（別添１）

事　務　連　絡
令和８年９月 18 日

医療機関機能・病床機能報告、外来機能報告制度対象医療機関　御中

厚生労働省医政局地域医療計画課

令和８年度医療機関機能・病床機能報告、外来機能報告の実施について

平素から医療行政の推進について御理解と御協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

令和８年10月１日より、医療法等の一部を改正する法律（令和７年法律第87号）による改正後の医療法（昭和23年法律第205号）第30条の13の規定に基づき、病院又は診療所であって療養病床又は一般病床を有するものの管理者は、毎年７月１日時点における医療機関機能及び病床の機能、令和22年７月１日時点における医療機関機能及び病床の機能の予定、入院患者に提供する医療の内容等を都道府県知事に報告（以下「医療機関機能・病床機能報告」という。）することとしています。また、令和３年５月に成立・公布された「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」（令和３年法律第49号）に基づき、令和４年度より外来医療の実施状況も都道府県知事に報告（外来機能報告）することとしています。

報告は、原則として医療機関等情報支援システム（G-MIS）から実施していただきます。各医療機関におかれましては、添付のマニュアル等を御確認の上、期限までに報告いただきますようお願いいたします。

【同封資料】

・令和８年度医療機関機能・病床機能報告 報告マニュアル
・令和８年度外来機能報告 報告マニュアル
・令和８年度医療機関機能・病床機能報告、外来機能報告 紙媒体入手希望申請書
・令和８年度医療機関機能・病床機能報告、外来機能報告 紙媒体入手希望申請書 記入要領
・返信用封筒
・「令和８年度医療機関機能・病床機能報告、外来機能報告」医療機関・病床・外来管理番号の通知

裏面も御確認ください⇒

【資料の掲載について】

以下の資料については、厚生労働省HP及びG-MISへの掲載をいたします。

・令和８年度医療機関機能・病床機能報告 報告マニュアル
・令和８年度外来機能報告 報告マニュアル
・令和８年度医療機関機能・病床機能報告、外来機能報告 紙媒体入手希望申請書
（厚生労働省HPのみ掲載）
・令和８年度医療機関機能・病床機能報告、外来機能報告 紙媒体入手希望申請書 記入要領
（厚生労働省HPのみ掲載）
・令和８年度医療機関機能・病床機能報告 G-MIS操作マニュアル
・令和８年度外来機能報告 G-MIS操作マニュアル
・医療機関機能・病床機能報告　様式１　確認・記入要領（病院用）
・医療機関機能・病床機能報告　様式１　確認・記入要領（有床診療所用）
・医療機関機能・病床機能報告　様式２　確認・記入要領（病院・有床診療所共通）
・外来機能報告　確認・記入要領

また、医療機関機能報告の開始初年度となることから、医療機関機能・病床機能報告に係る確認・記入要領につきましては後日改めて郵送をさせていただく予定です。

【問い合わせ窓口】

問い合わせ窓口　厚生労働省「令和８年度医療機関・病床・外来機能報告」事務局

委託先
・報告内容に関するお問い合わせ：株式会社三菱総合研究所（制度運営事務局）・・①②③
※報告様式１・２、プレプリントデータ、その他、医療機関機能・病床機能・外来機能報告制度についてはこちらにお問い合わせください。
・G-MIS に関するお問い合わせ： 厚生労働省 G-MIS 事務局・・③のみ
※ユーザ名、G-MIS の画面操作方法、システム障害発生時等についてはこちらにお問い合わせください。

①電話（フリーダイヤル）0120－142－305［平日９:00~17:00 受付］

②FAX 番号：03－5615－9278［24 時間受付］
※FAX でのお問い合わせの際は、医療機関・病床・外来管理番号、医療機関名、担当者名、所在地、電話番号を必ず記載してください。

③医療機関・病床・外来機能報告 問合せフォーム（G-MIS サイトの連絡フォーム）［24 時間受付］
※医療機関・病床・外来機能報告 問合せフォームの操作方法については、各報告に係る『G-MIS 操作マニュアル』をご確認ください。

※①電話、②FAX の開設期間は令和８年９月 24 日９:00～12 月 28 日 17:00 です。

※③医療機関・病床･外来機能報告 問合せﾌｫｰﾑの開設期間は令和８年９月 24 日９:00～令和９年 1 月 29 日 23:59 です。
電話でお問い合わせいただく場合、音声ガイダンスが流れます。
音声ガイダンスに従い、お問い合わせ内容の番号を御入力ください。
問い合わせ内容によっては別の窓口の番号をお伝えしてかけ直していただく場合があります。

【医療機関等情報支援システム（G-MIS）】 ※令和８年10月１日９:00報告開始予定

URL：https://www.med-login.mhlw.go.jp

※報告様式１の報告期間：令和８年 10 月１日～11 月 30 日

※報告様式２の報告期間：令和８年 11 月２日（予定）～11 月 30 日

令和８年９月 18 日

外来機能報告制度対象医療機関　御中

厚生労働省医政局地域医療計画課

令和８年度外来機能報告の実施について

平素から医療行政の推進について御理解と御協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

令和３年５月に成立・公布された「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」（令和３年法律第49号）に基づき、病院及び有床診療所（無床診療所は任意）は、令和４年度より外来医療の実施状況を都道府県知事に報告（外来機能報告）することとしています。

報告は、医療機関等情報支援システム（G-MIS）から実施していただきます。各医療機関におかれましては、添付のマニュアル等を御確認の上、期限までに報告いただきますようお願いいたします。

【問い合わせ窓口】

問い合わせ窓口　厚生労働省「令和８年度医療機関・病床・外来機能報告」事務局

委託先

・報告内容に関するお問い合わせ：株式会社三菱総合研究所（制度運営事務局）・・①②③
　※報告様式１・２、プレプリントデータ、その他、医療機関・病床・外来機能報告制度についてはこちらにお問い合わせください。

・G-MIS に関するお問い合わせ： 厚生労働省 G-MIS 事務局・・③のみ
　※ユーザ名、G-MIS の画面操作方法、システム障害発生時等についてはこちらにお問い合わせください。

①電話（フリーダイヤル）0120－142－305［平日９:00~17:00 受付］

②FAX 番号：03－5615－9278［24 時間受付］

※FAX でのお問い合わせの際は、医療機関・病床・外来管理番号、医療機関名、担当者名、所在地、電話番号を必ず記載してください。

③医療機関・病床・外来機能報告 問合せフォーム（G-MIS サイトの連絡フォーム）［24 時間受付］

※医療機関・病床・外来機能報告 問合せフォームの操作方法については別冊『G-MIS 操作マニュアル』を御確認ください。

※①電話、②FAX の開設期間は令和８年９月 24 日９:00～12 月 28 日 17:00 です。
※③医療機関・病床･外来機能報告 問合せﾌｫｰﾑの開設期間は令和８年９月 24 日 9:00～令和９年 1 月 29 日 23:59 です。
電話でお問い合わせいただく場合、音声ガイダンスが流れます。
音声ガイダンスに従い、お問い合わせ内容の番号を御入力ください。
問い合わせ内容によっては別の窓口の番号をお伝えしてかけ直していただく場合があります。

裏面も御確認ください⇒

【同封資料】

・令和８年度外来機能報告 報告マニュアル
・令和８年度外来機能報告 紙媒体入手希望申請書
・令和８年度外来機能報告 紙媒体入手希望申請書 記入要領
・返信用封筒
・「令和８年度医療機関機能・病床機能・外来機能報告」医療機関・病床・外来管理番号の通知

報告マニュアル等の紙媒体配布は令和８年度をもって終了します。令和９年度以降は電子版報告マニュアル等をご利用ください。

※報告マニュアル等は随時更新される可能性がございます。医療機関等情報支援システム（G-MIS）上もしくは厚生労働省ホームページ（外来機能報告について）から最新のマニュアル等をダウンロードしてご利用ください。

【医療機関等情報支援システム（G-MIS）】 ※令和８年10月１日９:00報告開始予定

URL：https://www.med-login.mhlw.go.jp

※１　報告様式１：令和８年10月１日～11月30日

※２　報告様式２：令和８年11月２日（予定）～11月30日

【紹介受診重点医療機関となる意向について】

外来機能報告においては、紹介受診重点医療機関となる意向の有無について御報告いただきます。

上記の意向の有無と外来機能報告で報告いただいた外来医療の実施状況を踏まえ、都道府県において「協議の場」において外来機能の明確化・連携に向けて必要な協議を行い、紹介受診重点外来を地域で基幹的に担う医療機関として、「紹介受診重点医療機関」を明確化することとしています。

FAX:03-5615-9278

令和８年度　医療機関機能・病床機能・外来機能報告　紙媒体入手希望申請書

◆報告の正確性の観点から、可能な限り医療機関等情報支援システム（G-MIS）による報告をお願いしています。

◆紙媒体による報告を希望する場合は、「紙媒体を希望する理由」欄等、必要事項をご記入いただき、原則、10月26日(必着)までに郵送もしくはFAX申請をしてください。事務局より紙媒体の報告様式をお送りいたします。

※病棟数や診療実績の多い医療機関の場合、医療機関機能・病床機能報告「報告様式２」の紙媒体の量が膨大になり送付が困難となる可能性があるなど、申請内容によっては、G-MISによる報告を依頼することがありますので、ご了承ください。

◆この用紙は報告様式ではありません。報告は医療機関機能・病床機能報告、外来機能報告ともに報告様式１、報告様式２の両方をご提出ください。

◎医療機関・病床・外来管理番号（送付状に記載の８桁コード）						
◎貴院名						
◎都道府県番号・医療機関コード（令和８年４月の診療報酬請求時に医科レセプト、歯科レセプトに記載した７桁の医療機関コード）		都道府県番号（２桁）		点数表コード		医療機関コード（７桁）
	医科用		-	1		
	歯科用		-	3		
	※年度の途中で医療機関コードの変更があった場合は、下記に変更前の医療機関コード使用期間及び以前の医療機関コードを記入してください。					
		変更前の医療機関コード使用期間				変更前の医療機関コード（７桁）
	医科用（変更前）	令和 ７ 年 ４ 月 ～ 令和 年 月				
	歯科用（変更前）	令和 ７ 年 ４ 月 ～ 令和 年 月				
◎医療機関住所	〒		－			
◎回答者	ふりがな					
	氏　名					
	部署名					
	連絡先	電話番号	市外局番	-		-

◎紙媒体を希望する理由 該当理由に✓をいれてください （複数選択可）	□ a. インターネットへの接続環境がないため □ b. セキュリティ上、医療機関のパソコンからアクセスできないため □ c. その他　※理由を以下の「自由記入欄」にお書きください 自由記入欄

◎ 病院・有床診療所の種別	１．病院　２．有床診療所		**病院の場合**、報告対象病棟数（病棟票）（※有床診療所は記載不要）		病　棟

FAX:03-5615-9278

令和８年度　外来機能報告　紙媒体入手希望申請書

◆報告の正確性の観点から、可能な限り医療機関等情報支援システム（G-MIS）による報告をお願いしています。

◆紙媒体による報告を希望する場合は、「紙媒体を希望する理由」欄等、必要事項をご記入いただき、原則、10月26日(必着)までに郵送もしくはFAX申請をしてください。事務局より紙媒体の報告様式をお送りいたします。

◆この用紙は報告様式ではありません。報告は報告様式１、報告様式２の両方をご提出ください。

◎医療機関・病床・外来管理番号（送付状に記載の８桁コード）						
◎貴院名						
◎都道府県番号・医療機関コード（令和８年４月の診療報酬請求時に医科レセプト、歯科レセプトに記載した７桁の医療機関コード）		都道府県番号（２桁）		点数表コード		医療機関コード（７桁）
	医科用		－	1		
	歯科用		－	3		
	※年度の途中で医療機関コードの変更があった場合は、下記に変更前の医療機関コード使用期間及び以前の医療機関コードを記入してください。					
		変更前の医療機関コード使用期間				変更前の医療機関コード（７桁）
	医科用（変更前）	令和　７　年　４　月　～　令和　　年　　月				
	歯科用（変更前）	令和　７　年　４　月　～　令和　　年　　月				
◎医療機関住所	〒		－			
◎回答者	ふりがな					
	氏　名					
	部署名					
	連絡先	電話番号	市外局番		-	-

◎紙媒体を希望する理由 該当理由に✓をいれてください （複数選択可）	□ a. インターネットへの接続環境がないため □ b. セキュリティ上、医療機関のパソコンからアクセスできないため □ c. その他　※理由を以下の「自由記入欄」にお書きください 自由記入欄

令和８年度医療機関機能・病床機能・外来機能報告
紙媒体入手希望申請書　記入要領

紙媒体入手希望申請書の概要

（１）紙媒体入手希望申請書の目的等

医療機関機能・病床機能・外来機能報告は、報告の正確性の観点から、可能な限り医療機関等情報支援システム（G-MIS）による報告をお願いしていますが、インターネット環境が整っていないため G-MIS による報告ができない医療機関等の理由により紙媒体での報告を希望される場合には、「紙媒体入手希望申請書」をご記入の上、ご提出ください。

ただし、**紙媒体を希望されますと、特に診療実績の多い医療機関において、医療機関機能・病床機能報告「報告様式 2」の紙媒体の枚数が膨大になる可能性があります**ので、可能な限り、G-MIS での報告を行っていただくようお願いいたします。

なお、**G-MIS の WEB フォーム上で入力した報告内容は、PDF ファイルでダウンロードすることができますので、院内での決裁等に印刷してご活用いただけます。**

また、紙媒体の報告様式発送は、受付から発送までに５～10 営業日程度の期間を頂戴する場合があります。あらかじめご了承ください。

（２）紙媒体入手希望申請書の提出方法

紙媒体入手希望申請書へ記入し、原則、10 月 26 日（必着）までに同封の返信用封筒にて郵送又は（３）の問い合わせ窓口に FAX でご提出ください。

（３）問い合わせ窓口

紙媒体入手希望申請書に関してご不明点がある場合には、下記までお問い合わせください。

問い合わせ窓口　厚生労働省「令和８年度医療機関・病床・外来機能報告」事務局 委託先　報告内容に関するお問い合わせ：株式会社三菱総合研究所（制度運営事務局）
電話（フリーダイヤル）：0120－142－305［平日９:00～17:00 受付］ **FAX（制度運営事務局専用）：03－5615－9278［24 時間受付］** ※番号のお間違えには十分ご注意ください ※問い合わせ窓口の開設期間は令和８年９月 24 日 9:00～12 月 28 日 17:00 です

記入の手引き

■　貴院の医療機関名称や、事前に送付する案内文書に記載されている医療機関・病床・外来管理番号、医療機関住所、本報告のご担当者、病院・有床診療所の種別等について、施設管理者及び事務部門のご担当者がご記入ください。

◎医療機関・病床・外来管理番号 （送付状に記載の８桁コード）	送付状の医療機関・病床・外来管理番号と相違ないか、ご確認ください。
◎貴院名	貴院の医療機関名称をご記入ください。
◎医療機関コード	令和７年４月分から令和８年３月分の診療報酬請求データをもとに、医療機関機能・病床機能報告「報告様式２」及び外来機能報告「報告様式２」に診療実績をプレプリント（※）しますので、令和７年４月から令和８年３月の医療機関コードをご記入ください。医科、歯科の両方のコードがある場合は両方ご記入ください。 また、年度の途中で医療機関コードの変更があった場合は、変更前のコードと変更後のコード及びいつから変更になったかをご記入ください。 ※オンライン又は電子媒体（フレキシブルディスク（FD）、光ディスク（MO）、光ディスク（CD-R））を用いて、電子レセプトによる請求を行っている医療機関では、報告様式にあらかじめレセプト集計結果が記載（プレプリント）されます。ただし、令和８年５月以降に、令和７年４月から令和８年３月診療分を月遅れ分として請求している医療機関、紙レセプトにより請求を行っている医療機関等では、プレプリントされません。
◎医療機関住所	貴院の郵便番号、所在地をご記入ください。
◎回答者	報告様式をお受取りいただくご担当者の氏名及び部署名、電話番号についてご記入ください。入手希望申請書に記載の内容についてお問い合わせをする場合があります。
◎紙媒体を希望する理由	紙媒体を希望する理由を、選択肢から選びチェックしてください（複数回答可）。『その他』を選択された場合は、その理由を自由記入欄に記載してください。
◎病院・有床診療所の種別	令和８年７月１日時点における貴院の病院・有床診療所（診療所・歯科診療所）の種別をご記入ください。 また、施設種別が【病院】の場合は、事務局から送付する病棟票の部数をお知らせいただく必要があるため、報告対象となる一般病床又は療養病床を有する病棟数をあわせてご記入ください。 ※医療機関機能・病床機能報告病棟票では、病院の各病棟における看護体制の１単位をもって病棟と取り扱います。ただし、特定入院料（特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料３、小児入院医療管理料４、回復期リハビリテーション入院医療管理料、地域包括ケア入院医療管理料１～４を算定する場合は除きます。）を算定する治療室・病室については、当該施設基準の要件を満たす体制の１単位をもって病棟として取り扱います。また、休棟中の病棟であっても許可病床として一般病床・療養病床を有する場合は、「病棟票」の作成が必要です。

令和８年度外来機能報告
紙媒体入手希望申請書　記入要領

1　紙媒体入手希望申請書の概要

（１）紙媒体入手希望申請書の目的等

外来機能報告は、報告の正確性の観点から、可能な限り医療機関等情報支援システム（G-MIS）による報告をお願いしていますが、インターネット環境が整っていないため G-MIS による報告ができない医療機関等の理由により、紙媒体での報告を希望される場合には、「紙媒体入手希望申請書」をご記入の上、ご提出ください。

なお、**G-MIS の WEB フォーム上で入力した報告内容は、PDF ファイルでダウンロードすることができますので、院内での決裁等に印刷してご活用いただけます。**

また、紙媒体の報告様式発送は、受付から発送までに５～10 営業日程度の期間を頂戴する場合があります。あらかじめご了承ください。

（２）紙媒体入手希望申請書の提出方法

紙媒体入手希望申請書へ記入し、原則、10 月 26 日（必着）までに同封の返信用封筒にて郵送又は（３）の問い合わせ窓口に FAX でご提出ください。

（３）問い合わせ窓口

紙媒体入手希望申請書に関してご不明点がある場合には、下記までお問い合わせください。

問い合わせ窓口　厚生労働省「令和８年度医療機関・病床・外来機能報告」事務局 委託先　報告内容に関するお問い合わせ：株式会社三菱総合研究所（制度運営事務局）
電話（フリーダイヤル）：0120－142－305［平日９:00～17:00 受付］ **FAX 番号（制度運営事務局専用）：03－5615－9278［24 時間受付］** ※番号のお間違えには十分ご注意ください ※問い合わせ窓口の開設期間は令和８年９月 24 日９:00～12 月 28 日 17:00 です

2 記入の手引き

■　貴院の医療機関名称や、事前に送付する案内文書に記載されている医療機関・病床・外来管理番号、医療機関住所、本報告のご担当者等について、施設管理者及び事務部門のご担当者がご記入ください。

◎医療機関・病床・外来管理番号 （送付状に記載の８桁コード）	送付状の医療機関・病床・外来管理番号と相違ないか、ご確認ください。
◎貴院名	貴院の医療機関名称をご記入ください。
◎医療機関コード	令和７年４月分から令和８年３月分の診療報酬請求データをもとに、外来機能報告「報告様式２」に診療実績をプレプリント（※）しますので、令和７年４月から令和８年３月の医療機関コードをご記入ください。医科、歯科の両方のコードがある場合は両方ご記入ください。 また、年度の途中で医療機関コードの変更があった場合は、変更前のコードと変更後のコード及びいつから変更になったかをご記入ください。 ※オンライン又は電子媒体（フレキシブルディスク（FD）、光ディスク（MO）、光ディスク（CD-R））を用いて、電子レセプトによる請求を行っている医療機関では、報告様式にあらかじめレセプト集計結果が記載（プレプリント）されます。ただし、令和８年５月以降に、令和７年４月から令和８年３月診療分を月遅れ分として請求している医療機関、紙レセプトにより請求を行っている医療機関等では、プレプリントされません。
◎医療機関住所	貴院の郵便番号、所在地をご記入ください。
◎回答者	報告様式をお受取りいただくご担当者の氏名及び部署名、電話番号についてご記入ください。入手希望申請書に記載の内容についてお問い合わせをする場合があります。
◎紙媒体を希望する理由	紙媒体を希望する理由を、選択肢から選びチェックしてください（複数回答可）。『その他』を選択された場合は、その理由を自由記入欄に記載してください。

本紙は令和９年３月末まで大切に保管してください。

各医療機関に付与された「医療機関・病床・外来管理番号」は、本報告にて医療機関を特定するための番号として事務局へのお問い合わせ時等において必要となりますので、**令和９年３月末まで大切に保管**してください。

「令和８年度 医療機関機能・病床機能・外来機能報告」

医療機関・病床・外来管理番号の通知

医療機関等情報支援システム（G-MIS）
【令和８年 10 月１日より報告開始】
https://www.med-login.mhlw.go.jp

医療機関・病床・外来管理番号：

※医療機関・病床・外来管理番号は、G-MIS のログイン ID とは異なります。

医療法に
基づく義務です

令和
８年度

医療機関機能・病床機能報告
報告マニュアル

目　次

１．報告までの流れ……1

２．医療機関機能・病床機能報告制度について……2
２－１．医療機関機能・病床機能報告制度の概要……2
２－２．報告対象となる医療機関の範囲……4
２－３．報告の範囲……5

３．報告の流れ……6
３－１．報告様式の種類……6
３－２．報告における留意点……7
３－３．報告期限……8
３－４．報告結果の公開……8

４．報告項目の概要……9
４－１．報告様式１における報告項目の概要……9
４－２．報告様式２における報告項目の概要……10
４－３．入院診療実績の通年化に伴う負担軽減について……12

５．具体的な報告手順……13
５－１．報告様式等の入手……13
５－２．報告様式の記入・不備の確認……14
５－３．報告様式の提出……15

６．問い合わせ窓口……16

令和８年９月

厚生労働省

１．報告までの流れ

医療機関機能・病床機能報告に関する作業の概要

1. 報告方法

・ 原則として、G-MIS上のWEBフォームを用いて報告をお願いいたします。なお、インターネット環境が整っていない等の事情によりWEBフォームを用いた報告が困難な場合については、紙媒体での報告も可能です。

・ 深夜２:00～５:00はシステムのメンテナンスが行われるため、医療機関機能・病床機能・外来機能報告のG-MIS上での入力をお控えください。システムメンテナンス中に医療機関機能・病床機能・外来機能報告を入力されると入力内容が正常に反映されない可能性があります。

2. 報告様式と報告期限の全体像

※ 報告様式１と報告様式２でそれぞれ報告期間が異なります。ご注意ください。

報告様式	報告様式１、報告様式２
報告期間 （提出期限）	報告様式１：**令和８年10月１日～11月30日** 報告様式２：**令和８年11月２日（予定）～11月30日** ※ 提出された報告内容において疑義が確認された場合、都道府県及び厚生労働省 「令和８年度 医療機関・病床・外来機能報告」事務局（以下「制度運営事務局」という。）から問い合わせや修正依頼を行うことがあります。なお、本報告に関する事務作業の効率化を図るため、厚生労働省は制度運営事務局業務などの一部を株式会社三菱総合研究所に委託しています。

3. 作業フローの全体像

STEP１ ～本日よりご対応いただきたいこと～

・下記のA、Bのいずれかに該当するか確認してください。

A：報告対象医療機関に該当しない場合（注１）
B：インターネット環境が整っていない等の事情によりG-MIS上のWEBフォームからの報告ができず、紙媒体での報告を希望する場合（注２）

・該当する場合は、それぞれ以下のご対応をお願いします。

Aに該当：11月13日までに下記①あるいは②のいずれかを行ってください。
①G-MISサイト上で申請してください。詳細は「６．問い合わせ窓口」をご覧ください。
②G-MISサイトを使用できない場合は問い合わせ窓口（制度運営事務局）までご連絡ください。

Bに該当：「令和８年度 医療機関機能・病床機能・外来機能報告 紙媒体入手希望申請書」をご提出ください。（注２）

（注１）報告対象医療機関の定義は「２－２．報告対象となる医療機関の範囲」をご参照ください。
（注２）紙媒体資料の発送までに５～10営業日程度を要する場合があるため紙媒体入手希望申請は10月26日までに行ってください。また、申請の時期に関わらず報告様式２は11月中旬以降の発送となります。記入方法等については別冊『紙媒体入手希望申請書 記入要領』をご参照ください。

STEP２ ～10月１日よりご対応いただきたいこと～

※ 詳細は「３．報告の流れ」、「５－２．報告様式の記入・不備の確認」をご確認ください。

・ 10月１日に、報告様式１の報告の受付を開始、G-MISのWEBフォームを開設します。G-MISにアクセスし入力作業を開始してください。

・ インターネット環境が整っていない場合を除き、業務効率化等の観点から可能な限り、G-MIS上のWEBフォームを用いて入力・報告をお願いします。
・ 報告の際には、別冊『確認・記入要領』を参照してください。

STEP３ ～11月２日（予定）よりご対応いただきたいこと～

※ 詳細は「３．報告の流れ」、「５－２．報告様式の記入・不備の確認」をご確認ください。
・ 11月２日に、報告様式２の報告の受付を開始する予定です。報告様式１と同様に可能な限りG-MIS上のWEBフォームを用いて報告をお願いします。

STEP４ ～11月30日までにご対応いただきたいこと～

※ 詳細は「５－３．報告様式の提出」をご確認ください。
・ 報告様式１・２共に11月30日までに必須項目の入力を完了し、提出をお願いします。
・ 提出された報告内容において疑義が確認された場合、都道府県及び制度運営事務局から問い合わせや修正依頼を行うことがあります。

２．医療機関機能・病床機能報告制度について

２－１．医療機関機能・病床機能報告制度の概要

医療機関機能・病床機能報告制度とは、医療法（昭和 23 年法律第 205 号）第 30 条の 13 に基づき、医療機関機能及び病床の機能の分化及び連携の推進のため実施するものです。

医療機関機能報告では、各医療機関が現に担っている医療機関機能、2040 年において担う医療機関機能、及びその他医療機関機能の確保等の協議のために必要な診療実績等を都道府県に報告します。なお、2040 年において担う医療機関機能については、遅くとも 2028 年度までに地域の協議において決定し報告したうえで、当該報告以降については、決定された医療機関機能を報告します。

病床機能報告では、現状の病床機能と 2040 年時点の病床機能について、病棟単位で自主的に選択し、都道府県に対して報告します。病床の機能区分については、2040 年に向けて増加する高齢者救急等の受け皿として急性期と回復期の機能を併せ持つ機能が重要となること等を踏まえ、これまでの４区分のうち、従来の「回復期機能」について、「高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリテーション等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能」及び従来の「回復期機能」を併せて、「包括期機能」として位置付けることとしています。なお、病床機能の報告に当たっては、一定の客観性をもった報告となるよう、各機能区分に対応する目安となる診療報酬上の入院料の種類も参照して報告することとしますが、診療報酬上の入院料の種類のみをもって機械的に決定されるものではないことにご留意ください。

○ 医療法（昭和 23 年法律第 205 号）（抄）

第三十条の三　（略）

２　（略）

六　地域における病床の機能（病院又は診療所の病床において提供する患者の病状に応じた医療の内容をいう。以下同じ。）の分化及び連携並びに医療を受ける者に対する病床の機能に関する情報の提供の推進に関する基本的な事項

３　（略）

第三十条の三の二　厚生労働大臣は、前条第二項第五号又は第六号に掲げる事項を定め、又はこれを変更するために必要があると認めるときは、都道府県知事又は第三十条の十三第二項に規定する医療機関機能等報告対象病院等の開設者若しくは管理者に対し、厚生労働省令で定めるところにより、同条第一項の規定による報告の内容その他の必要な情報の提供を求めることができる。

２　（略）

第三十条の十三　病院又は診療所であつて療養病床又は一般病床を有するものの管理者は、地域における医療機関機能（病院又は診療所ごとに地域の医療提供施設として提供する医療の内容をいう。以下この条において同じ。）及び病床の機能の分化及び連携の推進のため、厚生労働省令で定めるところにより、当該病院又は診療所の医療機関機能に応じ厚生労働省令で定める区分及び病床の機能に応じ厚生労働省令で定める区分（以下「病床の機能区分」という。）に従い、次に掲げる事項を当該病院又は診療所の所在地の都道府県知事に報告しなければならない。

一　厚生労働省令で定める日（次号から第四号までにおいて「基準日」という。）における医療機関機能

二　基準日から厚生労働省令で定める期間が経過した日における医療機関機能の予定（次項において「基準日後医療機関機能」という。）

三　基準日における病床の機能（以下「基準日病床機能」という。）

四　基準日から第二号の厚生労働省令で定める期間が経過した日における病床の機能の予定（以下「基準日後病床機能」という。）

五　当該病院又は診療所に入院する患者に提供する医療の内容

六　その他厚生労働省令で定める事項

２・３　（略）

４　都道府県知事は、厚生労働省令で定めるところにより、第一項及び第二項の規定により報告された事項を公表しなければならない。

５　都道府県知事は、医療機関機能等対象病院等の管理者が第一項若しくは第二項の規定による報告をせず、又は虚偽の報告をしたときは、期間を定めて、当該医療機関機能等対象病院等の開設者に対し、当該管理者をしてその報告を行わせ、又はその報告の内容を是正させることを命ずることができる。

６　都道府県知事は、前項の規定による命令をした場合において、その命令を受けた医療機関機能等対象病院等の開設者がこれに従わなかつたときは、その旨を公表することができる。

７　都道府県知事は、第一項又は第二項の規定による報告の内容を踏まえ、地域における医療機関機能又は病床の機能の分化及び連携の推進のための措置をとることが必要と認められる場合として厚生労働省令で定める場合に該当するときは、当該報告をした医療機関機能等報告対象病院等の開設者又は管理者に対し、当該報告の内容を変更するよう求めることができる。

８　医療機関機能等報告対象病院等の開設者又は管理者は、前項の規定により都道府県知事から求めがあつたときは、これに応ずるよう努めなければならない。

第九十二条　（略）第三十条の十三第五項、第三十条の十八の二第二項若しくは第三十条の十八の四第六項の規定による命令に違反した者又は第三十条の十八の六第三項の規定に違反して、届出をせず、若しくは虚偽の届出をした者は、三十万円以下の過料に処する。

※　法律上は、医療機関から都道府県知事にご報告いただくこととなっていますが、医療機関等情報支援システム（以下「G-MIS」という。）の WEB フォームから直接、報告様式に入力及び提出していただく形式となっております。

２－２．報告対象となる医療機関の範囲

１） 報告対象となる医療機関

令和８年７月１日時点で一般病床・療養病床を有する病院及び有床診療所（診療所・歯科診療所）は、報告対象です。

※ 許可病床として一般病床あるいは療養病床を有しているものの休床中の医療機関、健診や治験、母体保護法に基づく利用のみで診療報酬請求を行っていない医療機関も報告対象となります。

ただし、一般病床・療養病床を有する病院及び有床診療所（診療所・歯科診療所）であっても、下記２）における「c. 」、「d. 」、「e. 」に該当する場合は報告対象外となります。

※ 一般開放している場合は、自衛隊病院等も報告対象となります。

２） 報告対象外となる医療機関

以下に該当する医療機関については、報告対象外となります。令和８年度医療機関機能・病床機能報告の実施依頼があった医療機関において**報告対象外に該当する場合は、別冊『G-MIS操作マニュアル』に記載の【問合せフォームの使い方】を参考に、G-MISサイトより申請してください。**

a. 一般病床・療養病床を有していない医療機関

※ 許可病床として精神病床のみ、結核病床のみ、感染症病床のみを有する医療機関

b. 都道府県に全許可病床を返還済み又は令和９年３月31日までに返還予定（無床診療所に移行予定）である医療機関

c. 特定の条件に該当する医療機関

○ 刑事施設等や入国者収容所等の中に設けられた医療機関や皇室用財産である医療機関（宮内庁病院）

○ 特定の事業所等の従業員やそのご家族の診療のみを行う医療機関であって、保険医療機関でないもの

※ 一般開放している場合は、自衛隊病院等であっても報告対象となります。

d. 休院・廃院済み又は令和９年３月31日までに休院・廃院予定である医療機関

e. 令和８年７月２日以降に新たに開設した医療機関

２－３．報告の範囲

１） 医療機関機能・病床機能報告の報告範囲

医療機関機能・病床機能報告では、報告様式に応じて報告単位が異なります。「基本票、施設票、有床診療所票、医療機関機能票」は、病院・有床診療所ともに**医療機関単位**でご報告ください。一方、「病棟票」は、病院については**病棟単位**でご報告いただき、有床診療所については施設全体を１病棟とみなしてご報告ください。

２） 病院における報告対象病棟の考え方

病床機能報告では、病院の各病棟における看護体制の１単位をもって病棟と取り扱います。ただし、特定入院料（※）を算定する治療室・病室については、**当該施設基準の要件を満たす体制の１単位をもって病棟として取り扱う**ものとします。

※ 特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料３、小児入院医療管理料４、回復期リハビリテーション入院医療管理料、地域包括ケア入院医療管理料１～４を算定する場合は除きます。

病院においては、医療法第７条第１項から第３項に基づいて開設許可を受けている一般病床・療養病床を有する病棟のみが報告対象となります。また、許可病床として一般病床・療養病床を有する病棟の場合は、休棟中の病棟であっても「病棟票」の作成が必要となります。

精神病床のみ、感染症病床のみ、結核病床のみの病棟等は「病棟票」の作成は不要ですが、その場合にも「施設票」には、一般病床・療養病床以外の病床を含む貴院の全病床を対象としてご回答ください。なお、基準病床数制度において特例とされている特定の病床等も含めてご報告ください。

３） 有床診療所における報告対象病棟の考え方

有床診療所については施設全体を**１病棟**と考え、**施設単位**でご報告ください。

なお、全病床が休床中である有床診療所においても、下記に従ってご報告いただく必要があります。

【全病床が休床中である有床診療所の報告方法】

① 以下のいずれか又は両方に該当する場合は、全ての必須項目について報告する必要があります。

・令和８年７月１日時点で地方厚生（支）局長への入院基本料の届出がある場合
・令和７年４月１日～令和８年３月 31 日の期間に稼働病床がある場合

② 入院基本料の届出がなく、過去１年間の稼働病床がない有床診療所は、「報告様式１」においては以下の項目の報告は不要ですが、それ以外の必須項目については報告が必要です。

- 「７．職員数」のうち、「②入院部門の職員数」
- 「９．入院患者数の状況」

３．報告の流れ

３－１．報告様式の種類

ご提出いただく報告様式は、「報告様式１」及び「報告様式２」の２種類です。

業務効率化等の観点から、可能な限り G-MIS 上の WEB フォームにて報告をお願いします。報告には Windows OS 搭載の PC をご使用ください。

紙媒体を希望される医療機関は、個別に申請をお願いします。

なお、決裁等のために印刷して活用できるよう、G-MIS 上の WEB フォームで入力した報告内容の PDF ファイルをダウンロードすることができます。詳細は別冊『G-MIS 操作マニュアル』をご参照ください。

報告様式の種類	
報告様式１	病院用［基本票・施設票・病棟票・医療機関機能票］
	有床診療所用［診療所票・医療機関機能票］
報告様式２（※）	基本票・病棟票・医療機関機能票

※ オンライン又は電子媒体（フレキシブルディスク（FD）、光ディスク（MO）、光ディスク（CD-R））を用いて、電子レセプトによる請求を行っている医療機関では、報告様式にレセプト集計結果があらかじめ反映（プレプリント）されます。ただし、

・令和８年５月以降に、令和７年４月から令和８年３月診療分を月遅れ分として請求している医療機関

・紙レセプトにより請求を行っている医療機関

等では、プレプリントされません。

報告様式１、報告様式２の入手方法と提出方法（概要）は以下の通りです。詳細は該当ページを参照してください。

		入手方法	提出方法
G-MIS上のWEBフォームからの報告を希望する医療機関（推奨）	⇒	G-MISにアクセス 「５－１．１）G-MIS上で報告する場合」参照	G-MIS上で報告 「５－３．１）G-MIS上で報告する場合」参照
紙の報告様式を希望する医療機関	⇒	紙媒体入手希望申請書を提出 「５－１．２）紙媒体での報告を希望する場合」参照	記入済の紙媒体を返信用封筒にて郵送 「５－３．２）紙媒体で報告する場合」参照

３－２．報告における留意点

⚠ 報告期間内の場合、報告様式提出後でも修正することが可能です。詳細は「５－３．報告様式の提出」をご参照ください。報告期間終了後、令和９年１月29日までに修正の必要が生じた場合は医療機関・病床・外来機能報告　問合せフォームの「１．質疑・照会」又は電話で制度運営事務局までご連絡ください。

※　同一医療機関から報告期間内に複数回の報告があった場合、最後にご報告いただいた情報を最終の報告内容とします。

１）報告様式１における留意点

報告様式１には、「病院用」の報告様式（基本票・施設票・病棟票・医療機関機能票で構成）と「有床診療所用」の報告様式（診療所票・医療機関機能票で構成）があります。貴院の病診区分と一致しているかご確認のうえ、ご報告ください。もし異なっている場合には、お手数ですが制度運営事務局までご連絡ください。

なお、報告様式１では報告負担軽減のために以下の項目について令和７年度の報告結果があらかじめ反映（プレプリント）されています。内容についてご確認のうえ、必要に応じて修正し、ご報告ください。

- 設置主体、許可病床数、主とする診療科、医療機器台数、建物の建築時期・構造（病院のみ）

特に、許可病床数（一般病床、療養病床）は、修正の必要があることが多いため、ご留意ください。

なお、報告の際には、別冊『確認・記入要領』をご確認のうえ、ご報告ください。

２）報告様式２における留意点

報告様式２のうち、基本票・医療機関機能票は**医療機関単位**、病棟票は**病棟単位**でご報告いただきます（有床診療所は施設全体を１病棟と考え、施設単位でご報告ください）。

なお、電子レセプトにより診療報酬請求を行っている医療機関は、診療報酬請求時の病棟コードの入力の有無により報告方法が異なります。報告方法の詳細は、「５．具体的な報告手順」をご参照ください。

「令和７年４月から令和８年３月診療分（令和８年４月審査分まで）の電子入院レセプト及び入院外レセプトがある医療機関」では、厚生労働省において必要な項目の集計を行い、集計結果がプレプリントされた報告様式２が、11月２日よりG-MIS上で表示される予定としています。集計内容についてご確認のうえ、必要に応じてご修正いただき、11月30日までにG-MIS上でご報告ください。

集計内容を確認した結果、**修正が必要ない場合等についても、報告は必須**です。

なお、業務委託先（株式会社三菱総合研究所）は、契約により知得した内容を契約の目的以外に利用すること、若しくは第三者に漏らしてはならないこととする契約を厚生労働省と結んでいます。

※ 電子レセプトによる診療報酬請求とは、オンライン又は電子媒体（フレキシブルディスク（FD）、光ディスク（MO）、光ディスク（CD-R））で請求を行っていることを指します。

「令和７年４月から令和８年３月診療分（令和８年４月審査分まで）の電子入院レセプト及び入院外レセプトがある医療機関」**以外**の医療機関は、プレプリントされておりませんので、G-MIS上で直接入力し報告をお願いします。紙媒体による報告をご希望の場合、「５－１．２）紙媒体での報告を希望する場合」を参照してください。

病床機能について、報告様式２において高度急性期・急性期に関連する医療項目の報告がなく、当該病棟の報告様式１において「高度急性期機能」又は「急性期機能」を選択された場合、病床機能の整合がみられないため、報告様式１の病床機能を変更いただくか、若しくは報告様式２の「13．当該病棟における病床機能の報告の再確認　②2026（令和８）年７月１日時点の機能」の自由記載欄に実施した具体的な高度急性期・急性期に関連する医療項目とどのような病床機能を地域で担っているのかを別途、具体的にご記入ください。病床機能の選択の考え方については、別冊『確認・記入要領』をご確認のうえ、ご報告ください。

３－３．報告期限

報告様式１、報告様式２の提出期限はいずれも**11月30日**です。紙媒体による報告の場合も、原則、11月30日（必着）となります。

※ 報告様式１は10月１日、報告様式２は11月２日より受付開始予定です。また、開始時期についてはG-MISサイトのお知らせ画面等も参考にしてください。

３－４．報告結果の公開

調査結果はオープンデータとして公開する予定です。

４．報告項目の概要

４－１．報告様式１における報告項目の概要

詳細は別冊『確認・記入要領』をご参照ください。なお、報告様式１「病棟票」については、病棟ごとにご回答ください。

項目例	調査対象時点
許可病床数	令和８年７月１日時点
算定する入院基本料・特定入院料	〃
看護師数、准看護師数、看護補助者数、助産師数等	〃
主とする診療科	〃
新規入棟患者数、在棟患者延べ数、退棟患者数等	令和７年４月１日～令和８年３月 31 日の１年間
入棟前の場所別の新規入棟患者数、退棟先の場所別の退棟患者数等	〃

４－２．報告様式２における報告項目の概要

詳細は別冊『確認・記入要領』をご覧ください。

報告様式２において、診療報酬に着目して設定した報告項目があります。これらの項目に係る報告対象は、令和７年４月から令和８年３月診療分の入院レセプト及び入院外レセプトです。

なお、報告様式２へのプレプリントの対象となるのは、令和７年４月から令和８年３月診療分（令和８年４月審査分まで）の入院レセプト及び入院外レセプトです。

※ 「令和７年４月から令和８年３月診療分（令和８年４月審査分まで）の電子入院レセプト及び入院外レセプト」がある医療機関のプレプリントデータには、令和７年４月から令和８年３月診療分（令和８年４月審査分まで）のレセプトの一次審査による査定・返戻・取下げ分や紙レセプトで請求されている分、医療保険の対象でない労働者災害補償保険等での診療行為分等は含まれていません。追加で計上するレセプト件数等を含めた合計値を可能な範囲でご報告ください。

※ 令和７年４月診療分より前の診療分は、令和７年５月以降審査分であっても含めないでください。

※ 公費負担医療制度による請求分（電子レセプト請求分）も集計されています（医療保険との併用分は重複して集計されておりません）。

※医療機関機能・病床機能報告制度に関する電子レセプトへの病棟情報の記録について

詳細は別冊『確認・記入要領』をご覧ください。

病床機能報告では、平成 28 年度診療報酬改定に伴うシステム改修等にあわせて電子レセプトへの病棟コードの記録が開始されたことから、報告様式２の「基本票」及び「病棟票」についても、病棟コードに基づき**病棟単位**で項目を集計していただくこととなります。

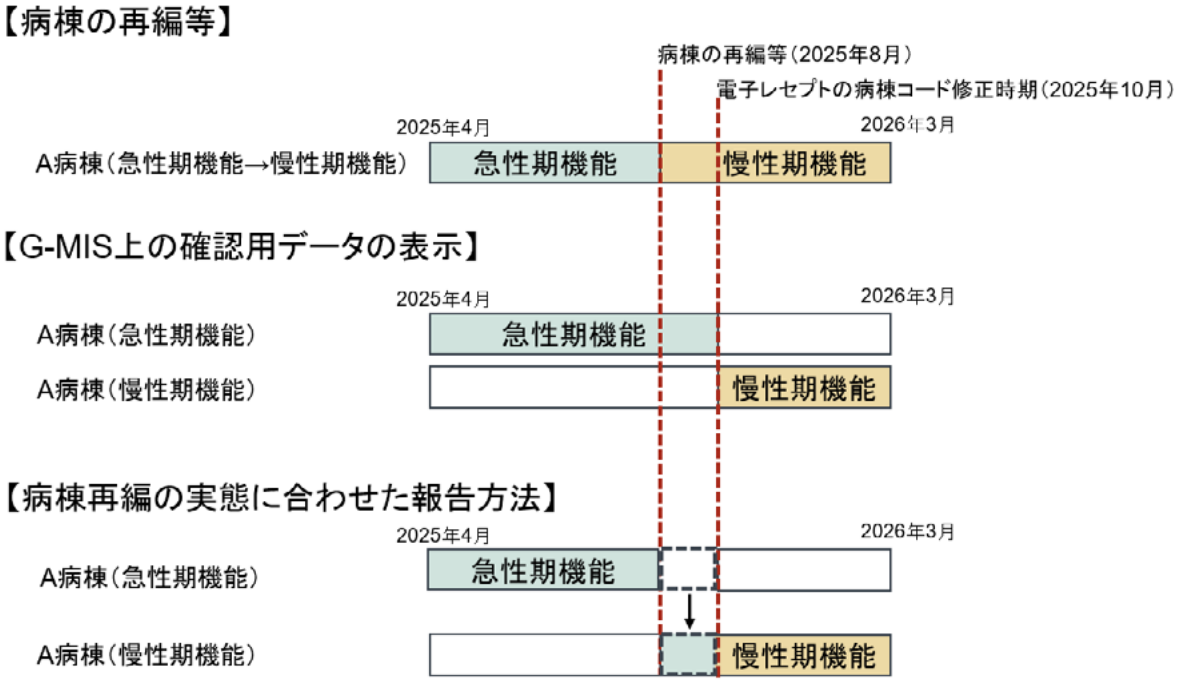
電子レセプトへの病棟コードの記録は、許可病床として一般病床及び療養病床を有しており、電子レセプトによる診療報酬請求を行っている**病院**が対象となります。有床診療所については、病棟コードの記録は不要です。

電子レセプトに病棟コードを記録いただくことで、制度運営事務局が当該病棟コードに基づき集計した「令和７年４月から令和８年３月診療分（令和８年４月審査分まで）の電子入院レセプト」のデータを参照することが可能となります。

«電子入院レセプトへの「病棟コード」（許可病床における一般病床又は療養病床分） の入力状況別の報告方法»（病院のみ対象。有床診療所は除く。）

- 病棟コードを全て又は一部に入力している医療機関：
  病棟ごとに集計した確認用データが参照できます。内容をご確認いただき、ご報告ください。病棟コードが未入力分のデータに関しては、医療機関で病棟ごとに集計したうえで、ご報告ください。

- 病棟コードが全て未入力の医療機関：
  全ての病棟のデータが集計された状態で確認用データが参照できます。内容をご確認いただき、医療機関で病棟ごとに集計したうえで、ご報告ください。
- 病棟の再編等の時期と電子レセプトの病棟コード修正時期が異なる医療機関：
  確認用データは、電子レセプトの病棟コード別に参照できます。病棟の再編等の時期と電子レセプトの病棟コードを修正した時期が異なる医療機関において、再編前後の実態に合わせて報告する場合は、再編前の病棟コードの確認用データを再編後の病棟コードの病棟へ集計しなおしたうえで、ご報告ください。



※ 紙媒体による報告を希望し、上記の条件に該当する医療機関についてはあらかじめ確認用データがプレプリントされた報告様式２を送付する予定です。ただし、病棟数の多い病院等の場合、送付する紙媒体の量が膨大になるおそれがあることから、個別にご確認させていただくことがありますのであらかじめご了承ください。

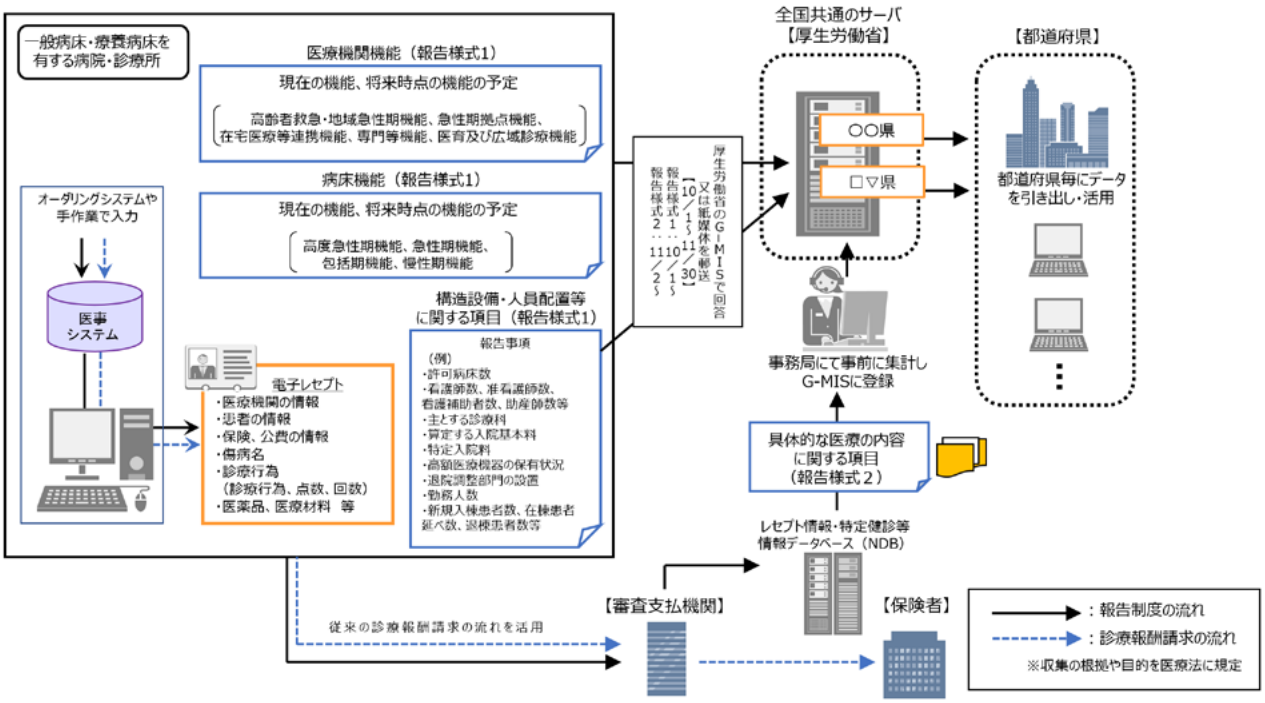
４－３．入院診療実績の通年化に伴う負担軽減について

「令和３年度以降の病床機能報告における入院診療実績の報告内容等について」（令和３年４月 13 日付け医政地発 0413 第２号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）に基づき、以下の通り入院診療実績の報告の負担軽減を図ります。

- 病床機能報告の実施に際し、国から病床機能報告対象病院等に提供している電子レセプト情報を活用して整理した入院診療実績データについて、公費負担医療制度により請求された電子レセプト情報分を含めたうえで提供するとともに、G-MIS 上において、当該データを報告様式２に表示し、入力の簡素化を図ることとします。
- 紙媒体により報告を行っている病床機能報告対象病院等においては、入院診療実績の報告について、月別の数ではなく年間合計数のみ報告すれば足りることとします。

<参考>

医療機関機能・病床機能報告制度における報告・集計等の仕組み（レセプト電子申請の 医療機関の場合）



５．具体的な報告手順

５－１．報告様式等の入手

１） G-MIS 上で報告する場合（推奨）

以下に記載しているURLからG-MISにアクセスし、G-MISのユーザ名とパスワードでログインしてください。なお、操作方法の詳細については、別冊『G-MIS操作マニュアル』をご確認ください。

G-MISのURL： https://www.med-login.mhlw.go.jp

２） 紙媒体での報告を希望する場合

業務効率化等の観点から、可能な限り G-MIS 上の WEB フォームを用いて報告をお願いします。ただし、インターネット環境が整っていないため G-MIS 上の WEB フォームを用いて報告できない医療機関等、やむを得ない場合は、制度運営事務局から紙媒体報告様式を郵送します。

紙媒体報告様式の郵送を希望される場合には、**「紙媒体入手希望申請書」の所定項目にご記入**のうえ、原則、10 月 26 日（必着）までに郵送又は FAX で制度運営事務局へご連絡ください（電話不可）。**提出された紙媒体の調査票を報告として受け付けます。WEB 報告に切り替えたい場合は、お手数ですが制度運営事務局へご連絡ください。**

ご連絡いただいた医療機関への紙媒体の報告様式の発送は、10 月 6 日以降に開始する予定ですが、ご希望の受付から発送までに 5 ～10 営業日程度の期間を頂戴する場合があります。また、報告様式 2 の発送は 11 月中旬以降となります。あらかじめご了承ください。

５－２．報告様式の記入・不備の確認

１） G-MIS 上で報告する場合（推奨）

G-MIS の WEB フォームを用いてご入力いただく際、報告内容の不整合等を機械的に判定し、内容に応じて警告が表示されます。警告が表示された場合は、警告内容を参考に、報告内容を修正してください。

※ 深夜２:00～５:00 はシステムのメンテナンスが行われるため医療機関機能・病床機能・外来機能報告の G-MIS 上での入力をお控えください。システムメンテナンス中に医療機関機能・病床機能・外来機能報告を入力されると入力内容が正常に反映されない可能性がありますのでご注意ください。

※ 外来機能報告との重複項目について外来機能報告にエラーが生じる場合は対象エラーの内容を確認のうえ、医療機関機能・病床機能報告でエラーの内容を修正してください。修正されるとシステムメンテナンスの時間に自動的に外来機能報告のエラーも解消されます（外来機能報告での重複項目の修正はできません）。

２）紙媒体での報告を希望する場合

紙媒体の報告内容に不整合等があった場合、後日、制度運営事務局から電話で確認させていただくことがありますので、控えの保管をお願いします。医療機関機能・病床機能報告と外来機能報告で重複項目の回答が異なる場合は、医療機関機能・病床機能報告の回答を正式なデータとして取り扱います。

５－３．報告様式の提出

１） G-MIS 上で報告する場合（推奨）

G-MISのWEBフォームで報告項目を入力しましたら**［報告］ボタン**を押すことで、提出が完了となります。入力が途中の場合は**［保存］ボタン**を押すことでデータが保存され、ログアウトしても情報は保持されます。しかし、**［保存］ボタンを押しただけでは報告完了とはなりませんので、必ず［報告］ボタンを押し、報告の完了を忘れないようご注意**ください。提出後は11月30日23:59まで［取戻し］ボタンを押すことで報告内容の修正が可能です。

２） 紙媒体で報告する場合

インターネット環境が整っていない等の理由によりG-MIS上のWEBフォームからの入力が困難な医療機関は、「５－１．２）紙媒体での報告を希望する場合」の方法で紙媒体の報告様式を入手し、報告内容をご記入のうえ、**紙媒体報告様式送付時に同封されている返信用封筒でご送付**ください。ご提出いただく**紙媒体の写しは、次年度の報告開始まで各医療機関での保管**をお願いします。なお、**FAXによる報告様式のご提出は受け付けておりません。**

【送付先】
〒112-8719 東京都文京区後楽一丁目１番３号　４階　サーベイリサーチセンター内
厚生労働省「令和８年度 医療機関・病床・外来機能報告」事務局

※　同封の返信用封筒に印字されていますのでご利用ください。

６．問い合わせ窓口

医療機関機能・病床機能報告の報告作業においてご不明点等ございましたら、巻末に記載の問い合わせ窓口へ電話にてご連絡ください。電話受付時間内のお問い合わせが難しい場合、G-MISサイトの連絡フォーム「医療機関・病床・外来機能報告　問合せフォーム」にてご連絡ください。医療機関・病床・外来機能報告　問合せフォームでの問い合わせ方法については、別冊『G-MIS操作マニュアル』に記載の【問合せフォームの使い方】をご覧ください。

なお、FAXでのお問い合わせも可能です。その場合は医療機関・病床・外来管理番号※、医療機関名、担当者名、所在地、電話番号を必ずご記載ください。

本報告マニュアル、各報告様式の確認・記入要領等の各種関連資料をご参照いただいたうえで、ご不明な点がある場合にお問い合わせください。問い合わせ内容によっては別の窓口の番号をお伝えしてかけ直していただく場合があります。

また、医療機関機能・病床機能報告の対象医療機関以外からのお問い合わせには回答できません。あらかじめご了承ください。

※ 医療機関・病床・外来管理番号については、本報告マニュアルとともに送付された送付状をご確認ください。

問い合わせ窓口　厚生労働省　「令和８年度医療機関・病床・外来機能報告」事務局

委託先
報告内容に関するお問い合わせ：株式会社三菱総合研究所（制度運営事務局）・・①②③
※　医療機関機能・病床機能・外来機能報告の報告方法・内容、プレプリントデータ、その他、医療機関機能・病床機能・外来機能報告制度についてはこちらにお問い合わせください。

G-MISに関するお問い合わせ：　厚生労働省G-MIS事務局・・③のみ
※　ユーザ名、G-MISの画面操作方法、システム障害発生時等についてはこちらにお問い合わせください。

①電話（フリーダイヤル）0120-142-305［平日９:00～17:00受付］

②FAX（制度運営事務局専用）　03-5615-9278［24時間受付］

FAX でのお問い合わせの際は、医療機関・病床・外来管理番号、医療機関名、担当者名、所在地、電話番号を必ず記載してください。

③医療機関・病床・外来機能報告　問合せフォーム（G-MIS サイトの連絡フォーム）［24 時間受付］

※　①電話、②FAX の開設期間は令和８年９月 24 日９:00～12 月 28 日 17:00 です。
※　③医療機関・病床・外来機能報告　問合せフォームの開設期間は令和８年９月 24 日９:00～令和９年１月 29 日 23:59 です。

電話でお問い合わせいただく場合、音声ガイダンスが流れます。
音声ガイダンスに従い、お問い合わせ内容の番号をご入力ください。
問い合わせ内容によっては別の窓口の番号をお伝えしてかけ直していただく場合があります。

以上

医療法に
基づく義務です
（無床診療所を除く）

令和
８年度

外来機能報告
報告マニュアル

目　次

１．報告までの流れ 1

２．外来機能報告制度について 2
　２－１．外来機能報告制度の概要 2
　２－２．報告対象となる医療機関の範囲 5

３．報告の流れ 6
　３－１．報告様式の種類 6
　３－２．報告における留意点 7
　３－３．報告期限 8
　３－４．報告結果の公開 8

４．報告項目の概要 9
　４－１．報告様式１における報告項目の概要 9
　４－２．報告様式２における報告項目の概要 10

５．具体的な報告手順 12
　５－１．報告様式等の入手 12
　５－２．報告様式の記入・不備の確認 13
　５－３．報告様式の提出 14

６．問い合わせ窓口 15

令和８年９月

厚生労働省

１．報告までの流れ

外来機能報告に関する作業の概要

1. 報告方法

・ 原則としてG-MIS上のWEBフォームを用いて報告をお願いいたします。なおインターネット環境が整っていない等の事情によりWEBフォームを用いた報告が困難な場合については、紙媒体での報告も可能です。

・ 深夜２:00～５:00はシステムのメンテナンスが行われるため、医療機関機能・病床機能・外来機能報告のG-MIS上での入力をお控えください。システムメンテナンス中に医療機関機能・病床機能・外来機能報告を入力されると入力内容が正常に反映されない可能性があります。

2. 報告様式と報告期限の全体像

※報告様式１と報告様式２でそれぞれ報告期間が異なります。ご注意ください。

報告様式	報告様式１、報告様式２
報告期間 （提出期限）	報告様式１：**令和８年10月１日～11月30日** 報告様式２：**令和８年11月２日（予定）～11月30日** ※　提出された報告内容において疑義が確認された場合、都道府県及び厚生労働省「令和８年度　医療機関・病床・外来機能報告」事務局（以下「制度運営事務局」という。）から問い合わせや修正依頼を行うことがあります。なお、本報告に関する事務作業の効率化を図るため、厚生労働省は制度運営事務局業務などの一部を株式会社三菱総合研究所に委託しています。

3. 作業フローの全体像

STEP１　～本日よりご対応いただきたいこと～

・ 下記のA、Bのいずれかに該当するかどうかを確認してください。

A：報告対象医療機関に該当しない場合（注１）
B：インターネット環境が整っていない等の事情によりG-MIS上のWEBフォームからの報告ができず、紙媒体での報告を希望する場合

・ 該当する場合は、それぞれ以下のご対応をお願いします。

Aに該当：11月13日までに下記①あるいは②のいずれかを行ってください。
①G-MISサイト上で申請してください。詳細は「６．問い合わせ窓口」をご覧ください。
②G-MISサイトを使用できない場合は問い合わせ窓口（制度運営事務局）までご連絡ください。

Bに該当：「令和８年度医療機関機能・病床機能・外来機能報告 紙媒体入手希望申請書」をご提出ください。（注２）

（注１）報告対象医療機関の定義については、「２－２．報告対象となる医療機関の範囲」をご参照ください。
（注２）紙媒体資料の発送までに５～10営業日程度を要する場合があるため紙媒体入手希望申請は10月26日までに行ってください。また、申請の時期に関わらず報告様式２は11月中旬以降の発送となります。記入方法等については「紙媒体入手希望申請書 記入要領」をご参照ください。

STEP２　～10月１日よりご対応いただきたいこと～

※ 詳細は「３．報告の流れ」、「５－２．報告様式の記入・不備の確認」をご確認ください。

・ 10月１日に、報告様式１の報告の受付を開始、G-MISのWEBフォームを開設します。G-MISにアクセスし入力作業を開始してください。

・ インターネット環境が整っていない場合を除き、業務効率化等の観点から可能な限り、G-MIS上のWEBフォームを用いて入力・報告をお願いします。
・ 報告の際には、別冊『確認・記入要領』を参照してください。

STEP３ ～11月２日（予定）よりご対応いただきたいこと～

※ 詳細は「３．報告の流れ」、「５－２．報告様式の記入・不備の確認」をご確認ください。

・ 11月２日に、報告様式２の報告の受付を開始する予定です。報告様式１と同様に可能な限りG-MIS上のWEBフォームを用いて報告をお願いします。

STEP４ ～11月30日までにご対応いただきたいこと～

※ 詳細は「５－３．報告様式の提出」をご確認ください。

・ 報告様式１・２共に11月30日までに必須項目の入力を完了し、提出をお願いします。
・ 提出された報告内容において疑義が確認された場合、都道府県及び制度運営事務局から問い合わせや修正依頼を行うことがあります。

２．外来機能報告制度について

２－１．外来機能報告制度の概要

外来機能報告制度は、令和３年５月に成立・公布された「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」（令和３年法律第49 号）により、医療法（昭和 23 年法律第 205 号）が改正され、地域の医療機関の外来機能の明確化・連携に向けて、データに基づく議論を地域で進めることを目的として創設されました。

具体的には、対象となる医療機関が都道府県に対して、外来医療の実施状況を報告（外来機能報告）し、当該報告を踏まえて、「協議の場」において、外来機能の明確化・連携に向けて必要な協議を行います。協議の中では、「紹介受診重点外来」を地域で基幹的に担う医療機関として、紹介患者への外来を基本とする医療機関（紹介受診重点医療機関）を明確化することとしています。

さらに、都道府県では、医療機関の意向と協議の場での結論が最終的に一致したものに限り、協議が整ったものとして、協議結果を取りまとめて公表します。地域における医療機関の外来機能の明確化及び患者の流れの円滑化を図ることにより、外来患者の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減等に寄与することが見込まれています。

【紹介受診重点医療機関について】

紹介受診重点医療機関とは、医療法に基づき令和４年度から行っている外来機能報告等を踏まえ、協議の場において協議を行い、その協議を踏まえ、紹介受診重点外来を地域で基幹的に担う医療機関として都道府県が公表した医療機関です。

紹介受診重点医療機関の協議については、外来機能報告から整理された、医療機関ごとの紹介受診重点医療機関となる意向の有無、紹介受診重点外来に関する基準の適合状況、外来医療の実施状況、紹介・逆紹介の状況等を踏まえて議論することとしています。そのため、紹介受診重点外来に関する基準を満たすことのみを以て紹介受診重点医療機関として公表されることはありません。

※ 200 床未満の病院や有床診療所、無床診療所であっても、基準を満たせば紹介受診重点医療機関になることは可能です。

※ 地域医療支援病院や特定機能病院が、併せて紹介受診重点医療機関となることも可能です。

＜参考＞

○ 医療法（昭和 23 年法律第 205 号）（抄）

第三十条の三　（略）

２　（略）

七　外来医療に係る医療提供体制の確保に関する基本的な事項

３　（略）

第三十条の三の二　（略）

２　厚生労働大臣は、前条第二項第七号に掲げる事項を定め、又はこれを変更するために必要があると認めるときは、都道府県知事又は第三十条の十八の二第一項に規定する外来機能報告対象病院等若しくは第三十条の十八の三第一項に規定する無床診療所の開設者若しくは管理者に対し、厚生労働省令で定めるところにより、第三十条の十八の二第一項又は第三十条の十八の三第一項の規定による報告の内容その他の必要な情報の提供を求めることができる。

第三十条の十三　（略）

２　（略）

３　都道府県知事は、前二項の規定による報告の内容を確認するために必要があると認めるときは、市町村その他の官公署に対し、当該都道府県の区域内に所在する病床機能報告対象病院等に関し必要な情報の提供を求めることができる。

４　都道府県知事は、厚生労働省令で定めるところにより、第一項及び第二項の規定により報告された事項を公表しなければならない。

５　都道府県知事は、病床機能報告対象病院等の管理者が第一項若しくは第二項の規定による報告をせず、又は虚偽の報告をしたときは、期間を定めて、当該病床機能報告対象病院等の開設者に対し、当該管理者をしてその報告を行わせ、又はその報告の内容を是正させることを命ずることができる。

６　都道府県知事は、前項の規定による命令をした場合において、その命令を受けた病床機能報告対象病院等の開設者がこれに従わなかつたときは、その旨を公表することができる。

第三十条の十八の二　病床機能報告対象病院等であつて外来医療を提供するもの（以下この条において「外来機能報告対象病院等」という。）の管理者は、地域における外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進のため、厚生労働省令で定めるところにより、次に掲げる事項を当該外来機能報告対象病院等の所在地の都道府県知事に報告しなければならない。

一　当該外来機能報告対象病院等において提供する外来医療のうち、その提供に当たつて医療従事者又は医薬品、医療機器その他の医療に関する物資を重点的に活用するものとして厚生労働省令で定める外来医療に該当するものの内容

二　当該外来機能報告対象病院等が地域において前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又は診療所としての役割を担う意向を有する場合は、その旨

三　その他厚生労働省令で定める事項

2　都道府県知事は、外来機能報告対象病院等の管理者が前項（第二号に係る部分を除く。）の規定による報告をせず、又は虚偽の報告をしたときは、期間を定めて、当該外来機能報告対象病院等の開設者に対し、当該管理者をしてその報告を行わせ、又はその報告の内容を是正させることを命ずることができる。

3　第三十条の十三第三項、第四項及び第六項の規定は、第一項の規定による報告について準用する。この場合において、同条第三項中「病床機能報告対象病院等」とあるのは「外来機能報告対象病院等」と、同条第六項中「前項」とあるのは「第三十条の十八の二第二項」と、「病床機能報告対象病院等」とあるのは「外来機能報告対象病院等」と読み替えるものとする。

第三十条の十八の三　患者を入院させるための施設を有しない診療所（以下この条において「無床診療所」という。）の管理者は、地域における外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進のため、厚生労働省令で定めるところにより、次に掲げる事項を当該無床診療所の所在地の都道府県知事に報告することができる。

一　当該無床診療所において提供する外来医療のうち、前条第一項第一号の厚生労働省令で定める外来医療に該当するものの内容

二　当該無床診療所が地域において前条第一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診療所としての役割を担う意向を有する場合は、その旨

三　その他厚生労働省令で定める事項

2　第三十条の十三第三項及び第四項の規定は、前項の規定による報告について準用する。この場合において、同条第三項中「病床機能報告対象病院等」とあるのは、「無床診療所」と読み替えるものとする。

第九十二条　（略）第三十条の十三第五項、第三十条の十八の二第二項若しくは第三十条の十八の四第六項の規定による命令に違反した者又は第三十条の十八の六第三項の規定に違反して、届出をせず、若しくは虚偽の届出をした者は、三十万円以下の過料に処する。

○ 医療法施行規則（昭和 23 年厚生省令第 50 号）（抄）

第三十条の三十三の十二　法第三十条の十八の二第一項第一号に規定する厚生労働省令で定める外来医療は、その提供に当たつて医療従事者又は医薬品、医療機器その他の医療に関する物資を重点的に活用する入院医療と連続して同一患者に対して提供される外来医療その他の厚生労働大臣が定める外来医療とする。

第三十条の三十三の十三　法第三十条の十八の二第一項第三号及び法第三十条の十八の三第一項第三号に規定する厚生労働省令で定める事項は、当該外来機能報告対象病院等又は当該無床診療所による地域における外来医療（前条に規定する外来医療を除く。）の実施状況に係る事項並びに人員の配置及び医療機器等の保有状況その他の必要な事項とする。

第三十条の三十三の十四　都道府県知事は、法第三十条の十八の二第三項及び第三十条の十八の三第二項の規定により準用する法第三十条の十三第四項の規定により、法第三十条の十八の二第一項及び第三十条の十八の三第一項の規定により報告された事項について、インターネットの利用その他適切な方法により公表しなければならない。

※　法律上は、医療機関から都道府県知事にご報告いただくこととなっていますが、医療機関等情報支援システム（以下「G-MIS」という。）の WEB フォームから直接、報告様式に入力及び提出していただく形式となっております。

２－２．報告対象となる医療機関の範囲

１） 報告対象となる医療機関

医療機関機能・病床機能報告対象病院等（令和８年７月１日時点で一般病床・療養病床を有する病院及び診療所であって、外来医療を提供する医療機関）は、報告対象です。

ただし、医療機関機能・病床機能報告対象病院等で外来機能を有しないために回答が困難な項目は、外来機能報告項目を全てゼロで報告し、選択肢項目ではその他をご選択ください。また、報告様式の最終ページの「その他、ご報告に当たっての特記事項【自由記入欄】」に外来機能を有しない旨を記載してください。

無床診療所の報告は任意です。紹介受診重点外来を行っている蓋然性の高い医療機関にはあらかじめ報告の意向を確認しています。

２） 報告対象外となる医療機関

以下に該当する医療機関については、報告対象外となります。令和８年度医療機関機能・病床機能報告の実施依頼があった医療機関において**報告対象外に該当する場合は、別冊『G-MIS操作マニュアル』に記載の【問合せフォームの使い方】を参考に、G-MISサイトより申請してください。**

a. 特定の条件に該当する医療機関

○　刑事施設等や入国者収容所等の中に設けられた医療機関や皇室用財産である医療機関（宮内庁病院）

○　特定の事業所等の従業員やそのご家族の診療のみを行う医療機関であって、保険医療機関でないもの（地域における医療機関の外来機能の明確化・連携の推進の対象とはならないものであるため、外来機能報告を省略しても差し支えありません。）

※　一般開放している場合は、自衛隊病院等であっても報告対象となります。

b. 休院・廃院済み又は令和９年３月31日までに休院・廃院予定である医療機関

c. 令和８年７月２日以降に新たに開設した医療機関

３．報告の流れ

３－１．報告様式の種類

ご提出いただく報告様式は、「報告様式１」及び「報告様式２」の２種類です。

業務効率化等の観点から、可能な限り G-MIS 上の WEB フォームにて報告をお願いします。報告には Windows OS 搭載の PC をご使用ください。

紙媒体を希望される医療機関は、個別に申請をお願いします。

なお、決裁等のために印刷して活用いただけるよう、G-MIS 上の WEB フォームで入力した報告内容の PDF ファイルをダウンロードすることができます。詳細は別冊『G-MIS 操作マニュアル』をご参照ください。

報告様式の種類	報告項目
報告様式１	・「紹介受診重点医療機関」となる意向の有無 ・地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要なその他の事項
報告様式２（※）	・紹介受診重点外来の実施状況 ・地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要なその他の事項

※　オンライン又は電子媒体（フレキシブルディスク（FD）、光ディスク（MO）、光ディスク（CD-R））を用いて、電子レセプトによる請求を行っている医療機関では、報告様式にレセプト集計結果があらかじめ反映（プレプリント）されます。ただし、

・令和８年５月以降に、令和７年４月から令和８年３月診療分を月遅れ分として請求している医療機関
・紙レセプトにより請求を行っている医療機関

等では、プレプリントされません。

報告様式１、報告様式２の入手方法と提出方法（概要）は以下の通りです。詳細は該当ページを参照してください。

		入手方法	提出方法
G-MIS上のWEBフォームからの報告を希望する医療機関（推奨）	⇒	G-MISにアクセス 「５－１．１）G-MIS上で報告する場合」参照	G-MIS上で報告 「５－３．１）G-MIS上で報告する場合」参照
紙の報告様式を希望する医療機関	⇒	紙媒体入手希望申請書を提出 「５－１．２）紙媒体での報告を希望する場合」参照	記入済の紙媒体を返信用封筒にて郵送 「５－３．２）紙媒体で報告する場合」参照

３－２．報告における留意点

報告期間内の場合、報告様式提出後でも修正することが可能です。詳細は「５－３．報告様式の提出」をご参照ください。報告期間終了後、令和９年１月29日までに修正の必要が生じた場合は医療機関・病床・外来機能報告　問合せフォームの「１．質疑・照会」又は電話で制度運営事務局までご連絡ください。

※　同一医療機関から報告期間内に複数回の報告があった場合、最後にご報告いただいた情報を最終の報告内容とします。

１）報告様式１における留意点

報告様式１は、病院・有床診療所・無床診療所の種別によらず、共通の報告様式です。

ただし、有床診療所・無床診療所では回答が任意の項目や、医療機関機能・病床機能報告での回答により外来機能報告では省略可能な項目等があります。病院・有床診療所・無床診療所の種別によって報告内容が異なりますので、ご注意ください（詳細は「４．報告項目の概要」をご参照ください）。

また、本報告様式の報告内容について、令和７年４月１日～令和８年３月31日の１年間の状況を令和８年７月１日時点で報告することが困難な場合は、過去１年間の状況を報告する項目では、令和８年７月１日時点で「月単位」で報告が可能な過去の期間における状況についてご報告ください。

一部の報告様式１の報告項目は、医療機関機能・病床機能報告と重複しております（重複項目）。重複項目の注意事項については「５－２．報告様式の記入・不備の確認」をご参照ください。

なお、報告の際には、別冊『確認・記入要領』をご確認のうえ、ご報告ください。

２）報告様式２における留意点

報告様式２は、病院・有床診療所・無床診療所の種別によらず、共通の報告様式です。

ただし、電子レセプトによる診療報酬請求の有無によって、報告方法が異なります。

「令和７年４月から令和８年３月診療分の電子レセプトによる診療報酬請求がある医療機関」では、厚生労働省において必要な項目の集計を行い、集計結果があらかじめ反映（プレプリント）された報告様式２が、11月２日よりG-MIS上で表示される予定としています。集計内容についてご確認のうえ、必要に応じてご修正いただき、11月30日までにG-MIS上でご報告ください。

集計内容を確認した結果、**修正が必要ない場合等についても、報告は必須**です。

なお、業務委託先（株式会社三菱総合研究所）は、契約により知得した内容を契約の目的以外に利用すること、若しくは第三者に漏らしてはならないこととする契約を厚生労働省と結んでいます。

※　電子レセプトによる診療報酬請求とは、オンライン又は電子媒体（フレキシブルディスク（FD）、光ディスク（MO）、光ディスク（CD-R））で請求を行っていることを指します。

※　令和７年４月から令和８年３月診療分実績で、令和８年４月審査分までの集計結果がプレプリントされます。

「令和７年４月から令和８年３月診療分の電子レセプトがある医療機関」**以外**の医療機関は、プレプリントされておりませんので、G-MIS上のWEBフォームで直接入力し報告をお願いします。紙媒体による報告をご希望の場合は、「５－１．２）紙媒体での報告を希望する場合」を参照してください。

令和８年４月１日以降に開設された医療機関は、報告様式２「【基本情報】⑦令和８年４月１日以降に開設された場合は右の項目にチェックをいれてください。」をご回答ください。以降の報告様式２への回答は不要となります。

３－３．報告期限

報告様式１、報告様式２の提出期限はいずれも**11月30日**です。紙媒体による報告の場合も、原則、11月30日（必着）となります。

※　報告様式１は10月１日、報告様式２は11月２日より受付開始予定です。また、開始時期についてはG-MISサイトのお知らせ画面等も参考にしてください。

３－４．報告結果の公開

調査結果はオープンデータとして公開する予定です。

４．報告項目の概要

４－１．報告様式１における報告項目の概要

詳細は別冊『確認・記入要領』をご覧ください。

１）「「紹介受診重点医療機関」となる意向の有無」について

紹介受診重点医療機関となる意向の有無をご報告ください。

具体的には、以下の①～③のいずれかの外来について、紹介受診重点外来とします。

① 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来

- 次のいずれかに該当した入院を「医療資源を重点的に活用する入院」とし、その前後30 日間の外来の受診を、「紹介受診重点外来」を受診したものとする（例：がんの手術のために入院する患者が術前の説明･検査や術後のフォローアップを外来で受けた等）。
  - Ｋコード（手術）を算定
  - Ｊコード（処置）のうちＤＰＣ入院で出来高算定できるもの（※１）を算定
    ※１：6000 ㎠以上の熱傷処置、人工腎臓（慢性維持透析）、体幹ギプス包帯等、1000 点以上
  - Ｌコード（麻酔）を算定
  - ＤＰＣ算定病床の入院料区分
  - 短期滞在手術等基本料３を算定

② 高額等の医療機器・設備を必要とする外来

- 次のいずれかに該当した外来の受診を、「紹介受診重点外来」を受診したものとする。
  - 外来化学療法加算を算定
  - 外来腫瘍化学療法診療料を算定
  - 外来放射線治療加算を算定
  - 短期滞在手術等基本料１を算定
  - Ｄコード（検査）、Ｅコード（画像診断）、Ｊコード（処置）のうち地域包括診療料において包括範囲外とされているもの（※２）を算定
    ※２：脳誘発電位検査、CT 撮影等、550 点以上
  - Ｋコード（手術）を算定
  - Ｎコード（病理）を算定

③ 特定の領域に特化した機能を有する外来（紹介患者に対する外来等）

- 次の外来の受診を、「紹介受診重点外来」を受診したものとする。
  - 診療情報提供料（Ｉ）を算定した 30 日以内に別の医療機関を受診した場合、当該「別の医療機関」の外来

２）「地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要なその他の事項」について

①　紹介・逆紹介の状況（紹介率・逆紹介率）について

令和７年４月１日～令和８年３月31日の１年間の初診患者数、紹介患者数、逆紹介患者数についてご報告ください。

なお、有床診療所・無床診療所においては、本項目は任意項目としています。

②　外来における人材の配置状況について

医師、看護師、専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師、准看護師、看護補助者、助産師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師、臨床工学技士、管理栄養士、救急救命士の「常勤・非常勤数」についてご報告ください。

専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師以外の項目については、医療機関機能・病床機能報告の報告様式１施設票若しくは報告様式１診療所票で「外来部門の職員数」を報告する場合、外来機能報告における重複項目の報告は不要です。

なお、有床診療所では、専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師に係る項目は任意項目としています。無床診療所では、いずれの項目も任意項目としています。

③ 高額等の医療機器・設備の保有状況について

CT、MRI、その他の医療機器についてご報告ください。本項目は、医療機関機能・病床機能報告の報告様式１施設票及び報告様式１診療所票で「医療機器の台数」を報告する場合、外来機能報告における重複項目の報告は不要です。

なお、無床診療所においては、本項目は任意項目としています。

④ 救急医療の実施状況について

休日に受診した患者延べ数、夜間・時間外に受診した患者延べ数、救急車の受入件数についてご報告ください。本項目は、医療機関機能・病床機能報告の報告様式１施設票及び報告様式１診療所票で「救急医療の実施状況」を報告する場合、外来機能報告における重複項目の報告は不要です。

なお、無床診療所においては、本項目は任意項目としています。

４－２．報告様式２における報告項目の概要

詳細は別冊『確認・記入要領』をご覧ください。

本報告様式の報告内容は、診療報酬上の項目に着目して設定されており、報告の対象となるのは、令和７年４月から令和８年３月診療分のレセプトです。

なお、報告様式２へのプレプリントの対象となるのは、令和７年４月から令和８年３月診療分（令和８年４月審査分まで）の外来レセプトです。

※　令和７年４月から令和８年３月診療分（令和８年４月審査分まで）の電子外来レセプトがある医療機関のプレプリントデータには、令和７年４月から令和８年３月診療分（令和８年４月審査分まで）のレセ

プトの一次審査による返戻分や紙レセプトで請求されている分、医療保険の対象でない労働者災害補償保険等での診療行為分等は含まれていません。追加で計上するレセプト件数等を含めた合計値を可能な範囲でご報告ください。

※　令和７年４月診療分より前の診療分は、令和７年５月以降審査分であっても含めないでください。

１）「紹介受診重点外来の実施状況」について

① 紹介受診重点外来の実施状況の概況について

紹介受診重点外来について、１年間の紹介受診重点外来の類型ごとの実施状況をご報告ください。

② 紹介受診重点外来の実施状況の詳細について

紹介受診重点外来のうち、主な項目の実施状況を月ごとにご報告ください。

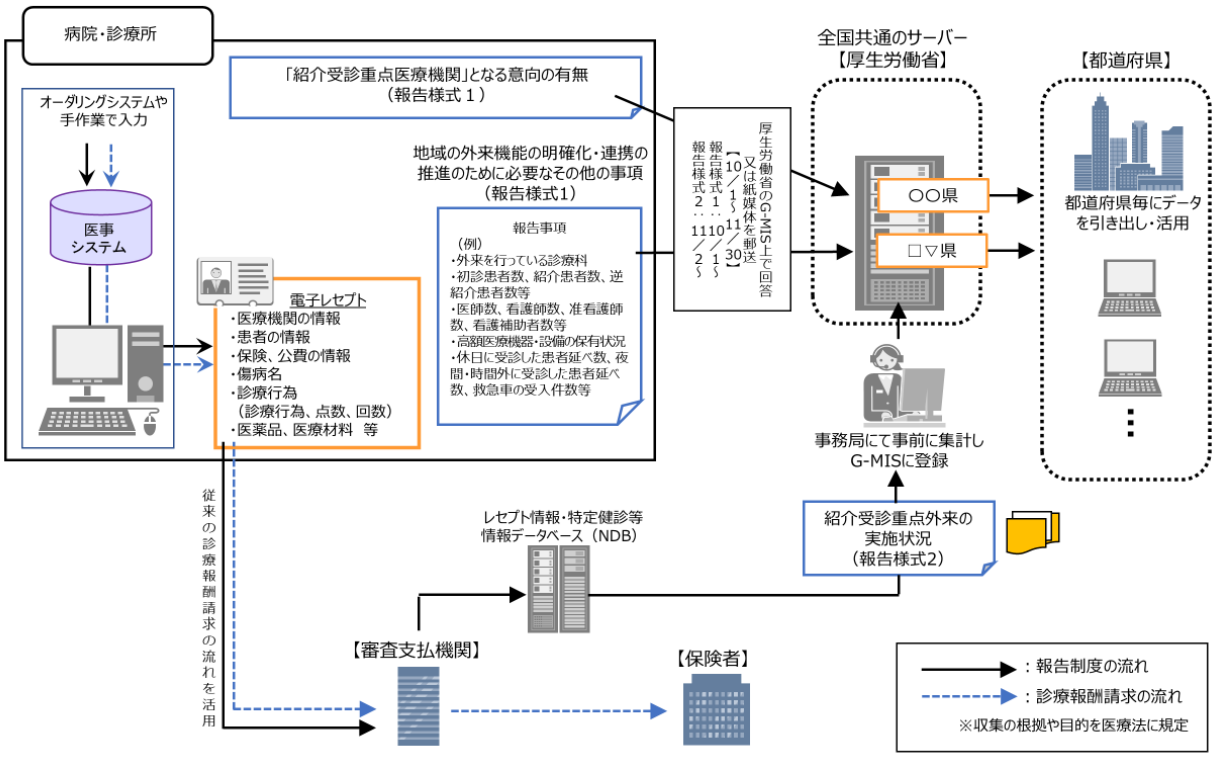
２）「地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要なその他の事項」について

① その他の外来・在宅医療・地域連携の実施状況について

地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要な外来・在宅医療・地域連携の実施状況を月ごとにご報告ください。

<参考>

外来機能報告制度における報告･集計等の仕組み（レセプト電子申請の 医療機関の場合）



５．具体的な報告手順

５－１．報告様式等の入手

１） G-MIS 上で報告する場合（推奨）

以下に記載しているURLからG-MISにアクセスし、G-MISのユーザ名とパスワードでログインしてください。なお、詳細な操作方法については、別冊『G-MIS操作マニュアル』をご確認ください。

G-MISのURL： https://www.med-login.mhlw.go.jp

２） 紙媒体での報告を希望する場合

業務効率化等の観点から、可能な限り G-MIS 上の WEB フォームを用いて報告をお願いします。ただし、インターネット環境が整っていないため G-MIS 上の WEB フォームを用いて報告できない医療機関等、やむを得ない場合は、制度運営事務局から紙媒体の報告様式を郵送します。

紙媒体の郵送を希望される場合には、**「紙媒体入手希望申請書」の所定項目にご記入**のうえ、原則、10 月 26 日（必着）までに郵送又は FAX で制度運営事務局へご連絡ください（電話不可）。**提出された紙媒体の調査票を報告として受け付けます。WEB 報告に切り替えたい場合は、お手数ですが制度運営事務局へご連絡ください。**

ご連絡いただいた医療機関への紙媒体の発送は、10 月６日以降に開始する予定ですが、ご希望の受付から発送までに５～10 営業日程度の期間を頂戴する場合があります。また、報告様式２の発送は 11 月中旬以降となります。あらかじめご了承ください。

５－２．報告様式の記入・不備の確認

１） G-MIS 上で報告する場合（推奨）

G-MIS の WEB フォームを用いてご入力いただく際、報告内容の不整合等を機械的に判定し、内容に応じて警告が表示されます。警告が表示された場合は、警告内容を参考に、報告内容を修正してください。

※ 深夜２:00～５:00 はシステムのメンテナンスが行われるため医療機関機能・病床機能・外来機能報告の G-MIS 上での入力をお控えください。システムメンテナンス中に医療機関機能・病床機能・外来機能報告を入力されると入力内容が正常に反映されない可能性がありますのでご注意ください。

※ 医療機関機能・病床機能報告との重複項目について、外来機能報告の提出後にエラーが生じる場合があります。その際は医療機関機能・病床機能報告でエラーの内容を修正してください。修正されるとシステムメンテナンスの時間に自動的に外来機能報告のエラーも解消されます（外来機能報告での重複項目の修正はできません）。

２） 紙媒体での報告を希望する場合

紙媒体の報告内容に不整合等があった場合、後日、制度運営事務局から電話で確認させていただくことがありますので、控えの保管をお願いします。医療機関機能・病床機能報告と外来機能報告で重複項目の回答が異なる場合は、医療機関機能・病床機能報告の回答を正式なデータとして取り扱います。

５－３．報告様式の提出

１） G-MIS 上で報告する場合（推奨）

G-MISのWEBフォームで報告項目を入力しましたら**［報告］ボタン**を押すことで、提出が完了となります。入力が途中の場合は**［保存］ボタン**を押すことでデータが保存され、ログアウトしても情報は保持されます。しかし、**［保存］ボタンを押しただけでは報告完了とはなりませんので、必ず［報告］ボタンを押して、報告の完了を忘れないようご注意**ください。提出後は11月30日23:59まで［取戻し］ボタンを押すことで報告内容の修正が可能です。

２） 紙媒体で報告する場合

インターネット環境が整っていない等の理由によりG-MIS上のWEBフォームからの入力が困難な医療機関は、「５－１．２）紙媒体での報告を希望する場合」の方法で紙媒体の報告様式を入手し、報告内容をご記入のうえ、**紙媒体の送付時に同封されている返信用封筒でご送付**ください。ご提出いただく**紙媒体の写しは、次年度の報告開始まで各医療機関での保管**をお願いします。なお、**FAXによる報告様式の提出は受け付けておりません。**

【送付先】
〒112-8719 東京都文京区後楽一丁目１番３号　４階　サーベイリサーチセンター内
厚生労働省「令和８年度 医療機関・病床・外来機能報告」事務局

※　同封の返信用封筒に印字されていますのでご利用ください。

６．問い合わせ窓口

外来機能報告の報告作業においてご不明点等ございましたら、巻末に記載の問い合わせ窓口へ電話にてご連絡ください。電話受付時間内のお問い合わせが難しい場合、G-MISサイトの連絡フォーム「医療機関・病床・外来機能報告　問合せフォーム」にてご連絡ください。「医療機関・病床・外来機能報告　問合せフォーム」での問い合わせ方法については別冊『G-MIS操作マニュアル』に記載の【問合せフォームの使い方】をご覧ください。

なお、FAXでのお問い合わせも可能です。その場合は医療機関・病床・外来管理番号※、医療機関名、担当者名、所在地、電話番号を必ずご記載ください。

本報告マニュアル、確認・記入要領等の各種関連資料をご参照いただいたうえで、ご不明な点がある場合にお問い合わせください。問い合わせ内容によっては別の窓口の番号をお伝えしてかけ直していただく場合があります。

また、外来機能報告の対象医療機関以外からのお問い合わせには回答できません。あらかじめご了承ください。

※　医療機関・病床・外来管理番号については、本報告マニュアルとともに送付された送付状をご確認ください。

問い合わせ窓口　厚生労働省 「令和８年度医療機関・病床・外来機能報告」事務局

委託先
報告内容に関するお問い合わせ：株式会社三菱総合研究所（制度運営事務局）・・①②③
※　医療機関機能・病床機能・外来機能報告の報告方法・内容、プレプリントデータ、その他、医療機関機能・病床機能・外来機能報告制度についてはこちらにお問い合わせください。

G-MISに関するお問い合わせ： 厚生労働省G-MIS事務局・・③のみ
※　ユーザ名、G-MISの画面操作方法、システム障害発生時等についてはこちらにお問い合わせください。

①電話（フリーダイヤル）0120-142-305［平日９:00～17:00受付］

②FAX（制度運営事務局専用）　03-5615-9278［24時間受付］

FAX でのお問い合わせの際は、医療機関・病床・外来管理番号、医療機関名、担当者名、所在地、電話番号を必ず記載してください。

③医療機関・病床・外来機能報告　問合せフォーム（G-MIS サイトの連絡フォーム）［24 時間受付］

※　①電話、②FAX の開設期間は令和８年９月 24 日 ９:00～12 月 28 日 17:00 です。
※　③医療機関・病床・外来機能報告　問合せフォームの開設期間は令和８年９月 24 日９:00～令和９年１月 29 日 23:59 です。

電話でお問い合わせいただく場合、音声ガイダンスが流れます。
音声ガイダンスに従い、お問い合わせ内容の番号をご入力ください。
問い合わせ内容によっては別の窓口の番号をお伝えしてかけ直していただく場合があります。

以上

令和８年度　医療機関機能・病床機能報告

報告様式１

確認・記入要領

（病　院　用）

（第1.0版）

－ 目　次 －

«重要なお知らせ» 1
I.　報告の概要 4
（1）　医療機関機能・病床機能報告制度の概要 4
（2）　一般病床・療養病床を有する病院における報告の対象 4
（3）　報告様式1の作成・提出の進め方 4
（4）　報告期限 6
（5）　問い合わせ窓口 6
II.　報告様式1の確認・記入の手引き 8
（1）　「基本票」の確認・記入要領 9
（2）　「施設票」の確認・記入要領 9
1.設置主体 10
2.職員数 10
3.DPC 群の種類 11
4.承認の有無 12
5.診療報酬の届出の有無 12
6.看取りを行った患者数 12
7.第三次救急医療機関、第二次救急医療機関、救急告示病院の認定・告示の有無 12
8.救急医療の実施状況 13
9.施設全体の最大使用病床数・最小使用病床数 14
10.医療機器の台数 14
11.退院調整部門の設置状況 14
（3）　「病棟票」の確認・記入要領 15
1.病床機能等 16
2.許可病床数・最大使用病床数等 21
3.一般病床・療養病床で算定する入院基本料・特定入院料及び届出病床数 21
4.病棟部門の職員数 22
5.主とする診療科 22
6.入院患者数の状況 23
7.入棟前の場所・退棟先の場所別の入院患者の状況 25
8.退院後に在宅医療を必要とする患者の状況 26
9.分娩件数 27
10.一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合 27
11.リハビリテーションの状況 29
（4）　「医療機関機能票」の確認・記入要領 31
1.医療機関機能等 31
2.構造設備等 32
3.臨床研修等の実施状況・診療科別医師数 33
4.在宅医療部門の設置状況 34
5.救急外来の設置状況 34
6.地域への派遣医師数、派遣医療機関数 34
7.休日、夜間・時間外の救急受入・各種診療体制の有無 35

8.救急医療の提供状況 35
9.高齢者等への医療の提供状況 36
10.高齢者施設等との連携状況 36
11.在宅医療の提供状況 37

≪重要なお知らせ≫

報告内容に係る見直し事項

・【重要】医療機関機能報告制度の開始に伴い、医療機関機能票を追加しました。

➢ 令和８年度は報告開始初年度であるため、実績を報告いただく一部の項目（下表）については任意回答としています。これらの項目は、令和９年度報告において、令和９年４月１日以降の一部期間の実績を必須回答していただく予定としております。このため、遅くとも令和９年４月１日から実績の記録・管理を開始できるよう準備をお願いいたします。

【令和９年度報告に向けて実績の記録を開始する必要がある項目】

医療機関機能票設問番号	項目	記録内容
報告様式1		
(146)～(155)	８．救急搬送の受け入れ状況 ① 救急搬送の受け入れ件数	施設別・年齢区分別（15歳未満、15-65歳未満、65-75歳未満、75-85歳未満、85歳以上）件数
(156)～(161)	８．救急搬送の受け入れ状況 ② 上り･下り搬送の状況（送り出し数、受け入れ数）	診療所・病院からの転院搬送 上り搬送送り出し数、下り搬送送り出し数
(162)	９．高齢者等への医療の提供状況 ① 年齢階級別退院患者数	年齢区分別（15歳未満、15-65歳未満、65-75歳未満、75-85歳未満、85歳以上）の人数
(164)～(170)	９．高齢者等への医療の提供状況 ③ 回復期リハビリテーション病棟退棟患者数	入院期間ごとの退棟患者数（回復期リハビリテーションを要する状態）
(176)～(190)	10．高齢者施設等との連携状況 ③ 高齢者施設等との連携実績	施設別の協力対象施設入所者の急変時等における外来診療件数、往診件数、入院受入件数
(196)～(198)	11．在宅医療の提供状況 ⑤ 在宅療養患者の受入状況	自院で訪問診療を行っている患者数、それ以外の患者数
(199)～(205)	11．在宅医療の提供状況 ⑥ 看取りの実績	医療機関以外での看取り数（自宅での死亡者数、自宅以外での死亡者数）、医療機関での看取り数（連携医療機関での死亡者数、連携医療機関以外での死亡者数）

項目の詳細及び定義については、Ⅱ-（４）「医療機関機能票」の確認・記入要領をご参照ください。

・施設票「５．診療報酬の届出の有無」に以下項目が追加となりました。

- 急性期総合体制加算の届出の有無
- 包括期充実体制加算の届出の有無
- 医療提供機能連携確保加算の届出の有無
- 看護・多職種協働加算の届出の有無

・施設票「５．診療報酬の届出の有無」から以下項目が削除となりました。

- 総合入院体制加算の届出の有無
- 急性期充実体制加算の届出の有無
- 小児・周産期・精神科充実体制加算及び精神科充実体制加算の届出の有無

・施設票「10．医療機器の台数」の「①CT」に以下項目が追加となりました。

- マルチスライス CT　128列以上

・病棟票「１．病床機能等」のうち、選択肢「回復期機能」が「包括期機能」に変更となりました。

・病棟票「１．病床機能等」から「当該病棟におけるコロナ対応の状況について」が削除となりました。

・病棟票「２．許可病床数」から「医療法上のコロナ特例により増床した病床」が削除となりました。

・病棟票「３．一般病床・療養病床で算定する入院基本料・特定入院料及び届出病床数」に以下項目が追加となりました。

- 急性期病院 A 一般入院料
- 急性期病院 B 一般入院料
- 特定機能病院 A 一般病棟７対１入院基本料
- 特定機能病院 A 一般病棟10対１入院基本料
- 特定機能病院 B 一般病棟７対１入院基本料
- 特定機能病院 B 一般病棟10対１入院基本料

- 特定機能病院Ｃ一般病棟７対１入院基本料
- 特定機能病院Ｃ一般病棟10対１入院基本料
- 地域包括医療病棟入院料１
- 地域包括医療病棟入院料２
- 一類感染症患者入院医療管理料

・病棟票「３．一般病床・療養病床で算定する入院基本料・特定入院料及び届出病床数」から以下項目が削除となりました。

- 特定機能病院一般病棟７対１入院基本料
- 特定機能病院一般病棟10対１入院基本料
- 救命救急入院料３
- 救命救急入院料４
- 特定集中治療室管理料４
- 特定集中治療室管理料５
- 特定集中治療室管理料６
- 地域包括医療病棟入院料

・病棟票「７．入棟前の場所・退棟先の場所別の入院患者の状況」の経路区分が変更となりました。

- 病床機能報告では入院前の場所及び退院先の場所について、一定の区分に整理した経路区分ごとに報告を求めておりますが、今般、実態等を踏まえ、経路区分の定義について見直しを行っております。

  なお、令和８年度報告においては、特例的な措置として、令和７年度病床機能報告において用いた定義を踏まえた計上をお願いいたします。

  また、令和９年度報告以降に向け、遅くとも令和９年４月１日から見直し後の定義に基づく実績の記録・管理を開始できるよう準備をお願いいたします。

  区分の詳細及び定義については、「７．入棟前の場所・退棟先の場所別の入院患者の状況」の確認・記入要領をご参照ください。

I. 報告の概要

(1) 医療機関機能・病床機能報告制度の概要

本報告は、令和８年度より開始された医療機関機能報告制度及び平成26年度より開始された病床機能報告制度に基づき実施しています（医療法第 30 条の 13）。医療機関機能報告では、各医療機関が現に担っている医療機関機能、2040年において担う医療機関機能及びその他医療機関機能の確保等の協議のために必要な診療実績等をご報告いただきます。病床機能報告では、「病棟単位」を基本として当該病床で担っている病床機能の現状と今後の方向、具体的な報告事項をあわせてご報告いただきます。

(2) 一般病床・療養病床を有する病院における報告の対象

一般病床・療養病床を有する医療機関の報告様式１には、「病院用」と「有床診療所用」の２種類があります。

令和８年７月１日時点で、病院から有床診療所に移行している医療機関は、「病院用」ではなく「有床診療所用」の報告様式を提出いただく必要があります。都道府県からの報告に基づき、G-MIS 上の WEB フォーム上ではいずれかの報告様式が既に表示されていますが、令和８年７月１日時点の区分と異なる場合は厚生労働省「令和８年度 医療機関・病床・外来機能報告」事務局（以下「制度運営事務局」という。）までお問い合わせください。

また、貴院において医科レセプト、歯科レセプトの両方の診療報酬請求を行っている場合、報告様式１は医科と歯科を合わせてご報告ください。

(3) 報告様式1の作成・提出の進め方

後述の「Ⅱ．報告様式１の確認・記入の手引き」をご参照のうえ、各項目についてご確認、ご報告いただき、別冊『令和８年度医療機関機能・病床機能報告 報告マニュアル』のスケジュールに従って、以下の手順で報告様式１の作成と提出をお願いします。

(ア) G-MIS 上の WEB フォームで作成・提出する場合

G-MIS 上の WEB フォームでご報告いただきます。報告内容を機械的に判定し、必要に応じてエラーが表示されます。エラーメッセージが表示された場合は、メッセージの内容をご確認のうえ、報告内容を修正してください。

入力後は保存のうえ、［報告］ボタンをクリックしてご提出ください。なお、報告漏れや明らかな誤りがある場合、提出できないことがあります。その場合には入力内容を再度ご確認ください。

※深夜の２:00～５:00はシステムのメンテナンスが行われるため、医療機関機能・病床機能報告、外来機能報告の G-MIS 上での入力はお控えください。システムメンテナンス中に入力すると入力内容が正常に反映されない可能性があります。

（イ）紙媒体に記入して作成・提出する場合

紙媒体での報告を希望される場合は、別冊『令和８年度医療機関機能・病床機能報告 報告マニュアル』の手順に従って紙媒体の報告様式を入手してください。紙媒体の報告様式発送は、受付から５～10営業日程度を要する場合があります。記入した紙媒体の報告様式は、入手時に同封されている返信用封筒でご提出ください。なお、報告の正確性の観点から、可能な限り G-MIS 上の WEB フォームで報告を行ってください。

■「報告様式１」について

- ○ 病院用の報告様式１は①基本票、②施設票、③病棟票、④医療機関機能票で構成されています。すべてご記入のうえ、ご提出ください（紙媒体は用紙が分かれていますのでご注意ください）。
- ○ 一部の項目では、項目の内訳を入力すると合計が自動計算される等、入力の簡易化や誤入力防止のための機能を設けています。自動計算される項目への直接の入力はできませんので、他の項目を入力のうえ、計算結果をご確認ください。
- ○ 他項目の入力結果より報告が不要となる一部の項目については、当該項目の回答欄が入力不可（グレーアウト）となる機能を設けています。

① 基本票：

- 貴院の医療機関名称や、医療機関・病床・外来管理番号、医療機関住所、本報告のご担当者、連絡先、一般病床・療養病床を有する病棟名等をご報告いただきます。

② 施設票：

- 施設全般に関する職員数や基本情報、看取りや救急医療の実施状況、医療機器の台数、退院調整部門の設置状況等をご報告いただきます。
- 設置主体、医療機器の台数では、令和７年度病床機能報告でご報告いただいた場合、その際の報告内容があらかじめ入力（プレプリント）されています。プレプリントの内容に変更や誤りがある場合は、正しく入力し直してください。

③ 病棟票：

- 一般病床・療養病床を有する病棟の基本情報や職員数、入退院患者の状況等をご報告いただきます。
- 建物の建築時期、建物の構造、許可病床数（一般病棟、医療法上の経過措置に該当する病床、療養病床）、主とする診療科では、令和７年度病床機能報告でご報告いただいた場合、その際の報告内容があらかじめ入力（プレプリント）されています。あらかじめ入力（プレプリント）されている内容に変更や誤りがある場合は、正しく入力し直してください。
- 病棟票における「病棟」の単位は、原則、病院である保険医療機関の各病棟における看護体制の１単位をもって病棟として取り扱うものとします（「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）に則る）。ただし、特定入院料（※）を算定する治療室・病室については、当該施設基準の要件を満たす体制の１単位をもって病棟として取り扱うものとします。

※特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料３、小児入院医療管理料４、回復期リハビリテーション入院医療管理料、地域包括ケア入院医療管理料１～４、一類感染症患者入院医療管理料を算定する場合は除く。

・ 紙媒体を用いる医療機関においては、本項目の記載にあたり、上記の「基本票」で記入した「病棟コード」「病棟名」と各病棟票1枚目の「病棟コード」「病棟名」が一致するようご留意ください。

④ 医療機関機能票：

・ 貴院が現に担っている医療機関機能、2040 年において担う医療機関機能、及びその他医療機関機能の確保等の協議のために必要な診療実績等をご報告いただきます。

・ 一部の項目（５１）～（５９）については、G-MIS 上で貴院から報告いただいた他制度の報告内容を参考に、回答をあらかじめ入力（プレプリント）しております。内容をご確認のうえ、必要に応じて修正してください 。

（4） 報告期限

● 報告期限は**11月30日 23:59**です。

● 報告内容に不備を確認した場合、制度運営事務局より問い合わせをさせていただくことがあります。報告期限の直前に報告された場合、制度運営事務局による確認が翌月になる場合があり、ご提出いただいたデータに不備があった際の修正期間が短くなる可能性があります。紙媒体で提出した場合のデータの不備は、制度運営事務局より電話で照会予定です。

● G-MIS 上の WEB フォームで直接入力された報告様式は、G-MIS 上の WEB フォームで保存のうえ、［報告］ボタンを押すことにより、ご提出いただけます。

● 報告期間後に修正の必要が生じた場合は制度運営事務局までご連絡ください。

（5） 問い合わせ窓口

● 医療機関機能報告、病床機能報告の報告作業において不明点がありましたら、下記問い合わせ窓口へ電話でご連絡ください。電話受付時間内のお問い合わせが難しい場合、G-MIS サイトの連絡フォーム「医療機関・病床・外来機能報告　問合せフォーム」あるいは FAX でご連絡ください。「医療機関・病床・外来機能報告　問合せフォーム」での問い合わせ方法については別冊『令和８年度医療機関機能・病床機能報告 報告マニュアル』の【５．問い合わせ窓口　医療機関・病床・外来機能報告　問合せフォーム「１．質疑・照会」の操作方法】をご覧ください。

● FAX でお問い合わせの場合は、医療機関・病床・外来管理番号（注）、医療機関名、担当者名、所在地、電話番号を必ずご記載ください。

（注）医療機関・病床・外来管理番号は報告対象医療機関を管理するための番号となります。

● お問い合わせいただく前に本資料『令和８年度医療機関機能・病床機能報告 確認・記入要領』と別冊『令和８年度医療機関機能・病床機能報告 報告マニュアル』をはじめとする関連

資料をご参照いただいたうえで、ご不明点がある場合は、問い合わせ窓口までご連絡ください。

※ G-MIS サイトよりダウンロードできます。
URL：https://www.med-login.mhlw.go.jp

- 問い合わせ内容によっては窓口が異なりますので、該当の問い合わせ窓口におかけ直しをお願いする場合があります。
- 報告期限の間際は、お問い合わせが多く発生することが予想されるため、回答にお時間をいただく場合があります。関連資料等をご参照いただき、お早めに報告様式をご確認・ご報告ください。

問い合わせ窓口　厚生労働省　「令和８年度医療機関・病床・外来機能報告」事務局

委託先
報告内容に関するお問い合わせ：株式会社三菱総合研究所（制度運営事務局）・・①②③
※　医療機関機能・病床機能報告、外来機能報告の報告方法・内容、プレプリントデータ、その他、医療機関機能・病床機能報告、外来機能報告制度についてはこちらにお問い合わせください。

G-MISに関するお問い合わせ：　厚生労働省G-MIS事務局・・③のみ
※　ユーザ名、G-MISの画面操作方法、システム障害発生時等についてはこちらにお問い合わせください。

①電話（フリーダイヤル）0120-142-305［平日9:00～17:00受付］

②FAX（制度運営事務局専用）　03-5615-9278［24時間受付］

FAX でのお問い合わせの際は、医療機関・病床・外来管理番号、医療機関名、担当者名、所在地、電話番号を必ず記載してください。

③医療機関・病床・外来機能報告　問合せフォーム（G-MIS サイトの連絡フォーム）［24時間受付］

※　①電話、②FAX の開設期間は令和８年９月24日 9:00～12月28日17:00です。
※　③医療機関・病床・外来機能報告　問合せフォームの開設期間は令和８年９月24日９:00～令和９年１月29日23:59です。

電話でお問い合わせいただく場合、音声ガイダンスが流れます。
音声ガイダンスに従い、お問い合わせ内容の番号をご入力ください。
問い合わせ内容によっては別の窓口の番号をお伝えしてかけ直していただく場合があります。

II. 報告様式１の確認・記入の手引き

報告様式１の各項目の報告にあたっては、下記の一般事項及び各項目の記入の手引きをご参照ください。

一般事項

- 報告内容についてお問い合わせする場合がありますので、報告に係るご担当者の氏名及び電話番号、FAX 番号、e-mail 等を必ずご報告ください。
- 各項目において**未回答の場合はゼロとみなします。**

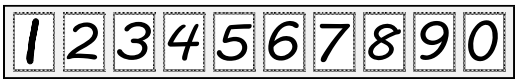
G-MIS 上の WEB フォームの入力における留意事項

- G-MIS 上の WEB フォームでは、入力内容に不備がある場合、画面上にエラーメッセージが赤字で表示されます。
- 必須項目が未入力あるいは、エラーメッセージが表示される場合、入力内容の見直しが必要になります。メッセージの内容をご確認のうえ、ご入力・ご修正ください。

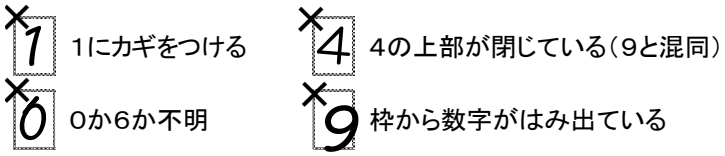
紙媒体の留意事項

- 数字を記入する欄は、右詰めでご記入ください。また、複数の桁の欄がある場合、空いている桁にはご記入いただく必要はありません。
- 紙媒体の報告様式１に数字を記入する際は下記の例に従ってください。

＜数字記入例＞



＜悪い記入例＞



（1）「基本票」の確認・記入要領

■ 貴院の医療機関名称や、医療機関・病床・外来管理番号、医療機関住所、本報告のご担当者・連絡先、一般病床・療養病床を有する病棟名について、施設管理者及び事務部門の担当者がご報告ください。

1．貴院名	令和8年7月1日時点の貴院の医療機関名称をご確認ください。
医療機関情報訂正欄	医療機関情報訂正欄は G-MIS 画面のみ表示されます。制度運営事務局で認識している令和8年7月1日時点の貴院の医療機関名を表示しています。 貴院の医療機関名に修正がある場合は、「医療機関情報訂正欄」に令和8年7月1日時点の貴院の医療機関名をご入力ください。 なお、本欄には修正後の貴院の医療機関名以外の情報（医療機関住所や連絡先電話番号等）を入力しないでください。
2．医療機関・病床・外来管理番号（送付状に記載の8桁コード）	9月下旬に医療機関あてに発送しております郵便物の送付状に記載されている医療機関・病床・外来管理番号と相違ないか、ご確認ください。 なお、医療機関・病床・外来管理番号は報告対象医療機関を管理するための番号です。
3．医療機関住所	令和8年7月1日時点の貴院の郵便番号、所在地をご報告ください。
4．報告担当者	報告内容についてお問合せする場合がありますので、ご担当者の氏名及び部署、電話番号、FAX番号、e-mail アドレスをご報告ください。
5．病棟コード・病棟名	貴院において、令和8年7月1日時点で一般病床・療養病床を有するすべての入院病棟について、病棟コード、病棟名称を「病棟 No.1」～「病棟 No.60」にご記入ください。 なお、病棟の単位は、各病棟における看護体制の1単位をもって病棟として取り扱うものとします。特定入院料を算定する治療室・病室については、当該施設基準の要件を満たす体制の1単位をもって病棟として取り扱うものとします（特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料3、小児入院医療管理料4、回復期リハビリテーション入院医療管理料、地域包括ケア入院医療管理料1～4、一類感染症患者入院医療管理料を算定する場合は除く）。 また、病棟名は、貴院の任意の名称をご記入ください。同じ病棟名の病棟が複数存在する場合、病棟名に連番を付して区別してください。 病棟コードは、電子レセプトにより診療報酬請求を行っている病院であって、6月診療分で7月審査分の電子の入院レセプトに「病棟コード」（一般病床又は療養病床分）を記録いただいた場合、電子レセプトに記録いただいた病棟コード（「1906*****」の9桁コード）をご記入ください。 上記以外の医療機関・病棟は、病床機能報告制度ホームページに掲載されている「病床機能報告に関する電子レセプト作成の手引き」等の通知及びマスターファイル等ご参照のうえ、病棟コード（「1906*****」の9桁コード）を選定しご記入ください（ただし、電子レセプトに記録していない場合であって休棟中等の場合、病棟コードの5桁目を「5」とすることは可とします）。

（2）「施設票」の確認・記入要領

■ 本項目では、施設全般に関する職員数や基本情報、看取りや救急医療の実施状況、医療機器の台数、退院調整部門の設置状況等について、施設管理者及び事務部門の担当者がご記入ください。

■ 施設票では、一般病床・療養病床を有していない病棟部門（精神病床だけの病棟、感染症病床だけの病棟、結核病床だけの病棟等）も含めて、施設全体の数値をご記入ください。

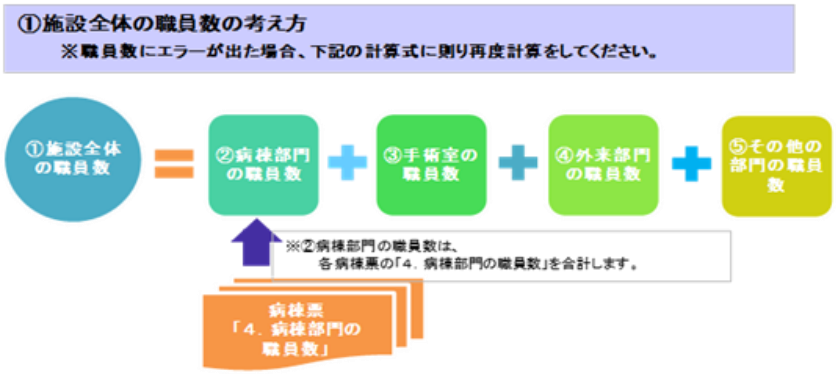
■ 医科レセプトと歯科レセプトの両方の医療機関コードをお持ちの医療機関においても、**医科と歯科を合わせた施設全体の数値**をご記入ください。

■ 人数や件数など数字を記入する欄のうち、無記入のものはゼロとみなします。

医療機関・病床・外来管理番号、貴院名（送付状に記載の８桁コード）	９月下旬に医療機関あてに発送しております郵便物の送付状に記載されている医療機関・病床・外来管理番号、及び貴院名を必ずご報告ください。なお、医療機関・病床・外来管理番号は報告対象医療機関を管理するための番号です。

1. 設置主体	
(1)	令和８年７月１日時点の貴院の設置主体をご報告ください。 「19.公益法人」には、「公益財団法人」も含まれます。 一部事務組合及び広域連合は、地方自治法に定める特別地方公共団体であるため「８．都道府県」か「９．市町村」を選択してください。 「20.医療法人」には「特定医療法人」、「社会医療法人」、「特別医療法人」、「財団医療法人」、「社団医療法人」も含まれます。

2. 職員数	
常勤	常勤職員とは、雇用形態に関わらず貴院で定められた勤務時間をすべて勤務する者を指します。ただし、貴院で定めた１週間の勤務時間が 32 時間未満の場合は、32 時間以上勤務している者を常勤として計上し、その他は非常勤（常勤換算）として計上します。
非常勤	非常勤職員とは、貴院と雇用関係にあって上記の常勤でない職員を指します。貴院の１週間の所定労働時間を基本として、下記のように常勤換算して小数点第一位まで（小数点第二位を四捨五入）をご報告ください。 例：1 週間の通常の勤務時間が 40 時間の病院で、週２日（各日３時間）勤務の看護師が１人と、週３日（各日５時間）勤務の看護師が２人いる場合 （所定の勤務時間数を超えて行われた時間外勤務は含みません） 非常勤看護師数 ＝ （２日×３時間×１人）＋（３日×５時間×２人） ／ 40 時間 ＝0.9 人 なお、非常勤職員が月単位で管理されている場合には、1か月の所定労働時間を用いて、1か月の勤務時間について常勤換算して計上してください。
職員の数え方	職員数は、有給・無給を問わず令和８年７月１日時点で当該医療施設に雇用されている者を計上します。 ・７月１日に欠勤している場合でも、雇用されていれば計上します。 ・７月１日の採用者は計上しますが、退職者は計上しません。 ・貴院が直接雇い入れた者、派遣労働者、出向者、一般の従事者と同様の勤務状況にある家族従事者を含めます。業務請負の労働者、ボランティアは対象外です。
【報告対象の職種】	報告対象となる職種は、報告様式に記載されている職種のみであり、報告様式に記載がない職種（事務職員等）の職員数は報告対象外です。
【医師数、歯科医師数の報告】	医師数、歯科医師数の報告にあたっては、「病院報告」等の既存の調査等の内容を転記して差し支えありません。なお、医師として診療行為の実施有無に関わらず、医師免許を有する者を計上してください。
【医師が定期的に他院で診察をしている場合の報告】	正職員の医師が定期的に他院で診察をしている場合、自院での診察時間のみを計上してください。
【当直医を外部に委託している場合の報告】	当該施設と雇用関係（施設が直接雇い入れた者、派遣労働者、出向者、一般の従事者と同様の勤務状況にある家族従事者）がある場合は非常勤職員に計上してください。
【保有している資格と従事している業務が異なる職員の扱い】	他の資格を有しているものの看護補助業務を行っている職員は、看護補助者として計上してください。
【複数の部門を兼務している職員の扱い】	各部門の職員数とは、当該部門専任で業務を行っている（勤務時間の概ね８割以上を当該部門で勤務する）職員数を指します。 複数の部門で業務を行い、各部門での勤務が通常の勤務時間の８割未満となる場合には、外来部門の職員として取り扱ってください（外来部門で勤務していない場合であっても外来部門の職員数に計上してください）。複数部門における勤務時間数により職員数を按分していただく必要はありません。また、ある部門における職員数が「０人」となっても問題ございません。 １人の職員が複数の職種の資格や複数の認定を有している場合は、人数が重複することが無いように、主に従事している業務の職種・資格・認定に計上してください。

	例えば、手術室とその他の部門を勤務時間の5割ずつ兼務している場合や、6割と4割で兼務している場合は、当該2部門における職員数は0人としたうえで、外来部門に計上してください。また、3か所以上の部門を均等に兼務している場合、あるいは、職員が病棟部門、外来部門、手術室をローテーションで勤務する等して管理されており、いずれの部門においても勤務時間が8割未満となる場合（勤務時間の概ね8割以上を勤務する部門がない場合）は、外来部門のみに計上し、他の部門の職員数は0人としてください。
【長期にわたって勤務していない職員、産前・産後休暇や育児休暇中の職員の扱い】	7月1日現在、貴院に勤務していない者で、長期にわたって勤務していない者（3か月を超える者。予定者を含む）は、計上しないでください。 ただし、労働基準法（昭和 22 年法律第 49 号）で定める産前・産後休業（産前6週間・産後8週間）並びに育児休業、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（令和6年法律第 42 号改正）で定める育児休業及び介護休業を取得している者は、計上してください。休業中の者に代替者がいる場合は、代替者のみを計上してください（休業中の者は含めない）。 休業中で代替者がいない者は、7月1日時点で所属している部門の職員数に計上しますが、特定の部門に所属していない場合は「その他の部門の職員数」に計上してください。
【短時間勤務の常勤職員の扱い】	勤務時間でご判断ください。1週間の勤務時間が 32 時間未満の場合は、非常勤職員に計上してください。
【同じ法人が経営している等の貴院と特別な関係にある施設（訪問看護ステーション等）の職員の扱い】 ①施設全体の職員数(2)～(16)	同じ法人が経営している等の貴院と特別な関係にある施設の職員数は含めないでください。 令和8年7月1日時点の「施設全体」の職種別の職員数について、常勤職員・非常勤職員毎にご報告ください。 なお、「①施設全体の職員数」は、各病棟票の「4．病棟部門の職員数」、「③手術室の職員数」、「④外来部門の職員数」、「⑤その他の部門の職員数」の合計数と一致するように計上し、各部門間において職員数の重複がないようご報告ください。 
②病棟部門の職員数(17)～(27)	令和8年7月1日時点の「病棟部門」の職種別の職員数は、各病棟票の「4．病棟部門の職員数」においてご報告いただきます。
③手術室の職員数(28)～(38)	令和8年7月1日時点の「手術室」の職種別の職員数について、常勤職員・非常勤職員毎にご報告ください。
④外来部門の職員数(39)～(49)	令和8年7月1日時点の「外来部門」の職種別の職員数について、常勤職員・非常勤職員毎にご報告ください。
⑤その他の部門の職員数(50)～(60)	令和8年7月1日時点の病棟部門、手術室、外来部門以外の「その他の部門」の職種別の職員数について、常勤職員・非常勤職員毎にご報告ください。 「その他の部門」は、透析室、外来化学療法室、放射線照射外来室、入院調整部門、退院調整部門、薬剤部門、リハビリテーション部門、訪問看護部門、医事部門、管理部門、健診（人間ドック）部門、一般病床・療養病床以外の病床（ただし、一般病床・療養病床と一体となった看護単位である結核病床、感染症病床に配置されている職員数は病棟票の「4．病棟部門の職員数」に計上してください）等が該当します。

3. DPC 群の種類	
(61)	令和8年7月1日時点における DPC 制度（DPC/PDPS）の対象病院か否か、対象病院である場合にいずれの医療機関群に該当するかについてご報告ください。

4. 承認の有無	
(62)～(63)	令和８年７月１日時点における特定機能病院の承認の有無、地域医療支援病院の承認の有無をご報告ください。

5. 診療報酬の届出の有無	
①急性期総合体制加算の届出の有無(64)	令和８年７月１日時点における地方厚生（支）局長への急性期総合体制加算の届出の有無をご報告ください。
②包括期充実体制加算の届出の有無(65)	令和８年７月１日時点における地方厚生（支）局長への包括期充実体制加算の届出の有無をご報告ください。
③医療提供機能連携確保加算の届出の有無(66)	令和８年７月１日時点における地方厚生（支）局長への医療提供機能連携確保加算の届出の有無をご報告ください。
④看護・多職種協働加算の届出の有無(67)	令和８年７月１日時点における地方厚生（支）局長への看護・多職種協働加算の届出の有無をご報告ください。
⑤在宅療養支援病院の届出の有無(68)	令和８年７月１日時点における地方厚生（支）局長への在宅療養支援病院の届出の有無をご報告ください。
⑥在宅療養後方支援病院の届出の有無(69)	令和８年７月１日時点における地方厚生（支）局長への在宅療養後方支援病院の届出の有無をご報告ください。

6. 看取りを行った患者数	
(70)～(75) ※「月別」は任意	在宅療養支援病院の届出を行っている場合、令和７年４月１日～令和８年３月 31 日の１年間の実施状況をご報告ください。 看取りを行った患者数とは、診療報酬の算定の有無に関わらず、在宅療養を担当した患者のうち、死亡診断を行った患者を指します。 なお、在宅療養を担当した患者とは、直近１年間に訪問診療、往診等の在宅医療に係る診療を行った患者を指します。
	連携医療機関とは、自院を含め、緊急時の受入について平時から取り決めを行っている医療機関を指し、診療報酬上の在宅支援連携体制を構築している医療機関についても含みます。
	自院で死亡した患者は、「（２）医療機関での死亡者数」の「上記（２）のうち、連携医療機関での死亡者数」に計上してください。
	介護老人保健施設等の入所施設で死亡した患者は、「（１）医療機関以外での死亡者数」の「上記（１）のうち、自宅以外での死亡者数」に計上してください。

7. 第三次救急医療機関、第二次救急医療機関、救急告示病院の認定・告示の有無	
①第三次救急医療機関の認定の有無(76)	令和８年７月１日時点の第三次救急医療機関の認定の有無についてご報告ください。 なお、第三次救急医療機関とは、重篤な救急患者の医療を確保することを目的として、都道府県知事が医療法に規定する医療計画等に基づき救命救急センターとして指定したものを指します。 貴院が第三次救急医療機関であるかが不明である場合には、都道府県のホームページをご参照ください。
②第二次救急医療機関の認定の有無(77)	令和８年７月１日時点の第二次救急医療機関の認定の有無についてご報告ください。 なお、第二次救急医療機関とは、救急隊により搬送される傷病者に関する医療を担当する医療機関として、都道府県知事が医療法に規定する医療計画の内容等を勘案して必要と認定したものを指します。 また、第三次救急医療機関であって、都道府県の医療計画上、第二次救急医療機関相当の病院群輪番制病院の指定を受けている場合も含めます。 貴院が第二次救急医療機関であるかが不明である場合には、都道府県の医療計画をご確認いただくか、都道府県の担当者にご連絡のうえご確認ください。
③救急告示病院の告示の有無(78)	令和８年７月１日時点の救急告示病院の告示の有無についてご報告ください。 なお、救急告示病院とは、「救急病院等を定める省令」（昭和 39 年２月 20 日厚生省令第８号）に基づいて都道府県知事が救急病院である旨等を告示したものを指します。

8. 救急医療の実施状況	
休日	休日とは、日曜日及び国民の祝日に関する法律第３条に規定する祝日（元日、成人の日、建国記念の日、天皇誕生日、春分の日、昭和の日、憲法記念日、みどりの日、こどもの日、海の日、山の日、敬老の日、秋分の日、スポーツの日、文化の日、勤労感謝の日）、１月２日及び３日並びに 12 月 29 日、30 日及び 31 日を指します。また、祝日の振替休日は休日に含みます。
夜間・時間外	夜間・時間外とは、貴院が表示する診療時間以外の時間（休日を除く）を指します。 なお、診療時間以外の時間の標準は、概ね午前８時前と午後６時以降（土曜日の場合は、午前８時前と正午以降）及び休日以外の日を終日休診日とする医療機関における当該休診日とします。 ただし、午前中及び午後６時以降を診療時間とする医療機関等については、表示する診療時間以外の時間をもって時間外としてください。
診察後直ちに入院となった患者延べ数	診察後直ちに入院となった患者延べ数は、入院治療を必要とする重症患者に救急医療を提供した患者の延べ数を指します。 救急患者として受け入れた患者が、処置室、手術室等で死亡した場合は、患者延べ数に計上してください。
救急車の受入	救急車の受入とは、救急用の自動車及び救急医療用ヘリコプター等により搬送された患者の受け入れを指します。 病院間の搬送は対象となりません。ただし、他院で対応不能であり搬送された場合（他院に救急搬送されたものの、検査や処置の結果対応不能と判断されて搬送された場合、他院入院中の患者が他院で対応不能な疾患を発症したため搬送された場合等）は計上してください。現場からの要請に応じて、ドクターカー、ドクターヘリ、防災ヘリが出動した場合は計上してください。 また、公共の救急車以外の車両を使用した場合も、傷病者の緊急搬送のために必要な特別な構造や装置を有する救急用自動車により傷病者を緊急搬送した場合は計上してください。このため、貴院の救急車を使用したものについては、これに該当する場合には含みますが、介護車両を使用したものは含みません。
患者延べ数の数え方	同一人物が、同日に2回来院した場合は２人とカウントしますが（３回来院した場合は３人、４回来院した場合は４人等）、同一回の来院で複数診療科を受診した場合には１人と計上してください。 患者あるいはその看護に当たっている者から電話等で治療上の意見を求められて指示し再診料を算定した場合は、患者延べ数に計上してください。 救急医療への該当性や疾患に依らず、休日・夜間・時間外に対応した患者数をカウントしてください。 休日や夜間・時間外にオンライン診療や電話受診した患者はカウントしません。
①休日に受診した患者延べ数(79)～(80)	令和７年４月１日～令和８年３月 31 日の１年間の休日に受診した患者延べ数をご報告ください。なお、休日の定義は、貴院の診療日・診療時間に関わらず、上記の記載に従って患者延べ数を月毎に計上してください。１年間の件数には毎月の合計値が自動的に入力されます。 また、そのうち、診察後直ちに入院となった患者延べ数についてもあわせて月毎にご報告ください。 なお、休日の夜間に受診した患者は、「休日に受診した患者延べ数」にのみ計上してください。また、休日に往診を行った患者も計上してください。休日に予約診療を行った患者と訪問診療を行った患者は、計上しないでください。
②夜間・時間外に受診した患者延べ数(81)～(82)	令和７年４月１日～令和８年３月 31 日の１年間の夜間に受診した患者延べ数を月毎にご報告ください。１年間の件数には毎月の合計値が自動的に入力されます。うち、診察後直ちに入院となった患者延べ数も、あわせて月毎にご報告ください。 なお、休日の夜間に受診した患者は「休日に受診した患者延べ数」にのみ計上し、「夜間・時間外に受診した患者延べ数」に計上しないでください。夜間に往診を行った患者は、計上してください。夜間に訪問診療を行った患者は、計上しないでください。
③救急車の受入件数(83)	令和７年４月１日～令和８年３月 31 日の１年間の救急車の受入件数について月毎にご報告ください。１年間の件数には毎月の合計値が自動的に入力されます。 なお、救急車の受入とは、救急用の自動車及び救急医療用ヘリコプターにより搬送された患者の受け入れをいいます。また、病院間の搬送は対象となりません。ただし、他院で対応不能のために搬送された場合は計上してください。また、現場からの要請に応じて、ドクターカー、ドクターヘリ、防災ヘリが出動した場合は計上してください。 救急車の受入件数は、休日、夜間に関わらず計上してください。

9. 施設全体の最大使用病床数・最小使用病床数	
(84)～(85) ※「最小使用病床数」は任意	許可病床数のうち令和７年４月１日～令和８年３月 31 日の1年間の施設全体の最大使用病床数・最小使用病床数をご記入ください（最小使用病床数の報告は任意）。一般病床、療養病床についてのみ数えて、**精神病床、結核病床、感染症病床は除いて**ご記入ください。 【人間ドックでベッドを使用した場合】 使用病床数にカウントしてください。 施設全体の最大使用病床数は、許可病床数のうち令和７年４月１日～令和８年３月 31 日の1年間に施設全体で最も多く入院患者を収容した時点で使用した病床数をいいます。 施設全体の最小使用病床数は、許可病床数のうち令和７年４月１日～令和８年３月 31 日の1年間に施設全体で最も少なく入院患者を収容した時点で使用した病床数をいいます。 ※各病棟の最大使用病床数・最小使用病床数の報告値を単純に足し上げるものではありません。 【例】許可病床数病棟 A：50 床、病棟 B：40 床 ［正］施設全体の最大使用病床数：85 床（1/11 時点） ・病棟 A の使用病床数：47 床（1/11 時点） ・病棟 B の使用病床数：38 床（1/11 時点） ［誤］施設全体の最大使用病床数：88 床 ・病棟 A の最大使用病床数：49 床（3/1時点） ・病棟 B の最大使用病床数：39 床（10/19 時点）

10. 医療機器の台数	
1台の医療機器が複数の機能を有する場合、主たる医療機器の台数を集計してください。	
①CT の台数(86)～(90)	令和８年７月１日時点のマルチスライス CT（128 列以上、64 列以上 128 列未満、16 列以上 64 列未満、16 列未満）、その他の CT の台数をそれぞれご報告ください。 なお、64 列以上のマルチスライス CT を保有しているものの、診療報酬上の施設基準の要件を満たしていないために「16 列以上 64 列未満」として届出をされている場合は、施設基準上の要件に関係なく「128 列以上」または「64 列以上 128 列未満」のいずれか該当する項目に台数を計上してください。
②MRI の台数(91)～(93)	令和８年７月１日時点の3テスラ以上、1.5 テスラ以上3テスラ未満、1.5 テスラ未満の MRI の台数をご報告ください。 なお、1.5 テスラ以上の MRI を保有しているものの、診療報酬上の施設基準の要件を満たしていないために「1.5 テスラ未満」として届出をされている場合は、施設基準上の要件に関係なく「3テスラ以上」または「1.5 テスラ以上3テスラ未満」のいずれか該当する項目に台数を計上してください。
③その他の医療機器の台数(94)～(104)	令和８年７月１日時点の血管連続撮影装置（デジタル・サブトラクション・アンギオグラフィー法を行う装置）、SPECT、PET、PETCT、PETMRI、ガンマナイフ、サイバーナイフ、強度変調放射線治療器（IMRT）、遠隔操作式密封小線源治療装置、内視鏡手術用支援機器、マンモグラフィの台数をご報告ください。

11. 退院調整部門の設置状況	
①退院調整部門の有無(105)	令和８年７月１日時点の退院調整部門の設置の有無をご報告ください。 退院調整部門とは、関係職種によって退院支援計画の作成、退院先の検討、退院後の必要なサービスの紹介等を行う部門を指します。 退院調整部門の設置の有無は、退院調整加算の算定の有無や、当該部門の業務内容が入院患者の退院に係る調整に関する業務に限定されているかに関わらず、ご判断ください。
②退院調整部門に勤務する職員(106)～(111)	退院調整部門の設置をしている場合、令和８年７月１日時点の退院調整部門に勤務する職種別の職員数を、専従職員・専任職員毎にご報告ください。 専従職員とは、常勤・非常勤を問わず、原則として入院患者の退院に係る調整に関する業務のみに従事している者を指します。 専任職員とは、常勤・非常勤を問わず、退院調整業務とその他の業務を兼務している者を指します（例：午前の3時間は病棟の看護業務に従事するが、午後の5時間は退院支援室等での業務に従事する者等を指します）。 専任（他部署の業務を兼務している）職員数は、前述の常勤換算の算出方法と同様、貴院の 1 週間の所定労働時間を基本として小数点第一位まで（小数点第二位を四捨五入）をご報告ください。 看護職員とは、保健師、助産師、看護師、准看護師を指します。 MSW（メディカルソーシャルワーカー）の職員数については、そのうち社会福祉士の資格を有する者の人数もあわせてご報告ください。

（3）「病棟票」の確認・記入要領

■ 本項目では、一般病床・療養病床を有する病棟の基本情報や職員数、入退院患者の状況等についてご報告ください。

■ 報告の対象となる病棟の範囲は、許可病床として一般病床・療養病床を有する病棟のみとなります。医療保険の対象でない公費負担医療、労災保険制度や労働福祉事業としての医療、自賠責、治験、人間ドック、母体保護法、その他の自由診療等での入院者についても「病棟票」を作成してください。また、休棟中の病棟であっても許可病床として一般病床・療養病床を有する場合は、「病棟票」を作成してください。ただし、精神病床だけの病棟、感染症病床だけの病棟、結核病床だけの病棟等、一般病床・療養病床を有さない病棟は記入不要となります。

■ 病棟票における「病棟」の単位は、原則、病院である保険医療機関の各病棟における看護体制の１単位をもって病棟として取り扱うものとします（「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）に則る）。ただし、特定入院料（※）を算定する治療室・病室については、当該施設基準の要件を満たす体制の１単位をもって病棟として取り扱うものとします。

※特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料３、小児入院医療管理料４、回復期リハビリテーション入院医療管理料、地域包括ケア入院医療管理料１～４、一類感染症患者入院医療管理料を算定する場合は除きます。

■ なお、１病棟当たりの病床数については、①効率的な看護管理、②夜間における適正な看護の確保、③当該病棟に係る建物等の構造の観点から、総合的に判断したうえで決定されるものであり、原則として60床以下が標準とされています。

■ 上記の病床数の標準を上回っている場合については、①２以上の病棟に分割した場合には、片方について１病棟として成り立たない、②建物構造上の事情で標準を満たすことが困難である、③近く建物の改築がなされることが確実である等、やむを得ない理由がある場合に限り、認められます。

■ 高層建築等の場合に、複数階（原則として２つの階）を１病棟として認めることは差し支えありませんが、３つ以上の階を１病棟とすることは、一定の要件（※）を満たしている場合に限り、特例として認められます。また、感染症病床が別棟にある場合は、隣接して看護を円滑に実施できる一般病棟に含めて１病棟とすることができます。さらに、平均入院患者数が概ね30名程度以下の小規模な結核病棟を有する保険医療機関については、看護配置基準が同じ入院基本料を算定する場合に限り、医療法上で規定する構造設備の基準は遵守すること等を前提に、一般病棟と結核病棟をあわせて1看護単位とすることができます。

■ ※ いわゆるサブナース・ステーションの設置や看護要員の配置を工夫すること。

■ なお、病床機能報告制度では、医療法第７条第１項から第３項に基づいて開設許可を受けている一般病床・療養病床が報告の対象となりますので、基準病床数制度において特例とされている特定の病床等も含めてご報告ください。

■ また、一般病床・療養病床と一体となった看護単位である結核病床、感染症病床を有する病棟の場合、職員数の項目では、当該病棟全体の職員数をご記入ください。病床数や入院患者数等、それ以外の項目については、一般病床・療養病床のみ対象としてご報告ください。

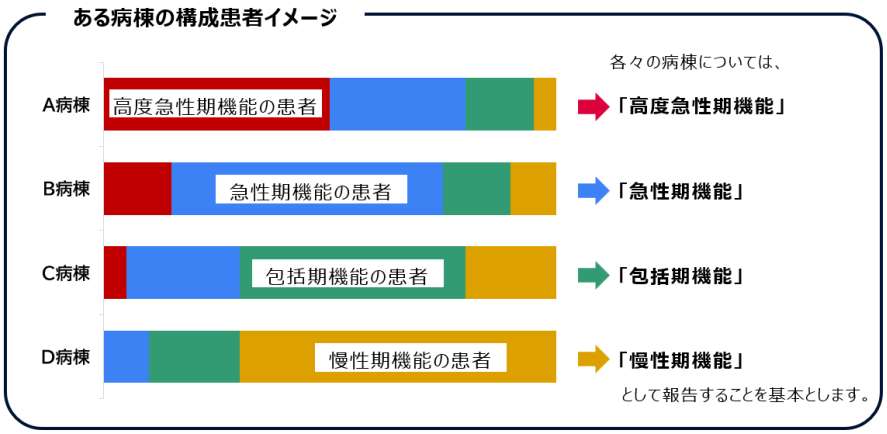
■ 病棟票は、令和８年７月１日時点の病棟単位でご報告いただくことから、令和８年７月２日以降に新規に設置された病棟は報告対象外となります。

■ 人数や件数など数字を記入する欄のうち、未回答のものはゼロとみなします。
ただし、「２．許可病床数・最大使用病床数等」、「３．一般病床・療養病床で算定する入院基本料・特定入院料及び届出病床数」、「10．一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合」、「11．リハビリテーションの状況」について「０」の場合は「０」を必ずご記載してください。

医療機関・病床・外来管理番号、貴院名（送付状に記載の8桁コード）	9月下旬に医療機関あてに発送しております郵便物の送付状に記載されている医療機関・病床・外来管理番号、及び貴院名を必ずご報告ください。なお、医療機関・病床・外来管理番号は報告対象医療機関を管理するための番号となります。
病棟コード・病棟名等	当該病棟の病棟コード、病棟名を必ずご記入ください。なお、WEB フォームでは基本票で入力した内容が自動的に転記された病棟票が作成されます。 建物の建築時期については、当該病棟の建物が完成した年（西暦）を記入してください。建物が増改築されている場合は、増改築した部分としていない部分のどちらか面積の大きい方について、回答してください。 建物の構造については、当てはまる番号を一つ記入してください。複数の構造が混在している場合は、面積の最も大きい構造を記入してください。

1. 病床機能等	
高度急性期機能	高度急性期機能とは、急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能をいいます。 《目安となる入院料の種類》 ※診療報酬上の入院料の種類のみをもって機械的に決定されるものではないことにご留意ください。 ・救命救急入院料 ・特定集中治療室管理料 ・ハイケアユニット入院医療管理料 ・脳卒中ケアユニット入院医療管理料 ・小児特定集中治療室管理料 ・新生児特定集中治療室管理料 ・新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料 ・総合周産期特定集中治療室管理料 ・新生児治療回復室入院医療管理料 ・一類感染症患者入院医療管理料

急性期機能	急性期機能とは、急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能をいいます。 《目安となる入院料の種類》 ※診療報酬上の入院料の種類のみをもって機械的に決定されるものではないことにご留意ください。 ・急性期病院 A、B 一般入院料 ・急性期一般入院料１～６ ・特定機能病院 A～C 入院基本料（一般病棟7対１、10 対１） ・専門病院入院基本料（7対１、10 対１） ・小児入院医療管理料１～３
包括期機能	包括期機能とは、高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリテーション等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能、又は急性期を経過した患者に対し、在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能（特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頚部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションの提供を集中的に行う機能（回復期リハビリテーション機能）を含む。）をいいます。 《目安となる入院料の種類》 ※診療報酬上の入院料の種類のみをもって機械的に決定されるものではないことにご留意ください。 ・地域一般入院料１～３ ・専門病院入院基本料（１３対１） ・有床診療所入院基本料１、４ ・地域包括医療病棟入院料 ・小児入院医療管理料４、５ ・回復期リハビリテーション病棟入院料・入院医療管理料 ・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 ・特定一般病棟入院料 ・特定機能病院リハビリテーション病棟入院料
慢性期機能	慢性期機能とは、長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能（特に、長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能を含む。）をいいます。 《目安となる入院料の種類》 ※診療報酬上の入院料の種類のみをもって機械的に決定されるものではないことにご留意ください。 ・療養病棟入院料１、２ ・障害者施設等入院基本料（7対１～15 対１） ・有床診療所入院基本料２、３、５、６ ・有床診療所療養病床入院基本料 ・特殊疾患入院医療管理料 ・特殊疾患病棟入院料 ・緩和ケア病棟入院料
【病床機能の選択における基本的な考え方】	病床機能報告は、医療機関のそれぞれの病棟が担っている病床機能を把握し、地域における病床の機能分化・連携を進めることを目的として行われるものであり、病床機能報告においていずれの病床機能を選択されても、診療報酬上の入院料等の選択等に影響を与えるものではありません。

【同一病棟に様々な病期の患者が入院する場合】	病床機能報告においては、病棟が担う病床機能をいずれか1つ選択して報告することとされていますが、実際の病棟には様々な病期の患者が入院していることから、当該病棟において最も多くの割合を占める患者に相当する機能を報告することを基本とします。 
【包括期機能について】	病床の機能区分については、2040 年に向けて増加する高齢者救急等の受け皿として急性期と回復期の機能を併せ持つ機能が重要となること等を踏まえ、これまでの4区分のうち、従来の「回復期機能」について、「高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリテーション等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能」を追加し、「包括期機能」として位置付けることとしています。 特に、これまで急性期機能として報告を行ってきた病棟については、「回復期機能」から「包括期機能」への上記見直しの趣旨を踏まえ、病床機能を適切に選択してください。

病床機能の選択に関する留意点	
【高度急性期･急性期に関連する医療を全く提供していない病棟の場合】	下表「高度急性期・急性期に関連する医療行為」に掲げる高度急性期・急性期に関連する医療行為を全く提供していない場合は、高度急性期機能及び急性期機能以外の病床機能を適切に選択してください。 なお、下表「高度急性期・急性期に関連する医療行為」に掲げる医療を全く提供していないにも関わらず、高度急性期機能又は急性期機能と報告される場合は、下表に掲げるもの以外にどのような医療行為を行ったのかを別途、ご報告いただく必要があります。
【特定の病棟・入院料に関する考え方】	特定機能病院における病棟については、一律に高度急性期機能を選択するものではありません。個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、病床機能を適切に選択してください。
【令和8年7月1日時点での病棟を今後病院の建て替えや病棟再編により分割する場合】	現病棟を構成する各ベッドの機能に着目し、分割時の病床数が多い方の機能のご予定を「2040 年7月1日時点の機能」としてご報告ください。
【病棟を統合する予定、病院が統合される予定である場合】	病棟を統合する予定である場合は、統合される予定の全ての病棟につき、同一の「2040 年7月1日時点の機能」をご回答のうえ、自由記入欄に「〇年〇月に〇〇病棟、〇〇病棟を統合予定」とご報告ください。
【医療保険の対象でない医療を提供している場合】	医療保険の対象でない公費負担医療、労災保険制度や労働福祉事業としての医療、自賠責、治験、人間ドック、母体保護法、その他の自由診療等、主に担っている機能を1つ選択してご報告ください。
①2026（令和8）年7月1日時点の機能(1)	令和8年7月1日時点で当該病棟が担う病床機能について、4つの機能（高度急性期機能／急性期機能／包括期機能／慢性期機能）の中から、各医療機関のご判断で必ずいずれか1つを選び、ご報告ください。
②2040 年7月1日時点の機能(2)	2040 年7月1日時点で当該病棟が担う予定の病床機能について、4つの機能（高度急性期機能／急性期機能／包括期機能／慢性期機能）の中から、各医療機関のご判断でいずれか1つを選び、ご報告ください。 今後、病棟再編などにより現在の病棟を複数に分割する場合には、分割時に多く残す機能のご予定を「2040 年7月1日時点における病床の機能の予定」としてご報告ください。 病棟の統合予定がある場合は、統合前の全ての病棟について、「2040 年7月1日時点における病床の機能の予定」には同一の病床機能を選択し、自由記入欄に「〇年〇月に〇〇病棟、〇〇病棟と統合予定」など、コメントを記載のうえ、ご報告ください。

	医療機関同士の統合予定がある場合も同様に、現時点で回答できる範囲で、「2040 年7月1日時点における病床の機能の予定」について、病棟ごとにご回答ください。その際、自由記入欄にも、状況について詳細にご報告ください。 病棟の休止や廃止予定がなく、継続して何らかの機能を担う場合、予定病床数は必ず0より大きい値をご報告ください。 介護保険施設等へ移行予定である場合には、当該選択肢を選び、ご報告ください。
③上記②で「7．介護保険施設等へ移行予定」を選択した場合、2040 年7月1日時点の移行予定先(3)	2040 年7月1日時点の機能において当該病棟が担う病床の機能の予定について、「7．介護保険施設等へ移行予定」を選択した場合、2040 年7月1日時点の移行予定先について、「1．介護医療院」／「2．介護老人保健施設」／「3．介護老人福祉施設」／「4．1～3以外の介護サービス」の中から、いずれか1つを選び、ご報告ください。 なお、具体的な移行先が決まっていない場合であっても、1～4の中から現在の考えに最も近いものを選択してください。今回の報告をもって、今後の移行先が限定されるものではありません。
【2040 年7月1日までに変更予定がある場合】	2040 年7月1日時点の機能の実現に向けて、2040 年7月1日までに機能の変更予定がある場合は、本項目にチェックを入れて、変更後の機能及び変更予定年月についてご報告ください。
【令和8年7月1日時点で休棟中の場合】	「①2026（令和8）年7月1日時点の機能」について、休棟中であって病床機能の選択が困難である場合には、「5．休棟中（今後再開する予定）」／「6．休棟中（今後廃止する予定）」の中から、いずれか1つを選び、ご報告ください。 「②2040 年7月1日時点の機能」については、再開の予定がある場合は、「1．高度急性期機能」～「4．慢性期機能」からいずれか1つ選択してください。再開の予定がない場合、休棟継続、又は再開の予定が未定である場合に、病床機能の選択が困難である場合には、「5．休棟予定」をお選びください。廃止予定である場合には、「6．廃止予定」をお選びください。
【病棟を今後休棟又は廃止する予定、一般病床・療養病床以外の病床種別に変更する予定の場合（介護保険施設等への移行の場合を除く）】	「①2026（令和8）年7月1日時点の機能」については、現時点の機能を「1．高度急性期機能」～「4．慢性期機能」からいずれか1つ選択してご報告ください。 「②2040 年7月1日時点の機能」については、報告時点で休棟・廃止予定又は一般病床・療養病床以外の病床種別に変更する予定（介護保険施設等への移行の場合を除く）であって、病床機能の選択が困難である場合には、「5．休棟予定」／「6．廃止予定」の中から、いずれか1つを選び、ご報告ください。一方、当該病棟を休棟していない、又は休棟後に再開を予定している場合には、「1．高度急性期機能」～「4．慢性期機能」からいずれか1つ選択してご報告ください。

表「高度急性期・急性期に関連する医療行為」

カテゴリ	具体的な項目名		
分娩	分娩（正常分娩、帝王切開を含む、死産を除く）		
幅広い手術	手術（入院外の手術、輸血、輸血管理料は除く）	全身麻酔の手術	人工心肺を用いた手術
	胸腔鏡下手術	腹腔鏡下手術	内視鏡手術用支援機器手術
がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療	悪性腫瘍手術	病理組織標本作製	術中迅速病理組織標本作製
	放射線治療	化学療法	がん患者指導管理料 イ及び ロ
	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	超急性期脳卒中加算
	t-PA 投与（脳梗塞に対するもの）	経皮的冠動脈形成術	入院精神療法（Ⅰ）
	精神科リエゾンチーム加算	認知症ケア加算１、２及び3	精神疾患診療体制加算１及び2
	精神疾患診断治療初回加算（救命救急入院料）		
重症患者への対応	ハイリスク分娩管理加算	ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅱ）	地域連携分娩管理加算
	救急搬送診療料	観血的肺動脈圧測定	持続緩徐式血液濾過
	大動脈バルーンパンピング法	経皮的心肺補助法	補助人工心臓・植込型補助人工心臓
	頭蓋内圧持続測定（3時間を超えた場合）	人工心肺	血漿交換療法
	吸着式血液浄化法	血球成分除去療法	
救急医療の実施	院内トリアージ実施料	夜間休日救急搬送医学管理料	救急医療管理加算１及び2
	処置の休日加算１及び2	処置の時間外加算１及び2	処置の深夜加算１及び2
	手術の休日加算１及び2	手術の時間外加算１及び2	手術の深夜加算１及び2
	在宅患者緊急入院診療加算	救命のための気管内挿管	体表面ペーシング法又は食道ペーシング法
	非開胸的心マッサージ	カウンターショック	心膜穿刺
	食道圧迫止血チューブ挿入法	早期栄養介入管理加算	
全身管理	中心静脈注射	呼吸心拍監視	酸素吸入
	観血的動脈圧測定（1時間を超えた場合）	ドレーン法、胸腔若しくは腹腔洗浄	人工呼吸（5時間を超えた場合）
	人工腎臓、腹膜灌流	経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法	

2. 許可病床数・最大使用病床数等	
(5)～(8) ※「最小使用病床数」は任意	令和８年７月１日時点の当該病棟の許可病床数、許可病床数のうち令和７年４月１日～令和８年３月 31 日の１年間の最大使用病床数等を病床種別毎にご報告ください。 １病棟当たりの病床数は、原則として 60 床以下が標準とされていますが、病床数の標準を上回っていることについて、やむを得ない理由があり、認められている場合には、該当項目にチェックを入れてください。
許可病床数	許可病床数とは、令和８年７月１日時点で、医療法第７条第１項から第３項に基づいて開設許可を受けている病床数をいいます。 許可病床数は、基準病床数制度で特例とされている特定の病床等も含めてご記入ください。また、休床中の病床も含めてご報告ください。 許可病床数（一般病床、療養病床）は、昨年度ご報告いただいた場合、その際の報告内容があらかじめ入力（プレプリント）されています。本設問についてはあらかじめ入力されている値を必ずご確認のほどお願いいたします。
最大使用病床数・最小使用病床数 ※「最小使用病床数」は任意	許可病床数のうち令和７年４月１日～令和８年３月 31 日の１年間の最大使用病床数・最小使用病床数をご記入ください（最小使用病床数の報告は任意）。 最大使用病床数は、許可病床数のうち令和７年４月１日～令和８年３月 31 日の１年間に最も多く入院患者を収容した時点で使用した病床数をいいます。 最小使用病床数は、許可病床数のうち令和７年４月１日～令和８年３月 31 日の１年間に最も少なく入院患者を収容した時点で使用した病床数をいいます。 【人間ドックでベッドを使用した場合】 使用病床数にカウントしてください。
2040 年７月１日時点の予定病床数	報告時点において当該病棟の 2040 年７月１日時点の予定病床数をご報告ください。 当年７月１日時点の許可病床数よりも多い予定病床数が入力されている場合、メッセージが表示されます。ご報告内容に誤りがないかを再度ご確認ください。入力内容に問題がなければ、そのままご報告いただくことも可能です。 2040 年７月１日時点の病床の機能の予定に向けて、変更予定がある場合は、その変更予定年月、変更後の機能についてもご報告ください。 医療法上の経過措置に該当する病床とは、平成 13 年３月１日時点で既に開設許可を受けている一般病床であって、6.3 ㎡/床（１人部屋）・4.3 ㎡/床（その他）となっている病床をいいます。 なお、病室の床面積は、医療法施行規則第３章第 16 条第１項第３号において「イ病院の病室及び診療所の療養病床に係る病室の床面積は、内法による測定で、患者一人につき六・四平方メートル以上とすること。」、「ロイ以外の病室の床面積は、内法による測定で、患者一人を入院させるものにあっては六・三平方メートル以上、患者二人以上を入院させるものにあっては患者一人につき四・三平方メートル以上とすること。」とされていますが、経過措置が設けられています。 該当する病床が無い場合は、「０床」と回答ください。 なお、「2040 年７月１日時点の機能」において何らかの病床機能を選択した場合、「2040 年７月１日時点の病床数」は必ず０より大きい数字を入力してください。
【最大使用病床数の合計が０床である場合の理由】(9)	当該病棟の「最大使用病床数」の合計が０床である場合、その理由をご報告ください。

3. 一般病床・療養病床で算定する入院基本料・特定入院料及び届出病床数	
(10)～(26)	当該病棟の一般病床・療養病床において令和８年７月１日時点で算定している入院基本料・特定入院料をご報告ください。 また、届出病床数として、上記で選択した入院料等を算定するものとして地方厚生（支）局長に届け出ている病床数をご報告ください。 なお、当該病棟において病室単位で「46.特殊疾患入院医療管理料」、「49.小児入院医療管理料３」、「50.小児入院医療管理料４」、「57.回復期リハビリテーション入院医療管理料」、「62.地域包括ケア入院医療管理料１」、「63.地域包括ケア入院医療管理料２」、「64.地域包括ケア入院医療管理料３」、「65.地域包括ケア入院医療管理料４」、「73.一類感染症患者入院医療管理料」の届出を行っている場合は、該当番号と、上記の病床数のうち当該届出の病床数を再掲であわせてご報告ください。例えば、一般病棟（一般病棟急性期一般入院料２）40 床のうち、地域包括ケア入院医療管理料１届出病床が 10 床ある場合は、(10)欄に「40 床」、(11)欄に「10 床」とご回答ください。
【令和８年７月２日以降に当該病棟の届出内容に変更があった場合】	令和８年７月２日以降、現在までに当該病棟の届出内容に変更があった場合は、届出内容を変更した年月日、変更後の入院基本料・特定入院料、病床数についてもご報告ください。

	令和８年７月１日時点の１病棟単位が令和８年７月２日以降に複数の病棟単位となる場合には、それぞれの変更後の入院基本料・特定入院料、病床数をご記入ください。変更後の病棟単位が3病棟を超える場合、4病棟目以降については病棟票末尾の「その他、ご報告にあたっての特記事項【自由記入欄】」にご報告ください。 令和８年７月２日以降に当該病棟の病床をすべて休床とした場合には、各項目の病床数欄に「0床」とご記入のうえ、「当該病棟において入院料等 1～73 の届出なし」に当該病棟の病床数をご報告ください。

4. 病棟部門の職員数	
(27)～(38)	当該病棟における令和８年７月１日時点の職種別の職員数について、常勤職員・非常勤職員毎にご報告ください。 病棟部門の職員とは、専ら当該病棟で業務を行っている（勤務時間の概ね８割以上を当該病棟で勤務する）職員をいいます。 また、当該病棟における一般病床・療養病床の職員数をご記入いただく際、一般病床・療養病床と一体となった看護単位である結核病床、感染症病床に配置されている職員数については、病棟票で計上してください。 なお、病棟票における「病棟」の単位の考え方から、看護職員配置は原則0人にはなりませんが、令和８年７月１日時点で当該病棟に入院患者がいない場合、あるいは、当該病棟での勤務が通常の勤務時間の8割未満となる看護職員のみの場合等、看護職員配置が0人となる場合には、該当項目にチェックを入れてください。
【複数の病棟を兼務している職員の扱い（「施設票」の確認・記入要領「職員の数え方」を参照）】	複数の病棟で業務を行い、各病棟での勤務が通常の勤務時間の8割未満となる場合には、外来部門の職員として取り扱うものとします。複数病棟における勤務時間で職員数を按分する等はせず、施設票「2．職員数④外来部門の職員数」に計上してください。 ただし、例えば、同一フロアに一般病棟とハイケアユニットが混在しており、病棟部門の職員が兼務している場合、当該診療報酬の職員数をご報告ください。
【長期にわたって勤務していない職員、産前・産後休暇や育児休暇中の職員の扱い（「施設票」の確認・記入要領「職員の数え方」を参照）】	7月１日現在、貴院に勤務していない者で、長期にわたって勤務していない者（3か月を超える者。予定者を含む）は、計上しないでください。 ただし、労働基準法（昭和 22 年法律第 49 号）で定める産前・産後休業（産前6週間・産後8週間）並びに育児休業、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（令和6年法律第 42 号改正）で定める育児休業及び介護休業を取得している者は、計上してください。休業中の者に代替者がいる場合は、代替者のみを計上してください（休業中の者は含めない）。 休業中で代替者がいない者は、7月１日時点で所属している部門の職員数に計上しますが、特定の部門に所属していない場合は「その他の部門の職員数」に計上してください。
常勤	常勤職員とは、雇用形態に関わらず貴院で定められた勤務時間をすべて勤務する者をいいます。ただし、貴院で定めた1週間の勤務時間が 32 時間未満の場合は、32 時間以上勤務している者を常勤として計上し、その他は非常勤（常勤換算）として計上します。
非常勤	非常勤職員とは、貴院と雇用関係にあって上記の常勤でない職員をいいます。貴院の1週間の所定労働時間を基本として、下記のように常勤換算して小数点第一位まで（小数点第二位を四捨五入）をご報告ください。
	例：1週間の通常の勤務時間が 40 時間の病院で、週2日（各日3時間）勤務の看護師が1人と、週3日（各日5時間）勤務の看護師が2人いる場合（所定の勤務時間数を超えて行われた時間外勤務は含みません） 非常勤看護師数 ＝ （2日×3時間×1人）＋（3日×5時間×2人） ／ 40時間 ＝0.9人

5. 主とする診療科	
(39)	令和８年７月１日時点の当該病棟で主とする診療科をご記入ください。 該当する診療科がない場合は、読み替えが可能な最も近い診療科をご選択ください。なお、読み替えが困難な場合は、「44. その他の診療科」をご選択ください。 なお、主とする診療科とは、当該病棟の5割を超える患者を診る診療科をいいます。いずれの診療科も5割以下の場合は、「45.複数の診療科で活用」を選択のうえ、当該病棟の患者を多く診ている順に最大上位3つまで診療科をご報告ください。

	当該病棟の5割を超える患者を診る診療科と、標榜する診療科が一致しない場合も、実績に基づき前者の診療科をご記入ください。 休棟中の病棟につきましては、休棟前の状況もしくは再開予定を踏まえてご報告ください。

6. 入院患者数の状況	
(40)～(45) ※「月別」は任意	令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間の新規入棟患者数、在棟患者延べ数、退棟患者数についてご記入ください（月別の報告は任意）。過去1年間に新規入棟患者数、在棟患者延べ数、退棟患者数がいない病棟については、「0人」と回答してください。 新規入棟患者については、そのうち、予定入院の患者・院内の他病棟からの転棟患者、予定外の救急医療入院以外の入院患者、予定外の救急医療入院の患者の患者数をご記入いただいた後、自動計算にて合算された患者数をあわせてご確認ください。 なお、あらかじめ日時が決められた入院のみを「予定入院」とし、それ以外は「予定外入院」としてください。また、産科において、分娩の受け入れを予定していたものの、陣痛で緊急入院した場合には、予定外入院としてください。
【一般病床・療養病床に入院するショートステイ利用者、正常な妊産婦、院内で出生した正常な新生児、生母の入院に伴って入院した健康な新生児又は乳児、公費負担医療、労災保険制度や労働福祉事業としての医療、自賠責、治験、人間ドック、母体保護法、その他の自由診療等での入院者の扱い】	新規入棟患者数・在棟患者延べ数・退棟患者数にカウントしてください。
【入院期間が通算される再入院の患者の扱い】	1入院1単位と考え、入院期間が通算される再入院患者等についても、新規入棟患者数・在棟患者延べ数・退棟患者数に数えてください。
【院内出生の扱い】	院内出生は「上記①のうち、予定入院の患者・院内の他病棟からの転棟患者」に計上してください。
【救急患者として受け入れた患者が処置室、手術室等において死亡した場合の扱い】	救急患者として受け入れ、処置室、手術室等において死亡した患者について入院料を算定する場合であっても、新規入棟患者数・在棟患者延べ数・退棟患者数には計上しないでください。
【一般病床・療養病床と一体となった看護単位である結核病床、感染症病床に入院する患者の扱い】	当該患者は、新規入棟患者数・在棟患者延べ数・退棟患者数には計上しないでください。ただし、一般病床・療養病床との移動が生じた場合は、移動した時期を基準としてカウントしてください。
【日帰り入院の扱い】	入院基本料を算定している場合は新規入棟患者数・在棟患者数・退棟患者数に含めてください。
【死産の扱い】	死産の届出を行ったものについては、新規入棟患者数・在棟患者延べ数・退棟患者数には計上しないでください。
新規入棟患者	新規入棟患者とは、令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間に当該病棟に新しく入院した患者及び他病棟から当該病棟に移動した患者をいいます。入院後の当該病棟への1回目の入棟のみを数え、同一病棟への再入棟は数えません。また令和7年4月1日以前から入棟していた患者も含まれません。当該医療機関を退院後、当該病棟に再入院した患者は数えてください。
	なお、病棟票における「病棟」の単位に従い、DPC 対象病棟間、同一入院料を算定する病棟間の転棟であっても、新規入棟患者に計上してください。当該病棟に特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料3、小児入院医療管理料4、回復期リハビリテーション入院医療管理料、地域包括ケア入院医療管理料1～4、一類感染症患者入院医療管理料を算定している病室がある場合、当該病棟内からの当該病室への入室は、新規入棟患者に含まれません。
院内の他病棟からの転棟患者	新規入棟患者のうち、院内の他病棟からの転棟患者については、予定入院・予定外入院、救急医療入院・救急医療入院以外に関わらず、「上記①のうち、予定入院の患者・院内の他病棟からの転棟患者」欄へ計上してください。
救急医療入院	救急医療入院とは、次に掲げる状態にある患者に対して、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めたものを指します（A205 救急医療管理加算の患者要件と同一）。救急医療入院か否かは、救急医療管理加算の算定の有無に関係なく、患者状態像のみで判断するものとします。 1 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態 2 意識障害又は昏睡 3 呼吸不全で重篤な状態 4 心不全で重篤な状態 5 急性薬物中毒

	6 ショック 7 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等） 8 広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷 9 外傷、破傷風等で重篤な状態 10 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又は t-PA 療法を必要とする状態 11 消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態 12 蘇生術を必要とする重篤な状態 13 その他の重症な状態 14 1～12 に準ずる状態
在棟患者延べ数	在棟患者延べ数は、令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間に毎日 24 時現在で当該病棟に在棟していた患者の延べ数をいいます。ただし、退院日は在棟患者延べ数に含めます。また、当該病棟に入院した日に退院又は死亡した患者を含めます。 他の病棟へ転棟した場合、転棟した日は転棟前の病棟における入院として在棟患者延べ数に計上してください（転棟先の病棟では、転棟日は在棟患者延べ数に含めません）。 令和7年4月1日以前から入棟していた患者は、在棟患者延べ数に含めますが、令和7年4月1日以前の入院日数分は計上しないでください。 短期滞在手術等基本料3を算定している患者は、診療報酬の算定日に関わらず、当該病棟に入院している間は在棟患者延べ数に計上してください。
退棟患者	退棟患者とは、令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間に当該病棟から退棟した患者（死亡退院を含む）及び他病棟に移動した患者をいいます。入院後の1回目の当該病棟からの退棟のみを数え、同一病棟からの再退棟は数えません。ただし、再退棟で死亡退院の場合は数えます。また、令和7年4月1日以前から入棟していた患者であっても、令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間に退棟した患者は計上してください。 なお、病棟票における「病棟」の単位に従い、DPC 対象病棟間、同一入院料を算定する病棟間の転棟であっても、退棟患者にご計上ください。当該病棟に特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料3、小児入院医療管理料4、回復期リハビリテーション入院医療管理料、地域包括ケア入院医療管理料1～4、一類感染症患者入院医療管理料を算定している病室がある場合、当該病室からの当該病棟内への退室は、退棟患者に含まれません。

図 新規入棟患者数、退棟患者数、在棟患者延べ数のカウント方法
（令和7年4月1日～令和8年3月31日）

報告対象期間

	入退院の状況			新規入棟患者数			退棟患者数			在棟患者延べ数		
	A病棟	B病棟	C病棟	A病棟	B病棟	C病棟	A病棟	B病棟	C病棟	A病棟	B病棟	C病棟
令和7年3月28日												
令和7年3月29日	入院											
令和7年3月30日												
令和7年3月31日												
令和7年4月1日										1人		
令和7年4月2日	退棟	入棟			1人		1人			1人	※2	
令和7年4月3日											1人	
令和7年4月4日		退棟	入棟			1人		1人			1人	※2
令和7年4月5日												1人
令和7年4月6日	入棟		退棟	※1					1人	※2		1人
令和7年4月7日										1人		
令和7年4月8日	退棟						※1			1人		
令和7年4月9日												

上記期間における患者Aの計上人数

	A病棟	B病棟	C病棟
新規入棟患者数	0人	1人	1人
退棟患者数	1人	1人	1人
在棟患者延べ数	4人	2人	2人

【計上における留意点】
※**1**：「**新規入棟患者数**」／「**退棟患者数**」には当該入院中での、当該病棟への再入棟または当該病棟からの再退棟は計上しません。
（1回目の入棟／退棟が報告対象期間外であって「新規入棟患者数」／「退棟患者数」に計上されていない場合でも、上記の取り扱いは変わりません。）
※**2**：病棟を転棟した場合、転棟日の「**在棟患者延べ数**」の計上については、転棟前の病棟において計上し、転棟先の病棟においては計上しません。

<table>
<tr><th colspan="2">7. 入棟前の場所・退棟先の場所別の入院患者の状況</th></tr>
<tr><td>(46)～(65)

※「月別」は任意</td><td>新規入棟患者数、退棟患者数について、入棟前の場所別、退棟先の場所別にご記入ください。
WEB フォームでご回答の場合は、入棟前の場所別、退棟先の場所別の内訳の患者数をご記入いただいた後、自動計算にて合算された患者数をあわせてご確認ください。
なお、新規入棟患者数及び退棟患者数の考え方は、「6. 入院患者数の状況」と同様になります。
報告対象期間は、令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間となります（月別の報告は任意）。</td></tr>
<tr><td>【場所の定義】</td><td>【場所の定義】
<table>
<tr><th>施設名</th><th>該当項目</th></tr>
<tr><td>介護医療院</td><td>介護医療院からの入院/に入所</td></tr>
<tr><td>介護老人保健施設</td><td>介護老人保健施設からの入院/に入所</td></tr>
<tr><td>特別養護老人ホーム
（介護老人福祉施設）</td><td>介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）からの入院/に入所</td></tr>
<tr><td>養護老人ホーム</td><td rowspan="8">他の高齢者施設・福祉施設等からの入院/に入所</td></tr>
<tr><td>軽費老人ホーム</td></tr>
<tr><td>有料老人ホーム</td></tr>
<tr><td>認知症高齢者グループホーム
・認知症対応型老人共同生活支援事業</td></tr>
<tr><td>サービス付き高齢者向け住宅</td></tr>
<tr><td>社会福祉施設
（特別養護老人ホームを除く。）</td></tr>
<tr><td>養護盲老人ホーム</td></tr>
<tr><td>老人短期入所施設</td><td rowspan="2">自宅からの入院／へ退院</td></tr>
<tr><td>小規模多機能型居宅介護</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>【他の病院、診療所へ外来受診後、紹介されて入院した患者の扱い】</td><td>「上記①のうち、自宅からの入院」として患者数を計上してください（月別の報告は任意）。</td></tr>
<tr><td>【助産所からの入棟・入院の扱い】</td><td>「上記①のうち、その他・不明」として患者数を計上してください（月別の報告は任意）。</td></tr>
<tr><td>【一入院期間中に同一病棟に複数回入棟、同一病棟から複数回退棟している患者の扱い】</td><td>1回目の入棟のみを「①新規入棟患者数」及び入棟前の場所別の患者数に計上してください。また、1回目の退棟のみを「②退棟患者数」及び退棟先の場所別の患者数に計上してください（月別の報告は任意）。

1入院1単位と考え、入院期間が通算される再入院患者等についても「①新規入棟患者数」及び入棟前の場所別の患者数、「②退棟患者数」及び退棟先の場所別の患者数に計上してください（月別の報告は任意）。</td></tr>
<tr><td></td><td>なお、入棟前の場所について、令和8年度病床機能報告においては、特例的な対応として、令和7年度病床機能報告において用いた定義を踏まえ、以下のとおり計上してください。
・介護老人保健施設 ⇒ 他の高齢者施設・福祉施設等
・特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設） ⇒他の高齢者施設・福祉施設等
・サービス付き高齢者向け住宅 ⇒自宅
また、退棟先の場所について、令和8年度病床機能報告においては、特例的な対応として、令和7年度病床機能報告において用いた定義を踏まえ、以下のとおり計上してください。
・サービス付き高齢者向け住宅 ⇒自宅</td></tr>
</table>

【参考：令和7年度病床機能報告における場所の定義】

【入棟前の場所の定義】

施設名	該当項目
介護老人保健施設	介護施設・福祉施設からの入院
介護医療院	介護医療院からの入院
特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）	介護施設・福祉施設からの入院
養護老人ホーム	
軽費老人ホーム	
有料老人ホーム	
認知症高齢者グループホーム・認知症対応型老人共同生活支援事業	
社会福祉施設	
養護盲老人ホーム	
老人短期入所施設	家庭からの入院
老人デイサービスセンター	
老人福祉センター	
小規模多機能型居宅介護	
サービス付き高齢者向け住宅	

【退棟先の場所の定義】

施設名	該当項目
介護老人保健施設	介護老人保健施設に入所
介護医療院	介護医療院に入所
特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）	介護老人福祉施設に入所
社会福祉施設（第一種社会福祉事業を行う施設）	社会福祉施設・有料老人ホーム等に入所
養護老人ホーム	
軽費老人ホーム	
有料老人ホーム	
認知症高齢者グループホーム・認知症対応型老人共同生活支援事業	
養護盲老人ホーム	
老人短期入所施設	家庭へ退院
老人デイサービスセンター	
老人福祉センター	
小規模多機能型居宅介護	
サービス付き高齢者向け住宅	

8. 退院後に在宅医療を必要とする患者の状況	
(66)～(70) ※「月別」は任意	当該病棟から退院した患者について、在宅医療を必要とするか否かをご判断のうえ、退院後1か月以内の在宅医療の実施予定の状況別に患者数をご報告ください。 なお、当該病棟から退院した患者数の考え方は、「6．入院患者数の状況」の「退棟患者」と同様になります。 報告対象期間は、令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間となります（月別の報告は任意）。 同じ法人が経営している等の貴院と特別な関係にある施設により在宅医療を提供する予定の場合は、8．の「上記①のうち、退院後1か月以内に他施設が在宅医療を提供する予定の患者」に計上してください（月別の報告は任意）。 また、8．における「①当該病棟から退院した患者数」は、上記の「7．－②退棟患者数」のうち、(57)「介護医療院に入所」～(61)「自宅へ退院」及び(63)「他の病院、診療所へ転院」～(65)「その他」の患者数の合計と一致します。 退院後に在宅医療を必要としない患者、死亡退院した患者は、8．の「上記①のうち、退院後1か月以内に在宅医療を必要としない患者（死亡退院を含む）」に計上してください（月別の報告は任意）。

	7．の「上記②のうち、介護医療院に入所」した患者、「上記②のうち、介護老人保健施設に入所」した患者、「上記②のうち、介護老人福祉施設に入所」した患者、「上記②のうち、他の高齢者施設・福祉施設等に入所」した患者、「上記②のうち、他の病院、診療所へ転院」した患者については、貴院からの転院・退院時に、その後1か月以内の在宅医療の実施予定が把握できている場合には、在宅医療の実施予定の状況別に患者数を計上してください（月別の報告は任意）。 転院・退院先からの退院日・退所日が不明である場合には、転院時点では在宅医療を必要としないと考えられることから、8．では「上記①のうち、退院後1か月以内に在宅医療を必要としない患者（死亡退院を含む）」に該当するものとして計上してください（月別の報告は任意）。
在宅医療を必要とする患者	在宅医療を必要とする患者とは、以下のいずれかの在宅医療を必要とする患者を指します。
・訪問診療	在宅において療養を行っている患者であって、通院が困難な者に対して、その同意を得て計画的な医学管理の下に、定期的に医師が訪問して診療を行うもの。 同じ法人が経営している等の貴院と特別な関係にある施設から訪問診療を実施した患者については、患者延べ数に含めないでください。
・医師・歯科医師以外の訪問	在宅において療養を行っている患者であって、通院が困難な者に対して、その同意を得て計画的な医学管理の下に、定期的に医師・歯科医師以外の者（公的医療保険・公的介護保険の適用範囲内）が訪問して実施されるもの。 ※公的介護保険については、居宅サービス、介護予防サービスのうち「訪問看護」「訪問リハビリテーション」「居宅療養管理指導」また、地域密着型サービスのうち、「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」「複合型サービス（訪問看護を利用する者に限る）」を利用した場合に限ります。 なお、往診のみ必要とする患者、あるいは、上記の在宅医療が行われておらず、外来で受診しながら自宅にて在宅酸素療法や自己注射等を行う患者は、在宅医療を必要とする患者には含まれません。 また、在宅医療の範囲は、在宅患者、介護保険の事業基準に基づき指定された養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、特別養護老人ホーム等の入居者、介護保険法に規定する短期入所生活介護・小規模多機能型居宅介護（宿泊サービス）・複合型サービス（宿泊サービス）・認知症対応型共同生活介護・介護予防短期入所生活介護・介護予防小規模多機能型居宅介護（宿泊サービス）・介護予防認知症対応型共同生活介護等のサービスを受けている患者となります。

9. 分娩件数	
(71) ※「月別」は任意	令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間の分娩を行った件数（正常分娩、帝王切開を含む、死産を除く）についてご記入ください（月別の報告は任意）。 なお、双生児の場合、経膣分娩については2件、帝王切開については1件としてください。

10. 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合	
(72)～(99)	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度を測定することが算定の要件となっている入院基本料（注加算含む）・特定入院料・入院基本料等加算の届出を行っている場合、当該病棟において届出を行っている一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価方法（「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票Ⅰ」、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票Ⅱ」）について、月別にいずれか1つを選び、ご報告ください（必須）。
※基準を満たす患者の割合について、「月別」は任意	そのうえで、項目ごとに令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間の在棟患者延べ数について「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票Ⅰ」、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票Ⅱ」を用いて評価を行い、以下の各基準を満たす患者の割合をご記入ください（月別の報告は任意）。 【1年間の場合】（小数点第2位を四捨五入）（単位：%） 当該基準を満たす患者の割合 ＝ （各月の当該基準を満たす患者延べ数の合計 ／ 当該病棟に入院していた患者の在棟患者延べ数） ×100 【月別の場合（報告は任意）】（小数点第2位を四捨五入）（単位：%） 当該月の当該基準を満たす患者の割合 ＝ （当該月の当該基準を満たす患者延べ数 ／ 当該月の当該病棟に入院していた患者の在棟患者延べ数） ×100

【項目】	急性期一般入院基本料、地域一般入院料1、専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、特定一般病棟入院料（注7以外）、看護必要度加算、一般病棟看護必要度評価加算、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算1の届出を行っている場合 地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料、特定一般病棟入院料（注7）、地域包括医療病棟入院料の届出を行っている場合 総合入院体制加算の届出を行っている場合
【基準】	①Aモニタリング及び処置等に係る得点が「1点以上」の患者の割合 ②Aモニタリング及び処置等に係る得点が「2点以上」の患者の割合 ③Aモニタリング及び処置等に係る得点が「2点以上」かつB患者の状況等に係る得点が「3点以上」の患者の割合 ④Aモニタリング及び処置等に係る得点が「3点以上」の患者の割合 ⑤C手術等の医学的状況に係る得点が「1点以上」の患者の割合 ⑥Aモニタリング及び処置等に係る得点が「2点以上」かつB患者の状況等に係る得点が「3点以上」又はAモニタリング及び処置等に係る得点が「3点以上」又はC手術等の医学的状況に係る得点が「1点以上」の患者の割合（参考「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の測定方法」を参照） ⑦″④A 得点が3点以上″または″⑤C 得点が1点以上″の患者割合（小数点第2位を四捨五入）（単位：%） ⑧″②A 得点が2点以上″または″⑤C 得点が1点以上″の患者割合（小数点第2位を四捨五入）（単位：%） ⑨入棟初日の B 得点が3点以上の患者割合（小数点第2位を四捨五入）（単位：%） なお、当該病棟の入院患者が、産科及び 15 歳未満の小児の患者のみの場合等、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度を満たす患者の割合の対象外となる患者のみの場合は、項目 10 のご記入は不要になりますので、該当項目にチェックを入れてください。 また、「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度」あるいは「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度」を測定する特定入院料の場合は、ご記入は不要になります。
【地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料、特定一般病棟入院料の注7、急性期一般入院料1、特定機能病院入院基本料7対1及び専門病院　入院基本料7対1の届出を行っている場合】	地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料、特定一般病棟入院料の注7では、B 得点の評価を行っていないことから、本設問 10 のうち B 得点が基準に組み込まれている項目については、任意項目（回答できない場合は空欄可）の扱いとします。 ※各患者割合に関する基準については、それぞれの診療報酬上の基準に関わらず、設問に記載された得点以上の患者の割合を回答してください。
【産科及び 15 歳未満の小児の患者の扱い】	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合の算出に当たって、産科及び 15 歳未満の小児の患者数は含めないでください。
【退院した日の扱い】	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合の算出に当たって、退院した日については、分子・分母のいずれにも含めないでください。 なお、診療報酬における考え方に従い、入院日の退院については、分子・分母のいずれにも含めてください。入院日の死亡退院についても、入院料を算定する場合は分子・分母に含めてください。
【転棟患者の扱い】	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合の算出に当たって、転棟患者は、診療報酬における考え方に従い、転入日は分子・分母に含めてください。また、転出日は、分子・分母に含めないでください。
【一般病床と一体となった看護単位である結核病床、感染症病床に入院する患者の扱い】	当該患者は除外して計算してください。
なお、「10.一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合」については、令和9年度報告以降、削除予定としております。	

11. リハビリテーションの状況	
回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している病棟のみ必須でご記入ください。それ以外の病棟においては任意でご報告ください。	
①リハビリテーションを実施した患者の割合（100） ※「月別」は任意	令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間の在棟患者延べ数について、疾患別リハビリテーション料で厚生労働大臣が定める患者に対して疾患別リハビリテーションを提供した日の患者の延べ数の割合をご報告ください（月別の報告は任意）。 【1年間の場合】（小数点第2位を四捨五入）（単位：%） リハビリテーションを実施した患者の割合 ＝ （各月の厚生労働大臣が定める患者に対して心大血管疾患ﾘﾊﾋ゛ﾘﾃｰｼｮﾝ、脳血管疾患等ﾘﾊﾋ゛ﾘﾃｰｼｮﾝ、廃用症候群ﾘﾊﾋ゛ﾘﾃｰｼｮﾝ、運動器ﾘﾊﾋ゛ﾘﾃｰｼｮﾝ及び呼吸器ﾘﾊﾋ゛ﾘﾃｰｼｮﾝを提供した日の患者の延べ数の合計） ／ （当該病棟に入院していた患者の在棟患者延べ数） ×100 【月別の場合（報告は任意）】（小数点第2位を四捨五入）（単位：%） 当該月のリハビリテーションを実施した患者の割合 ＝ （当該月の厚生労働大臣が定める患者に対して心大血管疾患ﾘﾊﾋ゛ﾘﾃｰｼｮﾝ、脳血管疾患等ﾘﾊﾋ゛ﾘﾃｰｼｮﾝ、廃用症候群ﾘﾊﾋ゛ﾘﾃｰｼｮﾝ、運動器ﾘﾊﾋ゛ﾘﾃｰｼｮﾝ及び呼吸器ﾘﾊﾋ゛ﾘﾃｰｼｮﾝを提供した日の患者の延べ数） ／ （当該月の当該病棟に入院していた患者の在棟患者延べ数） ×100 なお、疾患別リハビリテーション料で厚生労働大臣が定める患者であっても、疾患別リハビリテーションを提供していない日の患者の延べ数については、分子には含めないでください。
②平均リハ単位数(101) ※「月別」は任意	令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間に疾患別リハビリテーション料で厚生労働大臣が定める患者に対して提供された疾患別リハビリテーションの総単位数について、当該病棟において疾患別リハビリテーションを提供した日の患者の延べ数で除した1日当たりリハビリテーション提供単位数をご報告ください（月別の報告は任意）。 【1年間の場合】（小数点第2位を四捨五入）（単位：単位） 平均リハ単位数 ＝ （各月の厚生労働大臣が定める患者に対して提供された心大血管疾患ﾘﾊﾋ゛ﾘﾃｰｼｮﾝ、脳血管疾患等ﾘﾊﾋ゛ﾘﾃｰｼｮﾝ、廃用症候群ﾘﾊﾋ゛ﾘﾃｰｼｮﾝ、運動器ﾘﾊﾋ゛ﾘﾃｰｼｮﾝ及び呼吸器ﾘﾊﾋ゛ﾘﾃｰｼｮﾝの総単位数の合計） ／ （厚生労働大臣が定める患者に対して心大血管疾患ﾘﾊﾋ゛ﾘﾃｰｼｮﾝ、脳血管疾患等ﾘﾊﾋ゛ﾘﾃｰｼｮﾝ、廃用症候群ﾘﾊﾋ゛ﾘﾃｰｼｮﾝ、運動器ﾘﾊﾋ゛ﾘﾃｰｼｮﾝ及び呼吸器ﾘﾊﾋ゛ﾘﾃｰｼｮﾝを提供した日の患者の延べ数） 【月別の場合（報告は任意）】（小数点第2位を四捨五入）（単位：単位） 当該月の平均リハ単位数 ＝ （当該月の厚生労働大臣が定める患者に対して提供された心大血管疾患ﾘﾊﾋ゛ﾘﾃｰｼｮﾝ、脳血管疾患等ﾘﾊﾋ゛ﾘﾃｰｼｮﾝ、廃用症候群ﾘﾊﾋ゛ﾘﾃｰｼｮﾝ、運動器ﾘﾊﾋ゛ﾘﾃｰｼｮﾝ及び呼吸器ﾘﾊﾋ゛ﾘﾃｰｼｮﾝの総単位数） ／ （当該月の厚生労働大臣が定める患者に対して心大血管疾患ﾘﾊﾋ゛ﾘﾃｰｼｮﾝ、脳血管疾患等ﾘﾊﾋ゛ﾘﾃｰｼｮﾝ、廃用症候群ﾘﾊﾋ゛ﾘﾃｰｼｮﾝ、運動器ﾘﾊﾋ゛ﾘﾃｰｼｮﾝ及び呼吸器ﾘﾊﾋ゛ﾘﾃｰｼｮﾝを提供した日の患者の延べ数） なお、疾患別リハビリテーション料で厚生労働大臣が定める患者であっても、疾患別リハビリテーションを提供していない日の患者の延べ数については、分母には含めないでください。分母は、上記の「11.①リハビリテーションを実施した患者の割合」の分子と同様になります。

③過去１年間の総退院患者数(102)～(106)	令和７年４月１日～令和８年３月 31 日の１年間の総退院患者数について、リハビリテーションを要する状態にある患者あるいはリハビリテーションを実施した患者か否かに関わらず、当該病棟から退院した患者数をご報告ください。 また、11. における「③過去１年間の総退院患者数」は、「８. ー①当該病棟から退院した患者数」と一致します。
④上記③のうち、入院時の日常生活機能評価が 10 点以上又は機能的自立度評価法（FIM）得点で 55 点以下であった患者数 ⑤上記④のうち、機能的自立度評価法（FIM）得点で 55 点以下の患者数 ⑥上記④のうち、入院時に比較して退院時（転院時を含む）の日常生活機能評価が３点以上（回復期リハビリテーション病棟入院料１又は２の場合には４点以上）又は FIM 総得点で 12 点以上（回復期リハビリテーション病棟入院料１又は２の場合には 16 点以上）改善していた患者数 ⑦上記⑥のうち、FIM 総得点で 12 点以上（回復期リハビリテーション病棟入院料１又は２の場合には 16 点以上）改善していた患者数 ※「月別」は任意	また、そのうち、入院時の日常生活機能評価が 10 点以上又は機能的自立度評価法（FIM）得点で 55 点以下であった患者数、さらにそのうち、退院時（転院時を含む）の日常生活機能評価が、入院時に比較して３点以上（回復期リハビリテーション病棟入院料１又は２の場合には４点以上）又は FIM 総得点で 12 点以上（回復期リハビリテーション病棟入院料１又は２の場合には 16 点以上）改善していた患者数についても、あわせてご記入ください（月別の報告は任意）。 なお、上記④の患者数のうち、FIM による評価を行った患者数については、それぞれ内数をご報告ください（月別の報告は任意）。 なお、死亡退院した患者、診療報酬の算定方法の一部を改正する件（告示）令和元年厚生労働省告示第 43 号別表第１（医科点数表）第２部「通則５」に規定する入院期間が通算される再入院の患者については、計上しないでください。
⑧前月までの6か月間に回復期リハビリテーション病棟を退棟した回復期リハビリテーションを要する状態の患者数（107）～(108) ⑨上記⑧のうち、リハビリテーション実績指数の計算対象とした患者数 ⑩リハビリテーション実績指数(109)	【令和７年４月、令和７年７月、令和７年 10 月、令和８年１月】の回復期リハビリテーション病棟を退棟した回復期リハビリテーションを要する状態の患者数、そのうち、リハビリテーション実績指数の計算対象とした患者数についてご報告ください。 また、【令和７年４月、令和７年７月、令和７年 10 月、令和８年１月】のリハビリテーションの提供実績に基づくリハビリテーション実績指数についても、小数点第一位まで（小数点第二位を四捨五入）を、あわせてご報告ください。 なお、本設問 11 の⑧～⑩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」（令和６年３月５日保医発 0305 第４号）様式 45「回復期リハビリテーション病棟入院料及び特定機能病院リハビリテーション病棟入院料におけるリハビリテーション実績指数等に係る報告書」における「⑥前月までの6か月間に回復期リハビリテーション病棟を退棟した回復期リハビリテーションを要する状態の患者数」、「⑦⑥のうち、リハビリテーション実績指数の計算対象とした患者数」、「⑩リハビリテーション実績指数」と同一の報告内容になります。 施設全体でのみリハビリテーション実績指数を算出しており、病棟単位でのリハビリテーション実績指数を算出できない場合には、対象となる病棟票に同一のリハビリテーション実績指数を報告してください。
なお、「11.リハビリテーションの状況」については、令和９年度報告以降、削除予定としております。	

【病棟の再編・見直しにより過去1年間分の報告が困難な場合】
病棟票の報告内容について、貴院で令和7年4月1日～令和8年7月1日の期間内に病棟の再編・見直し（病棟の建て替え・移転等に伴う許可病床数の変更）を行ったことで、令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間分の状況を令和8年7月1日時点の病棟単位で報告することが困難な場合は、本項目にチェックを入れて、令和8年7月1日時点の病棟単位で「月単位」で報告が可能な過去の期間をご報告ください。報告年は「和暦」でご記入ください。 なお、期間内における許可病床数の変更を伴わない再編・見直しや休棟・休床の実施は、本項目には該当しません。 病棟票における上記の設問のうち、「令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間」の状況を報告する項目では、ご記入いただいた対象期間における状況についてご報告ください。
【令和8年7月1日に病棟の再編・見直しを行った場合の報告】
令和8年7月1日に許可病床数の変更を伴う病棟の再編・見直しを行ったことで、令和8年7月1日時点の病棟単位で過去の期間の報告が困難な場合は、該当する項目は「0」としてご報告ください。 報告様式1の末尾における「令和7年4月1日～令和8年7月1日の間に病棟の再編・見直しにより過去1年間分の報告が困難な場合」の「令和7年4月1日～令和8年7月1日の間に病棟再編・見直しあり」にチェックを入れ、報告可能な対象期間は空欄でご回答ください。

【その他、ご報告にあたっての特記事項】	
任意(110)	ご報告にあたって、その他特記事項がございましたら自由記入欄にご報告ください。

（4）「医療機関機能票」の確認・記入要領

- 貴院が現に担っている医療機関機能、2040年において担う医療機関機能及びその他医療機関機能の確保等の協議のために必要な診療実績等について、施設管理者及び事務部門の担当者がご報告ください。
- 医療機関機能票では、施設全体の数値をご報告ください。
- 人数や件数など数字を記入する欄のうち、無記入のものはゼロとみなします。

医療機関・病床・外来管理番号	9月下旬に医療機関あてに発送しております郵便物の送付状に記載されている医療機関・病床・外来管理番号と相違ないか、ご確認ください。
貴院名	令和8年7月1日時点の貴院の医療機関名称をご確認ください。

1. 医療機関機能等	
高齢者救急・地域急性期機能	高齢者救急・地域急性期機能は、高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリテーション・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリテーション等の提供を確保するものをいいます。
急性期拠点機能	急性期拠点機能は、地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行うものをいいます。
在宅医療等連携機能	在宅医療等連携機能は、地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した 24 時間の対応や入院対応を行うものをいいます。
専門等機能	専門等機能は、高齢者救急・地域急性期機能、急性期拠点機能、在宅医療等連携機能にあてはまらない、集中的なリハビリテーション、中長期にわたる入院医療機能、有床診療所が担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行うものをいいます。
医育及び広域診療機能	医育及び広域診療機能は、大学病院本院が担うものであり、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行うものをいいます。
【医療機関機能の選択における留意点】	報告を行う医療機関機能は、診療報酬上の入院料の種類等のみをもって機械的に決定されるものではありません。また、医療機関機能と病床機能については、必ずしも一対一で対応するものではありません。

	医療機関機能の報告にあたり、在宅医療等連携機能については、地域の医療資源や医療需要等の実情を踏まえ、高齢者救急・地域急性期機能や急性期拠点機能を担う医療機関が、在宅医療や在宅医療の後方支援についても担う場合にあわせて報告することは差し支えありません。ただし、在宅療養中の患者の緊急入院を受け入れうることのみをもって、在宅医療等連携機能を報告することは想定されません。地域での在宅医療の実施等、貴院の状況を総合的に判断し、報告してください。 高齢者救急・地域急性期機能と急性期拠点機能については、医療資源を多く要する医療や高齢者救急の役割分担を明確化するためのものであり、両機能をあわせて報告することはできません。貴院の状況を総合的に判断し、どちらかを選択のうえ、報告してください。
① 2026（令和8）年7月1日時点の機能 (1)	令和8年7月1日時点で自院が担う医療機関機能について、大学病院本院以外の医療機関は、4つの機能（「1. 高齢者救急・地域急性期機能」／「2. 急性期拠点機能」／「3. 在宅医療等連携機能」／「4. 専門等機能」）から、各医療機関のご判断で選択し、ご報告ください。大学病院本院は、「5. 医育及び広域診療機能」のみを選択し、ご報告ください。 複数の機能を選択する場合は、「1. 高齢者救急・地域急性期機能」と「3. 在宅医療等連携機能」又は、「2. 急性期拠点機能」と「3. 在宅医療等連携機能」の組み合わせのみ選択可能です。
② 2040 年7月1日時点の機能 (2)	2040 年7月1日時点で自院が担う予定の医療機関機能について、大学病院本院以外の医療機関は、4つの機能（「1. 高齢者救急・地域急性期機能」／「2. 急性期拠点機能」／「3. 在宅医療等連携機能」／「4. 専門等機能」）から、各医療機関のご判断で選択し、ご報告ください。なお、2040 年7月1日時点で自院が担う予定の医療機関機能について、地域での協議が調っている場合には、協議が調ったものをご報告ください。大学病院本院は、「5. 医育及び広域診療機能」のみを選択し、ご報告ください。 複数の機能を選択する場合は、「1. 高齢者救急・地域急性期機能」と「3. 在宅医療等連携機能」又は、「2. 急性期拠点機能」と「3. 在宅医療等連携機能」の組み合わせのみ選択可能です。
【医療機関が統合される予定である場合】	医療機関が統合される予定である場合、統合された医療機関が「2040 年7月1日時点で担う予定の医療機関機能」を選択してください。
【医療機関が廃止される予定である場合】	医療機関が廃止される予定である場合、「2026 年7月1日時点で担う医療機関機能」と同一の医療機関機能を選択してください。

2. 構造設備等	
※システム上「2. 構造設備・人員配置」と表示されますが、本項目は、「2. 構造設備等」と読み替えてご報告ください。	
① 同一敷地内又は隣接する敷地内の施設等 (3)	令和8年7月1日時点における同一敷地内又は隣接する敷地内の施設等をご報告ください。 同一敷地内又は隣接する敷地内に複数の分類の施設がある場合には、すべてをご報告ください。 なお、 同一敷地内又は隣接する敷地内に該当する施設がない場合は、「6. 1～5に該当なし」を選択してください。
② 標榜する診療科 (4)～(47)	令和8年7月1日時点の標榜する診療科を選択してください。 それぞれの診療科について、標榜の有無、入院対応の有無、休日対応の有無、夜間・時間外対応の有無に応じて、該当するものを選択してください。 標榜していないが、実際には診療している診療科がある場合には、「1. 標榜なし」を選択してください。また、該当する診療科がない場合は、読み替えが可能な最も近い診療科をご選択ください。なお、読み替えが困難な場合は、「(47)その他の診療科」をご選択ください。 なお、「(4)内科」は、「(5)呼吸器内科」～「(18)心療内科」を包括する項目ではございません。「内科」として標榜される科がない場合には、「(4)内科」の回答は不要です。
③ 建物の建築時期（手術等を実施する建物） (48)	手術等を実施する設備を有する建物が完成した年を、ご報告ください。 なお、手術等を実施する設備を持たない医療機関は、最も面積の大きい建物について、建設時期をご回答ください。建物が一棟のみの場合は、当該建物の建設時期を、ご回答ください。 また、建物が増改築されている場合は、増改築した部分としていない部分のどちらか面積の大きい方について、ご報告ください。
④ 手術室数 (49)～(50)	令和8年7月1日時点の、手術室の総数をご報告ください。また、手術室の総数のうち、稼働している手術室数をご報告ください。なお、稼働している手術室数とは、直近1年間で手術が一度も実施されていない手術室数を除いた手術室数をいいます。
⑤ 指定の有無 (51)～(54)	令和8年7月1日時点における災害拠点病院の指定の有無、へき地医療拠点病院の指定の有無、周産期母子医療センターの指定の有無、小児救命救急センター・地域小児救急救命センターの指定の有無をご報告ください。
⑥ 医療措置協定 (55)～(59)	令和8年7月1日時点の、貴院と都道府県の間での感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律に基づく医療措置協定の締結項目について、ご報告ください。

3. 臨床研修等の実施状況・診療科別医師数	
※システム上「3. 臨床研修の実施状況」と表示されますが、本項目は、「3. 臨床研修等の実施状況・診療科別医師数」と読み替えてご報告ください。	
① 初期臨床研修の実施の有無 (60)	令和８年７月１日時点の初期臨床研修の実施の有無をご報告ください。実施している場合には、基幹型臨床研修、協力型臨床研修のどちらを実施しているかをご報告ください。なお、基幹型臨床研修及び協力型臨床研修の両方を実施している場合は、「1. 基幹型臨床研修の実施有り」とご報告ください。
② 自院が基幹型として管理するプログラムに所属する初期研修医数 (61)	基幹型臨床研修を実施している場合、令和８年７月１日時点の自院が基幹型として管理するプログラムに所属する初期研修医数をご報告ください。
③ 専門研修の実施の有無 (62)～(80)	令和８年７月１日時点の専門研修の実施有無を、診療科毎にご報告ください。 実施している場合、基幹施設、連携施設のうち、該当するものをご報告ください。なお、基幹施設及び連携施設の両方で研修を実施している場合は、「有り(基幹施設)」とご報告ください。
④ 診療科別医師数 (81)～(114)	令和８年７月１日時点の診療科毎の医師数について、常勤職員・非常勤職員毎にご報告ください。また、常勤のうち、専攻医の数をご報告ください。なお、「(81)内科」「(93)外科」「(105)放射線科」の内訳に該当する診療科がない場合は、「(81)内科」「(93)外科」「(105)放射線科」に計上してください。
内科、外科、放射線科	「(81)内科」については、内訳に該当する診療科(消化器内科、循環器内科等)を全て含めた内科を主たる診療科とする医師の総数を計上してください。内訳に該当する診療科については、その内数として、各科を主たる診療科とする医師数を計上してください。なお、内訳に該当する診療科が存在しない場合であっても、対応する専門医を取得している内科の医師については、当該診療科(内訳に該当する診療科に係る複数の専門医を取得している場合にはいずれか主たるもの)において内数として計上してください。「(93)外科」、「(105)放射線科」についても同様にご報告ください。
【複数の診療科を兼務している場合の報告】	複数の診療科を兼務している医師については、主たる診療科のみ計上してください。
【記入のイメージ】	例1:診療科として、消化器内科、循環器内科、内科(その他の内科疾患を扱う。)の3科が存在。それぞれ常勤医師2名が勤務しており、内科2名のうち1名は呼吸器内科専門医を取得済み、もう1名は内科の専攻医。 →内科の常勤医師「6人」を計上、うち専攻医「1人」を計上。内科の内数として、消化器内科の常勤医師「2人」を計上、循環器内科の常勤医師「2人」を計上、呼吸器内科の常勤医師「1人」を計上。 例2:診療科として、外科の1科が存在。常勤医師4名が勤務しており、うち3名は消化器外科専門医を取得済み。そのうち1名は乳腺外科専門医も取得済みだが、主として消化器外科に従事。4名のうち、もう1名は救急科と兼務しているが、主として外科に従事。 →外科の常勤医師「4人」を計上。外科の内数として、消化器外科の常勤医師「3人」を計上。
常勤	常勤医師とは、雇用形態に関わらず貴院で定められた勤務時間をすべて勤務する者を指します。ただし、貴院で定めた1週間の勤務時間が 32 時間未満の場合は、32 時間以上勤務している者を常勤として計上し、その他は非常勤(常勤換算)として計上します。
非常勤	非常勤医師とは、貴院と雇用関係にあって上記の常勤でない医師を指します。貴院の1週間の所定労働時間を基本として、下記のように常勤換算して小数点第一位まで(小数点第二位を四捨五入)をご報告ください。 例:1 週間の通常の勤務時間が 40 時間の病院で、週2日(各日3時間)勤務の医師が1人と、週3日(各日5時間)勤務の医師が2人いる場合 (所定の勤務時間数を超えて行われた時間外勤務は含みません) 非常勤医師数 = (2日×3時間×1人) + (3日×5時間×2人) / (40時間) = 0.9人 なお、非常勤医師が月単位で管理されている場合には、1か月の所定労働時間を用いて、1か月の勤務時間について常勤換算して計上してください。
医師の数え方	診療科別医師数は、有給・無給を問わず令和8年7月1日時点で当該医療施設に雇用されている者を計上します。 ・7月1日に欠勤している場合でも、雇用されていれば計上します。 ・7月1日の採用者は計上しますが、退職者は計上しません。 ・貴院が直接雇い入れた者、派遣労働者、出向者、一般の従事者と同様の勤務状況にある家族従事者を含めます。業務請負の労働者、ボランティアは対象外です。

【医師が定期的に他院で診察をしている場合の報告】	正職員の医師が定期的に他院で診察をしている場合、自院での診察時間のみを計上してください。
【当直医を外部に委託している場合の報告】	当該施設と雇用関係（施設が直接雇い入れた者、派遣労働者、出向者、一般の従事者と同様の勤務状況にある家族従事者）がある場合は非常勤医師に計上してください。
【長期にわたって勤務していない医師、産前・産後休暇や育児休暇中の医師の扱い】	7月１日現在、貴院に勤務していない者で、長期にわたって勤務していない者（3か月を超える者。予定者を含む）は、計上しないでください。 ただし、労働基準法（昭和 22 年法律第 49 号）で定める産前・産後休業（産前6週間・産後8週間）並びに育児休業、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（令和6年法律第 42 号改正）で定める育児休業及び介護休業を取得している者は、計上してください。休業中の者に代替者がいる場合は、代替者のみを計上してください（休業中の者は含めない）。休業中で代替者がいない者は、7月１日時点で所属している診療科の医師数に計上しますが、特定の診療科に所属していない場合は「その他の診療科の医師数」に計上してください。
【短時間勤務の常勤医師の扱い】	勤務時間でご判断ください。1週間の勤務時間が 32 時間未満の場合は、非常勤医師に計上してください。

4. 在宅医療部門の設置状況	
① 在宅医療部門の有無 (115)	令和8年7月1日時点の在宅医療部門の有無をご報告ください。在宅医療部門とは、在宅療養中の患者に対して訪問診療や往診等の提供を行う部門を指します。在宅医療部門の設置の有無は、在宅医療に係る診療報酬項目の算定の有無等に関わらず、実態に基づいてご判断ください。
② 在宅医療部門に勤務する職員数 (116)～(128)	在宅医療部門の設置をしている場合、令和8年7月1日時点の在宅医療部門に勤務する職種別の職員数を、専従職員・専任職員毎にご報告ください。
専従職員	専従職員とは、常勤・非常勤を問わず、原則として在宅医療に関する業務のみに従事している者を指します。
専任職員	専任職員とは、常勤・非常勤を問わず、在宅医療業務とその他の業務を兼務している者を指します（例：午前の3時間は病棟の看護業務に従事するが、午後の5時間は在宅医療部門等での業務に従事する者等を指します）。
他部署の業務を兼務している専任職員	専任（他部署の業務を兼務している）職員数は、前述の常勤換算の算出方法と同様、貴院の 1 週間の所定労働時間を基本として小数点第一位まで（小数点第二位を四捨五入）をご報告ください。

5. 救急外来の設置状況	
① 救急外来の有無 (129)	令和8年7月1日時点の救急外来部門の有無をご報告ください。救急外来部門とは、一般外来とは区別された専用の診察室等の設備を有し、救急搬送患者を含む救急患者の受入や初期診療に対応する部門を指します。救急外来部門の設置の有無は、救急外来医学管理料の算定の有無等に関わらず、実態に基づいてご判断ください。
② 救急外来の初療を担当する職員数 (130)～(134)	救急外来部門の設置をしている場合、平均的な1日において、救急外来の初療に従事する職種別の職員数を、日中、休日、夜間・時間外毎にご報告ください。他の業務を兼務しているものの、要請に応じて確実かつ速やかに救急外来での初療に従事することができる職員（例：病棟業務を行いつつも、常時救急外来での初療に対応することが可能な医師）は計上してください。 なお、本項目では救急外来部門に所属する職員の延べ人数ではなく、各時間帯において、実際に初療に従事する職員数を報告してください。
休日	休日とは、日曜日及び国民の祝日に関する法律第3条に規定する祝日（元日、成人の日、建国記念の日、天皇誕生日、春分の日、昭和の日、憲法記念日、みどりの日、こどもの日、海の日、山の日、敬老の日、秋分の日、スポーツの日、文化の日、勤労感謝の日）、1月2日及び3日並びに 12 月 29 日、30 日及び 31 日を指します。また、祝日の振替休日は休日に含みます。
夜間・時間外	夜間・時間外とは、貴院が表示する診療時間以外の時間（休日を除く）を指します。なお、診療時間以外の時間の標準は、概ね午前8時前と午後6時以降（土曜日の場合は、午前8時前と正午以降）及び休日以外の日を終日休診日とする医療機関における当該休診日とします。ただし、午前中及び午後6時以降を診療時間とする医療機関等については、表示する診療時間以外の時間をもって時間外としてください。

6. 地域への派遣医師数、派遣医療機関数	
※システム上「令和 8 年 7 月 1 日時点」と表示されますが、本項目は、「令和 8 年 3 月 31 日時点」と読み替えてご報告ください。	
① 地域の医療機関への派遣医師数 (135)	大学病院本院の場合、令和8年3月 31 日時点の地域の医療機関への派遣医師数をご報告ください。
医師の数え方	「特定機能病院に関する事項について」（令和8年4月 24 日医政発 0424 第9号）6（3）における「派遣される常勤医師換算数」を記載してください。なお、歯科医師は含みません。

② 派遣先医療機関数(136)	大学病院本院の場合、令和8年3月 31 日時点の派遣先医療機関数をご報告ください。「特定機能病院に関する事項について」(令和8年4月 24 日医政発 0424 第9号)6(3)における「派遣される常勤医師換算数」に算入される医師の派遣先医療機関の数を記載してください。

7. 休日、夜間・時間外の救急受入・各種診療体制の有無	
	令和8年7月1日時点の休日、夜間・時間外の救急受入・各種診療体制の有無をご報告ください。
休日	休日とは、日曜日及び国民の祝日に関する法律第3条に規定する祝日(元日、成人の日、建国記念の日、天皇誕生日、春分の日、昭和の日、憲法記念日、みどりの日、こどもの日、海の日、山の日、敬老の日、秋分の日、スポーツの日、文化の日、勤労感謝の日)、1月2日及び3日並びに 12 月 29 日、30 日及び 31 日を指します。また、祝日の振替休日は休日に含みます。
夜間・時間外	夜間・時間外とは、貴院が表示する診療時間以外の時間(休日を除く)を指します。なお、診療時間以外の時間の標準は、概ね午前8時前と午後6時以降(土曜日の場合は、午前8時前と正午以降)及び休日以外の日を終日休診日とする医療機関における当該休診日とします。ただし、午前中及び午後6時以降を診療時間とする医療機関等については、表示する診療時間以外の時間をもって時間外としてください。
救急受入 (137)	休日、夜間・時間外において、救急患者の受入を行う体制がある場合、ご選択ください。救急外来部門の設置がない場合であっても、医療機関全体として救急患者を受け入れる体制がある場合には選択してください。
検体検査 (138)	休日、夜間・時間外において、緊急の検体検査を実施する体制がある場合、ご選択ください。
CT 検査 (139)	休日、夜間・時間外において、緊急の CT 検査を実施する体制がある場合、ご選択ください。
MRI (140)	休日、夜間・時間外において、緊急の MRI 検査を実施する体制がある場合、ご選択ください。
内視鏡検査 (141)	休日、夜間・時間外において、緊急の消化管内視鏡検査を実施する体制がある場合、ご選択ください。
血管造影検査 (142)	休日、夜間・時間外において、緊急の血管造影検査を実施する体制がある場合、ご選択ください。
小児科診療 (143)	休日、夜間・時間外において、小児科の救急患者の診療を実施する体制がある場合、ご選択ください。
産科診療 (144)	休日、夜間・時間外において、産科の救急患者の診療を実施する体制がある場合、ご選択ください。
全身麻酔を伴う手術 (145)	休日、夜間・時間外において、全身麻酔を伴う緊急手術を実施する体制がある場合、ご選択ください。

8. 救急医療の提供状況	
※システム上「8. 救急搬送の受け入れ状況」と表示されますが、本項目は、「8. 救急医療の提供状況」と読み替えてご報告ください。	
① 救急搬送の受け入れ件数 (146)～(155) ※任意	令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間の救急搬送受入件数について搬入元及び患者年齢階級毎にご報告ください。 救急搬送受入とは、救急用の自動車及び救急医療用ヘリコプター等により搬送された患者の受け入れを指します。 また、公共の救急車以外の車両を使用した場合も、傷病者の緊急搬送のために必要な特別な構造や装置を有する救急用自動車により傷病者を緊急搬送した場合は計上してください。このため、貴院の救急車を使用したものについては、これに該当する場合には含みますが、介護車両を使用したものは含みません。 救急搬送の受入件数は、休日、夜間に関わらず計上してください。
搬入元の定義	病棟票「7. 入棟前の場所・退棟先の場所別の入院患者の状況」における場所の定義に準じてご報告ください。ただし、診療所へ外来受診後に搬送された患者については「診療所」において計上してください。
診療所・病院からの転院搬送	他の有床診療所・病院から、初期診療後の救急患者又は入院患者の転院搬送を受け入れた場合は、「診療所・病院からの転院搬送」において件数を計上してください。
② 上り・下り搬送の状況(送り出し数、受け入れ数)(156)～(161) ※任意	令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間の上り・下り搬送の状況をご報告ください。上り搬送、下り搬送については、救急患者連携搬送料の算定の有無に関わらず、実態に基づいてご判断ください。
上り搬送	ここで言う上り搬送とは、初期診療後の救急患者又は病状の悪化した入院患者であって、より高度で専門的な体制を有する医療機関での対応が必要と判断された患者について、急性期の治療を目的として初期診療後又は病状悪化後早期に搬送する場合を指します。

下り搬送	ここで言う下り搬送とは、初期診療後の救急患者又は急性期治療後の入院患者であって、他の医療機関でも対応可能と判断された患者について、地域における医療資源の効率的な活用を目的として初期診療後又は急性期治療後早期に搬送する場合を指します。
診療所・病院からの転院搬送	診療所・病院から受け入れた転院搬送について、上り搬送、下り搬送毎に件数をご報告ください。なお、上り搬送、下り搬送に該当しない場合は、その他の受け入れ数としてご報告ください。その他に該当する場合としては、特定の診療科の不在を理由として、同程度の体制を有する他の医療機関へ搬送する場合や、一連の入院治療を終えたうえで、他の医療機関での長期的な療養等を目的として一定期間を経て搬送する場合等が該当します。
上り搬送送り出し数	上り搬送として患者を送り出した件数をご報告ください。
下り搬送送り出し数	下り搬送として患者を送り出した件数をご報告ください。

9. 高齢者等への医療の提供状況	
① 年齢階級別退院患者数(162) ※任意	令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間の年齢階級別退院患者数をご報告ください。
【一般病床・療養病床に入院するショートステイ利用者、正常な妊産婦、院内で出生した正常な新生児、生母の入院に伴って入院した健康な新生児又は乳児、公費負担医療、労災保険制度や労働福祉事業としての医療、自賠責、治験、人間ドック、母体保護法、その他の自由診療等での入院者の扱い】	該当する患者が退院した場合、退院患者数にカウントしてください。
【入院期間が通算される再入院の患者の扱い】	1入院1単位と考え、入院期間が通算される再入院患者等についても、退院患者数に数えてください。
【救急患者として受け入れた患者が処置室、手術室等において死亡した場合の扱い】	救急患者として受け入れ、処置室、手術室等において死亡した患者について入院料を算定する場合であっても、退院患者数には計上しないでください。
【日帰り入院の扱い】	入院基本料を算定している場合は退院患者数に含めてください。
【死産の扱い】	死産の届出を行ったものについては、退院患者数には計上しないでください。
② 休日におけるリハビリテーションの実施体制の有無 (163)	令和8年4月1日時点のリハビリテーション実施体制の有無をご報告ください。 休日におけるリハビリテーションの実施体制の有無は、休日リハビリテーション加算の算定の有無に関わらず、体制の有無をご判断ください。
③ 回復期リハビリテーション病棟退棟患者数 (164)～(170) ※任意	回復期リハビリテーション病棟入院料及び回復期リハビリテーション入院医療管理料を算定する病棟又は病室を有する医療機関の場合、令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間の回復期リハビリテーション病棟退棟患者数を、疾患分類毎及び入院期間毎にご報告ください。 WEB フォームでご回答の場合は、疾患分類別及び入院期間別の内訳の患者数をご記入いただいた後、自動計算にて合算された患者数をあわせてご確認ください。
退棟患者	回復期リハビリテーション病棟退棟患者とは、令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間に回復期リハビリテーション病棟入院料及び回復期リハビリテーション入院医療管理料を算定する病棟又は病室から退棟した患者及び回復期リハビリテーション病棟入院料及び回復期リハビリテーション入院医療管理料を算定しない他病棟へ移動した患者をいいます。入院後の1回目の当該病棟(病室)からの退棟のみを数え、同一病棟(病室)からの再退棟は数えません。また、令和7年4月1日以前から入棟していた患者であっても、令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間に退棟した患者は計上してください。 回復期リハビリテーション入院医療管理料を算定する病室から同一病棟内への退室は、退棟患者に含まれません。 回復期リハビリテーション病棟(病室)在棟中、回復期リハビリテーション病棟入院料(入院医療管理料)を算定しなかった患者及び死亡した患者は計上しないでください。

10. 高齢者施設等との連携状況	
① 協力医療機関となっている高齢者施設等の数 (171)～(174)	令和8年7月1日時点で協力医療機関として要件のいずれかを満たす高齢者施設等の数を、施設等類型毎にご報告ください。

要件	要件とは、各介護保険施設の基準省令に定める以下の協力医療機関の要件を指します。 【要件①】入所者の病状が急変した場合等において医師又は看護職員が相談対応を行う体制を、常時確保していること。 【要件②】当該介護保険施設からの診療の求めがあった場合において診療を行う体制を、常時確保していること。 【要件③】入所者の病状が急変した場合等において、当該介護保険施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。 (「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準」第 28 条第 1 項各号、「介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準」第 33 条の 2 第 1 項各号及び「介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準」第 37 条の 2 第 1 項各号に則る。) また、要件のいずれかを満たす高齢者施設等のうち、「電子的システムにより当該協力医療機関において、当該施設の入所者の情報が随時確認できる体制が確保されている高齢者施設等の件数」及び「要件③を満たす」高齢者施設等の件数をそれぞれご報告ください。
② 協力対象施設入所者の緊急時の受入のため確保している病床数 (175)	令和8年7月1日時点の協力対象施設入所者の緊急時の受入のため確保している病床数をご報告ください。 貴院が受け入れ可能としている病床数をご報告ください。専用病床として常時確保している必要はありません。 令和8年7月1日時点の空床数ではありません。
③ 高齢者施設等との連携実績 (176)～(190) ※任意	令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の高齢者施設等との連携実績について、協力対象施設入所者の急変時等における外来診療件数、協力対象施設入所者の急変時等における往診件数、協力対象施設入所者の急変時等における入院受入件数をご報告ください。介護保険施設等連携往診加算や協力対象施設入所者入院加算の算定の有無に関わらず計上してください。

11. 在宅医療の提供状況	
① 連携する医療機関数 (191)～(192)	令和8年7月1日時点の連携する医療機関数をご報告ください。
在宅医療に係る連携先	在宅医療に係る連携先とは、在宅医療を連携して実施している医療機関を指します。具体的には、在宅医療の提供に当たって、24 時間対応の分担について連携体制を有する医療機関の数をご報告ください。
後方支援に係る連携先	後方支援に係る連携先とは、自院が後方支援を行っている支援先の医療機関を指します。具体的には、在宅医療を提供している医療機関であって、当該医療機関が在宅医療を提供している患者の急変時等に自院で緊急の入院受入を行うことについて平時からの取り決めを行っている医療機関の数をご報告ください。
② (同一敷地内、隣接敷地内以外の)連携する訪問看護ステーション数 (193)	令和8年7月1日時点の、24 時間訪問看護の提供に当たって連携体制を有する訪問看護ステーション(同一敷地内及び隣接敷地内の訪問看護ステーションを除く。)の数をご報告ください。
③ 訪問診療の対象としている施設等の数 (194)	令和8年7月1日時点の訪問診療の対象としている施設等の数をご報告ください。 なお、訪問診療とは、在宅で療養を行っており、通院が困難な患者に対して、同意を得たうえで計画的な医学管理の下、定期的に医師が訪問して診療を行うものを指します。
④ 在宅療養患者の受入のため確保している病床数 (195)	令和8年7月1日時点の在宅療養患者の受入のため確保している病床数をご報告ください。 貴院が受け入れ可能としている病床数をご報告ください。専用病床として常時確保している必要はありません。
⑤ 在宅療養患者の受入状況 (196)～(198) ※任意	令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の緊急入院受入件数(在宅療養中の患者の緊急入院のみ)をご報告ください。
それ以外の患者	自院が訪問診療を行っていない在宅療養中の患者の緊急入院を受け入れた場合、「それ以外の患者」としてご報告ください。
⑥看取りの実績 (199)～(205) ※任意	令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の看取りの実績について、医療機関以外での看取り数、医療機関での看取り数をご報告ください。 なお、在宅療養支援病院の届出を行っている場合、施設票「6. 看取りを行った患者数」での入力が必須であり、本項目での再度の入力は不要です。 看取りを行った患者数とは、診療報酬の算定の有無に関わらず、在宅療養を担当した患者のうち、死亡診断を行った患者を指します。

	なお、在宅療養を担当した患者とは、直近1年間に訪問診療、往診等の在宅医療に係る診療を行った患者を指します。 連携医療機関とは、自院を含め、緊急時の受入について平時から取り決めを行っている医療機関を指し、診療報酬上の在宅支援連携体制を構築している医療機関についても含みます。 自院で死亡した患者は、「（2）医療機関での死亡者数」の「上記（2）のうち、連携医療機関での死亡者数」に計上してください。 介護老人保健施設等の入所施設で死亡した患者は、「（1）医療機関以外での死亡者数」の「上記（1）のうち、自宅以外での死亡者数」に計上してください。

参考

- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の測定方法

  「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」
  （令和８年３月５日　保医発0305第７号）（別紙６別紙７別表１）

  コード一覧につきましても、こちらの『別添６別紙７別表１（一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ａ・Ｃ項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧）』をご確認ください。

  https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001732097.pdf

- 日常生活機能評価の測定方法

  「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」
  （令和８年３月５日　保医発0305第７号）　（別添６別紙21）

  https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001732097.pdf

令和８年度　医療機関機能・病床機能報告

報告様式１

確認・記入要領

（有床診療所用）

（第1.0版）

－ 目　次 －

《重要なお知らせ》 1
I.　報告の概要 4
（1）　医療機関機能・病床機能報告制度の概要 4
（2）　一般病床・療養病床を有する有床診療所における報告の対象 4
（3）　報告様式1作成・提出の進め方 4
（4）　報告期限 5
（5）　問い合わせ窓口 6
II.　報告様式1の確認・記入の手引き 8
（1）　「診療所票」の確認・記入要領 9
1. 設置主体 10
2. 貴院の令和8年7月1日時点での地方厚生（支）局長への入院基本料の届出の有無、過去1年間（令和7年4月1日～令和8年3月 31 日）の最大使用病床数 10
3. 病床機能等 10
4. 有床診療所の病床の役割 12
5. 許可病床数・最大使用病床数等 12
6. 一般病床・療養病床で算定する入院基本料別の届出病床数 13
7. 職員数 13
8. 主とする診療科 16
9. 入院患者数の状況 16
10. 入院前の場所・退院先の場所別の入院患者の状況 17
11. 退院後に在宅医療を必要とする患者の状況 19
12. 在宅療養支援診療所の届出の有無 19
13. 往診、訪問診療を実施した患者延べ数 19
14. 看取りを行った患者数 20
15. 分娩件数 20
16. 救急医療の実施状況 20
17. リハビリテーションの状況 21
18. 医療機器の台数 23
19. 退院調整部門の設置状況 23
（2）　「医療機関機能票」の確認・記入要領 24
1.医療機関機能等 24
2.構造設備等 25
3.臨床研修等の実施状況・診療科別医師数 25
4.在宅医療部門の設置状況 26
5.救急外来の設置状況 27
6.地域への派遣医師数、派遣医療機関数 27
7.休日、夜間・時間外の救急受入・各種診療体制の有無 27
8.救急医療の提供状況 28
9.高齢者等への医療の提供状況 28
10.高齢者施設等との連携状況 29
11.在宅医療の提供状況 29

《重要なお知らせ》

報告内容に係る見直し事項

・【重要】医療機関機能報告の開始に伴い、医療機関機能票を追加しました。

➢ 令和８年度は報告開始初年度であるため、実績を報告いただく一部の項目（下表）については任意回答としています。これらの項目は、令和９年度報告において、令和９年４月１日以降の一部期間の実績を必須回答していただく予定としております。このため、遅くとも令和９年４月１日から実績の記録・管理を開始できるよう準備をお願いいたします。

【令和９年度報告に向けて実績の記録を開始する必要がある項目】

医療機関機能票設問番号	項目	記録内容
報告様式1		
(146)～(155)	８．救急搬送の受け入れ状況 ① 救急搬送の受け入れ件数	施設別・年齢区分別（15歳未満、15-65歳未満、65-75歳未満、75-85歳未満、85歳以上）件数
(156)～(161)	８．救急搬送の受け入れ状況 ② 上り･下り搬送の状況（送り出し数、受け入れ数）	診療所・病院からの転院搬送 上り搬送送り出し数、下り搬送送り出し数
(162)	９．高齢者等への医療の提供状況 ① 年齢階級別退院患者数	年齢区分別（15歳未満、15-65歳未満、65-75歳未満、75-85歳未満、85歳以上）の人数
(164)～(170)	９．高齢者等への医療の提供状況 ③ 回復期リハビリテーション病棟退棟患者数	入院期間ごとの退棟患者数（回復期リハビリテーションを要する状態）
(176)～(190)	10．高齢者施設等との連携状況 ③ 高齢者施設等との連携実績	施設別の協力対象施設入所者の急変時等における外来診療件数、往診件数、入院受入件数
(196)～(198)	11．在宅医療の提供状況 ⑤ 在宅療養患者の受入状況	自院で訪問診療を行っている患者数、それ以外の患者数
(199)～(205)	11．在宅医療の提供状況 ⑥ 看取りの実績	医療機関以外での看取り数（自宅での死亡者数、自宅以外での死亡者数）、医療機関での看取り数（連携医療機関での死亡者数、連携医療機関以外での死亡者数）

項目の詳細及び定義については、Ⅱ-（２）「医療機関機能票」の確認・記入要領をご参照ください。

①有床診療所票について、以下の実績項目について必須回答としています。実績が把握可能な場合は、当該実績値をご報告ください。また、実績の把握が困難な場合は「０」と入力したうえで、令和９年度報告以降に向け、遅くとも令和９年４月１日から実績の記録・管理を開始できるよう準備をお願いいたします。

【令和９年度報告で必須回答とする項目】

有床診療所票設問番号	項目	記録内容
報告様式1		
(13)～(14)	６．一般病床・療養病床で算定する入院基本料別の届出病床数 ① 有床診療所入院基本料 ② 有床診療所療養病床入院基本料	有床診療所入院基本料・有床診療所療養病床入院基本料を算定する届出病床数
(78)～(79)	９．入院患者数の状況 ① 新規入院患者数	新規入院患者のうち、急変による入院患者及び他の急性期医療を担う病院からの受入割合
(83) ～(90)	10．入院前の場所・退院先の場所別の入院患者の状況 ① 新規入院患者数	入院前の場所別（介護医療院、介護老人保健施設、介護老人福祉施設、他の高齢者施設・福祉施設等、自宅、他の病院、診療所、院内、その他・不明）の新規入院患者数
(92)～(99)	10．入院前の場所・退院先の場所別の入院患者の状況 ② 退院患者数	退院先の場所別（介護医療院、介護老人保健施設、介護老人福祉施設、他の高齢者施設・福祉施設等、自宅、他の病院、診療所、終了（死亡退院等）、その他）の退院患者数
(100)～(103)	11．退院後に在宅医療を必要とする患者の状況	退院後１か月以内の状況別（在宅医療の実施予定）の患者数
(104)	12．在宅療養支援診療所の届出の有無 ① 在宅療養支援診療所の届出の有無	在宅療養支援診療所の届出の有無
(113)	15．分娩件数	分娩を行った件数（正常分娩、帝王切開を含む、死産を除く）
(145)	19．退院調整部門の設置状況 ① 退院調整部門の有無	退院調整部門の設置の有無

・有床診療所票「３．病床機能等」のうち、選択肢「回復期機能」が「包括期機能」に変更となりました。

・有床診療所票「３．病床機能等」から「コロナ対応の状況について」が削除となりました。

・有床診療所票「５．許可病床数」から「医療法上のコロナ特例により増床した病床」が削除となりました。

・有床診療所票「18．医療機器の台数」の「①ＣＴ」に以下項目が追加となりました。

- マルチスライス CT　128列以上

Ⅰ. 報告の概要

（1） 医療機関機能・病床機能報告制度の概要

本報告は、令和８年度より開始された医療機関機能報告制度および平成26年度より開始された病床機能報告制度に基づき実施しています（医療法第 30 条の 13）。医療機関機能報告では、各医療機関が現に担っている医療機関機能、2040年において担う医療機関機能及びその他医療機関機能の確保等の協議のために必要な診療実績等を報告いただきます。病床機能報告では、「病棟単位」を基本として当該病床で担っている病床機能の現状と今後の方向、具体的な報告事項をご報告いただきます。

（2） 一般病床・療養病床を有する有床診療所における報告の対象

一般病床・療養病床を有する医療機関の報告様式１には、「病院用」と「有床診療所用」の２種類があります。

令和８年７月１日時点で、有床診療所から病院に移行している医療機関は、「有床診療所用」ではなく「病院用」の報告様式を提出いただく必要があります。都道府県からの報告に基づき、G-MIS 上の WEB フォーム上ではいずれかの報告様式が既に表示されていますが、令和８年７月１日時点の区分と異なる場合は厚生労働省「令和８年度 医療機関・病床・外来機能報告」事務局（以下「制度運営事務局」という。）までお問い合わせください。

また、貴院において医科レセプト、歯科レセプトの両方の診療報酬請求を行っている場合、報告様式１は医科と歯科を合わせてご報告ください。

（3） 報告様式1作成・提出の進め方

後述の「Ⅱ．報告様式１の確認・記入の手引き」をご参照のうえ、各項目についてご確認、ご報告いただき、別冊『令和８年度医療機関機能・病床機能報告 報告マニュアル』のスケジュールに従って、以下の手順で報告様式１の作成と提出をお願いします。

（ア）G-MIS 上の WEB フォームで作成・提出する場合

G-MIS 上の WEB フォームでご報告いただきます。報告内容を機械的に判定し、必要に応じてエラーが表示されます。エラーメッセージが表示された場合は、メッセージの内容をご確認のうえ、報告内容を修正してください。

入力後は保存のうえ、［報告］ボタンをクリックしてご提出ください。なお、報告漏れや明らかな誤りがある場合、提出できないことがあります。その場合には入力内容を再度ご確認ください。

※深夜の２:00～５:00はシステムのメンテナンスが行われるため、医療機関機能・病床機能報告、外来機能報告の G-MIS 上での入力はお控えください。システムメンテナンス中に入力すると入力内容が正常に反映されない可能性があります。

（イ）紙媒体に記入して作成・提出する場合

紙媒体での報告を希望される場合は、別冊『令和８年度医療機関機能・病床機能報告 報告マニュアル』の手順に従って紙媒体の報告様式を入手してください。紙媒体の報告様式発送

は、受付から５～10営業日程度を要する場合があります。記入した紙媒体の報告様式は、入手時に同封されている返信用封筒でご提出ください。なお、報告の正確性の観点から、可能な限り G-MIS 上の WEB フォームで報告を行ってください。

■「報告様式１」について

- ○ 有床診療所用の「報告様式１」は、１施設１病棟と考え、①診療所票、②医療機関機能票で構成されます。
- ○ 診療所票は、病床数、人員配置、入院患者数、救急医療の実施状況、医療機器の台数等の一定の項目のみ必須の報告項目で他の項目は任意の報告です。なお、紙媒体では、必須の報告項目は記入欄が太枠となっています。 G-MIS の WEB フォーム上では「＊」が表示されます。
- ○ 任意の報告項目を報告する場合は、当該項目のすべての設問をご報告ください。
- ○ 一部の項目では、項目の内訳を入力すると合計値が自動計算される等、入力の簡易化や誤入力防止のための機能を設けています。自動計算される項目への直接の入力はできませんので、他の項目を入力のうえ、計算結果をご確認ください。
- ○ 他項目の入力結果より報告が不要となる一部の項目については、当該項目の回答欄が入力不可（グレーアウト）となる機能を設けています。

① 有床診療所票：

- ・ 医療機関住所、本報告のご担当者・連絡先等をご報告ください。
- ・ 設置主体、許可病床数（一般病棟、医療法上の経過措置に該当する病床、療養病床）、主とする診療科、医療機器の台数については、令和７年度病床機能報告の報告内容があらかじめ入力（プレプリント）されています。プレプリントの内容に変更や誤りがある場合は、正しく入力し直してください。
- ・ 有床診療所の病床の役割や病床数、職員数、その他の基本情報、往診・訪問診療の実施状況、看取りの実施状況、分娩件数等をご報告ください。

② 医療機関機能票：

- ・ 貴診療所が現に担っている医療機関機能、2040 年において担う予定の医療機関機能、及びその他医療機関機能の確保等の協議のために必要な診療実績等をご報告いただきます。
- ・ 一部の項目（５１）～（５９）については、G-MIS 上で貴院から報告いただいた他制度の報告内容を参考に、回答をあらかじめ入力（プレプリント）しております。内容をご確認のうえ、必要に応じて修正してください 。

（4） 報告期限

- ● 報告期限は**11月30日 23:59**です。
- ● 報告内容に不備を確認した場合、制度運営事務局より問い合わせをさせていただくことがあ

ります。報告期限の直前に報告された場合、制度運営事務局による確認が翌月になる場合があり、ご提出いただいたデータに不備があった際の修正期間が短くなる可能性があります。紙媒体で提出した場合のデータの不備は、制度運営事務局より電話で照会予定です。

- G-MIS 上の WEB フォームで直接入力された報告様式は、G-MIS 上の WEB フォームで保存のうえ、［報告］ボタンを押すことにより提出いただけます。
- 報告期間後に修正の必要が生じた場合は制度運営事務局までご連絡ください。

（5）問い合わせ窓口

- 医療機関機能報告・病床機能報告の報告作業において不明点がありましたら、下記問い合わせ窓口へ電話でご連絡ください。電話受付時間内のお問い合わせが難しい場合、G-MIS サイトの連絡フォーム「医療機関・病床・外来機能報告　問合せフォーム」あるいは FAX でご連絡ください。「医療機関・病床・外来機能報告　問合せフォーム」での問い合わせ方法については別冊『令和８年度医療機関機能・病床機能報告 報告マニュアル』の【５．問い合わせ窓口　医療機関・病床・外来機能報告　問合せフォーム「１．質疑・照会」の操作方法】をご覧ください。
- FAX でお問い合わせの場合は、医療機関・病床・外来管理番号（注）、医療機関名、担当者名、所在地、電話番号を必ずご記載ください。

（注）医療機関・病床・外来管理番号は報告対象医療機関を管理するための番号となります。

- お問い合わせいただく前に本資料『令和８年度医療機関機能・病床機能報告 確認・記入要領』と別冊『令和８年度医療機関機能・病床機能報告 報告マニュアル』をはじめとする関連資料をご参照いただいたうえで、ご不明点がある場合は、問い合わせ窓口までご連絡ください。

※ G-MIS サイトよりダウンロードできます。
URL：https://www.med-login.mhlw.go.jp

- 問い合わせ内容によっては窓口が異なりますので、該当の問い合わせ窓口におかけ直しをお願いする場合があります。
- 報告期限の間際は、お問い合わせが多く発生することが予想されるため、回答にお時間をいただく場合があります。関連資料等をご参照いただき、お早めに報告様式をご確認・ご報告ください。

問い合わせ窓口　厚生労働省　「令和８年度医療機関・病床・外来機能報告」事務局

委託先
報告内容に関するお問い合わせ：株式会社三菱総合研究所（制度運営事務局）・・①②③
※　医療機関機能・病床機能報告、外来機能報告の報告方法・内容、プレプリントデータ、その他、医療機関機能・病床機能報告、外来機能報告制度についてはこちらにお問い合わせください。

G-MISに関するお問い合わせ：　厚生労働省G-MIS事務局・・③のみ
※　ユーザ名、G-MISの画面操作方法、システム障害発生時等についてはこちらにお問い合わせください。

①電話（フリーダイヤル）0120-142-305［平日9:00～17:00受付］

②FAX（制度運営事務局専用）　03-5615-9278［24時間受付］

FAX でのお問い合わせの際は、医療機関・病床・外来管理番号、医療機関名、担当者名、所在地、電話番号を必ず記載してください。

③医療機関・病床・外来機能報告　問合せフォーム（G-MIS サイトの連絡フォーム）［24時間受付］

※　①②電話、FAX の開設期間は令和８年９月24日9:00～12月28日17:00です。
※　③医療機関・病床・外来機能報告　問合せフォームの開設期間は令和８年９月24日9:00～令和９年１月29日23:59です。

電話でお問い合わせいただく場合、音声ガイダンスが流れます。
音声ガイダンスに従い、お問い合わせ内容の番号をご入力ください。
問い合わせ内容によっては別の窓口の番号をお伝えしてかけ直していただく場合があります。

II. 報告様式１の確認・記入の手引き

報告様式１の各項目の報告にあたっては、下記の一般事項及び各項目の記入の手引きをご参照ください。

一般事項

- 報告内容についてお問い合わせする場合がありますので、報告に係るご担当者の氏名及び電話番号、FAX 番号、e-mail 等を必ずご報告ください。
- 各項目において**未回答の場合はゼロとみなします。**

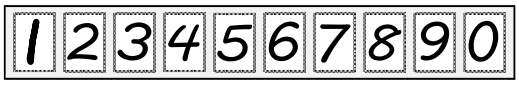
G-MIS 上の WEB フォームの入力における留意事項

- G-MIS 上の WEB フォームでは、入力内容に不備がある場合画面上にエラーメッセージが赤字で表示されます。
- 必須項目が未入力あるいはエラーメッセージが表示される場合、入力内容の見直しが必要になります。メッセージの内容をご確認のうえ、ご入力・ご修正ください。

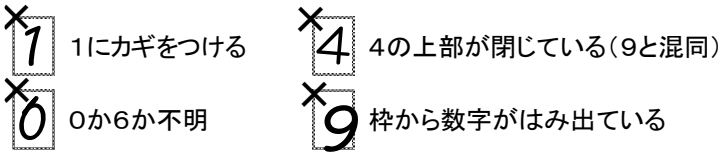
紙媒体の留意事項

- 数字を記入する欄は、右詰めでご記入ください。また、複数の桁の欄がある場合、空いている桁はご記入いただく必要はありません。
- 紙媒体の報告様式１に数字を記入する際は下記の例に従ってください。

＜数字記入例＞



＜悪い記入例＞



（1）「診療所票」の確認・記入要領

貴院の医療機関名称や、医療機関・病床・外来管理番号、医療機関住所、本報告のご担当者・連絡先等について、施設管理者及び事務部門の担当者がご報告ください。（入院患者の状態や医療内容に係る報告項目については看護師長等にご報告いただいても問題ございません。）

■ 医科レセプトと歯科レセプトの両方の医療機関コードを保有する医療機関は、医科と歯科を合わせた数値をご報告ください。

■ 一般病床・療養病床の許可病床を有しているものの休床中の病床、医療保険の対象でない公費負担医療、労災保険制度や労働福祉事業としての医療、自賠責、治験、人間ドック、母体保護法、その他の自由診療等での入院者も報告の対象になります。

■ 病床機能報告制度では、医療法第７条第１項から第３項に基づいて開設許可を受けている一般病床・療養病床が報告の対象となります。基準病床数制度において特例とされている特定の病床等も含めてご報告ください。

■ 令和８年７月１日時点で地方厚生（支）局長への入院基本料の届出がなく、かつ令和７年４月１日～令和８年３月31日の期間に使用病床数がない有床診療所は、診療所票の以下の項目の報告は不要ですが、他の項目は報告が必要です。

７．職員数のうち、②入院部門の職員数

９．入院患者数の状況

※「５．許可病床数・最大使用病床数等」は回答必須項目ですが、当該欄にゼロを記入する場合でも、今後稼働の予定がある場合や、その他入院患者の受入れを再開する可能性がある等の場合は、必要に応じて自由記入欄にその旨をご記載ください。

■ 人数や件数など数字を入力する欄において無入力の場合はゼロとみなします。ただし、「５．許可病床数・最大使用病床数等」、「６．一般病床・療養病床で算定する入院基本料別の届出病床数」について「０」の場合は「０」を必ずご記載ください。

◎貴院名 医療機関情報訂正欄	令和8年7月1日時点の貴院の医療機関名称をご確認ください。 医療機関情報訂正欄は G-MIS 画面のみ表示されます。制度運営事務局で認識している令和8年7月1日時点の貴院の医療機関名を表示しています。 貴院の医療機関名に修正がある場合は、「医療機関情報訂正欄」に令和8年7月1日時点の貴院の医療機関名をご入力ください。 なお、本欄には修正後の貴院の医療機関名以外の情報（医療機関住所や連絡先電話番号等）を入力しないでください。
◎医療機関・病床・外来管理番号（送付状に記載の8桁コード）	9月下旬に医療機関あてに発送しております郵便物の送付状に記載されている医療機関・病床・外来管理番号と相違ないか、ご確認ください。 なお、医療機関・病床・外来管理番号は報告対象医療機関を管理するための番号です。
◎医療機関住所	令和8年7月1日時点の貴院の郵便番号、所在地をご報告ください。
◎報告担当者	報告内容についてお問い合わせする場合がありますので、ご担当者の氏名及び部署、電話番号、FAX 番号、e-mail アドレスをご報告ください。

1. 設置主体	
(1)	令和8年7月1日時点の貴院の設置主体をご報告ください。 一部事務組合及び広域連合は、地方自治法に定める特別地方公共団体であるため「8. 都道府県」か「9. 市町村」を選択してください。 「19.公益法人」には、「公益財団法人」も含まれます。「20.医療法人」には、「特定医療法人」、「社会医療法人」、「特別医療法人」、「財団医療法人」、「社団医療法人」も含まれます。

2. 貴院の令和8年7月1日時点での地方厚生（支）局長への入院基本料の届出の有無、過去1年間（令和7年4月1日～令和8年3月 31 日）の最大使用病床数	
本設問の2－①の回答が「2. 無し」かつ2－②の回答が「2. 0床」に該当する場合は、以下の必須項目の報告は不要です。 ・「7. 職員数」のうち、「②入院部門」の項目 ・「9. 入院患者数の状況」の項目	
①令和8年7月1日時点での地方厚生（支）局長への入院基本料の届出の有無　(2)	令和8年7月1日時点における地方厚生（支）局長への入院基本料の届出の有無をご報告ください。
②過去1年間（令和7年4月1日～令和8年3月 31 日）の最大使用病床数　(3)	令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の過去1年間における最大使用病床数について、「1. 1床以上」／「2. 0床」のいずれかをご報告ください。 なお、最大使用病床数は、許可病床数のうち令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間に最も多く入院患者を収容した時点で使用した病床数を指します。

3. 病床機能等	
高度急性期機能	高度急性期機能とは、急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能を指します。 《目安となる入院料の種類》 ※診療報酬上の入院料の種類のみをもって機械的に決定されるものではないことにご留意ください。 ・救命救急入院料 ・特定集中治療室管理料 ・ハイケアユニット入院医療管理料 ・脳卒中ケアユニット入院医療管理料 ・小児特定集中治療室管理料 ・新生児特定集中治療室管理料 ・新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料 ・総合周産期特定集中治療室管理料 ・新生児治療回復室入院医療管理料 ・一類感染症患者入院医療管理料
急性期機能	急性期機能とは、急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能を指します。 《目安となる入院料の種類》 ※診療報酬上の入院料の種類のみをもって機械的に決定されるものではないことにご留意ください。 ・急性期病院 A、B 一般入院料 ・急性期一般入院料1～6 ・特定機能病院 A～C 入院基本料（一般病棟7対1、10 対1） ・専門病院入院基本料（7対1、10 対1） ・小児入院医療管理料1～3
包括期機能	包括期機能とは、高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリテーション等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能、又は急性期を経過した患者に対し、在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能（特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頚部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションの提供を集中的に行う機能（回復期リハビリテーション機能）を含む。）をいいます。 《目安となる入院料の種類》 ※診療報酬上の入院料の種類のみをもって機械的に決定されるものではないことにご留意ください。 ・地域一般入院料1～3 ・専門病院入院基本料（13対1） ・有床診療所入院基本料1、4 ・地域包括医療病棟入院料 ・小児入院医療管理料4、5 ・回復期リハビリテーション病棟入院料・入院医療管理料 ・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 ・特定一般病棟入院料 ・特定機能病院リハビリテーション病棟入院料

慢性期機能	慢性期機能とは、長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能及び長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能を指します。 《目安となる入院料の種類》 ※診療報酬上の入院料の種類のみをもって機械的に決定されるものではないことにご留意ください。 ・療養病棟入院料1、2 ・障害者施設等入院基本料（7対1～15 対1） ・有床診療所入院基本料2、3、5、6 ・有床診療所療養病床入院基本料 ・特殊疾患入院医療管理料 ・特殊疾患病棟入院料 ・緩和ケア病棟入院料
病床機能の選択の例	有床診療所は、病床数が 19 床以下と小規模であり、また、地域の医療ニーズに対応して多様な役割を担っていることを踏まえ、以下のような機能の選択の例が考えられます。 （例） ・ 産科や整形外科等の単科で手術を実施している有床診療所 → 急性期機能 ・ 在宅患者の急変時の受入れや急性期経過後の患者の受入れ等、幅広い病期の患者に医療を提供している有床診療所 → 急性期機能又は包括期機能のいずれか ・ 病床が全て療養病床の有床診療所 → 慢性期機能

病床機能の選択に関する留意点	
【高度急性期・急性期に関連する医療を全く提供していない病棟の場合	下表「高度急性期・急性期に関連する医療行為」に掲げる高度急性期・急性期に関連する医療行為を全く提供していない場合は、高度急性期機能及び急性期機能以外の病床機能を適切に選択してください。 なお、下表「高度急性期・急性期に関連する医療行為」に掲げる医療を全く提供していないにも関わらず、高度急性期機能又は急性期機能と報告される場合は、下表に掲げるもの以外にどのような医療行為を行ったのかを別途、ご報告いただく必要があります。
①2026（令和8）年7月1日時点の機能（4）	令和8年7月1日時点で入院部門が担う病床機能について、4つの機能（高度急性期機能／急性期機能／包括期機能／慢性期機能）の中から、各医療機関のご判断で**いずれか1つ**ご選択ください。
②2040 年7月1日時点の機能（5）	2040 年7月1日時点で入院部門が担う予定の病床機能について、4つの機能（高度急性期機能／急性期機能／包括期機能／慢性期機能）の中から、各医療機関のご判断でいずれか1つご選択ください。 介護保険施設等へ移行予定の場合は、当該選択肢をご選択ください。
③上記②で「7．介護保険施設等へ移行予定」を選択した場合、2040 年7月1日時点の移行予定先（6）	2040 年7月1日時点の機能において当該病棟が担う病床の機能の予定について、「介護保険施設等へ移行予定」を選択した場合、2040 年7月1日時点の移行予定先について、「1．介護医療院」／「2．介護老人保健施設」／「3．介護老人福祉施設」／「4．1～3以外の介護サービス」の中から、いずれか1つご選択ください。 なお、具体的な移行先が決まっていない場合であっても、1～4の中から現在のお考えに最も近いものをご選択ください。今回の報告をもって、今後の移行先が限定されるものではありません。
【2040 年7月1日までに変更予定がある場合】（7）	2040 年7月1日時点の機能の実現に向けて、2040 年7月1日までに機能の変更予定がある場合は、本項目にチェックを入れて、変更前後の機能および変更予定年月をご報告ください。
【令和8年7月1日時点で休棟中の場合】	「①2026（令和8）年7月1日時点の機能」について、休棟中であって医療機能の選択が困難である場合には、「5．休棟中（今後再開する予定）」／「6．休棟中（今後廃止する予定）」の中から、いずれか1つご選択ください。 「②2040 年7月1日時点の機能」については、再開の予定がある場合は、「1．高度急性期機能」～「4．慢性期機能」からいずれか1つご選択ください。再開の予定がない場合、休棟継続、又は再開の予定が未定で医療機能の選択が困難である場合は、「5．休棟予定」をご選択ください。廃止予定の場合は、「6．廃止予定」をご選択ください。
【入院部門を今後休棟又は廃止する予定の場合（介護保険施設等への移行の場合を除く）】	「①2026（令和8）年7月1日時点の機能」については、現時点の機能を「1．高度急性期機能」～「4．慢性期機能」からいずれか1つご選択ください。 「②2040 年7月1日時点の機能」については、報告時点で休棟・廃止予定（介護保険施設等への移行の場合を除く）であって、病床機能の選択が困難である場合は、「5．休棟予定」／「6．廃止予定」の中から、いずれか1つご選択ください。入院部門を休棟していない、又は休棟後に再開予定の場合は、「1．高度急性期機能」～「4．慢性期機能」からいずれか1つご選択ください。

表「高度急性期・急性期に関連する医療行為」

カテゴリ	具体的な項目名		
分娩	分娩（正常分娩、帝王切開を含む、死産を除く）		
幅広い手術	手術（入院外の手術、輸血、輸血管理料は除く）	全身麻酔の手術	人工心肺を用いた手術
	胸腔鏡下手術	腹腔鏡下手術	内視鏡手術用支援機器手術
がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療	悪性腫瘍手術	病理組織標本作製	術中迅速病理組織標本作製
	放射線治療	化学療法	がん患者指導管理料 イ及びロ
	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	超急性期脳卒中加算
	t-PA 投与（脳梗塞に対するもの）	経皮的冠動脈形成術	入院精神療法（Ⅰ）
	精神科リエゾンチーム加算	認知症ケア加算1、2及び3	精神疾患診療体制加算1及び2
	精神疾患診断治療初回加算（救命救急入院料）		
重症患者への対応	ハイリスク分娩管理加算	ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅱ）	地域連携分娩管理加算
	救急搬送診療料	観血的肺動脈圧測定	持続緩徐式血液濾過
	大動脈バルーンパンピング法	経皮的心肺補助法	補助人工心臓・植込型補助人工心臓
	頭蓋内圧持続測定（3時間を超えた場合）	人工心肺	血漿交換療法
	吸着式血液浄化法	血球成分除去療法	
救急医療の実施	院内トリアージ実施料	夜間休日救急搬送医学管理料	救急医療管理加算1及び2
	処置の休日加算1及び2	処置の時間外加算1及び2	処置の深夜加算1及び2
	手術の休日加算1及び2	手術の時間外加算1及び2	手術の深夜加算1及び2
	在宅患者緊急入院診療加算	救命のための気管内挿管	体表面ペーシング法又は食道ペーシング法
	非開胸的心マッサージ	カウンターショック	心膜穿刺
	食道圧迫止血チューブ挿入法	早期栄養介入管理加算	
全身管理	中心静脈注射	呼吸心拍監視	酸素吸入
	観血的動脈圧測定（1時間を超えた場合）	ドレーン法、胸腔若しくは腹腔洗浄	人工呼吸（5時間を超えた場合）
	人工腎臓、腹膜灌流	経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法	

4. 有床診療所の病床の役割	
(8)	令和8年7月1日時点における「1. 病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡し機能」「2. 専門医療を担って病院の役割を補完する機能」「3. 緊急時に対応する機能」「4. 在宅医療の拠点としての機能」「5. 終末期医療を担う機能」のうち当てはまるものをご選択ください（複数回答可）。 該当する病床の役割が選択肢に存在しない場合、「6. いずれの機能にも該当しない」のみご選択ください。 また、令和8年7月1日時点で休棟中の場合に、有床診療所の病床の役割の選択が困難である場合は、「7. 休棟中」をご選択ください。

5. 許可病床数・最大使用病床数等	
(9) ～(11) **※「最小使用病床数」は注意**	令和8年7月1日時点の入院部門の許可病床数、許可病床数のうち令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間の最大使用病床数等を病床種別毎にご報告ください。 有床診療所の病床数は 19 床以下とされています。許可病床数、最大使用病床数それぞれにおける一般病床・療養病床の合計が 19 床を超えないようご報告ください。
許可病床数	許可病床数とは、令和8年7月1日時点で、医療法第7条第1項から第3項に基づいて開設許可を受けている病床数を指します。 許可病床数は、基準病床数制度で特例とされている特定の病床等も含めてご報告ください。また、休床中の病床も含みます。

	許可病床数（一般病床、療養病床）は、昨年度ご報告いただいた場合、その際の報告内容があらかじめ入力（プレプリント）されています。本設問についてはあらかじめ入力されている値を必ずご確認のほどお願いいたします。 許可病床数（一般病床、療養病床）が令和8年7月1日現在の登録状況と異なっている場合は、メッセージが表示されます。ご報告内容に間違いがないと考えられる場合は、お手数ですが事務局までご連絡ください。
最大使用病床数・最小使用病床数 **※「最小使用病床数」は任意**	許可病床数のうち令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間の最大使用病床数・最小使用病床数をご報告ください（最小使用病床数の報告は任意）。 最大使用病床数は、許可病床数のうち令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間に最も多く入院患者を収容した時点で使用した病床数を指します。 最小使用病床数は、許可病床数のうち令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間に最も少なく入院患者を収容した時点で使用した病床数を指します。 【人間ドックでベッドを使用した場合】 使用病床数にカウントしてください。
2040 年7月1日時点の予定病床数	報告時点において、当該病棟の 2040 年7月1日時点の予定病床数をご報告ください。 当年7月1日時点の許可病床数よりも多い予定病床数が入力されている場合、メッセージが表示されます。ご報告内容に誤りがないかを再度ご確認ください。入力内容に問題がなければ、そのままご報告いただくことも可能です。 医療法上の経過措置に該当する病床とは、平成 13 年3月1日時点で既に開設許可を受けている一般病床であって、6.3 ㎡/床（1人部屋）・4.3 ㎡/床（その他）となっている病床を指します。 なお、病室の床面積は、医療法施行規則第3章第 16 条第1項第3号において「イ病院の病室及び診療所の療養病床に係る病室の床面積は、内法による測定で、患者一人につき六・四平方メートル以上とすること。」、「ロイ以外の病室の床面積は、内法による測定で、患者一人を入院させるものにあっては六・三平方メートル以上、患者二人以上を入院させるものにあっては患者一人につき四・三平方メートル以上とすること。」とされていますが、経過措置が設けられています。 該当する病床が無い場合は、「0床」とご報告ください。
【最大使用病床数の合計が0床である場合の理由】(12)	「最大使用病床数」の合計が0床の場合、その理由をご報告ください。

6. 一般病床・療養病床で算定する入院基本料別の届出病床数	
(13)～(15)	入院部門の一般病床・療養病床において、令和8年7月1日時点で有床診療所入院基本料・有床診療所療養病床入院基本料を算定するものとして地方厚生（支）局長に届け出ている病床数をご報告ください。 「①②の入院基本料の届出なし」の病床数については、入院部門における許可病床数から、入院基本料と有床診療所療養病床入院基本料の届出病床数を差し引いた病床数が、自動計算にて算出されます。

7. 職員数	
常勤	常勤職員とは、雇用形態に関わらず貴院で定められた勤務時間をすべて勤務する者を指します。ただし、貴院で定めた1週間の勤務時間が 32 時間未満の場合は、32 時間以上勤務している者を常勤として計上し、その他は非常勤（常勤換算）として計上します。
非常勤	非常勤職員とは、貴院と雇用関係にあって上記の常勤でない職員を指します。貴院の1週間の所定労働時間を基本として、下記のように常勤換算して小数第一位まで（小数点第二位を四捨五入）をご報告ください。 例：1週間の通常の勤務時間が 40 時間の有床診療所で、週2日（各日3時間）勤務の看護師が1人と、週3日（各日5時間）勤務の看護師が2人いる場合（所定の勤務時間数を超えて行われた時間外勤務は含みません） 非常勤看護師数 ＝ （2日×3時間×1人）＋（3日×5時間×2人） ／ 40時間 ＝0.9人 なお、非常勤職員が月単位で管理されている場合には、1か月の所定労働時間を用いて、1か月の勤務時間について常勤換算して計上してください。
職員の数え方	職員数は、有給・無給を問わず令和8年7月1日時点で当該医療施設に雇用されている者を計上します。 ・7月1日に欠勤している場合でも、雇用されていれば計上します。 ・7月1日の採用者は計上しますが、退職者は計上しません。 ・貴院が直接雇い入れた者、派遣労働者、出向者、一般の従事者と同様の勤務状況にある家族従事者を含みます。業務請負の労働者、ボランティアは対象外です。

【報告対象の職種】	報告対象となる職種は、報告様式に記載されている職種のみであり、報告様式に記載がない職種（事務職員等）の職員数は報告対象外です。
【医師数、歯科医師数の報告】	医師数、歯科医師数の報告にあたっては、「病院報告」等の既存の調査等の内容を転記して差し支えありません。なお、医師として診療行為の実施有無に関わらず、医師免許を有する者を計上してください。
【医師が定期的に他院で診察をしている場合の報告】	正職員の医師が定期的に他院で診察をしている場合、自院での診察時間のみを計上してください。
【当直医を外部に委託している場合の報告】	当該施設と雇用関係（施設が直接雇い入れた者、派遣労働者、出向者、一般の従事者と同様の勤務状況にある家族従事者）がある場合は非常勤職員に計上してください。
【保有している資格と従事している業務が異なる職員の扱い】	他の資格を有しているものの看護補助業務を行っている職員は、看護補助者に計上してください。
【複数の部門を兼務している職員の扱い】	各部門の職員数とは、当該部門専任で業務を行っている（勤務時間の概ね8割以上を当該部門で勤務する）職員数を指します。 複数の部門で業務を行い、各部門での勤務が通常の勤務時間の8割未満となる場合には、外来部門の職員として取り扱ってください（外来部門で勤務していない場合であっても外来部門の職員数に計上してください）。複数部門における勤務時間数により職員数を按分していただく必要はありません。また、ある部門における職員数が「0人」となっても問題ございません。 例えば、手術室とその他の部門を勤務時間の5割ずつ兼務している場合や、6割と4割で兼務している場合は、当該2部門における職員数は0人としたうえで、外来部門に計上してください。また、3か所以上の部門を均等に兼務している場合、あるいは、職員が入院部門、外来部門、手術室をローテーションで勤務する等して管理されており、いずれの部門においても勤務時間が8割未満となる場合（勤務時間の概ね8割以上を勤務する部門がない場合）は、外来部門のみに計上し、他の部門の職員数は0人としてください。 1人の職員が複数の職種の資格や複数の認定を有している場合は、人数が重複することが無いように、主に従事している業務の職種・資格・認定に計上してください。 ※各日の勤務時間において、複数の部門で業務を行い、各部門での勤務が通常の勤務時間の8割未満となることから、外来部門の職員として取り扱う例 例①：いずれの部門においても勤務時間8時間の8割（6.4 時間）未満 例②：いずれの部門においても勤務時間6時間の8割（4.8 時間）未満 例③：いずれの部門においても勤務時間8時間の8割（6.4 時間）未満 例④：いずれの部門でも勤務時間8時間の8割（6.4 時間）未満

	※1週間の勤務時間において、複数の部門で業務を行い、各部門での勤務が通常の勤務時間の8割未満となることから、外来部門の職員として取り扱う例 例①：いずれの部門でも1週間の勤務時間 40 時間の8割（32 時間）未満 例②：いずれの部門でも1週間の勤務時間 40 時間の8割（32 時間）未満
【長期にわたって勤務していない職員、産前・産後休暇や育児休暇中の職員の扱い】	7月1日現在、貴院に勤務していない者で、長期にわたって勤務していない者（3か月を超える者。予定者を含む）は、計上しないでください。 ただし、労働基準法（昭和 22 年法律第 49 号）で定める産前・産後休業（産前6週間・産後8週間）並びに育児休業、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（令和6年法律第 42 号改正）で定める育児休業及び介護休業を取得している者は、計上してください。休業中の者に代替者がいる場合は、代替者のみを計上してください（休業中の者は含めない）。 休業中で代替者がいない者は、7月1日時点で所属している部門の職員数に計上しますが、特定の部門に所属していない場合は「その他の部門の職員数」に計上してください。
【短時間勤務の常勤職員の扱い】	勤務時間でご判断ください。1週間の勤務時間が 32 時間未満の場合は、非常勤職員に計上してください。
【同じ法人が経営している等の貴院と特別な関係にある施設（訪問看護ステーション等）の職員の扱い】	同じ法人が経営している等の貴院と特別な関係にある施設の職員数は含めないでください。
①施設全体の職員数（16）～（30）	令和8年7月1日時点の「施設全体」の職種別の職員数について、常勤職員・非常勤職員毎にご報告ください。
	なお、「①施設全体の職員数」は、「②入院部門の職員数」、「③手術室の職員数」、「④外来部門の職員数」、「⑤その他の部門の職員数」の合計数と一致するように計上し、各部門間において職員数の重複がないようご報告ください。
②入院部門の職員数（31）～（42）	令和8年7月1日時点の「入院部門」の職種別の職員数について、常勤職員・非常勤職員毎にご報告ください。なお、令和8年7月1日時点で入院部門に入院患者がいない場合、あるいは、入院部門での勤務が通常の勤務時間の8割未満となる看護職員のみの場合等、看護職員配置が0人となる場合には、該当項目にチェックを入れてください。
③手術室の職員数（43）～（53）	令和8年7月1日時点の「手術室」の職種別の職員数について、常勤職員・非常勤職員毎にご報告ください。
④外来部門の職員数（54）～（64）	令和8年7月1日時点の「外来部門」の職種別の職員数について、常勤職員・非常勤職員毎にご報告ください。

⑤その他の部門の職員数 (65) ～(75)	令和8年7月1日時点の入院部門、手術室、外来部門以外の「その他の部門」の職種別の職員数について、常勤職員・非常勤職員毎にご報告ください。 「その他の部門」は、透析室、外来化学療法室、放射線照射外来室、入院調整部門、退院調整部門、薬剤部門、リハビリテーション部門、訪問看護部門、医事部門、管理部門、健診（人間ドック）部門等が該当します。

8. 主とする診療科	
(76)	令和8年7月1日時点の入院部門で主とする診療科をご報告ください。なお、主とする診療科とは、当該病棟の5割を超える患者を診る診療科をいいます。いずれの診療科も5割以下の場合は、「45. 複数の診療科で活用」を選択のうえ、当該病棟の患者を多く診ている順に最大上位3つまで診療科をご記入ください。 該当する診療科がない場合は、読み替えが可能な最も近い診療科をご選択ください。読み替えが困難な場合は、「44. その他の診療科」をご選択ください。 入院部門の5割を超える患者を診る診療科と、標榜する診療科が一致しない場合も、実績に基づき前者の診療科をご報告ください。 休棟中の有床診療所は、休棟前の状況あるいは再開予定を踏まえてご報告ください。

9. 入院患者数の状況	
(77)～(81) ※「月別」は任意	令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間の新規入院患者数、在院患者延べ数、退院患者数をご報告ください（月別の報告は任意）。過去1年間に新規入院患者数、在院患者延べ数、退院患者数がいない場合は、「0人」でご報告ください。
【一般病床・療養病床に入院するショートステイ利用者、正常な妊産婦、院内で出生した正常な新生児、生母の入院に伴って入院した健康な新生児又は乳児、公費負担医療、労災保険制度や労働福祉事業としての医療、自賠責、治験、人間ドック、母体保護法、その他の自由診療等での入院者の扱い】	新規入院患者数・在院患者延べ数・退院患者数に計上してください。
【入院期間が通算される再入院の患者の扱い】	1入院1単位と考え、入院期間が通算される再入院患者等についても、新規入院患者数・在院患者延べ数・退院患者数に計上してください。
【救急患者として受け入れた患者が処置室、手術室等において死亡した場合の扱い】	救急患者として受け入れ、処置室、手術室等において死亡した患者について入院料を算定する場合であっても、新規入院患者数・在院患者延べ数・退院患者数には計上しないでください。
【日帰り入院の扱い】	有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料を算定している場合は、新規入院患者数・在院患者延べ数・退院患者数に数えてください。短期滞在手術等基本料1は、新規入院患者数・在院患者延べ数・退院患者数には計上しないでください。
【死産の扱い】	死産の届出を行ったものについては、新規入院患者数・在院患者延べ数・退院患者数には計上しないでください。 新規入院患者については、そのうち、急変による入院患者数、他の急性期医療を担う病院の一般病棟からの受入割合（小数点第2位を四捨五入）もあわせてご報告ください。
新規入院患者	新規入院患者とは、令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間に新しく入院した患者を指します。令和7年4月1日以前から入院していた患者は含みません。なお、当該医療機関を退院後、入院部門に再入院した患者は計上してください。
在院患者延べ数	在院患者延べ数は、令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間に毎日 24 時現在で入院部門に在院していた患者の延べ数を指します。ただし、退院日は在院患者延べ数に含めます。また、入院部門に入院した日に退院又は死亡した患者は含みます。 令和7年4月1日以前から入院していた患者は、在院患者延べ数に含みますが、令和7年4月1日以前の入院日数分は計上しないでください。
退院患者	退院患者とは、令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間に入院部門から退院した患者（死亡退院を含む）を指します。令和7年4月1日以前から入院していた患者であっても、令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間に退院した患者は計上してください。
急変による入院患者	急変による入院患者とは、有床診療所入院基本料1～3の施設基準と同様、急変時の入院（患者の病状の急変等による入院を指し、予定された入院は除く）を行った患者を指します。（「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）と同一の基準）

急性期医療を担う病院の一般病棟	急性期医療を担う病院の一般病棟とは、有床診療所入院基本料1～3の施設基準と同様、急性期一般入院基本料、7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）、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）、地域一般入院基本料、13 対1入院基本料（専門病院入院基本料に限る）又は 15 対1入院基本（専門病院入院基本料に限る）を算定する病棟（ただし、地域一般入院基本料、13 対1入院基本料及び 15 対1入院基本料を算定する保険医療機関にあってはA205 救急医療管理加算の届出を行っている場合に限る）を指します。（「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）と同一の基準）

図 新規入院患者数、退院患者数、在院患者延べ数のカウント方法
（令和7年4月1日～令和8年3月31日）

	入退院の状況				新規入院患者数				退院患者数				在院患者延べ数			
	患者A	患者B	患者C	患者D	患者A	患者B	患者C	患者D	患者A	患者B	患者C	患者D	患者A	患者B	患者C	患者D
令和７年 3月28日																
令和７年 3月29日	入院															
令和７年 3月30日																
令和７年 3月31日																
令和７年 4月 1日													1人			
令和７年 4月 2日	退棟	入棟				1人			1人				1人	1人		
令和７年 4月 3日				入院・退院（日帰り）※有床診療所入院基本料を算定				1人				1人		1人		1人
令和７年 4月 4日			入院・退院（日帰り）※短期滞在手術等基本料１を算定				※1				※1			1人	※1	
令和７年 4月 5日		退棟								1人				1人		
令和７年 4月 6日	入棟				1人								1人			
令和７年 4月 7日													1人			
令和７年 4月 8日	退棟								1人				1人			
令和７年 4月 9日																

報告対象期間

上記期間における計上人数

	患者A	患者B	患者C	患者D
新規入院患者数	1人	1人	0人	1人
退院患者数	2人	1人	0人	1人
在院患者延べ数	5人	4人	0人	1人

【計上における留意点】

※1：短期滞在手術等基本料１は、新規入院患者数・在院患者延べ数・退院患者数には計上しないでください。

10. 入院前の場所・退院先の場所別の入院患者の状況	
(82) ～(99) ※「月別」は任意 【場所の定義】	新規入院患者数、退院患者数について、入院前の場所別、退院先の場所別にご報告ください。G-MIS 上の WEB フォームで報告する場合は、入院前の場所別、退院先の場所別の内訳の患者数をご報告いただいた後、自動計算にて合算された患者数をあわせてご確認ください。 なお、新規入院患者数及び退院患者数の考え方は、上記の「9. 入院患者数の状況」と同様です。 報告対象期間は、令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間です。

【場所の定義】

施設名	該当項目
介護医療院	介護医療院からの入院/に入所
介護老人保健施設	介護老人保健施設からの入院/に入所
特別養護老人ホーム （介護老人福祉施設）	介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）からの入院/に入所
養護老人ホーム	他の高齢者施設・福祉施設等からの入院/に入所
軽費老人ホーム	
有料老人ホーム	
認知症高齢者グループホーム ・認知症対応型老人共同生活支援事業	
サービス付き高齢者向け住宅	
社会福祉施設 （特別養護老人ホームを除く。）	
養護盲老人ホーム	
老人短期入所施設	自宅からの入院／へ退院
小規模多機能型居宅介護	

<table>
<tr><td>【他の病院、診療所へ外来受診後、紹介されて入院した患者の扱い】</td><td>「上記①のうち、自宅からの入院」として患者数を計上してください（月別の報告は任意）。</td></tr>
<tr><td>【助産所からの入院の扱い】</td><td>「上記①のうち、その他・不明」として患者数を計上してください（月別の報告は任意）。</td></tr>
<tr><td>【入院期間が通算される再入院の患者の扱い】</td><td>１入院１単位と考え、入院期間が通算される再入院患者等についても「①新規入院患者数」及び入院前の場所別の患者数、「②退院患者数」及び退院先の場所別の患者数に計上してください。
なお、入院前の場所について、令和８年度病床機能報告においては、特例的な対応として、令和７年度病床機能報告において用いた定義を踏まえ、以下のとおり計上してください。
・介護老人保健施設　⇒　他の高齢者施設・福祉施設等
・特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）　⇒他の高齢者施設・福祉施設等
・サービス付き高齢者向け住宅　⇒自宅
また、退院先の場所について、令和８年度病床機能報告においては、特例的な対応として、令和７年度病床機能報告において用いた定義を踏まえ、以下のとおり計上してください。
・サービス付き高齢者向け住宅　⇒自宅
【参考：令和７年度病床機能報告における場所の定義】

・入院前の場所の定義
<table>
<tr><th>施設名</th><th>該当項目</th></tr>
<tr><td>介護老人保健施設</td><td>介護施設・福祉施設からの入院</td></tr>
<tr><td>介護医療院</td><td>介護医療院からの入院</td></tr>
<tr><td>特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）</td><td rowspan="7">介護施設・福祉施設からの入院</td></tr>
<tr><td>養護老人ホーム</td></tr>
<tr><td>軽費老人ホーム</td></tr>
<tr><td>有料老人ホーム</td></tr>
<tr><td>認知症高齢者グループホーム・認知症対応型老人共同生活支援事業</td></tr>
<tr><td>社会福祉施設</td></tr>
<tr><td>養護盲老人ホーム</td></tr>
<tr><td>老人短期入所施設</td><td rowspan="5">家庭からの入院</td></tr>
<tr><td>老人デイサービスセンター</td></tr>
<tr><td>老人福祉センター</td></tr>
<tr><td>小規模多機能型居宅介護</td></tr>
<tr><td>サービス付き高齢者向け住宅</td></tr>
</table>
・退院先の場所の定義
<table>
<tr><th>施設名</th><th>該当項目</th></tr>
<tr><td>介護老人保健施設</td><td>介護老人保健施設に入所</td></tr>
<tr><td>介護医療院</td><td>介護医療院に入所</td></tr>
<tr><td>特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）</td><td>介護老人福祉施設に入所</td></tr>
<tr><td>社会福祉施設（第一種社会福祉事業を行う施設）</td><td rowspan="6">社会福祉施設・有料老人ホーム等に入所</td></tr>
<tr><td>養護老人ホーム</td></tr>
<tr><td>軽費老人ホーム</td></tr>
<tr><td>有料老人ホーム</td></tr>
<tr><td>認知症高齢者グループホーム・認知症対応型老人共同生活支援事業</td></tr>
<tr><td>養護盲老人ホーム</td></tr>
<tr><td>老人短期入所施設</td><td rowspan="5">家庭へ退院</td></tr>
<tr><td>老人デイサービスセンター</td></tr>
<tr><td>老人福祉センター</td></tr>
<tr><td>小規模多機能型居宅介護</td></tr>
<tr><td>サービス付き高齢者向け住宅</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

11. 退院後に在宅医療を必要とする患者の状況	
(100) ～ (103) ※「月別」は任意	入院部門から退院した患者数は、在宅医療の要否をご判断のうえ、退院後1か月以内の在宅医療の実施予定の状況別に患者数をご報告ください。 なお、当該有床診療所から退院した患者数の考え方は、上記の「9. 入院患者数の状況」の「退院患者」と同様です。 報告対象期間は、令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間です。同じ法人が経営している等の貴院と特別な関係にある施設により在宅医療を提供する予定の場合は、「他施設が在宅医療を提供する予定の患者」に計上してください。 また、上記の「10. ②退院患者数」と 11. における(100)「退院後1か月以内に在宅医療を必要としない患者(死亡退院を含む)」～(103)「退院後1か月以内の在宅医療の実施予定が不明の患者」の患者数の合計は一致します。 退院後に在宅医療を必要としない患者、死亡退院した患者は、「退院後1か月以内に在宅医療を必要としない患者(死亡退院を含む)」に計上してください。
	10. の「上記②のうち、介護医療院に入所」した患者、「上記②のうち、介護老人保健施設に入所」した患者、「上記②のうち、介護老人福祉施設に入所」した患者、「上記②のうち、他の高齢者施設・福祉施設等に入所」した患者、「上記②のうち、他の病院、診療所へ転院」した患者は、貴院からの転院・退院時に、その後1か月間の在宅医療の実施予定が把握できている場合には、在宅医療の実施予定の状況別に患者数を計上してください。転院先の他の病院、診療所からの退院日、介護老人保健施設からの退所日が不明の場合は、転院時点で在宅医療を必要としないと考えられることから、11. では「退院後1か月以内に在宅医療を必要としない患者(死亡退院を含む)」に計上してください。
在宅医療を必要とする患者 ・訪問診療	在宅医療を必要とする患者は、以下のいずれかの在宅医療を要する患者を指します。 在宅において療養を行っている患者であって、通院が困難な者に対して、その同意を得て計画的な医学管理の下に、定期的に医師が訪問して診療を行うもの。
・医師・歯科医師以外の訪問	在宅において療養を行っている患者であって、通院が困難な者に対して、その同意を得て計画的な医学管理の下に、定期的に医師・歯科医師以外の者(公的医療保険・公的介護保険の適用範囲内)が訪問して実施されるもの。 ※公的介護保険については、居宅サービス、介護予防サービスのうち「訪問看護」「訪問リハビリテーション」「居宅療養管理指導」また、地域密着型サービスのうち、「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」「複合型サービス(訪問看護を利用する者に限る)」を利用した場合に限ります。 往診のみを要する患者、あるいは、上記の在宅医療が行われておらず、外来を受診しながら自宅で在宅酸素療法や自己注射等を行う患者は、在宅医療を必要とする患者に含みません。 在宅医療の範囲は、在宅患者、介護保険の事業基準に基づき指定された養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、特別養護老人ホーム等の入居者、介護保険法に規定する短期入所生活介護・小規模多機能型居宅介護(宿泊サービス)・複合型サービス(宿泊サービス)・認知症対応型共同生活介護・介護予防短期入所生活介護・介護予防小規模多機能型居宅介護(宿泊サービス)・介護予防認知症対応型共同生活介護等のサービスを受けている患者です。

12. 在宅療養支援診療所の届出の有無	
(104)	令和8年7月1日時点の在宅療養支援診療所の届出の有無をご報告ください。

13. 往診、訪問診療を実施した患者延べ数	
①往診を実施した患者延べ数	令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間において往診を実施した患者延べ数をご報告ください。
(105) ※任意	なお、往診とは、患家(介護老人保健施設等を含む)の求めにより必要に応じて患家に赴いて診療するものを指します。 同じ法人が経営している等の貴院と特別な関係にある施設から往診を実施した患者については、患者延べ数に含みません。
②訪問診療を実施した患者延べ数 (106) ※任意	令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間において訪問診療を実施した患者延べ数をご報告ください。 なお、訪問診療とは、在宅で療養を行っており、通院が困難な患者に対して、同意を得たうえで計画的な医学管理の下、定期的に医師が訪問して診療を行うものを指します。 同じ法人が経営している等の貴院と特別な関係にある施設から訪問診療を実施した患者は、患者延べ数に含めません。
なお、「13. 往診、訪問診療を実施した患者延べ数」については、令和9年度報告以降、削除予定としております。	

14. 看取りを行った患者数	
(107)～(112) ※任意	令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間の実施状況をご報告ください。 看取りを行った患者数とは、診療報酬の算定の有無に関わらず、在宅療養を担当した患者のうち、死亡診断を行った患者を指します。 また、在宅療養を担当した患者とは、直近1年間に訪問診療、往診等の在宅医療に係る診療を行った患者を指します。 連携医療機関とは、自院を含め、緊急時の受入について平時から取り決めを行っている医療機関を指し、診療報酬上の在宅支援連携体制を構築している医療機関についても含みます。 自院で死亡した患者は、「（2）医療機関での死亡者数」の「上記（2）のうち、連携医療機関での死亡者数」に計上してください。 介護老人保健施設等の入所施設で死亡した患者は、「（1）医療機関以外での死亡者数」の「上記（1）のうち、自宅以外での死亡者数」に計上してください。
なお、「14. 看取りを行った患者数」については、令和9年度報告以降、削除予定としております。	

15. 分娩件数	
（113）	令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間の分娩を行った件数（正常分娩、帝王切開を含む、死産を除く）をご報告ください（月別の報告は任意）。なお、双生児の場合、経膣分娩については2件、帝王切開については1件としてください。

16. 救急医療の実施状況	
休日	休日とは、日曜日及び国民の祝日に関する法律第3条に規定する祝日（元日、成人の日、建国記念の日、天皇誕生日、春分の日、昭和の日、憲法記念日、みどりの日、こどもの日、海の日、山の日、敬老の日、秋分の日、スポーツの日、文化の日、勤労感謝の日）、1月2日及び3日並びに12月29 日、30 日及び 31 日を指します。また、祝日の振替休日は休日に含みます。
夜間・時間外	夜間・時間外とは、貴院が表示する診療時間以外の時間（休日を除く）を指します。 なお、診療時間以外の時間の標準は、概ね午前8時前と午後6時以降（土曜日の場合は、午前8時前と正午以降）及び休日以外の日を終日休診日とする医療機関における当該休診日とします。 ただし、午前中及び午後6時以降を診療時間とする医療機関等については、表示する診療時間以外の時間を時間外としてください。
診察後直ちに入院となった患者延べ数	診察後直ちに入院となった患者延べ数は、入院治療を必要とする重症患者に救急医療を提供した患者の延べ数を指します。 救急患者として受け入れた患者が、処置室、手術室等で死亡した場合は、患者延べ数に計上してください。
救急車の受入	救急車の受入とは、救急用の自動車及び救急医療用ヘリコプター等により搬送された患者の受け入れを指します。 病院間の搬送は対象となりません。ただし、他院で対応不能のために搬送された場合（他院に救急搬送されたものの、検査や処置の結果対応不能と判断されて搬送された場合、他院入院中の患者が他院で対応不能な疾患を発症したため搬送された場合等）は計上してください。また、現場からの要請に応じて、ドクターカー、ドクターヘリ、防災ヘリが出動した場合は計上してください。 公共の救急車以外の車両を使用した場合も、傷病者の緊急搬送のために必要な特別な構造や装置を有する救急用自動車により傷病者を緊急搬送した場合は計上してください。このため、貴院の救急車を使用したものについては、これに該当する場合には含みますが、介護車両を使用したものは含みません。
患者延べ数の数え方	同一人物が、同日に2回来院した場合は2人とカウントしますが（3回来院した場合は3人、4回来院した場合は4人等）、同一回の来院で複数診療科を受診した場合には1人と計上してください。 患者あるいはその看護に当たっている者から電話等で治療上の意見を求められて指示し再診料を算定した場合は、患者延べ数に計上してください。 救急医療への該当性や疾患に依らず、休日・夜間・時間外に対応した患者数をカウントしてください。 休日や夜間・時間外にオンライン診療や電話受診した患者はカウントしません。
①休日に受診した患者延べ数 (114)～(115)	令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間の休日に受診した患者延べ数をご報告ください。なお、休日の定義は、貴院の診療日・診療時間に関わらず、上記の記載に従って患者延べ数を**月毎に**計上してください。1年間の件数には毎月の合計値が自動的に入力されます。 また、そのうち、診療後直ちに入院となった患者延べ数についてもあわせて**月毎に**ご報告ください。 なお、休日の夜間に受診した患者は、「休日に受診した患者延べ数」にのみ計上してください。また、休日に往診を行った患者も計上してください。休日に予約診療を行った患者と訪問診療を行った患者は、計上しないでください。
②夜間・時間外に受診した患者延べ数　(116)～(117)	令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間の夜間に受診した患者延べ数を**月毎に**ご報告ください。1年間の件数には毎月の合計値が自動的に入力されます。うち、診療後直ちに入院となった患者延べ数も、あわせて**月毎に**ご報告ください。

	なお、休日の夜間に受診した患者は、「休日に受診した患者延べ数」にのみ計上し、「夜間・時間外に受診した患者延べ数」に計上しないでください。夜間に往診を行った患者は、計上してください。夜間に訪問診療を行った患者は、計上しないでください。
③救急車の受入件数　(118)	令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間の救急車の受入件数について**月毎に**ご報告ください。1年間の件数には毎月の合計値が自動的に入力されます。 なお、救急車の受入とは、救急用の自動車及び救急医療用ヘリコプターにより搬送された患者の受け入れをいいます。また、病院間の搬送は対象となりません。ただし、他院で対応不能のために搬送された場合は計上してください。また、現場からの要請に応じて、ドクターカー、ドクターヘリ、防災ヘリが出動した場合は計上してください。 救急車の受入件数は、休日・夜間に関わらず計上してください。

17. リハビリテーションの状況	
①リハビリテーションを実施した患者の割合（119）※任意	令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間の在院患者延べ数について、疾患別リハビリテーション料で厚生労働大臣が定める患者に対して疾患別リハビリテーションを提供した日の患者延べ数の割合をご報告ください。 【1 年間の場合】（小数点第 2 位を四捨五入）（単位：%） $\text{リハビリテーションを実施した患者の割合} = \dfrac{\text{各月の厚生労働大臣が定める患者に対して心大血管疾患リハビリテーション、脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション、運動器リハビリテーション及び呼吸器リハビリテーションを提供した日の患者の延べ数の合計}}{\text{当該病棟に入院していた患者の在院患者延べ数}} \times 100$ 【月別の場合】（小数点第 2 位を四捨五入）（単位：%） $\text{当該月のリハビリテーションを実施した患者の割合} = \dfrac{\text{当該月の厚生労働大臣が定める患者に対して心大血管疾患リハビリテーション、脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション、運動器リハビリテーション及び呼吸器リハビリテーションを提供した日の患者の延べ数}}{\text{当該月の当該病棟に入院していた患者の在院患者延べ数}} \times 100$ なお、疾患別リハビリテーション料で厚生労働大臣が定める患者であっても、疾患別リハビリテーションを提供していない日の患者の延べ数については、分子には含めないでください。
②平均リハ単位数（120）※任意	令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間に疾患別リハビリテーション料で厚生労働大臣が定める患者に対して提供された疾患別リハビリテーションの総単位数について、入院部門において疾患別リハビリテーションを提供した日の患者の延べ数で除した1日当たりリハビリテーション提供単位数をご記入ください。

	【1 年間の場合】（小数点第 2 位を四捨五入）（単位：単位） $$\text{平均リハ単位数} = \frac{\text{各月の厚生労働大臣が定める患者に対して提供された心大血管疾患リハビリテーション、脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション、運動器リハビリテーション及び呼吸器リハビリテーションの総単位数の合計}}{\text{厚生労働大臣が定める患者に対して心大血管疾患リハビリテーション、脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション、運動器リハビリテーション及び呼吸器リハビリテーションを提供した日の患者の延べ数}}$$ 【月別の場合】（小数点第 2 位を四捨五入）（単位：単位） $$\text{当該月の平均リハ単位数} = \frac{\text{当該月の厚生労働大臣が定める患者に対して提供された心大血管疾患リハビリテーション、脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション、運動器リハビリテーション及び呼吸器リハビリテーションの総単位数}}{\text{当該月の厚生労働大臣が定める患者に対して心大血管疾患リハビリテーション、脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション、運動器リハビリテーション及び呼吸器リハビリテーションを提供した日の患者の延べ数}}$$ なお、疾患別リハビリテーション料で厚生労働大臣が定める患者であっても、疾患別リハビリテーションを提供していない日の患者の延べ数については、分母には含めないでください。分母は、上記の「17.①リハビリテーションを実施した患者の割合」の分子と同様になります。
③過去１年間の総退院患者数（121)～(125) ※任意	「9. ③退院患者数」で記載した患者について、④以降の設問にご回答ください。
④上記③のうち、入院時の日常生活機能評価が 10 点以上又は機能的自立度評価法（FIM）得点で 55 点以下であった患者数	令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間の総退院患者数のうち、入院時の日常生活機能評価が 10 点以上又は機能的自立度評価法（FIM）得点で 55 点以下であった患者数をご報告ください。
⑤上記④のうち、機能的自立度評価法（FIM）得点で 55 点以下の患者数	そのうち、入院時の日常生活機能評価が 10 点以上又は機能的自立度評価法（FIM）得点が 55 点以下であった患者数、さらにそのうち、退院時（転院時を含む）の日常生活機能評価が、入院時に比較して３点以上（回復期リハビリテーション病棟入院料１又は2の場合には４点以上）又は FIM 総得点で 12 点以上（回復期リハビリテーション病棟入院料１又は2の場合には 16 点以上）改善していた患者数もあわせてご報告ください。なお、上記④の患者数のうち、FIM による評価を行った患者数は、それぞれ内数をご報告ください。
⑥上記④のうち、入院時に比較して退院時（転院時を含む）の日常生活機能評価が３点以上（回復期リハビリテーション病棟入院料１又は2の場合には4点以上）又は FIM 総得点で 12 点以上（回復期リハビリテーション病棟入院料１又は2の場合には 16 点以上）改善していた患者数	なお、死亡退院した患者、診療報酬の算定方法の一部を改正する件（告示）令和元年厚生労働省告示第 43 号別表第１（医科点数表）第2部「通則5」に規定する入院期間が通算される再入院の患者は、計上しないでください。
⑦上記⑥のうち、FIM 総得点で 12 点以上（回復期リハビリテーション病棟入院料１又は2の場合には 16 点以上）改善していた患者数	
なお、「17. リハビリテーションの状況」については、令和9年度報告以降、削除予定としております。	

18. 医療機器の台数	
1台の医療機器が複数の機能を有する場合、主たる医療機器の台数を集計してください。	
①CT の台数　(126)～(130)	令和8年7月1日時点のマルチスライス CT（128 列以上、64 列以上 128 列未満、16 列以上 64 列未満、16 列未満）、その他の CT の台数をそれぞれご報告ください。 なお、64 列以上のマルチスライス CT を保有しているものの、診療報酬上の施設基準の要件を満たしていないために「16 列以上 64 列未満」として届出をされている場合は、施設基準上の要件に関係なく「128 列以上」または「64 列以上 128 列未満」のいずれか該当する項目に台数を計上してください。
②MRI の台数　(131)～(133)	令和8年7月1日時点の3テスラ以上、1.5 テスラ以上3テスラ未満、1.5 テスラ未満の MRI の台数をご報告ください。 なお、1.5 テスラ以上の MRI を保有しているものの、診療報酬上の施設基準の要件を満たしていないために「1.5 テスラ未満」として届出をされている場合は、施設基準上の要件に関係なく「3テスラ以上」または「1.5 テスラ以上3テスラ未満」のいずれか該当する項目に台数を計上してください。
③その他の医療機器の台数 (134)～(144)	令和8年7月1日時点の血管連続撮影装置（デジタル・サブトラクション・アンギオグラフィー法を行う装置）、SPECT、PET、PETCT、PETMRI、ガンマナイフ、サイバーナイフ、強度変調放射線治療器（IMRT）、遠隔操作式密封小線源治療装置、内視鏡手術用支援機器、マンモグラフィの台数をご報告ください。

19. 退院調整部門の設置状況	
①退院調整部門の有無 (145)	令和8年7月1日時点の退院調整部門の設置の有無をご報告ください。 退院調整部門とは、関係職種によって退院支援計画の作成、退院先の検討、退院後の必要なサービスの紹介等を行う部門を指します。 退院調整部門の設置の有無は、退院調整加算の算定の有無や、当該部門の業務が入院患者の退院に係る調整に関する業務に限定されているかに関わらず、ご判断ください。
②退院調整部門に勤務する職員数 (146)～(151) ※任意	退院調整部門を設置している場合、令和8年7月1日時点の退院調整部門に勤務する職種別の職員数を、専従職員・専任職員毎にご報告ください。 専従職員とは、常勤・非常勤を問わず、原則として入院患者の退院に係る調整に関する業務のみに従事している者を指します。 専任職員とは、常勤・非常勤を問わず、退院調整業務とその他の業務を兼務している者を指します（例：午前の3時間は入院部門の看護業務に従事するが、午後の5時間は退院支援室等での業務に従事する者等を指します）。 専任（他部署の業務を兼務している）職員数は、前述の常勤換算の算出方法と同様、貴院の1週間の所定労働時間を基本として小数点第一位まで（小数点第二位を四捨五入）をご報告ください。 看護職員とは、保健師、助産師、看護師、准看護師をいいます。 MSW（メディカルソーシャルワーカー）の職員数については、そのうち社会福祉士の資格を有する者の人数もあわせてご記入ください。

【入院部門の再編・見直しにより過去1年間分の報告が困難な場合】
本診療所票の報告内容について、貴院で令和7年4月1日～令和8年7月1日に入院部門の再編・見直し（新規開設・増床等）を行ったことで、令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間分の状況を令和8年7月1日時点の入院部門の単位で報告することが困難な場合は、本項目にチェックを入れ、令和8年7月1日時点の入院部門の単位で「月単位」で報告が可能な過去の期間をご記載ください。報告年は「和暦」でご記載ください。
なお、期間内における許可病床数の変更を伴わない再編・見直しや休棟・休床の実施は、本項目には該当しません。
本診療所票における上記の設問のうち、「令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間」の状況を報告する項目では、ご記載いただいた対象期間における状況をご報告ください。
【令和8年7月1日に病棟の再編・見直しを行った場合の報告】
令和8年7月1日に許可病床数の変更を伴う病棟の再編・見直しを行ったことで、令和8年7月1日時点の病棟単位で過去の期間の報告が困難な場合は、該当する項目は「0」としてください。 報告様式1の末尾における「令和7年4月1日～令和8年7月1日の間に病棟の再編・見直しにより過去1年間分の報告が困難な場合」の「令和7年4月1日～令和8年7月1日の間に病棟再編・見直しあり」にチェックを入れ、報告可能な対象期間は空欄でご報告ください。
【その他、ご報告にあたっての特記事項】

(152) ※任意	ご報告にあたって、その他特記事項がございましたら自由回答欄にご記載ください。

（2）「医療機関機能票」の確認・記入要領

- 貴診療所が現に担っている医療機関機能、2040年において担う予定の医療機関機能、及びその他医療機関機能の確保等の協議のために必要な診療実績等について、施設管理者及び事務部門の担当者がご報告ください。
- 医療機関機能票では、施設全体の数値をご報告ください。
- 人数や件数など数字を入力する欄において無入力の場合はゼロとみなします。

医療機関・病床・外来管理番号	9月下旬に医療機関あてに発送しております郵便物の送付状に記載されている医療機関・病床・外来管理番号と相違ないか、ご確認ください。
貴院名	令和8年7月1日時点の貴院の医療機関名称をご確認ください。

1. 医療機関機能等	
高齢者救急・地域急性期機能	高齢者救急・地域急性期機能は、高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリテーション・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリテーション等の提供を確保するものをいいます。
急性期拠点機能	急性期拠点機能は、地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行うものをいいます。
在宅医療等連携機能	在宅医療等連携機能は、地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した 24 時間の対応や入院対応を行うものをいいます。
専門等機能	専門等機能は、高齢者救急・地域急性期機能、急性期拠点機能、在宅医療等連携機能にあてはまらない、集中的なリハビリテーション、中長期にわたる入院医療機能、有床診療所が担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行うものをいいます。
医育及び広域診療機能	医育及び広域診療機能は、大学病院本院が担うものであり、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行うものをいいます。
【医療機関機能の選択における留意点】	報告を行う医療機関機能は、診療報酬上の入院料の種類等のみをもって機械的に決定されるものではありません また、医療機関機能と病床機能については、必ずしも一対一で対応するものではありません。 医療機関機能の報告にあたり、在宅医療等連携機能については、地域の医療資源や医療需要等の実情を踏まえ、高齢者救急・地域急性期機能や急性期拠点機能を担う医療機関が、在宅医療や在宅医療の後方支援についても担う場合、複数の医療機関機能を報告することは差し支えありません。ただし、在宅療養中の患者の緊急入院を受け入れうることのみをもって、在宅医療等連携機能を報告することは想定されません。地域での在宅医療の実施等、貴院の状況を総合的に判断し、報告してください。 高齢者救急・地域急性期機能と急性期拠点機能については、医療資源を多く要する医療や高齢者救急の役割分担を明確化するためのものであり、両機能をあわせて報告することはできません。貴院の状況を総合的に判断し、どちらかを選択のうえ、報告してください。
① 2026（令和8）年7月1日時点の機能 (1)	令和8年7月1日時点で自院が担う医療機関機能について、大学病院本院以外の医療機関は、4つの機能（「1. 高齢者救急・地域急性期機能」／「2. 急性期拠点機能」／「3. 在宅医療等連携機能」／「4. 専門等機能」）から、各医療機関のご判断で選択し、ご報告ください。大学病院本院は「5. 医育及び広域診療機能」のみを選択し、ご報告ください。 複数の機能を選択する場合は、「1. 高齢者救急・地域急性期機能」と「3. 在宅医療等連携機能」又は、「2. 急性期拠点機能」と「3. 在宅医療等連携機能」の組み合わせのみ選択可能です。
② 2040 年7月1日時点の機能 (2)	2040 年7月1日時点で自院が担う予定の医療機関機能について、大学病院本院以外の医療機関は4つの機能（「1. 高齢者救急・地域急性期機能」／「2. 急性期拠点機能」／「3. 在宅医療等連携機能」／「4. 専門等機能」）から、各医療機関のご判断で選択し、ご報告ください。なお、2040 年7月1日時点で自院が担う予定の医療機関機能について、地域での協議が調っている場合には、協議が調ったものをご報告ください。大学病院本院は、「5. 医育及び広域診療機能」のみを選択し、ご報告ください。 複数の機能を選択する場合は、「1. 高齢者救急・地域急性期機能」と「3. 在宅医療等連携機能」又は、「2. 急性期拠点機能」と「3. 在宅医療等連携機能」の組み合わせのみ選択可能です。
【医療機関が統合される予定である場合】	医療機関が統合される予定である場合、統合された医療機関が「2040 年7月1日時点で担う予定の医療機関機能」を選択してください。

【医療機関が廃止される予定である場合】	医療機関が廃止される予定である場合、「2026 年7月1日時点で担う医療機関機能」と同一の医療機関機能を選択してください。

2. 構造設備等	
※システム上「2. 構造設備・人員配置」と表示されますが、本項目は、「2. 構造設備等」と読み替えてご報告ください。	
① 同一敷地内又は隣接する敷地内の施設等 (3)	令和8年7月1日時点における同一敷地内又は隣接する敷地内の施設等をご報告ください。 同一敷地内又は隣接する敷地内に複数の分類の施設がある場合には、すべてをご報告ください。 なお、 同一敷地内又は隣接する敷地内に該当する施設がない場合は、「6. 1～5に該当なし」を選択してください。
② 標榜する診療科 (4)～(47)	令和8年7月1日時点の標榜する診療科を選択してください。 それぞれの診療科について、標榜の有無、入院対応の有無、休日対応の有無、夜間・時間外対応の有無に応じて、該当するものを選択してください。 標榜していないが、実際には診療している診療科がある場合には、「1. 標榜なし」を選択してください。また、該当する診療科がない場合は、読み替えが可能な最も近い診療科をご選択ください。なお、読み替えが困難な場合は、「(47)その他の診療科」をご選択ください。 なお、「(4)内科」は、「(5)呼吸器内科」～「(18)心療内科」を包括する項目ではございません。「内科」として標榜される科がない場合には、「(4)内科」の回答は不要です。
③ 建物の建築時期(手術等を実施する建物) (48)	手術等を実施する設備を有する建物が完成した年を、ご報告ください。 なお、手術等を実施する設備を持たない医療機関は、最も面積の大きい建物について、建設時期をご回答ください。建物が一棟のみの場合は、当該建物の建設時期を、ご回答ください。 また、建物が増改築されている場合は、増改築した部分としていない部分のどちらか面積の大きい方について、ご報告ください。
④ 手術室数 (49)～(50)	令和8年7月1日時点の、手術室の総数をご報告ください。また、手術室の総数のうち、稼働している手術室数をご報告ください。なお、稼働している手術室数とは、直近1年間で手術が一度も実施されていない手術室数を除いた手術室数をいいます。
⑤ 指定の有無 (51)～(54)	令和8年7月1日時点における災害拠点病院の指定の有無、へき地医療拠点病院の指定の有無、周産期母子医療センターの指定の有無、小児救命救急センター・地域小児救急救命センターの指定の有無をご報告ください。
⑥ 医療措置協定 (55)～(59)	令和8年7月1日時点の、貴院と都道府県の間での感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律に基づく医療措置協定の締結項目について、ご報告ください。

3. 臨床研修等の実施状況・診療科別医師数	
※システム上「3. 臨床研修の実施状況」と表示されますが、本項目は、「3. 臨床研修等の実施状況・診療科別医師数」と読み替えてご報告ください。	
① 初期臨床研修の実施の有無 (60)	令和8年7月1日時点の、初期臨床研修の実施の有無をご報告ください。実施している場合には、基幹型臨床研修、協力型臨床研修のどちらを実施しているかをご報告ください。なお、基幹型臨床研修及び協力型臨床研修の両方を実施している場合は、「1. 基幹型臨床研修の実施有り」とご報告ください。
② 自院が基幹型として管理するプログラムに所属する初期研修医数 (61)	基幹型臨床研修を実施している場合、令和8年7月1日時点の自院が基幹型として管理するプログラムに所属する初期研修医数をご報告ください。
③ 専門研修の実施の有無 (62)～(80)	令和8年7月1日時点の専門研修の実施有無を、診療科毎にご報告ください。
	実施している場合、基幹施設、連携施設のうち、該当するものをご報告ください。なお、基幹施設および連携施設の両方で研修を実施している場合は、「有り(基幹施設)」とご報告ください。
④ 診療科別医師数 (81)～(114)	令和8年7月1日時点の診療科毎の医師数について、常勤職員・非常勤職員毎にご報告ください。 また、常勤のうち、専攻医の数をご報告ください。なお、「(81)内科」「(93)外科」「(105)放射線科」の内訳に該当する診療科がない場合は、「(81)内科」「(93)外科」「(105)放射線科」に計上してください。
内科、外科、放射線科	「(81)内科」については、内訳に該当する診療科(消化器内科、循環器内科等)を含めた内科を主たる診療科とする医師の総数を計上してください。内訳に該当する診療科については、その内数として、各科を主たる診療科とする医師の数を計上してください。なお、内訳に該当する診療科が存在しない場合であっても、対応する専門医を取得している常勤医師については、当該診療科において計上してください。「(93)外科」、「(105)放射線科」についても同様にご報告ください。
【複数の診療科を兼務している場合の報告】	複数の診療科を兼務している医師については、主たる診療科のみ計上してください。

【記入のイメージ】	例1：診療科として、消化器内科、循環器内科、内科（その他の内科疾患を扱う。）の3科が存在。それぞれ常勤医師2名が勤務しており、内科2名のうち1名は呼吸器内科専門医を取得済み、もう1名は内科の専攻医。 →内科の常勤医師「６人」を計上、うち専攻医「１人」を計上。内科の内数として、消化器内科の常勤医師「２人」を計上、循環器内科の常勤医師「２人」を計上、呼吸器内科の常勤医師「１人」を計上。 例2：診療科として、外科の1科が存在。常勤医師4名が勤務しており、うち3名は消化器外科専門医を取得済み。そのうち1名は乳腺外科専門医も取得済みだが、主として消化器外科に従事。4名のうち、もう1名は救急科と兼務しているが、主として外科に従事。 →外科の常勤医師「４人」を計上。外科の内数として、消化器外科の常勤医師「３人」を計上。
常勤	常勤医師とは、雇用形態に関わらず貴院で定められた勤務時間をすべて勤務する者を指します。ただし、貴院で定めた1週間の勤務時間が 32 時間未満の場合は、32 時間以上勤務している者を常勤として計上し、その他は非常勤（常勤換算）として計上します。
非常勤	非常勤医師とは、貴院と雇用関係にあって上記の常勤でない医師を指します。貴院の1週間の所定労働時間を基本として、下記のように常勤換算して小数点第一位まで（小数点第二位を四捨五入）をご報告ください。 例：1 週間の通常の勤務時間が 40 時間の病院で、週2日（各日3時間）勤務の医師が1人と、週3日（各日5時間）勤務の医師が2人いる場合 （所定の勤務時間数を超えて行われた時間外勤務は含みません） 非常勤医師数 ＝ （２日×３時間×１人）＋（３日×５時間×２人） ／ （40時間） ＝ 0.9人 なお、非常勤医師が月単位で管理されている場合には、1か月の所定労働時間を用いて、1か月の勤務時間について常勤換算して計上してください。
医師の数え方	診療科別医師数は、有給・無給を問わず令和8年7月1日時点で当該医療施設に雇用されている者を計上します。 ・7月1日に欠勤している場合でも、雇用されていれば計上します。 ・7月1日の採用者は計上しますが、退職者は計上しません。 ・貴院が直接雇い入れた者、派遣労働者、出向者、一般の従事者と同様の勤務状況にある家族従事者を含めます。業務請負の労働者、ボランティアは対象外です。
【医師が定期的に他院で診察をしている場合の報告】	正職員の医師が定期的に他院で診察をしている場合、自院での診察時間のみを計上してください。
【当直医を外部に委託している場合の報告】	当該施設と雇用関係（施設が直接雇い入れた者、派遣労働者、出向者、一般の従事者と同様の勤務状況にある家族従事者）がある場合は非常勤医師に計上してください。
【長期にわたって勤務していない医師、産前・産後休暇や育児休暇中の医師の扱い】	7月1日現在、貴院に勤務していない者で、長期にわたって勤務していない者（3か月を超える者。予定者を含む）は、計上しないでください。 ただし、労働基準法（昭和 22 年法律第 49 号）で定める産前・産後休業（産前6週間・産後8週間）並びに育児休業、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（令和6年法律第 42 号改正）で定める育児休業及び介護休業を取得している者は、計上してください。休業中の者に代替者がいる場合は、代替者のみを計上してください（休業中の者は含めない）。 休業中で代替者がいない者は、7月1日時点で所属している診療科の医師数に計上しますが、特定の診療科に所属していない場合は「その他の診療科の医師数」に計上してください。
【短時間勤務の常勤医師の扱い】	勤務時間でご判断ください。1週間の勤務時間が 32 時間未満の場合は、非常勤医師に計上してください。

4. 在宅医療部門の設置状況	
① 在宅医療部門の有無 (115)	令和8年7月1日時点の在宅医療部門の有無をご報告ください。在宅医療部門とは、在宅療養中の患者に対して訪問診療や往診等の提供を行う部門を指します。在宅医療部門の設置の有無は、在宅医療に係る診療報酬項目の算定の有無等に関わらず、実態に基づいてご判断ください。
② 在宅医療部門に勤務する職員数 (116)～(128)	在宅医療部門の設置をしている場合、令和8年7月1日時点の在宅医療部門に勤務する職種別の職員数を、専従職員・専任職員毎にご報告ください。
専従職員	専従職員とは、常勤・非常勤を問わず、原則として在宅医療に関する業務のみに従事している者を指します。
専任職員	専任職員とは、常勤・非常勤を問わず、在宅医療業務とその他の業務を兼務している者を指します（例：午前の3時間は病棟の看護業務に従事するが、午後の5時間は在宅医療部門等での業務に従事する者等を指します）。

他部署の業務を兼務している専任職員	専任（他部署の業務を兼務している）職員数は、前述の常勤換算の算出方法と同様、貴院の 1 週間の所定労働時間を基本として小数点第一位まで（小数点第二位を四捨五入）をご報告ください。

5. 救急外来の設置状況	
① 救急外来の有無 （129）	令和8年7月1日時点の救急外来部門の有無をご報告ください。救急外来部門とは、一般外来とは区別された専用の診察室等の設備を有し、救急搬送患者を含む救急患者の受入に対応する部門を指します。救急外来部門の設置の有無は、救急外来医学管理料の算定の有無に関わらず、実態に基づいてご判断ください。
② 救急外来の初療を担当する職員数 （130）～（134）	救急外来部門の設置をしている場合、平均的な1日において、救急外来の初療に従事する職種別の職員数を、日中、休日、夜間・時間外毎にご報告ください。他の業務を兼務しているものの、要請に応じて確実かつ速やかに救急外来での初療に従事することができる職員（例：病棟業務を行いつつも、常時救急外来での初療に対応することが可能な医師）は計上してください。 なお、本項目では救急外来部門に所属する職員の延べ人数ではなく、各時間帯において、実際に初療に従事する職員数を報告してください。
休日	休日とは、日曜日及び国民の祝日に関する法律第3条に規定する祝日（元日、成人の日、建国記念の日、天皇誕生日、春分の日、昭和の日、憲法記念日、みどりの日、こどもの日、海の日、山の日、敬老の日、秋分の日、スポーツの日、文化の日、勤労感謝の日）、1月2日及び3日並びに 12 月 29 日、30 日及び 31 日を指します。また、祝日の振替休日は休日に含みます。
夜間・時間外	夜間・時間外とは、貴院が表示する診療時間以外の時間（休日を除く）を指します。なお、診療時間以外の時間の標準は、概ね午前8時前と午後6時以降（土曜日の場合は、午前8時前と正午以降）及び休日以外の日を終日休診日とする医療機関における当該休診日とします。ただし、午前中及び午後6時以降を診療時間とする医療機関等については、表示する診療時間以外の時間をもって時間外としてください。

6. 地域への派遣医師数、派遣医療機関数	
※システム上「令和 8 年 7 月 1 日時点」と表示されますが、本項目は、「令和 8 年 3 月 31 日時点」と読み替えてご報告ください。	
① 地域の医療機関への派遣医師数 （135）	大学病院本院の場合、令和8年3月 31 日時点の地域の医療機関への派遣医師数をご報告ください。
医師の数え方	「特定機能病院に関する事項について」（令和8年4月 24 日医政発 0424 第9号）6（3）における「派遣される常勤医師換算数」を記載してください。なお、歯科医師は含みません。
② 派遣先医療機関数 （136）	大学病院本院の場合、令和8年3月 31 日時点の派遣先医療機関数をご報告ください。「特定機能病院に関する事項について」（令和8年4月 24 日医政発 0424 第9号）6（3）における「派遣される常勤医師換算数」に算入される医師の派遣先医療機関の数を記載してください。

7. 休日、夜間・時間外の救急受入・各種診療体制の有無	
令和8年7月1日時点の休日、夜間・時間外の救急受入・各種診療体制の有無をご報告ください。	
休日	休日とは、日曜日及び国民の祝日に関する法律第3条に規定する祝日（元日、成人の日、建国記念の日、天皇誕生日、春分の日、昭和の日、憲法記念日、みどりの日、こどもの日、海の日、山の日、敬老の日、秋分の日、スポーツの日、文化の日、勤労感謝の日）、1月2日及び3日並びに 12 月 29 日、30 日及び 31 日を指します。また、祝日の振替休日は休日に含みます。
夜間・時間外	夜間・時間外とは、貴院が表示する診療時間以外の時間（休日を除く）を指します。 なお、診療時間以外の時間の標準は、概ね午前8時前と午後6時以降（土曜日の場合は、午前8時前と正午以降）及び休日以外の日を終日休診日とする医療機関における当該休診日とします。ただし、午前中及び午後6時以降を診療時間とする医療機関等については、表示する診療時間以外の時間をもって時間外としてください。
救急受入 （137）	休日、夜間・時間外において、救急患者の受入を行う体制がある場合、ご選択ください。救急外来部門の設置がない場合であっても、医療機関全体として救急患者を受け入れる体制がある場合には選択してください。
検体検査 （138）	休日、夜間・時間外において、緊急の検体検査を実施する体制がある場合、ご選択ください。
CT 検査 （139）	休日、夜間・時間外において、緊急の CT 検査を実施する体制がある場合、ご選択ください。
MRI （140）	休日、夜間・時間外において、緊急の MRI 検査を実施する体制がある場合、ご選択ください。
内視鏡検査 （141）	休日、夜間・時間外において、緊急の消化管内視鏡検査を実施する体制がある場合、ご選択ください。
血管造影検査 （142）	休日、夜間・時間外において、緊急の血管造影検査を実施する体制がある場合、ご選択ください。
小児科診療 （143）	休日、夜間・時間外において、小児科の救急患者の診療を実施する体制がある場合、ご選択ください。
産科診療 （144）	休日、夜間・時間外において、産科の救急患者の診療を実施する体制がある場合、ご選択ください。
全身麻酔を伴う手術 （145）	休日、夜間・時間外において、全身麻酔を伴う緊急手術を実施する体制がある場合、ご選択ください。

8. 救急医療の提供状況	
※システム上「8. 救急搬送の受け入れ状況」と表示されますが、本項目は、「8. 救急医療の提供状況」と読み替えてご報告ください。	
① 救急搬送の受け入れ件数(146)～(155) ※任意	令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間の救急搬送の受入件数について搬入元および患者年齢階級毎にご報告ください。 救急搬送の受入とは、救急用の自動車及び救急医療用ヘリコプター等により搬送された患者の受け入れを指します。 また、公共の救急車以外の車両を使用した場合も、傷病者の緊急搬送のために必要な特別な構造や装置を有する救急用自動車により傷病者を緊急搬送した場合は計上してください。このため、貴院の救急車を使用したものについては、これに該当する場合には含みますが、介護車両を使用したものは含みません。 救急搬送の受入件数は、休日、夜間に関わらず計上してください。
診療所・病院からの転院搬送	他の有床診療所・病院から、初期診療後の救急患者又は入院患者の転院搬送を受け入れた件数を計上してください。
② 上り・下り搬送の状況（送り出し数、受け入れ数）（156）～(161) ※任意	令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間の上り・下り搬送の状況をご報告ください。上り搬送、下り搬送については、救急患者連携搬送料の算定の有無に関わらず、実態に基づいてご判断ください。
上り搬送	ここで言う上り搬送とは、初期診療後の救急患者又は病状の悪化した入院患者であって、より高度で専門的な体制を有する医療機関での対応が必要と判断された患者について、急性期の治療を目的として初期診療後又は病状悪化後早期に搬送する場合を指します。
下り搬送	ここで言う下り搬送とは、初期診療後の救急患者又は急性期治療後の入院患者であって、他の医療機関でも対応可能と判断された患者について、地域における医療資源の効率的な活用を目的として初期診療後又は急性期治療後早期に搬送する場合を指します。
診療所・病院からの転院搬送	診療所・病院から受け入れた転院搬送について、上り搬送、下り搬送毎に件数をご報告ください。なお、上り搬送、下り搬送に該当しない場合は、その他の受け入れ数としてご報告ください。その他に該当する場合としては、特定の診療科の不在を理由として、同程度の体制を有する他の医療機関へ搬送する場合や、一連の入院治療を終えたうえで、他の医療機関での長期的な療養等を目的として一定期間を経て計画的に搬送する場合等が該当します。
上り搬送送り出し数	上り搬送として患者を送り出した件数をご報告ください。
下り搬送送り出し数	下り搬送として患者を送り出した件数をご報告ください。

9. 高齢者等への医療の提供状況	
① 年齢階級別退院患者数(162) ※任意	令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間の年齢階級別退院患者数をご報告ください。
【一般病床・療養病床に入院するショートステイ利用者、正常な妊産婦、院内で出生した正常な新生児、生母の入院に伴って入院した健康な新生児又は乳児、公費負担医療、労災保険制度や労働福祉事業としての医療、自賠責、治験、人間ドック、母体保護法、その他の自由診療等での入院者の扱い】	該当する患者が退院した場合、退院患者数にカウントしてください。
【入院期間が通算される再入院の患者の扱い】	1入院1単位と考え、入院期間が通算される再入院患者等についても、退院患者数に数えてください。
【救急患者として受け入れた患者が処置室、手術室等において死亡した場合の扱い】	救急患者として受け入れ、処置室、手術室等において死亡した患者について入院料を算定する場合であっても、退院患者数には計上しないでください。
【日帰り入院の扱い】	入院基本料を算定している場合は退院患者数に含めてください。
【死産の扱い】	死産の届出を行ったものについては、退院患者数には計上しないでください。
② 休日におけるリハビリテーションの実施体制の有無 （163）	令和8年4月1日時点のリハビリテーション実施体制の有無をご報告ください。 休日におけるリハビリテーションの実施体制の有無は、休日リハビリテーション加算の算定の有無に関わらず、体制の有無をご判断ください。

③ 回復期リハビリテーション病棟退棟患者数 (164)～(170) ※任意	回復期リハビリテーション病棟入院料及び回復期リハビリテーション入院医療管理料を算定する病棟又は病室を有する医療機関の場合、令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間の回復期リハビリテーション病棟退棟患者数を、疾患分類毎および入院期間毎にご報告ください。 WEB フォームでご回答の場合は、疾患分類別および入院期間別の内訳の患者数をご記入いただいた後、自動計算にて合算された患者数をあわせてご確認ください。 回復期リハビリテーション病棟退棟患者とは、令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間に回復期リハビリテーション病棟入院料及び回復期リハビリテーション入院医療管理料を算定する病棟又は病室から退棟した患者及び回復期リハビリテーション病棟入院料及び回復期リハビリテーション入院医療管理料を算定しない他病棟に移動した患者をいいます。入院後の1回目の当該病棟からの退棟(退室)のみを数え、同一病棟(病室)からの再退棟は数えません。また、令和7年4月1日以前から入棟していた患者であっても、令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間に退棟した患者は計上してください。 回復期リハビリテーション入院医療管理料を算定する病室から同一病棟内への退室は、退棟患者に含まれません。 回復期リハビリテーション病棟(病室)在棟中、回復期リハビリテーション病棟入院料(入院医療管理料)を算定しなかった患者及び死亡した患者は計上しないでください。

10. 高齢者施設等との連携状況	
① 協力医療機関となっている高齢者施設等の数 (171)～(174)	令和8年7月1日時点で協力医療機関として要件のいずれかを満たす高齢者施設等の数を、施設等類型毎にご報告ください。
要件	要件とは、各介護保険施設の基準省令に定める以下の協力医療機関の要件を指します。 【要件①】入所者の病状が急変した場合等において医師又は看護職員が相談対応を行う体制を、常時確保していること。 【要件②】当該介護保険施設からの診療の求めがあった場合において診療を行う体制を、常時確保していること。 【要件③】入所者の病状が急変した場合等において、当該介護保険施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。 (「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準」第 28 条第 1 項各号、「介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準」第 33 条の 2 第 1 項各号及び「介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準」第 37 条の 2 第 1 項各号に則る。) また、要件のいずれかを満たす高齢者施設等のうち、「電子的システムにより当該協力医療機関において、当該施設の入所者の情報が随時確認できる体制が確保されている高齢者施設等の件数」および「要件③を満たす」高齢者施設等の件数をそれぞれご報告ください。
② 協力対象施設入所者の緊急時の受入のため確保している病床数 (175)	令和8年7月1日時点の協力対象施設入所者の緊急時の受入のため確保している病床数をご報告ください。 貴院が受け入れ可能としている病床数をご報告ください。専用病床として常時確保している必要はありません。 令和8年7月1日時点の空床数ではありません。
③ 高齢者施設等との連携実績 (176)～(190) ※任意	令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の高齢者施設等との連携実績について、協力対象施設入所者の急変時等における外来診療件数、協力対象施設入所者の急変時等における往診件数、協力対象施設入所者の急変時等における入院受入件数をご報告ください。介護保険施設等連携往診加算や協力対象施設入所者入院加算の算定の有無に関わらず計上してください。

11. 在宅医療の提供状況	
① 連携する医療機関数 (191)～(192)	令和8年7月1日時点の連携する医療機関数をご報告ください。
在宅医療に係る連携先	在宅医療に係る連携先とは、在宅医療を連携して実施している医療機関を指します。具体的には、在宅医療の提供を行うに当たって、24 時間対応を分担する等の連携を行っている医療機関の数をご報告ください。
後方支援に係る連携先	後方支援に係る連携先とは、自院が後方支援を行っている支援先の医療機関を指します。具体的には、在宅医療を提供している医療機関であって、当該医療機関が在宅医療を提供している患者の急変時等に自院で緊急の入院受入を行うことについて平時からの取り決めを行っている医療機関の数をご報告ください。
② (同一敷地内、隣接敷地内以外の)連携する訪問看護ステーション数 (193)	令和8年7月1日時点の、24 時間訪問看護の提供に当たって連携体制を有する訪問看護ステーション(同一敷地内及び隣接敷地内の訪問看護ステーションを除く。)の数をご報告ください。

③ 訪問診療の対象としている施設等の数 （194）	令和8年7月1日時点の訪問診療の対象としている施設等の数をご報告ください。 なお、訪問診療とは、在宅で療養を行っており、通院が困難な患者に対して、同意を得たうえで計画的な医学管理の下、定期的に医師が訪問して診療を行うものを指します。
④ 在宅療養患者の受入のため確保している病床数 （195）	令和8年7月1日時点の在宅療養患者の受入のため確保している病床数をご報告ください。
	貴院が受け入れ可能としている病床数をご報告ください。専用病床として常時確保している必要はありません。
⑤ 在宅療養患者の受入状況 （196）～（198） ※任意	令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の緊急入院受入件数（在宅療養中の患者の緊急入院のみ）をご報告ください。 自院が訪問診療を行っていない在宅療養中の患者の緊急入院を受け入れた場合、「それ以外の患者」としてご報告ください。
⑥看取りの実績 （199）～（205） ※任意	令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の看取りの実績について、医療機関以外での看取り数、医療機関での看取り数をご報告ください。 看取りを行った患者数とは、診療報酬の算定の有無に関わらず、在宅療養を担当した患者のうち、死亡診断を行った患者を指します。 なお、在宅療養を担当した患者とは、直近1年間に訪問診療、往診等の在宅医療に係る診療を行った患者を指します。 連携医療機関とは、自院を含め、緊急時の受入について平時から取り決めを行っている医療機関を指し、診療報酬上の在宅支援連携体制を構築している医療機関についても含みます。 自院で死亡した患者は、「（2）医療機関での死亡者数」の「上記（2）のうち、連携医療機関での死亡者数」に計上してください。 介護老人保健施設等の入所施設で死亡した患者は、「（1）医療機関以外での死亡者数」の「上記（1）のうち、自宅以外での死亡者数」に計上してください。

参考

- 日常生活機能評価の測定方法

  「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和８年３月５日 保医発0305第７号） （別添６別紙21）

  https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001732097.pdf

令和８年度　医療機関機能・病床機能報告

医療機関機能・病床機能報告　報告様式２

確認・記入要領

（病院・有床診療所共通）

（1.0版）

― 目　次 ―

《重要なお知らせ》..... 1
I.　報告の概要 2
（1）　医療機関機能・病床機能報告制度の概要 2
（2）　報告様式2の作成・提出の進め方 2
（3）　「報告様式2」について 2
（4）　報告期限 8
（5）　問い合わせ窓口 8
II.　報告様式2の確認・記入の手引き 10
（1）　「基本票」の確認・記入要領 14
（2）　「病棟票」の確認・記入要領 14
1.算定する入院基本料・特定入院料等の状況 15
2.有床診療所の多様な機能の状況 16
3.幅広い手術の実施状況 16
4.がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療状況 17
5.重症患者への対応状況 19
6.救急医療の実施状況 20
7.急性期後の支援・在宅復帰への支援の状況 21
8.全身管理の状況 22
9.疾患に応じたリハビリテーション・早期からのリハビリテーションの実施状況 23
10.長期療養患者の受入状況 24
11.重度の障害児等の受入状況 24
12.医科歯科の連携状況 24
13.当該病棟における医療機能の報告の再確認 25
（3）　「手術（個別）票」及び「全身麻酔手術（個別）票」の確認・記入要領 26
（4）　「医療機関機能票」の確認・記入要領 28
1.救急医療の提供状況 28
2.手術に関する実績 28
3.高齢者等への医療の提供状況 29
4.高齢者施設等との連携状況 30
5.在宅医療の提供状況 30

《重要なお知らせ》

報告内容に係る見直し事項

・【重要】医療機関機能報告の開始に伴い、医療機関機能票を追加しました。

・病棟票「４．がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療状況」の「④放射線治療」に「ホウ素中性子捕捉療法」が追加になりました。

・病棟票「４．がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療状況」から以下項目が削除となりました。

- 脳血管内手術
- 経皮的冠動脈形成術のうち、以下項目
  - 経皮的冠動脈形成術（その他のもの）
  - 経皮的冠動脈形成術（高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるもの）
  - 経皮的冠動脈形成術（エキシマレーザー血管形成用カテーテルによるもの）
  - 経皮的冠動脈形成術（アテローム切除アブレーション式血管形成術用カテーテルによるもの）
  - 経皮的冠動脈ステント留置術（その他のもの）
  - 冠動脈内血栓溶解療法
  - 経皮的冠動脈血栓吸引術

・病棟票「６．救急医療の実施状況」から以下項目が削除となりました。

- 急性期充実体制加算
- 急性期充実体制加算１
- 急性期充実体制加算２

Ⅰ. 報告の概要

（1） 医療機関機能・病床機能報告制度の概要

本報告は、令和８年度より開始された医療機関機能報告制度および平成26年度より開始された病床機能報告制度に基づき実施しています（医療法第 30 条の 13）。医療機関機能報告では、各医療機関が現に担っている医療機関機能、2040年において担う医療機関機能及びその他医療機関機能の確保等の協議のために必要な診療実績等をご報告いただきます。病床機能報告では、「病棟単位」を基本として当該病床において担っている病床機能の現状と今後の方向、具体的な報告事項をあわせてご報告いただきます。

（2） 報告様式2の作成・提出の進め方

報告様式２は、①基本票、②病棟票、③医療機関機能票から構成されています。

後述の「Ⅱ．報告様式２の確認・記入の手引き」をご参照のうえ、各項目についてご確認、ご報告いただき、別冊『令和８年度医療機関機能・病床機能報告 報告マニュアル』のスケジュールに従って、以下の手順で報告様式２の作成と提出をお願いします。

（ア）G-MIS 上の WEB フォームで作成・提出する場合

G-MIS 上の WEB フォームでご報告いただきます。報告内容を機械的に判定し、必要に応じてエラーメッセージが表示されます。エラーメッセージが表示された場合は、メッセージの内容をご確認のうえ、報告内容を修正してください。

入力後は保存のうえ、［報告］ボタンをクリックしてご提出ください。なお、報告漏れや明らかな誤りがある場合、提出できないことがあります。その場合には入力内容を再度ご確認ください。

※深夜の２:00～５:00はシステムのメンテナンスが行われるため、医療機関機能・病床機能・外来機能報告の G-MIS 上での入力はお控えください。システムメンテナンス中に入力すると入力内容が正常に反映されない可能性があります。

（イ）紙媒体に記入して作成・提出する場合

紙媒体での報告を希望される場合は、別冊『令和８年度医療機関機能・病床機能報告 報告マニュアル』の手順に従って紙媒体の報告様式を入手してください。紙媒体の報告様式発送は、受付から５～10営業日程度を要する場合があります。記入した紙媒体の報告様式は、入手時に同封されている返信用封筒でご提出ください。なお、報告の正確性の観点から、可能な限り G-MIS 上の WEB フォームで報告を行ってください。

※貴院において医科レセプト、歯科レセプトの両方の診療報酬請求を行っている場合、報告様式２は医科と歯科を合わせてご報告ください。

（3）「報告様式2」について

- 「報告様式２」はレセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）から事前に集計した結果をプレプリントしております。参考値としてご活用ください。なお、「③医療機関機能票」の「5－① 在宅医療の実績」のうち、介護 DB 及び訪問看護レセプトを用いて集計する項目については、プレプリントデータは表示されません。

○ 「報告様式２」は、施設単位で作成する「①基本票」および「③医療機関機能票」と、病棟単位で作成する「②病棟票」で構成されています。すべてご記入のうえ、ご提出ください。

○ 報告様式２「②病棟票」の報告項目は、一部を除き診療報酬で定める診療行為に着目して設定されています。病棟コードに基づき病棟単位で各項目についてご報告ください。

○ 一部の項目では、項目の内訳を入力すると合計が自動計算される等、入力の簡易化や誤入力防止のための機能を設けています。自動計算される項目への直接の入力はできませんので、他の項目を入力のうえ、計算結果をご確認ください。

○ 他項目の入力結果より報告が不要となる一部の項目については、当該項目の回答欄が入力不可（グレーアウト）となる機能を設けています。

① **基本票：**

・ 貴院の医療機関名称や、医療機関・病床・外来管理番号、医療機関住所、本報告のご担当者・連絡先、令和８年４月の診療報酬請求時にレセプトに記載した都道府県番号（２桁）・医療機関コード（７桁）等についてご報告ください。

・ なお、医科歯科併設の場合は、医科の医療機関コードと歯科の医療機関コードの両方をそれぞれ所定の欄にご報告ください。

・ 病院は、令和７年４月～令和８年３月診療分の病棟コード（９桁）についてもあわせてご報告ください。

② **病棟票：**

・ 一般病床・療養病床における令和７年４月から令和８年３月診療分の各診療行為の実施状況について、「病棟単位」で当該診療報酬の「レセプト件数」「算定日数」「算定回数」をご報告ください。

・ 病棟票における「病棟」の単位は、原則、病院である保険医療機関の各病棟における看護体制の1単位をもって病棟として取り扱うものとします（「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）に則る）。ただし、特定入院料（※）を算定する治療室・病室については、当該施設基準の要件を満たす体制の1単位をもって病棟として取り扱うものとします。

※ 特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料３、小児入院医療管理料４、回復期リハビリテーション入院医療管理料、地域包括ケア入院医療管理料１～４、一類感染症患者入院医療管理料を算定する場合は除く。

・ 紙媒体を用いる医療機関においては、本項目の記載に当たり、上記の「基本票」で記入した「病棟コード」「病棟名」と各病棟票１枚目の「病棟コード」「病棟名」が一致するようご留意ください。

・ 一般病床・療養病床における令和７年４月～令和８年３月診療分の電子入院レセプトに記載された「病棟コード」に未入力や入力誤りがある場合は、厚生労働省 「令和８年度 医療機関・病床・外来機能報告」事務局（以下「制度運営事務局」という。）では正しい病棟単位で集計を行うことができません。医療機関において修正を行ったうえでご報告ください（詳細は後述の「Ⅱ.報告様式２の確認・記入の手引き」をご参照ください）。

・ なお、特定入院料、療養病棟入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料等において、入院料に包括されている診療行為は計上しないでください。ただし、DPC 対象患者において、診断群分類により包括評価となる診療行為については計上してください。

③ **医療機関機能票：**

・ 貴院が現に担っている医療機関機能、2040年において担う予定の医療機関機能、及びその他医療機関機能の確保等の協議のために必要な診療実績等をご報告いただきます。

■「レセプト件数」、「算定日数」、「算定回数」のカウントにおける留意事項

○ 各項目のうち、診療報酬点数表に定められた１行為が「１日につき１回」とされているもの等、「算定回数」と「算定日数」が同一となるものについては、「算定回数」のみご記入ください。また、「入院中１回」「退院時１回」とされているもの等、「レセプト件数」と「算定日数」「算定回数」が同一となるものについては、「レセプト件数」のみご報告ください。

○ 細目毎に算定日数をカウントしておりますが、合計欄では同日に算定された重複分をカウントしていないため必ずしも内訳と合計欄が一致するとは限りません。

○ レセプト件数についても同様に、同一のレセプトにおいて複数の細目の診療報酬を算定していた場合は重複カウントせず、１件とカウントしてご報告いただくため必ずしも内訳と合計欄が一致するとは限りません。

■ 報告対象となる具体的な医療の内容の範囲について

○ 報告対象は、一般病床又は療養病床の入院患者に対して行った具体的な医療の内容のうち、令和７年４月から令和８年３月診療分において報告項目に該当する診療行為です。審査支払機関の一次審査決定後の診療報酬の項目に基づきご報告ください。

○ 令和７年４月診療分より前の診療分は、令和７年５月以降審査分でも報告対象外となります。

○ 以下の診療行為のうち、本制度の報告項目に該当するものは、社会保険診療分に追加してご計上ください。追加分の計上につきましては、医療機関の経済的・人的負担を考慮し、任意となります。可能な範囲でご対応ください。

✓ 紙レセプトによる請求
✓ 一般病床・療養病床に入院するショートステイ利用者、正常な妊産婦、院内で出生した正常な新生児、生母の入院に伴って入院した健康な新生児又は乳児、治験、人間ドック、母体保護法等での入院者等
✓ 追加でご計上いただきたい医療保険の対象でない労働者災害補償保険等（例） ・労災保険制度、労働福祉事業としての医療 ・自動車損害賠償責任保険の療養

・その他の自由診療

※ 令和３年度病床機能報告より、公費負担医療制度による請求分が集計されています。

■ 報告における留意点

○ G-MIS 上の WEB フォームにおいて提供する集計データには、令和７年４月から令和８年３月診療分（令和８年４月審査分まで）の電子入院レセプト（医科・DPC・歯科レセプト）及び入院外レセプトを、「病棟コード」（一般病床又は療養病床分）等に基づき集計した値を記載しています。

○ 紙媒体を使用して集計値を修正、あるいは追加計上する場合には、修正した値あるいは追加計上する値を含めた合計値をご報告ください。

○ 紙媒体による報告を希望する医療機関には、予め確認用の集計データがプレプリントされた報告様式２を11月中旬以降に送付する予定です。

○ 集計データが表示される病棟票及び医療機関機能票は、基本票に入力いただいた医療機関コードと制度運営事務局で保有するマスター情報を照合し、一致することで、提供が可能となります。一方で、医療機関の開設者や所在地の変更等があった場合には、制度運営事務局で保有するマスター情報と一致せず、集計データが表示されないことがあります。この場合においても、同一の医療機関と見なすことができる場合には、個別の対応により集計データが提供できる場合もありますので、制度運営事務局までお問い合わせください。

○ 感染症病床に、感染症患者以外の患者が入院して報告対象となる入院基本料等を算定している場合等、各項目に一般病床・療養病床以外に入院した患者の診療行為分が含まれている場合、当該診療行為分を除外した数値にご修正ください。

※一般病床・療養病床における各診療行為等の実施の有無は、「一般病棟入院基本料」、「療養病棟入院基本料」、「特定機能病院一般病棟入院基本料」、「専門病院入院基本料」、「特定入院基本料（障害者施設等入院基本料）」、「救命救急入院料」、「特定集中治療室管理料」、「ハイケアユニット入院医療管理料」、「脳卒中ケアユニット入院医療管理料」、「小児特定集中治療室管理料」、「新生児特定集中治療室管理料」、「総合周産期特定集中治療室管理料」、「新生児治療回復室入院医療管理料」、「地域包括医療病棟入院料」、「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病棟入院料」、「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」、「緩和ケア病棟入院料」、「特定一般病棟入院料」、「特定機能病院リハビリテーション病棟入院料」、「有床診療所入院基本料」、「有床診療所療養病床入院基本料」、「短期滞在手術等基本料３」と同日に算定していることをもって判断し、電子レセプトを集計しています。

※「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法」（平成20年厚生労働省告示第93号、令和６年一部改定）に定められた診断群分類点数表により包括評価となる診療行為は、コーディングデータレコードより、入院料に包括されている診療行為以外の診療行為について集計しています。

※ 病棟票における「令和７年４月から令和８年３月診療分（令和８年４月審査分まで）の電子入院レセプト」があり、レセプトに「病棟コード」の入力がある医療機関のプレプリントデータには、令和７年４月から令和８年３月診療分（令和８年４月審査分まで）のレセプトの一次審査による査定・返戻・取下げ分や紙レセプトで請求されている分、医療保険の対象でない労働者災害補償保険等での診療行為分等は含まれていません。追加で計上するレセプト件数等を含めた合計値を可能な範囲でご報告ください。

※ 医療機関機能票における「令和７年４月から令和８年３月診療分（令和８年４月審査分まで）の電子入院レセプト又は電子外来レセプト」がある、医療機関のプレプリントデータには、令和７年４月から令和８年３月診療分（令和８年４月審査分まで）のレセプトの一次審査による査定・返戻・取下げ分や紙レセプトで請求されている分、医療保険の対象でない労働者災害補償保険等での診療行為分等は含まれていません。追加で計上するレセプト件数等を含めた合計値を可能な範囲でご報告ください。

※ 令和７年４月診療分より前の診療分は、令和７年５月以降審査分であっても含めないでください。

※ 公費負担医療制度による請求分（電子レセプト請求分）も集計されています（医療保険との併用分は重複して集計されておりません）。

■ 電子入院レセプトへの「病棟コード」
（一般病床又は療養病床分）の入力の有無に係る報告方法（病院のみ対象。有床診療所は除く）

○ 病床機能報告では、平成 28 年度診療報酬改定に伴うシステム改修等にあわせて電子レセプトへの病棟コードの記録が開始されたことから、報告様式２「②病棟票」の報告項目についても、病棟コードに基づき病棟単位で項目を集計していただくこととなります。

○ 電子レセプトへの病棟コードの記録は、許可病床として一般病床及び療養病床を有しており、電子レセプトによる診療報酬請求を行っている病院が対象となります。有床診療所については、病棟コードの記録は不要です。

○ 電子レセプトに病棟コードを記録いただくことで、制度運営事務局が当該病棟コードに基づき集計した「令和７年４月から令和８年３月診療分（令和８年４月審査分まで）の電子入院レセプト」のデータを参照することが可能となります。

○ 病棟コードが未入力のレセプトデータについては、「②病棟票」において病棟コードは000000000と表示されます。

＜病棟コードを全て又は一部に入力している医療機関＞

○ 病棟ごとに集計した確認用の集計データが参照できます。内容をご確認いただき、ご報告ください。

○ 病棟コードが未入力分のデータに関しては、000000000病棟としてまとめて集計した確認用の集計データが参照できます。医療機関において病棟ごとに分割集計したうえでご報告ください。医療機関で把握しているデータと提供した集計データが異なる等、振分けが困難な場合は、医療機関で把握しているデータを病棟ごとに集計してご報告いただくか、病棟コードが未入力のレセプトデータ分を特定の病棟にまとめたうえでご報告ください。

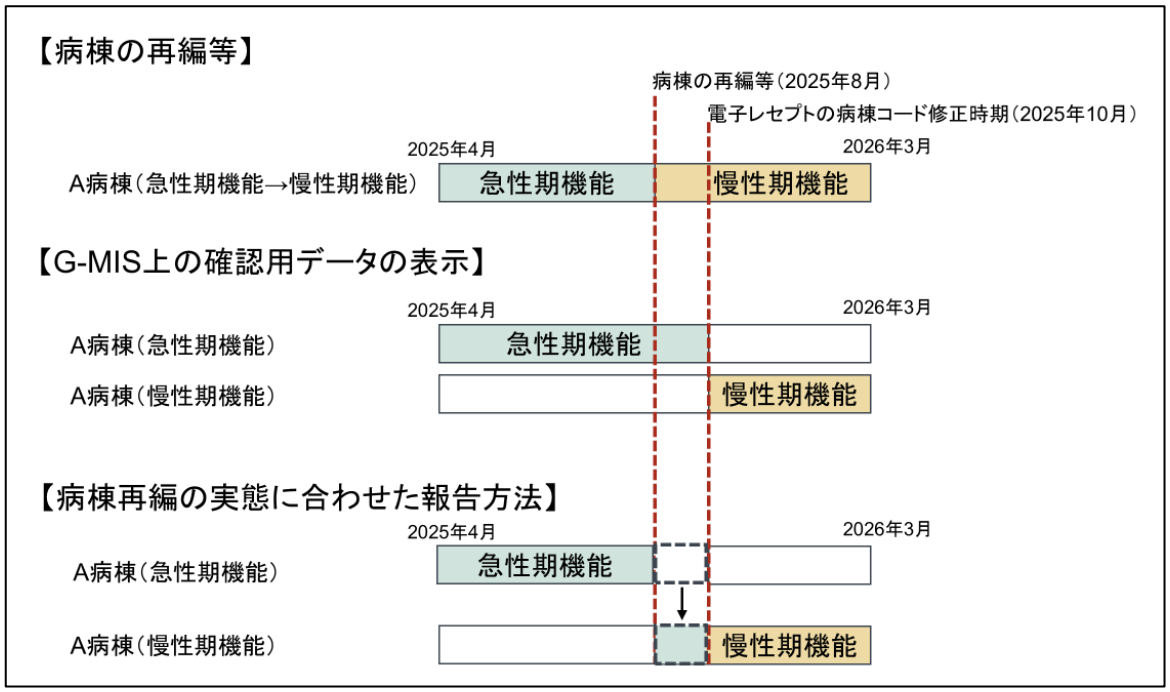
＜病棟コードが全て未入力の医療機関＞

○ 医療機関ごとに000000000病棟として集計した確認用の集計データが参照できます。内容をご確認いただき、医療機関において病棟ごとに分割集計したうえで、ご報告いただくか、病院全体の実績を特定の病棟にまとめたうえでご報告ください。

○ 紙媒体による報告を希望し、上記の条件に該当する医療機関には、予め確認用の集計データがプレプリントされた報告様式２を11月中旬以降に送付する予定です。ただし、病棟数の多い病院等の場合、送付する紙媒体の量が膨大になるため、個別にご確認させていただくことがありますので、予めご了承ください。

＜病棟の再編等の時期と電子レセプトの病棟コード修正時期が異なる医療機関＞

○ 確認用データは、電子レセプトの病棟コード別に参照できます。病棟の再編等の時期と電子レセプトの病棟コードを修正した時期が異なる医療機関において、再編前後の実態に合わせて報告する場合は、再編前の病棟コードの確認用データを再編後の病棟コードの病棟へ再集計したうえで、ご報告ください。



※ 紙媒体による報告を希望し、上記の条件に該当する医療機関については予め確認用データがプレプリントされた報告様式2を送付する予定です。ただし、病棟数の多い病院等の場合、送付する紙媒体の量が膨大になるおそれがあることから、個別にご確認させていただくことがありますので予めご了承ください。

（4） 報告期限

- 報告期限は**11月30日 23:59**です。
- 報告内容に不備を確認した場合、制度運営事務局より問い合わせをさせていただくことがあります。提出期限直前に報告した場合、制度運営事務局による確認が翌月になる場合があり、ご提出いただいたデータに再度の不備があった際の修正期間が短くなる可能性があります。紙媒体で提出した場合のデータの不備は、制度運営事務局より電話で照会予定です。
- G-MIS 上の WEB フォームで直接入力された報告様式は、G-MIS 上の WEB フォームで保存のうえ、［報告］ボタンを押すことにより提出いただけます。
- 報告期間後に修正の必要が生じた場合は制度運営事務局までご連絡ください。

（5） 問い合わせ窓口

- 医療機関機能・病床機能報告の報告作業において不明点がありましたら、下記問い合わせ窓口へ電話でご連絡ください。電話受付時間内のお問い合わせが難しい場合、G-MIS サイトの連絡フォーム「医療機関・病床・外来機能報告　問合せフォーム」あるいは FAX でご連絡ください。「医療機関・病床・外来機能報告　問合せフォーム」での問い合わせ方法については別冊『令和８年度医療機関機能・病床機能報告 報告マニュアル』の【５．問い合わせ窓口 医療機関・病床・外来機能報告　問合せフォーム「１．質疑・照会」の操作方法】をご覧ください。

- FAX でお問い合わせの場合は、医療機関機能・病床・外来管理番号（注）、医療機関名、担当者名、所在地、電話番号を必ずご記載ください。

（注）医療機関・病床・外来管理番号は報告対象医療機関を管理するための番号となります。

- お問い合わせいただく前に本資料『令和８年度医療機関機能・病床機能報告 確認・記入要領』と別冊『令和８年度医療機関機能・病床機能報告報告マニュアル』をはじめとする関連資料をご参照いただいたうえで、ご不明点がある場合は、問い合わせ窓口までご連絡ください。

※ G-MIS サイトよりダウンロードできます。
URL： https://www.med-login.mhlw.go.jp

- 問い合わせ内容によっては窓口が異なりますので、該当の問い合わせ窓口におかけ直しをお願いする場合があります。

- 報告期限の間際は、お問い合わせが多く発生することが予想されるため、回答にお時間をいただく場合があります。関連資料等をご参照いただき、お早めに報告様式をご確認・ご報告ください。

問い合わせ窓口　厚生労働省 「令和８年度医療機関・病床・外来機能報告」事務局

委託先
報告内容に関するお問い合わせ：株式会社三菱総合研究所（制度運営事務局）・・①②③
※　**医療機関機能・病床機能・外来機能報告の報告方法・内容、プレプリントデータ、その他、医療機関機能・病床機能・外来機能報告制度についてはこちらにお問い合わせください。**

G-MISに関するお問い合わせ： 厚生労働省G-MIS事務局・・③のみ
※　**ユーザ名、G-MISの画面操作方法、システム障害発生時等についてはこちらにお問い合わせください。**

①電話（フリーダイヤル）0120－142－305［平日9:00～17:00受付］

②FAX（制度運営事務局専用）　03－5615－9278［24時間受付］

FAX でのお問い合わせの際は、医療機関・病床・外来管理番号、医療機関名、担当者名、所在地、電話番号を必ず記載してください。

③医療機関・病床・外来機能報告　問合せフォーム（G-MIS サイトの連絡フォーム）［24時間受付］

※　①電話、②FAX の開設期間は令和８年９月24日9:00～12月28日17:00です。
※　③医療機関・病床・外来機能報告　問合せフォームの開設期間は令和８年９月24日9:00～令和９年１月29日23:59です。

電話でお問い合わせいただく場合、音声ガイダンスが流れます。
音声ガイダンスに従い、お問い合わせ内容の番号をご入力ください。
問い合わせ内容によっては別の窓口の番号をお伝えしてかけ直していただく場合があります。

II. 報告様式２の確認・記入の手引き

報告様式２の各項目の報告に当たっては、下記の一般事項及び各項目の記入の手引きをご参照ください。

- 本項目では、一般病床・療養病床を有する病棟における令和７年４月から令和８年３月診療分の各診療行為等の実施状況について、ご報告ください。当該診療報酬等の「レセプト件数」、「算定日数」、「算定回数」は、施設管理者及び事務部門の担当者がご確認、ご報告ください。
- 「①基本票」および「③医療機関機能票」では医療機関単位、「②病棟票」では「病棟コード」に基づき病棟単位で各項目を集計していただくこととなります（病棟単位の集計は、病院のみ対象）。
- ただし令和７年４月～令和８年３月診療分の電子入院レセプトに記載した「病棟コード」（一般病床又は療養病床分）に以下のような入力の誤りがある場合には、制度運営事務局では正しい集計を行うことができません。正しい値に修正を行い、ご報告ください。

■ **留意事項《重要なお知らせ》も併せてご確認ください。**

≪電子入院レセプトで「病棟コード」が「全て未入力」の場合≫

○ 病棟コードが未入力のレセプトデータの場合、「②病棟票」において病棟コードは000000000と表示されます。000000000病棟を誤って削除しないようご注意ください。

○ 医療機関全体として集計した確認用の集計データを提供します。ただし、当該ファイルは「病棟単位」の集計データではないため、内容をご確認いただき、医療機関において病棟ごとに分割集計したうえで、ご報告いただくか、病院全体の実績を特定の病棟にまとめたうえでご報告ください。

≪電子入院レセプトで「病棟コード」が「一部未入力」の場合≫

○ ある病棟における病棟コードがすべて未入力の場合には、当該病棟分について病棟単位に集計したうえで、ご報告ください。

○ 一部のレセプトデータ等において病棟コードが未入力の場合には、未入力分について、病棟コードに基づいて集計した内容に合算し、ご報告ください。

○ 病棟コードが入力されているレセプトデータについては病棟ごとに集計し、病棟コードが未入力のレセプトデータについては、未入力分を合わせて集計した確認用の集計データを提供します。ただし、当該ファイルは完全な「病棟単位」の集計データではないため、医療機関において病棟ごとに分割集計したうえでご報告ください。医療機関で把握しているデータと提供した確認用の集計データが異なる等、振分けが困難な場合は、医療機関で把握しているデータを病棟ごとに集計してご報告いただくか、病棟コードが未入力のレセプトデータ分を特定の病棟にまとめたうえでご報告ください。

≪１つの病棟単位に対して複数の「病棟コード」が入力されている場合≫

○ 正しい病棟単位に集計内容を集約して、合算のうえ、ご報告ください。

≪１つの「病棟コード」に対して複数の病棟単位が混在している場合≫

○ 正しい病棟単位に、貴院において病棟ごとに分割集計したうえで、分割した病棟を「①基本票」で追加し、追加された「②病棟票」でご報告ください。

○ 集計内容に一般病床又は療養病床以外の入院が含まれている場合には、一般病床又は療養病床以外の内容を除外してご報告ください。

≪一般病床又は療養病床以外の病床に「病棟コード」が入力されている場合≫

○ 一般病床又は療養病床の入院が報告対象となるため、一般病床又は療養病床以外の病棟はご報告不要です。

≪電子入院レセプトで「病棟コード」が正しく入力されていない場合≫

○ 制度運営事務局では、電子入院レセプトの病棟コードを修正、再集計することができません。確認用の集計データを参照のうえ、必要に応じてご修正いただきご報告ください。

- 医科レセプトと歯科レセプトの両方の医療機関コードをお持ちの医療機関においては、医科と歯科を合わせた数値をご確認、ご報告ください。
- なお、報告の対象となる病棟の範囲は、許可病床として一般病床・療養病床を有する病棟のみとなります。医療保険の対象でない公費負担医療、労災保険制度や労働福祉事業としての医療、自賠責、治験、人間ドック、母体保護法、その他の自由診療等での入院者についても「②病棟票」を作成してください。
- また、休棟中の病棟であっても、許可病床として一般病床・療養病床を有する場合は「②病棟票」を作成してください。ただし、例えば精神病床だけの病棟等、一般病床・療養病床を有さない病棟は報告不要となります。
- 病棟票における「病棟」の単位は、原則、病院である保険医療機関の各病棟における看護体制の１単位をもって１病棟として取り扱うものとします（「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）に則る）。ただし、特定入院料（※）を算定する治療室・病室については、当該施設基準の要件を満たす体制の１単位をもって病棟として取り扱うものとします。

  ※ 特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料３、小児入院医療管理料４、回復期リハビリテーション入院医療管理料、地域包括ケア入院医療管理料１～４、一類感染症患者入院医療管理料を算定する場合は除く。

- 病床機能報告制度では、医療法第７条第１項から第３項に基づいて開設許可を受けている一般病床・療養病床が報告の対象となります。基準病床数制度において特例とされている特定の病床等も含めてご報告ください。

● また、一般病床・療養病床と一体となった看護単位である結核病床、感染症病床を有する病棟の場合、一般病床・療養病床における診療行為のみ対象としてご報告ください。

■ 確認･記入に当たっての留意事項

● 細目毎に算定日数をカウントしておりますが、合計欄では同日に算定された重複分をカウントしていないため必ずしも**内訳と合計欄が一致するとは限りません。**同様に、レセプト件数についても、同一のレセプトにおいて複数の細目の診療報酬を算定していた場合、細目ではそれぞれでカウントしていただきますが、合計欄では重複してカウントせず、１件とカウントしていただくため**必ずしも内訳と合計欄が一致するとは限りません**。

● 合計欄のレセプト件数、算定日数が、内訳の個別の項目の数値を下回ること、あるいは、内訳の合計よりも大きくなることはありません。ご留意ください。

例１）「算定する入院基本料・特定入院料等 総数」において、「特定集中治療室管理料１」算定治療室に14日間入院した後、算定要件に該当しない患者としてさらに３日間入院して「急性期一般入院料１」を算定した場合、内訳では「特定集中治療室管理料１」１件・14日、「急性期一般入院料１」１件・３日とカウントし、また、合計欄では１件・17日とカウントする。

例２）「大動脈バルーンパンピング法」を初日から３日間実施した場合、内訳では「初日」１件・１日・１回、「２日目以降」１件・２日・２回とカウントし、また、合計欄では１件・３日・３回とカウントする。

例３）骨悪性腫瘍手術と人工骨頭挿入術を同時に実施した場合、内訳では「骨悪性腫瘍手術」１件・１日・１回、「人工骨頭挿入術」１件・１日・１回とカウントし、「手術総数」の合計欄では１件・１日・２回とカウントする。

● 特定入院料、療養病棟入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料等において、入院料に包括されている診療行為は計上しないでください。ただし、DPC 対象患者において、診断群分類により包括評価となる診療行為については計上してください。

● 本確認・記入要領において特段の記載がある場合を除き、診療報酬点数表において、ある診療行為と同時に別の診療行為を行った場合に**別の診療行為の費用は当該診療行為の所定点数に含まれるとされているものについては、別の診療行為分は計上しないでください**。

例４）「J045人工呼吸」と同一日に「D220 呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープ」を行った場合、これらに係る費用は人工呼吸の所定点数に含まれるため、呼吸心拍監視の項目には計上しない。

■　**手術の実績報告に当たっての留意事項**

- 病棟票「3. 幅広い手術の実施状況」のうち「①手術総数(172)」、「②全身麻酔の手術総数(173)」および医療機関機能票「2. 手術に関する実績」のうち「①手術・処置の件数（手術は全身麻酔を伴うものに限る）」、「② 手術・処置の件数のうち、時間外加算/休日加算/深夜加算のいずれかを算定した件数（全身麻酔の有無を問わない）　(60)～(74)」の報告においては、以下の実績は集計対象に含みません。

- 報告の際は、以下の実績を除いた件数を計上してください。

○ 医科診療報酬点数表「第 10 部手術」の K 914 以降の K コード（「第 1 節 第 13 款 手術等管理料」～「第 5 節 特定保険医療材料料」）

○ 歯科診療報酬点数表「第 9 部手術」の J200 以降の J コード（「第 2 節 輸血料」～「第 6 節 特定保険医療材料料」）

○ 一部例外を除く加減算コード

■　**G-MIS 上の WEB フォームの入力における留意事項**

- G-MIS 上の WEB フォームでは、入力内容に不備がある場合画面上にエラーメッセージが赤字で表示されます。

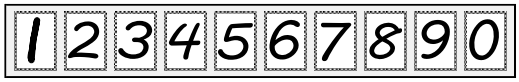
- 必須項目が未入力あるいはエラーメッセージが表示される場合、入力内容の見直しが必要になります。メッセージの内容をご確認のうえ、ご入力・ご修正ください。

■　**紙媒体に数字を記入する際の留意事項**

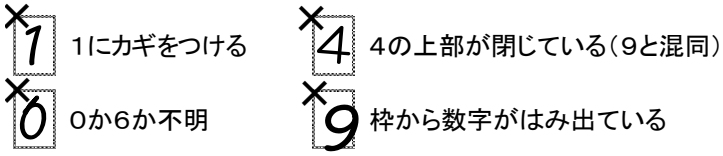
- 数字を記入する欄は、右詰めでご記入ください。また、複数の桁の欄がある場合、空いている桁はご記入いただく必要はありません。

- 紙媒体の報告様式に数字をご記入する際は下記の例に従ってください。

＜数字記入例＞



＜悪い記入例＞



（1）「基本票」の確認・記入要領

■ 貴院の医療機関名称や、医療機関・病床・外来管理番号、医療機関住所、本報告のご担当者・連絡先、令和８年４月の診療報酬請求時にレセプトに記載した都道府県番号（２桁）・医療機関コード（７桁）、令和７年４月から令和８年３月診療分の病棟コード（９桁）等について、施設管理者及び事務部門の担当者がご確認・ご報告ください。

◎貴院名	令和8年7月1日時点の貴院の医療機関名称をご確認ください。
貴院名（訂正用）	貴院名（訂正用）は G-MIS 画面のみ表示されます。制度運営事務局で認識している令和8年7月1日時点の貴院の医療機関名を表示しています。 貴院の医療機関名に修正がある場合は、「貴院名（訂正用）」に令和8年7月1日時点の貴院の医療機関名をご入力ください。 なお、本欄には修正後の貴院の医療機関名以外の情報（医療機関住所や連絡先電話番号等）を入力しないでください。
◎医療機関・病床・外来管理番号（送付状に記載の8桁コード）	9月下旬に医療機関あてに発送しております郵便物の送付状に記載されている医療機関・病床・外来管理番号と相違ないか、ご確認ください。 なお、医療機関・病床・外来管理番号は報告対象医療機関を管理するための番号です。
◎医療機関住所	令和8年7月1日時点の貴院の郵便番号、所在地をご報告ください。
◎報告担当者	報告内容についてお問合せする場合がありますので、ご担当者の氏名及び部署、電話番号、FAX 番号、e-mail アドレスをご報告ください。
◎病院・有床診療所の種別	令和8年7月1日時点における貴院の病院・有床診療所（診療所・歯科診療所）の種別をご報告ください。
◎都道府県番号・医療機関コード	貴院において令和8年4月の診療報酬明細書を作成する際に記載した都道府県コード（2桁）、医療機関コード（7桁）をご記入ください。 なお、医科レセプト用と歯科レセプト用の医療機関コードの両方をお持ちの場合には、両方ともご記載ください。医科・歯科両方のコードを保有する医療機関の場合、両方のコードを正しく入力してから保存ボタンを押してください。片方のコードのみの入力や誤った入力を5回以上行った場合はロックがかかります。その場合は制度運営事務局へお問い合わせください。
【提供された集計内容を確認し、必要な修正を終えた場合】	本項目は、貴院が電子レセプトにより診療報酬請求を行っており、「入院レセプト」及び「病棟コード」の入力がある医療機関の場合のみ、ご回答いただきます。 病院における全ての病棟あるいは有床診療所において、制度運営事務局から提供された電子の入院レセプトの集計内容を確認した結果、**修正の必要がない場合についても、報告は必須となります。その場合、該当欄にチェックを入れてください。**
【令和８年４月１日以降に開設された医療機関の場合】	令和8年4月1日以降に開設された医療機関の場合、該当欄にチェックを入れてください。その場合、後述の「病棟コード」と「②病棟票」の回答は不要です。
◎病棟コード（病院のみ対象。有床診療所は除く）	当該病棟の病棟コードについて、病院のみ必須でご記入ください。レセプトに印字又は表示した名称が自動計算にて表示されますので、あわせてご確認ください。なお、病棟コードの考え方は、後述の「②病棟票」の「病棟コード・病棟名」と同様です。 有床診療所は令和7年4月～令和8年3月の病床機能を選択してください。病棟コード・病棟名の報告は不要です。

（2）「病棟票」の確認・記入要領

■ 本項目では、一般病床・療養病床における令和７年４月から令和８年３月診療分の各月の診療実績についてご報告ください。

医療機関・病床・外来管理番号・貴院名	医療機関・病床・外来管理番号、及び令和8年7月1日時点の貴院名を必ずご報告ください。
病棟コード・病棟名（病院のみ対象。有床診療所は除く）	当該病棟の病棟コード、病棟名について、病院のみ必須でご記入ください。レセプトに印字又は表示した名称が自動計算にて表示されますので、あわせてご確認ください。 1つの病棟単位に対して複数の「病棟コード」を付与、あるいは1つの「病棟コード」に対して複数の病棟単位が混在することのないようご留意ください。

	病棟コードは、電子レセプトにより診療報酬請求を行っている病院であって、令和7年4月から令和8年3月診療分の電子の入院レセプトに「病棟コード」（一般病床又は療養病床分）を記録頂いた場合、電子レセプトに記録頂いた病棟コード（「1906*****」の9桁コード）をご報告ください。 ※病棟コードを全て又は一部に入力している病院は、病棟ごとに集計した集計データを提供します。内容をご確認のうえ、ご報告ください。病棟コード未入力のデータに関しては、貴院において病棟ごとに分割集計したうえで予備のシートに記入してご報告ください。 ※病棟コードが全て未入力の病院は、医療機関全体として集計した集計データを提供します。内容をご確認いただき、病棟ごとに分割集計したうえで、ご報告ください。 ※電子の入院レセプトで病棟コードの病棟単位に誤りがある場合には、当該病棟コードにもとづく集計内容を修正のうえ、ご報告ください。 ※本報告で、病棟コードを電子の入院レセプトに記録した病棟コードと異なるコードに変更することも可能です。 なお、病棟ごとに集計した集計データの提供は、電子の入院レセプトに記録した病棟コードで行われます。 上記以外の医療機関・病棟は、医療機関機能・病床機能報告制度ホームページに掲載されている「病床機能報告に関する電子レセプト作成の手引き」等の通知及びマスターファイル等ご参照のうえ、病棟ごとに病棟コード（「1906*****」の9桁コード）を選定しご報告ください（ただし、電子レセプトに記録していない場合であって休棟中等の場合、病棟コードの5桁目を「5」とすることは可とします）。

■レセプト件数	レセプト件数とは、1か月ごとに提出される「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令」（昭和 51 年厚生省令第 36 号）に規定する診療報酬明細書1枚を1件とし、「診療報酬の算定方法」（平成 20 年厚生労働省告示第 59 号、平成 30 年一部改定）に定められた診療報酬点数表の当該診療行為を実施したと記載のある明細書の件数をいいます。 例えば、ある明細書に、手術及び術中迅速病理組織標本作製が算定されたと記載があった場合、「手術総数」のレセプト件数1件、「術中迅速病理組織標本作製」のレセプト件数1件と計上します。1件の明細書で同一項目における複数の当該診療行為が算定されていても、レセプト件数は1件とします。 「急性期入院医療に係る診断群分類に基づく1日あたり包括払い制度（DPC/PDPS（DiagnosisProcedureCombination/Per-DiemPaymentSystem））」において、「総括レセプト」を総括表として「総括対象 DPC レセプト」又は「総括対象医科入院レセプト」が添付されている明細書は、「総括レセプト」の単位で1件として計上します。 また、「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法」（平成20年厚生労働省告示第 93 号、令和6年一部改定）に定められた診断群分類点数表により包括評価となる診療行為は、コーディングデータレコードより、入院料に包括されている診療行為以外の診療行為について計上します。
■算定日数	算定日数とは、診療報酬明細書の算定日情報をもとに、当該診療行為を実施したと記載のある日数をいいます。 例えば、ある明細書に脳血管疾患等リハビリテーション料を6月3日に3回、6月 11 日に3回算定されたと記載があった場合、「脳血管疾患等リハビリテーション料」の算定日数2日と計上します。同日に同一項目における複数の当該診療行為が算定されていても、算定日数は1日とします。
■算定回数	算定回数とは、原則として、診療報酬請求書・明細書の記入要領に基づいてレセプトに記載する診療報酬点数表に定められた1行為を1回とし、当該診療行為が実施された延べ算定回数をいいます（例えば、入院基本料は入院1日を1回として計上。「回数」算定に適さない薬剤等を除く）。 ただし、診療報酬点数表において1単位ごとに所定点数が定められている疾患別リハビリテーション料の算定回数については、「算定単位数」としてご報告いただきます。 なお、算定件数は算定回数のことを指します。

1. 算定する入院基本料・特定入院料等の状況	
①算定する入院基本料・特定入院料等(1)～(143)	病院の一般病床・療養病床における入院基本料・特定入院料等の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数の総数をご報告ください。ただし、「①算定する入院基本料・特定入院料等総数」に「22. 小児加算（救命救急入院料）」、「29. 小児加算（特定集中治療室管理料）」は含めないでください。 また、入院基本料・特定入院料等別のレセプト件数、算定回数についてもそれぞれご報告ください。 例えば、あるレセプトにおいて、「特定集中治療室管理料1」算定治療室に 14 日間入院した後、算定要件に該当しない患者としてさらに3日間入院して「急性期一般入院料1」を算定した場合、内訳では「特定集中治療室管理料1」1件・14 日、「急性期一般入院料1」1件・3日とカウントし、また、「算定する入院基本料・特定入院料等総数」の合計欄では1件・17 日とカウントして計上します。 なお、「短期滞在手術等基本料3」については、算定回数は入院していた日数にかかわらず、1回として計上してください。

	また、一般病床・療養病床に入院するショートステイ利用者、正常な妊産婦、院内で出生した正常な新生児、生母の入院に伴って入院した健康な新生児又は乳児、治験、人間ドック、母体保護法、その他の自由診療等での入院者等、診療報酬請求を行っていない患者についても、診療報酬点数表に定められた施設基準・算定要件を満たす入院料のレセプト件数、算定回数を計上してください。 「4. 一般病棟入院基本料（療養病棟入院料1の例により算定）」、「71. 特定一般病棟入院料（療養病棟入院料1の例により算定）」は、当該病棟のうち、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者であって、当該病棟に 90 日を超えて入院する患者について、療養病棟入院料1の例により算定するものをいいます。 「4. 一般病棟入院基本料（療養病棟入院料1の例により算定） 」、「5. 療養病棟入院料1 」、「6. 療養病棟入院料2」、「71. 特定一般病棟入院料（療養病棟入院料1の例により算定） 」のレセプト件数、算定回数は以下のとおりご報告ください。 ・入院料Aは、入院料 1、4、7、10、19、28 の合計値 ・入院料Bは、入院料 2、5、8、11、20、29 の合計値 ・入院料Cは、入院料 3、6、9、12、21、30 の合計値 ・入院料Dは、入院料 13、16、22 の合計値 ・入院料Eは、入院料 14、17、23 の合計値 ・入院料Fは、入院料 15、18、24 の合計値 ・入院料Gは入院料 25 ・入院料Hは入院料 26 ・入院料Iは入院料 27 下記報告項目のレセプト件数、算定回数は、イ 40 日以内の期間、ロ 41 日以上の期間の合計値をご報告ください。 ・53. 地域包括ケア病棟入院料1 ・54. 地域包括ケア病棟入院料2 ・55. 地域包括ケア病棟入院料3 ・56. 地域包括ケア病棟入院料4 ・57. 地域包括ケア入院医療管理料1 ・58. 地域包括ケア入院医療管理料2 ・59. 地域包括ケア入院医療管理料3 ・60. 地域包括ケア入院医療管理料4 歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。 DPC レセプトにおける入院基本料は、同一病棟の出来高請求レセプトで請求された入院基本料と同一と判定して件数を集計しています。電子レセプトの仕様上、DPC レセプトのコーディングデータレコード（CD レコード）には、診療行為コード、医薬品コード又は特定機材コードが記録される一方、診療行為コードのうち入院基本料は記録されません。DPC レセプトの入院基本料の実績を考慮した、より実態に近い集計データを参考に報告が行えることを目的に、上述の判定を行っています。DPC 包括レセプトのみで、判定の材料となる同一病床の出来高レセプトが存在しないことにより、入院基本料がデータ上把握できない場合は0と記載されています。当該箇所は貴院にて集計をお願いいたします。

2. 有床診療所の多様な機能の状況	
①算定する入院基本料（144）～(171)	有床診療所の一般病床・療養病床における入院基本料の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数の総数をご報告ください。 また、入院基本料別のレセプト件数、算定回数についてもそれぞれご報告ください。 なお、「2. 有床診療所入院基本料（有床診療所療養病床入院基本料の例により算定）」は、地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関において有床診療所療養病床入院基本料の例により算定するものをいいます。「5. 有床診療所療養病床入院基本料（有床診療所入院基本料の例により算定）」は、地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関において有床診療所入院基本料の例により算定するものをいいます。 歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。

3. 幅広い手術の実施状況	
①手術総数(172)	一般病床・療養病床における手術の実施状況について、診療報酬点数表「第 10 部手術」あるいは歯科診療報酬点数表「第9部手術」の診療報酬レセプト件数、算定日数、算定回数の総数をご報告ください。 ただし、「II. 報告様式2の確認・記入の手引き」の「手術の実績報告に当たっての留意事項」に記載の事項は除きます。また、一般病床・療養病床以外の病床における手術、入院外における手術についても、含めないでください。

	なお、例えば、「K768 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術（一連につき）」のように、数日の間隔をおいて一連の治療過程にある数回の手術を行う場合に1回のみ所定点数を算定する手術については、算定日数、算定回数は1日・1回として計上してください。また、「K522 食道狭窄拡張術」のように、短期間又は同一入院期間中、回数にかかわらず、第1回目の実施日に1回に限り算定する手術についても、算定日数、算定回数は1日・1回として計上してください。 同一手術野又は同一病巣につき、二つ以上の手術を同時に行った場合、同日に三つの手術が行われた場合等、保険診療報酬上算定が認められない主たる手術以外の手術等については、計上しないでください。 ただし、診療報酬点数表「第 10 部手術」の通則 14 に掲げる場合、告示複数手術に係る費用の特例「2以上の手術の 50%併施加算」については、該当する診療報酬点数表「第 10 部手術」の診療報酬として計上してください。同様に、通則 9 に掲げる「頸部郭清術併施加算（片）」、「頸部郭清術併施加算（両）」は、それぞれ「K469 頸部郭清術1（片側）」、「K469 頸部郭清術2（両側）」として計上してください。制度運営事務局から提供する電子の入院レセプトの集計データには、これらは含まれています。 加えて、「A400 短期滞在手術等基本料3（4泊5日までの場合）」のうち、「A400 短期滞在手術等基本料3ト（K007-2経皮的放射線治療用金属マーカー留置術）」～「A400 短期滞在手術等基本料3イウ（K890-3腹腔鏡下卵管形成術）」に包括されている手術は、該当する診療報酬点数表「第 10 部手術」の診療報酬として計上してください。制度運営事務局から提供する電子の入院レセプトの集計データには、これらは含まれています。 「A400 短期滞在手術等基本料1（日帰りの場合）」において実施した手術は、入院外における手術であることから、計上しないでください。
②全身麻酔の手術総数(173)	一般病床・療養病床における全身麻酔の手術の実施状況について、上記の「手術総数」と同様の考え方に基づき、当該診療報酬のレセプト件数、算定日数、算定回数の総数をご報告ください。 なお、全身麻酔の手術とは、診療報酬点数表の「第 11 部麻酔」のうち、「L007 開放点滴式全身麻酔」又は「L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔」と手術を同時に実施しているものをいいます。 また、「短期滞在手術等基本料3」において全身麻酔と同時に実施した手術は、計上しないでください。
③人工心肺を用いた手術(174)	一般病床・療養病床における人工心肺を用いた手術の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定日数、算定回数をご記入ください。なお、人工心肺を用いた手術とは、診療報酬点数表の「第 10 部手術」の区分番号「K541」から「K544」まで、「K551」、「K553」、「K554」から「K556」まで、「K557」から「K557-3」まで、「K558」、「K560」、「K560-2」、「K568」、「K570」、「K571」から「K574」まで、「K574-4」、「K576」、「K577」、「K579」から「K580」まで、「K582」から「K589」まで、「K592」から「K593」まで及び「K594」（「4」の「ハ」を除く。）に掲げる人工心肺を用いた手術をいいます。
④胸腔鏡下手術(175)	一般病床・療養病床における胸腔鏡下手術の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定日数、算定回数をご報告ください。 なお、胸腔鏡下手術とは、診療報酬点数表の「第 10 部手術」のうち、術式に「胸腔鏡」の名称が含まれるものをいいます。「K534-3胸腔鏡下（腹腔鏡下を含む。）横隔膜縫合術」は、胸腔鏡下手術でない場合であっても全て計上してください。
⑤腹腔鏡下手術(176)	一般病床・療養病床における腹腔鏡下手術の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定日数、算定回数をご報告ください。 なお、腹腔鏡下手術とは、診療報酬点数表の「第 10 部手術」のうち、術式に「腹腔鏡」の名称が含まれるものをいいます。ただし、「K534-3胸腔鏡下（腹腔鏡下を含む。）横隔膜縫合術」は、腹腔鏡下手術である場合であっても3. の「④胸腔鏡下手術」に計上し、「⑤腹腔鏡下手術」には計上しないでください。また、「K664 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を含む。）」も、腹腔鏡下手術である場合であっても、「⑤腹腔鏡下手術」には計上しないでください。
⑥内視鏡手術用支援機器手術(177)	一般病床・療養病床における内視鏡手術用支援機器手術の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定日数、算定回数の総数をご報告ください。 内視鏡手術用支援機器手術とは、診療報酬点数表の「第 10 部手術」のうち「内視鏡手術用支援機器を用いるもの」の記載があるもの、もしくは施設基準を満たし算定が可能になった術式のうち主に内視鏡支援機器を用いて手術を施行したものをいいます。

4. がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療状況	
①悪性腫瘍手術(178)	一般病床・療養病床における悪性腫瘍手術の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定日数、算定回数をご報告ください。 なお、悪性腫瘍手術とは、診療報酬点数表「第 10 部手術」あるいは歯科診療報酬点数表「第9部手術」のうち、術式に「悪性腫瘍」の名称が含まれるものをいいます。「K719 結腸切除術3（全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術）」は、悪性腫瘍手術でない場合であっても計上してください。 また、「K611 抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用植込型カテーテル設置1、2及び3」については、計上しないでください。

<table>
<tr><td>②病理組織標本作製(179)～(181)</td><td>一般病床・療養病床における「N000 病理組織標本作製」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定日数、算定回数をご報告ください。</td></tr>
<tr><td>③術中迅速病理組織標本作製(182)</td><td>一般病床・療養病床における「N003 術中迅速病理組織標本作製（1手術につき）」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定日数、算定回数をご報告ください。</td></tr>
<tr><td>④放射線治療(183)～(234)</td><td>一般病床・療養病床における放射線治療の実施状況について、診療報酬点数表「第 12 部放射線治療」あるいは歯科診療報酬点数表「第 11 部放射線治療」の点数表コード（M コード）ごとに、当該診療報酬のレセプト件数、算定日数、算定回数をご報告ください。
なお、診療報酬点数表の「第 12 部放射線治療」のうち、「M005 血液照射」は除きます。</td></tr>
<tr><td>⑤化学療法(235)～(237)</td><td>一般病床・療養病床における薬効分類における「42 腫瘍用薬」の内服薬あるいは注射薬を用いて化学療法を実施しているレセプト件数、算定日数をご報告ください。
内服薬については、1回の処方について算定日数1日として計上してください。また、同日に一人の患者に複数の腫瘍用薬が用いられている場合、内服薬の処方と注射薬が同日である場合であっても、レセプト件数、算定日数は1件・1日として計上してください。
また、薬効分類における「42 腫瘍用薬」の「内服薬」を用いて化学療法を実施しているレセプト件数、算定日数、「注射薬」を用いて化学療法を実施しているレセプト件数、算定日数についてもそれぞれご記入ください。内服薬の処方と注射薬が同日である場合は、「内服薬」と「注射薬」それぞれに計上してください。
なお、薬効分類における「42 腫瘍用薬」を用いていれば、化学療法として使用していない場合であっても計上してください。また、化学療法を実施している場合であっても、薬効分類における「42 腫瘍用薬」を用いていない場合には、計上しないでください。
制度運営事務局から提供する電子の入院レセプトの集計データでは、医薬品マスターにおける薬価基準コードの5～7桁が「内服薬：001-399」である場合に「内服薬」とし、「注射薬：400-699」である場合に「注射薬」として、レセプト件数、算定日数を集計しています。その他、薬効分類とは、平成 11 年 12 月の中医協で了承された「薬価制度改革の基本方針」に基づき、新薬の薬価算定にかかる類似薬の選定の透明化を図る観点から、効能・効果、薬理作用等に着目し既存品の分類を行ったものになります。
歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。</td></tr>
<tr><td>⑥がん患者指導管理料イ及びロ(238)～(240)</td><td>一般病床・療養病床における「B001 特定疾患治療管理料」のうち、「23 がん患者指導管理料イ及びロ」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数の総数をご報告ください。
また、「23 がん患者指導管理料イ（医師が看護師と共同して診療方針等について話し合い、その内容を文書等により提供した場合）」のレセプト件数、「23 がん患者指導管理料ロ（医師、看護師又は公認心理師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合）」のレセプト件数、算定日数、算定回数についてもそれぞれご報告ください。
歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。</td></tr>
<tr><td>⑦抗悪性腫瘍剤局所持続注入(241)</td><td>一般病床・療養病床における「G003 抗悪性腫瘍剤局所持続注入（1日につき）」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。
歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。</td></tr>
<tr><td>⑧肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入(242)</td><td>一般病床・療養病床における「G003-3肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入（1日につき）」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。</td></tr>
<tr><td>⑨超急性期脳卒中加算(243)</td><td>一般病床・療養病床における「A205-2超急性期脳卒中加算（入院初日）」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数をご報告ください。</td></tr>
<tr><td>⑩t-PA 投与（脳梗塞に対するもの）(244)</td><td>一般病床・療養病床における「t-PA（アクチバシン・グルトパ）投与」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数をご記入ください。ただし、ICD10 対応標準病名マスターの「I63 脳梗塞」に対して投与している場合に限ります。
具体的には下記のコード及び医薬品名を含みます。
<table><tr><th>医薬品名</th><th>医薬品コード</th></tr><tr><td>アクチバシン注600万600万国際単位（溶解液付）</td><td>643950056</td></tr><tr><td>アクチバシン注1200万1,200万国際単位（溶解液付）</td><td>643950057</td></tr><tr><td>アクチバシン注2400万2,400万国際単位（溶解液付）</td><td>643950058</td></tr><tr><td>グルトパ注600万600万国際単位（溶解液付）</td><td>643950059</td></tr><tr><td>グルトパ注1200万1,200万国際単位（溶解液付）</td><td>643950060</td></tr><tr><td>グルトパ注2400万2,400万国際単位（溶解液付）</td><td>643950061</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>⑪経皮的冠動脈形成術・経皮的冠動脈ステント留置術(245)～(249)</td><td>一般病床・療養病床における「K546 経皮的冠動脈形成術」、「K549 経皮的冠動脈ステント留置術」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数の総数をご報告ください。</td></tr>
</table>

	また、「K546 経皮的冠動脈形成術1（急性心筋梗塞に対するもの）」、「K546 経皮的冠動脈形成術2（不安定狭心症に対するもの）」、「K549 経皮的冠動脈ステント留置術1（急性心筋梗塞に対するもの）」、「K549 経皮的冠動脈ステント留置術2（不安定狭心症に対するもの）」のレセプト件数、算定回数もそれぞれご報告ください。
⑫入院精神療法（Ⅰ）(250)	一般病床・療養病床における「I001 入院精神療法（1回につき）1（入院精神療法（Ⅰ））」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定日数、算定回数をご報告ください。
⑬精神科リエゾンチーム加算(251)	一般病床・療養病床における「A230-4精神科リエゾンチーム加算（週1回）」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。
⑭認知症ケア加算1(252)～(254)	一般病床・療養病床における「A247 認知症ケア加算（1日につき）1」の状況について、当該診療報酬レセプト件数、算定回数の総数をご報告ください。 また、「A247 認知症ケア加算（1日につき）1」のうち、「イ 14 日以内の期間」、「ロ 15 日以上の期間」のレセプト件数、算定回数についてもそれぞれご報告ください。
⑮認知症ケア加算2(255)～(257)	一般病床・療養病床における「A247 認知症ケア加算（1日につき）2」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数の総数をご報告ください。 また、「A247 認知症ケア加算（1日につき）2」のうち、「イ 14 日以内の期間」、「ロ 15 日以上の期間」のレセプト件数、算定回数についてもそれぞれご報告ください。
⑯認知症ケア加算3(258)～(260)	一般病床・療養病床における「A247 認知症ケア加算（1日につき）3」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数の総数をご報告ください。 また、「A247 認知症ケア加算（1日につき）3」のうち、「イ 14 日以内の期間」、「ロ 15 日以上の期間」のレセプト件数、算定回数についてもそれぞれご報告ください。
⑰精神疾患診療体制加算1及び2(261)～(263)	一般病床・療養病床における「A248 精神疾患診療体制加算1及び2」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数の総数をご報告ください。
	また、「A248 精神疾患診療体制加算1（入院初日）」、「A248 精神疾患診療体制加算2（入院初日から3日以内に1回）」のレセプト件数についてもそれぞれご報告ください。
⑱精神疾患診断治療初回加算（救命救急入院料）(264)	一般病床・療養病床における「A300 救命救急入院料（1日につき）」における「精神疾患診断治療初回加算」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数をご報告ください。

5. 重症患者への対応状況	
①ハイリスク分娩管理加算(265)	一般病床・療養病床における「A237 ハイリスク分娩管理加算（1日につき）1（ハイリスク分娩管理加算）」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。
②ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅱ）(266)	一般病床・療養病床における「B005-5ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅱ）」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数をご報告ください。
③地域連携分娩管理加算(267)	一般病床・療養病床における「A237 ハイリスク分娩管理加算（1日につき）2（地域連携分娩管理加算）」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。
④救急搬送診療料(268)	一般病床・療養病床における「C004 救急搬送診療料」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。 歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。
⑤観血的肺動脈圧測定(269)～(271)	一般病床・療養病床における「D230 観血的肺動脈圧測定1及び2」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数の総数をご報告ください。 また、「D230 観血的肺動脈圧測定1（1時間以内又は1時間につき）」のレセプト件数、算定日数、算定回数、「D230 観血的肺動脈圧測定2（2時間を超えた場合（1日につき））」のレセプト件数、算定回数についてもそれぞれご報告ください。
⑥持続緩徐式血液濾過(272)	一般病床・療養病床における「J038-2持続緩徐式血液濾過（1日につき）」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。
⑦大動脈バルーンパンピング法(273)～(275)	一般病床・療養病床における「K600 大動脈バルーンパンピング法（IABP 法）（1日につき）1及び2」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数の総数をご報告ください。 また、「K600 大動脈バルーンパンピング法（IABP 法）（1日につき）1（初日）」、「K600 大動脈バルーンパンピング法（IABP 法）（1日につき）2（2日目以降）」のレセプト件数、算定回数についてもそれぞれご報告ください。
⑧経皮的心肺補助法(276)～(278)	一般病床・療養病床における「K602 経皮的心肺補助法（1日につき） 1及び2」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数の総数をご報告ください。 また、「K602 経皮的心肺補助法（1日につき）1（初日）」、「K602 経皮的心肺補助法（1日につき）2（2日目以降）」のレセプト件数、算定回数についてもそれぞれご報告ください。
⑨補助人工心臓・植込型補助人工心臓(279)～(292)	一般病床・療養病床における「K603 補助人工心臓（1日につき）」、「K603-2小児補助人工心臓（1日につき）」及び「K604-2植込型補助人工心臓（非拍動流型）」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数の総数をご報告ください。 また、「K603 補助人工心臓（1日につき）」、「K603-2小児補助人工心臓（1日につき）」、「K604-2植込型補助人工心臓（非拍動流型）」それぞれのレセプト件数、算定回数の総数についてもご報告ください。

	さらに、「K603 補助人工心臓（1日につき）1（初日）」、「K603 補助人工心臓（1日につき）2（2日目以降 30 日目まで）」、「K603 補助人工心臓（1日につき）3（31 日目以降）」、「K603-2小児補助人工心臓（1日につき）1（初日）」、「K603-2小児補助人工心臓（1日につき）2（2日目以降 30 日目まで）」、「K603-2小児補助人工心臓（1日につき）3（31 日目以降）」、「K604-2植込型補助人工心臓（非拍動流型）1（初日（1日につき））」、「K604-2植込型補助人工心臓（非拍動流型）2（2日目以降 30 日目まで（1日につき））」、「K604-2植込型補助人工心臓（非拍動流型）3（31 日目以降 90 日目まで（1日につき））」、「K604-2植込型補助人工心臓（非拍動流型）4（91 日目以降（1日につき））」のレセプト件数、算定回数もご報告ください。
⑩頭蓋内圧持続測定（3時間を超えた場合）(293)	一般病床・療養病床における「D227 頭蓋内圧持続測定2（3時間を超えた場合（1日につき））」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。
⑪人工心肺(294)～(296)	一般病床・療養病床における「K601 人工心肺（1日につき）1及び2」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数の総数をご報告ください。 また、「K601 人工心肺（1日につき）1（初日）」、「K601 人工心肺（1日につき）2（2日目以降）」のレセプト件数、算定回数についてもそれぞれご報告ください。
⑫血漿交換療法(297)	一般病床・療養病床における「J039 血漿交換療法（1日につき）」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。
⑬吸着式血液浄化法(298)	一般病床・療養病床における「J041 吸着式血液浄化法（1日につき）」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。
⑭血球成分除去療法(299)	一般病床・療養病床における「J041-2血球成分除去療法（1日につき）」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。

6. 救急医療の実施状況	
①院内トリアージ実施料(300)	一般病床・療養病床における「B001-2-5院内トリアージ実施料」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。
②夜間休日救急搬送医学管理料(301)～(302)	一般病床・療養病床における「B001-2-6夜間休日救急搬送医学管理料」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。 また、「B001-2-6夜間休日救急搬送医学管理料」のうち、「精神科疾患患者等受入加算」の算定要件を満たすレセプト件数、算定回数についてもあわせてご報告ください。
③救急医療管理加算1及び2(303)～(305)	一般病床・療養病床における「A205 救急医療管理加算（1日につき）1及び2」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数の総数をご報告ください。 また、「A205 救急医療管理加算（1日につき）1」、「A205 救急医療管理加算（1日につき）2」のレセプト件数、算定回数についてもそれぞれご報告ください。 歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。 なお、労災診療費における「救急医療管理加算入院 6,900 円（1日につき）」は、「救急医療管理加算2」に計上してください。
④処置の休日加算1及び2 ⑤処置の時間外加算1及び2 ⑥処置の深夜加算1及び2 (306)～(308)	緊急のために休日に処置を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である処置を行った場合において、レセプト件数、算定回数についてもそれぞれご報告ください。
⑦手術の休日加算1及び2 ⑧手術の時間外加算1及び2 ⑨手術の深夜加算1及び2 (309)～(311)	緊急のために休日に手術を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である手術（区分番号K914 からK917－5までに掲げるものを除く。）を行った場合において、レセプト件数、算定回数についてもそれぞれご報告ください。
⑩在宅患者緊急入院診療加算(312)～(315)	一般病床・療養病床における「A206 在宅患者緊急入院診療加算（入院初日）1、2及び3」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数の総数をご報告ください。 また、「A206 在宅患者緊急入院診療加算（入院初日）1（他の保険医療機関との連携により在宅療養支援診療所若しくは在宅療養支援病院の体制を確保している保険医療機関において、当該他の保険医療機関の求めに応じて行う場合又は在宅療養後方支援病院が他の保険医療機関の求めに応じて行う場合）」、「A206 在宅患者緊急入院診療加算（入院初日）2（連携医療機関である場合（1の場合を除く））」、「A206 在宅患者緊急入院診療加算（入院初日）3（1及び2以外の場合）」のレセプト件数についてもそれぞれご報告ください。 歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。
⑪救命のための気管内挿管(316)	一般病床・療養病床における「J044 救命のための気管内挿管」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定日数、算定回数をご報告ください。
⑫体表面ペーシング法又は食道ペーシング法(317)	一般病床・療養病床における「J044-2体表面ペーシング法又は食道ペーシング法（1日につき）」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。
⑬非開胸的心マッサージ(318)～(320)	一般病床・療養病床における「J046 非開胸的心マッサージ1及び2」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定日数、算定回数の総数をご報告ください。 また、「J046 非開胸的心マッサージ1（30 分までの場合）」、「J046 非開胸的心マッサージ2（30 分を超えた場合）」のレセプト件数、算定日数、算定回数についてもそれぞれご報告ください。

⑭カウンターショック(321)～(323)	一般病床・療養病床における「J047 カウンターショック（１日につき）１及び２」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数の総数をご報告ください。 また、「J047 カウンターショック（１日につき）１（非医療従事者向け自動除細動器を用いた場合）」、「J047 カウンターショック（１日につき）２（その他の場合）」のレセプト件数、算定回数についてもそれぞれご報告ください。
⑮心膜穿刺(324)	一般病床・療養病床における「J048 心膜穿刺」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定日数、算定回数をご報告ください。
⑯食道圧迫止血チューブ挿入法(325)	一般病床・療養病床における「J049 食道圧迫止血チューブ挿入法」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定日数、算定回数をご報告ください。
⑰早期栄養介入管理加算(326)	一般病床・療養病床における早期栄養介入管理加算の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定日数、算定回数をご報告ください。 早期栄養介入管理加算とは、医科診療報酬点数表に「早期栄養介入管理加算」の記載があるものを言います。

7. 急性期後の支援・在宅復帰への支援の状況	
①入退院支援加算１(327)～(329)	一般病床・療養病床における「A246 入退院支援加算１（退院時１回）」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数の総数をご報告ください。 また、「A246 入退院支援加算（退院時１回）１」のうち、「イ一般病棟入院基本料等の場合」、「ロ療養病棟入院基本料等の場合」のレセプト件数についてもそれぞれご報告ください。 歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。
②入退院支援加算２(330)～(332)	一般病床・療養病床における「A246 入退院支援加算（退院時１回）２」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数の総数をご報告ください。 また、「A246 入退院支援加算（退院時１回）２」のうち、「イ一般病棟入院基本料等の場合」、「ロ療養病棟入院基本料等の場合」のレセプト件数についてもそれぞれご報告ください。 歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。
③小児加算（入退院支援加算１・２の算定患者が 15 歳未満の場合）(333)	一般病床・療養病床における「A246 入退院支援加算（退院時１回）１」又は「A246 入退院支援加算（退院時１回）２」の状況において、当該算定患者が 15 歳未満である場合の、当該診療報酬のレセプト件数の総数をご報告ください。 歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。
④入退院支援加算３(334)	一般病床・療養病床における「A246 入退院支援加算（退院時１回）３」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数の総数をご報告ください。
⑤入院時支援加算１(335)	一般病床・療養病床における「A246 入退院支援加算（退院時１回）」の状況において、当該算定患者が自宅等（他医療機関からの転院患者以外）からの予定入院患者であり、外来において（入院前の支援として）①患者情報の把握、②入院前に利用していた介護サービス又は福祉サービスの把握 、③褥瘡の危険因子の評価、④栄養状態の評価、⑤服薬中の薬剤の確認、⑥退院困難な要因の有無の評価、⑦入院中の治療・検査の説明、⑧入院生活の説明、までを全て実施して療養支援計画書を作成した場合の、当該診療報酬のレセプト件数の総数をご報告ください。 歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。
⑥入院時支援加算２(336)	一般病床・療養病床における「A246 入退院支援加算（退院時１回）」の状況において、当該算定患者が自宅等（他医療機関からの転院患者以外）からの予定入院患者であり、外来において（入院前の支援として）①患者情報の把握、②入院前に利用していた介護サービス又は福祉サービスの把握、③入院生活の説明を実施して療養支援計画書を作成した場合の当該診療報酬のレセプト件数の総数をご報告ください。 歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。
⑦救急・在宅等支援病床初期加算、在宅患者支援療養病床初期加算、有床診療所急性期患者支援（療養）病床初期加算、有床診療所在宅患者支援（療養）病床初期加算(337)～(341)	一般病床・療養病床における「救急・在宅等支援病床初期加算」、「有床診療所急性期患者支援病床初期加算」、「有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算」、「有床診療所在宅患者支援病床初期加算」、「有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数の総数をご報告ください。 また、「A100 一般病棟入院基本料」及び「A317 特定一般病棟入院料」における「救急・在宅等支援病床初期加算」、「A108 有床診療所入院基本料」における「有床診療所急性期患者支援病床初期加算」及び「有床診療所在宅患者支援病床初期加算」、「A109 有床診療所療養病床入院基本料」における「有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算」及び「有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算」のレセプト件数、算定回数についてもそれぞれご報告ください。 歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。
⑧急性期患者支援（療養）病床初期加算及び在宅患者支援（療養）病床初期加算(342)～(344)	一般病床・療養病床における「急性期患者支援病床初期加算」、「急性期患者支援療養病床初期加算」、「在宅患者支援病床初期加算」及び「在宅患者支援療養病床初期加算」の状況について、当該診療報酬の施設基準・算定要件を満たすレセプト件数、算定回数の総数をご報告ください。

	また、「A308-3地域包括ケア病棟入院料」における「急性期患者支援病床初期加算」、「在宅患者支援病床初期加算」のレセプト件数、算定回数の総数、「A101 療養病棟入院基本料」における「急性期患者支援療養病床初期加算」、「在宅患者支援療養病床初期加算」のレセプト件数、算定回数の総数についてもご報告ください。 歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。
⑨地域連携診療計画加算（入退院支援加算）(345)	一般病床・療養病床における「A246 入退院支援加算１及び２」における「地域連携診療計画加算」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数をご報告ください。 歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。
⑩退院時共同指導料2(346)	一般病床・療養病床における「B005 退院時共同指導料２」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。 歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。
⑪介護支援等連携指導料(347)	一般病床・療養病床における「B005-1-2介護支援等連携指導料」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。 歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。
⑫退院時リハビリテーション指導料(348)	一般病床・療養病床における「B006-3退院時リハビリテーション指導料」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数をご報告ください。
⑬退院前訪問指導料(349)	一般病床・療養病床における「B007 退院前訪問指導料」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。 歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。
⑭二次性骨折予防継続管理料(350)	一般病床・療養病床における「B001-34 二次性骨折予防継続管理料」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数の総数をご報告ください。「イ二次性骨折予防継続管理料１」、「ロ二次性骨折予防継続管理料２」、「ハ二次性骨折予防継続管理料３」のいずれも報告対象としてください。

8. 全身管理の状況	
①中心静脈注射(351)	一般病床・療養病床における「G005 中心静脈注射（１日につき）」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。 歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。
②呼吸心拍監視(352)～(357)	一般病床・療養病床における「D220 呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープ１及び２」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数の総数をご報告ください。 また、「D220 呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープ１（１時間以内又は１時間につき）」のレセプト件数、算定日数、算定回数、「D220 呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープ２（３時間を超えた場合（１日につき））」のレセプト件数、算定回数についてもそれぞれご報告ください。 さらに、「D220 呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープ２」のうち、「イ７日以内の場合」、「ロ7日を超え 14 日以内の場合」、「ハ 14 日を超えた場合」のレセプト件数、算定回数もご報告ください。 なお、呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）又はカルジオタコスコープを同一日に行った場合は、主たるもののみ計上してください。
③酸素吸入(358)	一般病床・療養病床における「J024 酸素吸入（１日につき）」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。 歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。
④観血的動脈圧測定（１時間を超えた場合）(359)	一般病床・療養病床における「D225 観血的動脈圧測定（カテーテルの挿入に要する費用及びエックス線透視の費用を含む。）２（１時間を超えた場合（１日につき））」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。
⑤ドレーン法、胸腔もしくは腹腔洗浄(360)～(366)	一般病床・療養病床における「J002 ドレーン法（ドレナージ）（１日につき）１及び２」、「J008 胸腔穿刺（洗浄、注入及び排液を含む）」、「J010 腹腔穿刺（人工気腹、洗浄、注入及び排液を含む。）」及び歯科診療報酬点数表における「I009-3 歯科ドレーン法（ドレナージ）」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数の総数をご報告ください。 また、「J002 ドレーン法（ドレナージ）（１日につき）１及び２」のレセプト件数、算定回数、「J008 胸腔穿刺（洗浄、注入及び排液を含む）」、「J010 腹腔穿刺（人工気腹、洗浄、注入及び排液を含む。）」のレセプト件数、算定日数、算定回数、歯科診療報酬点数表における「I009-3歯科ドレーン法（ドレナージ）」のレセプト件数、算定回数についてもそれぞれご報告ください。 さらに、「J002 ドレーン法（ドレナージ）（１日につき）１（持続的吸引を行うもの）」、「J002 ドレーン法（ドレナージ）（１日につき）２（その他のもの）」のレセプト件数、算定回数もご報告ください。 歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。
⑥人工呼吸（５時間を超えた場合）(367)	一般病床・療養病床における「J045 人工呼吸３（５時間を超えた場合（１日につき））」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。 歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。

⑦人工腎臓、腹膜灌流(368)～(385)	一般病床・療養病床における「J038 人工腎臓（1日につき）」、「J042 腹膜灌流（1日につき）」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数の総数をご報告ください。 また「J038 人工腎臓（1日につき）1（慢性維持透析を行った場合1）、2（慢性維持透析を行った場合2）、3（慢性維持透析を行った場合3）及び4（その他の場合）」、「J042 腹膜灌流（1日につき）1及び2」それぞれのレセプト件数、算定回数の総数についてもご報告ください。 さらに、「J038 人工腎臓（1日につき）1、2及び3」のそれぞれについては「イ4時間未満の場合」、「ロ4時間以上5時間未満の場合」、「ハ5時間以上の場合」のレセプト件数、算定回数もあわせてご報告ください。
⑧経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法(386)	一般病床・療養病床における「J043-4経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定日数、算定回数をご報告ください。

9. 疾患に応じたリハビリテーション・早期からのリハビリテーションの実施状況	
①疾患別リハビリテーション料(387)～(405)	一般病床・療養病床における「H000 心大血管疾患リハビリテーション料」、「H001 脳血管疾患等リハビリテーション料」、「H001-2廃用症候群リハビリテーション料」、「H002 運動器リハビリテーション料」、「H003 呼吸器リハビリテーション料」について、当該診療報酬のレセプト件数の総数をご報告ください。 また、「H000 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）、及び（Ⅱ）」、「H001 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）及び（Ⅲ）」、「H001-2廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）及び（Ⅲ）」、「H002 運動器リハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）及び（Ⅲ）」、「H003 呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）、及び（Ⅱ）」のレセプト件数、算定日数、算定回数についてもそれぞれご記入ください。なお、当該リハビリテーション料の「算定回数」は、診療報酬点数表に定められた1単位ごとにカウントのうえ、「算定単位数」としてご報告ください。 下記報告項目のレセプト件数、算定日数、算定回数は、種別イロハニホの合計値をご報告ください。 ・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（Ⅲ） ・廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ） 下記報告項目のレセプト件数、算定日数、算定回数は、種別イロハニの合計値をご報告ください。 ・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） ・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） ・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） 下記報告項目のレセプト件数、算定日数、算定回数は、種別イロハの合計値をご報告ください。 ・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） 歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。
②障害児（者）リハビリテーション料(406)～(409)	一般病床・療養病床における「H007 障害児（者）リハビリテーション料（1単位）」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数の総数をご報告ください。 また、「H007 障害児（者）リハビリテーション料（1単位）」のレセプト件数、算定日数、算定回数についてもそれぞれご記入ください。なお、当該リハビリテーション料の「算定回数」は、診療報酬点数表に定められた1単位ごとにカウントのうえ、「算定単位数」としてご報告ください。 歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。
③がん患者リハビリテーション料(410)	一般病床・療養病床における「H007-2がん患者リハビリテーション料（1単位）」について、当該診療報酬のレセプト件数の総数をご報告ください。 また、「H007-2がん患者リハビリテーション料（1単位）」のレセプト件数、算定日数、算定回数についてもそれぞれご記入ください。なお、当該リハビリテーション料の「算定回数」は、診療報酬点数表に定められた1単位ごとにカウントのうえ、「算定単位数」としてご報告ください。 歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。
④認知症患者リハビリテーション料(411)	一般病床・療養病床における「H007-3認知症患者リハビリテーション料（1日につき）」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数の総数をご報告ください。 また、「H007-3認知症患者リハビリテーション料（1日につき）」のレセプト件数、算定回数についてもそれぞれご報告ください。 歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。
⑤急性期リハビリテーション加算（リハビリテーション料）(412)	一般病床・療養病床における「H000 心大血管疾患リハビリテーション料」、「H001 脳血管疾患等リハビリテーション料」、「H001-2廃用症候群リハビリテーション料」、「H002 運動器リハビリテーション料」、「H003 呼吸器リハビリテーション料」における「急性期リハビリテーション加算（1単位につき）」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定日数、算定回数をご報告ください。

	歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。
⑥早期リハビリテーション加算（リハビリテーション料）(413)	一般病床・療養病床における「H000 心大血管疾患リハビリテーション料」、「H001 脳血管疾患等リハビリテーション料」、「H001-２廃用症候群リハビリテーション料」、「H002 運動器リハビリテーション料」、「H003 呼吸器リハビリテーション料」における「早期リハビリテーション加算（１単位につき）」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定日数、算定回数をご報告ください。 歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。
⑦早期離床・リハビリテーション加算 (414)	一般病床における「A300 救命救急入院料」、「A301 特定集中治療室管理料」、「A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料」、「A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料」及び「A301-4 小児特定集中治療室管理料」における「早期離床・リハビリテーション加算」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定日数、算定回数をご報告ください。 歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。 ※システム上「⑦早期離床・リハビリテーション加算（特定集中治療室管理料）(414)」と表示されますが、本項目は、「⑦早期離床・リハビリテーション加算」と読み替えてご報告ください。
⑧初期加算（リハビリテーション料）(415)	一般病床・療養病床における「H000 心大血管疾患リハビリテーション料」「H001 脳血管疾患等リハビリテーション料」「H001-２廃用症候群リハビリテーション料」、「H002 運動器リハビリテーション料」「H003 呼吸器リハビリテーション料」における「初期加算（１単位につき）」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定日数、算定回数をご報告ください。 歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。
⑨摂食機能療法(416)～(418)	一般病床・療養病床における「H004 摂食機能療法（１日につき）」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。 また、「H004 摂食機能療法（１日につき）１（30 分以上の場合）」、「H004 摂食機能療法（１日につき）２（30 分未満の場合）」のレセプト件数、算定回数についてもそれぞれご報告ください。 歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。
⑩休日リハビリテーション提供体制加算（回復期リハビリテーション病棟入院料）(419)	一般病床・療養病床における「A308 回復期リハビリテーション病棟入院料３、４、５」における「休日リハビリテーション提供体制加算（１日につき）」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。
⑪入院時訪問指導加算（リハビリテーション総合計画評価料）(420)	一般病床・療養病床における「H003-2リハビリテーション総合計画評価料」における「入院時訪問指導加算（入院中１回）」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数をご報告ください。

10. 長期療養患者の受入状況	
①褥瘡対策加算（療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料）(421)～(423)	「A101 療養病棟入院基本料（１日につき）」及び「A109 有床診療所療養病床入院基本料（１日につき）」における「褥瘡対策加算 １及び２」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数の総数をご報告ください。 また、「褥瘡対策加算１」、「褥瘡対策加算２」のレセプト件数、算定回数についてもそれぞれご報告ください。 歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。
②重度褥瘡処置(424)	一般病床・療養病床における「J001-４重度褥瘡処置（１日につき）」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。
③重症皮膚潰瘍管理加算(425)	一般病床・療養病床における「A226 重症皮膚潰瘍管理加算（１日につき）」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。

11. 重度の障害児等の受入状況	
①難病等特別入院診療加算(426)	一般病床・療養病床における「A210 難病等特別入院診療加算（１日につき）」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。 歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。
②特殊疾患入院施設管理加算(427)	一般病床・療養病床における「A211 特殊疾患入院施設管理加算（１日につき）」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。
③超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算(428)	一般病床・療養病床における「A212 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算（１日につき）」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。 歯科診療報酬で本項目に該当するものはあわせて計上してください。
④強度行動障害入院医療管理加算(429)	一般病床・療養病床における「A231-2強度行動障害入院医療管理加算（１日につき）」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。

12. 医科歯科の連携状況	
①歯科医師連携加算（栄養サポートチーム加算）(430)	一般病床・療養病床における「A233-2栄養サポートチーム加算（週1回）」における「歯科医師連携加算」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。

②周術期口腔機能管理後手術加算(431)	一般病床・療養病床における診療報酬点数表「第 10 部手術」の通則 17 あるいは歯科診療報酬点数表「第 9 部手術」の通則 16 に掲げる「周術期口腔機能管理後手術加算」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定日数、算定回数をご報告ください。
③周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)(432)	一般病床・療養病床における歯科診療報酬点数表「B000-7 周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。
④周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)(433)	一般病床・療養病床における歯科診療報酬点数表「B000-8 周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数をご報告ください。
⑤周術期等口腔機能管理料(Ⅳ)(434)	一般病床・療養病床における歯科診療報酬点数表「B000-9 周術期等口腔機能管理料(Ⅳ)」の実施状況について、当該診療報酬のレセプト件数をご報告ください。

13. 当該病棟における医療機能の報告の再確認	
①報告項目3～6及び8の合計(435)	G-MIS 上の WEB フォームをご利用の場合、「3. 幅広い手術の実施状況」、「4. がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療状況」、「5. 重症患者への対応状況」、「6. 救急医療の実施状況」及び「8. 全身管理の状況」におけるレセプト件数について合計値が自動計算され、記載されています。 紙媒体をご利用の場合は、下記(436)～(440)欄のそれぞれについてレセプト件数を算出後、それらの合計値をご報告ください。
「3. 幅広い手術の実施状況」(436)	G-MIS 上の WEB フォームをご利用の場合、「3. 幅広い手術の実施状況」における「①手術総数(172)」のレセプト件数の値が自動的に転載されています。 紙媒体をご利用の場合は、「3. 幅広い手術の実施状況」における「①手術総数(172)」のレセプト件数の値を転記ください。
「4. がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療状況」(437)	G-MIS 上の WEB フォームをご利用の場合は、「4. がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療状況」における「①悪性腫瘍手術(178)」、「②病理組織標本作製(179)」～「⑱精神疾患診断治療初回加算(救命救急入院料)(264)」の各レセプト件数が自動的に合計され、転載されています。 紙媒体をご利用の場合は、「4. がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療状況」における「①悪性腫瘍手術(178)」、「②病理組織標本作製(179)」～「⑱精神疾患診断治療初回加算(救命救急入院料)(264)」のレセプト件数について、合計値を算出の上、当該合計値を該当欄にご報告ください。
「5. 重症患者への対応状況」(438)	G-MIS 上の WEB フォームをご利用の場合は、「5. 重症患者への対応状況」における「①ハイリスク分娩管理加算(265)」、「②ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅱ)(266)」～「⑭血球成分除去療法(299)」の各レセプト件数が自動的に合計され、転載されています。 紙媒体をご利用の場合は、「5. 重症患者への対応状況」における「①ハイリスク分娩管理加算(265)」、「②ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅱ)(266)」～「⑭血球成分除去療法(299)」のレセプト件数について合計値を算出の上、当該合計値を該当欄にご報告ください。
「6. 救急医療の実施状況」(439)	G-MIS 上の WEB フォームをご利用の場合は、「6. 救急医療の実施状況」における「①院内トリアージ実施料(300)」、「②夜間休日救急搬送医学管理料(301)」～「⑰早期栄養介入管理加算(326)」の各レセプト件数が自動的に合計され、転載されています。 紙媒体をご利用の場合は、「6. 救急医療の実施状況」における「①院内トリアージ実施料(300)」、「②夜間休日救急搬送医学管理料(301)」～「⑰早期栄養介入管理加算(326)」のレセプト件数について合計値を算出の上、当該合計値を該当欄にご報告ください。
「8. 全身管理の状況」(440)	G-MIS 上の WEB フォームをご利用の場合は、「8. 全身管理の状況」における「①中心静脈注射(351)」、「②呼吸心拍監視(352)」～「⑧経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法(386)」の各レセプト件数が自動的に合計され、転載されています。 紙媒体をご利用の場合は、「8. 全身管理の状況」における「①中心静脈注射(351)」、「②呼吸心拍監視(352)」～「⑧経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法(386)」のレセプト件数について合計値を算出の上、当該合計値を該当欄にご報告ください。
②2026(令和8)年7月1日時点の機能(441)～(442)	病棟コードは、電子レセプトにより診療報酬請求を行っている病院であって、令和7年4月から令和8年3月診療分の電子の入院レセプトに「病棟コード」(一般病床又は療養病床分)を記録頂いた場合、電子レセプトに記録頂いた病棟コード(「1906*****」の9桁コード)をご報告ください。
③2040 年7月1日時点の機能(443)	当該病棟における 2040 年7月1日時点において想定されている病床機能をご回答ください。
④上記③で「7. 介護保険施設等へ移行予定」を選択した場合、2040 年7月1日時点の移行予定先(444)	上記③において、「7. 介護保険施設等へ移行予定」を選択された場合、2040 年7月1日時点において想定されている移行先をご回答ください。
【2040 年7月1日以前に医療機能の変更予定が有る場合】(445)	上記③の「2040 年7月1日時点の機能の実現」に向け、それ以前(2040 年7月1日より前)に当該病棟の病床機能に変更予定がある場合、「2040 年7月1日迄に変更予定あり」欄にチェックを入れ、その病床機能を上記②の選択肢より番号を選び、「変更後の機能」欄にご報告ください。また、変更予定の年月についてもご回答ください。

【その他、ご報告にあたっての特記事項】	
任意 (462)	ご報告に当たって、その他特記事項がございましたら自由回答欄にご記載ください。

（3） 「手術（個別）票」及び「全身麻酔手術（個別）票」の確認・記入要領

■ 本項目では、貴院における個別の手術及び全身麻酔の手術の実施状況等について、施設管理者及び事務部門の担当者がご報告ください。

3. 幅広い手術の個別の実施状況	
◎個別の手術の実施状況［「②病棟票」3.「①手術総数」（172）欄の内訳］	一般病床・療養病床における個別の手術の実施状況について、前述の「手術総数」と同様の考え方に基づき、診療報酬点数表「第 10 部手術」のＫコードごと、あるいは歯科診療報酬点数表「第9部手術」のＪコードごとに、以下の記入例のとおり、コード、区分番号、枝番、項番、項番内訳（イ・ロ・ハ等）、診療行為名称、当該診療報酬のレセプト件数、算定日数、算定回数をそれぞれご報告ください。 なお、「II. 報告様式2の確認・記入の手引き」の「手術の実績報告に当たっての留意事項」に記載の事項は除きます。 コード、区分番号、枝番、項番、項番内訳（イ・ロ・ハ等）の記入に当たって、例えば、「K000 創傷処理」の「1筋肉、臓器に達するもの（長径5cm 未満）」のように枝番、項番内訳がない診療行為については、コード「K」、区分番号「000」、項番「1」、名称「創傷処理筋肉、臓器に達するもの（長径5cm 未満）」とし、枝番、項番内訳は記入しないでください。「K000−2小児創傷処理（6歳未満）」の「1筋肉、臓器に達するもの（長径 2.5cm 未満）」のように項番内訳がない診療行為については、コード「K」、区分番号「000」、枝番「2」、項番「1」、名称「小児創傷処理筋肉、臓器に達するもの（長径 2.5cm 未満）」と記入し、項番内訳は記入しないでください。「K142−2脊椎側彎症手術」の「2矯正術」の「イ初回挿入」については、コード「K」、区分番号「142」、枝番「2」、項番「2」、項番内訳「イ」、名称「脊椎側彎症手術矯正術初回挿入」と記入してください。枝番、項番を誤って逆に記入しないようご注意ください。 制度運営事務局から提供する電子の入院レセプトの集計データでは、医科診療行為マスター・歯科診療行為マスターに準じて、診療報酬点数表のＫコードあるいは歯科診療報酬点数表のＪコードの区分番号・枝番・項番・項番内訳（イ・ロ・ハ等）・診療行為名称ごとに、レセプト件数、算定日数、算定回数を集計しています。 手術名は同一項番内の診療行為名称のうち一つが表示されます。このため、表示されている手術名が実際に実施した手術の名称と異なるように見える場合がありますが、表示名のみで手術の該当・非該当を判断したり、表示名を実際の手術名に変更したりしないでください。 手術の該当・非該当は、表示されている名称ではなく、コード（区分番号、枝番、項番、イロハ等を含む）に基づいて判断してください。
◎個別の全身麻酔の手術の実施状況［「②病棟票」3.「②全身麻酔の手術総数」（173）欄の内訳］	一般病床・療養病床における個別の全身麻酔の手術の実施状況について、上記の「個別の手術」と同様の考え方に基づき、診療報酬点数表「第 10 部手術」のＫコードごと、あるいは歯科診療報酬点数表「第9部手術」のＪコードごとに、コード、区分番号、枝番、項番、項番内訳（イ・ロ・ハ等）、診療行為名称、当該診療報酬のレセプト件数、算定日数、算定回数をそれぞれご報告ください。 なお、全身麻酔の手術とは、診療報酬点数表の「第 11 部麻酔」のうち、「L007 開放点滴式全身麻酔」又は「L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔」と手術を同時に実施しているものをいいます。また、「II. 報告様式2の確認・記入の手引き」の「手術の実績報告に当たっての留意事項」に記載の事項は除きます。 制度運営事務局から提供する電子の入院レセプトの集計データでは、「L007 開放点滴式全身麻酔」又は「L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔」と同日に手術の実施があった場合のレセプト件数、算定日数、算定回数を集計しています。 手術名は同一項番内の診療行為名称のうち一つが表示されます。このため、表示されている手術名が実際に実施した手術の名称と異なるように見える場合がありますが、表示名のみで手術の該当・非該当を判断したり、表示名を実際の手術名に変更したりしないでください。 手術の該当・非該当は、表示されている名称ではなく、コード（区分番号、枝番、項番、イロハ等を含む）に基づいて判断してください。

■「コード」、「区分番号」、「枝番」、「項番」、「項番内訳（イ・ロ・ハ等）」の記入例

【例１：Ｋ000 創傷処理、 1 筋肉、臓器に達するもの（長径５センチメートル未満）の場合】

・診療行為コードの構成

Ｋ000 創傷処理	
	1 筋肉、臓器に達するもの（長径５センチメートル未満）
	（以下略）

※プレプリントでは、コード「K」、区分番号「000」、項番「１」、名称「創傷処理筋肉、臓器に達するもの（長径５cm未満）」と入力されています。
※枝番、項番内訳がない診療行為については、枝番、項番内訳は記入しないように注意してください。

・プレプリントの表示例

コード	区分番号	枝番	項番	イロハ等	名称
K	0 0 0	－	001		創傷処理（筋肉、臓器に達するもの）（長径５cm未満）

	１年間	４月	…
レセプト件数	10	2	
算定日数	10	2	
算定回数	10	2	

【例２：Ｋ000-2 小児創傷処理（６歳未満）、 1 筋肉、臓器に達するもの（長径２.５センチメートル未満）の場合】

・診療行為コードの構成

Ｋ000-2 小児創傷処理（６歳未満）	
	1 筋肉、臓器に達するもの（長径２.５センチメートル未満）
	（以下略）

※プレプリントでは、コード「K」、区分番号「000」、枝番「２」、項番「１」、名称「小児創傷処理筋肉、臓器に達するもの（長径2.5cm未満）」と入力されています。
※枝項番内訳がない診療行為については、項番内訳は記入しないように注意してください。

・プレプリントの表示例

コード	区分番号	枝番	項番	イロハ等	名称
K	0 0 0	－ 0 2	001		小児創傷処理（筋肉、臓器に達するもの）（長径２.５cm未満）

	１年間	４月	…
レセプト件数	0	0	
算定日数	0	0	
算定回数	0	0	

【例３：Ｋ142-2 脊椎側彎症手術、 2 矯正術、イ 初回挿入　の場合】

・診療行為コードの構成

Ｋ142-2 脊椎側彎症手術		
	1 固定術	
	2 矯正術	
		イ　初回挿入
		ロ　交換術
		ハ　伸展術

※プレプリントでは、コード「K」、区分番号「142」、枝番「２」、項番「２」、項番内訳「イ」、名称「脊椎側彎症手術（矯正術）（初回挿入）」と入力されています。
※枝番、項番を誤って逆に記入しないように注意してください。

・プレプリントの表示例

コード	区分番号	枝番	項番	イロハ等	名称
K	1 4 2	－ 0 2	002	イ	脊椎側彎症手術（矯正術）（初回挿入）

	１年間	４月	…
レセプト件数	3	0	
算定日数	3	0	
算定回数	3	0	

（4） 「医療機関機能票」の確認・記入要領

■ 医療機関機能の確保等の協議のために必要な診療実績等について、施設管理者及び事務部門の担当者がご確認・ご報告ください。

■ 医療機関機能票では、一般病床・療養病床における令和７年４月から令和８年３月診療分の1年間の診療実績についてご報告ください。

医療機関・病床・外来管理番号	9月下旬に医療機関あてに発送しております郵便物の送付状に記載されている医療機関・病床・外来管理番号と相違ないか、ご確認ください。
貴院名	令和8年7月1日時点の貴院の医療機関名称をご確認ください。
病院・有床診療所の種別	令和8年7月1日時点における貴院の病院・有床診療所（診療所・歯科診療所）の種別をご報告ください。

■レセプト件数	レセプト件数とは、1か月ごとに提出される「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令」（昭和 51 年厚生省令第 36 号）に規定する診療報酬明細書1枚を1件とし、「診療報酬の算定方法」（平成 20 年厚生労働省告示第 59 号、平成 30 年一部改定）に定められた診療報酬点数表の当該診療行為を実施したと記載のある明細書の件数をいいます。 「急性期入院医療に係る診断群分類に基づく1日あたり包括払い制度（DPC/PDPS（DiagnosisProcedureCombination/Per-DiemPaymentSystem））」において、「総括レセプト」を総括表として「総括対象 DPC レセプト」又は「総括対象医科入院レセプト」が添付されている明細書は、「総括レセプト」の単位で1件として計上します。 また、「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法」（平成 20 年厚生労働省告示第 93 号、令和6年一部改定）に定められた診断群分類点数表により包括評価となる診療行為は、コーディングデータレコードより、入院料に包括されている診療行為以外の診療行為について計上します。
■算定日数	算定日数とは、診療報酬明細書の算定日情報をもとに、当該診療行為を実施したと記載のある日数をいいます。 例えば、ある明細書に脳血管疾患等リハビリテーション料を6月３日に3回、6月 11 日に3回算定されたと記載があった場合、「脳血管疾患等リハビリテーション料」の算定日数2日と計上します。同日に同一項目における複数の当該診療行為が算定されていても、算定日数は1日とします。
■算定回数	算定回数とは、原則として、診療報酬請求書・明細書の記入要領に基づいてレセプトに記載する診療報酬点数表に定められた1行為を1回とし、当該診療行為が実施された延べ算定回数をいいます（例えば、入院基本料は入院1日を1回として計上。「回数」算定に適さない薬剤等を除く）。 ただし、診療報酬点数表において1単位ごとに所定点数が定められている疾患別リハビリテーション料の算定回数については、「算定単位数」としてご報告いただきます。 なお、算定件数は算定回数のことを指します。

1. 救急医療の提供状況	
① 下り搬送の実績 (1)	下り搬送の実績として、令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間の「救急患者連携搬送料」のレセプト件数、算定回数をご報告ください。
	※システム上「1. 救急搬送の受け入れ件数」、「① 救急搬送の受入実績」と表示されますが、本項目は、「1. 救急医療の提供状況」、「① 下り搬送の実績」と読み替えてご報告ください。

2. 手術に関する実績	
① 手術・処置の件数（手術は全身麻酔を伴うものに限る）(2)～(16)	令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間の手術・処置の実施状況について、診療報酬点数表「第 10 部手術」あるいは歯科診療報酬点数表「第9部手術」の診療報酬のレセプト件数、算定日数、算定回数をそれぞれご報告ください。 「① 手術・処置の件数」における手術は、全身麻酔を伴うものに限り計上してください。 なお、各項目に該当する具体的な診療行為コードについては、別表 『医療機関機能票 「2. 手術に関する実績」の集計定義』を参照してください。
頻度の高い手術	過年度の全国の診療実績における頻度の高い手術について、貴院での実施状況をご報告ください。
全身麻酔手術 (17)～(46)	全身麻酔手術のうち上位 30 項目について、各診療行為のレセプト件数、算定日数、算定回数をそれぞれご報告ください。
消化管内視鏡治療 (47)～(51)	消化管内視鏡治療のうち上位 5 項目について、各診療行為のレセプト件数、算定日数、算定回数をそれぞれご報告ください。
心臓カテーテル治療 (52)～(56)	心臓カテーテル治療のうち上位 5 項目について、各診療行為のレセプト件数、算定日数、算定回数をそれぞれご報告ください。

2. 手術に関する実績	
脳血管カテーテル治療 (57)～(59)	脳血管カテーテル治療のうち上位 3 項目について、各診療行為のレセプト件数、算定日数、算定回数をそれぞれご報告ください。
② 手術・処置の件数のうち、時間外加算/休日加算/深夜加算のいずれかを算定した件数（全身麻酔の有無を問わない） (60)～(74)	令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間の各手術・治療における時間外加算/休日加算/深夜加算のいずれかを算定した件数（「II. 報告様式2の確認・記入の手引き」の「手術の実績報告に当たっての留意事項」に記載の事項を除く。）をご報告ください。 「② 手術・処置の件数のうち、時間外加算/休日加算/深夜加算のいずれかを算定した件数」における手術・処置は、全身麻酔の有無を問いません。 なお、各項目に該当する具体的な診療行為コードについては、別表 『医療機関機能票「2. 手術に関する実績」の集計定義』を参照してください。
③ 分娩件数 (75)～(77)	令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間の帝王切開件数について、（予定）、（緊急）それぞれのレセプト件数、算定日数、算定回数をご報告ください。 また、帝王切開件数（緊急）のうち、時間外加算又は休日加算又は深夜加算を算定したレセプト件数、算定日数、算定回数をご報告ください。 ※システム上「夜間加算」と表示されますが、本項目は、「深夜加算」と読み替えてご報告ください。

3. 高齢者等への医療の提供状況	
① 外来のリハビリテーション実施状況（疾患別リハビリテーション料等） (78)～(105)	令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間の外来における「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）」、「障害児（者）リハビリテーション料（6歳未満の患者の場合）」、「障害児（者）リハビリテーション料（6歳以上 18 歳未満の患者の場合）」、「障害児（者）リハビリテーション料（18 歳以上の患者の場合）」、「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」、「難病患者リハビリテーション料」、「摂食機能療法（30 分以上の場合）」、「摂食機能療法（30 分未満の場合）」のレセプト件数、算定日数、算定回数をそれぞれご報告ください。 外来のリハビリテーションとは、入院外の患者に対して各種リハビリテーション料を算定したものを指します。なお、退院日に実施したリハビリテーションであっても、レセプト上、入院中の診療として取り扱われるものは計上しないでください。 なお、当該リハビリテーション料の「算定回数」は、診療報酬点数表に定められた1単位ごとにカウントのうえ、「算定単位数」としてご報告ください。 下記報告項目のレセプト件数、算定日数、算定回数は、種別イロハニホの合計値をご報告ください。 ・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（Ⅲ） ・廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ） 下記報告項目のレセプト件数、算定日数、算定回数は、種別イロハニの合計値をご報告ください。 ・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） ・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） ・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） 下記報告項目のレセプト件数、算定日数、算定回数は、種別イロハの合計値をご報告ください。 ・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）
② 在宅復帰等に向けた取組 (106)～(110)	令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間の在宅復帰等に向けた取組にかかる加算の算定状況をご報告ください。
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」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。
排尿自立支援加算	「排尿自立支援加算」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。
栄養サポートチーム加算	「栄養サポートチーム加算」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。
摂食嚥下機能回復体制加算	「摂食嚥下機能回復体制加算」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。
褥瘡ハイリスク患者ケア加算	「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。

4. 高齢者施設等との連携状況	
① 高齢者施設等との連携実績 (111)～(112)	令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間の高齢者施設等との連携実績にかかる加算の算定状況をご報告ください。
協力対象施設入所者入院加算	「協力対象施設入所者入院加算」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。
介護保険施設等連携往診加算	「介護保険施設等連携往診加算」の状況について、当該診療報酬のレセプト件数、算定回数をご報告ください。

5. 在宅医療の提供状況	
① 在宅医療の実績 (113)～(136)	在宅医療の実績として、訪問診療の実績、往診の実績、訪問看護の実績(医療機関自身の提供実績)、訪問看護の実績(同一敷地内又は隣接する訪問看護ステーションの提供実績)、訪問リハビリテーションの実績(医療機関自身の提供実績)をご報告ください。 なお、介護報酬レセプトおよび訪問看護レセプトを用いて集計する項目は、プレプリントの対象外です。各医療機関において、実績値をご報告ください。
訪問診療の実績	令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間の訪問診療の総数のレセプト件数、算定日数、算定回数をご報告ください。 また、「在宅患者訪問診療料Ⅰ」「在宅患者訪問診療料Ⅱ」それぞれのレセプト件数、算定日数、算定回数をご報告ください。
往診の実績	令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間の「往診料」および「特別往診」のレセプト件数、算定日数、算定回数をご報告ください。 また、「往診料」または「特別往診」のうち、算定時に合わせて「緊急加算」「夜間休日加算」「深夜加算」を算定した場合、レセプト件数、算定日数、算定回数をご報告ください。
訪問看護の実績(医療機関自身の提供実績)	令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間の「在宅患者訪問看護指導料」、「同一建物居住者訪問看護・指導料」、「退院後訪問指導料」、「訪問看護費ロ」、「介護予防訪問看護費ロ」それぞれのレセプト件数、算定日数、算定回数をご報告ください。 G-MIS 上の WEB フォームをご利用の場合、「訪問看護の実績(医療機関自身の提供実績)(123)」は、(124)～(128)の合計値が自動計算され、記載されています。 なお、医療機関自身の提供実績をご報告ください。
訪問看護の実績(同一敷地内又は隣接する訪問看護ステーションの提供実績)	令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間の「訪問看護基本療養費」、「訪問看護費イ」、「介護予防訪問看護費イ」それぞれのレセプト件数、算定日数、算定回数をご報告ください。 G-MIS 上の WEB フォームをご利用の場合、「訪問看護の実績(同一敷地内又は隣接する訪問看護ステーションの提供実績)(129)」は、(130)～(132)の合計値が自動計算され、記載されています。 なお、同一敷地内又は隣接する訪問看護ステーションの提供実績をご報告ください。
訪問リハビリテーションの実績(医療機関自身の提供実績)	令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間の「在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料」、「訪問リハビリテーション費」、「介護予防訪問リハビリテーション費」それぞれのレセプト件数、算定日数、算定回数をご報告ください。 G-MIS 上の WEB フォームをご利用の場合、「訪問リハビリテーションの実績(医療機関自身の提供実績)(133)」は、(134)～(136)の合計値が自動計算され、記載されています。 なお、医療機関自身の提供実績をご報告ください。
② 在宅療養患者の受入状況 (137)	令和7年4月1日～令和8年3月 31 日の1年間の在宅療養患者の受入状況として、「在宅患者緊急入院診療加算」のレセプト件数、算定回数をご報告ください。