

令和 8 年 8 月

保険医療機関（有床診療所） 開設者 様

九州厚生局

施設基準の届出の確認について

社会保険医療行政の推進につきましては、平素から格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、施設基準の届出を行った保険医療機関は、「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 日付保医発 0 3 0 5 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 日付保医発 0 3 0 5 第 8 号）に基づき、毎年 8 月 1 日現在で施設基準の適合性を確認し、その結果について報告することとされているところです。

つきましては、8 月 1 日現在で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、下記の手順により 貴院で自己点検を行い、その結果を別添 1 および別添 2 によりご提出ください。

また、通知により施設基準ごとに定められている報告等については、別添 1 の「総括表」及び「報告様式」にそれぞれ必要事項をご記入の上、ご提出くださいますようお願いいたします。

記

1 施設基準の確認手順等について

（１）施設基準の要件の確認

- ① 8 月 1 日現在で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 自己点検してください。
- ② 貴院が届け出ている施設基準が不明の場合は、九州厚生局のホームページ(※1)をご参照ください。
- ③ 別添 2（自己点検チェックリスト）に示す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により、特に注意して適合性を確認する必要があります。

（２）施設基準の要件を確認した結果

- ① 自己点検の結果、すべて要件を満たしている場合は、別添 1 の「ア」に☑を入れて、ご提出ください。
- ② また、別添 2（自己点検チェックリスト）の「届出の有無」及び「要件を満たしているか」の各欄に、貴院の状況に応じて☑を入れて、ご提出ください。自己点検に当たっては、「補助票」も適宜ご活用ください。（「別添 2（自己点検チェ

ックリスト)」のみ提出が必要です。「補助票」については、提出は不要です。）

- ③ 要件を満たしていないものがある場合は、別添1の「イ」に☑を入れて、「要件を満たしていない施設基準名」の欄に、当該施設基準名をご記入の上、施設基準の「辞退届」(※2)と併せてご提出ください。

(3) 提出期限

令和8年9月1日(火)までにご提出ください。(郵送必着)

九州厚生局公式ホームページ (<https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kyushu/>)

※1 届け出ている施設基準の確認

知りたい分野から探す > 保険医療機関、保険医等 > 保険医療機関等の情報を知りたい方へ > 保険医療機関・保険薬局・指定訪問看護事業所・はり、きゅう及びあん摩マッサージ指圧の受領委任取扱い施術所の管内指定状況及び届出受理状況について > 「届出受理医療機関名簿(全体版)」

※2 辞退届のダウンロード

知りたい分野から探す > 保険医療機関、保険医等 > 保険医療機関・保険薬局の方へ > 届出様式等 > 令和8年度診療報酬改定に係る施設基準の届出等 > 「施設基準に係る辞退届」

2 届出が不要となっている施設基準の要件の確認について

届出が不要となっている下記の施設基準について、診療報酬を算定している場合は、要件を満たしているか、貴院で自己点検してください。

なお、要件を満たしていない場合は診療報酬を算定できませんのでご注意ください。

(届出が不要となっている施設基準の例)

※ 届出が不要となっている施設基準のみ要件を満たさない場合の、上記1(2)②の報告は、別添1の「ア」に○をして提出してください。

- | | |
|--------------------|---------------------|
| ・夜間・早朝等加算 | ・一般名処方加算 |
| ・明細書発行体制等加算 | ・耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算 |
| ・妊娠婦緊急搬送入院加算 | ・経皮的冠動脈形成術 |
| ・重症皮膚潰瘍管理加算 | ・経皮的冠動脈ステント留置術 |
| ・アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料 | ・内視鏡的小腸ポリープ切除術 |
| ・小児抗菌薬適正使用支援加算 | ・連携強化診療情報提供料 |
| ・遠隔連携診療料 | |
| ・認知症専門診断管理料 | |

【お問い合わせ・提出先】

九州厚生局各県事務所(福岡県は指導監査課)

1 施設基準の届出状況等の確認にあたって

（１）施設基準の届出内容に変更がある場合は、届出が必要です。

- ① 施設基準の届出受理後に、届出内容と異なった事情が生じ、当該施設基準を満たさなくなった場合又は当該施設基準の届出区分が変更となった場合には、遅滞なく届出を行う必要があります。（一時的な変動に該当する場合等を除く。）

特に、実績に基づく施設基準についてご注意ください。

（例）

- ニコチン依存症管理料

前年４月１日から当年３月３１日までの治療の平均継続回数が、２回以上から２回未満となった場合、又は、２回未満から２回以上になった場合。

- 在宅療養支援診療所（１）及び（２）

過去１年間の緊急の往診や看取り等の実績件数について、要件を満たさなくなった場合。

- ② 平成３０年度の診療報酬改定から、従事者等に変更があっても、施設基準を満たしている場合には変更の届出が不要となりました。

ただし、神経学的検査、画像診断管理加算１、２、３及び４、麻酔管理料（Ⅰ）について、届け出ている医師に変更があった場合には、その都度届出を行う必要があります。

- ③ ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影など届出にあたり使用する機器を届け出ている施設基準について、当該機器に変更があった場合には、その都度届出を行う必要があります。

（２）保険外併用療養費に変更がある場合は、新たに報告が必要です。

保険外併用療養費を徴収している保険医療機関は徴収を始める際に報告が必要ですが、金額・病床数等の届出内容に変更がある場合にも報告が必要ですので、変更の都度、今回の定例報告とは別に報告をお願いします。

（３）施設基準に該当しなくなった場合は、届出が必要です。

施設基準に該当しなくなった場合は、速やかに「辞退届」の提出をお願いします。

（４）保険医の異動がある場合は、届出が必要です。

保険医療機関に勤務する保険医について、①雇用、②退職、③常勤・非常勤の変更があった場合は、保険医療機関の指定に係る「届出事項変更（異動）届」の「保険医又は保険薬剤師」欄に必要事項を記載のうえ、速やかに提出をお願いします。

2 報告書作成及び提出にあたって

（１）様式は必ず令和８年度版を使用してください。

なお、様式への押印は不要です。

また、ホームページには「令和８年度定例報告に係るFAQ（よくある質問）」も掲載しておりますので、書類作成時の参考等にご活用ください。

業務内容＞主な業務別情報＞保険医療機関・保険薬局＞３．届出様式等＞令和８年度施設基準の届出状況等の報告（定例報告）

（２）記載上の注意について

各様式中の「保険医療機関コード」及び「保険医療機関番号」欄は、以下のとおり記載してください。

「保険医療機関コード」の場合・・・・・・７桁の指定通知書の番号

「保険医療機関番号」の場合・・・・・・先頭に下記の『各県の番号（２桁）』を付けて指定通知書の番号（合計９桁）

『各県の番号』 福岡県：４０ 佐賀県：４１ 長崎県：４２ 熊本県：４３

大分県：４４ 宮崎県：４５ 鹿児島県：４６ 沖縄県：４７

(3) 提出方法について

郵送または電子申請による提出について特段のご理解・ご協力をいただきますようお願いいたします。

(4) ご不明な点につきましては、九州厚生局各県事務所（福岡県は指導監査課）までお問い合わせください。

3 定例報告と別に報告が必要です。

(例)

- 向精神薬多剤投与に係る報告（別紙様式 40 により毎年度 4 月、7 月、10 月、1 月に報告）
- 看護職員処遇改善評価料の令和 8 年度算定分の賃金改善中間報告書
→「令和 8 年度算定分の賃金改善中間報告書」については、定例報告とは別に、メールによる提出をお願いいたします（「令和 7 年度算定分の賃金改善実績報告書」については、定例報告の報告様式に含まれています）。「令和 7 年度算定分の賃金改善実績報告書」と「令和 8 年度算定分の賃金改善中間報告書」では様式および提出方法が異なりますので、ご確認のうえ提出をお願いいたします。
詳細は九州厚生局HP（トップページ＞申請・届出等の手続案内＞看護職員処遇改善評価料に係る実績報告について）をご確認ください。
- ベースアップ評価料の令和 7 年度算定分の賃金改善実績報告書および令和 8 年度算定分の賃金改善中間報告書
→「令和 7 年度算定分の賃金改善実績報告書」と、「令和 8 年度算定分の賃金改善中間報告書」について、それぞれメールによる提出をお願いいたします。「令和 7 年度算定分の実績報告書」と「令和 8 年度算定分の実績報告書」では様式が異なりますので、提出様式を確認して提出をお願いいたします。
詳細は九州厚生局HP（トップページの青いバナー「ベースアップ評価料の実績報告について」をクリック）をご確認ください。

施設基準の届出の確認について(報告)

令和 年 月 日

九州厚生局長 殿

保険医療機関コード

保険医療機関	所在地
	名称
	開設者
書類作成担当者	所属
氏名	(Tel: - -)

※押印は不要です。

8月1日現在、当院が届出を行っている全ての施設基準について要件を満たしているか確認しましたので、次のとおり報告します。

<ア、イのいずれかに必ずチェックを入れてください>

☐ ア：届け出ている施設基準の全てについて、要件を満たしています。

☐ イ：次の施設基準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については要件を満たしています。

要件を満たしていない施設基準：

※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。

【総括表】

- (1) No.1(別紙様式2)は必ず報告が必要です。提出もれのないようご注意ください。
- (2) 「報告様式」は、別添1(この用紙)および別添2(自己点検チェックリスト)と併せて提出してください。また、提出する様式については、チェック欄に「☒」をつけてください。なお、届出を行っていない施設基準等や、今回の自己点検により要件を満たしていないことが判明し、辞退届を提出する施設基準等の報告様式の提出は不要です。

No.	様式番号	名 称	提出書類 のチェック
1	別紙様式2	有床診療所入院基本料等に関する実施状況報告書【必須】※提出もれのないようご注意ください。	☐
2	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	☐
3	別紙様式4-2	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	☐
4	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 (注)「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)場合は提出不要です。	☐
5	別紙様式11	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	☐
6	別紙様式14	情報通信機器を用いた診療に係る報告書	☐
7	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	別紙様式16	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	☐
9	別紙様式17	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	☐
10	別紙様式18	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	☐
11	別紙様式20	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に係る届出書	☐
12	別紙様式22	訪問看護遠隔診療補助料に係る報告書	☐
13	別紙様式23	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	☐
14	(基)様式25の2	診療所療養病床療養環境改善加算に係る改善計画	☐
15	(特)様式93の3	看護職員処遇改善評価料に係る令和7年度の実績報告書	☐
16	-	保険外併用療養費	☐

(注)
看護職員処遇改善評価料の令和8年度の間接報告書、ベースアップ評価料の令和7年度の実績報告書、ベースアップ評価料の令和8年度の間接報告書は、定例報告とは別に、令和8年8月にメールで提出していただくようお願いいたします。

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、別添1に併せて、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つては、補助票もご活用ください。

○なお、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	☐	☐	☐

(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	☐
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。)	☐

(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
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いた割合が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いた割合が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いた割合が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いた割合が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。	□
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いた割合が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いた割合が8割以上であるか	□

(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
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。	☐
回復期リハビリテーション病棟入院料3・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。	☐
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	☐

(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
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 (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 (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。)への転院患者 (ハ) 死亡退院の患者	☐
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、患者、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「患者」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院した場合、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、患者、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「患者」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院した場合、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	☐

(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
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。	☐
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	☐
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。	☐

(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
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 (イ) 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年間に於いて、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Ⅲに該当する患者であって、介護者への助言や療養方針に関する本人や介護者との意思決定支援を継続的に行うとともに、直近3か月以内に関係機関との間でこれらの情報を共有し連絡調整を行った患者をいう。以下同じ。)の延べ診療月数の割合が8分以上であり、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	☐

(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。	□

(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
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 (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 精巢内精子採取術	
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	☐

有床診療所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

都道府県番号

医療機関コード7桁

（別紙様式2）

【有床診療所記入用】

医療機関名									開設者番号			都道府県名				郡市区町村名			
届出区分		許可病床数	医療保険届出病床数	稼働病床数	1日平均入院患者数	現員数				施設基準（該当する記号全てに○） ※該当する場合は実績件数も記載すること。								実績件数	
有床診療所入院基本料1						医師	看護師	准看護師	看護補助者	イ 以下の1～3のうち該当する記号全てに○ 1 過去1年間に、介護保険の通所リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション、居宅療養管理指導、介護予防居宅療養管理指導、短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護又は複合型サービスの提供実績がある。 2 介護医療院を併設している。 3 指定居宅介護支援事業者又は指定介護予防サービス事業者である。									
有床診療所入院基本料2										ロ 在宅療養支援診療所であって、過去1年間に訪問診療を実施した実績がある。									
有床診療所入院基本料3										ハ 過去1年間の急変時の入院件数が6件以上である。（予定入院は除く。）								入院件数 件	
										ニ 夜間看護配置加算1又は2の届出を行っている。									
										ホ 時間外対応加算1の届出を行っている。									
有床診療所入院基本料4										ヘ 過去1年間の新規入院患者のうち、他の急性期医療を担う病院の一般病棟からの受入れが1割以上である。								受入割合 割	
										ト 過去1年間の当該保険医療機関内における看取りの実績が2件以上である。								看取件数 件	
有床診療所入院基本料5										チ 過去1年間の全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔（手術を実施した場合に限る。）の患者数（分娩を除く。）が30件以上である。								当該患者数 件	
										リ 医療資源の少ない地域※に所在する有床診療所である。 ※特定一般病棟入院料の「注1」に規定する地域									
有床診療所入院基本料6										ヌ 過去1年間の分娩を行った総数（帝王切開を含む。）が30件以上である。									
										ル 過去1年間に、乳幼児加算・幼児加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算又は小児療養環境特別加算を算定した実績がある。									
療養病床	1. 入院 2. 特別 ※いずれかに○をする									有床診療所入院基本料1～3の届出施設 □ 「イに該当」 □ 「ロ～ルに2つ以上該当（該当数： 件）」 ※ 有床診療所入院基本料1～3については、上記要件のうちイに該当、又はロ～ルまでのうち2つ以上に該当すること。									

※ 「1日平均入院患者数」は小数第1位を切り上げ（小数第1位までの数、例：12.34→12.4）。

※ 「現員数」は1人未満の端数は、小数第二位（小数第三位切り捨て）までの実数を記載すること。また、1人の医師、看護師、准看護師又は看護補助者について算出した値が1.0を超える場合は、1.00人とする。

[別紙様式 2 : 記載上の注意]

※本様式の書式は変えないこと

有床診療所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、入院基本料の施設基準を届出していない保険医療機関においては、本報告書の記載は不要であること。

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

※ 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。

1. 「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、保険医療機関番号順に 1 番から連続した番号を付すこと。）

2. 「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。

3. 「開設者番号」欄は、次の区分による番号を記載すること。

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）			

4. 「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：〇〇区、〇〇市、〇〇郡〇〇町）

5. 「届出区分」欄は、届出していない場合は全て空白のままとすること。ただし、届出している各記載欄において、ゼロの場合は「0」を必ず記載すること。

6. 「届出区分」欄の「療養病床」は、1. 入院、又は 2. 特別のいずれかの番号に○印を付すこと。特別入院基本料を算定している場合は 2. 特別へ、それ以外であれば 1. 入院の番号に○印を付すこと。

7. 「病床数」欄について

（1）医療法に基づく許可病床数、入院料等の届出を行った医療保険届出病床数、使用を休止している病床を除く稼働病床数を記載すること。

（2）「療養病床」欄は、医療法に基づく許可病床数、入院料等の届出を行った医療保険届出病床数、使用を休止している病床を除く稼働病床数を記載すること。

8. 「1 日平均入院患者数」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日から令和 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）

9. 「現員数」欄について

（1）医師について

ア 常勤医師（週4日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週31時間以上である者をいう）の数に、非常勤医師の実労働時間数を常勤換算した数を加えた数を記載すること。

イ 非常勤医師の実労働時間数の常勤換算に当たっては、当該医師の1週間の実労働時間を常勤医師の所定労働時間で除して算出すること。

※ 1人未満の端数は、小数第二位（小数第三位切り捨て）までの実数を記載すること。また、1人の医師について算出した値が1.0を超える場合は、1.0人とすること。

（例：得た数が「1.865」の場合、「1.86」と小数第二位までの実数を記載する。）

※ 一般病床と療養病床とを併せもつ場合は、主たるもののみに計上し、重複のないようにすること（主たるものでない病床については、現員数は「0」と記載する）。

（2）看護要員（看護師、准看護師及び看護補助者）について

ア 当該保険医療機関で定めた所定労働時間の全てを勤務する常勤の職員の数を記載すること。

イ 常勤以外の非常勤職員がいる場合については、当該職員の1か月の実労働時間を常勤職員の所定労働時間で除して得た数を、アに加えた数を記載すること。

※ 1人未満の端数は、小数第二位（小数第三位切り捨て）までの実数を記載すること。また、1人の職員について算出した値が1.0を超える場合は、1.0人とすること。

（例：得た数が「1.865」の場合、「1.86」と小数第二位までの実数を記載する。）

10. 「施設基準」欄について

（1）イ～ルの該当する記号全てに○印を付すこと。

（2）過去1年間とは前年8月1日から本年7月31日までの直近1年間とすること。

（3）ロ・ハ・ヘ・ト・チ・ヌについては該当する場合のみ、右の実績件数欄に記載すること。

※への受入割合は、小数第一位（小数第二位切り捨て）までの実数を記載すること。

（例：得た数が0.156の場合、1.5割）

（4）有床診療所入院基本料1～3を届出している場合、「イに該当」もしくは「ロ～ルに2つ以上該当（該当数： 件）」のどちらかに☑し、該当数を記載すること。

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

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〕

- 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。
- 「開設者番号」欄は、該当する番号に☑を記載すること。
- 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。）
- 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。）
- 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。
- 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。）
- 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。
- 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）
- 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。
- 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 4 - 2)

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（令和 8 年 8 月 1 日現在）

都 道 府 県 名

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			

費用徴収を行うこととしている 診察室 数（消費税を含む 1 日当たり金額階級別）												
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	合計
室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室	室

※入院医療に係るものは別紙様式 4 - 1 に記載すること。

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〕

- この調査は、毎年 8 月 1 日現在における診察室数の状況を記載すること。（費用徴収を行うこととしている診察室がない場合は報告不要）
- 「開設者番号」欄は、該当する番号に☑を記載すること。
- 特別の療養環境の提供（外来医療に係るもの）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 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

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。

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

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 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（ ）

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	初診料を算定した患者の内、診療前 相談を行った件数	件	再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」□ 「1」ハ(1) 「2」□ 「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	
---------	--

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

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 3 1 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。

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

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 3 1 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。

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

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 3 1 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。

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

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 $\geq$ 30】	該当 ・ 非該当
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ある場合、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) $\geq$ 20】	該当 ・ 非該当

[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 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。

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

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〕

- 「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。
- 「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。
- 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。

診療所療養病床療養環境改善加算に係る改善計画（8月報告）

医療機関コード：

医療機関名：

療養環境の改善計画の概要

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		

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ペ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ペア等の割合（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ペ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。

保険医療機関コード:

保険医療機関名 :

1. 保険外併用療養費

医科点数表等に規定する回数を超えて受けた診療(該当するものを記入すること。)

リハビリテーション		検 査	
・心リハ(Ⅰ)	・患者からの徴収額(円)	・AFP	・患者からの徴収額(円)
・心リハ(Ⅱ)	・患者からの徴収額(円)	・CEA	・患者からの徴収額(円)
・脳リハ(Ⅰ)	・患者からの徴収額(円)	・PSA	・患者からの徴収額(円)
・脳リハ(Ⅱ)	・患者からの徴収額(円)	・CA19-9	・患者からの徴収額(円)
・脳リハ(Ⅲ)	・患者からの徴収額(円)	精神科専門療法	
・廃リハ(Ⅰ)	・患者からの徴収額(円)	・ショート・ケア(大)	・患者からの徴収額(円)
・廃リハ(Ⅱ)	・患者からの徴収額(円)	・ショート・ケア(小)	・患者からの徴収額(円)
・廃リハ(Ⅲ)	・患者からの徴収額(円)	・デイ・ケア(大)	・患者からの徴収額(円)
・運リハ(Ⅰ)	・患者からの徴収額(円)	・デイ・ケア(小)	・患者からの徴収額(円)
・運リハ(Ⅱ)	・患者からの徴収額(円)	・ナイト・ケア	・患者からの徴収額(円)
・運リハ(Ⅲ)	・患者からの徴収額(円)	・デイ・ナイト・ケア	・患者からの徴収額(円)
・呼リハ(Ⅰ)	・患者からの徴収額(円)		
・呼リハ(Ⅱ)	・患者からの徴収額(円)		
・摂食機能療法	・患者からの徴収額(円)		
・リンパ浮腫複合的治療料	・患者からの徴収額(円)		

【記載上の注意】

- ・消費税を含む金額を記入すること。
- ・報告している内容に変更がある場合は、速やかに所定様式により報告を行うこと。

2. その他

下記に関する報告様式は、保険外併用療養費に関する通知により、毎年 of 定例報告の際に治験の実施状況について報告するよう定められた様式である。保険外併用療養費の支給対象となる治験を直近1年間(前年8月1日～当該年7月31日)に実施した保険医療機関については、以下の報告様式を併せて提出すること(直近1年間に実施していない場合は報告不要)。

なお、報告する際は、当ファイルの別シートの様式を使用すること。

施設基準等の名称	提出様式名等
医薬品の治験	「保険外併用療養費に関する通知」により定められている「別紙様式6」
医療機器の治験	「保険外併用療養費に関する通知」により定められている「別紙様式8」
再生医療等製品の治験	「保険外併用療養費に関する通知」により定められている「別紙様式15」

医薬品の治験に係る実施(変更)報告書

上記について報告します。

令和 8年 8月 日

保険医療機関名：
保険医療機関コード：

九州厚生局長 殿

(令和8年8月1日現在)

治験依頼者名	治験薬の名称・ 効能効果	内・注・外	区分	対象患者数	治験実施期間
				人	年 月 日～ 年 月 日
				人	年 月 日～ 年 月 日
				人	年 月 日～ 年 月 日
				人	年 月 日～ 年 月 日
				人	年 月 日～ 年 月 日

注1. 「治験依頼者名」について、自ら治験を実施する者による治験の場合は治験責任医師名を記載すること。
注2. 「治験薬の名称」について、一般名が決定している場合は一般名を、それ以外の場合は治験薬のコード番号を記載すること。
注3. 「効能効果」については、当該治験薬の予定される効能又は効果を記載すること。
注4. 「内・注・外」については、内服薬、注射薬、外用薬のいずれかを記載すること。
注5. 「区分」については、第Ⅰ相、第Ⅱ相、第Ⅲ相のいずれかを記載すること。
注6. 「対象患者数」および「治験実施期間」については、受託した予定患者数及び予定実施期間を記載することとして差し支えない。
注7. 本報告については、直近1年間(前年8月1日～当該年7月31日)の実施状況を記載すること。

医療機器の治験に係る実施(変更)報告書

上記について報告します。
令和 8年 8月 日

保険医療機関名：
保険医療機関コード：

九州厚生局長 殿

(令和8年8月1日現在)

治験依頼者名	治験機器の名称	治験機器の使用目的又は効果	区分	対象患者数	治験実施期間
				人	年 月 日～ 年 月 日
				人	年 月 日～ 年 月 日
				人	年 月 日～ 年 月 日
				人	年 月 日～ 年 月 日
				人	年 月 日～ 年 月 日

注1 「治験依頼者名」について、自ら治験を実施する者による治験の場合は治験責任医師名を記載すること。
注2 「治験機器の名称」については、治験機器の識別記号を記載すること。また、一般的名称が決まっている場合は当該名称を、それ以外の場合は「その他の〇〇」等として適切と判断される名称を付記すること。
注3 「使用目的又は効果」については、当該治験機器の予定される使用目的又は効果を記載すること。
注4 「区分」については、第Ⅰ相、第Ⅱ相、第Ⅲ相のいずれかを記載すること。
注5 「対象患者数」及び「治験実施期間」については、受託した予定患者数及び予定実施期間を記載することとして差し支えない。
注6 本報告については、直近1年間(前年8月1日～当該年7月31日)の実施状況を記載すること。

再生医療等製品の治験に係る実施(変更)報告書

上記について報告します。
令和 8年 8月 日

保険医療機関名：
保険医療機関コード：

九州厚生局長 殿

(令和8年8月1日現在)

治験依頼者名	治験製品の名称	治験製品の効能、効果又は性能	区分	対象患者数	治験実施期間
				人	年 月 日～ 年 月 日
				人	年 月 日～ 年 月 日
				人	年 月 日～ 年 月 日
				人	年 月 日～ 年 月 日
				人	年 月 日～ 年 月 日

注1 「治験依頼者名」について、自ら治験を実施する者による治験の場合は治験責任医師名を記載すること。
注2 「治験製品の名称」については、治験製品の識別記号を記載すること。また、一般的名称が決まっている場合は当該名称を、それ以外の場合は「その他の〇〇」等として適切と判断される名称を付記すること。
注3 「効能、効果又は性能」については、当該治験製品の予定される効能、効果又は性能を記載すること。
注4 「区分」については、第Ⅰ相、第Ⅱ相、第Ⅲ相のいずれかを記載すること。
注5 「対象患者数」及び「治験実施期間」については、受託した予定患者数及び予定実施期間を記載することとして差し支えない。
注6 本報告については、直近1年間(前年8月1日～当該年7月31日)の実施状況を記載すること。