

# 小児口腔機能管理料の注3に規定する口腔管理体制強化加算 「届出書」「添付書類」の記入例

別添2

## 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	届出番号 (口管強) 第 号
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">                 連絡先                  担当者氏名：                  電話番号：             </div>	
(届出事項)  <div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <b>[ 小児口腔機能管理料の注3に規定する口腔管理体制強化加算 ]</b> の施設基準に係る届出                 </div>	
<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" 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。</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 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。</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 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。</li> <li><input checked="" 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。</li> </ul> <p>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。</p> <p>令和      年      月      日</p> <p style="text-align: center;">保険医療機関・保険薬局の所在地及び名称</p> <p style="text-align: center;">開設者名</p> <p style="text-align: center;">中国四国厚生局長 殿</p>	
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、1通提出のこと。	

すべてにチェックが必要

## 口腔管理体制強化加算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（届出前 1 年間）

① 歯周病安定期治療、歯周病重症化予防治療の算定回数	30 回以上回
② 根面う蝕管理料、エナメル質初期う蝕管理料の算定回数	12 回以上回

※ ②について、令和 6 年 5 月 31 日以前の算定については、フッ化物歯面塗布処置及び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を合計して差し支えない。

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※届出が必要

中国四国厚生局ホームページ  
施設基準届出状況にて確認できます

→届出年月日（    年    月    日）

3 口腔機能管理の実績（届出前 1 年間）

① 歯科疾患管理料（口腔機能低下症又は口腔機能発達不全症の管理を行う場合に限る。）、歯科衛生実地指導料の口腔機能指導加算、小児口腔機能管理料、口腔機能管理料又は歯科口腔リハビリテーション料 3 の算定回数	12 回以上回
--	---------

4 歯科訪問診療料の注 15 に規定する届出の状況※届出が必要

以前の注 13  
在宅療養支援歯科診療所 1 又は 2 の届出を行っている場合は、4 の空白部分に（歯援診届出済）と記載し、在宅療養支援歯科診療所 1 又は 2 の受理番号若しくは算定開始年月日を記載する。

届出年月日（    年    月    日）

5 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又は②のいずれかについて記載すること。

①	歯科訪問診療 1、歯科訪問診療 2 又は歯科訪問診療 3 の算定回数	回
	歯科訪問診療を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 又は在宅療養支援歯科病院に依頼した回数	回
	合 計	5 回以上回

※ ①について、令和 6 年 5 月 31 日以前の算定については、歯科訪問診療 1 又は歯科訪問診療 2 の算定回数を合計して差し支えなく、歯科訪問診療 3 を含まないこと。

② 連携する歯科訪問診療を行う別の医療機関や地域の在宅医療の相談窓口の名称	
---------------------------------------	--

6 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 診療情報等連携共有料 1 又は 2 の算定回数	回
合 計	5 回以上回

※ ②について、令和 6 年 5 月 31 日以前の算定については、診療情報連携共有料の算定回数を合計して差し支えない。

歯科訪問診療を行っている歯科医院と連携をしている  
または  
県歯の「歯科往診サポートセンター」に登録している。

7 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	<b>記載例別紙 1 又は 2 参照</b> 届出用の研修会の修了書が必要な場合は県歯事務局 に連絡して下さい。
受講年月日	
研修の主催者	
講習の内容等	

※1 研修会の修了証（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）の写しを添付した場合には、上記への記載を省略して差し支えない。

※2 歯科疾患（エナメル質初期う蝕管理、根面う蝕管理に関する内容を含むものであること。）及び口腔機能の継続管理並びに高齢者・小児の心身の特性及び緊急時対応等を含むこと。

8 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	<b>歯科医師が複数名又は歯科医師と歯科衛生士がそれぞれ1名以上配置されていること（常勤・非常勤は問わず）</b>
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	

9 緊急時の連携保険医療機関 **偶発症等の緊急事態に対応可能な医科の保険医療機関**

医療機関の名称	<b>医科の医療機関（病院でも診療所でも可）</b> 例）岡山大学病院
所在地	<b>上記医療機関の住所</b> 例）岡山市北区鹿田町 2-5-1
緊急時の連絡方法等	<b>緊急時には電話等で連絡し救急車にて搬送</b>

## 10 迅速な歯科訪問診療が可能な体制

※ 当該保険医療機関で歯科訪問診療を行う場合に記載すること。

歯科訪問診療を行う 歯科医師名	自院における担当者を記入（院長でも可）
診療可能日	診療可能日を記入

## 11 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①～⑩の項目のうち3つ以上該当

① 居宅療養管理指導の提供実績	(実施回数) 1年以内に1回以上算定 回
② 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料	(算定回数) 1年以内に1回以上算定 回
③ 初診料の注6、再診料の注4、歯科訪問診療料の注8 の歯科診療特別対応加算1、2又は3	(算定回数) 1年以内に1回以上算定 回
④ 退院時共同指導料1、在宅歯科医療連携加算1若しくは 2、小児在宅歯科医療連携加算1若しくは2、在宅歯 科医療情報連携加算、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	(算定回数) 1年以内に1回以上算定 回
⑤ 地域ケア会議の出席	(会議名) 年1回以上出席 (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等又は病院・診 療所・介護保険施設等が実施する多職種連携に係る会議 等の出席	(会議名) 年1回以上出席 (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) 修了書を添付 (研修実施主体) (修了年月日) 年 月 日 (修了者氏名)
⑧ 在宅医療・介護等に関する研修の受講	(研修名) 修了書を添付 (研修実施主体) (修了年月日) 年 月 日 (修了者氏名)
⑨ 学校歯科医等に就任	(学校等の名称) 協力医でも可
⑩ 介護認定審査会の委員の経験	(在任期間) 年 月 経験あれば記載 ~ 年 月

⑪ 過去一年間の福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設、介護老人福祉施設又は介護老人保健施設における歯科健診への協力	(施設名) 1年以内に協力実績があること (実施日) 年 月 日
⑫ 自治体を実施する歯科保健に係る事業への協力	(事業名) 1歳6ヶ月検診・3歳児検診 妊婦健診・歯周病検診等 (実施日) 年 月 日

※1 ①～⑫については、7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 ②について、令和6年5月31日以前の算定については、栄養サポートチーム等連携加算1又は2の算定回数を合計して差し支えない。

※5 ③について、令和6年5月31日以前の算定については、歯科診療特別対応加算又は初診時歯科診療導入加算の算定回数を合計して差し支えない。

※6 ⑦、⑧について、内容が確認できる研修会の修了証（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）の写しを添付した場合には、上記への記載を省略して差し支えない。

12 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 **各医療機関の現状に応じて記載**

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）		
酸素供給装置		
血圧計		
救急蘇生セット		
歯科用吸引装置		

# 別紙 1

## 7 歯科疾患の継続管理等に係る研修の受講歴等

### 研修名

### 受講年月日

令和4年度 歯科医療安全研修会

令和5年2月5日

令和5年度 歯科医師認知症対応力向上研修会

令和6年1月31日

令和5年度 岡山県糖尿病医療連携セミナー

令和6年2月3日

### 研修の主催者

岡山県歯科医師会

### 講習の内容等

- ・ う蝕の重症化予防と継続管理（エナメル質初期う蝕、根面う蝕を含む）
- ・ 歯周病の重症化予防と継続管理（歯周病安定期治療の考え方を含む）
- ・ 全身疾患を有する患者の口腔機能管理
- ・ 高齢者・小児の心身の特性
- ・ 緊急時対応

上記全てを記載して下さい。

届出用の研修会の修了書が必要な場合は県歯事務局に連絡して下さい。

## 別紙 2

令和6年5月30日 疑義解釈（その6）より抜粋

問2 口腔管理体制強化加算の施設基準に係る届出書添付書類（様式17の2）の「7 歯科疾患の継続管理等に係る研修の受講歴等」について、令和6年度診療報酬改定前の歯科点数表の、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所（以下「旧か強診」という。）の施設基準に係る届出を行っている歯科医療機関の場合はどのように記載すればよいか。

（答）旧か強診の届出を行っている歯科医療機関においては、「受講歯科医師名」の欄へ歯科医師名を記載するほか、（か強診届出済）と記載し、旧か強診の施設基準に係る受理番号を記載する。また、研修の受講歴等に係る記載については、口腔管理体制強化加算の施設基準に係る届出にあたって追加で受講した研修についてのみ記載することで差し支えない。

なお、受理番号については、地方厚生（支）局のホームページに掲載されている届出受理医療機関名簿を参照されたい。