

診療報酬算定のための

施設基準等の事務手引

令和 8 年 6 月版

基本診療料の施設基準等と診療報酬

特掲診療料の施設基準等と診療報酬

基本診療料の施設基準等と診療報酬	11
基本診療料等の施設基準等（通則事項）	
【施設基準・第一/第二】.....	13
初・再診料【施設基準・第三】	
初・再診料の施設基準等.....	33
1 A000・注1/A001・注1/A002・注1 情報通信機器を用いた診療.....	41
2 A000・注4/A001・注2/A002・注4 特定受結率初診料等.....	42
3 A000・注9/A001・注7 夜間・早朝等加算.....	43
4 A000・注10 機能強化加算.....	44
5 A000・注11～注14/A001・注15～注18 外来感染対策向上加算 連携強化加算 サーベイランス強化加算 抗菌薬適正使用体制加算.....	47
6 A000・注16/A001・注19/A002・注10〔歯科A000・注15/A002・注12〕 電子的診療情報連携体制整備加算〔電子的歯科診療情報連携体制整備加算〕.....	50
7 A001・注10 時間外対応体制加算.....	55
8 A001・注11 明細書発行体制等加算.....	56
9 A001・注12 地域包括診療加算/注13 外来データ提出加算.....	58
10 A001・注20/A002・注11 看護師等遠隔診療補助加算.....	62
付 初・再診料に定める患者等.....	66
入院料等の通則	
【施設基準・第三の二/第四/第四の二/第四の三】	
1 入院料等の通則と施設基準等.....	68
2 入院・通則8～11 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策、栄養管理体制、意思決定支援、身体的拘束最小化、継続的に質上げに係る取組を実施している保険医療機関の基準.....	71
3 入院・通則3 情報通信機器等を用いた看護職員及び看護補助者の業務の効率化.....	80
4 入院・通則7 定数超過入院等の入院基本料.....	87
入院基本料の施設基準等	
病院の入院基本料【施設基準・第五】	
1 病院の入院基本料の施設基準等（通則事項）.....	91
2 A100 一般病棟入院基本料.....	160
3 A101 療養病棟入院基本料.....	170
4 A102 結核病棟入院基本料.....	195
5 A103 精神病棟入院基本料.....	199
6 A104 特定機能病院入院基本料.....	207
7 A105 専門病院入院基本料.....	216
8 A106 障害者施設等入院基本料.....	221
診療所の入院基本料【施設基準・第六】	
1 診療所の入院基本料の施設基準等（通則事項）.....	231
2 A108 有床診療所入院基本料.....	233
3 A109 有床診療所療養病床入院基本料.....	239
入院基本料等加算【施設基準・第八】	
1 入院基本料等加算の施設基準等.....	248
2 A200 急性期総合体制加算.....	255
3 A204-2 臨床研修病院入院診療加算.....	271
4 A204-4 包括期充実体制加算.....	274
5 A205 救急医療管理加算.....	279
6 A205-2 超急性期脳卒中加算.....	281
7 A205-3 妊産婦緊急搬送入院加算.....	284
8 A207 診療録管理体制加算.....	285
9 A207-2 医師事務作業補助体制加算.....	288
10 A207-3 急性期看護補助体制加算/A207-4 看護職員夜間配置加算/A214 看護補助加算.....	297
11 A207-5 電子的診療情報連携体制整備加算.....	316
12 A211 特殊疾患入院施設管理加算.....	319
13 A213 看護配置加算.....	322
14 A215 看護・多職種協働加算.....	323
15 A219 療養環境加算.....	326
16 A221 重症者等療養環境特別加算.....	327
17 A221-3 産科管理加算.....	329
18 A222 療養病棟療養環境加算.....	333
19 A222-2 療養病棟療養環境改善加算.....	334
20 A223 診療所療養病床療養環境加算.....	336
21 A223-2 診療所療養病床療養環境改善加算.....	337
22 A224 無菌治療室管理加算.....	340
23 A225 放射線治療病室管理加算.....	341
24 A226 重症皮膚潰瘍管理加算.....	343
25 A226-2 緩和ケア診療加算.....	344
26 A226-3 有床診療所緩和ケア診療加算.....	349
27 A226-4 小児緩和ケア診療加算.....	352
28 A228 精神科応急入院施設管理加算.....	356
29 A230 精神病棟入院時医学管理加算.....	357
30 A230-2 精神科地域移行実施加算.....	357
31 A230-3 精神科身体合併症管理加算.....	359
32 A230-4 精神科リエゾンチーム加算.....	361
33 A230-5 精神科慢性身体合併症管理加算.....	364
34 A231-2 強度行動障害入院医療管理加算.....	366
35 A231-3 依存症入院医療管理加算.....	368
36 A231-4 摂食障害入院医療管理加算.....	369
37 A232 がん拠点病院加算.....	371
38 A233 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算.....	373
39 A233-2 栄養サポートチーム加算.....	380
40 A233-3 口腔管理連携加算.....	384
41 A234 医療安全対策加算.....	387
42 A234-2 感染対策向上加算.....	393
43 A234-3 患者サポート体制充実加算.....	408
44 A234-4 重症患者初期支援充実加算.....	409
45 A234-5 報告書管理体制加算.....	412
46 A235 身体的拘束最小化推進体制加算.....	414
47 A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算.....	417
48 A236-2 ハイリスク妊娠管理加算.....	420
49 A237 ハイリスク分娩等管理加算.....	421
50 A238-6 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算/A238-7 精神科救急搬送患者地域連携受入加算.....	425
51 A242 呼吸ケアチーム加算.....	427
52 A242-2 術後疼痛管理チーム加算.....	429
53 A243 地域支援・医薬品供給対応体制加算.....	431
54 A243-2 バイオ後継品使用体制加算.....	435
55 A244 病棟薬剤業務実施加算.....	438
56 A245 データ提出加算.....	445
57 A246 入院退院支援加算.....	453
58 A246-2 精神科入院退院支援加算.....	463
59 A246-3 医療的ケア児（者）入院前支援加算.....	467
60 A247 認知症ケア加算.....	470
61 A247-2 せん妄ハイリスク患者ケア加算.....	476
62 A248 精神疾患診療体制加算.....	477

63	A249 精神科急性期医師配置加算	479
64	A251 排尿自立支援加算	484
65	A252 地域医療体制確保加算	486
66	A253 協力対象施設入所者入院加算	495
67	A254 医療提供機能連携確保加算	499
68	A255 精神科地域密着多機能体制加算	503
付	入院基本料等加算に規定する疾患等	510

特定入院料【施設基準・第九】

1	特定入院料の施設基準（通則事項）	526
2	A300 救命救急入院料	529
3	A301 特定集中治療室管理料	537
4	A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料	553
5	A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料	565
6	A301-4 小児特定集中治療室管理料	570
7	A302 新生児特定集中治療室管理料	580
8	A302-2 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料	584
9	A303 総合周産期特定集中治療室管理料	587
10	A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料	592
11	A304 地域包括医療病棟入院料	596
12	A305 一類感染症患者入院医療管理料	613
13	A306 特殊疾患入院医療管理料	614
14	A307 小児入院医療管理料	618
15	A308 回復期リハビリテーション病棟入院料	629
16	A308-3 地域包括ケア病棟入院料	656
17	A309 特殊疾患病棟入院料	679
18	A310 緩和ケア病棟入院料	683

19	A311 精神科救急急性期医療入院料	688
20	A311-2 精神科急性期治療病棟入院料	698
21	A311-3 精神科救急・合併症入院料	702
22	A311-4 児童・思春期精神科入院医療管理料	709
23	A312 精神療養病棟入院料	714
24	A314 認知症治療病棟入院料	720
25	A317 特定一般病棟入院料	724
26	A318 地域移行機能強化病棟入院料	733
27	A319 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料	740

短期滞在手術等基本料【施設基準・第十】

A400 短期滞在手術等基本料	746
-----------------	-----

歯科の施設基準等

歯科の初・再診料の施設基準等	753
1 歯科A000・注1/歯科A002・注1/歯科外来診療の院内感染防止対策	756
2 歯科A000・2 地域歯科診療支援病院歯科初診料	757
3 歯科A000・注10/歯科A002・注9/歯科外来診療医療安全対策加算	759
4 歯科A000・注11/歯科A002・注10/歯科外来診療感染対策加算	761
5 歯科A000・注12/歯科診療特別対応連携加算	764
6 歯科A000・注16/歯科A001・注13/歯科・情報通信機器を用いた診療	765
歯科A250 地域歯科診療支援病院入院加算	766

特掲診療料の施設基準等と診療報酬 771

特掲診療料の施設基準等（通則事項）

【施設基準・第一/第二】	773
--------------	-----

1 外来感染対策向上加算 連携強化加算 サーベ イランス強化加算 抗菌薬適正使用体制加算	829
2 情報通信機器を用いた診療（オンライン診療）	831

医学管理等【施設基準・第三】

1 通則 7 遠隔電子処方箋活用加算	833
2 長期処方・リフィル処方箋の活用	834
3 B001・1・注2 ウイルス疾患指導料の注2	835
4 B001・9 外来栄養食事指導料	836
5 B001・12 心臓ペースメーカー指導管理料	
(1) 注4 植込型除細動器移行期加算	840
(2) 注5 遠隔モニタリング加算	840
6 B001・14 高度難聴指導管理料	842
7 B001・15・注3 腎代替療法実績加算	843
8 B001・16・注2 重度喘息患者治療管理加算	844
9 B001・20 糖尿病合併症管理料	845
10 B001・22 がん性疼痛緩和指導管理料	846
11 B001・23 がん患者指導管理料	848
12 B001・24 外来緩和ケア管理料	852
13 B001・25 移植後患者指導管理料	855
14 B001・27 糖尿病透析予防指導管理料	857
15 B001・28 小児運動器疾患指導管理料	860
16 B001・29 乳腺炎重症化予防ケア・指導料	861
17 B001・30 婦人科特定疾患治療管理料	862
18 B001・31 腎代替療法指導管理料	862
19 B001・32 一般不妊治療管理料/B001・33 生殖補助医療管理料	864
20 B001・34 二次性骨折予防継続管理料	867

21 B001・35 アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料	868
22 B001・36 下肢創傷処置管理料	869
23 B001・37 慢性腎臓病透析予防指導管理料	870
24 B001-2 小児科外来診療料	871
25 B001-2-2 地域連携小児夜間・休日診療料	873
26 B001-2-4 地域連携夜間・休日診療料	874
27 B001-2-6 救急外来医学管理料	876
28 B001-2-7 外来リハビリテーション診療料	883
29 B001-2-8 外来放射線照射診療料	884
30 B001-2-9 地域包括診療料	886
31 B001-2-11 小児かかりつけ診療料	891
32 B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料	894
33 B001-3/B001-3-3 生活習慣病管理料	899
34 B001-3-2 ニコチン依存症管理料	905
35 B001-9 療養・就労両立支援指導料	907
36 B001-10 心不全再入院予防継続管理料	908
37 B001-11 遺伝性疾患療養指導管理料	911
38 B002/B003 開放型病院共同指導料	914
39 B005-4/B005-5 ハイリスク妊産婦共同管理料	915
40 B005-6 がん治療連携計画策定料/B005-6-2 がん治療連携指導料	918
41 B005-6-3 がん治療連携管理料	921
42 B005-6-4 外来がん患者在宅連携指導料	922
43 B005-7 認知症専門診断管理料	923
44 B005-8 肝炎インターフェロン治療計画料	924
45 B005-9 外来排尿自立指導料	925
46 B005-10/B005-10-2 ハイリスク妊産婦連携指導料	926
47 B005-11 遠隔連携診療料	928

目次

48	B005-12/B005-13	こころの連携指導料	931
49	B005-14	プログラム医療機器等指導管理料	933
50	B008	薬剤管理指導料	934
51-(1)	B009・注16	地域連携診療計画加算	936
51-(2)	B009・注18	検査・画像情報提供加算/ B009-2 電子的診療情報提供料	936
52	B011	連携強化診療情報提供料	940
53	B011-4	医療機器安全管理料	943
54	B011-5	がんゲノムプロファイリング評価提供 料	945
55	B015	精神科退院時共同指導料	946
付		医学管理等に規定する疾患等	967

在宅医療【施設基準・第四】

1		在宅療養支援診療所	973
2		在宅療養支援病院	999
3		在宅療養後方支援病院	1008
4	C002	在宅時医学総合管理料/C002-2 施設入居 時等医学総合管理料	1009
(1)	C002・注13/C002-2・注5/C003・注7	在宅デー タ提出加算	1023
(2)	C002・注15/C002-2・注5	在宅医療情報連携 加算	1024
5	C003	在宅がん医療総合診療料	1026
6	C004・注4	重症患者搬送加算	1028
7	C004-2	救急患者連携搬送料	1030
8	C005	在宅患者訪問看護・指導料/C005-1-2 同 一建物居住者訪問看護・指導料	1032
(1)	C005・注2	在宅患者訪問看護・指導料の注2/ C005-1-2・注2 同一建物居住者訪問看護・指導 料の注2	1044
(2)	C005・注15/C005-1-2・注8	訪問看護・指導 体制充実加算	1045
(3)	C005・注16/C005-1-2・注8	専門管理加算	1047
(4)	C005・注17・注18/C005-1-2・注8	訪問看護 医療DX情報活用加算/遠隔死亡診断補助加算	1048
(5)	C005・注19/C005-1-2・注8	訪問看護医療情 報連携加算	1049
9	C005-1-3	訪問看護遠隔診療補助料	1051
10	C013	在宅患者訪問褥瘡管理指導料	1052
11	C102	在宅自己腹膜灌流指導管理料	1054
12	C102-2	在宅血液透析指導管理料	1055
13	C103・注2/C107-2・注3	遠隔モニタリング 加算	1056
14	C107-2・注2	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理 料	1058
15	C110-5	在宅舌下神経電気刺激療法指導管理料	1059
16	C116	在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型） 指導管理料	1060
17	C118	在宅腫瘍治療電場療法指導管理料	1061
18	C119	在宅経肛門的自己洗腸指導管理料	1062
19	C152-2	持続血糖測定器加算	1063
20	C173	横隔神経電気刺激装置加算	1065
付		在宅医療に規定する患者等	1076

検査【施設基準・第五】

1	D006-2	造血器腫瘍遺伝子検査	1083
2	D006-4	遺伝学的検査	1083
3	D006-5	染色体検査・注2 流産検体を用いた絨 毛染色体検査	1085
4	D006-13	骨髓微小残存病変量測定	1086

5	D006-18	BRCA 1 / 2 遺伝子検査/D006-23 遺伝子相同組換え修復欠損検査	1087
6	D006-19	がんゲノムプロファイリング検査	1088
7	D006-20	角膜ジストロフィー遺伝子検査	1090
8	D006-26	染色体構造変異解析	1090
9	D006-28	Y染色体微小欠失検査	1091
10	D010・8	先天性代謝異常症検査	1091
11	D012・56	デングウイルス抗原定性、抗原・抗 体同時測定定性	1092
12	D012・70	抗アデノ随伴ウイルス9型（AAV9） 抗体、抗アデノ随伴ウイルス血清型rh74 （AAVrh74）抗体	1093
13	D014・47/49	抗HLA抗体（スクリーニング検 査/抗体特異性同定検査）	1094
14	D023・10/11	HPV核酸検出/HPV核酸検出（簡 易ジェノタイプ判定）	1095
15	D023・24/25	ウイルス・細菌核酸及び薬剤耐 性遺伝子多項目同時検出/ウイルス・細菌核酸多項 目同時検出	1096
16	D023・26	細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出 /ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（髄液）	1098
17	D023-2・5	クロストリジオイデス・ディフィシ ルのトキシンB遺伝子検出	1099
18-(1)	D026	検体検査判断料・注4 検体検査管理加 算	1100
18-(2)	D026	検体検査判断料・注5 国際標準検査管 理加算	1102
19	D206	心臓カテーテル法による諸検査・注6 血 管内視鏡検査加算/D235-2 長期継続頭蓋内脳波検 査	1103
20	D210-3	植込型心電図検査	1104
21	D211-3	時間内歩行試験/D211-4 シャトル ウォーキングテスト	1105
22	D215	超音波検査・3・ニ 胎児心エコー法	1106
23	D225-4	ヘッドアップティルト試験	1107
24	D231	人工臓器検査	1107
25	D231-2	皮下連続式グルコース測定	1109
26	D235-3・1	長期脳波ビデオ同時記録検査1	1109
27	D236-2	光トポグラフィー	1110
28	D236-3	脳磁図	1111
29	D237・3・イ	終夜睡眠ポリグラフィー（安全 精度管理下で行うもの）	1112
30-(1)	D238・1	脳波検査判断料1	1113
30-(2)	D238	脳波検査判断料・注3 遠隔脳波診断	1114
31-(1)	D239	筋電図検査・3 中枢神経磁気刺激によ る誘発筋電図	1115
31-(2)	D239	筋電図検査・4 単線維筋電図	1115
32	D239-3	神経学的検査	1116
33	D244-2	補聴器適合検査	1117
34	D258-3	黄斑局所網膜電図 全視野精密網膜電 図	1117
35	D270-2	ロービジョン検査判断料	1118
36	D282-3	コンタクトレンズ検査料	1119
37	D291-2	小児食物アレルギー負荷検査	1121
38	D291-3	内服・点滴誘発試験	1122
39	D409-2	センチネルリンパ節生検（片側）	1122
40	D412-3	経頸静脈の肝生検	1123
41	D413・1	MRI撮影及び超音波検査融合画像に よる前立腺針生検法	1124
42	D415	経気管肺生検法・注2 CT透視下気管支鏡 検査加算	1124
43	D415-5	経気管支凍結生検法	1125

44 D415-6 壁側胸膜凍結生検法	1126
付 検体検査実施料に規定する検査	1141

画像診断【施設基準・第六】

1 E通則4～7 画像診断管理加算 遠隔画像診断	1143
2 E101-2/E101-3/E101-4/E101-5 ボジトロン断層撮影 等	1149
3 E200/E200-2/E202 CT撮影・MRI撮影	1152

投薬【施設基準・第七】

F100/F200/F400 処方料 薬剤 処方箋料	1165
1 F100処方料・注6/F400処方箋料・注5 抗悪性腫瘍剤処方管理加算	1169
2 F100処方料・注8/歯科F100処方料・注7 地域支援・外来医薬品供給対応体制加算	1170
3 F400処方箋料・注6/歯科F400処方箋料・注5 一般名処方加算	1172

注射【施設基準・第八】

1 G通則6/歯科G通則6 外来化学療法加算	1174
2 G004・注5 無菌的分割製剤作成加算	1177
3 G020/歯科G020 無菌製剤処理料	1178
付 G005-2中心静脈注射用カテーテル挿入・注3/歯科G005-2中心静脈注射用カテーテル挿入・注3 静脈切開法加算に規定する患者	1181

リハビリテーション【施設基準・第九】

1 H000/H001/H001-2/H002/H003/歯科H000/H000-3 疾患別リハビリテーション	1183
〈取扱い通知 H000 心大血管疾患リハビリテーション料…1193/H001 脳血管疾患等リハビリテーション料…1197/H001-2 廃用症候群リハビリテーション料…1204/H002 運動器リハビリテーション料…1209/H003 呼吸器リハビリテーション料…1214〉	
2 H003-2 リハビリテーション総合計画評価料	1217
3 H004摂食機能療法・注3/歯科H001摂食機能療法・注3 摂食嚥下機能回復体制加算	1221
4 H006 難病患者リハビリテーション料	1224
5 H007/歯科H002 障害児(者)リハビリテーション料	1226
6 H007-2/歯科H003 がん患者リハビリテーション料	1229
7 H007-3 認知症患者リハビリテーション料	1232
8 H007-4 リンパ浮腫複合的治療料	1233
9 H008/歯科H008 集団コミュニケーション療法料	1235

精神科専門療法【施設基準・第十】

1 I000-2 経頭蓋磁気刺激療法	1243
2 I002 通院・在宅精神療法	1244
3 I002-3 救急患者精神科継続支援料	1255
4 I003-2 認知療法・認知行動療法	1256
5 I006-2 依存症集団療法	1258
6 I007/I008-2/I009/I010/I010-2/I015 精神科作業療法/精神科ショート・ケア/精神科デイ・ケア/精神科ナイト・ケア/精神科デイ・ナイト・ケア/重度認知症患者デイ・ケア料	1260
7 I013抗精神病特定薬剤治療指導管理料・2 治療抵抗性統合失調症治療指導管理料	1270
8 I014 医療保護入院等診療料	1271
9 I016 精神科在宅患者支援管理料	1272

10 I002-2 精神科継続外来支援・指導料	1276
11 I012 精神科訪問看護・指導料	1277

処置【施設基準・第十一】

1 J通則8 耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算	1290
2 J001-10 静脈圧迫処置（慢性静脈不全に対するもの）	1290
3 J003-4 多血小板血漿処置	1291
4 J007-2 硬膜外自家血注入	1292
5 J017 エタノールの局所注入	1293
6 J038 人工腎臓	1293
7 J039 血漿交換療法	
(1) J039・注2 LDLアフェレシス療法	1300
(2) J039・注3 移植後抗体関連型拒絶反応治療における血漿交換療法	1300
8 J043-3 ストーマ処置・注4 ストーマ合併症加算	1301
9 J043-6 人工脾臓療法	1302
10 J045人工呼吸・注5 腹臥位療法加算の対象患者	1303
11 J045-2・1 一酸化窒素吸入療法（新生児の低酸素性呼吸不全）	1304
12 J045-3 電気インピーダンス断層撮影	1304
13 J047-3 心不全に対する遠赤外線温熱療法	1305
14 J062-2 同種死体移植腎機械灌流保存	1306
15 J070-4 磁気による膀胱等刺激法	1307
16 J118-4 歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）	1307
17 J通則5/K通則12〔歯科J通則6/J通則9〕休日加算1、時間外加算1、深夜加算1	1315

手術【施設基準・第十二】

総説 手術に係る施設基準の全体像	1322
1 K通則4/9〔歯科J通則7〕手術の通則4・9	1334
(1) K通則9〔歯科J通則7〕頭頸部悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算	1338
(2)皮膚・皮下組織	
(2)-1 K007皮膚悪性腫瘍切除術・注 皮膚悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算	1339
(2)-2 K014-2 皮膚移植術（死体）	1339
(2)-3 K019-2 自家脂肪注入	1340
(2)-4 K022・1 組織拡張器による再建手術（乳房（再建手術）の場合）/K476-4 ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）	1340
(2)-5 K022-4 静脈奇形硬化療法	1341
(3)筋骨格系・四肢・体幹	
(3)-1 K031 四肢・軀幹軟部悪性腫瘍手術・注/K053 骨悪性腫瘍手術・注 処理骨再建加算	1342
(3)-2 K046 骨折観血の手術・注/K081 人工骨頭挿入術・注 緊急整復固定加算 緊急挿入加算	1342
(3)-3 K053-2 骨悪性腫瘍、類骨骨腫及び四肢軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法	1343
(3)-4 K054-3 脛骨遠位骨切り術	1343
(3)-5 K059・3・イ 同種骨移植（非生体）（特殊なもの）/4 自家培養軟骨移植術	1343
(3)-6 K082・1・ロ 人工関節置換術（人工肩関節置換術（腱移行を伴うもの））	1344
(3)-7 K082-7 人工股関節置換術（手術支援装置を用いるもの）	1345
(3)-8 K082-8 人工膝関節置換術（手術支援装置を用	

目次

いるもの)	1345	(7)-4 K470-2 頭頸部悪性腫瘍光線力学療法	1362
(3)-9 K133-2 後縦靱帯骨化症手術 (前方進入によるもの)	1346	(8) 胸部	
(3)-10 K134-4 椎間板内酵素注入療法	1346	(8)-1 K474-3・2 乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術 (MRIによるもの)	1363
(3)-11 K136-2 腫瘍脊椎骨全摘術	1347	(8)-2 K476・注1/注2 乳癌センチネルリンパ節生検加算 K476・8/9 乳輪温存乳房切除術	1363
(4) 神経系・頭蓋		(8)-3 K476-5 乳腺悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法	1364
(4)-1 K147-3 緊急穿頭血腫除去術	1347	(8)-4 K508-4 気管支バルブ留置術	1365
(4)-2 K154 機能的定位脳手術 (てんかんの場合)	1347	(8)-5 K514-7 肺悪性腫瘍及び胸腔内軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法	1365
(4)-3 K169 頭蓋内腫瘍摘出術・注1 脳腫瘍覚醒下マッピング加算/注2 原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算	1348	(8)-6 K514・10 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))	1366
(4)-4 K169-2/K169-3 内視鏡下脳腫瘍生検術・摘出術	1349	(8)-7 K514-2・4 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術 (気管支形成を伴う肺切除)	1366
(4)-5 K178-4 経皮的脳血栓回収術・注 脳血栓回収療法連携加算	1349	(8)-8 K514-6 生体部分肺移植術	1367
(4)-6 K180・3 頭蓋骨形成手術 (骨移動を伴うもの)	1350	(8)-9 K530-3 内視鏡下筋層切開術	1367
(4)-7 K181/K181-2 脳刺激装置植込術/交換術 K190/K190-2 脊髄刺激装置植込術・交換術	1350	(9) 同種移植術	1367
(4)-8 K181-6・2・口 頭蓋内電極植込術 (脳深部電極 (7本以上))	1351	(10) 内視鏡による縫合術・閉鎖術	1369
(4)-9 K188-3 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)	1351	(11) 心・脈管	
(4)-10 K190-6/K190-7 仙骨神経刺激装置植込術・交換術	1352	(11)-1 K546/K549 経皮的冠動脈形成術・ステント留置術	1370
(4)-11 K190-8 舌下神経電気刺激装置植込術	1352	(11)-2 K548 経皮的冠動脈形成術 (特殊カテーテルによるもの)	1371
(5) 眼		(11)-3 K554-2/K555-3 胸腔鏡下弁形成術・弁置換術	1371
(5)-1 K215-2 眼瞼結膜腫瘍手術・注/K216 眼瞼結膜悪性腫瘍手術・注/K224 翼状片手術・注/K225-2 結膜腫瘍摘出術・注/K225-4 角結膜悪性腫瘍切除術・注 羊膜移植加算	1353	(11)-4 K555 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)	1373
(5)-2 K225-4 角結膜悪性腫瘍切除術	1353	(11)-5 K555-2 経カテーテル弁置換術	1373
(5)-3 K254・1 治療的角膜切除術 (エキシマレーザーによるもの)	1353	(11)-6 K555-4 経カテーテル弁周囲欠損孔閉鎖術	1374
(5)-4 K259 角膜移植術・注2 内皮移植加算	1354	(11)-7 K559-3 経皮的僧帽弁クリップ術	1375
(5)-5 K259-4 培養ヒト角膜内皮細胞移植術	1354	(11)-8 K559-4 経皮的三尖弁クリップ術	1376
(5)-6 K260-2 羊膜移植術	1354	(11)-9 K562-2 胸腔鏡下動脈管開閉鎖術	1376
(5)-7 K268・2・イ/5/6/7 緑内障手術	1355	(11)-10 K574-4 胸腔鏡下心房中隔欠損閉鎖術	1377
(5)-8 K271・1 毛様体光凝固術 (眼内内視鏡を用いるもの)	1356	(11)-11 K594 不整脈手術・4 左心耳閉鎖術	1377
(5)-9 K276-2 経皮的選択的眼動脈注入術	1356	(11)-12 K595 経皮的カテーテル心筋焼灼術・注2 磁気ナビゲーション加算	1379
(5)-10 K280-2 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)	1357	(11)-13 K595-2 経皮的中隔心筋焼灼術	1379
(5)-11 K281-2 網膜再建術	1357	(11)-14 K597/K597-2 ベースメーカー移植術・交換術	1380
(6) 耳鼻咽喉		(11)-15 K597-3/K597-4 植込型心電図記録計移植術・摘出術	1380
(6)-1 K320-2 人工中耳植込術/K328 人工内耳植込術/K305-2 植込型骨導補聴器 (直接振動型) 植込術/K328-2 植込型骨導補聴器移植術/K328-3 植込型骨導補聴器交換術	1358	(11)-16 K598/K598-2 両心室ペースメーカー移植術・交換術	1381
(6)-2 K308-3 耳管用補綴材挿入術	1359	(11)-17 K599/K599-2 植込型除細動器移植術・交換術 K599-5 経静脈電極抜去術	1382
(6)-3 K319-2 経外耳道の内視鏡下鼓室形成術	1359	(11)-18 K599-3/K599-4 両室ペースング機能付き植込型除細動器移植術・交換術	1383
(6)-4 K340-7/K343-2 内視鏡下鼻・副鼻腔手術V型 (拡大副鼻腔手術)	1359	(11)-19 K600 大動脈内バルーンパンピング法 (IABP法)	1384
(6)-5 K388-3 内喉頭筋内注入術 (ボツリヌス毒素によるもの)	1360	(11)-20 K602-2 経皮的循環補助法 (ポンプカテーテルを用いたもの)	1384
(6)-6 K400・3 喉頭形成手術 (甲状軟骨固定用器具を用いたもの)	1360	(11)-21 K603 補助人工心臓	1385
(7) 顔面・口腔・頸部		(11)-22 K603-2 小児補助人工心臓	1385
(7)-1 K443・3/K444・4 上顎骨・下顎骨形成術 (骨移動を伴う場合)	1361	(11)-23 K604-2 植込型補助人工心臓 (非拍動流型)	1386
(7)-2 K445-2 顎関節人工関節全置換術	1361	(11)-24 K605-5 骨格筋由来細胞シート心表面移植術	1386
(7)-3 内視鏡下甲状腺手術	1362	(11)-25 K613-2 腎神経焼灼術	1387
		(11)-26 K615-2 経皮の大動脈遮断術/K636-2 ダメージコントロール手術	1387
		(11)-27 K616-6 経皮の下肢動脈形成術	1388
		(11)-28 K617-5 内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝離断術	1389

目次

4-(2) M001-4・注2 粒子線治療適応判定加算	1530
4-(3) M001-4・注3 粒子線治療医学管理加算	1531
5-(1) M001-5〔歯科L001-3〕ホウ素中性子捕捉療法	1533
5-(2) M001-5・注2〔歯科L001-3・注2〕ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算	1535
5-(3) M001-5・注3〔歯科L001-3・注3〕ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算	1536
6 M004・注8〔歯科L003・注6〕画像誘導密封小線源治療加算	1537
参考 放射線治療を担当する常勤医師等の配置	1539

病理診断【施設基準・第十四の二】

1 N通則6 保険医療機関間の連携による病理診断	1545
2 N通則7 デジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製・迅速細胞診	1546
4-(1) N006・注1〔歯科O000・注1〕デジタル病理画像による病理診断	1548
4-(2) N006・注4 病理診断管理加算	1549
4-(3) N006・注5〔歯科O000・注5〕悪性腫瘍病理組織標本加算	1550
4-(4) N006・注6 国際標準病理診断管理加算	1550

歯科・医学管理等【施設基準・第三】

1 B004-6-2 歯科治療時医療管理料	1553
2 B000-4-2 小児口腔機能管理料・注3 口腔管理体制強化加算	1554
3 B000-4 歯科疾患管理料・注12 特別管理加算	1557
4 B001-2-2 口腔機能実地指導料	1563
5 B006-4 歯科遠隔連携診療料	1564
付 B002 歯科特定疾患療養管理料に規定する疾患	1566

歯科・在宅医療【施設基準・第四】

1 在宅療養支援歯科診療所 在宅療養支援歯科病院	1568
2 C000 歯科訪問診療料	1575
2-(1) 注7	1581
2-(2) 注11 地域医療連携体制加算	1581
2-(3) 注16	1582
2-(4) 注21 在宅医療DX情報活用加算	1582
2-(5) 注22 医科連携訪問加算	1583
3 C001-4-2 在宅患者歯科治療時医療管理料	1584

歯科・検査【施設基準・第五】

1 D011 有床義歯咀嚼機能検査	1586
2 D013 精密触覚機能検査	1587
3 D014 睡眠時歯科筋電図検査	1587

歯科・画像診断【施設基準・第六】

E通則6/7 歯科画像診断管理加算 E通則8/9 遠隔画像診断（歯科）	1589
-------------------------------------	------

歯科・投薬【施設基準・第七】

付 特定疾患処方管理加算に規定する疾患	1592
---------------------	------

歯科・リハビリテーション【施設基準・第九】

H001-3 歯科口腔リハビリテーション料2	1593
------------------------	------

歯科・処置【施設基準・第十一】

1 I008-2・注3/I021・注 手術用顕微鏡加算	1594
2 I029-3 口腔粘膜処置	1595
付 I通則2 特定薬剤	1596

歯科・手術【施設基準・第十二】

1 J004・注3 手術用顕微鏡を用いた歯根端切除手術	1597
2 J035-2 口腔粘膜血管腫凝固術	1597
3 J063 歯周外科手術	1598
3-(1) J063・5 歯周組織再生誘導手術	1599
3-(2) 注5 手術時歯根面レーザー応用加算	1599
4 J069・3/J075・4 上顎骨・下顎骨形成術（骨移動を伴う場合）	1600
5 J080-2 顎関節人工関節全置換術	1601
6 J111 頭頸部悪性腫瘍光線力学療法	1601
7 J109 広範囲顎骨支持型装置埋入手術	1602
付 特定薬剤	1603

歯科・麻酔【施設基準・第十二の二】

1 K004 歯科麻酔管理料	1605
2 K006 歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔（Ⅱ）	1606

歯冠修復及び欠損補綴【施設基準・第十三の二】

1 M000-2 クラウン・ブリッジ維持管理料	1608
2 M001・注5/M001-2・注1 う蝕歯無痛の窩洞形成加算	1609
3 M015-2 CAD/CAM冠 M015-3 CAD/CAMインレー	1610
4 M003-4 光学印象	1612
5 M003-2 暫間歯冠補綴装置/M025-2 広範囲顎骨支持型補綴/M041 広範囲顎骨支持型補綴物修理/M000-3 広範囲顎骨支持型補綴診断料/B013-3 広範囲顎骨支持型補綴物管理料/J110 広範囲顎骨支持型装置揺爬術	1612
6 M029・注3/注4 M030・注4/注5 歯科技工加算	1615
7 M003/M003-4/M006/M007・注 歯科技工士連携加算 光学印象歯科技工士連携加算	1617
8 M018-2 3次元プリント有床義歯	1620

歯科矯正【施設基準・第十四】

1 N000 歯科矯正診断料	1622
2 N001 顎口腔機能診断料	1625

歯科・病理診断【施設基準・第十四の二】

O000・注4 口腔病理診断管理加算	1626
--------------------	------

その他（看護職員処遇改善、ベースアップ等）

【施設基準・第十四の三】

1 令和8-9年度の賃上げとベースアップ評価料等	1640
2 O000〔歯科P000〕看護職員処遇改善評価料	1642
3 O001 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）	1648
4 O002 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）	1652
5 O003〔歯科P003〕入院ベースアップ評価料	1660

その他・歯科（ベースアップ等）

【施設基準・第十四の三】

1 P001 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）	1670
2 P002 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）	1674

3 P200 歯科技工所ベースアップ支援料	1680	2 01 薬剤調製料	1731
調剤【施設基準・第十五】		2-(1) 01・注2 無菌製剤処理加算	1733
1 00 調剤基本料	1695	3 10の2 調剤管理料	1733
(1) 00・1～4 調剤基本料1・2・3/特別調剤基本料A	1700	4 10の3 服薬管理指導料	1736
(2) 00・注1 例外的に調剤基本料1を算定できる保険薬局	1708	4-(1) 注8 特定薬剤管理指導加算2	1742
(3) 00・注4 未妥結減算・かかりつけ減算	1710	4-(2) 注17 服薬管理指導料の特例(手帳減算)	1743
(4) 00・注5 地域支援・医薬品供給対応体制加算	1712	5 14の4 調剤後薬剤管理指導料	1744
(5) 00・注6 連携強化加算	1720	6-(1) 15・注3/15の2・注3/15の3・注3 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算	1745
(6) 00・注7 バイオ後続品調剤体制加算	1722	6-(2) 15・注6/15の2・注6/15の3・注6 在宅中心静脈栄養法加算	1746
(7) 00・注8 後発医薬品減算	1723	7 15の8 在宅移行初期管理料	1751
(8) 00・注12/注13 在宅薬学総合体制加算1・2	1724	8 15の9 訪問薬剤管理医師同時指導料	1752
(9) 00・注14 電子的調剤情報連携体制整備加算	1727	9 15の10 複数名薬剤管理指導訪問料	1752
(10) 00・注15 門前薬局等立地依存減算	1728	10 40 調剤ベースアップ評価料	1753
		付 調剤に規定する患者	1756
参考 令和8年度における外来データ提出加算等の取扱いについて(令和8年4月30日事務連絡)	1766		
追補1 疑義解釈資料の送付について(その8)(令和8年6月17日事務連絡)	1770		
追補2 疑義解釈資料の送付について(その9)(令和8年6月26日事務連絡)	1773		
届出様式等一覧			
基本診療料・別紙「別添6」	1779		
基本診療料・様式「別添7」	1779		
特掲診療料・様式「別添2」	1783		
診療報酬・別紙様式	1793		
索引	1794		
各地方厚生(支)局・都府県事務所等一覧	1802		

本書の内容と構成

本書は、「基本診療料の施設基準等と診療報酬」「特掲診療料の施設基準等と診療報酬」の2編から構成しています。

■基本診療料の施設基準等と診療報酬

施設基準等が設定されている診療行為ごとに、その要点と令和8年6月改定での変更点を解説するとともに、該当する(1)施設基準関係の告示・通知、(2)診療報酬関係の告示・通知、(3)その他の関係告示・通知・事務連絡、(4)疑義解釈資料をまとめました。なお、新設された施設基準等には、項目ごとの見出し右部分に㊦と記しています。

(1)施設基準関係の告示・通知は、次のものを掲載しています（本文中では名称等省略）。

①施設基準告示：基本診療料の施設基準等（平成20年3月5日・厚生労働省告示第62号／今回改正＝令和8年3月5日・厚生労働省告示第70号）

②取扱い通知：基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（令和8年3月5日・保医発0305第7号）

(2)診療報酬関係の告示・通知は、次のものを掲載しています（本文中では名称等省略）。

①診療報酬（点数表）：診療報酬の算定方法（平成20年3月5日・厚生労働省告示第59号／今回改正＝令和8年3月5日・厚生労働省告示第69号）

②留意事項通知：診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について（令和8年3月5日・保医発0305第6号）の概要

(3)その他の告示・通知・事務連絡については、当該箇所に名称等を記しました。

(4)疑義解釈資料（厚生労働省保険局医療課事務連絡）は、原則として施設基準の取扱いに関連するものについて、令和8年改定に係る疑義解釈を項目ごとに掲載しました。

※1 上記(1)(2)(3)の告示・通知については、令和8年改定において実質的な変更があった部分には下線を付して示しました（ただし、全体が新設の場合は付していません）。

※2 告示等は、関連部分を抜粋し原文で掲載していますが、内容上参照すべき事項について【 】で付加している部分があります。

■特掲診療料の施設基準等と診療報酬

原則として、上記「基本診療料の施設基準等と診療報酬」と同様に構成しています。

(1)施設基準関係の告示・通知は、次のものを掲載しています（本文中では名称等省略）。

①施設基準告示：特掲診療料の施設基準等（平成20年3月5日・厚生労働省告示第63号／今回改正＝令和8年3月5日・厚生労働省告示第71号／最終改正＝令和8年5月29日・厚生労働省告示第229号）

②取扱い通知：特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（令和8年3月5日・保医発0305第8号）

(2)その他「基本診療料の施設基準等と診療報酬」の(2)(3)(4)と同様に掲載しています。ただし、「手術」については、各項目の(2)は省略しています。

令和8年（2026年）6月30日段階での法令・通知・事務連絡等にもとづき作成しました。なお、①その後の追捕等の情報や、②令和6年改定以前の疑義解釈資料は、小社ウェブサイトに掲載します。



基本診療料の施設基準等と診療報酬

基本診療料等の施設基準等（通則事項）【施設基準・第一、第二】	13
初・再診料の施設基準等【施設基準・第三】	33
入院料等の通則と施設基準等【施設基準・第三の二、第四、第四の二】	68
入院基本料の施設基準等	
病院の入院基本料の施設基準等【施設基準・第五】	91
通則事項	91
A100 一般病棟入院基本料	160
A101 療養病棟入院基本料	170
A102 結核病棟入院基本料	195
A103 精神病棟入院基本料	199
A104 特定機能病院入院基本料	207
A105 専門病院入院基本料	216
A106 障害者施設等入院基本料	221
診療所の入院基本料の施設基準等【施設基準・第六】	231
通則事項	231
A108 有床診療所入院基本料	233
A109 有床診療所療養病床入院基本料	239
入院基本料等加算の施設基準等【施設基準・第八】	248
特定入院料の施設基準等【施設基準・第九】	526
短期滞在手術等基本料の施設基準等【施設基準・第十】	746
歯科の施設基準等	753

歯科点数表における入院関連項目の区分番号等について

本編内の入院関連項目については、通則の項番や区分番号の表記は医科点数表におけるものを使用した。これらの項目の歯科点数表における通則の項番や区分番号については、次の対照表を参考にされたい。

医科 点数表	歯科 点数表	項目名称	医科 点数表	歯科 点数表	項目名称
入院 通則 7	入院 通則 5	定数超過入院等の入院基本料	A223-2 A224	A219-2 A220	診療所療養病床療養環境改善加算 無菌治療室管理加算
入院 通則 8~11	入院 通則 6~9	入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策、栄養管理体制、意思決定支援、身体的拘束最小化及び継続的に質上げに係る取組を実施している保険医療機関の基準	A226-2	A221-2	緩和ケア診療加算
			A226-3	A221-3	有床診療所緩和ケア診療加算
			A226-4	A221-4	小児緩和ケア診療加算
			A232	A222	がん拠点病院加算
A100	A100	一般病棟入院基本料	A233	A223	リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算
A101	A101	療養病棟入院基本料			
A104	A102	特定機能病院入院基本料	A233-2	A223-2	栄養サポートチーム加算
A105	A103	専門病院入院基本料	A234	A224	医療安全対策加算
A106	A103-2	障害者施設等入院基本料	A234-2	A224-2	感染対策向上加算
A108	A105	有床診療所入院基本料	A234-3	A224-3	患者サポート体制充実加算
A109	A106	有床診療所療養病床入院基本料	A234-4	A224-4	重症患者初期支援充実加算
A200	A200	急性期総合体制加算	A234-5	A224-5	報告書管理体制加算
A204-2	A204-2	臨床研修病院入院診療加算	A235	A225	身体的拘束最小化推進体制加算
A204-4	A204-4	包括期充実体制加算	A236	A226	褥瘡ハイリスク患者ケア加算
A205	A205	救急医療管理加算	A246	A227-5	入退院支援加算
A206	A205-2	在宅患者緊急入院診療加算	A246-3	A227-6	医療的ケア児（者）入院前支援加算
A207	A206	診療録管理体制加算	A247	A228	認知症ケア加算
A207-2	A206-2	医師事務作業補助体制加算	A247-2	A228-2	せん妄ハイリスク患者ケア加算
A207-3	A206-3	急性期看護補助体制加算	A242-2	A242-2	術後疼痛管理チーム加算
A207-4	A206-4	看護職員夜間配置加算	A243	A243	地域支援・医薬品供給対応体制加算
A207-5	A206-5	電子的診療情報連携体制整備加算	A243-2	A243-2	バイオ後続品使用体制加算
A210	A208-2	難病患者等入院診療加算	A244	A244	病棟薬剤業務実施加算
A212	A208-3	超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算	A252	A246	地域医療体制確保加算
			A254	A247	医療提供機能連携確保加算
A213	A209	看護配置加算	—	A250	地域歯科診療支援病院入院加算
A214	A210	看護補助加算	A301	A300	特定集中治療室管理料
A215	A211	看護・多職種協働加算	A301-2	A301	ハイケアユニット入院医療管理料
A218	A214	地域加算	A301-4	A302	小児特定集中治療室管理料
A218-2	A214-2	離島加算	A310	A303	緩和ケア病棟入院料
A219	A215	療養環境加算	A307	A304	小児入院医療管理料
A221	A217	重症者等療養環境特別加算	A317	A305	特定一般病棟入院料
A222	A218	療養病棟療養環境加算	A308-3	A306	地域包括ケア病棟入院料
A222-2	A218-2	療養病棟療養環境改善加算	A304	A307	地域包括医療病棟入院料
A223	A219	診療所療養病床療養環境加算	A400	A400	短期滞在手術等基本料

基本診療料等の施設基準等（通則事項）

基本診療料の診療行為項目については、初・再診療、病院の入院基本料、診療所の入院基本料、入院基本料等加算、特定入院料、短期滞在手術等入院基本料の区分で施設基準が設定されている（設定の細目は2頁・目次を参照）。保険医療機関は、施設基準の要件を満たすことにより、または施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出ることにより、その診療行為項目を算定できる。

〈通則的な留意事項〉

- (1) 診療科については、当該診療科名に他の事項を組み合わせる場合も含むものである。
- (2) 診療等に要する書面等が示されている。なお、様式として示されているものは、参考であり、示されている事項が全て記載されていれば、同じ様式でなくても差し支えない。
- (3) 施設基準等における常勤配置とは、従事者が産前産後休業、育児休業、介護休業等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。また、正職員として勤務する者について、育児・介護休業により当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあっては、週30時間以上の勤務で常勤扱いとする。

〈届出及び届出の受理〉

施設基準の届出に関しては、施設基準の要件を満たすとともに、届出前6月間に不正又は不当な届出を行ったことがないこと等が必要である。届出及び届出の受理等に関する要旨は次のとおり。

- (1) 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で行う。
- (2) 届出を行おうとする保険医療機関の開設者は、所在地の地方厚生局長等に対して、当該施設基準に係る届出書を1通提出する。保険医療機関は届出書の写しを適切に保管する。
- (3) 地方厚生局長等は、記載事項等を確認した上で2週間以内に受理又は不受理を決定する。
- (4) 届出に当たっては、特に規定する場合を除き、届出前1か月の実績を有していること。

ただし、以下の左欄の項目については、各々右欄に掲げる実績要件が必要となる。

A301特定集中治療室管理料【直近1年間の新入室患者の入室日SOFAスコア5以上等割合】	届出前3か月
精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急急性期医療入院料、精神科救急・合併症入院料、精神科地域包括ケア病棟入院料	届出前4か月
回復期リハビリテーション病棟入院料1～4、回復期リハビリテーション入院医療管理料	届出前6か月
地域移行機能強化病棟入院料	届出前1年間

届出については各月末日までに要件審査が行われ、届出が受理された場合は翌月1日（月最初の開庁日の場合はその月の1日）から、その届出に係る診療報酬を算定する。なお、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。

〈届出後の変更〉

届出後に施設基準を満たさなくなった場合や施設基準の届出区分が変更となった場合は、遅滞なく変更の届出等を行う。また、病床数に著しい増減があった場合には、そのつど届出を行う。著しい増減とは、病棟数の変更や、病棟種別ごとの病床数に1割以上の増減があった場合等のことだが、これに該当しない場合でも、病床数の増減により届出の基準を満たさなくなった場合には、当然、変更の届出は必要である。

ただし、次頁の表に掲げる事項についての一時的な変動は、変更の届出を要しない。

〈変更届出後の算定開始〉

変更の届出は、届出内容と異なった事情が生じた月の翌月に速やかに行う。その場合、変更の届出を行った月の翌月から変更後の入院基本料等を算定する。ただし、面積要件や常勤職員の配置要件のみの変更など、月単位の数値を用いた要件を含まない施設基準の場合は、施設基準を満たさなくなった月に速やかに変更の届出を行い、届出月の翌月から変更後の入院基本料等を算定する。

〈届出後の調査・報告と情報提供〉

地方厚生（支）局では、受理した届出について適時調査を行い（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、届出の受理の変更などを行う。届出を行った保険医療機関は、毎年8月1日現在で施設基準の適合性を確認し、その結果について報告を行う。

なお、地方厚生（支）局では、受理した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。被保険者等の便宜に供するため、地方厚生（支）局で閲覧に供するとともに（ホームページへの掲載等を含む）、適宜とりまとめて保険者等に提供するよう努める。

保険医療機関も、療養担当規則等にもとづき、院内の見やすい場所に届出内容の掲示を行う。

届出の通則【第一】／施設基準の通則【第二】

〈医療機関等における事務等の簡素化・効率化－令和8年改定〉

医療機関等における医療DXへの対応や、業務の簡素化を図る観点から、診療に係る様式の簡素化や署名・記名押印の見直し、施設基準等に係る届出や報告事項の見直しが行われた。

- (1) 医療DXへの対応を見据え、既存の様式を含め、各種様式の共通項目については、可能な範囲で記載の統一を図る。
- (2) 入院診療計画書のような業務負担の大きい計画書やその他煩雑な計画書について、様式の簡素化や運用の見直しを行うとともに、各種様式の署名又は記名・押印について、代替方法で担保できるものは廃止する。

【廃止】 院内で使用したり、院内で直接患者に手渡されるものは、署名又は記名・押印を廃止（記名のみ）	入院診療計画書 リハビリテーション実施計画書 生活習慣病療養計画書 等
【一部簡素化】 他機関に交付される書類であっても、2回目以降や直接手渡すなど作成した医療機関から送付されたものであることが明らかな場合は、署名又は記名・押印を省略可	診療情報提供書 保険医療機関間の病理診断に係る情報提供様式 等

- (3) 施設基準等届出のオンライン化を引き続き進めるとともに、円滑にオンライン化が進むよう、届出様式の削減や届出項目を最小化する。
- (4) 施設基準等の適合性や診療報酬に関する実績を確認するために、毎年、地方厚生（支）局長や厚生労働省に報告を求めている様式について、他に代替方法がないものや次期報酬改定に必要なものに限定するとともに、添付書類の省略等の簡素化を図る。
- (5) 歯科診療報酬において保険適用について事前承認を求めることとされているもののうち、通知等で明確化されているものを、事前承認の対象から除外する。

変更の届出を必要としない場合

(1)平均在院日数、月平均夜勤時間数	暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動
(2)医師と患者の比率	暦月で3か月を超えない期間の次に掲げる範囲の一時的な変動 ア) 医療法の標準数を満たしていることが算定要件の場合：当該保険医療機関における医師の配置数が、医療法の標準数から1を減じた数以上である範囲 イ) 急性期病院A一般入院料、結核病棟・専門病院入院基本料の7対1入院基本料：常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数に100分の10を乗じて得た数から1を減じた数以上
(3)①1日当たり勤務する看護要員（看護師及び准看護師又は看護補助者）の数 ②看護要員の数と入院患者の比率 ③看護職員（看護師及び准看護師）の必要数に対する看護師の比率	暦月で1か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動
(4)医療法上の許可病床数（感染症病床を除く）100床未満の病院／特別入院基本料（月平均夜勤時間超過減算により算定する場合を除く）算定保険医療機関の場合 ①1日当たり勤務する看護要員の数 ②看護要員の数と入院患者の比率 ③看護職員の必要数に対する看護師の比率	暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動
(5)該当患者の割合（一般病棟用の重症度、医療看護必要度Ⅰ又はⅡを用いる要件を除き、特定集中治療室管理料の「直近1年間の新入室患者の入室日SOFAスコア5（もしくは3）以上割合」を含む）	暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動
(6)紹介割合及び逆紹介割合	暦月で3か月間の一時的な変動
(7)災害時等において別に当局による定めがある事項についての一時的な変動	

【やむを得ない事情における施設基準等に関する取扱い（令和8年改定による見直し）】

医療現場を取り巻く人手不足の状況下で、質の高い医療提供体制の維持とそのための人材確保の取組の両立を図る観点から、公共職業安定所や無料職業紹介事業者、適正認定事業者を活用する等により、平時から看護職員確保の取組を行っているにもかかわらず、やむを得ない事情によって一時的に看護職員確保ができない場合について、看護職員の配置基準が柔軟化された。

突発的で想定が困難な事象によりやむを得ない事情が生じ、1日当たり勤務する看護要員の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率について、暦月で1か月を超える期間の1割以内の一時的な変動があった場合、次の全てに該当するときは、3か月を超えない期間に限り変更の届出を行わなくてもよい（1年に1回に限る。）

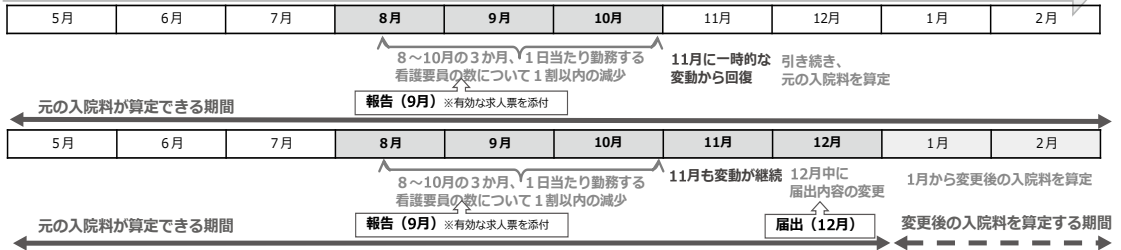
- ①公共職業安定所又は都道府県ナースセンター等の無料職業紹介事業を活用して看護職員の確保に係る取組を行っていること。やむを得ない事情が生じていない場合においても、看護職員の求人を行う場合には、公共職業安定所又は無料職業紹介事業の活用等の看護職員の確保に係る取組を行っていることが望ましい。
- ②民間職業紹介事業者を利用する場合においては、医療・介護・保育分野における適正な有料職業紹介事業者認定制度による適正認定事業者を含むこと。
- ③当該医療機関が自ら採用情報をウェブサイトで公表する等、看護職員確保に係る取組を積極的に行っていることが望ましい。
- ④やむを得ない事情が生じた場合であって、一時的に看護職員の確保ができない場合においては、一部の看護要員へ過度な業務負担とならないよう、保険医療機関は看護要員の適正な労働時間管理を行い、体制の整備を図るよう努めること。

例）8～10月の3か月、1日当たり勤務する看護要員の数について1割以内の変動が生じた場合

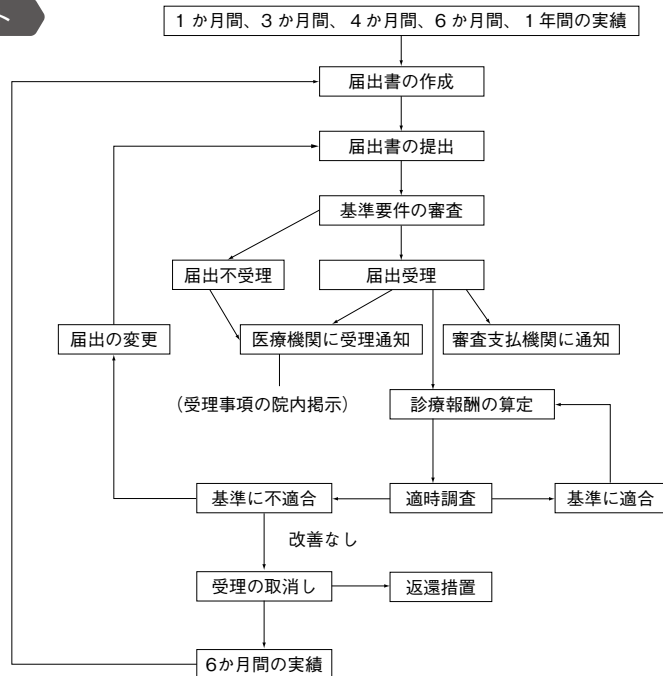
看護職員の確保に係る取組

① ハローワーク又は都道府県ナースセンター等の無料職業紹介事業を活用（民間職業紹介事業者を利用する場合は、適正認定事業者を活用）

② 医療機関が自ら採用情報をウェブサイトで公表する等の看護職員確保に係る取組を行うことが望ましい



届出のフローチャート



施設基準告示 基本診療料の施設基準等**第一 届出の通則**

- 一 保険医療機関（健康保険法（大正11年法律第70号）第63条第3項第一号に規定する保険医療機関をいう。以下同じ。）は、第二から第十までに規定する施設基準に従い、適正に届出を行わなければならないこと。
- 二 保険医療機関は、届出を行った後に、当該届出に係る内容と異なる事情が生じた場合には、速やかに届出の内容の変更を行わなければならないこと。
- 三 届出の内容又は届出の変更の内容が第二から第十までに規定する施設基準に適合しない場合には、当該届出又は届出の変更は無効であること。
- 四 届出については、届出を行う保険医療機関の所在地を管轄する地方厚生局長又は地方厚生支局長（以下「地方厚生局長等」という。）に対して行うこと。ただし、当該所在地を管轄する地方厚生局又は地方厚生支局の分室がある場合には、当該分室を経由して行うこととする。

第二 施設基準の通則

- 一 地方厚生局長等に対して当該届出を行う前6月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。
- 二 地方厚生局長等に対して当該届出を行う前6月間において療担規則及び葉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）第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。
- 三 地方厚生局長等に対して当該届出を行う前6月間において、健康保険法第78条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号。以下「高齢者医療確保法」という。）第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。
- 四 地方厚生局長等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）に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

取扱い通知 基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて

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57号）の告示に伴い、「基本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70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審査支払機関等に周知徹底を図り、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「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和6年3月5日保医発0305第2号）は、令和8年5月31日限り廃止する。

記**第1 基本診療料の施設基準等**

基本診療料の施設基準等については、「基本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「基本診療料の施設基準等」（平成20年厚生労働省告示第62号）に定めるものの他、下記のとおりとし、下記の施設基準等を歯科診療について適用する場合にあっては、必要に応じて、当該

基準等中「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。

- 1 初・再診療の施設基準等は別添1のとおりとすること。
- 2 入院基本料等の施設基準等は別添2のとおりとすること。
- 3 入院基本料等加算の施設基準等は別添3のとおりとすること。
- 4 特定入院料の施設基準等は別添4のとおりとすること。
- 5 短期滞在手術等基本料の施設基準等は別添5のとおりとすること。
- 6 基本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る場合も含むものであること。
- 7 診療等に要する書面等は別添6のとおりであること。

なお、当該書面による様式として示しているものは、参考として示しているものであり、示している事項が全て記載されている様式であ

ば、別添6の様式と同じでなくても差し支えないものであること。

また、当該様式の作成や保存方法等に当たっては、医師事務作業の負担軽減等の観点から各保険医療機関において工夫されたい。

- 8 基本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（以下「産前産後休業」という。）、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条第一号に規定する育児休業（以下「育児休業」という。）、同条第二号に規定する介護休業（以下「介護休業」という。）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二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（以下「育児休業に準ずる休業」という。）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、第23条の3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っては、週30時間以上の勤務で常勤扱いとすること。

- 9 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は、患者の個人情報等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」に対応していること。
- 10 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
- 11 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 「基本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

医療機関単位で行うものであること。

- 2 「基本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の開設者は、当該保険医療機関の所在地の地方厚生（支）局長に対して、**別添7【→27頁】**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の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、地方厚生（支）局は届出書を基に、「基本診療料の施設基準等」及び本通知の第1に規定する基準に適合するかどう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、特に規定する場合を除き、届出前1か月の実績を有していること。ただし、次に掲げる入院料に係る実績については、それぞれ以下に定めるところによること。なお、特に規定するものの他、単なる名称変更、移転等で実体的に開設者及び従事者に変更がないと考えられるものについては実績を要しない。

特定集中治療室管理料の施設基準のうち1の(12)及び2の(6)については届出前3か月、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急急性期医療入院料及び精神科救急・合併症入院料の施設基準については届出前4か月、回復期リハビリテーション病棟入院料1、回復期リハビリテーション病棟入院料2、回復期リハビリテーション病棟入院料3、回復期リハビリテーション病棟入院料4及び回復期リハビリテーション入院医療管理料の施設基準については届出前6か月、地域移行機能強化病棟入院料の施設基準については届出前1年間の実績を有していること。

- 5 基本診療料の施設基準等に係る届出を行う保険医療機関が、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揭示事項等（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である場合。
- (3) 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）（以下「高齢者医療確保法」という。）第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められた保険医療機関である場合。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。
- (4) 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）に該当している保険医療機関である場合。
- 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。
- 情報通信機器を用いた診療に係る基準
- | | | |
|--------------------|----------|---|
| 機能強化加算 | （機能強化）第 | 号 |
| 外来感染対策向上加算 | （外来感染）第 | 号 |
| 連携強化加算 | （連携強化）第 | 号 |
| サーベイランス強化加算 | （サ強化）第 | 号 |
| 抗菌薬適正使用体制加算 | （抗薬適）第 | 号 |
| 電子的診療情報連携体制整備加算1 | （外医DX1）第 | 号 |
| 電子的診療情報連携体制整備加算2 | （外医DX2）第 | 号 |
| 電子的診療情報連携体制整備加算3 | （外医DX3）第 | 号 |
| 電子的歯科診療情報連携体制整備加算1 | （歯医DX1）第 | 号 |
| 電子的歯科診療情報連携体制整備加算2 | （歯医DX2）第 | 号 |
| 看護師等遠隔診療補助加算（看遠診） | 第 | 号 |

- | | | |
|--------------------------------|----------|---|
| 時間外対応体制加算1 | （時間外1）第 | 号 |
| 時間外対応体制加算2 | （時間外2）第 | 号 |
| 時間外対応体制加算3 | （時間外3）第 | 号 |
| 時間外対応体制加算4 | （時間外4）第 | 号 |
| 地域包括診療加算 | （地包加）第 | 号 |
| 外来データ提出加算 | （外デ提）第 | 号 |
| 初診料（歯科）の注1に掲げる基準 | （歯初診）第 | 号 |
| 地域歯科診療支援病院歯科初診料 | （病初診）第 | 号 |
| 歯科外来診療医療安全対策加算1 | （外安全1）第 | 号 |
| 歯科外来診療医療安全対策加算2 | （外安全2）第 | 号 |
| 歯科外来診療感染対策加算1 | （外感染1）第 | 号 |
| 歯科外来診療感染対策加算2 | （外感染2）第 | 号 |
| 歯科外来診療感染対策加算3 | （外感染3）第 | 号 |
| 歯科外来診療感染対策加算4 | （外感染4）第 | 号 |
| 歯科診療特別対応連携加算 | （歯特連）第 | 号 |
| 初診料（歯科）の注16及び再診料（歯科）の注13に掲げる基準 | （歯情報通信）第 | 号 |
| 情報通信機器を用いた看護業務の効率化に係る基準 | （看情報通信）第 | 号 |
| 継続的に賃上げに係る取組を実施している保険医療機関の基準 | （入減免）第 | 号 |
| 一般病棟入院基本料 | （一般入院）第 | 号 |
| 療養病棟入院基本料 | （療養入院）第 | 号 |
| 結核病棟入院基本料 | （結核入院）第 | 号 |
| 精神病棟入院基本料 | （精神入院）第 | 号 |
| 特定機能病院入院基本料 | （特定入院）第 | 号 |
| 専門病院入院基本料 | （専門入院）第 | 号 |
| 障害者施設等入院基本料 | （障害入院）第 | 号 |
| 有床診療所入院基本料 | （診入院）第 | 号 |
| 有床診療所入院基本料在宅復帰機能強化加算 | （診入帰）第 | 号 |
| 有床診療所療養病床入院基本料 | （診療養入院）第 | 号 |
| 有床診療所療養病床入院基本料在宅復帰機能強化加算 | （診療養入帰）第 | 号 |
| 急性期総合体制加算1 | （急総1）第 | 号 |
| 急性期総合体制加算2 | （急総2）第 | 号 |
| 急性期総合体制加算3 | （急総3）第 | 号 |
| 急性期総合体制加算4 | （急総4）第 | 号 |
| 急性期総合体制加算5 | （急総5）第 | 号 |
| 包括期充実体制加算 | （包充実）第 | 号 |

救急医療管理加算	（救急医療）第	号
超急性期脳卒中加算	（超急性期）第	号
診療録管理体制加算 1	（診療録 1）第	号
診療録管理体制加算 2	（診療録 2）第	号
医師事務作業補助体制加算 1		
	（事補 1）第	号
医師事務作業補助体制加算 2		
	（事補 2）第	号
急性期看護補助体制加算（急性看護）	第	号
看護職員夜間配置加算（看護夜配）	第	号
電子的診療情報連携体制整備加算 1		
	（入医 D X 1）第	号
電子的診療情報連携体制整備加算 2		
	（入医 D X 2）第	号
特殊疾患入院施設管理加算（特施）	第	号
看護配置加算（看護配）	第	号
看護補助加算（看護補）	第	号
看護・多職種協働加算（看護多協）	第	号
療養環境加算（療）	第	号
重症者等療養環境特別加算（重）	第	号
産科管理加算 1	（産 1）第	号
産科管理加算 2	（産 2）第	号
療養病棟療養環境加算 1（療養 1）	第	号
療養病棟療養環境加算 2（療養 2）	第	号
療養病棟療養環境改善加算 1		
	（療養改 1）第	号
療養病棟療養環境改善加算 2		
	（療養改 2）第	号
診療所療養病床療養環境加算		
	（診療養）第	号
診療所療養病床療養環境改善加算		
	（診療養改）第	号
無菌治療室管理加算 1（無菌 1）	第	号
無菌治療室管理加算 2（無菌 2）	第	号
放射線治療病室管理加算（治療用放射性同位元素による場合）	（放射治療）第	号
放射線治療病室管理加算（密封小線源による場合）	（放射密封）第	号
緩和ケア診療加算（緩和診）	第	号
有床診療所緩和ケア診療加算		
	（診緩和診）第	号
小児緩和ケア診療加算（小児緩和診）	第	号
精神科応急入院施設管理加算（精応）	第	号
精神科入院時医学管理加算		
	（精入学）第	号
精神科地域移行実施加算（精移行）	第	号
精神科身体合併症管理加算		
	（精合併加算）第	号
精神科リエゾンチーム加算（精リエ）	第	号
依存症入院医療管理加算（依存管理）	第	号
精神科慢性身体合併症管理加算		

	（精慢合併）第	号
摂食障害入院医療管理加算		
	（摂食障害）第	号
リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算 1	（リハ栄養 1）第	号
リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算 2	（リハ栄養 2）第	号
栄養サポートチーム加算（栄養チ）	第	号
口腔管理連携加算（口腔管）	第	号
医療安全対策加算 1（医療安全 1）	第	号
医療安全対策加算 2（医療安全 2）	第	号
感染対策向上加算 1（感染対策 1）	第	号
感染対策向上加算 2（感染対策 2）	第	号
感染対策向上加算 3（感染対策 3）	第	号
患者サポート体制充実加算（患サポ）	第	号
重症患者初期支援充実加算		
	（重症初期）第	号
報告書管理体制加算（報告管理）	第	号
身体的拘束最小化推進体制加算		
	（拘束小）第	号
褥瘡ハイリスク患者ケア加算		
	（褥瘡ケア）第	号
ハイリスク妊娠管理加算（ハイ妊娠）	第	号
ハイリスク分娩管理加算（ハイ分娩）	第	号
地域連携分娩管理加算（地域分娩）	第	号
精神科救急搬送患者地域連携紹介加算		
	（精救急紹介）第	号
精神科救急搬送患者地域連携受入加算		
	（精救急受入）第	号
呼吸ケアチーム加算（呼吸チ）	第	号
術後疼痛管理チーム加算（術後疼痛）	第	号
地域支援・医薬品供給対応体制加算 1		
	（地薬供 1）第	号
地域支援・医薬品供給対応体制加算 2		
	（地薬供 2）第	号
地域支援・医薬品供給対応体制加算 3		
	（地薬供 3）第	号
バイオ後続品使用体制加算（バ後使）	第	号
病棟薬剤業務実施加算 1（病棟薬 1）	第	号
病棟薬剤業務実施加算 2（病棟薬 2）	第	号
病棟薬剤業務実施加算 3（病棟薬 3）	第	号
薬剤業務向上加算（薬向上）	第	号
データ提出加算（データ提）	第	号
入退院支援加算（入退支）	第	号
精神科入退院支援加算（精入退支）	第	号
医療のケア児（者）入院前支援加算		
	（医ケア支）第	号
認知症ケア加算（認ケア）	第	号
せん妄ハイリスク患者ケア加算		
	（せん妄ケア）第	号
精神疾患診療体制加算（精疾診）	第	号

精神科急性期医師配置加算
(精急医配) 第 号

排尿自立支援加算 (排自支) 第 号

地域医療体制確保加算 1
(地医確保 1) 第 号

地域医療体制確保加算 2
(地医確保 2) 第 号

医療提供機能連携確保加算
(医提連) 第 号

協力対象施設入所者入院加算
(協力施設) 第 号

精神科地域密着多機能体制加算 1
(精地密 1) 第 号

精神科地域密着多機能体制加算 2
(精地密 2) 第 号

精神科地域密着多機能体制加算 3
(精地密 3) 第 号

地域歯科診療支援病院入院加算
(地歯入院) 第 号

救命救急入院料 1 (令和 8 年 6 月 1 日以降に新たに算定する場合) (救命 1) 第 号

救命救急入院料 1 (上記以外の場合)
(救 1) 第 号

救命救急入院料 2 (令和 8 年 6 月 1 日以降に新たに算定する場合) (救命 2) 第 号

救命救急入院料 2 (上記以外の場合)
(救 2) 第 号

特定集中治療室管理料 1 (令和 8 年 6 月 1 日以降に新たに算定する場合又は引き続き算定するとして届け出直す場合)
(集中 1) 第 号

特定集中治療室管理料 1 (上記以外の場合)
(集 1) 第 号

特定集中治療室管理料 2 (令和 8 年 6 月 1 日以降に新たに算定する場合又は引き続き算定するとして届け出直す場合)
(集中 2) 第 号

特定集中治療室管理料 1 (上記以外の場合)
(集 2) 第 号

特定集中治療室管理料 3 (令和 8 年 6 月 1 日以降に新たに算定する場合又は引き続き算定するとして届け出直す場合)
(集中 3) 第 号

特定集中治療室管理料 3 (上記以外の場合)
(集 3) 第 号

ハイケアユニット入院医療管理料 1
(ハイケア 1) 第 号

ハイケアユニット入院医療管理料 2
(ハイケア 2) 第 号

ハイケアユニット入院医療管理料の注 5
(ハイケア注) 第 号

脳卒中ケアユニット入院医療管理料
(脳卒中ケア) 第 号

小児特定集中治療室管理料 (小集) 第 号

新生児特定集中治療室管理料 1
(新 1) 第 号

新生児特定集中治療室管理料 2
(新 2) 第 号

新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料
(新重) 第 号

総合周産期特定集中治療室管理料
(周) 第 号

新生児治療回復室入院医療管理料
(新回復) 第 号

一類感染症患者入院医療管理料
(一類) 第 号

特殊疾患入院医療管理料 (特入) 第 号

小児入院医療管理料 1 (小入 1) 第 号

小児入院医療管理料 2 (小入 2) 第 号

小児入院医療管理料 3 (小入 3) 第 号

小児入院医療管理料 4 (小入 4) 第 号

小児入院医療管理料 5 (小入 5) 第 号

地域包括医療病棟入院料 1
(地包医 1) 第 号

地域包括医療病棟入院料 2
(地包医 2) 第 号

回復期リハビリテーション病棟入院料 1
(回 1) 第 号

回復期リハビリテーション病棟入院料 2
(回 2) 第 号

回復期リハビリテーション病棟入院料 3
(回 3) 第 号

回復期リハビリテーション病棟入院料 4
(回 4) 第 号

回復期リハビリテーション病棟入院料 5
(回 5) 第 号

回復期リハビリテーション入院医療管理料
(回管) 第 号

地域包括ケア病棟入院料 1 及び地域包括ケア入院医療管理料 1 (地包ケア 1) 第 号

地域包括ケア病棟入院料 2 及び地域包括ケア入院医療管理料 2 (地包ケア 2) 第 号

地域包括ケア病棟入院料 3 及び地域包括ケア入院医療管理料 3 (地包ケア 3) 第 号

地域包括ケア病棟入院料 4 及び地域包括ケア入院医療管理料 4 (地包ケア 4) 第 号

特殊疾患病棟入院料 1 (特疾 1) 第 号

特殊疾患病棟入院料 2 (特疾 2) 第 号

緩和ケア病棟入院料 1 (緩 1) 第 号

緩和ケア病棟入院料 2 (緩 2) 第 号

精神科救急急性期医療入院料 (精救) 第 号

精神科急性期治療病棟入院料 1

	(精急1) 第	号
精神科急性期治療病棟入院料2		
	(精急2) 第	号
精神科救急・合併症入院料（精合併）第		号
児童・思春期精神科入院医療管理料		
	(児春入) 第	号
精神療養病棟入院料	(精療) 第	号
認知症治療病棟入院料1	(認治1) 第	号
認知症治療病棟入院料2	(認治2) 第	号
特定一般病棟入院料1	(特般1) 第	号
特定一般病棟入院料2	(特般2) 第	号
地域移行機能強化病棟入院料		

	(移機強) 第	号
特定機能病院リハビリテーション病棟入院料		
	(特定リハ) 第	号
短期滞在手術等基本料1	(短手1) 第	号
入院手術対応加算	(入手) 第	号

- 7 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。なお、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。
- 8 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、保険医療機関の開設者は遅滞なく変更の届出等を行うものであること。また、病床数に著しい増減があった場合にはその都度届出を行うものであること。なお、病床数の著しい増減とは、病棟数の変更や、病棟の種類ごとの病床数に対して1割以上の病床数の増減があった場合等のことであるが、これに該当しない病床数の変更の場合であっても、病床数の増減により届出の基準を満たさなくなった場合には、当然、変更の届出は必要である。

ただし、次に掲げる事項についての一時的な変動についてはこの限りではない。

- (1) 平均在院日数及び月平均夜勤時間数については、暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動。
- (2) 医師と患者の比率については、暦月で3か月を超えない期間の次に掲げる範囲の一時的な変動。
 - ア 医療法（昭和23年法律第205号）に定め

る標準数を満たしていることが届出に係る診療料の算定要件とされている場合

当該保険医療機関における医師の配置数が、医療法に定める標準数から1を減じた数以上である範囲

- イ 「基本診療料の施設基準等」第五の二の(1)のイの②の4、四の(1)のイの④及び六の(2)のイの⑤の場合

常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数に100分の10を乗じて得た数から1を減じた数以上

- (3) 1日当たり勤務する看護師及び准看護師又は看護補助者（以下「看護要員」という。）の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護師及び准看護師（以下「看護職員」という。）の数に対する看護師の比率については、暦月で1か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動。
- (4) 医療法上の許可病床数（感染症病床を除く。）が100床未満の病院及び特別入院基本料（月平均夜勤時間超過減算により算定する場合を除く。）を算定する保険医療機関にあっては、1日当たり勤務する看護要員の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護職員の数に対する看護師の比率については、暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動。
- (5) 算定要件（一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡ（以下「重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡ」という。）の評価方法を用いる要件を除き、特定集中治療室管理料の施設基準のうち1の(12)及び3の(5)の要件を含む。）中の該当患者の割合については、暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動。
- (6) 算定要件中の紹介割合及び逆紹介割合については、暦月で3か月間の一時的な変動。
- (7) 災害時等において別に当局による定めがある事項についての一時的な変動。

- 2 1による変更の届出は、1のただし書の場合を除き、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速やかに行うこと。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）から変更後の入院基本料等を算定すること。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に係る場合には、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入院基本料等を算定すること。

- 3 突発的で想定が困難な事象によりやむを得ない事情が生じ、1日当たり勤務する看護要員の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護職員の数に対する看護師の比率について、暦月で1か月を超える1割以内の一時的な変動があった場合（ただし、別添2の第2の19に規定する情報通信機器等を用いた看護職員及び看護補助者の業務の効率化に係る届出を行っている病棟を除く。）、次の全てに該当するときは、第3の1(3)及び(4)の規定にかかわらず、3か月を超えない期間に限り変更の届出を行わなくてもよい（1年に1回に限る。）。この場合、看護職員の確保に係る取組及び一時的に看護職員を確保できないやむを得ない事情であることを別添7の様式59【→26頁】に記載し、当該事情が生じた日の属する月の翌月までに速やかに地方厚生（支）局長に報告すること。なお、別添7の様式59には、報告する時点で有効な求人票の写しを添付すること。

- (1) 職業安定法（昭和22年法律第141号）第8条に定める公共職業安定所（以下単に「公共職業安定所」という。）又は都道府県ナースセンター等の同法第33条に定める無料の職業紹介事業（以下単に「無料職業紹介事業」という。）を活用して看護職員の確保に係る取組を行っていること。なお、やむを得ない事情が生じていない場合においても、看護職員の求人を行う場合には、公共職業安定所又は無料職業紹介事業の活用等の看護職員の確保に係る取組を行っていることが望ましい。

- (2) 看護職員の確保に係る取組にあたって民間職業紹介事業者を利用する場合においては、医療・介護・保育分野における適正な有料職業紹介事業者認定制度による適正認定事業者を含むこと。

- (3) 公共職業安定所又は無料職業紹介事業等を活用して看護職員の確保に係る取組を行っている場合においても、当該医療機関が自ら採用情報をウェブサイトで公表する等、看護職員確保に係る取組を積極的に行っていることが望ましい。

- (4) やむを得ない事情が生じた場合であっても一時的に看護職員確保ができないことにより、一部の看護要員へ過度な業務負担とならないよう、保険医療機関は看護要員の適正な労働時間管理を行い、体制の整備を図るよう努めること。

- 4 届出を受理した保険医療機関については、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。

- 5 「基本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の開設者に弁明を行う機会を与えるものとする。

- 6 届出を行った保険医療機関は、毎年8月1日現在で施設基準の適合性を確認し、その結果について報告を行うものであること。

- 7 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。

- 8 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であること。また、保険医療機関においても、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）及び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）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。

（揭示例）

- (1) 入院患者数42人の一般病棟で、一般病棟入院基本料の急性期一般入院料6を算定している病院の例

「当病棟では、1日に13人以上の看護職員（看護師及び准看護師）が勤務しています。なお、時間帯毎の配置は次のとおりです。」

- ・ 朝9時から夕方17時まで、看護職員1人当たりの受け持ち数は6人以内です。
- ・ 夕方17時から深夜1時まで、看護職員1人当たりの受け持ち数は14人以内です。
- ・ 深夜1時から朝9時まで、看護職員1人当たりの受け持ち数は14人以内です。

- (2) 有床診療所入院基本料1を算定している診療所の例

「当診療所には、看護職員が7人以上勤務しています。」

第4 経過措置等 ㊦

- 1 第2及び第3の規定にかかわらず、令和8年5月31日現在において現に入院基本料等を算定している保険医療機関において、引き続き当該入院基本料等を算定する場合（名称のみが改正

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

- 2 精神病棟入院基本料の特別入院基本料の施設基準のうち「当該病棟の入院患者の数が25又はその端数を増すごとに1以上であること」については、看護職員の確保が特に困難であると認められる保険医療機関であって、看護職員の確保に関する具体的な計画が定められているものについては、当該施設基準の規定にかかわらず、なお従前の例によることができる。

表1 新設された又は施設基準が創設された入院基本料等

- ・ 初診料（医科）の注16、再診料（医科）の注19及び外来診療料の注10に規定する電子的診療情報連携体制整備加算
- ・ 初診料（歯科）の注15及び再診料（歯科）の注12に掲げる電子的歯科診療情報連携体制整備加算
- ・ 外来データ提出加算
- ・ 入院基本料（特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算、夜勤時間特別入院基本料及び重症患者割合特別入院基本料（以下「特別入院基本料等」という。）及び特定入院基本料を含む。）及び特定入院料に係る継続的に賃上げに係る取組を実施している保険医療機関の基準
- ・ 急性期病院一般入院基本料
- ・ 急性期病院精神病棟入院基本料
- ・ 精神病棟入院基本料の注7に規定する精神病棟看護・多職種協働加算
- ・ 特定機能病院A入院基本料及び特定機能病院B入院基本料
- ・ 特定機能病院入院基本料の注11に規定する精神病棟看護・多職種協働加算
- ・ 情報通信機器を用いた看護業務の効率化に係る基準
- ・ 急性期総合体制加算
- ・ 包括期充実体制加算
- ・ 医師事務作業補助体制加算のICT機器

を活用した配置人数の算入方法に係る基準

- ・ 電子的診療情報連携体制整備加算
- ・ 看護・多職種協働加算
- ・ 産科管理加算
- ・ 精神科慢性身体合併症管理加算
- ・ リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算2
- ・ 口腔管理連携加算
- ・ 感染対策向上加算の注3に規定する微生物学的検査体制加算
- ・ 身体的拘束最小化推進体制加算
- ・ 地域支援・医薬品供給対応体制加算
- ・ 病棟薬剤業務実施加算1
- ・ 地域医療体制確保加算2
- ・ 医療提供機能連携確保加算
- ・ 精神科地域密着多機能体制加算
- ・ 救命救急入院料の注12に規定する広範囲熱傷管理加算
- ・ 特定集中治療室管理料の注8に規定する広範囲熱傷管理加算
- ・ ハイケアユニット入院医療管理料の注5に規定する入院料
- ・ 地域包括医療病棟入院料の注11に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算2
- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料の注4に規定する回復期リハビリテーション強化体制加算
- ・ 地域包括ケア病棟入院料の注14に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算
- ・ 精神科急性期治療病棟入院料の注4に規定する精神病棟看護・多職種協働加算
- ・ 短期滞在手術等基本料の注3に規定する入院手術対応加算

表2 施設基準が改正された入院基本料等

- ・ 機能強化加算（令和9年6月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- ・ 一般病棟入院基本料（急性期一般入院料6、地域一般入院基本料及び特別入院基本料を除く。）（令和8年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- ・ 療養病棟入院料2（令和8年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
- ・ 特定機能病院C入院基本料（令和8年3月31日時点で「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前の診療報酬の算定方法（以下「旧算定方法」という。）別表第一「A104」に掲げる特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）（7対1入院基本料に限る。）に係る届出を行って

- る保険医療機関において、令和8年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)
- ・ 専門病院入院基本料（7対1入院基本料に限る。)(令和8年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)
 - ・ 精神病棟入院料（15対1入院基本料、18対1入院基本料、及び20対1入院基本料に限る。)(令和10年6月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)
 - ・ 急性期総合体制加算（令和8年3月31日時点で「旧算定方法」別表第一「A200」に掲げる総合入院体制加算又は「A200-2」に掲げる急性期充実体制加算に係る届出を行っている保険医療機関において、令和8年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)
 - ・ 急性期総合体制加算（令和8年3月31日時点で「旧算定方法」別表第一「A200」に掲げる総合入院体制加算又は「A200-2」に掲げる急性期充実体制加算に係る届出を行っている保険医療機関において、令和9年6月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)
 - ・ 急性期総合体制加算（令和8年3月31日時点で「旧算定方法」別表第一「A200-2」に掲げる急性期充実体制加算に係る届出を行っている保険医療機関において、令和10年6月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)
 - ・ バイオ後続品使用体制加算（令和9年6月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)
 - ・ 特定集中治療室管理料1（令和8年3月31日時点で「旧算定方法」別表第一「A301」に掲げる特定集中治療室管理料1又は2に係る届出を行っている保険医療機関において、令和9年1月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)
 - ・ 特定集中治療室管理料2（令和8年3月31日時点で「旧算定方法」別表第一「A301」に掲げる特定集中治療室管理料3又は4に係る届出を行っている保険医療機関において、令和9年1月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)
 - ・ 特定集中治療室管理料3（令和8年3月31日時点で「旧算定方法」別表第一「A301」に掲げる特定集中治療室管理料5又は6に係る届出を行っている保険医療機関において、令和9年1月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)
 - ・ 救命救急入院料の注11に規定する重症患

者対応体制強化加算

- ・ 特定集中治療室管理料の注6に規定する重症患者対応体制強化加算
- ・ ハイケアユニット入院医療管理料1及び2（令和9年1月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)
- ・ 脳卒中ケアユニット入院医療管理料（令和9年1月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)
- ・ 母体・胎児集中治療室管理料（令和9年6月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)
- ・ 地域包括医療病棟入院料1
- ・ 地域包括医療病棟入院料2（令和8年3月31日時点で「旧算定方法」別表第一「A304」に掲げる地域包括医療病棟入院料に係る届出を行っている病棟において、令和8年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)
- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料1（令和8年8月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)
- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料2、3及び4（令和8年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)
- ・ 精神科救急急性期医療入院料の注5に規定する精神科救急医療体制加算
- ・ 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料（令和8年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

表3 施設基準が改正された入院基本料等（届出を必要としないもの）

- ・ 情報通信機器を用いた診療
- ・ 地域包括診療加算
- ・ 初診料（歯科）の注1に掲げる基準
- ・ 地域歯科診療支援病院歯科初診料
- ・ 一般病棟入院基本料（急性期一般入院料6及び地域一般入院料1に限る。)
- ・ 療養病棟入院基本料の注10に規定する在宅復帰機能強化加算
- ・ 療養病棟入院基本料の注11に規定する経腸栄養管理加算
- ・ 結核病棟入院基本料（7対1入院基本料に限る。)
- ・ 特定機能病院C入院基本料
- ・ 専門病院入院基本料（10対1入院基本料に限る。)
- ・ 特定機能病院入院基本料の注5及び専門病院入院基本料の注3に規定する看護必要度加算
- ・ 専門病院入院基本料の注4及び特定一般

病棟入院料の注5に規定する一般病棟看護必要度評価加算

- ・ 障害者施設等入院基本料
- ・ 有床診療所入院基本料の注5に規定する医師配置加算
- ・ 医師事務作業補助体制加算
- ・ 急性期看護補助体制加算
- ・ 看護職員夜間配置加算
- ・ 特殊疾患入院施設管理加算
- ・ 看護補助加算
- ・ 緩和ケア診療加算
- ・ 小児緩和ケア診療加算
- ・ 医療安全対策加算
- ・ 医療安全対策加算の注2に規定する医療安全対策地域連携加算
- ・ 感染対策向上加算
- ・ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
- ・ 入退院支援加算
- ・ 地域医療体制確保加算1
- ・ 精神科急性期医師配置加算
- ・ 協力対象施設入所者入院加算
- ・ 特定集中治療室管理料の注7に掲げる特定集中治療室遠隔支援加算
- ・ 新生児特定集中治療室管理料2
- ・ 特殊疾患入院医療管理料
- ・ 小児入院医療管理料
- ・ 回復期リハビリテーション入院医療管理料
- ・ 地域包括ケア病棟入院料
- ・ 地域包括ケア入院医療管理料
- ・ 特殊疾患病棟入院料
- ・ 精神科救急急性期医療入院料
- ・ 精神科救急・合併症入院料
- ・ 特定一般病棟入院料の注5に規定する一般病棟看護必要度評価加算
- ・ 特定一般病棟入院料の注7に規定する入院料

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であれば新たに届出が必要でないもの

再診料の注10に規定する時間外対応加算1	→	再診料の注10に規定する時間外対応体制加算1
再診料の注10に規定する時間外対応加算2	→	再診料の注10に規定する時間外対応体制加算2
再診料の注10に規定する時間外対応加算3	→	再診料の注10に規定する時間外対応体制加算3

再診料の注10に規定する時間外対応加算4	→	再診料の注10に規定する時間外対応体制加算4
初診料（歯科）の注16及び再診料（歯科）の注12に掲げる基準	→	初診料（歯科）の注16及び再診料（歯科）の注13に掲げる基準
診療録管理体制加算1及び診療録管理体制加算2	→	診療録管理体制加算1
診療録管理体制加算3	→	診療録管理体制加算2
精神病棟入院基本料	→	精神病棟入院料
療養病棟入院基本料の注13に規定する看護補助体制充実加算	→	療養病棟入院基本料の注13に規定する看護補助・患者ケア体制充実加算
障害者施設等入院基本料の注10に規定する看護補助体制充実加算	→	障害者施設等入院基本料の注10に規定する看護補助・患者ケア体制充実加算
リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算	→	リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算1
救命救急入院料1	→	救命救急入院料2
救命救急入院料2	→	救命救急入院料1
救命救急入院料3	→	救命救急入院料2
救命救急入院料4	→	救命救急入院料1
地域包括医療病棟入院料の注8に規定する看護補助体制充実加算		地域包括医療病棟入院料の注9に規定する看護補助・患者ケア体制充実加算
地域包括医療病棟入院料の注10に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算	→	地域包括医療病棟入院料の注11に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算1
地域包括ケア病棟入院料の注5に規定する看護補助体制充実加算	→	地域包括ケア病棟入院料の注5に規定する看護補助・患者ケア体制充実加算
病棟薬剤業務実施加算1	→	病棟薬剤業務実施加算2
病棟薬剤業務実施加算2	→	病棟薬剤業務実施加算3

2 精神病棟入院基本料の特別入院基本料の施設基準のうち「当該病棟の入院患者の数が25又はその端数を増すごとに1以上であること」については、看護職員の確保が特に困難であると認

められる保険医療機関であって、看護職員の確保に関する具体的な計画が定められているもの

については、当該施設基準の規定にかかわらず、なお従前の例によることができる。

疑義解釈資料

令和8年改定

【やむを得ない事情における施設基準等に関する取扱い】

その1（令和8年3月23日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問9 「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和8年3月5日保医発0305第7号）第3の3に規定する「突発的で想定が困難な事象によりやむを得ない事情」とはどのような場合か。

答 例えば、以下のような場合において、看護職員が一時的に不足する状況が該当する。

- ・ 新型コロナウイルス感染症等の感染症の拡大により患者を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等したこと又は保険医療機関において感染症に感染し出勤ができない看護職員が増加した場合
- ・ 看護職員や家族の突発的な体調不良等により1か月を超える不在が見込まれる場合
- ・ 看護職員の自己都合による急な離職等が複数重なった場合

なお、看護職員や家族の突発的な体調不良等により1か月を超える不在が見込まれる場合においては、公共職業安定所又は都道府県ナースセンター等に求人申し込みを行うに当たって、職員の短期的な不在を補うためだけでなく、長期的に安定的な人材確保を図る観点から求人内容を検討すべきであることに留意すること。

問10 「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和8年3月5日保医発0305第7号）第3の3において、「1年に1回に限る。」の1年はいつから起算するのか。

答 「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和8年3月5日保医発0305第7号）第3の3における規定を利用することとなった月（当該事情が生じた日の属する月の翌月）の初日から起算する。

問11 「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和8年3月5日保医発0305第7号）第3の3において、「公共職業安定所又は無料職業紹介事業等を活用して看護職員の確保に係る取組を行っている場合においても、当該医療機関が自ら採用情報をウェブサイトで公表する等、看護職員確保に係る取組を積極的に行っていることが望ましい」とあるが、自ら管理するホームページ等を有しない場合はどのように対応するか。

答 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。

【届出関係】

その3（令和8年4月20日・事務連絡〈別添1・医科〉）

問1 令和8年度診療報酬改定に係る新設又は要件変更となった施設基準について網羅的な一覧はないか。

答 「令和8年度診療報酬改定に係る施設基準届出チェックリストの送付について」（令和8年4月20日厚生労働省保険局医療課事務連絡）の別添のチェックリストを参照のこと。

問2 令和8年度診療報酬改定が施行される令和8年6月診療分の施設基準の届出に係る届出期限についてどのように考えればよいか。

答 令和8年6月診療分の施設基準の届出については、令和8年5月7日から6月1日まで地方厚生（支）局等において受け付けているところ、令和8年5月下旬以降に地方厚生（支）局等の窓口は届出が集中し、混雑が予想されることから、可能な限り令和6年5月18日までの届出に努めること。

ただし、令和8年6月診療分の施設基準の届出に係る電子申請は令和8年5月25日から受付開始となるため、留意すること。

様式59

やむを得ない事情における施設基準等に関する取扱いに係る届出書添付書類

基本診療料の施設基準通知の第3の1（3）及び（4）を満たさなくなった施設基準（該当するすべての□に「✓」を記入すること。）	☐ 1日当たり勤務する看護要員の数に対する看護師の比率
	☐ 看護要員の数と入院患者の比率
	☐ 看護職員の数に対する看護師の比率
上記を満たさなくなったやむを得ない事情の概要	
報告の対象となった最初の月（和暦で記載すること。）	年 月
これまでのやむを得ない事情における施設基準等に関する取扱いに係る届出状況	
今回の届出より以前に届出を行ったことがある（該当するいずれか1つを○で囲むこと。）	1：該当する 2：該当しない
「1」の場合、報告の対象となった最初の月（和暦で記載すること。）	年 月
① 特例を使用する病棟の入院料	
② ①の病棟の看護配置区分	
③ ①の病棟の届出病床数	床
④ ①の病棟の1日平均入院患者数〔1か月〕	
報告対象前月の1か月	人
報告対象初月の1か月	人
⑤ ①の病棟の月平均1日当たり看護職員数〔報告対象初月の1か月〕	人
⑥ ①の病棟の常勤換算看護職員数〔報告対象初月の翌月の1日〕	人
看護職員の確保に係る取組の状況（該当するすべての□に「✓」を記入すること。）	☐ 職業安定法（昭和22年法律第141号）第8条に定める公共職業安定所の活用 ☐ 職業安定法（昭和22年法律第141号）第33条に定める都道府県ナースセンター等の無料職業紹介事業の活用
民間職業紹介事業者の利用状況	
民間職業紹介事業者の利用（該当するいずれか1つを○で囲むこと。）	1：該当する 2：該当しない
医療・介護・保育分野における適正な有料職業紹介事業者認定制度による適正認定事業者の利用	1：該当する 2：該当しない
届出するいずれか1つを○で囲むこと。）	

【記載上の注意】

1 届出に係る病棟ごとに記入すること。

別添 7 の 2

基本診療料の施設基準等に係る届出書

保険医療機関コード
又は保険薬局コード

連絡先
担当者氏名：
電話番号：

(届出事項)

- ☐ 救急医療管理加算 (※救急医療第 号)
- ☐ せん妄ハイリスク患者ケア加算 (※せん妄ケア第 号)

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

標記について、上記のすべてに適合し、施設基準を満たしているので、届出します。

令和 年 月 日

保険医療機関の所在地
及び名称

開設者名

殿

- 備考 1 ☐ には、適合する場合「レ」を記入すること。
- 2 ※は記載する必要がないこと。
- 3 届出書は、1 通提出のこと。

（参考）

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

- 1 「区分」欄ごとに、「今回届出」欄、「既届出」欄又は「算定しない」欄のいずれかにチェックする。
- 2 「今回届出」欄にチェックをした場合は、「様式」欄に示す様式を添付する。
- 3 「既届出」欄にチェックした場合は、届出年月を記載する。
- 4 届出保険医療機関において「区分」欄に掲げる診療報酬を算定しない場合は、「算定しない」欄をチェックする。

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添 7（又は別添 7 の 2）
本文第3	やむを得ない事情における施設基準等に関する取扱い	☐	☐ 年 月	☐	様式59
第1	情報通信機器を用いた診療	☐	☐ 年 月	☐	様式1
1の3	機能強化加算	☐	☐ 年 月	☐	様式1の3
1の4	外来感染対策向上加算	☐	☐ 年 月	☐	様式1の4
1の5	連携強化加算	☐	☐ 年 月	☐	様式1の5
1の6	サーベイランス強化加算	☐	☐ 年 月	☐	様式1の5
1の7	抗菌薬適正使用体制加算	☐	☐ 年 月	☐	様式1の5
1の8	電子的診療情報連携体制整備加算	☐	☐ 年 月	☐	様式1の6
1の8	電子的歯科診療情報連携体制整備加算	☐	☐ 年 月	☐	様式1の6
2	時間外対応体制加算	☐	☐ 年 月	☐	様式2
2の3	地域包括診療加算	☐	☐ 年 月	☐	様式2の3
2の3の2	外来データ提出加算	☐	☐ 年 月	☐	(特掲別添2) 様式7の10, 7の11, 7の12
2の5	特定妥結率初診料、特定妥結率再診料及び特定妥結率外来診療料	☐	☐ 年 月	☐	様式2の4
2の6	看護師等遠隔診療補助加算	☐	☐ 年 月	☐	様式1の7
2の7	歯科点数表の初診料の注 1 に規定する施設基準	☐	☐ 年 月	☐	様式2の6
3	地域歯科診療支援病院歯科初診料	☐	☐ 年 月	☐	様式3
4	歯科外来診療医療安全対策加算 1	☐	☐ 年 月	☐	様式4
4	歯科外来診療医療安全対策加算 2	☐	☐ 年 月	☐	様式4の1の2
4の2	歯科外来診療感染対策加算 1	☐	☐ 年 月	☐	様式4
4の2	歯科外来診療感染対策加算 2	☐	☐ 年 月	☐	様式4
4の2	歯科外来診療感染対策加算 3	☐	☐ 年 月	☐	様式4の1の2
4の2	歯科外来診療感染対策加算 4	☐	☐ 年 月	☐	様式4の1の2
5	歯科診療特別対応連携加算	☐	☐ 年 月	☐	様式4の2
5の2	歯科点数表の初診料の注16及び再診料の注13に規定する施設基準	☐	☐ 年 月	☐	様式4の3
第1	継続的に賃上げに係る取組を実施している保険医療機関の基準	☐	☐ 年 月	☐	(特掲別添2) 様式98
通則19	情報通信機器等を用いた看護職員及び看護補助者の業務の効率化の施設基準	☐	☐ 年 月	☐	様式60
第5	一般病棟入院基本料	☐	☐ 年 月	☐	様式5～11
5	療養病棟入院基本料	☐	☐ 年 月	☐	様式5～11

届出の通則【第一】／施設基準の通則【第二】

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添 7（又は別添 7 の 2）
5	結核病棟入院基本料	☐	☐ 年 月	☐	様式5～11
5	精神病棟入院基本料	☐	☐ 年 月	☐	様式5～11
5	特定機能病院入院基本料	☐	☐ 年 月	☐	様式5～11
5	専門病院入院基本料	☐	☐ 年 月	☐	様式5～11
5	障害者施設等入院基本料	☐	☐ 年 月	☐	様式5～11, 19
5	有床診療所入院基本料	☐	☐ 年 月	☐	様式5, 12～12の10
5	有床診療所療養病床入院基本料	☐	☐ 年 月	☐	様式5, 12～12の10
第1	急性期総合体制加算	☐	☐ 年 月	☐	様式10, 13, 13の2
2の2	包括期充実体制加算	☐	☐ 年 月	☐	様式13の3の2
2の3	救急医療管理加算	☐	☐ 年 月	☐	別添 7 の 2
3	超急性期脳卒中加算	☐	☐ 年 月	☐	様式15
4	診療録管理体制加算	☐	☐ 年 月	☐	様式17
4の2	医師事務作業補助体制加算	☐	☐ 年 月	☐	様式13の4, 18, 18の2
4の3	急性期看護補助体制加算	☐	☐ 年 月	☐	様式9, 10, 13の3, 18の3
4の4	看護職員夜間配置加算	☐	☐ 年 月	☐	様式9, 10, 13の3, 18の3
4の5	電子的診療情報連携体制整備加算	☐	☐ 年 月	☐	様式18の4
5	特殊疾患入院施設管理加算	☐	☐ 年 月	☐	様式9, 19, 20
6の2	看護配置加算	☐	☐ 年 月	☐	様式9
7	看護補助加算	☐	☐ 年 月	☐	様式9, 10, 13の3, 18の3
7の2	看護・多職種協働加算	☐	☐ 年 月	☐	様式9, 10, 13の2
9	療養環境加算	☐	☐ 年 月	☐	様式22
10	重症者等療養環境特別加算	☐	☐ 年 月	☐	様式23, 23の2
10の2	産科管理加算	☐	☐ 年 月	☐	様式23の3
11	療養病棟療養環境加算	☐	☐ 年 月	☐	様式24, 24の2
11の2	療養病棟療養環境改善加算	☐	☐ 年 月	☐	様式24, 24の2
12	診療所療養病床療養環境加算	☐	☐ 年 月	☐	様式25
12の2	診療所療養病床療養環境改善加算	☐	☐ 年 月	☐	様式25
12の3	無菌治療室管理加算	☐	☐ 年 月	☐	様式26の2
12の4	放射線治療病室管理加算	☐	☐ 年 月	☐	様式26の3
14	緩和ケア診療加算	☐	☐ 年 月	☐	様式27
14の2	有床診療所緩和ケア診療加算	☐	☐ 年 月	☐	様式27の2
14の3	小児緩和ケア診療加算	☐	☐ 年 月	☐	様式27の3
15	精神科応急入院施設管理加算	☐	☐ 年 月	☐	様式9, 20, 28
16	精神病棟入院時医学管理加算	☐	☐ 年 月	☐	様式29
16の2	精神科地域移行実施加算	☐	☐ 年 月	☐	様式30
16の3	精神科身体合併症管理加算	☐	☐ 年 月	☐	様式31
17	精神科リエゾンチーム加算	☐	☐ 年 月	☐	様式32
17の1の2	精神科慢性身体合併症管理加算	☐	☐ 年 月	☐	様式32の2

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添7（又は別添7の2）
17の3	依存症入院医療管理加算	☐	☐ 年 月	☐	様式32の3
17の4	摂食障害入院医療管理加算	☐	☐ 年 月	☐	様式32の4
18の2	リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算	☐	☐ 年 月	☐	様式5の5
19	栄養サポートチーム加算	☐	☐ 年 月	☐	様式34
19の2	口腔管理連携加算	☐	☐ 年 月	☐	様式34の2
20	医療安全対策加算	☐	☐ 年 月	☐	様式35、35の4
21	感染対策向上加算	☐	☐ 年 月	☐	様式1の5、35の2、35の3
21の2	患者サポート体制充実加算	☐	☐ 年 月	☐	様式36
21の3	重症患者初期支援充実加算	☐	☐ 年 月	☐	様式36の2
21の4	報告書管理体制加算	☐	☐ 年 月	☐	様式36の3
21の5	身体的拘束最小化推進体制加算	☐	☐ 年 月	☐	様式36の4
22	褥瘡ハイリスク患者ケア加算	☐	☐ 年 月	☐	様式37
22の2	ハイリスク妊娠管理加算	☐	☐ 年 月	☐	様式38
23	ハイリスク分娩等管理加算	☐	☐ 年 月	☐	様式38
24の5	精神科救急搬送患者地域連携紹介加算	☐	☐ 年 月	☐	様式39の3
24の6	精神科救急搬送患者地域連携受入加算	☐	☐ 年 月	☐	様式39の3
26	呼吸ケアチーム加算	☐	☐ 年 月	☐	様式40の2
26の2	術後疼痛管理チーム加算	☐	☐ 年 月	☐	様式40の2の2
26の2の2	地域支援・医薬品供給対応体制加算	☐	☐ 年 月	☐	様式40の3
26の2の3	バイオ後続品使用体制加算	☐	☐ 年 月	☐	様式40の3の2
26の3	病棟薬剤業務実施加算	☐	☐ 年 月	☐	様式40の4、様式40の4の2
26の4	データ提出加算	☐	☐ 年 月	☐	様式40の5、40の7、40の8
26の5	入退院支援加算	☐	☐ 年 月	☐	様式40の9 (特掲別添2) 様式12、12の2
26の5の2	精神科入退院支援加算	☐	☐ 年 月	☐	様式40の9の2
26の5の3	医療的ケア児（者）入院前支援加算	☐	☐ 年 月	☐	様式40の9の3
26の6	認知症ケア加算	☐	☐ 年 月	☐	様式40の10、40の11
26の6の2	せん妄ハイリスク患者ケア加算	☐	☐ 年 月	☐	別添7の2
26の7	精神疾患診療体制加算	☐	☐ 年 月	☐	様式40の12
26の8	精神科急性期医師配置加算	☐	☐ 年 月	☐	様式40の13、53
26の9	排尿自立支援加算	☐	☐ 年 月	☐	様式40の14
26の10	地域医療体制確保加算	☐	☐ 年 月	☐	様式40の15、40の16
26の11	協力対象施設入所者入院加算	☐	☐ 年 月	☐	様式40の18
26の12	医療提供機能連携確保加算	☐	☐ 年 月	☐	様式40の19
26の13	精神科地域密着多機能体制加算	☐	☐ 年 月	☐	様式40の20
27	地域歯科診療支援病院入院加算	☐	☐ 年 月	☐	様式41
第1	救命救急入院料	☐	☐ 年 月	☐	様式5、20、42、42の3、42の4、42の6、42の7、43
2	特定集中治療室管理料	☐	☐ 年 月	☐	様式5、20、42、42の3、42の4、42の7、43

届出の通則【第一】／施設基準の通則【第二】

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添 7（又は別添 7 の 2）
3	ハイケアユニット入院医療管理料	☐	☐ 年 月	☐	様式5, 20, 42の3, 42の4, 43, 44
4	脳卒中ケアユニット入院医療管理料	☐	☐ 年 月	☐	様式5, 10, 20, 42の3, 42の4, 45
4の2	小児特定集中治療室管理料	☐	☐ 年 月	☐	様式5, 20, 42の3, 42の4, 43の2, 48
5	新生児特定集中治療室管理料	☐	☐ 年 月	☐	様式5, 20, 42の2
5の2	新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料	☐	☐ 年 月	☐	様式5, 20, 42の2
6	総合周産期特定集中治療室管理料	☐	☐ 年 月	☐	様式5, 20, 42の2, 45の3
7	新生児治療回復室入院医療管理料	☐	☐ 年 月	☐	様式5, 20, 42の2
7の2	地域包括医療病棟入院料	☐	☐ 年 月	☐	様式5, 5の5, 9, 10, 13の3, 18の3, 20, 45の4
8	一類感染症患者入院医療管理料	☐	☐ 年 月	☐	様式5, 9, 20, 46
9	特殊疾患入院医療管理料	☐	☐ 年 月	☐	様式5, 9, 20, 47
10	小児入院医療管理料	☐	☐ 年 月	☐	様式5, 9, 13の3, 18の3, 20, 26の2, 48～48の3
11	回復期リハビリテーション病棟入院料	☐	☐ 年 月	☐	様式5, 9, 20, 49～49の6
12	地域包括ケア病棟入院料	☐	☐ 年 月	☐	様式5, 5の5, 9, 10, 13の3, 18の3, 20, 50～50の3
13	特殊疾患病棟入院料	☐	☐ 年 月	☐	様式5, 9, 20, 24の2, 51
14	緩和ケア病棟入院料	☐	☐ 年 月	☐	様式5, 9, 20, 52
15	精神科救急急性期医療入院料	☐	☐ 年 月	☐	様式5, 9, 13の3, 20, 53, 54, 54の2 (特掲別添2) 様式48
16	精神科急性期治療病棟入院料	☐	☐ 年 月	☐	様式5, 9, 20, 53
16の2	精神科救急・合併症入院料	☐	☐ 年 月	☐	様式5, 9, 13の3, 20, 53, 55 (特掲別添2) 様式48
16の3	児童・思春期精神科入院医療管理料	☐	☐ 年 月	☐	様式5, 9, 20, 57
17	精神療養病棟入院料	☐	☐ 年 月	☐	様式5, 9, 20, 24の2, 55の2, 55の3
19	認知症治療病棟入院料	☐	☐ 年 月	☐	様式5, 9, 20, 56, (特掲別添2) 様式48
20	特定一般病棟入院料	☐	☐ 年 月	☐	様式5, 9, 10, 20, 50～50の3, 57の2, 57の3
21	地域移行機能強化病棟入院料	☐	☐ 年 月	☐	様式5, 9, 20, 57の4
22	特定機能病院リハビリテーション病棟入院料	☐	☐ 年 月	☐	様式5, 9, 20, 49, 49の2
	短期滞在手術等基本料	☐	☐ 年 月	☐	様式58

※様式1の2, 2の1, 2の2, 2の5, 5の2, 5の4, 8, 10の3, 10の4, 14, 16, 21, 26, 33, 39, 39の2, 40, 42の5, 45の2, 49の4は欠番

初・再診料

初・再診料の施設基準等

医科診療報酬の初・再診料では、次の診療行為（基本点数の特例と加算項目）について施設基準等が設定されている（太字とグレーのアミかけ部分は令和8年改定による改定・新設）。

区分番号等	別点数・加算点数	点数	施設基準等の設定
A000 初診料 291点	注1	〈ただし書〉情報通信機器を用いた初診	253 対象医療機関
	注2	紹介割合・逆紹介割合が低い医療機関 [注1 ただし書の場合]	特定機能病院 一般病床200床以上の①地域医療支援病院、②紹介受診重点医療機関
	注3	その他の400床以上病院	216 [188]
	注4	特定妥結率初診料 [注1 ただし書の場合]	216 [188] 対象病院（妥結率の報告）
	注7	時間外特例医療機関 [〈ただし書〉乳幼児]	230 [345] 特例が適用される時間
	注8	小児科標榜保険医療機関の乳幼児の時間外特例加算	200
	注9	夜間・早朝等加算	50 対象診療所（届出不要）
	注10	機能強化加算	80 対象医療機関
	注11	外来感染対策向上加算（月1回） [〈ただし書〉発熱患者等対応加算（月1回）]	6 対象診療所
	注12	連携強化加算（月1回）	3 注11該当／対象診療所
	注13	サーベイランス強化加算（月1回）	1 注11該当／対象診療所
	注14	抗菌薬適正使用加算（月1回）	5 注11該当／対象診療所
	注16	電子的診療情報連携体制整備加算 1・2・3（月1回）	15・9・4 対象医療機関
A001 再診料 76点	注1	〈かっこ書〉情報通信機器を用いた再診	76 対象医療機関
	注2	特定妥結率再診料	56 初診料の注4と共通
	注5	時間外特例医療機関 [〈ただし書〉乳幼児]	180 [250] 初診料の注7・8と共通
	注6	小児科標榜保険医療機関の乳幼児の時間外特例加算	135
	注7	夜間・早朝等加算	50 初診料の注9と共通
	注8	外来管理加算	52 検査・計画的な医学管理
	注10	時間外対応体制加算 1・2・3・4	7・5・4・2 対象医療機関の体制
	注11	明細書発行体制等加算	1 対象診療所（届出不要）
	注12	地域包括診療加算 1(1)2・2(1)2	38・28・31・21 対象診療所
	注13	外来データ提出加算（月1回）	10 対象診療所
	注15	外来感染対策向上加算（月1回） [〈ただし書〉発熱患者等対応加算（月1回）]	6 対象診療所
	注16	連携強化加算（月1回）	3 注15該当／対象診療所
	注17	サーベイランス強化加算（月1回）	1 注15該当／対象診療所
	注18	抗菌薬適正使用加算（月1回）	5 注15該当／対象診療所
A002 外来診療料 77点	注1	〈ただし書〉情報通信機器を用いた再診	76 対象医療機関
	注2	紹介割合・逆紹介割合が低い医療機関	特定機能病院・地域医療支援病院・紹介受診重点医療機関
	注3	その他の400床以上病院	57
	注4	特定妥結率外来診療料	57 初診料の注4と共通
	注8	時間外特例医療機関 [〈ただし書〉乳幼児]	180 [250] 初診料の注7・8と共通
	注9	小児科標榜保険医療機関の乳幼児の時間外特例加算	135
	注10	電子的診療情報連携体制整備加算（月1回）	2 対象医療機関
	注11	看護師等遠隔診療補助加算	50 対象医療機関

通則事項

初・再診料

入院料の通則

入院基本料

入院基本料等加算

特定入院料

短期滞在手術等基本料

歯科

診療報酬

A000 初診料 291点

- 注1 保険医療機関において初診を行った場合に算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、**情報通信機器を用いた初診**を行った場合には、**253点**を算定する。
- 注2 病院である保険医療機関（特定機能病院（医療法（昭和23年法律第205号）第4条の2第1項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。）、地域医療支援病院（同法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）（同法第7条第2項第5号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）の数が200未満であるものを除く。）及び外来機能報告対象病院等（同法第30条の18の2第1項に規定する外来機能報告対象病院等をいう。以下この表において同じ。）（同法第30条の18の5第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限り、一般病床の数が200未満であるものを除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、**216点**（注1のただし書に規定する場合にあっては、**188点**）を算定する。
- 注3 病院である保険医療機関（許可病床（医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。）の数が400床以上である病院（特定機能病院、地域医療支援病院、外来機能報告対象病院等（同法第30条の18の5第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限る。）及び一般病床の数が200未満であるものを除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1本文の規定にかかわらず、**216点**（注1のただし書に規定する場合にあっては、**188点**）を算定する。
- 注4 医療用医薬品の取引価格の妥結率（当該保険医療機関において購入された使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成20年厚生労働省告示第60号。以下「薬価基準」という。）に記載されている医療用医薬品の薬価総額（各医療用医薬品の規格単位数量に薬価を乗じた価格を合算したものをいう。以下同じ。）に占める卸売販売業者（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）第34条第5項に規定する卸売販売業者をいう。）と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた薬価基準に記載されている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。以下同じ。）に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床以上である病院に限る。）において初診を行った場合には、注1本文の規定にか
- かわらず、**特定妥結率初診料**として、**216点**（注1のただし書に規定する場合にあっては、**188点**）を算定する。
- 注5 1 傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は、併せて1回とし、第1回の初診のときに算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、2つ目の診療科に限り**146点**（注1のただし書に規定する場合にあっては、**127点**）を、この場合において注2から注4までに規定する場合にあっては、**108点**（注1のただし書に規定する場合にあっては、**94点**）を算定できる。ただし書の場合においては、注6から注16までに規定する加算は算定しない。
- 注6 6歳未満の乳幼児に対して初診を行った場合は、乳幼児加算として、**75点**を所定点数に加算する。ただし、注7又は注8に規定する加算を算定する場合は算定しない。
- 注7 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間（深夜（午後10時から午前6時までの間をいう。以下この表において同じ。）及び休日を除く。以下この表において同じ。）又は深夜において初診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ**85点**、**250点**又は**480点**（6歳未満の乳幼児の場合にあっては、それぞれ**200点**、**365点**又は**695点**）を所定点数に加算する。ただし、専ら夜間における救急医療の確保のために設けられている保険医療機関にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間において初診を行った場合は、**230点**（6歳未満の乳幼児の場合にあっては、**345点**）を所定点数に加算する。
- 注8 小児科を標榜する保険医療機関（注7のただし書に規定するものを除く。）にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜（当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間に限る。）において6歳未満の乳幼児に対して初診を行った場合は、注7の規定にかかわらず、それぞれ**200点**、**365点**又は**695点**を所定点数に加算する。
- 注9 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）が、午後6時（土曜日においては正午）から午前8時までの間（深夜及び休日を除く。）、休日又は深夜であって、当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間において初診を行った場合は、**夜間・早朝等加算**として、**50点**を所定点数に加算する。ただし、注7のただし書又は注8に規定する加算を算定する場合にあっては、この限りでない。
- 注10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において初診を行った場合は、**機能強化加算**として、**80点**を所定点数に加算する。
- 注11 組織的な感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）

において初診を行った場合は、**外来感染対策向上加算**として、月1回に限り**6点**を所定点数に加算する。ただし、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で初診を行った場合は、**発熱患者等対応加算**として、月1回に限り**20点**を更に所定点数に加算する。

注12 注11本文に該当する場合であって、感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において初診を行った場合は、**連携強化加算**として、月1回に限り**3点**を更に所定点数に加算する。

注13 注11本文に該当する場合であって、感染防止対策に資する情報を提供する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において初診を行った場合は、**サーベイランス強化加算**として、月1回に限り**1点**を更に所定点数に加算する。

注14 注11本文に該当する場合であって、抗菌薬の使用状況につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において初診を行った場合は、**抗菌薬適正使用体制加算**として、月1回に限り**5点**を更に所

定点数に加算する。

注15 保険医療機関（診療所又は許可病床数が200床未満である病院に限る。）において、特定機能病院、地域医療支援病院（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）、紹介受診重点医療機関（一般病床の数が200床未満であるものを除く。）又は許可病床の数が400床以上の病院（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）の紹介を受けて初診を行った場合は、特定機能病院等紹介患者受入加算として、**60点**を所定点数に加算する。

注16 医療DX推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、**電子的診療情報連携体制整備加算**として、月1回に限り、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号A001に掲げる再診料の注11に規定する明細書発行体制等加算は別に算定できない。

イ 電子的診療情報連携体制整備加算 1	15点
ロ 電子的診療情報連携体制整備加算 2	9点
ハ 電子的診療情報連携体制整備加算 3	4点

留意事項通知

(7) 「注2」又は「注3」に規定する保険医療機関において、病院と診療所の機能分担の推進を図る観点から、他の保険医療機関等からの文書による紹介がなく、初診を行った場合は、「注1」の規定にかかわらず「注2」又は「注3」の所定点数を算定する。（緊急その他やむを得ない事情がある場合を除く。）この場合において、患者に対し十分な情報提供を行い、患者の自由な選択と同意があった場合には、「注1」との差額に相当する療養部分について選定療養として、その費用を患者から徴収することができる。なお、保健所及び市町村等の医師が、健康診断等の結果に基づき治療の必要性を認め、当該患者に対し必要な診療が可能な保険医療機関を特定し、当該保険医療機関あてに文書による紹介を行った患者については、紹介のある患者とみなすことができる。

また、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合（以下「紹介割合」という。）等が低い保険医療機関とは、「注2」にあっては、紹介割合の実績が50%未満又は逆紹介割合の実績が50%未満の特定機能病院、地域医療支援病院（医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下同じ。）（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）及び紹介受診重点医療機関（同法第30条の18の2第1項に規定する外来機能報告対象病院等のうち同法第30条の18の5第1項第二号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第一号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたものをいう。以下同じ。）（一般病床の数が200床未満であるものを除く。）をいい、「注3」にあっては、紹介割合の実績が40%未満又は逆紹介割合の実績が40%未満の許可病床の数が400床以上の病院（特定機能病院、許可病床の数が400床以上の地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関並びに一般病床の数が200床未満の病院を除く。）をいう。紹介割合及び逆紹介割合の実績の算定期間は、報

告年度の前年度1年間（ただし、前年度1年間の実績が基準に満たなかった保険医療機関については、報告年度の連続する6か月間。また、新規に対象となる保険医療機関については、届出前3か月間の実績を有していること。）とし、当該期間の紹介割合及び逆紹介割合の実績が基準を上回る場合には、紹介割合等が低い保険医療機関とはみなされない。なお、令和8年3月31日時点で、現に逆紹介割合の実績に係る基準を満たしていた病院にあっては、令和9年3月31日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

※ 紹介割合及び逆紹介割合の計算については、下記のとおりとする。

$$\text{紹介割合 (\%)} = (\text{紹介患者数} + \text{救急患者数}) \div \text{初診の患者数} \times 100$$

$$\text{逆紹介割合 (\%)} = \text{逆紹介患者数} \div (\text{初診の患者数} + \text{再診の患者数}) \times 100$$

なお、初診の患者数、再診の患者数、紹介患者数、逆紹介患者数、救急患者数については、それぞれ次に掲げる数をいう。

ア 初診の患者数については、患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数（地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された患者、当該地域医療支援病院が医療法第30条の4に基づいて作成された医療計画において位置づけられた救急医療事業を行う場合にあっては、当該救急医療事業において休日又は夜間に受診した救急患者の数を除く。）とする。

イ 再診の患者数については、患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者以外の患者の数（地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された患者、当該地域医療支援病院が医療法第30条の4に基づいて作成された医療計画において位置づけられた救急医療事業を行う場合にあっては、当該救急医療事業において休日又は夜間に受診し

た救急患者、「B005-11」遠隔連携診療料又は「B011」連携強化診療情報提供料を算定している患者及び転帰が軽快であり退院後の初回来院時に次回以降の通院の必要がないと判断された患者の数を除く。）とする。

ウ 紹介患者数については、他の保険医療機関（特別の関係（第2部通則7の(3)に規定する「特別の関係」をいう。以下同じ。）にある保険医療機関を除く。）から診療情報提供書の提供を受け、紹介先保険医療機関において医学的に初診といわれる診療行為（情報通信機器を用いた診療のみを行った場合を除く。）があった患者の数とする。

エ 逆紹介患者数については、診療（情報通信機器を用いた診療のみを行った場合を除く。）に基づき他の保険医療機関での診療の必要性等を認め、患者に説明し、その同意を得て当該他の保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて紹介を行った患者（開設者と直接関係のある他の機関に紹介した患者を除き、「B005-11」遠隔連携診療料又は「B011」連携強化診療情報提供料を算定している患者を含む。）の数とする。

オ 救急患者数については、地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された初診の患者の数（搬送された時間を問わない。）とする。

(8) 特定機能病院、地域医療支援病院（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）、紹介受診重点医療機関（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）及び許可病床の数が400床以上の病院（特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関並びに一般病床の数が200床未満の病院を除く。以下同じ。）は、紹介割合及び逆紹介割合を別紙様式28【→40頁】により、毎年10月に地方厚生（支）局長へ報告すること。また、報告を行った保険医療機関であって、報告年度の連続する6か月間で実績の基準を満たした保険医療機関については、翌年の4月1日までに地方厚生（支）局長へ報告すること。

(9) 許可病床の数が400床以上の病院（特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関並びに一般病床の数が200床未満の病院を除く。）のうち、前年度1年間の紹介割合の実績が40%未満又は逆紹介割合の実績が40%未満の保険医療機関の取扱いについては、(8)と同様であること。

(10) 「注4」に規定する保険医療機関において、医薬品価格調査の信頼性を確保する観点から、毎年9月末日においても妥結率が低い状況又は妥結率、医療用医薬品の取引に係る状況及び流通改善に関する取組状況が報告していない状況のまま、初診を行った場合は、特定妥結率初診料を算定する。

(11) 妥結率、医療用医薬品の取引に係る状況及び流通改善に関する取組状況の取扱いについては、基本診療料施設基準通知の別添1の第2の5を参照のこと。

(12) (11)に規定する報告の際には、保険医療機関と卸売販売業者で取引価格の決定に係る契約書の写し等妥結率の根拠となる資料を併せて提出すること。

24 機能強化加算

ア 「注10」に規定する機能強化加算は、外来医療における適切な役割分担を図り、専門医療機関への受診の要否の判断等を含むより的確で質の高い診療機能を評価する観点から、かかりつけ医機能を有する医療機関における初診を評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た診療所又は許可病床数が200

床未満の病院において初診料（「注5」のただし書に規定する2つ目の診療料に係る初診料を除く。）を算定する場合に、加算することができる。

イ 機能強化加算を算定する保険医療機関においては、かかりつけ医機能を有する医療機関として、必要に応じ、患者に対して以下の対応を行うとともに、当該対応を行うことができる旨を院内及びホームページ等に掲示し、必要に応じて患者に対して説明すること。

(イ) 患者が受診している他の医療機関及び処方されている医薬品を把握し、必要な服薬管理を行うとともに、診療録に記載すること。なお、必要に応じ、担当医の指示を受けた看護職員等が情報の把握を行うことも可能であること。

(ロ) 専門医師又は専門医療機関への紹介を行うこと。

(ハ) 健康診断の結果等の健康管理に係る相談に応じること。

(ニ) 保健・福祉サービスに係る相談に応じること。

(ホ) 診療時間外を含む、緊急時の対応方法等に係る情報提供を行うこと。

25 外来感染対策向上加算

「注11」に規定する外来感染対策向上加算は、診療所における、平時からの感染防止対策の実施や、地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策への参画、空間的・時間的分離を含む適切な感染対策の下で発熱患者等の外来診療等を実施する体制の確保を更に推進する観点から、外来診療時の感染防止対策に係る体制を評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た診療所において初診料を算定する場合に、患者1人につき月1回に限り加算することができる。

26 発熱患者等対応加算

「注11」ただし書に規定する発熱患者等対応加算は、25の外来感染対策向上加算を算定している場合であって、発熱、呼吸器症状、発しん、消化器症状又は神経症状その他感染症を疑わせるような症状を有する患者に空間的・時間的分離を含む適切な感染対策の下で診療を行った場合に算定する。

27 連携強化加算

「注12」に規定する連携強化加算は、25の外来感染対策向上加算を算定する場合であって、外来感染対策向上加算を算定する保険医療機関が、感染対策向上加算1を算定する保険医療機関に対し、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行っている場合に算定する。

28 サーベイランス強化加算

「注13」に規定するサーベイランス強化加算は、25の外来感染対策向上加算を算定する場合であって、外来感染対策向上加算を算定する保険医療機関が、院内感染対策サーベイランス（JANIS）、感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）等、地域や全国のサーベイランスに参加している場合に算定する。

29 抗菌薬適正使用体制加算

「注14」に規定する抗菌薬適正使用体制加算は、25の外来感染対策向上加算を算定する場合であって、外来感染対策向上加算を算定する保険医療機関が抗菌薬の使用状況のモニタリングが可能なサーベイランスに参加し、使用する抗菌薬のうちAccess抗菌薬に分類されるものの使用比率が60%以上又は当該サーベイランスに参加する診療所全体の上位30%以内である場合に算定する。

30) 電子的診療情報連携体制整備加算

「注16」に規定する電子的診療情報連携体制整備加算は、オンライン資格確認により取得した診療情報・薬剤情報等を実際の診療に活用できる体制を有することを基本とし、電子処方箋、電子カルテ及び電子カルテ情報共有サービスの導入並びにサイバーセキュリティ対策の推進等、医療機関間で情報連携し質の高い医療を提供するための国等が進める医療DXに係る体制を評価するもの

であり、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長等に届け出た保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合に、月1回に限り当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数に加算する。当該加算に係る届出を行った保険医療機関は、「A001」再診料の「注11」明細書発行体制等加算は算定できない。

診療報酬

A001 再診料

76点

注1 保険医療機関（許可病床のうち一般病床に係るものの数が200以上のものを除く。）において再診を行った場合（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において情報通信機器を用いた再診を行った場合を含む。）に算定する。

注2 医療用医薬品の取引価格の妥結率に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床以上である病院に限る。）において再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、**特定妥結率再診料**として、**56点**を算定する。

注3 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわらず、2つ目の診療科に限り、**39点**（注2に規定する場合にあっては、**29点**）を算定する。この場合において、注4から注8まで及び注10から注20までに規定する加算は算定しない。

注4 6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、乳幼児加算として、**38点**を所定点数に加算する。ただし、注5又は注6に規定する加算を算定する場合は算定しない。

注5 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において再診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ**65点**、**190点**又は**420点**（6歳未満の乳幼児の場合にあっては、それぞれ**135点**、**260点**又は**590点**）を所定点数に加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関にあっては、同注のただし書に規定する時間において再診を行った場合は、**180点**（6歳未満の乳幼児の場合にあっては、**250点**）を所定点数に加算する。

注6 小児科を標榜する保険医療機関（区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定するものを除く。）にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜（当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間に限る。）において6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、注5の規定にかかわらず、それぞれ**135点**、**260点**又は**590点**を所定点数に加算する。

注7 区分番号A000に掲げる初診料の注9に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）が、午後6時（土曜日においては正午）から午前8時までの間（深夜及び休日を除く。）、休日又は深夜であって、当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間において再診を行った場合は、**夜間・早朝等加算**として、**50点**を所定点

数に加算する。ただし、注5のただし書又は注6に規定する場合にあっては、この限りでない。

注8 入院中の患者以外の患者に対して、慢性疼痛疾患管理並びに別に厚生労働大臣が定める検査並びに第7部リハビリテーション、第8部精神科専門療法、第9部処置、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療を行わないものとして別に厚生労働大臣が定める計画的な医学管理を行った場合は、**外来管理加算**として、**52点**を所定点数に加算する。

注9 患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合においても、再診料を算定することができる。ただし、この場合において、注8、注12、注13及び注15から注20までに規定する加算は算定しない。

注10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において再診を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ 時間外対応体制加算1 **7点**
ロ 時間外対応体制加算2 **5点**
ハ 時間外対応体制加算3 **4点**
ニ 時間外対応体制加算4 **2点**

注11 個別の費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）を受診した患者については、**明細書発行体制等加算**として、**1点**を所定点数に加算する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料の注16及び区分番号A001に掲げる再診料の注19に規定する電子的診療情報連携体制整備加算は別に算定できない。

注12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、入院中の患者以外の患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、**地域包括診療加算**として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ 地域包括診療加算1
(1) 認知症を有する患者等の場合 **38点**
(2) その他の慢性疾患等を有する患者の場合 **28点**

ロ 地域包括診療加算2
(1) 認知症を有する患者等の場合 **31点**
(2) その他の慢性疾患等を有する患者の場合 **21点**

注13 注12の場合において、別に厚生労働大臣が定める

施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況及び診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、外来データ提出加算として、月1回に限り10点を更に所定点数に加算する。

注14 注12の場合において、他の保険医療機関に入院した患者、介護保険法第8条第28項に規定する介護老人保健施設（以下「介護老人保健施設」という。）に入所した患者又は他の保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者について、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設に対して、薬剤の服用状況や薬剤服用歴に関する情報提供を行い、適切な連携を実施するとともに、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設において処方した薬剤の種類数が減少した場合であって、退院後若しくは退所後1月以内又は当該情報提供から3月以内に当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設から処方内容について情報提供を受けた場合には、薬剤適正使用連携加算として、3月に1回に限り、30点を更に所定点数に加算する。

注15 組織的な感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において再診を行った場合は、外来感染対策向上加算として、月1回に限り6点を所定点数に加算する。ただし、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で再診を行った場合については、発熱患者等対応加算として、月1回に限り20点を更に所定点数に加算する。

注16 注15本文に該当する場合であって、感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において再診を行った場合は、連携強化加算として、月1回に限り3点を更に所定点数に加算する。

注17 注15本文に該当する場合であって、感染防止対策に資する情報を提供する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において再診を行った場合は、サーベイランス強化加算として、月1回に限り1点を更に所定点数に加算する。

注18 注15本文に該当する場合であって、抗菌薬の使用状況につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において再診を行った場合は、抗菌薬適正使用体制加算として、月1回に限り5点を更に所定点数に加算する。

注19 医療DX推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を受診した患者に対して再診を行った場合は、電子的診療情報連携体制整備加算として、月1回に限り2点を所定点数に加算する。この場合において、注11に規定する明細書発行体制等加算は別に算定できない。

注20 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行った場合は、看護師等遠隔診療補助加算として、50点を所定点数に加算する。

留意事項通知

(3) 「注2」に規定する保険医療機関の取扱いについては、「A000」初診料の(10)から(12)までと同様である。

(14) 再診料における外来感染対策向上加算、連携強化加算、サーベイランス強化加算及び抗菌薬適正使用体制加算の取扱いは、初診料の場合と同様である。ただし、同一月に「A000」の「注11」、医学管理等の部の通則3、在宅医療の部の通則5又は「I012」に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合にあっては算定できない。

(15) 電子的診療情報連携体制整備加算

「注19」に規定する電子的診療情報連携体制整備加算は、オンライン資格確認により取得した診療情報・薬剤情報等を実際の診療に活用できる体制を有することを基本とし、電子処方箋、電子カルテ及び電子カルテ情報共有サービスの導入並びにサイバーセキュリティ対策の推

進等、医療機関間で情報連携し質の高い医療を提供するための国等が進める医療DXに係る体制を評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長等に届け出た保険医療機関を受診した患者に対して再診を行った場合に、月1回に限り所定点数に加算する。当該加算に係る届出を行った保険医療機関は、「注11」に規定する明細書発行体制等加算は算定できない。

(16) 注20に規定する看護師等遠隔診療補助加算は、「へき地保健医療対策事業について」（平成13年5月16日医政発第529号）に規定されるへき地診療所の医師又はへき地医療拠点病院の医師が、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を実施した場合に、前回の対面診療を実施した日から起算して、3月以内に限り算定する。

診療報酬

A002 外来診療料

77点

注1 許可病床のうち一般病床に係るものの数が200以上である保険医療機関において再診を行った場合に算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、**情報通信機器を用いた再診**を行った場合には、**76点**を算定する。

注2 病院である保険医療機関（特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限る。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、**57点**を算定する。

注3 病院である保険医療機関（許可病床数が400床以上である病院（特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の5第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限る。）を除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、**57点**を算定する。

注4 医療用医薬品の取引価格の妥結率に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、**特定妥結率外来診療料**として、**57点**を算定する。

注5 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわらず、2つ目の診療科に限り**39点**（注2から注4までに規定する場合にあっては、**29点**）を算定する。この場合において、注6のただし書及び注7から注11までに規定する加算は

算定しない。

注6 第2章第3部検査及び第9部処置のうち次に掲げるものは、外来診療料に含まれるものとする。ただし、第2章第3部第1節第1款検体検査実施料の通則第3号に規定する加算は、外来診療料に係る加算として別に算定することができる。

イ～ツ〔略〕

注7 6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、乳幼児加算として、**38点**を所定点数に加算する。ただし、注8又は注9に規定する加算を算定する場合は算定しない。

注8 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において再診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ**65点**、**190点**又は**420点**（6歳未満の乳幼児の場合にあっては、それぞれ**135点**、**260点**又は**590点**）を所定点数に加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関にあっては、同注のただし書に規定する時間において再診を行った場合は、**180点**（6歳未満の乳幼児の場合においては、**250点**）を所定点数に加算する。

注9 小児科を標榜する保険医療機関（区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定するものを除く。）にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜（当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間に限る。）において6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、注8の規定にかかわらず、それぞれ**135点**、**260点**又は**590点**を所定点数に加算する。

注10 医療DX推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を受診した患者に対して再診を行った場合は、**電子的診療情報連携体制整備加算**として、月に1回に限り2点を所定点数に加算する。

注11 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行った場合は、**看護師等遠隔診療補助加算**として、**50点**を所定点数に加算する。

留意事項通知

- (2) 「注1」のただし書に規定する情報通信機器を用いた診療については、A000初診料の(2)の取扱いと同様である。
- (3) 「注2」又は「注3」に規定する保険医療機関において、病院と診療所の機能分担の推進を図る観点から、以下のいずれかに該当する患者については、「注1」の規定にかかわらず、「注2」又は「注3」の所定点数を算定する。アに該当する患者については、患者に対し十分な情報提供を行い、患者の自由な選択と同意があった場合には、「注1」との差額に相当する療養部分について、選定療養としてその費用を患者から徴収することができる。イに該当する患者については、(4)のイ又はウに該当しない限り、原則として他の病院（一般病床の病床数が200床未満のものに限る。）又は診療所に対し文書による紹介

を行う旨の申出を行うことが望ましい。

また、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低い保険医療機関とは、「A000」初診料の(7)と同様である。

ア 他の病院（一般病床の病床数が200床未満のものに限る。）又は診療所に対し文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該病院を受診した患者（緊急その他やむを得ない事情がある患者を除く。）

イ 当該病院において過去1年間に12回以上外来診療料（「注1」から「注4」までに限る。）を算定した患者

- (4) (3)のイの患者のうち、以下のいずれかに該当する者については、(3)の規定にかかわらず、「注1」の所定点数を算定する。なお、イ又はウに該当する場合には、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

- ア 過去1年間に、紹介を行った医療機関との連携により、「B005-11」遠隔連携診療料又は「B011」連携強化診療情報提供料を算定している患者
- イ 緊急その他やむを得ない事情がある患者
- ウ 専門性の高い医学管理を要する等の理由により、当該患者の他の医療機関への紹介が困難であり、自院において継続した通院が必要であると医師が認めた患者
- (5) 特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関のうち、前年度1年間の紹介割合の実績が50%未満又は逆紹介割合の実績が50%未満の保険医療機関においては、紹介割合及び逆紹介割合を別紙様式28により、毎年10月に地方厚生（支）局長へ報告すること。また、報告を行った保険医療機関であって、報告年度の連続する6か月間で実績の基準を満たした保険医療機関については、翌年の4月1日までに地方厚生（支）局長へ報告すること。なお、令和8年3月31日時点で、現に逆紹介割合の実績に係る基準を満たしている保険医療機関にあっては、令和9年3月31日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。
- (6) 許可病床の数が400床以上の病院（特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関を除く。）のうち、前年度1年間の紹介割合の実績が40%未満又は逆紹介割合の実績が40%未満の保険医療機関の取扱いについては、(5)と同様であること。なお、令和8年3月31日時点で、現に逆紹介割合の実績に係る基準を満たしてい

る保険医療機関にあっては、令和9年3月31日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

- (7) 「注4」に規定する保険医療機関の取扱いについては、「A000」初診料の(10)から(12)までと同様である。
- (8) 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、患者の意思に基づき、別の診療科を再診として受診した場合は、現に診療継続中の診療科1つに限り、「注5」に掲げる所定点数を算定できる。この場合において、「注6」のただし書及び「注7」から「注11」までに規定する加算は、算定できない。
- (9) 外来診療料の取扱いについては、A001再診料の場合と同様である。ただし、電話等による再診料及び外来管理加算は算定できない。
- (14) 電子的診療情報連携体制整備加算

「注10」に規定する電子的診療情報連携体制整備加算は、オンライン資格確認により取得した診療情報・薬剤情報等を実際の診療に活用できる体制を有することを基本とし、電子処方箋、電子カルテ及び電子カルテ情報共有サービスの導入並びにサイバーセキュリティ対策の推進等、医療機関間で情報連携し質の高い医療を提供するための国等が進める医療DXに係る体制を評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長等に届け出た保険医療機関を受診した患者に対して再診を行った場合に、月1回に限り所定点数に加算する。

(別紙様式28)

初診料及び外来診療料の注2、注3に掲げる報告書

報告年月日： 年 月 日

区分の種類	☐ 注2	☐ 注3
保険医療機関の種類	☐ 特定機能病院	
	☐ 地域医療支援病院 (一般病床数が200床未満の病院を除く。)	
	☐ 紹介受診重点医療機関 (一般病床数が200床未満の病院を除く。)	
	☐ 上記以外の許可病床数が400床以上の病院 (一般病床数が200床未満の病院を除く。)	
① 初診の患者数 (期間： 年 月 ～ 年 月)		名
② 再診の患者数 (期間： 年 月 ～ 年 月)		名
③ 紹介患者数 (期間： 年 月 ～ 年 月)		名
④ 逆紹介患者数 (期間： 年 月 ～ 年 月)		名
⑤ 救急患者数 (期間： 年 月 ～ 年 月)		名
⑥ 紹介割合 = (③+⑤) ÷ ① × 100		%
⑦ 逆紹介割合 = ④ ÷ (①+②) × 1,000		‰

【記載上の注意】

- 1 「①」から「⑤」までの「初診の患者数」、「再診の患者数」、「紹介患者数」、「逆紹介患者数」、「救急患者数」については、区分番号「A000」初診料の(7)及び区分番号「A002」外来診療料の(3)を参照すること。
- 2 「①」から「⑤」までの「期間」については、原則として報告時の前年度の1年間とする。
- ただし、報告時の前年度の1年間の実績が基準に満たなかった場合には、報告年度の連続する6月間とする。
- ・新規に対象となる保険医療機関については、届出前3か月間の実績を有していること。