

# 歯科外来診療医療安全対策加算 1

## 「届出書」「添付書類」の記入例

別添 7

### 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 又は保険薬局コード		届出番号	(外安全1) 第 号
------------------------	--	------	---------------

連絡先  
担当者氏名：  
電話番号：

(届出事項)

[ 歯科外来診療医療安全対策加算1 ] の施設基準に係る届出

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。

令和 年 月 日

保険医療機関の所在地  
及び名称

開設者名

中国四国厚生局長 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、1通提出のこと。

すべてにチェックが必要

歯科外来診療医療安全対策加算 1  
 歯科外来診療感染対策加算 1  
 歯科外来診療感染対策加算 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、受理番号を記載すること）

<input checked="" type="radio"/>	歯科外来診療医療安全対策加算 1（2 及び 4 から 8 までの項目について記載）
<input type="radio"/>	歯科外来診療感染対策加算 1（2、3、9、10 の項目について記載）
<input type="radio"/>	歯科外来診療感染対策加算 2（2 及び 9 から 13 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）	

※歯初診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 歯科医師又は歯科衛生士の氏名

中国四国厚生局ホームページ

（歯科医師又は歯科衛生士を○で囲むこと）

施設基準届出状況にて確認できます

氏名	
1. <input type="radio"/>	（歯科医師・歯科衛生士）
2. <input type="radio"/>	（歯科医師・歯科衛生士）
3. <input type="radio"/>	（歯科医師・歯科衛生士）
4. <input type="radio"/>	（歯科医師・歯科衛生士）
5. <input type="radio"/>	（歯科医師・歯科衛生士）

3 院内感染防止対策に係る研修を受けた者の配置状況及び研修の受講歴等

（□には適合する場合「✓」を記入すること。）

院内感染防止対策に係る研修を受けた者を 1 名以上配置している	<input type="checkbox"/>
受講者名	講習名（テーマ）

※ 1 歯科医師又は歯科衛生士以外で研修を受けた者を配置している場合に記入すること。

※ 2 研修については、院内で実施した場合でも差し支えない。

4 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
	令和 4 年度 歯科医療安全研修会	令和 5 年 2 月 5 日	岡山県歯科医師会

※ 研修の受講を確認できるものを保管すること。

※既に外来環の届出済の場合「受講者名」の欄に受講した常勤歯科医師名を記載し、

「講習名（テーマ）」の欄に外来環の届出時の受理番号を記載しても可

5 医療安全管理者

氏名	職種
院長でも可	

※病院である医科歯科併設の保険医療機関においては、歯科の外来診療部門の医療安全管理者について記載すること。

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

各医療機関の現状に応じて記載（全て必要）

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		
血圧計		
救急蘇生セット		
その他		

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

8 医療安全対策に係る体制

公益財団法人日本医療機能評価機構が行う、  
歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業への登録  
登録のみなので、簡便

（①又は②のいずれかを記載すること）

① 公益財団法人日本医療機能評価機構が行う、歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業への登録状況

登録完了年月日	○ 年      ○ 月      ○ 日
---------	-----------------------

② 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	

9 院内感染管理者

氏名	職種

※病院である医科歯科併設の保険医療機関においては、歯科の外来診療部門の院内感染管理者について記載すること。

10 当該保険医療機関に設置されている歯科用吸引装置等

一般名称	装置の製品名	台数（セット数）
歯科用吸引装置		

以下の項目は歯科外来診療感染対策加算2の届出を行う場合に記載すること。

11 常勤歯科医師名と感染経路別予防策及び新型インフルエンザ等感染症等を含む感染症に係る対策・発生動向等に関する研修の受講歴等（1年以内の受講について記入すること。）

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ものを保管すること。

12 新型インフルエンザ等感染症等の発生時の体制

（適合していることを確認の上、全ての□に「✓」を記入すること。）

当該感染症患者又は疑似症患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニング等を行うことができる体制である	□
当該感染症患者又は疑似症患者を受け入れることを念頭に、地域の歯科医療を担当する別の保険医療機関から感染症患者又は疑似症患者を受け入れる連携体制を確保している	□
新型インフルエンザ等感染症等発生時の事業継続計画を策定している	□
事業継続計画の策定年月日	年 月 日

13 新型インフルエンザ等感染症等発生時に連携する医科診療の保険医療機関

医療機関の名称	
所在地	
その他	

※病院である医科歯科併設の保険医療機関であって、当該保険医療機関の医科診療科と連携体制が整備されている場合は、「その他」の欄にその旨を記載すること。

【記入上の注意】

- 「新型インフルエンザ等感染症等」とは、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第6条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症、同条第8項に規定する指定感染症又は同条第9項に規定する新感染症のことをいう。