診療報酬算定のための
施設基準等の事務手引（令和8年6月版）　訂正・追補

令和8年 11 月 10 日　社会保険研究所

【訂正】

本書につき、以下の誤りがありましたので、お詫びのうえ訂正いたします。

該当箇所	訂正前	訂正後
P13、上から３行目	短期滞在手術等入院基本料	短期滞在手術等基本料
P13 表中、上から２～３行目	、精神科地域包括ケア病棟入院料	【削除】
P20 左段、下から 14 行目	特定集中治療室管理料１（上記以外の場合）	特定集中治療室管理料２（上記以外の場合）
P23 左段、上から 15～22 行目	２　精神病棟入院基本料の特別入院基本料の施設基準のうち「当該病棟の入院患者の数が 25 又はその端数を増すごとに１以上であること」については、看護職員の確保が特に困難であると認められる保険医療機関であって、看護職員の確保に関する具体的な計画が定められているものについては、当該施設基準の規定にかかわらず、なお従前の例によることができる。	【削除】〔※掲載箇所の誤り。P25・右段下から４行目以降の正しい箇所に掲載しています。〕
P23 右段、下から７行目	特定機能病院Ｃ入院基本料	特定機能病院入院基本料
P24 右段、下から 23 行目	令和８年 10 月１日以降	令和８年８月１日以降
P71、下から 18 行目	**【通則７適合の届出添付書類】様式５**	**【通則８適合の届出添付書類】様式５**
P71、下から 18 行目	**【通則８減算該当】様式５の３**	**【通則９減算該当】様式５の３**
P71、下から 16 行目	（入院料通則７）	（入院料通則８）
P72、上から 21 行目	**（通則７・９）**	**（通則８・10）**
P75 右段、下から８行目	及び別紙 13【→82 頁】	及び別紙 13【→84 頁】
P78 左段、上から 15 行目	**通則第８号**	**通則第９号**
P95「改定後」欄、上から８・９行目	育児・介護休業法第 23 項第１項、同条第３項又は	育児・介護休業法第 23 項第１項、同条第３項、同法第 23 条の３又は
P97 左下、Ｂ項目「患者の状況等」の表中	**患者の状態** **０点** / **１点**	**患者の状態** **０点** / **１点** / **２点**
P106 右段、下から７行目	以下に揚げる	以下に掲げる
P168、下から 11・10 行目	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（13 対１入院基本料に限る。）	療養病棟入院料１若しくは２、専門病院入院基本料（13 対１入院基本料に限る。）
P173 表中、注４の加算項目	**褥瘡対策加算２　＋50（１日につき）**	**褥瘡対策加算２　＋５（１日につき）**
P177 右段、上から２行目	クロザピン	クロザピン
P177 右段、下から５行目	【次行に追加】	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に規定する準超重症

		の状態（15 歳未満の小児患者に限る。）
P178 左段、上から 13～16 行目	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	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
P201、上から３行目	GAF尺度による判定が 30 以下の患者が４割以上	GAF尺度による判定が 30 以下の患者又は身体合併症を有する患者が４割以上
P201、上から 17 行目	**ロ　精神病棟入院基本料の施設基準**	**ロ　精神病棟入院料の施設基準**
P201、下から８行目	【次行に追加】	３　データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。ただし、新規に保険医療機関を開設する場合であって 15 対１入院基本料に係る届出を行う場合その他やむを得ない事情があるときを除く。【経過措置二十二・二十四】
P212、下から 13～9 行目	イ　精神病棟看護・多職種協働加算（特定機能病院 13 対１入院基本料の場合）の施設基準四の二の(9)のイを満たすものであること。 ロ　精神病棟看護・多職種協働加算（特定機能病院 15 対１入院基本料の場合）の施設基準四の二の(9)のロを満たすものであること。	**イ　精神病棟看護・多職種協働加算（特定機能病院 13 対１入院基本料の場合）の施設基準** 四の二の(9)のイを満たすものであること。 **ロ　精神病棟看護・多職種協働加算（特定機能病院 15 対１入院基本料の場合）の施設基準** 四の二の(9)のロを満たすものであること。
P216、上から 21・22 行目	・特定集中治療室管理の施設基準に適合している一般病床 200 床以上の病院で、かつ、常勤の医師数が許可病床数の 100 分の６以上であること。	・特定集中治療室管理の施設基準を届け出ている一般病床 200 床以上の病院で、かつ、常勤の医師数が許可病床数（当該一般病棟に係るものに限る）の 100 分の６以上であること。
P223 表中、特定入院基本料の項目	1,057（届出病棟に限る）〔月平均夜勤時間超過減算として点数を減算する患者の場合 943〕	1,057〔月平均夜勤時間超過減算として点数を減算する患者の場合 943〕
P234 表中、注 12 の加算項目	注 12　介護障害連携加算１基＋192（１日につき，入院日から 15 日以降 30 日まで）（１～３のみ）	注 12　介護障害連携加算１基＋192（１日につき，入院日から 15 日以降 30 日まで）（１・２のみ）
	注 12　介護障害連携加算２基＋38（１日につき，入院日から 15 日以降 30 日まで）（１～３のみ）	注 12　介護障害連携加算２基＋38（１日につき，入院日から 15 日以降 30 日まで）（３のみ）
P234、下から 12・11 行目	次のいずれかに該当すること。 **イ　有床診療所急性期患者支援病床初期加算の施設基準**	**イ　有床診療所急性期患者支援病床初期加算の施設基準** 次のいずれかに該当すること。
P237 右段、上から 13 行目	届出の際に添付提出すること。）	届出の際に添付すること。）
P248 表中、左段・上から６行目	【次行に追加】	A204-3 | 紹介受診重点医療機関入院診療加算 | ■ |
P248 表中、左段・上から 18 行目	第１の８	第４の５
P248 表中、左段・上から 20 行目	特定感染症入院医療加算	特定感染症入院医療管理加算
P299 表中、A214 の注３の加算項目	**夜間看護体制加算（注３）　165 点（初日のみ）**	**夜間看護体制加算（注３）　176 点（初日のみ）**

P352、上から４行目	平成６年度改定	令和６年度改定
P352、上から 14 行目	個別栄養管理加算	個別栄養食事管理加算
P356、上から４行目	保護者	家族等
P356、上から８・９行目	専用の病床を常時１床以上	専用の病床をあらかじめ定められた日に１床以上
P357、上から４行目	医療法に定める医師の員数基準	所定の医師配置基準
P357、下から 14～12 行目	精神病棟における入院期間が５年を超える患者数を直近の１年間５％以上減少させた実績のある医療機関について、申請時より１年間の期間において当該精神病床の入院患者に係る入院基本料等の加算を創設し、必要な評価をしたものである。	長期入院患者の退院について所定の実績を有する医療機関を評価したものである。
P361、上から９行目	常勤臨床心理技術者	常勤公認心理師
P364 表中、「算定要件（概要）」の下から４行目	区分番号に掲げる	区分番号Ａ230-3 に掲げる
P368、上から５行目	、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、公認心理師をそれぞれ１名以上	および看護師、作業療法士、精神保健福祉士または公認心理師をそれぞれ１名以上
P369、下から６行目	臨床心理技術者等	公認心理師等
P374 表中の左段、上から８行目	がん患者	がん患者等
P374 表中の右段、上から５行目	がん患者	がん患者等
P374、上から 30 行目	ロ　⑵のロからニまでを満たすこと。	ロ　⑴のロからニまでを満たすこと。
P375 右段、上から 18 行目	がん患者	がん患者等
P389 左段、上から 16～19 行目	また、ここでいう適切な研修とは、次に掲げる全ての事項に該当するものをいう。また、ここでいう適切な研修とは、	また、ここでいう適切な研修とは、
P412、上から９行目	画像診断管理加算２若しくは３	画像診断管理加算２、３若しくは４
P429、上から７行目	Ａ100 の「1」急性期一般入院基本料、	Ａ100 の「1」急性期病院一般入院基本料及び「２」急性期一般入院基本料、
P445、上から 10・11 行目	「DPC導入の影響評価に係る調査（特別調査を含む）」	「DPCの評価・検証等に係る調査」
P446、上から 11 行目	令和９年５月	令和 10 年５月
P455、下から 21 行目	**⑸　入退院支援加算の注５に規定する厚生労働大臣が定める地域**	**⑸　入退院支援加算の注６に規定する厚生労働大臣が定める地域**
P455、下から 19 行目	**⑹　入退院支援加算の注５に規定する施設基準**	**⑹　入退院支援加算の注６に規定する施設基準**
P456、上から６行目	**⑾　入退院支援加算の注９に規定する厚生労働大臣が定める患者**	**⑾　入退院支援加算の注 10 に規定する厚生労働大臣が定める患者**
P476、上から９行目	Ａ100「1」急性期一般入院基本料、	Ａ100 の「1」急性期病院一般入院基本料及び「２」急性期一般入院基本料、
P479、下から１行目	精神病棟	精神病棟（15：１）
P541、上から 22～29 行目	**ハ　特定集中治療室管理料３の施設基準** ①　イの①、④、⑧及び⑨を満たすものであること。【経過措置十】 ②　当該保険医療機関内に集中治療を行うにつき必要な医師が常時配置されていること。	**ハ　特定集中治療室管理料３の施設基準** ①　イの①、④、⑧及び⑨を満たすものであること。【経過措置十】 ②　ロの②及び③を満たすものであること。 ③　診療内容に関するデータを適切に

	③　ハの③を満たすものであること。 ④　診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を７割以上入院させる治療室であること。 ⑤　届出時点で、継続して３月以上、特定集中治療室管理料１、２、３又は４又は救命救急入院料を算定していること。	提出できる体制が整備された保険医療機関であって、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を７割以上入院させる治療室であること。
P541、下から６行目	**⑽の基準を満たす保険医療機関**	**⑻の基準を満たす保険医療機関**
P550 左段、「疑義解釈資料」上から２行目	**その１**	**その２**
P580、上から７行目	**新生児入院医療管理加算**	**新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料**
P587、上から８行目	**新生児入院医療管理加算**	**新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料**
P592 表中、上から２行目	**気管内挿管セット**	**気管挿管セット**
P598 下表中、入院料の帯	**地域包括医療病棟１・２**	**地域包括医療病棟入院料１・２**
P598 表中、「地域包括医療病棟入院料１・２」の「重症度、医療・看護必要度」の項目	**●「Ａ２点以上かつＢ３点以上」又は「Ｃ１点以上」のいずれかのうち、**	**●「Ａ２点以上」又は「Ｃ１点以上」のいずれかのうち、**
P601、上から８行目	**⑼　地域包括医療病棟入院料の注９に規定する看護補助体制充実加算の施設基準**	**⑼　地域包括医療病棟入院料の注９に規定する看護補助・患者ケア体制充実加算の施設基準**
P602 左段、下から５行目	別添７の**別紙７**	別添６の**別紙７**
P602 右段、上から９行目	別添７の**別紙７**	別添６の**別紙７**
P654 右段、上から18行目	③　FIM認知項目の得点が 24 点以下のもの	③　FIM認知項目の得点が 14 点以下のもの
P656 上表、下から２行目	**「Ｂ011 の６」栄養情報連携料**	**「Ｂ011-６」栄養情報連携料**
P684、上から 16 行目	**若しくは終末期の末期腎不全に罹患に罹患している**	**若しくは終末期の末期腎不全に罹患している**
P724、下から５行目	**地域包括ケアの実績 ○ － ○ －**	**地域包括ケアの実績 ２項目以上 － ２項目以上 －**
P746、下から１行目	**短期滞在手術等基本料を算定する手術**	**短期滞在手術等基本料を算定する手術等**
P747 左段、下から10行目	Ｋ093-2　１　手根管開放手術（内視鏡下）	Ｋ093-2　手根管開放手術（内視鏡下）
P867 表中の左段、上から２～４行目	**Ａ100・１　急性期一般入院基本料 Ａ100・２　地域一般入院基本料 Ａ104・１　特定機能病院入院基本料（一般病棟）**	**Ａ100・１　急性期病院一般入院基本料 Ａ100・２　急性期一般入院基本料 Ａ100・３　地域一般入院基本料 Ａ104　特定機能病院入院基本料（一般病棟）**
P1540 表中、上から８・９行目	**Ｍ001・２・注２　高エネルギー放射線治療の乳癌に対する全乳房照射（寡分割照**	**Ｍ001・注３　高エネルギー放射線治療の乳癌に対する全乳房照射（寡分割照射）**

	射）	
P1540 表中、上から10・11行目	３・注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）	注６ 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）
P1540 表中、上から13行目	M001・注４ 画像誘導放射線治療加算	M001・注10 画像誘導放射線治療加算
P1540 表中、上から14行目	M001・注５ 体外照射呼吸性移動対策加算	M001・注 11 体外照射呼吸性移動対策加算
P1540 表中、下から３行目	M001-5・注３ ホウ素捕捉療法医学管理加算	M001-5・注３ ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算
P1540 表中、下から１行目	M001-5・注２ ホウ素捕捉療法適応判定加算	M001-5・注２ ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算
P1653、上から 16 行目	**賃金改善算定基礎額×0.5%**	**賃金改善算定基礎額×0.5**

【追補】

以下の通知・事務連絡により、本書の内容に一部改正、訂正情報が発生したので追補いたします。

〇令和８年７月１日　「特別なコミュニケーション支援が必要な障害者の入院における支援について」の一部改正について（保医発 0701 第１号）
〇令和８年７月 30 日　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（保険局医療課　事務連絡）
〇令和８年９月 10 日　令和８年度診療報酬改定において経過措置を設けた施設基準の取扱いについて（保険局医療課　事務連絡）
〇令和８年 10 月７日　令和８年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について（保険局医療課　事務連絡）

該当箇所	変更前	変更後
P63 右上	様式１の３を**別紙１**（本追補Ｐ７に掲載）のように訂正する。	
P69、上から５行目	【次行に追加】	**④令和８年６月１日以降に、無床診療所から有床診療所となった保険医療機関**
P78 右段、上から 27 行目	【次行に追加】	⑷　令和８年６月１日以降に、無床診療所から有床診療所となった保険医療機関
P106 右段、下から 15 行目	⑶及び⑷の割合	⑵及び⑸の割合
P109 左段、上から 11 行目	**(1)のイの③の４**	**(1)のロの③の３**
P109 左段、上から 11・12 行目	**(1)のイの④の４**	**(1)のロの④の３**
P118 上	別添の様式を**別紙２**（本追補Ｐ８～Ｐ９に掲載）のように改める。	
P145 上～P147 左	様式９を**別紙３**（本追補Ｐ10～Ｐ13 に掲載）のように訂正する。	
P249～P254	別表１を**別紙４**（本追補Ｐ14～Ｐ16 に掲載）のように改める。	
P268 左上～P269 左上	様式 13 を**別紙５**（本追補Ｐ17～Ｐ22 に掲載）のように訂正する。	
P366「取扱い	又は同法第６条の２の２第３項に規定する	又は第７条第２項に規定する指定発達支援

通知」、左段の上から６～９行目	独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であって厚生労働大臣の指定するもの	医療機関
P456 右段、下から１行目	⑵又は⑶	⑶又は⑷
P1067 左下～**P1068** 左上	様式 11 の３を**別紙６**（本追補Ｐ23～Ｐ25 に掲載）のように訂正する。	
P1070 左下	様式 20 の１の４を**別紙７**（本追補Ｐ26 に掲載）のように訂正する。	
P1345 左段、上から５行目	⑴　整形外科を標榜している病院であること。	⑴　整形外科を標榜している保険医療機関であること。
P1450 右上	様式 50 の６の２を**別紙８**（本追補Ｐ27 に掲載）のように訂正する。	
P1468 右上および左下	様式 65 の５の４を**別紙９**（本追補Ｐ28・Ｐ29 に掲載）のように訂正する。	
P1486 下	様式 87 の 23 を**別紙 10**（本追補Ｐ30・Ｐ31 に掲載）のように訂正する。	
P1499 右下～**P1500** 左上	様式 87 の 67 を**別紙 11**（本追補Ｐ32・Ｐ33 に掲載）のように訂正する。	
P1657 左段、上から 23～25 行目	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	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）又は入院ベースアップ評価料を届け出ていた保険医療機関
P1692 左上～**P1694** 左上	様式 100 別添１・２を**別紙 12**（本追補Ｐ34～Ｐ42 に掲載）のように訂正する。	
P1757	様式 84（様式内の別紙１・２を除く）を**別紙 13**（本追補Ｐ43～Ｐ46 に掲載）のように訂正する。	
P1759 左下～**P1760** 左上	様式 87 の３の１を**別紙 14**（本追補Ｐ47～Ｐ49 に掲載）のように訂正する。	

■令和８年度診療報酬改定により施設基準が見直された一部の項目については、医療機関においてその対応に係る準備（システム改修、病棟の運用の再検討、届出の変更等）が必要であること等を踏まえ、経過措置が設けられています。令和８年９月30日を期限とする経過措置の取扱いについては、**Ｐ50**からの**別紙15**を参照してください。

様式１の３

機能強化加算に係る届出書添付書類

１．診療体制等の要件（該当するものすべてを選択すること。）	□	ア	地域包括診療加算１に係る届出を行っている。
	□	イ	以下のいずれも満たす。 （イ）地域包括診療加算２に係る届出を行っている。 （ロ）直近１年間において、次のいずれかを満たしている。 ①　地域包括診療加算２を算定した患者が３人以上 ②　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が３人以上
	□	ウ	地域包括診療料１に係る届出を行っている
	□	エ	以下のいずれも満たす。 （イ）地域包括診療料２に係る届出を行っている。 （ロ）直近１年間において、次のいずれかを満たしている。 ①　地域包括診療料２を算定した患者が３人以上 ②　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が３人以上
	□	オ	小児かかりつけ診療料１又は２に係る届出を行っている。
	□	カ	在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料に係る届出を行っている保険医療機関であって、第９在宅療養支援診療所の１（１）若しくは（２）に該当する診療所又は第14の２在宅療養支援病院の１（１）若しくは（２）に該当する病院である。
	□	キ	在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料に係る届出を行っている保険医療機関であって、第９在宅療養支援診療所の１（３）に該当する診療所並びに第14の２在宅療養支援病院の１（３）に該当する病院であり、以下のいずれかを満たしている。 （イ）第９在宅療養支援診療所の１（３）に該当する診療所であって、以下のいずれかを満たしている。 ①　第９在宅療養支援診療所の１（１）~~コ~~ケに掲げる過去１年間の緊急の往診の実績が３件以上 ②　第９在宅療養支援診療所の１（１）~~サ~~コに掲げる過去１年間の在宅における看取りの実績が１件以上又は過去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が１件以上 （ロ）第14の２在宅療養支援病院の１（３）に該当する病院であって、以下のいずれかを満たしている。 ①　第14の２在宅療養支援病院の１（１）シ①に掲げる過去１年間の緊急の往診の実績又は１（１）シ②に掲げる在宅療養支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績の合計が直近１年間で３件以上 ②　第14の２在宅療養支援病院の１（１）スに掲げる過去１年間の在宅における看取りの実績が１件以上又は過去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が１件以上
２．常勤医師の配置状況（常勤医師の氏名を１名以上記載した上で、該当するものすべてを選択すること。）	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	
	□	ア	介護保険制度の利用等に関する相談への対応及び要介護認定に係る主治医意見書の作成を行っている。
	□	イ	警察医として協力している。
	□	ウ	母子保健法（昭和40年法律第141号）第12条及び第13条に規定する乳幼児の健康診査（市町村を実施主体とする１歳６か月、３歳児等の乳幼児の健康診査）を実施している。
	□	エ	予防接種法（昭和23年法律第68号）第５条第１項に規定する予防接種（定期予防接種）を実施している。
	□	オ	幼稚園の園医、保育所の嘱託医又は小学校、中学校若しくは高等学校の学校医に就任している。
	□	カ	「地域包括支援センターの設置運営について」（平成18年10月18日付老計発1018001号・老振発1018001号・老老発1018001号厚生労働省老健局計画課長・振興課長・老人保健課長通知）に規定する地域ケア会議に出席している。
	□	キ	通いの場や講演会等の市町村が行う一般介護予防事業に協力している。
３．地域におけるかかりつけ医機能として実施している内容に係る院内及びホームページ等への掲載状況等	□		保険医療機関の見やすい場所に掲示している。
	□		ホームページ等に掲示している。
	□		掲示している内容を記載した文書を保険医療機関内の見やすい場所に置き、患者が持ち帰ることができるようにしている。
４．業務継続計画の策定	□		「医療機関（災害拠点病院以外）における災害対応のための BCP 作成の手引き」等を参考に、業務継続計画を策定し、当該計画に従い必要な措置を講じている。

別紙２

別添

障害者の入院に係る支援に関する確認書（患者用）

年　　月　　日

入院患者名：

推定される入院期間：　　日（　　年　月　日～　　年　月　日）

コミュニケーションに係る支援を行う支援者：

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（事業所名＿＿＿＿＿＿＿＿）

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（事業所名＿＿＿＿＿＿＿＿）

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（事業所名＿＿＿＿＿＿＿＿）

※　入院前から当該患者を支援していたことが明らかとなる書類又は当該患者のコミュニケーション支援を行うことが可能なことが明らかになる書類を添付すること。

上記の支援者の支援は、保険医療機関から求められたものではありません。

（患者氏名）　　印

（家族等氏名）　　印

※患者の署名がある場合には家族等の署名は不要

障害者の入院に係る支援に関する確認書（支援者用）

年　　月　　日

入院患者名：

推定される入院期間：　　日（　　年　月　日～　　年　月　日）

コミュニケーション支援を行う支援者：

氏名　　（事業所名　　）

氏名　　（事業所名　　）

氏名　　（事業所名　　）

※　入院前から当該患者を支援していたことが明らかとなる書類又は当該患者のコミュニケーション支援を行うことが可能なことが明らかになる書類を添付すること。

上記の支援者の支援は、保険医療機関から求められたものではありません。

（支援者代表者氏名）　　印

（事業者名）

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６　50対１看護補助体制加算	□	□	注９　看護補助加算
□	□	注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（A101 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~~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、~~看護補助・患者ケア体制充実加算~~看護職員夜間配置加算（A304 地域包括医療病棟入院料の注 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 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。

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）

別紙４

○　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。
●　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。

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。

注4 令和９年５月31日までの経過措置期間に限り算定可。

| | 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。
●　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。
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。
注4 令和９年５月31日までの経過措置期間に限り算定可。

| | 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。
●　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。
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。
注4 令和９年５月31日までの経過措置期間に限り算定可。

| | 入院基本料 | | |

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

<table>
<tr><td rowspan="6">7　禁煙の取扱い
（該当する全ての□に✔を記載）</td><td colspan="2">□　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</td></tr>
<tr><td colspan="2">□　敷地内に喫煙所を設けている。
（該当する全ての□に✔を記載）</td></tr>
<tr><td>算定病棟</td><td>□ 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</td></tr>
<tr><td colspan="2">□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</td></tr>
<tr><td colspan="2">□喫煙・禁煙区域を明確に表示し、周知・理解・協力を求める</td></tr>
<tr><td colspan="2">□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（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="4">8　他の入院料等の届出状況等</td><td colspan="2">以下のいずれかに該当すること</td></tr>
<tr><td>□　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</td></tr>
<tr><td colspan="2">□　地域包括医療病棟入院料の届出を行っていない</td></tr>
<tr><td colspan="2">□　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。）</td></tr>
</table>

２．各加算区分に係る事項

<table>
<tr><td rowspan="3">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）</td><td colspan="2">□　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</td></tr>
<tr><td>□　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）</td></tr>
<tr><td colspan="2">当該医療機関の担当精神科医氏名　　（　　）</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="2">（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すこと）</td><td>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　（　　）</td></tr>
<tr><td>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
□　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
<table><tr><td>上記入院料の届出時合計入院患者数</td><td>（　　）人</td></tr></table>
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
<table><tr><td>□ 精神疾患診療体制加算２</td><td>年間算定件数</td><td>（　　）件</td></tr><tr><td>□ 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）</td><td>年間算定件数</td><td>（　　）件</td></tr><tr><td>□ 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）</td><td>年間算定件数</td><td>（　　）件</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>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）</td><td>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~~及び~~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</td></tr>
</table>

	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 （加算１～４において満たすこと）	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）
	□　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。

別紙6

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　　届出の有無　　届出あり ・ 届出なし

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」の延べ診療月数	月
④ 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した患者の延べ診療月数	月
⑤ 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
⑥ 重症患者の割合 【(③+④+⑤)／(①+②+⑤) ×100】	%
⑦ 適切なケアを行う重度の認知症患者(認知症自立度Ⅳ又はMで関係機関等と適切な連携等を行った患者)の延べ診療月数	月
⑧ ⑦のうち、在宅時医学総合管理料を算定する患者の延べ診療月数	月
⑨ 重度の認知症患者の割合(全体) 【⑦／(①+②+⑤)】	%
⑩ 重度の認知症患者の割合(在医総管を算定する患者) 【⑧／(①+②+⑤)】	%
⑪ ~~⑤~~⑥が20%以上か(⑨が8%以上かつ⑩が4%以上の場合は、15%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 ※ 以下のいずれかに該当する患者については、それぞれ70人を上限として、1人を0.5人とみなして計算することができる。 ○ 在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の単一建物診療患者が2人以上の場合の点数を算定する患者 ○ 月1回訪問診療を行っている患者	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「2. 在宅医療充実体制加算の届出について」については、届出の有無について選択し、届出にあたって必要な事項を記載すること。

2「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。

3「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。

4「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20の１の４

在宅自己腹膜灌流指導管理料２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　腹膜透析の診療の経験を５年以上有している常勤医師の氏名等	
常勤医師１	
氏名	
勤務時間	時間
腹膜透析の診療の経験年数	年
常勤医師２	
氏名	
勤務時間	時間
腹膜透析の診療の経験年数	年
３　当該保険医療機関における実施症例数	
連続携行式腹膜灌流用カテーテル腹腔内留置術	例
腹腔鏡下連続携行式腹膜灌流用カテーテル腹腔内留置術	例
４　入院可能な体制 （該当するいずれか１つを○で囲むこと）	１：有 ２：無
５　在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定する他の保険医療機関との連携体制	
連携保険医療機関１　名称	
連携保険医療機関２　名称	
連携保険医療機関３　名称	
連携保険医療機関４　名称	
連携保険医療機関５　名称	

［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」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　「３」は、~~実績期間内に~~腹膜灌流に係る手術（「Ｋ６３５－３」又は「Ｋ６３５－４」）が、新規届出の場合には~~年間５届け出前６月以内に~~２例以上、再度の届出の場合には１月から12月までの１年間（実績期間）に３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。

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（１名以上）			
	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
３　人工肩関節置換術（腱移行を伴うもの）を術者として 10 例以上実施した経験を有する医師の氏名等（１名以上）			
	医師１		
		氏名	
		勤務形態	１：常勤 ２：非常勤
		当該手術の経験症例数	例
	医師２		
		氏名	
		勤務形態	１：常勤 ２：非常勤
		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　「３」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65の５の４

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　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　（該当する□に「✔」を記入すること。）		□　外科 □　消化器外科 □　産婦人科 □　婦人科 □　泌尿器科 □　麻酔科
３　当該医療機関における骨盤内臓全摘術の年間実施症例数		
	骨盤内臓全摘術の年間実施症例数	例
	~~そのうち、~~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も含む。）の年間実施症例数	例
４　外科又は消化器外科、産婦人科又は婦人科及び泌尿器科について専門の知識を有する常勤医師の氏名等		
常勤医師１	氏名	
	診療科	科
	勤務時間	時間
	当該診療科の経験年数	年
常勤医師２	氏名	
	診療科	科
	勤務時間	時間
	当該診療科の経験年数	年
常勤医師３	氏名	
	診療科	科
	勤務時間	時間
	当該診療科の経験年数	年
常勤医師４	氏名	
	診療科	科
	勤務時間	時間
	当該診療科の経験年数	年
常勤医師５	氏名	
	診療科	科
	勤務時間	時間
	当該診療科の経験年数	年
常勤医師６	氏名	
	診療科	科
	勤務時間	時間
	当該診療科の経験年数	年

５　緊急手術が可能な体制	有　・　無
６　常勤の臨床工学技士の氏名	
７　保守管理の計画	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 23

遺伝性乳癌卵巣癌症候群の患者に対して行う手術の施設基準に係る届出書添付書類

1　届出する術式について（該当する部分に〇をつける） ・　乳房切除術 ・　子宮附属器腫瘍摘出術
2　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

3　乳腺外科の専門的な研修の経験を５年以上有する常勤医師の氏名等

診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	当該診療科の専門的な研修の経験年数
		時間	年
		時間	年
		時間	年

4　産婦人科及び婦人科腫瘍の専門的な研修の経験を６年以上有する常勤医師の氏名等

診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	当該診療科の専門的な研修の経験年数
		時間	年
		時間	年
		時間	年

5　臨床遺伝学の診療に係る経験を３年以上有する常勤医師の氏名等

診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	臨床遺伝学の診療の経験年数
		時間	年
		時間	年

6　遺伝性乳癌卵巣癌症候群に関する研修の状況

	氏名	研修の名称	研修の実施主体	研修修了日
３に係る常勤医師の受講状況				
４に係る常勤医師の受講状況				
５に係る常勤医師の受講状況				

7　乳房ＭＲＩ加算の施設基準に係る届出	（　有　・　無　）
7－2　連携により当該体制を有して	

いる場合は、当該連携医療機関の名称	
８　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に係る届出　（　有　・　無　）	
９　麻酔科標榜医の氏名	
10　病理部門の病理医氏名	

［記載上の注意］

１　「３」から「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）を記入すること。

２　「６」について、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。

３　「７」について、「無」にチェックがついた場合は「７－２」に連携により当該体制を有している他の保険医療機関の名称を記入し、連携に係る契約が締結されていることを証する文書の写しを添付すること。

４　「９」については、子宮附属器腫瘍摘出術（遺伝性乳癌卵巣癌症候群の患者に対して行うものに限る。）の施設基準を届け出る場合以外においては、記載しなくてよいこと。

５　「~~８~~９」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

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年間の実績又は新規届出の場合は届出前12月の実績）	（　　）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、又は新規届出の場合は届出前12月）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。

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　**※どちらか１つを選択してください。**

☐ 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　**※どちらか１つを選択してください。**

☐ 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。
※　（中間報告書の場合）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であっても、当該評価料を算定した期間（２）と同じ期間を記載すること。
※　（実績報告書の場合）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には、遡及して賃金改善を実施した期間を算定した期間（２）ではなく、充当した期間（４月～翌年３月）を記載すること。

（１）－２（**中間報告書のみ**）令和８年度又は令和９年度の６月から算定した当該評価料による収入を、当該年度の４月からの賃金改善に充当した場合、こちらにチェック　☐
※　令和８年度又は令和９年度のベースアップ評価料の算定開始月と、同月から賃金改善を実施した場合は、チェックは不要です。

（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－２．（中間報告書のみ）条例改正等が必要なため８月時点で賃金改善の実績を記載できない場合

（ⅰ）条例の改正が必要である等やむを得ない理由により、遡及して賃金改善を実施するため本報告書に記載する額が実績値ではなく計画値となる場合は、こちらにチェック　☐

（ⅱ）計画値となる理由　☐ 条例の改正が必要なため　☐ その他の事由　**※どちらか１つを選択してください。**

（理由の詳細：条例の改正のような、医療機関の責によらないやむを得ない理由に限ります。**必ず記載してください**）

Ⅳ－１．ベースアップ評価料等及び看護職員処遇改善評価料による収入の実績額【（２）の期間中】

（※）賃金改善実施期間に初めて、看護職員処遇改善評価料を算定する医療機関	☐
（３）看護職員処遇改善評価料による収入の実績額	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。）
※　看護職員処遇改善評価料の収入の実績額については、賃金改善実施期間において初めて算定を開始した場合にのみ、収入額を記載すること。

（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【（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。）
※　なお「収入の実績額」の計算は、継続的な賃上げの取組の実施に係る評価の点数分を除いた**当該評価料の本体点数のみを算定した場合に置き換えて**計算すること。

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。**（該当ない場合は０と記載）**

※　「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・勤勉手当等の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は賃金改善実施期間の増加分の総額を記載すること。
また、賃金改善に伴い増加する法定福利費分を概算によって計算する場合、小数点以下の四捨五入における切り上げによって最大16.5%を超えた場合については、問題ないこととする。

※　「賞与の支給月数」については、月単位で記載すること。支給がない場合は０と記載。また月単位が不明の場合は、「支給された賞与額÷基本給等」で計算した月数を記載すること。

【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（13）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総額【賃金改善実施期間（１）の全期間】（該当ない場合は０と記載）		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（賃金改善実施期間分）【（13）×（賃金改善実施期間）】		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【（15）】		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、「支給された賞与額÷基本給等」で計算した月数を記載すること。

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、「支給された賞与額÷基本給等」で計算した月数を記載すること。

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　　**※どちらか１つを選択してください。**

☐ 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　　**※どちらか１つを選択してください。**

☐ 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。

※　（中間報告書の場合）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であっても、当該評価料を算定した期間（２）と同じ期間を記載すること。

※　（実績報告書の場合）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には、遡及して賃金改善を実施した期間を算定した期間（２）ではなく、充当した期間（４月～翌年３月）を記載すること。

（１）－２（**中間報告書のみ**）令和８年度又は令和９年度の６月から算定した当該評価料による収入を、当該年度の４月からの賃金改善に充当した場合、こちらにチェック　☐

※　令和８年度又は令和９年度のベースアップ評価料の算定開始月と、同月から賃金改善を実施した場合は、チェックは不要です。

（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－２．（中間報告書のみ）条例改正等が必要なため８月時点で賃金改善の実績を記載できない場合

（ⅰ）条例の改正が必要である等やむを得ない理由により、遡及して賃金改善を実施するため本報告書に記載する額が実績値ではなく計画値となる場合は、こちらにチェック　☐

（ⅱ）計画値となる理由　☐ 条例の改正が必要なため　☐ その他の事由　**※どちらか１つを選択してください。**

（理由の詳細：条例の改正のような、医療機関の責によらないやむを得ない理由に限ります。**必ず記載してください**）

Ⅳ－１．ベースアップ評価料等及び看護職員処遇改善評価料による収入の実績額【（２）の期間中】

（※）賃金改善実施期間に初めて、看護職員処遇改善評価料を算定する医療機関	☐	
（３）看護職員処遇改善評価料による収入の実績額		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。）

※　看護職員処遇改善評価料の収入の実績額については、賃金改善実施期間において初めて算定を開始した場合にのみ、収入額を記載すること。

（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【（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。）

※　なお「収入の実績額」の計算は、継続的な賃上げの取組の実施に係る評価の点数分を除いた**当該評価料の本体点数のみを算定した場合に置き換えて**計算すること。

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。**（該当ない場合は０と記載）**

※　「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・勤勉手当等の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は賃金改善実施期間の増加分の総額を記載すること。
また、賃金改善に伴い増加する法定福利費分を概算によって計算する場合、小数点以下の四捨五入における切り上げによって最大16.5%を超えた場合については、問題ないこととする。

※　「賞与の支給月数」については、月単位で記載すること。支給がない場合は０と記載。また月単位が不明の場合は、「支給された賞与額÷基本給等」で計算した月数を記載すること。

【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（13）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総額【賃金改善実施期間（１）の全期間】（該当ない場合は０と記載）		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（賃金改善実施期間分）【（13）×（賃金改善実施期間）】		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【（15）】		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、「支給された賞与額÷基本給等」で計算した月数を記載すること。

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、「支給された賞与額÷基本給等」で計算した月数を記載すること。

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 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」に☑をしている場合	□該当　□非該当

		・５（１）アについて「あり」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~~ア について「該当」に☑している場合（特別調剤基本料Ａ又は「４」のいずれかに該当するものを除く）	□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~~ア について「該当」に☑している場合（特別調剤基本料Ａ又は「４」のいずれかに該当するものを除く）	□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 ・④が 4000 回以下又は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~~令和８年５月 31 日において、現に処方箋の受付回数が１月当たりに 1,800 枚以下であるとして届け出ている保険薬局でない又は令和８年６月１日以降の１月当たりの処方箋の受付回数が継続的に 1,800 枚以下である保険薬局でない	□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　④－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。

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~~の~~を掲示し、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）~~「「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。

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
⑧　心電計

別紙15

事　務　連　絡
令和８年９月 10 日

地方厚生（支）局医療課　　御中

厚生労働省保険局医療課

令和８年度診療報酬改定において経過措置を設けた施設基準の取扱いについて

基本診療料及び特掲診療料の施設基準等並びにその届出に関する手続きについては、「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」（令和８年３月５日保医発0305第７号）及び「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）により示しているところであるが、当該通知の第４表２に掲げる項目であって、その項目を令和８年10月１日以降も引き続き算定する場合に届出が必要とされているもの等について、別紙のとおり取りまとめたので、届出漏れ等が生じないよう、その取扱いについて遺漏なきようご対応をお願いしたい。

また、別紙の届出対象について、令和８年10月14日までに届出書の提出があり、同月末日までに要件審査を終え届出の受理が行われたものについては、同月１日に遡って算定することができるものとするので、併せてご対応をお願いしたい。

令和8年9月30日まで経過措置の施設基準

（別紙）

令和8年10月1日以降も算定する場合に届出が必要なもの

〇基本診療料

区分	項番	届出対象 （令和8年3月31日において下記施設基準を届出していた保険医療機関）	経過措置に係る要件（概要）	令和8年10月1日以降、算定する施設基準	届出が必要な様式※
入院基本料	1	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3月31日において、現に急性期一般入院基本料（急性期一般入院料6を除く。）に係る届出を行っている病棟であって、現に旧算定方法における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす病棟については、令和8年9月30日までの間は令和8年度改定後の重症度、医療・看護必要度の基準をそれぞれ満たすものとみなす。	急性期一般入院基本料1 急性期一般入院基本料2 急性期一般入院基本料3 急性期一般入院基本料4 急性期一般入院基本料5	別添7 別添7の様式10
	2	療養病棟入院料2	令和8年3月31日において現に令和6年度医科点数表の療養病棟入院料2を届け出ている保険医療機関については、令和8年9月30日までの間に限り、第五の三の(1)のハ（※）に該当するものとみなす。 （※）当該病棟の入院患者のうち医療区分3の患者と医療区分2の患者との合計が6割以上であること。	療養病棟入院料2	別添7 別添7の様式6の2
	3	特定機能病院入院基本料 （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病棟に限る。）	令和8年3月31日において、現に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。））に係る届出を行っている病棟であって、現に旧算定方法における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす病棟については、7対1入院基本料（特定機能病院A入院基本料、特定機能病院B入院基本料又は特定機能病院C入院基本料）（一般病棟に限る。）の重症度、医療・看護必要度の基準を令和8年9月30日までの間に限り満たすものとみなす。	特定機能病院A入院基本料（一般病棟に限る。）（7対1入院基本料に限る。） 特定機能病院B入院基本料（一般病棟に限る。）（7対1入院基本料に限る。） 特定機能病院C入院基本料（一般病棟に限る。）（7対1入院基本料に限る。）	別添7 別添7の様式10
	4	専門病院入院基本料 （7対1入院基本料に限る。）	令和8年3月31日において、現に7対1入院基本料（専門病院入院基本料）に係る届出を行っている病棟であって、現に旧算定方法における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす病棟については、令和8年9月30日までの間は令和8年度改定後の重症度、医療・看護必要度の基準をそれぞれ満たすものとみなすものであること。	専門病院入院基本料	別添7 別添7の様式10

令和8年9月30日まで経過措置の施設基準

区分	項番	届出対象 （令和8年3月31日において下記施設基準を届出していた保険医療機関）	経過措置に係る要件（概要）	令和8年10月1日以降、算定する施設基準	届出が必要な様式※
入院基本料等加算	5	総合入院体制加算1～3 急性期充実体制加算	令和8年3月31日において現に総合入院体制加算1若しくは2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、令和8年9月30日までの間に限り、1の（1）の基準を満たしているものとみなす。 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、1の（10）のうち急性期総合体制加算1から5に係る基準を、現に総合入院体制加算2の届出を行っている保険医療機関については1の（10）のうち急性期総合体制加算3から5に係る基準を、現に総合入院体制加算3の届出を行っている保険医療機関については1の（10）のうち急性期総合体制加算5に係る基準を令和8年9月30日までの間に限り満たしているものとみなす。	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	別添7 別添7の様式10
特定入院料	6	地域包括医療病棟入院料 （令和8年3月31日時点で「旧算定方法」別表第一「A304」に掲げる地域包括医療病棟入院料に係る届出を行っている病棟に限る。）	令和8年3月31日において現に地域包括医療病棟入院料に係る届出を行っている病棟については、令和8年9月30日までの間に限り、第九の六の四の(2)((1)のチに限る。)（※）に該当するものとみなす。 （※）次のいずれかに該当すること。 ① 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者の割合に係る指数が1割9分以上の病棟であること。 ② 診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、当該病棟において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者の割合に係る指数が1割8分以上の病棟であること。	地域包括医療病棟入院料2	別添7 別添7の様式10
	7	回復期リハビリテーション病棟入院料2	令和8年3月31日において現に回復期リハビリテーション病棟入院料2に係る届出を行っている病棟については、令和8年9月30日までの間に限り、第九の十の(3)のロ（※）に該当するものとみなす。 （※）リハビリテーションの効果に係る実績の指数が32以上であること。	回復期リハビリテーション病棟入院料2	別添7 別添7の様式49
	8	回復期リハビリテーション病棟入院料3	令和8年3月31日において現に回復期リハビリテーション病棟入院料3に係る届出を行っている病棟については、令和8年9月30日までの間に限り、第九の十の(4)のロ（※）に該当するものとみなす。 （※）休日を含め、週7日間リハビリテーションを提供できる体制を有していること。	回復期リハビリテーション病棟入院料3	別添7 別添7の様式49の2

令和8年9月30日まで経過措置の施設基準

区分	項番	届出対象 （令和8年3月31日において下記施設基準を届出していた保険医療機関）	経過措置に係る要件（概要）	令和8年10月1日以降、算定する施設基準	届出が必要な様式※
	9	回復期リハビリテーション病棟入院料4	令和8年3月31日において現に回復期リハビリテーション病棟入院料4に係る届出を行っている病棟については、令和8年9月30日までの間に限り、第九の十の⑸のロ（※1）に該当するものとみなす。 （※1）リハビリテーションの効果に係る実績の指数が32以上であること。 令和8年3月31日において現に回復期リハビリテーション病棟入院料4に係る届出を行っている病棟については、令和8年9月30日までの間に限り、第九の十の⑸のイ（(4)のロに限る。）（※2）に該当するものとみなす。 （※2）休日を含め、週7日間リハビリテーションを提供できる体制を有していること。	回復期リハビリテーション病棟入院料4	別添7 別添7の様式49 別添7の様式49の2

○特掲診療料

区分	項番	届出対象 （令和8年3月31日において下記施設基準を届出していた保険医療機関）	経過措置に係る要件（概要）	令和8年10月1日以降、算定する施設基準	届出が必要な様式※
医学管理等	1	外来腫瘍化学療法診療料1	令和8年3月31日時点で外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っている保険医療機関については、令和8年9月30日までの間、1の⑿（※）の基準を満たしているものとする。 （※）患者の急変時の緊急事態等に対応するための指針が整備されていること。	外来腫瘍化学療法診療料1	別添2 別添2の様式39
手術	2	周術期栄養管理実施加算	令和8年3月31日時点で総合入院体制加算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、令和8年9月30日までの間に限り、1の（3）（※）の基準を満たしているものとみなす。 （※）「A200」に掲げる急性期総合体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。	周術期栄養管理実施加算	別添2 別添2の様式87の45

※医療機関の負担軽減等の観点から、施設基準毎の全届出様式の届出を求めるのではなく、必要最小限の様式の届出を求めるもの。

令和8年9月30日まで経過措置の施設基準

（参考）

令和8年10月1日以降も算定するに当たり注意が必要なもの等

〇基本診療料

区分	項番	対象	経過措置に係る要件（概要）	令和8年10月1日以降、算定する施設基準
入院基本料	1	急性期一般入院料1	令和8年3月31日において、現に急性期一般入院料1に係る届出を行っている病棟であって、現に旧算定方法における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす病棟については、急性期病院一般入院基本料の重症度、医療・看護必要度の基準を令和8年9月30日までの間に限り満たすものとみなす。	急性期病院A一般入院料 急性期病院B一般入院料
	2	結核病棟入院基本料 （7対1入院基本料に限る。）	令和8年3月31日において、現に7対1入院基本料（結核病棟入院基本料）に係る届出を行っている病棟であって、現に旧算定方法における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす病棟については、令和8年9月30日までの間は令和8年度改定後の重症度、医療・看護必要度の基準をそれぞれ満たすものとみなす。	結核病棟入院基本料
	3	急性期一般入院料6 特定機能病院入院基本料（結核病棟に限る。）（7対1入院基本料に限る。） 特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）（10対1入院基本料に限る。） 専門病院入院基本料（10対1入院基本料に限る。） 地域一般入院料1	令和8年3月31日時点で急性期一般入院料6、7対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（結核病棟入院基本料に限る。））、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。）、専門病院入院基本料）及び地域一般入院料1の届出を行っている病棟にあっては、令和8年9月30日までの間に限り、令和8年度改定前の「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6年3月5日保医発第0305第5号。以下「令和8年度改定前の基本診療料施設基準通知」という。）の別添6の別紙7の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて評価をしても差し支えないこと。	急性期一般入院料6 特定機能病院入院基本料（結核病棟に限る。）（7対1入院基本料に限る。） 特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）（10対1入院基本料に限る。） 専門病院入院基本料（10対1入院基本料に限る。） 地域一般入院料1
	4	特定機能病院入院基本料の注5及び専門病院入院基本料の注3に規定する看護必要度加算	令和8年3月31日において、現に看護必要度加算1、2又は3を算定するものであって、旧算定方法における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす場合は、令和8年9月30日まではそれぞれ令和8年度改定後の看護必要度加算1、2又は3の基準を満たすものとみなす。	看護必要度加算1 看護必要度加算2 看護必要度加算3

令和8年9月30日まで経過措置の施設基準

区分	項番	対象	経過措置に係る要件（概要）	令和8年10月１日以降、算定する施設基準
	5	専門病院入院基本料の注4及び特定一般病棟入院料の注5に規定する一般病棟看護必要度評価加算	令和8年3月31日において、現に一般病棟看護必要度評価加算の届出を行っている病棟にあっては、令和8年9月30日までの間に限り、令和6年度改定前の基本診療料施設基準通知の別添6の別紙7の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて評価をしても差し支えないこと。	一般病棟看護必要度評価加算
入院基本料等加算	6	急性期看護補助体制加算	令和8年3月31日において、現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関にあっては、令和8年9月30日までの間は、令和8年度改定後の急性期看護補助体制加算の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなす。	急性期看護補助体制加算
	7	看護職員夜間配置加算	令和8年3月31日において現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関にあっては、令和8年9月30日までの間、令和8年度改定後の看護職員夜間配置加算の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなす。	看護職員夜間配置加算
	8	看護補助加算１	令和8年3月31日において現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関にあっては、令和8年9月30日までの間、令和8年度改定後の看護補助加算１の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなす。	看護補助加算１
	9	病棟薬剤業務実施加算の注2に規定する薬剤業務向上加算	令和8年3月31日において現に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、令和8年9月30日までの間に限り、4の（6）の基準を満たしているものとみなす。	薬剤業務向上加算

令和8年9月30日まで経過措置の施設基準

区分	項番	対象	経過措置に係る要件（概要）	令和8年10月1日以降、算定する施設基準
特定入院料	10	脳卒中ケアユニット入院医療管理料	令和8年3月31日時点で脳卒中ケアユニット入院医療管理料の届出を行っている治療室にあっては、令和8年9月30日までの間に限り、令和8年度改定前の基本診療料施設基準通知の別添6の別紙7の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて評価をしても差し支えないこと。	脳卒中ケアユニット入院医療管理料
	11	地域包括ケア病棟入院料	令和8年3月31日において現に地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟については、令和8年9月30日までの間に限り、第九の十一の二の(1)のハに該当するものとみなす。	地域包括ケア病棟入院料1 地域包括ケア病棟入院医療管理料1 地域包括ケア病棟入院料2 地域包括ケア病棟入院医療管理料2 地域包括ケア病棟入院料3 地域包括ケア病棟入院医療管理料3 地域包括ケア病棟入院料4 地域包括ケア病棟入院医療管理料4
	12	精神科地域包括ケア病棟入院料	令和8年3月31日において現に令和6年度医科点数表における精神科地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟については、令和8年9月30日までの間に限り、第九の十五の(1)並びに(3)のイ及びニからへまでを満たすこととする。	精神科急性期治療病棟入院料2
	13	特定一般病棟入院料の注7に規定する入院料	令和8年3月31日において、現に当該入院料の届出を行っている保険医療機関にあっては、令和8年9月30日までの間、令和6年度改定後の当該入院料の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなすものであること。	特定一般病棟入院料（地域包括ケア1）

令和8年9月30日まで経過措置の施設基準

○特掲診療料

区分	項番	対象	経過措置に係る要件（概要）	令和8年10月1日以降、算定する施設基準
在宅医療	1	在宅患者訪問看護・指導料の注19（同一建物居住者訪問看護・指導料の注8の規定により準用する場合を含む。）に規定する訪問看護医療情報連携加算	6の(6)については、令和8年9月30日までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。	訪問看護医療情報連携加算

○訪問看護療養費

区分	項番	対象	経過措置に係る要件（概要）	令和8年10月1日以降、算定する施設基準
訪問看護管理療養費	1	訪問看護医療情報連携加算	10 の(6)に掲げる基準については、令和8年9月30 日までの間に限り、（6）の基準に該当するものとみなす。	訪問看護医療情報連携加算