

平成26年度 歯科診療報酬改定の概要

《本資料の構成について》

I. 平成26年度 歯科診療報酬改定の概要は、平成26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26年度診療報酬改定の概要(歯科診療報酬：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。

1. 平成26年度診療報酬改定の大枠：p. 2
2. 重点課題：在宅歯科医療の推進等：p. 3～
3. 重点課題：周術期における口腔機能の管理等、医療機関相互の連携：p. 9～
4. 生活の質に配慮した歯科医療の推進：p. 12～
5. 新規医療技術の保険導入等：p. 26～
6. 先進医療の保険導入：p. 29～
7. 患者の視点に立った歯科医療の充実：p. 31
8. 消費税8%への引上げに伴う対応：p. 32
9. その他の項目：p. 33～

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。：p. 35～

III. その他、改定等が行われた内容(項目のみ)：p. 55

IV. 参考

1. 歯科保健医療を取り巻く現状などについて：p. 56～
2. 特定保険医療材料の見直しについて：p. 61～
3. 中央社会保険医療協議会答申書附帯意見：p. 62～

別添 診療報酬改定に関する質問票及びホームページ掲載等について：p. 64～

保険診療の理解のために(歯科)：p. 66

施設基準届出関係(平成26年度改定関係：歯科単独分)：p. 67～

平成26年度改定で新設された施設基準に係る届出書：p. 69～

各項目(告示)・注・通則は「別表第2 歯科診療報酬点数表」(H26.3.5 厚生労働省告示第57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」(H26.3.5 保医発0305第3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」(H26.3.5 保医発0305第1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」(H26.3.5 保医発0305第2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」(H26.3.5 厚生労働省告示第62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」(H26.3.5 保医発0305第6号)

____は今回の診療報酬改定における改定点(新設内容に関しては____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、区分番号等は削除していることに留意。)

斜体は診療録への記載に係る事項

※は留意点等の注釈

I. 平成 26 年度 歯科診療報酬改定の概要

1. 平成 26 年度診療報酬改定の大枠

平成26年度診療報酬改定の概要

- ・ 2025年(平成37)年に向けて、医療提供体制の再構築、地域包括ケアシステムの構築を図る。
- ・ 入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に取り組む。

全体改定率 **+0.10%**

※（ ）内は、消費税率引上げに伴う医療機関等の課税仕入れにかかるコスト増への対応分

診療報酬(本体) +0.73%(+0.63%) 【 約3,000億円(約2,600億円)】

医科	【	+0.82%(+0.71%)	】	約2,600億円(約2,200億円)
歯科		+0.99%(+0.87%)		約300億円 (約200億円)
調剤		+0.22%(+0.18%)		約200億円 (約100億円)

薬価改定 ▲0.58%(+0.64%) 【 ▲約2,400億円(約2,600億円)】

材料価格改定 ▲0.05%(+0.09%) 【 ▲ 約200億円 (約400億円)】

※なお、別途、後発医薬品の価格設定の見直し、うがい薬のみの処方の保険適用除外などの措置を講ずる。

平成26年度診療報酬改定の概要(歯科)

主な対応

自立度の低下	在宅歯科医療の充実等	<ul style="list-style-type: none"> ◆在宅療養患者に対する訪問を中心に実施している歯科診療所の評価 ◆在宅歯科医療における医科医療機関と歯科医療機関の連携に係る評価 ◆歯科訪問診療2の見直し及び歯科訪問診療3の新設等 ほか
全身的な疾患	周術期口腔機能管理の充実等	<ul style="list-style-type: none"> ◆周術期口腔機能管理が必要な患者における医科医療機関と歯科医療機関の連携に係る評価 ◆周術期口腔機能管理を実施した患者に対する手術料の加算の新設等、周術期口腔機能管理の充実
生活の質に配慮した歯科医療の推進	加齢による口腔内の変化	<ul style="list-style-type: none"> ◆小児保険装置の評価、小児義歯の適応拡大 ◆舌接触補助床等の訓練の評価及び有床義歯の継続的管理の見直し ◆歯周治療用装置の要件の見直し ほか
	歯の喪失リスク増加	<ul style="list-style-type: none"> ◆歯周病安定期治療の評価体系等の見直し ◆フッ化物局所応用に関する評価の見直し ◆口腔機能の維持・向上、回復に資する技術の評価の見直し
歯科医療技術の推進等	新規医療技術の保険導入	<ul style="list-style-type: none"> ◆歯科矯正用アンカースクリューを用いた歯科矯正治療の評価 ◆局部義歯に係るコンビネーション鉤の評価 ◆顎関節治療用装置装着患者に対する訓練等の評価 ほか
	先進医療の保険導入等	<ul style="list-style-type: none"> ◆歯科用CAD/CAM装置を用いて製作された歯冠補綴物の評価 ◆歯科CT撮影装置及び手術用顕微鏡を用いた歯根端切除手術の評価
	患者の視点に立った歯科医療	<ul style="list-style-type: none"> ◆初再診時における歯科外来診療環境体制加算の見直し

2. 重点課題：在宅歯科医療の推進等

在宅歯科医療の推進等(重点課題)

訪問歯科診療のうち、在宅療養を行っている患者に対する訪問を中心に実施している歯科診療所の評価①

(新)在宅かかりつけ歯科診療所加算 100点 ＜歯科訪問診療1の加算＞

[算定告示]

注12-1について、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、在宅において療養を行っている患者に対して歯科訪問診療を実施した場合は、在宅かかりつけ歯科診療所加算として、100点を所定点数に加算する。

[留意事項通知]

(37)「注12」に規定する在宅かかりつけ歯科診療所加算は、在宅療養患者((5)のイ(集合住宅にあっては、高齢者の居住の安定確保に関する法律第5条に該当する住宅に限る。))に入居若しくは入所している患者又は口のサービスを受けている患者以外の患者をいう。以下同じ。)に対して歯科訪問診療1を算定した場合に所定点数に加算する。

[施設基準告示]

- (1) 歯科医療を担当する診療所である保険医療機関であること。
- (2) 当該診療所で行われる歯科訪問診療の延べ患者数が月平均5人以上であり、そのうち8割以上が歯科訪問診療1を算定していること。

訪問歯科診療のうち、在宅療養を行っている患者に対する訪問を中心に実施している歯科診療所の評価②

(37)に規定する在宅療養患者(下記以外)

下記などに入居又は入所している患者 (5)のイ

- 養護老人ホーム
- 軽費老人ホーム
- 有料老人ホーム
- 特別養護老人ホーム
- マンションなどの集合住宅
(高齢者の居住の安定確保に関する法律第5条に規定する「サービス付き高齢者向け住宅」に限る。)

下記などのサービスを受けている患者 (5)のロ

- 短期入所生活介護
- 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。)
- 認知症対応型共同生活介護
- 介護予防短期入所生活介護
- 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第44条第5項に規定する宿泊サービスに限る。)
- 介護予防認知症対応型共同生活介護

歯科訪問診療2の見直し及び歯科訪問診療3の新設等①

(現 行)				(改定後)			
		同一の建物に居住する患者数		同一の建物に居住する患者数			
		1人	2人以上	1人	2人以上9人以下	10人以上	
患者1人につき診療に要した時間	20分以上	歯科訪問診療1【850点】	歯科訪問診療2【380点】	歯科訪問診療1【866点】	歯科訪問診療2【283点】		
	20分未満	歯科初・再診料【218点、42点】		歯科訪問診療3【143点】			

歯科訪問診療料

1	歯科訪問診療1	850点	➡	866点 (うち、消費税対応分+16点)
2	歯科訪問診療2	380点	➡	283点 (うち、消費税対応分+3点)
(新) 3	歯科訪問診療3			143点 (うち、消費税対応分+3点)

在宅患者等急性歯科疾患対応加算

- イ 同一建物居住者以外の場合 170点
 - ロ 同一建物居住者(同一日に5人以下) 85点
 - ハ 同一建物居住者(同一日に6人以上) 50点
- ➡ 同一建物居住者 55点

歯科訪問診療2の見直し及び歯科訪問診療3の新設等②

[算定告示]

2 歯科訪問診療2

注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、当該保険医療機関が、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。ただし、当該患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合においては、この限りでない。)を行った場合(同一日に9人以下)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・ロ(略)

3 歯科訪問診療3

注3 3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、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を行った場合(同一日に10人以上)又は在宅等において療養を行っている患者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、当該保険医療機関が次のいずれかに該当する歯科訪問診療(診療時間が20分未満の場合に限る。)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・ロ(略)

歯科訪問診療2の見直し及び歯科訪問診療3の新設等③

[留意事項通知]

(38)「2 歯科訪問診療2」又は「3 歯科訪問診療3」を算定した場合であって、在宅療養患者以外の患者に対して歯科訪問診療を実施した場合は、歯科訪問診療を実施した日の属する月に、歯科訪問診療を行った日時及び訪問診療を行った歯科医師の氏名が記載された文書を患者若しくはその家族又は介護施設職員等の関係者のいずれかに提供するとともに、提供文書の写しを保険医療機関に保管する。なお、同一施設において、歯科訪問診療を実施した日の属する月に「2 歯科訪問診療2」又は「3 歯科訪問診療3」を複数回算定した場合であって、患者又はその家族以外の介護施設職員等に当該文書を提供するときは、その提供先を明確にした上で、施設を単位として一覧表で作成しても差し支えない。

(一覧表の例)

	患者氏名	歯科訪問診療日時	担当歯科医師名	備考
1	厚生 一郎	○月○日 ○時○分～○時○分	労働 花子	△△△
2
3

歯科訪問診療料（1日につき）

- 1 歯科訪問診療 1 850点 ⇒ 866点
- 2 歯科訪問診療 2 380点 ⇒ 283点
- 3 歯科訪問診療 3 143点 **【新設】**

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（同一日に当該患者に対して複数回の歯科訪問診療を行った場合は、その合計した時間を診療に要した時間とする。以下同じ。））の場合に限る。ただし、当該患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合には、この限りでない。）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、算定できない。

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

注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、当該保険医療機関が、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。ただし、当該患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合には、この限りでない。）を同一日に9人以下の患者に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、算定できない。

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

注3 3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、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を同一日に10人以上の患者に行った場合又は在宅等において療養を行っている患者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、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療（診療時間が20分未満の場合に限る。）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、算定できない。【新設】

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) 保険医療機関が、当該保険医療機関と特別の関係にある施設等に訪問して歯科診療を行った場合は、歯科訪問診療料は算定できない。

※ 特別の関係にある施設等に訪問して歯科診療を行った場合は、従来と同様に基本診療料（歯科初診料又は歯科再診料）での算定となる。なお、基本診療料に対する在宅患者等急性歯科疾患対応加算は削除されている。

(通知) 「注1」から「注3」までに規定する「在宅等」は、介護老人保健施設、特別養護老人ホームのほか、歯科、小児歯科、矯正歯科又は歯科口腔外科を標榜する保険医療機関以外の保険医療機関も含まれ、これらに入院する患者についても算定する。

(通知) 「歯科訪問診療3」は、「同一建物居住者」に対して保険医療機関の歯科医師が同日に10人以上に対して訪問診療を行う場合又は診療に要した時間が当該患者1人につき20分に満たない場合に算定する。

(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、歯科訪問診療の治療中に患者の容体が急変し、医師の診察を要する場合等やむを得ず治療を中止した場合は、診療した時間が20分未満であっても「1 歯科訪問診療1」又は「2 歯科訪問診療2」を算定する。この場合において、必要があつて救急搬送を行った場合は、救急搬送診療料を算定しても差し支えない。

(通知) 歯科訪問診療料を算定する場合は、当該患者の病状に基づいた訪問診療の計画を定めるとともに、その計画を診療録に記載すること。

(通知) 「注1」から「注4」までに規定する診療時間は、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まない。また、交通機関の都合その他診療の必要以外の事由によって患家に滞在又は宿泊した場合は、その患家滞在の時間は診療時間に算入しない。

※ 「注4」は、それぞれの患者の診療に要した時間が1時間を超えた場合の加算。

(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。ただし、ロに関しては、歯科訪問診療を開始した日に限り記載することとするが、変更が生じた場合は、その都度記載する。また、ハに関しては、患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合は、急変時の対応の要点を記載する。

イ 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 歯科訪問診療の際の患者の状態等（急変した際の対応の要点を含む。）

(通知) 「2 歯科訪問診療2」又は「3 歯科訪問診療3」を算定した場合であつて、在宅療養患者以外の患者に対して歯科訪問診療を実施した場合は、歯科訪問診療を実施した日の属する月に、歯科訪問診療を行った日時及び訪問診療を行った歯科医師の氏名が記載された文書を患者若しくはその家族又は介護施設職員等の関係者のいずれかに提供するとともに、提供文書の写しを保険医療機関に保管する。なお、同一施設において、歯科訪問診療を実施した日の属する月に「2 歯科訪問診療2」又は「3 歯科訪問診療3」を複数回算定した場合であつて、患者又はその家族以外の介護施設職員等に当該文書を提供するときは、その提供先を明確にした上で、施設を単位として一覧表で作成しても差し支えない。

(通知) 歯科訪問診療補助加算は、歯科訪問診療料を算定した日において、当該診療が必要な患者に対して、在宅療養支援歯科診療所に属する歯科医師と当該診療所に属する歯科衛生士が同行し、当該歯科医師の行う歯科訪問診療中は、歯科訪問診療の補助が適切に行える体制の上で、実際に当該歯科衛生士が歯科訪問診療の補助を行った場合に算定する。また、同一建物居住者以外の歯科訪問診療時は本区分の「イ 同一建物居住者以外の場合」により算定し、同一建物居住者の歯科訪問診療時は本区分の「ロ 同一建物居住者の場合」により算定する。なお、当該加算を算定した場合は、診療録に診療の補助を行った歯科衛生士の氏名を記載する。

注6 別に厚生労働大臣が定める時間において、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している場合に緊急に行う歯科訪問診療1、歯科訪問診療2 又は歯科訪問診療3についてはそれぞれ425点、140点又は70点を、夜間（深夜を除く。）における歯科訪問診療1、歯科訪問診療2 又は歯科訪問診療3についてはそれぞれ850点、280点又は140点を、深夜における歯科訪問診療1、歯科訪問診療2 又は歯科訪問診療3についてはそれぞれ1,700点、560点又は280点を所定点数に加算する。

注10 歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復及び欠損補綴が必要な場合に即応できるよう切削器具及びその周辺装置を常時訪問先に携帯している場合は、在宅患者等急性歯科疾患対応加算として、次に掲げる点数を、1日につき所定点数に加算する。

イ 同一建物居住者以外の場合 170点

ロ 同一建物居住者の場合 85点又は50点 ⇒ 55点

注12 歯科訪問診療1について、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、在宅において療養を行っている患者に対して歯科訪問診療を実施した場合は、在宅かかりつけ歯科診療所加算として、100点を所定点数に加算する。【新設】

(通知) 「注12」に規定する在宅かかりつけ歯科診療所加算は、在宅療養患者（（5）のイ（集合住宅にあっては、高齢者の居住の安定確保に関する法律第5条に該当する住宅に限る。）に入居若しくは入所している患者又はロのサービスを受けている患者以外の患者をいう。以下同じ。）に対して歯科訪問診療1を算定した場合に所定点数に加算する。

【特掲診療料の施設基準(在宅かかりつけ歯科診療所加算)】【新設】(告示)

(1) 歯科医療を担当する診療所である保険医療機関であること。

(2) 当該診療所で行われる歯科訪問診療の延べ患者数が月平均5人以上であり、そのうち8割以上の患者が歯科訪問診療1を算定していること。

【特掲診療料の施設基準(在宅かかりつけ歯科診療所加算)】【新設】(通知)

(1) 歯科を標榜する診療所である保険医療機関であること。

(2) 当該保険医療機関における歯科訪問診療の月平均延べ患者数が5人以上であり、そのうち8割以上が歯科訪問診療1を算定していること。

(新) 歯科医療機関連携加算 100点【医科点数表】

＜診療情報提供料の加算＞

[算定告示]

注13 保険医療機関が、患者の口腔機能の管理の必要を認め、歯科診療を行う他の保険医療機関に対して、患者又はその家族の同意を得て、診療情報を示す文書を添えて、患者の紹介を行った場合は、歯科医療機関連携加算として、100点を所定点数に加算する。

[留意事項通知]

「注13」に規定する歯科医療機関連携加算は、保険医療機関(歯科診療を行う保険医療機関を除く。)が、歯科を標榜する保険医療機関に対して、当該歯科を標榜する保険医療機関において口腔内の管理が必要であると判断した患者に関する情報提供を、以下ア又はイにより行った場合に算定する。なお、診療録に情報提供を行った歯科医療機関名を記載すること。

イ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に属する医師が、訪問診療を行った栄養障害を有する患者について、歯科訪問診療の必要性を認め、在宅療養支援歯科診療所に対して情報提供を行った場合

歯科訪問診療時の著しく歯科診療が困難な者に対する評価の見直し

改定前	改定後
<p>【処置 通則】 8 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者又は著しく歯科診療が困難な者に対して訪問診療を行った場合に、当該訪問診療に基づき併せて処置(区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者については、区分番号I005に掲げる抜髄及び区分番号I006に掲げる感染根管処置に限る。)を行った場合は、当該処置の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。</p>	<p>【処置 通則】 8 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料 及び同注5に規定する加算を算定する患者に対して、歯科訪問診療時に処置(区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料のみを算定する患者は、区分番号I005に掲げる抜髄及び区分番号I006に掲げる感染根管処置に限る。)を行った場合は、当該処置の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。</p> <p>手術、歯冠修復及び欠損補綴の通則についても同様の改正を行う。</p>

処置

通則 8 歯科訪問診療料及び著しく歯科診療が困難な者に対する加算を算定する患者に対して、歯科訪問診療時に処置（歯科訪問診療料のみを算定する患者については、抜髄及び感染根管処置に限る。）を行った場合は、当該処置の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。

手術

通則 1 4 歯科訪問診療料及び著しく歯科診療が困難な者に対する加算を算定する患者に対して、歯科訪問診療時に手術（歯科訪問診療料のみを算定する患者は、抜歯手術（普通抜歯に限る。）及び口腔内消炎手術（歯肉膿瘍等に限る。）に限る。）を行った場合は、当該手術の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。

歯冠修復及び欠損補綴

通則 7 歯科訪問診療料及び著しく歯科診療が困難な者に対する加算を算定する患者に対して、歯科訪問診療時に歯冠修復又は欠損補綴（金属歯冠修復、レジン前装金属冠、ジャケット冠、硬質レジンジャケット冠、CAD/CA M冠、ポンティック、有床義歯、熱可塑性樹脂有床義歯、鋳造鉤、線鉤、コンビネーション鉤、フック・スパー、バー、口蓋補綴・顎補綴、広範囲顎骨支持型補綴及び補綴隙を除く。）を行った場合は、当該歯冠修復又は欠損補綴の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。

※ 在宅医療における著しく歯科診療が困難な者に対する100分の50加算の取扱いが、外来診療における著しく歯科診療が困難な者に対する場合と同じ取扱いとなった。

3. 重点課題：周術期における口腔機能の管理等、医療機関相互の連携

周術期における口腔機能の管理等、医療機関相互の連携（重点課題）

周術期口腔機能管理が必要な患者における医科医療機関から歯科医療機関の情報提供に係る評価

（新）歯科医療機関連携加算 100点【医科点数表、再掲】

＜診療情報提供料の加算＞

[算定告示]

注13 保険医療機関が、患者の口腔機能の管理の必要を認め、歯科診療を行う他の保険医療機関に対して、患者又はその家族の同意を得て、診療情報を示す文書を添えて、患者の紹介を行った場合は、歯科医療機関連携加算として、100点を所定点数に加算する。

[留意事項通知]

「注13」に規定する歯科医療機関連携加算は、保険医療機関（歯科診療を行う保険医療機関を除く。）が、歯科を標榜する保険医療機関に対して、当該歯科を標榜する保険医療機関において、口腔内の管理が必要であると判断した患者に関する情報提供を、以下ア又はイにより行った場合に算定する。なお、診療録に情報提供を行った歯科医療機関名を記載すること。

ア 歯科を標榜していない病院が、医科点数表第2章第10部の手術の第1節第6款、第7款及び第9款に掲げる悪性腫瘍手術（病理診断により悪性腫瘍であることが確認された場合に限る。）又は第8款に掲げる心・脈管系（動脈・静脈を除く。）の手術若しくは造血幹細胞移植の手術を行う患者について、手術前に歯科医師による周術期口腔機能管理の必要性を認め、歯科を標榜する保険医療機関に対して情報提供を行った場合

周術期口腔機能管理を実施した患者に対する手術料の加算の新設等、周術期口腔機能管理の充実

(新)周術期口腔機能管理後手術加算 100点【医科、歯科点数表】
<手術の部の通則加算>

[算定告示]

【医科点数表】

通則17 **歯科医師による周術期口腔機能管理の実施後1月以内に**、第6款(顔面・口腔・頸部)、第7款(胸部)及び第9款(腹部)に掲げる悪性腫瘍手術又は第8款(心・脈管(動脈及び静脈は除く。))に掲げる手術をそれぞれ全身麻酔下で実施した場合は、周術期口腔機能管理後手術加算として、100点を手術の所定点数に加算する。

【歯科点数表】

通則15 **区分番号B000-6に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅰ)(1に限る。)**又は**B000-7に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅱ)(1に限る。)**を算定した患者に対して、算定後1月以内に悪性腫瘍手術を全身麻酔下で実施した場合は、周術期口腔機能管理後手術加算として、100点をそれぞれ所定点数に加算する。

周術期口腔機能管理料(Ⅰ) 手術前 190点 → 280点
周術期口腔機能管理料(Ⅱ) 手術前 300点 → 500点

手術

通則15 周術期口腔機能管理料(Ⅰ)(1 手術前に限る。)又は周術期口腔機能管理料(Ⅱ)(1 手術前に限る。)を算定した患者に対して、算定後1月以内に悪性腫瘍手術を全身麻酔下で実施した場合は、周術期口腔機能管理後手術加算として、100点をそれぞれ所定点数に加算する。【新設】

(通知)「通則15」の加算は、病理診断により悪性腫瘍であることが確認された場合に限り算定する。

周術期口腔機能管理料(Ⅰ)

- 1 手術前 190点 ⇒ 280点
- 2 手術後 190点

周術期口腔機能管理料(Ⅱ)

- 1 手術前 300点 ⇒ 500点
- 2 手術後 300点

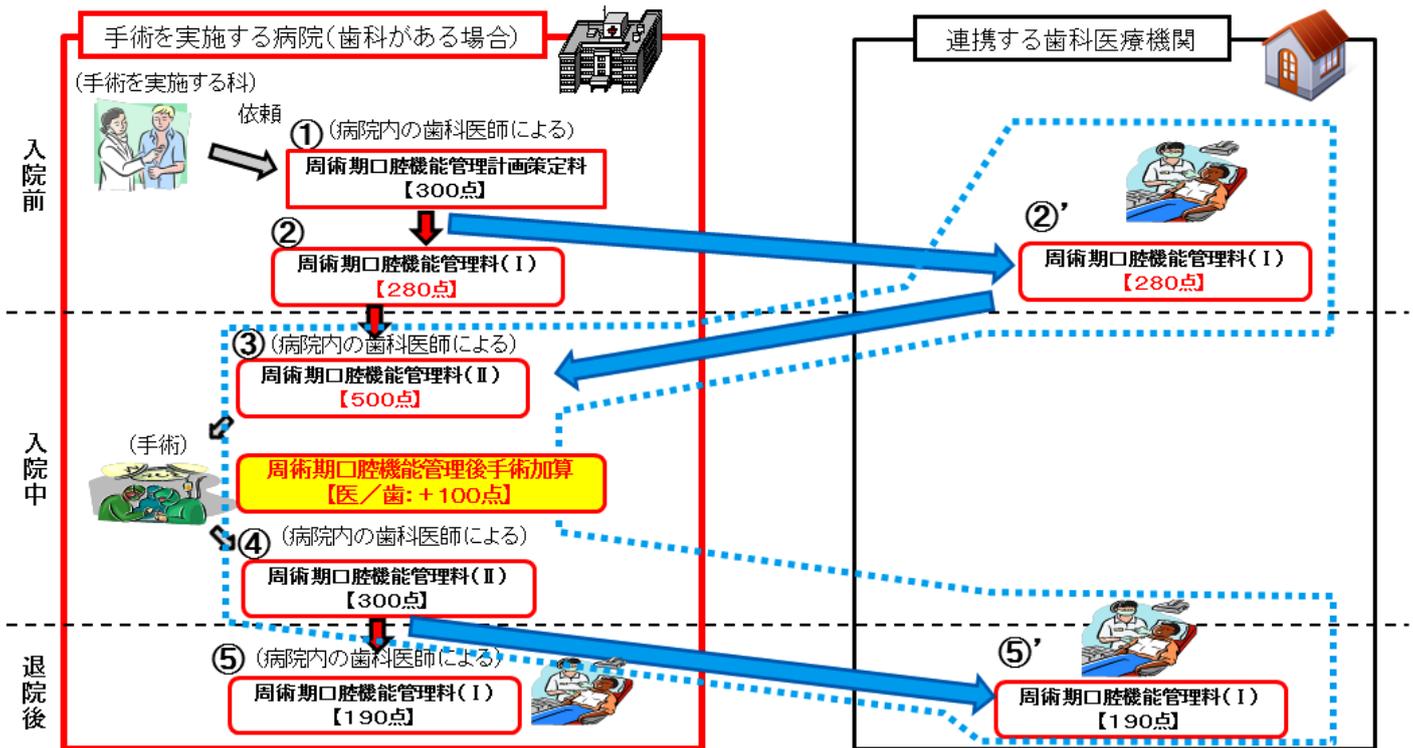
(通知)周術期口腔機能管理を必要とする手術は、次のいずれかに該当する手術をいう。

- イ 全身麻酔下で実施される、頭頸部領域、呼吸器領域、消化器領域等の悪性腫瘍の手術、臓器移植手術又は心臓血管外科手術等
- ロ 骨髄移植の手術

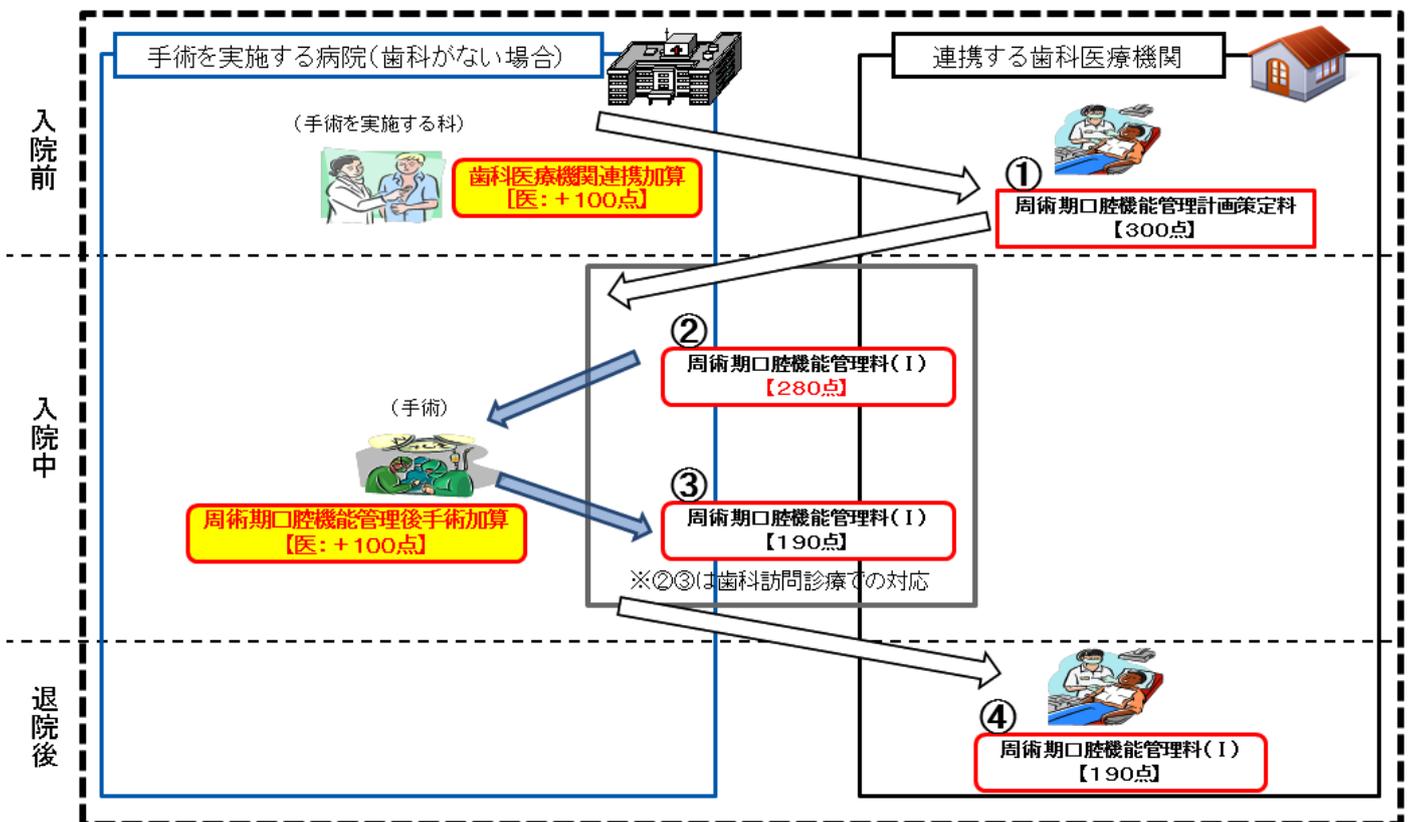
周術期口腔機能管理料(Ⅲ) 190点

注1 がん等に係る放射線治療又は化学療法(以下「放射線治療等」という。)の治療期間中の患者の口腔機能を管理するため、歯科診療を実施している保険医療機関において、周術期口腔機能管理計画に基づき、当該放射線治療等を実施している他の保険医療機関又は同一の保険医療機関の患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、放射線治療等を開始した日の属する月から月1回を限度として算定する。

周術期における口腔機能管理のイメージ



周術期における口腔機能管理のイメージ



4. 生活の質に配慮した歯科医療の推進

全身的な疾患を有する者への対応

歯科診療特別対応連携加算の施設基準の見直し

改定前	改定後
<p>【歯科診療特別対応連携加算の施設基準】</p> <p>(1) 次のいずれかに該当すること。</p> <p>イ(略)</p> <p>ロ 歯科医療を担当する保険医療機関(診療所(医療法第一条の五第二項に規定する診療所をいう。以下同じ。)に限る。)であり、かつ、当該保険医療機関における歯科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外来患者の月平均患者数が二十人以上であること。</p> <p>(2) 障害者である患者にとって安心して安全な歯科医療の提供を行うにつき十分な機器等を有していること。</p>	<p>【歯科診療特別対応連携加算の施設基準】</p> <p>(1) 次のいずれかに該当すること。</p> <p>イ(略)</p> <p>ロ 歯科医療を担当する診療所である保険医療機関であり、かつ、当該保険医療機関における歯科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外来患者の月平均患者数が十人以上であること。</p> <p>(2) 歯科診療で特別な対応が必要である患者にとって安心して安全な歯科医療の提供を行うにつき十分な機器等を有していること。</p>

各ライフステージの口腔機能の変化への対応(小児期)

小児保険装置の評価

(新:M016-2)小児保険装置 600点



[算定告示]

注1 クラウンループ又はバンドループを装着した場合に限り算定する。

注2 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

[留意事項通知]

- (1) 小児保険装置は、う蝕によって乳臼歯1歯が早期に喪失した症例に対して**乳臼歯に装着**されるループが付与されたクラウン(又はバンド状の装置)を装着した場合に算定する。
- (2) 小児保険装置を装着するに当たっては、次により算定する。
 - イ 歯冠形成(バンドループを除く)を行った場合は1歯につき、生活歯の場合は区分番号M001に掲げる歯冠形成の「1のハ乳歯金属冠」を、失活歯の場合は区分番号M001に掲げる歯冠形成の「2のハ乳歯金属冠」を準用する。
 - ロ 印象採得を行った場合は、1歯につき、区分番号M003に掲げる印象採得の「1のイ単純印象」を算定する。
 - ハ 装着した場合は、1歯につき区分番号M005に掲げる装着の「1 歯冠修復」及び装着に係る特定保険医療材料料を算定する。
 - ニ 当該装置を撤去した場合は、区分番号I019に掲げる歯冠修復物又は補綴物の除去の「1 簡単なもの」に準じて算定する。
- (3) 当該装置の**装着の算定は、ヘルマンの咬合発育段階の歯年齢ⅡAからⅢA期に行うこと。**

※ 小児保険装置における取扱い

歯冠形成（クラウンループの場合のみ）

生活歯	「1のハ 乳歯金属冠」	120点	
失活歯	「2のハ 乳歯金属冠」	114点	
印象採得	「1のイ 単純印象」	30点	
装着	「1 歯冠修復」	45点	+ 装着材料
撤去	「1 簡単なもの」	16点	

※ Hellman の歯牙年齢（萌出年齢）

Ⅱ A：第2乳臼歯萌出完了による乳歯列完成期

Ⅲ A：第1大臼歯萌出完了期（永久前歯の一部あるいは全部の萌出完了）

小児義歯の適応拡大

改定前	改定後
<p>【有床義歯(留意事項通知)】 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、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、低ホスファターゼ症、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。</p>	<p>【有床義歯(留意事項通知)】 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、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、低ホスファターゼ症、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、外傷により歯が喪失した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の場合はこの限りでない。</p>

(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、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、低ホスファターゼ症、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、外傷により歯が喪失した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の場合はこの限りでない。この場合において、小児義歯を算定する場合は、診療録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。

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は、予め理由書、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、保険適用の判断を求める。なお、模型の製作は基本診療料に含まれ算定できないが、エックス線フィルム又はその複製は、撮影料及びフィルム料により算定する。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記載する。

各ライフステージの口腔機能の変化への対応(成人期)

舌接触補助床の訓練の評価及び有床義歯の継続的管理の見直し①

(新:H001-2) 歯科口腔リハビリテーション料1

1 有床義歯の場合

イ 口以外の場合 100点

ロ 困難な場合 120点

2 舌接触補助床の場合 190点

[算定告示]

注1 1については、有床義歯を装着している患者に対して、月1回を限度として算定する。

注2 2については、舌接触補助床を装着している患者に対して、月4回を限度として算定する。

注3 2について、区分番号H001に掲げる摂食機能療法を算定した日は、歯科口腔リハビリテーション料1は算定できない。

注4 2について、区分番号H001に掲げる摂食機能療法の治療開始日から起算して3月を超えた場合において、当該摂食機能療法を算定した月は、歯科口腔リハビリテーション料1は算定できない。

舌接触補助床の訓練の評価及び有床義歯の継続的管理の見直し②

[留意事項通知]

- (1) 「1 有床義歯の場合」とは、有床義歯による口腔機能の回復又は維持を主眼とした調整又は指導をいい、具体的には、有床義歯を装着している患者に対して、有床義歯の適合性や咬合関係等の検査を行い、患者に対して義歯の状態を説明した上で、義歯に係る調整又は指導を行った場合に、月1回を限度として算定する。この場合において、調整方法及び調整部位又は指導内容の要点を診療録に記載する。(2) 「1の口 困難な場合」とは、区分番号B013に掲げる新製有床義歯管理料の(3)に掲げる場合をいう。
- (3) 区分番号B013に掲げる新製有床義歯管理料を算定した患者について、当該有床義歯の装着日の属する月の翌月以降の期間において、当該義歯を含めた有床義歯の調整又は指導は、「1 有床義歯の場合」により算定する。
- (4)～(8) 新製有床義歯管理料と同旨
- (9) 「2 舌接触補助床の場合」は、区分番号IO17に掲げる床副子の「4 摂食機能の改善を目的とするもの(舌接触補助床)」を装着した患者であって、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床を装着した場合又は有床義歯形態の補助床を装着した場合に、当該装置の調整、指導又は修理を行い、口腔機能の回復又は維持・向上を図った際に算定する。なお、同一初診期間中に「2 舌接触補助床の場合」の算定以降は「1 有床義歯の場合」を算定できない。この場合において、調整方法及び調整部位又は指導内容若しくは修理部位及び修理内容の要点を診療録に記載すること。

歯科口腔リハビリテーション料1（1口腔につき）【新設】

1 有床義歯の場合

- イ ロ以外の場合 100点
- ロ 困難な場合 120点

2 舌接触補助床の場合 190点

注1 1については、有床義歯を装着している患者に対して、月1回を限度として算定する。

注2 2については、舌接触補助床を装着している患者に対して、月4回を限度として算定する。

注3 2について、摂食機能療法を算定した日は、歯科口腔リハビリテーション料1は算定できない。

注4 2について、摂食機能療法の治療開始日から起算して3月を超えた場合において、当該摂食機能療法を算定した月は、歯科口腔リハビリテーション料1は算定できない。

(通知)「1 有床義歯の場合」とは、有床義歯による口腔機能の回復又は維持を主眼とした調整又は指導をいい、具体的には、有床義歯を装着している患者に対して、有床義歯の適合性や咬合関係等の検査を行い、患者に対して義歯の状態を説明した上で、義歯に係る調整又は指導を行った場合に、月1回を限度として算定する。この場合において、調整方法及び調整部位又は指導内容の要点を診療録に記載する。【新設】

(通知)「1のロ 困難な場合」とは、新製有床義歯管理料の取扱通知に掲げる特に咬合の回復が困難な患者に対する義歯管理を評価した場合をいう。【新設】

(通知)新製有床義歯管理料を算定した患者について、当該有床義歯の装着日の属する月の翌月以降の期間において、当該義歯を含めた有床義歯の調整又は指導は、「1 有床義歯の場合」により算定する。【新設】

(通知)新製有床義歯管理料を算定した患者について、当該有床義歯の装着日の属する月から起算して1年以内の期間において、当該有床義歯の装着部位とは異なる部位に別の有床義歯の新製を行った場合は、「1 有床義歯の場合」を算定し、新製有床義歯管理料は算定できない。【新設】

(通知)有床義歯の新製を前提に旧義歯の修理を行う場合は、修理を行った月は「1 有床義歯の場合」を算定し、有床義歯の新製後に新製有床義歯管理料を算定する。【新設】

(通知)有床義歯を新製した月と同月に、当該有床義歯とは別の欠損部位の有床義歯の修理又は床裏装を行った場合は、有床義歯修理又は有床義歯内面適合法（有床義歯床裏装）は別に算定する。この場合において、新製有床義歯管理料又は「1 有床義歯の場合」のいずれかにより算定する。【新設】

(通知)有床義歯床下粘膜調整処置を行い、有床義歯の新製又は床裏装を予定している場合は、同月内であっても当該処置に併せて「1 有床義歯の場合」を算定して差し支えない。この場合において、「1 有床義歯の場合」を算定したときは、同月内に新製有床義歯管理料は算定できない。【新設】

(通知)別の保険医療機関で製作した有床義歯の調整又は指導は、装着する日の属する月であっても「1 有床義歯の場合」により算定する。【新設】

(通知)「2 舌接触補助床の場合」は、床副子の「4 摂食機能の改善を目的とするもの（舌接触補助床）」を装着した患者であって、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床を装着した場合又は有床義歯形態の補助床を装着した場合に、当該装置の調整、指導又は修理を行い、口腔機能の回復又は維持・向上を図った際に算定する。なお、同一初診期間中に「2 舌接触補助床の場合」の算定以降は「1 有床義歯の場合」を算定できない。この場合において、調整方法及び調整部位又は指導内容若しくは修理部位及び修理内容の要点を診療録に記載する。【新設】

(通知)有床義歯に係る調整又は指導を行うに当たっては、「有床義歯の管理について」（平成19年11月日本歯科医学会）を参考とする。【新設】

歯周治療用装置の要件の見直し

改定前	改定後
<p>【歯周治療用装置(算定告示)】 歯周病検査の結果、区分番号J063の3に掲げる歯肉切除手術、区分番号J063の4に掲げる歯肉剥離掻爬手術又は区分番号J063の5に掲げる歯周組織再生誘導手術を行った場合に算定する。</p> <p>【留意事項通知】 (2)「注1」の「歯周病検査」とは、一連の歯周基本治療が終了した後、区分番号J063に掲げる歯周外科手術の「3 歯肉切除手術」、「4 歯肉剥離掻爬手術」又は「5 歯周組織再生誘導手術」の要否を診断するために行われる区分番号D002に掲げる歯周病検査の「2 歯周精密検査」をいう。</p>	<p>【歯周治療用装置(算定告示)】 区分番号D002に掲げる歯周病検査(2に限る。)を実施した患者に対して算定する。</p> <p>【留意事項通知】 (2)「注1」の「歯周病検査」とは、一連の歯周基本治療が終了した後、区分番号J063に掲げる歯周外科手術の「3 歯肉切除手術」、「4 歯肉剥離掻爬手術」又は「5 歯周組織再生誘導手術」の要否を診断するために行われる区分番号D002に掲げる歯周病検査の「2 歯周精密検査」をいう。</p>

歯周治療用装置

- 1 冠形態のもの(1歯につき) 50点
- 2 床義歯形態のもの(1装置につき) 750点

注1 歯周病検査(歯周精密検査に限る。)を実施した患者に対して算定する。

注2 印象採得、特定保険医療材料等の費用は、所定点数に含まれる。

(通知) 歯周治療用装置の製作後に患者の都合等により診療を中止した場合の請求は、第1 2部歯冠修復及び欠損補綴の歯冠修復物又は欠損補綴物の製作後診療を中止した場合の請求と同様とする。

各ライフステージの口腔機能の変化への対応(その他)

有床義歯の評価の見直し①

改定前	改定後																
<p>【義歯管理料(1口腔につき)】</p> <table border="1"> <tr> <td>1 新製有床義歯管理料</td> <td>150点</td> </tr> <tr> <td>2 有床義歯管理料</td> <td>70点</td> </tr> <tr> <td>3 有床義歯長期管理料</td> <td>60点</td> </tr> </table>	1 新製有床義歯管理料	150点	2 有床義歯管理料	70点	3 有床義歯長期管理料	60点	<p>【新製有床義歯管理料(1口腔につき)】</p> <table border="1"> <tr> <td>1 2以外の場合</td> <td>190点</td> </tr> <tr> <td>2 困難な場合</td> <td>230点</td> </tr> </table> <p>【歯科口腔リハビリテーション料1(1口腔につき)】(※再掲)</p> <table border="1"> <tr> <td>1 有床義歯の場合</td> <td></td> </tr> <tr> <td>イ 口以外の場合</td> <td>100点</td> </tr> <tr> <td>ロ 困難な場合</td> <td>120点</td> </tr> </table>	1 2以外の場合	190点	2 困難な場合	230点	1 有床義歯の場合		イ 口以外の場合	100点	ロ 困難な場合	120点
1 新製有床義歯管理料	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 2以外の場合	190点																
2 困難な場合	230点																
1 有床義歯の場合																	
イ 口以外の場合	100点																
ロ 困難な場合	120点																
<p>注 咬合機能の回復が困難な患者に対して有床義歯の管理を行った場合は、それぞれの所定点数に40点を加算する。</p> <p>【有床義歯調整管理料(1口腔につき)】 30点</p>	<p>(注による加算及び有床義歯調整管理料については、新製有床義歯管理料及び歯科口腔リハビリテーション料1に包括)</p>																

有床義歯の評価の見直し②

新製有床義歯管理料

[算定告示]

注1 新製有床義歯管理料は、新たに製作した有床義歯を装着した日の属する月に、当該有床義歯を製作した保険医療機関において、有床義歯の適合性等について検査を行い、併せて患者又はその家族に対して取扱い、保存、清掃方法等について必要な指導を行った上で、その内容を文書により提供した場合に、1回を限度として算定する。

注2 新製有床義歯管理料を算定した日の属する月は、区分番号H001-2に掲げる歯科口腔リハビリテーション料1(1に限る。)は算定できない。

[留意事項通知]

- (1) 新製有床義歯管理とは、新製有床義歯の生体との調和を主眼とした義歯の管理をいい、具体的には、当該有床義歯の形態、適合性、咬合関係等の調整及び患者に必要な義歯の取扱い等に係る指導をいう。
- (2) 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した場合に算定する。この場合において、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する。
- (3) 「2 困難な場合」とは、特に咬合の回復が困難な患者に対する義歯管理を評価したものをいい、次のいずれかに該当する場合をいう。
 - イ 総義歯を新たに装着した患者又は総義歯を装着している患者
 - ロ 9歯以上の局部義歯を装着し、かつ、当該局部義歯以外は臼歯部で垂直的咬合関係を有しない患者
- (4) 「注1」に規定する文書とは、欠損の状態、指導内容等の要点、保険医療機関名及び担当歯科医師の氏名を記載したものをいう。

有床義歯の評価の見直し③

[留意事項通知]

ケース	取り扱い
	B013 新製有床義歯管理料:義管 H001-2 歯科口腔リハビリテーション料1 「1 有床義歯の場合」:歯リハ1
(5) 新製有床義歯管理料を算定した患者について、当該有床義歯の装着日の属する月から起算して1年以内の期間において、当該有床義歯の装着部位とは異なる部位に別の有床義歯の新製又は裏装を行った場合	歯リハ1を算定し、義管は算定できない。
(6) 有床義歯の新製を前提に旧義歯の修理を行う場合	同月内であっても、歯リハ1算定後、有床義歯の新製後に義管を算定して差し支えない。
(7) 有床義歯を新製した月と同月に、当該有床義歯とは別の欠損部位の有床義歯の修理又は床裏装を行った場合	義管又は歯リハ1のいずれかにより算定する。
(8) 区分番号I022に掲げる有床義歯床下粘膜調整処置を行い、有床義歯の新製又は床裏装を予定している場合	同月内であっても、当該処置に併せて歯リハ1を算定して差し支えない。なお、歯リハ1を算定した場合は、同月内に義管は算定できない。
(9) 新製有床義歯管理料を算定した患者について、当該管理料を算定した日の属する月から起算して1年を超えた期間において、調整又は指導を行った場合	歯リハ1を算定する。ただし、この場合において、必要があつて新たに製作した有床義歯を装着し、調整又は指導を行った場合は義管を算定する。
(10) 別の保険医療機関で製作した有床義歯の調整又は指導	装着する日の属する月であっても歯リハ1により算定する。

歯科疾患管理料の文書提供時期の見直し①

歯科疾患管理料

【留意事項通知】

(5)「注2」に規定する2回目以降の継続管理計画書(当該管理計画書の様式は、「別紙様式2」又はこれに準じた様式とする。)の提供時期は、管理計画の内容に変更があったとき、検査により疾患の症状が一時的に安定したと判断されるとき(歯周病においては、歯周病検査により一時的に病状が安定したと判断されるとき等)、一連の補綴治療が終了したときその他療養上必要な時期に提供することとするが、少なくとも前回の管理計画書の提供日から起算して4月を超える日までとする。

(6) (5)にかかわらず、次の場合における2回目以降の継続管理計画書の提供時期は、患者の求めがない限り、前回の管理計画書の提供日から起算して4月を超えても差し支えない。

イ 区分番号IO11-2に掲げる歯周病安定期治療を行う患者に対して、歯周病安定期治療を実施する間隔が4月を超える場合

ロ 患者又はその家族が、管理計画書(初回用又は継続用)の備考欄に、文書提供が次回来院以降不要である旨の内容(例:次回から文書提供不要)を記載した場合

歯科疾患管理料の文書提供時期の見直し②

管理計画書(初回用)

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()	
備考		

【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
------------------------	--

継続管理計画書(継続用)

別紙様式2
歯科疾患管理料に係る管理計画書(継続用)

年 月 日

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) ・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】 ・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()		
【備考】		

【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
------------------------	--

歯科疾患管理料 110点

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1回を限度として算定する。

注2 2回目以降の歯科疾患管理料は、1回目の歯科疾患管理料を算定した患者に対して提供した管理計画書に基づく継続的な管理を行っている場合であって、歯科疾患の管理及び療養上必要な指導について、継続管理計画書を作成し、その内容について説明を行い、当該管理計画書を提供したときに、1回目の歯科疾患管理料を算定した日の属する月の翌月以降月1回を限度として算定する。

注5 初診日から入院（歯科診療に限る。）中の患者について、退院後に歯科疾患の継続的な管理が必要な場合は、注1及び注2の規定にかかわらず、退院した日の属する月の翌月以降から算定する。【新設】

注8 13歳未満のう蝕に罹患している患者であって、う蝕多発傾向にあり、う蝕に対する歯冠修復終了後もう蝕活動性が高く、継続的な指導管理が必要なもの（以下「う蝕多発傾向者」という。）のうち、4歳以上のう蝕多発傾向者又はその家族等に対して、当該患者の療養を主として担う歯科医師（以下「主治の歯科医師」という。）又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物洗口に係る薬液の取扱い及び洗口法に関する指導を行った場合は、歯科疾患管理の実施期間中に患者1人につき1回を限度として40点を所定点数に加算する。ただし、訪問歯科衛生指導料を算定している患者については、当該加算は算定できない。

(通知①) 「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、歯周病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の氏名等、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。

(通知②) 1回目の管理計画書は、初診日の属する月から起算して2月以内に作成し、患者又はその家族に対して、その内容について説明を行った上で提供する。なお、歯周病に罹患している患者の管理計画書は、歯周病検査を実施し、その結果を踏まえた治療方針等を含んだものとする。ただし、1回目に患者の主訴に関する管理を開始し、2回目以降に歯周病やその他の疾患も含めた管理を行う場合は、新たな検査結果や管理計画の変更点に関する情報を含めた継続管理計画書を作成し、患者又はその家族に対して、その内容について説明を行った上で提供する。この場合において、当該月より改めて1口腔単位での管理を開始する。

(通知③) ①及び②に関わらず、初診時に歯周病の急性症状を呈する患者であって、急性症状寛解後に継続的管理が必要な場合は、1回目の歯科疾患管理料算定時に管理計画書を作成し、患者又はその家族に対して、その内容を説明し提供する。なお、歯周病検査は、急性症状寛解後の2回目の歯科疾患管理料算定時まで実施し、当該検査結果を含む継続管理計画書を作成した上で、患者又はその家族に対して、その内容を説明し提供する。ただし、急性症状が寛解せず2回目の歯科疾患管理料算定時まで歯周病検査が実施できない場合は、症状の要点を診療録に記載する。

(通知④) 「注2」に規定する2回目以降の継続管理計画書（当該管理計画書の様式は、「別紙様式2」又はこれに準じた様式とする。）の提供時期は、管理計画の内容に変更があったとき、検査により疾患の症状が一時的に安定したと判断されるとき（歯周病においては、歯周病検査により一時的に病状が安定したと判断されるとき等）、一連の補綴治療が終了したときその他療養上必要な時期に提供することとするが、少なくとも前回の管理計画書の提供日から起算して4月を超える日までとする。

(通知⑤) ④にかかわらず、次の場合における2回目以降の継続管理計画書の提供時期は、患者の求めがない限り、前回の管理計画書の提供日から起算して4月を超えても差し支えない。

イ 歯周病安定期治療を行う患者に対して、歯周病安定期治療を実施する間隔が4月を超える場合

ロ 患者又はその家族が、管理計画書（初回用又は継続用）の備考欄に、文書提供が次回来院以降不要である旨の内容（例：次回から文書提供不要）を記載した場合

(通知⑥) 「注5」とは、「注3」に規定する患者を除き、初診日から入院している患者（歯科診療に限る。）について、退院後に歯科疾患の継続的管理が必要な場合の取り扱いを定めたものをいい、入院前に外来において歯科診療

を行った場合（外来の歯科診療を行った日と入院日が同日である場合に限る。）も歯科疾患管理料を算定する。

※ 注3とは、周術期口腔機能管理の終了後に療養上の必要があって歯科疾患の継続的な管理を行う場合。

(通知⑦) 歯科疾患管理料は、新製有床義歯管理料又は歯科口腔リハビリテーション料1（「1 有床義歯の場合」に限る。）を算定している患者（歯の欠損症のみを有する患者を除く。）に対して当該歯科疾患管理を行った場合は算定できる。なお、無歯顎の患者の総義歯に係る管理を行っている場合は、軟膏等薬剤による治療が必要な口腔粘膜疾患等（「特掲診療料の施設基準等」の別表第四歯科特定疾患療養管理料に規定する疾患に掲げる疾患を除く。）を有している患者であって、現に当該歯科疾患に係る治療（有床義歯を原因とする疾患に係る治療を除く。）を行っている場合は算定できる。

(通知⑧) 「注8」のフッ化物洗口指導による指導管理に係る加算は、次の取扱いとする。

- イ 主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、患者又はその家族に対しフッ化物洗口に係る指導を行い文書により提供を行った場合に算定する。
- ロ フッ化物洗口に用いる薬液とは、毎日法に用いられる洗口用の0.05%及び0.1%フッ化ナトリウム溶液又は週1回法に用いられる洗口用の0.2%フッ化ナトリウム溶液をいう。
- ハ フッ化物洗口に係る指導に当たっては、歯科医師が行った場合は次の(イ)から(ハ)の内容を含め患者に対し説明を行い、指導内容等を文書により提供した場合に算定する。
 - (イ) 洗口の方法（薬液の量やうがいの方法）及び頻度
 - (ロ) 洗口に関する注意事項
 - (ハ) 薬液の取扱い及びその保管方法
- ニ 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が指導を行った場合は、歯科医師は診療録に指示内容を記載し、歯科衛生士はハに規定する(イ)から(ハ)の内容を含め患者に対し説明を行い、その内容を文書により提供した場合に算定する。なお、当該指導を行った歯科衛生士は業務に関する記録を作成する。

歯の喪失リスク増加への対応

歯周病安定期治療の評価体系の見直し等

改定前	改定後						
<p>【歯周病安定期治療（一口腔につき）】</p> <p style="text-align: right;">300点</p> <p>[留意事項通知] (1) 歯周病安定期治療は、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号C001-3に掲げる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。</p>	<p>【歯周病安定期治療】</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid red;">1 1歯以上10歯未満</td> <td style="text-align: right; border-bottom: 1px solid red;">200点</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid red;">2 10歯以上20歯未満</td> <td style="text-align: right; border-bottom: 1px solid red;">250点</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid red;">3 20歯以上</td> <td style="text-align: right; border-bottom: 1px solid red;">350点</td> </tr> </table> <p>[留意事項通知] (1) 歯周病安定期治療は、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号C001-3に掲げる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、咬合調整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回を限度として算定する。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。</p>	1 1歯以上10歯未満	200点	2 10歯以上20歯未満	250点	3 20歯以上	350点
1 1歯以上10歯未満	200点						
2 10歯以上20歯未満	250点						
3 20歯以上	350点						

(新:1031)フッ化物歯面塗布処置

1 う蝕多発傾向者の場合 80点(現行評価の移行)

2 在宅等療養患者の場合 80点

[算定告示]

注1 1については、**区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料を算定したう蝕多発傾向者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に、月1回を限度として算定する。ただし、2回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行った場合に限り、月1回を限度として算定する。**

注2 2については、**区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定し、初期の根面う蝕に罹患している在宅等で療養を行う患者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に、月1回を限度として算定する。ただし、2回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行った場合に限り、月1回を限度として算定する。**

フッ化物歯面塗布処置(1口腔につき)【新設】

1 う蝕多発傾向者の場合 80点 【現行評価の移行】

2 在宅等療養患者の場合 80点 【新設】

注1 1については、歯科疾患管理料を算定したう蝕多発傾向者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に、月1回を限度として算定する。ただし、2回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行った場合に限り、月1回を限度として算定する。

注2 2については、歯科訪問診療料を算定し、初期の根面う蝕に罹患している在宅等で療養を行う患者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に、月1回を限度として算定する。ただし、2回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行った場合に限り、月1回を限度として算定する。

(通知)「注1」に規定するう蝕多発傾向者とは、歯科疾患管理料の(12)に掲げる判定基準を満たすものをいう。なお、同区分の(13)についても準用する。【新設】

※ 歯科疾患管理料の(12)及び(13)は、本資料のp.28における「歯科疾患管理料の(通知①)及び(通知②)」。

(通知)フッ化物歯面塗布処置は、次の取扱いとする。

イ フッ化物局所応用による指導管理に用いる局所応用フッ化物製剤とは、2%フッ化ナトリウム溶液、酸性フッ化リン酸溶液をいう。

ロ フッ化物歯面塗布とは、綿球による歯面塗布法、トレー法及びイオン導入法等の通法に従い、主治の歯科医師又は歯科衛生士が行う局所応用をいう。

ハ 薬剤料は、当該加算の所定点数に含まれ別に算定できない。

(通知)主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、患者に対してフッ化物歯面塗布処置を行った場合は、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。なお、当該処置を行った歯科衛生士は、業務に関する記録を作成する。【新設】

歯の保存治療等、口腔機能の維持・向上等に資する技術①

改定前	改定後						
<p>【根管貼薬処置(1歯1回につき)】</p> <p>【根管充填(1歯につき)】 注1 加圧根管充填を行った場合は、単根管、2根管又は3根管以上の所定点数に、128点、152点又は184点をそれぞれ加算する。ただし、クラウン・ブリッジ維持管理料に係る地方厚生局長等への届出を行った保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、この限りでない。</p>	<p>【根管貼薬処置(1歯1回につき)】 ※「診療報酬請求書等の記載要領」において、<u>長期的に行われる同一歯に対する根管貼薬処置に関する取り扱い記載</u></p> <p>【根管充填(1歯につき)】 注1 加圧根管充填を行った場合は、単根管、2根管又は3根管以上の所定点数に、128点、152点又は184点をそれぞれ加算する。ただし、クラウン・ブリッジ維持管理料に係る地方厚生局長等への届出を行った保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、この限りでない。</p> <p><u>【加圧根管充填処置(1歯につき)】</u></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">1 単根管</td> <td style="width: 50%; text-align: right;">130点(新)</td> </tr> <tr> <td>2 2根管</td> <td style="text-align: right;">156点(新)</td> </tr> <tr> <td>3 3根管以上</td> <td style="text-align: right;">190点(新)</td> </tr> </table> <p><u>クラウン・ブリッジ維持管理料に係る地方厚生局長等への届出を行った保険医療機関において算定する。</u></p>	1 単根管	130点(新)	2 2根管	156点(新)	3 3根管以上	190点(新)
1 単根管	130点(新)						
2 2根管	156点(新)						
3 3根管以上	190点(新)						

加圧根管充填処置(1歯につき)【現行評価の移行新設】

- 1 単根管 128点 ⇒ 130点
- 2 2根管 152点 ⇒ 156点
- 3 3根管以上 184点 ⇒ 190点

注1 クラウン・ブリッジ維持管理料に係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算定する。

注2 特定薬剤の費用は、所定点数に含まれる。

(通知) 根管充填に併せて加圧根管充填処置を行った場合は、1歯につき1回を限度として、根管充填と本区分をそれぞれ算定する。

(通知) 加圧根管充填処置とは、アピカルシート又はステップの形成及び根管壁の滑沢化(根管形成)が行われた根管に対して、ガッタパーチャポイントを主体として根尖孔外に根管充填材を溢出させずに加圧しながら気密に根管充填を行うことをいう。なお、根管充填後に歯科エックス線撮影で気密な根管充填が行われていることを確認する。

(通知) 別に厚生労働大臣が定めるクラウン・ブリッジ維持管理料の「注1」に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出ていない保険医療機関は、本処置は算定できない。

※ クラウン・ブリッジ維持管理料の「注1」とは、「クラウン・ブリッジ維持管理料を保険医療機関単位で算定する旨を地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯冠補綴物又はブリッジを製作し、当該補綴物を装着した患者に対して、当該維持管理の内容に係る情報を文書により提供した場合」をいう。

歯の保存治療等、口腔機能の維持・向上等に資する技術②

改定前		改定後	
【初期う蝕早期充填処置】	122点	【初期う蝕早期充填処置(1歯につき)】	124点
【充填(1歯につき)】 充填1(複雑なもの)	152点	【充填(1歯につき)】 充填1(複雑なもの)	154点
【歯周疾患処置(1口腔1回につき)】	10点	【歯周疾患処置(1口腔1回につき)】	14点
【暫間固定】		【暫間固定】	
1 簡単なもの	300点	1 簡単なもの	200点
2 困難なもの	500点	2 困難なもの	500点
3 著しく困難なもの	650点	3 著しく困難なもの	650点
【歯周外科手術(1歯につき)】		【歯周外科手術(1歯につき)】	
4 歯肉剥離搔爬手術	620点	4 歯肉剥離搔爬手術	630点
5 歯周組織再生誘導手術		5 歯周組織再生誘導手術	
イ 一次手術	760点	イ 一次手術	840点
ロ 二次手術	320点	ロ 二次手術	380点

補綴治療等、口腔機能の回復等に資する技術

改定前		改定後	
【支台築造印象(1歯につき)】	22点	【支台築造印象(1歯につき)】	26点
【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)】	34点
【咬合採得】		【咬合採得】	
欠損補綴 ブリッジ		欠損補綴 ブリッジ	
(1)ワンピースキャストブリッジ		(1)ワンピースキャストブリッジ	
(一)支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合	70点	(1)支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合	74点
(二)支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合	140点	(2)支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合	148点
(2)その他のブリッジ	70点	(2)その他のブリッジ—70点	

改定前		改定後	
【有床義歯】 (例)		【有床義歯】 (例)	
2 総義歯(1顎につき)	2,100点	2 総義歯(1顎につき)	2,110点
【鑄造鉤(1個につき)】		【鑄造鉤(1個につき)】	
双子鉤	230点	双子鉤	234点
二腕鉤	212点	二腕鉤	216点
【補綴隙(1個につき)】	30点	【補綴隙(1個につき)】	40点
【有床義歯修理(1床につき)】	224点	【有床義歯修理(1床につき)】	228点
歯科技工加算	22点	歯科技工加算	24点

※ 前頁表以外の当該項目

有床義歯

1 局部義歯（1床につき）

イ	1 歯から 4 歯まで	560点 ⇒	570点
ロ	5 歯から 8 歯まで	690点 ⇒	700点
ハ	9 歯から 11 歯まで	920点 ⇒	930点
ニ	12 歯から 14 歯まで	1,340点 ⇒	1,350点

その他、口腔機能の回復等に資する処置や手術に関する技術

(新:J110) 広範囲顎骨支持型装置搔爬術 1,800点

[留意事項通知]

広範囲顎骨支持型装置搔爬術とは、**区分番号M025-2に掲げる広範囲顎骨支持型補綴に係る補綴物を装着した患者であって、インプラント体周囲の粘膜組織や骨組織に炎症が認められ、機械的清掃や抗菌薬投与等を行ったにもかかわらず炎症が治まらない場合に、消炎処置として粘膜骨膜弁を剥離し、インプラント体表面の汚染物質や不良肉芽の除去等を行う手術をいい、同一初診期間中1回を限度として算定する。**

(新:I009-5) 口腔内分泌物吸引 48点(1日につき)

[留意事項通知]

口腔内分泌物吸引は、**歯科診療に係る全身麻酔後や気管切開後の呼吸困難な患者に対し、ネラトンカテーテル及び吸引器を使用して、口腔内及びその周辺部位の唾液等の分泌物の吸引を行った場合に月2回を限度として算定する。**

※ 広範囲顎骨支持型装置搔把術の算定は、広範囲顎骨支持型装置埋入手術に係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が対象。

位置づけや表現の見直し等

改定前	改定後
【床副子】 3 著しく困難なもの又は摂食機能の改善を目的とするもの(舌接触補助床) 2,000点	【床副子】 3 著しく困難なもの 2,000点 4 摂食機能の改善を目的とするもの(舌接触補助床) イ 新たに製作した場合 2,000点 ロ 旧義歯を用いた場合 500点
【病理診断管理加算(口腔病理診断料の加算)】	【口腔病理診断管理加算(口腔病理診断料の加算)】

床副子

(通知) 「4 摂食機能の改善を目的とするもの」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、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。なお、「ロ 旧義歯を用いた場合」とは、既に製作している有床義歯の形態修正等を行った場合をいう。

5. 新規医療技術の保険導入等

新規医療技術の保険導入等

歯科矯正用アンカースクリューを用いた歯科矯正治療の評価

(新: N008-2) 植立 500点(1本につき)



[留意事項通知]

植立は、**区分番号N000に掲げる歯科矯正診断料又は区分番号N001に掲げる顎口腔機能診断料を算定した患者であって、歯科矯正用アンカースクリューを歯槽部又は口蓋に植立し、当該装置を固定源として、歯科矯正治療を実施した場合に算定する。**なお、本規定に関わらず、当該診断料を算定する保険医療機関から診療情報提供料に定める様式に基づく依頼があった場合に限り、当該診断料を算定していなくても、依頼を受けた保険医療機関において実施した場合は、本区分を算定しても差し支えない。この場合において、当該診断料を算定し、診療情報提供を行った保険医療機関名を診療録に記載すること。

< 特定保険医療材料 >

歯科矯正用アンカースクリュー 3,710円

[定義通知]

次のいずれにも該当すること。

- (1) 薬事法承認又は認証上、類別が「医療用品(4) 整形用品」であって、一般的名称が「歯科矯正用アンカースクリュー」であること。
- (2) 歯科矯正治療において矯正力付与の固定源とすることを目的に使用するスクリューであること。

局部義歯に係るコンビネーション鉤の評価

(新: M021-2) コンビネーション鉤 220点

[算定告示]

二腕鉤の維持腕と拮抗腕にそれぞれ鑄造鉤と線鉤を組み合わせて製作した場合に算定する。

< 特定保険医療材料 >

コンビネーション鉤(1個につき)

1 鑄造鉤に金銀パラジウム合金(金12%以上)、線鉤に不銹鋼及び特殊鋼を用いた場合

- (1) 前歯 140点
- (2) 犬歯・小臼歯 148点
- (3) 大臼歯 164点

2 鑄造鉤に鑄造用ニッケルクロム合金又は鑄造用コバルトクロム合金、線鉤に不銹鋼及び特殊鋼を用いた場合

- (1) 前歯 46点
- (2) 犬歯・小臼歯 46点
- (3) 大臼歯 46点

(新:H001-3) 歯科口腔リハビリテーション料2 50点

[算定告示]

注 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局長等に届け出た保険医療機関において、顎関節治療用装置を装着している患者に対して、月1回を限度として算定する。

[留意事項通知]

- (1) 顎関節症を有する患者であって、顎関節治療用装置製作のため、区分番号I017に掲げる床副子の「2 困難なもの」を算定した患者に対して、療養上の指導又は訓練を行い、口腔機能の回復又は維持・向上を図った場合に算定する。なお、当該装置の調整を行う場合にあっては、区分番号I017-2に掲げる床副子調整により算定する。
- (2) 実施内容等の要点を診療録に記載する。

[施設基準通知]

- (1) 歯科又は歯科口腔外科を標榜し、当該診療科に係る5年以上の経験及び当該療養に係る3年以上の経験を有する歯科医師が1名以上配置されていること。
- (2) 顎関節症の診断に用いる磁気共鳴コンピュータ断層撮影(MRI撮影)機器を設置していること。なお、当該医療機器を設置していない保険医療機関にあっては、当該医療機器を設置している病院と連携が図られていること。

【特掲診療料の施設基準(歯科口腔リハビリテーション料2)】【新設】(告示)

- (1) 歯科又は歯科口腔外科を担当する歯科医師として相当の経験を有する歯科医師が1名以上配置されていること。
- (2) 当該療養を行うにつき十分な機器を有していること又は十分な機器を有している病院との連携が確保されていること。

【特掲診療料の施設基準(歯科口腔リハビリテーション料2)】【新設】(通知)

- (1) 歯科又は歯科口腔外科を標榜し、当該診療科に係る5年以上の経験及び当該療養に係る3年以上の経験を有する歯科医師が1名以上配置されていること。
- (2) 顎関節症の診断に用いる磁気共鳴コンピュータ断層撮影(MRI撮影)機器を設置していること。なお、当該医療機器を設置していない保険医療機関は、当該医療機器を設置している病院と連携が図られていること。

再評価を行う技術①

改定前	改定後
<p>○歯科矯正の適応症の拡大 [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。)ほか41疾患 <p>○頬、口唇、舌小帯形成術の算定要件の見直し 【頬、口唇、舌小帯形成術】 (2) 頬、口唇、舌小帯形成を、複数の小帯に対して行った場合は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。</p>	<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。)ほか41疾患 ・チャージ症候群、マーシャル症候群、下垂体性小人症、ポリエックス症候群(クラインフェルター症候群)、リング18症候群 <p>【頬、口唇、舌小帯形成術】 (2) (1)に掲げる手術を、2分の1顎の範囲内における複数の頬小帯に対して行った場合は、2箇所以上であっても1箇所として算定する。</p>

再評価を行う技術②

改定前			改定後		
○う蝕多発傾向者の判定基準の見直し [歯科疾患管理料に係るう蝕多発傾向者の判定基準]			○う蝕多発傾向者の判定基準の見直し [歯科疾患管理料に係るう蝕多発傾向者の判定基準]		
年齢	歯冠修復終了歯		年齢	歯冠修復終了歯	
	乳歯	永久歯		乳歯	永久歯
0～2歳	1歯以上		0～4歳	1歯以上	
3～4歳	3歯以上		5～7歳	3歯以上 及び 1歯以上	
5～7歳	8歯以上 及び 2歯以上		8～10歳	2歯以上	
8～10歳	4歯以上		11～12歳	3歯以上	
11～12歳	6歯以上				
○手術時歯根面レーザー応用加算(歯周外科手術の加算)の施設基準の見直し [施設基準] ・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。			[施設基準] ・当該レーザー治療に係る専門の知識及び 3年 以上の経験を有する歯科医師が1名以上いること。 う蝕歯無痛的窩洞形成加算(う蝕歯即時充填形成の加算)も同様の見直しを行う。		

歯科疾患管理料

(通知①) う蝕多発傾向者とは、継続的な指導管理が必要な者であって、う蝕多発傾向者の判定基準の左欄の年齢に応じて右欄の歯冠修復終了歯を有するものをいう。

(通知②) う蝕多発傾向者の判定基準において、①にかかわらず次の場合はそれぞれに規定するところにより取り扱う。

- イ 5～7歳のもので永久歯の萌出歯がない場合、歯冠修復終了永久歯は、う蝕多発傾向者の判定の要件としない。
- ロ フッ化ジアンミン銀塗布歯は歯冠修復終了歯には含まないが、5歳未満の患者の初期う蝕で、歯冠修復の実施が患者の非協力等により物理的に困難と判断される場合に限り、当該未処置う蝕歯にフッ化ジアンミン銀を塗布した場合、歯冠修復終了乳歯として取り扱う。
- ハ 初期う蝕早期充填処置を行った場合は、歯冠修復終了歯として取り扱う。

※ 従来、う蝕多発傾向者に対する継続的な指導は「当該指導を最初に行った日から起算して1年以内に限られ、当該期間経過後に改めてう蝕多発傾向者であるか否かを判定する」取扱いであったが、当該部分は削除された。

※ 従来、「フッ化物歯面塗布とフッ化物洗口に係る指導を行った場合は、いずれかを算定する」取扱いであったが、当該通知は削除された。

【特掲診療料の施設基準(手術時歯根面レーザー応用加算)】(通知)

- (1) 当該レーザー治療に係る専門の知識及び3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) 歯肉剥離搔把術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。

【特掲診療料の施設基準(う蝕歯無痛的窩洞形成加算)】(通知)

- (1) 当該レーザー治療に係る専門の知識及び3年以上の経験を有する歯科医師が1名以上いること。
- (2) 無痛的に充填のためのう蝕の除去及び窩洞形成が可能なレーザー機器を備えていること。

6. 先進医療の保険導入

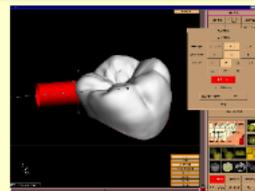
先進医療の保険導入

歯科用CAD/CAM(コンピュータ支援設計・製造ユニット)装置を用いて製作された歯冠補綴物の評価①

(新:M015-2)CAD/CAM冠 1,200点

[算定告示]

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、歯冠補綴物の設計・製作に要するコンピュータ支援設計・製造ユニット(歯科用CAD/CAM装置)を用いて、**小臼歯に対して歯冠補綴物(全部被覆冠に限る。)**を設計・製作し、装着した場合に限り算定する。



[留意事項通知]

- (1) CAD/CAM冠とは、CAD/CAM冠用材料との互換性が制限されない歯科用CAD/CAM装置を用いて、作業模型で間接法により製作された歯冠補綴物をいう。
- (2) CAD/CAM冠を装着する場合は、次により算定する。
 - イ 歯冠形成を行った場合は、1歯につき、生活歯の場合は区分番号M001に掲げる歯冠形成の「1の口非金属冠」及び区分番号M001に掲げる「注2」の加算を、失活歯の場合は区分番号M001に掲げる歯冠形成の「2の口非金属冠」及び区分番号M001に掲げる歯冠形成の「注6」の加算を算定する。
 - ロ 印象採得を行った場合は、1歯につき、区分番号M003に掲げる印象採得の「1の口連合印象」を算定する。
 - ハ 装着した場合は、1歯につき区分番号M005に掲げる装着の「1 歯冠修復」、区分番号M005に掲げる装着の「注1」の加算及び特定保険医療材料料を算定する。
- (3) 特定保険医療材料料は別に算定する。

歯科用CAD/CAM(コンピュータ支援設計・製造ユニット)装置を用いて製作された歯冠補綴物の評価②

[施設基準通知]

- (1) 歯科補綴治療に係る専門の知識及び3年以上の経験を有する歯科医師が1名以上配置されていること。
- (2) 保険医療機関内に歯科技工士が配置されていること。なお、**歯科技工士を配置していない場合**にあっては、**歯科技工所との連携が図られていること。**
- (3) 保険医療機関内に歯科用CAD/CAM装置が設置されていること。なお、保険医療機関内に設置されていない場合にあっては、当該装置を設置している歯科技工所と連携が図られていること。

< 特定保険医療材料 >

CAD/CAM冠用材料 4,840円

[定義通知]

次のいずれにも該当すること。

- (1) 薬事法承認又は認証上、類別が「歯科材料(2) 歯冠材料」であって、一般的名称が「歯科切削加工用レジン材料」であること。
- (2) シリカ微粉末とそれを除いた無機質フィラーの2種類のフィラーの合計が60%以上であり、**重合開始剤として過酸化物をを用いた加熱重合により作製されたレジンブロック**であること。
- (3) 1歯相当分の規格であり、複数歯分の製作ができないこと。
- (4) CAD・CAM冠に用いられる材料であること。

歯科用CAD/CAM(コンピュータ支援設計・製造ユニット)装置を用いて製作された歯冠補綴物の評価③

2 当該療養に係る歯科技工士の氏名等

氏名	備考

保険医療機関内に歯科技工士が配置
→「氏名欄」に氏名を記載

保険医療機関内に歯科技工士が未配置
→「備考欄」に当該療養の一部を担う歯
科技工所名を記載し、「氏名欄」に当該
技工所の歯科技工士名を記載

3 当該療養に係る医療機関の体制状況等

概要	
使用する 歯科用CAD /CAM装置	医療機器届出番号
	製品名
	製造販売業者名
	特記事項
その他 (特記事項)	

医療機器として届出た、互換性が制限さ
れない(オープンシステム)装置に関する
内容を記載

※ CAD/CAM冠における取扱い

歯冠形成

生活歯	「1の口 非金属冠」+「注2」	796点	
失活歯	「2の口 非金属冠」+「注6」	636点	
印象採得	「1の口 連合印象」	62点	
咬合採得	「1 歯冠修復」	16点	
装着	「1 歯冠修復」+「注1」	90点	+ 装着材料料
撤去	「1 簡単なもの」	16点	
CAD/CAM冠		1,684点	
《参考》	レジン前装金属冠(金銀パラジウム合金)	1,512点	
	硬質レジンジャケット冠(歯冠用光重合硬質レジン)	969点	

【特掲診療料の施設基準(CAD/CAM冠)】【新設】(告示)

- (1)当該療養を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (2)当該療養を行うにつき十分な機器及び設備を有していること又は十分な機器及び設備を有している歯科技工所との連携が確保されていること。

【特掲診療料の施設基準(CAD/CAM冠)】【新設】(通知)

- (1)歯科補綴治療に係る専門の知識及び3年以上の経験を有する歯科医師が1名以上配置されていること。
- (2)保険医療機関内に歯科技工士が配置されていること。なお、歯科技工士を配置していない場合は、歯科技工所との連携が図られていること。
- (3)保険医療機関内に歯科用CAD/CAM装置が設置されていること。なお、保険医療機関内に設置されていない場合は、当該装置を設置している歯科技工所との連携が図られていること。

歯科CT撮影装置及び手術用顕微鏡を用いた歯根端切除手術の評価

改定前	改定後
【歯根端切除手術】 1,350点	【歯根端切除手術】 1 2以外の場合 1,350点 2 歯科CT撮影装置及び手術用顕微鏡を用いた場合 2,000点

[留意事項通知]

(6) 2は、**区分番号E000に掲げる写真撮影の「3 歯科用3次元エックス線断層撮影」及び区分番号E100に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織の「3 歯科用3次元エックス線断層撮影」を算定した患者に対し、歯科CT撮影装置を用いて得られた画像診断の結果を踏まえ、手術用顕微鏡を用いて行った場合に算定する。**この場合において、使用した手術用顕微鏡の名称を診療録に記載する。

(7) 2については、他の医療機関で歯科用3次元エックス線断層撮影を実施した患者に対して行った場合は算定できない。

歯根端切除手術（1歯につき）

- 1 2以外の場合 1,350点
- 2 **歯科CT撮影装置及び手術用顕微鏡を用いた場合 2,000点 【新設】**

注1 歯科用3次元エックス線断層撮影の費用は別に算定できる。【追加】

注2 歯根端閉鎖の費用は、所定点数に含まれる。

7. 患者の視点に立った歯科医療の充実

患者の視点に立った歯科医療の充実

初・再診時における歯科外来診療環境体制加算の評価の見直し

改定前	改定後
【歯科外来診療環境体制加算(初診料の加算)】 28点	【歯科外来診療環境体制加算(初診料の加算)】 26点
【歯科外来診療環境体制加算(再診料の加算)】 2点	【歯科外来診療環境体制加算(再診料の加算)】 4点

※ 歯科の外来診療の特性を踏まえつつ、患者にとって、安全で安心できる歯科医療を提供できる総合的な環境整備を行うために必要な施設基準を満たした歯科医療機関における再診を評価したもの。

8. 消費税 8%への引上げに伴う対応

消費税8%への引上げに伴う対応

- 消費税引上げに伴い、医療機関、薬局等の仕入れに係る消費税負担が増加することから、診療報酬において、基本診療料・調剤基本料に点数を上乗せすることを中心に対応し、補完的に個別項目に上乗せする。

1. 医科診療報酬

現行		改定後		うち、消費税 対応分
初診料	270点	(改) 初診料	282点	(+12点)
再診料	69点	(改) 再診料	72点	(+3点)
外来診療料	70点	(改) 外来診療料	73点	(+3点)
入院基本料 (有床診療所入院基本料を含む。) 特定入院料 短期滞在手術基本料	各点数	(改) 入院基本料 (有床診療所入院基本料を含む。) (改) 特定入院料 (改) 短期滞在手術基本料	平均的に+2% 程度上乗せ	
【個別項目】		【個別項目】		
外来リハビリテーション診療料1	69点	(改) 外来リハビリテーション診療料1	72点	(+3点)
外来放射線照射診療料	280点	(改) 外来放射線照射診療料	292点	(+12点)
在宅患者訪問診療料1	830点	(改) 在宅患者訪問診療料1	833点	(+3点)

2. 歯科診療報酬

現行		改定後		うち、消費税 対応分
歯科初診料	218点	(改) 歯科初診料	234点	(+16点)
歯科再診料	42点	(改) 歯科再診料	45点	(+3点)
【個別項目】		【個別項目】		
歯科訪問診療料1	850点	(改) 歯科訪問診療料1	866点	(+16点)

3. 調剤報酬

現行		改定後		うち、消費税 対応分
調剤基本料	40点	(改) 調剤基本料	41点	(+1点)
【個別項目】		【個別項目】		
一包化加算(56日分以下)	30点	(改) 一包化加算(56日分以下)	32点	(+2点)
無菌製剤処理加算 (中心静脈栄養法用輸液)	55点	(改) 無菌製剤処理加算 (中心静脈栄養法用輸液)	65点	(+10点)

4. 訪問看護療養費

現行		改定後		うち、消費税 対応分
訪問看護管理療養費 (初日)	7,300円	(改) 訪問看護管理療養費 (初日)	7,400円	(+100円)

9. その他の項目

いわゆる昭和51年通知の位置づけの見直し

昭和51年7月29日付け保文発352	留意事項通知 (<u>歯冠修復及び欠損補綴 通則21</u>)
<p>歯科領域の差額徴収の廃止に伴い、保険給付外の材料等による歯冠修復及び欠損補綴は保険給付外の治療となるが、この取扱いについては、当該治療を患者が希望した場合に限り、歯冠修復にあつては、歯冠形成(支台築造を含む。)以降、欠損補綴にあつては補綴時診断以降を保険給付外の扱いとするものである。なお、保険医療機関は、当該治療を行った場合は、社会保険に係る歯科診療録の「備考」欄に自費診療への移行等がその旨判るように記載を行う。</p>	<p>保険給付外の材料等による歯冠修復及び欠損補綴は保険給付外の治療となるが、この取扱いは、<u>歯及び口腔に対する治療体系が細分化されている歯科治療の特殊性に鑑み</u>、当該治療を患者が希望した場合に限り、歯冠修復にあつては歯冠形成(支台築造を含む。)以降、欠損補綴にあつては補綴時診断以降を、保険給付外の扱いとする。その際に、当該治療を行った場合は、診療録に自費診療への移行等や当該部位に係る保険診療が完結している旨が判るように明確に記載する。<u>なお、「歯科領域における保険給付外等の範囲について」(昭和51年7月29日保文発第352号)は、平成26年3月31日をもって廃止する。</u></p>

明細書の無料発行の促進

明細書の無料発行の推進

- 平成24年度改定において、電子請求が義務付けられている400床以上の病院及び薬局については、例外なく、平成26年4月より明細書の発行を義務とした。
 - 電子請求が義務付けられている400床未満の病院・診療所は、引き続き、正当な理由のない限り、原則として明細書を無料で発行することとした。
 - ⇒ 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
- ↓
- 400床未満の病院については、これを平成28年度以降は認めないこととする。
- 正当な理由を担保するため、毎年行われている他の届出事項と併せて、明細書無料発行の対応の有無、正当な理由に該当する旨等を報告することとする。

その他の取組

- 400床未満の病院及び診療所であつて、「正当な理由」に該当する保険医療機関については、今後、レセプトコンピュータを改修する時期等を届け出ることとする。
- 「正当な理由」に該当する保険医療機関であつて、1,000円を超える明細書の発行料金を徴収しているものについては、その料金設定の根拠を明らかにする。

明細書無料発行の義務化の範囲などについて

電子レセプト請求の義務付け対象となっている医療機関及び薬局

		明細書の無料発行体制整備済	明細書の無料発行体制未整備
病院	400床以上	義務化 (免除規定なし)	平成26年4月以降、義務化 (免除規定なし)
	400床未満		平成26年4月～平成28年3月まで →明細書無料発行の対応の有無、正当な理由に該当する旨等を報告 →レセプトコンピュータを改修する時期を届出る。 →1,000円を超える明細書の発行料金を徴収して場合は、その料金設定の根拠を明らかにする。 平成28年4月以降、義務化(免除規定なし)
診療所 (歯科診療所含む)			平成26年4月以降 →明細書無料発行の対応の有無、正当な理由に該当する旨等を報告 →レセプトコンピュータを改修する時期を届出る。 →1,000円を超える明細書の発行料金を徴収して場合は、その料金設定の根拠を明らかにする。
薬局			平成26年4月以降、義務化 (免除規定なし)

「医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について」(主な部分のみ)

(保発 0305 第 2 号 平成 26 年 3 月 5 日)

標記については、保険医療機関及び保険医療養担当規則等の一部を改正する省令(平成26年厚生労働省令第17号)及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準の一部を改正する件の一部を改正する告示(平成26年厚生労働省告示第55号)により、四百床未満の病院については、平成28年4月1日以降、明細書の無償交付に係る義務について、正当な理由による例外措置の対象としないこととしたところである。

4 3の「正当な理由」に該当する400床未満の病院及び診療所については、患者から明細書の発行を求められた場合には明細書を交付しなければならないものであり、「正当な理由」に該当する旨及び希望する患者には明細書を発行する旨(明細書発行の手続き、費用徴収の有無、費用徴収を行う場合の金額、当該金額が1,000円を超える場合には料金設定の根拠及びレセプトコンピュータ若しくは自動入金機の改修時期を含む。)を院内掲示等で明示するとともに、別紙届出様式により、地方厚生(支)局長に届出を行うこと。院内掲示等の例は別紙様式8を参考とすること。なお、「正当な理由」に該当する400床未満の病院及び診療所とは、以下に該当する場合であること(400床未満の病院にあっては、平成27年度末までに限る。)

(1)明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピュータを使用している場合

(2)自動入金機を使用しており、自動入金機で明細書発行を行おうとした場合には、自動入金機の改修が必要な場合

9 明細書の発行の際の費用について、仮に費用を徴収する場合にあっても、実費相当とするなど、社会的に妥当適切な範囲とすることが適当であり、実質的に明細書の入手の妨げとなるような高額な料金を設定してはならないものであること。特に、現在の状況等を踏まえれば、例えば、1,000円を超えるような額は、実費相当としてふさわしくないものであること。

10 公費負担医療の対象である患者等、一部負担金等の支払いがない患者についても、患者に対する情報提供等の観点から、可能な限り明細書を発行するよう努めること。

- 1 1 明細書の記載内容が毎回同一であるとの理由により、明細書の発行を希望しない患者に対しても、診療内容が変更された場合等、明細書の記載内容が変更される場合には、その旨を患者に情報提供するよう努めること。
- 1 2 「正当な理由」に該当する保険医療機関において着実に明細書の無償発行体制を整備するため、当該保険医療機関は、4の届出の記載事項について、毎年7月1日現在の状況の報告を行うこと。

うがい薬だけを処方する場合の取扱い

医療費適正化の観点から、治療目的でなく、うがい薬のみが処方される場合については、当該うがい薬に係る処方料、調剤料、薬剤料、処方せん料、調剤技術基本料を算定しない。

現行

【投薬 調剤料・処方料・薬剤料・処方せん料・調剤技術基本料】
(新規)



改定後

【投薬 調剤料・処方料・薬剤料・処方せん料・調剤技術基本料】
入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬（治療目的のものを除く。）のみを投与された場合については、当該うがい薬に係る処方料、調剤料、薬剤料、処方せん料を算定しない。

<留意事項通知にて>

うがい薬のみの投薬が治療を目的としないものである場合には算定しないことを明らかにしたものであり、治療を目的とする場合にあっては、この限りでない。なお、**うがい薬とは、薬効分類上の含嗽剤**をいう。

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条の4の2（経済上の利益の提供による誘引の禁止）

- 2 保険医療機関は、事業者又はその従業員に対して、患者を紹介する対価として金品を提供することその他の健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益を提供することにより、患者が自己の保険医療機関において診療を受けるように誘引してはならない。【新設】

(2) 基本診療料

・初診料

- 1 歯科初診料 218点 ⇒ 234点
- 2 地域歯科診療支援病院歯科初診料 270点 ⇒ 282点

【通知】歯科診療特別対応連携加算は、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の外来部門において、歯科診療所である保険医療機関(別に厚生労働大臣が定める歯科診療特別対応連携加算に係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は除く。)で基本診療料に係る歯科診療特別対応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に定める様式に基づいた診療情報提供を受けた上で初診を行い、基本診療料に係る歯科診療特別対応加算を算定した場合に算定する。

・再診料

- 1 歯科再診料 42点 ⇒ 45点
- 2 地域歯科診療支援病院歯科再診料 69点 ⇒ 72点

(3) 医学管理等

・周術期口腔機能管理計画策定料

注1 がん等に係る全身麻酔による手術又は放射線治療若しくは化学療法（以下「手術等」という。）を実施する患者に対して、歯科診療を実施している保険医療機関において、当該手術等を実施する保険医療機関からの文書による依頼に基づき、当該患者又はその家族の同意を得た上で、周術期の口腔機能の評価及び一連の管理計画を策定するとともに、その内容について説明を行い当該管理計画を文書により提供した場合に、当該手術等に係る一連の治療を通じて1回を限度として算定する。

(通知)「注1」に規定する管理計画書とは、①基礎疾患の状態・生活習慣、②主病の手術等の予定（又は実績）、③口腔内の状態等（現症及び手術等によって予測される（又は生じた）変化等）、④周術期の口腔機能の管理において実施する内容、⑤主病の手術等に係る患者の日常的なセルフケアに関する指導方針、⑥その他必要な内容、⑦保険医療機関名及び当該管理を行う歯科医師の氏名等の情報を記載したものをいう。

・歯科衛生実地指導料

(通知) 当該指導を行った歯科衛生士は、主治の歯科医師に報告するとともに患者に提供した文書の写しを提出し、業務に関する記録を作成する。

(通知) 主治の歯科医師は、歯科衛生士から提出を受けた患者に提供した文書の写しを診療録に添付する。

※ 従来は患者に提供した文書の写しを歯科衛生士業務記録簿に添付することとなっていたが、改められた。

・歯科特定疾患療養管理料

(通知)「特掲診療料の施設基準等」の別表第四歯科特定疾患療養管理料に規定する疾患に掲げる疾患のうち、顎・口腔の先天異常、舌痛症（心因性によるものを含む。）、口腔軟組織の疾患（難治性のものに限る。）、口腔乾燥症（放射線治療を原因とするものに限る。）及び睡眠時無呼吸症候群（口腔内装置治療を要するものに限る。）とはそれぞれ次の疾患をいう。

イ 顎・口腔の先天異常とは、後継永久歯がなく、かつ、著しい言語障害及び咀嚼障害を伴う先天性無歯症又は唇顎口蓋裂（単独又は複合的に発症している症例を含む。以下この表において同じ。）をいう。（以下省略）

・がん性疼痛緩和指導管理料

注3 がん患者指導管理料（2に限る。）は、別に算定できない。【追加】

・がん患者カウンセリング料

500点

がん患者指導管理料 【名称及び項目の見直し】	
1 歯科医師が看護師と共同して診療方針等について話し合い、その内容を文書等により提供した場合	500点
2 歯科医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合	200点
3 歯科医師又は薬剤師が抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射の必要性等について文書により説明を行った場合	200点

注1 1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、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歯科医師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（当該患者についてがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及びがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該指導管理を実施した場合は、それ

ぞれの保険医療機関において、患者1人につき1回)を限度として算定する。

注2 2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、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歯科医師又はその指示に基づき、看護師が患者の心理的不安を軽減するための面接を行った場合に、患者1人につき6回を限度として算定する。【追加】

注3 3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、がんと診断された患者であって継続して抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射を受けているものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の歯科医師又はその指示に基づき、薬剤師が投薬又は注射の前後にその必要性について文書により説明を行った場合に、患者1人につき6回を限度として算定する。【追加】

注4 2について、緩和ケア診療加算、がん性疼痛緩和指導管理料及び外来緩和ケア管理料は、別に算定できない。【追加】

注5 3について、薬剤管理指導料、処方料の注7に規定する加算及び処方せん料の注5に規定する加算は、別に算定できない。【追加】

※ 処方料の注7及び処方せん料の注5に規定する加算とは「抗悪性腫瘍剤処方管理加算」。

(通知) 医科点数表のがん患者指導管理料の例により算定するとともに、当該区分中「医師」又は「医科点数表」とあるのはそれぞれ「歯科医師」又は「歯科点数表」の区分番号に読み替えて適用する。

・外来緩和ケア管理料

注3 がん性疼痛緩和指導管理料又はがん患者指導管理料(2に限る。)は、別に算定できない。

・がん治療連携管理料

注2 【削除】

※ 注2が削除され、周術期口腔機能管理料(I)又は(Ⅲ)は別に算定できることとなった。周術期口腔機能管理料(I)及び(Ⅲ)の注2も見直され、算定できない項目から「がん治療連携管理料」が削除された。

・診療情報提供料(I)

注6 保険医療機関(初診料の注10に規定する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を除く。)が、初診料の注6若しくは再診料の注4に規定する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について、当該患者又はその家族の同意を得て、初診料の注10に規定する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、歯科医業を行わない保険医療機関又は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は、100点を所定点数に加算する。

注7 初診料の注10に規定する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が、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患者について、当該患者又はその家族の同意を得て、歯科診療を行う保険医療機関(初診料の注10に規定する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を除く。)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は、100点を所定点数に加算する。

※ 初診料の注10とは「歯科診療特別対応連携加算」、初診料の注6及び再診料の注4とは「基本診療料に係る歯科診療特別対応加算」。

(4) 在宅医療

・在宅患者訪問薬剤管理指導料

1 同一建物居住者以外の場合 550点 ⇒ 650点

2 同一建物居住者の場合 385点 ⇒ 300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を合わせて患者1人につき月4回（末期の悪性腫瘍患者及び中心静脈栄養法の対象患者は週2回かつ月8回。）を限度として算定する。この場合において、1と2を合わせて薬剤師1人につき1日5回を限度として算定する。

・訪問歯科衛生指導料

(通知) 訪問歯科衛生指導料の算定を行った場合は、当該訪問指導で実施した指導内容、指導の実施時刻（開始時刻と終了時刻）及びその他療養上必要な事項に関する情報を患者又はその家族等に実地指導を行った歯科衛生士等の氏名が記載された文書を提供するとともに、その文書の写しを診療録に添付する。

※ 従来は患者に提供した文書の写しを業務記録簿に添付することとなっていたが、実地指と同様に改められた。

(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次の事項を記載する。ただし、ハに関しては、訪問歯科衛生指導を開始した日に限り記載することとするが、変更が生じた場合は、その都度記載する。また、当該訪問歯科衛生指導が歯科訪問診療と併せて行われた場合は、ニについて省略して差し支えない。

イ 歯科衛生士等に指示した内容

ロ 指導の実施時刻（開始時刻と終了時刻）

ハ 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）

ニ 歯科訪問診療の際の患者の状態の要点等

(通知) 訪問歯科衛生指導を行った場合において、歯科衛生士等は実地指導に係る業務に関する記録を作成し、患者氏名、訪問先、指導の実施時刻（開始時刻と終了時刻）、指導の要点、主訴、食生活の改善等に関する要点及び実地指導を行った歯科衛生士等が署名し、主治の歯科医師に報告する。

・歯科疾患在宅療養管理料

(通知) 歯科疾患在宅療養管理料は、新製有床義歯管理料又は歯科口腔リハビリテーション料1（「1 有床義歯の場合」に限る。）を算定している患者に対しても、歯科疾患の状況、口腔機能の評価を踏まえた口腔機能管理を行った場合は算定できる。

(5) 画像診断

・通則

(通知) 歯科画像診断管理加算1は、病院である保険医療機関に勤務し専ら画像診断を担当する歯科医師が、歯科パノラマ断層撮影等の読影及び診断を行い、その結果を文書により当該病院の主治の歯科医師に提供した場合に月の最初の診断日に算定する。この場合において、提供された文書又はその写しを診療録に添付する。歯科画像診断管理加算2は、歯科用3次元エックス線断層撮影について、病院である保険医療機関に勤務し専ら画像診断を担当する歯科医師が読影及び診断を行い、その結果を文書により当該病院の主治の歯科医師に提供した場合に月の最初の診断日に算定する。なお、当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託した場合は、これらの加算は算定できない（「通則8」又は「通則9」により算定する場合は除く。）。この場合において、提供された文書又はその写しを診療録に添付する。

※ 通則8又は9とは「遠隔画像診断による画像診断を行った場合において、歯科画像診断管理加算1又は2を算定する場合」。

(通知) 遠隔画像診断を行った場合、歯科画像診断管理加算 1 は、受信側の病院である保険医療機関に勤務し専ら画像診断を担当する歯科医師が読影及び診断を行い、その結果を文書により送信側の保険医療機関において当該患者の診療を担当する歯科医師に提供した場合に、月の最初の診断日に算定する。遠隔画像診断を行った場合、歯科画像診断管理加算 2 は、送信側の保険医療機関において実施される歯科用 3 次元エックス線断層撮影について、受診側の病院である保険医療機関に勤務し専ら画像診断を担当する歯科医師が読影及び診断を行い、その結果を文書により送信側の保険医療機関において当該患者の診療を担当する歯科医師に提供した場合に、月の最初の診断日に算定する。なお、受診側又は送信側の保険医療機関が受診側及び送信側の保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託した場合は、当該加算は算定できない。また、これらの加算を算定する場合は、提供された文書又はその写しを診療録に添付する。

(6) 注射

・ 静脈内注射

注 3 在宅悪性腫瘍患者指導管理料又は在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、歯科訪問診療料を算定する日に併せて行った静脈内注射の費用は算定できない。【追加】

・ 点滴注射

注 4 在宅悪性腫瘍患者指導管理料又は在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、歯科訪問診療料を算定する日に併せて行った点滴注射の費用は算定できない。【追加】

・ 中心静脈注射

注 4 在宅悪性腫瘍患者指導管理料又は在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、歯科訪問診療料を算定する日に併せて行った中心静脈注射の費用は算定できない。【追加】

・ 植込型カテーテルによる中心静脈注射 【名称の見直し】

注 1 在宅悪性腫瘍患者指導管理料又は在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、歯科訪問診療料を算定する日に併せて行った植込型カテーテルによる中心静脈注射の費用は算定できない。【新設】

注 2 6 歳未満の乳幼児に対して行った場合は、50 点を所定点数に加算する。【新設】

(7) 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)、治療内容等を記載する。

※ 3 運動器リハビリテーション料(Ⅲ) 80点 ⇒ 85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 回を限度として算定する。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も同様の取扱いとする。

※ 2 運動器リハビリテーション料(Ⅱ) 165点 ⇒ 170点

・ 摂食機能療法

注 2 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、鼻腔栄養を実施している患者又は胃瘻を造設している患者に対して実施した場合は、治療開始日から起算して 6 月以内に限り、経口摂取回復促進加算として、185 点を所定点数に加算する。【追加】

注3 治療開始日から起算して3月を超えた場合に、歯科口腔リハビリテーション料1（2に限る。）を算定した月は、摂食機能療法は算定できない。【追加】

※ 歯科口腔リハビリテーション料1（2）とは「舌接触補助床の場合」。

(通知) 「注2」に掲げる経口摂取回復促進加算は、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、鼻腔栄養を実施している患者又は胃瘻を造設している患者に対して、摂食機能療法を実施した場合に算定する。

(通知) 当該加算を算定する摂食機能療法を行うに当たっては、医師との緊密な連携の下で行い、患者管理が適切になされるよう十分留意する。

(通知) その他摂食機能療法の医科と共通の項目は、医科点数表の摂食機能療法の例により算定する。

(8) 処置

・通則6【通則の見直し】

緊急のために休日に処置を行った場合又は処置の開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である場合は、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算した点数により算定する。

イ 処置の所定点数が1,000点以上の場合であって、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

(1) 休日加算1 所定点数の100分の160に相当する点数

(2) 時間外加算1（入院中の患者以外の患者に対して行われる場合に限る。）

所定点数の100分の80に相当する点数

(3) 深夜加算1 所定点数の100分の160に相当する点数

(4) (1)から(3)までにかかわらず、初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して、処置の開始時間が同注のただし書に規定する時間である処置を行った場合

所定点数の100分の80に相当する点数

ロ 処置の所定点数が150点以上の場合であって、入院中の患者以外の患者に対し行われる場合（イに該当する場合を除く。）

(1) 休日加算2 所定点数の100分の80に相当する点数

(2) 時間外加算2 所定点数の100分の40に相当する点数

(3) 深夜加算2 所定点数の100分の80に相当する点数

(4) (1)から(3)までにかかわらず、初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関において、処置の開始時間が同注のただし書に規定する時間である処置を行った場合

所定点数の100分の40に相当する点数

(通知) 「通則6」の入院中の患者以外に対する処置の休日加算、時間外加算又は深夜加算は、医科点数表の例により算定する。

(通知) 「通則6」の入院中の患者に対する処置の休日加算、時間外加算又は深夜加算は、医科点数表の例により算定する。

※ 歯科点数表 通則6の取扱通知でいう医科点数表の例（医科点数表においては「通則5」）

(医科通知) 「通則5」の入院中の患者以外の患者に対する処置の休日加算1、時間外加算1又は深夜加算1（以下「時間外等加算1」という。）は、次のア又はイの場合であって、所定点数が1,000点以上の緊急処置の場合についてのみ算定できる。

ア 初診料の注7、再診料の注5、外来診療料の注8に規定する加算を算定する初診又は再診に引き続き行われた場合。ただし、初診料の注9又は再診料の注7に規定する夜間・早朝等加算を算定する初診若しく

は再診に引き続き行われた場合は対象とならない。なお、当該処置の開始時間が入院手続の後であっても、当該加算は算定できる。

※ 初診料の注7・再診料の注5とは、時間外・休日・深夜加算をいう。外来診療料は歯科点数表には設定なし。初診料の注9・再診料の注7とは、夜間・早朝等加算をいうが、歯科点数表には設定なし。

イ 初診又は再診に引き続いて、緊急処置に必要な不可欠な検査等を行った後、速やかに緊急処置（休日に行うもの又はその開始時間が診療時間以外の時間若しくは深夜であるものに限る。）を開始した場合であって、当該初診又は再診から処置の開始時間までの間が8時間以内である場合（当該処置の開始時間が入院手続きの後の場合を含む。）

(医科通知)「通則5」の休日加算2、時間外加算2又は深夜加算2（以下「時間外加算等」という。）は、初診料の注7、再診料の注5、外来診療料の注8に規定する加算を算定する初診又は再診に引き続き行われた所定点数が150点以上の緊急処置の場合についてのみ算定できるものであり、初診料の注9又は再診料の注7に規定する夜間・早朝等加算を算定する初診若しくは再診に引き続き行われた場合又は入院中の患者に対して行われた場合については対象とならない。なお、当該処置の開始時間が入院手続の後であっても当該加算は算定できる。

(医科通知)「通則5」の入院中の患者に対する処置の休日加算1又は深夜加算1は、病状の急変により、休日に緊急処置を行った場合又は開始時間が深夜である緊急処置を行った場合であって、所定点数が1,000点以上の緊急処置を行った場合に算定できる。

(医科通知)「通則5」の時間外等加算1は、当該加算を算定するものとして、地方厚生局長等に届出を行っている診療科において処置を実施した場合に限り算定できる。

・ 通則

(通知) 抜髄、感染根管処置、根管貼薬処置、根管充填及び加圧根管充填処置の一連の歯内療法において、高周波療法、イオン導入法、根管拡大、根管形成、歯肉圧排、根管充填剤（材）の除去、隔壁、歯髄結石除去、根管開拓及び特定薬剤等はそれぞれの所定点数に含まれ別に算定できない。

・ う蝕処置

(通知) う蝕処置を算定する場合は、算定部位ごとに処置内容等を診療録に記載する。

※ 従来、「使用した保険医療材料名」を診療録に記載することとされていたが、削除された。

・ 残根削合

(通知) 新義歯製作又は義歯修理の必要上やむを得ず残根歯の削合のみを行う場合は、歯数に応じて算定する。ただし、根管治療により根の保存可能な歯は適切に保存処置を行い、金属歯冠修復により根面を被覆した場合及び歯科充填用材料Ⅰにより根面を被覆した場合は、金属歯冠修復の（12）の例によりそれぞれ算定する。

※ 金属歯冠修復の（12）の例とは「歯冠形成は[窩洞形成の単純なもの]、金属歯冠修復の場合は[インレーの単純なもの]、歯科充填用材料Ⅰの場合は[充填の単純なもの]」での取り扱いをいう。また、前提部分の「抜歯禁忌症で」の部分は削除された。

・ 歯髄切断

(通知) 生活歯髄切断後に歯冠形成を行った場合は、歯冠形成の「1 生活歯冠形成」又は「3 窩洞形成」の各号により算定する。

・ 根管充填

(通知) 歯根未完成の永久歯の歯内療法実施中に、数日間根尖部の閉鎖状態の予後観察を行うために水酸化カルシウム系糊剤等により暫間の根管充填を行う場合は、1回を限度として「1 単根管」、「2 2根管」又は「3 3根管以上」により算定する。ただし、加圧根管充填処置は算定できない。なお、併せて当該歯に暫間充填を行った場合は、う蝕処置により算定する。

・外科後処置

(通知) 外科後処置とは、術後に滲出液、血液等の貯留が予想される患者に対して、歯科治療上必要があつてドレーン(歯科ドレーン法における持続的な吸引を行うものは除く。)を使用した外科後処置をいう。なお、単純な外科後処置は、基本診療料に含まれる。

※ 従来、「腐骨除去手術の顎骨に及ぶもの、顎堤形成術、顎骨腫瘍摘出術、歯根嚢胞摘出手術の拇指頭大のもの及び鶏卵大のもの、下顎骨折観血の手術等の大手術の外科後処置であつて」と例示されていたが、当該部分は削除された。

・歯科ドレーン法(ドレナージ)

(通知) 蜂窩織炎や膿瘍形成等、術後に滲出液、血液等の貯留が予想される患者に対して、部位数、交換の有無にかかわらず、歯科治療上必要があつて持続的(能動的)な吸引を行った場合は、1日につき算定し、その他の場合は、外科後処置により算定する。

・暫間固定

(通知) 「1 簡単なもの」とは、歯周外科手術を伴わない場合及び歯周外科手術を予定する場合の固定源となる歯を歯数に含めない4歯未満の暫間固定をいう。なお、同日又は他日にかかわらず1顎に2箇所以上行つても1回の算定とするが、当該処置を行った日から起算して6月を経過して必要があつて当該処置を再度行う場合は、1顎につき1回を限度として算定する。

(通知) 歯根端切除術の(5)による場合又は歯の再植術を行った場合に脱臼歯を暫間固定したときは、「2 困難なもの」により算定する。

※ 歯根端切除術の(5)による場合とは、「歯内治療が困難な根尖病巣を有する保存が可能な小臼歯又は大臼歯であつて、解剖学的な理由から歯根端切除手術が困難な症例に対して、歯の再植による根尖病巣の治療を行った場合」をいう。

・床副子

(通知) 「2 困難なもの」とは、次のものをいう。

イ 斜面板

ロ 咬合挙上副子(顎関節症に対するスプリントを含む。)

ハ 乳幼児の顎骨骨折に対してナイトガードとして口腔内に装着するマウスピース

ニ 固定用金属線による圍繞結紮に用いたレジン等で製作した床副子(無歯顎の高齢者や乳歯列を有する幼児などの顎骨髄炎において、腐骨摘出後欠損創に歯に結紮固定する副子の応用ができない場合に限る。)

ホ 歯ぎしりに対する咬合床(アクチバートル式のものを除く。)

ヘ 睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床(アクチバートル式を除き、医科の保険医療機関等からの診療情報提供料の様式に基づく場合に限る。)

(通知) 睡眠時無呼吸症候群の治療法として、確定診断が可能な医科の保険医療機関等からの診療情報提供料の様式に基づく口腔内装置治療の依頼を受けて、咬合床(口腔内装置)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のロ 連合印象」を、咬合採得は咬合採得の「2のロの(3) 総義歯」を、装着を行った場合は装着の「2のニの(2) 印象採得が著しく困難なもの」により算定する。なお、確定診断が可能な医科歯科併設の病院である保険医療機関は、院内での担当科からの情報提供に基づく口腔内装置治療に対する院内紹介を受けた場合に算定する。

口腔内装置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、口腔内装置の調整を行った場合は、1口腔につき床副子調整の「1 睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床の場合」により算定する。また、睡眠時無呼吸症候群の口腔内装置治療の紹介元保険医療機関からの情報提供に関する内容及び保険医療機関名等について診療録に記載するとともに情報提供に係る文書を添付する。なお、医科歯科併設の病

院である保険医療機関において算定した場合は、院内紹介を受けた担当科名が記載された情報提供に係る文書を診療録に添付する。

・床副子調整

(通知) 睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床の装着を行った後、適合を図るための調整等が必要となり、咬合床の調整(装着時又は装着後1月以内に限る。)を行った場合は、1口腔につき1回を限度として「1睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床の場合」により算定する。

・歯冠修復物又は補綴物の除去

(通知) 歯冠修復物又は補綴物の除去において、除去を算定する歯冠修復物又は補綴物は、歯冠継続歯及び支台築造、充填、金属歯冠修復、レジン前装金属冠、ジャケット冠、硬質レジンジャケット冠、CAD/CAM冠、乳歯金属冠、小児保険装置であり、仮封セメント、ストップング、テンポラリークラウン、リテーナー等は含まれない。なお、同一歯について2個以上の歯冠修復物(支台築造を含む。)又は欠損補綴物の除去を一連に行った場合においては主たる、歯冠修復物(支台築造を含む。)又は欠損補綴物の除去に対する所定点数のみを算定する。

(通知) 鉤歯の抜歯又は鉤の破損等のため不適合となった鉤を連結部から切断した場合は、修理又は床裏装を前提に切断した場合に限り、除去料を算定する。

(通知) 「2 困難なもの」により算定するものは、(5)の他、次のものをいう。

イ 固定用金属ピンの撤去(1本につき)

ロ 滑面板の撤去

ハ 整復装置の撤去(3分の1顎につき)

ニ ポンティックのみの除去(切断部位1箇所につき)

ホ 歯冠修復物が連結して装着されている場合において、破損等のため連結部分を切断しなければ、一部の歯冠修復物を除去できないときの切断

へ 歯間に嵌入した有床義歯の除去に際し、除去が著しく困難なため当該義歯を切断して除去を行った場合

ト スクリューポストの除去(1本につき)

※ (5)は「困難なものとは、全部金属冠、当該歯が急性の歯髄炎又は根尖性歯周炎に罹患している場合であって、患者が苦痛を訴えるため除去が困難な金属歯冠修復物の除去」のことをいう。

・有床義歯床下粘膜調整処置

(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、有床義歯床下粘膜調整処置を行い、有床義歯の新製又は床裏装を予定している場合は、同月内であっても当該処置に併せて歯科口腔リハビリテーション料1の「1 有床義歯の場合」を算定して差し支えない。この場合において、歯科口腔リハビリテーション料1の「1 有床義歯の場合」を算定したときは、同月内に新製有床義歯管理料は算定できない。

・周術期専門的口腔衛生処置

(通知) 周術期における口腔機能の管理を行う歯科医師は、周術期専門的口腔衛生処置に関し、歯科衛生士の氏名を診療録に記載する。なお、当該処置を行った歯科衛生士は、業務に関する記録を作成する。

※ 従来は、歯科衛生士に指示した内容を診療録に記載することとされていたが、歯科衛生士の氏名に改められた。

(9) 手術

・通則9【通則の見直し】

緊急のために休日に手術を行った場合又は手術の開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である場合において、当該手術の所定点数が150点以上のときは、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。

イ 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

(1) 休日加算 1 所定点数の100分の160に相当する点数

(2) 時間外加算 1 (入院中の患者以外の患者に対し行われる場合に限る。)

所定点数の100分の80に相当する点数

(3) 深夜加算 1 所定点数の100分の160に相当する点数

(4) (1)から(3)までにかかわらず、初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して、手術の開始時間が同注のただし書に規定する時間である手術を行った場合

所定点数の100分の80に相当する点数

ロ イ以外の保険医療機関において行われる場合

(1) 休日加算 2 所定点数の100分の80に相当する点数

(2) 時間外加算 2 (入院中の患者以外の患者に対し行われる場合に限る。)

所定点数の100分の40に相当する点数

(3) 深夜加算 2 所定点数の100分の80に相当する点数

(4) (1)から(3)までにかかわらず、初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して、手術の開始時間が同注のただし書に規定する時間である手術を行った場合

所定点数の100分の40に相当する点数

(通知)「通則9」の入院中の患者以外に対する手術の休日加算、時間外加算又は深夜加算は、医科点数表の例により算定する。

(通知)「通則9」の入院中の患者に対する手術の休日加算又は深夜加算は、医科点数表の例により算定する。

※ 歯科点数表 通則9の取扱通知でいう医科点数表の例 (医科点数表においては「通則12」)

(医科通知)「通則12」の入院中の患者以外の患者に対する手術の休日加算1及び2、時間外加算1及び2又は深夜加算1及び2は、次の場合に算定できる。ただし、手術が保険医療機関又は保険医の都合により休日、時間外又は深夜に行われた場合には算定できない。

(1) 休日加算、時間外加算又は深夜加算が算定できる初診又は再診に引き続き行われた緊急手術の場合

(2) 初診又は再診から手術までの間に、手術に必要不可欠な検査等を行い、かつ、当該検査等の終了後に手術(休日に行うもの又はその開始時間(執刀した時間をいう。))が診療時間以外の時間若しくは深夜であるものに限る。)を開始した場合であって、当該初診又は再診から手術の開始時間までの間が8時間以内である場合(当該手術の開始時間が入院手続きの後の場合を含む。)

(医科通知)「通則12」の入院中の患者に対する手術の休日加算1及び2又は深夜加算1及び2は、病状の急変により、休日に緊急手術を行った場合又は開始時間が深夜である緊急手術を行った場合に算定できる。

ただし、手術が保険医療機関又は保険医の都合により休日又は深夜に行われた場合には算定できない。

(医科通知)「通則12」の休日加算1及び2、時間外加算1及び2又は深夜加算1及び2の対象となる時間の取扱いは初診料と同様であり、初診料の注9又は再診料の注7に規定する夜間・早朝等加算を算定する場合にあつては、「通則12」の休日加算1及び2、時間外加算1及び2又は深夜加算1及び2は算定しない。

※ 初診料の注9・再診料の注7とは、夜間・早朝等加算をいうが、歯科点数表には設定なし。

(医科通知)「通則12」の休日加算1、時間外加算1又は深夜加算1(以下「時間外等加算1」という。)は、当該加算を算定するものとして、地方厚生局長等に届出を行っている診療科において手術を実施した場合に

限り算定できる。

(**医科通知**)「通則12」の時間外等加算1を算定する場合は、手術を実施した診療科、初診又は再診の日時(入院中の患者以外の患者に手術を実施した場合に限る。)及び手術を開始した日時を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

・ **通則**

(**通知**)創傷処理、小児創傷処理(6歳未満)、デブリードマン、上顎洞開窓術、内視鏡下上顎洞開窓術、上顎洞根治手術、リンパ節摘出術、血管結紮術、動脈形成術・吻合術及び血管移植術・バイパス移植術について、同一手術野又は同一病巣につき、他の手術と同時にを行った場合は、主たる手術により算定する。ただし、神経移植術、骨移植術、植皮術、動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術、遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)、複合組織移植術、自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)又は粘膜移植術と他の手術とを同時に行った場合はこの限りでない。

・ **抜歯手術**

(**通知**)難抜歯とは、歯根肥大、骨の癒着歯、歯根彎曲等に対して骨の開さく又は歯根分離術等を行った場合をいう。高血圧等の全身状態との関連から、単に抜歯にあたり注意を要する抜歯は、難抜歯に含まない。

(**通知**)難抜歯又は埋伏歯抜歯において、完全抜歯が困難となりやむを得ず抜歯を中止した場合は、それぞれの所定点数により算定する。

・ **歯根端切除手術**

(**通知**)歯内治療が困難な根尖病巣を有する保存が可能な小白歯又は大白歯であって、解剖学的な理由から歯根端切除手術が困難な症例に対して、歯の再植による根尖病巣の治療を行った場合は、診療録に手術内容の要点を記載し、本区分により算定する。なお、歯の移動を目的に含む場合は算定できない。

・ **歯の再植術**

(**通知**)歯の再植術と併せて、同時に行った根管治療に係る費用は、抜髄、根管充填及び加圧根管充填処置に限り別に算定する。

・ **歯の移植手術**

(**通知**)歯の移植手術と一連で行った根管治療に係る費用は、抜髄、根管貼薬処置、根管充填及び加圧根管充填処置に限り別に算定する。

・ **舌腫瘍摘出術**

2 その他のもの 3,140点 ⇒ 2,940点

・ **口唇腫瘍摘出術**

2 その他のもの 3,370点 ⇒ 3,050点

・ **頬粘膜腫瘍摘出術** 4,730点 ⇒ 4,460点

・ **唾石摘出術(一連につき) 【名称の見直し】**

3 腺体内に存在するもの 7,200点 ⇒ 6,550点

注 2及び3について内視鏡を用いた場合は、1,000点を所定点数に加算する。【追加】

※ 2は「深在性のもの」。

(**通知**)所期の目的を達成するために複数回実施した場合も一連として算定する。

・ **骨移植術(軟骨移植術を含む。)**

2 同種骨移植(生体) 16,730点 ⇒ 20,770点

3 同種骨移植(非生体) 14,770点 ⇒ 18,300点

・ **歯肉歯槽粘膜形成手術**

(**通知**)「1 歯肉弁根尖側移動術」は、付着歯肉の幅が狭く付着歯肉の幅の増加を目的として行った場合又は歯周

病で深いポケットが歯肉歯槽粘膜境を超えて存在しその歯周ポケットの除去を目的として行った場合に算定する。

(通知)「4 遊離歯肉移植術」とは、歯肉の供給側より採取した移植片の歯肉を、付着させる移植側へ移植を行うものをいい、付着歯肉幅の拡大、露出歯根面の被覆又は歯槽堤形成等を目的に手術を行った場合に算定する。

(通知)「5 口腔前庭拡張術」は、次により口腔前庭の拡張を行った場合に限り算定する。

イ 頬唇側の口腔前庭が浅いために十分なプラークコントロールが行えない場合

ロ 歯冠修復物を装着するに際して付着歯肉の幅が著しく狭い場合

・顎関節授動術

(通知) 徒手的授動術とは、パンピング（顎関節腔に対する薬液の注入、洗浄）を併用して、徒手的に下顎を授動することにより顎関節可動域の増加を目的とするものをいう。この場合において、関節腔に対する薬液の注入を行った場合は、関節腔内注射又は滑液嚢穿刺後の注入を併せて算定する

(通知) 顎関節鏡下授動術とは、主に繊維性癒着を適応とし、関節の可動域を制限している関節内癒着部を内視鏡下にメス、シェイバー、レーザー等を用いて切離し、可動域の増加を目的とするものをいう。

(通知) 開放授動術とは、主に強直症を適応とし、顎関節を切開開放して直視下に癒着部の切離又は切除を行うことで可動域の増加を目的とするものをいう。

・顎関節円板整位術

(通知) 顎関節鏡下円板整位術とは、関節鏡視下に転位円板を牽引し、縫合固定することにより整位するものをいう。

(通知) 開放円板整位術とは、顎関節を切開開放して直視下に転位円板を牽引し、縫合固定することにより整位するものをいう。

・創傷処理

(通知) 創傷処理とは、切・刺・割創又は挫創に対して切除、結紮又は縫合を行う場合の第1回治療のことをいう。ここで筋肉又は臓器に達するものとは、単に創傷の深さを指すものではなく、筋肉又は臓器に何らかの処理を行った場合をいう。

・小児創傷処理（6歳未満）

(通知) 創傷処理とは、切・刺・割創又は挫創に対して切除、結紮又は縫合を行う場合の第1回治療をいう。なお、ここで筋肉又は臓器に達するものとは、単に創傷の深さを指すものではなく、筋肉又は臓器に何らかの処理を行った場合をいう。

・上顎洞開窓術 2,600点 ⇒ 1,300点

・内視鏡下上顎洞開窓術 3,600点 【新設】

・遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの） 74,240点 ⇒ 84,050点

・中心静脈注射用植込型カテーテル設置 【名称の見直し】

・上顎洞手術用内視鏡加算

注 上顎洞根治手術及び上顎洞炎術後後出血止血法に当たって、内視鏡を使用した場合に加算する。

・画像等手術支援加算

(通知) ナビゲーションによるものとは、手術前又は手術中に得た画像を3次元に構築し、手術の過程において、3次元画像と術野の位置関係をリアルタイムにコンピュータ上で処理することで手術を補助する目的で用いることをいう。

・特定薬剤

(通知) 智歯周囲炎の歯肉弁切除を行った場合に使用した歯科用包帯剤（パック）は、ドライソケットの場合を除き算定できない。なお、歯科用包帯剤を歯の再植術に創面の保護の目的で使用した場合は、特定薬剤として算

定する。

(10) 歯冠修復及び欠損補綴

・通則4【通則の見直し】

6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な者に対して歯冠修復及び欠損補綴（金属歯冠修復、レジン前装金属冠、ジャケット冠、硬質レジンジャケット冠、CAD/CAM冠、ポンティック、有床義歯、熱可塑性樹脂有床義歯、鑄造鉤、線鉤、コンビネーション鉤、フック・スパー、バー、口蓋補綴・顎補綴、広範囲顎骨支持型補綴及び補綴隙を除く。）を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、通則第6号又は第7号に掲げる加算を算定する場合は、この限りでない。

※ 通則第6号又は第7号とは「歯科訪問診療料のみを算定する患者に対して100分の50加算を行う場合」又は「歯科訪問診療料及び著しく歯科診療が困難な者に対する加算を算定する患者に対して100分の50加算を行う場合」のことをいう。

・通則6【追加】

歯科訪問診療料のみを算定する患者に対して、歯科訪問診療時に歯冠修復又は欠損補綴（有床義歯修理に限る。）を行った場合は、当該歯冠修復又は欠損補綴の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。

・通則

(通知) 歯冠修復及び欠損補綴物の製作に係る一連の診療行為における歯肉圧排、歯肉整形、暫間被覆冠（テンポラリークラウン及びリテーナーを除く。）、特定薬剤等は、それぞれの所定点数に含まれ別に算定できない。

(通知) 歯科訪問診療は通院困難な療養中の患者について実施するが、消炎鎮痛、有床義歯の調整等の訪問診療で求められる診療の重要性を考慮し、歯科訪問診療において通院困難な療養中の患者に行った抜髄、感染根管処置、抜歯手術（普通抜歯に限る。）、口腔内消炎手術（歯肉膿瘍等に限る。）及び有床義歯修理は、所定点数の100分の50を所定点数に加算する。

(通知) クラウン・ブリッジ維持管理料（補綴物維持管理料）の「注1」に係る地方厚生（支）局長への届出を行っていない保険医療機関において、歯冠補綴物及びブリッジの製作を行い装着した場合は、当該歯冠補綴物及びブリッジに係る補綴関連検査、歯冠修復及び欠損補綴に係る一連の費用の所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。また、当該歯冠補綴物等の製作に先立ち加圧根管充填処置を行った場合も、当該処置は算定できない。

※ クラウン・ブリッジ維持管理料の「注1」とは、「クラウン・ブリッジ維持管理料を保険医療機関単位で算定する旨を地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯冠補綴物又はブリッジを製作し、当該補綴物を装着した患者に対して、当該維持管理の内容に係る情報を文書により提供した場合」をいう。

(通知) 有床義歯製作中であって咬合採得後、試適を行う前に患者が理由なく来院しなくなった場合、患者の意思により治療を中止した場合又は患者が死亡した場合は、診療録に装着物の種類、試適予定日及び試適できなくなった理由等を記載するとともに、診療報酬明細書の摘要欄に装着物の種類、試適予定日及び装着できなくなった理由（患者が理由なく来院しなくなった場合を除く。）を記載した場合に、製作された鑄造鉤、線鉤、コンビネーション鉤、フック、スパー及びバーにあっては、各区分の所定点数並びに特定保険医療材料である人工歯を請求する。また、仮床試適、装着は算定できない。なお、請求に当たっては、試適の予定日から起算して1月以上経過した上で行う。ただし、患者が死亡した場合であって死亡が明らかな場合は、この限りでない。

(通知) 患者が理由なく来院しなくなった場合、患者の意思により治療を中止した場合、患者が死亡した場合であって、支台築造、充填（間接法によりCRインレーを製作した場合に限る。）、金属歯冠修復、レジン前装金

属冠、ジャケット冠、硬質レジンジャケット冠、CAD/CAM冠、乳歯金属冠（間接法により製作した場合に限る。）、小児保険装置、ポンティック、有床義歯、熱可塑性樹脂有床義歯、鑄造鉤、線鉤、コンビネーション鉤、フック、スパー又はバーの製作がすでに行われているにもかかわらず装着できない場合は、診療録に装着物の種類、装着予定日及び装着できなくなった理由等を記載するとともに、診療報酬明細書の摘要欄に装着物の種類、装着予定日及び装着できなくなった理由（患者が理由なく来院しなくなった場合を除く。）を記載した場合に、当該各区分及び特定保険医療材料を請求する。また、装着及び装着材料は算定できない。なお、請求に当たっては、装着の予定日から起算して1月以上経過した上で行う。ただし、患者が死亡した場合であって死亡が明らかな場合は、この限りでない。

(通知) 歯冠修復及び欠損補綴の場合、歯冠形成及び印象採得後、偶発的な事故等を原因とする外傷による歯冠形成歯の喪失等のやむを得ない場合は、当該歯に装着予定の完成している歯冠修復物及び欠損補綴物について診療録に歯冠修復物又は欠損補綴物の種類、装着予定日及び装着できなくなった理由等を記載するとともに、診療報酬明細書の摘要欄に装着物の種類及び装着予定日を記載した場合に、充填（間接法によりCRインレーを製作した場合に限る。）、金属歯冠修復、レジン前装金属冠、ジャケット冠、硬質レジンジャケット冠、CAD/CAM冠、乳歯金属冠（間接法により製作した場合に限る。）、小児保険装置及びポンティックの各区分並びに特定保険医療材料を請求する。なお、装着及び装着材料は算定できない。

(通知) 未来院請求後に患者が再び来院し、すでに未来院請求を行った支台築造、充填（間接法によりCRインレーを製作した場合に限る。）、金属歯冠修復、レジン前装金属冠、ジャケット冠、硬質レジンジャケット冠、CAD/CAM冠、乳歯金属冠（間接法により製作した場合に限る。）、小児保険装置、ポンティック、有床義歯、熱可塑性樹脂有床義歯、鑄造鉤、線鉤、コンビネーション鉤、フック、スパー及びバーの装着を行う場合は、前記に掲げる各区分は別に算定できない。なお、算定に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄にその旨を記載する。

(通知) 次の場合において、ブリッジ又は小児義歯を適応する場合は、予め理由書、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、保険適応の有無について判断を求める。なお、それぞれの取り扱い、各区分の規定に従う。ただし、イからロ以外の場合であって、実際の欠損歯を反映した歯式では保険給付外となるブリッジであって、欠損歯の間隙が1歯分少ないようなブリッジを算定する場合は同様の取り扱いとする。

イ クラウン・ブリッジ維持管理料の（7）により、「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場合において、外傷、腫瘍等（歯周疾患が原因である場合を除く。）によりやむを得ず隣在歯又は隣在歯及び当該歯冠補綴物が装着された歯若しくは当該ブリッジが装着された支台歯を抜歯しブリッジを装着する場合

※ クラウン・ブリッジ維持管理料の（7）とは、本資料のp. 49における「クラウン・ブリッジ維持管理料の（通知③）」。

ロ ポンティックの（16）により、有床義歯では目的が達せられないか又は誤嚥等の事故を起こす恐れが極めて大きい場合であってブリッジを行う以外に方法がない場合

※ ポンティックの（16）とは、本資料のp. 51における「ポンティックの（通知②）」。

ハ ポンティックの（19）により、矯正・先天性欠如等により第一小臼歯、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、間隙のほうが1歯分程度小さく2歯分となる場合

※ ポンティックの（19）とは、本資料のp. 51における「ポンティックの（通知③）」。

ニ 有床義歯の（10）により、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

※ 有床義歯の（10）とは、本資料のp. 13における「有床義歯の（通知）」。

・クラウン・ブリッジ維持管理料

(通知①)「注1」の「歯冠補綴物」とは、金属歯冠修復（「1 インレー」を除く。）、レジン前装金属冠、ジャケット冠、硬質レジンジャケット冠及びCAD/CAM冠をいう。なお、乳歯に対する歯冠修復及び欠損補綴及びすべての支台をインレーとするブリッジは、クラウン・ブリッジ維持管理の対象としない。

※ クラウン・ブリッジ維持管理料の「注1」とは、「クラウン・ブリッジ維持管理料を保険医療機関単位で算定する旨を地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯冠補綴物又はブリッジを製作し、当該補綴物を装着した患者に対して、当該維持管理の内容に係る情報を文書により提供した場合」をいう。

(通知②)「注1」に規定する文書とは、当該維持管理の対象となる補綴物ごとに、クラウン・ブリッジ維持管理料の趣旨、補綴部位、装着日、保険医療機関名等を記載したものをいう。なお、患者に対し、クラウン・ブリッジ維持管理に係る説明を行い、その内容を文書により提供した場合に限り算定する。ただし、同日に複数の補綴物を装着した場合は、主たる補綴物の維持管理料に係る文書に集約して記載し、提供して差し支えない。また、患者に提供した文書の写しを診療録に添付する。 ※ 「開設者名」は削除された。

(通知③)「注1」の「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2年を経過するまでの間に、外傷、腫瘍等（歯周疾患が原因である場合を除く。）によりやむを得ず隣在歯又は隣在歯及び当該歯冠補綴物が装着された歯若しくは当該ブリッジが装着された支台歯を抜歯しブリッジを装着する場合は、予めその理由書、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。また、添付模型の製作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は撮影料及びフィルム料に準じて算定する。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記載する。

※ 従来、当該取扱いにおける対象期間は「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」であったが、「装着した日から起算して2年を経過するまでの間」に改められた。また、当該取扱いにおける対象抜歯部位も「隣在歯」のみであったが、「隣在歯又は隣在歯及び当該歯冠補綴物が装着された歯若しくは当該ブリッジが装着された支台歯」に改められた。

・広範囲顎骨支持型補綴診断料

(通知) 広範囲顎骨支持型補綴診断料は、広範囲顎骨支持型装置埋入手術を行う前に、患者に対して説明を行った場合に、手術前1回を限度として算定する。

・歯冠形成

1 生活歯歯冠形成

ロ ジャケット冠 ⇒ 非金属冠 【項目名称の見直し】

2 失活歯歯冠形成

ロ ジャケット冠 ⇒ 非金属冠 【項目名称の見直し】

注2 1のロについて、CAD/CAM冠のための支台歯の歯冠形成は、490点を所定点数に加算する。【追加】

注6 2のロについて、CAD/CAM冠のための支台歯の歯冠形成は、470点を所定点数に加算する。【追加】

(通知)「1のロ 非金属冠」及び「2のロ 非金属冠」の非金属冠とは、レジンジャケット冠、硬質レジンジャケット冠及びCAD/CAM冠をいう。

(通知) メタルコアで支台築造を行ったレジン前装金属冠、全部金属冠及び非金属冠に係る失活歯歯冠形成に限り「注4」又は「注5」の加算を所定点数に加算する。

※ 注4又は注5とは「メタルコアにより支台築造した歯に対する30点の加算」のこと。

(通知) う蝕歯無痛の窩洞形成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、充填処置のためのう蝕除去及び窩洞形成が可能な「う蝕除去・窩洞形成レーザー」による照射をいう。

・う蝕歯即時充填形成

(通知) う蝕歯無痛の窩洞形成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、充填処置のためのう蝕除去及び窩洞形成が可能な「う蝕除去・窩洞形成レーザー」による照射をいう。

・支台築造

(通知) 「その他」とは、複合レジン(築造用)及びスクリューポスト(支台築造用)等により築造するものをいい、セメント等による簡単な支台築造は含まない。ただし、根管治療を実施した歯の歯冠部の近遠心及び唇頬舌側歯質のうち3面以上が残存しており、複合レジン(築造用)のみで築造できる場合は、スクリューポスト(支台築造用)等を使用しなくても算定できる。

・印象採得

2 欠損補綴(1装置につき)

ニ ワンピースキャストブリッジ ⇒ ブリッジ 【項目名称の見直し】

(通知) その他の印象採得は、次により算定する。

イ 「1のロ 連合印象」は、金属歯冠修復、レジン前装金属冠、硬質レジンジャケット冠及びCAD/CAM冠において連合印象又は各個トレーを用いて行ったものが該当する。

ロ 「2のイの(1) 簡単なもの」は、1歯から8歯欠損までの欠損補綴(ブリッジを除く。)、有床義歯修理等が該当する。

ハ 9歯以上の欠損補綴又はケロイドにより口唇狭小で印象採得が困難な場合若しくは分割印象等を行わなければ所期の目的を達し得ない場合は、「2のイの(2) 困難なもの」により算定する。

ニ 欠損補綴で連合印象又は各個トレーを用いて行った場合又は有床義歯床裏装の印象採得料は「2のロ 連合印象」により算定する。

ホ 「2のハ 特殊印象」とは、欠損補綴でレジン系印象材又はラバー系印象材等を用いて咬合圧印象を行った場合をいう。また、フレンジテクニック又はマイオモニターによる印象も本区分により算定する。

※ 従来、咬合圧印象は「ろう義歯により咬合圧印象を行った場合」とされていたため、人工歯が配列されている試適時に行った場合に算定できたが、「ろう義歯により」が削除されたことから、咬合床等によりレジン系印象材又はラバー系印象材等を用いて咬合圧印象を行った場合も特殊印象が算定できることとなった。

ヘ ケロイドにより口唇狭小の際に、連合印象又は特殊印象を行った場合は、「2のロ 連合印象」又は「2のハ 特殊印象」によりそれぞれの所定点数を算定する。

・装着

2 欠損補綴(1装置につき) 【項目の見直し】

イ ブリッジ

(1) ワンピースキャストブリッジ	
(一) 支台歯とポンティックの数の合計が	
5歯以下の場合	150点
(二) 支台歯とポンティックの数の合計が	
6歯以上の場合	300点
(2) その他のブリッジ	70点

⇒

イ ブリッジ

(1) 支台歯とポンティックの数の合計が	
5歯以下の場合	150点
(2) 支台歯とポンティックの数の合計が	
6歯以上の場合	300点

・装着

注1 CAD/CAM冠を装着した場合は、所定点数に相当する点数を所定点数に加算する。【追加】

・仮着(ワンピースキャストブリッジ) ⇒ 仮着(ブリッジ) 【名称の見直し】

・ワンピースキャストブリッジの試適 ⇒ ブリッジの試適 【名称の見直し】

・金属歯冠修復

(通知) 金属歯冠修復の金属部分が欠損した場合は、金属歯冠修復による修復は認められない。ただし、全部金属冠による金属歯冠修復を行った歯が、後日、歯髄炎等により歯内療法が必要となり、全部金属冠の咬合面より穿孔して処理を行った後、金属歯冠修復等適切な方法で咬合面を封鎖する場合はこの限りでない。

・ポンティック

(通知①) ブリッジは、次の適用による。

イ ブリッジの給付について

(イ) ブリッジは歯の欠損状況から「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）に示す方法で支台歯数等を定め製作する。

(ロ) 連続欠損の場合は2歯までとする。ただし、中側切歯は連続4歯欠損まで認められる。

(ハ) 延長ブリッジは原則として認められないが、第二大臼歯欠損であって咬合状態及び支台歯の骨植状態を考慮し半歯程度のポンティックを行う場合はこの限りでない。

(ニ) 隣接歯の処置状況等からやむをえず延長ブリッジを行う場合は、側切歯及び小臼歯1歯のみ認められる。

(ホ) 第三大臼歯をブリッジの支台歯とする場合は、歯冠、歯根の大きさや形態、傾斜、転位等を総合的に勘案した上で行う。

(ヘ) 接着ブリッジは、1歯欠損症例において、接着ブリッジ支台歯を生活歯に求める場合に認められる。

(ト) 残根上のブリッジは認められない。

ロ ブリッジ設計の考え方

ブリッジの設計は、「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）による。

(通知②) 有床義歯では目的が達せられないか又は誤嚥等の事故を起こす恐れが極めて大きい場合であってブリッジを行う以外に方法がないときは、予め理由書、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）局長に提出しその判断を求める。

(通知③) 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のブリッジは、「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。

また、同様の理由で第一小臼歯、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、間隙のほうが1歯分程度小さく2歯分となる場合は、保険適用の可否を確認することになるので、予め理由書、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判断を求める。また、添付模型の製作は、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は、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記載する。

・有床義歯

(通知) 根管処置及び根面被覆処置が完了した残根上に必要があつて義歯の装着を行うことは認められる。ただし、高齢者で根管が閉鎖して歯内療法が困難な場合等、やむを得ず残根歯に対して、歯内療法及び根面被覆処置が完了出来なかった場合に義歯を製作した場合は、その理由を診療録に記載する。

(通知) 残根歯を利用したアタッチメントを使用した有床義歯は算定できない。

・広範囲顎骨支持型補綴

(通知) 「1 ブリッジ形態のもの」は、広範囲顎骨支持型補綴の補綴物の範囲に応じて算定する。

※ 従来は顎骨の欠損範囲に応じて算定する取扱いであったが、当該補綴物の範囲に改められた。

・有床義歯修理

(通知) 有床義歯修理算定に当たっては、修理内容の要点を診療録に記載する。

・ブリッジ修理 40点 ⇒ 【削除】

(11) 歯科矯正

・歯科矯正診断料

(通知) 6歯以上の非症候性部分性無歯症は、欠損している歯数に第三大臼歯は含めない。なお、当該疾患に伴う咬合異常の治療を開始する場合は、診療録に欠損している部位を記載する。

・顎口腔機能診断料

(通知) 顎口腔機能診断料は、顎離断等の手術を必要とする顎変形症の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患に起因して顎変形症を発症している場合は除く。）の口腔状態、顎骨の形態、成長及び発育等について、咀嚼筋筋電図、下顎運動等の検査、歯科矯正セファログラム、口腔内写真、顔面写真及び予測模型等による評価又は分析を行い、これらの結果と既に行った治療内容の評価を併せて可及的に長期的な予測を行った上で、治療計画書を作成し、患者又はその家族に対して、そ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、歯科矯正セファログラム及び模型調製は別に算定する。

・装着

(通知) 歯科矯正用アンカースクリューの装着料は、植立に含まれる。

・撤去

- | | |
|-------------------------|-----------|
| 1 帯環（1個につき） | 30点 |
| 2 ダイレクトボンドブラケット（1個につき） | 60点 |
| 3 歯科矯正用アンカースクリュー（1本につき） | 100点 【追加】 |

(通知) 3について、歯科矯正診断料又は顎口腔機能診断料を算定する保険医療機関から診療情報提供料に定める様式に基づく依頼があった場合に限り、当該診断料を算定していなくても依頼を受けた保険医療機関において実施した場合は、本区分を算定して差し支えない。

・保定装置

(通知) インビジブルリテーナーは、プレートタイプリテーナーにより算定する。

(12) 病理診断

・口腔病理診断料（歯科診療に係るものに限る。）

- | | |
|---------|------|
| 1 組織診断料 | 400点 |
| 2 細胞診断料 | 200点 |

注1 1については、病理診断を専ら担当する歯科医師又は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、医科点数表の電子顕微鏡病理組織標本作製、医科点数表の免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製若しくは医科点数表の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回を限度として算定する。

注2 2については、病理診断を専ら担当する歯科医師又は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、医科点数表の細胞診の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回を限度として算定する。

(13) 特定保険医療材料料等

・支台築造（1歯につき）

- | | | | |
|---|-------|------------|-----------|
| 1 | メタルコア | (1) 大白歯 | 58点 ⇒ 75点 |
| | | (2) 小臼歯・前歯 | 36点 ⇒ 47点 |
| 2 | その他 | (1) 大白歯 | 32点 ⇒ 33点 |

・装着

- | | | | | |
|---|-----------------|------------------|---------------------|-----|
| 1 | 歯冠修復物（1個につき） | (1) 歯科用合着・接着材料 I | 16点 ⇒ <u>イ レジン系</u> | 17点 |
| | | | <u>ロ グラスアイオノマー系</u> | 14点 |
| 3 | 副子の装着の場合（1歯につき） | (1) 歯科用合着・接着材料 I | 16点 ⇒ <u>イ レジン系</u> | 17点 |
| | | | <u>ロ グラスアイオノマー系</u> | 14点 |

・充填（1窩洞につき）

- | | | | |
|---|------------|-----------------------|--------------------------|
| 1 | 銀錫アマルガム | (2) 複雑なもの | 28点 ⇒ 29点 |
| 2 | 歯科充填用材料 I | <u>(1) 複合レジン系</u> | <u>イ 単純なもの</u> 11点 |
| | | | <u>ロ 複雑なもの</u> 28点 ⇒ 29点 |
| | | <u>(2) グラスアイオノマー系</u> | <u>イ 単純なもの</u> 10点 |
| | | | <u>ロ 複雑なもの</u> 26点 |
| 3 | 歯科充填用材料 II | <u>(1) 複合レジン系</u> | <u>イ 単純なもの</u> 5点 ⇒ 4点 |
| | | | <u>ロ 複雑なもの</u> 11点 |
| | | <u>(2) グラスアイオノマー系</u> | <u>イ 単純なもの</u> 4点 |
| | | | <u>ロ 複雑なもの</u> 11点 |

・金属歯冠修復（1個につき）

- | | | | |
|---|-------------------|-----------------|----------------------------|
| 1 | 14カラット金合金 | (1) インレー 複雑なもの | 571点 ⇒ 599点 |
| | | (2) 4分の3冠 | 714点 ⇒ 748点 |
| 2 | 金銀パラジウム合金（金12%以上） | (1) 大白歯 | イ インレー a 単純なもの 126点 ⇒ 130点 |
| | | | b 複雑なもの 234点 ⇒ 240点 |
| | | ロ 5分の4冠 | 294点 ⇒ 302点 |
| | | ハ 全部金属冠 | 370点 ⇒ 379点 |
| | | (2) 小臼歯・前歯 | イ インレー a 単純なもの 86点 ⇒ 88点 |
| | | | b 複雑なもの 171点 ⇒ 175点 |
| | | ロ 4分の3冠 | 211点 ⇒ 217点 |
| | | ハ 5分の4冠 | 211点 ⇒ 217点 |
| | | ニ 全部金属冠 | 265点 ⇒ 272点 |
| 4 | 銀合金 | (1) 大白歯 | イ インレー a 単純なもの 18点 ⇒ 19点 |
| | | | b 複雑なもの 31点 ⇒ 33点 |
| | | ロ 5分の4冠 | 41点 ⇒ 42点 |
| | | ハ 全部金属冠 | 50点 ⇒ 52点 |
| | | (2) 小臼歯・前歯・乳歯 | イ インレー a 単純なもの 11点 ⇒ 12点 |
| | | | b 複雑なもの 23点 ⇒ 24点 |
| | | ロ 4分の3冠（乳歯を除く。） | 29点 ⇒ 30点 |

	ハ	5分の4冠（乳歯を除く。）	29点 ⇒ 30点
	ニ	全部金属冠	37点 ⇒ 38点
・レジン前装金属冠（1歯につき）	1	金銀パラジウム合金（金12%以上）を用いた場合	330点 ⇒ 338点
	3	銀合金を用いた場合	80点 ⇒ 84点
・硬質レジンジャケット冠（1歯につき）	2	歯冠用光重合硬質レジン	213点 ⇒ 219点
・CAD/CAM冠（1歯につき）		CAD/CAM冠用材料	484点
・乳歯金属冠（1歯につき）			29点 ⇒ 30点
・ポンティック（1歯につき）			
1	1	鑄造ポンティック（1）金銀パラジウム合金（金12%以上）	イ 大白歯 426点 ⇒ 437点
			ロ 小白歯 321点 ⇒ 329点
		（2）銀合金又はニッケルクロム合金	大白歯・小白歯 41点 ⇒ 42点
2		金属裏装ポンティック	
		[次の材料料（金属材料料とレジン材料料を含む。）と人工歯料との合計により算定する。]	
		※ 二重線部の「と人工歯料との合計」部分が削除された。	
		（1）14カラット金合金	536点 ⇒ 562点
		（2）金銀パラジウム合金（金12%以上）	イ 前歯 173点 ⇒ 178点
			ロ 小白歯 218点 ⇒ 224点
		（3）銀合金又はニッケルクロム合金	前歯・小白歯 27点 ⇒ 28点
3		レジン前装金属ポンティック	
		（1）金銀パラジウム合金（金12%以上）を用いた場合	256点 ⇒ 262点
		（2）銀合金又はニッケルクロム合金を用いた場合	52点 ⇒ 54点
・鑄造鉤（1個につき）			
1	1	14カラット金合金（1）双子鉤	イ 大・小白歯 674点 ⇒ 708点
			ロ 犬歯・小白歯 548点 ⇒ 576点
		（2）二腕鉤（レストつき）	イ 大白歯 548点 ⇒ 576点
			ロ 犬歯・小白歯 421点 ⇒ 442点
			ハ 前歯（切歯） 324点 ⇒ 340点
2		金銀パラジウム合金（金12%以上）（1）双子鉤	イ 大・小白歯 341点 ⇒ 349点
			ロ 犬歯・小白歯 267点 ⇒ 273点
		（2）二腕鉤（レストつき）	イ 大白歯 234点 ⇒ 240点
			ロ 犬歯・小白歯 203点 ⇒ 208点
			ハ 前歯（切歯） 189点 ⇒ 193点
・線鉤（1個につき）	2	14カラット金合金（1）双子鉤	369点 ⇒ 390点
		（2）二腕鉤（レストつき）	285点 ⇒ 301点
・コンビネーション鉤（1個につき）			
1		鑄造鉤に金銀パラジウム合金（金12%以上）、線鉤に不銹鋼及び特殊鋼を用いた場合	
		（1）前歯	140点
		（2）犬歯・小白歯	148点
		（3）大白歯	164点
2		鑄造鉤に鑄造用ニッケルクロム合金又は鑄造用コバルトクロム合金、線鉤に不銹鋼及び特殊鋼を用いた場合	
		（1）前歯	46点

(2) 犬歯・小臼歯 46点

(3) 大臼歯 46点

・バー（1個につき）

- 1 铸造バー (1) 金銀パラジウム合金（金12%以上） 546点 ⇒ 560点
2 屈曲バー (2) 金銀パラジウム合金（金12%以上） イ パラタルバー 618点 ⇒ 709点
ロ リンガルバー 670点 ⇒ 734点

・装着

- 1 帯環（1個につき） (1) 歯科用合着・接着材料I 16点 ⇒ イ レジン系 17点
ロ グラスアイオノマー系 14点

・植立（1本につき） 歯科矯正用アンカースクリュー 371点

・リトラクター（1装置につき） 1,114点 ⇒ 1,144点

・プロトラクター（1装置につき） 1,174点 ⇒ 1,200点

・拡大装置（1装置につき） 1 床拡大装置 125点 ⇒ 128点
3 スケレトンタイプ 227点 ⇒ 233点

・リンガルアーチ（1装置につき） 223点 ⇒ 228点

・マルチブラケット（1装置につき） 5 超弾性矯正用線（丸型及び角型） 26点 ⇒ 27点

・保定装置（1装置につき） 2 メタルリテーナー 108点 ⇒ 110点
4 リンガルアーチ 223点 ⇒ 228点

・帯環（1個につき） 1 帯環のみ (1) 前歯 17点 ⇒ 18点
(2) 犬歯・小臼歯 18点 ⇒ 19点
2 ブラケット付帯 (1) 前歯 35点 ⇒ 36点
(2) 犬歯・小臼歯 36点 ⇒ 37点
3 チューブ付帯環 臼歯 60点 ⇒ 62点

・弾線（1本につき） 5点 ⇒ 6点

・トルキングアーチ（1本につき） 24点 ⇒ 25点

Ⅲ. その他、改定等が行われた内容(項目のみ)

(1) 新設項目

- ・入院料等（看護職員夜間配置加算、地域包括ケア病棟入院料） など

(2) 削除項目

- ・基本診療料（在宅患者等急性歯科疾患対応加算）
- ・入院料等（亜急性期入院医療管理料）
- ・放射線治療（体外照射：コバルト60遠隔大量照射、密封小線源治療：腔内照射 旧型コバルト腔内照射装置を用いた場合） など

(3) 見直し等項目

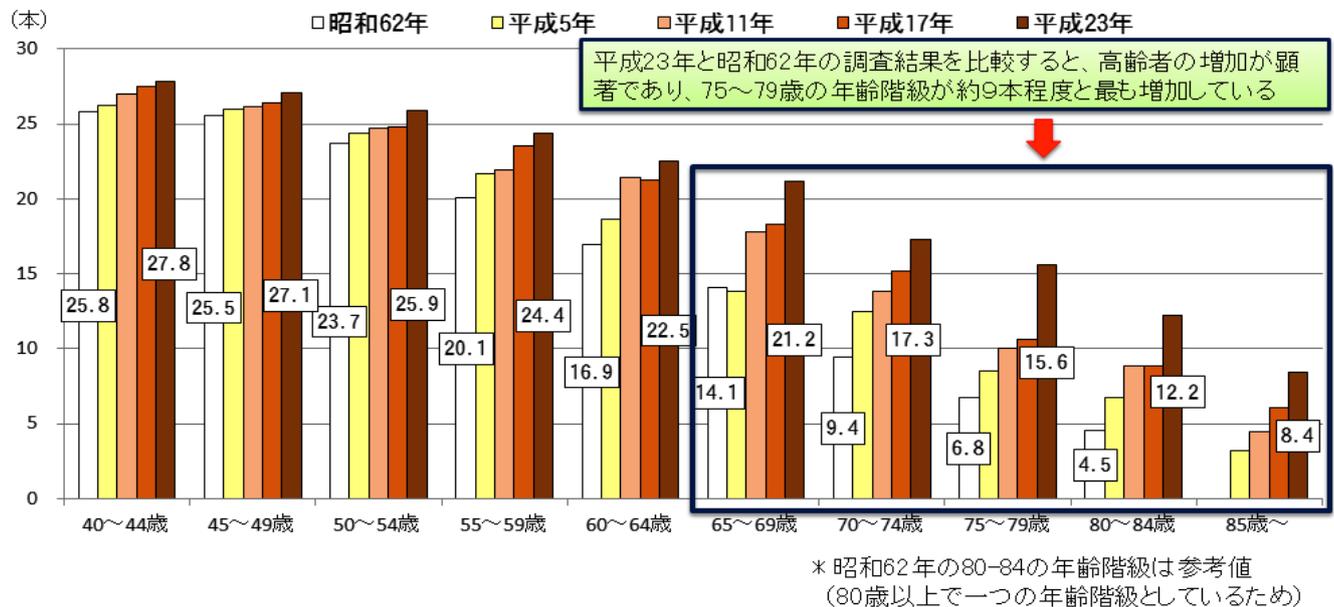
- ・入院料等（通則）
- ・医学管理等（入院栄養食事指導料、外来リハビリテーション診療料、外来放射線照射診療料、薬剤管理指導料）
- ・リハビリテーション（脳血管疾患等リハビリテーション料、障害児(者)リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料）
- ・放射線治療（放射線治療管理料、体外照射） など

IV. 参考

1. 歯科保健医療を取り巻く現状などについて

年齢階級別の一人平均現在歯数の推移

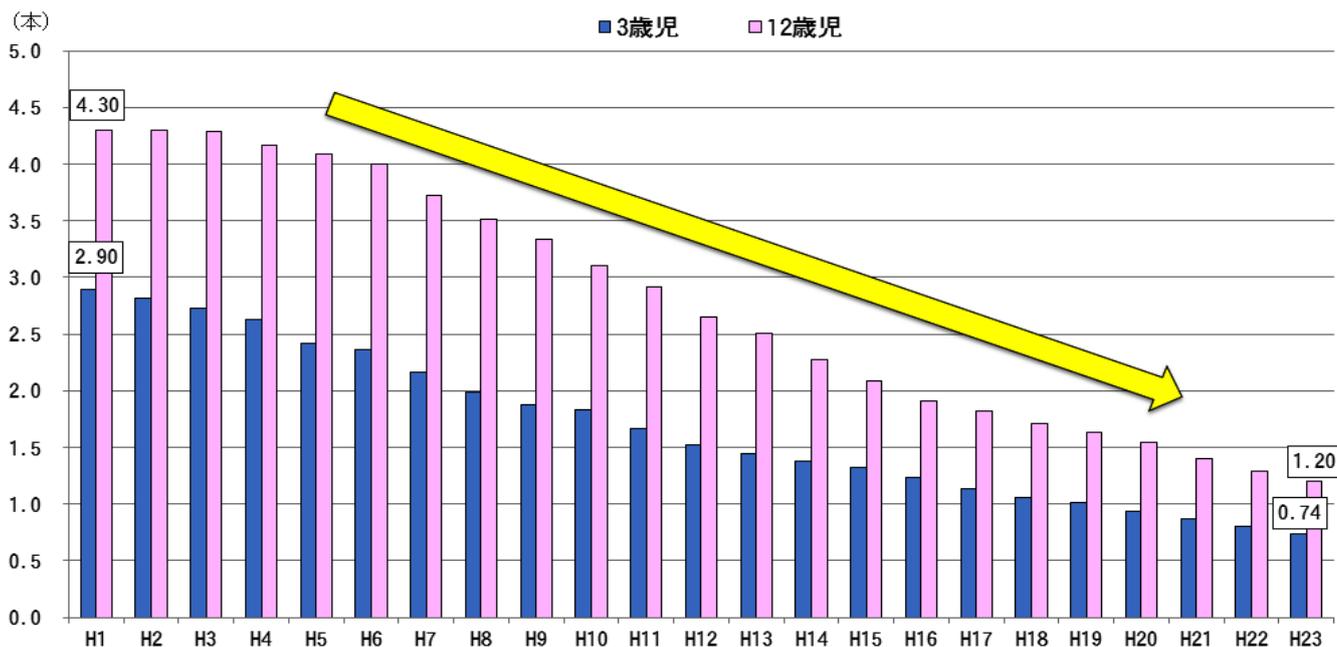
◇各調査年を比較すると、年齢階級別の一人平均現在歯数は増加傾向にあり、特に高齢者における増加が顕著である。



出典: 歯科疾患実態調査(昭和32年より6年ごとに実施)

3歳児、12歳児の一人平均むし歯数の年次推移

◇3歳児の一人平均むし歯数は、2.90本(H1)→0.74本(H23)へと大きく減少。
 ◇12歳児の一人平均むし歯数は、4.30本(H1)→1.20本(H23)へと大きく減少。

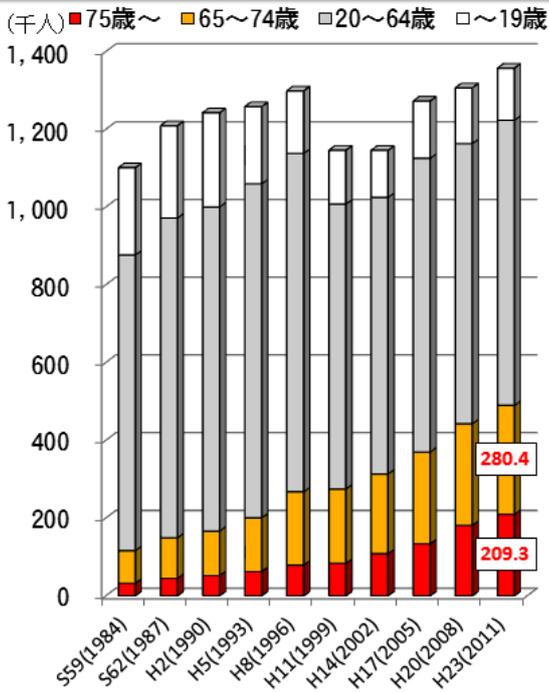


3歳児: 母子保健課・歯科保健課調べ、12歳児: 学校保健統計調査(文部科学省)

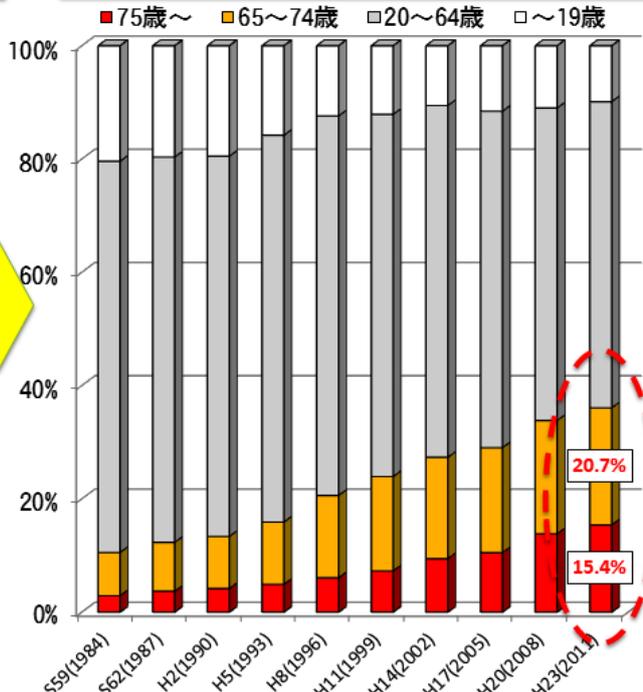
年齢(4区分)別の歯科診療所の患者数と割合

◇高齢化の進展に伴い、高齢者の歯科受診患者は増加しており、歯科診療所の受診患者の3人に1人以上が65歳以上。

年齢(4区分)別の歯科診療所の推計患者数の年次推移



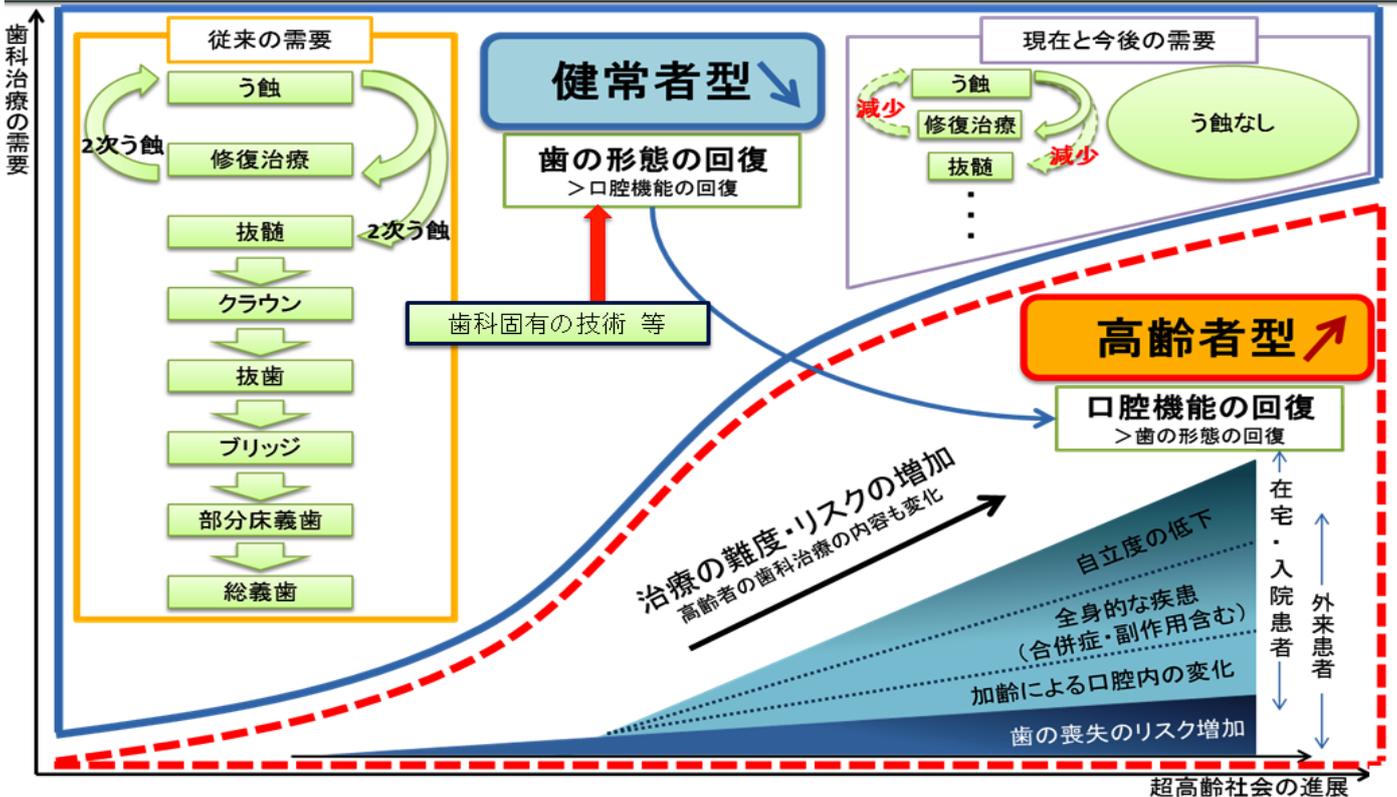
歯科診療所の推計患者数の年齢別構成割合の年次推移



注) 全国の歯科診療所を受診する1日当たりの推計患者数(左表)と全患者数を100%とした場合の割合(右表)

出典: 患者調査

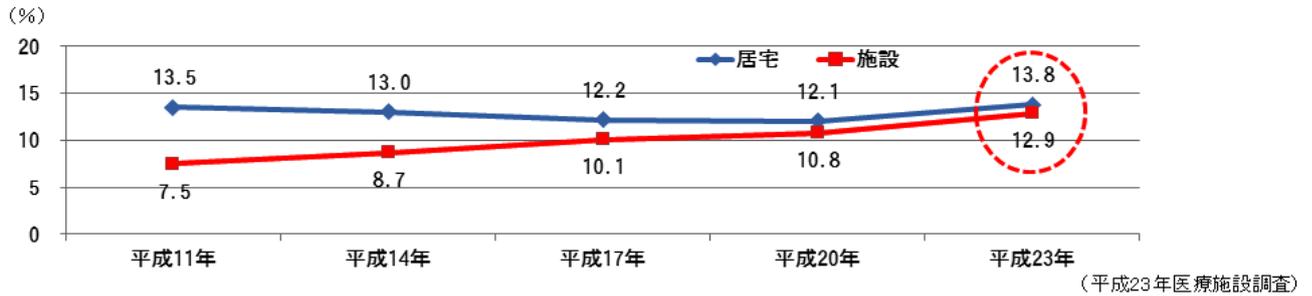
歯科治療の需要の将来予想(イメージ)



歯科訪問診療を実施している歯科診療所の割合（訪問先別）

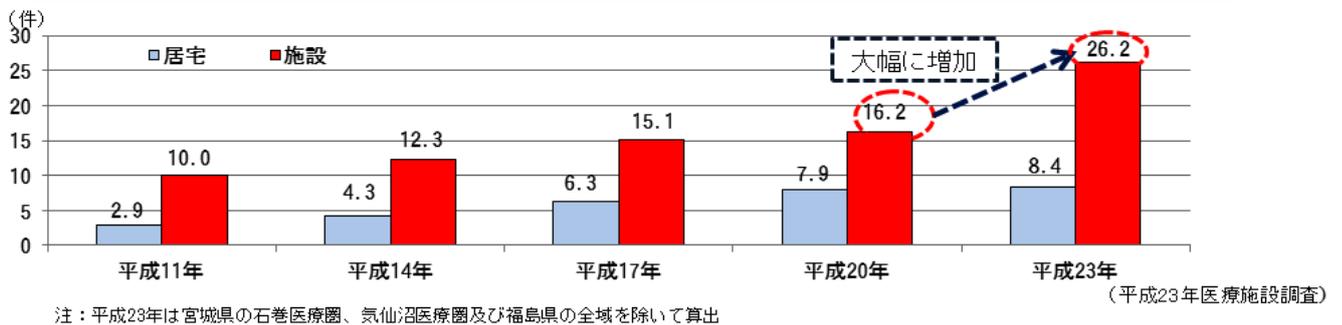
・施設において歯科訪問診療を実施している歯科診療所は、調査を重ねるごとに増加している。
 ・居宅において歯科訪問診療を実施している歯科診療所は、減少傾向にあったが、今回調査では増加している。

(改) 中医協 総-3
25.5.29



1 歯科診療所当たりの歯科訪問診療実施件数（毎年9月分）

・1歯科診療所当たりの歯科訪問診療実施件数(9月分)は、調査を重ねるごとに増加しており、特に、施設での増加が顕著



在宅療養支援歯科診療所について

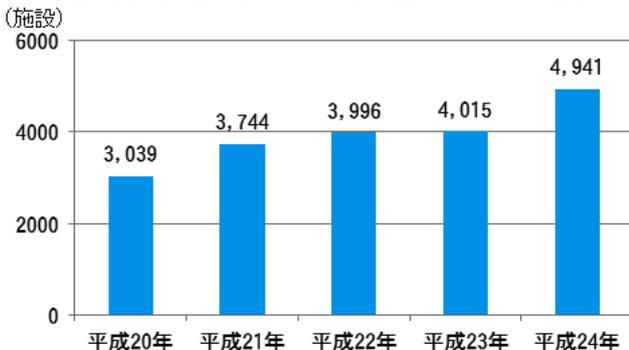
中医協 総-3
25.5.29

◆ 在宅又は社会福祉施設等における療養を歯科医療面から支援する歯科診療所であり、平成20年度改定時に創設

【施設基準】

- 1 歯科訪問診療料を算定していること
- 2 高齢者の心身の特性、口腔機能管理及び緊急時対応に係る研修を修了した常勤の歯科医師が1名以上配置されていること
- 3 歯科衛生士が配置されていること
- 4 必要に応じて、患者又は家族、在宅医療を担う医師、介護・福祉関係者等に情報提供できる体制を整えていること
- 5 在宅歯科医療に係る後方支援の機能を有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

<在宅療養支援歯科診療所の届出医療機関数の推移>



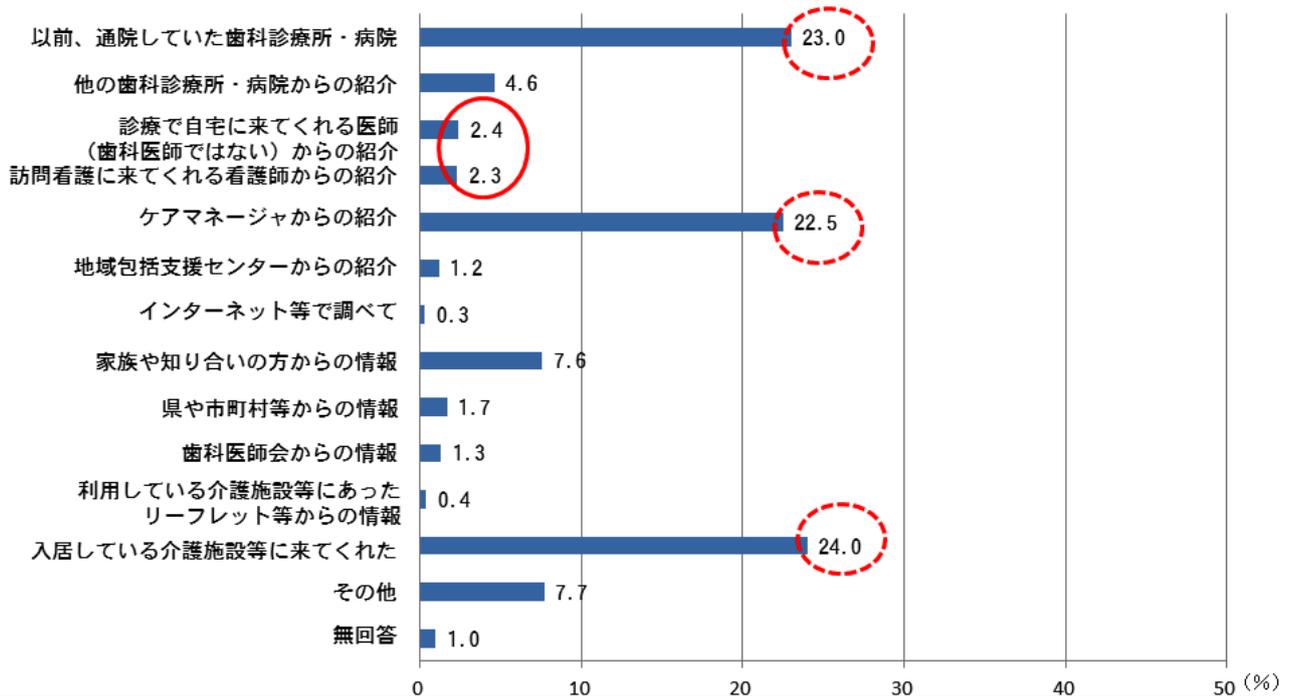
<在宅療養支援歯科診療所の診療報酬上の評価>

	歯援診	歯援診以外
退院時共同指導料 I	600点	300点
歯科疾患在宅療養指導管理料 (口腔機能管理加算)	140点 (+50点)	130点
歯科訪問診療補助加算 【平成24年度改定対応】	同一建物居住者以外の場合:110点 同一居住者の場合:45点	—

在宅療養支援歯科診療所は増えているものの、全歯科診療所の約7%にとどまっている

歯科訪問診療を行う歯科医師を知ったきっかけ (平成24年度検証調査・患者調査)

中医協 総 - 3
25. 10. 23



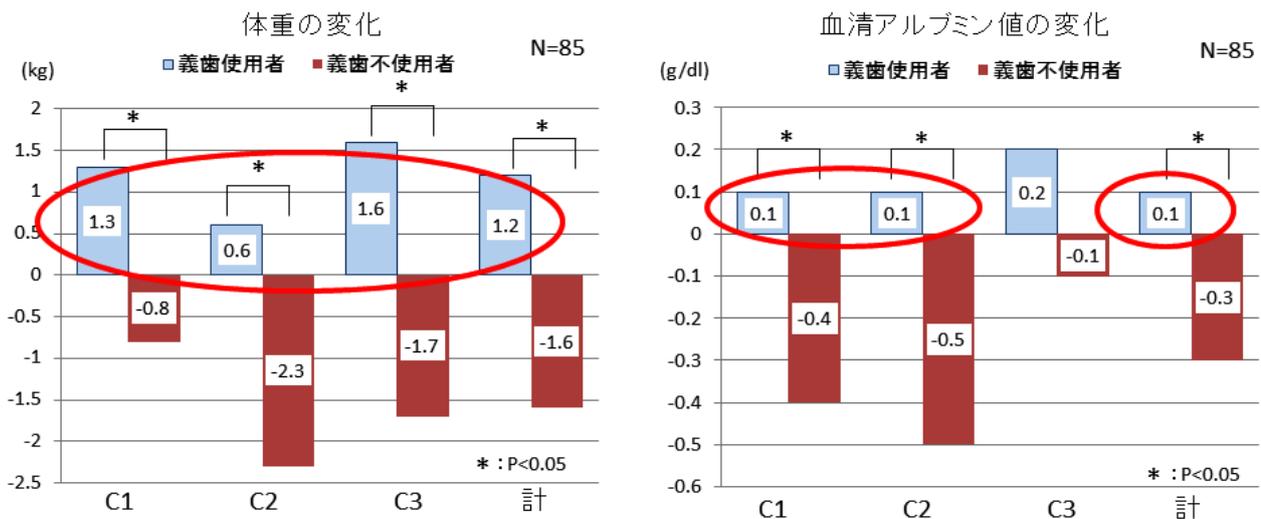
歯科医師を知ったきっかけで、ケアマネージャからの紹介や通院していた歯科診療所・病院は多いが、**医師や看護師からの紹介は少ない。**

出典:「在宅における歯科医療と歯科診療で特別対応が必要な者の状況調査(平成24年度検証調査) 図表66」

訪問歯科診療による全身状態への影響 (要介護者に対する義歯治療6か月後の体重と血清アルブミン値の変化)

中医協 総 - 3
25. 10. 23

療養型医療施設入院患者で、アイヒナー分類(咬合支持域の分類)のC群(上下奥歯の接触がなく、咬合が不安定な状態)に該当する85名(平均年齢85.2歳)に対して、義歯治療を行って義歯を使用した者(義歯使用者)と義歯治療を行っていない者(義歯不使用者)の6か月後の体重及び血清アルブミン値を測定



(参考:アイヒナー分類) c1:上下顎に残存歯がある(すれちがい咬合) c2:上下顎のうち片顎が無歯顎 c3:上下顎とも無歯顎

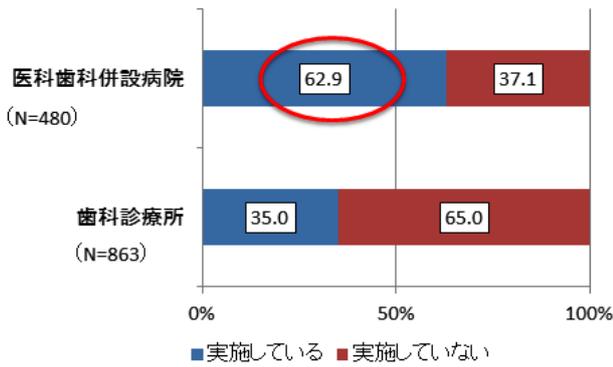
C群に該当する者のうち、義歯使用者は義歯不使用者に比べて、体重や血清アルブミン値が、それぞれ有意に増加している。

出典:「健康長寿に与える補綴歯科のインパクト(2012日本補綴歯科学会雑誌 397-402)」

周術期における口腔機能管理の実施状況等

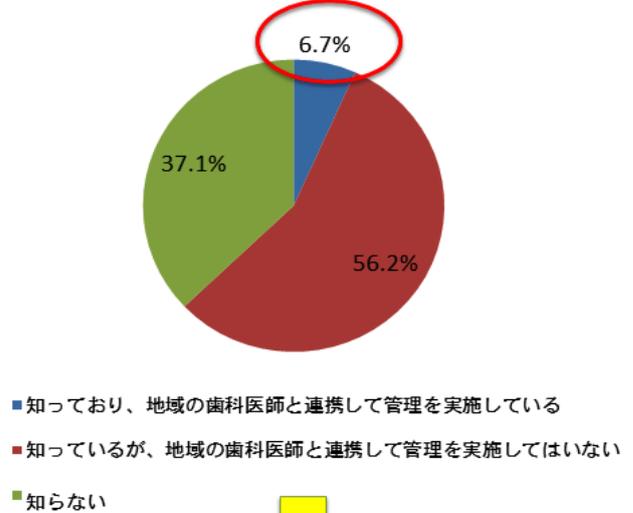
中医協 総-2
25. 11. 22

歯科医療機関(歯科標榜病院・歯科診療所) 票



医科歯科併設病院の方が取り組みが進んでいることが示された。

医科医療機関(歯科標榜なし病院) 票

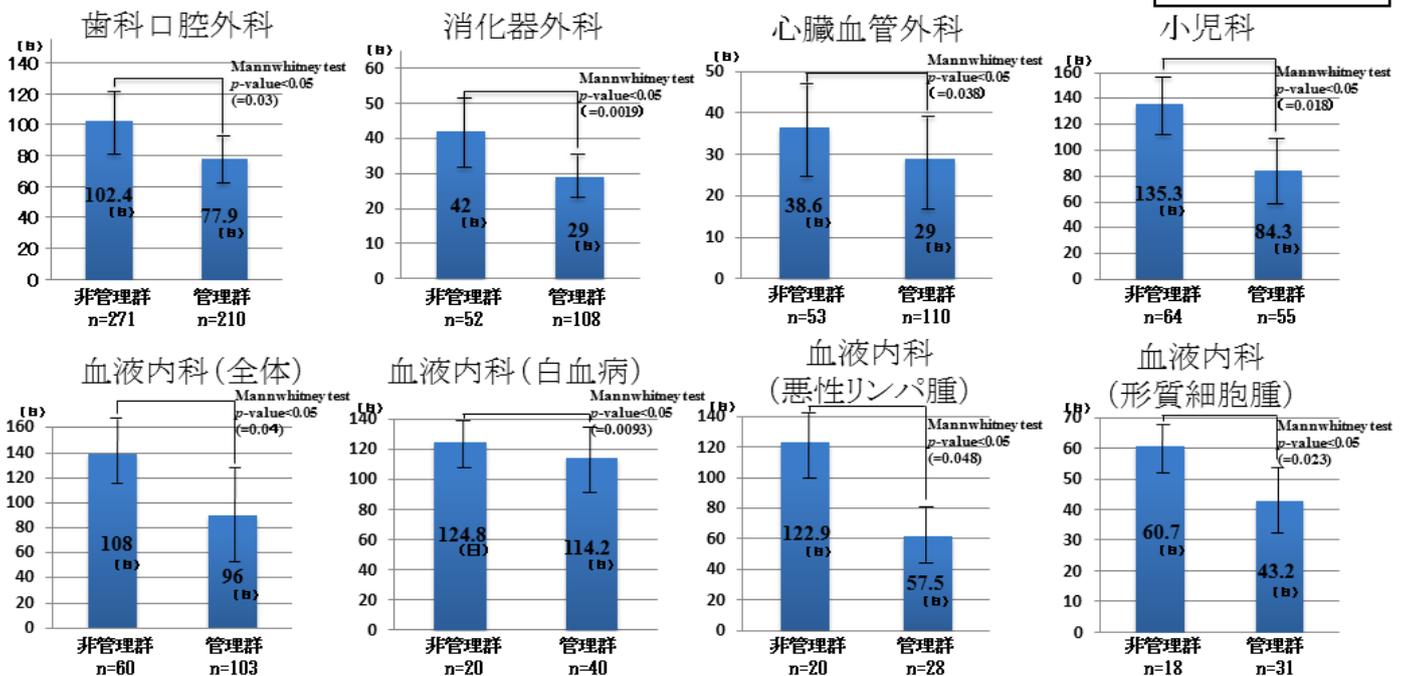


周術期口腔機能管理料を知っており、地域の歯科医療機関と連携して、管理を実施している医科医療機関(歯科標榜なし)は6.7%と少ない。

出典:「歯科医師等による周術期等の口腔機能管理に係る評価についての影響調査(平成25年度検証調査 図表11、74)」

口腔機能の管理による在院日数に対する削減効果

中医協専門委員提出資料
25. 11. 22



- いずれの診療科においても在院日数の削減効果が統計学的に有意に認められ、その効果はほぼ10%以上あることが明らかになった。
- 口腔に近い領域だけではなく、侵襲が大きな治療の際に口腔機能の管理が重要であると考えられる。全身的負担の大きな治療に際して、後述するように、口腔内細菌叢が崩れるのを防いでいるものと推測できる。

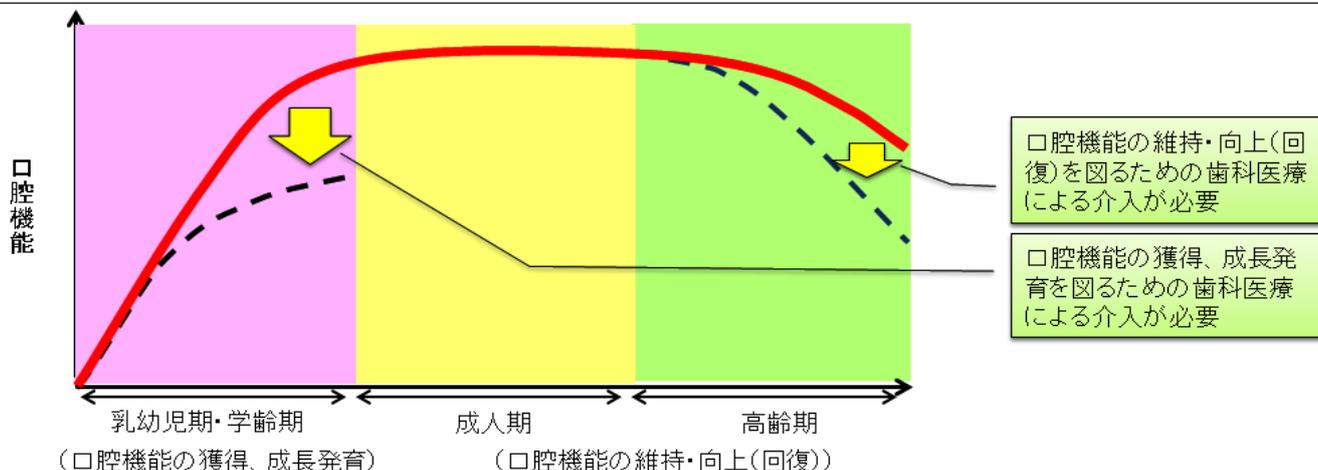
【歯科口腔保健の推進に関する法律(平成23年法律第95号)第12条第1項の規定に基づく基本的事項】

第一 歯科口腔保健の推進のための基本的な方針

三 生活の質の向上に向けた口腔機能の維持・向上

食べる喜び、話す楽しみ等のQOL(生活の質)の向上を図るためには、口腔機能の維持・向上が重要である。

高齢期においては、摂食・嚥下等の口腔機能が低下しやすく、これを防ぐためには、特に、**乳幼児期から学齢期(高等学校を含む。)**にかけて、**良好な口腔・顎・顔面の成長発育及び適切な口腔機能を獲得し、成人期・高齢期にかけて口腔機能の維持・向上**を図っていくことが重要である。



— : 乳幼児期・学齢期に適切な口腔機能(咀嚼機能等)を獲得し、成人期に至った後、加齢に伴い(機能)低下していくイメージ

- - - : 乳幼児期・学童期に、歯科疾患や口腔機能の成長発育の遅れ等を生じ、歯科医療による介入が行われぬイメージ

- - - : 高齢期に、歯科疾患や全身疾患に伴う口腔(内)症状(合併症)等を生じ、歯科医療による介入が行われぬイメージ

2. 特定保険医療材料の見直しについて

特定保険医療材料の見直しについて

特定保険医療材料の新設(※再掲)

CAD/CAM冠用材料 4,840円(1個)

[定義通知]

次のいずれにも該当すること。

- (1) 薬事法承認又は認証上、類別が「歯科材料(2) 歯冠材料」であって、一般的名称が「歯科切削加工用レジン材料」であること。
- (2) シリカ微粉末とそれを除いた無機質フィラーの2種類のフィラーの合計が60%以上であり、重合開始剤として過酸化物を用いた加熱重合により作製されたレジンプロックであること。
- (3) 1歯相当分の規格であり、複数歯分の製作ができないこと。
- (4) CAD・CAM冠に用いられる材料であること。

歯科矯正用アンカースクリュー 3,710円(1本)

[定義通知]

次のいずれにも該当すること。

- (1) 薬事法承認又は認証上、類別が「医療用品(4) 整形用品」であって、一般的名称が「歯科矯正用アンカースクリュー」であること。
- (2) 歯科矯正治療において矯正力付与の固定源とすることを目的に使用するスクリューであること。

特定保険医療材料における機能区分の細分化

改定前	改定後
[算定告示]	[算定告示]
046 歯科用合着・接着材料 I	046 歯科用合着・接着材料 I (034矯 歯科用合着・接着材料 I)
441円(1g)	レジン系 453円 (1g) ガラスアイオノマー系 386円 (1g)
049 歯科充填用材料 I	049 歯科充填用材料 I
704円(1g)	複合レジン系 724円 (1g) ガラスアイオノマー系 644円 (1g)
050 歯科充填用材料 II	050 歯科充填用材料 II
270円(1g)	複合レジン系 277円 (1g) ガラスアイオノマー系 277円 (1g)

3. 中央社会保険医療協議会答申書附帯意見

平成26年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

平成26年2月12日 中央社会保険医療協議会

1. **初再診料、時間外対応加算等について、歯科を含めて、引き続き検討すること。**また、主治医機能の評価(地域包括診療料・地域包括診療加算)の影響、大病院の紹介率・逆紹介率や長期処方の状況等を調査・検証し、外来医療の機能分化・連携の推進について引き続き検討すること。
2. 入院医療の機能分化・連携の推進について、次に掲げる事項等の影響を調査・検証し、病床機能報告制度等も踏まえ、引き続き検討すること。
 - (1) 一般病棟入院基本料(7対1、10対1の特定除外制度、「重症度、医療・看護必要度」、短期滞在手術等基本料等)の見直し
 - (2) 特定集中治療室管理料の見直し
 - (3) 総合入院体制加算の見直し
 - (4) 有床診療所入院基本料の見直し
 - (5) 地域包括ケア病棟入院料の創設
3. 医療を提供しているが医療資源の少ない地域に配慮した評価の影響を調査・検証し、その在り方を引き続き検討すること。
4. 療養病棟、障害者病棟、特殊疾患病棟等における長期入院も含めた慢性期入院医療の在り方について検討すること。
5. 在宅医療の適切な推進と介護保険との連携について、次に掲げる事項等を調査・検証し、在宅自己注射指導管理料の在り方、在宅医療を主に行う保険医療機関の外来医療の在り方等を引き続き検討すること。
 - (1) 機能強化型在宅療養支援診療所等の評価見直しの影響
 - (2) 在宅不適切事例の適正化の影響
 - (3) **歯科訪問診療の診療時間等**
 - (4) 機能強化型訪問看護ステーションの実態
 - (5) 在宅における薬剤や衛生材料等の供給体制
6. 適切な向精神薬使用の推進を含め、精神医療の実態を調査・検証し、精神医療の推進について引き続き検討すること。

7. 救急医療管理加算の見直し、廃用症候群に対するリハビリテーションの適正化、リハビリテーションの推進等の影響、維持期リハビリテーションの介護サービスへの移行の状況、胃瘻の造設の状況等について調査・検証し、それらの在り方を引き続き検討すること。
8. 新薬創出・適応外薬解消等促進加算について、真に医療の質の向上に貢献する医薬品の国内研究・開発状況や財政影響を確認・検証するとともに、当該加算の対象品目の在り方等現行方式の見直しについても検討すること。また、長期収載品や後発医薬品の薬価の在り方について引き続き検討すること。
9. DPC制度について、医療機関群、機能評価係数Ⅱの見直し等を含め、引き続き調査・検証し、その在り方を引き続き検討すること。
10. 明細書の無料発行の促進の効果を含めた影響を調査・検証するとともに、診療報酬点数表の平易化・簡素化について引き続き検討すること。
11. 夜間の看護要員配置の評価、月平均夜勤時間72時間要件を満たさない場合の緩和措置、**チーム医療の推進等**を含め、医療従事者の負担軽減措置の影響を調査・検証し、それらの在り方を引き続き検討すること。
12. 後発医薬品の使用促進策、いわゆる門前薬局の評価の見直し、妥結率が低い保険薬局等の適正化等の影響を調査・検証し、調剤報酬等の在り方について引き続き検討すること。
13. 残薬確認の徹底と外来医療の機能分化・連携の推進等のため、処方医やかかりつけ医との連携を含めた分割調剤について引き続き検討すること。
14. 医薬品や医療機器等の保険適用の評価に際して費用対効果の観点を導入することについて、イノベーションの評価との整合性も踏まえつつ、データ・分析結果の収集、評価対象の範囲、評価の実施体制等を含め、平成28年度診療報酬改定における試行的導入も視野に入れながら、引き続き検討すること。
15. ICTを活用した医療情報の共有の評価の在り方を検討すること。

※ 平成26年度診療報酬改定内容に係る告示・通知・疑義解釈等については、随時、厚生労働省ホームページに掲載されます。

※ 北海道厚生局ホームページにも、本資料や施設基準届出用紙などに関してダウンロードできるように掲載されます。

※ 届出用紙等に関しましては、従来どおりFAXや郵送での取扱もしておりますので、北海道厚生局のホームページよりダウンロードできない場合等におかれましては、下記の北海道厚生局担当課宛にご連絡ください。

厚生労働省ホームページ <http://www.mhlw.go.jp/>

「平成26年度診療報酬改定について」の特設ページ

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000032996.html>

北海道厚生局ホームページ <http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/hokkaido/>

「平成26年度診療報酬改定に伴う関連資料等について」の特設ページ

http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/hokkaido/iryo_shido/shinryohoshu-h26.html

厚生労働省 北海道厚生局 指導部門

〒060-0807

北海道札幌市北区北7条西2丁目15番1 野村不動産札幌ビル2階

医療課 TEL : 011-796-5105 FAX : 011-796-5133

管理課 TEL : 011-796-5155

診療報酬改定に関する質問票について

※ 診療報酬改定に関する質問につきましては、所定様式（次頁）の質問票に内容を記入のうえ、北海道厚生局へ郵送又はファクシミリにて送付願います。

なお、選別・集計等の都合上、「質問票1枚につき1問」の記入としていただくようご協力願います。

ファクシミリの場合： 011-796-5133（送信票は不要です。）

郵送の場合： 〒060-0807 札幌市北区北7条西2丁目15-1野村不動産札幌ビル2階
北海道厚生局医療課 宛

※ 質問票の受付は、保険医療機関、保険薬局、訪問看護ステーションに限らせていただきますのでご了承願います。

※ ご質問に対する回答は順次行ってまいります。診療報酬改定時期には、ご質問が短期間に集中し膨大な件数になります。また、ご質問内容によっては、関係機関との調整が必要なこともあります。

大変恐縮ですが、回答までに相当の期間を要してしまう場合がございます。多々ありますことをご了承願います。

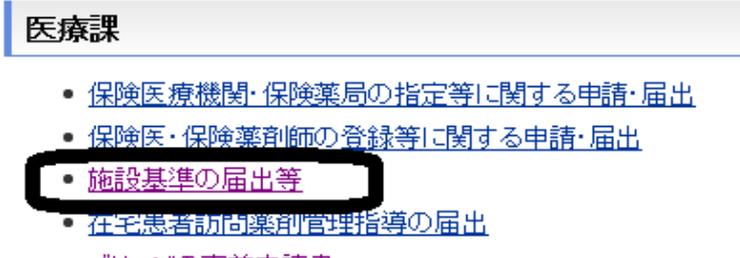
診療報酬改定に関するホームページ掲載について

※ 各申請・届出・報告等の様式は、「北海道厚生局ホームページ」→「申請等手続き」→「医療課」（施設基準の届出等）からダウンロードすることができます。

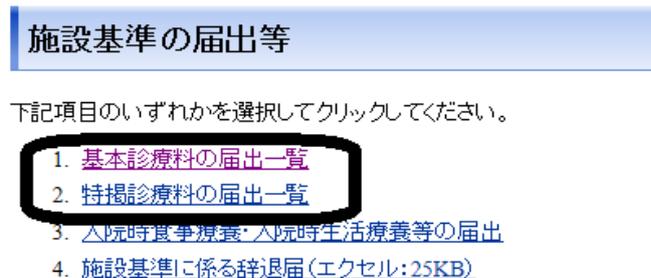
① 北海道厚生局ホームページ(<http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/hokkaido/>)の「申請等手続き」をクリック。



② 医療課の「施設基準の届出等」をクリック。



③ 該当する項目をクリックして、施設基準の様式をダウンロードする。



※ なお、北海道厚生局ホームページ内に「平成26年度診療報酬改定」に係る専用ページを設けておりますので、ご活用ください。



保険診療の理解のために（歯科）

保険医、保険医療機関の責務

○ 保険診療の基本的ルール

- 保険診療は、健康保険法等の各法に基づく、保険者と保険医療機関との間の「公法上の契約」に基づいている。
- 保険医療機関及び保険医であるということは、健康保険法等で規定されている保険診療のルール（契約の内容）を熟知していることが前提となる。
- 保険医が保険診療を行うにあたっては、保険診療のルールを遵守する必要がある。

保険診療として診療報酬が支払われるには、

- ① 保険医が
- ② 保険医療機関において
- ③ 健康保険法、歯科医師法、医療法、薬事法等の各種関係法令の規定を遵守し
- ④ 『保険医療機関及び保険医療養担当規則（療養担当規則）』の規定を遵守し
- ⑤ 歯科医学的に妥当適切な診療を行い
- ⑥ 診療報酬点数表に定められたとおりに請求を行っていること。

○ 診療録（カルテ）

- 診療報酬請求の根拠は、診療録にある。
- 診療録記載は、歯科医師法、療養担当規則に基づく重要な義務である。
- 診断の都度、必要な事項を、診療録に記載すること。

○ 「療養担当規則」の重要性、遵守義務

「療養担当規則」は、保険診療を行う上で保険医療機関と保険医が遵守すべき重要でかつ保険医の根本となる事項が定められているので、今一度、「療養担当規則」を読み返し、遵守に努めること。

施設基準届出関係（平成26年度改定関係）

※平成26年度改定で新設（項番2, 3, 5）・変更（項番1, 4, 6）される施設基準（歯科単独分）

項番	届出事項	申請書等の名称	添付書類	備考	
1	病・診	歯科診療特別対応連携加算	基本診療料の施設基準等に係る届出書（別添7）	歯科診療特別対応連携加算の施設基準に係る届出書（様式4の2）	施設基準の見直し ※届出済の場合、新たな届出は不要。
		告示	(1) 次のいずれかに該当すること。 イ 歯科点数表の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であること。 ロ 歯科医療を担当する診療所である保険医療機関であり、かつ、当該保険医療機関における歯科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外来患者の月平均患者数が 10人 以上であること。 (2) 歯科診療で特別な対応が必要である 患者にとって安心して安全な歯科医療の提供を行うにつき十分な機器等を有していること。 (3) (略)		
		通知	(略)		
		参考	平成26年3月1日現在の届出医療機関数 → 医科歯科併設機関23、歯科単独機関8、合計31機関		
2	診	在宅かかりつけ歯科診療所加算	特掲診療料の施設基準等に係る届出書（別添2）	在宅かかりつけ歯科診療所加算の施設基準届出書添付書類（様式21の4）	新設（在宅歯科医療の推進等） ※訪問歯科診療のうち、在宅療養を行っている患者に対する訪問を中心に実施している歯科診療所の評価。
		告示	(1) 歯科医療を担当する診療所である保険医療機関であること。 (2) 当該診療所で行われる歯科訪問診療の延べ患者数が月平均5人以上であり、そのうち8割以上の患者が歯科訪問診療1を算定していること。		
		通知	1 在宅かかりつけ歯科診療所加算に関する施設基準 (1) 歯科を標榜する診療所である保険医療機関であること。 (2) 当該保険医療機関における歯科訪問診療の月平均延べ患者数が5人以上であり、そのうち8割以上が歯科訪問診療1を算定していること。 2 (略)		
3	病・診	歯科口腔リハビリテーション料2	特掲診療料の施設基準等に係る届出書（別添2）	歯科口腔リハビリテーション料2の施設基準届出書添付書類（様式44の4）	新設（新規医療技術の保険導入等） ※顎関節症治療用装置（スプリント）装着患者に対する訓練等の評価。
		告示	(1) 歯科又は歯科口腔外科を担当する歯科医師として相当の経験を有する歯科医師が1名以上配置されていること。 (2) 当該療養を行うにつき十分な機器を有していること又は十分な機器を有している病院との連携が確保されていること。		
		通知	1 歯科口腔リハビリテーション料2に関する施設基準 (1) 歯科又は歯科口腔外科を標榜し、当該診療科に係る5年以上の経験及び当該療養に係る3年以上の経験を有する歯科医師が1名以上配置されていること。 (2) 顎関節症の診断に用いる磁気共鳴コンピュータ断層撮影（MRI撮影）機器を設置していること。なお、当該医療機器を設置していない保険医療機関は、当該医療機器を設置している病院と連携が図れていること。 2 (略)		
4	病・診	う蝕歯無痛的窩洞形成加算	特掲診療料の施設基準等に係る届出書（別添2）	う蝕歯無痛的窩洞形成加算の施設基準届出書添付書類（様式50）	施設基準の見直し ※届出済の場合、新たな届出は不要。
		告示	(略)		
		通知	1 (1) 当該レーザー治療に係る専門の知識及び 3年 以上の経験を有する歯科医師が1名以上いること。 (2) (略) 2 (略)		
		参考	平成26年3月1日現在の届出医療機関数 → 医科歯科併設機関8、歯科単独機関114、合計122機関		

項番	届出事項	申請書等の名称	添付書類	備考		
5	病・診	CAD/CAM冠	特掲診療料の施設基準等に係る届出書 (別添2)	CAD/CAM冠の施設基準届出書添付書類 (様式50の2)	新設 (先進医療の保険導入) ※歯科用CAD/CAM (コンピュータ支援設計・製造ユニット) 装置を用いて製作された歯冠補綴物の評価。	
		告示	(1)当該療養を行うにつき十分な体制が整備されていること。 (2)当該療養を行うにつき十分な機器及び設備を有していること又は十分な機器及び設備を有している歯科技工所との連携が確保されていること。			
		通知	1 CAD/CAM冠に関する施設基準 (1)歯科補綴治療に係る専門の知識及び3年以上の経験を有する歯科医師が1名以上配置されていること。 (2)保険医療機関内に歯科技工士が配置されていること。なお、歯科技工士を配置していない場合は、歯科技工所との連携が図られていること。 (3)保険医療機関内に歯科用CAD/CAM装置が設置されていること。なお、保険医療機関内に設置されていない場合は、当該装置を設置している歯科技工所との連携が図られていること。 2 (略)			
6	病・診	手術時歯根面レーザー応用加算	特掲診療料の施設基準等に係る届出書 (別添2)	手術時歯根面レーザー応用加算の施設基準届出書添付書類 (様式74の2)	施設基準の見直し ※届出済の場合、新たな届出は不要。	
		告示	(略)			
		通知	1 (1)当該レーザー治療に係る専門の知識及び 3年 以上の経験を有する歯科医師が1名以上いること。 (2)~(3) (略) 2 (略)			
		参考	平成26年3月1日現在の届出医療機関数 → 医科歯科併設機関7、歯科単独機関56、合計63機関			

<提出時の留意事項等>

- 施設基準等に係る届出は、事前の届出が必要で、届出の翌月から適用となります。
なお、月の最初の開庁日に届出書を受理した場合は、当月から適用となります。
※平成26年4月1日から算定を行うためには、平成26年4月14日(月)までに届出書を北海道厚生局へ提出(必着)する必要があります。
- 施設基準を届出する際は、正副2部(同じ書類を2部)提出する必要があります。
※正副2部にそれぞれ開設者印を押印してください。後日、提出された正副2部のうち、1部を受理通知とともに各保険医療機関宛お送りします。
- 提出する前に、今一度、記載漏れ等の内容点検をお願いいたします。
※届出書(別添2・別添7)中段の「□」欄に適合する場合「レ」を記入してください。

- 当該届出を行う前6か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出(法令の規定に基づくものに限る。)を行ったことがないこと。
- 当該届出を行う前6か月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。
- 当該届出を行う前6か月間において、健康保険法第78条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。
- 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

- 提出する際、封筒に朱書きで「歯科施設基準在中」と記載してください。
- 届出した施設基準については、すべて院内掲示が必要となります。

在宅かかりつけ歯科診療所加算の施設基準届出書添付書類

直近3ヶ月の歯科訪問診療の実施回数について

1. 歯科訪問診療料の算定実績

歯科訪問診療1	①	人	回
歯科訪問診療2	②	人	回
歯科訪問診療3	③	人	回

2. 月平均患者数： $(①+②+③) \div 3$

_____ 人

3. 歯科訪問診療1算定割合： $① \div (①+②+③) \times 100\%$

_____ %

[記載上の注意]

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。

歯科口腔リハビリテーション料 2 の施設基準届出書添付書類

1 当該療養に係る常勤の歯科医師の氏名等

常勤歯科医師の氏名	経歴（当該療養の経験年数及び経験症例数を含む。）

2 当該療養に係る医療機器の設置状況（磁気共鳴コンピュータ断層撮影機器を含む。）

医療機器名	備考

[記載上の注意]

磁気共鳴コンピュータ断層撮影（MRI 撮影）装置を設置していない医療機関にあつては、当該医療機器を設置している保険医療機関名（病院）を記載すること。

特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード		届出番号	第	号
-----------	--	------	---	---

連絡先
 担当者氏名:
 電話番号:

(届出事項)

[CAD/CAM冠] の施設基準に係る届出

- 当該届出を行う前6か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。
- 当該届出を行う前6か月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。
- 当該届出を行う前6か月間において、健康保険法第78条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。
- 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。

平成 年 月 日

保険医療機関の所在地
及び名称

開設者名 印

北海道厚生局長 殿

備考 1 [] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。

2 には、適合する場合「レ」を記入すること。

3 届出書は、正副2通提出のこと。

CAD/CAM冠の施設基準届出書添付書類

1 当該療養に係る常勤の歯科医師の氏名等

常勤歯科医師の氏名	経歴(経歴年数を含む。)

2 当該療養に係る歯科技工士の氏名等

氏名	備考

3 当該療養に係る医療機関の体制状況等

	概要	
使用する 歯科用CAD /CAM装置	医療機器届出番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
	特記事項	
その他 (特記事項)		

[記載上の注意]

- 1 歯科技工士が院内に配置されていない場合については、当該療養につき、保険医療機関と連携を行う歯科技工所名を「2」の備考欄に記載するとともに当該歯科技工所の歯科技工士名を記載すること。
- 2 「3」の使用する歯科用CAD/CAM装置については、装置の医療機器製造販売届出番号、製品名、製造販売業者名等を記載すること。