



岡山市歯科医師会

# 施設基準説明会

令和6年5月14日(火)・15日(水)  
岡山県歯科医師会 もも丸ホール

## 施設基準

を取得しましょう

## 歯科外来診療医療安全対策加算1 (外安全1)

### 歯科外来診療医療安全対策加算1 (外安全1)

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="checkbox"/>	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="checkbox"/>	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="checkbox"/>	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  
(歯科医師又は歯科衛生士を○で囲むこと)

氏名	
1.	(歯科医師・歯科衛生士)
2.	<b>歯科医師(院長も可)及び歯科衛生士が それぞれ1名以上配置 (複数名の歯科医師でも可)</b> (歯科医師・歯科衛生士)
3.	(歯科医師・歯科衛生士)
4.	(歯科医師・歯科衛生士)
5.	(歯科医師・歯科衛生士)

## 歯科外来診療医療安全対策加算1 (外安全1)

### 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
歯科治療における安全対策		令和6年2月4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。  
 すでに外来環の届出している先生は「受講者名」欄に氏名を記載し「講習名」欄に外来環の受理番号を記載してもOK  
 提出は不要

### 5 医療安全管理者

氏名	職種
院長先生でもOKです	

※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。

## 歯科外来診療医療安全対策加算1 (外安全1)

### 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

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	「県歯購入の救急医薬品セット」	
その他		

すべて必要

## 歯科外来診療医療安全対策加算1 (外安全1)

### 7 緊急時の連携保険医療機関

医療機関の名称	岡山大学病院
所在地	岡山市北区鹿田町2-5-1
緊急時の連絡方法等	電話等による連絡

## 歯科外来診療医療安全対策加算1 (外安全1)

### ①か②のいずれか

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	特に回数の制限はありません
安全管理の体制確保のための職員研修の開催状況	
研修の主な内容等	院内における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした研修

## 歯科外来診療感染対策加算1 (外感染1)

## 歯科外来診療感染対策加算1 (外感染1)

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 type="checkbox"/>	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 checked="" type="checkbox"/>	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="checkbox"/>	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。

## 歯科外来診療感染対策加算1 (外感染1)

2 歯科医師又は歯科衛生士の氏名  
(歯科医師又は歯科衛生士を○で囲むこと)

氏名	
1.	(歯科医師・歯科衛生士)
2.	○ <b>歯科医師名・歯科衛生士名をこちらへ</b> ○ (歯科医師・歯科衛生士)
3.	(歯科医師・歯科衛生士)
4.	(歯科医師・歯科衛生士)
5.	(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)
	→ <b>院内での研修でもOK</b>
○ <b>歯科衛生士がいない医院はこちらへも</b> ○	

※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。

## 歯科外来診療感染対策加算1 (外感染1)

9 院内感染管理者

氏名	職種
<b>院長でもOK</b>	

※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	<b>口腔外バキュームが必須です</b>	

## 歯科技工士連携加算1 及び光学印象歯科技工士連携加算 (歯技連1)

## 歯科技工士連携加算1 及び光学印象歯科技工士連携加算 (歯技連1)

1 届出を行う施設基準 (該当するものすべてに○)

<input checked="" type="radio"/>	歯科技工士連携加算1及び光学印象歯科技工士連携加算
<input type="radio"/>	歯科技工士連携加算2

2 当該療養に係る歯科技工士の氏名等

氏 名	歯科技工所名
	技工所と対面で来られる技工士名を記載してください
	院内技工士は技工士名のみ記載

## 歯科技工士連携加算1 及び光学印象歯科技工士連携加算 (歯技連1)

3 診療体制 (歯科技工士連携加算2に係る届出を行う場合のみ記入する。)

該 当	要 件
<input checked="" type="checkbox"/>	保険医療機関内の歯科技工士又は他の歯科技工所との情報通信機器を用いた連携に当たって、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」に準拠した体制であること。

歯技連2も届ける場合はチェック

## 口腔管理体制強化加算 (口管強)

## 口腔管理体制強化加算 (口管強)

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) 合計30回以上

① 歯周病安定期治療、歯周病重症化予防治療の算定回数	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	回

※ ②について、令和6年5月31日以前の算定については、フッ化物歯面塗布料の

管理料のエナメル質 合計12回以上

F局(Ce,根C)を算入しても可

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 ( 〇〇年〇〇月〇〇日)

調べ方

- 1、「中四国厚生局 施設基準届出状況」で検索
- 2、「岡山事務所」内の「岡山全体」のPDFファイルを開く
- 3、「Ctrl」キーを押しながら「F」キーを押す

## 口腔管理体制強化加算 (口管強)

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	回
<b>合計12回以上</b>	回

4 歯科訪問診療料の注15に規定する届出の状況

届出年月日 ( 〇〇年 〇〇月 〇〇日)

「歯訪診」の届出年月日

「歯援診」の届出医療機関は  
記載不要です

## 口腔管理体制強化加算 (口管強)

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	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。

合計5回以上

↑ ↓ いずれか

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

岡山県歯科医師会  
「往診サポートセンター」

## 口腔管理体制強化加算 (口管強)

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	回

合計5回以上

※ 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。

## 口腔管理体制強化加算 (口管強)

### 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	対象となる研修会について 県歯科医師会、事務局にお尋ねください
受講年月日	
研修の主催者	
講習の内容等	修了証がない場合は、 これらを記載した一覧でも可

- ※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。

## 口腔管理体制強化加算 (口管強)

### 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	
常勤/非常勤	歯科医師/歯科衛生士	院長先生と衛生士1名でもOKです (常勤・非常勤は問いません)
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	

## 口腔管理体制強化加算 (口管強)

### 9 緊急時の連携保険医療機関

医療機関の名称	岡山大学病院
所在地	岡山市北区鹿田町2-5-1
緊急時の連絡方法等	電話等による連絡

## 口腔管理体制強化加算 (口管強)

### 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 (院長先生でもOKです)
診療可能日	

## 口腔管理体制強化加算 (口管強)

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 居宅療養管理指導の提供実績	(実施回数)	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)	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)	回
④ 退院時共済加算1、在宅歯科医療連携加算1若しくは 在宅歯科医療連携加算2	(算定回数)	回

**重度認知症を想定**

イ 脳性麻痺等で身体の不随意運動や緊張が強く…  
 ロ 知的発達障害等により開口保持ができない状態や…  
 ハ 重症の呼吸器疾患等で頻繁に治療の中断が…  
 ニ 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通…  
 ホ 人工呼吸器を使用している状態又は気管切開等…  
 ヘ 強度行動障害の状態であって、日常生活に支障を来す…

## 口腔管理体制強化加算 (口管強)

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)	(研修実施主体)	(修了年月日) 年 月 日	(修了者氏名)
<b>対象となる研修会について 県歯科医師会、事務局にお尋ねください</b>				
⑧ 在宅医療・介護等に関する研修の受講	(研修名)	(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)	〇〇小学校		

協力医の先生もOK

## 口腔管理体制強化加算 (口管強)

⑩ 介護認定審査会の委員の経験	(在任期間)	年 月	~ 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)	(実施日)	年 月 日
⑫ 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)	〇〇年〇〇月〇〇日

1歳半検診  
 妊婦パートナー検診  
 口腔機能検診  
 等もOK

## 口腔管理体制強化加算 (口管強)

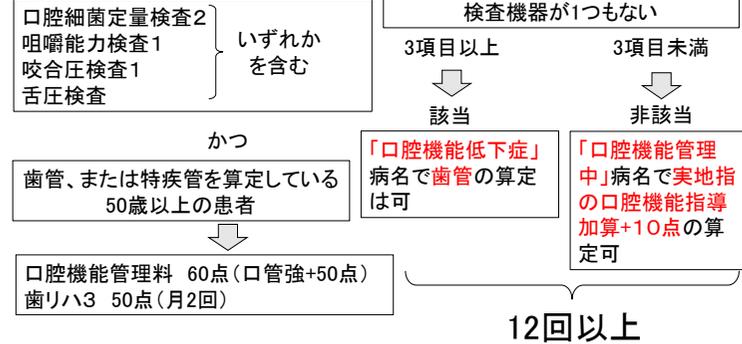
「届出たいが口腔機能管理を全くしたことがない」

## 口腔機能低下症の診断基準

下位症状	検査項目	該当基準	検査値	該当
①口腔衛生不良	<b>舌背上の微生物数</b>	$3.162 \times 10^6$ CPU/mL以上	CPU/mL	<input type="checkbox"/>
	舌苔の付着程度	50%以上	%	
②口腔乾燥	口腔粘膜湿潤度	27未満		<input type="checkbox"/>
	唾液量	2g/2分以下		
③咬合力低下	<b>咬合圧検査</b>	機種に応じて 200~500N未満	N	<input type="checkbox"/>
	残存歯数	20本未満	本	
④舌口唇運動機能低下	オーラル・ディアドコ キネシス	いずれか1つでも 6回/秒未満	【ノバ】 回/秒 【タ】 回/秒 【カ】 回/秒	<input type="checkbox"/>
⑤低舌圧	<b>舌圧検査</b>	30kPa未満	kPa	<input type="checkbox"/>
⑥咀嚼機能低下	<b>咀嚼能力検査</b>	100mg/dL未満	mg/dL	<input type="checkbox"/>
	咀嚼能率スコア法	スコア0, 1, 2		
⑦嚥下機能低下	嚥下スクリーニング検査 (EAT-10)	3点以上	点	<input type="checkbox"/>
	自記式質問票 (聖隷式嚥下質問紙)	Aが1項目以上		

## 口腔機能低下症

①~⑦のうち3項目以上該当で、口腔機能低下症  
(①~⑦を実施するのが望ましい)



お疲れ様でした