総　括　表　（病院）

（令和８年８月１日現在）

医療機関コード	
併設コード	
医 療 機 関 名	

電　話　番　号　　（内線）
Ｆ　Ａ　Ｘ　番　号
メールアドレス
職　　名
ふりがな
担 当 者 氏 名

当院は、以下のとおり報告します。
（該当する□にレ印を付けてください。）　　（頁）

レ　総括表（病院）　----------　（１）
□　自己点検チェックリスト（対象の施設基準の届出をしている場合に必要）----------　（２）
レ　施設基準の届出の確認について　----------　（３）
□　辞退届（要件を満たさない施設基準がある場合に必要）----------　（辞退届）
□　（参考）補助票（病院・有床診療所用）※提出不要　----------　（参考）
レ　入院基本料等に関する実施状況報告書　----------　（４）～（５）
□　別紙様式１：記載上の注意　※提出不要　----------　（６）
□　特別の療養環境の提供（入院医療に係るもの）に係る届出状況報告書----------　（７）
□　初診等の保険外併用療養費届出状況報告書　----------　（８）～（９）
□　予約に基づく診察等の保険外併用療養費届出状況報告書　----------　(10)
□　180日を超える入院に関する事項の実施状況報告書　----------　(11)
□　医科点数表等に規定する回数を超えて受けた診療の実施状況報告書　----------　(12)
□　費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行に関する報告書----------　(13)
□　白内障に罹患している患者に対する水晶体再建に使用する眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給に係る実施状況報告書　---　(14)
□　精神科救急・合併症入院料に関する実施状況報告書　----------　(15)
□　精神科救急急性期医療入院料に関する実施状況報告書　----------　(16)
□　情報通信機器を用いた診療に係る報告書　----------　(17)
□　情報通信機器を用いた精神療法に係る報告書　----------　(18)
□　プログラム医療機器の使用等（評価療養）に関する実施状況報告書　----------　(19)
□　プログラム医療機器の使用等（選定療養）に関する実施状況報告書　----------　(20)
□　間歇スキャン式持続血糖測定器の使用の実施状況報告書　----------　(21)
□　在宅療養支援歯科診療所１・２/在宅療養支援歯科病院の施設基準に係る報告書----------　(22)
□　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の施設基準に係る届出書添付書類----------　(23)
□　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の施設基準に係る定例報告----------　(24)
□　訪問看護遠隔診療補助料に係る報告書　----------　(25)
□　近視の進行抑制を効能又は効果とする医薬品の支給に係る実施状況報告書　----------　(26)
□　看護職員処遇改善評価料　実績報告書（令和７年度分）　----------　(27)
□　療養病棟療養環境改善加算に係る改善計画　----------　(28)
□　地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）１、２、３、又は４に係る報告書----------　(29)
□　地域包括医療病棟入院料に係る報告書　----------　(30)

保険外併用療養費等について、この総括表に項目のない「特別の療養環境の提供（外来医療に係るもの）に係る届出状況報告書」や「医薬品の治験に係る診療」等について実施がある場合は、北海道厚生局ホームページに掲載している様式に実施状況を記入のうえ、本報告書と併せてご提出ください。

https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/hokkaido/iryo_shido/teireihokoku28.html

＜留意事項＞

１　報告様式は、毎年見直しが行われているため、必ず今年度のものを使用してください（前年度以前の様式は、使用できません）。
２　この「総括表（病院）」は、必ず提出してください。各報告書のうち、届け出ていない施設基準等については、提出不要です。
３　令和8年7月1日現在の情報に基づき、医療機関コード入力後にレ印は自動で表示されます。それ以降に届出した場合等は、該当箇所を手入力してください。

別紙１－３

自己点検チェックリスト（病院・有床診療所用）

確認年月日	令和　　年　　月　　日
保険医療機関名	
医療機関コード	

○このチェックリストは、別紙１－２に併せて、**対象施設基準の届出を行っており、要件を満たさないものがある場合**は各地方厚生（支）局に**提出する必要があります**。

○以下の施設基準については、年度ごとに実績値が変動する等の理由から、特に注意して施設基準への適合性を確認する必要があります。

○**届出を行っている施設基準について、「届出を行っているか」の欄に☑を入力し、施設基準への適合性を確認の上、「要件を満たしている」又は「要件を満たしていない」の欄に☑を入力してください。**

○貴院が届け出ている施設基準が不明の場合は、所管の厚生（支）局のホームページをご参照ください。

○「要件を満たしていない」に☑を入力した施設基準については、併せて「辞退届」を提出する必要があります。

○これらの施設基準への適合性の確認にあっては、別紙１－４の補助票もご活用ください。

○なお、別紙１－４の補助票については、施設基準の全てを網羅したものではなく、特に年度ごとに実績値等が変動し得るもの等をまとめたものであるため、施設基準への適合性の確認に当たっては、施設基準通知等をご参照ください。

○このチェックリストを各地方厚生（支）局に提出しても、施設基準を届出したことにはなりません 。

○**このチェックリストは、**年度ごとに実績値が変動する等の理由から、**特に注意して施設基準への適合性を確認する必要があるものを抜粋したものであり、これ以外の施設基準についても、要件を満たしていない場合は「辞退届」を提出する必要があります。**

■ 対象施設基準	届出を行っているか	要件を満たしているか	
		要件を満たしている	要件を満たしていない
Ａ１００　急性期病院一般入院基本料	□	□	□
Ａ２００　急性期総合体制加算	□	□	□
Ａ２３３　リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算	□	□	□
Ａ２５２　地域医療体制確保加算	□	□	□
Ａ３０４　リハビリテーション・栄養・口腔連携加算（地域包括医療病棟）	□	□	□
Ａ３０８　回復期リハビリテーション強化体制加算	□	□	□
Ａ３０８　回復期リハビリテーション病棟入院医療管理料	□	□	□
Ａ３０８　回復期リハビリテーション病棟入院料	□	□	□
Ａ３１０　緩和ケア病棟入院料（緩和ケア病棟入院料１に限る。）	□	□	□
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	□	□	□
Ａ３１１－３　精神科救急・合併症入院料	□	□	□
Ａ３１９　特定機能病院リハビリテーション病棟入院料	□	□	□
Ｂ００１　生殖補助医療管理料	□	□	□
Ｂ００１－３－２　ニコチン依存症管理料（注１に規定する厚生労働大臣が定める基準）	□	□	□
Ｃ０００　往診料　特掲診療料の施設基準通知の別添１の「第９」の１の（１）、（２）のア、又は（２）のイに規定する在宅療養支援診療所（機能強化型）	□	□	□
Ｃ０００　往診料　特掲診療料の施設基準通知の別添１の「第14の２」の１の（１）又は（２）に規定する在宅療養支援病院（機能強化型）	□	□	□
Ｃ０００　往診料　特掲診療料の施設基準通知の別添１の「第９」の２の（３）に規定する在宅医療充実体制加算	□	□	□
Ｃ００４－２　救急患者連携搬送料（１に限る）	□	□	□
Ｈ００４ 摂食機能療法　注３　摂食嚥下機能回復体制加算（１及び３に限る）	□	□	□
Ｉ００２　通院・在宅精神療法　注11　早期診療体制充実加算	□	□	□
Ｋ８３８－２　精巣内精子採取術	□	□	□

別紙１－２

病院

施設基準の届出の確認について（報告）

令和　　年　　月　　日

北海道厚生局長　殿

保険医療機関　：　医療機関コード

所在地

名　称

開設者

電話番号　　（担当：　　）

８月１日現在、貴院が届け出ている施設基準について要件を満たしているか確認し、次の「ア」または「イ」に〇をして、令和８年８月31日（月）までに提出してください。

「イ」に〇をした場合は、「要件を満たしていない施設基準名」の欄に、当該施設基準名を記入してください。

いずれかに〇

ア	届け出ている施設基準のすべてについて、要件を満たしています。
イ	届け出ている施設基準のうち、次のものについては、要件を満たしていません。（なお、それ以外の施設基準は、要件を満たしています。）

イに〇をした場合に***のみ***記入

＜要件を満たしていない施設基準名＞　（記入例）地域包括診療加算

※　記入した施設基準については、併せて「辞退届」を提出してください。

施設基準等届出辞退申出書

下記の施設基準に係る届出について、次のとおり辞退します。

記

※　施設基準等の名称 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

受　理　番　号　（　　）第　　号
辞 退 年 月 日　令和　　年　　月　　日
辞 退 の 理 由

※　施設基準等の名称 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

受　理　番　号　（　　）第　　号
辞 退 年 月 日　令和　　年　　月　　日
辞 退 の 理 由

※　施設基準等の名称 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

受　理　番　号　（　　）第　　号
辞 退 年 月 日　令和　　年　　月　　日
辞 退 の 理 由

保険医療機関　　コ ー ド
所 在 地
名　　称

開設者名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

北海道厚生局長　　様

令和　　年　　月　　提出　　（ 担 当 者 名 ）

（連絡先電話番号）

【辞退届の記載にあたっての注意事項】

○辞退年月日は１日付けとしてください。

（１）月単位で算出する数値を用いた要件を含まない施設基準を満たさなくなった場合
→事実発生日の属する月の翌月１日

（２）月単位で算出する数値を用いた要件である施設基準を満たさなくなった場合

別紙１－４

（参考）補助票（病院・有床診療所用）

○この補助票は、施設基準の全てを網羅したものではなく、年度ごとに実績値等が変動し得るもの等をまとめたものであるため、**施設基準への適合性の確認に当たっては、施設基準通知等をご参照ください。**

○**この補助票は、各地方厚生（支）局に提出する必要はありません。**

○**また、この補助票を各地方厚生（支）局に提出しても、施設基準を届出したことにはなりません 。**

特に注意して確認する必要がある項目	実績値等を満たしているか
A100　急性期病院一般入院基本料	
急性期病院A一般入院料	
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件以上であるか 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。	
急性期病院B一般入院料	
以下のア、イ、ウ、エのいずれかを満たしているか ア　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、年間で1,500件以上であること。 イ　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、年間で500件以上であり、かつ、全身麻酔による手術件数が年間で500件以上であること。 ウ 「基本診療料の施設基準等」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り、かつ、年間で1,000件以上であること。 エ　別紙5に掲げる離島に属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こと。 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。	
A200　急性期総合体制加算	
急性期総合体制加算1	
全身麻酔による手術件数が年2,000件以上であるか	
以下のうち、アからキまでのうち6つ以上並びにク及びケを全て満たしているか ア　悪性腫瘍手術について、400件／年以上 イ　腹腔鏡下手術又は胸腔鏡下手術について、400件／年以上 ウ　心臓カテーテル法による手術について、200件／年以上 エ　心臓胸部大血管の手術について、100件／年以上 オ　消化管内視鏡による手術について、600件／年以上 カ　脳神経外科手術について、50件／年以上 キ　放射線治療（体外照射法）について、200例／年以上 ク　分娩件数について、100件／年以上 ケ　6歳未満の乳幼児の手術件数について、40件／年以上	
急性期総合体制加算2	
全身麻酔による手術件数が年2,000件以上であるか	
以下のうち、アからキまでのうち4つ以上並びにク又はケのいずれかを満たしているか ア　悪性腫瘍手術について、400件／年以上 イ　腹腔鏡下手術又は胸腔鏡下手術について、400件／年以上 ウ　心臓カテーテル法による手術について、200件／年以上 エ　心臓胸部大血管の手術について、60件／年以上 オ　消化管内視鏡による手術について、600件／年以上 カ　脳神経外科手術について、50件／年以上 キ　放射線治療（体外照射法）について、200例／年以上 ク　分娩件数について、100件／年以上 ケ　6歳未満の乳幼児の手術件数について、40件／年以上	
急性期総合体制加算3	
全身麻酔による手術件数が年2,000件以上であるか	
以下のうち、アからキまでのうち5つ以上を満たしているか ア　悪性腫瘍手術について、400件／年以上 イ　腹腔鏡下手術又は胸腔鏡下手術について、400件／年以上 ウ　心臓カテーテル法による手術について、200件／年以上 エ　心臓胸部大血管の手術について、100件／年以上 オ　消化管内視鏡による手術について、600件／年以上 カ　脳神経外科手術について、50件／年以上 キ　放射線治療（体外照射法）について、200例／年以上	
急性期総合体制加算4	
以下のアからキまでのうち3つ以上並びにク又はケのいずれかを満たしているか ア　悪性腫瘍手術について、400件／年以上 イ　腹腔鏡下手術又は胸腔鏡下手術について、400件／年以上 ウ　心臓カテーテル法による手術について、200件／年以上 エ 心臓胸部大血管の手術について、60 件／年以上 オ　消化管内視鏡による手術について、600件／年以上 カ　脳神経外科手術について、50件／年以上 キ　放射線治療（体外照射法）について、200例／年以上 ク　分娩件数について、100件／年以上 ケ　6歳未満の乳幼児の手術件数について、40件／年以上	

別紙１－４

（参考）補助票（病院・有床診療所用）

○この補助票は、施設基準の全てを網羅したものではなく、年度ごとに実績値等が変動し得るもの等をまとめたものであるため、**施設基準への適合性の確認に当たっては、施設基準通知等をご参照ください。**

○**この補助票は、各地方厚生（支）局に提出する必要はありません。**

○**また、この補助票を各地方厚生（支）局に提出しても、施設基準を届出したことにはなりません 。**

特に注意して確認する必要がある項目	実績値等を満たしているか
急性期総合体制加算５	
全身麻酔による手術件数が年800件以上であるか（地域最多救急病院を除く。）	
以下のアからケまでの2つ以上を満たしているか ア　悪性腫瘍手術について、400件／年以上 イ　腹腔鏡下手術又は胸腔鏡下手術について、400件／年以上 ウ　心臓カテーテル法による手術について、200件／年以上 エ　心臓胸部大血管の手術について、60件／年以上 オ　消化管内視鏡による手術について、600件／年以上 カ　脳神経外科手術について、50件／年以上 ただし、地域最多救急病院においては、カは、経皮的選択的脳血栓・塞栓溶解術、経皮的脳血栓回収術及び超急性期脳卒中加算の年間合計算定回数が10件／年以上を満たすことで差し支えない。 キ　放射線治療（体外照射法）について、200例／年以上 ク　分娩件数について、100件／年以上 ケ　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において満たしている場合に限る。）	
A233　リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算	
リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算1	
直近1年間に、当該病棟への入棟後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から、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を除した割合が8割以上であるか	
直近1年間に、当該病棟の入棟患者に対する土曜日、日曜日、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から、当該病棟の入棟患者に対する平日における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を除した割合が8割以上であるか	
直近1年間に、当該病棟を退院又は転棟した患者（死亡退院及び終末期のがん患者等を除く。）のうち、退院又は転棟時におけるADL（Barthel Indexの合計点数）が入院時と比較して低下した患者の割合が3%未満であるか	
当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡（DESIGN-R2020分類d2以上とする。）を保有している入院患者の割合が2.5%未満であるか なお、その割合は、次の(イ)に掲げる数を(ロ)に掲げる数で除して算出する。 （イ）調査日（届出時の直近月の初日をいう。以下同じ。）に褥瘡を保有する患者数のうち、入院時既に褥瘡保有が記録された患者を除いた患者数 （ロ）調査日の入院患者数（調査日の入院又は予定入院患者は含めず、退院又は退院予定患者は含める。） ただし、調査日における当該病棟の入院患者数が80人以下の場合は、院内で発生した褥瘡を保有している入院患者が２人以下であること。	
リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算2	
直近1年間に、当該病棟への入棟後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から、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を除した割合が8割以上であるか	
直近1年間に、当該病棟の入棟患者に対する土曜日、日曜日、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から、当該病棟の入棟患者に対する平日における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を除した割合が7割以上であるか	
直近1年間に、当該病棟を退院又は転棟した患者（死亡退院及び終末期のがん患者等を除く。）のうち、退院又は転棟時におけるADL（Barthel Indexの合計点数）が入院時と比較して低下した患者の割合が5%未満であるか	
当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡（DESIGN-R2020分類d2以上とする。）を保有している入院患者の割合が2.5%未満であるか なお、その割合は、次の(イ)に掲げる数を(ロ)に掲げる数で除して算出する。 （イ）調査日（届出時の直近月の初日をいう。以下同じ。）に褥瘡を保有する患者数のうち、入院時既に褥瘡保有が記録された患者を除いた患者数 （ロ）調査日の入院患者数（調査日の入院又は予定入院患者は含めず、退院又は退院予定患者は含める。） ただし、調査日における当該病棟の入院患者数が80人以下の場合は、院内で発生した褥瘡を保有している入院患者が２人以下であること。	
A252　地域医療体制確保加算	
以下のア、イ、ウのいずれかを満たしているか ア　救急医療に係る実績として、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、年間で2,000件以上であること。 イ　救急医療に係る実績として、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、年間で1,000件以上であり、かつ、「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。）若しくは「A303」総合周産期特定集中治療室管理料又は「A301－4」小児特定集中治療室管理料若しくは「A302」新生児特定集中治療室管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。 ウ　「疾病・事業及び在宅医療に係る医療提供体制について」（平成29年3月31日医政地発0331第3号）に規定する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のいずれかであること。	

別紙１－４

（参考）補助票（病院・有床診療所用）

○この補助票は、施設基準の全てを網羅したものではなく、年度ごとに実績値等が変動し得るもの等をまとめたものであるため、**施設基準への適合性の確認に当たっては、施設基準通知等をご参照ください。**

○**この補助票は、各地方厚生（支）局に提出する必要はありません。**

○**また、この補助票を各地方厚生（支）局に提出しても、施設基準を届出したことにはなりません 。**

特に注意して確認する必要がある項目	実績値等を満たしているか
A304　注11　リハビリテーション・栄養・口腔連携加算（地域包括医療病棟）	
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）	
直近1年間に、当該病棟への入棟後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から、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を除した割合が8割以上であるか	
直近1年間に、当該病棟の入棟患者に対する土曜日、日曜日、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から、当該病棟の入棟患者に対する平日における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を除した割合が8割以上であるか	
直近1年間に、当該病棟を退院又は転棟した患者（死亡退院及び終末期のがん患者等を除く。）のうち、退院又は転棟時におけるADL（Barthel Indexの合計点数）が入院時と比較して低下した患者の割合が3%未満であるか	
当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡（DESIGN-R2020分類d2以上とする。）を保有している入院患者の割合が2.5%未満であるか なお、その割合は、次の(イ)に掲げる数を(ロ)に掲げる数で除して算出する。 （イ）調査日（届出時の直近月の初日をいう。以下同じ。）に褥瘡を保有する患者数のうち、入院時既に褥瘡保有が記録された患者を除いた患者数 （ロ）調査日の入院患者数（調査日の入院又は予定入院患者は含めず、退院又は退院予定患者は含める。） ただし、調査日における当該病棟の入院患者数が80人以下の場合は、院内で発生した褥瘡を保有している入院患者が2人以下であること。	
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）	
直近1年間に、当該病棟への入棟後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から、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を除した割合が8割以上であるか	
直近1年間に、当該病棟の入棟患者に対する土曜日、日曜日、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から、当該病棟の入棟患者に対する平日における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を除した割合が7割以上であるか	
直近1年間に、当該病棟を退院又は転棟した患者（死亡退院及び終末期のがん患者等を除く。）のうち、退院又は転棟時におけるADL（Barthel Indexの合計点数）が入院時と比較して低下した患者の割合が5%未満であるか	
当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡（DESIGN-R2020分類d2以上とする。）を保有している入院患者の割合が2.5%未満であるか なお、その割合は、次の(イ)に掲げる数を(ロ)に掲げる数で除して算出する。 （イ）調査日（届出時の直近月の初日をいう。以下同じ。）に褥瘡を保有する患者数のうち、入院時既に褥瘡保有が記録された患者を除いた患者数 （ロ）調査日の入院患者数（調査日の入院又は予定入院患者は含めず、退院又は退院予定患者は含める。） ただし、調査日における当該病棟の入院患者数が80人以下の場合は、院内で発生した褥瘡を保有している入院患者が2人以下であること。	
A308　回復期リハビリテーション病棟入院料	
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を要する状態の患者に対する1日当たりリハビリテーション提供単位数は平均3単位以上であるか なお、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。 ア 直近1か月間に回復期リハビリテーション病棟又は病室に入院する回復期リハビリテーションを要する状態の患者（「基本診療料の施設基準等」別表第九の二に掲げる状態の患者。以下同じ。）に対して提供された心大血管疾患リハビリテーション、脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション、運動器リハビリテーション及び呼吸器リハビリテーションの総単位数（その費用が回復期リハビリテーション病棟入院料等に含まれるもの及び選定療養として行われたものを除く。） イ 直近1か月間に回復期リハビリテーション病棟又は病室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延入院日数	
重症の患者（日常生活機能評価で10点以上又はFIM得点で21点以上55点以下の患者（FIMの測定によることが望ましい。）、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。）又は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。）をいう。）が新規入院患者のうち3割5分以上であるか なお、その割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。 ア 直近6か月間に当該回復期リハビリテーション病棟に新たに入院した患者（第2部通則5に規定する入院期間が通算される再入院の患者を除く。）のうちの重症の患者数 イ 直近6か月間に当該回復期リハビリテーション病棟に新たに入院した患者数（第2部通則5に規定する入院期間が通算される再入院の患者数を除く。）	
届出を行う月及び各年度4月、7月、10月及び1月に算出したリハビリテーション実績指数が所定の基準を満たしているか 入院料1　42以上 入院料2　32以上	
当該病棟において、退院患者のうち他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合が7割以上であるか	
土曜日、休日の1日当たりリハビリテーション提供単位数が平均3単位以上であるなど、曜日により著しい提供単位数の差がないような体制となっているか	
以下のア、イ、ウをいずれも満たしているか。 ア　地域における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、あらかじめ把握できる体制を整備していること。 イ　アの情報を、当該病棟に入院中の高次脳機能障害の患者の退院時に、説明の上、提供できる体制を整備していること。 ウ　退院後に他の保険医療機関、介護保険又は障害福祉サービスによるリハビリテーションへの移行を予定している患者について、同意が得られた場合は、利用予定先に対して、3月以内に作成したリハビリテーション総合実施計画書等を提供できる体制を整備していること。	

別紙１－４

（参考）補助票（病院・有床診療所用）

○この補助票は、施設基準の全てを網羅したものではなく、年度ごとに実績値等が変動し得るもの等をまとめたものであるため、**施設基準への適合性の確認に当たっては、施設基準通知等をご参照ください。**

○**この補助票は、各地方厚生（支）局に提出する必要はありません。**

○**また、この補助票を各地方厚生（支）局に提出しても、施設基準を届出したことにはなりません 。**

特に注意して確認する必要がある項目	実績値等を満たしているか
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を要する状態の患者に対する1日当たりリハビリテーション提供単位数は平均3単位以上であるか なお、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。 ア 直近1か月間に回復期リハビリテーション病棟又は病室に入院する回復期リハビリテーションを要する状態の患者（「基本診療料の施設基準等」別表第九の二に掲げる状態の患者。以下同じ。）に対して提供された心大血管疾患リハビリテーション、脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション、運動器リハビリテーション及び呼吸器リハビリテーションの総単位数（その費用が回復期リハビリテーション病棟入院料等に含まれるもの及び選定療養として行われたものを除く。） イ 直近1か月間に回復期リハビリテーション病棟又は病室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延入院日数	
重症の患者（日常生活機能評価で10点以上又はFIM得点で21点以上55点以下の患者（FIMの測定によることが望ましい。）、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。）又は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。）をいう。）が新規入院患者のうち2割5分以上であるか	
届出を行う月及び各年度4月、7月、10月及び1月に算出したリハビリテーション実績指数が所定の基準を満たしているか 入院料3　37以上 入院料4　32以上	
当該病棟において、退院患者のうち他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合が7割以上であるか	
土曜日、休日の1日当たりリハビリテーション提供単位数が平均3単位以上であるなど、曜日により著しい提供単位数の差がないような体制となっているか	
以下のア、イ、ウをいずれも満たしているか。 ア　地域における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、あらかじめ把握できる体制を整備していること。 イ　アの情報を、当該病棟に入院中の高次脳機能障害の患者の退院時に、説明の上、提供できる体制を整備していること。 ウ　退院後に他の保険医療機関、介護保険又は障害福祉サービスによるリハビリテーションへの移行を予定している患者について、同意が得られた場合は、利用予定先に対して、3月以内に作成したリハビリテーション総合実施計画書等を提供できる体制を整備していること。	

別紙１－４

（参考）補助票（病院・有床診療所用）

○この補助票は、施設基準の全てを網羅したものではなく、年度ごとに実績値等が変動し得るもの等をまとめたものであるため、**施設基準への適合性の確認に当たっては、施設基準通知等をご参照ください。**

○**この補助票は、各地方厚生（支）局に提出する必要はありません。**

○**また、この補助票を各地方厚生（支）局に提出しても、施設基準を届出したことにはなりません 。**

特に注意して確認する必要がある項目	実績値等を満たしているか
回復期リハビリテーション病棟入院料５	
回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対する1日当たりリハビリテーション提供単位数の平均が2単位以上であるか	
以下のア、イ、ウをいずれも満たしているか。 ア　地域における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、あらかじめ把握できる体制を整備していること。 イ　アの情報を、当該病棟に入院中の高次脳機能障害の患者の退院時に、説明の上、提供できる体制を整備していること。 ウ　退院後に他の保険医療機関、介護保険又は障害福祉サービスによるリハビリテーションへの移行を予定している患者について、同意が得られた場合は、利用予定先に対して、３月以内に作成したリハビリテーション総合実施計画書等を提供できる体制を整備していること。	
回復期リハビリテーション病棟入院医療管理料	
回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対する1日当たりリハビリテーション提供単位数の平均が2単位以上であるか なお、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。 ア 直近1か月間に回復期リハビリテーション病棟又は病室に入院する回復期リハビリテーションを要する状態の患者（「基本診療料の施設基準等」別表第九の二に掲げる状態の患者。以下同じ。）に対して提供された心大血管疾患リハビリテーション、脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション、運動器リハビリテーション及び呼吸器リハビリテーションの総単位数（その費用が回復期リハビリテーション病棟入院料等に含まれるもの及び選定療養として行われたものを除く。） イ 直近1か月間に回復期リハビリテーション病棟又は病室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延入院日数	
重症の患者（日常生活機能評価で10点以上又はFIM得点で21点以上55点以下の患者（FIMの測定によることが望ましい。）、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。）又は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。）をいう。）が新規入院患者のうち2割5分以上であるか	
当該病室において、退院患者のうち他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合が7割以上であるか	
以下のア、イ、ウをいずれも満たしているか。 ア　地域における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、あらかじめ把握できる体制を整備していること。 イ　アの情報を、当該病棟に入院中の高次脳機能障害の患者の退院時に、説明の上、提供できる体制を整備していること。 ウ　退院後に他の保険医療機関、介護保険又は障害福祉サービスによるリハビリテーションへの移行を予定している患者について、同意が得られた場合は、利用予定先に対して、３月以内に作成したリハビリテーション総合実施計画書等を提供できる体制を整備していること。	
A308　注4　回復期リハビリテーション強化体制加算	
届出を行う月及び各年度4月、7月、10月及び1月に算出したリハビリテーション実績指数が48以上であるか	
A251に掲げる排尿自立支援加算に係る届出を行っているか。	
直近6か月間に自宅へ退院した患者のうち、1割以上に退院前訪問指導を実施しているか	
A310　緩和ケア病棟入院料1	
以下のア又はイを満たしているか ア　当該病棟直近1年間の入院患者について、以下の（イ）から（ロ）までの期間の平均が14 日未満であること。 （イ）緩和ケアを担当する常勤の医師又は当該医師の指示を受けた看護職員から説明を受けた上で、患者等が文書又は口頭で入院の意思表示を行った日 （ロ）患者が当該病棟に入院した日 イ　直近1年間において、退院患者のうち、次のいずれかに該当する患者以外の患者が15%以上であること。 （イ）他の保険医療機関（療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を算定する病棟及び病室を除く。）に転院した患者 （ロ）同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟（療養病棟入院基本料を算定する病棟を除く。）への転棟患者 （ハ）死亡退院の患者	

別紙１－４

（参考）補助票（病院・有床診療所用）

○この補助票は、施設基準の全てを網羅したものではなく、年度ごとに実績値等が変動し得るもの等をまとめたものであるため、**施設基準への適合性の確認に当たっては、施設基準通知等をご参照ください。**

○**この補助票は、各地方厚生（支）局に提出する必要はありません。**

○**また、この補助票を各地方厚生（支）局に提出しても、施設基準を届出したことにはなりません 。**

特に注意して確認する必要がある項目	実績値等を満たしているか
A311　精神科救急急性期医療入院料	
1月間の当該入院料を算定している病棟の患者の延べ入院日数のうち、4割以上が新規患者の延べ入院日数であるか	
当該病棟の年間の新規患者のうち6割以上が、「精神科救急等病棟必要性チェックリスト」において3点以上のものであるか 令和8年5月31日までの間に新規に入院した患者については、措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院、鑑定入院又は医療観察法入院のいずれかに係るものであった場合、「精神科救急等病棟必要性チェックリスト」において、3点以上であるものとする。	
以下の地域における直近1年間における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者のうち、原則として4分の1以上、又は20件以上の患者を当該病棟において受け入れているか ア 当該保険医療機関の所在地の都道府県（政令市の区域を含むものとする。） イ 1精神科救急医療圏と1基幹病院が対となって明確に区分された圏域がある場合（例えば政令市は市立病院が、政令市以外の地区は県立病院が救急基幹病院となる。）は、当該圏域	
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、自宅等へ移行するか 「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規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホーム（以下「精神障害者施設」という。）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。	
A311－2　精神科急性期治療病棟入院料	
1月間の当該入院料を算定している病棟の患者の延べ入院日数のうち、4割以上が新規患者の延べ入院日数であるか	
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、自宅等へ移行するか 「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規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホーム（以下「精神障害者施設」という。）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。	
A311－3　精神科救急・合併症入院料	
1月間の当該入院料を算定している病棟の患者の延べ入院日数のうち、4割以上が新規患者の延べ入院日数であるか	
精神科救急医療体制整備事業において基幹的な役割を果たしているか。具体的には、以下のアからウまでのいずれも満たしているか ア 常時精神科救急外来診療が可能であること。 イ 精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における入院件数が年間20件以上であること。 ウ 全ての入院形態の患者受入れが可能であること。	
当該病棟の年間の新規患者のうち6割以上が、「精神科救急等病棟必要性チェックリスト」において3点以上及び合併症ユニットへ入院する身体疾患を有する精神障害者のいずれかに係るものであるか 令和8年5月31日までの間に新規に入院した患者については、措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院、鑑定入院及び医療観察法入院のいずれかに係るものであった場合、「精神科救急等病棟必要性チェックリスト」において3点以上であるものとする。	
以下の地域における直近1年間における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者のうち、原則として4分の1以上又は5件以上の患者を当該病棟において受け入れているか ア 当該保険医療機関の所在地の都道府県（政令市の区域を含むものとする。） イ 1精神科救急医療圏と1基幹病院が対となって明確に区分された圏域がある場合（例えば政令市は市立病院が、政令市以外の地区は県立病院が救急基幹病院となる。）は、当該圏域	
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、自宅等へ移行するか 「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規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホーム（以下「精神障害者施設」という。）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。	

別紙１－４

（参考）補助票（病院・有床診療所用）

○この補助票は、施設基準の全てを網羅したものではなく、年度ごとに実績値等が変動し得るもの等をまとめたものであるため、**施設基準への適合性の確認に当たっては、施設基準通知等をご参照ください。**

○**この補助票は、各地方厚生（支）局に提出する必要はありません。**

○**また、この補助票を各地方厚生（支）局に提出しても、施設基準を届出したことにはなりません 。**

特に注意して確認する必要がある項目	実績値等を満たしているか
A319　特定機能病院リハビリテーション病棟入院料	
回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対する1日当たりのリハビリテーション提供単位数の平均が3単位以上であるか なお、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。 ア 直近1か月間に特定機能病院リハビリテーション病棟に入院する回復期リハビリテーションを要する状態の患者（「基本診療料の施設基準等」別表第九の二に掲げる状態の患者。以下同じ。）に対して提供された、心大血管疾患リハビリテーション、脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション、運動器リハビリテーション及び呼吸器リハビリテーションの総単位数（その費用が特定機能病院リハビリテーション病棟入院料に含まれるもの及び選定療養として行われたものを除く。） イ 直近1か月間に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延入院日数	
届出を行う月及び各年度4月、7月、10月及び1月に算出したリハビリテーション実績指数が42以上であるか	
重症の患者（日常生活機能評価で10点以上又はFIM得点で21点以上55点以下の患者（FIMの測定によることが望ましい。）、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。）又は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。）をいう。）が新規入院患者のうち4割5分以上であるか なお、その割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。 ア 直近6か月間に当該特定機能病院リハビリテーション病棟に新たに入院した患者（第2部通則5に規定する入院期間が通算される再入院の患者を除く。）のうちの重症の患者数 イ 直近6か月間に当該特定機能病院リハビリテーション病棟に新たに入院した患者数（第2部通則5に規定する入院期間が通算される再入院の患者数を除く。）	
土曜日、休日の1日当たりリハビリテーション提供単位数が平均3単位以上であるなど、曜日により著しい提供単位数の差がないような体制となっているか	
以下のア、イ、ウをいずれも満たしているか。 ア　地域における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、あらかじめ把握できる体制を整備していること。 イ　アの情報を、当該病棟に入院中の高次脳機能障害の患者の退院時に、説明の上、提供できる体制を整備していること。 ウ　退院後に他の保険医療機関、介護保険又は障害福祉サービスによるリハビリテーションへの移行を予定している患者について、同意が得られた場合は、利用予定先に対して、3月以内に作成したリハビリテーション総合実施計画書等を提供できる体制を整備していること。	
B001 33　生殖補助医療管理料	
国が示す不妊症に係る医療機関の情報提供に関する事業に協力しているか	
B001－3－2　ニコチン依存症管理料（「注1」に規定する厚生労働大臣が定める基準）	
当該保険医療機関における過去一年間のニコチン依存症管理料の平均継続回数が二回以上であるか ただし、過去一年間にニコチン依存症管理料の算定の実績を有しない場合は、この限りでない。 ニコチン依存症管理料を算定した患者の指導に関する過去1年間の平均継続回数は、次のアに掲げる数及びイに掲げる数を合計した数をウに掲げる数で除して算出する。ただし、過去1 年間に当該医療機関において当該管理料を算定している患者が5人以下である場合は、当年3月に初回の治療を行った患者を、アからウまでの数から除くことができる。 ア 1年間の当該保険医療機関において実施したニコチン依存症管理料1の延べ算定回数（初回から5回目までの治療を含む。） イ 1年間の当該保険医療機関においてニコチン依存症管理料2を算定した患者の延べ指導回数 ウ ニコチン依存症管理料1のイに掲げる初回の治療の算定回数及びニコチン依存症管理料2の算定回数を合計した数	

別紙１－４

（参考）補助票（病院・有床診療所用）

○この補助票は、施設基準の全てを網羅したものではなく、年度ごとに実績値等が変動し得るもの等をまとめたものであるため、**施設基準への適合性の確認に当たっては、施設基準通知等をご参照ください。**

○**この補助票は、各地方厚生（支）局に提出する必要はありません。**

○**また、この補助票を各地方厚生（支）局に提出しても、施設基準を届出したことにはなりません 。**

特に注意して確認する必要がある項目	実績値等を満たしているか
C000　往診料　特掲診療料の施設基準通知の別添１の「第９」の１の（１）、（２）のア、又は（２）のイに規定する在宅療養支援診療所（機能強化型）	
当該診療所において、過去１年間の緊急の往診の実績を10件以上有しているか（連携型の場合は、在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と併せて10件以上かつ当該診療所において４件以上） 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。	
当該診療所において、過去１年間の在宅における看取りの実績を４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（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。以下同じ。）を４件以上有しているか 連携型の場合は、当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と併せて、過去１年間の在宅における看取りの実績を４件以上有していること。また、当該診療所において過去１年間の在宅における看取りの実績を２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を２件以上有すること。	
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が９割５分以上の保険医療機関にあっては、以下の（イ）から（ニ）までの要件のいずれも満たすか （イ） 直近１年間に５つ以上の病院又は診療所から、文書による紹介を受けて訪問診療を開始した実績があること。 （ロ） 過去１年間の在宅における看取りの実績を20件以上有していること又は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10件以上有していること。 （ハ） 直近１か月に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た患者のうち、施設入居時等医学総合管理料を算定した患者の割合が７割以下であること。 （ニ） 直近１か月に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た患者のうち、要介護３以上又は「特掲診療料の施設基準等」別表第八の二に掲げる別に厚生労働大臣が定める状態の患者の割合が５割以上であること。	
C000　往診料　特掲診療料の施設基準通知の別添１の「第14の２」の１の（１）又は（２）に規定する在宅療養支援病院（機能強化型）	
当該病院において、過去１年間の緊急の往診の実績を10件以上有しているか（連携型の場合は、当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と併せて10 件以上かつ当該病院において４件以上）	
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こと及び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が過去１年間で31件以上あるか	
当該病院において、過去１年間の在宅における看取りの実績を４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（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。以下同じ。）を４件以上有しているか 連携型の場合は、当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と併せて、過去１年間の在宅における看取りの実績を４件以上有していること。また、当該病院において過去１年間の在宅における看取りの実績を２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を２件以上有すること。	
C000　往診料　特掲診療料の施設基準通知の別添１の「第９」の２の（３）に規定する在宅医療充実体制加算の施設基準	
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名以上であるか	
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、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。）の合計が30件以上であるか	
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」又は在宅がん医療総合診療料、ターミナルケア加算、看取り加算若しく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割以上であるか 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。 なお、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に該当する患者であって、介護者への助言や療養方針に関する本人や介護者との意思決定支援を継続的に行うとともに、直近３か月以内に関係機関との間でこれらの情報を共有し連絡調整を行った患者をいう。以下同じ。）の延べ診療月数の割合が８分以上であり、適切なケアを行う重度の認知症患者であって在宅時医学総合管理料を算定する患者の延べ診療月数の割合が４分以上である場合には、重症患者割合は１割５分以上であること。	
訪問診療を担当する時間について常勤換算した医師数１人当たりの、当該保険医療機関において訪問診療を実施する患者の実人数が100人以下であるか ただし、以下のいずれかに該当する患者については、それぞれ 70 人を上限として、１人を 0.5 人とみなして計算することができる。 ① 在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の単一建物診療患者が２人以上の場合の点数を算定する患者 ② 月１回訪問診療を行っている患者 なお、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。	
末期の悪性腫瘍等の患者であって、鎮痛剤の経口投与では疼痛が改善しないものに対し、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実施した実績を過去１年間に２件以上有しているか、又は過去に５件以上実施した経験のある常勤の医師が配置されており、適切な方法によってオピオイド系鎮痛薬を投与（投与経路は問わないが、定期的な投与と頓用により患者が自ら疼痛を管理できるものに限る。）した実績を過去１年間に10件以上有しているか	

別紙１－４

（参考）補助票（病院・有床診療所用）

○この補助票は、施設基準の全てを網羅したものではなく、年度ごとに実績値等が変動し得るもの等をまとめたものであるため、**施設基準への適合性の確認に当たっては、施設基準通知等をご参照ください。**

○**この補助票は、各地方厚生（支）局に提出する必要はありません。**

○**また、この補助票を各地方厚生（支）局に提出しても、施設基準を届出したことにはなりません 。**

特に注意して確認する必要がある項目	実績値等を満たしているか
医師等の教育体制として、以下の（イ）から（ニ）までのいずれかを満たしているか （イ）「医学教育モデル・コア・カリキュラム」と同時に策定された「診療参加型臨床実習実施ガイドライン」における地域医療実習の実習先として指定され、当該保険医療機関において、大学の医学部医学科の単位に認定される実習（訪問診療に同行するものに限る。）を現に受け入れている又は過去2年度以内に受け入れた実績があること。 （ロ）「医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令の施行について」に定める「協力型臨床研修病院」及び「臨床研修協力施設」のうち、地域医療の研修を行う施設の要件を満たし、現に地域医療の研修を目的とした研修医の受け入れを行っている又は過去2年度以内に地域医療の研修を目的とした研修医の受け入れ実績を有していること。 （ハ） 専門研修プログラム整備基準（内科領域、総合診療領域又は小児科領域に限る。）に定める専門研修基幹施設又は専門研修連携施設であって、当該プログラムによる専門研修を目的とした専攻医を、在宅医療を担当する医師として現に受け入れている又は過去2年度以内に受け入れ実績を有していること。 （ニ） 地域枠等の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について、研修医又は在宅医療を担当する医師として現に受け入れている又は過去2年度以内に受け入れ実績を有していること。	
C004－2　救急患者連携搬送料（1に限る。）	
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件数が、年間で2,000件以上であるか	
H004 摂食機能療法　注3　摂食嚥下機能回復体制加算	
摂食嚥下機能回復体制加算1	
当該保険医療機関において経口摂取以外の栄養方法を行っている患者であって、以下のいずれかに該当するもの（転院又は退院した患者を含む。）の合計数に占める鼻腔栄養を導入した日、胃瘻を造設した日又は中心静脈栄養を開始した日から1年以内に経口摂取のみの栄養方法を行っている状態へ回復させた患者の割合が、前年において3割5分以上であるか ア 他の保険医療機関等から紹介された鼻腔栄養を実施している患者、胃瘻を造設している患者又は中心静脈栄養を実施している患者であって、当該保険医療機関において摂食機能療法を実施したもの イ 当該保険医療機関において鼻腔栄養を導入した患者、胃瘻を造設した患者又は中心静脈栄養を開始した患者	
摂食嚥下機能回復体制加算3	
当該保険医療機関において、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、ア及びイの前年の実績の合計数が2名以上であるか 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 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に回復した者	
I002　通院・在宅精神療法　注11　早期診療体制充実加算	
早期診療体制充実加算1	
常勤の精神保健指定医が1名以上配置されているか	
当該保険医療機関が過去6か月間に実施した通院・在宅精神療法の算定回数に占める、30分以上又は60分以上の通院・在宅精神療法の算定回数の合計の割合が5%以上であるか	
当該保険医療機関が過去6か月間に実施した通院・在宅精神療法のうち「初診日に60分以上」の算定回数及び「初診日に30分以上60分未満」の算定回数を2で除した回数の合計算定回数を、当該保険医療機関に勤務する精神科を担当する医師の数で除した数が60以上であるか	
地域の精神科救急医療体制の確保に協力している保険医療機関として、(イ)から(ハ)までのいずれかを満たしているか （イ）「精神科救急医療体制整備事業の実施について」（平成 20 年5月 26 日障発第0526001 号）に規定する精神科救急医療確保事業（以下「精神科救急医療確保事業」という。）において常時対応型施設として指定を受けている医療機関又は身体合併症救急医療確保事業において指定を受けている医療機関であること。 （ロ）精神科救急医療確保事業において病院群輪番型施設として指定を受けている医療機関であって、①又は②のいずれかに該当すること。 ① 時間外、休日又は深夜における入院件数が年4件以上であること。そのうち1件以上は、精神科救急医療体制整備事業における精神科救急情報センター（以下「精神科救急情報センター」という。）、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業における精神医療相談窓口（以下「精神医療相談窓口」という。）、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。以下エにおいて同じ。）、市町村、保健所、警察又は消防（救急車）からの依頼であること。 ② 時間外、休日又は深夜における外来対応件数が年 10 件以上であること。なお、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、市町村、保健所、警察又は消防（救急車）等からの依頼の場合は、日中の対応であっても件数に含む。 （ハ）次の①及び③又は②及び③を満たしていること。 ① 精神科救急医療確保事業において外来対応施設として指定を受けている医療機関であること。 ② 時間外対応体制加算1の届出を行っていること。 ③ 精神科救急情報センター、都道府県、市町村、保健所、警察、消防（救急車）、救命救急センター、一般医療機関等からの患者に関する問合せ等に対し、原則として当該保険医療機関において、常時対応できる体制がとられていること。また、やむを得ない事由により、電話等による問合せに応じることができなかった場合であっても、速やかにコールバックすることができる体制がとられていること。	
当該保険医療機関に常勤の精神保健指定医が、精神保健福祉法上の精神保健指定医として業務等を年1回以上行っているか なお、当該保険医療機関に常勤の精神保健指定医が2名以上勤務している場合は、少なくとも2名が精神保健福祉法上の精神保健指定医として業務等を年1回以上行っていること。	

別紙１－４

（参考）補助票（病院・有床診療所用）

○この補助票は、施設基準の全てを網羅したものではなく、年度ごとに実績値等が変動し得るもの等をまとめたものであるため、**施設基準への適合性の確認に当たっては、施設基準通知等をご参照ください。**

○**この補助票は、各地方厚生（支）局に提出する必要はありません。**

○**また、この補助票を各地方厚生（支）局に提出しても、施設基準を届出したことにはなりません 。**

特に注意して確認する必要がある項目	実績値等を満たしているか
早期診療体制充実加算２	
常勤の精神保健指定医が１名以上配置されているか	
当該保険医療機関が過去6か月間に実施した通院・在宅精神療法の算定回数に占める、30分以上又は60分以上の通院・在宅精神療法の算定回数の合計の割合が５%以上であるか	
地域の精神科救急医療体制の確保に協力している保険医療機関として、(イ)から(ハ)までのいずれかを満たしているか (イ)「精神科救急医療体制整備事業の実施について」（平成 20 年5月 26 日障発第0526001 号）に規定する精神科救急医療確保事業（以下「精神科救急医療確保事業」という。）において常時対応型施設として指定を受けている医療機関又は身体合併症救急医療確保事業において指定を受けている医療機関であること。 (ロ) 精神科救急医療確保事業において病院群輪番型施設として指定を受けている医療機関であって、①又は②のいずれかに該当すること。 ① 時間外、休日又は深夜における入院件数が年４件以上であること。そのうち１件以上は、精神科救急医療体制整備事業における精神科救急情報センター（以下「精神科救急情報センター」という。）、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業における精神医療相談窓口（以下「精神医療相談窓口」という。）、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。以下エにおいて同じ。）、市町村、保健所、警察又は消防（救急車）からの依頼であること。 ② 時間外、休日又は深夜における外来対応件数が年 10 件以上であること。なお、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、市町村、保健所、警察又は消防（救急車）等からの依頼の場合は、日中の対応であっても件数に含む。 (ハ) 次の①及び③又は②及び③を満たしていること。 ① 精神科救急医療確保事業において外来対応施設として指定を受けている医療機関であること。 ② 時間外対応体制加算１の届出を行っていること。 ③ 精神科救急情報センター、都道府県、市町村、保健所、警察、消防（救急車）、救命救急センター、一般医療機関等からの患者に関する問合せ等に対し、原則として当該保険医療機関において、常時対応できる体制がとられていること。また、やむを得ない事由により、電話等による問合せに応じることができなかった場合であっても、速やかにコールバックすることができる体制がとられていること。	
当該保険医療機関に常勤の精神保健指定医が、精神保健福祉法上の精神保健指定医として業務等を年１回以上行っているか なお、当該保険医療機関に常勤の精神保健指定医が2名以上勤務している場合は、少なくとも2名が精神保健福祉法上の精神保健指定医として業務等を年１回以上行っていること。	
早期診療体制充実加算３	
診療所であって、常勤の精神保健指定医が１名以上配置されているか	
当該保険医療機関が過去6か月間に実施した通院・在宅精神療法の算定回数に占める、30分以上又は60分以上の通院・在宅精神療法の算定回数の合計の割合が２%以上であるか	
当該保険医療機関が過去6か月間に実施した通院・在宅精神療法のうち「初診日に60分以上」の算定回数及び「初診日に30分以上60分未満」の算定回数を2で除した回数の合計算定回数を、当該保険医療機関に勤務する精神科を担当する医師の数で除した数が24以上であるか	
K838－２　精巣内精子採取術	
国が示す不妊症に係る医療機関の情報提供に関する事業に協力しているか	

入院基本料等に関する実施状況報告書（令和8年8月1日現在）

※　本様式の書式は変えないこと。
※　印刷は片面印刷とすること。

受付番号※	※地方厚生（支）局記載

（別紙様式1－1①）【病院記入用】

保険医療機関番号	都道府県番号 0 1	医療機関コード7桁

医療機関名		病院区分	□ 1. 特定機能病院 A □ B □ C □ □ 2. 専門病院 □ 3. 一般・その他	開設者番号		都道府県名	北海道	郡市区町村名		厚生労働大臣が定める地域（該当地域は☑を付すこと）	□

			※1 「平均在院日数」は小数点以下は切り上げること。 「1日平均入院患者数」は小数第1位を切り上げること（小数第1位までの数、例：12.34→12.4）。 ※2 「在宅復帰率」、「月平均1日当たり看護職員配置数」、「夜勤時間帯の看護職員1人当たりの患者数」、「月平均1日看護補助者配置数」、「夜勤時間帯の看護補助者1人当たりの患者数」は 小数第一位までの実数（小数第二位以下切り捨て）を記載すること。	届出区分 ①-A～⑯ 記載上の注意項番4参照	看護師比率区分 A～D 記載上の注意項番5参照	平均在院日数（日） 小数点以下切り上げ ※1	在宅復帰率（%） 小数第一位まで ※2	病棟数（棟） 整数	許可病床数（床） 整数	医療保険届出病床数（床） 整数	稼働病床数（床） 整数	1日平均入院患者数（人） 小数第一位切り上げ ※1	月平均1日当たり看護職員配置数（人） 小数第一位まで ※2	夜勤時間帯の看護職員1人当たりの患者数（人） 小数第一位まで ※2	月平均1日看護補助者配置数（人） 小数第一位まで ※2	夜勤時間帯の看護補助者1人当たりの患者数（人） 小数第一位まで ※2	夜間看護職員配置の加算 ①～⑥ 記載上の注意項番14参照	夜間看護体制加算 ①～⑤ 記載上の注意項番15参照	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関する項目（夜間看護体制の評価に係る加算の届出をしている場合に記載） ①～⑪のうちすべて記載 記載上の注意項番16参照	やむを得ない事情による一割以内の減少に係る様式の提出 記載上の注意項番18参照
入院基本料	1	一般病棟																□
	2																	□
	3																	□
	4		感染症病床（二類）				（ ）	（ ）	（ ）	（ ）								
	5	療養病棟																□
	6	結核病棟																□
	7	※患者数30名以下で結核病床が一般病棟等に含まれている場合、結核病床のみを再掲	（ ）				（ ）	（ ）	（ ）	（ ）								
	8	精神病棟																□
	9	障害者施設等																□
	10		感染症病床（二類）				（ ）	（ ）	（ ）	（ ）								
特定入院料に係る病床	11	特殊疾患入院医療管理料																□
	12	小児入院医療管理料3（患者数概ね30名以下で一般病棟等に含まれている場合、小児入院医療管理料3のみを再掲）																□
	13	小児入院医療管理料4																□
	14	小児入院医療管理料5　□ 一般　□ 結核　□ 精神																□
	15	新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料																□
	16	回復期リハビリテーション入院医療管理料　□ 一般　□ 療養																□
	17	地域包括ケア入院医療管理料1　□ 一般　□ 療養																□
	18	地域包括ケア入院医療管理料2　□ 一般　□ 療養																□
	19	地域包括ケア入院医療管理料3　□ 一般　□ 療養																□
	20	地域包括ケア入院医療管理料4　□ 一般　□ 療養																□

入院基本料等に関する実施状況報告書（令和8年8月1日現在）

受付番号※	※地方厚生（支）局記載

※　本様式の書式は変えないこと。
※　印刷は片面印刷とすること。

（別紙様式1－1②）【病院記入用】

	都道府県番号		医療機関コード7桁						
保険医療機関番号	0	1							

特定入院料に係る病棟等		届出区分	看護師比率区分 A～D 記載上の注意項番5参照	平均在院日数（日） 小数点以下切り上げ ※1	在宅復帰率（%） 小数第一位まで ※2	病棟数（棟） 整数	許可病床数（床） 整数	医療保険届出病床数（床） 整数	稼働病床数（床） 整数	1日平均入院患者数（人） 小数第一位切り上げ ※1	月平均1日看護職員配置数（人） 小数第一位まで ※2	夜勤時間帯の看護職員1人当たりの患者数（人） 小数第一位まで ※2	月平均1日看護補助者配置数（人） 小数第一位まで ※2	夜勤時間帯の看護補助者1人当たりの患者数（人） 小数第一位まで ※2	夜間看護職員の配置に係る加算 ①～⑥ 記載上の注意項番14参照	夜間看護体制加算 ①～⑤ 記載上の注意項番15参照	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関する項目 （夜間看護体制の評価に係る加算の届出をしている場合に記載） ①～⑪のうちすべて記載 記載上の注意項番16参照	やむを得ない事情による一割以内の減少に係る様式の提出 記載上の注意項番18参照
	21																	□
	22																	□
	23																	□
	24																	□
	25																	□
	26																	□
	27																	□
	28																	□
	29																	□
	30																	□
	31																	□
	32																	□
	33																	□
	34																	□
	35																	□
	36																	□
	37																	□
	38																	□
	39																	□
	40																	□
	41																	□

※1 「平均在院日数」は小数点以下は切り上げること。「1日平均入院患者数」は小数第1位を切り上げること（小数第1位までの数、例：12.34→12.4）
※2 「在宅復帰率」、「月平均1日看護職員配置数」、「夜勤時間帯の看護職員1人当たりの患者数」、「月平均1日看護補助者配置数」、「夜勤時間帯の看護補助者1人当たりの患者数」、は小数第一位までの実数（小数第二位以下切り捨て）を記載すること。

入院基本料等に関する実施状況報告書（令和8年8月１日現在）

受付番号※	※地方厚生（支）局記載

（別紙様式1－2）　【病院記入用】

※本様式の書式は変えないこと。

	都道府県番号		医療機関コード7桁						
保険医療機関番号	0	1							

褥瘡対策に係る報告書

※1名の患者が複数褥瘡を有していても、患者1名として数える。
※該当患者がいない場合、「0」と書くこと。

※エクセル上で入力した場合は、「自動チェック」が「○」となっていることを確認すること。
手書きの場合は、各合計が一致していることを注意書きを参考に確認すること。

褥瘡対策の実施状況（令和8年8月１日における実績・状況）	1．一般病棟 入院基本料等	2．療養病棟 入院基本料	3．1及び2以外を算定する病棟等
	令和8年8月1日現在の届出区分		※特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料3・4・5、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料、回復期リハビリテーション入院医療管理料、地域包括ケア入院医療管理料1～4の病室に係る患者を含む
①　入院患者数（令和８年８月１日の入院患者数）	名	名	名
②　①のうち、d1以上の褥瘡を有していた患者数（褥瘡保有者数）	名	名	名
③　②のうち、入院時に既に褥瘡を有していた患者数（入院時褥瘡保有者数）	名	名	名
④　②のうち、入院中に新たに褥瘡が発生した患者数（※②－③の患者数）	名	名	名
①～④が入力されていること、④が②－③と一致していることを確認→	自動チェック： ×	自動チェック： ×	自動チェック： ×

⑤　褥瘡の重症度		入院時の褥瘡 （③の患者の入院時の状況）	院内発生した褥瘡 （④の患者の発見時の状況）
	d1	名	名
	d2	名	名
	D3	名	名
	D4	名	名
	D5	名	名
	DDTI	名	名
	DU	名	名
		↑③の合計と一致していることを確認	↑④の合計と一致していることを確認
		自動チェック：	自動チェック：

［別紙様式１：記載上の注意］　　※本様式の書式は変えないこと

入院基本料等に関する実施状況報告書（令和８年８月１日現在）

※ 休止の届出がされている場合や、「届出区分」に記載の入院基本料又は特定入院料の施設基準を届出していない場合においては、当該報告書への記載は不要であること。

＜通則事項＞

※様式は令和８年版（令和８年８月１日現在）を使用し、書式の変更は行わないこと。

※本報告の記載に際しては、医療法の許可病床を含め、特に指定のない場合、全ての事項において医療保険適用病棟・病床についてのみ記載すること。

※各欄に記載する番号は、前年とは異なる場合があるため、必ず令和８年版の番号を確認の上、記載すること。

※印刷は、片面印刷を選択とすること。

※様式１－１①②においては、様式を複製する必要がないよう回答欄を増設しているため、空欄が発生する場合があるが、各項目単位では、上から詰めて順に記載すること。

※手書きのものを訂正する場合は、二重線で削除し、訂正印は押印しないこと。捨印も不要であること。

※「受付番号※」欄は、記載しないこと。
（地方厚生（支）局都府県事務所において、１番から連続した番号を付すものであること。なお、各医療機関ごとに様式１－１①②、１－２で共通した受付番号とすること。）

※「保険医療機関番号」欄は、各医療機関において診療報酬明細書等に使用している都道府県番号（２桁）を太枠に、医療機関コード（７桁）を細枠に記載することとし、医科歯科併設の場合は、医科の番号を記載すること。

＜別紙様式１－１①②について＞

1. 「病院区分」欄は、１ 特定機能病院、２ 専門病院（悪性腫瘍・循環器疾患の専門病院として地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関）、３ 一般・その他　の該当するものに☑を付すこと。

   なお、特定機能病院入院基本料の場合は、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 の該当するものに☑を付すこと。

2. 「開設者番号」欄は、次の区分による①～㉕の番号を記載すること。
   ※都道府県と市町村による事務組合については、「⑦都道府県」を記載すること。

①厚生労働省	②国立病院機構	③国立大学法人	④労働者健康安全機構
⑤地域医療機能推進機構	⑥その他（国）	⑦都道府県	⑧市町村
⑨地方独立行政法人	⑩日赤	⑪済生会	⑫北海道社会事業協会
⑬厚生連	⑭国民健康保険団体連合会		
⑮健康保険組合及びその連合会		⑯共済組合及びその連合会	
⑰国民健康保険組合	⑱公益法人	⑲医療法人	⑳学校法人
㉑社会福祉法人	㉒医療生協	㉓会社	㉔その他の法人
㉕個人（個人名は記載しないこと）			

3. 「郡市区町村名」欄は、所在地の郡市区町村名を記載すること（例：○区、○市、○郡○町）。また、所在地が「基本診療料の施設基準告示　別表第六の二に掲げる厚生労働大臣が定める地域」に該当する場合には、☑を付すこと。

4. 「届出区分」欄について

（１）「一般病棟、療養病棟、結核病棟、精神病棟、障害者施設等」の「届出区分」欄は、それぞれ該当するものを下記の番号により記載すること。なお、記載にあたっては以下の点に注意すること。

・結核病棟は、病棟を単位で届け出ている場合は６行目に、患者数30名以下で一般病棟等（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料を算定する病棟）に結核病床が含まれている場合は、７行目に結核病床のみを再掲すること。

・医療提供体制の確保の状況に鑑み、基本診療料の施設基準告示　別表第六の二に掲げる厚生労働大臣が定める地域の医療機関で、一般病棟入院基本料の届出を病棟ごとに行っている場合（以下「医療資源の少ない地域の場合」という。）は、一般病棟の届出区分欄に、異なる届出区分ごとに行をわけて記載すること。

・月平均夜勤時間超過減算、夜勤時間特別入院基本料又は重症患者割合特別入院基本料を届け出ている場合は、①～⑨－６の番号のうち該当する番号と、⑭、⑮又は⑯の番号の２つを記載すること。

入院基本料

①－Ａ 急性期病院Ａ一般入院基本料　①－Ｂ 急性期病院Ｂ一般入院基本料

①－１ 急性期一般入院料１　①－２ 急性期一般入院料２　①－３ 急性期一般入院料３

①－４ 急性期一般入院料４　①－５ 急性期一般入院料５　①－６ 急性期一般入院料６

②－１ 地域一般入院料１　②－２ 地域一般入院料２　②－３ 地域一般入院料３

③ ７対１入院基本料　④ 10対１入院基本料　⑤ 13対１入院基本料

⑥ 15対１入院基本料　⑦ 18対１入院基本料　⑧ 20対１入院基本料

⑨－１ 急性期病院Ａ精神病棟入院料 10対１入院基本料
⑨－２ 急性期病院Ａ精神病棟入院料 13対１入院基本料
⑨－３ 急性期病院Ａ精神病棟入院料 15対１入院基本料
⑨－４ 急性期病院Ｂ精神病棟入院料 10対１入院基本料
⑨－５ 急性期病院Ｂ精神病棟入院料 13対１入院基本料
⑨－６ 急性期病院Ｂ精神病棟入院料 15対１入院基本料

⑩ 特別入院基本料（療養以外）

⑪ 療養病棟入院料１　⑫ 療養病棟入院料２　⑬ 特別入院基本料（療養）

⑭ 月平均夜勤時間超過減算　⑮ 夜勤時間特別入院基本料

⑯ 重症患者割合特別入院基本料

（２）「特定入院料に係る病棟等」（別紙様式１－１②）の「届出区分」欄は、それぞれ該当するものを下記の番号により、届出区分ごとに１行ずつ記載すること。なお、同一区分であっても、複数の病棟又は治療室の届出を行っている場合には、届出を行っている病棟又は治療室ごとに１行ずつ記載すること。（例：回復期リハビリテーション病棟入院料１を２病棟届出している場合、２行に分けて記載）

特定入院料

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
⑥ ハイケアユニット入院医療管理料１　⑦ ハイケアユニット入院医療管理料２
⑧ 脳卒中ケアユニット入院医療管理料　⑨ 小児特定集中治療室管理料
⑩ 新生児特定集中治療室管理料１　⑪ 新生児特定集中治療室管理料２
⑫ 総合周産期特定集中治療室管理料１（母体・胎児集中治療室管理料）
⑬ 総合周産期特定集中治療室管理料２（新生児集中治療室管理料）
⑭ 新生児治療回復室入院医療管理料
⑮ 地域包括医療病棟入院料１　⑯ 地域包括医療病棟入院料２
⑰ 一類感染症患者入院医療管理料
⑱ 小児入院医療管理料１　⑲ 小児入院医療管理料２　⑳ 小児入院医療管理料３
㉑ 回復期リハビリテーション病棟入院料１　㉒ 回復期リハビリテーション病棟入院料２
㉓ 回復期リハビリテーション病棟入院料３　㉔ 回復期リハビリテーション病棟入院料４
㉕ 回復期リハビリテーション病棟入院料５
㉖ 地域包括ケア病棟入院料１　㉗ 地域包括ケア病棟入院料２
㉘ 地域包括ケア病棟入院料３　㉙ 地域包括ケア病棟入院料４
㉚ 特殊疾患病棟入院料１　㉛ 特殊疾患病棟入院料２
㉜ 緩和ケア病棟入院料１　㉝ 緩和ケア病棟入院料２
㉞ 精神科救急急性期医療入院料
㉟ 精神科急性期治療病棟入院料１　㊱ 精神科急性期治療病棟入院料２
㊲ 精神科救急・合併症入院料　㊳ 児童・思春期精神科入院医療管理料
㊴ 精神療養病棟入院料　㊵ 認知症治療病棟入院料１　㊶ 認知症治療病棟入院料２
㊷ 特定一般病棟入院料１　㊸ 特定一般病棟入院料２　㊹ 地域移行機能強化病棟入院料
㊺ 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料

5. 「看護師比率区分」欄は、令和８年７月の実績に基づき、該当するＡ～Ｄの記号を下記より選んで記載すること。

看護師比率（看護職員の最小必要数に対する看護師の比率）

Ａ：70％以上　**Ｂ**：40％以上70％未満　**Ｃ**：20%以上40％未満　**Ｄ**：20%未満

※入院基本料については、「届出区分」欄において４（１）の入院基本料①－Ａ～⑨－⑥、⑪、⑫、⑭～⑯を選択した場合のみ記載すること。

※特定入院料については、「届出区分」欄において４（２）の特定入院料⑮～⑯、㉑～㉛、㉟、㊱及び㊴～㊺を選択した場合のみ記載すること。

6. 「平均在院日数（日）」欄について

・全ての入院基本料と特定入院料について令和８年５月～７月の３か月の平均在院日数を記載すること。
・特定入院料に係る治療室又は病棟等については、当該治療室又は病棟における上記３か月間の平均在院日数を記載すること。
・３か月間の入退院の数が０又は１の場合においては、分母を１として計算すること。
・算出方法については、各施設基準上の算出方法によること。

※小数点以下は切り上げること。

※特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料３（患者数概ね30名以下で一般病棟等に含まれている場合のみ）、小児入院医療管理料４、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料、回復期リハビリテーション入院医療管理料、地域包括ケア入院医療管理料１～４（11～13、15～20行目）は、これらの管理料を届け出ている病室についての平均在院日数を記載すること。

7. 「在宅復帰率（%）」欄は、入院基本料または特定入院料のうち、以下を届け出ている場合に記載すること。また、算出方法については、各施設基準上の算出方法によること。

※小数第一位までの実数（小数第二位以下切り捨て）を記載すること。

届出区分		4.の番号
入院基本料	急性期病院Ａ一般入院基本料	①－Ａ
	急性期一般入院料１	①－１
	特定機能病院入院基本料（一般病棟）の７対１入院基本料	③
	専門病院入院基本料の７対１入院基本料	③
特定入院料	地域包括医療病棟入院料１	⑮
	地域包括医療病棟入院料２	⑯
	回復期リハビリテーション病棟入院料１	㉑
	回復期リハビリテーション病棟入院料２	㉒
	回復期リハビリテーション病棟入院料３	㉓
	回復期リハビリテーション病棟入院料４	㉔
	回復期リハビリテーション入院医療管理料	（16行目）
	地域包括ケア病棟入院料１	㉖
	地域包括ケア病棟入院料２	㉗
	地域包括ケア病棟入院料３	㉘
	地域包括ケア病棟入院料４	㉙
	地域包括ケア入院医療管理料１	（17行目）
	地域包括ケア入院医療管理料２	（18行目）
	地域包括ケア入院医療管理料３	（19行目）
	地域包括ケア入院医療管理料４	（20行目）
	特定機能病院リハビリテーション病棟入院料	㊺

8. 「病棟数(棟)」「許可病床数(床)」「医療保険届出病床数(床)」「稼働病床数(床)」欄について

・「病棟数」欄は、入院料ごとに看護単位としての病棟数を記載すること。

・ ４（２）の特定入院料①～⑰については、病棟数の記載は要しないこと。

・入院基本料の病床数には、特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料３（患者数概ね30名以下で一般病棟等に含まれている場合）・４・５、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料、回復期リハビリテーション入院医療管理料及び地域包括ケア入院医療管理料１～４に係る病床数を含めて記載し、その他の特定入院料に係る病床数は含めないこと。小児入院医療管理料３については、一般病棟に含まれていない場合には、特定入院料に係る病棟等（別紙様式１－１②）の欄にのみ記載すること。

・感染症指定機関にあっては、感染症病床にかかる病棟数、許可病床数、医療保険届出病床数、稼働病床数について、再掲として（　　）内に記載すること。

・「許可病床数(床)」「医療保険届出病床数(床)」「稼働病床数(床)」欄は、それぞれ、医療法に基づく許可病床数、入院料等の届出を行った病床数、使用を休止している病床を除いた実稼働病床数を記載すること。

・ 結核病棟などで休棟している病棟がある場合は、稼働病床数欄、１日平均入院患者数欄は「０」と記載すること。

・結核病棟のうち入院患者数が30名以下で一般病棟等と一看護単位として届出を行っている場合は、病棟数、許可病床数、医療保険届出病床数及び稼働病床数の各欄は結核病床のみについて記載すること。（７行目）

例：A病棟（一般病床30床）、B病棟（結核病床30床）、C病棟（一般病床20床＋結核病床10床）の場合は、一般病棟に２病棟60床、結核病棟の上段（６行目）に１病棟30床、結核病棟の下段（７行目）に１病棟10床を記載する。

・特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料３（患者数概ね30名以下で一般病棟等に含まれている場合）・４・５、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料、回復期リハビリテーション入院医療管理料、地域包括ケア入院医療管理料１～４（17～20行目）は、これらの管理料を届け出ている病室についての医療保険届出病床数、稼働病床数及び１日平均入院患者数を再掲として記載すること。

9. 「１日平均入院患者数（人）」欄は、直近１年間（令和７年８月から令和８年７月まで）の延べ入院患者数を延日数で除して得た数（算定開始から１年未満の場合は算定開始月から令和８年７月31日までの期間の平均入院患者数）を記載すること。

※この場合、小数第１位を切り上げ（小数第１位までの数、例：12.34→12.4）

※特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料３（患者数概ね30名以下で一般病棟等に含まれている場合）・４・５、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料、回復期リハビリテーション入院医療管理料、地域包括ケア入院医療管理料１～４（11～20行目）は、これらの管理料を届け出ている病室の１日平均入院患者数を記載すること。

※当該期間において開設、増床及び減床を行った場合の入院患者数の取扱いについては、「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）」の「別添２　入院基本料等の施設基準等」の「第２　病院の入院基本料等に関する施設基準」の４（１）イ及びウに準ずるものとする。

10. 「月平均１日看護職員配置数（人）」欄は、令和８年７月の実績で、月平均１日当たりの看護職員数を記載すること。

※この場合、３交代勤務を標準として計算し、**小数第一位までの実数（小数第二位以下切り捨て）を記載すること。**

なお、計算方法は「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）」の「別添６別紙５ 看護要員等の算出方法及び配置状況例」に示す「②月平均１日当たり看護職員配置数」の算出方法に準ずること。

特定入院料の病棟についても、記載すること。

（参考）月延べ勤務時間数の計／（日数×８）

11. 「夜勤時間帯の看護職員１人当たりの患者数（人）」欄、令和８年７月の全ての入院基本料と特定入院料について、それぞれの実績で、夜勤時間帯の看護職員１人当たりの患者数について人数を計算し、**小数第一位までの実数（小数第二位以下切り捨て）を記載すること。**

（参考）過去１年間の１日平均入院患者数／月平均１日当たり夜間看護職員配置数＊

＊月延べ夜勤時間数の計／（日数×16）

12. 「月平均１日看護補助者配置数（人）」欄、令和８年７月の実績で、月平均１日当たりの看護補助者数（みなしは除く）を記載すること。

※この場合、３交代勤務を標準として計算し、**小数第一位までの実数（小数第二位以下切り捨て）を記載すること。**

なお、計算方法は「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）」の「別添６別紙５　看護要員等の算出方法及び配置状況例」に示す「⑧月平均１日当たり看護補助者配置数」の算出方法に準ずること。

（参考）月延べ勤務時間数の計／（日数×８）

特定入院料の病棟についても、記載すること。また、看護補助者の配置実績がない場合は、「０」と記載すること。

13. 「夜勤時間帯の看護補助者１人当たりの患者数（人）」欄は、令和８年７月の入院基本料と特定入院料について、それぞれの実績で、夜勤時間帯の看護補助者１人当たりの患者数について人数を計算し、**小数第一位までの実数（小数第二位以下切り捨て）を記載すること。**

（参考）過去１年間の１日平均入院患者数／月平均１日当たり夜間看護補助者配置数（みなしは除く）＊

＊月延べ夜勤時間数の計／（日数×16）

14. 「看護職員の夜間配置に係る加算」欄は、「看護職員夜間配置加算」の該当するものを下記の番号により記載すること。

看護職員夜間配置加算
①いずれも届出なし
②看護職員夜間12対１配置加算１　　③看護職員夜間12対１配置加算２
④看護職員夜間16対１配置加算１　　⑤看護職員夜間16対１配置加算２
⑥看護職員夜間配置加算（地域包括ケア病棟入院料、精神科救急急性期医療入院料、精神科救急・合併症入院料）

15. 「夜間看護体制加算」欄は、それぞれ該当するものを下記の番号により記載すること。

夜間看護体制加算
①いずれも届出なし
②急性期看護補助体制加算　　③看護補助加算　　④障害者施設等入院基本料
⑤地域包括医療病棟入院料

※②急性期看護補助体制加算は、「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」、「夜間100対１急性期看護補助体制加算」を選択した場合のみ選択できる。

※③看護補助加算は、「看護補助加算１（30対１）」、「看護補助加算２（50対１）」、「看護補助加算３（75対１）」を選択した場合のみ選択できる。

※④障害者施設等入院基本料は、「看護補助加算」、「看護補助・患者ケア体制充実加算」を選択した場合のみ選択できる。

※⑤地域包括医療病棟入院料は、「25対１看護補助体制加算（看護補助者５割以上）」、「25対１看護補助体制加算（看護補助者５割未満）」、「50対１看護補助体制加算」、「75対１看護補助体制加算」を選択した場合のみ選択できる。

16. 「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関する項目」欄は、以下のいずれかの加算を届け出ている場合に、該当する取組について夜間看護体制の評価項目の番号を全て選択し、記載すること。

・「看護職員夜間12対１配置加算１」
・「看護職員夜間16対１配置加算１」
・「急性期看護補助体制加算」の「夜間看護体制加算」
・「看護補助加算」の「夜間看護体制加算」
・「障害者施設等入院基本料」の「夜間看護体制加算」
・「地域包括医療病棟入院料」の「夜間看護体制加算」
・「精神科救急急性期医療入院料」の「看護職員夜間配置加算」
・「精神科救急・合併症入院料」の「看護職員夜間配置加算」

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関する項目	
①勤務終了時刻と勤務開始時刻の間が11時間以上	
②勤務開始時刻が、直近の勤務の開始時刻の概ね24時間後以降	
③夜勤の連続回数が２回以下	④夜勤後の暦日の休日確保
⑤早出や遅出等の柔軟な勤務体制の工夫	⑥業務量の把握・部署間支援
⑦看護補助者の業務の５割以上が療養上の世話	
⑧看護補助者の夜間配置	⑨看護補助者比率５割以上
⑩夜間院内保育所の設置・利用実績	⑪ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減

17. 特定入院料に係る病床の「小児入院医療管理料５」欄、「回復期リハビリテーション入院医療管理料」欄、「地域包括ケア入院医療管理料１、２、３及び４」欄は、当該病室がある病棟に☑を付すこと。

18. 「やむを得ない事情による一割以内の減少に係る様式の提出」欄は、本報告時に、突発的で想定が困難な事象によりやむを得ない事情が生じ、１日当たり勤務する看護要員の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護職員の数に対する看護師の比率について、暦月で１か月を超える１割以内の一時的な変動があった場合においても、３か月を超えない期間に限り変更の届出を行わなくてもよいための手続きとして、別紙７の様式59を提出している場合に☑を付すこと。

＜別紙様式１－２について＞

※「医療資源の少ない地域の場合」は、異なる届出区分ごとに当該様式をコピーして記載すること。

19. 「令和８年８月１日現在の届出区分」欄について

（１）「１．一般病棟入院基本料等」及び「２．療養病棟入院基本料」の届出区分欄には、下記の①～⑥及び⑩、⑪により全て記載すること。

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、急性期病院精神病棟入院料）
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地域一般入院基本料 ④７対１入院基本料　⑤10対１入院基本料　　⑥13対１入院基本料

２．療養病棟入院基本料
⑩療養病棟入院料１　⑪療養病棟入院料２

（２）「３．１及び２以外を算定する病棟等」は、「１．一般病棟入院基本料等」及び「２．療養病棟入院基本料」以外の入院基本料の病棟（別紙様式１－１の６～10行目）、特定入院料に係る病床（特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料３（患者数概ね30名以下で一般病棟等に含まれている場合）・４・５、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料、回復期リハビリテーション入院医療管理料、地域包括ケア入院医療管理料１～４の病室に係る患者）（11～20行目）、特定入院料に係る病棟等（21～38行目）及び特別入院基本料を算定している病棟が対象となる。

20. 「① 入院患者数（令和８年８月１日の入院患者数）」欄（以下、「① 入院患者数」とする）について

（１）「１．一般病棟入院基本料等」及び「２．療養病棟入院基本料」欄は、届出入院基本料ごとに令和８年８月１日現在の総入院患者数を記載すること。

（２）「３．１及び２以外を算定する病棟等」欄は、「１．一般病棟入院基本料等」と「２．療養病棟入院基本料」の入院患者数を除いた令和８年８月１日現在の総入院患者数を記載すること。

（３）該当がない場合は「０」と記載すること（当該日の入院又は入院予定患者は含めないが、当該日の退院または退院予定患者は含めること）。

21. 「② ①のうち、ｄ１以上の褥瘡を有していた患者数（褥瘡保有者数）」欄（以下、「② 褥瘡保有者数」とする）は、「① 入院患者数」のうち、令和８年８月１日時点において、DESIGN-R 2020分類ｄ１以上の褥瘡を有する患者数を記載すること（１名の患者が複数の褥瘡を有していても、患者数１名として数えること）。

22. 「③ ②のうち、入院時に既に褥瘡を有していた患者数（入院時褥瘡保有者数）」欄（以下、「③ 入院時褥瘡保有者数」とする）は、「② 褥瘡保有者数」のうち、入院時に、既にDESIGN-R 2020分類ｄ１以上の褥瘡を有していた患者数を記載すること（１名の患者が複数の褥瘡を有していても、患者数１名として数えること）。

23. 「④ ②のうち、入院中に新たに褥瘡が発生した患者数（※②－③の患者数）」欄（以下、「④ ②－③の患者数」とする）は、「② 褥瘡保有者数」から「③ 入院時褥瘡保有者数」を減じた数を記載すること。④がゼロの場合は「０」を必ず記載すること。

24. 「⑤ 褥瘡の重症度」欄は、「③ 入院時褥瘡保有者数」の入院時の褥瘡の重症度、「④ ②－③の患者数」の発見時の重症度を、それぞれ記載すること。

25. １名の患者が複数褥瘡を有していても、患者１名として数えること。また、１名の患者が複数の褥瘡を有している場合の重症度については、重症度の高い褥瘡について記載すること。

26. ④が②－③と一致しているか、⑤がそれぞれ③の合計、④の合計と一致しているか、確認すること。（エクセル上で入力した場合は、「自動チェック」が「〇」となっていることを確認すること。）

（別紙様式４－１）

特別の療養環境の提供（**入院**医療に係るもの）に係る届出状況報告書（令和８年８月１日現在）

都　道　府　県　名　　北海道　　医療機関コード

保険医療機関名

※レセプトに記載する７桁の数字を記載すること。

開設者番号							
	☐① 厚生労働省	☐② 国立病院機構	☐③ 国立大学法人	☐④ 労働者健康安全機構	☐⑤ 地域医療機能推進機構	☐⑥ その他（国）	☐⑦ 都道府県
	☐⑧ 市町村	☐⑨ 地方独立行政法人	☐⑩ 日赤	☐⑪ 済生会	☐⑫ 北海道社会事業協会	☐⑬ 厚生連	☐⑭ 国民健康保険団体連合会
	☐⑮ 健康保険組合及びその連合会	☐⑯ 共済組合及びその連合会	☐⑰ 国民健康保険組合	☐⑱ 公益法人	☐⑲ 医療法人	☐⑳ 学校法人	☐㉑ 社会福祉法人
	☐㉒ 医療生協	☐㉓ 会社	☐㉔ その他の法人	☐㉕ 個人			

区　分	費用徴収を行うこととしている**病床**数（消費税を含む１日当たり金額階級別）													費用徴収を行わない病床数
	1,100円以下	1,101円～2,200円	2,201円～3,300円	3,301円～4,400円	4,401円～5,500円	5,501円～8,800円	8,801円～11,000円	11,001円～16,500円	16,501円～33,000円	33,001円～55,000円	55,001円～110,000円	110,001円以上	病床数小計	
個　室	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	① 床	⑥ 床
２人室	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	② 床	⑦ 床
３人室	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	③ 床	⑧ 床
４人室	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	床	④ 床	⑨ 床
５人室以上														⑩ 床
												病床数合計	⑤ 床	⑪ 床

備　考		
	費用徴収を行うこととしている金額のうち最小の料金	円（消費税含む。）
	費用徴収を行うこととしている金額のうち最大の料金	円（消費税含む。）

〔記載上の注意〕

1　この調査は、毎年８月１日現在における病床数の状況を記載すること。
2　「開設者番号」欄は、該当する番号に☑を記載すること。
3　室とは、固定した隔壁で仕切られたものをいうものであること。（３人室をカーテン等で仕切り、それぞれ何人室と称しているときも、３人室とすること。）
4　室の区分における病床数は、現病床数によること。（個室であっても、現に２床を設けているときは、２人室として記載すること。）
5　患者を入院させることとしている病床で、８月１日現在空床であっても、この調査の対象となるものであること。
6　病床数小計①～④に関しては、費用徴収を行うこととしている区分（個室～４人室）ごとに、1,100円以下から110,001円以上の病床数の合計を記載すること。（対象の病室がない場合は０を記載すること。）
7　⑤の病床数合計に関しては、病床数小計の①～④の病床数の合計を記載すること。
8　⑥～⑩に関しては、費用徴収を行わないこととしている区分（個室～５人室以上）ごとの病床数を記載すること。（対象の病室がない場合は０を記載すること。）
9　⑪の病床数合計に関しては、⑥～⑩の病床数の合計を記載すること。
10　特別の療養環境の提供（入院医療に係るもの）に係る特別の料金に事前の報告と相違がある場合は、速やかに変更の報告を行うこと。

（別紙様式５　**１枚目**）

初診等の保険外併用療養費届出状況報告書

【注】様式は本紙含め２枚あります。必ず２枚記入してください。

（令和８年８月１日現在）

都道府県名　北海道

１．医療機関の情報等について

保険医療機関名		
医療機関コード ※レセプトに記載する７桁の数字を記載。 （該当するものに☑、併設の場合は両方に☑、各コードを記入。）	（チェック欄） ☐ 1. 医科 ☐ 2. 歯科	（医療機関コード欄） 医科　　歯科
報 告 種 別 （該当するものに☑）	☐ 1. 200床（一般病床に係るものに限る。）以上の病院（２．を除く。） ☐ 2. 特定機能病院・地域医療支援病院・紹介受診重点医療機関 （一般病床に係るものの数が200床未満の病院を除く。）	
病 床 数	床　うち　一般病床　　床	

２．特別の料金の徴収額について

１．初診に係る特別の料金 （報告しているものに☑の上、料金額を記入）	☐ 1. 医科 円（消費税含む）	☐ 2. 歯科 ／　円（消費税含む）
	時間帯別や年齢別など、特定の場合について別の額を設定している場合、その額及び要件。 （上段と併せて記入）	［　　］
２．再診に係る特別の料金 （報告しているものに☑の上、料金額を記入）	☐ 1. 医科 円（消費税含む）	☐ 2. 歯科 ／　円（消費税含む）
	時間帯別や年齢別など、特定の場合について別の額を設定している場合、その額及び要件。 （上段と併せて記入）	［　　］

※初診や再診に係る特別の料金に事前の報告と相違がある場合は、速やかに変更の報告を行うこと。

※料金の設定を行っていない場合は「０円」を記載すること。

（別紙様式５　**２枚目**）

医療機関コード	
医科	
歯科	

3．初診等に係る特別の料金の徴収状況等について

		初診		再診	
		医科（名）	歯科（名）	医科（名）	歯科（名）
①	初診又は再診の患者数				
②	①のうち、紹介状なしの患者又は他の保険医療機関を紹介したにもかかわらず、自院を受診した患者数				
③	②のうち、特別の料金を徴収した患者数				
④	②のうち、特別の料金を徴収しなかった患者数				

4．初診等に係る特別の料金を徴収しなかった患者（3の④）の内訳について

（注）

・患者が(1)及び(2)に該当する場合は(1)に記載してください。

・ (1)①～⑤、(2)①～⑩については、それぞれに該当した人数を記載してください（複数回答可）。

・ (2)(3)を記載する場合、特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関については、(1)(2)(3)の合計が3.④の数と等しくなるよう、ご注意ください。

			初診		再診	
			医科（名）	歯科（名）	医科（名）	歯科（名）
（1）特別の料金の徴収を行うことは認められない患者						
	①	救急の患者				
	②	国の公費負担医療制度の受給対象者				
	③	地方単独の公費負担医療の受給対象者（事業の趣旨が特定の障害、特定の疾病等に着目しているものに限る）				
	④	無料低額診療事業実施医療機関における当該制度の対象者				
	⑤	エイズ拠点病院におけるHIV感染者				
（2）特別の料金の支払いを求めないことができる患者（※2）						
	①	自施設の他の診療科から院内紹介されて受診する患者				
	②	医科と歯科との間で院内紹介された患者				
	③	特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者				
	④	救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者				
	⑤	外来受診から継続して入院した患者				
	⑥	地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者				
	⑦	治験協力者である患者				
	⑧	災害により被害を受けた患者				
	⑨	労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者				
	⑩	その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者 （(4)に具体的な理由及び患者数を記載すること）				
（3）（1）及び（2）以外の理由により特別の料金を徴収しなかった患者（説明をしても同意 が得られなかった患者等）（※2）						
合計						

（4）（2）の⑩の具体的な理由及び患者数（主な理由及び当該事例により特別の料金を徴収しなかった患者数を記載（上位3つ））（※2）

		初診		再診	
		医科（名）	歯科（名）	医科（名）	歯科（名）
1					
2					
3					

［記載上の注意］

※１　３から４については、前年度（令和７年４月１日～令和８年３月31日）の実施状況を記載すること。

※２　特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関以外の病院については、可能な範囲で４の（２）～（４）を記載すること。

※３　患者数については、延べ人数を記載すること。

予約に基づく診察等の保険外併用療養費届出状況報告書

（令和８年８月１日現在）

都 道 府 県 名	北 海 道
医療機関コード	
医 療 機 関 名	

１　予約に基づく診察

予約に基づく診察に係る特別の料金　　円

（消費税を含む）

２　時間外診察

時間外診察に係る特別の料金　　円

（消費税を含む）

※注　下記北海道厚生局ホームページにより報告済みの金額と院内掲示している金額を確認し、相違している場合は本報告書の他、**「予約に基づく診察の実施（変更）報告書」**、**「保険医療機関が表示する診療時間以外の時間における診察の実施（変更）報告書」**により報告してください。

◎保険外併用療養費医療機関名簿　https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/hokkaido/gyomu/gyomu/hoken_kikan/heiyo.html

ホーム ＞ 管轄法人等 ＞ 医療課 ＞ 保険医療機関・保険薬局等の管内指定状況等
＞ ４．保険外併用療養費の報告の状況 ＞ 保険外併用療養費医療機関名簿

◎報告書様式　https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/hokkaido/shinsei/shido_kansa/hoken_heiyo/index.html

ホーム ＞ 申請等手続 ＞ 医療課 ＞ 保険外併用療養費の報告

（別紙様式７）

（令和８年８月１日現在）

180日を超える入院に関する事項の実施状況報告書

（徴収した実績がない場合は報告の必要はない）

都　道　府　県　名 北海道

医 療 機 関 コ ー ド

※レセプトに記載する７桁の数字を記載すること。

保 険 医 療 機 関 名

＜病院＞ 入院料	区分 注１	対象者数 （実数）	特別の料金を徴収した 延べ日数	患者から徴収した料金 （１人１日当たり）注３
一般病棟入院基本料		人	日	円（消費税含む）
特定機能病院入院基本料		人	日	円（消費税含む）
専門病院入院基本料		人	日	円（消費税含む）

〔記載上の注意〕

１．該当する番号を記載すること。

１　急性期病院Ａ一般入院料	９　地域一般入院料１	１７　夜勤時間特別入院基本料
２　急性期病院Ｂ一般入院料	１０　地域一般入院料２	１８　７対１入院基本料
３　急性期一般入院料１	１１　地域一般入院料３	１９　１０対１入院基本料
４　急性期一般入院料２	１２　特別入院基本料	２０　１３対１入院基本料
５　急性期一般入院料３	１３　特定機能病院Ａ入院基本料	
６　急性期一般入院料４	１４　特定機能病院Ｂ入院基本料	
７　急性期一般入院料５	１５　特定機能病院Ｃ入院基本料	
８　急性期一般入院料６	１６　月平均夜勤時間超過減算	

２．２種類以上の区分に該当する場合、該当する番号を２段書きで記載し、対象者数、日数、料金については、
それぞれの番号に対応するように２段書きで記載すること。

記載例

区分	対象者数	日数	料金
1 6	3 10	20 30	1,200 1,300

３．本報告については、直近１年間（前年８月１日～当年７月３１日）の実施状況を記載すること。
なお、徴収した実績がない場合は報告の必要はない。

４．180日を超える入院に係る特別の料金に事前の報告と相違がある場合は、速やかに変更の報告を行うこと。

（別紙様式８）

医科点数表等に規定する回数を超えて受けた診療の実施状況報告書

（令和８年８月１日現在）

都道府県名：北海道

保険医療機関名	
医療機関コード	

診療の名称	検査等	金額（消費税を含む）
検　　査	α－フェトプロテイン（ＡＦＰ）	円
	癌胎児性抗原（ＣＥＡ）	円
	前立腺特異抗原（ＰＳＡ）	円
	ＣＡ19-9	円
リハビリテーション	心大血管疾患リハビリテーション料	円
	脳血管疾患等リハビリテーション料	円
	廃用症候群リハビリテーション料	円
	運動器リハビリテーション料	円
	呼吸器リハビリテーション料	円
	摂食機能療法	円
	リンパ浮腫複合的治療料	円
精神科専門療法	精神科ショート・ケア	円
	精神科デイ・ケア	円
	精神科ナイト・ケア	円
	精神科デイ・ナイト・ケア	円

〔記載上の注意〕

１．「金額」欄は、消費税を含む額で記載すること。

２．医科点数表等に規定する回数を超えて受けた診療に係る特別の料金に事前の報告と相違がある場合は、速やかに変更の報告を行うこと。

（別紙様式９）

費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行に関する報告書

※　明細書を有料で交付している保険医療機関のみ届出が必要。

（令和８年８月１日現在）

都道府県名　北海道

医療機関コード ※レセプトに記載する７桁の数字を記載すること。		
保険医療機関の名称		
医科・歯科の別 （該当するものに☑）	☐ 1．医科 ☐ 2．歯科	
明細書を無料で交付していない患者 （該当するものに☑）	☐ 1．全ての患者	☐ 2．公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者
正当な理由 （該当するものに☑）	☐ 1．明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピュータを使用している ☐ 2．自動入金機を使用しており、自動入金機での明細書発行を行うには、自動入金機の改修が必要	
レセプトコンピュータ又は自動入金機の改修時期	改修予定年月を１に記載し、（）内のいずれかに☑をすること。未定の場合は２に記載すること。 1．令和　　年　　月　　（　☐ レセプトコンピュータ　☐ 自動入金機　） 2．令和　　年第　　四半期目途	
明細書の交付の際に徴収している金額	円	

※　本報告は、令和８年８月１日時点で保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）に基づく明細書の発行に係り「正当な理由」に該当する旨を届け出ている保険医療機関が提出すること。

なお、上記の「正当な理由」について届出をしていない（明細書を無料で交付している）保険医療機関については、本報告の必要はない。

（別紙様式１１）

（令和８年８月１日現在）

白内障に罹患している患者に対する水晶体再建に使用する眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給に係る実施状況報告書

都　　道　　府　　県　　名　　北海道

医　療　機　関　コ　ー　ド

※レセプトに記載する７桁の数字を記載すること。

保　険　医　療　機　関　名

多焦点眼内レンズの種類	販売名	医療機器承認番号	実施回数（※記載上の注意４．を参照）		患者からの徴収額（消費税を含む。）（※記載上の注意　５．を参照）	
				回		円
				回		円
				回		円
				回		円
				回		円
				回		円
				回		円
				回		円
				回		円
				回		円

〔記載上の注意〕

１．本報告については、前年８月１日から当年７月３１日の実施状況を記載すること。
　なお、徴収した実績がない場合は報告の必要はない。

２．「多焦点眼内レンズの種類」については、多焦点後房レンズ、挿入器付後房レンズのうち、該当するものを記載すること。

３．「医療機器承認番号」について、医薬品医療機器等法上の医療機器承認番号(16桁)を記載すること。

４．「実施回数」について、１人の患者に対して片眼に本療養を実施した場合を１回として計数する。
同じ患者に対して両眼に本療養を実施した場合は２回として計数し、同一レンズについて、複数患者に対して本療養を実施した場合には、総実施回数を記載すること。

５．「患者からの徴収額」は、眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給に係る特別の料金**（１眼当たり）**として医療機関内に掲示した金額を記載すること。

６．眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給に係る特別の料金に事前の報告と相違がある場合は、速やかに変更の報告を行うこと。

（別紙様式１２）

精神科救急・合併症入院料に関する実施状況報告書（８月報告）

（令和８年８月１日）

都道府県名　北海道

医療機関コード

※レセプトに記載する７桁の数字を記載すること。

保険医療機関名

１　病棟の体制に係る要件

当該病院に常勤する精神保健指定医の人数		名
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	□　有	□　無

２　実績に係る要件

①　当該病院の精神疾患にかかる時間外・休日・深夜の入院患者数							人
②　当該病棟の新規患者数							人
（②の再掲）	③措置入院		人	④緊急措置入院			人
	⑤応急入院		人				
	⑥「精神科救急等病棟必要性チェックリスト」において３点以上の患者 （令和８年５月31日までの間に新規に入院した患者については、措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院、鑑定入院及び医療観察法入院のいずれかに係るものを本項目の人数に含める）						人
	⑦合併症ユニットへ入院する身体疾患を有する精神障害者（③～⑥の患者を除く）						人
⑧　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

（⑥＋⑦）÷②	(a)	（③＋④＋⑤）÷⑧	(b)
⑨合併症ユニットに入院する身体合併症患者の割合			%

［記載上の注意］

１　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、有にチェックをすること。

２　実績に係る要件の患者数は報告前１年間の患者数を記載すること。

３　当該病棟は次の要件を満たしていることが必要である。(a)≧60%　(b)≧25%又は、③＋④＋⑤≧５人

４　⑧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、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こと。

５　⑨の身体合併症患者とは、別添４「特定入院料の施設基準等」第16の2の1の(8)に掲げる疾患を有する患者であり、当該患者が合併症ユニットの80%以上であることが必要である。

（別紙様式１３）

【都道府県名】　北海道
【医療機関コード】
※レセプトに記載する７桁の数字を記載
【保険医療機関名】

精神科救急急性期医療入院料に関する実施状況報告書（令和８年８月１日現在）

１　病棟の体制に係る要件

当該病院に常勤する精神保健指定医の人数			名
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	□	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

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 又は 件／万人	□　（≧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		

（別紙様式１３）

【都道府県名】　北海道
【医療機関コード】
※レセプトに記載する７桁の数字を記載
【保険医療機関名】

（３）　当該病棟における新規入院患者に係る実績
以下の⑭～⑲について、報告前１年間の患者数を記載すること。

⑭　当該入院料を算定する全病棟の新規患者数					人
⑮　措置入院		人	⑯　緊急措置入院		人
⑰　応急入院					人
（うち、特定医師によるもの）					人
⑱　「精神科救急等病棟必要性チェックリスト」において３点以上の患者数 （令和８年５月31日までの間に新規に入院した患者については、措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院、鑑定入院又は医療観察法入院のいずれかに係るものであった場合、本項目の人数に含める。）					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。

⑱÷⑭	(a)	□　（≧60%）

及び

（⑮＋⑯＋⑰）÷⑲	(b)	□　（≧25%）

又は

（⑮＋⑯＋⑰）	(c)	人 □　（≧20人）

［記載上の注意］

１　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）」にチェックをすること。
２　「２の（１）の③」の病床数は300床以下であること。
３　実績に係る要件の件数及び患者数は報告前１年間の数を記載すること。
４　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（２）の④」の件数が30件以上又は0.37件／万人以上
・　「２の（２）の⑤」の件数が６件以上又は「２の（２）の⑤」の割合が２割以上
５　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（３）の(a)」の数値が６割以上
・　「２の（３）の(b)」の数値が２割５分以上又は「２の（３）の（c）」の人数が20人以上
６　⑲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、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こと。

【医療機関コード】

（別紙様式１４）

情報通信機器を用いた診療に係る報告書（８月報告）

※情報通信機器を用いた診療を行った実績がない場合は報告の必要はない。　　（令和８年８月１日）

保険医療機関名

医療機関コード

※レセプトに記載する７桁の数字を記載すること。

所在地

※都道府県名から記載すること。

１　情報通信機器を用いた診療実施状況（令和７年８月～令和８年７月）

１）患者の所在毎の情報通信機器を用いた診療実施状況

※　①と②の診療件数の合計が２の「情報通信機器を用いた診療の算定件数」の「初診料」と「再診料等」の合計と一致する必要があります。	診療件数		そのうち「自身では対応困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合」として、他の医療機関へ紹介を実施したものの件数	
患者の所在が、上記医療機関と同一の都道府県である場合（①）		件		件
患者の所在が、上記医療機関の所在都道府県と異なる都道府県である場合（②）		件		件
全診療件数のうち、患者の所在が、上記医療機関の所在都道府県と異なる都道府県である場合の割合（②／①＋②）		%		

２）患者の所在が、上記医療機関の所在都道府県と異なる都道府県である場合の直接の対面診療を行える体制の整備状況（具体的な医療機関名、紹介・連絡・情報提供の方法、事前合意の有無など）

都道府県名	直接の対面診療を行える体制の整備状況

３）医師が上記医療機関外で情報通信機器を用いた診療を実施した場合

医師名	常勤／非常勤	オンライン診療を実施した場所	都道府県	診療録等、過去の患者の状態を把握する体制
	□ 常勤 □ 非常勤	□医師の自宅等 □当該医師が所有・所属する他の医療機関 □その他（　　）		□ クラウド型電子カルテ □ その他（　　）
	□ 常勤 □ 非常勤	□医師の自宅等 □当該医師が所有・所属する他の医療機関 □その他（　　）		□ クラウド型電子カルテ □ その他（　　）
	□ 常勤 □ 非常勤	□医師の自宅等 □当該医師が所有・所属する他の医療機関 □その他（　　）		□ クラウド型電子カルテ □ その他（　　）
	□ 常勤 □ 非常勤	□医師の自宅等 □当該医師が所有・所属する他の医療機関 □その他（　　）		□ クラウド型電子カルテ □ その他（　　）
	□ 常勤 □ 非常勤	□医師の自宅等 □当該医師が所有・所属する他の医療機関 □その他（　　）		□ クラウド型電子カルテ □ その他（　　）

医療機関コード

２　診療の件数（令和７年８月～令和８年７月）

	対面診療で実施した診療の算定件数				情報通信機器を用いた診療の算定件数 ※「初診料」と「再診料等」の合計は１の「１）患者の所在毎の情報通信機器を用いた診療実施状況」の診療件数①と②の合計と一致する必要があります。					
	初診料		再診料等 （外来診療料を含む）		初診料 （初診料を算定した患者の内、診療前相談を行った件数） （初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わなかった件数）			再診料等 （外来診療料を含む）		
令和７年８月から 令和８年７月までの合計		件		件			件			件
					初診料を算定した患者の内、診療前相談を行った件数		件			
					初診料を算定した患者の内、その後自院にて対面診療を行わなかった件数		件			

３　診療前相談の実施状況（複数回答可）

- ☐　診療前相談をオンライン診療と一連として実施している
- ☐　診療前相談とオンライン診療は明確に時間を分けて実施している
- ☐　その他（　　）

〔記載上の注意〕

１　本報告については、前年８月１日あるいは「情報通信機器を用いた診療」に係る届出を行った以後から当年７月31日の診療実施状況を記載すること。なお、診療した実績がない場合は報告の必要はない。
２　「１　２）患者の所在が、上記医療機関の所在都道府県と異なる都道府県である場合の直接の対面診療を行える体制の整備状況」については、全診療件数のうち、患者の所在が、上記医療機関の所在都道府県と異なる都道府県である場合の割合が２割を超える場合に記載すること。なお、都道府県については診療件数の多い10箇所について記載すること。
３　「１　３）医師が上記医療機関外で情報通信機器を用いた診療を実施した場合」については、該当する全ての医師について記載すること。なお、医師が５名を超える場合は適宜行を追加して記載すること。
４　「２　診療の件数」のうち「対面診療で実施した診療の算定件数」については、情報通信機器を用いた診療を実施していない患者を含む全ての患者を対象として報告すること。

（別紙様式１５）

情報通信機器を用いた精神療法に係る報告書（８月報告）

（令和８年８月１日）

医療機関コード（レセプトに記載する７桁の数字を記載）	
保険医療機関名	
所在地	

※都道府県名から記載すること。

１　情報通信機器を用いた精神療法を実施する精神保健指定医に係る要件

		指定医氏名①	指定医氏名②	
		指定医番号	指定医番号	
（１）	時間外、休日又は深夜における外来対応施設（自治体等の夜間・休日急患センター等を含む。）での外来診療又は救急医療機関への診療協力（外来、当直又は対診等）を年６回以上行っていること（いずれも精神科医療を必要とする患者の診療を行うこと。）。			
		実施日	実施医療機関名	実施日	実施医療機関名
	実施日①（実施医療機関名）				
	実施日②（実施医療機関名）				
	実施日③（実施医療機関名）				
	実施日④（実施医療機関名）				
	実施日⑤（実施医療機関名）				
	実施日⑥（実施医療機関名）				
（２）	精神保健福祉法上の精神保健指定医として業務等（※）を年１回以上行っていること。（※）精神保健福祉法第十九条の四に規定する業務等を指す。				
	実施日（実施医療機関名）				
	公務員としての業務の場合				
	①実施した業務の内容				
	②依頼元（都道府県名等）				

2　情報通信機器を用いた精神療法の実施状況（令和７年８月～令和８年７月）

（１）患者の所在毎の情報通信機器を用いた精神療法の実施状況

	実施件数		そのうち、「患者の急変や自殺未遂等の緊急時又は向精神薬等の乱用や依存の傾向が認められる場合等」、対面診療が必要と判断された件数							
					情報通信機器を用いた精神療法を実施した医師自らが速やかに対面診療を実施した件数		当該保険医療機関において、情報通信機器を用いた精神療法を実施した医師以外の医師が対面診療を実施した件数		患者が速やかに受診できる医療機関に紹介した件数	
患者の所在が、上記医療機関と同一の都道府県である場合（①）		件		件		件		件		件
患者の所在が、上記医療機関の所在都道府県と異なる都道府県である場合（②）		件		件		件		件		件
全診療件数のうち、患者の所在が、上記医療機関の所在都道府県と異なる都道府県である場合の割合（②/（①＋②））		%		%		%		%		%

（２）患者の所在が、上記医療機関の所在都道府県と異なる都道府県である場合の直接の対面診療を行える体制の整備状況（具体的な医療機関名、紹介・連絡・情報提供の方法、事前合意の有無など）

都道府県名	直接の対面診療を行える体制の整備状況

医療機関コード	

（３）情報通信機器を用いた精神療法を行った患者に対して処方した抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬又は抗精神病薬の種類数

種類数	抗不安薬		睡眠薬		抗うつ薬		抗精神病薬	
０種類		件		件		件		件
１種類		件		件		件		件
２種類		件		件		件		件
３種類以上		件		件		件		件

３　精神療法の件数

	対面診療で実施した精神療法の算定件数				情報通信機器を用いた精神療法の算定件数			
	30分以上の場合 ※通院・在宅精神療法の 「１」ロ 「１」ハ（１） 「２」ロ 「２」ハ（１） 「２」ハ（２） の件数の合計		30分未満の場合 ※通院・在宅精神療法の 「１」ハ（２） 「２」ハ（３） の件数の合計		30分以上の場合 ※通院・在宅精神療法の 「１」ハ（１）① の件数		30分未満の場合 ※通院・在宅精神療法の 「１」ハ（２）① の件数	
令和７年８月 ～令和８年７月		件		件		件		件

［記載上の注意］

１ 本報告については、「２の（３）」以外は前年８月１日（前年８月１日以降に「情報通信機器を用いた精神療法」に係る届出を行った場合は当該届出日）から当年７月31日の診療実施状況を、「２の（３）」は当年５月１日（当年５月１日以降に「情報通信機器を用いた精神療法」に係る届出を行った場合は当該届出日）から７月31日の診療実施状況を、それぞれ記載すること。なお、診療した実績がない場合は報告の必要はない。

２ 「２の（２）」の「患者の所在が、上記医療機関の所在都道府県と異なる都道府県である場合の直接の対面診療を行える体制の整備状況」については、全診療件数のうち、患者の所在が、上記医療機関の所在都道府県と異なる都道府県である場合の割合が２割を超える場合に記載すること。なお、都道府県については診療件数の多い10箇所について記載すること。

３ 「２の（３）」については、当年５月１日から７月31日に情報通信機器を用いた精神療法を実施した患者に対して抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、抗精神病薬を処方した件数を、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の種類数毎に記載すること。例えば、情報通信機器を用いた精神療法を行った患者に対して、１種類の抗不安薬及び２種類の睡眠薬を処方した場合は、「１種類の抗不安薬を処方した件数」及び「２種類の睡眠薬を処方した件数」にそれぞれ１を計上する。

４ 「３」の「精神療法の件数」のうち、「対面診療で実施した精神療法の算定件数」については、情報通信機器を用いた精神療法を実施していない患者を含む全ての患者を対象として報告すること。

医療機関コード	

（別紙様式１６）

（令和８年８月１日現在）

プログラム医療機器の使用等（評価療養）に関する実施状況報告書

都道府県名　北海道

医療機関コード
※レセプトに記載する７桁の数字を記載すること。

保険医療機関名

１．医薬品医療機器等法に基づく承認（第１段階承認）を受けたプログラム医療機器の使用等

販売名	承認／認証番号	使用等回数又は人数（※記載上の注意　３．を参照）		患者からの徴収額（消費税を含む。）（※記載上の注意　４．を参照）		徴収額に対応する使用期間（※記載上の注意　４．を参照）	
			回		円		か月
			回		円		か月
			回		円		か月
			回		円		か月
			回		円		か月

２．保険適用されていない範囲における使用に係る有効性に関する使用成績を踏まえた再評価を目指すプログラム医療機器の使用等

販売名	承認／認証番号	使用等回数又は人数（※記載上の注意　３．を参照）		患者からの徴収額（※記載上の注意　４．を参照）		徴収額に対応する使用期間（※記載上の注意　４．を参照）	
			回		円		か月
			回		円		か月
			回		円		か月
			回		円		か月
			回		円		か月

〔記載上の注意〕

１．本報告については、前年８月１日から当年７月３１日の実施状況を記載すること。
なお、徴収した実績がない場合は報告の必要はない。

２．「承認／認証番号」について、医薬品医療機器等法上の承認／認証番号を記載すること。

３．「使用等回数又は人数」について、患者自身が医療機関外で継続的に使用するもの**以外**については、医療機関において当該プログラム医療機器の使用又は支給を実施した回数を記載し、患者自身が医療機関外で継続的に使用するものについては、使用した患者数を記載すること。

４．「患者からの徴収額」は、プログラム医療機器の使用等に係る特別の料金として医療機関内に掲示した金額を記載すること。また、患者自身が継続的に使用するものについては、「徴収額に対応する使用期間」も記載すること。

５．プログラム医療機器の使用等に係る特別の料金に事前の報告と相違がある場合は、速やかに変更の報告を行うこと。

（別紙様式１７）

（令和８年８月１日現在）

プログラム医療機器の使用等（選定療養）に関する実施状況報告書

都　道　府　県　名　　北海道

医 療 機 関 コ ー ド

※レセプトに記載する７桁の数字を記載すること。

保 険 医 療 機 関 名

販売名	承認／認証番号	人数（※記載上の注意　３．を参照）		患者からの徴収額（消費税を含む。）（※記載上の注意　４．を参照）		徴収額に対応する使用期間（※記載上の注意　４．を参照）	
			人		円		か月
			人		円		か月
			人		円		か月
			人		円		か月
			人		円		か月
			人		円		か月
			人		円		か月
			人		円		か月
			人		円		か月
			人		円		か月

〔記載上の注意〕

１．本報告については、前年８月１日から当年７月３１日の実施状況を記載すること。
　なお、徴収した実績がない場合は報告の必要はない。

２．「承認／認証番号」について、医薬品医療機器等法上の承認／認証番号を記載すること。

３．「人数」について、使用した患者数を記載すること。

４．「患者からの徴収額」は、プログラム医療機器の使用等に係る特別の料金として医療機関内に掲示した金額を記載すること。また、「徴収額に対応する使用期間」も記載すること。

５．プログラム医療機器の使用等に係る特別の料金に事前の報告と相違がある場合は、速やかに変更の報告を行うこと。

（別紙様式１８）

（令和８年８月１日現在）

間歇スキャン式持続血糖測定器の使用の実施状況報告書

都　道　府　県　名　　北海道

医 療 機 関 コ ー ド

※レセプトに記載する７桁の数字を記載すること。

保 険 医 療 機 関 名

間歇スキャン式持続血糖測定器の使用の実施件数	患者からの徴収額（消費税を含む。） （※記載上の注意　２．を参照）	
		円
	（センサー）	円
	（リーダー）	円

〔記載上の注意〕

１．本報告については、前年８月１日から当年７月３１日の実施状況を記載すること。なお、徴収した実績がない場合は報告の必要はない。

２．「患者からの徴収額」は、間歇スキャン式持続血糖測定器の使用に係る特別の料金として医療機関内に掲示した金額を記載すること。センサー、リーダーで別に料金を設定している場合は、それぞれ記載すること。

３．間歇スキャン式持続血糖測定器の使用に係る特別の料金に事前の報告と相違がある場合は、速やかに変更の報告を行うこと。

（別紙様式１９）

［ 在宅療養支援歯科診療所１
在宅療養支援歯科診療所２
在宅療養支援歯科病院 ］

の施設基準に係る報告書（８月報告）

（令和８年８月１日）

所在地

保険医療機関コード
（レセプトに記載する７桁の
数字を記載）

保険医療機関名

１　歯科訪問診療の割合（直近１月間の実績）

歯科訪問診療料を算定した人数	①	人
外来で歯科診療を提供した人数	②	人

※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16「イ　初診時」若しくは「ロ　再診時」若しくは注20「イ　初診時」若しくは「ロ　再診時」）を算定した患者の合計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合計延べ人数を記載すること。

歯科訪問診療を提供した患者数の割合 （　①／（①+②）））	%

２　歯科訪問診療の実績（直近３月間）

歯科訪問診療１	①	人
歯科訪問診療２	②	人
歯科訪問診療３	③	人
歯科訪問診療４	④	人
歯科訪問診療５	⑤	人

※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。

歯科訪問診療のうち歯科訪問診療１を算定する患者の割合 （　①／（①+②+③+④+⑤）））	%

※歯科訪問診療１には歯科訪問診療料の注16「イ　初診時」若しくは「ロ　再診時」又は注20「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。
※歯科訪問診療２には歯科訪問診療料の注16「イ　初診時」若しくは「ロ　再診時」又は注20「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。

３　歯科疾患在宅療養管理料の直近３月間の実績

歯科疾患在宅療養管理料を算定した人数	人

※歯科疾患在宅療養管理料の算定人数について、延べ人数を記載すること。

（別紙様式20）　　（令和8年8月1日現在）

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の施設基準に係る届出書添付書類
（定例報告）

都　道　府　県　名　北海道

医　療　機　関　コ　ー　ド

※レセプトに記載する７桁の数字を記載すること。

保　険　医　療　機　関　名

届出医療機関の実績等について

直近3か月間（令和8年5月～7月）における往診又は訪問診療の状況について		
① 在宅患者訪問診療料を月2回以上算定する患者の延べ診療月数		月
② ①が30月以上か 【①≧30】		
③ ②に「該当」する場合、		
（a） 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「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」の算定回数		回
（b） 在宅患者訪問診療料を月2回以上算定し、包括的支援加算を算定する患者の延べ訪問診療月数		月
（c） 在宅がん医療総合診療料を算定する患者の延べ訪問診療月数		月
（d） 届出医療機関において、4か月前から1年前までの間に3月以上連続して訪問診療を行った後、届出医療機関の外来を直近3か月のうち1月以上を含む連続した3月受診した患者数がいる場合、当該患者数に3月を乗じた月数		月
（e） 重症患者等の割合 【{(a)+(b)+(c)}／{①+(c)−(d)} ×100】		%
（f） (e)が20%以上か 【(e)≧20】		

[記載上の留意事項]

1 ③の(f)が「非該当」である場合は、在宅時医学総合管理料の注16（施設入居時等医学総合管理料の注5の規定により準用する場合を含む。）に規定する基準を満たさない場合である。当該基準の該当・非該当に変更のある場合は、別添2の様式19を用いて同月中に速やかに地方厚生（支）局長に届出を行うこと。

（別紙様式２１）

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の施設基準に係る定例報告（８月報告）

医療機関コード
※レセプトに記載する7桁の数字を記載すること。

保険医療機関名

所在地

入院基本料	1:急性期一般入院料1 2:急性期一般入院料2 3:急性期一般入院料3 4:急性期一般入院料4 5:急性期一般入院料5 6:急性期一般入院料6 7:急性期病院A一般入院料 8:急性期病院B一般入院料	9:７対１入院基本料 10:10対１入院基本料 11:地域包括医療病棟入院料1 12:地域包括医療病棟入院料2 13:小児入院医療管理料1 14:小児入院医療管理料2 15:小児入院医療管理料3 16:小児入院医療管理料4	17:特殊疾患病棟入院料1 18:特殊疾患病棟入院料2 19:緩和ケア病棟入院料1 20:緩和ケア病棟入院料2	該当する入院基本料の番号を記載
ＩＣＴ機器等の設備保全に関する体制	①見守りにおける業務の効率化に資するICT機器等 機器の名称 ICT機器等のメンテナンス ○ 定期的に実施 ○ 不具合時 ○ 実施なし ②看護記録の作成等の効率化に資するICT機器等 機器の名称 ICT機器等のメンテナンス ○ 定期的に実施 ○ 不具合時 ○ 実施なし ③医療従事者間の情報共有の効率化に資するICT機器等 機器の名称 ICT機器等のメンテナンス ○ 定期的に実施 ○ 不具合時 ○ 実施なし			
④ICT機器等の使用における医療安全体制整備の取組 （自由記載）				
看護職員及び看護補助者の業務の効率化に関する状況等	⑤ICT機器等の導入前後における看護要員の業務内容、業務量及び業務時間並びに看護要員の　事務作業時間及び業務負担等に関する職員への周知の方法 （該当するすべての□に「✔」を記入すること。） その他の場合（自由記載）		□　院内の掲示物 □　院内職員宛のメール □　その他	
施設基準の届出以降の看護業務効率化等の状況	⑥ICT機器等の導入による看護要員の業務負担感	減った	変わらない	増えた
	⑦１人１月当たりの超過勤務勤時間	減った	変わらない	増えた
	⑧ICT機器等の活用によるインシデント・アクシデント回数の変化	減った	変わらない	増えた

〔記載上の注意〕

1　届出に係る病棟ごとに記入すること。(複数病棟の場合は、複数枚提出すること。)

2　①～③でいうメンテナンスとは、機器を取り扱う専門業者が実施する定期的な点検を指す。

3　④の取組の例示
・院内の医療安全委員会と連携した体制整備
・医療機器の保守点検計画の策定・実施
・導入機器の運用ルールの策定

4　⑥～⑧は施設基準の届出を時点として記入すること。

（別紙様式２２）

訪問看護遠隔診療補助料に係る報告書（８月報告）

（令和８年８月１日）

医療機関コード

※レセプトに記載する７桁の数字を記載すること。

保険医療機関名

所在地

実施状況

１）件数

情報通信機器を用いた診療の算定件数		件／年
	うち、医師と同一の医療機関の看護師が訪問し、在宅患者訪問看護・指導料等を算定した件数	件／年

訪問看護遠隔診療補助料の算定件数		件／年
	うち、当該保険医療機関の看護師が診療の補助を実施する場合	件／年
	うち、訪問看護ステーションの看護師が診療の補助を実施する場合	件／年

２）連携する訪問看護ステーションの状況

連携する訪問看護ステーション数	（事業所）

〔記載上の注意〕

本報告については、前年８月１日あるいは「訪問看護遠隔診療補助料」に係る届出を行った以後から当年７月３１日の実施状況を記載すること。なお、診療した実績がない場合は報告の必要はない。

（別紙様式２３）

（令和８年８月１日現在）

近視の進行抑制を効能又は効果とする医薬品の支給に係る実施状況報告書

都　道　府　県　名　北海道

医療機関・薬局コード
※レセプトに記載する７桁の数字を記載すること。

保険医療機関名・
保　険　薬　局　名

販売名	対象患者数 （実人数）	対象患者数 （延べ人数）	患者からの徴収額
	人	人	円（消費税含む）

〔記載上の注意〕

１．「患者からの徴収額」は、近視の進行抑制を効能又は効果とする医薬品の支給に係る特別の料金として医療機関又は薬局内に掲示した金額を記入すること。

２．「患者からの徴収額」が社会的にみて妥当適切な範囲の額であることを示す資料として、近視の進行抑制を効能又は効果とする医薬品の購入価格を示す資料をそれぞれ添付すること。

３．本報告については、直近２ヶ月間（６月１日～７月31日）の実施状況を記載すること。

様式93の３

看護職員処遇改善評価料　実績報告書（令和７年度分）

保険医療機関コード	
保険医療機関名	

Ⅰ．看護職員処遇改善評価料の実績額

①本評価料の区分

	算定期間	点数の区分	点数
a	令和　年　月 ～ 令和　年　月		点
b	令和　年　月 ～ 令和　年　月		点
c	令和　年　月 ～ 令和　年　月		点
d	令和　年　月 ～ 令和　年　月		点

②算定回数

	算定期間	算定回数
a	令和　年　月 ～ 令和　年　月	回
b	令和　年　月 ～ 令和　年　月	回
c	令和　年　月 ～ 令和　年　月	回
d	令和　年　月 ～ 令和　年　月	回
計		回

③本評価料による収入の実績額

	算定期間	実績額
a	令和　年　月 ～ 令和　年　月	円
b	令和　年　月 ～ 令和　年　月	円
c	令和　年　月 ～ 令和　年　月	円
d	令和　年　月 ～ 令和　年　月	円
計		円

Ⅱ．賃金改善の実績額

④賃金改善実施期間において賃金の改善措置が実施された対象職員の賃金総額	円
⑤本評価料の改善措置が実施されなかった場合の当該措置の対象職員の賃金総額	円
⑥賃金改善の実績額（④－⑤）	円

⑥は③以上か

Ⅲ．看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）に係る事項

⑦看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の常勤換算数	人
⑧看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の賃金改善の実績額	円
⑨ベア等による引上げ分 （基本給又は決まって毎月支払われる手当による引上げ分）	円
⑩ベア等の割合（⑨÷⑧）	%

⑨が⑧の2/3以上であるか

Ⅳ．処遇改善の対象に加える看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員に係る事項

⑪看護職員等に加え、賃金の改善措置の対象に加える職種	
⑫賃金改善の対象に加える看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の常勤換算数	人
⑬看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の賃金改善の実績額	円
⑭ベア等による引上げ分（基本給又は決まって毎月支払われる手当による引上げ分）	円
⑮ベア等の割合（⑭÷⑬）	%
⑭が⑬の2/3以上であるか	

Ⅴ．賃金改善実施期間

⑯	令和	年	月	～	令和	年	月

本計画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　報告対象年度において複数の種類の点数区分を取得した場合、Ⅰの各項目には、すべての区分・点数及び算定期間に係る事項を記載すること。

2　「④賃金改善実施期間において賃金の改善措置が実施された対象職員の賃金総額」、「⑤本評価料の改善措置が実施されなかった場合の当該措置の対象職員の賃金総額」及び「⑨⑭ベア等による引上げ分」は、報告対象年度の実績を記載すること。

3　「⑤本評価料の改善措置が実施されなかった場合の当該措置の対象職員の賃金総額」は、対象職員に対する定期昇給による賃金上昇分も反映した額を記載すること。

4　「⑥賃金改善の実績額」に、基本給等の引き上げにより増加した法定福利費等の事業者負担分が含まれる場合であっても、「⑧看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の賃金改善の実績額」及び「⑬看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の賃金改善の実績額」には、基本給等の引き上げにより増加した法定福利費等の事業者負担分を含めないこと。

5　「⑦看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の常勤換算数」及び「⑫賃金改善の対象に加える看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の常勤換算数」は、報告対象年度の各月１日の対象となる職員の平均人数を記載すること。また、小数点第二位を四捨五入した数を記入すること。

6　「⑪看護職員等に加え、賃金の改善措置の対象に加える職種」は、本点数による収入により処遇改善を行った職種であって、保健師、助産師、看護師及び准看護師以外の職種をすべて記載すること。

療養病棟療養環境改善加算に係る改善計画

都道府県名	北　海　道						
医療機関コード							
医療機関名							

療養環境の改善計画の概要（令和８年８月１日現在の状況を病棟ごとに記入してください。）

病　　棟　　名	（　　）病棟
増築または全面的な 改築の予定	着工予定　　年　　月 完成予定　　年　　月
増築または全面的な 改築の具体的内容	

注　当該加算は療養環境の整備に資する取組みを評価したものであり、毎年８月の報告の際に計画自体全く無いとしている場合には速やかに施設基準の辞退届の提出が必要となります。

地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）１、２、３、又は４に係る報告書

（令和8年8月1日現在）

都道府県名	北　海　道
医療機関コード	
医療機関名	

※　本報告書については、地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）１、２、３又は４を算定する病室に隣接する廊下幅が１．８ｍ（両側居室の場合は２．７ｍ）に満たない場合、記入のうえ提出してください。

廊下幅の基準を満たさない場合における 全面的な改築等の予定	着工予定　　年　　月 完成予定　　年　　月
全面的な改築等の予定の具体的内容 （進捗が無い場合はその理由等）	

地域包括医療病棟入院料に係る報告書

保険医療機関名

医療機関コード

・床面積の基準（内法による測定で、患者１人につき、6.4 平方メートル以上） （　　基準を満たしている　　・　　基準を満たしていない　　） いずれかに〇を付してください。	
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 （床面積の基準をみたしていない場合、記入必須）	着　工　予　定　　年　　月
	完　成　予　定　　年　　月
・廊下幅の基準（片側居室の場合は1.8m以上、両側居室の場合は2.7m以上） （　　基準を満たしている　　・　　基準を満たしていない　　） いずれかに〇を付してください。	
廊下幅の基準を満たさない場合における全面的な改築等の予定 （廊下幅の基準をみたしていない場合、記入必須）	着　工　予　定　　年　　月
	完　成　予　定　　年　　月