

保医発 0305 第 3 号
平成 30 年 3 月 5 日

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

厚生労働省保険局医療課長
（公 印 省 略）

厚生労働省保険局歯科医療管理官
（公 印 省 略）

特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて

標記については、本日、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成 30 年厚生労働省告示第 43 号）の公布に伴い、「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件」（平成 30 年厚生労働省告示第 45 号）が公布され、平成 30 年 4 月 1 日より適用されることとなったところであるが、保険医療機関及び保険薬局からの届出を受理する際には、下記の事項に留意の上、貴管下の保険医療機関及び保険薬局並びに審査支払機関に周知徹底を図り、その取扱いに遺漏のないよう特段の御配慮を願いたい。

なお、従前の「特掲診療料の施設基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて」（平成 28 年 3 月 4 日保医発 0304 第 2 号）は、平成 30 年 3 月 31 日限り廃止する。

記

第 1 特掲診療料の施設基準等

- 1 特掲診療料の施設基準等は、「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件」による改正後の特掲診療料の施設基準等（平成 20 年厚生労働省告示第 63 号）に定めるものの他、別添 1 のとおりとする。
- 2 別添 1 に定める施設基準を歯科診療について適用する場合にあつては、必要に応じ、当該基準中「医師」とあるのは、「歯科医師」と読み替えて適用するものとする。

- 3 特掲診療料の施設基準等及び本通知において規定する診療科については、医療法施行令（昭和23年政令第326号）及び医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）の規定に基づき、当該診療科名に他の事項を組み合わせる場合も含むものであること。
- 4 特掲診療料の施設基準等における常勤配置とは、従事者が労働基準法（昭和22年法律第49号）第65条に規定する休業、育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成3年法律第76号。以下「育児・介護休業法」という。）第2条第1号に規定する育児休業、同条第2号に規定する介護休業、同法第23条第2項の育児休業に関する制度に準ずる措置又は同法第24条第1項（第2号に係る部分に限る。）の規定により同項第2号に規定する育児休業に関する制度に準じて講ずる措置による休業を取得中の期間において、当該施設基準等において求められる資質を有する複数の非常勤従事者の常勤換算後の人員数を原則として含めるものであること。

また、正職員として勤務する者について、育児・介護休業法第23条第1項、同条第3項又は同法第24条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあつては、週30時間以上の勤務で常勤扱いとすること。

第2 届出に関する手続き

- 1 特掲診療料の施設基準等に係る届出に際しては、特に規定のある場合を除き、当該保険医療機関単位又は当該保険薬局単位で行うものであること。
- 2 「特掲診療料の施設基準等」の各号に掲げる施設基準に係る届出を行おうとする保険医療機関又は保険薬局の開設者は、当該保険医療機関又は保険薬局の所在地の地方厚生（支）局長に対して、別添2の当該施設基準に係る届出書（届出書添付書類を含む。以下同じ。）を1通提出するものであること。なお、国立高度専門医療研究センター等で内部で権限の委任が行われているときは、病院の管理者が届出書を提出しても差し支えない。また、当該保険医療機関は、提出した届出書の写しを適切に保管するものであること。
- 3 届出書の提出があった場合は、届出書を基に、「特掲診療料の施設基準等」及び本通知に規定する基準に適合するか否かについて要件の審査を行い、記載事項等を確認した上で受理又は不受理を決定するものであること。また、補正が必要な場合は適宜補正を求めるものとする。なお、この要件審査に要する期間は原則として2週間以内を標準とし、遅くとも概ね1か月以内（提出者の補正に要する期間は除く。）とするものであること。
- 4 届出に当たっては、当該届出に係る基準について、特に定めがある場合を除き、実績期間を要しない。

ただし、以下に定める施設基準については、それぞれ以下に定めるところによる。

(1) 開放型病院の施設基準

届出前30日間の実績を有していること。

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

ア 1月から12月までの1年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及び他

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

イ アにかかわらず、新規届出の場合は、届出前6月の実績を有していれば足りるものとし、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は、新規届出に該当しないものである。

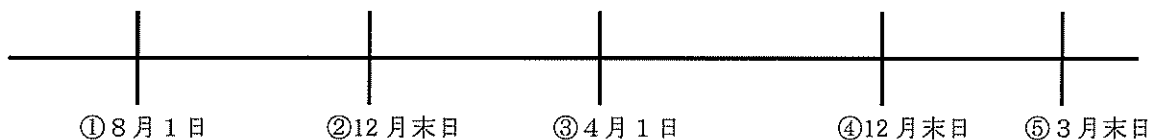
ウ 既に施設基準の要件を満たし所定点数を算定している場合であって、当該基準に係る機器を増設する場合にあつては、実績期間を要しないものとする。この場合において、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から翌年の3月末日までは、当該機器についても所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から翌年の3月末日まで当該機器についても所定点数を算定することができるものとする。

エ イ又はウに該当する場合は、所定点数を算定し始めた月の初日から同年12月の末日までの実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年の3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

新規届出の場合

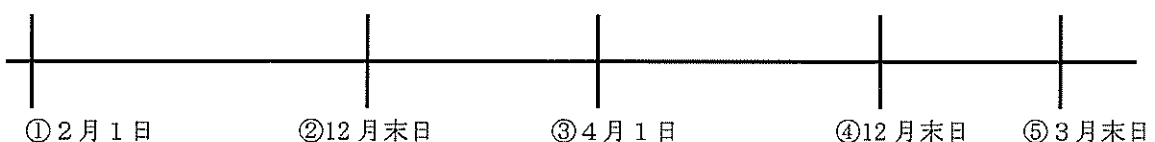
例1：8月1日から算定を開始した場合

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



例2：2月1日から算定を開始した場合

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



(3) 在宅腫瘍治療電場療法指導管理料、長期脳波ビデオ同時記録検査1、光トポグラフィー、骨移植術(軟骨移植術を含む。)(自家培養軟骨移植術に限る。)、後縦靱帯骨化症手術(前方進入によるもの)、脳腫瘍覚醒下マッピング加算、人工中耳植込術、人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術、植込型骨導補聴器交換術、胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)、胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)、胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術(肺葉切除又は1肺葉を超えるもので内視鏡手術用支援機器を用いる場合)、生体部分肺移植術、胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)、経皮的冠動脈形成術(特殊カテーテルによるもの)、胸腔鏡下弁形成術、胸腔鏡下弁形成術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)、胸腔鏡下弁置換術、経カテーテル大動脈弁置換術、経皮的僧帽弁クリップ術、胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術、磁気ナビゲーション加算、経皮的中隔心筋焼灼術、ペースメーカー移植術(リードレスペースメーカーの場合)、両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術、植込型除細動器移植術及び植込型除細動器交換術、経静脈電極抜去術、両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術、経皮的循環補助法(ポンプカテーテルを用いたもの)、補助人工心臓、小児補助人工心臓、植込型補助人工心臓(非拍動流型)、内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術、腹腔鏡下胃切除術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)、腹腔鏡下噴門側胃切除術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)、腹腔鏡下胃全摘術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)、腹腔鏡下胃縮小術(スリーブ状切除によるもの)、腹腔鏡下胆道閉鎖症手術、腹腔鏡下肝切除術、生体部分肝移植術、腹腔鏡下膵腫瘍摘出術、腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術、生体部分小腸移植術、早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術、腹腔鏡下直腸切除・切断術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)、腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)、生体腎移植術、腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術、腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)、腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術、腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術、腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)、腹腔鏡下膣式子宮全摘術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)、腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術(子宮体がんに限る。)、腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術(子宮頸がんに限る。)、腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術(子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合)、高エネルギー放射線治療、1回線量増加加算並びに強度変調放射線治療(IMRT)に係る年間実施件数

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

イ アにかかわらず、新規届出の場合は、届出前6月以内の実施件数が、要件とされる年間実施件数の半数以上であれば足りるものとし、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は、新規届出に該当しないものであること。ただし、建物の工事等に伴いやむを得

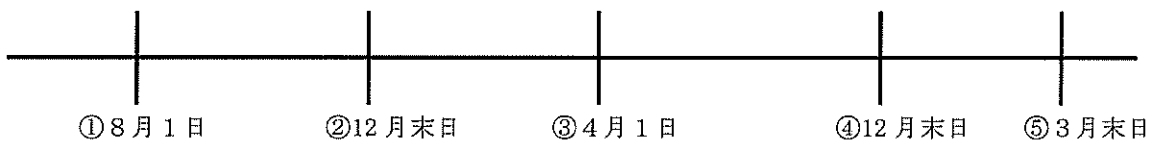
ず当該治療を実施できなくなり、施設基準に適合しなくなった後、再度届出を行う場合には、新規届出として取り扱うものとする。

ウ イに該当する場合は、所定点数を算定し始めた月の初日から同年12月末日までの実施件数をもって施設基準の適合性を判断し（実施件数が、各施設基準に規定する年間実施件数を12で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数以上であれば、施設基準に適合しているものと判断する。）、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

新規届出の場合

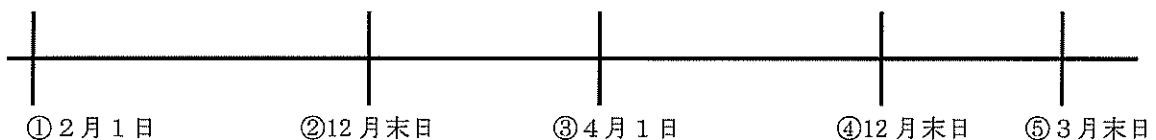
例1：8月1日から算定を開始した場合

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



例2：2月1日から算定を開始した場合

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



(4) コンタクトレンズ検査料1から3までに係る検査割合及び院内交付割合

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

イ アにかかわらず、新規に届出をする場合は、届出前6月の実績（当該保険医療機関の新

規開設又は眼科学的検査を実施する診療科を新規開設する場合であって、当該新規開設後6月以内に届け出る場合は、届出前3月の実績)をもって施設基準の適合性を判断し、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は、新規に届出をする場合には該当しないものであること。

ウ イに該当する場合は、所定点数を算定し始めた月の初日から同年12月末日までの実績をもって施設基準の適合性を判断(コンタクトレンズ検査料を算定した患者数については、施設基準に規定する年間患者数を12で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数をもって判断する。なお、エに該当する場合においても同様の取扱いとする。)し、当該要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

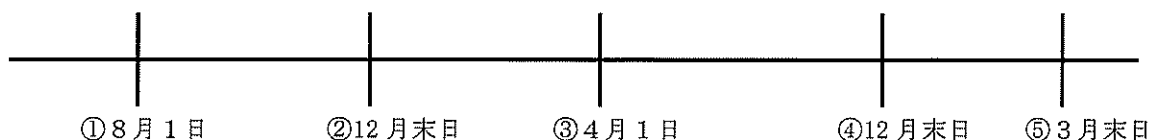
エ アにかかわらず、コンタクトレンズに係る検査(コンタクトレンズ装用のための眼科学的検査及びコンタクトレンズの既装用者に対する眼科学的検査)を実施した患者の診療報酬明細書の件数が、届出時の実績が1月当たり平均500件を超える保険医療機関にあっては、1月から6月までの6か月間の実績(イに該当し、かつ、6月までに所定点数の算定を開始した場合は、ウにかかわらず、所定点数の算定を開始した月の初日から同年6月末日までの実績)をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件を満たしている場合は、同年の10月1日から翌年3月末日まで所定点数を算定できるものとし、7月から12月までの6か月間の実績(イに該当し、かつ、12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

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

新規届出の場合

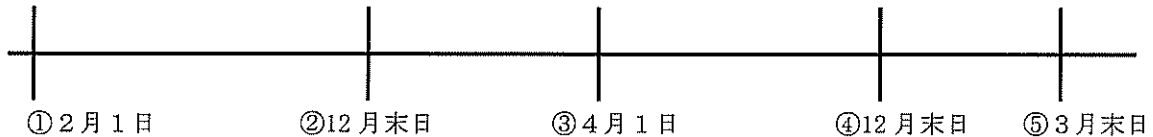
例1：8月1日から算定を開始した場合

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



例2：2月1日から算定を開始した場合

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



(5) 後発医薬品調剤体制加算及び外来後発医薬品使用体制加算の施設基準

届出前3月間の実績を有していること。

(6) 経口摂取回復促進加算1に係る施設基準

ア 他の保険医療機関等から紹介された患者であって胃瘻を造設した患者又は自院で新たに胃瘻を造設した患者の数

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

イ 経口摂取回復率

(イ) 1月から12月までの1年間に別添1の第45の2の1の(3)のア又はイのいずれかに該当することとなった患者（以下「鼻腔栄養を導入した患者又は胃瘻を造設した患者等」という。）のうち、1年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態に回復した患者の割合をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及びアを含む他の要件を満たしている場合は、翌々年4月1日から翌々々年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

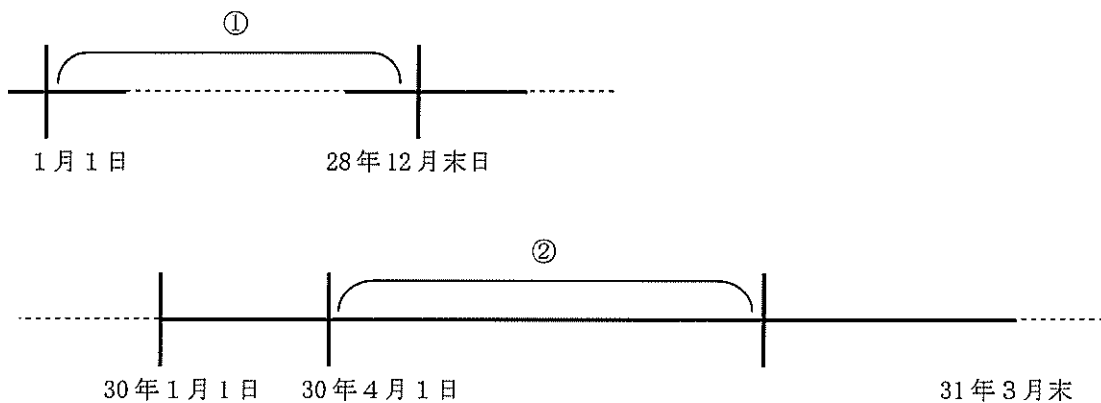
(ロ) 新規に届出をする場合は、(イ)にかかわらず、4月から6月（直近2年以内）までの3か月間に鼻腔栄養を導入した患者又は胃瘻を造設した患者等のうち、1年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態に回復した患者の割合をもって施設基準の適合性を判断することができるものとし、当該要件及びアを含む他の要件と合わせて、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から翌年3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から翌年3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は新規に届出をする場合には該当しないものであること。

(ハ) (ロ)に該当する場合であって、継続して所定点数を算定しようとする場合は、(イ)に規定するところによる他、所定点数の算定を開始した年の1月から12月までの1年間に鼻腔栄養を導入した患者又は胃瘻を造設した患者等のうち、1年以内に栄養方法

が経口摂取のみである状態に回復した患者の割合をもって施設基準の適合性を判断することができるものとし、当該要件及びアを含む他の要件を満たしている場合は、翌年4月1日から翌々年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

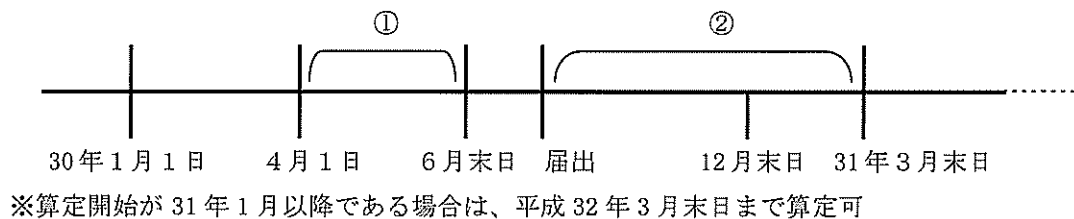
例1：イ（イ）による届出の場合

- ・平成28年1月1日から12月末日までの期間（下図①）に鼻腔栄養を導入した患者又は胃瘻を造設した患者等にかかる回復の割合をもって適合性を判断し、適合している場合は平成30年4月1日から平成31年3月31日まで（②）算定可



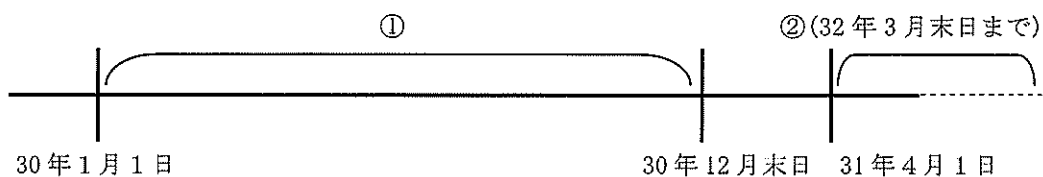
例2：イ（ロ）による新規届出の場合

- ・平成30年4月1日から6月末日までの期間（①）に鼻腔栄養を導入した患者又は胃瘻を造設した患者等にかかる回復の割合をもって適合性を判断し、適合している場合は、算定開始月から平成31年3月末日まで（②）算定可



例3：イ（ハ）による届出の場合

- ・平成30年1月1日から12月末日までの期間（①）に鼻腔栄養を導入した患者又は胃瘻を造設した患者等にかかる回復の割合をもって適合性を判断し、適合している場合は平成31年4月1日から平成32年3月末日まで（②）算定可



(7) 経口摂取回復促進加算2に係る施設基準

ア 新規に届出をする場合は、届出のあった月の4月前までの3か月間に摂食機能療法を開始した入院患者で、摂食機能療法の開始時に胃瘻を有し、胃瘻の造設後摂食機能療法開始までの間又は摂食機能療法開始前1か月以上の間経口摂取を行っていなかったもののうち、摂食機能療法を開始した日から起算して3月以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復した割合をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及び他の要件と合わせて、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から起算して2か月間に限り所定点数を算定することができる。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から起算して3か月間に限り所定点数を算定することができる。

イ 継続して所定点数を算定しようとする場合は、その月の4月前までの3か月間に摂食機能療法を開始した入院患者で、摂食機能療法の開始時に胃瘻を有し、胃瘻の造設後摂食機能療法開始までの間又は摂食機能療法開始前1か月以上の間経口摂取を行っていなかったもののうち、摂食機能療法を開始した日から起算して3月以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復した割合をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、当該月の1日から起算して3か月間に限り所定点数を算定することができる。

(8) 高度腎機能障害患者指導加算に係る施設基準

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

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

(9) 処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1に係る年間実施日数

ア 緊急入院患者及び全身麻酔による手術の患者の実績数

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

イ 全ての診療科における予定手術に係る術者及び第一助手について、その手術の前日に当直等を行っている者がある日数

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

(ロ) (イ)にかかわらず、新規届出の場合は実績期間を要しない。なお、届出のあった

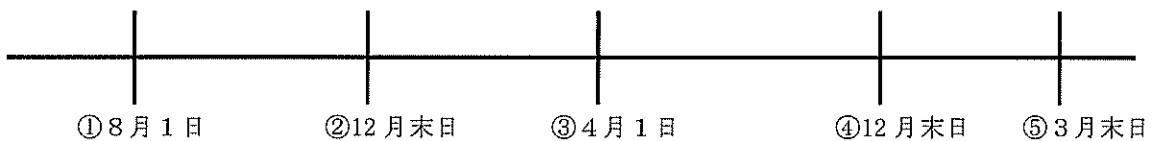
月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は、新規届出に該当しないものであること。

- (ハ) (ロ) に該当する場合は、所定点数の算定を開始した月の初日から同年12月末日までの実績をもって施設基準の適合性を判断し（実施日数が、施設基準に規定する年間実施日数を12で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数以下であれば、施設基準に適合しているものと判断する。）、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

例：イの（ハ）による届出の場合

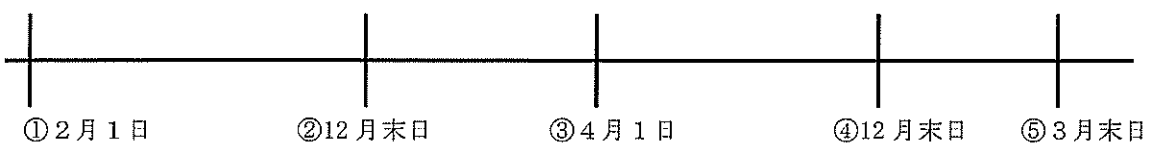
8月1日から新規に算定を開始した場合

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



例2：2月1日から新規に算定を開始した場合

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



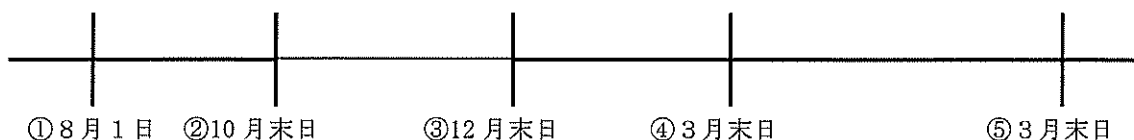
(10) 手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1に係る年間実施日数

- 手術の休日加算 1、時間外加算 1 及び深夜加算 1 については、(9) 処置の休日加算 1、時間外加算 1 及び深夜加算 1 の例による。
- (11) 人工腎臓（慢性維持透析を行った場合 1 及び 2 に限る。）に係る透析用監視装置一台あたりの J038 人工腎臓を算定した患者数の割合
- ア 1 月から 12 月までの 1 年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件を満たしている場合は、翌年の 4 月 1 日から翌々年の 3 月末まで所定点数を算定できるものとする。
- イ アにかかわらず、新規に届出をする場合（平成 30 年 3 月 31 日において現に人工腎臓を算定していた保険医療機関が、平成 30 年 4 月以降において当該点数を算定するに当たり行う届出を含む。）は、届出前 12 月の実績（届出前 12 月の実績がない場合は届出前 3 月の実績）をもって施設基準の適合性を判断し、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の 1 日から所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の 1 日から所定点数を算定することができるものとする。
- ウ イに該当する場合は、所定点数を算定し始めた月の翌月初日から同年 12 月末までの実績をもって施設基準の適合性を判断（透析用監視装置一台あたりの J038 人工腎臓を算定した患者数については、施設基準に規定する透析用監視装置の台数及び J038 人工腎臓を算定した患者数の各月の合計を月数で除して得た値を用いて求める。）し、当該要件を満たしている場合は、翌年の 4 月 1 日から翌々年の 3 月末まで所定点数を算定できるものとする。
- エ アにかかわらず、届出前 12 月の実績をもって施設基準の適合性を判断し、適合する施設基準に変更が生じた場合は、変更の届出を行うことができるものとする。

新規届出の場合

例 1：7 月 10 日から算定を開始した場合

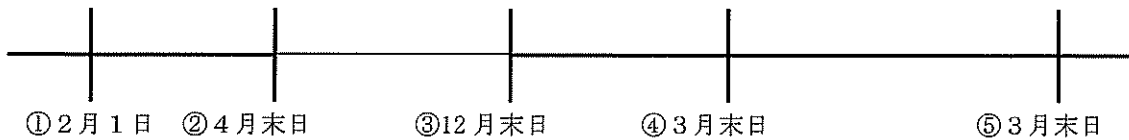
- ・①から②までの実績により適合性を判断
 - ・施設基準に適合している場合は、①から④までの期間算定可
- ・④の翌日以降の期間の施設基準の適合性は、①から③までの期間における実績により適合性を判断
 - ・施設基準に適合している場合は、④の翌日から⑤までの期間算定可



例 2：1 月 10 日から算定を開始した場合

- ・①から②までの実績により適合性を判断
 - ・施設基準に適合している場合は、①から④までの期間算定可
- ・④の翌日以降の期間の施設基準の適合性は、①から③までの期間における実績により適合性を判断

- ・施設基準に適合している場合は、④の翌日から⑤までの期間算定可



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

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

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

イ 経口摂取回復率

経口摂取回復率については、（6）経口摂取回復促進加算1に係る施設基準のイの例による。この場合において、同イの（イ）中「別添1の第45の2の1の（3）のア又はイ」とあるのは、「別添1の第79の3の1の（2）のイの①の（ア）又は（イ）」と読み替えるものとする。

(13) 調剤基本料の施設基準

ア 処方箋受付回数

（イ） 前年3月1日から当年2月末日までの1年間の処方箋受付回数の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当年4月1日から翌年3月末日まで所定点数を算定する。

（ロ） （イ）にかかわらず、前年3月1日以降に新規に保険薬局に指定された薬局については、次のとおりとし、処方箋受付回数の実績が判断されるまでは、調剤基本料1に該当しているものとして取り扱う（ただし、病院である保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有しているものとして別添1の第90の1（1）のアからエまでに該当する場合は、特別調剤基本料とする。特別調剤基本料の施設基準に該当する場合を除き、特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引がある等の施設基準に該当する場合は調剤基本料3とする。）。

a 前年3月1日から前年11月30日までの間に新規に指定された保険薬局について指定の日の属する月の翌月1日から当年2月末日までの処方箋受付回数で判定し、当年4月1日から翌年3月31日まで適用する。

b 前年12月1日以降に新規に保険薬局に指定された薬局について指定の日の属する月の翌月1日から3か月間の処方箋受付回数で判定し、当該3か月の最終月の翌々月1日から翌年3月31日まで適用する。

（ハ） 開設者の変更（親から子へ、個人形態から法人形態へ、有限会社から株式会社へ等）又は薬局の改築等の理由により医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）（以下「医薬品医療機器等法」という。）上の薬局の開設許可を取得し直し、保険薬局の指定について薬局の当該許可の日までの遡及指定が認められる場合は、（ロ）bにかかわらず、当該遡及指定前の実績に基づいて取

り扱う。

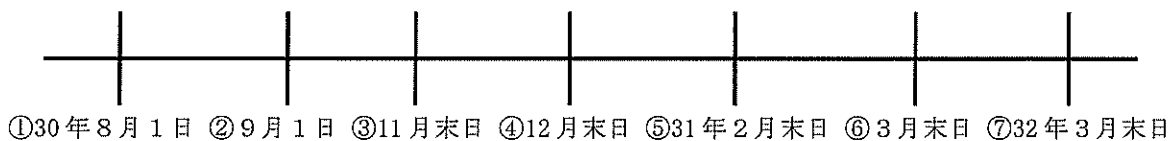
新規届出の場合

例：30年8月1日に新規指定された薬局（ロ）の場合

・①から④までは調剤基本料1に該当するものとして取り扱う（ただし、病院である保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有しているものとして第90の1（1）のアからエまでに該当する場合は、特別調剤基本料とする。特別調剤基本料の施設基準に該当する場合を除き、特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引がある等の施設基準に該当する場合は調剤基本料3とする。）。

・②から③までにおける実績で判断し、その翌々月（④の翌日）から⑥まで適用する。

・31年4月1日（⑥の翌日）から32年3月末日（⑦）までの調剤基本料の施設基準の適合は②から⑤までの期間における実績で判断する。



(14) 調剤基本料の注1ただし書に規定する施設基準

当年2月末日時点の状況をもって施設基準の適合性を判断し、当年4月1日から翌年3月末日まで所定点数を算定する。ただし、当年4月1日から翌年3月末日までの間に、新たに施設基準に適合した場合は、届出を行うことができ、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。

(15) 妥結率の実績

イ 妥結率の実績の算定期間は、報告年度の当年4月1日から9月30日までとし、翌年4月1日から翌々年3月31日まで適用する。

ロ イにかかわらず、妥結率の報告年度の当年4月2日以降に新規に保険薬局に指定された薬局においては、翌々年3月31日までは妥結率が5割を超えているものとみなす。

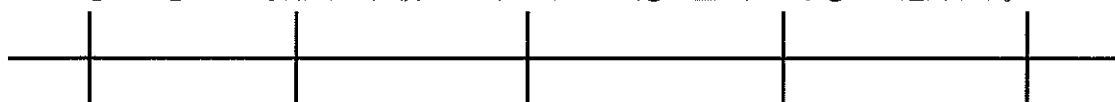
ハ 開設者の変更（親から子へ、個人形態から法人形態へ、有限会社から株式会社へ等）又は薬局の改築等の理由により医薬品医療機器等法上の薬局の開設許可を取得し直し、保険薬局の指定について薬局の当該許可の日までの遡及指定が認められる場合は、ロにかかわらず、当該遡及指定前の実績に基づいて取り扱う。

新規届出の場合

例：30年5月1日に新規指定された薬局の場合

・①から④までは妥結率が5割を超えていると見なす

・②から③までの妥結率の実績を30年4月1日（④の翌日）から⑤まで適用する。



①30年5月1日 ②30年4月1日 ③9月末日 ④32年3月末日 ⑤33年3月末日

(16) 調剤基本料の注6に規定する保険薬局
届出前3月間の実績にて判定すること。

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

- (1) 当該届出を行う前6か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがある保険医療機関又は保険薬局である場合。
- (2) 当該届出を行う前6か月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等（平成18年厚生労働省告示第107号）に違反したことがある保険医療機関又は保険薬局である場合。
- (3) 地方厚生（支）局長に対して当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法（平成18年厚生労働省告示第104号）に規定する基準のいずれかに該当している保険医療機関である場合。
- (4) 当該届出を行う前6か月間において、健康保険法（大正11年法律第70号）第78条第1項（同項を準用する場合を含む。）及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）（以下「高齢者医療確保法」という。）第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容若しくは調剤内容又は診療報酬若しくは調剤報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められた保険医療機関又は保険薬局である場合。なお、「診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められた場合」とは、「保険医療機関及び保険医等の指導及び監査について」（平成12年5月31日保発第105号厚生省保険局長通知）に規定する監査要綱に基づき、戒告若しくは注意又はその他の処分を受けた場合をいうものとする。

6 届出の要件を満たしている場合は届出を受理し、次の受理番号を決定し、提出者に対して受理番号を付して通知するとともに、審査支払機関に対して受理番号を付して通知するものであること。

歯科疾患管理料の注11に掲げる総合医療管理加算及び歯科治療時医療管理料

	(医管) 第 号
ウイルス疾患指導料	(ウ指) 第 号
喘息治療管理料	(喘管) 第 号
糖尿病合併症管理料	(糖管) 第 号
がん性疼痛緩和指導管理料	(がん疼) 第 号
がん患者指導管理料イ	(がん指イ) 第 号
がん患者指導管理料ロ	(がん指ロ) 第 号
がん患者指導管理料ハ	(がん指ハ) 第 号
外来緩和ケア管理料	(外緩) 第 号
移植後患者指導管理料（臓器移植後）	(移植管臓) 第 号
移植後患者指導管理料（造血幹細胞移植後）	(移植管造) 第 号
糖尿病透析予防指導管理料	(糖防管) 第 号
乳腺炎重症化予防・ケア指導料	(乳腺ケア) 第 号

地域連携小児夜間・休日診療料 1	(小夜 1) 第	号
地域連携小児夜間・休日診療料 2	(小夜 2) 第	号
地域連携夜間・休日診療料	(夜) 第	号
院内トリアージ実施料	(トリ) 第	号
夜間休日救急搬送医学管理料の注 3 に掲げる救急搬送看護体制加算	(救搬看護体) 第	号
外来放射線照射診療料	(放射診) 第	号
地域包括診療料	(地包診) 第	号
小児かかりつけ診療料	(小か診) 第	号
ニコチン依存症管理料	(ニコ) 第	号
療養・就労両立支援指導料の注 2 に掲げる相談体制充実加算	(両立支援) 第	号
開放型病院共同指導料	(開) 第	号
別添 1 の「第 9」の 1 の(1)に規定する在宅療養支援診療所	(支援診 1) 第	号
別添 1 の「第 9」の 1 の(2)に規定する在宅療養支援診療所	(支援診 2) 第	号
別添 1 の「第 9」の 1 の(3)に規定する在宅療養支援診療所	(支援診 3) 第	号
別添 1 の「第 9」の 2 の(3)に規定する在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	(在緩診実) 第	号
別添 1 の「第 9」の 2 の(4)に規定する在宅療養実績加算 1	(在診実 1) 第	号
別添 1 の「第 9」の 2 の(5)に規定する在宅療養実績加算 2	(在診実 2) 第	号
ハイリスク妊産婦共同管理料 (I)	(ハイ I) 第	号
がん治療連携計画策定料	(がん計) 第	号
がん治療連携指導料	(がん指) 第	号
排尿自立指導料	(排自) 第	号
肝炎インターフェロン治療計画料	(肝炎) 第	号
ハイリスク妊産婦連携指導料 1	(ハイ妊連 1) 第	号
ハイリスク妊産婦連携指導料 2	(ハイ妊連 2) 第	号
薬剤管理指導料	(薬) 第	号
地域連携診療計画加算	(地連計) 第	号
検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料	(電情) 第	号
医療機器安全管理料 1	(機安 1) 第	号
医療機器安全管理料 2	(機安 2) 第	号
医療機器安全管理料 (歯科)	(機安歯) 第	号
在宅療養支援歯科診療所 1	(歯援診 1) 第	号
在宅療養支援歯科診療所 2	(歯援診 2) 第	号
かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所	(か強診) 第	号
別添 1 の「第 14 の 2」の 1 の(1)に規定する在宅療養支援病院	(支援病 1) 第	号
別添 1 の「第 14 の 2」の 1 の(2)に規定する在宅療養支援病院	(支援病 2) 第	号
別添 1 の「第 14 の 2」の 1 の(3)に規定する在宅療養支援病院	(支援病 3) 第	号
別添 1 の「第 14 の 2」の 2 の(2)に規定する在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	(在緩診病) 第	号
別添 1 の「第 14 の 2」の 2 の(3)に規定する在宅療養実績加算 1	(在病実 1) 第	号

別添1の「第14の2」の2の(4)に規定する在宅療養実績加算2	(在病実2)	第	号
歯科疾患在宅療養管理料の注4に掲げる在宅総合医療管理加算及び在宅患者歯科治療時医療管理料	(在歯管)	第	号
在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料	(在医総管)	第	号
在宅がん医療総合診療料	(在総)	第	号
在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料	(在看)	第	号
在宅療養後方支援病院	(在後病)	第	号
在宅患者訪問褥瘡管理指導料	(在訪褥)	第	号
在宅血液透析指導管理料	(在血液)	第	号
在宅酸素療法指導管理料の注2に掲げる遠隔モニタリング加算	(遠隔酸素)	第	号
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の注2に掲げる遠隔モニタリング加算	(遠隔持陽)	第	号
在宅植込型補助人工心臓(非拍動流型)指導管理料	(在植補心)	第	号
在宅腫瘍治療電場療法指導管理料	(在電場)	第	号
在宅経肛門的自己洗腸指導管理料	(在洗腸)	第	号
持続血糖測定器加算及び皮下連続式グルコース測定	(持血測)	第	号
地域医療連携体制加算	(歯地連)	第	号
遺伝学的検査	(遺伝検)	第	号
歯科訪問診療料の注13に規定する基準	(歯訪診)	第	号
在宅歯科医療推進加算	(在推進)	第	号
有床義歯咀嚼機能検査1のイ	(咀嚼機能1)	第	号
有床義歯咀嚼機能検査1のロ及び咀嚼能力検査	(咀嚼能力)	第	号
有床義歯咀嚼機能検査2のイ	(咀嚼機能2)	第	号
有床義歯咀嚼機能検査2のロ及び咬合圧検査	(咬合圧)	第	号
精密触覚機能検査	(精密触覚)	第	号
骨髄微小残存病変量測定	(骨残測)	第	号
抗HLA抗体(スクリーニング検査)及び抗HLA抗体(抗体特異性同定検査)	(抗HLA)	第	号
HPV核酸検出及びHPV核酸検出(簡易ジェノタイプ判定)	(HPV)	第	号
検体検査管理加算(I)	(検I)	第	号
検体検査管理加算(II)	(検II)	第	号
検体検査管理加算(III)	(検III)	第	号
検体検査管理加算(IV)	(検IV)	第	号
国際標準検査管理加算	(国標)	第	号
遺伝カウンセリング加算	(遺伝カ)	第	号
心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算	(血内)	第	号
胎児心エコー法	(胎心エコー)	第	号
時間内歩行試験及びシャトルウォーキングテスト	(歩行)	第	号
ヘッドアップティルト試験	(ヘッド)	第	号
人工膀胱検査、人工膀胱療法	(人膀胱)	第	号
長期継続頭蓋内脳波検査	(長)	第	号

長期脳波ビデオ同時記録検査 1	(脳ビ) 第	号
脳波検査判断料 1	(脳判) 第	号
遠隔脳波診断	(遠脳) 第	号
中枢神経磁気刺激による誘発筋電図	(中磁誘) 第	号
光トポグラフィー	(光ト) 第	号
脳磁図	(脳磁診) 第	号
神経学的検査	(神経) 第	号
補聴器適合検査	(補聴) 第	号
ロービジョン検査判断料	(ロー検) 第	号
コンタクトレンズ検査料 1	(コン1) 第	号
コンタクトレンズ検査料 2	(コン2) 第	号
コンタクトレンズ検査料 3	(コン3) 第	号
小児食物アレルギー負荷検査	(小検) 第	号
内服・点滴誘発試験	(誘発) 第	号
C T透視下気管支鏡検査加算	(C気鏡) 第	号
画像診断管理加算 1	(画1) 第	号
画像診断管理加算 2	(画2) 第	号
画像診断管理加算 3	(画3) 第	号
歯科画像診断管理加算 1	(歯画1) 第	号
歯科画像診断管理加算 2	(歯画2) 第	号
遠隔画像診断	(遠画) 第	号
ポジトロン断層撮影	(ポ断) 第	号
ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影	(ポ断コ複) 第	号
ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影	(ポ断磁複) 第	号
乳房用ポジトロン断層撮影	(乳ポ断) 第	号
C T撮影及びMR I 撮影	(C・M) 第	号
冠動脈C T撮影加算	(冠動C) 第	号
外傷全身C T加算	(外傷C) 第	号
心臓MR I 撮影加算	(心臓M) 第	号
乳房MR I 撮影加算	(乳房M) 第	号
小児鎮静下MR I 撮影加算	(小児M) 第	号
頭部MR I 撮影加算	(頭部M) 第	号
抗悪性腫瘍剤処方管理加算	(抗悪処方) 第	号
外来後発医薬品使用体制加算	(外後発使) 第	号
外来化学療法加算 1	(外化1) 第	号
外来化学療法加算 2	(外化2) 第	号
無菌製剤処理料	(菌) 第	号
心大血管疾患リハビリテーション料(I)	(心I) 第	号
心大血管疾患リハビリテーション料(II)	(心II) 第	号
脳血管疾患等リハビリテーション料(I)	(脳I) 第	号
脳血管疾患等リハビリテーション料(II)	(脳II) 第	号

脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)	(脳Ⅲ) 第	号
運動器リハビリテーション料(Ⅰ)	(運Ⅰ) 第	号
運動器リハビリテーション料(Ⅱ)	(運Ⅱ) 第	号
運動器リハビリテーション料(Ⅲ)	(運Ⅲ) 第	号
呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)	(呼Ⅰ) 第	号
呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ)	(呼Ⅱ) 第	号
経口摂取回復促進加算	(経口) 第	号
難病患者リハビリテーション料	(難) 第	号
障害児(者)リハビリテーション料	(障) 第	号
がん患者リハビリテーション料	(がんリハ) 第	号
認知症患者リハビリテーション料	(認リハ) 第	号
リンパ浮腫複合的治療料	(リン複) 第	号
集団コミュニケーション療法料	(集コ) 第	号
歯科口腔リハビリテーション料 2	(歯リハ2) 第	号
児童思春期精神科専門管理加算	(児春専) 第	号
救急患者精神科継続支援料	(急精支) 第	号
精神科作業療法	(精) 第	号
認知療法・認知行動療法 1	(認1) 第	号
認知療法・認知行動療法 2	(認2) 第	号
依存症集団療法	(依集) 第	号
精神科ショート・ケア「大規模なもの」	(ショ大) 第	号
精神科ショート・ケア「小規模なもの」	(ショ小) 第	号
精神科デイ・ケア「大規模なもの」	(デ大) 第	号
精神科デイ・ケア「小規模なもの」	(デ小) 第	号
精神科ナイト・ケア	(ナ) 第	号
精神科デイ・ナイト・ケア	(デナ) 第	号
抗精神病特定薬剤治療指導管理料(治療抵抗性統合失調症治療指導管理料に限る。)	(抗治療) 第	号
重度認知症患者デイ・ケア料	(認デ) 第	号
医療保護入院等診療料	(医療保護) 第	号
精神科在宅患者支援管理料	(精在宅援) 第	号
医科点数表第2章第9部処置の通則の5に掲げる処置の休日加算 1	(医処休) 第	号
医科点数表第2章第9部処置の通則の5に掲げる処置の時間外加算 1	(医処外) 第	号
医科点数表第2章第9部処置の通則の5に掲げる処置の深夜加算 1	(医処深) 第	号
歯科点数表第2章第8部処置の通則第6号に掲げる処置の休日加算 1	(歯処休) 第	号
歯科点数表第2章第8部処置の通則第6号に掲げる処置の時間外加算 1	(歯処外) 第	号
歯科点数表第2章第8部処置の通則第6号に掲げる処置の深夜加算 1	(歯処深) 第	号
口腔粘膜処置	(口腔粘膜) 第	号
口腔粘膜血管腫凝固術	(口血凝) 第	号
レーザー機器加算	(手光機) 第	号
硬膜外自家血注入	(血入) 第	号

エタノールの局所注入（甲状腺）	（エタ甲）第	号
エタノールの局所注入（副甲状腺）	（エタ副甲）第	号
人工腎臓	（人工腎臓）第	号
導入期加算 1	（導入 1）第	号
導入期加算 2 及び腎代替療法実績加	（導入 2）第	号
透析液水質確保加算及び慢性維持透析濾過加算	（透析水）第	号
下肢末梢動脈疾患指導管理加算	（肢梢）第	号
磁気による膀胱等刺激法	（磁膀胱）第	号
手術用顕微鏡加算	（手顕微加）第	号
う蝕歯無痛的窩洞形成加算	（う蝕無痛）第	号
歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）	（歩行ロボ）第	号
CAD/CAM冠	（歯CAD）第	号
手術時歯根面レーザー応用加算	（手術歯根）第	号
歯科技工加算 1 及び 2	（歯技工）第	号
センチネルリンパ節加算	（セ節）第	号
皮膚移植術（死体）	（皮膚植）第	号
組織拡張器による再建手術（乳房（再建手術）の場合に限る。）	（組再乳）第	号
骨移植術（軟骨移植術を含む。）（同種骨移植（非生体）（同種骨移植（特殊なものに限る。））	（同種）第	号
骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家培養軟骨移植術に限る。）	（自家）第	号
後縦靭帯骨化症手術（前方進入によるもの）	（後縦骨）第	号
腫瘍脊椎骨全摘術	（脊椎摘）第	号
脳腫瘍覚醒下マッピング加算	（脳覚）第	号
原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算	（脳光）第	号
頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）	（頭移）第	号
脳刺激装置植込術（頭蓋内電極植込術を含む。）及び脳刺激装置交換術	（脳刺）第	号
脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術	（脊刺）第	号
仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術（便失禁）	（仙神交便）第	号
仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術（便過活動膀胱）	（仙神交膀）第	号
治療的角膜切除術（エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。））	（角膜切）第	号
羊膜移植術	（羊膜移）第	号
緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの））	（緑内イ）第	号
緑内障手術（水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術）	（緑内ド）第	号
網膜附着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）	（硝切）第	号
網膜再建術	（網膜再）第	号
人工中耳植込術	（人工中耳）第	号
人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術及び植込型骨導補聴器交換術	（植補聴）第	号
内視鏡下鼻・副鼻腔手術V型（拡大副鼻腔手術）	（内鼻V）第	号
喉頭形成手術（甲状軟骨固定用器具を用いたもの）	（喉頭形成）第	号

上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）	（顎移）第	号
上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科）	（齒顎移）第	号
内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術、内視鏡下パセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）、内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術	（内下）第	号
内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術	（内甲悪）第	号
乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（一連につき）（MRIによるもの）	（乳腺ガ）第	号
乳房切除術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	（乳切性障）第	号
乳がんセンチネルリンパ節加算1及びセンチネルリンパ節生検（併用）	（乳セ1）第	号
乳がんセンチネルリンパ節加算2及びセンチネルリンパ節生検（単独）	（乳セ2）第	号
乳腺悪性腫瘍手術（乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わないもの）及び乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの））	（乳腫）第	号
ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）	（ゲル乳再）第	号
胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	（胸腔縦悪支）第	号
胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	（胸腔縦支）第	号
肺悪性腫瘍手術（壁側・臓側胸膜全切除（横隔膜、心膜合併切除を伴うもの）に限る。）	（肺腫）第	号
胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（肺葉切除又は1肺葉を超えるもので内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	（胸腔肺悪）第	号
同種死体肺移植術	（肺植）第	号
生体部分肺移植術	（生肺）第	号
食道縫合術（穿孔、損傷）（内視鏡によるもの）、内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術、胃瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、小腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、結腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、腎（腎盂）腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、尿管腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、膀胱腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、膣腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）	（穿瘻閉）第	号
胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	（胸腔食悪支）第	号
内視鏡下筋層切開術	（内筋）第	号
経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）	（経特）第	号
胸腔鏡下弁形成術	（胸腔弁形）第	号
胸腔鏡下弁形成術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	（胸弁形内支）第	号
経カテーテル大動脈弁置換術	（カ大弁置）第	号
胸腔鏡下弁置換術	（胸腔下置）第	号
経皮的僧帽弁クリップ術	（経僧帽）第	号
胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術	（脈動開）第	号
磁気ナビゲーション加算	（磁場心）第	号
経皮的中隔心筋焼灼術	（経中）第	号
ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術	（ペ）第	号
ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術（リードレスペースメーカー）		

医科点数表第2章第10部手術の通則の12に掲げる手術の深夜加算1	(医手深)第	号
歯科点数表第2章第9部手術の通則第9号に掲げる手術の休日加算1	(歯手休)第	号
歯科点数表第2章第9部手術の通則第9号に掲げる手術の時間外加算1	(歯手外)第	号
歯科点数表第2章第9部手術の通則第9号に掲げる手術の深夜加算1	(歯手深)第	号
医科点数表第2章第10部手術の通則の16に掲げる手術	(胃瘻造)第	号
輸血管理料Ⅰ	(輸血Ⅰ)第	号
輸血管理料Ⅱ	(輸血Ⅱ)第	号
輸血適正使用加算	(輸適)第	号
貯血式自己血輸血管理体制加算	(貯輸)第	号
コーディネート体制充実加算	(コ体充)第	号
自己生体組織接着剤作成術	(自生接)第	号
自己クリオプレシピテート作製術(用手法)	(自己ク)第	号
人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算	(造設前)第	号
胃瘻造設時嚥下機能評価加算	(胃瘻造嚥)第	号
凍結保存同種組織加算	(凍保組)第	号
歯周組織再生誘導手術	(GTR)第	号
広範囲顎骨支持型装置埋入手術	(人工歯根)第	号
歯根端切除手術の注3	(根切頭微)第	号
麻酔管理料(Ⅰ)	(麻管Ⅰ)第	号
麻酔管理料(Ⅱ)	(麻管Ⅱ)第	号
放射線治療専任加算	(放専)第	号
外来放射線治療加算	(外放)第	号
遠隔放射線治療計画加算	(遠隔放)第	号
高エネルギー放射線治療	(高放)第	号
1回線量増加加算	(増線)第	号
強度変調放射線治療(IMRT)	(強度)第	号
画像誘導放射線治療(IGRT)	(画誘)第	号
体外照射呼吸性移動対策加算	(体対策)第	号
定位放射線治療	(直放)第	号
定位放射線治療呼吸性移動対策加算	(定対策)第	号
粒子線治療	(粒)第	号
粒子線治療適応判定加算	(粒適)第	号
粒子線治療医学管理加算	(粒医)第	号
画像誘導密封小線源治療加算	(誘密)第	号
保険医療機関間の連携による病理診断	(連携診)第	号
保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製	(連組織)第	号
保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診	(連細胞)第	号
病理診断管理加算1	(病理診1)第	号
病理診断管理加算2	(病理診2)第	号

デジタル病理画像による病理診断	(デ病診) 第	号
悪性腫瘍病理組織標本加算	(悪病組) 第	号
口腔病理診断管理加算 1	(口病診 1) 第	号
口腔病理診断管理加算 2	(口病診 2) 第	号
クラウン・ブリッジ維持管理料	(補管) 第	号
歯科矯正診断料	(矯診) 第	号
顎口腔機能診断料 (顎変形症 (顎離断等の手術を必要とするものに限る。) の手術前後における歯科矯正に係るもの)	(顎診) 第	号
調剤基本料 1	(調基 1) 第	号
調剤基本料 2	(調基 2) 第	号
調剤基本料 3 イ	(調基 3 イ) 第	号
調剤基本料 3 ロ	(調基 3 ロ) 第	号
調剤基本料 1 (注 1 のただし書に該当する場合)	(調基特 1) 第	号
地域支援体制加算	(地支体) 第	号
後発医薬品調剤体制加算 1	(後発調 1) 第	号
後発医薬品調剤体制加算 2	(後発調 2) 第	号
後発医薬品調剤体制加算 3	(後発調 3) 第	号
保険薬局の無菌製剤処理加算	(薬菌) 第	号
在宅患者調剤加算	(在調) 第	号
かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料	(か薬) 第	号

7 次の(1)から(7)までに掲げるものについては、それらの点数のうちいずれか1つについて届出を行っていただければ、当該届出を行った点数と同一の区分に属する点数も算定できるものであり、点数ごとに別々の届出を行う必要はないものであること。

- (1) 持続血糖測定器加算、皮下連続式グルコース測定
- (2) 腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術、腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術、腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開副腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開腎(尿管)悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術
- (3) センチネルリンパ節生検(併用)、乳がんセンチネルリンパ節加算 1
- (4) センチネルリンパ節生検(単独)、乳がんセンチネルリンパ節加算 2
- (5) 人工臓器検査、人工臓器療法
- (6) 時間内歩行試験、シャトルウォーキングテスト
- (7) 検査・画像情報提供加算、電子的診療情報評価料

8 4に定めるもののほか、各月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から当該届出に係る診療報酬を算定する。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から算定する。なお、平成30年4月16日までに届出書の提出があり、同月末日までに要件審査を終え届出の受理が行われたものについては、同月1日に遡って算定することができるものとする。

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

第3 届出受理後の措置等

- 1 届出を受理した後において、届出の内容と異なった事情が生じ、当該施設基準を満たさなくなった場合又は当該施設基準の届出区分が変更となった場合には、保険医療機関又は保険薬局の開設者は届出の内容と異なった事情が生じた日の属する月の翌月に変更の届出を行うものであること。ただし、神経学的検査、画像診断管理加算1及び2、麻酔管理料（I）、歯科矯正診断料並びに顎口腔機能診断料について届け出ている医師に変更があった場合にはその都度届出を行い、届出にあたり使用する機器を届け出ている施設基準については、当該機器に変更があった場合には、その都度届出を行うこと。また、CT撮影及びMRI撮影については届け出ている撮影に使用する機器に変更があった場合にはその都度届出を行うこと。その場合においては、変更の届出を行った日の属する月の翌月（変更の届出について、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理された場合には当該月の1日）から変更後の特掲診療料を算定すること。ただし、面積要件や常勤職員の配置要件のみの変更の場合など月単位で算出する数値を用いた要件を含まない施設基準の場合には、当該施設基準を満たさなくなった日の属する月に速やかに変更の届出を行い、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月から変更後の特掲診療料を算定すること。
- 2 届出を受理した保険医療機関又は保険薬局については、適時調査を行い（原則として年1回、受理後6か月以内を目途）、届出の内容と異なる事情等がある場合には、届出の受理の変更を行うなど運用の適正を期するものであること。
- 3 特掲診療料の施設基準等に適合しないことが判明した場合は、所要の指導の上、変更の届出を行わせるものであること。その上で、なお改善がみられない場合は、当該届出は無効となるものであるが、その際には当該保険医療機関又は当該保険薬局の開設者に弁明を行う機会を与えるものとする。
- 4 届出を行った保険医療機関又は保険薬局は、毎年7月1日現在で届出の基準の適合性を確認し、その結果について報告を行うものであること。
- 5 地方厚生（支）局においては、届出を受理した後、当該届出事項に関する情報を都道府県に提供し、相互に協力するよう努めるものとする。
- 6 届出事項については、被保険者等の便宜に供するため、地方厚生（支）局において閲覧（ホームページへの掲載等を含む。）に供するとともに、当該届出事項を適宜とりまとめて、保険者等に提供するよう努めるものとする。また、保険医療機関及び保険薬局においても、保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）、高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和58年厚生省告示第14号）及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）の規定に基づき、院内の見やすい場所に届出内容の掲示を行うよう指導をするものであること。

第4 経過措置等

第2及び第3の規定にかかわらず、平成30年3月31日現在において特掲診療料の届出が受理されている保険医療機関及び保険薬局については、次の取扱いとする。

平成30年3月31日において現に表1及び表2に掲げる特掲診療料以外の特掲診療料を算定して

いる保険医療機関又は保険薬局であって、引き続き当該特掲診療料を算定する場合には、新たな届出を要しないが、平成30年4月以降の実績をもって、該当する特掲診療料の施設基準等の内容と異なる事情等が生じた場合は、変更の届出を行うこと。

表1 新たに施設基準が創設されたことにより、平成30年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの

慢性維持透析患者外来医学管理料の注3に掲げる腎代替療法実績加算
乳腺炎重症化予防ケア・指導料
夜間休日救急搬送医学管理料の注3に掲げる救急搬送看護体制加算
療養・就労両立支援指導料の注2に掲げる相談体制充実加算
ハイリスク妊産婦連携指導料1
ハイリスク妊産婦連携指導料2
退院時共同指導料1の1に掲げる在宅療養支援歯科診療所1
在宅酸素療法指導管理料の注2に掲げる遠隔モニタリング加算
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の注2に掲げる遠隔モニタリング加算
在宅腫瘍治療電場療法指導管理料
在宅経肛門的自己洗腸指導管理料
画像診断管理加算3
骨髓微小残存病変量測定
有床義歯咀嚼機能検査2のイ
有床義歯咀嚼機能検査2のロ
咬合圧検査
精密触覚機能検査
抗HLA抗体（スクリーニング検査）及び抗HLA抗体（抗体特異性同定検査）
磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）の注7に掲げる小児鎮静下MRI撮影加算
磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）の注8に掲げる頭部MRI撮影加算
処方料の注9に掲げる外来後発医薬品使用体制加算3
口腔粘膜処置
口腔粘膜血管腫凝固術
人工腎臓
導入期加算1
導入期加算2
透析液水質確保加算
慢性維持透析濾過加算
レーザー機器加算
皮膚移植術（死体）
後縦靭帯骨化症手術（前方進入によるもの）
緑内障手術（水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術）

造脛術、脛閉鎖症術（遊離植皮によるもの、腸管形成によるもの、筋皮弁移植によるもの）
 （性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）
 子宮全摘術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）
 腹腔鏡下腔式子宮全摘術（性同一性障害患者に対して行う場合又は内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸がんに限る。）
 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡下手術用支援機器を用いる場合）
 子宮付属器腫瘍摘出術（両側）（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）
 自己クリオプレシピテート作製術（用手法）
 コーディネート体制充実加算
 放射線治療管理料の注 4 に掲げる遠隔放射線治療計画加算
 体外照射の注 6 に掲げる 1 回線量増加加算
 デジタル病理画像による病理診断
 悪性腫瘍病理組織標本加算
 基本調剤料 3 のイ
 基本調剤料 3 のロ
 基本調剤料の注 4 に掲げる地域支援体制加算
 基本調剤料の注 5 に掲げる後発医薬品調剤体制加算 3

表 2 施設基準の改正により、平成 30 年 3 月 31 日において現に当該点数を算定していた保険医療機関及び保険薬局であっても、平成 30 年 4 月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの

地域包括診療料 1
 歯科疾患管理料の注 10 に掲げるかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所
 退院時共同指導料 1 の 1 に掲げる在宅療養支援歯科診療所 2
 外来後発医薬品使用体制加算 1
 外来後発医薬品使用体制加算 2
 調剤基本料 2

表 3 施設基準等の名称が変更されたが、平成 30 年 3 月 31 日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であれば新たに届出が必要でないもの

がん患者指導管理料 1	→	がん患者指導管理料イ
がん患者指導管理料 2	→	がん患者指導管理料ロ
がん患者指導管理料 3	→	がん患者指導管理料ハ
腎不全期患者指導管理料	→	高度腎機能障害患者指導加算
歯科治療総合医療管理料（Ⅰ）	→	歯科疾患管理料の注 11 に掲げる総合医療管理加算
地域包括診療料	→	地域包括診療料 2

歯科治療総合医療管理料(Ⅱ)	→	歯科治療時医療管理料
在宅患者歯科治療総合医療管理料(Ⅰ)	→	歯科疾患在宅療養管理料の注4に掲げる在宅総合医療管理加算
在宅患者歯科治療総合医療管理料(Ⅱ)	→	在宅患者歯科治療時医療管理料
有床義歯咀嚼機能検査	→	有床義歯咀嚼機能検査1のイ、有床義歯咀嚼機能検査1のロ
精神科重症患者早期集中支援管理料	→	精神科在宅患者支援管理料
悪性腫瘍センチネルリンパ節加算	→	センチネルリンパ節加算
乳腺悪性腫瘍手術(乳頭乳輪温存乳房切除術)(腋窩郭清を伴わないもの)及び乳頭乳輪温存乳房切除術(腋窩郭清を伴うもの)	→	乳腺悪性腫瘍手術(乳輪温存乳房切除術)(腋窩郭清を伴わないもの)及び乳輪温存乳房切除術(腋窩郭清を伴うもの)
テレパソロジーによる術中迅速病理組織標本作製	→	保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製
テレパソロジーによる術中迅速細胞診	→	保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診

密封小線源治療加算に係る常勤の医師を兼任することができる。

- (2) 放射線治療に係る医療機器の安全管理、保守点検及び安全使用のための精度管理を専ら担当する技術者（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。）が1名以上いること。なお、当該技術者は、外来放射線照射診療料、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、1回線量増加加算、強度変調放射線治療（IMRT）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の診療放射線技師との兼任はできないが、外来放射線照射診療料に係る技術者を兼任することができる。また、遠隔放射線治療計画加算、強度変調放射線治療（IMRT）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療及び画像誘導密封小線源治療加算に係る担当者との兼任もできない。
- (3) 当該保険医療施設において高エネルギー放射線治療装置又はガンマナイフ装置を備えていること。

3 届出に関する事項

医療機器安全管理料の施設基準に係る届出は、別添2の様式15を用いること。

なお、歯科診療に係る医療機器安全管理料の施設基準に係る届出は、医療機器安全管理料2に準じて行うこと。

第13 歯科疾患管理料の注11に規定する総合医療管理加算及び歯科治療時医療管理料

1 歯科疾患管理料の注11に規定する総合医療管理加算及び歯科治療時医療管理料に関する施設基準

- (1) 当該療養を行うにつき、十分な経験を有する常勤の歯科医師、歯科衛生士等により、治療前、治療中及び治療後における当該患者の全身状態を管理できる体制が整備されていること。
- (2) 常勤の歯科医師が複数名配置されていること又は常勤の歯科医師及び常勤の歯科衛生士又は看護師がそれぞれ1名以上配置されていること。なお、非常勤の歯科衛生士又は看護師を2名以上組み合わせることにより、当該保険医療機関における常勤歯科医師等と同じ時間歯科衛生士又は看護師が配置されている場合には、常勤の歯科衛生士又は看護師が勤務しているとみなすことができる。
- (3) 当該患者の全身状態の管理を行うにつき以下の十分な装置・器具等を有していること。
- ア 経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）
 - イ 酸素供給装置
 - ウ 救急蘇生セット
- (4) 緊急時に円滑な対応ができるよう病院である別の保険医療機関との連携体制が整備されていること。ただし、病院である医科歯科併設の保険医療機関にあつては、当該保険医療機関の医科診療科との連携体制が整備されている場合は、この限りでない。

2 届出に関する事項

歯科疾患管理料の注11に規定する総合医療管理加算及び歯科治療時医療管理料の施設基準に係る届出は別添2の様式17を用いること。

第13の2 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所

1 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準

次の要件のいずれにも該当するものをかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所という。

- (1) 歯科医師が複数名配置されていること又は歯科医師及び歯科衛生士がそれぞれ1名以上配置されていること。
- (2) 次のいずれにも該当すること。
 - ア 過去1年間に歯周病安定期治療(I)又は歯周病安定期治療(II)をあわせて30回以上算定していること。
 - イ 過去1年間にフッ化物歯面塗布処置又は歯科疾患管理料のエナメル質初期う蝕管理加算をあわせて10回以上算定していること。
 - ウ クラウン・ブリッジ維持管理料を算定する旨を届け出ていること。
 - エ 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準を届け出ていること。
- (3) 過去1年間に歯科訪問診療1若しくは歯科訪問診療2の算定回数又は連携する在宅療養支援歯科診療所1若しくは在宅療養支援歯科診療所2に依頼した歯科訪問診療の回数があわせて5回以上であること。
- (4) 過去1年間に診療情報提供料又は診療情報連携共有料をあわせて5回以上算定している実績があること。
- (5) 当該医療機関に、歯科疾患の重症化予防に資する継続管理に関する研修(口腔機能の管理を含む)、高齢者の心身の特性及び緊急時対応等の適切な研修を修了した歯科医師が1名以上在籍していること。なお、既に受講した研修が要件の一部を満たしている場合には、不足する要件を補足する研修を受講することでも差し支えない。
- (6) 診療における偶発症等緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関との事前の連携体制が確保されていること。ただし、医科歯科併設の診療所にあつては、当該保険医療機関の医科診療科との連携体制が確保されている場合は、この限りではない。
- (7) 当該診療所において歯科訪問診療を行う患者に対し、迅速に歯科訪問診療が可能な歯科医師をあらかじめ指定するとともに、当該担当医名、診療可能日、緊急時の注意事項等について、事前に患者又は家族に対して説明の上、文書により提供していること。
- (8) (5)に掲げる歯科医師が、以下の項目のうち、3つ以上に該当すること。
 - ア 過去1年間に、居宅療養管理指導を提供した実績があること。
 - イ 地域ケア会議に年1回以上出席していること。
 - ウ 介護認定審査会の委員の経験を有すること。
 - エ 在宅医療に関するサービス担当者会議や病院・介護保険施設等で実施される多職種連携に係る会議等に年1回以上出席していること。
 - オ 過去1年間に、栄養サポートチーム等連携加算1又は栄養サポートチーム連携加算2を算定した実績があること。
 - カ 在宅医療又は介護に関する研修を受講していること。
 - キ 過去1年間に、退院時共同指導料1、退院時共同指導料2、退院前在宅療養指導管理料、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料を算定した実績があること。
 - ク 認知症対応力向上研修等、認知症に関する研修を受講していること。

- ケ 自治体が実施する事業に協力していること。
 - コ 学校歯科医等に就任していること。
 - サ 過去1年間に、歯科診療特別対応加算又は初診時歯科診療導入加算を算定した実績があること。
- (9) 歯科用吸引装置等により、歯科ユニット毎に歯の切削や義歯の調整、歯冠補綴物の調整時等に飛散する細かな物質を吸引できる環境を確保していること。
- (10) 患者にとって安心で安全な歯科医療環境の提供を行うにつき次の十分な装置・器具等を有していること。
- ア 自動体外式除細動器（AED）
 - イ 経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）
 - ウ 酸素供給装置
 - エ 血圧計
 - オ 救急蘇生セット
 - カ 歯科用吸引装置
- なお、自動体外式除細動器（AED）については保有していることがわかる院内掲示を行っていることが望ましい。

2 届出に関する事項

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準に係る届出は、別添2の様式17の2を用いること。また、研修については、該当する研修を全て修了していることが確認できる文書を添付すること。

第14 在宅療養支援歯科診療所1及び在宅療養支援歯科診療所2

1 在宅療養支援歯科診療所1及び在宅療養支援歯科診療所2の施設基準

(1) 在宅療養支援歯科診療所1の施設基準

次のいずれにも該当し、在宅等の療養に関して歯科医療面から支援できる体制等を確保していること。

- ア 過去1年間に歯科訪問診療料1及び歯科訪問診療2を合計15回以上を算定していること。
- イ 高齢者の心身の特性（認知症に関する内容を含む）、口腔機能の管理、緊急時対応等に係る適切な研修を修了した常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。なお、既に受講した研修が要件の一部を満たしている場合には、不足する要件を補足する研修を受講することでも差し支えない。
- ウ 歯科衛生士が配置されていること。
- エ 当該診療所において、歯科訪問診療を行う患者に対し、迅速に歯科訪問診療が可能な保険医をあらかじめ指定するとともに、当該担当医名、診療可能日、緊急時の注意事項等について、事前に患者又は家族に対して説明の上、文書により提供していること。
- オ 歯科訪問診療に係る後方支援の機能を有する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。
- カ 当該診療所において、過去1年間に在宅医療を担う他の保険医療機関、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所又は介護保険施設等からの依頼

による歯科訪問診療の実績を5回以上有すること。

キ 以下のいずれか1つに該当すること。

(イ) 当該地域において、地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議又は病院・介護保険施設等で実施される多職種連携に係る会議への年1回以上出席していること。

(ロ) 病院・介護保険施設等の職員への口腔管理に関する技術的助言や研修等の実施又は口腔管理への協力をしていること。

(ハ) 歯科訪問診療に関する他の歯科医療機関との連携実績があること。

ク 過去1年間に、以下のいずれかの算定が1つ以上あること。

(イ) 栄養サポートチーム等連携加算1又は2の算定があること。

(ロ) 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の算定があること。

(ハ) 退院時共同指導料1、退院前在宅療養指導管理料、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料の算定があること。

ケ 直近1か月に歯科訪問診療及び外来で歯科診療を行った患者のうち、歯科訪問診療を行った患者数の割合が9割5分以上の診療所にあつては、次のいずれにも該当するものであること。

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

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

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

(ニ) 歯科用ポータブルユニット、歯科用ポータブルバキューム及び歯科用ポータブルレントゲンを有していること。

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

① 区分番号「I005」に掲げる抜髄及び区分番号「I006」に掲げる感染根管処置の算定実績が合わせて20回以上であること。

② 区分番号「J000」に掲げる抜歯手術の算定実績が20回以上であること。

③ 区分番号「M018」に掲げる有床義歯を新製した回数、区分番号「M029」に掲げる有床義歯修理及び区分番号「M030」に掲げる有床義歯内面適合法の算定実績が合わせて40回以上であること。ただし、それぞれの算定実績は5回以上であること。

コ 年に1回、歯科訪問診療の患者数等を別添2の様式18の2を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。

(2) 在宅療養支援歯科診療所2の施設基準

年に1回、歯科訪問診療の患者数等を別添2の様式18の2を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。

ア 過去1年間に歯科訪問診療1及び歯科訪問診療2を合計10回以上算定していること。

イ (1)のイからカまで及びケのいずれにも該当すること。

ウ 年に1回、歯科訪問診療の患者数等を別添2の様式18の2を用いて、地方厚生(支)局長に報告していること。

2 届出に関する事項

在宅療養支援歯科診療所1及び在宅療養支援歯科診療所2の施設基準に係る届出は、別添2の様式18を用いること。

第14の2 在宅療養支援病院

1 在宅療養支援病院の施設基準

次の(1)から(3)までのいずれかに該当するものを在宅療養支援病院という。

なお、(1)又は(2)のいずれかに該当するものが、区分番号「C000」往診料の注1に規定する加算、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料(I)の注6に規定する在宅ターミナルケア加算、区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料(II)の注5に規定する在宅ターミナルケア加算、区分番号「C002」在宅時医学総合管理料、区分番号「C002-2」施設入居時等医学総合管理料及び区分番号「C003」在宅がん医療総合診療料(以下「往診料の加算等」という。)に規定する「在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるもの」である。

(1) 病院であって、当該病院単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。

ア 許可病床数が200床(「基本診療料の施設基準等」別表第6の2に掲げる地域に所在する保険医療機関にあつては240床)未満の病院であること又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものであること。なお、半径4キロメートル以内に当該病院以外の病院が存在しても差し支えない。

また、当該病院が届出を行った後に半径4キロメートル以内に診療所が開設された場合にあつても、当分の間、当該病院を在宅療養支援病院として取り扱うこととして差し支えない。

イ 在宅医療を担当する常勤の医師が3名以上配置されていること。

なお、在宅医療を担当する医師とは、入院診療又は外来診療のみに限らず、現に在宅医療に関わる医師をいう。

ウ 当該病院において、24時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者との直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供していること。この場合において連絡を受ける担当者とは当該病院の24時間連絡を受けることができる部門を指定することで差し支えない。なお、担当者として個人を指定している場合であつて、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者との直接連絡がとれる連絡先電話番号等を文書上に明示すること。

エ 当該病院において、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。往診担当医が複数名にわたる場合にあつても、それらの者及び「カ」に規定する訪問看護の担当者との間で患者に関する診療情報が共有されていること。

オ 往診を担当する医師は当該保険医療機関の当直体制を担う医師とは別のものであるこ

- エ 往診を担当する医師は当該保険医療機関の当直体制を担う医師とは別のものであること。
- オ 当該病院において又は訪問看護ステーションの看護師等との連携により、患者の求めに応じて、当該病院の保険医の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患者に提供していること。訪問看護の担当者が複数名にわたる場合であっても、それらの者及び「ウ」に規定する往診担当医との間で当該患者の診療情報が共有されていること。
- カ 当該病院において、緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保していること。
- キ 訪問看護ステーションと連携する場合には、当該訪問看護ステーションにおいて緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患者の同意を得て、当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を訪問看護ステーションに文書（電子媒体を含む。）により随時提供していること。
- ク 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- ケ 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。
- コ 年に1回、在宅看取り数等を別添2の様式11の3を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。

2 往診料の加算等の適用

- (1) 1の(1)及び(2)に規定する在宅療養支援病院は、往診料の加算等に規定する「病床を有する場合」に該当するものとする。
- (2) 往診料の加算等に規定する在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の施設基準
1の(1)又は(2)に規定する在宅療養支援病院であって、第9の2の(3)に規定する要件を満たしていること。
- (3) 往診料の加算等に規定する在宅療養実績加算1の施設基準
1の(3)に規定する在宅療養支援病院であって、過去1年間の緊急の往診の実績を10件以上有し、かつ、過去1年間の在宅における看取りの実績を4件以上有していること。
- (4) 往診料の加算等に規定する在宅療養実績加算2の施設基準
1の(3)に規定する在宅療養支援病院であって、第9の2の(5)に規定する要件を満たしていること。

3 届出に関する事項

1の(1)の在宅療養支援病院の施設基準に係る届出は、別添2の様式11の2及び様式11の3を用いること。1の(2)の在宅療養支援病院の施設基準に係る届出は、別添2の様式11の2、様式11の3及び様式11の4を用いること。1の(3)の在宅療養支援病院の施設基準に係る届出は、別添2の様式11の2を用いること。2の(2)の在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式11の2及び様式11の3を用いること。2の(3)の在宅療養実績加算1及び2の(4)の在宅療養実績加算2の施設基準に係る届出は、別添2の様式11の2及び様式11の5を用いること。

第14の3 歯科疾患在宅療養管理料の注4に規定する在宅総合医療管理加算及び在宅患者歯科治療

時医療管理料

1 歯科疾患在宅療養管理料の注4に規定する在宅総合医療管理加算及び加算及び在宅患者歯科治療時医療管理料に関する施設基準

- (1) 当該療養を行うにつき、十分な経験を有する常勤の歯科医師、歯科衛生士等により、治療前、治療中及び治療後における当該患者の全身状態を管理できる体制が整備されていること。
- (2) 常勤の歯科医師が複数名配置されていること又は常勤の歯科医師及び常勤の歯科衛生士又は看護師がそれぞれ1名以上配置されていること。なお、非常勤の歯科衛生士又は看護師を2名以上組み合わせることにより、常勤歯科衛生士又は常勤看護師の勤務時間帯と同じ時間歯科衛生士又は看護師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。
- (3) 当該患者の全身状態の管理を行うにつき以下の十分な装置・器具等を有していること。
 - ア 経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）
 - イ 酸素供給装置
 - ウ 救急蘇生セット
- (4) 緊急時に円滑な対応ができるよう病院である別の保険医療機関との連携体制が整備されていること。ただし、病院である医科歯科併設の保険医療機関にあつては、当該保険医療機関の医科診療科との連携体制が整備されている場合は、この限りでない。

2 届出に関する事項

歯科疾患在宅療養管理料の注4に規定する在宅総合医療管理加算及び在宅患者歯科治療時医療管理料の施設基準に係る届出は別添2の様式17を用いること。

第15 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料

1 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料に関する施設基準

- (1) 次の要件のいずれをも満たすものであること。
 - ア 介護支援専門員（ケアマネジャー）、社会福祉士等の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者を配置していること。
 - イ 在宅医療を担当する常勤医師が勤務し、継続的に訪問診療等を行うことができる体制を確保していること。
- (2) 他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整に努めるとともに、当該保険医療機関は、市町村、在宅介護支援センター等に対する情報提供にも併せて努めること。
- (3) 地域医師会等の協力・調整等の下、緊急時等の協力体制を整えることが望ましいこと。

2 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の注8に規定する基準

直近1か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合が9割5分未満の保険医療機関（診療所に限る。）であること。

3 届出に関する事項

在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の施設基準に係る届出は別添2の様式19を用いること。ただし、「2」については、当該基準を満たしていればよく、当該基準を満たしている場合には、改めて地方厚生（支）局長に届出を行う必要はないこと。

第15の2 オンライン在宅管理料

(5) 関連学会から示されている基準に基づき、当該治療が適切に実施されていること。

2 届出に関する事項

- (1) 在宅腫瘍治療電場療法指導管理料に係る届出は、別添2の様式52及び様式20の10を用いること。
- (2) 脳神経外科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添2の様式4を用いて提出すること。
- (3) 関係学会から示されている指針に基づいた所定の研修を修了した医師が配置されていることを証する文書の写しを添付すること。

第16の10 在宅経肛門的自己洗腸指導管理料

1 在宅経肛門的自己洗腸指導管理料の施設基準

- (1) 脊髄障害を原因とする排便障害を含めた大腸肛門疾患の診療について5年以上の経験を有する常勤の医師が配置されていること。
- (2) 脊髄障害を原因とする排便障害を有する患者の看護について3年以上の経験を有する専任の看護師が配置されていること。

2 届出に関する事項

当該指導管理料の施設基準に係る届出は、別添2の様式20の11を用いること。

第16の11 持続血糖測定器加算

1 持続血糖測定器加算に関する施設基準

- (1) 糖尿病の治療に関し、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
- (2) 持続皮下インスリン注入療法を行っている保険医療機関であること。

2 届出に関する事項

持続血糖測定器加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式24の5を用いること。

第17 歯科訪問診療料に係る地域医療連携体制加算

1 歯科訪問診療料に係る地域医療連携体制加算に関する施設基準

- (1) 歯科を標榜する診療所である保険医療機関であること。
- (2) 当該保険医療機関において、次のアに該当する保険医療機関及びイに該当する保険医療機関との連携により、緊急時の歯科診療ができる連携体制を確保していること。
 - ア 歯科点数表区分番号A000に掲げる初診料の注2の届出を行った地域歯科診療支援病院歯科である保険医療機関で次の要件を満たしていること。
 - ① 緊急時に当該患者に対する歯科診療を行う体制を確保していること。
 - ② 在宅歯科医療の調整担当者を1名以上配置していること。
 - ③ 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
 - イ 当該患者に対する歯科訪問診療を行う体制が整備されている保険医療機関であること。
- (3) 当該連携保険医療機関において緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患者又はその家族の同意を得て、その治療等に必要な情報を連携保険医療機関に対してあらかじめ別添2の様式21の2又はこれに準じた様式の文書をもって提供し、その写しを診療録に添付し

ておくこと。

- (4) 地域医療連携体制加算を算定する保険医療機関にあつては、患者又はその家族等に連携保険医療機関の名称、住所、在宅歯科医療の調整担当者又は担当の歯科医師の氏名及び連絡方法を記載した別添2の様式21の2及び様式21の3又はこれに準じた様式の文書を必ず交付することにより、地域医療連携体制の円滑な運営を図るものであること。

2 届出に関する事項

地域医療連携体制加算の施設基準に係る届出は別添2の様式21を用いること。

第17の1の2 歯科訪問診療料の注13に規定する基準

1 歯科訪問診療料の注13に規定する基準に関する施設基準

直近1か月に歯科訪問診療及び外来で歯科診療を提供した患者のうち、歯科訪問診療を提供した患者数の割合が9割5分未満の保険医療機関であること。

2 届出に関する事項

歯科訪問診療料の注13に規定する基準に係る届出は別添2の様式21の3の2を用いること。

第17の2 在宅歯科医療推進加算

1 在宅歯科医療推進加算に関する施設基準

- (1) 歯科を標榜する診療所である保険医療機関であること。
- (2) 当該保険医療機関における歯科訪問診療の月平均延べ患者数が5人以上であり、そのうち6割以上が歯科訪問診療1を算定していること。
- (3) 届出前3月間の月平均延べ患者数を用いること。

2 届出に関する事項

在宅歯科医療推進加算に係る届出は、別添2の様式21の4を用いること。

第18 造血器腫瘍遺伝子検査

1 造血器腫瘍遺伝子検査に関する施設基準

検体検査管理加算(Ⅱ)、(Ⅲ)又は(Ⅳ)の施設基準に準ずる。

2 届出に関する事項

検体検査管理加算(Ⅱ)、(Ⅲ)又は(Ⅳ)の届出を行ってればよく、造血器腫瘍遺伝子検査として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第18の1の2 遺伝学的検査

1 遺伝学的検査の施設基準の対象疾患

「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」(平成30年3月5日保医発0305第1号)の別添1「医科診療報酬点数表に関する事項」第2章第3部第1節第1款D006-4 遺伝学的検査(1)のエに掲げる疾患

2 遺伝学的検査の施設基準

関係学会の作成する遺伝学的検査の実施に関する指針を遵守し検査を実施していること。なお、当該検査の一部を他の保険医療機関又は衛生検査所に委託する場合は、当該施設基準の届出を行っている他の保険医療機関又は関係学会の作成する遺伝学的検査の実施に関する指針を遵

手術に習熟した医師の指導の下に、術者として5症例以上経験している医師が配置されていること。

- (2) 当該保険医療機関が乳腺外科又は外科及び放射線科を標榜しており、当該診療科において常勤の医師が2名以上配置されていること。ただし、「2 単独法」のうち、色素のみによるもののみを実施する施設にあっては、放射線科を標榜していなくても差し支えない。
- (3) 麻酔科標榜医が配置されていること。
- (4) 病理部門が設置され、病理医が配置されていること。

2 届出に関する事項

- (1) センチネルリンパ節生検（片側）の施設基準に係る届出は、別添2の様式31の3及び様式52を用いること。
- (2) 乳腺外科又は外科及び放射線科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専従・非専任の別）及び勤務時間を、別添2の様式4を用いて提出すること。

第29の4 CT透視下気管支鏡検査加算

1 CT透視下気管支鏡検査加算に関する施設基準

- (1) 区分番号「E200」コンピューター断層撮影の「1」CT撮影の「イ」64列以上のマルチスライス型の機器による場合又は「ロ」16列以上64列未満のマルチスライス型の機器による場合に係る施設基準のいずれかを現に届け出ていること。
- (2) 専ら呼吸器内科又は呼吸器外科に従事し、呼吸器系疾患の診療の経験を5年以上有する常勤の医師が配置されていること。
- (3) 診療放射線技師が配置されていること。

2 届出に関する事項

CT透視下気管支鏡検査加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式38を用いること。

第29の5 有床義歯咀嚼機能検査、咀嚼能力検査及び咬合圧検査

1 有床義歯咀嚼機能検査、咀嚼能力検査及び咬合圧検査に関する施設基準

(1) 有床義歯咀嚼機能検査1のイの施設基準

次のいずれにも該当すること。

ア 歯科補綴治療に係る専門の知識及び3年以上の経験を有する歯科医師が1名以上配置されていること。

イ 当該保険医療機関内に歯科用下顎運動測定器（非接触型）及び咀嚼能率測定用のグルコース分析装置を備えていること。

(2) 有床義歯咀嚼機能検査1のロの施設基準

次のいずれにも該当すること。

ア 歯科補綴治療に係る専門の知識及び3年以上の経験を有する歯科医師が1名以上配置されていること。

イ 当該保険医療機関内に咀嚼能率測定用のグルコース分析装置を備えていること。

(3) 有床義歯咀嚼機能検査2のイの施設基準

次のいずれにも該当すること。

ア 歯科補綴治療に係る専門の知識及び3年以上の経験を有する歯科医師が1名以上配置

されていること。

イ 当該保険医療機関内に歯科用下顎運動測定器（非接触型）及び歯科用咬合力計を備えていること。

(4) 有床義歯咀嚼機能検査2の口の施設基準

次のいずれにも該当すること。

ア 歯科補綴治療に係る専門の知識及び3年以上の経験を有する歯科医師が1名以上配置されていること。

イ 当該保険医療機関内に歯科用咬合力計を備えていること。

2 届出に関する事項

有床義歯咀嚼機能検査、咀嚼能力検査及び咬合圧検査の施設基準に係る届出は、別添2の様式38の1の2を用いること。

第29の6 精密触覚機能検査

1 精密触覚機能検査に関する施設基準

(1) 歯科医療を担当する保険医療機関であること。

(2) 口腔顔面領域の感覚検査及び三叉神経損傷の診断と治療法に関する研修を修了した歯科医師が1名以上配置されていること。なお、既に受講した研修が要件の一部を満たしている場合には、不足する要件を補足する研修を受講することでも差し支えない。

(3) 当該医療機関内に Semmes-Weinstein monofilament set を備えていること。

2 届出に関する事項

精密触覚機能検査の施設基準に係る届出は、別添2の様式38の1の3を用いること。

第30 画像診断管理加算

1 画像診断管理加算1に関する施設基準

(1) 放射線科を標榜している保険医療機関であること。

(2) 画像診断を専ら担当する常勤の医師(専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するもの又は当該療養について関係学会から示されている2年以上の所定の研修(専ら放射線診断に関するものとし、画像診断、Interventional Radiology(IVR)及び核医学に関する事項を全て含むものであること。)を修了し、その旨が登録されている医師に限る。)が1名以上配置されていること。なお、画像診断を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において画像情報の撮影又は読影に携わっている者をいう。

(3) 画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(4) 当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託していないこと。

(5) 電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を送受信する場合は、端末の管理や情報機器の設定等を含め、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。

2 画像診断管理加算2に関する施設基準

(1) 放射線科を標榜している病院であること。

(2) 画像診断を専ら担当する常勤の医師(専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するもの又は当該療養について関係学会から示されている2年以上の所定の研修(専ら放射線診断に

加算 1 の施設基準の届出については、画像診断管理加算 2 又は 3 の届出をもってこれに代えることができる。

第 31 歯科画像診断管理加算

1 歯科画像診断管理加算 1 に関する施設基準

- (1) 歯科診療報酬点数表の初診料の注 2 の届出（地域歯科診療支援病院歯科初診料に係るものに限る。）を行った保険医療機関であること。
- (2) 画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が 1 名以上いること。なお、画像診断を専ら担当する歯科医師とは、勤務時間の大部分において画像情報の撮影又は読影に携わっている者をいう。
- (3) 画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (4) 当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託していないこと。
- (5) 電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を送受信する場合は、端末の管理や情報機器の設置等を含め、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。

2 歯科画像診断管理加算 2 に関する施設基準

- (1) 歯科診療報酬点数表の初診料の注 2 の届出（地域歯科診療支援病院歯科初診料に係るものに限る。）を行った保険医療機関であること。
- (2) 画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が 1 名以上いること。なお、画像診断を専ら担当する歯科医師とは、勤務時間の大部分において画像情報の撮影又は読影に携わっている者をいう。
- (3) 当該保険医療機関において実施される全ての歯科用 3 次元エックス線断層撮影及びコンピューター断層診断（歯科診療に係るものに限る。）について、(2) に規定する歯科医師の下に画像情報の管理が行われていること。
- (4) 当該保険医療機関における歯科用 3 次元エックス線断層撮影診断及びコンピューター断層診断（歯科診療に係るものに限る。）のうち、少なくとも 8 割以上の読影結果が、(2) に規定する歯科医師により遅くとも撮影日の翌診療日までに当該患者の診療を担当する歯科医師に報告されていること。
- (5) 画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (6) 当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託していないこと。
- (7) 電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を送受信する場合は、端末の管理や情報機器の設定等を含め、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。

3 届出に関する事項

歯科画像診断管理の施設基準に係る届出は、別添 2 の様式 33 を用いること。

第 32 遠隔画像診断

1 遠隔画像診断に関する施設基準

- (1) 送信側（画像の撮影が行われる保険医療機関）においては以下の基準を全て満たすこと。
ア 画像の撮影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を有しており、受信側の保険医療

- り、かつ、所定労働時間が週 24 時間以上の勤務を行っている専従の非常勤言語聴覚士を 2 名以上組み合わせることにより、常勤言語聴覚士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤言語聴覚士が配置されている場合、当該基準を満たしていることとみなすことができる。
- (3) 次に掲げる当該療法を行うための専用の療法室及び必要な器械・器具を有していること。

ア 専用の療法室

集団コミュニケーション療法を行うに当たっては、集団コミュニケーション療法室（内法による測定で 8 平方メートル以上）を 1 室以上有していること（言語聴覚療法以外の目的で使用するのは集団コミュニケーション療法室に該当しないものとする。なお言語聴覚療法における個別療法室と集団コミュニケーション療法室の共用は可能なものとする）。

イ 必要な器械・器具（主なもの）

簡易聴カスクリーニング検査機器、音声録音再生装置、ビデオ録画システム、各種言語・心理・認知機能検査機器・用具、発声発語検査機器・用具、各種診断・治療材料（絵カード他）

- (4) 平成 26 年 3 月 31 日において、現に集団コミュニケーション療法料の届出を行っている保険医療機関については、当該療法室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(3)の内法の規定を満たしているものとする。
- (5) リハビリテーションに関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であるようにすること。

2 届出に関する事項

- (1) 集団コミュニケーション療法料の施設基準に係る届出は、別添 2 の様式 44 を用いること。
- (2) 当該治療に従事する医師及び言語聴覚士の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）等を別添 2 の様式 44 の 2 を用いて提出すること。
- (3) 当該治療が行われる専用の療法室の配置図及び平面図を添付すること。

第 47 の 5 歯科口腔リハビリテーション料 2

1 歯科口腔リハビリテーション料 2 に関する施設基準

- (1) 歯科又は歯科口腔外科を標榜し、当該診療科に係る 5 年以上の経験及び当該療養に係る 3 年以上の経験を有する歯科医師が 1 名以上配置されていること。
- (2) 顎関節症の診断に用いる磁気共鳴コンピュータ断層撮影（MR I 撮影）機器を設置していること。なお、当該医療機器を設置していない保険医療機関は、当該医療機器を設置している病院と連携が図られていること。

2 届出に関する事項

歯科口腔リハビリテーション料 2 の施設基準に係る届出は、別添 2 の様式 44 の 4 を用いること。

第 47 の 6 通院・在宅精神療法

1 通院・在宅精神療法の児童思春期精神科専門管理加算に関する施設基準

20 歳未満の精神疾患を有する患者の診療を行うにつき相当の実績を有している保険医療機関であること。なお、「相当の実績を有する」とは以下のことをいう。

あるようにすること。

2 届出に関する事項

- (1) 歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）の施設基準に係る届出は、別添2の様式49の6を用いること。
- (2) 当該処置に従事する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添2の様式4を用いて提出すること。
- (3) 当該処置に従事する理学療法士、作業療法士、看護師等の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）等を別添2の様式49の7を用いて提出すること。
- (4) 当該処置が行われる機能訓練室及び歩行路の配置図及び平面図を添付すること。

第57の4の3 手術用顕微鏡加算

1 手術用顕微鏡加算に関する施設基準

- (1) 手術用顕微鏡を用いた治療に係る専門の知識及び3年以上の経験を有する歯科医師が1名以上配置されていること。
- (2) 保険医療機関内に手術用顕微鏡が設置されていること。

2 届出に関する事項

手術用顕微鏡加算の施設基準に係る届出については、別添2の様式49の8を用いること。

第57の4の4 口腔粘膜処置

1 口腔粘膜処置に関する施設基準

- (1) 当該レーザー治療に係る専門の知識及び3年以上の経験を有する歯科医師が1名以上いること。
- (2) 口腔内の軟組織の切開、止血、凝固及び蒸散を行うことが可能なレーザー機器を備えていること。

2 届出に関する事項

口腔粘膜処置に係る届出は別添2の様式49の9を用いること。

第57の5 う蝕歯無痛的窩洞形成加算

1 う蝕歯無痛的窩洞形成加算に関する施設基準

- (1) 当該レーザー治療に係る専門の知識及び3年以上の経験を有する歯科医師が1名以上いること。
- (2) 無痛的に充填のためのう蝕の除去及び窩洞形成が可能なレーザー機器を備えていること。

2 届出に関する事項

う蝕歯無痛的窩洞形成加算の施設基準に係る届出は別添2の様式50を用いること。

第57の6 CAD/CAM冠

1 CAD/CAM冠に関する施設基準

- (1) 歯科補綴治療に係る専門の知識及び3年以上の経験を有する歯科医師が1名以上配置されていること。
- (2) 保険医療機関内に歯科用CAD/CAM装置が設置されている場合は、歯科技工士を配置し

ていること。

- (3) 保険医療機関内に歯科用CAD/CAM装置が設置されていない場合は、当該装置を設置している歯科技工所との連携が図られていること。

2 届出に関する事項

CAD/CAM冠の施設基準に係る届出は、別添2の様式50の2を用いること。

第57の7 有床義歯修理及び有床義歯内面適合法の歯科技工加算1及び2

1 歯科技工加算1及び2に関する施設基準

- (1) 常勤の歯科技工士を配置していること。なお、非常勤の歯科技工士を2名以上組み合わせることにより、常勤歯科技工士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤歯科技工士が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。
- (2) 歯科医療機関内に歯科技工室を有していること。
- (3) 歯科技工に必要な機器を有していること。
- (4) 患者の求めに応じて、迅速に有床義歯の修理を行う体制が整備されている旨を院内掲示していること。

2 届出に関する事項

有床義歯修理及び有床義歯内面適合法の歯科技工加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式50の3を用いること。

第57の8 皮膚悪性腫瘍切除術（センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）

1 皮膚悪性腫瘍切除術（センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）の施設基準

- (1) 皮膚科、形成外科、耳鼻咽喉科又は歯科口腔外科の経験を5年以上有しており、皮膚悪性腫瘍切除術におけるセンチネルリンパ節生検を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として5症例以上経験している医師が配置されていること。
- (2) 当該保険医療機関が皮膚科、形成外科、耳鼻咽喉科又は歯科口腔外科及び放射線科を標榜しており、当該診療科において常勤の医師が配置されていること。
- (3) 麻酔科標榜医が配置されていること。
- (4) 病理部門が設置され、病理医が配置されていること。

2 届出に関する事項

- (1) 皮膚悪性腫瘍切除術（センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）の施設基準に係る届出は、別添2の様式50の4及び様式52を用いること。
- (2) 当該治療に従事する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添2の様式4を用いて提出すること。

第57の8の2 皮膚移植術（死体）

1 皮膚移植術（死体）に関する施設基準

- (1) 広範囲熱傷及び重症熱傷の治療の実績を有する施設であること。
- (2) 関連学会の主催する講習会を受講し、同種皮膚移植の十分な経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
- (3) 日本組織移植学会の認定する、採取して保存した組織を他施設へ供給できる組織バンクと、

- (5) 常勤の麻酔科標榜医が配置されていること。
- (6) 臨床検査技師が配置されていること。
- (7) 緊急手術体制が整備されていること。
- (8) 日本組織移植学会の認定する採取して保存した組織を他施設へ供給できる組織バンクを有していること。当該バンクを有していない場合は、当該バンクを有する保険医療機関とあらかじめ当該同種保存組織の適切な使用及び保存方法等について契約を有していること。

2 届出に関する事項

- (1) 凍結保存同種組織加算に係る届出は、別添2の様式52及び様式73の5を用いること。なお、1の凍結保存同種組織加算に関する施設基準の(8)に係る契約に関する文書の写しも併せて提出すること。
- (2) 当該療養に従事する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添2の様式4を用いて提出すること。

第80の6 歯周組織再生誘導手術

1 歯周組織再生誘導手術に関する施設基準

歯科又は歯科口腔外科を標榜し、歯周病治療に係る専門の知識及び5年以上の経験を有する歯科医師が1名以上いること。

2 届出に関する事項

歯周組織再生誘導手術の施設基準に係る届出は別添2の様式74を用いること。

第80の7 手術時歯根面レーザー応用加算

1 手術時歯根面レーザー応用加算に関する施設基準

- (1) 当該レーザー治療に係る専門の知識及び3年以上の経験を有する歯科医師が1名以上いること。
- (2) 歯周組織再生誘導手術について当該療養を行う場合は、歯周組織再生誘導手術の届出を行った保険医療機関であること。
- (3) 歯肉剥離搔爬手術又は歯周組織再生誘導手術において、レーザー照射により当該手術の対象歯の歯根面の歯石除去を行うことが可能なレーザー機器を備えていること。

2 届出に関する事項

手術時歯根面レーザー応用加算に係る届出は別添2の様式50を用いること。

第80の8 広範囲顎骨支持型装置埋入手術

1 広範囲顎骨支持型装置埋入手術に関する施設基準

- (1) 歯科又は歯科口腔外科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 当該診療科に係る5年以上の経験及び当該療養に係る3年以上の経験を有する常勤の歯科医師が2名以上配置されていること。
- (3) 病院であること。
- (4) 当直体制が整備されていること。
- (5) 医療機器保守管理及び医薬品に係る安全確保のための体制が整備されていること。
- (6) 当該療養に必要な検査機器を設置していること。

2 届出に関する事項

広範囲顎骨支持型装置埋入手術に係る届出は別添2の様式74の3を用いること。

第80の9 歯根端切除手術の注3

1 歯根端切除手術の注3に関する施設基準

(1) 手術用顕微鏡を用いた治療に係る専門の知識及び3年以上の経験を有する歯科医師が1名以上配置されていること。

(2) 保険医療機関内に手術用顕微鏡が設置されていること。

2 届出に関する事項

歯根端切除手術の注3の施設基準に係る届出については、別添2の様式49の8を用いること。

第80の10 口腔粘膜血管腫凝固術

1 口腔粘膜血管腫凝固術に関する施設基準

(1) 当該レーザー治療に係る専門の知識及び3年以上の経験を有する歯科医師が1名以上配置されていること。

(2) 口腔粘膜に生じた血管腫等の血管病変に対する凝固を行うことが可能なレーザー機器を備えていること。

2 届出に関する事項

口腔粘膜血管腫凝固術に係る届出は別添2の様式74の4を用いること。

第80の11 レーザー機器加算の施設基準

1 レーザー機器加算に関する施設基準

(1) 当該レーザー治療に係る専門の知識及び3年以上の経験を有する医師又は歯科医師が1名以上配置されていること。

(2) 口腔内の軟組織の切開、止血、凝固及び蒸散を行うことが可能なレーザー機器を備えていること。

2 届出に関する事項

レーザー機器加算に係る届出は別添2の様式49の9を用いること。

第81 麻酔管理料(I)

1 麻酔管理料(I)の施設基準

(1) 麻酔科を標榜している保険医療機関であること。

(2) 常勤の麻酔に従事する医師(医療法第6条の6第1項に規定する厚生労働大臣の許可を受けた者に限る。以下「麻酔科標榜医」という。)が1名以上配置されていること。

(3) 常勤の麻酔科標榜医により、麻酔の安全管理体制が確保されていること。

2 届出に関する事項

麻酔管理料(I)の施設基準に係る届出は、別添2の様式75を用いること。

第81の2 麻酔管理料(II)

1 麻酔管理料(II)の施設基準

悪性腫瘍病理組織標本加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式80の2を用いること。

第84の9 口腔病理診断管理加算

1 口腔病理診断管理加算1に関する施設基準

- (1) 病理部門又は口腔病理部門が設置されており、口腔病理診断を専ら担当する常勤の歯科医師又は医師（専ら口腔病理診断を担当した経験を7年以上有するものに限る。）が1名以上配置されていること。なお、口腔病理診断を専ら担当する歯科医師又は医師とは、勤務時間の大部分において病理標本の作製又は病理診断に携わっている者をいう。
- (2) 口腔病理標本作製及び口腔病理診断の精度管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (3) 年間の剖検数・生検数が十分にあること、剖検室等の設備や必要な機器等を備えていること等を満たしていることが望ましい。

2 口腔病理診断管理加算2に関する施設基準

- (1) 病理部門又は口腔病理部門が設置されており、口腔病理診断を専ら担当する常勤の歯科医師又は医師（専ら口腔病理診断を担当した経験7年以上有するものに限る。）が1名以上及び口腔病理診断を専ら担当する常勤の歯科医師又は医師（専ら口腔病理診断を担当した経験を10年以上有する者に限る。）が1名以上配置されていること。なお、口腔病理診断を専ら担当する歯科医師又は医師とは、勤務時間の大部分において病理標本の作製又は病理診断に携わっている者をいう。
- (2) 口腔病理標本作製及び病理診断の精度管理を行うにつき十分な体制が整備されている病院であること。
- (3) 年間の剖検数・生検数が十分にあること、剖検室等の設備や必要な機器等を備えていること等を満たしていること。
- (4) 臨床医及び病理医が参加し、個別の剖検例について病理学的見地から検討を行うための会合（CPC：Clinicopathological Conference）を少なくとも年2回以上行っていること。
- (5) 同一の病理標本について、口腔病理診断を専ら担当する複数の常勤の歯科医師又は医師が鏡検し、診断を行う体制が整備されていること。なお、診断にあたる歯科医師又は医師のうち1名以上は口腔病理診断を専ら担当した経験を7年以上有していること。

3 届出に関する事項

口腔病理診断管理加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式80の3を用いること。

第85 クラウン・ブリッジ維持管理料の届出に関する事項

- 1 クラウン・ブリッジ維持管理を行うに当たって、必要な体制が整備されていること。
- 2 クラウン・ブリッジ維持管理料に係る届出は、別添2の様式81を用いること。

第86 歯科矯正診断料

1 歯科矯正診断料に関する施設基準

- (1) 当該療養を行うために必要な次に掲げる基準を満たしていること。
 - ア 歯科矯正セファログラムが行える機器を備えていること。
 - イ 歯科矯正治療の経験を5年以上有する専任の歯科医師が1名以上勤務していること。

- (2) 常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。
- (3) 当該療養につき顎切除等の手術を担当する診療科又は別の保険医療機関と、歯科矯正に関する医療を担当する診療科又は別の保険医療機関との間の連携体制が整備されていること。

2 届出に関する事項

歯科矯正診断料の施設基準に係る届出は、別添2の様式82を用いること。

第87 顎口腔機能診断料

1 顎口腔機能診断料（顎変形症（顎離断等の手術を必要とするものに限る。）の手術前後における歯科矯正に係るもの）に関する施設基準

- (1) 障害者総合支援法施行規則（平成18年厚生労働省令第19号）第36条第1号及び第2号に係る医療について、障害者総合支援法（平成17年法律第123号）第59条第1項に規定する都道府県知事の指定を受けた医療機関（歯科矯正に関する医療を担当するものに限る。）であること。
- (2) 当該療養を行うために必要な次に掲げる基準を満たしていること。
 - ア 下顎運動検査、歯科矯正セファログラム及び咀嚼筋筋電図検査が行える機器を備えていること。
 - イ 専任の常勤歯科医師及び専従する常勤看護師又は歯科衛生士がそれぞれ1名以上勤務していること。
- (3) 当該療養につき顎離断等の手術を担当する診療科又は別の保険医療機関と、歯科矯正に関する医療を担当する診療科又は別の保険医療機関との間の連携体制が整備されていること。

2 届出に関する事項

顎口腔機能診断料の施設基準に係る届出は、別添2の様式83を用いること。

第88 調剤基本料

1 調剤基本料の施設基準

(1) 処方箋の受付回数

処方箋の受付回数の計算に当たり、受付回数に数えない処方箋は以下のとおりとする。

- ア 「区分番号01」の「注4」の時間外加算、休日加算若しくは深夜加算又は「注5」の夜間・休日等加算を算定した処方箋
- イ 「区分番号15」の在宅患者訪問薬剤管理指導料、「区分番号15の2」の在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は「区分番号15の3」の在宅患者緊急時等共同指導料の基となる調剤に係る処方箋
- ウ 介護保険法に基づく指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第19号）別表の「5」の居宅療養管理指導費のハの(2)又は指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示第127号）別表の「5」の介護予防居宅療養管理指導費のハの(2)の基となる調剤に係る処方箋

- (2) 処方箋の受付回数及び特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数が、調剤基本料の施設基準に該当するか否かの取扱いについては、処方箋受付回数の合計が、調剤基本料の施設基準で定められている回数に、受付回数を計算した月数を乗じて得た回数を超えるか否かで判定する。

特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード	
------------------------	--

届出番号	
------	--

連絡先

担当者氏名：

電話番号：

(届出事項)

[] の施設基準に係る届出

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

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

平成 年 月 日

保険医療機関・保険薬局の所在地
及び名称

開設者名

印

殿

備考1 [] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。

2 □には、適合する場合「✓」を記入すること。

3 届出書は、1通提出のこと。

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2）
13	総合医療管理加算（歯科疾患管理料）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	17
13	歯科治療時医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	17
13の2	かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	17の2
14	在宅療養支援歯科診療所 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	18
14	在宅療養支援歯科診療所 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	18
14の2	在宅療養支援病院	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	11の2, 11の3, 11の4, 11の5
14の3	在宅総合医療管理加算（歯科疾患在宅療養管理料）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	17
14の3	在宅患者歯科治療時医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	17
15	在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	19
16	在宅がん医療総合診療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20
16の2	在宅患者訪問看護・指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の3
16の2	同一建物居住者訪問看護・指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の3
16の3	在宅療養後方支援病院	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の4, 20の5
16の4	在宅患者訪問褥瘡管理指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の7
16の5	在宅血液透析指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の2
16の6	遠隔モニタリング加算（在宅酸素療法指導管理料）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の3の2
16の7	遠隔モニタリング加算（在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の3の3
16の8	在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の9
16の9	在宅腫瘍治療電場療法指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の10
16の10	在宅経肛門的自己洗腸指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の11
16の11	持続血糖測定器加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の5
17	歯科訪問診療料に係る地域医療連携体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	21
17の1の2	歯科訪問診療料の注13に規定する基準	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	21の3の2
17の2	在宅歯科医療推進加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	21の4
18の1の2	遺伝学的検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23
18の1の3	骨髄微小残存病変量測定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23の2
18の1の5	抗HLA抗体（スクリーニング検査）及び抗HLA抗体（抗体特異性同定検査）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の5
18の2	HPV核酸検出及びHPV核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22の2, 4
19	検体検査管理加算（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22
19の2	検体検査管理加算（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22
20	検体検査管理加算（Ⅲ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22
20の2	検体検査管理加算（Ⅳ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22
20の3	国際標準検査管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22
21	遺伝カウンセリング加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23
22	心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24
22の3	時間内歩行試験及びシャトルウォーキングテスト	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の6
22の4	胎児心エコー法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の3, 4
22の5	ヘッドアップティルト試験	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の7
23	人工臓器検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の4, 4
23の2	皮下連続式グルコース測定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の5

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2）
24	長期継続頭蓋内脳波検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	25
24の2	長期脳波ビデオ同時記録検査 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	25の2, 4
25	中枢神経磁気刺激による誘発筋電図	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	26
25の2	光トポグラフィー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	26の2, 52, 4
26	脳磁図	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	27
26の1の2	脳波検査判断料 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	27の2, 4
26の1の3	遠隔脳波診断	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	27の3
26の2	神経学的検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	28
27	補聴器適合検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	29
27の2	ロービジョン検査判断料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	29の2
28	コンタクトレンズ検査料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	30
29	小児食物アレルギー負荷検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	31
29の2	内服・点滴誘発試験	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	31の2
29の3	センチネルリンパ節生検（片側）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	31の3, 52, 4
29の4	CT透視下気管支鏡検査加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
29の5	有床義歯咀嚼機能検査、咀嚼能力検査及び咬合圧検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38の1の2
29の6	精密触覚機能検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38の1の3
30	画像診断管理加算 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	32
30	画像診断管理加算 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	32
30	画像診断管理加算 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	32
31	歯科画像診断管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	33
32	遠隔画像診断	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	34又は35
33	ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影又は乳房用ポジトロン断層撮影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	36
34	CT撮影及びMRI撮影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	37
35	冠動脈CT撮影加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
35の2	外傷全身CT加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
36	心臓MRI撮影加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
36の1の2	乳房MRI撮影加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
36の1の3	小児鎮静下MRI撮影加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
36の1の4	頭部MRI撮影加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
36の2	抗悪性腫瘍剤処方管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38の2
36の3	外来後発医薬品使用体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38の3
37	外来化学療法加算 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	39
37	外来化学療法加算 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	39
37の2	無菌製剤処理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	40, 4
38	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	41, 44の2
39	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	41, 44の2
40	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
40の2	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
41	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2）
42	運動器リハビリテーション料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
42の2	運動器リハビリテーション料（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
43	運動器リハビリテーション料（Ⅲ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
44	呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
45	呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
45の2	摂食機能療法（経口摂取回復促進加算1）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	43の4, 43の5, 44の2
45の2	摂食機能療法（経口摂取回復促進加算2）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	43の6, 44の2
46	難病患者リハビリテーション料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	43, 44の2
47	障害児（者）リハビリテーション料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	43, 44の2
47の2	がん患者リハビリテーション料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	43の2, 44の2
47の3	認知症患者リハビリテーション料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	43の3, 44の2
47の3の2	リンパ浮腫複合的治療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	43の7
47の4	集団コミュニケーション療法料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	44, 44の2
47の5	歯科口腔リハビリテーション料2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	44の4
47の6	通院・在宅精神療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	44の5
47の7	救急患者精神科継続支援料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	44の6
48	認知療法・認知行動療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	44の3
48の1の2	依存症集団療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	44の7
48の2	精神科作業療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	45, 4
49	精神科ショート・ケア「大規模なもの」	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	46, 4
50	精神科ショート・ケア「小規模なもの」	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	46, 4
51	精神科デイ・ケア「大規模なもの」	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	46, 4
52	精神科デイ・ケア「小規模なもの」	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	46, 4
53	精神科ナイト・ケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	46, 4
54	精神科デイ・ナイト・ケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	46, 4
54の2	抗精神病特定薬剤治療指導管理料（治療抵抗性統合失調症治療指導管理料に限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	46の3
55	重度認知症患者デイ・ケア料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	47, 4
55の2	精神科在宅患者支援管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	47の2
56	医療保護入院等診療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	48
56の2	処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	48の2, 48の2の2, 48の3, 48の4, 4 (基本別添7) 13の4
56の3	硬膜外自家血注入	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 48の6, 4
57	エタノールの局所注入（甲状腺に対するもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49
57	エタノールの局所注入（副甲状腺に対するもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49の2
57の2	人工腎臓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	87の4, 2の2, 49の3
57の2の2	下肢末梢動脈疾患指導管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49の3の2
57の2の3	人工臓器療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の4, 4
57の3	磁気による膀胱等刺激法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49の4, 4
57の4の2	歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49の6, 4, 49の7
57の4の3	手術用顕微鏡加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49の8

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2）
57の4の4	口腔粘膜処置	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49の9
57の5	う蝕歯無痛の高洞形成加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50
57の6	CAD/CAM冠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50の2
57の7	有床義歯修理及び有床義歯内面適合法の歯科技工加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50の3
57の8	皮膚悪性腫瘍切除術（センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50の4, 52, 4
57の8の2	皮膚移植術（死体）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	87の6
57の9	組織拡張器による再建手術（一連につき）（乳房（再建手術）の場合に限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50の5
57の9の2	骨移植術（軟骨移植術を含む。）（同種骨移植（非生体）（同種骨移植（特殊なものに限る。）））	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50の5の2, 4
57の10	骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家培養軟骨移植術に限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50の6, 52, 4
57の11	後縦靭帯骨化症手術（前方進入によるもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 87の7, 4
58	腫瘍脊椎骨全摘術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	51, 52, 4
58の2	脳腫瘍覚醒下マッピング加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	51の2, 52, 4
58の3	原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	51の3, 4
59	頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 54, 4
60	脳刺激装置植込術（頭蓋内電極植込術を含む。）及び脳刺激装置交換術、脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	25
60の2	仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	53, 4
60の3	治療的角膜切除術（エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。））	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 54の2, 4
60の4	羊膜移植術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 54の3, 4
60の5	緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの））	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 54の4, 4
60の6	緑内障手術（水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 54の8, 4
60の7	網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 54の5, 4
60の8	網膜再建術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 54の6, 4
61	人工中耳植込術、人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術及び植込型骨導補聴器交換術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 55, 4
61の2	内視鏡下鼻・副鼻腔手術V型（拡大副鼻腔手術）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 54の7, 4
61の2の2	喉頭形成手術（甲状軟骨固定用器具を用いたもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 87の5
61の3	上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 56, 4
61の4	上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療に係るものに限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療に係るものに限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 56の3, 4
61の4の2	内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術、内視鏡下バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）、内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 56の4, 4
61の4の3	内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 56の4, 4
61の4の4	乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（MRIによるもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
61の5	乳腺悪性腫瘍手術（乳がんセンチネルリンパ節加算1又は乳がんセンチネルリンパ節加算2を算定する場合に限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 56の2, 4
61の5	乳腺悪性腫瘍手術（乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わないもの）及び乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの））	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 56の5, 4
61の6	ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50の5

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2）
84の5	保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	80
84の6	デジタル病理画像による病理診断	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	80の2
84の7	病理診断管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	80の2
84の8	悪性腫瘍病理組織標本加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	80の2
84の9	口腔病理診断管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	80の3
85	クラウン・ブリッジ維持管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	81
86	歯科矯正診断料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	82
87	顎口腔機能診断料（顎変形症（顎離断等の手術を必要とするものに限る。）の手術前後における歯科矯正に係るもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	83
88	調剤基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	84
89	調剤基本料の注1ただし書に規定する施設基準	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	87の2
92	地域支援体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	87の3, 87の3の2, 4
93	後発医薬品調剤体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	87
95	保険薬局の無菌製剤処理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	88, 4
96	在宅患者調剤加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	89
98	かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	90, 4

※様式2, 6, 16, 65, 68, 72, 84の2, 86は欠番

様式 17

歯科疾患管理料の注 11 に規定する総合医療管理加算

歯科治療時医療管理料

歯科疾患在宅療養管理料の注 4 に規定する在宅総合医療管理加算

在宅患者歯科治療時医療管理料

の施設基準に係る

届出書添付書類

1 届出を行う施設基準（該当する施設基準に○をつけること。）

<input type="checkbox"/>	歯科疾患管理料の注 11 に規定する総合医療管理加算及び歯科治療時医療管理料
<input type="checkbox"/>	歯科疾患在宅療養管理料の注 4 に規定する在宅総合医療管理加算及び在宅患者歯科治療時医療管理料

2 常勤の歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経験年数

3 歯科衛生士等の氏名等（常勤又は非常勤及び歯科衛生士又は看護師を○で囲むこと）

職種等		常勤換算 人数	氏 名
常勤／非常勤	○ 歯科衛生士／看護師	人	
常勤／非常勤	○ 歯科衛生士／看護師	人	
常勤／非常勤	○ 歯科衛生士／看護師	人	
常勤／非常勤	○ 歯科衛生士／看護師	人	

4 別の保険医療機関（医科併設の保険医療機関にあつては医科診療科）との連絡調整を担当する者（主として担当する者 1 名を記載）

氏 名	職 種 等

5 緊急時の連携保険医療機関

名 称	
所在地	
緊急時の連絡方法・連絡体制	

6 当該保険医療機関に常時設置されている装置・器具の名称

一般名称	装置・器具等の製品名	台数（セット数）
経皮的酸素飽和度測定器 （パルスオキシメーター）		
酸素供給装置		
救急蘇生キット		

**かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準
に係る届出書添付書類**

1 歯科疾患の重症化予防に関する継続的な管理の実績等

(1) 次の算定実績があること(届出前1年間の実績)

① 歯周病安定期治療(I)、歯周病安定期治療(II)の算定回数	回
② フッ化物歯面塗布処置、歯科疾患管理料のエナメル質初期う蝕管理加算の算定回数	回

(2) クラウン・ブリッジ維持管理料の届出状況

届出年月日 (年 月 日)

2 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準の届出状況

届出年月日 (年 月 日)

3 過去1年間における歯科訪問診療料の算定又は歯科訪問診療の依頼の実績

① 歯科訪問診療1及び歯科訪問診療2の算定回数	回
② 歯科訪問診療を在宅療養支援歯科診療所1又は在宅療養支援歯科診療所2に依頼した回数	回
合 計	回

4 過去1年間における他の保険医療機関との連携の実績

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

5 歯科疾患の継続管理等に係る研修

受講歯科医師名	
研 修 名	
受講年月日	
研修の主催者	
講習の内容等	

※上記の内容を満たしていれば、研修会の修了証の写しの添付でも可とする。

※高齢者の心身の特性、口腔機能の管理、緊急時対応及び歯科疾患の継続管理等の研修を含むこと

6 歯科医師又は歯科衛生士の氏名等（勤務形態及び職種は該当するものに○）

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

7 緊急時の連携保険医療機関

医療機関の名称	
所在地	
緊急時の連絡方法等	

8 迅速な歯科訪問診療が可能な体制

歯科訪問診療を行う 歯科医師名	
診療可能日	

9 当該地域における保険医療機関、介護・福祉施設等との連携の状況

① 居宅療養管理指導の提供実績	(実施件数)	回
② 栄養サポートチーム等連携加算 1 又は 2	(算定回数)	回
③ 歯科診療特別対応加算又は初診時歯科診療導入加算	(算定回数)	回
④ 退院時共同指導料、退院時在宅療養指導管理料、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料	(算定回数)	回
⑤ 地域ケア会議の出席	(会議名) (直近の出席日)	年 月 日
⑥ 在宅医療に関するサービス担当者会議又は病院・介護保険施設等で実施される多職種連携に係る会議への出席	(会議名) (直近の出席日)	年 月 日
⑦ 認知症対応力向上研修等、認知症に関する研修を受講	(研修名)	
⑧ 在宅医療・介護等に関する研修を受講	(研修名)	
⑨ 学校の校医等に就任	(学校名)	
⑩ 介護認定審査会の委員の経験	(在任期間)	年 月 ～ 年 月
⑪ 自治体が実施する歯科保健に係る事業への協力	(事業名) (実施日)	年 月 日

※ 2に記載する歯科医師の状況について記載すること。

※ 2に関する研修を受講した歯科医師が複数名配置されている場合は、そのうち、代表する1名の歯科医師の連携の状況について記載すること。

※ ①から④までについては、過去1年間の実績を記載すること。

※ ⑦、⑧については、内容が確認できる研修会の修了証の写しを添付すること。

10 当該保険医療機関に常時設置されている装置・器具の名称

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

在宅療養支援歯科診療所1又は2の施設基準に係る届出書添付書類
届出を行う施設基準(該当するものに○をつけること)

	在宅療養支援歯科診療所1 (全ての項目について記載すること)
	在宅療養支援歯科診療所2 (1から6までの項目について記載すること)

<p>1. 歯科訪問診療の割合(届出前1月間の実績)</p> <p>歯科訪問診療料を算定した人数 ① _____人</p> <p>外来で歯科診療を提供した人数 ② _____人</p> <p>※①については、歯科訪問診療料(歯科訪問診療1、2若しくは3又は歯科訪問診療料の注 13「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」)を算定した患者の延べ人数を記載すること。</p> <p>※②については、診療所で歯科初診料、歯科再診料を算定した患者の延べ人数を記載すること。</p> <p>歯科訪問診療を提供した患者数の割合 ①/(①+②)= _____ ... (A)</p>											
<p>2. 歯科訪問診療の実績 (届出前1年間の実績)</p> <p>歯科訪問診療1又は歯科訪問診療2を算定した人数 _____人</p> <p>※ 歯科訪問診療料の注 13「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」を算定した患者のうち、歯科訪問診療1又は2に相当する診療を行った患者を含めた、患者の延べ人数を記載すること。</p>											
<p>3. 高齢者の口腔機能管理に係る研修の受講歴等</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2">受講歯科医師名(複数の場合は全員)</td> </tr> <tr> <td style="width: 20%;">研 修 名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>受 講 年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>研 修 の 主 催 者</td> <td></td> </tr> <tr> <td>講 習 の 内 容 等</td> <td></td> </tr> </table> <p>※ 高齢者の口腔機能管理に関する内容を含むものであること。 ※ 研修会の修了証の写しの添付でも可とするものであること。</p>		受講歯科医師名(複数の場合は全員)		研 修 名		受 講 年 月 日		研 修 の 主 催 者		講 習 の 内 容 等	
受講歯科医師名(複数の場合は全員)											
研 修 名											
受 講 年 月 日											
研 修 の 主 催 者											
講 習 の 内 容 等											
<p>4. 歯科衛生士の氏名等(常勤又は非常勤を○で囲むこと)</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">氏 名</th> <th>常勤/非常勤</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1)</td> <td>常勤/非常勤</td> </tr> <tr> <td>2)</td> <td>常勤/非常勤</td> </tr> <tr> <td>3)</td> <td>常勤/非常勤</td> </tr> </tbody> </table>		氏 名	常勤/非常勤	1)	常勤/非常勤	2)	常勤/非常勤	3)	常勤/非常勤		
氏 名	常勤/非常勤										
1)	常勤/非常勤										
2)	常勤/非常勤										
3)	常勤/非常勤										
<p>5. 迅速に対応できる体制に係る事項</p> <p>(1)患者からの連絡を受ける体制:対応体制 ___名で担当</p> <p>・ 担当者の氏名及び職種</p> <p>(2)歯科訪問診療体制:対応体制 ___名で担当</p> <p>・ 担当医の氏名</p>											

6. 過去1年間の在宅医療を担う他の保険医療機関、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所又は介護保険施設等からの歯科訪問診療の依頼件数

依頼元(施設名等)	件数	依頼元(施設名等)	件数
	件		件
	件		件
	件		件

合計 _____ 件

7. 保険医療機関、介護・福祉施設等との連携の実績

① 次のうち該当するものに記入すること。

地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議又は病院・介護保険施設等で実施される多職種連携に係る会議への年1回以上の出席	(会議等の名称)
病院・介護保険施設等の職員への口腔管理に関する技術的助言や研修等の実績又は口腔管理への協力	(協力施設名)
歯科訪問診療に関する他の保険医療機関との連携実績	(保険医療機関名)

② 次に掲げる項目の算定回数を記載すること。

栄養サポートチーム等連携加算1	回
栄養サポートチーム等連携加算2	回
在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料	回
小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料	回
退院時共同指導料1	回
退院前在宅療養指導管理料	回
在宅患者連携指導料	回
在宅患者緊急時等カンファレンス料	回

8. 在宅歯科診療に係る後方支援の機能を有する別の医療機関(歯科医療機関)

- (1) 医療機関の名称
- (2) 所在地
- (3) 連絡先

以下、9～13については、1. の(A)が0.95以上である診療所のみ記載

9. 初診患者の診療情報提供を受けた保険医療機関

保険医療機関名	備考
1)	
2)	
3)	
4)	
5)	

10. 歯科訪問診療料の算定実績（届出前3月間の実績）

歯科訪問診療1	①	人
歯科訪問診療2	②	人
歯科訪問診療3	③	人

歯科訪問診療1の算定割合: ① / (① + ② + ③) = _____

※①～③の歯科訪問診療料の人数は延べ人数を記載すること。

※ 歯科訪問診療1には歯科訪問診療料の注 13「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」を算定した患者のうち、歯科訪問診療1に相当する診療を行った患者数を含む。

※ 歯科訪問診療2には歯科訪問診療料の注 13「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」を算定した患者のうち、歯科訪問診療1に相当する診療を行った患者を除いた患者数を含む。

11. 在宅医療に係る経験を有する歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経験年数

12. 当該施設基準に係る必要な機器の一覧(製品名等)

機器の種類	概 要	
①ポータブル ユニット	医療機器認証番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
②ポータブル バキューム	医療機器認証番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
③ポータブル レントゲン	医療機器認証番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
[備考]		

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

13. 歯科訪問診療における処置等の算定実績（届出前1年間の実績）

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

※回数は延べ算定回数を記載すること。

※③、④が20回以上であること。

※⑤、⑥及び⑦がそれぞれ5回以上であること。

※⑧が40回以上であること。

在宅療養支援歯科診療所1又は2の施設基準に係る報告書

歯科訪問診療の実施状況について

1) 歯科訪問診療の割合(直近1月間の実績)

歯科訪問診療料を算定した人数 ① _____人

外来で歯科診療を提供した人数 ② _____人

※ ①については、歯科訪問診療料(歯科訪問診療1、2若しくは3又は歯科訪問診療料の注13「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」)を算定した患者の合計延べ人数を記載すること。

※ ②については、診療所で歯科初診料、歯科再診料を算定した患者の合計延べ人数を記載すること。

歯科訪問診療を提供した患者数の割合 $\text{①} / (\text{①} + \text{②}) = \underline{\hspace{2cm}}$

2) 歯科訪問診療の実績(直近3月間)

歯科訪問診療1	①	人
歯科訪問診療2	②	人
歯科訪問診療3	③	人

※①～③の歯科訪問診療料の人数は延べ人数を記載すること。

歯科訪問診療のうち歯科訪問診療1を算定する患者の割合 $\text{①} / (\text{①} + \text{②} + \text{③}) = \underline{\hspace{2cm}}$

※ 歯科訪問診療1には歯科訪問診療料の注13「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」を算定した患者のうち、歯科訪問診療1に相当する診療を行った患者数を含む。

※ 歯科訪問診療2には歯科訪問診療料の注13「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」を算定した患者のうち、歯科訪問診療1に相当する診療を行った患者を除いた患者数を含む。

3) 歯科疾患在宅療養管理料の直近3月間の実績

_____ 人

※歯科疾患在宅療養管理料の算定人数について、延べ人数を記載すること。

様式 21

歯科訪問診療料の地域医療連携体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1. 患者の診療に当たる歯科医師の氏名

常勤の歯科医師名	専門医等の取得状況

2. 別の保険医療機関との連絡調整を担当する者

氏名	職種名

3. 緊急時の連絡・対応方法

--

4. 緊急時の連携保険医療機関

(1) 地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準に係る届出を行っている連携保険医療機関

(1)	名	称		
	所	在	地	
	電	話	番	号
	開	設	者	氏 名
	歯	科	医	師 名
	調	整	担	当 者 名
	連	絡	方	法

(2) 連携保険医療機関

(2)	名	称		
	所	在	地	
	電	話	番	号
	開	設	者	氏 名
	歯	科	医	師 名
	調	整	担	当 者 名
	連	絡	方	法

(3) 連携保険医療機関

(3)	名	称		
	所	在	地	
	電	話	番	号
	開	設	者	氏 名
	歯	科	医	師 名
	調	整	担	当 者 名
	連	絡	方	法

5. 連携保険医療機関への診療情報の周知方法

--

6. 緊急時の搬送体制

--

様式 21 の 2

(主治の歯科医師→連携保険医療機関)

連携保険医療機関名 _____

歯科医師名 _____ 殿

地域医療連携体制加算届出保険医療機関

名 称 _____

所在地 _____

歯科医師名 _____ (印)

患者氏名		性別 男・女
患者住所		
電話番号		
生年月日	明治・大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	

傷病名：
既往歴 及び 家族歴：
症状、診療内容及び治療経過等：
直近の検査結果：
その他の特記事項：

- 備考
1. 地域医療連携体制加算を届け出た保険医療機関は、連携保険医療機関に対し情報提供を行うこと。なお、様態の変化等があった場合には速やかにすべての連携保険医療機関に対して情報提供を行うこと。
 2. 連携保険医療機関においては、患者の情報を緊急時に十分活用できる体制を確立した上で、当該文書を保管すること。

患者氏名 _____ 殿

地域医療連携体制加算届出保険医療機関
 名 称 _____
 所在地 _____
 歯科医師名 _____ (印)

地域医療連携体制加算情報提供文書

あなたが安心して訪問歯科診療を受けられるように、あなたの主治の歯科医師である(主治の歯科医師名)は、夜間、休日等に急に容態の変化があった場合に迅速な対応ができるように以下の医療機関と連携し、いつでも歯科医師が診療できる体制を整備しています。

なお、迅速な対応ができるように、以下の連携医療機関にあなたの診療上必要な情報を提供しています。

(1) 連携保険医療機関 (地域歯科診療支援病院)

(1)	名 称	
	所 在 地	
	担 当 歯 科 医 氏 名	
	調 整 担 当 者 氏 名	
	緊 急 連 絡 先 電 話 番 号	

(2) 連携保険医療機関 (歯科診療所)

(2)	名 称	
	所 在 地	
	担 当 医 氏 名	
	調 整 担 当 者 氏 名	
	緊 急 連 絡 先 電 話 番 号	

(3) 連携保険医療機関 (歯科診療所)

(3)	名 称	
	所 在 地	
	担 当 医 氏 名	
	調 整 担 当 者 氏 名	
	緊 急 連 絡 先 電 話 番 号	

歯科訪問診療料の注 13 に規定する基準の施設基準に係る届出書添付書類

歯科訪問診療の実施状況（届出前 1 月間の実績）	
歯科訪問診療の患者数	① _____ 人
外来の患者数	② _____ 人
歯科訪問診療を実施した患者数の割合	$\frac{①}{①+②} = \underline{\hspace{2cm}} \dots (A)$
※ (A) が 0.95 未満である場合 当該基準に適合	

[記載上の注意]

- ※ ①については、歯科訪問診療料（歯科訪問診療 1、2 若しくは 3 又は歯科訪問診療料の注 13「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」）を算定した患者の合計延べ人数
- ※ ②については、診療所で歯科初診料又は歯科再診料を算定した患者の合計延べ人数

在宅歯科医療推進加算の施設基準届出書添付書類

届出前3月間の歯科訪問診療の実施人数について

1. 歯科訪問診療の算定実績

歯科訪問診療1	①	人
歯科訪問診療2	②	人
歯科訪問診療3	③	人

2. 月平均患者数: $(①+②+③) \div 3$

_____ 人

3. 歯科訪問診療1算定割合: $① \div (①+②+③) \times 100\%$

_____ %

[記載上の注意]

① ~③の歯科訪問診療料の人数は延べ人数を記載すること。

手術用顕微鏡加算
歯根端切除手術の注 3
 の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出を行う施設基準（該当する施設基準に○をつけること。）

	手術用顕微鏡加算
	歯根端切除手術の注 3

2 当該療養を実施する歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経歴（経験年数を含む。）

3 当該療養に係る医療機関の体制状況等

概 要	
手術用顕微鏡	医療機器届出番号
	製品名
	製造販売業者名
歯科用 3 次元 エックス線 断層撮影	（該当するものに○を記入） <input type="checkbox"/> 自院で撮影 <input type="checkbox"/> 連携医療機関で撮影
連携医療機関	名 称
	所在地
	名 称
	所在地
	名 称
	所在地
	名 称
	所在地

※ 「3」の使用する手術用顕微鏡については、装置の医療機器製造販売届出番号、製品名、製造販売業者名を記載すること。

※ 「3」の歯科用 3 次元エックス線断層撮影について、連携先の医療機関で撮影する場合は、連携医療機関の名称及び所在地を記載すること。

口腔粘膜処置
レーザー機器加算

の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出を行う施設基準 (該当するものに○)

	口腔粘膜処置 (歯科診療を担当する保険医療機関に限る。)
	レーザー機器加算

2 当診療に係る医師・歯科医師の氏名等

医師・歯科医師の氏名	経歴(経験年数を含む。)

3 設置機器名

一般的名称	概 要	
ネオジミウム ヤグレーザ	医療機器届出番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
ダイオード レーザ	医療機器届出番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
炭酸ガス レーザ	医療機器届出番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
エルビウム・ ヤグレーザ	医療機器届出番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
罹患象牙質 除去機能付 レーザ	医療機器届出番号	
	製品名	
	製造販売業者名	

※ 特定診療報酬算定医療機器のレーザー手術装置 (Ⅶ) (歯科点数表においては、レーザー手術装置 (Ⅰ)) に該当するものであること。

う蝕歯無痛的窩洞形成加算
手術時歯根面レーザー応用加算

の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出を行う加算 (該当するものに○)

	う蝕歯無痛的窩洞形成加算
	手術時歯根面レーザー応用加算

2 標榜診療科

--

3 当該療養に係る歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経歴(経験年数を含む。)

4 設置機器名

一般的名称	概 要	
エルビウム・ヤグレーザー	医療機器の製品名	
	設置年月日	
罹患象牙質除去機能付レーザー	医療機器の製品名	
	設置年月日	

※罹患象牙質除去機能付レーザーのみ設置している場合は、手術時歯根面レーザー応用加算の届出は不可

5 歯周組織再生誘導手術に係る施設基準の届出日 (当該届出を行っている場合のみ記載)

平成	年	月	日
----	---	---	---

CAD/CAM冠の施設基準届出書添付書類

1 当該療養に係る歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経歴(経験年数を含む。)

2 当該療養に係る歯科技工士の氏名等

氏名	備考

3 当該療養に係る医療機関の体制状況等

概要	
使用する 歯科用CAD /CAM装置	医療機器届出番号
	製品名
	製造販売業者名
	特記事項
その他 (特記事項)	

[記載上の注意]

- 1 歯科技工士が院内に配置されていない場合については、当該療養につき、保険医療機関と連携を行う歯科技工所名を「2」の備考欄に記載するとともに当該歯科技工所の歯科技工士名を記載すること。
- 2 「3」の使用する歯科用CAD/CAM装置については、装置の医療機器製造販売届出番号、製品名、製造販売業者名等を記載すること。

様式 50 の 3

有床義歯修理及び有床義歯内面適合法の歯科技工加算 1 及び 2 の

施設基準に係る届出書添付書類

1 歯科技工室・歯科技工に必要な機器の設置の有無

歯科技工室	有 ・ 無
歯科技工に必要な機器の設置	有 ・ 無

2 歯科技工士の氏名

勤務形態	常勤換算 人数	歯科技工士の氏名
常勤／非常勤	人	
常勤／非常勤	人	
常勤／非常勤	人	

3 院内掲示の例を添付

[記載上の注意]

保険医療機関内に歯科技工室を有していることがわかる資料（平面図
又は配置図等）を添付

様式 74

歯周組織再生誘導手術の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科

--

2 当該療養に係る歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経歴(経験年数を含む。)

3 手術に用いる主たる材料

一般名称	医療機器の製品名(規格等)
歯周組織再生誘導材料	・ ・ ・

広範囲顎骨支持型装置埋入手術の施設基準届出書添付書類

1 当該療養に係る常勤の歯科医師の氏名等

常勤歯科医師の氏名	診療科名	経験年数

2 病床数： _____ 床

3 当該療養に係る医療機関の体制状況等

	概 要
当直体制	
医療機器の 保守管理状況	
医薬品に係る 安全確保の状況	
その他 (特記事項)	

[記載上の注意]

経験年数については、広範囲顎骨支持型装置埋入手術の実績（先進医療として行われていた「インプラント義歯」に係る経験年数を含む。）によるものとする。

口腔粘膜血管腫凝固術の施設基準に係る届出書添付書類

1 当該療養に係る歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経歴(経験年数を含む。)

2 設置機器名

一般的名称	概 要	
K T P レーザ	医療機器届出番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
ネオジミウム・ヤグレーザー	医療機器届出番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
色素レーザー	医療機器届出番号	
	製品名	
	製造販売業者名	

※ 特定診療報酬算定医療機器のレーザー手術装置(Ⅱ)であること。

{

 口腔病理診断管理加算 1
 口腔病理診断管理加算 2

}
 の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 口腔病理診断を専ら担当する常勤歯科医師又は医師の氏名等		
常勤歯科医師又は医師の氏名（職種）		経験年数
		年
		年
		年
2 年間の剖検数・検体数等		
① 剖検		件
② 病理組織標本作製 （術中迅速病理標本作製を含む）		件
③ 細胞診（術中迅速細胞診を含む）		件
3 臨床医及び病理医が参加し、個別の剖検例について病理学的見地から検討を行うための会合（CPC：Clinicopathological Conference）の開催実績		
① 開催年月日	年	月 日
② 開催年月日	年	月 日
③ 開催年月日	年	月 日
④ 開催年月日	年	月 日
⑤ 開催年月日	年	月 日
⑥ 開催年月日	年	月 日

[記載上の注意]

- 1 「1」の常勤歯科医師又は医師については、該当するすべての歯科医師又は医師について記載すること。また、当該歯科医師又は医師の経歴（当該歯科医師又は医師が専ら病理診断を担当した経験、勤務状況等がわかるもの）を添付すること。
- 2 「2」の剖検については届出前1年間の件数、口腔病理組織標本作製及び細胞診については、届出前1年間の算定回数を記載すること。
- 3 「3」については、届出前1年間の開催年月日を全て記入すること。
- 4 口腔病理診断管理加算1の届出を行う場合にあっては、「3」は記載しなくてよいこと。

クラウン・ブリッジ維持管理料に係る届出書添付書類

補綴物の維持管理を実施し、クラウン・ブリッジ維持管理料を保険医療機関単位で算定する旨届出します。

1. 補綴物の維持管理の責任者（歯科医師）

氏 名	役 職

2. 具体的な維持管理方法

3. 保険医療機関開設年月（はっきりと年号の□にチェックマークを記載すること）

昭和 _____ 年 _____ 月
 平成 _____ 年 _____ 月

4. 保険医療機関コード

歯科矯正診断料の施設基準に係る届出書添付書類

常勤の歯科医師	氏		
	名		
検査機器の 設置状況等	歯科矯正 セファログラム 機 器	機器名:	
歯科矯正を担当する 専任の歯科医師	氏 名	経歴(経験年数を含む。)	
顎切除等の手術を 担当する施設 (歯科矯正を担当する 施設と同一の場合は 記入不要)	保険医療機関名:		
	所在地:		
	保険医療機関名:		
	所在地:		
	保険医療機関名:		
	所在地:		

顎口腔機能診断料の施設基準に係る届出書添付書類

障害者総合支援法の規定に基づく指定を受けた年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 _____年____月____日		
	<input type="checkbox"/> 平成 _____年____月____日		
検査機器の設置状況等	歯科矯正セファログラム機	機器名:	
	下顎運動検査機	機器名:	
	咀嚼筋筋電図検査機	機器名:	
歯科矯正を担当する専任の常勤歯科医師	氏名		
	人数	_____名	
専従の常勤看護師又は常勤歯科衛生士	氏名	<input type="checkbox"/> 歯科衛生士	<input type="checkbox"/> 看護師
	人数	_____名	
顎離断等の手術を担当する施設 (歯科矯正を担当する施設と同一の場合は記入不要)	保険医療機関名:		
	所在地:		
	保険医療機関名:		
	所在地:		