

平成28年度 診療報酬改定に伴う 『施設基準』等について

厚生局資料より抜粋

株式会社M&D医業経営研究所
代表取締役 木村 泰久

基本診療料の施設基準等に係る届出書

保険医療機関コード		届出番号	(印刷) 第 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			
<input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6月間において当該届出に係る事項に關し、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。 <input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6月間において施設規則及び施設規則並びに療養基準に基づき厚生労働大臣が定める指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。 <input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6月間において、健康保険法第73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關し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。 <input type="checkbox"/> 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。			
備考について、上記基準のすべてに適合しているので、原簿の様式を添えて届出します。			
平成 年 月 日			
保険医療機関の所在地及び名称		開設者名	印
東北厚生局長 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「レ」を記入すること。 3 届出書は、正副2通提出のこと。			

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			
<input type="checkbox"/> 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關し、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。 <input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6か月間において施設規則及び施設規則並びに療養基準に基づき厚生労働大臣が定める指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。 <input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6か月間において、健康保険法第73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關し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。 <input type="checkbox"/> 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。			
備考について、上記基準のすべてに適合しているので、原簿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
東北厚生局長 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、正副2通提出のこと。			

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準(届出)

(新) かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所

[届出に関する事項]

- ・ 別添2の様式17の2を用いること。
- ・ 偶発症に対する緊急時の対応、医療事故、感染症対策等の医療安全対策、高齢者の心身の特性、口腔機能の管理及び緊急時対応等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。

【M&Dの注釈】

訪問歯科診療1、歯周病安定期治療、補綴物維持管理料等を算定しており、
歯科外来診療環境体制加算を算定している歯科医院は、届出可能です。
歯周病安定期治療Ⅱ、エナメル質初期う蝕管理加算などが算定できますので、
届出をお勧めします。

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 歯科訪問診療及び歯周病安定期治療の実施状況(届出前1年間の実績)

(1) 歯科訪問診療 _____人

(2) 歯周病安定期治療 _____人

※(1)については、歯科訪問診療1及び2を算定した人数の延べ人数を記載すること。

※(2)については、歯周病安定期治療(I)を算定した人数の延べ人数を記載すること。

2 クラウン・ブリッジ維持管理料の届出状況

クラウン・ブリッジ維持管理料の届出年月日 (年 月 日)

3 医療安全対策及び高齢者の口腔機能管理に係る研修の受講歴等

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	

※医療安全対策に関する内容を含むものであること。

※高齢者の心身の特性、口腔機能管理、緊急時対応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。

4 歯科医師の氏名等

勤務形態 (該当する方に○)	歯科医師の氏名	訪問診療担当者 (担当している者に○)
常勤／非常勤		

5 歯科衛生士等の氏名等

勤務形態 (該当する方に○)	歯科衛生士の氏名	訪問診療担当者 (担当している者に○)
常勤／非常勤		

6 迅速に対応できる体制に係る事項

担当者の氏名及び職種	
連絡先	
連絡方法	

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 当該地域における連携医療機関（在宅医療を担う医科医療機関）

医療機関の名称	
所在地	
在宅医療を行う医師の氏名	
連絡先	

9 当該診療所における保健医療サービス及び福祉サービスの連携担当者

氏名	
資格	
主な業務内容	

10 当該保険医療機関に設置されているユニット数・滅菌器具等

歯科用ユニット数:	台
滅菌器(製品名等):	

11 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)		
酸素供給装置		
血圧計		
救急蘇生キット		
歯科用吸引装置		

歯科訪問診療料の注13に規定する基準

(新) 歯科訪問診療料の注13に規定する基準

※ 歯科訪問診療を行う医療機関で在宅患者の割合が95%未満で在宅療養歯科支援診療所以外の診療所が対象

[主な施設基準]

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。

平成29年4月1日までに届出しないと「初・再診料に相当する点数」による算定

[届出に関する事項]

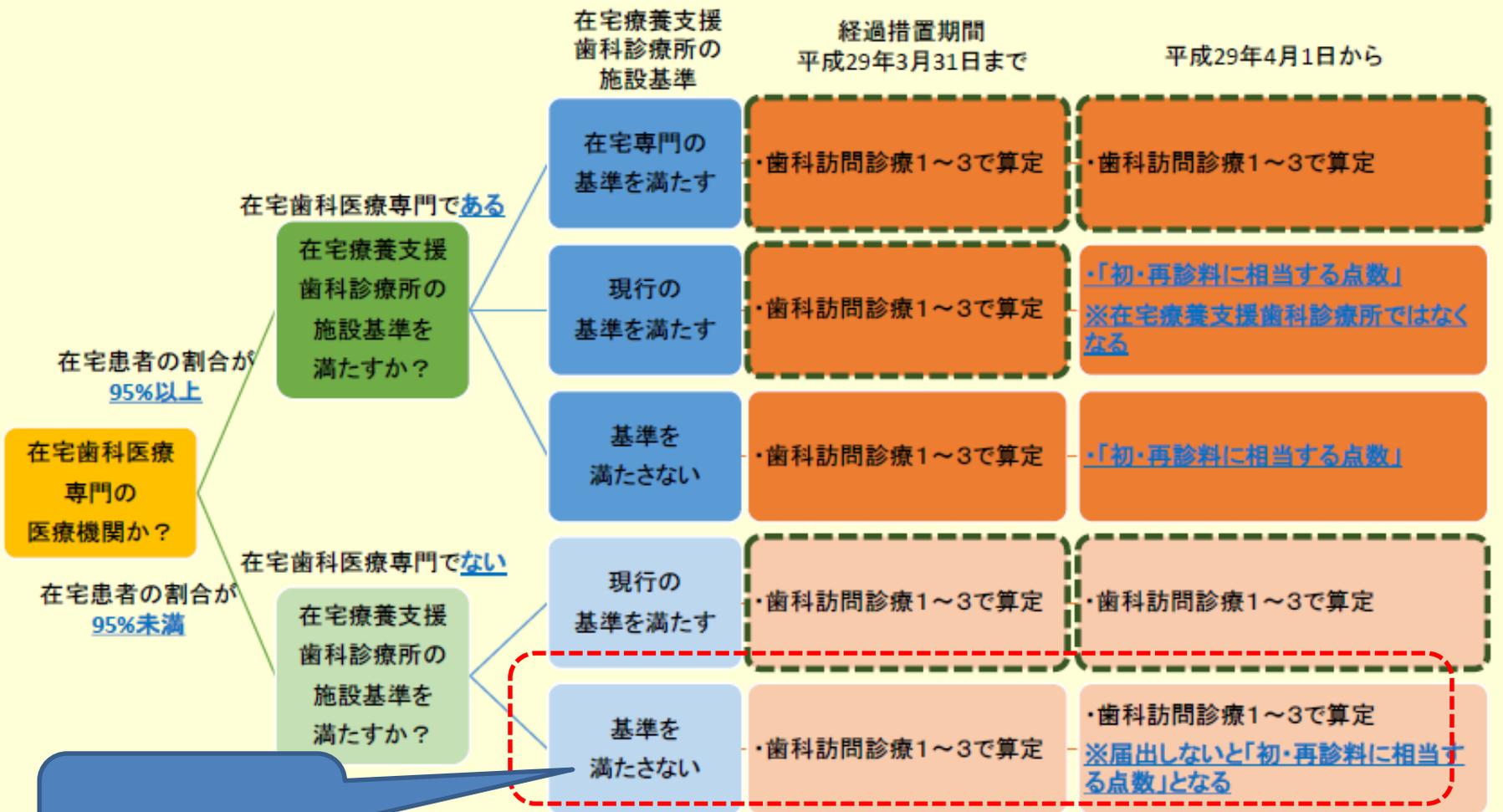
別添2の様式21の3の2を用いること。

【M&Dの注釈】

大部分の歯科医院がここに該当すると考えられます。これから訪問診療を中心に診療を行いたい歯科医院では、申請しておかなければ、点数が「初再診料に相当する点数」となってしまいます。

在宅歯科医療の推進について②

在宅歯科医療を行う医療機関について



この医院です。

※点線は在宅療養支援歯科診療所
※「初・再診料に相当する点数」の場合

実質的に減額される。

様式 21 の3の2

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 $\frac{①}{①+②} = \text{_____} \dots (A)$

※(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又は3)を算定した人数、

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人数を記載すること。

※①、②とも延べ人数を記載すること。

在宅療養支援歯科診療所(その1)

(新) 在宅歯科医療を専門に実施する在宅療養支援歯科診療所

[主な施設基準]

直近1か月に歯科訪問診療を行った患者数の割合が9割5分以上の診療所は現行の在宅療養支援歯科診療所の施設基準に加え、以下の要件も満たしていること。

- (1) 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。
- (2) 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。
- (3) 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。
- (4) 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。
- (5) 歯科訪問診療において、過去1年間の診療実績を全て満たすこと。
 - ① 抜髄及び感染根管処置の算定実績が合わせて20回以上
 - ② 抜歯手術の算定実績が20回以上
 - ③ 有床義歯を新製した回数、有床義歯修理及び有床義歯内面適合法の算定実績が合わせて40回以上(それぞれの算定実績は5回以上)

[届出に関する事項]

別添2の様式18を用いること。

【M&Dの注釈】

総患者数の95%が訪問診療の患者という厳しい基準で、満たせる歯科医院は少ないと思いますが、これから訪問診療を中心に診療を行いたい歯科医院では、申請しておかなければ、29年4月から「初再診料に相当する点数」となってしまいます。

在宅療養支援歯科診療所(その2)

【在宅療養支援歯科診療所の施設基準の変更】

在宅医療を提供した患者数を、在宅医療及び外来医療を提供した患者の合計数で除した値が0.95未満であること。

[経過措置]

平成28年3月31日時点で在宅療養支援歯科診療所として届け出ている保険医療機関については、平成29年3月31日までの間、基準を満たしているものとする。

[届出に関する事項]

別添2の様式18を用いること。

在宅療養支援歯科診療所の施設基準に係る届出書添付書類

1. 歯科訪問診療の割合(届出前1月間の実績)	
歯科訪問診療を算定した人数	① _____人
外来で歯科診療を提供した人数	② _____人
※①については、歯科訪問診療料を算定した人数、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人数を記載すること。	
※①、②とも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	$①/(①+②)=$ _____ $\cdots(A)$
2. 歯科訪問診療の実績(届出前1年間の実績)	
歯科訪問診療料を算定した人数	_____人
※歯科訪問診療1、2又は3を算定した延べ人数を記載すること。	
3. 高齢者の口腔機能管理に係る研修の受講歴等	
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	
※ 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。	
4. 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
1)	常勤/非常勤
2)	常勤/非常勤
3)	常勤/非常勤
5. 迅速に対応できる体制に係る事項	
(1)患者からの連絡を受ける体制:対応体制	___名で担当
・ 担当者の氏名及び職種	
・ 連絡方法・連絡先	
(2)歯科訪問診療体制:対応体制	___名で担当
・ 担当医の氏名	

6. 連携している在宅療養を担う医科の保険医療機関

(1) 医療機関の名称

(2) 在宅医療を行う医師の氏名

(3) 連絡先

7. 当該診療所における保健医療サービス及び福祉サービスの連携担当者

- ・ 氏名、連絡先
- ・ 資格、主な業務内容

8. 後方支援医療機関(歯科医療機関)

(1) 医療機関の名称

(2) 所在地

(3) 連絡先

以下、9～12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: $\frac{①}{(①+②+③)} \times 100\%$

_____ %

※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。

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 パキューム	医療機器承認番号	
	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/届出番号、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。

検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料

(新) 検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料

(特掲 表1) 診療情報提供料(I)の注15に掲げる検査・画像情報提供加算
電子的診療情報評価料

[主な施設基準]

- (1) 診療情報提供書を電子的に提供する場合は、HPKIによる電子署名を施すこと。
- (2) 患者の医療情報に関する電子的な送受信又は閲覧が可能なネットワークを構築すること。
- (3) 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」(平成25年10月)を遵守し、安全な通信環境を確保すること。
- (4) 保険医療機関において、個人単位の情報の閲覧権限の管理など、個人情報の保護を確実に実施すること。
- (5) 厚生労働省標準規格に基づく標準化されたストレージ機能を有する情報蓄積環境を確保すること。
- (6) 情報の電子的な送受に関する記録を残していること。(ネットワーク運営事務局が管理している場合は、随時取り寄せることができること。)
情報提供側：提供した情報の範囲及び日時を記録。
情報受領側：閲覧情報及び閲覧者名を含むアクセスログを1年間記録。

[届出に関する事項]

別添2の様式14の2を用いること。

【M&Dの注釈】

総合病院などと、診療情報をITでやりとりするための施設基準です。厚労省は強力に推進しています。これを出しておくことで、文書提供が簡素化される可能性があります。

**検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料
の施設基準に係る届出書添付書類**

1	届出を行う点数	検査・画像情報提供加算 電子的診療情報評価料 (該当するものを○で囲むこと)	
2	診療情報提供書の送付・受信	イ) 電子的な方法による送受を実施する ロ) 電子的な方法による送受を実施しない	
3	HPKIを有する医師数及び歯科医師数(人)	人	※2がロ)の場合は記入不要
4	検査結果・画像情報等の電子的な送受信・共有の方法	イ) 電子的な診療情報提供書に添付して送受信 ロ) 検査結果・画像情報等を、ネットワークを通じ他医療機関に閲覧許可 ハ) 他医療機関の検査結果・画像情報等を、ネットワークを通じ閲覧 (実施するものを全て○で囲むこと)	
5	ネットワーク名		
6	ネットワークに所属する医療機関名	以下に5つの医療機関名を記載。ネットワーク内の医療機関数が5つに満たない場合は、所属する全医療機関名を記載する。 イ) ロ) ハ) ニ) ホ)	
7	ネットワークを運営する事務局	事務局名 : 事務局所在地 :	
8	安全な通信環境の確保状況	チャンネル・セキュリティ : オブジェクト・セキュリティ :	
9	個人単位の情報の閲覧権限の管理体制	有・無 (該当するものを○で囲むこと)	
10	ストレージ	有・無 (該当するものを○で囲むこと)	
		(「有」の場合) 厚生労働省標準規格に基づくストレージ機能	有・無 (該当するものを○で囲むこと)

※HPKI：厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野の公開鍵基盤 (HPKI：Healthcare Public Key Infrastructure)

※ネットワーク：他の医療機関等と連携し、患者の医療情報に関する電子的な送受信又は閲覧が可能なネットワーク

【記載上の注意】

3 表の8は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」(平成25年10月)の「外部と個人情報を含む医療情報を交換する場合の安全管理」に規定するチャンネル・セキュリティ及びオブジェクト・セキュリティについて、保険医療機関内でどのような環境を確保しているかを明示する。

例 チャンネル・セキュリティ：専用線、公衆網、IP-VPN、IPsec-IKE 等
オブジェクト・セキュリティ：SSL/TLS 等

有床義歯咀嚼機能検査

(新) 有床義歯咀嚼機能検査

[主な施設基準]

- (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) 当該保険医療機関内に歯科用下顎運動測定器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。

※ 下顎運動測定器: D009 顎運動関連検査で規定されている歯科用下顎運動測定器と同じ定義

※ グルコース分析装置: 歯科用のもので一般用血糖値測定器計は不可
現在はグルコセンサーGS1、GS2(ジーシー社)のみ可

[届出に関する事項]

別添2の様式38の1の2を用いること。

【M&Dの注釈】

今回の改定で新設された検査です。特定の機器の購入が必要ですが、装着前と装着後に検査できますので、義歯制作の多い歯科医院では算定をお勧めします。

有床義歯咀嚼機能検査の施設基準届出書添付書類

1 当該検査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 当該検査に係る医療機関の体制状況等

概 要	
歯科用下顎 運動測定器	医療機器認証番号
	製品名
	製造販売業者名
	特記事項
グルコース 分析装置	医療機器届出番号
	製品名
	製造販売業者名
	特記事項

※「2」の歯科用下顎運動測定器及びグルコース分析装置については、医療機器認証番号又は医療機器届出番号、製品名、製造販売業者名等を記載すること。

※グルコース分析装置については、咀嚼能率測定用のグルコース分析装置であること。

歯科固有の技術の評価

現行

改定後

【加圧根管充填処置(1歯につき)】

- | | |
|---------|------|
| 1 単根管 | 130点 |
| 2 2根管 | 156点 |
| 3 3根管以上 | 190点 |

注1 区分番号M000-2に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において算定する。

2 特定薬剤の費用は、所定点数に含まれる。

【加圧根管充填処置(1歯につき)】

- | | |
|---------|------|
| 1 単根管 | 136点 |
| 2 2根管 | 164点 |
| 3 3根管以上 | 200点 |

注1 区分番号M000-2に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料の注1により当該管理料を算定する旨を地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において算定する。

2 特定薬剤の費用は、所定点数に含まれる。

3 3については、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局長等に届け出た保険医療機関において、4根管又は槌状根に対して歯科用3次元エックス線断層撮影装置及び手術用顕微鏡を用いて根管治療を行った場合に、手術用顕微鏡加算として、400点を所定点数に加算する。なお、第4部に掲げる歯科用3次元エックス線断層撮影の費用は別に算定できる。

手術用顕微鏡加算

(新) 手術用顕微鏡加算

400点

[主な施設基準]

- (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。

[届出に関する事項]

別添2の様式49の8を用いること。

【M&Dの注釈】

歯根端切除術や、槌状根、4根管などにマイクロスコープやCTの算定が認められています。今回からCTは他院の設備でも可ですので、申請をお勧めします。

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 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。)

2 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
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

※ 「2」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。

※ 「2」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。

歯根端切除手術の注3

(新) 歯根端切除手術の注3

現行	改定後
<p>【歯根切除手術】</p> <p>1 2以外の場合 1,350点</p> <p>2 歯科CT撮影装置及び手術用顕微鏡を用いた場合 2,000点</p> <p>注1 第4部に掲げる歯科用3次元エックス線断層撮影の費用は別に算定できる。</p> <p>2 歯根端閉鎖の費用は、所定点数に含まれる。</p>	<p>【歯根切除術】</p> <p>1 2以外の場合 1,350点</p> <p>2 歯科用3次元エックス線断層撮影装置及び手術用顕微鏡を用いた場合 2,000点</p> <p>注1 第4部に掲げる歯科用3次元エックス線断層撮影の費用は別に算定できる。</p> <p>2 歯根端閉鎖の費用は、所定点数に含まれる。</p> <p><u>3 2については、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局長等に届け出た保険医療機関において、当該手術を実施した場合に算定する。</u></p>

[主な施設基準]

(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。

[届出に関する事項]

別添2の様式49の8を用いること。

【M&Dの注釈】

歯根端切除術や、槌状根、4根管などにマイクロスコープやCTの算定が認められています。今回からCTは他院の設備でも可ですので、申請をお勧めします。

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 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。)

2 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
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

※ 「2」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。

※ 「2」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。

常勤配置の取扱いの明確化

【第1 基本診療料の施設基準等】

(新設)

基本診療料の施設基準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）に規定する産前・産後休業及び育児・介護休業法（平成3年法律第76号）に規定する育児・介護休業を取得中の期間において、当該施設基準上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含めるものであること。

また、育児・介護休業後等の従事者が、育児・介護休業法に規定する短時間勤務制度を利用し、正職員として勤務する場合、育児・介護休業法で定める期間は、週30時間以上の勤務で常勤扱いとすること。

【第1 特掲診療料の施設基準等】

(新設)

特掲診療料の施設基準における常勤配置については、従事者が労働基準法（昭和22年法律第49号）に規定する産前・産後休業及び育児・介護休業法（平成3年法律第76号）に規定する育児・介護休業を取得中の期間に限り、当該施設基準上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含めることができること。

また、育児・介護休業後等の従事者が、育児・介護休業法に規定する短時間勤務制度を利用し、正職員として勤務する場合、育児・介護休業法で定める期間は、週30時間以上の勤務で常勤扱いとすること。

歯科外来診療 環境体制加算

様式 4

歯科外来診療環境体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 常勤歯科医師名と医療安全に関する研修の受講歴等

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

2 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)

3 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）		
酸素ポンプ及び酸素マスク		
血圧計		
救急蘇生キット		
歯科用吸引装置		
その他		

4 緊急時の連携保険医療機関

医療機関の名称：	担当医名：
所在地：	連絡方法：
開設者名：	搬送方法：

5 当該保険医療機関に設置されているユニット数・滅菌器具等

歯科用ユニット数：	台
滅菌器（製品名等）：	

6 院内掲示の例を添付

歯科診療特別対応 連携加算

様式4の2

歯科診療特別対応連携加算の施設基準に係る届出書

1 次の(1)(2)のうち、該当するものに○をつけ、記載すること。

(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
保険医療機関

	地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準の届出年月日
	年 月 日

(2) 歯科診療所である保険医療機関

	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
	届出前3か月間 _____名 (月平均____名)
	年 月 ~ 年 月

2 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		
救急蘇生キット		

3 別の医科診療の保険医療機関(医科併設の保険医療機関にあっては医科診療科)との連絡調整を担当する者

氏名	職種等	氏名	職種等

4 緊急時の連絡・対応方法

--

5 緊急時の連携する医科診療の保険医療機関

①	名	称
②	所	在 地
③	開 設 者	氏 名
④	担 当 医 師	名
⑤	調 整 担 当 者	名
⑥	連 絡 方 法	

(注) 医科併設の保険医療機関は④から⑥のみを記入すること。

歯科治療総合医療 管理料(Ⅰ)(Ⅱ)

〔 歯科治療総合医療管理料(Ⅰ)・(Ⅱ)
在宅患者歯科治療総合医療管理料(Ⅰ)・(Ⅱ) 〕の施設基準に係る届出書添付書類

1 常勤の歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	役職	経験年数

2 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	氏名
常勤・非常勤 / 歯科衛生士・看護師	

3 別の保険医療機関(医科併設の保険医療機関にあっては医科診療科)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

4 緊急時の連携保険医療機関

① 名称	
② 所在地	
③ 緊急時の連絡方法・連絡体制	

5 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		

在宅療養支援 歯科診療所

在宅療養支援歯科診療所の施設基準に係る届出書添付書類

<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、歯科訪問診療料を算定した人数、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人数を記載すること。</p> <p>※①、②とも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>歯科訪問診療料を算定した人数 _____人</p> <p>※歯科訪問診療1、2又は3を算定した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"> <thead> <tr> <th colspan="2">受講歯科医師名(複数の場合は全員)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>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> </tbody> </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。</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"> <thead> <tr> <th>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>・ 連絡方法・連絡先</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>											

在宅患者歯科治療 総合医療管理料 (I)(II)

〔歯科治療総合医療管理料 (I)・(II)
在宅患者歯科治療総合医療管理料 (I)・(II)〕の施設基準に係る届出書添付書類

1 常勤の歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	役職	経験年数

2 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	氏名
常勤・非常勤 / 歯科衛生士・看護師	

3 別の保険医療機関(医科併設の保険医療機関にあっては医科診療科)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

4 緊急時の連携保険医療機関

① 名称	
② 所在地	
③ 緊急時の連絡 方法・連絡体制	

5 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		

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

歯科訪問診療料に係る 地域医療連携体制加算

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
	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
	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
	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

--

在宅歯科医療 推進加算

様式 21 の 4

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。

歯科画像診断管理加算 1

歯科画像診断管理加算 2

様式 33

〔 歯科画像診断管理加算 1
 歯科画像診断管理加算 2 〕 の施設基準届出書添付書類

1 画像診断を専ら担当する常勤歯科医師の保険医療機関内の所属部署等		
2 画像診断を専ら担当する常勤歯科医師の氏名（複数記入可）（1名以上）		
3 地域歯科診療支援病院歯科初診料の届出年月日		
平成 年 月 日		
4 歯科用3次元エックス線断層撮影、コンピュータ断層診断（歯科疾患に係るものに限る。）に係る事項		
当該保険医療機関における実施件数	①のうち画像診断を専ら担当する常勤歯科医師の下に画像診断の管理を行った件数	①のうち画像診断を専ら担当する常勤歯科医師が読影及び診断を翌診療日までに行った件数
① 件	② 件	③ 件
読影結果が翌診療日まで読影されている率 = _____ % (③/①×100%)		
5 当該保険医療機関以外の施設への読影又は診断の委託	有・無	

〔記載上の注意〕

- 「2」の常勤歯科医師の経歴（画像診断担当の経験、勤務状況等がわかるもの）を添付すること。
- 「4」については、届出前3か月間の件数を記入すること。
- 歯科画像診断管理加算1の届出を行う場合にあっては、「4」は記載する必要はないこと。

歯科口腔リハビリ テーション料2

様式 44 の 4

歯科口腔リハビリテーション料2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（当該療養の経験年数及び経験症例数を含む。）

2 当該療養に係る医療機器の設置状況（磁気共鳴コンピュータ断層撮影機器を含む。）

医療機器名	備考

[記載上の注意]

磁気共鳴コンピュータ断層撮影（MRI撮影）装置を設置していない医療機関にあつては、当該医療機器を設置している保険医療機関名（病院）を記載すること。

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

（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○）

<input type="checkbox"/>	う蝕歯無痛的窩洞形成加算
<input type="checkbox"/>	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

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(経歴年数を含む。)

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]

- 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。
- 「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。

歯科技工加算1 及び2

様式 50 の 3

歯科技工加算 1 及び 2 の施設基準届出書添付書類

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 常勤の歯科技工士の氏名

常勤歯科技工士の氏名		

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

歯根端切除手術の注3

様式 48 の 8

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 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。)

2 当該療養に係る医療機関の体制状況等

手術用顕微鏡	概 要	
	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	

※ 「2」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。

※ 「2」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。

施設基準の届出にあたっての留意事項

- ・届出にあたっては、届出する施設基準の告示・通知を必ず確認すること。
- ・「基本診療料の施設基準」の届出にあたっては、特に規定する場合を除き、届出前1か月の実績を有していること。
- ・届出する施設基準ごとに、表紙（基本診療料は「別添7」、特掲診療料は「別添2」）、施設基準に該当する様式、添付書類が必要なものは添付書類を1組とし、正副2組作成し提出すること。

※提出期限

平成28年4月1日から算定するためには、

平成28年4月14日(木)必着 で提出すること。