

平成 22 年度歯科診療報酬改定の概要

各項目(告示)・注・通則は「別表第 2 歯科診療報酬点数表」(H22.3.5 厚生労働省告示第 69 号)
(通知)等は「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(H22.3.5 保医発 0305 第 1 号)
 「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(H22.3.5 保医発 0305 第 2 号)
 「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(H22.3.5 保医発 0305 第 3 号)
 「特定保険医療材料及びその材料価格(材料価格基準)の一部を改正する件」(H22.3.5 厚生労働省告示第 71 号)
 「特定保険医療材料及びその材料価格(材料価格基準)の一部改正に伴う特定保険医療材料料(使用歯科材料料)の算定について」(H22.3.5 保医発 0305 第 6 号)

□は「歯科の診療録及び診療報酬明細書に使用できる略称について」(H22.3.5 保医発 0305 第 15 号)

—は今回の診療報酬改定における改定点等

(新設内容等に関しては—を入れていないこと及び実施上の留意事項等で改定前と取扱いに特に変更がない内容については掲載していないことに留意。)

斜体は診療録への記載等に係る事項

※は留意点等の注釈

本資料の構成について

I. 平成 22 年度診療報酬改定の概要は、平成 22 年 3 月 5 日に開催された厚生労働省保険局医療課による改定説明会における平成 22 年度歯科診療報酬改定の概要(一部改変)に沿って、その項目ごとに歯科診療報酬点数表本体の**各項目・注・通則**、取扱・算定要件等を示した**(通知)**及び必要に応じて**※**で注釈を示したもの。

II. I 以外で告示及び実施上の留意事項通知(算定要件)等が改められた主な内容は、I の内容以外で新設及び取扱・算定要件等が改められた内容について、療養担当規則及び歯科診療報酬点数表の各部ごとに**各項目・注・通則**、**(通知)**及び必要に応じて**※**で注釈を示したもの。

III. その他、改定等が行われた内容(項目のみ)

I. 平成 22 年度診療報酬改定の概要

平成22年度診療報酬改定の概要							
<p>全体改定率 +0.19%(約700億円)</p> <p>⇒ 10年ぶりのネットプラス改定</p> <p>診療報酬(本体) +1.55%(約5,700億円)</p> <table border="0"> <tr> <td>医科 +1.74%</td> <td rowspan="2">入院 +3.03%</td> </tr> <tr> <td>(約4,800億円)</td> <td>外来 +0.31%</td> </tr> <tr> <td></td> <td>(約400億円)</td> </tr> </table> <p>急性期入院医療に概ね4000億円を配分</p> <p>歯科 +2.09%(約600億円)</p> <p>調剤 +0.52%(約300億円)</p> <p>薬価等 ▲1.36%(約5,000億円)</p>	医科 +1.74%	入院 +3.03%	(約4,800億円)	外来 +0.31%		(約400億円)	<p>社会保障審議会の「基本方針」</p> <p>1. 重点課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ・救急、産科、小児、外科等の医療の再建 ・病院勤務医の負担軽減 <p>2. 4つの視点</p> <p>充実が求められる領域の評価 など</p> <p>3. 後期高齢者という年齢に着目した診療報酬体系の廃止</p>
医科 +1.74%	入院 +3.03%						
(約4,800億円)		外来 +0.31%					
	(約400億円)						

重点課題への対応

- ・ 救命救急センター、二次救急医療機関の評価
- ・ ハイリスク妊産婦管理の充実、ハイリスク新生児に対する集中治療の評価
- ・ 手術料の引き上げ、小児に対する手術評価の引き上げ
- ・ 医師事務作業補助体制加算の評価の充実、多職種からなるチーム医療の評価

4つの視点(充実が求められる領域の評価、患者から見てわかりやすい医療の実現など)

- ・ がん医療・認知症医療・感染症対策・肝炎対策の推進、**歯科医療の充実**、明細書の無料発行など

後期高齢者医療の診療報酬について

- ・ 75歳という年齢に着目した診療報酬体系の廃止

平成22年度歯科診療報酬改定における 主な改定項目

- I 在宅歯科医療の推進
- II 障害者歯科医療の充実
- III 在宅及び障害者歯科医療の後方支援病院の機能強化
- IV 患者の視点に立った歯科医療
- V 生活の質に配慮した歯科医療
- VI エックス線撮影料の評価体系の見直し
- VII 歯科固有の技術の評価の見直し
- VIII 歯科矯正診断料の施設基準等の見直し
- IX 新規医療技術の保険導入(歯科)

I 在宅歯科医療の推進

基本的な考え方

1. 歯科訪問診療の実情も踏まえ、より分かりやすい体系とするため、歯科訪問診療料に係る評価体系を見直す。
2. 在宅歯科医療が必要な患者は、
 - (1) 全身的な基礎疾患を有すること
 - (2) 生活機能・運動機能の低下等による咀嚼機能の低下や全身管理が必要な場合があること
 - (3) う蝕（むし歯）や歯周疾患等の歯科疾患が重症化しやすい特性があることを踏まえ、よりきめ細かな歯科疾患の管理についての評価を行う。
3. 地域における在宅歯科医療に係る十分な情報提供の推進や、医科医療機関、ケアマネージャー等との連携促進を図る。

具体的な対応

1. 歯科訪問診療の評価体系の見直し
 歯科訪問診療の実情も踏まえ、より分かりやすい体系とするため、
歯科訪問診療料に係る評価体系の見直しを行う。

改定前	改定後
<p>【歯科訪問診療料】(1日につき)</p> <p>1 歯科訪問診療1 830点 2 歯科訪問診療2 380点</p> <p>イ 患者の求めに応じた場合 ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療の必要が認められた患者であって、患者の同意を得た場合(患者1人に限る。)</p> <p>【歯科訪問診療1の算定要件】 ・在宅等において療養を行っている通院困難な患者1人 1人目の患者 歯科訪問診療1 2人目以降の患者 初診料又は再診料</p> <p>【歯科訪問診療2の算定要件】 ・社会福祉施設等において療養を行っている通院困難な複数の患者 1人目の患者 歯科訪問診療2 2人目以降の患者 30分を超える場合 歯科訪問診療2 30分を超えない場合 初診料又は再診料</p>	<p>【歯科訪問診療料】(1日につき)</p> <p>1 歯科訪問診療1 830点 2 歯科訪問診療2 380点</p> <p>イ 患者の求めに応じた場合 ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療の必要が認められた患者であって、患者の同意を得た場合(患者1人に限る。)</p> <p>【歯科訪問診療1の算定要件】 ・在宅等において療養を行っている通院困難な患者(同一建物居住者を除く。) → 患者1人の場合 20分以上の患者 歯科訪問診療1 20分未満の患者 初診料又は再診料</p> <p>【歯科訪問診療2の算定要件】 ・在宅等において療養を行っている通院困難な同一建物居住者 → 複数患者の場合 20分以上の患者 歯科訪問診療2 20分未満の患者 初診料又は再診料</p> <p>※ 歯科訪問診療料を算定する保険医療機関においては、歯科訪問診療について、院内掲示により患者に対する情報提供に努めること</p>

歯科訪問診療料 (1日につき)

- 1 歯科訪問診療 1 830点 **訪問診療 1**
- 2 歯科訪問診療 2 380点 **訪問診療 2**

注 1 1については、在宅等において療養を行っている患者(当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に歯科訪問診療を行う場合の当該患者(以下この区分番号において「同一建物居住者」という。)を除く。)であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、次のいずれかに該当する歯科訪問診療(診療時間が20分以上の場合に限る。)を行った場合に算定する。この場合において、初診料又は再診料は、算定しない。

- イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療
- ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する当該患者の同意を得た歯科訪問診療

2 2については、在宅等において療養を行っている患者(同一建物居住者に限る。)であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、次のいずれかに該当する歯科訪問診療(診療時間が20分以上の場合に限る。)を行った場合に算定する。この場合において、初診料又は再診料は、算定しない。

- イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療
- ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する当該患者の同意を得た歯科訪問診療

(通知) 保険医療機関の保険医が、同一建物に居住する通院困難な患者1人のみに対し歯科訪問診療を行う場合であって、当該患者を診療した時間が20分以上になる場合は、「歯科訪問診療1」を算定する。

(通知) 「歯科訪問診療2」は、「同一建物居住者」に対して保険医療機関の保険医が同一日に訪問診療を行う場合であって、当該患者を診療した時間が当該患者1人につき20分以上になる場合に算定する。

同一建物居住者とは、基本的には、建築基準法（昭和25年法律第201号）第2条第1号に掲げる建築物に居住する複数の者のことをいうが、具体的には、例えば以下のような患者のことをいう。

イ 老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の4に規定する養護老人ホーム、老人福祉法第20条の6に規定する軽費老人ホーム、老人福祉法第29条第1項に規定する有料老人ホーム、老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホーム、マンションなどの集合住宅等の施設に入居又は入所している複数の患者

ロ 介護保険法第8条第9項に規定する短期入所生活介護、介護保険法第8条第17項に規定する小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第63条第5項に規定する宿泊サービスに限る。）、介護保険法第8条第18項に規定する認知症対応型共同生活介護、介護保険法第8条の2第9項に規定する介護予防短期入所生活介護、介護保険法第8条の2第16項に規定する介護予防小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第36号）第44条第5項に規定する宿泊サービスに限る。）、介護保険法第8条の2第17項に規定する介護予防認知症対応型共同生活介護などのサービスを受けている複数の患者

(通知) 在宅等において療養を行っている通院が困難な患者に対し、訪問して歯科訪問診療を行った場合、診療に要した時間が当該患者1人につき20分に満たない場合は、歯科訪問診療料を算定せず、初診料、再診料及び特掲診療料を算定する。

(通知) 歯科訪問診療を行った場合は、診療録に次の事項を記載すること。

- イ 歯科訪問診療を行った日、実施時刻（開始時刻と終了時刻）
- ロ 訪問先名（記載例：自宅、〇〇マンション、介護老人保健施設××苑）
- ハ 通院困難となった理由

(通知) 歯科訪問診療料を算定する保険医療機関においては、歯科訪問診療を行っている保険医療機関である旨を院内掲示により患者に対して情報提供を行うよう努めること。

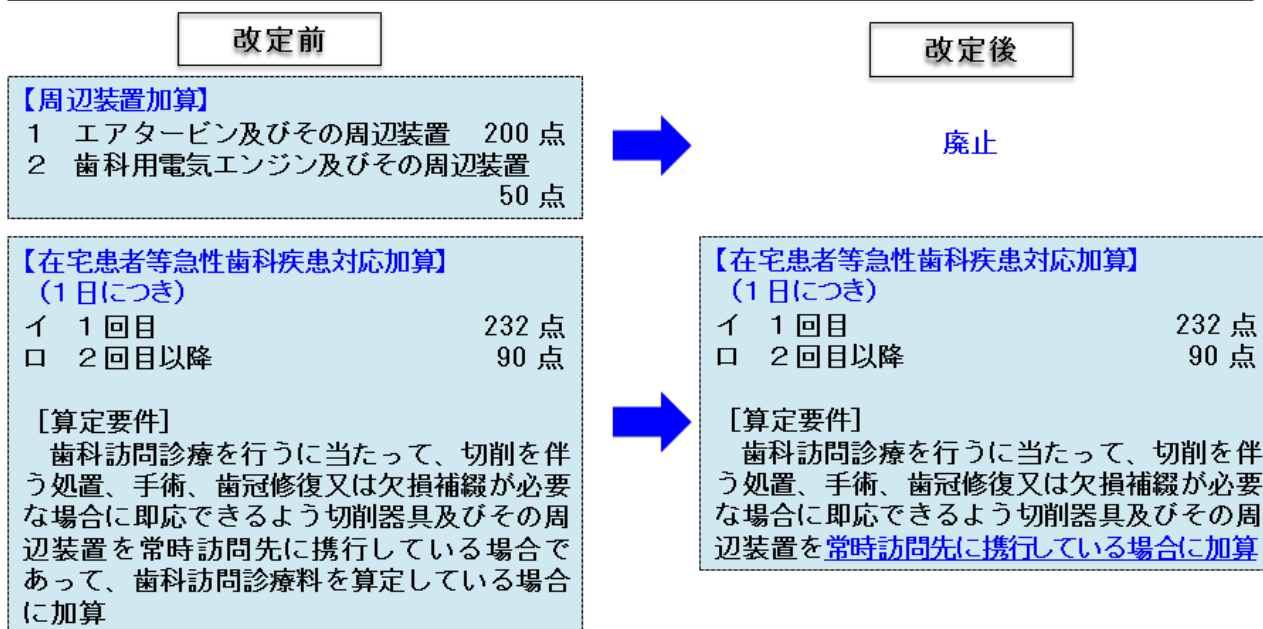
H22年度歯科診療報酬改定における新たな歯科訪問診療の評価体系		
	1人の患者を診療した場合	複数の患者を診療した場合
20分以上	歯科訪問診療1(830点)	歯科訪問診療2(380点)
20分未満	初診料又は再診料	初診料又は再診料

※ 歯科訪問診療においては、

- ① 同一建物内において、一人のみの患者を診療するのか、それとも複数の患者を診療するのか
- ② 診療前の準備、診療後の片付けや患者の移動に要した時間及び併せて実施した訪問歯科衛生指導に係る時間を含めない診療時間が、20分以上であるのか、それとも20分未満であるのかにより、歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は基本診療料の算定に区別される。

2. 周辺装置加算の廃止

歯科訪問診療を行う際には、在宅等において療養を行っている患者の口腔内の状態等に応じて必要かつ適切な歯科診療が行えるよう必要な機器等を常時携帯している実態を踏まえ、**周辺装置加算を廃止し、在宅患者等急性歯科疾患対応加算に統合する。**



※ 在宅患者等急性歯科疾患対応加算は、歯科訪問診療料における注 9、初診料における注 1 1 及び再診料における注 8 に設定されている。したがって、歯科訪問診療を行っている場合であり、常時訪問先に切削器具及び周辺装置を携帯している場合であれば、歯科訪問診療料の算定の有無にかかわらず、歯科訪問診療料又は基本診療料に加算できる。**急性対応**

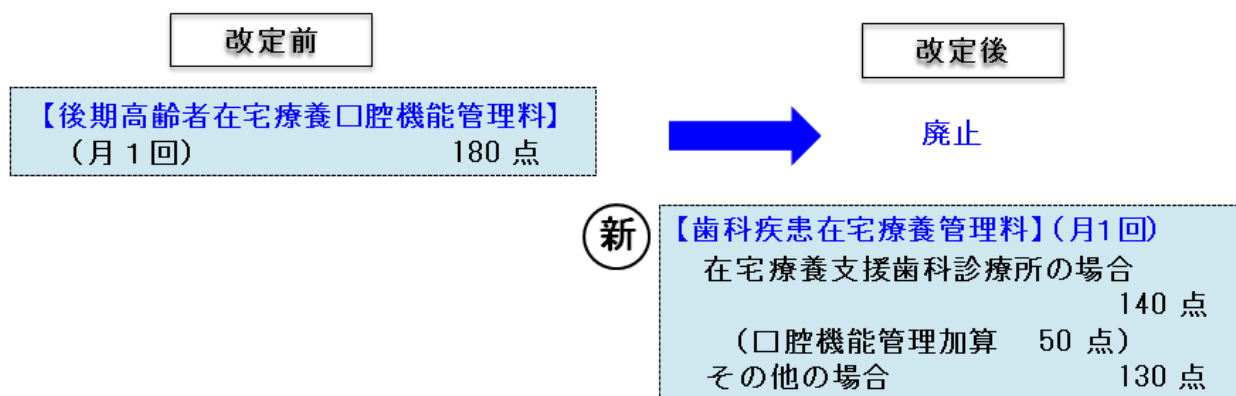
(通知：歯科訪問診療料) 「注 9」に規定する在宅患者等急性歯科疾患対応加算は、歯科訪問診療において、急性症状の発症時等に即応できる歯科訪問診療の環境を整備する取組を評価するものであり、具体的には、歯科訪問診療料を算定している場合に、同一初診期間中の 1 回目の歯科訪問診療時においては、本区分の「イ 1 回目」により算定し、2 回目以降の歯科訪問診療時においては、本区分の「ロ 2 回目以降」により算定する。ただし、「注 9」に規定する在宅患者等急性歯科疾患対応加算の「イ 1 回目」を算定した場合は、同一初診期間中において、再診料の「注 8」に規定する在宅患者等急性歯科疾患対応加算の「イ 1 回目」は算定できない。

(通知：初診料) 「注 1 1」に規定する在宅患者等急性歯科疾患対応加算は、歯科訪問診療において、急性症状の発症時等に即応できる歯科訪問診療の環境を整備する取組を評価するものであり、具体的には、初診時に歯科訪問診療料を算定しない歯科訪問診療を行った場合に算定できる。ただし、当該加算を算定した場合は、同一初診期間中において、再診料の「注 8」及び歯科訪問診療料の「注 9」に規定する在宅患者等急性歯科疾患対応加算の「イ 1 回目」は算定できない。

(通知：再診料) 「注 8」に規定する在宅患者等急性歯科疾患対応加算は、歯科訪問診療において、急性症状の発症時等に即応できる歯科訪問診療の環境を整備する取組を評価するものであり、具体的には、「イ 1 回目」は、再診時に 1 回目の歯科訪問診療を行った場合であって、歯科訪問診療料を算定しない場合に算定できる。ただし、「注 8」に規定する在宅患者等急性歯科疾患対応加算の「イ 1 回目」を算定した場合は、同一初診期間中において、歯科訪問診療料の「注 9」に規定する在宅患者等急性歯科疾患対応加算の「イ 1 回目」は算定できない。

3. 在宅歯科医療における歯科疾患の管理等の評価の新設

在宅歯科医療が必要な患者に対して、その身心の特性や歯科疾患の罹患状況等を総合的に勘案し、よりきめ細かな歯科疾患等の管理を行うため、**後期高齢者在宅療養口腔機能管理料を廃止し、歯科疾患在宅療養管理料を新設**する。



【歯科疾患在宅療養管理料の算定要件】

- (1) 在宅療養支援歯科診療所またはその他の歯科保険医療機関に属する保険医である歯科医が、在宅等において療養を行っている通院困難な患者に対して歯科訪問診療料を算定した場合であって、歯科診療を行うに当たり、当該患者の心身の特性や、歯科疾患の状態、口腔機能の状態、総合的な医療管理の必要性等を踏まえ、継続的な管理を行う必要がある患者を対象
- (2) 患者又はその家族の同意を得て、管理計画書を作成し、その内容について説明を行い、管理計画書を提供した場合に月1回に限り算定
- (3) 2回目の歯科疾患在宅療養管理料は、1回目の歯科疾患在宅療養管理料の算定月の翌月以降月1回に限り算定
- (4) 管理計画書には、患者の基本情報(全身の状態、基礎疾患の有無、服薬状況等)、口腔内の状態、実施した検査結果の要点等の情報を記載
- (5) 在宅療養支援歯科診療所に属する歯科医師が当該患者の口腔内の状態に応じて口腔機能評価を行い、当該評価結果を踏まえて管理を行った場合には、口腔機能管理加算として月1回に限り算定
- (6) 主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、歯周疾患に罹患している患者であって歯科疾患の管理を行っているもの(訪問歯科衛生指導料を算定している患者又は歯科矯正管理料を算定している患者を除く)に対して機械的歯面清掃を行った場合は、月1回に限り60点を算定(機械的歯面清掃加算)。ただし、歯周病安定期治療を算定した日又は当該加算を算定した翌月においては、算定できない。
- (7) 歯科疾患管理料、歯科特定疾患療養管理料及び歯科矯正管理料は別に算定できない

歯科疾患在宅療養管理料【新設】歯在管**1 在宅療養支援歯科診療所の場合 140点****2 1 以外の場合 130点**

注 1 当該保険医療機関に属する保険医である歯科医師が、歯科訪問診療料を算定した患者であって継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該患者又はその家族の同意を得て、当該患者の歯科疾患の状況等を踏まえて作成した管理計画書を提供した場合に、月 1 回に限り算定する。

2 在宅療養支援歯科診療所に属する歯科医師が、当該患者の口腔機能の評価を行い、当該評価結果を踏まえて管理計画書を作成し、当該患者又はその家族に対して文書により提供した場合には、口腔機能管理加算として、月 1 回に限り、所定点数に**50点**を加算する。**機能管**

3 歯科疾患管理料、歯科特定疾患療養管理料又は歯科矯正管理料は、別に算定できない。

4 主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、歯周疾患に罹患している患者であって歯科疾患の管理を行っているもの（訪問歯科衛生指導料を算定している患者又は歯科矯正管理料を算定している患者を除く。）に対して機械的歯面清掃を行った場合には、月 1 回に限り所定点数に**60点**を加算する。ただし、歯周病安定期治療を算定した日又は当該加算を算定した翌月においては、算定しない。**歯清**

(通知) 歯科疾患在宅療養管理料は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関である在宅療養支援歯科診療所又は歯科診療を行うその他の保険医療機関において、在宅等において療養を行っている通院困難な患者の歯科疾患の継続的な管理を行うことを評価するものであり、患者又はその家族の同意を得た上で、患者又はその家族に対して、歯科疾患の状況等を踏まえた管理計画の内容について説明し、文書により提供した場合に算定する。なお、当該管理料を算定する場合は、歯科疾患管理料、歯科特定疾患療養管理料及び歯科矯正管理料は別に算定できない。

(通知) 「注 1」に規定する管理計画書（当該管理計画書の様式は、「別紙様式 3」又はこれに準じた様式とする。）とは、管理計画書の提供年月日、全身の状態（基礎疾患の有無、服薬状況等）、口腔内の状態（口腔衛生の状況、口腔乾燥の有無、う蝕及び歯周疾患の有無、有床義歯の使用状況、臼歯部の咬合状態等）及び管理方法の概要、保険医療機関名及び当該管理の担当歯科医師名等の情報を記載したものをいう。なお、歯科疾患在宅療養管理料の算定に当たっては、患者又はその家族に対して、管理計画書を提供する場合にあっては、提供した管理計画書の写しを診療録に添付し、管理計画書の内容以外に療養上必要な管理事項がある場合はその要点を診療録に記載すること。また、管理計画書を提供しない場合にあっては、当該管理内容の要点を診療録に記載すること。

(通知) 「注 2」に規定する管理計画書とは、口腔機能の状態（咀嚼機能の状態、摂食・嚥下機能の状況及び構音機能の状況、食形態、口腔ケアに対するリスク等）及び管理方法の概要、保険医療機関名及び当該管理の担当歯科医師名等の情報を記載したものをいう。なお、口腔機能管理加算の算定に当たっては、患者又はその家族に対して、当該管理計画書を提供する場合にあっては、提供した管理計画書の写しを診療録に添付し、当該計画書の内容以外に療養上必要な管理事項がある場合は、その要点を診療録に記載すること。

(通知) 口腔機能管理加算は、歯科疾患在宅療養管理料を算定した日において、在宅療養支援歯科診療所に属する歯科医師が、患者に対し歯科訪問診療を行った場合であって、当該患者の口腔機能の評価を行い、当該評価結果を踏まえて管理計画書を作成し、当該患者又はその家族に提供した場合に算定する。**機能管**

(通知) 「注 4」の機械的歯面清掃とは、歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が歯科用の切削回転器具及び研磨用ペーストを用いて行う歯垢除去等をいい、歯科疾患在宅療養管理料を算定した日において算定する。また、その算定に当たっては、機械的歯面清掃加算を算定する日が属する月の翌月及び歯周病安定期治療を算定した日は算定できない。なお、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、患者に対して機械的歯面清掃を行った場合においては、主治の歯科医師は機械的歯面清掃を行った当該歯科衛生士の氏名を診療録に記載する。**歯清**

4. 訪問歯科衛生指導等の評価の見直し

在宅歯科医療を充実する観点から、歯科衛生士による訪問歯科衛生指導の評価を引き上げるとともに、全身的な基礎疾患を有する外来患者の歯科治療を行うに当たって、別の医科医療機関の当該患者の担当医からの診療情報提供に基づいて行う医療管理を評価している**歯科治療総合医療管理料**について、**在宅歯科医療においても評価**する。

改定前		改定後
【訪問歯科衛生指導料】 1 複雑なもの 350 点 2 簡単なもの 100 点	➡	【訪問歯科衛生指導料】 1 複雑なもの 360 点 2 簡単なもの 120 点
	(新)	【在宅患者歯科治療総合医療管理料】 (月1回) 140 点

【算定要件】

- (1) 対象施設
在宅患者歯科治療総合医療管理料に係る施設基準に定める保険医療機関
- (2) 対象患者
歯科訪問診療料を算定した患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者）
- (3) 対象内容
別の医科医療機関等の当該主病の担当医から、在宅歯科医療における総合的医療管理が必要であるとして文書により診療情報提供を受けた患者に対し、必要な医療管理を行った場合

(通知) 訪問歯科衛生指導料は、同一初診期間中に歯科訪問診療料を算定した患者又はその家族等に対して、歯科訪問診療料を算定した日又は歯科訪問診療料を算定しない歯科訪問診療を行った日から起算して1月以内において、当該患者に係る歯科訪問診療を行った歯科医師の指示を受けた当該保険医療機関に勤務（常勤又は非常勤）する歯科衛生士等が、療養上必要な実地指導を行った場合に算定し、単なる日常的口腔清掃等のケアを行った場合は算定できない。

(通知) 訪問歯科衛生指導を行った場合は、歯科医師は診療録に、日付、訪問先名（記載例：自宅、〇〇マンション、介護老人保健施設××苑）、通院困難な理由、指導の実施時刻（開始時刻と終了時刻）を記載すること。 **訪衛指複** **訪衛指簡**

在宅患者歯科治療総合医療管理料【新設】 140点 **在歯管**

注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科訪問診療料を算定した患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に限る。）であって別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要であるとして文書により診療情報の提供を受けたものに対し、第8部処置（外科後処置、創傷処置、歯周疾患処置及び歯周基本治療処置を除く。）、第9部手術又は第12部歯冠修復及び欠損補綴（歯冠形成、う蝕歯即時充填形成、う蝕歯インレー修復形成及び支台築造に限り、全身麻酔下で行うものを除く。）を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。

2 同一の患者につき同一月に在宅患者歯科治療総合医療管理料を算定すべき医療管理を2回以上行った場合においては、第1回目の医療管理を行ったときに算定する。

3 鎮静及び医科点数表の呼吸心拍監視に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。

(通知) 在宅患者歯科治療総合医療管理料は、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者であって、別の医科保険医療機関の当該主病の担当医から在宅で歯科治療を行うに当たり、総合的医療管理が必要であるとして診療情報提供料算定による患者の全身状態等に係る情報提供を受けた患者に対し、必要な総合的医療管理を行った場合に算定する。また、当該主病の担当医からの情報提供に関する内容及び担当医の所属保険医療機関名等について診療録に記載すること。

(別表第 6 歯科治療総合医療管理料及び在宅患者歯科治療総合医療管理料に規定する疾患)

高血圧性疾患・虚血性心疾患・不整脈・心不全・喘息・慢性気管支炎・糖尿病・甲状腺機能障害・副腎皮質機能不全・脳血管障害・てんかん・甲状腺機能亢進症・自律神経失調症

(通知) 在宅患者歯科治療総合医療管理料を算定する保険医療機関においては、在宅歯科医療における全身状態の把握、管理等に必要な呼吸心拍監視装置等の機器、機材等が整備されていること。

(通知) 在宅患者歯科治療総合医療管理料は、当該主病の担当医から歯科治療を行うに当たり、全身状態の把握、管理等が必要であるとして紹介を受けた患者に対し、担当医からの情報提供等に基づき、歯科医師が次に掲げる総合的医療管理を行った場合に算定する。また、当該医療管理料を算定する場合は、次の事項について、要点を診療録に記載すること。

- イ 治療内容に関する説明内容及び同意の有無
- ロ 治療前、治療中における全身状態の管理（呼吸心拍監視、鎮静等）の状況
- ハ 治療後における患者の体調の変化の有無（一定期間の経過観察）
- ニ 患者又はその家族への説明内容（注意事項等）

(通知) 在宅患者歯科治療総合医療管理料は、同一暦月につき 1 回に限り算定できる。ただし、同一の患者について、在宅患者歯科治療総合医療管理料を算定した月と同一月においては、歯科治療総合医療管理料は算定できない。

(通知) 在宅患者歯科治療総合医療管理料には、呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープ及び簡単な鎮静の費用が含まれ、別に算定できない。

(通知) 主病とは、当該患者の全身的な医療管理が必要となる主たる疾患をいう。

【特掲診療料の施設基準(在宅患者歯科治療総合医療管理料)】(概説)

- (1) 当該療養を行うにつき、十分な経験を有する常勤の歯科医師、歯科衛生士等により、治療前、治療中及び治療後における当該患者の全身状態を管理できる体制が整備されており、次のいずれかに該当すること。
 - ア 常勤の歯科医師が 2 名以上配置されていること。
 - イ 常勤の歯科医師及び常勤の歯科衛生士又は看護師が 1 名以上配置されていること。
- (2) 当該患者の全身状態の管理を行うにつき以下の十分な装置・器具等を有していること。
 - ア 経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）
 - イ 酸素（人工呼吸・酸素吸入用のもの）
 - ウ 救急蘇生セット（薬剤を含む。）
- (3) 緊急時に円滑な対応ができるよう病院である別の保険医療機関との連携体制が整備されていること。

5. 在宅及び障害者歯科医療に係る連携促進

地域において在宅歯科医療及び障害者歯科医療を担う歯科診療所等と病院歯科やいわゆる口腔保健センター等の診療部門、医科の医療機関、ケアマネージャー等との連携促進を図る観点から、これらの医療機関等に対して、歯科診療所等が歯科訪問診療料又は基本診療料に係る障害者加算を算定している患者に係る情報を提供し、紹介した場合の評価として、**診療情報提供料(I)の加算を新設**する。

新 【診療情報提供料 I】 (250 点) の加算 100 点

[算定要件]

- (1) 対象患者
基本診療料に係る障害者加算を算定している患者又は歯科訪問診療料を算定している患者
- (2) 対象内容
患者又は家族の同意を得て、**障害者歯科医療連携加算に係る施設基準**又は**地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準**に適合するものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関、別の医科の保険医療機関、指定居宅介護支援事業者に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に加算

Ⅱ 障害者歯科医療の充実

基本的な考え方

1. 障害者は、一般の患者に比べてう蝕や歯周疾患等が重症化しやすいなどの特性を有することや、患者の状態に応じて長時間または短時間で頻回な口腔衛生指導が必要となる場合があることから、重症化予防のため、よりきめ細かな口腔衛生指導を行った場合の評価を新設する。
2. 歯科診療所において、障害者に対する歯科治療が困難な場合は、障害者歯科医療に係る体制を整備し、より専門性の高い歯科診療を行っている病院歯科、口腔保健センター、障害者歯科医療センター等へ円滑に引き継ぐことが重要である。このことに鑑み、障害者歯科における医療機関間の連携を促進する観点から、病院である保険医療機関が歯科診療所と緊密に連携し、歯科診療所における歯科診療が困難な患者を受入れた場合の評価を新設する。
3. 地域における在宅歯科医療に係る十分な情報提供の推進や、医科医療機関、ケアマネージャー等との連携促進を図る。

具体的な対応

1. 障害者に対する歯科衛生実地指導の評価の新設
 障害者の身心の特性に応じたよりきめ細やかな歯科衛生実地指導の評価を新設する。

改定前	改定後
【歯科衛生実地指導料】（月1回） 80点	【歯科衛生実地指導料】（月1回） ① 歯科衛生実地指導料1 80点 ② 歯科衛生実地指導料2 100点

[歯科衛生実地指導料2の算定要件]

- (1) 対象施設
 障害者歯科医療連携加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関
- (2) 対象患者
 基本診療料に係る障害者加算を算定している患者であって、う蝕又は歯周疾患に罹患している患者
- (3) 対象内容
 主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、口腔内で15分以上の実地指導を行った場合又は15分以上の実地指導を行うことが困難な場合は月2回の実地指導の合計が15分以上となった場合のいずれかであって、当該指導内容に係る情報を文書により提供した場合

歯科衛生実地指導料

- 1 歯科衛生実地指導料 1 80点 **実地指 1**
 2 歯科衛生実地指導料 2【新設】 100点 **実地指 2**

注 1 1については、う蝕又は歯周疾患に罹患している患者に対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、直接口腔内で15分以上の実地指導を行った上で、当該指導内容に係る情報を文書により提供した場合に、月1回に限り算定する。

2 2については、初診料の障害者歯科医療連携加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、初診料の障害者加算又は再診料の障害者加算に規定する加算を算定している患者であって、う蝕又は歯周疾患に罹患しているものに対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、直接口腔内で15分以上の実地指導（15分以上の実地指導を行うことが困難な場合にあつては、月2回の実地指導を合わせて15分以上の実地指導）を行い、かつ、当該指導内容に係る情報を文書により提供したときに、月1回に限り算定する。ただし、歯科衛生実地指導料2を算定した月においては、歯科衛生実地指導料1は算定できない。

(通知) 「歯科衛生実地指導料2」は、初診料の障害者加算又は再診料の障害者加算を算定している患者であつて、う蝕又は歯周病に罹患しているものに対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、次の事項について15分以上実施した場合又は15分以上の実地指導を行うことが困難な場合にあつては、月2回の実地指導を合わせて15分以上行った場合に算定する。

イ 歯及び歯肉等口腔状況の説明

ロ プラークチャートを用いたプラークの付着状況の指摘及び患者自身によるブラッシングを観察した上でのプラーク除去方法の指導

ハ 家庭において特に注意すべき療養指導

(通知) 患者に対する当該指導の内容の情報提供については、「歯科衛生実地指導料1」を算定する場合にあつては、当該指導の初回時に行うこととし、「歯科衛生実地指導料2」を算定する場合にあつては、実地指導の合計が15分以上となったとき（当該指導回数が1回又は2回に限る。）に行うこととする。このほか、患者自身によるプラークコントロールの状況、指導の内容に変化があつたとき等に行うものとするが、当該指導の内容に変化がない場合はこの限りでない。ただし、その場合においても3月に1回以上は当該指導の内容を文書により提供すること。

2. 障害者歯科医療連携加算の新設

障害者の病態等により歯科診療所における歯科診療が困難な場合において、病院である保険医療機関又は障害者歯科医療を積極的に行っている専門性の高い医療機関が当該歯科診療所からの文書による紹介により当該患者を受入れ、歯科医療を提供した場合の評価を行うため、**初診料に係る加算を創設**する。

新

【障害者歯科医療連携加算】（初診時） 100点

【算定要件】

- (1) 対象施設
別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関
- (2) 対象患者
歯科診療所で基本診療料に係る障害者加算を算定し、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受け、外来による初診を行い、受け入れ医療機関において基本診療料に係る障害者加算を算定した患者

【施設基準】

- (1) 地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関又は障害者加算を算定する外来患者が月平均20人以上の歯科診療所である保険医療機関であること
- (2) 自動体外式除細動器(AED)、経皮的酸素飽和度測定器(パルスオキシメーター)、酸素吸入(人工呼吸・酸素吸入用のもの)、救急蘇生セット(薬剤を含む)を整備していること
- (3) 緊急時に円滑な対応ができるよう、病院である別の医科の保険医療機関との連携体制が整備されていること

初診料

- 1 歯科初診料 218点 **初診**
- 2 地域歯科診療支援病院歯科初診料 270点 **病初診**

注 1 0 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科診療を実施している他の保険医療機関（診療所に限る。）において初診料の障害者加算又は再診料の障害者加算に規定する加算を算定した患者に対して、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受けた上で、外来において初診を行った場合には、障害者歯科医療連携加算として、月 1 回に限り所定点数に100点を加算する。【新設】**障連**

(通知) 「注 1 0」に規定する障害者歯科医療連携加算は、当該加算に係る施設基準に適合するものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関の外来部門において、歯科診療所である保険医療機関で初診料の障害者加算又は再診料の障害者加算を算定した患者について、当該保険医療機関から診療情報提供料の算定に基づく診療情報提供を受けた上で、当該患者に対して初診を行い、基本診療料に係る障害者加算を算定した場合に算定する。

【基本診療料の施設基準(障害者歯科医療連携加算)】(概説)

- (1) 障害者歯科医療連携加算に関する基準における歯科診療報酬点数表の初診料の注 6 又は再診料の注 4 に規定する加算を算定している月平均外来患者数については、届出前 3 か月間（暦月）の数値を用いる。
- (2) 当該患者にとって安心して安全な歯科医療環境の提供を行うにつき次に掲げる十分な装置・器具を有していること。
 - ア 自動体外式除細動器（AED）
 - イ 経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）
 - ウ 酸素（人工呼吸・酸素吸入用のもの）
 - エ 救急蘇生セット（薬剤を含む。）
- (3) 緊急時に円滑な対応ができるよう別の医科診療を担当する病院である保険医療機関との連携体制が整備されていること。

3. 在宅及び障害者歯科医療に係る連携促進（再掲）

地域において在宅歯科医療及び障害者歯科医療を担う歯科診療所と病院歯科やいわゆる口腔保健センター等の診療部門、医科の医療機関、ケアマネージャー等との連携促進を図る観点から、これらの医療機関等に対して、歯科診療所等が歯科訪問診療料又は基本診療料に係る障害者加算を算定している患者に係る情報を提供し、紹介した場合の評価として、**診療情報提供料（I）の加算を新設**する。

新 【診療情報提供料 I】（250 点）の加算 100 点（再掲）

[算定要件]

- (1) 対象患者
 - 保険医療機関が基本診療料に係る障害者加算を算定している患者又は歯科訪問診療料を算定している患者
- (2) 対象内容
 - 患者又は家族の同意を得て、障害者歯科医療連携加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関、別の医科の保険医療機関、指定居宅介護支援事業者に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に加算

Ⅲ 在宅及び障害者歯科医療の後方支援病院の機能強化

基本的な考え方

地域における在宅歯科医療及び障害者歯科医療を後方支援する病院歯科の機能をより適切に評価する観点から、在宅歯科診療を実施している歯科診療所からの求めに応じて在宅療養を行っている患者を受け入れた場合の歯科の外来及び入院医療の評価を行う。

具体的な対応

1. 地域歯科診療支援病院歯科再診料の引き上げ

改定前	改定後
【地域歯科診療支援病院歯科初・再診料】	【地域歯科診療支援病院歯科初・再診料】
1 地域歯科診療支援病院歯科初診料 270 点	1 地域歯科診療支援病院歯科初診料 270 点
2 地域歯科診療支援病院歯科再診料 57 点	2 地域歯科診療支援病院歯科再診料 69 点

2. 地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準の見直し

- 【施設基準】
- (1) 常勤の歯科医師が2名以上配置
 - (2) 看護師及び准看護師が2名以上配置
 - (3) 歯科衛生士が1名以上配置
 - (4) 次の各号のいずれかに該当すること
 - イ 歯科医療を担当する病院である保険医療機関における当該歯科医療についての紹介率が100分の30以上
 - ロ 歯科医療を担当する病院である保険医療機関における当該歯科医療についての紹介率が100分の20以上であって、別に掲げる手術の1年間の実施件数の総数が30件以上
 - ハ 歯科医療を担当する病院である保険医療機関において、別の保険医療機関で基本診療料に係る障害者加算を算定している患者及び歯科訪問診療料を算定している患者について、当該保険医療機関から診療情報提供料(I)に基づく診療情報の提供を受け、求めに応じて受け入れ、外来診療部門において歯科医療を行った患者数が月平均5人以上
 - ニ 歯科医療を担当する病院である保険医療機関において、基本診療料に係る障害者加算を算定している月平均患者数が30人以上
 - (5) 当該地域において、歯科医療を担当する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること

【基本診療料の施設基準(地域歯科診療支援病院歯科初診料)】(新規追加部分のみ)

- (3) 歯科医療を担当する別の保険医療機関において、歯科診療報酬点数表の初診料の注6若しくは再診料の注4に規定する加算又は歯科訪問診療料を算定した患者であって、当該別の保険医療機関からの文書により診療情報の提供を受けて外来診療部門において歯科医療を行った月平均患者数については、届出前3か月間(暦月)の月平均の数値を用いる。
- (4) 歯科医療を担当する病院である保険医療機関において、歯科診療報酬点数表の初診料の注6又は再診料の注4に規定する加算を算定した患者の月平均患者数については、届出前3か月間(暦月)の月平均の数値を用いる。

Ⅳ 生活の質に配慮した歯科医療

基本的な考え方

1. 義歯の修理については、当日内に義歯の修理が行える場合であっても、歯科医師が行う修理に要する時間は、少数歯欠損の場合は21分、多数歯欠損の場合は25分となっている。これらの時間を歯科医療機関に配置されている歯科技工士と連携することにより、同一患者の他の処置等や他の患者の診療に充てることが可能となる。
2. また、当日内に修理が行えない場合においては、当日内の義歯修理が困難な理由の約13%が「歯科医療機関内の歯科技工体制が十分でないこと」となっており、歯科医療機関に配置されている歯科技工士の技能を活用することにより、義歯修理に要する日数を短縮することが可能となる。
3. そこで、食生活の質にも配慮した歯科医療を充実する観点から、歯科技工士を活用することにより、効率的な歯科医療の提供や患者の咀嚼機能等の短期間での回復を図る等、歯科医療機関に配置されている歯科技工士の技能を活用している歯科医療機関の取組を評価する。

具体的な対応

1. 歯科技工加算の新設

生活の質に配慮した歯科医療を充実する観点から、歯科医療機関内に歯科技工士を配置し、その技能を活用している歯科医療機関の取組を評価するため、**有床義歯修理に係る加算**を新設する。

新

【歯科技工加算】

20点

〔算定要件〕

- (1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生（支）局長に届けた保険医療機関において、患者の求めに応じて、破損した有床義歯を預かった日から起算して2日以内に修理を行い、当該義歯を装着した場合に限り加算
- (2) 破損した有床義歯を預かった日を診療録に記載すること
- (3) 有床義歯の修理に係る指示を行った歯科医師名、修理を担当する歯科技工士名及び修理の内容を記載した文書を作成し、診療録に添付すること

〔施設基準〕

- (1) 歯科技工室及び歯科技工に必要な機器を整備していること
- (2) 常勤の歯科技工士を配置していること
- (3) 患者の求めに応じて、迅速に有床義歯の修理を行う体制が整備されている旨を院内掲示していること

有床義歯修理（1床につき） 220点 床修理

注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、患者の求めに応じて、破損した有床義歯を預かった日から起算して2日以内に修理を行い、当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算として、1床につき所定点数に20点を加算する。**【新設】歯技工**

(通知) 「注3」に規定する加算は、当該加算に係る施設基準に適合するものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、破損した有床義歯に係る診療を行い、修理のために患者から当該有床義歯を預かった場合であって、当該患者の求めに応じて、当該有床義歯を預かった日（以下「預かり日」という。）から起算して2日以内において、当該保険医療機関内に配置されている歯科技工士を活用して修理を行い、装着した場合に所定点数に加算する。なお、当該加算の算定に当たっては、預かり日、当該有床義歯の修理に係る指示を行った歯科医師名、修理を担当する歯科技工士名及び修理の内容を記載した文書を作成し、診療録に添付すること。

【特掲診療料の施設基準(歯科技工加算)】(概説)

- (1) 常勤の歯科技工士が勤務していること。
- (2) 歯科医療機関内に歯科技工室を有していること。
- (3) 歯科技工に必要な機器を有していること。
- (4) 患者の求めに応じて、迅速に有床義歯の修理を行う体制が整備されている旨を院内掲示していること。

IV 生活の質に配慮した歯科医療

基本的な考え方

- 4. 小児義歯については、歯列や顎骨の成長への影響等を考慮し、後継永久歯が無く著しい言語障害及び咀嚼障害を伴う先天性無歯症等一部の先天性疾患における小児義歯を除き、原則として認められていないが、他の先天性疾患の場合であっても、小児義歯以外には咀嚼機能の改善・回復が困難な場合があることから、小児義歯の適応を見直す。
- 5. 脳血管障害や口腔腫瘍等による咀嚼機能障害等を有する患者に対し、咀嚼・食塊形成や臼歯部運動による食物のすりつぶし等の咀嚼機能等の低下を防ぎ、食事等の生活の質を維持・改善を図るための歯科医学的アプローチによる咀嚼機能等の改善についての評価を行う。

2. 小児義歯に関する療養の給付の適応症の拡大
 後継永久歯が無く著しい言語障害及び咀嚼障害を伴う先天性無歯症以外の先天性疾患についても、脆弱な乳歯の早期喪失や崩壊等により総義歯又は局部義歯が必要となる場合があることから、小児義歯の適応症を拡大する。

改定後

(適応症に下線部を追加)

後継永久歯が無く著しい言語障害及び咀嚼障害を伴う先天性無歯症、象牙質形成不全症又はエナメル質形成不全症であって、脆弱な乳歯の早期崩壊又は後継永久歯の先天欠損を伴う場合、外胚葉性異形成症又は低フォスファターゼ症、パピヨン＝ルフェブル症候群、先天性好中球機能不全症、その他の先天性疾患により、後継永久歯が無い場合、若しくはこれに準ずる状態であって、小児義歯以外には咀嚼機能の改善・回復が困難な場合

※ 先天性疾患以外の疾患により後継永久歯がない場合に準ずる状態であって、小児義歯以外には咀嚼機能の改善・回復が困難な小児に対して小児義歯を適用する場合においては、あらかじめ理由書及びエックス線フィルム又はその複製を地方厚生(支)局長に提出し、保険適用の適否を判断する。

(通知) 小児義歯は原則として認められないが、後継永久歯が無く著しい言語障害及び咀嚼障害を伴う先天性無歯症児、象牙質形成不全症、象牙質異形成症又はエナメル質形成不全症であって脆弱な乳歯の早期崩壊又は後継永久歯の先天欠損を伴う場合、外胚葉性異形成症、低フォスファターゼ症、パピヨン＝ルフェブル症候群及び先天性好中球機能不全症、その他の先天性疾患により後継永久歯が無い場合若しくはこれに準ずる状態であって、小児義歯以外には咀嚼機能の改善・回復が困難な小児に対する小児義歯に限り、有床義歯により算定する。なお、小児義歯に係る費用を算定する場合は、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に義歯の装着年月日、装着部位及び小児義歯が必要となった疾患名を記載すること。なお、先天性疾患以外の疾患により後継永久歯がない場合に準ずる状態であって、小児義歯以外には咀嚼機能の改善・回復が困難な小児に対して小児義歯を適用する場合においては、予め理由書及びエックス線フィルム又はその複製を地方厚生（支）局長に提出し、保険適用の適否を決するものとする。

※ 北海道厚生局として、ブリッジの事前届出の取扱いの場合と同様に、「小児義歯の事前申請書」を作成用意しているので、先天性疾患以外の疾患により後継永久歯がない場合に準ずる状態であって、小児義歯以外には咀嚼機能の改善・回復が困難な小児に小児義歯を保険診療として製作する場合には、必ず事前に「小児義歯の事前申請書」により保険適用の適否の判断を受ける必要がある。

3. 舌接触補助床に係る技術料の新設

脳血管障害や口腔腫瘍等による咀嚼機能障害等を有する患者に対して、舌接触状態等を変化させて咀嚼機能等の改善を図ることを目的として、口腔内の形態や空隙を考慮して製作された床（義歯）型の口腔内装置を装着した場合の評価を新設するとともに、床副子調整の対象とする。

改定後	
【床副子】	
1 簡単なもの	650 点
2 困難なもの	1,500 点
3 著しく困難なもの	2,000 点
[著しく困難なものの定義]	
イ 咬合床副子	
ロ 歯ぎしりに対する咬合床（アクチバートル式のもの）	
ハ 睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床（アクチバートル式で、医科の医療機関等からの診療情報提供の算定に基づく場合に限る）	
ニ <u>摂食機能療法に伴う舌接触補助床</u>	
【床副子調整】（1 口腔につき） 120点	
新たに製作した睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床若しくは <u>摂食機能療法に伴う舌接触補助床</u> の装着時又は装着後 1 月以内に適合を図るための調整を行った場合に 1 回に限り算定	

(通知) 摂食機能療法に伴う舌接触補助床とは、脳血管疾患や口腔腫瘍等による摂食機能障害を有し、第 7 部リハビリテーションに掲げる摂食機能療法を現に算定している患者に対して、舌接触状態等を変化させて摂食・嚥下機能の改善を目的とするために装着する床又は有床義歯形態の補助床をいう。

(通知) 舌接触補助床の製作にあたり印象採得を行った場合は、1 装置につき印象採得の「2 の口 連合印象」を、咬合採得を行った場合は、咬合採得の「2 の口の（2）多数歯欠損」を、装着を行った場合は、装着の「2 の口の（2）多数歯欠損」により算定する。なお、当該補助床の所定点数には、人工歯、鉤及びバー等の費用が含まれ、別に算定できない。

(通知) 舌接触補助床の装着時又は装着後 1 月以内に、適合を図るための調整等が必要となり、補助床の調整を行った場合は、1 口腔につき床副子調整の「1 摂食機能療法に伴う舌接触補助床の場合」により算定する。

V 患者の視点に立った歯科医療

基本的な考え方

1. 患者からみて難解な用語と思われる保険診療上の歯科用語や、臨床内容と算定項目の名称が必ずしも一致していないと思われる項目について、用語の見直しや算定項目として明示する等の見直しを行う。
2. 歯科疾患や義歯の管理に係る情報提供については、既存の補綴時診断料や補綴物維持管理料との関係や診療実態も踏まえつつ、算定要件をより明確にし、患者が望む情報提供の内容等を盛り込む等、より分かりやすく、かつ的確に行われるよう、その評価の在り方を見直す。

具体的な対応

1. 保険診療上の歯科用語の平易化

改定前	改定後
補綴物維持管理料 歯髄覆罩 非侵襲性歯髄覆罩 (A-IPC) 床裏装 楔状欠損 (WSD)	クラウン・ブリッジ維持管理料 歯髄保護処置 歯髄温存療法 有床義歯内面適合法 歯質くさび状欠損

2. 歯科疾患管理料の算定要件の明確化及び患者への情報提供内容の見直し等

歯科疾患管理料について、算定要件の明確化を行うとともに、患者への情報提供の内容の見直し等を行う。

改定前	改定後
<p>【歯科疾患管理料】</p> <p>1 1回目 130点 2 2回目以降 110点</p> <p>[算定要件] 患者の基本情報（全身の状態、基礎疾患の有無、服薬状況等）、口腔内の状態、必要に応じて実施した検査結果の要点、歯や口の病気と関連のある患者の生活習慣と改善目標及び治療予定等について、継続的な口腔管理が必要な患者に対して、文書により患者に情報提供した場合に算定</p>	<p>【歯科疾患管理料】</p> <p style="text-align: right;">110点</p> <p>[算定要件] 患者の基本情報（全身の状態、基礎疾患の有無、服薬状況等）、口腔内の状態、必要に応じて実施した検査結果の要点、歯科疾患と全身の健康との関係、歯や口の病気と関連のある患者の生活習慣と改善目標及び治療予定（継続管理計画書においては、歯や口の中の状態の改善状況も含む）等について、継続的な歯科疾患の管理が必要な患者に対して、文書により患者に情報提供した場合に算定</p>

改定前	改定後
<p>[算定対象患者] う蝕、歯肉炎、歯周炎、歯の欠損等継続的な管理を必要とする歯科疾患を有する患者</p> <p>(歯科疾患管理料1回目の算定期間)</p> <p>初診日から起算して1月以内</p>	<p>[算定対象患者] 継続的な管理を必要とする歯科疾患を有する患者(歯の欠損症のみを有する患者を除く。)</p> <p>(歯科疾患管理料1回目の算定期間)</p> <p><u>初診日の属する月から起算して2月以内の期間</u>において、最初に管理計画書を提供した月</p> <p>[その他] <u>歯科疾患管理料を算定する保険医療機関においては、歯科疾患管理料の内容等について、院内掲示により患者への情報提供に努めること</u></p>

歯科疾患管理料 110点 歯管

注 1 1回目の歯科疾患管理料は、継続的な歯科疾患の管理が必要な患者に対し、患者又はその家族の同意を得て管理計画書を作成し、その内容について説明を行い、管理計画書を提供した場合に、初診日の属する月から起算して2月以内に1回に限り、算定できる。

3 入院中の患者に対して管理を行った場合又は退院した患者に対して退院の日の属する月に管理を行った場合における当該管理の費用は、第1章第2部第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれるものとする。ただし、歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関の歯科診療以外の診療に係る病棟に入院中の患者又は当該病棟を退院した患者については、この限りでない。

5 歯科疾患管理料を算定した月において、歯科特定疾患療養管理料、歯科疾患在宅療養管理料及び歯科矯正管理料は、算定できない。

(通知) 歯科疾患管理料は、継続的な管理を必要とする歯科疾患を有する患者(歯の欠損症のみを有する患者を除く。)に対して、口腔を一単位としてとらえ、患者との協働により行う継続的な口腔管理に加えて、病状が改善した疾患等の再発防止及び重症化予防のための継続管理を評価したものであり、患者又はその家族の同意を得た上で管理計画書を作成し、その内容について説明し、提供した場合に算定できる。

(通知) 「注1」に規定する管理計画書(当該管理計画書の様式は、「別紙様式1」又はこれに準じた様式とする。)とは、管理計画書の提供年月日、患者又はその家族が記入する歯科疾患と関連性のある生活習慣の状況及び患者の基本状況(全身の状態、基礎疾患の有無、服薬状況等)、生活習慣の改善目標、口腔内の状態(プラーク及び歯石の付着状況、歯及び歯肉の状態等(「注2」に規定する継続管理計画書においては、口腔内の状態の改善状況を含む。))、必要に応じて実施した検査結果(エックス線写真撮影による検査、歯周組織検査及びその他の検査)等の要点、歯科疾患と全身の健康との関係、治療方針の概要、保険医療機関名、当該管理の担当歯科医師名等、歯科疾患の継続的管理を行う上で必要となる情報を記載したものをいう。なお、歯科疾患管理料の算定に当たっては、患者又はその家族に提供した管理計画書の写しを診療録に添付し、当該計画書の内容以外に療養上必要な管理事項がある場合は、その要点を診療録に記載すること。

(通知) 「注6」の機械的歯面清掃とは、歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、歯科用の切削回転器具及び研磨用ペーストを用いて行う歯垢除去等を行い、歯科疾患管理料を算定した日において算定する。また、機械的歯面清掃加算を算定する日が属する月の翌月及び歯周病安定期治療を算定した日は算定できない。なお、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、患者に対して機械的歯面清掃を行った場合においては、主治の歯科医師は当該歯科衛生士の氏名を診療録に記載する。歯清

(通知) 歯科疾患管理料を算定する保険医療機関においては、歯科疾患管理料の趣旨及び内容について、院内掲示により患者に対して情報提供を行うよう努めること。

3. 義歯管理等の評価体系の見直し

有床義歯の管理及び歯科矯正管理について、患者等にとってより分かりやすいものとし、適切な評価を行う観点から、算定期間等を明確にするとともに、評価の引下げを行う。なお、義歯管理料については、義歯調整等の診療実態に合わせた評価を行う観点から、有床義歯の調整に係る評価を新設する。

改定前	改定後
【義歯管理料】（1口腔につき） 1 新製有床義歯管理料 （装着日から1月以内に2回まで） 100 点 2 有床義歯管理料 70 点 3 有床義歯長期管理料 60 点 ※ 1 有床義歯管理料は、新製有床義歯を装着した場合（装着日から起算して1月から3月までの間）等に算定 ※ 2 有床義歯長期管理料は、有床義歯装着月から起算して3月を超え1年以内の期間に算定	【義歯管理料】（1口腔につき） 1 新製有床義歯管理料 （ <u>装着月に1回</u> ） 150 点 2 有床義歯管理料 70 点 3 有床義歯長期管理料 60 点 ※ 1 有床義歯管理料は、新製有床義歯を装着した場合（ <u>装着日の属する月から起算して2月以上3月以内の期間</u> ）等に算定 ※ 2 有床義歯長期管理料は、新製有床義歯の <u>装着日の属する月から起算して4月以上12月以内の期間</u> に算定

新

【有床義歯調整管理料】（月2回まで） 30 点

[算定要件]

有床義歯の調整を行った場合は、**1口腔につき月2回を限度**として算定。ただし、**義歯管理料を算定した日における有床義歯の調整に係る費用は算定できない。**

義歯管理料（1口腔につき）**義管A** **義管B** **義管C**

注5 有床義歯調整管理料は、別に算定できない。

(通知) 新製有床義歯管理料は、当該有床義歯を製作した保険医療機関において、新製した有床義歯の適合性等について検査を行い、併せて患者に対して、新製した有床義歯の取扱い、保存・清掃方法等について必要な指導を行い、患者に対して当該有床義歯の管理に係る情報を文書により提供するとともに、当該文書の写しを診療録に添付し、当該文書の内容以外に療養上必要な管理事項がある場合は、診療録にその要点を記載した場合に算定する。

有床義歯調整管理料（1口腔につき）**【新設】 30点** **義調**

注 義歯管理料を算定する患者について、義歯管理料を算定する日の属する月と同一月において、当該患者の義歯の調整に係る管理を行った場合に、月2回を限度として算定する。

(通知) 有床義歯調整管理料は、義歯管理料のうち、有床義歯の調整に係る管理を評価したものであり、義歯管理料を算定した日の属する月と同一月において有床義歯の調整を行った日（義歯管理料を算定した日を除く。）に月2回を限度に算定する。なお、当該調整管理料の算定に当たっては、調整方法及び調整部位を診療録に記載すること。

※ 有床義歯調整管理料は、

- ① 義歯管理料が算定されている月しか算定できない
- ② 義歯管理料が算定されている日には算定できない
- ③ 義管Aと義管Bが混在する月であっても月に2回までしか算定できない

4. 算定項目の明確化

歯科診療報酬において、他の算定項目を準用している歯科医療技術のうち、臨床実態と算定項目の名称が必ずしも一致していない技術を算定項目として明示する。

改定前	改定後
<p>●歯周疾患を原因としない歯根分岐部病変の歯根分割と分岐部病変の搔爬 [準用項目]→抜歯手術の臼歯(260点)</p>	<p>【歯根分割搔爬術】 (1歯につき) 260点</p>
<p>●上顎洞へ陥入した歯の除去 (1) 抜歯窩より除去する場合 [準用項目]→抜歯手術の難抜歯(470点)</p>	<p>【上顎洞陥入歯除去術】 1 抜歯窩より行う場合 470点</p>
<p>(2) 犬歯窩を開さくして除去する場合 [準用項目]→上顎洞開窓術(2,000点)</p>	<p>2 犬歯窩開さくによる場合 2,000点</p>
<p>●口腔底に迷入した下顎智歯の摘出 [準用項目]→口腔底腫瘍摘出術(5,230点)</p>	<p>【口腔底迷入下顎智歯除去術】 5,230点</p>

Ⅶ 歯科固有の技術の評価の見直し

基本的な考え方

1. う蝕や歯周疾患等に対する歯科医療技術について、重要度、難易度、必要時間等に係る新たな知見等も参考としつつ、評価の見直しを行う。
2. 有床義歯の治療については、現行の義歯管理体系の定着を図っていく観点からも、義歯調整等の診療実態に合わせた診療報酬上の評価の見直しを行う。
3. 診療報酬体系の簡素化を図る観点から、一部の歯科医療技術について、その特性に応じた評価を行うとともに、重要度や普及・定着状況を踏まえつつ、評価のあり方について見直しを行う。
4. 歯科診療報酬においては、基本診療料に係る乳幼児加算の対象年齢を6歳未満としているのに対して、特掲診療料に係る乳幼児加算の対象年齢は、5歳未満となっており、こうした差異が分りにくいとの指摘があることから、より分りやすい診療報酬体系とするための見直しを行う。

具体的な対応

1. 歯周疾患に係る技術等の評価の見直し

改定前	改定後
<p>【歯周基本治療】</p> <p>1 スケーリング (3分の1顎につき) 64点 (3分の1顎増すごとに) 42点</p> <p>2 スケーリング・ルートプレーニング (1歯につき) イ 前歯 58点 ロ 小臼歯 62点 ハ 大臼歯 68点</p> <p>3 歯周ポケット搔爬(盲嚢搔爬) (1歯につき) イ 前歯 58点 ロ 小臼歯 62点 ハ 大臼歯 68点</p> <p>注 同一部位に2回以上歯周基本治療を行った場合の2回目以降の費用は、所定点数(1は、注加算を含む。)の100分の30に相当する点数により算定する。</p>	<p>【歯周基本治療】</p> <p>1 スケーリング (3分の1顎につき) 64点 (3分の1顎増すごとに) 38点</p> <p>2 スケーリング・ルートプレーニング (1歯につき) イ 前歯 58点 ロ 小臼歯 62点 ハ 大臼歯 68点</p> <p>3 歯周ポケット搔爬(盲嚢搔爬) (1歯につき) イ 前歯 58点 ロ 小臼歯 62点 ハ 大臼歯 68点</p> <p>注 同一部位に2回以上歯周基本治療を行った場合の2回目以降の費用は、所定点数(1は注加算を含む。)の100分の50に相当する点数により算定する。</p>

改定前	改定後
<p>【歯周病安定期治療】(1口腔につき)</p> <p>1 歯周病安定期治療開始日から起算して1年以内に行った場合 150点 2 歯周病安定期治療開始日から起算して1年を超え2年以内に行った場合 125点 3 歯周病安定期治療開始日から起算して2年を超え3年以内に行った場合 100点</p> <p>【歯周外科手術】(1歯につき)</p> <p>5 歯周組織再生誘導手術 イ 1次手術 630点</p>	<p>【歯周病安定期治療】(1口腔につき)</p> <p>300点</p> <p>【歯周外科手術】(1歯につき)</p> <p>5 歯周組織再生誘導手術 イ 1次手術 730点</p>

新

【歯周基本治療処置】(月1回)

10点

[算定要件]

歯周基本治療を行った部位に対して、薬剤等により歯周疾患の処置を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、歯周疾患処置を算定した月には算定できない。また、薬剤等に係る費用は、所定点数に含まれる。

新

【混合歯列期歯周組織検査】(1口腔につき)

40点

[算定要件]

歯肉の発赤・腫脹の状態及び歯石沈着の有無を確認し、プラークチャートを用いたプラークの付着状況を検査した上で、歯周組織の状態や歯牙年齢等を勘案し、プロービング時の出血、歯周ポケット測定のうちいずれか1つ以上の検査を行った場合に算定する。

歯周基本治療 **SC** **SRP** **PCur**

注 5 混合歯列期歯周組織検査に基づく歯周基本治療については、スケーリングにより算定する。

歯周病安定期治療（1口腔につき） 300点 **SPT**

(通知) 歯周病安定期治療は、歯科疾患管理料又は歯科疾患在宅療養管理料を算定している患者であって、中等度以上の歯周病を有するものに対して、一連の歯周基本治療等の終了後に、一時的に症状が安定した状態にある患者に対し、歯周組織の状態を維持し、治癒させることを目的としてプラークコントロール、機械的歯面清掃、スケーリング、スケーリング・ルートプレーニング等を主体とした治療を実施した場合に1口腔につき月1回に限り算定する。なお、中等度以上の歯周病を有するものとは、骨吸収が根の長さの3分の1以上であり、歯周ポケットは4ミリメートル以上で、根分岐部病変を有するものをいう。

(通知) 歯周病安定期治療は、その開始に当たって、歯周組織検査を行い、症状が一時的に安定していることを確認した上で行うものであり、歯周組織検査の結果の要点や歯周病安定期治療の治療方針等について、歯科疾患管理料又は歯科疾患在宅療養管理料に係る文書により患者又はその家族に対して提供し、当該文書の写しを診療録に添付した場合に算定する。その他療養上必要な管理事項がある場合は、その要点を診療録に記載すること。

(通知) 歯周病安定期治療を開始した以降に実施した歯周基本治療の費用、歯周疾患処置及び歯周基本治療処置の費用は、歯周病安定期治療の所定点数に含まれ別に算定できない。

歯周外科手術（1歯につき）

1 歯周ポケット搔爬術 75点 **搔爬術又はソウハ術**

2 新付着手術 150点

3 歯肉切除手術 300点 **GEct**

4 歯肉剥離搔爬手術 600点 **Fop**

5 歯周組織再生誘導手術 **GTR**

イ 1次手術（吸収性又は非吸収性膜の固定を伴うもの） 730点

ロ 2次手術（非吸収性膜の除去） 300点

注 1 4及び5については、当該手術と同時に歯槽骨欠損部に骨代用物質を挿入した場合は、所定点数に110点を加算する。

歯周基本治療処置（1口腔につき）【新設】 10点 **P基処**

注 1 歯周基本治療を行った部位に対して、薬剤等により歯周疾患の処置（歯周疾患処置を除く。）を行った場合に、月1回に限り算定する。

2 歯周疾患処置を算定した月においては、歯周基本治療処置は別に算定できない。

3 薬剤等に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。

(通知) 歯周基本治療処置とは、歯周疾患において、歯周基本治療を行った部位に対して、歯周疾患の症状の改善を目的として、薬剤による歯周ポケット内洗浄等の処置（歯周疾患処置を除く。）を行った場合に、1口腔につき月1回に限り算定する。なお、薬剤を用いた場合は、当該薬剤名を診療録に記載すること。

歯周組織検査 **P基検** **P精検** **P混検**

(通知) 混合歯列期歯周組織検査は、混合歯列期の患者に対して、歯肉の発赤・腫脹の状態及び歯石沈着の有無を確認し、プラークチャートを用いてプラークの付着状況を検査した上で、歯周組織の状態及び歯牙年齢等を勘案し、プロービング時の出血の有無又は1点法以上の歯周ポケット測定のうちいずれか1つ以上の検査を行った場合に算定する。なお、混合歯列期歯周組織検査に基づく歯周基本治療は、スケーリングにより算定する。また、混合歯列期の患者の歯周組織の状態及び歯牙年齢等により当該検査以外の歯周組織検査を行う場合は、十分に必要性を考慮した上で行い、その算定に当たっては、本区分の規定による。

2. う蝕等に係る技術の評価の引上げ

改定前	改定後
【齲蝕処置】 16 点	【 <u>う蝕処置</u> 】 <u>18 点</u>
【齲蝕歯無痛的高洞形成加算】 20 点	【 <u>う蝕歯無痛的高洞形成加算</u> 】 <u>40 点</u>
【根管貼薬処置】 (1 歯 1 回につき)	【根管貼薬処置】 (1 歯 1 回につき)
1 単根管 14 点	1 単根管 <u>20 点</u>
2 2 根管 22 点	2 2 根管 22 点
3 3 根管以上 28 点	3 3 根管以上 <u>30 点</u>
【テンポラリークラウン】 (1 歯につき) 30 点	【テンポラリークラウン】 (1 歯につき) 30 点
注 前歯部において、歯冠形成のうち、前装鑄造冠又はジャケット冠に係る費用を算定した歯について、1 回に限り算定	注 前歯部において、歯冠形成のうち、前装鑄造冠又はジャケット冠に係る費用を算定した歯 <u>若しくは前装鑄造冠又はジャケット冠の歯冠形成を行うことを予定している歯</u> について、前装鑄造冠又はジャケット冠の <u>歯冠形成を算定した日から当該補綴物を装着するまでの期間</u> において、1 歯 1 回に限り算定

3. 手術等に係る技術等の評価の見直し

口腔内消炎手術(智歯周囲炎の歯肉弁切除等)の評価を引き下げる一方、手術後の専門的口腔衛生処置の新設及び歯科局所麻酔の評価の引き上げを行う。

改定前	改定後
【口腔内消炎手術】 1 智歯周囲炎の歯肉弁切除等 140点	【口腔内消炎手術】 1 智歯周囲炎の歯肉弁切除等 <u>120点</u>
	【術後専門的口腔衛生処置】(1口腔につき) <u>80点</u> 新 次に掲げる手術を行った入院患者に対し、術後感染症及び術後肺炎等の発現のおそれがある場合であって、当該患者が入院している病院の歯科衛生士が術後口腔清掃を行った場合に、手術を行った日の属する月から起算して2月以内の期間において、月1回に限り算定する。 【対象となる手術】 J016 口腔底悪性腫瘍手術、J018 舌悪性腫瘍手術、J031 口唇悪性腫瘍手術、J032 口腔、顎、顔面悪性腫瘍手術、J035 頬粘膜悪性腫瘍手術、J036 術後性上顎嚢胞摘出手術、J038 上顎骨切除術、J039 上顎骨悪性腫瘍手術、J040 下顎骨部分切除術、J041 下顎骨離断術、J042 下顎骨悪性腫瘍手術、J043 顎骨腫瘍摘出術、J068 上顎骨折観血的手術、J069 上顎骨形成術、J070 頬骨骨折観血的整復術、J070-2 頬骨変形治癒骨折矯正術、J072 下顎骨折観血的手術、J075 下顎骨形成術、J076 顔面多発骨折観血的手術、J087 上顎洞根本手術
【伝達麻酔(下顎孔又は眼窩下孔に行うもの)】 38点	【伝達麻酔(下顎孔又は眼窩下孔に行うもの)】 <u>42点</u>
【浸潤麻酔、圧迫麻酔】 23点	【浸潤麻酔、圧迫麻酔】 <u>30点</u>

術後専門的口腔衛生処置（1 口腔につき）【新設】80 点 術口衛

(通知) 術後専門的口腔衛生処置は、対象となる手術を行った入院患者であって、術後感染症、術後肺炎等の発現のおそれがあるものに対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、当該患者の口腔の衛生状態にあわせて、口腔清掃用具等を用いて歯面、舌、口腔粘膜等の口腔清掃又は機械的歯面清掃を行った場合をいう。

(通知) 主治の歯科医師は、術後専門的口腔衛生処置に関し、歯科衛生士に指示した内容を診療録に記載すること。また、当該処置を行った歯科衛生士は、歯科衛生士業務記録簿に当該処置内容を記録すること。

4. 有床義歯（入れ歯）等に係る評価の見直し

有床義歯及び関連技術の評価を引き上げる一方、熱可塑性樹脂有床義歯の評価の引き下げを行う。また、口蓋補綴、顎補綴の評価の簡素化を行う。

改定前	改定後
<p>【有床義歯】</p> <p>1 局部義歯(1床につき)</p> <p>イ 1 歯から4歯まで 540点</p> <p>ロ 5 歯から8歯まで 665点</p> <p>ハ 9 歯から11歯まで 890点</p> <p>ニ 12 歯から14歯まで 1,300点</p> <p>2 総義歯(1顎につき) 2,050点</p> <p>【印象採得】</p> <p>ホ 口蓋補綴、顎補綴</p> <p>(1) 印象採得が簡単なもの 143点</p> <p>(2) 印象採得が困難なもの 265点</p> <p>(3) 印象採得が著しく困難なもの 400点</p>	<p>【有床義歯】</p> <p>1 局部義歯(1床につき)</p> <p>イ 1 歯から4歯まで <u>550 点</u></p> <p>ロ 5 歯から8歯まで <u>676 点</u></p> <p>ハ 9 歯から11歯まで <u>900 点</u></p> <p>ニ 12 歯から14歯まで <u>1,310 点</u></p> <p>2 総義歯(1顎につき) <u>2,060 点</u></p> <p>【印象採得】</p> <p>ホ 口蓋補綴、顎補綴</p> <p><u>(1) 印象採得が困難なもの 220 点</u></p> <p>(2) 印象採得が著しく困難なもの 400 点</p>
改定前	改定後
<p>【装着】</p> <p>ニ 口蓋補綴、顎補綴</p> <p>(1) 印象採得が簡単なもの 100点</p> <p>(2) 印象採得が困難なもの 200点</p> <p>(3) 印象採得が著しく困難なもの 300点</p> <p>【口蓋補綴、顎補綴】(1顎につき)</p> <p>1 印象採得が簡単なもの 1,000点</p> <p>2 印象採得が困難なもの 1,500点</p> <p>3 印象採得が著しく困難なもの 4,000点</p> <p>【熱可塑性樹脂有床義歯】</p> <p>1 局部義歯(1床につき)</p> <p>イ 1 歯から4歯まで 705点</p> <p>ロ 5 歯から8歯まで 925点</p> <p>ハ 9 歯から11歯まで 1,185点</p> <p>ニ 12 歯から14歯まで 1,815点</p> <p>2 総義歯(1顎につき) 2,850点</p>	<p>【装着】</p> <p>ニ 口蓋補綴、顎補綴</p> <p><u>(1) 印象採得が困難なもの 150 点</u></p> <p>(2) 印象採得が著しく困難なもの 300 点</p> <p>【口蓋補綴、顎補綴】(1顎につき)</p> <p><u>1 印象採得が困難なもの 1,500 点</u></p> <p>2 印象採得が著しく困難なもの 4,000 点</p> <p>【熱可塑性樹脂有床義歯】</p> <p>1 局部義歯(1床につき)</p> <p>イ 1 歯から4歯まで <u>670 点</u></p> <p>ロ 5 歯から8歯まで <u>900 点</u></p> <p>ハ 9 歯から11歯まで <u>1,120 点</u></p> <p>ニ 12 歯から14歯まで <u>1,750 点</u></p> <p>2 総義歯(1顎につき) <u>2,780 点</u></p>

5. その他の技術の評価の見直し

有床義歯関連装置の評価の引上げを行う一方、歯科矯正治療に係る咬合採得、床装置及び保定装置の一部の評価の引下げを行う。

改定前		改定後	
【铸造バー】	420点	【铸造バー】	<u>430点</u>
【バー、保持装置加算】	50点	【バー、保持装置加算】	<u>60点</u>
【フック、スパー】	85点	【フック、スパー】	<u>96点</u>
歯科矯正		歯科矯正	
【咬合採得】(1装置につき)		【咬合採得】(1装置につき)	
1 簡単なもの	100点	1 簡単なもの	<u>70点</u>
2 困難なもの	200点	2 困難なもの	<u>140点</u>
3 構成咬合	400点	3 構成咬合	400点
【床装置】		【床装置】	
1 簡単なもの	1,500点	1 簡単なもの	1,500点
2 複雑なもの	2,500点	2 複雑なもの	<u>2,000点</u>
【保定装置】		【保定装置】	
1 プレートタイプリテーナー	1,500点	1 プレートタイプリテーナー	1,500点
2 メタルリテーナー	6,800点	2 メタルリテーナー	<u>6,000点</u>

6. 歯科診療報酬の簡素化（既存技術の評価のあり方の見直し）

歯科医療技術の特性に応じた評価を行うとともに、診療報酬体系の簡素化を図る観点から、スタディモデルや、歯科疾患管理料のうち基本的な医療行為を基本診療料に包括して評価する。

歯科初診料	182点 → <u>218点</u>	←
歯科再診料	40点 → <u>42点</u>	
スタディモデル	50点 → <u>廃止</u>	←
歯科疾患管理料(1回目)	130点 → <u>110点</u> (引下げ分)	

7. 特掲診療料の乳幼児加算の見直し

歯科診療報酬においては、基本診療料に係る乳幼児加算の対象年齢を6歳未満としているのに対して、特掲診療料に係る乳幼児加算の対象年齢は、5歳未満となっており、こうした差異が分かりにくいとの指摘があることから、より分かりやすい診療報酬体系とするための見直しを行う。



歯科矯正診断料の施設基準等の見直し

基本的な考え方

1. 歯科矯正は、唇顎口蓋裂等の先天性疾患に起因する咬合異常等、治療疾患としての位置付けが明確なものについて、診療報酬上評価している。
2. 歯科矯正は、積極的な歯科矯正を行う時期であっても、1月に1回程度の通院により、計画的に行われることが一般的であることから、こうした実態を踏まえ、歯科矯正診断料の施設基準の見直しを行う。
3. 唇顎口蓋裂等の先天性疾患に起因する咬合異常に対する歯科矯正について、医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、その適応症の拡大を行う。

具体的な対応

1. 歯科矯正診断料の施設規準の見直し

歯科矯正の診療実態に即したものとなるよう見直しを行う。

改定前	改定後
<p>【歯科矯正診断料に関する施設基準】</p> <p>1 障害者自立支援法に規定する都道府県知事の指定を受けた医療機関(歯科矯正に関する医療を担当するものに限る)であること</p> <p>2 歯科矯正セファログラムが行える機器を備えていること</p> <p>3 専任の常勤歯科医師が1名以上勤務していること</p>	<p>【歯科矯正診断料に関する施設基準】</p> <p style="text-align: center;">削除</p> <p>1 歯科矯正セファログラムが行える機器を備えていること</p> <p>2 <u>当該療養の経験を5年以上有する専任の歯科医師が1名以上勤務していること</u></p> <p>3 <u>常勤歯科医師が1名以上勤務していること</u></p>

2. 療養の給付の対象とする歯科矯正の適応症の拡大

歯科矯正治療に係る療養の給付の対象となる先天性疾患等の範囲を拡大する。

改定前	改定後
<p>[療養の給付の対象とする適応症]</p> <ul style="list-style-type: none"> 唇顎口蓋裂に起因した咬合異常 顎離断等の手術を必要とする顎変形症 以下の疾患に起因する咬合異常 ゴールデンハー症候群(鰓弓異常症を含む。)、鎖骨・頭蓋異形成症、クルーゾン症候群、トリーチャーコリンズ症候群、ピエールロバン症候群、ダウン症候群、ラッセルシルバー症候群、ターナー症候群、ベックウィズ・ウィードマン症候群、尖頭合指症、ロンベルグ症候群、先天性ミオパチー、顔面半側肥大症、エリス・ヴァン・クレベルト症候群、軟骨形成不全症、外胚葉異形成症、神経線維腫症、基底細胞母斑症候群、ヌーナン症候群、マルファン症候群、ブラダーウィリー症候群、顔面裂 	<p>[療養の給付の対象とする適応症]</p> <ul style="list-style-type: none"> 唇顎口蓋裂に起因した咬合異常 顎離断等の手術を必要とする顎変形症 以下の疾患に起因する咬合異常 ゴールデンハー症候群(鰓弓異常症を含む。)、鎖骨・頭蓋異形成症、クルーゾン症候群、トリーチャーコリンズ症候群、ピエールロバン症候群、ダウン症候群、ラッセルシルバー症候群、ターナー症候群、ベックウィズ・ウィードマン症候群、尖頭合指症、ロンベルグ症候群、先天性ミオパチー、顔面半側肥大症、エリス・ヴァン・クレベルト症候群、軟骨形成不全症、外胚葉異形成症、神経線維腫症、基底細胞母斑症候群、ヌーナン症候群、マルファン症候群、ブラダーウィリー症候群、顔面裂、筋ジストロフィー、大理石骨病、色素失調症、ロー顔指症候群、メビウス症候群、カプキ症候群、クリッペル・トレノーネイ・ウェーバー症候群、ウイリアムズ症候群、ピンダー症候群、スティックラー症候群

エックス線撮影料の評価体系の見直し

基本的な考え方

歯科診療における画像診断領域のデジタル化を推進する観点から、歯科診療におけるエックス線撮影のデジタル化の状況も踏まえつつ、**デジタル撮影料を新設**し、アナログ撮影と区別して評価を行う。

第2節 撮影料 E100

改定前	改定後	
	アナログ撮影	デジタル撮影
1 単純撮影		
イ 歯科エックス線撮影		
(1) 全顎撮影の場合	250点	252点
(2) 全顎撮影以外の場合	25点(1枚につき)	28点(1枚につき)
ロ その他の場合	65点	68点
2 特殊撮影		
(1) 歯科パノラマ断層撮影	180点	182点
(2) 歯科パノラマ断層撮影以外の場合(一連につき)	264点	266点
3 造影剤使用撮影	148点	150点

※ デジタル映像化処理加算は廃止

新規医療技術(歯科)の保険導入

基本的な考え方

医療の高度化等に対応する観点から、診療報酬調査専門組織の医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、新規技術の保険導入を行う。

具体的な内容

手術時歯根面レーザー応用加算の新設（歯周外科手術時の明視下におけるレーザーを用いた歯石除去等に係る加算）

新

【手術時歯根面レーザー応用加算】

40 点

【算定要件】

歯肉剥離搔爬手術又は歯周組織再生誘導手術において、レーザー照射により当該手術の対象歯の歯石除去等を行った場合に歯肉剥離搔爬手術又は歯周組織再生誘導手術の所定点数に加算する。

【施設基準】

- (1) 歯肉剥離搔爬手術又は歯周組織再生誘導手術において、レーザー照射により当該手術の対象歯の歯石除去等を行うのに必要な機器を設置していること。
- (2) 当該レーザー治療に係る専門知識及び5年以上の経験を有する歯科医師を配置していること。

歯周外科手術

注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯肉剥離搔爬手術又は歯周組織再生誘導手術について、レーザー照射により当該手術の対象歯の歯根面の歯石除去等を行った場合は、手術時歯根面レーザー応用加算として、所定点数に40点を加算する。【新設】 **手術歯根**

(通知) 「注5」に規定する加算におけるレーザー照射とは、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、歯肉剥離搔爬手術又は歯周組織再生誘導手術において、明視下で蒸散により歯根面の歯石除去を行うことが可能なものとして保険適用となっているレーザーによる照射をいう。

【特掲診療料の施設基準(手術時歯根面レーザー応用加算)】(概説)

- (1) 当該レーザー治療に係る専門の知識及び5年以上の経験を有する歯科医師が1名以上いること。
- (2) 歯周組織再生誘導手術について当該療養を行う場合は、歯周組織再生誘導手術の届出を行った保険医療機関であること。
- (3) 歯肉剥離搔爬手術又は歯周組織再生誘導手術において、レーザー照射により当該手術の対象歯の歯根面の歯石除去を行うことが可能なレーザー機器を備えていること。

- ※ 当該施設基準における「5年以上の経験」とは、「歯肉剥離搔爬手術又は歯周組織再生誘導手術において、レーザー照射により当該手術の対象歯の歯根面の歯石除去を行った経験」をいう。
- ※ 当該施設基準における歯石除去用レーザー機器は、保険適応された機器である必要がある。

明細書発行の推進について

明細書発行の推進

- 電子請求が義務付けられている病院・診療所・薬局
 - ⇒ **正当な理由のない限り、原則として明細書を無料で発行**
 - 正当な理由 ① 明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用
 - ② 自動入金機の改修が必要な場合

注)明細書発行を行う旨を院内掲示するとともに、明細書発行を希望しない方には、その旨の申し出を促す院内掲示を行うなどの配慮を行う。

- 電子請求が義務付けられていない病院・診療所・薬局
 - ⇒ **明細書発行に関する状況を院内掲示する**
 - 院内掲示の内容 → 明細書発行の有無、手続き、費用徴収の有無、その金額など



診療報酬上の支援

- **明細書の無料発行等を行っている診療所の評価**
 - ⑨ 明細書発行体制等加算 1点(再診料に加算)

保険医療機関及び保険医療費担当規則（昭和32年 厚生省令第15号） （領収証等の交付）

- 第5条の2** 保険医療機関は、前条の規定により患者から費用の支払を受けるときは、正当な理由がない限り、個別の費用ごとに区分して記載した領収証を無償で交付しなければならない。
- 2** 厚生労働大臣の定める保険医療機関は、前項に規定する領収証を交付するときには、正当な理由がない限り、当該費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。ただし、領収証を交付するに当たり明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由がある場合は、患者から求められたときに交付することで足りるものとする。
- 3** 前項に規定する明細書の交付は、正当な理由がある場合を除き、無償で行わなければならない。

再診料 **再診** **病再診**

注9 個別の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等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）を受診した患者については、明細書発行体制等加算として、所定点数に1点を加算する。

【新設】**明細**

【基本診療料の施設基準(明細書発行体制等加算)】(概説)

- (1) 診療所であること。
- (2) 電子情報処理組織を使用した診療報酬請求又は光ディスク等を用いた診療報酬請求を行っていること。
- (3) 算定した診療報酬の区分・項目の名称及びその点数又は金額を記載した詳細な明細書を患者に無料で交付していること。また、その旨の院内掲示を行っていること。

後期高齢者医療の診療報酬について

後期高齢者終末期相談支援料関連の点数の廃止

診療報酬上評価することについて国民的合意が得られていない → 廃止

⑧ 後期高齢者終末期相談支援料 200点

その他の後期高齢者関連点数について

※「後期高齢者」との名称はすべて削除

➤ 原則として全年齢に拡大

(例) 後期高齢者特定入院基本料 → 特定入院基本料
(入院支援状況報告書の提出により従来と同じ扱い)

後期高齢者在宅療養口腔機能管理料 → 歯科疾患在宅療養管理料

後期高齢者退院時薬剤情報提供料
 薬剤管理指導料退院時服薬指導加算 } → 退院時薬剤情報管理指導料

➤ その他の見直し

(例) 後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料 → 廃止

(栄養サポートチーム加算で対応)

後期高齢者退院調整加算 → 急性期病棟等退院調整加算

(介護との連携促進のため、65歳以上等を対象に)



平成22年度保険医療材料制度改革(歯科関連)

基本的な考え方

保険財源の重点的、効率的配分を行う観点から、革新的な新規の医療材料についてはイノベーションの評価を行うなど引き続き適切な評価を行うこととし、なお著しい内外価格差を是正する観点から価格の更なる適正化を図ることを基本に見直しを行うものとする。

具体的な内容

1. 新規の機能区分に関する事項
2. 既存の機能区分に係る事項
 - 歯科点数表の第2章第6部に規定する特定保険医療材料
 - 023 歯周組織再生材料

(1) 吸収型	(2) 非吸収型
---------	----------
3. 医療材料の安定供給に係る方策
4. 歯科用貴金属材料の基準価格の随時改定



統合

5. その他
 - 歯科用貴金属については、6ヶ月毎にその価格の変動幅が10%を超えた場合に材料価格基準の見直しを行うこととなっているが、医療現場や患者に混乱を招かないよう 価格改定の頻度を6ヶ月毎とし、その変動幅が5%を超えた場合に行うこととする。

特定診療報酬算定医療機器の定義等について(歯科関連)

歯科点数表関係(見直し項目のみ)

歯科エックス線撮影デジタル映像化処理装置

定 義		その他の条件	対応する診療報酬項目	
薬事法承認上の位置付け				
類 別	一般的名称			
機械器具(9) 医療用エックス線装置及び医療用エックス線装置用エックス線管	デジタル式口内汎用歯科X線診断装置	CCDセンサー又は <u>CMOSセンサー若しくはイメージングプレート</u> を用いてデジタル映像化処理により歯科エックス線撮影画像を得ることが可能なもの	E100	デジタル撮影(各区分)
	アナログ式口内汎用歯科X線診断装置			
	アナログ式口外汎用歯科X線診断装置			
	デジタル式口外汎用歯科X線診断装置			
	歯科用デジタル式X線撮影センサ			
	コンピューテッドラジオグラフ			

歯科パノラマ断層撮影デジタル映像化処理装置

定 義		その他の条件	対応する診療報酬項目	
薬事法承認上の位置付け				
類 別	一般的名称			
機械器具(9) 医療用エックス線装置及び医療用エックス線装置用エックス線管	アナログ式歯科用パノラマX線診断装置	CCDセンサー又は <u>CMOSセンサー若しくはイメージングプレート</u> を用いてデジタル映像化処理により歯科パノラマ断層撮影画像を得ることが可能なもの	E100	デジタル撮影(各区分)
	デジタル式歯科用パノラマX線診断装置			
	アナログ式歯科用パノラマ・断層撮影X線診断装置			
	デジタル式歯科用パノラマ・断層撮影X線診断装置			
	パノラマ用デジタル式X線センサ			
	コンピューテッドラジオグラフ			

齲蝕除去・窩洞形成用レーザー

定 義		その他の条件	対応する診療報酬項目	
薬事法承認上の位置付け				
類 別	一般的名称			
機械器具(31) 医療用焼灼器	エルビウム・ヤグレーザー	齲蝕歯の充填処置のための齲蝕除去及び窩洞形成を行うことが可能なものであること。	M001	歯冠形成 3 窩洞形成 注5 <u>う</u> 齲蝕歯無痛的窩洞形成加算
	罹患象牙質除去機能付レーザー		M001-2	<u>う</u> 齲蝕歯即時充填形成 注1 <u>う</u> 齲蝕歯無痛的窩洞形成加算

歯石除去用レーザー

定 義		その他の条件	対応する診療報酬項目	
薬事法承認上の位置付け				
類 別	一般的名称			
機械器具(31) 医療用焼灼器	エルビウム・ヤグレーザー	歯肉剥離掻爬手術又は歯周組織再生誘導手術において、 <u>蒸散により歯根面の歯石除去を行うことが可能なものであること。</u>	J063	歯周外科手術 4 歯肉剥離掻爬手術 5 歯周組織再生誘導手術 注5 <u>手術時歯根面レーザー</u> 応用加算

基本診療料及び特掲診療料に係る施設基準(補足)

基本診療料に係る施設基準(うち、歯科固有の技術に係るもの)

新たに施設基準が創設されたことにより、平成22年4月以降において算定するに当たり届出が必要なもの

障害者歯科医療連携加算

施設基準の改正により、平成22年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であっても、平成22年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの

地域歯科診療支援病院歯科初診料

特掲診療料に係る施設基準(うち、歯科固有の技術に係るもの)

新たに施設基準が創設されたことにより、平成22年4月以降において算定するに当たり届出が必要なもの

在宅患者歯科治療総合医療管理料、歯科技工加算、手術時歯根面レーザー応用加算

施設基準の改正により、平成22年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であっても、平成22年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの

歯科矯正診断料

施設基準等の名称が変更されたが、平成22年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であれば新たに届出が必要でないもの

クラウン・ブリッジ維持管理料(旧名称:補綴物維持管理料)

Ⅱ. I 以外で告示及び実施上の留意事項通知(算定要件)等が改められた主な内容

(1) 保険医療機関及び保険医療費担当規則

- 第 2 1 条(歯科診療の具体的方針)

- 2 投薬

ニ 投薬を行うに当たっては、後発医薬品の使用を考慮するとともに、患者に後発医薬品を選択する機会を提供すること等患者が後発医薬品を選択しやすくするための対応に努めなければならない。

- 第 2 3 条(処方せんの交付)

様式第二号を改正(都道府県番号・点数表番号・医療機関コード欄を追加)

(2) 基本診療料

- 初診料

(通知) 欠損補綴を前提とした抜歯で抜歯後印象採得まで1月以上経過した場合、歯周疾患等の慢性疾患である場合等であって、明らかに同一の疾病又は負傷であると推定される場合の診療、歯科疾患管理料又は歯科疾患在宅療養管理料を算定した場合等、管理計画に基づき継続的に診療を行っている場合の診療は、初診として取り扱わない。なお、歯科疾患管理料又は歯科疾患在宅療養管理料を算定した場合であって、管理計画に基づく一連の治療が終了した日から起算して2月以内は再診として取り扱い、2月を超えた場合は初診として取り扱う。

(通知)「著しく歯科診療が困難な障害者」とは、脳性麻痺等で身体の不随運動や緊張が強く体幹の安定が得られない状態、知的発達障害により開口保持ができない状態や治療の目的が理解できず治療に協力が得られない状態、重症の喘息患者で頻繁に治療の中断が必要な状態又はこれらに準ずる状態にある者をいう。なお、障害者加算を算定した日においては、患者の状態を診療録に記載し、専門的技法を用いた場合はその名称を併せて診療録に記載する。 **障 障導**

・ **電子化加算【廃止】**

・ **再診料**

(通知)「著しく歯科診療が困難な障害者」とは、脳性麻痺等で身体の不随運動や緊張が強く体幹の安定が得られない状態、知的発達障害により開口保持ができない状態や治療の目的が理解できず治療に協力が得られない状態、重症の喘息患者で頻繁に治療の中断が必要な状態又はこれらに準ずる状態にある者をいう。なお、障害者加算を算定した日においては、患者の状態を診療録に記載する。 **障**

(3) **医学管理等**

・ **歯科特定疾患療養管理料** **特疾管**

注 4 歯科疾患管理料又は歯科疾患在宅療養管理料を算定している患者に対して行った歯科特定疾患療養管理料は、別に算定できない。

・ **がん性疼痛緩和指導管理料**

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与している患者に対して、WHO方式のがん性疼痛の治療法に基づき、当該保険医療機関の保険医が計画的な治療管理及び療養上必要な指導を行い、麻薬を処方した場合に、月 1 回に限り算定する。

(通知及び施設基準は省略)

・ **がん患者カウンセリング料【新設】 500点**

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者 1 人につき 1 回に限り算定する。

(通知及び施設基準は省略)

・ **入院栄養食事指導料【新設】 130点**

注 入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、歯科医師の指示を受けた管理栄養士が具体的な献立によって指導を行った場合に、入院中 2 回を限度として算定する。

(通知は省略)

・ **歯科治療総合医療管理料** **医管**

注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者であって別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要であるとして文書により診療情報の提供を受けたものに対し、第 8 部処置（外科後処置、創傷処置、歯周疾患処置及び歯周基本治療処置を除く。）、第 9 部手術又は第 1 2 部歯冠修復及び欠損補綴（歯冠形成、う蝕歯即時充填形成、う蝕歯インレー修復形成、支台築造に限り、全身麻酔下で行うものを除く。）を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合に、月 1 回に限り算定する。

(通知) 歯科治療総合医療管理料は、同一暦月につき 1 回に限り算定できる。ただし、同一の患者について、歯科治療総合医療管理料を算定した月においては、在宅患者歯科治療総合医療管理料は算定できない。

・ **介護支援連携指導料【新設】 300点**

注 当該保険医療機関に入院中の患者に対して、患者の同意を得て、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士、看護師等が介護支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえ

て導入が望ましい介護サービスや退院後に利用可能な介護サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中 2 回に限り算定する。ただし、この場合において、同一日に、退院時共同指導料 2 の注 3 に掲げる加算（居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同して指導を行った場合に限る。）は別に算定できない。

(通知は省略)

・ **がん治療連携計画策定料【新設】 750点**

注 1 入院中のがん患者の退院後の治療を総合的に管理するため、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関（以下この表において「計画策定病院」という。）が、あらかじめがんの種類やステージを考慮した地域連携診療計画を作成し、がん治療を担う別の保険医療機関と共有し、かつ、入院中のがん患者に対して、患者の同意を得た上で、当該計画に基づき当該患者の治療計画を作成し、患者に説明し、文書により提供するとともに、退院時に当該別の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合（がんと診断されてから最初の入院に係るものに限る。）に、退院時に 1 回に限り所定点数を算定する。

2 注 1 の規定に基づく当該別の保険医療機関への文書の提供に係る診療情報提供料 (I) の費用は、所定点数に含まれるものとする。

3 開放型病院共同指導料 (II) 又は退院時共同指導料 2 は、別に算定できない。

(通知及び施設基準は省略)

・ **がん治療連携指導料【新設】 300点**

注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（計画策定病院を除く。）が、がん治療連携計画策定料を算定した患者であって入院中の患者以外のものに対して、地域連携診療計画に基づいた治療を行うとともに、患者の同意を得た上で、計画策定病院に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、月 1 回に限り算定する。

2 注 1 の規定に基づく計画策定病院への文書の提供に係る診療情報提供料 (I) の費用は、所定点数に含まれるものとする。

(通知及び施設基準は省略)

・ **薬剤管理指導料**

注 3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者に対して薬学的管理指導を行った場合に、医薬品安全性情報等管理体制加算として、入院中 1 回に限り、初回の薬学的管理指導に係る算定の際に、所定点数に 50 点を加算する。【新設】

(通知及び施設基準は省略)

・ **薬剤情報提供料 薬情**

注 2 注 1 の場合において、処方した薬剤の名称を当該患者の求めに応じて手帳に記載した場合には、手帳記載加算として、所定点数に 3 点を加算する。

・ **後期高齢者退院時薬剤情報提供料 100点 + 薬剤管理指導料退院時服薬指導加算 50点**

↓

退院時薬剤情報管理指導料【名称・点数の見直し】 90点

注 保険医療機関が、患者の入院時に当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称（副作用が発現した場合には、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。）に関して当該患者の手帳に記載した上で、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に、退院の日に 1 回に限り算定する。

(通知は省略)

・ **医療機器安全管理料（一連につき）1,000点→1,100点**

(通知は省略)

(4) 在宅医療

- 在宅患者訪問薬剤管理指導料【項目の見直し】

1 在宅での療養を行っている患者の場合(居住系施設入居者等を除く。)



同一建物居住者以外の場合 550点

2 居住系施設入居者である患者の場合



同一建物居住者の場合 385点

注1 1については、在宅において療養を行っている患者(当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者(以下この区分番号において「同一建物居住者」という。)を除く。)であって通院が困難なものに対して、2については、在宅において療養を行っている患者(同一建物居住者に限る。)であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、1と2を合わせて月2回に限り算定する。

- 退院前在宅療養指導管理料

注2 6歳未満の乳幼児に対して在宅療養に関する指導管理を行った場合には、乳幼児加算として、所定点数に200点を加算する。【新設】

(5) 検査

- 通則

(通知) 検査料の項に掲げられていない検査のうち、スタディモデル及び簡単な検査の検査料は基本診療料に含まれ、算定できないが、特殊な検査の検査料はその都度当局に内議し、最も近似する検査として準用が通知された算定方法により算定する。なお、準用した場合には、特に定める場合を除き、準用された項目に係る注についても、同時に準用されるものとする。また、腫瘍マーカーについては、医科点数表の腫瘍マーカーの例により算定する。

(通知) 各区分における検査の実施に当たっては、その検査結果を診療録へ記載又は検査結果がわかる記録を診療録に添付すること。

- 歯周組織検査

(通知) 歯周基本検査及び歯周精密検査の費用は、当該検査を実施した歯数により算定する。ただし、残根歯(歯内療法、根面被覆処置を行って積極的に保存した残根を除く。)は歯数に数えない。

- 顎運動関連検査 **ChB** **GoA** **Ptg**

(通知) 顎運動関連検査とは、顎運動に関する一連の検査を評価したものであり、下顎運動路描記法(MMG)、ゴシックアーチ描記法、パントグラフ描記法及びチェックバイト検査をいい、検査の種類及び回数にかかわらず、欠損補綴物一装置につき1回のみの算定とする。ただし、検査の種類・方法にかかわらず、1回の算定とすべき一連の顎運動関連検査の結果と同一の検査結果を活用して、複数の欠損補綴物を製作した場合にあっても、1回の算定となる。なお、計画的に欠損補綴物を製作する場合は、必要性を十分考慮した上で実施すること。

(通知) 下顎運動路描記法は、歯の欠損を有する患者に対して、三次元的に下顎の運動路を描記可能な歯科用下顎運動路測定器を用いて、有床義歯製作時の下顎位を決定するために行うものである。

(6) 画像診断

- 通則4(時間外緊急院内画像診断加算)【新設】

(告示) 入院中の患者以外の患者について、緊急のために、保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、当該保険医療機関内において撮影及び画像診断を行った場合は、所定点数に1日につき110点を加算する。

(通知) 保険医療機関において、当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜

に入院中の患者以外の患者に対して診療を行った際、歯科医師が緊急に画像診断を行う必要性を認め、当該保険医療機関において、当該保険医療機関に具備されている画像診断機器を用いて当該画像撮影及び診断を実施した場合に限り算定できる。

(通知) 画像診断の開始時間が診療時間以外の時間、休日又は深夜に該当する場合に当該加算を算定する。なお時間外等の定義については、初診料の時間外加算等における定義と同様であること。

(通知) 同一患者に同一日に2回以上、時間外、休日又は深夜の診療を行い、その都度緊急の画像診断を行った場合（複数の区分にまたがる場合を含む。）においても1回のみ算定とする。

(通知) 入院中の患者には当該加算は算定できない。ただし、時間外、休日又は深夜に外来を受診した患者に対し、画像診断の結果入院の必要性を認めて、引き続き入院となった場合はこの限りではない。

(通知) 時間外緊急院内画像診断加算は他の保険医療機関で撮影されたフィルムを診断した場合は算定できない。

(通知) 緊急に画像診断を要する場合とは、直ちに何らかの処置・手術等が必要な患者であって、通常の診察のみでは的確な診断が下せず、なおかつ通常の画像診断が整う時間まで画像診断の実施を見合わせる事ができないような重篤な場合をいう。

・ **通則 5（電子画像管理加算）**

(通知) 「通則 5」に規定する画像を電子化して管理及び保存した場合とは、画像を電子媒体に保存して管理した場合をいい、フィルムへのプリントアウトを行った場合にも当該加算を算定することができるが、本加算を算定した場合には当該フィルムの費用は算定できない。なお、フィルムを用いた通常のエックス線撮影を行い、当該フィルムをエックス線フィルムスキャナー等で電子媒体に保存して管理した場合には、電子画像管理加算は算定できない。

(通知) 電子画像管理加算は、同一の部位につき、同時に2種類以上の撮影方法を使用した場合は一連の撮影とみなし、主たる撮影の所定点数のみ算定する。

(通知) 電子画像管理加算は、他の保険医療機関で撮影したフィルム等についての診断のみを行った場合には算定しない。

(7) 投薬

・ **処方料**

注 7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（許可病床数が200床以上の病院に限る。）において、治療の開始に当たり投薬の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で抗悪性腫瘍剤を処方した場合には、抗悪性腫瘍剤処方管理加算として、月1回に限り、1処方につき70点を加算する。【新設】
(通知及び施設基準は省略)

・ **処方せん料**

注 5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（許可病床数が200床以上の病院に限る。）において、治療の開始に当たり投薬の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で抗悪性腫瘍剤に係る処方せんを交付した場合には、抗悪性腫瘍剤処方管理加算として、月1回に限り、処方せんの交付1回につき70点を加算する。【新設】
(通知及び施設基準は省略)

(8) 注射

・ **末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入 【新設】 700 点**

注 1 カテーテルの挿入に伴う検査及び画像診断の費用は、所定点数に含まれるものとする。

2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合には、所定点数に500点を加算する。

(通知は省略)

(9) リハビリテーション・ **通則**

(通知) 顎関節疾患の治療にマイオモニターを使用した場合は、1回につき医科点数表の運動器リハビリテーション料の「3 運動器リハビリテーション料(Ⅲ)」の所定点数により算定する。

なお、診療録にマイオモニターを用いた顎関節疾患の治療の実施時刻(開始時刻と終了時刻)、治療内容、使用機器名等を記載する。

※ 運動器リハビリテーション料(Ⅲ)(1単位) 80点

(通知) 開口障害の治療に際して整形手術後に開口器等を使用して開口訓練を行った場合は、医科点数表の運動器リハビリテーション料の「2 運動器リハビリテーション料(Ⅱ)」の所定点数により1日につき1回に限り算定する。なお、診療録に開口障害の訓練の実施時刻(開始時刻と終了時刻)、訓練内容、使用器具名等を記載する。また、顎骨骨折に対する観血的手術後又は悪性腫瘍に対する放射線治療後に生じた開口障害について、開口器等を使用して開口訓練を行ったときについても同様の取扱いとする。

※ 運動器リハビリテーション料(Ⅱ)(1単位) 165点

・ **がん患者リハビリテーション料【新設】(1単位) 200点**

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者であって、がんの治療のために入院しているものに対して、個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、患者1人につき1日6単位まで算定する。

(通知及び施設基準は省略)

(10) 処置・ **通則**

(通知) 第1節に掲げられていない処置のうちラバーダム防湿法及び簡単な処置の費用は基本診療料に含まれ算定できないが、特殊な処置の費用は、その都度当局に内議し、最も近似する処置として準用が通知された算定方法により算定する。

(通知) 著しく歯科診療が困難な障害者の100分の50加算は、治療を直接行う歯科医師に加え、患者の障害に起因した行動障害に対し開口の保持又は体位、姿勢の保持を行うことを目的として、当該治療に歯科医師、歯科衛生士、看護師等が参画した場合等に限り算定するものであり、当該加算を算定した日における患者の状態を診療録に記載する。

・ **咬合調整 咬調**

(通知) 歯周炎又は歯ぎしりの処置のために、歯の削合を行った場合は、同一初診期間中、「1 1歯以上10歯未満」又は「2 10歯以上」のうち、いずれか1回に限り算定する。

(通知) 過重圧を受ける歯牙の切縁、咬頭の過高部又は別の歯科の保険医療機関において製作された鑄造歯冠修復物等の過高部の削除を行った場合は、「1 1歯以上10歯未満」又は「2 10歯以上」のいずれかにより算定する。

(通知) 咬合緊密である患者の義歯を製作するに当たり、鉤歯と鉤歯の対合歯をレスト製作のために削除した場合は、同一初診期間中、「1 1歯以上10歯未満」又は「2 10歯以上」のうち、いずれか1回に限り算定する。

(通知) 歯周組織に咬合性外傷を起こしているとき、過高部の削除に止まらず、食物の流れを改善し歯周組織への為害作用を極力阻止するため歯冠形態の修正を行った場合、又は舌、頬粘膜の咬傷を起こすような場合に、歯冠形態修正(単なる歯牙削合を除く。)を行った場合は、同一初診期間中、「1 1歯以上10歯未満」又は「2 10歯以上」のうち、いずれか1回に限り算定する。なお、歯冠形態の修正を行った場合は診療録に、歯冠形態の修正理由、歯冠形態の修正箇所等を記載すること。

・ **歯髄保護処置**

(通知) 歯髄保護処置(歯髄覆罩)とは、歯髄温存療法(非侵襲性歯髄覆罩)、直接歯髄保護処置(直接歯髄覆罩)及び間接歯髄保護処置(間接歯髄覆罩)をいう。

歯髄保護処置 **PCap** 歯髄温存療法 **AIPC**
 直接歯髄保護処置 **直保護又は直覆罩若しくは直PCap**
 間接歯髄保護処置 **間保護又は間覆罩若しくは間PCap**

・ **知覚過敏処置**

(通知) 歯冠形成後、知覚過敏が生じた有髄歯に対する知覚鈍麻剤の塗布については、歯冠形成、印象採得、咬合採得、仮着及び装着と同時にを行う場合を除き「1 3 歯まで」又は「2 4 歯以上」の所定点数により算定する。

・ **有床義歯床下粘膜調整処置 **T. コンデ又はT. cond****

(通知) 旧義歯が不適合で床裏装や再製が必要とされる場合に、床裏装や再製に着手した日以前において、有床義歯床下粘膜異常に対してそれを調整するために、旧義歯を調整しながら、粘膜調整材を用い有床義歯床下粘膜調整を行った場合は、当該義歯の調整を含めて、1 顎 1 回につき算定する。なお、当該点数を算定している期間においては、有床義歯管理料及び有床義歯調整管理料は算定しない。

・ **心身医学療法 1 入院中の患者 70 点→150 点**

(11) 手術

・ **通則**

(告示) 舌悪性腫瘍手術、口腔・顎・顔面悪性腫瘍切除術、上顎骨悪性腫瘍手術、耳下腺悪性腫瘍手術、上顎骨形成術、頬骨変形治癒骨折矯正術、顔面多発骨折観血的手術、自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付のもの）及び皮膚悪性腫瘍切除術（注に規定する加算を算定する場合に限る。）に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

(告示) 同一手術野又は同一病巣につき、2 以上の手術を同時に行った場合における費用の算定は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、神経移植術、骨移植術又は植皮術と他の手術とを同時に行った場合は、それぞれの所定点数を合算して算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める場合は、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。

(通知) 「通則 3」は、第 1 節に掲げられていない特殊な手術であって、同節に掲げられている手術のうち、最も近似する手術の所定点数により算定することが妥当であるものについては、その都度当局に内議の上、それらの所定点数を準用することができる趣旨の規定である。なお、歯肉息肉除去手術及び簡単な手術の費用は基本診療料に含まれ算定できない。

(通知) 著しく歯科診療が困難な障害者の 100 分の 50 加算は、治療を直接行う歯科医師に加え、患者の障害に起因した行動障害に対し開口の保持又は体位、姿勢の保持を行うことを目的として、当該治療に歯科医師、歯科衛生士、看護師等が参画した場合等に算定するものであり、当該加算を算定した日の患者の状態を診療録に記載する。

・ **複数手術に係る費用の特例【3 例追加】**

「**歯槽骨骨折観血的整復術**」及び「**歯の再植術**」
 「**上顎骨折観血的手術**」及び「**歯の再植術**」
 「**下顎骨折観血的手術**」及び「**歯の再植術**」

・ **歯周外科手術**

(通知) 歯周外科手術における縫合又はパックの費用はそれぞれの所定点数に含まれる。

・ **口腔内軟組織異物（人工物）除去術**

(通知) 「簡単なもの」とは異物（人工物）が比較的浅い組織内にあり、非観血的あるいは簡単な切開で除去できるものをいう。なお、歯の破折片の除去（う蝕除去に伴うものを除く。）に係る費用は、「1 簡単なもの」の所定点数により算定する。

・ **顎骨内異物（挿入物を含む。）除去術**

・ **舌腫瘍摘出術 1 粘液嚢胞摘出術 940 点→1,220 点**

・ **舌悪性腫瘍手術 1 切除 11,700 点→14,470 点**

2 亜全摘 32,900 点→49,350 点

- ・ 顎・口蓋裂形成手術
 - 1 軟口蓋のみのもの 8,590 点→11,170 点
 - 2 硬口蓋に及ぶもの 14,300 点→18,590 点
 - 3 顎裂を伴うもの 14,900 点→
 - イ 片側 19,360 点
 - ロ 両側 29,040 点
- ・ 口唇裂形成手術（片側）
 - 1 口唇のみの場合 7,800 点→10,140 点
 - 2 口唇裂鼻形成を伴う場合 12,200 点→14,470 点
 - 3 鼻腔底形成を伴う場合 13,100 点→17,030 点
- ・ 口唇裂形成手術（両側）
 - 1 口唇のみの場合 11,700 点→14,470 点
 - 3 鼻腔底形成を伴う場合 19,700 点→25,610 点
- ・ 鼻咽腔閉鎖術 12,800 点→16,640 点
- ・ 頬、口唇、舌小帯形成術 450 点→560 点
- ・ 舌形成手術（巨舌症手術） 4,490 点→5,840 点
- ・ 口唇悪性腫瘍手術 18,700 点→21,700 点
- ・ 口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術 39,600 点→59,400 点
- ・ 上顎骨悪性腫瘍手術
 - 1 搔爬 4,520 点→5,880 点
 - 2 切除 20,600 点→21,700 点
 - 3 全摘 32,400 点→37,420 点
- ・ 下顎骨部分切除術 7,660 点→9,960 点
- ・ 下顎骨離断術 12,100 点→15,730 点
- ・ 下顎骨悪性腫瘍手術
 - 1 切除 18,000 点→21,700 点
 - 2 切断 24,800 点→28,940 点
- ・ 顎下腺悪性腫瘍手術 20,000 点→21,700 点
- ・ 耳下腺腫瘍摘出術
 - 1 耳下腺浅葉摘出術 16,100 点→20,930 点
 - 2 耳下腺深葉摘出術 18,400 点→23,920 点
- ・ 耳下腺悪性腫瘍手術
 - 1 切除 19,000 点→21,700 点
 - 2 全摘 28,700 点→28,940 点
- ・ 唾液腺管形成手術 6,720 点→8,740 点
- ・ 骨移植術（軟骨移植術を含む。）
 - 1 自家骨移植
 - イ 簡単なもの 1,730 点→ 1,780 点
 - ロ 困難なもの 8,300 点→10,790 点
 - 2 同種骨移植（生体） 9,100 点→12,870 点
 - 3 同種骨移植（非生体） 9,900 点→11,830 点
- ・ 骨（軟骨）組織採取術 2 その他のもの 3,470 点→4,510 点
- ・ 上顎骨折観血的手術 9,010 点→11,710 点
- ・ 上顎骨形成術
 - 1 単純な場合 12,500 点→16,250 点
 - 2 複雑な場合及び 2 次的再建の場合 21,600 点→32,400 点

(通知)「単純な場合」とは上顎骨発育不全症、外傷後の上顎骨後位癒着、上顎前突症、開咬症、
過蓋咬合症等に対し、Le Fort I 型切離又は上顎骨部分切離により移動を図る場合をいう。
- ・ 頬骨骨折観血的整復術 8,930 点→11,610 点
- ・ 頬骨変形治癒骨折矯正術 18,000 点→27,000 点
- ・ 下顎骨折観血的手術 2 両側の場合 14,700 点→19,110 点
- ・ 下顎関節突起骨折観血的手術【新設】
 - 1 片側 21,700 点
 - 2 両側 36,170 点

(通知)「2 両側」は、両側の下顎関節突起骨折について観血的に手術を行った場合に算定する。
- ・ 下顎骨形成術
 - 2 短縮又は伸長の場合 13,200 点→17,160 点
 - 3 再建の場合 18,500 点→27,750 点
- ・ 顔面多発骨折観血的手術 17,700 点→26,550 点
- ・ 顎関節脱臼観血的手術 14,100 点→18,330 点
- ・ 顎関節形成術 21,600 点→32,400 点

- ・ 顎関節授動術 2 顎関節鏡下授動術 4, 320 点→ 5, 620 点
3 開放授動術 13, 500 点→17, 550 点
- ・ 顎関節円板整位術 1 顎関節鏡下円板整位術 12, 600 点→14, 470 点
2 開放円板整位術 17, 000 点→21, 700 点
- ・ デブリードマン
注 2 骨、腱又は筋肉の露出を伴う損傷については、深部デブリードマン加算として、所定点数に 1,000 点を加算する。
(通知) 「注 2」の深部デブリードマン加算は、通知でいう繰り返し算定される場合についても、要件をみたせば算定できる。
- ・ 上顎洞根治手術
- ・ 分層植皮術 1 25 平方センチメートル未満 5, 000 点→ 3, 330 点
2 25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満 6, 000点→ 4, 590点
3 100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満 9, 000点→ 6, 660点
4 200平方センチメートル以上 13, 000点→20, 150点
- ・ 全層植皮術 3 100 平方センチメートル以上 200 平方センチメートル未満 20, 000 点→21, 700 点
4 200平方センチメートル以上 30, 000点→31, 350点
- ・ 皮膚移植術 (生体・培養)
注 1 生体皮膚又は培養皮膚移植を行った場合に算定する。
(通知) 皮膚を移植する場合においては、日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」を遵守している場合に限り算定する。
- ・ 皮膚移植術 (死体) 【新設】
1 200平方センチメートル未満 5, 190点
2 200平方センチメートル以上500平方センチメートル未満 6, 920点
3 500平方センチメートル以上1, 000平方センチメートル未満 10, 380点
4 1, 000平方センチメートル以上3, 000平方センチメートル未満 25, 320点
(通知) 皮膚提供者の皮膚採取料及び組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。
(通知) 死体から死体皮膚を採取・保存するために要する全ての費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。
(通知) 皮膚を移植する場合においては、日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」を遵守している場合に限り算定する。
- ・ 皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術
2 25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満 6, 830点→ 8, 800点
3 100平方センチメートル以上 10, 400点→15, 600点
- ・ 動脈 (皮) 弁術、筋 (皮) 弁術 21, 900 点→32, 850 点
- ・ 遊離皮弁術 (顕微鏡下血管柄付きのもの) 43, 000 点→64, 500 点
- ・ 自家遊離複合組織移植術 (顕微鏡下血管柄付きのもの) 49, 200 点→73, 800 点
- ・ 動脈形成術、吻合術 10, 700 点→13, 910 点
- ・ 抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用埋込型カテーテル設置 10, 800 点→16, 640 点
- ・ 血管移植術、バイパス移植術 1 頭、頸部動脈 36, 700 点→55, 050 点
- ・ 神経移植術 17, 800 点→18, 090 点
- ・ 交感神経節切除術 14, 000 点→18, 200 点
- ・ 皮膚悪性腫瘍切除術 【新設】
1 広汎切除 21, 700点
2 単純切除 11, 000点
注 放射性同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検 (悪性黒色腫に係るものに限る。)を併せて行った場合には、悪性黒色腫センチネルリンパ節加算として、所定点数に5,000点を加算する。ただし、当該手術に用いた色素の費用は、算定しない。

(通知) 皮膚悪性腫瘍切除術を行った場合において、リンパ節の郭清を伴う場合は「1」により算定し、病巣部のみを切除した場合は「2」により算定する。

(通知) 「注」に規定する悪性黒色腫センチネルリンパ節加算については、以下の要件に留意し算定すること。

- イ 触診及び画像診断の結果、遠隔転移が認められない悪性黒色腫であって、臨床的に所属リンパ節の腫大が確認されていない場合にのみ算定する。
- ロ センチネルリンパ節生検に伴う放射性同意元素の薬剤料は、第4節の薬剤により算定する。
- ハ 摘出したセンチネルリンパ節の病理診断に係る費用は、第14部病理診断の所定点数により算定する。

- ・ **顔面神経麻痺形成手術 2 動的なもの 26,000 点→39,000 点**

(12) 麻酔

- ・ **通則**

(通知) 著しく歯科診療が困難な障害者の100分の50加算は、治療を直接行う歯科医師に加え、患者の障害に起因した行動障害に対し開口の保持又は体位、姿勢の保持を行うことを目的として、当該治療に歯科医師、歯科衛生士、看護師等が参画した場合等に限り算定するものであり、当該加算を算定した日における患者の状態を診療録に記載する。

- ・ **静脈内鎮静法 静鎮**

(通知) 静脈内鎮静法を実施するに当たっては、「歯科診療における静脈内鎮静法ガイドライン」(平成21年9月日本歯科医学会)を参考にし、術前、術中及び術後の管理を十分に行い、当該管理記録を診療録に添付すること。

(通知) 静脈内鎮静法を実施するに当たっては、緊急時に適切な対応ができるよう、あらかじめ医科の保険医療機関と連携していること。

(13) 歯冠修復及び欠損補綴

- ・ **通則**

(通知) 「通則3」は、この部に規定していない歯冠修復及び欠損補綴であっても、この部に規定している歯冠修復及び欠損補綴のうち、最も近似する歯冠修復及び欠損補綴の所定点数により算定することが妥当であるものについては、その都度当局に内議の上、それらの所定点数を準用することができる趣旨の規定である。

(通知) 著しく歯科診療が困難な障害者の100分の50加算は、治療を直接行う歯科医師に加え、患者の障害に起因した行動障害に対し開口の保持又は体位、姿勢の保持を行うことを目的として、当該治療に歯科医師、歯科衛生士、看護師等が参画した場合等に算定するものであり、当該加算を算定した日における患者の状態を診療録に記載する。

- ・ **クラウン・ブリッジ維持管理料 補管又は維持管**

(通知) 「歯冠補綴物又はブリッジ」を保険医療機関において装着した日から起算して1年を経過した日以降2年を経過した日までの間に、外傷、腫瘍等によりやむを得ず隣在歯を抜歯し、ブリッジを装着する場合には、その理由書、模型、エックス線フィルム又はその複製を地方厚生(支)局長に提出し、その判断を求めるものとする。また、添付模型の製作の費用は、基本診療料に含まれ、算定できないが、添付フィルム又はその複製については第4部画像診断の撮影料及びフィルム料を算定して差し支えない。ただし、算定に当たっては診療報酬明細書の摘要欄に算定の理由を明記すること。

なお、歯冠補綴物又はブリッジを装着した歯の隣在歯が歯冠補綴物又はブリッジの装着時に歯周疾患に罹患している場合等においては、当該隣在歯の抜歯に伴う歯冠修復物又はブリッジの再製作に係る一連の費用は、クラウン・ブリッジ維持管理料に含まれ別に算定できない。

- ・ **支台築造**

(通知) 歯冠修復を行うに当たり、メタルコアと全部鑄造冠等を同一模型上で製作し、1日で患者に装着することは、歯科医学的に適切であると認められる場合に限り認められ、常態として行

うことは認められない。なお、この場合における印象採得に係る費用は、全部鑄造冠等により算定するものとし、支台築造印象に係る費用は算定できない。

・ **リテイナー**

(通知) リテイナーとは、ブリッジ（接着ブリッジを含む。）の製作過程において、支台歯の保護、支台歯及び隣在歯及び対合歯の移動防止並びに歯周組織の保護等のために、ブリッジの支台歯として歯冠形成を予定している歯又は歯冠形成を完了した歯について、ブリッジ装着までの間暫間的に装着されるものをいう。

(通知) リテイナーの費用は、ブリッジの支台歯として歯冠形成を予定している歯又は歯冠形成を完了した歯について、当該歯を支台とするリテイナーを製作した場合に、当該歯の歯冠形成を算定した日からブリッジを装着するまでの期間において、1装置につき1回に限り算定する。
なお、分割して製作した場合にあっても、ブリッジ1装置につき所定点数1回の算定とする。
また、ブリッジ装着までの修理等の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

・ **鑄造歯冠修復**

(通知) 抜歯禁忌症で義歯製作の必要上、やむを得ず残根を残す場合であって、根の形態修正のみを行う場合は、う蝕処置により算定する。

・ **ポンティック（ダミー）** **Dum**

(通知) 矯正・先天性欠如等により、第一小臼歯が既に欠損している患者の第二小臼歯を抜歯した場合あるいは第二小臼歯が舌側に転位しているとき、第一小臼歯及び第二小臼歯を抜歯した場合で、間隙は1歯分しかないような小臼歯2歯の欠損であって間隙が狭い場合及び第一小臼歯、第二小臼歯、第一大臼歯欠損のブリッジにおいて、欠損歯数は3歯であるが、間隙のほうは1歯分程度小さく2歯分となる場合のブリッジについては、「ブリッジについての考え方2007」（平成19年11月日本歯科医学会）に従って実際の歯式どおり対応する。

ただし、保険適用の有無を確認することになるので、理由書、模型及びエックス線フィルム又はその複製を地方厚生（支）局長に提出してその適否を決するものとする。また、添付模型の製作の費用は、基本診療料に含まれ、算定できないが、添付フィルム又はその複製については、第4部画像診断の撮影料及びフィルム料により算定して差し支えない。ただし、算定に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に算定の理由を明記すること。

・ **有床義歯** **FD** **PD**

(通知) 模型上で抜歯後を推定して製作する即時義歯は認められるが、即時義歯の仮床試適に係る費用は算定できない。ただし、即時義歯とは長期的に使用できるものをいい、暫間義歯は算定できない。

なお、歯肉の退縮等により比較的早期に床裏装を行った場合は、有床義歯修理により算定する。

(14) 歯科矯正

・ **歯科矯正診断料**

(通知) 歯科矯正診断料は、厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める疾患に起因した咬合異常が認められる場合であって、当該疾患の治療を行った医科の保険医療機関又は患者若しくはその家族からの情報及び資料により、当該患者が当該疾患を現に有することが確認された場合に限り算定する。

・ **歯科矯正管理料**

注1 歯科矯正診断料の注1又は顎口腔機能診断料の注1に規定する治療計画書に基づき、計画的な歯科矯正管理を継続して行った場合であって、当該保険医療機関において動的治療が開始された患者に対し、療養上必要な指導を行うとともに経過模型による歯の移動等の管理を行った上で、具体的な指導管理の内容について文書により提供したときに、初診料を算定した日の属する月の翌月以降月1回に限り算定する。

2 歯科疾患管理料又は歯科疾患在宅療養管理料を算定している患者に対して行った歯科矯正管理の費用は、別に算定できない。

(通知)「注 1」の「文書」とは、病名、症状、療養上必要な指導及び計画的な歯科矯正管理の状況（治療計画の策定及び変更年月日を含む。）、保険医療機関名、当該管理を行った主治の歯科医師の氏名、顎切離、顎離断等の手術を必要とする療養を行う場合においては、当該手術を担当する保険医療機関名及び担当保険医氏名等を記載したものをいう。

・ **模型調製**

注 1 平行模型については、歯科矯正を開始したとき、動的処置を開始したとき、マルチブラケット法を開始したとき、顎離断等の手術を開始したとき及び保定を開始したときに、それぞれ 1 回に限り算定する。

(通知) 平行模型は、歯科矯正を開始したとき、動的処置を開始したとき、マルチブラケット法を開始したとき、顎離断等の手術を開始したとき及び保定を開始したとき、それぞれ一回に限り算定する。

(15) 病理診断

・ **口腔病理診断料（歯科診療に係るものに限る。）**

410点→**1 組織診断料 500点**
 2 細胞診断料 240点

注 1 1については、病理診断を専ら担当する歯科医師が勤務する病院である保険医療機関において、医科点数表の病理組織標本作製、電子顕微鏡病理組織標本作製、免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製若しくは術中迅速病理組織標本作製により作製された組織標本に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された組織標本に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月 1 回に限り算定する。

2 2については、病理診断を専ら担当する歯科医師が勤務する病院である保険医療機関において、医科点数表の術中迅速細胞診、細胞診の 2 により作製された標本に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された標本に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月 1 回に限り算定する。

3 当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された標本に基づき診断を行った場合には、医科点数表の病理組織標本作製、電子顕微鏡病理組織標本作製、免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製、術中迅速病理組織標本作製、細胞診は、別に算定できない。

・ **口腔病理判断料（歯科診療に係るものに限る。） 146点→150点**

Ⅲ. その他、改定等が行われた内容（項目のみ）

(1) 基本診療料

- ・ 入院料等の通則
- ・ 特定入院料
- ・ 入院基本料等加算

(2) 投薬

- ・ 薬剤料の注

(3) 注射

- ・ 外来化学療法加算
- ・ 薬剤料の注
- ・ 無菌製剤処理料

(4) リハビリテーション

- ・ 脳血管疾患等リハビリテーション料

(5) 放射線治療

- ・ 放射線治療管理料
- ・ 体外照射
- ・ 密封小線源治療

(6) 特定保険医療材料料等

- ・ 支台築造 メタルコア 大白歯 47→46点
- ・ 充填 銀錫アマルガム 複雑なもの 29→28点
- ・ 鑄造歯冠修復
 - 14カラット金合金 インレー 複雑なもの 469→374点
 - 4分の3冠 586→467点
 - 金銀パラジウム合金 大白歯 インレー 単純なもの 77→74点
 - 複雑なもの 142→138点
 - 5分の4冠 178→173点
 - 全部鑄造冠 225→218点
 - 小白歯・前歯 インレー 単純なもの 52→51点
 - 複雑なもの 104→101点
 - 4分の3冠 128→124点
 - 5分の4冠 128→124点
 - 全部鑄造冠 161→156点
 - 鑄造用ニッケルクロム合金 大白歯 全部鑄造冠 11→10点
 - 銀合金 大白歯 インレー 単純なもの 13→12点
 - 複雑なもの 23→22点
 - 5分の4冠 30→28点
 - 全部鑄造冠 36→34点
 - 小白歯・前歯・乳歯 インレー 複雑なもの 17→16点
 - 4分の3冠 21→20点
 - 5分の4冠 21→20点
 - 全部鑄造冠 27→25点
- ・ 前装鑄造冠 金銀パラジウム合金を用いた場合 200→194点
- 鑄造用ニッケルクロム合金を用いた場合 18→17点
- 銀合金を用いた場合 59→56点
- ・ 乳歯金属冠 39→29点
- ・ ポンティック 鑄造ポンティック 金銀パラジウム合金 大白歯 259→251点
- 小白歯 195→189点
- 銀合金又はニッケルクロム合金 大白歯・小白歯 32→30点
- 金属裏装ポンティック
 - 14カラット金合金 440→351点
 - 金銀パラジウム合金 前歯 105→102点
 - 小白歯 132→128点
 - 銀合金又はニッケルクロム合金 前歯・小白歯 21→20点
- 前装鑄造ポンティック
 - 金銀パラジウム合金を用いた場合 155→151点
 - 銀合金又はニッケルクロム合金を用いた場合 40→38点
- ・ 有床義歯 局部義歯 12歯から14歯まで 7→8点
- 総義歯 7→10点
- ・ 熱可塑性樹脂有床義歯 50→48点
- ・ 鑄造鉤 14カラット金合金 双歯鉤 大・小白歯 474→569点
- 犬歯・小白歯 385→463点
- 両翼鉤 大白歯 385→463点
- 犬歯・小白歯 296→355点
- 前歯(切歯) 228→274点
- 金銀パラジウム合金 双歯鉤 大・小白歯 207→201点
- 犬歯・小白歯 162→157点

両翼鉤	大白歯	142→138点
	犬歯・小白歯	123→120点
	前歯（切歯）	114→111点

- ・ 線鉤 14カラット金合金 双歯鉤 304→427点
両翼鉤 235→330点
- ・ バー 鋳造バー 金銀パラジウム合金 331→322点
屈曲バー 金銀パラジウム合金 パラタルバー 485→542点
リンガルバー 399→498点
- ・ マルチブラケット 矯正用線（丸型） 20→19点
- ・ 保定装置 リンガルアーチ 223点
- ・ フィルム 半切 164円→137円
大角 129円→114円
大四ツ切 94円→84円
四ツ切 73円→64円
六ツ切 55円→52円
八ツ切 49円→48円
24cm×30cm 73円→66円
18cm×24cm 45円→44円
咬合型 66円→38円
咬翼型 40円→38円
- ・ 人工歯 レジン歯 前歯用（6本1組）269円→251円
硬質レジン歯 前歯用（6本1組）619円→593円
白歯用（8本1組）801円→773円

別紙様式 1

歯科疾患管理料に係る管理計画書（初回用）

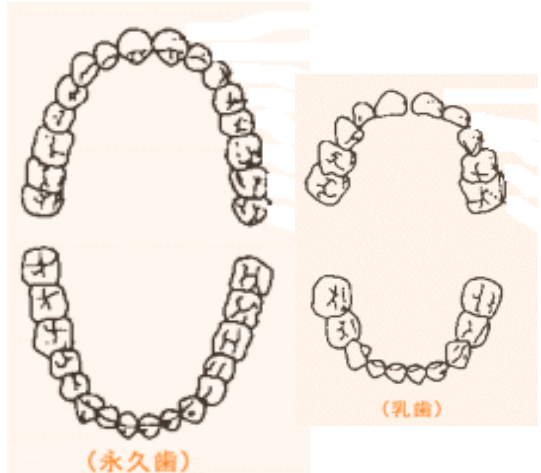
[患者記入欄]

年 月 日

患者氏名		性別	男・女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)		
問診	【全身の状態（該当項目の□にチェック）】 □糖尿病 □高血圧症 □呼吸器疾患 □心血管疾患 □妊娠 □その他（ ）		
	【服薬歴】薬剤名（ ）		
生活習慣の状況	【生活習慣の状況】 ・1日の歯磨きの回数 () 回 ・歯磨きの時間 □朝食後 □昼食後 □夕食後 □就寝前 ・習慣的飲料物 □炭酸飲料 □ジュース □その他（ ） ・間食の取り方 □不規則 □規則正しい □しない ・歯口清掃器具の使用 □なし □歯ブラシ □フロス □歯間ブラシ ・喫煙習慣 □有 □無 □過去に有り ・睡眠時間 □不足 □やや不足 □十分 ・歯磨き方法 □習ったことがない □習ったことがある ・その他（ ）		

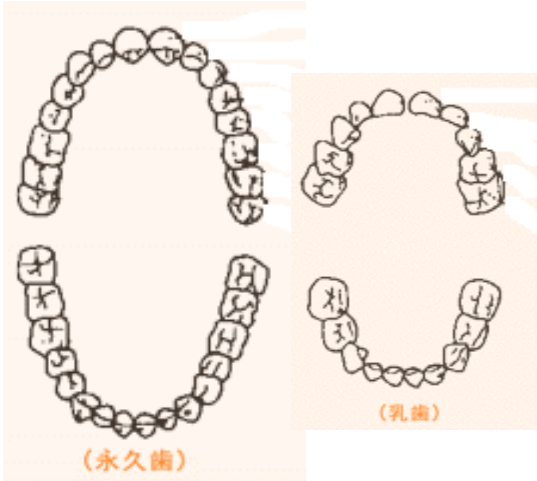
[保険医療機関記入欄]

年 月 日

【口腔内の状況】 義歯装着 □有 □無 	【歯周組織検査の概要】 ・4mm以上の歯周ポケット □有 □無 ・歯の動揺 □重度 □中等度 □軽度 □正常 ・歯肉の腫れ □有 □無 ・歯の痛み □有 □無 ・その他（ ）
	【画像診断結果の概要】 ・歯の支持骨吸収 □高度 □中等度 □軽度 □無 ・その他の特記事項（ ）
	【プラーク付着状況】□多い □やや多い □少ない 【その他の留意点】 □咀嚼機能 □摂食・嚥下機能 □構音機能
	【歯科疾患と全身の健康との関係】 ()
【改善目標事項】	□歯磨きの習慣 □飲料物の習慣 □間食の習慣 □歯口清掃器具の使用 □喫煙習慣 □その他（ ）
【治療の予定】	□むし歯治療 □歯周疾患治療 □被せ物 □ブリッジ □義歯 □その他（ ）
【治療期間】	約 () 週・月 () 回程度

この治療と管理の予定は治療開始時の方針であり、実際の治療内容や進み方により、変更することがあります。また、ご希望、ご質問がありましたらいつでもお申し出下さい。

患者氏名		性別	男・女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)		
【現在のお口の中の状況】 （該当項目の□にチェックしてください） <ul style="list-style-type: none"> ・痛みについて □痛い □時々痛い □痛くない ・歯肉の出血について □ある □時々ある □ない ・腫れについて □ある □時々ある □ない ・食事について □食べにくい □変わらない □食べやすくなった ・その他 () 			
【生活習慣の状況】 <ul style="list-style-type: none"> ・1日の歯磨きの回数 () 回 ・歯磨きの時間 □朝食後 □昼食後 □夕食後 □就寝前 ・習慣的飲料物 □炭酸飲料 □ジュース □その他 () ・間食の取り方 □不規則 □規則正しい □しない ・歯口清掃器具の使用 □なし □歯ブラシ □フロス □歯間ブラシ ・その他 () 			

【口腔内の状況】 義歯装着 □有 □無 	【歯周組織検査の概要】 <ul style="list-style-type: none"> ・4mm以上の歯周ポケット □有 □無 ・歯の動揺 □重度 □中等度 □軽度 □正常 ・歯肉の腫れ □有 □無 ・その他 ()
	【画像診断結果の概要】 <ul style="list-style-type: none"> ・歯の支持骨吸収 □高度 □中等度 □軽度 □無 ・その他の特記事項 ()
	【プラーク付着状況】 □多い □やや多い □少ない 【その他の留意点】 <input type="checkbox"/> 咀嚼機能 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能 <input type="checkbox"/> 構音機能
	【口腔内の状態の改善状況】 ()
【継続して行う治療内容】	<input type="checkbox"/> むし歯治療 <input type="checkbox"/> 歯周疾患治療 <input type="checkbox"/> 被せ物 <input type="checkbox"/> ブリッジ <input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> その他 ()
【改善目標事項】	<input type="checkbox"/> 歯磨きの習慣 <input type="checkbox"/> 飲料物の習慣 <input type="checkbox"/> 間食の習慣 <input type="checkbox"/> 歯口清掃器具の使用 <input type="checkbox"/> 喫煙習慣 <input type="checkbox"/> その他 ()
【治療期間】	約 () 週・月 () 回程度

この治療と管理の予定は現時点での方針であり、今後の治療状況により、変更することがあります。また、ご希望、ご質問がありましたらいつでもお申し出下さい。

別紙様式3

歯科疾患在宅療養管理料に係る管理計画書

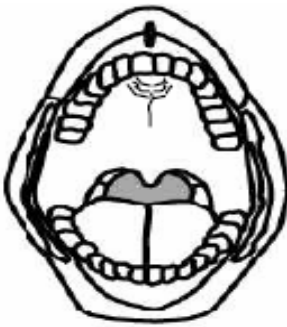
平成 年 月 日

患者氏名	(ふりがな)	男・女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
------	--------	-----	------	--------------------

【全身の状態】

1	基礎疾患	1. なし 2. あり (疾患名:)
2	服薬	1. なし 2. あり (薬剤名:)
3	肺炎の既往	1. なし 2. あり 3. 繰り返しあり
4	低栄養リスク (体重の変化等)	1. なし 2. あり 3. 不明
5	食事形態	1. 普通食 2. 介護食 3. 非経口

【口腔内の状態】

1	口腔衛生の状況	1. 良好 2. 不良 3. 著しく不良	特記事項があれば記載 
2	口腔乾燥	1. なし 2. 軽度 3. 重度	
3	う蝕(むし歯)	1. なし 2. あり 治療の緊急性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
4	歯周疾患	1. なし 2. あり 治療の緊急性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
5	口腔軟組織疾患	1. なし 2. あり 治療の緊急性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
6	義歯(入れ歯)の使用状況	上顎 1. 総義歯 2. 部分床義歯 3. 義歯なし 下顎 1. 総義歯 2. 部分床義歯 3. 義歯なし	
7	臼歯部での咬合 (義歯での咬合を含む)	1. あり(片側・両側) 2. なし 義歯製作(修理等)の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	

【口腔機能管理】(口腔機能管理加算に係る管理計画)

1	口腔機能	舌機能	1. 良好 2. やや不良 3. 不良
		頬、口唇機能	1. 良好 2. やや不良 3. 不良
		軟口蓋機能	1. 良好 2. やや不良 3. 不良
2	構音機能	バの音	1. 明瞭 2. やや不明瞭 3. 不明瞭
		タの音	1. 明瞭 2. やや不明瞭 3. 不明瞭
		カの音	1. 明瞭 2. やや不明瞭 3. 不明瞭
3	咀嚼運動	1. 下顎の回転運動を伴う咀嚼が可能 3. 下顎の上下運動のみ	2. 下顎および舌の上下運動 4. ほとんど下顎の動きがない
4	食形態	1. 常食 2. 軟菜食 3. 刻み食 4. ころみ付き刻み食 5. ミキサー食 6. 流動食 7. ゼリー 8. その他	
5	口腔ケアに対するリスク	経管栄養チューブ	1. ない 2. ある→胃ろう 3. 経鼻 4. その他
		座位保持	1. 良好 2. やや不良 3. 不良
		頸部可動性	1. 十分 2. 不十分 3. 不可
		開口保持	1. 可能 2. 困難 3. 不可能
		口腔内での水分の保持	1. 可能 2. 困難 3. 不可能→むせ 4. 飲んでしまう 5. 口から出る
		含嗽(フクフクうがい)	1. 可能 2. 困難 3. 不可能→むせ 4. 飲んでしまう 5. 口から出る

【管理方針等】

--

処方せん

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号						保険者番号					
公費負担医療の受給者番号						被保険者証・被保険者手帳の記号・番号					

患者	氏名				保険医療機関の所在地及び名称					
	生年月日	明大昭平	年 月 日	男・女	電話番号					
	区分	被保険者	被扶養者		保険医氏名 印					
		都道府県番号		点数表番号		医療機関コード				
交付年月日	平成 年 月 日	処方せんの使用期間			平成 年 月 日	特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。				

処方											
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

備考											
	後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更がすべて不可の場合、以下に署名又は記名・押印 保険医署名										

調剤済年月日	平成 年 月 日	公費負担者番号				
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名		公費負担医療の受給者番号				

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。その際、処方薬の一部について後発医薬品への変更が差し支えがあると判断した場合には、当該薬剤の銘柄名の近傍にその旨記載することとし、「保険医署名」欄には何も記載しないこと。
 2. この用紙は、日本工業規格 A 列5番とすること。
 3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。