

地方厚生（支）局医療課長
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長 殿
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）長

厚生労働省保険局医療課長
（公 印 省 略）

厚生労働省保険局歯科医療管理官
（公 印 省 略）

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

標記については、本日、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成 30 年厚生労働省告示第 43 号）等が公布され、平成 30 年 4 月 1 日より適用されることとなったところであるが、実施に伴う留意事項は、医科診療報酬点数表については別添 1、歯科診療報酬点数表については別添 2 及び調剤報酬点数表については別添 3 のとおりであるので、その取扱いに遺漏のないよう貴管下の保険医療機関及び審査支払機関に対し、周知徹底を図られたい。

従前の「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」（平成 28 年 3 月 4 日保医発 0304 第 3 号）は、平成 30 年 3 月 31 日限り廃止する。

第 1 章 基本診療料

第 1 部 初・再診療

通則

- 「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成 30 年厚生労働省告示第 43 号）による改正後の「診療報酬の算定方法」（平成 20 年厚生労働省告示第 59 号）の別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）の次の処置は、別表第二歯科診療報酬点数表においては基本診療料に含まれる。
イ 鼻処置
ロ 口腔、咽頭処置
ハ 喉頭処置
ニ ブライザー
ホ 熱傷処置
ヘ 皮膚科軟膏処置
ト 消炎鎮痛等処置
- 同一の保険医療機関（医科歯科併設の保険医療機関（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をいう。以下同じ。）を除く。）において、2 以上の傷病に罹っている患者について、それぞれの傷病につき同時に初診又は再診を行った場合においても、初診料又は再診料は 1 回に限り算定する。
同一の保険医療機関において、2 人以上の保険医（2 以上の診療科にわたる場合も含む。）が初診又は再診を行った場合においても同様とする。
したがって、歯科診療においては、1 口腔 1 初診として取り扱う。
- 歯科診療における診療科は、歯科、小児歯科、矯正歯科及び歯科口腔外科を同一とみなす。
- 医科歯科併設の保険医療機関において、医科診療により入院中の患者が歯又は口腔の疾患のため歯科診療により初診若しくは再診を受けたとき、又は歯科診療に係る傷病により入院中の患者が医科診療により初診若しくは再診を受けたとき等、医科診療と歯科診療の両者にまたがる場合は、それぞれの診療科において初診料又は再診料を算定する。
ただし、同一の傷病又は互いに関連のある傷病により、医科と歯科を併せて受診した場合は、主たる診療科においてのみ初診料又は再診料を算定する。
- 医療法（昭和 23 年法律第 205 号）に規定する病床に入院（当該入院についてその理由等は問わない。）している期間中は、再診料（ただし、再診料の注 5 及び注 6 に規定する加算を除く。）は算定できない。また、入院中の患者が当該入院の原因となった傷病につき、診療を受けた診療科以外の診療科で、入院の原因となった傷病以外の傷病につき再診を受けた場合も、再診料は算定できない。この場合において、再診料（ただし、再診料の注 5 及び注 6 に規定する加算を除く。）以外の検査、治療等の請求は、診療報酬明細書は入院用を用いる。
ただし、歯科診療以外により入院中の患者が歯科診療により外来を受診した場合は、再診料を算定する。
- 算定回数が「週」単位又は「月」単位とされているものについては、特に定めのない限り、それぞれ日曜日から土曜日までの 1 週間又は月の初日から月の末日までの 1 か月を単位として算定する。

通則

- 1 人の患者について療養の給付に要する費用は、第 1 章基本診療料及び第 2 章特掲診療料の規定に基づき算定された点数の総計に 10 円を乗じて得た額とする。
- 基本診療料には、簡単な診療行為が包括されており、消炎、鎮痛を目的とする理学療法、口腔軟組織の処置、単純な外科後処置、口角びらん処置は、再診療にも包括されている。
- 特掲診療料には、特に規定する場合を除き、当該医療技術に伴い必要不可欠な衛生材料等の費用を含んでいる。
- 基本診療料に係る施設基準、届出等の取扱いは、「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件」（平成 30 年厚生労働省告示第 44 号）による改正後の「基本診療料の施設基準等（平成 20 年厚生労働省告示第 62 号）」に基づくものとし、その具体的な取扱いは別途通知する。
- 特掲診療料に係る施設基準、届出等の取扱いは、「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件」（平成 30 年厚生労働省告示第 45 号）による改正後の「特掲診療料の施設基準等（平成 20 年厚生労働省告示第 63 号）」に基づくものとし、その具体的な取扱いは別途通知する。
- 基本診療料及び特掲診療料の算定に当たっては、「診療報酬請求書等の記載要領等について」（昭和 51 年 8 月 7 日保医発第 82 号）を踏まえて、必要な事項を診療報酬明細書に記載する。

第 1 節 初診料

A 0 0 0 初診料

- 初診料は、歯科外来診療における院内感染防止対策に係る体制等を整備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、特に初診料が算定できない旨の規定がある場合を除き、患者の傷病について歯科医学的に初診といわれる診療行為があった場合に算定する。また、当該届出を行っていない保険医療機関においては、「注 1」の後段に規定する初診料を算定する。なお、同一の保険医が別の保険医療機関において、同一の患者について診療を行った場合は、最初に診療を行った保険医療機関において初診料を算定する。
- 患者が違和を訴え診療を求めた場合は、診断の結果、疾病と認むべき徴候のない場合であっても初診料を算定する。
- 自他覚的症狀がなく健康診断を目的とする受診により疾患が発見された患者について、当該保険医が特に治療の必要性を認め治療を開始した場合は、初診料は算定できない。ただし、当該治療（初診を除く。）は、医療保険給付対象として診療報酬を算定する。
- （3）にかかわらず、健康診断で疾患が発見された患者について、疾患を発見した保険医以外の保険医（当該疾患を発見した保険医の属する保険医療機関の保険医を除く。）において治療を開始した場合は、初診料を算定する。
- 労災保険、健康診断、自費等（医療保険給付対象外）により入院外で傷病の治療中又は医療法に規定する病床に入院（当該入院についてその理由等は問わない。）中は、当該保険医療機関において医療保険給付の対象となる診療を受けた場合も、初診料は算定できない。
- 現に傷病について診療継続中の患者につき、新たに発生した他の傷病で初診を行った場合は、当該新たに発生した傷病について初診料は算定できない。
- 患者が任意に診療を中止し 1 月以上経過した後、再び同一の保険医療機関において診療を受ける場合は、その診療が同一病名又は同一症状によるものであっても、その際の診療は初診として取り扱う。この場合において、1 月の期間の計算は、例えば、2 月 1 0 日～3 月 9 日、9 月 15 日～10 月 14 日等と計算する。
- 区分番号 B 0 0 0 - 4 に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号 C 0 0 1 - 3 に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定した場合は、管理計画に基づく一連の治療が終了した日（患者が任意に診療を中止した場合も含む。）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。
- （7）及び（8）にかかわらず、次に掲げる場合は、初診として取り扱わない。
イ 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
ロ 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に係る診療が継続していると推定される場合
- 病院である保険医療機関において歯科、小児歯科、矯正歯科又は歯科口腔外科を標榜する診療科の初診患者のうち、別の保険医療機関等（特別の関係を除く。）からの文書による紹介により当該診療科に来院した患者の数等に関する施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出たものは、地域歯科診療支援病院歯科初診料を算定する。

- (11) 乳幼児加算及び歯科診療特別対応加算
初診料を算定できない場合は、初診時における乳幼児加算又は歯科診療特別対応加算は算定できない。
- (12) 乳幼児加算と乳幼児時間外加算、乳幼児休日加算及び乳幼児深夜加算は併せて算定できない。
- (13) 歯科診療特別対応加算を算定した患者が6歳未満の乳幼児である場合は、乳幼児加算、乳幼児時間外加算、乳幼児休日加算又は乳幼児深夜加算を併せて算定する。
- (14) 歯科診療特別対応加算
「注6」の「著しく歯科診療が困難な者」とは、次に掲げる状態又はこれらに準ずる状態をいう。なお、歯科診療特別対応加算を算定した場合は、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。
- イ 脳性麻痺等で身体の不随意運動や緊張が強く体幹の安定が得られない状態
- ロ 知的発達障害等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
- ハ 重症の喘息患者等で頻繁に治療の中断が必要となる状態
- ニ 日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ歯科診療に際して家族等の援助を必要とする状態

- (15) 初診時歯科診療導入加算
「注6」の「歯科治療環境に円滑に適応できるような技法」とは、歯科診療の開始に当たり、患者が歯科治療の環境に円滑に適応できるための方法として、Tell-Show-Do法などの系統的脱感作法並びにそれに準拠した方法、オペラント法、モデリング法、TEACCH法、遊戯療法、ボイスコントロール法等の患者の行動を調整する専門的技法をいう。なお、初診時歯科診療導入加算を算定した日は、患者の状態及び用いた専門的技法の名称を診療録に記載する。
- (16) 「注7」及び「注8」の医科と共通の項目は、医科点数表の第1章第1部第1節区分番号A000に掲げる初診料の例により算定する。
- (17) 「注9」に規定する歯科外来診療環境体制加算1及び歯科外来診療環境体制加算2は、歯科診療の特性を踏まえ、患者にとってより安全で安心できる歯科外来診療の環境の整備を図る取組を評価したものであり、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、外来診療に係る初診を行った場合に加算する。
- (18) 「注10」に規定する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「注6」又は区分番号A002に掲げる再診料の「注4」に規定する加算（以下「基本診療料に係る歯科診療特別対応加算」という。）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。

- (5) その他初診料と共通の項目は、区分番号A000に掲げる初診料と同様であり、医科と共通の項目は、医科点数表の第1章第1部第2節区分番号A001に掲げる再診料の例により算定する。
- (6) 「注4」の「著しく歯科診療が困難な者」とは、次に掲げる状態又はこれらに準ずる状態をいう。なお、歯科診療特別対応加算を算定した場合は、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。
- イ 脳性麻痺等で身体の不随意運動や緊張が強く体幹の安定が得られない状態
- ロ 知的発達障害等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
- ハ 重症の喘息患者等で頻繁に治療の中断が必要となる状態
- ニ 日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ歯科診療に際して家族等の援助を必要とする状態
- (7) 「注8」に規定する再診時歯科外来診療環境体制加算1及び再診時歯科外来診療環境体制加算2は、再診時の歯科外来診療の環境の整備を図る取組を評価したものであり、区分番号A000の「注9」に規定する別に厚生労働大臣が定める歯科外来診療環境体制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において、外来診療に係る再診を行った場合に加算する。

- (19) 「注11」に規定する歯科診療特別対応地域支援加算は、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。）において、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において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。

第2節 再診料

A002 再診料

- (1) 再診料は、歯科外来診療における院内感染防止対策に係る体制等を整備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、再診の都度（同日において2以上の再診があってもその都度）算定する。また、当該届出を行っていない保険医療機関においては、「注1」の後段に規定する再診料を算定する。ただし、2以上の傷病について同時に再診を行った場合は、1日につき1回に限り算定する。
- (2) A傷病について診療継続中の患者が、B傷病に罹り、B傷病について初診があった場合は、再診料を算定する。
- (3) 歯冠修復又は欠損補綴において、一連の行為のために同日に2以上の再診を行った場合の再診料は、1回の算定とする。
- (4) 電話等による再診
イ 当該保険医療機関で初診を受けた患者について、再診以後、当該患者又はその看護に当たっている者から直接又は間接（電話、テレビ画像等によるものを含む。ただし、ファクシミリ又は電子メール等によるものは含まない。）に、治療上の意見を求められ必要な指示をした場合は、再診料を算定する。
- ロ 電話、テレビ画像等による再診（聴覚障害者以外の患者に係る再診は、ファクシミリ又は電子メール等によるものは含まない。）は、患者の病状の変化に応じ療養について歯科医師の指示を受ける必要がある場合であって、当該患者又はその看護に当たっている者からの歯科医学的な意見の求めに対し治療上必要な適切な指示をした場合に限り算定する。ただし、電話、テレビ画像等による指示等が、同日における初診又は再診に附随する一連の行為とみなされる場合、時間おきに病状の報告を受ける内容の場合等は、再診料を算定できない。また、ファクシミリ又は電子メール等による再診は、再診の求めに速やかに応じた場合に限り算定するものとし、この場合において、診療録に当該ファクシミリ等の送受信の時刻を記載するとともに、当該ファクシミリ等の写しを貼付する。
- ハ 乳幼児の看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められ指示した場合は、乳幼児加算を算定する。
- ニ 時間外加算を算定すべき時間、休日又は深夜に患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められ指示した場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算を算定する。

第2部 入院料等

第1節 入院基本料

医科と共通の項目について、医科点数表の第1章第2部第1節に掲げる入院基本料の例により算定する。

第2節 入院基本料等加算

- 1 医科と共通の項目について、医科点数表の第1章第2部第2節に掲げる入院基本料等加算の例により算定する。（区分番号A204-2に掲げる臨床研修病院入院診療加算を除く。）
ただし、総合入院体制加算は、医科歯科併設の病院にあって医科について算定する場合に限り、歯科疾患について入院する患者についても同様とする。
- 2 地域歯科診療支援病院入院加算は、在宅歯科医療又は障害者歯科医療を後方支援する地域歯科診療支援病院の機能を評価したものであり、別の保険医療機関において区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料又は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であって、当該別の保険医療機関による歯科診療が困難であると判断されたものについて、当該別の保険医療機関からの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、入院させた場合に入院初日1回に限り算定する。ただし、入院の月又はその前月に当該別の保険医療機関において、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号C001-6に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定した場合に限る。

A204-2 臨床研修病院入院診療加算

- (1) 研修歯科医が、当該保険医療機関の研修プログラムに位置づけられた臨床研修施設及び研修協力施設において、実際に臨床研修を実施している場合に、入院初日に限り算定する。なお、ここでいう入院初日とは、医科点数表第1章第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。
- (2) (1)において研修を実施している場合とは、単独型臨床研修施設においては実際に研修歯科医が研修を実施している期間、管理型臨床研修施設においては実際に研修歯科医が実施している期間及び研修歯科医が協力型臨床研修施設又は研修協力施設において研修を実施している期間、協力型臨床研修施設においては実際に研修歯科医が研修を実施している期間をいう。
- (3) 研修歯科医の診療録の記載に係る指導及び確認は、速やかに行うこととし、診療録は指導の内容が分かるように指導歯科医自らが記載を行い、署名する。

第3節 特定入院料

- 1 医科と共通の項目について、医科点数表の第1章第2部第3節に掲げる特定入院料の例により算定する。
- 2 「通則5」の特定入院料に含まれる費用の範囲に、歯科点数表の第2章第8部第1節区分番号I017に掲げる口腔内装置、区分番号I017-1-2に掲げる睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置及び区分番号I017-1-3に掲げる舌接触補助器、第2章第12部

に掲げる歯冠修復及び欠損補綴及び第 13 部に掲げる歯科矯正は含まれない。

第 4 節 短期滞在手術等基本料

A 4 0 0 短期滞在手術等基本料

- (1) 短期滞在手術等基本料は、短期滞在手術に係る区分番号 J 0 5 5 に掲げる顎下腺摘出術及び区分番号 J 0 5 6 に掲げる顎下腺腫瘍摘出術を実施した場合に限り算定する。
- (2) (1)のほかは、医科点数表の区分番号 A 4 0 0 に掲げる短期滞在手術等基本料の例により算定する。この場合において、D P C 対象病院においても短期滞在手術等基本料 2 を算定できる。

第 2 章 特掲診療料

通則

算定回数が「週」単位又は「月」単位とされているものについては、特に定めのない限り、それぞれ日曜日から土曜日までの 1 週間又は月の初日から月の末日までの 1 か月を単位として算定する。

第 1 部 医学管理等

B 0 0 0－4 歯科疾患管理料

- (1) 歯科疾患管理料とは、継続的管理を必要とする歯科疾患を有する患者（有床義歯に係る治療のみを行う患者を除く。）に対して、口腔を一単位（以下「1 口腔単位」という。）としてとらえ、患者との協働により行う口腔管理に加えて、病状が改善した歯科疾患等の再発防止及び重症化予防を評価したものをいい、患者等の同意を得た上で管理計画を作成し、その内容について説明した場合に算定する。診療録には、説明した内容の要点を記載する。
- (2) 「注 1」に規定する管理計画は、患者の歯科治療及び口腔管理を行う上で必要な基本状況（全身の状態、基礎疾患の有無、服薬状況、喫煙状況を含む生活習慣の状況等）、口腔の状態（歯科疾患、口腔衛生状態、口腔機能の状態等）、必要に応じて実施した検査結果等の要点、治療方針の概要等、歯科疾患の継続的管理を行う上で必要となる情報をいい、当該患者の状態に応じた口腔管理を行うに当たって、必要な事項等を診療録に記載する。
- (3) 1 回目の管理計画は、初診日の属する月から起算して 2 月以内に作成し、患者等に対して、その内容について説明を行う。なお、1 回目患者の主訴に関する管理を開始し、2 回目以降にその他の疾患も含めた管理を行う場合や新たな検査を実施する場合は、検査結果も含め管理計画の変更点を患者等に対して説明する。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。
- (4) 歯周病に罹患している患者の管理を行う場合は、歯周病検査の結果を踏まえた治療方針等を含んだ管理計画を作成する。ただし、初診時に歯周病の急性症状を呈する患者であって、歯周病検査の実施が困難である場合は、急性症状寛解後の歯科疾患管理料算定時まで実施する。なお、急性症状が寛解せず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。
- (5) 「注 2」に規定する 2 回目以降の当該管理を行う際に、管理計画に変更があった場合（「注 8」及び「注 10」から「注 13」までに規定する加算に係る管理計画も含む。）は、変更の内容を診療録に記載する。
- (6) 「注 5」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。
- (7) 区分番号 B 0 0 0－6 に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)、区分番号 B 0 0 0－7 に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)、区分番号 B 0 0 0－8 に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)、区分番号 B 0 0 2 に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号 C 0 0 1－3 に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号 C 0 0 1－5 に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、区分番号 C 0 0 1－6 に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリ

テーション指導管理料又は区分番号 N 0 0 2 に掲げる歯科矯正管理料を算定した患者は、「注 1」及び「注 2」の規定にかかわらず、周術期等口腔機能管理料等を算定した日の属する月の翌月以降から歯科疾患管理料を算定できる。この場合において、管理計画を作成して患者等に説明する。

- (8) 歯科疾患管理料を算定した月は、患者等に対して、少なくとも 1 回以上の管理計画に基づく管理を行う。なお、当該管理を行った場合は、診療録にその要点を記載する。
- (9) 歯科疾患管理料は、区分番号 B 0 1 3 に掲げる新製有床義歯管理料又は区分番号 H 0 0 1－2 に掲げる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（有床義歯に係る治療のみを行う患者を除く。）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、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。）又は管理を行っている場合は算定できる。
- (10) 再診が電話等により行われた場合は、歯科疾患管理料は算定できない。
- (11) 「注 8」に規定する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。（う蝕多発傾向者の判定基準）

年 齢	歯冠修復終了歯	
	乳 歯	永 久 歯
0～4 歳	1 歯以上	—
5～7 歳	3 歯以上	又 は 1 歯以上
8～10 歳	—	2 歯以上
11～12 歳	—	3 歯以上

- (12) う蝕多発傾向者の判定基準において、(11)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 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。
- ロ 区分番号 I 0 0 3 に掲げる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。
- (13) 「注 8」のフッ化物流洗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、家族等に対しフッ化物流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 フッ化物流口に用いる薬液とは、毎日法又は週 1 回法に用いられる洗口用のフッ化ナトリウム溶液をいう。

ハ フッ化物流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)まで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)まで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。

(14) 「注 1」の規定による管理計画に基づき、当該患者等に対し、その内容を文書により提供した場合は「注 9」の文書提供加算を算定する。その場合においては、患者等に提供した文書の写しを診療録に添付し、その文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。ただし、患者等に提供する文書の様式は、初回は「別紙様式 1」又はこれに準じた様式とし、2 回目以降は、「別紙様式 2」又はこれに準じた様式とする。

(15) 「注 10」のエナメル質初期う蝕管理加算は、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の歯科医師が行う、エナメル質に局限した表面が粗造な白濁等の脱灰病変（以下「エナメル質初期う蝕」という。）の治癒又は重症化予防を目的として実施する指導管理等を評価するものをいう。当該加算は、患者の同意を得て管理等の内容について説明を行った上で、エナメル質初期う蝕に対して、フッ化物歯面塗布及び口腔内カラー写真の撮影を行った場合に算定する。また、必要に応じて、ブラークコントロール、機械的歯面清掃又はフッ化物流口の指導を行う。撮影した口腔内カラー写真は、診療録に添付又はデジタル撮影した画像を電子媒体に保存して管理する。この場合において、写真撮影に係る費用は所定点数に含まれ別に算定できない。なお、エナメル質初期う蝕管理加算の 2 回目以降の算定にあつては、口腔内カラー写真撮影に代えて光学式う蝕検出装置を用いてエナメル質初期う蝕の部位の測定を行った上で算定して差し支えない。この場合において、光学式う蝕検出装置を用いた測定に係る費用は所定点数に含まれ別に算定できない。また、使用した光学式う蝕検出装置の名称と当該部位の測定値を診療録に記載する。なお、当該管理を行った場合は、患者等に対し、説明した内容の要点を診療録に記載する。

(16) 「注 10」のエナメル質初期う蝕管理加算を算定した月は、「注 8」に規定する加算、区分番号 I 0 2 9－2 に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、区分番号 I 0 3 0 に掲げる機械的歯面清掃処置及び区分番号 I 0 3 1 に掲げるフッ化物歯面塗布処置は算定できない。

(17) 歯科疾患管理料を算定する保険医療機関は、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。

- (18) 「注 11」の総合医療管理加算は、糖尿病の患者、骨吸収抑制薬投与中の患者、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチの患者又は血液凝固阻止剤投与中の患者であって、別の医科の保険医療機関の当該疾患の担当医から歯科治療を行うに当たり、診療情報提供料に定める様式に基づいた文書により患者の全身状態や服薬状況等についての必要な診療情報の提供を受け、適切な総合医療管理を実施した場合に算定する。なお、算定に当たっては当該疾患の担当医からの情報提供に関する内容及び担当医の保険医療機関名等について診療録に記載又は提供文書の写しを添付する。
- (19) 口腔機能の発達不全を認める患者（咀嚼機能及び嚥下機能若しくは構音機能等が十分に発達していない又は正常に獲得できていない患者）に対して、正常な口腔機能の獲得を目的として医学管理を行う場合は当該管理料を算定する。当該管理を行うに当たっては、当該患者の口腔機能の評価結果を踏まえた管理計画を策定し、当該管理計画について患者等（家族を含む。）に対して説明する。なお、口腔機能評価方法及び管理方法等については、関係学会より示されている「「口腔機能発達不全症」に関する基本的な考え方」（平成 30 年 3 月日本歯科医学会）を参考にすること。
- (20) 「注 12」の小児口腔機能管理加算は、（19）に規定する 15 歳未満の口腔機能の発達不全を認める患者のうち、「口腔機能発達不全症」に関する基本的考え方」に示されている評価項目において、咀嚼機能を含む 3 項目以上に該当するものに対して、継続的な指導及び管理を実施する場合に所定点数に加算する。
- (21) 小児口腔機能管理加算を算定するに当たっては、口腔機能の評価及び一連の口腔機能の管理計画を策定し、患者又はその家族等に対し当該管理計画に係る情報を文書により提供し、提供した文書の写しを診療録に添付する。また、患者の成長発達に伴う口腔内等の状況変化の確認を目的として、患者の状態に応じて口腔外又は口腔内カラー写真撮影を行う。写真撮影は、当該加算の初回算定日には必ず実施し、その後は少なくとも当該加算を 3 回算定するに当たり 1 回以上行うものとし、診療録に添付又はデジタル撮影した画像を電子媒体に保存・管理する。当該管理を行った場合は、指導・管理内容を診療録に記載又は指導・管理に係る記録を文書により作成している場合においては、当該記録又はその写しを診療録に添付すること。なお、当該加算を算定した月は、当該患者に対して「注 9」に規定する文書提供加算は別に算定できない。
- (22) 歯の喪失や加齢、これら以外の全身的な疾患等により口腔機能の低下を認める患者（口腔衛生状態不良、口腔乾燥、咀嚼機能低下、舌口唇運動機能低下、咬合力低下、低舌圧又は嚥下機能低下の 7 項目のうちいずれか 3 項目以上に該当する患者）に対して、口腔機能の回復又は維持・向上を目的として医学管理を行う場合は当該管理料を算定する。当該管理を行うに当たっては、当該患者の口腔機能の評価の結果を踏まえた管理計画について患者等に対して説明する。なお、口腔機能評価方法及び管理方法等については、「口腔機能低下症」に関する基本的な考え方」（平成 30 年 3 月日本歯科医学会）を参考にすること。
- (23) 「注 13」の口腔機能管理加算は、(22)に規定する 65 歳以上の口腔機能の低下を認める患者のうち、咀嚼機能低下（区分番号 D 0 1 1－2 に掲げる咀嚼能力検査を算定した患者に限る。）、咬合力低下（区分番号 D 0 1 1－3 に掲げる咬合圧検査を算定した患者に限る。）又は低舌圧（区分番号 D 0 1 2 に掲げる舌圧検査を算定した患者に限る。）のいずれ

れかに該当する患者であって、継続的な指導及び管理を実施する場合に所定点数に加算する。

- (24) 口腔機能管理加算を算定するに当たっては、口腔機能の評価及び一連の口腔機能の管理計画を策定し、当該管理計画に係る情報を文書により提供し、提供した文書の写しを診療録に添付する。また、当該管理を行った場合は、指導・管理内容を診療録に記載又は指導・管理に係る記録を文書により作成している場合においては、当該記録又はその写しを診療録に添付すること。なお、当該加算を算定した月は、当該患者に対して「注 9」に規定する文書提供加算は別に算定できない。

B 0 0 0－5 周術期等口腔機能管理計画策定料

- (1) 周術期等口腔機能管理計画策定料は、がん等に係る手術、放射線治療、化学療法又は緩和ケアにおける一連の治療（以下「周術期等」という。）において、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、手術等を実施する保険医療機関からの文書（以下「依頼文書」という。）による依頼に基づき、患者の同意を得た上で、周術期等の口腔機能の評価及び一連の口腔機能の管理計画を策定し、当該管理計画に係る情報を文書（以下「管理計画書」という。）により提供するとともに、周術期等の口腔機能の管理を行う保険医療機関に当該患者に係る管理計画書を提供了した場合に当該手術等に係る一連の治療を通じて 1 回に限り算定する。なお、当該管理計画書の内容又はその写しを診療録に記載又は添付する。
- (2) (1)の規定にかかわらず、歯科診療を実施している保険医療機関において手術等を実施する場合であって、当該同一の保険医療機関で管理計画書を策定する場合は、依頼文書は要しない。また、管理計画書を策定する保険医療機関と管理を行う保険医療機関が同一の場合は、当該保険医療機関内での管理計画書の提供は要しない。
- (3) 「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周術期等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。
- (4) 周術期等の口腔機能の管理計画の策定にを行うため、定期的に周術期等の口腔機能の管理等に関する講習会や研修会等に参加し、必要な知識の習得に努める。

B 0 0 0－6 周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)、B 0 0 0－7 周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)

- (1) 周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)及び周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)における口腔機能管理は、患者の口腔衛生状態や口腔内の状態等の把握、手術に係る主病及びその治療に関連する口腔機能の変化に伴う日常的な指導等を評価し、歯科疾患を有する患者や口腔衛生状態不良の患者における口腔内細菌による合併症（手術部位感染や病巣感染）、手術の外科的侵襲や薬剤投与等による免疫力低下により生じる病巣感染、人工呼吸管理時の気管内挿管による誤嚥性肺炎等の術後合併症や脳卒中により生じた摂食機能障害による誤嚥性肺炎や術後の栄養障害の予防等を目的に、次に掲げるような手術において実施する。
- 例えば次に掲げる手術の際に実施する。

- イ 頭頸部領域、呼吸器領域、消化器領域等の悪性腫瘍の手術
- ロ 心臓血管外科手術

- ハ 人工関節置換術等の整形外科手術
- ニ 臓器移植手術
- ホ 造血幹細胞移植
- ヘ 脳卒中に対する手術

- (2) 脳卒中等による緊急手術において、手術後早期に口腔機能管理の依頼を受けた場合においても周術期等口腔機能管理計画策定料及び周術期等口腔機能管理料を算定できる。この場合においては、周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)又は周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)の「1 手術前」は算定できない。

- (3) 周術期等の口腔機能の管理を実施した場合は、①口腔内の状態の評価、②具体的な実施内容や指導内容、③その他必要な内容を記載した管理報告書を作成し、患者に提供する。ただし、次の場合は、それぞれの管理内容がまとめて記載された管理報告書（追記する形式等を用いる。）により作成しても差し支えない。

イ 同月に同一の保険医療機関において、手術前に周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)又は周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)を算定した患者に対して、手術前の周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)を算定する場合。この場合において、周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)に係る管理を実施した際に管理報告書を提供する。

ロ 同月に同一の保険医療機関において、手術後に周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)又は周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)を合計して 3 回以上算定する場合。この場合において、手術後の 1 回目の周術期等口腔機能管理料に係る管理を実施した際及び当該月に予定する最後の周術期等口腔機能管理料に係る管理を実施した際に管理報告書を提供する。

- (4) 患者の状態等に変化が生じた場合は、必要な管理計画の修正を行い、管理報告書にその内容を記載の上、患者に提供する。

- (5) 周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)及び周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)は、区分番号 B 0 0 0－5 に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料に規定する管理計画書に基づき、次の区分に応じて、歯科医師による周術期等における口腔機能の管理を行った場合に算定する。なお、当該管理報告書の内容又はその写しを診療録に記載又は添付する。

		手術を行った（又は予定する）保険医療機関	
		同一の保険医療機関（病院）	他の保険医療機関（病院）
患者 の	入院外	周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）	周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）
		※同一の医科歯科併設病院で外来又は在宅で治療中の患者	※他の病院で外来又は在宅で治療中の患者
		※同一の歯科病院で外来又は在宅で治療中の患者	
		（備考欄ロ）	（備考欄イ）

状 況	周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)	周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)
入院中	※同一の医科歯科併設の病院に入院中の患者 ※同一の歯科病院に入院中の患者 (備考欄ニ)	※他の医科病院に入院中の患者に対して、歯科訪問診療に併せて管理を行う場合 (備考欄ハ)

【備考】

- イ 歯科病院（歯科診療のみの診療を行う病院をいう。以下同じ。）、医科歯科併設の病院（歯科診療科に限る。）又は歯科診療所に属する歯科医師が、他の保険医療機関（病院に限る。）において口腔機能管理を必要とする手術（以下この区分番号において「管理を要する手術」という。）を行った（手術を予定する場合を含む。以下同じ。）入院中の患者以外の患者の口腔機能の管理を行う場合
- ロ 歯科病院又は医科歯科併設の病院（歯科診療科に限る。）に属する歯科医師が、同一の保険医療機関において、管理を要する手術を行った入院中の患者以外の患者の口腔機能の管理を行う場合
- ハ 歯科病院、医科歯科併設の病院（歯科診療科に限る。）又は歯科診療所に属する歯科医師が、他の医科病院（歯科診療を行う保険医療機関を除く。）において、管理を要する手術を行った入院中の患者の口腔機能の管理を行う場合
- ニ 歯科病院又は医科歯科併設の病院（歯科診療科に限る。）に属する歯科医師が、同一の保険医療機関において、管理を要する手術を行った入院中の患者の口腔機能の管理を行う場合
- (6) (5)の規定に関わらず、歯科診療所の歯科医師が医科歯科併設の病院に入院中の患者に対して、歯科訪問診療を行い当該管理を行う場合は、周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)により算定する。ただし、入院中の保険医療機関において周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)を算定する月は算定できない。
- (7) 管理計画書を策定した保険医療機関と周術期等における口腔機能管理を実施する保険医療機関が異なる場合は、周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)及び周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)を算定する際、管理計画書又はその写しを診療録に添付するとともに、当該管理計画書の内容以外に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。
- (8) 区分番号 B 0 0 0－4 に掲げる歯科疾患管理料、区分番号 B 0 0 2 に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号 B 0 0 4－6－2 に掲げる歯科治療時医療管理料、区分番号 B 0 0 6－3－2 に掲げるがん治療連携指導料、区分番号 C 0 0 1－3 に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号 C 0 0 1－4－2 に掲げる在宅患者歯科治療時医療管理料、区分番号 C 0 0 1－5 に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、区分番号 C 0 0 1－6 に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料及び区分番号 N 0 0 2 に掲げる歯科矯正管理料を算定している同月において、周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)及び周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)は、別に算定できない。ただし、同月であっても、手術前に上記管理料を算定し、手術後において口腔機能管理を行う場合は、周術期等口腔機能

- 管理料(Ⅰ)及び周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)を算定できる。
- (9) 周術期等の口腔機能の管理を行うに当たっては、一連の管理中においては患者の主治の医師と連携し、また、入院中においては主治の医師や日常の療養上の世話を行う看護師等との間で実施内容や注意事項等の情報の共有に努める。
- (10) 周術期等の口腔機能の管理を行うに当たっては、手術前後や放射線治療等の患者の口腔機能の管理を適切に行うため、定期的に周術期等の口腔機能の管理に関する講習会や研修会等に参加し、必要な知識の習得に努める。
- B 0 0 0 - 8 周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)**
- (1) 周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)は、がん等に係る放射線治療若しくは化学療法を実施している患者(予定している患者を含む。)又は緩和ケアの対象となる患者であって、区分番号B 0 0 0 - 5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料に規定する管理計画書に基づき、歯科医師による必要な口腔機能の管理を行った場合に算定する。なお、当該管理報告書の内容又はその写しを診療録に記載又は添付する。
- (2) 口腔機能の管理を実施した場合は、①口腔内の状態の評価、②具体的実施内容や指導内容、③その他必要な内容を記載した管理報告書を作成し、患者に提供する。ただし、患者の状態に大きな変化がない場合は、少なくとも前回の管理報告書の提供日から起算して3月を超える日までに1回以上提供する。
- (3) がん等に係る手術を実施する患者について、一連の治療において手術前に放射線治療又は化学療法を実施する場合は、周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)又は周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)の「1 手術前」と周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)を同一月に算定して差し支えない。
- (4) その他周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)に係る周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)及び周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)と共通の項目は、区分番号B 0 0 0 - 6に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)及び区分番号B 0 0 0 - 7に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)の例により算定する。
- B 0 0 1 - 2 歯科衛生実地指導料**
- (1) 「1 歯科衛生実地指導料1」は、歯科疾患に罹患している患者であって、歯科衛生士による実地指導が必要なものに対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、歯及び歯肉等口腔状況の説明及び次のイ又はロの必要な事項について15分以上実施した場合に算定する。なお、う蝕又は歯周病に罹患している患者については必ずイを実施するものであること。
- イ ブラークチャート等を用いたブ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ブラーク除去方法の指導
- ロ その他、患者の状態に応じて必要な事項
- (2) 「2 歯科衛生実地指導料2」は、歯科疾患に罹患している患者のうち、基本診療料に係る歯科診療特別対応加算を算定している患者であって、歯科衛生士による実地指導が必要なものに対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、歯及び歯肉等口腔状況の説明及び次のイ又はロの必要な事項について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っては月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。なお、う蝕又は歯周病に罹患している患者については必ずイを実施する
- (2) 別に厚生労働大臣が定め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(放射線治療又は化学療法を原因とするものに限る。)、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。))及び骨吸収抑制薬関連顎骨壊死(骨露出を伴うものに限る。))又は放射線性顎骨壊死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。
- ロ 舌痛症とは、ハンター舌炎、メラウ舌炎、プランマー・ヴィンソン症候群又はペラグラであって舌の疼痛を伴うもの及び心因性によるものをいう。
- ハ 口腔軟組織の疾患(難治性のものに限る。))とは、口腔の帯状疱疹、再生不良性貧血による歯肉出血、原発性血小板減少性紫斑病による歯肉出血、血友病における歯肉出血、口腔のダリエー病、口腔のパーチェット病、口腔の結核、口腔の後天性免疫不全症候群、口腔の扁平苔癬又は口腔の白板症をいう。
- ニ 口腔乾燥症(放射線治療又は化学療法を原因とするものに限る。))とは、口腔領域以外の悪性腫瘍等の治療のため行われた放射線治療又は化学療法を原因とするものをいう。
- ホ 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、口腔内装置治療が有効であると診断され、医科保険医療機関又は医科歯科併設の医療機関の担当科の医師からの診療情報提供(診療情報提供料の様式に準じるもの)に基づき、口腔内装置治療を必要とするものをいう。
- ヘ 骨吸収抑制薬関連顎骨壊死(骨露出を伴うものに限る。))又は放射線性顎骨壊死とはビスフォスホネート製剤若しくは抗RANKL抗体製剤等の骨吸収抑制薬の投与又はがん等に係る放射線治療を原因とする顎骨壊死をいう。
- (3) 「注2」の共同療養指導計画加算は、患者の主治医(「注1」に規定する別に厚生労働大臣が定める疾患に係るものに限る。))と共同で、歯科診療に関する総合的な口腔の療養指導計画を策定し、当該患者にその内容を文書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。なお、患者の症状に変化が生じる等の理由により当該計画の見直しが必要となり、改めてその内容を文書により提供した場合は再度算定する。
- また、共同療養指導計画加算を算定した場合は、患者に提供した療養指導計画に係る文書の写しを診療録に添付するとともに、共同療養指導計画の策定に関わった患者の主治医(「注1」に規定する別に厚生労働大臣が定める疾患に係るものに限る。))の保険医療機関名及び氏名を診療録に記載する。
- (4) 診療に基づき計画的な診療計画を立てている場合であって、必要やむを得ない場合に限り、看護に当たっている患者の家族等を通して療養上の指導を行ったときは、歯科特定疾患療養管理料を算定する。
- (5) 歯科特定疾患療養管理料は、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする者に対し、実際に主病を中心とした療養上必要な指導が行われていない場合又は実態的に主病の口腔領域における症状に対する治療が当該保険医療機関では行われていない場合は算定できない。
- (6) 主病とは、当該患者の全体的な医学管理が必要となる主たる特定疾患をいい、対診又は依頼により検査のみを行っている保険医療機関は算定できない。

- ものであること。
- イ ブラークチャート等を用いたブ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ブラーク除去方法の指導
- ロ その他、患者の状態に応じて必要な事項
- (3) 「注1」及び「注2」に規定する文書とは、(1)及び(2)に掲げる指導等の内容、口腔衛生状態(う蝕又は歯周病に罹患している患者はブラークの付着状況を含む。)、指導の実施時刻(開始時刻と終了時刻)、保険医療機関名、主治の歯科医師の氏名及び当該指導を行った歯科衛生士の氏名が記載されたものをいう。
- (4) 患者に対する当該指導の内容の情報提供は、「1 歯科衛生実地指導料1」を算定する場合は当該指導の初回時に行い、「2 歯科衛生実地指導料2」を算定する場合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。このほか、患者自身によるブラークコントロールの状況、指導の内容に変化があったとき等に行うこととするが、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。
- (5) 主治の歯科医師は、歯科衛生士に患者の療養上必要な指示を十分に行うとともに、歯科衛生士に行った指示内容等の要点を診療録に記載する。
- (6) 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。
- (7) 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。
- (8) 歯科衛生実地指導料を算定した保険医療機関は、毎年7月1日現在で名称、常勤非常勤ごとの歯科衛生士数等を地方厚生(支)局長に報告する。

- B 0 0 1 - 3 歯周病患者画像活用指導料**
- (1) 区分番号B 0 0 0 - 4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B 0 0 0 - 6に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)、区分番号B 0 0 0 - 7に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)、区分番号B 0 0 0 - 8に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)、区分番号B 0 0 2に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号C 0 0 1 - 3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C 0 0 1 - 5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号C 0 0 1 - 6に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料のいずれかの管理料を算定している患者であって歯周病に罹患しているものに対し、ブラークコントロールの動機付けを目的として、口腔内カラー写真を用いて療養上必要な指導及び説明を行った場合に算定する。
- (2) 写真撮影に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (3) 撮影した口腔内カラー写真は、診療録に添付又はデジタル撮影した画像を電子媒体に保存して管理する。
- B 0 0 2 歯科特定疾患療養管理料**
- (1) 歯科特定疾患療養管理料は、別に厚生労働大臣が定める疾患に掲げる疾患を主病とする患者に対して、治療計画に基づき、服薬、栄養等の療養上の指導を行った場合に月2回に限り算定する。なお、当該管理を行った場合は、症状及び管理内容の要点を診療録に記載する。
- (7) 再診が電話等により行われた場合は、歯科特定疾患療養管理料は算定できない。

- B 0 0 3 特定薬剤治療管理料**
- (1) アミノ配糖体抗生物質、グリコペプチド系抗生物質等を数日間以上投与している入院中の患者について、投与薬剤の血中濃度を測定し、その測定結果をもとに投与量を精密に管理した場合、月1回に限り算定する。
- (2) 特定薬剤治療管理料を算定するグリコペプチド系抗生物質とは、バンコマイシン及びテイコoplanonをいう。
- (3) 薬剤の血中濃度、治療計画の要点を診療録に記載する。
- (4) 初回月加算とは、投与中の薬剤の安定した血中至適濃度を得るため頻回の測定が行われる初回月に限り、注4に規定する点数を加算するものをいい、薬剤を変更した場合は算定できない。
- (5) 特殊な薬物血中濃度の測定及び計画的な治療管理のうち、特に本項を準用する必要があるものは、その都度当局に内議し、最も近似する測定及び治療管理として準用が通知された算定方法により算定する。
- B 0 0 4 悪性腫瘍特異物質治療管理料**
- 悪性腫瘍特異物質治療管理料は、悪性腫瘍と既に確定診断がされた患者に対し行った腫瘍マーカー検査に基づき実施するが、腫瘍マーカー及び悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定する場合は、医科点数表の区分番号B 0 0 1の3に掲げる悪性腫瘍特異物質治療管理料及び医科点数表の区分番号D 0 0 9に掲げる腫瘍マーカーの例により算定する。
- B 0 0 4 - 1 - 2 がん性疼痛緩和指導管理料**
- (1) がん性疼痛緩和指導管理料は、歯科医師が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がん患者に対して、WHO方式のがん性疼痛の治療法(がんの痛みからの解放—WHO方式がんの疼痛治療法—第2版)に従って副作用対策を含めた計画的な治療管理を継続して行い、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り、当該薬剤に関する指導を行い、当該薬剤を処方した日に算定する。なお、当該指導は、当該薬剤の効果及び副作用に関する説明、疼痛時に追加する臨時的薬剤の使用法に関する説明を含める。
- (2) がん性疼痛緩和指導管理料は、緩和ケアの経験を有する歯科医師(緩和ケアに係る研修を受けた者に限る。))が当該指導管理を行った場合に算定する。
- (3) がん性疼痛緩和指導管理料を算定する場合は、麻薬の処方前の疼痛の程度(疼痛の強さ、部位、性状、頻度等)、麻薬の処方後の効果判定、副作用の有無、治療計画及び指導内容の要点を診療録に記載する。
- B 0 0 4 - 1 - 3 がん患者指導管理料**
- 医科点数表の区分番号B 0 0 1の23に掲げる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。
- B 0 0 4 - 1 - 4 入院栄養食事指導料**
- (1) 入院栄養食事指導料1は、入院中であって、別に厚生労働大臣が定める特別食が必要と認めた者又は次のいずれかに該当する者に対し、歯科医師と医師との連携により、当該保険医療機関の管理栄養士が初回にあっては概ね30分以上、2回目にあつては概ね20分以上、療養のため必要な栄養の指導を行った場合に入院中2回に限り算定する。ただし、1

	週間に1回に限る。また、入院栄養食事指導料2は、有床診療所において、当該診療所以外の管理栄養士が当該診療所に勤務する歯科医師と医師との連携により、指導（対面に限る。）を行った場合に算定する。
イ	がん患者
ロ	摂食機能又は嚥下機能が低下した患者
ハ	低栄養状態にある患者
(2)	摂食機能又は嚥下機能が低下した患者とは、歯科医師及び連携した医師が、硬さ、付着性、凝集性などに配慮した嚥下調整食（日本摂食嚥下リハビリテーション学会の分類に基づく。）に相当する食事を要すると判断した患者をいう。
(3)	低栄養状態にある患者とは、次のいずれかを満たす患者をいう。
イ	血中アルブミンが3.0g/dL以下である患者
ロ	歯科医師及び連携した医師が栄養管理により低栄養状態の改善を要すると判断した患者
(4)	歯科医師は、診療録に連携した医師の氏名及び連携内容の要点を記載する。また、管理栄養士は、患者ごとに栄養指導記録を作成するとともに、当該栄養指導記録に指導を行った献立又は食事計画の例についての総カロリー、栄養素別の計算及び指導内容の要点を記載する。
(5)	その他入院栄養食事指導料の医科と共通の項目は、医科点数表の区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料の例により算定する。
B004-1-5	外来緩和ケア管理料
	医科点数表の区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料の例により算定する。
B004-1-6	外来リハビリテーション診療料
	医科点数表の区分番号B001-2-7に掲げる外来リハビリテーション診療料の例により算定する。
B004-1-7	外来放射線照射診療料
	医科点数表の区分番号B001-2-8に掲げる外来放射線照射診療料の例により算定する。
B004-2	手術前医学管理料
	医科点数表の区分番号B001-4に掲げる手術前医学管理料の例により算定する。
B004-3	手術後医学管理料
	医科点数表の区分番号B001-5に掲げる手術後医学管理料の例により算定する。
B004-6-2	歯科治療時医療管理料
(1)	歯科治療時医療管理料は、高血圧性疾患、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管障害、喘息、慢性気管支炎、糖尿病、甲状腺機能低下症、甲状腺機能亢進症、副腎皮質機能不全、てんかん、慢性腎臓病（腎代替療法を行う患者に限る。）の患者、人工呼吸器を装着している患者又は在宅酸素療法を行っている患者に対して、歯科治療時における患者の全身状態の変化等を把握するため、患者の血圧、脈拍、経皮的動脈血酸素飽和度を経時的に監視し、必要な医療管理を行った場合に算定する。
(2)	歯科治療時医療管理料を算定する保険医療機関は、全身状態の把握、管理等に必要な機器、機材等が整備されていること。
(3)	管理内容及び患者の全身状態の要点を診療録に記載する。

	チ 複合型サービス事業所（介護保険法第8条第23項に規定する複合型サービスを提供する施設のことをいう。）
(4)	初回の指導とは、入院の原因となった疾患が比較的落ち着いた段階で、退院後の生活を見越し、当該地域で導入可能な介護等サービス等の情報について、患者や医療関係者と情報共有することで、患者がより適切な療養場所を選択することに資するものをいい、2回目の指導とは、実際の退院を前に、最終的なケアプラン等作成のための指導を行う等の指導を想定したものをいう。
(5)	介護支援等連携指導料の算定に当たっては、行った指導の内容等について、患者又はその家族等に提供した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指導内容がある場合は、その要点を診療録に記載する。
(6)	介護支援等連携指導料を算定するに当たり共同指導を行う介護支援専門員又は相談支援専門員は、介護等サービスの導入を希望する患者の選択によるものであり、患者が選択した場合は、当該保険医療機関に併設する居宅介護事業所等の介護支援専門員又は指定特定相談支援事業者等の相談支援専門員であっても介護支援等連携指導料の算定を妨げるものではない。
(7)	同日に区分番号B015に掲げる退院時共同指導料2の「注3」に規定する加算を算定すべき介護支援専門員又は相談支援専門員を含めた共同指導を行った場合は、介護支援等連携指導料あるいは退院時共同指導料2の「注3」に規定する加算の両方を算定できない。
B005	開放型病院共同指導料Ⅰ
	医科点数表の区分番号B002に掲げる開放型病院共同指導料Ⅰの例により算定する。
B006	開放型病院共同指導料Ⅱ
	医科点数表の区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料Ⅱの例により算定する。
B006-3	がん治療連携計画策定料、B006-3-2 がん治療連携指導料
	医科点数表の区分番号B005-6に掲げるがん治療連携計画策定料及び医科点数表の区分番号B005-6-2に掲げるがん治療連携指導料の例により算定する。
B006-3-3	がん治療連携管理料
	医科点数表の区分番号B005-6-3に掲げるがん治療連携管理料の例により算定する。
B006-3-4	療養・就労両立支援指導料
	医科点数表の区分番号B001-9に掲げる療養・就労両立支援指導料の例により算定する。
B007	退院前訪問指導料
	医科点数表の区分番号B007に掲げる退院前訪問指導料の例により算定する。
B008	薬剤管理指導料
	医科点数表の区分番号B008に掲げる薬剤管理指導料の例により算定する。
B008-2	薬剤総合評価調整管理料
	医科点数表の区分番号B008-2に掲げる薬剤総合評価調整管理料の例により算定する。
B009	診療情報提供料Ⅰ
	医科点数表の区分番号B009に掲げる診療情報提供料Ⅰの例により算定する。
B009-2	電子的診療情報評価料
	医科点数表の区分番号B009-2に掲げる電子的診療情報評価料の例により算定する。

B004-9	介護支援等連携指導料
(1)	介護支援等連携指導料とは、入院の原因となった疾患・障害や入院時に行った患者の心身の状況等の総合的な評価の結果を踏まえ、退院後に介護サービス又は障害福祉サービス、地域相談支援若しくは障害児通所支援（以下この区分において「介護等サービス」という。）を導入することが適当であると考えられ、また、本人も導入を望んでいる患者が、退院後により適切な介護等サービスを受けられるよう、入院中から居宅介護支援事業者等の介護支援専門員（ケアマネジャー）又は指定特定相談支援事業者若しくは指定障害児相談支援事業者（以下この区分において「指定特定相談支援事業者等」という。）の相談支援専門員と連携し退院後のケアプラン又はサービス等利用計画若しくは障害児支援利用計画（以下この区分において「ケアプラン等」という。）の作成につなげることを評価するものである。
(2)	介護支援等連携指導料は、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた看護師、歯科衛生士、社会福祉士、薬剤師、言語聴覚士、その他、退院後に導入が望ましい介護等サービスから考え適切な医療関係職種が、患者が入院前にケアプラン作成を担当していた介護支援専門員若しくは相談支援専門員又は退院後のケアプラン等の作成を行うため患者が選択した居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者、介護保険施設等の介護支援専門員若しくは指定特定相談支援事業者等の相談支援専門員と共同して、患者に対し、患者の心身の状況等を踏まえ導入が望ましいと考えられる介護等サービスや、当該地域において提供可能な介護等サービス等の情報を提供した場合に入院中2回に限り算定する。
(3)	こでいう介護保険施設等とは、介護保険の給付が行われる保健医療サービス又は福祉サービスを提供する施設であって、次の施設をいうものとする。
イ	介護老人福祉施設（介護保険法（平成9年法律第123号）第8条第22項に規定する地域密着型介護老人福祉施設及び同条第27項に規定する介護老人福祉施設のことをいう。）
ロ	介護保険法第8条第28項に規定する介護老人保健施設
ハ	健康保険法等の一部を改正する法律（平成18年法律第83号）附則第130条の2第1項の規定によりなおその効力を有するものとされた同法第26条の規定による改正前の介護保険法第8条第26項に規定する介護療養型医療施設
ニ	介護保険法第8条第29項に規定する介護医療院
ホ	特定施設（介護保険法第8条第11項に規定する特定施設、同条第21項に規定する地域密着型特定施設及び第8条の2第9項に規定する介護予防特定施設入居者生活介護を提供する施設のことをいい、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）第192条の2に規定する外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護を受けている患者が入居する施設を含む。）
ヘ	認知症対応型グループホーム（介護保険法第8条第20項に規定する認知症対応型共同生活介護及び同法第8条の2第15項に規定する介護予防認知症対応型共同生活介護を提供する施設のことをいう。）
ト	小規模多機能居宅介護事業所（介護保険法第8条第19項に規定する小規模多機能型居宅介護及び同法第8条の2第14項に規定する介護予防小規模多機能型居宅介護を提供する施設のことをいう。）

B010	診療情報提供料Ⅱ
	医科点数表の区分番号B010に掲げる診療情報提供料Ⅱの例により算定する。
B011	診療情報連携共有料
(1)	診療情報連携共有料は、医科の保険医療機関と歯科の保険医療機関の間で診療情報を共有することにより、質の高い診療が効率的に行われることを評価するものである。
(2)	慢性疾患を有する患者又は歯科診療を行う上で特に全身的な管理の必要性を認め検査結果や診療情報を確認する必要がある患者において、当該患者の同意を得て、別の保険医療機関に当該患者の診療情報の提供を文書により求めた場合に算定する。
(3)	当該別の保険医療機関に対して、診療情報の提供を求めるに当たっては、次の事項を記載した文書を患者又は当該別の保険医療機関に交付する。また、交付した文書の写しを診療録に添付すること。
イ	患者の氏名、生年月日、連絡先
ロ	診療情報の提供依頼目的（必要に応じて、傷病名、治療方針等を記載すること）
ハ	診療情報の提供を求める医療機関名
ニ	診療情報の提供を求める内容（検査結果、投薬内容等）
ホ	診療情報の提供を依頼する保険医療機関名及び担当医名
(4)	診療情報連携共有料を算定するに当たっては、保険医療機関と連携を図り、必要に応じて問い合わせに対応できる体制（窓口の設置など）を確保していること。
(5)	保険医療機関ごとに患者1人につき、診療情報の提供を求めた日の属する月から起算して3月に1回に限り算定する。
(6)	区分番号B009に掲げる診療情報提供料Ⅰにより紹介した月から起算して3月以内に、同一の保険医療機関に対して当該患者の診療情報の提供を求めた場合において、診療情報連携共有料は別に算定できない。
B011-3	薬剤情報提供料
	医科点数表の区分番号B011-3に掲げる薬剤情報提供料の例により算定する。
B011-4	退院時薬剤情報管理指導料
	医科点数表の区分番号B014に掲げる退院時薬剤情報管理指導料の例により算定する。
B012	傷病手当金意見書交付料
	医科点数表の区分番号B012に掲げる傷病手当金意見書交付料の例により算定する。
B013	新製有床義歯管理料
(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行い、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場合又は総義歯を装着している場合
- 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場合
- (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。
- (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有床義歯の裏装を行った場合は、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の「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。
- (6) 有床義歯の新製が予定されている月に旧義歯の修理を行い、区分番号M029に掲げる有床義歯修理を算定した場合は、「注2」の規定に関わらず、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の「1 有床義歯の場合」を算定し、新製した有床義歯の装着時に新製有床義歯管理料を算定して差し支えない。
- (7) 有床義歯の新製が予定されている月に、やむを得ず旧義歯の調整が必要となり有床義歯の調整を行った場合は区分番号H001-2に掲げる歯科口腔リハビリテーション料1の「1 有床義歯の場合」を算定し、新製した有床義歯の装着時は「注2」の規定に関わらず、新製有床義歯管理料を算定する。
- (8) 有床義歯を新製した月と同一に、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、区分番号M029に掲げる有床義歯修理又は区分番号M030に掲げる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の「1 有床義歯の場合」のいずれかにより算定する。
- (9) 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は、同月内であっても当該処置に併せて区分番号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、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。
- (10) 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の「1 有床義歯の場合」を算定する。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、新製有床義歯管理料を算定する。
- (11) 別の保険医療機関で製作した有床義歯の管理は、装着する日の属する月であっても区分番号H001-2に掲げる歯科口腔リハビリテーション料1の「1 有床義歯の場合」により算定する。
- (12) 再診が電話等により行われた場合は、新製有床義歯管理料は算定できない。
- (13) 有床義歯に係る管理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。
- B013-3 広範顎顎骨支持型補綴物管理料

- 4」は、本文の規定にかかわらず、退院後在宅で療養を行う患者に加え、退院後に介護老人保健施設、介護医療院、介護老人福祉施設（地域密着型介護老人福祉施設を含む。）、特定施設（地域密着型特定施設を含む。）又は障害者支援施設（生活介護を行う施設又は自立訓練（機能訓練）を行う施設に限る。）、福祉型障害児入所施設若しくは医療型障害児入所施設（以下この区分において「介護施設等」という。）に入所する患者も対象となる。なお、当該患者が当該保険医療機関に併設する介護施設等に入所する場合は算定することはできない。
- (7) 退院時共同指導料1の「注2」に規定する加算は、当該患者が厚生労働大臣の定める特別な管理を必要とする者であった場合、1人の患者に対して入院中1回に限り算定する。ただし、厚生労働大臣が定める疾病等の患者は当該入院中2回に限り算定する。
- (8) 退院時共同指導料2の「注1」は、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、当該患者が入院している保険医療機関の歯科医師又は看護師等、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と在宅療養担当医療機関の歯科医師又は医師若しくは当該歯科医師又は医師の指示を受けた看護師等、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士又は在宅療養担当医療機関の医師の指示を受けた訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が共同して行った場合に算定する。
- (9) 退院時共同指導料1の「注1」においては当該患者の在宅療養担当医療機関と連携する別の保険医療機関（歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が属する保険医療機関）又は入院中の保険医療機関のいずれか、退院時共同指導料2の「注1」においては当該患者の在宅療養担当医療機関、在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーション又は入院中の保険医療機関のいずれかが、「基本診療科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（平成30年3月5日保健医 0305 第2号）」の「別添3」の「別紙2」に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く。）又は訪問看護ステーションであつて、やむを得ない事情により、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が入院中の保険医療機関に赴くことができないときは、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下この区分において「ビデオ通話」という。）が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。
- (10) 退院時共同指導料2の「注3」に規定する加算は、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、当該患者が入院している保険医療機関の歯科医師又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の医師、看護師等、歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の薬剤師、訪問看護ステーションの看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員又は相談支援専門員のいずれかのうち3人以上と共同して行った場合に算定する。
- (11) (10)における共同指導は、当該患者が入院している保険医療機関と在宅療養担当医療機

- (1) 広範顎顎骨支持型補綴物管理料とは、当該補綴物の調整に係る管理を評価したものをいい、区分番号M025-2に掲げる広範顎顎骨支持型補綴に係る補綴物の装着を行った日の属する月の翌月以降月1回に限り算定する。
- (2) 広範顎顎骨支持型補綴物管理料を算定する場合は、当該補綴物の調整方法及び調整部位を診療録に記載する。
- (3) 別の保険医療機関で装着された当該補綴物の調整を行った場合は、装着を実施した保険医療機関名及び装着時期について、患者からの情報等を踏まえ診療録に記載する。
- B014 退院時共同指導料1、B015 退院時共同指導料2
- (1) 退院時共同指導料1又は退院時共同指導料2は、保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関（以下この区分において「在宅療養担当医療機関」という。）と連携する別の保険医療機関の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養を行う患者に対して、療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の歯科医師若しくは医師又は保健師、助産師、看護師、准看護師（以下この区分「看護師等」という。）、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り、それぞれの保険医療機関において算定する。ただし、特掲診療科の施設基準等別表第三の一の二に掲げる「退院時共同指導料1及び退院時共同指導料2を二回算定できる疾病等の患者」であつて、当該入院中に2回算定する場合は、当該2回中1回はそれぞれの保険医療機関の歯科医師、医師、看護師又は准看護師が共同して指導すること。なお、当該患者の退院後の在宅療養において歯科医療を行う保険医療機関の歯科衛生士と当該患者が、入院中の保険医療機関の准看護師と共同して在宅での療養上必要な説明及び指導を行う場合は、歯科医療を担当する保険医療機関の歯科医師及び入院中の保険医療機関の医師又は看護師の指示を受けて行う。また、こ
- (2) 退院時共同指導料は、患者の家族等退院後患者の看護を担当する者に対して指導を行った場合も算定する。
- (3) 行った指導の内容等について、要点を診療録に記載するとともに、患者又はその家族等に提供した文書の写しを診療録に添付する。
- (4) 退院時共同指導料1の「1」は、在宅療養支援歯科診療所1又は在宅療養支援歯科診療所2の歯科医師が当該患者に対して、在宅療養担当医療機関との連携により、患者又はその家族等の求めに対して迅速な歯科訪問診療が可能な体制を確保し、当該担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号、診療可能日等並びに緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその家族等に対して説明の上、文書により提供した場合に算定する。
- (5) 退院時共同指導料1を算定した場合は、区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A002に掲げる再診料及び区分番号B005に掲げる開放型病院共同指導料(1)は別に算定できない。ただし、当該指導を行った日に歯科訪問診療を行った場合は、この限りでない。
- (6) 退院時共同指導料は、退院後に在宅での療養を行う患者が算定の対象となり、他の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設に入院若しくは入所する患者又は死亡退院した患者は、対象とはならない。ただし、退院時共同指導料2の「注

- 関等の関係者全員が、患者が入院している保険医療機関において共同指導することが原則であるが、やむを得ない事情により在宅療養担当医療機関等の関係者のいずれかが、患者が入院している保険医療機関に赴くことができない場合に限り、ビデオ通話が可能な機器を用いて参加したときでも算定可能である。ただし、この場合であっても、在宅療養担当医療機関等のうち2者以上は、患者が入院している保険医療機関に赴き共同指導していること。
- (12) 退院時共同指導料2の「注3」に規定する指導と同日に行う「注2」に規定する指導に係る費用及び区分番号B004-9に掲げる介護支援等連携指導料は、「注3」に規定する加算に含まれ別に算定できない。
- (13) 退院時共同指導料2の「注4」は、当該保険医療機関の退院基準、退院後に必要とされる診療に加えて退院後の在宅又は介護施設等での療養上必要な指導を行うために必要な看護及び栄養管理の状況等の情報を当該患者及び家族に医科点数表の別紙様式50を参考に文書により説明し、これを当該患者の退院後の治療等を担う他の保険医療機関のほか訪問看護ステーション、介護施設等と共有する。
- (14) (2)及び(11)において、患者の個人情報等を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末において共同指導を実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。
- (15) 退院時共同指導料2については、入院中の保険医療機関の薬剤師が指導等を行った場合は、同一日に区分番号B011-4に掲げる退院時薬剤情報管理指導料は別に算定できない。
- (16) 同一日に退院時共同指導料2と区分番号B011-4に掲げる退院時薬剤情報管理指導料を算定した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、共同指導を行った者の職種及び年月日を記載すること。

B017 肺血栓塞栓症予防管理料

- (1) 肺血栓塞栓症予防管理料とは、肺血栓塞栓症を発症する危険性が高い患者に対して、肺血栓塞栓症の予防を目的とし、必要な医学管理を行った場合を評価するものをいう。
- (2) 肺血栓塞栓症予防管理料は、病院（療養病棟を除く。）又は診療所（療養病棟に係るものを除く。）に入院中の患者であつて、肺血栓塞栓症を発症する危険性の高いものに対して、肺血栓塞栓症の予防を目的として、弾性ストッキング（患者の症状により弾性ストッキングが使用できないなどやむを得ない理由により使用する弾性包帯を含む。）又は間歇的空気圧迫装置を用いて計画的な医学管理を行った場合に、入院中1回に限り算定する。なお、当該管理料は、肺血栓塞栓症の予防を目的として弾性ストッキング又は間歇的空気圧迫装置を用いた場合に算定し、薬剤のみで予防管理を行った場合は算定できない。また、医科点数表の第1章第2部通則5に規定する入院期間が通算される再入院の場合も、それぞれ1回に限り入院中1回に限り算定する。
- (3) 肺血栓塞栓症の予防を目的として使用される弾性ストッキング及び間歇的空気圧迫装置を用いた処置に要する費用は所定点数に含まれる。なお、肺血栓塞栓症の予防を目的として弾性ストッキングが複数使用される場合も、当該費用は所定点数に含まれる。また、同一の弾性ストッキングを複数の患者に使用してはならない。

- (4) 肺血栓塞栓症の予防に係る計画的な医学管理を行うに当たっては、関係学会より示されている標準的な管理方法を踏まえ、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。
- B 0 1 8 医療機器安全管理料**
- (1) 医療機器安全管理料とは、歯科医師の指示の下に、放射線治療機器の安全管理、保守点検及び安全使用のための精度管理を行う体制を評価したものをいい、当該保険医療機関において、患者に対して照射計画に基づく放射線治療が行われた場合は、一連の照射につき当該照射の初日に1回に限り算定する。
- (2) 放射線治療機器とは、高エネルギー放射線治療装置（直線加速器）をいう。
- (3) 医療機器安全管理料を算定する当該保険医療機関は、医療機器の安全使用のための職員研修を計画的に実施するとともに、医療機器の保守点検に関する計画の策定、保守点検の適切な実施及び医療機器の安全使用のための情報収集等を適切に行う。

第2部 在宅医療

C 0 0 0 歯科訪問診療料

- (1) 歯科訪問診療料は、在宅等において療養を行っており、疾病、傷病のため通院による歯科治療が困難な患者を対象としていることから、通院が容易な者に対して安易に算定できない。この場合において、療養中の当該患者の在宅等から屋外等への移動を伴わない屋内で診療を行った場合に限り算定する。なお、歯科訪問診療を実施するに当たっては、急性症状の発症時等に即応できる環境の整備が必要ことから、歯科訪問診療料は切削器具を常時携行した場合に算定する。また、この区分番号において、診療時間については、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し、診療時間が20分未満の場合については、所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。なお、100分の70に相当する点数により算定する場合において、注6から注8まで及び注11に規定する加算又は注14に規定する減算は、100分の70に相当する点数にそれぞれの点数を加算又は減算し、注12及び注15に規定する加算は算定できない。

		同一の建物に居住する患者数		
		1人のみ (歯科訪問診療1)	2人以上9人以下 (歯科訪問診療2)	10人以上 (歯科訪問診療3)
患者1人につき	20分以上	1,036点	338点	175点
	20分未満	725点	237点	123点

- (2) 歯科訪問診療を実施する保険医療機関は、歯科訪問診療を開始する月の前月までに別に厚生労働大臣が定める基準（歯科訪問診療料の「注13」に規定する基準）を満たす旨を地方厚生（支）局長に届け出る。ただし、在宅療養支援歯科診療所1又は在宅療養支援歯科診療所2の届出を行っている場合は、この限りではない。
- (3) 歯科訪問診療を行った後に、患者又はその家族等（以下この部において「患者等」という。）が単に薬剤を受け取りに保険医療機関に来た場合は、再診料は算定できない。
- (4) 「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等のほか、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。ただし、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に入院する患者について、当該保険医療機関の歯科医師が当該患者の入院する病院の歯科医師と連携のもとに周術期等口腔機能管理及び周術期等口腔機能管理に伴う治療行為を行う場合については歯科訪問診療料及びその他の特掲診療料を算定できる。
- (5) 保険医療機関の歯科医師が、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は、「1 歯科訪問診療1」を算定する。この場合において、診療時間

設基準に応じて「イの(2)同一建物居住者の場合」又は「ロの(2)同一建物居住者の場合」により算定する。

- (9) 保険医療機関が、当該保険医療機関と別添1の第1章第2部通則7(3)に規定する特別の関係にある保険医療機関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。なお、この場合において、区分番号A 0 0 0に掲げる初診料若しくは区分番号A 0 0 2に掲げる再診料及び第2章特掲診療料を算定した場合においては、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載し、区分番号C 0 0 0に掲げる歯科訪問診療料を算定したものとみなすことができる。
- (10) (9)に規定する「特別の関係にある保険医療機関等」には、(6)のイに規定する患者が入居又は入所している施設及びロに規定する患者が受けるサービスを提供する施設が含まれる。
- (11) 「3 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人以上に対して歯科訪問診療を行う場合に算定する。この場合において、診療時間が20分未満のものについては所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。
- (12) 地域医療連携体制加算とは、歯科訪問診療が必要な通院困難な患者等が安心して在宅療養等が行えるよう、複数の保険医療機関により夜間、休日及び診療を自ら行わない時間等における緊急時の歯科診療ができる連携体制が整備されているとともに歯科訪問診療料を算定する患者の同意を得て当該患者の診療に必要な情報を他の保険医療機関の保険医等に提供及び共有すること等により、緊急時の迅速、適切な連携体制が整備されていること等を評価するものをいう。

この場合において、緊急時は連携保険医療機関の歯科医師が対応に当たることがあり得る旨を患者等に説明するとともに、当該患者の病状、直近の診療内容等、緊急時の対応に必要な診療情報を連携保険医療機関に対し文書（電子メール、ファクシミリを含む。）により適宜提供する。

なお、この連携に係る診療情報提供に係る費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

- (13) 地域医療連携体制加算の算定による複数の保険医療機関により休日夜間等における緊急時の歯科診療ができる連携体制の確保が必要な場合は、歯科訪問診療において処置、手術等が必要で治療期間中に病状が急変する可能性がある場合等を行い、病状が急変する可能性がなくなった場合は、当該加算の算定を中止する。
- (14) 地域医療連携体制加算を算定する保険医療機関は、患者等に「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」の様式21の3又はこれに準じた様式の文書を必ず提供する。なお、患者に提供した文書の写しを診療録に添付する。
- (15) 地域医療連携体制加算を算定する保険医療機関は、患者等の同意を得て、歯科訪問診療料の算定対象となる療養に必要な情報を連携保険医療機関に対してあらかじめ文書（「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」の様式21の2又はこれに準じた様式の文書に限る。）をもって提供し、その写しを診療録に添付する。また、引き続き地域医療連携体制加算の算定による緊急時等の対応が必要であり、病態の変化が生じた場合は、改めて連携保険医療機関に対し情報提供を行う。なお、連携保険医療機関等の変更にもとない患者に対し再度の情報提供を行った場合は、第1回目に含まれ別に算定できない。

- が20分未満の場合については所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。ただし、次の場合においては、診療時間が20分未満であっても「1 歯科訪問診療1」の所定点数を算定して差し支えない。
- イ 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（必要があつて救急搬送を行った場合は、区分番号C 0 0 2に掲げる救急搬送診療料を算定して差し支えない。）
- ロ 当該患者が「注6」の「著しく歯科診療が困難な者」に準じる状態又は要介護3以上に準じる状態等により、20分以上の診療が困難である場合（「注6」に掲げる加算は算定できない。）
- (6) 「2 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歯科医師が同日に9人以下の歯科訪問診療を行う場合に算定する。この場合において、診療時間が20分未満の場合については所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。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をいい、例えば次のような患者をいう。
- 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、同法第20条の5に規定する特別養護老人ホーム、同法第20条の6に規定する軽費老人ホーム、同法第29条第1項に規定する有料老人ホーム、介護保険法第8条第29項に規定する介護医療院、高齢者の居住の安定確保に関する法律（平成13年4月6日法律第26号）第5条第1項に規定するサービス付き高齢者向け住宅、マンションなどの集合住宅等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、同条第19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。）、同条第20項に規定する認知症対応型共同生活介護、同条第23項に規定する複合型サービス、同法第8条の2第7項に規定する介護予防短期入所生活介護、同条第14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。）、同法第8条の2第15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
- (7) 「2 歯科訪問診療2」による歯科訪問診療を行う場合において、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「2 歯科訪問診療2」の所定点数を算定する。（必要があつて救急搬送を行った場合は、区分番号C 0 0 2に掲げる救急搬送診療料を算定しても差し支えない。）
- (8) 同居する同一世帯の複数の患者に対して診療を行った場合など、同一の患家において2人以上9人以下の患者の診療を行った場合には、(6)の規定に関わらず、1人は「1 歯科訪問診療1」を算定し、「1 歯科訪問診療1」を算定した患者以外の患者については「2 歯科訪問診療2」を算定する。なお、「注11」に規定する歯科訪問診療補助加算の要件を満たす場合においては、「1 歯科訪問診療1」を算定した患者についても施

- (16) 当該患者の病状急変等に、連携保険医療機関の歯科医師が緊急に診療又は歯科訪問診療等を行った場合は、歯科初診料、歯科再診料、歯科訪問診療料等は診療又は歯科訪問診療等を行った歯科医師の保険医療機関が算定する。
- この場合、当該患者の病状急変等に対応して、診療又は歯科訪問診療等を行ったこと及びその際の診療内容等を、地域医療連携体制加算を算定する保険医療機関の主治医に速やかに報告し、当該主治医は治療の要点を当該患者の診療録に記載する。
- (17) 地域医療連携体制加算を算定する場合は、休日、夜間等における緊急時に対応し得るよう、できる限り患者に近隣の保険医療機関を連携保険医療機関とする。
- (18) 地域医療連携体制加算に係る連携保険医療機関においては、主治医から提供された患者の療養に必要な情報が記載された文書を緊急時に十分に活用できる状態で保管し、自ら当該患者を診療し診療録を作成した場合は、当該文書を診療録に添付する。
- (19) 地域医療連携体制加算は、1人の患者につき同一の初診で1回に限り算定する。
- (20) 特定の被保険者の求めに応ずるのではなく、保険診療を行う目的をもって定期又は不定期に在宅等へ赴き、被保険者（患者）を診療する場合は、歯科訪問診療として取り扱うことは認められず、歯科訪問診療料及びその他の特掲診療料は算定できない。
- (21) 歯科訪問診療料を算定する場合は、当該初診期間における第1回目の歯科訪問診療の際に、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、その計画の要点を診療録に記載すること。2回目以降に計画の変更を行う場合は、変更の要点を診療録に記載する。なお、2回以上の継続的な歯科訪問診療が予定される場合においては、次の診療日までの間に計画書を作成し、当該計画書の写しを診療録に添付しても差し支えない。
- (22) 「注6」の「著しく歯科診療が困難な者」とは、次に掲げる状態又はこれらに準じる状態をいう。なお、歯科診療特別対応加算を算定した場合は、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。
- イ 脳性麻痺等で身体の不随意運動や緊張が強く体幹の安定が得られない状態
 - ロ 知的発達障害等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
 - ハ 重症の喘息患者等で頻繁に治療の中断が必要な状態
 - ニ 日常生活に支障を来すような症状・行動や意識疎通の困難が頻繁に見られ歯科診療に際して家族等の援助を必要とする状態
- (23) 「注6」の「歯科治療環境に円滑に適応できるような技法」とは、歯科診療の開始に当たり、患者が歯科治療の環境に円滑に適応できるための方法として、Tell-Show-Do法などの系統的脱感作法並びにそれに準拠した方法、オペラント法、モデリング法、TEACCH法、遊戯療法、ボイスコントロール法等の患者の行動を調整する専門的技法をいう。なお、初診時歯科診療導入加算を算定した日は、患者の状態及び用いた専門的技法の名称を診療録に記載する。
- (24) 歯科訪問診療料を算定した場合において、それぞれの患者の診療に要した時間が1時間を超えた場合は、「注5」の加算を算定する。
- (25) 「注4」及び「注5」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区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料又は

区分番号B001-2に掲げる歯科衛生実施指導料の算定の対象となる指導の時間を含まない。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者に滞在又は宿泊した場合は、その患者滞在の時間は診療時間に算入しない。

- (26) 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、「（5）のイ又は（7）の場合においては急変時の対応の要点を記載し、「（5）のロの場合においては20分以上の診療が困難である理由を含め、患者の状態等を具体的に記載する。
- 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（急変時の対応の要点を含む。）
- (27) 疾病等のため通院による歯科治療が困難な場合以外の歯科訪問診療の必要性を認めない患者は、歯科訪問診療料及び歯科診療に係る費用は算定できない。
- (28) 「注5」の加算は、患者それぞれについて算定し、複数の患者に対し訪問して歯科診療を行った場合の診療時間の合算はできない。
- (29) 「注7」に規定する加算は、保険医療機関において、標榜時間内であって、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事しているときに、患者又は現にその看護に当たっている者から緊急に求められて歯科訪問診療を行った場合に算定する。
- (30) 「注7」に規定する「別に厚生労働大臣が定める時間」とは、保険医療機関において専ら診療に従事している時間であって、概ね午前9時から午後6時までの間とする。
- (31) 「注7」に規定する加算の対象となる緊急な場合とは、患者又は現にその看護に当たっている者からの訴えにより、速やかに歯科訪問診療をしなければならないと判断した場合をいい、手術後の急変等が予想される場合をいう。
- (32) 夜間（深夜の時間帯を除く。）とは概ね午後6時から翌日の午前6時まで、又は午後7時から翌日の午前7時までのように、12時間を標準として各都道府県において統一的取扱いをすることとし、深夜の取扱いは、午後10時から午前6時までとする。ただし、これらの時間帯が標榜時間に含まれる場合、夜間・休日加算及び深夜加算は算定できない。
- (33) 保険医療機関の所在地と患者の所在地との距離が16キロメートルを超える歯科訪問診療は、当該保険医療機関からの歯科訪問診療を必要とする絶対的な理由がある場合に認められるものであって、この場合において、歯科訪問診療料の算定は、16キロメートル以内の場合と同様に取り扱う。この絶対的に必要であるという根拠がなく、特に患者の希望により16キロメートルを超える歯科訪問診療をした場合の歯科訪問診療は保険診療としては算定できないことから、患者負担とする。この場合において、「保険医療機関の所在地と患者の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合」とは、当該保険医療機関を中心とする半径16キロメートルの圏域の外側に患者が所在する場合をいう。
- (34) 保険医療機関の所在地と患者の所在地との距離が16キロメートル以上の地域に居住する歯科医師に対して主治医が歯科訪問診療による対診を求めることができるのは、患者付近に他の歯科医師がいない、いても専門外である、旅行中で不在である等やむを得ない絶対的理由がある場合に限り認められる。
- (35) 「注10」に規定する交通費は実費とする。

訪問診療を実施した場合に限る。

- (43) 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。

C001 訪問歯科衛生指導料

- (1) 訪問歯科衛生指導料は、同一初診期間中に区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者等に対して、歯科訪問診療料を算定した日から起算して1月以内（ただし、歯科訪問診療を行う歯科医師により、状態が安定していると判断される場合は2月以内でも差し支えない。）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、療養に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みを行った場合は算定できない。
- (2) 訪問歯科衛生指導料は、単一建物診療患者の人数に従い算定する。ここでいう単一建物診療患者の人数とは当該患者が居住する建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関の定める歯科訪問診療の計画に基づいて訪問歯科衛生指導を行い、同一月に訪問歯科衛生指導料を算定する者（当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関において算定するものを含む。）の人数をいう。なお、ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所については、それぞれのユニットにおいて、病院については、それぞれの病棟において、訪問歯科衛生指導料を算定する人数を、単一建物診療患者の人数とみなすことができる。また、1つの患者に訪問歯科衛生指導料の対象となる同居する同一世帯の患者が2人以上いる場合は、患者ごとに「単一建物診療患者が1人の場合」を算定する。また、当該建築物において訪問歯科衛生指導を行う患者数が、当該建築物の戸数の10%以下の場合又は当該建築物の戸数が20戸未満であって、訪問歯科衛生指導を行う患者が2人以下の場合には、それぞれ「単一建物診療患者が1人の場合」を算定すること。
- (3) 訪問歯科衛生指導を行った時間とは、実際に指導を行った時間をいい、指導のための準備や患者の移動に要した時間等は含まない。
- (4) 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。
- (5) 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、ハ及び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 訪問した日の患者の状態の要点等
- (6) 訪問歯科衛生指導を行った歯科衛生士等は、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。
- (7) 訪問歯科衛生指導料を算定する月においては、区分番号B001-2に掲げる歯科衛生

- 実地指導料は算定できない。
- (8) 「注2」に規定する交通費は実費とする。(9) 訪問歯科衛生指導料を算定した保険医療機関は、毎年7月1日現在で名称、開設者及び常勤、非常勤ごとの歯科衛生士数等を地方厚生(支)局長に報告する。
- C001-3 歯科疾患在宅療養管理料
- (1) 歯科疾患在宅療養管理料とは、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である在宅療養支援歯科診療所1、在宅療養支援歯科診療所2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をいい、患者等の同意を得た上で、患者等に対して、歯科疾患の状況及び当該患者の口腔機能の評価結果等を踏まえた管理計画の内容について説明した場合に算定する。なお、当該管理料を算定する場合は、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料(I)、区分番号B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料(II)、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料(III)、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号C001-5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、区分番号C001-6に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料及びN002に掲げる歯科矯正管理料は別に算定できない。
- (2) 「注1」に規定する管理計画は、患者の歯科治療及び口腔管理を行う上で必要な全身の状態(基礎疾患の有無、服薬状況等)、口腔の状態(口腔衛生状態、口腔粘膜の状態、乾燥の有無、歯科疾患、有床義歯の状況、咬合状態等)、口腔機能の状態(咀嚼の状態、摂食・嚥下の状況及び構音の状況、食形態等)管理方法の概要及び必要に応じて実施した検査結果の要点等を含むものであり、当該患者の継続的な管理に当たって必要な事項等を診療録に記載又は管理計画書の写しを添付する。
- (3) 歯の喪失や加齢、これら以外の全身的な疾患等により口腔機能の低下を認める在宅等療養患者(口腔衛生状態不良、口腔乾燥、咀嚼機能低下、舌口唇運動機能低下、咬合力低下、低舌圧又は嚥下機能低下の7項目のうち3項目以上が該当する患者)に対して、口腔機能の回復又は維持・向上を目的として医学管理を行う場合は当該管理料を算定する。なお、この場合において、区分番号D011-2に掲げる咀嚼能力検査若しくは区分番号D011-3に掲げる咬合圧検査又は区分番号D012に掲げる舌圧検査を別に算定できる。
- (4) 「注1」に規定する管理計画は、当該管理を開始する時期、管理計画の内容に変更があったとき及びその他療養上必要な時期に策定することとするが、当該管理計画に変更がない場合はこの限りでない。
- (5) 「注1」の規定による管理計画に基づき、当該患者等に対し、その内容を文書により提供した場合は「注3」の文書提供加算を算定する。その場合においては、患者等に提供した文書の写しを診療録に添付し、その文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。ただし、患者等に提供する文書の様式は、「別紙様式3」又はこれに準じた様式とする。なお、診療日当日に患家において計画書を作成することが困難な場合においては、次の診療日までの間に計画書を作成し、当該計画書の写しを診療録に添付しても差し支えない。

る。

C001-4-2 在宅患者歯科治療時医療管理料

- (1) 在宅患者歯科治療時医療管理料は、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した日において、高血圧性疾患、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管障害、喘息、慢性気管支炎、糖尿病、甲状腺機能低下症、甲状腺機能亢進症、副腎皮質機能不全(アダム・リフキン)若しくは慢性腎臓病(腎代替療法を行う患者に限る。)の患者、人工呼吸器を装着している患者又は在宅酸素療法を行っている患者に対して、歯科治療における患者の全身状態の変化等を把握するため、患者の血圧、脈拍、経皮的動脈血酸素飽和度を経時的に監視し、必要な医療管理を行った場合に算定する。

- (2) 在宅患者歯科治療時医療管理料を算定する保険医療機関は、全身状態の把握、管理等に必要な機器、機材等を整備する。

- (3) 管理内容及び患者の全身状態を診療録に記載する。

C001-5 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料

- (1) 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料は、在宅等において療養を行っている通院困難な患者であって、口腔疾患及び摂食機能障害を有するものに対して、口腔機能の回復及び口腔疾患の重症化予防を目的として、当該患者の全身の状態、口腔内状態及び口腔機能の状態等の評価をもとに作成した管理計画に基づき、ブラークコントロール、機械的歯面清掃、スクーリング等を主体とした歯周基本治療又は摂食機能障害に対する訓練を含む指導管理等を歯科医師が1回につき20分以上実施した場合に月4回に限り算定する。当該指導管理料は、患者等の同意を得た上で、歯科疾患の状況及び当該患者の口腔機能の評価結果等を踏まえた管理計画の内容について説明した場合に算定する。

- (2) 摂食機能障害を有する患者とは、区分番号H001に掲げる摂食機能療法の対象となる患者であり、以下のいずれかに該当するものをいう。

イ 発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症により摂食機能に障害があるもの

ロ 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影によって他覚的に嚥下機能の低下が確認できるものであって、医学的に摂食機能療法の有効性が期待できるもの

- (3) 当該指導管理は、その開始に当たって、全身の状態(基礎疾患の有無、服薬状況、肺炎の既往等)、口腔の状態(口腔衛生状態、口腔粘膜の状態、口腔乾燥の有無、歯科疾患、有床義歯の状況、咬合状態等)、口腔機能(咀嚼の状態、摂食・嚥下の状況及び構音の状況、食形態等)等のうち患者の状態に応じた口腔管理に当たって必要な評価及び歯周病検査(無歯顎者を除く。)を行い、当該計画の要点を診療録に記載又は当該管理計画書の写しを診療録に添付する。2回目以降の管理計画については、変更があった場合にその要点を診療録に記載する。

- (4) 歯の喪失や加齢、これら以外の全身疾患等により口腔機能の低下を認める在宅等療養患者(口腔衛生状態不良、口腔乾燥、咀嚼機能低下、舌口唇運動機能低下、咬合力低下、低舌圧又は嚥下機能の7項目のうち3項目以上が該当する患者)に対して、口腔機能の回復又は維持・向上を目的として医学管理を行う場合は当該管理料を算定する。なお、この場合において、区分番号D011-2に掲げる咀嚼能力検査、区分番号D011-3に掲げ

- (6) 歯科疾患在宅療養管理料を算定した月は、患者等に対して、少なくとも1回以上の管理計画に基づく管理を行う。なお、当該管理を行った場合は、診療録にその要点を記載する。
- (7) 「注4」の在宅総合医療管理加算は、糖尿病の患者、骨吸収抑制薬投与中の患者、感染性心内膜炎のハイリスク患者、間節リウマチの患者又は血液凝固阻止剤投与中の患者であって、別の医科の保険医療機関の当該疾患の担当医から歯科治療を行うに当たり、診療情報提供料に定める様式に基づいた文書により患者の全身状態や服薬状況等についての必要な診療情報の提供を受け、適切な総合医療管理を実施した場合に算定する。なお、算定に当たっては当該疾患の担当医からの情報提供に関する内容及び担当医の保険医療機関名等について診療録に記載又は提供文書の写しを添付する。
- (8) 「注5」に規定する栄養サポートチーム等連携加算1は、当該保険医療機関の歯科医師が、当該患者の入院している他の保険医療機関の栄養サポートチーム、口腔ケアチーム又は摂食嚥下チーム等の多職種からなるチームの構成員としてカンファレンス及び回診等に参加し、それらの結果に基づいてカンファレンス等に参加した日から起算して2月以内に「注1」に規定する管理計画を策定した場合に、月に1回に限り算定する。
- (9) 「注6」に規定する栄養サポートチーム等連携加算2は、当該患者が介護福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、介護療養施設、介護保険法第8条第11項に規定する特定施設若しくは同条第21項に規定する地域密着型特定施設に入所している場合又は同条第20項に規定する認知症対応型共同生活介護を受けている場合において、当該保険医療機関の歯科医師が、当該患者の入所施設で行われた、経口による継続的な食事摂取を支援するための食事観察又は介護施設職員等への口腔管理に関する技術的助言・協力及び会議等に参加し、それらの結果に基づいて食事観察等に参加した日から起算して2月以内に「注1」に規定する管理計画を策定した場合に、月に1回に限り算定する。
- (10) 「注5」又は「注6」に掲げる加算を算定した場合には、(5)に示す管理計画の要点に加え、(8)のカンファレンス及び回診又は(9)の食事観察及び会議等の開催日及びこれらのカンファレンス等の内容の要点を診療録に記載又はこれらの内容がわかる文書の控えを添付する。なお、2回目以降については当該月にカンファレンス等に参加していない場合も算定できるが、少なくとも前回のカンファレンス等の参加日から起算して6月を超える日までに1回以上参加すること。
- (11) 歯科疾患在宅療養管理料は、区分番号B013に掲げる新製有床義歯管理料又は区分番号H001-2に掲げる歯科口腔リハビリテーション料1(「1 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。
- (12) 再診が電話等により行われた場合は、歯科疾患在宅療養管理料は算定できない。

- (13) 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準別表の5のロ「歯科医師が行う場合」又は指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成18年厚生労働省告示127号)別表5のロ「歯科医師が行う場合」を算定し、「注1」に規定する管理計画の内容を含む管理計画を策定している場合においては、当該管理料を算定したものとみなすことができる。なお、その場合においては、当該患者の継続的な管理に当たって必要な事項等を診療録に記載又は管理計画書の写しを診療録に添付するとともに、居宅療養管理指導費を算定した旨及び直近の算定日を診療報酬明細書の備考欄に記載す

る咬合圧検査又は区分番号D012に掲げる舌圧検査を別に算定できる。

- (5) 「注6」に規定する栄養サポートチーム等連携加算1は、当該保険医療機関の歯科医師が、当該患者の入院している他の保険医療機関の栄養サポートチーム、口腔ケアチーム、摂食嚥下チームの構成員としてカンファレンス及び回診等に参加し、それらの結果に基づいてカンファレンス等に参加した日から起算して2月以内に「注1」に規定する管理計画を策定した場合に、月に1回に限り算定する。

- (6) 「注7」に規定する栄養サポートチーム等連携加算2は、当該患者が介護福祉施設、介護保険施設又は介護療養施設、老人福祉法第20条の4に規定する養護老人ホーム、同法第20条の6に規定する軽費老人ホーム、同法第29条第1項に規定する有料老人ホーム、介護保険法第8条第20項に規定する認知症対応型共同生活介護、高齢者の居住の安定確保に関する法律第5条第1項に規定するサービス付き高齢者向け住宅に入所している場合において、当該保険医療機関の歯科医師が、当該患者の入所施設で行われた、経口による継続的な食事摂取を支援するための食事観察若しくは介護施設職員等への口腔管理に関する技術的助言・協力及び会議等に参加し、それらの結果に基づいて食事観察等に参加した日から起算して2月以内に「注1」に規定する管理計画を策定した場合に、月に1回に限り算定する。

- (7) 「注6」又は「注7」に掲げる加算を算定した場合には、(3)に示す管理計画の要点に加え、(5)のカンファレンス及び回診又は(6)の食事観察及び会議等の開催日、時間及びこれらのカンファレンス等の内容の要点を診療録に記載又はこれらの内容がわかる文書の控えを添付する。なお、2回目以降については当該月にカンファレンス等に参加していない場合も算定できるが、少なくとも前回のカンファレンス等の参加日から起算して6月を超える日までに1回以上参加すること。

- (8) 当該指導管理の実施に当たっては、必要に応じて当該患者の主治の医師又は介護・福祉関係者等と連携を図りながら実施すること。

- (9) 当該指導管理の実施に当たっては、管理計画に基づいて、定期的な口腔機能評価(摂食機能評価を含む)をもとに、その効果判定を行う必要がある。なお、診療録に当該指導管理の実施時刻(開始時刻と終了時刻)、指導管理の内容の要点等を記載する。

- (10) 当該指導管理を行う場合においては、歯周病検査を1回以上実施すること。この場合において、歯周病検査は、歯周基本検査又は歯周精密検査に準じて実施するが、やむを得ず患者の状態等により歯周ポケット測定が困難な場合は歯肉の発赤・腫脹の状態及び歯石の沈着の有無等により歯周組織の状態の評価を行う。なお、無歯顎患者に対しては、口腔粘膜の発赤・腫脹の状態等の評価を行う。

- (11) 当該指導管理は、「注1」に規定する管理計画に基づき、必要に応じて摂食機能障害に対する訓練を含む指導管理等又はブラークコントロール、機械的歯面清掃、スクーリング等を主体とした歯周基本治療を実施する。ただし、1月に1回以上摂食機能障害に対する訓練を含む指導管理を実施すること。

- (12) 当該指導管理における摂食機能障害に対する訓練等は、摂食機能評価の結果に基づいて、区分番号H001に掲げる摂食機能療法に準じて実施する。また、摂食機能障害に対する指導管理の一部として、食事形態についての指導等を実施した場合は、当該指導管理料を算定する。

- (13) 当該指導管理を開始後、必要があつて歯周ポケットに特定薬剤を注入した場合は区分番号Ⅰ０１０に掲げる歯周疾患処置及び特定薬剤料を算定する。
- (14) 当該指導管理料を算定した日以降に実施した区分番号Ⅱ００２に掲げる歯周病検査、区分番号Ⅱ００２－５に掲げる歯周病部分的再評価検査、区分番号Ⅲ００１に掲げる摂食機能療法（歯科訪問診療以外で実施されるものを除く）、区分番号Ⅰ０１１に掲げる歯周基本治療、区分番号Ⅰ０１１－２に掲げる歯周病安定期治療（Ⅰ）、区分番号Ⅰ０１１－２－２に掲げる歯周病安定期治療（Ⅱ）、区分番号Ⅰ０１１－３に掲げる歯周基本治療処置、区分番号Ⅰ０２９－２に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置及び区分番号Ⅰ０３０に掲げる機械的歯面清掃処置は、当該指導管理料に含まれ別に算定できない。
- (15) 当該指導管理を開始する以前に、区分番号Ⅱ００２に掲げる歯周病検査を含む歯周病の治療を実施している場合においては、当該指導管理料は算定できない。ただし、歯周病の治療を開始後に摂食機能障害に対する訓練等が必要となつた場合においては、当該指導管理料を算定できる。

Ｃ００１－６ 小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料

- (１) 小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション管理料は、15 歳未満の在宅等において療養を行っている通院困難な患者であつて、口腔機能の発達不全を認めるもの、口腔疾患又は摂食機能障害を有するものに対して、口腔衛生状態の改善、口腔機能の向上及び口腔疾患の重症化予防を目的として、当該患者の全身の状態、口腔内の状態及び口腔機能の状態等の評価をもとに作成した管理計画に基づき、口腔内清掃及び患者等に対する実地指導等を主体とした口腔管理又は摂食機能障害に対する訓練を含む指導管理等を歯科医師が１回につき 20 分以上実施した場合に月４回に限り算定する。当該指導管理料は、患者又はその家族等の同意を得た上で、これらの者に対して、歯科疾患の状況及び当該患者の口腔機能の評価結果等を踏まえた管理計画の内容について説明した場合に算定する。
- (２) 当該指導管理は、その開始に当たつて、全身の状態（基礎疾患の状況、食事摂取の状況、呼吸管理の方法等）、口腔の状態（口腔衛生状態、歯科疾患等）、口腔機能（口腔周囲筋の状態、摂食・嚥下の状況等）等のうち患者の状態に応じた口腔管理に当たつて必要な評価を行い、当該計画の要点を診療録に記載又は当該管理計画書の写しを診療録に添付する。2 回目以降の管理計画については、変更があつた場合にその要点を記載する。
- (３) 当該指導管理の実施に当たつては、必要に応じて当該患者の主治の医師又は介護・福祉関係者等と連携を図りながら実施すること。
- (４) 当該指導管理の実施に当たつては、管理計画に基づいて、定期的な口腔機能評価（口腔衛生状態の評価及び摂食機能評価を含む）をもとに、その効果判定を行う必要がある。なお、診療録に当該指導管理の実施時刻（開始時刻と終了時刻）、指導管理の内容の要点等を記載する。
- (５) 当該指導管理における摂食機能障害に対する訓練等は、摂食機能評価の結果に基づいて、区分番号Ⅲ００１に掲げる摂食機能療法に準じて実施する。また、摂食機能障害に対する指導管理の一部として、食事形態についての指導等を実施した場合は、当該指導管理料を算定する。
- (６) 当該指導管理料を算定した日以降に実施した区分番号Ⅱ００２に掲げる歯周病検査、区分番号Ⅲ００１に掲げる摂食機能療法（歯科訪問診療以外で実施されるものを除く。）、

区分番号Ⅰ０１１に掲げる歯周基本治療、区分番号Ⅰ０１１－３に掲げる歯周基本治療処置、区分番号Ⅰ０２９－２に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置及び区分番号Ⅰ０３０に掲げる機械的歯面清掃処置は、当該指導管理料に含まれ別に算定できない。

Ｃ００２ 救急搬送診療料

医科点数表の区分番号Ｃ００４に掲げる救急搬送診療料の例により算定する。

Ｃ００３ 在宅患者訪問薬剤管理指導料

医科点数表の区分番号Ｃ００８に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料の例により算定する。

Ｃ００４ 退院前在宅療養指導管理料

医科点数表の区分番号Ｃ１００に掲げる退院前在宅療養指導管理料の例により算定する。

Ｃ００５ 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料、Ｃ００５－２ 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料

医科点数表の区分番号Ｃ１０８に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料及び医科点数表の区分番号Ｃ１０８－２に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料の例により算定する。

Ｃ００７ 在宅患者連携指導料

(１) 在宅患者連携指導料とは、在宅での療養を行っている患者の診療情報等を、当該患者の診療等を担う保険医療機関等の医療関係職種間で文書等により共有し、それぞれの職種が当該診療情報等を踏まえ診療を行う取組を評価するものをいう。

例えば、在宅での療養を行っている一人の患者に対して、医科の保険医療機関の医師と歯科医師がそれぞれ訪問診療により当該患者の診療を担っている場合において、医師が訪問診療を行った際に得た当該患者の全身の状態に関する診療情報を歯科医師に対して文書等で提供し、歯科医師が当該患者の歯科訪問診療時に、その情報を踏まえた指導を行った場合に算定する。

(２) 在宅での療養を行っている患者であつて通院が困難な者に対して、患者の同意を得て、月２回以上医療関係職種間で文書等（電子メール、ファクシミリでも可）により共有された情報を基に、指導等を行った場合に、月１回に限り算定する。なお、当該指導等を患者の家族に対して行った場合でも算定する。

(３) 単に医療関係職種間で当該患者に関する診療情報を交換したのみの場合や訪問看護や訪問薬剤指導を行うよう指示を行ったのみでは算定できない。

(４) 他職種から情報提供を受けた場合は、できる限り速やかに患者への指導等に反映させるよう留意する。また、当該患者の療養上の指導に関する留意点がある場合は、速やかに他職種に情報提供するよう努める。

(５) 他職種から受けた診療情報の内容及びその情報提供日並びにその診療情報を基に行った診療の内容又は指導等の内容の要点及び診療日診療録に記載する。

Ｃ００８ 在宅患者緊急時等カンファレンス料

(１) 在宅患者緊急時等カンファレンス料とは、在宅での療養を行っている患者の状態の急変や診療方針の変更等の際、当該患者に対する診療等を行う医療関係職種等が一堂に会す等、カンファレンスを行うことにより、より適切な治療方針を立てること及び当該カンファレンスの参加者の間で診療方針の変更等の的確な情報共有を可能とすることは、患者及びその家族が安心して療養生活を行う上で重要であることから、そのような取組を評価するものをいう。

(２) 在宅患者緊急時等カンファレンス料は、在宅での療養を行っている患者の病状が急変し

以外の場所でのカンファレンスを希望する場合はこの限りでない。

(８) 在宅での療養を行っている患者の診療を担う歯科医師は、当該カンファレンスに参加した医療関係職種等の氏名、カンファレンスの要点、患者に行った指導の要点及びカンファレンスを行った日を診療録に記載する。

た場合や、診療方針の大幅な変更等の必要が生じた場合に、患家を訪問し、関係する医療関係職種等が共同でカンファレンスを行い、当該カンファレンスで共有した当該患者の診療情報を踏まえ、それぞれの職種が患者に対し療養上必要な指導を行った場合に月２回に限り算定する。なお、当該カンファレンスを行った日と異なる日に当該指導を行った場合でも算定するが、当該カンファレンスを行った日以降速やかに指導を行う。

(３) 当該カンファレンスは、関係者全員が患家に赴き実施することが原則であるが、やむを得ない事情により関係者全員が患家に赴き実施することができない場合は、以下のイ及びロを満たすときに限り、関係者のうちいずれかがリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下この区分において「ビデオ通話」という。）が可能な機器を用いて参加した場合でも算定可能である。

イ 当該カンファレンスに３者以上が参加すること

ロ 当該３者のうち２者以上は、患家に赴きカンファレンスを行っていること

なお、当該保険医療機関がビデオ通話が可能な機器を用いて当該カンファレンスに参加しても差し支えない。

(４) また、関係者のうちいずれかが、「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（平成 30 年 3 月 5 日保医発 0305 第 2 号）」の「別添 3」の「別紙 2」に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が 400 床以上の病院、ＤＰＣ対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料 1 のみを届け出ている病院を除く。）等に所属する場合においては、以下のイからハまでを満たすときは、関係者のうちいずれかがビデオ通話が可能な機器を用いて参加した場合でも算定可能である。

イ 当該カンファレンスを当該月に 2 回実施する場合の 2 回目のカンファレンスであること

ロ 当該 2 回目のカンファレンスに３者以上が参加すること

ハ ロにおいて、当該３者のうち１者以上は、患家に赴きカンファレンスを行っていること

(５) (３)及び(４)において、患者の個人情報等を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。

(６) 在宅患者緊急時等カンファレンス料は、カンファレンスを行い、当該カンファレンスで共有した当該患者の診療情報を踏まえた療養上必要な指導を行った場合に、当該指導を行った日に算定することとし、区分番号Ａ０００に掲げる初診料、区分番号Ａ００２に掲げる再診料、区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料は併せて算定できない。

また、必要に応じ、カンファレンスを行った日以降に当該指導を行う必要がある場合は、カンファレンスを行った日以降できる限り速やかに指導を行う。なお、当該指導とは、区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定する訪問診療とは異なるが、例えば、当該指導とは別に継続的に実施している訪問診療を当該指導を行った日と同日に行う場合は、当該指導を行った日において歯科訪問診療料を併せて算定することは可能である。

(７) 当該カンファレンスは、原則として患家で行うこととするが、患者又はその家族が患家

第3部 検査

通則

- 検査に用いた薬剤料は別に算定するが、投薬及び注射の手技料は別に算定できない。
- 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。また、腫瘍マーカーは、医科点数表の区分番号D009に掲げる腫瘍マーカーの例により算定する。
- 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分かる記録を診療録に添付する。
- 第3部に規定する検査料以外の検査料の算定は、医科点数表の例により算定する。この場合において、薬剤及び特定保険医療材料の使用に当たっては、医科点数表の第2章第3部第5節に掲げる薬剤料及び第6節に掲げる特定保険医療材料の例により算定する。

第1節 検査料

D000 電気的根管長測定検査

電気的根管長測定検査とは、電気的抵抗を応用して根管長を測定するものをいい、1歯につき1回に限り所定点数を算定する。ただし、2以上の根管を有する歯にあっては、2根管目以上は1根管を増すごとに所定点数に15点を加算する。

D001 細菌簡易培養検査

細菌簡易培養検査は、感染根管処置後の根管貼薬処置期間中に行った場合に、1歯1回につき算定する。なお、微生物学的検査判断料は、所定点数に含まれ別に算定できない。

D002 歯周病検査

- 歯周病検査とは、歯周病の診断に必要な歯周ポケット測定、ブローピング時の出血の有無、歯の動揺度の検査、ブラークの付着状況の検査及び歯肉の炎症状態の検査をいい、当該検査は、1口腔単位で実施する。また、2回目以降の歯周病検査は、歯周基本治療等の効果、治療の成否、治療に対する反応等を把握し、治療の判断又は治療計画の修正及び歯周外科手術を実施した後に歯周組織の変化の比較検討等を目的として実施する。歯周病検査の実施は、「歯周病の診断と治療に関する指針」（平成30年3月日本歯科医学会）を参考とする。
- 歯周基本検査及び歯周精密検査は、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。
- 歯周基本検査は、1点以上の歯周ポケット測定及び歯の動揺度検査を行った場合に算定する。
- 歯周精密検査は、4点以上の歯周ポケット測定、ブローピング時の出血の有無、歯の動揺度及びブラークチャートを用いてブラークの付着状況を検査した場合に算定する。
- 混合歯列期歯周病検査は、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、ブラークチャートを用いたブラークの付着状況及びブローピング時の出血の有無の検査を行った場合に算定する。なお、混合歯列期歯周病検査に基

動を水平面と矢状面において、それぞれ連続的な運動路として描記するものをいう。

- チェックバイト検査とは、下顎の偏心運動時の歯による下顎の誘導状態が不明確な患者に対して、顔弓（フェイスボウ）を使用して顎関節に対する上顎の位置関係を記録し、ワックス等の記録材を用いて咬頭嵌合位又は中心位その他前方位及び側方位での上下顎関係を採得した上で、上下顎模型を付着した半調節性咬合器を使用して顎路傾斜度を測定するものをいう。

D010 歯冠補綴時色調採得検査

- 「歯冠補綴時色調採得検査（1枚につき）」は、「注」に規定するレジン前装金属冠又は硬質レジンジャケット冠の製作に当たって、当該補綴物の色調を決定するための方法として、隣在歯等と色調見本を同時にカラー写真で撮影する方法で行う。なお、両側の隣在歯等にレジン前装金属冠等の歯冠補綴物が装着されている場合等、隣在歯等が色調比較可能な天然歯ではない場合においては算定できない。
- 口腔内カラー写真撮影は、色調の確認が可能である適切な倍率で撮影した場合において、歯冠補綴歯1歯につき、1枚に限り算定できる。
- 複数歯を同時に製作する場合において、同一画像内に当該歯、色調見本及び隣在歯等が入る場合は、歯冠補綴を行う歯数に関わらず、1枚として算定する。
- 歯冠補綴時色調採得検査は、区分番号M003に掲げる印象採得又は区分番号M008に掲げるブリッジの試適を行ったいずれかの日に算定する。
- 写真撮影に係る費用は所定点数に含まれ別に算定できない。
- 撮影した口腔内カラー写真は、歯科技工指示書及び診療録に添付する。なお、デジタル撮影した場合においては、当該画像を電子媒体に保存して管理しても差し支えない。また、この場合において、歯科技工指示書については、当該画像を保存した電子媒体を添付しても差し支えない。

D011 有床義歯咀嚼機能検査

- 有床義歯咀嚼機能検査とは、区分番号I017-1-3に掲げる舌接触補助床、区分番号M018に掲げる有床義歯、区分番号M019に掲げる熱可塑性樹脂有床義歯、区分番号M025に掲げる口蓋補綴、顎補綴又は区分番号M025-2に掲げる広範囲顎骨支持型補綴（以下この区分番号、区分番号D011-2及びD011-3において「有床義歯等」という。）の装着時の下顎運動、咀嚼能力又は咬合圧を測定することにより、有床義歯等の装着による咀嚼機能の回復の程度等を客観的かつ総合的に評価し、有床義歯等の調整、指導及び管理を効果的に行うことを目的として行うものであり、有床義歯等を新製する場合において、新製有床義歯等の装着前及び装着後のそれぞれについて実施する。
- 「1のイ 下顎運動測定と咀嚼能力測定を併せて行う場合」とは、下顎運動測定と咀嚼能力測定を同日に実施するものをいい、「2のイ 下顎運動測定と咬合圧測定を併せて行う場合」とは、下顎運動測定と咬合圧測定を同日に実施するものをいう。
- 下顎運動測定とは、三次元的に下顎の運動路を描記可能な歯科用下顎運動測定器（非接触型）を用いて、咀嚼運動経路を測定する検査をいう。
- 咀嚼能力測定とは、グルコース分析装置（グルコース含有グミゼリー咀嚼時のグルコース溶出量を測定するもの）を用いて、咀嚼能率を測定する検査をいう。

づく歯周基本治療は、区分番号I011-1の1に掲げるスクーリングにより算定する。

- 混合歯列期の患者の歯周組織の状態及び歯年齢等により混合歯列期歯周病検査以外の歯周病検査を行う場合は、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、永久歯の歯数に応じた歯周基本検査の各区分により算定する。なお、この場合において後継永久歯が先天性に欠如している乳歯については、永久歯の歯数に含めて差し支えない。
- 乳歯列期の患者の歯周病検査は、「3 混合歯列期歯周病検査」により算定する。
- 「注」に規定する第2回目以降の検査については、前回検査を実施した日から起算して1月以内に実施した場合に、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

D002-5 歯周病部分的再評価検査

- 歯周病部分的再評価検査（以下「部分的再評価」という。）とは、区分番号J063に掲げる歯周外科手術を行った部位に対して、歯周病の治療の状態の評価を目的として実施する検査であり、4点以上の歯周ポケット測定、ブローピング時の出血の有無並びに必要に応じて歯の動揺度及びブラークチャートを用いてブラークの付着状況を検査した場合に算定する。
- 部分的再評価は、手術後1回に限り算定する。
- 区分番号C001-5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、区分番号I011-2に掲げる歯周病安定期治療(Ⅰ)及び区分番号I011-2-2に掲げる歯周病安定期治療(Ⅱ)の算定期間中は算定できない。
- 区分番号D002に掲げる歯周病検査と同日に行う部分的再評価は、歯周病検査に含まれ別に算定できない。

D009 顎運動関連検査

- 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をいい、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1装置につき1回のみを算定とする。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も、1回の算定とする。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。
- 顎運動関連検査とは、当該検査を実施することにより支台歯とボンティックの数の合計が6歯以上のブリッジ、多数歯欠損に対する有床義歯の適切な製作が可能となる場合又は少数歯欠損において顎運動に係る検査を実施することにより適切な欠損補綴が可能となる場合に行うものをいう。
- 下顎運動路描記法とは、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をいう。
- ゴシックアーチ描記法とは、上顎に対する下顎の位置が不明確な患者に対して、咬合採得時の水平的顎位を決めるためにゴシックアーチトレーサーを用いて、口外法又は口内法で描記するものをいう。
- パントグラフ描記法とは、全調節性咬合器を使用する場合に下顎の前方運動と側方運

- 咬合圧測定とは、歯科用咬合力計を用いて、咬合力及び咬合圧分布等を測定する検査をいう。
- 新製有床義歯等の装着前及び装着後のそれぞれにおいて当該検査を実施する場合は、装着前に「1 有床義歯咀嚼機能検査1」を算定した場合は装着後も「1 有床義歯咀嚼機能検査1」を、装着前に「2 有床義歯咀嚼機能検査2」を算定した場合は装着後も「2 有床義歯咀嚼機能検査2」を算定する。
- 新製有床義歯等の装着前の有床義歯咀嚼機能検査を2回以上実施した場合は、1回目の検査を行ったときに限り算定する。
- 新製有床義歯等の装着後の有床義歯咀嚼機能検査は、新製有床義歯等の装着日の属する月から起算して6月以内を限度として、月1回に限り算定する。なお、新製有床義歯等の装着前に「1のイ 下顎運動測定と咀嚼能力測定を併せて行う場合」又は「2のイ 下顎運動測定と咬合力測定を併せて行う場合」を実施した場合は、装着後必要に応じて「1のロ 咀嚼能力測定のみを行う場合」又は「2のロ 咬合圧測定のみを行う場合」を実施した後、「1のイ 下顎運動測定と咀嚼能力測定を併せて行う場合」又は「2のイ 下顎運動測定と咬合力測定を併せて行う場合」によって総合的な咀嚼機能の評価を行うことが望ましい。
- 有床義歯咀嚼機能検査は、当該患者が次のいずれかに該当する場合に限り算定する。
 - 区分番号B013に掲げる新製有床義歯管理料の「2 困難な場合」に準じる場合
 - 区分番号I017-1-3に掲げる舌接触補助床を装着する場合
 - 区分番号J109に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術の(5)に準じる場合
 - 区分番号M018に掲げる有床義歯又は区分番号M019に掲げる熱可塑性樹脂有床義歯を装着する患者であって、左右第二大臼歯を含む臼歯が4歯以上欠損している場合（第三大臼歯は歯数に含めない。）
 - 区分番号M025に掲げる口蓋補綴、顎補綴を装着する場合
- 新製有床義歯等の装着時又は有床義歯等の調整時に当該検査を行う場合は、区分番号B013に掲げる新製有床義歯管理料、B013-3に掲げる広範囲顎骨支持型補綴物管理料又は区分番号H001-2に掲げる歯科口腔リハビリテーション料1と同日に算定できる。
- 区分番号I017-1-3に掲げる舌接触補助床若しくは区分番号M025に掲げる口蓋補綴、顎補綴を装着する場合であって、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の「2 舌接触補助床の場合」若しくは「3 その他の場合」を算定している患者又は区分番号J109に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術の(5)に準じる場合であって、B013-3に掲げる広範囲顎骨支持型補綴物管理料を算定している患者について、咀嚼機能検査を行う必要がある場合については、当該患者の装着する装置を新製しない場合においても当該検査を算定できる。
- 検査に係る費用は所定点数に含まれ別に算定できない。

D011-2 咀嚼能力検査

- 咀嚼能力検査とは、グルコース分析装置（グルコース含有グミゼリー咀嚼時のグルコース溶出量を測定するもの）を用いて咀嚼能率を測定する検査をいう。
- 当該検査は、問診、口腔内所見又は他の検査所見から加齢等による口腔機能の低下が

- 疑われる患者に対し、口腔機能低下症の診断を目的として実施した場合に算定する。なお、区分番号B0004に掲げる歯科疾患管理料、区分番号C0013に掲げる歯科疾患在宅療養管理料又は区分番号C0015に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定し、継続的な口腔機能の管理を行っている患者について、6月に1回に限り算定する。
- (3) 有床義歯等の調整を同日に行った場合は、区分番号B0133に掲げる広範囲顎骨支持型補綴物管理料又は区分番号H0012に掲げる歯科口腔リハビリテーション料1を別に算定する。
- (4) 検査に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- D0113 咬合圧検査**
- (1) 咬合圧検査とは、歯科用咬合力計を用いて、咬合力及び咬合圧の分布等を測定する検査をいう。
- (2) 当該検査は、問診、口腔内所見又は他の検査所見から加齢等による口腔機能の低下が疑われる患者に対し、口腔機能低下症の診断を目的として実施した場合に算定する。なお、区分番号B0004に掲げる歯科疾患管理料、C0013に掲げる歯科疾患在宅療養管理料又は区分番号C0015に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定し、継続的な口腔機能の管理を行っている患者について、6月に1回に限り算定する。
- (3) 有床義歯等の調整を同日に行った場合は、区分番号B0133に掲げる広範囲顎骨支持型補綴物管理料又は区分番号H0012に掲げる歯科口腔リハビリテーション料1を別に算定する。
- (4) 検査に係る費用は所定点数に含まれ別に算定できない。
- D012 舌圧検査**
- (1) 舌圧検査とは、舌の運動機能を評価する目的で、舌を口蓋部に押し上げるときの圧力を舌圧計を用いて測定するものをいう。
- (2) 当該検査は、問診、口腔内所見又は他の検査所見から加齢等による口腔機能の低下が疑われる患者に対し、口腔機能低下症の診断を目的として実施した場合に算定する。なお、区分番号B0004に掲げる歯科疾患管理料、区分番号C0013に掲げる歯科疾患在宅療養管理料又は区分番号C0015に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定し、継続的な口腔機能の管理を行っている患者について、6月に1回に限り算定する。
- (3) (2)以外に、「注2」に規定する患者に対して舌の運動機能を評価する目的で当該検査を行った場合は、月2回に限り算定する。なお、この場合において、区分番号B0133に掲げる広範囲顎骨支持型補綴物管理料、区分番号H0012に掲げる歯科口腔リハビリテーション料1の「2 舌接触補助床の場合」若しくは「3 その他の場合」、区分番号I0171-3に掲げる舌接触補助床、区分番号M025に掲げる口蓋補綴、顎補綴又は区分番号M025-2に掲げる広範囲顎骨支持型補綴と同日に算定して差し支えない。
- (4) 有床義歯等の調整と同日に行った場合は区分番号H0012に掲げる歯科口腔リハビリテーション料1を別に算定する。

第4部 画像診断

通則

- 片側性の顎関節症で健側を対照として撮影する場合は、医科における耳・肘・膝等の対称器官と同様に、診断料、撮影料とも健側の撮影についても患側と同一部位の同時撮影を行った場合と同じ取扱いとする。
- 歯科用エックス線フィルムを使用した歯科エックス線撮影で「通則2」及び「通則3」に該当する場合は二等分法撮影に加え、必要があつて埋伏歯に対し偏心投影を行った場合や蝕歯に対し咬翼法撮影を行った場合等である。
- 全顎撮影の場合とは、歯科用エックス線フィルム10枚から14枚を用いて、全顎にわたり歯、歯槽骨等のエックス線撮影を行うものをいい、診断料及び撮影料は撮影枚数にかかわらず所定点数により算定する。この場合において、使用したフィルムは撮影枚数に応じ14枚を限度とする。なお、デジタル撮影の場合であっても全顎撮影は10回から14回行うものとし、撮影回数にかかわらず所定点数により算定するが、フィルム料は別に算定できない。
- 全顎撮影に複数日を要した場合であっても、一連の全顎撮影として3と同様の方法により算定する。
- デジタル撮影とは、CCDセンサー、cMOSセンサー又はイメージングプレートを用いたデジタルラジオグラフィによるものをいう。
- 歯科用3次元エックス線断層撮影とは、部位限定エックス線C T診断装置又はアーム型エックス線C T診断装置を用いて局所的な撮影を行い、歯科疾患を3次的に確認する撮影をいう。
- 「通則4」に規定する時間外緊急院内画像診断加算
 - 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する。
 - 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、時間外等の定義は、区分番号A000に掲げる初診料の時間外加算等における定義と同様である。
 - 同一患者に同日に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回に限り算定する。
 - 入院中の患者に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。
 - 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等を診断した場合は算定できない。
 - 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つて、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ような重篤な場合をいう。
- 「通則5」に規定する電子画像管理加算
 - 「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、デジタル撮影した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

- 「注2」に規定する患者に対して、摂食機能療法と同日に当該検査を実施した場合は、区分番号H001に掲げる摂食機能療法と別に当該検査を算定できる。
 - 検査に係る費用は所定点数に含まれ別に算定できない。
- D013 精密触覚機能検査**
- 精密触覚機能検査は、口腔・顎・顔面領域の手術等に伴う神経障害や帯状疱疹や骨髄炎等に起因する神経障害によって生じる神経症状（感覚の異常）を呈する患者に対して、当該検査に関する研修を受講したものが、Semmes-Weinstein monofilament setを用いて知覚機能を定量的に測定した場合に1月に1回に限り算定する。なお、検査の実施に当たっては、「精密触覚機能検査の基本的な考え方」（平成30年3月日本歯科医学会）を遵守するとともに、検査結果は関係学会の定める様式又はこれに準ずる様式に記録し、診療録に添付すること。
 - 当該検査に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

- 合にも当該加算を算定するが、本加算を算定した場合は当該フィルムは算定できない。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は、電子画像管理加算は算定できない。
- 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。
 - 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は算定できない。
- 9 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、コンピューター断層撮影（C T撮影）、磁気共鳴コンピューター断層撮影（MR I撮影）又は歯科用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、夜間又は休日に撮影された画像については、当該専ら画像診断を担当する歯科医師が、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で、画像の読影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で読影及び診断を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する歯科医師に報告した場合も算定できる。その際には、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たり、安全管理を確保に行った上で実施すること。また、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。
- 10 歯科画像診断管理加算を算定した月にあつては、医科点数表の第2章第4部通則に規定する画像診断管理加算は算定できない。
- 11 遠隔画像診断を行った場合は、送信側の保険医療機関において撮影料、診断料及び歯科画像診断管理加算1又は歯科画像診断管理加算2（当該加算の算定要件を満たす場合に限る。）を算定する。受信側の保険医療機関における診断等に係る費用は受信側、送信側の保険医療機関間における相互の合議に委ねる。
- 12 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コンピューター断層撮影（C T撮影）、磁気共鳴コンピューター断層撮影（MR I撮影）又は歯科用3次元エックス線断層撮影について、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報告した場合も算定できる。その際に

は、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たり、安全管理を確実に行った上で実施すること。また、受信側又は送信側の保険医療機関が受信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。

13 画像診断のために使用した造影剤は、区分番号E301に掲げる造影剤により算定する。

14 エックス線写真撮影の際に失敗等により、再撮影をした場合は再撮影に要した費用は算定できない。再撮影に要した費用は、その理由が患者の故意又は重大な過失による場合を除き、当該保険医療機関の負担とする。

第1節 診断料

E000 写真診断

- (1) 歯科エックス線撮影とは、歯科用エックス線フィルムを用いて撮影した場合及び専用の装置を用いてデジタル映像化処理を行った場合をいう。
- (2) 歯科用エックス線フィルムとは、標準型、小児型、咬合型及び咬翼型等であって、歯、歯槽骨等の撮影に用いるフィルムをいう。
- (3) 単純撮影の「その他の場合」とはカビネ、オルソパントモ型等のフィルムを顎関節全体、顎全体等に用いて撮影した場合をいう。
- (4) パナグラフィー、スタスエックス2による場合は、診断料は「1のロ その他の場合」により、撮影料は区分番号E100に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織の「1のロ その他の場合」により算定する。
- (5) 単純撮影の「1のロ その他の場合」により上下顎の全顎撮影を行った場合は、2枚目までは所定点数により算定し、3枚目及び4枚目は「通則2」及び「通則3」により算定する。
- (6) 顎関節に対して選択的なパノラマ断層撮影ができる特殊装置により、顎関節疾患（発育異常、外傷、炎症、腫瘍、顎関節強直症、代謝異常、顎関節症）について、パノラマエックス線フィルム（オルソパントモ型フィルム）を使用して、咬頭嵌合位、最大開口位、安静位等の異なった下顎位で分割撮影を行った場合は、分割数にかかわらず、一連につき、診断料は「2のイ 歯科パノラマ断層撮影」により、撮影料は区分番号E100に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織の「2のイ 歯科パノラマ断層撮影」により算定する。
- (7) 顎関節の機能診断（下顎頭の運動量とその経過を計量的に比較観察する方法）を目的とする一連の規格エックス線撮影の診断料は、「2のロ 歯科パノラマ断層撮影以外の場合」により、撮影料は区分番号E100に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織の「2のロ 歯科パノラマ断層撮影以外の場合」により算定する。
- (8) (7)の「規格エックス線撮影」は、特殊な顎関節規格撮影装置を用いて、主として各顎位（中心咬合位、安静咬合位、開口経過中の異音発生位、開口経過中の発痛位、最大開口位、後退位等）における顎関節を撮影し、異位相における関節窩と下顎頭との対応状況の変化をトレーシングペーパー上に描記したものを座標上に重ねて、下顎頭の運動量とその経過を計量的に比較し経過の観察を行うものをいう。症状の変化を描記したトレーシングペーパーは診療録に添付する。

- (9) 撮影を行った場合は、所定点数及び造影剤の使用による加算点数のみにより算定する。
- (5) 造影剤使用撮影とは、顎関節腔、上顎洞又は唾液腺に造影剤を注入して行った場合をいう。
- E101 造影剤注入手技
- 造影剤注入手技は、顎関節腔、上顎洞又は唾液腺に造影剤の注入を行った場合に算定する。

第3節 基本的エックス線診断料

E200 基本的エックス線診断料

医科点数表の区分番号E004に掲げる基本的エックス線診断料の例により算定する。

第4節 フィルム及び造影剤料

E300 フィルム

6歳未満の乳幼児に対して撮影を行う場合は、損耗量を考慮して材料価格に1.1を乗じて算定する。

<画像診断の端数処理方法>

- (1) 小数点以下の端数がある場合は、第1節診断料と第2節撮影料及び第4節フィルム料のそれぞれについて端数処理を行い、合算した点数が請求点数となる。
- (例) 同一部位に対し、同時にカビネ型2枚を使用して単純撮影（アナログ撮影）を行った場合
- | | | | | | | | |
|--------------|------|---|-------|---|--------|---|------|
| 診断料 | 85点 | + | 85/2点 | = | 127.5点 | → | 128点 |
| 撮影料 | 65点 | + | 65/2点 | = | 97.5点 | → | 98点 |
| カビネ2枚分のフィルム代 | 37円 | × | 2/10 | = | 7.4点 | → | 7点 |
| 請求点数 | 128点 | + | 98点 | + | 7点 | = | 233点 |
- (2) 全顎撮影以外の歯科エックス線撮影（アナログ撮影）に限り、歯科用エックス線フィルム1枚を単位として第1節診断料、第2節撮影料及び第4節フィルム料を合算し、端数処理を行う。
- (例) 1枚の場合
- 20点（診断料）+25点（撮影料）+（28円/10）点（フィルム料）=47.8点→48点
- (例) 5枚の場合
- 48点（1枚当たりの請求点数）×5枚=240点

- (9) 顎関節疾患について、パノラマエックス線フィルムを使用し、パノラマ断層による分割撮影を行った場合は、顎関節を構成する骨の形態及び解剖学的な相対位置、下顎窩に対する下顎頭の位置、下顎頭の移動量等の所見を診療録に記載する。
- (10) 他の保険医療機関において撮影したフィルムについての診断料は、撮影方法別及び撮影部位別に1回に限り算定する。したがって、同一方法により同一部位に対して撮影したエックス線フィルムの診断は、撮影した枚数にかかわらず1回に限り算定する。
- (11) 区分番号E000に掲げる写真診断の「1 単純撮影」及び「4 造影剤使用撮影」について、一連の症状を確認するため、同一部位に対して撮影を行った場合における、2枚目以降の撮影に係る写真診断は、各区分の所定点数の100分の50により算定する。なお、同一部位であっても一連の症状確認ではなく、前回撮影時の画像では診断困難な異なる疾患に対する診断を目的に撮影した場合においては、各区分の所定点数により算定する。
- (12) 歯科用3次元エックス線断層撮影は、歯科用エックス線撮影又は歯科パノラマ断層撮影で診断が困難な場合であって、当該画像撮影の必要性が十分認められる次のいずれかを3次元的に確認する場合に算定する。
- イ 埋伏智歯等、下顎管との位置関係
- ロ 顎関節症等、顎関節の形態
- ハ 顎裂等、顎骨の欠損形態
- ニ 腫瘍等、病巣の広がり
- ホ その他、歯科用エックス線撮影又は歯科パノラマ断層撮影で確認できない位置関係や病巣の広がり等を確認する特段の必要性が認められる場合
- (13) 歯科用3次元エックス線断層撮影に係る診断料は、実施した撮影の回数にかかわらず、月1回の算定とし、初回の撮影を実施する日に算定する。
- (14) 同月内において、入院及び外来の両方で、歯科用3次元エックス線断層撮影を実施した場合においては、入院又は外来の別にかかわらず、月1回に限り算定する。
- (15) 当該医療機関以外の医療機関で撮影したフィルムについて診断を行った場合は、初診料を算定した日に限り、歯科用3次元エックス線断層撮影に係る診断料を算定する。
- (16) 写真診断を行った場合は、診断に係る必要な所見を診療録に記載する。
- (17) その他は、医科点数表の第2章第4部第1節に掲げるエックス線診断料の例により算定する。

第2節 撮影料

E100 歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織

- (1) 第1節診断料の区分番号E000に掲げる写真診断の(1)から(8)までは、本区分についても同様である。
- (2) 歯科用3次元エックス線断層撮影は、疾患の種類等にかかわらず、所定点数のみにより算定する。
- (3) 「注4」に規定する「3 歯科用3次元エックス線断層撮影」における「造影剤を使用した場合」とは、腔内注射等により造影剤使用撮影を行った場合をいう。
- (4) 造影剤を使用しない歯科用3次元エックス線断層撮影を行い、引き続き造影剤を使用

第5部 投薬

通則

- 1 「通則4」については、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。
- 2 医科点数表の第2章第5部に掲げる投薬（区分番号F400に掲げる処方箋料を除く。）の例により算定する。

第5節 処方箋料

F400 処方箋料

- (1) 同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を院外処方箋により投薬することは、原則として認められない。
- 万一緊急やむを得ない事態が生じこのような方法による投薬を行った場合は、当該診療報酬明細書の「摘要欄」に、その日付及び理由を記載する。なお、注射器、注射針又はその両者のみを処方箋により投与することは認められない。
- (2) (1)にいう「緊急やむを得ない事態」とは、常時院外処方箋による投薬を行っている患者に対して、患者の症状等から緊急に投薬の必要性を認めて臨時的に院内投薬を行った場合又は常時院内投薬を行っている患者に対して当該保険医療機関で常用していない薬剤を緊急かつ臨時的に院外処方箋により投薬した場合をいう。
- (3) 同一患者に対し処方箋を交付した同日に抜歯直後等の必要から屯服薬を投与する場合、当該処方料は処方箋料に含まれる。
- (4) その他は、医科点数表の区分番号F400に掲げる処方箋料（(8)から(10)までを除く。）の例により算定する。

第6部 注 射

通則

- 1 第1節に掲げられていない注射であって簡単な注射は、基本診療料に包括されているため、第2節の薬剤料のみにより算定する。
- 2 第6部に掲げる注射以外の注射は、医科点数表の第2章第6部に掲げる通則の例により算定する。

第1節 注射料

医科点数表の第2章第6部第1節に掲げる注射料（医科点数表の区分番号G003-3に掲げる肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、医科点数表の区分番号G005-4に掲げるカフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入、医科点数表の区分番号G007に掲げる腱鞘内注射、医科点数表の区分番号G008に掲げる骨髄内注射、医科点数表の区分番号G009に掲げる脳脊髄腔注射、医科点数表の区分番号G011に掲げる気管内注入、医科点数表の区分番号G012に掲げる結膜下注射、医科点数表の区分番号G012-2に掲げる自家血清の眼球注射、医科点数表の区分番号G013に掲げる角膜内注射、医科点数表の区分番号G014に掲げる球後注射、医科点数表の区分番号G015に掲げるテノン氏嚢内注射、医科点数表の区分番号G016に掲げる硝子体内注射及び医科点数表の区分番号G017に掲げる腋窩多汗症注射を除く。）の例により算定する。

第7部 リハビリテーション

通則

- 1 第1節リハビリテーション料に掲げられていないリハビリテーションのうち、簡単なリハビリテーションのリハビリテーション料は、算定できないが、特殊なリハビリテーションのリハビリテーション料は、その都度当局に内議し、最も近似するリハビリテーションとして準用が通知された算定方法により算定する。
- 2 各区分におけるリハビリテーションの実施に当たっては、特に定める場合を除き、全ての患者の機能訓練の内容の要点及び実施時刻（開始時刻と終了時刻）を診療録等へ記載する。
- 3 頸関節疾患の治療にマイオモニターを使用した場合、1回につき医科点数表の区分番号H002に掲げる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頸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。
- 4 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、医科点数表の区分番号H002に掲げる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も同様の取扱いとする。
- 5 第7部に掲げるリハビリテーション以外のリハビリテーションは、医科点数表の第2章第7部リハビリテーションに掲げる通則2及び通則3の例により算定する。

第1節 リハビリテーション料

H000 脳血管疾患等リハビリテーション料

脳血管疾患等リハビリテーション料は、医科点数表の区分番号H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料の例により算定する。ただし、音声・構音障害を持つ患者に対して言語機能に係る訓練を行った場合に算定する。

H000-3 廃用症候群リハビリテーション料

廃用症候群リハビリテーション料は、医科点数表の区分番号H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料の例により算定する。ただし、音声・構音障害を持つ患者に対して言語機能に係る訓練を行った場合に算定する。

H001 摂食機能療法

- (1) 摂食機能療法は、摂食機能障害を有する患者に対して、個々の患者の症状に対応した診療計画書に基づき、医師又は歯科医師若しくは医師又は歯科医師の指示の下に言語聴覚士、看護師、准看護師、歯科衛生士、理学療法士又は作業療法士が1回につき30分以上訓練指導を行った場合に4回に限り算定する。ただし、治療開始日から起算して3月以内の患者に限っては、1日につき算定する。なお、摂食機能障害者とは、次のいずれかに該当する患者をいう。
 - イ 発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳卒中等による後遺症により摂食機能に障害があるもの
 - ロ 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影によって他覚的に嚥下機能の低下が確認できる

は区分番号B013に掲げる新製有床義歯管理料の「注2」の規定に関わらず、区分番号B013に掲げる新製有床義歯管理料を算定する。

- (7) 有床義歯を新製した月と同一に、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、区分番号M029に掲げる有床義歯修理又は区分番号M030に掲げる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、区分番号B013に掲げる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。
 - (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、同月内に区分番号B013に掲げる新製有床義歯管理料は算定できない。
 - (9) 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。
 - (10) 「2 舌接触補助床の場合」は、区分番号I017-1-3に掲げる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、当該装置の調整又は指導を行い、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の要点を診療録に記載する。
 - (11) 「3 その他の場合」は、区分番号M025に掲げる口蓋補綴、顎補綴により算定した、口蓋補綴装置、顎補綴装置、発音補助装置、発音補整装置、ホッツ床（哺乳床）又はオクルーザルランプを付与した口腔内装置を装着している場合に、当該装置の調整、患者又は患者の保護者に対する当該装置の使用方法等の指導、訓練又は修理を行い、口腔機能の回復又は向上を図った際に算定する。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。
 - (12) 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。
- #### H001-3 歯科口腔リハビリテーション料2
- (1) 顎関節症を有する患者であって、区分番号I017に掲げる口腔内装置の「注」に規定する顎関節治療用装置を装着している患者に対して、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、別の保険医療機関で製作した口腔内装置を装着している場合においても、当該リハビリテーション料により算定する。
 - (2) 当該装置の調整・修理を行う場合にあっては、区分番号I017-2に掲げる口腔内装置調整・修理により算定する。
 - (3) 実施内容等の要点を診療録に記載する。
- #### H002 障害児（者）リハビリテーション料
- 障害児（者）リハビリテーション料は、医科点数表の区分番号H007に掲げる障害児（者）リハビリテーション料の例により算定する。ただし、音声・構音障害を持つ患者に対

- のものであって、医学的に摂食機能療法の有効性が期待できるもの
- (2) 摂食機能療法の実施に当たっては、診療録に当該療法の実施時刻（開始時刻と終了時刻）、療法の内容の要点等を記載する。
 - (3) 医師又は歯科医師の指示の下に言語聴覚士、看護師、准看護師又は歯科衛生士が行う嚥下訓練は、摂食機能療法として算定する。
 - (4) 「2 30分未満の場合」については、脳卒中の発症後14日以内の患者に対し、15分以上の摂食機能療法を行った場合に算定できる。なお、脳卒中の発症後14日以内の患者であっても、30分以上の摂食機能療法を行った場合には「1 30分以上の場合」を算定できる。
 - (5) 「注2」に掲げる経口摂取回復促進加算1又は2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（経口摂取回復促進加算1を算定する場合に限る。）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、いずれか一方に限り算定する。
 - (6) 「注2」に掲げる経口摂取回復促進加算1又は2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。
 - (7) その他摂食機能療法の医科と共通の項目は、医科点数表の区分番号H004に掲げる摂食機能療法の例により算定する。

H001-2 歯科口腔リハビリテーション料1

- (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、1月以内に限り算定する。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のロ 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) 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、区分番号B013に掲げる新製有床義歯管理料は算定できない。
- (5) 有床義歯の新製が予定されている月に旧義歯の修理を行い、区分番号M029に掲げる有床義歯修理を算定した場合は、区分番号B013に掲げる新製有床義歯管理料の「注2」の規定に関わらず、「1 有床義歯の場合」を算定し、新製した有床義歯の装着時に区分番号B013に掲げる新製有床義歯管理料を算定して差し支えない。
- (6) 有床義歯の新製が予定されている月に、やむを得ず旧義歯の調整が必要となり有床義歯の調整を行った場合は「1 有床義歯の場合」を算定し、新製した有床義歯の装着時

して言語機能に係る訓練を行った場合に限り算定する。

H 0 0 3 がん患者リハビリテーション料

- (1) がん患者リハビリテーション料とは、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算定するものを行い、がんの種類や進行、がんに対して行う治療及びそれに伴って発生する副作用又は障害等について十分な配慮を行った上で、がんやがんの治療により生じた疼痛、筋力低下、障害等に対して、二次的障害を予防し、運動器の低下や生活機能の低下予防・改善することを目的として種々の運動療法、日常生活活動訓練、物理療法、応用的動作能力、社会的適応能力の回復等を組み合わせて個々の症例に応じて行った場合について算定する。
- (2) がん患者リハビリテーションは、対象となる患者に対して、歯科医師の指導監督の下、がん患者リハビリテーションに関する適切な研修を修了した言語聴覚士が個別に 20 分以上のリハビリテーションを行った場合を 1 単位として、1 日につき 6 単位に限り算定する。また、専任の歯科医師が、直接訓練を実施した場合にあっても、言語聴覚士が実施した場合と同様に算定する。
- (3) がん患者リハビリテーション料の対象となる患者は、入院中のがん患者であって、次のいずれかに該当する者をいい、当該患者の主治医である歯科医師と連携する医師が個別にがん患者リハビリテーションが必要であると認める者である。
- イ 舌がん、口腔がん、その他頭部リンパ節郭清を必要とするがんにより入院し、当該入院中に放射線治療若しくは閉鎖循環式全身麻酔による手術が行われる予定の患者又は行われた患者
- ロ 骨軟部腫瘍又はがんの骨転移に対して、当該入院中に患肢温存術若しくは切断術、創外固定若しくはピン固定等の固定術、化学療法又は放射線治療が行われる予定の患者又は行われた患者
- ハ 当該入院中に骨髄抑制を来しうる化学療法が行われる予定の患者又は行われた患者
- ニ 在宅において緩和ケア主体で治療を行っている進行がん又は末期がんの患者であって、症状増悪のため一時的に入院加療を行っており、在宅復帰を目的としたリハビリテーションが必要な患者
- (4) がん患者リハビリテーションを行う際は、歯科医師及び当該歯科医師と連携する医師の定期的な診察結果に基づき、歯科医師、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の多職種が共同して医科点数表の区分番号 H 0 0 3－2 に掲げるリハビリテーション総合計画評価料の注に規定するリハビリテーション計画を作成していること。なお、がん患者リハビリテーションの開始時及びその後 3 か月に 1 回以上、患者又はその家族に対して当該がん患者リハビリテーションの実施計画の内容を説明し、その要点を診療録に記載する。なお、がんのリハビリテーションに従事する者は、積極的にがんサードボードに参加することが望ましい。
- (5) がん患者リハビリテーション料を算定している患者に対して、区分番号 H 0 0 0 に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号 H 0 0 0－3 に掲げる廃用症候群リハビリテーション料又は区分番号 H 0 0 2 に掲げる障害児（者）リハビリテーション料は別に算定できない。

H 0 0 8 集団コミュニケーション療法料

集団コミュニケーション療法料は、医科点数表の区分番号 H 0 0 8 に掲げる集団コミュニケーション療法料の例により算定する。ただし、音声・構音障害を持つ患者に対して言語機能に係る訓練を行った場合に算定する。

第 8 部 処置

通則

- 1 処置の所定点数とは処置料の項に掲げられた点数及び注による加算の合計をいい、通則の加算点数は含まない。
- 2 通則の加算方法は処置料の所定点数に通則中の各加算を足し合わせたものの合計により算定する。
- 3 処置の費用としては、第 1 節に規定してある所定点数によるほか、所定点数が 120 点以上の処置又は各区分の「注」に「特定薬剤料を含む。」と記載されている場合を除いて処置に使用した特定薬剤の費用についても算定する。したがって、特定薬剤を使用して処置を行った場合は、120 点以上の処置又は特に規定する処置を除いて第 1 節の処置料と第 3 節の特定薬剤料とを合算して算定する。この場合において、当該薬剤は別に厚生労働大臣が定めるものに限られる。
- 4 特定薬剤料又は特定保険医療材料料の算定の単位は 1 回に使用した総量の価格であって、注射液の 1 筒ごと等の特定単位はこだわらない。
- 5 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、その都度当局に内識し、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。
- 6 「通則 5」による 6 歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な者に対する加算は、第 1 節の所定点数の 100 分の 50 又は 100 分の 30 を加算する。
- 7 「通則 5」又は「通則 9」による著しく歯科診療が困難な者に対する 100 分の 50 又は 100 分の 30 加算とは、開口の保持又は体位、姿勢の保持が必要な患者や頻繁な治療の中断を伴う患者等に対して、患者の状態に留意しながら治療を行った場合等に算定するものをいい、当該加算を算定した日の患者の治療時の状況を診療録に記載する。
- 8 6 歳未満の乳幼児が著しく歯科診療が困難な者である場合の 100 分の 50 又は 100 分の 30 加算は、乳幼児加算のみを算定する。
- 9 「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。
- 10 「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。
- 11 「通則 6」の所定点数が 1,000 点又は 150 点とは、各区分に規定してある所定点数が 1,000 点又は 150 点という趣旨である。ただし、その処置・手術が全体として一体と考えられる場合は、個々の所定点数が 1,000 点又は 150 点に達しなくとも、それらの合算点数が 1,000 点又は 150 点以上のときは加算が認められる。
- 12 120 点以上の処置又は各区分の「注」に「麻酔料を含む。」と記載されている場合の処置の所定点数に含まれる簡単な伝達麻酔とは、麻酔の部（第 10 部）に規定してある伝達麻酔以外の簡単な伝達麻酔（頭孔、後臼歯結節、大口蓋孔等）をいう。
なお、麻酔の部に規定してある区分番号 K 0 0 1 に掲げる浸潤麻酔は、120 点以上の処置又は各区分の「注」に「麻酔料を含む。」と記載されている場合の処置の所定点数に含まれ別に算定できない。
- 13 歯科訪問診療は通院困難な療養中の患者について実施されるが、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及び困難性を考慮し、区分番号 C 0 0 0 に掲げる歯科訪問診療料を算定する患者であって、同注 6 に規定する加算を算定しないものに対して行った第 8 部に掲げる処置、第 9 部に掲げる手術及び第 1 2 部に掲げる歯冠修復及び欠損補綴を行った場合は、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ 区分番号 M 0 0 3（2 のロ及びハに限る。）に掲げる印象採得、区分番号 M 0 0 6（2 のロに限る。）に掲げる咬合採得又は区分番号 M 0 3 0 に掲げる有床義歯内面適合法

所定点数の 100 分の 70 に相当する点数

ロ 区分番号 I 0 0 5（3 に限る。）に掲げる抜髄、区分番号 I 0 0 6（3 に限る。）に掲げる感染根管処置、区分番号 J 0 0 0（1、2 及び 3 に限る。）に掲げる抜歯手術（注 1 による加算を算定した場合を除く。）又は区分番号 M 0 2 9 に掲げる有床義歯修理

所定点数の 100 分の 50 に相当する点数

ハ 区分番号 I 0 0 5（1 及び 2 に限る。）に掲げる抜髄、区分番号 I 0 0 6（1 及び 2 に限る。）に掲げる感染根管処置、区分番号 J 0 1 3（2 に限る。）に掲げる口腔内消炎手術

所定点数の 100 分の 30 に相当する点数

14 区分番号 I 0 0 5 に掲げる抜髄、区分番号 I 0 0 6 に掲げる感染根管処置、区分番号 I 0 0 7 に掲げる根管貼薬処置、区分番号 I 0 0 8 に掲げる根管充填及び I 0 0 8－2 に掲げる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。

第 1 節 処置料

第 1 節の処置において、区分番号 I 0 0 0 に掲げるう蝕処置から区分番号 I 0 2 1 に掲げる根管内異物除去の処置のために行った区分番号 K 0 0 1 に掲げる浸潤麻酔等は、「通則 7」に該当しない場合に限り、術野又は病巣単位ごとに算定する。

I 0 0 0 う蝕処置

- (1) う蝕処置は、1 歯 1 回を単位として算定し、1 回の処置歯数が 2 歯以上にわたる場合は、所定点数を歯数倍した点数により算定する。以下「1 歯 1 回につき」等の規定のある場合の算定は、処置を行った歯数を乗じて算定する。
- (2) 「う蝕処置」は、次の処置をいう。
- イ う蝕歯に行った軟化象牙質の除去又は暫間充填
- ロ 歯根未完成の永久歯の歯内療法実施中に、根尖部の閉鎖状態の予後観察のために行った水酸化カルシウム系糊剤等による暫間根管充填に併せて行った暫間充填
- ハ 歯髄保護処置又は歯冠修復時の脱落時の再装着等を行うに当たって軟化象牙質等の除去又は燐酸セメント若しくはカルボキシレートセメント等を用いた暫間充填
- (3) う蝕処置、区分番号 M 0 0 1 に掲げる歯冠形成、区分番号 M 0 0 1－2 に掲げるう蝕歯即時充填形成及び区分番号 M 0 0 1－3 に掲げるう蝕歯インレー修復形成等において、軟化象牙質の検査を行った場合は、それぞれの所定点数に含まれ別に算定できない。
- (4) 区分番号 M 0 0 2 に掲げる支台築造又は区分番号 M 0 0 2－2 に掲げる支台築造印象と同日に行ったう蝕処置の費用は、それぞれの所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (5) う蝕処置を算定する場合の費用は、算定部位ごとに処置内容等を診療録に記載する。

Ⅰ 〇 〇 - 2 咬合調整

- (1) 次に掲げる処置を行った場合に算定する。
- イ 歯周炎に対する歯の削合
 - ロ 歯ぎしりに対する歯の削合
 - ハ 過重圧を受ける歯の切縁、咬頭の過高部又は歯科医療を担当する別の保険医療機関において製作された金属歯冠修復物等の過高部の削合
 - ニ 新たな義歯の製作又は義歯修理時の鉤歯と鉤歯の対合歯に係るレスト製作のための削合
 - ホ 咬合性外傷を起こしているときの過高部の削合及び歯冠の形態修正又は咬傷を起こす場合の形態修正
- (2) イ又はロについては、同一初診期間中、「Ⅰ Ⅰ 歯以上 10 歯未満」又は「Ⅱ 10 歯以上」のうち、いずれか 1 回に限り算定する。
- (3) ハについては、同一初診期間中、「Ⅰ Ⅰ 歯以上 10 歯未満」又は「Ⅱ 10 歯以上」のうち、いずれか 1 回に限り算定する。
- (4) ニについて、新たな義歯の製作又は義歯修理（鉤等の追加）を行うに当たり、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、新たな義歯の製作又は義歯修理の実施 1 回につき、「Ⅰ Ⅰ 歯以上 10 歯未満」又は「Ⅱ 10 歯以上」のうち、いずれか 1 回に限り算定する。ただし、修理を行った有床義歯に対して、再度、義歯修理を行う場合については、前回算定した日から起算して 3 月以内は算定できない。
- (5) ホについて、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有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（単なる歯削合を除く。）を行ったときは、同一初診期間中、「Ⅰ Ⅰ 歯以上 10 歯未満」又は「Ⅱ 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。
- (6) 歯髄切断、抜髄、感染根管処置等の一連の歯内治療又は抜歯手術に伴って、患歯の安静を目的として行う歯の削合に係る費用は、区分番号Ⅰ 〇 〇 4 に掲げる歯髄切断、区分番号Ⅰ 〇 〇 5 に掲げる抜髄、区分番号Ⅰ 〇 〇 6 に掲げる感染根管処置、区分番号Ⅰ 〇 〇 〇 に掲げる抜歯手術等に含まれ別に算定できない。
- (7) 咬合調整を算定する場合は、(1) のイからホまでのいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

Ⅰ 〇 〇 - 3 残根削合

治療の必要上、残根歯の削合を行う場合は、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、区分番号Ⅱ 〇 1 〇 に掲げる金属歯冠修復の(12)の例によりそれぞれ算定する。

Ⅰ 〇 〇 1 歯髄保護処置

- (1) 歯髄保護処置とは、歯髄温存療法、直接歯髄保護処置及び間接歯髄保護処置をいう。
- (2) う窩の処置としての象牙質の削除を行うとともに、歯髄保護処置を行う期間充填を行った場合は、う蝕処置と歯髄保護処置の所定点数をそれぞれ算定する。

- (3) 同一歯について、区分番号Ⅰ 〇 〇 5 に掲げる抜髄を併せて行った場合は、区分番号Ⅰ 〇 〇 5 に掲げる抜髄の所定点数に当該歯髄切断は含まれ別に算定できない。
- (4) 歯髄切断の後に抜髄となった場合は、区分番号Ⅰ 〇 〇 5 に掲げる抜髄の所定点数のみにより算定する。

Ⅰ 〇 〇 5 抜髄

- (1) 抜髄は 1 歯につき 1 回に限り算定する。なお、麻酔、薬剤は所定点数に含まれ別に算定できない。
- (2) 抜髄は、抜髄を行った歯について、抜髄が完了した日において算定する。この場合において、失活抜髄の貼薬及び薬剤は、所定点数に含まれ別に算定できない。
- (3) 区分番号Ⅰ 〇 〇 1 に掲げる歯髄保護処置の「Ⅰ 歯髄温存療法」を行った場合は、当該処置を行った最初の日から起算して 3 月以上の経過観察を行うが、やむを得ず経過観察中に抜髄を実施した場合は、「注 1」に掲げる所定点数により算定する。
- (4) 区分番号Ⅰ 〇 〇 1 に掲げる歯髄保護処置の「Ⅱ 直接歯髄保護処置」を行った場合は、1 月以上の経過観察を行うが、やむを得ず早期に抜髄を実施した場合は、「注 2」に掲げる所定点数により算定する。

Ⅰ 〇 〇 6 感染根管処置

- (1) 抜歯を前提として急性症状の消退を図ることを目的とした根管拡大等は、根管数にかかわらず 1 歯につき 1 回に限り、「Ⅰ 単根管」により算定する。なお、抜歯を前提とした根管拡大等に併せて行った消炎のための根管貼薬は、所定点数に含まれ別に算定できない。
- (2) 感染根管処置は 1 歯につき 1 回に限り算定する。ただし、再度感染根管処置が必要になった場合において、区分番号Ⅰ 〇 〇 8 に掲げる加圧根管充填処置を行った患者に限り、前回の感染根管処置に係る歯冠修復が完了した日から起算して 6 月を経過した日以降については、この限りではない。

Ⅰ 〇 〇 7 根管貼薬処置

- (1) 区分番号Ⅰ 〇 〇 5 に掲げる抜髄、区分番号Ⅰ 〇 〇 6 に掲げる感染根管処置、区分番号Ⅰ 〇 〇 8 に掲げる根管充填と同時にを行った根管貼薬は、それぞれの所定点数に含まれ別に算定できない。
- (2) 抜歯を前提とした消炎のための根管拡大後の根管貼薬は、根管数にかかわらず 1 歯につき 1 回に限り、「Ⅰ 単根管」により算定する。

Ⅰ 〇 〇 8 根管充填

- (1) 根管充填は 1 歯につき 1 回に限り算定する。
- (2) 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時的根管充填を行う場合は、1 回に限り「Ⅰ 単根管」、「Ⅱ 2 根管」又は「Ⅲ 3 根管以上」により算定する。ただし、区分番号Ⅰ 〇 〇 8 - 2 に掲げる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、区分番号Ⅰ 〇 〇 〇 に掲げるう蝕処置により算定する。

Ⅰ 〇 〇 8 - 2 加圧根管充填処置（1 歯につき）

- (1) 区分番号Ⅰ 〇 〇 8 に掲げる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 回に限り、区分番号Ⅰ 〇 〇 8 に掲げる根管充填と本区分をそれぞれ算定する。

- ただし、区分番号Ⅱ 〇 〇 1 - 2 に掲げるう蝕歯即時充填形成、区分番号Ⅱ 〇 〇 1 - 3 に掲げるう蝕歯インレー修復形成又は区分番号Ⅰ 〇 〇 4 に掲げる歯髄切断を行った場合は、歯髄保護処置の点数は算定できない。
- (3) 同一歯に 2 箇所以上、例えば近心と遠心とにう窩が存在する場合に、それぞれの窩洞に歯髄保護処置を行った場合は、同日又は日を異にして行った場合であっても、1 歯につき 1 回に限り所定点数を算定する。
- (4) 歯髄温存療法とは、臨床的に健康な歯髄又は可逆性歯髄炎であって、感染象牙質を全て除去すれば、露髄を招き抜髄に至る可能性のある深在性のう蝕を対象とし、感染象牙質を残し、そこに水酸化カルシウム薬剤などを貼付し、感染部の治癒を図り、3 月以上の期間を要するものをいう。本区分は、当該処置を行った最初の日から起算して 3 月以上の期間内に 2 回程度の薬剤の貼付を行うことを含め、当該処置に係る一連の行為を包括的に評価し、当該処置を行った最初の日に算定する。
- (5) 歯髄温存療法を行った場合は、当該処置を行った最初の日から起算して 3 月以上の経過観察を行った後に、歯冠修復等を実施する。なお、当該処置を行った場合は、処置内容及び経過観察期間等に係る事項について患者に対して説明するとともに、その要点を診療録に記載する。
- (6) 直接歯髄保護処置を行った場合は、当該処置を行った最初の日から起算して 1 月以上の経過観察を行った後に歯冠修復等を実施する。なお、当該処置を行った場合は、処置内容及び経過観察期間等に係る事項について患者に対して説明するとともに、その要点について診療録に記載する。

Ⅰ 〇 〇 2 知覚過敏処置

- (1) イオン導入法は、知覚過敏処置に含まれ別に算定できない。
- (2) 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は、歯冠形成、印象採得、咬合採得、仮着及び装着と同時に行う場合を除き「Ⅰ 3 歯まで」又は「Ⅱ 4 歯以上」の所定点数により算定する。

Ⅰ 〇 〇 2 - 2 う蝕薬物塗布処置

う蝕に対して、軟化象牙質等を除去して充填等を行わず、フッ化ジアンミン銀の塗布を行った場合は、Ⅰ 口腔 1 回につき歯数に応じて「Ⅰ 3 歯まで」又は「Ⅱ 4 歯以上」により算定する。

Ⅰ 〇 〇 3 初期う蝕早期充填処置

- (1) 初期う蝕早期充填処置は、原則として幼若永久歯又は乳歯の小窩裂溝の初期う蝕に対して行った場合に算定する。この場合において、初期う蝕に罹患している小窩裂溝に対する清掃等を行った場合は、所定点数に含まれ別に算定できない。
- (2) 初期う蝕早期充填処置に要する特定保険医療材料料は、区分番号Ⅱ 〇 〇 9 に掲げる充填の「Ⅰ 単純なもの」の場合と同様とする。

Ⅰ 〇 〇 4 歯髄切断

- (1) 生活歯髄切断のために用いた表面麻酔、浸潤麻酔、簡単な伝達麻酔、特定薬剤、歯髄保護処置は、生活歯髄切断の所定点数に含まれ別に算定できない。
- (2) 生活歯髄切断後に歯冠形成を行った場合は、区分番号Ⅱ 〇 〇 1 に掲げる歯冠形成の「Ⅰ 生活歯歯冠形成」又は「Ⅲ 窩洞形成」の各号により算定する。

- (2) 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等を主体として根管充填材を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。
- (3) 加圧根管充填処置を行った場合は、歯科エックス線撮影を行い、気密な根管充填が行われていることを確認するが、妊娠中で同意が得られない場合においてはこの限りでない。ただし、この場合においては、その理由を診療録に記載すること。
- (4) 「注 3」の手術用顕微鏡加算は、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、歯科用 3 次元エックス線断層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根管治療を行い、加圧根管充填処置を行った場合に算定する。
- (5) 区分番号Ⅱ 〇 〇 〇 - 2 に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料の「注 1」により当該管理料を算定する旨を地方厚生（支）局長に届け出していない保険医療機関は、本処置は算定できない。

Ⅰ 〇 〇 9 外科後処置

- (1) 口腔内より口腔外に通ずる手術創に対する外科後処置として「Ⅰ 口腔内外科後処置」及び「Ⅱ 口腔外外科後処置」を行った場合も、いずれかを算定する。
- (2) 外科後処置とは、蜂窩織炎や膿瘍形成等の術後に渗出液、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ってドレーン（区分番号Ⅰ 〇 〇 9 - 3 に掲げる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。(3) 抜歯又は智歯歯肉弁切除等の術後、後出血を起こし簡単に止血（圧迫等により止血）できない場合の後出血処置は、創傷の大小に関係なく、6 歳以上の場合は区分番号Ⅱ 〇 8 4 に掲げる創傷処理の「4 筋肉、臓器に達しないもの（長径 5 センチメートル未満）」により、6 歳未満の場合は区分番号Ⅱ 〇 8 4 - 2 に掲げる小児創傷処理（6 歳未満）の「6 筋肉、臓器に達しないもの（長径 2.5 センチメートル以上 5 センチメートル未満）」により、それぞれ算定する。なお、区分番号Ⅱ 〇 8 4 に掲げる創傷処理又は区分番号Ⅱ 〇 8 4 - 2 に掲げる小児創傷処理を算定した場合は、外科後処置はそれぞれの所定点数に含まれる。(4) 手術当日に実施した外科後処置は、手術の所定点数に含まれる。ただし、後出血により手術当日に再度来院した場合であっても、簡単に止血できない場合においては、(3) により算定する。

Ⅰ 〇 〇 9 - 2 創傷処置

医科点数表の区分番号Ⅱ 〇 〇 〇 に掲げる創傷処置の例により算定する。

Ⅰ 〇 〇 9 - 3 歯科ドレーン法（ドレーナージ）

- (1) 蜂窩織炎や膿瘍形成等、術後に渗出液、血液等の貯留が予想される患者に対して、部位、交換の有無にかかわらず、歯科治療上必要があって持続的（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、区分番号Ⅰ 〇 〇 9 に掲げる外科後処置により算定する。
- (2) ドレーナージの部位の消毒等の処置料は、所定点数に含まれる。
- (3) ドレーン抜去後に抜去部位の処置が必要な場合は、区分番号Ⅰ 〇 〇 9 - 2 に掲げる創

- 傷処置により手術後の患者に対するものとして算定する。
- (4) 手術当日に実施した歯科ドレーン法は、手術の所定点数に含まれる。
- I 0 0 9 - 4 上顎洞洗浄
- 上顎洞洗浄は、歯科疾患を原因とした上顎洞の炎症等であって、急性症状が軽減した慢性期において洞内に膿汁貯留がみられる疾患等に対し、歯科治療上必要があって洗浄を行った場合に算定する。
- I 0 0 9 - 5 口腔内分泌物吸引
- 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回に限り算定する。
- I 0 1 0 歯周疾患処置
- (1) 歯周疾患処置は、歯周疾患の症状の改善を目的として、歯周ポケット内へ特定薬剤を注入した場合に、1口腔を単位として算定する。なお、歯周疾患処置を算定する場合は、使用薬剤名を診療録に記載すること。
- (2) 歯周疾患処置を算定する歯周ポケット内に特定薬剤を注入する場合は、用法用量に従い使用した場合に限り特定薬剤料として別に算定する。
- (3) 歯周基本治療の後の歯周病検査の結果、期待された臨床症状の改善がみられず、かつ歯周ポケットが4ミリメートル以上の部位に対して、十分な薬効が期待できる場合において、計画的に1月間特定薬剤を注入した場合は、本区分により算定する。なお、当該処置後、再度の歯周病検査の結果、臨床症状の改善はあるが、歯周ポケットが4ミリメートル未満に改善されない場合であって、更に1月間継続して薬剤注入を行った場合は同様に算定する。
- (4) 歯周疾患による急性症状時に症状の緩解を目的として、歯周ポケット内へ薬剤注入を行った場合は、本区分により算定する。
- (5) 糖尿病を有する患者であって、歯周ポケットが4ミリメートル以上の歯周病を有するものに対して、歯周基本治療と並行して計画的に1月間特定薬剤（歯科用抗生物質製剤に限る。）の注入を行った場合は、本区分により算定する。ただし、医科の保険医療機関又は医科歯科併設の保険医療機関の医師からの診療情報提供(診療情報提供料の様式に準じるもの)に基づく場合に限る。
- (6) 歯周疾患処置を算定した月は、区分番号I 0 1 1 - 3に掲げる歯周基本治療処置を別に算定できない。
- I 0 1 1 歯周基本治療
- (1) 歯周基本治療は、歯周病の炎症性因子の減少又は除去を目的とする処置をいい、歯周病検査等の結果に基づき必要があると認められる場合に実施する。歯周病検査が実施されていない場合は、算定できない。なお、歯周基本治療は、「歯周病の診断と治療に関する指針」（平成30年3月日本歯科医学会）を参考とする。
- (2) スケーリングとは、歯面に付着しているブラーク、歯石、その他の沈着物をスクレーパー等で機械的に除去することをいう。
- (3) スケーリング・ルートプレーニング及び歯周ポケット挿入を同一歯に対して同時に実施した場合も、いずれかの所定点数により算定する。
- 殊性歯周炎をいう。）
- (4) 歯周病安定期治療(Ⅱ)は、かかりつけ歯科機能強化型歯科診療所において、(3)に規定される治療に加え、口腔内カラー写真撮影及び歯周病検査を行う場合の治療を包括的に評価したものであり、1口腔につき月1回に限り算定する。
- (5) 歯周病安定期治療(Ⅰ)又は歯周病安定期治療(Ⅱ)は、その開始に当たって、歯周病検査を行い、症状が一時的に安定していることを確認した上でを行い、歯周病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管理計画書を作成し、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、患者に説明し、その要点を診療録に記載する。
- (6) 1回目の歯周病安定期治療(Ⅱ)を開始する際に行う歯周病検査は、歯周精密検査により実施する。この場合において、同月に歯周精密検査は別に算定できない。
- (7) 2回目以降の歯周病安定期治療(Ⅰ)又は歯周病安定期治療(Ⅱ)において、継続的な管理を行うに当たっては、必要に応じて歯周病検査を行い症状が安定していることを確認する。また、必要に応じて文書を患者又はその家族に提供する。
- (8) 歯周病安定期治療(Ⅱ)は、口腔内カラー写真を撮影を行った場合に算定する。なお、撮影した口腔内カラー写真は、診療録に添付又はデジタル撮影した画像を電子媒体に保存して管理する。
- (9) 歯周病安定期治療(Ⅰ)を開始した日以降に実施した区分番号I 0 1 0に掲げる歯周疾患処置、区分番号I 0 1 1に掲げる歯周基本治療、区分番号I 0 1 1 - 3に掲げる歯周基本治療処置、区分番号I 0 2 9 - 2に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置及び区分番号I 0 3 0に掲げる機械的歯面清掃処置は、歯周病安定期治療(Ⅰ)に含まれ別に算定できない。
- (10) 歯周病安定期治療(Ⅱ)を開始した日以降に実施した区分番号B 0 0 1 - 3に掲げる歯周病患者画像活用指導料、区分番号D 0 0 2に掲げる歯周病検査、区分番号D 0 0 2 - 5に掲げる歯周病部分的再評価検査、歯周疾患の治療において行った区分番号I 0 0 0 - 2に掲げる咬合調整、区分番号I 0 1 0に掲げる歯周疾患処置、区分番号I 0 1 1に掲げる歯周基本治療、区分番号I 0 1 1 - 3に掲げる歯周基本治療処置、区分番号I 0 2 9 - 2に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置及び区分番号I 0 3 0に掲げる機械的歯面清掃処置は、歯周病安定期治療(Ⅱ)に含まれ別に算定できない。
- (11) 歯周病安定期治療(Ⅰ)又は歯周病安定期治療(Ⅱ)を開始後、病状の変化により歯周外科手術を実施した場合は、当該手術を実施した日以降は、歯周精密検査により再び病状が安定し継続的な管理が必要であると判断されるまでの間は歯周病安定期治療(Ⅰ)又は歯周病安定期治療(Ⅱ)は算定できない。なお、歯周病安定期治療(Ⅰ)又は歯周病安定期治療(Ⅱ)を実施後に行う歯周外科手術は、所定点数の100分の50により算定する。
- (12) 歯周病安定期治療(Ⅰ)又は歯周病安定期治療(Ⅱ)を開始後、病状の変化により必要があって歯周ポケットに特定薬剤を注入した場合及び暫間固定を実施した場合は、それぞれ算定する。
- I 0 1 1 - 3 歯周基本治療処置

- (4) 2回目以降のスクーリング、スクーリング・ルートプレーニング及び歯周ポケット挿入は、歯周病検査の結果を踏まえ、その必要性、効果等を考慮した上で実施する。
- (5) 「1 スクーリング」を実施した後、同一部位に対し、再度「1 スクーリング」を実施した場合は、所定点数（注1に規定する加算を含む。）の100分の50により算定する。また、「2 スクーリング・ルートプレーニング」又は「3 歯周ポケット挿入」を実施した後、同一部位に対し、再度「2 スクーリング・ルートプレーニング」又は「3 歯周ポケット挿入」を実施した場合は所定点数の100分の50により算定する。
- (6) 区分番号J 0 6 3に掲げる歯周外科手術と同時に行われた歯周基本治療は、歯周外科手術の所定点数に含まれ別に算定できない。
- (7) 混合歯列期歯周病検査に基づく歯周基本治療は、「1 スクーリング」により算定する。また、混合歯列期の患者の混合歯列期歯周病検査以外の歯周病検査に基づく「2 スクーリング・ルートプレーニング」又は「3 歯周ポケット挿入」を行う場合は、十分に必要性を考慮した上で行うこと。
- I 0 1 1 - 2 歯周病安定期治療(Ⅰ)、I 0 1 1 - 2 - 2歯周病安定期治療(Ⅱ)
- (1) 歯周病安定期治療(Ⅰ)及び歯周病安定期治療(Ⅱ)は、区分番号B 0 0 0 - 4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号C 0 0 1 - 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、4ミリメートル以上の歯周ポケット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する処置等を評価したものという。なお、一時的に症状が安定した状態とは、歯周基本治療等の終了後の再評価のための検査結果において、歯周組織の多くの部分は健康であるが、一部分に病変の進行が停止し症状が安定していると考えられる4ミリメートル以上の歯周ポケットが認められる状態をいう。
- (2) 区分番号B 0 0 2に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定している患者であって、当該管理料の「注1」に規定する治療計画に歯周病に関する管理計画が含まれ、(1)と同様の状態にある患者については、歯周病安定期治療(Ⅰ)又は歯周病安定期治療(Ⅱ)を算定できる。
- (3) 歯周病安定期治療(Ⅰ)は、歯周組織の状態を維持し、治療させることを目的としてブラークコントロール、機械的歯面清掃、スクーリング、スクーリング・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回に限り算定する。なお、2回目以降の歯周病安定期治療(Ⅰ)の算定は、前回実施した月の翌月から起算して2月を経過した日以降に行う。ただし、歯周病安定期治療(Ⅰ)の治療間隔の短縮が必要とされる次の場合は、3月以内の間隔で実施した歯周病安定期治療(Ⅰ)は月1回に限り算定する。この場合において、実施する理由（「イ 歯周外科手術を実施した場合は」を除く。）及び全身状態等を診療録に記載する。また、口及びハは、主治の医師からの文書を添付する。
- イ 歯周外科手術を実施した場合
- ロ 全身疾患の状態により歯周病の病状に大きく影響を与える場合
- ハ 全身疾患の状態により歯周外科手術が実施できない場合
- ニ 侵襲性歯周炎の場合（侵襲性歯周炎とは、若年性歯周炎、急速進行性歯周炎又は特

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（区分番号I 0 1 0に掲げる歯周疾患処置を除く。）をいう。この場合において、1口腔につき月1回に限り算定し、使用した薬剤名を診療録に記載する。

- I 0 1 4 暫間固定
- (1) 暫間固定とは、歯の支持組織の負担を軽減し、歯槽骨の吸収を防止して、その再生治療を促進させるため、暫間的に歯冠をレジン連続冠固定法、線結合法（帯冠使用を含む。）又はエナメルボンドシステムにより連結固定することをいう。
- (2) 「1 簡単なもの」とは、暫間固定を行う部位において、歯周外科手術を行った歯数が4歯未満の場合であって、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。
- (3) 「1 簡単なもの」を算定する場合は、同日又は他日にかかわらず1顎に2箇所以上行っても1顎単位で算定する。
- (4) 「2 困難なもの」とは、暫間固定を行う部位において、歯周外科手術を行った歯数が4歯以上の場合であって、固定源となる歯を歯数に含めない4歯以上の暫間固定をいう。なお、「2 困難なもの」を算定する場合は、暫間固定を行う部位ごとに算定する。
- (5) 歯周外科手術の術前に暫間固定を行った場合は、暫間固定を行う歯数にかかわらず「1 簡単なもの」により算定する。なお、術前の期間中において、1顎につき1回に限り算定する。
- (6) 歯周外科手術後に必要があって暫間固定を行う場合において、歯周外科手術を行った歯数が4歯未満の場合は「1 簡単なもの」により算定する。ただし、術後に暫間固定を行った後、再度当該処置を行う場合は、術後に暫間固定を行った日から起算して6月経過後、1顎につき、6月に1回に限り算定できる。
- (7) 歯周外科手術後に必要があって暫間固定を行う場合において、歯周外科手術を行った歯数が4歯以上の場合は「2 困難なもの」により算定する。ただし、術後に暫間固定を行った後、再度当該処置を行う場合は、術後に暫間固定を行った日から起算して6月経過後、1箇所につき、6月に1回に限り算定できる。
- (8) 歯周外科手術と同時にを行った暫間固定の「2 困難なもの」は、所定点数により算定する。なお、歯周外科手術と同時にを行った暫間固定の「1 簡単なもの」は、歯周外科手術の所定点数に含まれ別に算定できない。

	術前の 暫間固定	術中の 暫間固定	術後の 暫間固定 1回目	術後の 暫間固定 2回目以降
--	-------------	-------------	--------------------	----------------------

歯周外科 手術歯数 4 歯未満	①簡単なもの ※術前の期間 中、1 顎につ き 1 回に限 る。	手術に 含まれる	②簡単なもの (備考欄ロ)	③簡単なもの ※②の算定か ら 6 月経過 後、1 顎につ き 6 月に 1 回 に限り算定で きる。 (備考欄ハ)
歯周外科 手術歯数 4 歯以上		困難なもの	④困難なもの (備考欄ロ)	⑤困難なもの ※④の算定か ら 6 月経過 後、6 月に 1 回に限り算定 できる。 (備考欄ニ)

[備考]

- イ 歯周外科手術前の暫間固定 (①)
- 固定した歯数にかかわらず「1 簡単なもの」により算定する。なお、術前の期間中において、1 顎につき 1 回に限り算定する。
- ロ 歯周外科手術後の暫間固定(術後の暫間固定 1 回目) (②、④)
- 歯周外科手術を行った歯数が 4 歯未満である場合は「1 簡単なもの」により算定し、歯周外科手術を行った歯数が 4 歯以上である場合は「2 困難なもの」により算定する。なお、当該暫間固定（術後の暫間固定 1 回目）は、術前の暫間固定の有無及び手術日から経過期間にかかわらず算定できる。
- ハ 術後の暫間固定 1 回目から 6 月経過後の暫間固定 (③)
- 歯周外科手術を行った歯数が 4 歯未満である場合は「1 簡単なもの」により算定し、1 顎につき、前回暫間固定を算定した日から起算して 6 月に 1 回に限り算定できる。
- ニ 術後の暫間固定 1 回目から 6 月経過後の暫間固定 (⑤)
- 歯周外科手術を行った歯数が 4 歯以上である場合は「2 困難なもの」により算定し、1 箇所につき、前回暫間固定を算定した日から起算して 6 月に 1 回に限り算定できる。
- (9) 歯周外科手術を行わない場合は、暫間固定を行う歯数に関わらず「1 簡単なもの」により算定する。なお、再度当該処置を行う場合は、前回暫間固定を行った日から起算して 6 月経過後、1 顎につき 6 月に 1 回に限り算定できる。

- チ 不随意運動等による咬傷を繰り返す患者に対して、口腔粘膜等の保護を目的として製作する口腔内装置
- リ 放射線治療に用いる口腔内装置
- (2) 「1 口腔内装置 1」とは、義歯床用アクリリック樹脂により製作された口腔内装置をいう。
- (3) 「2 口腔内装置 2」とは、熱可塑性樹脂シート等を歯科技工用成型器により吸引・加圧して製作又は作業模型に常温重合レジンを押接して製作された口腔内装置であり、咬合関係が付与されたものをいう。
- (4) 「3 口腔内装置 3」とは、熱可塑性樹脂シート等を歯科技工用成型器により吸引・加圧して製作又は作業模型に常温重合レジンを押接して製作された口腔内装置であり、咬合関係が付与されていないものをいう。
- (5) 特に規定する場合を除き、印象採得を行った場合は区分番号 M0003 に掲げる印象採得の「3 口腔内装置等（1 装置につき）」、装着を行う場合は区分番号 M0005 に掲げる装着の「3 口腔内装置等の装着の場合（1 装置につき）」により算定する。また、「2 口腔内装置 2」及び「3 口腔内装置 3」を製作するに当たり、咬合採得は所定点数に含まれ算定できない。
- (6) (1)の「イ 顎関節治療用装置」を製作した場合は、「1 口腔内装置 1」又は「2 口腔内装置 2」のいずれか該当する項目により算定する。当該装置の装着後、咬合関係等进行检查し、調整した場合は 1 口腔 1 回につき区分番号 I017-2 に掲げる口腔内装置調整・修理の「1 のハ イ及びロ以外の場合」により算定する。ただし、区分番号 M0006 に掲げる咬合採得は算定できない。
- (7) (1)の「ロ 歯ぎしりに対する口腔内装置」を製作した場合は、「1 口腔内装置 1」、「2 口腔内装置 2」又は「3 口腔内装置 3」のいずれか該当する項目により算定する。当該装置の製作に際し印象採得を行った場合は区分番号 M0003 に掲げる印象採得の「3 口腔内装置等」を、咬合採得を行った場合は当該装置の範囲に相当する歯数により区分番号 M0006 に掲げる咬合採得の「2 のロ 有床義歯」（「1 口腔内装置 1」の場合に限る。）を、装着を行った場合は区分番号 M0005 に掲げる装着の「2 のニの(1) 印象採得が困難なもの」により算定する。
- (8) (1)の「ロ 歯ぎしりに対する口腔内装置」を「1 口腔内装置 1」又は「2 口腔内装置 2」により製作した場合において、装着後、咬合関係等进行检查し、調整した場合は 1 口腔 1 回につき区分番号 I017-2 に掲げる口腔内装置調整・修理の「1 のロ 歯ぎしりに対する口腔内装置の場合」により算定する。
- (9) (2)から(4)までにかかわらず、(1)の「ホ 手術に当たり製作したサージカルガイドプレート」について、顎変形症等の患者に対する手術を行うに当たり、顎位の決定を目的に製作したものについては 1 装置に限り、「1 口腔内装置 1」の所定点数を算定する。なお、同一手術において複数の装置を使用する場合については、2 装置目からは、1 装置につき「3 口腔内装置 3」の所定点数により算定する。
- (10) (1)の「リ 放射線治療に用いる口腔内装置」とは頭頸部領域における悪性腫瘍に対して、第 11 部に掲げる放射線治療（区分番号 L0002 に掲げる電磁波温熱療法を単独で行う場合及び L0004 に掲げる血液照射を除く。）を行う際に、密封小線源の

- (10) 暫間固定に際して印象採得、咬合採得、装着を行った場合は、口腔内装置等と同様に算定する。
- (11) 次の場合においては、「2 困難なもの」により算定する。
- イ 外傷性による歯の脱臼を暫間固定した場合
- ロ 区分番号 J004-2 に掲げる歯の再植術を行い、脱臼歯を暫間固定した場合
- ハ 両側下顎乳中切歯のみ萌出している患者であって、外傷により 1 歯のみ脱臼し、元の位置に整備固定した場合（双方の歯が脱臼している場合の整備固定は、歯科医学上認められない。）
- ニ 区分番号 J004-3 に掲げる歯の移植手術に際して暫間固定を行った場合
- この場合においては、移植した歯 1 歯につき「2 困難なもの」により算定する。
- (12) 暫間固定装置を装着するに当たり、印象採得を行った場合は 1 装置につき区分番号 M0003 に掲げる印象採得の「3 口腔内装置等」を、咬合採得を行った場合は、1 装置につき装置の範囲に相当する歯数が 8 歯以下のときは区分番号 M0006 に掲げる咬合採得の「2 のロの(1) 少数歯欠損」を、装置の範囲に相当する歯数が 9 歯以上のときは区分番号 M0006 に掲げる咬合採得の「2 のロの(2) 多数歯欠損」又は装置の範囲に相当する歯数が全歯にわたる場合は区分番号 M0006 に掲げる咬合採得の「2 のロの(3) 総義歯」の所定点数を、装着を行った場合は 1 装置につき区分番号 M0005 に掲げる装着の「3 口腔内装置等の装着の場合」の所定点数及び装着材料料を算定する。ただし、エナメルボンドシステムにより連結固定を行った場合は、M0005 に掲げる装着及び装着材料料は別に算定できない。
- (13) (11)の「イ 外傷性による歯の脱臼を暫間固定した場合」を除き、エナメルボンドシステムにより暫間固定を行った場合の除去料は別に算定できない。

I014-2 暫間固定装置修理

- (1) 暫間固定装置修理は、レジン連続冠固定法による暫間固定装置の修理を行った場合に算定する。
- (2) レジン連続冠固定法による暫間固定装置において、当該装置が破損し、修理を行った場合は、1 装置につき算定する。

I016 線副子

線副子とは、三内式線副子程度以上のものをいう。なお、三内式線副子程度に至らないものは、それぞれの手術の所定点数に含まれる。

I017 口腔内装置

- (1) 「注」に規定する口腔内装置は、次に掲げるいずれかの装置をいう。
- イ 顎関節治療用装置
- ロ 歯ぎしりに対する口腔内装置
- ハ 顎間固定用に歯科用ベースプレートを用いた床
- ニ 出血創の保護と圧迫止血を目的としてレジン等で製作した床
- ホ 手術に当たり製作したサージカルガイドプレート
- ヘ 腫瘍等による顎骨切除後、手術創（開放創）の保護等を目的として製作するオプチュレーター
- ト 気管挿管時の歯の保護等を目的として製作した口腔内装置

- 保持又は周囲の正常組織の防御を目的とする特別な装置をいう。当該装置を製作し装着した場合は、(2)から(4)までにかかわらず、「1 口腔内装置 1」の所定点数を算定する。当該装置の製作に際し印象採得を行った場合は区分番号 M0003 に掲げる印象採得の「2 ホ (1) 印象採得が困難なもの」、装着を行った場合は区分番号 M0005 に掲げる装着の「2 のニの(1) 印象採得が困難なもの」、咬合採得を行った場合は当該装置の範囲に相当する歯数により区分番号 M0006 に掲げる咬合採得の「2 のロ 有床義歯」により算定する。
- (11) 区分番号 I017 に掲げる口腔内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 12 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。
- (12) (1)の「ヘ 腫瘍等による顎骨切除後、手術創（開放創）の保護等を目的として製作するオプチュレーター」とは、腫瘍等の切除手術により上顎骨が大きく欠損し、口腔と上顎洞及び鼻腔が交通している場合において、手術創粘膜の保護、開放創の維持及び上顎洞等への食片流入防止等を目的として製作した装置のことをいう。当該装置を(4)に規定する製作材料及び製作方法により製作した場合は、(4)の規定に関わらず「2 口腔内装置 2」により算定する。また、当該装置の製作に当たり印象採得を行った場合は、1 装置につき区分番号 M0003 に掲げる印象採得の「2 のロ 連合印象」、咬合採得を行った場合は区分番号 M0006 に掲げる咬合採得の「2 のロの(2) 多数歯欠損」、装着を行った場合は区分番号 M0005 に掲げる装着の「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。
- (13) (2)から(4)までにかかわらず、(1)の「ハ 顎間固定用に歯科用ベースプレートを用いた床」、「ニ 出血創の保護と圧迫止血を目的としてレジン等で製作した床」、「ト 気管挿管時の歯の保護等を目的として製作した口腔内装置」又は「チ 不随意運動等による咬傷を繰り返す患者に対して、口腔粘膜等の保護を目的として製作する口腔内装置」を装着した場合はいずれも「3 口腔内装置 3」の所定点数により算定する。
- (14) 口腔内装置を算定する場合は、(1)のイからリまでのいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

I017-1-2 睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置

- (1) 睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置とは、上顎及び下顎に装着し 1 装置として使用するものであって、医科の保険医療機関又は医科歯科併設の医療機関の担当医師からの診療情報提供(診療情報提供料の様式に準じるもの)に基づく口腔内装置治療の依頼を受けた場合に限り算定する。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にあっては、院内での担当医師からの情報提供に基づく院内紹介を受けた場合に限り算定する。
- (2) 「1 睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置 1」とは、義歯床用アクリリック樹脂により製作された口腔内装置をいう。
- (3) 「2 睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置 2」とは、熱可塑性樹脂シート等を歯科技工用成型器により吸引・加圧して製作又は作業模型に直接常温重合レジンを押接して製作されたベースプレートを用いた口腔内装置をいう。
- (4) 睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置の製作に当たり印象採得を行った場合は 1 装

- 置につき区分番号M003に掲げる印象採得の「2のロ 連合印象」、咬合採得を行った場合は区分番号M006に掲げる咬合採得の「2のロの(3) 総義歯」「(1) 睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置1」の場合に限る。)、装着を行った場合は区分番号M005に掲げる装着の「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。
- (5) 口腔内装置の装着時又は装着日から起算して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口腔につき区分番号I017-2に掲げる口腔内装置等調整・修理の「1のイ 睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置の場合」により算定する。
- (6) 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12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。
- I017-1-3 舌接触補助床
- (1) 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する患者に対して、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。
- (2) 舌接触補助床の製作に当たり印象採得を行った場合は1装置につき区分番号M003に掲げる印象採得の「2のロ 連合印象」、咬合採得を行った場合は区分番号M006に掲げる咬合採得の「2のロの(2) 多数歯欠損」、装着を行った場合は区分番号M005に掲げる装着の「2のロの(2) 多数歯欠損」により算定する。なお、当該補助床は、人工歯、鉤及びパー等が含まれ、別に算定できない。
- (3) 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12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。
- I017-1-4 術後即時顎補綴装置
- (1) 術後即時顎補綴装置とは、腫瘍、顎骨囊胞等による顎骨切除が予定されている患者に対して、術後早期の構音、咀嚼及び嚥下機能の回復を目的に、術前に印象採得等を行い、予定される切除範囲を削合した模型上で製作する装置のことをいう。当該装置の製作に当たり印象採得を行った場合は、1装置につき区分番号M003に掲げる印象採得の「2のロ 連合印象」、咬合採得を行った場合は区分番号M006に掲げる咬合採得の「2のロの(2) 多数歯欠損」、装着を行った場合は区分番号M005に掲げる装着の「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、当該装置は、人工歯、鉤及びパー等が含まれ、別に算定できない。
- (2) 術後即時顎補綴装置の装着後、適合を図るための調整等が必要となり、当該装置の調整を行った場合は、1装置1回につき区分番号I017-2に掲げる口腔内装置調整・修理の「1のハ イ及びロ以外の場合」により算定する。なお、調整の際に用いる保険医療材料等の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。
- (3) 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12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。
- I017-2 口腔内装置調整・修理
- (1) 区分番号I017-1-2に掲げる睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置の装着を
- (3) 歯周治療用装置は、印象採得、咬合採得、装着、調整指導、修理等の基本的な技術料及び床義歯型の床材料料等の基本的な保険医療材料料は所定点数に含まれ別に算定できない。なお、設計によって歯周治療用装置に付加される部分、すなわち人工歯、鉤及びパー等は別途算定する
- (4) 区分番号I018に掲げる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12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。
- I019 歯冠修復物又は補綴物の除去
- (1) 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、区分番号M002に掲げる支台築造、区分番号M009に掲げる充填、区分番号M010に掲げる金属歯冠修復、区分番号M011に掲げるレジン前装金属冠、区分番号M015に掲げる非金属歯冠修復、区分番号M015-2に掲げるCAD/CAM冠、区分番号M016に掲げる乳歯金属冠、区分番号M016-2に掲げる小児保険装置及び区分番号M017-2に掲げる高強度硬質レジンブリッジであり、仮封セメント、ストップング、テンボラリークラウン、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。
- (2) 区分番号M016-2に掲げる小児保険装置のループ部分を切断した場合は、ループ部分切断後の乳歯金属冠を継続して使用する場合に限り、「1 簡単なもの」により算定する。
- (3) 燐酸セメントの除去料は算定できない。
- (4) 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又は除去した場合は、再製、修理又は床裏装を前提とした場合に、除去料を算定する。なお、鉤を切断又は除去した部位の状況によって、義歯調整を行うことにより当該義歯をそのまま使用できる場合においては所定点数を算定して差し支えない。
- (5) 「2 困難なもの」「困難なもの」とは、全部金属冠、5分の4冠、4分の3冠、レジン前装金属冠又は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をいう。
- (6) 「2 困難なもの」により算定するものは、(6)の他、次のものをいう。
- イ 滑面板の撤去
- ロ 修復装置の撤去(3分の1額につき)
- ハ ボンティックの除去
- ニ 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
- ホ 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
- ヘ 支台築造用のスクリューポスト又は金属小釘の除去
- ト 高強度硬質レジンブリッジの支台装置及びボンティック(1歯につき)
- (7) 「3 著しく困難なもの」「著しく困難なもの」とは、メタルコア又は支台築造用

- 行った後、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(装着時又は装着日から起算して1月以内に限る。))を行った場合は、1口腔につき1回に限り「1のイ 睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置の場合」により算定する。
- (2) 区分番号I017に掲げる口腔内装置の「注」に規定する歯ざしりに対する口腔内装置(「1 口腔内装置1」又は「2 口腔内装置2」により製作した場合に限る。))を装着後、咬合関係等の検査を行い、咬合面にレジンを追加又は削合により調整した場合は1口腔1回につき「1のロ 歯ざしりに対する口腔内装置の場合」により算定する。なお、当該装置の調整は、月1回に限り算定する。
- (3) 区分番号I017に掲げる口腔内装置の「注」に規定する顎関節治療用装置を装着後、咬合関係等の検査を行い、咬合面にレジンを追加又は削合により調整した場合は1口腔1回につき「1のハ イ及びロ以外の場合」により算定する。なお、当該装置の調整は、月1回に限り算定する。
- (4) 区分番号I017-1-4に掲げる術後即時顎補綴装置の装着後、レジンの追加又は削合により調整した場合は1口腔1回につき「1のハ イ及びロ以外の場合」により算定する。なお、当該装置の調整は、月1回に限り算定する。
- (5) 区分番号I017に掲げる口腔内装置の「注」に規定する顎関節治療用装置、区分番号I017に掲げる口腔内装置の「注」に規定する歯ざしりに対する口腔内装置(「1 口腔内装置1」により製作した場合に限る。))、区分番号I017-1-2に掲げる睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置及び区分番号I017-1-4に掲げる術後即時顎補綴装置の修理を行った場合は、「2 口腔内装置修理」により算定する。なお、口腔内装置の調整と修理を同日に行った場合において、調整に係る費用は修理に係る費用に含まれ別に算定できない。また、装着と同月に行った修理に係る費用は算定できない。
- (6) 区分番号I017-1-3に掲げる舌接触補助床の修理を行った場合は、「2 口腔内装置修理」により算定する。なお、口腔内装置の調整と修理を同日に行った場合において、調整に係る費用は修理にかかる費用に含まれ、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は別に算定できない。
- (7) 「1 口腔内装置調整」及び「2 口腔内装置修理」において調整又は修理を行った場合は、診療録に調整又は修理の部位、方法等を記載する。
- I017-3 顎外固定
- (1) 「1 簡単なもの」とは、おとがい帽を用いて顎外固定を行った場合をいう。
- (2) 「2 困難なもの」とは、顎骨骨折の際に即時重合レジン、ギブス包帯等で顎外固定を行った場合又は歯科領域における習慣性顎関節脱臼の処置に際して顎帯による牽引又は固定を行った場合をいう。
- I018 歯周治療用装置
- (1) 歯周治療用装置とは、重度の歯周病で長期の治療期間が予測される歯周病の患者に対して、治療中の咀嚼機能の回復及び残存歯への咬合の負担の軽減等を目的とするために装着する冠形態又は床義歯形態の装置をいう。
- (2) 冠形態のものを連結してブリッジタイプの装置を製作した場合は、ボンティック部分は1歯につき「1 冠形態のもの」の所定点数により算定する。
- レジンを含むファイバーポストであって歯根の長さの3分の1以上のポストを有するものをいう。
- (8) 根管内ポストを有する鋳造体の歯冠部が破折し、ポストのみを根管内に残留する状態にある鋳造体の除去についても、「3 著しく困難なもの」により算定する。
- I021 根管内異物除去
- (1) 当該費用を算定する異物とは、根管内で破折しているため除去が著しく困難なもの(リマー等)をいう。
- (2) 根管内異物除去は1歯につき1回に限り算定する。
- (3) 当該保険医療機関における治療に基づく異物について除去を行った場合は、当該点数を算定できない。
- I022 有床義歯床下粘膜調整処置(1額1回につき)
- 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より前において、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額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、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の「1 有床義歯の場合」を算定したときは、同月内に区分番号B013に掲げる新製有床義歯管理料は算定できない。
- I023 心身医学療法
- (1) 「心身医学療法」とは、心因性疾患を有する歯科領域の患者について、確定診断が可能な医科の保険医療機関からの診療情報提供料の様式に基づく歯科口腔領域に係る心因性疾患の治療の依頼(医科歯科併設の保険医療機関であって心因性疾患を有する歯科領域の患者について、確定診断が可能な医科診療科が設置されている場合は、院内紹介に係る文書に基づく紹介)を受けて、確定診断が可能な医科保険医療機関と連携して治療計画を策定し、当該治療計画に基づき身体的傷損と心理・社会的要因との関連を明らかにするとともに、当該患者に対して心理的影響を与えることにより、症状の改善又は傷損からの回復を図る自律訓練法等をいう。
- (2) 心身医学療法は、当該療法に習熟した歯科医師によって確定診断が可能な医科の保険医療機関と連携して行われた場合に算定する。
- (3) 初診時は診療時間が30分を超えた場合に限り算定する。この場合において、診療時間とは、歯科医師自らが患者に対して行う問診、理学的所見(視診、聴診、打診及び触診)及び当該心身医学療法に要する時間をいい、これら以外の診療に要する時間は含まない。
- (4) 心身医学療法を行った場合は、確定診断が可能な医科の保険医療機関からの診療情報提供料の様式に基づく文書(医科歯科併設の保険医療機関であって心因性疾患を有する歯科領域の患者について、確定診断が可能な医科診療科が設置されている場合は、院内紹介に係る文書)を添付するとともに、治療の方法、内容、実施時刻(開始時刻と終了時刻)を診療録に記載する。

- (5) 入院の日及び入院の期間の取扱いは、入院基本料の取扱いの例による。
- (6) 入院精神療法、通院・在宅精神療法又は標準型精神分析療法を算定している患者について、心身医学療法は算定できない。
- (7) 「注4」に規定する加算は、必要に応じて児童相談所等と連携し、保護者等へ適切な指導を行った上で、20歳未満の患者に対して、心身医学療法を行った場合に、所定点数を加算する。

I 0 2 4 鼻腔栄養（1日につき）

医科点数表の区分番号J 1 2 0に掲げる鼻腔栄養の例により算定する。

I 0 2 5 酸素吸入（1日につき）

医科点数表の区分番号J 0 2 4に掲げる酸素吸入の例により算定する。

I 0 2 6 高気圧酸素治療（1日につき）

- (1) 高気圧酸素治療は、口腔・顎・顔面領域の慢性難治性骨髄炎に対して行う場合に、一連につき30回に限り算定する。
- (2) 2絶対気圧以上の治療圧力が1時間に満たないものは、1日につき区分番号I 0 2 5に掲げる酸素吸入により算定する。
- (3) 高気圧酸素治療を行うに当たっては、関係学会より留意事項が示されているので、これらの留意事項を十分参考とする。
- (4) 高気圧酸素療法と人工呼吸を同日に行った場合は、主たるものの所定点数のみにより算定する。
- (5) 高気圧酸素治療に使用した酸素及び室素は、区分番号I 0 8 2に掲げる酸素加算により算定する。

I 0 2 7 人工呼吸

- (1) 高気圧酸素療法と人工呼吸を同日に行った場合は、主たるものの所定点数のみにより算定する。
- (2) 人工呼吸と医科点数表の区分番号D 2 2 0に掲げる呼吸心拍監視、医科点数表の区分番号D 2 2 3に掲げる経皮的動脈血酸素飽和度測定又は医科点数表の区分番号D 2 2 5-2に掲げる非観血的連続血圧測定を同日に行った場合は、これらに係る費用は人工呼吸の所定点数に含まれる。
- (3) 人工呼吸と酸素吸入を併せて行った場合に使用した酸素及び室素は、区分番号I 0 8 2に掲げる酸素加算により算定する。

I 0 2 9 周術期等専門的口腔衛生処置

- (1) 「1 周術期等専門的口腔衛生処置1」とは、「注1」又は「注2」に規定する患者に対して、周術期等における口腔機能の管理を行う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、口腔粘膜等の専門的な口腔清掃又は機械的歯面清掃を行った場合をいう。
- (2) 周術期等における口腔機能の管理を行う歯科医師は、「1 周術期等専門的口腔衛生処置1」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。
- (3) 「2 周術期等専門的口腔衛生処置2」は、「注3」に規定する患者に対して、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が放射線治療又は化学療法の副作用として

生じた口腔粘膜炎に対して、専門的な口腔清掃及び口腔粘膜保護材を使用して疼痛緩和を行った場合に算定する。なお、口腔粘膜保護材に係る特定保険医療材料は別に算定し、使用した特定保険医療材料名を診療録に記載する。

- (4) 周術期等における口腔機能の管理を行う歯科医師は、「2 周術期等専門的口腔衛生処置2」に関し、診療録に口腔内の状態（口腔衛生の状況、口腔粘膜の状態等）及び治療内容等（歯科衛生士が行う場合は、歯科衛生士に指示した内容及び歯科衛生士の氏名）を記載する。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。
- (5) 区分番号I 0 2 9-2に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置又は区分番号I 0 3 0に掲げる機械的歯面清掃処置を算定した日の属する月においては、周術期等専門的口腔衛生処置は別に算定できない。ただし、機械的歯面清掃処置を算定した日の属する月において、周術期等口腔機能管理を必要とする手術を実施した日以降に周術期等専門的口腔衛生処置を実施した場合は算定する。

I 0 2 9-2 在宅等療養患者専門的口腔衛生処置

- (1) 在宅等療養患者専門的口腔衛生処置とは、区分番号C 0 0 1-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定している患者に対して、歯科訪問診療を行っている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、口腔粘膜等の専門的な口腔清掃、歯菌清掃又は機械的歯面清掃を行った場合をいう。
- (2) 主治の歯科医師は、在宅等療養患者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。

I 0 2 9-3 口腔粘膜処置

- (1) 口腔粘膜処置は、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、再発性アフタ性口内炎の小アフタ型病変に対してレーザー照射を行った場合に1月につき1回に限り算定する。なお、当該処置の実施にあたっては「レーザー応用による再発性アフタ性口内炎治療における基本的考え方」（平成30年3月日本歯科医学会）を参考にすること。
- (2) 前回算定した日の属する月に前回照射した部位と異なる部位に生じた再発性アフタ性口内炎に対して当該処置を実施した場合の費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (3) レーザー照射を行った場合は、病変の部位及び大きさ等を診療録に記載すること。

I 0 3 0 機械的歯面清掃処置

- (1) 機械的歯面清掃処置とは、歯科疾患に罹患している患者に対し、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、区分番号B 0 0 0-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B 0 0 2に掲げる歯科特定疾患療養管理料（当該管理料の「注1」に規定する治療計画に機械的歯面清掃処置を行うに当たって必要な管理計画が含まれている場合に限る。）又は区分番号C 0 0 1-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定した患者に対して2月に1回に限り算定する。また、区分番号I 0 1 1-2に掲げる歯周病安定期治療（I）、区分番号I 0 1 1-2-2に掲げる歯周病安定期治療（II）又は区分番号B 0 0 0-4に掲げる歯科

- 疾患管理料の「注10」に規定するエナメル質初期う蝕管理加算を算定した月は算定できない。
- (2) 歯科診療特別対応加算又は初診時歯科診療導入加算を算定した患者又は妊娠中の患者については、月1回に限り算定する。
- (3) 妊娠中の患者に対して当該処置を行った場合は、診療録及び診療報酬明細書にその旨を記載する。
- (4) 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。

I 0 3 1 フッ化物歯面塗布処置（1口腔につき）

- (1) 「注1」に規定するう蝕多発傾向者とは、区分番号B 0 0 0-4に掲げる歯科疾患管理料の（I1）に掲げる判定基準を満たすものをいい、区分番号B 0 0 0-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B 0 0 2に掲げる歯科特定疾患療養管理料（当該管理料の「注1」に規定する治療計画にフッ化物歯面塗布処置を行うに当たって必要な管理計画が含まれている場合に限る。）を算定した患者に対して算定する。なお、同区分の（I2）についても準用する。
- (2) 3に規定するエナメル質初期う蝕に罹患している患者とは、エナメル質に局限した表面が粗造な白濁等の脱灰病変を有するものをいう。エナメル質初期う蝕に罹患している患者に対するフッ化物歯面塗布処置は、当該病変部位の口腔内カラー写真の撮影を行った場合に算定し、撮影した口腔内カラー写真は、診療録に添付又はデジタル撮影した画像を電子媒体に保存して管理する。なお、写真撮影に係る費用は所定点数に含まれ別に算定できない。また、2回目以降に「3 エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合」を算定する場合において、光学式う蝕検出装置を用いてエナメル質初期う蝕の部位の測定を行った場合は、口腔内カラー写真撮影に代えて差し支えない。この場合において、使用した光学式う蝕検出装置の名称と当該部位の検査結果を診療録に記載又は添付する。
- (3) 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適法に従い、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。
- (4) 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。

第2節 処置医療機器等加算

I 0 8 2 酸素加算

医科点数表の区分番号J 2 0 1に掲げる酸素加算の例により算定する。

第3節 特定薬剤料

生じた口腔粘膜炎に対して、専門的な口腔清掃及び口腔粘膜保護材を使用して疼痛緩和を行った場合に算定する。なお、口腔粘膜保護材に係る特定保険医療材料は別に算定し、使用した特定保険医療材料名を診療録に記載する。

- (4) 周術期等における口腔機能の管理を行う歯科医師は、「2 周術期等専門的口腔衛生処置2」に関し、診療録に口腔内の状態（口腔衛生の状況、口腔粘膜の状態等）及び治療内容等（歯科衛生士が行う場合は、歯科衛生士に指示した内容及び歯科衛生士の氏名）を記載する。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。
- (5) 区分番号I 0 2 9-2に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置又は区分番号I 0 3 0に掲げる機械的歯面清掃処置を算定した日の属する月においては、周術期等専門的口腔衛生処置は別に算定できない。ただし、機械的歯面清掃処置を算定した日の属する月において、周術期等口腔機能管理を必要とする手術を実施した日以降に周術期等専門的口腔衛生処置を実施した場合は算定する。

I 0 2 9-2 在宅等療養患者専門的口腔衛生処置

- (1) 在宅等療養患者専門的口腔衛生処置とは、区分番号C 0 0 1-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定している患者に対して、歯科訪問診療を行っている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、口腔粘膜等の専門的な口腔清掃、歯菌清掃又は機械的歯面清掃を行った場合をいう。
- (2) 主治の歯科医師は、在宅等療養患者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。

I 0 2 9-3 口腔粘膜処置

- (1) 口腔粘膜処置は、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、再発性アフタ性口内炎の小アフタ型病変に対してレーザー照射を行った場合に1月につき1回に限り算定する。なお、当該処置の実施にあたっては「レーザー応用による再発性アフタ性口内炎治療における基本的考え方」（平成30年3月日本歯科医学会）を参考にすること。
- (2) 前回算定した日の属する月に前回照射した部位と異なる部位に生じた再発性アフタ性口内炎に対して当該処置を実施した場合の費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (3) レーザー照射を行った場合は、病変の部位及び大きさ等を診療録に記載すること。

I 0 3 0 機械的歯面清掃処置

- (1) 機械的歯面清掃処置とは、歯科疾患に罹患している患者に対し、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、区分番号B 0 0 0-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B 0 0 2に掲げる歯科特定疾患療養管理料（当該管理料の「注1」に規定する治療計画に機械的歯面清掃処置を行うに当たって必要な管理計画が含まれている場合に限る。）又は区分番号C 0 0 1-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定した患者に対して2月に1回に限り算定する。また、区分番号I 0 1 1-2に掲げる歯周病安定期治療（I）、区分番号I 0 1 1-2-2に掲げる歯周病安定期治療（II）又は区分番号B 0 0 0-4に掲げる歯科

I 1 0 0 特定薬剤

- (1) 1回の処置に特定薬剤を2種以上使用した場合であっても、使用した特定薬剤の合計価格から15円を控除した残りの額を10円で除して得た点数について1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して特定薬剤料を算定する。
- (2) 特定薬剤を使用した場合であっても、1回の処置又は手術に使用した特定薬剤の合計価格が15円以下の場合は、特定薬剤料は算定できない。
- (3) (1)及び(2)でいう1回の処置とは、処置の部に掲げられている各区分の所定点数を算定する単位を1回とする。
- (4) テトラサイクリン・プレステロン軟膏及びテラ・コートリル軟膏を抜歯窩に使用することは、軟膏の基剤が吸収されずに異物として残り治療転を妨げるので、歯科医学的に妥当ではない。
- (5) 薬価基準第4部歯科用薬剤、外用薬(1)に記載されている薬剤のうち、軟組織疾患に使用する薬剤を外用薬として投与することは、歯科医師が自ら貼薬しなければ薬剤が期待できない場合を除き認められる。

第4節 特定保険医療材料

I 2 0 0 特定保険医療材料料

特定保険医療材料は、「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」（平成30年厚生労働省告示第47号）の別表V及びVIに規定する特定保険医療材料により算定する。

第9部 手術

通則

- 「通則1」、「通則2」及び「通則3」は、手術料算定の内容は次の3通りあることを示しており、輸血料は手術料の算定がなくとも単独で算定する。
 - 手術料（＋薬剤料又は特定保険医療材料料等）
 - 手術料＋輸血料（＋薬剤料又は特定保険医療材料料等）
 - 輸血料（＋薬剤料又は特定保険医療材料料等）
- 手術料の所定点数とは手術料の項に掲げられた点数及び注加算の合計点数をいい、通則の加算点数は含まない。
- 通則の加算方法は手術料の所定点数に通則中の各加算を足し合わせたものの合計により算定する。
- 手術当日に行われる手術（自己血貯血を除く。）に伴う処置（区分番号1017に掲げる口腔内装置及び区分番号1017-1-4に掲げる術後即時頸補綴装置を除く。）、検査における診断穿刺・検体採取及び注射の手術料は、特に規定する場合を除き、術前、術後を問わず算定できない。また、内視鏡を用いた手術を行う場合、同時に行う内視鏡検査料は別に算定できない。ここでいう「診断穿刺・検体採取」とは、医科点数表の第3部第4節に掲げる診断穿刺・検体採取料に係るものをいう。
- 手術に当たって通常使用される保険医療材料（包帯、縫合糸（特殊縫合糸を含む。）等）、衛生材料（ガーゼ、脱脂綿及び絆創膏）、外皮用殺菌剤、患者の衣類及び1回の手術に使用される総量価格が15円以下の薬剤は手術の所定点数に含まれる。

ただし、別に厚生労働大臣が定める特定保険医療材料及び1回の手術に使用される特定薬剤の総量価格が15円を超える場合（特定薬剤（区分番号J300に掲げる特定薬剤の（4）に掲げる場合は除く。）にあっては、120点以上の手術又は特に規定する手術に使用した場合を除く。）は、当該手術の所定点数の他に当該特定保険医療材料及び特定薬剤を算定する。
- 「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、歯肉内息肉除去手術及び簡単な手術は基本診療料に含まれ算定できない。
- 「通則5」による6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な者に対する加算及び「通則6」による極低出生体重児、新生児又は3歳未満の乳幼児に対する加算は、第1節の手術料の所定点数のみに対する加算である。
- 「通則5」又は「通則15」における著しく歯科診療が困難な者に対する100分の50加算又は100分の30加算とは、開口の保持又は体位、姿勢の保持が必要な患者や頻繁な治療の中断を伴う患者等に対して、患者の状態に留意しながら治療を行った場合等に算定するものをいい、当該加算を算定した日の患者の治療時の状況を診療録に記載する。
- 「通則5」の加算において6歳未満の乳幼児が著しく歯科診療が困難な者である場合の100分の50加算又は100分の30加算は、乳幼児加算のみを算定する。
- 「通則5」、「通則6」及び「通則9」の適用範囲は、第1節の手術料に定める手術のみであって、輸血料、手術医療機器等加算、薬剤料、特定薬剤料及び特定保険医療材料料に対しては適用されない。

8部に掲げる処置、第9部に掲げる手術及び第12部に掲げる歯冠修復及び欠損補綴を行った場合は、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ 区分番号M003（2のロ及びハに限る。）に掲げる印象採得、区分番号M006（2のロに限る。）に掲げる咬合採得又は区分番号M030に掲げる有床義歯内面適合法

所定点数の100分の70に相当する点数

ロ 区分番号I005（3に限る。）に掲げる抜髄、区分番号I006（3に限る。）に掲げる感染根管処置、区分番号J000（1、2及び3に限る。）に掲げる抜歯手術（注1による加算を算定した場合を除く。）又は区分番号M029に掲げる有床義歯修理

所定点数の100分の50に相当する点数

ハ 区分番号I005（1及び2に限る。）に掲げる抜髄、区分番号I006（1及び2に限る。）に掲げる感染根管処置、区分番号J013（2に限る。）に掲げる口腔内消炎手術

所定点数の100分の30に相当する点数

- 「通則13」の神経移植術とは、区分番号J101に掲げる神経移植術をいう。
- 「通則13」の植皮術とは、区分番号J089分層植皮術及びJ089-2全層植皮術をいう。
- 「通則13」の同一手術野又は同一病巣の算定は、医科点数表の例により算定する。ただし、区分番号J000に掲げる抜歯手術から区分番号J004-3に掲げる歯の移植手術までを複数歯に対して単独で行う場合は、個々の区分により規定する算定単位に応じて算定する。
- 「通則16」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。
- 同一手術野又は同一病巣に対して複数の手術を行った場合は、主たる手術の所定点数により算定する。
- 区分番号J084からJ087まで、J088、J098、J099及びJ100に掲げる手術について、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。
- 第9部に規定する以外の項目は、医科点数表の第2章第10部に掲げる手術の例により算定する。この場合において、特定保険医療材料を使用した場合は、医科点数表第2章第10部第5節特定保険医療材料料の例により算定する。

第1節 手術料

J000 抜歯手術

- 抜歯は、歯又は残根の全部を抜去した場合に算定する。
- 歯の破折片の除去に要する費用は、区分番号J073に掲げる口腔内軟組織異物（人工物）除去術「1 簡単なもの」の所定点数により算定する。この場合において、浸潤麻酔のもとに破折片を除去した場合は、区分番号K001に掲げる浸潤麻酔料及び使用麻酔薬剤料のそれぞれを算定する。
- 抜歯と同時に歯肉を剥離して歯槽骨整形手術等を行った場合は、当該抜歯手術の所定点数に含まれ別に算定できない。

- この部における「主たる手術」とは、所定点数及び注による加算点数を合算した点数の高い手術をいう。
- 「通則8」の加算は、HIV-1抗体価（ウエスタンブロット法）若しくはHIV-2抗体価（ウエスタンブロット法）によってHIV抗体が陽性と認められた患者又はHIV-1核酸同定検査によってHIV-1核酸が確認された患者に対して観血的手術を行った場合に1回に限り算定する。ただし、同日に複数の手術を行った場合は、主たる手術についてのみ加算する。
- 「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。
- 「通則9」の入院中の患者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。
- 「通則9」の休日加算、時間外加算又は深夜加算の対象となる時間の取扱いは初診料と同様である。また、「通則9」の加算に係る適用の範囲及び「所定点数」は、「通則5」の加算の取扱いと同様である。
- 緊急のため保険医療機関の表示する診療時間以外の時間に手術を行った場合の時間外加算又は深夜加算は、既に1日の診療の後片付け等が終わった後で、特に手術する必要がある急患のため再度準備を開始する等相当の不測の労力に対する費用として時間外加算等を行う趣旨であるから、時間外であっても予定された手術の場合は時間外等の加算は算定できない。
- 「通則9」の「所定点数が150点」とは、各区分に規定してある所定点数が150点のものをいう。ただし、その処置・手術が全体として一体と考えられる場合は、個々の所定点数の合計が150点のときは加算する。
- 歯科領域における緊急疾病の場合（時間外）、例えば外傷時における手術で2本以上の歯を抜歯する場合であって、全体として一体と考えられる手術を行う場合は、個々の抜歯の所定点数の合計が150点以上のときは、「通則9」の加算が認められる。
- 手術開始後、患者の急変等やむを得ない事情により手術を中止せざるを得なかった場合は、当該中止までに施行した実態に最も近似する手術項目により算定する。
- 「通則10」の加算は、次のいずれかに該当する患者に対して全身麻酔、硬膜外麻酔又は脊髄麻酔を伴う観血的手術を行った場合に1回に限り算定する。ただし、同日に複数の手術を行った場合は、主たる手術についてのみ加算する。
 - 感染症法に基づく医師から都道府県知事等の届出のための基準において、医師による届出が義務付けられているメチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症の患者（診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、病原体診断がなされたもの。）
 - HBs又はHBe抗原によって抗原性が陽性と認められたB型肝炎患者
 - HCV抗体価（定性、定量）によってHCV抗体が陽性と認められたC型肝炎患者
 - 微生物学的検査により結核菌を排菌していることが術前に確認された結核患者
- 「通則12」でいう「特に規定する場合」とは、各区分における手術名の末尾に両側に記入したものを指す。この場合において、両側にわたり手術を行う医療上の必要性がなく片側の手術のみを行った場合であっても、両側に係る所定点数を算定する。
- 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、消滅鎮痛、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及び困難性を考慮し、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定する患者であって、同注6に規定する加算を算定しないものに対して行った第

（4）「注1」に掲げる難抜歯加算とは、歯根肥大、骨の癒着歯又は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に算定する。ただし、高血圧等の全身状態との関連から、単に抜歯に当たり注意を要する場合は、当該加算は算定できない。なお、当該加算の対象となる抜歯において、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、抜歯手術の所定点数及び当該加算を算定する。

（5）「4 埋伏歯」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、所定点数により算定する。

（6）「4 埋伏歯」とは、骨性の完全埋伏歯又は歯冠部が3分の2以上の骨性埋伏である水平埋伏智歯をいう。

（7）埋伏智歯の隣接歯を抜去し、同時に埋伏（水平）智歯を抜去した場合は、抜去すべき隣接歯が「注1」に掲げる難抜歯加算の対象であるときは、当該隣接歯について難抜歯加算を算定する。

（8）抜歯の際、局所麻酔は、当該抜歯手術の所定点数に含まれ別に算定できない。ただし、抜歯のための術前処置として手術野の消毒・麻酔等を行い、抜歯の態勢に入ったが、患者の急変によりやむを得ず抜歯を中止した場合は、抜歯手術は算定できないが、麻酔料は別に算定できる。

（9）ブリッジの支台歯の抜歯に当たり、当該ブリッジの支台歯の一部（抜歯を行う部位とは別の支台歯）を保存し得る場合において、抜歯と同日に次の処置を行った場合においては当該処置に係る費用を別に算定して差し支えない。

イ 保存する支台歯に対して根管治療が必要な場合であって、区分番号I005に掲げる抜髄又は区分番号I006に掲げる感染根管処置を行った場合

ロ ボンテックの除去が必要な場合であって、区分番号I019に掲げる歯冠修復物又は補綴物の除去を行った場合

ハ 保存する支台歯の歯冠修復物又は補綴物の除去が必要な場合であって、区分番号I019に掲げる歯冠修復物又は補綴物の除去を行った場合

J000-2 歯根分枝摘除術

歯周疾患を原因とせず髄床底の根管側枝を介する感染等を原因とする歯根分枝部の病変に対して、歯根分割を行い分枝部病変の摘除を行った歯の保存を図った場合に、1歯単位で所定点数を算定する。

J000-3 上顎洞陥入歯等除去術

（1）「1 抜歯窩から行う場合」は、当該保険医療機関において行った治療に基づかない上顎洞へ陥入した歯の除去を、抜歯窩より行った場合に算定する。

（2）「2 犬歯窩開さくにより行う場合」は、当該保険医療機関において行った治療に基づかない上顎洞へ陥入した歯の除去を、犬歯窩を開さくして行った場合に算定する。

（3）当該保険医療機関において行った治療に基づき上顎洞へ陥入した歯の除去に要する費用は、区分番号J000に掲げる抜歯手術の所定点数に含まれ別に算定できない。

（4）他の医療機関において行った治療により上顎洞へ陥入した歯科インプラントの除去を犬歯窩を開さくして行った場合は、「2 犬歯窩開さくにより行う場合」により算定する。この場合において、区分番号J082に掲げる歯科インプラント摘出術は別に算定できない。

Ｊ００１ ヘミセクション（分割拔牙）

- （１） 複根歯において必要があつて保存し得る歯根を残して分割拔牙を行った場合は、所定点数により算定する。
- （２） ヘミセクション（分割拔牙）と同時に歯肉を剥離して歯槽骨整形手術等を行った場合は、ヘミセクション（分割拔牙）の所定点数に含まれ別に算定できない。
- （３） ヘミセクション（分割拔牙）に当たり、歯冠修復物又は補綴物の除去を行った場合は区分番号Ｊ０１９に掲げる歯冠修復物又は補綴物の除去を別に算定して差し支えない。

Ｊ００２ 抜歯高再掻爬手術

抜歯高に対して再掻爬手術を行った場合は、１歯に相当する抜歯高を単位として所定点数を算定する。

Ｊ００３ 歯根囊胞摘出手術

- （１） 歯根囊胞摘出手術において歯冠大とは、当該歯根囊胞の原因歯となった歯の歯冠大をいう。
- （２） 歯根囊胞摘出手術と歯槽骨整形手術を同時に行った場合は、当該歯槽骨整形手術は歯根囊胞摘出手術の所定点数に含まれ別に算定できない。

Ｊ００４ 歯根端切除手術（１歯につき）

- （１） 歯根端切除手術と同時にを行った根管充填は別に算定する。
- （２） 歯根端切除手術を行うに際して、歯根端切除部の根管の閉鎖を行った場合は、歯根端切除手術の所定点数に含まれ別に算定できない。
- （３） 次の手術は算定できない。
- イ 乳歯に対する歯根端切除手術
- ロ 歯根端掻爬手術
- （４） 当該保険医療機関の治療に基づかない、根管外に突出した異物又は顎骨内に存在する異物等を、骨の開さくを行つて除去した場合は、１回につき本区分により算定する。なお、歯根端切除手術と同時にを行った顎骨内異物除去は、歯根端切除手術の所定点数に含まれ別に算定できない。
- （５） ２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、歯科用３次元エックス線断層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。

Ｊ００４－２ 歯の再植術

- （１） 外傷性の歯の脱臼に対して歯の再植術を行った場合に算定する。
- （２） 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、区分番号Ｊ００５に掲げる抜髄及び区分番号Ｊ００８に掲げる根管充填及び区分番号Ｊ００８－２に掲げる加圧根管充填処置に限り別に算定する。なお、歯髄処置が行われていた失活歯が外傷により脱臼した場合において、歯根膜の状態が良好な場合等においては当該手術を算定して差し支えない。この場合において、感染根管処置を同時に行った場合においては、区分番号Ｊ００６に掲げる感染根管処置、区分番号Ｊ００８に掲げる根管充填及び区分番号Ｊ００８－２に掲げる加圧根管充填処置に限り別に算定する。
- （３） 外傷による幼若永久前歯の脱臼時に歯の再植術を行い、歯内療法を後日実施した場合は、歯内療法に係る費用は別に算定する。

た場合であっても当該骨の採取術に係る手技料は算定できない。

- （５） 顎堤形成術は、手術のために使用する床の製作を含むが、義歯を製作して手術のために使用した場合は別に区分番号Ｍ０１８に掲げる有床義歯を算定する。

Ｊ０１１ 上顎結節形成術

- （１） 上顎結節形成術は、上顎臼後結節を広範囲に切除及び整形した場合又は上顎結節部を形成した場合に算定する。
- （２） 「１ 簡単なもの」とは、義歯製作に際して上顎臼後結節が著しい障害となる症例に対して、義歯の安定を図るために上顎臼後結節を広範囲に切除及び整形したものをいい、次のいずれかの場合に算定する。
- イ 上顎臼後結節が障害となり、適切な人工歯排列が困難な場合
- ロ 上顎臼後結節が下顎の有床義歯等と干渉し、適切な床後縁設定が困難な場合
- （３） 「２ 困難なもの」とは、上顎臼後結節が偏平となっている症例に対して、義歯の安定を図るために上顎結節部を形成した場合に算定する。

Ｊ０１２ おとがい神経移動術

おとがい神経移動術は、おとがい孔部まで歯槽骨吸収が及び、義歯装着時に神経圧迫痛があるため、義歯の装着ができないと判断される患者に対し、行った場合に算定する。

Ｊ０１３ 口腔内消炎手術

- （１） 口腔内消炎手術とは、炎症病巣に対して口腔内より消炎手術を行うものをいい、同一病巣に対する消炎手術を同時に２以上実施しても、主たる手術のみにより算定する。
- （２） 辺縁性牙周炎の急性発作に対する消炎手術は、「２ 歯肉腫瘍等」により算定する。
- （３） 顎炎及び顎骨骨髓炎に対して骨の開さく等を行い、消炎を図った場合は、「４ 顎炎又は顎骨骨髓炎等」の該当項目により算定する。なお、顎炎とは顎骨内の感染を初発とする広範囲にわたる炎症をいう。
- （４） 本区分の算定に当たっては、手術部位、症状及び手術内容の要点を診療録に記載する。
- （５） 萌出困難な歯について、被覆粘膜の切開により開窓術を行った場合（歯槽骨の切除を行う場合を除く。）は、「１ 智歯周囲炎の歯肉弁切除等」により算定する。
- （６） 歯周病以外の原因により当該手術を実施した場合において、当該手術と同日に歯周疾患処置を行った場合は区分番号Ｊ０１０に掲げる歯周疾患処置及び特定薬剤料を別に算定して差し支えない。

Ｊ０１５ 口腔底腫瘍摘出手術

口腔底腫瘍摘出手術とは、口腔底に生じた良性腫瘍又は嚢胞を摘出す手術をいう。

Ｊ０１５－２ 口腔底迷入下顎智歯除去術

- （１） 口腔底迷入下顎智歯除去術は、当該保険医療機関の治療に基づかない口腔底に迷入した下顎智歯の摘出手術を行った場合に算定する。
- （２） 当該保険医療機関の治療に基づく場合は、Ｊ０００に掲げる拔牙手術の所定点数に含まれ別に算定できない。

Ｊ０１６ 口腔底悪性腫瘍手術

- （１） 口腔底悪性腫瘍手術その他の悪性腫瘍手術の加算の対象となる頸部郭清術（ネックディセクション）とは、単なる病変部のリンパ節の清掃ではなく、片側又は両側の頸部領域組織の徹底的な清掃を行う場合をいう。

- （４） 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白歯であつて、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は、本区分により算定する。この場合において、当該手術と同時に行った根管治療に係る費用は、区分番号Ｊ００８に掲げる根管充填及び区分番号Ｊ００８－２に掲げる加圧根管充填処置に限り別に算定する。なお、歯の移動を目的に含む場合は算定できない。

- （５） 診療録に手術内容の要点を記載する。

Ｊ００４－３ 歯の移植手術

- （１） 保存不適で拔牙した歯の抜歯高に、同一患者から抜去した埋伏歯又は智歯を移植した場合に限り算定する。
- （２） 歯の移植手術と一連で行った根管治療に係る費用は、別に算定する。
- （３） 診療録に手術内容の要点を記載する。

Ｊ００６ 歯槽骨整形手術、骨瘤除去手術

- （１） 歯槽骨整形手術、骨瘤除去手術は、１歯に相当する範囲を単位として算定する。
- （２） 上顎臼後結節の頰側が隆起し、義歯装着に際して障害になる場合において、上顎臼後結節部の頰側隆起部を削除及び整形した場合は本区分の所定点数により算定する。
- （３） 区分番号Ｊ００５に掲げる抜髄又は区分番号Ｊ００６に掲げる感染根管処置を行うに当たり、根管側壁、髄室側壁又は髄床底に穿孔がある場合に、当該穿孔の封鎖を歯肉の剥離により実施したときは、本区分及び保険医療材料料を算定する。

Ｊ００７ 顎骨切斷端形成術

顎骨腫瘍の摘出等を行い、治癒後に口蓋補綴、顎補綴を行うに当たり顎骨断端の鋭縁等の整形手術を行った場合に算定する。

Ｊ００８ 歯肉、歯槽部腫瘍手術（エプーリスを含む）

歯肉、歯槽部腫瘍手術とは、歯肉若しくは歯槽部に生じた良性腫瘍又は嚢胞（歯根嚢胞を除く。）を摘出す手術をいう。

Ｊ００９ 浮動歯肉切除術

浮動歯肉切除術は、有床義歯を製作するに当たり義歯床の安定を阻害する浮動歯肉（義歯性線維腫（症）を含む。）の切除を行った場合に算定する。

Ｊ０１０ 顎堤形成術

- （１） 「１ 簡単なもの」とは、義歯の製作に当たり口腔前庭を拡張することにより顎堤の形成を行ったもの又は口腔前庭形成手術をいう。
- （２） 「２ 困難なもの（２分の１顎未満）」及び「３ 困難なもの（２分の１顎以上）」とは、腫瘍摘出等による顎欠損に対して当該摘出術とは別の日に、骨移植及び人工骨の挿入等により顎堤の形成を行ったものをいう。
- （３） （２）について、人工骨の挿入に要する費用は、「２ 困難なもの」の所定点数に含まれる。
- （４） 口腔外から骨片を採取して骨移植術を行った場合は、区分番号Ｊ０６３－２に掲げる骨移植術（軟骨移植術を含む。）の所定点数を併せて算定する。なお、骨片採術の手技料は区分番号Ｊ０６３－２に掲げる骨移植術（軟骨移植術を含む。）の所定点数に含まれ、骨移植に用いる骨片をその必要があつて２箇所（例えば脛骨と骨盤）から切除し

- （２） 他の手術に併せて行った頸部リンパ節の単なる郭清の加算は所定点数に含まれ別に算定できない。なお、単独に行った場合は、医科点数表の区分番号Ｋ６２７に掲げるリンパ節群郭清術の「２ 頸部（深在性）」により算定する。

Ｊ０１７ 舌腫瘍摘出術

舌腫瘍摘出術とは、舌に生じた良性腫瘍又は嚢胞を摘出す手術をいう。

Ｊ０１９ 口蓋腫瘍摘出術

口蓋腫瘍摘出術とは、口蓋に生じた良性腫瘍又は嚢胞（歯根嚢胞を除く）を摘出す手術をいう。

Ｊ０２２ 顎・口蓋裂形成手術

顎・口蓋裂形成手術の２次手術において、腸骨海綿骨移植を行った場合は、「３ 顎裂を伴うもの」に併せて、区分番号Ｊ０６３－２に掲げる骨移植術（軟骨移植術を含む。）により算定する。

Ｊ０２４－３ 軟口蓋形成手術

いびきに対する軟口蓋形成手術を行った場合に算定する。

Ｊ０２７ 頬、口唇、舌小帯形成術

（１） 頬、口唇、舌小帯形成術は、次の場合に算定する。

- イ 頬、口唇、舌小帯に対する形成手術を行った場合
- ロ 頬、口唇、舌小帯に対する切離移動術を行った場合
- ハ 小帯等を切除して開窓術を行った場合
- ニ ビューエル・ロバン症候群の患者に対し、舌の前方牽引を行った場合

- （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。

Ｊ０３０ 口唇腫瘍摘出術

口唇腫瘍摘出術とは、口唇に生じた良性腫瘍又は嚢胞を摘出す手術をいう。

Ｊ０３３ 頬腫瘍摘出術

- （１） 頬腫瘍摘出術とは、頬部に生じた良性腫瘍又は嚢胞を摘出す手術をいう。
- （２） 下顎角部又は下顎枝に埋伏している下顎智歯を、口腔外より摘出を行った場合は、本区分により算定する。

Ｊ０３４ 頬粘膜腫瘍摘出術

頬粘膜腫瘍摘出術とは、頬粘膜に生じた良性腫瘍又は嚢胞を摘出す手術をいう。

Ｊ０３５－２ 口腔粘膜血管腫凝固術

- （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（支）局長に届け出た保険医療機関において、口腔・顎・顔面領域に生じた血管腫・血管畸形に対して、レーザー照射した場合に一連につき１回に限り算定する。
- （２） 「一連」とは、治療の対象となる疾患に対して所期の目的を達するまでに行う一連の治療過程をいう。例えば、対象病変部位の一部ずつに照射する場合や、全体に照射することを数回繰り返して一連の治療とする場合は、１回のみ所定点数を算定する。
- （３） レーザー照射を行った場合は、病変の部位及び大きさ等の病変の状態について診療録に記載すること。

Ｊ０３７ 上顎洞口腔瘻閉鎖術

- (1) 「2 困難なもの」とは、陳旧性のもの又は減張切開等を必要とするものをいう。
- (2) 上顎洞へ抜歯窩より穿孔がある場合の閉鎖手術は、新鮮創であっても減張切開等を必要とする場合は、上顎洞口腔瘻閉鎖術の「2 困難なもの」の所定点数により算定する。
- (3) 「3 著しく困難なもの」とは、腫瘍摘出後等による比較的大きな穿孔に対して、粘膜弁移動術、粘膜移植術等により閉鎖を行うものをいう。なお、口腔粘膜弁の製作・移動術及び口腔粘膜移植術は「3 著しく困難なもの」の所定点数に含まれ別に算定できない。
- (4) 「3 著しく困難なもの」について植皮術を併せて行った場合は区分番号J089に掲げる分層植皮術、区分番号J089-2に掲げる全層植皮術又は区分番号J090に掲げる皮膚移植術(生体・培養)の所定点数を合算して算定する。
- (5) 「3 著しく困難なもの」について、口腔粘膜弁及び口腔粘膜移植以外の区分番号J091に掲げる皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術から区分番号J097に掲げる粘膜移植術までの手術を併せて行った場合は主たる手術の所定点数に従たる手術の所定点数の100分の50を加算して算定する。
- (6) 腫瘍摘出等により上顎洞又は鼻腔に比較的大きな穿孔を生じた場合の閉鎖術は「3 著しく困難なもの」により算定する。
- (7) 埋伏歯の抜きや顎骨内病巣を除去し、後日二次的に創腔の閉鎖を行った場合は、「1 簡単なもの」により算定する。

J041 下顎骨離断術

- (1) 下顎骨骨折により、顎偏位のままで異常癒着を起し、咬合不全を伴っている場合に異常癒着部を離断し整復を行った場合は、本区分により算定する。
- (2) 骨吸収抑制薬関連顎骨壊死又は放射線性顎骨壊死による腐骨除去術であって、下顎骨離断を行う場合は本区分により算定する。

J042 下顎骨悪性腫瘍手術

顎骨に生ずるエナメル上皮腫に対する手術は、「1 切除」又は「2 切断」の各区分により算定する。また、単胎性エナメル上皮腫の手術の場合も同様に「1 切除」又は「2 切断」の各区分により算定する。

J043 顎骨腫瘍摘出術(歯根嚢胞を除く。)

顎骨腫瘍摘出術とは、顎骨内に生じた良性腫瘍又は嚢胞(歯根嚢胞を除く。)を摘出する手術をいう。

J044-2 埋伏歯開窓術

萌出困難な歯に対して開窓術(歯槽骨及び被覆粘膜を切除する手術)を行った場合に算定する。

J045 口蓋隆起形成術

次のいずれかの場合において、口蓋隆起を切除及び整形した場合に算定する。なお、診療録に理由及び要点を記載すること。

- イ 義歯の装着に際して、口蓋隆起が著しい障害となるような場合
- ロ 咀嚼又は発音に際して、口蓋隆起が著しい障害となるような場合

J046 下顎隆起形成術

次のいずれかの場合において、下顎隆起を切除及び整形した場合に算定する。なお、診療

録に理由及び手術内容の要点を記載すること。

- イ 義歯の装着に際して、下顎隆起が著しい障害となるような場合
- ロ 咀嚼又は発音に際して、下顎隆起が著しい障害となるような場合

J047 腐骨除去手術

- (1) 骨吸収抑制薬関連顎骨壊死又は放射線性顎骨壊死以外の原因により当該手術を行う場合において、2歯までの範囲であれば顎骨に及ぶものであっても「1 歯槽部に局限するもの」により算定する。
- (2) 骨吸収抑制薬関連顎骨壊死若しくは放射線性顎骨壊死により分離した腐骨の除去又は必要性があつて周囲骨拡大除去を行う場合は、歯槽部に局限するものであっても、その範囲に応じて「2 顎骨に及ぶもの」の該当するいずれかの項目により算定する。なお、顎骨壊死の範囲が深部に及び、やむを得ず顎骨の切除が必要な場合は、区分番号J038に掲げる上顎骨切除術、区分番号J040に掲げる下顎骨部分切除術又は区分番号J041に掲げる下顎骨離断術のいずれか該当する区分により算定する。

J048 口腔外消炎手術

- (1) 口腔外消炎手術における長さ(2センチメートル未満等)とは、膿瘍、蜂窩織炎等の大きさをいい、切開を加えた長さではない。
- (2) 重症な顎炎等に対して複数の切開により、口腔外からの消炎手術を行った場合は、「2のイ 3分の1顎以上の範囲のもの」により算定する。
- (3) 広範囲で極めて重症な顎炎等に対して、中・下顎頭又は頤骨上窩等を切開し、口腔外から消炎手術を行った場合は、「2のロ 全顎にわたるもの」により算定する。

J053 嚢石摘出術

- (1) 「1」表在性のものとは、導管開口部分付近に位置する嚢石をいう。
- (2) 「2」深在性のものとは、腺体付近の導管等に位置する嚢石をいう。
- (3) 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。

J059 耳下腺腫瘍摘出術

耳下腺腫瘍摘出術とは、耳下腺に生じた良性腫瘍又は嚢胞を摘出する手術をいう。

J063 歯周外科手術

- (1) 歯周外科手術とは、区分番号D002に掲げる歯周病検査の「2 歯周精密検査」に規定する歯周精密検査の結果に基づき行われる歯周ポケット掻爬術、新付着手術、歯肉切除手術、歯肉剥離掻爬手術、歯周組織再生誘導手術及び歯肉歯槽粘膜形成手術をいう。なお、歯周外科手術の実施に当たっては、「歯周病の診断と治療に関する指針」(平成30年3月日本歯科医学会)を参考とする。
- (2) 歯周外科手術と同時に行われる区分番号I011に掲げる歯周基本治療は、所定点数に含まれ別に算定できない。
- (3) 歯周外科手術における縫合又はバックはそれぞれの所定点数に含まれる。
- (4) 「注4」の「簡単な暫間固定」とは、暫間固定を行う部位において、歯周外科手術を行う歯数が4歯未満の場合であって、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。
- (5) 暫間固定を行う部位において、歯周外科手術を行う歯数が4歯以上の場合であって、固定源となる歯を歯数に含めない4歯以上の暫間固定は、歯周外科手術とは別に区分番

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。

- (16) 「6のホ 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ブ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
- (17) 「6のホ 口腔前庭拡張術」と同時に行った小帯(頬、口唇、舌小帯等)の切離移動又は形成は、口腔前庭拡張術に含まれ別に算定できない。
- (18) 実施に当たっては、診療録に手術部位及び手術内容の要点を記載する。
- (19) 区分番号I011-2に掲げる歯周病安定期治療(I)又は区分番号I011-2-2に掲げる歯周病安定期治療(II)を開始した日以降に行った場合は、所定点数(注1の加算を含む。)の100分の50により算定する。
- (20) 「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、歯肉剥離掻爬手術又は歯周組織再生誘導手術において、明視下で散照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。

J063-2 骨移植術(軟骨移植術を含む)

- (1) 「1のイ 簡単なもの」とは、当該患者の口腔内から採取した骨片等の移植を行った場合をいう。
- (2) 「1のロ 困難なもの」とは、当該患者の口腔外から採取した骨片等の移植を行った場合をいう。
- (3) 「2 同種骨移植」は、特定保険医療材料である人工骨等を用いた場合は算定できない。
- (4) 骨移植術を行った場合は、他の手術と骨移植術を併せて算定する。なお、骨移植術は、骨片切採術の手法料が含まれ、骨移植術において骨移植に用いる骨片をその必要があつて2箇所(例えば脛骨と骨盤)から切除した場合であっても当該採取に係る手法料は別に算定できない。
- (5) 移植術は、採取した骨片を複数箇所に移植した場合も1回の算定とする。
- (6) 「1 自家骨移植」の「ロ 困難なもの」において、骨片採取のみに終わり骨移植に至らない場合は、本区分を算定せず、区分番号J063-3に掲げる骨(軟骨)組織採取術を算定する。
- (7) 自家骨軟骨移植術を行った場合は、本区分の「1のロ 困難なもの」により算定する。
- (8) 同種骨(凍結保存された死体骨を含む。)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」を遵守した場合に限り算定する。
- (9) 「3 同種骨移植(非生体)」の「イ 同種骨移植(特殊なもの)」は、腫瘍、感染、人工関節置換等に係る広範囲の骨及び靱帯組織の欠損に対して、日本組織移植学会が認定した組織バンクにおいて適切に採取、加工及び保存された非生体の同種骨及び靱帯組織を使用した場合に限り算定できる。なお、この場合、骨移植等を行った保険医療機関と骨移植等に用いた同種骨等を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求

- については、同種骨移植等を行った保険医療機関で行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。
- (10) その他骨移植術の医科と共通の項目は、医科点数表の区分番号K 0 5 9に掲げる骨移植術の例により算定する。
- J 0 6 3-3 骨(軟骨)組織採取術
区分番号J 0 6 3-2に掲げる骨移植術の「1のロ 困難なもの」の実施に当たり、骨片採取のみに終わる骨移植に至らなかった場合に限り算定する。
- J 0 6 6 歯槽骨折観血的整復術
歯槽骨折に対し、歯肉粘膜を剥離して観血的に歯槽骨の整復を行った場合に算定する。
- J 0 6 9 上顎骨形成術
(1) 「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、開咬症又は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。
(2) 「注1」に規定する加算は、上顎骨発育不全症、外傷後の上顎骨後位癒着、上顎前突症、開咬症又は過蓋咬合症等に対し、Le Fort I型切離を行い、上顎骨を複数に分割して移動させた場合に算定する。
(3) 「複雑な場合及び2次的再建の場合」とは、同様の症例に対し、Le Fort II型若しくはLe Fort III型切離により移動する場合又は悪性腫瘍手術等による上顎欠損症に対し2次的骨性再建を行う場合をいう。
- J 0 7 0 頬骨骨折観血的整復術
頬骨骨折観血的整復術とは、頬骨又は頬骨弓の骨折を観血的に整復する手術をいう。
- J 0 7 1 下顎骨折非観血的整復術
下顎骨折非観血的整復術の「注」の加算は、連続した歯に対して、三内式線刷子以上を使用した結紮法を行った場合に算定し、これに至らない場合は、所定点数に含まれ別に算定できない。
- J 0 7 2-2 下顎関節突起骨折観血的手術
「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。
- J 0 7 3 口腔内軟組織異物(人工物)除去術
(1) 「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」により算定する。この場合において、浸潤麻酔の下に破折片を除去した場合は、区分番号K 0 0 1に掲げる浸潤麻酔料及び使用麻酔薬剤料のそれぞれを算定する。
(2) 「困難なもの」とは、除去に当たって組織の剥離を必要とするものをいう。
(3) 「著しく困難なもの」とは異物の位置が確定できず、なおかつ深部に存在するため大きく深い切開等を必要とするものをいう。
(4) 口腔内軟組織異物(人工物)除去術は、異物の数にかかわらず所定点数を1回に限り算定する。ただし、当該除去物は同一術野で除去できるものに限る。
(5) 「1 簡単なもの」、「2 困難なもの」及び「3 著しく困難なもの」のうち、2以上を同時に行った場合は、主たる手術のみにより算定する。

- ることにより整位するものをいう。
- J 0 8 2 歯科インプラント摘出術
(1) 他の医療機関で埋植した歯科インプラントを撤去した場合に、当該摘出物の種別に応じて算定する。
(2) 同一又は他の保険医療機関で埋入した区分番号J 1 0 9に規定する広範囲顎骨支持型装置を撤去した場合は、本区分により算定する。
- J 0 8 3 顎骨インプラント摘出術
(1) 「顎骨インプラント」とは、腫瘍摘出後等による顎骨欠損に対して埋植した人工骨及び人工骨頭等の欠損補綴用人工材料(体内)をいう。
(2) 埋植した顎骨インプラントを感染による化膿や破折等の理由でやむを得ず摘出した場合は、顎骨インプラント摘出術を算定する。ただし、当該保険医療機関の治療に基づく異物(骨折手術に用いられた金属内副子等を除く。)について除去を行っても、区分番号J 0 7 3に掲げる口腔内軟組織異物(人工物)除去術、区分番号J 0 7 4に掲げる顎骨内異物(挿入物を含む。)除去術及び区分番号J 0 8 2に掲げる歯科インプラント摘出術は、算定できない。
- J 0 8 4 創傷処理
(1) 創傷処理とは、切・刺・割創又は挫創に対して切離、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。
(2) 創傷が数箇所あり、これを個々に縫合する場合は、近接した創傷についてはそれらの長さを合計して1つの創傷として取り扱い、他の手術の場合に比し著しい不均衡を生じないようにする。
(3) 「3」の「イ 頭頸部のもの(長径20センチメートル以上のものに限る。)」は、長径20センチメートル以上の重度軟部組織損傷に対し、全身麻酔下で実施した場合に限り算定できる。
(4) 「注2」の「露出部」とは、頭部、頸部、上肢にあっては肘関節以下及び下肢にあっては膝関節以下をいう。
(5) 「注3」のデブリードマンの加算は、汚染された挫創に対して行われるブラッシング又は汚染組織の切除等であって、通常麻酔下で行われる程度のものを行ったときに限り算定する。
(6) 拔牙又は智歯歯肉弁切除等の術後、後出血を起こし簡単に止血(圧迫等により止血)できない場合における後出血処置は「4 筋肉、臓器に達しないもの(長径5センチメートル未満)」により算定する。なお、手術当日の後出血に対する処置は算定できないが、後出血により再度来院した場合であって、簡単に止血できない場合においては「4 筋肉、臓器に達しないもの(長径5センチメートル未満)」により算定して差し支えない。
(7) 口腔内における縫合術及び口腔外における縫合術(顔面創傷等の場合)は、大きさ及び深さに応じ、各号の所定点数により算定する。
- J 0 8 4-2 小児創傷処理(6歳未満)
(1) 創傷処理とは、切・刺・割創又は挫創に対して切離、結紮又は縫合を行う場合の第1

- (6) 口腔組織にささっている魚骨を除去した場合は、基本診療料に含まれ別に算定できない。
- J 0 7 4 顎骨内異物(挿入物を含む。)除去術
(1) 「1 簡単なもの」は、顎骨骨折における観血的整復、上顎骨形成術又は下顎骨形成術における顎骨の固定等に用いた金属線又はスクリューの除去を行った場合に算定する。
(2) 「2 困難なもの」は、顎骨骨折における観血的整復、上顎骨形成術又は下顎骨形成術における顎骨の固定等に用いた骨体固定金属板の撤去を行った場合に算定する。
- J 0 7 5 下顎骨形成術
下顎前突のとき下顎両側第一小臼歯を抜歯し、この部位で下顎骨を切断して後退させる下顎前突症手術は、「1 おとがい形成の場合」により算定する。
- J 0 7 5-2 下顎骨延長術
医科点数表の区分番号K 4 4 4-2に掲げる下顎骨延長術の例により算定する。
- J 0 7 6 顔面多発骨折観血的手術
顔面多発骨折観血的手術は、上下顎が同時に骨折した場合等、複数の骨に対して観血的手術を行った場合に算定する。
- J 0 7 7 顎関節脱臼非観血的整復術
顎関節脱臼非観血的整復術は、片側につき算定する。
- J 0 8 0 顎関節授動術
(1) 「1のイ パンピングを併用した場合」とは、パンピング(顎関節腔に対する薬剤の注入、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、関節腔に対する薬剤の注入を行った場合は、区分番号G 0 0 7に掲げる関節腔内注射又は区分番号G 0 0 8に掲げる滑液囊穿刺後の注入を併せて算定する。
(2) 「1のロ 関節腔洗浄療法を併用した場合」とは、局所麻酔下で上顎関節腔に注射針を2本刺入し、上顎関節腔を薬剤にて自然灌流することにより顎関節可動域の増加又は除痛を目的とするものをいう。この場合において、関節腔に対する薬剤の注入を行った場合は、区分番号G 0 0 7に掲げる関節腔内注射又は区分番号G 0 0 8に掲げる滑液囊穿刺後の注入を併せて算定する。
(3) 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。
(4) 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。
(5) 壊壊性顎関節強直症に対する手術は、「3 開放授動術」により算定する。
(6) 筋突起過長又は咀嚼筋腱・腱膜過形成症による顎運動障害等のため、筋突起形成術を行った場合は、「3 開放授動術」により算定する。

- J 0 8 1 顎関節円板整位術
(1) 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。
(2) 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。
(2) 創傷が数箇所あり、これを個々に縫合する場合は、近接した創傷はそれらの長さを合計して1つの創傷として取り扱い、他の手術の場合に比し著しい不均衡を生じないようにする。
(3) 「注2」の「露出部」とは、顔面、頸部、上肢にあっては肘関節以下及び下肢にあっては膝関節以下(足底部を除く。)をいう。
(4) 「注3」のデブリードマンの加算は、汚染された挫創に対して行われるブラッシング又は汚染組織の切除等であって、通常麻酔下で行われる程度のものを行ったときに限り算定する。
(5) 拔牙又は智歯歯肉弁切除等の術後、後出血を起こし簡単に止血(圧迫等により止血)できない場合における後出血処置は、「6 筋肉、臓器に達しないもの(長径2.5センチメートル以上5センチメートル未満)」により算定する。なお、手術当日の後出血に対する処置は算定できないが、後出血により再度来院した場合であって、簡単に止血できない場合においては「6 筋肉、臓器に達しないもの(長径2.5センチメートル以上5センチメートル未満)」により算定して差し支えない。
(6) 口腔内における縫合術及び口腔外における縫合術(顔面創傷等の場合)は、大きさ及び深さに応じ、各号の所定点数により算定する。

- J 0 8 5 デブリードマン
(1) 区分番号J 0 8 9に掲げる全層、分層植皮術から区分番号J 0 9 7に掲げる粘膜移植術までの手術を前提に行う場合にのみ算定する。
(2) 汚染された挫創に対して行われるブラッシング又は汚染組織の切除等であって、通常麻酔下で行われる程度のものを行ったときに算定する。
- J 0 8 9 分層植皮術及びJ 0 8 9-2 全層植皮術
デルマトームを使用した場合は、所定点数に含まれ別に算定できない。
- J 0 9 0 皮膚移植術(生体・培養)、J 0 9 0-2 皮膚移植術(死体)
医科点数表の区分番号K 0 1 4に掲げる皮膚移植術(生体・培養)及び医科点数表の区分番号K 0 1 4-2に掲げる皮膚移植術(死体)の例により算定する。
- J 0 9 3 遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)
遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)を行うに当たり、微小血管自動縫合器を使用した場合は、医科点数表の区分番号K 9 3 6-3に掲げる微小血管自動縫合器加算の例により算定する。
- J 0 9 6 自家遊離組合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)
区分番号J 0 9 6に掲げる自家遊離組合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)を行うに当たり、微小血管自動縫合器を使用した場合は、医科点数表の区分番号K 9 3 6-3に掲げる微小血管自動縫合器加算の例により算定する。
- J 0 9 9-2 抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用植込型カテーテル設置
医科点数表の区分番号K 6 1 1に掲げる抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用植込型カテーテル設置の例により算定する。
- J 1 0 0-2 中心静脈注射用植込型カテーテル設置

- することにより鎮静状態を得る方法であり、歯科手術等を行う場合に算定する。
- (2) 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)を参考とし、術前、術中及び術後の管理を十分に行之、当該管理記録を診療録に添付する。
- (3) 静脈内鎮静法を算定した場合は、区分番号 K 0 0 2 に掲げる吸入鎮静法は別に算定できない。
- (4) 静脈内鎮静法において用いた薬剤に係る費用は、別に算定する。
- (5) 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する。

第 2 節 薬剤料

K 1 0 0 薬剤

- 1 回の麻酔に麻酔薬剤を 2 種以上使用した場合であっても使用麻酔薬剤の合計薬価から 15 円を控除した残りの額を 10 円で除して得た点数につき 1 点未満の端数を切り上げて得た点数に 1 点を加算して得た点数を麻酔薬剤料として算定する。

第 12 部 歯冠修復及び欠損補綴

通則

- 1 歯冠修復及び欠損補綴は、第 1 節中の各区分の注に「保険医療材料料は、所定点数に含まれる。」等と規定されているものを除き、第 1 節の各区分の所定点数に第 3 節の特定保険医療材料料を合算して算定する。
- 2 歯冠修復及び欠損補綴を行った場合の算定は、一連の歯冠修復及び欠損補綴の所定点数を併せて算定する。
- 3 印象採得、咬合採得、仮床試適及び装着は、それぞれの診療行為を行った際に算定する。
- 4 歯冠修復の当日に行うう蝕処置は、歯冠修復の所定点数に含まれ別に算定できない。
- 5 有床義歯等において人工歯を使用した場合の当該人工歯は、人工歯を必要とする部位が両側にわたる場合は 1 組として、片側の場合は 2 分の 1 組として、それぞれ人工歯材料料として算定する。
- 6 「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について、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る算定が妥当であるものは、その都度当局に内蔵の上、所定点数の準用を可能とする旨を規定している。
- 7 「通則 4」による乳幼児又は著しく歯科診療が困難な者に対する加算は、区分番号 M 0 0 3 に掲げる印象採得の「2 欠損補綴の口」、「2 欠損補綴のハ」、区分番号 M 0 0 6 に掲げる咬合採得の「2 欠損補綴の口」又は区分番号 M 0 3 0 に掲げる有床義歯内面適合法については所定点数の 100 分の 70 を加算し、その他の第 12 部に掲げる歯冠修復及び欠損補綴(区分番号 M 0 0 0 から M 0 0 0 - 3 まで、M 0 0 3 の「2 欠損補綴の口」、「2 欠損補綴のハ」、M 0 0 6 に掲げる咬合採得の「2 欠損補綴の口」、M 0 1 0、M 0 1 1、M 0 1 5、M 0 1 5 - 2、M 0 1 7 から M 0 2 6 まで及び M 0 3 0 を除く。)については所定点数の 100 分の 50 を加算する。
- 8 「通則 4」又は「通則 7」の著しく歯科診療が困難な者に対する 100 分の 70 加算又は 100 分の 50 加算は、開口の保持又は体位、姿勢の保持が必要な患者や頻繁な治療の中断を伴う患者等に対して、患者の状態に留意しながら治療を行った場合等に算定する。この場合において、当該加算を算定した日の患者の治療時の状況を診療録に記載する。
- 9 6 歳未満の乳幼児が著しく歯科診療が困難な者である場合(100 分の 70 加算又は 100 分の 50 加算)は、乳幼児加算のみを算定する。
- 10 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(区分番号 M 0 0 3 - 2 に掲げるテンポラリークラウン及び区分番号 M 0 0 4 に掲げるリテーナーを除く。)、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。
- 11 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及び困難性を考慮し、区分番号 C 0 0 0 に掲げる歯科訪問診療料を算定する患者であって、同注 6 に規定する加算を算定しないものに対して行った第 8 部に掲げる処置、第 9 部に掲げる手術及び第 1 2 部に掲げる歯冠修復及び欠損補綴を行った場合は、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。
- イ 区分番号 M 0 0 3 (2 の口及びハに限る。)に掲げる印象採得、区分番号 M 0 0 6 (2 の口に限る。)に掲げる咬合採得又は区分番号 M 0 3 0 に掲げる有床義歯内面適合法

第 11 部 放射線治療

- 医科点数表の第 2 章第 12 部に掲げる放射線治療(区分番号 M 0 0 0 - 2 に掲げる放射性同位元素内用療法管理料、区分番号 M 0 0 1 - 2 に掲げるガンマナイフによる定位放射線治療、区分番号 M 0 0 1 - 4 に掲げる粒子線治療及び区分番号 M 0 0 2 に掲げる全身照射を除く。)の例により算定する。

- 所定点数の 100 分の 70 に相当する点数
- ロ 区分番号 I 0 0 5 (3 に限る。)に掲げる抜髄、区分番号 I 0 0 6 (3 に限る。)に掲げる感染根管処置、区分番号 J 0 0 0 (1、2 及び 3 に限る。)に掲げる抜歯手術(注 1 による加算を算定した場合を除く。)又は区分番号 M 0 2 9 に掲げる有床義歯修理
- 所定点数の 100 分の 50 に相当する点数
- ハ 区分番号 I 0 0 5 (1 及び 2 に限る。)に掲げる抜髄、区分番号 I 0 0 6 (1 及び 2 に限る。)に掲げる感染根管処置、区分番号 J 0 1 3 (2 に限る。)に掲げる口腔内消炎手術
- 所定点数の 100 分の 30 に相当する点数
- 12 「通則 8」でいう検査とは、区分番号 D 0 0 9 に掲げる顎運動関連検査及び D 0 1 0 に掲げる歯冠補綴時色調採得検査をいう。
- 13 区分番号 M 0 0 0 - 2 に掲げるクラウン・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(接着ブリッジを含む。以下同じ。)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区分番号 I 0 0 8 - 2 に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料の「注 2」に規定する期間に相当する期間を経過したものはこの限りではない。
- 14 保険給付外診療で製作された歯冠修復物及び欠損補綴物であって、後日、脱落した際の再装着及び破損した場合の修理は、保険給付の再装着、修理と同一の場合であっても保険給付の対象とはならない。なお、他院で製作された歯冠修復物及びブリッジであって、装着後、区分番号 M 0 0 0 - 2 に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料の「注 2」に規定する期間に相当する期間を経過したものはこの限りではない。
- 15 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。この場合において、製作された区分番号 M 0 2 0 に掲げる鋳造鉤、区分番号 M 0 2 1 に掲げる線鉤、区分番号 M 0 2 1 - 2 に掲げるコンビネーション鉤、区分番号 M 0 2 2 に掲げる間接支台装置及び区分番号 M 0 2 3 に掲げるバーにあつては、各区分の所定点数及び特定保険医療材料並びに特定保険医療材料である人工歯を請求する。また、区分番号 M 0 0 7 に掲げる仮床試適、区分番号 M 0 0 5 に掲げる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。
- 16 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、区分番号 M 0 0 2 に掲げる支台築造(「1 間接法」に限る。)、区分番号 M 0 1 0 に掲げる金属歯冠修復、区分番号 M 0 1 1 に掲げるレジン前装金属冠、区分番号 M 0 1 5 に掲げる非金属歯冠修復、区分番号 M 0 1 5 - 2 に掲げる CAD/CAM 冠、区分番号 M 0 1 6 に掲げる乳歯冠(間接法により製作した場合に限る。)、区分番号 M 0 1 6 - 2 に掲げる小児保険装置、区分番号 M 0 1 7 に掲げるボンティック、区分番号 M 0 1 7 - 2 に掲げる高強度硬質レジンブリッジ、区分番号 M 0 1 8 に掲げる有床義歯、区分番号 M 0 1 9 に掲げる熱可塑性樹脂有床義歯、区分番号 M 0 2 0 に掲げる鋳造鉤、区分番号 M 0 2 1 に掲げる線鉤、区分番号 M 0 2 1 - 2 に掲げるコンビネーション鉤、区分番号 M 0 2 2 に掲げる間接支台装置又は区分番号 M 0 2 3 に掲げる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。この場合において、通則第4号及び第7号に掲げる加算並びに区分番号M0005に掲げる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。
- 17 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物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。この場合において、区分番号M0002に掲げる支台築造（「1 間接法」に限る。）、区分番号M0010に掲げる金属歯冠修復、区分番号M0011に掲げるレジン前装金属冠、区分番号M0015に掲げる非金属歯冠修復、区分番号M0015-2に掲げるCAD/CAM冠、区分番号M0016に掲げる乳歯冠（間接法により製作した場合に限る。）、区分番号M0016-2に掲げる小児保険装置、区分番号M0017に掲げるボンティック、区分番号M0017-2に掲げる高強度硬質レジンブリッジ、区分番号M0020に掲げる鋳造鈎、区分番号M0021に掲げる線鈎、区分番号M0021-2に掲げるコンビネーション鈎、区分番号M0022に掲げる間接支台装置又は区分番号M0023に掲げるバー（区分番号M0020からM0023までについては鈎物の喪失等によりやむを得ず使用できなくなったものに限る。）の各区分並びに特定保険医療材料を請求する。なお、区分番号M0005に掲げる装着及び装着材料は算定できない。
- 18 未来来院請求後に患者が再び来院し、すでに未来来院請求を行った区分番号M0002に掲げる支台築造（「1 間接法」に限る。）、区分番号M0010に掲げる金属歯冠修復、区分番号M0011に掲げるレジン前装金属冠、区分番号M0015に掲げる非金属歯冠修復、区分番号M0015-2に掲げるCAD/CAM冠、区分番号M0016に掲げる乳歯冠（間接法により製作した場合に限る。）、区分番号M0016-2に掲げる小児保険装置、区分番号M0017に掲げるボンティック、区分番号M0017-2に掲げる高強度硬質レジンブリッジ、区分番号M0018に掲げる有床義歯、区分番号M0019に掲げる熱可塑性樹脂有床義歯、区分番号M0020に掲げる鋳造鈎、区分番号M0021に掲げる線鈎、区分番号M0021-2に掲げるコンビネーション鈎、区分番号M0022に掲げる間接支台装置及び区分番号M0023に掲げる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。
- 19 火災等のために試戴又は装着する前に消失した歯冠修復物及び欠損補綴物は、算定できない。
- 20 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は、各区分の規定に従う。ただし、イからホまで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 区分番号M0000-2に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料の（10）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。）によりやむを得ず当該「歯冠補綴物又はブリッジ」の支台歯、隣在歯又は隣在歯及び当該「歯冠補綴物又はブリッジ」の支台歯を抜歯しブリッジを装着する場合
- ロ 区分番号M0017に掲げるボンティックの（15）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
- ハ 区分番号M0017に掲げるボンティックの（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
- ニ 区分番号M0017に掲げるボンティックの（19）により、移植歯を支台歯とするブリッジを製作する場合
- ホ 区分番号M0018に掲げる有床義歯の（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
- 21 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、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、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。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。

第1節 歯冠修復及び欠損補綴診療料

M000 補綴時診断料

- （1）補綴時診断料は、新たな欠損補綴及び有床義歯の床裏装等を行う際に、当該治療を開始した日に患者に対して治療等に関する説明を行った場合に算定する。
- （2）「1 補綴時診断（新製の場合）」については、ブリッジ又は有床義歯を新たに製作する際に、補綴時診断を行った場合に算定する。
- （3）「2 補綴時診断（1以外の場合）」は、新たに生じた欠損部の補綴に際し、既製の有床義歯に人工歯及び義歯床を追加する際又は有床義歯の床裏装を行う際に、補綴時診断を行った場合に算定する。
- （4）「1 補綴時診断（新製の場合）」を算定後、当該有床義歯に対して、新たに人工歯及び義歯床を追加した場合においては、前回補綴時診断料を算定した日から起算して3月以内は補綴時診断料を算定できない。
- （5）新たに生じた欠損部の補綴に際して、「2 補綴時診断（1以外の場合）」を算定後、同一の有床義歯に対して、再度、人工歯及び義歯床を追加する場合においては、前回補綴時診断料を算定した日から起算して3月以内は補綴時診断料を算定できない。
- （6）補綴時診断料の算定に当たっては、製作を予定する部位、欠損部の状態、欠損補綴物の名称及び設計等についての要点を診療録に記載する。
- （7）補綴時診断料を算定した場合は、補綴物の診断設計に基づき、患者に装着する予定の補綴物について、義歯、ブリッジ等の概要図、写真等を用いて患者に効果的に情報提供を行う。
- （10）「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。）によりやむを得ず当該「歯冠補綴物又はブリッジ」の支台歯、隣在歯又は隣在歯及び当該「歯冠補綴物又はブリッジ」の支台歯を抜歯し、ブリッジを製作する場合は、着手するまでの間に予めその理由書、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区分番号E100に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織及び区分番号E300に掲げるフィルムに準じて算定する。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。
- M000-3 広範囲顎骨支持型補綴診断料
- （1）広範囲顎骨支持型補綴診断料は、区分番号J109に掲げる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回に限り算定する。
- （2）当該診断料の算定に当たっては、欠損部の状態、当該補綴に係る補綴物の設計及び材料等を診療録に記載する。
- M001 歯冠形成
- （1）歯冠形成は、同一歯について、1回に限り歯冠形成が完了した日において算定する。なお、簡単な支台築造、歯冠形成に付随して行われる麻酔等は所定点数に含まれ別に算定できない。
- （2）歯冠形成完了後、完了した日は別の日に当該歯に行われる麻酔は別に算定する。
- （3）「1 生活歯歯冠形成」は歯冠形成に付随して行われる処置等の一連の費用は含まれるが、歯冠修復物の除去は別に算定する。
- （4）「1のイ 金属冠」及び「2のイ 金属冠」の金属冠とは、全部金属冠、レジン前装金属冠、前歯の4分の3冠及び臼歯の5分の4冠をいう。
- （5）「金属冠」とは、全部金属冠、レジン前装金属冠、前歯の4分の3冠、臼歯の5分の4冠等、全部金属冠方式又は全部金属冠に準ずる方式で製作する金属歯冠修復（例えば前歯において審美性の観点から唇側の歯質を一部露出させる場合）をいい、4面又は5面の金属歯冠修復の全てが該当するものではない。
- （6）「1のロ 非金属冠」及び「2のロ 非金属冠」の非金属冠とは、硬質レジンジャケット冠、CAD/CAM冠及び高強度硬質レジンブリッジの支台歯に対する冠をいう。
- （7）「注1」に規定するブリッジ支台歯形成加算は、ブリッジの支台歯形成に際して、支台歯間の平行関係を確認した上で支台歯形成を行った場合に算定する。
- （8）「注2」に規定するブリッジとは、いわゆる従来型ブリッジと同様に支台装置、ボンティック、連結部より構成されるが、支台歯のうち少なくとも1歯（以下「接着ブリッジ支台歯」という。）の切削をエナメル質にとどめ、咬合力に対する抵抗形態、脱離力に対する維持形態を付与し、接着性レジンを用いて支台歯に支台装置を装着するものをいう。
- （9）接着ブリッジ支台歯に対する冠（以下「接着冠」という。）に係る歯冠形成は、「1のイ 金属冠」に準じて算定するとともに「注2」に規定する加算を算定する。
- （10）「注3」及び「注6」に規定する加算は、ブリッジの支台歯として第一小臼歯の歯冠形成を実施した場合に限り算定できる。

- (11) メタルコアで支台築造を行った金属冠及び非金属冠に係る失活歯歯冠形成に限り「注7」又は「注8」の加算を所定点数に加算する。
- (12) 「3 窩洞形成」は1歯単位に算定する。また、同一歯に2箇所以上の窩洞形成を行った場合も、窩洞数にかかわらず1回に限り算定する。
- (13) 「注10」の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。
- (14) 「注10」の加算とは、エアータービン等歯科用切削器具を用いることなく、レーザーを応用して疼痛の発現を抑制しながら、う蝕歯の充填処置のためのう蝕除去及び窩洞形成を行うことを評価したものをいい、エアータービン等切削器具を用いた場合は算定できない。なお、窩洞形成を行うに当たり区分番号K000に掲げる伝達麻酔を行った場合は本加算は算定できない。
- (15) 「3のイ 単純なもの」とは、隣接歯との接触面を含まない窩洞をいう。
- (16) 「3のロ 複雑なもの」とは、隣接歯との接触面を含む窩洞をいう。
- (17) 隣酸セメント又はカルボキシレートセメント等のセメントにより充填を行うための窩洞形成は、「3のイ 単純なもの」により算定する。
- (18) 可動性固定ブリッジ（半固定性ブリッジ）の可動性連結装置は、「3のロ 複雑なもの」により算定する。
- (19) 歯冠修復物の脱落において、軟化象牙質を除去して再形成を行った場合の軟化象牙質の除去は、区分番号I000に掲げるう蝕処置により算定する。
- (20) 区分番号I003に掲げる初期う蝕早期充填処置を実施した歯について、やむを得ず充填形成又はインレー形成を行う場合は、「3 窩洞形成」により算定する。
- (21) 歯内療法により適切に保存処置された歯に対し、金属歯冠修復又は充填によって根面を被覆する場合は、歯冠形成は区分番号M001に掲げる歯冠形成の「3のイ 単純なもの」により算定する。

M001-2 う蝕歯即時充填形成

- (1) う蝕歯即時充填形成は、う蝕歯に対して1日で当該歯の硬組織処置及び窩洞形成を完了し充填を行った場合に限り算定し、次回来院の際、充填を行う場合は算定できない。
- (2) 2次う蝕のため充填物を除去し、即時充填のための窩洞形成を行った場合は、う蝕歯即時充填形成により算定する。この場合において、充填物の除去は算定できない。
- (3) 当該歯の歯冠修復物の除去に係る費用は別に算定できない。
- (4) 「注1」の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。
- (5) 「注1」の加算とは、エアータービン等歯科用切削器具を用いることなく、レーザーを応用して疼痛の発現を抑制しながら、う蝕歯のう蝕歯即時充填形成のためのう蝕除去及び窩洞形成を行うことを評価したものをいい、エアータービン等切削器具を用いた場合は算定できない。なお、う蝕歯即時充填形成を行うに当たり区分番号K000に掲げ

全部金属冠等により算定し、支台築造印象は算定できない。

M002-2 支台築造印象

- (1) 「支台築造印象」とは、区分番号M002に掲げる支台築造の「1 間接法」の製作に当たって行う印象採得をいう。
- (2) 支台築造印象料は、製作物ごとに算定する。

M003 印象採得

- (1) 印象採得は、歯冠修復物、歯冠補綴物、欠損補綴物及び義歯修理に当たって製作物ごとに算定する。
- (2) ブリッジの印象採得の算定の時期は、間接法の場合は最初に印象採得を行った日とし、直接法の場合は支台装置を試適して印象採得を行った日とする。
- (3) 印象採得は、原則として歯冠修復及び欠損補綴の製作に当たって印象採得又はろう型採得を行った際に製作物単位に算定する。
- (4) 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ク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（ホに規定する場合を除く。）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、マイオモニターによる印象又は各個トレー及び歯科用インプレッションコンパウンドを用いて筋圧形成を行いラバー系印象材等を用いて機能印象を行った場合も本区分により算定する。

ヘ ク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。

ト 「2のホ(2) 印象採得が著しく困難なもの」とは、次の場合をいう。

- ① 硬口蓋歯槽部の欠損範囲が半側を超える場合
- ② 軟口蓋部の欠損が認められる場合
- ③ 歯槽骨を超える下顎骨の辺縁切除を伴う場合であって、口腔粘膜のみでは創を閉鎖できないため皮弁されている場合又は下顎骨区域切除以上の下顎骨欠損が認められる場合
- ④ 口蓋補綴、顎補綴を行う場合であって、上下の切歯を有する場合の正中部における切歯間距離又は切歯を有しない場合の正中部における顎堤間距離が30mm未満の開口量である場合

- (5) ブリッジの印象採得は、1装置における支台歯とボンティックの数の合計により算定する。

る伝達麻酔を行った場合は本加算は算定できない。

- (6) 区分番号I002に掲げる知覚過敏処置を実施した歯に対して、やむを得ず充填処置が必要となった場合は、う蝕歯即時充填形成により算定する。

- (7) 非う蝕性の実質欠損に対して、1日で当該歯の硬組織処置及び窩洞形成を完了し充填を行った場合は本区分により算定する。

M001-3 う蝕歯インレー修復形成

- (1) う蝕歯インレー修復形成は、う蝕歯に対して1日で当該歯の硬組織処置及び窩洞形成を完了し、印象採得及び咬合採得までを行った場合に算定する。

- (2) 2次う蝕のため充填物を除去し、インレー修復のための窩洞形成を行った場合は、う蝕歯インレー修復形成により算定する。この場合において、充填物の除去は算定できない。

- (3) 当該歯の歯冠修復物の除去に係る費用は算定できない。

- (4) 非う蝕性の実質欠損に対して、1日で当該歯の硬組織処置及び窩洞形成を完了し、印象採得及び咬合採得までを行った場合は本区分により算定する。

M002 支台築造

- (1) 「支台築造」とは、実質欠損の大きい失活歯（全部被覆冠、5分の4冠又は4分の3冠による歯冠修復が予定されるもの）に対して根管等により築造物を維持し、填塞又は被覆して支台歯形態に修復することをいう。

- (2) 「1のイ メタルコア」とは、鑄造物により築造するものをいう。

- (3) 「1のロ ファイバーポストを用いた場合」とは、作業模型上で複合レジン（築造用）及びファイバーポスト（支台築造用）により築造を行うものをいう。

- (4) 「2 直接法」とは、口腔内の窩洞に直接、複合レジン（築造用）等を用いて築造を行うものをいい、セメント等による簡単な支台築造は含まない。直接法による支台築造の際に、複合レジン（築造用）と併せてファイバーポスト（支台築造用）を用いた場合は「2のイ (1) 大臼歯」又は「2のイ (2) 小臼歯及び前歯」により算定し、スクリューポスト（支台築造用）等を用いた場合は「2のロ その他の場合」により算定する。ただし、根管治療を実施した歯の歯冠部の近遠心及び唇顎舌側歯質のうち3壁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「2のロ その他の場合」により算定できる。

- (5) ファイバーポストは1根管当たり1本に限り算定する。

- (6) ファイバーポストを大臼歯及び小臼歯に使用する場合は、1歯当たり2本に限り算定できる。

- (7) 乳歯について、支台築造は算定できない。ただし、後継永久歯が先天性に欠如している乳歯に対する全部金属冠、レジン前装金属冠及び硬質レジンジャケット冠の歯冠形成については、支台築造を算定して差し支えない。

- (8) 「1 間接法」により製作された支台築造物を再装着した場合は、装着として区分番号M005に掲げる装着の「1 歯冠修復」及び装着に係る保険医療材料料を算定する。

- (9) 歯冠修復に当たり、メタルコア、複合レジン及びファイバーポストによる支台築造及び全部金属冠等を同一模型上で製作し、同日の患者への装着は、歯科医学的に適切であると認められる場合を除き、常態として認められない。この場合において、印象採得は

- (6) ブリッジ1装置の製作に当たり、やむを得ず複数個に分けて鑄造し連結の上、患者に装着した場合の印象採得は、「2のニ ブリッジ」により算定する。

- (7) 欠損補綴に係る連合印象及び特殊印象は、顎堤の状況や欠損形態にかかわらず所定点数により算定する。

M003-2 テンボラリークラウン

テンボラリークラウンの修理又は除去は、別に算定できない。

M004 リテーナー

- (1) リテーナーとは、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時的に装着されるものをいう。

- (2) リテーナーは、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ーナーを製作した場合に、当該歯に係る処置等を開始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であっても、ブリッジ1装置につき1回の算定とする。また、ブリッジ装着までの修理等は、所定点数に含まれ別に算定できない。

- (3) リテーナーの製作に当たり使用される保険医療材料料（人工歯を使用した場合の人工歯料を含む。）は、所定点数に含まれ別に算定できない。

- (4) リテーナーの装着に用いた仮着セメント料は、リテーナー装着に係る算定と同時点のものに限る。また、必要があつてブリッジの試適を行った場合のリテーナーの再装着についても同様とする。

M005 装着

- (1) 少数歯欠損及び多数歯欠損は次による。

- イ 「2のロの(1) 少数歯欠損」及び「2のハの(1) 少数歯欠損」とは、1歯から8歯欠損までの欠損補綴をいう。
- ロ 「2のロの(2) 多数歯欠損」及び「2のハの(2) 多数歯欠損」とは、9歯から14歯欠損までの欠損補綴をいう。

- (2) 有床義歯修理を行った場合の装着は、「2のハ 有床義歯修理」の各区分により算定する。

- (3) 装着は、原則として歯冠修復物又は欠損補綴物を装着する製作物ごとに算定する。ただし、ブリッジにあつては、装着に係る保険医療材料料についてのみ支台装置ごとに算定する。

- (4) 歯間離開度検査、装着後の歯冠修復の調整等は、装着の所定点数に含まれ別に算定できない。

- (5) ブリッジ1装置の製作に当たり、やむを得ず複数個に分けて鑄造し連結の上、装着した場合の装着料は、「2のイの(1) 支台歯とボンティックの数の合計が5歯以下の場合」又は「2のイの(2) 支台歯とボンティックの数の合計が6歯以上の場合」により算定する。

- (6) 「注1」の「内面処理」とは、歯質に対する接着力を向上させるために行うアルミナ・サンドブラスト処理及びシランカップリング処理等をいう。なお、当該処理に係る保険

医療材料等の費用は、所定点数に含まれる。

Ｍ００５－２ 仮着

- (１) 仮着は、ブリッジ１装置につき、装着前に１回に限り算定する。なお、仮着物の除去は、算定できない。
- (２) 仮着を算定した日は、区分番号Ｍ００５に掲げる装着は算定できない。

Ｍ００６ 咬合採得

- (１) 歯冠修復及び欠損補綴における咬合採得は、製作物ごとに算定する。
 - イ 「１ 歯冠修復」とは、ブリッジの支台装置を除く歯冠修復をいう。
 - ロ 「２のロの(１) 少数歯欠損」とは、１歯から８歯欠損までの欠損補綴をいう。
 - ハ 「２のロの(２) 多数歯欠損」とは、９歯から１４歯欠損までの欠損補綴をいう。
- (２) 口蓋補綴及び顎補綴の咬合採得は、本区分の「２のロの(３) 総義歯」の所定点数により算定する。また、口腔内装置の咬合採得は、当該口腔内装置の範囲に相当する歯数により、本区分の「２のロ 有床義歯」により算定する。
- (３) 欠損補綴に係る咬合採得は、２回以上行っても顎堤の状況や欠損形態にかかわらず１回に限り算定する。

Ｍ００７ 仮床試適

- (１) 仮床試適は、仮床試適を行った際に製作物ごとに算定する。
- (２) 少数歯欠損及び多数歯欠損は次による。
 - イ 「１ 少数歯欠損」とは、１歯から８歯欠損までの欠損補綴をいう。
 - ロ 「２ 多数歯欠損」とは、９歯から１４歯欠損までの欠損補綴をいう。
- (３) 有床義歯を装着しない口蓋補綴及び顎補綴の仮床試適は、区分番号Ｍ０２５に掲げる口蓋補綴、顎補綴の「１ 印象採得が困難なもの」又は「２ 印象採得が著しく困難なもの」を算定する場合は本区分の「３ 総義歯」の所定点数を算定する。

Ｍ００８ ブリッジの試適

前歯部に係るブリッジの製作に当たり、鑄造物の適否等を診断するために試適を行った場合に算定する。

<歯冠修復>

Ｍ００９ 充填

- (１) 「イ 単純なもの」とは、隣接面を含まない窩洞に対して行う充填をいう。
- (２) 「ロ 複雑なもの」とは、隣接面を含む窩洞に対して行う充填をいう。
- (３) 充填は窩洞数にかかわらず１歯単位により算定する。このため、「イ 単純なもの」を同一歯の複数窩洞に行った場合も、「イ 単純なもの」の所定点数により算定する。
- (４) 充填は窩洞形態に応じ算定するが、同一歯に「イ 単純なもの」及び「ロ 複雑なもの」の窩洞が混在する場合は、「ロ 複雑なもの」の所定点数のみを算定する。
- (５) 前歯部切端又は切端隅角のみのものは、「イ 単純なもの」により算定する。
- (６) 歯頸部又は歯の根面部のう蝕又は非う蝕性の実質欠損において、隣接面を含む窩洞に対する充填は「ロ 複雑なもの」により算定し、それ以外は「イ 単純なもの」により算定する。
- (７) 充填を行うに当たり窩洞形成を行った場合は、区分番号Ｍ００１－２に掲げるう蝕歯

で装着する場合は、歯内療法は当該歯を単位として算定し、歯冠修復は製作物ごとに算定する。

なお、歯冠修復における保険医療材料料は、それぞれ小臼歯の材料料として算定する。

- (11) 同一歯の複数の窩洞に対して、区分番号Ｍ００９に掲げる充填及び本区分の「１ インレー」又は区分番号Ｍ０１５に掲げる非金属歯冠修復の「１ レジンインレー」により歯冠修復を行った場合は、それぞれの所定点数により算定する。この場合において、歯冠形成は、区分番号Ｍ００１に掲げる歯冠形成「３ 窩洞形成」、区分番号Ｍ００１－２に掲げるう蝕歯即時充填形成又は区分番号Ｍ００１－３に掲げるう蝕歯インレー修復形成のいずれか主たるものの所定点数により算定する。
- (12) 区分番号１０００－３に掲げる残根削合により算定する場合において、歯内療法により根の保存可能なものに適切な保存処置の上、金属歯冠修復で根面を被覆した場合は、歯冠形成は区分番号Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「３のイ 単純なもの」を、金属歯冠修復は本区分の「１のイ 単純なもの」及び保険医療材料料をそれぞれ算定する。また、歯科用充填材料１により根面を被覆した場合は、歯冠形成は区分番号Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「３のイ 単純なもの」を、充填は区分番号Ｍ００９に掲げる充填の「イ 単純なもの」及び保険医療材料料をそれぞれ算定する。
- (13) 抜歯禁忌症以外であっても、必要があつて根管処置及び根面被覆処置が完了した残根上に義歯の装着は認められる。

Ｍ０１１ レジン前装金属冠

- (１) レジン前装金属冠とは、全部鑄造方式で製作された歯冠修復物の唇面又は頬面を硬質レジンで前装したものをいい、前歯又はブリッジの支台歯となる第一小臼歯に限り認められる。
- (２) レジン前装金属冠及びレジン前装金属ボンティックの前装部分の破損部分に対して、口腔内にて充填により補修を行った場合は、形成は区分番号Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「３のイ 単純なもの」を、充填は区分番号Ｍ００９に掲げる充填の「１のイ 単純なもの」及び保険医療材料料により算定する。ただし、区分番号Ｍ０００－２に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料を算定しているレジン前装金属冠及びレジン前装金属ボンティックの前装部分に行った修理は、区分番号Ｍ０００－２に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料に含まれ別に算定できない。
- (３) レジン前装金属冠を装着するに当たっては、次により算定する。
 - イ 前歯の歯冠形成を行った場合は、１歯につき生活歯は区分番号Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「１のイ 金属冠」及び区分番号Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「注２」の加算点数を、生活歯は区分番号Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「２のイ 金属冠」、区分番号Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「注５」及び「注７」の加算点数を算定する。なお、支台築造を行った場合は、区分番号Ｍ００２に掲げる支台築造の「１ 間接法」又は「２ 直接法」及び保険医療材料料を算定する。
 - ロ ブリッジの支台歯として第一小臼歯の歯冠形成を行った場合は、１歯につき生活歯は区分番号Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「１のイ 金属冠」、区分番号Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「注１」及び「注３」の加算点数を、生活歯は区分番号Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「２のイ 金属冠」、区分番号Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「注１」、

即時充填形成の場合を除き、１歯につき区分番号Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「３のイ 単純なもの」又は「３のロ 複雑なもの」を算定する。

- (８) 充填に使用した保険医療材料料は窩洞を単位として算定するが、同一歯面に複数の窩洞が存在する場合は１窩洞として取り扱う。
- (９) 区分番号１００５に掲げる抜髄又は区分番号１００６に掲げる感染根管処置を行うに当たり、根管側壁、髄室側壁又は髄床底に穿孔があり封鎖を行った場合は、区分番号Ｍ００９に掲げる充填の「イ 単純なもの」と保険医療材料料により算定する。なお、形成を行った場合は、区分番号Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「３のイ 単純なもの」の所定点数により算定する。ただし、歯内療法を行うに当たって製作した隔壁については別に算定できない。
- また、歯肉を剥離して行った場合は、区分番号Ｊ００６に掲げる歯槽骨整形手術、骨瘤除去手術により算定する。
- (10) 充填を行った場合の研磨は、所定点数に含まれ別に算定できない。

Ｍ０１０ 金属歯冠修復

- (１) 「１のイ 単純なもの」とは、隣接歯との接触面を含まない窩洞に行うインレーをいう。
- (２) 「１のロ 複雑なもの」とは、隣接歯との接触面を含む窩洞に行うインレーをいう。
- (３) 全部金属冠、レジン前装金属冠、前歯の４分の３冠、臼歯の５分の４冠とは、全部金属冠方式又は全部金属冠に準ずる方式で製作する金属歯冠修復をいい、４面又は５面の金属歯冠修復の全ての場合が該当するものではない。なお、全部金属冠とは、全部鑄造方式で製作されたものをいう。
- (４) 接着冠に係る金属歯冠修復及び保険医療材料料は、前歯部は「２ ４分の３冠」に準じて算定し、臼歯部は「３ ５分の４冠」に準じて算定する。
- (５) ５分の４冠としての金属歯冠修復は小臼歯への適用を原則とするが、ブリッジの製作に当たり、必要があつて生活歯である大臼歯を支台として使用する場合はこの限りでない。
- (６) 乳歯の歯冠修復は銀合金により行う。また、乳歯に対する金属歯冠修復は、交換期を考慮して金属歯冠修復を行うことは認められるが、乳歯の解剖学的特殊性を考慮して窩洞形成を行う。ただし、後継永久歯が先天性に欠如している乳歯については、歯科用金銀パラジウム合金を使用しても差し支えない。
- (７) 可動性ブリッジ（半固定性ブリッジ）の可動性連結装置は、１装置につき「１のロ 複雑なもの」に準じて算定する。
- (８) 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。
- (９) 智歯に対し必要がある場合は、金属歯冠修復を行って差し支えない。
- (10) 歯槽中隔部に骨吸収及び肉芽を形成している下顎大臼歯を保存可能と診断した場合において、当該歯を近遠心根の中隔部において分離切断し、中隔部を摘除するとともに、各根管に対し歯内療法を行った上で、近心根、遠心根にそれぞれ金属冠を製作し連結し

「注６」及び「注７」の加算点数を算定する。なお、支台築造を行った場合は、区分番号Ｍ００２に掲げる支台築造の「１ 間接法」又は「２ 直接法」及び保険医療材料料を算定する。

- ハ 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のロ 連合印象」を算定する。
- ニ 装着した場合は、１個につき区分番号Ｍ００５に掲げる装着の「１ 歯冠修復」を算定する。

Ｍ０１５ 非金属歯冠修復

- (１) 「１ レジンインレー」を装着する場合は、次により算定する。
 - イ 窩洞形成を行った場合は、区分番号Ｍ００１－３に掲げるう蝕歯インレー修復形成の場合を除き、１歯につき区分番号Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「３のイ 単純なもの」又は「３のロ 複雑なもの」を算定する。
 - ロ 印象採得又は咬合採得を行った場合は、１個につき区分番号Ｍ００３に掲げる印象採得の「１ 歯冠修復」又は区分番号Ｍ００６に掲げる咬合採得の「１ 歯冠修復」を、装着した場合は１個につき区分番号Ｍ００５に掲げる装着の「１ 歯冠修復」及び合着・接着材料料をそれぞれ算定する。
- (２) 「１のイ 単純なもの」とは、隣接面との接触面を含まない窩洞に行うレジンインレーをいう。
- (３) 「１のロ 複雑なもの」とは、隣接面との接触面を含む窩洞に行うレジンインレーをいう。
- (４) 同一歯の複数の窩洞に対して、区分番号Ｍ００９に掲げる充填及び本区分の「１ レジンインレー」又は区分番号Ｍ０１０に掲げる金属歯冠修復の「１ インレー」により歯冠修復を行った場合は、それぞれの所定点数により算定する。この場合において、歯冠形成は、区分番号Ｍ００１に掲げる歯冠形成「３ 窩洞形成」、区分番号Ｍ００１－２に掲げるう蝕歯即時充填形成又は区分番号Ｍ００１－３に掲げるう蝕歯インレー修復形成のいずれか主たるものの所定点数により算定する。
- (５) 「２ 硬質レジンジャケット冠」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のロ 非金属冠」を、生活歯の場合は区分番号Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「２のロ 非金属冠」及び区分番号Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「注８」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のイ 単純印象」又は区分番号Ｍ００３に掲げる印象採得の「１のロ 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」及び保険医療材料料を算定する。
- (６) 「２ 硬質レジンジャケット冠」は以下のいずれかに該当する場合に算定する。
 - イ 前歯及び小臼歯に対して使用する場合
 - ロ 歯科用金属を原因とする金属アレルギーを有する患者において、大臼歯に対して硬質レジンジャケット冠により歯冠修復を行った場合（医科の保険医療機関又は医科歯

科併設の医療機関の医師との連携のうえで、診療情報提供（診療情報提供料の様式に準じるもの）に基づく場合に限る。）

（７） 歯冠用強化ポリサルホン樹脂を用いて歯科射出成形樹脂（歯冠用）とともに二層成形を行った場合は、硬質レジンジャケット冠により算定する。

（８） （６）にかかわらず、後継永久歯が先天的に欠如している乳歯に対して硬質レジンジャケット冠により歯冠修復を行った場合は所定点数により算定する。

M015-2 CAD/CAM冠

（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冠は以下のいずれかに該当する場合に算定する。

- イ 小臼歯に使用する場合
- ロ 上下顎両側の第二大臼歯が全て残存し、左右の咬合支持がある患者に対し、過度な咬合圧が加わらない場合等において下顎第一大臼歯に使用する場合
- ハ 歯科用金属を原因とする金属アレルギーを有する患者において、大臼歯に使用する場合（医科の保険医療機関又は医科歯科併設の医療機関の医師との連携のうえで、診療情報提供（診療情報提供料の様式に準じるもの）に基づく場合に限る。）
- （３） 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のロ 非金属冠」及び区分番号M001に掲げる「注４」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のロ 非金属冠」及び区分番号M001に掲げる歯冠形成の「注９」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のロ 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。
- （４） 特定保険医療材料料は別に算定する。

M016 乳歯冠

- （１） 「１ 乳歯金属冠」とは、既製の金属冠をいう。
- （２） 乳歯金属冠を装着するに当たっては、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のイ 単純印象」を算定し、咬合採得を行った場合は、区分番号M006に掲げる咬合採得の「１ 歯冠修復」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」及び保険医療材料料を算定する。
- （３） 「２ １以外の場合」は、次の場合に算定する。
- イ 乳歯に対してジャケット冠を装着する場合
- ① 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

ンティックを製作した場合は「ロ 小臼歯部の場合」により算定し、この場合の保険医療材料料については製作したボンティックの種類に応じて、該当する小臼歯の保険医療材料料を算定する。

- （４） 可動性固定ブリッジ（半固定性ブリッジ）の可動性連結装置を使用した場合は、区分番号M010に掲げる金属歯冠修復の「１のロ 複雑なもの」及び区分番号M001に掲げる歯冠形成の「３のロ 複雑なもの」を算定する。
- （５） ブリッジの製作に当たり、支台歯の植立方向によりボンティックを分割して製作することは認められない。
- （６） 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ボンティックを行う場合はこの限りでない。
- （ニ） 隣歯歯の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歯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。

- （７） 分割抜歯後のブリッジの製作

イ 第１、第２大臼歯を分割抜歯してブリッジの支台歯とすることは、「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）の「５ 咬合力の負担からみたブリッジの適応症と設計、４）その他（歯根を分割抜去した大臼歯に対するブリッジの適用について）」の項を参照し、残った歯冠、歯根の状態が歯科医学的に適切な場合に限り認められる。

なお、上顎第２大臼歯の遠心傾側根抜歯、下顎第２大臼歯の遠心根抜歯の場合の延長ボンティックは認められない。

- ロ 分割抜歯を行った場合の指数は、次のとおりとする。
- （イ） 下顎の場合、残った歯根はR＝２、欠損部をボンティックとしたときはF＝４とする。
- （ロ） 上顎の場合、残った歯根は１根につきRを１とするが、１根のみの支台歯は歯科医学的に適切ではないので認められない。ブリッジの支台歯となるのは、ロ

歯冠形成の「１のロ 非金属冠」を、失活歯の場合は区分番号M001に掲げる歯冠形成の「２のロ 非金属冠」を算定する。

② 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」を算定し、咬合採得を行った場合は区分番号M006に掲げる咬合採得の「１ 歯冠修復」を算定する。

③ 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」及び保険医療材料料を算定する。

ロ 乳歯の前歯の歯冠部全体のエナメル質の一層を削除し、エナメルエッチング法を実施した後、クラウンフォームのビニールキャップに複合レジンを填入し、支台歯に圧接を行い、硬化後キャップを除去した上で、調整して歯冠修復を完成した場合この場合において、生活歯に歯冠形成を行った場合は区分番号M001に掲げる歯冠形成の「１のロ 非金属冠」により算定し、失活歯に歯冠形成を行った場合は区分番号M001に掲げる「２のロ 非金属冠」により算定し、使用した保険医療材料料は、歯科充填用材料Ⅰ又はⅡの「（１） 単純なもの」と「（２） 複雑なもの」を合算して算定する。なお、永久歯の前歯に対して行う場合についても、区分番号M016に掲げる乳歯冠の「２ １以外の場合」により算定して差し支えない。

M016-2 小児保険装置

- （１） 小児保険装置は、う蝕等によって乳臼歯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期までに行う。

<欠損補綴>

M017 ボンティック

- （１） レジン前装金属ボンティックとは、鋳造方式により製作されたボンティックの唇面又は頬面を硬質レジンにより前装したものをいう。
- （２） レジン前装金属ボンティックを、大臼歯に使用する場合は、咬合面を金属で製作し、頬面にレジン前装を施した場合に限り認められる。
- （３） 延長ブリッジの場合の７番ボンティックは、小臼歯部として扱い、レジン前装金属ボ

蓋根と頰側の１根が残った場合、残った歯根はR＝２、欠損部をボンティックとしたときはF＝４とする。また、頰側の２根のみが残った場合は口蓋根部のボンティックは必要とされないことから残った歯根はR＝２のみとする。

例①（第１大臼歯の遠心根を抜歯した場合）

指数	2	4	6		
歯種	6	6	7		
	○	●	○		
R	2	6			
F		4			

指数 2 4 6 4 2 4 6 4

歯種	6	6	7	8	→	歯種	5	6	6	7	8
	○	●	●	○			○	○	●	●	○
R	2		4			R	4	2		4	
F		4	6			F		4	6		

r = 6 - 10 < 0 で不可、５番も支台歯とする必要がある。 ５番を支台歯として追加することで、r = 10 - 10 = 0 で可、５と６の残した根の和も８のRもFの１／３を超えるので条件を満たしている。

ハ 上顎の第１又は第２大臼歯を３根のうち２根残して分割抜歯してブリッジの支台歯とする場合は、頰側２根を残した場合は大臼歯として、又頰側いずれか１根と口蓋根を残した場合は支台歯としての小臼歯歯冠修復と小臼歯のボンティックとして算定して差し支えない。単独冠として行う場合は、大臼歯の歯冠修復として算定して差し支えない。

ニ 下顎の第１又は第２大臼歯を近遠心２根のうち１根を残して分割抜歯してブリッジの支台とする場合は、１根を支台歯としての小臼歯歯冠修復と小臼歯ボンティックとして算定して差し支えない。単独冠として行う場合は、小臼歯の歯冠修復として算定して差し支えない。

- （８） ブリッジを装着するに当たり、印象採得を行った場合は、１装置につき区分番号M003に掲げる印象採得の「２のニの（１） 支台歯とボンティックの数の合計が５歯以下の場合」又は区分「２のニの（２） 支台歯とボンティックの数の合計が６歯以上の場合」を、咬合採得を行った場合は１装置につき区分番号M006に掲げる咬合採得の「２のイの（１） 支台歯とボンティックの数の合計が５歯以下の場合」又は区分番号M006に掲げる咬合採得の「２のイの（２） 支台歯とボンティックの数の合計が６歯以上の場合」を、装着した場合は支台装置の装着は１歯につき区分番号M005に掲げる装着の「１ 歯冠修復」及び保険医療材料料を、ブリッジの装着は１装置につき区分番号M005に掲げる装着の「２のイ ブリッジ」の各区分の所定点数を算定する。
- （９） 必要があって根を分離切断した下顎大臼歯を支台歯として使う場合の指数は「６」として大臼歯１歯の取扱いとする。ただし、分離切断したのであるから、実態に合わせて

指数を減ずることを考慮すべきである。

- (10) インレーを支台装置とするブリッジは、窩洞形成を行った場合は区分番号M001に掲げる歯冠形成の「3のロ 複雑なもの」により算定する。なお、全ての支台をインレーとするブリッジは区分番号M000-2に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料の対象としないことから、区分番号M000-2に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料は算定できない。
- (11) 「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）の判定条件におけるブリッジの1側の支台歯のRの総計が、隣接するボンティックのF及びF・Sの総計の3分の1以上であるという判定条件bは延長ブリッジは適用しない旨のただし書は、延長したボンティックについては片側に支台歯が存在しないのでそのボンティックのパランスは考慮しないとの意である。したがって、

2①	1 2③	の場合	2	部は判定条件bにかかわっていないので、
基本となるブリッジ ① 1 2③ において条件bを判定することになる。 この場合は判定条件bを満たしていないので、				

- 2① 1 2③ もブリッジの設計としては不適である。
- (12) 「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）によると延長ブリッジの支台歯は2歯以上となっているが、これは回転力を軽減させるためであるから、支台歯が2歯以上であって条件が整っていれば、必ずしも支台歯は連続している必要はない。
- (13) 可動性ブリッジ又はインレーを支台とするブリッジの指数は、「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）に示した当該支台歯の歯種による指数を用いる。
- (14) 欠損ではなく、1歯相当の隙のある場合のブリッジの設計において、ボンティックは両隣接支台歯の何れかの形態を模して決定するが、その指数は実態に応じ近似の歯種の指数とする。なお、半歯程度の隙の場合は隙とする。
- (15) 有床義歯では目的が達せられない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。
- (16) 低位唇側転位の犬歯の抜歯後に生じた欠損部の間隙が側切歯、あるいはそれ以下しかない場合であっても、「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）にあるボンティックの抵抗値（F 値）を減じることとは適切でない。
- 欠損部の間隙が側切歯半歯以下の極めて小さい場合は、側切歯又は第一小臼歯、あるいは双方の歯冠幅を僅かずつ拡大して歯冠修復を行い、場合によっては補綴隙等を行うことにより対応する。
- 犬歯のボンティックが必要な場合で、中切歯が既にブリッジの支台として使用されて

- 咬合圧が加わらない場合等において、第二小臼歯の欠損に対して第一小臼歯及び第一大臼歯を支台歯とするブリッジに使用する場合
- ロ 歯科用金属を原因とする金属アレルギーを有する患者において、臼歯部1歯中間欠損に使用する場合（ただし、医科の保険医療機関又は医科歯科併設の医療機関の医師との連携のうえで、診療情報提供（診療情報提供料の様式に準じるもの）に基づく場合に限る。）
- (3) 高強度硬質レジンブリッジを装着する場合は、次により算定する。
- イ 歯冠形成は原則として、失活歯に対して行い、この場合においては、区分番号M001に掲げる歯冠形成の「2のロ 非金属冠」及び区分番号M001に掲げる歯冠形成の「注1」及び「注9」の加算を算定する。
- やむを得ず生活歯の歯冠形成を行う場合は、区分番号M001に掲げる歯冠形成の「1のロ 非金属冠」及び区分番号M001に掲げる「注1」及び「注4」の加算を算定する。
- ロ 印象採得を行った場合は、1装置につき、区分番号M003に掲げる印象採得の「2のニの(1) 支台とボンティックの数の合計が5歯以下の場合」を算定する。
- ハ 装着した場合は、1装置につき区分番号M005に掲げる装着の「2のイの(1) 支台とボンティックの数の合計が5歯以下の場合」、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を算定する。
- (4) 特定保険医療材料は別に算定する。

M018 有床義歯

- (1) 有床義歯は、歯の欠損状況や製作する義歯の形態にかかわらず、人工歯数に応じて算定する。
- (2) 欠損補綴に当たっての歯数の数え方は、欠損歯数によるものではなく、人工歯の数に欠く。欠損歯が4歯であっても、人工歯の排列上5歯となる場合は、その歯数は5歯とする。
- (3) 局部義歯のうち12歯から14歯までは、あくまで残存歯があり、局部義歯として補綴を行った場合に限り算定する。なお、1床14歯の局部義歯の場合もあり得る。
- (4) 左側第二大臼歯から右側第二大臼歯までが欠損している（欠損歯数14歯）症例において、歯冠の一部が露出した状態の埋伏智歯が残存している場合又は当然抜歯すべき症例のうち何らかの理由で抜歯不可能な場合は、智歯と無関係に総義歯同様の義歯を製作したときは、総義歯として算定する。
- (5) 抜歯後1月を経過していなくても歯科医的にみて適当であると認められる場合に限り、義歯の製作は所定点数により算定する。
- (6) 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っ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。
- (7) 残根上の義歯をやむを得ず製作するに際し、残根歯の歯内療法後に行う根面被覆処置として、複合レジンを使用することは差し支えない。この場合において、歯冠形成は区分番号M001に掲げる歯冠形成の「3のイ 単純なもの」、充填は区分番号M009

いる等の理由で新たに支台として使用できない場合に限って、ブリッジの設計を「2③ ④⑤」に変更することは差し支えない。この場合において、診療報酬明細書の摘要欄に中切歯の状況等を記載する。

- (17) 側切歯及び犬歯又は犬歯及び第一小臼歯の2歯欠損であって、犬歯が低位唇側転位していたため間隙が1歯分しかない場合に限ってボンティック1歯のブリッジとして差し支えない。
- ただし、製作するブリッジのボンティックの形を側切歯とするか犬歯とするかはそれぞれの症例によって異なるものと思われるが、形の如何によらずボンティックの抵抗値（F 値）は犬歯の「5」として設計する。
- この場合において、診療報酬明細書の摘要欄に低位唇側転位の犬歯を含む欠損歯数と補綴歯数の不一致の旨記載すること。
- (18) 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。
- (19) 次に掲げるブリッジの設計は原則として認められないが、歯科医的に妥当であると考えられる場合には、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、区分番号E100に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織及び区分番号E300に掲げるフィルム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。
- イ (18)と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
- ロ 移植後一定期間経過した移植歯を支台歯とする1歯欠損症例のブリッジであって、骨植状態が良好であり、咬合力の負担能力が十分にあると考えられる場合
- (20) 6⑥⑦及び⑤⑥6のような分割延長ブリッジは原則として認められないが、前者は隣接する第二小臼歯が前方ブリッジの支台歯となっているか又は同歯にメタルボンド冠が装着されている症例、後者は隣接する第二大臼歯に合金又は白金合金の全部金属冠が装着されている症例であって、補綴物を除去し、当該歯をブリッジの支台歯として使用することが困難であるため、当該歯の補綴物にレストを設定することによりブリッジの維持を求める構造となる場合はこの限りでない。
- ただし、レストの設定に係る費用は算定できない。

M017-2 高強度硬質レジンブリッジ

- (1) 高強度硬質レジンブリッジとは、歯冠用ガラスファイバーによるフレームに高強度の硬質レジンを用いて製作する、臼歯部1歯中間欠損部に対するボンティックを含む、臼歯3歯ブリッジをいう。
- (2) 高強度硬質レジンブリッジは以下のいずれかに該当する場合に算定する。
- イ 上下顎両側の第二大臼歯が全て残存し、左右の咬合支持がある患者に対し、過度な

に掲げる充填の「イ 単純なもの」及び保険医療材料を算定する。

- (8) 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。
- (9) 前歯部の隙隙のみがある場合、これを有床義歯の際により補綴することは歯科医的に適切でない。
- (10) 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脱落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、パピヨー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、外傷や腫瘍等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、エクス線フィルム又はその複製は、区分番号E100に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織及び区分番号E300に掲げるフィルムにより算定する。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。
- (11) 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。
- (12) 有床義歯を1日で製作し装着することは、特殊な症例で歯科医的に適切な場合に限り算定する。ただし、常態として1〜2日で製作し装着を行うものの、装着後の調整指導を実施しない保険医療機関は算定できない。
- (13) 新たに有床義歯を製作する場合は、原則として前回有床義歯を製作した際の印象採得を算定した日から起算して6カ月を経過した以降に、新たに製作する有床義歯の印象採得を行うものとする。ただし、次に掲げる場合であって、新たに有床義歯を製作する場合はその限りではない。
- イ 遠隔地への転居のため通院が不能になった場合
- ロ 急性の歯科疾患のため喪失歯数が異なった場合
- ハ 認知症を有する患者や要介護状態の患者であって、義歯管理が困難なために有床義歯が使用できない状況（修理が困難な程度に破折した場合を含む。）となった場合
- ニ その他特別な場合

この場合において、新たに有床義歯を製作する理由を診療録に記載し、その理由についていから二までのうち該当する記号及び具体的な内容を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

なお、「有床義歯の取扱いについて」（昭和 56 年 5 月 29 日保険発第 44 号）は、平成 28 年 3 月 31 日をもって廃止する。

M019 熱可塑性樹脂有床義歯

- (1) 熱可塑性樹脂有床義歯は、区分番号M018に掲げる有床義歯の例により算定する。
- (2) 熱可塑性樹脂有床義歯は、歯の欠損状況や製作する義歯の形態にかかわらず、人工歯数に応じて所定点数を算定する。

M020 鋳造鉤

- (1) 14カラット金合金による鋳造鉤は2歯欠損までの有床義歯の場合に限り算定する。
- (2) 保険医療材料料は、別に定める鋳造鉤の使用材料料により算定する。
- (3) ローチのバークラasp及び鋳造によるバックアクション鉤は二腕鉤として算定し、2歯以上にわたるバークラaspは、双子鉤として算定する。

なお、保険医療材料料は、別に定める鋳造鉤の使用材料料の双子鉤の大・小臼歯により算定する。

M021 線鉤

- (1) バックアクション鉤等に要する費用は、本区分の「1 双子鉤」により算定する。
- (2) 14カラット金合金による線鉤は2歯欠損までの有床義歯の場合に限り算定する。
- (3) 直接支台装置としてレストつきの単純鉤を製作した場合において、当該装置に要する費用は、本区分の「2 二腕鉤(レストつき)」により算定する。

M022 間接支台装置

間接支台装置とは、局部義歯において義歯の安定を目的として歯の欠損部から離れた歯に対して用いる支台装置であり、レスト、フック、スパー又は線鉤(単純鉤)が含まれる。ただし、欠損部から離れた歯に対して、区分番号M020に掲げる鋳造鉤、区分番号M021に掲げる線鉤又は区分番号M021-2に掲げるコンビネーション鉤を使用した場合はそれぞれの該当する区分により算定する。なお、支台歯1歯につき、支台装置は1個に限り算定し、複数の支台装置を用いた場合は主たるものにより算定する。

M023 パー

- (1) 保持装置とは、1歯欠損に相当する孤立した中間欠損部位を含む有床義歯において、鋳造パー又は屈曲パーと当該欠損部に用いる人工歯を連結するために使用される小連結子をいう。
- (2) 鋳造パー、屈曲パーに保持装置を装着した場合は、その使用個数に応じて算定する。
- (3) 緩圧式パーは「1 鋳造パー」又は「2 屈曲パー」により算定する。
- (4) ケネディパーは「1 鋳造パー」により算定し、「1 鋳造パー」によるリングルパーと併用した場合には、それぞれについて「1 鋳造パー」により算定する。
- (5) パー義歯が破損し、パーの取替えが必要な症例に限り新たなパーに要する費用は算定する。

また、有床義歯修理の際に、新たにパーを付与した場合も歯科医学上適切な場合に限り算定する。

- (6) 有床義歯及び熱可塑性樹脂有床義歯の製作や床修理に際し、補強線を使用した場合の当該補強線に係る費用は、それぞれの所定点数に含まれ別に算定できない。

なお、補強線は、歯の欠損部、残存歯の植立状態、対咬関係、顎堤の形態及び粘膜の性状等を勘案し、義歯の破損防止のために使用するものをいう。

M025 ロ蓋補綴、顎補綴

- (1) 本区分は次に掲げる装置を製作した場合に算定する。

- 腔リハビリテーション料1「3 その他の場合」により算定する。
- (12) 本区分を算定する場合は、(1)のイからホまでのいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

M025-2 広範囲顎骨支持型補綴

- (1) 広範囲顎骨支持型補綴とは、区分番号J109に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術後から当該装置の上部に装着されるブリッジ形態又は床義歯形態の補綴物が装着されるまでの一連の治療をいう。
- (2) 「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。
- (3) 当該補綴物がブリッジ形態及び床義歯形態の両方の形態を持ち合わせた補綴物である場合は、主たる形態のものに応じて「1 ブリッジ形態のもの」又は「2 床義歯形態のもの」により算定する。
- (4) 「注2」について、唇顎口蓋裂又は外胚葉異形成症等の先天性疾患等による顎堤形成不全の場合であって、骨移植等による顎骨の再建範囲が3分の1程度より狭い場合(1～2歯程度の場合)においては、「1 ブリッジ形態のもの」の所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。
- (5) 広範囲顎骨支持型装置埋入手術後、当該補綴に係る補綴物の印象採得から装着までの一連の行為は、当該技術料に含まれ、別に算定できない。
- (6) 広範囲顎骨支持型補綴に係る補綴物の装着を行った日においては、患者に対して、当該補綴物の装着日、主治の歯科医師の氏名、保険医療機関名及び療養上必要な事項等を記載した文書を提供すること。
- (7) 区分番号M025に掲げるロ蓋補綴、顎補綴は、別に算定できない。
- (8) 特定保険医療材料料は、スクリュー、アバットメント、アタッチメント及びシンダーに限り、別に算定する。

<その他の技術>

(ろう着)

歯冠修復物及び欠損補綴物をろう着した場合は、当該歯冠修復物及び欠損補綴物の製作等に係る所定点数に含まれ別に算定できない。

M026 補綴隙

補綴隙は、レジン隙又は金属隙の使用が認められるが、いずれも補綴隙により算定する。なお、総義歯は算定できない。

<修理>

M029 有床義歯修理

- (1) 有床義歯の修理は、人工歯数に関係なく所定点数により算定する。この場合において、修理に伴って鉤を新たに製作したときは、その鉤は、鉤の所定点数により算定する。
- (2) 有床義歯修理の場合において、例えば人工歯の脱落のため人工歯を新たに使用した場合、又は1歯を抜歯し、旧義歯床を延長して新たに1歯分の補綴をした場合は、有床義歯修理と人工歯料の所定点数を合算して算定する。

- イ 腫瘍、顎骨嚢胞等による顎骨切除に対するロ蓋補綴装置又は顎補綴装置
- ロ オクルーザルランプを付与した口腔内装置
- ハ 発音補整装置
- ニ 発音補助装置
- ホ ホツツ床

- (2) 「2 印象採得が著しく困難なもの」とは、次の場合をいう。

- イ 硬口蓋歯槽部の欠損範囲が半側を超える場合
- ロ 軟口蓋部の欠損が認められる場合
- ハ 歯槽骨を超える下顎骨の辺縁切除を伴う場合であって、口腔粘膜のみでは創を閉鎖できないため皮弁されている場合又は下顎骨区域切除以上の下顎骨欠損が認められる場合
- ニ ロ蓋補綴、顎補綴を行う場合であって、上下の切歯を有する場合の正中部における切歯間距離又は切歯を有しない場合の正中部における顎堤間距離が30mm未満の開口量である場合
- (3) 区分番号M018に掲げる有床義歯又は区分番号M019に掲げる熱可塑性樹脂有床義歯と(1)に示す装置を一体として新製した場合は、それぞれの所定点数を合算した点数により算定する。なお、その場合、印象採得、咬合採得、装着は本区分の製作に係る所定点数のみを算定する。旧義歯を修理、調整し製作した場合又は義歯を伴わない場合には、(1)に示す装置を製作した場合は本区分の製作に係る所定点数のみを算定する。
- (4) 「(1)のイ 腫瘍、顎骨嚢胞等による顎骨切除に対するロ蓋補綴装置又は顎補綴装置」とは、腫瘍、顎骨嚢胞等による顎骨切除を行った患者に対して構音、咀嚼及び嚥下機能の回復を目的に製作する装置をいう。
- (5) 「(1)のロ オクルーザルランプを付与した口腔内装置」とは広範な顎骨切除に伴う顎間関係の変化によって生じた咬合不全に対して、新たな咬合関係を付与する目的で、顎骨切除を行った対顎に装着する装置(義歯に付与したものを含む。)をいう。当該装置は「1 印象採得が困難なもの」により算定する。
- (6) 「(1)のハ 発音補整装置」とはロ蓋裂等に起因する鼻咽腔閉鎖機能不全による言語療法のため鼻咽腔閉鎖機能改善を目的に製作する、いわゆるスピーチエイド等の装置(義歯に付与したものを含む。)をいう。
- (7) 「(1)のニ 発音補助装置」とは、舌の切除等の外科的療法を行った後の発音障害に対して、発音の補助を目的として製作する装置(義歯に付与したものを含む。)をいう。当該発音補助装置は「1 印象採得が困難なもの」により算定する。
- (8) 「(1)のホ ホツツ床」とは区分番号J022に掲げる顎・ロ蓋裂形成術を実施する患者に対して必要があつて製作する哺乳床をいう。当該装置を装着した場合は、「1 印象採得が困難なもの」により、同一の患者に対して3回に限り算定する。ただし、印象採得、材料、装着等は、所定点数に含まれ別に算定できない。
- (9) 区分番号M025-2に掲げる広範囲顎骨支持型補綴は、別に算定できない。
- (10) 本区分により算定する装置の修理は1回につき区分番号M029に掲げる有床義歯修理により算定する。
- (11) 本区分により算定する装置の調整は1回につき区分番号J001-2に掲げる歯科ロ

- (3) 破損した有床義歯を修理した後、新たに有床義歯を製作した場合は、それぞれ所定点数により算定する。
- (4) 総義歯又は9歯以上の局部義歯において、咬合高径を調整する目的で人工歯の咬合面にレジンを追加し咬合の再形成を行った場合又は当該義歯の床縁形態を修正する目的で当該義歯の床縁全周にわたりレジンを追加し床延長する場合は、1回に限り所定点数により算定する。
- (5) 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又は除去した場合は、再製、修理又は床裏装を前提とした場合に、除去料を算定する。なお、鉤を切断又は除去した部位の状況によって、義歯調整を行うことにより当該義歯をそのまま使用できる場合においては所定点数を算定して差し支えない。
- (6) 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。
- (7) 「注3」及び「注4」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(新たに生じた欠損部位に対する有床義歯の増歯を含む。)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、修理を担当する歯科技工士の氏名及び修理の内容を診療録に記載する。

M030 有床義歯内面適合法

- (1) 有床義歯内面適合法(有床義歯床裏装)は、アクリリック樹脂又は熱可塑性樹脂で製作された義歯床の粘膜面を一層削除し、新たに義歯床の床裏装を行った場合に当該義歯の人工歯数に応じ所定点数を算定する。
- (2) 「2 軟質材料を用いる場合」は、顎堤の吸収が著しい又は顎堤粘膜が菲薄である等、硬質材料による床裏装では症状の改善が困難である下顎総義歯患者に対して、義歯床用軟質裏装材を使用して間接法により床裏装を行った場合に算定する。
- なお、「2 軟質材料を用いる場合」の算定に当たっては、顎堤吸収の状態、顎堤粘膜の状態等、症状の要点及び使用した材料名を診療録に記載する。
- (3) 「2 軟質材料を用いる場合」を算定した日の属する月から起算して6月以内は、区分番号I022に掲げる有床義歯床下粘膜調整処置の算定はできない。
- (4) 旧義歯において顎堤の吸収が著しい又は顎堤粘膜が菲薄である等により、「2 軟質材料を用いる場合」を算定した患者に対して新たな有床義歯を製作する場合において、引き続き軟質材料を用いることが必要な場合は、新製時に義歯床用軟質裏装材を用いて総義歯を製作して差し支えない。ただし、同じ特定保険医療材料を使用する場合に限る。この場合において、新製有床義歯装着時に、当該区分を「注2」の規定により別に算定して差し支えない。また、有床義歯の特定保険医療材料料とは別に当該区分の特定保険医療材料を算定する。
- (5) 義歯が不適合で有床義歯を新たに製作することを前提に行った床裏装は、有床義歯修理の所定点数により算定する。
- (6) 義歯破損に際し義歯修理のみにより当初の目的を達せられない場合、歯科医学的判断

- により、床裏装を行ったときは、有床義歯修理及び有床義歯内面適合法（有床義歯床裏装）の点数をそれぞれ算定する。ただし、同日に直接法により床裏装を行った場合の修理は、有床義歯内面適合法の所定点数に含まれる。
- （７） 床裏装に際しての印象採得料は、区分番号M003に掲げる印象採得の「２の口連合印象」により算定する。
- （８） 口蓋補綴を行い、有床義歯装着後、当該義歯不適合のため床裏装を行った場合は、「１の口総義歯」により算定する。
- （９） 有床義歯の換床を行った場合は、本区分により算定する。
- （10） 「注４」及び「注５」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、不適合になった有床義歯に係る診療を行い、床裏装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、預かり日から起算して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床裏装を行い、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、床裏装を担当する歯科技工士の氏名を診療録に記載する。
- M034 歯冠補綴物修理
- （１） 前歯部のボンティックの修理は、本区分により算定する。
- （２） 咬合面が金属であるレジン裏装を行った臼歯部ブリッジのボンティックにおいてレジン裏装が脱落し、これを即時重合レジンで修理した場合は本区分により算定する。
- （３） レジンジャケット冠の一部破損に対して、口腔内において即時硬化レジンで修理した場合は、本区分により算定する。
- （４） 歯冠継続歯の修理は、本区分により算定する。
- （５） 高強度硬質レジンブリッジの修理は、本区分により算定する。なお、この場合において、修理内容及び部位にかかわらず、３歯として算定する。
- M041 広範囲顎骨支持型補綴物修理
- （１） 当該補綴物の修理は、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の装着を行った日の属する月の翌月以降に月１回に限り算定する。
- （２） 広範囲顎骨支持型補綴物修理の算定に当たっては、修理内容の要点を診療録に記載すること。なお、別の保険医療機関で装着された当該補綴物の修理を行った場合は、装着を実施した保険医療機関名及び装着時期について、患者からの情報等を踏まえ診療録に記載する。
- （３） 特定保険医療材料料は、スクリュー、アバットメント、アタッチメント及びシンダーに限り、別に算定する。
- （19） 基底細胞母斑症候群
- （20） ヌーナン症候群
- （21） マルフアン症候群
- （22） ブラダー・ウィリー症候群
- （23） 顔面裂
- （24） 大理石骨病
- （25） 色素失調症
- （26） 口腔・顔面・指趾症候群
- （27） メビウス症候群
- （28） 歌舞伎症候群
- （29） クリッペル・トレノネー・ウェーパー症候群
- （30） ウィリアムズ症候群
- （31） ピンダー症候群
- （32） スティックラー症候群
- （33） 小舌症
- （34） 頭蓋骨癒合症(クルーゾン症候群、尖頭合指症を含む。)
- （35） 骨形成不全症
- （36） フリーマン・シェルドン症候群
- （37） ルビンスタイン・ティビ症候群
- （38） 染色体欠失症候群
- （39） ラーセン症候群
- （40） 濃化異骨症
- （41） ６歯以上の先天性部分(性)無歯症
- （42） CHARGE症候群
- （43） マーシャル症候群
- （44） 成長ホルモン分泌不全性低身長症
- （45） ポリエクス症候群
- （46） リング18症候群
- （47） リンパ管腫
- （48） 全前脳胞症
- （49） クラインフェルター症候群
- （50） 偽性低アルドステロン症
- （51） ソトス症候群
- （52） グリコサミノグリカン代謝障害（ムコ多糖症）
- （53） その他顎・口腔の先天異常
- ８ ７の(53)のその他顎・口腔の先天異常とは、顎・口腔の奇形、変形を伴う先天性疾患であり、当該疾患に起因する咬合異常について、歯科矯正の必要性が認められる場合に、その都度当局に内蔵の上、歯科矯正の対象とすることができる。
- ９ 別に厚生労働大臣が定める疾患に起因した咬合異常に対する歯科矯正の療養は、当該疾患に係る育成医療及び更生医療を担当する保険医療機関からの情報提供等に基づき連携して行われ

第13部 歯科矯正

通則

- １ 歯科矯正は、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行う別に厚生労働大臣が定める疾患に起因した咬合異常、３歯以上の永久歯萌出不全に起因した咬合異常（埋伏歯開窓術を必要とするものに限る。）又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行う顎変形症（顎離断等の手術を必要とするものに限る。）の手術の前後における療養に限り保険診療の対象とする。
- ２ 歯科矯正は、第１節の各区分の注に「保険医療材料料は、所定点数に含まれる。」等と規定されている場合を除き、第１節の各区分の所定点数に第２節の特定保険医療材料料を合算して算定する。
- ３ 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の算定に基づく診断を行った患者に限り、別に厚生労働大臣が定める疾患に起因した咬合異常又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行う顎変形症（顎離断等の手術を必要とするものに限る。）の手術の前後における療養として歯科矯正を行うことができる。
- ４ 印象採得、咬合採得及び装着は、それぞれの診療行為を行った日に算定する。
- ５ 第１３部に掲げられていない特殊な歯科矯正は、その都度当局に内蔵し、最も近似する歯科矯正として準用が通知された算定方法により算定する。
- ６ 歯科矯正においては、患者が任意に診療を中止し、１月を経過した後、再び同一症状又は同一病名で当該保険医療機関に受診した場合は、初診料は算定できない。
- ７ 別に厚生労働大臣が定める疾患とは、次のものをいう。
- （１） 唇顎口蓋裂
- （２） ゴールデンハー症候群（鰐弓異常症を含む。)
- （３） 鎖骨頭蓋骨異形成
- （４） トリーチャ・コリンズ症候群
- （５） ビエール・ロバンス症候群
- （６） ダウン症候群
- （７） ラッセル・シルバー症候群
- （８） ターナー症候群
- （９） ベックウィズ・ウィーデマン症候群
- （10） 顔面半側萎縮症
- （11） 先天性ミオパチー
- （12） 筋ジストロフィー
- （13） 脊髄性筋萎縮症
- （14） 顔面半側肥大症
- （15） エリス・ヴァンクレベルド症候群
- （16） 軟骨形成不全症
- （17） 外胚葉異形成症
- （18） 神経線維腫症

る。

第1節 歯科矯正科

N000 歯科矯正診断料

- （１） 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、次のいずれかに該当する場合に限り算定する。
- イ 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
- ロ ３歯以上の永久歯萌出不全（前歯永久歯が３歯以上の萌出不全である場合に限る。）に起因した咬合異常が認められる場合であって、歯科矯正を行う保険医療機関において、上下顎前歯３歯以上の骨性の埋伏永久歯（経時的な歯科パノラマエックス線等の撮影を含む経過観察で明らかに歯の移動が認められない永久歯）を有することが確認された場合
- なお、「ロ」に該当する場合においては、骨性の埋伏永久歯が隣接する永久歯の歯根吸収の原因になっている場合、歯軸等の異常により萌出困難な場合又は当該歯の歯根彎曲が生じる等の二次的障害を生じる場合に限り算定できる。
- （２） 歯科矯正診断料は、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患者又は３歯以上の永久歯萌出不全に起因した咬合異常が認められる患者の口腔状態、顎骨の形態、成長及び発育等を分析するとともに、歯科矯正セファログラム、口腔内写真、顔面写真等の撮影を行い、これらの分析結果や評価等と過去に行った治療内容の評価と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、区分番号N003に掲げる歯科矯正セファログラム及び区分番号N004に掲げる模型調製は別に算定する。
- （３） 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患者又は３歯以上の永久歯萌出不全に起因した咬合異常が認められる患者であって、顎切除等の手術を必要とする場合は、歯科矯正診断料に規定する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実施される歯科矯正を担当する歯科医師及び顎離断等の手術を担当する保険医療機関の歯科医師又は医師の十分な連携の下に行う。
- （４） 「注１」に規定する文書とは、次の内容を含むものをいう。
- イ 全身性疾患の診断名、症状及び所見
- ロ 口腔領域の症状及び所見（咬合異常の分類、唇顎口蓋裂がある場合は裂型、口腔の生理的機能の状態等）・ヘルマンの咬合発育段階等の歯年齢等
- ハ 歯科矯正の治療として採用すべき療法、開始時期及び療養上の指導内容等
- ニ 歯科矯正に関する医療を担当する保険医療機関名、担当歯科医師
- ホ 顎離断等の手術を担当する保険医療機関名及び担当歯科医師又は担当医師の氏名（顎離断等の手術を行う場合に限る。)

- (5) 患者又はその家族に提供した文書の写しを診療録に添付する。
- (6) 歯科矯正診断料を算定する場合は、診療録に、患者又はその家族に提供した治療計画書の要点を記載する。
- (7) 歯科矯正診断料を算定した後、「注2」に掲げる歯科矯正診断料を算定した日から起算して6月以内の場合並びに区分番号N003に掲げる歯科矯正セファログラムに基づく分析及び歯列弓の分析を行わなかった場合は、歯科矯正診断料は、算定できない。
- (8) 歯科矯正診断料の算定に係る歯列矯正は、歯科矯正に関する医療を担当する保険医療機関及び別に厚生労働大臣が定める疾患に係る育成医療及び更生医療等当該疾患に係る手術等を担当する保険医療機関の歯科医師又は医師との十分な連携を図り行う。
- (9) 6歳以上の先天性部分(性)無歯症は、欠損している歯に第三大臼歯は含まない。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。

N001 顎口腔機能診断料

- (1) 顎口腔機能診断料は、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に限り算定する。
- (2) 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及び3歳以上の永久歯萌出不全に起因した咬合異常が認められる患者を除く。)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、区分番号N003に掲げる歯科矯正セファログラム及び区分番号N004に掲げる模型調製は別に算定する。
- (3) 「注1」に規定する文書とは、次の内容を含むものをいう。
 - イ 全身性疾患の診断名、症状及び所見
 - ロ 口腔領域の症状及び所見(咬合異常の分類、顎顎口蓋裂がある場合は裂型、口腔の生理的機能の状態、顎蓋に対する上下顎骨の相対的位置関係の分類等)・ヘルマンの咬合発育段階等の歯年齢等
 - ハ 歯科矯正の治療として採用すべき療法、開始時期及び療養上の指導内容等
 - ニ 歯科矯正に関する医療を担当する保険医療機関及び顎離断等の手術を担当する保険医療機関が共同して作成した手術予定等年月日を含む治療計画書、計画策定及び変更年月日等
 - ホ 顎離断等の手術を担当する保険医療機関名及び担当歯科医師又は担当医師の氏名
 - ヘ 歯科矯正に関する医療を担当する保険医療機関名、担当歯科医師の氏名等
- (4) 患者又はその家族に提供した文書の写しを診療録に添付する。
- (5) 顎口腔機能診断料を算定する場合は、診療録に、患者又はその家族に提供した治療計画書の要点を記載する。
- (6) 顎口腔機能診断料を算定した後、「注2」に掲げる顎口腔機能診断料を算定した日から起算して6月以内の場合並びに区分番号N003に掲げる歯科矯正セファログラムに

- (3) 歯科矯正セファログラムに用いたフィルムに係る費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

N004 模型調製

- (1) 平行模型は、咬合平面が水平になるよう製作したときに、顎態模型は、眼耳平面を基準として顎顔面顎蓋との関係を明らかにした模型を製作したときに算定する。
- (2) プラスターベースは、平行模型及び顎態模型を一定の規格に維持した状態で長期にわたって保管するために用いる。プラスターベースの使用に係る費用は所定点数に含まれ別に算定できない。
- (3) 平行模型は、歯科矯正を開始するとき、動的処置を開始するとき、マルチブラケット法を開始するとき、顎離断等の手術を開始するとき及び保定を開始するとき、それぞれ1回に限り算定する。
- (4) 予測模型とは、歯及び顎の移動後の咬合状態の予測を模型上にあらわしたものをいう。
- (5) 予測模型は、歯科矯正の治療においてダイナミックポジションナー及びスプリングリテーナーを製作した場合はそれぞれ1回算定する。なお、歯科矯正を開始するとき又は動的処置を開始するときは、いずれかについて1回に限り算定するものとし、顎離断等の手術を開始するときも1回に限り算定する。
- (6) 製作した模型は、保定期間を含む一連の治療が終了した日の属する月の翌月の初日から起算して3年を保存期間とする。

N005 動的処置

- (1) 動的処置とは、区分番号N000に掲げる歯科矯正診断料の「注1」又は区分番号N001に掲げる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策定された区分番号N008に掲げる装着の「注1」又は「注3」に規定する力系に関するチャートに基づき、矯正装置に用いた主線、弾線、スクリュー等の調整並びに床の削除及び添加により、歯及び顎の移動・拡大等を計画的に行うものをいう。
- (2) 動的処置は、区分番号N008に掲げる装着の「1 装置」を算定した場合においては、当該費用に含まれ別に算定できない。なお、保定装置の使用期間中においても算定できない。
- (3) 同月内における装置の装着と日を異にして行った動的処置は、同月内の第1回目として取り扱う。
- (4) 動的処置は、動的処置又はマルチブラケット法のそれぞれの開始の日から起算して、2年以内に行った場合は「1 動的処置の開始の日又はマルチブラケット法の開始の日から起算して2年以内に行った場合」により、2年を超えた後に行った場合は「2 動的処置の開始の日又はマルチブラケット法の開始の日から起算して2年を超えた後に行った場合」により算定する。

N006 印象採得

- (1) 歯科矯正における印象採得は、床装置、アクチバートル(FKO)等装置ごとに算定する。
- (2) マルチブラケット装置の印象採得をステップⅠ、ステップⅡ、ステップⅢ及びステップⅣの各ステップにおいて行った場合は、各ステップにつき1回に限り算定する。
- (3) 「2のイ 印象採得が簡単なもの」に該当するものは、先天性異常が軟組織に局限し

- 基づく分析及び歯列弓の分析を行わなかった場合は、顎口腔機能診断料は算定できない。
- (7) 顎口腔機能診断料の算定に係る歯科矯正及び顎離断等の手術は、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実施される歯科矯正を担当する歯科医師及び顎離断等の手術を担当する保険医療機関の歯科医師又は医師の十分な連携の下に行い、これら一連の治療に関する記録は、当該療養を担当するそれぞれの歯科医師又は医師において保管する。

N002 歯科矯正管理料

- (1) 「注1」に規定する「計画的な歯科矯正管理」とは、歯と顎の変化及び移動の把握並びにそれに基づく治療計画の点検及び修正をいう。
 - また、「注1」に規定する「経過模型による歯の移動等の管理」とは、経過模型を製作し、過去に製作した経過模型と対比し、歯の移動等を把握することをいう。
- (2) 「注1」に規定する「療養上必要な指導」とは、区分番号N000に掲げる歯科矯正診断料の「注1」又は区分番号N001に掲げる顎口腔機能診断料の「注1」に規定する治療計画書に基づいた矯正装置の取扱い、口腔衛生、栄養、日常生活その他療養上必要な指導等をいう。
 - なお、療養上必要な指導を行った場合は、患者の症状の経過に応じて、既に行われた指導等の評価及びそれに基づいて行った指導の詳細な内容を診療録に記載する。
- (3) 区分番号N000に掲げる歯科矯正診断料の「注1」若しくは区分番号N001に掲げる顎口腔機能診断料の「注1」に規定する治療計画書が作成されていない場合又は当該保険医療機関において歯科矯正の動的治療が行われていない場合は、歯科矯正管理料は算定できない。
- (4) 「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、顎切除、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歯科医師又は担当医師の氏名等を記載したものをいう。
- (5) 患者又はその家族に提供した文書の写しを診療録に添付する。
- (6) 歯科矯正管理料を算定する場合は、診療録に、患者又はその家族に提供した文書の要点を記載する。
- (7) 再診が電話等により行われた場合にあっては、歯科矯正管理料は算定できない。
- (8) 歯科矯正管理を行った場合の説明等に使用した経過模型、口腔内写真、顔面写真等は、歯科矯正管理料に含まれ別に算定できない。
- (9) 保定における保定装置の調整は、歯科矯正管理料に含まれる。

N003 歯科矯正セファログラム

- (1) 歯科矯正セファログラムとは、焦点と被写体の中心及びフィルム面が常に一定の距離を保持し、かつ、エックス線の主線が両耳の延長線に対して、0度、90度又は45度に保てる規格の機器を用いて撮影したものをいう。
 - なお、常に一定の距離とは、個々の患者につき、焦点と被写体の中心及びフィルム面の距離が経年的に一定であることをいう。
- (2) 一連とは、側貌、前後像、斜位像等の撮影を全て含むものをいう。

- ている場合をいう。
- (4) 「2のロ 印象採得が困難なもの」に該当するものは、先天性異常が硬組織に及ぶ場合若しくは顎変形症の場合をいう。なお、硬組織に及ぶ場合とは、先天性異常として骨の欠損及び癒合不全、著しい顎の過成長及び劣成長を伴うものをいう。
- (5) 「2のハ 印象採得が著しく困難なもの」に該当するものは、(4)に該当する場合であって前後又は側方の顎の狭窄を伴うため顎の拡大の必要がある場合又は残孔の状態にある場合をいう。
- (6) リトラクター又はプロトラクターを製作するために顎顔面の採型を行った場合は、「2のハ 印象採得が著しく困難なもの」により算定する。
- (7) 双線弧線装置を使用して歯科矯正を行う場合の第1回目の装置の印象採得は本区分の「1 マルチブラケット装置」を、装着は区分番号N008に掲げる装着の「1のロ 固定式装置」及び装置は区分番号N018に掲げるマルチブラケット装置の「1のロ 4装置目以降の場合」により算定するものとし、第2回目以降の装置は区分番号N018に掲げるマルチブラケット装置の「1のロ 4装置目以降の場合」のみを算定する。なお、区分番号N008に掲げる装着の「注1」又は「注3」の加算は、各区分の算定要件を満たしている場合に算定する。
- (8) 区分番号N019に掲げる保定装置の「7 フィクスドリテーナー」を製作するに当たり、必要があって印象採得を行った場合は、区分番号N006に掲げる印象採得の「1 マルチブラケット装置」により算定する。

N007 咬合採得

- (1) 歯科矯正における咬合採得は、床装置、アクチバートル(FKO)等装置ごとに算定する。
- (2) マルチブラケット装置又は区分番号N019に掲げる保定装置の「7 フィクスドリテーナー」を製作する場合は、算定できない。
- (3) 「2 困難なもの」に該当するものは、先天性異常が硬組織に及ぶ場合若しくは顎変形症の場合であって前後又は側方の顎の狭窄を伴うため顎の拡大の必要がある場合をいう。
- (4) 「3 構成咬合」とは、アクチバートル、ダイナミックポジションナーの製作のために筋の機能を賦活し、その装置が有効に働ける咬合状態を採得するものをいう。

N008 装着

- (1) 「1のイ 可撤式装置」に該当するものは、患者が自由に着脱できる床装置、アクチバートル、リトラクター等である。
- (2) 「1のロ 固定式装置」に該当するものは、患者が自由に着脱できないリンガルアーチ、マルチブラケット装置、ボータータイプの拡大装置等である。
- (3) 装置の装着料は、マルチブラケット装置を除き第1回目の装着時にのみ算定する。
- (4) マルチブラケット装置の装着料は、各ステップにつき1回に限り算定する。
- (5) ボータータイプ又はスケレントンタイプの拡大装置に使用する帯環の装着に係る費用は、装置の装着に係る費用に含まれ別に算定できない。
- (6) マルチブラケット装置の装着時の結紮に係る費用は、所定点数に含まれる。
- (7) フォースシステムとは、歯及び顎の移動に關して負荷する矯正力の計画を立てること

をいい、糸系に関するチャートとは、フォースシステムを基にした矯正装置の選択及び設計のチャートをいう。

(8) メタルリテーナーを除いた保定装置の製作に当たって、フォースシステムを行った場合であっても、フォースシステムは算定できない。

(9) 「注1」又は「注3」の加算を算定する場合は、診療録に、口腔内の状況、糸系に関するチャート、治療装置の名称及び設計等を記載する。

(10) 歯科矯正用アンカースクリューの装着料は、区分番号N008-2に掲げる植立に含まれる。

(11) 区分番号N009に掲げる保定装置の「7 フィクスドリテーナー」の装着料は所定点数に含まれる。

(12) 埋伏歯間窓術に伴う牽引装置の装着料は、区分番号N014-2に掲げる牽引装置に含まれる。

N008-2 植立

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。

N009 撤去

(1) ポータータイプの拡大装置の撤去は、同装置を最終的に撤去する場合に1回に限り帯環の数に応じて算定する。

(2) 3について、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。

N010 セパレイティング

(1) セパレイティングとは、帯環を調製装着するため、歯間を離開させることをいい、相隣接する2歯間の接触面を1箇所として算定する。なお、これに使用した真鍮線等の撤去に要する費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

(2) 叢生(クラウディング)について、本通知の第13部通則3に規定する顎変形症及び通則7に規定する別に厚生労働大臣が定める疾患に起因した咬合異常の歯科矯正を行う際に歯の隣接面の削除を行った場合は、区分番号I000-2に掲げる咬合調整の各区分により算定する。

N011 結紮

マルチブラケット装置において結紮を行った場合にのみ算定する。

N012 床装置

床装置は、次により算定する。

イ 「1 簡単なもの」は、顎の狭窄を伴わない場合に装着する装置について算定する。

ロ 「2 複雑なもの」は、前後又は側方の顎の狭窄を伴う場合又は残孔の状態にある場合に装着する装置について算定する。

ハ ステップⅠとは、レベリングを行うことをいう。

ニ ステップⅡとは、主として直径 0.014～0.016 インチのワイヤーを用いた前歯部の歯科矯正又は犬歯のトリアクションを行うことをいう。

ホ ステップⅢとは、主として直径 0.016～0.018 インチのワイヤー又は角ワイヤーを用いた側方歯部の歯科矯正を行うことをいう。

ヘ ステップⅣとは、主として直径 0.016～0.018 インチあるいはそれ以上のワイヤー又は角ワイヤーを用いた臼歯部の歯科矯正及び歯列弓全体の最終的な歯科矯正を行うことをいう。

ト セクショナルアーチを行う場合の第1回目の装置の印象採得は区分番号N006に掲げる印象採得の「1 マルチブラケット装置」、装着は区分番号N008に掲げる装着の「1のロ 固定式装置」及び装置は本区分の「1のロ 4装置目以降の場合」に掲げる所定点数により算定するものとし、第2回目以降の装置は、本区分の「1のロ 4装置目以降の場合」のみの算定とする。

なお、区分番号N008に掲げる装着の「注1」及び「注3」の加算は、各区分の算定要件を満たしている場合に算定する。

N019 保定装置

(1) 保定装置とは、動的処置の終了後、移動させた歯及び顎を一定期間同位置に保持する装置をいう。

(2) 動的処置に使用した矯正装置をそのまま保定装置として使用した場合は、保定装置は算定できない。

(3) メタルリテーナーは、前後又は側方の顎の狭窄を伴うため顎の拡大を行った後の保定を維持する場合であって、メタルリテーナーを使用する必要がある場合に限って算定する。

(4) 「5 リンガルバー」に該当するものは、リンガルバー及びパラタルバーを使用する装置である。

(5) 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。

(6) フィクスドリテーナーは、歯をワイヤー及びエナメルボンダシステムにより固定結紮することをいう。なお、装着及び除去に係る費用は所定点数に含まれる。

(7) 1及び2の人工歯料は製作費用に含まれ別に算定できない。

N020 鈎

「2 複雑なもの」に該当するものは、アダプス鈎である。

N021 帯環

帯環製作の場合のろう着は、当該各区分の所定点数に含まれるが、帯環にチューブ、ブラケット等をろう着する場合は、区分番号N027に掲げる矯正用ろう着により算定する。

N023 フック

本区分に該当するものは、リンガルボタン、クリーク、フック等であるが、チューブに付随して新たなろう着の必要のないものは算定できない。

N024 弾線

弾線をリンガルアーチ等に用いるためにろう着を行った場合は、区分番号N027に掲げる矯正用ろう着により算定する。

ロ 「2 複雑なもの」は、前後又は側方の顎の狭窄を伴う場合又は残孔の状態にある場合に装着する装置について算定する。

N012-2 スライディングプレート

(1) スライディングプレートとは、動的処置時における、外傷性咬合の予防、下顎歯列の保険、永久歯の萌出量の調整又は咬合準上を目的として装着する装置である。

(2) 印象採得、咬合採得、保険医療材料料は、所定点数に含まれ別に算定できない。

N013 リトラクター

(1) 本区分に該当するものは、マンディブラリトラクター及びマキシラリトラクターである。

(2) 「注」のスライディングプレートの製作のために行う印象採得、咬合採得、保険医療材料料は、所定点数に含まれ別に算定できない。

N014 プロトラクター

本区分に該当するものは、ホーンタイプ、フレームタイプ及びフェイスボウタイプの装置である。

N014-2 牽引装置

牽引装置は、区分番号N000に掲げる歯科矯正診断料を算定した患者であって、3歯以上の永久歯萌出不全に起因した咬合異常を認めるものにおいて、区分番号J044-2に掲げる埋伏歯間窓術を行った歯に対して、当該装置を装着して埋伏永久歯を牽引して歯科矯正治療を実施する場合に算定する。なお、本規定にかかわらず、当該診断料を算定する保険医療機関と連携し、埋伏歯間窓術を担当する保険医療機関に限り、当該診断料を算定していなくても、本区分を算定して差し支えない。

N015 拡大装置

本区分に該当するものは、プレートタイプ、ポータータイプ、インナーボウタイプ及びスケレントタイプの拡大装置である。

N016 アクチバートル(FKO)

本区分に該当するものは、アクチバートル及びダイナミックポジショナーである。

N017 リンガルアーチ

(1) 本区分に該当するものは、リンガルアーチ(舌側弧線装置)及びビレリアルアーチ(唇側弧線装置)である。

(2) リンガルアーチは、次により算定する。

イ 「1 簡単なもの」は、顎の狭窄を伴わない場合に装着する装置について算定する。

ロ 「2 複雑なもの」は、前後又は側方の顎の狭窄を伴う場合又は残孔の状態にある場合に装着する装置について算定する。

(3) リンガルアーチにおいて、主線の前歯部分のみを再製作し、ろう着した場合は、区分番号N028に掲げる床装置修理により算定する。

N018 マルチブラケット装置

マルチブラケット装置は、次により算定する。

イ マルチブラケット装置とは、帯環及びダイレクトボンダブラケットを除いたアーチワイヤーをいう。

ロ ステップが進んだ場合は、前のステップに戻って算定できない。

N025 トルキングアーチ

トルキングアーチは、装着、結紮等は別に算定できない。

N026 附加装置

附加装置は、保険医療材料等(交換用のエラスティクスを含む。)を含む。

N027 矯正用ろう着

本区分に該当するものは、通常のろう着、自在ろう着、電気熔接である。

なお、チューブ、ブラケット等を電気熔接する場合は、1個につき1箇所として算定する。

N028 床装置修理

本区分に該当するものは、床装置の破損等であるが、床装置において動的処置の段階で床の添加を行う場合の床の添加に要する費用は、区分番号N005に掲げる動的処置に含まれ別に算定できない。なお、印象採得、咬合採得は所定点数に含まれる。

通則

- 1 第14部に規定する病理診断以外の病理診断の算定は、医科点数表の例による。
- 2 保険医療機関間の連携により病理診断を行った場合は、標本若しくは検体（以下「標本等」という。）の送付側又はデジタル病理画像の送信側の保険医療機関において区分番号〇〇〇〇に掲げる口腔病理診断料を算定できる。なお、その際には、送付又は送信側の保険医療機関において、別紙様式4又はこれに準じた様式に診療情報等の必要事項を記載し、受取又は受信側の保険医療機関に交付するものであること。更に、病理標本の作製を衛生検査所に委託する場合には、衛生検査所にも当該事項を同様に交付すること。

また、区分番号〇〇〇〇の「注4」に規定する口腔病理診断管理加算1又は2については、標本等の受取側又はデジタル病理画像の受信側の保険医療機関において、口腔病理診断を専ら担当する常勤の歯科医師又は医師が病理診断を行い、標本等の送付側又は送信側の保険医療機関にその結果を文書により報告した場合に当該基準に係る区分に従い、送付側又は送信側の保険医療機関において所定点数に加算する。標本等の受取側又は受信側の保険医療機関における診断等に係る費用は、標本等の送付側又は送信側、標本等の受取側又は受信側の保険医療機関における相互の合議に委ねるものとする。
- 3 保険医療機関間のデジタル病理画像の送受信及び受信側の保険医療機関における当該デジタル病理画像の観察による術中迅速病理組織標本作製を行った場合は、送信側の保険医療機関において医科点数表の区分番号N〇〇3に掲げる術中迅速病理組織標本作製及び区分番号〇〇〇〇に掲げる口腔病理診断料の「1」を算定できる。また、区分番号〇〇〇〇の「注4」に規定する口腔病理診断管理加算1又は2については、受信側の保険医療機関が、当該加算の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り、病理診断を専ら担当する常勤の歯科医師又は医師が病理診断を行い、送信側の保険医療機関にその結果を報告した場合に当該基準に係る区分に従い、所定点数に加算する受信側の保険医療機関における診断等に係る費用は、受信側、送信側の保険医療機関における相互の合議に委ねるものとする。
- 4 保険医療機関間のデジタル病理画像の送受信及び受信側の保険医療機関における当該デジタル病理画像の観察による迅速細胞診を行った場合は、送信側の保険医療機関において医科点数表の区分番号N〇〇3-2に掲げる迅速細胞診及び区分番号〇〇〇〇に掲げる病理診断料の「2」を算定できる。また、区分番号〇〇〇〇の「注4」に規定する口腔病理診断管理加算1又は2については、受信側の保険医療機関が、当該加算の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り、病理診断を専ら担当する常勤の歯科医師又は医師が病理診断を行い、送信側の保険医療機関にその結果を報告した場合に当該基準に係る区分に従い、所定点数に加算する受信側の保険医療機関における診断等に係る費用は、受信側、送信側の保険医療機関における相互の合議に委ねるものとする。
- 5 デジタル病理画像に基づく病理診断については、デジタル病理画像の作成、観察及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で観察及び診断を行った場合に算定できる。なお、デジタル病理画像に基づく病理診断を行うに当たっては、関係学会による指針を参考とすること。

〇〇〇〇 口腔病理診断料

- (1) 口腔病理診断料を算定する保険医療機関は、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。
- (2) 当該保険医療機関以外に勤務する病理診断を行う歯科医師又は医師が、当該保険医療機関に出向いて病理診断を行った場合等、当該保険医療機関における勤務の実態がない場合においては、口腔病理診断料は算定できない。
- (3) 当該保険医療機関において、当該保険医療機関以外の保険医療機関（衛生検査所等を含む。）で作製した病理標本につき診断を行った場合は、月1回に限り算定する。なお、患者が当該傷病につき当該保険医療機関を受診していない場合は、療養の給付の対象とならない。
- (4) 「注5」の悪性腫瘍病理組織標本加算については、原発性悪性腫瘍に対して区分番号J〇39に掲げる上顎骨悪性腫瘍手術の「1 挿爬」から「3 全摘」まで、区分番号J〇42に掲げる下顎骨悪性腫瘍手術の「1 切除」、「2 切断」及び区分番号J104-2に掲げる皮膚悪性腫瘍切除術の「1 広汎切除」に掲げる手術を実施し、当該手術の検体から作製された病理組織標本に基づき病理診断を行った場合に算定する。

保医発 0305 第 2 号

平成 30 年 3 月 5 日

地方厚生（支）局医療課長

都道府県民生主管部（局）

国民健康保険主管課（部）長 殿

都道府県後期高齢者医療主管部（局）

後期高齢者医療主管課（部）長

厚生労働省保険局医療課長

（公 印 省 略）

厚生労働省保険局歯科医療管理官

（公 印 省 略）

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

標記については、本日、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成 30 年厚生労働省告示第 43 号）の公布に伴い、「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件」（平成 30 年厚生労働省告示第 44 号）が公布され、平成 30 年 4 月 1 日より適用されることとなったところであるが、保険医療機関からの届出を受理する際には、下記の事項に留意の上、貴管下の保険医療機関及び審査支払機関等に周知徹底を図り、その取扱いに遺漏のないよう特段の御配慮を願いたい。

なお、従前の「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」（平成 28 年 3 月 4 日保医発 0304 第 1 号）は、平成 30 年 3 月 31 日限り廃止する。

記

第 1 基本診療料の施設基準等

基本診療料の施設基準等については、「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件」による改正後の「基本診療料の施設基準等」（平成 20 年厚生労働省告示第 62 号）に定めるものの他、下記のとおりとし、下記の施設基準を歯科診療について適合する場合にあっては、必要に応じて、当該基準中「医師」とあるのは、「歯科医師」と読み替えて適用するものとする。

- 1 初・再診料の施設基準等は別添 1 のとおりとする。
- 2 入院基本料等の施設基準等は別添 2 のとおりとする。
- 3 入院基本料等加算の施設基準等は別添 3 のとおりとする。

- 4 特定入院料の施設基準等は別添 4 のとおりとする。
- 5 短期滞在手術等基本料の施設基準等は別添 5 のとおりとする。
- 6 基本診療料の施設基準等及び本通知において規定する診療料については、医療法施行令（昭和 23 年政令第 326 号）及び医療法施行規則（昭和 23 年厚生省令第 50 号）の規定に基づき、当該診療科名に他の事項を組み合わせる場合も含むものであること。

- 7 診療等に要する書面等は別添 6 のとおりである。

なお、当該書面による様式として示しているものは、参考として示しているものであり、示している事項が全て記載されている様式であれば、別添 6 の様式と同じでなくても差し支えないものであること。

また、当該様式の作成や保存方法等に当たっては、医師事務作業の負担軽減等の観点から各保険医療機関において工夫されたい。

- 8 基本診療料の施設基準等における常勤配置とは、従事者が労働基準法（昭和 22 年法律第 49 号）第 65 条に規定する休業（以下「産前産後休業」という。）、育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成 3 年法律第 76 号。以下「育児・介護休業法」という。）第 2 条第 1 号に規定する育児休業（以下「育児休業」という。）、同条第 2 号に規定する介護休業（以下「介護休業」という。）、同法第 23 条第 2 項の育児休業に関する制度に準ずる措置又は同法第 24 条第 1 項（第 2 号に係る部分に限る。）の規定により同項第 2 号に規定する育児休業に関する制度に準じて講ずる措置による休業（以下「育児休業に準ずる休業」という。）を取得中の期間において、当該施設基準等において求められる資質を有する複数の非常勤従事者の常勤換算後の人員数を原則として含めるものであること。

また、正職員として勤務する者について、育児・介護休業法第 23 条第 1 項、同条第 3 項又は同法第 24 条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあっては、週 30 時間以上の勤務で常勤扱いとすること。

第 2 届出に関する手続き

- 1 基本診療料の施設基準等に係る届出に際しては、特に規定のある場合を除き、当該保険医療機関単位で行うものであること。
- 2 「基本診療料の施設基準等」の各号に掲げる施設基準に係る届出を行おうとする保険医療機関の開設者は、当該保険医療機関の所在地の地方厚生（支）局長に対して、別添 7 の当該施設基準に係る届出書（届出書添付書類を含む。以下同じ。）を 1 通提出するものであること。なお、国立高度専門医療研究センター等で内部で権限の委任が行われているときは、病院の管理者が届出書を提出しても差し支えない。また、当該保険医療機関は、提出した届出書の写しを適切に保管するものであること。
- 3 届出書の提出があった場合は、届出書を基に、「基本診療料の施設基準等」及び本通知の第 1 に規定する基準に適合するか否かについて要件の審査を行い、記載事項等を確認した上で受理又は不受理を決定するものであること。また、補正が必要な場合は適宜補正を求めるものとする。なお、この要件審査に要する期間は原則として 2 週間以内を標準とし、遅くとも概ね 1 か月以内（提出者の補正に要する期間は除く。）とするものであること。
- 4 届出に当たっては、当該届出に係る基準について、特に規定する場合を除き、届出前 1 か月の実績を有していること。ただし、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急入院料及び精神科救

急・合併症入院料の施設基準については届出前4か月、回復期リハビリテーション病棟入院料1、回復期リハビリテーション病棟入院料2、回復期リハビリテーション病棟入院料3、回復期リハビリテーション病棟入院料4及び回復期リハビリテーション病棟入院料5の施設基準については届出前6か月、地域移行機能強化病棟入院料の施設基準については届出前1年間の実績を有していること並びに急性期一般入院料2及び急性期一般入院料3については、届出前の直近3月以上急性期一般入院料1を算定している実績を有していること。ただし、平成30年3月31日時点で、診療報酬の算定方法の一部を改正する件（平成30年厚生労働省告示第43号）による改正前の診療報酬の算定方法（以下「旧算定方法」という。）別表第一区分番号A100に掲げる7対1入院基本料の届出を行っている病棟並びに一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）及び専門病院入院基本料について、全ての病棟で包括的に届出を行うのではなく、看護配置が異なる病棟群（7対1入院基本料と10対1入院基本料の組み合わせに限る。）ごとによる届出を行っている保険医療機関における当該病棟にあつては、急性期一般入院料2又は3の基準を満たす限り、平成32年3月31日までの間、届出前の直近3月以上の急性期一般入院料1の算定実績を要しない。なお、特に規定するものの他、単なる名称変更、移転等で実的に開設者及び従事者に変更がないと考えられるものについては実績を要しない。

- 5 基本診療料の施設基準等に係る届出を行う保険医療機関が、次のいずれかに該当する場合にあつては当該届出の受理は行わないものであること。
- （1） 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。）を行ったことがある保険医療機関である場合。
- （2） 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揭示事項等（平成18年厚生労働省告示第107号）に違反したことがある保険医療機関である場合。
- （3） 地方厚生（支）局長に対して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（平成18年厚生労働省告示第104号）に該当している保険医療機関である場合。
- （4） 当該届出を行う前6か月間において、健康保険法（大正11年法律第70号）第78条第1項（同項を準用する場合を含む。）及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）（以下「高齢者医療確保法」という。）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保険医療機関である場合。なお、「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場合」とは、「保険医療機関及び保険医等の指導及び監査について」（平成12年5月31日保発第105号厚生省保険局長通知）に規定する監査要綱に基づき、戒告若しくは注意又はその他の処分を受けた場合をいうものとする。

- 6 届出の要件を満たしている場合は届出を受理し、次の受理番号を決定し、提出者に対して受理番号を付して通知するとともに、審査支払機関に対して受理番号を付して通知するものであること。なお、入院基本料等区分があるものについては、区分も付して通知すること。

機能強化加算	（機能強化）第	号
初診料（歯科）の注1に掲げる基準	（歯初診）第	号
時間外対応加算1	（時間外1）第	号
時間外対応加算2	（時間外2）第	号

時間外対応加算3	（時間外3）第	号
地域包括診療加算	（地包加）第	号
地域歯科診療支援病院歯科初診料	（病初診）第	号
歯科外来診療環境体制加算1	（外来環1）第	号
歯科外来診療環境体制加算2	（外来環2）第	号
歯科診療特別対応連携加算	（歯特連）第	号
オンライン診療料	（オン診）第	号
一般病棟入院基本料	（一般入院）第	号
療養病棟入院基本料	（療養入院）第	号
結核病棟入院基本料	（結核入院）第	号
精神病棟入院基本料	（精神入院）第	号
特定機能病院入院基本料	（特定入院）第	号
専門病院入院基本料	（専門入院）第	号
障害者施設等入院基本料	（障害入院）第	号
有床診療所入院基本料	（診入院）第	号
有床診療所入院基本料在宅復帰機能強化加算	（診入院）第	号
有床診療所療養病床入院基本料	（診療養入院）第	号
有床診療所療養病床入院基本料在宅復帰機能強化加算	（診療養入院）第	号
総合入院体制加算1	（総合1）第	号
総合入院体制加算2	（総合2）第	号
総合入院体制加算3	（総合3）第	号
超急性期脳卒中加算	（超急性期）第	号
診療録管理体制加算1	（診療録1）第	号
診療録管理体制加算2	（診療録2）第	号
医師事務作業補助体制加算1	（事補1）第	号
医師事務作業補助体制加算2	（事補2）第	号
急性期看護補助体制加算	（急性看補）第	号
看護職員夜間配置加算	（看夜配）第	号
特殊疾患入院施設管理加算	（特施）第	号
看護配置加算	（看配）第	号
看護補助加算	（看補）第	号
療養環境加算	（療）第	号
重症者等療養環境特別加算	（重）第	号
療養病棟療養環境加算1	（療養1）第	号
療養病棟療養環境加算2	（療養2）第	号
療養病棟療養環境改善加算1	（療養改1）第	号
療養病棟療養環境改善加算2	（療養改2）第	号
診療所療養病床療養環境加算	（診療養）第	号
診療所療養病床療養環境改善加算	（診療養改）第	号
無菌治療室管理加算1	（無菌1）第	号

無菌治療室管理加算 2	(無菌 2) 第	号
緩和ケア診療加算	(緩和) 第	号
有床診療所緩和ケア診療加算	(診緩和) 第	号
精神科応急入院施設管理加算	(精応) 第	号
精神病棟入院時医学管理加算	(精入学) 第	号
精神科地域移行実施加算	(精移行) 第	号
精神科身体合併症管理加算	(精合併加算) 第	号
精神科リエゾンチーム加算	(精リエ) 第	号
重度アルコール依存症入院医療管理加算	(重アル) 第	号
摂食障害入院医療管理加算	(摂食障害) 第	号
栄養サポートチーム加算	(栄養チ) 第	号
医療安全対策加算 1	(医療安全 1) 第	号
医療安全対策加算 2	(医療安全 2) 第	号
感染防止対策加算 1	(感染防止 1) 第	号
感染防止対策加算 2	(感染防止 2) 第	号
患者サポート体制充実加算	(患サポ) 第	号
褥瘡ハイリスク患者ケア加算	(褥瘡ケア) 第	号
ハイリスク妊娠管理加算	(ハイ妊娠) 第	号
ハイリスク分娩管理加算	(ハイ分娩) 第	号
精神科救急搬送患者地域連携紹介加算	(精救急紹介) 第	号
精神科救急搬送患者地域連携受入加算	(精救急受入) 第	号
総合評価加算	(総合評価) 第	号
呼吸ケアチーム加算	(呼吸チ) 第	号
後発医薬品使用体制加算 1	(後発使 1) 第	号
後発医薬品使用体制加算 2	(後発使 2) 第	号
後発医薬品使用体制加算 3	(後発使 3) 第	号
後発医薬品使用体制加算 4	(後発使 4) 第	号
病棟薬剤業務実施加算 1	(病棟薬 1) 第	号
病棟薬剤業務実施加算 2	(病棟薬 2) 第	号
データ提出加算	(データ提) 第	号
入退院支援加算	(入退支) 第	号
認知症ケア加算	(認ケア) 第	号
精神疾患診療体制加算	(精疾診) 第	号
精神科急性期医師配置加算	(精急医配) 第	号
地域歯科診療支援病院入院加算	(地歯入院) 第	号
救命救急入院料 1	(救 1) 第	号
救命救急入院料 2	(救 2) 第	号
救命救急入院料 3	(救 3) 第	号
救命救急入院料 4	(救 4) 第	号
特定集中治療室管理料 1	(集 1) 第	号

特定集中治療室管理料 2	(集 2) 第	号
特定集中治療室管理料 3	(集 3) 第	号
特定集中治療室管理料 4	(集 4) 第	号
ハイケアユニット入院医療管理料 1	(ハイケア 1) 第	号
ハイケアユニット入院医療管理料 2	(ハイケア 2) 第	号
脳卒中ケアユニット入院医療管理料	(脳卒中ケア) 第	号
小児特定集中治療室管理料	(小集) 第	号
新生児特定集中治療室管理料 1	(新 1) 第	号
新生児特定集中治療室管理料 2	(新 2) 第	号
総合周産期特定集中治療室管理料	(周) 第	号
新生児治療回復室入院医療管理料	(新回復) 第	号
一類感染症患者入院医療管理料	(一類) 第	号
特殊疾患入院医療管理料	(特入) 第	号
小児入院医療管理料 1	(小入 1) 第	号
小児入院医療管理料 2	(小入 2) 第	号
小児入院医療管理料 3	(小入 3) 第	号
小児入院医療管理料 4	(小入 4) 第	号
小児入院医療管理料 5	(小入 5) 第	号
回復期リハビリテーション病棟入院料 1	(回 1) 第	号
回復期リハビリテーション病棟入院料 2	(回 2) 第	号
回復期リハビリテーション病棟入院料 3	(回 3) 第	号
回復期リハビリテーション病棟入院料 4	(回 4) 第	号
回復期リハビリテーション病棟入院料 5	(回 5) 第	号
回復期リハビリテーション病棟入院料 6	(回 6) 第	号
地域包括ケア病棟入院料 1 及び地域包括ケア入院医療管理料 1	(地包ケア 1) 第	号
地域包括ケア病棟入院料 2 及び地域包括ケア入院医療管理料 2	(地包ケア 2) 第	号
地域包括ケア病棟入院料 3 及び地域包括ケア入院医療管理料 3	(地包ケア 3) 第	号
地域包括ケア病棟入院料 4 及び地域包括ケア入院医療管理料 4	(地包ケア 4) 第	号
特殊疾患病棟入院料 1	(特疾 1) 第	号
特殊疾患病棟入院料 2	(特疾 2) 第	号
緩和ケア病棟入院料 1	(緩 1) 第	号
緩和ケア病棟入院料 2	(緩 2) 第	号
精神科救急入院料 1	(精救 1) 第	号
精神科救急入院料 2	(精救 2) 第	号
精神科急性期治療病棟入院料 1	(精急 1) 第	号
精神科急性期治療病棟入院料 2	(精急 2) 第	号
精神科救急・合併症入院料	(精合併) 第	号
児童・思春期精神科入院医療管理料	(児春入) 第	号
精神療養病棟入院料	(精療) 第	号
認知症治療病棟入院料 1	(認治 1) 第	号

認知症治療病棟入院料 2	(認治 2) 第 号
特定一般病棟入院料 1	(特般 1) 第 号
特定一般病棟入院料 2	(特般 2) 第 号
地域移行機能強化病棟入院料	(移機強) 第 号
短期滞在手術等基本料 1	(短手 1) 第 号
短期滞在手術等基本料 2	(短手 2) 第 号

- 7 各月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の 1 日から当該届出に係る診療報酬を算定する。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の 1 日から算定する。なお、平成 30 年 4 月 16 日までに届出書の提出があり、同月末日までに要件審査を終え届出の受理が行われたものについては、同月 1 日に遡って算定することができるものとする。
- 8 届出の不受理の決定を行った場合は、速やかにその旨を提出者に対して通知するものであること。

第 3 届出受理後の措置等

- 1 届出を受理した後において、届出の内容と異なった事情が生じ、当該施設基準を満たさなくなった場合又は当該施設基準の届出区分が変更となった場合には、保険医療機関の開設者は遅滞なく変更の届出等を行うものであること。また、病床数に著しい増減があった場合にはその都度届出を行う。(病床数の著しい増減とは、病棟数の変更や、病棟の種別ごとの病床数に対して 1 割以上の病床数の増減があった場合等のことであるが、これに該当しない病床数の変更の場合であっても、病床数の増減により届出の基準を満たさなくなった場合には、当然、変更の届出は必要である。)
- ただし、次に掲げる事項についての一時的な変動についてはこの限りではない。
- (1) 平均在院日数及び月平均夜勤時間数については、暦月で 3 か月を超えない期間の 1 割以内の一時的な変動。
 - (2) 医師と患者の比率については、暦月で 3 か月を超えない期間の次に掲げる範囲の一時的な変動
 - ア 医療法に定める標準数を満たしていることが届出に係る診療料の算定要件とされている場合

当該保険医療機関における医師の配置数が、医療法に定める標準数から 1 を減じた数以上である範囲
 - イ 「基本診療料の施設基準等」第五の二の(1)のイの②の 3、四の(1)のイの④及び六の(2)のイの⑤の場合

常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数に 100 分の 10 を乗じて得た数から 1 を減じた数以上
 - (3) 1 日当たり勤務する看護師及び准看護師又は看護補助者(以下「看護要員」という。)の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護師及び准看護師(以下「看護職員」という。)の数に対する看護師の比率については、暦月で 1 か月を超えない期間の 1 割以内の一時的な変動。
 - (4) 医療法上の許可病床数(感染症病床を除く。)が 100 床未満の病院及び特別入院基本料

(月平均夜勤時間超過減算により算定する場合を除く。)を算定する保険医療機関にあっては、1 日当たり勤務する看護要員の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護職員の数に対する看護師の比率については、暦月で 3 か月を超えない期間の 1 割以内の一時的な変動。

- (5) 算定要件(一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡ(以下「重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱ」という。))の評価方法を用いる要件は除く。)中の該当患者の割合については、暦月で 3 か月を超えない期間の 1 割以内の一時的な変動。

(6) 算定要件中の紹介率及び逆紹介率については、暦月で 3 か月間の一時的な変動。

- 2 1 による変更の届出は、1 のただし書の場合を除き、届出の内容と異なった事情が生じた日の属する月の翌月に速やかに行うこと。その場合においては、変更の届出を行った日の属する月の翌月(変更の届出について、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理された場合には当該月の 1 日)から変更後の入院基本料等を算定すること。ただし、面積要件や常勤職員の配置要件のみの変更の場合など月単位で算出する数値を用いた要件を含まない施設基準の場合には、当該施設基準を満たさなくなった日の属する月に速やかに変更の届出を行い、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月から変更後の入院基本料等を算定すること。
- 3 届出を受理した保険医療機関については、適時調査を行い(原則として年 1 回、受理後 6 か月以内を目途)、届出の内容と異なる事情等がある場合には、届出の受理の変更を行うなど運用の適正を期するものであること。
- 4 基本診療料の施設基準等に適合しないことが判明した場合は、所要の指導の上、変更の届出を行わせるものであること。その上で、なお改善がみられない場合は、当該届出は無効となるものであるが、その際には当該保険医療機関の開設者に弁明を行う機会を与えるものとする。
- 5 届出を行った保険医療機関は、毎年 7 月 1 日現在で施設基準の適合性を確認し、その結果について報告を行うものであること。
- 6 地方厚生(支)局においては、届出を受理した後、当該届出事項に関する情報を都道府県に提供し、相互に協力するよう努めるものとする。
- 7 届出事項については、被保険者等の便宜に供するため、地方厚生(支)局において閲覧(ホームページへの掲載等を含む。)に供するとともに、当該届出事項を適宜とりまとめて、保険者等に提供するよう努めるものとする。また、保険医療機関においても、保険医療機関及び保険医療養担当規則(昭和 32 年厚生省令第 15 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(昭和 58 年厚生省告示第 14 号)の規定に基づき、院内の見やすい場所に届出内容の掲示を行うよう指導をするものであること。

(掲示例)

- (1) 入院患者数 42 人の一般病棟で、一般病棟入院基本料の急性期一般入院料 7 を算定している病院の例

「当病棟では、1 日に 13 人以上の看護職員(看護師及び准看護師)が勤務しています。なお、時間帯毎の配置は次のとおりです。」

 - ・ 朝 9 時から夕方 17 時まで、看護職員 1 人当たりの受け持ち数は 6 人以内です。
 - ・ 夕方 17 時から深夜 1 時まで、看護職員 1 人当たりの受け持ち数は 14 人以内です。
 - ・ 深夜 1 時から朝 9 時まで、看護職員 1 人当たりの受け持ち数は 14 人以内です。
- (2) 有床診療所入院基本料 1 を算定している診療所の例

「当診療所には、看護職員が7人以上勤務しています。」

第4 経過措置等

- 1 第2及び第3の規定にかかわらず、平成30年3月31日現在において入院基本料等の届出が受理されている保険医療機関については、次の取扱いとする。

平成30年3月31日において現に表1及び表2に掲げる入院基本料等以外の入院基本料等を算定している保険医療機関であって、引き続き当該入院基本料等を算定する場合には、新たな届出を要しないが、平成30年4月以降の実績により、届出を行っている入院基本料等の施設基準等の内容と異なる事情等が生じた場合は、変更の届出を行うこと。

表1	新たに施設基準が創設されたことにより、平成30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
	初診料の注12に掲げる機能強化加算
	初診料（歯科）の注1に掲げる施設基準
	オンライン診療料
	結核病棟入院基本料の注7に掲げる重症患者割合特別入院基本料
	療養病棟入院基本料の注13に掲げる夜間看護加算
	障害者施設等入院基本料の注9に掲げる看護補助加算
	障害者施設等入院基本料の注10に掲げる夜間看護体制加算
	看護職員夜間16対1配置加算2
	医療安全対策加算の注2に掲げる医療安全対策地域連携加算1又は2
	感染防止対策加算の注3に掲げる抗菌薬適正使用支援加算
	後発医薬品使用体制加算4
	入退院支援加算の注7に掲げる入院時支援加算
	特定集中治療室管理料の注4に掲げる早期離床・リハビリテーション加算
	回復期リハビリテーション病棟入院料4
	回復期リハビリテーション病棟入院料5
	回復期リハビリテーション病棟入院料6
	地域包括ケア病棟入院料1
	地域包括ケア入院医療管理料1
	地域包括ケア病棟入院料3
	地域包括ケア入院医療管理料3
	地域包括ケア病棟入院料の注7に掲げる看護職員夜間配置加算
	緩和ケア病棟入院料1
	緩和ケア病棟入院料2
	精神科救急入院料の注5に掲げる看護職員夜間配置加算
	精神科救急・合併症入院料の注5の看護職員夜間配置加算

表2 施設基準の改正により、平成30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30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

の

地域歯科診療支援病院歯科初診料（平成31年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

初診料（歯科）の注9に掲げる歯科外来診療環境体制加算1（平成30年3月31日において、現に旧算定方法別表A000の注9に掲げる歯科外来診療環境体制加算に係る届出を行っている保険医療機関（地域歯科診療支援病院歯科初診料の届出を行っている保険医療機関を除く。）であって、平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

初診料（歯科）の注9に掲げる歯科外来診療環境体制加算2（平成30年3月31日において、現に旧算定方法別表A000の注9に掲げる歯科外来診療環境体制加算に係る届出を行っている保険医療機関（地域歯科診療支援病院歯科初診料の届出を行っている保険医療機関に限る。）であって、平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

再診料の注12に掲げる地域包括診療加算1

一般病棟入院基本料（急性期一般入院基本料7、地域一般入院基本料2及び3を除く。）（平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

一般病棟入院基本料（急性期一般入院基本料4から7までに限る。）（許可病床数が200床未満の保険医療機関に限る。）（データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。）（平成31年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

療養病棟入院基本料（平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

療養病棟入院基本料（許可病床数が200床以上の保険医療機関に限る。）（データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。）（平成31年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

療養病棟入院基本料の注10に掲げる在宅復帰機能強化加算（平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

結核病棟入院基本料（7対1入院基本料に限る。）（平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）（7対1入院基本料に限る。）（平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

特定機能病院入院基本料の注5に掲げる看護必要度加算（平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）（7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る。）（許可病床数が200床未満の保険医療機関に限る。）（データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。）（平成31年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

専門病院入院基本料（7対1入院基本料に限る。）（平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

専門病院入院基本料の注3に掲げる看護必要度加算（平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

専門病院入院基本料（7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る。）（許可病床数が200床未満の保険医療機関に限る。）（データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。）（平成31年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

総合入院体制加算（平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

急性期看護補助体制加算（10 対 1 入院基本料に限る。）（平成 30 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

看護職員夜間配置加算（10 対 1 入院基本料に限る。）（平成 30 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

看護補助加算 1（平成 30 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

後発医薬品使用体制加算（4 を除く。）

データ提出加算（1 の口及び 2 の口に限る。）（許可病床数が 200 床未満の保険医療機関に限る。）（平成 31 年 4 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

救命救急入院料 1、3（平成 30 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

救命救急入院料の注 3 に掲げる救急体制充実加算（平成 31 年 4 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

脳卒中ケアユニット入院医療管理料（平成 30 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

回復期リハビリテーション病棟入院料（データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。）（平成 31 年 4 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

地域包括ケア病棟入院料（平成 30 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

緩和ケア病棟入院料 1（平成 30 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

特定一般病棟入院料の注 7（平成 30 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

表 3 診療報酬の算定項目の名称が変更されたが、平成 30 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は必要でないもの

地域包括診療加算	→	地域包括診療加算 2
一般病棟入院基本料（10 対 1 入院基本料に限る。）	→	急性期一般入院基本料 7
一般病棟入院基本料（13 対 1 入院基本料に限る。）	→	地域一般入院基本料 2
一般病棟入院基本料（15 対 1 入院基本料に限る。）	→	地域一般入院基本料 3
看護職員夜間 16 対 1 配置加算	→	看護職員夜間 16 対 1 配置加算 1
退院支援加算	→	入退院支援加算
地域包括ケア病棟入院料 1 及び地域包括ケア入院医療管理料 1	→	地域包括ケア病棟入院料 2 及び地域包括ケア入院医療管理料 2
地域包括ケア病棟入院料 2 及び地域包括ケア入院医療管理料 2	→	地域包括ケア病棟入院料 4 及び地域包括ケア入院医療管理料 4

- 2 精神病棟入院基本料の特別入院基本料の施設基準のうち「当該病棟の入院患者の数が 25 又はその端数を増すごとに 1 以上であること」については、看護職員の確保が特に困難であると認められる保険医療機関であって、看護職員の確保に関する具体的な計画が定められているものについては、当該施設基準の規定にかかわらず、なお従前の例によることができる。
- 3 平成 30 年 3 月 31 日において、現に一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟

の場合に限る。）及び専門病院入院基本料について、全ての病棟で包括的に届出を行うのではなく、看護配置が異なる病棟群（7 対 1 入院基本料と 10 対 1 入院基本料の組み合わせに限る。）ごとによる届出を行っている保険医療機関における当該病棟にあつては、第 2 の 4 の規定にかかわらず、同年 9 月 30 日までの間に限り、別添 2 における急性期一般入院料 2 に係る基準を満たしているものとみなす。また、平成 30 年 3 月 31 日において、平成 30 年度改定前における「基本診療料の施設基準等」の第十一経過措置の十四の規定の適用を受けていた病棟においては、同年 9 月 30 日までの間に限り、別添 2 における急性期一般入院料 2 に係る基準を満たしているものとみなす。

初・再診料の施設基準等

(略)

第2の2 明細書発行体制等加算

1 明細書発行体制等加算に関する施設基準

- (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。

2 届出に関する事項

明細書発行体制等加算の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

(略)

第2の7 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準

1 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準

- (1) 口腔内で使用する歯科医療機器等について、患者ごとの交換や、専用の機器を用いた洗浄・滅菌処理を徹底する等十分な院内感染防止対策を講じていること。
- (2) 感染症患者に対する歯科診療に対応する体制を確保していること。
- (3) 歯科外来診療の院内感染防止対策に係る研修を4年に1回以上、定期的に受講している常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。
- (4) 当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策を実施している旨の院内掲示を行っていること。
- (5) 年に1回、院内感染対策の実施状況等について、様式2の7により地方厚生（支）局長に報告していること。

2 届出に関する事項

- (1) 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準に係る届出は、別添7の様式2の6及び様式2の8を用いること。様式2の8について、院内感染防止対策に係る研修を4年以内に修了していることが確認できる文書を添付すること。
- (2) 新規開設時届出を行う場合に限り、当該届出については実績を要しない。この場合におい

て、届出を行った次年度の7月において、届出の変更を行うこととする。この場合において、届出の変更により1の（5）に規定する報告を行ったものとみなす。

- (3) 歯科外来診療の院内感染防止対策に係る研修については、平成31年3月31日までは要件を満たしているものとして取り扱う。この場合において、平成31年4月1日以降も届出を継続する場合は、様式2の5による届け出を行うこと。
- (4) 届出を行った日の属する月の翌月から起算して4年が経過するまでに様式2の8を用いて再度の届出を行うこと。ただし、平成30年4月1日から平成30年9月30日までの間に届出を行った場合にあっては、平成30年10月から起算して4年経過するまでに様式2の8を用いて再度の届出を行うこと。

第3 地域歯科診療支援病院歯科初診料に関する施設基準等

1 地域歯科診療支援病院歯科初診料に関する施設基準等

- (1) 地域歯科診療支援病院歯科初診料に関する基準における文書により紹介された患者の数及び当該保険医療機関における初診患者の数については、届出前1か月間（暦月）の数値を用いる。
- (2) 地域歯科診療支援病院歯科初診料に関する基準における手術の数については、届出前1年間（暦年）の数値を用いる。
- (3) 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。
- (4) (1)の「文書により紹介された患者の数」とは、別の保険医療機関等からの文書（別添6の別紙1又はこれに準ずる様式）により紹介されて歯科、小児歯科、矯正歯科又は口腔外科を標榜する診療科に来院し、初診料を算定した患者（当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関からの紹介患者は除く。）の数をいい、当該保険医療機関における「初診の患者の数」とは、当該診療科で初診料を算定した患者の数（時間外、休日又は深夜に受診した6歳未満の患者を除く。）をいう。単に電話での紹介を受けた場合等は紹介患者には該当しない。
- (5) 「特別の関係にある保険医療機関」とは「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」（平成28年3月4日保医発0304第3号）の別添1第1章第2部通則7の(3)に規定する特別の関係にある保険医療機関をいう。
- (6) 当該病院が当該病院の存する地域において、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。
- (7) 口腔内で使用する歯科医療機器等について、患者ごとの交換や、専用の機器を用いた洗浄・滅菌処理を徹底する等十分な院内感染防止対策を講じていること。
- (8) 感染症患者に対する歯科診療に対応する体制を確保していること。
- (9) 歯科外来診療の院内感染防止対策に係る研修を4年に1回以上、定期的に受講している常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。
- (10) 当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策を実施している旨の院内掲示を行っていること。

2 届出に関する事項

- (1) 地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準に係る届出は、別添7の様式2の8及び様式3を用いること。様式2の8について、院内感染防止対策に係る研修を4年以内に修了していることが確認できる文書を添付すること。
- (2) 届出受理後の措置については、毎年3月末日までに、前年1年間（暦年）の実績について別添7の様式3による報告を行い、必要があれば区分の変更を行う。
- (3) 歯科外来診療の院内感染防止対策に係る研修については、平成31年3月31日までは要件を満たしているものとして取り扱い、様式2の8について届出を省略して差し支えない。この場合において、平成31年4月1日以降も届出を継続する場合は、様式2の8による届け出を行うこと。
- (4) 届出を行った日の属する月の翌月から起算して4年が経過するまでに様式2の8を用いて再度の届出を行うこと。ただし、平成30年4月1日から平成30年9月30日までの間に届出を行った場合にあっては、平成30年10月から起算して4年経過するまでに様式2の8を用いて再度の届出を行うこと。

第4 歯科外来診療環境体制加算1及び歯科外来診療環境体制加算2

1 歯科外来診療環境体制加算1及び歯科外来診療環境体制加算2に関する施設基準

(1) 歯科外来診療環境体制加算1に関する施設基準

- ア 歯科医療を担当する保険医療機関（歯科点数表の地域歯科診療支援病院歯科初診料にかか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を除く。）であること。
- イ 歯科点数表の初診料の注1に係る施設基準の届出を行っていること。
- ウ 偶発症に対する緊急時の対応、医療事故対策等の医療安全対策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。
- エ 歯科衛生士が1名以上配置されていること。
- オ 患者にとって安心で安全な歯科医療環境の提供を行うにつき次の十分な装置・器具等を有していること。また、自動体外式除細動器（AED）については保有していることがわかる院内掲示を行っていること。
 - (イ) 自動体外式除細動器（AED）
 - (ロ) 経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）
 - (ハ) 酸素（人工呼吸・酸素吸入用のもの）
 - (ニ) 血圧計
 - (ホ) 救急蘇生セット
 - (ヘ) 歯科用吸引装置

カ 診療における偶発症等緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関との事前の連携体制が確保されていること。ただし、医科歯科併設の保険医療機関にあっては、当該保険医療機関の医科診療科との連携体制が確保されている場合は、この限りでない。

キ 歯科用吸引装置等により、歯科ユニット毎に歯牙の切削や義歯の調整、歯の被せ物の調整時等に飛散する細かな物質を吸収できる環境を確保していること。

ク 当該保険医療機関の見やすい場所に、緊急時における連携保険医療機関との連携方法やその対応等、歯科診療に係る医療安全管理対策を実施している旨の院内掲示を行っていること。

- こと。
- (2) 歯科外来診療環境体制加算2に関する施設基準
 - ア 歯科点数表の地域歯科診療支援病院歯科初診料の届出を行った保険医療機関であること。
 - イ (1)のウからクまでの施設基準をすべて満たすこと。
 - ウ 歯科外来診療において発生した医療事故、インシデント等を報告・分析し、その改善策を実施する体制を整備していること。
- (3) 平成30年3月31日において、現に歯科診療外環境体制加算に係る届出を行っている保険医療機関については、平成30年9月30日までの間に限り、1の(1)のイ又は(2)のウの基準を満たしているものとみなす。

2 届出に関する事項

歯科外来診療環境体制加算1又は歯科外来診療環境体制加算2の施設基準に係る届出は、別添7の様式4を用いること。また、偶発症に対する緊急時の対応、医療事故対策等の医療安全対策に係る研修を全て修了していることが確認できる文書を添付すること。

第5 歯科診療特別対応連携加算

1 歯科診療特別対応連携加算に関する施設基準

- (1) 歯科診療特別対応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で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
- (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。ただし、病院である医科歯科併設の保険医療機関にあっては、当該保険医療機関の医科診療科との連携体制が整備されている場合は、この限りでない。

2 届出に関する事項

歯科診療特別対応連携加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式4の2を用いること。

(参考)

- ※ 本様式は保険医療機関が届出に当たり確認に用いるための参考様式であって、届出書に添付する必要はない。
- 1 「区分」欄ごとに、「今回届出」欄、「既届出」欄又は「算定しない」欄のいずれかにチェックする。
- 2 「今回届出」欄にチェックをした場合は、「様式」欄に示す様式を添付する。
- 3 「既届出」欄にチェックした場合は、届出年月を記載する。
- 4 届出保険医療機関において「区分」欄に掲げる診療報酬を算定しない場合は、「算定しない」欄をチェックする。

施設基準適用期	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添7）
第1の2	機能強化加算	☐	☐	☐	様式1
2	時間外対応加算	☐	☐	☐	様式2
2の3	地域包括診療加算	☐	☐	☐	様式2の3
2の6	オンライン診療料	☐	☐	☐	様式2の5
2の7	歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準	☐	☐	☐	様式2の6、2の8
3	地域歯科診療支援病院歯科初診料	☐	☐	☐	様式2の8、3
4	歯科外来診療環境体制加算	☐	☐	☐	様式4
4の2	歯科診療特別対応連携加算	☐	☐	☐	様式4の2
5	一般病棟入院基本料	☐	☐	☐	様式5～11
5	療養病棟入院基本料	☐	☐	☐	様式5～11
5	結核病棟入院基本料	☐	☐	☐	様式5～11
5	精神病棟入院基本料	☐	☐	☐	様式5～11
5	特定機能病院入院基本料	☐	☐	☐	様式5～11
5	専門病院入院基本料	☐	☐	☐	様式5～11
5	障害者施設等入院基本料	☐	☐	☐	様式5～11、19
5	有床診療所入院基本料	☐	☐	☐	様式5、12～12の10
5	有床診療所療養病床入院基本料	☐	☐	☐	様式5、12～12の10
第1	総合入院体制加算	☐	☐	☐	様式10、13、13の2
3	超急性期脳卒中加算	☐	☐	☐	様式15
4	診療録管理体制加算	☐	☐	☐	様式17
4の2	医師事務作業補助体制加算	☐	☐	☐	様式13の4、18、18の2
4の3	急性期看護補助体制加算	☐	☐	☐	様式8、9、13の3、18の3
4の4	看護職員夜間配置加算	☐	☐	☐	様式8、9、10、13の3、18の3
5	特殊疾患入院施設管理加算	☐	☐	☐	様式9、19、20
6の2	看護配置加算	☐	☐	☐	様式8、9
7	看護補助加算	☐	☐	☐	様式8、9、10、13の3、18の3
9	療養環境加算	☐	☐	☐	様式22
10	重症者等療養環境特別加算	☐	☐	☐	様式23、23の2
11	療養病棟療養環境加算	☐	☐	☐	様式24、24の2
11の2	療養病棟療養環境改善加算	☐	☐	☐	様式24、24の2
12	診療所療養病床療養環境加算	☐	☐	☐	様式25

施設基準適用期	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添7）
12の2	診療所療養病床療養環境改善加算	☐	☐	☐	様式25
12の3	無菌治療室管理加算	☐	☐	☐	様式26の2
14	緩和ケア診療加算	☐	☐	☐	様式20、27
14の2	有床診療所緩和ケア診療加算	☐	☐	☐	様式20、27の2
15	精神科応急入院施設管理加算	☐	☐	☐	様式9、20、28
16	精神病棟入院時医学管理加算	☐	☐	☐	様式29
16の2	精神科地域移行実施加算	☐	☐	☐	様式30
16の3	精神科身体合併症管理加算	☐	☐	☐	様式31
17	精神科リエゾンチーム加算	☐	☐	☐	様式20、32
17の3	重度アルコール依存症入院医療管理加算	☐	☐	☐	様式32の3
17の4	摂食障害入院医療管理加算	☐	☐	☐	様式32の4
19	栄養サポートチーム加算	☐	☐	☐	様式13の2、34
20	医療安全対策加算	☐	☐	☐	様式35、35の4
21	感染防止対策加算	☐	☐	☐	様式35の2、35の3
21	抗菌薬適正使用支援加算	☐	☐	☐	様式35の5
21の2	患者サポート体制充実加算	☐	☐	☐	様式36
22	褥瘡ハイリスク患者ケア加算	☐	☐	☐	様式37、37の2
22の2	ハイリスク妊娠管理加算	☐	☐	☐	様式38
23	ハイリスク分娩管理加算	☐	☐	☐	様式20、38
24の5	精神科救急搬送患者地域連携紹介加算	☐	☐	☐	様式39の3
24の6	精神科救急搬送患者地域連携受入加算	☐	☐	☐	様式39の3
25	総合評価加算	☐	☐	☐	様式40
26	呼吸ケアチーム加算	☐	☐	☐	様式40の2
26の2	後発医薬品使用体制加算	☐	☐	☐	様式40の3
26の3	病棟薬剤業務実施加算	☐	☐	☐	様式20、40の4
26の4	データ提出加算	☐	☐	☐	様式40の5、40の7、40の8
26の5	入院支援加算	☐	☐	☐	様式40の9 (特掲別添2) 様式12、12の2
26の6	認知症ケア加算	☐	☐	☐	様式40の10、40の11
26の7	精神疾患診療体制加算	☐	☐	☐	様式40の12
26の8	精神科急性期医師配置加算	☐	☐	☐	様式40の13、53
27	地域歯科診療支援病院入院加算	☐	☐	☐	様式41
第1	救命救急入院料	☐	☐	☐	様式20、42、43
2	特定集中治療室管理料	☐	☐	☐	様式20、42、42の3、43
3	ハイケアユニット入院医療管理料	☐	☐	☐	様式20、44
4	脳卒中ケアユニット入院医療管理料	☐	☐	☐	様式10、20、45
4の2	小児特定集中治療室管理料	☐	☐	☐	様式20、43、43の2、48
5	新生児特定集中治療室管理料	☐	☐	☐	様式20、42の2

施設基準適用期	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添7）
6	総合周産期特定集中治療室管理料	☐	☐	☐	様式20、42の2
7	新生児治療回復室入院医療管理料	☐	☐	☐	様式20、42の2、45の2
8	一類感染症患者入院医療管理料	☐	☐	☐	様式8、9、46
9	特殊疾患入院医療管理料	☐	☐	☐	様式9、20、47
10	小児入院医療管理料	☐	☐	☐	様式9、48～48の3
11	回復期リハビリテーション病棟入院料	☐	☐	☐	様式8、9、20、49～49の7(49の4を除く。)
12	地域包括ケア病棟入院料	☐	☐	☐	様式8、9、10、13の3、18の3、20、50～50の3
13	特殊疾患病棟入院料	☐	☐	☐	様式9、20、24の2、51
14	緩和ケア病棟入院料	☐	☐	☐	様式9、20、52
15	精神科救急入院料	☐	☐	☐	様式8、9、13の3、20、53、54、 (特掲別添2) 様式48
16	精神科急性期治療病棟入院料	☐	☐	☐	様式9、20、53
16の2	精神科救急・合併症入院料	☐	☐	☐	様式9、13の3、20、53、55 (特掲別添2) 様式48
16の3	児童・思春期精神科入院医療管理料	☐	☐	☐	様式9、57
17	精神療養病棟入院料	☐	☐	☐	様式9、20、24の2、55の2、55の3
19	認知症治療病棟入院料	☐	☐	☐	様式9、20、56、(特掲別添2) 様式48
20	特定一般病棟入院料	☐	☐	☐	様式8、9、20、50～50の3、57の2、57の3、 (特掲別添2) 様式10
21	地域移行機能強化病棟入院料	☐	☐	☐	様式9、20、24の2、57の4
	短期滞在手術等基本料1	☐	☐	☐	様式58
	短期滞在手術等基本料2	☐	☐	☐	様式58

※様式2の2、5の2、9の2、9の3、9の4、10の4、14、14の2、16、21、26、32の2、33、39、39の2、53の2は欠番

		概 要	
滅菌体制 (該当する番号に○)		1. 診療室内に設置した滅菌器を使用 2. 複数の診療科で共有する中央滅菌部門において滅菌 3. 外部の業者において滅菌（業者名： ）	
1. に該当する場合は以下の事項について記載			
滅菌器	医療機器届出番号		
	製品名		
	製造販売業者名		
滅菌器の使用回数	1. 1日1回 2. 1日2回 3. 1日3回以上5回未満 4. 1日5回以上		

	概	要
1 日平均患者数	1. 10 人未満 3. 20 人以上 30 人未満 5. 40 人以上 50 人未満	2. 10 人以上 20 人未満 4. 30 人以上 40 人未満 6. 50 人以上

機器名	概 要	
歯科用ハンドピース (歯科診療室用機器に限る)	保有数	
歯科用ユニット数	保有数	

○ 当該届出の変更を行う際は、変更に係る項目のみの届出で差し支えないこと。

歯科点数表の初診料の注 1 の施設基準に係る報告書

1 当該保険医療機関の平均患者数及び滅菌体制の実績（該当する番号に○）

	概 要
1 日平均患者数	1. 10 人未満 2. 10 人以上 20 人未満 3. 20 人以上 30 人未満 4. 30 人以上 40 人未満 5. 40 人以上 50 人未満 6. 50 人以上
滅菌体制 （該当する番号に○）	1. 診療室内に設置した滅菌器を使用 2. 複数の診療科で共有する中央滅菌部門において滅菌 3. 外部の業者において滅菌（業者名： ）
「1. 診療室内に設置した滅菌器を使用」に該当する場合は以下について記載	
滅菌の体制について （1 日あたりの滅菌器の 使用回数）	1. 1 日 1 回 2. 1 日 2 回 3. 1 日 3 回以上 5 回未満 4. 1 日 5 回以上

2 当該保険医療機関に設置されている歯科用ハンドピース・ユニットの保有状況

機器名	概 要	
歯科用ハンドピース （歯科診療室用機器に限る）	保有数	
歯科用ユニット数	保有数	

※ 歯科用ハンドピースの保有数の欄には以下の一般的名称の機器の保有数の合計を記載すること。

- ・ 歯科用ガス圧式ハンドピース
- ・ 歯科用電動式ハンドピース
- ・ ストレート・ギアードアングルハンドピース
- ・ 歯科用空気駆動式ハンドピース

院内感染予防対策の研修に係る届出書添付書類

○ 常勤歯科医師名と院内感染予防対策に関する研修の受講歴等

受講者名 (常勤歯科医師名)	研修名 (テーマ)	受講年月日	当該講習会の主催者

※ 4 年以内の受講を確認できる文書を添付すること。

※研修の修了証等により内容を確認できる場合は受講者名以外の記載を省略して差し支えない。

※届出を行った日の属する月の翌月から起算して 4 年が経過するまでに当該様式を用いて再度の届出を行うこと。

様式 3

地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準に係る届出書添付書類

1 常勤歯科医師・看護職員・歯科衛生士の数

	常勤歯科医師数	看護職員数	歯科衛生士数
年 月	名	名	名

2 次の(1)～(5)のうち、該当するものに記入すること。

(1) 紹介率			
年・月	初診の患者 の数①	文書により紹介さ れた患者の数②	紹介率 $(=②/① \times 100) \%$
年 月	名	名	_____ %

(2) 地域歯科診療支援病院歯科初診料の算定に係る手術件数：計 _____ 件					
歯科点数表 区分	件 数	歯科点数表 区分	件 数	歯科点数表 区分	件 数
JO 1 3 の 4	_____ 件	JO 3 9	_____ 件	JO 7 2	_____ 件
JO 1 6	_____ 件	JO 4 2	_____ 件	JO 7 2 - 2	_____ 件
JO 1 8	_____ 件	JO 4 3	_____ 件	JO 7 5	_____ 件
JO 3 1	_____ 件	JO 6 6	_____ 件	JO 7 6	_____ 件
JO 3 2	_____ 件	JO 6 8	_____ 件	JO 8 7	_____ 件
JO 3 5	_____ 件	JO 6 9	_____ 件		
JO 3 6	_____ 件	JO 7 0	_____ 件		

(3) 別の保険医療機関において基本診療料に係る歯科診療特別対応加算及び歯科 訪問診療料を算定している患者について、文書により情報提供を受け、外来診 療を行った患者の数	
年 月 ～ 年 月	歯科診療特別対応加算 _____ 名 歯科訪問診療料 _____ 名
	月平均 _____ 名

(4) 基本診療料に係る歯科診療特別対応加算を算定している患者の数	
年 月 ～ 年 月	_____ 名 月平均 _____ 名

(5) 周術期等口腔機能管理計画策定料、周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）、周術期 等口腔機能管理料（Ⅱ）又は周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）のいずれかを算 定した患者の数	
年 月 ～ 年 月	_____ 名 月平均 _____ 名

(1) 当該保険医療機関の滅菌の体制について

(2) 当該保険医療機関の平均患者数の実績（該当する番号に○）

※ 新規開設のため、実績がない場合は（２）の記載は省略して差し支えない。この場合において、翌年度の７月に当該様式により実績について届出すること。

※ 歯科用ハンドピースの保有数の欄には以下の一般的名称の医療機器の保有数の合計を記載すること。

- 【記載上の注意】

- 78 –

歯科外来診療環境体制加算 1
歯科外来診療環境体制加算 2
の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出を行う施設基準（該当するものに○を付け、該当する受理番号を記載すること）

	歯科外来診療環境体制加算 1（2 から 5 までの項目について記載）
	歯科点数表の初診料の注 1 に係る施設基準 受理番号：（歯初診）_____
	歯科外来診療環境体制加算 2（全ての項目を記載）
	地域歯科診療支援病院歯科初診料 受理番号：（病初診）_____

2 常勤歯科医師名と医療安全に関する研修の受講歴等

受講者名 （常勤歯科医師名）	講習名（テーマ）	受講年月日	当該講習会の主催者

※ 研修の受講を確認できる文書を添付すること。

3 歯科衛生士の氏名等（常勤又は非常勤を○で囲むこと）

氏 名（常勤・非常勤）	氏 名（常勤・非常勤）
1. _____（常勤・非常勤）	3. _____（常勤・非常勤）
2. _____（常勤・非常勤）	4. _____（常勤・非常勤）

4 当該保険医療機関に常時設置されている装置・器具の名称

一般名称	装置・器具等の製品名	台数（セット数）
自動体外式除細動器（AED）		
経皮的酸素飽和度測定器 （パルスオキシメーター）		
酸素		
血圧計		
救急蘇生キット		
歯科用吸引装置		
その他		

5 緊急時の連携保険医療機関

医療機関の名称：	担 当 医 名：
所 在 地：	連 絡 方 法：
開 設 者 名：	搬 送 方 法：

6 医療事故、インシデント等を報告・分析し、その改善策を実施する体制

安全管理の体制確保のための委員会の開催状況	
委員会の開催回数	_____ 回／月
委員会の構成メンバー	
安全管理の体制確保のための職員研修の開催状況	_____ 年 _____ 回
研修の主な内容等	

保医発 0305 第 3 号
平成 30 年 3 月 5 日

地方厚生（支）局医療課長
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長 殿
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）長

厚生労働省保険局医療課長
（公 印 省 略）

厚生労働省保険局歯科医療管理官
（公 印 省 略）

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

標記については、本日、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成 30 年厚生労働省告示第 43 号）の公布に伴い、「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件」（平成 30 年厚生労働省告示第 45 号）が公布され、平成 30 年 4 月 1 日より適用されることとなったところであるが、保険医療機関及び保険薬局からの届出を受理する際には、下記の事項に留意の上、貴管下の保険医療機関及び保険薬局並びに審査支払機関に周知徹底を図り、その取扱いに遺漏のないよう特段の御配慮を願いたい。

なお、従前の「特掲診療料の施設基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて」（平成 28 年 3 月 4 日保医発 0304 第 2 号）は、平成 30 年 3 月 31 日限り廃止する。

記

第 1 特掲診療料の施設基準等

- 1 特掲診療料の施設基準等は、「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件」による改正後の特掲診療料の施設基準等（平成 20 年厚生労働省告示第 63 号）に定めるものの他、別添 1 のとおりとする。
- 2 別添 1 に定める施設基準を歯科診療について適用する場合にあっては、必要に応じ、当該基準中「医師」とあるのは、「歯科医師」と読み替えて適用するものとする。

- 3 特掲診療料の施設基準等及び本通知において規定する診療科については、医療法施行令（昭和 23 年政令第 326 号）及び医療法施行規則（昭和 23 年厚生省令第 50 号）の規定に基づき、当該診療科名に他の事項を組み合わせる場合も含むものであること。
 - 4 特掲診療料の施設基準等における常勤配置とは、従事者が労働基準法（昭和 22 年法律第 49 号）第 65 条に規定する休業、育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成 3 年法律第 76 号。以下「育児・介護休業法」という。）第 2 条第 1 号に規定する育児休業、同条第 2 号に規定する介護休業、同法第 23 条第 2 項の育児休業に関する制度に準ずる措置又は同法第 24 条第 1 項（第 2 号に係る部分に限る。）の規定により同項第 2 号に規定する育児休業に関する制度に準じて講ずる措置による休業を取得中の期間において、当該施設基準等において求められる資質を有する複数の非常勤従事者の常勤換算後の人員数を原則として含めるものであること。
- また、正職員として勤務する者について、育児・介護休業法第 23 条第 1 項、同条第 3 項又は同法第 24 条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあっては、週 30 時間以上の勤務で常勤扱いとすること。

第 2 届出に関する手続き

- 1 特掲診療料の施設基準等に係る届出に際しては、特に規定のある場合を除き、当該保険医療機関単位又は当該保険薬局単位で行うものであること。
 - 2 「特掲診療料の施設基準等」の各号に掲げる施設基準に係る届出を行おうとする保険医療機関又は保険薬局の開設者は、当該保険医療機関又は保険薬局の所在地の地方厚生（支）局長に対して、別添 2 の当該施設基準に係る届出書（届出書添付書類を含む。以下同じ。）を 1 通提出するものであること。なお、国立高度専門医療研究センター等で内部で権限の委任が行われているときは、病院の管理者が届出書を提出しても差し支えない。また、当該保険医療機関は、提出した届出書の写しを適切に保管するものであること。
 - 3 届出書の提出があった場合は、届出書を基に、「特掲診療料の施設基準等」及び本通知に規定する基準に適合するか否かについて要件の審査を行い、記載事項等を確認した上で受理又は不受理を決定するものであること。また、補正が必要な場合は適宜補正を求めるものとする。なお、この要件審査に要する期間は原則として 2 週間以内を標準とし、遅くとも概ね 1 か月以内（提出者の補正に要する期間は除く。）とするものであること。
 - 4 届出に当たっては、当該届出に係る基準について、特に定めがある場合を除き、実績期間を要しない。
- ただし、以下に定める施設基準については、それぞれ以下に定めるところによる。
- （1）開放型病院の施設基準
届出前 30 日間の実績を有していること。
 - （2）中枢神経磁気刺激による誘発筋電図、光トポグラフィー、ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影、乳房用ポジトロン断層撮影、コンピューター断層撮影、磁気共鳴コンピューター断層撮影に係る施設共同利用率、輸血管理料に係る新鮮凍結血漿・赤血球濃厚液割合等及び保険医療機関間の連携による病理診断に係る病理標準割合
- ア 1 月から 12 月までの 1 年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及び他

の要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年の3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

イ アにかかわらず、新規届出の場合は、届出前6月の実績を有していれば足りるものとし、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は、新規届出に該当しないものである。

ウ 既に施設基準の要件を満たし所定点数を算定している場合であって、当該基準に係る機器を増設する場合にあっては、実績期間を要しないものとする。この場合において、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から翌年の3月末日までは、当該機器についても所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から翌年の3月末日まで当該機器についても所定点数を算定することができるものとする。

エ イ又はウに該当する場合は、所定点数を算定し始めた月の初日から同年12月の末日までの実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年の3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

新規届出の場合

例1：8月1日から算定を開始した場合

- ・ 翌年3月末（③の前日）までは算定可
- ・ ①～②までの実績により施設共同利用率に係る基準の適合性を判断
 - ・ 施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可
 - ・ 施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可
- ・ ⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



例2：2月1日から算定を開始した場合

- ・ 翌年の3月末（③の前日）までは算定可
- ・ ①～②までの実績により施設共同利用率に係る基準の適合性を判断
 - ・ 施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可
 - ・ 施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可
- ・ ⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



- (3) 在宅腫瘍治療電療療法指導管理料、長期脳波ビデオ同時記録検査1、光トポグラフィー、骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家培養軟骨移植術に限る。）、後縦靱帯骨化症手術（前方進入によるもの）、脳腫瘍覚醒下マッピング加算、人工中耳植込術、人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術、植込型骨導補聴器交換術、胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（肺葉切除又は1肺葉を超えるもので内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、生体部分肺移植術、胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）、胸腔鏡下弁形成術、胸腔鏡下弁形成術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、胸腔鏡下弁置換術、経カテーテル大動脈弁置換術、経皮的僧帽弁クリップ術、胸腔鏡下動脈管開閉鎖術、磁気ナビゲーション加算、経皮的中隔心筋焼灼術、ペースメーカー移植術（リードレスペースメーカーの場合）、両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術、植込型除細動器移植術及び植込型除細動器交換術、経静脈電極除去術、両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術、経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）、補助人工心臓、小児補助人工心臓、植込型補助人工心臓（非拍動流型）、内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術、腹腔鏡下胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、腹腔鏡下噴門側胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、腹腔鏡下胃全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）、腹腔鏡下胆道閉鎖症手術、腹腔鏡下肝切除術、生体部分肝移植術、腹腔鏡下脾腫瘍摘出術、腹腔鏡下脾体尾部腫瘍切除術、生体部分小腸移植術、早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術、腹腔鏡下直腸切除・切断術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）、生体腎移植術、腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術、腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術、腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術、腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）、腹腔鏡下陰式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）、腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸がんに限る。）、腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、高エネルギー放射線治療、1回線量増加加算並びに強度変調放射線治療（IMRT）に係る年間実施件数

ア 1月から12月までの1年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

イ アにかかわらず、新規届出の場合は、届出前6月以内の実施件数が、要件とされる年間実施件数の半数以上であれば足りるものとし、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は、新規届出に該当しないものであること。ただし、建物の工事等に伴いやむを得

ず当該治療を実施できなくなり、施設基準に適合しなくなった後、再度届出を行う場合には、新規届出として取り扱うものとする。

ウ イに該当する場合は、所定点数を算定し始めた月の初日から同年12月末日までの実施件数をもって施設基準の適合性を判断し（実施件数が、各施設基準に規定する年間実施件数を12で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数以上であれば、施設基準に適合しているものと判断する。）、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

新規届出の場合

例1：8月1日から算定を開始した場合

- ・翌年3月末（③の前日）までは算定可
- ・①～②までの実績により実施件数に係る基準の適合性を判断（実施件数が、各施設基準に規定する年間実施件数を12で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数以上であれば、施設基準に適合しているものと判断する。）
 - ・施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可
 - ・施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可
- ・⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



例2：2月1日から算定を開始した場合

- ・翌年3月末（③の前日）までは算定可
- ・①～②までの実績により実施件数に係る基準の適合性を判断（実施件数が、各施設基準に規定する年間実施件数を12で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数以上であれば、施設基準に適合しているものと判断する。）
 - ・施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可
 - ・施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可
- ・⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



(4) コンタクトレンズ検査料1から3までに係る検査割合及び院内交付割合

ア 1月から12月までの1年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

イ アにかかわらず、新規に届出をする場合は、届出前6月の実績（当該保険医療機関の新

規開設又は眼科学的検査を実施する診療科を新規開設する場合であつて、当該新規開設後6月以内に届け出る場合は、届出前3月の実績）をもって施設基準の適合性を判断し、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は、新規に届出をする場合には該当しないものであること。

ウ イに該当する場合は、所定点数を算定し始めた月の初日から同年12月末日までの実績をもって施設基準の適合性を判断（コンタクトレンズ検査料を算定した患者数については、施設基準に規定する年間患者数を12で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数をもって判断する。なお、エに該当する場合においても同様の取扱いとする。）し、当該要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

エ アにかかわらず、コンタクトレンズに係る検査（コンタクトレンズ装用のための眼科学的検査及びコンタクトレンズの既装用者に対する眼科学的検査）を実施した患者の診療報酬明細書の件数が、届出時の実績が1月当たり平均500件を超える保険医療機関にあつては、1月から6月までの6か月間の実績（イに該当し、かつ、6月までに所定点数の算定を開始した場合は、ウにかかわらず、所定点数の算定を開始した月の初日から同年6月末日までの実績）をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件を満たしている場合は、同年の10月1日から翌年3月末日まで所定点数を算定できるものとし、7月から12月までの6か月間の実績（イに該当し、かつ、12月までに所定点数の算定を開始した場合は、ウにかかわらず、所定点数の算定を開始した月の初日から同年12月末日までの実績）をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から9月末日まで所定点数を算定できるものとする。

オ コンタクトレンズに係る検査（コンタクトレンズ装用のための眼科学的検査及びコンタクトレンズの既装用者に対する眼科学的検査）に係る患者数の割合が、暦月1月間で33%（又は44%）を超えた場合又は30%（又は40%）以上33%（又は44%）未満の場合が暦月で3か月を超えた場合は、遅滞なく変更の届出を行うものとする。

新規届出の場合

例1：8月1日から算定を開始した場合

- ・翌年3月末（③の前日）までは算定可
- ・①～②までの実績により適合性を判断
 - ・施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可
 - ・施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可
- ・⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



例2：2月1日から算定を開始した場合

- ・翌年3月末（③の前日）までは算定可
- ・①～②までの実績により適合性を判断
 - ・施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可
 - ・施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可
- ・⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



(5) 後発医薬品調剤体制加算及び外来後発医薬品使用体制加算の施設基準

届出前3月間の実績を有していること。

(6) 経口摂取回復促進加算1に係る施設基準

ア 他の保険医療機関等から紹介された患者であって胃瘻を造設した患者又は自院で新たに胃瘻を造設した患者の数

1月から12月までの1年間の患者数をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及びイを含む他の要件を満たしている場合は、翌年4月1日から翌々年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

イ 経口摂取回復率

(イ) 1月から12月までの1年間に別添1の第45の2の1の(3)のア又はイのいずれかに該当することとなった患者（以下「鼻腔栄養を導入した患者又は胃瘻を造設した患者等」という。）のうち、1年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態に回復した患者の割合をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及びアを含む他の要件を満たしている場合は、翌々年4月1日から翌々々年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

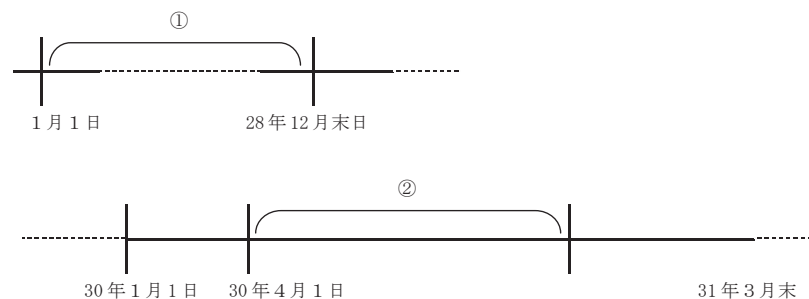
(ロ) 新規に届出をする場合は、(イ)にかかわらず、4月から6月（直近2年以内）までの3か月間に鼻腔栄養を導入した患者又は胃瘻を造設した患者等のうち、1年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態に回復した患者の割合をもって施設基準の適合性を判断することができるものとし、当該要件及びアを含む他の要件と合わせて、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から翌年3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から翌年3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は新規に届出をする場合には該当しないものであること。

(ハ) (ロ)に該当する場合であって、継続して所定点数を算定しようとする場合は、(イ)に規定するところによる他、所定点数の算定を開始した年の1月から12月までの1年間に鼻腔栄養を導入した患者又は胃瘻を造設した患者等のうち、1年以内に栄養方法

が経口摂取のみである状態に回復した患者の割合をもって施設基準の適合性を判断することができるものとし、当該要件及びアを含む他の要件を満たしている場合は、翌年4月1日から翌々年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

例1：イ（イ）による届出の場合

- ・平成28年1月1日から12月末日までの期間（下図①）に鼻腔栄養を導入した患者又は胃瘻を造設した患者等にかかる回復の割合をもって適合性を判断し、適合している場合は平成30年4月1日から平成31年3月31日まで（②）算定可



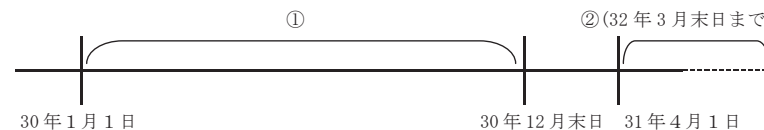
例2：イ（ロ）による新規届出の場合

- ・平成30年4月1日から6月末日までの期間（①）に鼻腔栄養を導入した患者又は胃瘻を造設した患者等にかかる回復の割合をもって適合性を判断し、適合している場合は、算定開始月から平成31年3月末日まで（②）算定可



例3：イ（ハ）による届出の場合

- ・平成30年1月1日から12月末日までの期間（①）に鼻腔栄養を導入した患者又は胃瘻を造設した患者等にかかる回復の割合をもって適合性を判断し、適合している場合は平成31年4月1日から平成32年3月末日まで（②）算定可



(7) 経口摂取回復促進加算2に係る施設基準

ア 新規に届出をする場合は、届出のあった月の4月前までの3か月間に摂食機能療法を開始した入院患者で、摂食機能療法の開始時に胃瘻を有し、胃瘻の造設後摂食機能療法開始までの間又は摂食機能療法開始前1か月以上の間経口摂取を行っていないかつたもののうち、摂食機能療法を開始した日から起算して3月以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復した割合をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及び他の要件と合わせて、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から起算して2か月間に限り所定点数を算定することができる。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から起算して3か月間に限り所定点数を算定することができる。

イ 継続して所定点数を算定しようとする場合は、その月の4月前までの3か月間に摂食機能療法を開始した入院患者で、摂食機能療法の開始時に胃瘻を有し、胃瘻の造設後摂食機能療法開始までの間又は摂食機能療法開始前1か月以上の間経口摂取を行っていないかつたもののうち、摂食機能療法を開始した日から起算して3月以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復した割合をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、当該月の1日から起算して3か月間に限り所定点数を算定することができる。

(8) 高度腎機能障害患者指導加算に係る施設基準

ア 新規に届出をする場合は、届出のあった月の4月前までの3か月間に糖尿病透析予防指導管理料を算定した患者で、別添1第4の6(9)のアの他の要件に該当するもののうち、イに該当するものの割合をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件を満たす場合には、当該月の翌月から2か月間に限り所定点数を算定できる。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から起算して3か月間に限り所定点数を算定することができる。

イ 継続して所定点数を算定しようとする場合は、その月の4月前までの3か月間に糖尿病透析予防指導管理料を算定した患者で、別添1第4の6(9)のアの他の要件に該当するもののうち、イに該当するものの割合をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件を満たしている場合は、当該月の1日から起算して3か月間に限り所定点数を算定することができる。

(9) 処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1に係る年間実施日数

ア 緊急入院患者及び全身麻酔による手術の患者の実績数

1月から12月までの1年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及びイを含む他の要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

イ 全ての診療科における予定手術に係る術者及び第一助手について、その手術の前日に当直等を行っている者がある日数

(イ) 1月から12月までの1年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

(ロ) (イ)にかかわらず、新規届出の場合は実績期間を要しない。なお、届出のあった

月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は、新規届出に該当しないものであること。

(ハ) (ロ)に該当する場合は、所定点数の算定を開始した月の初日から同年12月末日までの実績をもって施設基準の適合性を判断し(実施日数が、施設基準に規定する年間実施日数を12で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数以下であれば、施設基準に適合しているものと判断する。)、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

例：イの(ハ)による届出の場合

8月1日から新規に算定を開始した場合

- ・ 翌年3月末(③の前日)までは算定可
- ・ ①～②までの実績により実施日数に係る基準の適合性を判断(実施日数が、各施設基準に規定する年間実施日数を12で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数以下であれば、施設基準に適合しているものと判断する。)
- ・ 施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可
- ・ 施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可
- ・ ⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



例2：2月1日から新規に算定を開始した場合

- ・ 翌年3月末(③の前日)までは算定可
- ・ ①～②までの実績により適合性を判断
- ・ 施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可
- ・ 施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可
- ・ ⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



(10) 手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1に係る年間実施日数

手術の休日加算 1、時間外加算 1 及び深夜加算 1 については、(9) 処置の休日加算 1、時間外加算 1 及び深夜加算 1 の例による。

- (11) 人工腎臓（慢性維持透析を行った場合 1 及び 2 に限る。）に係る透析用監視装置一台あたりの J 0 3 8 人工腎臓を算定した患者数の割合

ア 1 月から 12 月までの 1 年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件を満たしている場合は、翌年の 4 月 1 日から翌々年の 3 月末まで所定点数を算定できるものとする。

イ アにかかわらず、新規に届出をする場合（平成 30 年 3 月 31 日において現に人工腎臓を算定していた保険医療機関が、平成 30 年 4 月以降において当該点数を算定するに当たり行う届出を含む。）は、届出前 12 月の実績（届出前 12 月の実績がない場合は届出前 3 月の実績）をもって施設基準の適合性を判断し、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の 1 日から所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の 1 日から所定点数を算定することができるものとする。

ウ イに該当する場合は、所定点数を算定し始めた月の翌月初日から同年 12 月末までの実績をもって施設基準の適合性を判断（透析用監視装置一台あたりの J 0 3 8 人工腎臓を算定した患者数については、施設基準に規定する透析用監視装置の台数及び J 0 3 8 人工腎臓を算定した患者数の各月の合計を月数で除して得た値を用いて求める。）し、当該要件を満たしている場合は、翌年の 4 月 1 日から翌々年の 3 月末まで所定点数を算定できるものとする。

エ アにかかわらず、届出前 12 月の実績をもって施設基準の適合性を判断し、適合する施設基準に変更が生じた場合は、変更の届出を行うことができるものとする。

新規届出の場合

例 1：7 月 10 日から算定を開始した場合

- ・①から②までの実績により適合性を判断
 - ・施設基準に適合している場合は、①から④までの期間算定可
- ・④の翌日以降の期間の施設基準の適合性は、①から③までの期間における実績により適合性を判断
 - ・施設基準に適合している場合は、④の翌日から⑤までの期間算定可



例 2：1 月 10 日から算定を開始した場合

- ・①から②までの実績により適合性を判断
 - ・施設基準に適合している場合は、①から④までの期間算定可
- ・④の翌日以降の期間の施設基準の適合性は、①から③までの期間における実績により適合性を判断

・施設基準に適合している場合は、④の翌日から⑤までの期間算定可



- (12) 胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術）及び胃瘻造設時嚥下機能評価加算に係る年間実施件数

ア 胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術及び腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）を実施した症例数

1 月から 12 月までの 1 年間の患者数をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及びその他の要件を満たしている場合は、翌年 4 月 1 日から翌々年 3 月末日まで所定点数を算定できるものとする。

イ 経口摂取回復率

経口摂取回復率については、(6) 経口摂取回復促進加算 1 に係る施設基準のイの例による。この場合において、同イの(イ)中「別添 1 の第 45 の 2 の 1 の(3) のア又はイ」とあるのは、「別添 1 の第 79 の 3 の 1 の(2) のイの①の(ア)又は(イ)」と読み替えるものとする。

- (13) 調剤基本料の施設基準

ア 処方箋受付回数

(イ) 前年 3 月 1 日から当年 2 月末日までの 1 年間の処方箋受付回数の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当年 4 月 1 日から翌年 3 月末日まで所定点数を算定する。

(ロ) (イ)にかかわらず、前年 3 月 1 日以降に新規に保険薬局に指定された薬局については、次のとおりとし、処方箋受付回数の実績が判断されるまでは、調剤基本料 1 に該当しているものとして取り扱う（ただし、病院である保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有しているものとして別添 1 の第 90 の 1 (1) のアからエまでに該当する場合は、特別調剤基本料とする。特別調剤基本料の施設基準に該当する場合を除き、特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引がある等の施設基準に該当する場合は調剤基本料 3 とする。）。)

- a 前年 3 月 1 日から前年 11 月 30 日までの間に新規に指定された保険薬局について指定の日の属する月の翌月 1 日から当年 2 月末日までの処方箋受付回数で判定し、当年 4 月 1 日から翌年 3 月 31 日まで適用する。
- b 前年 12 月 1 日以降に新規に保険薬局に指定された薬局について指定の日の属する月の翌月 1 日から 3 か月間の処方箋受付回数で判定し、当該 3 か月の最終月の翌々月 1 日から翌年 3 月 31 日まで適用する。

(ハ) 開設者の変更（親から子へ、個人形態から法人形態へ、有限会社から株式会社へ等）又は薬局の改築等の理由により医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和 35 年法律第 145 号）（以下「医薬品医療機器等法」という。）上の薬局の開設許可を取得し直し、保険薬局の指定について薬局の当該許可の日までの遡及指定が認められる場合は、(ロ) b にかかわらず、当該遡及指定前の実績に基づいて取

り扱う。

新規届出の場合

例：30年8月1日に新規指定された薬局（ロ）の場合）

- ・①から④までは調剤基本料1に該当するものとして取り扱う（ただし、病院である保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有しているものとして第90の1（1）のAからエまでに該当する場合は、特別調剤基本料とする。特別調剤基本料の施設基準に該当する場合を除き、特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引がある等の施設基準に該当する場合は調剤基本料3とする。）。
- ・②から③までにおける実績で判断し、その翌々月（④の翌日）から⑥まで適用する。
- ・31年4月1日（⑥の翌日）から32年3月末日（⑦）までの調剤基本料の施設基準の適合は②から⑤までの期間における実績で判断する。



(14) 調剤基本料の注1ただし書に規定する施設基準

当年2月末日時点の状況をもって施設基準の適合性を判断し、当年4月1日から翌年3月末日まで所定点数を算定する。ただし、当年4月1日から翌年3月末日までの間に、新たに施設基準に適合した場合は、届出を行うことができ、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。

(15) 妥結率の実績

- イ 妥結率の実績の算定期間は、報告年度の当年4月1日から9月30日までとし、翌年4月1日から翌々年3月31日まで適用する。
- ロ イにかかわらず、妥結率の報告年度の当年4月2日以降に新規に保険薬局に指定された薬局においては、翌々年3月31日までは妥結率が5割を超えているものとみなす。
- ハ 開設者の変更（親から子へ、個人形態から法人形態へ、有限会社から株式会社へ等）又は薬局の改築等の理由により医薬品医療機器等法上の薬局の開設許可を取得し直し、保険薬局の指定について薬局の当該許可の日までの遡及指定が認められる場合は、ロにかかわらず、当該遡及指定前の実績に基づいて取り扱う。

新規届出の場合

例：30年5月1日に新規指定された薬局の場合

- ・①から④までは妥結率が5割を超えていると見なす
- ・②から③までの妥結率の実績を30年4月1日（④の翌日）から⑤まで適用する。



①30年5月1日 ②30年4月1日 ③9月末日 ④32年3月末日 ⑤33年3月末日

(16) 調剤基本料の注6に規定する保険薬局

届出前3月間の実績にて判定すること。

5 特掲診療料の施設基準等に係る届出を行う保険医療機関又は保険薬局が、次のいずれかに該当する場合にあっては当該届出の受理は行わないものであること。

- (1) 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。）を行ったことがある保険医療機関又は保険薬局である場合。
- (2) 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（平成18年厚生労働省告示第107号）に違反したことがある保険医療機関又は保険薬局である場合。
- (3) 地方厚生（支）局長に対して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（平成18年厚生労働省告示第104号）に規定する基準のいずれかに該当している保険医療機関である場合。
- (4) 当該届出を行う前6か月間において、健康保険法（大正11年法律第70号）第78条第1項（同項を準用する場合を含む。）及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）（以下「高齢者医療確保法」という。）第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容若しくは調剤内容又は診療報酬若しくは調剤報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められた保険医療機関又は保険薬局である場合。なお、「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場合」とは、「保険医療機関及び保険医等の指導及び監査について」（平成12年5月31日保発第105号厚生省保険局長通知）に規定する監査要綱に基づき、戒告若しくは注意又はその他の処分を受けた場合をいうものとする。

6 届出の要件を満たしている場合は届出を受理し、次の受理番号を決定し、提出者に対して受理番号を付して通知するとともに、審査支払機関に対して受理番号を付して通知するものであること。

歯科疾患管理料の注11に掲げる総合医療管理加算及び歯科治療時医療管理料

	(医管)第	号
ウイルス疾患指導料	(ウ指)第	号
喘息治療管理料	(喘管)第	号
糖尿病合併症管理料	(糖管)第	号
がん性疼痛緩和指導管理料	(がん疼)第	号
がん患者指導管理料イ	(がん指イ)第	号
がん患者指導管理料ロ	(がん指ロ)第	号
がん患者指導管理料ハ	(がん指ハ)第	号
外来緩和ケア管理料	(外緩)第	号
移植後患者指導管理料（臓器移植後）	(移植管臓)第	号
移植後患者指導管理料（造血幹細胞移植後）	(移植管造)第	号
糖尿病透析予防指導管理料	(糖防管)第	号
乳腺炎重症化予防・ケア指導料	(乳腺ケア)第	号

地域連携小児夜間・休日診療料 1	(小夜 1) 第	号
地域連携小児夜間・休日診療料 2	(小夜 2) 第	号
地域連携夜間・休日診療料	(夜) 第	号
院内トリアージ実施料	(トリ) 第	号
夜間休日救急搬送医学管理料の注 3 に掲げる救急搬送看護体制加算	(救搬看体) 第	号
外来放射線照射診療料	(放射診) 第	号
地域包括診療料	(地包診) 第	号
小児かかりつけ診療料	(小か診) 第	号
ニコチン依存症管理料	(ニコ) 第	号
療養・就労両立支援指導料の注 2 に掲げる相談体制充実加算	(両立支援) 第	号
開放型病院共同指導料	(開) 第	号
別添 1 の「第 9」の 1 の(1)に規定する在宅療養支援診療所	(支援診 1) 第	号
別添 1 の「第 9」の 1 の(2)に規定する在宅療養支援診療所	(支援診 2) 第	号
別添 1 の「第 9」の 1 の(3)に規定する在宅療養支援診療所	(支援診 3) 第	号
別添 1 の「第 9」の 2 の(3)に規定する在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	(在緩診実) 第	号
別添 1 の「第 9」の 2 の(4)に規定する在宅療養実績加算 1	(在診実 1) 第	号
別添 1 の「第 9」の 2 の(5)に規定する在宅療養実績加算 2	(在診実 2) 第	号
ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)	(ハイⅠ) 第	号
がん治療連携計画策定料	(がん計) 第	号
がん治療連携指導料	(がん指) 第	号
排尿自立指導料	(排自) 第	号
肝炎インターフェロン治療計画料	(肝炎) 第	号
ハイリスク妊産婦連携指導料 1	(ハイ妊連 1) 第	号
ハイリスク妊産婦連携指導料 2	(ハイ妊連 2) 第	号
薬剤管理指導料	(薬) 第	号
地域連携診療計画加算	(地連計) 第	号
検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料	(電情) 第	号
医療機器安全管理料 1	(機安 1) 第	号
医療機器安全管理料 2	(機安 2) 第	号
医療機器安全管理料(歯科)	(機安歯) 第	号
在宅療養支援歯科診療所 1	(歯援診 1) 第	号
在宅療養支援歯科診療所 2	(歯援診 2) 第	号
かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所	(か強診) 第	号
別添 1 の「第 14 の 2」の 1 の(1)に規定する在宅療養支援病院	(支援病 1) 第	号
別添 1 の「第 14 の 2」の 1 の(2)に規定する在宅療養支援病院	(支援病 2) 第	号
別添 1 の「第 14 の 2」の 1 の(3)に規定する在宅療養支援病院	(支援病 3) 第	号
別添 1 の「第 14 の 2」の 2 の(2)に規定する在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	(在緩診病) 第	号
別添 1 の「第 14 の 2」の 2 の(3)に規定する在宅療養実績加算 1	(在病実 1) 第	号

別添 1 の「第 14 の 2」の 2 の(4)に規定する在宅療養実績加算 2	(在病実 2) 第	号
歯科疾患在宅療養管理料の注 4 に掲げる在宅総合医療管理加算及び在宅患者歯科治療時医療管理料	(在歯管) 第	号
在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料	(在医総管) 第	号
在宅がん医療総合診療料	(在総) 第	号
在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料	(在看) 第	号
在宅療養後方支援病院	(在後病) 第	号
在宅患者訪問褥瘡管理指導料	(在訪褥) 第	号
在宅血液透析指導管理料	(在血液) 第	号
在宅酸素療法指導管理料の注 2 に掲げる遠隔モニタリング加算	(遠隔酸素) 第	号
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の注 2 に掲げる遠隔モニタリング加算	(遠隔持陽) 第	号
在宅植込型補助人工心臓(非拍動流型)指導管理料	(在植補心) 第	号
在宅腫瘍治療電場療法指導管理料	(在電場) 第	号
在宅経肛門的自己洗腸指導管理料	(在洗腸) 第	号
持続血糖測定器加算及び皮下連続式グルコース測定	(持血測) 第	号
地域医療連携体制加算	(歯地連) 第	号
遺伝学的検査	(遺伝検) 第	号
歯科訪問診療料の注 13 に規定する基準	(歯訪診) 第	号
在宅歯科医療推進加算	(在推進) 第	号
有床義歯咀嚼機能検査 1 のイ	(咀嚼機能 1) 第	号
有床義歯咀嚼機能検査 1 のロ及び咀嚼能力検査	(咀嚼能力) 第	号
有床義歯咀嚼機能検査 2 のイ	(咀嚼機能 2) 第	号
有床義歯咀嚼機能検査 2 のロ及び咬合圧検査	(咬合圧) 第	号
精密触覚機能検査	(精密触覚) 第	号
骨髓微小残存病変量測定	(骨残測) 第	号
抗 H L A 抗体(スクリーニング検査)及び抗 H L A 抗体(抗体特異性同定検査)	(抗 H L A) 第	号
H P V 核酸検出及び H P V 核酸検出(簡易ジェノタイプ判定)	(H P V) 第	号
検体検査管理加算(Ⅰ)	(検Ⅰ) 第	号
検体検査管理加算(Ⅱ)	(検Ⅱ) 第	号
検体検査管理加算(Ⅲ)	(検Ⅲ) 第	号
検体検査管理加算(Ⅳ)	(検Ⅳ) 第	号
国際標準検査管理加算	(国標) 第	号
遺伝カウンセリング加算	(遺伝カ) 第	号
心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算	(血内) 第	号
胎児心エコー法	(胎心エコ) 第	号
時間内歩行試験及びシャトルウォーキングテスト	(歩行) 第	号
ヘッドアップティルト試験	(ヘッド) 第	号
人工膀胱検査、人工膀胱療法	(人膀胱) 第	号
長期継続頭蓋内脳波検査	(長) 第	号

長期脳波ビデオ同時記録検査 1	(脳ビ) 第 号
脳波検査判断料 1	(脳判) 第 号
遠隔脳波診断	(遠脳) 第 号
中枢神経磁気刺激による誘発筋電図	(中磁誘) 第 号
光トポグラフィー	(光ト) 第 号
脳磁図	(脳磁診) 第 号
神経学的検査	(神経) 第 号
補聴器適合検査	(補聴) 第 号
ロービジョン検査判断料	(ロー検) 第 号
コンタクトレンズ検査料 1	(コン 1) 第 号
コンタクトレンズ検査料 2	(コン 2) 第 号
コンタクトレンズ検査料 3	(コン 3) 第 号
小児食物アレルギー負荷検査	(小検) 第 号
内服・点滴誘発試験	(誘発) 第 号
C T透視下気管支鏡検査加算	(C 気鏡) 第 号
画像診断管理加算 1	(画 1) 第 号
画像診断管理加算 2	(画 2) 第 号
画像診断管理加算 3	(画 3) 第 号
歯科画像診断管理加算 1	(歯画 1) 第 号
歯科画像診断管理加算 2	(歯画 2) 第 号
遠隔画像診断	(遠画) 第 号
ボジトロン断層撮影	(ボ断) 第 号
ボジトロン断層・コンピューター断層複合撮影	(ボ断コ複) 第 号
ボジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影	(ボ断磁複) 第 号
乳房用ボジトロン断層撮影	(乳ボ断) 第 号
C T撮影及びMR I 撮影	(C・M) 第 号
冠動脈C T撮影加算	(冠動C) 第 号
外傷全身C T加算	(外傷C) 第 号
心臓MR I 撮影加算	(心臓M) 第 号
乳房MR I 撮影加算	(乳房M) 第 号
小児鎮静下MR I 撮影加算	(小児M) 第 号
頭部MR I 撮影加算	(頭部M) 第 号
抗悪性腫瘍剤処方管理加算	(抗悪処方) 第 号
外来後発医薬品使用体制加算	(外後発使) 第 号
外来化学療法加算 1	(外化 1) 第 号
外来化学療法加算 2	(外化 2) 第 号
無菌製剤処理料	(菌) 第 号
心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)	(心Ⅰ) 第 号
心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)	(心Ⅱ) 第 号
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)	(脳Ⅰ) 第 号
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)	(脳Ⅱ) 第 号

脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)	(脳Ⅲ) 第 号
運動器リハビリテーション料(Ⅰ)	(運Ⅰ) 第 号
運動器リハビリテーション料(Ⅱ)	(運Ⅱ) 第 号
運動器リハビリテーション料(Ⅲ)	(運Ⅲ) 第 号
呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)	(呼Ⅰ) 第 号
呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ)	(呼Ⅱ) 第 号
経口摂取回復促進加算	(経口) 第 号
難病患者リハビリテーション料	(難) 第 号
障害児(者)リハビリテーション料	(障) 第 号
がん患者リハビリテーション料	(がんリハ) 第 号
認知症患者リハビリテーション料	(認リハ) 第 号
リンパ浮腫複合の治療料	(リン複) 第 号
集団コミュニケーション療法料	(集コ) 第 号
歯科口腔リハビリテーション料 2	(歯リハ 2) 第 号
児童思春期精神科専門管理加算	(児春専) 第 号
救急患者精神科継続支援料	(急精支) 第 号
精神科作業療法	(精) 第 号
認知療法・認知行動療法 1	(認 1) 第 号
認知療法・認知行動療法 2	(認 2) 第 号
依存症集団療法	(依集) 第 号
精神科ショート・ケア「大規模なもの」	(ショ大) 第 号
精神科ショート・ケア「小規模なもの」	(ショ小) 第 号
精神科デイ・ケア「大規模なもの」	(デ大) 第 号
精神科デイ・ケア「小規模なもの」	(デ小) 第 号
精神科ナイト・ケア	(ナ) 第 号
精神科デイ・ナイト・ケア	(デナ) 第 号
抗精神病特定薬剤治療指導管理料 (治療抵抗性統合失調症治療指導管理料に限る。)	(抗治療) 第 号
重度認知症患者デイ・ケア料	(認デ) 第 号
医療保護入院等診療料	(医療保護) 第 号
精神科在宅患者支援管理料	(精在宅援) 第 号
医科点数表第 2 章第 9 部処置の通則の 5 に掲げる処置の休日加算 1	(医処休) 第 号
医科点数表第 2 章第 9 部処置の通則の 5 に掲げる処置の時間外加算 1	(医処外) 第 号
医科点数表第 2 章第 9 部処置の通則の 5 に掲げる処置の深夜加算 1	(医処深) 第 号
歯科点数表第 2 章第 8 部処置の通則第 6 号に掲げる処置の休日加算 1	(歯処休) 第 号
歯科点数表第 2 章第 8 部処置の通則第 6 号に掲げる処置の時間外加算 1	(歯処外) 第 号
歯科点数表第 2 章第 8 部処置の通則第 6 号に掲げる処置の深夜加算 1	(歯処深) 第 号
口腔粘膜処置	(口腔粘膜) 第 号
口腔粘膜血管腫凝固術	(口血凝) 第 号
レーザー機器加算	(手光機) 第 号
硬膜外自家血注入	(血入) 第 号

エタノールの局所注入（甲状腺）	（エタ甲）第	号
エタノールの局所注入（副甲状腺）	（エタ副甲）第	号
人工腎臓	（人工腎臓）第	号
導入期加算 1	（導入 1）第	号
導入期加算 2 及び腎代替療法実績加	（導入 2）第	号
透析液水質確保加算及び慢性維持透析濾過加算	（透析水）第	号
下肢末梢動脈疾患指導管理加算	（肢梢）第	号
磁気による膀胱等刺激法	（磁膀胱）第	号
手術用顕微鏡加算	（手顕微加）第	号
う蝕歯無痛の窩洞形成加算	（う蝕無痛）第	号
歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）	（歩行ロボ）第	号
CAD／CAM冠	（歯CAD）第	号
手術時歯根面レーザー応用加算	（手術歯根）第	号
歯科技工加算 1 及び 2	（歯技工）第	号
センチネルリンパ節加算	（セ節）第	号
皮膚移植術（死体）	（皮膚植）第	号
組織拡張器による再建手術（乳房（再建手術）の場合に限る。）	（組再乳）第	号
骨移植術（軟骨移植術を含む。）（同種骨移植（非生体）（同種骨移植（特殊なものに限る。））	（同種）第	号
骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家培養軟骨移植術に限る。）	（自家）第	号
後縦靱帯骨化症手術（前方進入によるもの）	（後縦骨）第	号
腫瘍脊椎骨全摘術	（脊椎摘）第	号
脳腫瘍覚醒下マッピング加算	（脳覚）第	号
原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算	（脳光）第	号
頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）	（頭移）第	号
脳刺激装置植込術（頭蓋内電極植込術を含む。）及び脳刺激装置交換術	（脳刺）第	号
脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術	（脊刺）第	号
仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術（便失禁）	（仙神交便）第	号
仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術（便過活動膀胱）（仙神交膀）	第	号
治療的角膜切除術（エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。））	（角膜切）第	号
羊膜移植術	（羊膜移）第	号
緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの））	（緑内イ）第	号
緑内障手術（水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術）	（緑内ド）第	号
網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）	（硝切）第	号
網膜再建術	（網膜再）第	号
人工中耳植込術	（人工中耳）第	号
人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術及び植込型骨導補聴器交換術	（植補聴）第	号
内視鏡下鼻・副鼻腔手術 V 型（拡大副鼻腔手術）	（内鼻 V）第	号
喉頭形成手術（甲状軟骨固定用器具を用いたもの）	（喉頭形成）第	号

上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）	（顎移）第	号
上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科）	（歯顎移）第	号
内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術、内視鏡下パセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）、内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術	（内下）第	号
内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術	（内甲悪）第	号
乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（一連につき）（MR I によるもの）	（乳腺ガ）第	号
乳房切除術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	（乳切性障）第	号
乳がんセンチネルリンパ節加算 1 及びセンチネルリンパ節生検（併用）	（乳セ 1）第	号
乳がんセンチネルリンパ節加算 2 及びセンチネルリンパ節生検（単独）	（乳セ 2）第	号
乳腺悪性腫瘍手術（乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わないもの）及び乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの））	（乳腫）第	号
ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）	（ゲル乳再）第	号
胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	（胸腔縦悪支）第	号
胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	（胸腔縦文）第	号
肺悪性腫瘍手術（壁側・臓側胸膜全切除（横隔膜、心膜合併切除を伴うもの）に限る。）	（肺腫）第	号
胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（肺葉切除又は 1 肺葉を超えるもので内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	（胸腔肺悪）第	号
同種死体肺移植術	（肺植）第	号
生体部分肺移植術	（生肺）第	号
食道縫合術（穿孔、損傷）（内視鏡によるもの）、内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術、胃瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、小腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、結腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、腎（腎盂）腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、尿管腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、膀胱腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、腔腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）	（穿瘻閉）第	号
胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	（胸腔食悪支）第	号
内視鏡下筋層切開術	（内筋）第	号
経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）	（経特）第	号
胸腔鏡下弁形成術	（胸腔弁形）第	号
胸腔鏡下弁形成術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	（胸弁形内支）第	号
経カテーテル大動脈弁置換術	（カ大弁置）第	号
胸腔鏡下弁置換術	（胸腔下置）第	号
経皮的僧帽弁クリップ術	（経僧帽）第	号
胸腔鏡下動脈管開閉閉鎖術	（脈動開）第	号
磁気ナビゲーション加算	（磁場心）第	号
経皮的中隔心筋焼灼術	（経中）第	号
ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術	（ペ）第	号
ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術（リードレスペースメーカー）		

	(ペリ)	第	号
両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術	(両ペ)	第	号
植込型除細動器移植術及び植込型除細動器交換術及び経静脈電極拔去術	(除)	第	号
両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術	(両除)	第	号
大動脈バルーンパンピング法 (I A B P 法)	(大)	第	号
経皮的循環補助法 (ポンプカテーテルを用いたもの)	(経循補)	第	号
補助人工心臓	(補心)	第	号
小児補助人工心臓	(小補心)	第	号
植込型補助人工心臓 (非拍動流型)	(植補心非)	第	号
同種心移植術	(心植)	第	号
同種心肺移植術	(心肺植)	第	号
骨格筋由来細胞シート心表面移植術	(筋シ心移)	第	号
内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術	(内下不切)	第	号
腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術、腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術、腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開副腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開腎(尿管)悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術及び腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術	(腹小切)	第	号
腹腔鏡下胃切除術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(腹胃切支)	第	号
腹腔鏡下噴門側胃切除術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(腹側胃切支)	第	号
腹腔鏡下胃縮小術 (スリーブ状切除によるもの)	(腹胃縮)	第	号
腹腔鏡下胃全摘術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(腹胃全)	第	号
薬剤投与用胃瘻造設術	(薬胃瘻)	第	号
バルーン閉塞下逆行性経静脈の塞栓術	(バ経静脈)	第	号
胆管悪性腫瘍手術 (臍頭十二指腸切除及び肝切除 (葉以上) を伴うものに限る。)			
	(胆腫)	第	号
体外衝撃波胆石破碎術	(胆)	第	号
腹腔鏡下胆道閉鎖症手術	(腹胆閉鎖)	第	号
腹腔鏡下肝切除術	(腹肝)	第	号
生体部分肝移植術	(生)	第	号
同種死体肝移植術	(肝植)	第	号
体外衝撃波脾石破碎術	(脾石破)	第	号
腹腔鏡下脾腫瘍摘出術	(腹脾腫瘍)	第	号
腹腔鏡下脾体尾部腫瘍切除術	(腹脾切)	第	号
腹腔鏡下臍頭十二指腸切除術	(腹臍頭)	第	号
同種死体脾移植術、同種死体脾腎移植術	(脾植)	第	号
生体部分小腸移植術	(生小腸植)	第	号
同種死体小腸移植術	(小腸移植)	第	号
早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術	(早大腸)	第	号

腹腔鏡下直腸切除・切断術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合)			
	(腹直腸切支)	第	号
体外衝撃波腎・尿管結石破碎術	(腎)	第	号
腎腫瘍凝固・焼灼術 (冷凍凝固によるもの)	(腎凝固)	第	号
腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術 (内視鏡手術用支援機器を用いるもの)	(腹腎支器)	第	号
同種死体腎移植術	(腎植)	第	号
生体腎移植術	(生腎)	第	号
膀胱水圧拡張術	(膀胱)	第	号
腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(腹膀胱悪支)	第	号
腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術	(腹膀)	第	号
腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術	(腹小膀悪)	第	号
尿道形成手術 (前部尿道) (性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。)			
	(尿形性障)	第	号
尿道下裂形成手術 (性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。)	(尿裂性障)	第	号
陰茎形成術 (性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。)	(陰形性障)	第	号
人工尿道括約筋植込・置換術	(人工尿)	第	号
陰茎全摘術 (性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。)	(陰全性障)	第	号
精巣摘出術 (性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。)	(精摘性障)	第	号
焦点式高エネルギー超音波療法	(焦超)	第	号
腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術	(腹前)	第	号
腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術 (内視鏡手術用支援機器を用いるもの)	(腹前支器)	第	号
会陰形成手術 (筋層に及ばないもの) (性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。)			
	(会形性障)	第	号
造陰術、陰閉鎖症術 (遊離植皮によるもの、腸管形成によるもの、筋皮弁移植によるもの) (性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。)	(造陰閉性障)	第	号
腹腔鏡下仙骨腫固定術	(腹仙骨固)	第	号
子宮全摘術 (性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。)	(子宮全性障)	第	号
腹腔鏡下腔式子宮全摘術 (性同一性障害患者に対して行う場合に限る。)			
	(腹腔子宮性障)	第	号
腹腔鏡下腔式子宮全摘術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(腹腔子宮内支)	第	号
腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術 (子宮体がんにに対して内視鏡下手術用支援機器を用いる場合)			
	(腹子宮悪内支)	第	号
腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術 (子宮体がんに限る。)	(腹子宮)	第	号
腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術 (子宮頸がんに限る。)	(腹子宮頸)	第	号
子宮付属器腫瘍摘出術 (両側) (性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。)			
	(子宮附性障)	第	号
内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術	(内胎)	第	号
胎児胸腔・羊水腔シャント術	(胎羊)	第	号
医科点数表第2章第10部手術の通則の12に掲げる手術の休日加算1	(医手休)	第	号
医科点数表第2章第10部手術の通則の12に掲げる手術の時間外加算1	(医手外)	第	号

医科点数表第2章第10部手術の通則の12に掲げる手術の深夜加算1	(医手深)第	号
歯科点数表第2章第9部手術の通則第9号に掲げる手術の休日加算1	(歯手休)第	号
歯科点数表第2章第9部手術の通則第9号に掲げる手術の時間外加算1	(歯手外)第	号
歯科点数表第2章第9部手術の通則第9号に掲げる手術の深夜加算1	(歯手深)第	号
医科点数表第2章第10部手術の通則の16に掲げる手術	(胃瘻造)第	号
輸血管理料Ⅰ	(輸血Ⅰ)第	号
輸血管理料Ⅱ	(輸血Ⅱ)第	号
輸血適正使用加算	(輸適)第	号
貯血式自己血輸血管理体制加算	(貯輸)第	号
コーディネート体制充実加算	(コ体充)第	号
自己生体組織接着剤作成術	(自生接)第	号
自己クリオプレシピテート作製術(用手法)	(自己ク)第	号
人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算	(造設前)第	号
胃瘻造設時嚥下機能評価加算	(胃瘻造嚥)第	号
凍結保存同種組織加算	(凍保組)第	号
歯周組織再生誘導手術	(GTR)第	号
広範囲顎骨支持型装置埋入手術	(人工歯根)第	号
歯根端切除手術の注3	(根切顕微)第	号
麻酔管理料(Ⅰ)	(麻管Ⅰ)第	号
麻酔管理料(Ⅱ)	(麻管Ⅱ)第	号
放射線治療専任加算	(放専)第	号
外来放射線治療加算	(外放)第	号
遠隔放射線治療計画加算	(遠隔放)第	号
高エネルギー放射線治療	(高放)第	号
1回線量増加加算	(増線)第	号
強度変調放射線治療(IMRT)	(強度)第	号
画像誘導放射線治療(IGRT)	(画誘)第	号
体外照射呼吸性移動対策加算	(体対策)第	号
定位放射線治療	(直放)第	号
定位放射線治療呼吸性移動対策加算	(定対策)第	号
粒子線治療	(粒)第	号
粒子線治療適応判定加算	(粒適)第	号
粒子線治療医学管理加算	(粒医)第	号
画像誘導密封小線源治療加算	(誘密)第	号
保険医療機関間の連携による病理診断	(連携診)第	号
保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製	(連組織)第	号
保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診	(連細胞)第	号
病理診断管理加算1	(病理診1)第	号
病理診断管理加算2	(病理診2)第	号

デジタル病理画像による病理診断	(デ病診)第	号
悪性腫瘍病理組織標本加算	(悪病組)第	号
口腔病理診断管理加算1	(口病診1)第	号
口腔病理診断管理加算2	(口病診2)第	号
クラウン・ブリッジ維持管理料	(補管)第	号
歯科矯正診断料	(矯診)第	号
顎口腔機能診断料(顎変形症(顎離断等の手術を必要とするものに限る。))の手術前後における歯科矯正に係るもの)	(顎診)第	号
調剤基本料1	(調基1)第	号
調剤基本料2	(調基2)第	号
調剤基本料3イ	(調基3イ)第	号
調剤基本料3ロ	(調基3ロ)第	号
調剤基本料1(注1のただし書に該当する場合)	(調基特1)第	号
地域支援体制加算	(地支体)第	号
後発医薬品調剤体制加算1	(後発調1)第	号
後発医薬品調剤体制加算2	(後発調2)第	号
後発医薬品調剤体制加算3	(後発調3)第	号
保険薬局の無菌製剤処理加算	(薬菌)第	号
在宅患者調剤加算	(在宅調)第	号
かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料	(か薬)第	号

7 次の(1)から(7)までに掲げるものについては、それらの点数のうちいずれか1つについて届出を行っていれば、当該届出を行った点数と同一の区分に属する点数も算定できるものであり、点数ごとに別々の届出を行う必要はないものであること。

- (1) 持続血糖測定器加算、皮下連続式グルコース測定
- (2) 腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術、腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術、腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開副腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開腎(尿管)悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術
- (3) センチネルリンパ節生検(併用)、乳がんセンチネルリンパ節加算1
- (4) センチネルリンパ節生検(単独)、乳がんセンチネルリンパ節加算2
- (5) 人工膵臓検査、人工膵臓療法
- (6) 時間内歩行試験、シャトルウォーキングテスト
- (7) 検査・画像情報提供加算、電子的診療情報評価料

8 4に定めるもののほか、各月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から当該届出に係る診療報酬を算定する。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から算定する。なお、平成30年4月16日までに届出書の提出があり、同月末日までに要件審査を終え届出の受理が行われたものについては、同月1日に遡って算定することができるものとする。

9 届出の不受理の決定を行った場合は、速やかにその旨を提出者に対して通知するものであること。

第3 届出受理後の措置等

- 届出を受理した後において、届出の内容と異なった事情が生じ、当該施設基準を満たさなくなった場合又は当該施設基準の届出区分が変更となった場合には、保険医療機関又は保険薬局の開設者は届出の内容と異なった事情が生じた日の属する月の翌月に変更の届出を行うものであること。ただし、神経学的検査、画像診断管理加算1及び2、麻酔管理料（Ⅰ）、歯科矯正診断料並びに顎口腔機能診断料について届け出ている医師に変更があった場合にはその都度届出を行い、届出にあたり使用する機器を届け出ている施設基準については、当該機器に変更があった場合には、その都度届出を行うこと。また、CT撮影及びMRI撮影について届け出ている撮影に使用する機器に変更があった場合にはその都度届出を行うこと。その場合においては、変更の届出を行った日の属する月の翌月（変更の届出について、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理された場合には当該月の1日）から変更後の特掲診療料を算定すること。ただし、面積要件や常勤職員の配置要件のみの変更の場合など月単位で算出する数値を用いた要件を含まない施設基準の場合には、当該施設基準を満たさなくなった日の属する月に速やかに変更の届出を行い、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月から変更後の特掲診療料を算定すること。
- 届出を受理した保険医療機関又は保険薬局については、適時調査を行い（原則として年1回、受理後6か月以内を目途）、届出の内容と異なる事情等がある場合には、届出の受理の変更を行うなど運用の適正を期するものであること。
- 特掲診療料の施設基準等に適合しないことが判明した場合は、所要の指導の上、変更の届出を行わせるものであること。その上で、なお改善がみられない場合は、当該届出は無効となるものであるが、その際には当該保険医療機関又は当該保険薬局の開設者に弁明を行う機会を与えるものとする。
- 届出を行った保険医療機関又は保険薬局は、毎年7月1日現在で届出の基準の適合性を確認し、その結果について報告を行うものであること。
- 地方厚生（支）局においては、届出を受理した後、当該届出事項に関する情報を都道府県に提供し、相互に協力するよう努めるものとする。
- 届出事項については、被保険者等の便宜に供するため、地方厚生（支）局において閲覧（ホームページへの掲載等を含む。）に供するとともに、当該届出事項を適宜とりまとめて、保険者等に提供するよう努めるものとする。また、保険医療機関及び保険薬局においても、保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）、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（昭和58年厚生省告示第14号）及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）の規定に基づき、院内の見やすい場所に届出内容の掲示を行うよう指導をするものであること。

第4 経過措置等

第2及び第3の規定にかかわらず、平成30年3月31日現在において特掲診療料の届出が受理されている保険医療機関及び保険薬局については、次の取扱いとする。
平成30年3月31日において現に表1及び表2に掲げる特掲診療料以外の特掲診療料を算定して

いる保険医療機関又は保険薬局であつて、引き続き当該特掲診療料を算定する場合には、新たな届出を要しないが、平成30年4月以降の実績をもって、該当する特掲診療料の施設基準等の内容と異なる事情等が生じた場合は、変更の届出を行うこと。

表1 新たに施設基準が創設されたことにより、平成30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

慢性維持透析患者外来医学管理料の注3に掲げる腎代替療法実績加算
乳腺炎重症化予防ケア・指導料
夜間休日救急搬送医学管理料の注3に掲げる救急搬送看護体制加算
療養・就労両立支援指導料の注2に掲げる相談体制充実加算
ハイリスク妊産婦連携指導料1
ハイリスク妊産婦連携指導料2
退院時共同指導料1の1に掲げる在宅療養支援歯科診療所1
在宅酸素療法指導管理料の注2に掲げる遠隔モニタリング加算
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の注2に掲げる遠隔モニタリング加算
在宅腫瘍治療電場療法指導管理料
在宅経肛門的自己洗腸指導管理料
画像診断管理加算3
骨髓微小残存病変量測定
有床義歯咀嚼機能検査2のⅠ
有床義歯咀嚼機能検査2のロ
咬合圧検査
精密触覚機能検査
抗HLA抗体（スクリーニング検査）及び抗HLA抗体（抗体特異性同定検査）
磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）の注7に掲げる小児鎮静下MRI撮影加算
磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）の注8に掲げる頭部MRI撮影加算
処方料の注9に掲げる外来後発医薬品使用体制加算3
口腔粘膜処置
口腔粘膜血管腫凝固術
人工腎臓
導入期加算1
導入期加算2
透析液水質確保加算
慢性維持透析濾過加算
レーザー機器加算
皮膚移植術（死体）
後縦靱帯骨化症手術（前方進入によるもの）
緑内障手術（水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術）

人工中耳植込術
喉頭形成手術（甲状軟骨固定用器具を用いたもの）
内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術
乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（一連につき）（MR I によるもの）
乳房切除術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）
胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（肺葉切除又は1肺葉を超えるもので内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
食道縫合術（穿孔、損傷）（内視鏡によるもの）
胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
胸腔鏡下弁形成術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
胸腔鏡下弁置換術
経皮的僧帽弁クリップ術
経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）
内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術
腹腔鏡下胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
腹腔鏡下噴門側胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
腹腔鏡下胃全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
薬剤投与用胃瘻造設術
胃瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）
バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術
腹腔鏡下胆道閉鎖症手術
腹腔鏡下膵腫瘍摘出術
生体部分小腸移植術
同種死体小腸移植術
小腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）
結腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）
腹腔鏡下直腸切除・切断術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
腎（腎盂）腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）
尿管腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）
腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）
膀胱腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）
尿道形成手術（前部尿道）（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）
尿道下裂形成手術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）
陰茎形成術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）
陰茎全摘術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）
精巣摘出術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）
会陰形成手術（筋層に及ばないもの）（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）
陰腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）

造脘術、腔閉鎖症術（遊離植皮によるもの、腸管形成によるもの、筋皮弁移植によるもの）
（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）
子宮全摘術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）
腹腔鏡下腔式子宮全摘術（性同一性障害患者に対して行う場合又は内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸がんに限る。）
腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡下手術用支援機器を用いる場合）
子宮附属器腫瘍摘出術（両側）（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）
自己クリオプレシテート作製術（用手法）
コーディネート体制充実加算
放射線治療管理料の注4に掲げる遠隔放射線治療計画加算
体外照射の注6に掲げる1回線量増加加算
デジタル病理画像による病理診断
悪性腫瘍病理組織標本加算
基本調剤料3のイ
基本調剤料3のロ
基本調剤料の注4に掲げる地域支援体制加算
基本調剤料の注5に掲げる後発医薬品調剤体制加算3

表2 施設基準の改正により、平成30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及び保険薬局であっても、平成30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

地域包括診療料1
歯科疾患管理料の注10に掲げるかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所
退院時共同指導料1の1に掲げる在宅療養支援歯科診療所2
外来後発医薬品使用体制加算1
外来後発医薬品使用体制加算2
調剤基本料2

表3 施設基準等の名称が変更されたが、平成30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

がん患者指導管理料1	→	がん患者指導管理料イ
がん患者指導管理料2	→	がん患者指導管理料ロ
がん患者指導管理料3	→	がん患者指導管理料ハ
腎不全期患者指導管理料	→	高度腎機能障害患者指導加算
歯科治療総合医療管理料（I）	→	歯科疾患管理料の注11に掲げる総合医療管理加算
地域包括診療料	→	地域包括診療料2

歯科治療総合医療管理料(Ⅱ)	→	歯科治療時医療管理料
在宅患者歯科治療総合医療管理料(Ⅰ)	→	歯科疾患在宅療養管理料の注4に掲げる在宅総合医療管理加算
在宅患者歯科治療総合医療管理料(Ⅱ)	→	在宅患者歯科治療時医療管理料
有床義歯咀嚼機能検査	→	有床義歯咀嚼機能検査1のイ、有床義歯咀嚼機能検査1のロ
精神科重症患者早期集中支援管理料	→	精神科在宅患者支援管理料
悪性腫瘍センチネルリンパ節加算	→	センチネルリンパ節加算
乳腺悪性腫瘍手術（乳頭乳輪温存乳房切除術）（腋窩郭清を伴わないもの）及び乳頭乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの）	→	乳腺悪性腫瘍手術（乳輪温存乳房切除術）（腋窩郭清を伴わないもの）及び乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの）
テレパソロジーによる術中迅速病理組織標本作製	→	保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製
テレパソロジーによる術中迅速細胞診	→	保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診

特掲診療料の施設基準等

(略)

第 7 の 2 療養・就労両立支援指導料

- 1 相談体制充実加算に関する基準
 - (1) がん患者の療養環境の調整に係る相談窓口を設置し、専任の看護師又は社会福祉士を配置していること。なお、当該窓口は区分番号「A 2 3 4 - 3」患者サポート体制充実加算に規定する窓口と兼用であっても差し支えない。また、専任の看護師又は社会福祉士については、国又は医療関係団体等が実施する研修であって、厚生労働省の定める両立支援コーディネーター養成のための研修カリキュラムに即した研修を修了していることが望ましい。
 - (2) 就労を含むがん患者の療養環境の調整について、相談窓口等において患者からの相談に応じる体制があることを院内掲示により周知していること。
- 2 届出に関する事項
相談体制充実加算の施設基準に係る届出は、別添 2 の様式 8 の 3 を用いること。

(略)

第 12 の 1 の 2 診療情報提供料 (I) 及び電子的診療情報評価料

- 1 診療情報提供料 (I) の地域連携診療計画加算に関する施設基準
 - (1) あらかじめ疾患や患者の状態等に応じた地域連携診療計画が作成され、連携保険医療機関等と共有されていること。
 - (2) 連携保険医療機関等の職員と当該保険医療機関の職員が、地域連携診療計画に係る情報交換のために、年 3 回以上の頻度で面会し、情報の共有、地域連携診療計画の評価と見直しが適切に行われていること。
- 2 診療情報提供料 (I) の検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料に関する施設基準
 - (1) 他の医療機関等と連携し、患者の医療情報に関する電子的な送受信又は閲覧が可能なネットワークを構築していること。なお、電子的な送受信又は閲覧が可能な情報には、原則として、検査結果、画像情報、投薬内容、注射内容及び退院時要約が含まれていること。(診療所にあつては、画像情報・退院時要約については閲覧できるのみでもよい。) また、画像診断の所見についても含まれていることが望ましい。
 - (2) 電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を他の保険医療機関に提供する場合、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な

- 1 -

通信環境を確保すること。また、保険医療機関において、個人単位の情報の閲覧権限の管理など個人情報の保護が確実に実施されていること。

- (3) 常時データを閲覧できるネットワークを用いる際に、ストレージを活用する場合には、原則として厚生労働省標準規格に基づく標準化されたストレージ機能を有する情報蓄積環境を確保すること(ただし、当該規格を導入するためのシステム改修が必要な場合は、それを行うまでの間はこの限りでない。)、また、診療情報提供書を送付する際には、原則として、厚生労働省標準規格に基づく診療情報提供書様式を用いること。
 - (4) 情報の提供側の保険医療機関においては、提供した診療情報又は閲覧可能とした情報の範囲及び日時が記録されており、必要に応じ随時確認できること。また、情報を提供された側の保険医療機関においては、提供を受けた情報を保管している、又は閲覧した情報及び閲覧者名を含むアクセスログを一年間記録していること。これらの記録について、(1) のネットワークを運営する事務局が保険医療機関に代わって記録を行っている場合は、当該加算・評価料を算定する保険医療機関は、当該事務局から必要に応じて随時記録を取り寄せることができること。
- 3 届出に関する事項
 - (1) 地域連携診療計画加算の施設基準に係る届出は別添 2 の様式 12 により届け出ること。これに添付する地域連携診療計画は別添 2 の様式 12 の 2 に準じた様式を用いること。
 - (2) 検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料の施設基準に係る届出は、別添 2 の様式 14 の 2 を用いること。

第 12 の 2 医療機器安全管理料

- 1 医療機器安全管理料 1 に関する施設基準
 - (1) 医療機器安全管理に係る常勤の臨床工学技士が 1 名以上配置されていること。
 - (2) 医療に係る安全管理を行う部門 (以下「医療安全管理部門」という。)を設置していること。
 - (3) 当該保険医療機関において、医療機器の安全使用のための責任者 (以下「医療機器安全管理責任者」という。)が配置されていること。
 - (4) 当該保険医療機関において、従業者に対する医療機器の安全使用のための研修が行われていること。
 - (5) 当該保険医療機関において医療機器の保守点検が適切に行われていること。
- 2 医療機器安全管理料 2 に関する施設基準
 - (1) 放射線治療を専ら担当する常勤の医師(放射線治療の経験を 5 年以上有するものに限る。)が 1 名以上いること。なお、当該常勤の医師は、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、1 回線量増加加算、強度変調放射線治療 (IMRT)、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療適応判定加算、粒子線治療医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の医師を兼任することができる。
 - (2) 放射線治療に係る医療機器の安全管理、保守点検及び安全使用のための精度管理を専ら担当する技術者 (放射線治療の経験を 5 年以上有するものに限る。)が 1 名以上いること。なお、当該技術者は、外来放射線照射診療料、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、

- 2 -

上配置されていること。

- (2) 次のいずれにも該当すること。
 - ア 過去 1 年間に歯周病安定期治療 (I) 又は歯周病安定期治療 (II) をあわせて 30 回以上算定していること。
 - イ 過去 1 年間にフック物歯面塗布処置又は歯科疾患管理料のエナメル質初期う蝕管理加算をあわせて 10 回以上算定していること。
 - ウ クラウン・ブリッジ維持管理料を算定する旨を届け出ていること。
 - エ 歯科点数表の初診料の注 1 に規定する施設基準を届け出ていること。
- (3) 過去 1 年間に歯科訪問診療 1 若しくは歯科訪問診療 2 の算定回数又は連携する在宅療養支援歯科診療所 1 若しくは在宅療養支援歯科診療所 2 に依頼した歯科訪問診療の回数があわせて 5 回以上であること。
- (4) 過去 1 年間に診療情報提供料又は診療情報連携共有料をあわせて 5 回以上算定している実績があること。
- (5) 当該医療機関に、歯科疾患の重症化予防に資する継続管理に関する研修 (口腔機能の管理を含む)、高齢者の心身の特性及び緊急時対応等の適切な研修を修了した歯科医師が 1 名以上在籍していること。なお、既に受講した研修が要件の一部を満たしている場合には、不足する要件を補足する研修を受講することでも差し支えない。
- (6) 診療における偶発症等緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関との事前の連携体制が確保されていること。ただし、医科歯科併設の診療所にあつては、当該保険医療機関の医科診療科との連携体制が確保されている場合は、この限りではない。
- (7) 当該診療所において歯科訪問診療を行う患者に対し、迅速に歯科訪問診療が可能な歯科医師をあらかじめ指定するとともに、当該担当医名、診療可能日、緊急時の注意事項等について、事前に患者又は家族に対して説明の上、文書により提供していること。
- (8) (5)に掲げる歯科医師が、以下の項目のうち、3 つ以上に該当すること。
 - ア 過去 1 年間に、在宅療養管理指導を提供した実績があること。
 - イ 地域ケア会議に年 1 回以上出席していること。
 - ウ 介護認定審査会の委員の経験を有すること。
 - エ 在宅医療に関するサービス担当者会議や病院・介護保険施設等で実施される多職種連携に係る会議等に年 1 回以上出席していること。
 - オ 過去 1 年間に、栄養サポートチーム等連携加算 1 又は栄養サポートチーム連携加算 2 を算定した実績があること。
 - カ 在宅医療又は介護に関する研修を受講していること。
 - キ 過去 1 年間に、退院時共同指導料 1、退院時共同指導料 2、退院前在宅療養指導管理料、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料を算定した実績があること。
 - ク 認知症対応力向上研修等、認知症に関する研修を受講していること。
 - ケ 自治体が実施する事業に協力していること。
 - コ 学校歯科医等に就任していること。
 - サ 過去 1 年間に、歯科診療特別対応加算又は初診時歯科診療導入加算を算定した実績があること。

- 4 -

遠隔放射線治療計画加算、1 回線量増加加算、強度変調放射線治療 (IMRT)、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の診療放射線技師との兼任はできないが、外来放射線照射診療料に係る技術者を兼任することができる。また、遠隔放射線治療計画加算、強度変調放射線治療 (IMRT)、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療及び画像誘導密封小線源治療加算に係る担当者との兼任もできない。

- (3) 当該保険医療施設において高エネルギー放射線治療装置又はガンマナイフ装置を備えていること。
- 3 届出に関する事項
医療機器安全管理料の施設基準に係る届出は、別添 2 の様式 15 を用いること。
なお、歯科診療に係る医療機器安全管理料の施設基準に係る届出は、医療機器安全管理料 2 に準じて行うこと。

第 13 歯科疾患管理料の注 11 に規定する総合医療管理加算及び歯科治療時医療管理料

- 1 歯科疾患管理料の注 11 に規定する総合医療管理加算及び歯科治療時医療管理料に関する施設基準
 - (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いること。
 - (2) 常勤の歯科医師が複数名配置されていること又は常勤の歯科医師及び常勤の歯科衛生士又は看護師がそれぞれ 1 名以上配置されていること。なお、非常勤の歯科衛生士又は看護師を 2 名以上組み合わせることにより、当該保険医療機関における常勤歯科医師等と同じ時間歯科衛生士又は看護師が配置されている場合には、常勤の歯科衛生士又は看護師が勤務していることみなすことができる。
 - (3) 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 酸素供給装置
 - ウ 救急蘇生セット
 - (4) 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。ただし、病院である医科歯科併設の保険医療機関にあつては、当該保険医療機関の医科診療科との連携体制が整備されている場合は、この限りでない。
- 2 届出に関する事項
歯科疾患管理料の注 11 に規定する総合医療管理加算及び歯科治療時医療管理料の施設基準に係る届出は別添 2 の様式 17 を用いること。

第 13 の 2 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所

- 1 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準
次の要件のいずれにも該当するものをかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所という。
 - (1) 歯科医師が複数名配置されていること又は歯科医師及び歯科衛生士がそれぞれ 1 名以

- 3 -

- (9) 歯科用吸引装置等により、歯科ユニット毎に歯の切削や義歯の調整、歯冠補綴物の調整時等に飛散する細かな物質を吸引できる環境を確保していること。
- (10) 患者にとって安心で安全な歯科医療環境の提供を行うにつき次の十分な装置・器具等を有していること。
- 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 酸素供給装置
- エ 血圧計
- オ 救急蘇生セット
- カ 歯科用吸引装置
- なお、自動体外式除細動器（AED）については保有していることがわかる院内掲示を行っていることが望ましい。
- 2 届出に関する事項
- かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準に係る届出は、別添2の様式17の2を用いること。また、研修については、該当する研修を全て修了していることが確認できる文書を添付すること。

第14 在宅療養支援歯科診療所1及び在宅療養支援歯科診療所2

- 1 在宅療養支援歯科診療所1及び在宅療養支援歯科診療所2の施設基準
- (1) 在宅療養支援歯科診療所1の施設基準
- 次のいずれにも該当し、在宅等の療養に関して歯科医療面から支援できる体制等を確保していること。
- ア 過去1年間に歯科訪問診療科1及び歯科訪問診療2を合計15回以上を算定していること。
- イ 高齢者の心身の特性（認知症に関する内容を含む）、口腔機能の管理、緊急時対応等に係る適切な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。なお、既に受講した研修が要件の一部を満たしている場合には、不足する要件を補足する研修を受講することでも差し支えない。
- ウ 歯科衛生士が配置されていること。
- エ 当該診療所において、歯科訪問診療を行う患者に対し、迅速に歯科訪問診療が可能な保険医をあらかじめ指定するとともに、当該担当医名、診療可能日、緊急時の注意事項等について、事前に患者又は家族に対して説明の上、文書により提供していること。
- オ 歯科訪問診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。
- カ 当該診療所において、過去1年間に在宅医療を担う他の保険医療機関、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所又は介護保険施設等からの依頼による歯科訪問診療の実績を5回以上有すること。
- キ 以下のいずれか1つに該当すること。
- (イ) 当該地域において、地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議又は病院・介護保険施設等で実施される多職種連携に係る会議への年1回以上出席

- 5 -

在宅療養支援歯科診療所1及び在宅療養支援歯科診療所2の施設基準に係る届出は、別添2の様式18を用いること。

(略)

- 第14の3 歯科疾患在宅療養管理料の注4に規定する在宅総合医療管理加算及び在宅患者歯科治療時医療管理料
- 1 歯科疾患在宅療養管理料の注4に規定する在宅総合医療管理加算及び加算及び在宅患者歯科治療時医療管理料に関する施設基準
- (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いること。
- (2) 常勤の歯科医師が複数名配置されていること又は常勤の歯科医師及び常勤の歯科衛生士又は看護師がそれぞれ1名以上配置されていること。なお、非常勤の歯科衛生士又は看護師を2名以上組み合わせることにより、常勤歯科衛生士又は常勤看護師の勤務時間帯と同じ時間歯科衛生士又は看護師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。
- (3) 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 酸素供給装置
- ウ 救急蘇生セット
- (4) 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。ただし、病院である医科歯科併設の保険医療機関にあっては、当該保険医療機関の医科診療科との連携体制が整備されている場合は、この限りでない。
- 2 届出に関する事項
- 歯科疾患在宅療養管理料の注4に規定する在宅総合医療管理加算及び在宅患者歯科治療時医療管理料の施設基準に係る届出は別添2の様式17を用いること。

(略)

第17 歯科訪問診療料に係る地域医療連携体制加算

- 1 歯科訪問診療料に係る地域医療連携体制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いて、次のアに該当する保険医療機関及びイに該当する保険医療機関との連携により、緊急時の歯科診療ができる連携体制を確保していること。
- ア 歯科点数表区分番号A000に掲げる初診料の注2の届出を行った地域歯科診療支援病院歯科である保険医療機関で次の要件を満たしていること。

- 7 -

- していること。
- (ロ) 病院・介護保険施設等の職員への口腔管理に関する技術的助言や研修等の実施又は口腔管理への協力をしていること。
- (ハ) 歯科訪問診療に関する他の歯科医療機関との連携実績があること。
- ク 過去1年間に、以下のいずれかの算定が1つ以上あること。
- (イ) 栄養サポートチーム等連携加算1又は2の算定があること。
- (ロ) 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の算定があること。
- (ハ) 退院時共同指導料1、退院前在宅療養指導管理料、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料の算定があること。
- ケ 直近1か月に歯科訪問診療及び外来で歯科診療を行った患者のうち、歯科訪問診療を行った患者数の割合が9割5分以上の診療所にあつては、次のいずれにも該当するものであること。
- (イ) 過去1年間に、5か所以上の保険医療機関から初診患者の診療情報提供を受けていること。
- (ロ) 直近3か月に当該診療所で行われた歯科訪問診療のうち、6割以上が歯科訪問診療1を算定していること。
- (ハ) 在宅歯科医療に係る3年以上の経験を有する歯科医師が勤務していること。
- (ニ) 歯科用ポータブルユニット、歯科用ポータブルパキューム及び歯科用ポータブルレントゲンを有していること。
- (ホ) 歯科訪問診療において、過去1年間の診療実績（歯科点数表に掲げる区分番号のうち、次に掲げるものの算定実績をいう。）が次の要件のいずれにも該当していること。
- ① 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の算定実績が合わせて20回以上であること。
- ② 区分番号「J000」に掲げる抜歯手術の算定実績が20回以上であること。
- ③ 区分番号「M018」に掲げる有床義歯を新製した回数、区分番号「M029」に掲げる有床義歯修理及び区分番号「M030」に掲げる有床義歯内適合法の算定実績が合わせて40回以上であること。ただし、それぞれの算定実績は5回以上であること。
- コ 年に1回、歯科訪問診療の患者数等を別添2の様式18の2を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。
- (2) 在宅療養支援歯科診療所2の施設基準
- 年に1回、歯科訪問診療の患者数等を別添2の様式18の2を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。
- ア 過去1年間に歯科訪問診療1及び歯科訪問診療2を合計10回以上算定していること。
- イ (1)のイからカまで及びケのいずれにも該当すること。
- ウ 年に1回、歯科訪問診療の患者数等を別添2の様式18の2を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。
- 2 届出に関する事項

- 6 -

- ① 緊急時に当該患者に対する歯科診療を行う体制を確保していること。
- ② 在宅歯科医療の調整担当者を1名以上配置していること。
- ③ 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- イ 当該患者に対する歯科訪問診療を行う体制が整備されている保険医療機関であること。
- (3) 当該連携保険医療機関において緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患者又はその家族の同意を得て、その治療等に必要な情報を連携保険医療機関に対してあらかじめ別添2の様式21の2又はこれに準じた様式の文書をもって提供し、その写しを診療録に添付しておくこと。
- (4) 地域医療連携体制加算を算定する保険医療機関にあっては、患者又はその家族等に連携保険医療機関の名称、住所、在宅歯科医療の調整担当者又は担当の歯科医師の氏名及び連絡方法等を記載した別添2の様式21の2及び様式21の3又はこれに準じた様式の文書を必ず交付することにより、地域医療連携体制の円滑な運営を図るものであること。
- 2 届出に関する事項
- 地域医療連携体制加算の施設基準に係る届出は別添2の様式21を用いること。

第17の1の2 歯科訪問診療料の注13に規定する基準

- 1 歯科訪問診療料の注13に規定する基準に関する施設基準
- 直近1か月に歯科訪問診療及び外来で歯科診療を提供した患者のうち、歯科訪問診療を提供した患者数の割合が9割5分未満の保険医療機関であること。
- 2 届出に関する事項
- 歯科訪問診療料の注13に規定する基準に係る届出は別添2の様式21の3の2を用いること。

第17の2 在宅歯科医療推進加算

- 1 在宅歯科医療推進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6割以上が歯科訪問診療1を算定していること。
- (3) 届出前3月間の月平均延べ患者数を用いること。
- 2 届出に関する事項
- 在宅歯科医療推進加算に係る届出は、別添2の様式21の4を用いること。

(略)

第29の5 有床義歯咀嚼機能検査、咀嚼能力検査及び咬合圧検査

- 1 有床義歯咀嚼機能検査、咀嚼能力検査及び咬合圧検査に関する施設基準
- (1) 有床義歯咀嚼機能検査1のイの施設基準
- 次のいずれにも該当すること。
- ア 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

- 8 -

- されていること。
- イ 当該保険医療機関内に歯科用下顎運動測定器（非接触型）及び咀嚼能率測定用のグルコース分析装置を備えていること。
- (2) 有床義歯咀嚼機能検査1の口の施設基準
- 次のいずれにも該当すること。
- ア 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。
- イ 当該保険医療機関内に咀嚼能率測定用のグルコース分析装置を備えていること。
- (3) 有床義歯咀嚼機能検査2のイの施設基準
- 次のいずれにも該当すること。
- ア 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。
- イ 当該保険医療機関内に歯科用下顎運動測定器（非接触型）及び歯科用咬合力計を備えていること。
- (4) 有床義歯咀嚼機能検査2の口の施設基準
- 次のいずれにも該当すること。
- ア 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。
- イ 当該保険医療機関内に歯科用咬合力計を備えていること。
- 2 届出に関する事項
- 有床義歯咀嚼機能検査、咀嚼能力検査及び咬合圧検査の施設基準に係る届出は、別添2の様式38の1の2を用いること。

第29の6 精密触覚機能検査

- 1 精密触覚機能検査に関する施設基準
- (1) 歯科医療を担当する保険医療機関であること。
- (2) 口腔顔面領域の感覚検査及び三叉神経損傷の診断と治療法に関する研修を修了した歯科医師が1名以上配置されていること。なお、既に受講した研修が要件の一部を満たしている場合には、不足する要件を補足する研修を受講することでも差し支えない。
- (3) 当該医療機関内にSemmes-Weinstein monofilament set を備えていること。
- 2 届出に関する事項
- 精密触覚機能検査の施設基準に係る届出は、別添2の様式38の1の3を用いること。

(略)

第31 歯科画像診断管理加算

- 1 歯科画像診断管理加算1に関する施設基準
- (1) 歯科診療報酬点数表の初診料の注2の届出（地域歯科診療支援病院歯科初診料に係るもの

- 9 -

- していれば足りるものであること。
- ア 画像診断管理加算1、2又は3に関する施設基準を満たすこと。
- イ 特定医療病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院、へき地中核病院又はへき地医療支援病院であること。
- ウ 電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を送受信する場合は、端末の管理や情報機器の設定等を含め、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。
- 2 届出に関する事項
- 遠隔画像診断の施設基準に係る届出は、別添2の様式34又は様式35を用いること。なお、届出については、送信側、受信側の双方の医療機関がそれぞれ届出を行うことが必要であり、また、送信側の医療機関の届出書については、受信側に係る事項についても記載すること。

(略)

第36の3 外来後発医薬品使用体制加算

- 1 外来後発医薬品使用体制加算に関する施設基準
- (1) 診療所であって、薬剤部門又は薬剤師が後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制が整備されていること。
- (2) 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、外来後発医薬品使用体制加算1にあつては85%以上、外来後発医薬品使用体制加算2にあつては75%以上85%未満、外来後発医薬品使用体制加算3にあつては70%以上75%未満であること。
- (3) 当該保険医療機関において調剤した薬剤（(4)に掲げる医薬品を除く。）の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が50%以上であること。
- (4) 後発医薬品の規格単位数量の割合を算出する際に除外する医薬品
- ① 経腸成分栄養剤
- エンテール配合内用剤、エンテールP乳幼児用配合内用剤、エンシュア・リキッド、エンシュア・H、ツインラインNF配合経腸用液、ラコールNF配合経腸用液、エネーガ配合経腸用液及びラコールNF配合経腸用半固形剤
- ② 特殊ミルク製剤
- フェニールアラニン除去ミルク配合散「雪印」及びロイシン・イソロイシン・破倫除去ミルク配合散「雪印」
- ③ 生薬（薬効分類番号510）
- ④ 漢方製剤（薬効分類番号520）
- ⑤ その他の生薬及び漢方処方に基づく医薬品（薬効分類番号590）

- 11 -

- に限る。）を行った保険医療機関であること。
- (2) 画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が1名以上いること。なお、画像診断を専ら担当する歯科医師とは、勤務時間の大部分において画像情報の撮影又は読影に携わっている者をいう。
- (3) 画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (4) 当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託していないこと。
- (5) 電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を送受信する場合は、端末の管理や情報機器の設置等を含め、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。
- 2 歯科画像診断管理加算2に関する施設基準
- (1) 歯科診療報酬点数表の初診料の注2の届出（地域歯科診療支援病院歯科初診料に係るものに限る。）を行った保険医療機関であること。
- (2) 画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が1名以上いること。なお、画像診断を専ら担当する歯科医師とは、勤務時間の大部分において画像情報の撮影又は読影に携わっている者をいう。
- (3) 当該保険医療機関において実施される全ての歯科用3次元エックス線断層撮影及びコンピュータ断層診断（歯科診療に係るものに限る。）について、(2)に規定する歯科医師の下に画像情報の管理が行われていること。
- (4) 当該保険医療機関における歯科用3次元エックス線断層撮影診断及びコンピュータ断層診断（歯科診療に係るものに限る。）のうち、少なくとも8割以上の読影結果が、(2)に規定する歯科医師により遅くとも撮影日の翌診療日までに当該患者の診療を担当する歯科医師に報告されていること。
- (5) 画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (6) 当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託していないこと。
- (7) 電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を送受信する場合は、端末の管理や情報機器の設定等を含め、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。
- 3 届出に関する事項
- 歯科画像診断管理の施設基準に係る届出は、別添2の様式33を用いること。

第32 遠隔画像診断

- 1 遠隔画像診断に関する施設基準
- (1) 送信側（画像の撮影が行われる保険医療機関）においては以下の基準を全て満たすこと。
- ア 画像の撮影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を有しており、受信側の保険医療機関以外の施設へ読影又は診断を委託していないこと。
- イ 電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を送受信する場合は、端末の管理や情報機器の設定等を含め、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。
- (2) 受信側（画像診断が行われる病院である保険医療機関）においては以下の基準を全て満たすこと。ただし、歯科診療に係る画像診断については、歯科画像診断管理加算の要件を満た

- 10 -

- (5) 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該保険医療機関の受付及び支窓口の見やすい場所に掲示していること。
- 2 届出に関する事項
- 外来後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式38の3を用いること。

(略)

第45の2 経口摂取回復促進加算

- 1 経口摂取回復促進加算1に関する施設基準
- (1) 当該保険医療機関において、摂食機能療法に専従の常勤言語聴覚士が1名以上勤務していること。当該専従の言語聴覚士は、ADL維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料を算定している病棟の配置従事者と兼任はできないが、摂食機能療法を実施しない時間帯において、脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション、集団コミュニケーション療法、がん患者リハビリテーション、障害者（児）リハビリテーション及び認知症患者リハビリテーションに従事することは差し支えない。また、前月の摂食機能療法の実施回数が30回未満である場合に限り、第7部リハビリテーション第1節の各項目のうち専従の常勤言語聴覚士を求める別の項目について、兼任は可能であること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週24時間以上の勤務を行っている専従の非常勤言語聴覚士を2名以上組み合わせることにより、常勤言語聴覚士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤言語聴覚士が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。
- (2) 以下のいずれかに該当する患者の数が合わせて年間2名以上であること
- ア 新たに他の保険医療機関等から紹介された患者で、胃瘻を造設している患者
- イ 当該保険医療機関で新たに胃瘻を造設した患者
- (3) 経口摂取以外の栄養法を行っている患者であって、以下のいずれかに該当する患者（転院又は退院した患者を含む。）の合計数の3割5分以上について、鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して1年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復させていること。
- ア 他の保険医療機関等から紹介された患者で、かつ、鼻腔栄養を実施している者又は胃瘻を造設している者であって、当該保険医療機関において摂食機能療法を実施した患者
- イ 当該保険医療機関で新たに鼻腔栄養を導入した患者又は胃瘻を造設した患者
- (4) 以下のいずれかに該当する患者は、(3)の合計数には含まないものとする。ただし、エからカまでに該当する患者は、摂食機能療法を当該保険医療機関で算定した場合であって、胃瘻造設した日から1年を経過していない場合は、(3)の合計数に含むものとする。
- ア 鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して1年以内に死亡した患者（栄養方法が経口摂取のみの状態に回復した患者を除く。）
- イ 鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して1か月以内に栄養方法が経

- 12 -

- 口摂取のみである状態へ回復した患者
- ウ (3)アに該当する患者であって、当該保険医療機関に紹介された時点で、鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して1年以上が経過している患者
- エ 消化器疾患等の患者であって、減圧ドレナージ目的で胃瘻造設を行う患者
- オ 炎症性腸疾患の患者であって、成分栄養剤の経路として胃瘻造設が必要な患者
- カ 食道、胃噴門部の狭窄、食道穿孔等の食道や胃噴門部の疾患によって胃瘻造設が必要な患者
- (5) リハビリテーションに関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。
- (6) (3)のア又はイのいずれかに該当する患者（転院又は退院した患者を含む。）（(4)のアからカまでのいずれかに該当する患者を含む。）について、氏名、鼻腔栄養導入・胃瘻造設・紹介等の日時、経口摂取への回復の状態等を一元的に記録しており、常に医療従事者により閲覧が可能であること。また、当該患者の記録については、鼻腔栄養導入、胃瘻造設、又は他の保険医療機関から紹介された日を起算日として、少なくとも5年間は保管していること。なお、「経口摂取への回復の状態」は、鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して1年後の状態又は経口摂取に回復した年月日について、患者ごとに記録してあれば足りるものとする。
- (7) (3)のア又はイのいずれかに該当する患者（転院又は退院した患者を含む。）（(4)のアからカまでのいずれかに該当する患者を除く。）について、鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して1年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復した割合を毎年地方厚生（支）局長に報告していること。
- (8) (3)の栄養方法が経口摂取のみである状態とは、以下の状態をいう。
- ア 鼻腔栄養の患者にあっては、経鼻経管を抜去した上で、1か月以上にわたって栄養方法が経口摂取のみである状態
- イ 胃瘻の患者にあっては、胃瘻抜去術又は胃瘻閉鎖術を実施しており、かつ、1か月以上にわたって栄養方法が経口摂取のみである状態
- (9) 栄養方法が経口摂取である状態に回復した日とは、鼻腔栄養の患者にあっては、経鼻経管を抜去した日、胃瘻の患者にあっては、胃瘻抜去術又は胃瘻閉鎖術を実施した日とする。ただし、(8)の条件を満たすこと。
- 2 経口摂取回復促進加算2に関する施設基準
- (1) 当該保険医療機関において、摂食機能療法に専従の常勤言語聴覚士が1名以上勤務していること。当該専従の常勤言語聴覚士は、ADL維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料を算定している病棟の配置従事者と兼任はできないが、摂食機能療法を実施しない時間帯において、脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション、集団コミュニケーション療法、がん患者リハビリテーション、障害児（者）リハビリテーション及び認知症患者リハビリテーションに従事することは差し支えない。また、前月の摂食機能療法の実施回数が30回未満である場合に限り、第7部リハビリテーション第1節の各項目のうち専従の常勤言語聴覚士を求め別の項目について、兼任は可能である。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週24時間以上の勤務を行っている専従の非常勤言語療法士を2

- 13 -

- る病院と連携が図られていること。
- 2 届出に関する事項
- 歯科口腔リハビリテーション科2の施設基準に係る届出は、別添2の様式44の4を用いること。
- (略)

第57の4の3 手術用顕微鏡加算

- 1 手術用顕微鏡加算に関する施設基準
- (1) 手術用顕微鏡を用いた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) 保険医療機関内に手術用顕微鏡が設置されていること。
- 2 届出に関する事項
- 手術用顕微鏡加算の施設基準に係る届出については、別添2の様式49の8を用いること。

第57の4の4 口腔粘膜処置

- 1 口腔粘膜処置に関する施設基準
- (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) 口腔内の軟組織の切開、止血、凝固及び蒸散を行うことが可能なレーザー機器を備えていること。
- 2 届出に関する事項
- 口腔粘膜処置に係る届出は別添2の様式49の9を用いること。

第57の5 う蝕歯無痛の高洞形成加算

- 1 う蝕歯無痛の高洞形成加算に関する施設基準
- (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高洞形成が可能なレーザー機器を備えていること。
- 2 届出に関する事項
- う蝕歯無痛の高洞形成加算の施設基準に係る届出は別添2の様式50を用いること。

第57の6 CAD／CAM冠

- 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用CAD／CAM装置が設置されている場合は、歯科技工士を配置していること。

名以上組み合わせることにより、常勤言語聴覚士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤言語聴覚士が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

- (2) 4月前までの3か月間に当該保険医療機関で摂食機能療法を開始した入院患者（転院及び退院した者を含む。）で、摂食機能療法の開始時に胃瘻を有し、胃瘻の造設後摂食機能療法開始までの間又は摂食機能療法開始前1か月以上の間経口摂取を行っていないもの（以下に掲げるものを除き、10例以上の場合に限る。）の3割以上について、摂食機能療法を開始した日から起算して3月以内に栄養方法が経口摂取のみである状態（内服薬及び水分を不定期に経口摂取以外の方法で摂取する状態を含む。）へ回復させていること。
- ア 摂食機能療法を開始した日から起算して3月以内に死亡した患者（栄養方法が経口摂取のみの状態に回復した患者を除く。）
- イ 消化器疾患等の患者であって、減圧ドレナージ目的で胃瘻造設を行った患者
- ウ 炎症性腸疾患の患者であって、成分栄養剤の経路として胃瘻造設が必要であった患者
- エ 食道、胃噴門部の狭窄、食道穿孔等の食道や胃噴門部の疾患によって胃瘻造設が必要であった患者
- (3) リハビリテーションに関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。
- (4) 摂食機能療法を開始した入院患者（転院及び退院した者を含む。）について、氏名、胃瘻造設・紹介等の日時、経口摂取への回復の状態等を一元的に記録しており、常に医療従事者により閲覧が可能であること。また、当該患者の記録については、摂食機能療法の開始日から起算して、少なくとも5年間は保管していること。なお、「経口摂取への回復の状態」は、摂食機能療法を開始した日から起算して3月後の状態又は栄養方法が経口摂取のみである状態に回復した年月日について、患者ごとに記録してあれば足りるものとする。
- 3 届出に関する事項
- (1) 経口摂取回復促進加算1の施設基準に係る届出は、別添2の様式43の4及び43の5を用いること。経口摂取回復促進加算2の施設基準に係る届出は、別添2の様式43の6を用いること。
- (2) 当該治療に従事する言語聴覚士その他の従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）等を別添2の様式44の2を用いて提出すること。
- (略)

第47の5 歯科口腔リハビリテーション科2

- 1 歯科口腔リハビリテーション科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振コンピュータ断層撮影（MR1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

- 14 -

- (3) 保険医療機関内に歯科用CAD／CAM装置が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 届出に関する事項
- CAD／CAM冠の施設基準に係る届出は、別添2の様式50の2を用いること。

第57の7 有床義歯修理及び有床義歯内面適合法の歯科技工加算1及び2

- 1 歯科技工加算1及び2に関する施設基準
- (1) 常勤の歯科技工士を配置していること。なお、非常勤の歯科技工士を2名以上組み合わせることにより、常勤歯科技工士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤歯科技工士が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。
- (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。
- 2 届出に関する事項
- 有床義歯修理及び有床義歯内面適合法の歯科技工加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式50の3を用いること。

(略)

第61の4 上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療に係るものに限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療に係るものに限る。）

- 1 上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）に関する施設基準
- (1) 歯科口腔外科を標榜している病院であること。
- (2) 上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）又は下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）を、当該手術に習熟した歯科医師の指導の下に、術者として合わせて5例以上実施した経験を有する常勤の歯科口腔外科の歯科医師（当該診療科について5年以上の経験を有するものに限る。）が1名以上配置されていること。
- (3) 関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。
- 2 届出に関する事項
- (1) 上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）に係る届出は、別添2の様式52及び様式56の3を用いること。
- (2) 歯科口腔外科を担当する歯科医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添2の様式4を用いて提出すること。

(略)

- 16 -

第 79 医科点数表第 2 章第 10 部手術の通則の 5 及び 6（歯科点数表第 2 章第 9 部手術の通則 4 を含

む。）に掲げる手術

1 手術を受ける全ての患者に対して、当該手術の内容、合併症及び予後等を文書を用いて詳しく説明を行い、併せて、患者から要望のあった場合、その都度手術に関して十分な情報を提供すること。

2 患者への説明を要する全ての手術とは、手術の施設基準を設定されている手術だけではなく、当該医療機関において行われる全ての手術を対象とする。

なお、患者への説明は、図、画像、映像、模型等を用いて行うことも可能であるが、説明した内容については文書（書式様式は自由）で交付、診療録に添付するものであること。また、患者への説明が困難な状況にあっては、事後の説明又は家族等関係者に説明を行っても差し支えない。ただし、その旨を診療録に記載すること。

3 当該手術について、以下の区分ごとに前年（1 月から 12 月まで）の手術件数を院内掲示すること。

(1) 区分 1 に分類される手術

ア 頭蓋内腫瘍摘出術等（頭蓋内腫瘍摘出術、頭蓋内腫瘍摘出術、経鼻的下垂体腫瘍摘出術、脳動脈瘤被包術、脳動脈瘤流入血管クリッピング、脳動脈瘤頸部クリッピング、広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術、機能的定位脳手術、顕微鏡使用によるてんかん手術、脳刺激装置植込術（頭蓋内電極植込術を含む。）、脊髄刺激装置植込術、脊髄刺激装置交換術及び脳神経手術（開頭して行うもの）をいう。）

イ 黄斑下手術等（黄斑下手術、硝子体茎頸微鏡下離断術、増殖性硝子体網膜症手術、眼窩内腫瘍摘出術（表在性）、眼窩内腫瘍摘出術（深在性）、眼窩悪性腫瘍手術、眼窩内異物除去術（表在性）、眼窩内異物除去術（深在性）、眼筋移動術、毛様体腫瘍切除術及び脈絡膜腫瘍切除術をいう。）

ウ 鼓室形成手術等（鼓室形成手術、内耳窓閉鎖術、経耳の聴神経腫瘍摘出術及び経迷路の内耳道開放術をいう。）

エ 肺悪性腫瘍手術等（肺悪性腫瘍手術、胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術、肺切除術、胸壁悪性腫瘍摘出術、胸膜肺切除術（通常のもの）胸腔鏡下のもの）、胸膜外肺剥皮術、胸腔鏡下肺胸腔鏡根術、肺胸腔有茎筋内弁充填術、肺胸腔有茎大網充填術、胸郭形成手術（臓胸手術の場合）及び気管支形成手術をいう。）

オ 経皮的カテーテル心筋焼灼術、肺静脈隔離術

(2) 区分 2 に分類される手術

ア 靱帯断裂形成手術等（靱帯断裂形成手術、関節鏡下靱帯断裂形成手術、靱帯の関節授動術、関節鏡下関節授動術、骨悪性腫瘍手術及び脊椎、骨盤悪性腫瘍手術をいう。）

イ 水頭症手術等（水頭症手術、髄液シャント拔去術、脳血管内手術及び経皮的脳血管形成術をいう。）

ウ 鼻副腔悪性腫瘍手術等（涙囊鼻腔吻合術、鼻副腔悪性腫瘍手術及び上咽頭悪性腫瘍手術をいう。）

エ 尿道形成手術等（尿道下裂形成手術、陰茎形成術、前立腺悪性腫瘍手術、尿道上裂形成

手術、尿道形成手術、経皮的尿路結石除去術、経皮的腎盂腫瘍切除術、膀胱単純摘除術及び膀胱悪性腫瘍手術（経尿道的手術を除く。）をいう。）

オ 角膜移植術

カ 肝切除術等（肝切除術、腹腔鏡下肝切除術、臍体尾部腫瘍切除術、腹腔鏡下脾臓十二指腸切除術、脾臓部腫瘍切除術、骨盤内臓全摘術、胆管悪性腫瘍手術、肝門部胆管悪性腫瘍手術及び副腎悪性腫瘍手術をいう。）

キ 子宮付属器悪性腫瘍手術等（子宮付属器悪性腫瘍手術（両側）、卵管摘下单卵管形成術、腹腔鏡下子宮切除術、子宮内腫瘍摘出術（子宮内腫瘍摘出術）をいう。）

(3) 区分 3 に分類される手術

ア 上顎骨形成術等（顔面神経麻痺形成手術、上顎骨形成術、頬骨変形治療骨折矯正術及び顔面多発骨折靱帯血の手術をいう。）

イ 上顎骨悪性腫瘍手術等（耳下腺悪性腫瘍手術、上顎骨悪性腫瘍手術、喉頭、下咽頭悪性腫瘍手術、舌悪性腫瘍手術及び口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術をいう。）

ウ パセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）

エ 母指化手術等（自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）、神経血管柄植皮術（手・足）、母指化手術及び指移植手術をいう。）

オ 内反足手術等（内反足手術及び先天性気管狭窄症手術をいう。）

カ 食道切除再建術等（食道切除再建術、食道腫瘍摘出術（開胸又は開腹手術によるもの、腹腔鏡下、縦隔鏡下又は胸腔鏡下によるもの）、食道悪性腫瘍手術（単に切除のみのもの）、食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術を併施するもの）、食道切除後 2 次的再建術、食道裂孔ヘルニア手術及び腹腔鏡下食道裂孔ヘルニア手術をいう。）

キ 同種死体腎移植術等（移植用腎採取術（生体）、腹腔鏡下移植用腎採取術（生体）、同種死体腎移植術及び生体腎移植術をいう。）

(4) 区分 4 に分類される手術

胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）、漏斗胸手術（胸腔鏡によるもの）、胸腔鏡下試験開胸術、胸腔鏡下試験切除術、胸腔鏡下胸管結紮術（乳癌胸手術）、胸腔鏡下縦隔切開術、胸腔鏡下拡大胸腺摘出術、胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術、胸腔鏡下肺切除術、胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術、胸腔鏡下良性胸壁腫瘍手術、胸腔鏡下肺縫縮術、胸腔鏡下食道憩室切除術、腹腔鏡下食道憩室切除術、胸腔鏡下先天性食道閉鎖症根治手術、胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術、縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術、腹腔鏡下食道アカラシア形成手術、腹腔鏡下食道静脈瘤手術（胃上部血行遮断術）、胸腔鏡下（腹腔鏡下を含む。）横隔膜縫合術、胸腔鏡下心膜閉塞術、腹腔鏡下骨盤内リンパ節群郭清術、腹腔鏡下ヘルニア手術、腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）、腹腔鏡下試験開腹術、腹腔鏡下試験切除術、腹腔鏡下汎発性腹膜炎手術、腹腔鏡下大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術、腹腔鏡下胃、十二指腸潰瘍穿孔縫合術、腹腔鏡下胃吊上げ固定術（胃下垂症手術）、胃捻転症手術、腹腔鏡下胃局所切除術、腹腔鏡下胃切除術、腹腔鏡下噴門側胃切除術、腹腔鏡下胃全摘術、腹腔鏡下食道下部迷走神経切断術（幹迷切）、腹腔鏡下食道下部迷走神経選択的切除術、腹腔鏡下胃腸吻合術、腹腔鏡下幽門形成術、腹腔鏡下噴門形成術、腹腔鏡下食道噴門部縫縮術、腹腔鏡下胆管切開結石摘出術、腹腔鏡下胆嚢摘出術、腹腔鏡下総胆管拡張手術、腹腔鏡下肝臓癌切開術、腹腔鏡下脾摘出術、腹腔鏡下腸管癒着

- 17 -

剥離術、腹腔鏡下腸重積症整復術、腹腔鏡下小腸切除術、腹腔鏡下虫垂切除術、腹腔鏡下結腸切除術、腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術、腹腔鏡下人工肛門造設術、腹腔鏡下腸癒、虫垂瘻造設術、腹腔鏡下腸閉鎖症手術、腹腔鏡下腸回転異常症手術、腹腔鏡下先天性巨大結腸症手術、腹腔鏡下直腸切除・切断術、腹腔鏡下直腸脱手術、腹腔鏡下鎖肛手術（腹会陰、腹仙骨式）、腹腔鏡下副腎摘出術、腹腔鏡下副腎髓質腫瘍摘出術（褐色細胞腫）、腹腔鏡下副腎悪性腫瘍手術、腹腔鏡下腎部分切除術、腹腔鏡下腎囊胞切除縮小術、腹腔鏡下腎囊胞切除術、腹腔鏡下腎摘出術、腹腔鏡下腎（尿管）悪性腫瘍手術、腹腔鏡下腎盂形成手術、腹腔鏡下移植用腎採取術（生体）、腹腔鏡下膀胱部分切除術、腹腔鏡下膀胱脱手術、腹腔鏡下尿管摘出術、腹腔鏡下膀胱内手術、腹腔鏡下尿失禁手術、腹腔鏡下内精巣静脈結紮術、腹腔鏡下腹腔内停留精巣陰囊内固定術、腹腔鏡下造陰術、腹腔鏡下子宮内膜症病巣除去術、腹腔鏡下子宮筋腫摘出（核出）術、腹腔鏡下子宮腔上部切断術、腹腔鏡下腔式子宮全摘術、腹腔鏡下広靱帯内腫瘍摘出術、子宮付属器癒着剥離術（両側）（腹腔鏡によるもの）、卵巣部分切除術（腔式を含む。）（腹腔鏡によるもの）、卵管結紮術（腔式を含む。）（両側）（腹腔鏡によるものに限る。）、卵管口切開術（腹腔鏡によるもの）、腹腔鏡下多嚢胞性卵巣焼灼術、子宮付属器腫瘍摘出術（両側）（腹腔鏡によるもの）、卵管全摘除術、卵管腫瘍全摘除術、子宮卵管留血腫手術（両側）（腹腔鏡によるもの）、腹腔鏡下卵管形成術、子宮外妊娠手術（腹腔鏡によるもの）、性腺摘出術（腹腔鏡によるもの）

(5) その他の区分

ア 人工関節置換術

イ 1 歳未満の乳児に対する先天性食道閉鎖症根治手術、胸腔鏡下先天性食道閉鎖症根治手術、胸腹裂孔ヘルニア手術、単心室症又は三尖弁閉鎖症手術（心室中隔造成術）、大血管転位症手術、左心低形成症候群手術（ノルウッド手術）、先天性胆道閉鎖症手術、肝切除術、鎖肛手術（仙骨会陰式及び腹会陰式並びに腹仙骨式）、仙尾部奇形腫手術、副腎悪性腫瘍手術及び腎（尿管）悪性腫瘍手術（以下「乳児外科施設基準対象手術」という。）に関する施設基準

ウ ベースメーカ移植術及びベースメーカ交換術

エ 運動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないものを含む。）及び体外循環を要する手術

オ 経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈粥腫切除術及び経皮的冠動脈ステント留置術

4 同種死体腎移植術等（移植用腎採取術（生体）、腹腔鏡下移植用腎採取術（生体）、同種死体腎移植術及び生体腎移植術をいう。）の実施に当たっては、臓器の移植に関する法律の運用に関する指針（ガイドライン）、世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針、日本移植学会倫理指針、日本移植学会「生体腎移植実施までの手順」を遵守していること。

5 3 の(1)区分 1 から(3)区分 3 までに分類される手術であって胸腔鏡又は腹腔鏡を用いる手術及び 3 の(4)区分 4 に分類される手術の実施に当たっては、次のいずれにも該当すること。

(1) 速やかに開胸手術や開腹手術に移行できる体制を整えていること。

(2) 関連学会から示されているガイドライン等を踏まえ、手術適応等の治療方針についての検討を適切に実施すること。

(3) 胸腔鏡又は腹腔鏡を用いる手術について十分な経験を有する医師が配置されていること。

6 届出に関する事項

(1) 当該施設基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

(2) 同種死体腎移植術等（移植用腎採取術（生体）、腹腔鏡下移植用腎採取術（生体）、同種死体腎移植術及び生体腎移植術をいう。）の実施に当たっては、臓器の移植に関する法律の運用に関する指針（ガイドライン）、世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針、日本移植学会倫理指針、日本移植学会「生体腎移植実施までの手順」を遵守する旨の文書（様式任意）を添付すること。

(略)

第 80 の 6 歯周組織再生誘導手術

1 歯周組織再生誘導手術に関する施設基準

歯科又は歯科口腔外科を標榜し、歯周病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 届出に関する事項

歯周組織再生誘導手術の施設基準に係る届出は別添 2 の様式 74 を用いること。

第 80 の 7 手術時歯根面レーザー応用加算

1 手術時歯根面レーザー応用加算に関する施設基準

(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) 歯肉剥離掻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。

2 届出に関する事項

手術時歯根面レーザー応用加算に係る届出は別添 2 の様式 50 を用いること。

第 80 の 8 広範囲顎骨支持型装置埋入手術

1 広範囲顎骨支持型装置埋入手術に関する施設基準

(1) 歯科又は歯科口腔外科を標榜している保険医療機関であること。

(2) 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常勤の歯科医師が 2 名以上配置されていること。

(3) 病院であること。

(4) 当直体制が整備されていること。

(5) 医療機器保守管理及び医薬品に係る安全確保のための体制が整備されていること。

(6) 当該療養に必要な検査機器を設置していること。

2 届出に関する事項

- 20 -

広範囲顎骨支持型装置埋入手術に係る届出は別添2の様式74の3を用いること。

(略)

第80の9 歯根端切除手術の注3

- 1 歯根端切除手術の注3に関する施設基準
 - (1) 手術用顕微鏡を用いた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) 保険医療機関内に手術用顕微鏡が設置されていること。
- 2 届出に関する事項
歯根端切除手術の注3の施設基準に係る届出については、別添2の様式49の8を用いること。

第80の10 口腔粘膜血管腫凝固術

- 1 口腔粘膜血管腫凝固術に関する施設基準
 - (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名以上配置されていること。
 - (2) 口腔粘膜に生じた血管腫等の血管病変に対する凝固を行うことが可能なレーザー機器を備えていること。
- 2 届出に関する事項
口腔粘膜血管腫凝固術に係る届出は別添2の様式74の4を用いること。

第80の11 レーザー機器加算の施設基準

- 1 レーザー機器加算に関する施設基準
 - (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医師又は歯科医師が1名以上配置されていること。
 - (2) 口腔内の軟組織の切開、止血、凝固及び蒸散を行うことが可能なレーザー機器を備えていること。
- 2 届出に関する事項
レーザー機器加算に係る届出は別添2の様式49の9を用いること。

(略)

第84の6 デジタル病理画像による病理診断に関する施設基準

- 1 デジタル病理画像による病理診断に関する施設基準
 - (1) 病理診断管理加算又は口腔病理診断管理加算に係る届出を行っている施設であること。
 - (2) デジタル病理画像の作成及び管理を行うにつき、十分な体制を整備していること。
- 2 届出に関する事項
デジタル病理画像による病理診断の施設基準に係る届出は、別添2の様式80の2を用いること。

- 21 -

鏡検し、診断を行う体制が整備されていること。なお、診断にあたる歯科医師又は医師のうち1名以上は口腔病理診断を専ら担当した経験を7年以上有していること。

- 3 届出に関する事項
口腔病理診断管理加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式80の3を用いること。

第85 クラウン・ブリッジ維持管理科の届出に関する事項

- 1 クラウン・ブリッジ維持管理を行うに当たって、必要な体制が整備されていること。
- 2 クラウン・ブリッジ維持管理科に係る届出は、別添2の様式81を用いること。

第86 歯科矯正診断科

- 1 歯科矯正診断科に関する施設基準
 - (1) 当該療養を行うために必要な次に掲げる基準を満たしていること。
 - ア 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。
 - イ 歯科矯正治療の経験を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。
 - (2) 常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。
 - (3) 当該療養につき顎切除等の手術を担当する診療科又は別の保険医療機関と、歯科矯正に関する医療を担当する診療科又は別の保険医療機関との間の連携体制が整備されていること。
- 2 届出に関する事項
歯科矯正診断科の施設基準に係る届出は、別添2の様式82を用いること。

第87 顎口腔機能診断科

- 1 顎口腔機能診断科（顎変形症（顎離断等の手術を必要とするものに限る。）の手術前後における歯科矯正に係るもの）に関する施設基準
 - (1) 障害者総合支援法施行規則（平成18年厚生労働省令第19号）第36条第1号及び第2号に係る医療について、障害者総合支援法（平成17年法律第123号）第59条第1項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。
 - (2) 当該療養を行うために必要な次に掲げる基準を満たしていること。
 - ア 下顎運動検査、歯科矯正セファログラム及び咀嚼筋筋電図検査が行える機器を備えていること。
 - イ 専任の常勤歯科医師及び専任する常勤看護師又は歯科衛生士がそれぞれ1名以上勤務していること。
 - (3) 当該療養につき顎離断等の手術を担当する診療科又は別の保険医療機関と、歯科矯正に関する医療を担当する診療科又は別の保険医療機関との間の連携体制が整備されていること。
- 2 届出に関する事項
顎口腔機能診断科の施設基準に係る届出は、別添2の様式83を用いること。

第84の8 悪性腫瘍病理組織標本加算に関する施設基準

- 1 悪性腫瘍病理組織標本加算に関する施設基準
病理診断管理加算又は口腔病理診断管理加算に係る届出を行っている施設であるか、以下の全てを満たす施設であること。
 - ア 病理診断科を標榜している保険医療機関であること。
 - イ 専ら病理診断を担当した経験を7年以上有する医師が1名以上配置されていること。
 - ウ 病理標本作製及び病理診断の精度管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
 - エ 年間の剖検数・生検数が十分にあること、剖検室等の設備や必要な機器等を備えていること等を満たしていることが望ましい。
- 2 届出に関する事項
悪性腫瘍病理組織標本加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式80の2を用いること。

第84の9 口腔病理診断管理加算

- 1 口腔病理診断管理加算1に関する施設基準
 - (1) 病理部門又は口腔病理部門が設置されており、口腔病理診断を専ら担当する常勤の歯科医師又は医師（専ら口腔病理診断を担当した経験を7年以上有するものに限る。）が1名以上配置されていること。なお、口腔病理診断を専ら担当する歯科医師又は医師とは、勤務時間の大部分において病理標本の作製又は病理診断に携わっている者をいう。
 - (2) 口腔病理標本作製及び口腔病理診断の精度管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
 - (3) 年間の剖検数・生検数が十分にあること、剖検室等の設備や必要な機器等を備えていること等を満たしていることが望ましい。
- 2 口腔病理診断管理加算2に関する施設基準
 - (1) 病理部門又は口腔病理部門が設置されており、口腔病理診断を専ら担当する常勤の歯科医師又は医師（専ら口腔病理診断を担当した経験を7年以上有するものに限る。）が1名以上及び口腔病理診断を専ら担当する常勤の歯科医師又は医師（専ら口腔病理診断を担当した経験を10年以上有する者に限る。）が1名以上配置されていること。なお、口腔病理診断を専ら担当する歯科医師又は医師とは、勤務時間の大部分において病理標本の作製又は病理診断に携わっている者をいう。
 - (2) 口腔病理標本作製及び病理診断の精度管理を行うにつき十分な体制が整備されている病院であること。
 - (3) 年間の剖検数・生検数が十分にあること、剖検室等の設備や必要な機器等を備えていること等を満たしていること。
 - (4) 臨床医及び病理医が参加し、個別の剖検例について病理学的見地から検討を行うための会合（CPC：Clinicopathological Conference）を少なくとも年2回以上行っていること。
 - (5) 同一の病理標本について、口腔病理診断を専ら担当する複数の常勤の歯科医師又は医師が

- 22 -

- 23 -

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 又は保険薬局コード		届 出 番 号	
------------------------	--	---------	--

連絡先

担当者氏名：

電 話 番 号：

(届出事項)

[] 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揭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・保険薬局の所在地
及び名称

開設者名

印

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「✓」を記入すること。

3 届出書は、1通提出のこと。

(参考)

※ 本様式は保険医療機関が届出に当たり確認に用いるための参考様式であって、届出書に添付する必要はない。

1 「区分」欄ごとに、「今回届出」欄、「既届出」欄又は「算定しない」欄のいずれかにチェックする。

2 「今回届出」欄にチェックをした場合は、「様式」欄に示す様式を添付する。

3 「既届出」欄にチェックをした場合は、届出年月を記載する。

4 届出保険医療機関において「区分」欄に掲げる診療報酬を算定しない場合は、「算定しない」欄をチェックする。

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２）
1の2	ウイルス疾患診療料	□	□ 年 月 日	□	1, 4
3	喘息治療管理料	□	□ 年 月 日	□	3
4	糖尿病合併症管理料	□	□ 年 月 日	□	5
4の2	がん性疼痛緩和指導管理料	□	□ 年 月 日	□	5の2
4の3	がん患者指導管理料	□	□ 年 月 日	□	5の3
4の4	外来緩和ケア管理料	□	□ 年 月 日	□	5の4, 4
4の5	移植後患者指導管理料	□	□ 年 月 日	□	5の5
4の6	糖尿病透析予防指導管理料	□	□ 年 月 日	□	5の6, 5の8
4の8	乳腺炎重症化予防ケア・指導料	□	□ 年 月 日	□	5の9
6	地域連携小児夜間・休日診療料 1	□	□ 年 月 日	□	7
6	地域連携小児夜間・休日診療料 2	□	□ 年 月 日	□	7
6の3	地域連携夜間・休日診療料	□	□ 年 月 日	□	7の2
6の4	院内トリアージ実施料	□	□ 年 月 日	□	7の3
6の5	救急搬送看護体制加算	□	□ 年 月 日	□	7の3
6の7	外来放射線照射診療料	□	□ 年 月 日	□	7の6
6の8	地域包括診療料 1	□	□ 年 月 日	□	7の7
6の8	地域包括診療料 2	□	□ 年 月 日	□	7の7
6の8の3	小児かかりつけ診療料	□	□ 年 月 日	□	7の8
7	ニコチン依存症管理料	□	□ 年 月 日	□	8, 4
7の2	療養・就労自立支援指導料	□	□ 年 月 日	□	8の3
8	開放型病院共同指導料	□	□ 年 月 日	□	9, 10
9	在宅療養支援診療所	□	□ 年 月 日	□	11, 11の3, 11の4, 11の5
11	ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）	□	□ 年 月 日	□	13
11の2	がん治療連携計画策定料	□	□ 年 月 日	□	13の2, 13の3
11の2	がん治療連携指導料	□	□ 年 月 日	□	13の2
11の3の3	療養自立指導料	□	□ 年 月 日	□	13の4
11の3の4	ハイリスク妊産婦連携指導料 1	□	□ 年 月 日	□	13の7
11の3の5	ハイリスク妊産婦連携指導料 2	□	□ 年 月 日	□	13の7
11の5	肝炎インターフェロン治療計画料	□	□ 年 月 日	□	13の6
12	薬剤管理指導料	□	□ 年 月 日	□	14, 4
12の1の2	地域連携診療計画加算	□	□ 年 月 日	□	12, 12の2
12の1の2	検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料	□	□ 年 月 日	□	14の2
12の2	医療機器安全管理料 1	□	□ 年 月 日	□	15
12の2	医療機器安全管理料 2	□	□ 年 月 日	□	15
12の2	医療機器安全管理料（歯科）	□	□ 年 月 日	□	15

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２）
13	総合医療管理加算（歯科疾患管理料）	□	□ 年 月 日	□	17
13	歯科治療時医療管理料	□	□ 年 月 日	□	17
13の2	かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所	□	□ 年 月 日	□	17の2
14	在宅療養支援歯科診療所 1	□	□ 年 月 日	□	18
14	在宅療養支援歯科診療所 2	□	□ 年 月 日	□	18
14の2	在宅療養支援病院	□	□ 年 月 日	□	11の2, 11の3, 11の4, 11の5
14の3	在宅総合医療管理加算（歯科疾患在宅療養管理料）	□	□ 年 月 日	□	17
14の3	在宅患者歯科治療時医療管理料	□	□ 年 月 日	□	17
15	在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料	□	□ 年 月 日	□	19
16	在宅がん医療総合診療料	□	□ 年 月 日	□	20
16の2	在宅患者訪問看護・指導料	□	□ 年 月 日	□	20の3
16の2	同一建物居住者訪問看護・指導料	□	□ 年 月 日	□	20の3
16の3	在宅療養後方支援病院	□	□ 年 月 日	□	20の4, 20の5
16の4	在宅患者訪問看護管理指導料	□	□ 年 月 日	□	20の7
16の5	在宅血液透析指導管理料	□	□ 年 月 日	□	20の2
16の6	遠隔モニタリング加算（在宅酸素療法指導管理料）	□	□ 年 月 日	□	20の3の2
16の7	遠隔モニタリング加算（在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料）	□	□ 年 月 日	□	20の3の3
16の8	在宅植込型補助人工心臓（非拍動型）指導管理料	□	□ 年 月 日	□	20の9
16の9	在宅腫瘍治療電場療法指導管理料	□	□ 年 月 日	□	20の10
16の10	在宅経肛門の自己洗腸指導管理料	□	□ 年 月 日	□	20の11
16の11	持続血糖測定器加算	□	□ 年 月 日	□	24の5
17	歯科訪問診療料に係る地域医療連携体制加算	□	□ 年 月 日	□	21
17の1の2	歯科訪問診療料の注13に規定する基準	□	□ 年 月 日	□	21の3の2
17の2	在宅歯科医療推進加算	□	□ 年 月 日	□	21の4
18の1の2	遺伝学的検査	□	□ 年 月 日	□	23
18の1の3	骨髄微小残存病変定量測定	□	□ 年 月 日	□	23の2
18の1の5	抗HLA抗体（スクリーニング検査）及び抗HLA抗体（抗体特異性同定検査）	□	□ 年 月 日	□	5の5
18の2	HPV核酸検出及びHPV核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）	□	□ 年 月 日	□	22の2, 4
19	検体検査管理加算（Ⅰ）	□	□ 年 月 日	□	22
19の2	検体検査管理加算（Ⅱ）	□	□ 年 月 日	□	22
20	検体検査管理加算（Ⅲ）	□	□ 年 月 日	□	22
20の2	検体検査管理加算（Ⅳ）	□	□ 年 月 日	□	22
20の3	国際標準検査管理加算	□	□ 年 月 日	□	22
21	遺伝カウンセリング加算	□	□ 年 月 日	□	23
22	心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算	□	□ 年 月 日	□	24
22の3	時間内歩行試験及びシャトルウォーキングテスト	□	□ 年 月 日	□	24の6
22の4	聴覚心エコー法	□	□ 年 月 日	□	24の3, 4
22の5	ヘッドアップティルト試験	□	□ 年 月 日	□	24の7
23	人工肺臓検査	□	□ 年 月 日	□	24の4, 4
23の2	皮下連続式グルコース測定	□	□ 年 月 日	□	24の5

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２）
24	長期継続頭蓋内脳波検査	□	□ 年 月 日	□	25
24の2	長期脳波ビデオ同時記録検査 1	□	□ 年 月 日	□	25の2, 4
25	中枢神経磁気刺激による誘発筋電図	□	□ 年 月 日	□	26
25の2	光トポグラフィー	□	□ 年 月 日	□	26の2, 52, 4
26	脳磁図	□	□ 年 月 日	□	27
26の1の2	脳波検査判断料 1	□	□ 年 月 日	□	27の2, 4
26の1の3	遠隔脳波診断	□	□ 年 月 日	□	27の3
26の2	神経学的検査	□	□ 年 月 日	□	28
27	補聴器適合検査	□	□ 年 月 日	□	29
27の2	ロービジョン検査判断料	□	□ 年 月 日	□	29の2
28	コンタクトレンズ検査料	□	□ 年 月 日	□	30
29	小児食物アレルギー負荷検査	□	□ 年 月 日	□	31
29の2	内服・点滴誘発試験	□	□ 年 月 日	□	31の2
29の3	センチネルリンパ節生検（片側）	□	□ 年 月 日	□	31の3, 52, 4
29の4	C T透視下気管支鏡検査加算	□	□ 年 月 日	□	38
29の5	有床義歯咀嚼機能検査、咀嚼能力検査及び咬合圧検査	□	□ 年 月 日	□	38の1の2
29の6	精密触覚機能検査	□	□ 年 月 日	□	38の1の3
30	画像診断管理加算 1	□	□ 年 月 日	□	32
30	画像診断管理加算 2	□	□ 年 月 日	□	32
30	画像診断管理加算 3	□	□ 年 月 日	□	32
31	歯科画像診断管理加算	□	□ 年 月 日	□	33
32	遠隔画像診断	□	□ 年 月 日	□	34又は35
33	ボジトロン断層撮影、ボジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ボジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影又は乳房用ボジトロン断層撮影	□	□ 年 月 日	□	36
34	C T撮影及びMR I 撮影	□	□ 年 月 日	□	37
35	冠動脈C T撮影加算	□	□ 年 月 日	□	38
35の2	外傷全身C T加算	□	□ 年 月 日	□	38
36	心臓MR I 撮影加算	□	□ 年 月 日	□	38
36の1の2	乳房MR I 撮影加算	□	□ 年 月 日	□	38
36の1の3	小児鎮静下MR I 撮影加算	□	□ 年 月 日	□	38
36の1の4	頭部MR I 撮影加算	□	□ 年 月 日	□	38
36の2	抗悪性腫瘍剤処方管理加算	□	□ 年 月 日	□	38の2
36の3	外来後発医薬品使用体制加算	□	□ 年 月 日	□	38の3
37	外来化学療法加算 1	□	□ 年 月 日	□	39
37	外来化学療法加算 2	□	□ 年 月 日	□	39
37の2	無菌製剤処理料	□	□ 年 月 日	□	40, 4
38	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）	□	□ 年 月 日	□	41, 44の2
39	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）	□	□ 年 月 日	□	41, 44の2
40	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）	□	□ 年 月 日	□	42, 44の2
40の2	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）	□	□ 年 月 日	□	42, 44の2
41	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）	□	□ 年 月 日	□	42, 44の2

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２）
42	運動器リハビリテーション料（Ⅰ）	□	□ 年 月 日	□	42, 44の2
42の2	運動器リハビリテーション料（Ⅱ）	□	□ 年 月 日	□	42, 44の2
43	運動器リハビリテーション料（Ⅲ）	□	□ 年 月 日	□	42, 44の2
44	呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）	□	□ 年 月 日	□	42, 44の2
45	呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）	□	□ 年 月 日	□	42, 44の2
45の2	摂食機能療法（経口摂取回復促進加算 1）	□	□ 年 月 日	□	43の4, 43の5, 44の2
45の2	摂食機能療法（経口摂取回復促進加算 2）	□	□ 年 月 日	□	43の6, 44の2
46	難病患者リハビリテーション料	□	□ 年 月 日	□	43, 44の2
47	障害児（者）リハビリテーション料	□	□ 年 月 日	□	43, 44の2
47の2	がん患者リハビリテーション料	□	□ 年 月 日	□	43の2, 44の2
47の3	認知症患者リハビリテーション料	□	□ 年 月 日	□	43の3, 44の2
47の3の2	リンパ浮腫複合的治療料	□	□ 年 月 日	□	43の7
47の4	集団コミュニケーション療法料	□	□ 年 月 日	□	44, 44の2
47の5	歯科口腔リハビリテーション料 2	□	□ 年 月 日	□	44の4
47の6	通院・在宅精神療法	□	□ 年 月 日	□	44の5
47の7	救急患者精神科継続支援料	□	□ 年 月 日	□	44の6
48	認知療法・認知行動療法	□	□ 年 月 日	□	44の3
48の1の2	依存症集団療法	□	□ 年 月 日	□	44の7
48の2	精神科作業療法	□	□ 年 月 日	□	45, 4
49	精神科ショート・ケア「大規模なもの」	□	□ 年 月 日	□	46, 4
50	精神科ショート・ケア「小規模なもの」	□	□ 年 月 日	□	46, 4
51	精神科デイ・ケア「大規模なもの」	□	□ 年 月 日	□	46, 4
52	精神科デイ・ケア「小規模なもの」	□	□ 年 月 日	□	46, 4
53	精神科ナイト・ケア	□	□ 年 月 日	□	46, 4
54	精神科デイ・ナイト・ケア	□	□ 年 月 日	□	46, 4
54の2	抗精神科特定薬剤治療指導管理料（治療抵抗性統合失調症治療指導管理料に服する。）	□	□ 年 月 日	□	46の3
55	重度認知症患者デイ・ケア料	□	□ 年 月 日	□	47, 4
55の2	精神科在宅患者支援管理料	□	□ 年 月 日	□	47の2
56	医療保険入院等診療料	□	□ 年 月 日	□	48
56の2	処置の休日加算 1、時間外加算 1 及び深夜加算 1	□	□ 年 月 日	□	48の2, 48の2の2, 48の3, 48の4, 4（基本別添7）13の4
56の3	経腹外自家血注入	□	□ 年 月 日	□	52, 48の6, 4
57	エナルの局所注入（甲状腺に対するもの）	□	□ 年 月 日	□	49
57	エナルの局所注入（副甲状腺に対するもの）	□	□ 年 月 日	□	49の2
57の2	人工腎臓	□	□ 年 月 日	□	87の4, 2の2, 49の3
57の2の2	下肢末梢動脈疾患指導管理加算	□	□ 年 月 日	□	49の3の2
57の2の3	人工肺臓療法	□	□ 年 月 日	□	24の4, 4
57の3	磁気による膀胱等刺激療法	□	□ 年 月 日	□	49の4, 4
57の4の2	歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）	□	□ 年 月 日	□	49の6, 4, 49の7
57の4の3	手術用顕微鏡加算	□	□ 年 月 日	□	49の8

施設基準 準通知	名 称	今回 届出	既届出	算定 しない	様式（別添２）
57の4の4	口腔粘膜処置	□	□	年 月 日	49の9
57の5	う蝕歯無痛の窩洞形成加算	□	□	年 月 日	50
57の6	C A D / C A M 冠	□	□	年 月 日	50の2
57の7	有床義歯修理及び有床義歯内面適合法の歯科技工加算	□	□	年 月 日	50の3
57の8	皮膚悪性腫瘍切除術（センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）	□	□	年 月 日	50の4, 52, 4
57の8の2	皮膚移植術（死体）	□	□	年 月 日	87の6
57の9	組織拡張器による再建手術（一連につき）（乳房（再建手術）の場合に限る。）	□	□	年 月 日	50の5
57の9の2	骨移植術（軟骨移植術を含む。）（同種骨移植（非生体）（同種骨移植（特殊なものに限る。）））	□	□	年 月 日	50の5の2, 4
57の10	骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家培養軟骨移植術に限る。）	□	□	年 月 日	50の6, 52, 4
57の11	後縦肋帯骨化症手術（前方進入によるもの）	□	□	年 月 日	52, 87の7, 4
58	腫瘍脊椎骨全摘術	□	□	年 月 日	51, 52, 4
58の2	脳腫瘍覚醒下マッピング加算	□	□	年 月 日	51の2, 52, 4
58の3	原発性悪性脳腫瘍光線力療法加算	□	□	年 月 日	51の3, 4
59	頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）	□	□	年 月 日	52, 54, 4
60	脳刺激装置植込術（頭蓋内電極植込術を含む。）及び脳刺激装置交換術、脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術	□	□	年 月 日	25
60の2	仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術	□	□	年 月 日	53, 4
60の3	治療的角膜切除術（エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。））	□	□	年 月 日	52, 54の2, 4
60の4	半眼移植術	□	□	年 月 日	52, 54の3, 4
60の5	緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの））	□	□	年 月 日	52, 54の4, 4
60の6	緑内障手術（水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術）	□	□	年 月 日	52, 54の8, 4
60の7	網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）	□	□	年 月 日	52, 54の5, 4
60の8	網膜再建術	□	□	年 月 日	52, 54の6, 4
61	人工中耳植込術、人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術及び植込型骨導補聴器交換術	□	□	年 月 日	52, 55, 4
61の2	内視鏡下鼻、副鼻腔手術 V 型（拡大副鼻腔手術）	□	□	年 月 日	52, 54の7, 4
61の2の2	喉頭形成手術（甲状軟骨固定用器具を用いたもの）	□	□	年 月 日	52, 87の5
61の3	上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）	□	□	年 月 日	52, 56, 4
61の4	上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療に係るものに限る。）下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療に係るものに限る。）	□	□	年 月 日	52, 56の3, 4
61の4の2	内視鏡下中耳鼓膜部分切除、鼓膜摘出術、内視鏡下バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）、内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術	□	□	年 月 日	52, 56の4, 4
61の4の3	内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術	□	□	年 月 日	52, 56の4, 4
61の4の4	乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（M R I によるもの）	□	□	年 月 日	38
61の5	乳腺悪性腫瘍手術（乳がんセンチネルリンパ節加算 1 又は乳がんセンチネルリンパ節加算 2 を算定する場合に限る。）	□	□	年 月 日	52, 56の2, 4
61の5	乳腺悪性腫瘍手術（乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わないもの）及び乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの））	□	□	年 月 日	52, 56の5, 4
61の6	ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）	□	□	年 月 日	50の5

施設基準 準通知	名 称	今回 届出	既届出	算定 しない	様式（別添２）
61の7	胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術及び胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□	年 月 日	52, 87の8, 4
61の7の2	肺悪性腫瘍手術（壁側、臓側胸膜全切除（横隔膜、心膜合併切除を行うもの）に限る。）	□	□	年 月 日	52, 56の6, 4
61の7の3	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（肺葉切除又は 1 肺葉を超えるもので、内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□	年 月 日	52, 87の17, 4
62	同種死体肺移植術	□	□	年 月 日	57
62の2	生体部分肺移植術	□	□	年 月 日	52, 58
62の2の2	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□	年 月 日	87, 89の10, 52, 4
62の2の3	内視鏡下筋層切開術	□	□	年 月 日	52, 58の2, 4
62の2の4	食道縫合術（穿孔、損傷）（内視鏡によるもの）、内視鏡下胃・十二指腸穿孔孔縫合閉鎖術、胃瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、小腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、結腸閉鎖術（内視鏡によるもの）、腎（腎盂）腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、尿管腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、膀胱腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）及び経腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）	□	□	年 月 日	87の9, 4
63	経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）	□	□	年 月 日	52, 59
63の2の2	胸腔鏡下弁形成術及び胸腔鏡下弁置換術	□	□	年 月 日	52, 87の11, 4
63の3	経カテーテル大動脈弁置換術	□	□	年 月 日	52, 59の2, 4
63の4	経皮的僧帽弁クリップ術	□	□	年 月 日	52, 87の12, 4
63の5	胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術	□	□	年 月 日	52, 59の3, 4
63の6	磁気ナビゲーション加算	□	□	年 月 日	52, 59の4, 4
64	経皮的左隔心筋焼灼術	□	□	年 月 日	52, 60
65	ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術	□	□	年 月 日	24
66	両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術	□	□	年 月 日	52, 61, 4
67	植込型除細動器移植術、植込型除細動器交換術及び経静脈電極抜去術	□	□	年 月 日	52, 62, 4
67の2	両室ベージング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ベージング機能付き植込型除細動器交換術	□	□	年 月 日	52, 63, 4
68	大動脈バルーンパンピング法（I A B P 法）	□	□	年 月 日	24
68の2	経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）	□	□	年 月 日	52, 87の13, 4
69	補助人工心臓	□	□	年 月 日	52, 64, 4
69の2	小児補助人工心臓	□	□	年 月 日	52, 64の2, 4
70の2	植込型補助人工心臓（非拍動流型）	□	□	年 月 日	52, 65の3, 4
71	同種心移植術	□	□	年 月 日	57
72	同種心肺移植術	□	□	年 月 日	57
72の1の2	骨格筋由来細胞シート心表面移植術	□	□	年 月 日	65の3の2, 4
72の3	内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通切離術	□	□	年 月 日	52, 65の4, 4
72の4	腹腔鏡下小切開胃壁リンパ節群郭清術	□	□	年 月 日	52, 65の5, 4
72の5	腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術	□	□	年 月 日	52, 65の5, 4
72の7	腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術及び腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術	□	□	年 月 日	52, 65の5, 4
72の7の2	腹腔鏡下胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□	年 月 日	52, 87の14, 4
72の7の3	腹腔鏡下噴門側胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□	年 月 日	52, 87の14, 4
72の7の4	腹腔鏡下胃全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□	年 月 日	52, 87の14, 4
72の8	腹腔鏡下胃瘻小術（スリーブ状切除によるもの）	□	□	年 月 日	52, 65の6, 4

施設基準 準通知	名 称	今回 届出	既届出	算定 しない	様式（別添２）
72の8の2	バルーン閉塞下経静脈的塞栓術	□	□	年 月 日	52, 87の15, 4
72の9	胆管悪性腫瘍手術（胆頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴うものに限る。）	□	□	年 月 日	52, 65の7, 4
73	体外衝撃波胆石破砕術	□	□	年 月 日	66, 4
73の2	腹腔鏡下肝切除術	□	□	年 月 日	52, 66の2, 4
73の3	腹腔鏡下胆道閉鎖症手術	□	□	年 月 日	52, 87の16, 4
74	生体部分肝移植術	□	□	年 月 日	52, 67
75	同種死体肝移植術	□	□	年 月 日	57
75の2	体外衝撃波脾石破砕術	□	□	年 月 日	66, 4
75の3	腹腔鏡下脾腫瘍摘出術及び腹腔鏡下脾体尾部腫瘍切除術	□	□	年 月 日	52, 67の2, 4
75の4	腹腔鏡下脾頭十二指腸切除術	□	□	年 月 日	52, 67の2, 4
76	同種死体脾移植術、同種死体脾腎移植術	□	□	年 月 日	57
76の2	生体部分小腸移植術	□	□	年 月 日	52, 87の17の2
76の3	同種死体小腸移植術	□	□	年 月 日	57
76の4	早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術	□	□	年 月 日	52, 67の3, 4
76の5	腹腔鏡下小切開副腎摘出術	□	□	年 月 日	52, 65の5, 4
76の6	腹腔鏡下直腸切除・切断術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□	年 月 日	52, 87の18, 52, 4
77	体外衝撃波腎・尿管結石破砕術	□	□	年 月 日	66, 4
77の2	腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術	□	□	年 月 日	52, 65の5, 4
77の3	腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）	□	□	年 月 日	68の2, 4
77の3の2	腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）	□	□	年 月 日	52, 68の3, 4
77の4	同種死体腎移植術	□	□	年 月 日	57
77の5	生体腎移植術	□	□	年 月 日	52, 69
77の6	腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術	□	□	年 月 日	52, 65の5, 4
77の7	膀胱水圧拡張術	□	□	年 月 日	52, 69の2, 4
77の8	腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術	□	□	年 月 日	52, 65の5, 4
77の9	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術	□	□	年 月 日	52, 69の3, 4
77の9	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□	年 月 日	52, 69の5, 4
77の10	腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術	□	□	年 月 日	52, 69の3, 4
77の11	人工尿道括約筋植込・置換術	□	□	年 月 日	69の4, 4
77の12	焦点式高1444・超音波療法	□	□	年 月 日	52, 70, 4
78	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術	□	□	年 月 日	52, 71, 4
78の2	腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術	□	□	年 月 日	52, 65の5, 4
78の2の2	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）	□	□	年 月 日	52, 71の1の2, 4
78の2の3	腹腔鏡下仙骨骨固定術	□	□	年 月 日	52, 71の1の3, 4
78の3	腹腔鏡下腔式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□	年 月 日	52, 87の19, 4
78の3の2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）	□	□	年 月 日	52, 71の2, 4
78の3の2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸がんに限る。）	□	□	年 月 日	52, 71の2, 4
78の3の2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□	年 月 日	52, 71の5, 4
78の3の2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術	□	□	年 月 日	52, 71の2, 4

施設基準 準通知	名 称	今回 届出	既届出	算定 しない	様式（別添２）
78の4	内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術	□	□	年 月 日	71の3
78の5	胎児胸腔・羊水腔シャント術	□	□	年 月 日	52, 71の4, 4
78の6	医科点数表第 2 章第 10 部手術の通則 4（性同一性障害の患者に対して行うものに限る。）に掲げる手術	□	□	年 月 日	52, 87の20, 4
79の2	手術の休日加算 1、時間外加算 1 及び深夜加算 1	□	□	年 月 日	48の2, 48の2の2, 48の3, 48の4, 4, (基本別添 7) 13の4
79の3	胃瘻造設術（内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）	□	□	年 月 日	43の4, 43の5
80	輸血管理料 I	□	□	年 月 日	73
80	輸血管理料 II	□	□	年 月 日	73
80	輸血適正使用加算	□	□	年 月 日	73
80	貯血式自己血輸血管理体制加算	□	□	年 月 日	73
80の2	コーディネート体制充実加算	□	□	年 月 日	87の21
80の3	自己生体組織接着剤作成術	□	□	年 月 日	73の2
80の3の2	自己クリオプレシビート作製術（用手法）	□	□	年 月 日	73の2
80の4	人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算	□	□	年 月 日	73の3
80の5	胃瘻造設時嚥下機能評価加算	□	□	年 月 日	43の4, 43の5
80の5の2	凍結保存同種組織加算	□	□	年 月 日	52, 73の5, 4
80の6	歯周組織再生誘導手術	□	□	年 月 日	74
80の7	手術時歯根面レーザー応用加算	□	□	年 月 日	50
80の8	広範囲顎骨支持型装置埋入手術	□	□	年 月 日	74の3
80の9	歯根端切除手術の注 3	□	□	年 月 日	49の8
80の10	口腔粘膜血管腫凝固術	□	□	年 月 日	74の4
80の11	レーザー機器加算の施設基準	□	□	年 月 日	49の9
81	麻酔管理料（I）	□	□	年 月 日	75
81の2	麻酔管理料（II）	□	□	年 月 日	75
82	放射線治療専任加算	□	□	年 月 日	76
82の2	外来放射線治療加算	□	□	年 月 日	76
82の3	遠隔放射線治療計画加算	□	□	年 月 日	76の2
83	高エネルギー放射線治療	□	□	年 月 日	77
83の2	1 回線量増加加算	□	□	年 月 日	77
83の3	強度変調放射線治療（IMRT）	□	□	年 月 日	78
83の4	画像誘導放射線治療加算（IGRT）	□	□	年 月 日	78の2
83の5	体外照射呼吸性移動対策加算	□	□	年 月 日	78の3
84	定位放射線治療	□	□	年 月 日	79
84の2	定位放射線治療呼吸性移動対策加算	□	□	年 月 日	78の3
84の2の2	粒子線治療	□	□	年 月 日	79の1の2
84の2の3	粒子線治療適応判定加算	□	□	年 月 日	79の1の3
84の2の4	粒子線治療医学管理加算	□	□	年 月 日	79の1の3
84の2の5	画像誘導密封小線源治療加算	□	□	年 月 日	78の2
84の3	保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製	□	□	年 月 日	79の2
84の4	保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製	□	□	年 月 日	80

		今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2）
施設基準通知	名 称				
84の5	保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診	☐	☐ 年 月	☐	80
84の6	デジタル病理画像による病理診断	☐	☐ 年 月	☐	80の2
84の7	病理診断管理加算	☐	☐ 年 月	☐	80の2
84の8	悪性腫瘍病理組織標本加算	☐	☐ 年 月	☐	80の2
84の9	口腔病理診断管理加算	☐	☐ 年 月	☐	80の3
85	クラウン・ブリッジ維持管理料	☐	☐ 年 月	☐	81
86	歯科矯正診断料	☐	☐ 年 月	☐	82
87	顎口腔機能診断料（顎変形症（顎離断等の手術を必要とするものに限る。）の手術前後における歯科矯正に係るもの）	☐	☐ 年 月	☐	83
88	調剤基本料	☐	☐ 年 月	☐	84
89	調剤基本料の注1ただし書に規定する施設基準	☐	☐ 年 月	☐	87の2
92	地域支援体制加算	☐	☐ 年 月	☐	87の3、87の3の2、4
93	後発医薬品調剤体制加算	☐	☐ 年 月	☐	87
95	保険薬局の無菌製剤処理加算	☐	☐ 年 月	☐	88、4
96	在宅患者調剤加算	☐	☐ 年 月	☐	89
98	かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料	☐	☐ 年 月	☐	90、4

※様式2、6、16、65、68、72、84の2、86は欠番

様式 17

歯科疾患管理料の注 11 に規定する総合医療管理加算

歯科治療時医療管理料

歯科疾患在宅療養管理料の注 4 に規定する在宅総合医療管理加算
在宅患者歯科治療時医療管理料

の施設基準に係る

届出書添付書類

1 届出を行う施設基準（該当する施設基準に○をつけること。）

	歯科疾患管理料の注 11 に規定する総合医療管理加算及び歯科治療時医療管理料
	歯科疾患在宅療養管理料の注 4 に規定する在宅総合医療管理加算及び在宅患者歯科治療時医療管理料

2 常勤の歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経験年数

3 歯科衛生士等の氏名等（常勤又は非常勤及び歯科衛生士又は看護師を○で囲むこと）

職種等		常勤換算 人数	氏 名
常勤／非常勤	歯科衛生士／看護師	人	
常勤／非常勤	歯科衛生士／看護師	人	
常勤／非常勤	歯科衛生士／看護師	人	
常勤／非常勤	歯科衛生士／看護師	人	

4 別の保険医療機関（医科併設の保険医療機関にあっては医科診療科）との
連絡調整を担当する者（主として担当する者 1 名を記載）

氏 名	職 種 等

5 緊急時の連携保険医療機関

名 称	
所在地	
緊急時の連絡方法・連絡体制	

6 当該保険医療機関に常時設置されている装置・器具の名称

一般名称	装置・器具等の製品名	台数（セット数）
経皮的酸素飽和度測定器 （パルスオキシメーター）		
酸素供給装置		
救急蘇生キット		

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準 に係る届出書添付書類

1 歯科疾患の重症化予防に関する継続的な管理の実績等

(1) 次の算定実績があること(届出前 1 年間の実績)

① 歯周病安定期治療(Ⅰ)、歯周病安定期治療(Ⅱ)の算定回数	回
② フッ化物歯面塗布処置、歯科疾患管理料のエナメル質初期う蝕管理加算の算定回数	回

(2) クラウン・ブリッジ維持管理料の届出状況

届出年月日 (年 月 日)

2 歯科点数表の初診料の注 1 に規定する施設基準の届出状況

届出年月日 (年 月 日)

3 過去 1 年間ににおける歯科訪問診療料の算定又は歯科訪問診療の依頼の実績

① 歯科訪問診療 1 及び歯科訪問診療 2 の算定回数	回
② 歯科訪問診療を在宅療養支援歯科診療所 1 又は在宅療養支援歯科診療所 2 に依頼した回数	回
合 計	回

4 過去 1 年間ににおける他の保険医療機関との連携の実績

① 診療情報提供料(Ⅰ)の算定回数	回
② 診療情報連携共有料の算定回数	回
合 計	回

5 歯科疾患の継続管理等に係る研修

受講歯科医師名	
研 修 名	
受講年月日	
研修の主催者	
講習の内容等	

※上記の内容を満たしていれば、研修会の修了証の写しの添付でも可とする。

※高齢者の心身の特性、口腔機能の管理、緊急時対応及び歯科疾患の継続管理等の研修を含むこと

6 歯科医師又は歯科衛生士の氏名等（勤務形態及び職種は該当するものに○）

勤務形態	職種	氏名
常勤／非常勤	歯科医師／歯科衛生士	
常勤／非常勤	歯科医師／歯科衛生士	
常勤／非常勤	歯科医師／歯科衛生士	
常勤／非常勤	歯科医師／歯科衛生士	
常勤／非常勤	歯科医師／歯科衛生士	

7 緊急時の連携保険医療機関

医療機関の名称	
所在地	
緊急時の連絡方法等	

8 迅速な歯科訪問診療が可能な体制

歯科訪問診療を行う 歯科医師名	
診療可能日	

9 当該地域における保険医療機関、介護・福祉施設等との連携の状況

① 居宅療養管理指導の提供実績	(実施件数) 回
② 栄養サポートチーム等連携加算 1 又は 2	(算定回数) 回
③ 歯科診療特別対応加算又は初診時歯科診療導入加算	(算定回数) 回
④ 退院時共同指導料、退院時在宅療養指導管理料、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料	(算定回数) 回
⑤ 地域ケア会議の出席	(会議名) (直近の出席日) 年 月 日
⑥ 在宅医療に関するサービス担当者会議又は病院・介護保険施設等で実施される多職種連携に係る会議への出席	(会議名) (直近の出席日) 年 月 日
⑦ 認知症対応力向上研修等、認知症に関する研修を受講	(研修名)
⑧ 在宅医療・介護等に関する研修の受講	(研修名)
⑨ 学校の校医等に就任	(学校名)
⑩ 介護認定審査会の委員の経験	(在任期間) 年 月 ～ 年 月
⑪ 自治体が実施する歯科保健に係る事業への協力	(事業名) (実施日) 年 月 日

※ 2に記載する歯科医師の状況について記載すること。

※ 2に関する研修を受講した歯科医師が複数名配置されている場合は、そのうち、代表する1名の歯科医師の連携の状況について記載すること。

※ ①から④までについては、過去1年間の実績を記載すること。

※ ⑦、⑧については、内容が確認できる研修会の修了証の写しを添付すること。

10 当該保険医療機関に常時設置されている装置・器具の名称

一般名称	装置・器具等の製品名	台数 (セット数)
自動体外式除細動器 (AED)		
経皮的動脈血酸素飽和度測定器 (パルスオキシメーター)		
酸素(酸素吸入用のもの)		
血圧計		
救急蘇生キット		
歯科用吸引装置		

在宅療養支援歯科診療所1又は2の施設基準に係る届出書添付書類
届出を行う施設基準(該当するものに○をつけること)

	在宅療養支援歯科診療所1 (全ての項目について記載すること)
	在宅療養支援歯科診療所2 (1から6までの項目について記載すること)

1. 歯科訪問診療の割合(届出前1月間の実績) 歯科訪問診療料を算定した人数 ① _____人 外来で歯科診療を提供した人数 ② _____人 ※①については、歯科訪問診療料(歯科訪問診療1、2若しくは3又は歯科訪問診療料の注 13「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」)を算定した患者の延べ人数を記載すること。 ※②については、診療所で歯科初診料、歯科再診料を算定した患者の延べ人数を記載すること。 歯科訪問診療を提供した患者数の割合 ①/(①+②)= _____・・・(A)											
2. 歯科訪問診療の実績(届出前1年間の実績) 歯科訪問診療1又は歯科訪問診療2を算定した人数 _____人 ※ 歯科訪問診療料の注 13「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」を算定した患者のうち、歯科訪問診療1又は2に相当する診療を行った患者を含めた、患者の延べ人数を記載すること。											
3. 高齢者の口腔機能管理に係る研修の受講歴等 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">受講歯科医師名(複数の場合は全員)</td> </tr> <tr> <td style="width: 20%;">研 修 名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>受 講 年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>研 修 の 主 催 者</td> <td></td> </tr> <tr> <td>講 習 の 内 容 等</td> <td></td> </tr> </table> ※ 高齢者の口腔機能管理に関する内容を含むものであること。 ※ 研修会の修了証の写しの添付でも可とするものであること。		受講歯科医師名(複数の場合は全員)		研 修 名		受 講 年 月 日		研 修 の 主 催 者		講 習 の 内 容 等	
受講歯科医師名(複数の場合は全員)											
研 修 名											
受 講 年 月 日											
研 修 の 主 催 者											
講 習 の 内 容 等											
4. 歯科衛生士の氏名等(常勤又は非常勤を○で囲むこと) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%;">氏 名</th> <th style="width: 50%;">常勤／非常勤</th> </tr> <tr> <td>1)</td> <td>常勤／非常勤</td> </tr> <tr> <td>2)</td> <td>常勤／非常勤</td> </tr> <tr> <td>3)</td> <td>常勤／非常勤</td> </tr> </table>		氏 名	常勤／非常勤	1)	常勤／非常勤	2)	常勤／非常勤	3)	常勤／非常勤		
氏 名	常勤／非常勤										
1)	常勤／非常勤										
2)	常勤／非常勤										
3)	常勤／非常勤										
5. 迅速に対応できる体制に係る事項 (1)患者からの連絡を受ける体制:対応体制 ____名で担当 ・ 担当者の氏名及び職種 (2)歯科訪問診療体制:対応体制 ____名で担当 ・ 担当医の氏名											

6. 過去1年間の在宅医療を担う他の保険医療機関、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所又は介護保険施設等からの歯科訪問診療の依頼件数

依頼元(施設名等)	件数	依頼元(施設名等)	件数
	件		件
	件		件
	件		件

合計 件

7. 保険医療機関、介護・福祉施設等との連携の実績

① 次のうち該当するものに記入すること。

地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議又は病院・介護保険施設等で実施される多職種連携に係る会議への年1回以上の出席	(会議等の名称)
病院・介護保険施設等の職員への口腔管理に関する技術的助言や研修等の実績又は口腔管理への協力	(協力施設名)
歯科訪問診療に関する他の保険医療機関との連携実績	(保険医療機関名)

② 次に掲げる項目の算定回数を記載すること。

栄養サポートチーム等連携加算1	回
栄養サポートチーム等連携加算2	回
在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料	回
小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料	回
退院時共同指導料1	回
退院前在宅療養指導管理料	回
在宅患者連携指導料	回
在宅患者緊急時等カンファレンス料	回

8. 在宅歯科診療に係る後方支援の機能を有する別の医療機関(歯科医療機関)

- (1) 医療機関の名称
- (2) 所在地
- (3) 連絡先

以下、9～13については、1. の(A)が0.95以上である診療所のみ記載

9. 初診患者の診療情報提供を受けた保険医療機関

保険医療機関名	備考
1)	
2)	
3)	
4)	
5)	

10. 歯科訪問診療料の算定実績（届出前3月間の実績）

歯科訪問診療1	①	人
歯科訪問診療2	②	人
歯科訪問診療3	③	人

歯科訪問診療1の算定割合：①／(①＋②＋③)＝

※①～③の歯科訪問診療料の人数は延べ人数を記載すること。

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

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

11. 在宅医療に係る経験を有する歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経験年数

12. 当該施設基準に係る必要な機器の一覧(製品名等)

機器の種類	概	要
①ポータブルユニット	医療機器認証番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
②ポータブルバキューム	医療機器認証番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
③ポータブルレントゲン	医療機器認証番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
[備考]		

※①～③について、各欄に書ききれない場合は備考欄に医療機器認証番号、製品名及び製造販売業者名を記載すること。

13. 歯科訪問診療における処置等の算定実績（届出前1年間の実績）

①抜髄	回	②感染根管処置	回
③ ①及び②の合計(③＝①＋②)	回	④抜歯手術	回
⑤有床義歯の新製	回	⑥有床義歯修理	回
⑦有床義歯内面適合法	回		
⑧ ⑤、⑥及び⑦の合計(⑧＝⑤＋⑥＋⑦)		回	

※回数は延べ算定回数を記載すること。

※③、④が20回以上であること。

※⑤、⑥及び⑦がそれぞれ5回以上であること。

※⑧が40回以上であること。

在宅療養支援歯科診療所1又は2の施設基準に係る報告書

歯科訪問診療の実施状況について

1) 歯科訪問診療の割合(直近1月間の実績)

歯科訪問診療料を算定した人数 ① _____人

外来で歯科診療を提供した人数 ② _____人

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

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

歯科訪問診療を提供した患者数の割合 ① / (①+②) = _____

2) 歯科訪問診療の実績(直近3月間)

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

※①～③の歯科訪問診療料の人数は延べ人数を記載すること。

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

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

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

3) 歯科疾患在宅療養管理料の直近3月間の実績

_____人

※歯科疾患在宅療養管理料の算定人数について、延べ人数を記載すること。

有床義歯咀嚼機能検査
咀嚼能力検査
咬合圧検査

の施設基準の届出書添付書類

1 届出を行う施設基準（該当するものに○）

(1)		有床義歯咀嚼機能検査 1 のイ
(2)		有床義歯咀嚼機能検査 1 のロ及び咀嚼能力検査
(3)		有床義歯咀嚼機能検査 2 のイ
(4)		有床義歯咀嚼機能検査 2 のロ及び咬合圧検査

2 当該検査に係る歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経歴（経験年数を含む。）

3 当該検査に係る医療機関の体制状況等

		概	要
(1)	歯科用下顎運動測定器（非接触型）	医療機器承認/認証番号	
		製品名	
		製造販売業者名	
		特記事項	
(2)	グルコース分析装置	医療機器届出番号	
		製品名	
		製造販売業者名	
		特記事項	
(3)	歯科用咬合力計	医療機器届出番号	
		製品名	
		製造販売業者名	
		特記事項	

※医療機器承認/認証番号又は医療機器届出番号、製品名、製造販売業者名等を記載すること。

※グルコース分析装置については、咀嚼能率測定用のグルコース分析装置であること。

※歯科用咬合力計については、咬合圧測定用の歯科用咬合力計であること。

[記載上の注意]

- 「1の(1)」の届出を行う場合は、「3の(1)及び(2)」を記載すること。
- 「1の(2)」の届出を行う場合は、「3の(2)」を記載すること。
- 「1の(3)」の届出を行う場合は、「3の(1)及び(3)」を記載すること。
- 「1の(4)」の届出を行う場合は、「3の(3)」を記載すること。

精密触覚機能検査の施設基準の届出書添付書類

1 歯科医師名と当該検査に係る研修を受講した受講歴等

講習名（テーマ）	当該講習会の主催者	受講年月日	受講者名（歯科医師名）

- ・当該検査に係る研修の受講を確認できる文書を添付すること。

2 当該検査に係る機器の保有状況

	概 要	
Semmes-Weinstein monofilament set	医療機器届出番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
	特記事項	

口腔粘膜処置
レーザー機器加算

の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出を行う施設基準（該当するものに○）

	口腔粘膜処置（歯科診療を担当する保険医療機関に限る。）
	レーザー機器加算

2 当該療養に係る医師・歯科医師の氏名等

医師・歯科医師の氏名	経歴（経験年数を含む。）

3 設置機器名

一般的名称	概 要	
ネオジミウム ヤグレーザ	医療機器届出番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
ダイオード レーザ	医療機器届出番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
炭酸ガス レーザ	医療機器届出番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
エルビウム・ ヤグレーザ	医療機器届出番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
罹患象牙質 除去機能付 レーザ	医療機器届出番号	
	製品名	
	製造販売業者名	

※ 特定診療報酬算定医療機器のレーザー手術装置（Ⅶ）（歯科点数表においては、レーザー手術装置（Ⅰ））に該当するものであること。

C A D / C A M 冠の施設基準届出書添付書類

1 当該療養に係る歯科医師の氏名等

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 C A D ／ C A M 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 C A D / C A M 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。

様式 50 の 3

有床義歯修理及び有床義歯内面適合法の歯科技工加算 1 及び 2 の

施設基準に係る届出書添付書類

1 歯科技工室・歯科技工に必要な機器の設置の有無

歯科技工室	有 ・ 無
歯科技工に必要な機器の設置	有 ・ 無

2 歯科技工士の氏名

勤務形態	常勤換算 人数	歯科技工士の氏名
常勤／非常勤	人	
常勤／非常勤	人	
常勤／非常勤	人	

3 院内掲示の例を添付

[記載上の注意]

保険医療機関内に歯科技工室を有していることがわかる資料（平面図
又は配置図等）を添付

口腔粘膜血管腫凝固術の施設基準に係る届出書添付書類

1 当該療養に係る歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経歴（経験年数を含む。）

2 設置機器名

一般的名称	概 要	
K T P レーザ	医療機器届出番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
ネオジミウム・ ヤグレーザー	医療機器届出番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
色素レーザー	医療機器届出番号	
	製品名	
	製造販売業者名	

※ 特定診療報酬算定医療機器のレーザー手術装置（Ⅱ）であること。

クラウン・ブリッジ維持管理料に係る届出書添付書類

補綴物の維持管理を実施し、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届出します。

1. 補綴物の維持管理の責任者（歯科医師）

氏 名	役 職

2. 具体的な維持管理方法

--

3. 保険医療機関開設年月（はっきりと年号の□にチェックマークを記載すること）

☐ 昭和	_____年	_____月
☐ 平成		

4. 保険医療機関コード

--

○厚生労働省令第二十号

健康保険法（大正十一年法律第七十号）第七十条第一項（同法第八十五条第九項、第八十五条の二第五項、第八十六条第四項、第一百十条第七項及び第一百四十九条において準用する場合を含む。）及び第三項並びに第七十二条第一項（同法第八十五条第九項、第八十五条の二第五項、第八十六条第四項、第一百十条第七項及び第一百四十九条において準用する場合を含む。）の規定に基づき、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を次のように定める。

平成三十年三月五日

厚生労働大臣 加藤 勝信

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

（保険医療機関及び保険医療養担当規則の一部改正）

第一条 保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十五号）の一部を次のように改正する。

次の表のように改正する。

改 正 後		改 正 前	
（一部負担金等の受領）		（一部負担金等の受領）	
第五条（略）		第五条（略）	
3 保険医療機関のうち、医療法（昭和三十三年法律第一百五号）第四		3 保険医療機関のうち、医療法（昭和三十三年法律第一百五号）第四	
条第一項に規定する地域医療支援病院（同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床（第十一條第二項において「許可病床」という。）の数が四百以上であるものに限る。）及び同法第四		条第一項に規定する地域医療支援病院（同法第七条第二項第五号に規定する一般病床（児童福祉法（昭和二十二年法律第六十四号）第六	
条の二の二第二項に規定する指定発達支援医療機関及び同法第四十二		条の二の二第二項に規定する指定発達支援医療機関及び同法第四十二	
条第二号に規定する医療型障害児入所施設に係るものを除く。）の数が五百以上であるものに限る。）及び医療法第四		条第二号に規定する医療型障害児入所施設に係るものを除く。）の数が五百以上であるものに限る。）及び医療法第四	
条第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。		条第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。	
一・二（略）		一・二（略）	
第五条の二の二 前条第二項の厚生労働大臣の定める保険医療機関は、公費負担医療（厚生労働大臣の定めるものに限る。）を担当した場合（第五条第一項の規定により患者から費用の支払を受ける場合を除く。）において、正当な理由がない限り、当該公費負担医療に関する費用の請求に係る計算の基礎となつ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。		第五条の二の二 前条第二項の厚生労働大臣の定める保険医療機関は、公費負担医療（厚生労働大臣の定めるものに限る。）を担当した場合（第五条第一項の規定により患者から費用の支払を受ける場合を除く。）において、患者から求めがあつたときは、正当な理由がない限り、当該公費負担医療に関する費用の請求に係る計算の基礎となつ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。	
2（略）		2（略）	
（入院）		（入院）	
第十一条（略）		第十一条（略）	
2 保険医療機関は、病院にあつては、許可病床数の範囲内で、診療所にあつては、医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、		2 保険医療機関は、病院にあつては、医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床数の範囲内で、診療所	

（傍線部分は改正部分）

様式第二号を次のように改める。

又は通知をした病床数の範囲内で、それぞれ患者を入院させなければならない。ただし、災害その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。	にあつては、同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は通知をした病床数の範囲内で、それぞれ患者を入院させなければならない。ただし、災害その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。
（処方箋の交付） 第二十三条 保険医は、処方箋を交付する場合には、様式第二号若しくは第二号又はこれらに準ずる様式の処方箋に必要な事項を記載しなければならない。	（処方せん）の交付 第二十三条 保険医は、処方せんを交付する場合には、様式第二号又はこれに準ずる様式の処方せんに必要な事項を記載しなければならない。
2 保険医は、その交付した処方箋に関し、保険薬剤師から疑義の照会があつた場合には、これに適切に対応しなければならない。	2 保険医は、その交付した処方せんに関し、保険薬剤師から疑義の照会があつた場合には、これに適切に対応しなければならない。

様式第二号の次に次の様式を加える。

処 方 箋															
(この処方箋は、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				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 箋 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	変更不可		個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更により差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。												
	保険医署名		「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。												
備 考	保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。） □保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 □保険医療機関へ情報提供														
	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。 2. この用紙は、日本工業規格 A 列5番を標準とすること。 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。															

様式第二号
(第二十三条関係)

6

5

分割指示に係る処方箋（別紙）	
(発行保険医療機関情報)	
処方箋発行医療機関の保険薬局からの連絡先	
電話番号	FAX番号
その他の連絡先	
(受付保険薬局情報)	
1 回目を受け付けた保険薬局	
名称	
所在地	
保険薬剤師氏名	印
調剤年月日	
2 回目を受け付けた保険薬局	
名称	
所在地	
保険薬剤師氏名	印
調剤年月日	
3 回目を受け付けた保険薬局	
名称	
所在地	
保険薬剤師氏名	印
調剤年月日	

様式第二号の二

処 方 箋															
(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)															
分割指示に係る処方箋 分割の__回目															
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				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 箋 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	変更不可		個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更により差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。												
	保険医署名		「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。												
備 考	保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。） □保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 □保険医療機関へ情報提供														
	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。 2. この用紙は、日本工業規格 A 列5番を標準とすること。 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。															

様式第二号の二
(第二十三条関係)

8

7

(保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部改正)
第二条 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十六号）の一部を次の表のように改正する。

改正後	改正前
第四条の二の二 前条第二項の厚生労働大臣の定める保険薬局は、公費負担医療（厚生労働大臣の定めるものに限る。）を担当した場合（第四条第一項の規定により患者から費用の支払を受ける場合を除く。）において、正当な理由がない限り、当該公費負担医療に関する費用の請求に係る計算の基礎となつた項目ごとに記載した明細書を交付しなければならぬ。	第四条の二の二 前条第二項の厚生労働大臣の定める保険薬局は、公費負担医療（厚生労働大臣の定めるものに限る。）を担当した場合（第四条第一項の規定により患者から費用の支払を受ける場合を除く。）において、患者から求めがあつたときは、正当な理由がない限り、当該公費負担医療に関する費用の請求に係る計算の基礎となつ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。

（傍線部分は改正部分）

(保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部改正)
第三条 保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部を改正する省令（平成二十四年厚生労働省令第二十六号）の一部を次の表のように改正する。

改正後	改正前
附則 (削る)	附則 〔保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部改正に伴う経過措置〕 第三条 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、第二条の規定による改正後の保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（以下「新薬担規則」という。）第四条の二第二項の規定にかかわらず、当分の間、患者から求められたときに明細書を交付することとする。 2 明細書の交付が無償で行う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、新薬担規則第四条の二第三項の規定にかかわらず、当分の間、明細書の交付を有償で行うことができる。

（傍線部分は改正部分）

附 則

(施行期日)

1 この省令は、平成三十年四月一日から施行する。

(経過措置)

2 この省令の施行の日以後、第一条の規定による改正後の保険医療機関及び保険医療養担当規則（以下「新療担規則」という。）第五条第三項の規定により、同項各号に掲げる措置を講ずることを要する保険医療機関（この省令の施行の日前において、第一条の規定による改正前の保険医療機関及び保険医療養担当規則第五条第三項各号に掲げる措置を講ずることを要しなかったものに限る。）において、新療担規則第五条第三項第二号に掲げる措置を講ず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、同号の規定にかかわらず、平成三十年九月三十日までの間、同号に掲げる措置を講ずることを要しない。

診療報酬改定による届出やお問い合わせなどは管轄の関東信越厚生局都県事務所
(埼玉県は指導監査課) にお問い合わせいたします。

保険医療機関 の所在地	お問い合わせ 事務所	所 在 地	電話番号
埼玉県	関東信越厚生局 指導監査課	〒 330-0063 埼玉県さいたま市浦和区高砂 1-1-1 朝日生命浦和ビル 8 階	048 (612) 7508
茨城県	関東信越厚生局 茨城事務所	〒 310-0061 茨城県水戸市北見町 1-1 1 水戸地方合同庁舎 4 階	029 (277) 1316
栃木県	関東信越厚生局 栃木事務所	〒 320-0043 栃木県宇都宮市桜 5-1-13 宇都宮地方合同庁舎 5 階	028 (341) 8486
群馬県	関東信越厚生局 群馬事務所	〒 371-0024 群馬県前橋市表町 2-2-6 前橋ファーストビルディング 7 階	027 (896) 0488
千葉県	関東信越厚生局 千葉事務所	〒 260-0013 千葉県千葉市中央区中央 3-3-8 日進センタービル 7 F	043 (379) 2716
東京都	関東信越厚生局 東京事務所	〒 063-1111 東京都新宿区西新宿 6-22-1 新宿スクエアタワー 11 階	03 (6692) 5119
神奈川県	関東信越厚生局 神奈川事務所	〒 231-0015 神奈川県横浜市中区尾上町 1-6 VORT 横浜関内Ⅱ 6 F	045 (270) 2053
新潟県	関東信越厚生局 新潟事務所	〒 950-0088 新潟県新潟市中央区万代 2-3-6 新潟東京海上日動ビルディング 1 階	025 (364) 1847
山梨県	関東信越厚生局 山梨事務所	〒 400-0858 山梨県甲府市相生 1-4-23 損保ジャパン日本興亜鮎川ビル 5 階	055 (206) 0569
長野県	関東信越厚生局 長野事務所	〒 380-0846 長野県長野市旭町 1108 長野第 2 号合同庁舎 4 階	026 (474) 4346