

別表第 1（第 3 条関係）

在宅歯科診療（訪問診療）に用いる医療機器

|        | 区分                                                                                                                                                                                        | 要件                                                                                                                                                                                                                               |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 補助事業者  | 医療機関（歯科）                                                                                                                                                                                  | <p>①新たに在宅歯科診療（訪問診療）に取り組むことを計画している医療機関又は既に在宅歯科診療（訪問診療）を実施しており、今後診療内容の拡充、対応患者数の増加等の取組の拡充を計画していること。</p> <p>②在宅歯科連携室の協力医療機関として登録を行うこと。</p> <p>③補助対象機器の購入後、在宅歯科連携室から訪問歯科診療の依頼があった際、事業計画書に記載した訪問歯科実施日時での診療が可能である場合は、訪問歯科診療を実施すること。</p> |
| 補助率    | 2 分の 1 以内                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                  |
| 補助基準額  | 300 万円 訪問歯科診療において使用する医療機器<br>（補助上限額：300 万円×1/2＝150 万円）                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                  |
| 補助対象経費 | 上記補助事業者における以下の対象機器の整備費用                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                  |
| 対象機器   | <p>（1）ポータブルユニット</p> <p>（2）ポータブルレントゲン</p> <p>（3）パルスオキシメーター</p> <p>（4）ポータブルエンジン</p> <p>（5）超音波スケーラー</p> <p>（6）給吸ブラシ</p> <p>（7）注水・排唾システム</p> <p>（8）在宅訪問歯科関連機器</p> <p>※ 原則として、据置型及び消耗品を除く。</p> |                                                                                                                                                                                                                                  |