

事務連絡
令和8年4月2日

地方厚生（支）局医療課
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部） 御中
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）

厚生労働省保険局医療課

令和8年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について

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

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

- ・「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」
（令和8年3月5日保医発 0305 第6号）（別添1）
- ・「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」
（令和8年3月5日保医発 0305 第7号）（別添2）
- ・「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」
（令和8年3月5日保医発 0305 第8号）（別添3）
- ・「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」
（令和8年3月5日保発 0305 第19号）（別添4）
- ・「訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて」
（令和8年3月5日保医発 0305 第9号）（別添5）
- ・「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について」
（令和8年3月5日保医発 0305 第1号）（別添6）

(別添 1)

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

別添 1

医科診療報酬点数表に関する事項

第 1 章 基本診療料

(割愛)

別紙様式7

歯科矯正相談における結果報告書様式

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

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

保険医療機関名(担当歯科医師): ()

歯科診療報酬点数表に関する事項

第2章 特掲診療料

第2部 在宅医療

C000 歯科訪問診療料

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

第8部 処置

通則

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

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

I014 暫間固定

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

第10部 麻酔

第1節 麻酔料

K002 吸入鎮静法

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

第12部 歯冠修復及び欠損補綴

第1節 歯冠修復及び欠損補綴診療料

M015-3 CAD/CAMインレー

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

- イ 小白歯に使用する場合
- ロ 大白歯に使用する場合

ハ 後継永久歯が先天性に欠如している乳~~白~~歯に使用する場合

M017-3 チタンブリッジ

(3) チタンブリッジを装着する場合は、次により算定する。

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

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

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

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

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

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

(別添2)

基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて

(令和8年3月5日保医発0305第7号)

第2 届出に関する手続き

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

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

第4 経過措置等

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

表2 施設基準が改正された入院基本料等

- ・ 機能強化加算(令和9年6月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

- ・ 一般病棟入院基本料（急性期一般入院料6、地域一般入院基本料及び特別入院基本料を除く。）（令和8年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
 - ・ 療養病棟入院料2（令和8年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
 - ・ 特定機能病院C入院基本料（令和8年3月31日時点で「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前の診療報酬の算定方法（以下「旧算定方法」という。）別表第一「A104」に掲げる特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）（7対1入院基本料に限る。）に係る届出を行っている保険医療機関において、令和8年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
 - ・ 専門病院入院基本料（7対1入院基本料に限る。）（令和8年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- （中略）
- ・ 急性期総合体制加算（令和8年3月31日時点で「旧算定方法」別表第一「A200-2」に掲げる急性期充実体制加算に係る届出を行っている保険医療機関において、令和10年6月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
 - ・ バイオ後続品使用体制加算（令和7-9年6月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
 - ・ 特定集中治療室管理料1（令和8年3月31日時点で「旧算定方法」別表第一「A301」に掲げる特定集中治療室管理料1又は2に係る届出を行っている保険医療機関において、令和9年1月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

表3 施設基準が改正された入院基本料等（届出を必要としないもの）

- ・ 特殊疾患入院医療管理料
- ・ ~~新生児特定集中治療室管理料2~~
- ・ 小児入院医療管理料

様式 4 の 3

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

1 診療体制等

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

2 患者急変時等において、対面診療が困難な場合に連携する保険医療機関

① 名称	
② 所在地	
③ 担当歯科医師名	

3 歯科医師の配置状況

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

[記載上の注意]

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

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

第2 届出に関する手続き

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

ただし、以下に定める施設基準については、それぞれ以下に定めるところによる。

(14) 妥結率の実績

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

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

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

新規届出の場合

例：令和7年7月1日に新規指定された薬局の場合

- ・①から④までは妥結率が5割を超えていると**見み**なす
- ・②から③までの妥結率の実績を令和9年6月1日（④の翌日）から⑤まで適用する。



(15) 調剤基本料の注8に規定する保険薬局

届出前3月間の実績にて判定すること。

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

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

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

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

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

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

第4 経過措置等

表1 新設された又は施設基準が創設された特掲診療料

- ・ ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影又はポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（P S M Aイメージング剤を用いた場合に限る。）に係る費用を算定するための施設基準
- ・ 地域支援・外来医薬品供給対応体制加算
- ・ 通院・在宅精神療法の注9に規定する心理支援加算

別添 1

特掲診療料の施設基準等

第 6 の 9 生活習慣病管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)
(割愛)

(割愛)

第13の2 小児口腔機能管理料の注5に規定する口腔管理体制強化加算

1 口腔管理体制強化加算の施設基準

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

第13の4 口腔機能実地指導料

2 届出に関する事項

- (1) 令和9年5月31日までの間、1の(1)に該当するものとみなす。
(2) 口腔機能実地指導料の施設基準に係る届出は、別添2の様式17の4を用いること。

第14の1の3 歯科訪問診療料の注7に規定する施設基準

1 歯科訪問診療料の注7に規定する施設基準

~~1~~(1) 次のいずれかに該当すること。

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

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

~~(3)~~ウ 次のいずれかに該当すること。

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

~~イ~~(ロ) 都道府県等が実施する事業に協力していること。

~~ウ~~(ハ) 学校歯科医等の業務を行っていること。

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

2 届出に関する事項

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

(割愛)

(割愛)

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

1 歯科訪問診療料の注 22 に規定する医科連携訪問加算の基準

- ~~1~~(1) 入院中の口腔状態に課題を抱える患者について連携する他の保険医療機関の依頼に基づき対応できる体制を構築していること。
- ~~2~~(2) ~~1~~(1) に規定する連携機関から歯科訪問診療の依頼を受ける方法について取り決めを行い、連絡先や連絡方法について文書により提供を受けていること。
- ~~3~~(3) ~~1~~(1) に規定する連携体制を構築していること及び連携機関の名称等について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- ~~4~~(4) ~~3~~(3) の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。

2 届出に関する事項

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

第 29 の 5 有床義歯咀嚼機能検査

2 届出に関する事項

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

(割愛)

(割愛)

第106の2 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)

3 届出に関する事項

- (5) 法人内の同一の給与体系に基づく複数の保険医療機関において、医療機関の「月額賃金総額」及び「対象職員数」を通算して届出を行う「賃金改善実績報告書」及び「賃金改善中間報告書」を複数の保険医療機関を集約して作成する場合には、場合には、別添2の様式100の別添1の代わりに、別添2の様式100の別添2を用いることとする。

第106の3 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)

1 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の施設基準

- (8) 当該保険医療機関において、以下に掲げる社会保険診療等に係る収入金額(以下、「社会保険診療等収入金額」という。)の合計額が、総収入の100分の80を超えること。

ア 社会保険診療(租税特別措置法(昭和32年法律第26号)第26条第2項に規定する社会保険診療をいう。以下同じ。)に係る収入金額(労働者災害補償保険法(昭和22年法律第50号)に係る患者の診療報酬(当該診療報酬が社会保険診療報酬と同一の基準によっている場合又は当該診療報酬が少額(全収入金額のおおむね100分の10以下の場合をいう。)の場合に限る。)及び保険外併用療養費(健康保険法第86条に規定する保険外併用療養費をいう。)を支給された場合に当該療養に関して患者から支払われる料金を含む。)

3 届出に関する事項

- (5) 法人内の同一の給与体系に基づく複数の保険医療機関において、医療機関の「月額賃金総額」及び「対象職員数」を通算して届出を行う場合には、別添2の様式96の作成に当たって別添2の様式99を、「賃金改善実績報告書」及び「賃金改善中間報告書」を複数の保険医療機関を集約して作成する場合には、別添2の様式100の別添1の作成に当たって代わりに、別添2の様式100の別添2を用いることとする。

(割愛)

(割愛)

第108 歯科技工所ベースアップ支援料

1 歯科技工所ベースアップ支援料の施設基準

- (1) 歯科技工所に補綴物等の製作等を委託しており、当該歯科技工所の歯科技工士の賃上げ等、補綴物の製作を後方から支援する保険医療機関であること。
- (2) 当該保険医療機関は、当該支援料の趣旨を踏まえ、製作等を委託する歯科技工所が当該支援料による賃金改善の意向を有する場合に、当該歯科技工所と連携の上で届出を行うとともに、当該支援料を全て歯科技工所への委託費の増額に充てること。

2 届出に関する事項

- (1) 歯科技工所ベースアップ支援料の施設基準に係る届出は、別添2の様式101を用いること。
- (2) 毎年8月において、前年度における賃金改善の取組状況を評価するため「実績報告書」を別添2の様式 ~~101~~102の別添1により地方厚生(支)局長に届け出ること。
- (3) 保険医療機関は、歯科技工所ベースアップ支援料の算定に係る書類(「実績報告書」等)を、当該支援料を算定する年度の終了後3年間保管すること。

(割愛)

(参考)

※ 本様式は保険医療機関が届出に当たり確認に用いるための参考様式であって、届出書に添付する必要はない。

1 「区分」欄ごとに、「今回届出」欄、「既届出」欄又は「算定しない」欄のいずれかにチェックする。

2 「今回届出」欄にチェックをした場合は、「様式」欄に示す様式を添付する。

3 「既届出」欄にチェックをした場合は、届出年月を記載する。

4 届出保険医療機関において「区分」欄に掲げる診療報酬を算定しない場合は、「算定しない」欄をチェックする。

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2（又は別添2の2））
1の1の2	遠隔電子処方箋活用加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	1の4
1の2	ウイルス疾患指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	1,4
1の6	外来栄養食事指導料（注2）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	1の2
1の6	外来栄養食事指導料（注3）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	1の2
1の7	遠隔モニタリング加算（ペースメーカー指導管理料）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	1の3
3	喘息治療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	3
4	糖尿病合併症管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	別添2の2
4の2	がん性疼痛緩和指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	別添2の2,5
4の3	がん患者指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の3
4の4	外来緩和ケア管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の4
4の5	移植後患者指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の5
4の6	糖尿病透析予防指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の6,5の8
4の7	小児運動器疾患指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の8の2
4の8	乳腺炎重症化予防ケア・指導料1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	別添2の2
4の8	乳腺炎重症化予防ケア・指導料2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	別添2の2
4の9	婦人科特定疾患治療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の10
4の10	腎代替療法指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	2の2
4の11	一般不妊治療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の11
4の12	生殖補助医療管理料1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の12
4の12	生殖補助医療管理料2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の12
4の13	二次性骨折予防継続管理料1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の13
4の13	二次性骨折予防継続管理料2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の13
4の13	二次性骨折予防継続管理料3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の13
4の15	下肢創傷処置管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の14
4の16	慢性腎臓病透析予防指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	13の9
6	地域連携小児夜間・休日診療料1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7
6	地域連携小児夜間・休日診療料2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7
6、6の3、6の5	院内トリアージ実施体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の1の2
6の3	地域連携夜間・休日診療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の2
6の5	救急外来医学管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の3
6の5	救急時医療情報取得加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	1の4
6の7	外来放射線照射診療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の6
6の8	外来データ提出加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の10,7の11,7の12
6の8の3	小児かかりつけ診療料1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の8
6の8の3	小児かかりつけ診療料2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の8
6の8の4	外来腫瘍化学療法診療料1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	39

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2（又は別添2の2））
6の8の4	外来腫瘍化学療法診療料2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	39
6の8の4	外来腫瘍化学療法診療料3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	39
6の8の4	連携充実加算（外来腫瘍化学療法診療料）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	39の2
6の8の4	がん薬物療法体制充実加算（外来腫瘍化学療法診療料）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	39の3
6の9	充実管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の10, 7の11, 7の12
7	ニコチン依存症管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	4, 8
7の2	相談支援加算（療養・就労両立支援指導料）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	8の3
7の3	心不全再入院予防継続管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	8の5
7の4	遺伝性疾患療養指導管理料の注1から注3までに規定する施設基準	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23
7の4	遺伝性疾患療養指導管理料の注5に規定する施設基準	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23の4
8	開放型病院共同指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	9, 10
9	在宅療養支援診療所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	11, 11の3, 11の5
11	ハイリスク妊産婦共同管理料（I）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	13
11の2	がん治療連携計画策定料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	13の2, 13の3
11の2	がん治療連携指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	13の2
11の3の3	外来排尿自立指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	13の4
11の3の4	ハイリスク妊産婦連携指導料1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	別添2の2
11の3の4	ハイリスク妊産婦連携指導料2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	別添2の2
11の5	肝炎インターフェロン治療計画料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	13の6
11の7	こころの連携指導料（I）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	13の7
11の8	こころの連携指導料（II）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	13の8
11の9	プログラム医療機器等指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	8の4
12	薬剤管理指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	4
12の1の2	地域連携診療計画加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	12, 12の2
12の1の2	検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	14の2
12の2	医療機器安全管理料1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	15
12の2	医療機器安全管理料2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	15
12の2	医療機器安全管理料（歯科）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	15
12の3	精神科退院時共同指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	16
13	歯科治療時医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	17
13の2	小児口腔機能管理料の注5に規定する口腔管理体制強化加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	17の2
13の3	歯科疾患管理料の注12に規定する特別管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	17の3
13の4	口腔機能実地指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	17の4
14	在宅療養支援歯科診療所1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	18
14	在宅療養支援歯科診療所2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	18
14の1の2	在宅療養支援歯科病院	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	18
14の2	在宅療養支援病院	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	11の2, 11の3, 11の5
14の3	在宅患者歯科治療時医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	17
14の4の2	介護保険施設等連携往診加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	18の3
14の5	在宅医療DX情報活用加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	11の6
15	在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	19, 19の2

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2（又は別添2の2））
15の3	在宅データ提出加算（在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の10, 7の11, 7の12
15の4	在宅医療情報連携加算（在宅歯科医療情報連携加算）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	19の3
16	在宅がん医療総合診療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20
16の1の2	在宅データ提出加算（在宅がん医療総合診療料）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の10, 7の11, 7の12
16の1の4	重症患者搬送加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の1の2
16の1の5	救急患者連携搬送料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の1の3
16の2	在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料の注2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の2の2
16の2	訪問看護・指導体制充実加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の3
16の2	専門管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の3の3
16の2	訪問看護医療DX情報活用加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の3の4
16の2	遠隔死亡診断補助加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の3の5
16の2	訪問看護医療情報連携加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の3の6
16の2の2	訪問看護遠隔診療補助料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の3の7
16の3	在宅療養後方支援病院	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の4, 20の5
16の4	在宅患者訪問褥瘡管理指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の7
16の4の3	在宅自己腹膜灌流指導管理料2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の1の4
16の5	在宅血液透析指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の2
16の6	遠隔モニタリング加算（在宅酸素療法指導管理料）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の3の2
16の7	遠隔モニタリング加算（在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	別添2の2
16の7	持続陽圧呼吸療法充実管理体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の12
16の8	在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の9
16の9	在宅腫瘍治療電場療法指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の10, 52
16の10	在宅経肛門の自己洗腸指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の11
16の11	持続血糖測定器加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の5
17	歯科訪問診療料に係る地域医療連携体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	21
17の1の2	歯科訪問診療料の注16に規定する基準	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	21の3の2
18の1の2	遺伝学的検査の注1に規定する施設基準	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23
18の1の2	遺伝学的検査の注2に規定する施設基準	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23
18の1の3	染色体検査の注2に規定する施設基準	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23の1の2, 52
18の1の4	骨髓微小残存病変量測定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23の2
18の1の5	BRCA1/2遺伝子検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23の3
18の1の6	がんゲノムプロファイリング検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23の4
18の1の7	角膜ジストロフィー遺伝子検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23の5
18の1の11	先天性代謝異常症検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23の6
18の1の13	抗アデノ随伴ウイルス9型（AAV9）抗体	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23の7
18の1の14	抗アデノ随伴ウイルス血清型rh74（AAVrh74）抗体	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23の7
18の1の15	抗HLA抗体（スクリーニング検査）及び抗HLA抗体（抗体特異性同定検査）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の5
18の2	HPV核酸検出及びHPV核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22の2
18の2の2	ウイルス・細菌核酸及び薬剤耐性遺伝子多項目同時検出	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22の3
18の2の3	ウイルス・細菌核酸多項目同時検出	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22の3
18の2の5	ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（髄液）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22の3

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2（又は別添2の2））
19	検体検査管理加算（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22
19の2	検体検査管理加算（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22
20	検体検査管理加算（Ⅲ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22
20の2	検体検査管理加算（Ⅳ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22
20の3	国際標準検査管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22
22	心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24
22の3	時間内歩行試験及びシャトルウォーキングテスト	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の6
22の4	胎児心エコー法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の3, 52
22の5	ヘッドアップティルト試験	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の7
23	人工臓器検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	4, 24の4
23の2	皮下連続式グルコース測定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の5
24	長期継続頭蓋内脳波検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	25
24の2	長期脳波ビデオ同時記録検査 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	25の2, 52
25	中枢神経磁気刺激による誘発筋電図	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	26
25の2	単維筋電図	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	27の4, 52
25の3	光トポグラフィー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	26の2, 52
26	脳磁図	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	27
26の1の2	安全精度管理下で行うもの（終夜睡眠ポリグラフィー）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	27の2の2, 52
26の1の3	脳波検査判断料 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	27の2
26の1の4	遠隔脳波診断	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	27の3
26の2	神経学的検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	28
27	補聴器適合検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	29
27の2	黄斑局所網膜電図及び全視野精密網膜電図	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	29の3
27の3	ロービジョン検査判断料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	29の2
28	コンタクトレンズ検査料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	30
29	小児食物アレルギー負荷検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	31
29の2	内服・点滴誘発試験	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	31の2
29の3	センチネルリンパ節生検（片側）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	31の3, 52
29の3の1の2	経頸静脈の肝生検	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	31の3の2, 52
29の3の2	前立腺針生検法（MR I 撮影及び超音波検査融合画像によるもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	31の4, 52
29の4	C T透視下気管支鏡検査加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
29の4の2	経気管支凍結生検法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38の4
29の4の2の2	壁側胸膜凍結生検法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38の4
29の5	有床義歯咀嚼機能検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38の1の2
29の6	精密触覚機能検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38の1の3
29の7	睡眠時歯科筋電図検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38の1の4
30	画像診断管理加算 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	32
30	画像診断管理加算 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	32
30	画像診断管理加算 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	32
30	画像診断管理加算 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	32
31	歯科画像診断管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	33

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2（又は別添2の2））
32	遠隔画像診断	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	34又は35
33	ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影若しくはポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（アミロイドPETイメージング剤を用いた場合又はPSMAイメージング剤を用いた場合を除く。）又は乳房用ポジトロン断層撮影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	36
33	ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影又はポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（アミロイドPETイメージング剤を用いた場合に限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	36
33	ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影又はポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（PSMAイメージング剤を用いた場合に限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	36
34	CT撮影及びMRI撮影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	37
35	冠動脈CT撮影加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
35の2	血流予備量比コンピューター断層撮影解析	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	37の2, 52
35の3	外傷全身CT加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
36	心臓MRI撮影加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
36の1の2	乳房MRI撮影加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
36の1の3	小児鎮静下MRI撮影加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
36の1の4	頭部MRI撮影加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
36の1の5	全身MRI撮影加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
36の1の6	肝エラストグラフィ加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
36の2	抗悪性腫瘍剤処方管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38の2
36の3	地域支援・外来医薬品供給対応体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38の3
37	外来化学療法加算1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	39
37	外来化学療法加算2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	39
37の2	無菌製剤処理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	40, 4
38	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	41, 44の2
38	リハビリテーションデータ提出加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の10, 7の11, 7の12
39	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	41, 44の2
40	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
40の2	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
41	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
42	運動器リハビリテーション料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
42の2	運動器リハビリテーション料（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
43	運動器リハビリテーション料（Ⅲ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
44	呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
45	呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
45の2	摂食嚥下機能回復体制加算（摂食機能療法）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	43の6, 43の6の2, 44の2
46	難病患者リハビリテーション料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	43, 44の2
47	障害児（者）リハビリテーション料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	43, 44の2
47の2	がん患者リハビリテーション料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	43の2, 44の2
47の3	認知症患者リハビリテーション料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	43の3, 44の2
47の3の2	リンパ浮腫複合的治療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	43の7
47の4	集団コミュニケーション療法料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	44, 44の2
47の5	歯科口腔リハビリテーション料2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	44の4

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2（又は別添2の2））
47の6	経頭蓋磁気刺激療法	□	□ 年 月	□	44の8
47の7	児童思春期精神科専門管理加算（通院・在宅精神療法）	□	□ 年 月	□	4, 44の5
47の7	療養生活継続支援加算（通院・在宅精神療法）	□	□ 年 月	□	44の5の2
47の7	心理支援加算	□	□ 年 月	□	44の5の2
47の7	児童思春期支援指導加算	□	□ 年 月	□	44の5の2
47の7	早期診療体制充実加算	□	□ 年 月	□	44の5の3
47の7	情報通信機器を用いた精神療法	□	□ 年 月	□	44の5の3
47の7	通院・在宅精神療法の注13に規定する施設基準	□	□ 年 月	□	44の5の5
47の8	救急患者精神科継続支援料	□	□ 年 月	□	44の6
48	認知療法・認知行動療法	□	□ 年 月	□	44の3
48の1の2	依存症集団療法	□	□ 年 月	□	44の7
48の2	精神科作業療法	□	□ 年 月	□	4, 45
49	精神科ショート・ケア「大規模なもの」	□	□ 年 月	□	4, 46
50	精神科ショート・ケア「小規模なもの」	□	□ 年 月	□	4, 46
51	精神科デイ・ケア「大規模なもの」	□	□ 年 月	□	4, 46
52	精神科デイ・ケア「小規模なもの」	□	□ 年 月	□	4, 46
53	精神科ナイト・ケア	□	□ 年 月	□	4, 46
54	精神科デイ・ナイト・ケア	□	□ 年 月	□	4, 46
54の2	抗精神病特定薬剤治療指導管理料（治療抵抗性統合失調症治療指導管理料に限る。）	□	□ 年 月	□	46の3
55	重度認知症患者デイ・ケア料	□	□ 年 月	□	4, 47
55の2	精神科在宅患者支援管理料1又は2	□	□ 年 月	□	47の2
55の2	精神科在宅患者支援管理料3	□	□ 年 月	□	別添2の2
56	医療保護入院等診療料	□	□ 年 月	□	48
56の2	処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1	□	□ 年 月	□	48の2, 48の2の2, 48の3, 48の4, 4（基本別添7）13の4
56の2の3	静脈圧迫処置（慢性静脈不全に対するもの）	□	□ 年 月	□	48の5
56の2の4	多血小板血漿処置	□	□ 年 月	□	48の7
56の3	硬膜外自家血注入	□	□ 年 月	□	48の6, 52
57	イタノールの局所注入（甲状腺に対するもの）	□	□ 年 月	□	49
57	イタノールの局所注入（副甲状腺に対するもの）	□	□ 年 月	□	49の2
57の2	人工腎臓	□	□ 年 月	□	87の4
57の2	導入期加算	□	□ 年 月	□	2の2
57の2	透析液水質確保加算	□	□ 年 月	□	49の3
57の2	慢性維持透析濾過加算	□	□ 年 月	□	49の3
57の2	腎代替療法診療体制充実加算	□	□ 年 月	□	2の2
57の2の2	下肢末梢動脈疾患指導管理加算	□	□ 年 月	□	49の3の2
57の2の3	難治性高コレステロール血症に伴う重度尿蛋白を呈する糖尿病性腎症に対するLDLアフェレシス療法	□	□ 年 月	□	49の3の3, 52
57の2の4	移植後抗体関連型拒絶反応治療における血漿交換療法	□	□ 年 月	□	49の3の4
57の2の4の2	ストーマ合併症加算	□	□ 年 月	□	49の10
57の2の5	人工臓器療法	□	□ 年 月	□	4, 24の4
57の3	磁気による膀胱等刺激法	□	□ 年 月	□	49の4
57の4の2	心不全に対する遠赤外線温熱療法	□	□ 年 月	□	49の4の2, 52

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2（又は別添2の2））
57の4の2の2	同種死体移植腎機械灌流保存	□	□ 年 月	□	49の4の3
57の4の3	歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）	□	□ 年 月	□	4, 49の6, 49の7
57の4の4	手術用顕微鏡加算	□	□ 年 月	□	49の8
57の4の5	口腔粘膜処置	□	□ 年 月	□	49の9
57の5	う蝕歯無痛の高洞形成加算	□	□ 年 月	□	50
57の5の2	歯科技工士連携加算 1	□	□ 年 月	□	50の2の2
57の5の3	歯科技工士連携加算 2	□	□ 年 月	□	50の2の2
57の5の4	光学印象	□	□ 年 月	□	50の2
57の6	CAD/CAM冠及びCAD/CAMインレー	□	□ 年 月	□	50の2
57の7	3次元プリント有床義歯	□	□ 年 月	□	50の3の2
57の7の2	有床義歯修理及び有床義歯内面適合法の歯科技工加算	□	□ 年 月	□	50の3
57の8	皮膚悪性腫瘍切除術（センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）	□	□ 年 月	□	50の4, 52
57の8の2	皮膚移植術（死体）	□	□ 年 月	□	52, 87の6
57の8の3	自家脂肪注入	□	□ 年 月	□	87の24
57の9	組織拡張器による再建手術（一連につき）（乳房（再建手術）の場合（内視鏡下によるものを含む。））・ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）（内視鏡下によるものを含む。）	□	□ 年 月	□	50の5
57の9の1の2	静脈奇形硬化療法（一連につき）	□	□ 年 月	□	50の5の1の2
57の9の2	処理骨再建加算	□	□ 年 月	□	50の5の3, 52
57の9の3	緊急整復固定加算及び緊急挿入加算	□	□ 年 月	□	87の25
57の9の3の2	骨悪性腫瘍、類骨骨腫及び四肢軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法	□	□ 年 月	□	52, 87の53
57の9の3の3	脛骨遠位骨切り術	□	□ 年 月	□	50の5の4, 52
57の9の4	骨移植術（軟骨移植術を含む。）（同種骨移植（非生体）（同種骨移植（特殊なものに限る。）））	□	□ 年 月	□	50の5の2
57の10	骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家培養軟骨移植術に限る。）	□	□ 年 月	□	50の6, 52
57の10の1の2	人工肩関節置換術（腱移行を伴うもの）	□	□ 年 月	□	50の6の2, 52
57の10の1の2	人工股関節置換術（手術支援装置を用いるもの）	□	□ 年 月	□	52, 87の54
57の10の1の3	人工膝関節置換術（手術支援装置を用いるもの）	□	□ 年 月	□	50の6の3, 52
57の11	後縦靭帯骨化症手術（前方進入によるもの）	□	□ 年 月	□	52, 87の7
57の12	椎間板内酵素注入療法	□	□ 年 月	□	50の7
58	腫瘍脊椎骨全摘術	□	□ 年 月	□	51, 52
58の1の2	緊急穿頭血腫除去術	□	□ 年 月	□	87の55
58の1の3	機能的定位脳手術（てんかんの場合）	□	□ 年 月	□	51の1の2, 52
58の2	脳腫瘍覚醒下マッピング加算	□	□ 年 月	□	51の2, 52
58の3	原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算	□	□ 年 月	□	51の3
58の4	内視鏡下脳腫瘍生検術及び内視鏡下脳腫瘍摘出術	□	□ 年 月	□	87の26
58の5	脳血栓回収療法連携加算	□	□ 年 月	□	87の56
59	頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）	□	□ 年 月	□	52, 54
60	脳刺激装置植込術（頭蓋内電極植込術を含む。）及び脳刺激装置交換術、脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術	□	□ 年 月	□	25
60の2	頭蓋内電極植込術（脳深部電極によるもの（7本以上の電極による場合）に限る。）	□	□ 年 月	□	25の3
60の2の2	癒着性脊髄くも膜炎手術（脊髄くも膜剝離操作を行うもの）	□	□ 年 月	□	87の27
60の2の3	仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術	□	□ 年 月	□	53

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2（又は別添2の2））
60の2の4	舌下神経電気刺激装置植込術	□	□ 年 月	□	87の28
60の2の5	角結膜悪性腫瘍切除手術	□	□ 年 月	□	87の50
60の3	治療的角膜切除術（エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。））	□	□ 年 月	□	52, 54の2
60の3の2	内皮移植加算	□	□ 年 月	□	52, 54の2の2
60の3の3	培養ヒト角膜内皮細胞移植術	□	□ 年 月	□	52, 54の2の3
60の4	羊膜移植術	□	□ 年 月	□	52, 54の3
60の5	緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの））	□	□ 年 月	□	52, 54の4
60の6	緑内障手術（流出路再建術（眼内法）及び（水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術））	□	□ 年 月	□	52, 54の8
60の6の2	緑内障手術（濾過胞再建術（needle法））	□	□ 年 月	□	52, 54の8
60の6の3	毛様体光凝固術（眼内内視鏡を用いるものに限る。）	□	□ 年 月	□	52, 54の8
60の6の4	経皮的選択的眼動脈注入術	□	□ 年 月	□	54の4の2
60の7	網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）	□	□ 年 月	□	52, 54の5
60の8	網膜再建術	□	□ 年 月	□	52, 54の6
60の9	経外耳道的内視鏡下鼓室形成術	□	□ 年 月	□	52, 87の29
61	植込型骨導補聴器（直接振動型）植込術、人工中耳植込術、人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術及び植込型骨導補聴器交換術	□	□ 年 月	□	52, 55
61の2	耳管用補綴材挿入術	□	□ 年 月	□	52, 87の49
61の2の2	内視鏡下鼻・副鼻腔手術V型（拡大副鼻腔手術）及び経鼻内視鏡下鼻副鼻腔悪性腫瘍手術（頭蓋底郭清、再建を伴うもの）	□	□ 年 月	□	52, 54の7
61の2の2の2	上咽頭腫瘍摘出術（鏡視下によるもの）、中咽頭腫瘍摘出術（鏡視下によるもの）、下咽頭腫瘍摘出術（鏡視下によるもの）、喉頭蓋嚢腫摘出術（鏡視下によるもの）及び喉頭腫瘍摘出術（鏡視下によるもの）	□	□ 年 月	□	52, 56の7
61の2の3	鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）、鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）及び鏡視下喉頭悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□ 年 月	□	52, 56の7, 87の30
61の2の4	内喉頭筋内注入術（ボツリヌス毒素によるもの）	□	□ 年 月	□	87の31
61の2の5	鏡視下喉頭悪性腫瘍手術	□	□ 年 月	□	52, 56の7
61の2の6	喉頭形成手術（甲状軟骨固定用器具を用いたもの）	□	□ 年 月	□	52, 87の5
61の3	上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）	□	□ 年 月	□	52, 56
61の4	上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療に係るものに限る。）及び下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療に係るものに限る。）	□	□ 年 月	□	52, 56の3
61の4の2	顎関節人工関節全置換術（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）	□	□ 年 月	□	56の8
61の4の3	顎関節人工関節全置換術（歯科診療に係るものに限る。）	□	□ 年 月	□	56の8
61の4の4	内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術、内視鏡下バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）、内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術	□	□ 年 月	□	52, 56の4
61の4の5	内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術	□	□ 年 月	□	52, 56の4
61の4の6	頭頸部悪性腫瘍光線力学療法（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）	□	□ 年 月	□	87の46
61の4の6の2	頭頸部悪性腫瘍光線力学療法（歯科診療に係るものに限る。）	□	□ 年 月	□	87の46の2
61の4の7	乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（MRIによるもの）	□	□ 年 月	□	38
61の5	乳腺悪性腫瘍手術（乳癌センチネルリンパ節生検加算1又は乳癌センチネルリンパ節生検加算2を算定する場合に限る。）	□	□ 年 月	□	52, 56の2

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2（又は別添2の2））
61の5	乳腺悪性腫瘍手術（乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わないもの（内視鏡下によるものを含む。））及び乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの））	□	□ 年 月	□	52, 56の5
61の6	ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）（内視鏡下によるものを含む。）	□	□ 年 月	□	50の5
第61の6の1の2	乳腺悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法	□	□ 年 月	□	52, 87の57
61の6の2	胸腔鏡下拡大胸腺摘出術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□ 年 月	□	52, 87の22
61の7	胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術及び胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□ 年 月	□	52, 87の8
61の7の1の2	気管支バルブ留置術	□	□ 年 月	□	52, 87の58
61の7の1の3	胸腔鏡下肺切除術（区域切除及び肺葉切除術又は「肺葉を超えるものに限る。」）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□ 年 月	□	52, 87の17
61の7の2	肺悪性腫瘍手術（壁側・臓側胸膜全切除（横隔膜、心膜合併切除を伴うもの）に限る。）	□	□ 年 月	□	52, 56の6
61の7の3	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除、肺葉切除又は1肺葉を超えるもの及び気管支形成を伴う肺切除に限る。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□ 年 月	□	52, 87の17
61の7の4	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（気管支形成を伴う肺切除）	□	□ 年 月	□	52, 87の51
62	同種死体肺移植術	□	□ 年 月	□	57
62の2	生体部分肺移植術	□	□ 年 月	□	52, 58
62の2の1の2	肺悪性腫瘍及び胸腔内軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法	□	□ 年 月	□	52, 87の59
62の2の2	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□ 年 月	□	52, 87の10
62の2の3	縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□ 年 月	□	52, 87の10の2
62の2の4	内視鏡下筋層切開術	□	□ 年 月	□	52, 58の2
62の2の5	食道縫合術（穿孔、損傷）（内視鏡によるもの）、内視鏡下胃・十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術、胃瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、小腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、結腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、腎（腎盂）腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、尿管腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、膀胱腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）及び腔腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）	□	□ 年 月	□	87の9
62の2の6	心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術（単独のもの（胸腔鏡下によるもの）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□ 年 月	□	87の10の3
63	経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）	□	□ 年 月	□	52, 59
63の2の2	胸腔鏡下弁形成術及び胸腔鏡下弁置換術	□	□ 年 月	□	52, 87の11
63の2の2	胸腔鏡下弁形成術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□ 年 月	□	52, 87の11
63の2の2	胸腔鏡下弁置換術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□ 年 月	□	52, 87の11
63の2の3	弁置換術（大動脈弁、僧帽弁及び中心線維体の再建を含むもの）	□	□ 年 月	□	59の1の2
63の3	経カテーテル弁置換術	□	□ 年 月	□	52, 59の2, 59の2の2
63の3の2	経カテーテル弁周囲欠損孔閉鎖術	□	□ 年 月	□	52, 59の2の3
63の4	経皮的僧帽弁クリップ術	□	□ 年 月	□	52, 87の12
63の4の2	経皮的三尖弁クリップ術	□	□ 年 月	□	52, 59の2の4
63の5	胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術	□	□ 年 月	□	52, 59の3
63の5の1の2	胸腔鏡下心房中隔欠損閉鎖術	□	□ 年 月	□	52, 87の60
63の5の2	不整脈手術（左心耳閉鎖術（経カテーテル的手術によるもの）に限る。）	□	□ 年 月	□	52, 59の3の2, 87の32
63の6	経皮的カテーテル心筋焼灼術における磁気ナビゲーション加算	□	□ 年 月	□	52, 59の4
64	経皮的中隔心筋焼灼術	□	□ 年 月	□	52, 60
65	ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術	□	□ 年 月	□	24, 52
66	両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術	□	□ 年 月	□	52, 61
67	植込型除細動器移植術、植込型除細動器交換術及び経静脈電極除去術	□	□ 年 月	□	52, 62
67の2	両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術	□	□ 年 月	□	52, 63
68	大動脈内バルーンポンピング法（IABP法）	□	□ 年 月	□	24, 52

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2（又は別添2の2））
68の2	経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）	□	□ 年 月	□	52, 87の13
69	補助人工心臓	□	□ 年 月	□	52, 64
69の2	小児補助人工心臓	□	□ 年 月	□	52, 64の2
70の2	植込型補助人工心臓（非拍動流型）（設置する場合）	□	□ 年 月	□	52, 65の3
71	同種心移植術	□	□ 年 月	□	57
72	同種心肺移植術	□	□ 年 月	□	57
72の1の2	骨格筋由来細胞シート心表面移植術	□	□ 年 月	□	65の3の2
72の1の3	腎神経焼灼術	□	□ 年 月	□	65の3の2の2
72の2の2	経皮的下肢動脈形成術	□	□ 年 月	□	65の3の3
72の3	内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術	□	□ 年 月	□	52, 65の4
72の4	腹腔鏡下リンパ節群郭清術（後腹膜）	□	□ 年 月	□	52, 65の4の2
72の4	腹腔鏡下リンパ節群郭清術（傍大動脈）	□	□ 年 月	□	別添2の2
72の4	腹腔鏡下リンパ節群郭清術（側方）	□	□ 年 月	□	87の33
72の4	腹腔鏡下リンパ節群郭清術（傍大動脈）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□ 年 月	□	52, 71の5
72の4の2	腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術	□	□ 年 月	□	52, 65の5
72の5	腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術	□	□ 年 月	□	52, 65の5
72の5の2	腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□ 年 月	□	52, 65の5の2
72の7	腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術及び腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術	□	□ 年 月	□	52, 65の5
72の7の1の2	骨盤内悪性腫瘍及び腹腔内軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法	□	□ 年 月	□	52, 87の61
72の7の1の2	腹腔鏡下骨盤内臓全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□ 年 月	□	52, 65の5の4
72の7の1の3	腹膜切除を伴う多臓器合併切除術	□	□ 年 月	□	52, 65の5の3
72の7の2	内視鏡的逆流防止粘膜切除術	□	□ 年 月	□	52, 87の34
72の7の2の2	腹腔鏡下十二指腸局所切除術（内視鏡処置を併施するもの）	□	□ 年 月	□	52, 65の8
72の7の3	腹腔鏡下胃切除術（単純切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））及び腹腔鏡下胃切除術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの））	□	□ 年 月	□	52, 87の14
72の7の4	腹腔鏡下噴門側胃切除術（単純切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））及び腹腔鏡下噴門側胃切除術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの））	□	□ 年 月	□	52, 87の14
72の7の5	腹腔鏡下胃全摘術（単純全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））及び腹腔鏡下胃全摘術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの））	□	□ 年 月	□	52, 87の14
72の8	腹腔鏡下胃縮小術	□	□ 年 月	□	52, 65の6
72の8の2	バルーン閉塞下経静脈的塞栓術	□	□ 年 月	□	52, 87の15
72の8の3	腹腔鏡下総胆管拡張症手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□ 年 月	□	52, 87の35
72の8の4	腹腔鏡下胆嚢悪性腫瘍手術（胆嚢床切除を伴うもの）	□	□ 年 月	□	52, 87の36
72の9	胆管悪性腫瘍手術（膵頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴うものに限る。）	□	□ 年 月	□	52, 65の7
73	体外衝撃波胆石破砕術	□	□ 年 月	□	66
73の2	腹腔鏡下肝切除術	□	□ 年 月	□	52, 66の2
73の2の2	腹腔鏡下肝切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□ 年 月	□	52, 87の37
73の3	腹腔鏡下胆道閉鎖症手術	□	□ 年 月	□	52, 87の16
73の3の2	移植用部分肝採取術（生体）（腹腔鏡によるもの）	□	□ 年 月	□	52, 87の38
74	生体部分肝移植術	□	□ 年 月	□	52, 67
75	同種死体肝移植術	□	□ 年 月	□	57

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2（又は別添2の2））
75の2	体外衝撃波碎石破砕術	□	□ 年 月	□	66
75の3	腹腔鏡下膵腫瘍摘出術及び腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術	□	□ 年 月	□	52, 67の2
75の3	腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□ 年 月	□	52, 67の2の2
75の4	腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術及び腹腔鏡下膵中央切除術	□	□ 年 月	□	52, 67の2の3
75の4	腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□ 年 月	□	52, 67の2の4
76	同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術	□	□ 年 月	□	57
76の2	同種死体膵島移植術	□	□ 年 月	□	52, 57の2
76の2の2	生体部分小腸移植術	□	□ 年 月	□	52, 87の17の2
76の3	同種死体小腸移植術	□	□ 年 月	□	57
76の4	早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術	□	□ 年 月	□	52, 67の3
76の4の2	腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□ 年 月	□	52, 87の39
76の5	腹腔鏡下小切開副腎摘出術	□	□ 年 月	□	52, 65の5
76の6	腹腔鏡下直腸切除・切断術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□ 年 月	□	52, 87の18
76の7	腹腔鏡下副腎摘出手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）及び腹腔鏡下副腎髓質腫瘍摘出手術（褐色細胞腫）（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）	□	□ 年 月	□	52, 87の48
76の8	副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法	□	□ 年 月	□	52, 87の47
77	体外衝撃波腎・尿管結石破砕術	□	□ 年 月	□	66
77の2	腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術	□	□ 年 月	□	52, 65の5
77の3の2	腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）及び腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）	□	□ 年 月	□	52, 68の3
77の3の2の2	腎悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法	□	□ 年 月	□	52, 87の62
77の3の3	腹腔鏡下腎盂形成手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□ 年 月	□	52, 68の4
77の4	同種死体腎移植術	□	□ 年 月	□	57
77の5	生体腎移植術	□	□ 年 月	□	52, 69
77の6	腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術	□	□ 年 月	□	52, 65の5
77の7	膀胱水圧拡張術及びハンナ型間質性膀胱炎手術（経尿道）	□	□ 年 月	□	52, 69の2
77の8	腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術	□	□ 年 月	□	52, 65の5
77の9	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術	□	□ 年 月	□	52, 69の3
77の9	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□ 年 月	□	52, 69の5
77の10	腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術	□	□ 年 月	□	52, 69の3
77の10の2	腹腔鏡下膀胱尿管逆流手術（膀胱外アプローチ）	□	□ 年 月	□	52, 87の63
77の10の2の2	尿道狭窄グラフト再建術	□	□ 年 月	□	69の4
77の11	人工尿道括約筋植込・置換術	□	□ 年 月	□	69の4
77の11の2の2	精巣温存手術	□	□ 年 月	□	87の64
77の11の3	精巣内精子採取術	□	□ 年 月	□	87の42
77の12	焦点式高エネルギー超音波療法	□	□ 年 月	□	52, 70
78	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術	□	□ 年 月	□	52, 71
78の2	腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術	□	□ 年 月	□	52, 65の5
78の2の2	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）	□	□ 年 月	□	52, 71の1の2
78の2の2の1の2	女子外性器悪性腫瘍手術（女子外性器悪性腫瘍手術センチネルリンパ節生検加算を算定する場合に限る。）	□	□ 年 月	□	52, 87の65
78の2の2の2	腹腔鏡下腔断端挙上術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□ 年 月	□	52, 87の66

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2（又は別添2の2））
78の2の3	腹腔鏡下仙骨腔固定術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52,71の1の3
78の2の3	腹腔鏡下仙骨腔固定手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52,71の1の4
78の3	腹腔鏡下腔式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52,87の19
78の3の1の2	子宮悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	71の6
78の3の2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52,71の2
78の3の2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸がんに限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52,71の2
78の3の2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52,71の5
78の3の2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52,71の5
78の3の3	腹腔鏡下子宮癒痕部修復術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52,87の43
78の4	内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52,71の3
78の5	胎児胸腔・羊水腔シャント術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52,71の4
78の5の2	無心体双胎焼灼術（一連につき）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52,71の4
78の5の3	胎児輸血術（一連につき）及び臍帯穿刺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52,71の4
78の5の4	体外式膜型人工肺管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	87の44
78の6	医科点数表第2章第10部手術の通則4（性同一性障害の患者に対して行うものに限る。）に掲げる手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52,87の20
79の1の2	頭頸部悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	87の20の2
79の2	手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	48の2, 48の2の2, 48の3, 48の4, 4,
79の3	胃瘻造設術（内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	43の4, 43の5
79の4	医科点数表第2章第10部手術の通則の19に掲げる手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	87の23
79の5	周術期栄養管理実施加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	87の45
79の6	再製造単回使用医療機器使用加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	87の52
79の7	外科医療確保特別加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	87の67
80	輸血管理料Ⅰ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	73
80	輸血管理料Ⅱ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	73
80	輸血適正使用加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	73
80	貯血式自己血輸血管理体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	73
80の2	コーディネート体制充実加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	87の21
80の3	自己生体組織接着剤作成術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	73の2
80の3の2	自己クリオプレシテート作製術（用手法）及び同種クリオプレシテート作製術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	73の2
80の4	人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	73の3
80の5	胃瘻造設時嚥下機能評価加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	43の4, 43の5
80の5の2	凍結保存同種組織加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52,73の5
80の6	歯周組織再生誘導手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	74
80の7	手術時歯根面レーザー応用加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50
80の8	広範囲顎骨支持型装置埋入手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	74の3
80の9	歯根端切除手術の注3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49の8
80の10	口腔粘膜血管腫凝固術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	74の4
80の11	レーザー機器加算の施設基準	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49の9
80の12	内視鏡手術用支援機器加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	73の4
81	吸入麻酔又は静脈麻酔による深鎮静（声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴わないもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	75の4
81の2	麻酔管理料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	75

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2（又は別添2の2））
81の3	麻酔管理料（Ⅱ）	□	□ 年 月	□	75
81の2及び81の3	周術期薬剤管理加算	□	□ 年 月	□	75の3
81の4	歯科麻酔管理料	□	□ 年 月	□	75の2
81の5	歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔（Ⅱ）	□	□ 年 月	□	75の5
82	放射線治療専任加算	□	□ 年 月	□	76
82の2	外来放射線治療加算	□	□ 年 月	□	76
82の3	遠隔放射線治療計画加算	□	□ 年 月	□	76の2
83	高エネルギー放射線治療	□	□ 年 月	□	77
83の2	高エネルギー放射線治療の乳癌に対する全乳房照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）	□	□ 年 月	□	77
83の2	強度変調放射線治療（IMRT）の前立腺癌に対する前立腺照射（寡分割照射に係るものに限る。）	□	□ 年 月	□	77
83の3	強度変調放射線治療（IMRT）	□	□ 年 月	□	52, 78
83の4	画像誘導放射線治療加算（IGRT）	□	□ 年 月	□	78の2
83の5	体外照射呼吸性移動対策加算	□	□ 年 月	□	78の3
84	定位放射線治療	□	□ 年 月	□	79
84の2	定位放射線治療呼吸性移動対策加算	□	□ 年 月	□	78の3
84の2の2	粒子線治療	□	□ 年 月	□	52, 79の1の2
84の2の3	粒子線治療適応判定加算	□	□ 年 月	□	79の1の3
84の2の4	粒子線治療医学管理加算	□	□ 年 月	□	79の1の3
84の2の5	ホウ素中性子捕捉療法	□	□ 年 月	□	52, 79の1の4
84の2の6	ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算	□	□ 年 月	□	79の1の4
84の2の7	ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算	□	□ 年 月	□	79の1の4
84の2の8	画像誘導密封小線源治療加算	□	□ 年 月	□	78の2
84の3	保険医療機関間の連携による病理診断	□	□ 年 月	□	79の2
84の4	保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製	□	□ 年 月	□	80
84の5	保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診	□	□ 年 月	□	80
84の6	デジタル病理画像による病理診断	□	□ 年 月	□	80の2
84の7	病理診断管理加算	□	□ 年 月	□	80の2
84の8	悪性腫瘍病理組織標本加算	□	□ 年 月	□	80の2
84の9	口腔病理診断管理加算	□	□ 年 月	□	80の3
84の10	国際標準病理診断管理加算	□	□ 年 月	□	80の2
85	クラウン・ブリッジ維持管理料	□	□ 年 月	□	81
86	歯科矯正診断料	□	□ 年 月	□	82
87	顎口腔機能診断料（顎変形症（顎離断等の手術を必要とするものに限る。）の手術前後における歯科矯正に係るもの）	□	□ 年 月	□	83
88	調剤基本料 1	□	□ 年 月	□	84
88の2	調剤基本料 2	□	□ 年 月	□	84
88の3	調剤基本料 3	□	□ 年 月	□	84
88の4	特別調剤基本料 A	□	□ 年 月	□	84
89	調剤基本料の注 1 ただし書に規定する施設基準	□	□ 年 月	□	87の2
91	調剤基本料の注 4 に規定する保険薬局	□	□ 年 月	□	85
92	地域支援・医薬品供給対応体制加算	□	□ 年 月	□	87の3の1, 87の3の2

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2（又は別添2の2））
92の2	連携強化加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	87の3の4
94	調剤基本料の注8_後発医薬品調剤割合が著しく低い保険薬局	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	87
93	バイオ後続品調剤体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	87の3の7
95	在宅薬学総合体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	87の3の5
95の2	電子的調剤情報連携体制整備加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	87の3の6
96	無菌製剤処理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	88
98	特定薬剤管理指導加算2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	92
97の2	服薬管理指導料の注1_かかりつけ薬剤師	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	90
102	在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	89
103	在宅中心静脈静脈栄養法加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	89
104	看護職員処遇改善評価料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	97
105	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	95
106	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	96
106の2	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	95
106の3	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	96
107	入院ベースアップ評価料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	97
108	歯科技工所ベースアップ支援料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	101
109	調剤ベースアップ評価料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	103

※様式2、5の2、5の7、5の9、6、7の4、7の5、7の9、8の2、11の4、13の5、14、18の2、20の5、20の8、24の2、44の5の4、49の5、65、65の2、68、68の2、72、74の2、86、87の3の3、87の10の2、87の40、87の41、91、93は欠番。

| 診療科名の前に◎を記入すること。

口腔管理体制強化加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 歯科疾患の重症化予防に関する継続的な管理の実績（届出前 1 年間）

① 歯周病継続支援治療、 歯周病重症化予防治療 の算定回数	回
② 根面う蝕管理料、エナメル質初期う蝕管理料の算定回数	回

2 歯科点数表の初診料の注 1 に規定する施設基準の届出状況

届出年月日（ 年 月 日）

3 口腔機能管理の実績（届出前 1 年間）

① 歯科疾患管理料（口腔機能低下症又は口腔機能発達不全症の管理を行う場合に限る。）、口腔機能実地指導料、小児口腔機能管理料、口腔機能管理料又は歯科口腔リハビリテーション料 3 の算定回数	回
---	---

※ ①について、令和 8 年 5 月 31 日以前の算定については、歯科衛生実地指導料の口腔機能指導加算の算定回数を合計して差し支えない。

4 歯科訪問診療料の注 ~~45~~16 に規定する届出の状況

届出年月日（ 年 月 日）

5 歯科訪問診療又は歯科訪問診療の依頼の実績（届出前 1 年間）

※①又は②のいずれかについて記載すること。

①	歯科訪問診療 1、歯科訪問診療 2 又は歯科訪問診療 3 の算定回数	回
	歯科訪問診療を在宅療養支援歯科診療所 1 若しくは在宅療養支援歯科診療所 2 又は在宅療養支援歯科病院に依頼した回数	回
	合 計	回

② 連携する歯科訪問診療を行う別の医療機関や地域の在宅医療の相談窓口の名称	
---------------------------------------	--

6 他の保険医療機関との連携の実績（届出前 1 年間）

① 診療情報提供料（I）の算定回数	回
② 診療情報等連携共有料 1 又は 2 の算定回数	回
合 計	回

7 歯科疾患の継続管理等に係る研修の受講歴等

受講歯科医師名	
---------	--

研 修 名	
受講年月日	
研修の主催者	
講習の内容等	

※1 研修会の修了証（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）の写しを添付した場合には、上記への記載を省略して差し支えない。

※2 歯科疾患（エナメル質初期う蝕管理、根面う蝕管理に関する内容を含むものであること。）及び口腔機能の継続管理並びに高齢者・小児の心身の特性及び緊急時対応等を含むこと。

8 歯科医師又は歯科衛生士の氏名等（勤務形態及び職種は該当するものに○）

勤務形態	職種	氏名
常勤／非常勤	歯科医師／歯科衛生士	
常勤／非常勤	歯科医師／歯科衛生士	
常勤／非常勤	歯科医師／歯科衛生士	
常勤／非常勤	歯科医師／歯科衛生士	
常勤／非常勤	歯科医師／歯科衛生士	

9 緊急時の連携保険医療機関

医療機関の名称	
所在地	
緊急時の連絡方法等	

10 迅速な歯科訪問診療が可能な体制

※ 当該保険医療機関で歯科訪問診療を行う場合に記載すること。

歯科訪問診療を行う 歯科医師名	
診療可能日	

11 当該地域における保険医療機関、介護・福祉施設等との連携の状況

① 居宅療養管理指導の提供実績	(実施回数) 回
② 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料	(算定回数) 回
③ 初診料の注6、再診料の注4、歯科訪問診療料の注8の 歯科診療特別対応加算1、2又は3	(算定回数) 回
④ 退院時共同指導料1、在宅歯科医療連携加算1若しくは2、小児在宅歯科医療連携加算1若しくは2、在宅歯科医療情報連携加算、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料	(算定回数) 回
⑤ 地域ケア会議の出席	(会議名) (直近の出席日) 年 月 日
⑥ 在宅医療に関するサービス担当者会議等又は病院・診療所・介護保険施設等が実施する多職種連携に係る会議等の出席	(会議名) (直近の出席日) 年 月 日
⑦ 認知症対応力向上研修等、認知症に関する研修を受講	(研修名) (研修実施主体) (修了年月日) 年 月 日 (修了者氏名)
⑧ 在宅医療・介護等に関する研修の受講	(研修名) (研修実施主体) (修了年月日) 年 月 日 (修了者氏名)
⑨ 学校歯科医等の業務を行っている	(学校等の名称)
⑩ 介護認定審査会の委員の経験	(在任期間) 年 月

	～ 年 月
⑪ 過去一年間の福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設、介護老人福祉施設又は介護老人保健施設における歯科健診への協力	(施設名) (実施日) _____年 月 日
⑫ 自治体を実施する歯科保健に係る事業への協力	(事業名) (実施日) _____年 月 日

※1 ①～⑫については、7に記載する歯科医師の実績について記載すること。

※2 ※1に該当する歯科医師が複数名配置されている場合は、そのうち、いずれか1名について記載すること。

※3 ①から④までについては、過去1年間の実績を記載すること。

※4 ⑦、⑧について、内容が確認できる研修会の修了証（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）の写しを添付した場合には、上記への記載を省略して差し支えない。

12 当該保険医療機関に常時設置されている装置・器具の名称

一般名称	装置・器具等の製品名	台数（セット数）
自動体外式除細動器（AED）		
経皮的動脈血酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）		
酸素供給装置		
血圧計		
救急蘇生セット		
歯科用吸引装置		

口腔機能実地指導料の 施設基準に係る届出書添付書類

1. 口腔機能発達不全症及び口腔機能低下症（入院患者や在宅・施設療養患者への対応を含むものであること。）の実地指導に係る研修を受講した歯科衛生士が1名以上配置されていること。

受講者 1	
受講者名（歯科衛生士名）	
講習名（テーマ）	
受講年月日（和暦で記載すること）	年 月 日
当該講習会の主催者	
受講者 2	
受講者名（歯科衛生士名）	
講習名（テーマ）	
受講年月日（和暦で記載すること）	年 月 日
当該講習会の主催者	
受講者 3	
受講者名（歯科衛生士名）	
講習名（テーマ）	
受講年月日（和暦で記載すること）	年 月 日
当該講習会の主催者	
受講者 4	
受講者名（歯科衛生士名）	
講習名（テーマ）	
受講年月日（和暦で記載すること）	年 月 日
当該講習会の主催者	
受講者 5	
受講者名（歯科衛生士名）	
講習名（テーマ）	
受講年月日（和暦で記載すること）	年 月 日
当該講習会の主催者	

- ※1 研修の受講を確認できるものを保管すること。
- ※2 令和9年5月31日までの間、満たしているものとみなす。

2. 歯科用ユニットを複数設置している等、口腔機能の指導が専念できる設備を有していること。

歯科用ユニット数の保有数	台
--------------	---

3. 口腔機能実地指導を行う歯科衛生士の処遇の改善に係る取組を行っていること。（該当する項目に記載。）

当該加算が連携する歯科衛生士への手当や福利厚生等に活用されている	1：満たしている 2：満たしていない
当該加算が歯科衛生士の勤務環境の改善等に活用されている	1：満たしている 2：満たしていない
その他行っている取組	

在宅療養支援歯科診療所 1 若しくは 2 又は在宅療養支援歯科病院の
施設基準に係る届出書添付書類

届出区分 (該当するいずれか 1 つを○で囲むこと)	1 : 在宅療養支援歯科診療所 1 2 : 在宅療養支援歯科診療所 2 3 : 在宅療養支援歯科病院
-------------------------------	--

1. 歯科訪問診療の割合(届出前 1 月間の実績)

①歯科訪問診療料を算定した人数	人
②外来で歯科診療を提供した人数	人
歯科訪問診療を提供した患者数の割合 ①/(①+②)/・・・(A)	

※ ①については、歯科訪問診療料(歯科訪問診療 1、2、3、4 若しくは 5 又は歯科訪問診療料の注15「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」若しくは注19「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」)を算定した患者の延べ人数を記載すること。
※ ②については、診療所で歯科初診料、歯科再診料を算定した患者の延べ人数を記載すること。

2. 歯科訪問診療の実績

在宅療養支援歯科診療所 1 の届出を行う場合(次のいずれかに該当すること。)

① 直近 1 か月に歯科訪問診療 1、歯科訪問診療 2 又は歯科訪問診療料 3 を合計10回以上算定していること。	
歯科訪問診療 1、2 又は 3 の算定回数 (届出前 1 月間の実績)	回
歯科訪問診療 1、歯科訪問診療 2 又は歯科訪問診療料 3 を合計10回以上算定している	1 : 満たしている 2 : 満たしていない
② 直近 1 か月に歯科訪問診療 2 から 5 までのいずれかを算定した回数が 5 回以上であり、そのうち 20 分以上の歯科訪問診療を算定した回数の割合が 6 割以上であること。	
① 歯科訪問診療 2 から 5 までの算定回数 (届出前 1 月間の実績)	回
② 歯科訪問診療 2 から 5 までのうち、20 分以上の歯科訪問診療を算定した回数 (届出前 1 月間の実績)	回
② 歯科訪問診療 2 から 5 までのうち、20 分以上の歯科訪問診療を算定した回数の割合 ②/①	
歯科訪問診療 2 から 5 までのいずれかを算定した回数が 5 回以上であり、そのうち 20 分以上の歯科訪問診療を算定した回数の割合が 6 割以上である	1 : 満たしている 2 : 満たしていない
③ 直近 1 か月に在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を合計 5 回以上算定していること。	
在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の算定回数 (届出前 1 月間の実績)	回
在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を合計 5 回以上算定している	1 : 満たしている 2 : 満たしていない
④ 研修歯科医を受け入れており、当該研修歯科医に対して歯科訪問診療に係る教育を実施している臨床研修施設であること。	
研修歯科医を受け入れており、当該研修歯科医に対して歯科訪問診療に係る教育を実施している臨床研修施設である	1 : 満たしている 2 : 満たしていない

在宅療養支援歯科診療所2の届出を行う場合（次のいずれかに該当すること。）

① 過去1年間に歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3を合計4回以上算定していること。	
歯科訪問診療1、2又は3の算定回数 (届出前1年間の実績)	回
歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3 を合計4回以上算定している	1：満たしている 2：満たしていない
② 研修歯科医を受け入れており、当該研修歯科医に対して歯科訪問診療に係る教育を実施している臨床研修施設であること。 (在宅療養支援歯科診療所1、2又は在宅療養支援歯科病院の届出を行う場合)	
研修歯科医を受け入れており、当該研修歯科医に対して 歯科訪問診療に係る教育を実施している臨床研修施設である	1：満たしている 2：満たしていない

在宅療養支援歯科病院の届出を行う場合（次のいずれかに該当すること。）

① 過去1年間に歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3の算定件数及び他の保険医療機関からの要請により歯科訪問診療による歯科治療が困難な患者の受入れを行った実績が合計18回以上であること。	
歯科訪問診療1、2又は3の算定回数 (届出前1年間の実績)	回
他の保険医療機関からの要請により歯科訪問診療による 歯科治療が困難な患者の受入れ (届出前1年間の実績)	回
歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3 を合計4回以上算定している	1：満たしている 2：満たしていない
② 直近1か月に歯科訪問診療2から5までのいずれかを算定した回数が5回以上であり、そのうち20分以上の歯科訪問診療を算定した回数の割合が6割以上であること。	
①歯科訪問診療2から5までの算定回数 (届出前1月間の実績)	回
②歯科訪問診療2から5までのうち、20分以上の歯科 訪問診療を算定した回数 (届出前1月間の実績)	回
②歯科訪問診療2から5までのうち、20分以上の歯科 訪問診療を算定した回数の割合 ②/①	
歯科訪問診療2から5までのいずれかを算定した回数 が5回以上であり、そのうち20分以上の歯科訪問診療 を算定した回数の割合が6割以上である	1：満たしている 2：満たしていない
③ 直近1か月に在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を合計10回以上算定していること。	
在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は 小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料 の算定回数 (届出前1月間の実績)	回
在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は 小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料 を合計5回以上算定している	1：満たしている 2：満たしていない
④ 研修歯科医を受け入れており、当該研修歯科医に対して歯科訪問診療に係る教育を実施している臨床研修施設であること。	
研修歯科医を受け入れており、当該研修歯科医に対し て歯科訪問診療に係る教育を実施している臨床研修施設である	1：満たしている 2：満たしていない

※ 歯科訪問診療料の注15「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」又は注19「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」のうち、歯科訪問診療1、2又は3に相当する診療を含めた、算定回数を記載すること。

3. 高齢者の口腔機能管理等に係る研修の受講歴等

受講者 1	
受講者名（常勤歯科医師名）	
研修名	
受講年月日（和暦で記載すること）	年 月 日
当該講習会の主催者	
講習の内容等	
受講者 2	
受講者名（常勤歯科医師名）	
研修名	
受講年月日（和暦で記載すること）	年 月 日
当該講習会の主催者	
講習の内容等	
受講者 3	
受講者名（常勤歯科医師名）	
研修名	
受講年月日（和暦で記載すること）	年 月 日
当該講習会の主催者	
講習の内容等	

※ 高齢者の心身の特性（認知症に関する内容を含む。）、高齢者の口腔機能管理、緊急時の対応等に関する内容を含むものであること。

※ 研修会の修了証の写し又は当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧の添付でも可とするものであること。

4. 歯科衛生士の氏名等

歯科衛生士 1	
歯科衛生士名	
常勤又は非常勤（常勤又は非常勤を○で囲むこと）	1：常勤 2：非常勤
歯科衛生士 2	
歯科衛生士名	
常勤又は非常勤（常勤又は非常勤を○で囲むこと）	1：常勤 2：非常勤
歯科衛生士 3	
歯科衛生士名	
常勤又は非常勤（常勤又は非常勤を○で囲むこと）	1：常勤 2：非常勤

5. 迅速に対応できる体制に係る事項

(1) 患者からの連絡を受ける体制

担当者数		人
担当者 1		
担当者名		
職種		
担当者 2		
担当者名		
職種		
担当者 3		
担当者名		
職種		

(2) 歯科訪問診療体制

担当医数		人
担当医名		

6. 在宅医療を担う他の保険医療機関等からの歯科訪問診療の依頼実績（届出前1年間の実績）

依頼元 1	
施設名	
回数	回
依頼元 2	
施設名	
回数	回
依頼元 3	
施設名	
回数	回
合計回数	回

7. 保険医療機関、介護・福祉施設等との連携の実績（以下のいずれかに該当すること。）

① 地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議又は病院・診療所・介護保険施設等が実施する多職種連携に係る会議等の出席（年1回）	
会議等の名称	
② 病院・診療所・介護保険施設等の職員への口腔管理に関する技術的助言や研修等の実績又は口腔管理への協力（届出前1年間）	
協力施設名	
③ 歯科訪問診療に関する他の保険医療機関との連携実績（年1回）	
保険医療機関名	
④ 次のうち該当する項目に、算定件数（届出前1年間）を記載する。	
在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料（1から3までに限る。）	件
退院時共同指導料 1	件
医科連携訪問加算	件
在宅歯科医療連携加算 1	件
在宅歯科医療連携加算 2	件
小児在宅歯科医療連携加算 1	件
小児在宅歯科医療連携加算 2	件
在宅歯科医療情報連携加算	件
在宅患者連携指導料	件
在宅患者緊急時等カンファレンス料	件

※ 令和9年5月31日までの間、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前の規定による令和8年5月31日以前の各区分の算定回数及び改正後の規定による令和8年6月1日以降の各区分の算定回数を合計して差し支えない。

8. 在宅歯科診療に係る後方支援の機能

①在宅療養支援歯科診療所1又は2の届出を行う場合 在宅歯科診療に係る後方支援の機能を有する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。	
医療機関の名称	
所在地	
連絡先	
②在宅療養支援歯科病院の届出を行う場合 在宅歯科診療に係る後方支援の機能を有していること。	
在宅歯科診療に係る後方支援の機能を有している	1：満たしている 2：満たしていない

以下、9～13については、1. の(A)が0.95以上である診療所のみ記載

9. 過去1年間に、5か所以上の保険医療機関から初診患者の診療情報提供を受けていること。

① 保険医療機関名	
② 保険医療機関名	
③ 保険医療機関名	
④ 保険医療機関名	
⑤ 保険医療機関名	

10. 直近3か月に当該診療所で行われた歯科訪問診療のうち、6割以上が歯科訪問診療1を算定していること。

① 歯科訪問診療1		人
② 歯科訪問診療2		人
③ 歯科訪問診療3		人
④ 歯科訪問診療4		人
⑤ 歯科訪問診療5		人
歯科訪問診療1の算定割合 ① / (①+②+③+④+⑤)		

※1 ①～⑤の歯科訪問診療料の人数は延べ人数を記載すること。

※2 歯科訪問診療1には歯科訪問診療料の注15「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」又は注19「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」を算定した患者のうち、歯科訪問診療1に相当する診療を行った患者数を含む。

※3 歯科訪問診療2には歯科訪問診療料の注15「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」又は注19「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」を算定した患者のうち、歯科訪問診療1に相当する診療を行った患者を除いた患者数を含む。

11. 在宅歯科医療に係る3年以上の経験を有する歯科医師が勤務していること。

①歯科医師		
歯科医師名		
経験年数		年
②歯科医師		
歯科医師名		
経験年数		年
⑤歯科医師		
歯科医師名		
経験年数		年

12. 歯科用ポータブルユニット、歯科用ポータブルパキューム及び歯科用ポータブルレントゲンを有していること。

①ポータブルユニット		
医療機器認証番号		
製品名		
製造販売業者名		
②ポータブルユニット		
医療機器認証番号		
製品名		
製造販売業者名		
③ポータブルユニット		
医療機器認証番号		
製品名		
製造販売業者名		

※ ①～③について、各欄に書ききれない場合は備考欄に医療機器認証番号、製品名及び製造販売業者名を記載すること。

13. 歯科訪問診療において、過去1年間の診療実績（歯科点数表に掲げるものうち、次に掲げるものの算定実績をいう。）が次の要件のいずれにも該当していること。

①抜髄		回
②感染根管処置		回
③ ①及び②の合計（③＝①＋②）		回
④抜歯手術		回
⑤有床義歯の新製		回
⑥有床義歯修理		回
⑦有床義歯内面適合法		回
⑧ ⑤、⑥及び⑦の合計（⑧＝⑤＋⑥＋⑦）		回

※1 回数は延べ算定回数を記載すること。

※2 ③、④が20回以上であること。

※3 ⑤、⑥及び⑦がそれぞれ5回以上であること。

※4 ⑧が40回以上であること。

CT撮影及びMRI撮影の施設基準に係る届出書添付書類

<p>1 届出種別 (該当するいずれか1つを○で囲むこと)</p>	<p>1 : 新規届出 2 : 機器の追加 3 : 機器の取り下げ</p>
<p>2 届出を行う項目 (該当するいずれか1つを○で囲むこと)</p>	<p>1 : 128列以上のマルチスライスCT 2 : 64列以上128列未満のマルチスライスCT 3 : 16列以上64列未満のマルチスライスCT 4 : 4列以上16列未満のマルチスライスCT 5 : MRI (3テスラ以上) 6 : MRI (1.5テスラ以上3テスラ未満)</p>
<p>3 ○印をつけた機器の名称、型番、メーカー名等 (MRIの場合はテスラ数も記載すること。)</p>	
<p>機種名</p>	
<p>型番</p>	
<p>メーカー名</p>	
<p>テスラ数等</p>	
<p>4 保守管理計画の有無 (該当するいずれか1つを○で囲むこと)</p>	<p>1 : 有 2 : 無</p>
<p>5 安全管理責任者の氏名</p>	
<p>6 画像診断管理加算2、2 (一部委託を行う場合)、 3又は4の届出の有無 (該当するいずれか1つを○で囲むこと)</p>	<p>1 : 有 2 : 無</p>
<p>7 専従の診療放射線技師の氏名</p>	
<p>8 施設共同利用率に係る事項</p>	
<p>・128列以上のマルチスライスCT及び64列以上128列未満のマルチスライスCT</p>	
<p>① 保有する全ての当該撮影に係る機器を使用した全患者数</p>	<p>名</p>
<p>② 当該撮影の共同利用を目的として他の保険医療機関から検査を依頼された紹介患者数</p>	<p>名</p>
<p>③ 特別の関係にある保険医療機関間での紹介の場合及び画像の撮影を実施する保険医療機関へ転医目的で紹介された場合に該当する患者数</p>	<p>名</p>
<p>④ 施設共同利用率 = (②-③) / (①-③) × 100</p>	<p>%</p>

・MRI（3テスラ以上）	
① 保有する全ての当該撮影に係る機器を使用した全患者数	名
② 当該撮影の共同利用を目的として他の保険医療機関から検査を依頼された紹介患者数	名
③ 特別の関係にある保険医療機関間での紹介の場合及び画像の撮影を実施する保険医療機関へ転医目的で紹介された場合に該当する患者数	名
④ 施設共同利用率 = (②-③) / (①-③) × 100	%

[記載上の注意]

- 届出に係る画像診断機器1台につき、本様式による添付書類をそれぞれ作成すること。機器の入替の場合には、「機器の追加」と「機器の取り下げ」をそれぞれ作成すること。なお、機器の取り下げの場合は「1」から「3」まで記入すれば足りる。
- 「2」及び「3」については、機器ごとに記入すること。
- 使用するCT撮影装置、MRI撮影装置及び造影剤注入装置の保守管理計画を添付すること。
- 128列以上のマルチスライスCT、64列以上128列未満のマルチスライスCT又はMRI（3テスラ以上）の届出を行う場合は、「6」及び「7」についても必ず記入すること。
- 「8」については、128列以上のマルチスライスCT、64列以上128列未満のマルチスライスCT又はMRI（3テスラ以上）において、施設共同利用率が10%以上の場合に限り記載すれば足りる。なお、保険診療を行った患者数のみを記入すること。また、128列以上のマルチスライスCT、64列以上128列未満のマルチスライスCT又はMRI（3テスラ以上）が2台以上ある場合には、合算した実績を記入すること。

地域支援・外来医薬品供給対応体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

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

【記載上の注意】

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

摂食嚥下機能回復体制加算 1 又は 3 の施設基準に係る届出書添付書類

<p>届け出る加算 (いずれか1つを選択し○で囲むこと。既にいずれかの加算を届け出ており、別の加算を届け出る場合は、新規に届け出る加算についてのみ○すること。)</p>	<p>摂食嚥下機能回復体制加算 1 ・ 摂食嚥下機能回復体制加算 3</p>
---	--

経口摂取のみの栄養方法を行っている状態に回復した患者の実績

<p>対象とする期間 (1月から12月までの1年間) (※1) (和暦)</p>	<p>～ 年 月 日 年 月 日</p>
---	---

実績に係る経口摂取回復率 (摂食嚥下機能回復体制加算 1 の場合)

<p>① 他の医療機関から転院してきた人口工栄養 (※2) を実施している患者のうち、対象期間に自院で摂食機能療法を実施した患者の数</p>	人
<p>② ①のうち、以下のいずれか1つ以上に該当する患者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 人工栄養を開始した日から1年以内に死亡した患者のうち、死亡時まで経口摂取のみの栄養方法を行う状態 (※3) に回復しなかった患者 ・ 人口工栄養を開始した日から1か月以内に経口摂取のみの栄養方法を行う状態に回復した患者 ・ 転院時点で、人工栄養を開始した日から1年以上経過が経過していた患者 ・ 疾患の状態による理由から胃瘻を造設した場合 (※4) であって、転院後、実績の対象期間中に胃瘻を造設した日から1年以上が経過した患者 	人
<p>③ ①の患者 (②に該当する患者を除く) のうち、対象期間に経口摂取のみの栄養方法を行っている状態に回復した患者</p>	人
<p>④ 対象期間に自院で人工栄養を開始した患者</p>	人
<p>⑤ ④のうち、以下のいずれかに1つ以上に該当する患者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 人工栄養を開始した日から1年以内に死亡した患者のうち、死亡時まで経口摂取のみの栄養方法を行う状態に回復しなかった患者 ・ 人工口栄養を開始した日から1か月以内に経口摂取のみの栄養方法を行う状態に回復した患者 ・ 疾患の状態による理由から胃瘻を造設した場合であって、摂食機能療法を行っていない患者 	人
<p>⑥ ④の患者 (⑤に該当する患者を除く) のうち、対象期間に経口摂取のみの栄養方法を行っている状態に回復した患者</p>	人
<p>経口摂取のみによる栄養方法に回復した患者の割合 (35%以上) ③+⑥ / { (①-②) + (④-⑤) }</p>	%

実績に係る患者数等（摂食嚥下機能回復体制加算3の場合）

療養病棟入院料1又は2を算定する病棟の入院患者における、以下の患者の人数	
ア 中心静脈栄養を実施していた患者のうち、嚥下機能評価を実施した上で嚥下リハビリテーション等を行い、嚥下機能が回復し、中心静脈栄養を終了した者	人
イ 鼻腔栄養を実施していた患者又は胃瘻を造設していた患者のうち、嚥下機能評価を実施した上で嚥下リハビリテーション等を行い、嚥下機能が回復し、経口摂取のみの栄養方法を行う状態（※4）に回復した者	人
合計（ア＋イ）（2名以上）	人

【記載上の注意事項】

- ※1 実績の対象とする期間は、特掲診療料施設基準通知第2の4の（11）に定めるところによるものであること。
- ※2 人工栄養とは、鼻腔栄養、胃瘻による栄養投与、中心静脈栄養をいう。
- ※3 経口摂取のみの栄養方法を行っている状態とは、以下のいずれかをいい、内服薬又は水分を不定期に経口摂取以外の方法で摂取する状態を含む。
 - ・ 鼻腔栄養を実施している患者にあつては、経鼻経管を抜去した上で、1か月以上にわたって栄養方法が経口摂取のみであるもの。
 - ・ 胃瘻を造設している患者にあつては、胃瘻抜去術又は胃瘻閉鎖術を実施した上で、1か月以上にわたって栄養方法が経口摂取のみであるもの。
 - ・ 中心静脈栄養を実施している患者にあつては、中心静脈栄養を終了した上で、1か月以上にわたって栄養方法が経口摂取のみであるもの。
- ※4 疾患の状態による理由から胃瘻を造設した場合とは、以下のいずれかのことをいう。
 - ・ 消化器疾患等の患者であつて、減圧ドレナージ目的で胃瘻造設を行った患者
 - ・ 炎症性腸疾患の患者であつて、成分栄養剤の経路として胃瘻造設が必要であつた患者
 - ・ 食道、胃噴門部の狭窄、食道穿孔等の食道や胃噴門部の疾患によって胃瘻造設が必要であつた患者

〔 歯科技工士連携加算 1
歯科技工士連携加算 2 〕

の施設基準に係る届出書添付書類

1. 届出区分 (該当するすべての口に「✓」を記入すること。)	<input type="checkbox"/> 歯科技工士連携加算 1
	<input type="checkbox"/> 歯科技工士連携加算 2

2. 当該療養に係る歯科技工士の氏名等

歯科技工士 1	
氏名	
歯科技工所名	
歯科技工士 2	
氏名	
歯科技工所名	
歯科技工士 3	
氏名	
歯科技工所名	

3. 院内掲示等 (該当するすべての口に「✓」を記入すること。)	<input type="checkbox"/> 連携する保険医療機関内の歯科技工士の氏名又は歯科技工所の名称及び連携内容について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している
	<input type="checkbox"/> 保険医療機関内の歯科技工士又は歯科技工所との連携体制について、ウェブサイトへの掲載を行っている

4. 歯科技工士の処遇改善等に係る体制 (該当するすべての口に「✓」を記入すること。)	<input type="checkbox"/> 当該加算の連携する歯科技工士への手当や福利厚生等への活用
	<input type="checkbox"/> 当該加算の歯科技工士の勤務環境の改善等への活用
その他の処遇改善等に係る事項	

5. 情報連携体制 (歯科技工士連携加算 2 に係る届出を行う場合のみ記入する。)

保険医療機関内の歯科技工士又は歯科技工所との情報通信機器を用いた連携に当たって、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠した体制を有している (該当するいずれか1つを○で囲むこと)	1 : 体制を有している
	2 : 体制を有していない

〔記載上の注意〕

- 1 「2」について、歯科技工士が院内に配置されている場合については、歯科技工士の氏名のみ記載すること。また、歯科技工士が院内に配置されていない場合については、当該療養につき、保険医療機関と連携を行う歯科技工所名及び当該歯科技工所の歯科技工士の氏名を記載すること。
- 2 「3」について、自ら管理するホームページ等を有しない場については、この限りではないこと。
- 3 「4」について、当該療養に係る歯科技工士の負担の軽減及び処遇の改善として、保険医療機関または歯科技工所にて、実施する内容について記載すること。

- 4 ~~「5」について、歯科技工士連携加算2に係る届出を行う場合に、要件に適合する場合は□に「✓」を記入すること。~~

特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード	
又は保険薬局コード	

届出番号	
------	--

連絡先

担当者氏名 :

電話番号 :

(届出事項)

(選択してください) の施設基準に係る届出

↓チェックをしてください。すべての基準に適合していない場合には届出ができません。

- 当該届出を行う前6か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。
- 当該届出を行う前6か月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。
- 当該届出を行う前6か月間において、健康保険法第78条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。
- 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

標記について、上記基準のすべてに適合しているのので、別添の様式を添えて届出します。

令和 年 月 日

保険医療機関・保険薬局の所在地
及び名称

開設者名

殿

- 備考1 [] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。
- 2 □には、適合する場合「✓」を記入すること。
- 3 届出書は、1通提出のこと。

〔 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)
歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ) 〕 の施設基準に係る届出書添付書類

◎以下について確認の上、必ず☑を記載すること

※項目が未チェックです

誓約書

毎年8月に、①前年度の賃金改善の取組状況について、様式100「賃金改善実績報告書」により報告すること、②算定を行っている年度における賃金改善の取組状況について、様式100「賃金改善中間報告書」により報告することについて、理解しました。

本評価料による収入については全て対象職員の賃上げに充当することについて、誓約します。

年 月 日 開設者名：

◎必要記載項目

1 保険医療機関コード
保険医療機関名

2 届出を行う評価料

- 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)
- 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)

3 外来医療等の実施の有無

- 外来医療又は在宅診療を実施している保険医療機関(医科)
- 外来医療又は在宅診療を実施している保険医療機関(歯科)

4 対象職員(常勤換算)数

人

※ 対象職員とは、自保険医療機関に勤務する職員をいう。

(ただし、40歳以上の医師及び歯科医師並びに業務委託により勤務する者を除く。)

※ 本様式の届出時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。

※ 0より大きい数であればよい。

5 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)注5に係る算定要件確認

※以下の①～③のいずれかに該当する項目に、チェックを付けてください。

＜外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の注5に該当する医療機関＞

- ① 令和8年3月31日時点において、「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)」を届け出ている保険医療機関
- ② 「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)」または「入院ベースアップ評価料」を届け出ていなかったが本様式届出時点において、施設基準通知に記載された給与水準以上の賃上げを行った保険医療機関

＜外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の注5に該当しない医療機関＞

- ③ ①・②に該当せず、「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)」のみを届け出る保険医療機関

(2) 外来・在宅ベースアップ評価料及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料の算定可否

【記載上の注意】

1 「2」については、届出を行う評価料について☑を記載すること。

なお、いずれにも該当する保険医療機関にあつては、いずれも☑を記載すること。

2 「3」については、外来医療等の実施の有無について☑を記載すること。

なお、いずれにも該当する保険医療機関にあつては、いずれも☑を記載すること。

3 「4」については、本様式の届出時点における対象職員の人数を常勤換算数で記載すること。

なお、常勤の職員の常勤換算数は1とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が1を超える場合は、1）とする。

〔 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)
 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 〕 の施設基準に係る届出書添付書類 (新規・区分変更)

◎以下について確認の上、必ず☑を記載すること

※項目が未チェックです

誓約書

毎年8月に、①前年度の賃金改善の取組状況について、様式100「賃金改善実績報告書」により報告すること、②算定を行っている年度における賃金改善の取組状況について、様式100「賃金改善中間報告書」により報告することについて、理解しました。

本評価料による収入については全て対象職員の賃上げに充当することについて、誓約します。

年 月 日 開設者名： _____

◎必要記載項目

1 保険医療機関コード _____
 保険医療機関名 _____

2 届出を行う評価料

- 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)
- 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)

3 該当する届出

- 新規届出
- 区分変更

●対象職員(常勤換算)数 _____ 人

※区分変更の場合は前回届出時の人数も記入
 (前回届出時 _____ 人)
 1割以上の変動

※【記載上の注意】を参照

※ 原則2.0以上であるが、以下の項目に該当する場合はその限りではない。

対象職員(常勤換算)数が2.0人未満の場合、特定地域(※)に所在する保険医療機関に該当するか。

※ 「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域

(1)届出年月日 令和 _____ 年 _____ 月

※ 本評価料の算定を開始する月のこと

(2)賃金改善開始年月日 令和 _____ 年 _____ 月

※ 当該年度における賃金改善を開始した月

4 区分計算

(1)算出方法

- 同一法人内の複数医療機関で通算して算出しますか。 はい (はいの場合は(2)の記入は不要、様式99の記入が必要)

(2)賃金改善算定基礎額の算出

●計算に必要な対象職種ごとの記載項目

ア 自保険医療機関に勤務する職員(40歳未満の常勤医師・歯科医師、看護補助者、事務職員を除く)の月額賃金総額

円

イ 自保険医療機関に勤務する職員のうち、看護補助者及び事務職員の月額賃金総額

円

※ 月額賃金総額:届出を行う月(3(1)の月)の直近1月の総額

※ ただし、届出を行う月の前月に既に当該年度の賃金改善が開始されている場合(チェックしてください) →

ウ 自保険医療機関に勤務する職員のうち40歳未満の常勤医師及び歯科医師の人数

人 (※ ただし、事業主及び役員を除く)

エ 自保険医療機関に勤務する職員のうち、週22時間以上勤務する非常勤の医師及び歯科医師の人数

人 (※ただし、週22時間以上勤務する場合には、宿日直を除く。
また、事業主及び役員を除く。)

※ 人数:本様式の届出を行う月の直近3月の期間の各月1日時点における1月あたりの平均の数値を用いる。

→【賃金改善算定基礎額】 円

(3)外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等により算定される点数の見込み、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)等の区分の上限を算出する値【B】

● 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の算定回数・金額の見込み

【算出の際に用いる「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の対象期間:

本様式の届出を行う月の直近3月の期間の1月あたりの平均】

点数表の項目		算定回数 9月	算定回数 10月	算定回数 11月	算定回数 (直近3月平均)
医 科 点 数 表	① 初診料等	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回
	② 再診料等	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回
	③ 訪問診療料(同一建物以外)	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回
	④ 訪問診療料(同一建物)	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回
歯 科 点 数 表	⑤ 初診料等	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回
	⑥ 再診料等	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回
	⑦ 歯科訪問診療料(同一建物以外)	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回
	⑧ 歯科訪問診療料(同一建物)	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回	<input type="text"/> 回

- ※ 本様式の届出を行う月の直近3月の期間の1月あたりの平均の数値(小数第二位を四捨五入)を記載すること。
- ※ 外来・在宅ベースアップ評価料の注5又は注7、歯科外来・在宅ベースアップ評価料の注5又は注7を算定している場合には、それぞれの当該評価料の1から3まで又は注6に規定する点数を算定したものとみなす。
- ※ 自由診療の患者については、計上しない。
公費負担医療や労災保険制度等、診療報酬点数表に従って医療費が算定される患者については、計上する。

【合計】

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の算定回数見込み

回

※区分変更の場合は前回届出時の回数も記入
(前回届出時 回)
1割以上の変動

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等の算定により算定される点数の見込み

点

(4) 【B】の値

$$\begin{aligned}
 \text{【B】} = & \frac{\left[\text{賃金改善算定基礎額} \times 0.5 - (\text{外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び} \right. \\
 & \left. \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される点数の見込み}) \times 10\text{円} \right]}{\left[\begin{aligned} & \text{外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)イの算定回数} \times 8 \\ & + \text{外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)ロの算定回数} \times 8 \\ & + \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)イの算定回数} \times 8 \\ & + \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)ロの算定回数} \times 8 \end{aligned} \right]} \times 10\text{円}
 \end{aligned}$$

5 施設基準要件の確認

- 常勤換算2名以上の対象職員が勤務していること
- 1月あたりの入院料(※)の算定回数が30未満の医療機関であること。
 ※ 医科点数表又は歯科点数表第1章第2部第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。)、
 同部第3節の特定入院料又は同部第4節の短期滞在手術等基本料(短期滞在手術等基本料1を除く。)
- 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の届出を行っており、
入院ベースアップ評価料の届出を行っていない保険医療機関であること
- 社会保険診療等に係る収入金額(※)の合計額が、総収入の80/100を超えること。
 ※ 【記載上の注意】を参照

6 4(4)により算出した【B】に基づき、該当する区分の算出

(1) 算定が可能となる区分

※区分変更の必要はありません

※区分変更の必要はありません

(2) 届出する区分(いずれかを選択)

<input checked="" type="radio"/>	届出無し
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)1
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)2
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)3
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)4
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)5
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)6
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)7
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)8
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)9
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)10
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)11
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)12
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)13
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)14
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)15
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)16
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)17
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)18
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)19
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)20
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)21
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)22
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)23
<input type="radio"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)24

<input checked="" type="radio"/>	届出無し
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)1
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)2
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)3
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)4
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)5
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)6
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)7
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)8
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)9
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)10
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)11
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)12
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)13
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)14
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)15
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)16
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)17
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)18
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)19
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)20
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)21
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)22
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)23
<input type="radio"/>	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)24

～令和9年5月末まで

～令和10年5月末まで

(3) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の注5・注6に係る算定要件確認

※以下の①～③のいずれかに該当する項目に、チェックを付けてください。

<外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の注5及び注6に該当する医療機関>

- ① 令和8年3月31日時点において、「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)」を届け出していた保険医療機関
- ② 「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)」または「入院ベースアップ評価料」を届け出ていなかったが
本様式届出時点において、施設基準通知に記載された給与水準以上の賃上げを行った保険医療機関

<外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の注5及び注6に該当しない医療機関>

- ③ 「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)」のみを届け出る保険医療機関

(4) 最終算定区分

※区分変更の必要はありません

※区分変更の必要はありません

【記載上の注意】

1 「2」については、届出を行う評価料について☑を記載すること。

なお、いずれにも該当する保険医療機関にあつては、いずれも☑を記載すること。

2 「3」の「対象職員(常勤換算)数」については、自保険医療機関に勤務する職員をいう。ただし、40歳以上の医師及び歯科医師並びに業務委託により勤務する者を除く。また、事業主及び役員を含まない。

なお、本様式の届出時点における人数を常勤換算で記載すること。

常勤の職員の常勤換算数は1とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数(当該常勤でない職員の常勤換算数が1を超える場合は、1とする)。

3 「4」(2)対象職員の「月額賃金総額」とは、基本給又は決まって毎月支払われる手当(以下「基本給等」という。)及び時間外手当等の月ごとに変動して支払われる手当の合計をいい、賞与、期末・勤勉手当等特定の時期にのみ支払われる手当を含まない。

なお、算出については、届出を行う月の直近1月の総額を用いること。ただし、届出を行う月の前月に既に当該年度の賃金改善が開始されている場合は、当該賃金改善を開始する前月の総額)を用いること。

「月額賃金総額」には、「令和7年度医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業」によって交付される補助金による部分は、含めないものとする。

4 「4」(2)対象職員の「人数」については、本様式の届出を行う月の直近3月の期間の各月1日時点における1月あたりの平均の数値を用いること。

5 「4」(3)「①初診料等に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。

- ・医科点数表区分番号(以下5～8において、単に「区分番号」という。)A000に掲げる初診料
- ・区分番号B001-2に掲げる小児科外来診療料の1のイ若しくは2のイ
- ・区分番号B001-2-11に掲げる小児かかりつけ診療料の1のイの(1)、1の口の(1)、2のイの(1)若しくは2の口の(1)

6 「4」(3)「②再診料等に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。

- ・区分番号A001に掲げる再診料
- ・区分番号A002に掲げる外来診療料
- ・区分番号A400に掲げる短期滞在手術等基本料の1
- ・区分番号B001-2に掲げる小児科外来診療料の1の口若しくは2の口
- ・区分番号B001-2-7に掲げる外来リハビリテーション診療料
- ・区分番号B001-2-8に掲げる外来放射線照射診療料
- ・区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料
- ・区分番号B001-2-10に掲げる認知症地域包括診療料
- ・区分番号B001-2-11に掲げる小児かかりつけ診療料の1のイの(2)、1の口の(2)、2のイの(2)若しくは2の口の(2)
- ・区分番号B001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料

7 「4」(2)「③訪問診療料(同一建物以外)に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。

- ・区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(I)の1のイ若しくは2のイ
- ・区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料(訪問診療を行った場合に限る。)

8 「4」(2)「④訪問診療料(同一建物に係る算定回数)」については、以下の合計算定回数を記載すること。

- ・区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(I)の1の口若しくは2の口
- ・区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(II)

9 「4」(2)「⑤歯科初診料等に係る算定回数」については、歯科点数表区分番号(以下9～12において、単に「区分番号」という。)A000に掲げる初診料の合計算定回数を記載すること。

10 「4」(2)「⑥歯科再診料等に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。

- ・区分番号A002に掲げる再診料
- ・区分番号B004-1-6に掲げる外来リハビリテーション診療料
- ・区分番号B004-1-7に掲げる外来放射線照射診療料

- ・区分番号B004-1-8に掲げる外来腫瘍化学療法診療料
- 11 「4」(2)「⑦歯科訪問診療料(同一建物以外)に係る算定回数」については、区分番号C000の1に掲げる歯科訪問診療料の1 歯科訪問診療1(同一患家の患者について算定した場合を除く。)の合計算定回数を記載すること。
- 12 「4」(2)「⑧歯科訪問診療料(同一建物)に係る算定回数」については、以下の合計算定回数を記載すること。
- ・区分番号C000の1に掲げる歯科訪問診療料の1 歯科訪問診療1(同一患家の患者について算定した場合。)
 - ・区分番号C000の2に掲げる歯科訪問診療料の2 歯科訪問診療2
 - ・区分番号C000の3に掲げる歯科訪問診療料の3 歯科訪問診療3
 - ・区分番号C000の4に掲げる歯科訪問診療料の4 歯科訪問診療4
 - ・区分番号C000の5に掲げる歯科訪問診療料の5 歯科訪問診療5
 - ・区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の注15
 - ・区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の注19
- 13 「5」の「社会保険診療等に係る収入金額」については、社会保険診療報酬のほか、労災保険制度等の収入が含まれる。

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)
 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)・歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)
 医科診療報酬点数表第1章第2部 入院料等 通則第11号
 歯科点数表第1章第2部入院料等通則第9号

の注5
 の注5・注6

の施設基準に係る届出書添付書類

◎必要記載項目

1 保険医療機関コード
 保険医療機関名

2 届出を行う評価項目

- 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)・歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の 注5
- 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)・歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の 注5・6
- 医科診療報酬点数表第1章第2部 入院料等 通則11【入院料減算免除】
- 歯科診療報酬点数表第1章第2部 入院料等 通則9【入院料減算免除】

届出年月日 令和 年 月

3 要件の確認

(1)開設時期【入院料減算免除】要件

●令和8年6月1日以降に、新規開設した保険医療機関か はい
(該当する場合には(3)の記載は不要です。)

(2)ベースアップ評価料の算定有無(該当する項目1つに☑をしてください)【入院料減算免除】要件

(i)令和8年3月31日時点で入院ベースアップ評価料を届け出ている保険医療機関である。 はい
(該当する場合には(3)の記載は不要です。)

(ii)令和8年3月31日時点で外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)を届け出ている有床診療所である。 はい
(該当する場合には(3)の記載は不要です。)

(iii)本様式届出時点で外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)のみを届け出ている保険医療機関である。 はい
((3)③の記載が必要です。)

(iv)上記(i～iii)条件には該当しないが、減算免除を希望する保険医療機関である。 はい
((3)①・②の記載が必要です。)

(3)本評価項目に必要な賃上げ水準の算出【注5、注6】・【入院料減算免除】要件

○ 以下、基本給等総額については1か月当たりの額を記載してください。

※ 「基本給等総額」は、対象職員の基本給又は決まって毎月支払われる手当の合計を計上すること。

【ベースアップ評価料対象職種について】

①ベースアップ評価料対象職員(40歳未満の常勤医師・歯科医師・看護補助者・事務職員を除く。)の

基本給等(基本給又は決まって毎月支払われる手当)に係る事項

(Ⅰ) 当該評価料の算定を開始する年月	【当該評価料:	令和	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月
(Ⅱ) 対象職員の常勤換算数【当該評価料の算定を開始する月((1))時点】						人
(Ⅲ) 当該評価料を算定する時点における基本給等総額【評価料の算定を開始する月((1))時点の基本給等総額】						円
(Ⅳ) (Ⅲ)と同じ対象職員で、令和6年3月時点の給与体系に当てはめた基本給等総額【賃金改善前の基本給等総額】						円

(V) 施設基準要件を満たすために必要な賃上げ額【(IV) × 0.055】

円

看護職員処遇改善評価料

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）（Ⅱ）

歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）（Ⅱ）

入院ベースアップ評価料

「賃金改善実績報告書 ・賃金改善中間報告書」

1. 「看護職員処遇改善評価料」、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」（「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」を含む）、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」（「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」を含む）及び「入院ベースアップ評価料」を算定する医療機関については、別添1の「実績報告書・中間報告書」を提出すること。
2. 法人内の同一の給与体系に基づく複数の保険医療機関において、保険医療機関の「月額賃金総額」及び「対象職員数」を通算して届出を行う場合には、別添2「実績報告書・中間報告書（法人）」を用いること。

(令和 年度分)

保険医療機関コード	<input type="text"/>
保険医療機関名	<input type="text"/>

I. 提出書類の種類

- 賃金改善中間報告書
- 賃金改善実績報告書

II. 報告する医療機関種別

- 病院及び診療所
- 歯科診療所

III. 賃金改善実施期間及びベースアップ評価料算定期間

(1) 賃金改善実施期間

令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月	～	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月	<input type="text"/>	ヶ月
--	---	--	----------------------	----

※ 令和8年度診療報酬改定以降のベースアップ評価料等で賃金改善を実施した期間を記載すること。

※ 令和8年度又は令和9年度の6月から翌年5月の1年間に算定した当該評価料による収入を、当該年度の4月から翌年3月の賃金改善に充当した場合、遡及して賃金改善を実施した期間を記載する。

(2) ベースアップ評価料算定期間

令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月	～	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月	<input type="text"/>	ヶ月
--	---	--	----------------------	----

IV-1. ベースアップ評価料等による収入の実績額【(2)の期間中】

(3) 看護職員処遇改善評価料による収入の実績額	円
(4) 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等による収入の実績額	円
(5) 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）等による収入の実績額	円
(6) 入院ベースアップ評価料による収入の実績額	円
(7) ベースアップ評価料等による収入の実績額【(3) + (4) + (5) + (6)】	円

※ 「収入の実績額」とは、該当の評価料を算定した総額を記載すること。（算定していない場合は0と記載。）

IV-1-1. ベースアップ評価料等による収入の繰越状況

(8) 前年度からの繰越額（令和8年度分報告時のみ記載）	円
------------------------------	---

IV-2. ベースアップ評価料等による収入の実績額（総計）

(9) ベースアップ評価料等による収入の実績額のうち、当該年度における対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費等に充当すべき金額【(7) + (8)】	円
--	---

○ 以下、基本給等総額については1か月当たりの額を記載してください。

※ 「基本給等総額」とは、対象職員の基本給又は決まって毎月支払われる手当の合計をいい、賞与、期末・勤勉手当等特定の時期にのみ支払われる手当を含まない。

※ 「ベア等」の定義は【記載上の注意】を参照のこと。

※ (15) のベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額も必ず記載すること。

【ベースアップ評価料対象職種について】

V. ベースアップ評価料対象職員（全体）の月額賃金総額に係る事項

(10) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	人
(11) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	円
(12) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額	円
(13) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1ヶ月分）【（11）－（12）】	円
(14) ベア等による賃金増率【（13）÷（12）】	%
(15) 上記（14）以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額	円

V-2. 看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の月額賃金総額に係る事項

(16) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	人
(17) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	円
(18) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額	円
(19) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1ヶ月分）【（17）－（18）】	円
(20) ベア等による賃金増率【（19）÷（18）】	%
(21) 報告書届出年度の賞与の支給月数	か月
(22) 前年度の賞与の支給月数	か月

V-3. 40歳未満の勤務医師、勤務歯科医師の基本給等に係る事項

(23) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	人
(24) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	円
(25) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額	円
(26) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1ヶ月分）【（24）－（25）】	円
(27) ベア等による賃金増率【（26）÷（25）】	%
(28) 報告書届出年度の賞与の支給月数	か月
(29) 前年度の賞与の支給月数	か月

V-4. 事務職員の基本給等に係る事項

(30) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	人
(31) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	円
(32) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額	円
(33) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1ヶ月分）【（31）－（32）】	円
(34) ベア等による賃金増率【（33）÷（32）】	%
(35) 報告書届出年度の賞与の支給月数	か月
(36) 前年度の賞与の支給月数	か月

V-5. 看護補助者の基本給等総額に係る事項

(37) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	人
(38) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	円
(39) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額	円
(40) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1ヶ月分）【（38）－（39）】	円
(41) ベア等による賃金増率【（40）÷（39）】	%
(42) 報告書届出年度の賞与の支給月数	か月
(43) 前年度の賞与の支給月数	か月

V-6. 薬剤師の基本給等総額に係る事項

(44) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	人
(45) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	円
(46) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額	円
(47) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1ヶ月分）【（45）－（46）】	円
(48) ベア等による賃金増率【（47）÷（46）】	%
(49) 報告書届出年度の賞与の支給月数	か月
(50) 前年度の賞与の支給月数	か月

V-7. 歯科衛生士の基本給等総額に係る事項（歯科診療を主とする病院及び診療所の場合に記入）

(51) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	人
(52) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	円
(53) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額	円
(54) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1ヶ月分）【（52）－（53）】	円
(55) ベア等による賃金増率【（54）÷（53）】	%
(56) 報告書届出年度の賞与の支給月数	か月
(57) 前年度の賞与の支給月数	か月

V-8. その他の対象職種の基本給等に係る事項

(58) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	人
(59) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	円
(60) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額	円
(61) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1ヶ月分）【（59）－（60）】	円
(62) ベア等による賃金増率【（61）÷（60）】	%
(63) 報告書届出年度の賞与の支給月数	か月
(64) 前年度の賞与の支給月数	か月

VI. ベースアップ評価料による収入が対象職員へ充当されているか

(65) ベースアップ評価料による収入の実績額【（9）】	円
(66) 対象職員全体の賃金改善実績額（算定期間分）【（13）×（算定期間）】	円
(67) ベア等以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額	円
(68) 収入の実績額と賃金改善実績額の差分【（（66）＋（67））－（65）】	円
(69) ベースアップ評価料算定による収入額が対象職員への賃上げに実施されているか	賃金改善額充当済み

本報告書の記載内容に虚偽が無いことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

令和 年 月 日

開設者名：

【記載上の注意】

- 1 本報告書において、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等」とは、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」及び「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」のことをいう。
- 2 本報告書において、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）等」とは、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」及び「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」のことをいう。
- 3 本報告書において、「ベースアップ評価料」とは、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」、「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」、「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」及び「入院ベースアップ評価料」のことをいう。
- 4 本報告書において、「令和8年3月又は5月時点の給与体系（令和8年5月までにベースアップ評価料等を届け出していた保険医療機関にあっては、令和8年度診療報酬改定前のベースアップ評価料等による賃金改善後であって令和8年度診療報酬改定によるベースアップ評価料等による賃金改善前の体系に限る。）を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の基本給等総額」、「当該評価料を算定した年度に勤務している職員の基本給等総額」及び賃金改善の実績には、「令和7年度医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業」によって交付される補助金による部分は含めないものとする。
- 5 Vの「対象職員の常勤換算数」は、当該時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。常勤の職員の常勤換算数は1とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が1を超える場合は、1とする。）
- 6 Vの「ベア等」は、対象職員の基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げのことをいう。
- 7 Vについて、「報告書届出年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、空欄でもよい。
- 8 Vについて、「前年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の前年度に係る賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、空欄でもよい。
- 9 VIについて、大臣折衝において賃上げの実行性確保の観点から、「対象職員の賃金改善実績額」の総額が、「ベースアップ評価料により得られた収入額」の総額と「ベア等以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）の増加分に用いた額」の総額を合わせた額と比べて、同額以上となること。

(令和 年度分)

保険医療機関コード	<input type="text"/>
保険医療機関名	<input type="text"/>
集約医療機関数	<input type="text"/>

I. 提出書類の種類

- 賃金改善中間報告書
- 賃金改善実績報告書

II. 報告する医療機関種別

- 病院及び診療所
- 歯科診療所

III. 賃金改善実施期間及びベースアップ評価料算定期間

(1) 賃金改善実施期間

令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月	～	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月	<input type="text"/>	ヶ月
--	---	--	----------------------	----

- ※ 令和8年度診療報酬改定以降のベースアップ評価料等で賃金改善を実施した期間を記載すること。
- ※ 令和8年度又は令和9年度6月から翌年5月の1年間に算定した当該評価料による収入を、当該年度の4月から翌年3月の賃金改善に充当した場合、遡及して賃金改善を実施した期間を記載する。

(2) ベースアップ評価料算定期間

令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月	～	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月	<input type="text"/>	ヶ月
--	---	--	----------------------	----

IV-1. ベースアップ評価料等による収入の実績額【(2)の期間中】

(3) 看護職員処遇改善評価料による収入の実績額	<input type="text"/>	円
(4) 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等による収入の実績額	<input type="text"/>	円
(5) 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）等による収入の実績額	<input type="text"/>	円
(6) 入院ベースアップ評価料による収入の実績額	<input type="text"/>	円
(7) ベースアップ評価料等による収入の実績額【(3) + (4) + (5) + (6)】	<input type="text"/>	円

※ 「収入の実績額」とは、該当の評価料を算定した総額を記載すること。（算定していない場合は0と記載。）

IV-1-1. ベースアップ評価料等による収入の繰越状況

(8) 前年度からの繰越額（令和8年度分報告時のみ記載）	<input type="text"/>	円
------------------------------	----------------------	---

IV-2. ベースアップ評価料等による収入の実績額（総計）

(9) ベースアップ評価料等による収入の実績額のうち、当該年度における対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費等に充当すべき金額【(7) + (8)】	<input type="text"/>	円
--	----------------------	---

○ 以下、基本給等総額については1月当たりの額を記載してください。

※ 「基本給等総額」には、基本給等及び時間外手当の合計をいい、賞与、期末・勤勉手当等特定の時期にのみ支払われる手当を含まない。

※ 「ベア等」の定義は【記載上の注意】を参照のこと。

※ (15) のベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額も必ず記載すること。

【ベースアップ評価料対象職種について】

V. ベースアップ評価料対象職員（全体）の月額賃金総額に係る事項

(10) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	人
(11) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	円
(12) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額	円
(13) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1ヶ月分）【（11）－（12）】	円
(14) ベア等による賃金増率【（13）÷（12）】	%
(15) 上記（14）以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額	円

V-2. 看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の月額賃金総額に係る事項

(16) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	人
(17) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	円
(18) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額	円
(19) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1ヶ月分）【（17）－（18）】	円
(20) ベア等による賃金増率【（19）÷（18）】	%
(21) 報告書届出年度の賞与の支給月数	か月
(22) 前年度の賞与の支給月数	か月

V-3. 40歳未満の勤務医師、勤務歯科医師の基本給等に係る事項

(23) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	人
(24) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	円
(25) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額	円
(26) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1ヶ月分）【（24）－（25）】	円
(27) ベア等による賃金増率【（26）÷（25）】	%
(28) 報告書届出年度の賞与の支給月数	か月
(29) 前年度の賞与の支給月数	か月

V-4. 事務職員の基本給等に係る事項

(30) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	人
(31) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	円
(32) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額	円
(33) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1ヶ月分）【（31）－（32）】	円
(34) ベア等による賃金増率【（33）÷（32）】	%
(35) 報告書届出年度の賞与の支給月数	か月
(36) 前年度の賞与の支給月数	か月

V-5. 看護補助者の基本給等総額に係る事項

(37) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	人
(38) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	円
(39) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額	円
(40) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1ヶ月分）【（38）－（39）】	円
(41) ベア等による賃金増率【（40）÷（39）】	%
(42) 報告書届出年度の賞与の支給月数	か月
(43) 前年度の賞与の支給月数	か月

V-6. 薬剤師の基本給等総額に係る事項

(44) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	人
(45) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	円
(46) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額	円
(47) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1ヶ月分）【（45）－（46）】	円
(48) ベア等による賃金増率【（47）÷（46）】	%
(49) 報告書届出年度の賞与の支給月数	か月
(50) 前年度の賞与の支給月数	か月

V-7. 歯科衛生士の基本給等総額に係る事項（歯科診療を主とする病院及び診療所の場合に記入）

(51) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	人
(52) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	円
(53) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額	円
(54) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1ヶ月分）【（52）－（53）】	円
(55) ベア等による賃金増率【（54）÷（53）】	%
(56) 報告書届出年度の賞与の支給月数	か月
(57) 前年度の賞与の支給月数	か月

V-8. その他の対象職種の基本給等に係る事項

(58) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	人
(59) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】	円
(60) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額	円
(61) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1ヶ月分）【（59）－（60）】	円
(62) ベア等による賃金増率【（61）÷（60）】	%
(63) 報告書届出年度の賞与の支給月数	か月
(64) 前年度の賞与の支給月数	か月

VI. ベースアップ評価料による収入が対象職員へ充当されているか

(65) ベースアップ評価料による収入の実績額【（9）】	円
(66) 対象職員全体の賃金改善実績額（算定期間分）【（13）×（算定期間）】	円
(67) ベア等以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額	円
(68) 収入の実績額と賃金改善実績額の差分【（（66）＋（67））－（65）】	円
(69) ベースアップ評価料算定による収入額が対象職員への賃上げに実施されているか	賃金改善額充当済み

本報告書の記載内容に虚偽が無いことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

令和 年 月 日

開設者名：

【記載上の注意】

- 1 本報告書において、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等」とは、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」及び「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」のことをいう。
- 2 本報告書において、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）等」とは、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」及び「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」のことをいう。
- 3 本報告書において、「ベースアップ評価料」とは、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」、「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」、「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」及び「入院ベースアップ評価料」のことをいう。
- 4 本報告書において、「令和8年3月又は5月時点の給与体系（令和8年5月までにベースアップ評価料を届け出ている医療機関にあっては、令和8年度診療報酬改定前のベースアップ評価料による賃金改善後であって令和8年度診療報酬改定によるベースアップ評価料による賃金改善前の体系に限る。）を、当該年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の基本給等総額」と、「当該評価料を算定した年度に勤務している職員の基本給等総額」及び賃金改善の実績には、「令和7年度医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業」によって交付される補助金による部分は含めないものとする。
- 5 Vの「対象職員の常勤換算数」は、当該時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。常勤の職員の常勤換算数は1とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が1を超える場合は、1とする。）
- 6 Vの「ベア等」は、対象職員の基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げのことをいう。
- 7 Vについて、「報告書届出年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、空欄でもよい。
- 8 Vについて、「前年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の前年度に係る賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、空欄でもよい。
- 9 VIについて、大臣折衝において賃上げの実行性確保の観点から、「対象職員の賃金改善実績額」の総額が、「ベースアップ評価料により得られた収入額」の総額と「ベア等以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）の増加分に用いた額」の総額を合わせた額と比べて、同額以上となること。

歯科技工所ベースアップ支援料の施設基準に係る届出書添付書類

◎以下について確認の上、必ず☑を記載すること

毎年8月において、前年度の賃金改善支援の取組状況について、様式102により、「実績報告書」を作成し、報告することについて、理解しました。

本評価料による収入については全て歯科技工士の賃上げに充当することについて、誓約します。

年 月 日 開設者名：

◎必要記載項目

1 保険医療機関コード

保険医療機関名

2 製作委託等を行う歯科技工所の名称

3 歯科技工所における賃金引き上げの方法

()

【記載上の注意】

1 「3」については、歯科技工所と連携し、可能な限り具体的に記載すること。

様式102

歯科技工所ベースアップ支援料

「実績報告書」

歯科技工所ベースアップ支援料を算定する歯科診療所、病院においては、別添
1 「実績報告書」を提出すること。

(歯科技工所ベースアップ支援料) 実績報告書 (令和 年度分)

保険医療機関コード
保険医療機関名

I. 提出書類の種類

実績報告書

I. 賃金改善支援実施期間及びベースアップ支援料算定期間

(1) 賃金改善支援実施期間

令和 年 月 ~ 令和 年 月 ヶ月

(2) ベースアップ支援料算定期間

令和 年 月 ~ 令和 年 月 ヶ月

II ベースアップ支援料の算定回数

ベースアップ支援料の算定回数	0 回
ベースアップ支援料の算定額	0 円

III 製作委託等を行った歯科技工所の名称と算定回数

歯科技工所名	算定回数
<input type="text"/>	<input type="text"/> 回
<input type="text"/>	<input type="text"/> 回
<input type="text"/>	<input type="text"/> 回
<input type="text"/>	<input type="text"/> 回

本報告書の記載内容に虚偽が無いことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

令和 年 月 日

開設者名:

【記載上の注意】

1 「III」において、歯科技工所ごとの算定回数については、可能な範囲で記載すること。

特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード	
又は保険薬局コード	

届出番号	
------	--

連絡先

担当者氏名 :

電話番号 :

(届出事項)

(選択してください) (選択してください) の施設基準に係る届出

↓チェックをしてください。すべての基準に適合していない場合には届出ができません。

- 当該届出を行う前6か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。
- 当該届出を行う前6か月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。
- 当該届出を行う前6か月間において、健康保険法第78条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。
- 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

標記について、上記基準のすべてに適合しているのので、別添の様式を添えて届出します。

令和 年 月 日

保険医療機関・保険薬局の所在地

及び名称

開設者名

殿

- 備考1 [] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。
- 2 □には、適合する場合「✓」を記入すること。
- 3 届出書は、1通提出のこと。

特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について
(令和8年3月5日保医発0305第1号)

044, 045, 046 血漿交換用血漿分離器、血漿交換用血漿成分分離器及び血漿交換療法用特定保険医療材料

(3) 血漿交換用ディスポーザブル選択的血漿成分吸着器

ア 血漿交換用ディスポーザブル選択的血漿成分吸着器は、以下のいずれかの場合に算定できる。

- a 劇症肝炎又は術後肝不全に対して、ビリルビン及び胆汁酸の除去を目的に使用した場合
- b 難治性の家族性高コレステロール血症、難治性高コレステロール血症に伴う重度尿蛋白を呈する糖尿病性腎症、巣状糸球体硬化症、膜性腎症、微小変化型ネフローゼ症候群又は閉塞性動脈硬化症に対して使用した場合（LDL吸着器）
- c 重症筋無力症、悪性関節リウマチ、全身性エリテマトーデス、ギラン・バレー症候群、多発性硬化症又は、慢性炎症性脱髄性多発根神経炎又は自己免疫性脳炎に対して使用した場合

イ 回路は別に算定できない。

官報掲載事項の一部訂正

【令和8年3月5日(号外第46号)】

○ 診療報酬の算定方法の一部を改正する件(厚生労働省告示第69号)

該当箇所	誤	正
別表第一 A304 地域 包括医療病棟 入院料(1日 につき) 注2	2 入院料1については、緊急入院の患者であって、入院時の主傷病に対して入院中に手術(第二章第十部第一節に掲げるものに限る。以下この項において同じ。)を実施しないもの、入院料2については、緊急入院の患者であって入院時の主傷病に対して入院中に手術を実施するもの及び予定された入院の患者であって入院中に手術を実施しないもの、入院料3については予定された入院の患者であって、入院時の主傷病に対して手術を実施するものについて算定する。	2 入院料1については、緊急入院の患者であって、入院時の主傷病に対して入院中に手術(第二章第10部第1節に掲げるものに限る。以下この項において同じ。)を実施しないもの、入院料2については、緊急入院の患者であって入院時の主傷病に対して入院中に手術を実施するもの及び予定された入院の患者であって入院中に手術を実施しないもの、入院料3については予定された入院の患者であって、入院時の主傷病に対して手術を実施するものについて算定する。
別表第一 A307 小児 入院医療管理 料(1日につ き) 注11	11 診療に係る費用(注2、注3及び注5から注10までに規定する加算、当該患者に対して行った第二章第1部医学管理等(区分番号B011-5に掲げるがんゲノムプロファイリング検査(造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場合に限る。))に限る。)、(以下略)	11 診療に係る費用(注2、注3及び注5から注10までに規定する加算、当該患者に対して行った第二章第1部医学管理等(区分番号B011-5に掲げるがんゲノムプロファイリング評価提供料(造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場合に限る。))に限る。)、(以下略)
別表第一 A307 小児 入院医療管理 料(1日につ き) 注12	12 診療に係る費用(注2から注7まで、注9(小児入院医療管理料3を算定するものに限る。))及び注10(小児入院医療管理料3を算定するものに限る。))に規定する加算、当該患者に対して行った第二章第1部医学管理等(区分番号B011-5に掲げるがんゲノムプロファイリング検査(造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場合に限る。))に限る。)、(以下略)	12 診療に係る費用(注2から注7まで、注9(小児入院医療管理料3を算定するものに限る。))及び注10(小児入院医療管理料3を算定するものに限る。))に規定する加算、当該患者に対して行った第二章第1部医学管理等(区分番号B011-5に掲げるがんゲノムプロファイリング評価提供料(造血器腫瘍又は類縁疾患を対象と

		する場合に限る。)に限る。)、(以下略)
別表第一 A307 小児 入院医療管理 料(1日につ き) 注13	13 診療に係る費用(注2から注7までに規定する加算、当該患者に対して行った第2章第1部医学管理等(区分番号B011-5に掲げるがんゲノムプロファイリング検査(造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場合に限る。))を除く。)、第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第3部検査(区分番号D006-19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査(造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場合に限る。))を除く。)、(以下略)	13 診療に係る費用(注2から注7までに規定する加算、当該患者に対して行った第2章第1部医学管理等(区分番号B011-5に掲げるがんゲノムプロファイリング評価提供料(造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場合に限る。))に限る。)、第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第3部検査(区分番号D006-19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査(造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場合に限る。))に限る。)、(以下略)
別表第一 B001-2- 9 地域包括 診療料(月1 回) 注2	2 地域包括診療を受けている患者に対して行った注3に規定する加算並びに区分番号A001に掲げる再診料の注5から注7まで及び注19に規定する加算、通則第3号から第6号までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B001-10に掲げる心不全再入院予防管理料(慢性心不全以外の慢性疾患等も有する患者について算定する場合に限る。))、(以下略)	2 地域包括診療を受けている患者に対して行った注3及び注4に規定する加算並びに区分番号A001に掲げる再診料の注5から注7まで及び注19に規定する加算、通則第3号から第6号までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B001-10に掲げる心不全再入院予防継続管理料(慢性心不全以外の慢性疾患等も有する患者について算定する場合に限る。))、(以下略)
別表第一 C107-2 在宅持続陽圧 呼吸療法指導 管理料 注4	4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2を算定すべき指導管理を情報通信機器を用いて行った場合は、2の所定点数に代えて、218点を算定する。	4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2を算定すべき指導管理を情報通信機器を用いて行った場合は、2の所定点数に代えて、209点を算定する。

<p>別表第一 D026 検体 検査判断料 注3</p>	<p>3 区分番号D004-2の1、区分番号D006-2からD006-9まで、区分番号D006-11からD006-20まで及び区分番号D006-22からD006-31までに掲げる検査は、遺伝子関連・染色体検査判断料により算定するものとし、尿・糞便等検査判断料又は血液学的検査判断料は算定しない。</p>	<p>3 区分番号D004-2の1、<u>区分番号D004-3</u>、区分番号D006-2からD006-9まで、区分番号D006-11からD006-20まで及び区分番号D006-22からD006-31までに掲げる検査は、遺伝子関連・染色体検査判断料により算定するものとし、尿・糞便等検査判断料又は血液学的検査判断料は算定しない。</p>
<p>別表第一 H004 摂食 機能療法（1 日につき） 注3</p>	<p>3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な指導管理を行った場合は、摂食嚥下機能回復体制加算として、当該基準に係る区分に従い、患者（ハについては、療養病棟入院料1又は療養病棟入院料2を現に算定しているものに限る。）</p>	<p>3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な指導管理を行った場合は、摂食嚥下機能回復体制加算として、当該基準に係る区分に従い、患者（ハについては、療養病棟入院料1又は療養病棟入院料2を現に算定しているものに限る。）<u>1人につき週1回に限り次に掲げる点数を所定点数に加算する。</u></p>
<p>別表第一 K076-3 肩関節授動術 （関節鏡下） （肩^{けん}腱板断裂 手術（関節鏡 下を伴うもの））</p>	<p>K076-3 肩関節授動術（関節鏡下）<u>（肩^{けん}腱板断裂手術（関節鏡下を伴うもの））</u></p>	<p>K076-3 肩関節授動術（関節鏡下）<u>（肩^{けん}腱板断裂手術を伴うもの）</u></p>
<p>別表第一 K586 単心 室症又は三尖 弁閉鎖症手術</p>	<p>3 心室中隔造成術 <u>81,350点</u></p>	<p>3 心室中隔造成術 <u>181,350点</u></p>
<p>別表第一 第4章 経過措 置</p>	<p>（新設）</p>	<p><u>3 第1章第2部第1節の規定にかかわらず、令和8年3月31日において現に総合入院体制加算又は急性期充実体制加算に係る届出を行っている病棟については、令和9年5月31日</u></p>

		までの間に限り、一般病棟入院基本料を算定する病棟において急性期総合体制加算を算定できるものとする。
--	--	---

○ 基本診療料の施設基準等の一部を改正する件（厚生労働省告示第70号）

該当箇所	誤	正
第九 特定入院料の施設基準等 十九 特定一般病棟入院料の施設基準等 (5)の口の⑤	6 退院時共同指導料2を前三月間において六回以上算定している保険医療機関であること。	6 退院時共同指導料2及び外来在宅共同指導料1を前三月間において六回以上算定している保険医療機関であること。
第十二 経過措置 四	四 令和八年三月三十一日において現に特定入院料に係る届出を行っている病棟又は病室については、当分の間、第九の1の(5)に定める基準に該当するものとみなす。	四 令和八年三月三十一日において現に特定入院料に係る届出を行っている病棟又は病室については、当分の間、第九の二の(5)に定める基準に該当するものとみなす。
第十二 経過措置 二十二	二十二 (略) (1) <u>精神病棟入院料</u> （十五対一入院基本料に限る。） 第五の四の二の(1)の口の③の3 (2) <u>精神病棟入院料</u> （十八対一入院基本料に限る。） 第五の四の二の(1)の口の④の3 (3) <u>精神病棟入院料</u> （二十対一入院基本料に限る。） 第五の四の二の(1)の口の⑤の3	二十二 (略) (1) <u>精神病棟入院基本料</u> （十五対一入院基本料に限る。） 第五の四の二の(1)の口の③の3 (2) <u>精神病棟入院基本料</u> （十八対一入院基本料に限る。） 第五の四の二の(1)の口の④の3 (3) <u>精神病棟入院基本料</u> （二十対一入院基本料に限る。） 第五の四の二の(1)の口の⑤の3
第十二 経過措置 二十三	二十三 令和八年三月三十一日において現に次の(1)から(9)までに掲げる規定に係る届出を行っている病棟又は病室について、急性期病院一般入院基本料、急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料（十三対	二十三 令和八年三月三十一日において現に次の(1)から(9)までに掲げる規定に係る届出を行っている病棟又は病室について、急性期病院一般入院基本料、急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料（十三対

	<p>一入院基本料を除く。)、地域包括医療病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料1から4まで又は地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟若しくは地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室のいずれも有しない保険医療機関であって、地域一般入院基本料、療養病棟入院料1若しくは2、療養病棟入院基本料の注11、専門病院入院基本料(十三対一入院基本料に限る。)、(以下略)</p>	<p>一入院基本料を除く。)、地域包括医療病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料1から4まで又は地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟若しくは地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室のいずれも有しない保険医療機関であって、地域一般入院基本料、療養病棟入院料1若しくは2、専門病院入院基本料(十三対一入院基本料に限る。)、(以下略)</p>
<p>第十二 経過措置 二十四</p>	<p>二十四 (略)</p> <p>(1) <u>精神病棟入院料</u>(十対一入院基本料に限る。) 第五の四の二の(1)の口の①の5</p> <p>(2) <u>精神病棟入院料</u>(十三対一入院基本料に限る。) 第五の四の二の(1)の口の②の6</p> <p>(3) <u>精神病棟入院料</u>(十五対一入院基本料に限る。) 第五の四の二の(1)の口の③の3</p> <p>(4) <u>精神病棟入院料</u>(十八対一入院基本料に限る。) 第五の四の二の(1)の口の④の3</p> <p>(5) <u>精神病棟入院料</u>(二十対一入院基本料に限る。) 第五の四の二の(1)の口の⑤の3</p> <p>(6)・(7) (略)</p>	<p>二十四 (略)</p> <p>(1) <u>精神病棟入院基本料</u>(十対一入院基本料に限る。) 第五の四の二の(1)の口の①の5</p> <p>(2) <u>精神病棟入院基本料</u>(十三対一入院基本料に限る。) 第五の四の二の(1)の口の②の6</p> <p>(3) <u>精神病棟入院基本料</u>(十五対一入院基本料に限る。) 第五の四の二の(1)の口の③の3</p> <p>(4) <u>精神病棟入院基本料</u>(十八対一入院基本料に限る。) 第五の四の二の(1)の口の④の3</p> <p>(5) <u>精神病棟入院基本料</u>(二十対一入院基本料に限る。) 第五の四の二の(1)の口の⑤の3</p> <p>(6)・(7) (略)</p>

特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について
(令和8年3月5日保医発0305第1号)

044, 045, 046 血漿交換用血漿分離器、血漿交換用血漿成分分離器及び血漿交換療法用特定保険医療材料

(3) 血漿交換用ディスポーザブル選択的血漿成分吸着器

ア 血漿交換用ディスポーザブル選択的血漿成分吸着器は、以下のいずれかの場合に算定できる。

- a 劇症肝炎又は術後肝不全に対して、ビリルビン及び胆汁酸の除去を目的に使用した場合
- b 難治性の家族性高コレステロール血症、難治性高コレステロール血症に伴う重度尿蛋白を呈する糖尿病性腎症、巣状糸球体硬化症、膜性腎症、微小変化型ネフローゼ症候群又は閉塞性動脈硬化症に対して使用した場合（LDL吸着器）
- c 重症筋無力症、悪性関節リウマチ、全身性エリテマトーデス、ギラン・バレー症候群、多発性硬化症又は、慢性炎症性脱髄性多発根神経炎又は自己免疫性脳炎に対して使用した場合

イ 回路は別に算定できない。

官報掲載事項の一部訂正

【令和8年3月5日(号外第46号)】

○ 診療報酬の算定方法の一部を改正する件(厚生労働省告示第69号)

該当箇所	誤	正
別表第一 A304 地域 包括医療病棟 入院料(1日 につき) 注2	2 入院料1については、緊急入院の患者であって、入院時の主傷病に対して入院中に手術(第二章第十部第一節に掲げるものに限る。以下この項において同じ。)を実施しないもの、入院料2については、緊急入院の患者であって入院時の主傷病に対して入院中に手術を実施するもの及び予定された入院の患者であって入院中に手術を実施しないもの、入院料3については予定された入院の患者であって、入院時の主傷病に対して手術を実施するものについて算定する。	2 入院料1については、緊急入院の患者であって、入院時の主傷病に対して入院中に手術(第二章第10部第1節に掲げるものに限る。以下この項において同じ。)を実施しないもの、入院料2については、緊急入院の患者であって入院時の主傷病に対して入院中に手術を実施するもの及び予定された入院の患者であって入院中に手術を実施しないもの、入院料3については予定された入院の患者であって、入院時の主傷病に対して手術を実施するものについて算定する。
別表第一 A307 小児 入院医療管理 料(1日につ き) 注11	11 診療に係る費用(注2、注3及び注5から注10までに規定する加算、当該患者に対して行った第二章第1部医学管理等(区分番号B011-5に掲げるがんゲノムプロファイリング検査(造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場合に限る。))に限る。)、(以下略)	11 診療に係る費用(注2、注3及び注5から注10までに規定する加算、当該患者に対して行った第二章第1部医学管理等(区分番号B011-5に掲げるがんゲノムプロファイリング評価提供料(造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場合に限る。))に限る。)、(以下略)
別表第一 A307 小児 入院医療管理 料(1日につ き) 注12	12 診療に係る費用(注2から注7まで、注9(小児入院医療管理料3を算定するものに限る。))及び注10(小児入院医療管理料3を算定するものに限る。))に規定する加算、当該患者に対して行った第二章第1部医学管理等(区分番号B011-5に掲げるがんゲノムプロファイリング検査(造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場合に限る。))に限る。)、(以下略)	12 診療に係る費用(注2から注7まで、注9(小児入院医療管理料3を算定するものに限る。))及び注10(小児入院医療管理料3を算定するものに限る。))に規定する加算、当該患者に対して行った第二章第1部医学管理等(区分番号B011-5に掲げるがんゲノムプロファイリング評価提供料(造血器腫瘍又は類縁疾患を対象と

		する場合に限る。)に限る。)、(以下略)
別表第一 A307 小児 入院医療管理 料(1日につ き) 注13	13 診療に係る費用(注2から注7ま でに規定する加算、当該患者に対して行 った第2章第1部医学管理等(区分番 号B011-5に掲げるがんゲノム プロファイリング検査(造血器腫瘍又 は類縁疾患を対象とする場合に限 る。)を除く。)、第2部第2節在宅 療養指導管理料、第3節薬剤料、第4 節特定保険医療材料料、第3部検査 (区分番号D006-19に掲げるが んゲノムプロファイリング検査(造血 器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場 合に限る。)を除く。)、(以下略)	13 診療に係る費用(注2から注7ま でに規定する加算、当該患者に対して行 った第2章第1部医学管理等(区分番 号B011-5に掲げるがんゲノム プロファイリング評価提供料(造血器 腫瘍又は類縁疾患を対象とする場合 に限る。)に限る。)、第2部第2節 在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、 第4節特定保険医療材料料、第3部検 査(区分番号D006-19に掲げるが んゲノムプロファイリング検査(造血 器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場 合に限る。)に限る。)、(以下略)
別表第一 B001-2- 9 地域包括 診療料(月1 回) 注2	2 地域包括診療を受けている患者に 対して行った注3に規定する加算並 びに区分番号A001に掲げる再診 料の注5から注7まで及び注19に規 定する加算、通則第3号から第6号ま でに規定する加算、区分番号B001 -2-2に掲げる地域連携小児夜間・ 休日診療料、区分番号B001-10に 掲げる心不全再入院予防管理料(慢性 心不全以外の慢性疾患等も有する患 者について算定する場合に限る。)、 (以下略)	2 地域包括診療を受けている患者に 対して行った注3及び注4に規定す る加算並びに区分番号A001に掲 げる再診料の注5から注7まで及び 注19に規定する加算、通則第3号か ら第6号までに規定する加算、区分番 号B001-2-2に掲げる地域連 携小児夜間・休日診療料、区分番号B 001-10に掲げる心不全再入院予 防継続管理料(慢性心不全以外の慢性 疾患等も有する患者について算定す る場合に限る。)、(以下略)
別表第一 C107-2 在宅持続陽圧 呼吸療法指導 管理料 注4	4 別に厚生労働大臣が定める施設基 準に適合しているものとして地方厚 生局長等に届け出た保険医療機関に おいて、在宅持続陽圧呼吸療法指導管 理料2を算定すべき指導管理を情報 通信機器を用いて行った場合は、2の 所定点数に代えて、218点を算定する。	4 別に厚生労働大臣が定める施設基 準に適合しているものとして地方厚 生局長等に届け出た保険医療機関に おいて、在宅持続陽圧呼吸療法指導管 理料2を算定すべき指導管理を情報 通信機器を用いて行った場合は、2の 所定点数に代えて、209点を算定する。

<p>別表第一 D026 検体 検査判断料 注3</p>	<p>3 区分番号D004-2の1、区分番号D006-2からD006-9まで、区分番号D006-11からD006-20まで及び区分番号D006-22からD006-31までに掲げる検査は、遺伝子関連・染色体検査判断料により算定するものとし、尿・糞便等検査判断料又は血液学的検査判断料は算定しない。</p>	<p>3 区分番号D004-2の1、<u>区分番号D004-3</u>、区分番号D006-2からD006-9まで、区分番号D006-11からD006-20まで及び区分番号D006-22からD006-31までに掲げる検査は、遺伝子関連・染色体検査判断料により算定するものとし、尿・糞便等検査判断料又は血液学的検査判断料は算定しない。</p>
<p>別表第一 H004 摂食 機能療法（1 日につき） 注3</p>	<p>3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な指導管理を行った場合は、摂食嚥下機能回復体制加算として、当該基準に係る区分に従い、患者（ハについては、療養病棟入院料1又は療養病棟入院料2を現に算定しているものに限る。）</p>	<p>3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な指導管理を行った場合は、摂食嚥下機能回復体制加算として、当該基準に係る区分に従い、患者（ハについては、療養病棟入院料1又は療養病棟入院料2を現に算定しているものに限る。）<u>1人につき週1回に限り次に掲げる点数を所定点数に加算する。</u></p>
<p>別表第一 K076-3 肩関節授動術 （関節鏡下） （肩腱板断裂 手術（関節鏡 下を伴うもの））</p>	<p>K076-3 肩関節授動術（関節鏡下）<u>（肩腱板断裂手術（関節鏡下を伴うもの））</u></p>	<p>K076-3 肩関節授動術（関節鏡下）<u>（肩腱板断裂手術を伴うもの）</u></p>
<p>別表第一 K586 単心 室症又は三尖 弁閉鎖症手術</p>	<p>3 心室中隔造成術 <u>81,350点</u></p>	<p>3 心室中隔造成術 <u>181,350点</u></p>
<p>別表第一 第4章 経過措 置</p>	<p>（新設）</p>	<p><u>3 第1章第2部第1節の規定にかかわらず、令和8年3月31日において現に総合入院体制加算又は急性期充実体制加算に係る届出を行っている病棟については、令和9年5月31日</u></p>

		までの間に限り、一般病棟入院基本料を算定する病棟において急性期総合体制加算を算定できるものとする。
--	--	---

○ 基本診療料の施設基準等の一部を改正する件（厚生労働省告示第70号）

該当箇所	誤	正
第九 特定入院料の施設基準等 十九 特定一般病棟入院料の施設基準等 (5)の口の⑤	6 退院時共同指導料2を前三月間において六回以上算定している保険医療機関であること。	6 退院時共同指導料2及び外来在宅共同指導料1を前三月間において六回以上算定している保険医療機関であること。
第十二 経過措置 四	四 令和八年三月三十一日において現に特定入院料に係る届出を行っている病棟又は病室については、当分の間、第九の1の(5)に定める基準に該当するものとみなす。	四 令和八年三月三十一日において現に特定入院料に係る届出を行っている病棟又は病室については、当分の間、第九の二の(5)に定める基準に該当するものとみなす。
第十二 経過措置 二十二	二十二 (略) (1) <u>精神病棟入院料</u> （十五対一入院基本料に限る。） 第五の四の二の(1)の口の③の3 (2) <u>精神病棟入院料</u> （十八対一入院基本料に限る。） 第五の四の二の(1)の口の④の3 (3) <u>精神病棟入院料</u> （二十対一入院基本料に限る。） 第五の四の二の(1)の口の⑤の3	二十二 (略) (1) <u>精神病棟入院基本料</u> （十五対一入院基本料に限る。） 第五の四の二の(1)の口の③の3 (2) <u>精神病棟入院基本料</u> （十八対一入院基本料に限る。） 第五の四の二の(1)の口の④の3 (3) <u>精神病棟入院基本料</u> （二十対一入院基本料に限る。） 第五の四の二の(1)の口の⑤の3
第十二 経過措置 二十三	二十三 令和八年三月三十一日において現に次の(1)から(9)までに掲げる規定に係る届出を行っている病棟又は病室について、急性期病院一般入院基本料、急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料（十三対	二十三 令和八年三月三十一日において現に次の(1)から(9)までに掲げる規定に係る届出を行っている病棟又は病室について、急性期病院一般入院基本料、急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料（十三対

	<p>一入院基本料を除く。)、地域包括医療病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料1から4まで又は地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟若しくは地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室のいずれも有しない保険医療機関であって、地域一般入院基本料、療養病棟入院料1若しくは2、療養病棟入院基本料の注11、専門病院入院基本料(十三対一入院基本料に限る。)、(以下略)</p>	<p>一入院基本料を除く。)、地域包括医療病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料1から4まで又は地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟若しくは地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室のいずれも有しない保険医療機関であって、地域一般入院基本料、療養病棟入院料1若しくは2、専門病院入院基本料(十三対一入院基本料に限る。)、(以下略)</p>
<p>第十二 経過措置 二十四</p>	<p>二十四 (略)</p> <p>(1) <u>精神病棟入院料</u>(十対一入院基本料に限る。) 第五の四の二の(1)の口の①の5</p> <p>(2) <u>精神病棟入院料</u>(十三対一入院基本料に限る。) 第五の四の二の(1)の口の②の6</p> <p>(3) <u>精神病棟入院料</u>(十五対一入院基本料に限る。) 第五の四の二の(1)の口の③の3</p> <p>(4) <u>精神病棟入院料</u>(十八対一入院基本料に限る。) 第五の四の二の(1)の口の④の3</p> <p>(5) <u>精神病棟入院料</u>(二十対一入院基本料に限る。) 第五の四の二の(1)の口の⑤の3</p> <p>(6)・(7) (略)</p>	<p>二十四 (略)</p> <p>(1) <u>精神病棟入院基本料</u>(十対一入院基本料に限る。) 第五の四の二の(1)の口の①の5</p> <p>(2) <u>精神病棟入院基本料</u>(十三対一入院基本料に限る。) 第五の四の二の(1)の口の②の6</p> <p>(3) <u>精神病棟入院基本料</u>(十五対一入院基本料に限る。) 第五の四の二の(1)の口の③の3</p> <p>(4) <u>精神病棟入院基本料</u>(十八対一入院基本料に限る。) 第五の四の二の(1)の口の④の3</p> <p>(5) <u>精神病棟入院基本料</u>(二十対一入院基本料に限る。) 第五の四の二の(1)の口の⑤の3</p> <p>(6)・(7) (略)</p>