供体制がわかる書類を添付すること。

５　専従の常勤理学療法士又は専従の常勤作業療法士及び常勤社会福祉士の配置については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤理学療法士又は非常勤作業療法士を組み合わせて配置している場合についても、「配置あり」として差し支えない。

様式50

地域包括ケア病棟入院料の施設基準に係る届出書添付書類

項目		記入欄
１：地域包括ケア病棟入院料１ ２：地域包括ケア病棟入院料２ ３：地域包括ケア病棟入院料３ ４：地域包括ケア病棟入院料４ （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）		１・２・３・４
当該病棟	当該病棟種別 （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）	一般　・　療養
	病棟名	
	病床数	床
	看護職員配置加算に係る届出 （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）	有り　・　無し
	看護補助者配置加算に係る届出 （該当するいずれか１つを〇で囲むこと） ※看護補助・患者ケア充実体制加算と同時に届け出ることはできない。	有り　・　無し
	看護補助・患者ケア体制充実加算に係る届出 （該当するいずれか１つを〇で囲むこと） ※看護補助者配置加算と同時に届け出ることはできない。	有り　・　無し
	看護職員夜間配置加算に係る届出 （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）	有り　・　無し
	「注２」に規定する点数の届出 （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）	有り　・　無し
入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置 （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）		有り　・　無し
~~第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づく認定された救急病院 （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）~~		~~該当　・　非該当~~
救急外来を設置していること又は24時間の救急医療提供を行っていること （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）		該当　・　非該当
当該病棟専従の 理学療法士、 作業療法士又は 言語聴覚士	１：理学療法士 ２：作業療法士 ３：言語聴覚士 （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）	１・２・３
	氏名	
	常勤換算 （[記載上の注意]を参照して記載すること） （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）	該当　・　非該当
	専従となった年月 （和暦で記載すること）	年　　月

<table>
<tr><td rowspan="15">当該病棟の状況</td><td rowspan="2">当該病棟の
病室部分の面積</td><td>総面積</td><td>㎡</td></tr>
<tr><td>１床当たりの面積</td><td>㎡</td></tr>
<tr><td colspan="2">①当該病棟の入院患者延べ数
（看護職員夜間配置加算届出医療機関のみ）</td><td>名</td></tr>
<tr><td></td><td>算出期間の該当年月
（和暦で記載すること）</td><td>年　　月</td></tr>
<tr><td colspan="2">②　①のうち認知症等の患者の延べ数
（看護職員夜間配置加算届出医療機関のみ）</td><td>名</td></tr>
<tr><td colspan="2">認知症等の患者の割合（②／①）
（看護職員夜間配置加算届出医療機関のみ）
（小数点第二位を切り捨て、小数点第一位まで記入すること）</td><td>%</td></tr>
<tr><td colspan="2">③　直近６月間における退院患者数（※）</td><td>名</td></tr>
<tr><td rowspan="6">内訳</td><td>(1)　在宅（自宅及び居住系介護施設等）</td><td>名</td></tr>
<tr><td>(2)　介護老人保健施設
（在宅強化型（超強化型を含む）に限る）</td><td>名</td></tr>
<tr><td>(3)　(2)以外の介護老人保健施設</td><td>名</td></tr>
<tr><td>(4)　有床診療所</td><td>名</td></tr>
<tr><td>(5)　うち、別添２の第３の５の（１）のイの（イ）に該当する病床</td><td>名</td></tr>
<tr><td>(6)　(1)～(5)を除く病院</td><td>名</td></tr>
<tr><td rowspan="2">算出期間</td><td>開始年月日
（和暦で記載すること）</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>終了年月日
（和暦で記載すること）</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">④　直近６月間における転棟患者数（※）</td><td>名</td></tr>
<tr><td rowspan="2">算出期間</td><td>開始年月日
（和暦で記載すること）</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>終了年月日
（和暦で記載すること）</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">在宅等へ退出した患者の割合
((1)＋(2)/2 +(5))/(③＋④)
（小数点第二位を切り捨て、小数点第一位まで記入すること）</td><td>%</td></tr>
<tr><td>医療機関の状況</td><td colspan="2">医療機関の状況
（該当するすべての□に「✔」を記入すること。）</td><td>□　在宅療養支援病院の届出
□　在宅療養後方支援病院の届出を行っており、在宅患者の直近１年間の受入実績が３件以上
□　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
□　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
□　訪問看護ステーションが当該保険医療機関と同一の敷地内に設置されていること</td></tr>
<tr><td colspan="2">廊下幅の基準を満たさない場合における</td><td>着工予定年月
（和暦で記載すること）</td><td>年　　月　　日</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td colspan="3">大規模改修等の予定</td><td>完成予定年月
（和暦で記載すること）</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td rowspan="11">入院料１・３に係る要件</td><td rowspan="5">当該病棟の状況</td><td colspan="2">⑤　直近３月間における当該病棟の入院患者数（※）</td><td>名</td></tr>
<tr><td rowspan="2">算出期間</td><td>開始年月日
（和暦で記載すること）</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td>終了年月日
（和暦で記載すること）</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">⑥　⑤のうち自宅又は有料老人ホーム等から入棟した患者数</td><td>名</td></tr>
<tr><td colspan="2">自宅等から入棟した患者の占める割合
（⑥／⑤）
（小数点第二位を切り捨て、小数点第一位まで記入すること）</td><td>%</td></tr>
<tr><td colspan="2">直近３月間における自宅等からの緊急入院患者の受入患者数</td><td>名</td></tr>
<tr><td rowspan="6">医療機関の状況（いずれか２つを入力）</td><td colspan="2">直近３月間における在宅患者訪問診療料の算定回数</td><td>回</td></tr>
<tr><td colspan="2">直近３月間における当該医療機関での在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、~~又は~~精神科訪問看護・指導料~~１~~、介護保険に基づく訪問看護費及び介護予防訪問看護費の算定回数の合計</td><td>回</td></tr>
<tr><td colspan="2">直近３月間における同一敷地内又は隣接する敷地内の訪問看護ステーションでの訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費、介護保険に基づく訪問看護費及び介護予防訪問看護費の算定回数の合計</td><td>回</td></tr>
<tr><td colspan="2">直近３月間における在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数</td><td>回</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="3">訪問介護、訪問リハビリテーション又は介護予防訪問リハビリテーションを提供している施設が同一の敷地内又は隣接する敷地内にあること。
（直近３月間における提供実績を記載）</td><td>訪問介護　回</td></tr>
<tr><td>訪問リハビリテーション　回</td></tr>
<tr><td>介護予防訪問リハビリテーション　回</td></tr>
<tr><td colspan="2">直近３月間における退院時共同指導料２又は外来在宅共同指導料１の算定回数の合計</td><td>回</td></tr>
<tr><td rowspan="5">当該病棟の状況（療養病床の場合は必ず全て記載すること）</td><td colspan="2">⑦　直近３月間における当該病棟の入院患者数（※）</td><td>名</td></tr>
<tr><td rowspan="2">算出期間</td><td>開始年月日
（和暦で記載すること）</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td>終了年月日
（和暦で記載すること）</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">⑧　⑦のうち自宅又は有料老人ホーム等から入棟した患者数</td><td>名</td></tr>
<tr><td colspan="2">自宅等から入棟した患者の占める割合（⑧／⑦）
（小数点第二位を切り捨て、小数点第一位まで記入すること）</td><td>%</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="9">入院料２・４に係る要件</td><td></td><td rowspan="9">（いずれか1つを入力）</td><td colspan="2">直近３月間における自宅等からの緊急入院患者の受入患者数</td><td>名</td></tr>
<tr><td rowspan="8">医療機関の状況</td><td colspan="2">直近３月間における在宅患者訪問診療料の算定回数</td><td>回</td></tr>
<tr><td colspan="2">直近３月間における当該医療機関での退院後訪問指導料、在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、~~又は~~精神科訪問看護・指導料~~１~~、介護保険に基づく訪問看護費及び介護予防訪問看護費の算定回数の合計</td><td>回</td></tr>
<tr><td colspan="2">直近３月間における同一敷地内又は隣接する敷地内の訪問看護ステーションでの訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費、介護保険に基づく訪問看護費及び介護予防訪問看護費の算定回数の合計</td><td>回</td></tr>
<tr><td colspan="2">直近３月間における在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数</td><td>回</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="3">訪問介護、訪問リハビリテーション又は介護予防訪問リハビリテーションを提供している施設が同一の敷地内又は隣接する敷地内にあること。
（直近３月間における提供実績を記載）</td><td>訪問介護　回</td></tr>
<tr><td>訪問リハビリテーション　回</td></tr>
<tr><td>介護予防訪問リハビリテーション　回</td></tr>
<tr><td colspan="2">直近３月間における退院時共同指導料２又は外来在宅共同指導料１の算定回数の合計</td><td>回</td></tr>
<tr><td rowspan="5">許可病床数200床以上に係る要件</td><td rowspan="5">当該病棟の状況</td><td colspan="2">⑨　直近３月間における当該病棟の入院患者数（※）</td><td>名</td></tr>
<tr><td rowspan="2">算出期間</td><td>開始年月日
（和暦で記載すること）</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td>終了年月日
（和暦で記載すること）</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">⑩　⑨のうち同一の保険医療機関の一般病棟から転棟した患者数</td><td>名</td></tr>
<tr><td colspan="2">同一の保険医療機関の一般病棟から転棟した患者の占める割合（⑩／⑨）
（小数点第二位を切り捨て、小数点第一位まで記入すること）</td><td>%</td></tr>
<tr><td colspan="4">データ提出加算の届出
（該当するいずれか１つを〇で囲むこと）</td><td>既届出　・　今回届出</td></tr>
<tr><td colspan="4">入退院支援加算１
（該当するいずれか１つを〇で囲むこと）</td><td>既届出　・　今回届出　・　届出なし</td></tr>
</table>

疾患別リハビリテーションの届出	１：心大血管疾患 　リハビリテーション料（Ⅰ） ２：脳血管疾患等 　リハビリテーション料 　（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ） ３：運動器 　リハビリテーション料（Ⅰ）（Ⅱ） ４：呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ） ５：がん患者リハビリテーション料 （該当するすべての□に「✔」を記入すること。）	□ １ □ ２ □ ３ □ ４ □ ５

〔記載上の注意〕

※　短期滞在手術等基本料３を算定する患者及び短期滞在手術等基本料１の対象手術を実施した患者を対象から除く。

１　届出に係る病棟ごとに記入すること。

２　届出に係る病棟ごとに様式９を記載し添付すること。

３　理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士を組み合わせて配置している場合には、「常勤換算」欄の「該当」を〇で囲むこと。

４　当該病棟の平面図（面積等がわかるもの）を添付すること。

５　医療機関の状況については、各区分に該当することがわかる書類を添付すること。

６　注２に規定する点数に係る病室は、別紙２に掲げる地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、ＤＰＣ対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料１のみを届け出ている病院を除く）において、届出が可能である。

７　看護職員配置加算、看護補助者配置加算、看護補助・患者ケア体制充実加算又は看護職員夜間配置加算を届け出る場合は様式13の３を添付すること。

様式50の２

地域包括ケア病棟入院医療管理料等の施設基準に係る届出書添付書類

項目		記入欄
１：地域包括ケア入院医療管理料１ ２：地域包括ケア入院医療管理料２ ３：地域包括ケア入院医療管理料３ ４：地域包括ケア入院医療管理料４ （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）		１・２・３・４
当該病床届出病棟	当該病棟種別 （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）	一般　・　療養
	病棟全体の病床数	床
	うち、当該入院医療管理料を算定する病床数	床
	看護職員配置加算に係る届出 （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）	有り　・　無し
	看護補助者配置加算に係る届出 （該当するいずれか１つを〇で囲むこと） ※看護補助・患者ケア充実体制加算と同時に届け出ることはできない。	有り　・　無し
	看護補助・患者ケア体制充実加算に係る届出 （該当するいずれか１つを〇で囲むこと） ※看護補助者配置加算と同時に届け出ることはできない。	有り　・　無し
	看護職員夜間配置加算に係る届出 （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）	有り　・　無し
	「注２」に規定する点数の届出 （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）	有り　・　無し
	Ａ３１７　特定一般病棟入院料の「注７」に規定する点数の届出 （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）	有り　・　無し
許可病床数		床
入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置 （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）		有り　・　無し
~~第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づく認定された救急病院 （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）~~		~~該当　・　非該当~~
救急外来を設置していること又は24時間の救急医療提供を行っていること （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）		該当　・　非該当
当該病棟専従の 理学療法士、 作業療法士又は	１：理学療法士 ２：作業療法士 ３：言語聴覚士 （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）	１・２・３
	氏名	

言語聴覚士 (A317特定一般病棟入院料の場合は専任でよい)		常勤換算 （[記載上の注意]を参照して記載すること） （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）	該当　・　非該当
		専従となった年月 （和暦で記載すること）	年　　月
当該病棟・入院医療管理届出病床の状況	当該入院医療管理病室部分の面積		㎡
	①当該病棟の入院患者延べ数 （看護職員夜間配置加算届出医療機関のみ）		名
		算出期間の該当年月 （和暦で記載すること）	年　　月
	②　①のうち認知症等の患者の延べ数 （看護職員夜間配置加算届出医療機関のみ）		名
	認知症等の患者の割合（②／①） （看護職員夜間配置加算届出医療機関のみ） （小数点第二位を切り捨て、小数点第一位まで記入すること）		%
	③　直近６月間における退院患者数（※）		名
	内訳	(1)　在宅(自宅及び居住系介護施設等)	名
		(2)　介護老人保健施設 （在宅強化型（超強化型を含む）に限る）	名
		(3)　(2)以外の介護老人保健施設	名
		(4)　有床診療所	名
		(5)　うち、別添２の第３の５の(１)のイの(イ)に該当する病床	名
		(6)　(1)～(5)を除く病院	名
	算出期間	開始年月日 （和暦で記載すること）	年　　月　　日
		終了年月日 （和暦で記載すること）	年　　月　　日
	④　直近６月間における転棟患者数（※）		名
	算出期間	開始年月日 （和暦で記載すること）	年　　月　　日
		終了年月日 （和暦で記載すること）	年　　月　　日
	在宅等へ退出した患者の割合 ((1)＋(2)/2 +(5))/(③＋④) （小数点第二位を切り捨て、小数点第一位まで記入すること）		%

<table>
<tr><td rowspan="1">医療機関の状況</td><td colspan="3">医療機関の状況
（該当するすべての□に「✔」を記入すること。）</td><td>□　在宅療養支援病院の届出
□　在宅療養後方支援病院の届出を行っており、在宅患者の直近１年間の受入実績が３件以上
□　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
□　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
□　訪問看護ステーションが当該保険医療機関と同一の敷地内に設置されていること</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">廊下幅の基準を満たさない場合における大規模改修等の予定</td><td>着工予定年月
（和暦で記載すること）</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td>完成予定年月
（和暦で記載すること）</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td rowspan="11">入院医療管理料１・３に係る要件</td><td rowspan="5">当該病棟の状況</td><td colspan="2">⑤　直近３月間における当該病棟の入院患者数（※）</td><td>名</td></tr>
<tr><td rowspan="2">算出期間</td><td>開始年月日
（和暦で記載すること）</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td>終了年月日
（和暦で記載すること）</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">⑥　⑤のうち自宅又は有料老人ホーム等から入棟した患者数</td><td>名</td></tr>
<tr><td colspan="2">自宅等から入棟した患者の占める割合
（⑥／⑤）
（小数点第二位を切り捨て、小数点第一位まで記入すること）</td><td>%</td></tr>
<tr><td colspan="2">直近３月間における自宅等からの緊急入院患者の受入患者数</td><td>名</td></tr>
<tr><td rowspan="6">医療機関の状況（いずれか２つを入力）</td><td colspan="2">直近３月間における在宅患者訪問診療料の算定回数</td><td>回</td></tr>
<tr><td colspan="2">直近３月間における当該医療機関での在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料~~又は、~~精神科訪問看護・指導料~~１~~、介護保険に基づく訪問看護費及び介護予防訪問看護費の算定回数の合計</td><td>回</td></tr>
<tr><td colspan="2">直近３月間における同一敷地内又は隣接する敷地内の訪問看護ステーションでの訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費、介護保険に基づく訪問看護費及び介護予防訪問看護費の算定回数の合計</td><td>回</td></tr>
<tr><td colspan="2">直近３月間における在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数</td><td>回</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="3">訪問介護、訪問リハビリテーション又は介護予防訪問リハビリテーションを提供している施設が同一の敷地内又は隣接する敷地内にあること。
（直近３月間における提供実績を記載）</td><td>訪問介護</td><td>回</td></tr>
<tr><td>訪問リハビリテーション</td><td>回</td></tr>
<tr><td>介護予防訪問リハビリテーション</td><td>回</td></tr>
<tr><td colspan="2">直近３月間における退院時共同指導料２又は外来在宅共同指導料１の算定回数の合計</td><td>回</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="11">入院医療管理料２・４に係る要件</td><td rowspan="5">当該病棟の状況（療養病床の場合は必ず全て記載すること）</td><td colspan="2">⑦　直近３月間における当該病棟の入院患者数（※）</td><td>名</td></tr>
<tr><td rowspan="2">算出期間</td><td>開始年月日（和暦で記載すること）</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td>終了年月日（和暦で記載すること）</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">⑧　⑦のうち自宅又は有料老人ホーム等から入棟した患者数</td><td>名</td></tr>
<tr><td rowspan="6">医療機関の状況（いずれか１つを入力）</td><td colspan="2">自宅等から入棟した患者の占める割合（⑧／⑦）（小数点第二位を切り捨て、小数点第一位まで記入すること）</td><td>%</td></tr>
<tr><td colspan="2">直近３月間における自宅等からの緊急入院患者の受入患者数</td><td>名</td></tr>
<tr><td colspan="2">直近３月間における在宅患者訪問診療料の算定回数</td><td>回</td></tr>
<tr><td colspan="2">直近３月間における当該医療機関での退院後訪問指導料、在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、~~又は~~精神科訪問看護・指導料~~１~~、介護保険に基づく訪問看護費及び介護予防訪問看護費の算定回数の合計</td><td>回</td></tr>
<tr><td colspan="2">直近３月間における同一敷地内又は隣接する敷地内の訪問看護ステーションでの訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費、介護保険に基づく訪問看護費及び介護予防訪問看護費の算定回数の合計</td><td>回</td></tr>
<tr><td colspan="2">直近３月間における在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数</td><td>回</td></tr>
<tr><td rowspan="3">訪問介護、訪問リハビリテーション又は介護予防訪問リハビリテーションを提供している施設が同一の敷地内又は隣接する敷地内にあること。（直近３月間における提供実績を記載）</td><td>訪問介護</td><td>回</td></tr>
<tr><td>訪問リハビリテーション</td><td>回</td></tr>
<tr><td>介護予防訪問リハビリテーション</td><td>回</td></tr>
<tr><td colspan="2">直近３月間における退院時共同指導料２又は外来在宅共同指導料１の算定回数の合計</td><td>回</td></tr>
<tr><td colspan="3">データ提出加算の届出（該当するいずれか１つを〇で囲むこと）</td><td>既届出　・　今回届出</td></tr>
<tr><td colspan="3">入退院支援加算１（該当するいずれか１つを〇で囲むこと）</td><td>既届出　・　今回届出　・　届出なし</td></tr>
</table>

疾患別リハビリテーションの届出	１：心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ） ２：脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ） ３：運動器リハビリテーション料（Ⅰ）（Ⅱ） ４：呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ） ５：がん患者リハビリテーション料 （該当するすべての□に「✔」を記入すること。）	□ １ □ ２ □ ３ □ ４ □ ５

〔記載上の注意〕

※　短期滞在手術等基本料３を算定する患者及び短期滞在手術等基本料１の対象手術を実施した患者を対象から除く。

１　届出に係る病棟ごとに記入すること。

２　届出に係る病棟ごとに様式９を記載し添付すること。

３　理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士を組み合わせて配置している場合には、「常勤換算」欄の「該当」を〇で囲むこと。

４　当該病棟の平面図（面積等がわかるもの）を添付すること。

５　医療機関の状況については、各区分に該当することがわかる書類を添付すること。

６　注２に規定する点数に係る病室は、別紙２に掲げる地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、ＤＰＣ対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料１のみを届け出ている病院を除く）において、届出が可能である。

７　Ａ３１７特定一般病棟入院料の注７に係る病室の届出を行う場合は、『Ａ３１７　特定一般病棟入院料の「注７」に規定する点数の届出』において「有り」を選択肢、　『「注２」に規定する点数の届出』は記入しないこと。

８　看護職員配置加算、看護補助者配置加算、看護補助・患者ケア体制充実加算又は看護職員夜間配置加算を届け出る場合は様式13の３を添付すること。

様式 54

精神科救急急性期医療入院料の施設基準に係る届出書添付書類（新規）

１　病棟の体制に係る要件

（１）当該病院に常勤する精神保健指定医の氏名及び指定医番号

（当該入院料を算定する病棟常勤の精神保健指定医の場合は□に✓を記入すること。）

精神保健指定医の氏名	指定医番号	病棟常勤の精神保健指定医
		□
		□
		□
		□
		□
		□
		□

（２）必要な検査及び CT 撮影が必要に応じて速やかに実施できる体制の確保

（該当する欄の□に✓を記入すること。）

□　無
□　有（自保険医療機関内で速やかに実施可能）
□　有（CT 検査については他の保険医療機関との連携により速やかに実施可能）

２　実績に係る要件

（１）　届出病棟数・病床数

以下の①～③の数値を記載し、括弧内の要件を満たす場合は、□に✓を記入すること。

①　当該病院における精神科救急急性期医療入院料の届出病棟数	病棟
②　当該病院における精神科救急急性期医療入院料の届出病床数	床
③　当該病院における精神科救急急性期医療入院料及び精神科急性期治療病棟入院料届出病床数	床 □（≦300）

（２）　精神科救急医療体制の整備等に係る実績

以下の④～⑬の数値を記載し、括弧内の要件を満たす場合は、□に✓を記入すること。

						当該病院における実績	要件
④　当該病院の精神疾患に係る時間外・休日・深夜の入院件数又は、当該圏域における人口１万人当たりの時間外・休日・深夜の入院件数						④ 件	□（≧30） 又は □（≧0.37）
	⑤　④のうち、精神科救急情報センター、精神医療相談窓口、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県（政令市の地域を含むものとする）、市町村、保健所、警察又は消防（救急車）からの依頼件数及び④に対する割合					⑤ 件 又は 割	□（≧６） 又は □（≧２割）
	⑤の再掲	⑥　精神科救急情報センター	件	⑦　精神医療相談窓口	件		
		⑧　救急医療情報センター	件	⑨　他の医療機関	件		
		⑩　都道府県・市町村	件	⑪　保健所	件		
		⑫　警察	件	⑬　消防（救急車）	件		

（３）　当該病棟における新規入院患者に係る実績

⑭　当該入院料を算定する全病棟の新規患者数	人
⑮「精神科救急等病棟必要性チェックリスト」において、３点以上の新規患者数	人
⑯　措置入院	人
⑰　緊急措置入院	人
⑱　応急入院（うち、特定医師によるもの）	人 （　　人）
⑲　当該病院の所在する都道府県等における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者数	人

以下の（a）及び（b）又は（c）の数値を記載し、括弧内の要件を満たす場合は、□に✓を記入すること。

⑮ ÷ ⑭	□(a) ％（≧６割）	（⑯＋⑰＋⑱） ÷ ⑲	□(b) ％（≧２割５分）

又は

⑯＋⑰＋⑱	□（c） 人（≧20 人）

［記載上の注意］

１　当該病院に常勤する精神保健指定医は４名以上であり、①の病棟数以上の病棟に常勤する精神保健指定医が確保されていること。

２　ＣＴ撮影につき他の保険医療機関との連携により速やかに実施できる体制が整備されている場合は、「有（CT 検査については他の保険医療機関との連携により速やかに実施可能）」の□に✔を記入するとともに、当該連携につき確認できる資料を添付すること。

３　「２の③」の病床数は 300 床以下であること。

４　実績に係る要件の件数及び患者数は届出前１年間の数を記載すること。

５　当該入院料を算定する病院は、以下のいずれも満たすこと。

・　「２の④」の件数が 30 件以上又は 0.37 件／万人以上

・　「２の⑤」の件数が６件以上又は「２の⑤」の割合が２割以上

６　当該入院料を算定する病棟は、以下のいずれも満たすこと。

・　「２の(a)」の数値が６割以上

・　「２の(b)」の数値が２割５分以上又は「２の（c)」の人数が 20 人以上

７　⑲~~㉑~~については、原則として当該病院の所在する都道府県における患者数を記載するものとするが、都道府県内に複数の圏域がある場合は、当該圏域における患者数を記載するとともに、当該圏域の範囲等がわかる資料を添付すること。

様式58

短期滞在手術等基本料の施設基準に係る届出書添付書類

１．届出を行う事項			
	該当するものに〇をつけること（複数可）		１：短期滞在手術等基本料１ ２：短期滞在手術等基本料~~3~~の注３
２．短期滞在手術等基本料１の施設基準に係る事項			
	短期滞在手術等基本料１の対象手術等のうち検査のみを実施する保険医療機関		該当・非該当
	当該保険医療機関に勤務する麻酔科標榜医		
		氏名	
		麻酔科標榜許可証	
			許可年月日　　年　月　日
			登録番号
		勤務開始日	年　月　日
	自院における緊急対応		
		緊急対応の可否	可・不可
		不可の場合、密接に提携している保険医療機関名	
	回復室の概要		
		回復室の面積	㎡
		病床数	床
		１床当たり床面積	㎡
		１日平均患者数	名
	当該回復室の従事者（看護師）		
		日勤	名
		準夜勤	名
３．短期滞在手術等基本料~~3~~の注３の施設基準に係る事項			
	短期滞在手術等基本料~~3~~の注３の対象手術の外来実施率（実施件数が年間12件以上のものに限る。）		
	外来移行指数		

［記載上の注意］
１　「２」については、短期滞在手術等基本料１の施設基準に係る届出を行う場合に記載すること。なお、「短期滞在手術等基本料１の対象手術等のうち、検査のみを実施する保険医療機関」に該当する場合、当該項目以降の記載は不要であること。
２　「２」の麻酔科標榜医については、全身麻酔を伴う手術等を行う場合のみ記載すること。
３　「３」については、短期滞在手術等基本料~~3~~の注３の施設基準に係る届出を行う場合に記載すること。
４　「３」の外来移行指数は、直近１年間の数値を用いて別添６の別紙25により計算すること。具体的には、当該保険医療機関における入院手術対応加算の対象手術の外来実施率（当該保険医療機関における実施件数が年間12件以上のものに限る。以下同じ。）を、対象手術毎の全病院における外来実施率に、当該保険医療機関の対象手術毎の患者構成割合を乗じたものの総和で除した値を、小数第４位で四捨五入した値(例：1.2345…の場合、1.235）を記載すること。この場合にあっては、別添６の別紙25を添付すること。ただし、外来移行指数等が分かる書類を別添６の別紙25に代えて添付しても差し支えないこと

（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について
（令和８年３月５日保医発 0305 第８号）

第２　届出に関する手続き

４　届出に当たっては、当該届出に係る基準について、特に定めがある場合を除き、実績期間を要しない。

ただし、以下に定める施設基準については、それぞれ以下に定めるところによる。

(14)　妥結率の実績

イ　妥結率の実績の算定期間は、報告年度の当年４月１日から９月 30 日までとし、翌年６月１日から翌々年５月 31 日まで適用する。

ロ　イにかかわらず、妥結率の報告年度の当年４月２日以降に新規に保険薬局に指定された薬局においては、翌々年５月 31 日までは妥結率が５割を超えているものとみなす。

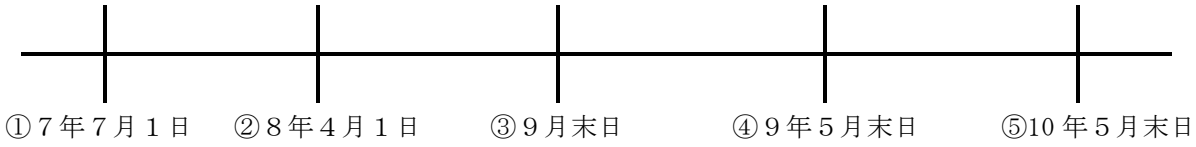
ハ　開設者の変更（親から子へ、個人形態から法人形態へ、有限会社から株式会社へ等）又は薬局の改築等の理由により医薬品医療機器等法上の薬局の開設許可を取得し直し、保険薬局の指定について薬局の当該許可の日までの遡及指定が認められる場合は、ロにかかわらず、当該遡及指定前の実績に基づいて取り扱う。

新規届出の場合

例：令和７年７月１日に新規指定された薬局の場合

・①から④までは妥結率が５割を超えていると見みなす

・②から③までの妥結率の実績を令和９年６月１日（④の翌日）から⑤まで適用する。



(15)　調剤基本料の注８に規定する保険薬局

届出前３月間の実績にて判定すること。

(16)　外科医療確保特別加算及び内視鏡手術用支援機器加算に係る年間実績件数

ア　１月から 12 月までの１年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の４月１日から翌々年の３月末まで所定点数を算定できるものとする。

イ　アにかかわらず、新規届出の場合は、届出前 12 月の実績をもって施設基準の適合性を判断し、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の１日から翌年の３月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の１日から翌年の３月末日まで所定点数を算定することができるものとする。なお、新規届出は、当該保険医療機関の

新規開設又は当該手術等を実施する診療科を新規開設する場合のほか、当該保険医療機関が当該届出を初めて行う場合が該当するが、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は、新規届出に該当しないものであること。ただし、建物の工事等に伴いやむを得ず当該治療を実施できなくなり、施設基準に適合しなくなった後、再度届出を行う場合には、新規届出として取り扱うものとする。

6　届出の要件を満たしている場合は届出を受理し、次の受理番号を決定し、地方厚生（支）局において閲覧（ホームページへの掲載等を含む。）に供するとともに、審査支払機関に対して受理番号を付して通知するものであること。なお、入院基本料等区分があるものについては、区分も付すこと。

在宅療養支援歯科病院	（歯援病）第　　号
~~歯科訪問診療料の注７に規定する基準~~	~~（歯訪問）第　　号~~
別添１の「第 14 の２」の１の(１)に規定する在宅療養支援病院	（支援病１）第　　号
（中略）	
歯科訪問診療料の注 16 に規定する基準	（歯訪診）第　　号
~~医科連携訪問加算~~	~~（医連）第　　号~~
遺伝学的検査の注１に規定する施設基準	（遺伝検１）第　　号
（中略）	
地域支援・医薬品供給対応体制加算４	（地支体４）第　　号
地域支援・医薬品供給対応体制加算５	（地支体５）第　　号
連携強化加算	（薬連強）第　　号
（中略）	
門前薬局等立地依存減算	（門減）第　　号
服薬管理指導料~~１イ~~の注１	（服管~~１イ~~か薬）第　　号
特定薬剤管理指導加算２	（特薬管２）第　　号

第４　経過措置等

表１　新設された又は施設基準が創設された特掲診療料

・　ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影又はポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（ＰＳＭＡイメージング剤を用いた場合に限る。）に係る費用を算定するための施設基準

・　地域支援・外来医薬品供給対応体制加算

・　通院・在宅精神療法の注９に規定する心理支援加算

別添１

特掲診療料の施設基準等

第６の９　生活習慣病管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)

１　生活習慣病管理料(Ⅰ)の注１及び生活習慣病管理料(Ⅱ)の注１に関する施設基準

（１）　生活習慣に関する総合的な治療管理ができる体制を有していること。なお、治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい。

（２）　患者の状態に応じ、28 日以上の長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること。

（３）　特定健康診査や健康診断の結果、医療機関での治療や精密検査が必要と判定された者に対する診療を実施するなど、保険者、都道府県、市町村等が実施する地域の生活習慣病の早期発見及び重症化予防のための取組との連携を行うこと。

２　充実管理加算（脂質異常症を主病とする場合）の施設基準

（１）　充実管理加算１（脂質異常症を主病とする場合）の施設基準

ア　当該保険医療機関において、脂質異常症を主病として生活習慣病管理料(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定する患者について、次に掲げる割合に基づき算出される、届出時点における直前の、厚生労働省保険局医療課が別途通知する集計期間の実績値が、充実管理加算の届出を行う保険医療機関全体のうち、上位 20%であること（当該保険医療機関において、集計期間中に脂質異常症を主病として生活習慣病管理を行った患者数が 10 人以上である場合に限る。以下同じ。）。

（ア）　継続して投薬による脂質異常症の治療管理を行う患者のうち、集計期間中に、「Ｄ００７」血液化学検査の「１」の中性脂肪若しくは遊離コレステロール、「３」のＨＤＬ－コレステロール若しくは総コレステロール、若しくは「４」のＬＤＬ－コレステロールを実施し、又は特定健康診査を受診した患者の割合

（イ）　集計期間中の外来受診（他の医療機関への受診を含む。以下同じ。）について、各受診間の間隔がいずれも６ヶ月以内であり、かつ、集計期間中の最終受診日から集計期間終了日までの間隔が６ヶ月を超えない患者の割合

イ　以下のいずれも満たしていること。

（ア）　外来医療等調査に適切に参加できる体制を有すること。また、厚生労働省保険局医療課及び外来医療等調査事務局と電子メール及び電話での連絡可能な担当者を必ず１名指定すること。

（イ）　外来医療等調査に適切に参加し、調査に準拠したデータを提出すること。

（ウ）　診療記録（過去５年間の診療録及び過去３年間の手術記録、看護記録等）の全てが保管・管理されていること。

（エ）　診療記録の保管・管理につき、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」に準拠した体制であることが望ましい。

（オ）　診療記録の保管・管理のための規定が明文化されていること。

（カ） 患者についての疾病統計には、ＩＣＤ大分類程度以上の疾病分類がされていること。

（キ） 保管・管理された診療記録が疾病別に検索・抽出できること。

（２） 充実管理加算２（脂質異常症を主病とする場合）の施設基準

ア （１）のアに基づき算出される実績値が、充実管理加算の届出を行う保険医療機関全体のうち、上位 50％であること。

イ （１）のイを満たしていること。

（３） 充実管理加算３（脂質異常症を主病とする場合）の施設基準

（１）のイを満たしていること。

３ 充実管理加算（高血圧症を主病とする場合）の施設基準

（１） 充実管理加算１（高血圧症を主病とする場合）の施設基準

ア 当該保険医療機関において、高血圧症を主病として生活習慣病管理料(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定する患者について、次に掲げる割合に基づき算出される、届出時点における直前の、厚生労働省保険局医療課が別途通知する集計期間の実績値が、充実管理加算の届出を行う保険医療機関全体のうち、上位 20％であること（当該保険医療機関において、集計期間中に高血圧症を主病として生活習慣病管理を行った患者数が 10 人以上である場合に限る。以下同じ。）。

集計期間中の外来受診について、各受診間の間隔がいずれも６ヶ月以内であり、かつ、集計期間中の最終受診日から集計期間終了日までの間隔が６ヶ月を超えない患者の割合

イ ２の（１）のイを満たしていること。

（２） 充実管理加算２（高血圧症を主病とする場合）の施設基準

ア （１）のアに基づき算出される実績値が、充実管理加算の届出を行う保険医療機関全体のうち、上位 50％であること

イ ２の（１）のイを満たしていること。

（３） 充実管理加算３（高血圧症を主病とする場合）の施設基準

２の（１）のイを満たしていること。

４ 充実管理加算（糖尿病を主病とする場合）の施設基準

（１） 充実管理加算１（糖尿病を主病とする場合）の施設基準

ア 当該保険医療機関において、糖尿病を主病として生活習慣病管理料(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定する患者について、次に掲げる割合に基づき算出される、届出時点における直前の、厚生労働省保険局医療課が別途通知する集計期間の実績値が、充実管理加算の届出を行う保険医療機関全体のうち、上位 20％であること（当該保険医療機関において、集計期間中に糖尿病を主病として生活習慣病管理を行った患者数が 10 人以上である場合に限る。以下同じ。）。

（ア） 集計期間中に、「Ｄ００５」血液形態・機能検査の「９」ヘモグロビンＡ１ｃ（ＨｂＡ１ｃ）を実施し、又は特定健康診査を受診した患者の割合

（イ） 集計期間中に、「Ｂ００１－３」生活習慣病管理料(Ⅰ)の注５の眼科医療機関連携強化加算若しくは注６の歯科医療機関連携強化加算又は「Ｂ００１－３－３」生

活習慣病管理料(Ⅱ)の注５の眼科医療機関連携強化加算若しくは注６の歯科医療機関連携強化加算を算定した患者の割合

（ウ） 集計期間中の外来受診について、各受診間の間隔がいずれも６ヶ月以内であり、かつ、集計期間中の最終受診日から集計期間終了日までの間隔が６ヶ月を超えない患者の割合

イ　２の（１）のイを満たしていること。

（２） 充実管理加算２（糖尿病を主病とする場合）の施設基準

ア　（１）のアに基づき算出される実績値が、充実管理加算の届出を行う保険医療機関全体のうち、上位 50%であること

イ　２の（１）のイを満たしていること。

（３） 充実管理加算３（糖尿病を主病とする場合）の施設基準

２の（１）のイを満たしていること。

５　生活習慣病管理料(Ⅰ)の注４及び生活習慣病管理料(Ⅱ)の注４に係るデータ提出に関する事項

（１） データの提出を希望する保険医療機関は、令和８年５月 20 日、８月 20 日、11 月 20 日、令和９年２月 22 日、５月 20 日、８月 20 日、11 月 22 日又は令和 10 年２月 21 日までに別添２の様式７の 10 について、地方厚生（支）局医療課長を経由して、厚生労働省保険局医療課長へ届出すること。

（２）（１)の届出を行った保険医療機関は、当該届出の期限となっている月の翌月から起算して２月分のデータ（例として、令和８年７月に届出を行った場合は、令和８年８月 20 日の期限に合わせた届出となるため、試行データは令和８年９月、10 月の２月分となる。）（以下「試行データ」という。）を厚生労働省が提供するチェックプログラムにより作成し、外来医療、在宅医療、リハビリテーション医療の影響評価に係る調査実施説明資料（以下「調査実施説明資料」という。）に定められた方法に従って厚生労働省保険局医療課が別途通知する期日までに外来医療等調査事務局へ提出すること。

（３） 試行データが適切に提出されていた場合は、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を２の(１)のイの(ア)の担当者宛てに電子メールにて発出する。なお、当該連絡のあった保険医療機関においては、この連絡以後、充実管理加算の届出を行うことが可能となる。

６　生活習慣病管理料(Ⅱ)の注８に関する施設基準

情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

７　届出に関する事項

生活習慣病管理料(Ⅰ)の注４及び生活習慣病管理料(Ⅱ)の注４の施設基準に係る届出については、次のとおり。なお、生活習慣病管理料(Ⅰ)の注１及び生活習慣病管理料(Ⅱ)の注１の施設基準については、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はない。また、生活習慣病管理料(Ⅱ)の注８に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、生活習慣病管理料(Ⅱ)の注８として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

（１） 生活習慣病管理料(Ⅰ)の注４及び生活習慣病管理料(Ⅱ)の注４の施設基準に係る届出は別添２の様式７の 11 を用いること。

（２） 各調査年度において、累積して３回のデータ提出の遅延等が認められた場合は、適切なデータ提出が継続的に行われていないことから、３回目の遅延等が認められた日の属する月に速やかに変更の届出を行うこととし、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月からは算定できないこと。

（３） データ提出を取りやめる場合、２の（１）のイの（イ）の基準を満たさなくなった場合及び（２）に該当した場合については、別添２の様式７の 12 を提出すること。

（４） （３）の届出を行い、その後に再度データ提出を行う場合にあっては、５の（１）の手続きより開始すること。

（５） ２~~３~~から４~~５~~までの届出に必要な実績値及び集計期間については、別途厚生労働省保険局医療課より通知する。

（６） 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。

第９ 在宅療養支援診療所

２ 往診料の加算等の適用

（３） 往診料の加算等に規定する在宅医療充実体制加算の施設基準

ア 当該保険医療機関に配置されてい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名以上であること。

イ １の（１）又は（２）に規定する在宅療養支援診療所であって、１の（１）のイ及びウを満たす診療所であること。

ウ 過去１年間の緊急の往診の実績を 30 件以上有し、かつ、過去１年間の在宅における看取りの実績~~を~~及び過去１年間の 15 歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績（３回以上定期的な訪問診療を実施し、「Ｃ００２」在宅時医学総合管理料又は「Ｃ００２－２」施設入居時等医学総合管理料を算定している場合に限る。）の合計が 30 件以上~~有しているである~~こと。

エ 過去１年間において、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、在宅時医学総合管理料若しくは~~又は~~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」~~及び~~、在宅がん医療総合診療料、ターミナルケア加算、看取り加算又は死亡診断加算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。ただし、ターミナルケア加算、看取り加算又は死亡診断加算を算定する患者については、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を算定する患者に限る。

（以下略）

第 11 の８ こころの連携指導料（Ⅱ）

１ こころの連携指導料（Ⅱ）の施設基準

（１） 精神科又は心療内科を標榜している保険医療機関であること。

（２）　当該保険医療機関内に精神保健福祉士が１名以上配置されていること。

２　届出に関する事項

こころの連携指導料（Ⅱ）の施設基準に係る届出は、別添２の様式 13 の８を用いること。

第 11 の９　プログラム医療機器等指導管理料

１　プログラム医療機器等指導管理料に関する施設基準

（２）　高血圧症治療補助アプリを用いる場合

「Ａ００１」に掲げる再診料の「注 12」の「イ」地域包括診療加算１若しくは「ロ」地域包括診療加算２、「Ｂ００１－２－９」地域包括診療料を算定する患者に対して高血圧症に係る治療管理を実施していること又は「Ｂ００１－３」に掲げる生活習慣病管理料（Ⅰ）の「２」高血圧症を主病とする場合若しくは「Ｂ００１－３－３」に掲げる生活習慣病管理料（Ⅱ）を算定する患者（入院中の患者を除く。）のうち、高血圧症に係る治療管理を実施している患者をこれまでに治療している保険医療機関又は地域の保険医療機関と連携する、関係学会が認定した高血圧症診療に係る専門施設である保険医療機関であること。

第 13 の２　小児口腔機能管理料の注５に規定する口腔管理体制強化加算

１　口腔管理体制強化加算の施設基準

(12)　令和~~８~~９年５月 31 日までの間、１の（２）、（３）及び（９）のキの規定の適用については、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前の規定による令和８年５月 31 日以前の各区分の算定回数及び改正後の規定による令和８年６月１日以降の各区分の算定回数を合計して差し支えない。

第 13 の４　口腔機能実地指導料

２　届出に関する事項

（１）　令和９年５月 31 日までの間、１の（１）に該当するものとみなす。

（２）　口腔機能実地指導料の施設基準に係る届出は、別添２の様式 17 の４を用いること。

第 14 の１の３　歯科訪問診療料の注７に規定する施設基準

１　歯科訪問診療料の注７に規定する施設基準

~~１~~(１)　次のいずれかに該当すること。

~~(1)~~ア　歯科訪問診療料１又は歯科訪問診療料２の算定実績が 12 回以上あること。

~~(2)~~イ　患家で療養している患者又は入院患者に対する歯科訪問診療の実績が６回以上あること。

~~(3)~~ウ　次のいずれかに該当すること。

~~ア~~(イ)　福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設、介護老人福祉施設又は介護老人保健施設における定期的な歯科健診に協力していること。

~~イ~~(ロ)　都道府県等が実施する事業に協力していること。

~~ウ~~(ハ)　学校歯科医等の業務を行っていること。

~~2~~（２）　当該保険医療機関の歯科訪問診療の実施状況等が把握できる体制並びに他の保険医療機関、介護保険法第８条第 25 項に規定する介護保険施設等及び児童福祉法第 42 条に規定する障害児入所施設等の施設における歯科訪問診療の担当者に、治療内容、治療計画を必要に応じて共有できる体制を確保していること。

２　届出に関する事項

歯科訪問診療料の注７に規定する施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第 16 の７　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料

１　持続陽圧呼吸療法充実管理体制加算の施設基準

（１）　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料２の対象で、かつ、当該保険医療機関において持続陽圧呼吸（以下「ＣＰＡＰ」という。）療法の指導管理を実施している入院中の患者以外の全ての患者について、使用時間等の着用状況、無呼吸低呼吸指数等がモニタリング可能な機器を活用して、定期的なモニタリングを行っていること。

（２）　当該月の直近３月以内において、当該保険医療機関がＣＰＡＰ療法の指導管理を行う入院中の患者以外の患者の延べ管理月数に占める、ＣＰＡＰ療法の１日使用時間が４時間以上の日が 20 日以上である管理月数の割合が４割以上であること。

２　遠隔モニタリング加算の施設基準

リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な情報通信機器を用いて指導を行う場合は、オンライン指針に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。

３　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の注３に関する施設基準

情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

４　届出に関する事項

（１）　持続陽圧呼吸療法充実管理体制加算の施設基準に係る届出は別添 20 の 12 を用いること。

（２）　遠隔モニタリング加算の施設基準に係る届出は別添２の２を用いること。

（３）　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の注４に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の注4 ~~3~~として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第 16 の９　在宅腫瘍治療電場療法指導管理料

１　在宅腫瘍治療電場療法指導管理料の１に関する施設基準

（中略）

２　在宅腫瘍治療電場療法指導管理料の２に関する施設基準

（１）　呼吸器内科、呼吸器外科又は腫瘍内科を標榜している病院であること。

（２）　非小細胞肺癌に対する PD-1/PD-L1 阻害剤による治療を過去１年間に 10 例以上実施していること。

（３） 非小細胞肺癌に対する PD-1/PD-L1 阻害剤による治療の経験を過去１年間に５例以上有し、所定の研修を修了した常勤の医師が１名以上配置されていること。

（４） 関係学会から示されている指針に基づいた所定の研修を修了した医師が１名以上配置されていること。

（５） 関連学会から示されている基準に基づき、当該治療が適切に実施されていること。

（６） 皮膚関連有害事象を含む有害事象が発生した際、当該施設又は連携施設において専門的な対応が可能であること。

~~２~~３ （略）

第 17 の１の３ 歯科訪問診療料の注 22 に規定する医科連携訪問加算の基準

１ 歯科訪問診療料の注 22 に規定する医科連携訪問加算の基準

~~１~~（１） 入院中の口腔状態に課題を抱える患者について連携する他の保険医療機関の依頼に基づき対応できる体制を構築していること。

~~２~~（２） ~~１~~（１）に規定する連携機関から歯科訪問診療の依頼を受ける方法について取り決めを行い、連絡先や連絡方法について文書により提供を受けていること。

~~３~~（３） ~~１~~（１）に規定する連携体制を構築していること及び連携機関の名称等について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

~~４~~（４） ~~３~~（３）の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。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 届出に関する事項

歯科訪問診療料の注 22 に規定する医科連携訪問加算の基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第 29 の５ 有床義歯咀嚼機能検査

２ 届出に関する事項

有床義歯咀嚼機能検査の施設基準に係る届出は、別添２の様式 38 の１の２を用いること。なお、有床義歯咀嚼機能検査のうち、１のロ及び２のロについては、特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第 61 の５ 乳腺悪性腫瘍手術（単純乳房切除術（乳腺全摘術）、乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）、乳房切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）、乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴うもの（内視鏡下によるものを含む。））、乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施しないもの、乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施するもの及び拡大乳房切除術（胸骨旁、鎖骨上、下窩など郭清を併施するもの）については、乳癌センチネルリンパ節生検加算１又は乳癌センチネルリンパ節生検加算２を算定する場合に限る。）

１ 乳腺悪性腫瘍手術（乳癌センチネルリンパ節生検加算１又は乳癌センチネルリンパ節生検加算２を算定する場合に限る。）に関する施設基準

（３） ~~麻酔科標榜医が配置されていること。~~病理部門が設置され、病理医が配置されていること。ただし、保険医療機関間の連携による病理診断に関する施設基準を届け出ている保険医療機関にあっては、病理医が配置されていなくても差し支えない。

~~（４）　病理部門が設置され、病理医が配置されていること。~~

第 63 の３の２　経カテーテル弁周囲欠損孔閉鎖術

１　経カテーテル弁周囲欠損孔閉鎖術に関する施設基準

（１）　循環器内科及び心臓血管外科を標榜している病院であること。

（２）　次のいずれにも該当すること。

ア　緊急開心・胸部大動脈手術の経験があること。

~~ア~~イ　冠動脈に関する血管内治療（ＰＣＩ）を年間 100 例以上実施していること。

~~イ~~ウ　経食道心エコー検査を年間 100 例以上（うち、術中経食道心エコー検査を年間 30 例以上、それ以外の診断目的の経食道心エコー検査を年間 50 例以上）実施していること。

~~ウ~~エ　開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて年間 100 例以上実施していること。

~~エ~~オ　僧帽弁置換術又は僧帽弁形成術を合わせて年間 20 例以上実施していること。

~~オ~~カ　経皮経静脈的僧帽弁交連切開術又は肺静脈隔離術等において実施する心房中隔穿刺手技（経カテーテル心房中隔欠損閉鎖術において実施する場合を除く。）（以下「ブロッケンブロー手技」という。）を年間 20 例以上実施していること。

第 72 の７の１の１の２　腹腔鏡下骨盤内臓全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

１　腹腔鏡下骨盤内臓全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）に関する施設基準

（２）　当該保険医療機関において、以下のア及びイの手術を合わせて２年間で５例以上実施~~しており、このうちイの手術を年間３例以上実施~~していること。

ア　骨盤内臓全摘術

イ　腹腔鏡下骨盤内臓全摘術

第 72 の８　腹腔鏡下胃縮小術

１　腹腔鏡下胃縮小術に関する施設基準

（２）　「１　スリーブ状切除によるもの」については、以下のア又はイのいずれも満たしていること。

ア　腹腔鏡を使用した胃の手術（「Ｋ６４７－２」、「Ｋ６４９－２」、「Ｋ６５４－３」、「Ｋ６５５－２」（「１　単純切除術」については、内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）、「Ｋ６５５－５」（「１　単純切除術」については、内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）、「Ｋ６５６－２」、「Ｋ６５７－２」（「１　単純全摘術」については、内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）、「Ｋ６６２－２」、「Ｋ６６６－２」~~、~~又は「Ｋ６６７－２」~~又は「Ｋ６６７－３」~~）を１年間に合わせて 10 例以上実施していること。

第 79　医科点数表第２章第 10 部手術の通則の５及び６（歯科点数表第２章第９部手術の通則４を含む。）に掲げる手術

３　当該手術について、以下の区分ごとに前年（１月から 12 月まで）の手術件数を院内掲示すること。

（２）　区分２に分類される手術

ア　靭帯断裂形成手術等（靭帯断裂形成手術、靭帯断裂形成手術（関節鏡下）、関節観血的授動術、関節授動術（関節鏡下）、肩関節授動術（関節鏡下）（~~関節鏡下~~肩腱板断裂手術を伴うもの）、骨悪性腫瘍手術及び脊椎、骨盤悪性腫瘍手術をいう。）

第 88 の２　調剤基本料２

２　調剤基本料２の施設基準に関する留意点

（３）　処方箋集中率は、特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数（同一保険医療機関から、歯科と歯科以外の処方箋を受け付けた場合は、それらを合計した回数とする。）を、当該期間に受け付けた全ての処方箋の受付回数で除して得た値とする。ただし、いわゆる医療モールの場合においては、当該医療モールにある全ての保険医療機関に係る処方箋の受付回数を合算し、特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数と~~見~~みなして、処方箋集中率を算出する。また、１の（１）のアの「処方箋受付回数が多い上位３の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合」は、上位３の保険医療機関（いわゆる医療モールの場合においては、当該医療モールにある全ての保険医療機関を一の保険医療機関とみなす。）それぞれの処方箋集中率を合計して得た値とする。

第 88 の４　特別調剤基本料Ａ

２　特別調剤基本料Ａの施設基準に関する留意点

（11）　~~令和４年４月以降に、~~保険薬局が直接関与できずに、保険薬局が利用していた不動産について、不動産の所有者が変更になった場合等において、１の（２）又は２の（２）のア~~又は~~若しくはイのいずれかに該当することとなった場合においては、新たに「保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険薬局」になった当該月の翌月から６か月間に限り、特別調剤基本料Ａを適用しない（当該保険薬局が移転した場合を除く。）。

第 92　地域支援・医薬品供給対応体制加算

１　地域支援・医薬品供給対応体制加算１に関する施設基準

（２）　地域における医薬品の安定供給を確保するために必要な体制として以下の要件を満たすこと。

イ　直近１年間において、他の保険薬局等に医薬品を分譲した実績があること。また、分譲を行った際には分譲に係る伝票又は医療用医薬品の譲渡書を２年間保存すること。ただし、同一~~開設者~~グループの保険薬局への医薬品の分譲は、当該実績に含めない。

第 95 の３　門前薬局等立地依存減算

１　門前薬局等立地依存減算に関する施設基準

次のいずれかに該当する保険薬局であること。

（１）　次のアからウまでのいずれにも該当する保険薬局であること。

（ハ）　当該保険薬局の敷地境界線からの水平距離が 50 メートル以内の区域内に所在する他の保険薬局が、~~②~~（ロ）に該当すること。

２　門前薬局等立地依存減算の施設基準に関する留意点

（４）　１の（２）のイについて、保険医療機関が所在する建物又は敷地と同一の建物内又は敷地内に所在する場合とは、~~原則として、~~次のいずれかに該当する場合を指す。

ア　不動産登記法上、同一の地番又は一団の土地として取り扱われている土地上に、保険医療機関と当該保険薬局が所在する建物又は敷地である場合

イ　保険医療機関と当該保険薬局が所在する敷地又は建物が、外観上分離されておらず、また構造上も外壁、床、天井又は屋根といった敷地又は建物の主要な部分が一体として連結し、あるいは密接な関連をもって接続している場合

~~イ~~ウ　保険医療機関と当該保険薬局が、共用の通路、エントランス、駐車場、案内表示その他の共用部分を有し、外形上、医療モール等として一体的に利用されていると認められる建物又は敷地である場合（共用部分をフェンス等で区切ってあるのみで、実質的に共用部分として利用される場合を含む。）

エ　保険医療機関、保険薬局等を複数集合させることを目的として、不動産開発業者等が開発の企画、不動産の取得、建築物の建設、入居の募集等を行った敷地又は建物である場合

~~（５）　次のいずれにも該当する場合には、（４）の記載にかかわらず、保険医療機関が所在する敷地と同一の敷地内に所在する場合として取り扱わない。~~

~~ア　保険医療機関と当該保険薬局が、公道その他これに準ずる公共の用に供される通路を挟んで所在すること~~

~~イ　保険医療機関と当該保険薬局が共用部分を有さず、建築物の構造及び利用形態から一体性が認められないこと~~

~~ウ　保険医療機関と当該保険薬局が、不動産登記法上、異なる地番として取り扱われている土地上にそれぞれ所在すること~~

（~~６~~５）　特別調剤基本料Ａを算定する保険薬局には適用しないこと。

第 97 の２　服薬管理指導料の注１に規定する保険薬局

１　かかりつけ薬剤師として必要な指導等を行う保険薬剤師は、次の要件を全て満たすこと。

（１）　以下に掲げる勤務経験等を有していること。

ア　施設基準の届出時点において、保険薬剤師として３年以上の保険薬局勤務経験がある。なお、保険医療機関の薬剤師としての勤務経験を１年以上有する場合、１年を上限として保険薬剤師としての勤務経験の期間に含めることができる。

イ　当該保険薬局に週 31 時間以上（31 時間以上勤務する他の保険薬剤師を届け出た保険薬局において、保険薬剤師について育児・介護休業法第 23 条第１項若しくは第３項又は第 24 条の規定による措置が講じられ、当該保険薬剤師（労働者に限る。）の所定労働時間が短縮された場合にあっては週 24 時間以上かつ週４日以上）勤務している。

ウ　施設基準の届出時点において、当該保険薬局に継続して６か月以上在籍している。なお、産前産後休業、育児休業又は介護休業から復職する場合（復職後に勤務する保険薬局が休業前と同一の保険薬局である場合に限る。）は、休業前の在籍期間を合算することができる。

（２）　薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得していること。

（３） 医療に係る地域活動の取組に参画していること。

２ 施設基準の届出時点において、以下のいずれの要件も満たしていること。

（１） １の要件を全て満たす保険薬剤師（派遣労働者であるものを含み、休職中のものを除く。）を配置していること。

（２） 以下のいずれかの要件を満たすこと。

ア 当該保険薬局に勤務する常勤の保険薬剤師（派遣労働者である者を含み、産前産後休業中、育児休業中又は介護休業中の者を除く。）について、当該保険薬局に継続的に在籍している期間（産前産後休業、育児休業又は介護休業から復職した保険薬剤師の休業前の在籍期間を含む。）が平均して１年以上であること。

イ 当該保険薬局の管理薬剤師が、当該保険薬局に継続して３年以上在籍していること。

（３） 薬学的管理等の内容が他の患者に漏れ聞こえる場合があることを踏まえ、患者との会話のやりとりが他の患者に聞こえないようパーテーション等で区切られた独立したカウンターを有するなど、患者のプライバシーに配慮していること。

３ 届出に関する事項

（１） 保険薬局の服薬管理指導料の注１の施設基準に係る届出は、別添２の様式 90 を用いること。

（２） 令和８年５月 31 日において、現にかかりつけ薬剤師指導料に係る届出を行っていた保険薬局については、令和８年 11 月 30~~31~~ 日までの間に限り、２の（２）に掲げる要件を満たすものとみなす。

第 105 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）

３ 届出に関する事項

（５） 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~~「賃金改善実績報告書」及び「賃金改善中間報告書」を複数の保険医療機関を集約して作成する場合には、場合には、別添２の様式 100 の別添１の~~作成に当たって~~代わりに、別添２の様式 100 の別添２を用いることとする。

第 106 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）

１ 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の施設基準

（８） 当該保険医療機関において、以下に掲げる社会保険診療等に係る収入金額（以下、「社会保険診療等収入金額」という。）の合計額が、総収入の 100 分の 80 を超えること。

ア 社会保険診療（租税特別措置法（昭和 32 年法律第 26 号）第 26 条第２項に規定する社会保険診療をいう。以下同じ。）に係る収入金額（労働者災害補償保険法（昭和 22 年法律第 50 号）に係る患者の診療報酬（当該診療報酬が社会保険診療報酬と同一の基準によっている場合又は当該診療報酬が少額（全収入金額のおおむね 100 分の 10 以下の場合をいう。）の場合に限る。）及び保険外併用療養費（健康保険法第 86 条に規定する保険外併用療養費をいう。）を支給された場合に当該療養に関して患者から支払われる料金を含む。）

３ 届出に関する事項

（５）　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場合には、別添２の様式 96 の作成に当たって別添２の様式 99 を、「賃金改善実績報告書」及び「賃金改善中間報告書」を複数の保険医療機関を集約して作成する場合には、別添２の様式 100 の別添１の~~作成に当たって~~代わりに、別添２の様式 100 の別添２を用いることとする。

第 106 の２　歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）

３　届出に関する事項

（５）　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、~~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~~「賃金改善実績報告書」及び「賃金改善中間報告書」を複数の保険医療機関を集約して作成する場合には、場合には、別添２の様式 100 の別添１の代わりに、別添２の様式 100 の別添２を用いることとする。

第 106 の３　歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）

１　歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の施設基準

（８）　当該保険医療機関において、以下に掲げる社会保険診療等に係る収入金額（以下、「社会保険診療等収入金額」という。）の合計額が、総収入の 100 分の 80 を超えること。

ア　社会保険診療（租税特別措置法（昭和 32 年法律第 26 号）第 26 条第２項に規定する社会保険診療をいう。以下同じ。）に係る収入金額（労働者災害補償保険法（昭和 22 年法律第 50 号）に係る患者の診療報酬（当該診療報酬が社会保険診療報酬と同一の基準によっている場合又は当該診療報酬が少額（全収入金額のおおむね 100 分の 10 以下の場合をいう。）の場合に限る。）及び保険外併用療養費（健康保険法第 86 条に規定する保険外併用療養費をいう。）を支給された場合に当該療養に関して患者から支払われる料金を含む。）

３　届出に関する事項

（５）　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、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場合には、別添２の様式 96 の作成に当たって別添２の様式 99 を、「賃金改善実績報告書」及び「賃金改善中間報告書」を複数の保険医療機関を集約して作成する場合には、別添２の様式 100 の別添１の~~作成に当たって~~代わりに、別添２の様式 100 の別添２を用いることとする。

第 107　入院ベースアップ評価料

１　入院ベースアップ評価料の施設基準

（８）　当該保険医療機関において、以下に掲げる社会保険診療等に係る収入金額（以下、「社会保険診療等収入金額」という。）の合計額が、総収入の 100 分の 80 を超えること。

ア　社会保険診療（租税特別措置法（昭和 32 年法律第 26 号）第 26 条第２項に規定する社会保険診療をいう。以下同じ。）に係る収入金額（労働者災害補償保険法（昭和 22 年法律第 50 号）に係る患者の診療報酬（当該診療報酬が社会保険診療報酬と同一の基準によっている場合又は当該診療報酬が少額（全収入金額のおおむね 100 分の 10 以下の場合をいう。）の場合に限る。）及び保険外併用療養費（健康保険法第 86 条に規定する保険外併用療養費をいう。）を支給された場合に当該療養に関して患者から支払われる料金を含む。）

２　届出に関する事項

（５）　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場合には、別添２の様式 97 の作成に当たって別添２の様式 99 を、「賃金改善実績報告書」及び「賃金改善中間報告書」を複数の保険医療機関を集約して作成する場合には、別添２の様式 100 の別添１の~~作成に当たっ~~~~て~~代わりに、別添２の様式 100 の別添２を用いることとする。

第 108　歯科技工所ベースアップ支援料

１　歯科技工所ベースアップ支援料の施設基準

（１）　歯科技工所に補綴物等の製作等を委託しており、当該歯科技工所の歯科技工士の賃上げ等、補綴物の製作を後方から支援する保険医療機関であること。

（２）　当該保険医療機関は、当該支援料の趣旨を踏まえ、製作等を委託する歯科技工所が当該支援料による賃金改善の意向を有する場合に、当該歯科技工所と連携の上で届出を行うとともに、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。

２　届出に関する事項

（１）　歯科技工所ベースアップ支援料の施設基準に係る届出は、別添２の様式 101 を用いること。

（２）　毎年８月において、前年度における賃金改善の取組状況を評価するため「実績報告書」を別添２の様式 ~~101~~102 の別添１により地方厚生(支)局長に届け出ること。

（３）　保険医療機関は、歯科技工所ベースアップ支援料の算定に係る書類(「実績報告書」等)を、当該支援料を算定する年度の終了後３年間保管すること。

第 109　調剤ベースアップ評価料

２　届出に関する事項

（５）　法人内又はグループ内の同一の給与体系に基づく複数の保険薬局において、~~保険薬局の「月額賃金総額」及び「対象職員数」を通算して届出を行う~~「賃金改善実績報告書」及び「賃金改善中間報告書」を複数の保険医療機関を集約して作成する場合には、別添２の様式 104 の別添１の代わりに、別添２の様式 104 の別添２を用いることとする。

（参考）

※　本様式は保険医療機関が届出に当たり確認に用いるための参考様式であって、届出書に添付する必要はない。

1　「区分」欄ごとに、「今回届出」欄、「既届出」欄又は「算定しない」欄のいずれかにチェックする。

2　「今回届出」欄にチェックをした場合は、「様式」欄に示す様式を添付する。

3　「既届出」欄にチェックをした場合は、届出年月を記載する。

4　届出保険医療機関において「区分」欄に掲げる診療報酬を算定しない場合は、「算定しない」欄をチェックする。

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２（又は別添２の２））
１の１の２	遠隔電子処方箋活用加算	□	□　年　月	□	1の4
1の2	ウイルス疾患指導料	□	□　年　月	□	1,4
1の6	外来栄養食事指導料（注２）	□	□　年　月	□	1の2
1の6	外来栄養食事指導料（注３）	□	□　年　月	□	1の2
1の7	遠隔モニタリング加算（ペースメーカー指導管理料）	□	□　年　月	□	1の3
3	喘息治療管理料	□	□　年　月	□	3
4	糖尿病合併症管理料	□	□　年　月	□	別添２の２
4の2	がん性疼痛緩和指導管理料	□	□　年　月	□	別添２の２,5
4の3	がん患者指導管理料	□	□　年　月	□	5の3
4の4	外来緩和ケア管理料	□	□　年　月	□	5の4
4の5	移植後患者指導管理料	□	□　年　月	□	5の5
4の6	糖尿病透析予防指導管理料	□	□　年　月	□	5の6,5の8
4の7	小児運動器疾患指導管理料	□	□　年　月	□	5の8の2
4の8	乳腺炎重症化予防ケア・指導料１	□	□　年　月	□	別添２の２
4の8	乳腺炎重症化予防ケア・指導料２	□	□　年　月	□	別添２の２
4の9	婦人科特定疾患治療管理料	□	□　年　月	□	5の10
4の10	腎代替療法指導管理料	□	□　年　月	□	2の2
4の11	一般不妊治療管理料	□	□　年　月	□	5の11
4の12	生殖補助医療管理料１	□	□　年　月	□	5の12
4の12	生殖補助医療管理料２	□	□　年　月	□	5の12
4の13	二次性骨折予防継続管理料１	□	□　年　月	□	5の13
4の13	二次性骨折予防継続管理料２	□	□　年　月	□	5の13
4の13	二次性骨折予防継続管理料３	□	□　年　月	□	5の13
4の15	下肢創傷処置管理料	□	□　年　月	□	5の14
4の16	慢性腎臓病透析予防指導管理料	□	□　年　月	□	13の9
6	地域連携小児夜間・休日診療料１	□	□　年　月	□	7
6	地域連携小児夜間・休日診療料２	□	□　年　月	□	7
6、6の3、6の5	院内トリアージ実施体制加算	□	□　年　月	□	7の1の2
6の3	地域連携夜間・休日診療料	□	□　年　月	□	7の2
6の5	救急外来医学管理料	□	□　年　月	□	7の3
6の5	救急時医療情報取得加算	□	□　年　月	□	1の4
6の7	外来放射線照射診療料	□	□　年　月	□	7の6
6の8	外来データ提出加算	□	□　年　月	□	7の10,7の11,7の12
6の8の3	小児かかりつけ診療料１	□	□　年　月	□	7の8
6の8の3	小児かかりつけ診療料２	□	□　年　月	□	7の8
6の8の4	外来腫瘍化学療法診療料１	□	□　年　月	□	39

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２（又は別添２の２））
6の8の4	外来腫瘍化学療法診療料２	□	□　年　月	□	39
6の8の4	外来腫瘍化学療法診療料３	□	□　年　月	□	39
6の8の4	連携充実加算(外来腫瘍化学療法診療料)	□	□　年　月	□	39の2
6の8の4	がん薬物療法体制充実加算(外来腫瘍化学療法診療料)	□	□　年　月	□	39の3
6の9	充実管理加算	□	□　年　月	□	7の10, 7の11, 7の12
7	ニコチン依存症管理料	□	□　年　月	□	4, 8
7の2	相談支援加算（療養・就労両立支援指導料）	□	□　年　月	□	8の3
7の3	心不全再入院予防継続管理料	□	□　年　月	□	8の5
7の4	遺伝性疾患療養指導管理料の注１から注３までに規定する施設基準	□	□　年　月	□	23
7の4	遺伝性疾患療養指導管理料の注５に規定する施設基準	□	□　年　月	□	23の4
8	開放型病院共同指導料	□	□　年　月	□	9, 10
9	在宅療養支援診療所	□	□　年　月	□	11, 11の3, 11の5
11	ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）	□	□　年　月	□	13
11の2	がん治療連携計画策定料	□	□　年　月	□	13の2, 13の3
11の2	がん治療連携指導料	□	□　年　月	□	13の2
11の3の3	外来排尿自立指導料	□	□　年　月	□	13の4
11の3の4	ハイリスク妊産婦連携指導料１	□	□　年　月	□	別添２の２
11の3の4	ハイリスク妊産婦連携指導料２	□	□　年　月	□	別添２の２
11の5	肝炎インターフェロン治療計画料	□	□　年　月	□	13の6
11の7	こころの連携指導料（Ⅰ）	□	□　年　月	□	13の7
11の8	こころの連携指導料（Ⅱ）	□	□　年　月	□	13の8
11の9	プログラム医療機器等指導管理料	□	□　年　月	□	8の4
12	薬剤管理指導料	□	□　年　月	□	4
12の1の2	地域連携診療計画加算	□	□　年　月	□	12, 12の2
12の1の2	検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料	□	□　年　月	□	14の2
12の2	医療機器安全管理料１	□	□　年　月	□	15
12の2	医療機器安全管理料２	□	□　年　月	□	15
12の2	医療機器安全管理料（歯科）	□	□　年　月	□	15
12の3	精神科退院時共同指導料	□	□　年　月	□	16
13	歯科治療時医療管理料	□	□　年　月	□	17
13の2	小児口腔機能管理料の注５に規定する口腔管理体制強化加算	□	□　年　月	□	17の2
13の3	歯科疾患管理料の注12に規定する特別管理加算	□	□　年　月	□	17の3
13の4	口腔機能実地指導料	□	□　年　月	□	17の4
14	在宅療養支援歯科診療所１	□	□　年　月	□	18
14	在宅療養支援歯科診療所２	□	□　年　月	□	18
14の1の2	在宅療養支援歯科病院	□	□　年　月	□	18
14の2	在宅療養支援病院	□	□　年　月	□	11の2, 11の3, 11の5
14の3	在宅患者歯科治療時医療管理料	□	□　年　月	□	17
14の４の２	介護保険施設等連携往診加算	□	□　年　月	□	18の3
14の5	在宅医療ＤＸ情報活用加算	□	□　年　月	□	11の6
15	在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料	□	□　年　月	□	19, 19の2

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２（又は別添２の２））
15の3	在宅データ提出加算（在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料）	□	□　年　月	□	7の10,7の11,7の12
15の4	在宅医療情報連携加算（在宅歯科医療情報連携加算）	□	□　年　月	□	19の3
16	在宅がん医療総合診療料	□	□　年　月	□	20
16の1の2	在宅データ提出加算（在宅がん医療総合診療料）	□	□　年　月	□	7の10,7の11,7の12
16の1の4	重症患者搬送加算	□	□　年　月	□	20の1の2
16の1の5	救急患者連携搬送料	□	□　年　月	□	20の1の3
16の2	在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料の注２	□	□　年　月	□	20の2の2
16の2	訪問看護・指導体制充実加算	□	□　年　月	□	20の3
16の2	専門管理加算	□	□　年　月	□	20の3の3
16の2	訪問看護医療ＤＸ情報活用加算	□	□　年　月	□	20の3の4
16の2	遠隔死亡診断補助加算	□	□　年　月	□	20の3の5
16の2	訪問看護医療情報連携加算	□	□　年　月	□	20の3の6
16の2の2	訪問看護遠隔診療補助料	□	□　年　月	□	20の3の7
16の3	在宅療養後方支援病院	□	□　年　月	□	20の4,20の5
16の4	在宅患者訪問褥瘡管理指導料	□	□　年　月	□	20の7
16の4の3	在宅自己腹膜灌流指導管理料２	□	□　年　月	□	20の1の4
16の5	在宅血液透析指導管理料	□	□　年　月	□	20の2
16の6	遠隔モニタリング加算（在宅酸素療法指導管理料）	□	□　年　月	□	20の3の2
16の7	遠隔モニタリング加算（在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料）	□	□　年　月	□	別添２の２
16の7	持続陽圧呼吸療法充実管理体制加算	□	□　年　月	□	20の12
16の8	在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料	□	□　年　月	□	20の9
16の9	在宅腫瘍治療電場療法指導管理料	□	□　年　月	□	20の10,52
16の10	在宅経肛門的自己洗腸指導管理料	□	□　年　月	□	20の11
16の11	持続血糖測定器加算	□	□　年　月	□	24の5
17	歯科訪問診療料に係る地域医療連携体制加算	□	□　年　月	□	21
17の1の2	歯科訪問診療料の注16に規定する基準	□	□　年　月	□	21の3の2
18の1の2	遺伝学的検査の注１に規定する施設基準	□	□　年　月	□	23
18の1の2	遺伝学的検査の注２に規定する施設基準	□	□　年　月	□	23
18の1の3	染色体検査の注２に規定する施設基準	□	□　年　月	□	23の1の2,52
18の1の4	骨髄微小残存病変量測定	□	□　年　月	□	23の2
18の1の5	ＢＲＣＡ１／２遺伝子検査	□	□　年　月	□	23の3
18の1の6	がんゲノムプロファイリング検査	□	□　年　月	□	23の4
18の1の7	角膜ジストロフィー遺伝子検査	□	□　年　月	□	23の5
18の1の11	先天性代謝異常症検査	□	□　年　月	□	23の6
18の1の13	抗アデノ随伴ウイルス９型（ＡＡＶ９）抗体	□	□　年　月	□	23の7
18の1の14	抗アデノ随伴ウイルス血清型ｒｈ７４（ＡＡＶｒ　ｈ７４）抗体	□	□　年　月	□	23の7
18の1の15	抗ＨＬＡ抗体（スクリーニング検査）及び抗ＨＬＡ抗体（抗体特異性同定検査）	□	□　年　月	□	5の5
18の2	ＨＰＶ核酸検出及びＨＰＶ核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）	□	□　年　月	□	22の2
18の2の2	ウイルス・細菌核酸及び薬剤耐性遺伝子多項目同時検出	□	□　年　月	□	22の3
18の2の3	ウイルス・細菌核酸多項目同時検出	□	□　年　月	□	22の3
18の2の5	ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（髄液）	□	□　年　月	□	22の3

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２（又は別添２の２））
19	検体検査管理加算（Ⅰ）	□	□　年　月	□	22
19の2	検体検査管理加算（Ⅱ）	□	□　年　月	□	22
20	検体検査管理加算（Ⅲ）	□	□　年　月	□	22
20の2	検体検査管理加算（Ⅳ）	□	□　年　月	□	22
20の3	国際標準検査管理加算	□	□　年　月	□	22
22	心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算	□	□　年　月	□	24
22の3	時間内歩行試験及びシャトルウォーキングテスト	□	□　年　月	□	24の6
22の4	胎児心エコー法	□	□　年　月	□	24の3,52
22の5	ヘッドアップティルト試験	□	□　年　月	□	24の7
23	人工膵臓検査	□	□　年　月	□	4,24の4
23の2	皮下連続式グルコース測定	□	□　年　月	□	24の5
24	長期継続頭蓋内脳波検査	□	□　年　月	□	25
24の2	長期脳波ビデオ同時記録検査１	□	□　年　月	□	25の2,52
25	中枢神経磁気刺激による誘発筋電図	□	□　年　月	□	26
25の2	単維筋電図	□	□　年　月	□	27の4,52
25の3	光トポグラフィー	□	□　年　月	□	26の2,52
26	脳磁図	□	□　年　月	□	27
26の1の2	安全精度管理下で行うもの（終夜睡眠ポリグラフィー）	□	□　年　月	□	27の2の2,52
26の1の3	脳波検査判断料１	□	□　年　月	□	27の2
26の1の4	遠隔脳波診断	□	□　年　月	□	27の3
26の2	神経学的検査	□	□　年　月	□	28
27	補聴器適合検査	□	□　年　月	□	29
27の2	黄斑局所網膜電図及び全視野精密網膜電図	□	□　年　月	□	29の3
27の3	ロービジョン検査判断料	□	□　年　月	□	29の2
28	コンタクトレンズ検査料	□	□　年　月	□	30
29	小児食物アレルギー負荷検査	□	□　年　月	□	31
29の2	内服・点滴誘発試験	□	□　年　月	□	31の2
29の3	センチネルリンパ節生検（片側）	□	□　年　月	□	31の3,52
29の3の1の2	経頸静脈的肝生検	□	□　年　月	□	31の3の2,52
29の3の2	前立腺針生検法（ＭＲＩ撮影及び超音波検査融合画像によるもの）	□	□　年　月	□	31の4,52
29の4	ＣＴ透視下気管支鏡検査加算	□	□　年　月	□	38
29の4の2	経気管支凍結生検法	□	□　年　月	□	38の4
29の4の2の2	壁側胸膜凍結生検法	□	□　年　月	□	38の4
29の5	有床義歯咀嚼機能検査	□	□　年　月	□	38の1の2
29の6	精密触覚機能検査	□	□　年　月	□	38の1の3
29の7	睡眠時歯科筋電図検査	□	□　年　月	□	38の1の4
30	画像診断管理加算１	□	□　年　月	□	32
30	画像診断管理加算２	□	□　年　月	□	32
30	画像診断管理加算３	□	□　年　月	□	32
30	画像診断管理加算４	□	□　年　月	□	32
31	歯科画像診断管理加算	□	□　年　月	□	33

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２（又は別添２の２））
32	遠隔画像診断	□	□　年　月	□	34又は35
33	ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影若しくはポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（アミロイドＰＥＴイメージング剤を用いた場合又はＰＳＭＡイメージング剤を用いた場合を除く。）又は乳房用ポジトロン断層撮影	□	□　年　月	□	36
33	ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影又はポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（アミロイドＰＥＴイメージング剤を用いた場合に限る。）	□	□　年　月	□	36
33	ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影又はポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（ＰＳＭＡイメージング剤を用いた場合に限る。）	□	□　年　月	□	36
34	ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影	□	□　年　月	□	37
35	冠動脈ＣＴ撮影加算	□	□　年　月	□	38
35の2	血流予備量比コンピューター断層撮影解析	□	□　年　月	□	37の2,52
35の3	外傷全身ＣＴ加算	□	□　年　月	□	38
36	心臓ＭＲＩ撮影加算	□	□　年　月	□	38
36の1の2	乳房ＭＲＩ撮影加算	□	□　年　月	□	38
36の1の3	小児鎮静下ＭＲＩ撮影加算	□	□　年　月	□	38
36の1の4	頭部ＭＲＩ撮影加算	□	□　年　月	□	38
36の1の5	全身ＭＲＩ撮影加算	□	□　年　月	□	38
36の1の6	肝エラストグラフィ加算	□	□　年　月	□	38
36の2	抗悪性腫瘍剤処方管理加算	□	□　年　月	□	38の2
36の3	地域支援・外来医薬品供給対応体制加算	□	□　年　月	□	38の3
37	外来化学療法加算１	□	□　年　月	□	39
37	外来化学療法加算２	□	□　年　月	□	39
37の2	無菌製剤処理料	□	□　年　月	□	40,4
38	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）	□	□　年　月	□	41,44の2
38	リハビリテーションデータ提出加算	□	□　年　月	□	7の10,7の11,7の12
39	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）	□	□　年　月	□	41,44の2
40	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）	□	□　年　月	□	42,44の2
40の2	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）	□	□　年　月	□	42,44の2
41	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）	□	□　年　月	□	42,44の2
42	運動器リハビリテーション料（Ⅰ）	□	□　年　月	□	42,44の2
42の2	運動器リハビリテーション料（Ⅱ）	□	□　年　月	□	42,44の2
43	運動器リハビリテーション料（Ⅲ）	□	□　年　月	□	42,44の2
44	呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）	□	□　年　月	□	42,44の2
45	呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）	□	□　年　月	□	42,44の2
45の2	摂食嚥下機能回復体制加算（摂食機能療法）	□	□　年　月	□	43の6,43の6の2,44の2
46	難病患者リハビリテーション料	□	□　年　月	□	43,44の2
47	障害児（者）リハビリテーション料	□	□　年　月	□	43,44の2
47の2	がん患者リハビリテーション料	□	□　年　月	□	43の2,44の2
47の3	認知症患者リハビリテーション料	□	□　年　月	□	43の3,44の2
47の3の2	リンパ浮腫複合的治療料	□	□　年　月	□	43の7
47の4	集団コミュニケーション療法料	□	□　年　月	□	44,44の2
47の5	歯科口腔リハビリテーション料２	□	□　年　月	□	44の4

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２（又は別添２の２））
47の6	経頭蓋磁気刺激療法	□	□　年　月	□	44の8
47の7	児童思春期精神科専門管理加算（通院・在宅精神療法）	□	□　年　月	□	4,44の5
47の7	療養生活継続支援加算（通院・在宅精神療法）	□	□　年　月	□	44の5の2
47の7	心理支援加算	□	□　年　月	□	44の5の2
47の7	児童思春期支援指導加算	□	□　年　月	□	44の5の2
47の7	早期診療体制充実加算	□	□　年　月	□	44の5の3
47の7	情報通信機器を用いた精神療法	□	□　年　月	□	44の5の3
47の7	通院・在宅精神療法の注13に規定する施設基準	□	□　年　月	□	44の5の5
47の8	救急患者精神科継続支援料	□	□　年　月	□	44の6
48	認知療法・認知行動療法	□	□　年　月	□	44の3
48の1の2	依存症集団療法	□	□　年　月	□	44の7
48の2	精神科作業療法	□	□　年　月	□	4,45
49	精神科ショート・ケア「大規模なもの」	□	□　年　月	□	4,46
50	精神科ショート・ケア「小規模なもの」	□	□　年　月	□	4,46
51	精神科デイ・ケア「大規模なもの」	□	□　年　月	□	4,46
52	精神科デイ・ケア「小規模なもの」	□	□　年　月	□	4,46
53	精神科ナイト・ケア	□	□　年　月	□	4,46
54	精神科デイ・ナイト・ケア	□	□　年　月	□	4,46
54の2	抗精神病特定薬剤治療指導管理料（治療抵抗性統合失調症治療指導管理料に限る。）	□	□　年　月	□	46の3
55	重度認知症患者デイ・ケア料	□	□　年　月	□	4,47
55の2	精神科在宅患者支援管理料１又は２	□	□　年　月	□	47の2
55の2	精神科在宅患者支援管理料３	□	□　年　月	□	別添２の２
56	医療保護入院等診療料	□	□　年　月	□	48
56の2	処置の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１	□	□　年　月	□	48の2,48の2の2,48の3,48の4,4(基本別添7)13の4
56の2の3	静脈圧迫処置（慢性静脈不全に対するもの）	□	□　年　月	□	48の5
56の2の4	多血小板血漿処置	□	□　年　月	□	48の7
56の3	硬膜外自家血注入	□	□　年　月	□	48の6,52
57	ｴﾀﾉｰﾙの局所注入（甲状腺に対するもの）	□	□　年　月	□	49
57	ｴﾀﾉｰﾙの局所注入（副甲状腺に対するもの）	□	□　年　月	□	49の2
57の2	人工腎臓	□	□　年　月	□	87の4
57の2	導入期加算	□	□　年　月	□	2の2
57の2	透析液水質確保加算	□	□　年　月	□	49の3
57の2	慢性維持透析濾過加算	□	□　年　月	□	49の3
57の2	腎代替療法診療体制充実加算	□	□　年　月	□	2の2
57の2の2	下肢末梢動脈疾患指導管理加算	□	□　年　月	□	49の3の2
57の2の3	難治性高コレステロール血症に伴う重度尿蛋白を呈する糖尿病性腎症に対するＬＤＬアフェレシス療法	□	□　年　月	□	49の3の3,52
57の2の4	移植後抗体関連型拒絶反応治療における血漿交換療法	□	□　年　月	□	49の3の4
57の2の4の2	ストーマ合併症加算	□	□　年　月	□	49の10
57の2の5	人工膵臓療法	□	□　年　月	□	4,24の4
57の3	磁気による膀胱等刺激法	□	□　年　月	□	49の4
57の4の2	心不全に対する遠赤外線温熱療法	□	□　年　月	□	49の4の2,52

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２（又は別添２の２））
57の4の2の2	同種死体移植腎機械灌流保存	□	□　年　月	□	49の4の3
57の4の3	歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）	□	□　年　月	□	4,49の6,49の7
57の4の4	手術用顕微鏡加算	□	□　年　月	□	49の8
57の4の5	口腔粘膜処置	□	□　年　月	□	49の9
57の5	う蝕歯無痛的窩洞形成加算	□	□　年　月	□	50
57の5の2	歯科技工士連携加算１	□	□　年　月	□	50の2の2
57の5の3	歯科技工士連携加算２	□	□　年　月	□	50の2の2
57の5の4	光学印象	□	□　年　月	□	50の2
57の6	ＣＡＤ／ＣＡＭ冠及びＣＡＤ／ＣＡＭインレー	□	□　年　月	□	50の2
57の7	３次元プリント有床義歯	□	□　年　月	□	50の3の2
57の7の２	有床義歯修理及び有床義歯内面適合法の歯科技工加算	□	□　年　月	□	50の3
57の8	皮膚悪性腫瘍切除術（センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）	□	□　年　月	□	50の4,52
57の8の2	皮膚移植術（死体）	□	□　年　月	□	52,87の6
57の8の3	自家脂肪注入	□	□　年　月	□	87の24
57の9	組織拡張器による再建手術(一連につき)（乳房（再建手術）の場合（内視鏡下によるものを含む。））・ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術(乳房切除後)（内視鏡下によるものを含む。）	□	□　年　月	□	50の5
57の9の1の2	静脈奇形硬化療法（一連につき）	□	□　年　月	□	50の5の1の2
57の9の2	処理骨再建加算	□	□　年　月	□	50の5の3,52
57の9の3	緊急整復固定加算及び緊急挿入加算	□	□　年　月	□	87の25
57の9の3の2	骨悪性腫瘍、類骨骨腫及び四肢軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法	□	□　年　月	□	52,87の53
57の9の3の3	脛骨遠位骨切り術	□	□　年　月	□	50の5の4,52
57の9の4	骨移植術（軟骨移植術を含む。）（同種骨移植（非生体）（同種骨移植（特殊なものに限る。））	□	□　年　月	□	50の5の2
57の10	骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家培養軟骨移植術に限る。）	□	□　年　月	□	50の6,52
57の10の1の1の2	人工肩関節置換術（腱移行を伴うもの）	□	□　年　月	□	50の6の2,52
57の10の1の2	人工股関節置換術（手術支援装置を用いるもの）	□	□　年　月	□	52,87の54
57の10の1の3	人工膝関節置換術（手術支援装置を用いるもの）	□	□　年　月	□	50の6の3,52
57の11	後縦靭帯骨化症手術（前方進入によるもの）	□	□　年　月	□	52,87の7
57の12	椎間板内酵素注入療法	□	□　年　月	□	50の7
58	腫瘍脊椎骨全摘術	□	□　年　月	□	51,52
58の1の2	緊急穿頭血腫除去術	□	□　年　月	□	87の55
58の1の3	機能的定位脳手術（てんかんの場合）	□	□　年　月	□	51の1の2,52
58の2	脳腫瘍覚醒下マッピング加算	□	□　年　月	□	51の2,52
58の3	原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算	□	□　年　月	□	51の3
58の4	内視鏡下脳腫瘍生検術及び内視鏡下脳腫瘍摘出術	□	□　年　月	□	87の26
58の5	脳血栓回収療法連携加算	□	□　年　月	□	87の56
59	頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）	□	□　年　月	□	52,54
60	脳刺激装置植込術（頭蓋内電極植込術を含む。）及び脳刺激装置交換術、脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術	□	□　年　月	□	25
60の2	頭蓋内電極植込術（脳深部電極によるもの（７本以上の電極による場合）に限る。）	□	□　年　月	□	25の3
60の2の2	癒着性脊髄くも膜炎手術（脊髄くも膜剥離操作を行うもの）	□	□　年　月	□	87の27
60の2の3	仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術	□	□　年　月	□	53

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２（又は別添２の２））
60の2の4	舌下神経電気刺激装置植込術	□	□　年　月	□	87の28
60の2の5	角結膜悪性腫瘍切除手術	□	□　年　月	□	87の50
60の3	治療的角膜切除術（エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。））	□	□　年　月	□	52,54の2
60の3の2	内皮移植加算	□	□　年　月	□	52,54の2の2
60の3の3	培養ヒト角膜内皮細胞移植術	□	□　年　月	□	52,54の2の3
60の4	羊膜移植術	□	□　年　月	□	52,54の3
60の5	緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの））	□	□　年　月	□	52,54の4
60の6	緑内障手術（流出路再建術（眼内法）及び（水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術）	□	□　年　月	□	52,54の8
60の6の2	緑内障手術（濾過胞再建術（needle法））	□	□　年　月	□	52,54の8
60の6の3	毛様体光凝固術（眼内内視鏡を用いるものに限る。）	□	□　年　月	□	52,54の8
60の6の4	経皮的選択的眼動脈注入術	□	□　年　月	□	54の4の2
60の7	網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）	□	□　年　月	□	52,54の5
60の8	網膜再建術	□	□　年　月	□	52,54の6
60の9	経外耳道的内視鏡下鼓室形成術	□	□　年　月	□	52,87の29
61	植込型骨導補聴器（直接振動型）植込術、人工中耳植込術、人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術及び植込型骨導補聴器交換術	□	□　年　月	□	52,55
61の2	耳管用補綴材挿入術	□	□　年　月	□	52,87の49
61の2の2	内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ｖ型（拡大副鼻腔手術）及び経鼻内視鏡下鼻副鼻腔悪性腫瘍手術（頭蓋底郭清、再建を伴うもの）	□	□　年　月	□	52,54の7
61の2の2の2	上咽頭腫瘍摘出術（鏡視下によるもの）、中咽頭腫瘍摘出術（鏡視下によるもの）、下咽頭腫瘍摘出術（鏡視下によるもの）、喉頭蓋嚢腫摘出術（鏡視下によるもの）及び喉頭腫瘍摘出術（鏡視下によるもの）	□	□　年　月	□	52,56の7
61の2の3	鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）、鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）及び鏡視下喉頭悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,56の7,87の30
61の2の4	内喉頭筋内注入術（ボツリヌス毒素によるもの）	□	□　年　月	□	87の31
61の2の5	鏡視下喉頭悪性腫瘍手術	□	□　年　月	□	52,56の7
61の2の6	喉頭形成手術（甲状軟骨固定用器具を用いたもの）	□	□　年　月	□	52,87の5
61の3	上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）	□	□　年　月	□	52,56
61の4	上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療に係るものに限る。）及び下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療に係るものに限る。）	□	□　年　月	□	52,56の3
61の4の2	顎関節人工関節全置換術（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）	□	□　年　月	□	56の8
61の4の3	顎関節人工関節全置換術（歯科診療に係るものに限る。）	□	□　年　月	□	56の8
61の4の4	内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術、内視鏡下バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）、内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術	□	□　年　月	□	52,56の4
61の4の5	内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術	□	□　年　月	□	52,56の4
61の4の6	頭頸部悪性腫瘍光線力学療法（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）	□	□　年　月	□	87の46
61の4の6の2	頭頸部悪性腫瘍光線力学療法（歯科診療に係るものに限る。）	□	□　年　月	□	87の46の2
61の4の7	乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（ＭＲＩによるもの）	□	□　年　月	□	38
61の5	乳腺悪性腫瘍手術（乳癌センチネルリンパ節生検加算１又は乳癌センチネルリンパ節生検加算２を算定する場合に限る。）	□	□　年　月	□	52,56の2

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２（又は別添２の２））
61の5	乳腺悪性腫瘍手術（乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わないもの（内視鏡下によるものを含む。））及び乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの））	□	□　年　月	□	52,56の5
61の6	ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）（内視鏡下によるものを含む。）	□	□　年　月	□	50の5
第61の6の1の2	乳腺悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法	□	□　年　月	□	52,87の57
61の6の2	胸腔鏡下拡大胸腺摘出術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,87の22
61の7	胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術及び胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,87の8
61の7の1の2	気管支バルブ留置術	□	□　年　月	□	52,87の58
61の7の1の3	胸腔鏡下肺切除術（区域切除及び肺葉切除術又は１肺葉を超えるものに限る。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,87の17
61の7の2	肺悪性腫瘍手術（壁側・臓側胸膜全切除（横隔膜、心膜合併切除を伴うもの）に限る。）	□	□　年　月	□	52,56の6
61の7の3	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除、肺葉切除又は１肺葉を超えるもの及び気管支形成を伴う肺切除に限る。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,87の17
61の7の4	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（気管支形成を伴う肺切除）	□	□　年　月	□	52,87の51
62	同種死体肺移植術	□	□　年　月	□	57
62の2	生体部分肺移植術	□	□　年　月	□	52,58
62の2の1の2	肺悪性腫瘍及び胸腔内軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法	□	□　年　月	□	52,87の59
62の2の2	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,87の10
62の2の3	縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,87の10~~の2~~
62の2の4	内視鏡下筋層切開術	□	□　年　月	□	52,58の2
62の2の5	食道縫合術（穿孔、損傷）（内視鏡によるもの）、内視鏡下胃・十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術、胃瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、小腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、結腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、腎（腎盂）腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、尿管腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、膀胱腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）及び膣腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）	□	□　年　月	□	87の9
62の2の6	心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術（単独のもの（胸腔鏡下によるもの）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	87の10の3
63	経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）	□	□　年　月	□	52,59
63の2の2	胸腔鏡下弁形成術及び胸腔鏡下弁置換術	□	□　年　月	□	52,87の11
63の2の2	胸腔鏡下弁形成術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,87の11
63の2の2	胸腔鏡下弁置換術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,87の11
63の2の3	弁置換術（大動脈弁、僧帽弁及び中心線維体の再建を含むもの）	□	□　年　月	□	59の1の2
63の3	経カテーテル弁置換術	□	□　年　月	□	52,59の2,59の2の2
63の3の2	経カテーテル弁周囲欠損孔閉鎖術	□	□　年　月	□	52,59の2の3
63の4	経皮的僧帽弁クリップ術	□	□　年　月	□	52,87の12
63の4の2	経皮的三尖弁クリップ術	□	□　年　月	□	52,59の2の4
63の5	胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術	□	□　年　月	□	52,59の3
63の5の1の2	胸腔鏡下心房中隔欠損閉鎖術	□	□　年　月	□	52,87の60
63の5の2	不整脈手術（左心耳閉鎖術（経カテーテル的手術によるもの）に限る。）	□	□　年　月	□	52,59の3の2,87の32
63の6	経皮的カテーテル心筋焼灼術における磁気ナビゲーション加算	□	□　年　月	□	52,59の4
64	経皮的中隔心筋焼灼術	□	□　年　月	□	52,60
65	ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術	□	□　年　月	□	24,52
66	両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術	□	□　年　月	□	52,61
67	植込型除細動器移植術、植込型除細動器交換術及び経静脈電極抜去術	□	□　年　月	□	52,62
67の2	両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術	□	□　年　月	□	52,63
68	大動脈内バルーンパンピング法（ＩＡＢＰ法）	□	□　年　月	□	24,52

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２（又は別添２の２））
68の2	経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）	□	□　年　月	□	52,87の13
69	補助人工心臓	□	□　年　月	□	52,64
69の2	小児補助人工心臓	□	□　年　月	□	52,64の2
70の2	植込型補助人工心臓（非拍動流型）（設置する場合）	□	□　年　月	□	52,65の3
71	同種心移植術	□	□　年　月	□	57
72	同種心肺移植術	□	□　年　月	□	57
72の1の2	骨格筋由来細胞シート心表面移植術	□	□　年　月	□	65の3の2
72の1の3	腎神経焼灼術	□	□　年　月	□	65の3の2の2
72の2の2	経皮的下肢動脈形成術	□	□　年　月	□	65の3の3
72の3	内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術	□	□　年　月	□	52,65の4
72の4	腹腔鏡下リンパ節群郭清術（後腹膜）	□	□　年　月	□	52,65の4の2
72の4	腹腔鏡下リンパ節群郭清術（傍大動脈）	□	□　年　月	□	別添２の２
72の4	腹腔鏡下リンパ節群郭清術（側方）	□	□　年　月	□	87の33
72の4	腹腔鏡下リンパ節群郭清術（傍大動脈）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,71の5
72の4の2	腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術	□	□　年　月	□	52,65の5
72の5	腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術	□	□　年　月	□	52,65の5
72の5の2	腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,65の5の2
72の7	腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術及び腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術	□	□　年　月	□	52,65の5
72の7の1の2	骨盤内悪性腫瘍及び腹腔内軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法	□	□　年　月	□	52,87の61
72の7の1の1の2	腹腔鏡下骨盤内臓全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,65の5の4
72の7の1の3	腹膜切除を伴う多臓器合併切除術	□	□　年　月	□	52,65の5の3
72の7の2	内視鏡的逆流防止粘膜切除術	□	□　年　月	□	52,87の34
72の7の2の2	腹腔鏡下十二指腸局所切除術（内視鏡処置を併施するもの）	□	□　年　月	□	52,65の8
72の7の3	腹腔鏡下胃切除術（単純切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））及び腹腔鏡下胃切除術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの））	□	□　年　月	□	52,87の14
72の7の4	腹腔鏡下噴門側胃切除術（単純切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））及び腹腔鏡下噴門側胃切除術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの））	□	□　年　月	□	52,87の14
72の7の5	腹腔鏡下胃全摘術（単純全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））及び腹腔鏡下胃全摘術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの））	□	□　年　月	□	52,87の14
72の8	腹腔鏡下胃縮小術	□	□　年　月	□	52,65の6
72の8の2	バルーン閉塞下経静脈的塞栓術	□	□　年　月	□	52,87の15
72の8の3	腹腔鏡下総胆管拡張症手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,87の35
72の8の4	腹腔鏡下胆嚢悪性腫瘍手術（胆嚢床切除を伴うもの）	□	□　年　月	□	52,87の36
72の9	胆管悪性腫瘍手術（膵頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴うものに限る。）	□	□　年　月	□	52,65の7
73	体外衝撃波胆石破砕術	□	□　年　月	□	66
73の2	腹腔鏡下肝切除術	□	□　年　月	□	52,66の2
73の2の2	腹腔鏡下肝切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,87の37
73の3	腹腔鏡下胆道閉鎖症手術	□	□　年　月	□	52,87の16
73の3の2	移植用部分肝採取術（生体）（腹腔鏡によるもの）	□	□　年　月	□	52,87の38
74	生体部分肝移植術	□	□　年　月	□	52,67
75	同種死体肝移植術	□	□　年　月	□	57

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２（又は別添２の２））
75の2	体外衝撃波膵石破砕術	□	□　年　月	□	66
75の3	腹腔鏡下膵腫瘍摘出術及び腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術	□	□　年　月	□	52,67の2
75の3	腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,67の2の2
75の4	腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術及び腹腔鏡下膵中央切除術	□	□　年　月	□	52,67の2の3
75の4	腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,67の2の4
76	同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術	□	□　年　月	□	57
76の2	同種死体膵島移植術	□	□　年　月	□	52,57の2
76の2の2	生体部分小腸移植術	□	□　年　月	□	52,87の17の2
76の3	同種死体小腸移植術	□	□　年　月	□	57
76の4	早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術	□	□　年　月	□	52,67の3
76の4の2	腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,87の39
76の5	腹腔鏡下小切開副腎摘出術	□	□　年　月	□	52,65の5
76の6	腹腔鏡下直腸切除・切断術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,87の18
76の7	腹腔鏡下副腎摘出手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）及び腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出手術（褐色細胞腫）（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）	□	□　年　月	□	52,87の48
76の8	副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法	□	□　年　月	□	52,87の47
77	体外衝撃波腎・尿管結石破砕術	□	□　年　月	□	66
77の2	腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術	□	□　年　月	□	52,65の5
77の3の2	腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）及び腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）	□	□　年　月	□	52,68の3
77の3の2の2	腎悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法	□	□　年　月	□	52,87の62
77の3の3	腹腔鏡下腎盂形成手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,68の4
77の4	同種死体腎移植術	□	□　年　月	□	57
77の5	生体腎移植術	□	□　年　月	□	52,69
77の6	腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術	□	□　年　月	□	52,65の5
77の7	膀胱水圧拡張術及びハンナ型間質性膀胱炎手術（経尿道）	□	□　年　月	□	52,69の2
77の8	腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術	□	□　年　月	□	52,65の5
77の9	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術	□	□　年　月	□	52,69の3
77の9	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,69の5
77の10	腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術	□	□　年　月	□	52,69の3
77の10の2	腹腔鏡下膀胱尿管逆流手術（膀胱外アプローチ）	□	□　年　月	□	52,87の63
77の10の2の2	尿道狭窄グラフト再建術	□	□　年　月	□	69の4
77の11	人工尿道括約筋植込・置換術	□	□　年　月	□	69の4
77の11の2の2	精巣温存手術	□	□　年　月	□	87の64
77の11の3	精巣内精子採取術	□	□　年　月	□	87の42
77の12	焦点式高ｴﾈﾙｷﾞｰ超音波療法	□	□　年　月	□	52,70
78	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術	□	□　年　月	□	52,71
78の2	腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術	□	□　年　月	□	52,65の5
78の2の2	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）	□	□　年　月	□	52,71の1の2
78の2の2の1の2	女子外性器悪性腫瘍手術（女子外性器悪性腫瘍手術センチネルリンパ節生検加算を算定する場合に限る。）	□	□　年　月	□	52,87の65
78の2の2の2	腹腔鏡下膣断端挙上術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,87の66

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２（又は別添２の２））
78の2の3	腹腔鏡下仙骨膣固定術	□	□　年　月	□	52,71の1の3
78の2の3	腹腔鏡下仙骨膣固定手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,71の1の4
78の3	腹腔鏡下膣式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,87の19
78の3の1の2	子宮悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算	□	□　年　月	□	71の6
78の3の2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）	□	□　年　月	□	52,71の2
78の3の2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸がんに限る。）	□	□　年　月	□	52,71の2
78の3の2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,71の5
78の3の2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,71の5
78の３の３	腹腔鏡下子宮瘢痕部修復術	□	□　年　月	□	52,87の43
78の4	内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術	□	□　年　月	□	52,71の3
78の5	胎児胸腔・羊水腔シャント術	□	□　年　月	□	52,71の4
78の5の2	無心体双胎焼灼術（一連につき）	□	□　年　月	□	52,71の4
78の5の3	胎児輸血術（一連につき）及び臍帯穿刺	□	□　年　月	□	52,71の4
78の5の4	体外式膜型人工肺管理料	□	□　年　月	□	87の44
78の6	医科点数表第２章第10部手術の通則４（性同一性障害の患者に対して行うものに限る。）に掲げる手術	□	□　年　月	□	52,87の20
79の1の2	頭頸部悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算	□	□　年　月	□	87の20の2
79の2	手術の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１	□	□　年　月	□	48の2,48の2の2,48の3,48の4,4,
79の3	胃瘻造設術（内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）	□	□　年　月	□	43の4,43の5
79の4	医科点数表第２章第10部手術の通則の19に掲げる手術	□	□　年　月	□	87の23
79の5	周術期栄養管理実施加算	□	□　年　月	□	87の45
79の6	再製造単回使用医療機器使用加算	□	□　年　月	□	87の52
79の7	外科医療確保特別加算	□	□　年　月	□	87の67
80	輸血管理料Ⅰ	□	□　年　月	□	73
80	輸血管理料Ⅱ	□	□　年　月	□	73
80	輸血適正使用加算	□	□　年　月	□	73
80	貯血式自己血輸血管理体制加算	□	□　年　月	□	73
80の2	コーディネート体制充実加算	□	□　年　月	□	87の21
80の3	自己生体組織接着剤作成術	□	□　年　月	□	73の2
80の3の2	自己クリオプレシピテート作製術（用手法）及び同種クリオプレシピテート作製術	□	□　年　月	□	73の2
80の4	人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算	□	□　年　月	□	73の3
80の5	胃瘻造設時嚥下機能評価加算	□	□　年　月	□	43の4,43の5
80の5の2	凍結保存同種組織加算	□	□　年　月	□	52,73の5
80の6	歯周組織再生誘導手術	□	□　年　月	□	74
80の7	手術時歯根面レーザー応用加算	□	□　年　月	□	50
80の8	広範囲顎骨支持型装置埋入手術	□	□　年　月	□	74の3
80の9	歯根端切除手術の注３	□	□　年　月	□	49の8
80の10	口腔粘膜血管腫凝固術	□	□　年　月	□	74の4
80の11	レーザー機器加算の施設基準	□	□　年　月	□	49の9
80の12	内視鏡手術用支援機器加算	□	□　年　月	□	73の4
81	吸入麻酔又は静脈麻酔による深鎮静（声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴わないもの）	□	□　年　月	□	75の4
81の2	麻酔管理料（Ⅰ）	□	□　年　月	□	75

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２（又は別添２の２））
81の3	麻酔管理料（Ⅱ）	□	□　年　月	□	75
81の2及び81の3	周術期薬剤管理加算	□	□　年　月	□	75の3
81の4	歯科麻酔管理料	□	□　年　月	□	75の2
81の5	歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔（Ⅱ）	□	□　年　月	□	75の5
82	放射線治療専任加算	□	□　年　月	□	76
82の2	外来放射線治療加算	□	□　年　月	□	76
82の3	遠隔放射線治療計画加算	□	□　年　月	□	76の2
83	高エネルギー放射線治療	□	□　年　月	□	77
83の2	高エネルギー放射線治療の乳癌に対する全乳房照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）	□	□　年　月	□	77
83の2	強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の前立腺癌に対する前立腺照射（寡分割照射に係るものに限る。）	□	□　年　月	□	77
83の3	強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）	□	□　年　月	□	52,78
83の4	画像誘導放射線治療加算　（ＩＧＲＴ）	□	□　年　月	□	78の2
83の5	体外照射呼吸性移動対策加算	□	□　年　月	□	78の3
84	定位放射線治療	□	□　年　月	□	79
84の2	定位放射線治療呼吸性移動対策加算	□	□　年　月	□	78の3
84の2の2	粒子線治療	□	□　年　月	□	52,79の1の2
84の2の3	粒子線治療適応判定加算	□	□　年　月	□	79の1の3
84の2の4	粒子線治療医学管理加算	□	□　年　月	□	79の1の3
84の2の5	ホウ素中性子捕捉療法	□	□　年　月	□	52,79の1の4
84の2の6	ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算	□	□　年　月	□	79の1の4
84の2の7	ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算	□	□　年　月	□	79の1の4
84の2の8	画像誘導密封小線源治療加算	□	□　年　月	□	78の2
84の3	保険医療機関間の連携による病理診断	□	□　年　月	□	79の2
84の4	保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製	□	□　年　月	□	80
84の5	保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診	□	□　年　月	□	80
84の6	デジタル病理画像による病理診断	□	□　年　月	□	80の2
84の7	病理診断管理加算	□	□　年　月	□	80の2
84の8	悪性腫瘍病理組織標本加算	□	□　年　月	□	80の2
84の9	口腔病理診断管理加算	□	□　年　月	□	80の3
84の10	国際標準病理診断管理加算	□	□　年　月	□	80の2
85	クラウン・ブリッジ維持管理料	□	□　年　月	□	81
86	歯科矯正診断料	□	□　年　月	□	82
87	顎口腔機能診断料（顎変形症（顎離断等の手術を必要とするものに限る。）の手術前後における歯科矯正に係るもの）	□	□　年　月	□	83
88	調剤基本料１	□	□　年　月	□	84
88の2	調剤基本料２	□	□　年　月	□	84
88の3	調剤基本料３	□	□　年　月	□	84
88の4	特別調剤基本料Ａ	□	□　年　月	□	84
89	調剤基本料の注１ただし書に規定する施設基準	□	□　年　月	□	87の2
91	調剤基本料の注４に規定する保険薬局	□	□　年　月	□	85
92	地域支援・医薬品供給対応体制加算	□	□　年　月	□	87の3の1,87の3の2

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２（又は別添２の２））
92の2	連携強化加算	□	□　年　月	□	87の3の4
94	調剤基本料の注8_後発医薬品調剤割合が著しく低い保険薬局	□	□　年　月	□	87
93	バイオ後続品調剤体制加算	□	□　年　月	□	87の3の7
95	在宅薬学総合体制加算	□	□　年　月	□	87の3の5
95の2	電子的調剤情報連携体制整備加算	□	□　年　月	□	87の3の6
96	無菌製剤処理加算	□	□　年　月	□	88
98	特定薬剤管理指導加算２	□	□　年　月	□	92
97の2	服薬管理指導料の注1_かかりつけ薬剤師	□	□　年　月	□	90
102	在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算	□	□　年　月	□	89
103	在宅中心静脈静脈栄養法加算	□	□　年　月	□	89
104	看護職員処遇改善評価料	□	□　年　月	□	97
105	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）	□	□　年　月	□	95
106	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）	□	□　年　月	□	96
106の2	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）	□	□　年　月	□	95
106の3	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）	□	□　年　月	□	96
107	入院ベースアップ評価料	□	□　年　月	□	97
108	歯科技工所ベースアップ支援料	□	□　年　月	□	101
109	調剤ベースアップ評価料	□	□　年　月	□	103

※様式2、5の2、5の7、5の9、6、7の4、7の5、7の9、8の2、11の4、13の5、14、18の2、20の5、20の8、24の2、44の5の4、49の5、65、65の2、68、68の2、72、74の2、86、87の3の3、87の10の2、87の40、87の41、91、93は欠番。

様式４

［　　］に勤務する従事者の名簿

No	職　種	氏　　名	勤　務　の　態　様	勤　務　時　間	備　　考
			{常　勤 / 非常勤} {専　従 / 非専従} {専　任 / 非専任}		
			{常　勤 / 非常勤} {専　従 / 非専従} {専　任 / 非専任}		
			{常　勤 / 非常勤} {専　従 / 非専従} {専　任 / 非専任}		
			{常　勤 / 非常勤} {専　従 / 非専従} {専　任 / 非専任}		
			{常　勤 / 非常勤} {専　従 / 非専従} {専　任 / 非専任}		
			{常　勤 / 非常勤} {専　従 / 非専従} {専　任 / 非専任}		
			{常　勤 / 非常勤} {専　従 / 非専従} {専　任 / 非専任}		
			{常　勤 / 非常勤} {専　従 / 非専従} {専　任 / 非専任}		
			{常　勤 / 非常勤} {専　従 / 非専従} {専　任 / 非専任}		
			{常　勤 / 非常勤} {専　従 / 非専従} {専　任 / 非専任}		
			{常　勤 / 非常勤} {専　従 / 非専従} {専　任 / 非専任}		
			{常　勤 / 非常勤} {専　従 / 非専従} {専　任 / 非専任}		
			{常　勤 / 非常勤} {専　従 / 非専従} {専　任 / 非専任}		
			{常　勤 / 非常勤} {専　従 / 非専従} {専　任 / 非専任}		
			{常　勤 / 非常勤} {専　従 / 非専従} {専　任 / 非専任}		
			{常　勤 / 非常勤} {専　従 / 非専従} {専　任 / 非専任}		

［記載上の注意］

１　［　　］には、当該届出の施設基準の名称を記入すること。

２　病棟（看護単位）・治療室ごと、職種ごとに区分して記入すること。

３　職種の欄には、医師、看護師又は准看護師等と記入すること。

４　勤務時間には、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

５　外科医療確保特別加算を届け出る場合には、備考に所属の診療科名を記入すること。また、当該診療科の経験を５年以上有する常勤医師については、備考欄の当該

診療科名の前に◎を記入すること。

様式５の13

二次性骨折予防継続管理料の施設基準に係る届出書添付書類

届出を行う区分 （該当するもの全てを選択すること。）			１：二次性骨折予防継続管理料１ ２：二次性骨折予防継続管理料２ ３：二次性骨折予防継続管理料３
届出入院料 （該当するもの１つを選択すること。）			１：急性期病院一般入院基本料、急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料又は７対１入院基本料若しくは10対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）又は地域包括医療病棟入院料 ２：地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料又は回復期リハビリテーション入院医療管理料 ３：有床診療所入院基本料
骨粗鬆症の診療を担当する専任の常勤医師の氏名（１名以上記載すること。）			
	医師１		
	医師２		
	医師３		
	医師４		
専任の看護師の氏名（１名以上記載すること。）			
	看護師１		
	看護師２		
	看護師３		
	看護師４		
薬剤師の配置状況及び氏名（１名以上記載すること。）			
	薬剤師の配置状況 （該当する１つを選択すること。）		１：当該保険医療機関内に専任の常勤薬剤師が配置されている ２：１以外であって、地域の保険医療機関等と連携し、診療を行う体制が整備されている
	上記が「２」の場合	連携保険医療機関名	
	薬剤師の氏名１		
	薬剤師の氏名２		
院内の研修会の開催状況			
	院内研修会の開催年月日 （新たに届出を行う場合であって、未開催の場合は、開催予定年月日）		年　　月　　日

［記載上の注意］
１　院内の研修会について、研修会の目的、参加した職員名、及び開催日時等を記載した概要を添付すること。新たに届出を行う保険医療機関については、当該届出を行う日から起算して１年以内に研修会等を開催することが決まっている場合にあっては、研修会の開催予定日がわかる書類を添付すること。

様式７の８

小児かかりつけ診療料の施設基準に係る届出書添付書類

小児かかりつけ診療料の施設基準（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

１　届　出	小児かかりつけ診療料１	□
	小児かかりつけ診療料２	□
２　標　榜	小児科を標榜する保険医療機関である。	□
３　配置医師	専ら小児科又は小児外科を担当する常勤医師の氏名　　（　　）	
４　時間外に係る対応	（小児かかりつけ診療料１の場合） 時間外対応体制加算１又は３の届出を行っている。	□
	（小児かかりつけ診療料２の場合） 次のいずれかの基準を満たしている。 ア　時間外対応体制加算２~~または~~又は４の届出を行っている。 イ　以下のいずれも満たす。 （イ）　在宅当番医制等により、初期小児救急医療に参加し、休日又は夜間の診療を年６回以上の頻度で行っている。 （ロ）　当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間にあっては、留守番電話等により、地域において夜間・休日の小児科外来診療を担当する医療機関や都道府県等が設置する小児医療に関する電話相談の窓口（＃8000 等）等の案内を行うなど、対応に配慮している。	□
５　３の医師が該当する項目 ※２つ以上に該当すること	ア　市町村を実施主体とする乳幼児の健康診査を実施している。	□
	イ　定期予防接種を実施している。	□
	ウ　過去１年間に 15 歳未満の超重症児又は準超重症児に対して在宅医療を提供した実績を有している。	□
	エ　幼稚園の園医、保育所の嘱託医又は小学校若しくは中学校の学校医に就任している。	□

［記載上の注意］

１　４について、確認できる資料の写しを添付のこと。

２　５について、確認できる資料の写しを添付のこと。なお、５のウに規定する実績については、３回以上定期的な訪問診療を実施し、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を算定している場合に限る。

様式７の10

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
データ提出開始届出書

１　試行データ作成開始日

令和　　年　　月　　日

２　外来医療等調査事務局と常時連絡可能な担当者

担当者１		
	所属部署	
	役職	
	氏名	
	電話番号	
	Ｅ－ｍａｉｌ	
担当者２		
	所属部署	
	役職	
	氏名	
	電話番号	
	Ｅ－ｍａｉｌ	

３　届出を行う項目

□ 外来データ提出加算（地域包括診療加算）
□ 外来データ提出加算（地域包括診療料）
□ 充実管理加算
□ 在宅データ提出加算
□ リハビリテーションデータ提出加算

［記載上の注意］

１　試行データ作成開始日には、試行データの作成を開始する月の初日を記載すること（例えば、令和８年５月20日の提出期限に合わせて本届出書を提出する場合は、作成する試行データは令和８年６月及び７月のデータとなるため、本欄には令和８年６月１日と記載する。）。

２　担当者については原則２名記載すること。なお、担当者が１名のみの場合はこの限りではない。

３　「外来医療等調査事務局と常時連絡可能な担当者」のＥ－ｍａｉｌは、厚生労働省保険局医療課及び調査事務局からの電子メールを担当者が常時確認できるものを記載すること。

［届出上の注意］

１　データの提出を希望する保険医療機関は、令和８年５月20日、８月20日、11月20日、令和９年２月22日、５月20日、８月20日、11月22日又は令和10年２月21日までに、本届出書について、地方厚生（支）局医療課長を経由して厚生労働省保険局医療課長に提出すること（外来データ提出加算については、令和８年11月20日、令和９年２月22日、５月20日、８月20日、11月22日又は令和10年２月21日までに提出すること。）。

２　様式７の12の届出を行った保険医療機関が再度本届出を行う場合は、本届出書にデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されたことを示す書面を添付すること。

上記のとおり届出を行います。

令和　　年　　月　　日

保険医療機関コード

保険医療機関の名称

保険医療機関の所在地住所~~及び名称~~

開設者名

厚生労働省保険局医療課長　殿

様式７の11

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届出書

１　施設基準の状況（該当する項目にチェックをすること。）

□ 「外来医療、在宅医療、リハビリテーション医療の影響評価に係る調査」に適切に参加できる。
□ 診療記録（過去５年間の診療録及び過去３年間の手術記録、看護記録等）の全てが保管・管理されている。
□ 診療記録の保管・管理のための規定が明文化されている。
□ 患者についての疾病統計には、ＩＣＤ大分類程度以上の疾病分類がされている。
□ 保管・管理された診療記録が疾病別に検索・抽出できる。

２　届出を行う項目

□ 外来データ提出加算（地域包括診療加算）
□ 外来データ提出加算（地域包括診療料）
□ 充実管理加算
□ 在宅データ提出加算
□ リハビリテーションデータ提出加算

３　充実管理加算に係る実績

（１）脂質異常症に係る実績		
	実績値	
	上位	%
（２）高血圧症に係る実績		
	実績値	
	上位	%
（３）糖尿病に係る実績		
	実績値	
	上位	%

［記載上の注意］
「３」については、充実管理加算の届出を行う場合であって、実績値について厚生労働省保険局医療課より通知があった場合に限り記入すること（新たにデータ提出を開始し、充実管理加算に係る届出を行う医療機関にあっては、記入は不要である。）。この場合にあっては、当該実績値が分かる書類を添付すること。なお、実績値の集計期間等については、別途厚生労働省保険局医療課より通知する。

上記のとおり届出を行います。

令和　　年　　月　　日

保険医療機関コード

保険医療機関の名称

保険医療機関の所在地住所~~及び名称~~

開設者名

様式11の3

機能強化型在宅療養支援診療所・病院及び在宅医療充実体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1. 届出区分 （該当するいずれか1つを〇で囲むこと）	1.「第9」の1の（1）に規定する在宅療養支援診療所 （単独型機能強化型） 2.「第9」の1の（2）のアに規定する在宅療養支援診療所 （連携型機能強化型ア） 3.「第9」の1の（2）のイに規定する在宅療養支援診療所 （連携型機能強化型イ） 4.「第14の2」の1の（1）に規定する在宅療養支援病院 （単独型機能強化型） 5.「第14の2」の1の（2）のアに規定する在宅療養支援病院 （連携型機能強化型）
2. 直近1年間の緊急の往診の実績等	
（実績の期間）	年　月　日　～　年　月　日
① 緊急の往診の実績	件
（1. で「2」、「3」又は「5」を選択した場合）連携保険医療機関の緊急の往診の実績の合計	件
② （1. で「4」又は「5」を選択した場合）在宅療養支援診療所等からの要請により患者の緊急の受入れを行った実績	件
③ （1. で「4」又は「5」を選択した場合）在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入れを行う病床を常に確保しているか。	該当 ・ 非該当
④ （1. で「4」又は「5」を選択した場合）地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ているか。	該当 ・ 非該当
3. 直近1年間の看取り等の実績	
（実績の期間）	年　月　日　～　年　月　日
① 看取りの実績	件
（1. で「2」、「3」又は「5」を選択した場合）連携保険医療機関の看取りの実績の合計	件
② 15歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅診療実績	件
4. 直近の5月から7月に実施した訪問診療の実績	回

［記載上の留意事項］

1 「2」の①の緊急の往診とは、「C000」の注1に規定する緊急又は夜間、深夜若しくは休日に行う往診のことをいう。

2 「3」の②の実績には、3回以上の定期的な訪問診療を実施し、「C002」在宅時医学総合管理料又は「C002－2」施設入居時等医学総合管理料を算定している場合に限り、含むことができる。なお、あらかじめ聴取した患者・家族の意向に基づき、緊急時の入院受入機関で7日以内の入院を経て死亡した患者に対し、当該診療所が、当該入院日を含む直近6月間において訪問診療を実施していた場合も、在宅における看取りの実績に含めることができる。

3 「4」の実績が2,100回を超える届出医療機関にあっては、次年の1月までに在宅データ提出加算に係る届出を行うこと。

2. 在宅医療充実体制加算の届出について

1. 人員等の体制について		
	① 在宅医療を担当する医師の常勤換算数	名
	② 届出医療機関が単独で、24時間の直接連絡を受ける体制及び24時間往診が可能な体制を確保しているか。(該当するいずれか1つを○で囲むこと)	該当 ・ 非該当
2. 緩和ケアの提供体制について		
	① 緩和ケアに係る研修を受けた医師の氏名	
	② 緩和ケア病棟又は在宅での1年間の看取り実績が10件以上の保険医療機関において、3か月以上の勤務歴がある医師について	
	氏名	
	勤務を行った保険医療機関名	
	勤務期間	年 月 日 ～ 年 月 日
	③ 過去に、患者が自ら注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を5件以上実施した経験のある常勤の医師の氏名	
	④ 実績に係る要件	
	(実績の期間)	年 月 日 ～ 年 月 日
	(a) 直近1年間に、自ら注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を実施した患者数	名
	(b) 直近1年間にオピオイド系鎮痛薬を投与した患者数	名
3. 直近1年間における、重症患者の診療状況について		
	(算出に係る期間)	年 月 日 ～ 年 月 日
	① 在宅時医学総合管理料を算定した患者の延べ診療月数	月
	② 施設入居時等医学総合管理料を算定した患者の延べ診療月数	月
	③ ①又は②のうち、「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」を算定した患者の延べ診療月数	月
	④ 在宅がん医療総合診療料を算定した患者の延べ診療月数	月
	⑤ ①又は②のうち、ターミナルケア加算、看取り加算又は死亡診断加算を算定する患者の延べ診療月数(③の診療月と重複しないこと。)	月
	⑥ 重症患者の割合 【(③+④+⑤)/(①+②+④) ×100】	%
	⑦ ⑥が20%以上か	該当 ・ 非該当
4. 重症患者の診療体制について		
	① 訪問診療を実施する患者の実人数	名
	② 訪問診療を担当する時間について常勤換算した、在宅医療を担当する医師数	名
	③ 医師1人当たりの診療患者数 【①/②】	
	④ ③が100以下か。	該当 ・ 非該当
5. 医師等の教育体制について		
	過去2年度以内に受け入れた実績があるものについて、その期間を記載すること。	
	① 大学の医学部医学科の単位認定を目的とした地域医療実習生	年 月 日 ～ 年 月 日
	② 協力型臨床研修病院又は臨床研修協力施設として、地域医療の研修を目的とした研修医	年 月 日 ～ 年 月 日
	③ 内科領域、総合診療領域又は小児科領域の専門研修基幹施設又は専門研修連携施設として、専門研修を目的とした専攻医	年 月 日 ～ 年 月 日
	④ 卒業後に都道府県内で一定期間医師として就業する契約を当該都道府県と締結している医師又はこれに準ずる医師(研修医を含む。)	年 月 日 ～ 年 月 日

[記載上の留意事項]

1 「3」の③の別に厚生労働大臣が定める状態の患者とは、別表第8の2に該当する患者を指す。

2 「4」の②の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。また、在宅医療充実体制加算の届出に当たっては、在宅医療を担当する医師ごとの訪問診療を実施する時間帯がわかる勤務表等を添付すること。

3 「5」について、実際に医師等を受け入れた期間のわかる書類を添付すること。

様式 14

薬剤管理指導料の施設基準に係る届出書添付書類

１　医薬品情報管理室等

場　　所		面　　積
		平方メートル
業務内容	医薬品情報管理業務マニュアルの作成（予定を含む）	有　・　無

２　薬学的管理指導記録

作　成　時　期	保　管　場　所

３　投薬・注射の管理状況

４　服薬指導

服薬指導方法	服薬指導マニュアルの作成（予定を含む）	有　・　無

［記載上の注意］

１　「３」については、院内における内服薬、注射薬、外用薬の投薬行為全般について、どのような管理方法を行っているか簡略に記入すること。

２　別添２の様式４により当該保険医療機関に勤務する全ての薬剤師の名簿を併せて提出すること。なお、その場合には、病棟薬剤業務（当該薬剤師が病棟専任の場合は、当該病棟名を含む。）、調剤、医薬品情報管理、薬剤管理指導又は在宅患者訪問薬剤管理指導のいずれに従事しているかを（兼務の場合はその旨を）備考欄に記載すること。

３　調剤所及び医薬品情報管理室の平面図を添付すること。

様式 17 の２

口腔管理体制強化加算の施設基準に係る届出書添付書類

１　歯科疾患の重症化予防に関する継続的な管理の実績（届出前１年間）

①　歯周病継続支援治療~~、歯周病重症化予防治療~~の算定回数	回
②　根面う蝕管理料、エナメル質初期う蝕管理料の算定回数	回

２　歯科点数表の初診料の注１に規定する施設基準の届出状況

届出年月日　（　　年　　月　　日）

３　口腔機能管理の実績（届出前１年間）

①　歯科疾患管理料（口腔機能低下症又は口腔機能発達不全症の管理を行う場合に限る。）、口腔機能実地指導料、小児口腔機能管理料、口腔機能管理料又は歯科口腔リハビリテーション料３の算定回数	回

※　①について、令和８年５月 31 日以前の算定については、歯科衛生実地指導料の口腔機能指導加算の算定回数を合計して差し支えない。

４　歯科訪問診療料の注~~15~~16 に規定する届出の状況

届出年月日　（　　年　　月　　日）

５　歯科訪問診療又は歯科訪問診療の依頼の実績（届出前１年間）

※①又は②のいずれかについて記載すること。

①	歯科訪問診療１、歯科訪問診療２又は歯科訪問診療３の算定回数	回
	歯科訪問診療を在宅療養支援歯科診療所１若しくは在宅療養支援歯科診療所２又は在宅療養支援歯科病院に依頼した回数	回
	合　計	回

②　連携する歯科訪問診療を行う別の医療機関や地域の在宅医療の相談窓口の名称	

６　他の保険医療機関との連携の実績（届出前１年間）

①　診療情報提供料（Ⅰ）の算定回数	回
②　診療情報等連携共有料１又は２の算定回数	回
合　計	回

７　歯科疾患の継続管理等に係る研修の受講歴等

受講歯科医師名	

研　修　名	
受講年月日	
研修の主催者	
講習の内容等	

※１　研修会の修了証（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）の写しを添付した場合には、上記への記載を省略して差し支えない。

※２　歯科疾患（エナメル質初期う蝕管理、根面う蝕管理に関する内容を含むものであること。）及び口腔機能の継続管理並びに高齢者・小児の心身の特性及び緊急時対応等を含むこと。

８　歯科医師又は歯科衛生士の氏名等（勤務形態及び職種は該当するものに◯）

勤務形態	職種	氏名
常勤／非常勤	歯科医師／歯科衛生士	
常勤／非常勤	歯科医師／歯科衛生士	
常勤／非常勤	歯科医師／歯科衛生士	
常勤／非常勤	歯科医師／歯科衛生士	
常勤／非常勤	歯科医師／歯科衛生士	

９　緊急時の連携保険医療機関

医療機関の名称	
所　　在　　地	
緊急時の連絡方法等	

10　迅速な歯科訪問診療が可能な体制

※　当該保険医療機関で歯科訪問診療を行う場合に記載すること。

歯科訪問診療を行う 歯科医師名	
診療可能日	

11　当該地域における保険医療機関、介護・福祉施設等との連携の状況

①　居宅療養管理指導の提供実績	（実施回数）　　回
②　在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料	（算定回数）　　回
③　初診料の注６、再診料の注４、歯科訪問診療料の注８の歯科診療特別対応加算１、２又は３	（算定回数）　　回
④　退院時共同指導料１、在宅歯科医療連携加算１若しくは２、小児在宅歯科医療連携加算１若しくは２、在宅歯科医療情報連携加算、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料	（算定回数）　　回
⑤　地域ケア会議の出席	（会議名） （直近の出席日）　　年　　月　　日
⑥　在宅医療に関するサービス担当者会議等又は病院・診療所・介護保険施設等が実施する多職種連携に係る会議等の出席	（会議名） （直近の出席日）　　年　　月　　日
⑦　認知症対応力向上研修等、認知症に関する研修を受講	（研修名） （研修実施主体） （修了年月日）　　年　　月　　日 （修了者氏名）
⑧　在宅医療・介護等に関する研修の受講	（研修名） （研修実施主体） （修了年月日）　　年　　月　　日 （修了者氏名）
⑨　学校歯科医等の業務を行っている	（学校等の名称）
⑩　介護認定審査会の委員の経験	（在任期間）　　年　　月

	～　　年　　月
⑪　過去一年間の福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設、介護老人福祉施設又は介護老人保健施設における歯科健診への協力	（施設名） （実施日）　　年　　月　　日
⑫　自治体が実施する歯科保健に係る事業への協力	（事業名） （実施日）　　年　　月　　日

※１　①～⑫については、７に記載する歯科医師の実績について記載すること。

※２　※１に該当する歯科医師が複数名配置されている場合は、そのうち、いずれか１名について記載すること。

※３　①から④までについては、過去１年間の実績を記載すること。

※４　⑦、⑧について、内容が確認できる研修会の修了証（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）の写しを添付した場合には、上記への記載を省略して差し支えない。

12　当該保険医療機関に常時設置されている装置・器具の名称

一般名称	装置・器具等の製品名	台数（セット数）
自動体外式除細動器（AED）		
経皮的動脈血酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）		
酸素供給装置		
血圧計		
救急蘇生セット		
歯科用吸引装置		

様式17の４

口腔機能実地指導料の
施設基準に係る届出書添付書類

１．口腔機能発達不全症及び口腔機能低下症（入院患者や在宅・施設療養患者への対応を含むものであること。）の実地指導に係る研修を受講した歯科衛生士が１名以上配置されていること。

受講者１		
	受講者名（歯科衛生士名）	
	講習名（テーマ）	
	受講年月日　（和暦で記載すること）	年　　月　　日
	当該講習会の主催者	
受講者２		
	受講者名（歯科衛生士名）	
	講習名（テーマ）	
	受講年月日　（和暦で記載すること）	年　　月　　日
	当該講習会の主催者	
受講者３		
	受講者名（歯科衛生士名）	
	講習名（テーマ）	
	受講年月日　（和暦で記載すること）	年　　月　　日
	当該講習会の主催者	
受講者４		
	受講者名（歯科衛生士名）	
	講習名（テーマ）	
	受講年月日　（和暦で記載すること）	年　　月　　日
	当該講習会の主催者	
受講者５		
	受講者名（歯科衛生士名）	
	講習名（テーマ）	
	受講年月日　（和暦で記載すること）	年　　月　　日
	当該講習会の主催者	

※１　研修の受講を確認できるものを保管すること。
※２　令和９年５月３１日までの間、満たしているものとみなす。

２．歯科用ユニットを複数設置している等、口腔機能の指導が専念できる設備を有していること。

歯科用ユニット数の保有数	台

３．口腔機能実地指導を行う歯科衛生士の処遇の改善に係る取組を行っていること。（該当する項目に記載。）

~~当該加算が連携する~~歯科衛生士への手当や福利厚生等に活用されている	１：満たしている ２：満たしていない
~~当該加算が~~歯科衛生士の勤務環境の改善等に活用されている	１：満たしている ２：満たしていない
その他行っている取組	

様式18

在宅療養支援歯科診療所１若しくは２又は在宅療養支援歯科病院の施設基準に係る届出書添付書類

届出区分 （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）	１：在宅療養支援歯科診療所１ ２：在宅療養支援歯科診療所２ ３：在宅療養支援歯科病院

１．歯科訪問診療の割合（届出前１月間の実績）

①歯科訪問診療料を算定した人数	人
②外来で歯科診療を提供した人数	人
歯科訪問診療を提供した患者数の割合 ①/(①+②)/・・・（Ａ）	

※　①については、歯科訪問診療料（歯科訪問診療１、２、３、４若しくは５又は歯科訪問診療料の注15「イ　初診時」若しくは「ロ　再診時」若しくは注19「イ　初診時」若しくは「ロ　再診時」）を算定した患者の延べ人数を記載すること。
※　②については、診療所で歯科初診料、歯科再診料を算定した患者の延べ人数を記載すること。

２．歯科訪問診療の実績

在宅療養支援歯科診療所１の届出を行う場合（次のいずれかに該当すること。）

①　直近１か月に歯科訪問診療１、歯科訪問診療２又は歯科訪問診療料３を合計10回以上算定していること。		
	歯科訪問診療１、２又は３の算定回数 （届出前１月間の実績）	回
	歯科訪問診療１、歯科訪問診療２又は歯科訪問診療料３を合計10回以上算定している	１：満たしている ２：満たしていない
②　直近１か月に歯科訪問診療２から５までのいずれかを算定した回数が５回以上であり、そのうち20分以上の歯科訪問診療を算定した回数の割合が６割以上であること。		
	①歯科訪問診療２から５までの算定回数 （届出前１月間の実績）	回
	②歯科訪問診療２から５までのうち、20分以上の歯科訪問診療を算定した回数 （届出前１月間の実績）	回
	②歯科訪問診療２から５までのうち、20分以上の歯科訪問診療を算定した回数の割合 ②/①	
	歯科訪問診療２から５までのいずれかを算定した回数が５回以上であり、そのうち20分以上の歯科訪問診療を算定した回数の割合が６割以上である	１：満たしている ２：満たしていない
③　直近１か月に在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を合計５回以上算定していること。		
	在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の算定回数 （届出前１月間の実績）	回
	在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を合計５回以上算定している	１：満たしている ２：満たしていない
④　研修歯科医を受け入れており、当該研修歯科医に対して歯科訪問診療に係る教育を実施している臨床研修施設であること。		
	研修歯科医を受け入れており、当該研修歯科医に対して歯科訪問診療に係る教育を実施している臨床研修施設である	１：満たしている ２：満たしていない

在宅療養支援歯科診療所２の届出を行う場合（次のいずれかに該当すること。）

①　過去１年間に歯科訪問診療１、歯科訪問診療２又は歯科訪問診療３を合計４回以上算定していること。		
	歯科訪問診療１、２又は３の算定回数 （届出前１年間の実績）	回
	歯科訪問診療１、歯科訪問診療２又は歯科訪問診療３を合計４回以上算定している	１：満たしている ２：満たしていない
②　研修歯科医を受け入れており、当該研修歯科医に対して歯科訪問診療に係る教育を実施している臨床研修施設であること。 （在宅療養支援歯科診療所１、２又は在宅療養支援歯科病院の届出を行う場合）		
	研修歯科医を受け入れており、当該研修歯科医に対して歯科訪問診療に係る教育を実施している臨床研修施設である	１：満たしている
		２：満たしていない

在宅療養支援歯科病院の届出を行う場合（次のいずれかに該当すること。）

①　過去１年間に歯科訪問診療１、歯科訪問診療２又は歯科訪問診療３の算定件数及び他の保険医療機関からの要請により歯科訪問診療による歯科治療が困難な患者の受入れを行った実績が合計18回以上であること。		
	歯科訪問診療１、２又は３の算定回数 （届出前１年間の実績）	回
	他の保険医療機関からの要請により歯科訪問診療による歯科治療が困難な患者の受入れ （届出前１年間の実績）	回
	歯科訪問診療１、歯科訪問診療２又は歯科訪問診療３を合計４回以上算定している	１：満たしている ２：満たしていない
②　直近１か月に歯科訪問診療２から５までのいずれかを算定した回数が５回以上であり、そのうち20分以上の歯科訪問診療を算定した回数の割合が６割以上であること。		
	①歯科訪問診療２から５までの算定回数 （届出前１月間の実績）	回
	②歯科訪問診療２から５までのうち、20分以上の歯科訪問診療を算定した回数 （届出前１月間の実績）	回
	②歯科訪問診療２から５までのうち、20分以上の歯科訪問診療を算定した回数の割合 ②/①	
	歯科訪問診療２から５までのいずれかを算定した回数が５回以上であり、そのうち20分以上の歯科訪問診療を算定した回数の割合が６割以上である	１：満たしている ２：満たしていない
③　直近１か月に在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を合計10回以上算定していること。		
	在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の算定回数 （届出前１月間の実績）	回
	在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を合計５回以上算定している	１：満たしている ２：満たしていない
④　研修歯科医を受け入れており、当該研修歯科医に対して歯科訪問診療に係る教育を実施している臨床研修施設であること。		
	研修歯科医を受け入れており、当該研修歯科医に対して歯科訪問診療に係る教育を実施している臨床研修施設である	１：満たしている
		２：満たしていない

※　歯科訪問診療料の注15「イ　初診時」若しくは「ロ　再診時」又は注19「イ　初診時」若しくは「ロ　再診時」のうち、歯科訪問診療１、２又は３に相当する診療を含めた、算定回数を記載すること。

３．高齢者の口腔機能管理等に係る研修の受講歴等

受講者１		
	受講者名（常勤歯科医師名）	
	研修名	
	受講年月日　（和暦で記載すること）	年　　月　　日
	当該講習会の主催者	
	講習の内容等	
受講者２		
	受講者名（常勤歯科医師名）	
	研修名	
	受講年月日　（和暦で記載すること）	年　　月　　日
	当該講習会の主催者	
	講習の内容等	
受講者３		
	受講者名（常勤歯科医師名）	
	研修名	
	受講年月日　（和暦で記載すること）	年　　月　　日
	当該講習会の主催者	
	講習の内容等	

※　高齢者の心身の特性（認知症に関する内容を含む。）、高齢者の口腔機能管理、緊急時の対応等に関する内容を含むものであること。

※　研修会の修了証の写し又は当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧の添付でも可とするものであること。

４．歯科衛生士の氏名等

歯科衛生士１		
	歯科衛生士名	
	常勤又は非常勤（常勤又は非常勤を〇で囲むこと）	１：常勤　　２：非常勤
歯科衛生士２		
	歯科衛生士名	
	常勤又は非常勤（常勤又は非常勤を〇で囲むこと）	１：常勤　　２：非常勤
歯科衛生士３		
	歯科衛生士名	
	常勤又は非常勤（常勤又は非常勤を〇で囲むこと）	１：常勤　　２：非常勤

５．迅速に対応できる体制に係る事項

（1）患者からの連絡を受ける体制

担当者数		人
担当者１		
	担当者名	
	職種	
担当者２		
	担当者名	
	職種	
担当者３		
	担当者名	
	職種	

（2）歯科訪問診療体制

担当医数		人
担当医名		

６．在宅医療を担う他の保険医療機関等からの歯科訪問診療の依頼実績（届出前１年間の実績）

依頼元１		
	施設名	
	回数	回
依頼元２		
	施設名	
	回数	回
依頼元３		
	施設名	
	回数	回
合計回数		回

７．保険医療機関、介護・福祉施設等との連携の実績（以下のいずれかに該当すること。）

①　地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議又は病院・診療所・介護保険施設等が実施する多職種連携に係る会議等の出席（年１回）		
	会議等の名称	
②　病院・診療所・介護保険施設等の職員への口腔管理に関する技術的助言や研修等の実績又は口腔管理への協力（届出前１年間）		
	協力施設名	
③　歯科訪問診療に関する他の保険医療機関との連携実績（年１回）		
	保険医療機関名	
④　次のうち該当する項目に、算定件数（届出前１年間）を記載する。		
	在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料（１から３までに限る。）	件
	退院時共同指導料１	件
	医科連携訪問加算	件
	在宅歯科医療連携加算１	件
	在宅歯科医療連携加算２	件
	小児在宅歯科医療連携加算１	件
	小児在宅歯科医療連携加算２	件
	在宅歯科医療情報連携加算	件
	在宅患者連携指導料	件
	在宅患者緊急時等カンファレンス料	件

※ 令和９年５月31日までの間、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前の規定による令和８年５月31日以前の各区分の算定回数及び改正後の規定による令和８年６月１日以降の各区分の算定回数を合計して差し支えない。

８．在宅歯科診療に係る後方支援の機能

①在宅療養支援歯科診療所１又は２の届出を行う場合 在宅歯科診療に係る後方支援の機能を有する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。		
	医療機関の名称	
	所在地	
	連絡先	
②在宅療養支援歯科病院の届出を行う場合 在宅歯科診療に係る後方支援の機能を有していること。		
	在宅歯科診療に係る後方支援の機能を有している	１：満たしている ２：満たしていない

以下、９～13については、１．の（Ａ）が0.95以上である診療所のみ記載

９．過去１年間に、５か所以上の保険医療機関から初診患者の診療情報提供を受けていること。

①　保険医療機関名	
②　保険医療機関名	
③　保険医療機関名	
④　保険医療機関名	
⑤　保険医療機関名	

10. 直近３か月に当該診療所で行われた歯科訪問診療のうち、６割以上が歯科訪問診療１を算定していること。

①　歯科訪問診療１	人
②　歯科訪問診療２	人
③　歯科訪問診療３	人
④　歯科訪問診療４	人
⑤　歯科訪問診療５	人
歯科訪問診療１の算定割合 ①／（①＋②＋③＋④＋⑤）	

※1　①～⑤の歯科訪問診療料の人数は延べ人数を記載すること。

※2　歯科訪問診療1には歯科訪問診療料の注15「イ　初診時」若しくは「ロ　再診時」又は注19「イ　初診時」若しくは「ロ　再診時」を算定した患者のうち、歯科訪問診療1に相当する診療を行った患者数を含む。

※3　歯科訪問診療2には歯科訪問診療料の注15「イ　初診時」若しくは「ロ　再診時」又は注19「イ　初診時」若しくは「ロ　再診時」を算定した患者のうち、歯科訪問診療1に相当する診療を行った患者を除いた患者数を含む。

11. 在宅歯科医療に係る３年以上の経験を有する歯科医師が勤務していること。

①歯科医師		
	歯科医師名	
	経験年数	年
②歯科医師		
	歯科医師名	
	経験年数	年
⑤歯科医師		
	歯科医師名	
	経験年数	年

12. 歯科用ポータブルユニット、歯科用ポータブルバキューム及び歯科用ポータブルレントゲンを有していること。

①ポータブルユニット		
	医療機器認証番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
②ポータブルユニット		
	医療機器認証番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
③ポータブルユニット		
	医療機器認証番号	
	製品名	
	製造販売業者名	

※　①～③について、各欄に書ききれない場合は備考欄に医療機器認証番号、製品名及び製造販売業者名を記載すること。

13. 歯科訪問診療において、過去１年間の診療実績（歯科点数表に掲げるものうち、次に掲げるものの算定実績をいう。）が次の要件のいずれにも該当していること。

①抜髄	回
②感染根管処置	回
③　①及び②の合計（③＝①+②）	回
④抜歯手術	回
⑤有床義歯の新製	回
⑥有床義歯修理	回
⑦有床義歯内面適合法	回
⑧　⑤、⑥及び⑦の合計（⑧＝⑤＋⑥＋⑦）	回

※1　回数は延べ算定回数を記載すること。
※2　③、④が20回以上であること。
※3　⑤、⑥及び⑦がそれぞれ5回以上であること。
※4　⑧が40回以上であること。

様式18の3

介護保険施設等連携往診加算の施設基準に係る届出書添付書類

1　当該医療機関における24時間直接連絡を受ける体制及び往診担当医			
	届出の要件 （いずれか１つを選択し〇で囲むこと）	１：在宅療養支援病院又は在宅療養支援診療所であること。 ２：在宅療養後方支援病院であること。 ３：地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟又は病室を有する保険医療機関であること。	
	体制 （いずれか１つを選択し〇で囲むこと）	担当者を固定している　・　曜日、時間帯ごとに担当者が異なる（下の欄には主な担当者又は部門を記載すること）	
	連絡先担当者名又は部門		
	連絡先		
	往診の体制	介護保険施設等の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を	確保している・確保していない
	往診担当医の氏名 （主として対応する者）	①	
		②	
		③	

2　平時から連携体制を構築している介護保険施設及び連携の状況 （協力対象施設ごとに記載すること。選択肢のある項目は、いずれか１つを選び〇で囲むこと。）		
協力対象施設１	１．介護保険施設の名称	
	２．介護保険施設等の入所者の診療情報及び病状急変時の対応方針が適切に提供され、必要に応じて所属する保険医がICTを活用して当該診療情報及び病状急変時の対応方針を常に確認可能な体制を有している	該当する・該当しない
	３．上記２で「該当する」を選択した場合、情報共有に使用するサービスの名称	
	４．上記２で「該当する」を選択した場合、直近の入所者の急変対応等に関するカンファレンスを行った日	年　月　日
	５．上記２で「該当しない」を選択した場合、直近３回の入所者の急変対応等に関するカンファレンス（又は実際の往診）を行った日及び種別	年　月　日 カンファレンス・往診 年　月　日 カンファレンス・往診 年　月　日 カンファレンス・往診
協力対象施設２	１．介護保険施設の名称	
	２．介護保険施設等の入所者の診療情報及び病状急変時の対応方針が適切に提供され、必要に応じて所属する保険医がICTを活用して当該診療情報及び病状急変時の対応方針を常に確認可能な体制を有している	該当する・該当しない
	３．上記２で「該当する」を選択した場合、情報共有に使用するサービスの名称	
	４．上記２で「該当する」を選択した場合、直近の入所者の急変対応等に関するカンファレンスを行った日	年　月　日
	５．上記２で「該当しない」を選択した場合、直近３回の入所者の急変対応等に関するカンファレンス（又は実際の往診）を行った日及び種別	年　月　日 カンファレンス・往診 年　月　日 カンファレンス・往診 年　月　日 カンファレンス・往診
協力対象施設３	１．介護保険施設の名称	
	２．介護保険施設等の入所者の診療情報及び病状急変時の対応方針が適切に提供され、必要に応じて所属する保険医がICTを活用して当該診療情報及び病状急変時の対応方針を常に確認可能な体制を有している	該当する・該当しない
	３．上記２で「該当する」を選択した場合、情報共有に使用するサービスの名称	
	４．上記２で「該当する」を選択した場合、直近の入所者の急変対応等に関するカンファレンスを行った日	年　月　日
	５．上記２で「該当しない」を選択した場合、直近３回の入所者の急変対応等に関するカンファレンス（又は実際の往診）を行った日及び種別	年　月　日 カンファレンス・往診 年　月　日 カンファレンス・往診 年　月　日 カンファレンス・往診

		年　月　日
		カンファレンス・往診
協力対象施設４	１．介護保険施設の名称	
	２．介護保険施設等の入所者の診療情報及び病状急変時の対応方針が適切に提供され、必要に応じて所属する保険医がICTを活用して当該診療情報及び病状急変時の対応方針を常に確認可能な体制を有している	該当する・該当しない
	３．上記２で「該当する」を選択した場合、情報共有に使用するサービスの名称	
	４．上記２で「該当する」を選択した場合、直近の入所者の急変対応等に関するカンファレンスを行った日	年　月　日
	５．上記２で「該当しない」を選択した場合、直近３回の入所者の急変対応等に関するカンファレンス（又は実際の往診）を行った日及び種別	年　月　日
		カンファレンス・往診
		年　月　日
		カンファレンス・往診
		年　月　日
		カンファレンス・往診
協力対象施設５	１．介護保険施設の名称	
	２．介護保険施設等の入所者の診療情報及び病状急変時の対応方針が適切に提供され、必要に応じて所属する保険医がICTを活用して当該診療情報及び病状急変時の対応方針を常に確認可能な体制を有している	該当する・該当しない
	３．上記２で「該当する」を選択した場合、情報共有に使用するサービスの名称	
	４．上記２で「該当する」を選択した場合、直近の入所者の急変対応等に関するカンファレンスを行った日	年　月　日
	５．上記２で「該当しない」を選択した場合、直近３回の入所者の急変対応等に関するカンファレンス（又は実際の往診）を行った日及び種別	年　月　日
		カンファレンス・往診
		年　月　日
		カンファレンス・往診
		年　月　日
		カンファレンス・往診
協力対象施設６	１．介護保険施設の名称	
	２．介護保険施設等の入所者の診療情報及び病状急変時の対応方針が適切に提供され、必要に応じて所属する保険医がICTを活用して当該診療情報及び病状急変時の対応方針を常に確認可能な体制を有している	該当する・該当しない
	３．上記２で「該当する」を選択した場合、情報共有に使用するサービスの名称	
	４．上記２で「該当する」を選択した場合、直近の入所者の急変対応等に関するカンファレンスを行った日	年　月　日
	５．上記２で「該当しない」を選択した場合、直近３回の入所者の急変対応等に関するカンファレンス（又は実際の往診）を行った日及び種別	年　月　日
		カンファレンス・往診
		年　月　日
		カンファレンス・往診

３　連携体制等（※）について掲示しているホームページのURL等を以下に記載すること。

※　介護保険施設等に協力病院として定められており、当該介護保険施設等において療養を行っている患者の病状の急変等に対応すること及び協力病院として定められている介護保険施設等の名称

〔記載上の注意と添付書類〕

１　24時間の直接連絡を受ける体制について、連携する介護保険施設等に交付する文書を添付すること。

２　24時間往診が可能な体制について、連携する介護保険施設等に交付する文書を添付すること。

様式20の10

在宅腫瘍治療電場療法指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類

1　届出の区分 （該当する該当するすべての□に「✔」を記入すること。）	□　膠芽腫の場合の届出 □　非小細胞肺癌の場合の届出
2　施設基準に係る標榜診療科 （該当する該当するすべての□に「✔」を記入すること。）	□　脳神経外科 □　呼吸器内科 □　呼吸器外科 □　腫瘍内科

3　膠芽腫の場合

ア　届出種別 （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）	１：新規届出 ２：再度の届出
実績期間　開始年月（和暦で記載すること）	年　月
終了年月（和暦で記載すること）	年　月
イ　過去５年間の膠芽腫の治療の実施症例数	例

ウ　脳神経外科の常勤医師の氏名等

常勤医師１

氏名	
勤務時間	時間
脳神経外科の経験年数	年
膠芽腫の治療の経験症例数	例
うち過去５年間の経験症例数	例
所定の研修の有無 （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）	１：有 ２：無

常勤医師２

氏名	
勤務時間	時間
脳神経外科の経験年数	年
膠芽腫の治療の経験症例数	例
うち過去５年間の経験症例数	例
所定の研修の有無 （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）	１：有 ２：無

常勤医師３

氏名	
勤務時間	時間
脳神経外科の経験年数	年
膠芽腫の治療の経験症例数	例
うち過去５年間の経験症例数	例
所定の研修の有無 （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）	１：有 ２：無

4　非小細胞肺癌の場合

ア　届出種別 （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）	１：新規届出 ２：再度の届出

実績期間　開始年月（和暦で記載すること）	年　　月
終了年月（和暦で記載すること）	年　　月
イ　過去１年間の非小細胞肺癌に対するPD-1/PD-L1阻害剤による治療の実施症例数	例
ウ　呼吸器内科、呼吸器外科又は腫瘍内科の常勤医師の氏名等	
常勤医師１	
氏名	
勤務時間	時間
専門診療科	
専門診療科の経験年数	年
非小細胞肺癌に対するPD-1/PD-L1阻害剤による治療の経験症例数	例
うち過去１年間の経験症例数	例
所定の研修の有無 （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）	１：有 ２：無
常勤医師２	
氏名	
勤務時間	時間
専門診療科	
専門診療科の経験年数	年
非小細胞肺癌に対するPD-1/PD-L1阻害剤による治療の経験症例数	例
うち過去１年間の経験症例数	例
所定の研修の有無 （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）	１：有 ２：無
常勤医師３	
氏名	
勤務時間	時間
専門診療科	
専門診療科の経験年数	年
非小細胞肺癌に対するPD-1/PD-L1阻害剤による治療の経験症例数	例
うち過去１年間の経験症例数	例
所定の研修の有無 （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）	１：有 ２：無

［記載上の注意］
１　「ア」は、特掲施設基準通知第２の４の（３）に定めるところによるものであること。
２　膠芽腫の場合の「イ」及び「ウ」は、実績期間内に５例以上が必要であること。また、手術、放射線治療、抗悪性腫瘍剤を実施した膠芽腫症例一覧（実施年月日、手術、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式52により添付すること。
３　非小細胞肺癌の場合の「イ」及び「ウ」は、実績期間内に「イ」は10例以上、「ウ」は５例以上が必要であること。また、PD-1/PD-L1阻害剤による治療を実施した非小細胞肺癌症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式52により添付すること。
４　「ウ」の常勤医師の勤務時間について、週あたりの所定労働時間を記載すること。また、所定の研修の修了を証する文書の写し（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。
５　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式37

ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影の施設基準に係る届出書添付書類

１　届出種別 （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）	１：新規届出 ２：機器の追加 ３：機器の取り下げ
２　届出を行う項目 （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）	１：128列以上のマルチスライスＣＴ ２：64列以上128列未満のマルチスライスＣＴ ３：16列以上64列未満のマルチスライスＣＴ ４：４列以上16列未満のマルチスライスＣＴ ５：ＭＲＩ（３テスラ以上） ６：ＭＲＩ（１．５テスラ以上３テスラ未満）
３　〇印をつけた機器の名称、型番、メーカー名等 （ＭＲＩの場合はテスラ数も記載すること。）	
機種名	
型番	
メーカー名	
テスラ数等	
４　保守管理計画の有無 （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）	１：有　　２：無
５　安全管理責任者の氏名	
６　画像診断管理加算２、~~２（一部委託を行う場合）、~~ ３又は４の届出の有無 （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）	１：有　　２：無
７　専従の診療放射線技師の氏名	
８　施設共同利用率に係る事項	
・128列以上のマルチスライスＣＴ及び64列以上128列未満のマルチスライスＣＴ	
①　保有する全ての当該撮影に係る機器を使用した全患者数	名
②　当該撮影の共同利用を目的として他の保険医療機関から検査を依頼された紹介患者数	名
③　特別の関係にある保険医療機関間での紹介の場合及び画像の撮影を実施する保険医療機関へ転医目的で紹介された場合に該当する患者数	名
④　施設共同利用率 ＝　（②－③）／（①－③）×１００	%

	・ＭＲＩ（３テスラ以上）		
		①　保有する全ての当該撮影に係る機器を使用した全患者数	名
		②　当該撮影の共同利用を目的として他の保険医療機関から検査を依頼された紹介患者数	名
		③　特別の関係にある保険医療機関間での紹介の場合及び画像の撮影を実施する保険医療機関へ転医目的で紹介された場合に該当する患者数	名
		④　施設共同利用率 ＝　（②－③）／（①－③）×１００	%

［記載上の注意］

１　届出に係る画像診断機器１台につき、本様式による添付書類をそれぞれ作成すること。
　機器の入替の場合には、「機器の追加」と「機器の取り下げ」をそれぞれ作成すること。なお、機器の取り下げの場合は「１」から「３」まで記入すれば足りる。

２　「２」及び「３」については、機器ごとに記入すること。

３　使用するＣＴ撮影装置、ＭＲＩ撮影装置及び造影剤注入装置の保守管理計画を添付すること。

４　128列以上のマルチスライスＣＴ、64列以上128列未満のマルチスライスＣＴ又はＭＲＩ（３テスラ以上）の届出を行う場合は、「６」及び「７」についても必ず記入すること。

５　「８」については、128列以上のマルチスライスＣＴ、64列以上128列未満のマルチスライスＣＴ又はＭＲＩ（３テスラ以上）において、施設共同利用率が１０％以上の場合に限り記載すれば足りる。なお、保険診療を行った患者数のみを記入すること。また、128列以上のマルチスライスＣＴ、64列以上128列未満のマルチスライスＣＴ又はＭＲＩ（３テスラ以上）が２台以上ある場合には、合算した実績を記入すること。

様式38の３

地域支援・外来医薬品供給対応体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

１　届出を行う区分 （該当するもの１つに〇をすること。）		１：地域支援・外来医薬品供給対応体制加算１ ２：地域支援・外来医薬品供給対応体制加算２ ３：地域支援・外来医薬品供給対応体制加算３
２　後発医薬品の使用を促進するための体制の整備		
	後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を入手・評価する手順	
３　医薬品の使用状況		
	届出前３か月（開始年月）	年　　月
	届出前３か月（終了年月）	年　　月
	①　後発医薬品あり先発医薬品及び後発医薬品の規格単位数量	
	②　後発医薬品の規格単位数量	
	③　後発医薬品の割合（②／①）	%
４　医薬品の供給に係る体制		
	医薬品の供給が不足した場合に適切に対応する体制の有無 （該当するもの１つに〇をすること。）	１：有 ２：無
	医薬品の単品単価交渉の状況	□　原則全ての品目について実施

［記載上の注意］
１　後発医薬品の採用について検討を行う委員会等の名称、目的、構成員の職種・氏名等、検討する内容、開催回数等を記載した概要を添付すること。
２　規格単位数量とは、使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量のことをいう。
３　後発医薬品の規格単位数量の割合を計算するに当たっては、「「新指標の割合の算出に当たって対象となる後発医薬品」等について」（令和８年３月５日保医発0305第12号）を参照すること。
４　「４」の「医薬品の供給が不足した場合に適切に対応する体制」とは、医薬品の供給が不足した場合に、医薬品の処方等の変更等に関して適切な対応ができる体制のことをいう。

様式 39

外来腫瘍化学療法診療料１
外来腫瘍化学療法診療料２
外来腫瘍化学療法診療料３
外来化学療法加算１
外来化学療法加算２
の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を〇で囲むこと。□には、適合する場合「✓」を記入すること。

１　届　出	外来腫瘍化学療法診療料１	□
	外来腫瘍化学療法診療料２	□
	外来腫瘍化学療法診療料３	□
	外来化学療法加算１	□
	外来化学療法加算２	□
２　専用の治療室	専用の治療室の面積　　平方メートル	
	専用の病床数　　床	
３　当該化学療法の専任の常勤医師の氏名		
４　当該治療室に勤務する化学療法の経験を有する専任の看護師の氏名		
５　当該化学療法の専任の常勤薬剤師の氏名		
６　本診療料を算定している患者から電話等による緊急の相談等に24時間対応できる連絡体制（外来腫瘍化学療法診療料のみ）	（連絡先）	
７　急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制	自院における体制 □　可 □　不可	（不可の場合、連携保険医療機関名）
８　実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性	□　有　　□　無	

を評価し、承認する委員会を開催		
９　がん性疼痛緩和指導管理料に係る届出（外来腫瘍化学療法診療料１のみ）		□　有 □　無
10　患者の急変時の緊急事態等に対応するための指針の整備（外来腫瘍化学療法診療料１のみ）		□　有 □　無
11　外来腫瘍化学療法診療料３の届出を行っている他の保険医療機関において外来化学療法を実施している患者が、緊急時に当該保険医療機関に受診できる体制（外来腫瘍化学療法診療料１のみ）	外来腫瘍化学療法診療料３届出医療機関との連携 □　有 □　無	（有の場合、連携保険医療機関名）
12　当該保険医療機関において化学療法を実施する患者に対して、外来腫瘍化学療法診療料１の届出を行っている他の保険医療機関との連携により、緊急時に有害事象等の診療ができる連携体制（外来腫瘍化学療法診療料３のみ）	外来腫瘍化学療法診療料１届出医療機関との連携 □　有 □　無	（有の場合、連携保険医療機関名）
13　時間外において、当該保険医療機関で外来化学療法を実施している患者に関する電話等の問合せに応じる体制（外来腫瘍化学療法診療料３のみ）		□　有 □　無

［記載上の注意］

１　当該治療室の平面図を添付すること。

２　外来腫瘍化学療法診療料１及び外来化学療法加算１の施設基準に係る届出に当たっては、「３」の医師、「４」の看護師及び「５」の薬剤師は、５年以上の化学療法の経験を有する者であること。

３　「３」については、外来腫瘍化学療法診療料１及び外来化学療法加算１に係る届出の場合のみ記入すること。外来腫瘍化学療法診療料１に掲げる届出の場合については、当該医師は次に掲げるいずれかの研修を修了した者であること。

ア　がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会

イ　緩和ケアの基本教育に関する指導者研修会（日本緩和医療学会主催）~~緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立研究開発法人国立がん研究センター主催）~~等

４　外来腫瘍化学療法診療料１及び外来化学療法加算１の施設基準に係る届出に当たっては、実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会の目的、構成員、及び開催回数等を記載した概要を添付すること。

５　外来腫瘍化学療法診療料及び外来化学療法加算の治療室及び急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制については、兼用して差し支えない。また、人員体制についても兼任して差し支えない。

様式41

心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）
心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）
の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

標榜診療科 ※ 該当する□に✓を入れること	□ 循環器内科　□ 心臓血管外科
緊急時に備える体制 ※ 該当する□に✓を入れること	□ 救命救急入院料の届出が受理されている。 □ 特定集中治療室管理料の届出が受理されている。 □ 緊急手術・血管造影検査が行える体制が整ってい 連携保険医療機関名

施設基準における、配置職員情報		記入欄
循環器内科又は心臓血管外科を担当する医師の氏名１ ※ 専任の非常勤医師を組み合わせた場合を含む	氏名	
	常勤換算か否か ※ 該当するいずれかに●を記入するこ	○ 該当　○ 非該当
循環器内科又は心臓血管外科を担当する医師の氏名２ ※ 専任の非常勤医師を組み合わせた場合を含む	氏名	
	常勤換算か否か ※ 該当するいずれかに●を記入するこ	○ 該当　○ 非該当
心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する医師の氏名１ ※ 専任の非常勤医師を組み合わせた場合を含む	氏名	
	常勤換算か否か ※ 該当するいずれかに●を記入するこ	○ 該当　○ 非該当
心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する医師の氏名２ ※ 専任の非常勤医師を組み合わせた場合を含む	氏名	
	常勤換算か否か ※ 該当するいずれかに●を記入するこ	○ 該当　○ 非該当
心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専従の従事者の氏名１ ※ 専従の非常勤職員を組み合わせた場合を含む	氏名	
	常勤換算か否か ※ 該当するいずれかに●を記入するこ	○ 該当　○ 非該当
	職種	
心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専従の従事者の氏名２ ※ 専従の非常勤職員を組み合わせた場合を含む	氏名	
	常勤換算か否か ※ 該当するいずれかに●を記入するこ	○ 該当　○ 非該当
	職種	
心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専従の従事者の氏名３ ※ 専従の非常勤職員を組み合わせた場合を含む	氏名	
	常勤換算か否か ※ 該当するいずれかに●を記入するこ	○ 該当　○ 非該当
	職種	
心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専従の従事者の氏名４ ※ 専従の非常勤職員を組み合わせた場合を含む	氏名	
	常勤換算か否か ※ 該当するいずれかに●を記入するこ	○ 該当　○ 非該当
	職種	

専用施設及び器具等		記入欄
専用施設の面積 ※ 小数点以下四捨五入	機能訓練室	㎡
当該療法を行うための器械・器具の一覧 ※ 該当する□に✓を入れること	記入欄	□ 酸素供給装置　□ 心電図モニター装置　□ 救急カート □ 除細動器　□ トレッドミル又はエルゴメータ □ 血圧計　□ 運動負荷試験装置（医療機関内に備えていること） □ その他　（　）

初期加算及び 急性期リハビリテーション加算の届出 ※ 該当する□に✓を入れること		記入欄
		□ 有　□ 無
リハビリテーション科の医師１	氏名	
	常勤換算か否か ※ 該当するいずれかに●を記入すること	○ 該当　○ 非該当
リハビリテーション科の医師２	氏名	
	常勤換算か否か ※ 該当するいずれかに●を記入すること	○ 該当　○ 非該当

［記載上の注意］

1　運動負荷試験装置については、当該保険医療機関内に備えていればよい。

2　心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)を届け出る場合、「標榜診療科」については、当該科の担当医師が心大血管疾患リハビリテーションを実施する時間帯において常時勤務していなくてはならない。
心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)を届け出る場合、「標榜診療科」については記載が不要であるが、循環器内科又は心臓血管外科を担当する医師及び心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する医師が心大血管疾患リハビリテーションを実施する時間帯において常時勤務していなくてはならない。

3　「緊急時に備える体制」を連携保険医療機関で確保している場合には、当該連携保険医療機関の名称を記載すること。
また、緊急手術・血管造影検査が行える体制とは、心大血管疾患リハビリテーション実施時において、緊急時に使用可能な手術室及び血管造影室があり、緊急時に対応可能な職員が配置されている体制である。

4　専任の非常勤医師、専従の非常勤看護師、専従の非常勤理学療法士のうち、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤従事者を組み合わせて配置している場合には、当該非常勤従事者を常勤換算した人数(小数点以下第２位四捨五入)を記入すること。

5　当該リハビリテーションに従事する医師、看護師及び理学療法士の氏名並びに勤務の態様等について、別添２の様式44の２を添付すること。

6　当該リハビリテーションが行われる専用の機能訓練室の平面図を添付すること。

7　その他、当該届出を行うに当たっては、次の要件を満たす必要があること。
・リハビリテーションに関する記録（医師の指示、運動処方、実施時間、訓練内容、担当者　等）が
患者ごとに一元的に管理され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。
・定期的にその他関係職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

8　「初期加算及び急性期リハビリテーション加算届出の有無」欄について、有に●をつけた場合には、「リハビリテーション科の医師の氏名」欄を記載すること。
なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っているリハビリテーション科の非常勤医師を組み合わせて配置している場合には、当該医師の「常勤換算」に●を記入すること。

9　心大疾患リハビリテーションの経験を有する専従の理学療法士又は看護師を登録する際は、心大血管疾患別リハビリテーションについての経験が分かる書類していることがわかる書類（研修終了の場合は、当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

様式41

（心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）
心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ））の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

標榜診療科 ※ 該当する□に✓を入れること	□ 循環器内科　□ 心臓血管外科
緊急時に備える体制 ※ 該当する□に✓を入れること	□ 救命救急入院料の届出が受理されている。 □ 特定集中治療室管理料の届出が受理されている。 □ 緊急手術・血管造影検査が行える体制が整ってい 連携保険医療機関名

施設基準における、配置職員情報		記入欄
循環器内科又は心臓血管外科を担当する医師の氏名１ ※ 専任の非常勤医師を組み合わせた場合を含む	氏名	
	常勤換算か否か ※ 該当する□に✓を記入すること	□ 該当　□ 非該当
循環器内科又は心臓血管外科を担当する医師の氏名２ ※ 専任の非常勤医師を組み合わせた場合を含む	氏名	
	常勤換算か否か ※ 該当する□に✓を記入すること	□ 該当　□ 非該当
心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する医師の氏名１ ※ 専任の非常勤医師を組み合わせた場合を含む	氏名	
	常勤換算か否か ※ 該当する□に✓を記入すること	□ 該当　□ 非該当
心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する医師の氏名２ ※ 専任の非常勤医師を組み合わせた場合を含む	氏名	
	常勤換算か否か ※ 該当する□に✓を記入すること	□ 該当　□ 非該当
心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専従の従事者の氏名１ ※ 専従の非常勤職員を組み合わせた場合を含む	氏名	
	常勤換算か否か ※ 該当する□に✓を記入すること	□ 該当　□ 非該当
	職種	
心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専従の従事者の氏名２ ※ 専従の非常勤職員を組み合わせた場合を含む	氏名	
	常勤換算か否か ※ 該当する□に✓を記入すること	□ 該当　□ 非該当
	職種	
心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専従の従事者の氏名３ ※ 専従の非常勤職員を組み合わせた場合を含む	氏名	
	常勤換算か否か ※ 該当する□に✓を記入すること	□ 該当　□ 非該当
	職種	
心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専従の従事者の氏名４ ※ 専従の非常勤職員を組み合わせた場合を含む	氏名	
	常勤換算か否か ※ 該当する□に✓を記入すること	□ 該当　□ 非該当
	職種	

専用施設及び器具等		記入欄
専用施設の面積 ※ 小数点以下四捨五入	機能訓練室	㎡
当該療法を行うための器械・器具の一覧 ※ 該当する□に✓を記入すること	記入欄	□ 酸素供給装置　□ 心電図モニター装置　□ 救急カート □ 除細動器　□ トレッドミル又はエルゴメータ □ 血圧計　□ 運動負荷試験装置（医療機関内に備えていること） □ その他　（　）

初期加算及び 急性期リハビリテーション加算の届出 ※ 該当する□に✓を記入すること		記入欄
		□ 有　□ 無
リハビリテーション科の医師１	氏名	
	常勤換算か否か ※ 該当する□に✓を記入すること	□ 該当　□ 非該当
リハビリテーション科の医師２	氏名	
	常勤換算か否か ※ 該当する□に✓を記入すること	□ 該当　□ 非該当

［記載上の注意］

1　運動負荷試験装置については、当該保険医療機関内に備えていればよい。

2　心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)を届け出る場合、「標榜診療科」については、当該科の担当医師が心大血管疾患リハビリテーションを実施する時間帯において常時勤務していなくてはならない。
心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)を届け出る場合、「標榜診療科」については記載が不要であるが、循環器内科又は心臓血管外科を担当する医師及び心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する医師が心大血管疾患リハビリテーションを実施する時間帯において常時勤務していなくてはならない。

3　「緊急時に備える体制」を連携保険医療機関で確保している場合には、当該連携保険医療機関の名称を記載すること。
また、緊急手術・血管造影検査が行える体制とは、心大血管疾患リハビリテーション実施時において、緊急時に使用可能な手術室及び血管造影室があり、緊急時に対応可能な職員が配置されている体制である。

4　専任の非常勤医師、専従の非常勤看護師、専従の非常勤理学療法士のうち、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤従事者を組み合わせて配置している場合には、当該非常勤従事者を常勤換算した人数(小数点以下第２位四捨五入)を記入すること。

5　当該リハビリテーションに従事する医師、看護師及び理学療法士の氏名並びに勤務の態様等について、別添２の様式44の２を添付すること。

6　当該リハビリテーションが行われる専用の機能訓練室の平面図を添付すること。

7　その他、当該届出を行うに当たっては、次の要件を満たす必要があること。
・リハビリテーションに関する記録（医師の指示、運動処方、実施時間、訓練内容、担当者　等）が
患者ごとに一元的に管理され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。
・定期的にその他関係職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

8　「初期加算及び急性期リハビリテーション加算届出の有無」欄について、有に✓をつけた場合には、「リハビリテーション科の医師の氏名」欄を記載すること。
なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っているリハビリテーション科の非常勤医師を組み合わせて配置している場合には、当該医師の「常勤換算」に✓を記入すること。

9　心大疾患リハビリテーションの経験を有する専従の理学療法士又は看護師を登録する際は、心大血管疾患別リハビリテーションについての経験が分かる書類していることがわかる書類（研修終了の場合は、当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

様式42

リハビリテーションの施設基準に係る届出書添付書類

届出区分 ※ 該当する項目について、 いずれかの該当する□に✓を記入すること	記入欄	
	□ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）	□ 運動器リハビリテーション料（Ⅰ）
	□ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）	□ 運動器リハビリテーション料（Ⅱ）
	□ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）	□ 運動器リハビリテーション料（Ⅲ）
	□ 呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）	
	□ 呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）	

施設基準における、配置職員情報				記入欄
従事者数 ※ 該当する従事者がいない場合は、０を入力する	医師	常勤	専任	人
		非常勤	専任（常勤換算）	人
	理学療法士	常勤	専従	人
		非常勤	専従（常勤換算）	人
	作業療法士	常勤	専従	人
		非常勤	専従（常勤換算）	人
	言語聴覚士	常勤	専従	人
		非常勤	専従（常勤換算）	人
	経験を有する従事者	常勤	専従	人
		非常勤	専従（常勤換算）	人
研修を修了した従事者 ※ 運動器リハビリテーション料を届け出る場合で、対象者がいる場合は入力する。	従事者１	氏名		
		職種		
		修了した研修名		
	従事者２	氏名		
		職種		
		修了した研修名		
	従事者３	氏名		
		職種		
		修了した研修名		

<table>
<tr><th colspan="2">専用施設及び器具等</th><th>記入欄</th></tr>
<tr><td rowspan="2">専用施設の面積
※ 小数点以下四捨五入</td><td>機能訓練室</td><td>㎡</td></tr>
<tr><td>個別療法室
※ 言語聴覚療法を行う場合は記入すること</td><td>㎡</td></tr>
<tr><td rowspan="2">当該療法を行うための器械・器具の一覧
※ 該当する□に✓を記入すること</td><td colspan="2">記入欄</td></tr>
<tr><td colspan="2">□ 各種歩行補助具　□ 各種車椅子
□ 各種測定用器具（角度計、握力計等）　□ 平行棒
□ 血圧計　□ 姿勢矯正用鏡
□ 各種装具（長・短下肢装具等）　□ 訓練マット
□ 治療台　□ 砂嚢などの重錘
□ 傾斜台　□ 家事用設備
□ 各種日常生活動作用設備　□ 聴力検査機器
□ 音声録音再生装置　□ ビデオ録画システム
□ リハビリテーション用医療機器　※ 必要に応じて
□ 血液ガス検査機器　□ 呼吸機能検査機器
□ その他　（　）
※ その他に✓を入れた場合は、（　）に内容を記入すること</td></tr>
<tr><td rowspan="2">初期加算及び
急性期リハビリテーション加算の届出
※ 該当する□に✓を記入すること</td><td colspan="2">記入欄</td></tr>
<tr><td colspan="2">□ 有　□ 無</td></tr>
<tr><td rowspan="2">リハビリテーション科の医師１</td><td>氏名</td><td></td></tr>
<tr><td>常勤換算か否か
※ 該当する□に✓を記入すること</td><td>□ 該当　□ 非該当</td></tr>
<tr><td rowspan="2">リハビリテーション科の医師２</td><td>氏名</td><td></td></tr>
<tr><td>常勤換算か否か
※ 該当する□に✓を記入すること</td><td>□ 該当　□ 非該当</td></tr>
</table>

［記載上の注意］

1　専任の非常勤医師、専従の非常勤理学療法士・作業療法士・言語聴覚士のうち、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤従事者を組み合わせて配置している場合には、当該非常勤従事者を常勤換算した人数(小数点以下第２位四捨五入)を記入すること。

2　当該リハビリテーションに従事する医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士及びその他の従事者の氏名並びに勤務の態様等について、別添２の様式44の２を添付すること。

3　当該リハビリテーションが行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。
なお、言語聴覚療法を行う保険医療機関においては、遮蔽等に配慮した専用の個別療法室があることがわかる平面図であること。

4　その他、当該届出を行うに当たっては、次の要件を満たす必要があること。
・リハビリテーションに関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）が患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。

5　「初期加算及び急性期リハビリテーション加算届出の有無」欄について、有に「✓」をつけた場合には、「リハビリテーション科の医師の氏名」欄を記載すること。
なお、当該医師については、リハビリテーションに専ら従事している医師であること。
また、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っているリハビリテーション科の非常勤医師を組み合わせて配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の□に　「✓」を記入すること。

6　運動器リハビリテーション料を届け出る場合において研修を修了した従事者を登録する際は、運動器リハビリテーションについて研修を修了していることがわかる書類（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

様式42

リハビリテーションの施設基準に係る届出書添付書類

	記入欄	
届出区分 ※ 該当する項目について、記入欄に●を記入すること	○ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）	○ 運動器リハビリテーション料（Ⅰ）
	○ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）	○ 運動器リハビリテーション料（Ⅱ）
	○ 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）	○ 運動器リハビリテーション料（Ⅲ）
	○ 呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）	
	○ 呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）	

施設基準における、配置職員情報				記入欄
従事者数 ※ 該当する従事者がいない場合は、0を入力する	医師	常勤	専任	人
		非常勤	専任（常勤換算）	人
	理学療法士	常勤	専従	人
		非常勤	専従（常勤換算）	人
	作業療法士	常勤	専従	人
		非常勤	専従（常勤換算）	人
	言語聴覚士	常勤	専従	人
		非常勤	専従（常勤換算）	人
	経験を有する従事者	常勤	専従	人
		非常勤	専従（常勤換算）	人
研修を修了した従事者 ※ 運動器リハビリテーション料を届け出る場合で、対象者がいる場合は入力する。	従事者１	氏名		
		職種		
		終了した研修名		
	従事者２	氏名		
		職種		
		終了した研修名		
	従事者３	氏名		
		職種		
		終了した研修名		

<table>
<tr><td colspan="2">専用施設及び器具等</td><td>記入欄</td></tr>
<tr><td rowspan="2">専用施設の面積
※ 小数点以下四捨五入</td><td>機能訓練室</td><td>㎡</td></tr>
<tr><td>個別療法室
※ 言語聴覚療法を行う場合は記入すること</td><td>㎡</td></tr>
<tr><td rowspan="2">当該療法を行うための器械・器具の一覧
※ 該当する□に✓を入れること</td><td colspan="2">記入欄</td></tr>
<tr><td colspan="2">□ 各種歩行補助具　□ 各種車椅子
□ 各種測定用器具（角度計、握力計等）　□ 平行棒
□ 血圧計　□ 姿勢矯正用鏡
□ 各種装具（長・短下肢装具等）　□ 訓練マット
□ 治療台　□ 砂嚢などの重錘
□ 傾斜台　□ 家事用設備
□ 各種日常生活動作用設備　□ 聴力検査機器
□ 音声録音再生装置　□ ビデオ録画システム
□ リハビリテーション用医療機器　※ 必要に応じて
□ 血液ガス検査機器　□ 呼吸機能検査機器
□ その他　（　）
※ その他に✓を入れた場合は、（　）に内容を記入すること</td></tr>
<tr><td rowspan="2">初期加算及び
急性期リハビリテーション加算の届出
※ 該当するいずれかに●を記入すること</td><td colspan="2">記入欄</td></tr>
<tr><td colspan="2">○ 有　○ 無</td></tr>
<tr><td rowspan="2">リハビリテーション科の医師１</td><td>氏名</td><td></td></tr>
<tr><td>常勤換算か否か
※ 該当するいずれかに●を記入すること</td><td>○ 該当　○ 非該当</td></tr>
<tr><td rowspan="2">リハビリテーション科の医師２</td><td>氏名</td><td></td></tr>
<tr><td>常勤換算か否か
※ 該当するいずれかに●を記入すること</td><td>○ 該当　○ 非該当</td></tr>
</table>

［記載上の注意］

1 専任の非常勤医師、専従の非常勤理学療法士・作業療法士・言語聴覚士のうち、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤従事者を組み合わせて配置している場合には、当該非常勤従事者を常勤換算した人数(小数点以下第２位四捨五入)を記入すること。

2 当該リハビリテーションに従事する医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士及びその他の従事者の氏名並びに勤務の態様等について、別添２の様式44の２を添付すること。

3 当該リハビリテーションが行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。
なお、言語聴覚療法を行う保険医療機関においては、遮蔽等に配慮した専用の個別療法室があることがわかる平面図であること。

4 その他、当該届出を行うに当たっては、次の要件を満たす必要があること。
・リハビリテーションに関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）が患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。

5 「初期加算及び急性期リハビリテーション加算届出の有無」欄について、有に●をつけた場合には、「リハビリテーション科の医師の氏名」欄を記載すること。
なお、当該医師については、リハビリテーションに専ら従事している医師であること。
また、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っているリハビリテーション科の非常勤医師を組み合わせて配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の□に　「✓」を記入すること。

6 運動器リハビリテーション料を届け出る場合において研修を修了した従事者を登録する際は、運動器リハビリテーションについて研修を修了していることがわかる書類（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

様式43の２

がん患者リハビリテーション料の施設基準に係る届出書添付書類

施設基準における、配置職員情報		記入欄
専任の常勤医師１ ※ 専任の非常勤医師を組み合わせた場合を含む	氏名	
	常勤換算か否か ※ 該当する□に✓を記入すること	□ 該当 □ 非該当
	リハビリテーションに係る経験 ※ 年単位で記入すること（小数点以下切り	年
	がん患者リハビリテーションの研修 ※ 該当する□に✓を記入すること	□ 受講済 □ 未受講
専任の常勤医師２ ※ 専任の非常勤医師を組み合わせた場合を含む	氏名	
	常勤換算か否か ※ 該当する□に✓を記入すること	□ 該当 □ 非該当
	リハビリテーションに係る経験 ※ 年単位で記入すること（小数点以下切り	年
	がん患者リハビリテーションの研修 ※ 該当する□に✓を記入すること	□ 受講済 □ 未受講
専任の常勤医師３ ※ 専任の非常勤医師を組み合わせた場合を含む	氏名	
	常勤換算か否か ※ 該当する□に✓を記入すること	□ 該当 □ 非該当
	リハビリテーションに係る経験 ※ 年単位で記入すること（小数点以下切り	年
	がん患者リハビリテーションの研修 ※ 該当する□に✓を記入すること	□ 受講済 □ 未受講
専従の従事者１	氏名	
	職種	
	がん患者リハビリテーションの研修 ※ 該当する□に✓を記入すること	□ 受講済 □ 未受講
専従の従事者２ ※ 専従の非常勤職員を組み合わせた場合を含む	氏名	
	常勤換算か否か ※ 該当する□に✓を記入すること	□ 該当 □ 非該当
	職種	
	がん患者リハビリテーションの研修 ※ 該当する□に✓を記入すること	□ 受講済 □ 未受講
専従の従事者３ ※ 専従の非常勤職員を組み合わせた場合を含む	氏名	
	常勤換算か否か ※ 該当する□に✓を記入すること	□ 該当 □ 非該当
	職種	
	がん患者リハビリテーションの研修 ※ 該当する□に✓を記入すること	□ 受講済 □ 未受講
専従の従事者４ ※ 専従の非常勤職員を組み合わせた場合を含む	氏名	
	常勤換算か否か ※ 該当する□に✓を記入すること	□ 該当 □ 非該当
	職種	
	がん患者リハビリテーションの研修 ※ 該当する□に✓を記入すること	□ 受講済 □ 未受講

専用施設及び器具等		記入欄
専用施設の面積 ※ 小数点以下四捨五入	機能訓練室	㎡
	個別療法室 ※ 言語聴覚療法を行う場合は記入すること	㎡
当該療法を行うための器械・器具の一覧 ※ 該当する□に✓を記入すること	記入欄	
	□ 訓練マット □ 治療台 □ 砂嚢などの重錘 □ その他 （ ） □ 各種歩行補助具 □ 各種測定用器具（角度計、握力計等）	

［記載上の注意］

1 専任の非常勤医師、専従の非常勤理学療法士・作業療法士・言語聴覚士のうち、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤従事者を組み合わせて配置している場合には、当該非常勤従事者を常勤換算した人数(小数点以下第２位四捨五入)を記入すること。

2 当該リハビリテーションに従事する医師、理学療法士、作業療法士~~、及び~~言語聴覚士~~及びその他の従事者~~の氏名並びに勤務の態様等について、別添２の様式44の２を添付すること。

3 経験を有する専任の医師について、①リハビリテーションに関する経験についてわかる書類②がん患者のリハビリテーションについて研修を修了していることがわかる書類（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも

4 専従の従事者について、がん患者のリハビリテーションについて研修を修了していることがわかる書類（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

5 当該リハビリテーションが行われる専用の機能訓練室の平面図を添付していること。

なお、言語聴覚療法を行う保険医療機関においては、遮蔽等に配慮した専用の個別療法室があることがわかる平面図であるこ

様式43の３

認知症患者リハビリテーション料の施設基準に係る届出書添付書類

施設要件	記入欄
1. 認知症治療病棟入院料を算定する保険医療機関 2. 認知症疾患医療センター ※ 該当する□に✓を記入すること	□ 1　□ 2

施設基準における、配置職員情報				記入欄
専任の常勤医師１ ※　専任の非常勤医師を組み合わせた場合を含む	氏名			
	常勤換算か否か ※ 該当する□に✓を記入すること			□ 該当　□ 非該当
	リハビリテーションに係る経験 ※ 年単位で記入すること（小数点以下切り捨て）			年
	認知症患者リハビリテーションの研修 ※ 該当する□に✓を記入すること			□ 受講済　□ 未受講
専任の常勤医師２ ※ 専任の非常勤医師を組み合わせた場合を含む	氏名			
	常勤換算か否か ※ 該当する□に✓を記入すること			□ 該当　□ 非該当
	リハビリテーションに係る経験 ※ 年単位で記入すること（小数点以下切り捨て）			年
	認知症患者リハビリテーションの研修 ※ 該当する□に✓を記入すること			□ 受講済　□ 未受講
専任の常勤医師３ ※ 専任の非常勤医師を組み合わせた場合を含む	氏名			
	常勤換算か否か ※ 該当する□に✓を記入すること			□ 該当　□ 非該当
	リハビリテーションに係る経験 ※ 年単位で記入すること（小数点以下切り捨て）			年
	認知症患者リハビリテーションの研修 ※ 該当する□に✓を記入すること			□ 受講済　□ 未受講
従事者数 ※ 該当する従事者がいない場合は、０を入力する	理学療法士	常勤	専従	人
		非常勤	専従（常勤換算）	人
	作業療法士	常勤	専従	人
		非常勤	専従（常勤換算）	人
	言語聴覚士	常勤	専従	人
		非常勤	専従（常勤換算）	人

当該療法を行うための器械・器具の一覧	記入欄

［記載上の注意］

1　専任の非常勤医師、専従の非常勤理学療法士・作業療法士・言語聴覚士のうち、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤従事者を組み合わせて配置している場合には、当該非常勤従事者を常勤換算した人数（小数点以下第２位四捨五入）を記入すること。

2　当該リハビリテーションに従事する医師、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士~~及びその他の従事者~~の氏名並びに勤務の態様等について、別添２の様式44の２を添付すること。

3　経験を有する専任の医師について、①認知症患者の診療に関する経験についてわかる書類、②認知症患者のリハビリテーションについて研修を修了していることがわかる書類（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付するこ

4　当該リハビリテーションが行われる専用の機能訓練室の平面図を添付していること。

5　当該療法を行うための器械・器具の一覧については、作業療法、学習訓練療法、運動療法等に用いるための用具を記載すること。

様式43の３

認知症患者リハビリテーションの施設基準に係る届出書添付書類

施設要件				記入欄
1. 認知症治療病棟入院料を算定する保険医療機関 2. 認知症疾患医療センター				○ 1　○ 2
施設基準における、配置職員情報				記入欄
専任の常勤医師１ ※　専任の非常勤医師を組み合わせた場合を含む	氏名			
	常勤換算か否か ※ 該当するいずれかに●を記入すること			○ 該当　○ 非該当
	リハビリテーションに係る経験 ※ 年単位で記入すること（小数点以下切り捨			年
	認知症患者リハビリテーションの研修 ※ 該当するいずれかに●を記入すること			○ 受講済　○ 未受講
専任の常勤医師２ ※ 専任の非常勤医師を組み合わせた場合を含む	氏名			
	常勤換算か否か ※ 該当するいずれかに●を記入すること			○ 該当　○ 非該当
	リハビリテーションに係る経験 ※ 年単位で記入すること（小数点以下切り捨			年
	認知症患者リハビリテーションの研修 ※ 該当するいずれかに●を記入すること			○ 受講済　○ 未受講
専任の常勤医師３ ※ 専任の非常勤医師を組み合わせた場合を含む	氏名			
	常勤換算か否か ※ 該当するいずれかに●を記入すること			○ 該当　○ 非該当
	リハビリテーションに係る経験 ※ 年単位で記入すること（小数点以下切り捨			年
	認知症患者リハビリテーションの研修 ※ 該当するいずれかに●を記入すること			○ 受講済　○ 未受講
従事者数 ※ 該当する従事者がいない場合は、0を入力する	理学療法士	常勤	専従	人
		非常勤	専従（常勤換算）	人
	作業療法士	常勤	専従	人
		非常勤	専従（常勤換算）	人
	言語聴覚士	常勤	専従	人
		非常勤	専従（常勤換算）	人

	記入欄
当該療法を行うための器械・器具の一覧	

［記載上の注意］

1　専任の非常勤医師、専従の非常勤理学療法士・作業療法士・言語聴覚士のうち、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤従事者を組み合わせて配置している場合には、当該非常勤従事者を常勤換算した人数（小数点以下第２位四捨五入）を記入すること。

2　当該リハビリテーションに従事する医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士及びその他の従事者の氏名並びに勤務の態様等について、別添２の様式44の２を添付すること。

3　経験を有する専任の医師について、①認知症患者の診療に関する経験についてわかる書類、②認知症患者のリハビリテーションについて研修を修了していることがわかる書類（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付するこ

4　当該リハビリテーションが行われる専用の機能訓練室の平面図を添付していること。

5　当該療法を行うための器械・器具の一覧については、作業療法、学習訓練療法、運動療法等に用いるための用具を記載すること。

様式43の６の２

摂食嚥下機能回復体制加算１又は３の施設基準に係る届出書添付書類

届け出る加算 （いずれか１つを選択し○で囲むこと。既にいずれかの加算を届け出ており、別の加算を届け出る場合は、新規に届け出る加算についてのみ○すること。）	摂食嚥下機能回復体制加算１ ・ 摂食嚥下機能回復体制加算３

経口摂取のみの栄養方法を行っている状態に回復した患者の実績

対象とする期間（１月から12月までの１年間） （※１）（和暦）	年　月　日 ～　年　月　日

実績に係る経口摂取回復率（摂食嚥下機能回復体制加算１の場合）

①　他の医療機関から転院してきた人~~口~~エ栄養（※２）を実施している患者のうち、対象期間に自院で摂食機能療法を実施した患者の数	人
②　①のうち、以下のいずれか１つ以上に該当する患者 ・　人工栄養を開始した日から１年以内に死亡した患者のうち、死亡時までに経口摂取のみの栄養方法を行う状態（※３）に回復しなかった患者 ・　人~~口~~エ栄養を開始した日から１か月以内に経口摂取のみの栄養方法を行う状態に回復した患者 ・　転院時点で、人工栄養を開始した日から１年以上経過が経過していた患者 ・　疾患の状態による理由から胃瘻を造設した場合（※４）であって、転院後、実績の対象期間中に胃瘻を造設した日から１年以上が経過した患者	人
③　①の患者（②に該当する患者を除く）のうち、対象期間に経口摂取のみの栄養方法を行っている状態に回復した患者	人
④　対象期間に自院で人工栄養を開始した患者	人
⑤　④のうち、以下のいずれかに１つ以上に該当する患者 ・　人工栄養を開始した日から１年以内に死亡した患者のうち、死亡時までに経口摂取のみの栄養方法を行う状態に回復しなかった患者 ・　人工~~口~~栄養を開始した日から１か月以内に経口摂取のみの栄養方法を行う状態に回復した患者 ・　疾患の状態による理由から胃瘻を造設した場合であって、摂食機能療法を行っていない患者	人
⑥　④の患者（⑤に該当する患者を除く）のうち、対象期間に経口摂取のみの栄養方法を行っている状態に回復した患者	人
経口摂取のみによる栄養方法に回復した患者の割合（35%以上） ③＋⑥／｛（①－②）＋（④－⑤）｝	%

実績に係る患者数等（摂食嚥下機能回復体制加算３の場合）

療養病棟入院料１又は２を算定する病棟の入院患者における、以下の患者の人数		
	ア　中心静脈栄養を実施していた患者のうち、嚥下機能評価を実施した上で嚥下リハビリテーション等を行い、嚥下機能が回復し、中心静脈栄養を終了した者	人
	イ　鼻腔栄養を実施していた患者又は胃瘻を造設していた患者のうち、嚥下機能評価を実施した上で嚥下リハビリテーション等を行い、嚥下機能が回復し、経口摂取のみの栄養方法を行う状態（※４）に回復した者	人
合計（ア＋イ）（２名以上）		人

［記載上の注意事項］

※１　実績の対象とする期間は、特掲診療料施設基準通知第２の４の（11）に定めるところによるものであること。

※２　人工栄養とは、鼻腔栄養、胃瘻による栄養投与、中心静脈栄養をいう。

※３　経口摂取のみの栄養方法を行っている状態とは、以下のいずれかをいい、内服薬又は水分を不定期に経口摂取以外の方法で摂取する状態を含む。

- 鼻腔栄養を実施している患者にあっては、経鼻経管を抜去した上で、１か月以上にわたって栄養方法が経口摂取のみであるもの。
- 胃瘻を造設している患者にあっては、胃瘻抜去術又は胃瘻閉鎖術を実施した上で、１か月以上にわたって栄養方法が経口摂取のみであるもの。
- 中心静脈栄養を実施している患者にあっては、中心静脈栄養を終了した上で、１か月以上にわたって栄養方法が経口摂取のみであるもの。

※４　疾患の状態による理由から胃瘻を造設した場合とは、以下のいずれかのことをいう。

- 消化器疾患等の患者であって、減圧ドレナージ目的で胃瘻造設を行った患者
- 炎症性腸疾患の患者であって、成分栄養剤の経路として胃瘻造設が必要であった患者
- 食道、胃噴門部の狭窄、食道穿孔等の食道や胃噴門部の疾患によって胃瘻造設が必要であった患者

様式43の７

リンパ浮腫複合的治療料の施設基準に係る届出書添付書類

施設基準における、配置職員情報		記入欄
専任の従事者１ ※ 専任の従事者を組み合わせた場合を含む	氏名	
	職種	
	常勤換算か否か ※ 該当する□に✓を記入すること	□ 該当 □ 非該当
	リンパ浮腫複合的治療の研修 ※ 該当する□に✓を記入すること	□ 受講済 □ 未受講
	資格取得年月日 ※ 医師等の医療資格の取得年月日を和暦で記入する	年 月 日
	直近２年以内の経験症例数	例
	修了した研修名・主催者名	
専任の従事者２ ※ 専任の従事者を組み合わせた場合を含む	氏名	
	職種	
	常勤換算か否か ※ 該当する□に✓を記入すること	□ 該当 □ 非該当
	リンパ浮腫複合的治療の研修 ※ 該当する□に✓を記入すること	□ 受講済 □ 未受講
	資格取得年月日 ※ 医師等の医療資格の取得年月日を和暦で記入する	年 月 日
	直近２年以内の経験症例数	例
	修了した研修名・主催者名	
専任の従事者３ ※ 専任の従事者を組み合わせた場合を含む	氏名	
	職種	
	常勤換算か否か ※ 該当する□に✓を記入すること	□ 該当 □ 非該当
	リンパ浮腫複合的治療の研修 ※ 該当する□に✓を記入すること	□ 受講済 □ 未受講
	資格取得年月日 ※ 医師等の医療資格の取得年月日を和暦で記入する	年 月 日
	直近２年以内の経験症例数	例
	修了した研修名・主催者名	
専任の従事者４ ※ 専任の従事者を組み合わせた場合を含む	氏名	
	職種	
	常勤換算か否か ※ 該当する□に✓を記入すること	□ 該当 □ 非該当
	リンパ浮腫複合的治療の研修 ※ 該当する□に✓を記入すること	□ 受講済 □ 未受講
	資格取得年月日 ※ 医師等の医療資格の取得年月日を和暦で記入する	年 月 日
	直近２年以内の経験症例数	例
	修了した研修名・主催者名	
専任の従事者５ ※ 専任の従事者を組み合わせた場合を含む	氏名	
	職種	
	常勤換算か否か ※ 該当する□に✓を記入すること	□ 該当 □ 非該当
	リンパ浮腫複合的治療の研修 ※ 該当する□に✓を記入すること	□ 受講済 □ 未受講
	資格取得年月日 ※ 医師等の医療資格の取得年月日を和暦で記入する	年 月 日
	直近~~３~~２年以内の経験症例数	例
	修了した研修名・主催者名	

届け出る実績 ※ 該当する□に✓を記入すること		記入欄 □ 当該保健保険医療機関　□ 連携医療機関
上記の医療機関における、 直近１年間でのリンパ浮腫指導管理料の算定回数		回
上記算定における、対象期間 ※ リンパ浮腫指導管理料の算定期間を和暦で記入すること		令和　年　月　日 ～　令和　年　月　日
届出医療機関における標榜科 ※ リンパ浮腫にかかる合併症の治療を主として行う診療科の□に✓を記入すること		□ 内科　□ 外科　□ 皮膚科
連携医療機関１	医療機関名	
	連携内容 ※ 該当する□に✓を記入すること	□ 診断等に係る連携　□ 合併症治療に係る連携
連携医療機関２	医療機関名	
	連携内容 ※ 該当する□に✓を記入すること	□ 診断等に係る連携　□ 合併症治療に係る連携

当該療法を行うための器械・器具の一覧 ※ 該当する□に✓を記入すること	記入欄
	□ 歩行補助具　□ 治療台　□ 各種測定用器具（巻尺等）

[記載上の注意]

1 必要に応じて行を追加して記入すること。

2 配置職員情報については、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤従事者を組み合わせて配置している場合には、当該従事者の「常勤換算」の該当する□に✓を記入すること。

3 別途、研修の内容及び修了の事実が確認できる書類（修了証、プログラム等。当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可。）を添付すること。

様式43の７

リンパ浮腫複合的治療料の施設基準に係る届出書添付書類

施設基準における、配置職員情報		記入欄
専任の従事者１ ※ 専任の従事者を組み合わせた場合を含む	氏名	
	職種	
	常勤換算か否か ※ 該当するいずれかに●を記入すること	（　該当　）（　非該当）
	リンパ浮腫複合的治療の研修 ※ 該当するいずれかに●を記入すること	（　受講済　）（　未受講）
	資格取得年月日 ※ 医師等の医療資格の取得年月日を和暦で	年　月　日
	直近２年以内の経験症例数	例
	修了した研修名・主催者名	
専任の従事者２ ※ 専任の従事者を組み合わせた場合を含む	氏名	
	職種	
	常勤換算か否か ※ 該当するいずれかに●を記入すること	（　該当　）（　非該当）
	リンパ浮腫複合的治療の研修 ※ 該当するいずれかに●を記入すること	（　受講済　）（　未受講）
	資格取得年月日 ※ 医師等の医療資格の取得年月日を和暦で	年　月　日
	直近２年以内の経験症例数	例
	修了した研修名・主催者名	
専任の従事者３ ※ 専任の従事者を組み合わせた場合を含む	氏名	
	職種	
	常勤換算か否か ※ 該当するいずれかに●を記入すること	（　該当　）（　非該当）
	リンパ浮腫複合的治療の研修 ※ 該当するいずれかに●を記入すること	（　受講済　）（　未受講）
	資格取得年月日 ※ 医師等の医療資格の取得年月日を和暦で	年　月　日
	直近２年以内の経験症例数	例
	修了した研修名・主催者名	
専任の従事者４ ※ 専任の従事者を組み合わせた場合を含む	氏名	
	職種	
	常勤換算か否か ※ 該当するいずれかに●を記入すること	（　該当　）（　非該当）
	リンパ浮腫複合的治療の研修 ※ 該当するいずれかに●を記入すること	（　受講済　）（　未受講）
	資格取得年月日 ※ 医師等の医療資格の取得年月日を和暦で	年　月　日
	直近２年以内の経験症例数	例
	修了した研修名・主催者名	
専任の従事者５ ※ 専任の従事者を組み合わせた場合を含む	氏名	
	職種	
	常勤換算か否か ※ 該当するいずれかに●を記入すること	（　該当　）（　非該当）
	リンパ浮腫複合的治療の研修 ※ 該当するいずれかに●を記入すること	（　受講済　）（　未受講）
	資格取得年月日 ※ 医師等の医療資格の取得年月日を和暦で	年　月　日
	直近３年以内の経験症例数	例
	修了した研修名・主催者名	

届け出る実績 ※ 該当するいずれかに●を記入すること		記入欄 ○ 当該保健保険医療機関 ○ 連携医療機関
上記の医療機関における、 直近１年間でのリンパ浮腫指導管理料の算定回数		回
上記算定における、対象期間 ※ リンパ浮腫指導管理料の算定期間を和暦で記入すること		令和　年　月　日 ～　令和　年　月　日
届出医療機関における標榜科 ※ リンパ浮腫にかかる合併症の治療を主として行う診療科に●を記入すること		○ 内科　○ 外科　○ 皮膚科
連携医療機関１	医療機関名	
	連携内容 ※ 該当する項目に✓を記入すること	□ 診断等に係る連携　□ 合併症治療に係る連携
連携医療機関２	医療機関名	
	連携内容 ※ 該当する項目に✓を記入すること	□ 診断等に係る連携　□ 合併症治療に係る連携

当該療法を行うための器械・器具の一覧 ※ 該当する□に✓を入れること	記入欄 □ 歩行補助具　□ 治療台　□ 各種測定用器具（巻尺等）

[記載上の注意]

1 必要に応じて行を追加して記入すること。

2 配置職員情報については、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤従事者を組み合わせて配置している場合には、当該従事者の「常勤換算」に●を記入すること。

3 別途、研修の内容及び修了の事実が確認できる書類（修了証、プログラム等。当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可。）を添付すること。

様式44

集団コミュニケーション療法料の施設基準に係る届出書添付書類

リハビリテーションの届出		記入欄
当該施設にて算定しているリハビリテーション料 ※ 該当する□に✓を記入すること		□ 脳血管疾患等リハビリテーション料 Ⅰ □ 脳血管疾患等リハビリテーション料 Ⅱ □ 脳血管疾患等リハビリテーション料 Ⅲ □ 障害児（者）リハビリテーション料
施設基準における、配置職員情報		記入欄
専任の医師 ※ 専任の従事者を組み合わせた場合を含む	専任の医師の配置 ※ 該当する□に✓を記入すること	□ 該当 □ 非該当
	常勤換算か否か ※ 該当する□に✓を記入すること	□ 該当 □ 非該当
	常勤換算の人数 ※ 常勤換算する場合は記入すること	人
専従の言語聴覚士 ※ 専従の従事者を組み合わせた場合を含む	専従の言語聴覚士の配置 ※ 該当する□に✓を記入すること	□ 該当 □ 非該当
	常勤換算か否か ※ 該当する□に✓を記入すること	□ 該当 □ 非該当
	常勤換算の人数 ※ 常勤換算する場合は記入すること	人

専用施設及び器具等		
専用施設の面積等 ※ 小数点以下四捨五入	集団コミュニケーション療法室 ※ 言語聴覚療法のみの目的で使用する療法室に限る	㎡
	個別療法室との兼用状況 ※ 該当する□に✓を記入すること	□ 共通 □ 独立 □ 個別療法室なし
当該療法を行うための器械・器具の一覧 ※ 該当する□に✓を記入すること	記入欄	□ 簡易聴覚スクリーニング検査機器 □ 音声録音再生装置 □ ビデオ録画システム □ 各種言語・心理・認知機能検査機器・用具 □ 発声発語検査機器・用具 □ 各種診断・治療材料（絵カード他） □ その他 （ ）

［記載上の注意］

1 専任の非常勤医師、専従の非常勤言語聴覚士のうち、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間　以上の勤務を行っている非常勤従事者を組み合わせて配置している場合には、当該非常勤従事者を常勤換算した人数(小数点以下第２位四捨五入)を記入すること。

2 集団療法室として用いている部屋を複数備えている場合については、面積が最も小さいものについて記載すること。

3 個別療法室との兼用状況については、共通で用いている部屋が１室でもある場合については「共通」を選択すること。

4 当該治療が行われる専用の療法室の配置図及び平面図を添付すること。

5 当該施設基準に配置している医師及び言語聴覚士の氏名、勤務の態様等について、別添２の様式44の２を添付すること。

様式44

集団コミュニケーション療法料の施設基準に係る届出書添付書類

リハビリテーションの届出		記入欄
当該施設にて算定しているリハビリテーション料 ※ 該当するものに✓		□ 脳血管疾患等リハビリテーション料 Ⅰ □ 脳血管疾患等リハビリテーション料 Ⅱ □ 脳血管疾患等リハビリテーション料 Ⅲ □ 障害児（者）リハビリテーション料
施設基準における、配置職員情報		記入欄
専任の医師 ※ 専任の従事者を組み合わせた場合を含む	専任の医師の配置 ※ 該当するいずれかに●を記入すること	○ 該当 ○ 非該当
	常勤換算か否か ※ 該当するいずれかに●を記入すること	○ 該当 ○ 非該当
	常勤換算の人数 ※ 常勤換算する場合は記入すること	人
専従の言語聴覚士 ※ 専従の従事者を組み合わせた場合を含む	専従の言語聴覚士の配置 ※ 該当するいずれかに●を記入すること	○ 該当 ○ 非該当
	常勤換算か否か ※ 該当するいずれかに●を記入すること	○ 該当 ○ 非該当
	常勤換算の人数 ※ 常勤換算する場合は記入すること	人

専用施設及び器具等		
専用施設の面積等 ※ 小数点以下四捨五入	集団コミュニケーション療法室 ※ 言語聴覚療法のみの目的で使用する療法室に限る	㎡
	個別療法室との兼用状況 ※ 該当するいずれかに●を記入すること	○ 共通 ○ 独立 ○ 個別療法室なし
当該療法を行うための器械・器具の一覧 ※ 該当する□に✓を入れること	記入欄	□ 簡易聴覚スクリーニング検査機器 □ 音声録音再生装置 □ ビデオ録画システム □ 各種言語・心理・認知機能検査機器・用具 □ 発声発語検査機器・用具 □ 各種診断・治療材料（絵カード他） □ その他 （ ）

［記載上の注意］

1 専任の非常勤医師、専従の非常勤言語聴覚士のうち、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間　以上の勤務を行っている非常勤従事者を組み合わせて配置している場合には、当該非常勤従事者を常勤換算した人数(小数点以下第２位四捨五入)を記入すること。

2 集団療法室として用いている部屋を複数備えている場合については、面積が最も小さいものについて記載すること。

3 個別療法室との兼用状況については、共通で用いている部屋が１室でもある場合については「共通」を選択すること。

4 当該治療が行われる専用の療法室の配置図及び平面図を添付すること。

5 当該施設基準に配置している医師及び言語聴覚士の氏名、勤務の態様等について、別添２の様式44の２を添付すること。

様式44の２

リハビリテーション従事者の名簿

番号	職員情報				施設基準として配置されている専従・専任																				備考
					入院基本料等						疾患別リハビリテーション料等														
	氏名	職種	勤務形態	常勤換算	回復期リハビリテーション病棟	地域包括医療病棟	地域包括ケア病棟	リハビリテーション・栄養・口腔・連携体制加算	早期離床・リハビリテーション加算	排尿自立支援加算	心大血管	脳血管疾患等	廃用症候群	運動器	呼吸器	摂食嚥下機能回復体制加算	難病患者	障害児（者）	がん患者	認知証患者	~~障害児（者）~~	リンパ浮腫	集団コミュニケーション療法	※ 経験・施設基準の区分等を記載
1		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他職種	常勤 非常勤	□																				
2		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他職種	常勤 非常勤	□																				
3		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他職種	常勤 非常勤	□																				
4		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他職種	常勤 非常勤	□																				
5		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他職種	常勤 非常勤	□																				
6		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他職種	常勤 非常勤	□																				
7		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他職種	常勤 非常勤	□																				
8		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他職種	常勤 非常勤	□																				
9		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他職種	常勤 非常勤	□																				
10		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他職種	常勤 非常勤	□																				
11		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他職種	常勤 非常勤	□																				
12		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他職種	常勤 非常勤	□																				
13		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他職種	常勤 非常勤	□																				
14		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他職種	常勤 非常勤	□																				
15		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他職種	常勤 非常勤	□																				
16		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他職種	常勤 非常勤	□																				
17		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他職種	常勤 非常勤	□																				
18		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他職種	常勤 非常勤	□																				
19		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他職種	常勤 非常勤	□																				
20		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他職種	常勤 非常勤	□																				
21		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他職種	常勤 非常勤	□																				
22		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他職種	常勤 非常勤	□																				
23		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他職種	常勤 非常勤	□																				
24		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他職種	常勤 非常勤	□																				
25		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他職種	常勤 非常勤	□																				
26		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他職種	常勤 非常勤	□																				
27		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他職種	常勤 非常勤	□																				
28		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他職種	常勤 非常勤	□																				
29		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他職種	常勤 非常勤	□																				
30		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他職種	常勤 非常勤	□																				
31		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他職種	常勤 非常勤	□																				
32		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他職種	常勤 非常勤	□																				
33		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他職種	常勤 非常勤	□																				
34		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他職種	常勤 非常勤	□																				
35		医師・看護師・理学療法士 作業療法士・言語聴覚士・その他職種	常勤 非常勤	□																				

[記載上の注意]

1 当該保険医療機関において行われるリハビリテーションに従事する従事者を全て記載すること。なお、回復期リハビリテーション病棟等に専従する者、訪問リハビリテーションに専従する者も記載すること。
また、介護保険の通所リハビリテーション又は訪問リハビリテーションに専従する者は含まないが、医療保険のリハビリテーションを提供する可能性のある者は介護保険のリハビリテーションの従事者であっても記載すること。

2 当該職員が施設基準として配置している内容について、専従であれば○、専任であれば●を記入すること。

3 職種の欄には、該当職種を○が~~で~~囲うこと。なお、選択肢における「その他の職種」とは、運動器リハビリテーション料(Ⅱ)等に規定される適切な研修を修了した~~あん摩マッサージ指圧師~~准看護師等のことをいう。

4 週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤従事者を組み合わせて配置し常勤換算している場合には、「常勤換算」の□に「✓」を記入すること。

5 回復期リハビリテーション病棟には回復期リハビリテーション入院管理料及び特定機能病院リハビリテーション病院入院料を算定する病室を含む病棟又は病棟、地域包括ケア病棟には地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟及び地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を含む病棟が含まれる。

6 当該~~保健~~保険医療機関にリハビリテーション・栄養・口腔・連携体制加算、早期離床・リハビリテーション加算又は回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定する病棟等が複数ある場合は、「備考」欄に登録する病棟等が分かるように記入すること。

7 心大血管リハビリテーション、がん患者リハビリテーション及び認知症患者リハビリテーションにおいて登録する職員は、当該リハビリテーションにおける経験等について、その旨を経験欄に記載するとともに、証明する修了証等（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

8 職員欄やその他必要な項目が不足している場合は、適宜、行や列等を追加して使用すること。

様式50の２の２

（歯科技工士連携加算１／歯科技工士連携加算２）の施設基準に係る届出書添付書類

１．届出区分 （該当するすべての□に「✔」を記入すること。）	□　歯科技工士連携加算１
	□　歯科技工士連携加算２

２．当該療養に係る歯科技工士の氏名等

歯科技工士１		
	氏名	
	歯科技工所名	
歯科技工士２		
	氏名	
	歯科技工所名	
歯科技工士３		
	氏名	
	歯科技工所名	

３．院内掲示等 （該当するすべての□に「✔」を記入すること。）	□　連携する保険医療機関内の歯科技工士の氏名又は歯科技工所の名称及び連携内容について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している
	□　保険医療機関内の歯科技工士又は歯科技工所との連携体制について、ウェブサイトへの掲載を行っている

４．歯科技工士の処遇改善等に係る体制 （該当するすべての□に「✔」を記入すること。）	□　当該加算の連携する歯科技工士への手当や福利厚生等への活用
	□　当該加算の歯科技工士の勤務環境の改善等への活用
その他の処遇改善等に係る事項	

５．情報連携体制（歯科技工士連携加算２に係る届出を行う場合のみ記入する。）

保険医療機関内の歯科技工士又は歯科技工所との情報通信機器を用いた連携に当たって、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」に準拠した体制を有している（該当するいずれか１つを○で囲むこと）	１：体制を有している
	２：体制を有していない

〔記載上の注意〕

1　「２」について、歯科技工士が院内に配置されている場合については、歯科技工士の氏名のみ記載すること。また、歯科技工士が院内に配置されていない場合については、当該療養につき、保険医療機関と連携を行う歯科技工所名及び当該歯科技工所の歯科技工士の氏名を記載すること。

2　「３」について、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。

3　「４」について、当該療養に係る歯科技工士の負担の軽減及び処遇の改善として、保険医療機関または歯科技工所にて、実施する内容について記載すること。

4 ~~「５」について、歯科技工士連携加算２に係る届出を行う場合に、要件に適合する場合は□に「✓」を記入すること。~~

様式50の5の4

脛骨遠位骨切り術に関する
施設基準に係る届出書添付書類

１　標榜診療科		
	整形外科 （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）	１：有 ２：無
	麻酔科 （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）	１：有 ２：無
２　整形外科について専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤医師の氏名等		
	常勤医師１	
	氏名	
	勤務時間	時間
	整形外科の経験年数	年
	当該手術の経験症例数	例
	常勤医師２	
	氏名	
	勤務時間	時間
	整形外科の経験年数	年
	当該手術の経験症例数	例
	常勤医師３	
	氏名	
	勤務時間	時間
	整形外科の経験年数	年
	当該手術の経験症例数	例
	常勤医師４	
	氏名	
	勤務時間	時間
	整形外科の経験年数	年
	当該手術の経験症例数	例
	常勤医師５	
	氏名	
	勤務時間	時間
	整形外科の経験年数	年
	当該手術の経験症例数	例
３　緊急手術が可能な体制 （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）		１：有 ２：無

［記載上の注意］

１　「２」の常勤医師の勤務時間は、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。

２　「２」の当該手術の経験症例数は、主として実施した症例数と補助を行った症例数を合わせた症例数を記載すること。また、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式52により添付すること。

３　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式50の6の２

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。）に関する施設基準に係る届出書添付書類

１	標榜診療科		
	整形外科 （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）		１：有 ２：無
２	整形外科について専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤医師の氏名等		
	常勤医師１		
		氏名	
		勤務時間	時間
		整形外科の経験年数	年
		当該手術の経験症例数	例
	常勤医師２		
		氏名	
		勤務時間	時間
		整形外科の経験年数	年
		当該手術の経験症例数	例
	常勤医師３		
		氏名	
		勤務時間	時間
		整形外科の経験年数	年
		当該手術の経験症例数	例
	常勤医師４		
		氏名	
		勤務時間	時間
		整形外科の経験年数	年
		当該手術の経験症例数	例
	常勤医師５		
		氏名	
		勤務時間	時間
		整形外科の経験年数	年
		当該手術の経験症例数	例

［記載上の注意］

１　「２」の常勤医師の勤務時間は、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。

２　「２」の当該手術の経験症例数は、術者として実施した症例数を記載すること。また、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式52により添付すること。

３　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式50の6の３

人工膝関節置換術（手術支援装置を用いるもの）に関する施設基準に係る届出書添付書類

１　届出種別 （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）		１：新規届出 ２：再度の届出
	実績期間　開始年月（和暦で記載すること）	年　月
	終了年月（和暦で記載すること）	年　月
２　標榜診療科		
	整形外科 （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）	１：有 ２：無
３　人工膝関節置換術に係る手術の年間実施症例数		例
４　整形外科について専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤医師の氏名等		
	常勤医師１	
	氏名	
	勤務時間	時間
	整形外科の経験年数	年
	常勤医師２	
	氏名	
	勤務時間	時間
	整形外科の経験年数	年
	常勤医師３	
	氏名	
	勤務時間	時間
	整形外科の経験年数	年
４　保守管理の計画 （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）		１：有 ２：無

１　「１」は特掲診療料施設基準通知第２の４の（３）に定めるところによるものであること。
２　「３」は、人工膝関節置換術に係る手術（「Ｋ０８２の３」又は「Ｋ０８２－３の３」）が、実績期間内に、新規届出の場合には年間５例以上、再度届出の場合には10例以上必要であること。また、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式52により添付すること。
３　「４」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。
４　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式54の4の2

経皮的選択的眼動脈注入術の施設基準に係る届出書添付書類

1　担当する診療科の常勤医師の氏名等（それぞれ１名以上）	
放射線科の経験を５年以上有する常勤医師	
氏名	
勤務時間	時間
放射線科の経験年数	年
眼科の経験を５年以上有する常勤医師	
氏名	
勤務時間	時間
眼科の経験年数	年
小児科の経験を５年以上有する常勤医師	
氏名	
勤務時間	時間
小児科の経験年数	年
2　麻酔科標榜医の氏名	
~~2~~ 3　診療放射線技師の氏名	
~~3~~ 4　急変時等の緊急事態に対応するための体制その他当該治療を行うための体制 （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）	１：有 ２：無

［記載上の注意］

１　「１」の常勤医師の勤務時間は、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。

２　「２」については、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

~~2~~ 3　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 56 の２

乳腺悪性腫瘍手術における乳癌センチネルリンパ節生検加算の施設基準に係る届出書添付書類

１　標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科	
２　届出を行う項目（該当するものそれぞれに〇印をつける）	１　乳癌センチネルリンパ節生検加算１（併用法） ２　乳癌センチネルリンパ節生検加算２（単独法）

３　乳腺外科又は外科の経験を５年以上有するとともに乳腺悪性腫瘍手術において乳癌センチネルリンパ節生検を５例以上実施した経験を有する医師の氏名等

診療科名	医師の氏名	当該診療科の経験年数	乳癌センチネルリンパ節生検の経験症例数
		年	例
		年	例
		年	例

４　乳腺外科又は外科の常勤医師の氏名等	診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間
			時間
			時間
			時間
			時間

５　放射線科の常勤医師の氏名等	常勤医師の氏名	勤務時間
		時間
		時間

~~7~~ 6　病理部門の病理医氏名	
保険医療機関間の連携による病理診断に関する施設基準を届け出ている保険医療機関　（該当するいずれか１つを〇で囲むこと）	１：該当する ２：該当しない

［記載上の注意］

１　「２」については、届出を行う項目に〇印をつけること。なお、「１　乳癌センチネルリンパ節生検加算１（併用法）」のうち、インドシアニングリーンによるもの及び「２　乳癌センチネルリンパ節生検加算２（単独法）」のうち色素のみによるものの届出を行う場合、「５」の記載は不要であること。

２　「３」については、当該生検症例一覧（実施年月日、検査名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

３　「４」及び「５」の乳腺外科又は外科及び放射線科を担当する常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。

~~４　「６」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。~~

様式59の１の２

弁置換術（大動脈弁、僧帽弁及び中心線維体の再建を含むものに限る。）の施設基準に係る届出書添付書類

１　標榜診療科	
心臓血管外科（該当するいずれか１つを〇で囲むこと）	１：有 ２：無
麻酔科（該当するいずれか１つを〇で囲むこと）	１：有 ２：無
２　体外循環を使用する手術を年間50例以上（心臓弁膜症手術30例以上を含む。）実施した経験を有する常勤の医師及び心臓弁膜症手術を術者として100例以上実施した経験を有する常勤の医師の氏名等	
常勤医師１	
氏名	
勤務時間	時間
体外循環を使用する手術の経験症例数 （うち、心臓弁膜症手術の経験症例数）	例 （　　例）
常勤医師２	
氏名	
勤務時間	時間
術者として行った心臓弁膜症手術の経験症例数	例
３　心臓血管外科の常勤医師の氏名等	
常勤医師１	
氏名	
勤務時間	時間
心臓血管外科の経験年数	年
常勤医師２	
氏名	
勤務時間	時間
心臓血管外科の経験年数	年

４　常勤の麻酔科標榜医の氏名	
５　常勤の臨床工学技士の氏名（手術における体外循環の操作を30例以上実施した経験を有する者が１名以上）	
６　緊急手術が可能な体制 （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）	１：有 ２：無

［記載上の注意］

１　「１」は特掲診療料施設基準通知第２の４の（３）に定めるところによるものであること。

２　「２」及び「３」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。

３　「４」については、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

~~３~~４　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式59の2の3

経カテーテル弁周囲欠損孔閉鎖術に関する施設基準に係る届出書添付書類

1	届出種別 （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）	１：新規届出 ２：再度の届出
	実績期間　開始年月（和暦で記載すること）	年　月
	終了年月（和暦で記載すること）	年　月
2	標榜診療科	
	循環器内科 （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）	１：有 ２：無
	心臓血管外科 （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）	１：有 ２：無
3	緊急開心・胸部大動脈手術の年間実施症例数	例
4	開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術の年間実施症例数	例
	僧帽弁置換術又は僧帽弁形成術の年間実施症例数	例
5	冠動脈に関する血管内治療の年間実施症例数	例
6	経食道心エコー検査の年間実施症例数	例
7	ブロッケンブロー手技の年間実施症例数	例
8	循環器内科の常勤医師の氏名等	
	常勤医師１	
	氏名	
	勤務時間	時間
	当該診療科の経験年数	年
	常勤医師２	
	氏名	
	勤務時間	時間
	当該診療科の経験年数	年
9	心臓血管外科の常勤医師の氏名等	
	常勤医師１	
	氏名	
	勤務時間	時間
	当該診療科の経験年数	年
	常勤医師２	
	氏名	
	勤務時間	時間
	当該診療科の経験年数	年

10　心血管インターベンション治療の経験を有する常勤医師の氏名等			
	常勤医師１		
		氏名	
		勤務時間	時間
		診療科名	科
		当該診療科の経験年数	年
	常勤医師２		
		氏名	
		勤務時間	時間
		診療科名	科
		当該診療科の経験年数	年
11　緊急開心・胸部大動脈手術の経験を有する常勤医師の氏名等			
	常勤医師１		
		氏名	
		勤務時間	時間
		診療科名	科
		当該診療科の経験年数	年
	常勤医師２		
		氏名	
		勤務時間	時間
		診療科名	科
		当該診療科の経験年数	年

［記載上の注意］
１　「１」は特掲診療料施設基準通知第２の４の（３）に定めるところによるものであること。
２　「３」は緊急開心・胸部大動脈手術の経験が必要であること。また、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式52により添付すること。
３　「４」は、実績期間内に開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて100例以上、かつ、僧帽弁置換術又は僧帽弁形成術が20例以上必要であること。また、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式52により添付すること。
４　「５」は、実績期間内に冠動脈に関する血管内治療（ＰＣＩ）が100例以上必要であること。また、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式52により添付すること。
５　「６」は、実績期間内に経食道心エコー検査が100例以上必要であること。また、当該検査症例一覧（実施年月日、検査名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式52により添付すること。
６　「７」は、実績期間内にブロッケンブロー手技(経皮経静脈的僧帽弁交連切開術又は肺静脈隔離術等において実施する心房中隔穿刺手技（経カテーテル心房中隔欠損閉鎖術において実施する場合を除く。））が20例以上必要であること。また、当該検査症例一覧（実施年月日、検査名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式52により添付すること。
７　「８」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。
８　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式62

植込型除細動器移植術、植込型除細動器交換術及び経静脈電極抜去術の施設基準に係る届出書添付書類

1	届出種別 （該当するいずれか１つを○で囲むこと）	１：新規届出 ２：再度の届出
	実績期間　開始年月（和暦で記載すること）	年　月
	終了年月（和暦で記載すること）	年　月
2	標榜診療科	
	循環器内科 （該当するいずれか１つを○で囲むこと）	１：有 ２：無
	小児循環器内科 （該当するいずれか１つを○で囲むこと）	１：有 ２：無
	心臓血管外科 （該当するいずれか１つを○で囲むこと）	１：有 ２：無
3	心臓電気生理学的検査等の年間実施症例数	例
	うち、致死性不整脈（心室性頻拍性不整脈又は開心術術後不整脈）に対するもの	例
4	開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術等の年間実施症例数	例
	ペースメーカー移植術の実施症例数	
	経静脈電極	例
	心筋電極	例
5	常勤の循環器内科又は小児循環器内科及び心臓血管外科の医師の氏名等	
	常勤医師１	
	氏名	
	勤務時間	時間
	診療科名	科
	常勤医師２	
	氏名	
	勤務時間	時間
	診療科名	科
	常勤医師３	
	氏名	
	勤務時間	時間
	診療科名	科
6	常勤医師にかかる所定の研修の修了状況	
	常勤医師１	
	氏名	
	研修の名称	
	研修の実施主体	
	研修修了年月日	年　月　日
	常勤医師２	
	氏名	

		研修の名称	
		研修の実施主体	
		研修修了年月日	年　　月　　日
	常勤医師３		
		氏名	
		研修の名称	
		研修の実施主体	
		研修修了年月日	年　　月　　日

７　当該保険医療機関内で必要な検査等が常時実施できる機器			
		一般的名称	承認／認証番号
	（１）血液学的検査		
	（２）生化学的検査		
	（３）画像診断		
８　重症心不全患者又は不整脈患者の治療方針を決定するカンファレンスの名称			

１　「１」は特掲診療料施設基準通知第２の４の（３）に定めるところによるものであること。
２　「３」は、新規届出の場合には実績期間内に心臓電気生理学的検査が 25 例以上（うち心室性頻拍性不整脈症例が３例以上）、再度の届出の場合には実績期間内に心臓電気生理学的検査が 50 例以上（うち心室性頻拍性不整脈症例が５例以上）必要であること。ただし、心筋電極によるものの場合は、体外式ペースメーカーを用いた循環器集中管理を実施した症例数及び開心術術後不整脈の症例数を合わせて当該基準を満たせばよいものであること。また、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。
３　「４」は、新規届出の場合には実績期間内に開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて 15 例、かつ、ペースメーカー移植術を５例以上、再度の届出の場合には実績期間内に開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて 30 例、かつ、ペースメーカー移植術を 10 例以上が必要であること。ただし、心筋電極によるものの場合は、新規届出の場合には実績期間内に開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて 15 例、かつ、経静脈電極によるペースメーカー移植術を年間５例以上又は心筋電極によるペースメーカー移植術を半年に１例以上、再度の届出の場合には実績期間内に開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて 30 例、かつ、経静脈電極によるペースメーカー移植術を年間10例以上又は心筋電極によるペースメーカー移植術を３年間に３例以上が必要であること。また、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。
４　「５」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。
５　「６」については、常勤医師の氏名、研修の名称、実施主体及び修了日を記載すること。
６　「８」は、心筋電極を用いるものの届出を行う場合に記入し、重症心不全患者又は不整脈患者の治療方針を決定するカンファレンスの議事録を、個人情報をマスクした上で、添付すること。

様式 84

調剤基本料の施設基準に係る届出書添付書類

1　当該保険薬局における調剤基本料の区分（「参考」を踏まえ、いずれかに〇を付ける）	（　）	調剤基本料１
	（　）	調剤基本料２
	（　）	調剤基本料３－イ
	（　）	調剤基本料３－ロ
	（　）	調剤基本料３－ハ
	（　）	特別調剤基本料Ａ

2　保険薬局指定日	指定年月日	令和　　年　　月　　日
	指定期開始	令和　　年　　月　　日

3　届出の区分（該当する項目の□に「☑」を記入する）	
□	新規指定に伴う届出（遡及指定が認められない場合）
□	新規指定に伴う届出（遡及指定が認められる場合）
□	調剤基本料の区分変更に伴う届出
□	その他（　　）

4　調剤基本料の注１ただし書への該当の有無	□該当（様式 87 の２に記入） □非該当

5　保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係（特別調剤基本料Ａへの該当性）			
（１）		ア　保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係の有無	□なし→（２）へ □あり→別紙１を添付すること
		イ　特別な関係のある医療機関の処方箋集中率の合計 ※別紙１の⑪Ａの数字を記載すること	%
		ウ　経過措置の該当性 Ⅰ～Ⅳのいずれかに該当する場合は「該当」に☑すること	□該当　□非該当
	Ⅰ	平成 28 年９月 30 日以前から、病院である保険医療機関と特別な関係にあった場合	□該当　□非該当
	Ⅱ	平成 30 年３月 31 日以前から、診療所である保険医療機関と特別な関係にあった場合	□該当　□非該当
	Ⅲ	平成 30 年３月 31 日以前に当該保険薬局の開局に係る手続きが相当程度進捗していた場合	□該当　□非該当
	Ⅳ	令和８年３月４日以前に当該保険薬局の所在する建物内に診療所が所在している場合 （①と②において両方「該当」に☑している場合に限る）	□該当　□非該当
		①令和８年３月５日以降も当該診療所が所在し続けている場合	□該当　□非該当
		②令和８年３月５日以降も新たに他の保険医療機関と特別な関係を有しない場合	□該当　□非該当
（２）		保険薬局の敷地内のオンライン診療受診施設の有無	□なし→（３）へ □あり
		オンライン診療受診施設が、医療計画におけるへき地に所在する保険薬局に設置されている	□該当　□非該当
（３）		特別調剤基本料Ａの該当性（ア、イいずれも非該当→「６」へ）	
		ア　次のすべてに該当する場合に該当に☑すること ・４について「非該当~~該当なし~~」に☑をしている場合	□該当　□非該当

		・５（１）アについて「あり該当」に☑をしている場合 ・５（１）イについて 50%超である場合 ・５（１）ウについて「非該当」に☑をしている場合	
		イ　５(２)について「あり」に☑している場合であって、へき地に所在する薬局でないこと	□該当　□非該当

６　処方箋の受付回数及び集中率等※同一の敷地又は建物にある複数の保険医療機関は１の保険医療機関と扱う

期間：　　年　　月　～　　年　　月　（　　か月間①）

処方箋集中率第一位の保険医療機関名	ⅰ：	処方箋集中率第二位の保険医療機関名	ⅱ：	処方箋集中率第三位の保険医療機関名	ⅲ：

（１）処方箋受付回数等

ア　処方箋受付回数の計算

当該保険薬局で受け付けた全ての処方箋の受付回数				②	回
ⅰからの受付回数	②－ⅰ　回	ⅱからの受付回数	②－ⅱ　回	ⅲからの受付回数	②－ⅲ　回
時間外加算、休日加算、深夜加算又は夜間・休日等加算の対象となった患者の全ての処方箋の受付回数				③	回
ⅰからの受付回数	③－ⅰ　回	ⅱからの受付回数	③－ⅱ　回	ⅲからの受付回数	③－ⅲ　回
一月の処方箋の受付回数＝（②－③）/①				④	回
ⅰからの受付回数	④－ⅰ　回	ⅱからの受付回数	④－ⅱ　回	ⅲからの受付回数	④－ⅲ　回

イ　処方箋集中率の計算

情報通信機器を用いた服薬指導を受けた患者の全ての処方箋の受付回数				⑤	回
ⅰからの受付回数	⑤－ⅰ　回	ⅱからの受付回数	⑤－ⅱ　回	ⅲからの受付回数	⑤－ⅲ　回
同一グループの保険薬局の勤務者（非常勤を含む。）の全ての処方箋の受付回数				⑥	回
ⅰからの受付回数	⑥－ⅰ　回	ⅱからの受付回数	⑥－ⅱ　回	ⅲからの受付回数	⑥－ⅲ　回
同一グループの保険薬局の勤務者の家族の全ての処方箋の受付回数				⑦	回
ⅰからの受付回数	⑦－ⅰ　回	ⅱからの受付回数	⑦－ⅱ　回	ⅲからの受付回数	⑦－ⅲ　回
介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院・サービス付き高齢者向け住宅・有料老人ホーム・養護老人ホーム・軽費老人ホーム・認知症高齢者グループホームの入居者に係る全ての処方箋の受付回数				⑧	回
ⅰからの受付回数	⑧－ⅰ　回	ⅱからの受付回数	⑧－ⅱ　回	ⅲからの受付回数	⑧－ⅲ　回
単一建物診療患者又は単一建物居住者が１人の場合の患者の処方箋の受付回数				⑨	回
ⅰからの受付回数	⑨－ⅰ　回	ⅱからの受付回数	⑨－ⅱ　回	ⅲからの受付回数	⑨－ⅲ　回
処方箋集中率　※計算は以下のとおり $⑩n＝\frac{②n－(⑤n＋⑥n＋⑦n＋⑧n－⑨n)}{②－(⑤＋⑥＋⑦＋⑧－⑨)}$					
ⅰからの処方箋集中率	⑩－ⅰ　%	ⅱからの処方箋集中率	⑩－ⅱ　%	ⅲからの処方箋集中率	⑩－ⅲ　%

	ウ　処方箋受付回数が多い上位３の保険医療機関に係る処方箋集中率の合計(⑩-ｉ～iiiの合計)	%(⑪)

（２）同一グループ内の処方箋受付回数等（調剤基本料３への該当性）

ア　薬局グループへの所属の有無	□所属なし（個店）→（３）へ □所属あり（薬局グループ名：　　）	
イ　⑩-ｉが 85%超	□該当　□非該当	
ウ　１月当たりの同一グループ内の処方箋受付回数の合計	回	
エ　調剤基本料３イ～ハの該当性（いずれかの区分の該当に☑すること）		
調剤基本料３イ（以下のいずれかに該当があれば該当に☑すること）	□該当	
次のすべてに該当する場合に該当に☑すること ・アについて「所属している」に☑をしている場合 ・イについて「該当」に☑をしている場合 ・ウが 3.5 万回超 40 万回以下の場合	□該当	
次のすべてに該当する場合に該当に☑すること ・アについて「所属している」に☑をしている場合 ・ウが 3.5 万回超 40 万回以下の場合 ・「５」の（１）ウについて「該当」に☑している場合	□該当	
調剤基本料３ロ		
次のすべてに該当する場合に該当に☑すること ・アについて「所属している」に☑をしている場合 ・イについて「該当」に☑をしている場合 ・ウが 40 万回以上の場合	□該当	
次のすべてに該当する場合に該当に☑すること ・アについて「所属している」に☑をしている場合 ・ウが 40 万回以上の場合 ・「５」の（１）ウについて「該当」に☑している場合	□該当	
調剤基本料３ハ		
次のすべてに該当する場合に該当に☑すること ・アについて「所属している」に☑をしている場合 ・イについて「非該当」に☑している場合 ・ウが 40 万回以上の場合 ・⑪が 70%以下	□該当	

（３）処方箋の集中状況等（調剤基本料２の該当性）

ア　④が 4000 回超かつ⑪が 70%超		□該当 □非該当→「イ」へ
イ　④が 1800 回超かつ⑩-ｉが 85%超		□該当 □非該当→「ウ」へ
ウ　Ⅰ～Ⅴのすべてに該当すること		□該当 □非該当→「エ」へ
	Ⅰ　当該保険薬局の指定日が令和８年６月１日以降である	□該当　□非該当
	Ⅱ　特別区又は政令指定都市に所在する	□該当　□非該当
	Ⅲ　当該保険薬局から 500m 以内に他の保険薬局がある	□該当　□非該当
	Ⅳ　④が 600 回超かつ 1800 回以下である	□該当　□非該当
	Ⅴ　⑩-ｉが 85%超である	□該当　□非該当
エ　②-ｉが 4000 回超		□該当 □非該当→「オ」へ
オ　以下の⑫と④-ｉを合計した処方箋受付回数が 4000 回超		□該当 □非該当→「（４）」へ
	ア　主たる保険医療機関が同一であるグループ内の他の保険薬局数	施設

		イ　アの保険薬局における主たる保険医療機関からの処方箋受付回数の合計	⑫	回
（４）　４、５（３）ア若しくはイ又は６（２）エ若しくは（３）アからオまでのいずれも該当しない（調剤基本料１の該当性）				□該当
７　門前薬局等立地依存減算の該当性 （（１）に該当、かつ、（２）又は（３）に該当があれば該当に☑すること）				□該当
（１）　当該保険薬局の指定日が令和８年６月１日以降である			□該当	□非該当
（２）　門前薬局の該当性				
	ア　６（３）ウのⅡとⅢのいずれにも該当する		□該当	□非該当
	イ　⑩－ｉが 85%超である		□該当	□非該当
	ウ　次の①から③までのいずれかに該当する		□該当	□非該当
		①　200 床以上の保険医療機関から 100m 以内に所在し、当該区域内及び当該保険医療機関の敷地内に他の保険薬局が２以上ある	□該当	□非該当
		②　周囲 50m 以内に他の保険薬局が２以上ある	□該当	□非該当
		③　周囲 50m 以内にある他の保険薬局が②に該当する	□該当	□非該当
（３）　医療モール等の該当性				
	ア　⑩－ｉが 85%超である		□該当	□非該当
	イ　保険医療機関と同一の敷地又は建物に所在する		□該当	□非該当

［記載上の注意］

１　「２」については、地方厚生局ホームページに掲載されている「コード内容別医療機関一覧表」を確認の上記載する。

２　「３」については、保険薬局の新規指定（遡及指定が認められる場合を除く。）の場合は、指定日の属する月の翌月から３ヶ月間の実績から、調剤基本料の区分が調剤基本料１等から変更になる場合は届出が必要になることに注意する。

３　「３」については、「その他」に☑を記入した場合は、理由を記載する。

４　「３」については、令和８年度改定に伴い新たに区分変更の届出を行う場合には、「その他」に☑を記入し、「令和８年度改定に伴う届出」と記載する。

５　「４」については、調剤基本料の注１ただし書に該当する保険薬局の場合においては、「該当」に☑を記入し、様式 87 の２を添付する。

６　「６」については、処方箋集中率第１位の保険医療機関が同一敷地内又は同一建物内に所在する場合は「医療モール」と記載し、別紙２に各保険医療機関名等を記載する。

７　「６」②については、リフィル処方箋による調剤を行う場合、調剤実施ごとに受付回数の計算に含める。

８　「６（２）ア」については、グループ内で統一したグループ名を記載する。

９　「６（２）ウ」については、１月当たりの処方箋受付回数の合計は、当年４月末時点でグループに属している保険薬局の④の値（小数点以下は四捨五入）を合計した値を記載する。

別紙１

特別調剤基本料Ａの施設基準に係る届出書添付書類

	全医療機関	処方箋集中率１位	処方箋集中率２位	処方箋集中率３位	処方箋集中率４位	処方箋集中率５位	処方箋集中率６位	処方箋集中率７位	処方箋集中率８位
特別な関係のある保険医療機関名									
種別		□病院 □診療所	□病院 □診療所	□病院 □診療所	□病院 □診療所	□病院 □診療所	□病院 □診療所	□病院 □診療所	□病院 □診療所
ア　処方箋受付回数（②）	回	i　回	ii　回	iii　回	iv　回	v　回	vi　回	vii　回	viii　回
情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合の処方箋受付回数（⑤）	回	i　回	ii　回	iii　回	iv　回	v　回	vi　回	vii　回	viii　回
同一グループの保険薬局の勤務者（非常勤を含む。）の処方箋受付回数（⑥）	回	i　回	ii　回	iii　回	iv　回	v　回	vi　回	vii　回	viii　回
同一グループの保険薬局の勤務者の家族の処方箋受付回数（⑦）	回	i　回	ii　回	iii　回	iv　回	v　回	vi　回	vii　回	viii　回
介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院・サービス付き高齢者向け住宅・有料老人ホーム・養護老人ホーム・軽費老人ホーム・認知症高齢者グループホームの入居者に係る処方箋受付回数（⑧）	回	i　回	ii	iii　回	iv　回	v　回	vi　回	vii　回	viii　回
単一建物診療患者又は単一建物居住者が１人の場合の処方箋受付回数（⑨）	回	i　回	ii　回	iii　回	iv　回	v　回	vi　回	vii　回	viii　回
処方箋集中率⑩ ※⑩N＝（②N－（⑤N＋⑥N＋⑦N＋⑧N－⑨N））／（②－（⑤＋⑥＋⑦＋⑧－⑨））		%	%	%	%	%	%	%	%
特別な関係のある医療機関の集中率の合計（⑪A）	%								
特定の保険医療機関との間における特別な関係の種類									
（イ）保険医療機関と不動産の賃貸借取引		□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無
（ロ）保険医療機関が譲り渡した不動産の利用		□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無
（ハ）保険薬局が所有する設備の貸与		□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無
（ニ）保険医療機関による開局時期の指定		□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無

別紙２

医療モール等の施設基準に係る届出書添付書類

	医療モール全体	処方箋集中率１位	処方箋集中率２位	処方箋集中率３位	処方箋集中率４位	処方箋集中率５位	処方箋集中率６位	処方箋集中率７位	処方箋集中率８位
保険医療機関又は敷地若しくは建物の名称									
ア　処方箋受付回数の計算									
処方箋受付回数（②）	回	i 回	ii 回	iii 回	iv 回	v 回	vi 回	vii 回	viii 回
時間外加算、休日加算、深夜加算又は夜間・休日等加算を算定した処方箋受付回数（③）	回	i 回	ii 回	iii 回	iv 回	v 回	vi 回	vii 回	viii 回
一月の処方箋の受付回数（④）＝（②－③）/①	回	i 回	ii 回	iii 回	iv 回	v 回	vi 回	vii 回	viii 回
イ　処方箋集中率									
情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合の処方箋受付回数　（⑤）	回	i 回	ii 回	iii 回	iv 回	v 回	vi 回	vii 回	viii 回
同一グループの保険薬局の勤務者（非常勤を含む。）の処方箋受付回数（⑥）	回	i 回	ii 回	iii 回	iv 回	v 回	vi 回	vii 回	viii 回
同一グループの保険薬局の勤務者の家族の処方箋受付回数（⑦）	回	i 回	ii 回	iii 回	iv 回	v 回	vi 回	vii 回	viii 回
介護老人福祉施設、介護老人保健施設若しくは介護医療院、高齢者の居住の安定確保に関する法律で定めるサービス付き高齢者向け住宅又は老人福祉法で定める有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム若しくは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受付回数（⑧）	回	i 回	ii 回	iii 回	iv 回	v 回	vi 回	vii 回	viii 回
単一建物診療患者又は単一建物居住者が１人の場合の処方箋受付回数（⑨）	回	i 回	ii 回	iii 回	iv 回	v 回	vi 回	vii 回	viii 回
処方箋集中率⑩ ※⑩N＝$\frac{②N－（⑤N＋⑥N＋⑦N＋⑧N－⑨N）}{②－（⑤＋⑥＋⑦＋⑧－⑨）}$		%	%	%	%	%	%	%	%

欄が不足する場合には複写し作成すること

様式85

妥結率等に係る報告書

医療機関コード		報告年月日	
保険薬局名称			
所在地			
開設者			
担当者		電話番号	
所属する法人・グループ名		同一グループ薬局数	

1. 当年度上半期の妥結率

当年度上半期に当該保険薬局において購入された医療用医薬品の薬価総額(①)	
当年度上半期に卸売販売業者と当該保険薬局との間での取引価格が定められた医療用薬品の薬価総額(②)	
妥結率(②/①)%	

2. 医療用医薬品の取引の状況

(1)価格交渉の方法(該当する項目に☑を記入すること。)

□ 自施設が卸売販売業者と直接交渉している。

□ 法人・グループの本部等が代表して卸売販売業者と一括して交渉している。

□ 価格交渉を代行する者に依頼して交渉している。

(2)価格交渉の状況(該当する項目に☑を記入すること。)

ア 当年度下半期の取引予定

□ 年間での契約であり、当年度下半期においても、基本的に上半期からの妥結価格の変更はない予定。

□ 年間での契約ではないが、当年度下半期は、上半期の妥結価格を踏まえた価格交渉を行う予定。

□ 年間での契約ではなく、当年度下半期は新たに価格交渉を行う予定。

イ 前年度の取引状況(上半期と比較した下半期の取引状況)

□ 年間での契約であり、基本的に前年度上半期からの妥結価格の変更はなかった。

□ 年間での契約ではないが、前年度の上半期と下半期の妥結価格は同程度であった。

□ 年間での契約ではなく、前年度の下半期における妥結価格は上半期よりも高い妥結価格であった。
(上半期より小さい乖離率での取引)

□ 年間での契約ではなく、前年度の下半期における妥結価格は上半期よりも低い妥結価格であった。
(上半期より大きい乖離率での取引)

様式85

3. 医療用医薬品の流通改善に関する取組状況

（1）単品単価交渉の状況（該当する項目に☑を記入すること。）

☐ 全ての品目について単品単価交渉を行っている。

☐ 以下の特に医療上の必要性の高い医薬品の全てについて別枠として単品単価交渉を行っている。

基礎的医薬品、~~安定確保医薬品（カテゴリーA）~~ 重要供給確保医薬品、不採算品再算定品（適用を受けてから2年を経過する日までに限る。）、血液製剤、麻薬並びに覚醒剤及び覚醒剤原料

☐ ~~新薬創出等加算品目~~革新的新薬薬価維持制度対象品及び~~不採算品再算定~~の適用を受け2年を経過した品目等について単品単価交渉を行っている。

☐ 単品単価交渉を行っていない。

（2）卸売販売業者との値引き交渉（該当する項目に☑を記入すること。）

☐ 取引条件等は考慮せず、ベンチマークを一律に用いた値引き交渉を行っている。

☐ 取引品目等の相違は考慮せず、同一の総値引率を用いた交渉を行っている。

☐ 取引条件等の相違は考慮せず、同一の納入単価での取引を求める交渉を行っている。

☐ 取引条件や個々の医薬品の価値を踏まえて価格交渉を行っている。

（3）妥結価格の変更（該当する項目に☑を記入すること。）

☐ 随時、卸売販売業者と価格交渉を行っている。

☐ 医薬品の価値に変動がある場合を除き、年間を通じて妥結価格の変更を行っていない。

2（1）で「価格交渉を代行する者に価格交渉を依頼している」を選択した場合

（4）価格交渉を代行する者が次に掲げる点を遵守していることを確認している

（該当する項目に☑を記入すること。）

☐ 原則として全ての品目について単品単価交渉を行っていること。

☐ 取引条件や個々の医薬品の価値を踏まえて価格交渉を行っていること。

☐ 医薬品の価値に変動がある場合を除き、年間を通じて妥結価格の変更を行っていないこと。

［記載上の注意］

1. 医療用医薬品とは、薬価基準に収載されている医療用医薬品をいう。
2. 薬価総額とは、各医療用医薬品の規格単位数量×薬価を合算したものをいう。
3. 規格単位数量とは、使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量のことをいう。
4. 単品単価交渉とは、他の医薬品の価格の影響を受けず、地域差や個々の取引条件等により生じる安定供給に必要なコストを踏まえ、取引先と個別品目ごとに取引価格を決める交渉をいう。
5. 当年度（前年度）上半期とは、当年（前年）4月1日から9月30日までをいい、当年度（前年度）下半期とは当年（前年）10月1日から翌年（当年）3月31日までをいう。
6. 価格交渉を代行する者とは、医療用医薬品の共同購買サービスを提供する事業者、医療機関や薬局に代わり卸売販売業者との価格交渉を行う事業者等をいう。
7. 保険薬局は、報告年度の4月1日から9月30日の実績を、本報告書により、同年度の10月1日から11月末までに報告すること。報告しない場合は、調剤基本料が所定点数の100分の50に相当する点数により算定されることに留意すること。
8. 本報告書による報告の際には、卸売販売業者との取引価格決定に係る契約書の写し等妥結率の根拠となる資料の添付は不要だが、薬局において適切に保管すること。

様式87の３の１

地域支援・医薬品供給対応体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

〔届出区分について〕

１ 当該保険薬局における調剤基本料の区分 （いずれかに〇）	調剤基本料の区分	
	（　　）	調剤基本料１
	（　　）	調剤基本料２
	（　　）	調剤基本料３－イ
	（　　）	調剤基本料３－ロ
	（　　）	調剤基本料３－ハ
	（　　）	特別調剤基本料Ａ

２ 当該保険薬局における地域支援・医薬品供給対応体制加算の区分等 （いずれかに〇）	地域支援・医薬品供給対応体制加算の区分		提出が必要な様式
	（　　）	地域支援・医薬品供給対応体制加算１	本様式のみ
	（　　）	地域支援・医薬品供給対応体制加算２	様式87の３の１（本様式）及び様式87の３の２
	（　　）	地域支援・医薬品供給対応体制加算３	
	（　　）	地域支援・医薬品供給対応体制加算４	
	（　　）	地域支援・医薬品供給対応体制加算５	

〔地域支援・医薬品供給対応体制加算１への該当性について（加算１～５共通）〕

３ 地域における医薬品の安定供給を確保するために必要な体制		
ア	医薬品の安定供給に向けた計画的な調達や在庫管理を行っている	□該当
イ	他の保険薬局に医薬品を分譲した実績がある	□該当
ウ	供給不安等により調剤できない場合には適切に対応している	□該当
エ	原則として単品単価交渉している（様式85「妥結率等に係る報告書」を提出している）	□該当
オ	適正な在庫を確保し、頻回配送や緊急配送を控える	□該当
カ	在庫調整等を目的とした返品を控える	□該当
キ	後発医薬品の調剤を積極的に行っている旨を掲示している	□該当
ク	後発医薬品の調剤割合が85%以上である	□該当

４ 全医薬品の規格単位数量及び後発医薬品の規格単位数量並びにその割合		
期間	年　月 ～ 年　月	
後発医薬品あり先発医薬品及び後発医薬品の規格単位数量（①）		
後発医薬品の規格単位数量（②）		
後発医薬品の調剤割合（②／①）（%）		%

〔地域支援・医薬品供給対応体制加算２から５までへの該当性について〕

５ 地域における医薬品等の供給拠点としての体制		
ア	備蓄品目数　（　年　月現在）	品目
イ	地域の保険医療機関又は保険薬局（同一グループの保険薬局を除く。）に対して在庫状況の共有、医薬品の融通の実施	□あり
ウ	医療材料及び衛生材料を供給できる体制	□あり
エ	麻薬小売業者免許の取得 （免許証の番号を記載：　　）	
オ	当該保険薬局で取り扱う医薬品に係る情報提供ができる体制	□あり
カ	調剤室面積が16㎡以上である （令和８年６月以降に開設、改築又は増築した保険薬局のみ記載）	□あり 開設日： 改築日： 増築日：

6　休日、夜間を含む開局時間外における調剤・相談応需体制

ア　開局時間

日曜	開局時間（　　：　　）～　閉局時間（　　：　　）
月曜	開局時間（　　：　　）～　閉局時間（　　：　　）
火曜	開局時間（　　：　　）～　閉局時間（　　：　　）
水曜	開局時間（　　：　　）～　閉局時間（　　：　　）
木曜	開局時間（　　：　　）～　閉局時間（　　：　　）
金曜	開局時間（　　：　　）～　閉局時間（　　：　　）
土曜	開局時間（　　：　　）～　閉局時間（　　：　　）
合計	（　　）　時間（日～土曜までの開局時間の合計）
祝日	開局時間（　　：　　）～　閉局時間（　　：　　）
輪番の日	開局時間（　　：　　）～　閉局時間（　　：　　）

イ　休日、夜間を含む開局時間外の調剤・在宅業務に対応できる体制	□あり

他の保険薬局との連携	連携薬局名	
	連携する業務内容	

ウ　当該薬局を利用する患者又はその家族等からの相談応需体制

初回の処方箋受付時に連絡先等を事前に患者又はその家族等に対して説明の上、文書により交付している	□実施している
連携薬局及び自局に直接連絡が取れる連絡先電話番号等を当該保険薬局の外側の見えやすい場所に掲示している	□実施している
あらかじめ患者に伝えてある電話に応答できない場合の体制（該当するものに☑）	□　薬剤師の携帯・自宅電話へ転送 □　留守録による応答後、速やかに折り返し □　その他（　　）

エ　休日、夜間を含む時間外の調剤、在宅対応体制（地域の輪番体制含む）に係る周知

自局及びグループによる周知	□実施している
地域での周知の方法 （該当するものに☑）	□　地域の行政機関を通じて周知している。 □　地域の薬剤師会等を通じて周知している。

7　在宅医療を行うための関係者との連携体制等の対応

ア　診療所又は病院及び訪問看護ステーションとの円滑な連携	□あり
イ　保健医療・福祉サービス担当者との連携体制	□あり
ウ　在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績 （実績回数の期間：　　年　　月～　　年　　月）	回

（7のウの参考）

①　在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料及び在宅患者緊急時等共同指導料（し医療保険）の算定実績（情報通信機器を用いた場合を除く）	回
②　居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費 （介護保険の算定実績(情報通信機器を用いた場合を除く））	回
③　①及び②について、在宅協力薬局として連携した場合の実績	回
④　①及び②について、同等の業務を行った場合の実績	回

エ　在宅患者に対する薬学的管理指導が可能な体制整備	□在宅患者訪問薬剤管理指導の届出 □在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な研修の実施 □薬学的管理指導計画書の様式の整備 □在宅患者訪問薬剤管理指導を行う薬局であることの掲示し、文書で交付 □その他（　　）

8 医療安全に関する取組の実施		
	ア　医薬品医療機器情報配信サービス（ＰＭＤＡメディナビ）への登録 （薬局が登録した登録番号を記載すること）	登録証明書番号 （　　）
	イ　常に最新の医薬品緊急安全性情報、安全性速報、医薬品・医療機器等安全情報等の医薬品情報の収集、自局の保険薬剤師への周知	□あり
	ウ　プレアボイド事例の把握・収集に関する取組の実施	□あり
	エ　副作用報告に係る手順書の作成と報告実施体制	□あり
9　服薬管理指導料の注１に係る届出（かかりつけ薬剤師）		□あり

10 管理薬剤師		
	①氏名	
	②保険薬局勤務経験年数	年
	③週あたりの勤務時間	時間
	④当該薬局在籍年数	年

11 薬局における薬学的管理指導に必要な体制及び機能の整備	□薬学的管理指導等に係る職員研修の計画の作成と実施 □定期的な外部の学術研修の受講 □職員の薬学等に関する団体等による研修認定の取得の奨励 □職員の医学薬学等に関する学会への定期的な参加・発表の奨励 □その他（　　）

12 薬局における薬学的管理指導に必要な体制及び機能の整備状況	□あり
13 患者のプライバシーに配慮した服薬指導を実施する体制 （パーテーション等で区切られた独立したカウンターを有する等）	□あり

14 地域医療に関連する取組の実施		
	ア　要指導医薬品及び一般用医薬品の備蓄・販売（基本的な48薬効群）	□あり
	イ　健康相談、生活習慣等に係る相談の実施	□あり
	ウ　緊急避妊薬を備蓄し、調剤又は販売する体制	□あり
	エ　当該保険薬局が敷地内禁煙であること	□あり
	オ　薬局等においてたばこ又は喫煙器具を販売していないこと	□していない
	カ　セルフメディケーション関連機器を設置している	□あり
	キ　薬事未承認の研究用試薬又は検査サービスの販売等をしていない	□していない

［記載上の注意］

1 「１」については、当該保険薬局における調剤基本料の区分に該当するもの１つに○をすること。

2 「２」については、当該保険薬局における届出に係る地域支援・医薬品供給対応体制加算の区分に該当するもの１つに○をすること。

3 「３」のコクについては、当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品の規格単位数量を合算した数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合をいう。

4 規格単位数量とは、使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量のことをいう。

5 後発医薬品の規格単位数量の割合を計算するに当たっては、「「診療報酬における加算等の算定対象となる後発医薬品」等について」（令和８年３月５日保医発0305第２号）を参照すること。

6 「５」のカについて、令和８年６月以降に開設、改築又は増築した保険薬局においては、調剤室面積がわかる文書（見取り図等）を添付すること。

7 「６」のイの他の保険薬局との連携については、地域薬剤師会等の当番・輪番に参加している場合は、その旨を記載すること。

8 「６」のエについては、地域の行政機関又は地域の薬剤師会から公表されていることが確認できる資料を添付すること。

9 「８」のウの「プレアボイド事例の把握・収集に関する取組」について、薬局機能情報提供制度において、「プレアボイド事例の把握・収集に関する取組の有無」を「有」として都道府県に報告している場合に「あり」とすること。

10 「８」のエについては、当該手順書の写しを添付すること。

11 「10」の②の「保険薬局勤務経験年数」については、当該保険薬剤師の保険薬局勤務年数を記載すること。③の「週あたりの勤務時間」については、当該保険薬剤師の１週間あたりの平均勤務時間を記載すること。④「在籍年数」については、当該保険薬局に勤務しはじめてから、届出時までの当該保険薬剤師の在籍期間を記載すること。

12 「11」については、当該保険薬局における職員等に対する研修実施計画及び実施実績等を示す文書を添付すること

13 「14」のエについては、保険薬局が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険薬局の保有又は借用している部分が禁煙であること。

14 「14」のカの「セルフメディケーション関連機器」とは、次に掲げるものの中から３つ以上設置している場合に「あり」とすること。

① 体重計
② 体温計
③ 血圧測定器
④ 体組成計（体脂肪率、BMI等を含むもの）
⑤ 血中酸素飽和度測定器（パルスオキシメータ）
⑥ 握力計

⑦　骨密度測定器

様式87の３の２

地域支援・医薬品供給対応体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

１　届出区分 （いずれかに○）	（　　）	地域支援・医薬品供給対応体制加算２
	（　　）	地域支援・医薬品供給対応体制加算３
	（　　）	地域支援・医薬品供給対応体制加算４
	（　　）	地域支援・医薬品供給対応体制加算５

２　保険薬局における直近１年間の処方箋受付回数（①）	回

３　各基準の実績回数

地域支援・医薬品供給対応体制加算２　　：(4)を含む３つ以上を満たすこと。

地域支援・医薬品供給対応体制加算３・５：いずれか７つ以上を満たすこと。

地域支援・医薬品供給対応体制加算４　　：(4)と(~~7~~6)を含む３つ以上を満たすこと。

処方箋受付回数１万回当たりの基準 （１年間の各基準の算定回数）（満たす実績に〇） 期間：　年　月　～　年　月 ※下記（　）内は各加算の実績基準を示す		各基準に①を乗じて１万で除して得た回数※	保険薬局における実績の合計
（　　）	(1)時間外加算等及び夜間・休日等加算 （加算２・３：40回、加算４・５：400回）	回	回
（　　）	(2)麻薬の調剤回数 （加算２・３：１回、加算４・５：10回）	回	回
（　　）	(3)調剤時残薬調整加算及び薬学的有害事象等防止加算 （加算２・３：20回、加算４・５：40回）	回	回
（　　）	(4)服薬管理指導料１のイ及び２のイ （加算２・３：20回、加算４・５：40回）	回	回
（　　）	(5)外来服薬支援料１ （加算２・３：１回、加算４・５：12回）	回	回
（　　）	(6)訪問薬剤管理指導料等（単一建物診療患者又は単一建物居住者が１人の場合に限る。） （加算の区分によらず24回）	回	回
（　　）	(7)服薬情報等提供料等 （加算２又は３：30回、加算４又は５：60回）	回	回
（　　）	(8)小児特定加算（加算の区分によらず１回）	回	回

保険薬局当たりの基準		保険薬局における実績の合計
（　　）	(9)薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議の出席回数 （加算２・３：１回、加算４・５：５回）	回

様式87の３の６

電子的調剤情報連携体制整備加算の施設基準に係る届出書添付書類

電子的調剤情報連携体制整備加算の施設基準

（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

１　療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令（昭和51年厚生省令第36号）第１条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っている。	□
２　健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認を行う体制がある。	□
３　オンライン資格確認等システムを通じて患者の診療情報、薬剤情報等 を取得し、調剤、服薬指導等を行う際に当該情報を閲覧し、活用できる体制がある。	□
４　「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により調剤する体制及び調剤結果を登録する体制を有している。また、調剤に際しては、電子処方箋管理サービスの重複投薬等チェック機能を用いて、患者の服用する薬剤における有効成分の重複その他薬物療法上の薬学的知見の観点から不適切な組合せが生じていないかの有無を確認することができる体制を整備している。	□
５　電磁的記録による調剤録及び薬剤服用歴の管理体制を有している。	□
６　国等が全国で電子カルテ情報共有サービスの運用を開始した場合には、速やかに導入するように努めること。	□
７　次に掲げる全ての事項について、保険薬局の見やすい場所に掲示し、ウェブサイトに掲載している。 ・オンライン資格確認システムを通じて患者の診療情報、薬剤情報等を取得し、調剤、服薬指導等を行う際に当該情報を閲覧し、活用していること。 ・マイナンバーカードの健康保険証利用を促進する等、医療ＤＸを通じて質の高い医療を提供できるよう取り組んでいること。 ・電子処方箋や電子カルテ情報共有サービスを活用するなど、医療ＤＸに係る取組を実施していること。	□
８　医療情報システムの安全管理に関するガイドラインや薬局におけるサイバーセキュリティ対策チェックリストを活用するなどして、サイバー攻撃に対する対策を含めセキュリティ全般について適切な対応を行う体制を有している。	□

［記載上の注意］

「~~８~~７」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。

様式87の10

胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）及び縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準に係る届出書添付書類

1	届出種別（該当するいずれか１つを〇で囲むこと）		１：新規届出 ２：再度の届出
	実績期間　開始年月（和暦で記載すること）		年　　月
	終了年月（和暦で記載すること）		年　　月
	届出する項目（該当するいずれか１つを〇で囲むこと）		１：胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術 ２：縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術
2	標榜診療科　（該当する□に「✔」を記入すること。）		□　外科 □　消化器外科 □　消化器内科 □　放射線科 □　麻酔科
3	当該医療機関における食道悪性腫瘍に係る手術の実施症例数		
	食道悪性腫瘍手術の年間実施症例数		例
	そのうち、胸腔鏡下胸部食道悪性腫瘍手術（単に切除のみのもの）、胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）又は縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）の実施症例数		例
4	外科又は消化器外科の常勤医師の氏名等		
	常勤医師１	氏名	
		勤務時間	時間
		外科又は消化器外科の経験年数	年
	常勤医師２	氏名	
		勤務時間	時間
		外科又は消化器外科の経験年数	年
	常勤医師３	氏名	
		勤務時間	時間
		外科又は消化器外科の経験年数	年
6	緊急手術が可能な体制（該当するいずれか１つを〇で囲むこと）		有　・　無
7	常勤の臨床工学技士の氏名		
8	保守管理の計画（該当するいずれか１つを〇で囲むこと）		有　・　無

［記載上の注意］

１　「１」は、特掲診療料施設基準通知第２の４の（３）に定めるところによるものであること。

２　「３」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式52により添付すること。

３　「４」の常勤医師の勤務時間欄に就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

４　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式87の54

人工股関節置換術（手術支援装置を用いるもの）に関する施設基準に係る届出書添付書類

１　届出種別 （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）		１：新規届出 ２：再度の届出
	実績期間　開始年月（和暦で記載すること）	年　月
	終了年月（和暦で記載すること）	年　月
２　標榜診療科		
	整形外科 （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）	１：有 ２：無
３　人工股関節置換術に係る手術の年間実施症例数		例
４　整形外科について専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤医師の氏名等		
	常勤医師１	
	氏名	
	勤務時間	時間
	整形外科の経験年数	年
	常勤医師２	
	氏名	
	勤務時間	時間
	整形外科の経験年数	年
	常勤医師３	
	氏名	
	勤務時間	時間
	整形外科の経験年数	年
４　保守管理の計画 （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）		１：有 ２：無

１　「１」は特掲診療料施設基準通知第２の４の（３）に定めるところによるものであること。
２　「３」は、人工股関節置換術に係る手術（「Ｋ０８２の２」又は「Ｋ０８２－３の２」）が、実績期間内に、新規届出の場合には年間５例以上、再度届出の場合には10例以上必要であること。また、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式52により添付すること。
３　「４」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。
４　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式87の57

乳腺悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法の施設基準に係る届出書添付書類

１　届出種別 （該当するいずれか１つを○で囲むこと）		１：新規届出 ２：再度の届出
	実績期間　開始年月（和暦で記載すること）	年　月
	終了年月（和暦で記載すること）	年　月
２　標榜診療科		
	乳腺外科 （該当するいずれか１つを○で囲むこと）	１：有 ２：無
	外科 （該当するいずれか１つを○で囲むこと）	１：有 ２：無
３　乳腺外科又は外科について専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤医師の氏名等（２名以上）		
	常勤医師１	
	氏名	
	勤務時間	時間
	診療科名	科
	当該診療科の経験年数	年
	常勤医師２	
	氏名	
	勤務時間	時間
	診療科名	科
	当該診療科の経験年数	年
	常勤医師３	
	氏名	
	勤務時間	時間
	診療科名	科
	当該診療科の経験年数	年
４　届出を行う項目 （該当するいずれか１つを○で囲むこと）		
	１：乳癌センチネルリンパ節加算１（併用法） ２：乳癌センチネルリンパ節加算２（単独法）	
５　乳腺外科又は外科の経験を５年以上有しており、乳癌センチネルリンパ節生検を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として５症例以上経験している医師の氏名等		
	常勤医師１	
	氏名	
	診療科名	科
	当該診療科の経験年数	年
	乳癌センチネルリンパ節生検の経験症例数	例
	常勤医師２	
	氏名	
	勤務時間	時間

		診療科名	科
		当該診療科の経験年数	年
６　放射線科の常勤医師の氏名等			
	常勤医師１		
		氏名	
		勤務時間	時間
	常勤医師２		
		氏名	
		勤務時間	時間
７　麻酔科標榜医の氏名			
	麻酔科標榜医１		
	麻酔科標榜医２		
８　病理部門の病理医氏名			
９　乳腺手術の年間実施症例数			例
10　緊急手術が可能な体制 （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）			１：有 ２：無

１　「１」は特掲診療料施設基準通知第２の４の（３）に定めるところによるものであること。
２　「３」、「５」及び「６」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。
３　乳癌センチネルリンパ節生検加算１又は２の届出を行う場合のみ、「４」から「８」を記入すること。
４　「５」については、当該生検症例一覧（実施年月日、検査名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。
５　「７」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
６　「９」は、新規届出の場合には実績期間内に年間５例以上、再度届出の場合には10例以上必要であること。また、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式52により添付すること。
７　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式87の61

骨盤内悪性腫瘍及び腹腔内軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法の施設基準に係る届出書添付書類

1　届出種別 （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）		１：新規届出 ２：再度の届出
	実績期間　開始年月（和暦で記載すること）	年　月
	終了年月（和暦で記載すること）	年　月
2　標榜診療科		
	消化器外科 （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）	１：有 ２：無
	麻酔科 （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）	１：有 ２：無
3　消化器外科について専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤医師の氏名等		
	常勤医師１	
	氏名	
	勤務時間	時間
	消化器外科の経験年数	年
	常勤医師２	
	氏名	
	勤務時間	時間
	消化器外科の経験年数	年
	常勤医師３	
	氏名	
	勤務時間	時間
	消化器外科の経験年数	年
4　麻酔科標榜医の氏名		
	麻酔科標榜医１	
	麻酔科標榜医２	
5　消化器悪性腫瘍手術の年間実施症例数		例
6　緊急手術が可能な体制 （該当するいずれか１つを〇で囲むこと）		１：有 ２：無

１　「１」は特掲診療料施設基準通知第２の４の（３）に定めるところによるものであること。
２　「３」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。
３　「４」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。
４　「５」は、新規届出の場合には実績期間内に年間５例以上、再度届出の場合には10例以上必要であること。また、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式52により添付すること。
５　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式87の67

外科医療確保特別加算の施設基準に係る届出書添付書類

1　算定を行う診療科名 （対象となる診療科名を全て記載）		（　　）科
2　届出状況 （該当するいずれか１つに✔を記載）		□　「Ａ１０４」特定機能病院入院基本料 □　「Ａ２００」急性期総合体制加算
3　長時間・高難度手術の年間手術件数 （届出前年１月～12月の１年間の実績）		（　　）件
4　勤務環境の整備状況（対象となる全ての診療科の状況を記載）		
	診療科名	（　　）科
	常勤医師数 うち、当該診療科の経験が５年以上の常勤医師数	（　　）名 （　　）名
	勤務体制 （いずれか１つに✔を記載）	□　チーム制 □　交代勤務制
	勤務間インターバルの確保	□
	診療科名	（　　）科
	常勤医師数 うち、当該診療科の経験が５年以上の常勤医師数	（　　）名 （　　）名
	勤務体制 （いずれか１つに✔を記載）	□　チーム制 □　交代勤務制
	勤務間インターバルの確保	□
5　他の医療機関との連携 （該当する全ての□に✔を記載）		□　地域の他の保険医療機関と、対象手術の実施体制・術後フォローアップ体制等について、事前に協議を行っている □　届出医療機関及び当該他の保険医療機関において、協議内容を公表し、対象となる患者に説明を行っている
6　研修体制の整備		□　対象診療科の専門研修体制が整備されている
7　対象診療科における処遇に係る配慮		
	地域医療体制確保加算２において、対象診療科の処遇への配慮を実施	□　実施している □　実施していない
	加算総額に占める手当額の割合	（　　）％以上
	うち常勤医師への支給割合	（　　）％以上

〔記載上の注意〕

１　外科医療確保特別加算の対象手術を主として実施する診療科名を全て記載すること。

２　「３」については、届出を行う年度の前年１年間（令和８年度に届け出る場合は、令和７年１月～令和７年12月の１年間）の対象手術の実施件数を記載すること。

３　「４」の常勤医師数については、対象となる全ての診療科において、当該診療科の経験を５年以上有する常勤医師数の合計が６名以上であること。

４　「７」の加算総額の手当の割合については、届出時においては予定の割合を記載し、加算算定後は、現に記載の割合以上の手当を支給すること。

別添２

特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード	

届出番号	

連絡先

担当者氏名：

電話番号　：

（届出事項）

（選択してください）

の施設基準に係る届出

↓チェックをしてください。すべての基準に適合していない場合には届出ができません。

☐ 当該届出を行う前６か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。

☐ 当該届出を行う前６か月間において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。

☐ 当該届出を行う前６か月間において、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。

☐ 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。

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。

令和　　年　　月　　日

保険医療機関・保険薬局の所在地及び名称

開設者名

　　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「✓」を記入すること。

３　届出書は、１通提出のこと。

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

※項目が未チェックです

誓約書

☐ 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。

☐ 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。

＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日　　開設者名：＿＿＿＿＿＿＿＿

◎必要記載項目

1 保険医療機関コード ＿＿＿＿＿＿＿＿

保険医療機関名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

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）

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）

4 対象職員（常勤換算）数

＿＿＿＿＿＿＿＿人

※ 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。

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



【記載上の注意】

1 「2」については、届出を行う評価料について☑を記載すること。

なお、いずれにも該当する保険医療機関にあっては、いずれも☑を記載すること。

2 「3」については、外来医療等の実施の有無について☑を記載すること。

なお、いずれにも該当する保険医療機関にあっては、いずれも☑を記載すること。

3 「4」については、本様式の届出時点における対象職員の人数を常勤換算数で記載すること。

なお、常勤の職員の常勤換算数は1とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が1を超える場合は、1）とする。

様式96

〔 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） 〕 の施設基準に係る届出書添付書類　（新規・区分変更）

◎以下について確認の上、必ず☑を記載すること

※項目が未チェックです

誓約書

□　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。

□　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。

＿＿年＿＿月＿＿日　　開設者名：＿＿＿＿＿＿＿＿

◎必要記載項目

1　保険医療機関コード ＿＿＿＿＿＿＿＿

　保険医療機関名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

2　届出を行う評価料

□ 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）

3　該当する届出

□ 新規届出

□ 区分変更

●対象職員（常勤換算）数

＿＿＿＿＿＿＿＿人

※【記載上の注意】を参照

※区分変更の場合は前回届出時の人数も記入

（前回届出時 ＿＿＿＿＿＿＿＿人）

1割以上の変動

※　原則2.0以上であるが、以下の項目に該当する場合はその限りではない。

対象職員（常勤換算）数が2.0人未満の場合、特定地域（※）に所在する保険医療機関に該当するか。　□

※「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域

（1）届出年月日　　令和＿＿年＿＿月

※　本評価料の算定を開始する月のこと

（2）賃金改善開始年月日　　令和＿＿年＿＿月

※　当該年度における賃金改善を開始した月

4　区分計算

（1）算出方法

●同一法人内の複数医療機関で通算して算出しますか。 はい　□（はいの場合は（2）の記入は不要、様式99の記入が必要）

（2）賃金改善算定基礎額の算出

●計算に必要な対象職種ごとの記載項目

ア　自保険医療機関に勤務する職員（40歳未満の常勤医師・歯科医師、看護補助者、事務職員**を除く**）の月額賃金総額

円

イ　自保険医療機関に勤務する職員のうち、看護補助者及び事務職員の月額賃金総額

円

※ 月額賃金総額：届出を行う月（3（1）の月）の直近1月の総額

※ ただし、届出を行う月の前月に既に当該年度の賃金改善が開始されている場合（チェックしてください）➡ □

ウ　自保険医療機関に勤務する職員のうち40歳未満の常勤医師及び歯科医師の人数

人　（※ ただし、事業主及び役員を除く）

エ　自保険医療機関に勤務する職員のうち、週22時間以上勤務する非常勤の医師及び歯科医師の人数

人　（※ただし、週22時間以上勤務する場合においては、宿日直を除く。また、事業主及び役員を除く。）

※ 人数：本様式の届出を行う月の直近3月の期間の各月1日時点における1月あたりの平均の数値を用いる。

➡【賃金改善算定基礎額】　円

（3）外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等により算定される点数の見込み、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）等の区分の上限を算出する値（【B】）

●　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等の算定回数・金額の見込み

【算出の際に用いる「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等の対象期間：本様式の届出を行う月の直近3月の期間の1月あたりの平均】

	点数表の項目	算定回数 9月	算定回数 10月	算定回数 11月		算定回数（直近3月平均）
医科点数表	① 初診料等	回	回	回		回
	② 再診料等	回	回	回		回
	③ 訪問診療料（同一建物以外）	回	回	回		回
	④ 訪問診療料（同一建物）	回	回	回		回
歯科点数表	⑤ 初診料等	回	回	回		回
	⑥ 再診料等	回	回	回		回
	⑦ 歯科訪問診療料（同一建物以外）	回	回	回		回
	⑧ 歯科訪問診療料（同一建物）	回	回	回		回

※ 本様式の届出を行う月の直近3月の期間の1月あたりの平均の数値（小数第二位を四捨五入）を記載すること。

※ 外来・在宅ベースアップ評価料の注5又は注7、歯科外来・在宅ベースアップ評価料の注5又は注7を算定している場合には、
それぞれの当該評価料の1から3まで又は注6に規定する点数を算定したものとみなす。

※ 自由診療の患者については、計上しない。
公費負担医療や労災保険制度等、診療報酬点数表に従って医療費が算定される患者については、計上する。

【合計】

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等の算定回数見込み

回

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等の算定により算定される点数の見込み

点

※区分変更の場合は前回届出時の回数も記入
（前回届出時 回）
1割以上の変動

（4）【B】の値

$$【B】= \frac{\left[\text{賃金改善算定基礎額} \times 0.5 - (\text{外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される点数の見込み}) \times 10\text{円}\right]}{\left[\begin{array}{c}\text{外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）イの算定回数の見込み} \times 8 \\ + \text{外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）ロの算定回数の見込み} \\ + \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）イの算定回数の見込み} \times 8 \\ + \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）ロの算定回数の見込み}\end{array}\right] \times 10\text{円}}$$

5 施設基準要件の確認

●常勤換算2名以上の対象職員が勤務していること

●1月あたりの入院料（※）の算定回数が30未満の医療機関であること。 □

※医科点数表又は歯科点数表第1章第2部第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、
同部第三節の特定入院料又は同部第四節の短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）

●外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の届出を行っており、 □
入院ベースアップ評価料の届出を行っていない保険医療機関であること

●社会保険診療等に係る収入金額（※）の合計額が、総収入の80／100を超えること。 □

※【記載上の注意】を参照

6 4（4）により算出した【B】に基づき、該当する区分の算出

（1） 算定が可能となる区分

※区分変更の必要はありません

※区分変更の必要はありません

（2） 届出する区分（いずれかを選択）

◉	届出無し
○	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）1
○	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）2
○	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）3
○	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）4
○	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）5
○	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）6
○	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）7
○	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）8
○	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）9
○	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）10
○	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）11
○	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）12
○	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）13
○	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）14
○	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）15
○	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）16
○	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）17
○	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）18
○	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）19
○	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）20
○	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）21
○	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）22
○	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）23
○	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）24

◉	届出無し	
○	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）1	
○	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）2	
○	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）3	
○	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）4	
○	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）5	
○	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）6	
○	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）7	
○	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）8	
○	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）9	
○	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）10	
○	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）11	
○	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）12	～令和9年5月末まで
○	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）13	
○	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）14	
○	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）15	
○	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）16	
○	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）17	
○	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）18	
○	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）19	
○	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）20	
○	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）21	
○	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）22	
○	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）23	
○	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）24	～令和10年5月末まで

（3） 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の注5・注6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（Ⅱ）の注5及び注6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（Ⅱ）」 を届け出ていた保険医療機関

② □ 「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」または「入院ベースアップ評価料」を届け出ていなかったが
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（Ⅱ）の注5及び注6に該当しない医療機関＞

③ □ 「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」 のみを届け出る保険医療機関

（4） 最終算定区分

※区分変更の必要はありません	※区分変更の必要はありません

【記載上の注意】

1 「2」については、届出を行う評価料について☑を記載すること。
なお、いずれにも該当する保険医療機関にあっては、いずれも☑を記載すること。

2 「3」の「対象職員（常勤換算）数」については、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。また、事業主及び役員を含まない。
なお、本様式の届出時点における人数を常勤換算で記載すること。
常勤の職員の常勤換算数は1とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が1を超える場合は、1とする。

3 「4」（2）対象職員の「月額賃金総額」とは、基本給又は決まって毎月支払われる手当（以下「基本給等」という。）及び時間外手当等の月ごとに変動して支払われる手当の合計をいい、賞与、期末・勤勉手当等特定の時期にのみ支払われる手当を含まない。
なお、算出については、届出を行う月の直近1月の総額を用いること。ただし、届出を行う月の前月に既に当該年度の賃金改善が開始されている場合は、当該賃金改善を開始する前月の総額）を用いること。
「月額賃金総額」には、「令和7年度医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業」によって交付される補助金による部分は、含めないものとする。

4 「4」（2）対象職員の「人数」については、本様式の届出を行う月の直近3月の期間の各月1日時点における1月あたりの平均の数値を用いること。

5 「4」（3）「①初診料等に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
・医科点数表区分番号（以下5～8において、単に「区分番号」という。）A000に掲げる初診料
・区分番号B001-2に掲げる小児科外来診療料の1のイ若しくは2のイ
・区分番号B001-2-11に掲げる小児かかりつけ診療料の1のイの⑴、1のロの⑴、2のイの⑴若しくは2のロの⑴

6 「4」（3）「②再診料等に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
・区分番号A001に掲げる再診料
・区分番号A002に掲げる外来診療料
・区分番号A400に掲げる短期滞在手術等基本料の1
・区分番号B001-2に掲げる小児科外来診療料の1のロ若しくは2のロ
・区分番号B001-2-7に掲げる外来リハビリテーション診療料
・区分番号B001-2-8に掲げる外来放射線照射診療料
・区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料
・区分番号B001-2-10に掲げる認知症地域包括診療料
・区分番号B001-2-11に掲げる小児かかりつけ診療料の1のイの⑵、1のロの⑵、2のイの⑵若しくは2のロの⑵
・区分番号B001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料

7 「4」（2）「③訪問診療料（同一建物以外）に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
・区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の1のイ若しくは2のイ
・区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料（訪問診療を行った場合に限る。）

8 「4」（2）「④訪問診療料（同一建物に係る算定回数）」については、以下の合計算定回数を記載すること。
・区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の1のロ若しくは2のロ
・区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）

9 「4」（2）「⑤歯科初診料等に係る算定回数」については、歯科点数表区分番号（以下9～12において、単に「区分番号」という。）A000に掲げる初診料の合計算定回数を記載すること。

10 「4」（2）「⑥歯科再診料等に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
・区分番号A002に掲げる再診料
・区分番号B004-1-6に掲げる外来リハビリテーション診療料
・区分番号B004-1-7に掲げる外来放射線照射診療料

・区分番号B004-1-8に掲げる外来腫瘍化学療法診療料

11 「4」(2)「⑦歯科訪問診療料(同一建物以外)に係る算定回数」については、区分番号C000の1に掲げる歯科訪問診療料の1 歯科訪問診療1(同一患家の患者について算定した場合を除く。)の合計算定回数を記載すること。

12 「4」(2)「⑧歯科訪問診療料(同一建物)に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。

・区分番号C000の1に掲げる歯科訪問診療料の1 歯科訪問診療1(同一患家の患者について算定した場合。)

・区分番号C000の2に掲げる歯科訪問診療料の2 歯科訪問診療2

・区分番号C000の3に掲げる歯科訪問診療料の3 歯科訪問診療3

・区分番号C000の4に掲げる歯科訪問診療料の4 歯科訪問診療4

・区分番号C000の5に掲げる歯科訪問診療料の5 歯科訪問診療5

・区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の注15

・区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の注19

13 「5」の「社会保険診療等に係る収入金額」については、社会保険診療報酬のほか、労災保険制度等の収入が含まれる。

様式97

（看護職員処遇改善評価料
入院ベースアップ評価料）の施設基準に係る届出書添付書類　（新規・区分変更）

◎以下について確認の上、必ず☑を記載すること

※項目が未チェックです

誓約書

□　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。

□　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。

＿＿年＿＿月＿＿日　　開設者名：＿＿＿＿＿＿＿＿

◎必要記載項目

1　保険医療機関コード ＿＿＿＿＿＿＿＿

　保険医療機関名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

2　届出を行う評価料

□ 看護職員処遇改善評価料

□ 入院ベースアップ評価料

3　該当する届出

□ 新規

□ 区分変更

●対象職員（常勤換算）数

＿＿＿＿＿＿＿＿人

※区分変更の場合は前回届出時の人数も記入

（前回届出時 ＿＿＿＿＿＿＿＿人）

1割以上の変動

※【記載上の注意】を参照

※　原則2以上であるが、以下の項目に該当する場合はその限りではない。

対象職員（常勤換算）数が2.0人未満の場合、特定地域（※）に所在する保険医療機関に該当するか。　□

※「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域

（1）届出年月日　　令和＿＿年＿＿月

※　本評価料の算定を開始する月のこと

（2）賃金改善開始年月日　　令和＿＿年＿＿月

※　当該年度における賃金改善を開始した月

4　区分計算

（1）　看護職員等の数

＿＿＿＿＿＿＿＿人月

※　本様式の届出を行う月の直近3月の期間の各月1日時点における1月あたりの平均の数値（小数第二位を四捨五入）を記載すること。

（2）　延べ入院患者数

＿＿＿＿＿＿＿＿人月

※　本様式の届出を行う月の直近3月の期間の1月あたりの平均の数値（小数第二位を四捨五入）を記載すること。

※　自由診療の患者については、計上しない。

公費負担医療や労災保険制度等、診療報酬点数表に従って医療費が算定される患者については、計上する。

※　対象期間の1月当たりの平均延べ入院患者数が30人月未満である場合については、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）又は歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）を届け出ても差し支えない。ただし、その場合は入院ベースアップ評価料を届け出ないこと。

（3）算出方法

●同一法人内の複数医療機関で通算して算出しますか。　はい　□　（はいの場合は（4）の記入は不要、様式99の記入が必要）

（4）賃金改善算定基礎額の算出

●計算に必要な対象職種ごとの記載項目

ア　自保険医療機関に勤務する職員（40歳未満の常勤医師・歯科医師、看護補助者、事務職員**を除く**）の月額賃金総額

＿＿＿＿＿＿＿＿円

イ　自保険医療機関に勤務する職員のうち、看護補助者及び事務職員の月額賃金総額

＿＿＿＿＿＿＿＿円

※ 月額賃金総額：届出を行う月（3（1）の月）の直近1月の総額

※ ただし、届出を行う月の前月に既に当該年度の賃金改善が開始されている場合（チェックしてください）➡　□

ウ　自保険医療機関に勤務する職員のうち40歳未満の常勤医師及び歯科医師の人数

＿＿＿＿＿＿＿＿人　（※ ただし、事業主及び役員を除く）

エ　自保険医療機関に勤務する職員のうち、週22時間以上勤務する非常勤の医師及び歯科医師の人数

＿＿＿＿＿＿＿＿人　（※ただし、週22時間以上勤務する場合においては、宿日直を除く。
また、事業主及び役員を除く。）

※ 人数：本様式の届出を行う月の直近3月の期間の各月1日時点における1月あたりの平均の数値を用いる。

➡【賃金改善算定基礎額】　＿＿＿＿＿＿＿＿円

（5）外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等により算定される点数の見込み、看護職員処遇改善評価料の区分の上限を算出する値（【A】）・入院ベースアップ評価料の区分の上限を算出する値（【C】）

● 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等の算定回数・金額の見込み

【算出の際に用いる「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等の対象期間：本様式の届出を行う月の直近3月の期間の1月あたりの平均】

	点数表の項目	算定回数 9月	算定回数 10月	算定回数 11月	→	算定回数（直近3月平均）
医科点数表	① 初診料等	回	回	回		回
	② 再診料等	回	回	回		回
	③ 訪問診療料（同一建物以外）	回	回	回		回
	④ 訪問診療料（同一建物）	回	回	回		回
歯科点数表	⑤ 初診料等	回	回	回		回
	⑥ 再診料等	回	回	回		回
	⑦ 歯科訪問診療料（同一建物以外）	回	回	回		回
	⑧ 歯科訪問診療料（同一建物）	回	回	回		回

※ 本様式の届出を行う月の直近3月の期間の1月あたりの平均の数値（小数点第二位を四捨五入）を記載すること。

※ 外来・在宅ベースアップ評価料の注5又は注7、歯科外来・在宅ベースアップ評価料の注5又は注7を算定している場合には、それぞれの評価料の1から3まで又は注6に規定する点数を算定したものとみなす。

※ 自由診療の患者については、計上しない。
公費負担医療や労災保険制度等、診療報酬点数表に従って医療費が算定される患者については、計上する。

【合計】

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等の算定回数見込み

＿＿＿＿＿＿＿＿ 回

※区分変更の場合は前回届出時の回数も記入
（前回届出時 ＿＿＿＿＿＿＿＿ 回）
1割以上の変動

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等の算定により算定される点数の見込み

＿＿＿＿＿＿＿＿ 点

（6）【A】・【C】の値

【A】の値 ＿＿＿＿＿＿＿＿

$$【A】= \frac{\text{看護職員等の賃上げ必要額：（当該保険医療機関の看護職員等の数 × 12,000円 × 1.165）}}{\text{当該保険医療機関の延べ入院患者数 × 10 円}}$$

【C】の値 ＿＿＿＿＿＿＿＿

$$【C】= \frac{\text{賃金改善算定基礎額 －（外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される点数の見込み）× 10円}}{\text{当該保険医療機関の延べ入院患者数 × 10 円}}$$

5 施設基準要件の確認

【看護職員処遇改善評価料】**(以下の(1)(2)のいずれかに該当するものを選択)**

(1)次の(イ)及び(ロ)のいずれにも該当すること。

(イ) 区分番号「A205」に掲げる救急医療管理加算に係る届出を行っている □

(ロ) 救急搬送実績が、年間で200件以上であること

救急搬送実績: 件 (期間:令和 年度) □

(2)救命救急センター、高度救命救急センター又は小児救命救急センターを設置していること □

【入院ベースアップ評価料】**(以下の条件全てに該当すること)**

●常勤換算2名以上の対象職員が勤務していること □

●入院料(※)を算定している保険医療機関であること □

※医科点数表又は歯科点数表第1章第2部第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。)、同部第三節の特定入院料又は同部第四節の短期滞在手術等基本料(短期滞在手術等基本料1を除く。)

●外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の届出を行っており、外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱの届出を行っていない保険医療機関であること □

●社会保険診療等に係る収入金額(※)の合計額が、総収入の80／100を超えること。 □

※ 【記載上の注意】3を参照

6 3により算出した【A】・【C】に基づき、該当する区分

(1) 看護職員処遇改善評価料算定が可能となる区分

※区分変更の必要はありません

(2) 入院ベースアップ評価料算定が可能となる区分

※区分変更の必要はありません

【記載上の注意】

1 「2」については、届出を行う評価料について☑を記載すること。
なお、いずれにも該当する保険医療機関にあっては、いずれも☑を記載すること。

2 「3」の「対象職員（常勤換算）数」については、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。また、事業主及び役員を含まない。
なお、本様式の届出時点における人数を常勤換算で記載すること。
常勤の職員の常勤換算数は1とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が1を超える場合は、1とする。

3 「4」（1）看護職員等とは、「当該保険医療機関に勤務する看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師（非常勤職員を含む。）をいう。）」を指す。
また、看護職員等の数は、本様式の届出を行う月の直近3月の期間の各月1日時点における看護職員等の数の平均の数値を用いること。

4 「4」（2）延べ入院患者数は、本様式の届出を行う月の直近3月の期間の1月あたりの延べ入院患者数の平均の数値を用いること。

5 「4」（4）対象職員の「月額賃金総額」とは、基本給又は決まって毎月支払われる手当（以下「基本給等」という。）及び時間外手当等の月ごとに変動して支払われる手当の合計をいい、賞与、期末・勤勉手当等特定の時期にのみ支払われる手当を含まない。
なお、算出については、届出を行う月の直近1月の総額を用いること。ただし、届出を行う月の前月に既に当該年度の賃金改善が開始されている場合は、当該賃金改善を開始する前月の総額）を用いること
「月額賃金総額」には、「令和7年度医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業」によって交付される補助金による部分は、含めないものとする。

6 「4」（4）対象職員の「人数」については、本様式の届出を行う月の直近3月の期間の各月1日時点における1月あたりの平均の数値を用いること。

7 「4」（5）「①初診料等に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
・医科点数表区分番号（以下5～8において、単に「区分番号」という。）A000に掲げる初診料
・区分番号B001-2に掲げる小児科外来診療料の1のイ若しくは2のイ
・区分番号B001-2-11に掲げる小児かかりつけ診療料の1のイの(1)、1のロの(1)、2のイの(1)若しくは2のロの(1)

8 「4」（5）「②再診料等に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
・区分番号A001に掲げる再診料
・区分番号A002に掲げる外来診療料
・区分番号A400に掲げる短期滞在手術等基本料の1
・区分番号B001-2に掲げる小児科外来診療料の1のロ若しくは2のロ
・区分番号B001-2-7に掲げる外来リハビリテーション診療料
・区分番号B001-2-8に掲げる外来放射線照射診療料
・区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料
・区分番号B001-2-10に掲げる認知症地域包括診療料
・区分番号B001-2-11に掲げる小児かかりつけ診療料の1のイの(2)、1のロの(2)、2のイの(2)若しくは2のロの(2)
・区分番号B001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料

9 「4」（5）「③訪問診療料（同一建物以外）に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
・区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の1のイ若しくは2のイ
・区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料（訪問診療を行った場合に限る。）

10 「4」（5）「④訪問診療料（同一建物に係る算定回数）」については、以下の合計算定回数を記載すること。
・区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の1のロ若しくは2のロ
・区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）

11 「4」(5)「⑤歯科初診料等に係る算定回数」については、歯科点数表区分番号(以下9～12において、単に「区分番号」という。)A000に掲げる初診料の合計算定回数を記載すること。

12 「4」(5)「⑥歯科再診料等に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。

・区分番号A002に掲げる再診料

・区分番号B004-1-6に掲げる外来リハビリテーション診療料

・区分番号B004-1-7に掲げる外来放射線照射診療料

・区分番号B004-1-8に掲げる外来腫瘍化学療法診療料

13 「4」(5)「⑦歯科訪問診療料(同一建物以外)に係る算定回数」については、区分番号C000の1に掲げる歯科訪問診療料の1　歯科訪問診療1(同一患家の患者について算定した場合を除く。)の合計算定回数を記載すること。

14 「4」(5)「⑧歯科訪問診療料(同一建物)に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。

・区分番号C000の1に掲げる歯科訪問診療料の1　歯科訪問診療1(同一患家の患者について算定した場合。)

・区分番号C000の2に掲げる歯科訪問診療料の2　歯科訪問診療2

・区分番号C000の3に掲げる歯科訪問診療料の3　歯科訪問診療3

・区分番号C000の4に掲げる歯科訪問診療料の4　歯科訪問診療4

・区分番号C000の5に掲げる歯科訪問診療料の5　歯科訪問診療5

・区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の注15

・区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の注19

15 「5」の「社会保険診療等に係る収入金額」については、社会保険診療報酬のほか、労災保険制度等の収入が含まれる。

様式98

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び歯科外来・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）・歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）　の注5・注6
医科診療報酬点数表第1章第2部　入院料等　通則第11号
歯科点数表第1章第2部入院料等通則第9号

の施設基準に係る届出書添付書類

◎必要記載項目

1　保険医療機関コード
　保険医療機関名

2　届出を行う評価項目

□ 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　**注5**
□ 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）の　**注5・6**
□ 医科診療報酬点数表第1章第2部　入院料等　通則11**【入院料減算免除】**
□ 歯科診療報酬点数表第1章第2部　入院料等　通則9**【入院料減算免除】**

届出年月日　　令和　　年　　月

3　要件の確認

（1）開設時期 **【入院料減算免除】要件**

●令和8年6月1日以降に、新規開設した保険医療機関か　　はい □
（該当する場合には（3）の記載は不要です。）

（2）ベースアップ評価料の算定有無（該当する項目**1つ**に☑をしてください）**【入院料減算免除】要件**

（ⅰ）令和8年3月31日時点で入院ベースアップ評価料を届け出ている保険医療機関である。　　はい □
（該当する場合には（3）の記載は不要です。）

（ⅱ）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）を届け出ている有床診療所である。　　はい □
（該当する場合には（3）の記載は不要です。）

（ⅲ）本様式届出時点で外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）のみを届け出ている保険医療機関である。　　はい □
（（3）③の記載が必要です。）

（ⅳ）上記（ⅰ～ⅲ）条件には該当しないが、減算免除を希望する保険医療機関である。　　はい □
（（3）①・②の記載が必要です。）

（3）本評価項目に必要な賃上げ水準の算出 **【注5，注6】・【入院料減算免除】要件**

○　以下、基本給等総額については1か月当たりの額を記載してください。

※　「基本給等総額」は、対象職員の基本給又は決まって毎月支払われる手当の合計を計上すること。

【ベースアップ評価料対象職種について】

①ベースアップ評価料対象職員（40歳未満の常勤医師・歯科医師・看護補助者・事務職員を除く。）の
基本給等（基本給又は決まって毎月支払われる手当）に係る事項

（Ⅰ）当該評価料の算定を開始する年月　【当該評価料：　】	令和		年		月
（Ⅱ）対象職員の常勤換算数【当該評価料の算定を開始する月（（1））時点】					人
（Ⅲ）当該評価料を算定する時点における基本給等総額【評価料の算定を開始する月（（1））時点の基本給等総額】					円
（Ⅳ）（Ⅲ）と同じ対象職員で、令和６年３月時点の給与体系に当てはめた基本給等総額【賃金改善前の基本給等総額】					円

（Ⅴ）施設基準要件を満たすために必要な賃上げ額【（Ⅳ）×0.055】		円

②ベースアップ評価料対象職員（看護補助者・事務職員）の
基本給等（基本給又は決まって毎月支払われる手当）に係る事項

（Ⅰ）当該評価料の算定を開始する年月　【当該評価料：　】	令和		年		月
（Ⅱ）対象職員の常勤換算数【当該評価料の算定を開始する月（（１））時点】					人
（Ⅲ）当該評価料を算定する時点における基本給等総額【評価料の算定を開始する月（（１））時点の基本給等総額】					円
（Ⅳ）（Ⅲ）と同じ対象職員で、令和６年３月時点の給与体系に当てはめた基本給等総額【賃金改善前の基本給等総額】					円
（Ⅴ）施設基準要件を満たすために必要な賃上げ額【（Ⅳ）×0.08】					円

③入院料減算免除（上記３（２）（ⅲ）外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）のみを届け出ている保険医療機関の場合）
に該当する医療機関の対象職員（医師・歯科医師を除く）の基本給等（基本給又は決まって毎月支払われる手当）に係る事項

（Ⅰ）入院料の減算免除が開始する月（※基本的に届出月の翌月）　【当該評価料：外来ベア（Ⅰ）のみ】	令和		年		月
（Ⅱ）対象職員の常勤換算数【入院料の減算免除が開始する月（※基本的に届出月の翌月）（Ⅰ）時点】					人
（Ⅲ）（Ⅰ）入院料の減算免除が開始する月（※基本的に届出月の翌月）時点の基本給等総額					円
（Ⅳ）（Ⅲ）と同じ対象職員で、令和６年３月時点の給与体系に当てはめた基本給等総額【賃金改善前の基本給等総額】					円
（Ⅴ）施設基準要件を満たすために必要な賃上げ額【（Ⅳ）×0.023】					円

ベースアップ評価料対象職員（40歳以下の常勤医師・歯科医師を除く。）の令和6年3月以降の賃金改善が、
必要な水準以上に達しているか（0以上の場合は該当）

※ {①(Ⅲ)＋②(Ⅲ)}－{①(Ⅳ)＋①(Ⅴ)＋②(Ⅳ)＋②(Ⅴ)}　＝　　円

（※賃上げ後の基本給等総額が、賃上げ前の基本給等総額＋賃上げ必要額と同等（0以上であるかを確認））

4　要件の該当可否

●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）　注5
及び
●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）　注5

【算定可否】

算定可能

5　入院料減算の要否

●医科診療報酬点数表第1章第2部　入院料等　通則11【入院料減算の免除】
及び
●歯科診療報酬点数表第1章第2部　入院料等　通則9【入院料減算の免除】

【算定可否】

減算免除

【記載上の注意】

1　「２」については、届出を行う評価料について☑を記載すること。
なお、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び歯科外来・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）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の注５・注６、医科診療報酬点数表第１章第２部入院料等通則11、歯科点数表第１章第２部入院料等通則第９号のいずれにも該当する保険医療機関にあっては、いずれも☑を記載すること。

2　「３」の（１）及び（２）については、該当する項目１つに☑を入れること。なお、該当しない場合は不要である。

3　「３」の（２）（ⅲ）「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）のみを届け出ている」ということは、医科点数表の第14部
第１節ベースアップ評価料等において、当該評価料のみを届け出ている医療機関をいう。

4　「３」の（３）の（Ⅰ）「当該評価料」は、届け出る施設基準に係る評価料の項目をいう。

5　「３」の（３）の（Ⅱ）「算定を開始する月」は、当該評価料を新たに算定し始める月のことをいう。

6　「３」の（３）の（Ⅱ）「対象職員の常勤換算数」は、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。
常勤の職員の常勤換算数は１とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が１を超える場合は、１とする。）

7　「３」の（３）「基本給等総額」は、対象職員の基本給又は決まって毎月支払われる手当の合計を計上すること。

8　「３」の（３）の（Ⅳ）は、（Ⅲ）と同じ対象職員で、令和６年３月時点の給与体系に当てはめた際の基本給等総額【賃金改善前の基本給等総額】」は、（Ⅲ）と同じ対象職員が令和６年３月時点にいると仮定し、令和６年３月時点の給与体系に当てはめた場合の基本給等総額を求めること。

9　「３」の（３）の（Ⅴ）「必要な賃上げ額」は、届け出る施設基準の区分によって、必要な賃上げ水準が異なる。

10　「４」の「要件の該当可否」の結果及び「５」の「入院料減算の要否」に基づいて、算定可能若しくは減算免除となった場合、別添２と併せて本用紙を地方厚生(市)局長に提出すること。

様式99

ベースアップ評価料
同一法人内複数医療機関届出用補助計算書

の施設基準に係る届出書添付書類

◎必要記載項目

1　保険医療機関コード

保険医療機関名

（1）届出年月日　　令和　　年　　月

※　本様式の届出を行う月

（2）賃金改善開始年月日　　令和　　年　　月

※　当該年度における賃金改善を開始した月

2　区分計算

（1）　社会保険診療等収入金額

●医療機関の社会保険診療等収入金額　＜申請する1医療機関分＞

円

●給与総額等を通算して算出する保険医療機関全体の社会保険診療等収入金額

円

※　**社会保険診療等収入金額**：外来患者及び入院患者の医療に係る収益（医療保険・公費負担医療・公害医療・労災保険・自賠責・自費診療収益等）の直近1か月の総額を用いる。

●社会保険診療等収入金額を基に算出した当該医療機関の按分比率

（2）賃金改善算定基礎額の算出

①計算に必要な対象職種ごとの記載項目

※以下、月額賃金等を通算して算出する医療機関の各項目の合計値を記入する。

（医療機関以外の法人職員を含めてはならない）

ア　保険医療機関に勤務する職員（40歳未満の常勤医師・歯科医師、看護補助者、事務職員**を除く**）の月額賃金総額

円

イ　保険医療機関に勤務する職員のうち、看護補助者及び事務職員の月額賃金総額

円

※　月額賃金総額：届出を行う月（1（1）の月）の直近1月の総額

※ ただし、届出を行う月の前月に既に当該年度の賃金改善が開始されている場合（チェックしてください）➡ □

ウ　保険医療機関に勤務する職員のうち40歳未満の常勤医師及び歯科医師の人数

人　　（※ただし、事業主及び役員を除く）

エ　保険医療機関に勤務する職員のうち、週22時間以上勤務する非常勤の医師及び歯科医師の人数

人　　（※ただし、週22時間以上勤務する場合においては、宿日直を除く。また、事業主及び役員を除く。）

※ 人数：本様式の届出を行う月の直近3月の期間の各月1日時点における1月あたりの平均の数値を用いる。

②賃金改善算定基礎額＜通算して算出する医療機関の合計額＞

➡【賃金改善算定基礎額（通算）】　　円

③賃金改善算定基礎額＜申請する1医療機関分＞

➡【賃金改善算定基礎額】×【按分比率】　　円

→この数値が様式96、様式97に転記されます

様式100

看護職員処遇改善評価料
外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）（Ⅱ）
歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）（Ⅱ）
入院ベースアップ評価料

「賃金改善実績報告書・賃金改善中間報告書」

１．　「看護職員処遇改善評価料」、「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）」を含む）、「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）」を含む）及び「入院ベースアップ評価料」を算定する医療機関については、別添１の「実績報告書・中間報告書」を提出すること。
２．　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場合には、、別添２「実績報告書・中間報告書（法人）」を用いること。

様式100別添１

（令和　　年度分）

保険医療機関コード	
保険医療機関名	

Ⅰ．提出書類の種類

☐ 賃金改善中間報告書
☐ 賃金改善実績報告書

Ⅱ．報告する医療機関種別

☐ 病院及び診療所
☐ 歯科診療所

Ⅲ．賃金改善実施期間及びベースアップ評価料算定期間

（１）賃金改善実施期間

令和　　年　　月　～　令和　　年　　月　　ヶ月

※　令和８年度診療報酬改定以降のベースアップ評価料等で賃金改善を実施した期間を記載すること。
※　令和８年度又は令和９年度の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、当該年度の４月から翌年３月の賃金改善に充当した場合、遡及して賃金改善を実施した期間を記載する。

（２）ベースアップ評価料算定期間

令和　　年　　月　～　令和　　年　　月　　ヶ月

Ⅳ－１．ベースアップ評価料等による収入の実績額【（２）の期間中】

（３）看護職員処遇改善評価料による収入の実績額		円
（４）外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等による収入の実績額		円
（５）外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）等による収入の実績額		円
（６）入院ベースアップ評価料による収入の実績額		円
（７）ベースアップ評価料等による収入の実績額【（３）＋（４）＋（５）＋（６）】		円

※　「収入の実績額」とは、該当の評価料を算定した総額を記載すること。（算定していない場合は０と記載。）

Ⅳ－１－１．ベースアップ評価料等による収入の繰越状況

（８）前年度からの繰越額（令和８年度分報告時のみ記載）		円

Ⅳ－２．ベースアップ評価料等による収入の実績額（総計）

（９）ベースアップ評価料等による収入の実績額のうち、当該年度における対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費等に充当すべき金額【（７）＋（８）】		円

○　以下、基本給等総額については１か月当たりの額を記載してください。

※　「基本給等総額」とは、対象職員の基本給又は決まって毎月支払われる手当の合計をいい、賞与、期末
　　・勤勉手当等特定の時期にのみ支払われる手当を含まない。

※　「ベア等」の定義は【記載上の注意】を参照のこと。

※　（15）のベア等に伴う賞与、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も必ず記載すること。

【ベースアップ評価料対象職種について】

Ⅴ．ベースアップ評価料対象職員（全体）の月額賃金総額に係る事項

（10）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（11）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（12）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		円
（13）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１ヶ月分）【（11）－（12）】		円
（14）ベア等による賃金増率【（13）÷（12）】		%
（15）上記（14）以外で、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		円

Ⅴ－２．看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の月額賃金総額に係る事項

（16）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（17）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（18）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		円
（19）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１ヶ月分）【（17）－（18）】		円
（20）ベア等による賃金増率【（19）÷（18）】		%
（21）報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
（22）前年度の賞与の支給月数		か月

Ⅴ－３．40歳未満の勤務医師、勤務歯科医師の基本給等に係る事項

（23）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（24）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（25）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		円
（26）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１ヶ月分）【（24）－（25）】		円
（27）ベア等による賃金増率【（26）÷（25）】		%
（28）報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
（29）前年度の賞与の支給月数		か月

Ⅴ－４．事務職員の基本給等に係る事項

（30）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（31）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（32）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		円
（33）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１ヶ月分）【（31）－（32）】		円
（34）ベア等による賃金増率【（33）÷（32）】		%
（35）報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
（36）前年度の賞与の支給月数		か月

Ⅴ－５．看護補助者の基本給等総額に係る事項

（37）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（38）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（39）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		円
（40）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１ヶ月分）【（38）－（39）】		円
（41）ベア等による賃金増率【（40）÷（39）】		%
（42）報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
（43）前年度の賞与の支給月数		か月

Ⅴ－６．薬剤師の基本給等総額に係る事項

（44）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（45）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（46）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		円
（47）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１ヶ月分）【（45）－（46）】		円
（48）ベア等による賃金増率【（47）÷（46）】		%
（49）報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
（50）前年度の賞与の支給月数		か月

Ｖ－７．歯科衛生士の基本給等総額に係る事項（歯科診療を主とする病院及び診療所の場合に記入）

（51）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（52）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（53）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		円
（54）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１ヶ月分）【（52）－（53）】		円
（55）ベア等による賃金増率【（54）÷（53）】		%
（56）報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
（57）前年度の賞与の支給月数		か月

Ｖ－８．その他の対象職種の基本給等に係る事項

（58）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（59）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（60）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		円
（61）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１ヶ月分）【（59）－（60）】		円
（62）ベア等による賃金増率【（61）÷（60）】		%
（63）報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
（64）前年度の賞与の支給月数		か月

Ⅵ．ベースアップ評価料による収入が対象職員へ充当されているか

（65）ベースアップ評価料による収入の実績額【（９）】		円
（66）対象職員全体の賃金改善実績額（算定期間分）【（13）×（算定期間）】		円
（67）ベア等以外で、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		円
（68）収入の実績額と賃金改善実績額の差分【（（66）＋（67））－（65）】		円
（69）ベースアップ評価料算定による収入額が対象職員への賃上げに実施されているか	賃金改善額充当済み	

本報告書の記載内容に虚偽が無いことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

令和　　年　　月　　日　　開設者名：

【記載上の注意】

１　本報告書において、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等」とは、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」及び「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」のことをいう。

２　本報告書において、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）等」とは、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」及び「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」のことをいう。

３　本報告書において、「ベースアップ評価料」とは、「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（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」のことをいう。

４　本報告書において、「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基本給等総額」、「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」及び賃金改善の実績には、「令和７年度医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業」によって交付される補助金による部分は含めないものとする。

５　Ｖの「対象職員の常勤換算数」は、当該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。常勤の職員の常勤換算数は１とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が１を超える場合は、１とする。）

６　Ｖの「ベア等」は、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のことをいう。

７　Ｖについて、「報告書届出年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、空欄でもよい。

８　Ｖについて、「前年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の前年度に係る賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、空欄でもよい。

９　Ⅵについて、大臣折衝において賃上げの実行性確保の観点から、「対象職員の賃金改善実績額」の総額が、「ベースアップ評価料により得られた収入額」の総額と「ベア等以外で、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。）の増加分に用いた額」の総額を合わせた額と比べて、同額以上となること。

様式100別添２

（令和　　年度分）

保険医療機関コード	
保険医療機関名	
集約医療機関数	

Ⅰ．提出書類の種類

☐ 賃金改善中間報告書
☐ 賃金改善実績報告書

Ⅱ．報告する医療機関種別

☐ 病院及び診療所
☐ 歯科診療所

Ⅲ．賃金改善実施期間及びベースアップ評価料算定期間

（１）賃金改善実施期間

令和　　年　　月　～　令和　　年　　月　　ヶ月

※　令和８年度診療報酬改定以降のベースアップ評価料等で賃金改善を実施した期間を記載すること。
※　令和８年度又は令和９年度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、当該年度の４月から翌年３月の賃金改善に充当した場合、遡及して賃金改善を実施した期間を記載する。

（２）ベースアップ評価料算定期間

令和　　年　　月　～　令和　　年　　月　　ヶ月

Ⅳ－１．ベースアップ評価料等による収入の実績額【（２）の期間中】

（３）看護職員処遇改善評価料による収入の実績額		円
（４）外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等による収入の実績額		円
（５）外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）等による収入の実績額		円
（６）入院ベースアップ評価料による収入の実績額		円
（７）ベースアップ評価料等による収入の実績額【（３）＋（４）＋（５）＋（６）】		円

※　「収入の実績額」とは、該当の評価料を算定した総額を記載すること。（算定していない場合は０と記載。）

Ⅳ－１－１．ベースアップ評価料等による収入の繰越状況

（８）前年度からの繰越額（令和８年度分報告時のみ記載）		円

Ⅳ－２．ベースアップ評価料等による収入の実績額（総計）

（９）ベースアップ評価料等による収入の実績額のうち、当該年度における対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費等に充当すべき金額【（７）＋（８）】		円

○　以下、基本給等総額については１月当たりの額を記載してください。

※　「基本給等総額」には、基本給等及び時間外手当の合計をいい、賞与、期末・勤勉手当等特定の時期にのみ支払われる手当を含まない。

※　「ベア等」の定義は【記載上の注意】を参照のこと。

※　（15）のベア等に伴う賞与、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も必ず記載すること。

【ベースアップ評価料対象職種について】

Ⅴ．ベースアップ評価料対象職員（全体）の月額賃金総額に係る事項

（10）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（11）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（12）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		円
（13）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１ヶ月分）【（11）－（12）】		円
（14）ベア等による賃金増率【（13）÷（12）】		%
（15）上記（14）以外で、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		円

Ⅴ－２．看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の月額賃金総額に係る事項

（16）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（17）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（18）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		円
（19）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１ヶ月分）【（17）－（18）】		円
（20）ベア等による賃金増率【（19）÷（18）】		%
（21）報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
（22）前年度の賞与の支給月数		か月

Ⅴ－３．40歳未満の勤務医師、勤務歯科医師の基本給等に係る事項

（23）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（24）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（25）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		円
（26）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１ヶ月分）【（24）－（25）】		円
（27）ベア等による賃金増率【（26）÷（25）】		%
（28）報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
（29）前年度の賞与の支給月数		か月

Ⅴ－４．事務職員の基本給等に係る事項

（30）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（31）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（32）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		円
（33）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１ヶ月分）【（31）－（32）】		円
（34）ベア等による賃金増率【（33）÷（32）】		%
（35）報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
（36）前年度の賞与の支給月数		か月

Ⅴ－５．看護補助者の基本給等総額に係る事項

（37）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（38）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（39）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		円
（40）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１ヶ月分）【（38）－（39）】		円
（41）ベア等による賃金増率【（40）÷（39）】		%
（42）報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
（43）前年度の賞与の支給月数		か月

Ⅴ－６．薬剤師の基本給等総額に係る事項

（44）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（45）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（46）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		円
（47）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１ヶ月分）【（45）－（46）】		円
（48）ベア等による賃金増率【（47）÷（46）】		%
（49）報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
（50）前年度の賞与の支給月数		か月

Ⅴ－７．歯科衛生士の基本給等総額に係る事項（歯科診療を主とする病院及び診療所の場合に記入）

（51）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（52）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（53）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		円
（54）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１ヶ月分）【（52）－（53）】		円
（55）ベア等による賃金増率【（54）÷（53）】		%
（56）報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
（57）前年度の賞与の支給月数		か月

Ⅴ－８．その他の対象職種の基本給等に係る事項

（58）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（59）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（60）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		円
（61）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１ヶ月分）【（59）－（60）】		円
（62）ベア等による賃金増率【（61）÷（60）】		%
（63）報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
（64）前年度の賞与の支給月数		か月

Ⅵ．ベースアップ評価料による収入が対象職員へ充当されているか

（65）ベースアップ評価料による収入の実績額【（９）】		円
（66）対象職員全体の賃金改善実績額（算定期間分）【（13）×（算定期間）】		円
（67）ベア等以外で、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		円
（68）収入の実績額と賃金改善実績額の差分【（（66）＋（67））－（65）】		円
（69）ベースアップ評価料算定による収入額が対象職員への賃上げに実施されているか	賃金改善額充当済み	

本報告書の記載内容に虚偽が無いことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

令和　　年　　月　　日　　開設者名：

【記載上の注意】

1　本報告書において、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等」とは、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」及び「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」のことをいう。

2　本報告書において、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）等」とは、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」及び「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」のことをいう。

3　本報告書において、「ベースアップ評価料」とは、「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（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」のことをいう。

4　本報告書において、「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を届け出ていた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」及び賃金改善の実績には、「令和７年度医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業」によって交付される補助金による部分は含めないものとする。

5　Ⅴの「対象職員の常勤換算数」は、当該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。常勤の職員の常勤換算数は１とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が１を超える場合は、１とする。）

6　Ⅴの「ベア等」は、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のことをいう。

7　Ⅴについて、「報告書届出年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、空欄でもよい。

8　Ⅴについて、「前年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の前年度に係る賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、空欄でもよい。

9　Ⅵについて、大臣折衝において賃上げの実行性確保の観点から、「対象職員の賃金改善実績額」の総額が、「ベースアップ評価料により得られた収入額」の総額と「ベア等以外で、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。）の増加分に用いた額」の総額を合わせた額と比べて、同額以上となること。

様式101

歯科技工所ベースアップ支援料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

☐ 毎年８月において、前年度の賃金改善支援の取組状況について、様式102により、「実績報告書」を作成し、報告することについて、理解しました。

☐ 本評価料による収入については全て歯科技工士の賃上げに充当することについて、誓約します。

　　年　　月　　日　　開設者名：

◎必要記載項目

１ 保険医療機関コード

　保険医療機関名

２ 製作委託等を行う歯科技工所の名称

３ 歯科技工所における賃金引き上げの方法

【記載上の注意】

１ 「３」については、歯科技工所と連携し、可能な限り具体的に記載すること。

様式102

歯科技工所ベースアップ支援料

「実績報告書」

歯科技工所ベースアップ支援料を算定する歯科診療所、病院においては、別添１「実績報告書」を提出すること。

別添１

（歯科技工所ベースアップ支援料）実績報告書（令和　　年度分）

保険医療機関コード	
保険医療機関名	

Ⅰ．提出書類の種類

☐ 実績報告書

Ⅰ．賃金改善支援実施期間及びベースアップ支援料算定期間

（１）賃金改善支援実施期間

令和		年		月	～	令和		年		月	1	ヶ月

（２）ベースアップ支援料算定期間

令和		年		月	～	令和		年		月	1	ヶ月

Ⅱ　ベースアップ支援料の算定回数

ベースアップ支援料の算定回数	0 回
ベースアップ支援料の算定額	0 円

Ⅲ　製作委託等を行った歯科技工所の名称と算定回数

歯科技工所名	算定回数
	回
	回
	回
	回

本報告書の記載内容に虚偽が無いことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

令和　　年　　月　　日　　開設者名：

【記載上の注意】

１　「Ⅲ」において、歯科技工所ごとの算定回数については、可能な範囲で記載すること。

別添２

特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード	

届出番号	

連絡先

担当者氏名：

電話番号　：

（届出事項）

（選択してください）

（選択してください）　の施設基準に係る届出

↓チェックをしてください。すべての基準に適合していない場合には届出ができません。

☐ 当該届出を行う前６か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。

☐ 当該届出を行う前６か月間において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。

☐ 当該届出を行う前６か月間において、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。

☐ 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。

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。

令和　　年　　月　　日

保険医療機関・保険薬局の所在地
及び名称

開設者名

　　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「✓」を記入すること。

３　届出書は、１通提出のこと。

様式103

調剤ベースアップ評価料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

※項目が未チェックです

☐ 毎年８月に、前年度の賃金改善の取組状況について、様式104「賃金改善実績報告書」により報告すること、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104「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。

☐ 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。

☐ 同一グループに属する場合は、同一グループに属する他の全ての保険薬局において本様式を用いて地方厚生(支)局長に届け出ています。（または、どのグループにも属していません。）

＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日　　開設者名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

◎必要記載項目

１ 保険薬局コード

保険薬局名

２ 対象職員の該当

☐ 対象職員の該当あり

※ 対象職員とは、当該保険薬局に直接勤務する職員をいう。ただし、他の保険薬局又は事業所を主たる勤務先とし、当該保険薬局における調剤業務等に直接従事していない管理的業務に専従する者（本部職員、エリアマネージャー等）は、対象職員に含めない。

（ただし、事業主、使用者、開設者、管理者、40歳以上の薬剤師並びに業務委託により勤務する者を除く。）

様式104

調剤ベースアップ評価料

「賃金改善実績報告書・賃金中間報告書（調剤）」

１．　調剤ベースアップ評価料を算定する保険薬局については、別添１の「実績報告書・中間報告書」を提出すること。
２．　法人内又はグループ内の同一の給与体系に基づく複数の保険薬局において、保険薬局の「月額賃金総額」及び「対象職員数」を通算して届出を行う場合には、別添２「実績報告書・中間報告書（法人）」を用いること。

様式104別添1

（保険薬局）＿＿＿＿＿＿＿＿（令和　　年度分）

保険薬局コード	
保険薬局名	

Ⅰ．提出書類の種類

☐ 賃金改善中間報告書
☐ 賃金改善実績報告書

Ⅱ．賃金改善実施期間及びベースアップ評価料算定期間

（１）賃金改善実施期間

令和　　年　　月　～　令和　　年　　月		ヶ月

（２）ベースアップ評価料算定期間

令和　　年　　月　～　令和　　年　　月		ヶ月

Ⅲ．ベースアップ評価料による収入の実績額【（２）の期間中】

（３）調剤ベースアップ評価料による収入の実績額		円

○　基本給等総額については１か月当たりの額を記載してください。
※　「基本給等総額」とは、基本給等の合計をいい、賞与、期末・勤勉手当等特定の時期にのみ支払われる手当を含まない。
※　（９）のベア等に伴う賞与、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も必ず記載すること
○　対象職員とは、当該保険薬局に勤務する職員をいう。
※　ただし、事業主、使用者、開設者、管理者、40歳以上の薬剤師並びに業務委託により勤務する者を除く。

【ベースアップ評価料対象職種について】

Ⅳ．ベースアップ評価料対象職員（全体）の月額賃金総額に係る事項

（４）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（５）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（６）令和８年３月時点の給与体系を、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対象職員の基本給等総額		円
（７）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１か月分）【（５）－（６）】		円
（８）ベア等による賃金増率【（７）÷（６）】		%
（９）上記（８）以外で、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		円

Ⅴ－１．事務職員の基本給等総額に係る事項

(10) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
(11) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
(12) 令和８年３月時点の給与体系を、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対象職員の基本給等総額		円
(13) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１か月分）【(11) － (12)】		円
(14) ベア等による賃金増率【(13) ÷ (12)】		%
(15) 報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
(16) 前年度の賞与の支給月数		か月

Ⅴ－２．薬剤師の基本給等総額に係る事項

（17）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（18）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（19）令和８年３月時点の給与体系を、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対象職員の基本給等総額		円
（20）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１か月分）【（18）－（19）】		円
（21）ベア等による賃金増率【（20）÷（19）】		%
（22）報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
（23）前年度の賞与の支給月数		か月

Ⅵ．保険調剤による収入の割合

（24）保険調剤による収入の総額【前会計年度における１年間の総額】		円
（25）全ての収入の総額【前会計年度における１年間の総額】		円
（26）保険調剤による収入の割合【（24）／（25）】		%

※　保険調剤による収入の総額：調剤報酬（保険外併用療養費を除く。）、介護保険、国、地方公共団体、保険者等が交付する補助金等に係るものの総額（労災保険に係るものを除く）。

Ⅶ．ベースアップ評価料による収入が対象職員へ充当されているか

（27）ベースアップ評価料による収入の実績額【（３）】		円
（28）対象職員全体の賃金改善実績額における、保険調剤分（算定期間分）【（７）×（26）×（算定期間）】		円
（29）ベア等以外で、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（算定期間分）【（９）×（算定期間）】		円
（30）収入の実績額と賃金改善実績額の差分【（（28）＋(29)）－（27）】		円
（31）ベースアップ評価料算定による収入額が対象職員への賃上げに実施されているか	賃金改善額充当済み	

本報告書の記載内容に虚偽が無いことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

令和　　年　　月　　日　　開設者名：

【記載上の注意】

１　「対象職員の常勤換算数」は、当該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。常勤の職員の常勤換算数は１とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が１を超える場合は、１とする。）

２　Ⅵについて、大臣折衝において賃上げの実行性確保の観点から、「対象職員の賃金改善実績額」の総額が、「ベースアップ評価料により得られた収入額」の総額と「ベア等以外で、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）の増加分に用いた額」の総額を合わせた額と比べて、同額以上となること。

３　Ⅴについて、「報告書届出年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、空欄でもよい。

４　Ⅴについて、「前年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の前年度に係る賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、空欄でもよい。

様式104別添2

（保険薬局）　＿＿＿＿＿＿＿＿　（令和　　年度分）

保険薬局コード	
保険薬局名	
同一グループ保険薬局名	
同一グループ保険薬局数	

Ⅰ．提出書類の種類

☐ 賃金改善中間報告書
☐ 賃金改善実績報告書

Ⅱ．賃金改善実施期間及びベースアップ評価料算定期間

（１）賃金改善実施期間

令和　　年　　月　～　令和　　年　　月		ヶ月

（２）ベースアップ評価料算定期間

令和　　年　　月　～　令和　　年　　月		ヶ月

Ⅲ．ベースアップ評価料による収入の実績額【（２）の期間中】

（３）調剤ベースアップ評価料による収入の実績額		円

○　基本給等総額については１か月当たりの額を記載してください。
※　「基本給等総額」とは、基本給等の合計をいい、賞与、期末・勤勉手当等特定の時期にのみ支払われる手当を含まない。
※　（９）のベア等に伴う賞与、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も必ず記載すること
○　対象職員とは、当該保険薬局に勤務する職員をいう。
※　ただし、事業主、使用者、開設者、管理者、40歳以上の薬剤師並びに業務委託により勤務する者を除く。

【ベースアップ評価料対象職種について】

Ⅳ．ベースアップ評価料対象職員（全体）の月額賃金総額に係る事項

（４）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（５）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（６）令和８年３月時点の給与体系を、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対象職員の基本給等総額		円
（７）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１か月分）【（５）－（６）】		円
（８）ベア等による賃金増率【（７）÷（６）】		%
（９）上記（８）以外で、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		円

Ⅴ－１．事務職員の基本給等総額に係る事項

(10) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
(11) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
(12) 令和８年３月時点の給与体系を、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対象職員の基本給等総額		円
(13) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１か月分）【(11)－(12)】		円
(14) ベア等による賃金増率【(13)÷(12)】		%
(15) 報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
(16) 前年度の賞与の支給月数		か月

Ⅴ－２．薬剤師の基本給等総額に係る事項

（17）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（18）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（19）令和８年３月時点の給与体系を、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対象職員の基本給等総額		円
（20）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１か月分）【（18）－（19）】		円
（21）ベア等による賃金増率【（20）÷（19）】		%
（22）報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
（23）前年度の賞与の支給月数		か月

Ⅵ．保険調剤による収入の割合

（24）保険調剤による収入の総額【前会計年度における１年間の総額】		円
（25）全ての収入の総額【前会計年度における１年間の総額】		円
（26）保険調剤による収入の割合【（24）／（25）】		%

※　保険調剤による収入の総額：調剤報酬（保険外併用療養費を除く。）、介護保険、国、地方公共団体、保険者等が交付する補助金等に係るものの総額（労災保険に係るものを除く）。

Ⅶ．ベースアップ評価料による収入が対象職員へ充当されているか

（27）ベースアップ評価料による収入の実績額【（３）】		円
（28）対象職員全体の賃金改善実績額における、保険調剤分（算定期間分）【（７）×（26）×（算定期間）】		円
（29）ベア等以外で、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（算定期間分）【（９）×（算定期間）】		円
（30）収入の実績額と賃金改善実績額の差分【（（28）＋(29)）－（27）】		円
（31）ベースアップ評価料算定による収入額が対象職員への賃上げに実施されているか	賃金改善額充当済み	

本報告書の記載内容に虚偽が無いことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

令和　　年　　月　　日　　開設者名：

【記載上の注意】

１　「対象職員の常勤換算数」は、当該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。常勤の職員の常勤換算数は１とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が１を超える場合は、１とする。）

２　Ⅵについて、大臣折衝において賃上げの実行性確保の観点から、「対象職員の賃金改善実績額」の総額が、「ベースアップ評価料により得られた収入額」の総額と「ベア等以外で、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）の増加分に用いた額」の総額を合わせた額と比べて、同額以上となること。

３　Ⅴについて、「報告書届出年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、空欄でもよい。

４　Ⅴについて、「前年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の前年度に係る賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、空欄でもよい。

（別添４）

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日保発 0305 第 19 号）

第 11　訪問看護物価対応料について

１　訪問看護物価対応料１については、当該訪問看護ステーションが、訪問看護管理療養費を算定した場合に限り、それぞれ所定額を１日につき１回に限り算定することができる。

２　訪問看護物価対応料２については、当該訪問看護ステーションが、包括型訪問看護~~管理~~療養費を算定した場合に限り、所定額を１日につき１回に限り算定することができる。

（別添５）

訪問看護ステーションの基準に係る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９号）

訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて

13　訪問看護ベースアップ評価料

届出については、別紙様式 11 を用いること。ただし、（２）のイ又は（４）のイの基準を満たす場合における届出は、追加で別紙様式 11 別添１を用いること。なお、訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の届出については、令和８年度及び令和９年度において訪問看護ベースアップ評価料の点数構造の変更に伴い、評価区分を見直す必要があるため、新規届出時及び毎年６月１日時点において当該評価料を算定できるよう、地方厚生(支)局長に届け出ること。

また、毎年８月において、前年度における賃金改善の取組状況を評価するため、「賃金改善実績報告書」を別紙様式 11 別添４の１により作成し、地方厚生（支）局長に報告すること。また、毎年８月において、算定を行っている年度における賃金改善の取組状況を当該訪問看護ステーションにおいて適切に把握するため、「賃金改善中間報告書」を別紙様式 11 別添４の１により作成し、地方厚生(支)局長に報告すること。

事業の継続を図るため、対象職員の賃金水準(訪問看護ベースアップ評価料による賃金改善分を除く。)を引き下げた上で、賃金改善を行う場合には、当該訪問看護ステーションの収支状況、賃金水準の引下げの内容等について記載した「特別事情届出書」を、別紙様式 11 別添３により作成し、届け出ること。なお、年度を超えて対象職員の賃金を引き下げることとなった場合は、次年度に「賃金改善中間報告書」を提出する際に、「特別事情届出書」を再度届け出る必要があること。

当該基準に係る届出を行う訪問看護ステーションは、訪問看護ベースアップ評価料の算定に係る書類（「賃金改善実績報告書」等の記載内容の根拠となる資料等）を、当該評価料を算定する年度の終了後３年間保管すること。法人内の同一の給与体系に基づく複数の訪問看護ステーションにおいて、~~訪問看護ステーションの「月額賃金総額」及び「対象職員数」を通算して届出を行う~~「賃金改善実績報告書」及び「賃金改善中間報告書」を複数の訪問看護ステーションを集約して作成する場合には、別紙様式 11 別添４の１の~~作成に当たって~~代わりに、別紙様式 11 別添４の２を用いることとする。また、訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）を届け出る場合について、法人内の同一の給与体系に基づく複数の訪問看護ステーションにおいて、訪問看護ステーションの「月額賃金総額」及び「対象職員数」を通算して届出を行う場合には、別紙様式 11 の~~代わりに~~作成に当たって、別紙様式 11 別添２を用いることとする。

（３）　訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）

次のいずれの要件にも該当すること。

キ　当該訪問看護ステーションにおいて、以下に掲げる社会保険診療等に係る収入金額（以下「社会保険診療等収入金額」という。）の合計額が、総収入の 100 分の 80 を超えること。

（イ）　社会保険診療（租税特別措置法（昭和 32 年法律第 26 号）第 26 条第２項に規定する社会保険診療をいう。以下同じ。）に係る収入金額（労働者災害補償保険法（昭和 22 年法律第 50 号）に係る患者の診療報酬（当該診療報酬が社会保険診療報酬と同一の基準によっている場合又は当該診療報酬が少額（全収入金額のおおむね 100 分の 10 以下の場合をいう。）の場合に限る。）及び保険外併用療養費（健康保険法第 86 条に規定する保険外併用療養費をいう。）を支給された場合に当該療養に関して患者から支払われる料金を含む。）

別紙様式６　　機能強化型訪問看護管理療養費に係る届出書（届出・変更・取消し）

連絡先　担当者氏名：（　　）　電話番号：（　　）

受理番号	（訪看機１、２、３、４）　　号

受付年月日	年　　月　　日	決定年月日	年　　月　　日

（届出事項）

１．機能強化型訪問看護管理療養費１　　２．機能強化型訪問看護管理療養費２

３．機能強化型訪問看護管理療養費３　　４．機能強化型訪問看護管理療養費４

上記のとおり届け出ます。

年　　月　　日

指定訪問看護事業者
の所在地及び名称

代表者の氏名

地方厚生（支）局長　殿

ステーションコード	

指定訪問看護ステーションの
所在地及び名称

管理者の氏名

従たる事業所の所在地（複数ある場合は全てを記載）

同一敷地内に設置されている指定居宅介護支援事業所、
特定相談支援事業所又は障害児相談支援事業所の
所在地及び名称（機能強化型１・２）

管理者の氏名

同一敷地内に設置されている療養通所介護事業所、
児童発達支援事業所又は放課後等デイサービス事業所の
所在地及び名称（機能強化型１・２）

管理者の氏名

同一開設者で同一敷地内に設置されている保険医療機関の
所在地及び名称（機能強化型３・４）

１．看護職員数（機能強化型１・２・３・４）

	実人数	常勤換算後の員数
常勤看護職員（人）		
うち、出張所の員数		
非常勤看護職員（人）		
うち、出張所の員数		

※常勤とは、当該訪問看護ステーションにおける勤務時間が、当該訪問看護ステーションにおいて定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数（週当たり 32 時間を下回る場合は 32 時間を基本とする）に達していることをいう。

※非常勤看護職員については、実人数に加えて、常勤換算後の員数（当該訪問看護ステーションにおける勤務延時間数を、当該訪問看護ステーションにおいて定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数で除して得た数）を記載すること。

（機能強化型１・２のみ）

人員基準で求める常勤看護職員数（機能強化型１では７人、機能強化型２では５人）への非常勤看護職員の算入の有無	有　・　無

※非常勤看護職員は、常勤換算した１人分を常勤看護職員数に算入することが可能。

常勤看護職員の氏名・職種・免許証番号

氏　名	職　種	免許証番号	専門の研修の受講
			□
			□
			□
			□
			□
			□
			□
			□

※療養通所介護事業所、児童発達支援事業所又は放課後等デイサービス事業所の常勤職員については、当該事業所名を「職種」欄に併せて記載すること。

上記以外で専門の研修を受けた看護師

氏　名	氏　名

２．看護職員の割合（機能強化型１・２・３・４）

看護職員の員数（①）	理学療法士等の員数（②）	看護職員の割合（①／(①＋②)×100）
人	人	%

※当該訪問看護ステーションにおける職員について、常勤換算した保健師・助産師・看護師・准看護師の員数を①に、常勤換算した理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の員数を②に記載した上で、割合を算出すること。

３．24 時間対応体制の整備（機能強化型１・２・３・４）

24 時間対応体制加算の届出状況　　本届出時　・　既届出:受理番号(　　)

４．ターミナルケアの実施状況（機能強化型１・２）

前年度（＿＿＿＿年度）のターミナルケアの実施件数　（＿＿＿＿件／年度）

月	A	B	C	D	月	A	B	C	D
4 月					10 月				
5 月					11 月				
6 月					12 月				
7 月					1 月				
8 月					2 月				
9 月					3 月				

※各月について、以下のＡ～Ｄの件数をそれぞれ記載する。Ａ～Ｄの複数に該当する利用者にあっては、最も該当する１項目に計上すること。

Ａ　訪問看護ターミナルケア療養費を算定した利用者
Ｂ　ターミナルケア加算を算定した利用者
Ｃ　共同で訪問看護を行った保険医療機関が在宅がん医療総合診療料を算定した利用者
Ｄ　７日以内の入院を経て連携する医療機関で死亡した利用者

５．15 歳未満の超重症児及び準超重症児の受入れ状況（機能強化型１・２）

直近３ヶ月間の月別 15 歳未満の超重症児及び準超重症児の受入れ人数

年　月	超重症児	準超重症児	合計（人）
年　月			
年　月			
年　月			

６．特掲診療料等の施設基準等の別表７・別表８に該当する利用者等の状況（機能強化型１・２・３・４）

【機能強化型１・２】

１月当たりの別表７に該当する利用者数（＿＿＿人／月）※②の再掲

①	直近１年間における、別表７に該当する利用者数の合計	人
②	１月当たりの別表７に該当する利用者数（①／12）	人

直近１ヶ月間における別表７に該当する利用者の疾患名又は状態

1		6	
2		7	
3		8	
4		9	
5		10	

【機能強化型３】

（１）又は（２）のいずれかを記載すること。

（イ）～（ニ）の複数に該当する利用者にあっては、最も該当する１項目に計上すること。

（イ） 別表７に該当する利用者
（ロ） 別表８に該当する利用者
（ハ） 精神科重症患者支援管理連携加算を算定する利用者
（ニ） 複数の訪問看護ステーションで共同して訪問看護を提供する利用者

（１）１月当たりの（イ）、（ロ）、（ハ）に該当する利用者数　　合計（＿＿＿人／月）※②の再掲

	直近１年間における、該当利用者数の合計（①）	１月当たりの該当利用者（①／12）
（イ）	人	人
（ロ）	人	人
（ハ）	人	人
合計	人	人（②）

（２）１月当たりの（ニ）に該当する利用者数　　合計（＿＿＿人／月）※②の再掲

	直近１年間における、該当利用者数の合計（①）	１月当たりの該当利用者（①／12）
（ニ）	人	人（②）

直近１ヶ月間における別表７に該当する利用者の疾患名又は状態

1		6	
2		7	
3		8	
4		9	
5		10	

※（１）で別表７に該当する利用者を計上した場合に記載する。

直近１ヶ月間における別表８に該当する利用者の状態

1		6	
2		7	
3		8	
4		9	
5		10	

※（１）で別表８に該当する利用者を計上した場合に記載する。

【機能強化型４】

（１）及び（２）いずれも記載すること。

（イ）又は（ロ）並びに（ハ）又は（ニ）の複数に該当する利用者にあっては、最も該当する１項目に計上すること。

（イ） 別表７に該当する利用者
（ロ） 別表８に該当する利用者
（ハ） 入院歴が１年以上もしくは入退院を繰り返している者で GAF 尺度 40 以下の利用者
（ニ） 精神科重症患者支援管理連携加算を算定する利用者

（１）１月当たりの（イ）又は（ロ）に該当する利用者数　　合計（＿＿＿人／月）※②の再掲

	直近１年間における、該当利用者数の合計（①）	１月当たりの該当利用者（①／12）
（イ）	人	人
（ロ）	人	人
合計	人	人（②）

直近１ヶ月間における別表７に該当する利用者の疾患名又は状態

1		6	
2		7	
3		8	
4		9	
5		10	

直近１ヶ月間における別表８に該当する利用者の状態

1		6	
2		7	
3		8	
4		9	
5		10	

※（１）で別表８に該当する利用者を計上した場合に記載する。

（２）１月当たりの（ハ）又は（ニ）に該当する利用者数　　合計（＿＿＿人／月）※②の再掲

	直近１年間における、該当利用者数の合計（①）	１月当たりの該当利用者（①／12）
（ハ）	人	人
（ニ）	人	人
合計	人	人（②）

（３）行政機関等が関与する利用者（直近１年間）　合計（＿＿＿人／年）※~~（①／12）~~の再掲

該当者がいる場合、記載すること。

（イ）～（ニ）の複数に該当する利用者にあっては、最も該当する１項目に計上すること。

（イ） 医療観察法の訪問看護利用者
（ロ） 措置入院又は緊急措置入院を経て退院した者で都道府県等が作成する退院後支援計画に基づく支援期間にある者
（ハ） ひきこもり状態又は精神科の未受診若しくは受診中断等を理由とする行政機関等の保健師その他の職員による家庭訪問の対象者
（ニ） 市町村、保健所等の行政機関又は地域包括支援センターが実施する会議等において、支援調整の対象者

	直近１年間における、該当利用者数の合計（①）
（イ）	人
（ロ）	人
（ハ）	人
（ニ）	人
合計	人

7．介護サービス計画、サービス等利用計画等の作成状況（機能強化型１・２）

（1）又は（2）のいずれかを記載すること。

利用者数には医療保険及び介護保険による利用者を含めること。

（1）居宅介護支援事業所における介護サービス計画、介護予防サービス計画の作成状況

①	直近１年間における当該訪問看護ステーションを利用した利用者のうちの、要介護・要支援者数	人
②	上記①のうち、同一敷地内に設置された居宅介護支援事業所により介護サービス計画又は介護予防サービス計画が作成された利用者数	人
③	当該居宅介護支援事業所による介護サービス計画・介護予防サービス計画の作成割合　（②／①×100）	%

（2）特定相談支援事業所におけるサービス等利用計画又は障害児相談支援事業所における障害児利用支援計画の作成状況

①	直近１年間における当該訪問看護ステーションを利用した利用者のうちの、障害福祉サービスや障害児支援を利用している者の数	人
②	上記①のうち、同一敷地内に設置された特定相談支援事業所又は障害児相談支援事業所によりサービス等利用計画又は障害児利用支援計画が作成された利用者数	人
③	当該特定相談支援事業所又は障害児相談支援事業所によるサービス等利用計画又は障害児支援利用計画の作成割合　（②／①×100）	%

８．情報提供や研修等の実績（直近１年）

機能強化型１及び２は（１）及び（３）を、機能強化型３及び４は（２）及び（３）を記載すること。

（１）人材育成のための研修等（機能強化型１・２）

期　間	対象及び人数	研修名等
例. ●年●月●日～●年●月●日	●●大学　●年生●名	地域・在宅看護論実習

（２）地域の保険医療機関や訪問看護ステーションを対象とした研修（機能強化型３・４）

期　間	対象及び人数	研修名等
例. ▲年▲月▲日	▲▲病院　看護職員▲名	退院支援、訪問看護研修

（３）地域の訪問看護ステーション又は住民等に対する情報提供・相談対応（機能強化型１・２・３・４）（機能強化型１・２においては地域の保険医療機関に対する情報提供・相談対応を含む）

期　間	対象及び人数	研修名等
例. ◆年◆月◆日	◆◆市◆◆地区　住民◆名	在宅での療養生活講座

９．地域の保険医療機関の看護職員の勤務実績（直近１年）（機能強化型３）

期　間	勤務者氏名	保険医療機関名（①）

10．保険医療機関と共同して実施し、算定した退院時共同指導加算の件数（直近３月）

（機能強化型３※・４）※機能強化型３は９．の保険医療機関（①）以外の保険医療機関

年　月	件　数
年　　月	件
年　　月	件
年　　月	件

11. 同一敷地内に訪問看護ステーションと同一開設者の保険医療機関が設置されている場合、当該保険医療機関以外の医師を主治医とする利用者数の割合（直近３月）（機能強化型３・４）

同一敷地内における同一開設者の保険医療機関の設置（　有　・　無　）

直近３ヶ月間における割合（①／②×100）　（＿＿＿＿%）

年　月	同一敷地内・同一開設者の医療機関以外の医師を主治医とする利用者数	１月当たりの訪問看護ステーションの利用者数
年　月	人	人
年　月	人	人
年　月	人	人
３ヶ月間の合計	人（①）	人（②）

※同一敷地内における同一開設者の保険医療機関の設置がない場合は、利用者数等の記入は必要ない。
利用者数には医療保険及び介護保険による利用者を含める。

12. 地域の関係機関との連携、会議の参加（機能強化型４）

（１）連携状況（直近１年）

□には、（イ）から（ホ）までの連携機関の分類で該当するものについて、「✔」を記入すること。
連携機関名を記載すること。

		連携機関名
□	（イ）保険医療機関	
□	（ロ）一般相談支援、特定相談支援、地域移行支援、地域定着支援、自立生活援助等の障害福祉サービス等事業者	
□	（ハ）障害児相談支援事業所等	
□	（ニ）居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者又は施設サービス事業者	
□	（ホ）精神保健福祉センター、保健所又は都道府県若しくは市区町村の障害福祉担当部署	

（イ）から（ホ）までの連携機関の分類（□の✔の数）　（＿＿＿種類）

（イ）から（ホ）までの連携機関の数　（＿＿＿箇所）

（2）連携機関との面会（会議）の実績（直近１年）

	期　間	連携先※	連携機関名	目的、会議名等
1	例. ■年■月■日			
2				
3				

※（イ）～（ホ）で該当するものを記載すること。

13. 専門の研修を受けた看護師の配置（機能強化型１・２・３・４）

専門の研修を受けた看護師の人数	人
（機能強化型１のみ記入） 専門看護師（　　）人　認定看護師（　　）人　特定行為研修修了看護師（　　）人	

備考：機能強化型訪問看護管理療養費１、２、３又は４において、それぞれの届出基準に該当する箇所に必要事項を記入すること。

：常勤看護職員の氏名・職種・免許証番号、特掲診療料の施設基準等の別表７及び別表８に該当する利用者の疾患名又は状態、情報提供や研修等の実績、地域の保険医療機関の看護職員の勤務実績については、記入欄を適宜追加し、全て記入すること。

：「13」について、専門の研修を修了していることが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

別紙様式９

訪問看護医療情報連携加算~~の施設基準~~に係る届出書（届出・変更・取消し）

連絡先　担当者氏名：（　　）　電話番号：（　　）

受理番号	（訪看35）　　号

受付年月日	年　　月　　日

決定年月日	年　　月　　日

（届出事項）　訪問看護医療情報連携加算に係る届出

上記のとおり届け出ます。

年　　月　　日

指定訪問看護事業者
の所在地及び名称

代表者の氏名

地方厚生（支）局長　殿

届出内容

ステーションコード	

指定訪問看護ステーション
の所在地及び名称

管理者の氏名

１　ICTを用いて情報共有をできる体制について

情報共有に使用するサービスの名称（主なもの）	

（該当するものに〇をつけること。）

（　）	記録された利用者の診療情報等が、連携機関間の協議に基づき、一元的に管理されたサーバーで保管されていること。
（　）	情報を共有できる参加者の範囲を随時設定できること。
（　）	参加者が、情報を常時、閲覧・取得ができ、利用者ごとに時系列で速やかに表示されること。
（　）	参加者が、常時、必要な診療情報等を共有できること。

（連携機関の名称、種類、住所を記載すること。）

1	連携機関の名称	
	種類	
	住所	
2	連携機関の名称	
	種類	
	住所	
3	連携機関の名称	
	種類	
	住所	
4	連携機関の名称	
	種類	
	住所	
5	連携機関の名称	
	種類	
	住所	
6	連携機関の名称	
	種類	
	住所	
7	連携機関の名称	
	種類	
	住所	
8	連携機関の名称	
	種類	
	住所	
9	連携機関の名称	
	種類	
	住所	

２　安全管理及び掲示に関する体制（該当するものに〇をつけること。）

（　）	(1) 一般社団法人保健医療福祉情報安全管理適合性評価協会（ＨＩＳＰＲＯ）が公表している「医療情報連携において、ＳＮＳを利用する際に気を付けるべき事項」におけるプライベートＳＮＳにかかる事項を参考としていること。
（　）	(2) 厚生労働省の定める「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を参考としていること。
（　）	(3) 連携機関と連携体制を構築していること及び実際に利用者の情報を共有している実績のある連携機関の名称等について、当該訪問看護ステーションの見やすい場所に掲示していること。
（　）	(4) (3)の掲示事項について、ウェブサイトに掲載していること。 (掲載しているウェブサイトのURL：　　）

〔記載上の注意〕

１　連携機関の種類については、保険医療機関、保険薬局、介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者、市町村等の行政機関又は地域包括支援センター又はその他のいずれかを記載すること。

２　連携機関と連携体制を構築していること及び実際に利用者の情報を共有している実績のある連携機関の名称等について、掲示しているホームページのURL等を記載すること。

別紙様式 10

訪問看護医療ＤＸ情報活用加算に係る届出書（届出・変更・取消し）

連絡先　担当者氏名：（　　）　電話番号：（　　）

受理番号	（訪看34）　　号

受付年月日	年　月　日

決定年月日	年　月　日

（届出事項）　訪問看護医療ＤＸ情報活用加算に係る届出

上記のとおり届け出ます。

年　月　日

指定訪問看護事業者
の所在地及び名称

代表者の氏名

地方厚生（支）局長　殿

届出内容

ｽﾃｰｼｮﾝｺｰﾄﾞ	

指定訪問看護ステーションの
所在地及び名称

管理者の氏名

（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

施設基準		
1	訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令第１条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を実施している	□
2	健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認を行う体制が整備されている	□
3	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	□

備考：「１」は訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用をオンライン請求している場合に該当するものであること。

：「２」は居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムによるオンライン資格確認を行う体制を有している場合に該当するものであること。

~~：「３」のウェブサイトへの掲載について、令和７年５月31日までは、訪問看護ステーションの見やすい場所に掲示されていれば、適合しているものとみなす。~~

：「３」のウェブサイトへの掲載について、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。

別紙様式11

受理番号	（訪ベⅠ）　　号

受付年月日	年　　月　　日

決定年月日	年　　月　　日

訪問看護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

※項目が未チェックです

誓約書

□　毎年８月に、①前年度の賃金改善の取組状況について、別添4「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、別添4「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。

□　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。

　　年　　月　　日　　開設者名：

◎必要記載項目

１　訪問看護ステーションコード（7桁）

　　訪問看護ステーション名

２　届出を行う評価料

□ 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）

３　対象職員（常勤換算）数

　　人

※　対象職員とは、自訪問看護ステーションに勤務する職員をいう。
※　本様式の届出時点における対象職員の人数を常勤換算数で記載すること
※　0より大きい数であればよい。

４　訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）の注3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。

＜訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）の注3に該当する訪問看護ステーション＞

①　□　令和8年3月31日時点において、「訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）」 を届け出ていた訪問看護ステーション

②　□　「訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）」を届け出ていなかったが、本様式届出時点において、施設基準通知に規定された給与水準以上の賃上げを行った訪問看護ステーション

＜訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）の注3に該当しない訪問看護ステーション＞

③　□　①・②に該当せず、「訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）」 のみを届け出る訪問看護ステーション

訪問看護ベースアップ評価料の算定可否

【記載上の注意】

１　訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）の届出を行う場合は、本様式（別紙様式11）を用いること。
２　「3」については、本様式の届出時点における対象職員の人数を常勤換算数で記載すること。
　なお、常勤の職員の常勤換算数は1とする。常勤でない職員の常勤換算数は、
　「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該訪問看護ステーションにおいて定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が1を超える場合は、1）とする。

別紙様式11

受理番号	（訪べⅡ　） 号

受付年月日	年　月　日

決定年月日	年　月　日

訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の施設基準に係る届出書添付書類　（新規・区分変更）

◎以下について確認の上、必ず☑を記載すること

※項目が未チェックです

誓約書

□　毎年8月に、①前年度の賃金改善の取組状況について、別添4「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、別添4「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。

□　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。

　　年　　月　　日　　開設者名：

◎必要記載項目

1　訪問看護ステーションコード（7桁）

　訪問看護ステーション名

2　届出を行う評価料

□　訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）

3　該当する届出

□　新規届出

□　区分変更

●対象職員（常勤換算）数

　　人

※　【記載上の注意】を参照

※区分変更の場合は前回届出時の人数も記入

（前回届出時　　人）

1割以上の変動

※　原則2.0以上であるが、以下の項目に該当する場合はその限りではない。

対象職員（常勤換算）数が2.0人未満の場合、特定地域（※）に所在する保険医療機関に該当するか。　□

※「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域

（1）届出年月　　令和　　年　　月

※　本評価料の算定を開始する月のこと

（2）賃金改善開始年月　　令和　　年　　月

※　当該年度における賃金改善を開始した月

4　区分計算

（1）算出方法

●同一法人内の訪問看護ステーションで通算して算出しますか。　はい　☑

（はいの場合は（2）の記入は不要、別添2の記入が必要）

（2）賃金改善算定基礎額の算出

①計算に必要な対象職種ごとの記載項目

ア　対象職員（看護補助者、事務職員を除く）の月額賃金総額

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 円

イ　対象職員のうち、看護補助者及び事務職員の月額賃金総額

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 円

※ 月額賃金総額：届出を行う月（3（1）の月）の直近1月の総額

※ ただし、届出を行う月の前月に既に当該年度の賃金改善が開始されている場合（チェックしてください）➡ □

➡【賃金改善算定基礎額】 ＿＿＿＿＿＿＿＿ 円　（別添2より転記）

（3）訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される点数の見込み、
訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の区分の上限を算出する値（【A】）

● 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）の算定回数見込み

【算出の際に用いる「訪問看護評価料（Ⅰ）等の対象期間：
本様式の届出を行う月の直近3月の期間の1月あたりの平均】

①訪問看護管理療養費（月の初日の訪問の場合）又は包括型訪問看護療養費を算定する実利用者人数

									（直近3月平均）	
訪問看護管理療養費（月の初日の訪問の場合）を算定した利用者数		人		人		人		人
当該月に包括型訪問看護療養費のみを算定した利用者数		人		人		人		人

※ 本様式の届出を行う月の直近3月の期間の1月あたりの平均の数値（小数第二位を四捨五入）を記載すること。

※ 訪問看護ベースアップ評価料の注3又は注5を算定している場合には、
それぞれの当該評価料又は注4に規定する点数を算定したものとみなす。

※ 自費の訪問看護のみの利用者については、計上しないこと。公費負担医療や労災保険制度等、
指定訪問看護の費用額算定表に従って訪問看護療養費が算定される利用者については、計上すること。

②算定される金額の見込み

【合計】

訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）の算定回数見込み
回

訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）の算定により算定される金額の見込み
円

※区分変更の場合は前回届出時の回数も記入
（前回届出時 回）
1割以上の変動

（4）医療保険の利用者割合（対象期間の1月当たりの平均）

算定月	医療保険の実利用者数	介護保険の実利用者数

1月当たりの利用者数		

医療保険の利用者割合 （前回届出時 ）

※ 算出対象となる期間（算定月）は（3）①の期間を記載すること。
※ 同一月に医療保険と介護保険の両者から訪問看護を受けた利用者は、医療保険の利用者として集計すること。

（5）【A】の値

$$【A】= \frac{賃金改善算定基礎額 \times 医療保険の利用者割合 \times 0.5 - 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される金額の見込み}{訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定回数の見込み}$$

5 基準要件の確認

●常勤換算2名以上の対象職員が勤務していること □

●社会保険診療等に係る収入金額（※）の合計額が、総収入の80／100を超えること。 □

※ 【記載上の注意】を参照

6 4（5）により算出した【A】に基づき、該当する区分

（1） 算定が可能となる区分

※区分変更の必要はありません

（2） 届出する区分（いずれかを選択）

◉	届出無し
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）1
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）2
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）3
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）4
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）5
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）6
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）7
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）8
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）9
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）10
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）11
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）12
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）13
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）14
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）15
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）16
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）17
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）18

～令和9年5月末まで

○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）19
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）20
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）21
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）22
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）23
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）24
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）25
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）26
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）27
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）28
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）29
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）30
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）31
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）32
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）33
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）34
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）35
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）36

～令和10年5月末まで

（3） 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の注7・注8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。

＜訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の注7及びに該当する訪問看護ステーション＞

① □ 令和8年3月31日時点において、「訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）」 を届け出ていた訪問看護ステーション

② □ 「訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）」 を届け出ていなかったが、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訪問看護ステーション

＜訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の注7及び8に該当しない訪問看護ステーション＞

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

（4） 最終算定区分

※区分変更の必要はありません

【記載上の注意】

1 「3」の「対象職員（常勤換算）数」については、自訪問看護ステーションに勤務する職員をいう。ただし、専ら管理者の業務に従事する者並びに業務委託により勤務する者を除く。また、事業主及び役員を含まない。
なお、本様式の届出を行う月の直近3月の期間の1月あたりの平均の人数を常勤換算で記載すること。
常勤の職員の常勤換算数は1とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該訪問看護ステーションにおいて定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が1を超える場合は、1とする。

2 「4」（2）①対象職員の「月額賃金総額」とは、基本給又は決まって毎月支払われる手当（以下「基本給等」という。）及び時間外手当等の月ごとに変動して支払われる手当の合計をいい、賞与、期末・勤勉手当等特定の時期にのみ支払われる手当を含まない。なお、算出については、届出を行う月の直近1か月の総額（ただし、届出を行う月の前月に既に当該年度の賃金改善が開始されている場合は、当該賃金改善を開始する前月の総額)を用いること。
「月額賃金総額」には、「令和7年度医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業」によって交付される補助金による部分は、含めないものとする。

3 「5」の「社会保険診療等に係る収入金額」については、社会保険診療報酬のほか、労災保険制度等の収入が含まれる。

別紙様式11別添1

受理番号	（訪べⅠ注）　　号
受理番号	（訪べⅡ　注）　　号
決定年月日	年　　月　　日

受付年月日	年　　月　　日

◎必要記載項目

1　訪問看護ステーションコード

訪問看護ステーション名

2　届出を行う評価項目

□ 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）の**注3**

□ 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の**注7・注8**

届出年月　　令和　　年　　月

3　要件の確認

（1）本評価項目に必要な賃上げ水準の算出

○　以下、基本給等総額については１か月当たりの額を記載してください。

※　「基本給等総額」は、対象職員の基本給又は決まって毎月支払われる手当の合計を計上すること。

【ベースアップ評価料対象職種について】

①ベースアップ評価料対象職員（看護補助者・事務職員を除く。）の

基本給等（基本給又は決まって毎月支払われる手当）に係る事項

（Ⅰ）当該評価料の算定を開始する年月　【当該評価料：　】	令和		年		月
（Ⅱ）対象職員の常勤換算数【当該評価料の算定を開始する月（（1））時点】					人
（Ⅲ）当該評価料を算定する時点における基本給等総額【評価料の算定を開始する月（（1））時点の基本給等総額】					円
（Ⅳ）（Ⅲ）と同じ対象職員で、令和６年３月時点の給与体系に当てはめた基本給等総額【賃金改善前の基本給等総額】					円
（Ⅴ）施設基準要件を満たすために必要な賃上げ額【（Ⅳ）×0.055】					円

②ベースアップ評価料対象職員（看護補助者・事務職員）の

基本給等（基本給又は決まって毎月支払われる手当）に係る事項

（Ⅰ）当該評価料の算定を開始する年月　【当該評価料：　】	令和		月		日
（Ⅱ）対象職員の常勤換算数【当該評価料の算定を開始する月（（1））時点】					人
（Ⅲ）当該評価料を算定する時点における基本給等総額【評価料の算定を開始する月（（1））時点の基本給等総額】					円
（Ⅳ）（Ⅲ）と同じ対象職員で、令和６年３月時点の給与体系に当てはめた基本給等総額【賃金改善前の基本給等総額】					円
（Ⅴ）施設基準要件を満たすために必要な賃上げ額【（Ⅳ）×0.08】					円

ベースアップ評価料対象職員の令和6年3月以降の賃金改善が、

必要な水準以上に達しているか（0以上の場合は該当）

{①(Ⅲ)＋②(Ⅲ)}－{①(Ⅳ)＋①(Ⅴ)＋②(Ⅳ)＋②(Ⅴ)}　＝　　円

（※賃上げ後の基本給等総額が、賃上げ前の基本給等総額＋賃上げ必要額と同等（0以上であるかを確認））

4　要件の該当可否

●訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）　　**注3**

及び

●訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）　　**注7**

【算定可否】

算定可能

【記載上の注意】

1　「2」については、届出を行う評価料について☑を記載すること。
2　「3」の（1）の（Ⅰ）「当該評価料」は、届け出る施設基準に係る評価料の項目を表す。
3　「3」の（1）の（Ⅱ）「算定を開始する月」は、当該評価料を新たに算定し始める月のことをいう。
4　「3」の（1）の（Ⅱ）「対象職員の常勤換算数」は、当該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。常勤の職員の常勤換算数は1とする。
5　「3」の（1）「基本給等総額」は、対象職員の基本給又は決まって毎月支払われる手当の合計を計上すること。
6　「3」の（1）（Ⅳ）「（Ⅲ）と同じ対象職員で、令和６年３月時点の給与体系に基づいた基本給等総額【賃金改善前の基本給等総額】」は、（Ⅲ）と同じ対象職員が令和６年３月時点にいると仮定し、令和６年３月時点の給与体系に当てはめた場合の基本給等総額を求めること。
7　「3」の（1）の（Ⅴ）「必要な賃上げ額」は、届け出る施設基準の要件によって、必要な賃上げ水準が異なる。
8　「4」「要件の該当可否」の結果に基づいて、算定可能となった場合、本用紙を地方厚生局に提出してください。

別紙様式11別添2

ベースアップ評価料同一法人内複数訪問看護ステーション届け出補助計算書

◎必要記載項目

1　訪問看護ステーションコード（7桁）

訪問看護ステーション名

（1）届出年月　　令和　　年　　月

※　本様式の届出を行う月

（2）賃金改善開始年月　　令和　　年　　月

※　当該年度における賃金改善を開始した月

2　区分計算

（3）　社会保険診療等収入金額

●訪問看護ステーションの社会保険診療等収入金額＜申請する1訪問看護ステーション分＞

円

●給与総額等を通算して算出する訪問看護ステーション全体の社会保険診療等収入金額

円

※　**社会保険診療等収入金額**：指定訪問看護に係る収益（医療保険・公費負担医療・公害医療・労災保険・自賠責・自費診療収益等）の直近1か月の総額を用いる。

●社会保険診療等収入金額を基に算出した当該訪問看護ステーションの按分比率

（4）賃金改善算定基礎額の算出

①計算に必要な対象職種ごとの記載項目

※以下、給与総額等を通算して算出する訪問看護ステーションの各項目の合計値を記入する。

（訪問看護ステーション以外の法人職員を含めてはならない）

ア　訪問看護ステーションに勤務する職員（看護補助者、事務職員を除く）の月額賃金総額

円

イ　訪問看護ステーションに勤務する職員のうち、看護補助者及び事務職員の月額賃金総額

円

※　月額賃金総額：届出を行う月の直近1月の総額

※　ただし、届出を行う月の前月に既に当該年度の賃金改善が開始されている場合、（チェックしてください）➡　□

②賃金改善算定基礎額＜通算して算出する訪問看護ステーションの合計額＞

➡【賃金改善算定基礎額（通算）】　　円

③賃金改善算定基礎額＜申請する1訪問看護ステーション分＞

➡【賃金改善算定基礎額】×【按分比率】　　円

→この数値が別紙様式11に転記されます

別紙様式11別添3

特別事情届出書（令和　　年度）

基本情報

訪問看護ステーションコード（7桁）	
訪問看護ステーション名	
フリガナ	
書類作成担当者	
電話番号	

1．事業の継続を図るために対象職員の賃金を引き下げる必要がある状況について

訪問看護ステーションの収支について、利用者数の大幅な減少などにより経営が悪化し、一定期間にわたり収支が赤字である、資金繰りに支障が生じるなどの状況について記載

2．賃金水準の引下げの内容（期間、対象、金額等）

3．経営及び賃金水準の改善の見込み

※ 経営及び賃金水準の改善に係る計画等を提出し、代替することも可。

4．賃金水準を引き下げることについて、適切に労使の合意を得ていること等について

労使の合意の時期及び方法等について記載

令和　　年　　月　　日

（法人名）

（開設者名）

別紙様式11別添４

訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）（Ⅱ）

「賃金改善実績報告書」

１．　「訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）」及び「訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）」を算定する訪問看護ステーションについては、別添４の１の「実績報告書・中間報告書」を提出すること。
２．　法人内の同一の給与体系に基づく複数の複数の訪問看護ステーションにおいて、訪問看護ステーションの「月額賃金総額」及び「対象職員数」を通算して届出を行う場合には、別添４の２「実績報告書・中間報告書（法人）」を用いること。

別紙様式11別添４の１

（訪問看護ステーション）賃金改善実績報告書（令和　　年度分）

訪問看護ステーションコード（７桁）	
訪問看護ステーション名	

Ⅰ．提出書類の種類

☐ 賃金改善中間報告書
☐ 賃金改善実績報告書

Ⅱ．賃金改善実施期間及びベースアップ評価料算定期間

（１）賃金改善実施期間

令和　　年　　月　～　令和　　年　　月		か月

※　令和８年度診療報酬改定以降のベースアップ評価料等で賃金改善を実施した期間を記載すること。
※　令和８年度又は令和９年度の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、当該年度の４月から翌年３月の賃金改善に充当した場合、遡及して賃金改善を実施した期間を記載する。

（２）ベースアップ評価料算定期間

令和　　年　　月　～　令和　　年　　月		か月

Ⅲ－１．ベースアップ評価料による収入の実績額【（２）の期間中】

（３）訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）による収入の実績額		円
（４）訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）による収入の実績額		円
（５）ベースアップ評価料による収入の実績額【（３）＋（４）】		円

※　「収入の実績額」とは、該当の評価料を算定した総額を記載すること。（算定していない場合は０と記載。）

Ⅲ－１－１．ベースアップ評価料による収入の繰越状況

（６）前年度からの繰越額（令和８年度分報告時のみ記載）		円

Ⅲ－２．ベースアップ評価料による収入の実績額（総計）

（７）ベースアップ評価料による収入の実績額のうち、当該年度における対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費等に充当すべき金額【（５）＋（６）】		円

○　以下、基本給等総額については１月当たりの額を記載してください。

※　「基本給等総額」とは、基本給等の合計をいい、賞与、期末・勤勉手当等特定の時期にのみ支払われる手当を含まない。

※　「ベア等」の定義は【記載上の注意】を参照のこと。

※　（13）のベア等に伴う賞与、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も必ず記載すること

【ベースアップ評価料対象職種について】

Ⅳ．ベースアップ評価料対象職員（全体）の月額賃金総額に係る事項

（８）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（９）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（10）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		円
（11）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１か月分）【（９）－（10）】		円
（12）ベア等による賃金増率【（11）÷（10）】		%
（13）上記（12）以外で、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		円

Ⅳ－２．看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の月額賃金総額に係る事項

（14）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（15）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（16）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		円
（17）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１か月分）【（15）－（16）】		円
（18）ベア等による賃金増率【（17）÷（16）】		%
（19）報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
（20）前年度の賞与の支給月数		か月

Ⅳ－３．理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の基本給等に係る事項

（21）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（22）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（23）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		円
（24）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１か月分）【（22）－（23）】		円
（25）ベア等による賃金増率【（24）÷（23）】		%
（26）報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
（27）前年度の賞与の支給月数		か月

Ⅳ－４．事務職員の基本給等に係る事項

（28）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（29）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（30）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		円
（31）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１か月分）【（29）－（30）】		円
（32）ベア等による賃金増率【（31）÷（30）】		%
（33）報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
（34）前年度の賞与の支給月数		か月

Ⅳ－５．看護補助者の基本給等総額に係る事項

（35）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（36）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（37）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		円
（38）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１か月分）【（36）－（37）】		円
（39）ベア等による賃金増率【（38）÷（37）】		%
（40）報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
（41）前年度の賞与の支給月数		か月

Ⅳ－６．その他の対象職種の基本給等に係る事項

（42）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（43）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（44）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		円
（45）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１か月分）【（43）－（44）】		円
（46）ベア等による賃金増率【（45）÷（44）】		%
（47）報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
（48）前年度の賞与の支給月数		か月

Ⅴ．ベースアップ評価料による収入が対象職員へ充当されているか

（49）ベースアップ評価料による収入の実績額【（７）】		円
（50）対象職員全体の賃金改善実績額（算定期間分）【（11）×（算定期間）】		円
（51）収入の実績額と賃金改善実績額の差分【（49）－（50）】		円

	（52）ベースアップ評価料算定による収入額が対象職員への賃上げに実施されているか	賃金改善額充当済み

本報告書の記載内容に虚偽が無いことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

令和　　年　　月　　日　　開設者名：

【記載上の注意】

1　本報告書において、「ベースアップ評価料」とは、「訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）」及び及び「訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）」のことをいう。

2　本報告書において、「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を届け出ていた訪問看護ステーションにあっては、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」及び賃金改善の実績には、賃金に当てはめた場合の「令和７年度医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業」によって交付される補助金による部分は含めないものとする。

3　Ⅳの「対象職員の常勤換算数」は、当該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。常勤の職員の常勤換算数は１とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該訪問看護ステーションにおいて定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が１を超える場合は、１とする。）

4　Ⅳについて、「報告書届出年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、空欄でもよい。

5　Ⅳについて、「前年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の前年度に係る賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、空欄でもよい。

6　Ⅴについて、大臣折衝において賃上げの実行性確保の観点から、「対象職員の賃金改善実績額」の総額が、「ベースアップ評価料により得られた収入額」の総額と「ベア等以外で、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。）の増加分に用いた額」の総額を合わせた額と比べて、同額以上となること。

別紙様式11別添４の２

（訪問看護ステーション）賃金改善実績報告書（令和　　年度分）

訪問看護ステーションコード（７桁）	
訪問看護ステーション名	
集約訪問看護ステーション数	

Ⅰ．提出書類の種類

☐ 賃金改善中間報告書
☐ 賃金改善実績報告書

Ⅱ．賃金改善実施期間及びベースアップ評価料算定期間

（１）賃金改善実施期間

令和　　年　　月　～　令和　　年　　月	か月

※　令和８年度診療報酬改定以降のベースアップ評価料等で賃金改善を実施した期間を記載すること。
※　令和８年度又は令和９年度の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、当該年度の４月から翌年３月の賃金改善に充当した場合、遡及して賃金改善を実施した期間を記載する。

（２）ベースアップ評価料算定期間

令和　　年　　月　～　令和　　年　　月	か月

Ⅲ－１．ベースアップ評価料による収入の実績額【（２）の期間中】

（３）訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）による収入の実績額	円
（４）訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）による収入の実績額	円
（５）ベースアップ評価料による収入の実績額【（３）＋（４）】	円

※　「収入の実績額」とは、該当の評価料を算定した総額を記載すること。（算定していない場合は０と記載。）

Ⅲ－１－１．ベースアップ評価料による収入の繰越状況

（６）前年度からの繰越額（令和８年度分報告時のみ記載）	円

Ⅲ－２．ベースアップ評価料による収入の実績額（総計）

（７）ベースアップ評価料による収入の実績額のうち、当該年度における対象職員のベア等及び それに伴う賞与、時間外手当、法定福利費等に充当すべき金額【（５）＋（６）】		円

○　以下、基本給等総額については１月当たりの額を記載してください。

※　「基本給等総額」とは、基本給等の合計をいい、賞与、期末・勤勉手当等特定の時期にのみ支払われる手当を含まない。

※　「ベア等」の定義は【記載上の注意】を参照のこと。

※　（13）のベア等に伴う賞与、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も必ず記載すること

【ベースアップ評価料対象職種について】

Ⅳ．ベースアップ評価料対象職員（全体）の月額賃金総額に係る事項

（８）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（９）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（10）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		円
（11）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１か月分）【（９）－（10）】		円
（12）ベア等による賃金増率【（11）÷（10）】		%
（13）上記（12）以外で、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		円

Ⅳ－２．看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の月額賃金総額に係る事項

（14）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（15）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（16）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		円
（17）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１か月分）【（15）－（16）】		円
（18）ベア等による賃金増率【（17）÷（16）】		%
（19）報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
（20）前年度の賞与の支給月数		か月

Ⅳ－３．理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の基本給等に係る事項

（21）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（22）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（23）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		円
（24）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１か月分）【（22）－（23）】		円
（25）ベア等による賃金増率【（24）÷（23）】		%
（26）報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
（27）前年度の賞与の支給月数		か月

Ⅳ－４．事務職員の基本給等に係る事項

（28）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（29）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（30）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		円
（31）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１か月分）【（29）－（30）】		円
（32）ベア等による賃金増率【（31）÷（30）】		%
（33）報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
（34）前年度の賞与の支給月数		か月

Ⅳ－５．看護補助者の基本給等総額に係る事項

（35）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（36）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（37）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		円
（38）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１か月分）【（36）－（37）】		円
（39）ベア等による賃金増率【（38）÷（37）】		%
（40）報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
（41）前年度の賞与の支給月数		か月

Ⅳ－６．その他の対象職種の基本給等に係る事項

（42）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（43）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（44）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		円
（45）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１か月分）【（43）－（44）】		円
（46）ベア等による賃金増率【（45）÷（44）】		%
（47）報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
（48）前年度の賞与の支給月数		か月

Ⅴ．ベースアップ評価料による収入が対象職員へ充当されているか

（49）ベースアップ評価料による収入の実績額【（７）】		円
（50）対象職員全体の賃金改善実績額（算定期間分）【（11）×（算定期間）】		円
（51）収入の実績額と賃金改善実績額の差分【（49）－（50）】		円
（52）ベースアップ評価料算定による収入額が対象職員への賃上げに実施されているか	賃金改善額充当済み	

本報告書の記載内容に虚偽が無いことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

令和　　年　　月　　日　　開設者名：

【記載上の注意】

１　本報告書において、「ベースアップ評価料」とは、「訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）」及び及び「訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）」のことをいう。

２　本報告書において、「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を届け出ていた訪問看護ステーションにあっては、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」及び賃金改善の実績には、賃金に当てはめた場合の「令和７年度医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業」によって交付される補助金による部分は含めないものとする。

３　Ⅳの「対象職員の常勤換算数」は、当該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。常勤の職員の常勤換算数は１とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該訪問看護ステーションにおいて定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が１を超える場合は、１とする。）

４　Ⅳについて、「報告書届出年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、空欄でもよい。

５　Ⅳについて、「前年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の前年度に係る賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、空欄でもよい。

６　Ⅴについて、大臣折衝において賃上げの実行性確保の観点から、「対象職員の賃金改善実績額」の総額が、「ベースアップ評価料により得られた収入額」の総額と「ベア等以外で、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。）の増加分に用いた額」の総額を合わせた額と比べて、同額以上となること。

別紙様式13

訪問看護遠隔診療補助料~~の施設基準~~に係る届出書~~添付書類~~（届出・変更・取り消し）

連絡先　担当者氏名：（　　）　電話番号：（　　）

受理番号	（訪看37）　　号

受付年月日	年　月　日

決定年月日	年　月　日

（届出事項）　訪問看護遠隔補助料に係る届出

上記のとおり届け出ます。

年　月　日

指定訪問看護事業者
の所在地及び名称

代表者の氏名

地方厚生（支）局長　殿

届出内容

ステーションコード	

指定訪問看護ステーション
の所在地及び名称

管理者の氏名

１．情報通信機器を用いた診療の補助を行う保険医療機関

連携する保険医療機関の名称と住所を記載すること。
記入欄を適宜追加し、全て記入すること。

1	保険医療機関の名称	
	住所	
2	保険医療機関の名称	
	住所	
3	保険医療機関の名称	
	住所	
4	保険医療機関の名称	
	住所	
5	保険医療機関の名称	
	住所	
6	保険医療機関の名称	
	住所	
7	保険医療機関の名称	
	住所	
8	保険医療機関の名称	
	住所	
9	保険医療機関の名称	
	住所	
10	保険医療機関の名称	
	住所	

（別添６）

特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について
（令和８年３月５日保医発 0305 第１号）

044，045，046　血漿交換用血漿分離器、血漿交換用血漿成分分離器及び血漿交換療法用特定保険医療材料

⑶　血漿交換用ディスポーザブル選択的血漿成分吸着器

ア　血漿交換用ディスポーザブル選択的血漿成分吸着器は、以下のいずれかの場合に算定できる。

ａ　劇症肝炎又は術後肝不全に対して、ビリルビン及び胆汁酸の除去を目的に使用した場合

ｂ　難治性の家族性高コレステロール血症、難治性高コレステロール血症に伴う重度尿蛋白を呈する糖尿病性腎症、巣状糸球体硬化症、膜性腎症、微小変化型ネフローゼ症候群又は閉塞性動脈硬化症に対して使用した場合（ＬＤＬ吸着器）

ｃ　重症筋無力症、悪性関節リウマチ、全身性エリテマトーデス、ギラン・バレー症候群、多発性硬化症~~又は~~、慢性炎症性脱髄性多発根神経炎又は自己免疫性脳炎に対して使用した場合

イ　回路は別に算定できない。

（別添７）

官報掲載事項の一部訂正

【令和８年３月５日（号外第 46 号)】

○　診療報酬の算定方法の一部を改正する件（厚生労働省告示第 69 号）

該当箇所	誤	正
別表第一 Ａ３０４　地域包括医療病棟入院料（１日につき） 注２	２　入院料１については、緊急入院の患者であって、入院時の主傷病に対して入院中に手術（第二章第十部第一節に掲げるものに限る。以下この項において同じ。）を実施しないもの、入院料２については、緊急入院の患者であって入院時の主傷病に対して入院中に手術を実施するもの及び予定された入院の患者であって入院中に手術を実施しないもの、入院料３については予定された入院の患者であって、入院時の主傷病に対して手術を実施するものについて算定する。	２　入院料１については、緊急入院の患者であって、入院時の主傷病に対して入院中に手術（第２章第 10 部第１節に掲げるものに限る。以下この項において同じ。）を実施しないもの、入院料２については、緊急入院の患者であって入院時の主傷病に対して入院中に手術を実施するもの及び予定された入院の患者であって入院中に手術を実施しないもの、入院料３については予定された入院の患者であって、入院時の主傷病に対して手術を実施するものについて算定する。
別表第一 Ａ３０７　小児入院医療管理料（１日につき） 注 11	11　診療に係る費用（注２、注３及び注５から注 10 までに規定する加算、当該患者に対して行った第２章第１部医学管理等（区分番号Ｂ０１１－５に掲げるがんゲノムプロファイリング検査（造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場合に限る。）に限る。）、（以下略）	11　診療に係る費用（注２、注３及び注５から注 10 までに規定する加算、当該患者に対して行った第２章第１部医学管理等（区分番号Ｂ０１１－５に掲げるがんゲノムプロファイリング評価提供料（造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場合に限る。）に限る。）、（以下略）
別表第一 Ａ３０７　小児入院医療管理料（１日につき） 注 12	12　診療に係る費用（注２から注７まで、注９（小児入院医療管理料３を算定するものに限る。）及び注 10（小児入院医療管理料３を算定するものに限る。）に規定する加算、当該患者に対して行った第２章第１部医学管理等（区分番号Ｂ０１１－５に掲げるがんゲノムプロファイリング検査（造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場合に限る。）に限る。）、（以下略）	12　診療に係る費用（注２から注７まで、注９（小児入院医療管理料３を算定するものに限る。）及び注 10（小児入院医療管理料３を算定するものに限る。）に規定する加算、当該患者に対して行った第２章第１部医学管理等（区分番号Ｂ０１１－５に掲げるがんゲノムプロファイリング評価提供料（造血器腫瘍又は類縁疾患を対象と

		する場合に限る。）に限る。）、（以下略）
別表第一 Ａ３０７　小児入院医療管理料（１日につき） 注 13	13　診療に係る費用（注２から注７までに規定する加算、当該患者に対して行った第２章第１部医学管理等（区分番号Ｂ０１１－５に掲げるがんゲノムプロファイリング検査（造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場合に限る。）を除く。）、第２部第２節在宅療養指導管理料、第３節薬剤料、第４節特定保険医療材料料、第３部検査（区分番号Ｄ００６－19 に掲げるがんゲノムプロファイリング検査（造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場合に限る。）を除く。）、（以下略）	13　診療に係る費用（注２から注７までに規定する加算、当該患者に対して行った第２章第１部医学管理等（区分番号Ｂ０１１－５に掲げるがんゲノムプロファイリング評価提供料（造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場合に限る。）に限る。）、第２部第２節在宅療養指導管理料、第３節薬剤料、第４節特定保険医療材料料、第３部検査（区分番号Ｄ００６－19 に掲げるがんゲノムプロファイリング検査（造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場合に限る。）に限る。）、（以下略）
別表第一 Ｂ００１－２－９　地域包括診療料（月１回） 注２	２　地域包括診療を受けている患者に対して行った注３に規定する加算並びに区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注５から注７まで及び注 19 に規定する加算、通則第３号から第６号までに規定する加算、区分番号Ｂ００１－２－２に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号Ｂ００１－10 に掲げる心不全再入院予防管理料（慢性心不全以外の慢性疾患等も有する患者について算定する場合に限る。）、（以下略）	２　地域包括診療を受けている患者に対して行った注３及び注４に規定する加算並びに区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注５から注７まで及び注 19 に規定する加算、通則第３号から第６号までに規定する加算、区分番号Ｂ００１－２－２に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号Ｂ００１－10 に掲げる心不全再入院予防継続管理料（慢性心不全以外の慢性疾患等も有する患者について算定する場合に限る。）、（以下略）
別表第一 Ｃ１０７－２　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 注４	４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料２を算定すべき指導管理を情報通信機器を用いて行った場合は、２の所定点数に代えて、218 点を算定する。	４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料２を算定すべき指導管理を情報通信機器を用いて行った場合は、２の所定点数に代えて、209 点を算定する。

別表第一 Ｄ０２６　検体検査判断料 注３	３　区分番号Ｄ００４－２の１、区分番号Ｄ００６－２からＤ００６－９まで、区分番号Ｄ００６－11 からＤ００６－20 まで及び区分番号Ｄ００６－22 からＤ００６－31 までに掲げる検査は、遺伝子関連・染色体検査判断料により算定するものとし、尿・糞便等検査判断料又は血液学的検査判断料は算定しない。	３　区分番号Ｄ００４－２の１、区分番号Ｄ００４－３、区分番号Ｄ００６－２からＤ００６－９まで、区分番号Ｄ００６－11 からＤ００６－20 まで及び区分番号Ｄ００６－22 からＤ００６－31 までに掲げる検査は、遺伝子関連・染色体検査判断料により算定するものとし、尿・糞便等検査判断料又は血液学的検査判断料は算定しない。
別表第一 Ｈ００４　摂食機能療法（１日につき） 注３	３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な指導管理を行った場合は、摂食嚥下機能回復体制加算として、当該基準に係る区分に従い、患者（ハについては、療養病棟入院料１又は療養病棟入院料２を現に算定しているものに限る。）	３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な指導管理を行った場合は、摂食嚥下機能回復体制加算として、当該基準に係る区分に従い、患者（ハについては、療養病棟入院料１又は療養病棟入院料２を現に算定しているものに限る。）１人につき週１回に限り次に掲げる点数を所定点数に加算する。
別表第一 Ｋ０７６－３　肩関節授動術（関節鏡下）（肩腱板断裂手術（関節鏡下を伴うもの）））	Ｋ０７６－３　肩関節授動術（関節鏡下）（肩腱板断裂手術（関節鏡下を伴うもの））	Ｋ０７６－３　肩関節授動術（関節鏡下）（肩腱板断裂手術を伴うもの）
別表第一 Ｋ５８６　単心室症又は三尖弁閉鎖症手術	３　心室中隔造成術　81,350 点	３　心室中隔造成術　181,350 点
別表第一 第４章　経過措置	（新設）	３　第１章第２部第１節の規定にかかわらず、令和８年３月 31 日において現に総合入院体制加算又は急性期充実体制加算に係る届出を行っている病棟については、令和９年５月 31 日

		までの間に限り、一般病棟入院基本料を算定する病棟において急性期総合体制加算を算定できるものとする。

○　基本診療料の施設基準等の一部を改正する件（厚生労働省告示第 70 号）

該当箇所	誤	正
第九　特定入院料の施設基準等 十九　特定一般病棟入院料の施設基準等 (5)のロの⑤	6　退院時共同指導料２を前三月間において六回以上算定している保険医療機関であること。	6　退院時共同指導料２及び外来在宅共同指導料１を前三月間において六回以上算定している保険医療機関であること。
第十二　経過措置 四	四　令和八年三月三十一日において現に特定入院料に係る届出を行っている病棟又は病室については、当分の間、第九の１の(５)に定める基準に該当するものとみなす。	四　令和八年三月三十一日において現に特定入院料に係る届出を行っている病棟又は病室については、当分の間、第九の一の(５)に定める基準に該当するものとみなす。
第十二　経過措置 二十二	二十二　（略） (1)　精神病棟入院料（十五対一入院基本料に限る。）　第五の四の二の(1)のロの③の３ (2)　精神病棟入院料（十八対一入院基本料に限る。）　第五の四の二の(1)のロの④の３ (3)　精神病棟入院料（二十対一入院基本料に限る。）　第五の四の二の(1)のロの⑤の３	二十二　（略） (1)　精神病棟入院基本料（十五対一入院基本料に限る。）　第五の四の二の(1)のロの③の３ (2)　精神病棟入院基本料（十八対一入院基本料に限る。）　第五の四の二の(1)のロの④の３ (3)　精神病棟入院基本料（二十対一入院基本料に限る。）　第五の四の二の(1)のロの⑤の３
第十二　経過措置 二十三	二十三　令和八年三月三十一日において現に次の(1)から(9)までに掲げる規定に係る届出を行っている病棟又は病室について、急性期病院一般入院基本料、急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料（十三対	二十三　令和八年三月三十一日において現に次の(1)から(9)までに掲げる規定に係る届出を行っている病棟又は病室について、急性期病院一般入院基本料、急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料（十三対

	一入院基本料を除く。）、地域包括医療病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料１から４まで又は地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟若しくは地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室のいずれも有しない保険医療機関であって、地域一般入院基本料、療養病棟入院料１若しくは２、療養病棟入院基本料の注 11、専門病院入院基本料（十三対一入院基本料に限る。）、（以下略）	一入院基本料を除く。）、地域包括医療病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料１から４まで又は地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟若しくは地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室のいずれも有しない保険医療機関であって、地域一般入院基本料、療養病棟入院料１若しくは２、専門病院入院基本料（十三対一入院基本料に限る。）、（以下略）
第十二　経過措置 二十四	二十四　（略） (1)　精神病棟入院料（十対一入院基本料に限る。）　第五の四の二の(1)のロの①の５ (2)　精神病棟入院料（十三対一入院基本料に限る。）　第五の四の二の(1)のロの②の６ (3)　精神病棟入院料（十五対一入院基本料に限る。）　第五の四の二の(1)のロの③の３ (4)　精神病棟入院料（十八対一入院基本料に限る。）　第五の四の二の(1)のロの④の３ (5)　精神病棟入院料（二十対一入院基本料に限る。）　第五の四の二の(1)のロの⑤の３ (6)・(7)　（略）	二十四　（略） (1)　精神病棟入院基本料（十対一入院基本料に限る。）　第五の四の二の(1)のロの①の５ (2)　精神病棟入院基本料（十三対一入院基本料に限る。）　第五の四の二の(1)のロの②の６ (3)　精神病棟入院基本料（十五対一入院基本料に限る。）　第五の四の二の(1)のロの③の３ (4)　精神病棟入院基本料（十八対一入院基本料に限る。）　第五の四の二の(1)のロの④の３ (5)　精神病棟入院基本料（二十対一入院基本料に限る。）　第五の四の二の(1)のロの⑤の３ (6)・(7)　（略）

（別添４）

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日保発 0305 第 19 号）

第 11　訪問看護物価対応料について

１　訪問看護物価対応料１については、当該訪問看護ステーションが、訪問看護管理療養費を算定した場合に限り、それぞれ所定額を１日につき１回に限り算定することができる。

２　訪問看護物価対応料２については、当該訪問看護ステーションが、包括型訪問看護~~管理~~療養費を算定した場合に限り、所定額を１日につき１回に限り算定することができる。

（別添５）

訪問看護ステーションの基準に係る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９号）

訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて

13　訪問看護ベースアップ評価料

届出については、別紙様式 11 を用いること。ただし、（２）のイ又は（４）のイの基準を満たす場合における届出は、追加で別紙様式 11 別添１を用いること。なお、訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の届出については、令和８年度及び令和９年度において訪問看護ベースアップ評価料の点数構造の変更に伴い、評価区分を見直す必要があるため、新規届出時及び毎年６月１日時点において当該評価料を算定できるよう、地方厚生(支)局長に届け出ること。

また、毎年８月において、前年度における賃金改善の取組状況を評価するため、「賃金改善実績報告書」を別紙様式 11 別添４の１により作成し、地方厚生（支）局長に報告すること。また、毎年８月において、算定を行っている年度における賃金改善の取組状況を当該訪問看護ステーションにおいて適切に把握するため、「賃金改善中間報告書」を別紙様式 11 別添４の１により作成し、地方厚生(支)局長に報告すること。

事業の継続を図るため、対象職員の賃金水準(訪問看護ベースアップ評価料による賃金改善分を除く。)を引き下げた上で、賃金改善を行う場合には、当該訪問看護ステーションの収支状況、賃金水準の引下げの内容等について記載した「特別事情届出書」を、別紙様式 11 別添３により作成し、届け出ること。なお、年度を超えて対象職員の賃金を引き下げることとなった場合は、次年度に「賃金改善中間報告書」を提出する際に、「特別事情届出書」を再度届け出る必要があること。

当該基準に係る届出を行う訪問看護ステーションは、訪問看護ベースアップ評価料の算定に係る書類（「賃金改善実績報告書」等の記載内容の根拠となる資料等）を、当該評価料を算定する年度の終了後３年間保管すること。法人内の同一の給与体系に基づく複数の訪問看護ステーションにおいて、~~訪問看護ステーションの「月額賃金総額」及び「対象職員数」を通算して届出を行う~~「賃金改善実績報告書」及び「賃金改善中間報告書」を複数の訪問看護ステーションを集約して作成する場合には、別紙様式 11 別添４の１の~~作成に当たって~~代わりに、別紙様式 11 別添４の２を用いることとする。また、訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）を届け出る場合について、法人内の同一の給与体系に基づく複数の訪問看護ステーションにおいて、訪問看護ステーションの「月額賃金総額」及び「対象職員数」を通算して届出を行う場合には、別紙様式 11 の~~代わりに~~作成に当たって、別紙様式 11 別添２を用いることとする。

（３）　訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）

次のいずれの要件にも該当すること。

キ　当該訪問看護ステーションにおいて、以下に掲げる社会保険診療等に係る収入金額（以下「社会保険診療等収入金額」という。）の合計額が、総収入の 100 分の 80 を超えること。

（イ）　社会保険診療（租税特別措置法（昭和 32 年法律第 26 号）第 26 条第２項に規定する社会保険診療をいう。以下同じ。）に係る収入金額（労働者災害補償保険法（昭和 22 年法律第 50 号）に係る患者の診療報酬（当該診療報酬が社会保険診療報酬と同一の基準によっている場合又は当該診療報酬が少額（全収入金額のおおむね 100 分の 10 以下の場合をいう。）の場合に限る。）及び保険外併用療養費（健康保険法第 86 条に規定する保険外併用療養費をいう。）を支給された場合に当該療養に関して患者から支払われる料金を含む。）

別紙様式６　　機能強化型訪問看護管理療養費に係る届出書（届出・変更・取消し）

連絡先　担当者氏名：（　　）　電話番号：（　　）

受理番号	（訪看機１、２、３、４）　　号

受付年月日	年　　月　　日	決定年月日	年　　月　　日

（届出事項）

１．機能強化型訪問看護管理療養費１　　２．機能強化型訪問看護管理療養費２

３．機能強化型訪問看護管理療養費３　　４．機能強化型訪問看護管理療養費４

上記のとおり届け出ます。

年　　月　　日

指定訪問看護事業者
の所在地及び名称

代表者の氏名

地方厚生（支）局長　殿

ステーションコード	

指定訪問看護ステーションの
所在地及び名称

管理者の氏名

従たる事業所の所在地（複数ある場合は全てを記載）

同一敷地内に設置されている指定居宅介護支援事業所、
特定相談支援事業所又は障害児相談支援事業所の
所在地及び名称（機能強化型１・２）

管理者の氏名

同一敷地内に設置されている療養通所介護事業所、
児童発達支援事業所又は放課後等デイサービス事業所の
所在地及び名称（機能強化型１・２）

管理者の氏名

同一開設者で同一敷地内に設置されている保険医療機関の
所在地及び名称（機能強化型３・４）

１．看護職員数（機能強化型１・２・３・４）

	実人数	常勤換算後の員数
常勤看護職員（人）		
うち、出張所の員数		
非常勤看護職員（人）		
うち、出張所の員数		

※常勤とは、当該訪問看護ステーションにおける勤務時間が、当該訪問看護ステーションにおいて定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数（週当たり 32 時間を下回る場合は 32 時間を基本とする）に達していることをいう。

※非常勤看護職員については、実人数に加えて、常勤換算後の員数（当該訪問看護ステーションにおける勤務延時間数を、当該訪問看護ステーションにおいて定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数で除して得た数）を記載すること。

（機能強化型１・２のみ）

人員基準で求める常勤看護職員数（機能強化型１では７人、機能強化型２では５人）への非常勤看護職員の算入の有無	有　・　無

※非常勤看護職員は、常勤換算した１人分を常勤看護職員数に算入することが可能。

常勤看護職員の氏名・職種・免許証番号

氏　名	職　種	免許証番号	専門の研修の受講
			□
			□
			□
			□
			□
			□
			□
			□

※療養通所介護事業所、児童発達支援事業所又は放課後等デイサービス事業所の常勤職員については、当該事業所名を「職種」欄に併せて記載すること。

上記以外で専門の研修を受けた看護師

氏　名	氏　名

２．看護職員の割合（機能強化型１・２・３・４）

看護職員の員数（①）	理学療法士等の員数（②）	看護職員の割合（①／(①＋②)×100）
人	人	%

※当該訪問看護ステーションにおける職員について、常勤換算した保健師・助産師・看護師・准看護師の員数を①に、常勤換算した理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の員数を②に記載した上で、割合を算出すること。

３．24 時間対応体制の整備（機能強化型１・２・３・４）

24 時間対応体制加算の届出状況　　本届出時　・　既届出:受理番号(　　)

４．ターミナルケアの実施状況（機能強化型１・２）

前年度（＿＿＿＿年度）のターミナルケアの実施件数　（＿＿＿＿件／年度）

月	A	B	C	D	月	A	B	C	D
4 月					10 月				
5 月					11 月				
6 月					12 月				
7 月					1 月				
8 月					2 月				
9 月					3 月				

※各月について、以下のＡ～Ｄの件数をそれぞれ記載する。Ａ～Ｄの複数に該当する利用者にあっては、最も該当する１項目に計上すること。

Ａ　訪問看護ターミナルケア療養費を算定した利用者
Ｂ　ターミナルケア加算を算定した利用者
Ｃ　共同で訪問看護を行った保険医療機関が在宅がん医療総合診療料を算定した利用者
Ｄ　７日以内の入院を経て連携する医療機関で死亡した利用者

５．15 歳未満の超重症児及び準超重症児の受入れ状況（機能強化型１・２）

直近３ヶ月間の月別 15 歳未満の超重症児及び準超重症児の受入れ人数

年　月	超重症児	準超重症児	合計（人）
年　月			
年　月			
年　月			

６．特掲診療料等の施設基準等の別表７・別表８に該当する利用者等の状況（機能強化型１・２・３・４）

【機能強化型１・２】

１月当たりの別表７に該当する利用者数（＿＿＿人／月）※②の再掲

①	直近１年間における、別表７に該当する利用者数の合計	人
②	１月当たりの別表７に該当する利用者数（①／12）	人

直近１ヶ月間における別表７に該当する利用者の疾患名又は状態

1		6	
2		7	
3		8	
4		9	
5		10	

【機能強化型３】

（１）又は（２）のいずれかを記載すること。

（イ）～（ニ）の複数に該当する利用者にあっては、最も該当する１項目に計上すること。

（イ） 別表７に該当する利用者
（ロ） 別表８に該当する利用者
（ハ） 精神科重症患者支援管理連携加算を算定する利用者
（ニ） 複数の訪問看護ステーションで共同して訪問看護を提供する利用者

（１）１月当たりの（イ）、（ロ）、（ハ）に該当する利用者数　　合計（＿＿＿人／月）※②の再掲

	直近１年間における、該当利用者数の合計（①）	１月当たりの該当利用者（①／12）
（イ）	人	人
（ロ）	人	人
（ハ）	人	人
合計	人	人（②）

（２）１月当たりの（ニ）に該当する利用者数　　合計（＿＿＿人／月）※②の再掲

	直近１年間における、該当利用者数の合計（①）	１月当たりの該当利用者（①／12）
（ニ）	人	人（②）

直近１ヶ月間における別表７に該当する利用者の疾患名又は状態

1		6	
2		7	
3		8	
4		9	
5		10	

※（１）で別表７に該当する利用者を計上した場合に記載する。

直近１ヶ月間における別表８に該当する利用者の状態

1		6	
2		7	
3		8	
4		9	
5		10	

※（１）で別表８に該当する利用者を計上した場合に記載する。

【機能強化型４】

（１）及び（２）いずれも記載すること。

（イ）又は（ロ）並びに（ハ）又は（ニ）の複数に該当する利用者にあっては、最も該当する１項目に計上すること。

（イ） 別表７に該当する利用者
（ロ） 別表８に該当する利用者
（ハ） 入院歴が１年以上もしくは入退院を繰り返している者で GAF 尺度 40 以下の利用者
（ニ） 精神科重症患者支援管理連携加算を算定する利用者

（１）１月当たりの（イ）又は（ロ）に該当する利用者数　　合計（＿＿＿人／月）※②の再掲

	直近１年間における、該当利用者数の合計（①）	１月当たりの該当利用者（①／12）
（イ）	人	人
（ロ）	人	人
合計	人	人（②）

直近１ヶ月間における別表７に該当する利用者の疾患名又は状態

1		6	
2		7	
3		8	
4		9	
5		10	

直近１ヶ月間における別表８に該当する利用者の状態

1		6	
2		7	
3		8	
4		9	
5		10	

※（１）で別表８に該当する利用者を計上した場合に記載する。

（２）１月当たりの（ハ）又は（ニ）に該当する利用者数　　合計（＿＿＿人／月）※②の再掲

	直近１年間における、該当利用者数の合計（①）	１月当たりの該当利用者（①／12）
（ハ）	人	人
（ニ）	人	人
合計	人	人（②）

（３）行政機関等が関与する利用者（直近１年間）　合計（＿＿＿人／年）※~~（①／12）~~の再掲

該当者がいる場合、記載すること。

（イ）～（ニ）の複数に該当する利用者にあっては、最も該当する１項目に計上すること。

（イ） 医療観察法の訪問看護利用者
（ロ） 措置入院又は緊急措置入院を経て退院した者で都道府県等が作成する退院後支援計画に基づく支援期間にある者
（ハ） ひきこもり状態又は精神科の未受診若しくは受診中断等を理由とする行政機関等の保健師その他の職員による家庭訪問の対象者
（ニ） 市町村、保健所等の行政機関又は地域包括支援センターが実施する会議等において、支援調整の対象者

	直近１年間における、該当利用者数の合計（①）
（イ）	人
（ロ）	人
（ハ）	人
（ニ）	人
合計	人

7．介護サービス計画、サービス等利用計画等の作成状況（機能強化型１・２）

（1）又は（2）のいずれかを記載すること。

利用者数には医療保険及び介護保険による利用者を含めること。

（1）居宅介護支援事業所における介護サービス計画、介護予防サービス計画の作成状況

①	直近１年間における当該訪問看護ステーションを利用した利用者のうちの、要介護・要支援者数	人
②	上記①のうち、同一敷地内に設置された居宅介護支援事業所により介護サービス計画又は介護予防サービス計画が作成された利用者数	人
③	当該居宅介護支援事業所による介護サービス計画・介護予防サービス計画の作成割合　（②／①×100）	%

（2）特定相談支援事業所におけるサービス等利用計画又は障害児相談支援事業所における障害児利用支援計画の作成状況

①	直近１年間における当該訪問看護ステーションを利用した利用者のうちの、障害福祉サービスや障害児支援を利用している者の数	人
②	上記①のうち、同一敷地内に設置された特定相談支援事業所又は障害児相談支援事業所によりサービス等利用計画又は障害児利用支援計画が作成された利用者数	人
③	当該特定相談支援事業所又は障害児相談支援事業所によるサービス等利用計画又は障害児支援利用計画の作成割合　（②／①×100）	%

８．情報提供や研修等の実績（直近１年）

機能強化型１及び２は（１）及び（３）を、機能強化型３及び４は（２）及び（３）を記載すること。

（１）人材育成のための研修等（機能強化型１・２）

期　間	対象及び人数	研修名等
例. ●年●月●日～●年●月●日	●●大学　●年生●名	地域・在宅看護論実習

（２）地域の保険医療機関や訪問看護ステーションを対象とした研修（機能強化型３・４）

期　間	対象及び人数	研修名等
例. ▲年▲月▲日	▲▲病院　看護職員▲名	退院支援、訪問看護研修

（３）地域の訪問看護ステーション又は住民等に対する情報提供・相談対応（機能強化型１・２・３・４）（機能強化型１・２においては地域の保険医療機関に対する情報提供・相談対応を含む）

期　間	対象及び人数	研修名等
例. ◆年◆月◆日	◆◆市◆◆地区　住民◆名	在宅での療養生活講座

９．地域の保険医療機関の看護職員の勤務実績（直近１年）（機能強化型３）

期　間	勤務者氏名	保険医療機関名（①）

10．保険医療機関と共同して実施し、算定した退院時共同指導加算の件数（直近３月）

（機能強化型３※・４）※機能強化型３は９．の保険医療機関（①）以外の保険医療機関

年　月	件　数
年　　月	件
年　　月	件
年　　月	件

11. 同一敷地内に訪問看護ステーションと同一開設者の保険医療機関が設置されている場合、当該保険医療機関以外の医師を主治医とする利用者数の割合（直近３月）（機能強化型３・４）

同一敷地内における同一開設者の保険医療機関の設置（　有　・　無　）

直近３ヶ月間における割合（①／②×100）　（＿＿＿＿%）

年　月	同一敷地内・同一開設者の医療機関以外の医師を主治医とする利用者数	１月当たりの訪問看護ステーションの利用者数
年　月	人	人
年　月	人	人
年　月	人	人
３ヶ月間の合計	人（①）	人（②）

※同一敷地内における同一開設者の保険医療機関の設置がない場合は、利用者数等の記入は必要ない。
利用者数には医療保険及び介護保険による利用者を含める。

12. 地域の関係機関との連携、会議の参加（機能強化型４）

（１）連携状況（直近１年）

□には、（イ）から（ホ）までの連携機関の分類で該当するものについて、「✔」を記入すること。
連携機関名を記載すること。

		連携機関名
□	（イ）保険医療機関	
□	（ロ）一般相談支援、特定相談支援、地域移行支援、地域定着支援、自立生活援助等の障害福祉サービス等事業者	
□	（ハ）障害児相談支援事業所等	
□	（ニ）居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者又は施設サービス事業者	
□	（ホ）精神保健福祉センター、保健所又は都道府県若しくは市区町村の障害福祉担当部署	

（イ）から（ホ）までの連携機関の分類（□の✔の数）　（＿＿＿種類）

（イ）から（ホ）までの連携機関の数　（＿＿＿箇所）

（2）連携機関との面会（会議）の実績（直近１年）

	期　間	連携先※	連携機関名	目的、会議名等
1	例. ■年■月■日			
2				
3				

※（イ）～（ホ）で該当するものを記載すること。

13. 専門の研修を受けた看護師の配置（機能強化型１・２・３・４）

専門の研修を受けた看護師の人数	人
（機能強化型１のみ記入） 専門看護師（　　）人　認定看護師（　　）人　特定行為研修修了看護師（　　）人	

備考：機能強化型訪問看護管理療養費１、２、３又は４において、それぞれの届出基準に該当する箇所に必要事項を記入すること。

：常勤看護職員の氏名・職種・免許証番号、特掲診療料の施設基準等の別表７及び別表８に該当する利用者の疾患名又は状態、情報提供や研修等の実績、地域の保険医療機関の看護職員の勤務実績については、記入欄を適宜追加し、全て記入すること。

：「13」について、専門の研修を修了していることが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

別紙様式９

訪問看護医療情報連携加算~~の施設基準~~に係る届出書（届出・変更・取消し）

連絡先　担当者氏名：（　　）　電話番号：（　　）

受理番号	（訪看35）　　号

受付年月日	年　　月　　日

決定年月日	年　　月　　日

（届出事項）　訪問看護医療情報連携加算に係る届出

上記のとおり届け出ます。

年　　月　　日

指定訪問看護事業者
の所在地及び名称

代表者の氏名

地方厚生（支）局長　殿

届出内容

ステーションコード	

指定訪問看護ステーション
の所在地及び名称

管理者の氏名

１　ICTを用いて情報共有をできる体制について

情報共有に使用するサービスの名称（主なもの）	

（該当するものに〇をつけること。）

（　）	記録された利用者の診療情報等が、連携機関間の協議に基づき、一元的に管理されたサーバーで保管されていること。
（　）	情報を共有できる参加者の範囲を随時設定できること。
（　）	参加者が、情報を常時、閲覧・取得ができ、利用者ごとに時系列で速やかに表示されること。
（　）	参加者が、常時、必要な診療情報等を共有できること。

（連携機関の名称、種類、住所を記載すること。）

1	連携機関の名称	
	種類	
	住所	
2	連携機関の名称	
	種類	
	住所	
3	連携機関の名称	
	種類	
	住所	
4	連携機関の名称	
	種類	
	住所	
5	連携機関の名称	
	種類	
	住所	
6	連携機関の名称	
	種類	
	住所	
7	連携機関の名称	
	種類	
	住所	
8	連携機関の名称	
	種類	
	住所	
9	連携機関の名称	
	種類	
	住所	

２　安全管理及び掲示に関する体制（該当するものに〇をつけること。）

（　）	(1) 一般社団法人保健医療福祉情報安全管理適合性評価協会（ＨＩＳＰＲＯ）が公表している「医療情報連携において、ＳＮＳを利用する際に気を付けるべき事項」におけるプライベートＳＮＳにかかる事項を参考としていること。
（　）	(2) 厚生労働省の定める「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を参考としていること。
（　）	(3) 連携機関と連携体制を構築していること及び実際に利用者の情報を共有している実績のある連携機関の名称等について、当該訪問看護ステーションの見やすい場所に掲示していること。
（　）	(4) (3)の掲示事項について、ウェブサイトに掲載していること。 (掲載しているウェブサイトのURL：　　）

〔記載上の注意〕

１　連携機関の種類については、保険医療機関、保険薬局、介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者、市町村等の行政機関又は地域包括支援センター又はその他のいずれかを記載すること。

２　連携機関と連携体制を構築していること及び実際に利用者の情報を共有している実績のある連携機関の名称等について、掲示しているホームページのURL等を記載すること。

別紙様式 10

訪問看護医療ＤＸ情報活用加算に係る届出書（届出・変更・取消し）

連絡先　担当者氏名：（　　）　電話番号：（　　）

受理番号	（訪看34）　　号

受付年月日	年　月　日

決定年月日	年　月　日

（届出事項）　訪問看護医療ＤＸ情報活用加算に係る届出

上記のとおり届け出ます。

年　月　日

指定訪問看護事業者
の所在地及び名称

代表者の氏名

地方厚生（支）局長　殿

届出内容

ｽﾃｰｼｮﾝｺｰﾄﾞ	

指定訪問看護ステーションの
所在地及び名称

管理者の氏名

（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

施設基準		
1	訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令第１条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を実施している	□
2	健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認を行う体制が整備されている	□
3	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	□

備考：「１」は訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用をオンライン請求している場合に該当するものであること。

：「２」は居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムによるオンライン資格確認を行う体制を有している場合に該当するものであること。

~~：「３」のウェブサイトへの掲載について、令和７年５月31日までは、訪問看護ステーションの見やすい場所に掲示されていれば、適合しているものとみなす。~~

：「３」のウェブサイトへの掲載について、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。

別紙様式11

受理番号	（訪ベⅠ）　　号

受付年月日	年　　月　　日

決定年月日	年　　月　　日

訪問看護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

※項目が未チェックです

誓約書

□　毎年８月に、①前年度の賃金改善の取組状況について、別添4「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、別添4「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。

□　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。

　　年　　月　　日　　開設者名：

◎必要記載項目

１　訪問看護ステーションコード（7桁）

　　訪問看護ステーション名

２　届出を行う評価料

□ 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）

３　対象職員（常勤換算）数

　　人

※　対象職員とは、自訪問看護ステーションに勤務する職員をいう。
※　本様式の届出時点における対象職員の人数を常勤換算数で記載すること
※　0より大きい数であればよい。

４　訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）の注3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。

＜訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）の注3に該当する訪問看護ステーション＞

①　□　令和8年3月31日時点において、「訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）」 を届け出ていた訪問看護ステーション

②　□　「訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）」を届け出ていなかったが、本様式届出時点において、施設基準通知に規定された給与水準以上の賃上げを行った訪問看護ステーション

＜訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）の注3に該当しない訪問看護ステーション＞

③　□　①・②に該当せず、「訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）」 のみを届け出る訪問看護ステーション

訪問看護ベースアップ評価料の算定可否

【記載上の注意】

１　訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）の届出を行う場合は、本様式（別紙様式11）を用いること。
２　「3」については、本様式の届出時点における対象職員の人数を常勤換算数で記載すること。
　なお、常勤の職員の常勤換算数は1とする。常勤でない職員の常勤換算数は、
　「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該訪問看護ステーションにおいて定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が1を超える場合は、1）とする。

別紙様式11

受理番号	（訪べⅡ　） 号

受付年月日	年　月　日

決定年月日	年　月　日

訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の施設基準に係る届出書添付書類　（新規・区分変更）

◎以下について確認の上、必ず☑を記載すること

※項目が未チェックです

誓約書

□　毎年8月に、①前年度の賃金改善の取組状況について、別添4「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、別添4「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。

□　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。

　　年　　月　　日　　開設者名：

◎必要記載項目

1　訪問看護ステーションコード（7桁）

　訪問看護ステーション名

2　届出を行う評価料

□　訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）

3　該当する届出

□　新規届出

□　区分変更

●対象職員（常勤換算）数

　　人

※　【記載上の注意】を参照

※区分変更の場合は前回届出時の人数も記入

（前回届出時　　人）

1割以上の変動

※　原則2.0以上であるが、以下の項目に該当する場合はその限りではない。

対象職員（常勤換算）数が2.0人未満の場合、特定地域（※）に所在する保険医療機関に該当するか。　□

※「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域

（1）届出年月　　令和　　年　　月

※　本評価料の算定を開始する月のこと

（2）賃金改善開始年月　　令和　　年　　月

※　当該年度における賃金改善を開始した月

4　区分計算

（1）算出方法

●同一法人内の訪問看護ステーションで通算して算出しますか。　はい　☑

（はいの場合は（2）の記入は不要、別添2の記入が必要）

（2）賃金改善算定基礎額の算出

①計算に必要な対象職種ごとの記載項目

ア　対象職員（看護補助者、事務職員を除く）の月額賃金総額

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 円

イ　対象職員のうち、看護補助者及び事務職員の月額賃金総額

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 円

※ 月額賃金総額：届出を行う月（3（1）の月）の直近1月の総額

※ ただし、届出を行う月の前月に既に当該年度の賃金改善が開始されている場合（チェックしてください）➡ □

➡【賃金改善算定基礎額】 ＿＿＿＿＿＿＿＿ 円　（別添2より転記）

（3）訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される点数の見込み、
訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の区分の上限を算出する値（【A】）

● 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）の算定回数見込み

【算出の際に用いる「訪問看護評価料（Ⅰ）等の対象期間：
本様式の届出を行う月の直近3月の期間の1月あたりの平均】

①訪問看護管理療養費（月の初日の訪問の場合）又は包括型訪問看護療養費を算定する実利用者人数

									（直近3月平均）	
訪問看護管理療養費（月の初日の訪問の場合）を算定した利用者数		人		人		人		人
当該月に包括型訪問看護療養費のみを算定した利用者数		人		人		人		人

※ 本様式の届出を行う月の直近3月の期間の1月あたりの平均の数値（小数第二位を四捨五入）を記載すること。

※ 訪問看護ベースアップ評価料の注3又は注5を算定している場合には、
それぞれの当該評価料又は注4に規定する点数を算定したものとみなす。

※ 自費の訪問看護のみの利用者については、計上しないこと。公費負担医療や労災保険制度等、
指定訪問看護の費用額算定表に従って訪問看護療養費が算定される利用者については、計上すること。

②算定される金額の見込み

【合計】

訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）の算定回数見込み
回

訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）の算定により算定される金額の見込み
円

※区分変更の場合は前回届出時の回数も記入
（前回届出時 回）
1割以上の変動

（4）医療保険の利用者割合（対象期間の1月当たりの平均）

算定月	医療保険の実利用者数	介護保険の実利用者数

1月当たりの利用者数		

医療保険の利用者割合 （前回届出時 ）

※ 算出対象となる期間（算定月）は（3）①の期間を記載すること。
※ 同一月に医療保険と介護保険の両者から訪問看護を受けた利用者は、医療保険の利用者として集計すること。

（5）【A】の値

$$【A】= \frac{賃金改善算定基礎額 \times 医療保険の利用者割合 \times 0.5 - 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される金額の見込み}{訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定回数の見込み}$$

5 基準要件の確認

●常勤換算2名以上の対象職員が勤務していること □

●社会保険診療等に係る収入金額（※）の合計額が、総収入の80／100を超えること。 □

※ 【記載上の注意】を参照

6 4（5）により算出した【A】に基づき、該当する区分

（1） 算定が可能となる区分

※区分変更の必要はありません

（2） 届出する区分（いずれかを選択）

◉	届出無し
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）1
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）2
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）3
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）4
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）5
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）6
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）7
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）8
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）9
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）10
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）11
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）12
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）13
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）14
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）15
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）16
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）17
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）18

～令和9年5月末まで

○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）19
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）20
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）21
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）22
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）23
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）24
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）25
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）26
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）27
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）28
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）29
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）30
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）31
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）32
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）33
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）34
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）35
○	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）36

～令和10年5月末まで

（3） 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の注7・注8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。

＜訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の注7及びに該当する訪問看護ステーション＞

① □ 令和8年3月31日時点において、「訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）」 を届け出ていた訪問看護ステーション

② □ 「訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）」 を届け出ていなかったが、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訪問看護ステーション

＜訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の注7及び8に該当しない訪問看護ステーション＞

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

（4） 最終算定区分

※区分変更の必要はありません

【記載上の注意】

1 「3」の「対象職員（常勤換算）数」については、自訪問看護ステーションに勤務する職員をいう。ただし、専ら管理者の業務に従事する者並びに業務委託により勤務する者を除く。また、事業主及び役員を含まない。
なお、本様式の届出を行う月の直近3月の期間の1月あたりの平均の人数を常勤換算で記載すること。
常勤の職員の常勤換算数は1とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該訪問看護ステーションにおいて定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が1を超える場合は、1とする。

2 「4」（2）①対象職員の「月額賃金総額」とは、基本給又は決まって毎月支払われる手当（以下「基本給等」という。）及び時間外手当等の月ごとに変動して支払われる手当の合計をいい、賞与、期末・勤勉手当等特定の時期にのみ支払われる手当を含まない。なお、算出については、届出を行う月の直近1か月の総額（ただし、届出を行う月の前月に既に当該年度の賃金改善が開始されている場合は、当該賃金改善を開始する前月の総額)を用いること。
「月額賃金総額」には、「令和7年度医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業」によって交付される補助金による部分は、含めないものとする。

3 「5」の「社会保険診療等に係る収入金額」については、社会保険診療報酬のほか、労災保険制度等の収入が含まれる。

別紙様式11別添1

受理番号	（訪べⅠ注）　　号
受理番号	（訪べⅡ　注）　　号
決定年月日	年　　月　　日

受付年月日	年　　月　　日

◎必要記載項目

1　訪問看護ステーションコード

訪問看護ステーション名

2　届出を行う評価項目

□ 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）の**注3**

□ 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の**注7・注8**

届出年月　　令和　　年　　月

3　要件の確認

（1）本評価項目に必要な賃上げ水準の算出

○　以下、基本給等総額については１か月当たりの額を記載してください。

※　「基本給等総額」は、対象職員の基本給又は決まって毎月支払われる手当の合計を計上すること。

【ベースアップ評価料対象職種について】

①ベースアップ評価料対象職員（看護補助者・事務職員を除く。）の

基本給等（基本給又は決まって毎月支払われる手当）に係る事項

（Ⅰ）当該評価料の算定を開始する年月　【当該評価料：　】	令和		年		月
（Ⅱ）対象職員の常勤換算数【当該評価料の算定を開始する月（（1））時点】					人
（Ⅲ）当該評価料を算定する時点における基本給等総額【評価料の算定を開始する月（（1））時点の基本給等総額】					円
（Ⅳ）（Ⅲ）と同じ対象職員で、令和６年３月時点の給与体系に当てはめた基本給等総額【賃金改善前の基本給等総額】					円
（Ⅴ）施設基準要件を満たすために必要な賃上げ額【（Ⅳ）×0.055】					円

②ベースアップ評価料対象職員（看護補助者・事務職員）の

基本給等（基本給又は決まって毎月支払われる手当）に係る事項

（Ⅰ）当該評価料の算定を開始する年月　【当該評価料：　】	令和		月		日
（Ⅱ）対象職員の常勤換算数【当該評価料の算定を開始する月（（1））時点】					人
（Ⅲ）当該評価料を算定する時点における基本給等総額【評価料の算定を開始する月（（1））時点の基本給等総額】					円
（Ⅳ）（Ⅲ）と同じ対象職員で、令和６年３月時点の給与体系に当てはめた基本給等総額【賃金改善前の基本給等総額】					円
（Ⅴ）施設基準要件を満たすために必要な賃上げ額【（Ⅳ）×0.08】					円

ベースアップ評価料対象職員の令和6年3月以降の賃金改善が、

必要な水準以上に達しているか（0以上の場合は該当）

{①(Ⅲ)＋②(Ⅲ)}－{①(Ⅳ)＋①(Ⅴ)＋②(Ⅳ)＋②(Ⅴ)}　＝　　円

（※賃上げ後の基本給等総額が、賃上げ前の基本給等総額＋賃上げ必要額と同等（0以上であるかを確認））

4　要件の該当可否

●訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）　　**注3**

及び

●訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）　　**注7**

【算定可否】

算定可能

【記載上の注意】

1　「2」については、届出を行う評価料について☑を記載すること。
2　「3」の（1）の（Ⅰ）「当該評価料」は、届け出る施設基準に係る評価料の項目を表す。
3　「3」の（1）の（Ⅱ）「算定を開始する月」は、当該評価料を新たに算定し始める月のことをいう。
4　「3」の（1）の（Ⅱ）「対象職員の常勤換算数」は、当該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。常勤の職員の常勤換算数は1とする。
5　「3」の（1）「基本給等総額」は、対象職員の基本給又は決まって毎月支払われる手当の合計を計上すること。
6　「3」の（1）（Ⅳ）「（Ⅲ）と同じ対象職員で、令和６年３月時点の給与体系に基づいた基本給等総額【賃金改善前の基本給等総額】」は、（Ⅲ）と同じ対象職員が令和６年３月時点にいると仮定し、令和６年３月時点の給与体系に当てはめた場合の基本給等総額を求めること。
7　「3」の（1）の（Ⅴ）「必要な賃上げ額」は、届け出る施設基準の要件によって、必要な賃上げ水準が異なる。
8　「4」「要件の該当可否」の結果に基づいて、算定可能となった場合、本用紙を地方厚生局に提出してください。

別紙様式11別添2

ベースアップ評価料同一法人内複数訪問看護ステーション届け出補助計算書

◎必要記載項目

1　訪問看護ステーションコード（7桁）

訪問看護ステーション名

（1）届出年月　　令和　　年　　月

※　本様式の届出を行う月

（2）賃金改善開始年月　　令和　　年　　月

※　当該年度における賃金改善を開始した月

2　区分計算

（3）　社会保険診療等収入金額

●訪問看護ステーションの社会保険診療等収入金額＜申請する1訪問看護ステーション分＞

円

●給与総額等を通算して算出する訪問看護ステーション全体の社会保険診療等収入金額

円

※　**社会保険診療等収入金額**：指定訪問看護に係る収益（医療保険・公費負担医療・公害医療・労災保険・自賠責・自費診療収益等）の直近1か月の総額を用いる。

●社会保険診療等収入金額を基に算出した当該訪問看護ステーションの按分比率

（4）賃金改善算定基礎額の算出

①計算に必要な対象職種ごとの記載項目

※以下、給与総額等を通算して算出する訪問看護ステーションの各項目の合計値を記入する。

（訪問看護ステーション以外の法人職員を含めてはならない）

ア　訪問看護ステーションに勤務する職員（看護補助者、事務職員を除く）の月額賃金総額

円

イ　訪問看護ステーションに勤務する職員のうち、看護補助者及び事務職員の月額賃金総額

円

※　月額賃金総額：届出を行う月の直近1月の総額

※　ただし、届出を行う月の前月に既に当該年度の賃金改善が開始されている場合、（チェックしてください）➡　□

②賃金改善算定基礎額＜通算して算出する訪問看護ステーションの合計額＞

➡【賃金改善算定基礎額（通算）】　　円

③賃金改善算定基礎額＜申請する1訪問看護ステーション分＞

➡【賃金改善算定基礎額】×【按分比率】　　円

→この数値が別紙様式11に転記されます

別紙様式11別添3

特別事情届出書（令和　　年度）

基本情報

訪問看護ステーションコード（7桁）	
訪問看護ステーション名	
フリガナ	
書類作成担当者	
電話番号	

1．事業の継続を図るために対象職員の賃金を引き下げる必要がある状況について

訪問看護ステーションの収支について、利用者数の大幅な減少などにより経営が悪化し、一定期間にわたり収支が赤字である、資金繰りに支障が生じるなどの状況について記載

2．賃金水準の引下げの内容（期間、対象、金額等）

3．経営及び賃金水準の改善の見込み

※ 経営及び賃金水準の改善に係る計画等を提出し、代替することも可。

4．賃金水準を引き下げることについて、適切に労使の合意を得ていること等について

労使の合意の時期及び方法等について記載

令和　　年　　月　　日

（法人名）

（開設者名）

別紙様式11別添４

訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）（Ⅱ）

「賃金改善実績報告書」

１．　「訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）」及び「訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）」を算定する訪問看護ステーションについては、別添４の１の「実績報告書・中間報告書」を提出すること。
２．　法人内の同一の給与体系に基づく複数の複数の訪問看護ステーションにおいて、訪問看護ステーションの「月額賃金総額」及び「対象職員数」を通算して届出を行う場合には、別添４の２「実績報告書・中間報告書（法人）」を用いること。

別紙様式11別添４の１

（訪問看護ステーション）賃金改善実績報告書（令和　　年度分）

訪問看護ステーションコード（７桁）	
訪問看護ステーション名	

Ⅰ．提出書類の種類

☐ 賃金改善中間報告書
☐ 賃金改善実績報告書

Ⅱ．賃金改善実施期間及びベースアップ評価料算定期間

（１）賃金改善実施期間

令和　　年　　月　～　令和　　年　　月		か月

※　令和８年度診療報酬改定以降のベースアップ評価料等で賃金改善を実施した期間を記載すること。
※　令和８年度又は令和９年度の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、当該年度の４月から翌年３月の賃金改善に充当した場合、遡及して賃金改善を実施した期間を記載する。

（２）ベースアップ評価料算定期間

令和　　年　　月　～　令和　　年　　月		か月

Ⅲ－１．ベースアップ評価料による収入の実績額【（２）の期間中】

（３）訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）による収入の実績額		円
（４）訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）による収入の実績額		円
（５）ベースアップ評価料による収入の実績額【（３）＋（４）】		円

※　「収入の実績額」とは、該当の評価料を算定した総額を記載すること。（算定していない場合は０と記載。）

Ⅲ－１－１．ベースアップ評価料による収入の繰越状況

（６）前年度からの繰越額（令和８年度分報告時のみ記載）		円

Ⅲ－２．ベースアップ評価料による収入の実績額（総計）

（７）ベースアップ評価料による収入の実績額のうち、当該年度における対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費等に充当すべき金額【（５）＋（６）】		円

○　以下、基本給等総額については１月当たりの額を記載してください。

※　「基本給等総額」とは、基本給等の合計をいい、賞与、期末・勤勉手当等特定の時期にのみ支払われる手当を含まない。

※　「ベア等」の定義は【記載上の注意】を参照のこと。

※　（13）のベア等に伴う賞与、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も必ず記載すること

【ベースアップ評価料対象職種について】

Ⅳ．ベースアップ評価料対象職員（全体）の月額賃金総額に係る事項

（８）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（９）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（10）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		円
（11）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１か月分）【（９）－（10）】		円
（12）ベア等による賃金増率【（11）÷（10）】		%
（13）上記（12）以外で、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		円

Ⅳ－２．看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の月額賃金総額に係る事項

（14）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（15）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（16）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		円
（17）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１か月分）【（15）－（16）】		円
（18）ベア等による賃金増率【（17）÷（16）】		%
（19）報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
（20）前年度の賞与の支給月数		か月

Ⅳ－３．理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の基本給等に係る事項

（21）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（22）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（23）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		円
（24）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１か月分）【（22）－（23）】		円
（25）ベア等による賃金増率【（24）÷（23）】		%
（26）報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
（27）前年度の賞与の支給月数		か月

Ⅳ－４．事務職員の基本給等に係る事項

（28）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（29）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（30）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		円
（31）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１か月分）【（29）－（30）】		円
（32）ベア等による賃金増率【（31）÷（30）】		%
（33）報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
（34）前年度の賞与の支給月数		か月

Ⅳ－５．看護補助者の基本給等総額に係る事項

（35）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（36）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（37）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		円
（38）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１か月分）【（36）－（37）】		円
（39）ベア等による賃金増率【（38）÷（37）】		%
（40）報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
（41）前年度の賞与の支給月数		か月

Ⅳ－６．その他の対象職種の基本給等に係る事項

（42）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（43）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（44）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		円
（45）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１か月分）【（43）－（44）】		円
（46）ベア等による賃金増率【（45）÷（44）】		%
（47）報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
（48）前年度の賞与の支給月数		か月

Ⅴ．ベースアップ評価料による収入が対象職員へ充当されているか

（49）ベースアップ評価料による収入の実績額【（７）】		円
（50）対象職員全体の賃金改善実績額（算定期間分）【（11）×（算定期間）】		円
（51）収入の実績額と賃金改善実績額の差分【（49）－（50）】		円

	（52）ベースアップ評価料算定による収入額が対象職員への賃上げに実施されているか	賃金改善額充当済み

本報告書の記載内容に虚偽が無いことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

令和　　年　　月　　日　　開設者名：

【記載上の注意】

1　本報告書において、「ベースアップ評価料」とは、「訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）」及び及び「訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）」のことをいう。

2　本報告書において、「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を届け出ていた訪問看護ステーションにあっては、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」及び賃金改善の実績には、賃金に当てはめた場合の「令和７年度医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業」によって交付される補助金による部分は含めないものとする。

3　Ⅳの「対象職員の常勤換算数」は、当該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。常勤の職員の常勤換算数は１とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該訪問看護ステーションにおいて定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が１を超える場合は、１とする。）

4　Ⅳについて、「報告書届出年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、空欄でもよい。

5　Ⅳについて、「前年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の前年度に係る賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、空欄でもよい。

6　Ⅴについて、大臣折衝において賃上げの実行性確保の観点から、「対象職員の賃金改善実績額」の総額が、「ベースアップ評価料により得られた収入額」の総額と「ベア等以外で、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。）の増加分に用いた額」の総額を合わせた額と比べて、同額以上となること。

別紙様式11別添４の２

（訪問看護ステーション）賃金改善実績報告書（令和　　年度分）

訪問看護ステーションコード（７桁）	
訪問看護ステーション名	
集約訪問看護ステーション数	

Ⅰ．提出書類の種類

☐ 賃金改善中間報告書
☐ 賃金改善実績報告書

Ⅱ．賃金改善実施期間及びベースアップ評価料算定期間

（１）賃金改善実施期間

令和　　年　　月　～　令和　　年　　月	か月

※　令和８年度診療報酬改定以降のベースアップ評価料等で賃金改善を実施した期間を記載すること。
※　令和８年度又は令和９年度の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、当該年度の４月から翌年３月の賃金改善に充当した場合、遡及して賃金改善を実施した期間を記載する。

（２）ベースアップ評価料算定期間

令和　　年　　月　～　令和　　年　　月	か月

Ⅲ－１．ベースアップ評価料による収入の実績額【（２）の期間中】

（３）訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）による収入の実績額	円
（４）訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）による収入の実績額	円
（５）ベースアップ評価料による収入の実績額【（３）＋（４）】	円

※　「収入の実績額」とは、該当の評価料を算定した総額を記載すること。（算定していない場合は０と記載。）

Ⅲ－１－１．ベースアップ評価料による収入の繰越状況

（６）前年度からの繰越額（令和８年度分報告時のみ記載）	円

Ⅲ－２．ベースアップ評価料による収入の実績額（総計）

（７）ベースアップ評価料による収入の実績額のうち、当該年度における対象職員のベア等及び それに伴う賞与、時間外手当、法定福利費等に充当すべき金額【（５）＋（６）】		円

○　以下、基本給等総額については１月当たりの額を記載してください。

※　「基本給等総額」とは、基本給等の合計をいい、賞与、期末・勤勉手当等特定の時期にのみ支払われる手当を含まない。

※　「ベア等」の定義は【記載上の注意】を参照のこと。

※　（13）のベア等に伴う賞与、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も必ず記載すること

【ベースアップ評価料対象職種について】

Ⅳ．ベースアップ評価料対象職員（全体）の月額賃金総額に係る事項

（８）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（９）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（10）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		円
（11）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１か月分）【（９）－（10）】		円
（12）ベア等による賃金増率【（11）÷（10）】		%
（13）上記（12）以外で、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		円

Ⅳ－２．看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の月額賃金総額に係る事項

（14）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（15）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（16）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		円
（17）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１か月分）【（15）－（16）】		円
（18）ベア等による賃金増率【（17）÷（16）】		%
（19）報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
（20）前年度の賞与の支給月数		か月

Ⅳ－３．理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の基本給等に係る事項

（21）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（22）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（23）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		円
（24）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１か月分）【（22）－（23）】		円
（25）ベア等による賃金増率【（24）÷（23）】		%
（26）報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
（27）前年度の賞与の支給月数		か月

Ⅳ－４．事務職員の基本給等に係る事項

（28）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（29）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（30）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		円
（31）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１か月分）【（29）－（30）】		円
（32）ベア等による賃金増率【（31）÷（30）】		%
（33）報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
（34）前年度の賞与の支給月数		か月

Ⅳ－５．看護補助者の基本給等総額に係る事項

（35）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（36）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（37）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		円
（38）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１か月分）【（36）－（37）】		円
（39）ベア等による賃金増率【（38）÷（37）】		%
（40）報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
（41）前年度の賞与の支給月数		か月

Ⅳ－６．その他の対象職種の基本給等に係る事項

（42）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（43）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（44）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		円
（45）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１か月分）【（43）－（44）】		円
（46）ベア等による賃金増率【（45）÷（44）】		%
（47）報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
（48）前年度の賞与の支給月数		か月

Ⅴ．ベースアップ評価料による収入が対象職員へ充当されているか

（49）ベースアップ評価料による収入の実績額【（７）】		円
（50）対象職員全体の賃金改善実績額（算定期間分）【（11）×（算定期間）】		円
（51）収入の実績額と賃金改善実績額の差分【（49）－（50）】		円
（52）ベースアップ評価料算定による収入額が対象職員への賃上げに実施されているか	賃金改善額充当済み	

本報告書の記載内容に虚偽が無いことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

令和　　年　　月　　日　　開設者名：

【記載上の注意】

１　本報告書において、「ベースアップ評価料」とは、「訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）」及び及び「訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）」のことをいう。

２　本報告書において、「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を届け出ていた訪問看護ステーションにあっては、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」及び賃金改善の実績には、賃金に当てはめた場合の「令和７年度医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業」によって交付される補助金による部分は含めないものとする。

３　Ⅳの「対象職員の常勤換算数」は、当該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。常勤の職員の常勤換算数は１とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該訪問看護ステーションにおいて定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が１を超える場合は、１とする。）

４　Ⅳについて、「報告書届出年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、空欄でもよい。

５　Ⅳについて、「前年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の前年度に係る賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、空欄でもよい。

６　Ⅴについて、大臣折衝において賃上げの実行性確保の観点から、「対象職員の賃金改善実績額」の総額が、「ベースアップ評価料により得られた収入額」の総額と「ベア等以外で、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。）の増加分に用いた額」の総額を合わせた額と比べて、同額以上となること。

別紙様式13

訪問看護遠隔診療補助料~~の施設基準~~に係る届出書~~添付書類~~（届出・変更・取り消し）

連絡先　担当者氏名：（　　）　電話番号：（　　）

受理番号	（訪看37）　　号

受付年月日	年　月　日

決定年月日	年　月　日

（届出事項）　訪問看護遠隔補助料に係る届出

上記のとおり届け出ます。

年　月　日

指定訪問看護事業者
の所在地及び名称

代表者の氏名

地方厚生（支）局長　殿

届出内容

ステーションコード	

指定訪問看護ステーション
の所在地及び名称

管理者の氏名

１．情報通信機器を用いた診療の補助を行う保険医療機関

連携する保険医療機関の名称と住所を記載すること。
記入欄を適宜追加し、全て記入すること。

1	保険医療機関の名称	
	住所	
2	保険医療機関の名称	
	住所	
3	保険医療機関の名称	
	住所	
4	保険医療機関の名称	
	住所	
5	保険医療機関の名称	
	住所	
6	保険医療機関の名称	
	住所	
7	保険医療機関の名称	
	住所	
8	保険医療機関の名称	
	住所	
9	保険医療機関の名称	
	住所	
10	保険医療機関の名称	
	住所	

（別添６）

特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について
（令和８年３月５日保医発 0305 第１号）

044，045，046　血漿交換用血漿分離器、血漿交換用血漿成分分離器及び血漿交換療法用特定保険医療材料

⑶　血漿交換用ディスポーザブル選択的血漿成分吸着器

ア　血漿交換用ディスポーザブル選択的血漿成分吸着器は、以下のいずれかの場合に算定できる。

ａ　劇症肝炎又は術後肝不全に対して、ビリルビン及び胆汁酸の除去を目的に使用した場合

ｂ　難治性の家族性高コレステロール血症、難治性高コレステロール血症に伴う重度尿蛋白を呈する糖尿病性腎症、巣状糸球体硬化症、膜性腎症、微小変化型ネフローゼ症候群又は閉塞性動脈硬化症に対して使用した場合（ＬＤＬ吸着器）

ｃ　重症筋無力症、悪性関節リウマチ、全身性エリテマトーデス、ギラン・バレー症候群、多発性硬化症~~又は~~、慢性炎症性脱髄性多発根神経炎又は自己免疫性脳炎に対して使用した場合

イ　回路は別に算定できない。

（別添７）

官報掲載事項の一部訂正

【令和８年３月５日（号外第 46 号)】

○　診療報酬の算定方法の一部を改正する件（厚生労働省告示第 69 号）

該当箇所	誤	正
別表第一 Ａ３０４　地域包括医療病棟入院料（１日につき） 注２	２　入院料１については、緊急入院の患者であって、入院時の主傷病に対して入院中に手術（第二章第十部第一節に掲げるものに限る。以下この項において同じ。）を実施しないもの、入院料２については、緊急入院の患者であって入院時の主傷病に対して入院中に手術を実施するもの及び予定された入院の患者であって入院中に手術を実施しないもの、入院料３については予定された入院の患者であって、入院時の主傷病に対して手術を実施するものについて算定する。	２　入院料１については、緊急入院の患者であって、入院時の主傷病に対して入院中に手術（第２章第 10 部第１節に掲げるものに限る。以下この項において同じ。）を実施しないもの、入院料２については、緊急入院の患者であって入院時の主傷病に対して入院中に手術を実施するもの及び予定された入院の患者であって入院中に手術を実施しないもの、入院料３については予定された入院の患者であって、入院時の主傷病に対して手術を実施するものについて算定する。
別表第一 Ａ３０７　小児入院医療管理料（１日につき） 注 11	11　診療に係る費用（注２、注３及び注５から注 10 までに規定する加算、当該患者に対して行った第２章第１部医学管理等（区分番号Ｂ０１１－５に掲げるがんゲノムプロファイリング検査（造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場合に限る。）に限る。）、（以下略）	11　診療に係る費用（注２、注３及び注５から注 10 までに規定する加算、当該患者に対して行った第２章第１部医学管理等（区分番号Ｂ０１１－５に掲げるがんゲノムプロファイリング評価提供料（造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場合に限る。）に限る。）、（以下略）
別表第一 Ａ３０７　小児入院医療管理料（１日につき） 注 12	12　診療に係る費用（注２から注７まで、注９（小児入院医療管理料３を算定するものに限る。）及び注 10（小児入院医療管理料３を算定するものに限る。）に規定する加算、当該患者に対して行った第２章第１部医学管理等（区分番号Ｂ０１１－５に掲げるがんゲノムプロファイリング検査（造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場合に限る。）に限る。）、（以下略）	12　診療に係る費用（注２から注７まで、注９（小児入院医療管理料３を算定するものに限る。）及び注 10（小児入院医療管理料３を算定するものに限る。）に規定する加算、当該患者に対して行った第２章第１部医学管理等（区分番号Ｂ０１１－５に掲げるがんゲノムプロファイリング評価提供料（造血器腫瘍又は類縁疾患を対象と

		する場合に限る。）に限る。）、（以下略）
別表第一 Ａ３０７　小児入院医療管理料（１日につき） 注 13	13　診療に係る費用（注２から注７までに規定する加算、当該患者に対して行った第２章第１部医学管理等（区分番号Ｂ０１１－５に掲げるがんゲノムプロファイリング検査（造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場合に限る。）を除く。）、第２部第２節在宅療養指導管理料、第３節薬剤料、第４節特定保険医療材料料、第３部検査（区分番号Ｄ００６－19 に掲げるがんゲノムプロファイリング検査（造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場合に限る。）を除く。）、（以下略）	13　診療に係る費用（注２から注７までに規定する加算、当該患者に対して行った第２章第１部医学管理等（区分番号Ｂ０１１－５に掲げるがんゲノムプロファイリング評価提供料（造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場合に限る。）に限る。）、第２部第２節在宅療養指導管理料、第３節薬剤料、第４節特定保険医療材料料、第３部検査（区分番号Ｄ００６－19 に掲げるがんゲノムプロファイリング検査（造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場合に限る。）に限る。）、（以下略）
別表第一 Ｂ００１－２－９　地域包括診療料（月１回） 注２	２　地域包括診療を受けている患者に対して行った注３に規定する加算並びに区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注５から注７まで及び注 19 に規定する加算、通則第３号から第６号までに規定する加算、区分番号Ｂ００１－２－２に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号Ｂ００１－10 に掲げる心不全再入院予防管理料（慢性心不全以外の慢性疾患等も有する患者について算定する場合に限る。）、（以下略）	２　地域包括診療を受けている患者に対して行った注３及び注４に規定する加算並びに区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注５から注７まで及び注 19 に規定する加算、通則第３号から第６号までに規定する加算、区分番号Ｂ００１－２－２に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号Ｂ００１－10 に掲げる心不全再入院予防継続管理料（慢性心不全以外の慢性疾患等も有する患者について算定する場合に限る。）、（以下略）
別表第一 Ｃ１０７－２　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 注４	４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料２を算定すべき指導管理を情報通信機器を用いて行った場合は、２の所定点数に代えて、218 点を算定する。	４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料２を算定すべき指導管理を情報通信機器を用いて行った場合は、２の所定点数に代えて、209 点を算定する。

別表第一 Ｄ０２６　検体検査判断料 注３	３　区分番号Ｄ００４－２の１、区分番号Ｄ００６－２からＤ００６－９まで、区分番号Ｄ００６－11 からＤ００６－20 まで及び区分番号Ｄ００６－22 からＤ００６－31 までに掲げる検査は、遺伝子関連・染色体検査判断料により算定するものとし、尿・糞便等検査判断料又は血液学的検査判断料は算定しない。	３　区分番号Ｄ００４－２の１、区分番号Ｄ００４－３、区分番号Ｄ００６－２からＤ００６－９まで、区分番号Ｄ００６－11 からＤ００６－20 まで及び区分番号Ｄ００６－22 からＤ００６－31 までに掲げる検査は、遺伝子関連・染色体検査判断料により算定するものとし、尿・糞便等検査判断料又は血液学的検査判断料は算定しない。
別表第一 Ｈ００４　摂食機能療法（１日につき） 注３	３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な指導管理を行った場合は、摂食嚥下機能回復体制加算として、当該基準に係る区分に従い、患者（ハについては、療養病棟入院料１又は療養病棟入院料２を現に算定しているものに限る。）	３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な指導管理を行った場合は、摂食嚥下機能回復体制加算として、当該基準に係る区分に従い、患者（ハについては、療養病棟入院料１又は療養病棟入院料２を現に算定しているものに限る。）１人につき週１回に限り次に掲げる点数を所定点数に加算する。
別表第一 Ｋ０７６－３　肩関節授動術（関節鏡下）（肩腱板断裂手術（関節鏡下を伴うもの）））	Ｋ０７６－３　肩関節授動術（関節鏡下）（肩腱板断裂手術（関節鏡下を伴うもの））	Ｋ０７６－３　肩関節授動術（関節鏡下）（肩腱板断裂手術を伴うもの）
別表第一 Ｋ５８６　単心室症又は三尖弁閉鎖症手術	３　心室中隔造成術　81,350 点	３　心室中隔造成術　181,350 点
別表第一 第４章　経過措置	（新設）	３　第１章第２部第１節の規定にかかわらず、令和８年３月 31 日において現に総合入院体制加算又は急性期充実体制加算に係る届出を行っている病棟については、令和９年５月 31 日

		までの間に限り、一般病棟入院基本料を算定する病棟において急性期総合体制加算を算定できるものとする。

○　基本診療料の施設基準等の一部を改正する件（厚生労働省告示第 70 号）

該当箇所	誤	正
第九　特定入院料の施設基準等 十九　特定一般病棟入院料の施設基準等 (5)のロの⑤	6　退院時共同指導料２を前三月間において六回以上算定している保険医療機関であること。	6　退院時共同指導料２及び外来在宅共同指導料１を前三月間において六回以上算定している保険医療機関であること。
第十二　経過措置 四	四　令和八年三月三十一日において現に特定入院料に係る届出を行っている病棟又は病室については、当分の間、第九の１の(５)に定める基準に該当するものとみなす。	四　令和八年三月三十一日において現に特定入院料に係る届出を行っている病棟又は病室については、当分の間、第九の一の(５)に定める基準に該当するものとみなす。
第十二　経過措置 二十二	二十二　（略） (1)　精神病棟入院料（十五対一入院基本料に限る。）　第五の四の二の(1)のロの③の３ (2)　精神病棟入院料（十八対一入院基本料に限る。）　第五の四の二の(1)のロの④の３ (3)　精神病棟入院料（二十対一入院基本料に限る。）　第五の四の二の(1)のロの⑤の３	二十二　（略） (1)　精神病棟入院基本料（十五対一入院基本料に限る。）　第五の四の二の(1)のロの③の３ (2)　精神病棟入院基本料（十八対一入院基本料に限る。）　第五の四の二の(1)のロの④の３ (3)　精神病棟入院基本料（二十対一入院基本料に限る。）　第五の四の二の(1)のロの⑤の３
第十二　経過措置 二十三	二十三　令和八年三月三十一日において現に次の(1)から(9)までに掲げる規定に係る届出を行っている病棟又は病室について、急性期病院一般入院基本料、急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料（十三対	二十三　令和八年三月三十一日において現に次の(1)から(9)までに掲げる規定に係る届出を行っている病棟又は病室について、急性期病院一般入院基本料、急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料（十三対

	一入院基本料を除く。）、地域包括医療病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料１から４まで又は地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟若しくは地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室のいずれも有しない保険医療機関であって、地域一般入院基本料、療養病棟入院料１若しくは２、療養病棟入院基本料の注 11、専門病院入院基本料（十三対一入院基本料に限る。）、（以下略）	一入院基本料を除く。）、地域包括医療病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料１から４まで又は地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟若しくは地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室のいずれも有しない保険医療機関であって、地域一般入院基本料、療養病棟入院料１若しくは２、専門病院入院基本料（十三対一入院基本料に限る。）、（以下略）
第十二　経過措置 二十四	二十四　（略） (1)　精神病棟入院料（十対一入院基本料に限る。）　第五の四の二の(1)のロの①の５ (2)　精神病棟入院料（十三対一入院基本料に限る。）　第五の四の二の(1)のロの②の６ (3)　精神病棟入院料（十五対一入院基本料に限る。）　第五の四の二の(1)のロの③の３ (4)　精神病棟入院料（十八対一入院基本料に限る。）　第五の四の二の(1)のロの④の３ (5)　精神病棟入院料（二十対一入院基本料に限る。）　第五の四の二の(1)のロの⑤の３ (6)・(7)　（略）	二十四　（略） (1)　精神病棟入院基本料（十対一入院基本料に限る。）　第五の四の二の(1)のロの①の５ (2)　精神病棟入院基本料（十三対一入院基本料に限る。）　第五の四の二の(1)のロの②の６ (3)　精神病棟入院基本料（十五対一入院基本料に限る。）　第五の四の二の(1)のロの③の３ (4)　精神病棟入院基本料（十八対一入院基本料に限る。）　第五の四の二の(1)のロの④の３ (5)　精神病棟入院基本料（二十対一入院基本料に限る。）　第五の四の二の(1)のロの⑤の３ (6)・(7)　（略）