

地方厚生（支）局医療課長  
都道府県民生主管部（局）  
国民健康保険主管課（部）長 殿  
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）長

厚生労働省保険局医療課長  
（公 印 省 略）

厚生労働省保険局歯科医療管理官  
（公 印 省 略）

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

標記については、本日、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（令和 8 年厚生労働省告示第 69 号）の告示に伴い、「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件」（令和 8 年厚生労働省告示第 71 号）が告示され、令和 8 年 6 月 1 日より適用されることとなったところであるが、保険医療機関及び保険薬局からの届出を受理する際には、下記の事項に留意の上、貴管下の保険医療機関及び保険薬局並びに審査支払機関に周知徹底を図り、その取扱いに遺漏のないよう特段の御配慮を願いたい。

なお、従前の「特掲診療料の施設基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて」（令和 6 年 3 月 5 日保医発 0305 第 6 号）は、令和 8 年 5 月 31 日限り廃止する。

記

第 1 特掲診療料の施設基準等

- 1 特掲診療料の施設基準等は、「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件」による改正後の特掲診療料の施設基準等（平成 20 年厚生労働省告示第 63 号）に定めるものの他、別添 1 のとおりとすること。

- 2 別添1に定める施設基準を歯科診療について適用する場合にあつては、必要に応じ、当該基準中「医師」とあるのは、「歯科医師」と読み替えて適用するものとする。
- 3 特掲診療料の施設基準等及び本通知において規定する診療科については、医療法施行令（昭和23年政令第326号）及び医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）の規定に基づき、当該診療科名に他の事項を組み合わせて標榜する場合も含むものであること。
- 4 特掲診療料の施設基準等における常勤配置とは、従事者が労働基準法（昭和22年法律第49号）第65条に規定する休業、育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成3年法律第76号。以下「育児・介護休業法」という。）第2条第1号に規定する育児休業、同条第2号に規定する介護休業又は育児・介護休業法第23条第2項に規定する育児休業に関する制度に準ずる措置若しくは育児・介護休業法第24条第1項の規定により同項第2号に規定する育児休業に関する制度に準じて講ずる措置による休業を取得中の期間において、当該施設基準等において求められる資質を有する複数の非常勤従事者の常勤換算後の人員数を原則として含めるものであること。

また、正職員として勤務する者について、育児・介護休業法第23条第1項若しくは第3項又は第24条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあつては、週30時間以上の勤務で常勤扱いとすること。
- 5 カンファレンス等をリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下「ビデオ通話」という。）が可能な機器を用いて実施する場合において、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合又は電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を他の保険医療機関に提供する場合には、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」に対応するとともに安全な通信環境を確保していること。
- 6 令和10年5月31日までの間、以下のいずれかの要件に該当する者を公認心理師とみなす。
  - ア 平成31年3月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者
  - イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者
- 7 区分番号は、例えば「A000」初診料における「A000」を指す。なお、以下区分番号という記載は省略し、「A000」のみ記載する。

## 第2 届出に関する手続き

- 1 「特掲診療料の施設基準等」に係る届出に際しては、特に規定のある場合を除き、当該保険医療機関単位又は当該保険薬局単位で行うものであること。
- 2 「特掲診療料の施設基準等」の各号に掲げる施設基準に係る届出を行おうとする保険医療機関又は保険薬局の開設者は、当該保険医療機関又は保険薬局の所在地の地方厚生（支）局長に対して、別添2の当該施設基準に係る届出書（届出書添付書類を含む。以下同じ。）を1通提出するものであること。なお、国立高度専門医療研究センター等で内部で権限の委任が行われているときは、病院の管理者が届出書を提出しても差し支えない。また、当該保険医療機関及び当該保険薬局は、提出した届出書の写しを適切に保管するものであること。

3 届出書の提出があった場合は、届出書を基に、「特掲診療料の施設基準等」及び本通知に規定する基準に適合するか否かについて要件の審査を行い、記載事項等を確認した上で受理又は不受理を決定するものであること。また、補正が必要な場合は適宜補正を求めるものとする。なお、この要件審査に要する期間は原則として2週間以内を標準とし、遅くとも概ね1か月以内（提出者の補正に要する期間を除く。）とするものであること。

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。

(1) 開放型病院の施設基準

届出前30日間の実績を有していること。

(2) 中枢神経磁気刺激による誘発筋電図、光トポグラフィー、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、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影、乳房用ポジトロン断層撮影、コンピューター断層撮影、磁気共鳴コンピューター断層撮影に係る施設共同利用率、輸血管管理料に係る新鮮凍結血漿・赤血球濃厚液割合等及び保険医療機関間の連携による病理診断に係る病理標本割合

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月末日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6月の実績を有していれば足りるものとし、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、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。

ウ 既に施設基準の要件を満たし所定点数を算定している場合であって、当該基準に係る機器を増設する場合にあつては、実績期間を要しないものとする。この場合において、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月末日までは、当該機器についても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月末日まで当該機器についても所定点数を算定することができるものとする。

エ イ又はウに該当する場合は、所定点数を算定し始めた月の初日から同年12月の末日まで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月末日まで所定点数を算定できるものとする。

新規届出の場合

例1：8月1日から算定を開始した場合

- ・ 翌年3月末（③の前日）までは算定可
- ・ ①～②までの実績により施設共同利用率に係る基準の適合性を判断
  - ・ 施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可
  - ・ 施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可

- ・⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



例2：2月1日から算定を開始した場合

- ・翌年の3月末（③の前日）までは算定可
- ・①～②までの実績により施設共同利用率に係る基準の適合性を判断
  - ・施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可
  - ・施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可
- ・⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



- (3) 在宅自己腹膜灌流指導管理料2、在宅腫瘍治療電場療法指導管理料、長期脳波ビデオ同時記録検査1、光トポグラフィー、終夜睡眠ポリグラフィー（1及び2以外の場合）（安全精度管理下で行うもの）、筋電図検査（単線維筋電図（一連につき））、緊急整復固定加算及び緊急挿入加算、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、骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家培養軟骨移植術に限る。）、人工股関節置換術（手術支援装置を用いるもの）、人工膝関節置換術（手術支援装置を用いるもの）、機能的定位脳手術（てんかんの場合）、脳腫瘍覚醒下マッピング加算、癒着性脊髄くも膜炎手術（脊髄くも膜剥離操作を行うもの）、角膜移植術（内皮移植による角膜移植を実施した場合）、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）、経外耳道的内視鏡下鼓室形成術、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、植込型骨導補聴器交換術、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）、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）、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）、乳腺悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法、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）、胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、胸腔鏡下肺切除術（区域切除及び肺葉切除術又は1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）、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）、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）、胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（気管支形成を伴う肺切除）、生体部分肺移植術、肺悪性腫瘍及び胸腔内軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法、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）、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）、胸腔鏡下弁形成術、胸腔鏡下弁形成術（内視

鏡手術用支援機器を用いる場合)、胸腔鏡下弁置換術、胸腔鏡下弁置換術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)、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に限る。)、経カテーテル弁置換術、経カテーテル弁周囲欠損孔閉鎖術、経皮的僧帽弁クリップ術、経皮的三尖弁クリップ術、胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術、胸腔鏡下心房中隔欠損閉鎖術、不整脈手術(左心耳閉鎖術)(胸腔鏡下によるもの及び経カテーテル的手術によるもの)、磁気ナビゲーション加算、経皮的中隔心筋焼灼術、ペースメーカー移植術(リードレスペースメーカーの場合)、ペースメーカー交換術(リードレスペースメーカーの場合)、両心室ペースメーカー移植術(心筋電極の場合)及び両心室ペースメーカー交換術(心筋電極の場合)、両心室ペースメーカー移植術(経静脈電極の場合)及び両心室ペースメーカー交換術(経静脈電極の場合)、植込型除細動器移植術(心筋リードを用いるもの)及び植込型除細動器交換術(心筋リードを用いるもの)、植込型除細動器移植術(経静脈リードを用いるもの、皮下植込型リードを用いるもの又は胸骨下植込型リードを用いるもの)、植込型除細動器交換術(その他のもの)及び経静脈電極抜去術、両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術(心筋電極の場合)及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術(心筋電極の場合)、両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術(経静脈電極の場合)及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術(経静脈電極の場合)、経皮的循環補助法(ポンプカテーテルを用いたもの)、補助人工心臓、小児補助人工心臓、植込型補助人工心臓(非拍動流型)(設置する場合)、内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術、腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)、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)、骨盤内悪性腫瘍及び腹腔内軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法、腹膜切除を伴う多臓器合併切除術、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)、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))、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))、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))、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))、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))、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))、腹腔鏡下胃縮小術、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)、腹腔鏡下胆嚢悪性腫瘍手術(胆嚢床切除を伴うもの)、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。)、腹腔鏡下胆道閉鎖症手術、腹腔鏡下肝切除術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。)、生体部分肝移植術、腹腔鏡下膵腫瘍摘出術、腹腔鏡下膵中央切除術、腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術、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)、腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術、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)、生体部分小腸移植術、早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術、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)、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もの)、腹腔鏡下副腎摘出術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)、腹腔鏡下副腎髓質腫瘍摘出術(褐色細胞腫)(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)、副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法、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)、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)、腎悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法、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)、生体腎移植術、腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術、

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）、腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術、腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術、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）、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）、腹腔鏡下仙骨腔固定術、腹腔鏡下仙骨腔固定術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、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）、腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）、腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸がんに限る。）、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）、腹腔鏡下子宮癒痕部修復術、高エネルギー放射線治療、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。）、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。）、強度変調放射線治療（IMRT）、腎代替療法指導管理料、導入期加算2及び3並びに腎代替療法診療体制充実加算に係る年間実施件数

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3月末日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6月以内の実施件数が、要件とされる年間実施件数の半数以上であれば足りるものとし、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。

ウ イに該当する場合は、所定点数を算定し始めた月の初日から同年12月末日までの実施件数をもって施設基準の適合性を判断し（実施件数が、各施設基準に規定する年間実施件数を12で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数以上であれば、施設基準に適合しているものと判断する。）、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3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

エ 医科点数表第2章第10部第1節手術料に掲げる手術のうち、通則18に掲げる内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合にも算定できるとされているものにおける実施件数は、別に規定する場合を除き、内視鏡又は内視鏡手術用支援機器による実施件数を合算して施設基準の適合性を判断するものとする。

#### 新規届出の場合

例1：8月1日から算定を開始した場合

・ 翌年3月末（③の前日）までは算定可

- ・①～②までの実績により実施件数に係る基準の適合性を判断（実施件数が、各施設基準に規定する年間実施件数を12で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数以上であれば、施設基準に適合しているものと判断する。）
  - ・施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可
  - ・施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可
- ・⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



例2：2月1日から算定を開始した場合

- ・翌年3月末（③の前日）までは算定可
- ・①～②までの実績により実施件数に係る基準の適合性を判断（実施件数が、各施設基準に規定する年間実施件数を12で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数以上であれば、施設基準に適合しているものと判断する。）
  - ・施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可
  - ・施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可
- ・⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



(4) コンタクトレンズ検査料1から3までに係る検査割合及び院内交付割合

- 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、当該要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年3月末日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、新規に届出をする場合は、届出前6月の実績（当該保険医療機関の新規開設又は眼科学的検査を実施する診療科を新規開設する場合であって、当該新規開設後6月以内に届け出る場合は、届出前3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、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、新規に届出をする場合には該当しないものであること。
- ウ イに該当する場合は、所定点数を算定し始めた月の初日から同年12月末日までの実績をもって施設基準の適合性を判断（コンタクトレンズ検査料を算定した患者数については、施設基準に規定する年間患者数を12で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数をもって判断する。なお、エに該当する場合においても同様の取扱いとす

る。)し、当該要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

エ アにかかわらず、コンタクトレンズに係る検査（コンタクトレンズ装用のための眼科学的検査及びコンタクトレンズの既装用者に対する眼科学的検査）を実施した患者の診療報酬明細書の件数が、届出時の実績が1月当たり平均500件を超える保険医療機関にあっては、1月から6月までの6か月間の実績（イに該当し、かつ、6月までに所定点数の算定を開始した場合は、ウにかかわらず、所定点数の算定を開始した月の初日から同年6月末日までの実績）をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件を満たしている場合は、同年の10月1日から翌年3月末日まで所定点数を算定できるものとし、7月から12月までの6か月間の実績（イに該当し、かつ、12月までに所定点数の算定を開始した場合は、ウにかかわらず、所定点数の算定を開始した月の初日から同年12月末日までの実績）をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から9月末日まで所定点数を算定できるものとする。

オ コンタクトレンズに係る検査（コンタクトレンズ装用のための眼科学的検査及びコンタクトレンズの既装用者に対する眼科学的検査）に係る患者数の割合が、暦月1月間で33%（又は44%）を超えた場合又は30%（又は40%）以上33%（又は44%）未満の場合が暦月で3か月を超えた場合は、遅滞なく変更の届出を行うものとする。

#### 新規届出の場合

例1：8月1日から算定を開始した場合

- ・ 翌年3月末（③の前日）までは算定可
- ・ ①～②までの実績により適合性を判断
  - ・ 施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可
  - ・ 施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可
- ・ ⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



例2：2月1日から算定を開始した場合

- ・ 翌年3月末（③の前日）までは算定可
- ・ ①～②までの実績により適合性を判断
  - ・ 施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可
  - ・ 施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可
- ・ ⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



#### (5) 地域支援・外来医薬品供給対応体制加算の施設基準

届出前3月間の実績を有していること。

(6) 高度腎機能障害患者指導加算に係る施設基準

ア 新規に届出をする場合は、届出のあった月の4月前までの3か月間に糖尿病透析予防指導管理料を算定した患者で、別添1第4の6(9)の他の要件に該当するものうち、イに該当するものの割合をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件を満たす場合には、当該月の翌月から2か月間に限り所定点数を算定できる。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日から起算して3か月間に限り所定点数を算定することができる。

イ 継続して所定点数を算定しようとする場合は、その月の4月前までの3か月間に糖尿病透析予防指導管理料を算定した患者で、別添1第4の6(9)の他の要件に該当するものうち、イに該当するものの割合をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件を満たしている場合は、当該月の1日から起算して3か月間に限り所定点数を算定することができる。

(7) 処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1に係る年間実施日数

ア 緊急入院患者及び全身麻酔による手術の患者の実績数

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、当該要件及びイを含む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3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

イ 処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1を算定する全ての診療科における予定手術に係る術者及び第一助手について、その手術の前日に当直等を行っている者がある日数及び2日以上連続で夜勤時間帯に当直を行った回数

(イ) 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3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

(ロ) (イ)にかかわらず、新規届出の場合は実績期間を要しない。なお、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、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。

(ハ) (ロ)に該当する場合は、所定点数の算定を開始した月の初日から同年12月末日までの実績をもって施設基準の適合性を判断し(実施日数が、施設基準に規定する年間実施日数を12で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数以下であれば、施設基準に適合しているものと判断する。)、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3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

例：イの(ハ)による届出の場合

8月1日から新規に算定を開始した場合

- ・ 翌年3月末（③の前日）までは算定可
- ・ ①～②までの実績により実施日数に係る基準の適合性を判断（実施日数が、各施設基準に規定する年間実施日数を12で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数以下であれば、施設基準に適合しているものと判断する。）
  - ・ 施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可
  - ・ 施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可
- ・ ⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



例2：2月1日から新規に算定を開始した場合

- ・ 翌年3月末（③の前日）までは算定可
- ・ ①～②までの実績により適合性を判断
  - ・ 施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可
  - ・ 施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可
- ・ ⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



(8) 手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1に係る年間実施日数

手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1については、(7)処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の例による。

(9) 人工腎臓（慢性維持透析を行った場合1及び2に限る。）に係る透析用監視装置一台あたりのJ038人工腎臓を算定した患者数の割合

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、新規に届出をする場合は、届出前12月の実績（届出前12月の実績がない場合は届出前3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日から所定点数を算定することができるものとする。

ウ イに該当する場合は、所定点数を算定し始めた月の翌月初日から同年12月末までの実績をもって施設基準の適合性を判断（透析用監視装置一台あたりのJ038人工腎臓を算定した患者数については、施設基準に規定する透析用監視装置の台数及びJ038人工腎臓を算定した患者数の各月の合計を月数で除して得た値を用いて求める。）し、当該要件

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。

エ アにかかわらず、届出前12月の実績をもって施設基準の適合性を判断し、適合する施設基準に変更が生じた場合は、変更の届出を行うことができるものとする。

(10) 胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術）及び胃瘻造設時嚥下機能評価加算に係る年間実施件数

ア 胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術及び腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）を実施した症例数

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

イ 経口摂取回復率

(イ) 1月から12月までの1年間に別添1の第79の3の1の(2)のイの①の(ア)

又は(イ)のいずれかに該当することとなった患者（以下「鼻腔栄養を導入した患者又は胃瘻を造設した患者等」という。）のうち、1年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態に回復した患者の割合をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及びアを含む他の要件を満たしている場合は、翌々年4月1日から翌々々年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

(ロ) 胃瘻造設術等に係る新規に届出をする場合は、(イ)にかかわらず、4月から6月

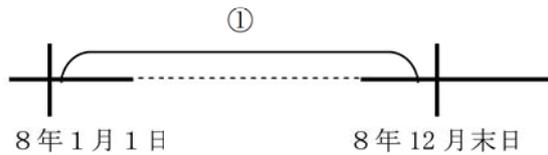
（直近2年以内）までの3か月間に鼻腔栄養を導入した患者又は胃瘻を造設した患者等のうち、1年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態に回復した患者の割合をもって施設基準の適合性を判断することができるものとし、当該要件及びアを含む他の要件と合わせて、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から翌年3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から翌年3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は新規に届出をする場合には該当しないものであること。

(ハ) (ロ)に該当する場合であって、継続して所定点数を算定しようとする場合は、

(イ)に規定するところによる他、所定点数の算定を開始した年の1月から12月までの1年間に鼻腔栄養を導入した患者又は胃瘻を造設した患者等のうち、1年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態に回復した患者の割合をもって施設基準の適合性を判断することができるものとし、当該要件及びアを含む他の要件を満たしている場合は、翌年4月1日から翌々年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

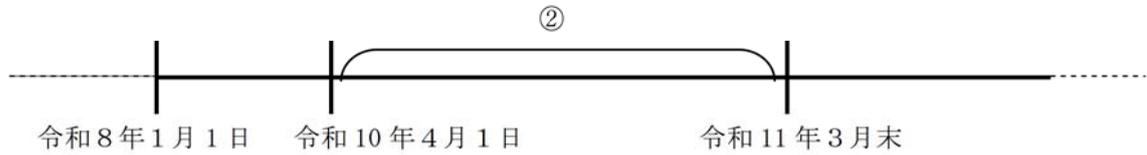
例1：イ(イ)による届出の場合

- ・令和8年1月1日から12月末日までの期間（ト図①）に鼻腔栄養を導入した患者又は胃瘻を造設した患者等にかかる回復の割合をもって適合性を判断し、適合している場合は令和10年4月1日から令和11年3月31日まで（②）算定可



8年1月1日

8年12月末日



令和8年1月1日

令和10年4月1日

令和11年3月末

例2：イ（ロ）による新規届出の場合

- ・令和8年4月1日から6月末日までの期間（①）に鼻腔栄養を導入した患者又は胃瘻を造設した患者等にかかる回復の割合をもって適合性を判断し、適合している場合は、算定開始月から令和9年3月末日まで（②）算定可



8年1月1日

4月1日

6月末日

届出

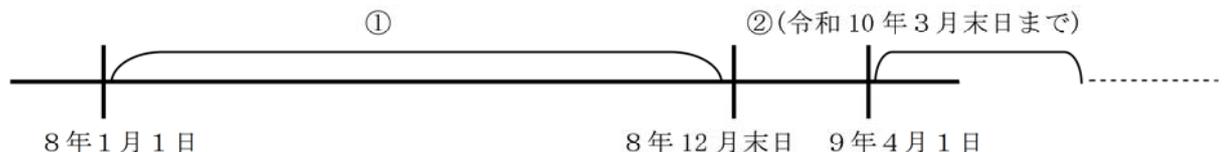
12月末日

9年3月末日

※算定開始が令和8年1月以降である場合は、令和9年3月末日まで算定可

例3：イ（ハ）による届出の場合

- ・令和8年1月1日から12月末日までの期間（①）に鼻腔栄養を導入した患者又は胃瘻を造設した患者等にかかる回復の割合をもって適合性を判断し、適合している場合は令和9年4月1日から令和10年3月末日まで（②）算定可



8年1月1日

8年12月末日

9年4月1日

## (11) 摂食嚥下機能回復体制加算に係る施設基準

### ア 摂食嚥下回復体制加算1に係る経口摂取回復率

(イ) 1月から12月までの1年間に別添1の第45の2の1の(4)のア又はイのいずれかに該当することとなった患者（以下「鼻腔栄養を導入した患者、胃瘻を造設した患者又は中心静脈栄養を実施している患者等」という。）のうち、1年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態に回復した患者の割合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、翌々年4月1日から翌々々年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

(ロ) 新規に届出をする場合は、(イ)にかかわらず、4月から6月（直近2年以内）までの3か月間に鼻腔栄養を導入した患者、胃瘻を造設した患者又は中心静脈栄養を実施している患者等のうち、1年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態に回復した患者の割合をもって施設基準の適合性を判断することができるものとし、当該要件及び他の要件と合わせて、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、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に届出をする場合には該当しないものであること。

- (ハ) (ロ)に該当する場合であって、継続して所定点数を算定しようとする場合は、(イ)に規定するところによる他、所定点数の算定を開始した年の1月から12月までの1年間に鼻腔栄養を導入した患者、胃瘻を造設した患者又は中心静脈栄養を実施している患者等のうち、1年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態に回復した患者の割合をもって施設基準の適合性を判断することができるものとし、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年4月1日から翌々年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

イ 摂食嚥下回復体制加算3に係る患者数

1月から12月までの1年間の患者数をもって別添1の第45の2の3の(3)の施設基準の適合性を判断し、当該要件及びその他の要件を満たしている場合は、翌年4月1日から翌々年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

例1：ア(イ)による届出の場合

- ・令和8年1月1日から12月末日までの期間(下図①)に鼻腔栄養を導入した患者、胃瘻を造設した患者又は中心静脈栄養を実施している患者等にかかる回復の割合をもって適合性を判断し、適合している場合は令和10年4月1日から令和11年3月31日まで(②)算定可



例2：ア(ロ)による新規届出の場合

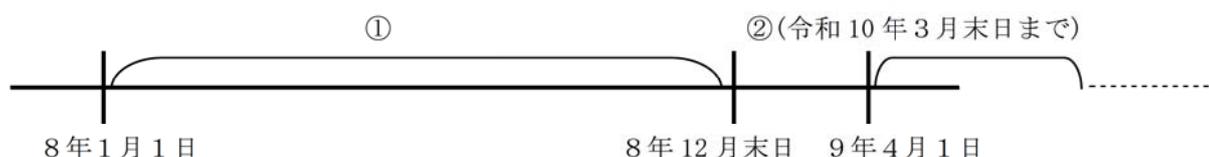
- ・令和8年4月1日から6月末日までの期間(①)に鼻腔栄養を導入した患者、胃瘻を造設した患者又は中心静脈栄養を実施している患者等にかかる回復の割合をもって適合性を判断し、適合している場合は、算定開始月から令和9年3月末日まで(②)算定可



※算定開始が令和8年1月以降である場合は、令和9年3月末日まで算定可

例3：ア(ハ)による届出の場合

- ・令和8年1月1日から12月末日までの期間(①)に鼻腔栄養を導入した患者、胃瘻を造設した患者又は中心静脈栄養を実施している患者等にかかる回復の割合をもって適合性を判断し、適合している場合は令和9年4月1日から令和10年3月末日まで(②)算定可



## (12) 調剤基本料の施設基準

### ア 処方箋受付回数等

- (イ) 前年5月1日から当年4月末日までの1年間の処方箋受付回数及び処方箋集中率(以下「処方箋受付回数等」という。)の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当年6月1日から翌年5月末日まで所定点数を算定する。
- (ロ) (イ)にかかわらず、前年5月1日以降に新規に保険薬局に指定された薬局については、次のとおりとし、処方箋受付回数等の実績が判断されるまでは、調剤基本料1に該当しているものとして取り扱う(ただし、保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有しているものとして別添1の第88の4の2(2)に該当する場合は、特別調剤基本料Aとする。特別調剤基本料Aの施設基準に該当する場合を除き、特定の保険医療機関と不動産の取引等その他特別な関係を有している等の施設基準に該当する場合は調剤基本料3のイ又はロとする。上記の場合を除き、同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が1月に40万回を超えるグループに属する場合は調剤基本料3のハとする。)。
  - a 前年5月1日から当年1月31日までの間に新規に指定された保険薬局について指定の日の属する月の翌月1日から当年4月末日までの処方箋受付回数等で判定し、当年6月1日から翌年5月31日まで適用する。
  - b 当年2月1日以降に新規に保険薬局に指定された薬局について指定の日の属する月の翌月1日から3か月間の処方箋受付回数等で判定し、当該3か月の最終月の翌々月1日から翌年5月31日まで適用する。
- (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、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律(昭和35年法律第145号)(以下「医薬品医療機器等法」という。)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、遡及指定後も当該許可の日より前の調剤基本料の状況を引き継ぎ、遡及指定を受けた翌年度の調剤基本料については、当該許可の日より前の処方箋受付回数等の実績も含めて(イ)又は(ロ)に基づき判定を引き継ぐこととする。ただし、保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有しているものとして別添1の第88の4の1に該当する場合は、特別調剤基本料Aとする。特別調剤基本料Aの施設基準に該当する場合を除き、特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引がある等の施設基準に該当する場合は調剤基本料3のイ又はロとする。

#### 新規届出の場合

例：令和8年8月1日に新規指定された薬局（（ロ）の場合）

- ・①から④までは調剤基本料1に該当するものとして取り扱う（ただし、保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有しているものとして第88の4の2（2）に該当する場合は、特別調剤基本料Aとする。特別調剤基本料Aの施設基準に該当する場合を除き、特定の保険医療機関と不動産の取引等その他特別な関係を有している等の施設基準に該当する場合は調剤基本料3のイ又はロとする。上記の場合を除き、同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数合計が1月に40万回を超えるグループに属する場合は調剤基本料3のハとする。）。
- ・②から③までにおける実績で判断し、その翌々月（④の翌日）から⑥まで適用する。
- ・令和9年6月1日（⑥の翌日）から令和10年5月末日（⑦）までの調剤基本料の施設基準の適合は②から⑤までの期間における実績で判断する。



#### (13) 調剤基本料の注1ただし書に規定する施設基準

当年4月末日時点の状況をもって施設基準の適合性を判断し、当年6月1日から翌年5月末日まで所定点数を算定する。ただし、当年6月1日から翌年5月末日までの間に、新たに施設基準に適合した場合は、届出を行うことができ、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5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。

#### (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。



① 7年7月1日    ② 8年4月1日    ③ 9月末日    ④ 9年5月末日    ⑤ 10年5月末日

(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月末日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。

5 特掲診療料の施設基準等に係る届出を行う保険医療機関又は保険薬局が、次のいずれかに該当する場合にあっては当該届出の受理は行わないものであること。

(1) 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。）を行ったことがある保険医療機関又は保険薬局である場合。

(2) 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（平成18年厚生労働省告示第107号）に違反したことがある保険医療機関又は保険薬局である場合。

(3) 地方厚生（支）局長に対して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（平成18年厚生労働省告示第104号）に規定する基準のいずれかに該当している保険医療機関である場合。

(4) 当該届出を行う前6か月間において、健康保険法（大正11年法律第70号）第78条第1項（同項を準用する場合を含む。）及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容若しくは調剤内容又は診療報酬若しくは調剤報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められた保険医療機関又は保険薬局である場合。なお、「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場合」とは、「保険医療機関及び保険医等の指導及び監査について」（平成12年5月31日保発第105号厚生省保険局長通知）に規定する監査要綱に基づき、戒告若しくは注意又はその他の処分を受けた場合をいうものとする。

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。

遠隔電子処方箋活用加算	(遠電) 第 号
ウイルス疾患指導料	(ウ指) 第 号
外来栄養食事指導料の注2に規定する基準	(外栄食指) 第 号
外来栄養食事指導料の注3に規定する基準	(がん専栄) 第 号
心臓ペースメーカー指導管理料の注5に規定する遠隔モニタリング加算	(遠隔ペ) 第 号
喘息治療管理料	(喘管) 第 号
糖尿病合併症管理料	(糖管) 第 号
がん性疼痛緩和指導管理料	(がん疼) 第 号
がん性疼痛緩和指導管理料の注2に規定する難治性がん性疼痛緩和指導管理加算	(難がん疼) 第 号
がん患者指導管理料イ	(がん指イ) 第 号
がん患者指導管理料ロ	(がん指ロ) 第 号
がん患者指導管理料ハ	(がん指ハ) 第 号
がん患者指導管理料ニ	(がん指ニ) 第 号
外来緩和ケア管理料	(外緩) 第 号
移植後患者指導管理料（臓器移植後）	(移植管臓) 第 号
移植後患者指導管理料（造血幹細胞移植後）	(移植管造) 第 号
糖尿病透析予防指導管理料	(糖防管) 第 号
小児運動器疾患指導管理料	(小運指管) 第 号
乳腺炎重症化予防ケア・指導料	(乳腺ケア) 第 号
婦人科特定疾患治療管理料	(婦特管) 第 号
腎代替療法指導管理料	(腎代替管) 第 号
一般不妊治療管理料	(一妊管) 第 号
生殖補助医療管理料 1	(生補管1) 第 号
生殖補助医療管理料 2	(生補管2) 第 号
二次性骨折予防継続管理料 1	(二骨管1) 第 号
二次性骨折予防継続管理料 2	(二骨継2) 第 号
二次性骨折予防継続管理料 3	(二骨継3) 第 号
下肢創傷処置管理料	(下創管) 第 号
慢性腎臓病透析予防指導管理料	(腎防管) 第 号
地域連携小児夜間・休日診療料 1	(小夜1) 第 号
地域連携小児夜間・休日診療料 2	(小夜2) 第 号
地域連携夜間・休日診療料	(夜) 第 号
地域連携小児夜間・休日診療料の注2、地域連携夜間・休日診療料の注2及び救急外来医学管理料の注7に規定する院内トリアージ実施体制加算	(トリ体) 第 号
救急外来医学管理料 1 及び同注3に規定する救急外来緊急検査対応加算 1（救外1）	第 号

救急外来医学管理料 2 及び同注 3 に規定する救急外来緊急検査対応加算 2 (救外 2)	第 号
救急外来医学管理料 3	(救外 3) 第 号
救急外来医学管理料の注 5 に規定する救急時医療情報取得加算	(救医情) 第 号
外来放射線照射診療料	(放射診) 第 号
地域包括診療料	(地包診) 第 号
地域包括診療料の注 4 に規定する外来データ提出加算	(外データ提) 第 号
小児かかりつけ診療料 1	(小か診 1) 第 号
小児かかりつけ診療料 2	(小か診 2) 第 号
外来腫瘍化学療法診療料 1	(外化診 1) 第 号
外来腫瘍化学療法診療料 2	(外化診 2) 第 号
外来腫瘍化学療法診療料 3	(外化診 3) 第 号
連携充実加算	(外化連) 第 号
外来腫瘍化学療法診療料の注 9 に規定するがん薬物療法体制充実加算	(外化薬) 第 号
充実管理加算 1 (脂質異常症を主病とする場合)	(充管脂 1) 第 号
充実管理加算 2 (脂質異常症を主病とする場合)	(充管脂 2) 第 号
充実管理加算 3 (脂質異常症を主病とする場合)	(充管脂 3) 第 号
充実管理加算 1 (高血圧症を主病とする場合)	(充管高 1) 第 号
充実管理加算 2 (高血圧症を主病とする場合)	(充管高 2) 第 号
充実管理加算 3 (高血圧症を主病とする場合)	(充管高 3) 第 号
充実管理加算 1 (糖尿病を主病とする場合)	(充管糖 1) 第 号
充実管理加算 2 (糖尿病を主病とする場合)	(充管糖 2) 第 号
充実管理加算 3 (糖尿病を主病とする場合)	(充管糖 3) 第 号
ニコチン依存症管理料	(ニコ) 第 号
療養・就労両立支援指導料の注 3 に規定する相談支援加算	(両立支援) 第 号
心不全再入院予防継続管理料 1 及び 2	(心再予 1) 第 号
心不全再入院予防継続管理料 3	(心再予 3) 第 号
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	(遺疾管 1) 第 号
遺伝性疾患療養指導管理料の注 5 に規定する施設基準	(遺疾管 5) 第 号
開放型病院共同指導料	(開) 第 号
別添 1 の「第 9」の 1 の(1)に規定する在宅療養支援診療所	(支援診 1) 第 号
別添 1 の「第 9」の 1 の(2)のアに規定する在宅療養支援診療所	(支援診 2 ア) 第 号
別添 1 の「第 9」の 1 の(2)のイに規定する在宅療養支援診療所	(支援診 2 イ) 第 号
別添 1 の「第 9」の 1 の(3)に規定する在宅療養支援診療所	(支援診 3) 第 号
別添 1 の「第 9」の 2 の(3)に規定する在宅医療充実体制加算	(在充診) 第 号
別添 1 の「第 9」の 2 の(4)に規定する在宅療養実績加算 1	(在診実 1) 第 号
別添 1 の「第 9」の 2 の(5)に規定する在宅療養実績加算 2	(在診実 2) 第 号
ハイリスク妊産婦共同管理料( I )	(ハイ I) 第 号
がん治療連携計画策定料	(がん計) 第 号
がん治療連携指導料	(がん指) 第 号
外来排尿自立指導料	(外排自) 第 号

ハイリスク妊産婦連携指導料 1	(ハイ妊連 1) 第 号
ハイリスク妊産婦連携指導料 2	(ハイ妊連 2) 第 号
肝炎インターフェロン治療計画料	(肝炎) 第 号
こころの連携指導料 (I)	(こ連指 I) 第 号
こころの連携指導料 (II)	(こ連指 II) 第 号
プログラム医療機器等指導管理料	(プログラム) 第 号
薬剤管理指導料	(薬) 第 号
地域連携診療計画加算	(地連計) 第 号
検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料	(電情) 第 号
医療機器安全管理料 1	(機安 1) 第 号
医療機器安全管理料 2	(機安 2) 第 号
医療機器安全管理料 (歯科)	(機安歯) 第 号
精神科退院時共同指導料 1 及び 2	(精退共) 第 号
歯科治療時医療管理料	(医管) 第 号
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	(口管強) 第 号
特別管理加算	(特管) 第 号
口腔機能実地指導	(口実地) 第 号
在宅療養支援歯科診療所 1	(歯援診 1) 第 号
在宅療養支援歯科診療所 2	(歯援診 2) 第 号
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
別添 1 の「第 14 の 2」の 1 の (2) に規定する在宅療養支援病院	(支援病 2) 第 号
別添 1 の「第 14 の 2」の 1 の (3) に規定する在宅療養支援病院	(支援病 3) 第 号
別添 1 の「第 14 の 2」の 2 の (2) に規定する在宅医療充実体制加算	(在充病) 第 号
別添 1 の「第 14 の 2」の 2 の (3) に規定する在宅療養実績加算 1	(在病実 1) 第 号
別添 1 の「第 14 の 2」の 2 の (4) に規定する在宅療養実績加算 2	(在病実 2) 第 号
在宅患者歯科治療時医療管理料	(在歯管) 第 号
往診料の注 10 に規定する介護保険施設等連携往診加算	(介保連) 第 号
在宅患者訪問診療料 (I) の注 13 (在宅患者訪問診療料 (II) の注 6 の規定により準用する場合を含む。)、在宅がん医療総合診療料の注 8 及び歯科訪問診療料の注 21 に規定する在宅医療情報活用加算	(在宅DX) 第 号
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	(在医総管 1) 第 号
在宅データ提出加算	(在データ提) 第 号
在宅時医学総合管理料の注 14 (施設入居時等医学総合管理料の注 5 の規定により準用する場合を含む。) に規定する基準	(在医総管 2) 第 号
在宅時医学総合管理料の注 15 (施設入居時等医学総合管理料の注 5 の規定により準用する場合を含む。) 及び在宅がん医療総合診療料の注 9 に規定する在宅医療情報連携加算	(医情連) 第 号

在宅時医学総合管理料の注 16（施設入居時等医学総合管理料の注 5 の規定により準用する場合含む。）に規定する基準	（在医総管 3）第 号
歯科疾患在宅療養管理料の注 7、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の注 8 及び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注 8 に規定する在宅歯科医療情報連携加算	（歯医情連）第 号
在宅がん医療総合診療料	（在総）第 号
救急搬送診療料の注 4 に規定する重症患者搬送加算	（重患搬）第 号
救急患者連携搬送料	（救患搬）第 号
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	（在看）第 号
在宅患者訪問看護・指導料の注 15（同一建物居住者訪問看護・指導料の注 8 の規定により準用する場合を含む。）に規定する訪問看護・指導体制充実加算	（訪看充）第 号
在宅患者訪問看護・指導料の注 16（同一建物居住者訪問看護・指導料の注 8 の規定により準用する場合を含む。）に規定する専門管理加算	（訪看専）第 号
在宅患者訪問看護・指導料の注 17（同一建物居住者訪問看護・指導料の注 8 の規定により準用する場合を含む。）及び精神科訪問看護・指導料の注 18 に規定する訪問看護医療 D X 情報活用加算	（訪看 D X）第 号
在宅患者訪問看護・指導料の注 18（同一建物居住者訪問看護・指導料の注 8 の規定により準用する場合を含む。）に規定する遠隔死亡診断補助加算	（訪看遠隔）第 号
在宅患者訪問看護・指導料の注 19（同一建物居住者訪問看護・指導料の注 8 の規定により準用する場合を含む。）に規定する訪問看護医療情報連携加算	（訪看情連）第 号
訪問看護遠隔診療補助料	（訪看遠診）第 号
在宅療養後方支援病院	（在後病）第 号
在宅患者訪問褥瘡管理指導料	（在訪褥）第 号
在宅自己腹膜灌流指導管理料 2	（在腹灌）第 号
在宅血液透析指導管理料	（在血液）第 号
在宅酸素療法指導管理料の注 2 に規定する遠隔モニタリング加算	（遠隔酸素）第 号
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の注 2 に規定する持続陽圧呼吸療法充実管理体制加算	（在持充）第 号
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の注 3 に規定する遠隔モニタリング加算	（遠隔持陽）第 号
在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料	（在植補心）第 号
在宅腫瘍治療電場療法指導管理料	（在電場）第 号
在宅経肛門的自己洗腸指導管理料	（在洗腸）第 号
持続血糖測定器加算（間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合）及び皮下連続式グルコース測定	（持血測 1）第 号
持続血糖測定器加算（間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合）	（持血測 2）第 号
地域医療連携体制加算	（歯地連）第 号
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
遺伝学的検査の注2に規定する施設基準	(遺伝検2) 第 号
染色体検査の注2に規定する施設基準	(染色体) 第 号
骨髄微小残存病変量測定	(骨残測) 第 号
B R C A 1 / 2 遺伝子検査	(B R C A) 第 号
がんゲノムプロファイリング検査	(がんプロ) 第 号
角膜ジストロフィー遺伝子検査	(角ジ遺) 第 号
先天性代謝異常症検査	(先代異) 第 号
抗アデノ随伴ウイルス9型(AAV9)抗体	(AAV9) 第 号
抗アデノ随伴ウイルス血清型rh74(AAVrh74)抗体 (AAVrh74) 第 号	(AAVrh74) 第 号
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)	(抗HLA) 第 号
HPV核酸検出及びHPV核酸検出(簡易ジェノタイプ判定)	(HPV) 第 号
ウイルス・細菌核酸及び薬剤耐性遺伝子多項目同時検出	(ウ細薬多同) 第 号
ウイルス・細菌核酸多項目同時検出	(ウ細多同) 第 号
ウイルス・細菌核酸多項目同時検出(髄液)	(ウ細髄液) 第 号
検体検査管理加算(I)	(検I) 第 号
検体検査管理加算(II)	(検II) 第 号
検体検査管理加算(III)	(検III) 第 号
検体検査管理加算(IV)	(検IV) 第 号
国際標準検査管理加算	(国標) 第 号
心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算	(血内) 第 号
時間内歩行試験及びシャトルウォーキングテスト	(歩行) 第 号
胎児心エコー法	(胎心エコ) 第 号
ヘッドアップティルト試験	(ヘッド) 第 号
人工臓器検査、人工臓器療法	(人臓) 第 号
長期継続頭蓋内脳波検査	(長) 第 号
長期脳波ビデオ同時記録検査1	(脳ビ) 第 号
中枢神経磁気刺激による誘発筋電図	(中磁誘) 第 号
単線維筋電図	(単筋電) 第 号
光トポグラフィー	(光ト) 第 号
脳磁図(自発活動を測定するもの)	(脳磁診1) 第 号
脳磁図(その他のもの)	(脳磁診2) 第 号
終夜睡眠ポリグラフィー(安全精度管理下で行うもの)	(終夜睡安) 第 号
脳波検査判断料1	(脳判) 第 号
遠隔脳波診断	(遠脳) 第 号
神経学的検査	(神経) 第 号
補聴器適合検査	(補聴) 第 号
黄斑局所網膜電図	(黄網電) 第 号
全視野精密網膜電図	(全網電) 第 号

ロービジョン検査判断料	(ロー検) 第 号
コンタクトレンズ検査料 1	(コン1) 第 号
コンタクトレンズ検査料 2	(コン2) 第 号
コンタクトレンズ検査料 3	(コン3) 第 号
小児食物アレルギー負荷検査	(小検) 第 号
内服・点滴誘発試験	(誘発) 第 号
経頸静脈的肝生検	(肝生検) 第 号
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)	(前立腺) 第 号
CT透視下気管支鏡検査加算	(C気鏡) 第 号
経気管支凍結生検法	(経気凍) 第 号
壁側胸膜凍結生検法	(壁側凍) 第 号
有床義歯咀嚼機能検査	(咀嚼機能) 第 号
精密触覚機能検査	(精密触覚) 第 号
睡眠時歯科筋電図検査	(歯筋電図) 第 号
画像診断管理加算 1	(画1) 第 号
画像診断管理加算 2	(画2) 第 号
画像診断管理加算 3	(画3) 第 号
画像診断管理加算 4	(画4) 第 号
歯科画像診断管理加算 1	(歯画1) 第 号
歯科画像診断管理加算 2	(歯画2) 第 号
遠隔画像診断	(遠画) 第 号
ポジトロン断層撮影 (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。)	(ポ断) 第 号
ポジトロン断層撮影 (アミロイドPETイメージング剤を用いた場合に限る。)	(ポ断P) 第 号
ポジトロン断層撮影 (PSMAイメージング剤を用いた場合に限る。)	(ポ断PS) 第 号
ポジトロン断層・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。)	(ポ断コ複) 第 号
ポジトロン断層・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。)	(ポ断コ複P) 第 号
ポジトロン断層・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。)	(ポ断コ複PS) 第 号
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。)	(ポ断磁複) 第 号
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。)	(ポ断磁複P) 第 号
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。)	(ポ断磁複PS) 第 号
乳房用ポジトロン断層撮影	(乳ポ断) 第 号
CT撮影及びMR I 撮影	(C・M) 第 号

冠動脈CT撮影加算	(冠動C) 第 号
血流予備量比コンピューター断層撮影解析	(血予備断) 第 号
外傷全身CT加算	(外傷C) 第 号
心臓MRI撮影加算	(心臓M) 第 号
乳房MRI撮影加算	(乳房M) 第 号
小児鎮静下MRI撮影加算	(小児M) 第 号
頭部MRI撮影加算	(頭部M) 第 号
全身MRI撮影加算	(全身M) 第 号
肝エラストグラフィ加算	(肝エラ) 第 号
抗悪性腫瘍剤処方管理加算	(抗悪処方) 第 号
地域支援・外来医薬品供給対応体制加算	(地外薬供) 第 号
外来化学療法加算 1	(外化1) 第 号
外来化学療法加算 2	(外化2) 第 号
無菌製剤処理料	(菌) 第 号
心大血管疾患リハビリテーション料(I)	(心I) 第 号
リハビリテーションデータ提出加算	(リデータ提) 第 号
心大血管疾患リハビリテーション料(II)	(心II) 第 号
脳血管疾患等リハビリテーション料(I)	(脳I) 第 号
脳血管疾患等リハビリテーション料(II)	(脳II) 第 号
脳血管疾患等リハビリテーション料(III)	(脳III) 第 号
運動器リハビリテーション料(I)	(運I) 第 号
運動器リハビリテーション料(II)	(運II) 第 号
運動器リハビリテーション料(III)	(運III) 第 号
呼吸器リハビリテーション料(I)	(呼I) 第 号
呼吸器リハビリテーション料(II)	(呼II) 第 号
摂食機能療法の注3に規定する摂食嚥下機能回復体制加算 1	(摂嚥回1) 第 号
摂食機能療法の注3に規定する摂食嚥下機能回復体制加算 2	(摂嚥回2) 第 号
摂食機能療法の注3に規定する摂食嚥下機能回復体制加算 3	(摂嚥回3) 第 号
難病患者リハビリテーション料	(難) 第 号
障害児(者)リハビリテーション料	(障) 第 号
がん患者リハビリテーション料	(がんリハ) 第 号
認知症患者リハビリテーション料	(認リハ) 第 号
リンパ浮腫複合的治療料	(リン複) 第 号
集団コミュニケーション療法料	(集コ) 第 号
歯科口腔リハビリテーション料 2	(歯リハ2) 第 号
経頭蓋磁気刺激療法	(頭磁刺) 第 号
通院・在宅精神療法の注4に規定する児童思春期精神科専門管理加算	(児春専) 第 号
通院・在宅精神療法の注8に規定する療養生活継続支援加算	(療活継) 第 号
通院・在宅精神療法の注9に規定する心理支援加算	(心理支援) 第 号
通院・在宅精神療法の注10に規定する児童思春期支援指導加算 1	(児春支1) 第 号

通院・在宅精神療法の注 10 に規定する児童思春期支援指導加算 2	(児春支 2) 第 号
通院・在宅精神療法の注 11 に規定する早期診療体制充実加算 1	(早充実 1) 第 号
通院・在宅精神療法の注 11 に規定する早期診療体制充実加算 2	(早充実 2) 第 号
通院・在宅精神療法の注 11 に規定する早期診療体制充実加算 3	(早充実 3) 第 号
通院・在宅精神療法の注 12 に規定する情報通信機器を用いた精神療法の施設基準	(情通精) 第 号
通院・在宅精神療法の注 13 の施設基準	(精注 13) 第 号
救急患者精神科継続支援料	(急精支) 第 号
認知療法・認知行動療法 1	(認 1) 第 号
認知療法・認知行動療法 2	(認 2) 第 号
認知療法・認知行動療法 3	(認 3) 第 号
依存症集団療法 1	(依集 1) 第 号
依存症集団療法 2	(依集 2) 第 号
依存症集団療法 3	(依集 3) 第 号
精神科作業療法	(精) 第 号
精神科ショート・ケア「大規模なもの」	(ショ大) 第 号
精神科ショート・ケア「小規模なもの」	(ショ小) 第 号
精神科デイ・ケア「大規模なもの」	(デ大) 第 号
精神科デイ・ケア「小規模なもの」	(デ小) 第 号
精神科ナイト・ケア	(ナ) 第 号
精神科デイ・ナイト・ケア	(デナ) 第 号
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。)	(抗治療) 第 号
重度認知症患者デイ・ケア料	(認デ) 第 号
精神科在宅患者支援管理料	(精在宅援) 第 号
医療保護入院等診療料	(医療保護) 第 号
医科点数表第 2 章第 9 部処置の通則の 5 に掲げる処置の休日加算 1	(医処休) 第 号
医科点数表第 2 章第 9 部処置の通則の 5 に掲げる処置の時間外加算 1	(医処外) 第 号
医科点数表第 2 章第 9 部処置の通則の 5 に掲げる処置の深夜加算 1	(医処深) 第 号
歯科点数表第 2 章第 8 部処置の通則第 6 号に掲げる処置の休日加算 1	(歯処休) 第 号
歯科点数表第 2 章第 8 部処置の通則第 6 号に掲げる処置の時間外加算 1	(歯処外) 第 号
歯科点数表第 2 章第 8 部処置の通則第 6 号に掲げる処置の深夜加算 1	(歯処深) 第 号
静脈圧迫処置 (慢性静脈不全に対するもの)	(静圧) 第 号
多血小板血漿処置	(多血) 第 号
硬膜外自家血注入	(血入) 第 号
エタノールの局所注入 (甲状腺)	(エタ甲) 第 号
エタノールの局所注入 (副甲状腺)	(エタ副甲) 第 号
人工腎臓	(人工腎臓) 第 号
導入期加算 1	(導入 1) 第 号
導入期加算 2 及び腎代替療法実績加算	(導入 2) 第 号

導入期加算 3 及び腎代替療法実績加算	(導入3) 第 号
透析液水質確保加算及び慢性維持透析濾過加算	(透析水) 第 号
腎代替療法診療体制充実加算	(腎診充) 第 号
下肢末梢動脈疾患指導管理加算	(肢梢) 第 号
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	(難重尿) 第 号
移植後抗体関連型拒絶反応治療における血漿交換療法	(移後拒) 第 号
ストーマ合併症加算	(スト合) 第 号
磁気による膀胱等刺激法	(磁膀胱) 第 号
心不全に対する遠赤外線温熱療法	(心遠温) 第 号
同種死体移植腎機械灌流保存	(腎灌保) 第 号
歩行運動処置 (ロボットスーツによるもの)	(歩行ロボ) 第 号
手術用顕微鏡加算	(手顕微加) 第 号
口腔粘膜処置	(口腔粘膜) 第 号
う蝕歯無痛的窩洞形成加算	(う蝕無痛) 第 号
歯科技工士連携加算 1	(歯技連1) 第 号
歯科技工士連携加算 2	(歯技連2) 第 号
光学印象	(光印象) 第 号
CAD/CAM冠及びCAD/CAMインレー	(歯CAD) 第 号
3次元プリント有床義歯	(3DFD) 第 号
歯科技工加算 1 及び 2	(歯技工) 第 号
皮膚悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算	(皮セ節) 第 号
皮膚移植術 (死体)	(皮膚植) 第 号
自家脂肪注入	(自脂注) 第 号
組織拡張器による再建手術 (乳房 (再建手術) の場合 (内視鏡下によるものを含む。) に限る。)	(組再乳) 第 号
静脈奇形硬化療法	(静奇硬) 第 号
四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術及び骨悪性腫瘍手術の注に掲げる処理骨再建加算	(処骨) 第 号
緊急整復固定加算及び緊急挿入加算	(緊整固) 第 号
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	(骨悪ラ) 第 号
脛骨遠位骨切り術	(脛遠骨) 第 号
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。)))	(同種) 第 号
骨移植術 (軟骨移植術を含む。) (自家培養軟骨移植術に限る。)	(自家) 第 号
人工関節置換術 (人工肩関節置換術 (腱移行を伴うもの) に限る。)	(人肩置) 第 号
人工股関節置換術 (手術支援装置を用いるもの)	(人関支) 第 号
人工膝関節置換術 (手術支援装置を用いるもの)	(人膝支) 第 号
後縦靭帯骨化症手術 (前方進入によるもの)	(後縦骨) 第 号
椎間板内酵素注入療法	(椎酵注) 第 号

腫瘍脊椎骨全摘術	(脊椎摘) 第 号
緊急穿頭血腫除去術	(緊穿除) 第 号
機能的定位脳手術 (てんかんの場合)	(機定脳て) 第 号
脳腫瘍覚醒下マッピング加算	(脳覚) 第 号
原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算	(脳光) 第 号
内視鏡下脳腫瘍生検術及び内視鏡下脳腫瘍摘出術	(内脳腫) 第 号
脳血栓回収療法連携加算	(脳回) 第 号
頭蓋骨形成手術 (骨移動を伴うものに限る。)	(頭移) 第 号
脳刺激装置植込術及び脳刺激装置交換術	(脳刺) 第 号
脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術	(脊刺) 第 号
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。)	(頭深電) 第 号
癒着性脊髄くも膜炎手術 (脊髄くも膜剥離操作を行うもの)	(癒脊膜) 第 号
仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術 (便失禁)	(仙神交便) 第 号
仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術 (便過活動膀胱)	(仙神交膀) 第 号
舌下神経電気刺激装置植込術	(舌刺) 第 号
角結膜悪性腫瘍切除手術	(角結悪) 第 号
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。))	(角膜切) 第 号
角膜移植術 (内皮移植加算)	(内移) 第 号
培養ヒト角膜内皮細胞移植術	(培角移) 第 号
羊膜移植術	(羊膜移) 第 号
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))	(緑内イ) 第 号
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)	(緑内眼ド) 第 号
緑内障手術 (濾過胞再建術 (needle 法))	(緑内 ne) 第 号
毛様体光凝固術 (眼内内視鏡を用いるものに限る。)	(毛光) 第 号
経皮的選択的眼動脈注入術	(経眼注) 第 号
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)	(硝切) 第 号
網膜再建術	(網膜再) 第 号
経外耳道的内視鏡下鼓室形成術	(経内鼓) 第 号
人工中耳植込術	(人工中耳) 第 号
植込型骨導補聴器 (直接振動型) 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	(植補聴) 第 号
耳管用補綴材挿入術	(耳補挿) 第 号
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、再建を伴うものに限る。)	(内鼻 V 腫) 第 号
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)	(咽喉摘鏡) 第 号

鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）	（鏡咽悪）第 号
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）	（鏡咽喉悪）第 号
内喉頭筋内注入術（ボツリヌス毒素によるもの）	（内筋ボ）第 号
鏡視下喉頭悪性腫瘍手術	（鏡喉悪）第 号
喉頭形成手術（甲状軟骨固定用器具を用いたもの）	（喉頭形成）第 号
上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）	（顎移）第 号
上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科）	（歯顎移）第 号
顎関節人工関節全置換術	（顎人工）第 号
顎関節人工関節全置換術（歯科）	（歯顎人工）第 号
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	（内下）第 号
内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術	（内甲悪）第 号
乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（一連につき）（MR Iによるもの）	（乳腺ガ）第 号
頭頸部悪性腫瘍光線力学療法	（頭頸悪光）第 号
頭頸部悪性腫瘍光線力学療法（歯科）	（歯頭頸悪光）第 号
乳房切除術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	（乳切性障）第 号
乳癌センチネルリンパ節生検加算 1 及びセンチネルリンパ節生検（併用）	（乳セ 1）第 号
乳癌センチネルリンパ節生検加算 2 及びセンチネルリンパ節生検（単独）	（乳セ 2）第 号
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））	（乳腫）第 号
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。）	（ゲル乳再）第 号
乳腺悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法	（乳腺ラ）第 号
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）	（胸腔拡胸支）第 号
胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	（胸腔縦悪支）第 号
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）	（胸腔縦支）第 号
気管支バルブ留置術	（気バ留）第 号
胸腔鏡下肺切除術（区域切除及び肺葉切除術又は 1 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）	（胸腔肺支）第 号
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。）	（肺腫）第 号
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）	（胸腔肺悪）第 号
胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（気管支形成を伴う肺切除）	（胸腔形成）第 号
同種死体肺移植術	（肺植）第 号
生体部分肺移植術	（生肺）第 号

肺悪性腫瘍及び胸腔内軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法	(肺ラ) 第 号
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)	(胸腔食悪支) 第 号
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)	(縦隔食悪支) 第 号
内視鏡下筋層切開術	(内筋) 第 号
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)、腔腸瘻閉鎖術 (内視鏡によるもの)	(穿瘻閉) 第 号
心腫瘍摘出術 (単独のもの (胸腔鏡下によるもの) に限る。)(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)、心腔内粘液腫摘出術 (単独のもの (胸腔鏡下によるもの) に限る。)(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(心腫内摘支) 第 号
経皮的冠動脈形成術 (特殊カテーテルによるもの)	(経特) 第 号
胸腔鏡下弁形成術	(胸腔弁形) 第 号
胸腔鏡下弁形成術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(胸弁形内支) 第 号
胸腔鏡下弁置換術	(胸腔下置) 第 号
胸腔鏡下弁置換術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(胸下置内支) 第 号
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に限る。)	(弁置再) 第 号
経カテーテル弁置換術 (経心尖大動脈弁置換術及び経皮的大動脈弁置換術)	(カ大弁置) 第 号
経カテーテル弁置換術 (経皮的肺動脈弁置換術)	(カ肺弁置) 第 号
経カテーテル弁周囲欠損孔閉鎖術	(カ弁周欠閉) 第 号
経皮的僧帽弁クリップ術	(経僧帽) 第 号
経皮的三尖弁クリップ術	(経三尖) 第 号
胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術	(脈動開) 第 号
胸腔鏡下心房中隔欠損閉鎖術	(胸下房) 第 号
不整脈手術 左心耳閉鎖術 (胸腔鏡下によるもの)	(不整胸腔) 第 号
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)	(不整経カ) 第 号
磁気ナビゲーション加算	(磁場心) 第 号
経皮的中隔心筋焼灼術	(経中) 第 号
ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術	(ペ) 第 号
ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術 (リードレスペースメーカー)	(ペリ) 第 号
両心室ペースメーカー移植術 (心筋電極の場合) 及び両心室ペースメーカー交換術 (心筋電極の場合)	(両ぺ心) 第 号
両心室ペースメーカー移植術 (経静脈電極の場合) 及び両心室ペースメーカー交換術 (経静脈電極の場合)	(両ぺ静) 第 号
植込型除細動器移植術 (心筋リードを用いるもの) 及び植込型除細動器交換術 (心筋リードを用いるもの)	(除心) 第 号

植込型除細動器移植術（経静脈リードを用いるもの、皮下植込型リードを用いるもの又は胸骨下植込型リードを用いるもの）、植込型除細動器交換術（その他のもの）及び経静脈電極除去術	（除静）第 号
両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術（心筋電極の場合）及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術（心筋電極の場合）	（両除心）第 号
両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術（経静脈電極の場合）及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術（経静脈電極の場合）	（両除静）第 号
大動脈内バルーンパンピング法（IABP法）	（大）第 号
経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）	（経循補）第 号
補助人工心臓	（補心）第 号
小児補助人工心臓	（小補心）第 号
植込型補助人工心臓（非拍動流型）（設置する場合）	（植補心非）第 号
同種心移植術	（心植）第 号
同種心肺移植術	（心肺植）第 号
骨格筋由来細胞シート心表面移植術	（筋シ心移）第 号
腎神経焼灼術	（腎神焼）第 号
経皮的下肢動脈形成術	（経下肢動）第 号
内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術	（内下不切）第 号
腹腔鏡下リンパ節群郭清術（後腹膜）	（腹リ後腹）第 号
腹腔鏡下リンパ節群郭清術（傍大動脈）	（腹リ傍大）第 号
腹腔鏡下リンパ節群郭清術（側方）	（腹リ傍側）第 号
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）	（腹リ傍大支）第 号
腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術、腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術、腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開副腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術及び腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術	（腹小切）第 号
腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	（腹鼠へ両支）第 号
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）	（腹骨内全支）第 号
骨盤内悪性腫瘍及び腹腔内軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法	（骨盤ラ）第 号
腹膜切除を伴う多臓器合併切除術	（腹切多合）第 号
内視鏡的逆流防止粘膜切除術	（内胃切）第 号
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）	（腹十二局）第 号
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））	（腹胃切支）第 号
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））	（腹側胃切支）第 号

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））	（腹胃全）第 号
腹腔鏡下胃縮小術	（腹胃縮）第 号
バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術	（バ経静脈）第 号
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）	（腹総拡張）第 号
腹腔鏡下胆嚢悪性腫瘍手術（胆嚢床切除を伴うもの）	（腹胆床）第 号
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。）	（胆腫）第 号
体外衝撃波胆石破碎術	（胆）第 号
腹腔鏡下肝切除術	（腹肝）第 号
腹腔鏡下肝切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	（腹肝支）第 号
腹腔鏡下胆道閉鎖症手術	（腹胆閉鎖）第 号
移植用部分肝採取術（生体）（腹腔鏡によるもの）	（腹移肝）第 号
生体部分肝移植術	（生）第 号
同種死体肝移植術	（肝植）第 号
体外衝撃波膵石破碎術	（膵石破）第 号
腹腔鏡下膵腫瘍摘出術	（腹膵腫瘍）第 号
腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術	（腹膵切）第 号
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）	（腹膵切支）第 号
腹腔鏡下膵中央切除術	（腹膵中切）第 号
腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術	（腹膵頭）第 号
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）	（腹膵頭支）第 号
同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術	（膵植）第 号
同種死体膵島移植術	（膵島植）第 号
生体部分小腸移植術	（生小腸植）第 号
同種死体小腸移植術	（小腸移植）第 号
早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術	（早大腸）第 号
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）	（腹結悪支）第 号
腹腔鏡下副腎摘出術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）及び腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出術（褐色細胞腫）（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）	（腹腎摘出支）第 号
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もの）	（腹直腸切支）第 号
副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法	（副腎ラ）第 号
体外衝撃波腎・尿管結石破碎術	（腎）第 号
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）	（腹腎尿支器）第 号
腎悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法	（腎悪ラ）第 号
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）	（腹腎形支）第 号
同種死体腎移植術	（腎植）第 号
生体腎移植術	（生腎）第 号
膀胱水圧拡張術及びハンナ型間質性膀胱炎手術（経尿道）	（膀胱ハ間）第 号

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）	（腹膀胱悪支）第	号
腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術	（腹膀）第	号
腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術	（腹小膀悪）第	号
腹腔鏡下膀胱尿管逆流手術（膀胱外アプローチ）	（腹膀尿）第	号
尿道狭窄グラフト再建術	（尿狭再）第	号
人工尿道括約筋植込・置換術	（人工尿）第	号
精巣温存手術	（精温）第	号
精巣内精子採取術	（精精採）第	号
焦点式高エネルギー超音波療法	（焦超）第	号
腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術	（腹前）第	号
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）	（腹前支器）第	号
女子外性器悪性腫瘍手術センチネルリンパ節生検加算	（女外セ）第	号
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）	（腹断端支）第	号
腹腔鏡下仙骨腔固定術	（腹仙骨固）第	号
腹腔鏡下仙骨腔固定術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	（腹仙骨固支）第	号
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）	（腹腔子内支）第	号
子宮悪性腫瘍手術（子宮悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算 1 又は子宮悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算 2 を算定する場合に限る。）	（子悪セ）第	号
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）	（腹了悪内支）第	号
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）	（腹子頸内支）第	号
腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）	（腹子）第	号
腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸がんに限る。）	（腹子頸）第	号
腹腔鏡下子宮瘢痕部修復術	（腹瘢修）第	号
内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術	（内胎）第	号
胎児胸腔・羊水腔シャント術	（胎羊）第	号
無心体双胎焼灼術	（無心）第	号
胎児輸血術及び臍帯穿刺	（胎輸臍穿）第	号
体外式膜型人工肺管理料	（体膜肺）第	号
尿道形成手術（前部尿道）（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	（尿形性障）第	号
尿道下裂形成手術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	（尿裂性障）第	号
陰茎形成術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	（陰形性障）第	号
陰茎全摘術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	（陰全性障）第	号
精巣摘出術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	（精摘性障）第	号
会陰形成手術（筋層に及ばないもの）（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	（会形性障）第	号
造陰術、腔閉鎖症術（遊離植皮によるもの、腸管形成によるもの、筋皮弁移植によるもの） （性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	（造腔閉性障）第	号

子宮全摘術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	（子宮全性障）第	号
腹腔鏡下腔式子宮全摘術（性同一性障害患者に対して行う場合に限る。）	（腹腔子性障）第	号
子宮附属器腫瘍摘出術（両側）（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	（子宮附性障）第	号
医科点数表第2章第10部手術の通則の9に掲げる頭頸部悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算	（医手頭セ）第	号
医科点数表第2章第10部手術の通則の12に掲げる手術の休日加算1	（医手休）第	号
医科点数表第2章第10部手術の通則の12に掲げる手術の時間外加算1	（医手外）第	号
医科点数表第2章第10部手術の通則の12に掲げる手術の深夜加算1	（医手深）第	号
歯科点数表第2章第9部手術の通則第7号に掲げる頭頸部悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算	（歯手頭セ）第	号
歯科点数表第2章第9部手術の通則第9号に掲げる手術の休日加算1	（歯手休）第	号
歯科点数表第2章第9部手術の通則第9号に掲げる手術の時間外加算1	（歯手外）第	号
歯科点数表第2章第9部手術の通則第9号に掲げる手術の深夜加算1	（歯手深）第	号
医科点数表第2章第10部手術の通則の16に掲げる手術	（胃瘻造）第	号
医科点数表第2章第10部手術の通則の19に掲げる手術（遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者に対する乳房切除術に限る。）	（乳切遺伝）第	号
医科点数表第2章第10部手術の通則の19に掲げる手術（遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者に対する子宮附属器腫瘍摘出術）	（子宮附遺伝）第	号
周術期栄養管理実施加算	（周栄養）第	号
再製造単回使用医療機器使用加算	（再単器）第	号
外科医療確保特別加算	（外医確）第	号
輸血管理料Ⅰ	（輸血Ⅰ）第	号
輸血管理料Ⅱ	（輸血Ⅱ）第	号
輸血適正使用加算	（輸適）第	号
貯血式自己血輸血管理体制加算	（貯輸）第	号
コーディネート体制充実加算	（コ体充）第	号
自己生体組織接着剤作成術	（自生接）第	号
自己クリオプレシピテート作製術（用手法）	（自己ク）第	号
同種クリオプレシピテート作製術	（同種ク）第	号
人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算	（造設前）第	号
胃瘻造設時嚥下機能評価加算	（胃瘻造嚥）第	号
凍結保存同種組織加算	（凍保組）第	号
歯周組織再生誘導手術	（GTR）第	号
手術時歯根面レーザー応用加算	（手術歯根）第	号
広範囲顎骨支持型装置埋入手術	（人工歯根）第	号
歯根端切除手術の注3	（根切顕微）第	号
口腔粘膜血管腫凝固術	（口血凝）第	号
レーザー機器加算	（手光機）第	号

内視鏡手術用支援機器加算	(内手支機) 第 号
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) 1	(吸静深1) 第 号
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) 2	(吸静深2) 第 号
麻酔管理料 (I)	(麻管I) 第 号
麻酔管理料 (II)	(麻管II) 第 号
周術期薬剤管理加算	(周薬管) 第 号
歯科麻酔管理料	(齒麻管) 第 号
歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔 (II)	(齒麻酔II) 第 号
放射線治療専任加算	(放専) 第 号
外来放射線治療加算	(外放) 第 号
遠隔放射線治療計画加算	(遠隔放) 第 号
高エネルギー放射線治療	(高放) 第 号
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。)	(高放乳寡) 第 号
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。)	(強放前寡) 第 号
強度変調放射線治療 (IMRT)	(強度) 第 号
画像誘導放射線治療 (IGRT)	(画誘) 第 号
体外照射呼吸性移動対策加算	(体対策) 第 号
定位放射線治療	(直放) 第 号
定位放射線治療呼吸性移動対策加算	(定対策) 第 号
粒子線治療	(粒) 第 号
粒子線治療適応判定加算	(粒適) 第 号
粒子線治療医学管理加算	(粒医) 第 号
ホウ素中性子捕捉療法	(ホ中) 第 号
ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算	(ホ中適) 第 号
ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算	(ホ中医) 第 号
画像誘導密封小線源治療加算	(誘密) 第 号
保険医療機関間の連携による病理診断	(連携診) 第 号
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	(連組織) 第 号
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	(連細胞) 第 号
デジタル病理画像による病理診断	(デ病診) 第 号
病理診断管理加算 1	(病理診1) 第 号
病理診断管理加算 2	(病理診2) 第 号
悪性腫瘍病理組織標本加算	(悪病組) 第 号
国際標準病理診断管理加算	(国病診) 第 号
口腔病理診断管理加算 1	(口病診1) 第 号

口腔病理診断管理加算 2	(口病診 2) 第 号
クラウン・ブリッジ維持管理料	(補管) 第 号
歯科矯正診断料	(矯診) 第 号
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)	(顎診) 第 号
調剤基本料 1	(調基 1) 第 号
調剤基本料 2	(調基 2) 第 号
調剤基本料 3 イ	(調基 3 イ) 第 号
調剤基本料 3 ロ	(調基 3 ロ) 第 号
調剤基本料 3 ハ	(調基 3 ハ) 第 号
特別調剤基本料 A	(特調基 A) 第 号
調剤基本料 1 (注 1 のただし書に該当する場合)	(調基特 1) 第 号
地域支援・医薬品供給対応体制加算 1	(地支体 1) 第 号
地域支援・医薬品供給対応体制加算 2	(地支体 2) 第 号
地域支援・医薬品供給対応体制加算 3	(地支体 3) 第 号
地域支援・医薬品供給対応体制加算 4	(地支体 4) 第 号
連携強化加算	(薬連強) 第 号
バイオ後続品調剤体制加算	(バ後体) 第 号
無菌製剤処理加算	(薬菌) 第 号
在宅薬学総合体制加算 1	(在宅薬総 1) 第 号
在宅薬学総合体制加算 2	(在宅薬総 2) 第 号
電子的調剤情報連携体制整備加算	(薬 D X) 第 号
門前薬局等立地依存減算	(門減) 第 号
服薬管理指導料 1 イ	(服管 1 イ) 第 号
特定薬剤管理指導加算 2	(特薬管 2) 第 号
在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算	(在宅麻) 第 号
在宅中心静脈栄養法加算	(在宅栄) 第 号
看護職員処遇改善評価料 (1~165)	(看処遇 1~165) 第 号
外来・在宅ベースアップ評価料 (I)	(外在ベ I) 第 号
外来・在宅ベースアップ評価料 (I) の注 5	(外在ベ I 注) 第 号
外来・在宅ベースアップ評価料 (II) (1~24)	(外在ベ II 1~24) 第 号
外来・在宅ベースアップ評価料 (II) の注 5 及び注 6	(外在ベ II 1~24 注) 第 号
歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (I)	(歯外在ベ I) 第 号
歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (I) の注 5	(歯外在ベ I 注) 第 号
歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (II) (1~24)	(歯外在ベ II 1~24) 第 号
歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (II) の注 5 及び注 6	(歯外在ベ II 1~24 注) 第 号
入院ベースアップ評価料 (1~500)	(入ベ 1~500) 第 号
歯科技工所ベースアップ支援料	(歯技ベ) 第 号
調剤ベースアップ評価料	(調剤ベ) 第 号

- 7 次の(1)から(18)までに掲げるものについては、それらの点数のうちいずれか1つについて届出を行ってれば、当該届出を行った点数と同一の区分に属する点数も算定できるものであり、点数ごとに別々の届出を行う必要はないものであること。
- (1) 持続血糖測定器加算（間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合）、皮下連続式グルコース測定
  - (2) 腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術、腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術、腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開副腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術
  - (3) センチネルリンパ節生検（併用）、乳癌センチネルリンパ節生検加算1
  - (4) センチネルリンパ節生検（単独）、乳癌センチネルリンパ節生検加算2
  - (5) 人工膵臓検査、人工膵臓療法
  - (6) 時間内歩行試験、シャトルウォーキングテスト
  - (7) 検査・画像情報提供加算、電子的診療情報評価料
  - (8) 導入期加算2、導入期加算3、腎代替療法実績加算
  - (9) 透析液水質確保加算、慢性維持透析濾過加算
  - (10) 緊急整復固定加算、緊急挿入加算
  - (11) 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）、腔腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）
  - (12) 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を除く。）、腹腔鏡下膵中央切除術
  - (13) 腹腔鏡下副腎摘出術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）、腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出術（褐色細胞腫）（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）
  - (14) 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）、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）
  - (15) 膀胱水圧拡張術、ハンナ型間質性膀胱炎術（経尿道）
  - (16) 採取精子調整管理料、精子凍結保存管理料
  - (17) 胎児輸血術（一連につき）、臍帯穿刺
  - (18) 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）、喉頭腫瘍摘出術（鏡視下によるもの）
- 8 4に定めるもののほか、各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日から当該届出に係る診療報酬を算定する。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日から算定する。令和8年6月1日からの算定に係る届出については、令和8年5月7日以降に届出書の提出を行うことができる。

- 9 届出の不受理の決定を行った場合は、速やかにその旨を提出者に対して通知するものであること。

### 第3 届出受理後の措置等

- 1 届出を受理した後において、届出の内容と異なった事情が生じ、当該施設基準を満たさなくなった場合又は当該施設基準の届出区分が変更となった場合には、保険医療機関又は保険薬局の開設者は届出の内容と異なった事情が生じた日の属する月の翌月に変更の届出を行うものであること。ただし、神経学的検査、精密触覚機能検査、画像診断管理加算1、2、3及び4、歯科画像診断管理加算1及び2、麻酔管理料（I）、歯科麻酔管理料、歯科矯正診断料並びに顎口腔機能診断料について届け出ている医師に変更があった場合にはその都度届出を行い、届出にあたり使用する機器を届け出ている施設基準については、当該機器に変更があった場合には、その都度届出を行うこと。また、CT撮影及びMRI撮影について届け出ている撮影に使用する機器に変更があった場合にはその都度届出を行うこと。その場合においては、変更の届出を行った日の属する月の翌月（変更の届出について、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理された場合には当該月の1日）から変更後の特掲診療料を算定すること。ただし、面積要件や常勤職員の配置要件のみの変更の場合など月単位で算出する数値を用いた要件を含まない施設基準の場合には、当該施設基準を満たさなくなった日の属する月に速やかに変更の届出を行い、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月から変更後の特掲診療料を算定すること。
- 2 届出を受理した保険医療機関又は保険薬局については、適時調査を行い（原則として年1回、受理後6か月以内を目途）、届出の内容と異なる事情等がある場合には、届出の受理の変更を行うなど運用の適正を期するものであること。
- 3 「特掲診療料の施設基準等」に適合しないことが判明した場合は、所要の指導の上、変更の届出を行わせるものであること。その上で、なお改善がみられない場合は、当該届出は無効となるものであるが、その際には当該保険医療機関又は当該保険薬局の開設者に弁明を行う機会を与えるものとする。
- 4 届出を行った保険医療機関又は保険薬局は、毎年8月1日現在で届出の基準の適合性を確認し、その結果について報告を行うものであること。
- 5 地方厚生（支）局においては、届出を受理した後、当該届出事項に関する情報を都道府県に提供し、相互に協力するよう努めるものとする。
- 6 届出事項については、被保険者等の便宜に供するため、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、当該届出事項を適宜とりまとめて、保険者等に提供するよう努めるものとする。また、保険医療機関及び保険薬局においても、保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号。以下「療担規則」という。）、高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和58年厚生省告示第14号。以下「療担基準」という。）及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）の規定に基づき、院内の見やすい場所に届出内容の掲示を行うよう指導をするものであること。

#### 第4 経過措置等

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特掲診療料を算定している保険医療機関及び保険薬局において、引き続き当該特掲診療料を算定する場合（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、届出を行っている特掲診療料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特掲診療料（表1）及び施設基準が改正された特掲診療料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日時点で改正前の特掲診療料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1 新設された又は施設基準が創設された特掲診療料

- ・ 遠隔電子処方箋活用加算
- ・ 地域連携小児夜間・休日診療料の注2に規定する院内トリアージ実施体制加算
- ・ 地域連携夜間・休日診療料の注2に規定する院内トリアージ実施体制加算
- ・ **救急外来医学管理料**
  - ・ 救急外来医学管理料の注3に規定する救急外来緊急検査対応加算
  - ・ 救急外来医学管理料の注5に規定する救急時医療情報取得加算
  - ・ 救急外来医学管理料の注7に規定する院内トリアージ実施体制加算
  - ・ 地域包括診療料の注4に規定する外来データ提出加算
  - ・ 充実管理加算1（脂質異常症を主病とする場合）
  - ・ 充実管理加算2（脂質異常症を主病とする場合）
  - ・ 充実管理加算1（高血圧症を主病とする場合）
  - ・ 充実管理加算2（高血圧症を主病とする場合）
  - ・ 充実管理加算1（糖尿病を主病とする場合）
  - ・ 充実管理加算2（糖尿病を主病とする場合）
- ・ **心不全再入院予防継続管理料**
  - ・ 在宅療養支援診療所（別添1の第9の1の（2）のア）
  - ・ 在宅医療充実体制加算
  - ・ プログラム医療機器等指導管理料の注3の施設基準
  - ・ 特別管理加算
  - ・ 口腔機能実地指導料
  - ・ 歯科訪問診療料の注7に規定する基準
  - ・ 救急患者連携搬送料2
  - ・ 在宅患者訪問看護・指導料の注19（同一建物居住者訪問看護・指導料の注8の規定により準用する場合を含む。）に規定する訪問看護医療情報連携加算
  - ・ 訪問看護遠隔診療補助料
  - ・ 在宅自己腹膜灌流指導管理料2
  - ・ 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の注2に規定する持続陽圧呼吸療法充実管理体制加算

- ・ 在宅振戦等刺激装置治療指導管理料
- ・ 医科連携体制加算
- ・ 抗アデノ随伴ウイルス血清型 r h 7 4 ( A A V r h 7 4 ) 抗体
- ・ ウイルス・細菌核酸及び薬剤耐性遺伝子多項目同時検出
- ・ 壁側胸膜凍結生検法
- ・ 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
- ・ 通院・在宅精神療法の注 9 に規定する心理支援加算
- ・ 通院・在宅精神療法の注 10 に規定する児童思春期支援指導加算 2
- ・ 通院・在宅精神療法の注 13 の施設基準
- ・ 認知療法・認知行動療法 3
- ・ 腎代替療法診療体制充実加算
- ・ 同種死体移植腎機械灌流保存
- ・ 3次元プリント有床義歯
- ・ 静脈奇形硬化療法（一連につき）
- ・ 脛骨遠位骨切り術
- ・ 人工関節置換術（人工肩関節置換術（腱移行を伴うもの）に限る。）
- ・ 人工膝関節置換術（手術支援装置を用いるもの）
- ・ 機能的定位脳手術（てんかんの場合）
- ・ 培養ヒト角膜内皮細胞移植術
- ・ 経皮的選択的眼動脈注入術
- ・ 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）
- ・ 心腫瘍摘出術（単独のもの（胸腔鏡下によるもの）に限る。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、心腔内粘液腫摘出術（単独のもの（胸腔鏡下によるもの）に限る。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
- ・ 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に限る。）
- ・ 経カテーテル弁周囲欠損孔閉鎖術
- ・ 経皮的三尖弁クリップ術
- ・ 腎神経焼灼術
- ・ 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）
- ・ 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
- ・ 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）
- ・ 腹膜切除を伴う多臓器合併切除術
- ・ 子宮悪性腫瘍手術（子宮悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算 1 又は子宮悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算 2 を算定する場合に限る。）
- ・ 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）

- ・ 医科点数表第2章第10部手術の通則の9（歯科点数表第2章第9部手術の通則7を含む。）に掲げる頭頸部悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算
- ・ 外科医療確保特別加算
- ・ 内視鏡手術用支援機器加算
- ・ 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） 1 麻酔に従事する医師が専従で実施する場合
- ・ 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） 2 麻酔に従事する医師の指導下で麻酔を専従で実施する場合
- ・ 歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔（Ⅱ）
- ・ 国際標準病理診断管理加算
- ・ **地域支援・医薬品供給対応体制加算**
- ・ バイオ後続品調剤体制加算
- ・ 門前薬局等立地依存減算
- ・ 服薬管理指導料の注1に規定する施設基準
- ・ **外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の注5に関する施設基準**
- ・ **外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の注5及び注6に関する施設基準（注6に関する施設基準については、令和9年6月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）**
- ・ 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の注5に関する施設基準
- ・ 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の注5及び注6に関する施設基準（注6に関する施設基準については、令和9年6月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- ・ 歯科技工所ベースアップ支援料
- ・ 調剤ベースアップ評価料

表2 施設基準の改正された特掲診療料（届出が必要なもの）

- ・ 外来腫瘍化学療法診療料1（令和8年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- ・ B R C A 1 / 2 遺伝子検査の腫瘍細胞を検体とするもの（乳癌患者に対して、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として検査を実施する場合に限る。）
- ・ 在宅療養支援診療所（別添1の第9の1の（2）のア以外については、令和9年6月1日以降に引き続き届け出る場合に限る。）
- ・ 在宅療養支援病院（令和9年6月1日以降に引き続き届け出る場合に限る。）
- ・ 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
- ・ C T 撮影及びMR I 撮影に関する施設基準（128列以上のマルチスライス型の機器によるC T 撮影に限る。）
- ・ 通院・在宅精神療法の注11に規定する早期診療体制充実加算1から3
- ・ 医科点数表第2章第9部処置の通則の5並びに歯科点数表第2章第8部処置の通則の6に掲げる処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1（令和9年6月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- ・ 周術期栄養管理実施加算（令和8年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

- ・ 調剤基本料の注1ただし書に規定する施設基準（処方箋集中率等の状況によらず例外的に調剤基本料1を算定することができる保険薬局）（第89の1の（1）に該当し令和10年6月1日以降に引き続き算定する場合又は第89の1の（2）に該当する場合に限る。）
- ・ 在宅薬学総合体制加算2
- ・ 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）
- ・ 入院ベースアップ評価料

表3 施設基準の改正された特掲診療料（届出が必要でないもの）

- ・ 外来緩和ケア管理料
- ・ 二次性骨折予防継続管理料
- ・ 地域包括診療料
- ・ 小児かかりつけ診療料
- ・ 遠隔連携診療料
- ・ 遺伝性疾患療養指導管理料の注1から注3（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告示」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「D026」に掲げる検体検査判断料の注6に規定する遺伝カウンセリング加算に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関に限る。）
- ・ 遺伝性疾患療養指導管理料の注5（令和8年3月31日時点で「旧算定方法」別表第一「D026」に掲げる検体検査判断料の注7に規定する遺伝性腫瘍カウンセリング加算に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関に限る。）
- ・ 在宅療養支援歯科診療所1
- ・ 在宅療養支援歯科診療所2
- ・ 在宅療養支援歯科病院
- ・ 往診料の注10に規定する介護保険施設等連携往診加算
- ・ 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の注13（在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の注6の規定により準用する場合を含む。）、在宅がん医療総合診療料の注8及び歯科訪問診療料の注21に規定する在宅医療DX情報活用加算
- ・ 在宅時医学総合管理料の注15（施設入居時等医学総合管理料の注5の規定により準用する場合を含む。）に規定する在宅医療情報連携加算
- ・ 歯科疾患在宅療養管理料の注7、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の注8及び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注8に規定する在宅歯科医療情報連携加算
- ・ がんゲノムプロファイリング検査
- ・ ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（令和8年3月31日時点で「旧算定方法」別表第一「D023」に掲げる微生物核酸同定・定量検査の「22」ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（SARS-CoV-2核酸検出を含まないもの）に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関に限る。）
- ・ 検体検査管理加算（Ⅱ）

- ・ 検体検査管理加算(Ⅲ)
- ・ 検体検査管理加算(Ⅳ)
- ・ センチネルリンパ節生検 (片側)
- ・ **無菌製剤処理料**
- ・ 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)
- ・ 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)
- ・ 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)
- ・ 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)
- ・ 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)
- ・ 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)
- ・ 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅱ)
- ・ 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅲ)
- ・ 運動器リハビリテーション料(Ⅰ)
- ・ 運動器リハビリテーション料(Ⅱ)
- ・ 運動器リハビリテーション料(Ⅲ)
- ・ 呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)
- ・ 呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ)
- ・ 難病患者リハビリテーション料
- ・ 障害児 (者) リハビリテーション料
- ・ がん患者リハビリテーション料
- ・ 認知症患者リハビリテーション料
- ・ 集団コミュニケーション療法料
- ・ 通院・在宅精神療法の注12に規定する情報通信機器を用いた精神療法
- ・ 認知行動療法2
- ・ 歯科技工士連携加算1
- ・ 歯科技工士連携加算2
- ・ 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)
- ・ 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)
- ・ 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)
- ・ 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)
- ・ 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抜去術
- ・ 植込型補助人工心臓(非拍動流型)(設置する場合)
- ・ 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術(子宮体がんに限る。 )及び腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術(子宮頸がんに限る。 )
- ・ 医科点数表第2章第10部手術の通則の5及び6(歯科点数表第2章第9部手術の通則4を含む。)に掲げる手術
- ・ 輸血管理料Ⅰ
- ・ 自己生体組織接着剤作成術
- ・ 自己クリオプレシピテート作製術(用手法)及び同種クリオプレシピテート作製術
- ・ 強度変調放射線治療(IMRT)
- ・ 調剤基本料1

- ・ 調剤基本料 2
- ・ 調剤基本料 3
- ・ 特別調剤基本料 A
- ・ 調剤基本料の注 4 に規定する保険薬局
- ・ 連携強化加算
- ・ 在宅薬学総合体制加算 1
- ・ 電子的調剤情報連携体制整備加算
- ・ 看護職員処遇改善評価料

表 4 施設基準等の名称が変更されたが、令和 8 年 5 月 31 日において現に当該点数を算定していた保険医療機関及び保険薬局であれば新たに届出が必要でないもの

生活習慣病管理料(Ⅰ)及び生活習慣病管理料(Ⅱ)の注 4 に規定する施設基準	→	充実管理加算 3 (脂質異常症を主病とする場合)
生活習慣病管理料(Ⅰ)及び生活習慣病管理料(Ⅱ)の注 4 に規定する施設基準	→	充実管理加算 3 (高血圧症を主病とする場合)
生活習慣病管理料(Ⅰ)及び生活習慣病管理料(Ⅱ)の注 4 に規定する施設基準	→	充実管理加算 3 (糖尿病を主病とする場合)
救急患者連携搬送料	→	救急患者連携搬送料 1
通院・在宅精神療法の注 10 に規定する児童思春期支援指導加算	→	通院・在宅精神療法の注 10 に規定する児童思春期支援指導加算 1
小児口腔機能管理料の注 3 に規定する口腔管理体制強化加算	→	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
小児口腔機能管理料の注 5、口腔機能管理料の注 5 及び歯科特定疾患療養管理料の注 5	→	小児口腔機能管理料の注 7、口腔機能管理料の注 7 及び歯科特定疾患療養管理料の注 5
歯科訪問診療料の注 15 に規定する基準	→	歯科訪問診療料の注 16 に規定する基準
コンピューター断層撮影 (CT 撮影) の「1」CT 撮影の「イ」64 列以上のマルチスライス型の機器による場合	→	コンピューター断層撮影 (CT 撮影) の「1」CT 撮影の「ロ」64 列以上 128 列未満のマルチスライス型の機器による場合
血流予備量比コンピューター断層撮影	→	血流予備量比コンピューター断層撮影解析
組織拡張器による再建手術 (一連につき) (乳房 (再建手術) の場合に限る。)	→	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。)) に限る。)
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) 及び乳輪温存乳房切除術 (腋窩郭清を伴うもの))	→	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))
ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術 (乳房切除後)	→	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。)

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）	→	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もの）
一回線量増加加算	→	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。）及び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。）

- (1) 以下の項目を含む院内トリアージの実施基準を定め、定期的に見直しを行っていること。
  - ア トリアージ目標開始時間及び再評価時間
  - イ トリアージ分類
  - ウ トリアージの流れなお、トリアージの流れの中で初回の評価から一定時間後に再評価すること。
- (2) 患者に対して、院内トリアージの実施について説明を行い、院内の見やすい場所への掲示等により周知を行っていること。
- (3) (2)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。
- (4) 専任の医師又は救急医療に関する3年以上の経験を有する専任の看護師が配置されていること。

### 3 届出に関する事項

- (1) 地域連携夜間・休日診療料の施設基準に係る届出は、別添2の様式7の2を用いること。
- (2) 院内トリアージ実施体制加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式7の1の2を用いること。
- (3) 開放利用に関わる地域の医師会等との契約及び当該医療機関の運営規程等を記載すること。

### 第6の3の2 乳幼児育児栄養指導料

- 1 乳幼児育児栄養指導料の注2に関する施設基準  
情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。
- 2 届出に関する事項  
乳幼児育児栄養指導料の注2に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、乳幼児育児栄養指導料の注2として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

### 第6の4 削除

### 第6の5 救急外来医学管理料

- 1 救急搬送医学管理料1、夜間休日救急医学管理料1及び救急外来医学管理料の注3に掲げる救急外来緊急検査対応加算1に関する施設基準
  - (1) 休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っていると認められる第三次救急医療機関若しくは第二次救急医療機関(医療法(昭和23年法律第205号)第30条の4の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている救急医療機関をいう。)又は都道府県知事若しくは指定都市市長の指定する精神科救急医療施設であること。  
なお、精神科救急医療施設の運営については、「精神科救急医療体制整備事業の実施について」に従い実施されたい。

- (2) 夜間又は休日において入院治療を必要とする重症患者に対して救急医療を提供する日を地域の行政部門、医師会等の医療関係者及び救急搬送機関等にあらかじめ周知していること。
- (3) 救急用の自動車（消防法（昭和 23 年法律第 186 号）及び消防法施行令（昭和 36 年政令第 37 号）に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車並びに道路交通法（昭和 35 年法律第 105 号）及び道路交通法施行令（昭和 35 年政令第 270 号）に規定する緊急自動車（傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。））又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数（以下この区分において「救急搬送件数」という。）が、年間で 1,500 件以上であること。ただし、「基本診療料の施設基準等」別表第六の二の二に掲げる地域に所在する病院にあっては、当該件数が年間で 1,200 件以上であること。
- (4) 救急外来診療を実施するための専用の診察室及びベッドを有する区画を設けていること。
- (5) 救急外来診療を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を当該区画内に常時備えていること。ただし、当該区画が救命救急治療室、特定集中治療室、ハイケアユニット、脳卒中ケアユニット、小児特定集中治療室、新生児特定集中治療室、母体・胎児集中治療室又は新生児治療回復室（以下「救命救急治療室等」という。）と隣接しており、これらの装置及び器具を当該救命救急治療室等と共有しても緊急の事態に十分対応できる場合においては、この限りではない。
- ア 救急蘇生装置（気管挿管セット及び人工呼吸装置等）
  - イ 除細動器
  - ウ 心電計
  - エ 呼吸循環監視装置
- (6) 保険医療機関内において、専任の医師（宿日直を行っている専任の医師を含む。）が常時、速やかに救急外来診療を開始できる場所に勤務していること。また、当該専任の医師を交代で担う複数の医師に、救急外来診療の経験を 5 年以上有する医師が 2 名以上含まれていること。
- (7) 専任の看護師が常時、当該区画内に勤務していること。また、専任の看護師について、時間帯及び救急外来の業務状況に応じ、複数名の配置を行うことが望ましいこと。
- (8) 地域及び医療機関の実情に応じて、専任の救急救命士が救急外来において適切な業務を担うことが考えられることから、その際には当該救急救命士に対して、院内研修を実施していることが望ましいこと。
- (9) 手術に必要な麻酔科医及び手術室の看護師が緊急呼出し当番により、緊急手術を開始できる体制が常時確保されていること。
- (10) 救急外来を受診した患者に対して、血液検査、コンピューター断層撮影（CT 撮影）及び磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI 撮影）を実施できる体制が常時確保されていること。
- (11) 救急外来を受診した患者に対して、調剤及び検査等を行うにつき必要な薬剤師、臨床検査技師及び診療放射線技師が常時、当該保険医療機関内に配置されていること。
- (12) 院内の職員に対して、救急に関する教育コース（心肺蘇生に関する教育コース又は外傷対応に関する教育コース等をいう。）の提供を年 1 回以上実施していること。

- (13) 業務継続計画（以下単に「BCP」という。）を策定し、当該BCPに基づいた災害訓練を年1回以上実施していること。
- (14) 地域の救急医療に関する取組として、前年（1月から12月まで）において、次のいずれか2つ以上を満たしていること。
- ア メディカルコントロール協議会、救急医療対策協議会又は救急患者受入コーディネーター確保事業に関わる会議に参加していること。
  - イ 消防機関の実施するウツタイン様式調査に協力していること。
  - ウ 当該保険医療機関に勤務する医師（当該保険医療機関から消防機関等に派遣されている医師を含む。）が、消防機関に属する救急救命士からの特定行為の実施に係る指示要請に対応していること。
  - エ 地域の関係機関（都道府県、医師会、救急医療機関及び消防機関等）との間で、定期的に連携体制の構築及びその向上等を目的とした検討会を開催していること。
  - オ 救急救命士の病院実習（救急救命士の養成課程中に行われるもの、就業前に行うもの又は再教育（生涯教育）として行うものを指す。）を受け入れていること。
  - カ 在宅医療関係者と救急医療関係者の協議の場に参加し、在宅療養等に関する救急搬送についての情報共有ルールの策定等を行っていること。
- 2 救急搬送医学管理料2、夜間休日救急医学管理料2及び救急外来医学管理料の注3に掲げる救急外来緊急検査対応加算2に関する施設基準
- (1) 救急外来医学管理料1の(1)、(2)、(4)、(5)及び(13)を満たすこと。
  - (2) 救急搬送件数が、年間で800件以上であること。ただし、「基本診療料の施設基準等」別表第六の二の二に掲げる地域に所在する病院にあっては、当該件数が年間で640件以上であること。
  - (3) 当該保険医療機関が救急外来診療を応需する時間帯において常に、専任の医師（宿日直を行っている専任の医師を含む。）が、保険医療機関内の速やかに救急外来診療を開始できる場所に勤務していること。
  - (4) 当該保険医療機関が救急外来診療を応需する時間帯において常に、専任の看護師が当該区画内に勤務していること。
  - (5) 当該保険医療機関が救急外来診療を応需する時間帯において常に、救急外来を受診した患者に対して、血液検査及びコンピューター断層撮影（CT撮影）を実施できる体制が確保されていること。なお、コンピューター断層撮影については、当該検査を実施する医療従事者を、緊急呼出し当番により確保する体制であっても差し支えない。
  - (6) 院内の職員に対して、救急に関する教育コース（心肺蘇生に関する教育コース又は外傷対応に関する教育コース等をいう。）の提供を年1回以上実施していること、又は当該コースの受講を推奨することを院内の職員に向けて周知し、その受講状況を年1回以上把握していること。
  - (7) 地域の救急医療に関する取組として、前年（1月から12月まで）において、次のいずれかを満たしていること。
- ア メディカルコントロール協議会、救急医療対策協議会又は救急患者受入コーディネーター確保事業に関わる会議に参加していること。
  - イ 消防機関の実施するウツタイン様式調査に協力していること。

- (2) 当該治療管理に従事する医師及び看護師又は准看護師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添2の様式4を用いて提出すること。

#### 第7の2 療養・就労両立支援指導料

##### 1 療養・就労両立支援指導料の注3に規定する相談支援加算に関する基準

専任の看護師、社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師を配置していること。なお、当該職員は「A234-3」患者サポート体制充実加算に規定する職員と兼任であっても差し支えない。また、当該職員は、国又は医療関係団体等が実施する研修であって、厚生労働省の定める両立支援コーディネーター養成のための研修カリキュラムに即した研修を修了していること。

##### 2 療養・就労両立支援指導料の注5に関する施設基準

情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

##### 3 届出に関する事項

- (1) 相談支援加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式8の3を用いること。
- (2) 療養・就労両立支援指導料の注5に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、療養・就労両立支援指導料の注5として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

#### 第7の3 心不全再入院予防継続管理料

##### 1 心不全再入院予防継続管理料1及び2に関する施設基準

- (1) 一般病棟入院基本料、7対1入院基本料、10対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）に係る届出を行っている保険医療機関の病棟であること。
- (2) 当該保険医療機関内に、以下から構成される心不全再入院予防チームが設置されていること。
- ア 心不全指導の経験を5年以上有する専任の医師
- イ 心不全指導の経験を3年以上有する専任の看護師又は保健師
- ウ 心不全指導の経験を3年以上有する専任の管理栄養士
- (3) (2)に規定する心不全再入院予防チームに所属する(2)のアからウまでの者のいずれかは、心不全の予防指導に係る適切な研修を修了した者であることが望ましい。
- (4) (2)のアからウまでに規定する医師、看護師又は保健師及び管理栄養士は常勤であること。また、常勤の薬剤師及び理学療法士が当該保険医療機関に配置されていること。
- (5) 心大血管疾患リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (6) 当該保険医療機関内において、関係学会により示されているガイドラインを参照した上で、院内職員を対象とした「心不全診療に関する最新治療と多職種連携の意義」についての研修会を年に1回以上実施すること。
- (7) 当該保険医療機関が所在する地域において、心不全再入院予防継続管理料3を算定する保険医療機関等を対象とし、関係学会により示されているガイドラインを参照した上で、「心不全診療に関する最新治療と多職種連携の意義」についての研修会を年に1回以上実施すること。

- (8) 心不全再入院予防継続管理料3を算定する保険医療機関の求めに応じて、栄養食事指導を行うことが望ましい。
- 2 心不全再入院予防継続管理料3に関する施設基準
- (1) 1の(2)ア、(2)イ及び(3)を満たすこと。
- (2) 1の(2)に規定する医師、看護師又は保健師のうち、少なくとも1名以上は常勤であること。
- (3) 心不全指導の経験を3年以上有する専任の管理栄養士又は心不全指導の経験を3年以上有する当該保険医療機関以外(公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は他の保険医療機関に限る。)の管理栄養士との連携により、医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して栄養食事指導を行うことが可能な体制を整備すること。
- (4) 薬剤師、理学療法士が当該保険医療機関に配置されていることが望ましい。
- (5) 当該保険医療機関が所在する地域において、心不全再入院予防継続管理料1又は2に関する施設基準を届け出ている保険医療機関が主催する「心不全診療に関する最新治療と多職種連携の意義」についての研修会に参加すること。
- 3 届出に関する事項
- (1) 心不全再入院予防継続管理料の施設基準に係る届出は、別添2の様式8の5を用いること。
- (2) 新たに届出を行う保険医療機関については、当該届出を行う日から起算して1年以内に1の(6)及び(7)のによる研修会を開催することが決まっている場合にあっては、1の(6)及び(7)の要件を満たしているものとする。なお、当該届出時に研修会等の開催予定日がわかる書類を添付すること。

#### 第7の4 遺伝性疾患療養指導管理料

- 1 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
- (1) 遺伝性疾患の診療に係る経験を3年以上有する常勤の医師が1名以上配置されていること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤医師(遺伝性疾患の診療に係る経験を3年以上有する医師に限る。)を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。
- (2) 遺伝性疾患に対する療養指導を年間合計20例以上実施していること。
- 2 遺伝性疾患療養指導管理料の注4に規定する施設基準
- (1) 遺伝性疾患療養指導管理料の注1から注3までに規定する施設基準に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (2) オンライン指針に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。
- 3 遺伝性疾患療養指導管理料の注5に規定する施設基準
- がんゲノム医療中核拠点病院、がんゲノム医療拠点病院又はがんゲノム医療連携病院であること。
- 4 届出に関する事項

- (5) 当該保険医療機関において実施される全ての核医学診断、CT撮影及びMRI撮影について、夜間及び休日を除いて、検査前の画像診断管理を行っていること。
- (6) 関係学会の定める指針に基づいて、肝エラストグラフィ撮影を適切に実施していること。

## 2 届出に関する事項

肝エラストグラフィ加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式38を用いること。

### 第36の2 抗悪性腫瘍剤処方管理加算

#### 1 抗悪性腫瘍剤処方管理加算に関する施設基準

- (1) 許可病床数が200床以上の病院であること。
- (2) 化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。

#### 2 届出に関する事項

- (1) 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式38の2を用いること。
- (2) 1の(2)に掲げる医師の経験が確認できる文書を添付すること。

### 第36の3 地域支援・外来医薬品供給対応体制加算

#### 1 地域支援・外来医薬品供給対応体制加算に関する施設基準

- (1) 診療所であって、薬剤部門又は薬剤師が後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制が整備されていること。
- (2) 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成20年厚生労働省告示第60号）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、地域支援・外来医薬品供給対応体制加算1にあつては90%以上、地域支援・外来医薬品供給対応体制加算2にあつては85%以上90%未満、地域支援・外来医薬品供給対応体制加算3にあつては75%以上85%未満であること。
- (3) 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該保険医療機関の受付及び支払窓口の見やすい場所に掲示していること。
- (4) 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が整備されていること。
- (5) (4)の体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤が変更となる可能性があること及び変更する場合には患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (6) (3)及び(5)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。
- (7) 個々の医薬品の価値及び流通コストを無視した値引き交渉を慎むこと。また、原則として全ての品目について単品単価交渉とすること。
- (8) 医薬品の流通の効率化及び安定供給の確保のため、卸売販売業者への頻回配送、休日夜間配送及び急配に係る過度な依頼を慎むこと。

- (9) 厳格な温度管理を要する医薬品及び在庫調整を目的とした医薬品等については卸売販売業者への返品を慎むこと。
- (10) 医薬品の流通改善及び安定供給の観点から、平時から地域の保険医療機関、保険薬局及び医療関係団体と連携し、取り扱う医薬品の品目について情報共有や事前の合意等に取り組むことが望ましい。

## 2 届出に関する事項

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は、別添2の様式38の3を用いること。

### 第36の4 一般名処方加算

#### 1 一般名処方加算に関する施設基準

- (1) 医薬品の供給状況や、長期収載品について医療上の必要性があると認められない場合に患者の希望を踏まえ処方等した場合は選定療養となること等を踏まえつつ、一般名処方の趣旨を患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (2) (1)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。ただし、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

一般名処方加算の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。

### 第37 外来化学療法加算

#### 1 外来化学療法加算1に関する施設基準

- (1) 外来化学療法を実施するための専用のベッド(点滴注射による化学療法を実施するに適したリクライニングシート等を含む。)を有する治療室を保有していること。なお、外来化学療法を実施している間は、当該治療室を外来化学療法その他の点滴注射(輸血を含む。)以外の目的で使用することは認められないものであること。
- (2) 化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤医師が勤務していること。
- (3) 化学療法の経験を5年以上有する専任の看護師が化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務していること。
- (4) 化学療法に係る調剤の経験を5年以上有する専任の常勤薬剤師が勤務していること。
- (5) 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制が確保されていること又は他の保険医療機関との連携により緊急時に当該患者が入院できる体制が整備されていること。
- (6) 実施される化学療法のレジメン(治療内容)の妥当性を評価し、承認する委員会を開催していること。

当該委員会は、化学療法に携わる各診療科の医師の代表者(代表者数は、複数診療科の場合は、それぞれの診療科で1名以上(1診療科の場合は、2名以上)の代表者であること。)、業務に携わる看護師、薬剤師及び必要に応じてその他の職種から構成されるもので、少なくとも年1回開催されるものとする。

#### 2 外来化学療法加算2に関する施設基準

- (1) 外来化学療法を実施するための専用のベッド（点滴注射による化学療法を実施するに適したリクライニングシート等を含む。）を有する治療室を保有していること。なお、外来化学療法を実施している間は、当該治療室を外来化学療法その他の点滴注射（輸血を含む。）以外の目的で使用することは認められないものであること。
- (2) 化学療法の経験を有する専任の看護師が化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務していること。
- (3) 当該化学療法につき専任の常勤薬剤師が勤務していること。
- (4) 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制が確保されていること又は他の保険医療機関との連携により緊急時に当該患者が入院できる体制が整備されていること。
- (5) (3)については、常勤薬剤師の確保が直ちに困難な場合であって、既に関節リウマチ患者及びクローン病患者の診療を行っており、改正前から外来化学療法加算の届出を行っていた診療所については、外来化学療法加算2の届出を行うことができる。

### 3 届出に関する事項

- (1) 外来化学療法加算1及び2の施設基準に係る届出は、別添2の様式39を用いること。
- (2) 当該治療室の平面図を添付すること。

## 第37の2 無菌的分割製剤作成加算

### 1 無菌的分割製剤作成加算に関する施設基準

輸血管管理料Ⅰ又は輸血管管理料Ⅱを届け出ていること。

### 2 届出に関する事項

無菌的分割製剤作成加算に関する施設基準については、輸血管管理料Ⅰ又は輸血管管理料Ⅱの届出を行っていればよく、無菌的分割製剤作成加算として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

## 第37の3 無菌製剤処理料

### 1 無菌製剤処理料に関する施設基準

- (1) 2名以上の常勤の薬剤師がいること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤薬剤師を2名以上組み合わせることにより、当該常勤薬剤師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤薬剤師が配置されている場合には、これらの非常勤薬剤師の実労働時間を常勤換算し常勤薬剤師数に算入することができる。ただし、常勤換算し常勤薬剤師数に算入することができるのは、常勤薬剤師のうち1名までに限る。
- (2) 無菌製剤処理を行うための専用の部屋（内法による測定で5平方メートル以上）を有していること。なお、平成26年3月31日において、現に当該処理料の届出を行っている保険医療機関については、当該専用の部屋の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、内法の規定を満たしているものとする。
- (3) 無菌製剤処理を行うための無菌室、クリーンベンチ又は安全キャビネットを備えていること。

### 2 無菌製剤処理料の対象患者

- (1) 無菌製剤処理料1の対象患者は、悪性腫瘍に対して用いる薬剤であって細胞毒性を有するものに関し、皮内注射、皮下注射、筋肉内注射、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、点滴注射、脳脊髄腔注射又は薬液膀胱内注入が行われる患者であり、この場合において、「悪性腫瘍に対して用いる薬剤であって細胞毒性を有するもの」とは、医薬品等副作用被害救済制度の対象とならない医薬品等（平成16年厚生労働省告示第185号）に掲げる医薬品のうち、悪性腫瘍に対して用いる注射剤をいう。
- (2) 無菌製剤処理料2の対象患者は、以下のア又はイに該当する患者である。
- ア 動脈注射又は点滴注射が行われる入院中の患者のうち、白血病、再生不良性貧血、骨髓異形成症候群、重症複合型免疫不全症等の患者及び後天性免疫不全症候群の病原体に感染し抗体の陽性反応がある患者であって、無菌治療室管理加算若しくはHIV感染者療養環境特別加算を算定する患者又はこれらの患者と同等の状態にある患者
- イ 中心静脈注射又は植込型カテーテルによる中心静脈注射が行われる患者
- 3 投与時閉鎖式接続器具使用加算に関する施設基準  
外来腫瘍化学療法診療料1に係る届出を行っていること。
- 4 届出に関する事項
- (1) 無菌製剤処理料の施設基準に係る届出は、別添2の様式40を用いること。
- (2) 投与時閉鎖式接続器具使用加算に係る届出は、外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っていただければよく、投与時閉鎖式接続器具使用加算として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。
- (3) 当該保険医療機関に勤務する薬剤師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添2の様式4を用いて提出すること。なお、調剤、医薬品情報管理、病棟薬剤業務、薬剤管理指導又は在宅患者訪問薬剤管理指導のいずれに従事しているか（兼務の場合はその旨）並びに無菌製剤処理業務に従事している場合はその旨を備考欄に記載すること。

## 第38 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)

### 1 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)に関する施設基準

- (1) 届出保険医療機関（循環器内科又は心臓血管外科を標榜するものに限る。以下この項において同じ。）において、循環器内科又は心臓血管外科の医師が、心大血管疾患リハビリテーションを実施している時間帯において常時勤務しており、心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。この場合において、心大血管疾患リハビリテーションを受ける患者の急変時等に連絡を受けるとともに、当該保険医療機関又は連携する保険医療機関において適切な対応ができるような体制を有すること。
- (2) 心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専従の常勤理学療法士及び専従の常勤看護師が合わせて2名以上勤務していること又は専従の常勤理学療法士若しくは専従の常勤看護師のいずれか一方が2名以上勤務していること。なお、いずれの組合せの場合であっても、うち1名は専任の従事者でも差し支えない。また、当該専従の者については、第2章第1部医学管理、第2部在宅医療、第7部リハビリテーション、第8部精神科専門療法、その他リハビリテーション及び患者・家族等の指導に関する業務並びに介護施設等への助言に係

療機関において適切に把握するため、「賃金改善中間報告書」を別添2の様式100の別添1により作成し、地方厚生(支)局長に報告すること。

- (3) 事業の継続を図るため、職員の賃金水準(看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料による賃金改善分を除く。)を引き下げた上で、賃金改善を行う場合には、当該保険医療機関の収支状況、賃金水準の引下げの内容等について記載した「特別事情届出書」を、別添2の様式94により作成し、届け出ること。

なお、年度を超えて看護職員等の賃金を引き下げることとなった場合は、次年度に(2)の「賃金改善中間報告書」を提出する際に、「特別事情届出書」を再度届け出る必要があること。

- (4) 保険医療機関は、看護職員処遇改善評価料の算定に係る書類(「賃金改善中間報告書」等の記載内容の根拠となる資料等)を、当該評価料を算定する年度の終了後3年間保管すること。

#### 第105 外来・在宅ベースアップ評価料(I)

##### 1 外来・在宅ベースアップ評価料(I)の施設基準

- (1) 外来医療又は在宅医療を実施している保険医療機関であること。
- (2) 当該保険医療機関に勤務する職員(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。以下、この区分において「対象職員」という。)がいること。
- (3) 当該評価料により得られる収入は、対象職員の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。)の引上げ(以下「ベア等」という。)及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む。)等の増加分に用いること。なお、恒常的に夜間を含む交替制勤務をとっている職場の職員に支払われる夜勤手当については、決まって毎月支払われる手当に準じて基本給等に含めて差し支えない。

ただし、ベア等を行った保険医療機関において、患者数等の変動等により当該評価料による収入が上記の増加分に用いた額を上回り、追加でベア等を行うことが困難な場合に限り、賞与等の手当など、ベア等以外の方法による賃金改善を行うことが認められる。いずれの場合においても、賃金の改善の対象とする項目を特定して行うこと。なお、当該評価料によって賃金の改善を実施する項目以外の賃金項目(業績等に応じて変動するものを除く。)の水準を低下させてはならない。

また、賃金改善の実績については、当該保険医療機関における「令和8年3月又は5月時点の給与体系(令和8年5月までにベースアップ評価料等を届け出ている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」との差分により判断すること。なお、賃金改善の実績については、ベースアップ評価料及び看護職員処遇改善評価料について共通のものであること。

ただし、「令和8年3月又は5月時点の給与体系(令和8年5月までにベースアップ評価料等を届け出ている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。

また、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、当該年の4月から翌年3月の賃金改善に充当することは差し支えない。

- (4) 当該保険医療機関は、当該評価料の趣旨を踏まえ、労働基準法等を遵守すること。
- (5) 当該保険医療機関は、対象職員に対して、賃金改善を実施する方法等について、3の(1)の届出に合わせて周知するとともに、就業規則等の内容についても周知すること。また、対象職員から当該評価料に係る賃金改善に関する照会を受けた場合には、当該対象者についての賃金改善の内容について、書面を用いて説明すること等により分かりやすく回答すること。
- (6) 過年度において当該評価料を算定している場合、前年度及び当年度に提出が必要な賃金改善実績報告書を適切に提出していること。

## 2 外来・在宅ベースアップ評価料(I)の注5に関する施設基準

以下のいずれかに該当する保険医療機関であること。

- (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) 令和8年度の対象職員(医師及び歯科医師を除く。)の、当該評価料を算定する月時点の基本給等を合計し、当該対象職員を令和6年3月時点の給与体系に当てはめた場合と比較した場合に、5分5厘(看護補助者、事務職員については、8分)に相当する水準以上のベア等を行った保険医療機関又は令和9年度の対象職員(医師及び歯科医師を除く。)の当該評価料を算定する月時点の基本給等を合計し、当該対象職員を令和6年3月時点の給与体系に当てはめた場合と比較した場合に、8分7厘(看護補助者、事務職員については、1割3分7厘)に相当する水準以上のベア等を行った保険医療機関

## 3 届出に関する事項

- (1) 外来・在宅ベースアップ評価料(I)の施設基準に係る届出は、別添2の様式95を用いること。ただし、2の(2)の基準を満たす場合における届出は、追加で別添2の様式98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、「賃金改善実績報告書」を別添2の様式100の別添1により作成し、地方厚生(支)局長に報告すること。また、毎年8月において、算定を行っている年度における賃金改善の取組状況を当該保険医療機関において適切に把握するため、「賃金改善中間報告書」を別添2の様式100の別添1により作成し、地方厚生(支)局長に報告すること。
- (3) 事業の継続を図るため、対象職員の賃金水準(看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料による賃金改善分を除く。)を引き下げた上で、賃金改善を行う場合には、当該保険医療機関の収支状況、賃金水準の引下げの内容等について記載した「特別事情届出書」を、別添2の様式94により作成し、届け出ること。

なお、年度を超えて対象職員の賃金を引き下げることとなった場合は、次年度に(2)の「賃金改善中間報告書」を提出する際に、「特別事情届出書」を再度届け出る必要があること。

- (4) 保険医療機関は、外来・在宅ベースアップ評価料(I)の算定に係る書類(「賃金改善実績報告書」等の記載内容の根拠となる資料等)を、当該評価料を算定する年度の終了後3年間保管すること。
- (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、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の様式100の別添1の作成に当たって、別添2の様式100の別添2を用いることとする。

#### 第106 外来・在宅ベースアップ評価料(II)

##### 1 外来・在宅ベースアップ評価料(II)の施設基準

- (1) 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。)の1月あたりの合計算定回数が30未満の保険医療機関であること。
- (2) 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。
- (3) 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)により算定される点数の見込み(ただし、当該評価料の注5又は注7に規定する点数を算定する場合は、それぞれ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する。)を合算した数に10円を乗じた額が、次のアからエにそれぞれ別表3に定める数を乗じた額の合計(以下、「賃金改善算定基礎額」という。)の5割未満であること。ただし、月額賃金とは、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、「月額賃金」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。

ア 当該保険医療機関に勤務する職員(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。以下、この区分において「対象職員」という。)のうち、医師、歯科医師、看護補助者及び事務職員を除く職員の月額賃金総額

イ 当該保険医療機関に勤務する看護補助者及び事務職員(業務委託により勤務する者を除く。)の月額賃金総額

ウ 40歳未満の常勤の医師及び歯科医師(事業主及び役員を除く。)の数

エ 40歳未満の週22時間以上勤務(宿日直を除く。)する非常勤の医師及び歯科医師(事業主及び役員を除く。)の数

- (4) 外来・在宅ベースアップ評価料(II)の保険医療機関ごとの区分については、当該保険医療機関における賃金改善算定基礎額、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)により算定される点数の見込み並びに外来・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)の算定回数を見込みを用いて算出した数【B】に基づき、別表4に従い該当するいずれかの区分を届け出ること。ただし、

医科歯科併設の保険医療機関であって、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の施設基準についても届出を行う保険医療機関については、同一の区分により届け出ること(例えば、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)2の届出を行う場合は、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)2を届け出ること。)

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

(5) (3)のア及びイは、原則として3の(1)の届出を行う月の直近1月の総額(ただし、届出を行う月より前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。

(3)のウ及びエは、3の(1)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。「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)により算定される点数の見込み」及び「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)の算定回数の見込み」は「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」別添1の第2章第14部第1節「0001」外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の(2)から(5)及び「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」別添2の第2章第15部第1節「P001」歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の(2)から(5)までに掲げる基本診療料等の算定回数を用いて計算し、3の(1)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を用いること。

また、届け出た時点と比較して、対象職員の数又は3月ごとの外来・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)の合計算定回数に1割以上の変動があった場合であって、改めて区分を算出した場合に区分の変動がある場合には、算出を行った月内に地方厚生(支)局長に届出を行った上で、翌月から変更後の区分に基づく点数を算定すること。

(6) 当該評価料により得られる収入は、対象職員の基本給等の引上げ(以下「ベア等」という。)及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む。)等の増加分に用いること。なお、恒常的に夜間を含む交替制勤務をとっている職場の職員に支払われる夜勤手当については、決まって毎月支払われる手当に準じて基本給等に含めて差し支えない。

ただし、ベア等を行った保険医療機関において、患者数等の変動等により当該評価料による収入が上記の増加分に用いた額を上回り、追加でベア等を行うことが困難な場合に限り、賞与等の手当など、ベア等以外の方法による賃金改善を行うことが認められる。いずれの場合においても、賃金の改善の対象とする項目を特定して行うこと。なお、当該評価料によっ

て賃金の改善を実施する項目以外の賃金項目(業績等に応じて変動するものを除く。)の水準を低下させてはならない。

また、賃金改善の実績については、当該保険医療機関における「令和8年3月又は5月時点の給与体系(令和8年5月までにベースアップ評価料等を届け出ている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」との差分により判断すること。なお、賃金改善の実績については、ベースアップ評価料及び看護職員処遇改善評価料について共通のものであること。

ただし、「令和8年3月又は5月時点の給与体系(令和8年5月までにベースアップ評価料等を届け出ている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。

また、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、当該年の4月から翌年3月の給与改善に充当することは差し支えない。

- (7) 常勤換算2名以上の対象職員が勤務していること。ただし、「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては、この限りでない。
- (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。)
- イ 健康増進法(平成14年法律第103号)第6条各号に掲げる健康増進事業実施者が行う同法第4条に規定する健康増進事業(健康診査に係るものに限る。以下同じ。)に係る収入金額(当該収入金額が社会保険診療報酬と同一の基準により計算されている場合に限る。)
- ウ 予防接種(予防接種法(昭和23年法律第68号)第2条第6項に規定する定期の予防接種等その他医療法施行規則第30条の35の3第1項第2号ロの規定に基づき厚生労働大臣が定める予防接種(平成29年厚生労働省告示第314号)に規定する予防接種をいう。)に係る収入金額
- エ 助産(社会保険診療及び健康増進事業に係るものを除く。)に係る収入金額(1の分娩に係る助産に係る収入金額が50万円を超えるときは、50万円を限度とする。)

オ 介護保険法の規定による保険給付に係る収入金額(租税特別措置法第26条第2項第4号に掲げるサービスに係る収入金額を除く。)

カ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第6条に規定する介護給付費、特例介護給付費、訓練等給付費、特例訓練等給付費、特定障害者特別給付費、特例特定障害者特別給付費、地域相談支援給付費、特例地域相談支援給付費、計画相談支援給付費、特例計画相談支援給付費及び基準該当療養介護医療費並びに同法第77条及び第78条に規定する地域生活支援事業に係る収入金額

キ 児童福祉法第21条の5の2に規定する障害児通所給付費及び特例障害児通所給付費、同法第24条の2に規定する障害児入所給付費、同法第24条の7に規定する特定入所障害児食費等給付費並びに同法第24条の25に規定する障害児相談支援給付費及び特例障害児相談支援給付費に係る収入金額

ク 国、地方公共団体及び保険者等が交付する補助金等に係る収入金額

(9) 当該保険医療機関は、当該評価料の趣旨を踏まえ、労働基準法等を遵守すること。

(10) 当該保険医療機関は、対象職員に対して、賃金改善を実施する方法等について、3の

(1)の届出及び区分変更に合わせて周知するとともに、就業規則等の内容についても周知すること。また、対象職員から当該評価料に係る賃金改善に関する照会を受けた場合には、当該対象者についての賃金改善の内容について、書面を用いて説明すること等により分かりやすく回答すること。

(11) 過年度において当該評価料を算定している場合、前年度及び当年度に提出が必要な賃金改善実績報告書を適切に提出していること。

## 2 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の注5及び注6に関する施設基準

以下のいずれかに該当する保険医療機関であること。

(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)を届け出ている保険医療機関

(2) 令和8年度の対象職員(医師及び歯科医師を除く。)の当該評価料を算定する月時点の基本給等を合計し、当該対象職員を令和6年3月時点の給与体系に当てはめた場合と比較した場合に、5分5厘(看護補助者、事務職員については、8分)に相当する水準以上のベア等を行った保険医療機関又は令和9年度の対象職員(医師及び歯科医師を除く。)の当該評価料を算定する月時点の基本給等を合計し、当該対象職員を令和6年3月時点の給与体系に当てはめた場合と比較した場合に、8分7厘(看護補助者、事務職員については、1割3分7厘)に相当する水準以上のベア等を行った保険医療機関

## 3 届出に関する事項

(1) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の施設基準に係る届出は、別添2の様式96を用いること。ただし、2の(2)の基準を満たす場合における届出は、追加で別添2の様式98を用いること。なお、令和8年度及び令和9年度においてベースアップ評価料の点数構造の変更に伴い、評価区分を見直す必要があるため、新規届出時及び毎年6月1日時点において当該評価料を算定できるよう、地方厚生(支)局長に届け出ること。

(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、「賃金改善実績報告書」を別添2の様式100の別添1により作成し、地方厚生(支)局長に報告すること。また、毎年8月において、算定を行っている年度における賃金改善の取組状況を当該保

険医療機関において適切に把握するため、「賃金改善中間報告書」を別添2の様式100の別添1により作成し、地方厚生(支)局長に報告すること。

- (3) 事業の継続を図るため、対象職員の賃金水準(看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料による賃金改善分を除く。)を引き下げた上で、賃金改善を行う場合には、当該保険医療機関の収支状況、賃金水準の引下げの内容等について記載した「特別事情届出書」を、別添2の様式94により作成し、届け出ること。

なお、年度を超えて対象職員の賃金を引き下げることとなった場合は、次年度に(2)の「賃金改善中間報告書」を提出する際に、「特別事情届出書」を再度届け出ることがあること。

- (4) 保険医療機関は、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の算定に係る書類(「賃金改善中間報告書」等の記載内容の根拠となる資料等)を、当該評価料を算定する年度の終了後3年間保管すること。
- (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、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の様式96の作成に当たって別添2の様式99を、別添2の様式100の別添1の作成に当たって別添2の様式100の別添2を用いることとする。

## 第106の2 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)

### 1 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の施設基準

- (1) 外来医療又は在宅医療を実施している保険医療機関であること。
- (2) 当該保険医療機関に勤務する職員(40歳以上の歯科医師及び医師並びに業務委託により勤務する者を除く。以下、この区分において「対象職員」という。)がいること。
- (3) 当該評価料により得られる収入は、対象職員の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。)の引上げ(以下「ベア等」という。)及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む。)等の増加分に用いること。なお、恒常的に夜間を含む交替制勤務をとっている職場の職員に支払われる夜勤手当については、毎月支払われる手当に準じて基本給等に含めて差し支えない。

ただし、ベア等を行った保険医療機関において、患者数等の変動等により当該評価料による収入が上記の増加分に用いた額を上回り、追加でベア等を行うことが困難な場合に限り、賞与等の手当など、ベア等以外の方法による賃金改善を行うことが認められる。いずれの場合においても、賃金の改善の対象とする項目を特定して行うこと。なお、当該評価料によって賃金の改善を実施する項目以外の賃金項目(業績等に応じて変動するものを除く。)の水準を低下させてはならない。

また、賃金改善の実績については、当該保険医療機関における「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」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」との差分により判断する

こと。なお、賃金改善の実績については、ベースアップ評価料及び看護職員処遇改善評価料について共通のものであること。

ただし、「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つては、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つて令和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。

また、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、当該年の4月から翌年3月の賃金改善に充当することは差し支えない。

- (4) 当該保険医療機関は、当該評価料の趣旨を踏まえ、労働基準法等を遵守すること。
- (5) (1)の当該保険医療機関は、対象職員に対して、賃金改善を実施する方法等について、3の(1)の届出に合わせて周知するとともに、就業規則等の内容についても周知すること。また、対象職員から当該評価料に係る賃金改善に関する照会を受けた場合には、当該対象者についての賃金改善の内容について、書面を用いて説明すること等により分かりやすく回答すること。
- (6) 過年度において当該評価料を算定している場合、前年度及び当年度に提出が必要な賃金改善実績報告書を適切に提出していること。

## 2 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の注5に関する施設基準

以下のいずれかに該当する保険医療機関であること。

- (1) 令和8年3月31日時点において歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)を届け出していた保険医療機関
- (2) 令和8年度に対象職員（歯科医師及び医師を除く。）の当該評価料を算定する月時点の基本給等を合計し、その対象職員を令和6年3月時点の給与体系に当てはめた場合と比較した場合に、5分5厘（看護補助者、事務職員については、8分）に相当する水準以上のベア等を行った保険医療機関又は令和9年度の対象職員（歯科医師及び医師を除く。）の当該評価料を算定する月時点の基本給等を合計し、令和6年3月時点と比較した場合に、8分7厘（看護補助者、事務職員については、1割3分7厘）相当する水準以上のベア等を行った保険医療機関

## 3 届出に関する事項

- (1) 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は、別添2の様式95を用いること。ただし、2の(2)の基準を満たす場合における届出は、追加で別添2の様式98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、「賃金改善実績報告書」を別添2の様式100の別添1により作成し、地方厚生(支)局長に報告すること。また、毎年8月において、算定を行っている年度における賃金改善の取組状況を当該保険医療機関において適切に把握するため、「賃金改善中間報告書」を別添2の様式100の別添1により作成し、地方厚生(支)局長に報告すること。

- (3) 事業の継続を図るため、対象職員の賃金水準(看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料による賃金改善分を除く。)を引き下げた上で、賃金改善を行う場合には、当該保険医療機関の収支状況、賃金水準の引下げの内容等について記載した「特別事情届出書」を、別添2の様式94により作成し、届け出ること。

なお、年度を超えて対象職員の賃金を引き下げることとなった場合は、次年度に(2)の「賃金改善中間報告書」を提出する際に、「特別事情届出書」を再度届け出ることがあること。

- (4) 保険医療機関は、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)の算定に係る書類(「賃金改善中間報告書」等の記載内容の根拠となる資料等)を、当該評価料を算定する年度の終了後3年間保管すること。
- (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

- (1) 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。)の1月あたりの算定回数が30未満の保険医療機関であること。
- (2) 歯科外来・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。
- (3) 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)及び外来・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(ただし、当該評価料の注5又は注7に定める点数を算定する場合は、1から3まで又は注6に定める点数を算定したものとする。)を合算した数に10円を乗じた額が、次のアからエにそれぞれ別表3に定める数を乗じた額の合計金額(以下、「賃金改善算定基礎額」という。)の5割未満であること。ただし、月額賃金とは、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、「月額賃金」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。
- ア 当該保険医療機関に勤務する職員(40歳以上の歯科医師及び医師並びに業務委託により勤務する者を除く。以下、この区分において「対象職員」という。)のうち、歯科医師、医師、看護補助者及び事務職員を除く職員の月額賃金総額
- イ 当該保険医療機関に勤務する看護補助者及び事務職員(業務委託により勤務する者を除く。)の月額賃金総額
- ウ 40歳未満の常勤の歯科医師及び医師(事業主及び役員を除く。)の数
- エ 40歳未満の週22時間以上勤務(宿日直を除く。)する非常勤の歯科医師及び医師(事業主及び役員を除く。)の数
- (4) 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(II)の保険医療機関ごとの区分については、当該保険医療機関における賃金改善算定基礎額、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)及び外

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並びに歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)及び外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の算定回数の見込みを用いて算出した数【B】に基づき、別表4に従い該当するいずれかの区分を届け出ること。ただし、医科歯科併設の保険医療機関であって、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の施設基準についても届出を行う保険医療機関については、同一の区分により届け出ること(例えば歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)2の届出を行う場合は、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)2を届け出ること)。

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

(5) (3)のア及びイは、原則として3の(1)の届出を行う月の直近1月の総額(ただし、届出を行う月より前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。

(3)のウ及びエは、3の(1)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。「歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び外来・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」及び「歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)及び外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の算定回数の見込み」は、「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」別添2の第2章第15部第1節「P001」歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の(2)から(5)及び「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」別添1の第2章第14部第1節「O001」外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の(2)から(5)までに掲げる基本診療料等の算定回数を用いて計算し、3の(1)の届出を行う月の直近3か月の期間の1月あたりの平均の数値を用いること。

また、届け出た時点と比較して、対象職員の数又は3月ごとの歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の合計算定回数に1割以上の変動があった場合であって、改めて区分を算出した場合に区分の変動がある場合には、算出を行った月内に地方厚生(支)局長に届出を行った上で、翌月から変更後の区分に基づく点数を算定すること。

(6) 当該評価料により得られる収入は、対象職員の基本給等の引上げ(以下「ベア等」という)及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む。)等の増加分に用いること。なお、恒常的に夜間を含む交替制勤務をとっている職場の職員に支払われる夜勤手当については、毎月支払われる手当に準じて基本給等を含めて差し支えない。

ただし、ベア等を行った保険医療機関において、患者数等の変動等により当該評価料による収入が上記の増加分に用いた額を上回り、追加でベア等を行うことが困難な場合に限り、

賞与等の手当など、ベア等以外の方法による賃金改善を行うことが認められる。いずれの場合においても、賃金の改善の対象とする項目を特定して行うこと。なお、当該評価料によって賃金の改善を実施する項目以外の賃金項目(業績等に応じて変動するものを除く。)の水準を低下させてはならない。

また、賃金改善の実績については、当該保険医療機関における「令和8年3月又は5月時点の給与体系(令和8年5月までにベースアップ評価料等を届け出ている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」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」との差分により判断すること。なお、賃金改善の実績については、ベースアップ評価料及び看護職員処遇改善評価料について共通のものであること。

ただし、「令和8年3月又は5月時点の給与体系(令和8年5月までにベースアップ評価料等を届け出ている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。

また、6月から翌年5月の1年間に算定した当該確保料による収入を、当該年の4月から翌年3月の給与改善に充当することは差し支えない。

- (7) 常勤換算2名以上の対象職員が勤務していること。ただし、「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては、この限りでない。
- (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。)
  - イ 健康増進法(平成14年法律第103号)第六条各号に掲げる健康増進事業実施者が行う同法第4条に規定する健康増進事業(健康診査に係るものに限る。以下同じ。)に係る収入金額(当該収入金額が社会保険診療報酬と同一の基準により計算されている場合に限る。)
  - ウ 予防接種(予防接種法(昭和23年法律第68号)第2条第6項に規定する定期の予防接種等その他医療法施行規則第30条の35の3第1項第2号ロの規定に基づき厚生労働大臣が定める予防接種(平成29年厚生労働省告示第314号)に規定する予防接種をいう。)に係る収入金額

- エ 助産(社会保険診療及び健康増進事業に係るものを除く。)に係る収入金額(1の分娩に係る助産に係る収入金額が50万円を超えるときは、50万円を限度とする。)
- オ 介護保険法の規定による保険給付に係る収入金額(租税特別措置法第26条第2項第4号に掲げるサービスに係る収入金額を除く。)
- カ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第6条に規定する介護給付費、特例介護給付費、訓練等給付費、特例訓練等給付費、特定障害者特別給付費、特例特定障害者特別給付費、地域相談支援給付費、特例地域相談支援給付費、計画相談支援給付費、特例計画相談支援給付費及び基準該当療養介護医療費並びに同法第77条及び第78条に規定する地域生活支援事業に係る収入金額
- キ 児童福祉法第21条の5の2に規定する障害児通所給付費及び特例障害児通所給付費、同法第24条の2に規定する障害児入所給付費、同法第24条の7に規定する特定入所障害児食費等給付費並びに同法第24条の25に規定する障害児相談支援給付費及び特例障害児相談支援給付費に係る収入金額
- ク 国、地方公共団体及び保険者等が交付する補助金等に係る収入金額

- (9) 当該保険医療機関は、当該評価料の趣旨を踏まえ、労働基準法等を遵守すること。
- (10) 当該保険医療機関は、対象職員に対して、賃金改善を実施する方法等について、3の(1)の届出及び区分変更に合わせて周知するとともに、就業規則等の内容についても周知すること。また、対象職員から当該評価料に係る賃金改善に関する照会を受けた場合には、当該対象者についての賃金改善の内容について、書面を用いて説明すること等により分かりやすく回答すること。

## 2 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の注5及び注6に関する施設基準

以下のいずれかに該当する保険医療機関であること。

- (1) 令和8年3月31日時点において歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)を届け出ている保険医療機関
- (2) 令和8年度の対象職員(歯科医師及び医師を除く。)の当該評価料を算定する月の基本給等を合計し、当該対象職員を令和6年3月時点の給与体系に当てはめた場合と比較した場合に、5分5厘(看護補助者、事務職員については、8分)に相当する水準以上のベア等を行った保険医療機関又は令和9年度の対象職員(歯科医師及び医師を除く。)の当該評価料を算定する月時点の基本給等を合計し、当該対象患者を令和6年3月時点の給与体系に当てはめた場合と比較した場合に、8分7厘(看護補助者、事務職員については、1割3分7厘)に相当する水準以上のベア等を行った保険医療機関

## 3 届出に関する事項

- (1) 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は、別添2の様式96を用いること。ただし、2の(2)の基準を満たす場合における届出は、追加で別添2の様式98を用いること。なお、令和8年度及び令和9年度においてベースアップ評価料の点数構造の変更に伴い、評価区分を見直す必要があるため、新規届出時及び毎年6月1日時点において当該評価料を算定できるよう、地方厚生(支)局長に届け出ること。
- (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、「賃金改善実績報告書」を別添2の様式100の別添1により作成し、地方厚生(支)局長に報告すること。また、毎年8月において、算定を行っている年度における賃金改善の取組状況を当該保

険医療機関において適切に把握するため、「賃金改善中間報告書」を別添2の様式100の別添1により作成し、地方厚生(支)局長に報告すること。

- (3) 事業の継続を図るため、対象職員の賃金水準(看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料による賃金改善分を除く。)を引き下げた上で、賃金改善を行う場合には、当該保険医療機関の収支状況、賃金水準の引下げの内容等について記載した「特別事情届出書」を、別添2の様式94により作成し、届け出ること。

なお、年度を超えて対象職員の賃金を引き下げることとなった場合は、次年度に(2)の「賃金改善中間報告書」を提出する際に、「特別事情届出書」を再度届け出る必要があること。

- (4) 保険医療機関は、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の算定に係る書類(「賃金改善中間報告書」等の記載内容の根拠となる資料等)を、当該評価料を算定する年度の終了後3年間保管すること。
- (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、別添2の様式100の別添1の作成に当たって別添2の様式100の別添2を用いることとする。

#### 第107 入院ベースアップ評価料

##### 1 入院ベースアップ評価料の施設基準

- (1) 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。)を算定している保険医療機関であること。
- (2) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)又は歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の届出を行っており、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)の届出を行っていない保険医療機関であること。
- (3) 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)により算定される点数の見込み(ただし、当該評価料の注5又は注7に定める点数を算定する場合は、それぞれ1から3まで又は注6に定める点数を算定したものとする。)を合算した数に10円を乗じた額が、賃金改善算定基礎額未満であること。
- (4) 入院ベースアップ評価料の保険医療機関ごとの区分については、当該保険医療機関における賃金改善算定基礎額、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)により算定される点数の見込み並びに延べ入院患者数の見込みを用いて次の式により算出した数【C】に基づき、別表5に従い該当する区分を届け出ること。

$$\text{【C】} = \frac{\text{賃金改善算定基礎額} - (\text{外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び} \\ \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される点数の見込み}) \times 10 \text{円}}{\text{当該保険医療機関の延べ入院患者数} \times 10 \text{円}}$$

- (5) (3)及び(4)について、

賃金改善算定基礎額の算出に用いる対象職員（医師及び歯科医師を除く。）の月額賃金総額は、2の（1）の届出を行う月の直近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は、当該賃金改善を開始する前月の総額）を用いること。ただし、月額賃金とは、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、「月額賃金」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。

「常勤及び週22時間以上勤務する非常勤の医師及び歯科医師の数」は、2の（1）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。「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）により算定される点数の見込み」は、「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」別添1の第2章第14部第1節「O001」外来・在宅ベースアップ評価料（I）の（2）から（5）及び「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」別添2の第2章第15部第1節「P001」歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）の（2）から（5）までに掲げる基本診療料等の算定回数を用いて計算し、2の（1）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を用いること。「延べ入院患者数」は、2の（1）の届出を行う月の直近3月の期間の1月あたりの延べ入院患者数の平均の数値を用いること。

また、届け出た時点と比較して、対象職員の数又は「延べ入院患者数」に1割以上の変動があった場合であって、改めて区分を算出した場合に区分の変動がある場合には、算出を行った月内に地方厚生（支）局長に届出を行った上で、翌月から変更後の区分に基づく点数を算定すること。

- (6) 当該評価料により得られる収入は、対象職員の基本給等の引上げ（以下「ベア等」という。）及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む）等の増加分に用いること。なお、恒常的に夜間を含む交代制勤務をとっている職場の職員に支払われる夜勤手当については、決まって毎月支払われる手当に準じて基本給等に含めて差し支えない。

ただし、ベア等を行った保険医療機関において、患者数等の変動等により当該評価料による収入が上記の増加分に用いた額を上回り、追加でベア等を行うことが困難な場合に限り、賞与等の手当など、ベア等以外の方法による賃金改善を行うことが認められる。いずれの場合においても、賃金の改善の対象とする項目を特定して行うこと。なお、当該評価料によって賃金の改善を実施する項目以外の賃金項目（業績等に応じて変動するものを除く。）の水準を低下させてはならない。

また、賃金改善の実績については、当該保険医療機関における「令和8年3月又は5月時点の給与体系（令和8年5月までにベースアップ評価料等を届け出ている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」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」との差分により判断する

こと。なお、賃金改善の実績については、ベースアップ評価料及び看護職員処遇改善評価料について共通のものであること。

ただし、「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つては、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つて令和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。

また、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、当該年の4月から翌年3月の給与改善に充当することは差し支えない。

- (7) 常勤換算2名以上の対象職員が勤務していること。ただし、「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあつては、この限りでない。
- (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つてい  
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。)
- イ 健康増進法(平成14年法律第103号)第6条各号に掲げる健康増進事業実施者が行う同  
法第四条に規定する健康増進事業(健康診査に係るものに限る。以下同じ。)に係る収入  
金額(当該収入金額が社会保険診療報酬と同一の基準により計算されている場合に限  
る。)
- ウ 予防接種(予防接種法(昭和23年法律第68号)第3条第6項に規定する定期の予防接種  
等その他医療法施行規則第30条の35の3第2項第2号ロの規定に基づき厚生労働大臣  
が定める予防接種(平成29年厚生労働省告示第314号)に規定する予防接種をいう。)に  
係る収入金額
- エ 助産(社会保険診療及び健康増進事業に係るものを除く。)に係る収入金額(1の分娩に  
係る助産に係る収入金額が50万円を超えるときは、50万円を限度とする。)
- オ 介護保険法の規定による保険給付に係る収入金額(租税特別措置法第26条第2項第4  
号に掲げるサービスに係る収入金額を除く。)
- カ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第6条に規定する介護給  
付費、特例介護給付費、訓練等給付費、特例訓練等給付費、特定障害者特別給付費、特例  
特定障害者特別給付費、地域相談支援給付費、特例地域相談支援給付費、計画相談支援給  
付費、特例計画相談支援給付費及び基準該当療養介護医療費並びに同法第77条及び第78  
条に規定する地域生活支援事業に係る収入金額
- キ 児童福祉法第21条の5の2に規定する障害児通所給付費及び特例障害児通所給付費、  
同法第24条の2に規定する障害児入所給付費、同法第24条の7に規定する特定入所障

害児食費等給付費並びに同法第 24 条の 25 に規定する障害児相談支援給付費及び特例障害児相談支援給付費に係る収入金額

ク 国、地方公共団体及び保険者等が交付する補助金等に係る収入金額

- (9) 当該保険医療機関は、当該評価料の趣旨を踏まえ、労働基準法等を遵守すること。
- (10) 当該保険医療機関は、対象職員に対して、賃金改善を実施する方法等について、2の(1)の届出に合わせて周知するとともに、就業規則等の内容についても周知すること。また、対象職員から当該評価料に係る賃金改善に関する照会を受けた場合には、当該対象者についての賃金改善の内容について、書面を用いて説明すること等により分かりやすく回答すること。
- (11) 過年度において当該評価料を算定している場合、前年度及び当年度に提出が必要な賃金改善実績報告書を適切に提出していること。

## 2 届出に関する事項

- (1) 入院ベースアップ評価料の施設基準に係る届出は、別添2の様式97を用いること。なお、令和8年度及び令和9年度においてベースアップ評価料の点数構造の変更に伴い、評価区分を見直す必要があるため、新規届出時及び毎年6月1日時点において当該評価料を算定できるよう、地方厚生(支)局長に届け出ること。
- (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、「賃金改善実績報告書」を別添2の様式100の別添1により作成し、地方厚生(支)局長に報告すること。また、毎年8月において、算定を行っている年度における賃金改善の取組状況を当該保険医療機関において適切に把握するため、「賃金改善中間報告書」を別添2の様式100の別添1により作成し、地方厚生(支)局長に報告すること。
- (3) 事業の継続を図るため、対象職員の賃金水準(看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料による賃金改善分を除く。)を引き下げた上で、賃金改善を行う場合には、当該保険医療機関の収支状況、賃金水準の引下げの内容等について記載した「特別事情届出書」を、別添2の様式94により作成し、届け出ること。
- なお、年度を超えて対象職員の賃金を引き下げることとなった場合は、次年度に(2)の「賃金改善中間報告書」を提出する際に、「特別事情届出書」を再度届け出ることがあること。
- (4) 保険医療機関は、入院ベースアップ評価料の算定に係る書類(「賃金改善中間報告書」等の記載内容の根拠となる資料等)を、当該評価料を算定する年度の終了後3年間保管すること。
- (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、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の様式97の作成に当たって別添2の様式99を、別添2の様式100の別添1の作成に当たって別添2の様式100の別添2を用いることとする。

## 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。

## 第109 調剤ベースアップ評価料

### 1 調剤ベースアップ評価料の施設基準

- (1) 調剤基本料に係る届出を実施している保険薬局であること。
- (2) 当該保険薬局に勤務する職員(事業主、使用者、開設者、管理者、40歳以上の薬剤師及び業務委託により勤務する者を除く。以下、この区分において「対象職員」という。)がいること。ただし、他の保険薬局又は事業所を主たる勤務先とし、当該保険薬局における調剤業務等に直接従事していない管理的業務に専従する者(本部職員、エリアマネージャー等)は、対象職員に含めない。
- (3) 当該評価料により得られる収入は、対象職員の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。)の引上げ(以下、「ベア等」という。)及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む。)等の増加分に用いること。なお、恒常的に夜間を含む交替制勤務をとっている保険薬局の職員に支払われる夜勤手当については、決まって毎月支払われる手当に準じて基本給等に含めて差し支えない。

ただし、ベア等を実施した保険薬局において、処方箋受付回数の変動等により当該評価料による収入がベア等に用いた額を上回り、追加でベア等を行うことが困難な場合に限り、賞与等の手当など、ベア等以外の方法による賃金改善を行うことが認められる。いずれの場合においても、賃金の改善の対象とする項目を特定して行うこと。なお、当該評価料によって賃金の改善を実施する項目以外の賃金項目(業績等に応じて変動するものを除く。)の水準を低下させてはならない。

また、賃金改善の実績については、当該保険薬局における「原則として、令和8年3月時点の給与体系を、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」との差分により判断すること。

ただし、「原則として、令和8年3月時点の給与体系を、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」、「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

また、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、当該年の4月から翌年3月の給与改善に充当することは差し支えない。

- (4) 当該保険薬局は、当該評価料の趣旨を踏まえ、労働基準法等を遵守すること。
- (5) 当該保険薬局は、対象職員に対して、賃金改善を実施する方法等について周知するとともに、就業規則等の内容についても周知すること。また、対象職員から当該評価料に係る賃金改善に関する照会を受けた場合には、当該対象者についての賃金改善の内容について、書面を用いて説明すること等により分かりやすく回答すること。
- (6) 店舗販売業を併設している保険薬局においては、当該評価料により得られる収入を保険調剤に従事する職員の賃上げにのみ用いることとし、店舗販売業に従事する職員の賃上げには用いないこと。(3)の賃金の改善の判断にあたり、保険調剤に従事する職員と店舗販売業に従事する職員を明瞭に分けることができない場合には、店舗販売業を併設している保険薬局に勤務する全ての職員の数に当該保険薬局における全ての収入に対する保険調剤による収入の割合を乗じて得た職員の数を用いること。

なお、保険調剤による収入には、診療報酬（保険外併用療養費を除く。）、介護保険、国、地方公共団体、保険者等が交付する補助金等に係るものを含めることとし、労災保険に係るものを除く。

## 2 届出に関する事項

- (1) 調剤ベースアップ評価料の施設基準に係る届出は、別添2の様式103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、「賃金改善実績報告書」を別添2の様式104の別添1又は2により作成し、地方厚生(支)局長に報告すること。また、毎年8月において、算定を行っている年度における賃金改善の取組状況を当該保険薬局において適切に把握するため、「賃金改善中間報告書」を別添2の様式104の別添1又は2により作成し、地方厚生(支)局長に報告すること。
- (3) 事業の継続を図るため、対象職員の賃金水準(調剤ベースアップ評価料による賃金改善分を除く。)を引き下げた上で、賃金改善を行う場合には、当該保険薬局の収支状況、賃金水準の引下げの内容等について記載した「特別事情届出書」を、別添2の様式94により作成し、届け出ること。なお、年度を超えて対象職員の賃金を引き下げることとなった場合は、次年度に(2)の「賃金改善中間報告書」を提出する際に、「特別事情届出書」を再度届け出る必要があること。
- (4) 保険薬局は、調剤ベースアップ評価料の算定に係る書類(「賃金改善実績報告書」等の記載内容の根拠となる資料等)を、当該評価料を算定する年度の終了後3年間保管すること。
- (5) 法人内又はグループ内の同一の給与体系に基づく複数の保険薬局において、保険薬局の「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104の別添1の代わりに、別添2の様式104の別添2を用いることとする。

別表1(看護職員処遇改善評価料において、看護補助者、理学療法士及び作業療法士以外の賃金の改善措置の対象とすることができる対象職種)

- ア 視能訓練士
- イ 言語聴覚士
- ウ 義肢装具士
- エ 歯科衛生士
- オ 歯科技工士
- カ 診療放射線技師
- キ 臨床検査技師
- ク 臨床工学技士
- ケ 管理栄養士
- コ 栄養士
- サ 精神保健福祉士
- シ 社会福祉士
- ス 介護福祉士
- セ 保育士
- ソ 救急救命士
- タ あん摩マツサージ指圧師、はり師、きゆう師
- チ 柔道整復師
- ツ 公認心理師
- テ その他医療サービスを患者に直接提供している職種

別表 2

【A】	看護職員処遇改善評価料の区分	点数
1.5 未満	看護職員処遇改善評価料 1	1 点
1.5 以上 2.5 未満	看護職員処遇改善評価料 2	2 点
2.5 以上 3.5 未満	看護職員処遇改善評価料 3	3 点
3.5 以上 4.5 未満	看護職員処遇改善評価料 4	4 点
4.5 以上 5.5 未満	看護職員処遇改善評価料 5	5 点
5.5 以上 6.5 未満	看護職員処遇改善評価料 6	6 点
6.5 以上 7.5 未満	看護職員処遇改善評価料 7	7 点
7.5 以上 8.5 未満	看護職員処遇改善評価料 8	8 点
8.5 以上 9.5 未満	看護職員処遇改善評価料 9	9 点
9.5 以上 10.5 未満	看護職員処遇改善評価料 10	10 点
10.5 以上 11.5 未満	看護職員処遇改善評価料 11	11 点
11.5 以上 12.5 未満	看護職員処遇改善評価料 12	12 点
12.5 以上 13.5 未満	看護職員処遇改善評価料 13	13 点
13.5 以上 14.5 未満	看護職員処遇改善評価料 14	14 点
14.5 以上 15.5 未満	看護職員処遇改善評価料 15	15 点
15.5 以上 16.5 未満	看護職員処遇改善評価料 16	16 点
16.5 以上 17.5 未満	看護職員処遇改善評価料 17	17 点
17.5 以上 18.5 未満	看護職員処遇改善評価料 18	18 点
18.5 以上 19.5 未満	看護職員処遇改善評価料 19	19 点
19.5 以上 20.5 未満	看護職員処遇改善評価料 20	20 点
20.5 以上 21.5 未満	看護職員処遇改善評価料 21	21 点
21.5 以上 22.5 未満	看護職員処遇改善評価料 22	22 点
22.5 以上 23.5 未満	看護職員処遇改善評価料 23	23 点
23.5 以上 24.5 未満	看護職員処遇改善評価料 24	24 点
24.5 以上 25.5 未満	看護職員処遇改善評価料 25	25 点
25.5 以上 26.5 未満	看護職員処遇改善評価料 26	26 点
26.5 以上 27.5 未満	看護職員処遇改善評価料 27	27 点
27.5 以上 28.5 未満	看護職員処遇改善評価料 28	28 点
28.5 以上 29.5 未満	看護職員処遇改善評価料 29	29 点
29.5 以上 30.5 未満	看護職員処遇改善評価料 30	30 点
30.5 以上 31.5 未満	看護職員処遇改善評価料 31	31 点
31.5 以上 32.5 未満	看護職員処遇改善評価料 32	32 点
32.5 以上 33.5 未満	看護職員処遇改善評価料 33	33 点
33.5 以上 34.5 未満	看護職員処遇改善評価料 34	34 点
34.5 以上 35.5 未満	看護職員処遇改善評価料 35	35 点
35.5 以上 36.5 未満	看護職員処遇改善評価料 36	36 点
36.5 以上 37.5 未満	看護職員処遇改善評価料 37	37 点
37.5 以上 38.5 未満	看護職員処遇改善評価料 38	38 点

38.5 以上 39.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 39	39 点
39.5 以上 40.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 40	40 点
40.5 以上 41.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 41	41 点
41.5 以上 42.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 42	42 点
42.5 以上 43.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 43	43 点
43.5 以上 44.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 44	44 点
44.5 以上 45.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 45	45 点
45.5 以上 46.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 46	46 点
46.5 以上 47.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 47	47 点
47.5 以上 48.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 48	48 点
48.5 以上 49.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 49	49 点
49.5 以上 50.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 50	50 点
50.5 以上 51.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 51	51 点
51.5 以上 52.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 52	52 点
52.5 以上 53.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 53	53 点
53.5 以上 54.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 54	54 点
54.5 以上 55.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 55	55 点
55.5 以上 56.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 56	56 点
56.5 以上 57.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 57	57 点
57.5 以上 58.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 58	58 点
58.5 以上 59.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 59	59 点
59.5 以上 60.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 60	60 点
60.5 以上 61.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 61	61 点
61.5 以上 62.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 62	62 点
62.5 以上 63.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 63	63 点
63.5 以上 64.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 64	64 点
64.5 以上 65.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 65	65 点
65.5 以上 66.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 66	66 点
66.5 以上 67.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 67	67 点
67.5 以上 68.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 68	68 点
68.5 以上 69.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 69	69 点
69.5 以上 70.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 70	70 点
70.5 以上 71.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 71	71 点
71.5 以上 72.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 72	72 点
72.5 以上 73.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 73	73 点
73.5 以上 74.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 74	74 点
74.5 以上 75.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 75	75 点
75.5 以上 76.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 76	76 点
76.5 以上 77.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 77	77 点

77.5 以上 78.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 78	78 点
78.5 以上 79.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 79	79 点
79.5 以上 80.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 80	80 点
80.5 以上 81.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 81	81 点
81.5 以上 82.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 82	82 点
82.5 以上 83.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 83	83 点
83.5 以上 84.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 84	84 点
84.5 以上 85.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 85	85 点
85.5 以上 86.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 86	86 点
86.5 以上 87.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 87	87 点
87.5 以上 88.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 88	88 点
88.5 以上 89.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 89	89 点
89.5 以上 90.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 90	90 点
90.5 以上 91.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 91	91 点
91.5 以上 92.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 92	92 点
92.5 以上 93.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 93	93 点
93.5 以上 94.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 94	94 点
94.5 以上 95.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 95	95 点
95.5 以上 96.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 96	96 点
96.5 以上 97.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 97	97 点
97.5 以上 98.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 98	98 点
98.5 以上 99.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 99	99 点
99.5 以上 100.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 100	100 点
100.5 以上 101.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 101	101 点
101.5 以上 102.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 102	102 点
102.5 以上 103.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 103	103 点
103.5 以上 104.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 104	104 点
104.5 以上 105.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 105	105 点
105.5 以上 106.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 106	106 点
106.5 以上 107.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 107	107 点
107.5 以上 108.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 108	108 点
108.5 以上 109.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 109	109 点
109.5 以上 110.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 110	110 点
110.5 以上 111.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 111	111 点
111.5 以上 112.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 112	112 点
112.5 以上 113.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 113	113 点
113.5 以上 114.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 114	114 点
114.5 以上 115.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 115	115 点
115.5 以上 116.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 116	116 点

116.5 以上 117.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 117	117 点
117.5 以上 118.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 118	118 点
118.5 以上 119.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 119	119 点
119.5 以上 120.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 120	120 点
120.5 以上 121.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 121	121 点
121.5 以上 122.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 122	122 点
122.5 以上 123.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 123	123 点
123.5 以上 124.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 124	124 点
124.5 以上 125.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 125	125 点
125.5 以上 126.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 126	126 点
126.5 以上 127.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 127	127 点
127.5 以上 128.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 128	128 点
128.5 以上 129.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 129	129 点
129.5 以上 130.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 130	130 点
130.5 以上 131.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 131	131 点
131.5 以上 132.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 132	132 点
132.5 以上 133.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 133	133 点
133.5 以上 134.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 134	134 点
134.5 以上 135.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 135	135 点
135.5 以上 136.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 136	136 点
136.5 以上 137.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 137	137 点
137.5 以上 138.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 138	138 点
138.5 以上 139.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 139	139 点
139.5 以上 140.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 140	140 点
140.5 以上 141.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 141	141 点
141.5 以上 142.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 142	142 点
142.5 以上 143.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 143	143 点
143.5 以上 144.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 144	144 点
144.5 以上 147.5 未滿	看護職員処遇改善評価料 145	145 点
147.5 以上 155.0 未滿	看護職員処遇改善評価料 146	150 点
155.0 以上 165.0 未滿	看護職員処遇改善評価料 147	160 点
165.0 以上 175.0 未滿	看護職員処遇改善評価料 148	170 点
175.0 以上 185.0 未滿	看護職員処遇改善評価料 149	180 点
185.0 以上 195.0 未滿	看護職員処遇改善評価料 150	190 点
195.0 以上 205.0 未滿	看護職員処遇改善評価料 151	200 点
205.0 以上 215.0 未滿	看護職員処遇改善評価料 152	210 点
215.0 以上 225.0 未滿	看護職員処遇改善評価料 153	220 点
225.0 以上 235.0 未滿	看護職員処遇改善評価料 154	230 点
235.0 以上 245.0 未滿	看護職員処遇改善評価料 155	240 点

245.0 以上 255.0 未満	看護職員処遇改善評価料 156	250 点
255.0 以上 265.0 未満	看護職員処遇改善評価料 157	260 点
265.0 以上 275.0 未満	看護職員処遇改善評価料 158	270 点
275.0 以上 285.0 未満	看護職員処遇改善評価料 159	280 点
285.0 以上 295.0 未満	看護職員処遇改善評価料 160	290 点
295.0 以上 305.0 未満	看護職員処遇改善評価料 161	300 点
305.0 以上 315.0 未満	看護職員処遇改善評価料 162	310 点
315.0 以上 325.0 未満	看護職員処遇改善評価料 163	320 点
325.0 以上 335.0 未満	看護職員処遇改善評価料 164	330 点
335.0 以上	看護職員処遇改善評価料 165	340 点

別表 3 賃金改善算定基礎額の算出に用いる数

職種ごとの基礎額	算定期間ごとの「別表 3 に定める数」	
	令和 8 年 6 月～令和 9 年 5 月	令和 9 年 6 月～
対象職員（医師、歯科医師、看護補助者及び事務職員を除く。）の月額賃金総額	1.29×3.2%	1.29×6.4%
看護補助者及び事務職員の月額賃金総額	1.29×5.7%	1.29×11.4%
常勤の医師及び歯科医師（事業主及び役員を除く。）の数	27,021 円／人	54,042 円／人
週 22 時間以上勤務する非常勤の医師及び歯科医師（事業主及び役員を除く。）の数	9,244 円／人	18,487 円／人

別表 4

【B】	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)の区分	点数(イ)	点数(ロ)
0を超える	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 1 及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 1	8 点	1 点
1.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 2 及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 2	16 点	2 点
2.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 3 及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 3	24 点	3 点
3.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 4 及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 4	32 点	4 点
4.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 5 及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 5	40 点	5 点
5.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 6 及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 6	48 点	6 点
6.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 7 及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 7	56 点	7 点
7.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 8 及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 8	64 点	8 点
8.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 9 及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 9	72 点	9 点
9.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 10 及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 10	80 点	10 点
10.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 11 及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 11	88 点	11 点
11.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 12 及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 12	96 点	12 点
12.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 13 及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 13	104 点	13 点
13.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 14 及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 14	112 点	14 点
14.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 15 及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 15	120 点	15 点
15.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 16 及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 16	128 点	16 点
16.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 17 及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 17	136 点	17 点
17.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 18 及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 18	144 点	18 点

18.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)19 及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)19	152 点	19 点
19.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)20 及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)20	160 点	20 点
20.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)21 及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)21	168 点	21 点
21.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)22 及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)22	176 点	22 点
22.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)23 及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)23	184 点	23 点
23.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)24 及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)24	192 点	24 点

別表 5

【C】	入院ベースアップ評価料の区分	点数
0 を超え 1.5 未満	入院ベースアップ評価料 1	1 点
1.5 以上 2.5 未満	入院ベースアップ評価料 2	2 点
2.5 以上 3.5 未満	入院ベースアップ評価料 3	3 点
3.5 以上 4.5 未満	入院ベースアップ評価料 4	4 点
4.5 以上 5.5 未満	入院ベースアップ評価料 5	5 点
5.5 以上 6.5 未満	入院ベースアップ評価料 6	6 点
6.5 以上 7.5 未満	入院ベースアップ評価料 7	7 点
7.5 以上 8.5 未満	入院ベースアップ評価料 8	8 点
8.5 以上 9.5 未満	入院ベースアップ評価料 9	9 点
9.5 以上 10.5 未満	入院ベースアップ評価料 10	10 点
10.5 以上 11.5 未満	入院ベースアップ評価料 11	11 点
11.5 以上 12.5 未満	入院ベースアップ評価料 12	12 点
12.5 以上 13.5 未満	入院ベースアップ評価料 13	13 点
13.5 以上 14.5 未満	入院ベースアップ評価料 14	14 点
14.5 以上 15.5 未満	入院ベースアップ評価料 15	15 点
15.5 以上 16.5 未満	入院ベースアップ評価料 16	16 点
16.5 以上 17.5 未満	入院ベースアップ評価料 17	17 点
17.5 以上 18.5 未満	入院ベースアップ評価料 18	18 点
18.5 以上 19.5 未満	入院ベースアップ評価料 19	19 点
19.5 以上 20.5 未満	入院ベースアップ評価料 20	20 点
20.5 以上 21.5 未満	入院ベースアップ評価料 21	21 点
21.5 以上 22.5 未満	入院ベースアップ評価料 22	22 点
22.5 以上 23.5 未満	入院ベースアップ評価料 23	23 点
23.5 以上 24.5 未満	入院ベースアップ評価料 24	24 点

24.5 以上 25.5 未満	入院ベースアップ評価料 25	25 点
25.5 以上 26.5 未満	入院ベースアップ評価料 26	26 点
26.5 以上 27.5 未満	入院ベースアップ評価料 27	27 点
27.5 以上 28.5 未満	入院ベースアップ評価料 28	28 点
28.5 以上 29.5 未満	入院ベースアップ評価料 29	29 点
29.5 以上 30.5 未満	入院ベースアップ評価料 30	30 点
30.5 以上 31.5 未満	入院ベースアップ評価料 31	31 点
31.5 以上 32.5 未満	入院ベースアップ評価料 32	32 点
32.5 以上 33.5 未満	入院ベースアップ評価料 33	33 点
33.5 以上 34.5 未満	入院ベースアップ評価料 34	34 点
34.5 以上 35.5 未満	入院ベースアップ評価料 35	35 点
35.5 以上 36.5 未満	入院ベースアップ評価料 36	36 点
36.5 以上 37.5 未満	入院ベースアップ評価料 37	37 点
37.5 以上 38.5 未満	入院ベースアップ評価料 38	38 点
38.5 以上 39.5 未満	入院ベースアップ評価料 39	39 点
39.5 以上 40.5 未満	入院ベースアップ評価料 40	40 点
40.5 以上 41.5 未満	入院ベースアップ評価料 41	41 点
41.5 以上 42.5 未満	入院ベースアップ評価料 42	42 点
42.5 以上 43.5 未満	入院ベースアップ評価料 43	43 点
43.5 以上 44.5 未満	入院ベースアップ評価料 44	44 点
44.5 以上 45.5 未満	入院ベースアップ評価料 45	45 点
45.5 以上 46.5 未満	入院ベースアップ評価料 46	46 点
46.5 以上 47.5 未満	入院ベースアップ評価料 47	47 点
47.5 以上 48.5 未満	入院ベースアップ評価料 48	48 点
48.5 以上 49.5 未満	入院ベースアップ評価料 49	49 点
49.5 以上 50.5 未満	入院ベースアップ評価料 50	50 点
50.5 以上 51.5 未満	入院ベースアップ評価料 51	51 点
51.5 以上 52.5 未満	入院ベースアップ評価料 52	52 点
52.5 以上 53.5 未満	入院ベースアップ評価料 53	53 点
53.5 以上 54.5 未満	入院ベースアップ評価料 54	54 点
54.5 以上 55.5 未満	入院ベースアップ評価料 55	55 点
55.5 以上 56.5 未満	入院ベースアップ評価料 56	56 点
56.5 以上 57.5 未満	入院ベースアップ評価料 57	57 点
57.5 以上 58.5 未満	入院ベースアップ評価料 58	58 点
58.5 以上 59.5 未満	入院ベースアップ評価料 59	59 点
59.5 以上 60.5 未満	入院ベースアップ評価料 60	60 点
60.5 以上 61.5 未満	入院ベースアップ評価料 61	61 点
61.5 以上 62.5 未満	入院ベースアップ評価料 62	62 点
62.5 以上 63.5 未満	入院ベースアップ評価料 63	63 点

63.5 以上 64.5 未満	入院ベースアップ評価料 64	64 点
64.5 以上 65.5 未満	入院ベースアップ評価料 65	65 点
65.5 以上 66.5 未満	入院ベースアップ評価料 66	66 点
66.5 以上 67.5 未満	入院ベースアップ評価料 67	67 点
67.5 以上 68.5 未満	入院ベースアップ評価料 68	68 点
68.5 以上 69.5 未満	入院ベースアップ評価料 69	69 点
69.5 以上 70.5 未満	入院ベースアップ評価料 70	70 点
70.5 以上 71.5 未満	入院ベースアップ評価料 71	71 点
71.5 以上 72.5 未満	入院ベースアップ評価料 72	72 点
72.5 以上 73.5 未満	入院ベースアップ評価料 73	73 点
73.5 以上 74.5 未満	入院ベースアップ評価料 74	74 点
74.5 以上 75.5 未満	入院ベースアップ評価料 75	75 点
75.5 以上 76.5 未満	入院ベースアップ評価料 76	76 点
76.5 以上 77.5 未満	入院ベースアップ評価料 77	77 点
77.5 以上 78.5 未満	入院ベースアップ評価料 78	78 点
78.5 以上 79.5 未満	入院ベースアップ評価料 79	79 点
79.5 以上 80.5 未満	入院ベースアップ評価料 80	80 点
80.5 以上 81.5 未満	入院ベースアップ評価料 81	81 点
81.5 以上 82.5 未満	入院ベースアップ評価料 82	82 点
82.5 以上 83.5 未満	入院ベースアップ評価料 83	83 点
83.5 以上 84.5 未満	入院ベースアップ評価料 84	84 点
84.5 以上 85.5 未満	入院ベースアップ評価料 85	85 点
85.5 以上 86.5 未満	入院ベースアップ評価料 86	86 点
86.5 以上 87.5 未満	入院ベースアップ評価料 87	87 点
87.5 以上 88.5 未満	入院ベースアップ評価料 88	88 点
88.5 以上 89.5 未満	入院ベースアップ評価料 89	89 点
89.5 以上 90.5 未満	入院ベースアップ評価料 90	90 点
90.5 以上 91.5 未満	入院ベースアップ評価料 91	91 点
91.5 以上 92.5 未満	入院ベースアップ評価料 92	92 点
92.5 以上 93.5 未満	入院ベースアップ評価料 93	93 点
93.5 以上 94.5 未満	入院ベースアップ評価料 94	94 点
94.5 以上 95.5 未満	入院ベースアップ評価料 95	95 点
95.5 以上 96.5 未満	入院ベースアップ評価料 96	96 点
96.5 以上 97.5 未満	入院ベースアップ評価料 97	97 点
97.5 以上 98.5 未満	入院ベースアップ評価料 98	98 点
98.5 以上 99.5 未満	入院ベースアップ評価料 99	99 点
99.5 以上 100.5 未満	入院ベースアップ評価料 100	100 点
100.5 以上 101.5 未満	入院ベースアップ評価料 101	101 点
101.5 以上 102.5 未満	入院ベースアップ評価料 102	102 点

102.5 以上 103.5 未満	入院ベースアップ評価料 103	103 点
103.5 以上 104.5 未満	入院ベースアップ評価料 104	104 点
104.5 以上 105.5 未満	入院ベースアップ評価料 105	105 点
105.5 以上 106.5 未満	入院ベースアップ評価料 106	106 点
106.5 以上 107.5 未満	入院ベースアップ評価料 107	107 点
107.5 以上 108.5 未満	入院ベースアップ評価料 108	108 点
108.5 以上 109.5 未満	入院ベースアップ評価料 109	109 点
109.5 以上 110.5 未満	入院ベースアップ評価料 110	110 点
110.5 以上 111.5 未満	入院ベースアップ評価料 111	111 点
111.5 以上 112.5 未満	入院ベースアップ評価料 112	112 点
112.5 以上 113.5 未満	入院ベースアップ評価料 113	113 点
113.5 以上 114.5 未満	入院ベースアップ評価料 114	114 点
114.5 以上 115.5 未満	入院ベースアップ評価料 115	115 点
115.5 以上 116.5 未満	入院ベースアップ評価料 116	116 点
116.5 以上 117.5 未満	入院ベースアップ評価料 117	117 点
117.5 以上 118.5 未満	入院ベースアップ評価料 118	118 点
118.5 以上 119.5 未満	入院ベースアップ評価料 119	119 点
119.5 以上 120.5 未満	入院ベースアップ評価料 120	120 点
120.5 以上 121.5 未満	入院ベースアップ評価料 121	121 点
121.5 以上 122.5 未満	入院ベースアップ評価料 122	122 点
122.5 以上 123.5 未満	入院ベースアップ評価料 123	123 点
123.5 以上 124.5 未満	入院ベースアップ評価料 124	124 点
124.5 以上 125.5 未満	入院ベースアップ評価料 125	125 点
125.5 以上 126.5 未満	入院ベースアップ評価料 126	126 点
126.5 以上 127.5 未満	入院ベースアップ評価料 127	127 点
127.5 以上 128.5 未満	入院ベースアップ評価料 128	128 点
128.5 以上 129.5 未満	入院ベースアップ評価料 129	129 点
129.5 以上 130.5 未満	入院ベースアップ評価料 130	130 点
130.5 以上 131.5 未満	入院ベースアップ評価料 131	131 点
131.5 以上 132.5 未満	入院ベースアップ評価料 132	132 点
132.5 以上 133.5 未満	入院ベースアップ評価料 133	133 点
133.5 以上 134.5 未満	入院ベースアップ評価料 134	134 点
134.5 以上 135.5 未満	入院ベースアップ評価料 135	135 点
135.5 以上 136.5 未満	入院ベースアップ評価料 136	136 点
136.5 以上 137.5 未満	入院ベースアップ評価料 137	137 点
137.5 以上 138.5 未満	入院ベースアップ評価料 138	138 点
138.5 以上 139.5 未満	入院ベースアップ評価料 139	139 点
139.5 以上 140.5 未満	入院ベースアップ評価料 140	140 点
140.5 以上 141.5 未満	入院ベースアップ評価料 141	141 点

141.5 以上 142.5 未満	入院ベースアップ評価料 142	142 点
142.5 以上 143.5 未満	入院ベースアップ評価料 143	143 点
143.5 以上 144.5 未満	入院ベースアップ評価料 144	144 点
144.5 以上 145.5 未満	入院ベースアップ評価料 145	145 点
145.5 以上 146.5 未満	入院ベースアップ評価料 146	146 点
146.5 以上 147.5 未満	入院ベースアップ評価料 147	147 点
147.5 以上 148.5 未満	入院ベースアップ評価料 148	148 点
148.5 以上 149.5 未満	入院ベースアップ評価料 149	149 点
149.5 以上 150.5 未満	入院ベースアップ評価料 150	150 点
150.5 以上 151.5 未満	入院ベースアップ評価料 151	151 点
151.5 以上 152.5 未満	入院ベースアップ評価料 152	152 点
152.5 以上 153.5 未満	入院ベースアップ評価料 153	153 点
153.5 以上 154.5 未満	入院ベースアップ評価料 154	154 点
154.5 以上 155.5 未満	入院ベースアップ評価料 155	155 点
155.5 以上 156.5 未満	入院ベースアップ評価料 156	156 点
156.5 以上 157.5 未満	入院ベースアップ評価料 157	157 点
157.5 以上 158.5 未満	入院ベースアップ評価料 158	158 点
158.5 以上 159.5 未満	入院ベースアップ評価料 159	159 点
159.5 以上 160.5 未満	入院ベースアップ評価料 160	160 点
160.5 以上 161.5 未満	入院ベースアップ評価料 161	161 点
161.5 以上 162.5 未満	入院ベースアップ評価料 162	162 点
162.5 以上 163.5 未満	入院ベースアップ評価料 163	163 点
163.5 以上 164.5 未満	入院ベースアップ評価料 164	164 点
164.5 以上 165.5 未満	入院ベースアップ評価料 165	165 点
165.5 以上 166.5 未満	入院ベースアップ評価料 166	166 点
166.5 以上 167.5 未満	入院ベースアップ評価料 167	167 点
167.5 以上 168.5 未満	入院ベースアップ評価料 168	168 点
168.5 以上 169.5 未満	入院ベースアップ評価料 169	169 点
169.5 以上 170.5 未満	入院ベースアップ評価料 170	170 点
170.5 以上 171.5 未満	入院ベースアップ評価料 171	171 点
171.5 以上 172.5 未満	入院ベースアップ評価料 172	172 点
172.5 以上 173.5 未満	入院ベースアップ評価料 173	173 点
173.5 以上 174.5 未満	入院ベースアップ評価料 174	174 点
174.5 以上 175.5 未満	入院ベースアップ評価料 175	175 点
175.5 以上 176.5 未満	入院ベースアップ評価料 176	176 点
176.5 以上 177.5 未満	入院ベースアップ評価料 177	177 点
177.5 以上 178.5 未満	入院ベースアップ評価料 178	178 点
178.5 以上 179.5 未満	入院ベースアップ評価料 179	179 点
179.5 以上 180.5 未満	入院ベースアップ評価料 180	180 点

180.5 以上 181.5 未満	入院ベースアップ評価料 181	181 点
181.5 以上 182.5 未満	入院ベースアップ評価料 182	182 点
182.5 以上 183.5 未満	入院ベースアップ評価料 183	183 点
183.5 以上 184.5 未満	入院ベースアップ評価料 184	184 点
184.5 以上 185.5 未満	入院ベースアップ評価料 185	185 点
185.5 以上 186.5 未満	入院ベースアップ評価料 186	186 点
186.5 以上 187.5 未満	入院ベースアップ評価料 187	187 点
187.5 以上 188.5 未満	入院ベースアップ評価料 188	188 点
188.5 以上 189.5 未満	入院ベースアップ評価料 189	189 点
189.5 以上 190.5 未満	入院ベースアップ評価料 190	190 点
190.5 以上 191.5 未満	入院ベースアップ評価料 191	191 点
191.5 以上 192.5 未満	入院ベースアップ評価料 192	192 点
192.5 以上 193.5 未満	入院ベースアップ評価料 193	193 点
193.5 以上 194.5 未満	入院ベースアップ評価料 194	194 点
194.5 以上 195.5 未満	入院ベースアップ評価料 195	195 点
195.5 以上 196.5 未満	入院ベースアップ評価料 196	196 点
196.5 以上 197.5 未満	入院ベースアップ評価料 197	197 点
197.5 以上 198.5 未満	入院ベースアップ評価料 198	198 点
198.5 以上 199.5 未満	入院ベースアップ評価料 199	199 点
199.5 以上 200.5 未満	入院ベースアップ評価料 200	200 点
200.5 以上 201.5 未満	入院ベースアップ評価料 201	201 点
201.5 以上 202.5 未満	入院ベースアップ評価料 202	202 点
202.5 以上 203.5 未満	入院ベースアップ評価料 203	203 点
203.5 以上 204.5 未満	入院ベースアップ評価料 204	204 点
204.5 以上 205.5 未満	入院ベースアップ評価料 205	205 点
205.5 以上 206.5 未満	入院ベースアップ評価料 206	206 点
206.5 以上 207.5 未満	入院ベースアップ評価料 207	207 点
207.5 以上 208.5 未満	入院ベースアップ評価料 208	208 点
208.5 以上 209.5 未満	入院ベースアップ評価料 209	209 点
209.5 以上 210.5 未満	入院ベースアップ評価料 210	210 点
210.5 以上 211.5 未満	入院ベースアップ評価料 211	211 点
211.5 以上 212.5 未満	入院ベースアップ評価料 212	212 点
212.5 以上 213.5 未満	入院ベースアップ評価料 213	213 点
213.5 以上 214.5 未満	入院ベースアップ評価料 214	214 点
214.5 以上 215.5 未満	入院ベースアップ評価料 215	215 点
215.5 以上 216.5 未満	入院ベースアップ評価料 216	216 点
216.5 以上 217.5 未満	入院ベースアップ評価料 217	217 点
217.5 以上 218.5 未満	入院ベースアップ評価料 218	218 点
218.5 以上 219.5 未満	入院ベースアップ評価料 219	219 点

219.5 以上 220.5 未満	入院ベースアップ評価料 220	220 点
220.5 以上 221.5 未満	入院ベースアップ評価料 221	221 点
221.5 以上 222.5 未満	入院ベースアップ評価料 222	222 点
222.5 以上 223.5 未満	入院ベースアップ評価料 223	223 点
223.5 以上 224.5 未満	入院ベースアップ評価料 224	224 点
224.5 以上 225.5 未満	入院ベースアップ評価料 225	225 点
225.5 以上 226.5 未満	入院ベースアップ評価料 226	226 点
226.5 以上 227.5 未満	入院ベースアップ評価料 227	227 点
227.5 以上 228.5 未満	入院ベースアップ評価料 228	228 点
228.5 以上 229.5 未満	入院ベースアップ評価料 229	229 点
229.5 以上 230.5 未満	入院ベースアップ評価料 230	230 点
230.5 以上 231.5 未満	入院ベースアップ評価料 231	231 点
231.5 以上 232.5 未満	入院ベースアップ評価料 232	232 点
232.5 以上 233.5 未満	入院ベースアップ評価料 233	233 点
233.5 以上 234.5 未満	入院ベースアップ評価料 234	234 点
234.5 以上 235.5 未満	入院ベースアップ評価料 235	235 点
235.5 以上 236.5 未満	入院ベースアップ評価料 236	236 点
236.5 以上 237.5 未満	入院ベースアップ評価料 237	237 点
237.5 以上 238.5 未満	入院ベースアップ評価料 238	238 点
238.5 以上 239.5 未満	入院ベースアップ評価料 239	239 点
239.5 以上 240.5 未満	入院ベースアップ評価料 240	240 点
240.5 以上 241.5 未満	入院ベースアップ評価料 241	241 点
241.5 以上 242.5 未満	入院ベースアップ評価料 242	242 点
242.5 以上 243.5 未満	入院ベースアップ評価料 243	243 点
243.5 以上 244.5 未満	入院ベースアップ評価料 244	244 点
244.5 以上 245.5 未満	入院ベースアップ評価料 245	245 点
245.5 以上 246.5 未満	入院ベースアップ評価料 246	246 点
246.5 以上 247.5 未満	入院ベースアップ評価料 247	247 点
247.5 以上 248.5 未満	入院ベースアップ評価料 248	248 点
248.5 以上 249.5 未満	入院ベースアップ評価料 249	249 点
249.5 以上 250.5 未満 (令和 9 年 5 月までは、 249.5 以上)	入院ベースアップ評価料 250	250 点
250.5 以上 251.5 未満	入院ベースアップ評価料 251	251 点
251.5 以上 252.5 未満	入院ベースアップ評価料 252	252 点
252.5 以上 253.5 未満	入院ベースアップ評価料 253	253 点
253.5 以上 254.5 未満	入院ベースアップ評価料 254	254 点
254.5 以上 255.5 未満	入院ベースアップ評価料 255	255 点
255.5 以上 256.5 未満	入院ベースアップ評価料 256	256 点
256.5 以上 257.5 未満	入院ベースアップ評価料 257	257 点

257.5 以上 258.5 未満	入院ベースアップ評価料 258	258 点
258.5 以上 259.5 未満	入院ベースアップ評価料 259	259 点
259.5 以上 260.5 未満	入院ベースアップ評価料 260	260 点
260.5 以上 261.5 未満	入院ベースアップ評価料 261	261 点
261.5 以上 262.5 未満	入院ベースアップ評価料 262	262 点
262.5 以上 263.5 未満	入院ベースアップ評価料 263	263 点
263.5 以上 264.5 未満	入院ベースアップ評価料 264	264 点
264.5 以上 265.5 未満	入院ベースアップ評価料 265	265 点
265.5 以上 266.5 未満	入院ベースアップ評価料 266	266 点
266.5 以上 267.5 未満	入院ベースアップ評価料 267	267 点
267.5 以上 268.5 未満	入院ベースアップ評価料 268	268 点
268.5 以上 269.5 未満	入院ベースアップ評価料 269	269 点
269.5 以上 270.5 未満	入院ベースアップ評価料 270	270 点
270.5 以上 271.5 未満	入院ベースアップ評価料 271	271 点
271.5 以上 272.5 未満	入院ベースアップ評価料 272	272 点
272.5 以上 273.5 未満	入院ベースアップ評価料 273	273 点
273.5 以上 274.5 未満	入院ベースアップ評価料 274	274 点
274.5 以上 275.5 未満	入院ベースアップ評価料 275	275 点
275.5 以上 276.5 未満	入院ベースアップ評価料 276	276 点
276.5 以上 277.5 未満	入院ベースアップ評価料 277	277 点
277.5 以上 278.5 未満	入院ベースアップ評価料 278	278 点
278.5 以上 279.5 未満	入院ベースアップ評価料 279	279 点
279.5 以上 280.5 未満	入院ベースアップ評価料 280	280 点
280.5 以上 281.5 未満	入院ベースアップ評価料 281	281 点
281.5 以上 282.5 未満	入院ベースアップ評価料 282	282 点
282.5 以上 283.5 未満	入院ベースアップ評価料 283	283 点
283.5 以上 284.5 未満	入院ベースアップ評価料 284	284 点
284.5 以上 285.5 未満	入院ベースアップ評価料 285	285 点
285.5 以上 286.5 未満	入院ベースアップ評価料 286	286 点
286.5 以上 287.5 未満	入院ベースアップ評価料 287	287 点
287.5 以上 288.5 未満	入院ベースアップ評価料 288	288 点
288.5 以上 289.5 未満	入院ベースアップ評価料 289	289 点
289.5 以上 290.5 未満	入院ベースアップ評価料 290	290 点
290.5 以上 291.5 未満	入院ベースアップ評価料 291	291 点
291.5 以上 292.5 未満	入院ベースアップ評価料 292	292 点
292.5 以上 293.5 未満	入院ベースアップ評価料 293	293 点
293.5 以上 294.5 未満	入院ベースアップ評価料 294	294 点
294.5 以上 295.5 未満	入院ベースアップ評価料 295	295 点
295.5 以上 296.5 未満	入院ベースアップ評価料 296	296 点

296.5 以上 297.5 未満	入院ベースアップ評価料 297	297 点
297.5 以上 298.5 未満	入院ベースアップ評価料 298	298 点
298.5 以上 299.5 未満	入院ベースアップ評価料 299	299 点
299.5 以上 300.5 未満	入院ベースアップ評価料 300	300 点
300.5 以上 301.5 未満	入院ベースアップ評価料 301	301 点
301.5 以上 302.5 未満	入院ベースアップ評価料 302	302 点
302.5 以上 303.5 未満	入院ベースアップ評価料 303	303 点
303.5 以上 304.5 未満	入院ベースアップ評価料 304	304 点
304.5 以上 305.5 未満	入院ベースアップ評価料 305	305 点
305.5 以上 306.5 未満	入院ベースアップ評価料 306	306 点
306.5 以上 307.5 未満	入院ベースアップ評価料 307	307 点
307.5 以上 308.5 未満	入院ベースアップ評価料 308	308 点
308.5 以上 309.5 未満	入院ベースアップ評価料 309	309 点
309.5 以上 310.5 未満	入院ベースアップ評価料 310	310 点
310.5 以上 311.5 未満	入院ベースアップ評価料 311	311 点
311.5 以上 312.5 未満	入院ベースアップ評価料 312	312 点
312.5 以上 313.5 未満	入院ベースアップ評価料 313	313 点
313.5 以上 314.5 未満	入院ベースアップ評価料 314	314 点
314.5 以上 315.5 未満	入院ベースアップ評価料 315	315 点
315.5 以上 316.5 未満	入院ベースアップ評価料 316	316 点
316.5 以上 317.5 未満	入院ベースアップ評価料 317	317 点
317.5 以上 318.5 未満	入院ベースアップ評価料 318	318 点
318.5 以上 319.5 未満	入院ベースアップ評価料 319	319 点
319.5 以上 320.5 未満	入院ベースアップ評価料 320	320 点
320.5 以上 321.5 未満	入院ベースアップ評価料 321	321 点
321.5 以上 322.5 未満	入院ベースアップ評価料 322	322 点
322.5 以上 323.5 未満	入院ベースアップ評価料 323	323 点
323.5 以上 324.5 未満	入院ベースアップ評価料 324	324 点
324.5 以上 325.5 未満	入院ベースアップ評価料 325	325 点
325.5 以上 326.5 未満	入院ベースアップ評価料 326	326 点
326.5 以上 327.5 未満	入院ベースアップ評価料 327	327 点
327.5 以上 328.5 未満	入院ベースアップ評価料 328	328 点
328.5 以上 329.5 未満	入院ベースアップ評価料 329	329 点
329.5 以上 330.5 未満	入院ベースアップ評価料 330	330 点
330.5 以上 331.5 未満	入院ベースアップ評価料 331	331 点
331.5 以上 332.5 未満	入院ベースアップ評価料 332	332 点
332.5 以上 333.5 未満	入院ベースアップ評価料 333	333 点
333.5 以上 334.5 未満	入院ベースアップ評価料 334	334 点
334.5 以上 335.5 未満	入院ベースアップ評価料 335	335 点

335.5 以上 336.5 未満	入院ベースアップ評価料 336	336 点
336.5 以上 337.5 未満	入院ベースアップ評価料 337	337 点
337.5 以上 338.5 未満	入院ベースアップ評価料 338	338 点
338.5 以上 339.5 未満	入院ベースアップ評価料 339	339 点
339.5 以上 340.5 未満	入院ベースアップ評価料 340	340 点
340.5 以上 341.5 未満	入院ベースアップ評価料 341	341 点
341.5 以上 342.5 未満	入院ベースアップ評価料 342	342 点
342.5 以上 343.5 未満	入院ベースアップ評価料 343	343 点
343.5 以上 344.5 未満	入院ベースアップ評価料 344	344 点
344.5 以上 345.5 未満	入院ベースアップ評価料 345	345 点
345.5 以上 346.5 未満	入院ベースアップ評価料 346	346 点
346.5 以上 347.5 未満	入院ベースアップ評価料 347	347 点
347.5 以上 348.5 未満	入院ベースアップ評価料 348	348 点
348.5 以上 349.5 未満	入院ベースアップ評価料 349	349 点
349.5 以上 350.5 未満	入院ベースアップ評価料 350	350 点
350.5 以上 351.5 未満	入院ベースアップ評価料 351	351 点
351.5 以上 352.5 未満	入院ベースアップ評価料 352	352 点
352.5 以上 353.5 未満	入院ベースアップ評価料 353	353 点
353.5 以上 354.5 未満	入院ベースアップ評価料 354	354 点
354.5 以上 355.5 未満	入院ベースアップ評価料 355	355 点
355.5 以上 356.5 未満	入院ベースアップ評価料 356	356 点
356.5 以上 357.5 未満	入院ベースアップ評価料 357	357 点
357.5 以上 358.5 未満	入院ベースアップ評価料 358	358 点
358.5 以上 359.5 未満	入院ベースアップ評価料 359	359 点
359.5 以上 360.5 未満	入院ベースアップ評価料 360	360 点
360.5 以上 361.5 未満	入院ベースアップ評価料 361	361 点
361.5 以上 362.5 未満	入院ベースアップ評価料 362	362 点
362.5 以上 363.5 未満	入院ベースアップ評価料 363	363 点
363.5 以上 364.5 未満	入院ベースアップ評価料 364	364 点
364.5 以上 365.5 未満	入院ベースアップ評価料 365	365 点
365.5 以上 366.5 未満	入院ベースアップ評価料 366	366 点
366.5 以上 367.5 未満	入院ベースアップ評価料 367	367 点
367.5 以上 368.5 未満	入院ベースアップ評価料 368	368 点
368.5 以上 369.5 未満	入院ベースアップ評価料 369	369 点
369.5 以上 370.5 未満	入院ベースアップ評価料 370	370 点
370.5 以上 371.5 未満	入院ベースアップ評価料 371	371 点
371.5 以上 372.5 未満	入院ベースアップ評価料 372	372 点
372.5 以上 373.5 未満	入院ベースアップ評価料 373	373 点
373.5 以上 374.5 未満	入院ベースアップ評価料 374	374 点

374.5 以上 375.5 未満	入院ベースアップ評価料 375	375 点
375.5 以上 376.5 未満	入院ベースアップ評価料 376	376 点
376.5 以上 377.5 未満	入院ベースアップ評価料 377	377 点
377.5 以上 378.5 未満	入院ベースアップ評価料 378	378 点
378.5 以上 379.5 未満	入院ベースアップ評価料 379	379 点
379.5 以上 380.5 未満	入院ベースアップ評価料 380	380 点
380.5 以上 381.5 未満	入院ベースアップ評価料 381	381 点
381.5 以上 382.5 未満	入院ベースアップ評価料 382	382 点
382.5 以上 383.5 未満	入院ベースアップ評価料 383	383 点
383.5 以上 384.5 未満	入院ベースアップ評価料 384	384 点
384.5 以上 385.5 未満	入院ベースアップ評価料 385	385 点
385.5 以上 386.5 未満	入院ベースアップ評価料 386	386 点
386.5 以上 387.5 未満	入院ベースアップ評価料 387	387 点
387.5 以上 388.5 未満	入院ベースアップ評価料 388	388 点
388.5 以上 389.5 未満	入院ベースアップ評価料 389	389 点
389.5 以上 390.5 未満	入院ベースアップ評価料 390	390 点
390.5 以上 391.5 未満	入院ベースアップ評価料 391	391 点
391.5 以上 392.5 未満	入院ベースアップ評価料 392	392 点
392.5 以上 393.5 未満	入院ベースアップ評価料 393	393 点
393.5 以上 394.5 未満	入院ベースアップ評価料 394	394 点
394.5 以上 395.5 未満	入院ベースアップ評価料 395	395 点
395.5 以上 396.5 未満	入院ベースアップ評価料 396	396 点
396.5 以上 397.5 未満	入院ベースアップ評価料 397	397 点
397.5 以上 398.5 未満	入院ベースアップ評価料 398	398 点
398.5 以上 399.5 未満	入院ベースアップ評価料 399	399 点
399.5 以上 400.5 未満	入院ベースアップ評価料 400	400 点
400.5 以上 401.5 未満	入院ベースアップ評価料 401	401 点
401.5 以上 402.5 未満	入院ベースアップ評価料 402	402 点
402.5 以上 403.5 未満	入院ベースアップ評価料 403	403 点
403.5 以上 404.5 未満	入院ベースアップ評価料 404	404 点
404.5 以上 405.5 未満	入院ベースアップ評価料 405	405 点
405.5 以上 406.5 未満	入院ベースアップ評価料 406	406 点
406.5 以上 407.5 未満	入院ベースアップ評価料 407	407 点
407.5 以上 408.5 未満	入院ベースアップ評価料 408	408 点
408.5 以上 409.5 未満	入院ベースアップ評価料 409	409 点
409.5 以上 410.5 未満	入院ベースアップ評価料 410	410 点
410.5 以上 411.5 未満	入院ベースアップ評価料 411	411 点
411.5 以上 412.5 未満	入院ベースアップ評価料 412	412 点
412.5 以上 413.5 未満	入院ベースアップ評価料 413	413 点

413.5 以上 414.5 未満	入院ベースアップ評価料 414	414 点
414.5 以上 415.5 未満	入院ベースアップ評価料 415	415 点
415.5 以上 416.5 未満	入院ベースアップ評価料 416	416 点
416.5 以上 417.5 未満	入院ベースアップ評価料 417	417 点
417.5 以上 418.5 未満	入院ベースアップ評価料 418	418 点
418.5 以上 419.5 未満	入院ベースアップ評価料 419	419 点
419.5 以上 420.5 未満	入院ベースアップ評価料 420	420 点
420.5 以上 421.5 未満	入院ベースアップ評価料 421	421 点
421.5 以上 422.5 未満	入院ベースアップ評価料 422	422 点
422.5 以上 423.5 未満	入院ベースアップ評価料 423	423 点
423.5 以上 424.5 未満	入院ベースアップ評価料 424	424 点
424.5 以上 425.5 未満	入院ベースアップ評価料 425	425 点
425.5 以上 426.5 未満	入院ベースアップ評価料 426	426 点
426.5 以上 427.5 未満	入院ベースアップ評価料 427	427 点
427.5 以上 428.5 未満	入院ベースアップ評価料 428	428 点
428.5 以上 429.5 未満	入院ベースアップ評価料 429	429 点
429.5 以上 430.5 未満	入院ベースアップ評価料 430	430 点
430.5 以上 431.5 未満	入院ベースアップ評価料 431	431 点
431.5 以上 432.5 未満	入院ベースアップ評価料 432	432 点
432.5 以上 433.5 未満	入院ベースアップ評価料 433	433 点
433.5 以上 434.5 未満	入院ベースアップ評価料 434	434 点
434.5 以上 435.5 未満	入院ベースアップ評価料 435	435 点
435.5 以上 436.5 未満	入院ベースアップ評価料 436	436 点
436.5 以上 437.5 未満	入院ベースアップ評価料 437	437 点
437.5 以上 438.5 未満	入院ベースアップ評価料 438	438 点
438.5 以上 439.5 未満	入院ベースアップ評価料 439	439 点
439.5 以上 440.5 未満	入院ベースアップ評価料 440	440 点
440.5 以上 441.5 未満	入院ベースアップ評価料 441	441 点
441.5 以上 442.5 未満	入院ベースアップ評価料 442	442 点
442.5 以上 443.5 未満	入院ベースアップ評価料 443	443 点
443.5 以上 444.5 未満	入院ベースアップ評価料 444	444 点
444.5 以上 445.5 未満	入院ベースアップ評価料 445	445 点
445.5 以上 446.5 未満	入院ベースアップ評価料 446	446 点
446.5 以上 447.5 未満	入院ベースアップ評価料 447	447 点
447.5 以上 448.5 未満	入院ベースアップ評価料 448	448 点
448.5 以上 449.5 未満	入院ベースアップ評価料 449	449 点
449.5 以上 450.5 未満	入院ベースアップ評価料 450	450 点
450.5 以上 451.5 未満	入院ベースアップ評価料 451	451 点
451.5 以上 452.5 未満	入院ベースアップ評価料 452	452 点

452.5 以上 453.5 未満	入院ベースアップ評価料 453	453 点
453.5 以上 454.5 未満	入院ベースアップ評価料 454	454 点
454.5 以上 455.5 未満	入院ベースアップ評価料 455	455 点
455.5 以上 456.5 未満	入院ベースアップ評価料 456	456 点
456.5 以上 457.5 未満	入院ベースアップ評価料 457	457 点
457.5 以上 458.5 未満	入院ベースアップ評価料 458	458 点
458.5 以上 459.5 未満	入院ベースアップ評価料 459	459 点
459.5 以上 460.5 未満	入院ベースアップ評価料 460	460 点
460.5 以上 461.5 未満	入院ベースアップ評価料 461	461 点
461.5 以上 462.5 未満	入院ベースアップ評価料 462	462 点
462.5 以上 463.5 未満	入院ベースアップ評価料 463	463 点
463.5 以上 464.5 未満	入院ベースアップ評価料 464	464 点
464.5 以上 465.5 未満	入院ベースアップ評価料 465	465 点
465.5 以上 466.5 未満	入院ベースアップ評価料 466	466 点
466.5 以上 467.5 未満	入院ベースアップ評価料 467	467 点
467.5 以上 468.5 未満	入院ベースアップ評価料 468	468 点
468.5 以上 469.5 未満	入院ベースアップ評価料 469	469 点
469.5 以上 470.5 未満	入院ベースアップ評価料 470	470 点
470.5 以上 471.5 未満	入院ベースアップ評価料 471	471 点
471.5 以上 472.5 未満	入院ベースアップ評価料 472	472 点
472.5 以上 473.5 未満	入院ベースアップ評価料 473	473 点
473.5 以上 474.5 未満	入院ベースアップ評価料 474	474 点
474.5 以上 475.5 未満	入院ベースアップ評価料 475	475 点
475.5 以上 476.5 未満	入院ベースアップ評価料 476	476 点
476.5 以上 477.5 未満	入院ベースアップ評価料 477	477 点
477.5 以上 478.5 未満	入院ベースアップ評価料 478	478 点
478.5 以上 479.5 未満	入院ベースアップ評価料 479	479 点
479.5 以上 480.5 未満	入院ベースアップ評価料 480	480 点
480.5 以上 481.5 未満	入院ベースアップ評価料 481	481 点
481.5 以上 482.5 未満	入院ベースアップ評価料 482	482 点
482.5 以上 483.5 未満	入院ベースアップ評価料 483	483 点
483.5 以上 484.5 未満	入院ベースアップ評価料 484	484 点
484.5 以上 485.5 未満	入院ベースアップ評価料 485	485 点
485.5 以上 486.5 未満	入院ベースアップ評価料 486	486 点
486.5 以上 487.5 未満	入院ベースアップ評価料 487	487 点
487.5 以上 488.5 未満	入院ベースアップ評価料 488	488 点
488.5 以上 489.5 未満	入院ベースアップ評価料 489	489 点
489.5 以上 490.5 未満	入院ベースアップ評価料 490	490 点
490.5 以上 491.5 未満	入院ベースアップ評価料 491	491 点

491.5 以上 492.5 未満	入院ベースアップ評価料 492	492 点
492.5 以上 493.5 未満	入院ベースアップ評価料 493	493 点
493.5 以上 494.5 未満	入院ベースアップ評価料 494	494 点
494.5 以上 495.5 未満	入院ベースアップ評価料 495	495 点
495.5 以上 496.5 未満	入院ベースアップ評価料 496	496 点
496.5 以上 497.5 未満	入院ベースアップ評価料 497	497 点
497.5 以上 498.5 未満	入院ベースアップ評価料 498	498 点
498.5 以上 499.5 未満	入院ベースアップ評価料 499	499 点
499.5 以上	入院ベースアップ評価料 500	500 点

救急外来医学管理料の施設基準に係る届出書添付書類

<p>届出を行う区分 (該当するいずれか1つを選択すること。)</p>	<p>1: 救急搬送医学管理料1、夜間休日救急医学管理料1及び救急外来医学管理料の注3に掲げる救急外来緊急検査対応加算1 (以下、管理料等1という)</p> <p>2: 救急搬送医学管理料2、夜間休日救急医学管理料2及び救急外来医学管理料の注3に掲げる救急外来緊急検査対応加算2 (以下、管理料等2という)</p> <p>3: 救急搬送医学管理料3及び夜間休日救急医学管理料3 (以下、管理料等3という)</p>
<p><input type="checkbox"/> 救急病院等を定める省令(昭和39年厚生省令第8号)に基づき認定された救急病院又は救急診療所である</p>	
<p>救急外来診療に従事する者に係る事項(管理料等1又は2を届け出る場合に記載すること。)</p>	
<p>救急外来の専任医師を交代で担う医師の総数</p>	<p>名</p>
<p>内 救急外来診療の経験を5年以上有する医師の氏名 (管理料等1を届け出る場合記載すること。少なくとも2名は記載すること。)</p>	
<p>医師1</p>	<p></p>
<p>医師2</p>	<p></p>
<p>医師3</p>	<p></p>
<p>医師4</p>	<p></p>
<p>救急外来の専任看護師の総数</p>	<p>名</p>
<p>看護師の勤務体制</p>	
<p>日勤</p>	<p>名</p>
<p>準夜勤</p>	<p>名</p>
<p>深夜勤</p>	<p>名</p>
<p>救急外来を受診した患者に対して、調剤及び検査等の業務を担う職員の総数</p>	
<p>薬剤師</p>	<p>名</p>
<p>臨床検査技師</p>	<p>名</p>
<p>診療放射線技師</p>	<p>名</p>

医療機関に係る事項（管理料等 1 又は 2 を届け出る場合に記載すること。）	
<input type="checkbox"/> 休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っている	
救急医療機関の分類（該当するものすべてを選択すること。）	<input type="checkbox"/> 第三次救急医療機関
	<input type="checkbox"/> 第二次救急医療機関
	<input type="checkbox"/> 精神科救急医療施設
<input type="checkbox"/> 夜間又は休日において入院治療を必要とする重症患者に対して救急医療を提供する日を地域の行政部門、医師会等の医療関係者及び救急搬送機関等にあらかじめ周知している	
救急用の自動車及び救急医療用ヘリコプターによる年間搬送件数 （直近 1 年間の実績を記載すること。）	件
「基本診療料の施設基準等」別表第六の二の二に掲げる人口の少ない地域に所在するか（該当するいずれかを選択すること。）	1：所在する 2：所在しない
<input type="checkbox"/> 救急外来診療を実施するための専用の診察室及びベッドを有する区画を設けている	
救急外来の区画に備える装置・器具	
救急蘇生装置 （気管内挿管セット、人工呼吸装置等）	<input type="checkbox"/> 救急外来の区画に配置 <input type="checkbox"/> 隣接する救命救急治療室等に配置 （共有により緊急時に対応可能）
除細動器	<input type="checkbox"/> 救急外来の区画に配置 <input type="checkbox"/> 隣接する救命救急治療室等に配置 （共有により緊急時に対応可能）
心電計	<input type="checkbox"/> 救急外来の区画に配置 <input type="checkbox"/> 隣接する救命救急治療室等に配置 （共有により緊急時に対応可能）
呼吸循環監視装置	<input type="checkbox"/> 救急外来の区画に配置 <input type="checkbox"/> 隣接する救命救急治療室等に配置 （共有により緊急時に対応可能）
当該病院の CT 撮影装置台数	台
<input type="checkbox"/> 業務継続計画（BCP）を策定している	
災害訓練の実施回数（直近 1 年間）	回／年
地域の救急医療に関する取組に係る事項（前年（1 月から 12 月まで）において、該当するものを全て選択すること。）	
<input type="checkbox"/> メディカルコントロール協議会、救急医療対策協議会又は救急患者受入コーディネーター確保事業に関わる会議に参加している	
<input type="checkbox"/> 消防機関の実施するウツタイン様式調査に協力している	
<input type="checkbox"/> 当該保険医療機関に勤務する医師（当該保険医療機関から消防機関等に派遣されている医師を含む。）が、消防機関に属する救急救命士からの特定行為の実施に係る指示要請に対応している	
<input type="checkbox"/> 地域の関係機関（都道府県、医師会、救急医療機関及び消防機関等）との間で、定期的に連携体制の構築及びその向上等を目的とした検討会を開催している	
<input type="checkbox"/> 救急救命士の病院実習（救急救命士の養成課程中に行われるもの、就業前に行うもの又は再教育（生涯教育）として行うものを指す。）を受け入れている	
<input type="checkbox"/> 在宅医療関係者と救急医療関係者の協議の場に参加し、在宅療養等に関する救急搬送についての情報共有ルールの策定等を行っている	

管理料等 1 に係る体制（管理料等 1 を届け出る場合に記載すること。）	
<input type="checkbox"/> 専任の医師が常時、速やかに救急外来診療を開始できる院内の場所に勤務している	
<input type="checkbox"/> 専任の看護師が常時、救急外来の区画内に勤務している	
<input type="checkbox"/> 手術に必要な麻酔科医及び手術室の看護師が緊急呼出し当番により、緊急手術を開始できる体制が常時確保されている	
<input type="checkbox"/> 救急外来を受診した患者に対して、血液検査、CT 撮影及びMRI 撮影を実施できる体制が常時確保されている	
当該病院のMRI 撮影装置台数	台
<input type="checkbox"/> 救急外来を受診した患者に対して、調剤及び検査等を行うにつき必要な薬剤師、臨床検査技師及び診療放射線技師が常時、当該保険医療機関内に配置されている	
院内の職員に対して行った救急に関する教育コースの回数（直近 1 年間）	回／年
管理料等 2 に係る体制（管理料等 2 を届け出る場合に記載すること。）	
<input type="checkbox"/> 救急外来診療を応需する時間帯において常に、専任の医師が速やかに救急外来診療を開始できる院内の場所に勤務している	
<input type="checkbox"/> 救急外来診療を応需する時間帯において常に、専任の看護師が救急外来の区画内に勤務している	
<input type="checkbox"/> 救急外来診療を応需する時間帯において常に、救急外来を受診した患者に対して、血液検査及びCT 撮影を実施できる体制（検査を実施する従事者を、緊急呼出し当番により確保する体制を含む。）が確保されている	
救急に関する教育コースの受講に関する以下の事項について、いずれかを記載すること。	
院内の職員に対して行った救急に関する教育コースの回数（直近 1 年間）	回／年
救急に関する教育コースを受講した職員の数（直近 1 年間）	名

[記載上の注意]

- 1 管理料等 1 又は 2 を届け出る場合には、救急外来診療を実施するための専用の診察室及びベッドを有する区画の平面図を添付すること。
- 2 管理料等 2 については、救急外来診療を応需する時間帯としてそれぞれの施設基準を満たす時間に必要な医学管理が行われた場合に限り算定し、それ以外の時間帯においては、管理料 3 を算定要件に従い算定することとされているが、この場合、管理料等 2 の届出を行っていただくと、管理料 3 の届出を別途行う必要はない。

心不全再入院予防継続管理料の施設基準に係る届出書添付書類

項目	記入欄
1. 届出区分（該当する届出事項を全て○で囲むこと）	1：心不全再入院予防継続管理料 1 及び 2 2：心不全再入院予防継続管理料 3
2. 届出入院料 （管理料 1 及び 2 を届け出る場合のみ） （該当する場合、□に「✓」を記入すること。）	□ 一般病棟入院基本料、7 対 1 入院基本料、10 対 1 入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）
3. 心不全再入院予防チーム（選択式の場合、該当するいずれか 1 つを○で囲むこと）	
① 心不全指導の経験を有する医師 1	
氏名	
経験年数	年
勤務形態	1：常勤 2：非常勤
専従・専任の別	1：専従 2：専任
研修受講	1：有 2：無
② 心不全指導の経験を有する医師 2	
氏名	
経験年数	年
勤務形態	1：常勤 2：非常勤
専従・専任の別	1：専従 2：専任
研修受講	1：有 2：無
③ 心不全指導の経験を有する医師 3	
氏名	
経験年数	年
勤務形態	1：常勤 2：非常勤
専従・専任の別	1：専従 2：専任
研修受講	1：有 2：無
④ 心不全指導の経験を有する看護師又は保健師 1	
氏名	
経験年数	年
勤務形態	1：常勤 2：非常勤
専従・専任の別	1：専従 2：専任
研修受講	1：有 2：無

⑤ 心不全指導の経験を有する看護師又は保健師 2		
氏名		
経験年数	年	
勤務形態	1 : 常勤	2 : 非常勤
専従・専任の別	1 : 専従	2 : 専任
研修受講	1 : 有	2 : 無
⑥ 心不全指導の経験を有する看護師又は保健師 3		
氏名		
経験年数	年	
勤務形態	1 : 常勤	2 : 非常勤
専従・専任の別	1 : 専従	2 : 専任
研修受講	1 : 有	2 : 無
⑦ 心不全指導の経験を有する管理栄養士 1		
氏名		
経験年数	年	
勤務形態	1 : 常勤	2 : 非常勤
専従・専任の別	1 : 専従	2 : 専任
研修受講	1 : 有	2 : 無
⑧ 心不全指導の経験を有する管理栄養士 2		
氏名		
経験年数	年	
勤務形態	1 : 常勤	2 : 非常勤
専従・専任の別	1 : 専従	2 : 専任
研修受講	1 : 有	2 : 無
⑨ 心不全指導の経験を有する管理栄養士 3		
氏名		
経験年数	年	
勤務形態	1 : 常勤	2 : 非常勤
専従・専任の別	1 : 専従	2 : 専任
研修受講	1 : 有	2 : 無
管理料 3 のみを届け出る場合であって、専任の管理栄養士が不在の場合		
地域の保険医療機関等と連携し、栄養食事指導を行う体制	1 : 有	2 : 無
連携保険医療機関等の名称		
管理栄養士の氏名		

4. 常勤の薬剤師及び理学療法士等	
① 薬剤師 氏名	
① 薬剤師 勤務形態	1 : 常勤                      2 : 非常勤
② 理学療法士 氏名	
② 理学療法士 勤務形態	1 : 常勤                      2 : 非常勤
5. 心大血管疾患リハビリテーション料の届出 (該当するいずれか1つを○で囲むこと)	1. 心大血管疾患リハビリテーション料 (Ⅰ) 2. 心大血管疾患リハビリテーション料 (Ⅱ)
6. 院内研修会の開催状況	
1年に1回以上の研修会の実施	1 : 有                      2 : 無
開催年月日	年                      月                      日
7. 地域研修会の開催・参加状況	
1年に1回以上の研修会の開催・参加	1 : 有                      2 : 無
開催・参加年月日	年                      月                      日

[記載上の注意]

- 1 研修については、心不全の予防指導に係る適切な研修を受講の有無について記載すること。(心不全予防チームに所属する者のいずれかは、心不全の予防指導に係る適切な研修を修了した者であることが望ましい。)
- 2 「6」及び「7」については、研修会の目的、参加した職員名、及び開催日時等を記載した概要を添付すること。
- 3 「6」及び「7」について、新たに届出を行う保険医療機関については、当該届出を行う日から起算して1年以内に研修会等を開催することが決まっている場合にあっては、研修会の開催予定日がわかる書類を添付すること。

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1月(該当年月)		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】

- 1 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。
- 2 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。
- 3 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 「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。



- 2 調剤所及び当該届出に係る専用の施設の平面図（クリーンベンチ等が設置されている場合はその位置を明示すること。）を添付すること。

〔 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

算定不可

算定不可

【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" value="0"/> 回			
	② 再診料等	<input type="text" value="0"/> 回			
	③ 訪問診療料(同一建物以外)	<input type="text" value="0"/> 回			
	④ 訪問診療料(同一建物)	<input type="text" value="0"/> 回			
歯 科 点 数 表	⑤ 初診料等	<input type="text" value="0"/> 回			
	⑥ 再診料等	<input type="text" value="0"/> 回			
	⑦ 歯科訪問診療料(同一建物以外)	<input type="text" value="0"/> 回			
	⑧ 歯科訪問診療料(同一建物)	<input type="text" value="0"/> 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

0.0 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 125 回)

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

0 点

1割以上の変動

(4) 【B】の値

0.0

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

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。)、  
同部第三節の特定入院料又は同部第四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

算定不可

算定不可

※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」を届け出していなかったが  
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

算定不可
------

※区分変更の必要はありません

算定不可
------

※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)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。

看護職員処遇改善評価料  
入院ベースアップ評価料

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

- 看護職員処遇改善評価料  
 入院ベースアップ評価料

3 該当する届出

- 新規  
 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) 看護職員等の数

\_\_\_\_\_ 人月

※ 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(小数第二位を四捨五入)を記載すること。

##### (2) 延べ入院患者数

\_\_\_\_\_ 人月

※ 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。

※ 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。

※ 対象期間の1月当たりの平均延べ入院患者数が30人月未満である場合については、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)又は歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)を届け出ても差し支えない。ただし、その場合は入院ベースアップ評価料を届け出ないこと。

##### (3) 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(4)の記入は不要、様式99の記入が必要)

##### (4) 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

(5) 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、看護職員処遇改善評価料の区分の上限を算出する値【A】・入院ベースアップ評価料の区分の上限を算出する値【C】

● 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	回	回	回	0 回
	② 再診料等	回	回	回	0 回
	③ 訪問診療料(同一建物以外)	回	回	回	0 回
	④ 訪問診療料(同一建物)	回	回	回	0 回
歯 科 点 数 表	⑤ 初診料等	回	回	回	0 回
	⑥ 再診料等	回	回	回	0 回
	⑦ 歯科訪問診療料(同一建物以外)	回	回	回	0 回
	⑧ 歯科訪問診療料(同一建物)	回	回	回	0 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(小数点第二位を四捨五入)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

0.0 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 \_\_\_\_\_ 人)

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

0.0 点

(6) 【A】・【C】の値

【A】の値

0.0

【A】=

看護職員等の賃上げ必要額:

(当該保険医療機関の看護職員等の数 × 12,000円 × 1.165)

当該保険医療機関の延べ入院患者数 × 10 円

【C】の値

0.0

【C】=

賃金改善算定基礎額 - (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)により算定される点数の見込み) × 10円

当該保険医療機関の延べ入院患者数 × 10 円

5 施設基準要件の確認

**【看護職員処遇改善評価料】(以下の(1)(2)のいずれかに該当するものを選択)**

(1) 次の(イ)及び(ロ)のいずれにも該当すること。

(イ) 区分番号「A205」に掲げる救急医療管理加算に係る届出を行っている

(ロ) 救急搬送実績が、年間で200件以上であること

救急搬送実績:  件 (期間: 令和  -2 年度)

(2) 救命救急センター、高度救命救急センター又は小児救命救急センターを設置していること

**【入院ベースアップ評価料】(以下の条件全てに該当すること)**

● 常勤換算2名以上の対象職員が勤務していること

● 入院料(※)を算定している保険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)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の届出を行っており、  
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】3を参照

6 3により算出した【A】・【C】に基づき、該当する区分

(1) 看護職員処遇改善評価料算定が可能となる区分

算定不可

※区分変更の必要はありません

(2) 入院ベースアップ評価料算定が可能となる区分

算定不可

※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)とする。
- 3 「4」(1)看護職員等とは、「当該保険医療機関に勤務する看護職員等(保健師、助産師、看護師及び准看護師(非常勤職員を含む。)をいう。)」を指す。  
また、看護職員等の数は、本様式の届出を行う月の直近3月の期間の各月1日時点における看護職員等の数の平均の数値を用いること。
- 4 「4」(2)延べ入院患者数は、本様式の届出を行う月の直近3月の期間の1月あたりの延べ入院患者数の平均の数値を用いること。
- 5 「4」(4)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。
- 6 「4」(4)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。
- 7 「4」(5)「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)
- 8 「4」(5)「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
- 9 「4」(5)「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。)
- 10 「4」(5)「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)

- 11 「4」(5)「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。
- 12 「4」(5)「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
- 13 「4」(5)「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。
- 14 「4」(5)「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
- 15 「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

●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)

(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)の記載は**必要**です。)

(3)本評価項目に必要な賃上げ水準の算出

○ 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】				0		円

②ベースアップ評価料対象職員（看護補助者・事務職員）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	年	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)×0.137】				0	円

ベースアップ評価料対象職員(40歳以下の常勤医師・歯科医師を除く。)の令和6年3月以降の賃金改善が、

必要な水準以上に達しているか(0以上の場合には該当)

※ {①(III)+②(III)} - {①(IV)+①(V)+②(IV)+②(V)} = 0.0 円

(※賃上げ後の基本給等総額が、賃上げ前の基本給等総額+賃上げ必要額と同等(0以上であるかを確認))

4 要件の該当可否

●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) 注5  
及び

●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) 注5

【算定可否】

算定可能

5 入院料減算の要否

●医科診療報酬点数表第1章第2部 入院料等 通則11【入院料減算の免除】  
及び

●歯科診療報酬点数表第1章第2部 入院料等 通則9【入院料減算の免除】

【算定可否】

減算免除

【記載上の注意】

- 「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、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)の注5、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)の注5・注6、医科診療報酬点数表第1章第2部入院料等通則11、歯科点数表第1章第2部入院料等通則第9号のいずれにも該当する保険医療機関にあっては、いずれも☑を記載すること。
- 「3」の(1)及び(2)については、該当する項目1つに☑を入れること。なお、該当しない場合は不要である。
- 「3」の(2)(iii)「外来・在宅ベースアップ評価料(I)のみを届け出ている」ということは、医科点数表の第14部第1節ベースアップ評価料等において、当該評価料のみを届け出ている医療機関をいう。
- 「3」の(3)の(I)「当該評価料」は、届け出る施設基準に係る評価料の項目をいう。
- 「3」の(3)の(II)「算定を開始する月」は、当該評価料を新たに算定し始める月のことをいう。
- 「3」の(3)の(II)「対象職員の常勤換算数」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」の(3)「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。
- 「3」の(3)の(IV)は、(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際の基本給等総額【賃金改善前の基本給等総額】は、(III)と同じ対象職員が令和6年3月時点にいと仮定し、令和6年3月時点の給与体系に当てはめた場合の基本給等総額を求めること。
- 「3」の(3)の(V)「必要な賃上げ額」は、届け出る施設基準の区分によって、必要な賃上げ水準が異なる。
- 「4」の「要件の該当可否」の結果及び「5」の「入院料減算の要否」に基づいて、算定可能若しくは減算免除となった場合、別添2と併せて本用紙を地方厚生(市)局長に提出すること。

様式99

ベースアップ評価料  
同一法人内複数医療機関届出用補助計算書

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

(1)届出年月日 令和 年 月

※ 本様式の届出を行う月

(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

## 2 区分計算

### (1) 社会保険診療等収入金額

- 医療機関の社会保険診療等収入金額 **<申請する1医療機関分>**

円

- 給与総額等を通算して算出する保険医療機関全体の社会保険診療等収入金額

円

※ **社会保険診療等収入金額**: 外来患者及び入院患者の医療に係る収益(医療保険・公費負担医療・公害医療・労災保険・自賠責・自費診療収益等)の直近1か月の総額を用いる。

- 社会保険診療等収入金額を基に算出した**当該医療機関の按分比率**

### (2) 賃金改善算定基礎額の算出

#### ①計算に必要な対象職種ごとの記載項目

※以下、**月額賃金等**を通算して算出する医療機関の各項目の合計値を記入する。

(医療機関以外の法人職員を含めてはならない)

- ア 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 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(1(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 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 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。

#### ②賃金改善算定基礎額<通算して算出する医療機関の合計額>

→【賃金改善算定基礎額(通算)】

円

#### ③賃金改善算定基礎額<申請する1医療機関分>

→【賃金改善算定基礎額】×【按分比率】

円

→この数値が様式96、様式97に転記されます

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. 「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。

別添

(令和 8 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

- 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	年	月	～	令和	年	月	1	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	年	月	～	令和	年	月	1	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)】	0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ペ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)】	0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・勤怠手当等特定の時期にのみ支払われる手当を含まない。

※ 「ペア等」の定義は【記載上の注意】を参照のこと。

※ (15) のペア等に伴う賞与、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】	0	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】	0	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	0	円
(13) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ペア実績額）（1ヶ月分）【（11）－（12）】	0	円
(14) ペア等による賃金増率【（13）÷（12）】		%
(15) 上記（14）以外で、ペア等に伴う賞与、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（ペア実績額）（1ヶ月分）【（17）－（18）】	0	円
(20) ペ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（ペア実績額）（1ヶ月分）【（24）－（25）】	0	円
(27) ペ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（ペア実績額）（1ヶ月分）【（31）－（32）】	0	円
(34) ペ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（ペア実績額）（1ヶ月分）【（38）－（39）】	0	円
(41) ペ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（ペア実績額）（1ヶ月分）【（45）－（46）】	0	円
(48) ペ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)】	0	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)】	0	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)】	0	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)】	0	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	0	円
(68) 収入の実績額と賃金改善実績額の差分【( (66) + (67) ) - (65)】	0	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。

別添

(令和 8 年度分)

保険医療機関コード	
保険医療機関名	
集約医療機関数	

I. 提出書類の種類

- 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	年	月	～	令和	年	月	1	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	年	月	～	令和	年	月	1	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)】	0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ペ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)】	0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】	0	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】	0	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	0	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）】	0	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）】	0	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）】	0	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）】	0	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）】	0	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）】	0	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）】	0	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）】	0	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）】	0	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）】	0	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	0	円
(68) 収入の実績額と賃金改善実績額の差分【（66）＋（67）－（65）】	0	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していた医療機関にあっては、令和8年度診療報酬改定前のベースアップ評価料による賃金改善後であって令和8年度診療報酬改定によるベースアップ評価料による賃金改善前の体系に限る。）を、当該年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の基本給等総額」と、「当該評価料を算定した年度に勤務している職員の基本給等総額」及び賃金改善の実績には、「令和7年度医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業」によって交付される補助金による部分は含めないものとする。
- 5 Vの「対象職員の常勤換算数」は、当該時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。常勤の職員の常勤換算数は1とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が1を超える場合は、1とする。）
- 6 Vの「ベア等」は、対象職員の基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げのことをいう。
- 7 Vについて、「報告書届出年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、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。