

関東信越厚生局へ行う定期報告について

2019 年 7 月
東京歯科保険医協会

7 月は関東信越厚生局東京事務所（以下「厚生局」）へ定期報告を行う時期となっており、厚生局から都内の歯科医療機関に報告書が既に郵送されています。

つきましては、各報告書の記載方法等について、下記の通りご案内します。

記

1. 定期報告（報告書等の提出）が必要なもの

①厚生局から郵送された報告書のうち、提出が必要なものは下記表のとおりです。該当するものがある場合は報告書の提出が必要です。記載方法は記載例（別紙①～③）をご覧ください。

なお、下記以外の報告書がある場合は、協会までお電話ください（電話 03-3205-2999）。

②「施設基準の届出の確認について（報告）（様式 2-2）」は、原則提出は不要です。

提出が必要になるのは、届出した施設基準のうち満たしていないものがある場合（例：在宅療養支援歯科診療所の施設基準を満たしていないなど）です。その場合には、「施設基準の届出の確認について（報告）（様式 2-2）」と「施設基準に係る辞退届」を提出する必要があります。

具体的な手続きが不明な場合は、協会までお電話ください（電話 03-3205-2999）。

表：項目と届出する報告書について

No.	該当項目	報告書	記載例
1	歯科点数表の初診料の注 1 の施設基準（歯初診）を、厚生局に届出している医療機関	様式 2 の 7	別紙①
2	下記の保険外併用療養費を厚生局に届出している医療機関 ①金属床総義歯 ②う蝕に罹患している患者の指導管理の実施状況 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	別紙様式 5	別紙②
3	歯科衛生実地指導料又は訪問歯科衛生指導料を算定している医療機関	別紙様式 5	別紙②
4	在宅療養支援歯科診療所（歯援診 1、2）の施設基準を、厚生局に届出している医療機関	様式 18 の 2	別紙③

以上

歯科点数表の初診料の注 1 の施設基準に係る報告書

保険医療機関名：東京保険デンタルクリニック医療機関コード：0 1 2 3 4 5 6

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 （報告前 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 日あたりの滅菌器の 使用回数）	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	21 本
歯科用ユニット数	保有数	3 台

※ 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

②

(別紙様式 5)

(令和元年 7 月 1 日現在)

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 東京都

自院の都道府県名を記入する。

保険医療機関コード

※レセプトに記載する 7 桁の数字を記載すること。

123456

保険医療機関コードと保険医療機関の名称を記入する。

保険医療機関の名称

東京保険デンタルクリニック

関東信越厚生局ホームページから自院が届出している選定療養を確認する。(別紙参照)

【記載上の注意事項】

- 1 前年 7 月 1 日から当年 6 月 30 日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」を○で囲み、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」を○で囲み、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。

なお、記載例は下記の届出をしている場合です。

1. 金属床総義歯
(1) 白金加金：上顎共に 540,000 円
(2) 金合金：上顎共に 540,000 円
2. う蝕に罹患している患者の指導管理の実施状況
(1) フッ化物局所応用：3,150 円
(2) 小窩裂溝填塞：3,150 円

【① 選定療養の実施状況】

1. 金属床総義歯の実施状況		診療実績	金額 (消費税を含む)
金属の種類毎の 1 床当たりの価格	白金加金	上顎 有・無	540,000 円
		下顎 有・無	540,000 円
	金合金	上顎 有・無	円
		下顎 有・無	円
	コバルトクロム合金	上顎 有・無	円
		下顎 有・無	円
	チタン合金	上顎 有・無	円
		下顎 有・無	円
	その他の金属 ()	上顎 有・無	円
		下顎 有・無	円

金額等を届出しているもので実績がある場合は、「診療実績」に「有」に○をつけ、「金額」に金額を記入する。

金額等を届出しているもので実績がない場合は、「診療実績」に「無」に○をつけ、「金額」には何も記載しない。

金額等を届出していないものは無記入でよい

金額等を届出していないものは無記入でよい

金額等を届出していないものは無記入でよい

※ 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。

金額等を届出しているもので実績がある場合は、「診療実績」に「有」に○をつけ、「金額」に金額を記入する。

金額等を届出しているもので実績がない場合は、「診療実績」に「無」に○をつけ、「金額」には何も記載しない。

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	金額 (消費税を含む)
継続管理の種類	フッ化物局所応用 (1 口腔 1 回につき)	有・無	3,150 円
	小窩裂溝填塞 (1 歯につき)	有・無	円

※ 選定療養として地方厚生局 (支) 局長に報告し実施したものであること。

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	金額 (消費税を含む)
金合金 (1 歯につき)		有・無	円
白金加金 (1 歯につき)		有・無	円

金額等を届出していないものは無記入でよい

金額等を届出していないものは無記入でよい

※ 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】

		診療実績	常勤	非常勤
歯科衛生士数	歯科衛生実地指導料	有・無	1 人	1 人
	訪問歯科衛生指導料			

本年 7 月 1 日時点の歯科衛生士の人数を記載する。

- ※ 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、令和元年 7 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。
- ※ 実績がない場合は診療実績欄の「無」を○で囲み、人数は記載しないこと。
- ※ 令和元年 7 月 1 日時点で歯科衛生士数が 0 人であっても、前年 7 月 1 日から当年 6 月 30 日の間に診療実績がある場合は、診療実績欄の「有」を○で囲み、0 人と記載すること。

自院が届出している選定療養費（保険外併用療養費）の確認方法

厚生労働省 関東信越厚生局
Kanto-Shinetsu Regional Bureau of Health and Welfare

本文へ お問い合わせ（ご質問） サイトマップ ご意見・ご要望

カスタム検索

アクセス 申請等手続き 業務内容 関東信越厚生局について 調達情報 情報公開 管轄法人等

ひと、暮らし、みらいのために

平成30年度診療報酬改定 地域包括ケアシステムについて 採用情報（インターンシップ含む）
Bringing/Importing Medicines（医薬品等の輸入） 再生医療の安全性の確保等 臨床研究法について

重要なお知らせ
2019年6月28日 申請・届出

保険医療機関等における定例報告等について

全国の地方厚生（支）局
北海道 東北

令和元年度定例報告等について

報告様式等
該当する下記リンクをクリックし、報告の流れに沿って報告書の提出をお願いします。

応症
医科（有床診療所）
医科（無床診療所）
歯科診療所

よくあるご質問
パンフレット等ダウンロード
採用情報
地方厚生局医薬取締部（外部サイト）へリンク

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7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

保険外併用療養費医療機関一覧

令和元年6月1日現在

都県	医科	歯科	薬局
茨城県	医科(PDF)	歯科(PDF)	該当なし
栃木県	医科(PDF)	歯科(PDF)	該当なし
群馬県	医科(PDF)	歯科(PDF)	該当なし
埼玉県	医科(PDF)	歯科(PDF)	該当なし
千葉県	医科(PDF)	歯科(PDF)	該当なし
東京都	医科(PDF)	歯科(PDF)	該当なし

①「東京都」の「歯科」をクリック。
②一覧から自院を検索し、届出内容を見る。

③

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

保険医療機関名とコード
を記入する。

保険医療機関名

東京保険デンタルクリニック

医療機関コード

0123456

歯科訪問診療の実施状況について

本年 6 月 1 日から 30 日ま
での延べ人数を記入する。

1) 歯科訪問診療の割合(6 月 1 日から 30 日までの 1 月間の実績)

歯科訪問診療料を算定した人数

① 12 人

外来で歯科診療を提供した人数

② 213 人

※ ①については、歯科訪問診療料(歯科訪問診療1、2若しくは3又は歯科訪問診療料の注 13「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」)を算定した患者の合計延べ人数を記載すること。

※ ②については、診療所で歯科初診料、歯科再診料を算定した患者の合計延べ人数を記載すること。

歯科訪問診療を提供した患者数の割合 ① / (①+②) = 0.053

この場合の計算は
12 / (12 + 213)
となる。

2) 歯科訪問診療の実績(4 月から 6 月までの 3 月間)

歯科訪問診療1	① 35 人
歯科訪問診療2	② 15 人
歯科訪問診療3	③ 0 人

本年 4 月から 6 月までの延
べ人数を記入する。この場合の計算は
35 / (35 + 15 + 0)
となる。

※①～③の歯科訪問診療料の人数は延べ人数を記載すること。

歯科訪問診療のうち歯科訪問診療1を算定する患者の割合 ① / (①+②+③) = 0.70

※ 歯科訪問診療1には歯科訪問診療料の注 13「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」を算定した患者のうち、歯科訪問診療1に相当する診療を行った患者数を含む。

※ 歯科訪問診療2には歯科訪問診療料の注 13「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」を算定した患者のうち、歯科訪問診療1に相当する診療を行った患者を除いた患者数を含む。

3) 歯科疾患在宅療養管理料の 4 月から 6 月までの 3 月間の実績

6 人

本年 4 月から 6 月までの延
べ人数を記入する。

※歯科疾患在宅療養管理料の算定人数について、延べ人数を記載すること。