

# 施設基準の届出状況等の報告について（歯科） 関東信越厚生局ホームページ

関東信越厚生局 > 申請等手続き > 歯科診療所に係る定例報告等について

更新日：2024年7月31日

## 歯科診療所に係る定例報告等について

施設基準の届出を行った保険医療機関は、毎年8月1日現在で届出書の記載事項について地方厚生(支)局長へ報告を行うこととされています。つきましては、下記報告の流れに沿って報告書の提出をお願いいたします。報告書等については、下表よりダウンロードしていただき、プリントアウトしたものを、必要事項をご記載の上保険医療機関が所在する都県を管轄する[事務所\(埼玉県にあっては、指導監査課\)](#)宛に1部ご郵送をお願いいたします。

## 報告の流れ

○届けている施設基準が不明な場合は、下記リンク先をご参照ください。

・[保険医療機関・保険薬局の施設基準の届出受理状況及び保険外併用療養費医療機関一覧](#)

- 令和6年8月1日現在で、貴院が届けている施設基準について、要件を満たしているか自己点検をしていただきます。
- 自己点検の結果、要件を満たしていない施設基準があった場合は、(1)及び(2)をご提出ください。
  - [番号1\(別添2-2\)施設基準の届出の確認について](#)
  - [施設基準に係る辞退届](#)
- [番号2](#)以降の各様式について、下表の「報告対象」欄の条件に該当する場合はご提出ください。
- 医科併設の場合は、「[医科\(有床診療所\)に係る定例報告について](#)」又は「[医科\(無床診療所\)に係る定例報告について](#)」もご確認下さい。《報告の作成・提出にあたって》
  - 問い合わせ先・提出先は、保険医療機関が所在する都県を管轄する[事務所\(埼玉県にあっては指導監査課\)](#)です。
  - 提出期限は**令和6年8月30日(金)**になります。

番号	様式番号等	報告用紙名	様式等	報告対象	備考
1	別添2-2	施設基準の届出の確認について	<a href="#">様式(PDF)</a> <a href="#">様式(ワード)</a>	自己点検の結果、要件を満たしておらず辞退となる施設基準がある場合	辞退となる施設基準がある場合は、別途 <a href="#">辞退届</a> の提出が必要です
2	別紙様式4-2	特別の療養環境の提供(外来医療に係るもの)に係る届出状況報告書	<a href="#">様式(PDF)</a> <a href="#">様式(エクセル)</a>	外来医療に係る特別の療養環境の提供を実施している場合	変更がある場合は別途 <a href="#">変更の報告</a> が必要です
3	別紙様式5	選定療養及び歯科衛生実地指導等の実施状況報告書(歯科)	<a href="#">様式(PDF)</a> <a href="#">様式(エクセル)</a>	令和5年8月から令和6年7月までの間で、以下のいずれか又は両方に該当する場合。 (1)選定療養の実施実績がある (2)歯科衛生実地指導料又は訪問歯科衛生指導料の算定実績がある	選定療養について変更がある場合は別途 <a href="#">変更の報告</a> が必要です
4	別紙様式12	費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行に関する報告書	<a href="#">様式(PDF)</a> <a href="#">様式(エクセル)</a>	「正当な理由」に該当するため明細書を全患者に無料で発行していない診療所	届出を行っていたが、明細書を無料で交付することとなった場合は、 <a href="#">取り下げの届出</a> が必要です
5		「予約に基づく診察」及び「保険医療機関が表示する診療時間以外の時間における診察」の実施報告書	<a href="#">様式(PDF)</a> <a href="#">様式(ワード)</a>	特別の料金の徴収を行っている場合	変更がある場合は別途 <a href="#">変更の報告</a> が必要です
6	別紙様式16	摂食嚥下機能回復体制加算に係る報告書	<a href="#">様式(PDF)</a> <a href="#">様式(エクセル)</a>	摂食嚥下機能回復体制加算の届出を行っている場合	
7	別紙様式26	情報通信機器を用いた診療に係る報告書(歯科)	<a href="#">様式(PDF)</a> <a href="#">様式(エクセル)</a>	歯科点数表の初診料の「注12」及び再診料の「注16」に定める施設基準の届出を行っている場合	
8	別紙様式27	歯科点数表の初診料の注1の施設基準に係る報告書	<a href="#">様式(PDF)</a> <a href="#">様式(エクセル)</a>	歯科点数表の初診料の注1(歯初診)を届けている場合	
9	(基本)様式2の7	歯科外来診療感染対策加算2の施設基準に係る報告書	<a href="#">様式(PDF)</a> <a href="#">様式(ワード)</a>	歯科外来診療感染対策加算2の施設基準を届けている場合	
10	(特掲)様式18の2	在宅療養支援歯科診療所(1又は2)の施設基準に係る報告書	<a href="#">様式(PDF)</a> <a href="#">様式(ワード)</a>	在宅療養支援歯科診療所の届出を行っている場合	

(番号1・3・8の報告書については、主な報告書として添付しております。)

※東京都歯科医師会にて一部改編

### 施設基準の届出の確認について

8月1日現在、貴院が届け出ている施設基準について、要件を満たしているか否か自己点検の上、次の「ア」または「イ」のいずれに該当するかご確認ください。



ア 届け出ている施設基準のすべてについて、要件を満たしている場合

イ 届け出ている施設基準のうち、要件を満たしていないものがある場合



この様式（別添 2 - 2）は提出不要  
 ※ 保険医療機関の届出に応じて他の報告書については提出が必要です。  
 （例：ニコチン依存症管理料の報告等）

下の報告欄の **【控内】** に要件を満たしていない施設基準名を記入のうえ、辞退届と一緒にこの様式（別添 2 - 2）を提出（郵送）してください。



届け出ている施設基準のうち、次のものについては、施設基準の要件を満たしていません。（なお、それ以外の施設基準は、要件を満たしています。）

<要件を満たしていない施設基準名> （記入例）地域包括診療加算

※ 記入した施設基準については、併せて「辞退届」を提出してください。

令和 年 月 日

関東信越厚生局長 殿

保険医療機関 : 医療機関コード

--	--	--	--	--	--	--	--

所在地

名称

開設者

電話番号

（担当： ）

選定療養及び歯科衛生実地指導等の実施状況報告書 (歯科)

都道府県名

※ 休止の届出がされている場合は、当該報告書の提出は不要です。

Table with 2 columns: 医療機関コード (レセプトに記載する7桁の数字を記載すること。), 保険医療機関の名称

〔記載上の注意〕

- 1 前年8月1日から当年7月31日までの間の診療実績に基づき、記載すること。
2 期間内に①及び②の全項目について診療実績がない場合は、本報告書の提出は必要ないこと。
3 期間内にいずれかの項目の診療実績がある場合は、診療実績欄の「有」に☑の上、当該保険医療機関において実施した項目の金額又は人数のみ記載すること。①について各項目の価格を事前に報告している場合においても、診療実績がない項目には診療実績欄の「無」に☑の上、金額は記載しないこと。
4 各項目の価格に事前の報告と相違がある場合は、速やかに変更の報告をすること。
5 選定療養として地方厚生(支)局長に報告しておらず、一連の診療を全て自由診療とした場合における実績は報告対象としないこと。

【 ① 選定療養の実施状況 】

Table for 1. 金属床総義歯の実施状況. Columns: 1. 金属床総義歯の実施状況, 診療実績(いずれか1つに☑), 金額(消費税を含む). Rows include 白金加金, 金合金, コバルトクロム合金, チタン合金, and その他の金属.

※ その他の金属欄は商品名ではなく、一般名を記載すること。

Table for 2. う蝕に罹患している患者の指導管理の実施状況. Columns: 2. う蝕に罹患している患者の指導管理の実施状況, 診療実績(いずれか1つに☑), 金額(消費税を含む). Rows include フッ化物局所応用(1口腔1回につき) and 小窩裂溝填塞(1歯につき).

※ 選定療養として地方厚生(支)局長に報告し実施したものであること。

Table for 3. 前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金の支給の実施状況. Columns: 3. 前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金の支給の実施状況, 診療実績(いずれか1つに☑), 金額(消費税を含む). Rows include 金合金(1歯につき) and 白金加金(1歯につき).

※ 前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金とは、金属歯冠修復であって、その金属としては金合金又は白金加金を用いたものであること。なお、硬質レジン前装冠に用いる金合金又は白金加金は対象としないこと。

【 ② 歯科衛生実地指導料又は訪問歯科衛生指導料の算定状況 】

Table for ② 歯科衛生実地指導料又は訪問歯科衛生指導料の算定状況. Columns: 歯科衛生実地指導料又は訪問歯科衛生指導料, 算定実績, 歯科衛生士数(実数) (常勤, 非常勤). Includes a note: ※算定実績が「有」の場合のみ人数を記載すること。

- ※ 歯科衛生実地指導料又は訪問歯科衛生指導料のいずれかを算定した実績がある場合は、令和6年8月1日時点の常勤・非常勤それぞれの歯科衛生士数を記載すること。
※ 実績がない場合は算定実績欄の「無」に☑の上、歯科衛生士数は記載しないこと。
※ 令和6年8月1日時点で歯科衛生士数が0人であっても、前年8月1日から当年7月31日までの間に診療実績がある場合は、算定実績欄の「有」に☑の上、歯科衛生士数を0人と記載すること。

(別紙様式 27)

歯科点数表の初診料の注1の施設基準に係る報告書(8月報告)

(令和6年8月1日)

所在地

保険医療機関名

保険医療機関コード(レセプトに記載する7桁の数字を記載)

1 当該保険医療機関の平均患者数及び滅菌体制の実績(該当する番号に○)

	概要
1日平均患者数 (届出前3ヶ月間)	1. 10人未満 2. 10人以上 20人未満 3. 20人以上 30人未満 4. 30人以上 40人未満 5. 40人以上 50人未満 6. 50人以上
滅菌体制 (該当する番号に○)	1. 診療室内に設置した滅菌器を使用 2. 複数の診療科で共有する中央滅菌部門において滅菌 3. 外部の業者において滅菌(業者名: )
「1. 診療室内に設置した滅菌器を使用」に該当する場合は以下について記載	
滅菌の体制について (1日あたりの滅菌の実施回数)	1. 1日1回 2. 1日2回 3. 1日3回以上5回未満 4. 1日5回以上

2 当該保険医療機関に設置されている歯科用ハンドピース・ユニットの保有状況

機器名	概要	
歯科用ハンドピース (歯科診療室用機器に限る)	保有数	
歯科用ユニット数	保有数	

※ 歯科用ハンドピースの保有数の欄には以下の一般的名称の機器の保有数の合計を記載すること。  
歯科用ガス圧式ハンドピース、歯科用電動式ハンドピース、ストレート・ギアードアングルハンドピース、歯科用空気駆動式ハンドピース

3 常勤歯科医師の院内感染防止対策(標準予防策及び新興感染症に対する対策)に関する研修の受講歴等(4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)	研修名 (テーマ)	受講年月日	当該研修会の主催者

4 当該保険医療機関における院内研修の実施状況(該当する□に「✓」を記入。)

□ 受講すべき職員がいない(雇用している職員がいない場合を含む。)

□ 職員に対する院内研修を実施した(実施内容等を下表に記入。複数選択可。)

方法	□院内研修を実施	□院外研修を受講
内容	<input type="checkbox"/> 標準予防策 <input type="checkbox"/> 新興感染症に対する対策 <input type="checkbox"/> 医療機器の洗浄・消毒・滅菌 <input type="checkbox"/> 職業感染防止 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 環境整備 <input type="checkbox"/> 手指衛生 <input type="checkbox"/> 感染性廃棄物の処理 ( )