事　務　連　絡
令和８年10月７日

地 方 厚 生 （ 支 ）局 医 療 課
都道府県民生主管部（局）
　国民健康保険主管課（部）　　御中
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
　後期高齢者医療主管課（部）

厚生労働省保険局医療課

令和８年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について

下記の通知について、それぞれ別添１から別添５までのとおり訂正しますので、その取扱いについて周知徹底を図られますよう、お願いいたします。

・「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」
（令和８年３月５日保医発 0305 第６号）（別添１）
・「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」
（令和８年３月５日保医発 0305 第７号）（別添２）
・「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」
（令和８年３月５日保医発 0305 第８号）（別添３）
・「「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について」
（令和８年３月 27 日保医発 0327 第２号）（別添４）
・「災害発生時における保険診療関係等及び診療報酬の取扱いについて」
（令和８年３月 31 日保医発 0331 第２号）（別添５）

（別添１）

診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について
（令和８年３月５日保医発 0305 第６号）

別添１

医科診療報酬点数表に関する事項

第２章　特掲診療料
第３部　検査
　第３節　生体検査料
　　Ｄ２１８　分娩監視装置による諸検査
　　分娩監視装置による諸検査は、胎児~~仮死、潜在胎児仮死~~機能不全及び~~異常~~分娩が生理的経過を逸脱する場合において、~~の~~その~~経過~~改善の目的で陣痛促進を行う場合にのみ算定できるものであり、陣痛曲線、胎児心電図及び胎児心音図を記録した場合も、所定点数に含まれる。

第 10 部　手術
　＜通則＞
　　29　外科医療確保特別加算
　　（１）～（３）　（略）
　　（４）　「通則 23」の「所定点数」とは、第１節手術料の各区分に掲げられた点数及び各区分の注に規定する加算の合計をいい、通則の加算点数は含まない。

（別添２）

基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて
（令和８年３月５日保医発 0305 第７号）

別添２

入院基本料等の施設基準等

第２　病院の入院基本料等に関する施設基準

４の５の２　「基本診療料の施設基準等」第五の二の（１）の~~イ~~ロの③の~~４~~３及び第五の二の（１）の~~イ~~ロの④の~~４~~３について

急性期一般入院料２又は３を算定する保険医療機関については、厚生労働省が入院医療を担う保険医療機関の機能や役割について分析・評価するために行う調査に適切に参加すること。ただし、やむを得ない事情が存在する場合には、この限りでない。

別添３

入院基本料等加算の施設基準等

第 17 の２　強度行動障害入院医療管理加算

１　強度行動障害入院医療管理加算の施設基準

次の各号のいずれかに該当する病棟であること。

（１）　児童福祉法第 42 条第２号に規定する医療型障害児入所施設（主として重症心身障害児を入所させるものに限る。）又は~~同法第６条の２の２第３項~~第７条第２項に規定する~~独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であって厚生労働大臣の指定するもの~~指定発達支援医療機関に係る障害者施設等入院基本料を算定する病棟であること。

（２）　児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟であること。

様式１の３

機能強化加算に係る届出書添付書類

<table>
<tr><td rowspan="8">１．診療体制等の要件
（該当するものすべてを選択すること。）</td><td>□</td><td>ア</td><td>地域包括診療加算１に係る届出を行っている。</td></tr>
<tr><td>□</td><td>イ</td><td>以下のいずれも満たす。
（イ）地域包括診療加算２に係る届出を行っている。
（ロ）直近１年間において、次のいずれかを満たしている。
①　地域包括診療加算２を算定した患者が３人以上
②　在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「１」、在宅患者訪問診療料（Ⅱ）（注１のイの場合に限る。）又は往診料を算定した患者の数の合計が３人以上</td></tr>
<tr><td>□</td><td>ウ</td><td>地域包括診療料１に係る届出を行っている</td></tr>
<tr><td>□</td><td>エ</td><td>以下のいずれも満たす。
（イ）地域包括診療料２に係る届出を行っている。
（ロ）直近１年間において、次のいずれかを満たしている。
①　地域包括診療料２を算定した患者が３人以上
②　在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「１」、在宅患者訪問診療料（Ⅱ）（注１のイの場合に限る。）又は往診料を算定した患者の数の合計が３人以上</td></tr>
<tr><td>□</td><td>オ</td><td>小児かかりつけ診療料１又は２に係る届出を行っている。</td></tr>
<tr><td>□</td><td>カ</td><td>在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料に係る届出を行っている保険医療機関であって、第９在宅療養支援診療所の１（１）若しくは（２）に該当する診療所又は第14の２在宅療養支援病院の１（１）若しくは（２）に該当する病院である。</td></tr>
<tr><td>□</td><td>キ</td><td>在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料に係る届出を行っている保険医療機関であって、第９在宅療養支援診療所の１（３）に該当する診療所並びに第14の２在宅療養支援病院の１（３）に該当する病院であり、以下のいずれかを満たしている。
（イ）第９在宅療養支援診療所の１（３）に該当する診療所であって、以下のいずれかを満たしている。
①　第９在宅療養支援診療所の１（１）~~コ~~ケに掲げる過去１年間の緊急の往診の実績が３件以上
②　第９在宅療養支援診療所の１（１）~~サ~~コに掲げる過去１年間の在宅における看取りの実績が１件以上又は過去１年間の15歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績が１件以上
（ロ）第14の２在宅療養支援病院の１（３）に該当する病院であって、以下のいずれかを満たしている。
①　第14の２在宅療養支援病院の１（１）シ①に掲げる過去１年間の緊急の往診の実績又は１（１）シ②に掲げる在宅療養支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績の合計が直近１年間で３件以上
②　第14の２在宅療養支援病院の１（１）スに掲げる過去１年間の在宅における看取りの実績が１件以上又は過去１年間の15歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績が１件以上</td></tr>
<tr><td rowspan="10">２．常勤医師の配置状況
（常勤医師の氏名を１名以上記載した上で、該当するものすべてを選択すること。）</td><td colspan="3">常勤医師の氏名（複数の常勤医師が該当する場合には、主な医師の氏名を４名以内で記載すること。）</td></tr>
<tr><td colspan="2">医師１</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">医師２</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">医師３</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">医師４</td><td></td></tr>
<tr><td>□</td><td>ア</td><td>介護保険制度の利用等に関する相談への対応及び要介護認定に係る主治医意見書の作成を行っている。</td></tr>
<tr><td>□</td><td>イ</td><td>警察医として協力している。</td></tr>
<tr><td>□</td><td>ウ</td><td>母子保健法（昭和40年法律第141号）第12条及び第13条に規定する乳幼児の健康診査（市町村を実施主体とする１歳６か月、３歳児等の乳幼児の健康診査）を実施している。</td></tr>
<tr><td>□</td><td>エ</td><td>予防接種法（昭和23年法律第68号）第５条第１項に規定する予防接種（定期予防接種）を実施している。</td></tr>
<tr><td>□</td><td>オ</td><td>幼稚園の園医、保育所の嘱託医又は小学校、中学校若しくは高等学校の学校医に就任している。</td></tr>
<tr><td>□</td><td>カ</td><td>「地域包括支援センターの設置運営について」（平成18年10月18日付老計発1018001号・老振発1018001号・老老発1018001号厚生労働省老健局計画課長・振興課長・老人保健課長通知）に規定する地域ケア会議に出席している。</td></tr>
<tr><td>□</td><td>キ</td><td>通いの場や講演会等の市町村が行う一般介護予防事業に協力している。</td></tr>
<tr><td rowspan="3">３．地域におけるかかりつけ医機能として実施している内容に係る院内及びホームページ等への掲載状況等</td><td>□</td><td colspan="2">保険医療機関の見やすい場所に掲示している。</td></tr>
<tr><td>□</td><td colspan="2">ホームページ等に掲示している。</td></tr>
<tr><td>□</td><td colspan="2">掲示している内容を記載した文書を保険医療機関内の見やすい場所に置き、患者が持ち帰ることができるようにしている。</td></tr>
<tr><td>４．業務継続計画の策定</td><td>□</td><td colspan="2">「医療機関（災害拠点病院以外）における災害対応のための BCP 作成の手引き」等を参考に、業務継続計画を策定し、当該計画に従い必要な措置を講じている。</td></tr>
</table>

（別添３）

特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて
（令和８年３月５日保医発 0305 第８号）

様式20の１の４

在宅自己腹膜灌流指導管理料２の施設基準に係る届出書添付書類

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

［記載上の注意］

１　「１」は特掲診療料施設基準通知第２の４の（３）に定めるところによるものであること。

２　「２」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。

３　「３」は、~~実績期間内に~~腹膜灌流に係る手術（「Ｋ６３５－３」又は「Ｋ６３５－４」）が、新規届出の場合には~~年間５~~届け出前６月以内に２例以上、再度の届出の場合には１月から12月までの１年間（実績期間）に３例以上必要であること。また、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式52により添付すること。

様式65の５の４

腹腔鏡下骨盤内臓全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

1　届出種別（該当するいずれか１つを〇で囲むこと）		１：新規届出 ２：再度の届出
	実績期間　開始年月（和暦で記載すること）	年　　月
	終了年月（和暦で記載すること）	年　　月
2　標榜診療科　（該当する□に「✔」を記入すること。）		□　外科 □　消化器外科 □　産婦人科 □　婦人科 □　泌尿器科 □　麻酔科
3　当該医療機関における骨盤内臓全摘術の年間実施症例数		
	骨盤内臓全摘術の年間実施症例数	例
	~~そのうち、~~腹腔鏡下骨盤内臓全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合も含む。）の年間実施症例数	例
4　外科又は消化器外科、産婦人科又は婦人科及び泌尿器科について専門の知識を有する常勤医師の氏名等		
常勤医師1	氏名	
	診療科	科
	勤務時間	時間
	当該診療科の経験年数	年
常勤医師2	氏名	
	診療科	科
	勤務時間	時間
	当該診療科の経験年数	年
常勤医師3	氏名	
	診療科	科
	勤務時間	時間
	当該診療科の経験年数	年
常勤医師4	氏名	
	診療科	科
	勤務時間	時間
	当該診療科の経験年数	年
常勤医師5	氏名	
	診療科	科
	勤務時間	時間
	当該診療科の経験年数	年
常勤医師6	氏名	
	診療科	科
	勤務時間	時間
	当該診療科の経験年数	年

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

［記載上の注意］

１　「１」は、特掲診療料施設基準通知第２の４の（３）に定めるところによるものであること。

２　「３」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式52により添付すること。

３　「４」の常勤医師の勤務時間欄に就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

４　当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。

様式 84

調剤基本料の施設基準に係る届出書添付書類

1　当該保険薬局における調剤基本料の区分（「参考」を踏まえ、いずれかに〇を付ける）	（　　）	調剤基本料１
	（　　）	調剤基本料２
	（　　）	調剤基本料３－イ
	（　　）	調剤基本料３－ロ
	（　　）	調剤基本料３－ハ
	（　　）	特別調剤基本料Ａ

2　保険薬局指定日	指定年月日	令和　　年　　月　　日
	指定期開始	令和　　年　　月　　日

3　届出の区分（該当する項目の□に「☑」を記入する）	
□	新規指定に伴う届出（遡及指定が認められない場合）
□	新規指定に伴う届出（遡及指定が認められる場合）
□	調剤基本料の区分変更に伴う届出
□	その他（　　）

4　調剤基本料の注１ただし書への該当の有無	□該当（様式 87 の２に記入） □非該当

5　保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係（特別調剤基本料Ａへの該当性）			
（１）	ア　保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係の有無		□なし→（２）へ □あり→別紙１を添付すること
	イ　特別な関係のある医療機関の処方箋集中率の合計 ※別紙１の⑪A の数字を記載すること		％
	ウ　経過措置の該当性 Ⅰ～Ⅳのいずれかに該当する場合は「該当」に☑すること		□該当　□非該当
		Ⅰ　平成 28 年９月 30 日以前から、病院である保険医療機関と特別な関係にあった場合	□該当　□非該当
		Ⅱ　平成 30 年３月 31 日以前から、診療所である保険医療機関と特別な関係にあった場合	□該当　□非該当
		Ⅲ　平成 30 年３月 31 日以前に当該保険薬局の開局に係る手続きが相当程度進捗していた場合	□該当　□非該当
		Ⅳ　令和８年３月４日以前に当該保険薬局の所在する建物内に診療所が所在している場合 （①と②において両方「該当」に☑している場合に限る）	□該当　□非該当
		①令和８年３月５日以降も当該診療所が所在し続けている場合	□該当　□非該当
		②令和８年３月５日以降も新たに他の保険医療機関と特別な関係を有しない場合	□該当　□非該当
（２）	保険薬局の敷地内のオンライン診療受診施設の有無		□なし→（３）へ □あり
		オンライン診療受診施設が、医療計画におけるへき地に所在する保険薬局に設置されている	□該当　□非該当
（３）	特別調剤基本料Ａの該当性（ア、イいずれも非該当→「６」へ）		
	ア　次のすべてに該当する場合に該当に☑すること ・４について「非該当」に☑をしている場合		□該当　□非該当

		・５（１）アについて「あり」に☑をしている場合 ・５（１）イについて 50%超である場合 ・５（１）ウについて「非該当」に☑をしている場合	
		イ　５(２)について「あり」に☑している場合であって、へき地に所在する薬局でないこと	□該当　□非該当

６　処方箋の受付回数及び集中率等※同一の敷地又は建物にある複数の保険医療機関は１の保険医療機関と扱う

期間：　　年　　月　～　　年　　月　（　　か月間①）

処方箋集中率第一位の保険医療機関名	ⅰ：	処方箋集中率第二位の保険医療機関名	ⅱ：	処方箋集中率第三位の保険医療機関名	ⅲ：

（１）処方箋受付回数等

ア　処方箋受付回数の計算

当該保険薬局で受け付けた全ての処方箋の受付回数				②	回
ⅰからの受付回数	②－ⅰ　回	ⅱからの受付回数	②－ⅱ　回	ⅲからの受付回数	②－ⅲ　回
時間外加算、休日加算、深夜加算又は夜間・休日等加算の対象となった患者の全ての処方箋の受付回数				③	回
ⅰからの受付回数	③－ⅰ　回	ⅱからの受付回数	③－ⅱ　回	ⅲからの受付回数	③－ⅲ　回
一月の処方箋の受付回数＝（②－③）/①				④	回
ⅰからの受付回数	④－ⅰ　回	ⅱからの受付回数	④－ⅱ　回	ⅲからの受付回数	④－ⅲ　回

イ　処方箋集中率の計算

情報通信機器を用いた服薬指導を受けた患者の全ての処方箋の受付回数				⑤	回
ⅰからの受付回数	⑤－ⅰ　回	ⅱからの受付回数	⑤－ⅱ　回	ⅲからの受付回数	⑤－ⅲ　回
同一グループの保険薬局の勤務者（非常勤を含む。）の全ての処方箋の受付回数				⑥	回
ⅰからの受付回数	⑥－ⅰ　回	ⅱからの受付回数	⑥－ⅱ　回	ⅲからの受付回数	⑥－ⅲ　回
同一グループの保険薬局の勤務者の家族の全ての処方箋の受付回数				⑦	回
ⅰからの受付回数	⑦－ⅰ　回	ⅱからの受付回数	⑦－ⅱ　回	ⅲからの受付回数	⑦－ⅲ　回
介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院・サービス付き高齢者向け住宅・有料老人ホーム・養護老人ホーム・軽費老人ホーム・認知症高齢者グループホームの入居者に係る全ての処方箋の受付回数				⑧	回
ⅰからの受付回数	⑧－ⅰ　回	ⅱからの受付回数	⑧－ⅱ　回	ⅲからの受付回数	⑧－ⅲ　回
単一建物診療患者又は単一建物居住者が１人の場合の患者の処方箋の受付回数				⑨	回
ⅰからの受付回数	⑨－ⅰ　回	ⅱからの受付回数	⑨－ⅱ　回	ⅲからの受付回数	⑨－ⅲ　回
処方箋集中率　※計算は以下のとおり $⑩n = \frac{②n-(⑤n+⑥n+⑦n+⑧n-⑨n)}{②-(⑤+⑥+⑦+⑧-⑨)}$					
ⅰからの処方箋集中率	⑩－ⅰ　%	ⅱからの処方箋集中率	⑩－ⅱ　%	ⅲからの処方箋集中率	⑩－ⅲ　%

	ウ　処方箋受付回数が多い上位３の保険医療機関に係る処方箋集中率の合計（⑩－ｉ～iiiの合計）	%（⑪）
（２）同一グループ内の処方箋受付回数等（調剤基本料３への該当性）		
	ア　薬局グループへの所属の有無	□所属なし（個店）→（３）へ □所属あり（薬局グループ名：　　）
	イ　⑩－ｉが 85%超	□該当　□非該当
	ウ　１月当たりの同一グループ内の処方箋受付回数の合計	回
	エ　調剤基本料３イ～ハの該当性（いずれかの区分の該当に☑すること）	
	調剤基本料３イ（以下のいずれかに該当があれば該当に☑すること）	□該当
	次のすべてに該当する場合に該当に☑すること ・アについて「所属している」に☑をしている場合 ・イについて「該当」に☑をしている場合 ・ウが 3.5 万回超 40 万回以下の場合	□該当
	次のすべてに該当する場合に該当に☑すること ・アについて「所属している」に☑をしている場合 ・ウが 3.5 万回超 40 万回以下の場合 ・「５」の（１）~~ウ~~アについて「該当」に☑している場合（特別調剤基本料Ａ又は「４」のいずれかに該当するものを除く）	□該当
	調剤基本料３ロ	
	次のすべてに該当する場合に該当に☑すること ・アについて「所属している」に☑をしている場合 ・イについて「該当」に☑をしている場合 ・ウが 40 万回以上の場合	□該当
	次のすべてに該当する場合に該当に☑すること ・アについて「所属している」に☑をしている場合 ・ウが 40 万回以上の場合 ・「５」の（１）~~ウ~~アについて「該当」に☑している場合（特別調剤基本料Ａ又は「４」のいずれかに該当するものを除く）	□該当
	調剤基本料３ハ	
	次のすべてに該当する場合に該当に☑すること ・アについて「所属している」に☑をしている場合 ・イについて「非該当」に☑している場合 ・ウが 40 万回以上の場合 ・④が 4000 回以下又は⑪が 70%以下	□該当
（３）処方箋の集中状況等（調剤基本料２の該当性）		
	ア　④が 4000 回超かつ⑪が 70%超	□該当 □非該当→「イ」へ
	イ　④が 1800 回超かつ⑩－ｉが 85%超	□該当 □非該当→「ウ」へ
	ウ　Ⅰ～Ⅴのすべてに該当すること	□該当 □非該当→「エ」へ
	Ⅰ　~~当該保険薬局の指定日が令和８年６月１日以降である~~令和８年５月 31 日において、現に処方箋の受付回数が１月当たりに 1,800 枚以下であるとして届け出ている保険薬局でない又は令和８年６月１日以降の１月当たりの処方箋の受付回数が継続的に 1,800 枚以下である保険薬局でない	□該当　□非該当
	Ⅱ　特別区又は政令指定都市に所在する	□該当　□非該当
	Ⅲ　当該保険薬局から 500m 以内に他の保険薬局がある	□該当　□非該当
	Ⅳ　④が 600 回超かつ 1800 回以下である	□該当　□非該当
	Ⅴ　⑩－ｉが 85%超である	□該当　□非該当

	エ　④-ｉが 4000 回超			□該当 □非該当→「オ」へ
	オ　以下の⑫と④-ｉを合計した処方箋受付回数が 4000 回超			□該当 □非該当→「（４）」へ
		ア　主たる保険医療機関が同一であるグループ内の他の保険薬局数		施設
		イ　アの保険薬局における主たる保険医療機関からの処方箋受付回数の合計		⑫ 回
（４）　４、５（３）ア若しくはイ又は６（２）エ若しくは（３）アからオまでのいずれも該当しない（調剤基本料１の該当性）				□該当
7　門前薬局等立地依存減算の該当性 （（１）に該当、かつ、（２）又は（３）に該当があれば該当に☑すること）				□該当
（１）　当該保険薬局の指定日が令和８年６月１日以降である				□該当　□非該当
（２）　門前薬局の該当性				
	ア　６（３）ウのⅡとⅢのいずれにも該当する			□該当　□非該当
	イ　⑩-ｉが 85%超である			□該当　□非該当
	ウ　次の①から③までのいずれかに該当する			□該当　□非該当
		①　200 床以上の保険医療機関から 100m 以内に所在し、当該区域内及び当該保険医療機関の敷地内に他の保険薬局が２以上ある		□該当　□非該当
		②　周囲 50m 以内に他の保険薬局が２以上ある		□該当　□非該当
		③　周囲 50m 以内にある他の保険薬局が②に該当する		□該当　□非該当
（３）　医療モール等の該当性				
	ア　⑩-ｉが 85%超である			□該当　□非該当
	イ　保険医療機関と同一の敷地又は建物に所在する			□該当　□非該当

［記載上の注意］

１　「２」については、地方厚生局ホームページに掲載されている「コード内容別医療機関一覧表」を確認の上記載する。

２　「３」については、保険薬局の新規指定（遡及指定が認められる場合を除く。）の場合は、指定日の属する月の翌月から３ヶ月間の実績から、調剤基本料の区分が調剤基本料１等から変更になる場合は届出が必要になることに注意する。

３　「３」については、「その他」に☑を記入した場合は、理由を記載する。

４　「３」については、令和８年度改定に伴い新たに区分変更の届出を行う場合には、「その他」に☑を記入し、「令和８年度改定に伴う届出」と記載する。

５　「４」については、調剤基本料の注１ただし書に該当する保険薬局の場合においては、「該当」に☑を記入し、様式 87 の２を添付する。

６　「６」については、処方箋集中率第１位の保険医療機関が同一敷地内又は同一建物内に所在する場合は「医療モール」と記載し、別紙２に各保険医療機関名等を記載する。

７　「６」②については、リフィル処方箋による調剤を行う場合、調剤実施ごとに受付回数の計算に含める。

８　「６（２）ア」については、グループ内で統一したグループ名を記載する。

９　「６（２）ウ」については、１月当たりの処方箋受付回数の合計は、当年４月末時点でグループに属している保険薬局の④の値（小数点以下は四捨五入）を合計した値を記載する。

別紙１

特別調剤基本料Ａの施設基準に係る届出書添付書類

	全医療機関	処方箋集中率１位	処方箋集中率２位	処方箋集中率３位	処方箋集中率４位	処方箋集中率５位	処方箋集中率６位	処方箋集中率７位	処方箋集中率８位
特別な関係のある保険医療機関名									
種別		□病院 □診療所	□病院 □診療所	□病院 □診療所	□病院 □診療所	□病院 □診療所	□病院 □診療所	□病院 □診療所	□病院 □診療所
ア　処方箋受付回数（②）	回	i　回	ii　回	iii　回	iv　回	v　回	vi　回	vii　回	viii　回
情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合の処方箋受付回数（⑤）	回	i　回	ii　回	iii　回	iv　回	v　回	vi　回	vii　回	viii　回
同一グループの保険薬局の勤務者（非常勤を含む。）の処方箋受付回数（⑥）	回	i　回	ii　回	iii　回	iv　回	v　回	vi　回	vii　回	viii　回
同一グループの保険薬局の勤務者の家族の処方箋受付回数（⑦）	回	i　回	ii　回	iii　回	iv　回	v　回	vi　回	vii　回	viii　回
介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院・サービス付き高齢者向け住宅・有料老人ホーム・養護老人ホーム・軽費老人ホーム・認知症高齢者グループホームの入居者に係る処方箋受付回数（⑧）	回	i　回	ii	iii　回	iv　回	v　回	vi　回	vii　回	viii　回
単一建物診療患者又は単一建物居住者が１人の場合の処方箋受付回数（⑨）	回	i　回	ii　回	iii　回	iv　回	v　回	vi　回	vii　回	viii　回
処方箋集中率⑩ ※⑩N＝ ②N－（⑤N＋⑥N＋⑦N＋⑧N－⑨N） / ②－（⑤＋⑥＋⑦＋⑧－⑨）		％	％	％	％	％	％	％	％
特別な関係のある医療機関の集中率の合計（⑪A）	％								
特定の保険医療機関との間における特別な関係の種類									
（イ）保険医療機関と不動産の賃貸借取引		□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無
（ロ）保険医療機関が譲り渡した不動産の利用		□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無
（ハ）保険薬局が所有する設備の貸与		□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無
（ニ）保険医療機関による開局時期の指定		□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無

別紙２

医療モール等の施設基準に係る届出書添付書類

	医療モール全体	処方箋集中率１位	処方箋集中率２位	処方箋集中率３位	処方箋集中率４位	処方箋集中率５位	処方箋集中率６位	処方箋集中率７位	処方箋集中率８位
保険医療機関又は敷地若しくは建物の名称									
ア　処方箋受付回数の計算									
処方箋受付回数（②）	回	i 回	ii 回	iii 回	iv 回	v 回	vi 回	vii 回	viii 回
時間外加算、休日加算、深夜加算又は夜間・休日等加算を算定した処方箋受付回数（③）	回	i 回	ii 回	iii 回	iv 回	v 回	vi 回	vii 回	viii 回
一月の処方箋の受付回数（④）＝（②－③）/①	回	i 回	ii 回	iii 回	iv 回	v 回	vi 回	vii 回	viii 回
イ　処方箋集中率									
情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合の処方箋受付回数　（⑤）	回	i 回	ii 回	iii 回	iv 回	v 回	vi 回	vii 回	viii 回
同一グループの保険薬局の勤務者（非常勤を含む。）の処方箋受付回数（⑥）	回	i 回	ii 回	iii 回	iv 回	v 回	vi 回	vii 回	viii 回
同一グループの保険薬局の勤務者の家族の処方箋受付回数（⑦）	回	i 回	ii 回	iii 回	iv 回	v 回	vi 回	vii 回	viii 回
介護老人福祉施設、介護老人保健施設若しくは介護医療院、高齢者の居住の安定確保に関する法律で定めるサービス付き高齢者向け住宅又は老人福祉法で定める有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム若しくは認知症高齢者グループホームに入居する患者に係る処方箋受付回数（⑧）	回	i 回	ii 回	iii 回	iv 回	v 回	vi 回	vii 回	viii 回
単一建物診療患者又は単一建物居住者が１人の場合の処方箋受付回数（⑨）	回	i 回	ii 回	iii 回	iv 回	v 回	vi 回	vii 回	viii 回
処方箋集中率⑩ ※⑩N＝$\frac{②N－（⑤N＋⑥N＋⑦N＋⑧N－⑨N）}{②－（⑤＋⑥＋⑦＋⑧－⑨）}$		%	%	%	%	%	%	%	%

欄が不足する場合には複写し作成すること

様式 87 の 23

遺伝性乳癌卵巣癌症候群の患者に対して行う手術の施設基準に係る届出書添付書類

１　届出する術式について（該当する部分に〇をつける） ・　乳房切除術 ・　子宮附属器腫瘍摘出術
２　標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。） 科

３　乳腺外科の専門的な研修の経験を５年以上有する常勤医師の氏名等

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

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

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

５　臨床遺伝学の診療に係る経験を３年以上有する常勤医師の氏名等

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

６　遺伝性乳癌卵巣癌症候群に関する研修の状況

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

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

いる場合は、当該連携医療機関の名称	
８　遺伝性疾患療養指導管理料の注１から注３までに規定する施設基準に係る届出 （　有　・　無　）	
９　麻酔科標榜医の氏名	
10　病理部門の病理医氏名	

［記載上の注意］

１　「３」から「５」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

２　「６」について、常勤医師の氏名、研修の名称、実施主体及び修了日を記載すること。

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

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

５　「~~８~~９」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

（別添４）

「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について
（令和８年３月 27 日保医発 0327 第２号）

別添１

「診療報酬請求書等の記載要領等について」（昭和 51 年８月７日保険発第 82 号）

別表Ｖ　診療行為名称等の略号一覧（歯科）

項番	区分	診療行為名称等	略号	記載欄
147	F100	処方料に係る~~外来後発医薬品使用体制加算1~~地域支援・外来医薬品供給対応体制加算1を算定した場合	~~外後使~~地外薬供1	全体 「その他」欄
148	F100	処方料に係る~~外来後発医薬品使用体制加算2~~地域支援・外来医薬品供給対応体制加算2を算定した場合	~~外後使~~地外薬供2	全体 「その他」欄
149	F100	処方料に係る~~外来後発医薬品使用体制加算3~~地域支援・外来医薬品供給対応体制加算3を算定した場合	~~外後使~~地外薬供3	全体 「その他」欄

（別添５）

災害発生時における保険診療関係等及び診療報酬の取扱いについて
（令和８年３月 31 日保医発 0331 第２号）

４．被災地における保険調剤の取扱い

（４）　医師の指示に基づき、保険薬剤師が避難所等を訪問し、薬学的管理及び指導を行った場合、在宅患者訪問薬剤管理指導料は算定できるものであること。ただし、疾病、傷病から通院による療養が可能と判断される患者に対しては算定できない。なお、同じ避難所等に居住する複数人に対して同一日に在宅患者訪問薬剤管理指導を行う場合は~~「同一建物居住者の場合」~~、当該避難所等において当該保険薬局が訪問薬剤管理指導を実施する者の人数に従い「単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合」又は「単一建物診療患者が 10 人以上の場合」の取扱いとするが、同一世帯の複数の患者が避難所等に同居している場合には、１人目は~~「同一建物居住者以外の場合」~~「単一建物診療患者が１人の場合」を算定し、２人目以降の患者については、~~「同一建物居住者の場合」~~「単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合」又は「単一建物診療患者が 10 人以上の場合」を算定すること。