

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

御中

厚生労働省保険局医療課

平成30年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について及び官報掲載事項の一部訂正について

下記の通知について、それぞれ別添1から別添11までのおり訂正しますので、その取扱いについて周知徹底を図られますよう、お願いいたします。

なお、各別添の様式については、訂正後のもの（別添5における別紙7の別表1にあっては、訂正箇所のみ。様式5の6にあっては、新規の追加。）となりますので申し添えます。

また、平成30年3月5日付官報（号外第45号）に掲載された平成30年度診療報酬改定に伴う関係告示については、別添14のおり、官報掲載事項の訂正が行われる予定ですので、予めお知らせします。

- ・「医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について」（平成30年3月5日保発0305第2号）（別添1）
- ・「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成30年3月5日保発0305第3号）（別添2）
- ・「指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準について」の一部改正について（平成30年3月5日保発0305第4号）（別添3）
- ・「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）（別添4）
- ・「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」（平成30年3月5日保医発0305第2号）（別添5）
- ・「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」（平成30年3月5日保医発0305第3号）（別添6）
- ・「訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて」（平成30年3月5日保医発0305第4号）（別添7）
- ・「「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について」の一部改正について（平成30年3月5日保医発0305第6号）（別添8）
- ・「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について」（平成30年3月5日保医発0305第10号）（別添9）

- ・「特定診療報酬算定医療機器の定義等について」
（平成30年3月5日保医発0305第12号）（別添10）
- ・「特定保険医療材料及び医療機器保険適用希望所（希望区分B）に記載する機能区分コードについて」（平成30年3月5日付事務連絡）（別添11）
- ・「歯科の診療録及び診療報酬明細書に使用できる略称について」（平成30年3月20日保医発0320第6号）（別添12）
- ・「「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について」（平成30年3月26日保医発0326第5号）（別添13）

(別添1)

医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目
の分かる明細書の交付について
(平成30年3月5日保発0305第2号)

(別紙様式7)

院内掲示例

平成○年○月
▲ ▲ 病院

「個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書」の発行について

当院では、医療の透明化や患者への情報提供を積極的に推進していく観点から、平成○年○月○日より、領収証の発行の際に、個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書を無料で発行することと致しました。

また、公費負担医療の受給者で医療費の自己負担のない方についても、平成●年●月●日より、明細書を無料で発行することと致しました。~~発行を希望される方は、会計窓口にてその旨お申し付けください。~~

なお、明細書には、使用した薬剤の名称や行われた検査の名称が記載されるものですので、その点、御理解いただき、ご家族の方が代理で会計を行う場合のその代理の方への発行も含めて、~~自己負担のある方~~明細書の発行を希望されない方は、会計窓口にてその旨お申し出下さい。

別添2

歯科診療報酬点数表に関する事項

第2部 在宅医療

C001-5 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料

- (4) 歯の喪失や加齢、これら以外の全身的な疾患等により口腔機能の低下を認める在宅等療養患者（口腔衛生状態不良、口腔乾燥、咀嚼機能低下、舌口唇運動機能低下、咬合力低下、低舌圧又は嚥下機能低下の7項目のうち3項目以上が該当する患者）に対して、口腔機能の回復又は維持・向上を目的として医学管理を行う場合は当該管理料を算定する。なお、この場合において、区分番号D011-2に掲げる咀嚼能力検査、区分番号D011-3に掲げる咬合圧検査又は区分番号D012に掲げる舌圧検査を別に算定できる。

第3部 検査

D002 歯周病検査

- (1) 歯周病検査とは、歯周病の診断に必要な歯周ポケット測定、プロービング時の出血の有無、歯の動揺度の検査、プラークの付着状況の検査及び歯肉の炎症状態の検査をいい、当該検査は、1口腔単位で実施する。また、2回目以降の歯周病検査は、歯周基本治療等の効果、治療の成否、治療に対する反応等を把握し、治癒の判断又は治療計画の修正及び歯周外科手術を実施した後に歯周組織の変化の比較検討等を目的として実施する。歯周病検査の実施は、「歯周病の診断と治療に関する基本的な考え方指針」（平成30年3月日本歯科医学会）を参考とする。

D013 精密触覚機能検査

- (1) 精密触覚機能検査は、口腔・顎・顔面領域の手術等に伴う神経障害や帯状疱疹や骨髄炎等に起因する神経障害によって生じる神経症状（感覚の異常）を呈する患者に対して、当該検査に関する研修を受講したものが、Semmes-Weinstein monofilament setを用いて知覚機能（触覚）を定量的に測定した場合に1月に1回に限り算定する。なお、検査

の実施に当たっては、「精密触覚機能検査の基本的な考え方」（平成30年3月日本歯科医学会）を遵守するとともに、検査結果は関係学会の定める様式又はこれに準ずる様式に記録し、診療録に添付すること。

第8部 処置

I 0 0 6 感染根管処置

- (2) 感染根管処置は1歯につき1回に限り算定する。ただし、再度感染根管処置が必要になった場合において、区分番号I 0 0 8 -2に掲げる加圧根管充填処置を行った患者に限り、前回の感染根管処置に係る歯冠修復が完了した日から起算して6月を経過した日以降については、この限りではない。

I 0 1 1 歯周基本治療

- (1) 歯周基本治療は、歯周病の炎症性因子の減少又は除去を目的とする処置をいい、歯周病検査等の結果に基づき必要があると認められる場合に実施する。歯周病検査が実施されていない場合は、算定できない。なお、歯周基本治療は、「歯周病の診断と治療に関する基本的な考え方指針」（平成30年3月日本歯科医学会）を参考とする。

I 0 1 1-2 歯周病安定期治療(I)、I 0 1 1-2-2 歯周病安定期治療(II)

- (3) 歯周病安定期治療(I)は、歯周組織の状態を維持し、治癒させることを目的としてブラークコントロール、機械的歯面清掃、スケーリング、スケーリング・ルートプレーニング、咬合調整等を主体とした治療を実施した場合に1口腔につき月1回に限り算定する。なお、2回目以降の歯周病安定期治療(I)の算定は、前回実施した月の翌月から起算して2月を経過した日以降に行う。ただし、歯周病安定期治療(I)の治療間隔の短縮が必要とされる次の場合は、3月以内の間隔で実施した歯周病安定期治療(I)は月1回に限り算定する。この場合において、実施する理由（「イ 歯周外科手術を実施した場合」は除く。）及び全身状態等を診療録に記載する。また、ロ及びハは、主治の医師からの文書を添付する。

イ 歯周外科手術を実施した場合

ロ 全身的な疾患の状態により歯周病の病状に大きく影響を与える場合

ハ 全身的な疾患の状態により歯周外科手術が実施できない場合

ニ 侵襲性歯周炎の場合（侵襲性歯周炎とは、若年性歯周炎、急速進行性歯周炎又は特殊性歯周炎をいう。）

I 0 1 7 口腔内装置

- (1) 「注」に規定する口腔内装置は、次に掲げるいずれかの装置をいう。

イ 顎関節治療用装置

ロ 歯ぎしりに対する口腔内装置

ハ 顎間固定用に歯科用ベースプレートを用いた床

ニ 出血創の保護と圧迫止血を目的としてレジン等で製作した床

ホ 手術に当たり製作したサージカルガイドプレート

ヘ 腫瘍等による顎骨切除後、手術創（開放創）の保護等を目的として製作するオプチュレーター

ト 気管内挿管時の歯の保護等を目的として製作した口腔内装置

チ 不随意運動等による咬傷を繰り返す患者に対して、口腔粘膜等の保護を目的として製作する口腔内装置

リ 放射線治療に用いる口腔内装置

- (3) 「2 口腔内装置2」とは、熱可塑性樹脂シート等を歯科技工用成型器により吸引・加圧して製作又は作業模型に常温重合レジン等を圧接して製作された口腔内装置であり、咬合関係が付与されたものをいう。
- (4) 「3 口腔内装置3」とは、熱可塑性樹脂シート等を歯科技工用成型器により吸引・加圧して製作又は作業模型に常温重合レジン等を圧接して製作された口腔内装置であり、咬合関係が付与されていないものをいう。
- (6) (1)の「イ 顎関節治療用装置」を製作した場合は、「1 口腔内装置1」又は「2 口腔内装置2」のいずれか該当する項目により算定する。当該装置の装着後、咬合関係等を検査し、調整した場合は1口腔1回につき区分番号I017-2に掲げる口腔内装置調整・修理の「1のハイ及びロ以外の場合」により算定する。~~なおただし、咬合採得を行う場合は、~~区分番号M006に掲げる咬合採得の「2のロの(2) 多数歯欠損」により算定する。~~は算定できない。~~
- (7) (1)の「ロ 歯ぎしりに対する口腔内装置」を製作した場合は、「1 口腔内装置1」、「2 口腔内装置2」又は「3 口腔内装置3」のいずれか該当する項目により算定する。当該装置の製作に際し印象採得を行った場合は区分番号M003に掲げる印象採得の「3 口腔内装置等」を、咬合採得を行った場合は~~当該装置の範囲に相当する歯数に~~区分番号M006に掲げる咬合採得の~~「2のロ 有床義歯」~~「2のロの(2) 多数歯欠損」（「1 口腔内装置1」の場合に限る。）を、装着を行った場合は区分番号M005に掲げる装着の「2のニの(1) 印象採得が困難なもの」により算定する。
- (9) (2)から(4)までにかかわらず、(1)の「ホ 手術に当たり製作したサージカルガイドプレート」について、顎変形症等の患者に対する手術を行うに当たり、顎位の決定を目的に製作したものについては1装置に限り、「1 口腔内装置1」の所定点数を算定する。この場合において、必要があって咬合採得を行った場合は区分番号M006に掲げる咬合採得の「2のロの(2) 多数歯欠損」により算定する。また~~なお~~、同一手術において複数の装置を使用する場合については、2装置目からは、1装置につき「3 口腔内装置3」の所定点数により算定する。なお、顎変形症等の患者に対する手術における顎位の決定を目的とする場合以外については、(2)から(4)にかかわらず、「3 口腔内装置3」により算定する。
- (10) (1)の「リ 放射線治療に用いる口腔内装置」とは頭頸部領域における悪性腫瘍に対して、第11部に掲げる放射線治療（区分番号L002に掲げる電磁波温熱療法を単独で行う場合及びL004に掲げる血液照射を除く。）を行う際に、密封小線源の

保持又は周囲の正常組織の防御を目的とする特別な装置をいう。当該装置を製作し装着した場合は、(2)から(4)までにかかわらず、「1 口腔内装置1」の所定点数を算定する。当該装置の製作に際し印象採得を行った場合は区分番号M003に掲げる印象採得の「2 ホ(1)印象採得が困難なもの」、装着を行った場合は区分番号M005に掲げる装着の「2のニの(1)印象採得が困難なもの」~~咬合採得を行った場合は当該装置の範囲に相当する歯数により区分番号M006に掲げる咬合採得の「2のロ有床義歯」により算定する。~~区分番号M006に掲げる咬合採得は所定点数に含まれ別に算定できない。

I017-1-2 睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置

- (3) 「2 睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置2」とは、熱可塑性樹脂シート等を歯科技工用成型器により吸引・加圧して製作又は作業模型に直接常温重合レジン等を圧接して製作されたベースプレートを用いた口腔内装置をいう。

I019 歯冠修復物又は補綴物の除去

- (6) 「2 困難なもの」により算定するものは、~~(5)~~の他、次のものをいう。

- イ 滑面板の撤去
- ロ 整復装置の撤去(3分の1顎につき)
- ハ ポンティックの除去
- ニ 歯冠修復物が連結して装着されている場合において、破損等のため連結部分を切断しなければ、一部の歯冠修復物を除去できないときの切断
- ホ 歯間に嵌入した有床義歯の除去に際し、除去が著しく困難なため当該義歯を切断して除去を行った場合
- ヘ 支台築造用のスクリューポスト又は金属小釘の除去
- ト 高強度硬質レジンブリッジの支台装置及びポンティック(1歯につき)

第12部 歯冠修復及び欠損補綴

M006 咬合採得

- (2) 口蓋補綴及び顎補綴の咬合採得は、本区分の「2のロの(3) 総義歯」の所定点数により算定する。~~また、口腔内装置の咬合採得は、当該口腔内装置の範囲に相当する歯数により、本区分の「2のロ有床義歯」により算定する。~~
- (3) 欠損補綴に係る咬合採得は、2回以上行っても顎堤の状況や欠損形態にかかわらず1回に限り算定する。

M007 仮床試適

- (3) 有床義歯を装着しない口蓋補綴及び顎補綴の仮床試適は、~~区分番号M025に掲げる口蓋補綴、顎補綴の「1印象採得が困難なもの」又は「2印象採得が著しく困難なもの」を算定する場合は~~本区分の「3 総義歯」の所定点数により算定する。

M015 非金属歯冠修復

- (2) 「1のイ 単純なもの」とは、隣接歯~~番~~との接触面を含まない窩洞に行うレジンインレーをいう。
- (3) 「1のロ 複雑なもの」とは、隣接歯~~番~~との接触面を含む窩洞に行うレジンインレーをいう。

M018 有床義歯

- (13) 新たに有床義歯を製作する場合は、原則として前回有床義歯を製作した際の印象採得を算定した日から起算して6カ月を経過した以降に、新たに製作する有床義歯の印象採得を行うものとする。ただし、次に掲げる場合であって、新たに有床義歯を製作する場合はその限りではない。

- イ 遠隔地への転居のため通院が不能になった場合
- ロ 急性の歯科疾患のため喪失歯数が異なった場合
- ハ 認知症を有する患者や要介護状態の患者であって、義歯管理が困難なために有床義歯が使用できない状況（修理が困難な程度に破折した場合を含む。）となった場合
- ニ その他特別な場合

この場合において、新たに有床義歯を製作する理由を診療録に記載~~も~~、すること。なお、ハ又はニの理由による場合は、その理由についてイからニまでのうち該当する記号及び具体的な内容を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

M021 線鉤

- (3) ~~直接支台装置とし~~レスト付きの単純鉤（線鉤）を製作した場合において、当該装置に要する費用は、本区分の「2 ニ腕鉤（レスト付き）」により算定する。
- (4) レストのない単純鉤（線鉤）を製作した場合は、「3 レストのないもの」により算定する。

M022 間接支台装置

~~間接支台装置とは、局部義歯において義歯の安定を目的として歯の欠損部から離れた歯に対して用いる支台装置であり、レスト、フック、スパー又は線鉤（単純鉤）が含まれる。ただし、欠損部から離れた歯に対して、区分番号M020に掲げる鑄造鉤、区分番号M021に掲げる線鉤又は区分番号M021-2に掲げるコンビネーション鉤を使用した場合はそれぞれの該当する区分により算定する。なお、支台歯1歯につき、支台装置は1個に限り算定も、複数の支台装置を用いた場合は主たるものにより算定する。~~

- (1) 本区分は、間接支台装置としてフック又はスパーを製作した場合に算定する。
- (2) レストのみを製作した場合は、本区分により算定して差し支えない。
- (3) 欠損部から離れた歯に対して、M020に掲げる鑄造鉤、M021に掲げる線鉤又はM021-2に掲げるコンビネーション鉤を製作した場合は、それぞれの該当する区分により算定する。
- (4) 支台歯（鉤歯）1歯につき、支台装置（区分番号M020に掲げる鑄造鉤、区分番号

M021に掲げる線鉤、区分番号M021-2に掲げるコンビネーション鉤又は本区分)は1個に限り算定し、複数の支台装置を用いた場合は主たるものにより算定する。

M025 口蓋補綴、顎補綴

- (11) 本区分により算定する装置の調整は1回につき区分番号~~II~~001-2に掲げる歯科口腔リハビリテーション料1「3 その他の場合」により算定する。

M030 有床義歯内面適合法

- (8) 区分番号M025に掲げる口蓋補綴、顎補綴の(1)のイに規定する装置による補綴を行い、有床義歯装着後、当該義歯不適合のため床裏装を行った場合は、「1の口 総義歯」により算定する。

第13部 歯科矯正

N000 歯科矯正診断料

- (1) 歯科矯正診断料は、厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において、歯科矯正を担当する専任の歯科医師(地方厚生(支)局長に届け出ている歯科医師に限る。以下同じ。)が歯科矯正診断を行った場合であって、次のいずれかに該当する場合に限り算定する。

N001 顎口腔機能診断料

- (1) 顎口腔機能診断料は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において、歯科矯正を担当する専任の歯科医師が歯科矯正診断を行った場合に限り算定する。

『タバコ』
『症状出現時の対処法』
他『 』

禁煙 受動喫煙 喫煙（ 本）要支援
理解している 要指導
（ ）（ ）（ ）

本人・家族の希望

向精神薬多剤投与に係る報告書

直近3月に受診した外来患者に対して、向精神薬多剤投与を行った保険医療機関のみ提出すること。

| | | | | | | | |
|------------------------------------|-----|---|------|-------|--------|---|-------|
| 保険医療機関名 | | | | | | | |
| 郵便番号 | | | | | | | |
| 住所 | | | | | | | |
| 標榜科 | 精神科 | ・ | 心療内科 | ・ | どちらもない | | |
| 対象期間 | 平成 | 年 | 月 | 日から平成 | 年 | 月 | 日の3月間 |
| 「精神科の診療に係る経験を十分に有する医師」の数 (届出時点) | | | | | | 名 | |

1 向精神薬の投与を受けている患者数、その内訳（対象となる患者は直近3か月間に受診した外来患者）

※ここでいう向精神薬とは、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、抗精神病薬をさす。

| | | | |
|-------------------|---|-----------------------------|-----------------------|
| 向精神薬の投与を受けている患者数① | | | |
| | | うち、抗うつ薬又は抗精神病薬の投与を受けている患者数② | |
| | | うち、抗うつ薬の投与を受けている患者数③ | うち、抗精神病薬の投与を受けている患者数④ |
| 名 | 名 | 名 | 名 |

2 向精神薬多剤投与を受けている患者数とその内訳（対象となる患者は直近3か月間に受診した外来患者）

※ここでいう向精神薬多剤投与とは、抗不安薬3種類以上、睡眠薬3種類以上、抗うつ薬3種類以上、抗精神病薬3種類以上又は抗不安薬及び睡眠薬4種類以上に該当することをさす。

| | | | | | | |
|-------------------|---|---------------------------|--------------------------|---------------------------------------|----------------------------|---|
| 向精神薬の投与を受けている患者数① | | | | | | |
| | | 向精神薬多剤投与を受けている患者数⑤ | | | | |
| | | うち、抗不安薬3種類以上の投与を受けている患者数⑥ | うち、睡眠薬3種類以上の投与を受けている患者数⑦ | うち、抗うつ薬3種類以上又は抗精神病薬3種類以上の投与を受けている患者数⑧ | | |
| | | | | うち、抗うつ薬3種類以上の投与を受けている患者数⑨ | うち、抗精神病薬3種類以上の投与を受けている患者数⑩ | |
| 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |

$$\textcircled{8} / \textcircled{2} = \text{ } \%$$

※ ⑧/②が10%未満であるか、又は⑧が20名未満である場合、「1002」通院・在宅精神療法(17)のAに掲げる要件を満たす。

[記載上の注意]

1. 直近3か月とは、届出を行う日の前月から起算して3か月をいう。
2. 患者数は、条件に該当するものを、「F100」処方料(3)(イ)から(ニ)への該当の有無にかかわらず全て、それぞれ実人数で計上すること。例えば、期間中に抗うつ薬及び抗精神病薬の療法の投与を受けた患者がいる場合には、③と④に重複して計上され、③と④の和が②より大きくなる。同様に、期間中に抗うつ薬3種類以上及び抗精神病薬3種類以上の投与を受けた患者がいる場合には、⑨と⑩に重複して計上され、⑨と⑩の和が⑧より大きくなる。
3. 「1」と「2」の①にはそれぞれ同じ数字を記入すること。
4. 平成30年7月以降の報告において、⑤の患者数に、4種類の抗不安薬及び睡眠薬の投与を受けている患者数を含めること。

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
(平成30年3月5日保医発0305第2号)

第2 届出に関する手続き

- 4 届出に当たっては、当該届出に係る基準について、特に規定する場合を除き、届出前1か月の実績を有していること。ただし、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急入院料及び精神科救急・合併症入院料の施設基準については届出前4か月、回復期リハビリテーション病棟入院料1、回復期リハビリテーション病棟入院料2、回復期リハビリテーション病棟入院料3、回復期リハビリテーション病棟入院料4及び回復期リハビリテーション病棟入院料5の施設基準については届出前6か月、地域移行機能強化病棟入院料の施設基準については届出前1年間の実績を有していること並びに急性期一般入院料2及び急性期一般入院料3については、届出前の直近3月以上急性期一般入院料1 又は急性期一般入院料1若しくは急性期一般入院料2を算定している実績を有していること。ただし、平成30年3月31日時点で、診療報酬の算定方法の一部を改正する件（平成30年厚生労働省告示第43号）による改正前の診療報酬の算定方法（以下「旧算定方法」という。）別表第一区分番号A100に掲げる7対1入院基本料の届出を行っている病棟並びに一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）及び専門病院入院基本料について、全ての病棟で包括的に届出を行うのではなく、看護配置が異なる病棟群（7対1入院基本料と10対1入院基本料の組み合わせに限る。）ごとによる届出を行っている保険医療機関における当該病棟にあつては、急性期一般入院料2又は3の基準を満たす限り、平成32年3月31日までの間、届出前の直近3月以上の急性期一般入院料1 又は急性期一般入院料1若しくは急性期一般入院料2の算定実績を要しない。また、初診料の注12に規定する機能強化加算については、実績を要しない。なお、特に規定するものの他、単なる名称変更、移転等で実体的に開設者及び従事者に変更がないと考えられるものについては実績を要しない。

第4 経過措置等

- 1 第2及び第3の規定にかかわらず、平成30年3月31日現在において入院基本料等の届出が受理されている保険医療機関については、次の取扱いとする。

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

初診料の注12に掲げる機能強化加算

初診料（歯科）の注1に掲げる施設基準 （平成30年10月1日以降に算定する場合に限る。）

オンライン診療料

一般病棟入院基本料（地域一般入院料1に限る。）

結核病棟入院基本料の注7に掲げる重症患者割合特別入院基本料

療養病棟入院基本料（療養病棟入院料2、注11及び注12に規定する届出に限る。）

療養病棟入院基本料の注11に規定する届出（平成30年3月31日において、現に旧算定方法別表

1に掲げる療養病棟入院基本料2の届出を行っている保険医療機関であって、10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

療養病棟入院基本料の注12に規定する届出（平成30年3月31日において、現に旧算定方法別表1に掲げる療養病棟入院基本料の注11の届出を行っている保険医療機関であって、10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

療養病棟入院基本料の注13に掲げる夜間看護加算

障害者施設等入院基本料の注9に掲げる看護補助加算

(略)

特定集中治療室管理料の注4に掲げる早期離床・リハビリテーション加算

回復期リハビリテーション病棟入院料 ~~1~~

回復期リハビリテーション病棟入院料 ~~3~~

回復期リハビリテーション病棟入院料 ~~5~~

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

再診料の注12に掲げる地域包括診療加算1

一般病棟入院基本料（急性期一般入院~~基本料~~7、地域一般入院基本料~~2及び3~~を除く。）（平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

一般病棟入院基本料（急性期一般入院~~基本料~~4から7までに限る。）（許可病床数が200床未満の保険医療機関に限る。）（データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。）（平成31年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

療養病棟入院基本料 （当該入院料の施設基準における「適切な看取りに対する指針を定めていること。」について既に届け出ている保険医療機関を除く。）（平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

(略)

回復期リハビリテーション病棟入院料（データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。）（平成31年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

~~地域包括ケア病棟入院料（平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）~~

緩和ケア病棟入院料1（平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

特定一般病棟入院料の注7（平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

表3 診療報酬の算定項目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は必要でないもの

| | | |
|--------------------------|---|--------------------------|
| 地域包括診療加算 | → | 地域包括診療加算2 |
| 一般病棟入院基本料（10対1入院基本料に限る。） | → | 急性期一般入院 基本料 7 |
| 一般病棟入院基本料（13対1入院基本料に限る。） | → | 地域一般入院 基本料 2 |

| | | |
|------------------------------|---|------------------------------|
| る。) | | |
| 一般病棟入院基本料（15対1入院基本料に限る。) | → | 地域一般入院 基本料 3 |
| 看護職員夜間16対1配置加算 | → | 看護職員夜間16対1配置加算1 |
| 退院支援加算 | → | 入退院支援加算 |
| 回復期リハビリテーション病棟入院料1 | → | 回復期リハビリテーション病棟入院料2 |
| 回復期リハビリテーション病棟入院料2 | → | 回復期リハビリテーション病棟入院料4 |
| 回復期リハビリテーション病棟入院料3 | → | 回復期リハビリテーション病棟入院料6 |
| 地域包括ケア病棟入院料1及び地域包括ケア入院医療管理料1 | → | 地域包括ケア病棟入院料2及び地域包括ケア入院医療管理料2 |
| 地域包括ケア病棟入院料2及び地域包括ケア入院医療管理料2 | → | 地域包括ケア病棟入院料4及び地域包括ケア入院医療管理料4 |

4 平成30年3月31日において、現に旧算定方法別表1の療養病棟入院基本料1の届出を行っている保険医療機関における当該病棟、現に旧算定方法別表1の療養病棟入院基本料2の届出を行っている保険医療機関における当該病棟又は現に旧算定方法別表1の療養病棟入院基本料の注11に規定する届出を行っている保険医療機関における当該病棟にあつては、同年9月30日までの間に限り、それぞれ療養病棟入院料1、療養病棟入院基本料の注11又は療養病棟入院基本料の注12の基準を満たしているものとみなす。

別添1

第2の7 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準

2 届出に関する事項

- (2) 当該届出については、届出にあたり実績を要しない。ただし、1年以内に保険医療機関の新規指定を受けた保険医療機関が届出を行う場合については、届出を行った日の属する月の翌月から起算して6月以上経過した後、1年を経過するまでに様式2の6による再度の届出を行うこと。新規開設時届出を行う場合に限り、当該届出については実績を要しない。この場合において、届出を行った次年度の7月において、届出の変更を行うこととする。この場合において、届出の変更により1の(5)に規定する報告を行ったものとみなす。
- (3) 歯科外来診療の院内感染防止対策に係る研修については、平成31年3月31日までは要件を満たしているものとして取り扱う。この場合において、平成31年4月1日以降も届出を継続する場合は、様式2の~~8~~による届け出を行うこと。

第4 歯科外来診療環境体制加算1及び歯科外来診療環境体制加算2

2 届出に関する事項

- (1) 歯科外来診療環境体制加算1又は歯科外来診療環境体制加算2の施設基準に係る届出は、別添7の様式4を用いること。また、偶発症に対する緊急時の対応、医療事故に**対する対策・対応対策**等の医療安全対策に係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。

(2) 当該施設基準の届出を行うにあたっては、実績を要しない。

別添 2

第 2 病院の入院基本料等に関する施設基準

4 の 2 急性期一般入院基本料、7 対 1 入院基本料、10 対 1 入院基本料及び地域一般入院基本料（地域一般入院料 1 に限る。）に係る重症度、医療・看護必要度については、次の点に留意する。

(1) 急性期一般入院基本料、7 対 1 入院基本料（結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（精神病棟を除く。）及び専門病院入院基本料）、10 対 1 入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料）及び地域一般入院料 1 を算定する病棟は、当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床に入院している全ての患者の状態を別添 6 の別紙 7 の重症度、医療・看護必要度 I ・ II （急性期一般入院料 7、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。）、専門病院入院基本料）及び地域一般入院料 1 については I に限る。）に係る評価票を用いて測定を行い、その結果に基づいて評価を行っていること。なお、急性期一般入院料 2 又は 3 については、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 II を用いて評価を行うこと。ただし、平成 30 年 3 月 31 日時点で許可病床数 200 床未満の保険医療機関であって旧算定方法別表第一区分番号 A 1 0 0 に掲げる 7 対 1 入院基本料届出を行っている病棟にあつては、平成 32 年 3 月 31 日 までの間に限り、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I を用いて評価することも差し支えないこと。

4 の 7 ~~地域一般入院料 1~~、看護必要度加算及び一般病棟看護必要度評価加算を算定する病棟については、次の点に留意する。

(1) 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。）及び専門病院入院基本料）~~、地域一般入院基本料（地域一般入院料 1 に限る。）~~及び 13 対 1 入院基本料（専門病院入院基本料に限る。）を算定する病棟は、当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床に、直近 3 月において入院している全ての患者の状態を、別添 6 の別紙 7 の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I 又は II （13 対 1 入院基本料（専門病院入院基本料に限る。）にあつては I に限る。）に係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果に基づいて評価を行っていること。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。）及び専門病院入院基本料）を算定する病棟については、評価の結果、4 の 2 (2) 別表 1 のいずれかに該当する患者の割合が別表 4 のとおりであること。

別表 4

| | 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I | 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 II |
|-----------|----------------------|-----------------------|
| 看護必要度加算 1 | 2 割 7 分 | 2 割 2 分 |
| 看護必要度加算 2 | 2 割 1 分 | 1 割 7 分 |
| 看護必要度加算 3 | 1 割 5 分 | 1 割 2 分 |

歯科点数表の初診料の注 1 に係る施設基準に係る届出書添付書類

1 当該保険医療機関の滅菌の体制について

| | | 概 要 | |
|------------------------------|--|----------------------|--|
| 滅菌体制 (該当する番号に○) | 1. 診療室内に設置した滅菌器を使用 2. 複数の診療科で共有する中央滅菌部門において滅菌 3. 外部の業者において滅菌 (業者名:) | | |
| 1. に該当する場合は以下の事項について記載 | | | |
| 滅菌器 | 医療機器認証番号 | | |
| | 製品名 | | |
| | 製造販売業者名 | | |
| 滅菌の体制について (1日あたりの滅菌の実施回数) | 1. 1日1回 3. 1日3回以上5回未満 | 2. 1日2回 4. 1日5回以上 | |

2 当該保険医療機関の平均患者数の実績 (該当する番号に○)

| | | 概 要 | |
|----------------------|--|--|--|
| 1日平均患者数 (届出前3ヶ月間) | 1. 10人未満 3. 20人以上30人未満 5. 40人以上50人未満 | 2. 10人以上20人未満 4. 30人以上40人未満 6. 50人以上 | |

※ 実績がない場合は「2」の記載は、省略して届け出て差し支えない。この場合において、翌年度の7月に当該様式により実績について届出すること。

3 当該保険医療機関の保有する機器について

| 機器名 | 概 要 | |
|----------------------------|-----|--|
| 歯科用ハンドピース (歯科診療室用機器に限る) | 保有数 | |
| 歯科用ユニット数 | 保有数 | |

※ 歯科用ハンドピースの保有数の欄には以下の一般的名称の機器の保有数の合計を記載すること。

- ・ 歯科用ガス圧式ハンドピース
- ・ 歯科用電動式ハンドピース
- ・ ストレート・ギアードアングルハンドピース
- ・ 歯科用空気駆動式ハンドピース

[記入上の注意]

- 当該届出の変更を行う際は、変更に係る項目のみの届出で差し支えないこと。

院内感染防止対策の研修に係る届出書添付書類

○ 常勤歯科医師名と院内感染防止対策に関する研修の受講歴等

| 受講者名 (常勤歯科医師名) | 研修名 (テーマ) | 受講年月日 | 当該講習会の主催者 |
|-------------------|-----------|-------|-----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

※ 4年以内の受講を確認できる文書を添付すること。

※ 研修の修了証等により内容を確認できる場合は受講者名以外の記載を省略して差し支えない。

※ 届出を行った日の属する月の翌月から起算して4年が経過するまでに当該様式を用いて再度の届出を行うこと。

様式 3

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書添付書類

1 常勤歯科医師・看護職員・歯科衛生士の数

| | | | |
|-----|---------|-------|--------|
| | 常勤歯科医師数 | 看護職員数 | 歯科衛生士数 |
| 年 月 | 名 | 名 | 名 |

2 次の(1)～(5)のうち、該当するものに記入すること。

| | | | |
|---------|--------------|---------------------|----------------------------|
| (1) 紹介率 | | | |
| 年・月 | 初診の患者 の数① | 文書により紹介さ れた患者の数② | 紹介率 $(=②/① \times 100) \%$ |
| 年 月 | 名 | 名 | _____ % |

| | | | | | |
|---|-----|-------------|-----|-------------|-----|
| (2) 地域歯科診療支援病院歯科初診料の算定に係る手術件数：計 _____ 件 | | | | | |
| 歯科点数表 区分 | 件 数 | 歯科点数表 区分 | 件 数 | 歯科点数表 区分 | 件 数 |
| J013の4 | 件 | J039 | 件 | J072 | 件 |
| J016 | 件 | J042 | 件 | J072-2 | 件 |
| J018 | 件 | J043 | 件 | J075 | 件 |
| J031 | 件 | J066 | 件 | J076 | 件 |
| J032 | 件 | J068 | 件 | J087 | 件 |
| J035 | 件 | J069 | 件 | | |
| J036 | 件 | J070 | 件 | | |

| | |
|--|---------------------------------------|
| (3) 別の保険医療機関において基本診療料に係る歯科診療特別対応加算及び歯科訪問診療料を算定している患者について、文書により情報提供を受け、外来診療を行った患者の数 | |
| 年 月 ~ 年 月 | 歯科診療特別対応加算 _____ 名 歯科訪問診療料 _____ 名 |
| | 月平均 _____ 名 |

| | |
|-----------------------------------|------------------------|
| (4) 基本診療料に係る歯科診療特別対応加算を算定している患者の数 | |
| 年 月 ~ 年 月 | _____ 名 月平均 _____ 名 |

| | |
|---|------------------------|
| (5) 周術期等口腔機能管理計画策定料、周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）、周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）又は周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）のいずれかを算定した患者の数 | |
| 年 月 ~ 年 月 | _____ 名 月平均 _____ 名 |

3 院内感染防止対策の状況

(1) 当該保険医療機関の滅菌の体制について

| 概 要 | |
|------------------------|--|
| 滅菌体制 (該当する番号に○) | 1. 診療室内に設置した滅菌器を使用 2. 複数の診療科で共有する中央滅菌部門において滅菌 3. 外部の業者において滅菌 (業者名:) |
| 1. に該当する場合は以下の事項について記載 | |
| 滅菌器 | 医療機器認証番号 |
| | 製品名 |
| | 製造販売業者名 |
| 滅菌の実施回数 | 1. 1日1回 2. 1日2回 3. 1日3回以上5回未満 4. 1日5回以上 |

(2) 当該保険医療機関の平均患者数の実績 (該当する番号に○)

| 概 要 | |
|---------|--|
| 1日平均患者数 | 1. 10人未満 2. 10人以上20人未満 3. 20人以上30人未満 4. 30人以上40人未満 5. 40人以上50人未満 6. 50人以上 |

※ 実績がない場合は(2)の記載は省略して差し支えない。この場合において、翌年度の7月に当該様式により実績について届出すること。

(3) 当該保険医療機関の保有する機器について

| 機器名 | 概 要 | |
|----------------------------|-----|--|
| 歯科用ハンドピース (歯科診療室用機器に限る) | 保有数 | |
| 歯科用ユニット数 | 保有数 | |

※ 歯科用ハンドピースの保有数の欄には以下の一般的名称の医療機器の保有数の合計を記載すること。

- ・ 歯科用ガス圧式ハンドピース
- ・ 歯科用電動式ハンドピース
- ・ ストレート・ギアードアングルハンドピース
- ・ 歯科用空気駆動式ハンドピース

【記載上の注意】

1. 「2の(1)」については、届出前1か月間(暦月)の数値を用いること。
2. 「2の(2)」については、届出前1年間(暦年)の数値を用いること。
3. 「2の(3)、(4)及び(5)並びに3の(2)」については、届出前3か月間(暦月)の数値を用いること。
4. 「2の(1)、(2)、(3)又は(4)」に該当する場合は常勤歯科医師数2名以上、「2の(5)」に該当する場合は、常勤歯科医師数1名以上であること。

様式 4

{

歯科外来診療環境体制加算 1
歯科外来診療環境体制加算 2
}

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○を付け、該当する受理番号を記載すること)

| | |
|--|--------------------------------------|
| | 歯科外来診療環境体制加算 1 (2から5までの項目について記載) |
| | 歯科点数表の初診料の注1に係る施設基準 受理番号：(歯初診) _____ |
| | 歯科外来診療環境体制加算 2 (全ての項目を記載) |
| | 地域歯科診療支援病院歯科初診料 受理番号：(病初診) _____ |

※ それぞれの施設基準を同時に届出する場合は、受理番号欄は「届出中」と記載すること。

2 常勤歯科医師名と医療安全に関する研修の受講歴等

| 受講者名 (常勤歯科医師名) | 講習名 (テーマ) | 受講年月日 | 当該講習会の主催者 |
|-------------------|-----------|-------|-----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

※ 研修の受講を確認できる文書を添付すること。

3 歯科衛生士の氏名等(常勤又は非常勤を○で囲むこと)

| 氏 名 (常勤・非常勤) | 氏 名 (常勤・非常勤) |
|-------------------|-------------------|
| 1. _____ (常勤・非常勤) | 3. _____ (常勤・非常勤) |
| 2. _____ (常勤・非常勤) | 4. _____ (常勤・非常勤) |

4 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) | | |
| 経皮的酸素飽和度測定器 (パルスオキシメーター) | | |
| 酸素 | | |
| 血圧計 | | |
| 救急蘇生キット | | |
| 歯科用吸引装置 | | |
| その他 | | |

5 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 | |

6 医療事故、インシデント等を報告・分析し、その改善策を実施する体制

| | |
|------------------------|-------------|
| 安全管理の体制確保のための委員会の開催状況 | |
| 委員会の開催回数 | _____ 回 / 月 |
| 委員会の構成メンバー | |
| 安全管理の体制確保のための職員研修の開催状況 | |
| | 年 _____ 回 |
| 研修の主な内容等 | |

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
(平成30年3月5日保医発0305第3号)

第2 届出に関する手続き

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

ただし、以下に定める施設基準については、それぞれ以下に定めるところによる。

(15) 妥結率の実績

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~~32~~30年4月1日(④の翌日)から⑤まで適用する。



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。

導入期加算2及び腎代替療法実績加算 (導入2)第 号
~~薬剤投与用胃瘻造設術 (薬胃瘻)第 号~~

7 次の(1)から(10~~号~~)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。

(7) 検査・画像情報提供加算、電子的診療情報評価料

(8) 導入期加算2、腎代替療法実績加算

(9) 透析液水質確保加算、慢性維持透析濾過加算

(10) 食道縫合術(穿孔、損傷)(内視鏡によるもの)、内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術、胃瘻閉鎖術(内視鏡によるもの)、小腸瘻閉鎖術(内視鏡によるもの)、結腸瘻閉鎖術(内視鏡によるもの)、腎(腎盂)腸瘻閉鎖術(内視鏡によるもの)、尿管腸瘻閉鎖術(内視鏡によるもの)、膀胱腸瘻閉鎖術(内視鏡によるもの)、腔腸瘻閉鎖術(内視鏡によるもの)

第3 届出受理後の措置等

1 届出を受理した後において、届出の内容と異なった事情が生じ、当該施設基準を満たさなくなった場合又は当該施設基準の届出区分が変更となった場合には、保険医療機関又は保険薬局の開

設者は届出の内容と異なった事情が生じた日の属する月の翌月に変更の届出を行うものであること。ただし、神経学的検査、精密触覚機能検査、画像診断管理加算 ~~1 及び~~ 2 及び 3、歯科画像診断管理加算 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。

第4 経過措置等

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

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 及び咬合圧検査
~~咬合圧検査~~
 (略)
 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
 (略)
 胸腔鏡下弁形成術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合 を含む）
 胸腔鏡下弁置換術
 経皮的僧帽弁クリップ術
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）
 経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）
 (略)
 悪性腫瘍病理組織標本加算
調剤基本料1の注1
~~基本~~調剤基本料3のイ
~~基本~~調剤基本料3のロ
~~基本~~調剤基本料の注4に掲げる地域支援体制加算
~~基本~~調剤基本料の注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 (平成32年4月1日以降も引き続き算定する場合に限る。)

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 (平成32年4月1日以降も引き続き算定する場合に限る。)

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

体外照射の注4に掲げる画像誘導放射線治療加算 (平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

調剤基本料 2

後発医薬品調剤体制加算 1

後発医薬品調剤体制加算 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 <u>及び咀嚼能力検査</u> |
| <u>歯科技工加算 1 及び 2</u> | → | <u>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</u> |
| 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 |
| <u>透析液水質確保加算 2</u> | → | <u>透析液水質確保加算</u> |

別添 1

第 4 の 7 小児運動器疾患指導管理料

1 小児運動器疾患指導管理料に関する基準

(1) 以下の要件を全て満たす常勤の医師が 1 名以上勤務していること。

ア 整形外科の診療に従事した経験~~20 時間~~経験を 5 年以上有していること。

第 6 の 7 外来放射線照射診療料

1 外来放射線照射診療料に関する施設基準

(2) 専従の看護師及び専従の診療放射線技師がそれぞれ 1 名以上勤務していること。なお、当該専従の診療放射線技師は、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を兼任することができる。なお、専従の看護師は、粒子線治療医学管理加算に係る常勤の看護師を兼任することはできない。

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。

(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ものであること。）、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。

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ものであること。）、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依頼による歯科訪問診療料の算定回数の実績が~~5~~5回以上であること。~~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に~~1~~年1回以上出席していること。
 - (ロ) 過去1年間に、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行っている~~も~~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年1回以上あること。
- 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「1005」に掲げる抜髄及び区分番号「1006」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

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。~~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。

第18の1の3 骨髄微小残存病変量測定

1 骨髄微小残存病変量測定に関する施設基準

(2) 当該検査を当該保険医療機関以外の施設に委託する場合には、次に掲げる基準を全て満たしていること。

- ア 内科又は小児科を標榜する保険医療機関であること。
- イ 内科又は小児科の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。
- ウ 血液内科の経験を5年以上有している常勤医師が1名以上配置されていること。
- エ (1)を全て満たすものとして地方厚生（支）局長に届出を行っている保険医療機関又は関係学会による認定を受けている衛生検査所に委託すること。

2 届出に関する事項

骨髄微小残存病変量測定に係る届出は、別添2の様式4及び様式23の2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

(2) 有床義歯咀嚼機能検査1の口及び咀嚼能力検査の施設基準

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。

(4) 有床義歯咀嚼機能検査2の口及び咬合圧検査の施設基準

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。

第44 呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)

2 初期加算に関する施設基準

当該保険医療機関にリハビリテーション科の常勤の医師が1名以上配置されていること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週24時間以上の勤務を行っているリハビリテーション科の非常勤医師を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

第47の3の2 リンパ浮腫複合的治療料

1 リンパ浮腫複合的治療料に関する施設基準

(1) 当該保険医療機関に、次の要件を全て満たす専任の常勤医師1名以上及び専任の常勤看護師、常勤理学療法士又は常勤作業療法士1名以上が勤務していること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週24時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師~~(次の要件を全て満たす医師に限る。)~~、非常勤看護師、非常勤理学療法士又は非常勤作業療法士(それぞれ次の要件を全て満たす者に限る。)をそれぞれ2名以上組み合わせることにより、常勤医師、常勤看護師、常勤理学療法士又は常勤作業療法士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師、非常勤看護師、非常勤理学療法士又は非常勤作業療法士がそれぞれ配置されている場合には、それぞれの基準を満たしていることとみなすことができる。

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 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に関する施設基準

(4) 患者の求めに応じて、迅速に有床義歯の修理及び床裏装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1及び2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65 ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術

2 届出に関する事項

ペースメーカー移植術、ペースメーカー交換術の施設基準に係る届出は、別添2の様式24及び様式52を用いること。

第72の8の2 バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術

1 バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術に関する施設基準

- (1) 当該手術を術者として5例以上実施した経験を有する常勤の医師が配置されていること。
- (2) 消化器内科の経験を5年以上有している常勤の医師が1名以上配置されており、そのうち1名以上が消化管内視鏡検査について5年以上の経験を有していること。

**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 歯科訪問診療又は歯科訪問診療の依頼の実績(届出前1年間)

| | |
|--|---|
| ① 歯科訪問診療1又は歯科訪問診療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 他の保険医療機関との連携の実績(届出前1年間)

| | |
|-------------------|---|
| ① 診療情報提供料(Ⅰ)の算定回数 | 回 |
| ② 診療情報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の受講歴等

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

※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。

※歯科疾患の継続管理に関する研修、高齢者の心身の特性、口腔機能の管理、緊急時対応等を含むこと。

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 | (実施回数) | 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 学校歯科医等に就任 | (学校等の名称) | |
| ⑩ 介護認定審査会の委員の経験 | (在任期間) | 年 月 ~ 年 月 |
| ⑪ 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 |

※1 5に記載する歯科医師の実績について記載すること。

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

※3 ①から④までについては、過去1年間の実績を記載すること。

※4 ⑦、⑧については、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 | | |

様式 18

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 (7以外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の算定回数 _____回</p> <p>※ 歯科訪問診療料の注 13「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」のうち、歯科訪問診療1又は2に相当する診療を含めた、算定回数を記載すること。</p> | | | | | | | | | | | |
| <p>3. 高齢者の口腔機能管理等に係る研修の受講歴等</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">受講歯科医師名(複数の場合は全員)</td> </tr> <tr> <td style="width: 20%; padding: 2px;">研 修 名</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">受 講 年 月 日</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">研 修 の 主 催 者</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">講 習 の 内 容 等</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> </table> <p>※ 高齢者の心身の特性(認知症に関する内容を含む。)、高齢者の口腔機能管理、緊急時の対応等に関する内容を含むものであること。</p> <p>※ 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%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%; padding: 2px;">氏 名</th> <th style="width: 50%; padding: 2px;">常勤/非常勤</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 2px;">1)</td> <td style="padding: 2px;">常勤/非常勤</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">2)</td> <td style="padding: 2px;">常勤/非常勤</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">3)</td> <td style="padding: 2px;">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. 在宅医療を担う他の保険医療機関等からの歯科訪問診療の依頼実績(届出前1年間の実績)

| 依頼元(施設名等) | 回数 | 依頼元(施設名等) | 回数 |
|-----------|----|-----------|----|
| | 回 | | 回 |
| | 回 | | 回 |
| | 回 | | 回 |

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 次のうち該当する項目に記載すること。

| | |
|--|-----------|
| 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に年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(届出前1年間) | (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(年1回) | (保険医療機関名) |

② 次のうち該当する項目に、算定回数(届出前1年間)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: $① \div (①+②+③)$

[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。

特定診療報酬算定医療機器の定義等について
(平成30年3月5日保医発0305第12号)

II 歯科点数表関係

| 特定診療報酬算定医療機器の区分 | 定 義 | | その他の条件 | 対応する診療報酬項目 | |
|-----------------|------------------|---|------------------------------------|------------|----------|
| | 類 別 | 一般的名称 | | | |
| レーザー手術装置 (1) | 機械器具 (31) 医療用焼灼器 | ネオジミウム・ヤグレーザー | レーザーにより口腔内の軟組織の切開、止血、凝固及び蒸散が可能なもの。 | I 029-32 | 口腔粘膜処置 |
| | | ダイオードレーザー 炭酸ガスレーザー エルビウム・ヤグレーザー 罹患象牙質除去機能付レーザー | | J 200-4-2 | レーザー機器加算 |

歯科の診療録及び診療報酬明細書に使用できる略称について
(平成30年3月20日保医発0320第6号)

3 医学管理等について

| 項 目 | 略 称 |
|-----------------|-----|
| 周術期等口腔機能管理計画策定料 | 周計 |
| 周術期等口腔機能管理料（Ⅰ） | 周Ⅰ |
| 周術期等口腔機能管理料（Ⅱ） | 周Ⅱ |
| 周術期等口腔機能管理料（Ⅲ） | 周Ⅲ |

8 処置について

| 項 目 | 略 称 |
|----------------|------|
| 周術期等専門的口腔衛生処置1 | 術口衛1 |
| 周術期等専門的口腔衛生処置2 | 術口衛2 |

「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について
(平成30年3月26日保医発0326第5号)

別添1

「診療報酬請求書等の記載要領等について」(昭和51年8月7日保険発第82号)
別紙1

診療報酬請求書等の記載要領

II 診療報酬請求書及び診療報酬明細書の記載要領

第3 診療報酬明細書の記載要領(様式第2)

2 診療報酬明細書の記載要領に関する事項

(18) 「診療実日数」欄について

ク 外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料、在宅療養指導料、がん患者指導管理料ロ又はハ、乳腺炎重症化予防ケア・指導料、退院時共同指導料1、傷病手当金意見書交付料、療養費同意書交付料、在宅がん医療総合診療料、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、在宅患者訪問点滴注射管理指導料、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料、訪問看護指示料、介護職員等喀痰吸引等指示料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者訪問栄養食事指導料、精神科訪問看護・指導料若しくは精神科訪問看護指示料を算定した同一日に医師の診療が行われない場合は、実日数として数えないこと。

III 歯科診療に係る診療報酬請求書及び診療報酬明細書の記載要領

第3 診療報酬明細書の記載要領(様式第3)

2 診療報酬明細書の記載要領に関する事項

(28) 「歯冠修復及び欠損補綴」欄について

チ 「装着」の項について

歯冠修復物を装着した場合は、点数及び回数を記載する。なお、CAD/CAM冠及び高強度硬質レジンプリッジの装着は、項中の「+ ×」欄に加算点数及び回数も記載する。

ハ 「その他」欄について

(エ) レジンインレー又は高強度硬質レジンプリッジ又は熱可塑性樹脂有床義歯等、記載欄がない歯冠修復及び欠損補綴は、点数及び回数を記載する。
なお、高強度硬質レジンプリッジの装着を行った場合の装着料は、加算を合算した点数及び回数を記載する。(項番115)

別表Ⅰ 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（歯科）

| 項番 | 区分 | 診療行為名称等 | 記載事項 | レセプト電算処理システム用コード |
|----|------|---------|---|---|
| 83 | I014 | 暫間固定 | 固定を行った部位(固定源となる歯を含めない。)及びその方法を記載し、暫間固定の前回実施年月日(1回目の場合は1回目と記載する。)及び歯周外科手術を行う予定であるか否かを記載すること。なお、歯周外科手術後後の暫間固定を行う場合については、歯周外科手術の予定に関する記載は不要であり、手術後1回目の場合は術後1回目と記載し、2回目以降は前回実施年月日を記載する。 | 820100303 820100335 820100336 820100337 820100338 |

別表Ⅱ 診療行為名称等の略号一覧（歯科）

| 項番 | 区分 | 診療行為名称等 | 略号 | 記載欄 |
|-----|--------|--------------------|------|----------------------|
| 159 | M017-2 | 高強度硬質レジブリッジを算定した場合 | HRBr | 歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄 |

別添2

「厚生労働大臣が定める病院の診療報酬請求書等の記載要領について」（平成18年3月30日保医発第0330007号）

別添様式 コーディングデータに係る記録条件仕様（10頁）

エ コーディングデータ情報
コーディングデータレコード

| 項目 | モード | 最大バイト | 項目形式 | 記録内容 | 備考 |
|-------|-----|-------|------|--|----|
| 使用量 | 数字 | 11 | 可変 | 1 医薬品又は特定器材（酸素の補正率又はフィルム料（乳幼児）加算を除く）の場合は、使用量を記録する。 2 整数部5桁、小数部5桁として、整数部と小数部は小数点で区切り記録する。 3 その他の場合は、記録を省略する。 | |
| 数量データ | 数字 | 8 | 可変 | 1 数量データの記録が必要な診療行為の場合は、数量データを記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。 | |
| 単位コード | 数字 | 3 | 可変 | 1 特定器材の場合は、特定器材単位コード（別表9）を記録する。 2 単位が規定されている特定器材コードの場合は、記録を省略しても差し支えない。 3 酸素の補正率又はフィルム（乳幼児）加算の場合は、記録を省略する。 4 診療行為又は医薬品の場合は、記録を省略する。 | |
| 回数 | 数字 | 3 | 可変 | 診療行為、医薬品及び特定器材の回数を記録する。 | |