

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）

|  |  |
|--|--|
|  | 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）  |
|  | 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）         |
|  | 歯科外来診療感染対策加算 2（2、3 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：（ <u>歯初診</u> ）  |

※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. | （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 |          | □ |
| 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<br>（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。

## 5 医療安全管理者

| 氏名 | 職種 |
|----|----|
|    |    |

## 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                    |            |          |
| その他                        |            |          |

## 7 緊急時の連携保険医療機関

|           |  |
|-----------|--|
| 医療機関の名称   |  |
| 所在地       |  |
| 緊急時の連絡方法等 |  |

## 8 医療安全対策に係る体制

（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<br>（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                      | <input type="checkbox"/> |
| 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 | <input type="checkbox"/> |
| 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  | <input type="checkbox"/> |
| 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。