

目次

施設基準パーフェクトブック2024年度版Ⅲ ～実務で使える届出と管理～									
第5章 歯科の施設基準									頁
1. 歯科 基本診療料の施設基準									2
区分・ 様式番号等	名称	受理番号 略称	施設基準 告示	施設基準 通知	適時重 点項目	新設 項目	届出 不要		頁
A000 1	初診料 1 歯科初診料 院内感染防止対策	(歯初診)	第三	八の三	別添 1	第2の7			2
A000 2	初診料 2 地域歯科診療支援病院歯科初診料	(病初診)		九		第3			3
A000 注9	初診料／歯科外来診療医療安全対策加算	(外安全1) (外安全2)		十		第4	○		5
A000 注10	初診料／歯科外来診療感染対策加算	(外感染 1～4)		十の二		第4の2	○		7
A000 注11	初診料／歯科診療特別対応連携加算	(歯特連)		十一		第5			10
A000 注14	初診料／医療情報取得加算			三の七		第1の8	○	◆	11
A000 注15	初診料／医療DX推進体制整備加算	(医療DX)		三の八		第1の9	○		13
A000 注16	初診料／情報通信機器を用いた初診	(歯情報 通信)		八の四		第5の2	○		15
A002 注8	再診料／歯科外来診療医療安全対策加算	(外安全1) (外安全2)		十		第4	○		5
A002 注9	再診料／歯科外来診療感染対策加算	(外感染 1～4)		十の二		第4の2	○		7
A002 注11	再診料／医療情報取得加算			三の七		第1の8	○	◆	11
A002 注12	再診料／情報通信機器を用いた再診	(歯情報 通信)		八の四		第5の2	○		15
入院料等 通則6	歯科点数表第1章基本診療料第2部入院料等通則第6号ただし書に規定する基準		第四の 二	一、二	別添 2	第1の2		—	22
入院料等 通則7	栄養管理体制に関する基準を満たすことができない保険医療機関の減算			六				—	23
入院料等 通則8	身体的拘束最小化に関する基準を満たすことができない保険医療機関の減算			—				—	22
入院基本料通則	病院の入院基本料の施設基準等		第五					—	24
入院基本料等加算通則	入院基本料等加算の施設基準等		第八					—	24
A204-2	臨床研修病院入院診療加算（歯科診療に係るもの）		第八	六	別添 3	第2		◆	24
A250	地域歯科診療支援病院入院加算	(地歯入院)	第八	三十六		第27			26
2. 歯科 特掲診療料の施設基準									28
区分・ 様式番号等	名称	受理番号 略称	施設基準 告示	施設基準 通知	適時重 点項目	新設 項目	届出 不要		頁
B000-4-2 注3	小児口腔機能管理料／口腔管理体制強化加算	(口管強)	第三	六の二の三	別添 1	第13の2	○		28
B000-4-2 注5	小児口腔機能管理料／情報通信機器を用いた歯科診療			六の二の五		第13の2の 2	○	◆	30
B000-4-3 注5	口腔機能管理料／情報通信機器を用いた歯科診療			六の二の五		第13の2の 2	○	◆	30
B002	歯科特定疾患療養管理料に規定する疾患			十一				—	32
B002 注5	歯科特定疾患療養管理料／情報通信機器を用いた歯科診療			六の二の五		第13の2の 2	○	◆	30
B004-6-2	歯科治療時医療管理料	(医管)		六の二の四		第13			33
B006-4	歯科遠隔連携診療料			六の二の六		第13の2の 3	○	◆	34
B014 B015	退院時共同指導料1及び退院時共同指導料2（二回算定できる疾病等の患者）			六の二				—	35
B014 注2	退院時共同指導料1／特別管理指導加算（別に厚生労働大臣が定める特別な管理を要する状態等にある患者）			六の二の二				—	35
B018	医療機器安全管理料（歯科）	(機安歯)		十の二の五 (2)		第12の2 2			37
	在宅療養支援歯科診療所	(歯援病)	第四	六の三		第14			39
	在宅療養支援歯科病院	(歯援診1) (歯援診2)	第四	六の四		第14の1の 2	○		41
C000 注9	歯科訪問診療料／緊急・夜間・深夜加算（規定する時間）		第四	一の七		—		—	42
C000 注10	歯科訪問診療料／地域医療連携加算	(歯地連)	第四	七		第17			42
C000 注14	歯科訪問診療料／在宅歯科医療推進加算	(在推進)	第四	七の二		第17の2			43

区分・ 様式番号等	名称	受理番号 略称	施設基準 告示		施設基準 通知	適時重 点項目	新設 項目	届出 不要	頁
C000 注15	歯科訪問診療料／施設基準を満たさない場合の減算 (歯科訪問診療を提供した患者数の割合)	(歯訪診)	第四	一の八	第17の1の 2				43
C000 注20	歯科訪問診療料／在宅医療DX情報活用加算	(在宅DX)	第四	一の五の三	第14の5		○		43
C001-3 注7	歯科疾患在宅療養管理料／在宅歯科医療情報連携加算	(歯医情連)	第四	一の六の二	第15の4		○		51
C001-4-2	在宅患者歯科治療時医療管理料	(在宅歯)	第四	八	第14の3				57
C001-5 注8	在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料／在宅 歯科医療情報連携加算	(歯医情連)	第四	一の六の二	第15の4		○		51
C001-6 注8	小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料 ／在宅歯科医療情報連携加算	(歯医情連)	第四	一の六の二	第15の4		○		51
D002-6	口腔細菌定量検査	(口菌検)	第五	十五の三	第29の4の 3				59
D011	有床義歯咀嚼機能検査	(咀嚼機能1) (咀嚼機能2)	第五	十六	第29の5 1(1)(2)(3)(4)				60
D011-2	咀嚼能力検査	(咀嚼能力)	第五	十七	第29の5 1(2)				60
D011-3	咬合圧検査	(咬合圧)	第五	十八	第29の5 1(4)				60
D013	精密触覚機能検査	(精密触覚)	第五	十九	第29の6				63
D014	睡眠時歯科筋電図検査	(歯筋電図)	第五	二十	第29の7				64
画像診断 通則 6、7	歯科画像診断管理加算1、2	(歯画1) (歯画2)	第六	六、六の二	第31				65
画像診断 通則 8、9	遠隔画像診断による画像診断	(遠画)	第六	七	第32				66
F100 注5	処方料／特定疾患処方管理加算(規定する疾患)		第七	一の二				—	68
F400 注3	処方箋料／特定疾患処方管理加算(規定する疾患)		第七	一の二				—	68
F400 注5	処方箋料／一般処方加算		第七	五	第36の4		○	◆	68
H001-3	歯科口腔リハビリテーション料2	(歯リハ2)	第九	五	第47の5				70
I008-2 注3	加圧根管充填処置／手術用顕微鏡加算	(手術微加)	第十一	二の四	第57の4の 4				71
I021 注	根管内異物除去／手術用顕微鏡加算	(手術微加)	第十一	二の四	第57の4の 4				71
I029-3	口腔粘膜処置	(口腔粘膜)	第十一	二の五	第57の4の 5				72
処置 通則2	処置に規定する特定薬剤		第十一	三				—	73
手術 通則4	通則第4号に掲げる手術		第十二	二	第79				74
手術 通則2	手術に規定する薬剤		第十二	四				—	75
手術 通則17	周術期栄養管理実施加算	(周栄管)	第十二	二の七	第79の5				75
J004 注3	歯根端切除手術 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	(根切顕微)	第十二	三の二の七	第80の9				76
J035-2	口腔粘膜血管腫凝固術	(口血凝)	第十二	三の二の八	第80の10				77
J063 5	歯周外科手術 5 歯周組織再生誘導手術	(GTR)	第十二	三の三	第80の6				78
J063 注5	歯周外科手術／手術時歯根面レーザー応用加算	(手術歯根)	第十二	三の四	第80の7				78
J069 3	上顎骨形成術 3 骨移動を伴う場合	(歯顎移)	第十二	三の五	第61の4				80
J075 4	下顎骨形成術 4 骨移動を伴う場合	(歯顎移)	第十二	三の五	第61の4				80
J080-2	顎関節人工関節全置換術	(歯顎人工)	第十二	三の八	第61の4の 3				81
J109	広範囲顎骨支持型装置埋入手術	(人工歯根)	第十二	三の六	第80の8				82
J111	頭頸部悪性腫瘍光線力学療法	(歯頭頸 悪光)	第十二	三の九	第61の4の 6の2		○		83
J200-4-2	レーザー機器加算	(手光機)	第十二	三の七	第80の11				84
K004	歯科麻酔管理料	(歯麻管)	第十三 の二	四	第81の3				85
M000-2	クラウン・ブリッジ維持管理料	(補管)	第十三 の二		第85				87
M001 注9	歯冠形成／う蝕歯無痛の窩洞形成加算	(う蝕無痛)	第十三 の二	—	第57の5				88
M001-2 注1	う蝕歯即時充填形成／う蝕歯無痛の窩洞形成加算	(う蝕無痛)	第十三 の二	—	第57の5				88
M003 注1、 注2	印象採得／歯科技工士連携加算1、2	(歯技連1) (歯技連2)	第十三 の二	二の二	第57の5の 2 第57の5の 3		○		91
M003-4	光学印象	(光印象)	第十三 の二	一の三	第57の5の 4		○		90
M003-4 注3	光学印象／光学印象歯科技工士連携加算	(歯技連1)	第十三 の二	二の二	第57の5の 2		○		91
M006 注1、 注2	咬合採得／歯科技工士連携加算1、2	(歯技連1) (歯技連2)	第十三 の二	二の二	第57の5の 2 第57の5の 3		○		91

特掲診療料の施設基準等



1. 通則関連

第一 届出の通則

告示

通知

告 示

- 一 保険医療機関（健康保険法（大正十一年法律第七十号）第六十三条第三項第一号に規定する保険医療機関をいう。以下同じ。）及び保険薬局（同号に規定する保険薬局をいう。以下同じ。）（以下「保険医療機関等」という。）は、第二から第十五までに規定する施設基準に従い、適正に届出を行わなければならないこと。
- 二 保険医療機関等は、届出を行った後に、当該届出に係る内容と異なる事情が生じた場合には、速やかに届出の内容の変更を行わなければならないこと。
- 三 届出の内容又は届出の変更の内容が第二から第十五までに規定する施設基準に適合しない場合は、当該届出又は届出の変更は無効であること。
- 四 届出については、届出を行う保険医療機関等の所在地を管轄する地方厚生局長又は地方厚生支局長（以下「地方厚生局長等」という。）に対して行うこと。ただし、当該所在地を管轄する地方厚生局又は地方厚生支局の分室がある場合には、当該分室を経由して行うこと。



1. 通則関連

第二 施設基準の通則

告示

通知

告 示

- 一 地方厚生局長等に対して当該届出を行う前六月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。
- 二 地方厚生局長等に対して当該届出を行う前六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（平成十八年厚生労働省告示第百七号）第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。
- 三 地方厚生局長等に対して当該届出を行う前六月間において、健康保険法第七十八条第一項及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）第七十二条第一項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。
- 四 地方厚生局長等に対して当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法（平成十八年厚生労働省告示第百四号）に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

通 知

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のとおりとすること。
- 2 別添1に定める施設基準を歯科診療について適用

する場合にあっては、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

治療の角膜切除術（エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は带状角膜変性に係るものに限る。))（角膜切）第号
 角膜移植術（内皮移植加算）（内移）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（緑内障手術（流出路再建術（眼内法）及び水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術）（緑内眼下）第号
 緑内障手術（濾過胞再建術（needle法））（緑内ne）第号
毛様体光凝固術（眼内内視鏡を用いるものに限る。）（毛光）第号
 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）（硝切）第号
 網膜再建術（網膜再）第号
 経外耳道的内視鏡下鼓室形成術（経内鼓）第号
 人工中耳植込術（人工中耳）第号
 植込型骨導補聴器（直接振動型）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（植補聴）第号
 耳管用補綴材挿入術（耳補挿）第号
 内視鏡下鼻・副鼻腔手術V型（拡大副鼻腔手術）及び経鼻内視鏡下鼻副鼻腔悪性腫瘍手術（頭蓋底郭清、再建を伴うものに限る。）（内鼻V腫）第号
 鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）（鏡咽悪）第号
 鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）及び鏡視下喉頭悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）（鏡咽喉悪）第号
 内喉頭筋内注入術（ボツリヌス毒素によるもの）（内筋ボ）第号
 鏡視下喉頭悪性腫瘍手術（鏡喉悪）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。）、下顎骨形成術（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）（歯顎移）第号
 顎関節人工関節全置換術（顎人工）第号
 顎関節人工関節全置換術（歯科）（歯顎人工）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
 頭頸部悪性腫瘍光線力学療法（頭頸悪光）第号
頭頸部悪性腫瘍光線力学療法（歯科）（歯頭頸悪光）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
 乳癌センチネルリンパ節生検加算1及びセンチネルリ

ンパ節生検（併用）（乳セ1）第号
 乳癌センチネルリンパ節生検加算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
 乳腺悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（乳腺ラ）第号
 胸腔鏡下拡大胸腺摘出術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）（胸腔拡胸支）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
 気管支バルブ留置術（気バ留）第号
胸腔鏡下肺切除術（区域切除及び肺葉切除術又は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）（胸腔肺支）第号
 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除で内視鏡手術用支援機器を用いる場合）（胸腔肺悪区）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
 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（気管支形成を伴う肺切除）（胸腔形成）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
肺悪性腫瘍及び胸腔内軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法（肺ラ）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
 縦隔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）（縦隔食悪支）第号
 内視鏡下筋層切開術（内筋）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）、腔腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）（瘻瘻閉）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
 胸腔鏡下弁置換術（胸腔下置）第号
胸腔鏡下弁置換術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）（胸下置内支）第号
 経カテーテル弁置換術（経心尖大動脈弁置換術及び経皮の大動脈弁置換術）（カ大弁置）第号
 経カテーテル弁置換術（経皮的肺動脈弁置換術）

絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に介護保険施設等の管理者等に対して説明の上、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医療機関の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って、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直接連絡がとれる連絡先電話番号等を提供した文書等に明示すること。

ウ 当該保険医療機関において、当該介護保険施設等の求めに応じて、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当該介護保険施設等に提供していること。

(2) 次のいずれかの要件を満たすもの。

ア 次のイ及びロに該当していること。

(イ) 往診を行う患者の診療情報及び急変時の対応方針等をあらかじめ患者の同意を得た上で介護保険施設等の協力医療機関として定められている保険医療機関に適切に提供され、必要に応じて往診を行う医師が所属する保険医療機関がICTを活用して当該診療情報及び急変時の対応方針等を常に確認可能な体制を有していること。

(ロ) 往診を行う患者が入所している介護保険施設等と当該介護保険施設等の協力医療機関として定められている医療機関において、当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の

共有を図るため、年3回以上の頻度でカンファレンスを実施していること。なお、当該カンファレンスは、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。

イ 往診を行う患者が入所している介護保険施設等と当該介護保険施設等の協力医療機関として定められている医療機関において、当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、月1回以上の頻度でカンファレンスを実施していること。なお、当該カンファレンスは、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。

(3) 介護保険施設等に協力医療機関として定められており、当該介護保険施設等において療養を行っている患者の病状の急変等に対応すること及び協力医療機関として定められている介護保険施設等の名称について、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること。なお、当該カンファレンスは、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。

(4) (3)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。

2 届出に関する事項

(1) 介護保険施設等連携往診加算の施設基準に関する届出は、別添2の様式18の3を用いること。

(2) 令和7年5月31日までの間に限り、1の(4)に該当するものとみなす。

告 示

一の五 在宅患者訪問診療料(I)及び在宅患者訪問診療料(II)に規定する疾病等

別表第七 (P754) に掲げる疾病等

告 示

一の五の二 在宅患者訪問診療料(I)の注12（在宅患者訪問診療料(II)の注6の規定により準用する場合を含む。）に規定する別に厚生労働大臣が定める基準

患者一人当たりの直近三月の訪問診療の回数が一定数未満であること。

【疑義解釈】

【往診料】

2024.4.12 その2

問23 「C000」往診料に規定する別に厚生労働大臣が定める患者における「往診を行う保険医療機関において過去六十日以内に在宅患者訪問診療料、在宅患者訪問診療料(II)又は在宅がん医療総合診療料を算定しているもの」について、同一の患家において2人以上の患者を診療している場合であって、2人目以降として「A001」再診料等のみを算定

している場合は当該患者に該当するとみなしてよい。

答 みなしてよい。ただし、当該患者に対して往診を行い、当該患者に該当するものとして緊急往診加算等を算定する場合には、同一の患家における2人目以降の患者である旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

2024.3.28 その1

問166 「C000」往診料の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める患者について、施設基準通知の第14の4の2(1)にお

12. 適時調査

「適時調査」は、施設基準等の届出を行っている保険医療機関に対して、届出を行った内容などが基準を満たしているかどうかを確認するとともに、施設基準等について周知徹底及び適正化を図ることを目的として実施される行政指導です。

1. 保険医療機関への主な調査・検査の種類

行政機関は保険医療機関へ立ち入りのうえ、調査・検査する法律的な権限があります。

保険医療機関は、健康保険法第73条*により厚生労働大臣の指導を受ける義務があり、それを拒んだり不正があれば施設の使用制限や指定医療機関の取り消しなどがあります。

* 健康保険法

(厚生労働大臣の指導)

第七十三条 保険医療機関及び保険薬局は療養の給付に関し、保険医及び保険薬剤師は健康保険の診療又は調剤に関し、厚生労働大臣の指導を受けなければならない。

病院を監督している行政組織が立ち入りで実施する主な調査や検査には以下のものがあります（図1）。

(1) 医療法による「立入検査」（医療法第25条第一項）

医療機関は開設時に構造設備等について開設許可（届出）申請し許可を受け医業を行います。その使用許可通りの構造設備が維持されているかの検査や医療安全、医療機器の安全使用、医療廃棄物などその時々に合わせて改正された施行規則通りに運用されているかなどが自治体により検査されます。令和5年3月にはサイバーセキュリティ対策が医療機関に義務づけられました。

(2) 健康保険法等の医療保険各法に基づく指導（健康保険法第73条）

健康保険法等の医療保険各法（健康保険、船員保険、国民健康保険、後期高齢者医療制度等）に基づき保険者と契約している医療機関は、厚生労働大臣（地方厚生「支」局等）の指導を受ける義務があります。指導には「集団指導」「集団的個別指導」「個別指導」「都道府県個別指導、共同指導、特定共同指導」などがあり、他に「監査」があります。

(3) 公費負担医療に基づく調査（各法）

生活保護法、障害者総合支援法、母子保健法、感染症法など公費負担医療の指定医療機関であれば、その法律に基づき指導及び検査があります。

※ 特に生活保護法による調査は指定医療機関の不正受給が相次いだことにより厳しさが増しています。

図1

種 類	実施主体	根拠法等	内 容
立入検査	保健所等 医療法主管課	医療法第25条第一項	医療機関の開設時や新規医療機器など、構造設備等について、施行規則通りに運用されているか等の確認
指導 個別指導・集団指導	地方厚生(支)局等	健康保険法第73条	保険診療や診療報酬の請求に関する指導により、保険診療の質的向上と適正化を図る
共同指導等	厚生労働省 地方厚生(支)局等	健康保険法第73条	個別指導＋適時調査
監査	厚生労働省 地方厚生(支)局等	健康保険法第73条	虚偽の届出や不正又は著しい不当が疑われる場合の指導。指導後の措置は「注意」「戒告」「取消」
公費負担医療に基づく調査 (生活保護個別指導等)	医療法主管課 (市町村等各自治体)	各法	制度の趣旨や、医療扶助に関する事務取扱等の周知徹底
適時調査	厚生労働省 地方厚生(支)局等	厚生労働省保険局 医療課長通知	届け出た施設基準に対して、適合しているか、虚偽や不正がないかの調査により、施設基準の適正化を図る

(9) 比較表など

①-1 病棟区分別の入院基本料の基準等一覧

種別	区分	看護職員	平均在院日数	重症度、医療・看護必要度	点数
急性期一般入院基本料	入院料1 (許可病床数200床以上)	7対1以上 (看護比率7割以上)	16日以内	I = 不可	1,688点
				II = 割合①2割以上 かつ割合②2割7分以上	
	入院料1 (許可病床数200床未満)			I = 割合①2割一分以上 かつ割合②2割8分以上	
				II = 割合①2割以上 かつ割合②2割7分以上	
	入院料2 (許可病床数200床以上)	10対1以上 (看護比率7割以上)	21日以内	I = 不可	1,644点
	入院料2 (許可病床数200床未満)			II = 2割1分以上	
	入院料3 (許可病床数200床以上)			I = 2割2分以上	1,569点
	入院料3 (許可病床数200床未満)			II = 2割1分以上	
	入院料4 (許可病床数400床以上)			I = 不可	1,462点
	入院料4 (許可病床数400床未満)			II = 1割9分以上 II = 1割8分以上	
	入院料5 (許可病床数400床以上)			I = 不可	1,451点
	入院料5 (許可病床数400床未満)			II = 1割2分以上 II = 1割1分以上	
	入院料6			測定・評価	1,404点
地域一般入院基本料	入院料1	13対1以上 (看護比率7割以上)	24日以内	測定・評価	1,176点
	入院料2			—	1,170点
	入院料3	15対1以上 (看護比率4割以上)	60日以内	—	1003点
特別入院基本料		15対1未満 (看護比率7割未満)	—	—	612点
7対1入院基本料（専門病院入院基本料）		7対1以上 (看護比率7割以上)	28日以内	I = 割合①2割一分以上 かつ割合②2割8分以上	1,705点
				II = 割合①2割以上 かつ割合②2割7分以上	
7対1入院基本料（結核病棟入院基本料）		7対1以上 (看護比率7割以上)	—	I = 8分以上 II = 7分以上	1,677点

種別	基準	専門病院	障害者施設	結核病棟	精神病棟	特定機能病院		
						一般病棟	結核病棟	精神病棟
7対1入院基本料	点数 実質配置 看護比率 在院日数	1,705点 7対1以上 7割以上 28日以内	1,637点 7対1以上 7割以上 —	1,677点 7対1以上 7割以上 —	1,306点 10対1以上 7割以上 40日以内	1,822点 7対1以上 7割以上 26日以内	1,822点 7対1以上 7割以上 —	1,551点 7対1以上 7割以上 40日以内
10対1入院基本料	点数 実質配置 看護比率 在院日数	1,421点 10対1以上 7割以上 33日以内	1,375点 10対1以上 7割以上 —	1,405点 10対1以上 7割以上 —	1,306点 10対1以上 7割以上 40日以内	1,458点 10対1以上 7割以上 28日以内	1,458点 10対1以上 7割以上 —	1,393点 10対1以上 7割以上 40日以内
13対1入院基本料	点数 実質配置 看護比率 在院日数	1,191点 13対1以上 7割以上 36日以内	1,155点 13対1以上 7割以上 —	1,182点 13対1以上 7割以上 —	973点 13対1以上 7割以上 80日以内	—	1,228点 13対1以上 7割以上 —	1,038点 13対1以上 7割以上 80日以内
15対1入院基本料	点数 実質配置 看護比率 在院日数	—	1,010点 15対1以上 4割以上 —	1,013点 15対1以上 4割以上 —	844点 15対1以上 4割以上 —	—	1,053点 15対1以上 7割以上 —	948点 15対1以上 7割以上 —
18対1入院基本料	点数 実質配置 看護比率 在院日数	—	—	868点 18対1以上 4割以上 —	753点 18対1以上 4割以上 —	—	—	—
20対1入院基本料	点数 実質配置 看護比率 在院日数	—	—	819点 20対1以上 4割以上 —	697点 20対1以上 4割以上 —	—	—	—
特別入院基本料	点数 該当理由	—	984点 看護配置、看護 師比率等に不適 合の場合	586点 看護配置、看護 師比率等に不適 合の場合	566点 看護配置、看護 師比率等に不適 合の場合	—	—	—

<重症度、医療・看護必要度>

○7対1入院基本料（許可病床400床以上の急性期一般入院基本料2～5及び特定機能病院入院基本料（一般病棟）：II = 2割8分以上

<GAF尺度（精神科病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料（精神科病棟）>

○10対1入院基本料：GAFU尺度による判定30以下の患者が5割以上

○13対1入院基本料：GAFU尺度による判定30以下の患者又は身体合併症を有する患者が4割以上

<障害者施設等入院基本料（7対1入院基本料）>

○超重症または準超重症患者が3割以上

⑩ 施設基準の届出以外に必要な届出や報告及び毎年報告が必要な項目と報告時期

報告月	項目	報告の実績期間及び報告時期
4月	・向精神薬多剤投与の状況の報告	1月～3月分を4月末日
7月	・向精神薬多剤投与の状況の報告	4月～6月分を7月末日
8月	・回復期リハビリテーション病棟入院料、回復期リハビリテーション入院医療管理料及び特定機能病院リハビリテーション病棟入院料に係る報告書	・1年間（前年8月から7月）
	・回復期リハビリテーション病棟入院料における実績指数等に係る報告書	4月、7月、10月、1月の実績指数を報告 ※実績指数は直近6か月のデータより算出
	・施設基準の届出状況等の報告 （対象医療機関には厚生局から通知が届く）	8/1の状況を報告 ※提出期限は地方厚生（支）局が指定
10月	・初診料及び外来診療料の注2に規定する施設基準に係る報告（紹介率・逆紹介率）	10月末日 ※紹介率および逆紹介率が低いとの報告を行ったが、報告年度の連続する6か月間で実績の基準を満たした場合には、翌年の4月1日までに改めて報告が必要
	・向精神薬多剤投与の状況の報告	7月～9月分を10月末日
	・精神科デイ・ケア等の実施状況に係る報告	10月末日
10月～11月	・妥結率に係る報告	・4月1日から9月30日の実績 ・毎年10月1日から11月末日
1月	・向精神薬多剤投与の状況の報告	・10月～12月の実績 ・1月末日
2月	・酸素の購入価格の届出	2月15日まで
3月	・精神療養病棟入院料の注4に掲げる重症者加算1の報告	3月末日
その他	・保険医療機関の指定等に関する申請・届出	適時
	・保険医の登録等に関する申請・届出	
	・保険外併用療養費の報告（差額ベッド、予約診療等）	
	・明細書発行について「正当な理由」に該当する旨の届出	
	・精神科の診療に係る経験を十分に有する医師に係る届出	
	・ブリッジの事前申請書（歯科）	
	・小児義歯の事前申請書（歯科）	
	・施設基準に係る辞退届	

⑪ 院内掲示、ウェブサイトへの掲載の規定があるもの

【施設基準の規定による院内掲示事項及びウェブサイト掲載事項】

項目	内容
A000 注1 A001 注1 A002 注1	情報通信機器を用いた診療 情報通信機器を用いた診療の初診において向精神薬の処方を行わないことを当該保険医療機関のホームページ等に掲示していること。
A000 注9 A001 注7	夜間・早朝等加算 診療時間については、当該保険医療機関の建造物の外部かつ敷地内に表示し、診療可能な時間を地域に周知していること。
A000 注10	機能強化加算 地域におけるかかりつけ医機能として、必要に応じ、当該対応を行っていることについて当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること。また、医療機能情報提供制度を利用してかかりつけ医機能を有する医療機関等の地域の医療機関を検索できることを、当該医療機関の見やすい場所に掲示していること。
A000 注11 A001 注15	外来感染対策向上加算 当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項を掲示していること。
A000 注15 A001 注19 A002 注10 （歯科） A000 注14 A001 注11	医療情報取得加算 ・次に掲げる事項について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。 ①オンライン資格確認を行う体制を有していること。 ②当該保険医療機関を受診した患者に対し、受診歴、薬剤情報、特定健診情報その他必要な診療情報を取得・活用して診療を行うこと。 ・掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。

14. 不妊治療関係疑義解釈

【再婚後の回数上限】

2024.3.28 その1

問1 不妊治療を保険診療で実施している患者が、当該治療計画に係る同意したパートナーAと離婚し、新たに婚姻したパートナーBと改めて一連の治療計画を作成して不妊治療を開始した場合、回数は通算しないという理解でよいのか。

答 よい。

問2 問1の場合、新たな算定回数の上限に係る治療開始日の年齢についてはどのように考えるのか。

答 当該患者及びパートナーBについて、初めて胚移植術に係る治療計画を作成した日における年齢による。

問3 問1のパートナーBと再婚していた患者が離婚し、再びパートナーAと結婚した場合、胚移植に係る回数の上限についてはどのように考えるのか。

答 過去のパートナーAと実施した回数と通算する。

問4 問1の場合に、パートナーとの離婚及び結婚の具体的な確認方法如何。

答 パートナーBとの婚姻関係を確認するとともに、パートナーAとの重婚関係がないことを確認すること。具体的な確認方法については、令和4年3月31日付け事務連絡問12及び問30のとおり。

【抗ミューラー管ホルモン（AMH）】

問6 卵巣の機能の評価及び治療方針の決定には、調節卵巣刺激療法における治療方針の決定も含まれるのか。

答 含まれる。

問7 「D008」内分泌学的検査の「52」抗ミューラー管ホルモン（AMH）の対象患者について、「不妊症の患者」とあるが、具体的にはどのような者が該当するのか。

答 個別の医学的判断によるが、例えば、タイミング法を含む一般不妊治療や生殖補助医療といった不妊治療を実施している患者が想定される。

【採取精子調整管理料】

2024.4.26 その3

問1 「K917-4」採取精子調整管理料について、令和6年5月31日以前に保険診療として実施した精巣内精子採取術により採取及び凍結された精子を用いて、令和6年6月1日以降に体外受精又は顕微授精を実施する場合に、算定可能か。

答 令和6年5月31日以前に保険診療として実施した精巣内精子採取術の後に初めて「1 体外受精」又は

「2 顕微授精」を実施する場合には、算定可能。その際、精巣内精子採取術を実施した年月日（他の保険医療機関において実施した場合にあっては、その名称及び当該保険医療機関において実施された年月日）を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

2024.3.28 その1

問14 「K917-4」採取精子調整管理料について、令和4年3月31日以前に精巣内精子採取術により採取及び凍結された精子を用いて、令和6年6月1日以降に体外受精又は顕微授精を実施する場合に、算定可能か。

答 令和4年3月31日以前に実施した精巣内精子採取術の後に初めて「1 体外受精」又は「2 顕微授精」を実施する場合には、算定可能。

ただし、この場合においては、以下の(1)から(4)までを全て満たす必要がある。また、これらを確認した方法等を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載し、確認に当たって文書を用いた場合は、当該文書を診療録に添付すること。

- (1) 令和6年6月1日以降に、治療計画を作成し、生殖補助医療管理料を算定すること。
- (2) 以下のいずれかに該当すること。
 - ① 特定治療支援事業の実施医療機関として指定を受けている又は日本産科婦人科学会の体外受精・胚移植に関する登録施設である医療機関において精巣内精子採取術が実施された場合
 - ② 当該精巣内精子採取術により採取された精子を用いて生殖補助医療を実施する医師が、その採取・保存に関して、①の医療機関と同等の水準において実施されていたと判断できる場合
- (3) 保険診療に移行することについて患者の同意を得ること。
- (4) 令和6年6月1日以降に実施される不妊治療に係る費用について、同年5月31日以前に患者から徴収していないこと（同日以前に費用を徴収している場合にあっては、同年6月1日以降に実施される不妊治療に要する費用の返金を行っていること。）。なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和4年3月31日事務連絡）別添1の問53は廃止する。

問15 体外受精・顕微授精管理料を算定する保険医療機関以外の保険医療機関において精巣内精子採取術が実施された場合、採取精子調整管理料の算定について、どのように考えればよいのか。

答 採取精子調整管理料は精巣内精子採取術を算定する保険医療機関又は体外受精・顕微授精管理料を算定する保険医療機関において要件を満たせば算定できる



15. 練習問題

【基礎科目問題】

《概要に関する問題》

問1 届出に関する手続きについて、 に当てはまるものを1つ選べ。

「基本診療料の施設基準等」に係る届出に際しては、特に規定のある場合を除き、当該 で行うものであること。

- ① 病棟単位 ② 看護単位 ③ 病院単位 ④ 保険医療機関単位 ⑤ 病室単位

問2 施設基準届出受理後の措置について、正しいものを1つ選べ。

- ① 毎年10月1日現在で、施設基準の適合性を確認する。
 ② 原則年1回、受理後6か月以内を目途に適時調査が行われる。
 ③ 病棟の種別ごとの病床数に対して、2割以上の変動があった場合、変更の届出を行う。
 ④ 当該施設基準の届出区分が変更となった場合には、当該月中に変更の届出等を行う。
 ⑤ 当該施設基準を満たさなくなった場合には、遅滞なく変更の届出等を行うものであるが、算定要件中の紹介割合、逆紹介割合について、暦月で3か月を超えた一時的な変動は、この限りではない。

問3 基本診療料にかかわる施設基準の届出受理後の措置において、 に当てはまるものを1つ選べ。

算定要件（重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡの評価方法を用いる要件を除き、特定集中治療室管理料の施設基準のうち1の(12)及び3の(5)の要件を含む。）中の該当患者の割合については、 を超えない期間の1割以内の変動は、一時的な変動とみなされる。

- ① 30日 ② 暦月で1か月間 ③ 60日 ④ 暦月で3か月間 ⑤ 90日

《基本診療料に関する問題》

問4 初・再診料の施設基準等において、正しいものの組み合わせを1つ選べ。

- (1) 情報通信機器を用いた診療では、オンライン指針に沿って診療を行う体制が必要である。
 (2) 初診料の機能強化加算は、診療所は届出ができない。
 (3) 再診料の外来管理加算の対象となる検査に、眼科学的検査が含まれる。
 (4) 外来感染対策向上加算では、感染防止対策部門に、医師、看護師又は薬剤師その他の医療有資格者を院内感染管理者として配置することが必要である。
 (5) 特定委託率初診料では、医療用医薬品の取引価格の委託率等について同年4月1日から9月30日までの期間の実績を毎年10月1日から10月末日までに地方厚生（支）局へ報告が必要である。

- ① (1)と(2) ② (4)と(5) ③ (3)と(4) ④ (1)と(3) ⑤ (2)と(5)