

# 齒科点数表

令和2年4月



# 目次

第 I 章 基本診療料			
第 1 部 初・再診料			
通則	2		
第 1 節 初診料			
A000 初診料	3		
第 2 節 再診料			
A002 再診料	9		
第 2 部 入院料等			
通則	11		
第 1 節 入院基本料	12		
第 2 節 入院基本料等加算	13		
第 3 節 特定入院料	15		
第 4 節 短期滞在手術等基本料	16		
第 II 章 特掲診療料			
第 1 部 医学管理等			
B000-4 歯科疾患管理料	17		
B000-4-2 小児口腔機能管理料	21		
B000-4-3 口腔機能管理料	21		
B000-5 周術期等口腔機能管理計画策定料	22		
B000-6 周術期等口腔機能管理料 ( I )	23		
B000-7 周術期等口腔機能管理料 ( II )	23		
B000-8 周術期等口腔機能管理料 ( III )	25		
B001-2 歯科衛生実地指導料	26		
B001-3 歯周病患者画像活用指導料	27		
B002 歯科特定疾患療養管理料	28		
B003 特定薬剤治療管理料	29		
B004 悪性腫瘍特異物質治療管理料	30		
B004-1-2 がん性疼痛緩和指導管理	31		
B004-1-3 がん患者指導管理料	31		
B004-1-4 入院栄養食事指導料	32		
B004-1-5 外来緩和ケア管理料	34		
B004-1-6 外来リハビリテーション診療料	35		
B004-1-7 外来放射線照射診療料	36		
B004-2 手術前医学管理料	36		
B004-3 手術後医学管理料	38		
B004-6-2 歯科治療時医療管理料	38		
B004-9 介護支援等連携指導料	39		
B005 開放型病院共同指導料 ( I )	41		
B006 開放型病院共同指導料 ( II )	41		
B006-3 がん治療連携計画策定料	42		
B006-3-2 がん治療連携指導料	43		
B006-3-3 がん治療連携管理料	43		
B006-3-4 療養・就労両立支援指導料	44		
B007 退院前訪問指導料	45		
B008 薬剤管理指導料	46		
B008-2 薬剤総合評価調整管理料	47		
B009 診療情報提供料 ( I )	48		
B009-2 電子的診療情報評価料	52		
B010 診療情報提供料 ( II )	52		
B011 診療情報連携共有料	53		
B011-2 診療情報提供料 ( III )	53		
B011-3 薬剤情報提供料	54		
B011-4 退院時薬剤情報提供料	55		
B012 傷病手当金意見書交付料	57		
B013 新製有床義歯管理料	57		
B013-3 広範囲顎骨支持型補管理料	59		
B014 退院時共同指導料 1	59		
B015 退院時共同指導料 2	60		
B017 肺血栓栓塞症予防管理料	62		
B018 医療機器安全管理料	62		
第 2 部 在宅医療			
C000 歯科訪問診療料	64		
C001 訪問歯科衛生指導料	71		
C001-3 歯科疾患在宅療養管理料	73		
C001-4-2 在宅患者歯科治療時医療管理料	75		
C001-5 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料	76		
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	78		
C002 救急搬送診療料	80		
C003 在宅患者訪問薬剤管理指導料	80		
C004 退院前在宅療養指導管理料	82		
C005 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料	83		
C005-2 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料	83		
C007 在宅患者連携指導料	85		
C008 在宅患者緊急時等カンファレンス料	86		
第 3 部 検査			
通則	88		
第 1 節 検査料			
D000 電気的根管長測定検査	88		
D001 細菌簡易培養検査	88		
D002 歯周病検査	88		
D002-5 歯周病部分的再評価検査	89		

D009 顎運動関連検査	90	G002 動脈注射	118
D010 歯冠補綴時色調採得検査	90	G003 抗悪性腫瘍剤局所持続注入	118
D011 有床義歯咀嚼機能検査	91	G004 点滴注射	118
D011-2 咀嚼能力検査	93	G005 中心静脈注射	119
D011-3 咬合圧検査	93	G005-2 中心静脈注射用カテーテル挿入	120
D011-4 小児口唇閉鎖力検査	93	G005-3 末梢留置型中心静脈カテーテル挿入術	120
D012 舌圧検査	94	G006 植込型カテーテルによる中心静脈注射	121
D013 精密触覚機能検査	94	G007 関節腔内注射	121
D014 睡眠時歯科筋電図検査	95	G008 滑液嚢穿刺後の注入	121
第2節 薬剤料	95	第2款 無菌製剤処理料	
		G020 無菌製剤処理料	121
第4部 画像診断		第2節 薬剤料	
通則	96	G100 薬剤	122
第1節 診断料	99	第3節 特定保険医療材料料	
E000 写真診断	99	G200 特定保険医療材料	123
第2節 撮影料	101		
E100 歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織	101	第7部 リハビリテーション	
E101 造影剤注入手技	102	通則	124
第3節 基本的エックス線診断料	102	第1節 リハビリテーション料	
E200 基本的エックス線診断料	102	H000 脳血管疾患等リハビリテーション料	125
第4節 フィルム及び造影剤料	102	H000-3 廃用症候群リハビリテーション料	128
E301 造影剤	102	H001 摂食機能療法	131
<画像診断の端数処理方法>	103	H001-2 歯科口腔リハビリテーション料1	132
		H001-3 歯科口腔リハビリテーション料2	133
第5部 投薬		H002 障害児(者)リハビリテーション料	133
通則	105	H003 がん患者リハビリテーション料	135
第1節 調剤料	106	H008 集団コミュニケーション療法料	136
F000 調剤料	106	第2節 薬剤料	
第2節 処方料	106	H100 薬剤	137
F100 処方料	106		
第3節 薬剤料	110	第8部 処置	
F200 薬剤	110	通則	138
第4節 特定保険医療材料料	112	I000 う蝕処置	141
F300 特定保険医療材料	112	I000-2 咬合調整	141
第5節 処方箋料	112	I000-3 残根削合	142
F400 処方箋料	112	I001 歯髄保護処置	142
第6節 調剤技術基本料	113	I001-2 象牙質レジンコーティング	143
F500 調剤技術基本料	113	I002 知覚過敏処置	143
第6部 注射		I002-2 う蝕薬物塗布処置	143
通則	115	I003 初期う蝕早期充填処置	144
第1節 注射料	117	I004 歯髄切断	144
第1款 注射実施料	117	I005 抜髄	144
G000 皮内、皮下及び筋肉内注射	117	I006 感染根管処置	144
第1節 注射料	117	I007 根管貼薬処置	145
G001 静脈内注射	118	I008 根管充填	145

I008-2 加圧根管充填処置	145	第9部 手術	
I009 外科後処置	146	通則	171
I009-2 創傷処置	146	第1節 手術料	177
I009-3 歯科ドレーン法（ドレナージ）	147	J000 抜歯手術	177
I009-4 上顎洞洗浄	147	J000-2 歯根分割搔爬術	177
I009-5 口腔内分泌物吸引	147	J000-3 上顎洞陥入歯等除去術	178
I010 歯周疾患処置	148	J001 ヘミセクション（分割抜歯）	178
I011 歯周基本治療	148	J002 抜歯窩再搔爬手術	178
I011-2 歯周病安定期治療（Ⅰ）	149	J003 歯根嚢胞摘出手術	178
I011-2-2 歯周病安定期治療（Ⅱ）	150	J004 歯根端切除手術	178
I011-2-3 歯周病重症化予防治療	151	J004-2 歯の再植術	179
I011-3 歯周基本治療処置	152	J004-3 歯の移植手術	179
I014 暫間固定	153	J006 歯槽骨整形手術、骨瘤除去手術	180
I014-2 暫間固定装置修理	155	J007 顎骨切断端形成術	180
I015 口唇プロテクター	155	J008 歯肉、歯槽部腫瘍手術	180
I016 線副子	156	J009 浮動歯肉切除術	180
I017 口腔内装置	156	J010 顎堤形成術	180
I017-1-2 睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置	159	J011 上顎結節形成術	181
I017-1-3 舌接触補助床	160	J012 おとがい神経移動術	181
I017-1-4 術後即時顎補綴装置	160	J013 口腔内消炎手術	181
I017-2 口腔内装置調整・修理	161	J014 口腔底膿瘍切開術	181
I017-3 顎外固定	161	J015 口腔底腫瘍摘出術	181
I018 歯周治療用装置	162	J015-2 口腔底迷入下顎智歯除去術	182
I019 歯冠修復物又は補綴物の除去	162	J016 口腔底悪性腫瘍手術	182
I020 暫間固定装置の除去	163	J017 舌腫瘍摘出術	182
I021 根管内異物除去	163	J017-2 甲状舌管嚢胞摘出術	182
I022 有床義歯床下粘膜調整処置	164	J018 舌悪性腫瘍手術	182
I023 心身医学療法	164	J019 口蓋腫瘍摘出術	182
I024 鼻腔栄養	165	J020 口蓋混合腫瘍摘出術	182
I025 酸素吸入	165	J021 口蓋悪性腫瘍手術	182
I026 高気圧酸素治療	166	J022 顎・口蓋裂形成手術	182
I027 人工呼吸	166	J023 歯槽部骨皮質切離術	183
I029 周術期等専門的口腔衛生処置	166	J024 口唇裂形成手術（片側）	183
I029-2 在宅等療養患者専門的口腔衛生処置	167	J024-2 口唇裂形成手術（両側）	183
I029-3 口腔粘膜処置	167	J024-3 軟口蓋形成手術	183
I030 機械的歯面清掃処置	168	J024-4 鼻咽腔閉鎖術	183
I030-2 非経口摂取患者口腔粘膜処置	168	J026 舌繫痕性短縮矯正術	183
I031 フッ化物歯面塗布処置	169	J027 頬、口唇、舌小帯形成術	183
第2節 処置医療機器等加算		J028 舌形成手術（巨舌症手術）	183
I082 酸素加算	170	J030 口唇腫瘍摘出術	183
第3節 特定薬剤料		J031 口唇悪性腫瘍手術	183
I100 特定薬剤	170	J032 口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術	183
第4節 特定保険医療材料料		J033 頬腫瘍摘出術	183
I200 特定保険医療材料料	170	J034 頬粘膜腫瘍摘出術	184
		J035 頬粘膜悪性腫瘍手術	184

J035-2 口腔粘膜血管腫凝固術	184	J077 顎関節脱臼非観血の整復術	193
J036 術後性上顎嚢胞摘出術	184	J079 顎関節形成術	193
J037 上顎洞口腔瘻閉鎖術	184	J080-2 顎関節人工関節全置換術	193
J038 上顎骨切除術	185	J081 顎関節円板整位術	194
J039 上顎骨悪性腫瘍手術	185	J082 歯科インプラント摘出術	194
J040 下顎骨部分切除術	185	J083 顎骨インプラント摘出術	194
J041 下顎骨離断術	185	J084 創傷処理	194
J042 下顎骨悪性腫瘍手術	185	J084-2 小児創傷処理（6歳未満）	195
J043 顎骨腫瘍摘出術	185	J085 デブリードマン	195
J044 顎骨嚢胞開窓術	185	J086 上顎洞開窓術	196
J044-2 埋伏歯開窓術	185	J086-2 内視鏡下上顎洞開窓術	196
J045 口蓋隆起形成術	185	J087 上顎洞根治手術	196
J046 下顎隆起形成術	186	J087-2 上顎洞炎術後後出血止血法	196
J047 腐骨除去手術	186	J088 リンパ節摘出術	196
J048 口腔外消炎手術	186	J089 分層植皮術	196
J049 外歯瘻手術	186	J089-2 全層植皮術	196
J050 歯性扁桃周囲膿瘍切開手術	186	J090 皮膚移植術（生体・培養）	196
J051 がま腫切開術	186	J090-2 皮膚移植術（死体）	197
J052 がま腫摘出術	186	J091 皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	197
J053 唾石摘出術	187		
J054 舌下腺腫瘍摘出術	187	J092 動脈（皮）弁術、筋（皮）弁術	197
J055 顎下腺摘出術	187	J093 遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）	197
J056 顎下腺腫瘍摘出術	187	J095 複合組織移植術	197
J057 顎下腺悪性腫瘍手術	187	J096 自家遊離複合組織移植術	197
J059 耳下腺腫瘍摘出術	187	J097 粘膜移植術	197
J060 耳下腺悪性腫瘍手術	187	J098 血管結紮術	198
J061 唾液腺膿瘍切開術	187	J099 動脈形成術、吻合術	198
J062 唾液腺管形成手術	187	J099-2 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	198
J063 歯周外科手術	187	J100 血管移植術、バイパス移植術	198
J063-2 骨移植術	189	J100-2 中心静脈注射用植込型カテーテル設置	198
J063-3 骨（軟骨）組織採取術	190	J101 神経移植術	198
J065 歯槽骨骨折非観血の整復術	190	J101-2 神経再生誘導術	198
J066 歯槽骨骨折観血の整復術	190	J102 交感神経節切除術	198
J067 上顎骨折非観血の整復術	190	J104 皮膚腫瘍冷凍凝固摘出術	199
J068 上顎骨折観血の手術	190	J104-2 皮膚悪性腫瘍切除術	199
J069 上顎骨形成術	190	J105 瘢痕拘縮形成手術	199
J070 頬骨骨折観血の整復術	191	J106 気管切開術	199
J070-2 頬骨変形治癒骨折矯正術	191	J107 気管切開孔閉鎖術	200
J071 下顎骨折非観血の整復術	191	J108 顔面神経麻痺形成手術	200
J072 下顎骨折観血の手術	191	J109 広範囲顎骨支持型装置埋入手術	200
J072-2 下顎関節突起骨折観血の手術	191	J110 広範囲顎骨支持型装置搔爬術	201
J073 口腔内軟組織異物（人工物）除去術	191	第2節 輸血料	
J074 顎骨内異物（挿入物を含む）除去術	192	J200 輸血	201
J075 下顎骨形成術	192	J200-2 輸血管理料	204
J075-2 下顎骨延長術	192		
J076 顔面多発骨折観血の手術	192		

第3節 手術医療機器等加算		M003 印象採得	225
J200-4 上顎洞手術用内視鏡加算	204	M003-2 テンポラリークラウン	226
J200-4-2 レーザー機器加算	204	M003-3 咬合印象	226
J200-4-3 超音波切削機器加算	205	M004 リテイナー	227
J200-4-4 口腔粘膜蛍光観察評価加算	205	M005 装着	227
J200-5 画像等手術支援加算	205	M005-2 仮着（ブリッジ）	228
第4節 薬剤料	205	M006 咬合採得	228
第5節 特定薬剤料	206	M007 仮床試適	228
第6節 特定保険医療材料料	206	M008 ブリッジの試適	229
		M009 充填	229
第10部 麻酔		M010 金属歯冠修復	230
通則	207	M011 レジン前装金属冠	231
第1節 麻酔料	208	M015 非金属歯冠修復	232
K000 伝達麻酔	208	M015-2 CAD/CAM冠	233
K001 浸潤麻酔	208	M016 乳歯冠	234
K002 吸入鎮静法	208	M016-2 小児保険装置	235
K003 静脈内鎮静法	208	M016-3 既製金属冠	235
K004 歯科麻酔管理料	208	M017 ポンティック	235
		M017-2 高強度硬質レジンプリッジ	240
第2節 薬剤料		M018 有床義歯	241
K100 薬剤	209	M019 熱可塑性樹脂有床義歯	242
第3節 特定保険医療材料料	209	M020 鑄造鉤	243
		M021 線鉤	243
第11部 放射線治療		M021-2 コンビネーション鉤	243
通則	210	M022 間接支台装置	243
第1節 放射線治療管理・実施料		M023 バー	243
L000 放射線治療管理料	210	M025 口蓋補綴、顎補綴	244
L001 体外照射	211	M025-2 広範囲顎骨支持型補綴	245
L001-2 直線加速器による放射線治療	212	M026 補綴隙	246
L002 電磁波温熱療法	212	M029 有床義歯修理	246
L003 密封小線源治療	212	M030 有床義歯内面適合法	247
L004 血液照射	213	M034 歯冠補綴物修理	248
第2節 特定保険医療材料料	213	M041 広範囲顎骨支持型補綴物修理	248
		第3節 特定保険医療材料料	249
第12部 歯冠修復及び欠損補綴		第13部 歯科矯正	
通則	214	通則	250
第1節 歯冠修復及び欠損補綴料	219	第1節 歯科矯正料	
M000 補綴時診断料	219	N000 歯科矯正診断料	252
M000-2 クラウン・ブリッジ維持管理料	219	N001 顎口腔機能診断料	253
M000-3 広範囲顎骨支持型補綴診断料	221	N002 歯科矯正管理料	255
M001 歯冠形成	221	N003 歯科矯正セファログラム	255
M001-2 う蝕歯即時充填形成	223	N004 模型調製	256
M001-3 う蝕歯インレー修復形成	224	N005 動的処置	256
M002 支台築造	224	N006 印象採得	257
M002-2 支台築造印象	225	N007 咬合採得	257

N008 装着	258
N008-2 植立	258
N009 撤去	259
N010 セパレイティング	259
N011 結紮	259
N012 床装置	259
N012-2 スライディングプレート	259
N013 リトラクター	260
N014 プロトラクター	260
N014-2 牽引装置	260
N015 拡大装置	260
N016 アクチバトール (F K O)	260
N017 リンガルアーチ	260
N018 マルチブラケット装置	261
N019 保定装置	261
N020 鉤	262
N021 帯環	262
N022 ダイレクトボンドブラケット	262
N023 フック	262
N024 弾線	262
N025 トルキングアーチ	262
N026 附加装置	262
N027 矯正用ろう着	263
N028 床装置修理	263
第2節 特定保険医療材料料	263
第14部 病理診断	
通則	264
0000 口腔病理診断料	265
0001 口腔病理判断料	266

#### 《参考資料》

- 別紙様式
  - 歯科疾患管理料に係る管理計画書（初回用）
  - 歯科疾患管理料に係る管理計画書（継続用）
  - 歯科疾患在宅療養管理料に係る管理計画書
- 略称
- 疑義解釈
- 歯周病の治療に関する基本的な考え方
- ブリッジの考え方
- 薬価基準による歯科関係薬剤点数表
- 社会保険歯科診療報酬点数早見表

## 歯科診療報酬点数表に関する事項

### 通則

- 1 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。
- 2 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、口角びらの処置は、再診料にも包括されている。
- 3 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。
- 4 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」（令和2年厚生労働省告示第58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。
- 5 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」（令和2年厚生労働省告示第59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。
- 6 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日保険発第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 章 基本診療料

## 第 1 部 初・再診料

### 通則

- 1 健康保険法第 63 条第 1 項第 1 号及び高齢者医療確保法第 64 条第 1 項第 1 号の規定による初診及び再診の費用は、第 1 節又は第 2 節の各区分の所定点数により算定する。ただし、同時に 2 以上の傷病について初診を行った場合又は再診を行った場合は、初診料又は再診料は 1 回として算定する。
- 2 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にあっては、歯科診療及び歯科診療以外の診療につき、それぞれ別に初診料又は再診料を算定する。
- 3 入院中の患者（区分番号 A400 に掲げる短期滞在手術等基本料を算定する患者を含む。）に対する再診の費用（区分番号 A002 に掲げる再診料の注 5 及び注 6 に規定する加算を除く。）は、第 2 部第 1 節、第 3 節又は第 4 節の各区分の所定点数に含まれる。

### 通則

- (1) 「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（令和 2 年厚生労働省告示第 57 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 ネブライザー
- ホ 熱傷処置
- ヘ 皮膚科軟膏処置
- ト 消炎鎮痛等処置

- (2) 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。

- (3) 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。

- (4) 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。

- (5) 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。

- (6) 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節 初診料

### A000 初診料

- 1 歯科初診料 261点  
2 地域歯科診療支援病院歯科初診料 288点

注1 1については、歯科外来診療における院内感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、初診を行った場合に算定する。この場合において、当該届出を行っていない保険医療機関については、240点を算定する。

2 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関において初診を行った場合に算定する。この場合において、1の歯科初診料は算定できない。

3 1 傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は併せて1回とし、第1回の初診時に算定する。

4 同一の患者について1月以内に初診料を算定すべき初診を2回以上行った場合においては、初診料は1回とし、第1回の初診の時に算定する。

### (算定の原則)

- (1) 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。
- (2) 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。
- (3) 自他覚的症状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。
- (4) (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。
- (5) 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。
- (6) 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。

5 6歳未満の乳幼児に対して保険医療機関が初診を行った場合は、乳幼児加算として、40点を所定点数に加算する。ただし、注8に規定する加算を算定する場合は算定できない。

6 著しく歯科診療が困難な者に対して初診を行った場合は、歯科診療特別対応加算として、175点（当該患者が歯科治療環境に円滑に適応できるような技法を用いた場合は、初診時歯科診療導入加算として、250点）を所定点数に加算する。

(7) 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10日～3月9日、9月15日～10月14日等と計算する。

(8) 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定した場合は、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。

(9) (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

(10) 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な状態

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 6歳以上の患者に対して保険医療機関が表示する診療時間以外の時間（深夜（午後10時から午前6時までの間をいう。以下この表において同じ。）及び休日を除く。以下この表において同じ。）、休日（深夜を除く。以下この表において同じ。）又は深夜において初診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、85点、250点又は480点をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、専ら夜間における救急医療の確保のために設けられている保険医療機関において、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間に初診を行った場合は、230点を所定点数に加算する。

8 6歳未満の乳幼児に対して保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において初診を行った場合は、乳幼児時間外加算、乳幼児休日加算又は乳幼児深夜加算として、125点、290点又は620点をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、注7のただし書に規定する保険医療機関において、同注のただし書に規定する時間に初診を行った場合は、270点を所定点数に加算する。

#### (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。

《医科点数表》

#### (17) 時間外加算

ア 各都道府県における医療機関の診療時間の実態、患者の受診上の便宜等を考慮して一定の時間以外の時間をもって時間外として取り扱うこととし、その標準は、概ね午前8時前と午後6時以降（土曜日の場合は、午前8時前と正午以降）及び休日加算の対象となる休日以外の日を終日休診日とする保険医療機関における当該休診日とする。

ただし午前中及び午後6時以降を診療時間とする保険医療機関等、当該標準によることが困難な保険医療機関については、その表示する診療時間以外の時間をもって時間外として取り扱うものとする。

イ アにより時間外とされる場合においても、当該保険医療機関が常態として診療応需の態勢をとり、診療時間内と同様の取扱いで診療を行っているときは、時間外の取扱いとはしない。

ウ 保険医療機関は診療時間をわかりやすい場所に表示する。

エ 時間外加算は、保険医療機関の都合（やむを得ない事情の場合を除く。）により時間外に診療が開始された場合は算定できない。

オ 時間外加算を算定する場合には、休日加算、深夜加算、時間外加算の特例又は夜間・早朝等加算については、算定できない。

#### (18) 休日加算

ア 休日加算の対象となる休日とは、日曜日及び国民の祝日に関する法律（昭和23年法律第178号）第3条に規定する休日をいう。なお、1月2日及び3日並びに12月29日、30日及び31日は、休日として取り扱う。

イ 休日加算は次の患者について算定できるものとする。

(イ) 客観的に休日における救急医療の確保のために診療を行っていると思われる次に掲げる保険医療機関を受

診した患者

①地域医療支援病院

②救急病院等を定める省令(昭和39年厚生省令第8号)に基づき認定された救急病院又は救急診療所

③「救急医療対策の整備事業について」(昭和52年医発第692号)に規定された保険医療機関又は地方自治体等の実施する救急医療対策事業の一環として位置づけられている保険医療機関

(ロ) 当該休日を休診日とする保険医療機関に、又は当該休日を診療日としている保険医療機関の診療時間以外の時間に、急病等やむを得ない理由により受診した患者(上記(イ)以外の理由により常態として又は臨時に当該休日を診療日としている保険医療機関の診療時間内に受診した患者を除く。)

ウ 休日加算を算定する場合には、時間外加算、深夜加算、時間外加算の特例又は夜間・早朝等加算については、算定できない。

#### (19) 深夜加算

ア 深夜加算は、初診が深夜に開始された場合に算定する。ただし保険医療機関の都合(やむを得ない事情の場合を除く。)により深夜に診療が開始された場合は算定できない。なお、深夜とは、いずれの季節においても午後10時から午前6時までの間をいう。

イ いわゆる夜間開業の保険医療機関において、当該保険医療機関の診療時間又は診療態勢が午後10時から午前6時までの間と重複している場合には、当該重複している時間帯における診療については深夜加算は認められない。

ウ 深夜加算は、次の患者について算定できるものとする。

(イ) 客観的に深夜における救急医療の確保のために診療を行っていると思われる次に掲げる保険医療機関を受診した患者

①地域医療支援病院

②救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所

③「救急医療対策の整備事業について」に規定された保険医療機関又は地方自治体等の実施する救急医療対策事業の一環として位置づけられている保険医療機関

(ロ) 自己の表示する診療時間が深夜を含んでいない保険医療機関に、又は自己の表示する診療時間が深夜にまで及んでいる保険医療機関の当該表示する診療時間と重複していない深夜に、急病等やむを得ない理由により受診した患者(上記(イ)以外の理由により常態として又は臨時に当該深夜時間帯を診療時間としている保険医療機関に受診した患者を除く。)

エ 深夜加算を算定する場合には、時間外加算、休日加算、時間外加算の特例又は夜間・早朝等加算については、算定できない。

(20) 時間外加算の特例

ア 当該特例の適用を受ける保険医療機関(以下「時間外特例医療機関」という。)とは、客観的に専ら夜間における救急医療の確保のために診療を行っていると思われる次に掲げる保険医療機関であって、医療法第30条の3の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている救急医療機関をいう。

①地域医療支援病院

②救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所

③「救急医療対策の整備事業について」に規定された病院群輪番制病院病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院

イ 別に厚生労働大臣が定める時間とは、当該地域において一般の保険医療機関が概ね診療応需の態勢を解除した後、翌日に診療応需の態勢を再開するまでの時間(深夜及び休日を除く。)とし、その標準は、概ね午前8時前から午後6時以降(土曜日の場合は、午前8時前から正午以降)から、午後10時から午前6時までの間を除いた時間とする。

ウ 時間外特例医療機関において、休日加算又は深夜加算に該当する場合には、時間外加算の特例を算定せず、それぞれ休日加算、深夜加算を算定する。また、時間外加算の特例を算定する場合には、時間外加算又は夜間・早朝等加算は算定できない。

9 1及び2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科外来診療の総合的な歯科医療環境の体制整備に係る取組を行った場合は、それぞれ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として、初診時1回に限り23点又は25点を所定点数に加算する。

10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科診療を実施している他の保険医療機関(診療所に限る。)において注6又は区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する加算を算定した患者に対して、当該保険医療機関から

(歯科外来診療環境体制加算)

(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。

(歯科診療特別対応連携加算)

(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。)

文書による診療情報提供を受けた上で、外来において初診を行った場合は、歯科診療特別対応連携加算として、月1回に限り100点を所定点数に加算する。

- 11 歯科診療を実施している保険医療機関（診療所（注10に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を除く。）に限る。）において、他の保険医療機関（注10に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に限る。）において注6又は区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する加算を算定した患者に対して、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受けた上で、外来において初診を行った場合は、歯科診療特別対応地域支援加算として、月1回に限り100点を所定点数に加算する。

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。

（歯科診療特別対応地域支援加算）

- (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 歯科再診料 53点

2 地域歯科診療支援病院歯科再診料 73点

注1 1については、区分番号A000に掲げる初診料の注1に規定する歯科外来診療における院内感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、再診を行った場合に算定する。この場合において、当該届出を行っていない保険医療機関については、44点を算定する。

2 2については、区分番号A000に掲げる初診料の注2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局長等に届け出た病院である保険医療機関において、再診を行った場合に算定する。この場合において、1の歯科再診料は算定できない。

3 6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、乳幼児加算として、10点を所定点数に加算する。ただし、注6に規定する加算を算定する場合を除く。

4 著しく歯科診療が困難な者に対して再診を行った場合は、歯科診療特別対応加算として、175点を所定点数に加算する。

5 6歳以上の患者に対して保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において再診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、65点、190点又は420点をそれぞれ所定点数に加

### (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添付する。

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。

(5) その他初診料と共通の項目については、区分番号A000に掲げる初診料と同様であり、医科と共通の項目については、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

算する。ただし、区分番号 A000 に掲げる初診料の注 7 のただし書に規定する保険医療機関において、同注のただし書に規定する時間に再診を行った場合は、180 点を所定点数に加算する。

6 6 歳未満の乳幼児に対して保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜に再診を行った場合は、乳幼児時間外加算、乳幼児休日加算又は乳幼児深夜加算として、75 点、200 点又は 530 点をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、区分番号 A000 に掲げる初診料の注 7 のただし書に規定する保険医療機関において、同注のただし書に規定する時間に再診を行った場合は、190 点を所定点数に加算する。

7 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て指示をした場合は、再診料を算定する。

8 1 及び 2 については、区分番号 A000 に掲げる初診料の注 9 に規定す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局長等に届け出た保険医療機関において、歯科外来診療の総合的な歯科医療環境の体制整備に係る取組を行った場合は、それぞれ再診時歯科外来診療環境体制加算 1 又は再診時歯科外来診療環境体制加算 2 として、3 点又は 5 点を所定点数に加算する。

9 個別の費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）を受診した患者については、明細書発行体制等加算として、所定点数に 1 点を加算する。

診料の例により算定する。

（著しく歯科診療が困難な者）

(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な状態

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

（再診時歯科外来診療環境体制加算）

(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。

## 第2部 入院料等

### 通則

- 1 健康保険法第63条第1項第5号及び高齢者医療確保法第64条第1項第5号による入院及び看護の費用は、第1節から第4節までの各区分の所定点数により算定する。この場合において、特に規定する場合を除き、通常必要とされる療養環境の提供、看護及び歯科医学的管理に要する費用は、第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれる。
- 2 同一の保険医療機関において、同一の患者につき、第1節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算及び夜勤時間特別入院基本料（以下「特別入院基本料等」という。）を含む。）、第3節の各区分に掲げる特定入院料及び第4節の各区分に掲げる短期滞在手術等基本料を同一の日に算定することはできない。
- 3 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にあっては、当該患者の主傷病に係る入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、特定入院料又は短期滞在手術等基本料を算定する。
- 4 第1節から第4節までに規定する期間の計算は、特に規定する場合を除き、保険医療機関に入院した日から起算して計算する。ただし、保険医療機関を退院した後、同一の疾病又は負傷により、当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に入院した場合は、急性増悪その他やむを得ない場合を除き、最初の保険医療機関に入院した日から起算して計算する。
- 5 別に厚生労働大臣が定める入院患者数の基準又は歯科医師等の員数の基準に該当する保険医療機関の入院基本料については、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。
- 6 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第1節（特別入院基本料等を含む。）及び第3節の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。ただし、歯科診療のみを行う保険医療機関にあっては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、当

該入院料の所定点数を算定する。

- 7 前号本文に規定する別に厚生労働大臣が定める基準（歯科診療のみを行う保険医療機関にあっては、前号ただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める基準）のうち、栄養管理体制に関する基準を満たすことができない保険医療機関（診療所を除き、別に厚生労働大臣が定める基準を満たすものに限る。）については、第1節（特別入院基本料等を除く。）、第3節及び第4節（短期滞在手術等基本料1を除く。）の各区分に掲げるそれぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数から1日につき40点を減算する。

## 第1節 入院基本料

### 通則

- 1 本節各区分に掲げる入院基本料は、それぞれの算定要件を満たす患者について、別表第一医療診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）の第1章第2部第1節に掲げる入院基本料（特別入院基本料等を含む。）の例により算定する。
- 2 本節各区分に掲げる入院基本料に係る算定要件は、医科点数表の第1章第2部第1節に掲げる入院基本料（特別入院基本料等を含む。）に係る算定要件の例による。
- 3 本節各区分に掲げる入院基本料について、加算要件を満たす場合は、医科点数表の第1章第2部第1節に掲げる入院基本料（特別入院基本料等を含む。）に係る加算の例により、本節各区分に掲げる入院基本料の所定点数に加算する。
- 4 本節各区分に掲げる入院基本料に係る加算要件は、医科点数表の第1章第2部第1節に掲げる入院基本料（特別入院基本料等を含む。）に係る加算要件の例による。
- 5 本節各区分に掲げる入院基本料に含まれる費用の範囲は、医科点数表の第1章第2部第1節に掲げる入院基本料（特別入院基本料等を含む。）の例による。
- 6 本節各区分に掲げる入院基本料を算定する保険医療機関においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。

## 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。

7 前号の規定により算定できる入院基本料等加算の範囲は、医科点数表の第1章第2部第1節に掲げる入院基本料（特別入院基本料等を含む。）につき算定できる医科点数表の第1章第2部第2節に掲げる入院基本料等加算の例による。ただし、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算に限られる。

#### 区分

- A100 一般病棟入院基本料
- A101 療養病棟入院基本料
- A102 特定機能病院入院基本料
- A103 専門病院入院基本料
- A104 削除
- A105 有床診療所入院基本料
- A106 有床診療所療養病床入院基本料

#### 第2節 入院基本料等加算

##### 通則

- 1 本節各区分に掲げる入院基本料等加算（区分番号A250に掲げる地域歯科診療支援病院入院加算を除く。）は、それぞれの算定要件を満たす患者について、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。ただし、医科点数表の区分番号A204-2に掲げる臨床研修病院入院診療加算については、「基幹型」とあるのは「単独型又は管理型」と、「医師法（昭和23年法律第201号）第16条の2第1項に規定する医学を履修する課程を置く大学に附属する病院」とあるのは「歯科医師法（昭和23年法律第202号）第16条の2第1項に規定する歯学若しくは医学を履修する課程を置く大学に附属する病院（歯科医業を行わないものを除く。）」と読み替える。
- 2 本節各区分に掲げる入院基本料等加算（区分番号A250に掲げる地域歯科診療支援病院入院加算を除く。）の算定要件は、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算定要件の例による。

#### 区分

- A200 総合入院体制加算
- A201からA203まで削除
- A204 地域医療支援病院入院診療加算

#### 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。

A 2 0 4 - 2 臨床研修病院入院診療加算  
A 2 0 5 救急医療管理加算  
A 2 0 5 - 2 在宅患者緊急入院診療加算  
A 2 0 6 診療録管理体制加算  
A 2 0 6 - 2 医師事務作業補助体制加算  
A 2 0 6 - 3 急性期看護補助体制加算  
A 2 0 6 - 4 看護職員夜間配置加算  
A 2 0 7 乳幼児加算・幼児加算  
A 2 0 8 削除  
A 2 0 8 - 2 難病等特別入院診療加算  
A 2 0 8 - 3 超重症児（者）入院診療加算・準  
超重症児（者）入院診療加算  
A 2 0 9 看護配置加算  
A 2 1 0 看護補助加算  
A 2 1 1 から A 2 1 3 まで削除  
A 2 1 4 地域加算  
A 2 1 4 - 2 離島加算  
A 2 1 5 療養環境加算  
A 2 1 6 H I V 感染者療養環境特別加算  
A 2 1 6 - 2 二類感染症患者療養環境特別加算  
A 2 1 7 重症者等療養環境特別加算  
A 2 1 7 - 2 小児療養環境特別加算  
A 2 1 8 療養病棟療養環境加算  
A 2 1 8 - 2 療養病棟療養環境改善加算  
A 2 1 9 診療所療養病床療養環境加算  
A 2 1 9 - 2 診療所療養病床療養環境改善加算  
A 2 2 0 無菌治療室管理加算  
A 2 2 1 放射線治療病室管理加算  
A 2 2 1 - 2 緩和ケア診療加算  
A 2 2 1 - 3 有床診療所緩和ケア診療加算  
A 2 2 2 がん拠点病院加算  
A 2 2 3 削除  
A 2 2 3 - 2 栄養サポートチーム加算  
A 2 2 4 医療安全対策加算  
A 2 2 4 - 2 感染防止対策加算  
A 2 2 4 - 3 患者サポート体制充実加算  
A 2 2 5 削除  
A 2 2 6 褥瘡ハイリスク患者ケア加算  
A 2 2 7 から A 2 2 7 - 4 まで削除  
A 2 2 7 - 5 入退院支援加算  
A 2 2 8 認知症ケア加算  
A 2 4 0 削除  
A 2 4 1 総合評価加算  
A 2 4 2 削除  
A 2 4 3 後発医薬品使用体制加算

（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。

A 2 4 4 病棟薬剤業務実施加算

A 2 4 5 薬剤総合評価調整加算

A 2 5 0 地域歯科診療支援病院入院加算

300点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科訪問診療を実施している別の保険医療機関で区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料又は区分番号A000に掲げる初診料の注6若しくは区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する加算を算定した患者であって、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入院の月又はその前月に算定しているものについて、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受け、求めに応じて入院させた場合に、当該患者（第1節のいずれかの入院基本料（特別入院基本料等を含む。）を現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

### 第3節特定入院料

#### 通則

- 1 本節各区分に掲げる特定入院料は、それぞれの算定要件を満たす患者について、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 本節各区分に掲げる特定入院料に係る算定要件は、医科点数表の第1章第2部第3節に掲げる特定入院料に係る算定要件の例による。
- 3 本節各区分に掲げる特定入院料について、加算要件を満たす場合は、医科点数表の第1章第2部第3節に掲げる特定入院料に係る加算の例により、本節各区分に掲げる特定入院料の所定点数に加算する。
- 4 本節各区分に掲げる特定入院料に係る加算要件は、医科点数表の第1章第2部第3節に掲げる特定入院料に係る加算要件の例による。
- 5 本節各区分に掲げる特定入院料に含まれる費用の範囲は、医科点数表の第1章第2部第

#### (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床、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。

3節に掲げる特定入院料の例による。

6 本節各区分に掲げる特定入院料を算定する保険医療機関においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。

7 前号の規定により算定できる入院基本料等加算の範囲は、医科点数表の第1章第2部第3節に掲げる特定入院料につき算定できる医科点数表の第1章第2部第2節に掲げる入院基本料等加算の例による。ただし、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算に限られる。

#### 区分

A300 特定集中治療室管理料

A301 ハイケアユニット入院医療管理料

A302 小児特定集中治療室管理料

A303 緩和ケア病棟入院料

A304 小児入院医療管理料

A305 特定一般病棟入院料

A306 地域包括ケア病棟入院料

#### 第4節 短期滞在手術等基本料

##### 区分

A400 短期滞在手術等基本料

注1 医科点数表の区分番号A400に掲げる短期滞在手術等基本料の注1本文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局長等に届け出た保険医療機関において、医科点数表の区分番号A400に掲げる短期滞在手術等基本料の算定要件を満たした場合に、医科点数表の区分番号A400に掲げる短期滞在手術等基本料の例により算定する。

2 短期滞在手術等基本料に含まれる費用の範囲は、医科点数表の区分番号A400に掲げる短期滞在手術等基本料に含まれる費用の範囲の例による。

(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J055に掲げる顎下腺摘出術及び区分番号J056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A400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、DPC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

### 第1部 医学管理等

#### B000-4 歯科疾患管理料 100点

- 注1 1回目の歯科疾患管理料は、歯科疾患の管理が必要な患者に対し、当該患者又はその家族等（以下この部において「患者等」という。）の同意を得て管理計画を作成し、その内容について説明を行った場合に算定する。なお、初診日の属する月に算定する場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。
- 2 2回目以降の歯科疾患管理料は、1回目の歯科疾患管理料を算定した患者に対して、注1の規定による管理計画に基づく継続的な管理を行っている場合であって、歯科疾患の管理及び療養上必要な指導を行ったときに、1回目の歯科疾患管理料を算定した日の属する月の翌月以降月1回に限り算定する。
- 3 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C001-3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、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又は区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料を算定した患者に対して、当該管理の終了後に療養上の必要があつて歯科疾患の継続的な管理を行う場合は、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

（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。

（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う。
- (2) 1回目の歯科疾患管理料は、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。また、診療録には説明した内容の要点を記載する。なお、「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。なお、100分の80に相当する点数により算定する場合において、注8から注11までに規定する加算は、100分の80に相当する点数にそれぞれの点数を加算する。
- (3) 2回目以降の歯科疾患管理料は、管理計画に基づく継続的な口腔管理等を行った場合に算定し、診療録にその要点を記載する。なお、当該管理に当たって、管理計画に変更があつた場合（「注8」、「注10」及び「注11」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。また、1回目に患者の主訴に関する管理を開始し、2回目以降に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つて、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。

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C001-3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、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又は区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料を算定した日の属する月の翌月以降から算定する。翌月以降から算定する。

- 4 入院中の患者に対して管理を行った場合又は退院した患者に対して退院の日の属する月に管理を行った場合における当該管理の費用は、第1章第2部第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれる。ただし、歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関の歯科診療以外の診療に係る病棟に入院中の患者又は当該病棟を退院した患者については、この限りでない。
- 5 初診日から入院(歯科診療に限る。)中の患者について、退院後に歯科疾患の継続的な管理が必要な場合は、退院した日の属する月の翌月以降から算定する。
- 6 管理計画に基づく治療終了日から起算して2月を経過するまでの間、区分番号A000に掲げる初診料は、算定できない。
- 7 歯科疾患管理料を算定した月において、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C001-3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、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区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は、算定できない。
- 8 13歳未満のう蝕に罹患している患者で

- (5) 「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な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。
- (6) 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C001-3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、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又は区分番号N002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、管理計画書を作成して患者等に説明する。
- (7) 歯科疾患管理料は、区分番号B013に掲げる新製有床義歯管理料若しくは区分番号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(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料を行った場合又は口腔機能低下症若しくは口腔機能発達不全症の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若しくは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。
- (8) 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。
- (9) 「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

- (10) う蝕多発傾向者の判定基準において、(9)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こと。

あって、う蝕多発傾向にあり、う蝕に対する歯冠修復終了後もう蝕活動性が高く、継続的な指導管理が必要なもの（以下「う蝕多発傾向者」という。）のうち、4歳以上のう蝕多発傾向者又はその家族等に対して、当該患者の療養を主として担う歯科医師（以下「主治の歯科医師」という。）又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物洗口に係る薬液の取扱い及び洗口法に関する指導を行った場合は、歯科疾患管理の実施期間中に患者1人につき1回に限り、フッ化物洗口指導加算として、40点を所定点数に加算する。ただし、区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している患者については、当該加算は算定できない。

9 注1の規定による管理計画に基づき、患者等に対し、歯科疾患の管理に係る内容を文書により提供した場合は、10点を所定点数に加算する。

10 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所（歯科疾患の管理が必要な患者に対し、定期的かつ継続的な口腔の管理を行う診療所であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）において、エナメル質初期う蝕に罹患している患者に対して、管理及び療養上必要な指導等を行い、その内容について説明を行った場合は、エナメル質初期う蝕管理加算として、260点を所定点数に加算する。

11 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要な患者であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、総合医療管理加算として、50点を所定点数に加算する。

12 初診日の属する月から起算して6月を超えて歯科疾患の管理及び療養上必要な指導を行った場合は、長期管理加算として、

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I003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。

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

イ 主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、家族等に対しフッ化物洗口に係る指導を行い文書により情報提供を行った場合に算定する。

ロ フッ化物洗口に用いる薬液とは、毎日又は週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 フッ化物洗口に係る指導にあたっては、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限り算定する。

(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。

(12)「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。

(13)「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、プラークコントロール、機械的歯面清掃又はフッ化物洗口の指導を行う。撮影した口腔内カラー写真は、診療録に添付又

次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

- イ かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の場合 120 点
- ロ イ以外の保険医療機関の場合 100 点

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。

- (14)「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 I029-2 に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、区分番号 I030 に掲げる機械的歯面清掃処置、区分番号 I030-2 に掲げる非経口摂取患者口腔粘膜処置及び区分番号 I031 に掲げるフッ化物歯面塗布処置は算定できない。
- (15) 歯科疾患管理料を算定する保険医療機関においては、歯科疾患管理料の趣旨及び内容について、院内掲示により患者に対して情報提供を行うよう努める。
- (16)「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つて、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。
- (17)「注 12」の長期管理加算は、歯科疾患の重症化予防に資する長期にわたる継続的な口腔管理等を評価したものをいう。当該加算を初めて算定する場合にあつては、当該患者の治療経過及び口腔の状態を踏まえ、今後の口腔管理に当たって特に留意すべき事項を患者等に説明し、診療録には、説明した内容の要点を記載する。

B000-4-2 小児口腔機能管理料 100 点

- 注 1 区分番号 B000-4 に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号 B002 に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、口腔機能の発達不全を有する 15 歳未満の小児に対して、口腔機能の獲得を目的として、当該患者等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、療養上必要な指導を行った場合に、月 1 回に限り算定する。
- 2 入院中の患者に対して管理を行った場合又は退院した患者に対して退院の日の属する月に管理を行った場合における当該管理の費用は、第 1 章第 2 部第 1 節、第 3 節又は第 4 節の各区分の所定点数に含まれる。ただし、歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関の歯科診療以外の診療に係る病棟に入院中の患者又は当該病棟を退院した患者については、この限りでない。
- 3 小児口腔機能管理料を算定した月において、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 C001-3 に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、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区分番号 N002 に掲げる歯科矯正管理料は、算定できない。

B000-4-3 口腔機能管理料 100 点

- 注 1 区分番号 B000-4 に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号 B002 に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、口腔機能の低下を来しているものに対して、口腔機能の回復又は維持を目的として、当該患者等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、療養上必要な指導を行った場合に、月 1 回に限り算定する。
- 2 入院中の患者に対して管理を行った場合又は退院した患者に対して退院の日の属する月に管理を行った場合における当該管理の費用は、第 1 章第 2 部第 1 節、第 3 節又

(小児口腔機能管理料)

- (1) 小児口腔機能管理料とは、15 歳未満の口腔機能の発達不全を認める患者に対して、正常な口腔機能の獲得を目的として行う医学管理を評価したものをいい、関係学会の診断基準により口腔機能発達不全症と診断されている患者のうち、評価項目において 3 項目以上に該当する小児に対して、継続的な指導及び管理を実施する場合に当該管理料を算定する。当該管理を行うに当たっては、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(令和 2 年 3 月日本歯科医学会)を参考とすること。
- (2) 当該管理料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、患者等に対して説明するとともに、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においては、指導・管理内容を診療録に記載し、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、当該記録若しくはその写しを診療録に添付すること。
- (3) 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こと。写真撮影は、当該管理料の初回算定日には必ず実施し、その後は少なくとも当該管理料を 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。

(口腔機能管理料)

- (1) 口腔機能管理料とは、65 歳以上の歯の喪失や加齢、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に対して、口腔機能の回復又は維持・向上を目的として行う医学管理を評価したものをいい、関係学会の診断基準により口腔機能低下症と診断されている患者のうち、咀嚼機能低下(区分番号 D011-2 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 D011-3 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 D012 に掲げる舌圧検査を算定した患者に限る。))のいずれか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当該管理料を算定する。当該管理を行うに当たっては、関係学会より示されている「口腔機能低下症」に関する基本的な考え方(令和 2 年 3 月日本歯科医学会)を参考とすること。

は第4節の各区分の所定点数に含まれる。ただし、歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関の歯科診療以外の診療に係る病棟に入院中の患者又は当該病棟を退院した患者については、この限りでない。

3 口腔機能管理料を算定した月において、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 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及び区分番号 N002 に掲げる歯科矯正管理料は、算定できない。

#### B000-5 周術期等口腔機能管理計画策定料

300点

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

2 区分番号 B006 に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)、区分番号 B006-3 に掲げるがん治療連携計画策定料、区分番号 B009 に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)の注5に規定する加算及び区分番号 B015 に掲げる退院時共同指導料2は、別に算定できない。

(2) 当該管理料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においては、指導・管理内容を診療録に記載し、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、当該記録若しくはその写しを診療録に添付すること。

#### (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した場合に当該手術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を適切に行うため、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。

#### B000-6 周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)

- |       |      |
|-------|------|
| 1 手術前 | 280点 |
| 2 手術後 | 190点 |

注1 がん等に係る手術を実施する患者の周術期における口腔機能の管理を行うため、歯科診療を実施している保険医療機関において、区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注1に規定する管理計画に基づき、当該手術を実施する他の病院である保険医療機関に入院中の患者又は他の病院である保険医療機関若しくは同一の病院である保険医療機関に入院中の患者以外の患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、かつ、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、手術前は1回に限り、手術後は手術を行った日の属する月から起算して3月以内において3回に限り算定する。

- 2 周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)を算定した月において、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号B000-4-3に掲げる口腔機能管理料、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号B004-6-2に掲げる歯科治療時医療管理料、区分番号B006-3-2に掲げるがん治療連携指導料、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C001-4-2に掲げる在宅患者歯科治療時医療管理料及び区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。

#### B000-7 周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)

- |       |      |
|-------|------|
| 1 手術前 | 500点 |
| 2 手術後 | 300点 |

注1 がん等に係る手術を実施する患者の周術期等における口腔機能の管理を行うため、

(周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)、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に関連する感染症等の予防等を目的に、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 人工股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) 脳卒中による緊急手術等において、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(追記する形式等をいう。)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

歯科診療を実施している病院である保険医療機関において、周術期等口腔機能管理計画策定料の注1に規定する管理計画に基づき、当該手術を実施する同一の保険医療機関に入院中の患者に対して、当該保険医療機関に属する歯科医師が口腔機能の管理を行い、かつ、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、手術前は1回に限り、手術後は手術を行った日の属する月から起算して3月以内において、月2回に限り算定する。

2 周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)を算定した月において、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号B000-4-3に掲げる口腔機能管理料、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号B004-6-2に掲げる歯科治療時医療管理料、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C001-4-2に掲げる在宅患者歯科治療時医療管理料及び区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。

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B000-5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	他の保険医療機関
患者の状況	入院外	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 ※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)	周術期等口腔機能管理料(Ⅰ) ※他の病院で外来又は在宅で治療中の患者 (備考欄イ)
	入院中	周術期等口腔機能管理料(Ⅱ) ※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)	周術期等口腔機能管理料(Ⅰ) ※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関す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 B000-4 に掲げる歯科疾患管理料、区分番号 B000-4-2 に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号 B000-4-3 に掲げる口腔機能管理料、区分番号 B002 に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号 B004-6-2 に掲げる歯科治療時医療管理料、区分番号 B006-3-2 に掲げるがん治療連携指導料、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 C001-4-2 に掲げる在宅患者歯科治療時医療管理料、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区分番号 N002 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。

#### B000-8 周術期等口腔機能管理料（Ⅲ） 200 点

注 1 がん等に係る放射線治療、化学療法又は緩和ケアを実施する患者（以下「放射線治療等を実施する患者」という。）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、区分番号 B000-5 に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注 1 に規定する管理計画に基づき、他の保険医療機関又は同一の保険医療機関において放射線治療等を実施する患者に対し

#### （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 B000-5 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具体的な実施内容や指導内容、③その他必要な内容を記載

て、歯科医師が口腔機能の管理を行い、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、区分番号 B000-5 に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から月 1 回に限り算定する。

2 周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)を算定した月において、区分番号 B000-4 に掲げる歯科疾患管理料、区分番号 B000-4-2 に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号 B000-4-3 に掲げる口腔機能管理料、区分番号 B002 に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号 B00-4-6-2 に掲げる歯科治療時医療管理料、区分番号 B006-3-2 に掲げるがん治療連携指導料、区分番号 C001-3 に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、C001-4-2 に掲げる在宅患者歯科治療時医療管理料及び区分番号 N002 に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。

#### B001-2 歯科衛生実地指導料

- |               |       |
|---------------|-------|
| 1 歯科衛生実地指導料 1 | 80 点  |
| 2 歯科衛生実地指導料 2 | 100 点 |

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

2 2 については、区分番号 A000 に掲げる初診料の注 10 に規定する加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号 A000 に掲げる初診料の注 6 又は区分番号 A002 に掲げる再診料の注 4 に規定する加算を算定している患者であって、歯科疾患に罹患しているものに対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、直接口腔内で 15 分以上の実地指導(15 分以上の実地指導を行うことが困難な場合にあっては、月 2 回の実地指導を合わせて 15 分以上の実地指導)を行い、かつ、当該指導内容に係る情報を文書により提供し

した管理報告書を作成し、患者に提供すること。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 B000-6 に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)及び区分番号 B000-7 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。

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

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口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ものであること。

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

たときに、月1回に限り算定する。ただし、歯科衛生実地指導料2を算定した月においては、歯科衛生実地指導料1は算定できない。

- 3 入院中の患者に対して行った指導又は退院した患者に対して退院の日から当該退院した日の属する月の末日までに行った指導の費用は、第1章第2部第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれる。ただし、当該患者が歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関の歯科診療以外に係る病棟に入院している場合は、この限りでない。
- 4 区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している月については算定できない。

B001-3 歯周病患者画像活用指導料 10点

注 歯周病に罹患している患者に対して区分番号D002に掲げる歯周病検査を実施する場合において、継続的な管理を行うに当たって必要な口腔内写真を撮影し、当該患者又はその家族等に対し療養上必要な指導を行った場合に算定する。なお、2枚以上撮影した場合は、2枚目から1枚につき10点を所定点数に加算し、1回につき5枚に限り算定する。

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プ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」を算定する場合にあつては、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、患者自身によるプ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を行うこととするが、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）局長に報告すること。

（歯周病患者画像活用指導料）

- (1) 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C001-3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のいずれかの管理料を算定している患者であつて歯周病に罹患しているものに対し、プ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。

B002 歯科特定疾患療養管理料 170点

注1 別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に対して、治療計画に基づき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。

別表 第四

- ・口腔領域の悪性新生物（エナメル上皮腫を含む）
- ・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）
- ・口腔領域のシェーグレン症候群
- ・尋常性天疱瘡又は類天疱瘡
- ・口腔乾燥症（放射線治療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）
- ・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

2 指導に先立って、患者の療養を主として担う医師（注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾患に限る。）と共同して、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、当該患者に対し、その内容を文書により提供した場合は、1回に限り、共同療養指導計画加算として、100点を所定点数に加算する。

3 入院中の患者に対して行った指導又は退院した患者に対して退院の日から1月以内に行った指導の費用は、第1章第2部第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれる。ただし、当該患者が歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関の歯科診療以外の診療に係る病棟に入院している場合又は当該病棟に入院していた場合は、この限りでない。

4 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C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-5に

(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。

(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。）、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若しくは三叉神経ニューロパチー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、口腔のベーチェット病、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。

ト 三叉神経ニューロパチーとは、三叉神経に何らかの原因で機能障害が生じる神経症状（三叉神経痛を含む。）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

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ている患者に対して行った歯科特定疾患療養管理料は、別に算定できない。

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) 診察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、当該患者の全身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。
- (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。

#### B003 特定薬剤治療管理料 470 点

注 1 別に厚生労働大臣が定める患者に対して、薬物血中濃度を測定して計画的な治療管理を行った場合に算定する。

2 同一の患者につき 1 月以内に特定薬剤治療管理料を算定すべき測定及び計画的な治療管理を 2 回以上行った場合においては、特定薬剤治療管理料は 1 回とし、第 1 回の測定及び計画的な治療管理を行ったときに算定する。

3 薬物血中濃度の測定及び計画的な治療管理のうち、4 月目以降のものについては、所定点数の 100 分の 50 に相当する点数により算定する。

4 入院中の患者であって、バンコマイシンを投与しているものに対して、同一暦月に血中のバンコマイシンの濃度を複数回測定し、その測定結果に基づき、投与量を精密に管理した場合は、1 回目の特定薬剤治療管理料を算定すべき月に限り、530 点を所定点数に加算する。

5 注 4 に規定する患者以外の患者に対して、

(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プラニンをいう。
- (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) 「注 4」に規定する加算は、入院中の患者であって、バンコマイシンを数日間以上投与しているものに対して、バンコマイシン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、初回月加算（バンコマイシンを投与した場合）として「注 4」に規定する加算を算定し、「注 5」に規定する加算は別に算定できない。
- (5) 「注 5」に規定する初回月加算とは、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算定できるものであり、薬剤を変更した場合は算定できない。
- (6) 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のあるものは、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。

特定薬剤治療管理に係る薬剤の投与を行った場合は、1回目の特定薬剤治療管理料を算定すべき月に限り、280点を所定点数に加算する。

#### B004 悪性腫瘍特異物質治療管理料

注 医科点数表の区分番号 B001 の 3 に掲げる悪性腫瘍特異物質治療管理料の例により算定する。

##### 3 悪性腫瘍特異物質治療管理料

イ 尿中 B T A に係るもの 220 点

ロ その他のもの

(1) 1 項目の場合 360 点

(2) 2 項目以上の場合 400 点

注 1 イについては、悪性腫瘍の患者に対して、尿中 B T A に係る検査を行い、その結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月 1 回に限り第 1 回の検査及び治療管理を行ったときに算定する。

2 ロについては、悪性腫瘍の患者に対して、区分番号 D009 に掲げる腫瘍マーカーに係る検査（注 1 に規定する検査を除く。）のうち 1 又は 2 以上の項目を行い、その結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月 1 回に限り第 1 回の検査及び治療管理を行ったときに算定する。

3 注 2 に規定する悪性腫瘍特異物質治療管理に係る腫瘍マーカーの検査を行った場合は、1 回目の悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定すべき月に限り、ロの所定点数に 150 点を加算する。ただし、当該月の前月に腫瘍マーカーの所定点数を算定している場合は、この限りでない。

4 注 1 に規定する検査及び治療管理並びに注 2 に規定する検査及び治療管理を同一月に行った場合にあっては、ロの所定点数のみにより算定する。

5 腫瘍マーカーの検査に要する費用は所定点数に含まれる。

6 注 1 及び注 2 に規定されていない腫瘍マーカーの検査及び計画的な治療管理であって特殊なものに要する費用は、注 1 又は注 2 に掲げられている腫瘍マーカーの検査及び治療管理のうち、最も近似するもの所定点数により算定する。

#### (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 B001 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 D009 に掲げる腫瘍マーカーの例により算定する。

#### 【医科点数表 B001 の 3 悪性腫瘍特異物質治療管理料】

(1) 悪性腫瘍特異物質治療管理料は、悪性腫瘍であると既に確定診断がされた患者について、腫瘍マーカー検査を行い、当該検査の結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月 1 回に限り算定する。

(2) 悪性腫瘍特異物質治療管理料には、腫瘍マーカー検査、当該検査に係る採血及び当該検査の結果に基づく治療管理に係る費用が含まれるものであり、1 月のうち 2 回以上腫瘍マーカー検査を行っても、それに係る費用は別に算定できない。

(3) 腫瘍マーカー検査の結果及び治療計画の要点を診療録に記載する。

(4) 「注 3」に規定する初回月加算は、適切な治療管理を行うために多項目の腫瘍マーカー検査を行うことが予想される初回月に限って算定する。ただし、悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定する当該初回月の前月において、区分番号「D009」腫瘍マーカーを算定している場合は、当該初回月加算は算定できない。

(5) 区分番号「D009」腫瘍マーカーにおいて、併算定が制限されている項目を同一月に併せて実施した場合には、1 項目とみなして、本管理料を算定する。

(6) 当該月に悪性腫瘍特異物質以外の検査（本通知の腫瘍マーカーの項に規定する例外規定を含む。）を行った場合は、本管理料とは別に、検査に係る判断料を算定できる。

(例) 肝癌の診断が確定している患者で  $\alpha$ -フェトプロテインを算定し、別に、区分番号「D008」内分泌学的検査を行った場合の算定

悪性腫瘍特異物質治療管理料「ロ」の「(1)」+区分番号「D008」内分泌学的検査の実施料+区分番号「D026」の「4」生化学的検査(Ⅱ)判断料

(7) 特殊な腫瘍マーカー検査及び計画的な治療管理のうち、特に本項を準用する必要のあるものについては、その都度当局に内議し、最も近似する腫瘍マーカー検査及び治療管理として

B004-1-2 がん性疼痛緩和指導管理 200 点

- 注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与している患者に対して、WHO 方式のがん性疼痛の治療法に基づき、当該保険医療機関の保険医が計画的な治療管理及び療養上必要な指導を行い、麻薬を処方した場合に、月 1 回に限り算定する。
- 2 当該患者が 15 歳未満の小児である場合には、小児加算として、所定点数に 50 点を加算する。
- 3 区分番号 B004-1-3 に掲げるがん患者指導管理料（2 に限る。）は、別に算定できない。

B004-1-3 がん患者指導管理料

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

注 1 1 については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の歯科医師が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者 1 人につき 1 回（当該患者について区分番号 B006-3 に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号 B006-3-2 に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該指導管理を実施した場合は、それぞ

準用が通知された算定方法により算定する。

（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等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、当該指導には、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の薬剤の使用法に関する説明を含めるものであること。
- (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こと。

（がん患者指導管理料）

◇医科点数表の区分番号 B001 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。

《医科点数表》

23 がん患者指導管理料

(1) がん患者指導管理料 1

ア 悪性腫瘍と診断された患者に対して、患者の心理状態に十分配慮された環境で、がん診療の経験を有する医師又はがん患者の看護に従事した経験を有する専任の看護師が適宜必要に応じてその他の職種と共同して、身体症状及び精神症状の評価及び対応、病状、診療方針、診療計画、日常生活での注意点等の説明、患者の必要とする情報の提供、意思決定支援、他部門との連絡及び調整等、患者の心理的不安を軽減するための指導を実施した場合に算定する。なお、患者の理解に資するため、必要に応じて文書を交付するなど、分かりやすく説明するよう努めること。

イ がん患者指導管理料 2 の算定対象となる患者は、がんと診断された患者であって継続して治療を行う者のうち、S T A S－J（S T A S 日本語版）で 2 以上の項目が 2 項目以上該当する者、又は D C S（Decisional Conflict Scale）40 点以上のものであること。なお、S T A S－J については日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団（以下「ホスピ

れの保険医療機関において、患者1人につき1回)に限り算定する。

- 2 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の歯科医師又はその指示に基づき、看護師が患者の心理的不安を軽減するための面接を行った場合に、患者1人につき6回に限り算定する。
- 3 3については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射を受けているものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の歯科医師又はその指示に基づき、薬剤師が投薬又は注射の前後にその必要性について文書により説明を行った場合に、患者1人につき6回に限り算定する。
- 4 2について、区分番号A221-2に掲げる緩和ケア診療加算、区分番号B004-1-2に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料及び区分番号B004-1-5に掲げる外来緩和ケア管理料は、別に算定できない。
- 5 3について、区分番号B008に掲げる薬剤管理指導料、区分番号F100に掲げる処方料の注7に規定する加算及び区分番号F400に掲げる処方せん料の注5に規定する加算は、別に算定できない。

#### B004-1-4 入院栄養食事指導料(週1回)

- 1 入院栄養食事指導料1
    - イ 初回 260点
    - ロ 2回目 200点
  - 2 入院栄養食事指導料2
    - イ 初回 250点
    - ロ 2回目 190点
- 注1 1については、別に厚生労働大臣が定

ス財団」という。)の「STAS-J( STAS日本語版)スコアリングマニュアル第3版」(ホスピス財団ホームページに掲載)に沿って評価を行うこと。

ウ 看護師が実施した場合は、アに加えて、指導を行った看護師が、当該患者の診療を担当する医師に対して、患者の状態、指導内容等について情報提供等を行わなければならない。

エ 指導内容等の要点を診療録又は看護記録に記載すること。

オ 患者の十分な理解が得られない場合又は患者の意思が確認できない場合は、算定の対象とならない。また患者を除く家族等にもみ説明を行った場合は算定できない。

#### (3) がん患者指導管理料3

ア 悪性腫瘍と診断された患者のうち、抗悪性腫瘍剤を投薬又は注射されている者(予定を含む。)に対して、患者の心理状態に十分配慮された環境で、がん診療の経験を有する医師又は抗悪性腫瘍剤に係る業務に従事した経験を有する専任の薬剤師が適宜必要に応じてその他の職種と共同して、抗悪性腫瘍剤の投薬若しくは注射の開始日前30日以内、又は投薬若しくは注射をしている期間に限り、薬剤師の効能・効果、服用方法、投与計画、副作用の種類とその対策、日常生活での注意点、副作用に対応する薬剤や医療用麻薬等の使い方、他の薬を服用している場合は薬物相互作用等について文書により説明を行った場合に算定する。

イ 薬剤師が実施した場合は、アに加えて、指導を行った薬剤師が、抗悪性腫瘍剤による副作用の評価を行い、当該患者の診療を担当する医師に対して、指導内容、過去の治療歴に関する患者情報(患者の投薬歴、副作用歴、アレルギー歴等)、抗悪性腫瘍剤の副作用の有無、服薬状況、患者の不安の有無等について情報提供するとともに、必要に応じて、副作用に対応する薬剤、医療用麻薬等又は抗悪性腫瘍剤の処方に関する提案等を行わなければならない。

ウ 指導内容等の要点を診療録又は薬剤管理指導記録に記載すること。

エ 患者の十分な理解が得られない場合又は患者の意思が確認できない場合は、算定の対象とならない。また患者を除く家族等にもみ説明を行った場合は算定できない。

#### (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

める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、歯科医師と医師との連携の下に管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、入院中2回に限り算定する。

2 2については、診療所において、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の歯科医師と医師との連携の下に当該保険医療機関以外の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、入院中2回に限り算定する。

3 別に厚生労働大臣が定める患者に対して、退院後の栄養食事管理について指導するとともに、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明し、これを他の保険医療機関、介護老人保健施設等又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律第34条第1項に規定する指定障害者支援施設等若しくは児童福祉法第42条第1号に規定する福祉型障害児入所施設の医師又は管理栄養士と共有した場合に、入院中1回に限り、栄養情報提供加算として50点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号B015に掲げる退院時共同指導料2は別に算定できない。

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) 入院栄養食事指導料1は、当該保険医療機関の管理栄養士が当該保険医療機関の歯科医師と医師との連携により、指導を行った場合に算定する。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（公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は他の保険医療機関に限る。）の管理栄養士が当該診療所の歯科医師と医師との連携により、対面による指導を行った場合に算定する。

(3) 「注3」に規定する栄養情報提供加算は、栄養食事指導に加え、退院後の栄養及び食事管理に関する指導とともに、医療機関間の有機的連携の強化及び保健又は福祉関係機関等へ栄養情報提供機能の評価を目的として設定されたものであり、両者の患者の栄養に関する情報（必要栄養量、摂取栄養量、食事形態（嚥下食コードを含む。）、禁止食品、栄養管理に係る経過等）を相互に提供することにより、継続的な栄養管理の確保等を図るものである。

(4) 「注3」に規定する栄養情報提供加算は、栄養指導に加え、当該指導内容及び入院中の栄養管理の状況等を含む栄養に関する情報を示す文書を患者に退院の見通しが立った際に説明するとともにこれを他の保険医療機関、介護老人保健施設等、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律第34条第1項に規定する指定障害者支援施設等若しくは児童福祉法第42条第1号に規定する福祉型障害児入所施設の医師又は管理栄養士に対して提供した場合に、入院中1回に限り、所定の点数に加算する。

(5) 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。

(6) 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

(7) 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。

- (8) 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。

(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。

(外来緩和ケア管理料) (医科)

- (1) 外来緩和ケア管理料については、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入院中の患者以外のがん患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、当該患者の同意に基づき、外来において、症状緩和に係る専従のチーム(以下「緩和ケアチーム」という。)による診療が行われた場合に算定する。
- (2) 末期心不全の患者とは、以下のアからウまでの基準及びエからカまでのいずれかの基準に該当するものをいう。
- ア 心不全に対して適切な治療が実施されていること。
- イ 器質的な心機能障害により、適切な治療にかかわらず、慢性的に NYHA 重症度分類Ⅳ度の症状に該当し、頻回又は持続的に点滴薬物療法を必要とする状態であること。
- ウ 過去 1 年以内に心不全による急変時の入院が 2 回以上あること。なお、「急変時の入院」とは、患者の病状の急変等による入院を指し、予定された入院は除く。
- エ 左室駆出率が 20%以下であること。
- オ 医学的に終末期であると判断される状態であること。
- カ エ又はオに掲げる状態に準ずる場合であること。
- (3) 緩和ケアチームは、身体症状及び精神症状の緩和を提供することが必要である。緩和ケアチームの医師は緩和ケアに関する研修を修了した上で診療に当たること。
- (4) 緩和ケアチームは初回の診療に当たり、当該患者の診療を担う保険医看護師及び薬剤師などと共同の上、別紙様式 3 又はこれに準じた緩和ケア診療実施計画書を作成し、その内容を患者に説明の上交付するとともにその写しを診療録に添付すること。
- (5) 1 日当たりの算定患者数は 1 チームにつき概ね 30 人以上とする。ただし、「注 4」に規定する点数を算定する場合は、1 日当たりの算定患者数は、1 チームにつき概ね 15 人以上とする。
- (6) 症状緩和に係るカンファレンスが週 1 回程度開催されており、緩和ケアチームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担当する保険医、看護師などが参加していること。
- (7) 当該保険医療機関に緩和ケアチームが組織上明確に位置づけ

B004-1-5 外来緩和ケア管理料 290 点

- 注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、緩和ケアを要する入院中の患者以外の患者(がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬が投与されている患者に限る。)に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師等が共同して療養上必要な指導を行った場合に、月 1 回に限り算定する。
- 2 当該患者が 15 歳未満の小児である場合には、小児加算として、所定点数に 150 点を加算する。
- 3 区分番号 B004-1-2 に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料又は区分番号 B004-1-3 に掲げるがん患者指導管理料(2 に限る。)は、別に算定できない。

#### B004-1-6 外来リハビリテーション診療料

- 1 外来リハビリテーション診療料1 73点  
2 外来リハビリテーション診療料2 110点

- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、リハビリテーション（区分番号H000に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料又は区分番号H000-3に掲げる廃用症候群リハビリテーション料を算定するものに限る。以下この区分番号において同じ。）を要する入院中の患者以外の患者に対して、リハビリテーションの実施に関し必要な診療を行った場合に、外来リハビリテーション診療料1については7日間に1回に限り、外来リハビリテーション診療料2については14日間に1回に限り算定する。
- 2 外来リハビリテーション診療料1を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A002に掲げる再診料及び外来リハビリテーション診療料2は、算定できない。
- 3 外来リハビリテーション診療料2を算定する日から起算して14日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A002に掲げる再診料及び外来リハビリテーション診療料1は、算定できない。

られていること。

- (8) 院内の見やすい場所に緩和ケアチームによる診療が受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。
- (9) 当該緩和ケアチームは緩和ケア診療加算の緩和ケアチームと兼任可能である。
- (10) 「注4」に規定する点数、基本診療料の施設基準等の別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関（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。）において、算定可能である。

#### (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。

#### (外来リハビリテーション診療料)〈医科〉

- (1) 外来リハビリテーション診療料は、医師によるリハビリテーションに関する包括的な診察を評価するものである。
- (2) 外来リハビリテーション診療料1の対象患者は、状態が比較的安定している患者であって、リハビリテーション実施計画書において心大血管疾患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、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器・リハビリテーション料に掲げるリハビリテーション（以下「疾患別リハビリテーション」という。）を1週間に2日以上提供することとしている患者である。
- (3) 外来リハビリテーション診療料1を算定した日から起算して7日間は、疾患別リハビリテーションの提供に係る区分番号「A000」初診料、区分番号「A001」再診料又は区分番号「A002」外来診療料は算定できないものとし、当該7日間は、区分番号「A000」初診料、区分番号「A001」再診料又は区分番号「A002」外来診療料又は区分番号「A003」オンライン診療料を算定せずに、疾患別リハビリテーションの費用を算定できるものとする。
- (4) 外来リハビリテーション診療料2の対象患者は、状態が比較的安定している患者であって、リハビリテーション実施計画書において疾患別リハビリテーションを2週間に2日以上提供することとしている患者である。
- (5) 外来リハビリテーション診療料2を算定した日から起算して14日間は、疾患別リハビリテーションの提供に係る区分番号「A000」初診料、区分番号「A001」再診料又は区分番号「A002」外来診療料は算定できないものとし、当該14日間は区分番号「A000」初診料、区分番号「A001」再診料又は区分番号「A002」外来診療料又は区分番号「A003」オンライン診療料を

算定せずに、疾患別リハビリテーションの費用を算定できるものとする。

- (6) 外来リハビリテーション診療料1及び2を算定している場合は、疾患別リハビリテーションを提供する日において、リハビリテーションスタッフ(疾患別リハビリテーションの実施に係る理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士等をいう。以下同じ。)がリハビリテーション提供前に患者の状態を十分に観察し、療養指導記録に記載すること。また、患者の状態を観察した際に、前回と比べて状態の変化が認められた場合や患者の求めがあった場合等には、必要に応じて医師が診察を行うこと。
- (7) 外来リハビリテーション診療料1及び2を算定している場合は、医師は疾患別リハビリテーション料の算定ごとに当該患者にリハビリテーションを提供したリハビリテーションスタッフからの報告を受け、当該患者のリハビリテーションの効果や進捗状況等を確認し、診療録等に記載すること。なお、リハビリテーションスタッフからの報告は、カンファレンスの実施により代えることとしても差し支えない。

B004-1-7 外来放射線照射診療料 297点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を要する入院中の患者以外の患者に対して、放射線治療の実施に関し必要な診察を行った場合に、7日間に1回に限り算定する。

2 外来放射線照射診療料を算定する日から起算して7日以内の期間に4日以上放射線治療を予定していない場合には、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

3 外来放射線照射診療料を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該放射線治療の実施に係る区分番号A000に掲げる初診料及び区分番号A002に掲げる再診料は、算定できない。

(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。

《外来放射線照射診療料》〈医科〉

- (1) 放射線治療医(放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。)が診察を行った日に算定し、算定日から起算して7日間は放射線照射の実施に係る区分番号「A000」初診料、区分番号「A001」再診料又は区分番号「A002」外来診療料は算定できないものとし当該7日間は、区分番号「A000」初診料、区分番号「A001」再診料又は区分番号「A002」外来診療料を算定せずに、放射線照射の費用は算定できるものとする。
- (2) 外来放射線照射診療料を算定した場合にあっては、第2日日以降の看護師、診療放射線技師等による患者の観察については、照射毎に記録し医師に報告すること。
- (3) 放射線治療を行う前に、放射線治療により期待される治療効果や成績などとともに、合併症、副作用等についても必ず患者又はその家族に説明し、文書等による同意を得ること。
- (4) 関係学会による放射線精度管理等のガイドラインを遵守すること。
- (5) 算定した日を含め、3日間以内で放射線照射が終了する場合は、本点数の100分の50に相当する点数を算定する。

B004-2 手術前医学管理料 1,192点

注1 手術前に行われる検査の結果に基づき計画的な医学管理を行う旨を地方厚生局

(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。

- 長等に届け出た保険医療機関において、手術の実施に際して第 10 部の通則第 5 号により医科点数表の例によることとされる硬膜外麻酔、脊椎麻酔又はマスク若しくは気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合に、当該手術に係る手術料を算定した日に算定する。
- 2 同一の患者につき 1 月以内に手術前医学管理料を算定すべき医学管理を 2 回以上行った場合は、第 1 回目の手術前医学管理に係る手術料を算定した日 1 回に限り、手術前医学管理料を算定する。
  - 3 手術前医学管理料を算定した同一月に医科点数表の区分番号 D208 に掲げる心電図検査を算定した場合には、算定の期日にかかわらず、所定点数の 100 分の 90 に相当する点数により算定する。
  - 4 同一の部位につき当該管理料に含まれる区分番号 E000 に掲げる写真診断及び区分番号 E100 に掲げる歯、歯周病検査、顎骨、口腔軟組織と同時に 2 枚以上同一の方法により撮影を行った場合における第 2 枚目から第 5 枚目までの写真診断及び撮影（区分番号 E000 及び区分番号 E100 に規定する歯科用 3 次元エックス線断層撮影を除く。）の費用は、それぞれの所定点数の 100 分の 50 に相当する点数により別に算定できる。この場合において、第 6 枚目以後の写真診断及び撮影の費用については算定できない。
  - 5 当該所定点数に含まれる検査及び画像診断は医科点数表の区分番号 B001-4 の注 5 の例による。ただし、当該期間において同一の検査又は画像診断を 2 回以上行った場合の第 2 回目以降のものについては、別に算定する。
  - 6 第 3 部の通則第 5 号により医科点数表の例によることとされる血液学的検査判断料、生化学的検査（I）判断料又は免疫学的検査判断料を算定している患者については算定できない。
  - 7 第 1 章第 2 部第 3 節に掲げる特定入院料又は第 3 部の通則第 5 号により医科点数表の例によることとされる医科点数表の区分番号 D027 に掲げる基本的検体検

《医科点数表 B001-4 手術前医学管理料》

- (1) 手術前医学管理料は硬膜外麻酔、脊椎麻酔又は全身麻酔下で行われる手術の前に行われる定型的な検査・画像診断について、請求の簡素化等の観点から包括して評価したものであり、区分番号「L002」硬膜外麻酔、区分番号「L004」脊椎麻酔若しくは区分番号「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔下に手術が行われた場合に、月 1 回に限り、疾病名を問わず全て本管理料を算定する。
  - (2) 手術前 1 週間に本管理料に包括されている検査及び画像診断項目（以下この項において「検査項目等」という。）のいずれも行わなかった場合は、本管理料は算定できない。なお、「手術を行う前 1 週間以内に行ったもの」とは、手術を行う日の前日を起算日として 1 週間前の日から当該手術を実施した当日の手術実施前までに行ったものをいう。
  - (3) 手術前医学管理料には、包括されている検査項目等に係る判断料が含まれており、手術前医学管理料を算定した月に区分番号「D026」血液学的検査判断料、生化学的検査（I）判断料及び免疫学的検査判断料は別に算定できない。
  - (4) 手術前医学管理料を算定する際使用したフィルムの費用は、区分番号「E400」フィルムの所定点数により算定する。
  - (5) 本管理料を算定する手術前 1 週間において、入院と入院外が混在する場合においても、本管理料に包括されている検査項目等の 1 回目の所定点数については別に算定できない。
  - (6) 本管理料を月初めに算定し、手術前 1 週間が月をまたがる場合においても、本管理料の所定点数に包括されている検査項目等の 1 回目の所定点数については別に算定できない。
  - (7) 同一の患者について、月をまたがって 1 週間以内に硬膜外麻酔、脊椎麻酔又は全身麻酔下の手術を 2 回以上行った場合には、最初に行った手術の際に手術前医学管理料を算定し、2 回目の手術の際には手術前医学管理料を算定せず、それぞれの検査項目等の所定点数により算定する。
- (例) 当該月の 29 日に硬膜外麻酔、脊椎麻酔、全身麻酔下の手術を行い、翌月の 3 日に再び硬膜外麻酔、脊椎麻酔、全身麻酔下の手術を行った場合の算定。当該月の 29 日に手術前医学管理料を算定し、翌月の手術の 3 日の際には手術前医学管理料を算定せず、それぞれの検査項目等の所定点数で算定する。
- (8) 本管理料に包括されている肝炎ウイルス関連検査を行った場合には、当該検査の結果が陰性であった場合も含め、当該検査の結果について患者に適切な説明を行い、文書により提供すること。

査判断料を算定している患者については算定できない。

#### B004-3 手術後医学管理料（1日につき）

- 1 病院の場合 1,188 点  
2 診療所の場合 1,056 点

注1 病院（療養病棟、結核病棟及び精神病棟を除く。）又は診療所に入院している患者について、第10部の通則第5号により医科点数表の例によることとされるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術（入院の日から起算して10日以内に行われたものに限る。）後に、必要な医学管理を行った場合に、当該手術に係る手術料を算定した日の翌日から起算して3日に限り算定する。

2 同一の手術について、同一月に区分番号B004-2に掲げる手術前医学管理料を算定する場合は、本管理料を算定する3日間については、所定点数の100分の95に相当する点数により算定する。

3 当該所定点数に含まれる検査は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注3の例による。

4 第3部の通則第5号により医科点数表の例によることとされる尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料又は生化学的検査（I）判断料を算定している患者については算定できない。

5 第1章第2部第3節に掲げる特定入院料又は第3部の通則第5号により医科点数表の例によることとされる医科点数表の区分番号D027に掲げる基本的検体検査判断料を算定している患者については算定できない。

6 第1章第2部第3節に掲げる特定入院料のうち、特定集中治療室管理料に係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に入院している患者については算定できない。

#### B004-6-2 歯科治療時医療管理料（1日につき）

45 点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に

#### （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。

《医科点数表B001-5手術後医学管理料》

(1) 手術後医学管理料は、区分番号「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術後に必要な医学的管理を評価するとともに、手術後に行われる定型的な検査について、請求の簡素化等の観点から包括して評価したものであり、区分番号「A300」救命救急入院料又は区分番号「A301」特定集中治療室管理料に係る届出を行っていない保険医療機関の一般病棟に入院する患者について算定する。

(2) 手術後医学管理料には、包括されている検査項目に係る判断料が含まれており、手術後医学管理料を算定した月に区分番号「D026」尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料及び生化学的検査（I）判断料は別に算定できない。ただし、本管理料を算定する3日間が月をまたがる場合は、本管理料を算定する最初の日が属する月に係るこれらの判断料は別に算定できないが、その翌月にこれらの判断料の対象となる検査を実施した場合には、別に算定できる。

(3) 同一保険医療機関において、同一月に本管理料を算定するものと算定できないものが混在するような算定はできない。

(4) 手術後医学管理料の算定開始日となる入院の日とは、第1章第2部通則5に定める起算日のことをいう。

#### （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、

適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、全身的な管理が必要な患者に対し、第8部処置（区分番号 I009、I009-2、I010 及び I011-3 に掲げるものを除く。）、第9部手術又は第12部歯冠修復及び欠損補綴（区分番号 M001 から区分番号 M003 までに掲げるもの（全身麻酔下で行うものを除く。）に限る。）を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合に算定する。

2 第3部の通則第5号により医科点数表の例によることとされる医科点数表の区分番号 D220 に掲げる呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）又はカルジオタコスコープを算定した日は、当該管理料は算定できない。

3 歯科治療時医療管理料を算定した月において、区分番号 B000-6 分番号 B000-7 に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）又は区分番号 B000-8 に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）は、別に算定できない。

#### B004-9 介護支援等連携指導料 400 点

注 当該保険医療機関に入院中の患者に対して、当該患者の同意を得て、歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士、看護師等が介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービス又は障害福祉サービス等や退院後に利用可能な介護サービス又は障害福祉サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中2回に限り算定する。この場合において、同一日に、区分番号 B 0 1 5 の注3に掲げる加算（介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して指導を行った場合に限る。）は別に算定できない。

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。

#### （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。）

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することはできない。
- (8) 当該共同指導は、当該患者が入院している保険医療機関の医療関係職種と介護支援専門員又は相談支援専門員が、患者が入院している保険医療機関において実施することが原則であるが、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「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。

#### B005 開放型病院共同指導料 ( I ) 350 点

注 1 診察に基づき紹介された患者が、別に厚生労働大臣が定める開放利用に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（以下この表において「開放型病院」という。）に入院中である場合において、当該開放型病院に赴いて、当該患者に対して療養上必要な指導を共同して行った場合に、患者 1 人 1 日につき 1 回算定する。

2 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 C000 に掲げる歯科訪問診療料は別に算定できない。

#### B006 開放型病院共同指導料 ( II ) 220 点

注 診察に基づき紹介された患者が開放型病院に入院中である場合において、当該開放型病院において、当該患者を診察した保険医療機関の医師又は歯科医師と共同して療養上必要な指導を行った場合に、患者 1 人 1 日につき 1 回算定する。

#### (開放型病院共同指導料 ( I )、( II ))

◇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。

(開放型病院共同指導料 ( I )) (医科)

- (1) 開放型病院共同指導料 ( I ) は、開放型病院に自己の診察した患者を入院させた保険医が、開放型病院に赴き、開放型病院の保険医と共同で診療、指導等を行った場合に 1 人の患者に 1 日につき 1 回算定できるものであり、その算定は当該患者を入院させた保険医が属する保険医療機関において行う。
- (2) 開放型病院共同指導料 ( I ) を算定した場合は、区分番号「A000」初診料、区分番号「A001(A002)」再診料、区分番号「A002」外来診療料、区分番号「C000」往診料及び区分番号「C001」在宅患者訪問診療料 ( I ) の「1」等は算定できない。
- (3) 診療所による紹介に基づき開放型病院に入院している患者に対して、当該診療所の保険医が開放型病院に赴き診療、指導等を行った場合において、その患者について、区分番号「B009」診療情報提供料 ( I ) が既に算定されている場合であっても、開放型病院共同指導料 ( I ) を算定できる。
- (4) 開放型病院共同指導料 ( I ) を算定する場合、当該患者を入院させた保険医の診療録には、開放型病院において患者の指導等を行った事実を記載し、開放型病院の診療録には当該患者を入院させた保険医の指導等が行われた旨を記載する。

B006-3 がん治療連携計画策定料

- |   |               |       |
|---|---------------|-------|
| 1 | がん治療連携計画策定料 1 | 750 点 |
| 2 | がん治療連携計画策定料 2 | 300 点 |

注 1 がん治療連携計画策定料 1 については、入院中のがん患者の退院後の治療を総合的に管理するため、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関（以下この表において「計画策定病院」という。）が、あらかじめがんの種類やステージを考慮した地域連携診療計画を作成し、がん治療を担う別の保険医療機関と共有し、かつ、患者の同意を得た上で、入院中又は当該保険医療機関を退院した日から起算して 30 日以内に、当該計画に基づき当該患者の治療計画を作成し、患者に説明し、文書により提供するとともに、退院時又は退院した日から起算して 30 日以内に当該別の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合（がんと診断されてから最初の入院に係るものに限る。）に、退院時又は退院した日から起算して 30 日以内に 1 回に限り所定点数を算定する。

2 がん治療連携計画策定料 2 については、当該保険医療機関において注 1 に規定するがん治療連携計画策定料 1 を算定した患者であって、他の保険医療機関において区分番号 B006-3-2 に掲げるがん治療連携指導料を算定しているものについて、状態の変化等に伴う当該他の保険医療機関からの紹介により、当該患者を診療し、当該患者の診療計画を変更した場合に、患者 1 人につき月 1 回に限り所定点数を算定する。

3 注 1 及び注 2 の規定に基づく当該別の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号 B009 に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）及び区分番号 B011 に掲げる診療情報連携共有料の費用は、所定点数に含まれる。

(5) 開放型病院共同指導料（Ⅱ）は、当該患者を入院させた保険医の属する保険医療機関が開放型病院共同指導料（Ⅰ）を算定した場合に、開放型病院において算定する。

（がん治療連携計画策定料、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。

(1) がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料は、がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院又は小児がん拠点病院を中心に策定された地域連携診療計画に沿ったがん治療に関わる医療機関の連携により、がん患者に対して地域における切れ目のない医療が提供されることを評価したものである。

(2) 地域連携診療計画は、あらかじめがん診療連携拠点病院等において、がんの種類や治療方法等ごとに作成され、当該がん診療連携拠点、病院等からの退院後の治療を共同して行う複数の連携保険医療機関との間で共有して活用されるものであり、病名、ステージ、入院中に提供される治療、退院後、計画策定病院で行う治療内容及び受診の頻度連携医療機関で行う治療の内容及び受診の頻度、その他必要な項目が記載されたものであること。

(3) がん治療連携計画策定料 1 は、がんと診断され、がんの治療目的に初回に入院した際に地域連携診療計画に沿って治療を行うことについて患者の同意を得た上で、地域連携診療計画に基づく個別の患者ごとの治療計画を作成するとともに、説明し、それを文書にて患者又は家族に提供した場合に、退院時又は退院した日から起算して 30 日以内に計画策定病院において算定する。その際、患者に交付した治療計画書の写しを診療録に貼付すること。

(4) がん治療連携計画策定料 1 は、病理診断の結果が出ない又は退院後一定期間の外来診療を必要とする等の理由で、個別の患者の治療計画を入院中に策定できない場合であっても、退院した日から起算して 30 日以内に速やかに個別の治療計画を策定するとともに、文書にて患者又は家族に提供した場合にあっては、算定可能とする。その際、交付した治療計画書の写しを診療録に添付すること。

(5) 計画策定病院は、治療計画に基づき、患者に対して治療を提供するとともに、患者の同意を得て、適切に連携医療機関と情報共有を図るとともに、必要に応じて適宜治療計画を見直すものとする。なお、がん治療連携計画策定料 2 は、当該患者の状態の変化等により連携医療機関から紹介を受け、当該患者を診療した上で、当該患者の治療計画を変更し、患者又はその家族等に説明するとともに、文書にて提供した場合に計画策定病院において算定する（連携医療機関において区分番号「B005-6-2(B 006-3-2)」がん治療連携指導料を算定し

4 区分番号 B000-5 に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料、区分番号 B006 に掲げる開放型病院共同指導料 (Ⅱ) 又は区分番号 B015 に掲げる退院時共同指導料 2 は、別に算定できない。

**B006-3-2 がん治療連携指導料 300 点**

- 注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関 (計画策定病院を除く。) が、区分番号 B006-3 に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した患者であって入院中の患者以外のものに対して、地域連携診療計画に基づいた治療を行うとともに、患者の同意を得た上で、計画策定病院に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、月 1 回に限り算定する。
- 2 注 1 の規定に基づく計画策定病院への文書の提供に係る区分番号 B009 に掲げる診療情報提供料 (Ⅰ) の費用は、所定点数に含まれる。
- 3 区分番号 B000-6 に掲げる周術期等口腔機能管理料 (Ⅰ) 又は区分番号 B000-8 に掲げる周術期等口腔機能管理料 (Ⅲ) は、別に算定できない。

**B006-3-3 がん治療連携管理料**

- |                 |       |
|-----------------|-------|
| 1 がん診療連携拠点病院の場合 | 500 点 |
| 2 地域がん診療病院の場合   | 300 点 |
| 3 小児がん拠点病院の場合   | 750 点 |

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関が、他の保険医療機関等から紹介された患者であってがんと診断された入院中の患者以外の患者に対して、化学療法又は放射線治療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、1 人につき 1 回に限り所定点数を算定する。

ている患者に限る。) 。その際、交付した治療計画書の写しを診療録に貼付すること。

- (6) がん治療連携指導料は、連携医療機関において、患者ごとに作成された治療計画に基づく診療を提供し、計画策定病院に対し患者の診療に関する情報提供をした際に算定する。計画策定病院に対する情報提供の頻度は、基本的には治療計画に記載された頻度に基づくものとするが患者の状態の変化等により、計画策定病院に対し治療方針等につき、相談・変更が必要となった際に情報提供を行った際にも算定できるものである。
- (7) がん治療連携計画策定料又はがん治療連携指導料を算定した場合は、区分番号「A246」退院支援加算の注 4 及び区分番号「B009」診療情報提供料 (Ⅰ) の注 14 に規定する地域連携診療計画加算は算定できない。

**(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。

《がん治療連携管理料》〈医科〉

- (1) がん診療連携管理料は、がんの集学的治療、緩和ケアの提供、地域医療との連携、専門医師その他の専門の医療従事者の配置、院内がん登録の適切な実施、相談支援センター等の体制を備えたがん診療連携拠点病院、地域がん診療病院又は小児がん拠点病院として指定された病院を評価したものである。
- (2) 別の保険医療機関又は健康診断を実施した医療機関の医師により、悪性腫瘍の疑いがあるとされた患者 (最終的に悪性腫瘍と診断された患者に限る。) 又は悪性腫瘍と診断された患者に対し、がん治療連携管理料の「1」についてはこれらの保険医療機関等から紹介を受けたがん診療連携拠点病院が、がん治療連携管理料の「2」についてはこれらの保険医療機関等から紹介を受けた地域がん診療病院が、外来における化学療法又は放射線治療を行った場合に、患者 1 人につき 1 回に限り所定点数を算定する。

#### B006-3-4 療養・就労両立支援指導料

1 初回	800 点
2 2 回目以降	400 点

- 注1 1については、別に厚生労働大臣が定める疾患に罹患している患者に対して、当該患者と当該患者を使用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書の内容を踏まえ、就労の状況を考慮して療養上の指導を行うとともに、当該患者の同意を得て、当該患者が勤務する事業場において選任されている労働安全衛生法第13条第1項に規定する産業医、同法第10条第1項に規定する総括安全衛生管理者、同法第12条に規定する衛生管理者若しくは同法第12条の2に規定する安全衛生推進者又は同法第13条の2の規定により労働者の健康管理等を行う保健師（以下「産業医等」という。）に対し、病状、治療計画、就労上の措置に関する意見等当該患者の就労と療養の両立に必要な情報を提供した場合に、月1回に限り算定する。
- 2 2については、当該保険医療機関において1を算定した患者について、就労の状況を考慮して療養上の指導を行った場合に、1を算定した日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り算定する。
- 3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該患者に対して、看護師又は社会福祉士が相談支援を行った場合に、相談支援加算として、50

- (3) がん治療連携管理料の「3」は、別の保険医療機関又は健康診断を実施した医療機関の医師により、悪性腫瘍の疑いがあるとされた小児の患者（最終的に悪性腫瘍と診断された患者に限る。）又は悪性腫瘍と診断された小児の患者に対し、これらの保険医療機関等から紹介を受けた小児がん拠点病院が、外来における化学療法又は放射線治療を行った場合に、患者1人につき1回に限り所定点数を算定する。
- (4) 当該管理料の対象患者は、(2)に定める患者であり、悪性腫瘍以外の疾患で別の保険医療機関から紹介を受け、当該がん診療連携拠点病院において悪性腫瘍と診断された患者は含まれない。
- (5) がん治療連携管理料を算定した場合は、区分番号「A232」がん診療連携拠点病院加算は算定できない。

#### (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。

- (1) 療養・就労両立支援指導料は、就労中の患者の療養と就労の両立支援のため、患者と患者を雇用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書の内容を踏まえ、就労の状況を考慮して、療養上の指導を行うこと及び当該患者が勤務する事業場において選任されている労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）第13条第1項に規定する産業医、同法第10条第1項に規定する総括安全衛生管理者、同法第12条に規定する衛生管理者若しくは同法第12条の2に規定する安全衛生推進者又は同法第13条の2の規定により労働者の健康管理等を行う保健師（以下この区分において「産業医等」という。）に就労と療養の両立に必要な情報を提供すること並びに診療情報を提供した後の勤務環境の変化を踏まえ療養上必要な指導を行った場合を評価するものである。
- (2) 療養・就労両立支援指導料は、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定める疾患に罹患しているものの求めを受けて、患者の同意を得て、以下の全ての医学管理を実施した場合に、月1回に限り算定する。
- ア 治療を担当する医師が、患者から当該患者と当該患者を使用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書を当該患者から受け取ること。
- イ 治療を担当する医師が、アの文書の内容を踏まえ、療養上の指導を行うとともに、当該医師又は当該医師の指示を受けた看護師若しくは社会福祉士が、患者から就労の状況を聴取した上で、治療や疾患の経過に伴う状態変化に応じた就労上の留意点に係る指導を行うこと。
- ウ 治療を担当する医師が、①又は②のいずれかにより、当該患者が勤務する事業場において選任されている産業医等に対し、病状、治療計画、就労上の措置に関する意見等

点を所定点数に加算する。

- 4 注1の規定に基づく産業医等への文書の提供に係る区分番号 B009 に掲げる診療情報提供料 ( I ) 又は区分番号 B010 に掲げる診療情報提供料 ( II ) の費用は、所定点数に含まれるものとする。

当該患者の就労と療養の両立に必要な情報の提供を行うこと。

- ① 病状、治療計画、治療に伴い予想される症状、就労上必要な配慮等について、「別紙様式 49」、「別紙様式 49 の 2」又はこれに準ずる様式を用いて、患者の勤務する事業場の産業医等に対して就労と療養の両立に必要な情報を記載した文書の提供を行い、当該文書の写しを診療録に添付すること。患者の勤務する事業場の産業医等があらかじめ指定した様式を用いて就労上の留意点等を提供することも差し支えない。なお、当該患者が勤務する事業場において産業医が選任されている場合は、当該産業医に対して当該患者の就労と療養の両立に必要な情報の提供を行うこと。
  - ② 当該患者の診察に同席した産業医等に対して、就労と療養の両立に必要なことを説明し、説明の内容を診療録等に記載すること。
- (3) 「2」については、「1」を算定した患者について、情報提供を行った診療の次回以降の受診時に、就労の状況等を確認し、必要な療養上の指導を行った場合に、「1」を算定した日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り算定する。
- (4) 「注3」に規定する相談支援加算については、専任の看護師又は社会福祉士が、療養上の指導に同席し、相談支援を行った場合に算定できる。
- (5) 「1」については、事業場の産業医等への就労と療養の両立に必要な情報を記載した文書の作成に係る評価を含むことから、当該指導料を算定する場合、当該文書の発行に係る費用を、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できない。
- (6) 治療を担当する医師と産業医が同一の者である場合及び治療を担当する医師が患者の勤務する事業場と同一資本の施設で勤務している場合においては、当該指導料は算定できない。

B007 退院前訪問指導料 580 点

注1 入院期間が1月を超えると見込まれる患者の円滑な退院のため、患家を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での療養上の指導を行った場合に、当該入院中1回（入院後早期に退院前訪問指導の必要があると認められる場合は、2回）に限り算定する。

- 2 注1に掲げる指導に要した交通費は、患家の負担とする。

(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。

《退院前訪問指導料》〈医科〉

- (1) 退院前訪問指導料は、継続して1月を超えて入院すると見込まれる入院患者の円滑な退院のため、入院中（外泊時を含む。）又は退院日に患家を訪問し、患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら、患者又はその家族等退院後に患者の看護に当たる者に対して、退院後の在宅での療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定する。なお、入院期間は暦月で計算する。
- (2) 退院前訪問指導料は指導の対象が患者又はその家族等である

かの如何を問わず、1回の入院につき1回に限り、指導の実施日にかかわらず、退院日に算定する。ただし、入院後早期(入院後14日以内とする。)に退院に向けた訪問指導の必要性を認めて訪問指導を行いかつ在宅療養に向けた最終調整を目的として再度訪問指導を行う場合に限り、指導の実施日にかかわらず退院日に2回分を算定する。

- (3) 退院前訪問指導料は、退院して家庭に復帰する患者が算定の対象であり、特別養護老人ホーム等医師又は看護師等が配置されている施設に入所予定の患者は算定の対象としない。
- (4) 医師の指示を受けて保険医療機関の保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等が訪問し、指導を行った場合にも算定できる。
- (5) 指導又は指示内容の要点を診療録等に記載する。
- (6) 退院前訪問指導に当たっては当該保険医療機関における看護業務等に支障をきたすことのないよう留意する。
- (7) 保険医療機関は、退院前訪問指導の実施に当たっては、市町村の実施する訪問指導事業等関連事業との連携に十分配慮する。

#### B008 薬剤管理指導料

- 1 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者に対して行う場合  
380点
- 2 1の患者以外の患者に対して行う場合射  
されている場合  
325点
- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者のうち、1及び2については別に厚生労働大臣が定める患者に対して、3についてはそれ以外の患者に対して、投薬又は注射及び薬学的管理指導を行った場合は、当該患者に係る区分に従い、患者1人につき週1回に限り、月4回に限り算定する。
- 2 麻薬の投薬又は注射が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、必要な薬学的管理指導を行った場合は、1回につき所定点数に50点を加算する。
- 3 区分番号B004-1-3に掲げるがん患者指導管理料(3に限る。)は、算定できない。

#### ( 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。

《医科点数表 B008 薬剤管理指導料》

(1) 薬剤管理指導料は、当該保険医療機関の薬剤師が医師の同意を得て薬剤管理指導記録に基づき、直接服薬指導、服薬支援その他の薬学的管理指導(処方された薬剤の投与量、投与方法、投与速度、相互作用、重複投薬、配合変化、配合禁忌等に関する確認並びに患者の状態を適宜確認することによる効果、副作用等に関する状況把握を含む。)を行った場合に週1回に限り算定できる。

また、薬剤管理指導料の算定対象となる小児及び精神障害者等については、必要に応じて、その家族等に対して服薬指導等を行った場合であっても算定できる。なお、施設基準を満たしていても、上記要件に該当しない場合にあっては、区分番号「F500」調剤技術基本料の「1」により算定する。

(2) 薬剤管理指導料の「1」は、抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、不整脈用剤、抗てんかん剤、血液凝固阻止剤、ジギタリス製剤、テオフィリン製剤、カリウム製剤(注射薬に限る。)、精神神経用剤、糖尿病用剤、膵臓ホルモン剤又は抗HIV薬が投薬又は注射されている患者に対して、これらの薬剤に関し、薬学的管理指導を行った場合に算定する。なお、具体的な対象薬剤については、その一覧を厚生労働省のホームページに掲載している。

(3) 当該保険医療機関の薬剤師は、過去の投薬・注射及び副作用発現状況等を患者又はその家族等から聴取し、当該医療機関

及び可能な限り他の医療機関における投薬及び注射に関する基礎的事項を把握する。

- (4) 薬剤管理指導料の算定日を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。
- (5) 当該保険医療機関の薬剤師が患者ごとに作成する薬剤管理指導記録には、次の事項を記載し、最後の記入の日から最低3年間保存する。患者の氏名、生年月日、性別、入院年月日、退院年月日、診療録の番号、投薬・注射歴、副作用歴、アレルギー歴、薬学的管理指導の内容、患者への指導及び患者からの相談事項、薬剤管理指導等の実施日、記録の作成日及びその他の事項なお、薬剤管理指導記録を診療録等とともに管理する場合には、上記の記載事項のうち、重複する項目については、別途記録の作成を要しない。また、薬剤管理指導記録に添付が必要な文書等を別途保存することは差し支えないが、この場合においては、薬剤管理指導記録と当該文書等を速やかに突合できるような管理体制を整備すること。
- (6) 「注2」の麻薬管理指導加算は、本指導料を算定している患者のうち、麻薬が投与されている患者に対して、投与される麻薬の服用に関する注意事項等に関し、必要な薬学的管理指導を行った場合に算定する。
- (7) 薬剤管理指導料を算定している患者に投薬された医薬品について、当該保険医療機関の薬剤師が以下の情報を知ったときは、原則として当該薬剤師は、速やかに当該患者の診療を担う保険医に対し、当該情報を文書により提供するとともに、当該保険医に相談の上、必要に応じ、患者に対する薬学的管理指導を行うものとする。
  - ア 緊急安全性情報、安全性速報
  - イ 医薬品・医療機器等安全性情報
- (8) 「注2」の麻薬管理指導加算の算定に当たっては、前記の薬剤管理指導記録に少なくとも次の事項についての記載がされていなければならない。
  - ア 麻薬に係る薬学的管理指導の内容（麻薬の服薬状況、疼痛緩和の状況等）
  - イ 麻薬に係る患者への指導及び患者からの相談事項
  - ウ その他麻薬に係る事項
- (9) 薬剤管理指導、麻薬管理指導及び退院時服薬指導を行った場合は、必要に応じ、その要点を文書で医師に提供すること。

B008-2 薬剤総合評価調整管理料 250点

注1 入院中の患者以外の患者であって、6種類以上の内服薬(特に規定するものを除く。)が処方されていたものについて、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者に処方する内服薬が2種類以上減少した場合に、月1回に限り所定点数を算定する。

(薬剤総合評価調整管理料)

- (1) 薬剤総合評価調整管理料は、内服を開始して4週間以上経過した内服薬が6種類以上処方されている入院中の患者以外の患者に対して、複数の薬剤の投与により期待される効果と副作用の可能性等について、当該患者の病状及び生活状況等に伴う服薬アドヒアランスの変動等について十分に考慮した上で、総合的に評価を行い、処方内容を検討した結果、処方さ

2 処方の内容の調整に当たって、別の保険医療機関又は保険薬局に対して、照会又は情報提供を行った場合、連携管理加算として、50点を所定点数に加算する。ただし、連携管理加算を算定した場合において、区分番号B009に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)(当該別の保険医療機関に対して患者の紹介を行った場合に限る。)又は区分番号B011に掲げる診療情報連携共有料(当該別の保険医療機関に対して行った場合に限る。)は同一日には算定できない。

B009 診療情報提供料(Ⅰ) 250点

注1 保険医療機関が、診療に基づき、別の保険医療機関での診療の必要を認め、これに対して、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、紹介先保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。

2 保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、当該患者の居住地を管轄する市町村又は介護保険法第46条第1項の規定に

れる内服薬が減少した場合について評価したものである。

- (2) 薬剤総合評価調整管理料は、当該保険医療機関で処方された内服薬の種類数が2種類以上減少し、その状態が4週間以上継続すると見込まれる場合に算定する。ただし、他の保険医療機関から投薬を受けていた患者については、当該保険医療機関及び当該他の保険医療機関で処方された内服薬を合計した種類数から2種類以上減少した場合については、区分番号「A250」に掲げる薬剤総合評価調整加算と合わせて、1か所の保険医療機関に限り算定できることとする。この場合には当該他の保険医療機関名及び各保険医療機関における調整前後の薬剤の種類数を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、保険薬局からの提案を踏まえて、処方内容の評価を行い、処方内容を調整した場合には、その結果について当該保険薬局に情報提供を行う。
- (3) 連携管理加算は、処方内容の総合調整に当たって、薬効の類似した処方又は相互作用を有する処方等について、患者が受診する他の保険医療機関又は保険薬局に照会を行った場合及び当該他の保険医療機関等からの情報提供を受けて、処方内容の調整又は評価を行い、その結果について当該他の保険医療機関等に情報提供を行った場合に算定する。
- (4) 受診時において当該患者が処方されている内服薬のうち、屯服薬については内服薬の種類数から除外する。また、服用を開始して4週間以内の薬剤については、調整前の内服薬の種類数から除外する。
- (5) 当該管理料の算定における内服薬の種類数の計算に当たっては、錠剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤及び液剤については、1銘柄ごとに1種類として計算する。
- (6) 医師が内服薬を調整するに当たっては、評価した内容や調整の要点を診療録に記載する。
- (7) 当該保険医療機関で区分番号「A250」に掲げる薬剤総合評価調整加算又は薬剤総合評価調整管理料を1年以内に算定した場合においては、前回の算定に当たって減少した後の内服薬の種類数から更に2種類以上減少しているときに限り新たに算定することができる。

(B009、B010 診療情報提供料)

◇医科点数表の区分番号B009又は医科点数表の区分番号B010に掲げる診療情報提供料の例により算定する。

《医科点数表B009 診療情報提供料(Ⅰ)》

- (1) 診療情報提供料(Ⅰ)は、医療機関間の有機的連携の強化及び医療機関から保険薬局又は保健・福祉関係機関への診療情報提供機能の評価を目的として設定されたものであり、両者の患者の診療に関する情報を相互に提供することにより、継続的な医療の確保、適切な医療を受けられる機会の増大、医療・社会資源の有効利用を図ろうとするものである。

より都道府県知事が指定する指定居宅介護支援事業者等若しくは障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

- 3 保険医療機関が、診療に基づき保険薬局による在宅患者訪問薬剤管理指導の必要を認め、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの同意を得て、当該保険薬局に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。
- 4 保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、介護保険法第8条第25項に規定する介護老人保健施設（当該保険医療機関と同一の敷地内にある介護老人保健施設その他これに準ずる介護老人保健施設を除く。）に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。
- 5 保険医療機関が、患者の退院日の属する月又はその翌月に、添付の必要を認め、患者の同意を得て、別の保険医療機関、精神障害者施設又は介護老人保健施設に対して、退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付して紹介を行った場合は、所定点数に200点を加算する。
- 6 保険医療機関（区分番号A000に掲げる初診料の注10に規定する厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を除く。）が、区分番号A000に掲げる初診料の注6若しくは区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する加算を算定している患者又は区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定している患者について、当該患者又はその家族の同意を得て、区分番号A000に掲げる初診料の注10に規定する加算に係る施設基準又は地域歯科診療

(2) 保険医療機関が、診療に基づき他の機関での診療の必要性等を認め、患者に説明し、その同意を得て当該機関に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定する。

(3) 紹介に当たっては、事前に紹介先の機関と調整の上、下記の紹介先機関ごとに定める様式又はこれに準じた様式の文書に必要事項を記載し、患者又は紹介先の機関に交付する。また、交付した文書の写しを診療録に添付するとともに、診療情報の提供先からの当該患者に係る問い合わせに対しては、懇切丁寧に対応するものとする。

ア イ及びウ以外の場合 別紙様式11又は別紙様式11の2  
イ 市町村又は指定居宅介護支援事業者等 別紙様式12から別紙様式12の4まで

ウ 介護老人保健施設又は介護医療院 別紙様式13

エ 小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部 別紙様式14

(4) 当該情報を提供する保険医療機関と特別の関係にある機関に情報提供が行われた場合や、市町村等が開設主体である保険医療機関が当該市町村等に対して情報提供を行った場合は算定できない。

(5) A保険医療機関には、検査又は画像診断の設備がないため、B保険医療機関（特別の関係にあるものを除く。）に対して、診療状況を示す文書を添えてその実施を依頼した場合には、診療情報提供料（I）は算定できる。

(6)(5)の場合において、B保険医療機関が単に検査又は画像診断の設備の提供にとどまる場合には、B保険医療機関においては、診療情報提供料（I）、初診料、検査料、画像診断料等は算定できない。なお、この場合、検査料、画像診断料等を算定するA保険医療機関との間で合議の上、費用の精算を行うものとする。

(7)(5)の場合において、B保険医療機関が、検査又は画像診断の判読も含めて依頼を受け、その結果をA保険医療機関に文書により回答した場合には、診療情報提供料（I）を算定できる。なお、この場合に、B保険医療機関においては、初診料、検査料、画像診断料等を算定でき、A保険医療機関においては検査料、画像診断料等は算定できない。

(8) 提供される情報の内容が、患者に対して交付された診断書等であって、当該患者より自費を徴収している場合、意見書等であって、意見書の交付について診療報酬又は公費で既に相応の評価が行われている場合には、診療情報提供料（I）は算定できない。

(9) 下記のア、イの場合については、患者1人につき月1回に限り、所定点数を算定する。また、いずれの場合も診療情報の提供に当たって交付した文書の写しを診療録に添付する。

ア 区分番号「C001」在宅患者訪問診療料（I）又は区分番

支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関、歯科医業を行わない保険医療機関又は指定居宅介護支援事業者に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合は、100点を所定点数に加算する。

7 区分番号 A000 に掲げる初診料の注 10 に規定する加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、区分番号 A000 に掲げる初診料の注 6 又は区分番号 A002 に掲げる再診料の注 4 に規定する加算を算定している患者について、当該患者又はその家族の同意を得て、歯科診療を行う保険医療機関（区分番号 A000 に掲げる初診料の注 10 に規定する厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を除く。）に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合は、100点を所定点数に加算する。

8 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、患者の紹介を行う際に、検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容、退院時要約等の診療記録のうち主要なものについて、他の保険医療機関に対し、電子的方法により閲覧可能な形式で提供した場合又は電子的に送受される診療情報提供書に添付した場合に、検査・画像情報提供加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、イについては、注 5 に規定する加算を算定する場合は算定できない。

イ 退院する患者について、当該患者の退院日の属する月又はその翌月に、必要な情報を提供した場合 200 点

ロ 入院中の患者以外の患者について、必要な情報を提供した場合 30 点

号「C001-2」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を算定すべき訪問診療を行っている保険医療機関が、患者の同意を得て、診療の日から 2 週間以内に、当該患者に対して継続して区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号「C005-1-2」居住系施設入居者等訪問看護・指導料を算定すべき看護若しくは指導又は区分番号「C006」在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を算定すべき指導管理を行っている別の保険医療機関に対して、診療日、診療内容、患者の病状、日常生活動作能力等の診療情報を示す文書を添えて、当該患者に係る療養上必要な情報を提供した場合

イ 区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号「C005-1-2」居住系施設入居者等訪問看護・指導料を算定すべき看護若しくは指導又は区分番号「C006」在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を算定すべき指導管理を行っている保険医療機関が、患者の同意を得て、診療の日から 2 週間以内に、別の保険医療機関に対して、病歴、診療内容、患者の病状等の診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る療養上必要な情報を提供した場合

(10) 診療情報の提供に当たり、レントゲンフィルム等をコピーした場合には、当該レントゲンフィルム等及びコピーに係る費用は当該情報提供料に含まれ、別に算定できない。

(11) 「注 2」に掲げる「市町村又は介護保険法第 46 条第 1 項に規定する指定居宅介護支援事業者、同法第 58 条第 1 項に規定する指定介護予防支援事業者、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成 17 年法律第 123 号）第 51 条の 17 第 1 項第 1 号に規定する指定特定相談支援事業者、児童福祉法第 24 条の 26 第 1 項第 1 号に規定する指定障害児相談支援事業者等」とは、当該患者の居住地を管轄する市町村（特別区を含む。以下同じ。）、保健所若しくは精神保健福祉センター、指定居宅介護支援事業者、指定介護予防支援事業者若しくは地域包括支援センタ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をいう（以下「指定居宅介護支援事業者等」という。）。また、「保健福祉サービスに必要な情報」とは、当該患者に係る健康教育、健康相談、機能訓練、訪問指導等の保健サービス又はホームヘルプサービス、ホームケア促進事業、ショートステイ、デイサービス、日常生活用具の給付等の介護保険の居宅サービス若しくは福祉サービスを有効かつ適切に実施するために必要な診療並びに家庭の状況に関する情報をいう。

(12) 「注 2」に掲げる「市町村」又は「指定居宅介護支援事業者等」に対する診療情報提供は、入院患者については、退院時に患者の同意を得て退院の日の前後 2 週間以内の期間に診療情報の提供を行った場合にのみ算定する。ただし、退院前に算定する場合、介護支援等連携指導料を算定した患者については算定できない。また、「市町村」又は「指定居宅介護支援

事業者等」に対する診療情報提供においては、自宅に復帰する患者が対象であり、別の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設等に入院若しくは入所する患者又は死亡退院した患者についてその診療情報を市町村又は指定居宅介護支援事業者等に提供しても、区分番号「B009」診療情報提供料（I）の算定対象とはならない。

(13)「注3」については、在宅での療養を行っている疾病、負傷のため通院困難な患者（以下「在宅患者」という。）に対して、適切な在宅医療を確保するため、当該患者の選択する保険薬局の保険薬剤師が、訪問薬剤管理指導を行う場合であって、当該患者又はその看護等に当たる者の同意を得た上で、当該保険薬局に対して処方箋又はその写しに添付して、当該患者の訪問薬剤管理指導に必要な診療情報を提供した場合に算定する。この場合において、交付した文書の他、処方箋の写しを診療録に添付する。なお、処方箋による訪問薬剤管理指導の依頼のみの場合は診療情報提供料（I）は算定できない。

(14)「注4」については、精神障害者である患者であって、次に掲げる施設に入所している患者又は介護老人保健施設（当該保険医療機関と同一の敷地内にある介護老人保健施設その他これに準ずる介護老人保健施設を除く。「注5」において同じ。）に入所している患者の診療を行っている保険医療機関が、診療の結果に基づき、患者の同意を得て、当該患者が入所しているこれらの施設に対して文書で診療情報を提供した場合に算定する。

ア グループホーム（障害者総合支援法第5条第17項に規定する共同生活援助を行う事業所をいう。）

イ 障害者支援施設（障害者総合支援法第5条第11項に規定する障害者支援施設をいい、日中活動として同条第7項に規定する生活介護を行うものを除く。）

ウ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則（平成18年厚生労働省令第19号）第6条の7第2号に規定する自立訓練（生活訓練）を行う事業所

エ 障害者総合支援法第5条第13項に規定する就労移行支援を行う事業所

オ 障害者総合支援法第5条第14項に規定する就労継続支援を行う事業所

カ 障害者総合支援法第5条第28項に規定する福祉ホーム

(19)「注8」に掲げる退院患者の紹介に当たっては、心電図、脳波、画像診断の所見等診療上必要な検査結果、画像情報等及び退院後の治療計画等を添付すること。また、添付した写し又はその内容を診療録に添付又は記載すること。なお、算定対象が介護老人保健施設又は介護医療院である場合は、当該加算を算定した患者にあつては、その後6か月間、当該加算は算定できない。

B009-2 電子的診療情報評価料

30 点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、別の保険医療機関から診療情報提供書の提供を受けた患者に係る検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容、退院時要約等の診療記録のうち主要なものについて、電子的方法により閲覧又は受信し、当該患者の診療に活用した場合に算定する。

B010 診療情報提供料 (II)

500 点

注 保険医療機関が、治療法の選択等に関して当該保険医療機関以外の医師又は歯科医師の意見を求める患者からの要望を受けて、治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の別の医療機関において必要な情報を添付し、診療状況を示す文書を患者に提供することを通じて、患者が当該保険医療機関以外の医師又は歯科医師の助言を得るための支援を行った場合に、患者 1 人につき月 1 回に限り算定する。

(電子的診療情報評価料)

- (1) 電子的診療情報評価料は、別の保険医療機関から診療情報提供書の提供を受けた患者について、同時に電子的方法により提供された検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容及び退院時要約等のうち主要なものを電子的方法により閲覧又は受信し、当該検査結果等を診療に活用することによって、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) 保険医療機関が、他の保険医療機関から診療情報提供書の提供を受けた患者について、検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容及び退院時要約等のうち主要なもの（少なくとも検査結果及び画像情報を含む場合に限る。）を①医療機関間で電子的に医療情報を共有するネットワークを通じ閲覧、又は②電子的に送付された診療情報提供書と併せて受信し、当該検査結果や画像を評価して診療に活用した場合に算定する。その際、検査結果や画像の評価の要点を診療録に記載する。
- (3) 電子的診療情報評価料は、提供された情報が当該保険医療機関の依頼に基づくものであった場合は、算定できない。
- (4) 検査結果や画像情報の電子的な方法による閲覧等の回数にかかわらず、区分番号「B009」に掲げる診療情報提供料 (I) を算定する他の保険医療機関からの 1 回の診療情報提供に対し、1 回に限り算定する。

【医科点数表 B010 診療情報提供料 (II)】

- (1) 診療情報提供料 (II) は、診療を担う医師以外の医師による助言（セカンド・オピニオン）を得ることを推進するものとして、診療を担う医師がセカンド・オピニオンを求める患者又はその家族からの申し出に基づき、治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報等、他の医師が当該患者の診療方針について助言を行うために必要かつ適切な情報を添付した診療状況を示す文書を患者又はその家族に提供した場合に算定できるものである。なお、入院中の患者に対して当該情報を提供した場合であっても算定できるものである。
- (2) 診療情報提供料 (II) は、患者又はその家族からの申し出に基づき、診療に関する情報を患者に交付し、当該患者又はその家族が診療を担う医師及び当該保険医療機関に所属する医師以外の医師による助言を求めるための支援を行うことを評価したものであり、医師が別の保険医療機関での診療の必要性を認め、患者の同意を得て行う区分番号「B009」診療情報提供料 (I) を算定すべき診療情報の提供とは明確に区別されるべきものであること。
- (3) 診療情報提供料 (II) を算定すべき診療情報の提供に当たっては、患者又はその家族からの希望があった旨を診療録に記

B011 診療情報連携共有料 120 点

注 1 歯科診療を行うに当たり全身的な管理が必要な患者に対し、当該患者の同意を得て、別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）で行った検査の結果、投薬内容等の診療情報について、当該別の保険医療機関に文書により提供を求めた場合に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。

2 区分番号 B009 に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）（同一の保険医療機関に対して紹介を行った場合に限る。）を算定した月は、別に算定できない。

B011-2 診療情報提供料（Ⅲ） 150 点

注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす他の保険医療機関から紹介された患者又は別に厚生労働大臣が定める患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号 A000 に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。）に、提供する保険

載する。

(4) 助言を受けた患者又はその家族の希望については、その後の治療計画に十分に反映させるものであること。

（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 B 0 0 9 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。

（診療情報提供料Ⅲ）

(1) 診療情報提供料（Ⅲ）は、かかりつけ医機能を有する医療機関等と他の保険医療機関が連携することで、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り、かかりつけ医機能を有する医療機関等からの求めに応じ、患者の同意を得て、当該患者に関する診療状況を示す文書を提供した場合に、患者 1 人につき提供する保険医療機関ごとに 3 月に 1 回に限り算定する。

(2) 診療状況を示す文書については、次の事項を記載し、患者又は提供する保険医療機関に交付すること。また、交付した文書の写しを診療録に添付すること。

ア 患者の氏名、生年月日、連絡先

医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。

- 2 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、産科若しくは産婦人科を標榜する保険医療機関から紹介された注1に規定する別に厚生労働大臣が定める患者又は産科若しくは産婦人科を標榜する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された注1に規定する別に厚生労働大臣が定める患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要を認め、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合は、注1の規定にかかわらず、月1回に限り算定する。
- 3 区分番号B009に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)(同一の保険医療機関に対して紹介を行った場合に限る。)を算定した月は、別に算定できない。

#### B011-3 薬剤情報提供料

10点

- 注1 入院中の患者以外の患者に対して、処方した薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書により提供した場合に、月1回に限り(処方の内容に変更があった場合は、その都度)算定する。
- 2 注1の場合において、処方した薬剤の名称を当該患者の求めに応じて手帳に記載した場合には、手帳記載加算として、所定点数に3点を加算する。
  - 3 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付した患者については、算定できない。

イ 診療情報の提供先保険医療機関名

ウ 診療の方針、患者への指導内容、検査結果、投薬内容その他の診療状況の内容

エ 診療情報を提供する保険医療機関名及び担当医師名

- (3) 必要に応じて、紹介元の医療機関が「注1」に規定する別に厚生労働大臣が定める基準を満たす医療機関であることを確認すること。
- (4) 「注1」及び「注2」に規定する「次回受診する日の予約を行った場合」については、次回受診する日を診療録に記載すること。なお、予約診療を実施していない医療機関については、次回受診する日を決めた上で、次回受診する日を診療録に記載していればよい。
- (5) 次回受診する日の予約を行った上で、初診時に診療情報提供料(Ⅲ)を算定した場合は、次回受診時に予約に基づく診察による特別の料金の徴収はできない。
- (6) 「注3」については、診療に基づき、頻回の情報提供の必要性を認め、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合に、月1回に限り算定する。
- (7) 同一の患者について、同一の保険医療機関に対して紹介を行い区分番号「B009」診療情報提供料(Ⅰ)を算定した保険医療機関においては、区分番号「B009」診療情報提供料(Ⅰ)を算定した月について、当該患者に対して診療情報提供料(Ⅲ)は別に算定できない。
- (8) 当該情報を提供する保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に情報提供が行われた場合は算定できない。

(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。

《医科点数表 B011-3 薬剤情報提供料》

- (1) 薬剤情報提供料は入院中の患者以外の患者に対して、処方した薬剤の名称(一般名又は商品名)、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を、当該処方に係る全ての薬剤について、文書(薬袋等に記載されている場合も含む。)により提供した場合に月1回に限り所定点数を算定する。
- (2) 「注1」に規定する場合において、さらに、当該患者の求めに応じて薬剤服用歴が経時的に管理できる手帳に、処方した薬剤の名称(一般名又は商品名)、保険医療機関名及び処方年月日を記載した場合には、月1回に限り「注2」に規定する手帳記載加算を算定できる。なお、この場合の「手帳」とは、経時的に薬剤の記録が記入でき、かつ次のアからウに掲げる事項を記録する欄がある薬剤の記録用の手帳をいう。
  - ア 患者の氏名、生年月日、連絡先等患者に関する記録
  - イ 患者のアレルギー歴、副作用歴等薬物療法の基礎となる記録

#### ウ 患者の主な既往歴等疾病に関する記録

また、所有している手帳を持参しなかった患者に対して薬剤の名称が記載された簡潔な文書（シール等）を交付した場合は、手帳記載加算を算定できない。

- (3) やむを得ない理由により、薬剤の名称に関する情報を提供できない場合は、これに代えて薬剤の形状（色、剤形等）に関する情報を提供することにより算定できる。また、効能、効果、副作用及び相互作用に関する情報については患者が理解しやすい表現であることが必要である。
- (4) 同一薬剤であっても、投与目的（効能又は効果）が異なる場合には、当該情報を提供すれば薬剤情報提供料を算定できる。また、類似する効能又は効果を有する薬剤への変更の場合であっても薬剤情報提供料を算定できる。
- (5) 処方内容に変更があった場合については、その都度薬剤情報提供料を算定できる。ただし、薬剤の処方日数のみの変更の場合は、薬剤情報提供料は算定できない。
- (6) 複数の診療科を標榜する保険医療機関において、同一日に2以上の診療科で処方された場合であっても、1回のみ算定とする。
- (7) 薬剤情報提供料を算定した場合は、薬剤情報を提供した旨を診療録に記載する。

#### B011-4 退院時薬剤情報提供料 90点

注1 保険医療機関が、患者の入院時に当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称（副作用が発現した場合については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。）に関して当該患者の手帳に記載した上で、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に、退院の日1回に限り算定する。この場合において、同一日に、区分番号B015に掲げる退院時共同指導料2（注1の規定により、入院中の保険医療機関の薬剤師が指導等を行った場合に限る。）は、別に算定できない。

2 保険医療機関が、入院前の内服薬の変更をした患者又は服用を中止した患者について、保険薬局に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、その理由や変更又は中止後の当該患者の状況を文書により提供した場合に、退院時薬剤情報連携加算として、60点を所定点数に加算す

#### （退院時薬剤情報管理指導料）

◇医科点数表の区分番号B014に掲げる後期高齢者退院時薬剤情報提供料の例により算定する。

#### 《医科点数表 B014 退院時薬剤情報管理指導料》

- (1) 退院時薬剤情報管理指導料は、医薬品の副作用や相互作用、重複投薬を防止するため、患者の入院時に、必要に応じ保険薬局に照会するなどして薬剤服用歴や患者が持参した医薬品等（医薬部外品及びいわゆる健康食品等を含む。）を確認するとともに、入院中に使用した主な薬剤の名称等について、患者の薬剤服用歴が経時的に管理できる手帳（区分番号「B011-3」薬剤情報提供料の2）に掲げる手帳をいう。以下同じ。）に記載した上で、患者の退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に、退院の日1回に限り算定する。なお、ここでいう退院とは、第1章第2部通則5に規定する入院期間が通算される入院における退院のことをいい、入院期間が通算される再入院に係る退院日には算定できない。
- (2) 入院時に、医薬品の服用状況及び薬剤服用歴を手帳等により確認するとともに、患者が、医薬品等を持参している場合には、当該医薬品等について実際に確認し、その名称等及び確認した結果の要点を診療録に記載する。
- (3) 入院中に使用した薬剤のうち、どの薬剤について手帳に記載するかは、患者の病態や使用する薬剤の種類によるが、少な

る。

くとも、退院直前（概ね退院前1週間以内）に使用した薬剤及び入院中に副作用が発現した薬剤については記載する。副作用が発現した薬剤については、投与量、当該副作用の概要、投与継続の有無を含む講じた措置、転帰等について記載する。

- (4) 患者の退院に際して、当該患者又はその家族等に、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導（保険医療機関を受診する際や保険薬局に処方箋を提出する際に、手帳を提示する旨の指導を含む。）を行うとともに、退院後の療養を担う保険医療機関での投薬又は保険薬局での調剤に必要な服薬の状況及び投薬上の工夫に関する情報について、手帳に記載すること。なお、指導の要点についても、分かりやすく手帳に記載し、必要に応じて退院時の処方に係る薬剤の情報を文書で提供すること。なお、退院後、在宅療養を必要とする患者であって、手帳にかかりつけ薬剤師の氏名が記載されている場合は、退院後の薬学的管理及び指導に関しかかりつけ薬剤師への相談を促すよう努めること。また、入院時に当該患者が持参した医薬品の服用状況等について保険薬局から提供を受けた場合には、患者の退院に際して、患者の同意を得たうえで、当該保険薬局に対して当該患者の入院中の使用薬剤や服薬の状況等について情報提供すること。
- (5) 手帳を所有している患者については、原則として、退院時まで家族等に持参してもらうこととするが、持参できない場合には、必要な情報が記載された簡潔な文書（シール等）を交付し、所有している手帳に貼付するよう、患者に対して指導を行った場合又は新たに手帳を発行した場合でも算定できる。
- (6) 退院時薬剤情報管理指導料を算定した場合は、薬剤情報を提供した旨及び提供した情報並びに指導した内容の要点を診療録に記載する。なお、区分番号「B008」薬剤管理指導料を算定している患者の場合にあつては、薬剤管理指導記録に記載することで差し支えない。
- (7) 「注2」に規定する退院時薬剤情報連携加算は、地域における継続的な薬学的管理指導を支援するため、保険医療機関から保険薬局に対して、患者の入院前の処方薬の変更又は中止に関する情報や変更又は中止後の患者の状態等に関する情報を提供することを評価するものである。
- (8) 「注2」に規定する退院時薬剤情報連携加算は、退院時薬剤情報管理指導料の算定対象となる患者であつて、入院前の処方の内容に変更又は中止の見直しがあつたものに対して、患者又はその家族等の同意を得て、退院時に見直しの理由や見直し後の患者の状態等を、患者又はその家族等の選択する保険薬局に対して、文書で情報提供を行った場合に、退院の日に1回に限り算定する。なお、患者1人につき複数の保険薬局に対し情報提供を行った場合においても、1回のみ算定とする。

B012 傷病手当金意見書交付料 100 点  
注 健康保険法第 99 条第 1 項の規定による  
傷病手当金に係る意見書を交付した場合に  
算定する。

B013 新製有床義歯管理料（1 口腔につき）  
1 2 以外の場合 190 点  
2 困難な場合 230 点

注 1 新製有床義歯管理料は、新たに製作した

- (9) 保険薬局への情報提供に当たっては、「薬剤管理サマリー」（日本病院薬剤師会）等の様式を参照して情報提供文書を作成し、当該文書を患者若しくはその家族等又は保険薬局に交付する。この場合において交付した文書の写しを診療録等に添付する。
- (10) 死亡退院の場合は算定できない。

（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。

《医科点数表 B012 傷病手当金意見書交付料》

- (1) 傷病手当金意見書交付料は、医師・歯科医師が労務不能と認め証明した期間ごとにそれぞれ算定できる。
- (2) 傷病手当金意見書交付料は、意見書の交付時点において当該被保険者に対し療養の給付を行うべき者に対し請求する。
- (3) 傷病手当金を受給できる被保険者が死亡した後に、その遺族等が当該傷病手当金を受給するために意見書の交付を求め、医師・歯科医師が意見書を交付した場合は、当該遺族等に対する療養の給付として請求する。なお、この場合において、診療報酬明細書の摘要欄に 相続 と表示し、また、傷病名欄には、遺族等が他に療養の給付を受けていない場合は意見書の対象となった傷病名を、他に療養の給付を受けている場合は遺族自身の傷病名と意見書の対象となった傷病名の両方を記載する。
- (4) 医師・歯科医師が傷病手当金意見書を被保険者に交付した後に、被保険者が当該意見書を紛失し、再度医師・歯科医師が意見書を交付した場合は、最初の傷病手当金意見書交付料のみを算定する。この場合、2 度目の意見書の交付に要する費用は、被保険者の負担とする。
- (5) 感染症法第 37 条の 2 による医療を受くべき患者に対して、公費負担申請のために必要な診断書の記載を行った場合は、傷病手当金意見書交付料の所定点数の 100 分の 100 を、更に被保険者である患者について、この申請手続に協力して保険医療機関が代行した場合は、同じく傷病手当金意見書交付料の所定点数の 100 分の 100 を算定できる。なお、感染症法第 37 条による結核患者の入院に係る感染症法関係の診断書についても所定点数の 100 分の 100 を算定できる。
- (6) 健康保険法若しくは国民健康保険法に基づく出産育児一時金若しくは出産手当金に係る証明書又は意見書については算定できない。

（新製有床義歯管理）

- (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。

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

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

- (2) 新製有床義歯管理料は、当該有床義歯を製作した保険医療機関において、新製した有床義歯の適合性等について検査を行い、併せて患者に対して、新製した有床義歯の取扱い等について必要な指導を行い、患者に対して当該有床義歯の管理に係る情報を文書により提供した場合に算定する。この場合において、当該文書の写しを診療録に添付し、当該文書の内容以外に療養上必要な管理事項がある場合は、診療録にその要点を記載する。
- (3) 「2 困難な場合」とは、特に咬合の回復が困難な患者に対する義歯管理を評価したものをいい、総義歯又は9歯以上の局部義歯を装着した場合をいう。
- (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月に、当該有床義歯とは別の欠損部位の有床義歯の修理又は床裏装を行った場合は、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 広範囲顎骨支持型補綴管理料

(1 口腔につき) 480 点

注 区分番号 J109 に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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(歯冠補綴物、ブリッジ及び有床義歯を除く。以下この表において同じ。)の適合性の確認等を行い、かつ、患者又は家族に対して管理等に係る必要な指導を行った上で、当該指導内容に係る情報を文書により提供した場合に、当該補綴物を装着した日の属する月の翌月以降に月 1 回に限り算定する。

#### B014 退院時共同指導料 1

1 在宅療養支援歯科診療所(在宅等(社会福祉施設等を含む。)における療養を歯科医療面から支援する保険医療機関であつて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生支局長に届け出たものをいう(以下この表において同じ。))の場合 900 点

2 1 以外の場合 500 点

注 1 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と連携する別

#### (広範囲顎骨支持型補綴物管理料)

- (1) 広範囲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月 1 回に限り算定する。
- (2) 広範囲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。

#### (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(以下この区分において「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

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、当該患者が入院している保険医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後、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保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定する。

2 注1の場合において、当該患者が別に厚生労働大臣が定める特別な管理を要する状態等にあるときは、特別管理指導加算として、所定点数に200点を加算する。

#### B015 退院時共同指導料2 400点

注1 入院中の保険医療機関の歯科医師又は看護師等、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が、入院中の患者に対して、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、在宅療養担当医療機関の歯科医師若しくは医師、当該歯科医師若しくは医師の指示を受けた看護師等、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医師の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚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、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、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歯科医師若しくは医師、当該歯科医師若しくは医師の指示を受けた看護師等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看護師等（准看護師を除く。）と1回以上、共同して行う場合は、当該入院中2回に限り算定する。

2 注1の場合において、入院中の保険医療

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、特掲診療料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」であって、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、ここでいう入院とは、第1章第2部通則4に定める入院期間が通算される入院をいう。

(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(I)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。

機関の保険医及び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の保険医が共同して指導を行った場合に、所定点数に300点を加算する。ただし、注3の加算を算定する場合は、算定できない。

- 3 注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）又は居宅介護支援事業者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のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、2,000点を所定点数に加算する。
- 4 注1の規定にかかわらず、区分番号A227-5に掲げる入退院支援加算を算定する患者にあっては、当該保険医療機関において、疾患名、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等在宅での療養に必要な事項を記載した退院支援計画を策定し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、これを当該患者の退院後の治療等を担う別の保険医療機関と共有した場合に限り算定する。
- 5 区分番号B006に掲げる開放型病院共同指導料（Ⅱ）は、別に算定できない。

(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」及び退院時共同指導料2の「注1」の共同指導は対面で行うことが原則であるが、ビデオ通話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者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実施することが原則であるが、ビデオ通話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。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 305 点

注 1 病院（療養病棟を除く。）又は診療所（療養病床に係るものを除く。）に入院中の患者であって肺血栓塞栓症を発症する危険性が高いものに対して、肺血栓塞栓症の予防を目的として、必要な機器又は材料を用いて計画的な医学管理を行った場合に、当該入院中 1 回に限り算定する。

2 肺血栓塞栓症の予防を目的として行った処置に用いた機器及び材料の費用は、所定点数に含まれる。

（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（療養病床に係るものを除く。）に入院中の患者であって、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、それぞれの入院において入院中 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。

B018 医療機器安全管理料（一連につき）

1,100 点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適

（医療機器安全対策管理料）

(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

合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療が必要な患者に対して、放射線治療計画に基づいて治療を行った場合に算定する。

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

### C000 歯科訪問診療料（1日につき）

- 1 歯科訪問診療 1 1,100 点
- 2 歯科訪問診療 2 361 点
- 3 歯科訪問診療 3 185 点

注1 1については、在宅等において療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に歯科訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を行った場合に算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料又は区分番号A002に掲げる再診料は、算定できない。

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

2 2については、在宅等において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を同一日に9人以下の患者に行行った場合に算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料又は区分番号A002に掲げる再診料は、算定できない。

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

3 3については、在宅等において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を同一日に10人以上の患者に行行った場合に算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料又は区分番号A002に掲げる再診料は、算定できない。

- イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療

### （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なことから、歯科訪問診療料は切削器具を常時携帯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人につき診療に要した時間	20分以上	1,100点	361点	185点
	20分未満	770点	253点	130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

- ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する当該患者の同意を得た歯科訪問診療
- 4 1 から 3 までを算定する患者（歯科訪問診療料の注 13 に該当する場合を除く。）について、当該患者に対する診療時間が 20 分未満の場合は、それぞれの所定点数の 100 分の 70 に相当する点数により算定する。ただし、次のいずれかに該当する場合は、この限りではない。
- イ 1 について、当該患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合又は当該患者の状態により 20 分以上の診療が困難である場合
  - ロ 2 について、当該患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合
- 5 歯科訪問診療料を算定する患者について、当該患者に対する診療時間が 1 時間を超えた場合は、30 分又はその端数を増すごとに、100 点を所定点数に加算する。

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、「歯科訪問診療 1」を算定する。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。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 C002 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」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C002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A000に掲げる初診料若しくは区分番号A002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は、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載し、区分番号C000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とは、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いい、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。

(16) 当該患者の病状急変時等に、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、できる限り患家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。

6 著しく歯科診療が困難な者に対して歯科訪問診療を行った場合は、175点（1回目の歯科訪問診療を行った場合であって、当該患者が歯科治療環境に円滑に適応できるような技法を用いた場合は、250点）を所定点数に加算する。

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

8 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科訪問診療料

(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、次回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。

（歯科診療特別対応加算）

(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たすような症状・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

(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

を算定する患者について、歯科訪問診療に基づき、当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜における緊急時の診療体制を確保する必要を認め、当該患者に対し、当該保険医療機関が連携する保険医療機関（以下「連携保険医療機関」という。）に関する情報を文書により提供し、かつ、当該患者又はその家族等の同意を得て、連携保険医療機関に対し診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る歯科診療に必要な情報を提供した場合は、地域医療連携体制加算として、1回に限り所定点数に300点を加算する。

9 保険医療機関の所在地と訪問先の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合又は海路による歯科訪問診療を行った場合で、特殊の事情があったときの歯科訪問診療料は、別に厚生労働大臣が定めるところによって算定する。

る。ただし、口に関しては、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)の口の場合においては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。

(夜間・深夜)

(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の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。

(16キロメートルを超える歯科訪問診療)

(33) 保険医療機関の所在地と患家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、特に患家の希望により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家の所

10 歯科訪問診療に要した交通費は、患家の負担とする。

11 歯科訪問診療を実施する保険医療機関の歯科衛生士が、歯科医師と同行の上、歯科訪問診療の補助を行った場合は、歯科訪問診療補助加算として、次に掲げる点数を1日につき所定点数に加算する。

イ 在宅療養支援歯科診療所1、在宅療養支援歯科診療所2又はかかりつけ歯科医療強化型歯科診療所の場合

- (1) 同一建物居住者以外の場合 115点
- (2) 同一建物居住者の場合 50点

ロ イ以外の保険医療機関の場合

- (1) 同一建物居住者以外の場合 90点
- (2) 同一建物居住者の場合 30点

12 1について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅において療養を行っている患者に対して歯科訪問診療を実施した場合は、在宅歯科医療推進加算として、100点を所定点数に加算する。

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家が所在する場合をいう。

(16キロメートルを超える場合の対診)

(34) 保険医療機関の所在地と患家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、患家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のある場合に限り認められる。

(交通費)

(35) 「注10」に規定する交通費は実費とする。

(36) その他、歯科訪問診療料の取扱いは、平成6年厚生省告示第235号による改正前の往診料に関する既往の通知が引き続き有効であるが、この場合において、当該通知中「往診」とあるのは「歯科訪問診療」と読み替えてこれを適用する。

(歯科訪問診療補助加算)

(37) 「注11」に規定する歯科訪問診療補助加算は、歯科訪問診療料を算定した日において、当該診療が必要な患者に対して、歯科訪問診療を実施する保険医療機関に属する歯科医師と当該保険医療機関に属する歯科衛生士が同行し、当該歯科医師の行う歯科訪問診療中は、歯科訪問診療の補助が適切に行える体制の上で、実際に当該歯科衛生士が区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の算定の対象となる歯科訪問診療の時間を通じて、歯科訪問診療の補助を行った場合に算定する。また、施設基準に応じて、同一建物居住者以外の歯科訪問診療時は本区分の「イの(1) 同一建物居住者以外の場合」又は「ロの(1) 同一建物居住者以外の場合」により算定し、同一建物居住者の歯科訪問診療時は本区分の「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。なお、当該加算を算定した場合は、診療録に診療の補助を行った歯科衛生士の氏名を記載する。

(在宅歯科医療推進加算)

(38) 「注12」に規定する在宅歯科医療推進加算は、在宅療養患者((6)のイ(集合住宅にあっては、高齢者の居住の安定確保に関する法律第5条に該当する住宅に限る。))に入居若しくは入所している患者又はロのサービスを受けている患者以外の患者をいう。以下同じ。)に対して「1 歯科訪問診療1を算定した場合に所定点数に加算する。

(39) 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以外の診療所であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさないもの(主として歯科訪問診療を実施する診療所)が歯科訪問診療を実施した場合又は別に厚生労働大臣が定める基準を満たさず旨を地方厚生(支)局長に届け出していないものが歯科訪問診療を実施した場合は、「注13」に規定する歯科

13 1 から 3 までについて、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 以外の診療所であって、別に厚生労働大  
 臣が定める基準を満たさないものにおい  
 ては、次に掲げる点数により算定する。

- イ 初診時 261 点
- ロ 再診時 53 点

14 区分番号 A000 に掲げる初診料の注 1 又  
 は注 2 に規定する施設基準に適合してい  
 るものとして地方厚生局長等に届出を行っ  
 ていない保険医療機関については、1 から 3  
 まで又は注 13 に規定するそれぞれの所定  
 点数から 10 点を減算する。

15 1 について、当該保険医療機関の外来（歯  
 科診療を行うものに限る。）を受診してい  
 た患者であって在宅等において療養を行っ  
 ているものに対して、歯科訪問診療を実施  
 した場合は、歯科訪問診療移行加算として、  
 次に掲げる点数を所定点数に加算する。な  
 お、この場合において、注 12 に規定する  
 加算は算定できない。

- イ かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療  
 所の場合 150 点
- ロ イ以外の場合 100 点

C001 訪問歯科衛生指導料

- 1 単一建物診療患者が 1 人の場合 360 点
- 2 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場  
 合 328 点
- 3 1 及び 2 以外の場合 300 点

注 1 歯科訪問診療を行った歯科医師の指示  
 に基づき、歯科衛生士、保健師、看護師  
 又は准看護師が訪問して療養上必要な指  
 導として、単一建物診療患者（当該患者  
 が居住する建物に居住するものうち、  
 当該保険医療機関が歯科訪問診療を実施  
 し、歯科衛生士等が同一月に訪問歯科衛  
 生指導を行っているものをいう。）又はそ  
 の家族等に対して、当該患者の口腔内の

訪問診療料により算定する。

(40) 「2 歯科訪問診療 2」、「3 歯科訪問診療 3」又は「注 13」  
 に規定する歯科訪問診療料を算定した場合であって、在宅療  
 養患者以外の患者に対して歯科訪問診療を実施した場合は、  
 歯科訪問診療を実施した日の属する月に、歯科訪問診療を行っ  
 た日時及び訪問診療を行った歯科医師の氏名が記載された文  
 書を患者若しくはその家族又は介護施設職員等の関係者のい  
 ずれかに提供するとともに、提供文書の写しを保険医療機関  
 に保管する。なお、同一施設において、歯科訪問診療を実施  
 した日の属する月に「2 歯科訪問診療 2」、「3 歯科訪問診  
 療 3」又は「注 13」に規定する歯科訪問診療料を複数回算定  
 した場合であって、患者又はその家族以外の介護施設職員等  
 に当該文書を提供するときは、その提供先を明確にした上で、  
 施設を単位として一覧表で作成しても差し支えない。

(41) 「注 14」について、「1 歯科訪問診療 1」、「2 歯科訪問  
 診療 2」又は「3 歯科訪問診療 3」を算定する場合におい  
 て診療時間が 20 分未満の場合は、「注 4」に規定する方法に  
 より算定した点数を所定点数とし、(1) の表に示す各区分の点  
 数から 10 点を減算するものとする。

(42) 「注 15」に規定する歯科訪問診療移行加算は、在宅等療養  
 患者であって、当該保険医療機関の外来（歯科診療を行うも  
 のに限る。）を継続的に受診していたものに対して「1 歯科  
 訪問診療 1」を算定した場合に所定点数に加算する。ただし、  
 当該保険医療機関の外来を最後に受診した日（初診料又は再  
 診料を算定した日）から起算して 3 年以内に歯科訪問診療を  
 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。

(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、  
 療養上必要な実地指導を行った場合に算定し、単なる日常的  
 口腔清掃等の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、

清掃（機械的歯面清掃を含む。）、有床義歯の清掃指導又は口腔機能の回復若しくは維持に関する実地指導を行い指導時間が20分以上であった場合は、患者1人につき、月4回に限り、算定する。なお、当該歯科衛生指導で実施した指導内容等については、患者に対し文書により提供する。

2 訪問歯科衛生指導に要した交通費は、患者の負担とする。

3 区分番号B001-2に掲げる歯科衛生実地指導料を算定している月は算定できない。

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。

(6) 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B001-1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 在宅療養支援歯科診療所 1 の場合 320 点
- 2 在宅療養支援歯科診療所 2 の場合 250 点
- 3 1 及び 2 以外の場合 200 点

- 注 1 当該保険医療機関に属する保険医である歯科医師が、区分番号 C000 に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者であって継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該患者又はその家族の同意を得て、当該患者の歯科疾患の状況及び併せて実施した口腔機能評価の結果等を踏まえて管理計画を作成した場合に、月 1 回に限り算定する。
- 2 2 回目以降の歯科疾患在宅療養管理料は、1 回目の歯科疾患在宅療養管理料を算定した患者に対して、注 1 の規定による管理計画に基づく継続的な管理を行っている場合であって、歯科疾患の管理及び療養上必要な指導を行った場合に、1 回目の歯科疾患在宅療養管理料を算定した日の属する月の翌月以降月 1 回に限り算定する。
  - 3 注 1 の規定による管理計画に基づき、当該患者等に対し、歯科疾患の管理及び口腔機能に係る内容を文書により提供した場合は、文書提供加算として、10 点を所定点数に加算する。
  - 4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要な患者であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、在宅総合医療管理加算として 50 点を所定点数に加算する。
  - 5 当該保険医療機関の歯科医師が、他の保険医療機関に入院している患者に対して、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等の構成員として診療を行い、その結果を踏まえて注 1 に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、栄養サポートチーム等連携加算 1 として、80 点を所定点数に加算

### （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行い、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 B000-4-2 に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号 B000-4-3 に掲げる口腔機能管理料、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及、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）、口腔内の状態（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若しくは区分番号 D011-3 に掲げる咬合圧検査又は 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

する。

- 6 当該保険医療機関の歯科医師が、介護保険法第8条第25項に規定する介護保険施設等に入所している患者に対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて注1に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、栄養サポートチーム等連携加算2として、80点を所定点数に加算する。
- 7 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又は区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は、別に算定できない。

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、次回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。

- (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、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。
- (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の口「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の口「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摘要欄に記載する。

#### C001-4-2 在宅患者歯科治療時医療管理料

（1日につき） 45点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、全身的な管理が必要な患者に対し、第8部処置（区分番号 I009、I009-2、I010 及び I011-3 に掲げるものを除く。）、第9部手術又は第12部歯冠修復及び欠損補綴（区分番号 M001 から区分番号 M003 まで又は M003-3 に掲げるもの（全身麻酔下で行うものを除く。）に限る。）を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合に算定する。

2 第3部の通則第5号により医科点数表の例によることとされる医科点数表の区分番号 D220 に掲げる呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）又はカルジオタコスコープを算定した日は、当該管理料は算定できない。

3 在宅患者歯科治療時医療管理料を算定した月において、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

#### （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、副腎皮質機能不全てんかん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) 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の要点を診療録に記載する。

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) は、別に算定できない。

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	10 歯未満	350 点
2	10 歯以上 20 歯未満	450 点
3	20 歯以上	550 点

注 1 当該保険医療機関の歯科医師が、区分番号 C000 に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者であって、摂食機能障害を有し、継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該患者又はその家族の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、20 分以上必要な指導管理を行った場合に、月 4 回に限り算定する。

2 区分番号 D002 に掲げる歯周病検査、区分番号 D002-5 に掲げる歯周病部分的再評価検査、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 I011-2-3 に掲げる歯周病重症化予防治療、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、区分番号 I030 に掲げる機械的歯面清掃処置及び区分番号 H001 に掲げる摂食機能療法は所定点数に含まれ、別に算定できない。

3 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月において、区分番号 B000-4 に掲げる歯科疾患管理料、区分番号 B002 に掲げる歯科特定疾患療養管理料及び区分番号 C001-3 に掲げる歯科疾患在宅療養管理料及び区分番号 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は別に算定できない。

4 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の歯科医師が当該指導管理を実施した場合は、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算として、75 点を所定点数に加算する。

5 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、当該指導管理を実施した場合は、在宅療養支援歯科

(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、プラークコントロール、機械的歯面清掃、スケ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、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。

(2) 摂食機能障害を有する患者とは、区分番号 H001 の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記載する。

(4) 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、区分番号 D001-3 に掲げる咬合圧検査又は 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

診療所加算 1 又は在宅療養支援歯科診療所加算 2 として、それぞれ 125 点又は 100 点を所定点数に加算する。ただし、注 4 に規定する加算を算定している場合は、算定できない。

- 6 当該保険医療機関の歯科医師が、他の保険医療機関に入院している患者に対して、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等の構成員として診療を行い、その結果を踏まえて注 1 に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、栄養サポートチーム等連携加算 1 として、80 点を所定点数に加算する。
- 7 当該保険医療機関の歯科医師が、介護保険法第 8 条第 25 項に規定する介護保険施設等に入所している患者に対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて注 1 に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、栄養サポートチーム等連携加算 2 として、80 点を所定点数に加算する。

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プラークコントロール、機械的歯面清掃、スクレーピング等を

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、必要があっ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 D002 に掲げる歯周病検査、区分番号 D002-5 に掲げる歯周病部分的再評価検査、区分番号 H001 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 I001-2-2 に掲げる歯周病安定期治療（Ⅱ）、区分番号 I011-2-3 に掲げる歯周病重症化予防治療、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。
- (15) 当該指導管理を開始する以前に、区分番号 D002 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った場合においては、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 450 点

注 1 当該保険医療機関の歯科医師が、区分番号 C000 に掲げる歯科訪問診療料を算定した 15 歳未満の患者であって、継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該患者又はその家族の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、20 分以上必要な指導管理を行った場合に、月 4 回に限り算定する。

2 区分番号 D002 に掲げる歯周病検査、区分番号 H001 に掲げる摂食機能療法、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所定点数に含まれ、

(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って、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、患者及び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、その開始に当たって、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

別に算定できない。

- 3 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月において、区分番号 B000-4 に掲げる歯科疾患管理料、区分番号 B000-4-2 に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号 B002 に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号 C001-3 に掲げる歯科疾患在宅療養管理料及び区分番号 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は別に算定できない。
- 4 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の歯科医師が当該指導管理を実施した場合は、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算として、75 点を所定点数に加算する。
- 5 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、当該指導管理を実施した場合は、在宅療養支援歯科診療所加算 1 又は在宅療養支援歯科診療所加算 2 として、それぞれ 125 点又は 100 点を加算する。ただし、注 4 に規定する加算を算定している場合は、算定できない。
- 6 当該保険医療機関の歯科医師が、他の保険医療機関に入院している患者に対して、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等の構成員として診療を行い、その結果を踏まえて注 1 に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、小児栄養サポートチーム等連携加算 1 として、80 点を所定点数に加算する。
- 7 当該保険医療機関の歯科医師が、児童福祉法第 42 条に規定する障害児入所施設等に入所している患者に対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて注 1 に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、小児栄養サポートチーム等連携加算 2 として、80 点を所定点数に加算する。

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っ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、変更があっ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。
- (4) 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(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) 「注 6」に規定する小児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」に規定する小児栄養サポートチーム等連携加算 2 は、当該患者が児童福祉法第 42 条に規定する障害児入所施設等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、(2) 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 H 0 0 1 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。
- (9) 当該指導管理料を算定した日以降に実施した区分番号 D002 に掲げる歯周病検査、区分番号 H001 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

C002 救急搬送診療料 1,300 点

注1 患者を救急用の自動車でする保険医療機関に搬送する際、診療上の必要から当該自動車に同乗して診療を行った場合に算定する。

2 注1に規定する場合であって、当該診療に要した時間が30分を超えた場合には、長時間加算として、所定点数に700点を加算する。

C003 在宅患者訪問薬剤管理指導料

1 単一建物診療患者が1人の場合 650点

2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 320点

3 1及び2以外の場合 290点

注1 在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、単一建物診療患者（当該患者が居住

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の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。

(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。

《救急搬送診療料》〈医科〉

(1) 救急用の自動車とは、消防法及び消防法施行令に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車、並びに道路交通法及び道路交通法施行令に規定する緊急自動車であって当該保険医療機関に属するものをいう。

(2) 救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法第2条に規定する「救急医療用ヘリコプター」により搬送される患者に対して、救急医療用ヘリコプター内において診療を行った場合についても救急搬送診療料を算定することができる。

(3) 診療を継続して提供した場合、区分番号「A000」初診料、区分番号「A001」再診料又は区分番号「A002」外来診療料は、救急搬送の同一日に1回に限り算定する。

(4) 搬送先の保険医療機関の保険医に立会診療を求められた場合は、初診料、再診料又は外来診療料は1回に限り算定し、区分番号「C000」往診料は併せて〔編注：「C000」歯科訪問診療料は〕算定できない。ただし患者の発生した現場に赴き、診療を行った後、救急用の自動車等に同乗して診療を行った場合は、往診料を併せて〔編注：歯科訪問診療料を〕算定できる。

(5) 入院患者を他の保険医療機関に搬送した場合、入院基本料を算定した日には救急搬送診療料は算定できない。

(6) 「注2」の加算は、新生児または6歳未満の乳幼児（新生児を除く）に対して救急搬送診療料を算定する場合に加算する。

(7) 「注3」の加算は、患者の発生した現場に赴き、診療を開始してから、医療機関に到着し、医療機関内で診療を開始するまでの時間が30分を超えた場合に加算する。

(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。

《在宅患者訪問薬剤管理指導料》〈医科〉

(1) 在宅患者訪問薬剤管理指導料は、在宅での療養を行っている患者であって、疾病、負傷のために通院による療養が困難な者について、保険医療機関の薬剤師が当該保険医療機関の医師及び当該患者の同意を得て、患者を訪問して薬剤管理指導記録に基づいて直接患者又はその家族等に服薬指導、服薬支援その他の薬学的管理指導を行った場合に算定する。

する建物に居住する者のうち、当該保険医療機関の薬剤師が訪問し薬学的管理指導を行っているものをいう。)の人数に従い、患者1人につき月4回(末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回)に限り算定する。この場合において、1から3までを合わせて薬剤師1人につき週40回に限り算定できる。

- 2 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理指導を行った場合は、1回につき所定点数に100点を加算する。
- 3 在宅患者訪問薬剤管理指導に要した交通費は、患家の負担とする。
- 4 6歳未満の乳幼児に対して、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合には、乳幼児加算として、100点を所定点数に加算する。

ただし薬学的管理指導の対象となる患者が他の保険医療機関に入院している場合、医師若しくは薬剤師の配置が義務付けられている施設に入居若しくは入所している場合(給付調整告示等に規定する場合を除く。)又は現に他の保険医療機関若しくは保険薬局の薬剤師が在宅患者訪問薬剤管理指導を行っている場合には、在宅患者訪問薬剤管理指導料は算定できない。

- (2) 在宅患者訪問薬剤管理指導料は、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、当該保険医療機関が在宅患者訪問薬剤管理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。以下この区分において同じ。)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、在宅患者訪問薬剤管理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。
- (3) 1つの患家に当該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、当該保険医療機関が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する者の数が、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、当該保険医療機関が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する者が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。
- (4) 在宅患者訪問薬剤管理指導料は、「1」、「2」及び「3」を合わせて1月に4回(末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回)を限度として算定できるが、その場合であっても薬剤師1人につき週40回に限るものとする。ただし、月2回以上算定する場合には、本指導料を算定する日の間隔は6日以上とする。なお、この場合には診療報酬明細書の摘要欄に当該算定日を記載すること。
- (5) 当該保険医療機関の薬剤師は、指導に当たって、過去の投薬及び副作用発現状況等の基礎的事項を把握するとともに、指導の対象となる患者ごとに薬剤管理指導記録を作成すること。なお、当該薬剤管理指導記録には、次の事項を記載し最後の記入の日から最低3年間保存すること。
  - ア 患者の氏名、生年月日、性別、住所、診療録の番号
  - イ 患者の投薬歴、副作用歴、アレルギー歴
  - ウ 薬学的管理指導の内容(医薬品の保管状況、服薬状況、残薬の状況、重複投薬、配合禁忌等に関する確認及び実施した服薬支援措置を含む。)
  - エ 患者への指導及び患者からの相談の要点
  - オ 訪問指導等の実施日、訪問指導を行った薬剤師の氏名

カ その他の事項

- (6) 「注 2」の麻薬管理指導加算は、本指導料を算定している患者のうち、麻薬が投与されている患者に対して、定期的に、投与される麻薬の服用状況、残薬の状況及び保管状況について確認し残薬の適切な取扱方法も含めた保管取扱上の注意事項等に関し、必要な指導を行うとともに、麻薬による鎮痛効果や副作用の有無の確認を行い、必要な薬学的管理指導を行った場合に算定する。
- (7) 麻薬管理指導加算の算定に当たっては、(5)の薬剤管理指導記録に、少なくとも次の事項について記載しなければならないこと。
- ア 麻薬に係る薬学的管理指導の内容（麻薬の保管管理状況、服薬状況、残薬の状況、建痛緩和の状況、副作用の有無の確認等）
  - イ 麻薬に係る患者・家族への指導・相談事項（麻薬に係る服薬指導、残薬の適切な取扱方法も含めた保管管理の指導等）
  - ウ 患者又は家族から返納された麻薬の廃棄に関する事項
  - エ その他麻薬に係る事項
- (8) 乳幼児加算は、乳幼児に係る薬学的管理指導の際に、患者の体重、適切な剤形その他必要な事項等の確認を行った上で、患者の家族等に対して適切な服薬方法、誤飲防止等の必要な服薬指導を行った場合に算定する。
- (9) 「注 3」に規定する交通費は実費とする。
- (10) 在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者に投与された医薬品について、当該保険医療機関の薬剤師が以下の情報を知ったときは、原則として当該薬剤師は、速やかに在宅での療養を行っている患者の診療を担う保険医に対し、当該情報を文書により提供するとともに、当該保険医に相談の上、必要に応じ、患者に対する薬学的管理指導を行うものとする。
- ア 緊急安全性情報、安全性速報
  - イ 医薬品・医療機器等安全性情報

C004 退院前在宅療養指導管理料 120 点

注 1 入院中の患者が在宅療養に備えて一時的に外泊するに当たり、当該在宅療養に関する指導管理を行った場合に月 1 回に限り算定する。

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

(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。

《退院前在宅療養指導管理料》〈医科〉

- (1) 入院中の患者に対して外泊時に退院後の在宅療養指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合には、外泊の初日 1 回に限り退院前在宅療養指導管理料を算定する。
- (2) 退院前在宅療養指導管理料を算定した同一月に他の在宅療養指導管理料を算定することができるが、退院前在宅療養指導管理料を算定した日には他の在宅療養指導管理料及び在宅療養指導管理材料加算は算定できない。
- (3) 入院料の取扱い上は外泊とされない 1 泊 2 日の場合であって

C005 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料 1,500 点

- 注 1 在宅における鎮痛療法又は悪性腫瘍の化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の患者に対して、当該療法に関する指導管理を行った場合に月 1 回に限り算定する。
- 2 退院した患者に対して退院の日から 1 月以内に行った指導管理の費用は算定できない。
- 3 入院中の患者に対して退院時に指導管理を行った場合は、当該退院の日に所定点数を算定し、退院の日の歯科医学的管理に要する費用は、所定点数に含まれる。

C005-2 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料

1,500 点

- 注 1 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関の保険医が、他の保険医療機関において区分番号 C005 に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定する指導管理を受けている患者に対し、当該他の保険医療機関と連携して、同一日に当該患者に対する悪性の鎮痛療法又は化学療法に関する指導管理を行った場合に算定する。
- 2 退院した患者に対して退院の日から 1 月以内に行った指導管理の費用は算定できない。
- 3 入院中の患者に対して退院時に指導管理を行った場合は、当該退院の日に所定点数を算定し、退院の日の歯科医学的管理に要する費用は、所定点数に含まれる。

も、退院前在宅療養指導管理料の算定要件を満たせば当該指導管理料を算定することができる。

- (4) 退院前在宅療養指導管理料を算定できるのは、あくまでも退院した場合であり、病状の悪化等により退院できなかった場合には算定できない。また、外泊後、帰院することなく転院した場合には算定できない。
- (5) 「注 2」に規定する乳幼児加算は、6 歳未満の乳幼児に対して退院前在宅療養指導管理料を算定する場合に加算する。

(在宅悪性腫瘍等患者指導管理料、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。

《在宅悪性腫瘍等患者指導管理料、在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料》〈医科〉

- (1) 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料の注に掲げる「在宅における鎮痛療法又は悪性腫瘍の化学療法」とは、末期の悪性腫瘍又は筋萎縮性側索硬化症若しくは筋ジストロフィーの患者であって、持続性の疼痛があり鎮痛剤の経口投与では疼痛が改善しないため注射による鎮痛剤注入が必要なもの又は注射による抗悪性腫瘍剤の注入が必要なものが、在宅において自ら実施する鎮痛療法又は化学療法をいう。
- (2) 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料の注に掲げる「在宅における悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法」とは、末期の悪性腫瘍の患者であって、持続性の疼痛があり鎮痛剤の経口投与では疼痛が改善しないため注射による鎮痛剤注入が必要なもの又は注射による抗悪性腫瘍剤の注入が必要なものが、在宅において自ら実施する鎮痛療法又は化学療法をいう。
- (3)(1) 及び (2) の鎮痛療法とは、ブプレノルフィン製剤、モルヒネ塩酸塩製剤、フェンタニルクエン酸塩製剤、複方オキシコドン製剤、オキシコドン塩酸塩製剤又はフルルピプロフェンアキセチル製剤を注射又は携帯型ディスポーザブル注入ポンプ若しくは輸液ポンプを用いて注入する療法をいう。なお、モルヒネ塩酸塩製剤、フェンタニルクエン酸塩製剤、複方オキシコドン製剤又はオキシコドン塩酸塩製剤を使用できるのは、以下の条件を満たすバルーン式ディスポーザブルタイプの連続注入器等に必要なに応じて生理食塩水等で希釈の上充填して交付した場合に限る。
- ア 薬液が取り出せない構造であること
- イ 患者等が注入速度を変えることができないものであること
- また、(1) 及び (2) の化学療法とは、携帯型ディスポーザブル注入ポンプ若しくは輸液ポンプを用いて中心静脈注射若しくは埋込型カテーテルアクセスにより抗悪性腫瘍剤を

注入する療法又はインターフェロンアルファ製剤を多発性骨髄腫、慢性骨髄性白血病、ヘアリー細胞白血病又は腎癌の患者に注射する療法をいう。

- (4) 対象となる患者が末期であるかどうかは在宅での療養を行っている患者の診療を担う保険医の判断によるものとする。なお、化学療法の適応については、末期でない悪性腫瘍の患者も末期の悪性腫瘍の患者に準じて取り扱う。
- (5) 外来と在宅において化学療法を行うものについては、主に在宅において化学療法を行う場合は在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定し主に外来で行う場合には在宅悪性腫瘍等患者指導管理料は算定せず、注射手技料及び基準を満たす場合には外来化学療法加算等を算定する。なお、外来で抗悪性腫瘍剤の注射を行い、注入ポンプなどを用いてその後も連続して自宅で抗悪性腫瘍剤の注入を行う等の治療法のみを行う場合は当該指導管理料の対象には該当しない。
- (6) 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定する月は、区分番号「G003」抗悪性腫瘍剤局所持続注入の費用は算定できない。ただし抗悪性腫瘍剤局所持続注入に用いる薬剤に係る費用は算定できる。
- (7) 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定する月は第6部通則6に規定する外来化学療法加算は算定できない
- (8) 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定している患者の外来受診時に、当該在宅悪性腫瘍等患者指導管理料に係る区分番号「G000」皮内、皮下及び筋肉内注射、区分番号「G001」静脈内注射、区分番号「G004」点滴注射及び区分番号「G005」中心静脈注射を行った場合の手技料、注射薬（在宅で使用していない抗悪性腫瘍剤も含む。）及び特定保険医療材料の費用は算定できない。ただし当該在宅悪性腫瘍等患者指導管理料に係らない区分番号「G000」皮内、皮下及び筋肉内注射、区分番号「G001」静脈内注射、区分番号「G004」点滴注射及び区分番号「G005」中心静脈注射を行った場合の手技料、注射薬及び特定保険医療材料の費用は算定できる。
- (9) 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定している患者については、当該保険医療機関において区分番号「C001」在宅患者訪問診療料〔編注：「C000」歯科訪問診療料〕を算定する日に行った区分番号「G000」皮内、皮下及び筋肉内注射、区分番号「G001」静脈内注射、区分番号「G004」点滴注射及び区分番号「G005」中心静脈注射の手技料、注射薬及び特定保険医療材料の費用は算定できない。
- (10) 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料は、在宅悪性腫瘍

等患者指導管理料を算定する指導管理を受けている患者に対し当該保険医療機関の保険医と、在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定する保険医療機関の保険医とが連携して、同一日に当該患者に対する悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

(11) 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定する医師は、以下のいずれかの緩和ケアに関する研修を修了している者であること。

ア がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針(平成29年12月1日付け健発1201第2号厚生労働省健康局長通知)に準拠した緩和ケア研修会(平成29年度までに開催したものであって、「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」に準拠したものを含む。)

イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会(国立がん研究センター主催)等

#### C007 在宅患者連携指導料 900点

注1 歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、患者又はその家族等の同意を得て、訪問診療を実施している保険医療機関(診療所及び許可病床数が200床未満の病院に限る。)、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局又は訪問看護ステーションと文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

2 1回目の歯科訪問診療料を算定する日に行った指導又は当該歯科訪問診療の日から1月以内に行った指導の費用は、1回目の歯科訪問診療料に含まれる。

3 当該保険医療機関を退院した患者に対して退院の日から起算して1月以内に行った指導の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれる。

4 区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)又は区分番号B011に掲げる診療情報連携共有料を算定している患者については算定できない。

#### (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等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っ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を診療録に記載する。

C008 在宅患者緊急時等カンファレンス料

200 点

注 歯科訪問診療を実施している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、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該歯科医師の求め又は当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の医師の求めにより、訪問診療を実施している保険医療機関の医師、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、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、介護支援専門員又は相談支援専門員と共同でカンファレンスを行い又はカンファレンスに参加し、それらの者と共同で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。

(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中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、以下のイ及びロを満たす場合は、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することができる。
  - 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（令和2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。

## 第3部 検査

### 通則

- 1 検査の費用は、第1節の各区分の所定点数により算定する。ただし、検査に当たって患者に対し薬剤を施用した場合は、特に規定する場合を除き、第1節及び第2節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。
- 2 第1節に掲げられていない検査であって特殊なものの検査料は、同節に掲げられている検査のうちで最も近似する検査の各区分の所定点数により算定する。
- 3 対称器官に係る検査の各区分の所定点数は、特に規定する場合を除き、両側の器官の検査料に係る点数とする。
- 4 保険医療機関が、患者の人体から排出され、又は採取された検体について、当該保険医療機関以外の施設に臨床検査技師等に関する法律第2条に規定する検査を委託する場合における検査に要する費用については、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。
- 5 第3部に掲げる検査料以外の検査料の算定は、医科点数表の例による。

### 第1節 検査料

#### (歯科一般検査)

- D000 電氣的根管長測定検査 30点  
注 2根管以上の歯に対して実施した場合は、2根管目からは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 60点  
注 感染根管処置後の根管貼薬処置期間中に行った場合に算定する。
- D002 歯周病検査
- 1 歯周基本検査
    - イ 1歯以上10歯未満 50点
    - ロ 10歯以上20歯未満 110点
    - ハ 20歯以上 200点
  - 2 歯周精密検査
    - イ 1歯以上10歯未満 100点
    - ロ 10歯以上20歯未満 220点

### (通則)

- 1 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。
- 2 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費用は基本診療料に含まれ、算定できないが、特殊なものの費用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。
- 3 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。
- 4 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。

#### (電氣的根管長測定検査)

- ◇電氣的根管長測定検査とは、電氣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。

#### (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。

#### (歯周病検査)

- (1) 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、プロービング時の出血の有無、歯の動揺度の検査、プ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、治癒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

ハ 20 歯以上 400 点  
3 混合歯列期歯周病検査 80 点  
注 同一の患者につき 1 月以内に歯周病検査を算定する検査を 2 回以上行った場合は、第 2 回目以後の検査については所定点数の 100 分の 50 に相当する点数により算定する。

て実施する。歯周病検査の実施は、「歯周病の治療に関する基本的な考え方」(令和 2 年 3 月日本歯科医学会)を参考とする。

(2) 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。

(3) 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。

(4) 歯周精密検査は、4 点以上の歯周ポケット測定、プロービング時の出血の有無、歯の動揺度及びプラークチャートを用いてプラークの付着状況を検査した場合に算定する。

(5) 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、プラークチャートを用いたプラークの付着状況及びプロービ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づく歯周基本治療は、区分番号 I011 の 1 に掲げるスケーリングにより算定する。

(6) 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組織検査を行う場合は、十分に必要性を考慮した上で行い、その算定に当たっては、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。

(7) 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。

(8) 「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。

(9) 次の場合において、やむを得ず患者の状態等により歯周ポケット測定等が困難な場合は、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い、歯周基本治療を開始して差し支えない。

イ 在宅等において療養を行っている患者  
ロ 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ている患者

この場合において、患者及び歯周組織の状態を診療録に記載すること。

#### D002-5 歯周病部分的再評価検査

(1 歯につき) 15 点  
注 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、歯周病の治癒の状態を評価することを目的として実施した場合に、手術後に 1 回に限り算定する。

#### (歯周病部分的再評価検査)

(1) 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、歯周病の治癒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、プロービ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プラークチャートを用いてプラークの付着状況を検査した場合に算定する。

(2) 部分的再評価は、手術後 1 回に限り算定する。

(補綴関連検査)

D009 顎運動関連検査 (1装置につき1回)

380点

注 顎運動関連検査は、下顎運動路描記法 (MMG)、ゴシックアーチ描記法若しくはパントグラフ描記法により検査を行った場合又はチェックバイト検査を実施した場合に算定する。

D010 歯冠補綴時色調採得検査

(1枚につき)

10点

注 前歯部に対し、区分番号 M011 に掲げ

- (3) 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。
- (4) 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。

(顎運動関連検査)

- (1) 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、欠損補綴物一装置につき1回のみ算定とする。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。
- (2) 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ポ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。
- (3) 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。
- (4) 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。
- (5) パントグラフ描記法とは、全調節性咬合器を使用した場合にした下顎の前方運動と側方運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。
- (6) 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の他に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。

(歯冠補綴時色調採得検査)

- (1) 「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

るレジン前装金属冠又は区分番号 M015 の 2 に掲げる硬質レジンジャケット冠を製作する場合において、硬質レジン部の色調を決定することを目的として、色調見本とともに当該歯冠補綴を行う部位の口腔内写真を撮影した場合に算定する。

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、隣接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、両側の隣接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、隣接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。

- (2) 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。
- (3) 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、色調見本及び隣接歯等が入る場合は、歯冠補綴を行う歯数に関わらず、1 枚として算定する。
- (4) 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づれかの日に算定する。
- (5) 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。
- (6) 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（1 口腔につき）

##### 1 有床義歯咀嚼機能検査 1（1 回につき）

- イ 下顎運動測定と咀嚼能力測定を併せて行う場合 560 点
- ロ 咀嚼能力測定のみを行う場合 140 点

##### 2 有床義歯咀嚼機能検査 2（1 回につき）

- イ 下顎運動測定と咬合圧測定を併せて行う場合 550 点
- ロ 咬合圧測定のみを行う場合 130 点

注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、咀嚼機能検査を行った場合に算定する。

- 2 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日前及び当該装着日以後のそれぞれについて、当該検査を実施した場合に算定する。
- 3 新製有床義歯等の装着日前に 2 回以上行った場合は、第 1 回目の検査を行ったときに限り算定する。
- 4 新製有床義歯等の装着日以後に行った場合は、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。

#### （有床義歯咀嚼機能検査）

- (1) 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。
- (2) 「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行い、「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行う。
- (3) 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。
- (4) 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。

5 2については、1を算定した月は算定できない。

- (5) 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。
- (6) 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。
- (7) 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。
- (8) 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。
- (9) 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。
- イ 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
  - ロ 区分番号 I017-1-3 に掲げる舌接触補助床を装着する場合
  - ハ 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
  - ニ 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。)
  - ホ 区分番号 M025 に掲げる口蓋補綴、顎補綴を装着する場合
- (10) 新製有床義歯の装着時又は有床義歯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。
- (11) 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

D011-2 咀嚼能力検査（1回につき） 140点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、咀嚼能力測定を行った場合に6月に1回に限り算定する。

2 区分番号D011に掲げる有床義歯咀嚼機能検査を算定した月は、別に算定できない。

3 当該検査を算定した月から起算して6月以内に行う区分番号D011-3に掲げる咬合圧検査は、別に算定できない。

D011-3 咬合圧検査（1回につき） 130点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、咬合圧測定を行った場合に、6月に1回に限り算定する。

2 区分番号D011に掲げる有床義歯咀嚼機能検査を算定した月は、別に算定できない。

3 当該検査を算定した月から起算して6月以内に行う区分番号D011-2に掲げる咀嚼能力検査は、別に算定できない。

D011-4 小児口唇閉鎖力検査（1回につき）

100点

注 小児口唇閉鎖力測定を行った場合は、3月

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。

(12) 検査に係る費用は所定点数に含まれ別に算定できない。

（咀嚼能力検査）

(1) 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。

(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B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-4-3に掲げる口腔機能管理料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料又は区分番号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。

（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B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-4-3に掲げる口腔機能管理料、C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料又は区分番号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。

（小児口唇閉鎖力検査）

(1) 小児口唇閉鎖力検査とは、口唇閉鎖力測定器を用いて、口唇閉鎖力を測定する検査をいう。

に1回に限り算定する。

D012 舌圧検査（1回につき） 140点

注1 舌圧測定を行った場合は、3月に1回に限り算定する。

2 注1の規定にかかわらず、区分番号 I017-1-3 に掲げる舌接触補助床又は区分番号 M025 に掲げる口蓋補綴、顎補綴を装着する患者若しくは J109 に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術の対象となる患者に対して舌圧測定を行った場合は、月2回に限り算定する。

D013 精密触覚機能検査 460点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該検査を行った場合に月1回に限り算定する。

(2) 当該検査は、問診、口腔内所見又は他の検査所見から口腔機能の発達不全が疑われる患者に対し、口腔機能発達不全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 B000-4 に掲げる歯科疾患管理料、区分番号 B000-4-2 に掲げる小児口腔機能管理料、C001-3 に掲げる歯科疾患在宅療養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、継続的な口腔機能の管理を行っている患者について、3月に1回に限り算定する。

(3) 検査に係る費用は所定点数に含まれ別に算定できない。

(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 B000-4 に掲げる歯科疾患管理料、区分番号 B000-4-3 に掲げる口腔機能管理料、区分番号 C001-3 に掲げる歯科疾患在宅療養管理料又は区分番号 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、3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 B013-3 に掲げる広範囲顎骨支持型補綴物管理料、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」、区分番号 I017-1-3 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 H001-2 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。

(5) 「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。

(6) 検査に係る費用は所定点数に含まれ別に算定できない。

(精密触覚機能検査)

(1) 精密触覚機能検査は、口腔・顎・顔面領域の末梢神経断裂、縫合術後又は絞扼性神経障害の患者に対して、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（触覚）を定量的に測定

[施設基準（抜粋）]

◇関係学会が実施する当該検査に関する適切な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。

D014 睡眠時歯科筋電図検査（一連につき）

580点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、睡眠時筋電図検査を行った場合に算定する。

第2節 薬剤料

D100 薬剤

薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を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とする。

注1 薬価が15円以下である場合は、算定できない。

2 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

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。

(2) 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。

(睡眠時歯科筋電図検査)

◇睡眠時歯科筋電図検査は、問診又は口腔内所見等から歯ぎしりが強く疑われる患者に対し、診断を目的として、夜間睡眠時の筋活動を定量的に測定した場合に、一連につき1回に限り算定する。なお、検査の実施に当たっては、「筋電計による歯ぎしり検査の基本的な考え方」（令和2年3月日本歯科医学会）を遵守すること。

【第29の7 睡眠時歯科筋電図検査】

1 睡眠時歯科筋電図検査に関する施設基準

(1) 当該療養を行うにつき、十分な経験を有する歯科医師が1名以上配置されていること。

(2) 当該保険医療機関内に歯科用筋電計を備えていること。

2 届出に関する事項

睡眠時歯科筋電図検査の施設基準に係る届出は、別添2の様式38の1の4を用いること。

## 第4部 画像診断

### 通則

- 1 画像診断の費用は、第1節の各区分の所定点数により、又は第1節、第2節及び第4節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。
- 2 同一の部位につき、同時に2以上のエックス線撮影を行った場合における第1節の診断料は（区分番号E000に掲げる写真診断（3に係るものに限る。）を除く。）、第1の診断については第1節の各区分の所定点数により、第2の診断以後の診断については、同節の各区分の所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。
- 3 同一の部位につき、同時に2枚以上同一の方法により、撮影を行った場合における第2節の撮影料（区分番号E100に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織（3に係るものに限る。）を除く。）は、特に規定する場合を除き、第1枚目の撮影については第2節の各区分の所定点数により、第2枚目から第5枚目までの撮影については同節の各区分の所定点数の100分の50に相当する点数により算定し、第6枚目以後の撮影については算定できない。
- 4 入院中の患者以外の患者について、緊急のために、保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、当該保険医療機関内において撮影及び画像診断を行った場合は、所定点数に1日につき110点を加算する。
- 5 撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合においては、電子画像管理加算として、第1号から第3号までにより算定した点数に、一連の撮影について次の点数を加算する。ただし、この場合においては、フィルムの費用は算定できない。
  - イ 歯科エックス線撮影の場合  
（1回につき） 10点
  - ロ 歯科パノラマ断層撮影の場合 95点
  - ハ 歯科用3次元エックス線断層撮影の場合 120点
  - ニ その他の場合 60点

### (通則)

- 1 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。
- 2 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う蝕歯に対し咬翼法撮影を行った場合等である。
- 3 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。
- 4 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。
- 5 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。
- 6 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CT診断装置又はアーム型エックス線CT診断装置を用いて局所的な撮影を行い、歯科疾患を3次元的に確認する撮影をいう。
- 7 「通則4」に規定する時間外緊急院内画像診断加算
  - (1) 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。
  - (2) 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。
  - (3) 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。
  - (4) 入院中の患者に当該加算は算定できない。ただし、時間

6 区分番号 E000 に掲げる写真診断（1 のイ及び 3 に係るものを除く。）及び区分番号 E200 に掲げる基本的エックス線診断料については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が、画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、歯科画像診断管理加算 1 として月 1 回に限り所定点数に 70 点を加算する。ただし、歯科画像診断管理加算 2 を算定する場合はこの限りでない。

7 区分番号 E000 に掲げる写真診断（3 に係るものに限る。）又は通則第 11 号により医科点数表の区分番号 E203 に掲げるコンピューター断層診断の例によることとされる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、歯科画像診断管理加算 2 として、月 1 回に限り 180 点を所定点数に加算する。

8 遠隔画像診断による画像診断（区分番号 E000 に掲げる写真診断（1 のイ及び 3 に係るものを除く。）又は区分番号 E200 に掲げる基本的エックス線診断料に限る。）を行った場合については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関で行われた場合に限り、算定する。この場合において、受信側の保険医療機関が通則第 6 号の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が、画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、月 1 回に限り、歯科画像診断管理加算 1 を算定することができる。ただし、歯科画像診断管理加算 2 を算定する場合は、この限りでない。

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。

(5) 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。

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

#### 8 「通則 5」に規定する電子画像管理加算

(1) 「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。

(2) 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。

(3) 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（M R 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、安全管理を確実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

- 9 遠隔画像診断による画像診断（区分番号 E000 に掲げる写真診断（3 に係るものに限る。）又は通則第 11 号により医科点数表の区分番号 E203 に掲げるコンピューター断層診断の例によることとされる画像診断に限る。）を前号に規定する保険医療機関間で行った場合であって、受信側の保険医療機関が通則第 7 号の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、月 1 回に限り、歯科画像診断管理加算 2 を算定する。
- 10 特定機能病院である保険医療機関における入院中の患者に係る診断料及び撮影料は、第 3 節の所定点数及び当該所定点数に含まれない各項目の所定点数により算定する。
- 11 第 4 部に掲げる画像診断料以外の画像診断料の算定は、医科点数表の例による。

- 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（CT 撮影）、磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI 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、受信側の保険医療機関において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 単純撮影

##### イ 歯科エックス線撮影

- (1) 全顎撮影の場合 160点  
(2) 全顎撮影以外の場合（1枚につき） 20点

##### ロ その他の場合 85点

#### 2 特殊撮影

##### イ 歯科パノラマ断層撮影 125点

- ロ 歯科パノラマ断層撮影以外の場合  
（一連につき） 96点

#### 3 歯科用3次元エックス線断層撮影 450点

#### 4 造影剤使用撮影 72点

注1 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（2及び3に係るものを除く。）の費用については、各区分の所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

2 3については、撮影の回数にかかわらず、月1回に限り算定する。

#### （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) 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回に限り限度として算定する。
- (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 単純撮影

##### イ 歯科エックス線撮影

##### (1) 全顎撮影の場合

- ①アナログ撮影 250点
- ②デジタル撮影 252点

##### (2) 全顎撮影以外の場合（1枚につき）

- ①アナログ撮影 25点
- ②デジタル撮影 28点

##### ロ その他の場合

- (1) アナログ撮影 65点
- (2) デジタル撮影 68点

#### 2 特殊撮影

##### イ 歯科パノラマ断層撮影の場合

- (1) アナログ撮影 180点
- (2) デジタル撮影 182点

##### ロ 歯科パノラマ断層撮影以外の場合（一連につき）

- (1) アナログ撮影 264点
- (2) デジタル撮影 266点

#### 3 歯科用3次元エックス線断層撮影（一連につき） 600点

#### 4 造影剤使用撮影

- イ アナログ撮影 148点
- ロ デジタル撮影 150点

注1 1のイについて、咬翼型撮影又は咬合型撮影を行った場合は、所定点数に10点を加算する。

2 新生児（生後28日未満の者とする。以下この表において同じ。）又は3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は3歳以上6歳未満の幼児に対して撮影を行った場合は、当該撮影の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の80、100分の50又は100分の30に相当する点数を加算する。

3 3について、同一月に2回以上行った場合は、当該月の2回目以降の撮影については、所定点数にかかわらず、一連につき所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

4 3について、造影剤を使用した場合は、所定点数に500点を加算する。この場合において、造影剤注入手技料及び麻酔料は、加算点数に含まれる。

（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して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 120 点

(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（1日につき）

(基本的エックス線診断料)

1 入院の日から起算して4週間以内の期間 55 点

◇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。

2 入院の日から起算して4週間を超えた期間 40 点

注1 特定機能病院である保険医療機関において、入院中の患者に対して行ったエックス線診断について算定する。

2 次に掲げるエックス線診断の費用は、所定点数に含まれる。

イ 区分番号 E000 に掲げる写真診断の1に掲げるもの

ロ 区分番号 E100 に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織の1に掲げるもの

3 療養病棟に入院している患者及び区分番号 A216 に掲げる HIV 感染者療養環境特別加算若しくは区分番号 A217 に掲げる重症者等療養環境特別加算又は第1章第2部第3節に掲げる特定入院料を算定している患者については適用しない。

### 第4節 フィルム及び造影剤料

(フィルム及び造影剤料)

E300 フィルム

(フィルム)

材料価格を10円で除して得た点数

注1 6歳未満の乳幼児に対して撮影を行った場合は、材料価格に1.1を乗じて得た額を10円で除して得た点数とする。

◇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。

2 使用したフィルムの材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

E301 造影剤

薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を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とする。

注1 薬価が15円以下である場合は算定できない。

2 使用した造影剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

＜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

アナログ X 線撮影の早見表

		規格	1 枚目	症状確認	同一方法 同一部位 同時撮影	特殊撮影と 同一部位 同時撮影
単純 撮影	歯科 X 線撮影	標準型	48	38	25	38
		小児型	47	37	25	38
		3 歳以上 6 歳未満	56	46	30	46
		咬合型	58	48	30	48
		咬翼型	59	49	32	49
	その他	カビネ型	154	112		
特殊 撮影	パノラマ断層撮影	オルソパントモ	317	317		
	顎関節規格 X 線撮影	四ツ切り	367	367		

デジタル撮影の早見表

		規格	1 枚目	症状確認	同一方法 同一部位 同時撮影	他の撮影と 同一部位 同時撮影
単純 撮影	歯科 X 線撮影	標準型	58	48	34	38
		咬合型	68	58	39	48
		咬翼型				
	その他		213	171	77	111
特殊 撮影	パノラマ断層撮影		402	402		307
	顎関節規格 X 線撮影		422	422		362
歯科用 3 次元 X 線断層撮影			1170			1170

注意 1. 特殊撮影と同時撮影の歯科 X 線撮影には電子画像管理加算の算定はない。

注意 2. 歯科用 3 次元 X 線断層撮影と同一部位、同時撮影の特殊撮影、単純撮影には電子画像管理加算の算定はない。

## 全顎撮影の早見表

### 1. アナログ X 線撮影の場合

診断料 (160 点) + 撮影料 (250 点) + フィルム料 (2.8 点 × 枚数)

	1 回目	確認または特殊撮影と同時
10 枚法	439	359
11 枚法	442	362
12 枚法	445	365
13 枚法	448	368
14 枚法	451	371

### 2. デジタル撮影の場合

	1 回目	確認または特殊撮影と同時
10 枚法	512	332
11 枚法	522	332
12 枚法	532	332
13 枚法	542	332
14 枚法	552	332

## 顎関節撮影

### 1. アナログ X 線撮影の場合

#### (1) 顎関節規格 X 線撮影

	診断料	撮影料	フィルム料 (カビネ)	計
両側患側	$96 \times 2$	$264 \times 2$	$3.8 \times 2$	728 点
片側患側	$96 + 96/2$	$264 + 264/2$	$3.8 \times 2$	548 点

#### (2) 顎関節単純撮影

	診断料	撮影料	フィルム料 (カビネ)	計
両側患側	$85 \times 2$ $85/2 \times 2$	$65 \times 2$ $65/2 \times 2$	$3.8 \times 4$	465 点
片側患側	$85 \times 1$ $85/2 \times 3$	$65 \times 1$ $65/2 \times 3$	$3.8 \times 4$	390 点

#### (3) パノラマ顎関節撮影法 (四分割)

	診断料	撮影料	フィルム料	計
単独の場合	125	180	12	317 点
他の撮影と同時	$125/2$	$180/2$	12	165 点

### 2. デジタル X 線撮影の場合

#### (1) 顎関節規格 X 線撮影

	診断料	撮影料	電子画像管理加算	計
両側患側	$96 \times 2$	$266 \times 2$	$60 \times 1$	784 点
片側患側	$96 + 96/2$	$266 + 266/2$	$60 \times 1$	603 点

#### (2) 顎関節単純撮影

	診断料	撮影料	電子画像管理加算	計
両側患側	$(85 \times 2 + 85/2)$ 128 点	$+ 68 \times 2 + 68/2$ 102 点	$+ 60 \times 1) \times 2$	580 点
片側患側	$85 \times 1 + 85/2 \times 3$ 213 点	$68 \times 1 + 68/2 \times 3$ 170 点	$60 \times 1$	443 点

#### (3) パノラマ顎関節撮影法 (四分割)

	診断料	撮影料	電子画像管理加算	計
単独の場合	125	182	95	402 点
他の撮影と同時	$125/2$	$180/2$	0	153 点

## 第5部 投薬

### 通則

- 1 投薬の費用は、第1節から第3節までの各区分の所定点数を合算した点数により算定する。ただし、処方せんを交付した場合は、第5節の所定点数のみにより算定する。
- 2 投薬に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を支給した場合は、前号により算定した点数及び第4節の所定点数により算定する。
- 3 薬剤師が常時勤務する保険医療機関において投薬を行った場合（処方せんを交付した場合を除く。）は、前2号により算定した点数及び第6節の所定点数を合算した点数により算定する。
- 4 入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合には、区分番号 F000 に掲げる調剤料、区分番号 F100 に掲げる処方料、区分番号 F200 に掲げる薬剤、区分番号 F400 に掲げる処方箋料及び区分番号 F500 に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。

### (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でき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 に掲げる処方箋せん料を除く。）の例により算定する。

### (退院時の投薬)

◇別に規定する場合を除き、入院実日数を超過して投薬を算定することができる。退院時の投薬については、服用の日の知何にかかわらず入院患者に対する投薬として扱う。

### (投薬時の薬剤の容器)

- (1) 投薬時における薬剤の容器は、原則として保険医療機関から患者へ貸与するものとする。なお、患者が希望する場合には、患者にその実費負担を求めて容器を交付できるが、患者が当該容器を返還した場合には、当該容器本体部分が再使用できるものについて当該実費を返還しなければならない。
- (2) 患者に直接投薬する目的で製品化されている薬剤入りチューブ及び薬剤入り使い捨て容器のように再使用できない薬剤の容器については、患者に容器代金を負担させることは認められない。

### (入院患者に対する投薬の取扱い)

- (1) 入院中の患者に月をまたがって投与した薬剤は、投薬の日の属する月により区分する。
- (2) 外来において数日分投与しその薬剤を入院後も服用する場合、この入院後服用の分の請求区分は服用の日の如何にかかわらず、外来投与として扱う。

### (薬品の紛失)(医科)

◇被保険者が保険医より薬品の授与を受け、持ち帰りの途中又は自宅において薬品を紛失したために(天災地変の他やむを得ない場合を除く。)保険医が再交付した場合は、その薬剤の費用は、被保険者の負担とする。

### (医薬品サンプル)

◇臨床試用医薬品に係る保険請求上の取扱い

臨床試用医薬品は、健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法(平成6年3月厚生省告示第54号)及び老人保健法の規定による医療に要する費用の額の算定に関する基準(平成6年3月厚生省告示第72号)に規定され、医療保険上の給付対象となる「薬剤」には該当しないものであり、したがって、臨床試用医薬品に係る薬剤料については、

保険請求は認められない。

◇処方料等の取扱い

臨床試用医薬品が使用薬剤の購入価格（薬価基準）に記載されている医薬品である限り、当該臨床試用医薬品に係る処方料、注射料、調剤料等の技術料については、保険請求が認められる。

第1節 調剤料

F000 調剤料

- 1 入院中の患者以外の患者に対して投薬を行った場合
    - イ 内服薬、浸煎薬及び屯服薬（1回の処方に係る調剤につき） 11点
    - ロ 外用薬（1回の処方に係る調剤につき） 8点
  - 2 入院中の患者に対して投薬を行った場合（1日につき） 7点
- 注 麻薬、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬を調剤した場合は、1に係る場合には1処方につき1点を、2に係る場合には1日につき1点をそれぞれ加算する

（調剤料）

- (1) 入院中の患者以外の患者に係る調剤料の所定単位については、1回の処方に係る調剤料として、その剤数・日数又は調剤した量にかかわらず「1」の所定点数を処方料算定時にまとめて算定する。ただし、2以上の診療科で異なる医師が処方した場合は、それぞれの処方につき、調剤料を算定できる。
- (2) トローチ剤又は亜硝酸アミル等の嗅薬、噴霧吸入剤については外用薬として、投薬に係る費用を算定する。例えば、トローチ剤の1日量6錠3日分は、18錠分を1調剤の薬剤料として算定する。
- (3) 外泊期間中及び入院実日数を越えた部分について、調剤料は算定できない。
- (4) 「注」の加算については、内服薬、浸煎薬及び屯服薬、外用薬等の区分、剤数、用法用量等の如何にかかわらず、入院中の患者以外の患者に対して投薬を行う場合は1処方につき1点を、また、入院中の患者に対して投薬を行う場合は1日につき1点を所定点数に加算する。なお、リン酸コデイン散1%のように、当該薬剤の基剤が麻薬等に属していても、稀釈度により麻薬等の取扱いを受けていないものを調剤又は処方した場合には対象とならない。
- (5) 「注」にいう麻薬、向精神薬、覚せい剤原料及び毒薬は次の通りである。
  - ア 毒薬とは医薬品医療機器法第44条第1項の規定（同施行規則第204条、別表第3）による毒薬をいう。
  - イ 向精神薬とは、麻薬及び向精神薬取締法第2条第6号の規定（同法別表第3）による向精神薬をいう。

第2節 処方料

F100 処方料

- 1 7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く。）を行った場合 29点
  - 2 1以外の場合 42点
- 注 1 入院中の患者以外の患者に対する1回の処方について算定する。
- 2 麻薬、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬を処方した場合は、1処方につき1点を加算する。

（処方料）

- (1) 医師が処方する投薬量については、予見することができる必要期間に従ったものでなければならず、30日を超える長期の投薬を行うに当たっては、長期の投薬が可能な程度に病状が安定し、服薬管理が可能である旨を医師が確認するとともに、病状が変化した際の対応方法及び当該保険医療機関の連絡先を患者に周知する。
  - なお、上記の要件を満たさない場合は、原則として次に掲げるいずれかの対応を行うこと。
    - ア 30日以内に再診を行う。

- 3 入院中の患者に対する処方を行った場合は、当該処方の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれる。
- 4 3歳未満の乳幼児に対して処方を行った場合は、1処方につき3点を加算する。
- 5 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方を行った場合は、月2回に限り、1処方につき18点を加算する。
- 6 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算2として、月1回に限り1処方につき66点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一月に特定疾患処方管理加算1は算定できない。
- 7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（許可病床数が200床以上の病院に限る。）において、治療の開始に当たり投薬の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で抗悪性腫瘍剤を処方した場合には、抗悪性腫瘍剤処方管理加算として、月1回に限り、1処方につき70点を加算する。
- 8 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において投薬を行った場合には、外来後発医薬品使用体制加算として、当該基準に係る区分に従い、1処方につき次に掲げる点数を、それぞれ加算する。
- イ 外来後発医薬品使用体制加算1 5点  
ロ 外来後発医薬品使用体制加算2 4点  
ハ 外来後発医薬品使用体制加算3 2点

イ 許可病床数が200床以上の保険医療機関にあっては、患者に対して他の保険医療機関（許可病床数200床未満の病院又は診療所に限る。）に文書による紹介を行う旨の申出を行う。

ウ 患者の病状は安定しているものの服薬管理が難しい場合には、分割指示に係る処方箋を交付する。

(2) 複数の診療科を標榜する保険医療機関において、2以上の診療科で異なる医師が処方した場合は、それぞれの処方につき処方料を算定する。

(3) 「1」について

ア 当該保険医療機関が、1回の処方において、抗不安薬を3種類以上、睡眠薬を3種類以上、抗うつ薬を3種類以上、抗精神病薬を3種類以上又は抗不安薬と睡眠薬を合わせて4種類以上投与（以下この部において「向精神薬多剤投与」という。）した場合に算定する。ただし、以下の(イ)から(ハ)までのいずれかに該当する場合、又は抗うつ薬を3種類若しくは抗精神病薬を3種類投与する場合であって(二)に該当する場合には、「1」の所定点数は算定せず、「2」又は「3」により算定する。なお、この場合においては、診療報酬明細書の摘要欄に向精神薬多剤投与に該当するが「1」の所定点数を算定できない理由を記載すること。

なお、「臨時的投薬等のもの」とは(イ)から(ハ)までのいずれかを満たすことをいい、「患者の病状等によりやむを得ず投与するもの」とは、(二)を満たすことをいう。

(イ) 精神疾患を有する患者が、当該疾患の治療のため、当該保険医療機関を初めて受診した日において、他の保険医療機関で既に向精神薬多剤投与されている場合の連続した6か月間。この場合、診療報酬明細書の摘要欄に、当該保険医療機関の初診日を記載すること

(ロ) 向精神薬多剤投与に該当しない期間が1か月以上継続しており、向精神薬が投与されている患者について、当該患者の症状の改善が不十分又はみられず、薬剤の切り替えが必要であり、既に投与されている薬剤と新しく導入する薬剤を一時的に併用する場合の連続した3か月間。（年2回までとする。）この場合、診療報酬明細書の摘要欄に、薬剤の切り替えの開始日、切り替え対象となる薬剤名及び新しく導入する薬剤名を記載すること。

(ハ) 臨時に投与した場合。（臨時に投与した場合とは、連続する投与期間が2週間以内又は14回以内のものをいう。1回投与量については、1日量の上限を超えないよう留意すること。なお、投与中止期間が1週間以内の場合は、連続する投与とみなして投与期間を計算する。）なお、抗不安薬及び睡眠薬については、臨時に投与する場合についても種類数に含める。この場合、

診療報酬明細書の摘要欄に、臨時の投与の開始日を記載すること。

(二) 抗うつ薬又は抗精神病薬に限り、精神科の診療に係る経験を十分に有する医師として別紙様式 39 を用いて地方厚生(支)局長に届け出たものが、患者の病状等によりやむを得ず投与を行う必要があると認めた場合。なお、ここでいう精神科の診療に係る経験を十分に有する医師とは以下のいずれにも該当するものであること。

- ① 臨床経験を5年以上有する医師であること。
- ② 適切な保険医療機関において3年以上の精神科の診療経験を有する医師であること。なお、ここでいう適切な保険医療機関とは、医師に対する適切な研修を実施するため、常勤の指導責任者を配置した上で、研修プログラムの策定、医師に対する精神科医療に係る講義の提供、症例検討会の実施等を満たす保険医療機関を指す。
- ③ 精神疾患に関する専門的な知識と、ICD-10(平成21年総務省告示第176号(統計法第28条及び附則第3条の規定に基づき、疾病、傷害及び死因に関する分類の名称及び分類表を定める件)の「3」の「(1) 疾病、傷害及び死因の統計分類基本分類表」に規定する分類をいう)においてF0からF9までの全てについて主治医として治療した経験を有すること。
- ④ 精神科薬物療法に関する適切な研修を修了していること。

イ 抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の種類数は一般名で計算する。また、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の種類については、別紙36を参考にすること。

ウ 向精神薬多剤投与を行った保険医療機関は、毎年度4月、7月、10月、1月に、前月までの3か月間の年に1回、向精神薬多剤投与の状況を別紙様式40を用いて地方厚生(支)局長に報告すること。

- (4) 「2」において、処方料における内服薬の種類については、区分番号「F200」薬剤の「注3」における内服薬の種類と同様の取扱いとする。なお、当該処方に係る内服薬の投薬が6種類以下の場合又は外用薬、屯服薬のみの投薬の場合は「3」で算定する。
- (5) 「2」において、臨時的に内服薬の追加投与等を行った場合の取扱いについては、F200薬剤の(6)に準じるものとする。
- (6) 「2」において、「不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬を行った場合」とは、薬効分類上の抗不安剤、催眠鎮静剤、精神神経用剤又はその他の中枢神経系用薬のいずれかに該当

する医薬品のうち、ベンゾジアゼピン受容体作動薬を1年以上にわたって、同一の成分を同一の1日当たり用量で連続して処方している場合（以下「向精神薬長期処方」という。）をいう。なお、定期処方と屯服間の変更については、同一の1日当たり用量には該当しない。また、以下のいずれかに該当する医師が行った処方又は当該処方の直近1年以内に精神科の医師からの助言を得て行っている処方については、向精神薬長期処方に該当せず、「3」を算定すること。

ア 不安又は不眠に係る適切な研修を修了した医師であること。

イ 精神科薬物療法に係る適切な研修を修了した医師であること。

(7)「注2」の加算は、内服薬、浸煎薬及び屯服薬、外用薬等の区分、剤数、用法用量等の如何にかかわらず、1処方につき1点を所定点数に加算する。

(8)複数の診療科を標榜する保険医療機関において、2以上の診療科で、異なる医師が3歳未満の乳幼児に対して処方を行った場合は、それぞれの処方について「注4」による乳幼児加算を算定することができる。

#### (9) 特定疾患処方管理加算

ア 特定疾患処方管理加算は、生活習慣病等の厚生労働大臣が別に定める疾患を主病とする患者について、プライマリ機能を担う地域のかかりつけ医師が総合的に病態分析を行い、それに基づく処方管理を行うことを評価したものであり、診療所又は許可病床数が200床未満の病院においてのみ算定する。

イ 処方期間が28日以上の場合、特定疾患処方管理加算2として、月1回に限り1処方につき66点を加算する。なお、同一暦月に処方料と処方せん料を算定する場合には、処方料又は処方箋料のいずれか一方の加算として月1回に限り算定する。

ウ 処方期間が28日以上の場合の加算は、長期投薬の際の病態分析及び処方管理の評価の充実を図るものであり、特定疾患に対する薬剤の処方期間が28日以上の場合に算定する。ただし、当該患者に処方された薬剤の処方期間が全て28日以上である必要はない。

エ イに該当する場合以外の場合には、月2回に限り1処方につき18点を算定する。なお、同一暦月に処方料と処方せん料を算定する場合であっても、処方せん料の当該加算と合わせて2回を限度とする。

オ 主病とは、当該患者の全身的な医学管理の中心となっている特定疾患をいうものであり、2以上の診療科にわたり受診している場合においては、主病と認められる特定疾患の治療に当たっている診療科においてのみ算定する。

カ 特定疾患処方管理加算は初診料を算定した初診の日にお

いても算定できる。

キ 投薬は本来直接本人を診察した上で適切な薬剤を投与すべきであるが、やむを得ない事情で看護等に当たっている者から症状を聞いて薬剤を投与した場合においても算定できる。

#### (10) 抗悪性腫瘍剤処方管理加算

ア 「注7」に規定する抗悪性腫瘍剤処方管理加算については、入院中の患者以外の悪性腫瘍の患者に対して、抗悪性腫瘍剤による投薬の必要性、副作用、用法・用量、その他の留意点等について文書で説明し、抗悪性腫瘍剤の適正使用及び副作用管理に基づく処方管理のもとに悪性腫瘍の治療を目的として抗悪性腫瘍剤が処方された場合に算定する。

イ 同一暦月に処方料とF400処方箋料を算定する場合には、処方料又はF400処方箋料のいずれか一方の加算として月1回に限り算定する。

ウ 加算対象となる抗悪性腫瘍剤は、薬効分類上の腫瘍用薬とする。

(15) 外来後発医薬品使用体制加算は、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を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が70%以上、75%以上又は80%であるとともに、外来において後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用を積極的に行っている旨を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している保険医療機関において、1処方につき2点、4点又は5点を所定点数に加算する。

### 第3節 薬剤料

#### F200 薬剤

薬剤料は、次の各区分ごとに所定単位につき、使用薬剤の薬価が15円以下である場合は1点とし、15円を超える場合は10円又はその端数を増すごとに1点を加算する。

使用薬剤	単位
内服薬及び浸煎薬	1剤1日分
屯服薬	1回分
外用薬	1調剤

注1 特別入院基本料を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対する同一月の投薬に係る薬剤料と注射に係る薬剤料とを合算して得た点数（以下この表において「合算薬剤料」という。）が、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た

#### (薬剤料)

(1) 「注2」については、区分番号「F100」処方料の(3)に準じるものとする。

(2) 「注2」の算定は、外来の場合に限る。なお、1処方とは処方料の算定単位となる処方をいう。

(3) 1回の処方において、2種類以上の内服薬を調剤する場合には、それぞれの薬剤を個別の薬包等に調剤しても、服用時点及び服用回数と同じであるものについては、次の場合を除き1剤として算定する。

ア 配合不適等調剤技術上の必要性から個別に調剤した場合

イ 固形剤と内用液剤の場合

ウ 内服錠とチュアブル錠等のように服用方法が異なる場合

(4) 「注1」における「その他の特定の疾患」とは、難病の患者に対する医療等に関する法律第5条に規定する指定難病（同法第7条第4項に規定する医療受給者証を交付されている患者（同条第1項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。）に係るものに限る。）又は「特定疾患治療研究事業について」に掲げる

点数を超える場合（悪性新生物その他の特定の疾患に罹患している患者に対して投薬又は注射を行った場合を除く。）には、当該合算薬剤料は、所定点数にかかわらず、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数により算定する。

2 1処方につき7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く。）を行った場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。

3 健康保険法第85条第1項及び高齢者医療確保法第74条第1項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養若しくは健康保険法第85条の2第1項及び高齢者医療確保法第75条第1項に規定する入院時生活療養費に係る生活療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、歯科医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断したときを除き、これを算定できない。

4 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

疾患（当該疾患に罹患しているものとして都道府県知事から受給者証の交付を受けているものに限る。ただし、スモンについては過去に公的な認定を受けたことが確認できる場合等を含む。）をいう。

(5) 特別入院基本料等（7対1特別入院基本料及び10対1特別入院基本料を含む。）を算定する病棟を有する病院の長期入院患者に係る入院期間の算定は、当該特別入院基本料等を算定する病棟を有する病院となる以前からの入院期間を通算する。

また、入院期間の算定は第1章第2部入院料等の通則の例に準じる。

(6) 「注3」多剤投与の場合の算定

ア 「注3」の算定は、外来の場合に限り、1処方のうち、内服薬についてのみ対象とする。この場合の「種類」については、次のように計算する。なお、1処方とは処方料の算定単位となる処方をいう。

(イ) 錠剤、カプセル剤については、1銘柄ごとに1種類と計算する。

(ロ) 散剤、顆粒剤及び液剤については、1銘柄ごとに1種類と計算する。

(ハ) (ロ)の薬剤を混合して服薬できるよう調剤を行ったものについては、1種類とする。

(ニ) 薬剤料に掲げる所定単位当たりの薬価が205円以下の場合には、1種類とする。

イ 「注3」の「所定点数」とは、1処方のうちの全ての内服薬の薬剤料をいう。

ウ 「注3」の算定は、常態として投与する内服薬が7種類以上の場合に行い、臨時に投与する薬剤については対象としない。

エ ウの臨時に投与する薬剤とは連続する投与期間が2週間以内のものをいい、2週間を超える投与期間の薬剤にあつては常態として投与する薬剤として扱う。なお、投与中止期間が1週間以内の場合は、連続する投与とみなして投与期間を計算する。

オ 臨時的に内服薬の追加投与等を行った結果、1処方につき内服薬が7種類以上となる場合において、傷病名欄からその必要性が明らかでない場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその必要性を記載する。

(7) 「注4」については、区分番号「F100」処方料の(10)に準じるものとする。

(8) ビタミン剤

ア 「注5」に規定するビタミン剤（ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。）とは、内服薬及び注射薬をいうものであり、また、ビタミンB群又はビタミンCを含有する配合剤を含むものである。

イ ビタミン剤に係る薬剤料が算定できるのは、医師が当該

ビタミン剤の投与が有効であると判断し、適正に投与された場合に限られるものであり、具体的には、次のような場合をいう。ただし、薬事承認の内容に従って投与された場合に限る。

- (イ) 患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝障害であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合（例えば、悪性貧血のビタミン B<sub>12</sub> の欠乏等、診察及び検査の結果から当該疾患又は症状が明らかな場合）
- (ロ) 患者が妊産婦、乳幼児等（手術後の患者及び高カロリー輸液療法実施中の患者を含む。）であり、診察及び検査の結果から食事からのビタミンの摂取が不十分であると診断された場合
- (ハ) 患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝障害であると推定され、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合
- (ニ) 重湯等の流動食及び軟食のうち、一分がゆ、三分がゆ又は五分がゆを食している場合
- (ホ) 無菌食、フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシスチン尿症食又はガラクトース血症食を食している場合

ウ ビタミン剤に係る薬剤料を算定する場合には、当該ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断した趣旨を具体的に診療録及び診療報酬明細書に記載しなければならない。ただし、病名によりビタミン剤の投与が必要、かつ、有効と判断できる場合は趣旨を診療報酬明細書に記載することは要しない。

#### 第4節 特定保険医療材料料

##### F300 特定保険医療材料

材料価格を10円で除して得た点数

注 支給した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

#### 第5節 処方箋料

##### F400 処方箋料

1 7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く。）を行った場合 40点

2 1以外の場合 68点

注1 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付した場合に、交付1回につき算定する。

2 3歳未満の乳幼児に対して処方を行った場合は、処方せんの交付1回につき3点を加算する。

3 診療所又は許可病床数が200床未満の病

(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事は、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た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

院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方せんを交付した場合は、月2回に限り、処方せんの交付1回につき18点を加算する。

4 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上処方を行った場合は、月1回に限り、1処方につき66点を加算する。ただし、この場合において、同一月に注3の加算は算定できない。

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

6 薬剤の一般的名称を記載する処方せんを交付した場合、処方せんの内容に応じ、次に掲げる点数を処方せんの交付1回につきそれぞれ加算する。

- |            |    |
|------------|----|
| イ 一般名処方加算1 | 7点 |
| ロ 一般名処方加算2 | 5点 |

## 第6節 調剤技術基本料

### F500 調剤技術基本料

- |                   |     |
|-------------------|-----|
| 1 入院中の患者に投薬を行った場合 | 42点 |
| 2 その他の患者に投薬を行った場合 | 14点 |

注1 薬剤師が常時勤務する保険医療機関において投薬を行った場合（処方せんを交付した場合を除く。）に算定する。

2 同一の患者につき同一月内に調剤技術基本料を算定すべき投薬を2回以上行った場合においては、調剤技術基本料は月1回に限り算定する。

3 1において、調剤を院内製剤の上行った

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。

### 《処方箋》(医科)

(2) 保険薬局で保険調剤を受けさせるために、患者に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）に定められている様式の完備した処方箋（院外処方箋）を交付した場合に限り算定し、その処方箋に処方した剤数、投与量（日分数）等の如何にかかわらず、1回として算定する。

(3) 同一の保険医療機関が一連の診療に基づいて、同時に、同一の患者に2枚以上の処方箋を交付した場合は、1回として算定する。

(4) 複数の診療科を標榜する保険医療機関において、2以上の診療科で、異なる医師が処方した場合は、それぞれの処方につき処方箋料を算定することができる。

(12) 「注6」に規定する一般名処方加算は、後発医薬品のある医薬品について、薬価基準に記載されている品名に代えて、一般的名称に剤形及び含量を付加した記載（以下「一般名処方」という。）による処方せん箋を交付した場合に限り算定できるものであり、交付した処方せん箋に含まれる医薬品のうち、後発医薬品のある全ての医薬品（2品目以上の場合に限る。）が一般名処方されている場合には一般名処方加算1を、1品目でも一般名処方されたものが含まれている場合には一般名処方加算2を、処方せん箋の交付1回につきそれぞれ加算する。なお、一般名処方とは、単に医師が先発医薬品か後発医薬品かといった個別の銘柄にこだわらずに処方を行っているものである。

### (調剤技術基本料)

(1) 調剤技術基本料は、重複投薬の防止等保険医療機関内における調剤の管理の充実を図るとともに投薬の適正を確保することを目的としており、薬剤師が常態として勤務する保険医療機関において、薬剤師の管理のもとに調剤が行われた場合に、患者1人につき、月1回に限り算定する。

(2) 同一医療機関において同一月内に処方箋の交付がある場合は、調剤技術基本料は算定できない。

(3) 同一月に区分番号「B008」薬剤管理指導料又は区分番号「C008」在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している場合には、調剤技術基本料は算定できない。

場合は、所定点数に 10 点を加算する。

- 4 区分番号 B008 に掲げる薬剤管理指導料  
又は区分番号 C003 に掲げる在宅患者訪問  
薬剤管理指導料を算定している患者につ  
いては、算定できない。

#### (4) 院内製剤加算

ア 「注 3」の院内製剤加算は、薬価基準に記載されている医薬品に溶媒、基剤等の賦形剤を加え、当該医薬品とは異なる剤形の医薬品を院内製剤の上調剤した場合に、次の場合を除き算定できる。

(イ) 調剤した医薬品と同一規格を有する医薬品が薬価基準に記載されている場合

(ロ) 散剤を調剤した場合

(ハ) 液剤を調剤する場合であって、薬事法上の承認内容が用時溶解して使用することとなっている医薬品を交付時に溶解した場合

(ニ) 1 種類のみを水に溶解して液剤とする場合（安定剤、溶解補助剤、懸濁剤等製剤技術上必要と認められる添加剤を使用した場合及び調剤技術上、ろ過、加温、滅菌行為をなす必要があつて、これらの行為を行った場合を除く。）

イ 上記アにかかわらず、剤形が変わらない場合であっても、次に該当する場合には、院内製剤加算が算定できる。ただし、調剤した医薬品と同一規格を有する医薬品が薬価基準に記載されている場合を除く。

(イ) 同一剤形の 2 種類以上の既製剤（賦形剤、矯味矯臭剤等を除く。）を混合した場合（散剤及び顆粒剤を除く。）

(ロ) 安定剤、溶解補助剤、懸濁剤等製剤技術上必要と認められる添加剤を加えて調剤した場合

(ハ) 調剤技術上、ろ過、加温、滅菌行為をなす要があつて、これらの行為を行った場合

ウ ア、イにかかわらず調剤した医薬品を、原料とした医薬品の承認内容と異なる用法・用量あるいは効能・効果で用いる場合は院内製剤加算は算定できない。

- (5) 「注 5」については、区分番号「F000」調剤料の (6) に準じるものとする。

## 第6部 注射

### 通則

- 1 注射の費用は、第1節及び第2節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。
  - 2 注射に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、前号により算定した点数及び第3節の所定点数を合算した点数により算定する。
  - 3 生物学的製剤注射を行った場合は、前2号により算定した点数に15点を加算する。
  - 4 精密持続点滴注射を行った場合は、精密持続点滴注射加算として、1日につき80点を前3号により算定した点数に加算する。
  - 5 注射に当たって麻薬を使用した場合は、麻薬注射加算として、5点を前各号により算定した点数に加算する。
  - 6 区分番号G001に掲げる静脈内注射、G002に掲げる動脈注射、G003に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、G004に掲げる点滴注射、G005に掲げる中心静脈注射又はG006に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈注射について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって悪性腫瘍等の患者であるものに対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ1日につき前各号により算定した点数に加算する。
- イ 外来化学療法加算1
- (1) 外来化学療法加算A
    - ① 15歳未満 820点
    - ② 15歳以上 600点
  - (2) 外来化学療法加算B

### (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。

### 【医科点数表第6部 注射の通則】

#### <通則>

- 1 注射に係る費用は、第1節注射料、第2節薬剤料及び第3節特定保険医療材料（別に厚生労働大臣が定める保険医療材料のうち注射に当たり使用したものの費用に限る。）に掲げる所定点数を合算した点数によって算定する。
- 2 生物学的製剤注射加算
  - (1) 「通則3」の生物学的製剤注射加算を算定できる注射薬は、トキシイド、ワクチン及び抗毒素であり、注射の方法にかかわらず、次に掲げる薬剤を注射した場合に算定できる。
    - ア 同乾燥組織培養不活化狂犬病ワクチン
    - イ 組換え沈降B型肝炎ワクチン（酵母由来）
    - ウ 組換え沈降B型肝炎ワクチン（チャイニーズ・ハムスター卵巣細胞由来）
    - エ 肺炎球菌ワクチン
    - オ 髄膜炎菌ワクチン
    - カ 沈降破傷風トキシイド
    - キ 同ガスエソウマ抗毒素
    - ク 乾燥ガスエソウマ抗毒素
    - ケ 同乾燥ジフテリアウマ抗毒素
    - コ 同乾燥破傷風ウマ抗毒素
    - サ 同乾燥はぶウマ抗毒素
    - シ 同乾燥ボツリヌスウマ抗毒素
    - ス 同乾燥まむしウマ抗毒素
  - (2) 区分番号「G005」中心静脈注射の回路より生物学的製剤を注入した場合は、「通則3」の加算を算定できる。
- 3 精密持続点滴注射加算
  - (1) 「通則4」の精密持続点滴注射は、自動輸液ポンプを用いて1時間に30mL以下の速度で体内（皮下を含む。）又は注射回路に薬剤を注入することをいう。
  - (2) 1歳未満の乳児に対して精密持続点滴注射を行う場合は、注入する薬剤の種類にかかわらず算定できるが、それ以外の者に対して行う場合は、緩徐に注入する必要のあるカテコールアミン、βブロッカー等の薬剤を医学的必要性があつて注入した場合に限り算定する。
  - (3) 区分番号「G003」抗悪性腫瘍剤局所持続注入の実施時に精密持続点滴を行った場合は、「通則4」の加算を算定できる。

- ① 15 歳未満 670 点
- ② 15 歳以上 450 点
- ロ 外来化学療法加算 2
  - (1) 外来化学療法加算 A
    - ① 15 歳未満 740 点
    - ② 15 歳以上 470 点
  - (2) 外来化学療法加算 B
    - ① 15 歳未満 640 点
    - ② 15 歳以上 370 点
- 7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、前号のイの(1)を算定した患者に対して、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、副作用の発現状況、治療計画等を文書により提供した上で、患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合に、連携充実加算として、月 1 回に限り 150 点を所定点数に加算する。
- 8 第 1 節に掲げられていない注射であって簡単な注射の費用は、第 2 節の各区分の所定点数のみにより算定する。
- 9 注射に伴って行った反応試験の費用は、第 1 節の各区分の所定点数に含まれる。

- (4) 区分番号「G005」中心静脈注射の回路より精密持続点滴注射を行った場合は、「通則 4」の加算を算定できる。
- 4 外来化学療法加算
  - (1) 「通則 6」に規定する外来化学療法加算については、入院中の患者以外の悪性腫瘍の患者に対して、当該抗悪性腫瘍剤による注射の必要性、副作用、用法・用量、その他の留意点等について文書で説明し、外来化学療法に係る専用室において、悪性腫瘍の治療を目的として抗悪性腫瘍剤等が投与された場合に算定する。
  - (2) 外来化学療法加算 1 を届出た保険医療機関において外来化学療法加算 1 を算定するに当たり、当該保険医療機関で実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会（他の保険医療機関と連携し、共同で開催する場合を含む。）において、承認され、登録されたレジメンを用いて治療を行ったときのみ算定でき、それ以外の場合には、外来化学療法加算 1 及び 2 は算定できない。
  - (3) 外来化学療法加算 A は、薬効分類上の腫瘍用薬を、区分番号「G000」皮内、皮下及び筋肉内注射以外により投与した場合に算定する。なお、この場合において、引き続き薬効分類上の腫瘍用薬を用いて、入院中の患者以外の患者に対して在宅自己注射指導管理に係る自己注射に関する指導管理を行った場合であっても、同一月に区分番号「C101」在宅自己注射指導管理料は算定できない。
  - (4) 外来化学療法加算 B は、次に掲げるいずれかの投与を行った場合に限り算定する。なお、この場合において、引き続き次に掲げる製剤を用いて、入院中の患者以外の患者に対して在宅自己注射指導管理に係る自己注射に関する指導管理を行った場合であっても、同一月に区分番号「C101」在宅自己注射指導管理料は算定できない。
    - ア 関節リウマチ、クローン病、ベーチェット病、強直性脊椎炎、潰瘍性大腸炎、尋常性乾癬、関節症性乾癬、膿疱性乾癬又は乾癬性紅皮症の患者に対してインフリキシマブ製剤を投与した場合
    - イ 関節リウマチ、多関節に活動性を有する若年性特発性関節炎、全身型若年性特発性関節炎又はキャスルマン病の患者に対してトシリズマブ製剤を投与した場合
    - ウ 関節リウマチの患者に対してアバタセプト製剤を投与した場合
    - エ 多発性硬化症の患者に対してナタリズマブ製剤を投与した場合
- 5 特定入院料等注射の手技料を含む点数を算定した場合は、「通則 3」、「通則 4」及び「通則 5」の加算は算定できない。なお、使用薬剤の薬価（薬価基準）に記載されている臨床試用医薬品を使用した場合は、第 2 節薬剤料は算定せず、第 1 節注射料及び第 3 節特定保険医療材料のみ算定する。

## 第1節 注射料

### 通則

注射料は、第1款及び第2款の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。

### 第1款 注射実施料

#### G000 皮内、皮下及び筋肉内注射

(1回につき) 20点

注 入院中の患者以外の患者に対して行った場合に算定する。

- 6 心臓内注射及び痔核注射等の第1節に掲げられていない注射のうち簡単なものに係る費用については、第2節薬剤料に掲げる所定点数のみ算定する。ただし、胸腔注入、前房注射、硝子体注入、副鼻腔注入及び気管支カテーテル薬液注入法については、第2章第9部処置又は第10部手術に掲げる所定点数をそれぞれ算定し、これらに係る薬剤料の算定に関しては第2章第5部投薬の区分番号「F200」薬剤の(2)、(3)及び(5)の例による。
- 7 区分番号「G001」静脈内注射、区分番号「G004」点滴注射又は区分番号「G005」中心静脈注射のうち2以上を同一日に併せて行った場合は、主たるものの所定点数のみ算定する。
- 8 区分番号「G004」点滴注射、区分番号「G005」中心静脈注射及び区分番号「G006」植込型カテーテルによる中心静脈注射の回路に係る費用並びに穿刺部位のガーゼ交換等の処置料及び材料料については、それぞれの所定点数に含まれ、別に算定できない。
- 9 人工腎臓の回路より注射を行った場合は、当該注射に係る費用は別に算定できない。

### 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、及び医科点数表の区分番号G015に掲げるテノン氏嚢内注射及び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及び医科点数表の区分番号G018に掲げる外眼筋注射(ボツリヌス毒素によるもの)を除く。)の例により算定する。

#### (皮内、皮下及び筋肉内注射)

- (1) 入院中の患者以外の患者に対して行った場合のみ算定し、入院中の患者に行った場合は、1日の薬剤料を合算し、第2節薬剤料のみ算定できる。
- (2) 涙の内薬液注入、鼓室内薬液注入、局所・病巣内薬液注入、子宮腔部注射、咽頭注射(軟口蓋注射、口蓋ヒヤリー氏点の

### G001 静脈内注射

(1回につき) 32点

注1 入院中の患者以外の患者に対して行った場合に算定する。

2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、45点を加算する。

3 区分番号C005に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料又は区分番号C005-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定する日に併せて行った静脈内注射の費用は算定できない。

### G002 動脈注射

(1日につき)

1 内臓の場合 155点

2 その他の場合 45点

### G003 抗悪性腫瘍剤局所持続注入

(1日につき) 165点

注 皮下植込型カテーテルアクセス等を用いて抗悪性腫瘍剤を、動脈内又は静脈内に局所持続注入した場合に算定する。

### G004 点滴注射 (1日につき)

1 6歳未満の乳幼児に対するもの(1日分の注射量が100mL以上の場合) 99点

2 1に掲げる者以外の者に対するもの(1日分の注射量が500mL以上の場合) 98点

3 その他の場合(入院中の患者以外の患者に限る。) 49点

注1 点滴に係る管理に要する費用は、所定点数に含まれる。

2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、45点を加算する。

3 血漿成分製剤の注射を行う場合であって、1回目の注射に当たって、患者に対

注射を含む。)、腱鞘周囲注射及び血液注射については、皮内、皮下及び筋肉内注射に準じて算定する。ただし、涙のう内薬液注入については、両眼にそれぞれ異なる薬剤を使用した場合は、片眼ごとに所定点数を算定する。

### (静脈内注射)

(1) 入院中の患者以外の患者に対して行った場合にのみ算定し、入院中の患者に行った場合は、1日の薬剤料を合算し、第2節薬剤料のみ算定する。

### (動脈注射)

◇「内臓の場合」とは、肺動脈起始部、大動脈弓及び腹部大動脈等深部動脈に対して行う場合であり、「その他の場合」とは、頸動脈、鎖骨下動脈、股動脈、上腕動脈等に対して行う場合をいう。

### (抗悪性腫瘍剤局所持続注入)

(1) ポンプを利用して注入する場合におけるポンプの費用及び当該注入に必要なカテーテル等の材料の費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

(2) 区分番号「C108」在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定している月においては、当該抗悪性腫瘍剤局所持続注入に係る費用(薬剤料は除く。)は算定できない。

### (点滴注射)

(1) 6歳未満の乳幼児に対する1日分の注射量が100mL未満の場合及び6歳以上の者に対する1日分の注射量が500mL未満の場合は、入院中の患者以外の患者に限り、3に掲げる所定点数で算定する。

(2) 「注射量」は、次のように計算する。

ア 点滴回路より薬物を注入するいわゆる「管注」を行った場合には、「管注」に用いた薬剤及び補液に用いた薬剤の総量

イ 同一の者に対して、点滴注射を1日に2回以上行った場合には、それぞれの注射に用いた薬剤の総量

(3) 血漿成分製剤加算

ア 「注3」に規定する「文書による説明」とは、1回目の輸

して注射の必要性、危険性等について文書による説明を行った場合は、当該注射を行った日に限り、50点を加算する。

- 4 区分番号C005に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料又は区分番号C005-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定する日に併せて行った点滴注射の費用は算定しない。

G005 中心静脈注射（1日につき） 140点

- 注1 血漿成分製剤の注射を行う場合であつて、1回目の注射に当たつて、患者に対して注射の必要性、危険性等について文書による説明を行った場合は、当該注射を行った日に限り、50点を加算する。
- 2 中心静脈注射の費用を算定した患者については、同一日に行われた区分番号G004に掲げる点滴注射の費用は算定できない。
- 3 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、50点を加算する。
- 4 区分番号C005に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料又は区分番号C005-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定する日に併せて行った中心静脈注射の費用は算定しない。

注を行う際（当該患者に対して複数回の輸注を行う場合は概ね1週間毎）に、別紙様式20又はこれに準ずる様式により、患者（医師の説明に対して理解が困難と認められる小児又は意識障害者等）に対して、輸注の必要性、副作用、輸注方法及びその他の留意点等について説明することをいう。

- イ 説明に用いた文書については、患者（医師の説明に対して理解が困難と認められる小児又は意識障害者等）に対しては、その家族等）から署名又は押印を得た上で、当該患者に交付するとともに、その文書の写しを診療録に貼付することとする。
- ウ 緊急その他やむを得ない場合は、輸注後に説明を行った場合も算定できるが、この場合輸注後速やかに行うこととする。
- エ 注3に規定する血漿成分製剤とは、新鮮液状血漿及び新鮮凍結人血漿等をいい、血漿分画製剤（アルブミン製剤、グロブリン製剤等）は含まれないが、血漿成分製剤に準じ、患者に対して輸注の必要性等の説明を行うよう努めること。なお、血漿成分製剤及び血漿分画製剤の輸注に当たっては、「輸血療法の実施に関する指針」及び「血液製剤の使用指針」の改定について（平成26年11月12日薬食発第12号）を遵守するよう努めるものとする。

（中心静脈注射）

- (1) 中心静脈注射により高カロリー輸液を行っている場合であっても、必要に応じ食事療養又は生活療養を行った場合は、入院時食事療養（Ⅰ）若しくは入院時食事療養（Ⅱ）又は入院時生活療養（Ⅰ）の食事の提供たる療養に係る費用若しくは入院時生活療養（Ⅱ）の食事の提供たる療養に係る費用を別に算定できる。
- (2) 1に掲げられる血漿成分製剤加算については、区分番号「G004」点滴注射の3)に規定する血漿成分製剤加算の例による。
- (3) 区分番号「C104」在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定している患者（これに係る在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料のみを算定している者を含み、入院中及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の患者を除く。）については、中心静脈注射の費用は算定できない。
- (4) 区分番号「C108」在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号「C108-2」在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者（これに係る在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料のみを算定している者を含む。）について、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料を算定する日に、患者において当該訪問診療と併せて中心静脈注射を行っ

## G005-2 中心静脈注射用カテーテル挿入

1,400 点

- 注1 カテーテルの挿入に伴う検査及び画像診断の費用は、所定点数に含まれる。
- 2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、500点を加算する。
- 3 別に厚生労働大臣が定める患者に対して静脈切開法を用いて行った場合は、所定点数に2,000点を加算する。

## G005-3 末梢留置型中心静脈カテーテル挿入術

700 点

- 注1 カテーテルの挿入に伴う検査及び画像診断の費用は所定点数に含まれる。
- 2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合には、所定点数に500点を加算する。

た場合は当該注射の費用は算定しない。

### (中心静脈注射用カテーテル挿入)

- (1) 長期の栄養管理を目的として、中心静脈注射用カテーテル挿入を行う際には、中心静脈注射用カテーテルによる療養の必要性、管理の方法及び終了の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項について患者又はその家族等への説明を行うこと。
- (2) 長期の栄養管理を目的として、中心静脈注射用カテーテル挿入を実施した後、他の保険医療機関等に患者を紹介する場合は、中心静脈注射用カテーテルによる療養の必要性、管理の方法及び終了の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項並びに患者又はその家族等への説明内容等を情報提供すること。
- (3) 中心静脈圧測定の目的でカテーテルを挿入した場合は、中心静脈注射用カテーテル挿入に準じて算定する。中心静脈注射及び中心静脈圧測定を同一の回路より同時に行った場合は、どちらか一方のみを算定する。ただし、中心静脈注射及び中心静脈圧測定を別の回路から別のカテーテルを用いて同時に行った場合は、それぞれ材料料及び手技料を算定できる。
- (4) カテーテルの詰まり等によりカテーテルを交換する場合は、カテーテルの材料料及び手技料はその都度算定できる。
- (5) カテーテル挿入時の局所麻酔の手技料は別に算定できず、使用薬剤の薬剤料は別に算定できる。
- (6) 区分番号「C104」又は区分番号「C108」在宅中心静脈栄養法指導管理料又は在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含む。）について、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料を算定する日に、患家において当該訪問診療と併せて中心静脈注射用カテーテル挿入を行った場合は、カテーテルの材料料及び手技料は別に算定できる。
- (7) 緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル（但し、カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテルを除く）を挿入した場合は、中心静脈注射用カテーテル挿入に準じて算定する。
- (8) 中心静脈注射用カテーテル挿入に係る抜去の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

### (末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入)

- (1) 長期の栄養管理を目的として、末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入を行う際には、末梢留置型中心静脈注射用カテーテルによる療養の必要性、管理の方法及び終了の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項について患者又はその家族等への説明を行うこと。
- (2) 長期の栄養管理を目的として、末梢留置型中心静脈注射用カ

G006 植込型カテーテルによる中心静脈注射  
 (1日につき) 125点  
 注1 区分番号C005に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料又は区分番号C005-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定する日に併せて行った植込型カテーテルによる中心静脈注射の費用は算定できない。  
 2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、50点を所定点数に加算する。

G007 関節腔内注射 80点

G008 滑液嚢穿刺後の注入 80点

第2款 無菌製剤処理料

G020 無菌製剤処理料  
 1 無菌製剤処理料1 (悪性腫瘍に対して用いる薬剤が注射される一部の患者)  
 イ 閉鎖式接続器具を使用した場合 180点  
 ロ イ以外の場合 45点  
 2 無菌製剤処理料2 (1以外のもの) 40点

テーテル挿入を実施した後、他の保険医療機関等に患者を紹介する場合は、末梢留置型中心静脈注射用カテーテルによる療養の必要性、管理の方法及び終了の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項並びに患者又はその家族等への説明内容等を情報提供すること。

- (3) カテーテルの詰まり等によりカテーテルを交換する場合は、カテーテルの材料料及び手技料はその都度算定できる。
- (4) カテーテル挿入時の局所麻酔の手技料は別に算定できず、使用薬剤の薬剤料は別に算定できる。
- (5) 区分番号「C104」に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料又は区分番号「C108」に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者(これらに係る在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料のみを算定している者を含む。)に対して、区分番号「C001」に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に、患家において当該訪問診療と併せて末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入を行った場合は、カテーテルの材料料及び手技料は別に算定できる。

(植込型カテーテルによる中心静脈注射)

- (1) 植込型カテーテルにより中心静脈栄養を行った場合は、本区分により算定する。
- (2) 植込型カテーテルによる中心静脈注射により高カロリー輸液を行っている場合であっても、必要に応じ食事療養又は生活療養を行った場合は、入院時食事療養(Ⅰ)若しくは入院時食事療養(Ⅱ)又は入院時生活療養(Ⅰ)の食事の提供たる療養に係る費用若しくは入院時生活療養(Ⅱ)の食事の提供たる療養に係る費用を別に算定できる。

(関節腔内注射)

◇検査、処置を目的とする穿刺と同時に実施した場合は、当該検査若しくは処置又は関節腔内注射のいずれかの所定点数を算定する。

(無菌製剤処理料)

- (1) 無菌製剤処理とは、無菌室、クリーンベンチ、安全キャビネット等の無菌環境において、無菌化した器具を用いて、製剤処理を行うことをいう。無菌製剤処理は、常勤の薬剤師が行うとともに、その都度、当該処理に関する記録を整備し、保管しておくこと。
- (2) 無菌製剤処理料1の対象患者は、悪性腫瘍に対して用いる薬

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、点滴注射、中心静脈注射及び植込型カテーテルによる中心静脈注射を行う際に、別に厚生労働大臣が定める患者に対して使用する薬剤について、必要があって無菌製剤処理が行われた場合は、当該患者に係る区分に従い1日につき所定点数を算定する。

剤であって細胞毒性を有するものに関し、皮内注射、皮下注射、筋肉内注射、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入又は点滴注射が行われる患者であり、この場合において、「悪性腫瘍に対して用いる薬剤であって細胞毒性を有するもの」とは、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法（平成14年法律第192号）第4条第5項第1号の規定に基づき厚生労働大臣が指定した医薬品（平成16年厚生労働省告示第185号）のうち、悪性腫瘍に対して用いる注射剤をいう。なお、この場合の無菌製剤処理は、常勤の薬剤師が無菌製剤処理を行う薬剤を用いる患者ごとに、投与経路、投与速度、投与間隔等の確認を行った上で行うこととする。また、安全キャビネットを用いた無菌環境下で無菌製剤処理を行うことが望ましいこと。

(3) 無菌製剤処理料1のうち、イについては、バイアル内外の差圧を調節する機構を有することにより、薬剤の飛散等を防止する閉鎖式接続器具を用いて無菌製剤処理を行った場合に算定する。閉鎖式接続器具を使用した場合は、当該器具の製品名及び数量を(1)に基づき記録すること。

(4) 閉鎖式接続器具については、薬剤の漏出防止性能を有するものとして薬事承認された医療機器を用いることが望ましい。

(5) 無菌製剤処理料2の対象患者は、以下のア又はイに該当する患者である。

ア 動脈注射又は点滴注射が行われる入院中の患者のうち、白血病、再生不良性貧血、骨髄異形成症候群、重症複合型免疫不全症等の患者及び後天性免疫不全症候群の病原体に感染し抗体の陽性反応がある患者であって、無菌治療室管理加算若しくはHIV感染者療養環境特別加算を算定する患者又はこれらの患者と同等の状態にある患者

イ 中心静脈注射又は植込型カテーテルによる中心静脈栄養が行われる患者

## 第2節 薬剤料

### G100 薬剤

1 薬価が1回分使用量につき15円以下である場合 1点

2 薬価が1回分使用量につき15円を超える場合

薬価から15円を控除した額を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

注1 特別入院基本料を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対する合算薬剤料が、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数を超

### (薬剤)

◇アレルギー治療エキス及びアレルギーハウスダストエキス等によるアレルギー疾患減感作療法において使用した薬剤料については、使用量（やむを得ず廃棄した場合の薬液量を含む。）に応じて薬価により算定する。

える場合（悪性新生物その他の特定の疾患に罹患している患者に対して投薬又は注射を行った場合を除く。）には、当該合算薬剤料は、所定点数にかかわらず、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数により算定する。

- 2 健康保険法第85条第1項及び高齢者医療確保法第74条第1項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養若しくは健康保険法第85条の2第1項及び高齢者医療確保法第75条第1項に規定する入院時生活療養費に係る生活療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤（ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。）については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、歯科医師が当該ビタミン剤の注射が有効であると判断した場合を除き、これを算定できない。
- 3 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

### 第3節 特定保険医療材料

#### G200 特定保険医療材料

材料価格を10円で除して得た点数

注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

## 第7部 リハビリテーション

### 通則

- 1 リハビリテーションの費用は、特に規定する場合を除き、疾病、部位又は部位数にかかわらず、1日につき第1節の各区分の所定点数により算定する。
- 2 リハビリテーションに当たって薬剤を使用した場合は、前号により算定した点数及び第2節の所定点数を合算した点数により算定する。

マイオモニター（1回につき） 85点

開口訓練（1日につき） 170点

- 3 第1節に掲げられていないリハビリテーションであって特殊なりハビリテーションの費用は、第1節に掲げられているリハビリテーションのうちで最も近似するリハビリテーションの各区分の所定点数により算定する。
- 4 脳血管疾患等リハビリテーション料又は廃用症候群リハビリテーション料については、患者の疾患等を勘案し、適当な区分1つに限り算定できる。この場合、患者の疾患、状態等を総合的に勘案し、治療上有効であると医学的に判断される場合であって、患者1人につき1日6単位（別に厚生労働大臣が定める患者については1日9単位）に限り算定できるものとする。

### (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、簡単なものの費用は、算定できないが、特殊なものの費用は、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 顎関節疾患の治療にマイオモニターを使用した場合は、1回につき医科点数表の区分番号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顎関節疾患の治療の実施時刻（開始時刻と終了時刻）、治療内容等を記載する。
- 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。

※1単位とはリハビリテーションに従事した時間20分をいう。

## 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

- 1 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）  
（1単位） 245点
- 2 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）  
（1単位） 200点
- 3 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）  
（1単位） 100点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、それぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から180日以内に限り所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者であって、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、180日を超えて所定点数を算定することができる。

- 2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。
- 3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から14日を限度として、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。
- 4 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があつてそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、算定できるものとする。

### （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。

#### 【医科点数表H001 脳血管疾患等リハビリテーション料】

(1) 脳血管疾患等リハビリテーション料は、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）局長に届出を行った保険医療機関において算定するものであり、基本的動作能力の回復等を通して、実用的な日常生活における諸活動の自立を図るために、種々の運動療法、実用歩行訓練、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又は言語聴覚機能に障害を持つ患者に対して言語機能若しくは聴覚機能に係る訓練を行った場合に算定する。なお、マッサージや温熱療法などの物理療法のみを行った場合には処置の項により算定する。

(2) 脳血管疾患等リハビリテーション料の対象となる患者は、特掲診療料の施設基準等別表第九の五に掲げる患者であつて、以下のいずれかに該当するものをいい、医師が脳血管疾患等リハビリテーションが必要であると認めるものである。

ア 急性発症した脳血管疾患又はその手術後の患者とは、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、脳外傷、脳炎、急性脳症（低酸素脳症等）、髄膜炎等のものをいう。

イ 急性発症した中枢神経疾患又はその手術後の患者とは、脳膿瘍、脊髄損傷、脊髄腫瘍、脳腫瘍摘出術などの開頭術後、てんかん重積発作等のものをいう。

ウ 神経疾患とは、多発性神経炎（ギランバレー症候群等）、多発性硬化症、末梢神経障害（顔面神経麻痺等）等をいう。

エ 慢性の神経筋疾患とは、パーキンソン病、脊髄小脳変性症、運動ニューロン疾患（筋萎縮性側索硬化症）、遺伝性運動感覚ニューロパチー、末梢神経障害、皮膚筋炎、多発性筋炎等をいう。

オ 失語症、失認及び失行症、高次脳機能障害の患者

カ 難聴や人工内耳埋込手術等に伴う聴覚・言語機能の障害を有する患者とは、音声障害、構音障害、言語発達障害、難聴に伴う聴覚・言語機能の障害又は人工内耳埋込手術等に伴う聴覚・言語機能の障害を持つ患者をいう。

キ 顎・口腔の先天異常に伴う構音障害を有する患者

ク 舌悪性腫瘍等の手術による構音障害を有する患者

ケ リハビリテーションを要する状態であつて、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力の低下及び日常生活能力の低下を来している患者とは、脳性麻痺等に伴う先天性の発達障害等の患者であつて、治療開

5 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があってそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。

イ 脳血管疾患等リハビリテーション料 (Ⅰ)(1単位)	147点
ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料 (Ⅱ)(1単位)	120点
ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料 (Ⅲ)(1単位)	60点

※ 1単位とはリハビリテーションに従事した時間20分をいう。

始時のFIM115以下、BI85以下の状態等のものをいう。

- (3) 脳血管疾患等リハビリテーション料の所定点数には、徒手筋力検査及びその他のリハビリテーションに付随する諸検査が含まれる。
- (4) 脳血管疾患等リハビリテーション料は、医師の指導監督の下、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の監視下に行われたものについて算定する。また専任の医師が、直接訓練を実施した場合であっても、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が実施した場合と同様に算定できる。
- (5) 脳血管疾患等リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションは、1人の従事者が1人の患者に対して重点的に個別的訓練を行う必要があると認められる場合であって、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と患者が1対1で行うものとする。なお、当該リハビリテーションの実施単位数は、従事者1人につき1日18単位を標準とし、週108単位までとする。ただし、1日24単位を上限とする。また、当該実施単位数は、他の疾患別リハビリテーション及び集団コミュニケーション療法の実施単位数を合わせた単位数であること。この場合において、当該従事者が心大血管疾患リハビリテーションを実施する場合には、実際に心大血管疾患リハビリテーションに従事した時間20分を1単位とみなした上で計算するものとする。
- (6) 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)の届出を行った保険医療機関(専従する常勤の理学療法士が2人以上勤務しているものに限る。)又は脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)の届出を行った保険医療機関(専従する常勤の理学療法士が勤務している場合に限る。)において、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士以外に、運動療法機能訓練技能講習会を受講するとともに、定期的に適切な研修を修了しているあん摩マッサージ指圧師等の従事者が訓練を行った場合については、当該療法を実施するに当たり、医師又は理学療法士が事前に指示を行い、かつ事後に当該療法に係る報告を受ける場合であって、(1)から(5)までのいずれにも該当する場合に限り、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)の所定点数を算定できる。
- (7) 脳血管疾患等リハビリテーション(Ⅱ)又は(Ⅲ)を届け出ている施設で、看護師、あん摩マッサージ指圧師等、理学療法士以外の従事者が理学療法を行う場合については、理学療法士は医師の指導監督の下に訓練を受ける患者の運動機能訓練の内容等を的確に把握すること。
- (8) 理学療法士又は作業療法士等が、車椅子上での姿勢保持が困難なために食事摂取等の日常生活動作の能力の低下を来した患者に対し、いわゆるシーティングとして、車椅子や座位保持装置上の適切な姿勢保持や褥瘡予防のため、患者の体幹機能や座位保持機能を評価した上で体圧分散やサポートのため

のクッションや付属品の選定や調整を行った場合にも算定できる。ただし、単なる離床目的で車椅子上での座位をとらせる場合は算定できない。

(9)「注1」に規定する標準的算定日数は、発症、手術又は急性増悪の日が明確な場合はその日から180日以内、それ以外の場合は最初に当該疾患の診断がされた日から180日以内とする。

(10) 標準的算定日数を超えた患者については、「注4」及び「注5」に規定するとおり、1月に13単位に限り脳血管疾患等リハビリテーション料の所定点数を算定できる。なお、その際、入院中の患者以外の患者であっては、介護保険によるリハビリテーションの適用があるかについて、適切に評価し、患者の希望に基づき、介護保険によるリハビリテーションサービスを受けるために必要な支援を行うこと。また、当該患者が介護保険法第62条に規定する要介護被保険者等である場合には、「注5」に規定する点数をそれぞれの区分に従い算定する。ただし、特掲診療料の施設基準等別表第九の八に掲げる患者であって、別表第九の九に掲げる場合については、標準的算定日数を超えた場合であっても、標準的算定日数内の期間と同様に算定できるものである。なお、その留意事項は以下のとおりである。

ア 特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に規定する「その他別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者であって、リハビリテーションを継続して行うことが必要であると医学的に認められるもの」とは、別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者であって、リハビリテーションを継続することにより状態の改善が期待できると医学的に認められるものをいうものである。

イ 特掲診療料の施設基準等別表第九の八に規定する「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者」とは、要介護状態又は要支援状態にある40歳以上の者であって、その要介護状態又は要支援状態の原因である身体上又は精神上の障害が、介護保険法第7条第3項第2号に規定する特定疾病によって生じたものであるものをいう。

(11)「注2」に掲げる加算は、当該施設における脳血管疾患等に対する発症、手術又は急性増悪後早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者又は入院中の患者以外の患者（脳卒中の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号「A246」注4の地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。）に限る。）に対して1単位以上の個別療法を行った場合に算定できる。また、入院中の患者については、訓練室以外の病棟（ベッドサイドを含む）で実施した場合においても算定することができる。なお、特掲診療料の施設基準等別表第九の五第三、四、六及び七号に掲げる患者

については、手術を実施したもの及び急性増悪したものを除き、「注2」に掲げる加算は算定できない。

(12)「注3」に掲げる加算は、当該施設における脳血管疾患等に対する発症、手術又は急性増悪後、より早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、「注2」に掲げる加算とは別に算定することができる。また、当該加算の対象患者は、入院中の患者又は入院中の患者以外の患者（脳卒中の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号「A246」注4の地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。）に限る。）である。なお、特掲診療料の施設基準等別表第九の五第三、四、六及び七号に掲げる患者については、手術を実施したもの及び急性増悪したものを除き、「注3」に掲げる加算は算定できない。

(13) 入院中の患者以外の患者（脳卒中の患者であって他の保険医療機関を退院したもの）が「注2」又は「注3」に掲げる加算を算定する場合にあつては、区分番号「A246」注4の地域連携診療計画加算の算定患者である旨を、診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

(14)「注4」及び「注5」に掲げる標準的算定日数を超えてリハビリテーションを継続する患者について、月の途中で標準的算定日数を超える場合においては、当該月における標準的算定日数を超えた日以降に実施された疾患別リハビリテーションが13単位以下であること。

(15)「注6」における「所定点数」とは、「注1」から「注5」までを適用して算出した点数である。

#### H000-3 廃用症候群リハビリテーション料

- 1 廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）  
（1単位） 180点
- 2 廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）  
（1単位） 146点
- 3 廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）  
（1単位） 77点

注1 別に厚生労働大臣が定める基準に適合している保険医療機関において、急性疾患等に伴う安静による廃用症候群の患者であつて、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力及び日常生活能力の低下を来しているものに対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従つて、それぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から120日を限度として所定点数を算定する。ただし、別に厚生

（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。

(1) 廃用症候群リハビリテーション料は、別に厚生労働大臣が定める基準に適合している保険医療機関において算定するものであり、基本的動作能力の回復等を通して、実用的な日常生活における諸活動の自立を図るために、種々の運動療法、実用歩行訓練、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目的とした作業療法等を組み合わせることで個々の症例に応じて行った場合に算定する。なお、マッサージや温熱療法などの物理療法のみを行った場合には第2章特掲診療料第9部処置の項により算定する。

(2) 廃用症候群リハビリテーション料の対象となる患者は、急性疾患等に伴う安静（治療の有無を問わない）による廃用症候群であつて、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力及び日常生活能力の低下を来しているものであ

労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、120日を超えて所定点数を算定することができる。

2 注1本文に規定する患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、当該患者の廃用症候群に係る急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は当該患者の廃用症候群の急性増悪から30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。

3 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、注1本文に規定する患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、当該患者の廃用症候群に係る急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は当該患者の廃用症候群の急性増悪から14日を限度として、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。

4 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する患者であって、要介護被保険者等以外のものに対して、必要があってそれぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から120日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定できるものとする。

5 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があってそれぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から120日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。

- イ 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)  
(1単位) 108点
- ロ 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅱ)  
(1単位) 88点
- ハ 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅲ)  
(1単位) 46点

ること。「一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力及び日常生活能力の低下を来しているもの」とは、治療開始時において、FIM 115以下、BI 85以下の状態等のものをいう。区分番号「H000」心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号「H002」運動器リハビリテーション料、区分番号「H003」呼吸器リハビリテーション料、区分番号「H007」障害児(者)リハビリテーション料又は区分番号「H007-2」がん患者リハビリテーション料の対象となる患者が廃用症候群を合併している場合、廃用症候群に関連する症状に対してリハビリテーションを行った場合は、廃用症候群リハビリテーション料により算定する。

(3) 廃用症候群リハビリテーション料の所定点数には、徒手筋力検査及びその他のリハビリテーションに付随する諸検査が含まれる。

(4) 廃用症候群リハビリテーション料は、医師の指導監督の下、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の監視下に行われたものについて算定する。また、専任の医師が、直接訓練を実施した場合であっても、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が実施した場合と同様に算定できる。

(5) 廃用症候群リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションは、1人の従事者が1人の患者に対して重点的に個別訓練を行う必要があると認められる場合であって、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と患者が1対1で行うものとする。なお、当該リハビリテーションの実施単位数は、従事者1人につき1日18単位を標準とし、週108単位までとする。ただし、1日24単位を上限とする。また、当該実施単位数は、他の疾患別リハビリテーション及び集団コミュニケーション療法の実施単位数を合わせた単位数であること。この場合において、当該従事者が心大血管疾患リハビリテーションを実施する場合には、実際に心大血管疾患リハビリテーションに従事した時間20分を1単位とみなした上で計算するものとする。

(6) 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅱ)の届出を行った保険医療機関(専従する常勤の理学療法士が2人以上勤務しているものに限る。)又は廃用症候群リハビリテーション料(Ⅲ)の届出を行った保険医療機関(専従する常勤の理学療法士が勤務している場合に限る。)において、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士以外に、運動療法機能訓練技能講習会を受講するとともに、定期的に適切な研修を修了しているあん摩マッサージ指圧師等の従事者が訓練を行った場合については、当該療法を実施するに当たり、医師又は理学療法士が事前に指示を行い、かつ事後に当該療法に係る報告を受ける場合であって、(1)から(5)までのいずれにも該当する場合に限り、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅲ)の所定点数を算定できる。

5 注4の場合において、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関が、入院中の患者以外の患者（要介護被保険者等に限る。）に対して注4に規定するリハビリテーションを行った場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

(7) 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅱ)又は(Ⅲ)を届け出ている施設で、看護師、あん摩マッサージ指圧師等、理学療法士以外の従事者が理学療法を行う場合については、理学療法士は医師の指導監督の下に訓練を受ける患者の運動機能訓練の内容等を的確に把握すること。

(8) 理学療法士又は作業療法士等が、車椅子上での姿勢保持が困難なために食事摂取等の日常生活動作の能力の低下を来した患者に対し、いわゆるシーティングとして、車椅子や座位保持装置上の適切な姿勢保持や褥瘡予防のため、患者の体幹機能や座位保持機能を評価した上で体圧分散やサポートのためのクッションや付属品の選定や調整を行った場合にも算定できる。ただし、単なる離床目的で車椅子上での座位をとらせる場合は算定できない。

(9) 標準的算定日数を超えた患者については、「注4」及び「注5」に規定するとおり、1月に13単位に限り廃用症候群リハビリテーション料の所定点数を算定できる。なお、その際、入院中の患者以外の患者にあっては、介護保険によるリハビリテーションの適用があるかについて、適切に評価し、患者の希望に基づき、介護保険によるリハビリテーションサービスを受けるために必要な支援を行うこと。また、当該患者が介護保険法第62条に規定する要介護被保険者等である場合には、「注4」に規定する点数をそれぞれの区分に従い算定する。ただし、特掲診療料の施設基準等別表第九の八に掲げる患者であって、別表第九の九に掲げる場合については、標準的算定日数を超えた場合であっても、標準的算定日数内の期間と同様に算定できるものである。なお、その留意事項は以下のとおりである。

ア 特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に規定する「その他別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者であって、リハビリテーションを継続して行うことが必要であると医学的に認められるもの」とは、別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者であって、リハビリテーションを継続することにより状態の改善が期待できると医学的に認められるものをいうものである。

イ 特掲診療料の施設基準等別表第九の八に規定する「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者」とは、要介護状態又は要支援状態にある40歳以上の者であって、その要介護状態又は要支援状態の原因である身体上又は精神上の障害が、介護保険法第7条第3項第2号に規定する特定疾病によって生じたものであるものをいう。

(10) 廃用症候群リハビリテーション料を算定する場合は、廃用症候群に係る評価表(別紙様式22)を用いて、月ごとに評価し、診療報酬明細書に添付する又は同様の情報を摘要欄に記載するとともに、その写しを診療録に添付すること。

(11) 「注2」に掲げる加算は、当該施設における急性疾患等の発症、

手術若しくは急性増悪又は廃用症候群に係る急性増悪後早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者に対して1単位以上の個別療法を行った場合に算定できる。また、訓練室以外の病棟（ベッドサイドを含む。）で実施した場合においても算定することができる。

(12)「注3」に掲げる加算は、当該施設における急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は廃用症候群に係る急性増悪後、より早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者に対して「注2」に掲げる加算とは別に算定することができる。

(13)「注4」及び「注5」に掲げる標準的算定日数を超えてリハビリテーションを継続する患者について、月の途中で標準的算定日数を超える場合においては、当該月における標準的算定日数を超えた日以降に実施された疾患別リハビリテーションが13単位以下であること。

(14)「注6」における「所定点数」とは、「注1」から「注5」までを適用して算出した点数である。

#### H001 摂食機能療法（1日につき）

1 30分以上の場合 185点

2 30分未満の場合 130点

注1 1については、摂食機能障害を有する患者に対して、1月に4回に限り算定する。ただし、治療開始日から起算して3月以内の患者については、1日につき算定できる。

2 2については、脳卒中の患者であって、摂食機能障害を有するものに対して、脳卒中の発症から14日以内に限り、1日につき算定できる。

3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関の保険医、看護師、言語聴覚士、薬剤師、管理栄養士等が共同して、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な指導管理を行った場合に、摂食嚥下支援加算として、週1回に限り200点を所定点数に加算する。

4 治療開始日から起算して3月を超えた場合に、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（2及び3に限る。）を算定した月は、摂食機能療法は算定できない。

#### （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月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又は看護師、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できる。

(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3」に掲げる経口摂取回復促進加算は、摂食機能及び嚥下機能の回復の支援に係る専門知識を有した多職種により構成されたチーム（以下「摂食嚥下支援チーム」という。）の

## H001-2 歯科口腔リハビリテーション料 1

(1 口腔につき)

- |             |       |
|-------------|-------|
| 1 有床義歯の場合   |       |
| イ ロ以外の場合    | 104 点 |
| ロ 困難な場合     | 124 点 |
| 2 舌接触補助床の場合 | 194 点 |
| 3 その他の場合    | 189 点 |

- 注 1 1 については、有床義歯を装着している患者に対して、月 1 回に限り算定する。
- 2 2 については、区分番号 I017-1-3 に掲げる舌接触補助床を装着している患者に対して、月 4 回に限り算定する。
- 3 2 及び 3 について、区分番号 H001 に掲げる摂食機能療法を算定した日は、歯科口腔リハビリテーション料 1 は算定できない。
- 4 2 及び 3 について、区分番号 H001 に掲げる摂食機能療法の治療開始日から起算して 3 月を超えた場合において、当該摂食機能療法を算定した月は、歯科口腔リハビリテーション料 1 は算定できない。
- 5 3 については、区分番号 M025 に掲げる口蓋補綴、顎補綴により算定した装置を装着している患者に対して、月 4 回に限り算定する。

対応によって 摂食機能又は嚥下機能の回復が見込まれる患者に対して、多職種が共同して必要な指導管理を行った場合に算定できる。

- (6) 「注 3」に掲げる摂食嚥下支援加算を算定する摂食機能療法を行うに当たっては、医師との緊密な連携の下で行い、患者管理が適切になされるよう十分留意する。
- (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。

## ( 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、月 1 回に限り算定する。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月に、当該有床義歯とは別の欠損部位の有床義歯の修理又は床裏装を行った場合は、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、発音補綴装置、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 口腔につき) 54 点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、顎関節治療用装置を装着している患者に対して、月 1 回に限り算定する。

(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

(1 単位)

1 6 歳未満の患者の場合 225 点

(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

- 2 6歳以上 18歳未満の患者の場合 195点  
 3 18歳以上の患者の場合 155点  
 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、患者1人につき1日6単位まで算定する。

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限り算定する。

《医科点数表 H007 障害児（者）リハビリテーション料》

(1) 障害児（者）リハビリテーション料は、別に厚生労働大臣が定める障害児（者）リハビリテーション料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出を行った保険医療機関である次に掲げるいずれかの施設で行った場合に算定する。

ア 児童福祉法第42条の2号に規定する医療型障害児入所施設（主として肢体不自由のある児童又は重症心身障害児（同法第7条第2項に規定する重症心身障害児をいう。）を入所させるものに限る。）

イ 児童福祉法第6条の2に規定する指定医療機関

ウ 当該保険医療機関においてリハビリテーションを実施している外来患者のうち、概ね8割以上が特掲診療料の施設基準等別表第十の二に該当する患者（ただし加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者を除く。）である医療機関

(2) 障害児（者）リハビリテーション料は、(1)に掲げる施設の入所者、入院患者、通園者又は通院患者のうち、以下の患者（医師がリハビリテーションが必要と認めた患者に限る。）に対して、個々の症例に応じてリハビリテーションを行った場合に算定する。

ア 脳性麻痺の患者

イ 胎生期若しくは乳幼児期に生じた脳又は脊髄の奇形及び障害の患者（脳形成不全、小頭症、水頭症、奇形症候症、二分脊椎等の患者を含む。）

ウ 顎・口腔の先天異常の患者

エ 先天性の体幹四肢の奇形又は変形の患者（先天性切断、先天性多発性関節拘縮症等の患者を含む。）

オ 先天性神経代謝異常症、大脳白質変性症の患者

カ 先天性又は進行性の神経筋疾患の患者（脊髄小脳変性症、シャルコーマリートゥース病、進行性筋ジストロフィー症等の患者を含む。）

キ 神経障害による麻痺及び後遺症の患者（低酸素性脳症、頭部外傷、溺水、脳炎・脳症・髄膜炎、脊髄損傷、脳脊髄腫瘍、腕神経叢損傷・坐骨神経損傷等回復に長期間を要する神経疾患等の患者を含む。）

ク 言語障害、聴覚障害、認知障害を伴う自閉症等の発達障害の患者（広汎性発達障害、注意欠陥多動性障害、学習障害等の患者を含む。）

(3) 障害児（者）リハビリテーションの実施に当たっては、医師は定期的な運動機能検査等をもとに、その効果判定を行い、リハビリテーション実施計画を作成する必要がある。なお、障害児（者）リハビリテーションを実施するに当たっては、

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実施計画の内容を説明し、その要点を診療録に記載する。

(4) 障害児（者）リハビリテーション料を算定する場合は、同一の保険医療機関において、心大血管疾患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、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料又はがん患者リハビリテーション料は別に算定できない。ただし、障害児（者）リハビリテーションについては、その特殊性を勘案し、疾患別リハビリテーション料又はがん患者リハビリテーション料を算定している保険医療機関とは別の保険医療機関で算定することは可能である。

### H003 がん患者リハビリテーション料

(1 単位) 205 点

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

(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いい、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であっても、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 当該入院中のがんの治療のための手術、骨髄抑制を来しうる化学療法、放射線治療若しくは造血幹細胞移植が行われる予定の患者又は行われた患者

ロ 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 H003-2 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、積極的にカンサー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 H000 に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号 H000-3 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 H002 に掲げる又は障害児（者）リハビリテーション料は別に算定できない。

#### H008 集団コミュニケーション療法料

(1 単位) 50 点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、集団コミュニケーション療法である言語聴覚療法を行った場合に、患者1人につき1日3単位まで算定する。

#### (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 H008 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。

#### 【医科点数表 H008 集団コミュニケーション療法料】

- (1) 集団コミュニケーション療法料は、別に厚生労働大臣が定める区分番号「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料又は区分番号「H007」障害児（者）リハビリテーション料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出を行った保険医療機関であって、当該施設において医師又は医師の指導監督の下で言語聴覚士が複数の患者に対して訓練を行った場合に算定できる。
- (2) 集団コミュニケーション療法料の算定対象となるのは、区分番号「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料又は区分番号「H007」障害児（者）リハビリテーション料を算定する患者のうち、1人の言語聴覚士が複数の患者に対して訓練を行うことができる程度の症状の患者であって、特に集団で行う言語聴覚療法である集団コミュニケーション療法が有効であると期待できる患者である。
- (3) 集団コミュニケーション療法の実施単位数は言語聴覚士1人当たり1日のべ54単位を限度とする。また、集団コミュニケーション療法と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又は障害児（者）リハビリテーションを併せて行っている従事者については、実施するリハビリテーションの単位数が、集団コミュニケーション療法3単位を疾患別リハビリテーション1単位とみなした上で、1日に概ね18単位、週に108単位を超えないものとする。
- (4) 集団コミュニケーション療法の実施に当たっては、医師は定期的な言語聴覚機能能力に係る検査をもとに効果判定を行い、

集団コミュニケーション療法の実施計画を作成する必要がある。なお、集団コミュニケーション療法を実施する場合は開始時及びその後3か月に1回以上、患者又はその家族に対して当該集団コミュニケーション療法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。

## 第2節 薬剤料

### H100 薬剤

薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を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とする。

注1 薬価が15円以下である場合は、算定できない。

2 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

## 第8部 処置

### 通則

- 1 処置の費用は、第1節の各区分の所定点数により算定する。
- 2 処置に当たって、第2節に掲げる医療機器等、別に厚生労働大臣が定める薬剤（以下この部において「特定薬剤」という。）又は別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合（特定薬剤にあつては、120点以上の処置若しくは特に規定する処置に使用した場合又は特定保険医療材料にあつては、特に規定する処置に使用した場合を除く。）は、前号により算定した点数及び第2節、第3節又は第4節の所定点数を合算した点数により算定する。
- 3 第1節に掲げられていない処置であつて簡単な処置の費用は、特定薬剤又は特定保険医療材料を使用したときに限り、第3節又は第4節の所定点数のみにより算定する。
- 4 第1節に掲げられていない処置であつて特殊な処置の費用は、同節に掲げられている処置のうちで最も近似する処置の各区分の所定点数により算定する。
- 5 6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な者に対して処置を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、次に掲げる点数を、それぞれ当該処置の所定点数に加算する。ただし、通則第8号又は第9号に掲げる加算を算定する場合はこの限りでない。  
イ 処置（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及び区分番号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、区分番号I017-1-3に掲げる舌接触補助床及び区分番号I017-1-4に掲げる術後即時顎補綴装置を除く。）を行った場合  
所定点数の100分の50に相当する点数

### (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2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、当該の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つて、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、その都度当局に内議し、最も近似する処置として準用が通知された算定方法により算定する。
- 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障害者に対する加算は、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障害者である場合の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。

- ロ 区分番号 I005（1 及び 2 に限る。）に掲げる抜髄又は区分番号 I006（1 及び 2 に限る。）に掲げる感染根管処置を行った場合  
所定点数の 100 分の 30 に相当する点数
- 6 緊急のために休日に処置を行った場合又は処置の開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である場合は、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算した点数により算定する。
- イ 処置の所定点数が 1,000 点以上の場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合
- (1) 休日加算 1  
所定点数の 100 分の 160 に相当する点数
- (2) 時間外加算 1（入院中の患者以外の患者に対して行われる場合に限る。）  
所定点数の 100 分の 80 に相当する点数
- (3) 深夜加算 1  
所定点数の 100 分の 160 に相当する点数
- (4) (1) から (3) までにかかわらず、区分番号 A000 に掲げる初診料の注 7 のただし書に規定する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して、処置の開始時間が同注のただし書に規定する時間である処置を行った場合  
所定点数の 100 分の 80 に相当する点数
- ロ 処置の所定点数が 150 点以上の場合であって、入院中の患者以外の患者に対し行われる場合（イに該当する場合を除く。）
- (1) 休日加算 2  
所定点数の 100 分の 80 に相当する点数
- (2) 時間外加算 2  
所定点数の 100 分の 40 に相当する点数
- (3) 深夜加算 2  
所定点数の 100 分の 80 に相当する点数
- (4) (1) から (3) までにかかわらず、区分番号 A000 に掲げる初診料の注 7 のただし書に規定する保険医療機関において、処置の開始時間が同注のただし書に規定する時間である処置を行った場合  
所定点数の 100 分の 40 に相当する点数
- 7 120 点以上の処置又は特に規定する処置
- 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（頤孔、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 K001 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。

の所定点数は、当該処置に当たって、表面麻酔、浸潤麻酔又は簡単な伝達麻酔を行った場合の費用を含む。

8 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、歯科訪問診療時に処置を行った場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該処置の所定点数に加算する。

イ 区分番号 I005（3 に限る。）に掲げる抜髄又は区分番号 I006（3 に限る。）に掲げる感染根管処置を行った場合

所定点数の 100 分の 50 に相当する点数

ロ 区分番号 I005（1 及び 2 に限る。）に掲げる抜髄又は区分番号 I006（1 及び 2 に限る。）に掲げる感染根管処置を行った場合

所定点数の 100 分の 30 に相当する点数

9 区分番号 C000 に掲げる歯科訪問診療料及び同注 6 に規定する加算を算定する患者に対して、歯科訪問診療時に処置を行った場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該処置の所定点数に加算する。

イ 処置(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及、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、区分番号 I017-1-3 に掲げる舌接触補助床及び区分番号 I017-1-4 に掲げる術後即時顎補綴装置を除く。)を行った場合

所定点数の 100 分の 50 に相当する点数

ロ 区分番号 I005（1 及び 2 に限る。）に掲げる抜髄又は区分番号 I006（1 及び 2 に限る。）に掲げる感染根管処置を行った場合

所定点数の 100 分の 30 に相当する点数

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 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でき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 M003（2 の口及びハに限る。）に掲げる印象採得、区分番号 M003-3 咬合印象、区分番号 M006（2 の口に限る。）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

14 区分番号 I005 に掲げる抜髄、区分番号 I006 に掲げる感染根管処置、区分番号 I007 に掲げる根管貼薬処置、区分番号 I008 に掲げる根管充填及び I008-2 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

### (歯の疾患の処置)

I000 う蝕処置 (1歯1回につき) 18点

注 貼薬、仮封及び特定薬剤の費用並びに特定保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

I000-2 咬合調整

1 1歯以上10歯未満 40点

2 10歯以上 60点

### (処置料)

◇第1節の処置においては、区分番号I000に掲げるう蝕処置から区分番号I021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K001に掲げる浸潤麻酔等のは、「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。

### (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、処置を行った歯数倍を乗じて算定する。

(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物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M001に掲げる歯冠形成、区分番号M001-2に掲げるう蝕歯即時充填形成及び区分番号M001-3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M002に掲げる支台築造又は区分番号M002-2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は、算定部位ごとに処置内容等を診療録に記載する。

### (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、「1 1歯以上10歯未満」又は「2 10歯以上」のうち、いずれかを1回算定する。ただし、前回算定した日から起算して6月以内は算定できない。

(3) ハについては、「1 1歯以上10歯未満」又は「2 10歯以上」

のうち、いずれかを1回算定する。ただし、前回算定した日から起算して6月以内は算定できない。

- (4) ニについて、新たな義歯のを製作又は義歯修理（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、「1 1歯以上10歯未満」又は「2 10歯以上」のうち、いずれか1回に限り算定する。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為害作用を極力阻止するため歯冠形態の修正を行った場合、又は舌、頬粘膜の咬傷を起こすような場合に、歯冠形態修正（単なる歯牙削合を除く。）を行ったときは、「1 1歯以上10歯未満」又は「2 10歯以上」のうち、いずれかを1回算定する。ただし、前回算定した日から起算して6月以内は算定できない。また、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I004に掲げる歯髄切断、区分番号I005に掲げる抜髄、区分番号I006に掲げる感染根管処置、区分番号J000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。

I000-3 残根削合（1歯1回につき） 18点

注 貼薬、仮封及び特定薬剤の費用並びに特定保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

I001 歯髄保護処置（1歯につき）

- 1 歯髄温存療法 188点  
2 直接歯髄保護処置 150点  
3 間接歯髄保護処置 34点

注1 歯髄温存療法を行った場合の経過観察中の区分番号I000に掲げるう蝕処置の費用は、所定点数に含まれる。

2 特定薬剤及び特定保険医療材料の費用は、所定点数に含まれる。

（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には、区分番号M010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。

（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、歯髄保護処置を行い暫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。

ただし、区分番号M001-2に掲げるう蝕歯即時充填形成、区分番号M001-3に掲げるう蝕歯インレー修復形成又は区分番号I004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) 同一歯牙に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製剤などを貼付し、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。

#### I001-2 象牙質レジンコーティング（1歯につき）

46点

注 区分番号 M001 の1に掲げる生活歯歯冠形成を行った場合、当該補綴に係る補綴物の歯冠形成から装着までの一連の行為につき1回に限り算定する。

#### （象牙質レジンコーティング）

◇象牙質レジンコーティングは、区分番号 M001 に掲げる歯冠形成の「1 生活歯歯冠形成」を行った歯に対して、象牙細管の封鎖を目的として、歯科用シーリング・コーティング材を用いてコーティング処置を行った場合に、1歯につき1回に限り算定する。

#### I002 知覚過敏処置

（1口腔1回につき）

- 1 3歯まで 46点  
2 4歯以上 56点

注 特定薬剤の費用は、所定点数に含まれる。

#### （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を行う場合を除き「1 3歯まで」又は「2 4歯以上」の所定点数により算定する。ただし、補綴物の歯冠形成から装着までの治療期間中に、区分番号 I001-2 に掲げる象牙質レジンコーティングを算定した場合は、当該期間中に知覚過敏処置は算定できない。

#### I002-2 う蝕薬物塗布処置

（1口腔1回につき）

- 1 3歯まで 46点

#### （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、1口腔1回につき歯

2 4 歯以上 56 点  
注 特定薬剤の費用は、所定点数に含まれる。

#### I003 初期う蝕早期充填処置（1 歯につき）

134 点

注 小窩裂溝の清掃、歯面の前処理及び填塞の費用は、所定点数に含まれる。

#### I004 歯髄切断（1 歯につき）

1 生活歯髄切断 230 点

2 失活歯髄切断 70 点

注 1 永久歯の歯根完成期以前及び乳歯の歯髄につき、1 の生活歯髄切断を行った場合は、所定点数に 40 点を加算する。

2 歯髄保護処置の費用は、所定点数に含まれる。

#### I005 抜髄（1 歯につき）

1 単根管 230 点

2 2 根管 422 点

3 3 根管以上 596 点

注 1 区分番号 I001 の 1 に掲げる歯髄温存療法を行った日から起算して 3 月以内に当該処置を行った場合は、その区分に従い、42 点、234 点又は 408 点を算定する。

2 区分番号 I001 の 2 に掲げる直接歯髄保護処置を行った日から起算して 1 月以内に当該処置を行った場合は、その区分に従い、80 点、272 点又は 446 点を算定する。

3 麻酔(通則第 7 号に規定する麻酔に限る。)及び特定薬剤の費用は、所定点数に含まれる。

#### I006 感染根管処置（1 歯につき）

1 単根管 156 点

2 2 根管 306 点

数に応じて「1 3 歯まで」又は「2 4 歯以上」により算定する。

#### (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の費用は、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は、区分番号 M009 に掲げる充填の「イ 単純なもの」の場合と同様とする。

#### (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 M001 に掲げる歯冠形成の「1 生活歯冠形成」又は「3 窩洞形成」の各号により算定する。

(3) 同一歯について、区分番号 I005 に掲げる抜髄を併せて行った場合は、区分番号 I005 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 I005 に掲げる抜髄の所定点数のみにより算定する。

#### (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 I001 に掲げる歯髄保護処置の「1 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 I001 に掲げる歯髄保護処置の「2 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。

#### (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、「1

3 3根管以上 446点  
注 特定薬剤の費用は、所定点数に含まれる。

I007 根管貼薬処置 (1歯1回につき)

1 単根管 30点  
2 2根管 38点  
3 3根管以上 54点  
注 特定薬剤の費用は、所定点数に含まれる。

I008 根管充填 (1歯につき)

1 単根管 72点  
2 2根管 94点  
3 3根管以上 122点  
注 特定薬剤の費用は、所定点数に含まれる。

I008-2 加圧根管充填処置 (1歯につき)

1 単根管 136点  
2 2根管 164点  
3 3根管以上 208点

注1 区分番号 M000-2 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局長等に届け出た保険医療機関において算定する。  
2 特定薬剤の費用は、所定点数に含まれる。  
3 3については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科用3次元エックス線断層撮影装置及び手術用顕微鏡を用いて根管治療を行っ

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 I008-2 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。
- (3)(2) の場合、再度当該処置を行うに当たり、区分番号 D000 に掲げる電氣的根管長測定検査、区分番号 I008 に掲げる根管充填処置及び区分番号 I008-2 に掲げる加圧根管充填処置はそれぞれ必要に応じ算定する。

(根管貼薬処置)

- (1) 区分番号 I005 に掲げる抜髄、区分番号 I006 に掲げる感染根管処置、区分番号 I008 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、「1 単根管」により算定する。

(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間的根管充填を行う場合は、1回に限り「1 単根管」、「2 2根管」又は「3 3根管以上」により算定する。ただし、区分番号 I008-2 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 I000 に掲げるう蝕処置により算定する。

(加圧根管充填処置)

- (1) 区分番号 I008 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 I008 に掲げる根管充填と本区分をそれぞれ算定する。
- (2) 加圧根管充填処置とは、根管拡大及び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緊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緊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、緊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

た場合に、手術用顕微鏡加算として、400点を所定点数に加算する。なお、第4部に掲げる歯科用3次元エックス線断層撮影の費用は別に算定できる。ただし、区分番号I021に掲げる根管異物除去の注に規定する手術用顕微鏡加算を算定している場合は、算定できない。

#### I009 外科後処置

- 1 口腔内外科後処置（1口腔1回につき）22点
- 2 口腔外外科後処置（1回につき）22点

#### 後出血処置

#### I009-2 創傷処置

- 1 100cm<sup>2</sup>未満52点
- 2 100cm<sup>2</sup>以上 500cm<sup>2</sup>未満60点
- 3 500cm<sup>2</sup>以上90点

注 1については、入院中の患者以外の患者及び手術後の患者（入院中の患者に限る。）についてのみ算定する。ただし、手術後の患者（入院中の患者に限る。）については手術日から起算して14日を限度として算定する。

施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、複雑な解剖学的根管形態を有する歯に対する歯科用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M000-2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）局長に届け出ている保険医療機関は、本処置は算定できない。

#### (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、「1 口腔内外科後処置」及び「2 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滲出液、血液等の貯留が予想される患者に対して、歯科治療上必要があってドレーン（区分番号I009-3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J084に掲げる創傷処理の「4 筋肉、臓器に達しないもの（長径5cm未満）」（470点）により、6歳未満の場合は区分番号J084-2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2.5cm以上5cm未満）」（500点）により、それぞれ算定する。なお、区分番号J084に掲げる創傷処理又は区分番号J084-2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、簡単に止血できない場合においては、(3)により算定する。

#### (創傷処置)

◇医科点数表の区分番号J000に掲げる創傷処置の例により算定する。

#### 【医科点数表J000 創傷処置】

- (1) 創傷処置、区分番号「J001」熱傷処置、区分番号「J001-4」重度褥瘡処置及び区分番号「J053」皮膚科軟膏処置の各号に示す範囲とは、包帯等で被覆すべき創傷面の広さ、又は軟膏処置を行うべき広さをいう。
- (2) 同一疾病又はこれに起因する病変に対して創傷処置、皮膚科軟膏処置又は湿布処置が行われた場合は、それぞれの部位の処置面積を合算し、その合算した広さを、いずれかの処置に係る区分に照らして算定するものとし、併せて算定できない。

- (3) 同一部位に対して創傷処置、皮膚科軟膏処置、面皰圧出法又は湿布処置が行われた場合はいずれか1つのみにより算定し、併せて算定できない。
- (4) 区分番号「C109」在宅寝たきり患者処置指導管理料又は区分番号「C112」在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算、薬剤料又は特定保険医療材料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、創傷処置（熱傷に対するものを除く。）、爪甲除去（麻酔を要しないもの）及び穿刺排膿後薬液注入の費用は算定できない。
- (5) 手術後の患者に対する創傷処置は、その回数にかかわらず、1日につき所定の点数のみにより算定する。
- (6) 複数の部位の手術後の創傷処置については、それぞれの部位の処置面積を合算し、その合算した広さに該当する点数により算定する。
- (7) 中心静脈圧測定、静脈内注射、点滴注射及び中心静脈注射に係る穿刺部位のガーゼ交換等の処置料及び材料料は、別に算定できない。
- (8) 軟膏の塗布又は湿布の貼付のみの処置では算定できない。

I009-3 歯科ドレーン法（ドレナージ）  
（1日につき）

50点

（歯科ドレーン法（ドレナージ））

- (1) 蜂窩織炎や膿瘍形成等、術後に滲出液、血液等の貯留が予想される患者に対して、部位数、交換の有無にかかわらず、歯科治療上必要があって持続的(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I009に掲げる外科後処置により算定する。
- (2) ドドレナージの部位の消毒等の処置料は所定点数に含まれ、区分番号I009-2に掲げる創傷処置は別に算定できない。ただし、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I009-2に掲げる創傷処置の「1 100cm<sup>2</sup>未満」(52点)により手術後の患者に対するものとして算定する。
- (3) 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。

I009-4 上顎洞洗浄（片側）

55点

（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。

I009-5 口腔内分泌物吸引（1日につき）

48点

（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。

(歯周組織の処置)

I010 歯周疾患処置 (1 口腔 1 回につき)

14 点

注 特定薬剤を用いて行った場合に算定する。

ペリオクリン 10mg0.5g 61 点

ペリオフィール 10mg0.5g 41 点

I011 歯周基本治療

1 スケーリング (3分の1 顎につき) 72 点

2 スケーリング・ルートプレーニング  
(1 歯につき)

イ 前歯 60 点

ロ 小白歯 64 点

ハ 大白歯 72 点

3 歯周ポケット搔爬 (1 歯につき)

イ 前歯 60 点

ロ 小白歯 64 点

ハ 大白歯 72 点

注1 1については、同時に3分の1 顎を超えて行った場合は、3分の1 顎を増すごとに、所定点数に38点を加算する。

2 同一部位に2回以上同一の区分に係る

(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組織検査の結果、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4mm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週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週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週間特定薬剤(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I011-3に掲げる歯周基本治療処置を別に算定できない。

(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、歯周組織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。歯周組織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、「歯周病の治療に関する基本的な考え方」(令和2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プラーク、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搔爬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。

(4) 2回目以降のスケーリング、スケーリング・ルートプレーニング及び歯周ポケット搔爬は、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。

歯周基本治療を行った場合の2回目以降の費用は、所定点数（1については、注1の加算を含む。）の100分の50に相当する点数により算定する。

- 3 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）を開始した日以降は、算定できない。
- 4 麻酔及び特定薬剤の費用は、所定点数に含まれる。
- 5 区分番号 D002 の3 に掲げる混合歯列期歯周病検査に基づく歯周基本治療については、1により算定する。

#### I011-2 歯周病安定期治療（Ⅰ）

- |                 |       |
|-----------------|-------|
| 1 1 歯以上 10 歯未満  | 200 点 |
| 2 10 歯以上 20 歯未満 | 250 点 |
| 3 20 歯以上        | 350 点 |

注1 一連の歯周病治療終了後、一時的に病状が安定した状態にある患者に対し、歯周組織の状態を維持するためのプラークコントロール、スケーリング、スケーリング・ルートプレーニング、咬合調整、機械的歯面清掃等の継続的な治療（以下この表において「歯周病安定期治療（Ⅰ）」という。）を開始した場合は、それぞれの区分に従い月1回に限り算定する。

- 2 2回目以降の歯周病安定期治療（Ⅰ）の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行う。ただし、一連の歯周病治療において歯周外科手術を実施した場合等の歯周病安定期治療（Ⅰ）の治療間隔の短縮が必要とされる場合は、この限りでない。
- 3 歯周病安定期治療（Ⅰ）を開始した後、病状の変化により歯周外科手術を実施した場合は、歯周精密検査により再び病状が安定し継続的な治療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）は算定できない。
- 4 歯周病安定期治療（Ⅰ）を開始した日以降に歯周外科手術を実施した場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

(5) 「1 スケーリング」を実施した後、同一部位に対し、再度「1 スケーリング」を実施した場合は、所定点数の100分の50により算定する。また、「2 スケーリング・ルートプレーニング」又は「3 歯周ポケット搔爬」を実施した後、同一部位に対し、再度「2 スケーリング・ルートプレーニング」又は「3 歯周ポケット搔爬」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 J063 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 スケーリング」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 スケーリング・ルートプレーニング」又は「3 歯周ポケット搔爬」を行う場合は、十分に必要性を考慮した上で行うこと。

#### （歯周病安定期治療（Ⅰ）、（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 B000-4 に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号 C001-3 に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定している患者であって、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をいう。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 B002 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、治癒させることを目的としてプラークコントロール、スケーリング、スケーリング・ルートプレーニング、咬合調整、機械的歯面清掃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

- 5 歯周病安定期治療(Ⅱ)又は歯周病重症化予防治療を算定した月は算定できない。

#### I011-2-2 歯周病安定期治療(Ⅱ)

- |                 |       |
|-----------------|-------|
| 1 1 歯以上 10 歯未満  | 380 点 |
| 2 10 歯以上 20 歯未満 | 550 点 |
| 3 20 歯以上        | 830 点 |

注1 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所において、一連の歯周病治療終了後、一時的に病状が安定した状態にある患者に対し、歯周組織の状態を維持するためのプラークコントロール、歯周病検査、口腔内写真検査、スケーリング、スケーリング・ルートプレーニング、咬合調整、機械的歯面清掃等の継続的な治療(以下この表において「歯周病安定期治療(Ⅱ)」という。)を開始した場合は、それぞれの区分に従い、月1回に限り算定する。

- 2 歯周病安定期治療(Ⅱ)を開始した後、病状の変化により歯周外科手術を実施した場合は、歯周精密検査により再び病状が安定し継続的な治療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(Ⅱ)に係る費用は算定できない。
- 3 歯周病安定期治療(Ⅱ)を開始した日以降に歯周外科手術を実施した場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。
- 4 歯周病安定期治療(Ⅰ)を算定した月は算定できない。

ロ 全身的な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 全身的な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、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所において、(2)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、口腔内カラー写真の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歯周炎の治療において行った区分番号I000-2に掲げる咬合調整、区分番号I010に掲げる歯周疾患処置、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、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B001-3に掲げる歯周病患者画像活用指導料、区分番号D002に掲げる歯周病検査、区分番号D002-5に掲げる歯周病部分的再評価検査、歯周炎の治療において行った区分番号I000-2に掲げる咬合調整、区分番号I010に掲げる歯周疾患処置、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、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)から歯周病重症化予防治療に移行する場合、前回歯周病安定期治療(Ⅰ)又は歯周病安定期治療(Ⅱ)を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歯周病重症化予防治療を算定できる。なお、歯周病重症化予防治療から歯周病安定期治療(Ⅰ)又は歯周病安定期治療(Ⅱ)に移行する場合も同様の取扱いとする。
- (13) 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つ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。

#### I011-2-3 歯周病重症化予防治療

- |   |               |       |
|---|---------------|-------|
| 1 | 1 歯以上 10 歯未満  | 150 点 |
| 2 | 10 歯以上 20 歯未満 | 200 点 |
| 3 | 20 歯以上        | 300 点 |

- 注1 2回目以降の区分番号D002に掲げる歯周病検査終了後、一時的に病状が改善傾向にある患者に対し、重症化予防を目的として、スケーリング、機械的歯面清掃等の継続的な治療を開始した場合は、それぞれの区分に従い月1回に限り算定する。
- 2 2回目以降の歯周病重症化予防治療の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行う。
- 3 歯周病安定期治療(Ⅰ)又は歯周病安定期治療(Ⅱ)を算定した月は算定できない。

#### (歯周病重症化予防治療)

- (1) 歯周病重症化予防治療は、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定している患者であつて、2回目以降の歯周病検査の結果、歯周ポケットが4ミリメートル未満の患者に対する処置等を評価したものをいう。歯周病重症化予防治療の対象となる患者とは、部分的な歯肉の炎症又はプロービング時の出血が認められる状態のものをいう。
- (2) 区分番号B002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つて、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、歯周病重症化予防治療を算定できる。
- (3) 歯周病重症化予防治療は、歯周病の重症化予防を目的としてスケーリング、機械的歯面清掃処置等の継続的な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回目以降の歯周病重症化予防治療の算定は、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。
- (4) 歯周病重症化予防治療は、その開始に当たって、当該検査結果の要点や歯周病重症化予防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等に対して提供し、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。
- (5) 2回目以降の歯周病重症化予防治療において、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

者又はその家族等に提供する。

- (6) 2回目の歯周病検査の結果、歯周病重症化予防治療を開始した後、再評価のための歯周病検査により4ミリメートル以上の歯周ポケットを認めた場合、必要に応じ区分番号I011に掲げる歯周基本治療を行う。なお、歯周基本治療は、「歯周病の治療に関する基本的な考え方」（令和2年3月日本歯科医学会）を参考とする。
- (7) 区分番号I011に掲げる歯周基本治療（「2 スケーリング・ルートプレーニング」又は「3 歯周ポケット搔爬」を含む。）終了後、歯周病重症化予防治療を開始したのち、4ミリメートル以上の歯周ポケットを認めた場合、歯周病安定期治療（I）又は歯周病安定期治療（II）を開始する。
- (8) 歯周病安定期治療（I）又は歯周病安定期治療（II）を開始した後、病状が改善し歯周病重症化予防治療を開始した場合であって、再評価のための歯周病検査により4ミリメートル以上の歯周ポケットを認めた場合、歯周病安定期治療（I）又は歯周病安定期治療（II）を開始する。
- (9) 歯周病重症化予防治療から歯周病安定期治療（I）又は歯周病安定期治療（II）に移行する場合、前回歯周病重症化予防治療を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歯周病安定期治療（I）又は歯周病安定期治療（II）を実施できる。なお、歯周病安定期治療（I）又は歯周病安定期治療（II）から歯周病重症化予防治療に移行する場合も同様の取扱いとする。
- (10) 歯周病重症化予防治療を開始した日以降に実施した区分番号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、歯周炎の治療において行った区分番号I000-2に掲げる咬合調整、区分番号I010に掲げる歯周疾患処置、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、区分番号I030に掲げる機械的歯面清掃処置及び区分番号I030-2に掲げる非経口摂取患者口腔粘膜処置は、別に算定できない。ただし、(6)の場合は、この限りではない。

#### I011-3 歯周基本治療処置（1口腔につき）

10点

注1 区分番号I011に掲げる歯周基本治療を行った部位に対して、薬剤により歯周疾患の処置（区分番号I010に掲げる歯周疾患処置を除く。）を行った場合に、月1回に限り算定する。

2 区分番号I010に掲げる歯周疾患処置を算定した月においては、歯周基本治療処置

#### （歯周基本治療処置）

◇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I010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。

は別に算定できない。

3 薬剤に係る費用は、所定点数に含まれる。

(その他の処置)

#### I014 暫間固定

1 簡単なもの	200点
2 困難なもの	500点

#### (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、その再生治癒を促進させるため、暫間的に歯冠をレジン連続冠固定法、線結紮法（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
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。  (備考欄イ)	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。
- (10) 暫間固定に際して行った印象採得、咬合採得、装着を行った場合、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、元の位置に整復固定した場合（双方の歯が脱臼している場合の整復固定は、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 M003 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 M006 に掲げる咬合採得の「2の口の(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 M006 に掲げる咬合採得の「2の口の(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 M006 に掲げる咬合採得の「2の口の(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 M005 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、M005 に掲げる装着の費用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

70点

(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。

I015 口唇プロテクター

290点

I016 線副子 (1 顎につき) 650 点

(線副子)

◇線副子とは、三内式線口腔内装置程度以上のものをいう。なお、三内式線口腔内装置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 装置につき)

(口腔内装置)

1 口腔内装置 1 1,500 点  
2 口腔内装置 2 800 点  
3 口腔内装置 3 650 点

(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。

注 顎関節治療用装置、歯ぎしりに対する口腔内装置又はその他口腔内装置を製作した場合に当該製作方法に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

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ブチュレーター

ト 気管内挿管時の歯の保護等を目的として製作した口腔内装置

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等を圧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等を圧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 M003 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 M005 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」(220 点)により算定する。なお咬合採得を行う場合は、区分番号 M006 に掲げる咬合採得の「2 の口の(2) 多数歯欠損」(187 点)により算定する。

《口腔内装置の算定点数》

1) 顎関節治療用装置

装置名	印章採得	咬合採得	装着（装着料含む）	調整	修理
口腔内装置 1	42 点	137 点	1530 点	220 点	234 点
口腔内装置 2	42 点	算定不可	830 点	220 点	234 点

2) はぎしりに対する口腔内装置

装置名	印章採得	咬合採得	装着（装着料含む）	調整	修理
口腔内装置 1	42 点	187 点	1650 点	120 点	234 点
口腔内装置 2	42 点	算定不可	950 点	120 点	算定不可
口腔内装置 3	42 点	算定不可	800 点	算定不可	算定不可

3) その他（口腔内装置の種類 ハ・ニ・ト・チ）の口腔内装置

装置名	印章採得	咬合採得	装着（装着料含む）	調整	修理
口腔内装置 1	—	—	—	—	—
口腔内装置 2	—	—	—	—	—
口腔内装置 3	42 点	算定不可	680 点	算定不可	算定不可

4) ホ 手術に当たり製作したサージカルガイドプレート

装置名	印章採得	咬合採得	装着（装着料含む）	調整	修理
口腔内装置 1	42 点	187 点	1530 点	算定不可	算定不可
口腔内装置 2	—	—	—	—	—
口腔内装置 3	42 点	算定不可	680 点	算定不可	算定不可

5) 睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置

装置名	印章採得	咬合採得	装着（装着料含む）	調整	修理
口腔内装置 1	230 点	283 点	3300 点	120 点	234 点
口腔内装置 2	230 点	算定不可	2300 点	120 点	234 点

6) 舌接触補助床

装置名	印章採得	咬合採得	装着（装着料含む）	調整	修理
新たに製作した場合	230 点	187 点	2620 点	歯リハ 1 (2) 194 点 (月 4 回まで)	234 点
旧義歯を用いた場合	230 点	187 点	1120 点	歯リハ 1 (2) 194 点 (月 4 回まで)	234 点

- (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 M003 に掲げる印象採得の「3 口腔内装置等」(42 点)を、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の口の(2) 多数歯欠損(187 点)」「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 M005 に掲げる装着の「2の二の(1) 印象採得が困難なもの(150 点)」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、咬合関係等を検査し、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。この場合において、必要があって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の口の(2) 多数歯欠損」(187 点)により算定する。また、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。なお、顎変形症等の患者に対する手術における顎位の決定を目的とする場合以外については、(2) から (4)にかかわらず、「3 口腔内装置3」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 L002 に掲げる電磁波温熱療法を単独で行う場合及び L004 に掲げる血液照射を除く。)を行う際に、密封小線源の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 M003 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 M005 に掲げる装着の「2の二の(1) 印象採得が困難なもの」により算定する。区分番号 M006 に掲げる咬合採得は所定点数に含まれ別に算定できない。
- (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ブチュレーター」とは、腫

※密封小線源治療を行う際の装置は、口腔内装置の「1 口腔内装置1」により算定

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 (230点)」、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 (187点)」を、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 (300点)」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) のイからり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装置につき)

- 1 睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置 1  
3,000点
- 2 睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置 2  
2,000点

注 睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置を製作した場合に、当該製作方法に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

#### (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科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つては、院内での担当科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等を圧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後1月以内に、適合を図るための調整等が必要となり、口腔内装置の調整を行った場合は、1口腔につき区分番号 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装置につき）

- |             |        |
|-------------|--------|
| 1 新たに製作した場合 | 2,500点 |
| 2 旧義歯を用いた場合 | 1,000点 |

（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、「口 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の口 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の口の(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の口の(2)多数歯欠損」により算定する。なお、当該補助床は、人工歯、鉤及びバー等が含まれ、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顎につき）

2,500点

（術後即時顎補綴装置）

- (1) 術後即時顎補綴装置とは、腫瘍、顎骨嚢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の口 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の口の(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の口の(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、鉤及びバー等が含まれ、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 口腔につき）

- 1 口腔内装置調整
  - イ 睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置の場合 120 点
  - ロ 歯ぎしりに対する口腔内装置の場合 120 点
  - ハ イ及びロ以外の場合 220 点

### 2 口腔内装置修理 234 点

- 注 1 1のイについては、新たに製作した区分番号 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時又は装着後 1 月以内に製作を行った保険医療機関において適合を図るための調整を行った場合に、1 回に限り算定する。
- 2 1のロについては、区分番号 I017 に掲げる口腔内装置の注に規定する歯ぎしりに対する口腔内装置の調整を行った場合に算定する。
- 3 1のハについては、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又は区分番号 I017-1-4 に掲げる術後即時顎補綴装置の調整を行った場合に算定する。
- 4 同一の患者について 1 月以内に口腔内装置調整を 2 回以上行った場合は、第 1 回の調整を行ったときに算定する。
- 5 2については、同一の患者について 1 月以内に口腔内装置修理を 2 回以上行った場合は、第 1 回の修理を行ったときに算定する。

## I017-3 顎外固定

- 1 簡単なもの 600 点
- 2 困難なもの 1,500 点

## （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」に規定する歯ぎ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 歯ぎ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」に規定する歯ぎ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。
- (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。

## （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、

#### I018 歯周治療用装置

1 冠形態のもの（1 歯につき） 50 点

2 床義歯形態のもの（1 装置につき） 750 点

注 1 区分番号 D002 に掲げる歯周病検査（2 に限る。）を実施した患者に対して算定する。

2 印象採得、特定保険医療材料等の費用は、所定点数に含まれる。

#### I019 歯冠修復物又は補綴物の除去

（1 歯につき）

1 簡単なもの 20 点

2 困難なもの 42 点

3 著しく困難なもの 70 点

ギプ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。

#### （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、ポンティック部分は 1 歯につき「1 冠形態のもの」の所定点数により算定する。

(3) 歯周治療用装置の所定点数には、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、鉤及びバ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。

#### （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 C A D / C A M 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、区分番号 M016-3 に掲げる既製金属冠及び区分番号 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、テンポラリークラウン、リテーナー等は含まれない。なお、同一歯について 2 個以上の歯冠修復物（支台築造を含む。）又は欠損補綴物の除去を一連に行った場合においては主たる歯冠修復物（支台築造を含む。）又は欠損補綴物の除去に対する所定点数のみを算定する。

(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に切断とした場合に、除去料（16 点）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

例① FMCブリッジを除去した場合

⑤ 6 ⑦

ポンティック除去 (36 点) × 1

FMC 除去 (36 点) × 2

※ポンティック切断は算定できない。

例② 連結冠除去の場合

| 5 6

切断 36 点 × 1

FMC 除去 (36 点) × 2

※歯冠修復物または補綴物の除去を行った場合は、レセプトの「摘要」欄にその部位と種類を記載する。

I020 暫間固定装置の除去 (1 装置につき)

30 点

I021 根管内異物除去 (1 歯につき)

150 点

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」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、(5) の他、次のものをいう。

イ 滑面板の撤去

ロ 整復装置の撤去 (3分の1顎につき)

ハ ポンティックの除去

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ポンティック (1 歯につき)

(7) 「3 著しく困難なもの」の「著しく困難なもの」とは、メタルコア又は支台築造用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鑄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鑄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。

(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 (リーマー等) 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。

(4) 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、歯の根管内に残留する異物を歯科用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除去を行った場合に算定する。なお、歯根の長さの根尖側2分の1以内に達しない残留異物を除去した場合は算定できない。

## I022 有床義歯床下粘膜調整処置

(1 顎 1 回につき)

110 点

## I023 心身医学療法

1 入院中の患者

150 点

2 入院中の患者以外の患者

イ 初診時

110 点

ロ 再診時

80 点

注 1 区分番号 A000 に掲げる初診料を算定する初診の日において心身医学療法を行った場合は、診療に要した時間が 30 分を超えたときに限り算定する。

2 入院中の患者については、入院の日から起算して 4 週間以内の期間に行われる場合にあっては週 2 回を、入院の日から起算して 4 週間を超える期間に行われる場合にあっては週 1 回をそれぞれ限度として算定する。

3 入院中の患者以外の患者については、初診日から起算して 4 週間以内の期間に行われる場合にあっては週 2 回を、初診日から起算して 4 週間を超える期間に行われる場合にあっては週 1 回をそれぞれ限度として算定する。

4 20 歳未満の患者に対して心身医学療法を行った場合は、所定点数に所定点数の 100 分の 100 に相当する点数を加算する。

## (有床義歯床下粘膜調整処置)

◇旧義歯が不適合で床裏装や再製が必要とされる場合に、床裏装や再製に着手した日以前において、有床義歯床下粘膜異常に対してそれを調整するために、旧義歯を調整しながら、粘膜調整材を用い有床義歯床下粘膜調整を行った場合は、当該義歯の調整を含めて、1 顎 1 回につき算定する。なお、有床義歯床下粘膜調整処置を行い、有床義歯の新製又は床裏装を予定している場合は、同月内であっても当該処置に併せて区分番号 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。

## (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病と心理・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、症状の改善又は傷病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。

I024 鼻腔栄養 (1日につき)

60点

(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。

(鼻腔栄養)

◇医科点数表の区分番号J120に掲げる鼻腔栄養の例により算定する。

【医科点数表 J120 鼻腔栄養】

- (1) 鼻腔栄養は、注入回数の如何を問わず1日につき算定するものである。
- (2) 患者が経口摂取不能のため、薬価基準に収載されている高カロリー薬を経鼻経管的に投与した場合は鼻腔栄養の所定点数及び薬剤料を算定し、食事療養に係る費用又は生活療養の食事の提供たる療養に係る費用及び投薬料は別に算定できない。
- (3) 患者が経口摂取不能のため、薬価基準に収載されていない流動食を提供した場合は、鼻腔栄養の所定点数及び食事療養に係る費用又は生活療養の食事の提供たる療養に係る費用を算定する。この場合において、当該保険医療機関が入院時食事療養(I)又は入院時生活療養(I)の届出を行っているときは入院時食事療養(I)又は入院時生活療養(I)の食事の提供たる療養に係る費用を、さらに、特別食の算定要件を満たしているときは特別食の加算をそれぞれ算定する。
- (4) 薬価基準に収載されている高カロリー薬及び薬価基準に収載されていない流動食を併せて投与及び提供した場合は、(2)又は(3)のいずれかのみにより算定する。

I025 酸素吸入

(1日につき)

65点

注1 使用した精製水の費用は、所定点数に含まれる。

2 人工呼吸と同時に行った酸素吸入の費用は、人工呼吸の所定点数に含まれる。

(酸素吸入)

◇医科点数表の区分番号J024に掲げる酸素吸入の例により算定する。

【医科点数表 J024 酸素吸入】

- (1) 間歇的陽圧吸入法、鼻マスク式補助換気法、体外式陰圧人工呼吸器治療、ハイフローセラピー、インキュベーター、人工呼吸、持続陽圧呼吸法、間歇的強制呼吸法又は気管内洗浄(気管支ファイバースコープを使用した場合を含む。)と同一日に行った酸素吸入、突発性難聴に対する酸素療法又は酸素テントの費用は、それぞれの所定点数に含まれており、別に算定できない。
- (2) 区分番号「C103」在宅酸素療法指導管理料又は区分番号「C107」在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者(これに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。)については、酸素吸入及び突発性難聴に対する酸素療法の費用は算定できない。

## I026 高気圧酸素治療

(1日につき)

3,000点

(高気圧酸素治療)

- (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I025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窒素は、区分番号I082に掲げる酸素加算により算定する。

## I027 人工呼吸

1 30分までの場合

242点

2 30分を超えて5時間までの場合

242点に30分又はその端数を増すごとに50点を加算して得た点数

3 5時間を超えた場合(1日につき)

819点

注 使用した精製水の費用及び人工呼吸と同時にを行う呼吸心拍監視、経皮的動脈血酸素飽和度測定若しくは非観血的連続血圧測定又は酸素吸入の費用は、所定点数に含まれる。

(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D220に掲げる呼吸心拍監視、医科点数表の区分番号D223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D225-2に掲げる非観血的連続血圧測定を同日に行った場合は、これらにかか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あわせて行った場合に使用した酸素及び窒素は、区分番号I082に掲げる酸素加算により算定する。

## I029 周術期等専門的口腔衛生処置

(1口腔につき)

1 周術期等専門的口腔衛生処置1

92点

2 周術期等専門的口腔衛生処置2

100点

注1 1について、区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)又は区分番号B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)を算定した入院中の患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)又は区分番号B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)を算定した日の属する月において、術前1回、術後1回に限り算定する。

2 1について、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)を算定した患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、区分番号B000-8を算定した

(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

日の属する月において、月1回に限り算定する。

- 3 2については、区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注1に規定する管理計画に基づき、口腔機能の管理を行っている患者（がん等に係る放射線治療又は化学療法を実施する患者に限る。）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口腔粘膜に対する処置を行い、口腔粘膜保護材を使用した場合に、一連の周術期等口腔機能管理を通じて1回に限り算定する。
- 4 2について、1を算定した日は別に算定できない。
- 5 周術期等専門的口腔衛生処置1又は周術期等専門的口腔衛生処置2を算定した日の属する月において、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、別に算定できない。

#### I029-2 在宅等療養患者専門的口腔衛生処置

（1口腔につき） 120点

- 注1 区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定した患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃処置を行った場合に、月1回に限り算定する。
- 2 区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定した日は算定できない。
  - 3 在宅等療養患者専門的口腔衛生処置を算定した日の属する月において、区分番号I030に掲げる機械的歯面清掃処置は、別に算定できない。

#### I029-3 口腔粘膜処置（1口腔につき） 30点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長等に届け出た保険医療機関において、レーザー照射により当該処置を行った場合に算定する。ただし、2回目以降の口腔粘膜処置の算定は、前回算定日から起算して1月経過した日以降に行った場合に限り、月1回に限り算定する。

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I029-2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I030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。

#### （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C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定している患者に対して、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、義歯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。

#### （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

### I030 機械的歯面清掃処置（1 口腔につき）

70 点

注 1 区分番号 B000-4 に掲げる歯科疾患管理料、区分番号 B002 に掲げる歯科特定疾患療養管理料又は区分番号 C001-3 に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定した患者のうち、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、歯科疾患の管理を行っているもの（区分番号 I029 に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置、区分番号 C001 に掲げる訪問歯科衛生指導料又は区分番号 N002 に掲げる歯科矯正管理料を算定しているものを除く。）に対して機械的歯面清掃を行った場合は、2 月に 1 回に限り算定する。ただし、区分番号 A000 に掲げる初診料の注 6、区分番号 A002 に掲げる再診料の注 4 若しくは区分番号 C000 に掲げる歯科訪問診療料の注 6 に規定する加算を算定する患者又は妊婦については月 1 回に限り算定する。

2 区分番号 B000-4 に掲げる歯科疾患管理料の注 10 に規定する加算、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）又は区分番号 I029-2 に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置を算定した月は算定できない。

### I030-2 非経口摂取患者口腔粘膜処置

（1 口腔につき）

100 点

注 1 経口摂取が困難な患者に対して、歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が口腔粘膜処置等を行った場合に、月 2 回に限り算定する。

2 非経口摂取患者口腔粘膜処置を算定した月において、区分番号 I010 に掲げる歯周疾患処置、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

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。

### （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行い、区分番号 B000-4 に掲げる歯科疾患管理料、区分番号 B002 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 C001-3 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 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 I011-2-3 に掲げる歯周病重症化予防治療又は区分番号 B000-4 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、妊娠中の患者又は糖尿病の患者については、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) 糖尿病の患者に対して別の医科の保険医療機関の担当医からの情報提供に基づき当該処置を行った場合は、情報提供の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。また、診療報酬明細書にその旨を記載する。

(5) 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。

### （非経口摂取患者口腔粘膜処置）

(1) 非経口摂取患者口腔粘膜処置は、歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、口腔衛生状態の改善を目的として、口腔清掃用具等を用いて、口腔の剥離上皮膜の除去を行った場合に算定する。

(2) 当該処置の対象患者は、経管栄養等を必要とする、経口摂取及び患者自身による口腔清掃が困難な療養中の患者であって、口腔内に剥離上皮膜の形成を伴うものをいう。

(3) 主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、患者に対して当該処置を行った場合は、主治の歯科医師は当該歯科衛生士

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 I011-2-3 に掲げる歯周病重症化予防治療、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 I029 に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置、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別に算定できない。

#### I031 フッ化物歯面塗布処置 (1 口腔につき)

- 1 う蝕多発傾向者の場合 110 点
- 2 在宅等療養患者の場合 110 点
- 3 エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合 130 点

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

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

3 3 については、区分番号 B000-4 に掲げる歯科疾患管理料(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場合を除く。)を算定したエナメル質初期う蝕に罹患している患者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に月 1 回に限り算定する。ただし、2 回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して 2 月を経過した日以降に行った場合に限り、月 1 回に限り算定

の氏名を診療録に記載する。

#### (フッ化物歯面塗布処置)

(1) 「注 1」に規定するう蝕多発傾向者とは、区分番号 B000-4 に掲げる歯科疾患管理料の(11)に掲げる判定基準を満たすものをいい、区分番号 B000-4 に掲げる歯科疾患管理料、区分番号 B002 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(12)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通法に従い、主治の歯科医師又は歯科衛生士が行う局所応用をいう。

ハ 薬剤料は、当該加算の所定点数に含まれ別に算定できない。

(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

する。

## 第2節 処置医療機器等加算

### I082 酸素加算

注1 区分番号 I025 から I027 までに掲げる処置に当たって酸素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数（酸素と併せて窒素を使用した場合は、それぞれの価格を10円で除して得た点数を合算した点数）を加算する。

- 2 酸素及び窒素の価格は、別に厚生労働大臣が定める。

## 第3節 特定薬剤料

### I100 特定薬剤

薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を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とする。

注1 薬価が15円以下である場合は、算定できない。

- 2 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

#### 別表第十一

##### 第8部処置に規定する特定薬剤

口腔用ケナログ

歯科用（口腔用）アフタゾロン

テラ・コートリル軟膏

デルゾン口腔用

## 第4節 特定保険医療材料料

### I200 特定保険医療材料料

材料価格を10円で除して得た点数

注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

行った歯科衛生士は、業務に関する記録を作成する。

### （酸素加算）

◇医科点数表の区分番号 J201 に掲げる酸素加算の例により算定する。

### （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癒機転を妨げるので、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効が期待できない場合を除き認められる。

### （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」（令和2年厚生労働省告示第61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

- 1 手術の費用は、第1節若しくは第2節の各区分の所定点数のみにより、又は第1節及び第2節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。
- 2 手術に当たって、第3節に掲げる医療機器等、薬剤（別に厚生労働大臣が定めるものを除く。）又は別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合（別に厚生労働大臣が定める薬剤（以下この部において「特定薬剤」という。）にあつては、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、前号により算定した点数及び第3節から第6節までの所定点数を合算した点数により算定する。
- 3 第1節に掲げられていない手術であつて特殊な手術の費用は、同節に掲げられている手術のうち最も近似する手術の各区分の所定点数により算定する。
- 4 区分番号 J018、J032、J039、J060、J069、J070-2、J076、J096 及び J104-2（注に規定する加算を算定する場合に限る。）に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

### (通則)

- 1 「通則1」、「通則2」及び「通則3」は、手術料算定の内容には次の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。
  - 1) 手術料（＋薬剤料又は特定保険医療材料料等）
  - 2) 手術料＋輸血料（＋薬剤料又は特定保険医療材料料等）
  - 3) 輸血料（＋薬剤料又は特定保険医療材料料等）
- 2 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。
- 3 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で算定する。
- 4 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 I017 に掲げる口腔内装置、区分番号 I017-1-4 に掲げる術後即時顎補綴装置及び区分番号 I017-3 に掲げる顎外固定除く。）、検査における診断穿刺・検体採取及び注射の手技料は、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。
- 5 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、厚生労働大臣が別に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。）にあつては、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。
- 6 「通則3」は、第1節に掲げられていない特殊な手術であつて、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。

5 6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な者に対して手術を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、次に掲げる点数を、それぞれ当該手術の所定点数に所定点数に加算する。ただし、区分番号 J100-2 の注 1 に規定する加算、通則第 14 号又は第 15 号に掲げる加算を算定する場合はこの限りでない。

イ 手術(区分番号 J013(1 及び 2 に限る。)に掲げる口腔内消炎手術を除く。)を行った場合

所定点数の 100 分の 50 に相当する点数

ロ 区分番号 J013 (1 及び 2 に限る。)に掲げる口腔内消炎手術を行った場合

所定点数の 100 分の 30 に相当する点数

6 全身麻酔下で極低出生体重児、新生児又は 3 歳未満の乳幼児(極低出生体重児及び新生児を除く。)に対して手術を行った場合は、当該手術の所定点数にそれぞれ所定点数の 100 分の 400、100 分の 300 又は 100 分の 100 に相当する点数を加算する。

7 区分番号 J016、J018、J021 の 2、J031、J032、J035、J039 の 2 及び 3、J042、J057 並びに J060 に掲げる手術については、頸部郭清術と併せて行った場合は、所定点数に片側は 4,000 点を、両側は 6,000 点を加算する。

8 HIV 抗体陽性の患者に対して、入院を必要とする観血的手術を行った場合は、当該手術の所定点数に 4,000 点を加算する。

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

イ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合

(1) 休日加算 1

所定点数の 100 分の 160 に相当する点数

(乳幼児加算等)

7 「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障害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。

8 「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。

9 「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障害者である場合の 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。

10 「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。

11 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。

12 「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 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。

13 「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。

14 「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。

15 「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。

16 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

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

所定点数の 100 分の 80 に相当する点数

(3) 深夜加算 1

所定点数の 100 分の 160 に相当する点数

(4) (1) から (3) までにかかわらず、区分番号 A000 に掲げる初診料の注 7 のただし書に規定する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して、手術の開始時間が同注のただし書に規定する時間である手術を行った場合

所定点数の 100 分の 80 に相当する点数

ロ イ以外の保険医療機関において行われる場合

(1) 休日加算 2

所定点数の 100 分の 80 に相当する点数

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

所定点数の 100 分の 40 に相当する点数

(3) 深夜加算 2

所定点数の 100 分の 80 に相当する点数

(4) (1) から (3) までにかかわらず、区分番号 A000 に掲げる初診料の注 7 のただし書に規定する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して、手術の開始時間が同注のただし書に規定する時間である手術を行った場合

所定点数の 100 分の 40 に相当する点数

10 メチシリン耐性黄色ブドウ球菌 (MRSA)

感染症患者 (感染症法の規定に基づき都道府県知事に対して医師の届出が義務づけられるものに限る。)、B 型肝炎感染患者 (HBs 又は HBe 抗原陽性の者に限る。) 若しくは C 型肝炎感染患者又は結核患者に対して、医科点数表の区分番号 L008 に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔、医科点数表の区分番号 L002 に掲げる硬膜外麻酔又は医科点数表の区分番号 L004 に掲げる脊椎麻酔を伴う手術を行った場合は、所定点数に 1,000 点を加算する。

11 手術の所定点数は、当該手術に当たって、表面麻酔、浸潤麻酔又は簡単な伝達麻酔を行った場合の費用を含むものとする。ただし、麻酔に当たって使用した薬剤の薬価は、

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。

17 「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 点以上のときは加算する。

18 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。

19 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。

20 「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、硬膜外麻酔又は脊椎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。

イ 感染症法に基づく医師から都道府県知事等への届出のための基準において、医師による届け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。)

ロ HBs 又は HBe 抗原精密測定によって抗原が陽性と認められた B 型肝炎患者

ハ 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

ニ 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

別に厚生労働大臣の定めるところにより算定できる。

12 対称器官に係る手術の各区分の所定点数は、特に規定する場合を除き、片側の器官の手術料に係る点数とする。

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

14 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 5 に規定する加算を算定できないものに対して、歯科訪問診療時に手術を行った場合は、次に掲げる点数をそれぞれ当該手術の所定点数に

21 「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と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。

22 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 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できないものに対して患者に行った第 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 M003（2 の口及びハに限る。）に掲げる印象採得、区分番号 M003-3 に掲げる咬合印象、区分番号 M006（2 の口に限る。）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

23 「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。

24 「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。

25 「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。

加算する。

イ 区分番号 J000（1、2及び3に限る。）  
に掲げる抜歯手術を行った場合（注1による加算を除く。）

所定点数の100分の50に相当する点数

ロ 区分番号 J013（2に限る。）に掲げる  
口腔内消炎手術を行った場合

所定点数の100分の30に相当する点数

15 区分番号 C000 に掲げる歯科訪問診療料  
及び同注5に規定する加算を算定する患者  
に対して、歯科訪問診療時に手術を行った  
場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該  
手術の所定点数に加算する。

イ 区分番号 J013（1、2に限る。）に掲  
げる口腔内消炎手術以外の手術を行った  
場合

所定点数の100分の50に相当する点数

ロ 区分番号 J013（1及び2に限る。）に  
掲げる口腔内消炎手術を行った場合

所定点数の100分の30に相当する点数

16 区分番号 B000-6 に掲げる周術期等口腔  
機能管理料（Ⅰ）又は B000-7 に掲げる周  
術期等口腔機能管理料（Ⅱ）を算定した患  
者に対して、算定後1月以内に悪性腫瘍手  
術を全身麻酔下で実施した場合は、周術期  
等口腔機能管理後手術加算として、200点  
をそれぞれ所定点数に加算する。

26 「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。

27 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。

28 区分番号 J084 から J087 まで、J088、J098、J099、J100 及び J101 に掲げる手術について、同一手術野又は同一病巣につき、他の手術と同時に行った場合は、主たる手術により算定する。ただし、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。

29 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の例により算定する。

別表第三

J091 皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	その他の手術
J099-2 抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用埋込型カテーテル設置	その他の手術
J100-2 中心静脈注射用植込型カテーテル設置	その他の手術
J003 歯根嚢胞摘出手術	J004 歯根端切除手術 (1 歯につき)
J043 顎骨腫瘍摘出術 (歯根嚢胞を除く。)	J000 抜歯手術 (1 歯につき)
J043 顎骨腫瘍摘出術 (歯根嚢胞を除く。) (顎骨嚢胞を摘出した場合に限る。)	J004 歯根端切除手術 (1 歯につき)
J066 歯槽骨折観血的整復術	J004-2 歯の再植術
J068 上顎骨折観血的手術	J004-2 歯の再植術
J072 下顎骨折観血的手術	J004-2 歯の再植術
J075 下顎骨形成術 1 おとがい形成の場合	J075 下顎骨形成術 2 短縮又は伸長の場合の場合
J101-2 神経再生誘導術	J040 下顎骨部分切除術
	J041 下顎骨離断術
	J042 下顎骨悪性腫瘍手術

複数手術に係る費用の特例の一部を改正する件

(厚生労働省告示第 80 号)

診療報酬の算定方法 (平成二十年厚生労働省告示第五十九号) の規定に基づき、複数手術に係る費用の特例 (平成三十年厚生労働省告示第七十二号) の一部を次のように改正し、令和二年四月一日から適用する。ただし、同年三月三十一日以前に行われた療養に関する費用の額の算定については、なお従前の例による。

令和二年三月二十三日

二 診療報酬の算定方法別表第二歯科診療報酬点数表の第 2 章第 9 部に規定する別に厚生労働大臣が定める場合における費用の額の算定方法同一手術野又は同一病巣につき、別表第三の上欄 (左欄) に掲げる手術とそれぞれ同表の下欄 (右欄) に掲げる手術とを同時に行った場合は、主たる手術の所定点数と従たる手術 (一つに限る。) の所定点数の百分の五十に相当する点数とを合算して算定する。

(通知文)

- 1 複数手術に係る費用の特例別表第一及び別表第三の上欄 (左欄) 及び下欄 (右欄) に掲げる手術について 2 種類以上の手術を同時に行った場合には、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 に相当する額を加えた点数を、同一手術野又は同一病巣に係る手術の所定点数とする。
- 2 複数手術に係る費用の特例別表第二に掲げる手術のうち 2 種類以上の手術を同時に行った場合には、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 に相当する額を加えた点数を、同一手術野又は同一病巣に係る手術の所定点数とする。なお、当該手術には、緊急的に実施されない場合を含む。
- 3 従たる手術の所定点数の 100 分の 50 に相当する点数を加えて算定する場合、従たる手術の所定点数には注による加算は含まれない。なお、合算の対象となる従たる手術は 1 種類とする。
- 4 「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。なお、別表第三の上欄 (左欄) に掲げる手術等が必ずしもこれに該当するものではないので留意されたい。

## 第1節 手術料

### J000 抜歯手術（1歯につき）

1 乳歯	130点
2 前歯	155点
3 臼歯	265点
4 埋伏歯	1,054点

注1 2又は3については、歯根肥大、骨の癒着歯等に対する骨の開さく又は歯根分離術を行った場合に限り、難抜歯加算として、210点を所定点数に加算する。

2 4については、完全埋伏歯（骨性）及び水平智歯に限り算定する。

3 4については、下顎完全埋伏智歯（骨性）又は下顎水平埋伏智歯の場合は、所定点数に120点を加算する。

4 抜歯と同時に歯槽骨の整形等の費用は、所定点数に含まれる。

### （抜歯手術）

(1) 抜歯は、歯又は残根の全部を抜去した場合に算定する。

(2) 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。

(3) 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。

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

(8) 抜歯の際、浸潤麻酔は、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 ポンティ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 歯根分割搔爬術

260点

### （歯根分割搔爬術）

◇歯根分割を行い分岐部病変の搔爬を行って歯の保存を図った

J000-3 上顎洞陥入歯等除去術	
1 抜歯窩から行う場合	470 点
2 犬歯窩開さくにより行う場合	2,000 点

場合に、1 歯単位で所定点数を算定する。

(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 (分割抜歯)	470 点
---------------------	-------

(ヘミセクション (分割抜歯))

- (1) 複根歯において必要があって保存し得る歯根を残して分割抜歯を行った場合は、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、ヘミセクション (分割抜歯) 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 (分割抜歯) 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 I019 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 抜歯窩再搔爬手術	130 点
---------------	-------

(抜歯窩再搔爬手術)

- ◇ 抜歯窩に対して再搔爬手術を行った場合は 1 歯に相当する抜歯窩を単位として所定点数を算定する。

J003 歯根嚢胞摘出手術	
1 歯冠大のもの	800 点
2 拇指頭大のもの	1,350 点
3 鶏卵大のもの	2,040 点

(歯根嚢胞摘出手術)

- (1) 歯根嚢胞摘出手術において歯冠大とは当該歯根嚢胞の原因歯となった歯の歯冠大をいう。
- (2) 歯根嚢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嚢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 2 以外の場合	1,350 点
2 歯科用 3 次元エックス線断層撮影装置及び手術用顕微鏡を用いた場合	2,000 点
注 1 第 4 部に掲げる歯科用 3 次元エックス線断層撮影の費用は別に算定できる。	

(歯根端切除手術)

- (1) 歯根端切除手術と同時に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。

- 2 歯根端閉鎖の費用は、所定点数に含まれる。
- 3 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該手術を実施した場合に算定する。

- イ 乳歯に対する歯根端切除手術  
 ロ 歯根端搔爬手術

- (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、骨の開さくを行って除去した場合は、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 1,300点  
 注 外傷性脱臼歯の再植術に限り認められる。

(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 I005 に掲げる抜髄及び区分番号 I008 に掲げる根管充填及び区分番号 I008-2 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 I006 に掲げる感染根管処置、区分番号 I008 に掲げる根管充填及び区分番号 I008-2 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。
- (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って、解剖学的な理由から歯根端切除手術が困難な症例に対して、歯の再植による根尖病巣の治療を行った場合は、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 I008 に掲げる根管充填及び区分番号 I008-2 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こと。

J004-3 歯の移植手術 1,300点  
 注 自家移植を行った場合に限る。

(歯の移植手術)

- (1) 保存不適で抜歯した歯の抜歯窩に、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	110 点	(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) 上顎臼後結節の頬側が隆起し、義歯装着に際して障害になる場合において、上顎臼後結節部の頬側隆起部を削除及び整形した場合は当該区分の所定点数により算定する。 (3) 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うに当たり、根管側壁、髓室側壁又は髓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 顎骨切断端形成術	4,400 点	(顎骨切断端形成術) ◇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 (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。) を摘出する手術をいう。
1 軟組織に局限するもの	600 点	
2 硬組織に及ぶもの	1,300 点	
J009 浮動歯肉切除術		(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。
1 3分の1 顎程度	400 点	
2 2分の1 顎程度	800 点	
3 全顎	1,600 点	
J010 顎堤形成術		(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、骨片採取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
1 簡単なもの (1 顎につき)	3,000 点	
2 困難なもの (2分の1 顎未満)	4,000 点	
3 困難なもの (2分の1 顎以上)	6,500 点	

J011 上顎結節形成術	
1 簡単なもの	2,000 点
2 困難なもの	3,000 点
注 両側同時に行った場合は、所定点数の 100 分の 50 に相当する点数を加算する。	

J012 おとがい神経移動術	1,300 点
注 両側同時に行った場合は、所定点数の 100 分の 50 に相当する点数を加算する。	

J013 口腔内消炎手術	
1 智歯周囲炎の歯肉弁切除等	120 点
2 歯肉膿瘍等	180 点
3 骨膜下膿瘍、口蓋膿瘍等	230 点
4 顎炎又は顎骨骨髓炎等	
イ 3 分の 1 顎未満の範囲のもの	750 点
ロ 3 分の 1 顎以上の範囲のもの	2,600 点
ハ 全顎にわたるもの	5,700 点

J014 口腔底膿瘍切開術	700 点
---------------	-------

J015 口腔底腫瘍摘出術	7,210 点
---------------	---------

M018 に掲げる有床義歯を算定する。

(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、上顎臼後結節が扁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。

(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。

(口腔内消炎手術)

- (1) 口腔内消炎手術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) 辺縁性歯周炎の急性発作に対する消炎手術は、「2 歯肉膿瘍等」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 I010 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。

		◇口腔底腫瘍摘出術とは、口腔底に生じた良性腫瘍又は嚢胞を摘出する手術をいう。
J015-2 口腔底迷入下顎智歯除去術	5,230 点	(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 に掲げる抜歯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	29,360 点	(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。 (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)
1 粘液嚢胞摘出術	1,220 点	◇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る手術をいう。
2 その他のもの	2,940 点	
J017-2 甲状舌管嚢胞摘出術	8,970 点	
J018 舌悪性腫瘍手術		
1 切除	26,4010 点	
2 亜全摘	75,070 点	
J019 口蓋腫瘍摘出術		(口蓋腫瘍摘出術)
1 口蓋粘膜に局限するもの	520 点	◇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)を摘出する手術をいう。
2 口蓋骨に及ぶもの	8,050 点	
J020 口蓋混合腫瘍摘出術	5,600 点	
J021 口蓋悪性腫瘍手術		
1 切除(単純)	5,600 点	
2 切除(広汎)	18,000 点	
J022 顎・口蓋裂形成手術		(顎・口蓋裂形成手術)
1 軟口蓋のみのもの	15,770 点	◇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。
2 硬口蓋に及ぶもの	24,170 点	
3 顎裂を伴うもの		
イ 片側	25,170 点	
ロ 両側	31,940 点	

J023 歯槽部骨皮質切離術（コルチコトミー）	
1 6 歯未満の場合	1,700 点
2 6 歯以上の場合	3,400 点
J024 口唇裂形成手術（片側）	
1 口唇のみの場合	13,180 点
2 口唇裂鼻形成を伴う場合	18,810 点
3 鼻腔底形成を伴う場合	24,350 点
J024-2 口唇裂形成手術（両側）	
1 口唇のみの場合	18,810 点
2 口唇裂鼻形成を伴う場合	23,790 点
3 鼻腔底形成を伴う場合	36,620 点
J024-3 軟口蓋形成手術	9,700 点
J024-4 鼻咽腔閉鎖術	23,790 点
J026 舌繫痕性短縮矯正術	2,650 点
J027 頬、口唇、舌小帯形成術	560 点
J028 舌形成手術（巨舌症手術）	9,100 点
J030 口唇腫瘍摘出術	
1 粘液嚢胞摘出術	910 点
2 その他のもの	3,050 点
J031 口唇悪性腫瘍手術	33,010 点
J032 口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術	108,700 点
J033 頬腫瘍摘出術	
1 粘液嚢胞摘出術	910 点
点	

（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。

（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 ピエール・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。

（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る手術をいう。

（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る手術をいう。

2 その他のもの	5,250 点	(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	4,460 点	(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る手術をいう。
J035 頬粘膜悪性腫瘍手術	26,310 点	
J035-2 口腔粘膜血管腫凝固術 (一連につき)	2,000 点	(口腔粘膜血管腫凝固術)
注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、レーザー照射により当該手術を実施した場合に算定する。		(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・血管奇形に対して、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。
J036 術後性上顎嚢胞摘出術		
1 上顎に限局するもの	6,660 点	
2 篩骨蜂巣に及ぶもの	14,500 点	
J037 上顎洞口腔瘻閉鎖術		(上顎洞口腔瘻閉鎖術)
1 簡単なもの	150 点	(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 困難なもの	1,000 点	(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 著しく困難なもの	5,800 点	(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) 埋伏歯の抜去や顎骨骨内病巣を除去し、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。
J038 上顎骨切除術	15,310 点	
J039 上顎骨悪性腫瘍手術		(上顎骨悪性腫瘍手術)
1 掻爬	9,160 点	◇上顎骨に生ずるエナメル上皮腫に対する手術について、悪性腫瘍手術に準じて行った場合は、「2 切除」又は「3 全摘」の各区分により算定して差し支えない。
2 切除	34,420 点	
3 全摘	68,480 点	
J040 下顎骨部分切除術	16,780 点	
J041 下顎骨離断術	32,560 点	(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		(下顎骨悪性腫瘍手術)
1 切除	40,360 点	◇下顎骨に生ずるエナメル上皮腫に対する手術について、悪性腫瘍手術に準じて行った場合は、「1 切除」から「3 切断（その他のもの）」までの各区分により算定して差し支えない。また、単胞性エナメル上皮腫の手術の場合も同様に「1 切除」から「3 切断（その他のもの）」までの各区分により算定して差し支えない。
2 切断	64,590 点	
J043 顎骨腫瘍摘出術（歯根嚢胞を除く。）		(顎骨腫瘍摘出術（歯根嚢胞を除く。))
1 長径 3 cm 未満	2,820 点	(1) 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。
2 長径 3 cm 以上	13,390 点	(2) 下顎角部又は下顎枝に埋伏している下顎智歯を、口腔内より摘出を行った場合は、本区分により算定する。
J044 顎骨嚢胞開窓術	2,040 点	
J044-2 埋伏歯開窓術	2,820 点	(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	2,040 点	(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。

J046 下顎隆起形成術 1,700 点

注 両側同時に行った場合は、所定点数に所  
定点数の 100 分の 50 に相当する点数を加  
算する。

J047 腐骨除去手術

1 歯槽部に局限するもの 600 点

2 顎骨に及ぶもの

イ 片側の 3 分の 1 未満の範囲のもの  
1,300 点

ロ 片側の 3 分の 1 以上の範囲のもの  
3,420 点

J048 口腔外消炎手術

1 骨膜下膿瘍、皮下膿瘍、蜂窩織炎等

イ 2 cm 未満のもの 180 点

ロ 2 cm 以上 5 cm 未満のもの 300 点

ハ 5 cm 以上のもの 750 点

2 顎炎又は顎骨骨髓炎

イ 3 分の 1 顎以上の範囲のもの  
2,600 点

ロ 全顎にわたるもの 5,700 点

J049 外歯瘻手術 1,500 点

J050 歯性扁桃周囲膿瘍切開手術 870 点

J051 がま腫切開術 820 点

J052 がま腫摘出術 7,140 点

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

(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

(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。

(口腔外消炎手術)

(1) 口腔外消炎手術における長さ (2cm 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・下顎部又は鎖骨  
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 唾石摘出術（一連につき）	
1 表在性のもの	640 点
2 深在性のもの	3,770 点
3 腺体内に存在するもの	6,550 点
注 2 及び 3 について内視鏡を用いた場合は、 1,000 点を所定点数に加算する。	
J054 舌下腺腫瘍摘出術	7,180 点
J055 顎下腺摘出術	10,210 点
J056 顎下腺腫瘍摘出術	9,640 点
J057 顎下腺悪性腫瘍手術	33,010 点
J059 耳下腺腫瘍摘出術	
1 耳下腺浅葉摘出術	27,210 点
2 耳下腺深葉摘出術	34,210 点
J060 耳下腺悪性腫瘍手術	
1 切除	33,010 点
2 全摘	44,020 点
J061 唾液腺膿瘍切開術	900 点
J062 唾液腺管形成手術	13,630 点
J063 歯周外科手術	
1 歯周ポケット搔爬術	80 点
2 新付着手術	160 点
3 歯肉切除手術	320 点
4 歯肉剥離搔爬手術	630 点
5 歯周組織再生誘導手術	
イ 1 次手術（吸収性又は非吸収性膜の固定を伴うもの）	840 点
ロ 2 次手術（非吸収性膜の除去）	380 点
6 歯肉歯槽粘膜形成手術	
イ 歯肉弁根尖側移動術	600 点
ロ 歯肉弁歯冠側移動術	600 点
ハ 歯肉弁側方移動術	770 点
ニ 遊離歯肉移植術	770 点
ホ 口腔前庭拡張術	2,820 点
注 1 4 及び 5 については、当該手術と同時	

（唾石摘出術）

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

（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。

（歯周外科手術）

- (1) 歯周外科手術とは、区分番号 D002 に掲げる歯周組織検査の「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搔爬術、新付着手術、歯肉切除手術、歯肉剥離搔爬術、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、「歯周病の治療に関する基本的な考え方」（令和 2 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パ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

に歯槽骨欠損部に骨代用物質を挿入した場合は、所定点数に110点を加算する。

2 5については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、根分岐部病変又は垂直性の骨欠損を有する歯に対して行った場合に、算定する。

3 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実施する場合は、所定点数(注1の加算を含む。)の100分の50に相当する点数により算定する。

4 簡単な暫間固定及び特定薬剤の費用は、所定点数に含まれる。

5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯肉剥離掻爬手術又は歯周病検査再生誘導手術について、レーザー照射により当該手術の対象歯の歯根面の歯石除去等を行った場合は、手術時歯根面レーザー応用加算として、所定点数に60点を加算する。

4歯以上の暫間固定は、歯周外科手術とは別に区分番号I014に掲げる暫間固定の「2 困難なもの」の所定点数により算定する。

(6) 暫間固定に当たって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「3 口腔内装置」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歯以下の場合は区分番号M006に掲げる咬合採得の「2の口の(1)少数歯欠損」、装置の範囲に相当する歯数が9歯以上は区分番号M006に掲げる咬合採得の「2の口の(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M006に掲げる咬合採得の「2の口の(3)総義歯」の所定点数を、装着を行った場合には1装置につき区分番号M005に掲げる装着の「3 口腔内装置の装着の場合」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、装着料及び装着材料料は別に算定できない。

(7) 歯肉剥離掻爬手術と併せて、区分番号J063-2に掲げる骨移植術(軟骨移植術を含む。)を行った場合は、歯肉剥離掻爬手術及び区分番号J063-2に掲げる骨移植術(軟骨移植術を含む。)のそれぞれを併せて算定する。

(8) 「5 歯周組織再生誘導手術」については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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、根分岐部病変又は垂直性骨欠損を有する歯に対して、吸収性膜又は非吸収性膜の固定を行った場合に、「イ 1次手術」の所定点数により算定する。また、「イ 1次手術」において、非吸収性膜を使用した場合であって、一定期間の経過観察後、非吸収性膜を除去した場合においては、「ロ 2次手術」の所定点数により算定する。なお、歯周組織再生材料は、別に算定する。

(9) 「5 歯周組織再生誘導手術」を実施した場合は、エックス線撮影等により得られた術前の対象歯の根分岐部病変又は垂直性骨欠損の状態、手術部位及び手術内容の要点を診療録に記載する。

(10) 「5 歯周組織再生誘導手術」を算定した場合は、「4 歯肉剥離掻爬手術」は別に算定できない。

(11) 歯肉歯槽粘膜形成手術は、歯周疾患の治療において、必要があつて「6のイ 歯肉弁根尖側移動術」から「6のホ 口腔前庭拡張術」までに掲げる手術を行った場合に算定する。なお、「6のイ 歯肉弁根尖側移動術」から「6のハ 歯肉弁側方移動術」までは1歯単位により算定し、「6のニ 遊離歯肉移植術」及び「6のホ 口腔前庭拡張術」は手術単位により算定する。

(12) 「6のイ 歯肉弁根尖側移動術」は、付着歯肉の幅が狭く付

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

(13)「6のロ 歯肉弁歯冠側移動術」は、歯冠側へ歯肉弁を移動させ露出した歯根面の被覆を目的として行った場合に限り算定する。

(14)「6のハ 歯肉弁側方移動術」は、歯肉退縮による歯根面露出が認められる少数歯において、歯根面露出部位に隣接歯の辺縁歯肉から側方に歯肉弁を移動させ露出した歯根面を被覆することを目的として行った場合に算定する。

(15)「6のニ 遊離歯肉移植術」とは、歯肉の供給側より採取した移植片の歯肉を、付着させる移植側へ移植を行うものをいい、付着歯肉幅の拡大、露出歯根面の被覆又は歯槽堤形成等を目的に手術を行った場合に算定する。

(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プラークコントロールが行えない場合

ロ 歯冠修復物を装着するに際して付着歯肉の幅が著しく狭い場合

(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、歯肉剥離搔爬手術又は歯周組織再生誘導手術において、明視下で蒸散により歯根面の歯石除去を行うことが可能なものとして保険適用となっているレーザーによる照射をいう。

#### J063-2 骨移植術（軟骨移植術を含む。）

##### 1 自家骨移植

イ 簡単なもの 1,780 点

ロ 困難なもの 16,830 点

##### 2 同種骨移植（生体） 28,660 点

##### 3 同種骨移植（非生体）

イ 同種骨移植（特殊なもの） 39,720 点

ロ その他の場合 21,050 点

注 骨提供者に係る組織適合性試験の費用

#### （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（生体）」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、骨片切採術の手技料が含まれ、骨

は、所定点数に含まれる。

J063-3 骨（軟骨）組織採取術	
1 腸骨翼	3,150 点
2 その他のもの	4,510 点
注 2 については、口腔内から組織採取を行った場合を除く。	
J065 歯槽骨骨折非観血的整復術	
1 1 歯又は 2 歯にわたるもの	680 点
2 3 歯以上にわたるもの	1,300 点
J066 歯槽骨骨折観血的整復術	
1 1 歯又は 2 歯にわたるもの	1,300 点
2 3 歯以上にわたるもの	2,700 点
J067 上顎骨折非観血的整復術	1,570 点
J068 上顎骨折観血的手術	16,400 点
J069 上顎骨形成術	
1 単純な場合	27,880 点

- 移植術において骨移植に用いる骨片をその必要があって 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技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「口 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 の口 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靭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靭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 K059 に掲げる骨移植術の例により算定する。

（骨（軟骨）組織採取術）

◇区分番号 J063-2 に掲げる骨移植術の「1 の口 困難なもの」の実施にあたり、骨片採取のみに終わり骨移植に至らなかった場合に限り算定する。

（歯槽骨骨折観血的整復術）

◇歯槽骨骨折に対し、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。

（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

2 複雑な場合及び2次的再建の場合	45,510 点		
3 骨移動を伴う場合	72,900 点		
注1 1について、上顎骨を複数に分割した場合は、5,000点を所定点数に加算する。			(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。
2 3については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、先天異常の患者に対して行われる場合に限り算定する。			(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。
J070 頬骨骨折観血的整復術	18,100 点	(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。	
J070-2 頬骨変形治癒骨折矯正術	38,610 点	(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、三内式線口腔内装置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。	
J071 下顎骨折非観血的整復術	1,240 点		
注 連続した歯に対して三内式線口腔内装置以上の結紮法を行った場合は、650点を加算する。			
J072 下顎骨折観血的手術		(下顎関節突起骨折観血的手術)	
1 片側の場合	13,000 点	◇「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。	
2 両側の場合	27,320 点		
J072-2 下顎関節突起骨折観血的手術			
1 片側	28,210 点		
2 両側	47,020 点		
J073 口腔内軟組織異物（人工物）除去術		(口腔内軟組織異物（人工物）除去術)	
1 簡単なもの	30 点	(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。	
2 困難なもの		(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。	
イ 浅在性のもの	680 点		
ロ 深在性のもの	1,290 点		
3 著しく困難なもの	4,400 点		

J074 顎骨内異物（挿入物を含む）除去術

1 簡単なもの

イ 手術範囲が顎骨の2分の1顎程度未満の場合 850点

ロ 手術範囲が全顎にわたる場合 1,680点

2 困難なもの

イ 手術範囲が顎骨の3分の2顎程度未満の場合 2,900点

ロ 手術範囲が全顎にわたる場合 4,180点

J075 下顎骨形成術

1 おとがい形成の場合 7,780点

2 短縮又は伸長の場合 30,790点

3 再建の場合 51,120点

4 骨移動を伴う場合 54,210点

注1 2については、両側を同時に行った場合は、所定点数に3,000点を加算する。

2 4については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、先天異常の患者に対して行われる場合に限り算定する。

J075-2 下顎骨延長術

1 片側 30,790点

2 両側 47,550点

J076 顔面多発骨折観血的手術 39,700点

(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。

(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。

(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。

(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。

(下顎骨延長術)

◇ 医科点数表の区分番号K444-2に掲げる下顎骨延長術の例により算定する。

(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。

J077 顎関節脱臼非観血的整復術 410 点

J078 顎関節脱臼観血的手術 26,210 点

J079 顎関節形成術 40,870 点

J080 顎関節授動術

1 徒手の授動術

イ 単独の場合 440 点

ロ パンピングを併用した場合 990 点

ハ 関節腔洗浄療法を併用した場合 2,400 点

2 顎関節鏡下授動術 10,520 点

3 開放授動術 25,100 点

J080-2 顎関節人工関節全置換術 59,260 点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、行われる場合に限り算定する。

(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、所定点数を算定する。

(顎関節授動術)

(1) 「1のイ 単独の場合」とは、顎関節症による急性クローズドロックの解除又は慢性クローズドロックによる開口制限の改善を目的として、徒手の授動術を行うものをいう。なお、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。

(2) 「1のロ 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 G007 に掲げる関節腔内注射又は区分番号 G008 に掲げる滑液囊穿刺後の注入を併せて算定する。

(3) 「1のハ 関節腔洗浄療法を併用した場合」とは、局所麻酔下で上関節腔に注射針を2本刺入し、上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 G007 に掲げる関節腔内注射又は区分番号 G008 に掲げる滑液囊穿刺後の注入を併せて算定する。

(4) 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。

(5) 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。

(6) 癒着性顎関節強直症に対する手術の費用は「3 開放授動術」により算定する。

(7) 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で、筋突起形成術を行った場合の費用は「3 開放授動術」により算定する。

【施設基準】三の八 顎関節人工関節全置換術の施設基準

(1) 緊急事態に対応するための体制その他当該療養を行うにつき必要な体制が整備されていること。

(2) 当該療養を行うにつき十分な専用施設を有している病院であること。

(3) 当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき必要な歯科医師及び看護師が配置されていること。

J081 顎関節円板整位術	
1 顎関節鏡下円板整位術	22,100 点
2 開放円板整位術	27,300 点

J082 歯科インプラント摘出術（1個につき）	
1 人工歯根タイプ	460 点
2 ブレードタイプ	1,250 点
3 骨膜下インプラント	1,700 点
注 骨の開さくを行った場合は、所定点数に所定点数の 100 分の 50 に相当する点数を加算する。	

J083 顎骨インプラント摘出術	
1 2分の1 顎未満の範囲のもの	2,040 点
2 2分の1 顎以上の範囲のもの	6,270 点

J084 創傷処理	
1 筋肉、臓器に達するもの（長径 5cm 未満）	1,250 点
2 筋肉、臓器に達するもの（長径 5cm 以上 10cm 未満）	1,680 点
3 筋肉、臓器に達するもの（長径 10cm 以上）	
イ 頭頸部のもの（長径 20cm 以上のものに限る。）	8,600 点
ロ その他のもの	2,400 点
4 筋肉、臓器に達しないもの（長径 5cm 未満）	470 点
5 筋肉、臓器に達しないもの（長径 5cm 以上 10cm 未満）	850 点
6 筋肉、臓器に達しないもの（長径 10cm 以上）	1,320 点
注 1 切、刺、割創又は挫創の手術について 切除、結紮又は縫合を行う場合に限り算定する。	
2 真皮縫合を伴う縫合閉鎖を行った場合	

- (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、縫合固定することにより整位するものをいう。

- (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 J109 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。

- (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口腔内装置等を除く。）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。

- (創傷処理)
- (1) 創傷処理とは、切・刺・割創又は挫創に対して切除、結紮又は縫合を行う場合の第 1 回治療のことをいう。ここで筋肉又は臓器に達するものとは、単に創傷の深さを指すものではなく、筋肉又は臓器に何らかの処理を行った場合をいう。
  - (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 20cm 以上のものに限る。）」は、長径 20cm 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、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。
  - (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) 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

は、露出部の創傷に限り所定点数に 460 点を加算する。

- 3 汚染された挫創に対して区分番号 J085 に掲げるデブリードマンを行った場合は、当初の 1 回に限り 100 点を加算する。

#### J084-2 小児創傷処理（6 歳未満）

- |                                    |         |
|------------------------------------|---------|
| 1 筋肉、臓器に達するもの（長径 2.5cm 未満）         | 1,250 点 |
| 2 筋肉、臓器に達するもの（長径 2.5cm 以上 5cm 未満）  | 1,400 点 |
| 3 筋肉、臓器に達するもの（長径 5cm 以上 10cm 未満）   | 2,220 点 |
| 4 筋肉、臓器に達するもの（長径 10cm 以上）          | 3,430 点 |
| 5 筋肉、臓器に達しないもの（長径 2.5cm 未満）        | 450 点   |
| 6 筋肉、臓器に達しないもの（長径 2.5cm 以上 5cm 未満） | 500 点   |
| 7 筋肉、臓器に達しないもの（長径 5cm 以上 10cm 未満）  | 950 点   |
| 8 筋肉、臓器に達しないもの（長径 10cm 以上）         | 1,740 点 |

注 1 切、刺、割創又は挫創の手術について切除、結紮又は縫合を行う場合に限り算定する。

2 真皮縫合を伴う縫合閉鎖を行った場合は、露出部の創傷に限り所定点数に 460 点を加算する。

3 汚染された挫創に対して区分番号 J085 に掲げるデブリードマンを行った場合は、当初の 1 回に限り 100 点を加算する。

#### J085 デブリードマン

- |   |         |
|---|---------|
| 1 100cm <sup>2</sup> 未満                         | 1,260 点 |
| 2 100cm <sup>2</sup> 以上 3,000cm <sup>2</sup> 未満 | 4,300 点 |

注 1 当初の 1 回に限り算定する。

2 骨、腱又は筋肉の露出を伴う損傷については、深部デブリードマン加算として、所定点数に 1,000 点を加算する。

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 5cm 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。

#### （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除、結紮又は縫合を行う場合の第 1 回治療をいう。なお、ここで筋肉又は臓器に達するものとは、たん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) 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 2.5cm 以上 5cm 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。

#### （デブリードマン）

(1) 区分番号 J089 に掲げる全層、分層植皮術から区分番号 J097 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。

J086 上顎洞開窓術	1,300 点
J086-2 内視鏡下上顎洞開窓術	3,600 点
J087 上顎洞根治手術	7,990 点
J087-2 上顎洞炎術後出血止血法	6,660 点
J088 リンパ節摘出術	
1 長径 3cm 未満	1,200 点
2 長径 3cm 以上	2,880 点

J089 分層植皮術	
1 25cm <sup>2</sup> 未満	3,520 点
2 25cm <sup>2</sup> 以上 100cm <sup>2</sup> 未満	6,270 点
3 100cm <sup>2</sup> 以上 200cm <sup>2</sup> 未満	9,000 点
4 200cm <sup>2</sup> 以上	25,820 点

J089-2 全層植皮術	
1 25cm <sup>2</sup> 未満	10,000 点
2 25cm <sup>2</sup> 以上 100cm <sup>2</sup> 未満	12,500 点
3 100cm <sup>2</sup> 以上 200cm <sup>2</sup> 未満	28,210 点
4 200cm <sup>2</sup> 以上	40,290 点

注 広範囲皮膚欠損の患者に対して行う場合は、頭頸部、左上肢、左下肢、右上肢、右下肢、腹部又は背部のそれぞれの部位ごとに所定点数を算定する。

J090 皮膚移植術（生体・培養） 6,110 点

- 注 1 生体皮膚又は培養皮膚移植術を行った場合に算定する。
- 2 生体皮膚を移植した場合は、生体皮膚の摘出のために要した提供者の療養上の費用として、この表に掲げる所定点数により算定した点数を加算する。

◇デルマトームを使用した場合の費用は所定点数に含まれ別に算定できない。

◇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。

（皮膚移植術（生体・培養）、皮膚移植術（死体））

◇医科点数表の区分番号 K014 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 K014-2 に掲げる皮膚移植術（死体）の例により算定する。

（皮膚移植術（生体・培養）〈医科〉）

(1) 皮膚提供者の皮膚採取料及び組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

(2) 生体皮膚を移植する場合においては、皮膚提供者から移植用・皮膚を採取することに要する費用（皮膚提供者の皮膚採取料及び組織適合性試験の費用は除く。）については、各所定点数により算出し、皮膚移植術（生体・培養）の所定点数に加算する。

(3) 皮膚移植を行った保険医療機関と皮膚移植に用いる移植用皮膚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、皮膚移植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。なお、請求に当たっては、皮膚移植者の診療報酬明細書の摘要欄に皮膚提供

J090-2 皮膚移植術 (死体)	
1	200cm <sup>2</sup> 未満 8,000 点
2	200cm <sup>2</sup> 以上 500cm <sup>2</sup> 未満 16,000 点
3	500cm <sup>2</sup> 以上 1,000cm <sup>2</sup> 未満 32,000 点
4	1000cm <sup>2</sup> 以上 3,000cm <sup>2</sup> 未満 80,000 点

J091 皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	
1	25cm <sup>2</sup> 未満 4,510 点
2	2cm <sup>2</sup> 以上 100cm <sup>2</sup> 未満 13,720 点
3	100cm <sup>2</sup> 以上 22,310 点

J092 動脈 (皮) 弁術、筋 (皮) 弁術 41,120 点

J093 遊離皮弁術 (顕微鏡下血管柄付きのもの) 94,460 点

J095 複合組織移植術 19,420 点

J096 自家遊離複合組織移植術 (顕微鏡下血管柄付きのもの) 131,310 点

J097 粘膜移植術	
1	4 cm <sup>2</sup> 未満 6,510 点
2	4 cm <sup>2</sup> 以上 7,820 点

者の療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、皮膚提供者の療養に係る所定点数を記載した診療報酬明細書を添付すること。

(4) 皮膚を移植する場合には、日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」を遵守している場合に限り算定する。

(皮膚移植術 (死体)) <医科>

(1) 皮膚提供者の皮膚採取料及び組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

(2) 死体から死体皮膚を採取・保存するために要する全ての費用は、所定点数に含まれ別に請求できない。

(3) 皮膚を移植する場合には、日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」を遵守している場合に限り算定する。

◇遊離皮弁術 (顕微鏡下血管柄付きのもの) を行うにあたり、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 K936-3 に掲げる微小血管自動縫合器加算の例により算定する。

【医科点数表 K936-3 微小血管自動縫合器加算】

◇四肢 (手、足、指 (手、足) を含む。) 以外の部位において、「K017」遊離皮弁術 (顕微鏡下血管柄付きのもの) 又は「K020」自家遊離複合組織移植術 (顕微鏡下血管柄付きのもの) を行う際に、微小静脈の縫合のために微小血管自動縫合器を用いた場合に算定する。なお、この場合において、2 個に限り当該加算点数に微小血管自動縫合器用カートリッジの使用個数を乗じて得た点数を加算するものとする。

◇区分番号 J096 に掲げる自家遊離複合組織移植術 (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、医科点数表の区分番号 K936-3 に掲げる微小血管自動縫合器加算の例により算定する。

J098 血管結紮術	3,750 点	
J099 動脈形成術、吻合術	21,700 点	
J099-2 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	16,640 点	◇医科点数表の区分番号 K611 に掲げる抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用埋込型カテーテル設置の例により算定する。
注 使用したカテーテル、カテーテルアクセス 等の材料の費用は、所定点数に含まれる。		(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) <医科> (1) 悪性腫瘍の患者に対し、抗悪性腫瘍剤の局所持続注入又は瘻痛の制御を目的として、チューブ又は皮下植込型カテーテルアクセスを設置した場合に算定できる。 (2) 設置するチューブ、体内に植え込むカテーテル及びカテーテルアクセス等の材料の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
J100 血管移植術、バイパス移植術		
1 頭、頸部動脈	55,050 点	
2 その他の動脈	30,290 点	
J100-2 中心静脈注射用植込型カテーテル設置	10,800 点	◇医科点数表の区分番号 K618 に掲げる中心静脈栄養用植込型カテーテル設置の例により算定する。
注 1 6歳未満の乳幼児の場合は、300点を加算する。		(中心静脈注射用植込型カテーテル設置) <医科>
2 使用したカテーテル、カテーテルアクセス 等の材料の費用は、所定点数に含まれる。		(1) 中心静脈栄養用の皮下植込型カテーテルアクセスを設置した場合に算定できる。 (2) 体内に植え込むカテーテル及びカテーテルアクセス等の材料の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。 (3) 中心静脈栄養用植込型カテーテル抜去の際の費用は「K000(J084)」創傷処理の「1」筋肉、臓器に達するもの(長径5センチメートル未満)で算定する。
J101 神経移植術	23,520 点	
J101-2 神経再生誘導術	21,590 点	(神経再生誘導術) ◇神経再生誘導術は、神経再生誘導材を用いて神経再建を実施した場合に算定する。
J102 交感神経節切除術	26,030 点	(交感神経節切除術) (1) 疼痛等に対して、眼窩下孔部又はおとがい孔部で末梢神経遮断(挫滅又は切断)術を行った場合に算定する。 (2) おとがい孔部における末梢神経遮断(挫滅又は切断)術と同時にやったおとがい孔閉鎖に係る費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。
J103 過長茎状突起切除術	6,440 点	

J104 皮膚腫瘍冷凍凝固摘出術（一連につき）	
1 長径 3 cm 未満の良性皮膚腫瘍	1,280 点
2 長径 3 cm 未満の悪性皮膚腫瘍	2,050 点
3 長径 3 cm 以上 6 cm 未満の良性又は悪性皮膚腫瘍	3,230 点
4 長径 6 cm 以上の良性又は悪性皮膚腫瘍	4,160 点

注 口腔領域の腫瘍に限る。

#### J104-2 皮膚悪性腫瘍切除術

1 広汎切除	28,210 点
2 単純切除	11,000 点

注 放射性同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検（悪性黒色腫に係るものに限る。）を併せて行った場合には、悪性黒色腫センチネルリンパ節加算として、所定点数に 5,000 点を加算する。ただし、当該手術に用いた色素の費用は、算定できない。

J105 瘢痕拘縮形成手術	12,660 点
---------------	----------

J106 気管切開術	3,080 点
------------	---------

◇口腔領域の皮膚（粘膜）腫瘍又は皮下（粘膜下）腫瘍に対して冷凍凝固摘出術を行った場合に算定する。

◇医科点数表の区分番号 K 0 0 7 に掲げる皮膚悪性腫瘍切除術の例により算定する。

（皮膚悪性腫瘍切除術）〈医科〉

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

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

ア 触診及び画像診断の結果、遠隔転移が認められない悪性黒色腫であって、臨床的に所属リンパ節の腫大が確認されていない場合にのみ算定する。

イ センチネルリンパ節生検に伴う放射性同位元素の薬剤料は、区分番号「K940(J 201)」薬剤により算定する。

ウ 放射性同位元素の検出に要する費用は、区分番号「E 100」シンチグラム（画像を伴うもの）の「1」部分（静態）（一連につき）により算定する。

エ 掃出したセンチネルリンパ節の病理診断に係る費用は、第 13 部〔第 14 部〕病理診断の所定点数により算定する。

（瘢痕拘縮形成手術）

◇単なる拘縮に止まらず運動制限を伴うような外傷又は腫瘍摘出術等による瘢痕性拘縮の症例に対して、瘢痕拘縮形成手術を行った場合に算定する。

（気管切開術）

(1) 口腔領域における腫瘍等による気管閉鎖で、気道確保のため救急的に気管切開を行った場合に算定する。ただし、手術に伴う一連の行為として気管切開を同時に行った場合は、主たる手術の所定点数に含まれ別に算定できない。

(2) 気管切開術後カニューレを入れた数日間の処置（単なるカニューレの清拭ではないものに限る。）は、区分番号 I009-2 に掲げる創傷処置の「1 100cm<sup>2</sup> 未満」により算定する。

3) この際用いた気管切開後のテフロンチューブ等は医科点数表の例により算定する。

J107 気管切開孔閉鎖術 1,250 点

(気管切開孔閉鎖術)

◇手術に伴い行われた気管切開又は救急的な気道確保のため行われた気管切開による切開孔を、当該気管切開を行った日とは別の日に閉鎖した場合に算定する。

J108 顔面神経麻痺形成手術

(顔面神経麻痺形成手術)

1 静的なもの 19,110 点

◇耳下腺悪性腫瘍摘出後の顔面神経麻痺に対して動的形成手術又は静的形成手術を行った場合に算定する。

2 動的なもの 64,350 点

J109 広範囲顎骨支持型装置埋入手術

(広範囲顎骨支持型装置埋入手術)

(1 顎一連につき)

(1) 広範囲顎骨支持型装置埋入手術とは、広範囲な顎骨欠損等の特殊な症例に対して応用する人工的構造物（以下「広範囲顎骨支持型装置」という。）のインプラント体（以下「インプラント体」という。）及びアバットメント（以下「アバットメント」という。）について、顎骨内へインプラント体を埋入する手術又はアバットメントを連結するインプラント体上部を露出させるために軟組織（口腔粘膜）の切除等を行う手術をいう。

1 1 回法によるもの 14,500 点

(2) 「1 1 回法によるもの」とは、顎骨内に骨窩を形成してインプラント体を埋入して、アバットメントを軟組織（口腔粘膜）上に露出させることまでを1回で行う手術をいう。

2 2 回法によるもの

イ 1 次手術 11,500 点

(3) 「2 2 回法によるもの」の「イ 1 次手術」とは、顎骨内に骨窩を形成してインプラント体を埋入して、アバットメントを連結せずに軟組織（口腔粘膜）を一次閉鎖する手術で、2回に分けて行われる手術の1回目に行われる手術をいう。

ロ 2 次手術 4,500 点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

(4) 「2 2 回法によるもの」の「ロ 2 次手術」とは、埋入したインプラント体周囲の骨組織の治癒を一定期間待った後、アバットメントを連結するインプラント体上部を露出させるために軟組織（口腔粘膜）の切除を行う手術で、2回に分けて行われる手術の2回目に行われる手術をいう。

2 1 及び2のイについては、3分の2顎以上の範囲にわたる場合は、所定点数に4,000点を加算する。

(5) 当該手術は、次のいずれかに該当し、従来のブリッジや有床義歯（顎堤形成後の有床義歯を含む。）では咀嚼機能の回復が困難な患者に対して実施した場合に算定する。

イ 腫瘍、顎骨骨髓炎、外傷等により、広範囲な顎骨欠損若しくは歯槽骨欠損症例（歯周疾患及び加齢による骨吸収は除く。）又はこれらが骨移植等により再建された症例であること。なお、欠損範囲について、上顎にあっては連続した3分の1顎程度以上の顎骨欠損症例又は上顎洞若しくは鼻腔への交通が認められる顎骨欠損症例であり、下顎にあっては連続した3分の1顎程度以上の歯槽骨欠損又は下顎区域切除以上の顎骨欠損であること。

ロ 医科の保険医療機関（医科歯科併設の保険医療機関にあっては医科診療科）の主治の医師の診断に基づく外胚葉異形成症等又は唇顎口蓋裂等の先天性疾患であり、顎堤形成不全であること。

## J110 広範囲顎骨支持型装置搔爬術

1,800 点

注 区分番号 J109 に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号 M025-2 に掲げる広範囲顎骨支持型補綴に係る補綴物を装着した患者に対し、当該手術を行った場合に 1 回に限り算定する。

## 第 2 節 輸血料

### J200 輸血

注 医科点数表の区分番号 K920 に掲げる輸血の例により算定する。

〈医科〉

### K920 輸血

- |  |       |
|--|-------|
| 1 自家採血輸血 (200mL ごとに)                   |       |
| イ 1 回目                                 | 750 点 |
| ロ 2 回目以降                               | 650 点 |
| 2 保存血液輸血 (200mL ごとに)                   |       |
| イ 1 回目                                 | 450 点 |
| ロ 2 回目以降                               | 350 点 |
| 3 自己血貯血                                |       |
| イ 6 歳以上の患者の場合<br>(200mL ごとに)           |       |
| (1) 液状保存の場合                            | 250 点 |
| (2) 凍結保存の場合                            | 500 点 |
| ロ 6 歳未満の患者の場合<br>(体重 1 kg につき 4mL ごとに) |       |
| (1) 液状保存の場合                            | 250 点 |
| (2) 凍結保存の場合                            | 500 点 |
| 4 自己血輸血                                |       |

ハ 医科の保険医療機関（医科歯科併設の保険医療機関にあつては医科診療科）の主治の医師の診断に基づく外胚葉異形成症等の先天性疾患であり、連続した 3 分の 1 顎程度以上の多数歯欠損であること。

ニ 6 歯以上の先天性部分無歯症又は 3 歯以上の前歯永久歯萌出不全（埋伏歯開窓術を必要とするものに限る。）であり、連続した 3 分の 1 顎程度以上の多数歯欠損（歯科矯正後の状態を含む。）であること。

(6) 当該手術の保険医療材料料は別に算定する。

(7) 当該手術を実施した場合は、診療録に症状、手術部位、手術内容及び埋入した材料等を記載する。

（広範囲顎骨支持型装置搔爬術）

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

（輸血）

◇医科点数表の区分番号 K920 に掲げる輸血の例により算定する。

（輸血）〈医科〉

(1) 自家採血輸血、保存血液輸血、自己血輸血及び希釈式自己血輸血の算定に当たっては、200mL を単位とし 200mL 又はその端数を増すごとに所定点数を算定する。ただし 6 歳未満の患者に対して自己血輸血を行った場合は、体重 1kg につき 4mL を単位とし、当該単位又はその端数を増すごとに所定点数を算定する。

(2) 自家採血輸血及び保存血液輸血における 1 回目とは、一連の輸血における最初の 200mL の輸血をいい、2 回目とはそれ以外の輸血をいう。

(3) 輸血と補液を同時に行った場合は、輸血の量と、補液の量は別々のものとして算定する。

(4) 自家採血輸血を算定する単位としての血液量は、採血を行った量ではなく、実際に輸血を行った 1 日当たりの量である。

(5) 自家製造した血液成分製剤を用いた注射の手技料は、原材料として用いた血液の量に従い、「1」により算定する。ただし、この場合の血液の量は 3,000mL を限度とすること。この場合、患者に用いるリンゲル液、糖液等については、区分番号「G100」

- イ 6歳以上の患者の場合  
(200mL ごとに)
- (1) 液状保存の場合 750 点
- (2) 凍結保存の場合 1,500 点

- ロ 6歳未満の患者の場合  
(体重 1kg につき 4mL ごとに)
- (1) 液状保存の場合 750 点
- (2) 凍結保存の場合 1,500 点

5 希釈式自己血輸血

- イ 6歳以上の患者の場合  
(200m L ごとに) 1,000 点

- ロ 6歳未満の患者の場合  
(体重 1 kg につき 4 m L ごとに) 1,000 点

6 交換輸血 (1 回につき) 5,250 点

注 1 輸血に伴って、患者に対して輸血の必要性、危険性等について文書による説明を行った場合に算定する。

2 自家採血、保存血又は自己血の輸血量には、抗凝固液の量は含まれないものとする。

3 骨髄内輸血又は血管露出術を行った場合は、所定点数に区分番号 D404 に掲げる骨髄穿刺又は区分番号 K606 に掲げる血管露出術の所定点数をそれぞれ加算する。

K606 血管露出術 530 点

4 輸血に当たって薬剤を使用した場合は、薬剤の費用として、第 4 節に掲げる所定点数を加算する。

5 輸血に伴って行った患者の血液型検査 (ABO 式及び Rh 式) の費用として所定点数に 54 点を加算する。

6 不規則抗体検査の費用として検査回数にかかわらず 1 月につき所定点数に 197 点を加算する。ただし、頻固に輸血を行う場合にあっては、1 週間に 1 回に限り、所定点数に 197 点を加算する。

7 HLA 型適合血小板輸血に伴って行った HLA 型クラス I(A、B、C) 又はクラス E(DR、DQ、DP) の費用として、検査回数にかかわらず一連につきそれぞれの所定点数に 1,000 点又は 1,400 点を加算する。

8 輸血に伴って、血液交叉試験、間接クームス検査又はコンピュータークロスマッチを行った場合は、血液交叉試験加算、間接クームス検査加算又はコンピュータークロスマッチ加算として、1 回につき 30 点、47

薬剤により算定するが、自家製造に要する費用及び製造の過程で用いる薬剤については算定できない。

(6) 同種造血幹細胞移植後の慢性骨髄性白血病の再発、骨髄異形成症候群の再発及び EB ウイルス感染による B 細胞性リンパ球増殖性疾患に対し、造血幹細胞提供者のリンパ球を採取した場合は、「1」により算定する。またこの際、自家製造したリンパ球を使用した場合には、(5) の規定に基づき、原材料として用いた血液の量に従い算定する。

(7) 保存血液輸血の注入量は、1 日における保存血及び血液成分製剤 (自家製造したものを除く。) の実際に注入した総量又は原材料として用いた血液の総量のうちいずれか少ない量により算定する。例えば、200mL の血液から製造された 30mL の血液成分製剤については 30mL として算定し、200mL の血液から製造された 230mL の保存血及び血液成分製剤は、200mL として算定する。

(8) 血小板濃厚液の注入は、「2」により算定する。なお、血漿成分製剤 (新鮮液状血紫、新鮮凍結血紫等) は注射の部において取り扱われる。

(9) 自己血貯血は、当該保険医療機関において手術を予定している患者から採血を行い、当該血液を保存した場合に算定する。

(10) 自己血輸血は、当該保険医療機関において手術を行う際に予め貯血しておいた自己血 (自己血貯血) を輸血した場合において、手術時及び手術後 3 日以内に輸血を行ったときに算定できる。

(11) 自己血輸血を算定する単位としての血液量は、採血を行った量ではなく、手術開始後に実際に輸血を行った 1 日当たりの量である。なお、使用しなかった自己血については、算定できない。

(12) 希釈式自己血輸血は、当該保険医療機関において手術を行う際、麻酔導入後から執刀までの間に自己血の採血を行った後に、採血量に見合った量の代用血漿の輸液を行い、手術時予め採血しておいた自己血を輸血した場合に算定できる。

(13) 希釈式自己血輸血を算定する単位としての血液量は、採血を行った量ではなく、手術開始後に実際に輸血を行った 1 日当たりの量である。なお、使用しなかった自己血については、算定できない。

(14) 患者への説明

ア 「注 1」に規定する説明とは、別紙様式 26 を参考として、文書により輸血の必要性、副作用、輸血方法及びその他の留意点等について、輸血を行う際に患者本人に対して行うことを原則とするが、医師の説明に対して理解ができないと認められる患者 (例えば小児、意識障害者等) については、その家族等に対して説明を行うことが必要である。

イ アの説明は、当該患者に対する一連の輸血につき 1 回行うものとする。なお、この場合、「一連」とは、概ね 1 週間

- 点又は 30 点をそれぞれ加算する。ただし、コンピュータークロスマッチを行った場合は血液交叉試験加算及び間接クームス検査加算は算定できない。
- 9 6 歳未満の乳幼児の場合は、所定点数に 26 点を加算する。
- 10 輸血に伴って行った供血者の諸検査、輸血用回路及び輸血用針は、所定点数に含まれる。
- 11 輸血に伴って、血液を保存する費用は、所定点数に含まれる。
- 12 血小板輸血に伴って、血小板洗浄術を行った場合には、血小板洗浄術加算として、所定点数に 580 点を加算する。

とする。ただし、再生不良性貧血、白血病等の患者の治療において、輸血の反復の必要性が明らかである場合はこの限りでない。

ウ 説明に用いた文書については患者（医師の説明に対して理解が困難と認められる小児又は意識障害者等）にあっては、その家族等）から署名又は押印を得た上で、当該患者に交付するとともに、その文書の写しを診療録に貼付することとする。

エ 緊急その他事前に説明を行うことが著しく困難な場合は、事後の説明でも差し支えないものとする。

(15) 輸血に当たっては、「輸血療法の実施に関する指針」及び「血液製剤の使用指針」の一部改正について（平成 26 年 11 月 12 日薬食発第 1112 第 12 号）を遵守するよう努めるものとする。

(16) 「注 3」の加算は、第 1 節に掲げる手術と同日に骨髄内輸血又は血管露出術が行われた場合には、算定できない。

(17) 「注 6」の頻回に輸血を行う場合とは、週 1 回以上、当該月で 3 週以上にわたり行われるものである。

(18) 「注 7」の加算を算定できる HLA 型適合血小板輸血は、白血球又は再生不良性貧血の場合であって、抗 HLA 抗体のために血小板輸血に対して不応状態となり、かつ、強い出血傾向を呈しているものに限る。なお、この場合において、対象となる白血病及び再生不良性貧血の患者の血小板数は概ね、それぞれ  $2 \text{ 万} / \text{mm}^3$  以下及び  $1 \text{ 万} / \text{mm}^3$  以下を標準とする。

(19) 「注 8」の血液交叉試験又は間接クームス検査の加算は、自家採血を使用する場合にあっては、供血者ごとに、保存血を使用する場合にあっては、血液バッグ（袋）1 バッグごとにそれぞれ算定する。

(20) 「注 8」のコンピュータークロスマッチ加算は、「輸血療法の実施に関する指針」（改訂版）（平成 26 年 11 月）を遵守してコンピュータークロスマッチを実施した場合に算定する。

(21) 「注 10」に規定する「輸血に伴って行った供血者の諸検査」には、HCV 抗体定性・定量、HIV-1 抗体、HIV-1、2 抗体定性、HIV-1、2 抗体半定量、HIV-1、2 抗体定量、HIV-1、2 抗原・抗体同時測定定性、HIV-1、2 抗原・抗体同時測定定量、HTLV-1 抗体、不規則抗体検査等が含まれ、これらの検査に係る費用は別に算定できない。

(22) 自己血を採血する際の採血バッグ並びに輸血する際の輸血用回路及び輸血用針の費用並びに自己血の保存に係る費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。なお、自己血の採血に伴うエリスロポエチンに係る第 2 章第 6 部第 1 款注射実施料については、自己血貯血の所定点数とは別に算定する。

(23) 「注 12」に規定する血小板洗浄術加算は、血液・造血器疾患において、副作用の発生防止を目的として、血小板濃厚液を置換液等で洗浄操作した上で血漿成分を除去し輸血を行っ

## J200-2 輸血管管理料

注 医科点数表の区分番号 K920-2 に掲げる輸血管管理料の例により算定する。

〈医科〉

### K920-2 輸血管管理料

- |           |       |
|-----------|-------|
| 1 輸血管管理料Ⅰ | 220 点 |
| 2 輸血管管理料Ⅱ | 110 点 |

注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、輸血を行った場合に、月 1 回に限り、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、輸血製剤が適正に使用されている場合には、輸血適正使用加算として、所定点数に、1 においては 120 点、2 においては 60 点を加算する。

3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において貯血式自己輸血を実施した場合は、貯血式自己輸血管管理体制加算として、50 点を所定点数に加算する。

## 第 3 節 手術医療機器等加算

### J200-4 上顎洞手術用内視鏡加算 1,000 点

注 区分番号 J087 及び J087-2 に掲げる手術に当たって、内視鏡を使用した場合に加算する。

### J200-4-2 レーザー機器加算

- |              |       |
|--------------|-------|
| 1 レーザー機器加算 1 | 50 点  |
| 2 レーザー機器加算 2 | 100 点 |
| 3 レーザー機器加算 3 | 200 点 |

注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、レーザー照射により手術を行った場合に算定する。

2 1 については、区分番号 J008（1 に

た場合に算定する。

血小板洗浄術の実施に当たっては関係学会の定めるガイドラインを遵守すること。

(輸血管管理料)

◇医科点数表の区分番号 K920-2 に掲げる輸血管管理料の例により算定する。

(輸血管管理料)〈医科〉

(1) 輸血管管理料は輸血療法の安全かつ適正な実施を推進する観点、から、医療機関における輸血管管理体制の構築及び輸血の適正な実施について評価を行うものである。

(2) 輸血管管理料は、赤血球濃厚液(浮遊液を含む)、血小板濃厚液若しくは自己血の輸血、又は新鮮凍結血紫若しくはアルブミン製剤の輸注を行った場合に、月 1 回に限り算定する。

(レーザー機器加算)

◇レーザー機器加算は、口腔内の軟組織の切開、止血、凝固及び蒸散が可能なものとして保険適用されている機器を使用し「注 2」から「注 4」までに掲げる手術を行った場合に算定する。なお、通則 13 に規定する「同一手術野又は同一病巣につき、2 以上の手術を同時に行った場合に該当しない 2 以上の手術を算定した場合はそれぞれの手術において算定する。

	対象手術
--	------

限る。)、J009 (1及び2に限る。)、J017 (1に限る。)、J019 (1に限る。)、J027、J030 (1に限る。)、J033 (1に限る。)及びJ051に掲げる手術に当たって、レーザー手術装置を使用した場合に算定する。

3 2については、区分番号J008 (2に限る。)、J009 (3に限る。)及びJ017 (2に限る。)に掲げる手術に当たって、レーザー手術装置を使用した場合に算定する。

4 3については、区分番号J015、J019 (2に限る。)、J020、J030 (2に限る。)、J033 (2に限る。)、J034、J052及びJ054に掲げる手術に当たって、レーザー手術装置を使用した場合に算定する。

	対 象 手 術
レーザー機器加算1	歯肉、歯槽部腫瘍手術(エプーリスを含む。) 「軟組織に局限するもの」、浮動歯肉切除術「3分の1顎程度」「2分の1顎程度」、舌腫瘍摘出術・口唇腫瘍摘出術・頬腫瘍摘出術の「粘液嚢胞摘出術」、口蓋腫瘍摘出術「口蓋粘膜に局限するもの」、頬、口唇、舌小帯形成術、がま腫切開術
レーザー機器加算2	歯肉、歯槽部腫瘍手術「硬組織に及ぶもの」、浮動歯肉切除術「全顎」、舌腫瘍摘出術「その他のもの」
レーザー機器加算3	口腔底腫瘍摘出術、口蓋腫瘍摘出術「口蓋骨に及ぶもの」、口蓋混合腫瘍摘出術、口唇腫瘍摘出術「その他のもの」、頬腫瘍摘出術「その他のもの」、頬粘膜腫瘍摘出術、がま腫摘出術、舌下腺腫瘍摘出術

J200-4-3 超音波切削機器加算 1,000点  
注 区分番号J069、J075 5及びJ075-2に掲げる手術に当たって、超音波切削機器を使用した場合に加算する。

J200-4-4 口腔粘膜蛍光観察評価加算 200点  
注 区分番号J018に掲げる手術に当たって、口腔粘膜蛍光観察機器を使用した場合に加算する。

J200-5 画像等手術支援加算

1 ナビゲーションによるもの 2,000点

2 実物大臓器立体モデルによるもの 2,000点

注1 1については、区分番号J086からJ087-2までに掲げる手術に当たって、ナビゲーションによる支援を行った場合に算定する。

2 2については、区分番号J019の2、J038からJ040まで、J042、J043、J069、J070-2、J075及びJ076に掲げる手術に当たって、実物大臓器立体モデルによる支援を行った場合に算定する。

(口腔粘膜蛍光観察評価加算)

◇口腔粘膜蛍光観察評価加算は、画像等による口腔粘膜の評価を複数回実施するとともに、当該技術の補助により手術が行われた場合に算定する。なお、撮影した対象病変部位の画像を診療録に添付又は電子媒体に保存・管理するとともに所見を診療録に記載すること。

(画像等手術支援加算)

- (1) 画像等手術支援加算は、当該技術の補助により手術が行われた場合に算定し、当該技術が用いられた場合であっても、手術が行われなかった場合は算定できない。
- (2) ナビゲーションによるものとは、手術前又は手術中に得た画像を3次元に構築し、手術の過程において、3次元画像と術野の位置関係をリアルタイムにコンピュータ上で処理することで手術を補助する目的で用いることをいう。
- (3) 実物大臓器立体モデルによる支援とは、手術前又は手術中に得た画像等により作成された実物大臓器立体モデルを、手術を補助する目的で用いることをいう。

#### 第4節 薬剤料

##### J201 薬剤

薬価が15円を超える場合は、薬価から15

円を控除した額を 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とする。

#### 第 5 節 特定薬剤料

##### J300 特定薬剤

薬価が 15 円を超える場合は、薬価から 15 円を控除した額を 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とする。

注 1 薬価が 15 円以下である場合は、算定できない。

2 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

#### 第 6 節 特定保険医療材料料

##### J400 特定保険医療材料

材料価格を 10 円で除して得た点数

注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

#### 【歯科点数表の第 2 章第 9 部手術に規定する特定薬剤】

使用薬剤の薬価 (薬価基準) の別表第 4 部歯科用薬剤外用薬 (1) に掲げる薬剤及び別表第十一に掲げる薬剤

口腔用ケナログ

アクリノール

歯科用 (口腔用) アフタゾロン

テトラ・コーチゾン軟膏

テラ・コートリル軟管

デルゾン口腔用

生理食塩水

(特定薬剤)

- (1) 1 回の手術に特定薬剤を 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 点を加算して得た点数を特定薬剤料として算定する。
- (2) 特定薬剤を使用した場合であっても、1 回の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) でいう 1 回の手術とは、手術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) 特定薬剤における生理食塩水及びアクリノールは、当該手術を行うに当たり入院を必要とする手術を行った際に、当該手術に使用される特定薬剤の総量価格が 15 円を超える場合に限り、当該手術の所定点数の他、その費用を算定する。
- (5) その他は、区分番号 I100 に掲げる特定薬剤の (4) 又は (5) の例により算定する。
- (6) 智歯周囲炎の歯肉弁切除を行った場合に使用した歯科用包帯剤 (パック) は、算定できない。なお、歯科用包帯剤をドライソケット又は歯の再植術における創面の保護の目的で使用した場合は、特定薬剤として算定する。

## 第10部 麻酔

### 通則

- 1 麻酔の費用は、第1節及び第2節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。ただし、麻酔に当たって別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、第1節及び第2節の各区分の所定点数に第3節の所定点数を合算した点数により算定する。
- 2 6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な者に対して麻酔を行った場合は、全身麻酔の場合を除き、当該麻酔の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。
- 3 未熟児、新生児（未熟児を除く。）、乳児又は1歳以上3歳未満の幼児に対して全身麻酔を行った場合は、当該麻酔の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の200、100分の200、100分の50又は100分の20に相当する点数を加算する。
- 4 入院中の患者以外の患者に対し、緊急のために、休日に処置及び手術を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である処置及び手術を行った場合の麻酔料は、それぞれ所定点数の100分の80又は100分の40若しくは100分の80に相当する点数を加算した点数により算定し、入院中の患者に対し、緊急のために、休日に処置若しくは手術を行った場合、又はその開始時間が深夜である処置若しくは手術を行った場合の麻酔料は、それぞれ所定点数の100分の80に相当する点数を加算した点数により算定する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関にあつては、入院中の患者以外の患者に対し、その開始時間が同注7のただし書に規定する時間である処置及び手術を行った場合は、所定点数の100分の40に相当する点数を加算する。
- 5 第10部に掲げる麻酔料以外の麻酔料の算定は、医科点数表の例による。

### (通則)

- 1 「通則2」、「通則3」及び「通則4」の規定は、第1節の所定点数（ただし、酸素及び窒素を使用した場合の加算を除く。）のみに適用され、第2節薬剤料は適用されない。
- 2 「通則2」における著しく歯科診療が困難な障害者の100分の50加算は、行動障害に対し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限り算定し、当該加算を算定した日における患者の治療時の状況を診療録に記載する。
- 3 「通則2」における加算において5歳未満の乳幼児が著しく歯科診療が困難な障害者である場合の100分の50加算は、乳幼児加算のみを算定する。
- 4 「通則4」における加算は、時間外加算等の適用される処置及び手術に伴って行われた麻酔に対して、第9部手術の時間外加算等と同様の取扱いにより算定するもので、当該処置及び手術の所定点数が150点に満たない場合の加算は算定できない。
- 5 「通則4」における時間外加算等の取扱いは、初診料における場合と同様とする。
- 6 麻酔の休日加算、時間外加算及び深夜加算は、これらの加算を算定する緊急手術に伴い行われた麻酔についてのみ算定する。
- 7 その他の麻酔法の選択について、従前から具体的な規定のないものは、保険診療の原則に従い必要に応じ妥当適切な方法を選択する。
- 8 第10部に規定する麻酔料以外の麻酔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、薬剤又は特定保険医療材料の使用に当たっては、医科点数表第2章11部第3節に掲げる薬剤料及び第4節に掲げる特定保険医療材料の例より算定する。

第1節 麻酔料			
K000 伝達麻酔 (下顎孔又は眼窩下孔に行うもの)	42点		
K001 浸潤麻酔	30点	(浸潤麻酔)	<p>(1) 第9部手術、所定点数が120点以上の処置、特に規定する処置、区分番号M001に掲げる歯冠形成は、浸潤麻酔が含まれ別に算定できない。</p> <p>(2) う蝕症又は象牙質知覚過敏症等の歯に対する所定点数が120点未満の処置に浸潤麻酔を行った場合は、術野又は病巣を単位として算定する。</p>
K002 吸入鎮静法 (30分まで)	70点	(吸入鎮静法)	<p>(1) 吸入鎮静法は、亜酸化窒素等を用いてゲーデルの分類の麻酔深度の第1期において歯科手術等を行う場合に算定する。</p> <p>(2) 吸入鎮静法において使用した麻酔薬剤(亜酸化窒素等)に係る費用は、別に定める「酸素及び窒素の価格」(平成2年厚生省告示第41号)に基づき算定する。</p> <p>(3) 酸素又は窒素の価格は、区分番号I025に掲げる酸素吸入及び医科点数表の区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の注3の例により算定する。</p>
注1 実施時間が30分を超えた場合は、30分又はその端数を増すごとに、所定点数に10点を加算する。			
2 酸素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数(酸素と併せて窒素を使用した場合は、それぞれの価格を10円で除して得た点数を合算した点数)を加算する。酸素及び窒素の価格は、別に厚生労働大臣が定める。			
K003 静脈内鎮静法	600点	(静脈内鎮静法)	<p>(1) 静脈内鎮静法は、歯科治療に対して非協力的な小児患者、歯科治療恐怖症の患者、歯科治療時に配慮すべき基礎疾患を有する患者等を対象として、薬剤を静脈内投与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。</p> <p>(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い、当該管理記録を診療録に添付する。</p> <p>(3) 静脈内鎮静法を算定した場合は、区分番号K002に掲げる吸入鎮静法に係る費用は別に算定できない。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p>
注 区分番号K002に掲げる吸入鎮静法は、別に算定できない。			
K004 歯科麻酔管理料	750点	(歯科麻酔管理料)	<p>(1) 歯科麻酔管理料は、歯科麻酔を担当する歯科医師により、質の高い麻酔が提供されることを評価するものである。</p> <p>(2) 歯科麻酔管理料は、厚生労働大臣が定める施設基準に適合し</p>
注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関			

の麻酔に従事する歯科医師（地方厚生局長等に届け出た者に限る。）が行った場合に算定する。

ている保険医療機関において、当該保険医療機関の常勤の専ら歯科麻酔を担当する歯科医師（地方厚生（支）局長に届け出ている歯科医師に限る。）が麻酔前後の診察を行い、かつ、医科点数表の区分番号 L008 に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合に算定する。なお、この場合において、緊急の場合を除き、麻酔前後の診察は、当該麻酔を実施した日以外に行われなければならない。

- (3) 歯科麻酔を担当する歯科医師が、当該歯科医師以外の歯科医師と共同して麻酔を実施する場合においては、歯科麻酔を担当する歯科医師が、当該麻酔を通じ、麻酔中の患者と同室内で麻酔管理に当たり、主要な麻酔手技を自ら実施した場合に算定する。
- (4) 歯科麻酔管理料を算定する場合には、麻酔前後の診察及び麻酔の内容を診療録に記載する。なお、麻酔前後の診察について記載された麻酔記録又は麻酔中の麻酔記録の診療録への添付により診療録への記載に代えることができる。
- (5) 歯科麻酔管理料について、「通則 3」及び「通則 4」の加算は適用しない。

## 第 2 節 薬剤料

### K100 薬剤

薬価が 15 円を超える場合は、薬価から 15 円を控除した額を 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とする。

注 1 薬価が 15 円以下である場合は、算定できない。

2 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

### 第 3 節 特定保険医療材料

#### K200 特定保険医療材料

材料価格を 10 円で除して得た点数

注 使用した特定保険医療材料の材料価格は別に厚生労働大臣が定める。

### (薬剤料)

◇ 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。

表面麻酔剤と麻酔薬剤の組み合わせ

麻酔薬剤名	使用量	片顎	上下顎	片顎	上下顎
		OA(2.4)x1,Ct × 1	OA(2.4)x2, Ctx1	OA(2.4)x1,Ctx2	OA(2.4)x2,Ctx2
OA + オーラ注歯科用 Ct	1.0ml	9 点	12 点	16 点	19 点
	1.8ml	10 点	13 点	18 点	20 点
OA + キシレスチン A 注射液 (Ct)		10 点	13 点	18 点	21 点
OA + 歯科用キシロカイン Ct		10 点	13 点	18 点	21 点
OA + 歯科用シタネストーオクタプレシン Ct		10 点	12 点	17 点	19 点
OA + スキャンドネスト Ct3%		16 点	19 点	30 点	33 点

## 第11部 放射線治療

### 通則

- 1 放射線治療の費用は、第1節の各区分の所定点数により算定する。ただし、放射線治療に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、第1節の所定点数に第2節の所定点数を合算した点数により算定する。
- 2 第11部に掲げられていない放射線治療であって特殊なものの費用は、同部に掲げられている放射線治療のうちで最も近似する放射線治療の所定点数により算定する。
- 3 新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）、3歳以上6歳未満の幼児又は6歳以上15歳未満の小児に対して放射線治療（区分番号L000からL003までに掲げる放射線治療に限る。）を行った場合は、小児放射線治療加算として、当該放射線治療の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の80、100分の50、100分の30又は100分の20に相当する点数を加算する。

### 第1節 放射線治療管理・実施料

#### L000 放射線治療管理料

（分布図の作成1回につき）

- 1 1門照射、対向2門照射又は外部照射を行った場合 2,700点
- 2 非対向2門照射、3門照射又は腔内照射を行った場合 3,100点
- 3 4門以上の照射、運動照射、原体照射又は組織内照射を行った場合 4,000点
- 4 強度変調放射線治療（IMRT）による体外照射を行った場合 5,000点

注1 線量分布図を作成し、区分番号L001に掲げる体外照射、区分番号L003の1に掲げる外部照射、区分番号L003の2に掲げる腔内照射又は区分番号L003の3に掲げる組織内照射による治療を行った場合に、分布図の作成1回につき1回、一連につき2回に限り算定する。

- 2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等

◇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M000-2に掲げる放射性同位元素内用療法管理料、区分番号M001-2に掲げるガンマナイフによる定位放射線治療、区分番号M001-4に掲げる粒子線治療及び区分番号M002に掲げる全身照射を除く。）の例により算定する。

に届け出た保険医療機関において、患者に対して、放射線治療を専ら担当する常勤の歯科医師が策定した照射計画に基づく歯科医学的管理（区分番号 L001 の 2 に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分番号 L001 の 3 に掲げる強度変調放射線治療（IMRT）に係るものに限る。）を行った場合は、放射線治療専任加算として、330 点を所定点数に加算する。

- 3 注 2 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局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を必要とする悪性腫瘍の入院中の患者以外の患者に対して、放射線治療（区分番号 L001 の 2 に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分番号 L001 の 3 に掲げる強度変調放射線治療（IMRT）に係るものに限る。）を実施した場合に、外来放射線治療加算として、患者 1 人 1 日につき 1 回に限り 100 点を所定点数に加算する。

#### L001 体外照射

##### 1 エックス線表在治療

- |        |       |
|--------|-------|
| イ 1 回目 | 110 点 |
| ロ 2 回目 | 33 点  |

##### 2 高エネルギー放射線治療

###### イ 1 回目

- |                               |         |
|-------------------------------|---------|
| (1) 1 門照射又は対向 2 門照射を行った場合     | 840 点   |
| (2) 非対向 2 門照射又は 3 門照射を行った場合   | 1,320 点 |
| (3) 4 門以上の照射、運動照射又は原体照射を行った場合 | 1,800 点 |

###### ロ 2 回目

- |                               |       |
|-------------------------------|-------|
| (1) 1 門照射又は対向 2 門照射を行った場合     | 420 点 |
| (2) 非対向 2 門照射又は 3 門照射を行った場合   | 660 点 |
| (3) 4 門以上の照射、運動照射又は原体照射を行った場合 | 900 点 |

##### 3 強度変調放射線治療（IMRT） 3,000 点

- 注 1 2 については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関

以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。

2 3については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、放射線治療を実施した場合に算定する。

3 疾病、部位又は部位数にかかわらず、1回につき算定する。

4 術中照射療法を行った場合は、術中照射療法加算として、患者1人につき1日を限度として、5,000点を所定点数に加算する。

5 体外照射用固定器具を使用した場合は、体外照射用固定器具加算として、1,000点を所定点数に加算する。

6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を専ら担当する常勤の歯科医師が画像誘導放射線治療（IGRT）による体外照射を行った場合（2のイの（3）若しくはロの（3）又は3に係るものに限る。）には、画像誘導放射線治療加算として、患者1人1日につき1回に限り、いずれかを所定点数に加算する。

イ 骨構造の位置情報によるもの 300点

ロ 腫瘍の位置情報によるもの 450点

#### L001-2 直線加速器による放射線治療

（一連につき）

1 定位放射線治療の場合 63,000点

2 1以外の場合 8,000点

#### L002 電磁波温熱療法（一連につき）

1 深在性悪性腫瘍に対するもの 9,000点

2 浅在性悪性腫瘍に対するもの 6,000点

#### L003 密封小線源治療（一連につき）

1 外部照射 80点

2 腔内照射

イ 高線量率イリジウム照射を行った場合  
又は新型コバルト小線源治療装置を用い



## 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の費用は、特に規定する場合を除き、第 1 節の各区分の所定点数、第 2 節に掲げる医療機器等及び第 3 節に掲げる特定保険医療材料（別に厚生労働大臣が定める保険医療材料をいう。以下この部において同じ。）の所定点数を合算した点数により算定する。
- 2 歯冠修復の費用は、歯冠修復に付随して行った仮封、裏装及び隔壁の費用を含む。

- 3 第 12 部に掲げられていない歯冠修復及び欠損補綴であって特殊な歯冠修復及び欠損補綴の費用は、この部に掲げられている歯冠修復及び欠損補綴のうちで最も近似する歯冠修復及び欠損補綴の各区分の所定点数により算定する。

- 4 6 歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な者に対して、第 12 部に掲げる歯冠修復及び欠損補綴を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、次に掲げる点数を、それぞれ当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に加算する。ただし、通則第 6 号又は第 7 号に掲げる加算を算定する場合は、この限りでない。

イ 区分番号 M003（2 の口及びハに限る。）に掲げる印象採得、区分番号 M006（2 の口に限る。）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を行った場合

所定点数の 100 分の 70 に相当する点数

ロ 歯冠修復及び欠損補綴（区分番号 M000 から M000-3 まで、M003（2 の口及びハに限る。）、区分番号 M006（2 の口に限る。）

### (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費用の算定は、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。

### (人工歯の算定法)

◇人工歯は、材料価格基準に記載されている単位をもって 1 組として取り扱う。すなわち、前歯部の 321 | 123 の 6 歯分を、臼歯部は 7654 | 4567 の 8 歯分を 1 組としている。

- 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、その都度当局に内議の上、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 M003 に掲げる印象採得の「2 欠損補綴のロ」、「2 欠損補綴のハ」、区分番号 M000-3 に掲げる咬合印象、区分番号 M006 に掲げる咬合採得の「2 欠損補綴のロ」又は区分番号 M030 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 M000 から M000-3 まで、M003 の「2 欠損補綴のロ」、「2 欠損補綴のハ」、M006 に掲げる咬合採得の「2 欠損補綴のロ」、M010、M011、M015、M015-2、M017 から M026 まで及び M030 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状況を診療録に記載する。

る。)、M010、M011、M015 から M015-2、M017からM026まで及びM030を除く。)を行った場合

所定点数の 100 分の 50 に相当する点数

5 歯冠修復及び欠損補綴料には、製作技工に要する費用及び製作管理に要する費用が含まれ、その割合は、製作技工に要する費用がおおむね 100 分の 70、製作管理に要する費用がおおむね 100 分の 30 である。

6 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できないものに対して、歯科訪問診療時に第 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、それぞれ当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に加算する。

イ 区分番号 M003 (2 の口及びハに限る。)に掲げる印象採得、区分番号 M006 (2 の口に限る。)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を行った場合

所定点数の 100 分の 70 に相当する点数

ロ 区分番号 M029 に掲げる有床義歯修理を行った場合

所定点数の 100 分の 50 に相当する点数

7 区分番号 C000 に掲げる歯科訪問診療料及び同注 6 に規定する加算を算定する患者に対して、歯科訪問診療時に第 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、それぞれ当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に加算する。

イ 区分番号 M003 (2 の口及びハに限る。)に掲げる印象採得、区分番号 M006 (2 の口に限る。)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を行った場合

所定点数の 100 分の 70 に相当する点数

ロ 歯冠修復及び欠損補綴 (区分番号 M000 から M000-3 まで、M003 (2 の口及び

9 6 歳未満の乳幼児が著しく歯科診療が困難な障害者である場合 (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 M003-2 に掲げるテンポラリークラウン及び区分番号 M004 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 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 5 に規定する加算を算定でき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 M003 (2 の口及びハに限る。)に掲げる印象採得、区分番号 M000-3 に掲げる咬合印象、区分番号 M006 (2 の口に限る。)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

ハに限る。)、M006(2の口に限る。)、M010、M011、M015、M015-2、M017からM026まで及びM030を除く。)を行った場合

所定点数の100分の50に相当する点数

8 区分番号M000-2に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料に係る地方厚生局長等への届出を行った保険医療機関以外の保険医療機関において歯冠補綴物又はブリッジ(接着ブリッジを含む。以下同じ。)を製作し、当該補綴物を装着する場合の検査並びに歯冠修復及び欠損補綴の費用は、所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。

9 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、研磨、特定薬剤等の費用は、それぞれの点数に含まれ、別に算定できない。

12 「通則8」でいう検査とは、区分番号D009に掲げる顎運動関連検査及びD010に掲げる歯冠補綴時色調採得検査をいう。

13 区分番号M000-2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I008-2に掲げる加圧根管充填処置を行った場合も、当該処置は算定できない。

(保険給付外で製作されたものが脱落した際の再装着等の費用)

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M000-2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。

(有床義歯製作中に患者が来院しなくなった場合)

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には、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M020に掲げる鑄造鉤、区分番号M021に掲げる線鉤、区分番号M021-2に掲げるコンビネーション鉤、区分番号M022に掲げる間接支台装置及び区分番号M023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M007に掲げる仮床試適、区分番号M005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つ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つて、区分番号M002に掲げる支台築造(「1 間接法」に限る。)、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 に掲げる乳歯冠（間接法により製作した場合に限る。）、区分番号 M016-2 に掲げる小児保険装置、区分番号 M016-3 に掲げる既製金属冠（間接法により製作した場合に限る。）、区分番号 M017 に掲げるポンティック、区分番号 M017-2 に掲げる高強度硬質レジンブリッジ、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 M020 に掲げる鋳造鉤、区分番号 M021 に掲げる線鉤、区分番号 M021-2 に掲げるコンビネーション鉤、区分番号 M022 に掲げる間接支台装置又は区分番号 M023 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 M005 に掲げる装着及び装着材料料は算定できない。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。

(偶発的な事故等を原因とする外傷による歯冠形成歯の喪失等)

- 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歯の喪失等のやむを得ない場合は、当該歯に装着予定の完成している歯冠修復物及び欠損補綴物について診療録に歯冠修復物又は欠損補綴物の種類、装着予定日及び装着できなくなった理由等を記載する。この場合において、区分番号 M002 に掲げる支台築造（「1 間接法」に限る。）、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 に掲げる乳歯冠（間接法により製作した場合に限る。）、区分番号 M016-2 に掲げる小児保険装置、区分番号 M016-3 に掲げる既製金属冠（間接法により製作した場合に限る。）、区分番号 M017 に掲げるポンティック、区分番号 M017-2 に掲げる高強度硬質レジンブリッジ、区分番号 M020 に掲げる鋳造鉤、区分番号 M021 に掲げる線鉤、区分番号 M021-2 に掲げるコンビネーション鉤、区分番号 M022 に掲げる間接支台装置又は区分番号 M023 に掲げるバー（区分番号 M020 から M023 までについては鉤歯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料を請求する。なお、区分番号 M005 に掲げる装着及び装着材料料は算定できない。
- 18 未来院請求後に患者が再び来院し、すでに未来院請求を

行った区分番号 M002 に掲げる支台築造(「1 間接法」に限る。)、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(間接法により製作した場合に限る。)、区分番号 M016-2 に掲げる小児保険装置、区分番号 M016-3 に掲げる既製金属冠(間接法により製作した場合に限る。)、区分番号 M017 に掲げるポンティック、区分番号 M017-2 に掲げる高強度硬質レジンブリッジ、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 M020 に掲げる鑄造鉤、区分番号 M021 に掲げる線鉤、区分番号 M021-2 に掲げるコンビネーション鉤、区分番号 M022 に掲げる間接支台装置及び区分番号 M023 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 火災等のために試適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 M000-2 に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料の(8)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 M017 に掲げるポンティックの(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 M017 に掲げるポンティックの(19)により、矯正・先天性欠如等により第一小白歯、第二小白歯、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 M017 に掲げるポンティックの(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 M018 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料

#### M000 補綴時診断料（1装置につき）

- 1 補綴時診断（新製の場合） 90点
- 2 補綴時診断（1以外の場合） 70点

注1 当該診断料は、病名、症状、治療内容、製作を予定する部位、欠損補綴物の名称、欠損補綴物に使用する材料、設計、治療期間等について、患者に対し、説明を行った場合に算定する。

- 2 1については、欠損補綴物を新たに製作する場合に算定する。
- 3 2については、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を実施した場合に算定する。
- 4 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

#### （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。

#### M000-2 クラウン・ブリッジ維持管理料

（1装置につき）

- 1 歯冠補綴物 100点
- 2 支台歯とボンティックの数の合計

#### （クラウン・ブリッジ維持管理料）

- (1) クラウン・ブリッジ維持管理を実施する保険医療機関は、クラウン・ブリッジ維持管理を開始する前月までに地方厚生局長等に届け出る。なお、届出を行う場合は、「特掲診療料の施

- が5歯以下の場合 330点
- 3 支台歯とポンティックの数の合計
- が6歯以上の場合 440点
- 注1 クラウン・ブリッジ維持管理料を保険医療機関単位で算定する旨を地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯冠補綴物又はブリッジを製作し、当該補綴物を装着した患者に対して、当該維持管理の内容に係る情報を文書により提供した場合に算定する。
- 2 当該所定点数には、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年以内に、当該保険医療機関が当該補綴部位に係る新たな歯冠補綴物又はブリッジを製作し、当該補綴物を装着した場合の補綴関連検査並びに歯冠修復及び欠損補綴の費用が含まれる。
- 3 当該保険医療機関において歯冠補綴物又はブリッジを装着した日から起算して2年以内に行った次に掲げる診療に係る費用は別に算定できない。
- イ 当該歯冠補綴物又はブリッジを装着した歯に対して行った充填
- ロ 当該歯冠補綴物又はブリッジが離脱した場合の装着
- 4 通則第4号に掲げる加算を算定する場合及び区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した場合は、算定できない。

- 設基準及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の様式81を用いる。
- (2) 「注1」の「歯冠補綴物」とは、区分番号M010に掲げる金属歯冠修復（「1 インレー」を除く。）、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（「1 レジンインレー」を除く。）及び区分番号M015-2に掲げるCAD/CAM冠をいう。
- (3) 「2 支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合」には、区分番号M017-2に掲げる高強度硬質レジンブリッジが含まれる。
- (4) 次に掲げるものはクラウン・ブリッジ維持管理の対象としない。
- イ 乳歯（後継永久歯が先天性に欠如している乳歯を除く。）に対する歯冠修復及び欠損補綴
- 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対する区分番号M015に掲げる非金属歯冠修復（（6）のイに規定する場合を含む。）、区分番号M015-2に掲げるCAD/CAM冠（（2）のイ及びロに規定する場合を含む。）及び区分番号M017-2に掲げる高強度硬質レジンブリッジ（（2）のイに規定する場合を含む。）
- ハ 全ての支台をインレーとするブリッジ
- ニ 永久歯に対する既製の金属冠による歯冠修復
- (5) 「注1」に規定する文書とは、当該維持管理の対象となる補綴物ごとに、クラウン・ブリッジ維持管理料の趣旨、補綴部位、装着日、保険医療機関名等を記載したものをいい、患者に対し、クラウン・ブリッジ維持管理に係る説明を行い、その内容を文書により提供した場合に限り当該管理料を算定する。ただし、同日に複数の補綴物を装着した場合は、主たる補綴物の維持管理料に係る文書に集約して記載し、提供して差し支えない。また、患者に提供した文書の写しを診療録に添付する。なお、クラウン・ブリッジの維持・管理を実施する旨を届け出た保険医療機関で製作された補綴物は、「注1」に規定する文書を提供していない場合であってもクラウン・ブリッジ維持管理の対象となる。
- (6) 「注2」の「補綴関連検査」とは、区分番号D009に掲げる顎運動関連検査及び区分番号D010に掲げる歯冠補綴時色調採得検査に定める各検査をいう。
- (7) クラウン・ブリッジ維持管理を行っている歯冠補綴物やブリッジを装着した歯に対して充填を行った場合の一連の費用は、当該クラウン・ブリッジ維持管理料に含まれ別に算定できない。
- (8) クラウン・ブリッジ維持管理を行っている歯冠補綴物やブリッジを装着した歯に対して、当該補綴部位に係る新たな歯冠補綴物又はブリッジを製作し、当該補綴物を装着した場合の装着に係る費用は所定点数に含まれ別に算定できないが、

装着に使用した装着材料は別に算定する。

(9) クラウン・ブリッジ維持管理を行っている歯冠補綴物やブリッジが離脱した場合の再装着に係る費用は所定点数に含まれ別に算定できないが、再度の装着に使用した装着材料は、別に算定する。

(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（歯周病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 口腔につき） 1,800 点

注1 当該診断料は、区分番号 J109 に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術の施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該手術及び区分番号 M025-2 に掲げる広範囲顎骨支持型補綴を行うに当たって、病名、症状、治療内容、治療部位及び治療に使用する材料等について、患者に対し説明を行った場合に算定する。

2 同一患者につき、当該診断料を算定すべき診断を2回以上行った場合は、1回目の診断を行ったときに限り算定する。

3 保険医療材料は、所定点数に含まれる。

4 当該補綴以外の欠損補綴の診断を同時に行った場合は、区分番号 M000 に掲げる補綴時診断料は、所定点数に含まれ別に算定できない。

#### M001 歯冠形成（1 歯につき）

##### 1 生活歯歯冠形成

イ 金属冠 306 点

ロ 非金属冠 306 点

ハ 乳歯金属冠 120 点

##### 2 失活歯歯冠形成

#### （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。

#### （歯冠形成）

(1) 歯冠形成は、同一歯牙について、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、完了した日とは別の日に当該歯に行われる

イ 金属冠	166 点
ロ 非金属冠	166 点
ハ 乳歯金属冠	114 点

### 3 窩洞形成

イ 単純なもの	60 点
ロ 複雑なもの	86 点

注1 1のイ、2のイ及び3のロについて、ブリッジの支台歯として歯冠形成を行った場合は、ブリッジ支台歯形成加算として1歯につき20点を所定点数に加算する。

2 1のイについては、前歯の4分の3冠、前歯のレジン前装金属冠及び前歯部の接着ブリッジのための前歯部の支台歯の歯冠形成は、所定点数に490点を加算する。

3 1のイについて、白歯のレジン前装金属冠のための歯冠形成は、490点を所定点数に加算する。

4 1のロについて、CAD/CAM冠のための支台歯の歯冠形成は、490点を所定点数に加算する。

5 2のイについては、前歯の4分の3冠又は前歯のレジン前装金属冠のための支台歯の歯冠形成は、470点を所定点数に加算する。

6 2のイについて、白歯のレジン前装金属冠のための支台歯の歯冠形成は、470点を所定点数に加算する。

7 2のイについては、メタルコアにより支台築造した歯に対するものについては、所定点数に30点を加算する。

8 2のロについては、メタルコアにより支台築造した歯に対するものについては、所定点数に30点を加算する。

9 2のロについて、CAD/CAM冠のための支台歯の歯冠形成は、470点を所定点数に加算する。

10 3については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、レーザー照射により無痛的に窩洞形成を行った場合は、う蝕歯無痛の窩洞形成加算として所定点数に40点を加算する。

11 麻酔、薬剤等の費用及び保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

麻酔の費用は別に算定する。

(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冠及び白歯の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、白歯の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) 「1のハ 既製冠」及び「2のハ 既製冠」の既製冠とは、乳歯金属冠及び既製金属冠をいう。

(8) 「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。

(9) 「注2」に規定する接着ブリッジとは、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。

(10) 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。

(11) 「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白歯の歯冠形成を実施した場合に限り算定できる。

(12) 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。

(13) 「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。

(14) 「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。

(15) 「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。

- (16) 「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。
- (17) 「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。
- (18) 燐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。
- (19) 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。
- (20) 歯冠修復物の脱落時において、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。
- (21) 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。
- (22) 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 M011 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 歯につき） 128 点

注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、レーザー照射により無痛的にう蝕歯即時充填形成を行った場合は、う蝕歯無痛的窩洞形成加算として所定点数に 40 点を加算する。

2 麻酔、歯髄保護処置、特定薬剤、窩洞形成等の費用は、所定点数に含まれる。

#### （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 に掲げる伝達麻酔を行った場

M001-3 う蝕歯インレー修復形成

(1 歯につき) 120 点

注 麻酔、歯髄保護処置、特定薬剤、窩洞形成等の費用は、所定点数に含まれる。

M002 支台築造 (1 歯につき)

1 間接法

イ メタルコアを用いた場合

- (1) 大白歯 176 点
- (2) 小白歯及び前歯 150 点

ロ ファイバーポストを用いた場合

- (1) 大白歯 176 点
- (2) 小白歯及び前歯 150 点

2 直接法

イ ファイバーポストを用いた場合

- (1) 大白歯 154 点
- (2) 小白歯及び前歯 128 点

ロ その他の場合 126 点

注 1 窩洞形成、装着等の費用は、所定点数に含まれる。

2 保険医療材料 (築造物の材料を除く。)、薬剤等の費用は、所定点数に含まれる。

ファイバーポスト (材料料を含む)

	ファイバーポスト	直接法	間接法
大白歯	1 本	250 点	272 点
	2 本	319 点	341 点
小白歯・前歯	1 本	212 点	234 点
	2 本	281 点	303 点

※大・小白歯は根管数により最大 2 本まで)

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。

(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。

(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、鋳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) 大白歯」又は「2 のイ (2) 小白歯及び前歯」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頬舌側歯質のうち 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白歯及び小白歯に使用する場合は、1 歯当たり 2 本に限り算定できる。

支台築造（材料料を含む）

	メタルコア	その他
大白歯	241点	159点
前・小白歯	191点	147点

M002-2 支台築造印象（1歯につき） 32点

注 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

M003 印象採得

1 歯冠修復（1個につき）

イ 単純印象 32点

ロ 連合印象 64点

2 欠損補綴（1装置につき）

イ 単純印象

(1) 簡単なもの 42点

(2) 困難なもの 72点

ロ 連合印象 230点

ハ 特殊印象 272点

ニ ブリッジ

(1) 支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合 282点

(2) 支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合 334点

ホ 口蓋補綴、顎補綴

(1) 印象採得が困難なもの 222点

(2) 印象採得が著しく困難なもの 402点

3 口腔内装置（1装置につき） 42点

注 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

(7) 乳歯については、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」により製作されたに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。

(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。

(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料の算定の時期は、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、非金属歯冠修復及びCAD/CAM冠において連合印象又は各個トレーを用いて行ったものが該当する。

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

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

ニ 欠損補綴で連合印象又は各個トレーを用いて行った場合（ホに規定する場合を除く。）又は有床義歯内面適合法の印象採得料は「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。

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

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ポンティックの数の合計により算定する。

(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鋳造し連結の上、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については、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。

(テンポラリークラウン)

◇テンポラリークラウンの修理又は除去は、別に算定できない。

### M003-2 テンポラリークラウン

(1歯につき) 34点

注1 テンポラリークラウンは、前歯部において、区分番号M001に掲げる歯冠形成のうち、レジン前装金属冠、ジャケット冠若しくは硬質レジンジャケット冠に係る費用を算定した歯又はレジン前装金属冠、ジャケット冠若しくは硬質レジンジャケット冠の歯冠形成を行うことを予定している歯について、当該歯に係る処置等を開始した日から当該補綴物を装着するまでの期間において、1歯につき1回に限り算定する。

2 テンポラリークラウンの製作及び装着に係る保険医療材料等一連の費用は、所定点数に含まれる。

### M003-3 咬合印象

140点

(咬合印象)

◇咬合印象とは、在宅等において療養を行っている通院困難な患者に対し、臼歯部における垂直的咬合関係を有する臼歯の

#### M004 リテイナー

- |                           |      |
|---------------------------|------|
| 1 支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合 | 100点 |
| 2 支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合 | 300点 |

#### M005 装着

- |                             |      |
|-----------------------------|------|
| 1 歯冠修復（1個につき）               | 45点  |
| 2 欠損補綴（1装置につき）              |      |
| イ ブリッジ                      |      |
| (1) 支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合 | 150点 |
| (2) 支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合 | 300点 |
| ロ 有床義歯                      |      |
| (1) 少数歯欠損                   | 60点  |
| (2) 多数歯欠損                   | 120点 |
| (3) 総義歯                     | 230点 |
| ハ 有床義歯修理                    |      |
| (1) 少数歯欠損                   | 30点  |
| (2) 多数歯欠損                   | 60点  |
| (3) 総義歯                     | 115点 |
| ニ 口蓋補綴、顎補綴                  |      |

歯冠修復（単独冠に限る。）に対して、歯科用シリコーン印象材を用いて咬合印象を行った場合をいう。なお、当該処置を行った場合、区分番号 M006 に掲げる咬合採得は所定点数に含まれ別に算定できない。

#### （リテイナー）

- (1) リテイナーとは、ブリッジ（接着ブリッジを含む。）の製作過程において、支台歯の保護、支台歯及び隣在歯及び対合歯の移動防止並びに歯周組織の保護等のために、ブリッジの支台歯として歯冠形成を予定している歯又は歯冠形成を完了した歯について、ブリッジ装着までの間暫間的に装着されるものをいう。
- (2) リテイナーは、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イ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にあっても、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) リテイナーの製作に当たり使用される保険医療材料（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) リテイナーの装着に用いた仮着セメント料は、リテイ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イナーの再装着についても同様とする。

#### （装着）

- (1) 少数歯欠損及び多数歯欠損は次による。  
イ 「2の口の(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の口の(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ができる。
- (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)支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合」又は「2

- (1) 印象採得が困難なもの 150 点  
 (2) 印象採得が著しく困難なもの 300 点  
 3 口腔内装置の装着の場合 (1 装置につき) 30 点

注 1 区分番号 M015-2 に掲げる C A D / C A M 冠又は区分番号 M017-2 に掲げる高強度硬質レジンブリッジを装着する際に、歯質に対する接着性を向上させることを目的に内面処理を行った場合は、内面処理加算 1 としてそれぞれについて 45 点又は 90 点を所定点数に加算する。

2 接着ブリッジを装着する際に、歯質に対する接着性を向上させることを目的に内面処理を行った場合は、内面処理加算 2 として、接着冠ごとに 45 点を所定点数に加算する。

3 2 のイについては、支台装置ごとの装着に係る費用は、所定点数に含まれる。

M005-2 仮着 (ブリッジ) (1 装置につき)

- 1 支台歯とポンティックの数の合計が 5 歯以下の場合 40 点  
 2 支台歯とポンティックの数の合計が 6 歯以上の場合 80 点

M006 咬合採得

- 1 歯冠修復 (1 個につき) 18 点  
 2 欠損補綴 (1 装置につき)  
 イ ブリッジ  
 (1) 支台歯とポンティックの数の合計が 5 歯以下の場合 76 点  
 (2) 支台歯とポンティックの数の合計が 6 歯以上の場合 150 点  
 ロ 有床義歯  
 (1) 少数歯欠損 57 点  
 (2) 多数歯欠損 187 点  
 (3) 総義歯 283 点

注 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

M007 仮床試適 (1 床につき)

- 1 少数歯欠損 40 点  
 2 多数歯欠損 100 点  
 3 総義歯 190 点

注 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

のイの (2) 支台歯とポ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」の内面処理加算 1 とは、C A D / C A M 冠又は高強度硬質レジンブリッジを装着する際に、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。

(7) 「注 2」の内面処理加算 2 とは、接着ブリッジを装着する際に、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金属接着性プライマー処理等をいう。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。

(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。

(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 の口の (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 の口の (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 の口の (3) 総義歯」の所定点数により算定する。  
 (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。

(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

#### M008 ブリッジの試適

- 1 支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合 40点
- 2 支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合 80点  
(歯冠修復)

#### M009 充填 (1歯につき)

- 1 充填1
    - イ 単純なもの 106点
    - ロ 複雑なもの 158点
  - 2 充填2
    - イ 単純なもの 59点
    - ロ 複雑なもの 107点
- 注1 歯質に対する接着性を付与又は向上させるために歯面処理を行う場合は1により、それ以外は2により算定する。
- 2 1の歯面処理に係る費用は、所定点数に含まれる。

#### 充填材料Ⅰ

- ・光重合型複合レジン
- ・光重合型レジン強化ガラスアイオノマー

#### 充填材料Ⅱ

- ・複合レジン
- ・ガラスアイオノマーセメント (充填用)

#### 充填材料Ⅲ

- ・歯科用珪酸セメント
- ・珪燐酸セメント
- ・歯科充填用即時硬化レジン

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、本区分の「3 総義歯」の所定点数により算定する。

#### (ブリッジの試適)

◇前歯部に係るブリッジの製作に当たり、鋳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。

#### (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う蝕歯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) 歯冠部の唇側歯質が十分に残存している前歯部の失活歯に対して充填を行うに当たり、歯冠部の破折の防止を目的として、複合レジン(築造用)及びファイバーポスト(支台築造用)又は複合レジン(築造用)及びスクリューポスト(支台築造用)を併用した場合は、区分番号M002に掲げる支台築造の「2直接法」のそれぞれの区分に従い算定する。またこの場合、区分番号M001に掲げる歯冠形成の「3窩洞形成」及び充填をそれぞれの区分に従い算定する。
- (9) 充填に使用した保険医療材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。
- (10) 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うに当たり、根管側壁、髓室側壁又は髓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」と保険医療材料により算定する。

## M010 金属歯冠修復（1個につき）

### 1 インレー

イ 単純なもの 190点

ロ 複雑なもの 284点

2 4分の3冠（前歯） 370点

3 5分の4冠（小臼歯） 310点

4 全部金属冠（小臼歯及び大臼歯） 454点

注1 2については、前歯部の接着ブリッジのための金属歯冠修復の費用は、所定点数に含まれる。

2 3については、大臼歯の生活歯をブリッジの支台に用いる場合であっても算定できる。

3 3については、臼歯部の接着ブリッジのための金属歯冠修復の費用は、所定点数に含まれる。

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。

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。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。

(11) 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。

## （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。

(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、必要があっ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には、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、中隔部を搔爬するとともに、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て装着する場合は、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、それぞれ小白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 イー 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 I000-3 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、歯科充填用材料 I 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、必要があっ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 歯につき）

1 前歯	1,174 点
2 小白歯	1,174 点

#### （レジン前装金属冠）

- (1) レジン前装金属冠とは、全部鋳造冠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白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ポ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・ブリッジ維持管理を算定しているレジン前装金属冠及びレジン前装金属ポ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、失活歯は区分番号 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、失活歯は区分番号 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」、「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 個につき）

1 レジンインレー	
イ 単純なもの	124 点
ロ 複雑なもの	176 点
2 硬質レジンジャケット冠	768 点

#### （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、隣接歯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、隣接歯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、失活歯の場合は区分番号 M001 に掲げる歯冠形成の「2

の口 非金属冠」及び区分番号 M001 に掲げる歯冠形成の「注 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 前歯及び小白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、大白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 歯につき）

1,200 点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯冠補綴物の設計・製作に要するコンピュータ支援設計・製造ユニット（歯科用 CAD/CAM 装置）を用いて、白歯に対して歯冠補綴物（全部被覆冠に限る。）を設計・製作し、装着した場合に限り算定する。

歯冠形成 生 PZ 796 点

失 PZ 636 点

印象採得 62 点

咬合採得 16 点

CAD/CAM 冠材料 (I) 1,428 点

(II) 1,454 点

(III) 1,642 点

装着料 45 + 45（内面処理）

装着材料 17 点 or 11 点 or 12 点

#### (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 小白歯に使用する場合

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、大白歯に使用する場合（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。

※ CAD/CAM 冠材料 (Ⅲ) を小白歯に対して使用した場合は、CAD/CAM 冠材料 (Ⅱ) により算定する。

M016 乳歯冠 (1 歯につき)

1 乳歯金属冠の場合	200 点
2 1 以外の場合	390 点

CR ジャケット冠の算定方法

歯冠形成

生活歯	306 点
失活歯	166 点

CR ジャケット冠

充填用材料Ⅰの場合

390 点 + 40 点 = 430 点

充填材料Ⅱの場合

390 点 + 15 点 = 405 点

- 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を算定する。
- (4) 特定保険医療材料は別に算定する。

(乳歯冠)

- (1) 「1 乳歯冠」とは、乳歯に対する既製の金属冠をいう。
- (2) 乳歯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 既製冠」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 既製冠」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」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 (306 点)」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 (166 点)」により算定し、使用した保険医療材料は、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 600 点  
 注 1 クラウンループ又はバンドループを装着した場合に限り算定する。  
 2 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

(小児保険装置)

- (1) 小児保険装置は、う蝕等によって乳白歯 1 歯が早期に喪失した症例に対して乳白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 既製冠」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 既製冠」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（30 点）」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（45 点）」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（16 点）」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 II A から III A 期に行う。

M016-3 既製金属冠（1 歯につき） 200 点

(既製金属冠)

材料料

既製金属冠（1 歯につき） 29 点

- (1) 既製金属冠とは、永久歯に対する既製の金属冠をいう。
- (2) 既製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 既製冠」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 既製冠」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」を算定する。

(欠損補綴)

M017 ポンティック（1 歯につき） 434 点

(ポンティック)

注 レジン前装金属ポンティックを製作した場合は、その部位に応じて次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ 前歯部の場合 746 点  
 ロ 小臼歯部の場合 200 点  
 ハ 大臼歯部の場合 60 点

- (1) レジン前装金属ポンティックとは、鑄造方式により製作されたポ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) レジン前装金属ポンティックを、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 番ポンティックは、小臼歯部として扱い、レジン前装金属ポンティックを製作した場合は「ロ

鑄造	金パラ	大白歯	1,278	
		小白歯	1,070	
	その他	銀合金	大・小白歯	476
レジン前装金属	金パラ	前歯	1,687	
		小白歯	1,270	
		大白歯	1,338	
	その他	銀合金	前歯	1,234
			小白歯	688
			大白歯	548

(1 歯につき、材料料を含む)

小白歯部の場合」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ポンティックの種類に応じて、該当する小白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 の口 複雑なもの」及び区分番号 M001 に掲げる歯冠形成の「3 の口 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ポ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ポンティックを行う場合はこの限りでない。
- (ニ) 隣接歯の状況等からやむをえず延長ブリッジを行う場合は、側切歯及び小白歯 1 歯のみ認められる。
- (ホ) 第三大白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。
- (ハ) 接着ブリッジは、1 歯欠損症例において、接着ブリッジ支台歯を生活歯に求める場合に認められる。
- (ト) 残根上のブリッジは認められない。

ロ ブリッジ設計の考え方

ブリッジの設計は、「ブリッジについての考え方 2007」（平成 19 年 11 月日本歯科医学会）によること。

- (7) 分割抜歯後のブリッジの製作

イ 第 1、第 2 大白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（歯根を分割除去した大白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 大白歯の遠心頬側根抜歯、下顎第 2 大白歯の遠心根抜歯の場合の延長ポ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  $R = 2$ 、欠損部をポ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、口蓋根と頬側の1根が残った場合、残った歯根は $R = 2$ 、欠損部をポントィックとしたときは $F = 4$ とする。また、頬側の2根のみが残った場合は口蓋根部のポント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	$r = 8 - 4 = 4$	
	○	●	○	$F = 4$	
R	2		6	$4/3 = 1.3\cdots$	
F		4		6の残した根も7のRもFの1/3を超えるので、条件を満たしている。	

例② (第1大臼歯の遠心根と第2大臼歯を抜歯した場合)

指数	2	4	6	4		指数	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、頬側2根を残した場合は大臼歯として、又頬側いずれか1根と口蓋根を残した場合は、支台歯としての小白歯歯冠修復と小白歯のポント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白歯歯冠修復と小白歯ポント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、小白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)支台歯とポントィックの数の合計が5歯以下の場合」又は同区分「2のニの(2)支台歯とポント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)支台歯とポン

ティックの数の合計が5歯以下の場合」又は「2のイの(2)支台歯とポ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白歯を支台歯として使う場合の指数は「6」として大白歯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、隣接するダミーの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は延長ブリッジには適用しない旨のただし書きは、延長したポ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ポンティック(ダミー)のバランスは考慮しないとの意である。

したがって、2① | 12③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 | 12③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歯相当分の間隙のある場合のブリッジの設計において、ポ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、半歯程度の間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か又は誤嚥等の事故を起こす恐れが極めて大きい場合であってブリッジを行う以外に方法がないときは、予め理由書、模型及びエックス線フィルム又はその複製を地方厚生支局長に提出しその判断を求める。

- (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）にあるポンティックの抵抗値（F 値）を減じることは適切でない。欠損部の間隙が側切歯半歯以下の極めて小さい場合は、側切歯又は第一小白歯、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。犬歯のポ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「②③④⑤」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白歯の 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ポンティック 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ポ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、形の如何によらずポ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、第一小白歯が既に欠損している患者の第二小白歯を抜歯した場合あるいは第二小白歯が舌側に転位しているとき、第一小白歯及び第二小白歯を抜歯した場合で、間隙は 1 歯分しかないような小白歯 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、歯科医学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、模型及びエックス線フィルム又はその複製を地方厚生（支）局長に提出してその判断を求める。また、添付模型の製作は、基本診療料に含まれ、算定できないが、添付フィルム又はその複製は、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白歯、第二小白歯、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白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金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はない。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 装置につき) 2,500 点

注 高強度硬質レジン及びガラスファイバーを用いてブリッジを製作し、装着した場合に限り算定する。

#### 歯冠形成

「2のロ 非金属冠」166点×2、注1ブリッジ支台歯形成加算20点×2

注9加算(高強度硬質レジンブリッジのための支台歯の歯冠形成)470点×2 ※失活歯を原則とする

印象採得「二 ブリッジ(1)支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合」282点  
装着

2 欠損補綴「イ ブリッジ(1)支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合」150点

注1加算(内面処理)90点

高強度硬質レジンブリッジに係る特定保険医療材料料1装置につき1,629点

請求点数 2,500 + 1,629 = 4,129点

#### (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、歯冠用グ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ポンティックを含む、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、過度な咬合圧が加わらない場合等において、第二小白歯の欠損に対して第一小白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の二の(1)支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合」(282点)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)支台歯とポ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(90点)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。

## M018 有床義歯

1 局部義歯（1床につき）	
イ 1 歯から4 歯まで	588 点
ロ 5 歯から8 歯まで	724 点
ハ 9 歯から11 歯まで	962 点
ニ 12 歯から14 歯まで	1,391 点
2 総義歯（1 顎につき）	2,172 点

### （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、人工歯の数による。欠損歯が4 歯であっても、人工歯の排列上5 歯となる場合には、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学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 に掲げる充填の「1 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) 前歯部の間隙のみがある場合、これを有床義歯の際により補綴することは歯科医学的に適切でない。
- (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崩壊又は後継永久歯の先天欠損を伴う場合、外胚葉性異形成症、低ホスファターゼ症、パピヨン＝ルフェブル症候群及び先天性好中球機能不全症、その他の先天性疾患により後継永久歯が無い場合、外傷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、小児義歯以外は咀嚼機能の改善・回復が困難な小児に対する小児義歯の場合はこの限りでない。この場合において、小児義歯を算定する場合は、診療録に義歯の装着年月日、装着部位及び小児義歯が必要となった疾患名を記載する。なお、先天性疾患以外の疾患により後継永久歯がない場合に準ずる状態であって、

小児義歯以外に咀嚼機能の改善・回復が困難な小児に対して小児義歯を適用する場合は、予め理由書、模型及びエックス線フィルム又はその複製を地方厚生（支）局長に提出し、保険適用の判断を求める。なお、模型の製作は基本診療料に含まれ算定できないが、エックス線フィルム又はその複製は、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学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 他の保険医療機関において、6 月以内に有床義歯を製作していないことを患者に確認した場合

ロ 遠隔地への転居のため通院が不能になった場合

ハ 急性の歯科疾患のため喪失歯数が異なった場合

ニ 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

ホ その他特別な場合（災害又は事故等）

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すること。なお、ニ又はホの理由による場合は、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 局部義歯（1 床につき）	
イ 1 歯から 4 歯まで	642 点
ロ 5 歯から 8 歯まで	866 点
ハ 9 歯から 11 歯まで	1,080 点
ニ 12 歯から 14 歯まで	1,696 点
2 総義歯（1 顎につき）	2,704 点

#### （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 鑄造鉤（1個につき）		(鑄造鉤)
1 双子鉤	251 点	(1)14 カラット金合金による鑄造鉤は2 歯欠損までの有床義歯の場合に限り算定する。
2 二腕鉤	231 点	(2) 保険医療材料料は、別に定める鑄造鉤の使用材料料により算定する。
		(3) ローチのパークラスプ及び鑄造によるバックアクション鉤は二腕鉤として算定し、2 歯以上にわたるパークラスプは、双子鉤として算定する。なお、保険医療材料料は、別に定める鑄造鉤の使用材料料の双子鉤の大・小白歯により算定する。
M021 線鉤（1個につき）		(線鉤)
1 双子鉤	220 点	(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 二腕鉤（レストつき）	152 点	(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 レストのないもの	132 点	(3) レストつきの単純鉤（線鉤）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。
		(4) レストのない単純鉤（線鉤）を製作した場合は、「3 レストのないもの」により算定する。
M021-2 コンビネーション鉤 （1個につき）	232 点	(コンビネーション鉤)
		(1) コンビネーション鉤とは、二腕鉤にそれぞれ鑄造鉤と線鉤を組み合わせて製作したものをいう。
		(2)(1) の規定にかかわらず、線鉤と鑄造レストを組み合わせて製作した場合、本区分により算定して差し支えない。
M022 間接支台装置（1個につき）	109 点	(間接支台装置)
注 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。		(1) 本区分は、間接支台装置としてフック又はスパーを製作した場合に算定する。
		(2) レストのみを製作した場合は、本区分により算定して差し支えない。
		(3) 欠損部から離れた歯に対して、M020 に掲げる鑄造鉤、M021 に掲げる線鉤又は M021-2 に掲げるコンビネーション鉤を製作した場合は、それぞれの該当する区分により算定する。
		(4) 支台歯（鉤歯）1 歯につき、支台装置（区分番号 M020 に掲げる鑄造鉤、区分番号 M021 に掲げる線鉤、区分番号 M021-2 に掲げるコンビネーション鉤又は本区分）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 バー（1個につき）		(バー)
1 鑄造バー	454 点	(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、鑄造バー又は屈曲バーと当該欠損部
2 屈曲バー	264 点	

注 鑄造バー又は屈曲バーに保持装置を装着した場合は、所定点数に 60 点を加算する。ただし、保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

- 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) 鑄造バー、屈曲バ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) 緩圧式バーは「1 鑄造バー」又は「2 屈曲バー」により算定する。
- (4) ケネディバーは「1 鑄造バー」により算定し、「1 鑄造バー」によるリングルバーと併用した場合には、それぞれについて「1 鑄造バー」により算定する。
- (5) バー義歯が破損し、バーの取替えが必要な症例に限り新たなバーに要する費用は算定する。

また、有床義歯修理の際に、新たにバ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、歯牙欠損部、残存歯牙の植立状態、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 口蓋補綴、顎補綴（1 顎につき）

1 印象採得が困難なもの 1,500 点

2 印象採得が著しく困難なもの 4,000 点

注 1 義歯を装着した口蓋補綴又は顎補綴については、所定点数に区分番号 M018 に掲げる有床義歯から区分番号 M023 に掲げるバー及び区分番号 M026 に掲げる補綴際の所定点数を加算した点数とする。

2 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

顎補綴・口蓋補綴の算定

印象採得	困難なもの	著しく困難なもの
	222 点	402 点
咬合採得	187 点	283 点
試適	190 点	190 点
顎補綴	1,500 点	4,000 点
装着料	150 点	300 点

#### （口蓋補綴、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。

- イ 腫瘍、顎骨嚢胞等による顎骨切除に対する口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 ホッツ床

- (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 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

- (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、（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口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。なお、新製時に必要に応じて区分番号 M030 に掲げる有床義歯内面適合法に用いる義歯床用軟質裏装材を用いて口蓋補綴又は顎補綴（義歯を伴う場合を含む。）を製作して差し支えない。この場合は、新製した口蓋補綴又は顎補綴の装着時に、区分番号 M030 に掲げる有床義歯内面適合法の「2 軟質材料を用いる場合」を「注2」の規定により別に算定して差し支えない。また、口蓋補綴又は顎補綴の保険医療材料料とは別に区分番号 M030 に掲げる有床義歯内面適合法の特定保険医療材料料を算定する。
- (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」（222点）により算定する。
- (6) 「(1) のハ 発音補整装置」とは口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」（1,650点装着料を含む）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・口蓋裂形成術を実施する患者に対して必要があっ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」（1,500点）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、修理、調整等は、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（240点）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 H001-2 に掲げる歯科口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 ブリッジ形態のもの（3分の1顎につき）

（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

20,000 点  
2 床義歯形態のもの（1 顎につき）

15,000 点

注 1 区分番号 J109 に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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を行った場合に、補綴治療を着手した日において算定する。

2 区分番号 J109 に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術の実施範囲が 3 分の 1 顎未満である場合は、1 の所定点数の 100 分の 50 に相当する点数により算定する。

3 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

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 顎程度より狭い場合（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 に掲げる口蓋補綴、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リンダーに限り、別に算定する。

（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（1 個につき） 65 点

注 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

（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。

M029 有床義歯修理（1 床につき） 252 点

注 1 新たに製作した有床義歯を装着した日から起算して 6 月以内に当該有床義歯の修理を行った場合は、所定点数の 100 分の 50 に相当する点数により算定する。

2 保険医療材料料（人工歯料を除く。）は、所定点数に含まれる。

3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、患者の求め

（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) 人工歯が脱落した際又は抜歯後に旧義歯の増歯を行う際に、新たに人工歯を用いて有床義歯の修理を行った場合には、人工歯料を別に算定して差し支えない。

(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

に応じて、破損した有床義歯を預かった当日に修理を行い、当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算 1 として、1 床につき 50 点を所定点数に加算する。

- 4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、患者の求めに応じて、破損した有床義歯を預かって修理を行い、預かった日の翌日に当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算 2 として、1 床につき 30 点を所定点数に加算する。

#### M030 有床義歯内面適合法

##### 1 硬質材料を用いる場合（1 床につき）

###### イ 局部義歯（装着料を含む）

- |                   |       |
|-------------------|-------|
| (1) 1 歯から 4 歯まで   | 216 点 |
| (2) 5 歯から 8 歯まで   | 268 点 |
| (3) 9 歯から 11 歯まで  | 370 点 |
| (4) 12 歯から 14 歯まで | 572 点 |

###### ロ 総義歯（1 顎につき）

（装着料を含む） 790 点

##### 2 軟質材料を用いる場合（1 床につき）

（装着料を含む） 1,200 点

注 1 2 については、下顎総義歯に限る。

- 2 新たに製作した有床義歯を装着した日から起算して 6 月以内に当該有床義歯の有床義歯内面適合法を行った場合は、所定点数の 100 分の 50 に相当する点数により算定する。
- 3 1 については、保険医療材料料（人工歯料を除く。）は、所定点数に含まれる。
- 4 2 については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、患者の求めに応じて、有床義歯を預かった当日に間接法により有床義歯内面適合法

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した場合は、修理又は床裏装を前提に切断した場合に限り、除去料を算定する。
- (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。

#### （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又は区分番号 M025 に掲げる口蓋補綴、顎補綴の（1）のイに規定する装置（義歯を伴う場合を含む。）による補綴を行い、有床義歯装着後、当該義歯不適合の患者に対して、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、口蓋補綴又は顎補綴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においては、新製時に義歯床用軟質裏装材を用いて総義歯、口蓋補綴又は顎補綴を製作して差し支えない。ただし、同じ特定

を行い、当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算 1 として、1 顎につき 50 点を所定点数に加算する。

5 2 については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、患者の求めに応じて、有床義歯を預かって、間接法により有床義歯内面適合法を行い、預かった日の翌日に当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算 2 として、1 顎につき 30 点を所定点数に加算する。

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」(230 点) により算定する。
- (8) 区分番号 M025 に掲げる口蓋補綴、顎補綴の (1) のイに規定する装置（義歯を伴う場合を含む。）により補綴を行い、有床義歯装着後、当該義歯不適合のため硬質材料を用いて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 歯につき） 70 点

注 保険医療材料料（人工歯料を除く。）は、所定点数に含まれる。

（歯冠補綴物修理）

- (1) 前歯部のポ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白歯部ブリッジのポ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 装置につき） 1,200 点

注 保険医療材料料（別に厚生労働大臣が定める特定保険医療材料を除く。）は、所定点数に含まれる。

（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) 特定保険医療材料は、スクリュー、アバットメント、アタッチメント及びシリンダーに限り、別に算定する。

### 第3節 特定保険医療材料

#### M100 特定保険医療材料

材料価格を10円で除して得た点数

注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

## 第13部 歯科矯正

### 通則

- 1 歯科矯正の費用は、特に規定する場合を除き、第1節の各区分の所定点数及び第2節に掲げる特定保険医療材料（別に厚生労働大臣が定める保険医療材料をいう。以下この部において同じ。）の所定点数を合算した点数により算定する。
- 2 第13部に掲げられていない歯科矯正であって特殊な歯科矯正の費用は、この部に掲げられている歯科矯正のうちで最も近似する歯科矯正の各区分の所定点数により算定する。

### (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局長等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局長等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局長等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、その都度当局に内議し、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（鰓弓異常症を含む。）
  - (3) 鎖骨・頭蓋骨異形成
  - (4) トリーチャー・コリンズ症候群
  - (5) ピエール・ロバン症候群
  - (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
- (19) 基底細胞母斑症候群
- (20) ヌーナン症候群
- (21) マルファン症候群
- (22) プラダーウィリー症候群
- (23) 顔面裂（横顔裂、斜顔裂及び正中顔裂を含む。）
- (24) 大理石骨病
- (25) 色素失調症
- (26) 口腔・顔面・指趾症候群
- (27) メービウス症候群
- (28) 歌舞伎症候群
- (29) クリッペル・トレノネーイ・ウェーバー症候群
- (30) ウイリアムズ症候群
- (31) ビンダー症候群
- (32) スティックラー症候群
- (33) 小舌症
- (34) 頭蓋骨癒合症（クルーゾン症候群及び尖頭合指症を含む。）
- (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無歯症
- (42) C H A R G E 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) ポリエックス症候群（XXX 症候群、XXXX 症候群及び  
XXXXX 症候群を含む。）
- (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) 線維性骨異形成症
- (54) スタージ・ウェーバ症候群
- (55) ケルビズム

- (56) 偽性副甲状腺機能低下症
- (57) Ekman-Westborg-Julin 症候群
- (58) 常染色体重複症候群
- (59) その他顎・口腔の先天異常

8 7の(59)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、その都度当局に内議の上、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医療機関からの情報提供に基づき連携して行われる。

## 第1節 歯科矯正料

N000 歯科矯正診断料 1,500点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生支局長に届け出た保険医療機関において、治療計画書を作成し、患者に対し文書により提供した場合に算定する。

2 歯科矯正診断料は、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、保定を開始するとき及び顎切除等の手術を実施するとき、それぞれ1回に限り算定する。

3 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

(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、歯科矯正を担当する専任の歯科医師(地方厚生(支)局長に届け出ている歯科医師に限る。以下同じ。)が歯科矯正診断を行った場合であって、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、担当歯科医師又は担当医師の氏名等
  - 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（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交付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交付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 歯以上の先天性部分無歯症は、欠損している歯数に第三大臼歯は含めない。なお、当該疾患に伴う咬合異常の治療を開始する場合は、診療録に欠損している部位を記載する。

N001 顎口腔機能診断料 2,300 点

注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生支局長に届け出た保険医療機関において、顎変形症に係る顎口腔機能診断を行い、治療計画書を

(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局長等に届出を行った保険医療機関において、歯科矯正を担当する専任の歯科医師が歯科矯正診断を行った場合に限り算定する。

顎離断等の手術を担当する保険医療機関と連携して作成し、患者に対し文書により提供した場合に算定する。

- 2 顎口腔機能診断料は、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に、それぞれ1回に限り算定する。
- 3 区分番号N000に掲げる歯科矯正診断の費用及び保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

(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、唇顎口蓋裂がある場合は裂型、口腔の生理的機能の状態、頭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保険医氏名
- 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交付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交付した治療計画書の要点等を記載する。

(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局長等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

240 点

注 1 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、計画的な歯科矯正管理を継続して行った場合であって、当該保険医療機関において動的治療が開始された患者に対し、療養上必要な指導を行うとともに経過模型による歯の移動等の管理を行った上で、具体的な指導管理の内容について文書により提供したときに、区分番号 A000 に掲げる初診料を算定した日の属する月の翌月以降月 1 回に限り算定する。

2 区分番号 B000-4 に掲げる歯科疾患管理料、区分番号 B000-4-2 に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号 B000-4-3 に掲げる口腔機能管理料、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）又は区分番号 C001-3 に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定している患者に対して行った歯科矯正管理の費用は、別に算定できない。

3 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

## N003 歯科矯正セファログラム

（一連につき）

300 点

注 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

### （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、顎切離、顎離断等の手術を必要とする療養を行う場合においては、当該手術を担当する保険医療機関名及び担当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交付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交付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つては、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。

### （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桿の延長線に対して、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

N004 模型調製（1組につき）

- 1 平行模型 500点
- 2 予測模型 300点

注1 1については、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。

2 1について、顎態模型を調製した場合は、200点を所定点数に加算する。

3 2については、予測歯1歯につき60点を所定点数に加算する。

4 印象採得料、咬合採得料及び保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

N005 動的処置（1口腔1回につき）

- 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
  - イ 同月内の第1回目 250点
  - ロ 同月内の第2回目以降 100点
- 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
  - イ 同月内の第1回目 200点
  - ロ 同月内の第2回目以降 100点

注 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

いう。

(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。

(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頭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必要があるために用いる。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ナー及びスプリングリテーナーを製作した場合にはそれぞれ一回算定する。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。

(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装置につき）

1 マルチブラケット装置	40点
2 その他の装置	
イ 印象採得が簡単なもの	143点
ロ 印象採得が困難なもの	265点
ハ 印象採得が著しく困難なもの	400点
注 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。	

#### （印象採得）

- (1) 歯科矯正における印象採得は、床装置、アクチバツール (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、前記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、必要があつ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装置につき）

1 簡単なもの	70点
2 困難なもの	140点
3 構成咬合	400点
注 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。	

#### （咬合採得）

- (1) 歯科矯正における咬合採得は、床装置、アクチバツール (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つて前後又は側方の

N008 装着

- 1 装置（1装置につき）
  - イ 可撤式装置 300点
  - ロ 固定式装置 400点
- 2 帯環（1個につき） 80点
- 3 ダイレクトボンドブラケット 100点  
（1個につき）

- 注1 1のイについては、矯正装置に必要なフォースシステムを行い、力系に関するチャートを作成し、患者に対してその内容について説明した場合は、400点を加算する。
- 2 1のロについては、固定式装置の帯環及びダイレクトボンドブラケットの装着料を除く。
- 3 1のロについては、矯正装置に必要なフォースシステムを行い、力系に関するチャートを作成し、患者に対してその内容について説明した場合は、400点を加算する。
- 4 3については、エナメルエッチング及びブラケットボンドに係る費用は、所定点数に含まれる。

N008-2 植立（1本につき） 500点

※材料料 378点

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、アクチバトール、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き得る咬合状態を採得するものをいう。

(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、アクチバトール、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、ポ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)ポータータイプ又はスケル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、歯及び顎の移動に関して負荷する矯正力の計画を立てることをいい、力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、力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N019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)埋伏歯開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。

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

注 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

#### N010 セパレイティング

- （1箇所につき） 40点

注 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

#### N011 結紮（1顎1回につき） 50点

注 結紮線の除去の費用及び保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

（矯正装置）

#### N012 床装置（1装置につき）

- 1 簡単なもの 1,500点
  - 2 複雑なもの 2,000点
- ※材料料 15点、装着料 300点

#### N012-2 スライディングプレート

- （1装置につき） 1,500点

注 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

#### （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。

#### （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。

#### （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。

#### （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。

#### （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、下顎歯列の保隙、永久歯の萌出量の調整又は咬合挙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装置につき) 2,000点  
注 スライディングプレートを製作した場合は、所定点数に1,500点(保険医療材料料等を含む。)を加算する。  
※材料料580点、装着料300点

N014 プロトラクター(1装置につき) 2,000点  
※材料料1,224点、装着料300点

N014-2 牽引装置(1歯につき) 500点  
注1 区分番号J044-2に掲げる埋伏歯開窓術を行った歯に対し牽引装置を装着した場合に算定する。  
2 区分番号N022に掲げるダイレクトボンドブラケットは所定点数に含まれ別に算定できない。  
3 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

N015 拡大装置(1装置につき) 2,500点  
注 スケレトンタイプの場合は、所定点数に500点を加算する。

N016 アクチバートル(FKO) (1装置につき) 3,000点

N017 リンガルアーチ(1装置につき)  
1 簡単なもの 1,500点  
2 複雑なもの 2,500点  
※材料料229点、装着料400点

(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。

(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。

(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に掲げる埋伏歯開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、埋伏歯開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。

(拡大装置)  
◇本区分に該当するものは、プレートタイプ(2,929点)、ポータータイプ(2,914点)、インナーボウタイプ(2,900点)及びスケレトンタイプ(3,637点)の拡大装置である。

(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(3,319点)及びダイナミックポジショナー(3,340点)である。

(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)及びレビアルアーチ(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(234点)により算定する。

N018 マルチブラケット装置（1装置につき）

- 1 ステップ（Ⅰ）
  - イ 3装置目までの場合 600点
  - ロ 4装置目以降の場合 250点
- 2 ステップ（Ⅱ）
  - イ 2装置目までの場合 800点
  - ロ 3装置目以降の場合 250点
- 3 ステップ（Ⅲ）
  - イ 2装置目までの場合 1,000点
  - ロ 3装置目以降の場合 300点
- 4 ステップ（Ⅳ）
  - イ 2装置目までの場合 1,200点
  - ロ 3装置目以降の場合 300点

注 装着料（400点）は、ステップ（Ⅰ）、ステップ（Ⅱ）、ステップ（Ⅲ）及びステップ（Ⅳ）のそれぞれ最初の1装置に限り算定する。

マルチブラケット材料料（1装置につき）

矯正用線丸型	ステンレス製又はコバル	13点
矯正用線角型	トクローム合金製	12点
矯正用線特殊丸型	チタン合金製	19点
矯正用線特殊角型		23点
超弾性矯正用線	ニッケルチタン合金製	27点

N019 保定装置（1装置につき）

- 1 プレートタイプリテーナー 1,815点
- 2 メタルリテーナー 6,395点
- 3 スプリングリテーナー 1,814点
- 4 リンガルアーチ 2,129点
- 5 リンガルバー 2,947点
- 6 ツースポジショナー 3,340点
- 7 フィクスドリテーナー 1,046点

※（材料料及び装着料を含む）

注1 1については、人工歯を使用して製作した場合の費用は、所定点数に含まれる。

2 2については、鉤等の費用及び人工歯を使用して製作した場合の費用は、所定点数に含まれる。

（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ド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には、前のステップに戻って算定できない。
- 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リトラ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」（40点）、装着は区分番号N008に掲げる装着の「1のロ 固定式装置」（400点）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（250点）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」（250点）のみの算定とする。

なお、区分番号N008に掲げる装着の「1のイの注」（400点）及び「1の口の注2」（400点）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。

（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には、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ド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 鉤（1個につき）  
 1 簡単なもの 90点  
 2 複雑なもの 160点  
 注 メタルリテーナーに使用した場合を除く。

N021 帯環（1個につき） 200点  
 注 帯環製作のろう着の費用は、所定点数に含まれる。

N022 ダイレクトボンドブラケット  
 （1個につき） 200点

N023 フック（1個につき） 70点  
 注 ろう着の費用及び保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

N024 弾線（1本につき） 160点  
 保険医療材料料 1本につき5点

N025 トルキングアーチ（1本につき） 350点

N026 附加装置（1箇所につき）  
 1 パワーチェーン 20点  
 2 コイルスプリング 20点  
 3 ピグテイル 20点  
 4 アップライトスプリング 40点  
 5 エラスティクス 20点  
 6 超弾性コイルスプリング 60点  
 注 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

（鉤）  
 ◇「2 複雑なもの」に該当するものは、アダムス鉤である。  
 材料料 1 簡単なもの 8点  
 2 困難なもの 15点

（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。

（材料料）  
 1 帯環のみ  
 (1) 前歯 16点  
 (2) 犬歯・臼歯 16点  
 2 ブラケット付帯環  
 (1) 前歯 31点  
 (2) 犬歯・臼歯 31点  
 3 チューブ付帯環  
 臼歯 61点

（ダイレクトボンド用ブラケットの保険医療材料料）  
 1個につき 30点  
 装着 100点+装着材料7点

（フック）  
 ◇本区分に該当するものは、リングボタン、クリーク、フック等であるが、チューブに付随していて新たなるろう着の必要のないものは算定できない。

（弾線）  
 ◇弾線をリング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。

（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。  
 （トルキングアーチの保険医療材料料）  
 1本につき 23点

（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（1箇所につき）

60点

注 保険医療材料は、所定点数に含まれる。

（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には、  
1個につき1箇所として算定する。

N028 床装置修理（1装置につき）

234点

注 保険医療材料（人工歯料を除く。）は、  
所定点数に含まれる。

（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。

## 第2節 特定保険医療材料

N100 特定保険医療材料

材料価格を10円で除して得た点数

注 特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生  
労働大臣が定める。

## 第 14 部 病理診断

### 通則

- 1 病理診断の費用は、各区分の所定点数により算定する。
- 2 第 14 部に掲げる病理診断・判断料以外の病理診断の費用の算定は、医科点数表の例による。

### (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り算定する。
- 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。）の送付側の保険医療機関において区分番号 0000 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 0000 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間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 N003 に掲げる術中迅速病理組織標本作製及び区分番号 0000 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 0000 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間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 N003-2 に掲げる迅速細胞診及び区分番号 0000 に掲げる病理診断料の「2」を算定できる。また、区分番号 0000 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間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。

#### O000 口腔病理診断料

（歯科診療に係るものに限る）

1 組織診断料 450 点

2 細胞診断料 200 点

注1 1については、病理診断を専ら担当する歯科医師又は医師が勤務する病院である保険医療機関において、医科点数表の区分番号N000に掲げる病理組織標本作製、医科点数表の区分番号N001に掲げる電子顕微鏡病理組織標本作製、医科点数表の区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製若しくは医科点数表の区分番号N003に掲げる術中迅速病理組織標本作製により作製された組織標本（医科点数表の区分番号N000に掲げる病理組織標本作製又は医科点数表の区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製により作製された組織標本のデジタル病理画像を含む。）に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された組織標本（当該保険医療機関以外の保険医療機関で医科点数表の区分番号N000に掲げる病理組織標本作製又は医科点数表の区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製により作製された組織標本のデジタル病理画像を含む。）に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。

2 2については、病理診断を専ら担当する歯

#### （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又は病理診断を専ら担当する常勤の歯科医師若しくは医師が勤務する診療所である。
- (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J039に掲げる上顎骨悪性腫瘍手術の「1 搔爬」から「3 全摘」まで、区分番号J042に掲げる下顎骨悪性腫瘍手術の「1 切除」から、「3 2 切断（その他のもの）」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。

科医師又は医師が勤務する病院である保険医療機関において、医科点数表の区分番号 N003-2 に掲げる迅速細胞診、医科点数表の区分番号 N004 に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された標本に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月 1 回に限り算定する。

3 当該保険医療機関以外の医療機関で作製された組織標本に基づき診断を行った場合は、医科点数表の区分番号 N000 から N004 までに掲げる病理組織標本作製料は、別に算定できない。

4 口腔病理診断管理に関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局長等に届け出た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、その結果を文書により報告した場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ 口腔病理診断管理加算 1

- |                |       |
|----------------|-------|
| (1) 組織診断を行った場合 | 120 点 |
| (2) 細胞診断を行った場合 | 60 点  |

ロ 口腔病理診断管理加算 2

- |                |       |
|----------------|-------|
| (1) 組織診断を行った場合 | 320 点 |
| (2) 細胞診断を行った場合 | 160 点 |

5 1 については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、悪性腫瘍に係る手術の検体から医科点数表の区分番号 N000 に掲げる病理組織標本（組織切片によるもの）作製の 1 又は医科点数表の区分番号 N002 に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製により作製された組織標本に基づく診断を行った場合は、悪性腫瘍病理組織標本加算として、150 点を所定点数に加算する。

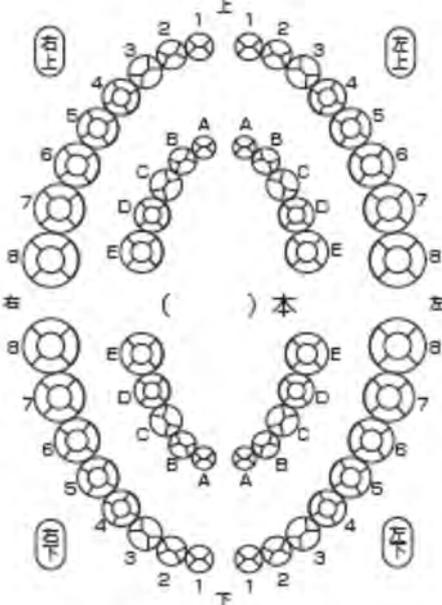
O001 口腔病理判断料 150 点  
(歯科診療に係るものに限る。)

注 1 行われた病理標本作製の種類又は回数にかかわらず、月 1 回に限り算定する。

2 区分番号 O000 に掲げる口腔病理判断料を算定した場合には、算定できない。

歯科疾患管理料に係る管理計画書

年 月 日

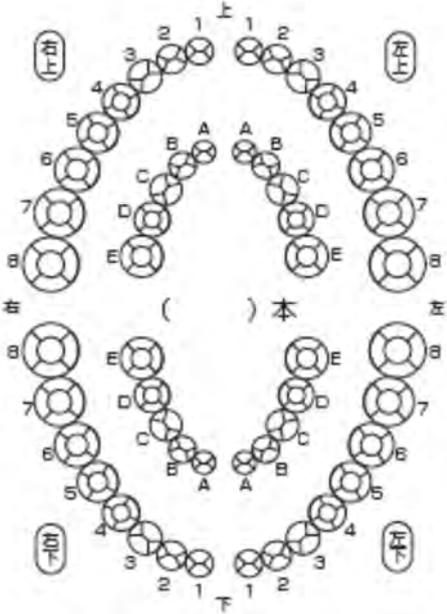
患者氏名	
【基礎疾患】 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 心血管疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 【服薬】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬剤の種類・薬剤名 ) 【生活習慣】 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 【その他】 ( )	
【口腔内の状況】 	【歯や歯肉の状態】 ・4 mm以上の歯周ポケット <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・歯の動揺 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・歯肉の腫れ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・プラーク・歯石の付着状況 <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 無 ・むし歯 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 【その他】 ( )
	【口腔機能の問題】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 口腔衛生状態 <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 <input type="checkbox"/> 咬合力 <input type="checkbox"/> 舌口唇運動機能 <input type="checkbox"/> 舌圧 <input type="checkbox"/> 咀嚼機能 <input type="checkbox"/> 嚥下機能 【小児口腔機能の問題】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 咀嚼機能 <input type="checkbox"/> 嚥下機能 <input type="checkbox"/> 食行動 <input type="checkbox"/> 構音機能 <input type="checkbox"/> 栄養 <input type="checkbox"/> その他
	【その他・特記事項】
改善目標事項	<input type="checkbox"/> 歯磨きの習慣 <input type="checkbox"/> 歯ブラシ・フロス・歯間ブラシの使用 <input type="checkbox"/> 喫煙習慣 <input type="checkbox"/> 食習慣の改善 (飲料物の習慣・間食の習慣) <input type="checkbox"/> 口腔機能の改善・獲得 <input type="checkbox"/> その他 ( )
治療の予定	<input type="checkbox"/> むし歯 (つめる・冠・根の治療) <input type="checkbox"/> ブリッジ <input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> 歯肉炎・歯周炎の治療 <input type="checkbox"/> その他 ( )

この治療の予定は治療開始時の方針であり、実際の治療内容や進み方により、変更することがあります。

医療機関名  
(担当歯科医師)

歯科疾患管理料に係る管理計画書

年 月 日

患者氏名	
<p>【口腔内の状況】</p> 	<p>【歯や歯肉の状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 4 mm以上の歯周ポケット <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</li> <li>・ 歯の動揺 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</li> <li>・ 歯肉の腫れ <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</li> <li>・ プラーク・歯石の付着状況 <input type="checkbox"/>多い <input type="checkbox"/>少ない <input type="checkbox"/>無</li> </ul> <p>【むし歯】 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p> <p>【その他】 ( )</p>
	<p>【口腔機能の問題】 <input type="checkbox"/>無</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>口腔衛生状態 <input type="checkbox"/>口腔乾燥 <input type="checkbox"/>咬合力</li> <li><input type="checkbox"/>舌口唇運動機能 <input type="checkbox"/>舌圧 <input type="checkbox"/>咀嚼機能</li> <li><input type="checkbox"/>嚥下機能</li> </ul> <p>【小児口腔機能の問題】 <input type="checkbox"/>無</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>咀嚼機能 <input type="checkbox"/>嚥下機能 <input type="checkbox"/>食行動</li> <li><input type="checkbox"/>構音機能 <input type="checkbox"/>栄養 <input type="checkbox"/>その他</li> </ul>
	<p>【その他・特記事項】</p>
<p>これまでの治療</p>	<p><input type="checkbox"/>むし歯の治療（つめる・冠・根の治療） <input type="checkbox"/>ブリッジ <input type="checkbox"/>義歯</p> <p><input type="checkbox"/>歯肉炎・歯周炎の治療</p> <p><input type="checkbox"/>その他</p>
<p>これからの改善目標</p>	<p><input type="checkbox"/>歯磨きの習慣 <input type="checkbox"/>歯ブラシ・フロス・歯間ブラシの使用</p> <p><input type="checkbox"/>喫煙習慣 <input type="checkbox"/>食習慣の改善（飲料物の習慣・間食の習慣）</p> <p><input type="checkbox"/>口腔機能の改善・獲得</p> <p><input type="checkbox"/>その他</p>
<p>治療の予定</p>	<p><input type="checkbox"/>むし歯（つめる・冠・根の治療） <input type="checkbox"/>ブリッジ <input type="checkbox"/>義歯</p> <p><input type="checkbox"/>歯肉炎・歯周炎の治療</p> <p><input type="checkbox"/>歯科疾患の重症化予防のため、以下の治療や管理をします</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>定期的な歯周病の治療と管理 <input type="checkbox"/>定期的なむし歯の管理</li> <li><input type="checkbox"/>継続的な口腔機能の管理</li> </ul> <p><input type="checkbox"/>その他</p>

- ※ むし歯や歯周病を定期的に管理することで、できるだけ自分の歯を保ちましょう。
- ※ 何でも噛んで食べられると栄養バランスの良い食生活につながります。
- ※ 口腔の健康管理が全身の健康管理につながります。

この治療の予定は、実際の治療内容や進み方により、変更することがあります。

医療機関名  
(担当歯科医師)

別紙様式3

歯科疾患在宅療養管理料に係る管理計画書

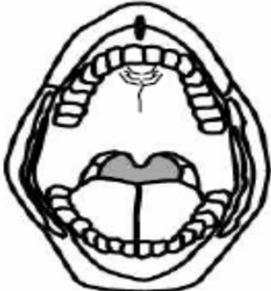
年 月 日

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

【全身の状態】

1	基礎疾患	1. なし 2. あり (疾患名: )
2	服薬	1. なし 2. あり (薬剤名: )
3	肺炎の既往	1. なし 2. あり 3. 繰り返しあり
4	低栄養リスク (体重の変化等)	1. なし 2. あり 3. 不明

【口腔内の状態】

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

【口腔機能等】

1	口腔咽頭機能	舌の運動	1. 良好 2. やや不良 3. 不良
		頬、口唇の動き	1. 良好 2. やや不良 3. 不良
		開口量	1. 3横指 2. 2横指 3. 1横指以下
		軟口蓋の動き(ノア/発声時)	1. 良好 2. やや不良 3. 不良
2	咀嚼運動	1. 通常の咀嚼が可能 2. 下顎および舌の上下運動 3. 下顎の上下運動のみ 4. ほとんど下顎の動きがない	
3	構音機能	発音の状況	1. 明瞭 2. 不明瞭な音あり 3. 不明瞭
4	頸部可動性	頸部可動域	1. 制限なし 2. 少し動く 3. 不動
5	食事摂取状況	座位保持	1. 良好 2. やや不良 3. 不良
		むせ	1. なし 2. 液体で時々あり 3. 頻繁にあり
		経管栄養	1. なし 2. あり a) 胃ろう b) 経鼻 3. その他 ↳ 1)一部経口摂取あり 2) 経口摂取なし
		水分	1. トロミなし 2. トロミあり 3. 禁
	食形態	1. 常食 2. 常食(一口大) 3. 軟菜食(ソフト食) 4. 刻み食 5. 嚥下調整食(具体的に ) 6. その他( )	

【口腔清掃状況等】

1	口腔清掃の状況	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助	
2	うがいの状況	口腔内での水分の保持	1. 可能 2. 困難 3. 不可能→むせ 4. 飲んでしまう 5. 口から出る
		含嗽(フクブクうがい)	1. 可能 2. 困難 3. 不可能→むせ 4. 飲んでしまう 5. 口から出る

【管理方針等】

--

## 別紙様式4

## 保険医療機関間の連携による病理診断に係る情報提供様式

標本の受取側

病理標本の受取側の医療機関名:	
担当歯科医:                      科                      殿	依頼日:    年    月    日

標本の送付側

病理標本の送付側の医療機関名:	
所在地:	
電話番号:	歯科医師氏名:                      提出医サイン:
標本作製の場所: 院内・院外(施設名称:                      )	標本番号:                      )
患者氏名:                      (フリガナ)	性別: 男・女
患者住所	
生年月日: 明・大・昭・平・令 年 月 日(    歳)	職業: (具体的に                      )電話番号:
保険医療機関間の連携による病理診断についての患者の了解: 有・無	
傷病名:	
臨床診断・臨床経過:	
肉眼所見・診断(略図等):	
病理材料のマクロ写真と切り出し図(鉗子生検等は除く):	
採取日又は手術日:                      年                      月                      日	
提出臓器とそれぞれの標本枚数: 1.                      2.                      3.                      その他	
既往歴:	
家族歴:	
感染症の有無: 有(                      )・無	
治療情報・治療経過:	
現在の処方:	
病理診断に際しての要望:	
備考:	
病理診断科使用欄: 病理診断科ID <input type="checkbox"/> 口腔病理診断管理加算1 <input type="checkbox"/> 口腔病理診断管理加算2 <input type="checkbox"/> 標本作製料 <input type="checkbox"/> 口腔病理診断料 <input type="checkbox"/> 免疫染色等(                      )	

※手術材料等では病変部の写真等を含む画像診断報告書資料を添付すること

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  
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

} 殿

厚生労働省保険局歯科医療管理官  
(公 印 省 略)

歯科の診療録及び診療報酬明細書に使用できる略称について

標記について、下記のとおり定めることとしたので、関係者に対して周知徹底を図りたい。

なお、「歯科の診療録及び診療報酬明細書に使用できる略称について」（平成30年3月20日保医発0320第6号）は、令和2年3月31日限り廃止する。

また、令和2年3月診療分以前の診療報酬明細書の請求において、審査支払機関からの返戻等による請求遅れ分等については、従前の略称を使用して差し支えない。

記

1 傷病名について

項 目	略 称
単純性歯肉炎	単G
複雑性歯肉炎	複G
増殖性歯肉炎	増G
潰瘍性歯肉炎	潰G
壊疽性歯肉炎	壊G

肥大性歯肉炎	肥G
慢性歯周炎（軽度）	P <sub>1</sub>
慢性歯周炎（中等度）	P <sub>2</sub>
慢性歯周炎（重度）	P <sub>3</sub>
智歯周囲炎	P e r i c o
急性歯周炎・慢性辺縁性歯周炎の急性発作	P急発
急性単純性歯髓炎	単P u l
急性化膿性歯髓炎	急化P u l
慢性潰瘍性歯髓炎	潰P u l
慢性増殖性歯髓炎	増P u l
慢性壊疽性歯髓炎	壊P u l
カリエスのない歯髓炎	P u l
歯髓壊疽	P u エソ
歯髓壊死	P u エシ
急性単純性根尖性歯周炎	急単P e r
急性化膿性根尖性歯周炎	急化P e r
慢性化膿性根尖性歯周炎	慢化P e r
エナメル質初期う蝕	C e
2次う蝕によるう蝕症第1度	C <sub>1</sub> 〃
2次う蝕によるう蝕症第2度	C <sub>2</sub> 〃
2次う蝕によるう蝕症第3度	C <sub>3</sub> 〃
残根	C <sub>4</sub>
口腔褥瘡性潰瘍	D u l
口内炎	S t o m
口腔粘膜炎	O M u c o
歯槽骨鋭縁	S c h A
象牙質知覚過敏症	H y s
咬耗症	A t t
磨耗症	A b r
酸蝕症	E r o
歯肉膿瘍	G A
歯槽膿瘍	A A
歯根嚢胞	W Z
歯石沈着症	Z S

歯ぎしり	B r x
乳歯晚期残存	R D T
歯の脱臼	L u x
口角びらん	A n g
口腔の色素沈着症	P i g
骨瘤	T o r
埋伏歯	R T
半埋伏歯	H R T
完全埋伏歯	C R T
水平智歯	H E T
水平埋伏智歯	H I T
捻転歯	R O T
過剰歯	S N T
エナメル質形成不全	E H p
歯(の破)折	F r T
永久歯萌出不全	I P T
舌炎	G l s
欠損歯(欠如歯)	M T
咬合異常	M a l
歯質くさび状欠損	W S D
破損(破折)	ハセツ
脱離	ダツリ
不適合	フテキ
	(注) ハセツ、ダツリ又はフテキを接尾語とする場合は、ジャケット冠脱落を「J Cダツリ」のように連結して使用して差し支えない。
睡眠時無呼吸症候群	S A S

## 2 基本診療料について

項 目	略 称
歯科初診料	初診又は歯初診

歯科初診料 注1	初診（注1）又は歯初診（注1）
地域歯科診療支援病院歯科初診料	病初診
歯科診療特別対応加算	特
乳幼児加算	乳
初診時歯科診療導入加算	特導
歯科診療特別対応連携加算	特連
歯科診療特別対応地域支援加算	特地
歯科再診料	再診又は歯再診
歯科再診料 注1	再診（注1）又は歯再診（注1）
地域歯科診療支援病院歯科再診料	病再診
明細書発行体制等加算	明細
歯科外来診療環境体制加算1	外来環1
歯科外来診療環境体制加算2	外来環2
再診時歯科外来診療環境体制加算1	再外来環1
再診時歯科外来診療環境体制加算2	再外来環2
地域歯科診療支援病院入院加算	地歯入院

### 3 医学管理等について

項 目	略 称
歯科疾患管理料	歯管
文書提供加算	文
かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所	か強診
フッ化物洗口指導加算	F洗
エナメル質初期う蝕管理加算	初期う蝕
総合医療管理加算	総医
長期管理加算	長期
小児口腔機能管理料	小機能
口腔機能管理料	口機能
周術期等口腔機能管理計画策定料	周計
周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）	周Ⅰ
周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）	周Ⅱ
周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）	周Ⅲ
歯科衛生実地指導料1	実地指1

歯科衛生実地指導料 2	実地指 2
歯周病患者画像活用指導料	P 画像
歯科特定疾患療養管理料	特疾管
歯科治療時医療管理料	医管
薬剤情報提供料	薬情
薬剤総合評価調整管理料	薬総評管
診療情報提供料 (I)	情 I
診療情報提供料 (II)	情 II
診療情報提供料 (III)	情 III
電子的診療情報評価料	電診情評
診療情報連携共有料	情共
新製有床義歯管理料	義管
広範囲顎骨支持型補綴物管理料	特イ管

#### 4 在宅医療について

項 目	略 称
歯科訪問診療 1	訪問診療 1
歯科訪問診療 2	訪問診療 2
歯科訪問診療 3	訪問診療 3
歯科訪問診療料 注13 (イ 初診時)	歯訪診(初)
歯科訪問診療料 注13 (ロ 再診時)	歯訪診(再)
歯科訪問診療補助加算 (イの(1) 同一建物 居住者以外の場合)	訪補助イ (1)
歯科訪問診療補助加算 (イの(2) 同一建物 居住者の場合)	訪補助イ (2)
歯科訪問診療補助加算 (ロの(1) 同一建物 居住者以外の場合)	訪補助ロ (1)
歯科訪問診療補助加算 (ロの(2) 同一建物 居住者の場合)	訪補助ロ (2)
在宅歯科医療推進加算	在推進
歯科訪問診療移行加算	訪移行
訪問歯科衛生指導料(1 単一建物診療患者 が 1 人の場合)	訪衛指 1

訪問歯科衛生指導料(2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合)	訪衛指 2
訪問歯科衛生指導料(3 1及び2以外の場合)	訪衛指 3
歯科疾患在宅療養管理料	歯在管
文書提供加算	文
栄養サポートチーム等連携加算 1	N S T 1
栄養サポートチーム等連携加算 2	N S T 2
在宅総合医療管理加算	在歯総医
在宅療養支援歯科診療所 1	歯援診 1
在宅療養支援歯科診療所 2	歯援診 2
在宅患者歯科治療時医療管理料	在歯管
在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料	訪問口腔リハ
小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料	小訪問口腔リハ
小児栄養サポートチーム等連携加算 1	小N S T 1
小児栄養サポートチーム等連携加算 2	小N S T 2

## 5 検査について

項 目	略 称
電氣的根管長測定検査	EMR
細菌簡易培養検査	S 培
歯周基本検査	P 基検
歯周精密検査	P 精検
混合歯列期歯周病検査	P 混検
歯周病部分的再評価検査	P 部検
ポケット測定検査	E P P
顎運動関連検査	顎運動
歯冠補綴時色調採得検査	色調
チェックバイト	C h B
ゴシックアーチ	G o A
パントグラフ描記法	P t g

有床義歯咀嚼機能検査（1のイ 下顎運動測定と咀嚼能力測定を併せて行う場合）	咀嚼機能1イ
有床義歯咀嚼機能検査（1のロ 咀嚼能力測定のみを行う場合）	咀嚼機能1ロ
有床義歯咀嚼機能検査（2のイ 下顎運動測定と咬合圧測定を併せて行う場合）	咀嚼機能2イ
有床義歯咀嚼機能検査（2のロ 咬合圧測定のみを行う場合）	咀嚼機能2ロ
咀嚼能力検査	咀嚼能力
咬合圧検査	咬合圧
小児口唇閉鎖力検査	小口唇
舌圧検査	舌圧
精密触覚機能検査	精密触覚
睡眠時歯科筋電図検査	歯筋電図
接触面の歯間離開度検査	C T
総義歯(局部義歯)の適合性検査	F D ( P D ) - F i t
Caries Activity Test	C A T
歯髄電気検査	E P T

## 6 画像診断について

項 目	略 称
エックス線撮影 X - R a y	X線
歯科用 X線フィルム (標準型)	X - R a y ( D )
咬翼型	X - R a y ( B W )
咬合型	X - R a y ( O )
小児型	X - R a y ( P )
全顎※枚法	X - R a y ( 全※ )
片顎※枚法	X - R a y ( 片※ )
歯科用 3次元断層撮影	歯 C T
歯科画像診断管理加算 1	画診加 1
歯科画像診断管理加算 2	画診加 2
遠隔画像診断	遠画診

## 7 リハビリテーションについて

項 目	略 称
歯科口腔リハビリテーション料1 (1 有床義歯の場合)	歯リハ1 (1)
歯科口腔リハビリテーション料1 (2 舌接触補助床の場合)	歯リハ1 (2)
歯科口腔リハビリテーション料1 (3 その他の場合)	歯リハ1 (3)
歯科口腔リハビリテーション料2	歯リハ2

## 8 処置について

項 目	略 称
う蝕処置	う蝕
咬合調整	咬調
歯髄保護処置	P C a p
歯髄温存療法	A I P C
直接歯髄保護処置	直保護、直覆又は直P C a p
間接歯髄保護処置	間保護、間覆又は間P C a p
象牙質レジンコーティング	Rコート
知覚過敏処置	H y s 処
う蝕薬物塗布処置	サホ塗布
初期う蝕早期充填処置	填塞又はシーラント
生活歯髄切断	生切
失活歯髄切断	失切
麻酔抜髄	麻抜
感染根管処置	感根処
根管貼薬処置	根貼又はR C T
根管拡大	拡大
根管形成	R C P
根管充填	根充又はR C F
加圧根管充填処置	C R F
手術用顕微鏡加算	手顕微加

抜髄と同時の根管充填	抜髄即充
感染根管処置と同時の根管充填	感根即充
歯周疾患処置	P 処 (糖尿病を有する患者に使用する場合) P 処 (糖)
歯石除去	除石
スケーリング	S C
スケーリング・ルートプレーニング	S R P
歯周ポケット搔爬	P C u r
歯周病安定期治療 (I)	S P T (I)
歯周病安定期治療 (II)	S P T (II)
歯周病重症化予防治療	P 重防
歯周基本治療処置	P 基処
暫間固定	T F i x
口腔内装置	O A p
睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置	S A S - O A p
舌接触補助床	P A P
口腔内装置調整 (イ 睡眠時無呼吸症候群の 治療法としての咬合床の場合)	O A p 調 (イ)
口腔内装置調整 (ロ 歯ぎしりに対する口腔 内装置の場合)	O A p 調 (ロ)
口腔内装置調整 (ハ イ及びロ以外の場合)	O A p 調 (ハ)
口腔内装置修理	O A p 修
根管内異物除去	R B I
有床義歯床下粘膜調整処置又はティッシュコ ンディショニング	T. コンデ又は T. c o n d
周術期等専門的口腔衛生処置 1	術口衛 1
周術期等専門的口腔衛生処置 2	術口衛 2
在宅等療養患者専門的口腔衛生処置	在宅口衛
口腔粘膜処置	口処
機械的歯面清掃処置	歯清
非経口摂取患者口腔粘膜処置	非経口処
フッ化物歯面塗布処置	F 局

9 手術について

項 目	略 称
抜歯手術	抜歯又はT. E X T
歯根端切除手術	根切
歯根端切除手術（歯科用3次元エックス線断層撮影装置及び手術用顕微鏡を用いた場合）	根切顕微
歯槽骨整形手術	A E c t
歯周ポケット搔爬術	搔爬術又はソウハ術
歯肉切除手術	G E c t
歯肉剥離搔爬手術	F O p
歯周組織再生誘導手術	G T R
手術時歯根面レーザー応用加算	手術歯根
歯肉移植術	G p l
広範囲顎骨支持型装置埋入手術	特イ術
広範囲顎骨支持型装置搔爬術	特イ搔
レーザー機器加算1	レ機加1
レーザー機器加算2	レ機加2
レーザー機器加算3	レ機加3

10 麻酔について

項 目	略 称
表面（在）麻酔	O A
吸入鎮静法	I S
静脈内鎮静法	静鎮
歯科麻酔管理料	歯麻管

11 歯冠修復及び欠損補綴について

項 目	略 称
補綴時診断料	補診
クラウン・ブリッジ維持管理料	補管又は維持管
広範囲顎骨支持型補綴診断料	特イ診

歯冠形成

P Z

(例) 生活歯歯冠形成 生P Z  
失活歯歯冠形成 失P Z

窩洞形成

K P

根面形成

P W

う蝕歯即時充填形成

充形

う蝕歯無痛的窩洞形成加算

う蝕無痛

う蝕歯インレー修復形成

修形

支台築造 間接法

ファイバー (間)

(ロ ファイバーポストを用いた場合)

支台築造 直接法

ファイバー (直)

(イ ファイバーポストを用いた場合)

印象採得

i m p

単純印象

単 i m p 又は S - i m p

連合印象

連 i m p 又は C - i m p

咬合圧印象

咬 i m p 又は B - i m p

機能印象

機 i m p 又は F - i m p

テンポラリークラウン

T e C

装着

s e t

咬合採得

B T

仮床試適

T F

グラスアイオノマーセメント充填

グセ充

光重合型複合レジン

光C R 充

金属歯冠修復

M C

四分の三冠

3 / 4 C r o

五分の四冠

4 / 5 C r o

全部金属冠

F M C

レジン前装金属冠

前装M C 又はゼンソウM C

レジンインレー

R I n

硬質レジンジャケット冠

H J C

C A D / C A M 冠

歯C A D

小児保隙装置

保隙

ブリッジ

B r

ポンティック

P o n

高強度硬質レジンブリッジ	HR B r
総義歯	FD
局部義歯	PD
鉤	C 1
コンビネーション鉤	コンビC 1
間接支台装置	間支
広範囲顎骨支持型補綴	特イ補
有床義歯修理	床修理
歯科技工加算 1	歯技工 1
歯科技工加算 2	歯技工 2
	(注) 有床義歯内面適合法(軟質材料を用いる場合)の歯科技工加算1及び歯科技工加算2についても、同じ略称を使用して差し支えない。
有床義歯内面適合法(硬質材料を用いる場合)	床裏装(硬)又は床適合(硬)
有床義歯内面適合法(軟質材料を用いる場合)	床裏装(軟)又は床適合(軟)
歯冠補綴物修理	P r o 修理
広範囲顎骨支持型補綴物修理	特イ修
未装着	Ⓜ
	(注) 金属歯冠修復及び充填に当たって、修復形態の表示は「OM・OB・MOD等」と歯面部位で記載して差し支えない。

## 12 その他について

項 目	略 称
カルボキシレートセメント	カセ
複合レジン	CR
ガラスアイオノマーセメント	グセ
仮着用セメント	仮セ
ユージノールセメント	E Z
エナメルエッチング法	E E

エナメルボンディング法	EB
上顎	UP
下顎	LW
	(注) UP又はLWを接尾語とする場合は、上顎総義歯を「UP-FD」のように一でつないで使用しても差し支えない。
テラ・コートリル軟膏	TKパスタ
ヒノポロン口腔用軟膏	HPパスタ
プレステロン「歯科用軟膏」	PSパスタ
歯科用貼布剤	Af
クレオドンパスタ	Guパスタ
歯科用モルホニン	MH
テトラサイクリンプレステロン軟膏	TCPSパスタ
カートリッジ	Ct
歯科用（口腔用）アフタゾロン	AFS
チャンネルス	CaN
カルビタール	CV
ネオクリーナー「セキネ」	NC
ペリオドン	PO
歯肉包帯	GBd
歯肉圧排	圧排
歯肉整形術	GP
食片圧入	Food. I
ガッタパーチャポイント	G. ポイント
プラークコントロール	プラーク. C

なお、診療報酬明細書の傷病名欄の記載は、別添に示すものにつき使用して差し支えない。

別添

エナメル質初期う蝕	C e
う蝕症第1度 う蝕症第2度 う蝕症第2度単純性歯髄炎 う蝕症第3度	} C
う蝕症第3度急性化膿性歯髄炎 う蝕症第3度慢性潰瘍性歯髄炎 う蝕症第3度慢性増殖性歯髄炎 う蝕症第3度慢性壊疽性歯髄炎 カリエスのない歯髄炎	} P u l
う蝕症第3度急性化膿性根尖性歯周炎 う蝕症第3度慢性化膿性根尖性歯周炎 う蝕症第3度急性単純性根尖性歯周炎	} P e r
う蝕症第3度歯髄壊死 う蝕症第3度歯髄壊疽	P u エシ P u エソ
慢性歯周炎（軽度） 慢性歯周炎（中等度） 慢性歯周炎（重度）	} P
単純性歯肉炎	G

質 疑	回 答
<p>【地域歯科診療支援病院歯科初診料】</p> <p>(問 1) 地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準について、院内感染防止対策の研修等が要件に追加されたが、新たに届出が必要か。</p>	<p>(答) 平成 30 年 3 月 31 日において、現に当該届出を行っている保険医療機関であって、平成 31 年 4 月 1 日以降も引き続き算定する場合は、平成 31 年 3 月 31 日までに再度の届出が必要である。</p> <p>(事務連絡 平成 30 年 3 月 30 日)</p>
<p>【初診料の注 1】</p> <p>(問 2) 平成 31 年 3 月 31 日以前に様式 2 の 6 のみ届出を行い、後日研修を受講し、平成 31 年 3 月 31 日までに様式 2 の 8 の届出を行った場合について、再度の届出は様式 2 の 8 の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行えばよいか。</p>	<p>(答) そのとおり。</p> <p>なお、様式 2 の 8 の届出を行った後、4 年が経過する前に再度研修を受講した場合においては、研修を受講した時点で再度の届出を行っても差し支えない。その場合は、研修受講後の再届出を行った日の属する月の翌月から起算して 4 年経過するまでに次の届出を行うこと。</p> <p>(事務連絡 平成 30 年 3 月 30 日)</p>
<p>(問 3) 初診料の注 1 に規定する施設基準について、通知において、「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予防対策を講じていること」とあり、様式 2 の 6 において「滅菌器」の製品名等の記載が必要であるが、具体的にどのようなものが該当するのか。</p>	<p>(答) 「滅菌器」に該当する装置(医療機器)の一般的名称が、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・包装品用高圧蒸気滅菌器</li> <li>・未包装品用高圧蒸気滅菌器</li> <li>・小型包装品用高圧蒸気滅菌器</li> <li>・小型未包装品用高圧蒸気滅菌器</li> </ul> <p>等であり、添付文書(または取扱説明書)の使用目的に器具機材の滅菌が可能なが記載されている装置が該当する。なお、アルコール等を使用した高圧蒸気による滅菌を行う医療機器についても該当する。なお、器具除染用洗浄器など、使用目的が手術器具等の消毒である装置は該当しない。</p> <p>(事務連絡 平成 30 年 3 月 30 日)</p>
<p>(問 1) 初診料の注 1 に規定する施設基準において、「1 年以内に保険医療機関の新規指定を受けた保険医療機関が届出を行う場合については、届出を行った日の属する月の翌月から起算して 6 月以上経過した後、1 年を経過するまでに様式 2 の 6 による再度の届出を行うこと」とされているが、新医療機関等として旧医療機関等の患者を引き続き診療すること等、診療実態が変わらないため遡及指定を受ける場合においては、旧医療機関の実績に基づき、様式 2 の 6 の「2 当該保険医療機関の平均患者数の実績」を記載してよいか。また、その場合に再度の届出が必要か。</p>	<p>(答) 記載してよい。その場合においては、再度の届出は不要である。</p> <p>(事務連絡 平成 30 年 4 月 25 日)</p>
<p>(問 1) 主として歯科訪問診療を実施する診療所(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)が、歯科点数表の初診料の注 1 に規定する施設基準の届出を行う場合において、様式 2 の 6 及び様式 2 の 7 の「当該保険医療機関の保有する歯科用ハンドピース(歯科診療室用機器に限る)」及び「歯科用ユニット数」はどのように記載すればよいか。</p>	<p>(答) 歯科用ハンドピースについては、歯科診療室で使用するものと歯科訪問診療の際に使用するものを合算した保有数を記載すること。なお、主として歯科訪問診療を実施する診療所以外の歯科医療機関においても、歯科訪問診療の際に使用する歯科用ハンドピースの保有数を合算した保有数を記載しても差し支えない。歯科用ユニット数については、診療室の歯科用ユニット数及び歯科訪問診療の際に使用する歯科用ポータブルユニット及び携帯型マイクロモーターの保有数を合算した数を記載すること。</p> <p>(事務連絡 平成 30 年 5 月 25 日)</p>
<p>(問 1) 初診料の注 1 に規定する施設基準において、「歯科外来診</p>	<p>(答) 当該施設基準は、常勤歯科医師が配置されていることが原則</p>

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。」とされているが、休日・夜間診療所など、院内感染防止  
対策を行っているが医療機関の特性上、常勤歯科医師を配置  
することが困難である場合はどのようにすればよいか。

であるが、次の(1)～(3)に該当し、専用の機器を用いた  
洗浄・滅菌処理等の院内感染防止対策が実施されている医療機  
関であって、非常勤歯科医師(当該医療機関の管理者に相当す  
る者又は主に院内感染防止対策を担当する者等)が必要な研修  
を受講している場合については、当該医療機関の院内感染防止  
対策を行う歯科医師を常勤歯科医師に準じるものとして取り扱  
う。この場合において、様式2の8の受講者名の欄には、研修  
を受講した非常勤歯科医師名を記載する(研修を受講した歯科  
医師が複数名いる場合は、当該医療機関の管理者に相当する者  
又は主に院内感染防止対策を担当する者等の氏名の左に○を記  
載すること)。

- (1) 自治体や地域の歯科医師会が開設する(自治体から委託又  
は補助金等を受けているものも含む)休日・夜間の急患や障害  
児(者)等を対象とする歯科医療機関であり、非常勤歯科医師  
が当番制で診療を担当している場合
- (2) 歯科を標榜する病院(歯科、小児歯科、矯正歯科、歯科口  
腔外科のいずれかを標榜)であり、歯科診療については非常勤  
歯科医師のみで行っている場合
- (3) その他、医療機関の特性上、常勤歯科医師の配置が困難で  
あると認められる特段の理由がある場合

(3)に該当すると考えられる場合においては、医療機関の  
現況(開設者、管理者、診療時間、非常勤歯科医師数及び勤務  
体制、当該医療機関が対象とする患者、診療内容等)と常勤  
歯科医師の配置が困難である理由を記載した理由書を地方厚生  
(支)局長に提出し、当該施設基準該当の適否について判断を  
求める。

(事務連絡 平成30年7月10日)

#### 【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】

(問4) 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について、経過措置により平成30年9月30日までの間  
は、「23点又は25点」とあるのは「25点」(再診時の「3点  
又は5点」とあるのは「5点」)で算定する取扱いとなってい  
るが、平成30年4月1日以降、新たに歯科外来診療環境体制  
加算の届出を行う場合については、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の施設基準のうち当該  
医療機関が該当するものにより届出を行えばよいか。

(答) そのとおり。

なお、この場合においても平成30年9月30日までの間は、  
経過措置が適用される。

(事務連絡 平成30年3月30日)

(問2) 平成30年3月31日において現に歯科外来診療環境体制  
加算を算定していた保険医療機関が、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の届出を行う場合に  
おいて、再度研修を受講する必要があるか。

(答) 平成30年3月31日時点において、歯科外来診療環境体制加  
算の施設基準の届出を行っている場合は、再度の研修受講は不  
要である。(研修を受講した歯科医師に変更がない場合は、研  
修会の修了証の写し又は最初に当該施設基準の届出を行った際  
の副本の写しの提出は不要)なお、この場合において、様式4  
の「2 常勤歯科医師名と医療安全に関する研修の受講歴等」の  
欄には、「研修届出済み」と記載すること。

(事務連絡 平成30年4月25日)

#### 【かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所、在宅療養支援歯科診療 所1、2】

(問3) かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所又は在宅療養支  
援歯科診療所について、平成30年3月31日までに届出を行  
っている医療機関が経過措置期間中に再度の届出を行う場  
合において、旧施設基準と重複する研修を再度受講する必要  
があるか。

(答) 研修受講歯科医師の変更がない場合においては、重複する研  
修内容の再度の受講は必要ない。(研修を受講した歯科医師に  
変更がない場合は、研修会の修了証の写し又は最初に当該施設  
基準の届出を行った際の副本の写しの提出は不要)なお、この  
場合において、様式17の2の「5 歯科疾患の継続管理等に係

(問4) かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所について、平成30年3月31日までに届出を行っている医療機関が経過措置期間中に再度の届出を行う場合において、歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準を同時に届け出ても差し支えないか。

(問5) 区分番号「I011-2-2」歯周病安定期治療(Ⅱ)を算定していた患者について、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準を取り下げた場合に、区分番号「I011-2」歯周病安定期治療(Ⅰ)に移行して差し支えないか。

#### 【かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準】

(問2) かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準の「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)」とは、どのような内容の研修が該当するのか。

(問3) かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準の要件に、「過去1年間にフッ化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。」とあるが、「フッ化物歯面塗布処置」は、区分番号「I031」フッ化物歯面塗布処置の「3 エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合」のみが該当するのか。

#### 【データ提出加算】

(問5) 平成30年度診療報酬改定において、入院料の見直しとともにデータ提出加算の算定が要件となる病棟が拡大されたが、歯科診療に係る傷病名のみ保険医療機関については、「疑義

る研修」の欄又は様式18の「3 高齢者の口腔機能管理等に係る研修の受講歴等」には、追加で受講した研修に関する内容を記載し、高齢者の心身の特性等(旧施設基準と重複する研修)は届出済みである旨を記載すること。

(事務連絡 平成30年4月25日)

(答) 差し支えない。この場合において、様式17の2の「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」の欄には「届出中」と記載すること。

(事務連絡 平成30年4月25日)

(答) 施設基準を満たさなくなった場合に限り、歯周病安定期治療(Ⅱ)から歯周病安定期治療(Ⅰ)に移行しても差し支えない。

(事務連絡 平成30年4月25日)

(答) 「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)」については、以下の内容をすべて含むものであること。

①う蝕(エナメル質初期う蝕を含む)の重症化予防と継続管理

②歯周病の重症化予防と継続管理

(歯周病安定期治療の考え方を含むものであること)

③以下のいずれか1つ以上の内容を含む口腔機能管理

・口腔機能発達不全症

・口腔機能低下症

・全身的な疾患を有する患者の口腔機能管理等

(ただし、「高齢者の心身の特性及び緊急時対応等」に関する研修内容と重複しないもの)

なお、平成30年9月30日までの間に「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)」として実施された研修については、①～③のすべての内容を含んでいないものであっても、歯科疾患の重症化予防及び口腔機能の管理に関する内容が含まれている場合は「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)」に該当するものとする。

(従前のかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準を満たしていた医療機関が再度の届出を行う場合においても同様の取り扱いとする。)

(事務連絡 平成30年7月10日)

(答) 当該施設基準の「フッ化物歯面塗布処置」は、「1 う蝕多発傾向者の場合」、「2 在宅等療養患者の場合」又は「3 エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合」のいずれも該当する。

(事務連絡 平成30年7月10日)

(答) そのとおり。

(事務連絡 平成30年3月30日)

解釈資料の送付について（その7）」（平成26年6月2日事務連絡）の別添4の問1に示されている従来の取扱い通り、データ提出加算の届出は必要ないと考えてよいか。

【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】

（問6）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の施設基準において、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が5回以上必要となっているが、「等」の中に他の歯科医療機関からの依頼も含まれるか。

【在宅療養支援歯科診療所1の施設基準】

（問4）平成30年3月31日までに旧施設基準の「在宅療養支援歯科診療所」の届出を行っている保険医療機関又は平成30年4月1日以降に「在宅療養支援歯科診療所2」の届出を行った医療機関が、「在宅療養支援歯科診療所1」の届出を行う場合に、旧施設基準の「在宅療養支援歯科診療所」又は「在宅療養支援歯科診療所2」と重複する内容の研修を再度受講する必要があるか。

（問5）特掲診療料の施設基準等に係る通知（平成30年3月5日保医発0305第3号）の第14在宅療養支援歯科診療所1のクの「（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。」とあるが、区分番号「C001-5」在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料と区分番号「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の両方の算定実績が必要か。

【歯科疾患管理料】

（問7）区分番号「B000-4」に掲げる歯科疾患管理料のエナメル質初期う蝕管理加算について、当該加算を算定する日にフッ化物歯面塗布を実施することが必要か。

（問8）区分番号「B000-4」に掲げる歯科疾患管理料のエナメル質初期う蝕管理加算について、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、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となっているが、当該装置の名称を毎回診療録に記載する必要があるか。

（問9）区分番号「B000-4」に掲げる歯科疾患管理料の総合医療管理加算について、「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」とあるが、今回新設された区分番号「B011」に掲げる診療情報連携共有料に基づく文書により診療情報の

（答）含まれる。

ただし、5回以上の実績のうち1回以上、他の歯科医療機関以外の保険医療機関又は施設等からの依頼があること。なお、全て歯科医療機関からの依頼による場合は認められない。

（事務連絡 平成30年3月30日）

（答）旧施設基準の「在宅療養支援歯科診療所」又は「在宅療養支援歯科診療所2」の施設基準の届出を行っていた医療機関が「在宅療養支援歯科診療所1」の施設基準の届出を行う場合において、研修については届出日から3年以内に受講したものであることが必要である。なお、旧施設基準の「在宅療養支援歯科診療所」又は「在宅療養支援歯科診療所2」の届出時の研修が「在宅療養支援歯科診療所1」の届出日から3年以内である場合については、再度の受講は必要なく、前回届出時の副本の写しを提出しても差し支えない。

（事務連絡 平成30年7月10日）

（答）いずれか一方の算定実績で差し支えない。

（事務連絡 平成30年7月10日）

（答）フッ化物歯面塗布は、一連のエナメル質初期う蝕管理において必要に応じて実施すればよく、フッ化物歯面塗布を実施していない日においても患者の状態に応じて必要なエナメル質初期う蝕管理を実施している場合は、当該加算を算定して差し支えない。

（事務連絡 平成30年3月30日）

（答）同じ光学式う蝕検出装置を用いる場合は、当該装置を使用した初回に記載すればよい。なお、区分番号「I031」フッ化物歯面塗布処置の「3 エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合」も同様の取扱いとする。

（事務連絡 平成30年3月30日）

（答）対象となる。

なお、本加算に限らず、医科の医療機関からの診療情報の提供に基づき実施することが必要なものについては、同様の取扱いとする

（事務連絡 平成30年3月30日）

提供を受けた場合も当該加算の対象となるか。

(問 10) 区分番号「B000-4」に掲げる歯科疾患管理料の小児口腔機能管理加算について、

- ① 当該加算を算定する場合の診療報酬明細書の「傷病名部位」欄の病名は「口腔機能発達不全症」となるのか。
- ② 当該加算の算定要件は満たさないが、「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)に記載されている「口腔機能発達不全症」の診断基準に該当する場合は、歯科疾患管理料を算定できるか。

(問 11) 区分番号「B000-4」に掲げる歯科疾患管理料の小児口腔機能管理加算は、歯科疾患管理料の留意事項通知(20)に、「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、とあるが、15 歳の誕生日以降は算定できない取扱いか。

(問 12) 区分番号「B000-4」に掲げる歯科疾患管理料の口腔機能管理加算について、

- ① 当該加算を算定する場合の診療報酬明細書の「傷病名部位」欄の病名は「口腔機能低下症」となるのか。
- ② 当該加算の算定要件は満たさないが、「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)に記載されている「口腔機能低下症」の診断基準に該当する場合は、歯科疾患管理料を算定できるか。

(問 13) 区分番号「B000-4」に掲げる歯科疾患管理料の口腔機能管理加算について、当該管理の対象について、「65 歳以上の口腔機能の低下を認める患者のうち」とあるが、例えば脳卒中やパーキンソン病などの全身的な疾患を有し、口腔機能低下症の診断基準に該当する 65 歳未満の患者については、当該加算は算定できないのか。

(問 14) 区分番号「B000-4」に掲げる歯科疾患管理料の小児口腔機能管理加算又は口腔機能管理加算について、

- ① 当該加算を算定するに当たって口腔機能の評価及び一連の口腔機能管理の管理計画を策定することが必要とされているが、

(答)

- ① そのとおり。
- ② 算定できる。

「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)に記載されている「口腔機能発達不全症」の診断基準(チェックシートの項目 C-1 から C-12 までのうち 2 つ以上に該当(咀嚼機能に該当する C-1 から C-6 までのいずれかの項目を 1 つ以上含む。))により「口腔機能発達不全症」と診断された患者に対して、口腔機能の獲得を目的として医学管理を行う場合は歯科疾患管理料を算定できる。この場合においても診療報酬明細書の「傷病名部位」欄の病名は「口腔機能発達不全症」と記載する。なお、該当項目が 1 項目の場合は「口腔機能発達不全症」と診断されないことから、当該病名による歯科疾患管理料の算定はできない。

(事務連絡 平成 30 年 3 月 30 日)

(答) 15 歳の誕生日以降に、新たに当該加算による管理を開始することは認められない。なお、15 歳に誕生日より前に管理を開始し、当該加算を算定している場合については、一連の管理が継続している間に限り、18 歳未満の間は算定して差し支えない。

(事務連絡 平成 30 年 3 月 30 日)

(答)

- ① そのとおり。
- ② 算定できる。

「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)に記載されている「口腔機能低下症」の診断基準(口腔衛生状態不良、口腔乾燥、咬合力低下、舌口唇運動機能低下、低舌圧、咀嚼機能低下、嚥下機能低下の 7 つの下位症状のうち、3 項目以上該当)により「口腔機能低下症」と診断された患者に対して、口腔機能の回復又は維持を目的として医学管理を行う場合に歯科疾患管理料を算定できる。この場合についても診療報酬明細書の「傷病名部位」欄の病名は「口腔機能低下症」と記載する。なお、該当項目が 2 項目以下の場合は「口腔機能低下症」と診断されないことから、当該病名による歯科疾患管理料の算定はできない。

(事務連絡 平成 30 年 3 月 30 日)

(答) 脳卒中やパーキンソン病等の全身的な疾患を有する患者で、口腔機能低下症の診断基準を満たす患者については、口腔機能管理加算の年齢以外の算定要件を満たす場合は、65 歳未満の患者であっても当該加算を算定して差し支えない。なお、その場合は診療報酬明細書の「摘要」欄に口腔機能低下と関連すると思われる疾患名を記載すること。

(事務連絡 平成 30 年 3 月 30 日)

(答)

- ① 差し支えない。また、当該加算を算定せずに口腔機能発達不全症又は口腔機能低下症の患者に対して継続的な管理を行う場合についても、使用して差し支えない。ただし、口腔機能発達不

「口腔機能発達不全症」に関する基本的な考え方」又は「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）に掲載されている管理計画書の様式を用いても差し支えないか。

- ② 留意事項通知において「指導・管理に係る記録を文書により作成している場合」とあるが、「口腔機能発達不全症」に関する基本的な考え方」又は「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）に掲載されている記録用紙の様式を用いても差し支えないか。

（問6） 口腔機能発達不全症又は口腔機能低下症の患者に対して、区分番号「B000-4」歯科疾患管理料を算定し、継続的な管理を行う場合に、管理計画にはどのような内容を記載すればよいか。

（問7） 口腔機能管理加算について、「咀嚼機能低下（区分番号D011-2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D001-3に掲げる咬合圧検査を算定した患者に限る。）、低舌圧（区分番号D012に掲げる舌圧検査を算定した患者に限る。）」のいずれかに該当する患者」とあるが、口腔機能低下症が疑われる患者に対して有床義歯等の新製を行う場合において、区分番号「D011」有床義歯咀嚼機能検査を算定し、咀嚼能力測定又は咬合圧測定を実施した場合に当該加算は算定できないのか。

（問8） 口腔機能管理加算について、口腔機能低下症の診断を行うにあたり、区分番号「D011-2」咀嚼能力検査と区分番号「D012」舌圧検査の両検査を実施した場合に、それぞれの検査について算定できるか。また、区分番号「D011-3」咬合圧検査と区分番号「D012」舌圧検査はどうか。

（問6） 初診時の口腔内所見等から歯周病が疑われ、歯科エックス線撮影又は歯科パノラマ断層撮影を行い歯周病の所見が認められる場合に、次の1）又は2）の診療を実施したが、歯周病検査の実施が困難であり、初診日の属する月には区分番号「D002」歯周病検査を実施できず、翌月に歯周病検査を実施する予定である場合に、区分番号「B000-4」歯科疾患管理料を算定できるか。

1）早期に動揺歯の固定を行う必要があり、区分番号「I014」暫間固定を算定した場合

2）多量のプラーク付着等があり口腔衛生状態が悪く、歯科医師が口腔衛生指導を実施した場合又は歯科衛生士が口腔衛生指導を実施し区分番号「B001-2」歯科衛生実地指導料を算定した場合

全症または口腔機能低下症以外の疾患についても併せて管理を行う場合については、管理を行うに当たって必要な内容を追記すること。

- ② 差し支えない。

（事務連絡 平成30年3月30日）

（答） 管理計画の作成に当たっては、「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）又は「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）を参考にし、これらに示されている管理計画書の様式又はこれに準じた内容を記載した様式を用いること。また、小児口腔機能管理加算又は口腔機能管理加算を算定する場合の指導・管理内容の診療録記載又は指導・管理に係る記録についても、「基本的な考え方」に示されている様式又はこれに準じた内容を記載した様式を用い、診療録に記載する場合は、これらに準じた内容を記載すること。

（事務連絡 平成30年4月25日）

（答） 区分番号「D011」有床義歯咀嚼機能検査を算定し、咀嚼能力測定又は咬合圧測定を実施した患者については、区分番号「D011-2」咀嚼能力検査又は区分番号「D011-3」咬合圧検査を算定したものとみなして差し支えない。

（事務連絡 平成30年4月25日）

（答） 咀嚼能力検査と舌圧検査のそれぞれについて算定できる。また、両検査を同日に算定しても差し支えない。咬合圧検査と舌圧検査についても同様に算定可能。

（事務連絡 平成30年4月25日）

（答） 初診時の口腔内所見及び画像診断（歯科エックス線撮影又は歯科パノラマ断層撮影）により歯周病に罹患していることが確認され、臨床症状等から必要があって暫間固定や口腔衛生指導を先に実施し、やむを得ず初診月に歯周病検査が実施できなかった場合においても、初診月から歯科疾患の管理を開始する場合については、初診月から歯科疾患管理料を算定して差し支えない。ただし、この場合において、診療録に症状の要点、口腔内所見等の必要事項を記載し、歯周病検査は翌月の歯科疾患管理料算定時までに実施すること（ただし、歯周病の急性症状を呈する場合であって、歯周病検査の実施が困難である場合を除く。）。また、歯周病検査実施後は、検査結果を含め管理計画の変更点を患者等に対して説明し、変更の内容を診療録に記載すること。なお、初診日の属する月の診療報酬明細書の「摘要」欄に、歯周病検査は翌月実施予定である旨を記載すること。

（事務連絡 平成30年7月10日）

(問7) 平成30年3月31日以前から有床義歯に係る治療のみを行っており、区分番号「B000-4」歯科疾患管理料の算定要件に該当しない患者について、口腔機能低下症と診断され、口腔機能管理が必要となった場合はどのようにすればよいか。

#### 【歯科衛生実地指導料】

(問9) 区分番号「B001-2」歯科衛生実地指導料について、対象疾患が「歯科疾患」となったが、傷病名が①「欠損歯(MT)」、(有床義歯に係る治療のみを行っている場合)、②「顎関節症」、「歯ぎしり」のみの場合に算定できるか。

#### 【歯周病患者画像活用指導料】

(問10) 区分番号「B001-3」歯周病患者画像活用指導料について、留意事項通知(1)において、歯科疾患管理料、周術期等口腔機能管理料(I)、周術期等口腔機能管理料(II)、周術期等口腔機能管理料(III)、歯科特定疾患療養管理料、歯科疾患在宅療養管理料、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料(以下、歯科疾患管理料等)を算定している患者に対して算定することとなっているが、歯周病患者画像活用指導料を算定する月に歯科疾患管理料等を算定していることが必要か。

(問8) 区分番号「B001-3」歯周病患者画像活用指導料について、算定要件が「歯周病検査を実施する場合において」となっているが、歯周病の急性症状を呈する患者や初診時に暫間固定を必要とする患者(本事務連絡の別添2問6に該当する場合)で初診時の歯周病検査の実施は困難であるが、管理を開始して歯科疾患管理料を算定し、後日歯周病検査を実施する場合に、歯周病検査の実施前に当該指導料を算定しても差し支えないか。

#### 【診療情報連携共有料】

(問15) 区分番号「B011」に掲げる診療情報連携共有料について、当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に対して診療情報の提供を求める場合に算定できるか。

#### 【カンファレンス】

(問16) 区分番号「B014」に掲げる退院時共同指導料1の注1、区分番号「B015」退院時共同指導料2の注1及び注3又は区分番号「C008」に掲げる在宅患者緊急時等カンファレンス料における、カンファレンスや面会、共同指導について、やむ

(答) 平成30年3月31日以前から有床義歯に係る治療のみを行っており、従前の歯科疾患管理料の算定要件に該当していなかった患者に対して、「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)による診断基準により口腔機能低下症と診断され、口腔機能管理を開始する場合には、診断された月から歯科疾患管理料を算定して差し支えない。また、口腔機能低下症の診断を目的として咀嚼能力検査、咬合圧検査又は舌圧検査を実施した場合には、区分番号「D011-2」咀嚼能力検査、区分番号「D011-3」咬合圧検査又は区分番号「D012」舌圧検査を算定して差し支えない。これらの検査の結果、口腔機能低下症と診断された場合は歯科疾患管理料及び口腔機能管理加算を算定できる。なお、検査の結果、口腔機能低下症に該当しなかった場合には、検査を実施する月の診療報酬明細書の「摘要」欄に、口腔機能低下症の診断を目的に実施した旨を記載すること。

(事務連絡 平成30年7月10日)

(答) ①②については、いずれも算定できない。

(事務連絡 平成30年4月25日)

(答) 同一初診期間内に歯科疾患管理料等を算定していれば、同月に算定していなくても歯周病患者画像活用指導料を算定して差し支えない。

(事務連絡 平成30年4月25日)

(答) 算定して差し支えない。ただし、1回の歯周病検査に対して、その実施前と実施後の2回算定することはできない。

(事務連絡 平成30年7月10日)

(答) 算定できない。

(事務連絡 平成30年3月30日)

(答)

- ① 天候不良により会場への手段がない場合や、急患の対応により間に合わなかった場合をいう。
- ② リアルタイムで画像を含めたやり取りが可能であれば機器の

を得ない事情により対面が難しい場合、「リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いた場合、とあるが、①やむを得ない事情とはどのような場合か。②携帯電話による画像通信でもよいか。

#### 【歯科訪問診療料】

(問 17) 区分番号「C000」に掲げる歯科訪問診療料の歯科訪問診療移行加算について、「継続的に受診していたもの」とあるが、具体的にどのような患者が対象となるのか。

(問 18) 平成 30 年 3 月 31 日時点で歯科訪問診療を実施している患者において、歯科訪問診療を開始する前に外来を受診していた場合に、区分番号「C000」に掲げる歯科訪問診療料の歯科訪問診療移行加算の要件を満たしていれば当該加算は算定可能か。

(問 11) 区分番号「C000」歯科訪問診療料の注 13 を算定する場合に、注 5、注 6、注 7、注 8、注 9、注 11 及び注 15 に規定する加算は算定可能か。

(問 12) 特別の関係にある施設等へ訪問して歯科診療を行い、初診料若しくは再診料及び特掲診療料を算定した場合において、注 5、注 6、注 7、注 8、注 9、注 11 及び注 15 に規定する加算は算定可能か。

#### 【訪問歯科衛生指導料】

(問 9) 区分番号「C001」訪問歯科衛生指導料について、月の途中で患者数が変更となる以下の場合について、どのように算定すればよいか。

(1) 当該月の当該保険医療機関の定める歯科訪問診療の計画に含まれていない患者からの歯科訪問診療の依頼により、訪問歯科衛生指導が必要となった患者が生じ、単一建物診療患者の人数が増加した場合

(2) 計画に含まれていた患者が体調不良等により予約キャンセルとなり、月の途中で単一建物診療患者の人数が減少した場合

種類は問わないが、個人情報を画面上で取り扱う場合は、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠した機器を用いること。

(事務連絡 平成 30 年 3 月 30 日)

(答) 通院困難となる前に当該保険医療機関の外来を複数回受診していた患者が対象となる。なお、歯科訪問診療を行うに当たり、レントゲン撮影等を目的に外来を受診した場合等、歯科訪問診療と一連の診療において外来を受診した場合については、当該加算の対象とならない。

(事務連絡 平成 30 年 3 月 30 日)

(答) 平成 30 年 3 月 31 日以前に歯科訪問診療を開始している患者について、歯科訪問診療を開始した日から起算して 3 年前までに当該保険医療機関の外来を継続的に受診していたものについては、算定して差し支えない。この場合において、診療報酬明細書の「摘要」欄に当該保険医療機関の外来を最後に受診した年月日と歯科訪問診療の開始年月日を記載する。

(事務連絡 平成 30 年 3 月 30 日)

(答) 注 5、注 6、注 8、注 9 については算定可能。注 7、注 11、注 15 については算定できない。

(事務連絡 平成 30 年 4 月 25 日)

(答) 算定して差し支えない。ただし、その場合において、診療報酬明細書の「摘要」欄にその旨を記載すること。

(事務連絡 平成 30 年 4 月 25 日)

(答) 区分番号「C000」歯科訪問診療料は、「患者の求めに応じた歯科訪問診療」又は「歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する当該患者の同意を得た歯科訪問診療」に該当するいずれの場合も含まれ、医科点数表の区分番号「C000」往診料に相当する場合も歯科訪問診療料によって算定されることから、「患者の求めに応じた歯科訪問診療」に基づいて当該月当初の計画外に実施される訪問歯科衛生指導において人数が増加する場合（(1) の場合）及び患者の体調不良等によるやむを得ない予約変更による計画人数の変更（(2) の場合）は、以下の区分により算定する。

(1) 訪問歯科衛生指導を実施する当該月の当該保険医療機関の定める歯科訪問診療の計画に含まれていない患者（当該建物に居住している患者）から、月の途中で歯科訪問診療の依頼があり、訪問歯科衛生指導が必要な患者が増加した場合

① 当該月の当初の計画に基づいて訪問歯科衛生指導を実施した患者：当初の予定の人数に応じた区分

② 当該月の途中で訪問歯科衛生指導の必要性が生じ、当初の実施予定に含まれていなかった患者：当該患者の訪問歯科衛生指導を開始した時点における、当該建物で訪問歯科衛生指導を行う全患者数に応じた区分

(2) 患者の体調不良等によるやむを得ないキャンセルにより、月の途中で単一建物居住者の人数が減少した場合

当該月の当初の計画に基づいた当該建物の診療患者に応じた区分

なお、人数が変更になった事由については診療録及び診療報酬明細書の「摘要」欄に記載すること。

(事務連絡 平成 30 年 7 月 10 日)

#### 【訪問歯科衛生指導料 注 1】

(問 19) 区分番号「C001」に掲げる訪問歯科衛生指導料の「単一建物診療患者の人数」について、「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。」とあるが、病棟の定義はどのように考えればよいか。

(答) 病棟については、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(別添 2)「入院基本料等の施設基準等 第 2 病院の入院基本料等に関する施設基準」に示す通り、病院である保険医療機関の各病棟における看護体制の 1 単位をもって病棟として取り扱う。

(事務連絡 平成 30 年 3 月 30 日)

(問 13) 区分番号「C001」訪問歯科衛生指導料の留意事項通知(2)において、「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」とあるが、「当該建築物」とはどのような建物が対象となるのか。

(答) 次に掲げる施設を除く集合住宅等が対象となる。

- ・ 養護老人ホーム
- ・ 軽費老人ホーム(「軽費老人ホームの設備及び運営に関する基準」(平成 20 年厚生労働省令第 107 号) 附則第 2 条第 1 号に規定する軽費老人ホーム A 型に限る)
- ・ 特別養護老人ホーム
- ・ 有料老人ホーム
- ・ 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・認知症対応型共同生活介護事業所)
- ・ 介護老人保健施設
- ・ 介護医療院
- ・ 短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護

(事務連絡 平成 30 年 4 月 25 日)

#### 【歯科疾患在宅療養管理料】

(問 14) 区分番号「C001-3」歯科疾患在宅療養管理料の留意事項通知(13)において、居宅療養管理指導費を算定した場合において歯科疾患在宅療養管理料を算定したものとみなすことができることが記載されているが、この場合において、当該管理料に係る文書提供加算、在宅総合医療管理加算、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等連携加算 2 は算定できるか。

(答) いずれも算定できない。

(事務連絡 平成 30 年 4 月 25 日)

#### 【有床義歯咀嚼機能検査、咀嚼能力検査】

(問 20) 口腔機能の低下が疑われる患者に対し有床義歯等を新たに製作する場合に、区分番号「D011-2」に掲げる咀嚼能力検査を実施した月から起算して 6 月以内に区分番号「D011」に掲げる有床義歯咀嚼機能検査は算定できるか。

(答) 算定できる。区分番号「D011」に掲げる有床義歯咀嚼機能検査を「1 有床義歯咀嚼機能検査 1 の口」のみで実施する場合であって、区分番号「D011-2」に掲げる咀嚼能力検査を算定した月から起算して 3 月以内に新製有床義歯等の装着日前の有床義歯咀嚼機能検査を開始する場合には、区分番号「D011-2」に掲げる咀嚼能力検査の結果を新製有床義歯等の装着日前の有床義歯咀嚼機能検査の結果とみなして差し支えない。この場合において、新製有床義歯等の装着日後の有床義歯咀嚼機能検査を算定する際に、診療報酬明細書の「摘要」欄に区分番号「D011-2」に掲げる咀嚼能力検査の算定日を記載すること。なお、区分番号「D011-3」に掲げる咬合圧検査についても同様の取扱い。

(事務連絡 平成 30 年 3 月 30 日)

【有床義歯咀嚼機能検査、咀嚼能力検査、咬合圧検査】

(問 21) 特掲診療料の施設基準通知の第 29 の 5 有床義歯咀嚼機能検査、咀嚼能力検査、咬合圧検査において、「(1) 有床義歯咀嚼機能検査 1 のイの施設基準」については、「(2) 有床義歯咀嚼機能検査 1 のロ及び咀嚼能力検査の施設基準」の内容が含まれているが、(1) の届出を行っている場合に (2) の届出も必要か。また、平成 30 年 3 月 31 日時点で有床義歯咀嚼機能検査の施設基準の届出を行っている場合に、(2) の届出が必要か。

(答) 「(1) 有床義歯咀嚼機能検査 1 のイの施設基準」の届出を行っている場合については、「(2) 有床義歯咀嚼機能検査 1 のロ及び咀嚼能力検査の施設基準」の届出を行ったものとみなす。ただし、(2) のみ届出を行っている場合については、(1) の届出を行ったものとはみなされない。なお、「(3) 有床義歯咀嚼機能検査 2 のイの施設基準」と「(4) 有床義歯咀嚼機能検査 2 のロ及び咬合圧検査」についても同様の取扱い。また、平成 30 年 3 月 31 日時点で有床義歯咀嚼機能検査の届出を行っている場合については、(2) の届出は不要である。

(事務連絡 平成 30 年 3 月 30 日)

【精密触覚機能検査】

(問 22) 顎・口腔・顔面領域の 2 箇所以上に神経症状を呈している場合において、区分番号「D013」に掲げる精密触覚機能検査は、部位毎に算定できるか。

(答) 算定できない。精密触覚機能検査は神経障害によって生じる神経症状を呈する範囲や部位の数に関係なく、1 口腔につき月 1 回に限り算定する取扱いである。

(事務連絡 平成 30 年 3 月 30 日)

(問 23) 「当該検査に関する研修」を受講したものが、Semmes-Weinstein monofilament set を用いて知覚機能検査を定量的に測定した場合に算定できる取扱いとなっているが、「当該検査に関する研修」とはどういったものを指すのか。

(答) 「当該検査に関する研修」とは、日本口腔顔面痛学会が行う精密触覚機能検査講習会を指す。

(事務連絡 平成 30 年 3 月 30 日)

(問 24) 日本歯科医学会の「精密触覚機能検査の基本的な考え方」において、「三叉神経ニューロパチーの病態診断の補助となるもの」との記載があるが、区分番号「D013」に掲げる精密触覚機能検査を算定する場合に、診療報酬明細書の「傷病名部位」欄に記載する病名に「三叉神経ニューロパチー」を用いても差し支えないか。

(答) 差し支えない。

なお、三叉神経障害や症状に応じて三叉神経麻痺又は三叉神経痛を用いても差し支えない。

(事務連絡 平成 30 年 3 月 30 日)

【咬合調整】

(問 25) 区分番号「I000-2」に掲げる咬合調整について、前歯 3 歯以上の永久歯萌出不全に起因した咬合異常、厚生労働大臣が定める疾患に起因した咬合異常又は顎変形症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、当該区分により算定できるか。

(答) 算定できる。この場合において、同一初診期間中、「1 1 歯以上 10 歯未満」又は「2 10 歯以上」のうち、いずれか 1 回に限り算定する。診療報酬明細書の「摘要」欄に、歯科矯正に伴う歯の隣接面の削除である旨を記載すること。

(事務連絡 平成 30 年 3 月 30 日)

(問 15) 区分番号「I000-2」咬合調整の留意事項通知(4)について、

① 「新たな義歯の製作又は義歯修理の実施 1 回につき「1 1 歯以上 10 歯未満」又は「2 10 歯以上」のうち、いずれか 1 回に限り算定する」とあるが、上下顎同時に新たな義歯を製作する場合又は義歯修理を行う場合において、上顎と下顎のそれぞれについて算定できるか。

(答) ① いずれの場合も算定できない。

② 1)、2) のいずれの場合も算定できない。

(事務連絡 平成 30 年 4 月 25 日)

② 「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」とあるが、1) 修理を行ってから 3 月以内に有床義歯の新製を行う場合 2) 有床義歯の新製後、3 月以内に有床義歯の修理を行う場合に算定できるか。

(問 2) 区分番号「I000-2」咬合調整の留意事項通知(4)について、上顎・下顎の両顎に有床義歯を装着している場合等、複数の有床義歯を装着している患者において、修理又は新製を行っ

(答) いずれも算定できない。

(事務連絡 平成 30 年 5 月 25 日)

た有床義歯とは別の有床義歯に対して、3月以内に 1) 新製を行う場合 2) 修理を行う場合 のそれぞれについて算定できるか。

(問 10) 区分番号「I000-2」咬合調整の留意事項通知(1)の二について、「鉤歯と鉤歯の対合歯に係るレスト製作のための削合」とあるが、単純鉤等を製作する場合において、咬合が緊密であることから鉤歯のレストシート以外の部位又は鉤歯の対合歯を削合する必要がある場合についてはどのように算定すればよいか。

(答) 咬合が緊密である場合において、クラスプを設置するスペースを確保する必要性から、やむを得ず鉤歯又は鉤歯の対合歯を削合する場合については、「レスト製作のための削合」に準じるものとして、咬合調整の留意事項通知(1)の二により算定して差し支えない。

(事務連絡 平成 30 年 7 月 10 日)

#### 【感染根管処置】

(問 26) 区分番号「I006」に掲げる感染根管処置について、「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「I008」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。」とされたが、「歯冠修復が完了した日」とは歯冠修復や金属歯冠修復等を装着した日又は充填を実施した日と考えてよいか。

(答) そのとおり。

(事務連絡 平成 30 年 3 月 30 日)

#### 【暫間固定】

(問 16) 区分番号「I014」暫間固定において、「外傷性による歯の脱臼を暫間固定した場合」について除去料が算定できる取扱いとなったが、この場合において除去料はどの区分により算定すればよいか。

(答) 区分番号「I020」暫間固定装置の除去(1装置につき)により算定する。

(事務連絡 平成 30 年 4 月 25 日)

(問 11) 区分番号「I014」暫間固定の留意事項通知(11)には「2 困難なもの」により算定する場合として、「ロ 区分番号 J004-2 掲げる歯の再植術を行い、脱臼歯を暫間固定した場合」とあるが、区分番号「J004-2」歯の再植術の留意事項通知(4)による場合についても「2 困難なもの」により算定できるか。

(答) 算定できる。

(事務連絡 平成 30 年 7 月 10 日)

#### 【口腔内装置】

(問 27) 区分番号「I017」に掲げる口腔内装置の留意事項通知(1)の「ト 気管内挿管時の歯の保護等を目的として製作した口腔内装置」を算定する患者について、診療報酬明細書の「傷病名部位」欄の傷病名はどのように記載すればよいか。

(答) 「気管内挿管時の口腔内装置必要状態」と記載する。

(事務連絡 平成 30 年 3 月 30 日)

(問 17) 区分番号「I017」口腔内装置の「イ 顎関節治療用装置」を「2 口腔内装置 2」により製作する場合において、咬合採得は算定できるか。

(答) 算定できない。

(事務連絡 平成 30 年 4 月 25 日)

#### 【口腔内装置調整・修理】

(問 28) 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」は、当該装置の装着日と同日に算定できるか。

(答) 算定できない。

区分番号「I017-2」に掲げる口腔内装置調整・修理は、「1 のイ 睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置の場合」を除いて、口腔内装置等の装着日と同日の算定はできない。

(事務連絡 平成 30 年 3 月 30 日)

#### 【高気圧酸素治療】

(問 29) 区分番号「I 0 2 6」に掲げる高気圧酸素治療において、対象が「口腔・顎・顔面領域の慢性難治性骨髄炎」となったが、平成 30 年 3 月 31 日以前に、「口腔・顎・顔面領域の慢性難治性骨髄炎」以外の理由により区分番号「I 0 2 6」に掲げ

(答) 「口腔・顎・顔面領域の慢性難治性骨髄炎」以外の理由により、平成 30 年 3 月 31 日時点で現に算定している患者については、一連の治療を終了するまでの間は、引き続き当該区分を算定して差し支えない。

る高気圧酸素治療を開始し、現に算定している患者については、4月以降は算定できないのか。

(事務連絡 平成30年3月30日)

【周術期等専門的口腔衛生処置】

(問30) 区分番号「I029」に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置の「2 周術期等専門的口腔衛生処置2」について、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当該処置を行うとあるが、当該処置を算定する場合の診療報酬明細書の「傷病名部位」欄の傷病名は「口腔粘膜炎」と記載するのか。

(答) そのとおり。

(事務連絡 平成30年3月30日)

【周術期等専門的口腔衛生処置】

(問30) 区分番号「I029」に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置の「2 周術期等専門的口腔衛生処置2」について、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当該処置を行うとあるが、当該処置を算定する場合の診療報酬明細書の「傷病名部位」欄の傷病名は「口腔粘膜炎」と記載するのか。

(答) そのとおり。

(事務連絡 平成30年3月30日)

(問31) 一連の周術期等口腔機能管理において、既に区分番号「I029」に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置の「2 周術期等専門的口腔衛生処置2」を算定し、特定保険医療材料として口腔粘膜保護材を算定している場合において、さらに口腔粘膜保護材の追加が必要となった場合に追加で口腔粘膜保護材を算定してよいか。

(答) 区分番号「I029」に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置の「2 周術期等専門的口腔衛生処置2」については、一連の周術期等口腔機能管理において1回に限り算定する取扱いであるが、患者の状態等により、特定保険医療材料(口腔粘膜保護材)を使用する必要がある場合については、特定保険医療材料のみ算定して差し支えない。この場合において、診療報酬明細書の摘要欄に口腔粘膜保護材の追加が必要となった患者の状況等を記載すること。

(事務連絡 平成30年3月30日)

(問32) 区分番号「I029」に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置の「注4」に「2について、1を算定した日は別に算定できない。」とあるが、異なる日であれば「1 周術期等専門的口腔衛生処置1」と「2 周術期等専門的口腔衛生処置2」は同月に算定できるか。

(答) 算定できる。

(事務連絡 平成30年3月30日)

【在宅療養患者専門的口腔衛生処置】

(問12) 区分番号「I029-2」在宅療養患者専門的口腔衛生処置について、区分番号「C001」訪問歯科衛生指導料を算定した日は算定できない、となっているが、介護報酬の居宅療養管理指導費(歯科衛生士等が行う場合)又は介護予防居宅療養管理指導費(歯科衛生士等が行う場合)を算定した日に当該処置を算定できるか。

(答) 算定できない。

(事務連絡 平成30年7月10日)

【機械的歯面清掃処置】

(問33) 区分番号「I030」に掲げる機械的歯面清掃処置について、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については、月に1回に限り算定できる取り扱いとなったが、これらの加算を算定した日に限り、算定できるのか。

(答) 同一初診期間内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患者であれば、これらの加算を算定していない日であっても機械的歯面清掃処置を算定して差し支えない。なお、同一月にこれらの加算の算定がない場合は、同一初診期間内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旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(事務連絡 平成30年3月30日)

(問 18) 区分番号「I 0 3 0」機械的歯面清掃処置について、対象疾患が「歯科疾患」となったが、傷病名が①「欠損歯 (M T)」（有床義歯に係る治療のみを行っている場合）、②「顎関節症」、「歯ぎしり」のみの場合に算定できるか。

#### 【唾石摘出術】

(問 34) 区分番号「J 0 5 3」に掲げる唾石摘出術の留意事項通知について、「外部より唾石及び唾液腺を併せて摘出したものは、「3」腺体内に存在するもので算定する。」という記載が削除されたが、このような場合はどのように算定すればよいか。

#### 【口腔粘膜処置、レーザー機器加算】

(問 35) 「特定診療報酬算定医療機器の定義等について」（平成 30 年 3 月 5 日保医発 0305 第 12 号）の別表Ⅱに規定する特定診療報酬算定医療機器の「レーザー手術装置 (I)」について、エルビウム・ヤグレーザが含まれているが、「う蝕除去・窩洞形成用レーザー」及び「歯石除去用レーザー」に含まれるエルビウム・ヤグレーザと同じ機器が対象となるのか。

(問 36) 区分番号「J 2 0 0-4-2」に掲げるレーザー機器加算について、「注 2」から「注 4」までに規定される手術を行った場合に、「注 1」に規定するレーザー照射だけではなく、手術の一部において、ブレードメスなどを併用した場合においても本加算を算定して差し支えないか。

(問 19) 「疑義解釈資料の送付について」（平成 30 年 3 月 30 日事務連絡）別添 3 の問 35 (答) において、「添付文書の使用目的に、レーザー手術装置 (I) の定義に該当する、口腔内の軟組織の切開、止血、凝固及び蒸散が含まれていないレーザー機器は対象とならない」とあるが、「う蝕除去・窩洞形成用レーザー」又は「歯石除去用レーザー」として既に保険適用されている機器でレーザー手術装置 (I) の定義に該当するものはすべて使用可能か。

#### 【複数手術に係る費用の特例】

(問 37) 「複数手術に係る費用の特例」（平成 30 年厚生労働省告示第 72 号）において、同一手術野又は同一病巣につき、区分番号「J 0 0 3」に掲げる歯根嚢胞摘出術と区分番号「J 0 0 4」に掲げる歯根端切除術を同一手術野に対して行った場合は、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 に相当する点数とを合算して算定する取扱いとされている。複数歯に対して病巣が存在する場合において、それぞれの歯に対して区分番号「J 0 0 3」に掲げる歯根嚢胞摘出術と区分番号「J 0 0 4」に掲げる歯根端切除術の両方の手術を行った場合については、どのように算定すればよいか。

#### 【歯冠形成】

(問 38) 区分番号「M001」に掲げる歯冠形成の留意事項通知 (21)

(答) ①②のいずれも算定できない。

(事務連絡 平成 30 年 4 月 25 日)

(答) 手術の実態に合わせて算定する。例えば、顎下腺の腺体内に唾石がある場合であって、外部より唾石及び顎下腺を併せて摘出した場合については、手術の実態にあわせて区分番号「J 0 5 5」に掲げる顎下腺摘出術により算定して差し支えない。

(事務連絡 平成 30 年 3 月 30 日)

(答) 添付文書の使用目的に、レーザー手術装置 (I) の定義に該当する、口腔内の軟組織の切開、止血、凝固及び蒸散が含まれていないレーザー機器は対象とならない。

(事務連絡 平成 30 年 3 月 30 日)

(答) 本加算は、手術において、レーザー機器の使用による術中の出血量の減少や術後疼痛の緩和等を評価したものであり、適切にレーザー機器が使用されている場合については、ブレードメスなどを併用した場合であっても算定して差し支えない。

(事務連絡 平成 30 年 3 月 30 日)

(答) 「う蝕除去・窩洞形成用レーザー」又は「歯石除去用レーザー」として既に保険適用されている機器であっても、「レーザー手術装置 (I)」として保険適用された機器以外は使用できない。また、「レーザー手術装置 (II)」についても同様に、保険適用された機器以外は使用できない。なお、毎月新たに保険適用となる機器については「医療機器の保険適用について」（平成 30 年 4 月 1 日保険適用開始機器については（保医発 0330 第 4 号平成 30 年 3 月 30 日）、以後毎月発出）を確認のうえ、施設基準の届出を行うよう留意すること。

(事務連絡 平成 30 年 4 月 25 日)

(答) それぞれの歯に生じている病変が、独立している（別の原因で生じている）と考えられる場合においては、区分番号「J 0 0 3」に掲げる歯根嚢胞摘出術と区分番号「J 0 0 4」に掲げる歯根端切除術を行ったそれぞれの歯に対して、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 に相当する点数を合算した点数を算定して差し支えない。

(事務連絡 平成 30 年 3 月 30 日)

(答) 適切に保存処置が行われていることが確認できた場合につい

に「歯内療法により適切な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。」とあるが、他院において既に根管充填が行われている歯に対して歯冠形成を行う場合についても、区分番号「M001」に掲げる歯冠形成の「3のイ 単純なもの」を算定して差し支えないか。

#### 【CAD/CAM 冠】

(問 1) 区分番号「J004-3」に掲げる歯の移植手術により、埋伏歯又は智歯を下顎第一大臼歯として移植した場合に、下顎第一大臼歯(移植歯)に対して区分番号「M015-2」に掲げる CAD/CAM 冠による歯冠修復は算定できるか。

#### 【永久歯金属冠】

(問 1) 平成 30 年 12 月に保険適用となった既製の永久歯金属冠については、区分番号「M000-2」に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料の留意事項通知(4)により当該管理料の対象となっていないが、当該管理料の対象となる歯冠補綴物の管理中に暫間的な歯冠補綴物として既製の永久歯金属冠による歯冠修復を行う費用は算定できるか。

#### 【ポンティック】

(問 39) 下顎第 1 大臼歯の分割抜歯後にブリッジ(⑤⑥⑥)を製作する場合において、6 ポンティックをレジン前装金属ポンティックにより製作した場合は、どのように算定すればよいか。

#### 【歯冠修復及び欠損補綴】

問 3 クラウン・ブリッジの維持管理を実施する保険医療機関において歯冠補綴物又はブリッジを装着し、当該補綴物の維持管理期間中の患者について、歯科用金属を原因とする金属アレルギーを発症し、硬質レジンジャケット冠、CAD/CAM 冠又は高強度硬質レジンブリッジ(以下、硬質レジンジャケット冠等)により再治療を行う場合において、当該補綴部位に係る一連の費用は算定できるか。

#### 【有床義歯修理】

(問 40) 「注 1」において、新たに製作した有床義歯を装着した日から起算して 6 月以内に当該有床義歯の修理を行った場合は、所定点数の 100 分の 50 に相当する点数により算定する取扱いとなっているが、新たに製作した有床義歯を装着した日から起算して 6 月以内に新たに生じた欠損部に対して人工歯及

ては、算定して差し支えない。

(事務連絡 平成 30 年 3 月 30 日)

(答) 移植後の状態が安定している場合であって、区分番号「M015-2」に掲げる CAD/CAM 冠の留意事項通知(2)に該当する場合においては差し支えない。なお、診療報酬明細書の摘要欄に移植の部位等(例:下顎右側智歯を下顎右側第一大臼歯に移植等、歯式でも可)を記載すること。

(事務連絡 平成 30 年 10 月 9 日)

(答) 旧補綴物が区分番号「M000-2」に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料による管理中の場合、同一部位に対する新たな歯冠補綴物に係る費用は算定できない。なお、既製の永久歯金属冠は暫間的な使用を想定したものではない。

(事務連絡 平成 31 年 1 月 30 日)

(答) この場合においては、区分番号「M017」に掲げるポンティックの注に規定する「ロ 小白歯部の場合」により算定し、特定保険医療材料料については小白歯の例により算定する。

(事務連絡 平成 30 年 3 月 30 日)

(答) クラウン・ブリッジの維持管理期間中に歯科用金属を原因とする金属アレルギーを発症した患者に対し、硬質レジンジャケット冠等により当該補綴部位の再治療を行う場合については、一連の費用について所定点数を算定して差し支えない。(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。)ただし、臼歯部 1 歯中間欠損に対してブリッジを装着した患者に対して、当該ブリッジ装着と同一初診期間内に、同部位に高強度硬質レジンブリッジによる再治療を行う場合については、当該ブリッジに対する補綴時診断料は算定できない。この場合において、診療報酬明細書の「摘要」欄に、歯科用金属を原因とする金属アレルギーによる再製作である旨と紹介元保険医療機関名を記載すること。

(事務連絡 平成 30 年 5 月 25 日)

(答) 新たに生じた欠損部に対して人工歯及び義歯床を追加して有床義歯修理を行う場合についても、区分番号「M029」に掲げる有床義歯修理の所定点数の 100 分の 50 に相当する点数により算定する。

(事務連絡 平成 30 年 3 月 30 日)

び義歯床を追加して有床義歯修理を行う場合についてはどのような取扱いになるのか。

【歯科矯正管理料】

(問 41) 区分番号「N002」に掲げる歯科矯正管理料を算定する場合において、「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。」とあるが、患者又はその家族に提供した文書と重複する内容については、提供文書の写しの診療録への添付によることで差し支えないか。

(答) 患者又はその家族に提供した文書と重複する内容については、提供文書が適切に記載されている場合であれば、診療録に添付することで差し支えない。

(事務連絡 平成 30 年 3 月 30 日)

【歯科矯正対象疾患】

(問 42) 平成 30 年度診療報酬改定において、歯科矯正の対象となる、別に厚生労働大臣が定める疾患の表記が一部変更されたが、診療報酬明細書の「摘要」欄に従来の表記で咬合異常の起因となった疾患名を記載し、現に歯科矯正を行っている患者についてはどのようにすればよいか。

(答) 現に歯科矯正を行っている患者については、従来の表記のまま治療を継続して差し支えない。

(事務連絡 平成 30 年 3 月 30 日)

【歯科矯正】

(問 20) 区分番号「N014-2」牽引装置について、区分番号「N022」ダイレクトボンドブラケットは所定点数に含まれ別に算定できない取扱いであるが、区分番号「N008」装着及び区分番号「N009」撤去の費用は別に算定できるか。

(答) 装着及び撤去に係る費用は、区分番号「N014-2」牽引装置の所定点数に含まれ別に算定できない。

(事務連絡 平成 30 年 4 月 25 日)

(問 13) 前歯 3 歯以上の永久歯萌出不全に起因する咬合異常に対する歯科矯正については、埋伏歯開窓術を必要とするものに限るとされているが、埋伏している永久歯すべてに対して埋伏歯開窓術を必要とする場合に限られるのか。

(答) 埋伏歯のうち、少なくとも 1 歯に埋伏歯開窓術が必要な場合は、歯科矯正の対象として差し支えない。

(事務連絡 平成 30 年 7 月 10 日)

【特定薬剤】

(問 2) 特掲診療料の施設基準等の別表第十一において歯科点数表第二章第八部処置及び第九部手術に規定する特定薬剤として「口腔用ケナログ」が掲げられているが、ケナログ口腔用軟膏 0.1%の後発品であるオルテクサー口腔用軟膏 0.1%について特定薬剤として算定できるか。

(答) 算定できる。

(事務連絡 平成 31 年 1 月 30 日)

【特定保険医療材料】

(問 43) 平成 30 年度診療報酬改定において、歯科鑄造用ニッケルクロム合金又は歯科用ニッケルクロム合金線については、2 年間の経過措置の後に廃止する取扱いとなり、「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）の一部改正に伴う特定保険医療材料料（使用歯科材料料）の算定について」（平成 30 年 3 月 5 日保医発 0305 第 11 号）において、これらの特定保険医療材料料については平成 32 年 3 月 31 日までに限り算定できることが示されたが、未来院請求についてはどのような取扱いとなるか。

(答) 未来院請求についても、平成 32 年 3 月 31 日までに限り請求できる取り扱いである。

(事務連絡 平成 30 年 3 月 30 日)

【診療報酬明細書】

(問 21) 区分番号「I000-2」咬合調整に関する診療報酬明細書の記載事項について、留意事項通知の(1)のイからホまでのいずれに該当するものを記載することとなっているが、平成

(答) 差し支えない。

(事務連絡 平成 30 年 4 月 25 日)

30年9月診療分以前の電子レセプト又は書面による請求を行う場合において、「傷病名部位」欄から明らかである場合は記載を省略して差し支えないか。

(問22) 区分番号「I017」口腔内装置に関する診療報酬明細書の記載事項について、留意事項通知の(1)のイからリまでに規定するものの中から該当するものを記載することとなっているが、平成30年9月診療分以前の電子レセプト又は書面による請求を行う場合において、「傷病名部位」欄から当該装置の種類が明らかである場合は装置名(レセプト表示文言)の記載を省略して差し支えないか。

(問4) 初診料の注1に規定する施設基準を届け出ている保険医療機関は、診療報酬明細書の「届出」欄の「歯初診」を○で囲むことになっているが、初診料及び再診料の経過措置期間内に従来点数で算定する場合においても○で囲む必要があるか。

(答) 差し支えない。

(事務連絡 平成30年4月25日)

(答) 初診料及び再診料の経過措置期間である平成30年9月30日までの診療分に係る診療報酬明細書については、「届出」欄の「歯初診」を○で囲んでいなくても差し支えない。

(事務連絡 平成30年5月25日)

令和2年度診療報酬改定 Q&A

質 疑	回 答
<p>【歯科初診料及び歯科再診料について】</p>	
<p>Q1. 歯科外来診療における院内感染防止対策に係る職員研修を行っていることとあるが、関係職員が適切な研修を院外で受講している場合は、基準を満たすか。</p>	<p>A1 満たす。</p>
<p>Q2. 「歯科外来診療における院内感染防止対策に係る職員研修を行っていること」とあるが、歯科医師会等が主催する研修に職員が参加する必要があるのか。それとも院内で研修を行えばよいのか。</p>	<p>A2. 院内で研修を行えばよい。院外での研修を受講でも構わない。</p>
<p>Q3. 上記の質問で院内研修でよい場合、歯科医師が講師で研修を行えばよいのか。それとも外部の講師が必要となるのか。</p>	<p>A3. 院内の歯科医師で可。</p>
<p>Q4. 第2の7 1（4）及び（7）について、令和2年6月30日までに再届出が必要になるのか。</p>	<p>A4. 職員に対する院内感染防止対策の研修について、新たな届出は不要。</p>
<p>Q5. 職員研修が必要な「関係する職員」とは具体的にどのような者か。</p>	<p>A5. 診療室で診療補助、医療材料等の準備、器具等洗浄・滅菌等に従事する者。（受付業務のみを行う者は含まない）</p>
<p>Q6. 研修内容については、どのようなものか。</p>	<p>A6. 様式2－7に院内感染防止対策の研修のテーマの例を示しているので参考にされたい。</p>
<p>Q7. 施設基準について、「歯科外来診療における院内感染防止対策に係る職員研修を行っていること」が追加されましたが、これにより施設基準の再届出が必要となりますか。もし、再届出が不要である場合は、追加された基準の確認はどのような方法となりますか。</p>	<p>A7. 不要。7月報告において確認。</p>
<p>Q8. 職員研修は今回の改定で新設されるものであるが、その取り扱いはどうなるのか。</p>	<p>A8. 職員研修に係る施設基準は、届出ではなく7月報告とすることとしている。なお、現在注1の届出を行っている医療機関は7月報告までの間は本規定を満たしているものと見なすこととしている。</p>
<p>【歯科疾患管理料について】</p>	
<p>Q1. 「初診日の属する月から起算して6月を超えて歯科疾患の管理及び療養上必要な指導を行った場合」とされているが、初診月に歯科疾患管理料を算定し、その後継続して6月を超えて歯科疾患の管理等を</p>	<p>A1. （前半）算定出来る。（後半）最初の歯科疾患管理料を起点とするわけではない。</p>

行った場合のみ要件を満たすと考えてよいか。例えば、初診日の属する月の翌月に1回目の歯科疾患管理料を算定した場合は、その後6月を超えて歯科疾患の管理等を行ったとしても当該加算は算定できないという理解でよろしいか。

- Q2. 令和2年3月31日以前に初診日がある場合は、その属する月を当該加算の起算日として差し支えないか（例えば、令和元年10月1日初診であれば、令和2年4月1日に加算の算定は可能か）。
- Q3. 令和2年4月の時点で、初診月から6月を超えている患者さんの場合は、令和2年4月からいきなり長期加算を算定出来るのですか。
- Q4. 初診月から6月を超えた後は、歯科疾患管理料を算定する度に、毎回100点（あるいは120点）を加算できるということですか。それとも、6月を超えた後の最初の歯科疾患管理料の算定日に加算し、その後6月ごとに1回加算できるということですか。
- Q5. 算定要件の「初診日の属する月から起算して2月以内1回目に1回限り算定する」という文言が削除されたが、この理由で1回目の歯科疾患管理料が算定できなく6ヶ月以上継続的な管理しているような場合、4月以降は歯科疾患管理料を算定し、引き続き継続管理は可能か。
- Q6. 新設された長期加算については、4月の歯科疾患管理料算定から6月を超えた場合に算定要件を満たすと考えるがいかかか。
- Q7. 現行では、1回目の歯科疾患管理料は、「初診日の属する月から起算して2月以内に」算定することになっていましたが、令和2年4月以降は、初診から2ヶ月経過した後でも、初回の歯科疾患管理料を算定できるということですか。それならば、初診が6ヶ月より前の患者さんで、今まで一度も歯科疾患管理料を算定していない患者さんでも、令和2年4月になれば、初回の歯科疾患管理料（長期管理加算も？）を算定できるということですか。
- A2. 差し支えない。
- A3. そのとおり。
- A4. （前半）その通りです。
- A5. 4月以降、歯科疾患管理料及び長期管理加算を算定可能。
- A6. 初診日から6月を超えている場合には、4月以降、歯科疾患管理料及び長期管理加算を算定可能。
- A8. そのとおり。

【歯周病の包括管理】

Q1. SPT を実施して歯周組織の改善が認められたため、SPT の算定要件を満たさなく為った場合は、SPT から歯周病重症化予防治療に移行し歯周病の治療・管理ができるものとするのがいいか。

Q2. 歯周病重症化予防治療の算定後に、4mm 以上の歯周ポケットが確認された場合は、引き続き本区分を算定するのでしょうか。それとも、歯周病安定期治療などを算定することができるのでしょうか。

【非経口摂取患者口腔粘膜処置について】

Q 1. I029-3 に「口腔粘膜処置」があり、I029 と I031 でそれぞれ「口腔粘膜処置」という同一の文言が用いられているが、定義としてそれぞれの「口腔粘膜処置」が意味するものは異なるとの理解でよいか。

Q2. 在宅患者に行ったものであれば、「I029-2」在宅等療養患者専門的口腔衛生処置と「I031」非経口摂取患者口腔粘膜処置の処置内容は同様になり得るとの認識でよいか。その場合、非経口摂取患者に対して行ったものであれば、当区分で算定すべきとの認識でよいか（同じ内容であれば、月 1 回であれば在宅療養患者専門的口腔衛生処置で算定、月 2 回であれば非経口摂取患者口腔粘膜処置で算定することが想定される）。

A1. そのとおり。

A2. 歯周病安定期治療を算定することもある。（歯周病重症化予防治療は算定出来ない。）

A1. そのとおり。

A2. 「I029-2」在宅等療養患者専門的口腔衛生処置と「I031」非経口摂取患者口腔粘膜処置の併算定は不可。

# 歯周病の治療に関する基本的な考え方

(令和2年3月 日本歯科医学会)

## 1. はじめに

歯周病は小児から高齢者にまでみられる最も罹患率の高い疾患であり、歯を失う原因の第一位である。歯周病は主に歯周病原細菌により引き起こされる感染性炎症疾患であり、歯周組織（歯肉、セメント質、歯根膜、歯槽骨）の破壊を伴う。また、歯周病は生活習慣病としても位置づけられ、食習慣、喫煙、さらに糖尿病などの全身性疾患との関連が示唆されている。さらに、歯周病およびその治療が糖尿病、冠状動脈心疾患、誤嚥性肺炎などを始めとする全身性疾患に影響を与えることも明らかになってきていることから、適切な歯周病治療を行うことは国民の口腔保健の向上のみならず全身の健康を維持増進することにも寄与することとなる。

歯周病は合理的な検査・診断の後に歯周病治療の流れに従って適切に歯周病治療を実施する必要があることから、この「歯周病の治療に関する基本的な考え方」を作成する。

なお、本文書を作成するに当たり、特定非営利活動法人日本歯周病学会編の「歯周治療の指針2015」および「歯周病患者における再生治療のガイドライン2012」、「歯周病患者における抗菌療法の指針2010」を参考にした。

## 2. 歯周病とは

歯周病は歯肉病変と歯周炎とに大別される。さらに、歯周病には上記疾患のほかに壊死性歯周疾患、歯周組織の膿瘍、歯周-歯内病変、歯肉退縮、および強い咬合力や異常な力によって引き起こされる咬合性外傷が含まれる。

### 1) 歯周病の分類（『歯周治療の指針2015』p9-12を参照）

日本歯周病学会による歯周病分類システム(2006)による。

#### (1) 歯肉病変

##### ① プラーク性歯肉炎

デンタルプラーク（以下プラーク）中の細菌により引き起こされる歯肉に局限した炎症状態。歯槽骨の吸収、付着の喪失(アタッチメントロス)はない。歯肉組織にコラーゲン線維の破壊および炎症性細胞浸潤などが見られる。

##### ② 非プラーク性歯肉病変

細菌性プラーク以外の原因によって生じる歯肉病変。

##### ③ 歯肉増殖

###### a. 薬物性歯肉増殖症

原因となる薬物として、フェニトイン（抗てんかん薬・ヒダントイン系薬）、ニフェジピン（降圧薬・Ca拮抗薬）、シクロスポリンA（免疫抑制薬・カルシニューリン阻害薬）などがある。

###### b. 遺伝性歯肉増殖症

遺伝性の乳幼児期に発症する歯肉の増殖症。

#### (2) 歯周炎

##### ① 慢性歯周炎

歯周病原細菌によって生じるアタッチメントロスおよび歯槽骨吸収を伴う慢性炎症性疾患である。発症は概ね30歳代以降である。

##### ② 侵襲性歯周炎

全身的に健康ではあるが、若年期からの急速な歯周組織破壊（歯槽骨吸収、アタッチメントロス）を特徴とする歯周炎である。また、一般的にはプラークの付着量は少なく、患者によっては*Aggregatibacter actinomycetemcomitans*の存在比率が高く、家族内集積、生体防御機能や免疫応答の異常、などの二次的な特徴がある。

③ 遺伝疾患に伴う歯周炎

全身的な異常を伴う遺伝疾患の口腔内症状として発現する。家族性周期性好中球減少症、Down（ダウン）症候群、Papillon-Lefèvre（パピヨン・ルフェーブル）症候群などの遺伝疾患が該当する。

(3) 壊死性歯周疾患

① 壊死性潰瘍性歯肉炎

② 壊死性潰瘍性歯周炎

歯肉に壊死や潰瘍が認められ、偽膜形成や出血、疼痛、発熱、リンパ節の腫脹、悪臭などの症状を伴う。紡錘菌やスピロヘータあるいは*Prevotella intermedia*などとの関連が示されている。発症原因として不良な口腔衛生状態、ストレス、喫煙および免疫不全などが考えられる。また、HIV感染患者の口腔内所見としてみられることがある。

(4) 歯周組織の膿瘍

① 歯肉膿瘍

歯肉への外傷や感染が原因で引き起こされる、歯肉結合組織中に形成された膿瘍。

② 歯周膿瘍

深い歯周ポケットが原因で引き起こされる化膿性炎症によって形成された膿瘍。

(5) 歯周-歯内病変

歯内病変と歯周病変が相互に関係して生じた病変。

(6) 歯肉退縮

歯肉辺縁が根尖側に移動し、歯根表面が露出した状態。

(7) 咬合性外傷

強い咬合力により引き起こされる一次性咬合性外傷と、歯周組織破壊による歯周組織の支持力低下により通常の咬合力が外傷的に働く二次性咬合性外傷がある。

2) 歯周病治療に関する特徴

(1) 原因除去によって歯肉炎や歯周炎は改善あるいは進行停止する

原因除去療法を主体とした歯周基本治療によって、歯肉炎や歯周炎の進行が停止し、歯周組織は健康を回復する。しかしながら、中等度以上の歯周炎では、歯周外科治療および口腔機能回復治療を要する場合が多く、より複雑な歯周病治療が必要となる。

(2) 歯周病は再発や重症化しやすい疾患であることから継続管理としての歯周病重症化予防治療あるいはサポートィブペリオドンタルセラピー（SPT: 歯周病安定期治療）が不可欠である。

主病因であるプラークおよび様々な修飾因子が口腔内に常に存在することから、ポケット深さが4mm未満となっても炎症が残存する場合や、適切な歯周病治療を行っても深い歯周ポケットや根分岐部病変が残存する場合などは歯周病の再発や重症化の危険性が高い。したがって、良好な歯周組織を長期間維持するためには歯周病治療の一環として歯周病重症化予防治療やSPTといった継続管理が必要となる。また、治癒した場合には健康管理としてのメンテナンスが不可欠となる。歯周病重症化予防治療およびSPTは、歯科医療従事者によるプラークコントロール、スクレーピング・ルートプレーニング（SRP）、咬合調整などの治療が主体となる。一方、メンテナンスは、歯周病が歯周治療により治癒した後に、その再発予防を目的とした患者本人が行うセルフケア（ホームケア）と専門家が行うプロフェッショナルケア（専門的ケア）から成り立っている。

### 3. 歯周病治療の進め方

歯周病治療を合理的に行い良い結果を得るには、歯周病の原因と成り立ち及び歯周病治療の基本的な考え方を十分に理解して必要な検査を行い、診断を行う。その結果をもとに

患者の希望や全身状態等も考慮して適切な「治療計画」を立て、それに沿って治療を進めていくことが大切である。歯周病治療の流れは症例により異なる。図1に示す歯周病治療の流れは、一般的な歯周病治療の一例を示すものであり、症例によって適宜変更する必要がある。

## 1) 歯周病の検査、診断、治療計画の立案 (『歯周治療の指針2015』 p18-23を参照)

### (1) 医療面接

患者が来院した主な理由(主訴)を聞く。歯科治療を行う上で配慮すべき全身性疾患に関し、問診と視診を行い患者の全身の健康状態を把握する。主訴に関連する口腔内既往歴を聞くとともに口腔内の状態を調べる。

### (2) 患者紹介(診療情報提供)

歯周病の状態や全身状態によっては、病歴や治療経過などの診療情報を歯周病治療に精通した歯科医師や高次医療機関へ提供し、専門的な治療の依頼を行うことが必要になる。

### (3) 歯周病検査(初診時) (『歯周治療の指針2015』 p24-26を参照)

歯周病検査(初診時)は、診断と治療計画立案のために行う検査である。

#### ① 歯周基本検査

- a. ポケット深さ(プロービングデプス **probing depth: PD**): 1歯1点以上で測定し、記録する。
- b. **BOP(Bleeding on Probing)**: プロービング後30秒以内に出血してきた部位を記録する。
- c. 歯の動揺: **Miller**の動揺度の分類に従い0度から3度で示す。

#### ② 歯周精密検査

- a. ポケット深さ(プロービングデプス): 1歯4点以上で測定し記録する。
- b. **BOP**
- c. 歯の動揺
- d. 口腔清掃状態: **PCR(plaque control record)**を測定し記録する。

#### ③ エックス線検査

デンタルエックス線画像もしくはパノラマエックス線画像を基本とし、必要に応じて両者を組み合わせる。エックス線画像から読影すべき項目として、①歯槽骨の吸収程度、②骨吸収の形態、③歯冠歯根比、④歯根の状態(長さ、形態、彎曲度、分離度、離開度)などがあげられる。また、コーンビームCT(**CBCT: cone beam computed tomography**)は歯周組織の3次元的構造を検査することができることから、骨欠損形態や根尖病巣との関わりなどを知るうえで優れた検査法である。特に、歯周組織再生治療時には極めて有効な検査法となる。

#### ④ その他の検査

- a. 咬合検査: 歯列全体の咬合関係と外傷性咬合の有無などを調べる。
- b. 根分岐部病変: 複根歯を対象にエックス線画像、根分岐部用探針等で分岐部病変の進行を**Lindhe**と**Nyman**(3段階)分類あるいは**Glickman**(4段階)分類に分ける。
- c. プラークリテンションファクター: プラークの沈着を誘発する辺縁、形態不適合修復物、補綴装置や歯肉の形態異常などを検査する。
- d. 口腔内カラー写真: 歯肉の位置、炎症状態等の文章や数値で記載が難しい状態を記録し、治療段階での変化を確認する。患者に対しては有効なモチベーションのツールとなる。
- e. その他: 細菌検査(リアルタイム-PCR法、DNAプローブ法など)、歯肉溝滲出液の検査、**PISA**(歯周炎症表面積)等

### (4) 診断と治療計画の立案 (『歯周治療の指針2015』 p28-29を参照)

患者の全身状態を把握した上で、歯周病検査及びエックス線検査など、必要に応

じて行った検査結果をもとに診断を行う。治療計画はこの診断結果に基づき、予後を判定し、さらに患者の主訴や希望、術者の技術力などを総合し、最も適した治療内容と治療順序を立案する。患者には検査結果を示し治療計画を分かりやすく説明することが必要である。

## 2) 歯周基本治療 (『歯周治療の指針2015』 p34-44を参照)

歯周基本治療は、歯周病の病因因子とリスクファクターを排除して歯周組織の炎症を改善する原因除去治療である。歯周基本治療は歯周病治療の効果を高め、成功に導く重要な治療である。以下に主な内容を示す。

### (1) プラークコントロール

プラーク性歯肉炎と歯周炎の主要な原因は歯肉縁上および縁下のプラークである。このプラークを可能な限り除去し、その状態を維持することは、歯周病の治療と予防の根幹をなす。

- a. モチベーション: モチベーションは、患者自身によるプラークコントロールを成功させるうえでも、歯周病治療を成功させるうえでも、欠かすことができない。モチベーションは繰り返し行うことが必要であり、さらに時間の経過とともに効果が低下するので、定期的に強化することが大切である。
- b. ブラッシング指導: ブラッシングはセルフケアとして患者が行う最も重要な処置であり、繰り返して行う必要がある。また、歯ブラシだけでなく歯間ブラシ、デンタルフロス等の補助的清掃用具や洗口剤等の併用も患者個人に合わせて指導していくことが必要である。
- c. スケーリング(SC): 歯に付着した歯肉縁上のプラーク、歯石、その他の沈着物を、各種スケーラーを用いて機械的に除去することである。

### (2) スケーリング・ルートプレーニング(SRP)

SRPは歯周病罹患歯根面に付着した歯肉縁下歯石、および粗造で細菌やその代謝産物を含む病的なセメント質を除去し、生物学的に為害性の無い滑沢な根面にするのである。これにより歯肉縁下のプラークコントロールが行われる。

### (3) 咬合調整

咬合調整は咬合性外傷への対応として歯を削合することにより早期接触や咬頭干渉により生じた外傷性咬合を取り除き、咬合の安定を図る。過度な調整や予防的調整は行わない。調整に際しては、患者の同意を得る事が必要である。

### (4) 暫間固定

暫間固定は咬合性外傷を咬合調整のみでは改善できない場合、歯の動揺が強くみられる場合、歯周組織が破壊されて二次性咬合性外傷を生じやすい場合に行う。歯周外科処置の侵襲により一時的に歯の動揺が増し、治癒に影響を及ぼすことが考えられる場合には、術前に暫間固定を行うことがある。

### (5) プラークリテンションファクターの除去、咬合の安定

プラークの沈着を促進する因子となる不良修復物、補綴装置は早期に除去し修復あるいは補綴する必要がある。また、咀嚼が十分に行われない場合、咬合を回復することで残存歯の安静を図る必要がある場合には咬合機能回復を早期に行うことが必要となる。しかし、保存の可否等に問題がある場合、最終的な補綴装置の設計が不確実な場合には、歯周病治療用装置により一時的に咬合機能回復を行い、その後、最終的な補綴装置へと移行することが望ましい。

### (6) 歯周病治療用装置 (プロビジョナルレストレーション)

歯周病患者において歯の欠損が存在する場合や、抜歯や不適合修復・補綴物の除去を行う症例では、歯周病治療の適切な時期に、咬合機能と審美性を回復および残存歯の安静を図るために、暫間的な補綴治療を行う場合がある。これらの装置は、歯周病治療用装置とよばれ、義歯床形態あるいは冠形態の装置がある。

### (7) ブラキシズムの治療

歯周炎に、ブラキシズムによる咬合性外傷が合併すると病変が急速に進行し短期間に重度の歯周炎へと発展しやすい。この場合には、原因となる早期接触部のみを削合する小範囲の咬合調整や、オクルーザルスプリント（歯ぎしりに対する咬合床）の装着を行って経過を観察する。

- (8) 局所薬物配送システム（Local Drug Delivery System: LDDS）（『歯周病患者における抗菌療法の指針2010』を参照）

糖尿病患者など感染抵抗性が低い患者においては、歯周基本治療の初期に局所薬物配送システムを併用し感染を軽減させ、歯周病治療を進める場合がある。また、歯周基本治療後に4 mm以上の歯周ポケットが残存した場合にも、計画的に局所薬物配送システムを併用することがある。

- (9) 歯周病検査（SC後）

歯周病検査（SC後）は、プラークコントロール、スケーリング、外傷性因子の除去や是正などを行った後に、その治療効果を調べる目的で行う。その結果によって、必要がある場合にはSRPへと進むか、歯周病重症化予防治療あるいはメンテナンスを選択するかを決定する。

- (10) 歯周病検査（SRP後）

歯周病検査（SRP後）は、SRPを含む一連の歯周基本治療が終了した時に行う検査である。歯周基本治療の効果、治療に対する反応などを再評価し治療計画を修正する。歯周病重症化予防治療、SPTまたはメンテナンスに進むか、あるいは改善が不十分な部分に対して再度SRPを行うか、歯周外科治療を行うかを検討し、治療計画を修正する。歯周外科治療に進む場合には、歯周精密検査が必要となる。

- (11) 歯周病検査（再SRP、LDDS後）

歯周基本治療後に再度SRPなどを行った場合には歯周病検査（再SRP, LDDS後）を行い、その効果の確認を行う。検査結果によって歯周病重症化予防治療、SPTまたはメンテナンスに進むか歯周外科治療へと進むかを検討し、安易にSRPを繰り返さない。

### 3) 歯周外科治療（『歯周治療の指針2015』 p49-55を参照）

- (1) ポケット除去手術

ポケットの除去、減少を目的として行う歯周外科手術。

- ① 組織付着療法：歯肉軟組織が根面に付着するのを促すことを主目的とした手術法

- a. 歯周ポケット搔爬術

歯周ポケット内壁の炎症病巣とプラーク付着・歯石沈着している汚染歯根面を徹底的に搔爬、除去し、歯根面の滑沢化によって歯根面と歯肉壁面間とに新しい付着を図り、歯周ポケットを減少させる。比較的侵襲が少ないので、高齢者や合併症を有する症例にも適応可能である。

- b. 新付着術（Excisional New Attachment Procedure: ENAP）

ENAPは、メスを用いた歯周ポケット搔爬術の一種である。歯肉辺縁から歯周ポケット底に内斜切開を加えて歯周ポケット内壁を除去、歯根表面をスケーリング・ルートプレーニングした後、歯根面に歯肉を圧接して縫合する。

- c. 歯肉剥離搔爬術（フラップ手術）

歯肉弁（粘膜骨膜弁・全層弁）を剥離・翻転して直視下で不良肉芽を除去し、汚染歯根面のスケーリング・ルートプレーニングを行い、さらに必要に応じて歯肉や異常な歯槽骨の形態を整え、歯肉弁を適切な位置に復位縫合し、再付着をはかる方法である。

- ② 切除療法：歯肉組織の1部を切除し確実なポケットの除去を行う手術法

- a. 歯肉切除術

歯肉(仮性)ポケットもしくは浅い骨縁上の歯周(真性)ポケットの減少や除去を

目的として、外斜切開によって歯肉切除を行う方法である。

b. 歯肉弁根尖側移動術

付着歯肉の幅の増加およびポケットの除去を目的とする方法である。基本的な術式は、フラップ手術に準じるが、部分層弁を根尖側方向に移動させ、骨膜縫合を用いて歯肉弁を固定する。

(2) 歯周組織再生療法（日本歯周病学会編「歯周病患者における再生治療のガイドライン2012」参照）

歯周組織を再生させることを目標として行う手術で、1、2度の根分岐部病変や垂直性骨欠損(2、3壁性骨欠損)などが適応症である。

a. 歯周組織再生誘導法（GTR法）

b. 塩基性線維芽細胞増殖因子(bFGF; FGF-2)製剤を応用する方法

c. エナメルマトリックスデリバティブ(EMD)を応用する方法

(3) 歯周形成手術

付着歯肉の不足や喪失、浅い口腔前庭、辺縁歯肉への障害となる小帯や筋の付着などの解剖学的問題を改善することで、歯周病の治療と再発防止、プラークコントロールの行いやすい口腔内環境の確保、併せて審美性の改善を行うための手術の総称である。

a. 付着歯肉の獲得を目的とする手術

- ・ 歯肉弁根尖側移動術
- ・ 遊離歯肉移植術

b. 限局した歯肉退縮の改善を目的とする手術

- ・ 歯肉弁歯冠側移動術
- ・ 歯肉弁側方移動術
- ・ 遊離歯肉移植術
- ・ 結合組織移植術

c. 小帯の異常の改善を目的とする手術

- ・ 小帯切除術

注：歯周ポケットは存在しないが、口腔軟組織に異常が存在する場合には、適切な時期に歯周形成手術を行い、口腔環境を整える。また、ポケット除去、減少を目的とする手術や歯周組織再生療法後に口腔環境の不調和が生じた場合には、同部位に対して歯周形成手術を行い環境の改善を図る。

(4) 根分岐部病変の治療（『歯周治療の指針2015』 p56-57を参照）

LindheとNymanの根分岐部病変分類またはGlickmanの根分岐部病変分類による適切な診断のもと、歯周ポケットの除去とともに患者がメンテナンスできるような形態に分岐部を修正する。歯周炎により形成された分岐部病変に対する治療として、以下のようなものがある。

ファーケーションプラスティ、トンネリング、ルートリセクション、根分割抜歯（トライセクション、ヘミセクション）、歯根分割搔爬術(ルートセパレーション)、歯周組織再生療法などがある。

(5) 歯周外科におけるレーザーの応用

エルビウム・ヤグ(Er:YAG)レーザーは歯周外科治療時において、歯石除去を含む病的歯根面などのデブリドメント(debridement)に用いることができる。これにより照射面の殺菌やエンドトキシンの分解・除去効果も期待できる。

しかし、その使用に際して安全性に配慮しなくてはならない。レーザーを用いた歯周病治療に関しては、日本歯周病学会と日本レーザー歯学会監修のポジションペーパー(学会見解論文)「レーザーによる歯石除去」を参照すること。

(6) 部分的再評価（外科治療後）

歯周外科治療を行った後、治癒の状態を評価するために手術部位に対して行う検

査である。検査結果が良好であれば、この部の口腔機能回復治療を開始できる。

#### (7) 歯周病検査（外科治療後）

歯周病検査（外科治療後）は歯周外科治療が終了した時点で行う検査であり歯周精密検査で評価する。

検査の結果、歯周病が治癒したと判断した場合はメンテナンスへ、ポケット深さが4 mm未満となったが歯肉に炎症が残存する場合には歯周病重症化予防治療へと進む、病状安定（4 mm以上の歯周ポケットが存在するが歯肉に炎症が認められない状態）ではSPTへと移行する。また、必要がある場合には口腔機能回復治療へと進む。

#### 4) 口腔機能回復治療（『歯周治療の指針2015』 p60-63を参照）

歯周病患者において歯の欠損が存在する場合や、咬合の回復を必要とする症例では、歯周病治療の一環として、歯周病治療の適切な時期に咬合機能と審美性を回復するための補綴、修復治療を行うことができる。歯周病検査（外科手術後）後の口腔機能回復治療では、歯周病治療用装置等を装着した部位に対して最終的な口腔機能の回復のための補綴装置を製作する。

##### (1) 補綴装置

口腔清掃が行いやすく、歯周組織に炎症や咬合性外傷を誘発しない可撤性あるいは固定性の補綴装置を選択する。

##### (2) 歯周病検査（機能回復後）

歯周病検査（機能回復後）は口腔機能回復治療に長期間を要した場合など、治療終了時において歯周組織の状態が変化していないか確認する目的で行う。検査結果によって歯周病重症化予防治療、SPTまたはメンテナンスに進むかを決定する。

#### 5) 継続管理

歯周病は進行・再発しやすい疾患であることから重症化を予防し、安定した歯周組織を維持できるように患者のモチベーションを高め、歯科医学的な立場からプラークコントロールを中心とした日常生活上の指導を基盤とした継続的な疾患管理を行うことが重要である。継続管理は歯科医療従事者が行うプラークコントロール（プロフェッショナルケア）、SC、SRP、PMTCまたはPTC、咬合調整などを主体とした定期的な治療からなる。

継続管理を行うに当たっては必要に応じて歯周病検査（再評価）を行い症状の確認を行う。

##### (1) 歯周病重症化予防治療

SCやSRP後あるいは歯周外科治療後の歯周病検査の結果、ポケット深さが4 mm未満に改善したが、歯肉に炎症又はBOPが認められる場合には、歯肉炎から歯周炎への移行や歯周炎の重症化を抑制するために継続的管理である歯周病重症化予防治療を行う。これにより歯肉炎から歯周炎への移行や歯周炎の重症化を抑制できる。歯周病重症化予防治療期間中に病状の悪化が認められた場合には歯周病重症化予防治療を中断しSRPを行うか、歯周病安定期治療へ移行することがある。

##### (2) 歯周病安定期治療（SPT）（『歯周治療の指針2015』 p71-75を参照）

SCやSRP後あるいは歯周外科治療後の歯周病検査の結果において4 mm以上の歯周ポケットが散在するが、歯肉に炎症が認められない場合、あるいはBOPが認められない場合に病状安定と判定する。この状態を維持するために歯周病の進行度と関係なくSPTを行い管理していくことで歯周炎の重症化を抑制し歯周組織を維持安定できる。SPT期間中に病状の悪化が認められた場合には、必要に応じて歯周外科治療を行うことができる。

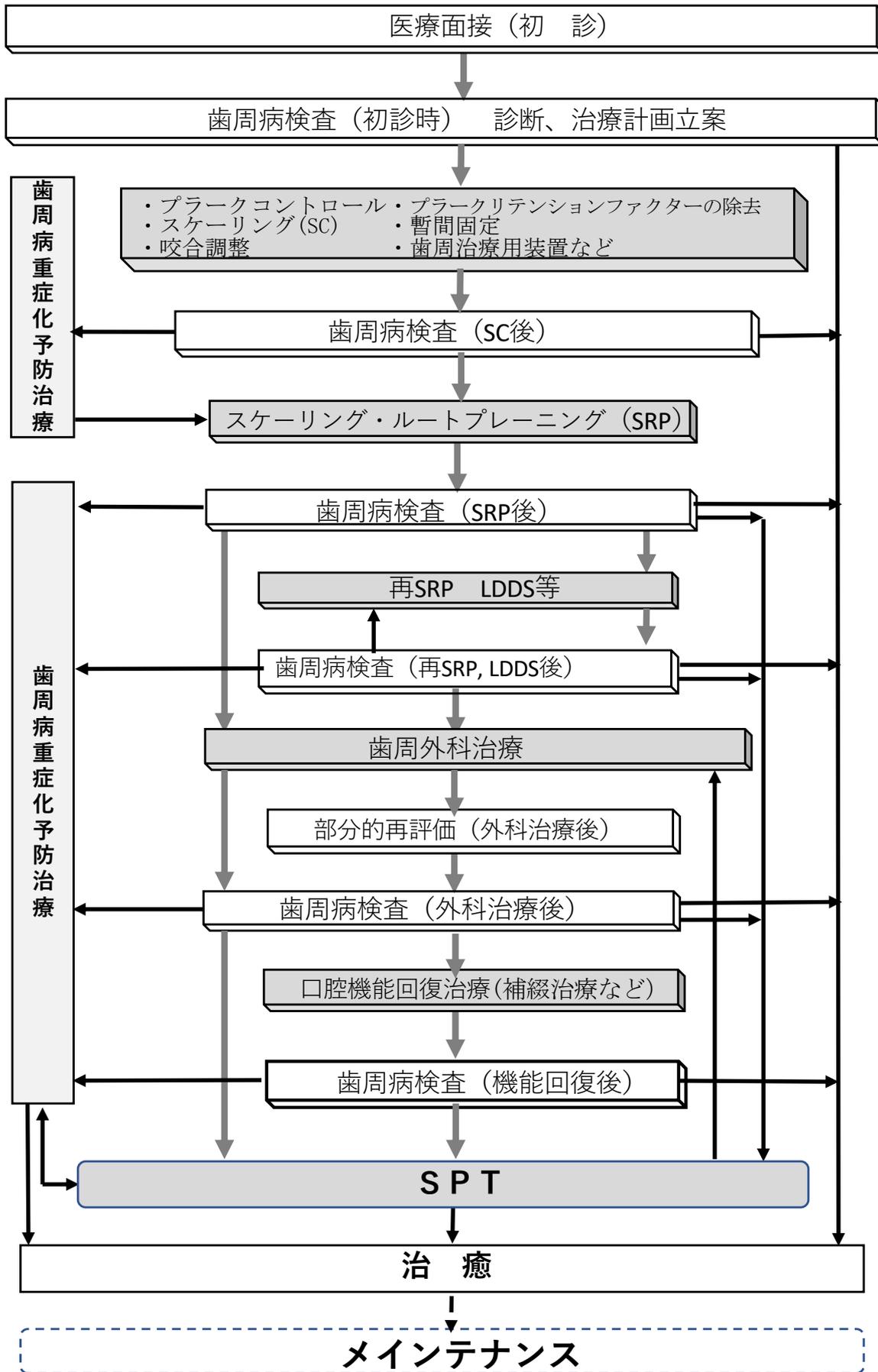
継続管理である歯周病重症化予防治療およびSPTの実施に際しては歯周病検査（再評価）を行い歯周組織の状態を把握する。治療内容は歯周基本治療とほぼ同じであるが、症状の変化に応じて必要な歯周病治療およびその他の治療（う蝕治療、歯内治療、補

綴治療など) を行う。

継続管理は患者との合意のもとで行う継続的治療であることから、その継続性が絶たれた場合には、歯周病検査の結果に基づき継続管理を終了し、再度治療計画を立案し改めて治療を開始することもある。なお、臨床的に歯周組織の健康が回復し、治癒と判断できた場合は、継続管理は終了となりメンテナンスに移行する。

#### 付記 メインテナンス

歯周病治療後に歯周ポケットが4 mm未満となり、歯肉に炎症が認められない場合、治癒と判断し、新たに歯周病が発症しないように継続的な管理を行うことをメンテナンスという。歯周病は再発しやすい疾患であり、メンテナンスにより、定期的な管理を行うことが必要である。



慢性歯周炎患者に対する一般的な歯周病治療の流れの一例を示す。  
 (点線は保険診療外を意味する。)

# ブリッジの考え方 2007

## 目次

- I ブリッジによる補綴治療法
- II ブリッジの適用条件
- III ブリッジによる補綴治療を行う際の診察ならびに検査項目
- IV ブリッジ治療の具備すべき条件
- V 咬合力の負担からみたブリッジの適応症と設計
- VI 支台歯相互の平行関係
- VII ブリッジの具体的設計
- VIII ブリッジの適応症の問題点
- IX その他のブリッジの取り扱い

### I ブリッジによる補綴治療法

ブリッジによる補綴治療法は欠損部に隣接する残存歯を支台歯として支台装置を作製し、その支台装置と歯の欠損部を補う人工歯、すなわちポンティックを連結させて、咬合を回復し、咀嚼機能障害、構音障害、審美障害などを回復する治療法である。ブリッジは加わる咬合力を、すべて維持を求めた支台歯が支え、負担するので歯根膜負担の補綴装置である。

### II ブリッジの適用条件

ブリッジによる補綴治療の適否は以下に示す条件によって定めることができる。

1. 支台歯となる歯がブリッジによる補綴治療に適した本数存在していること。
2. 支台歯となる歯は作製するブリッジの咬合負担等に十分耐え得る歯根および骨植であり、歯軸方向、位置、排列状態も適切であること。
3. 支台歯は支台装置の作製が可能であること。
4. 補綴すべき欠損部がブリッジによる治療を行うのに支障がないこと。
5. 歯の欠損部の補綴装置にブリッジに適した配置、排列及び構造を与え得ること。
6. 歯の欠損部の歯槽堤の退縮の程度及び状態が、ブリッジによる治療を行うのに支障がないこと。
7. 対合歯との咬合状態がブリッジによる治療を行うのに支障がないこと。
8. 口腔内の衛生状態がブリッジによる治療を行うのに支障がないこと。
9. 患者の職業・習慣、食生活、受療条件などがブリッジによる治療を行うのに支障がないこと。

などである。

### Ⅲ ブリッジによる補綴治療を行う際の診察ならびに検査項目

ブリッジによる補綴治療の適否の判定や設計に際しては、前項のブリッジの適用条件中の諸事項に基づいて、種々の面からの正確な診察ならびに検査を行い、診断の資料としなければならない。

その項目を列挙すると、

1. 年齢、性別、職業、生活環境、口腔清掃状態、食習慣
2. 体質、性格、固有習癖、一般的健康状態（特に慢性疾患の有無）
3. 患者の希望と補綴の既往歴
4. 審美性（顔貌、表情との関係）
5. 発音、音声、言語
6. 残存歯
7. 咬合関係および歯列の状態
8. 支持組織の状態
9. 欠損部顎堤の状態
10. 顎堤を覆う粘膜の状態
11. その他の口腔内の状態

### Ⅳ ブリッジ治療の具備すべき条件

ブリッジ治療の具備すべき条件は、

1. 解剖学的形態を整えること
2. 咬合関係に調和すること
3. 生理的諸機能を回復すること
4. 咬合力その他の外力に耐え得ること
5. 審美性を回復すること
6. 負担過重により支台歯に為害作用を与えないこと
7. 支台装置は適合が良好なこと
8. 歯周組織に為害作用を与えないこと
9. 二次齲蝕を防止できること
10. 異物感のないこと
11. 清潔に保たれること

などである。

## V 咬合力の負担からみたブリッジの適応症と設計

ブリッジは、それに加わる咬合力がすべて支台歯、歯根膜を通じて歯槽骨に伝達される機構をもつ歯根膜負担性の補綴装置である。咬合力は支台歯自体に加わる力とポンティックに加わる力が相乗されたものとなり、これらの咬合力に対し、ブリッジが変形したり破折することなく機能することが要求される。

ブリッジによる補綴治療の成功・不成功を決定する大きな因子は各支台歯の咬合力負担能力であり、それは歯根膜の表面積に比例するものと考えられている。そのためブリッジの設計に当たっては、使用できる支台歯の歯周組織がどのくらい健康であるかを見極めることが重要である。

ブリッジの設計については、“固定性ブリッジを計画するに当たって、補綴歯に相当する歯の歯根膜の面積の総和に対して、支台歯の歯根膜の面積の総和は、同等ないし大きくなければならない”とする 1930 年に Ante が発表した法則があり、この法則に従って、Duchange や Vest 等によって、各々の歯に負担能力の指数が与えられている。しかし、これらの指数はいずれも健全歯の咬合力負担能力あるいは歯根膜の表面積から算出したものとして考えるべきである。

また、隣在歯の欠損によって隣接面接触点が消滅すること、根管治療を行った歯の咬合力負担能力は健全歯に比べ低下すること、歯周疾患に罹患した歯は歯槽骨の吸収程度に比例して咬合力負担能力が著しく低下することなどから、上記の指数は各支台歯の状況を勘案した上で使用することが重要である。

そこで、設計にあたっては、支台歯の処置状況をみながら、健全歯の歯質の切削量を減少させることができるかどうか考慮することも必要である。

咬合圧に対する各歯の負担能力には限界があるので、その限界を越える場合は負担過重により、予後不良の結果となることは当然である。負担能力の限界を越えたり、または支台歯となる歯の状態、上下顎の咬合状態などにより、ブリッジによる補綴治療ができない場合がある。

ブリッジの適応症は中間型の 1 歯欠損に対し、隣在する 2 歯に維持を求めることが原則となっているが、临床上、欠損形態に種々のものがあり、さらに欠損部の歯種、部位、支台歯の歯種、位置、数などにより咬合力負担能力もそれぞれ異なる。したがって、本項では Duchange の修正法による指数に対し、さらに修正を加えた指数（表 1）について解説すると共に基本的欠損型についての設計例を示す。

ブリッジの適否を判定するのに各支台歯とポンティックとの間に以下のような関係が成立する。

$$\text{ブリッジの抵抗力}(r) = R - (F + F \cdot S)$$

R = 支台歯の抵抗(resistance)

F = ポンティックの疲労(fatigue)

F · S = 補足疲労(fatigue supplement)

表1 ブリッジの抵抗性の判定に用いる指数

(Duchange の修正法を基本としてさらに修正を加えた指数)

指数 (上顎)	2	1	5	4	4	6	6	4
歯種	1	2	3	4	5	6	7	8
指数 (下顎)	1	1	5	4	4	6	6	4

1. 補足疲労について

補足疲労 (F・S) についての評価はいくつか示されているが、本項では以下のよう  
に定める。

- a. 弧状になっている前歯部を含む2歯以上の連続するポンティックの場合、支台  
歯間を結んだ直線からポンティックが外側に突出するため、ポンティックに加わ  
る咬合力によってテコの作用が支台歯におよび、支台歯に加わる疲労が増すこと  
となる。したがって、このような場合、補足疲労 (F・S) として支台歯から1  
歯目のポンティックに対して1、2歯目に対しては2としてポンティックの疲労  
(F) に加える。
- b. 遊離端欠損の場合も、一方に支台歯がないため、ポンティックに加わる咬合力  
は支台歯にテコの作用を及ぼす。やむなく遊離端 (延長) ブリッジを作製する場  
合、ポンティックは1歯のみで支台歯は2歯以上とし、補足疲労 (F・S) はポ  
ンティックとなる歯の指数の1/2とする。

2. ブリッジの中間に設定される支台歯の抵抗 (R) について

2カ所以上の欠損部位を連ねてブリッジを作製する場合、ポンティックの中間に存  
在する支台歯が1歯のとき、その抵抗 (R) は指数の1/2として計算する。

3. 判定条件

以上の条件で計算して得られた数値が以下の2つの条件を満たす場合に、ブリッジ  
が咬合力に耐えられると判定する。

- a. ブリッジの抵抗力(r)が0以上であること。
- b. ブリッジの1側の支台歯のRの総計が、隣接するポンティックのF及びF・S  
の総計の1/3以上であること。  
ただし、遊離端ブリッジ (延長ブリッジ) については適用しない。

次にいくつかの設計例を挙げて、判定法を解説する。

○ : 支台歯 ● : ポンティック ▲ : 半歯分のポンティック

例1) 1 2 3

○●○

[判定条件 a]

R : 2 5

R = 2 + 5 = 7

$$F : 1$$

$$F \cdot S : 0$$

$$F = 1$$

$$F \cdot S = 0$$

$$r = 7 - 1 = 6$$

[判定条件 b]

$$R(\underline{\quad} \underline{1}) = 2 > F / 3 = 1 / 3$$

$$R(\underline{\quad} \underline{3}) = 5 > F / 3 = 1 / 3$$

となり、条件 a、b を満たし、負担能力があると判定する。

例 2) 3 2 1 | 1 2 3

○○● ●●○ [判定条件 a]

$$R : 5 \quad 1 \quad 5 \quad R = 5 + 1 + 5 = 11$$

$$F : 2 \quad 2 \quad 1 \quad F = 2 + 2 + 1 = 5$$

$$F \cdot S : 1 \quad 2 \quad 1 \quad F \cdot S = 1 + 2 + 1 = 4$$

$$r = 11 - (5 + 4) = 2$$

[判定条件 b]

$$R(\underline{3} \underline{2} \underline{\quad}) = 6 > (F + F \cdot S) / 3 = (5 + 4) / 3$$

$$R(\underline{\quad} \underline{3}) = 5 > (F + F \cdot S) / 3 = (5 + 4) / 3$$

となり、条件 a、b を満たし、負担能力が十分であると判定する。

例 3) 5 6 7

○○▲

| 7 の遊離端ポンティックは半歯として認められる

[判定条件 a]

$$R : 4 \quad 6 \quad R = 4 + 6 = 10$$

$$F : 3 \quad F = 3$$

$$F \cdot S : 1.5 \quad F \cdot S = 1.5$$

$$r = 10 - (3 + 1.5) = 5.5$$

[判定条件 b]

遊離端ブリッジは判定の対象としない。

となり、条件 a を満たし、負担能力が十分であると判定する。

例 4) 4 5 6

●○○

[判定条件 a]

$$R : 4 \quad 6 \quad R = 4 + 6 = 10$$

$$\begin{array}{l}
 F : 4 \\
 F \cdot S : 2 \\
 F = 4 \\
 F \cdot S = 4 / 2 = 2 \\
 r = 10 - (4 + 2) = 4
 \end{array}$$

[判定条件 b]

遊離端ブリッジは判定の対象としない。

となり、条件 a を満たし、負担能力が十分あると判定する。

例 5)  $\underline{\quad 1 \ 2 \ 3 \ 4 \ 5}$   
 $\quad \quad \quad \bigcirc \bullet \bigcirc \bullet \bigcirc$

$\underline{\quad 3}$  は中間支台歯となるので  $R = 5 / 2 = 2.5$  となる。

[判定条件 a]

$$\begin{array}{l}
 R : 2 \quad 5/2 \quad 4 \\
 F : 1 \quad 4 \\
 F \cdot S : 0 \\
 R = 2 + 2.5 + 4 = 8.5 \\
 F = 1 + 4 = 5 \\
 F \cdot S = 0 \\
 r = 8.5 - 5 = 3.5
 \end{array}$$

[判定条件 b]

$$R(\underline{\quad 1}) = 2 > F / 3 = 1 / 3$$

$$R(\underline{\quad 5}) = 4 > F / 3 = 4 / 3$$

となり、条件 a、b を満たし、負担能力が十分あると判定する。

以下に条件を満たさない 3 例を挙げて、解説する。

例 6)  $\underline{\quad 2 \ 3}$   
 $\quad \quad \quad \bullet \bigcirc$

[判定条件 a]

$$\begin{array}{l}
 R : 5 \\
 F : 1 \\
 F \cdot S : 0.5 \\
 R = 5 \\
 F = 1 \\
 F \cdot S = 0.5 \\
 r = 5 - (1 + 0.5) = 3.5
 \end{array}$$

[判定条件 b]

遊離端ブリッジは判定の対象としない。

となり、条件 a は満たしているが、支台歯が  $\underline{\quad 3}$  の 1 歯のみであることから不可となる。

$\underline{\quad 4}$  を支台歯として追加することにより可能となる。

その結果、 $\underline{\quad 2 \ ③ \ ④}$  のブリッジは、

$$r = 5 + 4 - (1 + 0.5) = 7.5$$

となり、安定が得られる。

例 7)  $\underline{\quad 1 \ 2 \ 3 \ 4 \ 5}$   
 $\quad \quad \quad \bigcirc \bullet \bullet \bigcirc \bigcirc$

[判定条件 a]

$$R : 2 \quad 4 \quad 4 \quad R = 2 + 4 + 4 = 10$$

$$\begin{aligned}
 F &: 15 & F &= 1 + 5 = 6 \\
 F \cdot S &: 11 & F \cdot S &= 1 + 1 = 2 \\
 r &= 10 - (6 + 2) = 2
 \end{aligned}$$

[判定条件 b]

$$\begin{aligned}
 R(\underline{1}) &= 2 < (F + F \cdot S) / 3 = (6 + 2) / 3 \\
 R(\underline{45}) &= 8 > (F + F \cdot S) / 3 = (6 + 2) / 3
 \end{aligned}$$

となり、条件 a は満たしているが、条件 b で 1 の支台歯の負担能力が不足なので 1 を支台歯として追加する必要がある。その結果、① | ① 2 3 ④ ⑤ のブリッジは、

$$\begin{aligned}
 r &= 12 - (6 + 2) = 4 \\
 R(\underline{1 | 1}) &= 4 > (F + F \cdot S) / 3 = (6 + 2) / 3
 \end{aligned}$$

となり安定が得られる。

例 8)  $\overline{\quad\quad\quad}$   
 $\quad | 1 2 3 4 5 6$   
 $\quad \bigcirc \bigcirc \bullet \bullet \bigcirc \bigcirc$  [判定条件 a]  
 $R : 11 \quad 46 \quad R = 1 + 1 + 4 + 6 = 12$   
 $F : 54 \quad F = 5 + 4 = 9$   
 $F \cdot S : 11 \quad F \cdot S = 1 + 1 = 2$   
 $r = 12 - (9 + 2) = 1$

[判定条件 b]

$$R(\underline{1 | 2}) = 2 < (F + F \cdot S) / 3 = (9 + 2) / 3$$

$$R(\underline{5 | 6}) = 10 > (F + F \cdot S) / 3 = (9 + 2) / 3$$

となり、条件 a を満たすが、判定条件 b で 1 2 の支台歯の負担能力が不足しているた

め、2 1 | を支台歯として追加する必要がある。

その結果、② ① | ① ② 3 4 ⑤ ⑥ のブリッジは、

$$r = 14 - (9 + 2) = 3$$

$$R(\underline{2 1 | 1 2}) = 4 > (9 + 2) / 3$$

となり、安定が得られるが、支台歯の犠牲が大きいので部分床義歯等の適用を検討すべき例と思われる。

以上、いくつかの設計例をあげて、支台歯の負担能力の判定法について述べた。

ただ、前述したように、この指数はあくまでも支台歯が健全で歯周疾患に罹患していない場合が前提となっている。したがって、根管処置や歯周疾患の処置を行っている場合は、対合関係、咬合面形態に十分な配慮が必要である。

なお、このようにして各々の症例について、この算定方式を当てはめてブリッジを設計すると、支台歯の数はかなり多くなる場合も生じる。支台歯が多くなると支台歯形成時の平行性の維持が難しくなる上、健全歯の犠牲も多くなる。

設計時にはこのようなことも十分考慮して、ブリッジのみに固執することなく、部分床義歯の適用なども検討すべきである。

#### 4. その他（歯根を分割した大白歯に対するブリッジの適用について）

歯根の分割抜去を必要とする大白歯は“3. 分割歯を支台歯とする場合の問題点”の中でも述べられているように歯周疾患に罹患していたり、根分岐部病変を有している歯である。したがって、このような歯は口腔内の他の歯に比べて十分な健康管理を必要とし、清掃性および咬合力負担など特別な配慮をしなければならない。

そのような歯を対象としてブリッジを設計する必要が生じた場合、ブリッジの抵抗性の判定に用いる指数は以下のように考えられる。

##### a. 下顎大白歯について

1) 分割した歯根を支台歯とする場合の抵抗 (R) = 2

2) 欠損した歯根部のポンティックの疲労 (F) = 4

##### b. 上顎は3根あるが、2根が残っている場合に支台歯として利用できる。

1) 分割した歯根を支台歯とする場合は1本について、その抵抗 (R) = 1 とする。

2根を支台歯とするので R = 2 となる。

2) 欠損した歯根部のポンティックの疲労 (F) = 4

次にその設計を示す。

例1)  $\overline{\quad\quad\quad}$   
| 6 6 7

○●○

[判定条件 a]

R : 2 6

$R = 2 + 6 = 8$

F : 4

$F = 4$

$r = 8 - 4 = 4$

[判定条件 b]

$\overline{\quad\quad\quad}$   
 $R ( | 6 ) = 2 > F / 3 = 4 / 3$

$$R(\overline{| 7}) = 6 > F/3 = 4/3$$

となり、条件 a、b を満たし、負担能力があると判定する。

例 2)  $\overline{| 6 6 7 8}$   
 $\quad \quad \quad \bigcirc \bullet \bullet \bigcirc$   
R : 2 4  
F : 4 6

[判定条件 a]  
 $R = 2 + 4 = 6$   
 $F = 4 + 6 = 10$   
 $r = 6 - 10 = -4$

となり、条件 a で  $r < 0$  となるので不可。| 5 を支台歯として追加する必要がある。

その結果、 $\overline{| \textcircled{5} \textcircled{6} 6 7 \textcircled{8}}$  のブリッジは、  
 $r = 10 - 10 = 0$

$$R(\overline{| 5 6}) = 6 > F/3 = 10/3$$

$$R(\overline{| 8}) = 4 > F/3 = 10/3$$

となり、安定が得られる。

例 3)  $\overline{| 6 6 7}$  (口蓋根および近心頬側根残存、遠心頬側根欠損)  
 $\quad \quad \quad \bigcirc \bullet \bigcirc$   
R : 2 6  
F : 4

[判定条件 a]  
 $R = 2 + 6 = 8$   
 $F = 4$   
 $r = 8 - 4 = 4$

[判定条件 b]

$$R(\overline{| 6}) = 2 > F/3 = 4/3$$

$$R(\overline{| 7}) = 6 > F/3 = 4/3$$

となり、条件 a、b を満たし、負担能力があると判定する。

例 4)  $\overline{| 4 5 6 6}$  (近遠心頬側根残存、口蓋根欠損)  
 $\quad \quad \quad \bigcirc \bullet \bigcirc \bigcirc$  “注” 口蓋根の欠損はポンティックを設計する必要がない。  
R : 4 1 1  
F : 4

[判定条件 a]

$$R = 4 + 2 = 6$$

$$F = 4$$

$$r = 6 - 4 = 2$$

〔判定条件 b〕

$$R (\underline{\quad 4}) = 4 > F / 3 = 4 / 3$$

$$R (\underline{\quad 6 \quad 6}) = 2 > F / 3 = 4 / 3$$

となり、条件 a、b を満たし、負担能力があると判定する。

以上、歯根を分割抜去した歯を対象としてブリッジを設計する例を示したが、前にも述べたように、このような歯は各々の症例によって条件が多様で、歯根の形状や歯槽骨の吸収状態などによって、ここで示している指数をさらに減じて設計しなければならない場合もある。設計に当たっては各々の症例の内容を十分検討して安全を期すことが重要である。

## VI 支台歯相互の平行関係

ブリッジには固定性ブリッジ、半固定性ブリッジ、可撤性ブリッジなど種々のものがあるが、いずれの場合も、その支台歯ならびにその支台歯相互の平行関係について考慮をほらなければ、ブリッジを作製し、装着することはできない。とくに支台歯相互の歯軸の平行性を著しく欠く場合には、あえて固定性ブリッジを作製することよりもむしろ半固定性ブリッジ、あるいは可撤性ブリッジを作製することを検討すべきである。

## VII ブリッジの具体的設計

前述した各項目の事項、ブリッジの適応症などを認識した上で、それに基づいて具体的な設計を行わねばならない。支台装置と歯の欠損部を補う人工歯、すなわちポンティックを連結させて、橋梁的なブリッジとして、咬合を回復し、咀嚼機能障害、構音障害、審美障害などを回復するには、

### 1. ブリッジの種類を選定

固定性ブリッジ、半固定性ブリッジ、可撤性ブリッジ

### 2. 支台装置を選定

全部鑄造冠、前装鑄造冠、部分被覆冠、インレー、等

### 3. ポンティックを選定

完全自浄型（離底型）、半自浄型（リッジラップ型、偏側型、船底型）、  
非自浄型（鞍状型、有床型、等）

### 4. 連結方法を選定

一塊鑄造法、ろう付け法、アタッチメント、等

### 5. 使用材料を選定

金属、前装材料、等  
などを詳細に検討し、患者の口腔内に装着後、長期にわたって機能を果たすブリッジの設計を行わねばならない。

## VIII ブリッジの適応症の問題点

適応症の問題点として以下の7項目について解説する。

1. 智歯を支台歯とする場合の問題点
2. 遊離端（延長）ブリッジ設計の問題点
3. 分割歯を支台歯とする場合の問題点
4. ブリッジの設計に関係する動揺歯についての考え方
5. 犬歯欠損症例の考え方
6. 3歯欠損以上の症例についての考え方
7. 間隙が歯式上よりも少ない場合の考え方

### 1. 智歯を支台歯とする場合の問題点

ブリッジの支台歯として、智歯には次のような問題が考えられる。

- a. 歯冠、歯根の平均的な大きさは、第1、第2大臼歯より小さい。また、歯根の形態的変異がみられ、大きい歯根は融合する傾向を示し、円錐状を呈する単根の頻度も高い。
- b. 上顎智歯では頬側への、下顎智歯では近心あるいは舌側への傾斜の頻度が高い。また歯列弓をはずれた転位も多い。このようなことから平行性が得られないこと、位置が不正であることによって、支台歯として用いることが難しい場合が少なくない。
- c. 器械、器具が操作しにくいという位置的条件のため、正確な支台歯形成が難しく、ブラッシングの徹底も困難である場合が多い。

以上のことは、智歯の支台歯への利用に関してスタディモデル、エックス線写真等による的確な診断と治療計画の検討が肝要であることを意味するものであり、その際、これらの上記事項は十分考慮すべきである。そこで、智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、転位等により総合的な判断を下す必要がある。

### 2. 遊離端（延長）ブリッジの設計の問題点

一端で支台歯に連結された片持ち式のポンティックを有する遊離端ブリッジは、テコの作用によって支台歯の負担過重を招くことから、原則的には好ましくない方法である。

たとえば、具体的設計例として上下顎第2大臼歯欠損に対して第1大臼歯・第3大臼歯を支台歯とするブリッジは十分適応となっている。しかし、第1大臼歯のみを支台歯とする遊離端ブリッジは適切でないが、第2小臼歯・第1大臼歯を支台歯として求めれ

ば一応適応あるいは条件によっては適応とされている。

すなわち力学的には、両持ち式のポンティックに比べて、片持ち式ポンティックの場合は支台歯に4倍の回転モーメントが加わる計算となる。そこで上の例では、さらに第1小臼歯を支台歯として加えることが薦められている。

遊離端ブリッジの設計方針は、基本的にはこの原則に従うべきものと考えられるが、遊離端ブリッジが許される条件にするためには、ポンティックに加わる負担を軽減する目的で咬合面の縮小、すなわち近遠心径及び頬舌径の縮小さらに対合歯との接触関係を最小限にすることが必要である。さらに、対合歯が天然歯であるか、可撤性義歯であるかという対合歯の問題もブリッジの設計を検討する場合の重要な要素の一つである。

### 3. 分割歯を支台歯とする場合の問題点

上下顎大臼歯において分割抜去が行われた歯根が支台歯として利用可能であり、良好的な臨床経過をたどるものがあることは確かである。しかし、分割歯を支台歯とする場合には、次のような点について考慮する必要がある。第1に、分割歯には当然、歯根を分割抜去しなければならなかった原因があり、負担能力の低さが考えられる。第2に、2根をもつ下顎大臼歯は、分割抜歯後に1根が利用されるが、上顎大臼歯では3根のうち、どの歯根ならばよいかという問題がある。このことに関しては、3根のうち2根が利用できるという条件が一応の目安と考えられる。しかし、ブリッジの形態に関しては、頬側2根のうち1根と口蓋根を利用する場合には、解剖学的形態に近い咬合面を与えやすいのに対して、頬側2根の場合には咬合面の口蓋側を大幅に縮小した形となるために、解剖学形態の再現は困難である。

#### 歯根分割、分割抜去

基本原則：歯周疾患罹患歯で根分岐部病変を有する複根歯において、必要があつて歯根分割（ルートセパレーション、**Root separation**）あるいは分割抜去（ヘミセクション、**Hemisection**、トライセクション、**Trisection**）を行う場合は、以下の注意事項を十分に検討し、安全性を見込んで単独歯あるいは支台歯として使用すべきである。

各々の歯の支持組織の負担を軽減し、かつ安静に保ち、歯槽骨の吸収を予防し、治癒を促進させることを目的とし、安易に使用してはならない。

なお、歯周疾患を原因とせず、根分岐部病変の歯に対しても同様の取扱いとする。

注意事項：歯冠形態を考慮し、自浄性および清掃性の向上を図る。

必要に応じ、前後に骨植堅固な歯を補強として求める。

対合歯との関係を精査して設計し、必要に応じて対合歯を調整・処置する。

プラークコントロールのやり易い形態を考慮し、さらに清掃方法の指導と確認、噛み方指導、定期的観察を行う。

#### 4. ブリッジの設計に関係する動揺歯についての考え方

臨床では、ブリッジの設計に際して動揺歯を支台歯としてブリッジの中に取り込むべきか否かを迷う場合がある。歯周疾患罹患歯の動揺防止の目的で行われる永久固定の有効性から、動揺歯の利用あるいは保護を目的とするブリッジの合理性が論じられる場合もある。しかし、欠損歯の補綴を目的とする通常のブリッジと動揺歯の固定を目的とする治療装置とは本来視点を異にして、別の場で論じられるべきである。

具体的設計に際して、支台歯の負担能力の評価ないし判定は、歯科医師は総合的観点から行うべきであるが、本稿で設計の基準として示している指数は、当然のことながら歯周組織の健全な歯を対象としたものであり、これに基づいて設計がなされている。

そこで、動揺歯を支台歯としてブリッジの設計に組み入れることは、支台歯の予後不良にする危険性の高い因子を取り込むことになるので、特段の場合を除いて推奨されないが、実施する場合には症例、設計、管理等に十分に注意を払うことが必要である。

#### 5. 犬歯欠損症例の考え方

犬歯の支台歯としての負担能力は、小臼歯と同等あるいはそれ以上と高い評価が与えられている。これは、ブリッジの設計上、支台歯として犬歯が重要であることを意味しているが、その反面、ポンティックとなった場合の負担も大きく見積もられている。したがって、犬歯欠損症例に対しては、この点を十分考慮に入れた設計を行わなければならない。さらに、前方運動および側方運動のガイドという観点や、審美的観点から犬歯をできるだけ切削しないで保存することについても考慮すべきである。

#### 6. 3歯欠損以上の症例についての考え方

3歯欠損以上の症例は連続して欠損している症例と、中間に支台歯を挟み、その欠損歯の合計が3歯以上になっている症例とに分けられる。ブリッジの中で最も安定している症例としては、中間型の1歯欠損である臼歯部の第1大臼歯が欠損し、前後の2歯を支台歯としたものがあげられる。

欠損歯が2歯、3歯と連続した症例を考えると、その欠損部のポンティックを支えるためには支台歯に大きな負担が加わることになり、支台歯を増やしたとしても、全体が長くなり、咬合力によってブリッジ全体がたわむことが考えられる。このようにブリッジ全体がたわむと支台歯に加わる力は遊離端（延長）ブリッジの場合に近くなり、テコの作用として働くことになる。したがって、安全度から考えると、臼歯部の連続欠損は2歯までとすべきである。前歯部については歯列がアーチ状の形態をしているため、連続した欠損部のポンティックは歯数が多くなるほど支台歯の支点間を結んだ直線の外側に突出するため、加わる力は支台歯に対するテコの作用として働く。

したがって、歯列のアーチの中でも特に外側に突出し、負担能力の大きい犬歯を含む連続欠損は臼歯部と同様に2歯までと考えるべきである。しかし、上下顎の正中部を境に両側の中切歯、側切歯が欠損している場合、欠損歯数は多くなるが、支台歯を両側の

犬歯及び小臼歯部に設定することにより、比較的良好な安定が得られると考えられる。このため、このような連続欠損は症例によっては、3歯、4歯でも不可能ではない。ただし、その場合は臼歯部の咬合支持が確保されていて、前歯部に大きな咬合力の加わらないことが条件となる。

#### 7. 間隙が歯式上よりも少ない場合の考え方

支台歯の抵抗としての指数は、歯根膜の表面積から算出したものであるが、欠損部については歯が存在したときの歯根膜の表面積には関係なく、欠損が生じた部分の幅径から算出されるものと考えられる。

例えば、矯正治療を行った患者で、第1小臼歯は欠損しているものの、歯列としては間隙がない場合において、仮に第2小臼歯を抜歯してブリッジを作製・装着する症例を想定し、第1、第2小臼歯の2歯欠損として扱う場合と、1歯欠損として扱う場合を、以下に示す。

#### 例1-1) 第1、第2小臼歯の2歯欠損として扱う場合

<u>  3  4  5  6</u>	
○●●○	〔判定条件 a〕
R : 5   6	$R = 5 + 6 = 11$
F : 4   4	$F = 4 + 4 = 8$
F · S : 0	$F · S = 0$
	$r = 11 - 8 = 3$
	〔判定条件 b〕
	$R (\underline{3}) = 5 > F / 3 = 8 / 3$
	$R (\underline{6}) = 6 > F / 3 = 8 / 3$

となり、条件 a、b を満たし、負担能力が十分あると判定する。

#### 例1-2) 第1小臼歯の1歯欠損として扱う場合

<u>  3  5  6</u>	
○●○	〔判定条件 a〕
R : 5   6	$R = 5 + 6 = 11$
F : 4	$F = 4$
F · S : 0	$F · S = 0$
	$r = 11 - 4 = 7$
	〔判定条件 b〕
	$R (\underline{3}) = 5 > F / 3 = 4 / 3$
	$R (\underline{6}) = 6 > F / 3 = 4 / 3$

となり、条件 a、b を満たし、負担能力が十分であると判定する。  
 いずれも負担能力ありと判定される。

第 1 大臼歯を抜歯する場合

例 2-1) 第 1 小臼歯、第 1 大臼歯の 2 歯欠損として扱う場合

$\begin{array}{c} \underline{\quad   \quad 3 \quad 4 \quad 5 \quad 6 \quad 7} \\ \circ \bullet \circ \bullet \circ \end{array}$	$\underline{\quad   \quad 5}$ は中間支台歯となるので $R = 4 / 2 = 2$ となる。 [判定条件 a] $R = 5 + 2 + 6 = 13$ $F = 4 + 6 = 10$ $F \cdot S = 0$ $r = 13 - 10 = 3$ [判定条件 b] $R (\underline{\quad   \quad 3}) = 5 > F / 3 = 4 / 3$ $R (\underline{\quad   \quad 7}) = 6 > F / 3 = 6 / 3$
---	--

となり、条件 a、b を満たし、負担能力が十分であると判定する。

例 2-2) 第 1 大臼歯の 1 歯欠損として扱う場合

$\begin{array}{c} \underline{\quad   \quad 5 \quad 6 \quad 7} \\ \circ \bullet \circ \end{array}$	[判定条件 a] $R = 4 + 6 = 10$ $F = 6$ $F \cdot S = 0$ $r = 10 - 6 = 4$ [判定条件 b] $R (\underline{\quad   \quad 5}) = 4 > F / 3 = 6 / 3$ $R (\underline{\quad   \quad 7}) = 6 > F / 3 = 6 / 3$
---	--

となり、条件 a、b を満たし、負担能力が十分であると判定する。

犬歯を抜歯する場合

例 3-1) 犬歯と第 1 小臼歯の 2 歯欠損として扱う場合

V 例 8) で示したように

---

②① | ①②③ 4 ⑤⑥ のブリッジを設計する必要がある。

例3-2) 犬歯1歯欠損として取り扱う場合

1 2 3 5	
○ ○ ● ○	[判定条件 a]
R : 1 1 4	$R = 1 + 1 + 4 = 6$
F : 5	$F = 5$
F · S : 0	$F \cdot S = 0$
	$r = 6 - 5 = 1$
	[判定条件 b]

$$R ( | 1 2 ) = 2 > ( F + F \cdot S ) / 3 = 5 / 3$$

$$R ( | 5 ) = 4 > ( F + F \cdot S ) / 3 = 5 / 3$$

となり、条件 a、b を満たす。

以上のように、欠損を1歯分として取り扱うことにより、これまでの解釈で条件を満たさないとされたケースにおいても適用できる場合があることがわかる。

## IX その他のブリッジの取り扱い

ブリッジによる補綴治療において、特にその欠損に隣在する歯が健全歯に近い場合、全部被覆冠によるブリッジを選択すると欠損歯の隣在歯はアンダーカットを除去するために多くのエナメル質が失われる。このような理由で、支台装置として部分被覆冠やインレーを用いることもあるが、これらの支台装置は比較的早期に脱落することもあり、欠損間隙が狭い症例や咬合力のあまりかからない症例に限られている。1973年に Rochette は MM 系レジンを用いて、金属鑄造体をエナメル質に接着する方法を紹介し、その後、切削がエナメル質内に限局されているブリッジは「接着ブリッジ」と呼ばれ、ブリッジによる治療法の一つである。接着ブリッジに関する診療ガイドラインについては、社団法人日本補綴歯科学会の「接着ブリッジのガイドライン」を参照されたい。

# 薬価基準による歯科関係薬剤点数表

(令和2年4月1日現在)

## 目 次

<b>歯科用薬剤</b> ..... 1	・抗ウイルス薬.....19
Ⅰ. 特定薬剤..... 1	・健胃消化整腸薬.....19
Ⅱ. 麻酔薬剤（歯科用局所麻酔薬）..... 5	・ビタミン製剤.....21
1. 表面麻酔薬..... 5	・止血薬.....22
2. 浸潤・伝達麻酔薬..... 6	・局所止血薬.....22
Ⅲ. 吸入鎮静法..... 7	・抗悪性腫瘍薬.....23
Ⅳ. 静脈内鎮静法..... 8	・漢方薬.....24
<b>医療用医薬品</b> ..... 9	・トローチ剤(外用).....25
投薬料の算定について..... 9	・含嗽剤(外用).....25
注射料の算定について.....12	・口腔用軟膏剤(外用).....26
薬剤情報提供料の算定について.....12	・その他の口腔用薬(外用).....26
使用薬剤の内容に係るレセプト	・アナフィラキシー補助治療剤.....26
記載について.....12	・歯周組織再生剤.....26
内用薬・注射薬・外用薬	・坐薬(外用).....27
・抗炎症薬（解熱鎮痛消炎薬(頓用)）...13	
・抗炎症薬（解熱鎮痛消炎薬）.....14	〔資料〕社会保険診療報酬支払基金
・三叉神経痛用薬.....15	審査情報提供事例／適応外使用薬物...28
・精神神経用薬(抗不安薬).....15	〔資料〕歯科適応のある抗菌薬（内用薬）と
・抗ヒスタミン薬.....15	抗炎症薬（解熱鎮痛消炎薬(内用薬)）...29
・抗菌薬(抗生物質および合成抗菌薬)....16	〔資料〕保険医及び保険薬剤師の使用医薬品
・抗菌薬(注射剤).....18	(保険診療で使用できる歯科用薬剤) ...31
・抗真菌薬.....19	〔解説〕抗菌薬の使い方について.....32

(注)

1. この点数表は、令和2年3月5日付をもって改正された薬価基準（令和2年4月1日適用）をもとに収載した。
2. 各薬剤の製品名・規格は、薬価基準に収載されたものを転記したもので、局方製品名については主な銘柄をカッコ内に表示したものがあある。
3. 各薬剤の製品名の先頭あるいは末尾に㊞の印がついたものは後発医薬品である。
4. 医療用医薬品は、その有効性、安全性のバランスを考慮し、年齢、症状、体重などを勘案して投与することが必要である。
5. 点数表の薬価
  - ① 錠・カプセル剤は、年齢、症状などに応じた薬用量に相当する個数を計数により投与するので、1日当たりの投与個数に該当する点数を表示した。
  - ② 散(細粒を含む)・顆粒・ドライシロップ・シロップ剤・その他の液状の内用薬・外用薬・局所麻酔薬(歯科用局所麻酔薬を除く)は、年齢・症状・体重・適応などにより、個々に計量して投与することになるので、g・mL当たりの薬価を表示するにとどめた。
6. 掲載した医療用医薬品は、薬価基準に収載されている薬剤の一部であり、ここに掲載されていないものであっても、収載品の投与はもちろん可能であるが、効能・効果、用法・用量および副作用などを十分に考慮の上、投薬されたい。
7. 巻末に社会保険診療報酬支払基金審査情報提供事例(適応外使用薬物)を掲載した。また医薬品の適応症に合った適切な使用のために、特に歯科疾患の治療で使用頻度の高い抗菌薬と解熱鎮痛消炎薬の歯科適応症を「歯科適応のある抗菌薬(内用薬)」と「歯科適応のある抗炎症薬(解熱鎮痛消炎薬(内用薬))」を掲載し、また解説として「抗菌薬の使い方について」を掲載した。
8. 平成26年4月の診療報酬改定より、後発医薬品のある医薬品について、一般名処方を含む処方箋を交付した場合は加算となることから一般名を表示した。(一部の医薬品を除く)

# 歯 科 用 薬 剤

## I 特定薬剤

特定薬剤は、「特掲診療料の施設基準等」(令和2年3月厚生労働省告示)の第十一及び第十二に規定する薬剤に限られるものである。

十一 歯科点数表第2章第8部(処置)に規定する特定薬剤使用薬剤の薬価(薬価基準)[令和2年3月厚生労働省告示第60号]の別表第4部歯科用薬剤の外用薬(1)に掲げる薬剤(右表参照)及び次に掲げる薬剤であること。

- オルテクサー口腔用
- 歯科用(口腔用)アフタゾロン
- テラ・コートリル軟膏
- デキサメタゾン口腔用

十二 歯科点数表第2章第9部(手術)に規定する特定薬剤使用薬剤の薬価(薬価基準)[令和2年3月厚生労働省告示第60号]の別表第4部歯科用薬剤の外用薬(1)に掲げる薬剤(右表参照)及び次に掲げる薬剤であること。

- オルテクサー口腔用
- アクリノール
- 歯科用(口腔用)アフタゾロン
- テラ・コートリル軟膏
- デキサメタゾン口腔用
- 生理食塩水

なお、特定薬剤はう蝕処置、残根削合、歯髄保護処置、知覚過敏処置、う蝕薬物塗布処置、歯周基本治療、歯内療法及び120点以上の処置・手術の際には算定できない。

しかし、次の場合は特定薬剤料を算定できる。

- 基本診療料に含まれる簡単な処置及び手術において特定薬剤を使用したときは特定薬剤料のみ算定する。
- 歯周疾患処置時におけるポケット内の薬剤注入(4頁参照)
- 入院を必要とする手術を行った際、当該手術に使用した「生理食塩水」「アクリノール」。

別表第4部歯科用薬剤の外用薬(1)

オキシテトラコーン歯科用挿入剤 5 mg
コーバロン歯科用表面麻酔液 6 %
サージカルバック口腔用 散剤(液剤を含む)
歯科用 TD ゼット液
歯科用 TD ゼット・ゼリー
ジンジカインゲル 20 %
テトラサイクリン塩酸塩パスタ 3 % 「昭和」
テトラサイクリン・プレステロン歯科用軟膏
ネオザロカインパスタ
ハリケインゲル歯科用 20 %
ハリケインリキッド歯科用 20 %
ビーゾカイン歯科用ゼリー 20 %
ヒノポロン口腔用軟膏
プロネスバスタアロマ
ペリオクリン歯科用軟膏
ミノサイクリン塩酸塩 10mg0.5 g 軟膏 (ペリオフィール歯科用軟膏 2 %)

### 特定薬剤の算定について

- 使用した特定薬剤の合計価格が15円以下の場合、特定薬剤料は算定できない。
- 使用薬剤の薬価が15円を超える場合は当該薬価から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  
例) (コーン) (個数)

$$17.20円 \times 4個 = 68.80円$$

(請求点数)

$$\frac{68.80円 - 15円}{10円} = 5.38点 \rightarrow 6点 + 1点 = 7点$$

### 歯科用挿入剤（コーン）

製品名	オキシテトラコーン歯科用挿入剤 5 mg	
一般名	オキシテトラサイクリン塩酸塩錠	
薬価	円 5 mg 1 個 17.20	
個	(点) 請求点数	
1	1.7	2
2	3.4	3

### 抗菌薬（抗生物質）パスタ

製品名	テトラサイクリン塩酸塩 パスタ3%「昭和」 ※2021年3月31日 販売中止予定	テトラサイクリン・ プレステロン歯科用軟膏	
	(TCパスタ)	(TCPSパスタ)	
一般名	テトラサイクリン塩酸塩パスタ	エピジヒドロコレステリン テトラサイクリン塩酸塩軟膏	
薬 価	円 30mg 1 g 232.90	円 1 g 353.10	
点 数	1 歯	(点) 請求点数 4.7 5	(点) 請求点数 7.1 7
	1/3顎	(点) 請求点数 11.6 12	(点) 請求点数 17.7 18
	2/3顎	23.3 23	35.3 35
	1 顎	34.9 35	53.0 53

### 歯 肉 包 填 剤

製品名	サージカルパックス口腔用 ㊞	
一般名	酸化亜鉛・チヨウジ油軟膏	
薬 価	散剤 (液剤を) 含む 円 1 g 66.60	
点 数	1/3顎	(点) 請求点数 20.0 20

止 血 薬

製品名		歯科用TDゼット液		歯科用TDゼット・ゼリー	
一般名		塩化アルミニウム・セチルピリジニウム配合剤液		塩化アルミニウム・セチルピリジニウム配合剤ゼリー	
薬 価		1 mL	円 299.20	1 g	円 310.20
点 数	1 歯	(点) 4.5	請求点数 4	(点) 4.7	請求点数 5

口 腔 用 軟 膏 剤

製品名		オルテクサー口腔用軟膏0.1% <sup>㊞</sup>		アフタゾロン口腔用軟膏0.1%		<b>デルゾン口腔用軟膏0.1%<sup>㊞</sup></b> <small>※2020年10月1日より販売名が以下の通り変更となります。 デキサメタゾン口腔用軟膏0.1%〔日医工〕</small>	
一般名		トリアムシノロンアセトニド軟膏		デキサメタゾン軟膏			
薬 価		0.1% 1 g	円 63.90	0.1% 1 g	円 66.20	0.1% 1 g	円 50.00
点 数	1/3顎	(点)	請求点数	(点)	請求点数	(点)	請求点数
	2/3顎	1.9	2	2.0	2	1.5	0
	1 顎	3.8	4	4.0	4	3.0	3
		5.8	6	6.0	6	4.5	4

注) 特定薬剤以外の品目は26頁参照

パ ス タ

製品名		ヒノポロン口腔用軟膏 (HPパスタ)		テラ・コートリル軟膏 (TKパスタ)	
一般名		ヒドロコルチゾン酢酸エステル・ヒノキチオール配合剤軟膏		オキシテトラサイクリン塩酸塩・ヒドロコルチゾン軟膏	
薬 価		1 g	円 175.90	1 g	円 31.10
点 数	1 歯	(点) 0.5	請求点数 0	(点) 0.1	請求点数 0
	1/3顎	(点)	請求点数	(点)	請求点数
	2/3顎	1.2	0	0.3	0
	1 顎	2.3	2	0.6	0
		3.5	4	0.9	0

## 歯 科 用 軟 膏 剤

製 品 名	ペリオクリン歯科用軟膏	ペリオフィール歯科用軟膏2% ㊞
一 般 名	ミノサイクリン塩酸塩軟膏	
薬 価	10mg0.5g 1 シリンジ 円 609.20	10mg0.5g 1 シリンジ 円 406.90
点 数	(点) 請求点数 60.9 61	(点) 請求点数 40.7 41

### 歯周疾患処置時におけるポケット内への薬剤注入について

歯周疾患処置時のポケット内への薬剤注入については、次に掲げるときには、用法・用量に従って、特定薬剤料として別に算定できること。

- (1) 歯周基本治療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月間注入したとき。
- (2) その後、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において、更に1月間継続注入したとき。
- (3) 歯周疾患による急性症状時に症状の緩解を目的として、歯周ポケット内に注入したとき。ただし、P急発の病名が必要である。
- (4) 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）を注入したとき。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。

## Ⅱ 麻酔薬剤（歯科用局所麻酔薬）

### 麻酔薬剤料の算定について

- 手術に当たって使用した麻酔薬剤料は別に算定できる。
- 使用薬剤の薬価が15円以下の場合には麻酔の所定点数に含まれるので別に算定できない。
- 使用薬剤の薬価が15円を超える場合は当該薬価から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算定する。
- 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ものである。

例 1	O A	歯科用キシロカイン ct	（請求点数）
	2.4点	+ 8.0点 = 10.4点	10.4点 - 1.5点 = 8.9点 → 9点 + 1点 = 10点
例 2	O A	オーラ注歯科用 ct 1mL	
	2.4点	+ 7.0点 = 9.4点	9.4点 - 1.5点 = 7.9点 → 8点 + 1点 = 9点
例 3	歯科用キシロカイン ct	オーラ注歯科用 ct 1mL	
	8.0点	+ 7.0点 = 15.0点	15.0点 - 1.5点 = 13.5点 → 14点 + 1点 = 15点

### 1. 表面麻酔薬

表面麻酔薬（O A）の適用について

- 浸潤麻酔又は伝達麻酔を行う際にその刺入点に用いた表面麻酔薬は麻酔薬剤として取り扱う。  
その他の場合に用いた表面麻酔薬は特定薬剤として扱う。
- 表面麻酔薬を嘔吐防止のために使用した場合

例) キシロカインポンプスプレー 8% O A 2 g 使用  
（請求点数）

$$\frac{44.00\text{円} - 15\text{円}}{10\text{円}} = 2.90\text{点} \rightarrow 3\text{点} + 1\text{点} = 4\text{点}$$

#### 表 面 麻 酔 薬 (O A)

製品名		キシロカインポンプスプレー 8% ⑥	ネオザロカインパスタ	コーパロン 歯科用表面麻酔液 6%	プロネスパスタアロマ
一般名		リドカイン噴霧剤	アミノ安息香酸エチル・塩酸パラブチル アミノ安息香酸ジエチルアミノエチル	テトラカイン塩酸塩貼付剤	アミノ安息香酸エチル・ ジブカイン塩酸塩配合剤軟膏
薬価		1 g 22.00 円	1 g 117.80 円	1 枚 13.00 円	1 g 89.90 円
点数	1～2 歯	2.4 点	2.4 点	2.4 点	2.4 点
	1/3 顎	5.5	5.5	5.5	5.5
製品名		ハリケインリキッド 歯科用 20% ⑥	ハリケインゲル 歯科用 20% ⑥	ビーゾカイン 歯科用ゼリー 20% ⑥	ジンジカインゲル 20% ⑥
一般名		アミノ安息香酸エチル液	アミノ安息香酸エチル液	アミノ安息香酸エチルゼリー	アミノ安息香酸エチル液軟膏
薬価		1 g 67.90 円	1 g 67.90 円	1 g 67.90 円	1 g 67.90 円
点数	1～2 歯	2.4 点	2.4 点	2.4 点	2.4 点
	1/3 顎	5.5	5.5	5.5	5.5

○表面麻酔薬（OA）と浸潤・伝達麻酔薬の併用

表面麻酔薬と浸潤・伝達麻酔薬との組合せ例

	請求点数(1本使用時)	請求点数(2本使用時)
OA + オーラ注歯科用 ct (1mL)	9	16
OA + 歯科用キシロカイン ct (1.8mL)	10	18
OA + 歯科用シタネストーオクタプレシン ct (1.8mL)	10	17

上下顎にわたる場合はOAは2回分となる。

OA + スキャンドネストカートリッジ3% (1.8mL)	16	30
-------------------------------	----	----

OAの場合にいう1～2歯とは、主に浸麻等を行う際の刺入点に対して使用するものであり、この場合のOAは麻酔薬剤として取り扱う。刺入点以外に用いたOAは特定薬剤として取り扱う。

2. 浸潤・伝達麻酔薬

注射用の歯科用局所麻酔薬には次のものがある。

歯科用局所麻酔薬

製 品 名		薬 価		点数
リド カ イ ン 塩 酸 塩 ・ ア ド レ ナ リ ン 注 射 液	リドカイン塩酸塩・ アドレナリン 1.8mL 注射液	1.8mL	1 管	円 点 66.50 6.7
	オーラ注歯科用 カートリッジ1.0mL ㊞	1 mL	1 管	69.80 7.0
	オーラ注歯科用 カートリッジ1.8mL ㊞	1.8mL	1 管	78.40 7.8
	キシレステシンA 注射液 (カートリッジ)	1.8mL	1 管	79.60 8.0
	歯科用キシロカイン カートリッジ	1.8mL	1 管	79.60 8.0
ブ塩 プロ 酸レ ビ塩 シ ト・ ン カフ 注 イ エ射 ン リ液	歯科用シタネストー オクタプレシン カートリッジ	1.8mL	1 管	71.70 7.2
メ塩 ピ酸 バ塩 カ注 イ射 ン 液	㊞スキャンドネスト カートリッジ3%	3% 1.8mL	1 管	139.20 13.9

### Ⅲ 吸入鎮静法

吸入鎮静法は亜酸化窒素（笑気）等を用いてゲーデル（Guedel）の分類の麻酔深度の第1期において歯科手術等を行う場合に算定する。

**笑気吸入鎮静法の点数計算方法（例）**

◎算式  
 基本点数 + 笑気従量点数 + 酸素使用点数 = 請求点数

① (笑気使用L数 × 1.9650 × 3.60円 - 15) ÷ 10  
 ※ 1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算

② 注) 使用酸素購入価格 ÷ 10  
 (小数点以下四捨五入)

30分まで……………70 (105)  
 30分を超えた場合は30分又はその端数を増すごとに……………10 (15)

笑気について（笑気ガス 1 g = 3.60円の場合）

笑気ガス1gは20℃において0.5089Lの容積を有するので、笑気ガスの使用L数に1.9650（1/0.5089）を乗じ、使用g数を算出する。

注：使用した酸素の購入価格は当該年度の前年1月から12月までの間に購入した実績の加重平均に使用量（リットル）を乗じ、さらに補正率（1.3）を乗じたものとする。

ただし、使用した酸素の購入価格は次の価格を上限とする。

（離島等以外の場合） [酸素ボンベ]

- 大型ボンベ 0.42円/L
- 小型ボンベ 2.36円/L

$$\text{加重平均値} = \frac{\text{当該年度の前年1月から12月までの間に当該保険医療機関が購入した酸素の対価}}{\text{当該購入した酸素の容積}} \quad (\text{単位リットル, } 35^{\circ}\text{C } 1 \text{ 気圧で換算})$$

※ 窒素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数を併せて計算する。

**酸素吸入の点数計算方法**

注)

$$65 \text{点} (1 \text{日につき}) + \frac{\text{使用した酸素の購入価格}}{10} = \text{請求点数}$$

(四捨五入)

## Ⅳ 静脈内鎮静法

静脈内鎮静法はミダゾラム（ドルミカム）等を用いて歯科・口腔外科領域における手術や処置を行う場合に算定する。

### 静脈内鎮静法の保険適応

1. 歯科治療に対して非協力的な小児患者
2. 歯科治療恐怖症の患者
3. 歯科治療時に配慮すべき医科的全身疾患を有する患者 など

### 使用薬物

#### 1. ミダゾラム（ドルミカム<sup>®</sup>）

効能・効果：歯科・口腔外科領域における手術及び処置時の鎮静

用法・用量：通常，成人には，初回投与としてミダゾラム1～2mgをできるだけ緩徐に（1～2mg／分）静脈内に注射し，必要に応じて0.5～1mgを少なくとも2分以上の間隔を空けて，できるだけ緩徐に（1～2mg／分）追加投与する。但し，初回の目標鎮静レベルに至るまでの，初回投与及び追加投与の総量は5mgまでとする。

#### 2. フルニトラゼパム（ロヒプノール<sup>®</sup>，サイレース<sup>®</sup>）

効能・効果：局所麻酔時の鎮静

用法・用量：用時注射用水にて2倍以上に希釈調製し，できるだけ緩徐に（フルニトラゼパムとして1mgを1分以上かけて）静脈内に注射する。用量は通常成人に対しフルニトラゼパムとして体重1kgあたり0.01～0.03mgとし，必要に応じて初回量の半量ないし同量を追加投与する。

#### 3. ジアゼパム（ホリゾン<sup>®</sup>，セルシン<sup>®</sup>）

効能・効果：下記疾患及び状態における不安・興奮・抑うつ の軽減  
麻酔前，麻酔導入時，麻酔中（抜粋）

用法・用量：一般に成人には，初回2mL（ジアゼパムとして10mg）を筋肉内又は静脈内にできるだけ緩徐に注射する。以後，必要に応じて3～4時間ごとに注射する。なお，静脈内に注射する場合には，なるべく太い静脈を選んで，できるだけ緩徐に（2分間以上の時間をかけて）注射する。

※点数は使用量等により異なる。

# 医療用医薬品

## ◎投薬料の算定（外来の場合）について

請求点数＝処方料＋調剤料＋薬剤料（＋調剤技術基本料\*）

ただし、処方箋を交付した場合は、処方箋料のみを算定する。

（※調剤技術基本料は、薬剤師が常時勤務する保険医療機関の場合）

### 1. 処方箋料

(1) 所定様式による院外処方箋を交付した場合に限る。

(2) 交付1回につき算定するもので、その際の処方箋の枚数、処方剤数、投与量（日数分）の如何を問わない。

(3) 7種類以上の内服薬の投薬（ただし、臨時に投薬する場合であって、投与期間が2週間以内のものを除く）を行った場合の処方箋料は40点、それ以外の場合の処方箋料は68点である。

(4) 3歳未満の乳幼児に対して処方箋を交付した場合は、処方箋の交付1回につき3点を加算する。

(5) 後発医薬品のある医薬品について、一般名処方を含む処方箋を交付した場合、次に掲げる点数を、交付1回につき加算する。

○一般名処方加算1として、後発医薬品のある全ての医薬品（2品目以上の場合に限る）が一般名処方されている場合は、7点を加算する。

○一般名処方加算2として、1品目でも一般名処方されたものが含まれている場合は、5点を加算する。

### 2. 調剤料

内服薬・浸煎薬及び頓服薬：1回の処方に係わる調剤につき 11点

外用薬：1回の処方に係わる調剤につき 8点

○麻薬、向精神薬、覚醒剤原料又は毒薬は1処方につき1点を加算する。

注）外用薬の1調剤とは、外用薬を調剤した場合1回で投与する量のことである。例えば軟膏剤なら、5gでも50gでも1調剤であり、坐薬では5個や10個を調剤しても1調剤である。

### 3. 処方料

(1) 7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く）を行った場合の処方料は29点、それ以外の場合の処方料は42点である。

(2) 3歳未満の乳幼児に対して行った場合は、1処方につき3点を加算する。

(3) 麻薬、向精神薬、覚醒剤原料又は毒薬を処方した場合は、1処方につき1点を加算する。

### 4. 薬剤料

薬剤料は次のとおり算定する。

内服薬（浸煎薬を含む）は1剤1日分

頓服薬 は 1回分

外用薬 は 1調剤

をそれぞれ1単位として薬価基準の薬価で次の二通りに分けて計算する。

- (1) 1 単位の薬価が15円以下である場合…… 1 点  
 (2) 1 単位の薬価が15円を超える場合は次式により算定する。

$$1 \text{ 点} + \frac{(\text{薬価} - 15\text{円})}{10\text{円}} \text{ 点} \quad (\text{1 点未満の端数は切り上げ})$$

○ 1 処方につき 7 種類以上の内服薬の投薬（臨時に投薬する場合であって、投薬期間が 2 週間以内のものを除く）を行った場合には、所定点数の 100 分の 90 に相当する点数により算定する。

〔簡易換算表〕

15円まで……………	1 点	55円超 ～ 65円迄……	6 点
15円超 ～ 25円迄……	2	65 〃 ～ 75 〃 ……	7
25 〃 ～ 35 〃 ……	3	75 〃 ～ 85 〃 ……	8
35 〃 ～ 45 〃 ……	4	85 〃 ～ 95 〃 ……	9
45 〃 ～ 55 〃 ……	5	95 〃 ～ 105 〃 ……	10

#### 5. 処方料・調剤料・薬剤料の算定方法

<算定例>（調剤技術基本料を除く）

- (1) 内服薬 1 剤 3 日分を処方した場合

$$\begin{array}{ccc} \text{処方料} & \text{調剤料} & \text{薬剤料} \\ 42 \text{点} + 11 \text{点} + (\text{1 日分の薬価} \times 3 \text{日分}) \end{array}$$

- (2) 内服薬 1 剤 3 日分と頓服薬 2 回分、及び外用薬 1 種類を処方した場合

$$\begin{array}{cccc} \text{処方料} & \text{調剤料} & \text{薬剤料(内服薬)} & \text{薬剤料(頓服薬)} \\ 42 \text{点} + \{11 \text{点} + (\text{1 日分の薬価} \times 3 \text{日分}) + (\text{1 回分の薬価} \times 2 \text{回分})\} \\ & \text{調剤料(外用薬)} & \text{薬剤料(外用薬)} & \\ & + \{8 \text{点} + (\text{1 調剤の薬価})\} \end{array}$$

#### 6. 薬剤料計算例

1 回の処方について、2 種以上の内服薬を調剤する場合には、それぞれの薬剤を個別の薬包等に調剤しても、配合不適など特に定められた場合を除き、服用時点が同時で、かつ、服用回数が同じであるものについては、1 剤とするものである。したがって、薬剤料を計算する際、服用法が異なると計算方法が違ってくる点に注意する必要がある。

例えば

1 日につき	抗 菌 薬 A (250mg × 3 カプセル)	薬価	1 カプセル	44.60 円
1 日につき	鎮痛消炎薬 B (75mg × 3 錠)	薬価	1 錠	24.40 円

を投与する場合



### ◎注射料の算定について

入院中の患者以外の患者に対して注射を行った場合は、手技料として1回につき皮内、皮下及び筋肉内注射は20点、静脈内注射は32点（6歳未満の乳幼児に対して静脈内注射を行った場合は77点）及び薬剤料が算定できる。

なお、溶解剤の添付がない薬剤を溶解して、注射する場合には、溶解剤を合せて請求することができる。

注射薬剤料は、1回の使用量につき、次のとおり算定する。

$$1 \text{ 点} + \frac{(\text{薬価} - 15\text{円})}{10\text{円}} \text{ 点} \quad (\text{1点未満の端数は切り上げ})$$

但し、薬価15円以下……1点

### ◎薬剤情報提供料の算定について

入院中の患者以外の患者に対して、処方した薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書により提供した場合は、月1回に限り（処方の内容に変更があった場合はその都度）10点を算定できる。

また、患者の求めに応じ、処方した薬剤の名称、保険医療機関名、処方年月日等を当該患者の手帳に記載した場合は、3点が加算され、13点となる。

なお、薬剤情報提供料は処方箋を交付した患者については算定できない。

### ◎使用薬剤の内容に係るレセプト記載について

原則としてすべての使用薬剤について、医薬品名、規格・単位（%、mL又はmg等）及び使用量を診療報酬明細書の「摘要」欄に記載する。

ただし、医事会計システムの電算化が行われていないため従来から手書きにより請求が行われている医療機関であって、届出を行った場合は、薬剤料に掲げる所定単位の薬価が175円以下については記載の必要はない。

内用薬・注射薬・外用薬

抗炎症薬（解熱鎮痛消炎薬（頓用））

（頓服投与の場合）

後発品	製品名	一般名	規格・1回量	薬価	1回	備考	
				円	点		
	ボルタレン錠 25mg	ジクロフェナクナトリウム	25mg	1錠	10.50	1錠 10.50	1錠 10.50
	ボルタレン錠 25mg		25mg	2錠			
⑥	ジクロフェナクナトリウム錠 25mg	ジクロフェナクナトリウム	25mg	1錠	5.70	1錠 5.70	1錠 5.70
⑥	ジクロフェナクナトリウム錠 25mg		25mg	2錠			
	Ⓜロキソニン錠 60mg	ロキソニン	60mg	1錠	13.40	1錠 13.40	1錠 13.40
	Ⓜロキソニン錠 60mg		60mg	2錠			
	ロキソニン細粒 10%	ロキソプロフェンナトリウム水和物	10%	1g	24.40	1g 24.40	1回細粒として60~120mg
⑥	ⓂロキソプロフェンNa錠60mg「あすか」		60mg	1錠			
⑥	ⓂロキソプロフェンNa錠60mg「あすか」	ロキソプロフェンナトリウム水和物	60mg	2錠	9.80	1錠 9.80	1錠 9.80
⑥	ⓂロキソプロフェンNa錠60mg「OHA」		60mg	1錠			
⑥	ⓂロキソプロフェンNa錠60mg「OHA」	ロキソプロフェンナトリウム水和物	60mg	2錠	9.80	1錠 9.80	1錠 9.80
⑥	ⓂロキソプロフェンNa錠60mg「OHA」		60mg	1錠			
	ポンタールカプセル 250mg	メフェナム酸	250mg	1カプセル	8.40	1カプセル 8.40	1回250~500mg
	ポンタールカプセル 250mg		250mg	2カプセル			
	オパイリン錠 125mg	フルフェナム酸アルミニウム	125mg	2錠	12.10	1錠 12.10	1回250mg
	オパイリン錠 250mg		250mg	1錠			
	フロベン錠 40	フルルビプロフェン	40mg	1錠	15.70	1錠 15.70	1回40~80mg
	フロベン錠 40		40mg	2錠			
	ナイキサン錠 100mg	ナプロキセン	100mg	3錠	6.80	1錠 6.80	1回300mg
	Ⓜペオン錠 80	ザルトプロフェン	80mg	1錠	15.20	1錠 15.20	1回80~160mg
	Ⓜペオン錠 80		80mg	2錠			
	Ⓜソレトン錠 80	ザルトプロフェン	80mg	1錠	15.40	1錠 15.40	1回80~160mg
	Ⓜソレトン錠 80		80mg	2錠			
	ニフラン錠 75mg	プラノプロフェン	75mg	1錠	10.60	1錠 10.60	1回75mg
	ジソペイン錠 75	モフェゾラク	75mg	1錠	23.10	1錠 23.10	1回75~150mg
	ジソペイン錠 75		75mg	2錠			
	バファリン配合錠A330	アスピリン・ダイアルミネート	330mg	2錠	5.80	1錠 5.80	
	キョーリン AP2 配合顆粒	シメトリド無水カフェイン顆粒		0.5g	11.30	1g 11.30	1回0.5g
	S G 配合顆粒	ピラゾロン系解熱鎮痛配合剤		1g	10.20	1g 10.20	1回1~2g
	Ⓜアセトアミノフェン	アセトアミノフェン		0.3~1g	7.30	1g 7.30	
⑥	カロナール錠 200		200mg	1.5~5錠	6.70	1錠 6.70	成人の場合 1回300~1000mg 1日4000mg限度
⑥	カロナール錠 300		300mg	1~3錠	7.60	1錠 7.60	
⑥	カロナール錠 500		500mg	1~2錠	8.80	1錠 8.80	
⑥	カロナール細粒 20%		20%	1.5~5g	7.60	1g 7.60	
⑥	カロナール細粒 50%		50%	0.6~2g	9.00	1g 9.00	
	ロルカム錠 2mg	ロルノキシカム	2mg	4錠	13.60	1錠 13.60	
	ロルカム錠 4mg		4mg	2錠	18.60	1錠 18.60	

注) カロナール、ポンタールカプセル、キョーリン AP2 配合顆粒は、添付文書の用法に頓用の記載がないが、使用経験から汎用度の高いことを考慮して表示した。

抗炎症薬（解熱鎮痛消炎薬）

（分割経口投与1剤）

後 発 品	製 品 名	一 般 名	規 格 ・ 単 位	薬 価	使 用 量				備 考	
					2	3	4	6		
後 発 品	プロピオン酸系製剤			円	点	点	点	点	酸 性	
	Ⓞロキソニン錠 60mg	ロキソプロフェンナトリウム水和物	60mg 1錠	13.40	3	4	5	4		
	ⓄロキソプロフェンNa錠60mg「あすか」		60mg 1錠	9.80	2	3	4			
	ⓄロキソプロフェンNa錠60mg「OHA」		60mg 1錠	9.80	2	3	4			
	ロキソニン細粒 10%		10% 1g	24.40						
	ナイキサン錠 100mg	ナプロキセン	100mg 1錠	6.80	1	2	3			
	フロベン錠 40	フルルビプロフェン	40mg 1錠	15.70	3	5	6			
	フロベン顆粒 8%		8% 1g	28.10						
	ニフラン錠 75mg	プラノプロフェン	75mg 1錠	10.60	2	3	4			
	Ⓞペオン錠 80	ザルトプロフェン	80mg 1錠	15.20	3	5				
	Ⓞソレト錠 80		80mg 1錠	15.40	3	5				
	Ⓞザルトプロフェン錠80「タツミ」		80mg 1錠	10.10	2	3				
	Ⓞザルトプロフェン錠80mg「日医工」		80mg 1錠	10.10	2	3				
	ブルフェン錠 100	イブプロフェン	100mg 1錠	5.90	1	2	2			4
	ブルフェン錠 200		200mg 1錠	8.10	2	2	3			
	ブルフェン顆粒 20%		20% 1g	9.10						
	アルボ錠 100mg	オキサプロジン	100mg 1錠	18.60	4	6	7			11
	アルボ錠 200mg		200mg 1錠	25.80	5	8				
スルガム錠 100mg	チアプロフェン酸	100mg 1錠	8.70	2	3	3	5			
スルガム錠 200mg		200mg 1錠	14.40	3	4					
後 発 品	アリアル酢酸系製剤								酸 性	
	ボルタレン錠 25mg	ジクロフェナクナトリウム	25mg 1錠	10.50	2	3	4	4		
	ジクロフェナクナトリウム錠 25mg		25mg 1錠	5.70	1	2	2			
	Ⓞインドメタシンカプセル	インドメタシン	25mg 1カプセル	9.80	2	3				
	ジソベイン錠 75	モフェゾラク	75mg 1錠	23.10	5	7				
	Ⓞランツジュールコーワ錠 30mg	アセメタシン	30mg 1錠	10.10	2	3	4			
	ハイペン錠 100mg	エトドラク	100mg 1錠	15.40	3	5	6			
	ハイペン錠 200mg		200mg 1錠	21.30	4	6				
	オステラック錠 100		100mg 1錠	16.30	3	5	7			
オステラック錠 200		200mg 1錠	22.60	5	7					
後 発 品	アニリン系製剤								非ピリン系 成人の場合 1回300~1000mg 1日4000mg限度	
	カロナール錠 200	アセトアミノフェン	200mg 1錠	6.70	1	2	3	4		
	カロナール錠 300		300mg 1錠	7.60	2	2	3	5		
	カロナール錠 500		500mg 1錠	8.80	2	3	4	5		
	カロナール細粒 20%		20% 1g	7.60						
カロナール細粒 50%	50% 1g		9.00							
後 発 品	アントラニル酸系製剤								酸 性	
	ポントールカプセル 250mg	メフェナム酸	250mg 1カプセル	8.40	2	3	3	5		
	ポントール細粒 98.5%		98.5% 1g	23.10						
	ポントール散 50%		50% 1g	14.10						
	オパイリン錠 125mg	フルフェナム酸アルミニウム	125mg 1錠	8.60	2	3	3	5		
	オパイリン錠 250mg		250mg 1錠	12.10	2	4	5			
後 発 品	オキシカム系製剤								酸 性	
	ロルカム錠 2mg	ロルノキシカム	2mg 1錠	13.60			5	11		
ロルカム錠 4mg	4mg 1錠		18.60	4	6	7				
後 発 品	Ⓞアスピリン	アセチルサリチル酸	10g	35.60					酸 性	
	バファリン配合錠A330	アスピリン・ダイアルミネート	330mg 1錠	5.80	1	2	2	3		
後 発 品	Ⓞソランタール錠 50mg	チアラミド塩酸塩	50mg 1錠	9.80	2	3	4	6	塩基性	
	Ⓞソランタール錠 100mg		100mg 1錠	10.90	2	3	4			
後 発 品	そ の 他								配合剤 COX-2 選択的 阻害薬 慢性疼痛／拔牙後 疼痛治療剤	
	キョーリンAP2配合顆粒	シメトリド無水カフェイン顆粒	1g	11.30						
	セレコックス錠 100mg	セレコキシブ	100mg 1錠	69.00			28	41		
	セレコックス錠 200mg		200mg 1錠	106.30	21	32				
トラムセット配合錠	トラマドール塩酸塩・アセトアミノフェン配合剤	1錠	53.30	11		21	32			

三叉神経痛用薬

(分割経口投与1剤)

後発品	製品名	一般名	規格・単位	薬価	使用量				備考	
					2	3	4	6		
				円	点	点	点	点		
	テグレトール錠 100mg	カルバマゼピン	100mg	1錠	6.00	1	2	2	4	
	テグレトール錠 200mg		200mg	1錠	9.70	2	3	4		
	テグレトール細粒 50%		50%	1g	20.70					

精神神経用薬 (抗不安薬)

(分割経口投与1剤)

後発品	製品名	一般名	規格・単位	薬価	使用量				備考	
					2	3	4	6		
	ベンゾジアゼピン製剤 (短期作用型)			円	点	点	点	点		
	㊦デパス錠 0.5mg	エチゾラム	0.5mg	1錠	9.20	2	3		高齢者には1日 1.5mgまで	
	㊦リーゼ錠 5mg	クロチアゼパム	5mg	1錠	6.40	1	2			
	(中期作用型)									
	ワイパックス錠 0.5	ロラゼパム	0.5mg	1錠	5.90	1	2	2	3	高齢者には1日 1.2mgまで
	コンスタン0.4mg錠	アルプラゾラム	0.4mg	1錠	7.50	1	2			
	ソラナックス0.4mg錠		0.4mg	1錠	7.50	1	2			
	レキソタン錠 1	プロマゼパム	1mg	1錠	5.70	1	2	2	3	
	(長期作用型)									
	㊦2mgセルシン錠	ジアゼパム	2mg	1錠	6.00	1	2	2		1日量2~5mg 外来患者には 原則として1 日15mg以内
	セルシン散 1%		1%	1g	14.50					
	セルシンシロップ 0.1%		0.1%	1mL	15.90					
	㊦ホリゾン錠 2mg		2mg	1錠	6.00	1	2	2		
	ホリゾン散 1%		1%	1g	13.70					
	セレナール錠 5	オキサゾラム	5mg	1錠	5.70	1	2	2	3	
	セパゾン錠 1	クロキサゾラム	1mg	1錠	5.70	1	2	2	3	
	レスミット錠 5	メダゼパム	5mg	1錠	5.70	1	2	2	3	
	㊦メンドンカプセル 7.5mg	クロラゼパ酸ニカリウム	7.5mg	1カプセル	10.40	2	3	4		
	エリスパン錠 0.25mg	フルジアゼパム	0.25mg	1錠	7.50	1	2			
	メレックス錠 0.5mg	メキサゾラム	0.5mg	1錠	6.40	1	2	3	4	高齢者には1日 1.5mgまで
	㊦レスタス錠 2mg	フルトラゼパム	2mg	1錠	17.70	4	5			
	メイラックス錠 1mg	ロフラゼパ酸エチル	1mg	1錠	14.20	3				

抗ヒスタミン薬

(分割経口投与1剤)

後発品	製品名	一般名	規格・単位	薬価	使用量				備考	
					2	3	4	6		
				円	点	点	点	点		
	㊦アレルギン散 1%	クロルフェニラミンマレイン酸塩	1%	1g	7.50					
	ポララミン錠 2mg		2mg	1錠	5.70	1	2	2		
	レスタミンコーワ錠 10mg	ジフェンヒドラミン塩酸塩	10mg	1錠	5.90	1	2	2		
	ペリアクチン錠 4mg	シプロヘプタジン塩酸塩	4mg	1錠	5.80	1	2			
	ペリアクチン散 1%		1%	1g	6.50					
	タベジール錠 1mg	クレマスチンフマル酸塩	1mg	1錠	6.90	1	2			
	㊦ニボラジン錠 3mg	メキタジン	3mg	1錠	8.40	2	3			
	㊦ゼスラン錠 3mg		3mg	1錠	8.40	2	3			

## 抗菌薬の【使用上の注意】

本剤の使用にあたっては、耐性菌の発現等を防ぐため、原則として感受性を確認し、  
 疾病の治療上必要な最少限の期間の投与にとどめること。

(脚注参照)

注) 抗菌薬の安易な使用に基づく MRSA 等の院内感染防止を考慮した抗菌薬の投薬法として、厚生労働省は、抗菌薬添付文書の「使用上の注意」において、「一般的注意」事項に先立って、抗菌薬のうち「細菌性感染症を効能・効果」とするものに対しては、添付文書に上記の枠で囲んだ注意事項を表示することにより、抗菌薬投与の際の注意を喚起したものである。

### 抗 菌 薬 (抗生物質および合成抗菌薬)

(分割経口投与 1 剤)

後発品	製品名	一般名	規格・単位	薬価	使用量					備考
					2	3	4	6	8	
	<b>ペニシリン系</b>			円	点	点	点	点	点	
	ペンゲッド錠 250mg	バカンピシリン塩酸塩	250mg 1錠	11.90	2	4	5			
	㊦サワシリンカプセル 250	アモキシシリン水和物	250mg 1カプセル	11.00	2	3	4	7		
	サワシリン錠 250		250mg 1錠	11.10	2	3	4	7		
	サワシリン細粒 10%		100mg 1g	10.20						
	㊦パセトシンカプセル 125		125mg 1カプセル	10.10	2	3	4	6	8	
	㊦パセトシンカプセル 250		250mg 1カプセル	10.10	2	3	4	6		
	パセトシン錠 250		250mg 1錠	9.20	2	3	4	6		
	パセトシン細粒 10%		100mg 1g	10.50						
	オーグメンチン配合錠125SS		187.5mg 1錠	31.80	6	10	13	19	25	
	オーグメンチン配合錠250RS		375mg 1錠	45.70	9	14	18	27	37	
	クラバモックス小児用配合ドライシロップ		636.5mg 1g	223.30						
後	㊦アモキシシリンカプセル 250mg「タツミ」		250mg 1カプセル	10.10	2	3	4	6		
後	㊦アモキシシリンカプセル 250mg「トロー」		250mg 1カプセル	10.10	2	3	4	6		
後	㊦アモリンカプセル 125	125mg 1カプセル	10.10	2	3	4	6	8		
後	㊦アモリンカプセル 250	250mg 1カプセル	10.10	2	3	4	6			
後	アモリン細粒 10%	100mg 1g	7.30							
後	ワイドシリン細粒 20%	200mg 1g	12.40							
	ビクシリンカプセル 250mg	アンピシリン水和物	250mg 1カプセル	21.00	4	6	8	13		
	ビクシリンドライシロップ 10%		100mg 1g	12.60						
	<b>セフェム系</b>									
	オラセフ錠 250mg	セフロキシム アキセチル	250mg 1錠	62.00	12	19	25	37		第2世代
	㊦トミロン錠 50	セフテラム ピボキシル	50mg 1錠	31.80	6	10	13	19		第3世代
	㊦トミロン錠 100		100mg 1錠	39.50	8	12	16	24		
	㊦メイアクトMS錠 100mg	セフジトレン ピボキシル	100mg 1錠	46.00	9	14	18	28		第3世代
	㊦メイアクトMS小児用細粒 10%		100mg 1g	166.30						
後	㊦セフジトレンピボキシル錠 100mg「CH」		100mg 1錠	46.00	9	14	18	28		
	㊦バナシ錠 100mg	セフボドキシム プロキセチル	100mg 1錠	63.70	13		25			第3世代
後	㊦セフボドキシムプロキセチル錠 100mg「サワイ」		100mg 1錠	32.90	7		13			
	㊦フロモックス錠 75mg	セフカベン ピボキシル塩酸塩水和物	75mg 1錠	41.00				25		第3世代
	㊦フロモックス錠 100mg		100mg 1錠	43.90		13				
	㊦セフゾンカプセル 50mg	セフジニル	50mg 1カプセル	52.00	10	16	21	31		第3世代
	㊦セフゾンカプセル 100mg		100mg 1カプセル	59.70	12	18				
	㊦ケフラルールカプセル 250mg	セファクロル	250mg 1カプセル	54.70	11	16	22	33		第1世代
	㊦ケフラルール細粒小児用 100mg		100mg 1g	44.30						
	セファクロルカプセル 250mg		250mg 1カプセル	44.90	9	13	18	27		

抗 菌 薬 (抗生物質および合成抗菌薬)

(分割経口投与1剤)

後 発 品	製 品 名	一 般 名	規 格 ・ 単 位	薬 価	使 用 量					備 考
					2	3	4	6	8	
				円	点	点	点	点	点	
	㊦ケフレックスカプセル 250mg	セファレキシン	250mg 1カプセル	31.50	6	9	13	19		第1世代
	㊦ケフレックスシロップ用細粒 100		100mg 1g	24.20						
	㊦L-ケフレックス顆粒		500mg 1g	80.90						
	㊦L-ケフレックス小児用顆粒		200mg 1g	71.40						
㊦	㊦ラリキシン錠 250mg		250mg 1錠	31.50	6	9	13	19		
	<b>ペネム系</b>									
	㊦ファロム錠 150mg	ファロベネムナトリウム水和物	150mg 1錠	66.90		20				
	㊦ファロム錠 200mg		200mg 1錠	87.90		26				
	㊦ファロムドライシロップ小児用 10%		100mg 1g	120.10						
	<b>リンコマイシン系</b>									
	㊦ダラシнкаプセル 75mg	クリンダマイシン塩酸塩	75mg 1カプセル	17.60	4	5	7	11	14	
	㊦ダラシнкаプセル 150mg		150mg 1カプセル	23.80	5	7	10	14		
	<b>マクロライド系</b>									
	㊦ルリッド錠 150	ロキシシロマイシン	150mg 1錠	47.70	10					
	㊦クラリシッド錠 200mg	クラリスロマイシン	200mg 1錠	60.70	12					
	㊦クラリス錠 200		200mg 1錠	60.70	12					
	㊦クラリス錠 50 小児用		50mg 1錠	41.10	8	12	16	25	33	
	㊦クラリスドライシロップ 10% 小児用		100mg 1g	70.50						
㊦	㊦クラリスロマイシン錠 200mg「トワ」		200mg 1錠	26.40	5					
㊦	㊦クラリスロマイシン錠 200mg「サワイ」		200mg 1錠	26.40	5					
㊦	㊦クラリスロマイシン錠 200mg「日医工」		200mg 1錠	26.40	5					
	㊦クラリスロマイシン錠 小児用 50mg「トワ」		50mg 1錠	17.90	4	5	7	11	14	
㊦	㊦クラリスロマイシンDS 小児用 10%「トワ」		100mg 1g	40.10						
	㊦メインベース錠 200	200mg 1錠	26.40	5						
	㊦ジョサマイシン錠 50mg	ジョサマイシン	50mg 1錠	10.10	2	3	4	6	8	
	㊦ジョサマイシン錠 200mg		200mg 1錠	19.00	4	6	8	11	15	
	㊦ジョサマイドドライシロップ 10%	ジョサマイシンプロピオン酸エステル	100mg 1g	17.90						
	㊦ジョサマイシロップ 3%		30mg 1mL	6.70						
	㊦エリスロシン錠 100mg	エリスロマイシン	100mg 1錠	7.70	2	2	3	5	6	
	㊦エリスロシン錠 200mg		200mg 1錠	13.40	3	4	5	8	11	
㊦	㊦エリスロマイシン錠 200mg「サワイ」		200mg 1錠	8.80	2	3	4	5	7	
	㊦ジスロマック錠 250mg	アジスロマイシン水和物	250mg 1錠	216.60	43					
	㊦ジスロマックSR成人用ドライシロップ 2g		2g 1瓶	1,981.00						
㊦	㊦アジスロマイシン錠 250mg「CHM」		250mg 1錠	77.20	15					
	<b>テトラサイクリン系</b>									
	㊦ミノマイシン錠 50mg	ミノサイクリン塩酸塩	50mg 1錠	19.10	4		8			
	㊦ミノマイシнкаプセル 50mg		50mg 1カプセル	19.10	4		8			
	㊦ミノマイシнкаプセル 100mg		100mg 1カプセル	40.20	8					1カプセル5点
	㊦ミノマイシン顆粒 2%		20mg 1g	20.00						
	㊦ビブラマイシン錠 50mg	ドキシサイクリン塩酸塩水和物	50mg 1錠	12.50	2	4	5			1錠 1点
	㊦ビブラマイシン錠 100mg		100mg 1錠	22.00	4					1錠 2点

抗 菌 薬 (抗生物質および合成抗菌薬)

(分割経口投与1剤)

後 発 品	製 品 名	一 般 名	規 格 ・ 単 位	薬 価	使 用 量					備 考
					2	3	4	6	8	
	<b>合成抗菌薬</b> ニューキノロン系			円	点	点	点	点	点	
	タリビッド錠 100mg	オフロキサシン	100mg 1錠	82.80	17	25	33	50		
	バレオンカプセル 100mg バレオン錠 200mg	} ロメフロキサシン塩酸塩	100mg 1カプセル	60.80	12	18	24	36		
			200mg 1錠	100.10	20	30				
	㊦オゼックス錠 75 ㊦オゼックス錠 150 ㊦トスキサシン錠 75mg ㊦トスキサシン錠 150mg	} トスフロキサシントシル酸塩水和物	75mg 1錠	57.80	12	17	23	35	46	
			150mg 1錠	68.40	14	21	27			
			75mg 1錠	76.70	15	23	31	46	61	
			150mg 1錠	81.50	16	24	33			
㊦	㊦クラビット錠 250mg ㊦クラビット錠 500mg ㊦クラビット細粒 10%	} レボフロキサシン水和物	250mg 1錠 (レボフロキサシンとして)	207.00	41					
			500mg 1錠 (レボフロキサシンとして)	355.10						
			100mg 1g (レボフロキサシンとして)	90.80						
㊦	㊦レボフロキサシン錠 250mg〔DSEP〕		250mg 1錠 (レボフロキサシンとして)	65.80	13					
㊦	㊦レボフロキサシン錠 500mg〔DSEP〕		500mg 1錠 (レボフロキサシンとして)	114.50						
	グレースビット錠 50mg グレースビット細粒 10%	} シタフロキサシン水和物	50mg 1錠	159.10	32		64			
			100mg 1g	454.10						
	その他 ㊦フラジール内服錠 250mg	メトロニダゾール	250mg 1錠	36.20	7			22	29	嫌気性菌 感染症

抗 菌 薬 (注射剤)

後 発 品	製 品 名	一 般 名	規 格 ・ 単 位	薬 価	備 考
	<b>ペニシリン系</b>			円	
	㊦ビクシリン注射用 0.5g ㊦ビクシリン注射用 1g ㊦ビクシリン注射用 2g	} アンピシリン水和物	500mg 1瓶	223	} 注射用水5~20mL
			1g 1瓶	360	
			2g 1瓶	678	
	<b>セフェム系</b>				
	㊦セフメタゾン静注用 0.5g ㊦セフメタゾン静注用 1g ㊦セフメタゾン静注用 2g	} セフメタゾールナトリウム	500mg 1瓶	276	} 注射用水20mL
			1g 1瓶	449	
			2g 1瓶	843	
	ロセフィン静注用 0.5g ロセフィン静注用 1g	} セフトリアキソンナトリウム水和物	500mg 1瓶	364	} 注射用水20mL
			1g 1瓶	515	
	<b>カルバペネム系</b>				
	㊦カルベニン点滴用 0.25g ㊦カルベニン点滴用 0.5g	} パニペネム・ベタミプロン	250mg 1瓶	945	} 生理食塩液100mL
			500mg 1瓶	1,347	
	フィニバックス点滴静注用 0.25g フィニバックス点滴静注用 0.5g	} ドリペネム水和物	250mg 1瓶	1,056	
			500mg 1瓶	1,436	
	㊦メロベン点滴用バイアル 0.25g ㊦メロベン点滴用バイアル 0.5g	} メロペネム水和物	250mg 1瓶	704	} 生理食塩液100mL
			500mg 1瓶	867	
	<b>リンコマイシン系</b>				
	㊦ダラシンS注射剤 300mg ㊦ダラシンS注射剤 600mg	} クリンダマイシンリン酸エステル	300mg 1管	400	
			600mg 1管	582	

抗 真 菌 薬

後発品	製 品 名	一 般 名	規 格 ・ 単 位	薬 価	使 用 量					備 考	
					1	2	3	4	5		
	㊦ファンギゾンシロップ 100mg/mL	アムホテリシンB	100mg 1 mL	54.60	円	点	点	点	点	点	1回50~100mgを 1日2~4回
	フロリードゲル経口用 2% オラビ錠口腔用 50mg	} ミコナゾール	2% 1 g	98.20							1日10~20g 分4
			50mg 1錠	1,173.80							
㊦	イトリゾールカプセル50 イトリゾール内用液1%	} イトラコナゾール	50mg 1カプセル	262.00	26	52					
	イトラコナゾール錠 50[MEEK]		1% 1 mL	70.40							
			50mg 1錠	113.90	11	23					

抗ウイルス薬

後発品	製 品 名	一 般 名	規 格 ・ 単 位	薬 価	使 用 量					備 考
					2	3	4	6	8	
㊦	㊦ゾビラックス錠 200	} アシクロビル	200mg 1錠	62.00	12	19	25	37	50	ヘルペスウイルス感染症 1回 1錠 1日5回 単純ヘルペス 1回 2錠 1日5回 帯状疱疹
	㊦ゾビラックス錠 400		400mg 1錠	92.40	18	28	37	55	74	
	㊦ゾビラックス顆粒 40%		40% 1g	171.20						
	㊦ゾビラックス点滴静注用 250		250mg 1瓶	1,233						
	ゾビラックスクリーム 5%		5% 1g	236.40						
	㊦ゾビラックス軟膏 5%		5% 1g	236.40						
	㊦ビクロックス錠 200		200mg 1錠	31.00	6	9	12	19	25	
	㊦ビクロックス顆粒 40%		40% 1g	103.20						
	㊦ビクロックスシロップ 8%		8% 1mL	26.30						
	㊦ビクロックス点滴静注 125mg		125mg 1管	578						
㊦ビクロックス点滴静注 250mg	250mg 1管	940								
㊦アストリッドドライシロップ 80%	80% 1g	171.30								
㊦	㊦バルトレックス錠 500	} バラシクロビル塩酸塩	500mg 1錠	354.20	71			213	1回 1錠 1日2回 単純ヘルペス 1回 2錠 1日3回 帯状疱疹	
	バルトレックス顆粒 50%		50% 1g	360.30						
㊦	ファミビル錠 250mg	ファミシクロビル	250mg 1錠	373.90		112		224	1回 1錠 1日3回 単純ヘルペス 1回 2錠 1日3回 帯状疱疹	
	アラセナー-A点滴静注用 300mg	} ビダラビン	300mg 1瓶	5,996						
アラセナー-Aクリーム 3%	3% 1g		228.40							
アラセナー-A軟膏 3%	3% 1g		228.40							
㊦	アメナリーフ錠 200mg	アメナメビル	200mg 1錠	1,401.40	280				1回 2錠 1日1回 帯状疱疹	

健 胃 消 化 整 腸 薬

(分割経口投与1剤)

後発品	製 品 名	規 格 ・ 単 位	薬 価	使 用 量					備 考
				2	3	4	6	8	
㊦	健 胃 薬		円	点	点	点	点	点	9錠5点
	健胃配合錠「YD」	1錠	5.90	1	2	2	4		
	S・M配合散	1g	6.30						
	つくしA・M配合散	1g	6.30						
	T M 配合散	1g	6.30						
	K M 散	1g	6.30						
	ピーマーゲン配合散	1g	6.30						
	消化酵素製剤および酵母製剤								
	タカジアスターゼ原末	1g	6.30						
	㊦ジアスターゼ	10g	24.60						
㊦パンクレアチン	1g	7.00							
㊦乾燥酵母	10g	23.70							



## ビ タ ミ ン 製 剤

(分割経口投与1剤)

後 登 品	製 品 名	一 般 名	規 格 ・ 単 位	薬 価	使 用 量					備 考
					2	3	4	6	8	
				円	点	点	点	点	点	
	ノイビタ錠「25」	} ビタミンB <sub>1</sub>	25mg 1錠	5.70	1	2	2			
	25mgアリナミンF糖衣錠		25mg 1錠	5.90	1	2	2			
	ベストン糖衣錠 (25mg)		25mg 1錠	5.90	1	2	2			
	ジセタミン錠 25		25mg 1錠	5.90	1	2	2			
	フラビタン錠 5mg	} ビタミンB <sub>2</sub>	5mg 1錠	5.70	1	2	2	3		
	フラビタン錠 10mg		10mg 1錠	6.20	1	2	3			
	ハイボン錠 20mg		20mg 1錠	5.70	1					
	ハイボン細粒 10%		10% 1g	12.50						
	ピドキサール錠 10mg	ビタミンB <sub>6</sub>	10mg 1錠	5.70	1	2	2	3		
⑥	ハイコバルカプセル 500μg	} ビタミンB <sub>12</sub>	0.5mg 1カプセル	21.00	4	6				
⑥	メコバラミン 0.5mg 錠		0.5mg 1錠	5.70	1	2				
⑥	④メチコバル錠 250μg		0.25mg 1錠	10.70	2	3	4	6		
⑥	④メチコバル錠 500μg		0.5mg 1錠	14.70	3	4				
	メチコバル細粒 0.1%		0.1% 500mg 1包	21.50						
	④アスコルビン酸	} ビタミンC	1g	7.30						
	④アスコルビン酸散		10% 1g	7.50						
	ハイシー顆粒 25%		25% 1g	6.30						
	ユベラ錠 50mg	} ビタミンE	50mg 1錠	5.70	1	2	2	3		
	ユベラ顆粒 20%		20% 1g	9.40						
	ノイロピタン配合錠	} ビタミンB <sub>1</sub> ・B <sub>6</sub> ・B <sub>12</sub> 配合剤	1錠	5.80	1	2	2			
	ビタノイリンカプセル25		1カプセル	6.10	1	2	3			
	ビタノイリンカプセル50		1カプセル	11.80	2					
	ビタメジン配合カプセル B25		1カプセル	5.70	1	2	2			
	ビタメジン配合カプセル B50		1カプセル	8.00	2					
	ビタメジン配合散		1g	24.40						
	④シナール配合錠	} ビタミンC, パントテン酸配合剤	1錠	6.20	1	2	2	4		
	シナール配合顆粒		1g	6.30						
	調剤用バンピタン末	総合ビタミン	1g	6.30						
	蛋白アミノ酸製剤	} 総合アミノ酸製剤	1g	25.20						
	ESポリタミン配合顆粒		10mL	5.40						
	エンシュア・リキッド		10mL(混合調整後の内用液として)	8.30						
	ツインラインNF配合経腸用液		10mL	7.00						
	ラコールNF配合経腸用液									

止 血 薬

(分割経口投与1剤)

後 発 品	製 品 名	一 般 名	規 格 ・ 単 位	薬 価	使 用 量					備 考
					2	3	4	6	8	
⑧	カルバゾクロム系製剤 S・アドクノン錠 30	アドレノクロムモノアミノグアニジン メシル酸塩水和物  カルバゾクロムスルホン酸 ナトリウム水和物	30mg 1錠	円 10.10	点 2	点 3				
	アドナ錠 10mg		10mg 1錠	5.90	1	2	2	3	5	
	アドナ錠 30mg		30mg 1錠	9.80	2	3				
	アドナ散 10%		10% 1g	40.00						
	タジン錠 30		30mg 1錠	5.90	1	2				
⑨ ⑩ ⑪	抗プラスミン製剤 ㊦トランサミンカプセル 250mg ㊦トランサミン錠 250mg トランサミン散 50% トランサミンシロップ 5% ㊦ヘキサトロンカプセル 250mg ㊦リカバリンカプセル 250mg	トラネキサム酸	250mg 1カプセル	10.10	2	3	4	6	8	
	250mg 1錠		10.10	2	3	4	6	8		
	50% 1g		15.60							
	5% 1mL		4.40							
	250mg 1カプセル		10.10	2	3	4	6	8		
	250mg 1カプセル		10.10	2	3	4	6	8		
⑫	ビタミンK <sub>1</sub> (フィトナジオン)製剤 カチーフN錠 5mg カチーフN散 10mg/g ケーワン錠 5mg	フィトナジオン	5mg 1錠	16.60	3	5	7	10		
	1% 1g		31.40							
	5mg 1錠		13.00	3	4	5	8			
⑬	配 合 剤 オフトアルムK配合錠	カルバゾクロム・ アスコルビン酸配合剤	1錠	15.30	3	5	6	9		

局 所 止 血 薬

後 発 品	製 品 名	一 般 名	規 格 ・ 単 位	薬 価	備 考
⑭	サージセル・アブソーバブル・ ヘモスタット	酸化セルロース	1.3cm×5.1cm 1枚	円 919.70	
			ニューニット2.5cm×2.5cm	1,561.30	
	スポンゼル	ゼラチン	5×2.5cm 1枚 10×7cm 1枚	245.00 756.60	
⑮	ゼルフォーム	ゼラチン	2cm×6cm×0.7cm 1枚	184.30	
			8cm×12.5cm×1cm 1枚	1,156.80	

抗 悪 性 腫 瘍 薬

後 発 品	製 品 名	一 般 名	規 格 ・ 単 位	薬 価	備 考
	フトラフル 注 400mg 注射用フトラフル 400mg	テガフル	4% 10mL 1 管 400mL 1 瓶	円 360 436	頭頸部癌
	ユーエフティ配合カプセル T100 ユーエフティE配合顆粒 T100 ユーエフティE配合顆粒 T150 ユーエフティE配合顆粒 T200	テガフル・ウラシル	100mg 1 カプセル(テガフル相当量) 100mg 1 包(テガフル相当量) 150mg 1 包(テガフル相当量) 200mg 1 包(テガフル相当量)	211.90 266.90 392.90 515.80	頭頸部癌
	ティーエスワン配合カプセル T20 ティーエスワン配合カプセル T25 ティーエスワン配合OD錠 T20 ティーエスワン配合OD錠 T25 ティーエスワン配合顆粒 T20 ティーエスワン配合顆粒 T25	テガフル・ギメラシル・ オテラシルカリウム	20mg 1 カプセル(テガフル相当量) 25mg 1 カプセル(テガフル相当量) 20mg 1 錠(テガフル相当量) 25mg 1 錠(テガフル相当量) 20mg 1 包(テガフル相当量) 25mg 1 包(テガフル相当量)	482.30 582.70 482.30 582.70 641.80 783.40	頭頸部癌
	5-FU 注 250mg 5-FU 注 1,000mg	フルオロウラシル	250mg 1 瓶 1,000mg 1 瓶	299 1,095	頭頸部癌
	㊦タキソテル点滴静注用 20mg ㊦タキソテル点滴静注用 80mg ㊦ワクタキソテル点滴静注 20mg/1 mL ㊦ワクタキソテル点滴静注 80mg/4 mL	ドセタキセル水和物	20mg 0.5mL 1 瓶(溶解液付) 80mg 2 mL 1 瓶(溶解液付) 20mg 1 mL 1 瓶 80mg 4 mL 1 瓶	11,469 40,236 11,469 40,236	頭頸部癌
後 後	タキソール注射液 30mg タキソール注射液 100mg バクリタキセル注射液 30mg「サワイ」 バクリタキセル注射液 100mg「サワイ」	バクリタキセル	30mg 5 mL 1 瓶 100mg 16.7mL 1 瓶 30mg 5 mL 1 瓶 100mg 16.7mL 1 瓶	4,548 13,781 3,183 9,879	再発又は遠隔 転移を有する 頭頸部癌
	ブレオ注射用 5mg ブレオ注射用 15mg	ブレオマイシン塩酸塩	5mg 1 瓶 15mg 1 瓶	1,596 4,699	頭頸部癌(上顎癌, 舌癌,口唇癌,咽頭癌, 喉頭癌,口腔癌等)
	㊦ペブレオ注射用 5mg ㊦ペブレオ注射用 10mg	ペプロマイシン硫酸塩	5mg 1 瓶 10mg 1 瓶	3,765 6,177	頭頸部悪性腫瘍(上顎 癌,舌癌,その他の口 腔癌,咽頭癌,喉頭癌)
後 後 後	ランダ 注 10mg/20mL ランダ 注 25mg/50mL ランダ 注 50mg/100mL シスプラチン 注 10mg「日医工」 シスプラチン 注 25mg「日医工」 シスプラチン 注 50mg「日医工」	シスプラチン	10mg 20mL 1 瓶 25mg 50mL 1 瓶 50mg 100mL 1 瓶 10mg 20mL 1 瓶 25mg 50mL 1 瓶 50mg 100mL 1 瓶	1,790 5,423 7,747 895 2,761 3,874	頭頸部癌
後 後 後	㊦パラプラチン注射液 50mg ㊦パラプラチン注射液 150mg ㊦パラプラチン注射液 450mg ㊦カルボプラチン点滴静注液 50mg ㊦カルボプラチン点滴静注液 150mg「サワイ」 ㊦カルボプラチン点滴静注液 450mg「サワイ」	カルボプラチン	50mg 5 mL 1 瓶 150mg 15mL 1 瓶 450mg 45mL 1 瓶 50mg 5 mL 1 瓶 150mg 15mL 1 瓶 450mg 45mL 1 瓶	3,023 8,239 21,155 2,340 5,565 13,170	頭頸部癌
	アクブラ 静注用 10mg アクブラ 静注用 50mg アクブラ 静注用 100mg	ネダプラチン	10mg 1 瓶 50mg 1 瓶 100mg 1 瓶	4,621 21,089 41,081	頭頸部癌
	アービタックス注射液 100mg	セツキシマブ(遺伝子組換え)	100mg 20mL 1 瓶	37,045	頭頸部癌
	オブジーボ点滴静注 20mg オブジーボ点滴静注 100mg	ニボルマブ(遺伝子組換え)	20mg 2 mL 1 瓶 100mg 10mL 1 瓶	36,063 175,211	再発又は遠隔転移 を有する頭頸部癌
	ビシバニール注射用 0.2KE ビシバニール注射用 0.5KE ビシバニール注射用 1 KE ビシバニール注射用 5 KE	抗悪性腫瘍溶連菌製剤	0.2KE 1 瓶(溶解液付) 0.5KE 1 瓶(溶解液付) 1 KE 1 瓶(溶解液付) 5 KE 1 瓶(溶解液付)	1,761 3,756 6,762 15,071	他剤無効の頭頸部 癌(上顎癌,喉頭癌, 咽頭癌,舌癌)

漢 方 薬

後 発 品	製 品 名	規 格 ・ 単 位	薬 価	備 考
	立効散 ツムラ立効散エキス顆粒（医療用）	1g	円 10.40	歯牙痛，抜歯後の疼痛，歯齦炎など
	半夏瀉心湯 ツムラ半夏瀉心湯エキス顆粒（医療用） コタロー半夏瀉心湯エキス細粒 クラシエ半夏瀉心湯エキス細粒 クラシエ半夏瀉心湯エキス錠	1g 1g 1g 1錠	22.80 17.00 21.20 6.80	口内炎
	黄連湯 ツムラ黄連湯エキス顆粒（医療用） コタロー黄連湯エキス細粒	1g 1g	32.80 28.30	口内炎
	茵陳蒿湯 ツムラ茵陳蒿湯エキス顆粒（医療用） クラシエ茵陳蒿湯エキス細粒	1g 1g	8.40 8.50	口内炎
	五苓散 ツムラ五苓散エキス顆粒（医療用） コタロー五苓散料エキス細粒 クラシエ五苓散料エキス細粒 クラシエ五苓散料エキス錠	1g 1g 1g 1錠	14.00 12.40 13.50 5.70	口渇
	白虎加人参湯 ツムラ白虎加人参湯エキス顆粒（医療用） コタロー白虎加人参湯エキス細粒 クラシエ白虎加人参湯エキス細粒 クラシエ白虎加人参湯エキス錠	1g 1g 1g 1錠	18.00 9.30 26.00 12.70	口渇
	排膿散及湯 ツムラ排膿散及湯エキス顆粒（医療用） コタロー排膿散及湯エキス細粒	1g 1g	8.20 6.40	歯槽膿漏，歯齦炎
	葛根湯 ツムラ葛根湯エキス顆粒（医療用） コタロー葛根湯エキス細粒 クラシエ葛根湯エキス細粒 クラシエ葛根湯エキス錠 T	1g 1g 1g 1錠	8.40 6.50 6.90 3.80	上半身の神経痛
	芍薬甘草湯 ツムラ芍薬甘草湯エキス顆粒（医療用） コタロー芍薬甘草湯エキス細粒 クラシエ芍薬甘草湯エキス細粒	1g 1g 1g	7.00 6.90 8.10	急激に起こる筋肉の痙攣を伴う疼痛，筋肉・関節痛
	補中益気湯 ツムラ補中益気湯エキス顆粒（医療用） コタロー補中益気湯エキス細粒 クラシエ補中益気湯エキス細粒	1g 1g 1g	23.20 11.20 21.20	病後の体力補強
	十全大補湯 ツムラ十全大補湯エキス顆粒（医療用） コタロー十全大補湯エキス細粒 クラシエ十全大補湯エキス細粒	1g 1g 1g	18.90 7.10 15.00	病後の体力低下

トローチ剤 (外用)

後発品	製品名	一般名	規格・単位	薬価	使用量				
					2	3	4	6	8
				円	点	点	点	点	点
⑧	S P トローチ 0.25mg「明治」	デカリニウム塩化物	0.25mg 1錠	5.70	1	2	2	3	
	オラドールS トローチ 0.5mg	ドミフェン臭化物	0.5mg 1錠	5.90	1	2	2	4	
⑧	セチルピリジニウム塩化物トローチ 2mg「イワキ」	セチルピリジニウム塩化物水和物	2mg 1錠	5.70	1	2	2		

含嗽剤 (外用)

後発品	製品名	一般名	規格・単位	薬価	使用量			
					2	4	6	8
				円	点	点	点	点
	アズノール錠 2mg	アズレンスルホン酸 ナトリウム水和物	2mg 1錠	5.90	1	2	4	5
	含嗽用ハチアズレ顆粒		0.1% 1g	6.10				
⑧	アズレイうがい液 4%		4% 1mL	37.70				
⑧	アズノールうがい液 4%		4% 1mL	37.70				
⑧	AZ 含嗽用配合細粒「NP」		0.1% 1g	6.10				
	イソジンガーゲル液 7%	ポビドンヨード	7% 1mL	3.10				
⑧	ネオヨジンガーゲル 7%		7% 1mL	2.20				
	デンターゲル含嗽用散 20mg/包	フラジオマイシン硫酸塩	FRM20mg 1包	20.80				
	ネオステリングリーンうがい液 0.2%	ベンゼトニウム塩化物	1mL	5.40				
	ベンゼトニウム塩化物うがい液 0.2%「KYS」		1mL	4.80				

注) アズノール錠は、内用・外用薬の重複承認であるため、外用 (洗口) 薬に適用しても、内用薬の薬価を充当する。

### 口腔用軟膏剤 (外用)

後発品	製品名	一般名	規格・単位	薬価	備考
				円	
⑥	アフタゾロン口腔用軟膏 0.1%	デキサメタゾン	0.1% 1g	66.20	
⑥	デキサメタゾン口腔用軟膏 0.1%〔NK〕		0.1% 1g	50.00	
⑥	デキサメタゾン軟膏口腔用 0.1%〔CH〕		0.1% 1g	50.00	
⑥	デルゾン口腔用軟膏 0.1%		0.1% 1g	50.00	
⑥	オルテクサー口腔用軟膏 0.1%	トリアムシノロンアセトニド	0.1% 1g	63.90	
	デスパコーワ口腔用クリーム	クロルヘキシジン塩酸塩	1g	31.00	
	その他の製剤				
	テラ・コートリル軟膏	オキシテトラサイクリン塩酸塩・ヒドロコルチゾン軟膏	1g	31.10	
	ヒノポロン口腔用軟膏	ヒドロコルチゾン酢酸エステル・ヒノキチオール配合剤軟膏	1g	175.90	
	テトラサイクリン塩酸塩パスタ 3%〔昭和〕	テトラサイクリン塩酸塩パスタ	30mg 1g	232.90	
	テトラサイクリン・プレステロン歯科用軟膏	エピジヒドロコレスチリンテトラサイクリン塩酸塩軟膏	1g	353.10	

### その他の口腔用薬 (外用)

後発品	製品名	一般名	規格・単位	薬価	使用量					備考
					2	3	4	6	8	
				円	点	点	点	点	点	
	アズノールST錠口腔用 5mg	アズレンスルホン酸ナトリウム水和物	5mg 1錠	15.30	3	5	6			
	アフタッチ口腔用貼付剤 25μg	トリアムシノロンアセトニド	25μg 1錠	36.00	7	11	14	22		
	サルコートカプセル外用 50μg	ベクロメタゾンプロピオン酸ナトリウム	50μg 1カプセル	42.10	8	13				
	サリベートエアゾール	リン酸ニカルウム・無機塩類配合剤	50g 1個	543.60						
	⑤ヨードホルム	ヨードホルム	1g	19.30						
⑥	ワプロン口腔用貼付剤 25μg	トリアムシノロンアセトニド	25μg 1枚	37.90	8	11	15	23		
⑥	アフタシール 25μg		25μg 1枚	37.90	8	11	15	23		

### アナフィラキシー補助治療剤

後発品	製品名	一般名	規格・単位	薬価	備考
				円	
⑥	⑤アドレナリン注射液	アドレナリン	0.1% 1mL 1管	94	カテコラミン (アナフィラキシーに使用)
	アドレナリン注0.1シリンジ「テルモ」		0.1% 1mL 1筒	151	
	エピペン注射液 0.15mg		0.15mg 1筒	7,531	
	⑤エピペン注射液 0.3mg		0.3mg 1筒	10,478	

### 歯周組織再生剤

後発品	製品名	一般名	規格・単位	薬価	備考
				円	
	リグロス歯科用液キット 600μg	トラフェルミン(遺伝子組換え)	600μg 1キット	21,053.70	
	リグロス歯科用液キット 1200μg		1,200μg 1キット	28,317.80	

坐 薬 (外用)

後 発 品	製 品 名	一 般 名	規 格 ・ 単 位	薬 価	使 用 量			
					1	2	3	4
				円	点	点	点	点
	エ ス ク レ 坐 剤 「250」 エ ス ク レ 坐 剤 「500」	} 抱水クロラル	250mg 1個	34.90	3	7	10	
			500mg 1個	45.40	5	9	14	
	ワコビタール坐剤 15 ワコビタール坐剤 30 ワコビタール坐剤 50 ワコビタール坐剤 100 ルピアール坐剤 25 ルピアール坐剤 50 ルピアール坐剤 100	} フェノバルビタールナトリウム	15mg 1個	31.40	3	6	9	
			30mg 1個	44.30	4	9	13	
			50mg 1個	55.50	6	11	17	
			100mg 1個	70.70	7	14	21	
			25mg 1個	37.90	4	8	11	
			50mg 1個	51.70	5	10	16	
			100mg 1個	63.30	6	13	19	
	アルピニー坐剤 50 アルピニー坐剤 100 アルピニー坐剤 200 アンヒバ坐剤小児用 50mg アンヒバ坐剤小児用 100mg アンヒバ坐剤小児用 200mg カロナール坐剤小児用 50 カロナール坐剤 100 カロナール坐剤 200 カロナール坐剤 400	} アセトアミノフェン	50mg 1個	19.70	2	4	6	
			100mg 1個	19.70	2	4	6	
			200mg 1個	24.30	2	5		
			50mg 1個	19.70	2	4	6	
			100mg 1個	19.70	2	4	6	
			200mg 1個	24.80	2	5		
			50mg 1個	19.70	2	4	6	
			100mg 1個	19.70	2	4	6	
			200mg 1個	25.40	3	5		
			400mg 1個	39.40	4	8	12	
	㊦インドメタシン坐剤 ㊦インドメタシン坐剤	} インドメタシン	25mg 1個	19.70	2	4		
			50mg 1個	19.70	2	4		
	ボルタレンサポ 12.5mg ボルタレンサポ 25mg ボルタレンサポ 50mg	} ジクロフェナクナトリウム	12.5mg 1個	34.00	3	7		
			25mg 1個	38.80	4	8		
			50mg 1個	44.70	4	9		
㊦	ケトプロフェン坐剤 50mg 「JG」	} ケトプロフェン	50mg 1個	20.30	2	4		
㊦	ケトプロフェン坐剤 75mg 「JG」		75mg 1個	22.80	2	5		

注) 小児が発熱による嘔吐などで経口投与が困難な場合には坐薬を使用するとよいが、アセトアミノフェン製剤は歯科適応症がないので、使用時にはレセプトの摘要欄に投与理由の記載が必要である。

社会保険診療報酬支払基金 審査情報提供事例／適応外使用薬物

(五十音順)

薬物名	使用例	提供日
アシクロビル【内服薬】	内服用「アシクロビル」を単純ヘルペスウイルス感染症である「ヘルペス性歯肉口内炎」に対し処方した場合	平成19年9月21日新規
アシクロビル【注射薬】	注射用「アシクロビル」を単純ヘルペスウイルス感染症である「ヘルペス性歯肉口内炎」に対し処方した場合	平成19年9月21日新規
カルバマゼピン	カルバマゼピンを「抗痙攣薬の神経因性疼痛, 各種神経原性疼痛, がん性疼痛」に対して処方した場合	平成26年9月22日更新
クラブラン酸カリウム・アモキシシリン水和物【内服薬】	クラブラン酸カリウム・アモキシシリン水和物【内服薬】を「歯周組織炎」「歯冠菌腫」「顎炎」に対して処方した場合	平成30年9月28日新規
クラリスロマイシン(小児用)【内服薬】	クラリスロマイシン(小児用)【内服薬】を「歯周組織炎, 顎炎」に対し処方した場合	平成27年2月23日新規
クリンダマイシンリン酸エステル【注射薬】	クリンダマイシンリン酸エステル【注射薬】を「壊死性筋膜炎, 毒素ショック症候群」に対して静脈内に投与した場合	平成24年3月16日新規
ジクロフェナクナトリウム【内服薬】	ジクロフェナクナトリウム【内服薬】を「顎関節症の関節痛」に対して処方した場合	平成23年9月26日新規
スルタミシリントシル酸塩水和物	スルタミシリントシル酸塩水和物を「手術創などの二次感染, 顎炎, 顎骨周囲蜂巣炎」に対し処方した場合	平成19年9月21日新規
スルバクタムナトリウム・アンピシリンナトリウム【注射薬】	スルバクタムナトリウム・アンピシリンナトリウム【注射薬】を「扁桃周囲膿瘍, 「顎骨周囲の蜂巣炎」, 「喉頭膿瘍」, 「咽頭膿瘍」, 「虫垂炎」に対して処方した場合	平成31年2月25日更新
ナプロキセン【内服薬】	ナプロキセン【内服薬】を「顎関節症の関節痛」に対して処方した場合	平成23年9月26日新規
プロポフォール【注射薬】	プロポフォール【注射薬】を「歯科・口腔外科領域における手術又は処置時等の鎮静(留意事項を遵守して使用した場合に限る。)」を目的に静脈内鎮静法で使用した場合	平成30年9月28日新規
ポラプレジンク【内服薬】	ポラプレジンク【内服薬】を「味覚障害」に対して処方した場合	平成23年9月26日新規
ロキソプロフェンナトリウム水和物【内服薬】	ロキソプロフェンナトリウム水和物【内服薬】を「顎関節症の関節痛」に対して処方した場合	平成23年9月26日新規
ロピバカイン塩酸塩水和物【注射薬】	ロピバカイン塩酸塩水和物【注射薬】(2mg/mL製剤・7.5mg/mL製剤)を「浸潤麻酔」に対して処方した場合	平成24年3月16日新規
ロピバカイン塩酸塩水和物【注射薬】	ロピバカイン塩酸塩水和物【注射薬】(2mg/mL製剤)を「伝達麻酔」に対して処方した場合	平成24年3月16日新規
溶連菌抽出物【注射薬】	溶連菌抽出物【注射薬】を「がま腫」に対して処方した場合	平成23年9月26日新規

※ここに示した薬物は、歯科適応がないが、社会保険診療報酬支払基金において適応外使用が一部認められたものである。

## 歯科適応のある抗菌薬（内用薬）

	製 品 名	一 般 名	歯周組織炎	歯冠周囲炎	顎炎	拔牙創・口腔手術創の二次感染	顎骨周辺の蜂巣炎	上顎洞炎	感染性口内炎	化膿性唾液腺炎
ペニシリン系	サワシリン, パセトシン, アモリン <sup>®</sup> , ワイドシリン <sup>®</sup>	アモキシシリン水和物	●	●	●					
	ビクシリン, ソルシリン <sup>®</sup>	アンピシリン水和物	●	●	●	●				
	ベングッド	バカンピシリン塩酸塩	●	●		●				
セフェム系	オラセフ	セフトキシムアキセチル	●	●	●					●
	ケフラー, セファクロカプセル250mg	セファクロル	●	●	●					
	ケフレックス, シンクル <sup>®</sup> , センセファリン <sup>®</sup> , ラリキシ <sup>®</sup> (錠剤・カプセル・顆粒剤により適応が異なる)	セファレキシ <sup>®</sup>	●	●	●	●		●		●
	セフゾン	セフジニル	●	●	●					
	トミロン	セフトラムビボキシル	●	●	●					
	パナン, セボキシム <sup>®</sup> , パナセファン <sup>®</sup>	セフトロキシムプロキセチル	●	●	●					
	フロモックス	セフカベンビボキシル塩酸塩水和物	●	●	●					
	メイアクト, セフトレンビボキシル「サワイ」 <sup>®</sup> , セフトレンビボキシル「トール」 <sup>®</sup>	セフトレンビボキシル	●	●	●					
ベネム系	ファロム	ファロベネムナトリウム水和物	●	●	●					
マクロライド系	エリスロマイシン <sup>®</sup>	エリスロマイシン <sup>®</sup>		●						
	エリスロシン	エリスロマイシンステアリン酸塩		●						
	クラリス, クラリシッド, マインベース <sup>®</sup> , リクモース <sup>®</sup>	クラリスロマイシン	●	●	●					
	ジスロマック, アジスロマイシン錠「CHM」 <sup>®</sup>	アジスロマイシン水和物	●	●	●					
	ジョサマイシン	ジョサマイシン	●	●	●			●		●
	ジョサマイ	ジョサマイシンプロピオン酸エステル	●	●	●			●		
	リカマイシン	ロキタマイシン	●		●					
テトラサイクリン系	アクロマイシン	テトラサイクリン塩酸塩	●							
	ピブラマイシン, バルドマイシン <sup>®</sup> , ラセナマイシン <sup>®</sup>	ドキシサイクリン塩酸塩水和物		●						●
	ミノマイシン, ミノペン <sup>®</sup> , ミノトール <sup>®</sup> , ケーベラシン <sup>®</sup> (錠剤・カプセル・顆粒剤により適応が異なる)	ミノサイクリン塩酸塩	●	●	●			●	●	●
クロラムフェニコール系	クロロマイセチン	クロラムフェニコール	●	●		●			●	
	クロロマイセチンサクシネート	クロラムフェニコールコハク酸エステルナトリウム	●	●						
リンコマイシン系	ダラシン	クリンダマイシン塩酸塩			●		●			
ニューキノロン系	オゼックス, トスキサシン	トスフロキサシントシル酸塩水和物	●	●	●					●
	クラビット	レボフロキサシン	●	●	●					●
	タリビット, リビゲット <sup>®</sup> , タリザート <sup>®</sup>	オフロキサシン	●	●	●					
	ロメバクト, パレオン	ロメフロキサシン塩酸塩	●	●	●					
	グレースビット	シタフロキサシン水和物	●	●	●					

歯周組織炎：歯槽骨炎, 歯槽骨膜炎, 歯根膜炎, 歯周肉腫瘍, 歯根周囲炎, 歯槽膿瘍, 拔牙後骨炎, 拔牙後感染, 歯肉膿瘍, 歯肉炎など

歯冠周囲炎：智歯周囲炎, 歯冠周囲炎など

顎炎：顎骨骨髓炎, 顎骨骨膜炎, 顎骨周囲炎, 急性顎炎など

顎骨周辺の蜂巣炎：顎骨周辺の隙の蜂巣炎



[資料]

保険医及び保険薬剤師の使用医薬品（保険診療で使用できる歯科用薬剤）

本表に記載されている医薬品は、保険診療において使用可能な歯科用薬剤である。  
 薬剤料は各診療行為の算定点数に含まれており、別途算定はない。

分類	商品名	備考
根管治療剤	モルホニン歯科用液	
根管治療剤	アンモニア銀液	
根管治療剤	キヤナルクリナー歯科用液10%	
根管治療剤	㊦ 歯科用アンチホルミン	
根管治療剤	ネオクリナー「セキネ」	
根管治療剤	クレオドン	劇
根管治療剤	クリアエフシー	劇
根管治療剤	歯科用ホルマリンクレゾール	劇
根管治療剤	歯科用ホルムクレゾール「村上」	劇
根管治療剤	ホルムクレゾールFC「ネオ」	劇
根管治療剤	メトコール	劇
根管治療剤	サホライド・RC液歯科用3.8%	
根管治療剤	ペリオドン	劇
根管治療剤	ホルマリン・グアヤコールFG「ネオ」	劇
根管治療剤	カルビタール	劇
根管治療剤	㊦ 水酸化カルシウム	
鎮痛・鎮静消毒剤	キヤンフェニエック「ネオ」	劇
鎮痛・鎮静消毒剤	歯科用カルボール	劇
鎮痛・鎮静消毒剤	㊦ 歯科用フェノール・カンフル	劇
鎮痛・鎮静消毒剤	クロロフェン	劇

分類	商品名	備考
鎮痛・鎮静消毒剤	村上キヤンフェニエック	劇
鎮痛・鎮静消毒剤	サホライド液歯科用38%	劇
覆罩剤	ネオダイン	
覆罩剤	パールパックV	劇
軟組織消炎剤	㊦ 歯科用ヨード・グリセリン	劇
軟組織消炎剤	クロール亜鉛液	
軟組織消炎剤	ネオグリセロール	劇
軟組織消炎剤	ヨードグリコールパスタ「ネオ」	劇
象牙質知覚過敏鈍麻剤	Fパニッシュ歯科用5%	劇
齲蝕抑制剤	弗化ナトリウム液「ネオ」	
齲蝕抑制剤	フルオール液歯科用2%	
齲蝕抑制剤	フルオール・ゼリー歯科用2%	
齲蝕抑制剤	バトラーフローデンフオームA酸性2%	
齲蝕抑制剤	バトラーフローデンフオームN	
齲蝕抑制剤	弗化ソーダ液	

※「備考」欄にある「劇」は劇薬をいう。

## 抗菌薬の使い方について

抗菌薬の使用上の問題点として、耐性菌と副作用の発現が挙げられる。耐性獲得には、抗菌薬の大量かつ不適切な使用が要因となっており、さらにその過剰投与により、アナフィラキシーショックや腎障害などの重篤な有害反応が生じる原因にもなっている。

平成16年9月付の「抗生物質製剤及び抗菌物質製剤の再評価結果及び効能・効果読替えに関する通知」に基づき、抗菌薬の効能・効果、用法・用量が改訂された。ここには抗菌薬の使い方などについて重要な点を記載した。会員各位におかれては、これらを参考にされて、治療目的に適合した最適の抗菌薬を選択し、治療上必要な最小限の期間の投与にとどめて正しく使用していただきたい。

### □ 抗菌薬の選択・使い方の指針

- ・病原菌に有効でできるだけ抗菌スペクトルの狭い薬剤を選択する。
- ・安易に広域スペクトルの抗菌薬を使用すると正常細菌叢を乱し、病原菌に対する防御機能を低下させ、菌交代を起こしやすくする。耐性菌の発現の危険が生じる。
- ・ペニシリン系、セフェム系、マクロライド系、リンコマイシン系、テトラサイクリン系、カルバペネム系およびニューキノロン系が治療の主体となる。
- ・ペニシリン系、セフェム系抗菌薬では、血中濃度が高いほど殺菌作用が強くなるわけではなく、感染部位においてMICより高い濃度をどれだけ長時間持続できるかによって効果に差がでる。
- ・新薬や抗菌力の強い薬剤は安易に使用しない。むしろ慎重に使用する。
- ・患者のアレルギー既往、腎・肝障害、基礎疾患の有無、妊娠の可能性、授乳の有無などを投与前に再確認する。
- ・抗菌薬の半減期、排泄経路、臓器移行性、副作用などを確認し、患者の年齢、腎・肝機能、妊娠中などを考慮して適切な投与量、投与期間・間隔を設定する。
- ・妊娠中、特に12週までは不必要な投与は行わない。ニューキノロン系、テトラサイクリン系、アミノ配糖体系、ST合剤、クロラムフェニコールなどは使用すべきではない。比較的安全に使用できるのは、ペニシリン系、セフェム系、マクロライド系である。

### □ 抗菌薬の副作用

副作用として肝障害、腎障害、血液障害、薬疹、ビタミンK欠乏による出血傾向などが挙げられ

る。各種抗菌薬に特徴的な副作用を以下に記した。

- ペニシリン系
  - ・頻度は低いが、アナフィラキシー反応が起こる。
  - ・セフェム系、カルバペネム系と交叉反応を有するので、重篤なペニシリンアレルギーの既往歴患者にはこれらの抗菌薬は禁忌となる。投与前の間診を十分に行う。
- セフェム系
  - ・他の抗菌薬に比べて副作用の頻度は低い。皮疹、発熱、下痢などである。
  - ・アルコール類と併用すると顔面紅潮、嘔吐、動悸などのジスルフィラム様作用を呈することがある。内服終了後1週間までは禁酒を勧める。
- カルバペネム系
  - ・高齢者や腎機能低下、てんかんや中枢神経障害のある患者で痙攣などの中枢神経症状が発現しやすくなる。
- アミノ配糖体系
  - ・腎障害、第Ⅷ脳神経障害（難聴）が知られている。定期的に腎機能を検査する。
- テトラサイクリン系
  - ・胎児や小児（8歳以下）に一過性の骨発育不全、歯の着色、エナメル質形成不全をきたすことがある。妊婦や小児には使用しない。
- マクロライド系
  - ・ピモジドとの併用でQT延長症候群、心室性不整脈、心停止の報告があり、併用禁忌である。
- クロラムフェニコール系
  - ・血液障害（再生不良性貧血など）が知られている。
- ニューキノロン系
  - ・酸性非ステロイド性抗炎症薬との併用で痙攣が発現することがある。妊婦・小児への投与は禁忌である。

### □ 服薬指導上の注意

- ・抗菌薬は、「風邪薬」や「解熱薬」ではなく、細菌感染症に対する治療薬であること。また残薬を後日服用したり、他者に渡してはいけないことを伝える。
- ・用法・用量・服薬期間を守ることが治療効果を左右することを説明する。
- ・服用後何らかの異常を感じた時には、ささいな変化であってもすぐに連絡するように患者に話しておく。

（藤本卓司：47抗菌薬 治療戦略各論・選び方、治療薬マニュアル2020（高久史磨、矢崎義雄・監）、pp1338～1351、医学書院、2020より抜粋して改変）

# 社会保険歯科診療報酬点数早見表(1)

(令和2年4月1日実施)

日本歯科医師会

<注> 下記点数のうちゴシックは所定点数、( ) の点数は6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な者を診療した場合の点数。

	《※印は施設基準届出が必要》	外来環1*	時間外	休日	深夜	乳	乳時間外	乳休日	乳深夜	特	乳+特	特導	乳+特導	特連*	特地
			休日・深夜を除く 標準時間外	日曜・祝日 12:29~1/3	午後10時~ 午前6時	6歳未満	乳幼児における時間外、休日、深夜の診療	著しく治療が困難な者	治療環境に円滑に 対応できるようにする	特連医療 機関	特連を除く 歯科診療所				
初診	歯科初診料* .....261 歯科初診料(未届の場合) ...240	+23	+85	+250	+480	+40	+125	+290	+620	+175	+215	+250	+290	+100	+100
再診	歯科再診料* .....53 歯科再診料(未届の場合) ...44	明細+1 +3	+65	+190	+420	+10	+75	+200	+530	+175	+185				

医学管理	《※印は算定に文書による情報提供が必要な場合》	
	診療情報提供料(Ⅰ)* .....250	診療情報提供料(Ⅱ)* .....500
歯科疾患管理料 .....100 (初診月) .....80	新製有床義歯管理料* (装着月1回に限る) { 困難 .....230 上記以外 190	診療情報提供料(Ⅲ)* .....150
文書提供加算* .....+10	周術期等口腔機能管理計画策定料* .....300 (手術等に係る一連の治療中1回)	診療情報連携共有料*(医科との連携) .....120
長期管理加算(初診月から起算して6月を超えた場合) か強診 .....+120 上記以外 .....+100	周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)* 手術前(1回に限り) .....280 手術後(3月以内、計3回まで) .....190	歯科特定疾患療養管理料(月2回まで) .....170 共同療養指導計画加算* .....+100
エナメル質初期う蝕加算(かかりつけ歯科医機能強化型 歯科診療所) .....+260	周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)* 手術前(1回に限り) .....500 手術後(3月以内、月2回まで) .....300	歯科治療時医療管理料(1日につき) .....45
洗口指導加算*(4歳以上13歳未満、修復終了後) .....+40 (注) う蝕多発傾向者が対象	周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)* (放射線治療、化学療法(予 定患者含)又は緩和ケアを受ける患者)(月1回) .....200	退院時共同指導料1*(在宅療養支援歯科診療所1,2)(1回のみ) 900 (上記以外の歯科診療所)(1回のみ) ...500 特別管理指導加算 .....+200
総合医療管理加算 .....+50	薬剤情報提供料*(月1回、処方内容変更の場合はその都度) .....10 患者の求めに応じて手帳に記載した場合 .....+3	
口腔機能管理料* .....100		
小児口腔機能管理料* .....100		
歯科衛生実地指導料1*(月1回、15分以上指導) .....80		
歯科衛生実地指導料2* (月1回15分以上又は合計15分以上) .....100 (歯科診療特別対応連携施設・地域歯科診療支援病院)		
歯周病患者画像活用指導料 .....10 2枚目から1枚につき(1回につき5枚限り) .....+10		

歯科訪問診療料(1日につき)(初・再診料を含む)				歯科訪問診療における特掲診療料の加算	
患者1人につき診療に要した時間	同一建物に居住する患者数			訪問診療のみ算定	訪問診療+特別対応加算
	歯科訪問診療1(1人のみ)	歯科訪問診療2(2人以上9人以下)	歯科訪問診療3(10人以上)		
20分以上	1100<1090>	361<351>	185<175>	抜髄 感染根管処置 膿瘍切開 乳歯・永久歯の普通抜歯 有床義歯修理 欠損補綴の印象採得(連合・特殊) 有床義歯の咬合採得 有床義歯内面適合法	・歯科訪問診療料のみを算定した患者は、抜髄、感染根管処置、膿瘍切開、乳歯・永久歯の普通抜歯、欠損補綴の印象採得(連合・特殊)、有床義歯の咬合採得の場合は( )の点数を算定する。 ・抜髄即充、感根即充、有床義歯修理、有床義歯内面適合法は<>の点数を算定する。
20分未満	770<760>	253<243>	130<120>	外来における特別対応加算と同様の算定	・歯科訪問診療料及び歯科診療特別対応加算を算定している場合で特掲診療料の加算を算定する場合は( )の点数を算定する。

※初診料注1の未届医療機関は<>の点数で算定する

### 歯科訪問診療料への加算

	歯科訪問診療1~3			歯科訪問診療1(20分以上)のみ		
	歯科訪問診療補助加算	地域医療連携体制加算	診療時間に対する加算	患者の状態による加算	在宅歯科医療推進加算 歯科訪問診療移行加算	
歯援診1/歯援診2	同一建物居住者以外 +115 同一建物居住者 +50	+300	1時間を越えた場合 30分または端数を増す毎 +100	+175 特導 +250	+100	
か強診	同一建物居住者以外 +115 同一建物居住者 +50				+100	+150
歯科診療所	同一建物居住者以外 +90 同一建物居住者 +30				+100	+100

訪問歯科衛生指導料(20分以上、月4回まで)(文書提供が必要)(訪問診療日より1月以内)	歯科疾患在宅療養管理料(月1回)
単一建物診療患者が1人の場合 .....360	在宅療養支援歯科診療所1の場合 .....320
単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 .....328	在宅療養支援歯科診療所2の場合 .....250
上記以外 .....300	上記以外の場合 .....200
在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料(20分以上、月4回)	在宅総合医療管理加算 .....+50
0~9歯 .....350	文書提供加算 .....+10
10~19歯 .....450	栄養サポートチーム等連携加算1 .....+80
20歯以上 .....550	栄養サポートチーム等連携加算2 .....+80
在宅療養支援歯科診療所加算1 .....+125	在宅患者歯科治療時医療管理料(1日につき) .....45
在宅療養支援歯科診療所加算2 .....+100	在宅患者連携指導料(月1回)
かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算 .....+75	(他職種との連携)(1回目の訪問診療から1月以内は算定不可) .....900
栄養サポートチーム等連携加算1 .....+80	(医療関係職種間で文書等により情報共有し、これに基づき指導を行った場合)
栄養サポートチーム等連携加算2 .....+80	在宅患者緊急時等カンファレンス料(月2回まで) .....200
小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料(20分以上、月4回) .....450	(医療関係職種等がカンファレンスを行い、その結果を踏まえて指導した場合)
在宅療養支援歯科診療所加算1 .....+125	フッ化物歯面塗布処置(1口腔につき)
在宅療養支援歯科診療所加算2 .....+100	在宅等療養患者 .....110(165)
かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算 .....+75	(初期根面う蝕に罹患している歯科訪問診療料算定患者3月に1回)
小児栄養サポートチーム等連携加算1 .....+80	在宅等療養患者専門の口腔衛生処置(月1回) .....120(180)
小児栄養サポートチーム等連携加算2 .....+80	非経口摂取患者口腔粘膜処置(月2回) .....100(150)
	咬合印象 .....140(238)

(不許複製・禁転載)

# 社会保険歯科診療報酬点数早見表(2)

(令和2年4月1日実施)

日本歯科医師会

<注> 下記点数のうちゴシックは所定点数、( ) の点数は6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な者を診療した場合の点数。

検査	歯周病検査 (1口腔単位) (1月以内の検査2回目以降は50/100の算定)	電氣的根管長測定検査 (EMR) (1根管目) …… 30 2根管目から1根管につき ……+15	有床義歯咀嚼機能検査1 (1回につき) 下顎運動測定と咀嚼能力測定を併せて行う場合 …… 560 咀嚼能力測定のみを行う場合 ……140			
	歯周病検査 (1口腔単位) (1月以内の検査2回目以降は50/100の算定)	細菌簡易培養検査 (S培) (1歯1回につき) …… 60 顎運動関連検査 (1装置につき) ……380 〔下顎運動路描記法 (MMG), ゴシックアーチ描記法 (GoA)〕 〔パントグラフ描記法 (Ptg), チェックバイト検査 (ChB)〕 の場合	有床義歯咀嚼機能検査2 (1回につき) 下顎運動測定と咬合圧測定を併せて行う場合 …… 550 咬合圧測定のみを行う場合 ……130			
画像	歯周基本検査 (乳歯は歯数に含まない)	咀嚼能力検査 (6月に1回) …… 140	精密触覚機能検査 (月1回) …… 460			
	歯周精密検査 (乳歯は歯数に含まない)	咬合圧検査 (6月に1回) …… 130	小児口唇閉鎖力検査 (3月に1回) …… 100			
診断	混合歯列期歯周病検査	舌圧検査 (3月に1回) ……140	睡眠時歯科筋電図検査 (一連につき) …… 580			
	歯周病部分的再評価検査 (歯周外科手術後1歯1回に限り) ……15 歯冠補綴時色調採得検査 ……10					
投薬注射	単純撮影 (I) (フィルム料含む) ( ) の点数は一連症状確認標準型 48(38) 咬合型 58(48) 全顎10枚法 439 小児型 47(37), 48(38) 咬翼型 59(49) 全顎14枚法 451 3歳未満の乳幼児には撮影料50/100加算 3歳以上6歳未満の幼児には撮影料30/100加算	単純撮影 (II) (スタタスエックス2等) (フィルム料含む) スタタスエックス2 (カビネ使用) 1枚 ……154 注) フィルムの算定については、使用フィルムと四ツ切フィルムとの面積比により算定する。	パノラマ断層撮影 (フィルム料含む) 四ツ切 311 オルソパントモ型 (小) 317 (大) 315 〔3歳以上6歳未満 (小) 372 (大) 370〕			
	フィルム料 標準型 2.9, 咬翼型 4.0, 四ツ切 6.2, 小児型 2.3, 3.1, 咬合型 2.7, カビネ 3.8, オルソパントモ型 (小) 12.0 (大) 10.3 6歳未満1.1倍	デジタル撮影 電子画像管理加算 (フィルム料なし) エックス線 10 パノラマ 95 歯CT 120 その他 60	〔電〕58(48) 〔パ電〕402(402) 〔CT電〕1170(1170) 〔他電〕213(171)	時間外緊急院内画像診断加算 (1日につき) (時間外 休日 深夜) +110		
リハビリ	処方料 6種以下 ……42 7種以上 ……29 (3歳未満+3)	薬剤料 (内服・浸煎 (1日分の薬価) 屯服 (1回分の薬価) -15円 外用 (1剤別の薬価) 注射薬剤 (1回分の薬価) ) ÷10円+1点 (1点未満の端数は切り上げる)	6種以下 ……68 7種以上 ……40 (3歳未満+3) (一般名処方1+7) (一般名処方2+5)			
	調剤料 1回の処方につき 内服・浸煎・屯服 ……11 外用 ……8	注 静脈内 ……32 皮内・皮下・筋肉内 ……20				
処置	歯科口腔リハビリテーション料1 (装着月以外、月1回に限り) 1 有床義歯 (装着月以外、月1回に限り) 困難 ……124 上記以外 ……104 2 舌接触補助床 (月4回に限り) ……194 3 その他 (口蓋補綴、顎補綴、月4回に限り) ……189	歯科口腔リハビリテーション料2 ……54 (顎関節治療用装置装着患者、月1回に限り、施設基準)	摂食機能療法 (1日につき) 30分以上 ……185 (治療開始から3月以内、1日単位で算定) (治療開始から4月以上、月4回に限り) 30分未満 ……130 (脳卒中発症から14日以内、1日単位で算定)			
	う蝕処置 (1歯1回につき) …… 18 (27) 咬合調整 { 1~9歯 …… 40 (60) 10歯以上 …… 60 (90) } 残根削合 (1歯1回につき) …… 18 (27) 歯髄保護処置 (1歯につき) { 歯髄温存療法 ……188 (282) 直PCap ……150 (225) 間PCap …… 34 (51) } 象牙質レジンコーティング (1歯につき) …… 46 (69) 早期充填処置 (シーラント) (乳歯又は幼若永久歯) (1歯につき、歯面清掃、前処理、材料料を含む) { 複合レジン系 ……145 (212) グラスアイオノマー系 (標準型) ……144 (211) (自動練和型) ……143 (210) } 除去 (1歯につき) { 簡単 …… 20 (30) 困難 …… 42 (63) 著しく困難 …… 70 (105) } 根管内異物除去 ……150 (225) 手術用顕微鏡加算 ……+400 (+600) 歯の破折片除去 (麻酔の費用は別算定) …… 30 (45) 有床義歯床下粘膜調整処置 (1顎1回につき) ……110 (165) う蝕薬物塗布処置 { 3歯まで …… 46 (69) 4歯以上 …… 56 (84) } 知覚過敏処置 (1口腔1回につき) { 3歯まで …… 46 (69) 4歯以上 …… 56 (84) } 生活歯髄切断 ……230 (345) 歯根完成期以前及び乳歯 ……+40 (+60) 失活歯髄切断 (1歯につき) …… 70 (105) フッ化物歯面塗布処置 (1口腔につき) う蝕多発傾向者 (13歳未満、3月に1回) …… 110 (165) エナメル質初期う蝕 (3月に1回) …… 130 (195) 口腔粘膜処置 (1口腔につき) …… 30 (45) (レーザー照射による処置を行った場合) 後出血処置 ……470 (705) 6歳未満 ……500 (750) (後出血処置は麻酔に使用した薬剤料を別途算定) 口腔内外科後処置 (1口腔1回につき) …… 22 (33) 口腔外外科後処置 (1回につき) …… 22 (33)	歯周基本治療 (浸麻の費用を含む) スケーリング (SC) { 1/3顎につき 1/3顎を増すごと } { 初回時 72 (108) +38 (+57) (1/3顎単位) 2回目以降 36 (54) +19 (+29) } SRP及びPCur { 前歯 小白歯 大白歯 } { 初回時 60 (90) 64 (96) 72 (108) (1歯につき) 2回目以降 30 (45) 32 (48) 36 (54) } 歯周病安定期治療 (I) (SPT I) { 1~9歯 ……200 (300) 10~19歯 ……250 (375) 20歯以上 ……350 (525) } (3月に1回、歯周外科手術後等の治療間隔の短縮が必要な場合は月1回可) 歯周病安定期治療 (II) (SPT II) { 1~9歯 ……380 (570) 10~19歯 ……550 (825) 20歯以上 ……830 (1245) } (月1回、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所) 歯周病重症化予防治療 (P重防) { 1~9歯 ……150 (225) 10~19歯 ……200 (300) 20歯以上 ……300 (450) } (3月に1回) 周術期等専門的口腔衛生処置 (1口腔につき) 周術期等専門的口腔衛生処置1 …… 92 (138) (週I, 週IIの入院中患者に衛生士が実施、術前・術後に1回限り) (週IIIの患者に衛生士が実施、週III算定月に月2回限り) 周術期等専門的口腔衛生処置2 ……100 (150) (歯科医師又は衛生士が実施、口腔粘膜に対する処置を行い、口腔粘膜保護材を使用した場合、1回に限り) 機械的歯面清掃処置 (1口腔につき) …… 70 (105) (歯科医師又は衛生士が実施、2月に1回に限り) 歯周疾患処置 (P処) (1口腔1回につき) …… 14 (21) 歯周基本治療処置 (1口腔につき) …… 10 (15) (歯周基本治療後、薬剤による洗浄、月1回・P処算定月は不可) 歯周治療用装置 (印象、装着等を含む) (人工歯、鉤等は別算定) (歯周精密検査を実施した場合に算定) 冠形態 (1歯につき) …… 50 (75) 床義歯形態 (1装置につき) ……750 (1125)	暫間固定 (固定源となる歯は歯数に含めない) 簡単なもの …… 230 (345) (エナメルボンドシステムの場合は200点 (300点)) 困難なもの …… 530 (795) (エナメルボンドシステムの場合は500点 (750点)) 暫間固定装置修理 …… 70 (105) 暫間固定除去 (1装置につき) …… 30 (45) 線副子 (1顎につき) …… 680 (1020) 口腔内装置1 顎関節治療用装置 …… 1530 (1545) 歯ぎしりに対する口腔内装置 …… 1650 (1725) 口腔内装置2 顎関節治療用装置 …… 830 (845) 歯ぎしりに対する口腔内装置 …… 950 (1025) 口腔内装置3 歯ぎしりに対する口腔内装置 …… 800 (875) 気管内挿管時の歯の保護等を目的として製作した 口腔内装置 …… 680 (695) 睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置 (1装置につき) 睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置1 …… 3300 (3450) 睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置2 …… 2300 (2450) 舌接触補助床 (1装置につき) { 新たに製作した場合 ……2620 (2680) 旧義歯を用いた場合 ……1120 (1180) } 口腔内装置調整・修理 (1口腔につき) 口腔内装置調整 { 睡眠時無呼吸症候群、歯ぎしり …… 120 (180) 上記以外 …… 220 (330) } 口腔内装置修理 …… 234 (351) 術後即時顎補綴装置 (1顎につき) ……2800 (2950) 注) 暫間固定、線副子、口腔内装置、睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置、舌接触補助床、術後即時顎補綴装置の点数は装着料を含む。印象採得料、装着材料料は別算定。			
抜髄 (1歯につき)	感染根管処置 (1歯につき)	根管粘薬処置 (1歯1回につき)	根管充填 (1歯につき)	抜髄即充 (1歯につき) 《 》内は歯科訪問診療料のみ算定患者の点数	感根即充 (1歯につき)	加圧根充処置 (1歯につき) (補管届出医療機関のみ) エックス線による確認
単根 230 (299) (歯髄温存療法後3月以内 188点減算 直PCap後1月以内 150点減算)	単根 156 (203)	単根 30 (45)	単根 72 (108)	単根 302 (407) 《371》 (歯髄温存療法後3月以内 188点減算 直PCap後1月以内 150点減算)	単根 228 (311) 《275》	単根 136 (204)
2根 422 (549)	2根 306 (398)	2根 38 (57)	2根 94 (141)	2根 516 (690) 《643》	2根 400 (539) 《492》	2根 164 (246)
3根以上 596 (894)	3根以上 446 (669)	3根以上 54 (81)	3根以上 122 (183)	3根以上 718 (1077) 《1016》	3根以上 568 (852) 《791》	3根以上 208 (312) 手術用顕微鏡加算 (3根以上) ……+400 (+600)

# 社会保険歯科診療報酬点数早見表(3)

(令和2年4月1日実施)

日本歯科医師会

<注> 下記点数のうちゴシックは所定点数、( ) の点数は6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な者を診療した場合の点数。

		《麻酔に使用した薬剤料は別途算定》										
手 術	抜歯手術 (1歯につき)	乳歯	130 (195)	口腔内消炎手術	智歯周囲炎の歯肉弁切除等	120 (156)	口腔内軟組織異物(人工物)除去術	簡単なもの	30 (45)	歯周外科手術	歯周ポケット搔爬術	80 (120)
		前歯	155 (233)		歯肉膿瘍等	180 (234)		困難なもの			新付着手術	160 (240)
		白歯	265 (398)		骨膜下膿瘍、口蓋膿瘍等	230 (345)		浅在性のもの	680 (1020)		歯肉切除手術	320 (480)
		難抜歯加算	+210 (+315)		顎炎又は顎骨髄炎等			深在性のもの	1290 (1935)		歯肉剥離搔爬手術	630 (945)
		(前歯、白歯のみ、歯根肥大・骨の癒着歯等に対する骨の開さく又は歯根分離術)			1/2顎未満	750 (1125)					歯周組織再生誘導手術 (GTR術)(材料料は別算定)	
		埋伏歯	1054 (1581)		1/2顎以上	2600 (3900)					1次手術(誘導膜の固定)	840 (1260)
		(骨性の完全埋伏歯又は水平埋伏歯に限る)			全顎	5700 (8550)					Fop及びGTR1次手術時歯根面レーザー	
		下顎智歯(骨性・水平埋伏)	+120 (+180)		口腔外消炎手術(骨膜下・皮下膿瘍、蜂窩織炎等)						応用加算	+60 (+90)
		歯根分割搔爬術	260 (390)		2cm未満のもの	180 (270)					2次手術(非吸収性膜の除去)	380 (570)
		ヘミセクション(分割抜歯)	470 (705)		2cm以上5cm未満のもの	300 (450)					歯肉歯槽粘膜形成手術	
	抜歯窩再搔爬手術	130 (195)		5cm以上のもの	750 (1125)					歯肉弁根尖側移動術	600 (900)	
	歯槽骨整形手術	110 (165)		歯根嚢胞摘出手術						歯肉弁歯冠側移動術	600 (900)	
	骨腫除去手術			歯冠大	800 (1200)					歯肉弁側方移動術	770 (1155)	
	腐骨除去手術			拇指頭大	1350 (2025)					遊離歯肉移植術		
	歯槽部に限局するもの	600 (900)		鶏卵大	2040 (3060)					(手術野ごと)	770 (1155)	
	顎骨(片側の1/2未満)	1300 (1950)		歯根端切除手術(1歯につき)(歯根端閉鎖の費用を含む)						SPT開始後の歯周外科手術は50/100で算定		
	顎骨(片側の1/2以上)	3420 (5130)		歯科CT、手術用顕微鏡を使用	2000 (3000)					頬、口唇、舌小帯形成術	560 (840)	
				上記以外	1350 (2025)							
				注) 歯根端切除と歯根嚢胞摘出を同時に行った場合の従たる手術は50/100算定。								
	レーザー機器加算の対象手術											
	レーザー機器加算1	歯肉、歯槽部腫瘍手術(エプーリスを含む)軟組織に限局するもの、浮動歯肉切除術(3分の1顎程度、2分の1顎程度)、舌腫瘍摘出術(粘液嚢胞摘出術)、口蓋腫瘍摘出術(口蓋粘膜に限局するもの)、頬、口唇、舌小帯形成術、口唇腫瘍摘出術(粘液嚢胞摘出術)、頬腫瘍摘出術(粘液嚢胞摘出術)、がま腫切開術	+50									
	レーザー機器加算2	歯肉、歯槽部腫瘍手術(エプーリスを含む)硬組織に及ぶもの、浮動歯肉切除術(全顎)、舌腫瘍摘出術(その他のもの)	+100									
	レーザー機器加算3	口腔底腫瘍摘出術、口蓋腫瘍摘出術(口蓋骨に及ぶもの)、口蓋混合腫瘍摘出術、口唇腫瘍摘出術(その他のもの)、頬腫瘍摘出術(その他のもの)、頬粘膜腫瘍摘出術、がま腫摘出術、舌下腺腫瘍摘出術	+200									
麻酔	伝達麻酔	42 (63)	浸潤麻酔	30 (45)	吸入鎮静法	30分まで	70 (105)	静脈内鎮静法	600 (900)			
	(下顎孔・眼窩下孔)		(手術、120点以上の処置、特に規定する処置、歯冠形成、う蝕歯即時充填形成、う蝕歯インレー修復形成以外で算定)		30分を超えた場合は30分又はその端数を増すごとに	+10 (+15)						
歯 冠	補綴時診断料(1装置につき)	新製(ブリッジ、有床義歯の新製)	90	即時充填形成(充形)	128 (192)							
		新製以外	70	インレー修復形成(修形)	120 (180)							
	歯冠形成(1歯につき)			充填1	106 (159)							
				充填2	158 (237)							
				単純なもの	59 (89)							
				複雑なもの	107 (161)							
				単純なもの	11							
				複雑なもの	29							
				単純なもの	10							
				複雑なもの	26							
修 復	印象採得料(1個につき)	支台築造(メタルコア・ファイバーポストの印象)	34 (51)	単純なもの	9							
		単純	32 (48)	複雑なもの	23							
		連合	64 (96)	単純なもの	4							
		咬合採得料(1個につき)	18 (27)	複雑なもの	11							
		装着料(1個につき)	歯冠修復	45 (68)	単純なもの	4						
		内面処理加算1(CAD/CAM冠)	+45 (+68)	複雑なもの	10							
		装着材料料			複雑なもの	10						
		歯科用合着・接着材料I			単純なもの	12						
		歯科用合着・接着材料II			複雑なもの	12						
		歯科用合着・接着材料III			単純なもの	4						

# 社会保険歯科診療報酬点数早見表(4)

(令和2年4月1日実施)

日本歯科医師会

<注> 下記点数のうちゴシックは所定点数、( ) の点数は6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な者を診療した場合の点数。

ブリッジ (1装置につき)	<table border="1"><thead><tr><th></th><th>5 歯以下</th><th>6 歯以上</th></tr></thead><tbody><tr><td>印象採得料</td><td>282 (423)</td><td>334 (501)</td></tr><tr><td>咬合採得料</td><td>76 (114)</td><td>150 (225)</td></tr><tr><td>リテイナー</td><td>100 (150)</td><td>300 (450)</td></tr><tr><td>試適料 (前歯部に係る場合)</td><td>40 (60)</td><td>80 (120)</td></tr><tr><td>装着料</td><td>150 (225)</td><td>300 (450)</td></tr><tr><td>仮着料</td><td>40 (60)</td><td>80 (120)</td></tr></tbody></table>		5 歯以下	6 歯以上	印象採得料	282 (423)	334 (501)	咬合採得料	76 (114)	150 (225)	リテイナー	100 (150)	300 (450)	試適料 (前歯部に係る場合)	40 (60)	80 (120)	装着料	150 (225)	300 (450)	仮着料	40 (60)	80 (120)	高強度硬質レジンブリッジ (1装置につき) (材料料を含む) .....4129																																						
		5 歯以下	6 歯以上																																																										
印象採得料	282 (423)	334 (501)																																																											
咬合採得料	76 (114)	150 (225)																																																											
リテイナー	100 (150)	300 (450)																																																											
試適料 (前歯部に係る場合)	40 (60)	80 (120)																																																											
装着料	150 (225)	300 (450)																																																											
仮着料	40 (60)	80 (120)																																																											
内面処理加算1 (高強度硬質レジンブリッジ) ..... +90 (+135)	内面処理加算2 (接着ブリッジ)(接着冠ごとに) ... {1歯...+45 (+68) 2歯...+90 (+135)}																																																												
注) ○5歯以下: 支台歯とポンティック数の合計が5歯以下の場合 6歯以上: 支台歯とポンティック数の合計が6歯以上の場合 ○支台装置ごとの装着料は、ブリッジの装着料に含まれる。(装着材料料は支台装置ごとに算定) ○ブリッジ未装着の場合は、ブリッジの装着料を算定しない。 ○脱離再装着の場合は、ブリッジの装着料を算定する。(装着材料料は支台装置ごとに算定) ○接着ブリッジは、1歯欠損症例のみで、支台歯のうち1歯以上が接着ブリッジ支台歯の場合。前歯接着冠は $\frac{3}{4}$ 冠、臼歯接着冠は $\frac{1}{2}$ 冠に準じて算定する。																																																													
クラウン・ブリッジ維持管理料 (補管) (1装置につき) 《文書により情報提供を行った場合に算定》	<table border="1"><thead><tr><th>歯冠補綴物</th><th>5歯以下ブリッジ</th><th>6歯以上ブリッジ</th></tr></thead><tbody><tr><td>100</td><td>330</td><td>440</td></tr></tbody></table>	歯冠補綴物	5歯以下ブリッジ	6歯以上ブリッジ	100	330	440	○クラウン・ブリッジ維持管理料には2年以内における同一部位を含む新たな歯冠補綴物又はブリッジの製作にかかわる費用を含む。 ○クラウン・ブリッジ維持管理中の補綴物の脱離再装着、対象歯の充填治療については、クラウン・ブリッジ維持管理料に含まれる。(装着材料料は別算定) ○クラウン・ブリッジ維持管理の対象となる歯冠補綴物は、インレーを除く金属歯冠修復、レジン前装金属冠、硬質レジンジャケット冠、CAD/CAM冠である。	○すべての支台をインレーとするブリッジはクラウン・ブリッジ維持管理の対象としない。 ○乳歯(後継永久歯が先天性に欠如している乳歯を除く)はクラウン・ブリッジ維持管理の対象としない。 ○6歳未満の乳幼児若しくは著しく歯科診療が困難な者を診療した場合、又は歯科訪問診療についてはクラウン・ブリッジ維持管理の対象としない。 ○金属アレルギー患者に対する非金属歯冠修復、CAD/CAM冠及び高強度硬質レジンブリッジについては、クラウン・ブリッジ維持管理料の対象としない。																																																				
歯冠補綴物	5歯以下ブリッジ	6歯以上ブリッジ																																																											
100	330	440																																																											
印象採得料 (1装置につき)	単純印象 {簡単なもの ..... 42 (63) 困難なもの ..... 72 (108)} 連合印象 ..... 230 (391) 特殊印象 ..... 272 (462)	有床義歯 (装着料・材料料を含む、人工歯料は別算定) 《 》内は歯科訪問診療料のみ算定患者の点数	<table border="1"><thead><tr><th rowspan="2">局 部 義 歯</th><th rowspan="2">レジン床義歯</th><th rowspan="2">熱可塑性義歯</th><th colspan="2">有床義歯内面適合法 (硬質材料)</th></tr><tr><th>6月以内</th><th>6月以内</th></tr></thead><tbody><tr><td>1歯~4歯</td><td>650 (680)</td><td>741 (771)</td><td>276 (457) 《427》</td><td>168 (274) 《244》</td></tr><tr><td>5歯~8歯</td><td>787 (817)</td><td>965 (995)</td><td>328 (546) 《516》</td><td>194 (318) 《288》</td></tr><tr><td>9歯~11歯</td><td>1087 (1147)</td><td>1239 (1299)</td><td>490 (809) 《749》</td><td>305 (495) 《435》</td></tr><tr><td>12歯~14歯</td><td>1518 (1578)</td><td>1855 (1915)</td><td>692 (1152) 《1092》</td><td>406 (666) 《606》</td></tr><tr><td>総 義 歯</td><td>2412 (2527)</td><td>2973 (3088)</td><td>1020 (1688) 《1573》</td><td>625 (1017) 《902》</td></tr></tbody></table>	局 部 義 歯	レジン床義歯	熱可塑性義歯	有床義歯内面適合法 (硬質材料)		6月以内	6月以内	1歯~4歯	650 (680)	741 (771)	276 (457) 《427》	168 (274) 《244》	5歯~8歯	787 (817)	965 (995)	328 (546) 《516》	194 (318) 《288》	9歯~11歯	1087 (1147)	1239 (1299)	490 (809) 《749》	305 (495) 《435》	12歯~14歯	1518 (1578)	1855 (1915)	692 (1152) 《1092》	406 (666) 《606》	総 義 歯	2412 (2527)	2973 (3088)	1020 (1688) 《1573》	625 (1017) 《902》																										
局 部 義 歯	レジン床義歯	熱可塑性義歯	有床義歯内面適合法 (硬質材料)																																																										
			6月以内	6月以内																																																									
1歯~4歯	650 (680)	741 (771)	276 (457) 《427》	168 (274) 《244》																																																									
5歯~8歯	787 (817)	965 (995)	328 (546) 《516》	194 (318) 《288》																																																									
9歯~11歯	1087 (1147)	1239 (1299)	490 (809) 《749》	305 (495) 《435》																																																									
12歯~14歯	1518 (1578)	1855 (1915)	692 (1152) 《1092》	406 (666) 《606》																																																									
総 義 歯	2412 (2527)	2973 (3088)	1020 (1688) 《1573》	625 (1017) 《902》																																																									
咬合採得料 (1装置につき)	少数歯欠損 (1床1歯~8歯) ..... 57 (97) 多数歯欠損 (1床9歯~14歯) ..... 187 (318) 総 義 歯 ..... 283 (481)	下顎総義歯内面適合法 軟質材料 {シリコン系 ..... 1598 (2553) 《2438》 6月以内 ..... 998 (1533) 《1418》 アクリル系 ..... 1530 (2485) 《2370》 6月以内 ..... 930 (1465) 《1350》}	歯科技工加算1 ..... +50 (+85) 《+85》 歯科技工加算2 ..... +30 (+51) 《+51》																																																										
仮床試適料 (1床につき)	少数歯欠損 (1床1歯~8歯) ..... 40 (60) 多数歯欠損 (1床9歯~14歯) ..... 100 (150) 総 義 歯 ..... 190 (285)	装着料 少数歯欠損 (1歯~8歯) ..... 60 (90) 多数歯欠損 (9歯~14歯) ..... 120 (180) 総 義 歯 ..... 230 (345)																																																											
鑄造鉤 (材料料を含む)	<table border="1"><thead><tr><th rowspan="2"></th><th colspan="2">双子鉤</th><th colspan="3">二腕鉤 (レスト付)</th></tr><tr><th>大・大</th><th>小・小</th><th>大 白 歯</th><th>小 白 ・ 犬 歯</th><th>前 歯</th></tr></thead><tbody><tr><td>14 K</td><td>1220</td><td>1040</td><td>1020</td><td>837</td><td>697</td></tr><tr><td>金 パ ラ</td><td>926</td><td>779</td><td>694</td><td>634</td><td>605</td></tr><tr><td>コバルトクロム合金</td><td>256</td><td>256</td><td>236</td><td>236</td><td>236</td></tr></tbody></table>		双子鉤		二腕鉤 (レスト付)			大・大	小・小	大 白 歯	小 白 ・ 犬 歯	前 歯	14 K	1220	1040	1020	837	697	金 パ ラ	926	779	694	634	605	コバルトクロム合金	256	256	236	236	236	人工歯料 (有床義歯、ジャケット冠 (乳歯))	<table border="1"><thead><tr><th rowspan="2">材 料</th><th colspan="2">前 歯 部</th><th colspan="2">小 ・ 白 歯 部</th></tr><tr><th>両 側</th><th>片 側</th><th>両 側</th><th>片 側</th></tr></thead><tbody><tr><td>レジン歯</td><td>25</td><td>13</td><td>27</td><td>13</td></tr><tr><td>スルフォン樹脂</td><td>62</td><td>31</td><td>87</td><td>43</td></tr><tr><td>硬質レジン歯</td><td>58</td><td>29</td><td>76</td><td>38</td></tr><tr><td>床用陶歯</td><td>187</td><td>94</td><td>101</td><td>51</td></tr></tbody></table>	材 料	前 歯 部		小 ・ 白 歯 部		両 側	片 側	両 側	片 側	レジン歯	25	13	27	13	スルフォン樹脂	62	31	87	43	硬質レジン歯	58	29	76	38	床用陶歯	187	94	101	51
	双子鉤		二腕鉤 (レスト付)																																																										
	大・大	小・小	大 白 歯	小 白 ・ 犬 歯	前 歯																																																								
14 K	1220	1040	1020	837	697																																																								
金 パ ラ	926	779	694	634	605																																																								
コバルトクロム合金	256	256	236	236	236																																																								
材 料	前 歯 部		小 ・ 白 歯 部																																																										
	両 側	片 側	両 側	片 側																																																									
レジン歯	25	13	27	13																																																									
スルフォン樹脂	62	31	87	43																																																									
硬質レジン歯	58	29	76	38																																																									
床用陶歯	187	94	101	51																																																									
線 鉤 (材料料を含む)	<table border="1"><thead><tr><th rowspan="2"></th><th colspan="2">双子鉤</th><th>二腕鉤 (レスト付)</th><th>レストなし</th></tr></thead><tbody><tr><td>14 K</td><td>709</td><td>530</td><td>-</td></tr><tr><td>不銹鋼・特殊鋼</td><td>229</td><td>161</td><td>141</td></tr></tbody></table>		双子鉤		二腕鉤 (レスト付)	レストなし	14 K	709	530	-	不銹鋼・特殊鋼	229	161	141	有床義歯修理 (装着料を含む) 《 》内は歯科訪問診療料のみ算定患者の点数	6月以内の修理																																													
	双子鉤		二腕鉤 (レスト付)	レストなし																																																									
	14 K	709	530	-																																																									
不銹鋼・特殊鋼	229	161	141																																																										
コンビネーション鉤 (材料料を含む、線鉤は不銹鋼・特殊鋼)	<table border="1"><thead><tr><th rowspan="2"></th><th colspan="2">大 白 歯</th><th>小 白 ・ 犬 歯</th><th>前 歯</th></tr></thead><tbody><tr><td>鑄造鉤 金 パ ラ</td><td>507</td><td>477</td><td>463</td></tr><tr><td>鑄造鉤 コ バ ル ト</td><td>278</td><td>278</td><td>278</td></tr></tbody></table>		大 白 歯		小 白 ・ 犬 歯	前 歯	鑄造鉤 金 パ ラ	507	477	463	鑄造鉤 コ バ ル ト	278	278	278	少数歯欠損 (1歯~8歯) ..... 282 (423) 《408》 多数歯欠損 (9歯~14歯) ..... 312 (468) 《438》 総 義 歯 ..... 367 (551) 《493》 241 (362) 《304》	歯科技工加算1 (院内技工士により当日に修理、新たな欠損に対する増歯の場合) ..... +50 (+75) 《+75》 歯科技工加算2 (院内技工士により翌日に修理、新たな欠損に対する増歯の場合) ..... +30 (+45) 《+45》																																													
	大 白 歯		小 白 ・ 犬 歯	前 歯																																																									
	鑄造鉤 金 パ ラ	507	477	463																																																									
鑄造鉤 コ バ ル ト	278	278	278																																																										
バ ー (1個につき) (材料料を含む)	屈曲 不銹鋼・特殊鋼 ..... 303 鑄造 {金パラ ..... 1536 コバルトクロム合金 ..... 472}	注) ○印象採得、咬合採得を行った場合はそれぞれの点数を算定する。 ○有床義歯の修理、床裏装の際、人工歯を使用した場合それぞれの人工歯料を別に算定する。																																																											
保持装置 (1個につき) ..... 60	間接支台装置 (1個につき) ..... 109																																																												