

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、届出等の取扱いについては、「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については別途通知する。
- 5 特掲診療料に係る施設基準、届出等の取扱いについては、「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については別途通知する。

## 第1章 基本診療料

### 第1部 初・再診料

#### 通則

1 「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、「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、同様であること。

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、医科診療に属する診療科に係る傷病につき入院中の患者が歯又は口腔の疾患のために歯科において初診若しくは再診を受けた場合、又は歯科診療に係る傷病につき入院中の患者が他の傷病により医科診療に属する診療科において初診若しくは再診を受けた場合等、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できる。

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には、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。）している期間中にある場合は、再診料は算定できない。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においても、再診料は算定できない。なお、この場合において、再診料以外の検査、治療等の費用の請求については、診療報酬明細書は入院用を用いること。

ただし、歯科疾患以外の疾病で他科に入院中の患者が歯科に外来としてきている場合は再診料を算定できる。

#### 第1節 初診料

##### A000 初診料

(1) 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、初診料を算定する。なお、同一の保険医が別の医療機関において、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医療機関において初診料を算定する。

- (2) 患者が異和を訴え診療を求めた場合において、診断の結果、疾病と認むべき徴候のない場合にあっては初診料を算定できる。
- (3) 学校検診等、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には、初診料は算定できない。ただし、当該治療（初診を除く。）については、医療保険給付対象として診療報酬を算定できる。
- (4) (3)にかかわらず、健康診断で疾患が発見された患者が、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には、初診料を算定できる。
- (5) 労災保険、健康診断、自費等（医療保険給付対象外）により傷病の治療を入院外で受けている期間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。）している期間中にあっては、当該保険医療機関において医療保険給付対象となる診療を受けた場合においても、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には、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。
- (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には、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。なお、この場合において、1月の期間の計算は、暦月によるものであり、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) (7)にかかわらず、欠損補綴を前提とした抜歯で抜歯後印象採得まで1月以上経過した場合、歯周疾患等の慢性疾患である場合等であって、明らかに同一の疾病又は負傷であると推定される場合の診療、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料又はC001-2に掲げる後期高齢者在宅療養口腔機能管理料を算定した場合等、管理計画に基づき継続的に診療を行っている場合の診療は、初診として取り扱わない。

なお、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料又はC001-2に掲げる後期高齢者在宅療養口腔機能管理料を算定した場合であって、管理計画に基づく一連の治療が終了した日から起算して2月以内は再診として取り扱い、2月を超えた場合は初診として取り扱う。

- (9) 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（以下「紹介等患者数」という。）等に関する施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出たものについては、初診料として地域歯科診療支援病院歯科初診料を算定する。
- (10) 地域歯科診療支援病院歯科初診料を算定するのは、紹介等患者数が外来患者の3割以上であるもの又は2割以上であるもののうち、厚生労働大臣が別に定める手術の件数が年間30件を超えるものとする。

なお、厚生労働大臣が別に定める手術とは、「基本診療料の施設基準等」の別表第一

に掲げる手術である。

(11) 乳幼児加算及び障害者加算

初診料を算定しない場合には、初診時における乳幼児加算又は障害者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) 障害者加算を算定した者が、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できる。

(14) 障害者加算

「注6」の「著しく歯科診療が困難な障害者」とは、脳性麻痺等で身体の不随運動や緊張が強く体幹の安定が得られない状態、知的発達障害により開口保持ができない状態や治療の目的が理解できず治療に協力が得られない状態、重症の喘息患者で頻繁に治療の中断が必要な状態又はこれらに準ずる状態にある者をいう。なお、障害者加算を算定した場合は患者の状態を診療録に記載し、専門的技法を用いた場合はその名称を併せて診療録に記載する。

(15) 初診時歯科診療導入加算

「歯科治療環境に円滑に適応できるような技法」とは、歯科診療の開始にあたり、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。

(16) 歯科外来診療環境体制加算は、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り組み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社会保険事務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、1回に限り30点を加算する。

(17) 「注7」から「注9」の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1節区分番号A000に掲げる初診料の例により算定する。

## 第2節 再診料

### A002 再診料

(1) 再診料は、再診の都度（同一日において2以上の再診があってもその都度）算定できる。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、当該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、当該初診については、初診料は算定できないが、再診料を算定できる。

(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一日に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場合を含む。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

れた場合に、必要な指示をしたときには、再診料を算定する。

ロ 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した場合は、乳幼児加算又は障害者加算を算定する。

ハ 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て指示した場合は、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に掲げる再診料の例により算定する。

## 第2部 入院料等

### 第1節 入院基本料

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

### 第2節 入院基本料等加算

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

ただし、入院時医学管理加算については、医科歯科併設の病院にあって医科について算定できる場合に限り、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、在宅歯科診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、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であって、在宅における歯科診療が困難であると判断された者等について、在宅歯科診療を担う別の保険医療機関からの文書による診療情報提供を受け、入院させた場合に入院初日に1回に限り算定する。ただし、入院の月又はその前月に在宅歯科診療を担う別の保険医療機関において、当該患者について、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号C001-2に掲げる後期高齢者在宅療養口腔機能管理料を算定した場合に限る。なお、この場合において、在宅歯科診療を担う別の保険医療機関からの診療情報提供については、当該保険医療機関において、区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)により算定する。

### 第3節 特定入院料

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3節に掲げる特定入院料の例により算定する。

### 第4節 短期滞在手術基本料

#### A400 短期滞在手術基本料

(1) 短期滞在手術基本料は、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できる。

(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基本料の例により算定する。

## 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

- (1) 歯科疾患管理料は、齲蝕、歯肉炎、歯周炎、歯の欠損等歯科疾患を有する患者に対して、口腔を一単位としてとらえ、患者との協働により行う継続的な口腔管理に加えて、病状が改善した疾患等の再発防止及び重症化予防のための継続管理を評価したものであり、患者又はその家族の同意を得た上で管理計画書を作成し、その内容について説明し、提供した場合に算定できる。
- (2) 「注1」に規定する管理計画書（当該管理計画書の様式は、「別紙様式1」又はこれに準じた様式とする。）とは、管理計画書の交付年月日、患者又はその家族が記入する歯科疾患と関連性のある生活習慣の状況、生活習慣の改善目標、患者の基本状況（全身の状態、基礎疾患の有無、服薬状況等）、口腔内の状態（プラーク及び歯石の付着状況、歯牙及び歯肉の状態等）、必要に応じて実施した検査結果（エックス線写真撮影による検査、歯周組織検査及びその他の検査）等の要点、治療方針の概要、保険医療機関名、当該管理の担当歯科医師名等、歯科疾患の継続的管理を行う上で必要となる情報を記載したものをいう。
- (3) 1回目に患者に対して交付する管理計画書については、初診日から起算して1月以内に第1回目の管理計画書を作成し、患者又はその家族に対して、その内容について説明を行った上で提供するものとする。なお、歯周病に罹患している患者の管理計画書を作成する場合は、歯周組織検査を実施し、その結果を踏まえた上で歯周病に対する治療方針等を含めた管理計画書を作成すること。
- (4) 「注2」に規定する2回目以降の継続管理計画書（当該管理計画書の様式は、「別紙様式2」又はこれに準じた様式とする。）の提供時期については、管理計画の内容に変更があったとき、検査により疾患の症状が一時的に安定したと判断されるとき（歯周病においては、歯周組織検査により一時的に病状が安定されたと判断されるとき等）、一連の補綴治療が終了したときその他療養上必要な時期に交付するものとするが、当該管理計画に変更がない場合はこの限りでない。ただし、この場合においても、前回の管理計画書の交付日から起算して3月を超える日までに1回以上交付すること。
- (5) 歯科疾患管理料を算定した月においては、患者に対して、管理計画書を交付しない場合にあっても、少なくとも1回以上の管理計画に基づく疾患管理を行うこと。なお、当該疾患管理を行った場合は、診療録にその要点を記載すること。
- (6) 歯科疾患の継続的な管理を行うに当たって、必要に応じて実施した検査（スタディモデルを含む。）の費用は別に算定できる。
- (7) 歯科疾患管理料は、区分番号B013に掲げる義歯管理料を算定している患者に対して当該歯科疾患管理を行った場合は算定できる。ただし、無歯顎の患者の総義歯に係る管理を行っている場合については、軟膏等薬剤による治療が必要な口腔粘膜疾患等（「特掲診療料の施設基準等」の別表第四歯科特定疾患療養管理料に規定する疾患に掲げる疾患を除く。）を有している患者であって、現に当該歯科疾患に係る治療（有床義歯を原因とする疾患に係る治療を除く。）を行っている場合は算定できる。
- (8) 「注6」の機械的歯面清掃とは、歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、歯科用の切削回転器具及び研磨用ペーストを用いて行う歯垢除去等をいい、機械的歯面清掃加算

を算定する日が属する月の翌月及び区分番号 I 0 1 1 - 2 に掲げる歯周病安定期治療を算定した日は算定できない。なお、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、患者に対して機械的歯面清掃を行った場合においては、当該指示の内容を診療録に記載すること。

- (9) 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。
- (10) 「注7」に規定する齲蝕多発傾向者とは、継続的な指導管理が必要な者であって、齲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。齲蝕多発傾向者と判定した患者に対して、「注7」及び「注8」に規定する指導を継続的に行う場合は、当該指導を最初に行った日から起算して1年以内に限る。ただし、当該期間経過後、改めて齲蝕多発傾向者と判定された場合は、「注7」及び「注8」に規定する指導を引き続き行うことができる。

(齲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
0～2 歳	1 歯 以 上	—
3～4 歳	3 歯 以 上	—
5～7 歳	8 歯 以 上	及 び 2 歯 以 上
8～10歳	—	4 歯 以 上
11～12歳	—	6 歯 以 上

- (11) 齲蝕多発傾向者の判定基準において、(10)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。

イ 5～7歳の者で永久歯の萌出歯が2歯未満の場合、歯冠修復終了永久歯は、齲蝕多発傾向者の判定の要件としない。

ロ フッ化ジアンミン銀塗布歯は歯冠修復終了歯には含まないものであるが、3歳未満児の初期齲蝕で、歯冠修復の実施が患児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、当該未処置齲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。

- (12) 「注7」のフッ化物局所応用による指導管理に係る加算は、次の取扱いとする。

イ 歯冠修復終了後主治の歯科医師又は主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、患者及び保護者に対しフッ化物応用に係る管理方針を説明し患者に対し文書により提供を行った上でフッ化物の歯面塗布を行った場合に算定する。

ロ 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。

- ハ 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3～4月ごとに局所応用を行うことをいう。
- ニ 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。
- (13) 「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主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、患者及び保護者に対しフッ化物洗口にかか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 「注8」のフッ化物洗口に用いる薬液とは、洗口用の0.05%及び0.1%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)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)の内容を含め患者に対し説明を行い業務記録簿に指導内容等を記載し、その内容を文書により提供した場合に算定する。
- (14) (12)のフッ化物歯面塗布と(13)のフッ化物洗口によるフッ化物局所応用の指導を行った場合は、いずれかの加算のみを算定する。

#### B001-2 歯科衛生実地指導料

- (1) 齲蝕又は歯周病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、次の事項について15分以上実施した場合に算定する。
- イ 歯及び歯肉等口腔状況の説明
- ロ プラークチャートを用いたプラークの付着状況の指摘及び患者自身によるブラッシングを観察した上でのプラーク除去方法の指導
- ハ 家庭において特に注意すべき療養指導
- (2) 「注1」に規定する文書とは、(1)に掲げる指導等の内容、プラークの付着状況結果、指導の実施時刻（開始時刻と終了時刻）、保険医療機関名、当該指導に係る指示を行った歯科医師の氏名及び当該指導を行った歯科衛生士の署名が記載されているものをいう。なお、当該指導を行った場合は、主治の歯科医師に報告を行うとともに、患者に交付した文書の写しを歯科衛生士業務記録簿に添付すること。
- (3) 患者に対する当該指導の内容の情報提供については、当該指導の初回時に行うほか、患者自身によるプラークコントロールの状況及び指導の内容に変化があったとき等に行うものとするが、当該指導の内容に変化がない場合はこの限りでない。ただし、その場合においても3月に1回以上若しくは3回の指導のうち1回以上は当該指導の内容を文書により提供すること。
- (4) 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こと。
- (5) 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、開設者、常勤非常勤ごとの歯科衛生士数等を地方社会保険事務局長に報告すること。

## B002 歯科特定疾患療養管理料

- (1) 歯科特定疾患療養管理料は、「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い、治療計画、指導内容、治療内容の要点を診療録に記載した場合に月2回に限り算定する。
- (2) 「特掲診療料の施設基準等」の別表第四歯科特定疾患療養管理料に規定する疾患に掲げる疾患のうち、顎・口腔の先天異常、舌痛症（心因性によるものを含む。）、口腔軟組織の疾患（難治性のものに限る。）、口腔乾燥症（放射線治療を原因とするものに限る。）及び睡眠時無呼吸症候群（口腔内装置治療を要するものに限る。）とはそれぞれ次の疾患をいう。
  - イ 顎・口腔の先天異常とは後継永久歯がなく、かつ、著しい言語障害及び咀嚼障害を伴う先天性無歯症又は唇顎口蓋裂をいう。
  - ロ 舌痛症とは、ハンター舌炎、メラール舌炎、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新生物等の治療のため行われた放射線治療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、医科医療機関からの診療情報提供に基づき口腔内装置治療を必要とするものをいう。
- (3) 「注2」の共同療養指導計画加算は、患者の主治医（「注1」に規定する別に厚生労働大臣が定める疾患に係るものに限る。）と共同で、歯科診療に関する総合的な口腔の療養指導計画を策定し、当該患者にその内容を文書により提供した場合に、患者1人につき1回に限り算定するものである。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には、再度算定できる。

また、共同療養指導計画加算を算定した場合には、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及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (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できる。
- (5) 患者の症状、指導内容等を診療録に記載すること。
- (6) 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には算定できない。

(7) 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、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にあっては算定できない。

(8) 再診が電話等により行われた場合にあっては、歯科特定疾患療養管理料は算定できない。

#### B 0 0 3 特定薬剤治療管理料

(1) アミノ配糖体抗生物質、グリコペプチド系抗生物質等を数日間以上投与している入院中の患者について、投与薬剤の血中濃度を測定し、その測定結果をもとに投与量を精密に管理した場合、月1回に限り算定する。

(2) 特定薬剤治療管理料を算定でき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こと。

(4) 初回月加算は、投与中の薬剤の安定した血中至適濃度を得るため頻回の測定が行われる初回月に限り、注4に規定する点数を加算できるものであり、薬剤を変更した場合においては算定できない。

(5) 特殊な薬物血中濃度の測定及び計画的な治療管理のうち、特に本項を準用する必要があるものについて、その都度当局に内議し、最も近似する測定及び治療管理として準用が通知された算定方法により算定する。

#### B 0 0 4 悪性腫瘍特異物質治療管理料

悪性腫瘍特異物質治療管理は、悪性腫瘍と既に確定診断がされた患者に対し行った腫瘍マーカー検査に基づき実施するが、腫瘍マーカー及び悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定する場合は、医科点数表の区分番号B 0 0 1の3に掲げる悪性腫瘍特異物質治療管理料及び医科点数表の区分番号D 0 0 9に掲げる腫瘍マーカーの例により算定する。

#### B 0 0 4 - 1 - 2 がん性疼痛緩和指導管理料

(1) がん性疼痛緩和指導管理料は、歯科医師ががん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与しているがん患者に対して、WHO方式のがん性疼痛の治療法（がんの痛みからの解放－WHO方式がんの疼痛治療法－第2版）に従って副作用対策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方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。

#### B 0 0 4 - 2 手術前医学管理料

医科点数表の区分番号B 0 0 1 - 4に掲げる手術前医学管理料の例により算定する。

#### B 0 0 4 - 3 手術後医学管理料

医科点数表の区分番号B 0 0 1 - 5に掲げる手術後医学管理料の例により算定する。

#### B 0 0 4 - 6 歯科治療総合医療管理料

(1) 歯科治療総合医療管理料は、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者であって、別の医科医療機関等の当該主病の担当医から歯科治療を行うに当たり、総合的医療管理が必要であるとして診療情報提供料算定による患者の全身状態等に係る情報提供を受けた患

者に対し、必要な医療管理を行った場合に算定する。また、当該主病の担当医からの情報提供に関する内容及び担当医の所属保険医療機関名等について診療録に記載すること。

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

(3) 歯科治療総合医療管理料は、当該主病の担当医から歯科治療を行うに当たり、全身状態の把握、管理等が必要であるとして紹介を受けた患者に対し、担当医からの情報提供等に基づき、歯科医師が次に掲げる総合的医療管理を一定時間以上行った場合に算定する。

また、当該医療管理料を算定する場合は、次の事項について診療録に記載すること。

イ 治療内容に関する説明内容及び同意の有無

ロ 治療前、治療中における全身状態の管理（呼吸心拍監視、鎮静等）の状況

ハ 治療後における患者の体調の変化の有無（一定時間の経過観察）

ニ 患者又は家族への説明内容（注意事項等）

(4) 歯科治療総合医療管理料は、同一暦月につき1回に限り算定できる。

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

(6) 歯科治療総合医療管理料を算定した場合は、当該主病に係る紹介元保険医療機関名について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(7) 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疾患をいう。

#### B 0 0 5 開放型病院共同指導料(I)

医科点数表の区分番号B 0 0 2に掲げる開放型病院共同指導料(I)の例により算定する。

#### B 0 0 6 開放型病院共同指導料(II)

医科点数表の区分番号B 0 0 3に掲げる開放型病院共同指導料(II)の例により算定する。

#### B 0 0 7 退院前訪問指導料

医科点数表の区分番号B 0 0 7に掲げる退院前訪問指導料の例により算定する。

#### B 0 0 8 薬剤管理指導料

医科点数表の区分番号B 0 0 8に掲げる薬剤管理指導料の例により算定する。

#### B 0 0 9、B 0 1 0 診療情報提供料

医科点数表の区分番号B 0 0 9又は医科点数表の区分番号B 0 1 0に掲げる診療情報提供料の例により算定する。

#### B 0 1 1 - 3 薬剤情報提供料

医科点数表の区分番号B 0 1 1 - 3に掲げる薬剤情報提供料の例により算定する。

#### B 0 1 1 - 4 後期高齢者退院時薬剤情報提供料

医科点数表の区分番号B 0 1 4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。

#### B 0 1 2 傷病手当金意見書交付料

医科点数表の区分番号B 0 1 2に掲げる傷病手当金意見書交付料の例により算定する。

#### B 0 1 3 義歯管理料

(1) 新製有床義歯管理とは、新製有床義歯の生体との調和を主眼とした義歯の管理をいい、具体的には、当該有床義歯の着脱性、形態、適合性、咬合関係及び装着感の調整に加え、

食事方法、義歯の取扱い、清掃方法及び保管方法に係る指導を含めた管理をいう。

- (2) 新製有床義歯管理料は、当該有床義歯を製作した保険医療機関において、新製した有床義歯の適合性等について検査を行い、併せて患者に対して、新製した有床義歯の取扱い、保存・清掃方法等について必要な指導を行った場合に新製有床義歯の装着後1月以内に2回を限度として算定できるものとする。ただし、1回目の新製有床義歯管理料については、当該有床義歯の管理に係る情報を文書により提供し、診療録に義歯管理の内容の要点を記載した場合に算定するものとする。なお、新製有床義歯管理を算定する場合にあっては、診療報酬明細書の摘要欄に当該義歯の装着日を記載すること。なお、診療報酬明細書の病名欄の有床義歯の対象となる欠損部位と装着部位が異なる場合は、装着部位を摘要欄に記載すること。
- (3) 「注1」に規定する文書とは、欠損の状態、指導内容、保存・清掃の方法等の要点、保険医療機関名及び担当歯科医師名を記載したものをいう。
- (4) 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から起算して1月を超え3月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であっても、義歯管理料は1口腔単位で算定するものであることから、有床義歯管理料により算定する。
- (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月から起算して3月を超え1年以内において、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等を行った場合は、義歯管理料は1口腔単位で算定するものであることから、有床義歯長期管理料を算定する。
- (6) 有床義歯管理とは、有床義歯による口腔機能の回復を主眼とした義歯管理をいい、具体的には、口腔機能の回復が困難な場合又は適合性が極めて低い場合の有床義歯の調整に加えて、有床義歯による機能回復に着目した指導を含めた管理をいう。
- (7) 有床義歯管理料は、有床義歯を新製した保険医療機関において製作した有床義歯の装着日から起算して1月を超え3月以内の期間において、有床義歯の着脱性、疼痛、嘔吐感、嚥下時痛等の症状の有無に応じて検査を行い、併せて患者に対して義歯の状態を説明した上で、義歯に係る指導等を行った場合であって、必要に応じ実施した検査の結果、調整方法、調整箇所及び義歯に係る指導内容の要点を診療録に記載した場合に月1回に限り算定する。
- (8) 有床義歯の新製を前提に旧義歯の修理を行う場合は、修理を行った月は有床義歯管理料を算定し、有床義歯の新製後に新製有床義歯管理料を算定する。なお、この場合において、新製有床義歯管理料を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に当該有床義歯の装着日を記載すること。
- (9) 有床義歯の新製した月と同一月に、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、修理又は有床義歯床裏装の費用の算定は別に算定できる。この場合において、義歯管理料は1口腔単位として算定するものであることから、新製有床義歯管理料又は有床義歯管理料を算定する。
- (10) 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、義歯管理料は算定しない。この場合において、当該有床義歯の新製後又は床裏装後に新製有床義歯管理料又は有床義歯管理料を算定する。

- (11) 有床義歯管理料は、有床義歯の調整方法、調整箇所等を診療録に記載した場合に算定する。
- (12) 別の保険医療機関で製作した有床義歯の管理については、装着後1月以内であっても有床義歯管理料により算定する。
- (13) 有床義歯長期管理とは、有床義歯により回復した口腔機能の維持を主眼とした有床義歯の長期的な管理をいい、具体的には、生体及び義歯の変化に着目した長期的な管理（調整を含む。）に加えて、口腔機能の維持や低下の程度に対する評価等を含めた管理をいう。
- (14) 有床義歯長期管理料は、新製有床義歯の装着月から起算して3月を超え1年以内の期間において検査を行い、併せて適合を図るための調整又はその取扱い等の管理について、当該有床義歯を製作した保険医療機関である場合に、当該期間中、月1回を限度として算定できる。
- (15) 新製有床義歯管理料を算定した患者について、有床義歯長期管理を終了し、新製有床義歯の装着月から起算して1年を超えた期間において、当該有床義歯の修理等により改めて有床義歯の管理を行った場合は、有床義歯管理料により算定する。
- (16) 「注4」に規定する加算は、有床義歯の適正使用を推進するため、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である。なお、咬合の回復が困難な患者とは、次のいずれかの要件を満たす患者をいう。
- イ 総義歯を装着した患者
  - ロ 9歯以上の局部義歯を装着し、かつ、当該局部義歯以外には対合歯間の接触関係を有しない患者
- (17) 本区分に併せて区分番号M091に掲げる周辺装置加算を算定する場合は、実際の調整回数にかかわらず、本区分の管理料が1月に算定可能な回数を限度として算定する。
- (18) 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、有床義歯管理料及び有床義歯長期管理料のいずれも算定できない。
- (19) 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）を参考にすること。

#### B014 退院時共同指導料1、B015 退院時共同指導料2

- (1) 退院時共同指導料1又は退院時共同指導料2は、保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う医科の保険医療機関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、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保険医、看護師又は准看護師と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回（別に厚生労働大臣が定める疾患等の患者については2回）に限り、それぞれの保険医療機関において算定するものである。ただし、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が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には、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こと。
- (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にも算定できる。

- (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こと。
- (4) 退院時共同指導料1の「1」は、在宅療養支援歯科診療所の歯科医師が当該患者に対して、在宅療養を担う保険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の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できる。
- (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にあっては、この限りでない。
- (6) 当該患者が入院している保険医療機関と当該患者を紹介した保険医療機関とが特別の関係にある場合は、退院時共同指導料は算定できない。
- (7) 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については、対象とはならない。
- (8) 退院時共同指導料2の「注2」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保険医と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行った場合に算定する。
- (9) 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保険医が、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、看護師若しくは准看護師、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又は介護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。
- (10) 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は、「注3」に規定する加算に含まれ別に算定できない。

#### B016 後期高齢者終末期相談支援料

- (1) 後期高齢者終末期相談支援料は、後期高齢者である患者が、終末期においても安心した療養生活を送ることができるよう、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者が終末期における療養について十分に理解することを基本とした上で、診療が進められることを目的としたものである。
- (2) 一般的に認められている医学的知見に基づき終末期と保険医である医師が判断した者について、医師、歯科医師、看護師その他の医療関連職種が共同し、患者及びその家族等とともに、診療内容を含む終末期における療養について、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」（平成18年5月21日医政発第0521011号）、「終末期医療に関するガイドライン」（日本医師会）等を参考として、患者の十分な理解を得るために話し合い、その内容を文書（電子媒体を含む。）又は映像により記録した媒体（以下この区分において「文書等」という。）にまとめて提供した場合に患者1人につき1回に限り算定し、と

りまとめた内容の提供に当たって交付した文書等の写しを診療録に添付すること。

- (3) 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。
- (4) 話し合う内容は、現在の病状、今後予想される病状の変化に加え、病状に基づく介護を含めた生活支援、病状が急変した場合の治療等の実施の希望及び急変時の搬送の希望（希望する場合にあっては搬送先の医療機関等を含む。）とする。
- (5) 入院中の患者については、患者及びその家族等と話し合いを行うことは日常の診療においても必要かつ当然のことであることから、特に連続して1時間以上に渡り話し合いを行ったうえで、患者の十分な理解を得ること。
- (6) 時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更、生活の変化に応じて、また患者の意思が変化するものであることに留意して、その都度説明し患者の十分な理解を得ること。ただし、変更があった際の文章等の作成に係る費用については所定点数に含まれ別に算定できない。
- (7) 入院中の患者については退院時又は死亡時、入院中以外の患者については死亡時に算定する。

#### B 0 1 7 肺血栓塞栓症予防管理料

- (1) 肺血栓塞栓症予防管理料は、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である。
- (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装置を用いた場合に算定できるものであり、薬剤のみで予防管理を行った場合には算定できない。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においても、それぞれの入院において入院中1回算定できるものであること。
- (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であっても、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ないこと。
- (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こと。

#### B 0 1 8 医療機器安全対策管理料

- (1) 医療機器安全管理料を算定する当該保険医療機関においては、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が適切に行われていること。
- (2) 医療機器安全管理料は、歯科医師の指示の下に、放射線治療機器の安全管理、保守点検

及び安全使用のための精度管理を行う体制を評価したものであり、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、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。

- (3) 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）及びガンマナイフ装置をいう。

## 第2部 在宅医療

### C000 歯科訪問診療料

- (1) 歯科訪問診療は常時寝たきりの状態等であつて、在宅等（社会福祉施設等を含む。）において療養を行つており、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、療養中の当該患者の在宅等（社会福祉施設等を含む。）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できる。なお、歯科訪問診療を行うに当たっては、「歯科訪問診療における基本的考え方」（平成16年日本歯科医学会）を参考とすること。
- (2) 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施設等に訪問して歯科診療を行った場合においては、歯科訪問診療料は算定できない。
- (3) 歯科訪問診療を行った後に、患者又はその家族等が単に薬剤を受け取りに医療機関に来た場合は、再診料は算定できない。
- (4) 「注1」及び「注2」に規定する「社会福祉施設等」には、介護老人保健施設、特別養護老人ホームのほか、歯科、小児歯科、矯正歯科又は歯科口腔外科を標榜する保険医療機関以外の保険医療機関が含まれ、これらに入院する患者についても算定する。
- (5) 同一の在宅において療養を行つている通院困難な2人以上の患者を診療した場合は、1人目については「1 歯科訪問診療1」を算定する。なお、2人目以降の患者については歯科訪問診療料を算定せず、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第2章特掲診療料を算定する。
- (6) 地域医療連携体制加算は、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である。

ただし、この場合にあつては、緊急時に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（ファクシミリを含む。）により適宜提供すること。

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。
- (7) 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うものであり、病状が急変する可能性がなくなった場合においては、当該加算の算定を中止すること。
- (8) 地域医療連携体制加算を算定する保険医療機関にあつては、患者又はその家族等に「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」（平成20年3月5日保医発第0305003号）の様式21の3又はこれに準じた様式の文書が必ず交付されていること。なお、患者に提供した文書の写しを診療録に添付した場合に算定する。
- (9) 地域医療連携体制加算を算定する保険医療機関にあつては、患者又はその家族等の同意を得て、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

予め文書（「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こと。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には、改めて連携保険医療機関に対し情報提供を行うこと。なお、連携医療機関等の変更にともない患者に対し再度の情報提供を行った場合の費用は、第1回目の費用に含まれ別に算定できない。

- (10) 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には、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属する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こと。

- (11) 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こと。
- (12) 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には、当該文書を診療録に添付すること。
- (13) 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回に限り算定できる。
- (14) 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社会福祉施設等へ赴き、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。
- (15) 歯科訪問診療を行う場合は、当該患者の病状に基づいた訪問診療の計画を定めるとともに、その計画を診療録に記載すること。
- (16) 同日に社会福祉施設等で療養を行っている通院困難な複数の患者に対し、訪問して歯科診療を行った場合は、1人目の患者及び2人目以降の患者であって当該歯科診療に要した時間が30分を超えた患者について、「2 歯科訪問診療2」を算定する。なお、2人目以降の患者であって当該歯科診療に要した時間が30分を超えない者については、歯科訪問診療料を算定せず、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第2章特掲診療料を算定する。
- (17) 「注5」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。
- (18) (5)、(16)により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3」の加算を算定する。
- (19) 「注2」及び「注3」に規定する診療時間には、治療のための準備、後片付けや患者の移動に要した時間及び併せて実施した訪問歯科衛生指導に係る時間を含まない。また、交通機関の都合その他診療の必要以外の事由によって患家に滞在又は宿泊した場合においては、その患家滞在の時間については、診療時間に算入しない。
- (20) 歯科訪問診療を行った場合は、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に次の事項を記載すること。

イ 歯科訪問診療を行った日、実施時刻（開始時刻と終了時刻）

ロ 訪問先

ハ 通院困難となった理由

- (21) 歯科訪問診療を行った場合は、診療録に、患者の状況及びその他患者に提供した療養上必要な事項に関する情報等を記載すること。
- (22) 疾病、傷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については、歯科訪問診療料及び歯科診療に係る費用は算定しない。
- (23) 「注3」の加算は、患者それぞれについて算定するものであり、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を合算することはできない。
- (24) 「注5」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、おおむね午前8時から午後1時までの間とする。
- (25) 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ものである。
- (26) 夜間（深夜の時間帯を除く。）とは概ね午後6時から翌日の午前6時まで、又は午後7時から翌日の午前7時までのように、12時間を標準として各都道府県において統一的取扱いをすることとし、深夜の取扱いについては、午後10時から午前6時までとする。
- (27) 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については、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、この場合の歯科訪問診療料の算定については、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が認められないことから、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。
- (28) 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保険医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、患家付近に他の保険医がいない、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ものである。
- (29) 「注8」に規定する交通費は実費とする。
- (30) その他、歯科訪問診療料の取扱いについては、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。
- (31) 「注9」に規定する在宅患者等急性歯科疾患対応加算は、歯科訪問診療において、急性症状の発症時等に即応できる歯科訪問診療の環境を整備する取組を評価するものであり、具体的には、歯科訪問診療料を算定している場合に、1回目の歯科訪問診療時においては、本区分の「イ 1回目」により算定し、2回目以降の歯科訪問診療時においては、本区分の「ロ 2回目以降」により算定する。
- (32) 歯科訪問診療料を算定していた患者に対する歯科訪問診療について、(5)の場合等歯科訪問診療料を算定しない場合であって、区分番号I081、J200-3及びM091に

掲げる周辺装置加算の「1又は2」に該当する切削器具及びその周辺装置を携行し、処置等を行った場合は、当該区分により算定する。

- (33) 「注9」に規定する在宅患者等急性歯科疾患加算は、常時携行している切削器具名及びその周辺装置名を診療録に記載した場合に算定する。また、当該加算を算定する月においては、切削器具名及び周辺装置名を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

#### C001 訪問歯科衛生指導料

- (1) 訪問歯科衛生指導料は、歯科訪問診療料を算定すべき歯科訪問診療を行った患者又はその家族等に対して、当該歯科訪問診療を行った歯科医師の指示を受けた当該保険医療機関に勤務（常勤又は非常勤）する歯科衛生士等が、療養上必要な実地指導を行った場合に算定し、単なる日常的口腔清掃等のケアを行った場合は算定できない。
- (2) 訪問歯科衛生指導料は、歯科訪問診療料を算定する保険医療機関の訪問診療の日から起算して1月以内に行われた場合に算定する。
- (3) 訪問歯科衛生指導料の「1 複雑なもの」とは、1人の患者に対して歯科衛生士等が1対1で20分以上実施するものをいう。
- (4) 訪問歯科衛生指導料の「2 簡単なもの」とは、指導効果がある実地指導を行った場合であって次のものをいう。
- イ 1回の指導における患者の人数は10人以下を標準とし、1回の指導時間は40分を超えるもの
- ロ 1人の患者に対して1対1であって20分に満たないもの
- (5) 訪問歯科衛生指導料を行った時間とは、実際に指導を行った時間をいうものであり、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。
- (6) 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、指導の開始及び終了時刻、及びその他療養上必要な事項に関する情報を患者又はその家族等に実施指導を行った歯科衛生士等が署名した文書を提供するとともに、その文書の写しを業務記録簿に添付すること。なお、訪問歯科衛生指導の終了後は、指示を受けた歯科医師に対し直接報告すること。
- (7) 訪問歯科衛生指導を行った場合は、歯科医師は診療録に実施時刻（開始時刻と終了時刻）を記載するものとし、診療報酬明細書には、日付、訪問先、通院困難な理由、指導の開始及び終了時刻を摘要欄に記載する。
- (8) 歯科医師は訪問歯科衛生指導に関し、歯科衛生士等に指示した内容を診療録に記載する。
- (9) 訪問歯科衛生指導を行った場合において、歯科衛生士等は実地指導に係る記録を作成し、患者氏名、訪問先、指導の開始及び終了時刻、指導の要点、主訴の改善、食生活の改善等に関する要点及び実施指導を行った歯科衛生士等が署名し、主治の歯科医師に報告する。
- (10) 訪問歯科衛生指導料を算定する場合は、区分番号B001-2に掲げる歯科衛生実地指導料は算定できない。
- (11) 「注3」に規定する交通費は実費とする。
- (12) 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社会保険事務局長に報告する。

#### C001-2 後期高齢者在宅療養口腔機能管理料

- (1) 後期高齢者在宅療養口腔機能管理料は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合して

いるものとして地方社会保険事務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において、在宅等（社会福祉施設等を含む。）において療養を行っている通院困難な後期高齢者の歯科疾患及び口腔機能の管理することを評価するものであり、患者又はその家族の同意を得た上で、患者又はその家族に対して、歯科疾患の状況及び口腔機能の評価の結果等を踏まえた管理計画の内容について説明し、文書により提供した場合に算定する。なお、当該管理料を算定する場合は、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料及びN002に掲げる歯科矯正管理料は別に算定できない。

- (2) 「注1」に規定する文書とは、歯科疾患の状況及び口腔機能の管理に係る計画書（以下「口腔機能管理計画書」という。なお、当該管理計画書の様式は、「別紙様式3」又はこれに準じた様式とする。）の交付年月日、全身の状態（基礎疾患の有無、服薬状況等）、口腔内の状態（口腔衛生の状況、口腔乾燥の有無、齲蝕及び歯周疾患の有無、有床義歯の使用状況、臼歯部の咬合状態等）、口腔機能の状態（咀嚼機能の状況、摂食・嚥下機能の状況及び構音機能の状況等）及び管理方法の概要、保険医療機関名及び当該管理の担当歯科医師名等の情報を記載したものをいう。
- (3) 口腔機能管理計画書の提供時期については、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、一連の補綴治療が終了したとき及びその他療養上必要な時期に交付するものとするが、当該管理計画に変更がない場合はこの限りではない。ただし、この場合においても、前回の管理計画書の交付日から起算して3月を超える日までに1回以上交付するものとする。なお、歯周病に罹患している患者に対して、初めて口腔機能管理計画書を作成するに当たっては、歯周組織検査を実施し、その結果を踏まえた上で歯周疾患に対する治療方針等を含めた管理計画書を作成し、2回目以降の口腔機能管理計画書については、歯周病の治療に進捗状況を踏まえたものとする。
- (4) 後期高齢者在宅療養口腔機能管理料を算定した月においては、患者に対しては、口腔機能管理計画書を交付しない場合にあっても、少なくとも1回以上の歯科疾患及び口腔機能の管理を行うこと。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こと。
- (5) 後期高齢者在宅療養口腔機能管理料は、区分番号B013に掲げる義歯管理料を算定している患者に対しても、歯科疾患の状況及び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。ただし、無歯顎の患者であって、総義歯に係る管理を行っている患者については、軟膏等薬剤による治療が必要な口腔粘膜疾患等（「特掲診療料の施設基準等」の別表第四歯科特定疾患療養管理料に規定する疾患に掲げる疾患を除く。）を有している患者であって、現に当該疾患に係る治療（有床義歯に係る治療を除く。）を行っている場合は算定できる。
- (6) 「注3」の機械的歯面清掃とは、歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が歯科用の切削回転器具及び研磨用ペーストを用いて行う歯垢除去等をいい、その算定に当たっては、機械的歯面清掃加算を算定する日が属する月の翌月及び区分番号I011-2に掲げる歯周病安定期治療を算定した日は算定できない。なお、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、患者に対して機械的歯面清掃を行った場合においては、主治の歯科医師は歯科衛生士に対して行った指示の内容を診療録に記載する。
- (7) 再診が電話等により行われた場合は、後期高齢者在宅療養口腔機能管理料は算定できな

い。

#### C 0 0 2 救急搬送診療料

医科点数表の区分番号C 0 0 4に掲げる救急搬送診療料の例により算定する。

#### C 0 0 3 在宅患者訪問薬剤管理指導料

医科点数表の区分番号C 0 0 8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。

#### C 0 0 4 退院前在宅療養指導管理料

医科点数表の区分番号C 1 0 0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。

#### C 0 0 5 在宅悪性腫瘍患者指導管理料

医科点数表の区分番号C 1 0 8に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料の例により算定する。

#### C 0 0 7 在宅患者連携指導料

- (1) 在宅患者連携指導料は、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である。

例えば、在宅での療養を行っている一人の患者に対して、保険医療機関の保険医と保険医である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、保険医である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保険医である歯科医師に対して文書等で提供し、保険医である歯科医師が当該患者に訪問診療を行った際に、その情報を踏まえた指導を行った場合に算定できる。

- (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、当該指導等を家族に対して行った場合でも算定できる。
- (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、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しなければならない。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には、速やかに他職種に情報提供するよう努めなければならない。
- (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こと。
- (6) 特別の関係にある保険医療機関等の医療関係職種のみで診療情報を交替した場合は算定できない。

#### C 0 0 8 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しカンファレンスを行うことにより、より適切な治療方針を立てること及び当該カンファレンスの参加者の間で診療方針の変更等の的確な情報共有を可能とすることは、患者及び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、そのような取組に対して評価するものである。

- (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

関係職種と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あっても算定できるが、当該カンファレンスを行った日以降すみやかに指導を行うものであること。

- (3) 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合わせて算定できない。

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には、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こと。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ものであるが、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には、当該指導を行った日において歯科訪問診療料を合わせて算定することは可能であること。

- (4) 在宅患者緊急時等カンファレンス料を算定する場合には、カンファレンスの実施日及び当該指導日を診療報酬明細書に記載すること。
- (5) 当該カンファレンスは、原則患者で行うこととするが、患者又は家族が患者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。
- (6) 在宅での療養を行っている患者の診療を担う保険医は、当該カンファレンスに参加した医療関係職種の氏名、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こと。
- (7) 特別の関係にある保険医療機関等の医療関係職種のみでカンファレンスを行った場合は算定できない。

## 第3部 検査

### 通則

- 1 検査に用いた薬剤料は別に算定できるが、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、簡単な検査の検査料は算定できないが、特殊な検査の検査料はその都度当局に内議し、最も近似する検査として準用が通知された算定方法により算定する。なお、準用した場合には、特に定める場合を除き、準用された項目に係る注についても、同時に準用されるものとする。また、腫瘍マーカーについては、医科点数表の区分番号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すること。
- 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。
- 5 咀嚼機能検査については算定できない。

### 第1節 検査料

#### D000 電氣的根管長測定検査

電氣的根管長測定検査は、電氣的抵抗を応用して根管長を測定するものであり、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根管目以上については1根管を増すごとに所定点数に15点を加算する。

#### D001 細菌簡易培養検査

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

#### D002 歯周組織検査

- (1) 歯周組織検査とは、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ものである。また、2回目以降の歯周組織検査は、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て実施するものである。歯周組織検査の実施については、「歯周病の診断と治療に関する指針」（平成19年11月日本歯科医学会）を参考とすること。
- (2) 歯周組織検査の費用は、当該検査を実施した歯数により算定する。ただし、残根歯は歯数に数えない。
- (3) 歯周基本検査は、1点法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点法による歯周ポケット測定、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。

#### D003 スタディモデル（1組につき）

- (1) スタディモデルとは、患者の口腔内状況について、咬合関係、歯及び歯周組織の状態等を立体的に検査するものをいい、当該スタディモデルを用いて1口腔単位として検査を行った場合に算定し、製作されたスタディモデルには、患者氏名、製作年月日等必要事項を明記する。なお、作業模型はスタディモデルとはみなさない。
- (2) 歯列及び咬合状態、歯肉縁上の歯冠・歯根の状態、歯の植立方向、欠損部の状態、顎

堤、口蓋、小帯等の軟組織の形態等、スタディモデルを用いた検査結果を診療録に記載する。なお、スタディモデルの製作に当たっては、日本歯科医学会が作成した「スタディモデルの取扱い（平成19年11月日本歯科医学会）」を参考とすること。

- (3) 製作したスタディモデルについては、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。ただし、製作したスタディモデルの正面観、左右側面観、上下歯列の咬合面観等を患者氏名、製作年月日が判別できる状態でそれぞれ写真撮影し、当該写真を診療録に添付した場合にあっては、スタディモデルの算定を行った日の属する月の翌月の初日から起算して3月を保存期間とする。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。
- (4) 患者が持参したスタディモデルを用いて診断した場合は、算定できない。

#### D 0 0 3 - 2 口腔内写真検査

- (1) 「口腔内写真検査（1枚につき）」は、「注」に規定する歯周疾患の状態を示す方法として、歯周組織の状態をカラー写真での撮影又はこれに準ずる方法で行う。なお、口腔内写真の撮影については、「歯周病の診断と治療に関する指針」（平成19年11月日本歯科医学会）の「口腔内カラー写真」を参考とすること。
- (2) 口腔内カラー写真には、患者の氏名及び撮影した年月日を明記する。
- (3) フィルム代等の費用は所定点数に含まれ別に算定できない。
- (4) 撮影した口腔内カラー写真を、診療録に添付すること。

#### D 0 0 4 平行測定（1装置につき）

平行測定検査は、ブリッジの支台歯形成に当たり、実施した場合にそれぞれ1装置について1回に限り、次の区分に従い所定点数を算定する。

- (1) 支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が5歯以下の場合  
平行測定器を用いて支台歯間の平行関係の測定を行った場合には、「1支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が5歯以下の場合」の所定点数により算定する。
- (2) 支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が6歯以上の場合  
支台歯間の平行関係につき、模型を製作しサベイヤー等で測定した場合には、「2支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が6歯以上の場合」の所定点数により算定する。なお、模型製作に要する費用は所定点数に含まれ別に算定できない。  
製作した模型については、欠損補綴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。ただし、製作した模型をサベイヤー等での測定結果、患者氏名及び製作年月日が判別できる状態で写真撮影し、当該写真を診療録に添付した場合にあっては、算定を行った日の属する月の翌月の初日から起算して3月を保存期間とする。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。

#### D 0 0 9 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であり、下顎運動路描記法（MMG）、ゴシックアーチ描記法、パントグラフ描記法及びチェックバイト検査をいい、検査の種類及び回数にかかわらず、欠損補綴物一装置につき1回のみ算定とする。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こと。
- (2) 顎運動関連検査は、当該検査を実施することにより支台歯とポンティック（ダミー）

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である。

- (3) 下顎運動路描記法は、有床義歯製作時の下顎位を決定するためにマンディブラキネジオグラフを用いて行うものである。
- (4) ゴシックアーチ描記法は、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である。
- (5) パントグラフ描記法は、全調節性咬合器を使用する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である。
- (6) チェックバイト検査は、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である。
- (7) 少数歯欠損の症例において顎運動関連検査を実施した場合には、患者の咬合状態及び当該検査の必要性について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

## 第4部 画像診断

### 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る。
- 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、必要があって埋伏歯に対し偏心投影を行った場合や齶蝕歯に対し咬翼法撮影を行った場合等である。
- 3 歯科用エックス線フィルムを使用せずデジタル映像化処理を伴うエックス線撮影を行った場合及びオルソパントモ型フィルムを使用せずデジタル映像化処理を伴うパノラマ断層撮影を行った場合は、診断料及び撮影料に「通則4」に規定する加算を合算し、画像診断の費用を算定する。なお、フィルムにプリントアウトした場合のフィルムの費用はデジタル映像化処理の費用に含まれ別に算定できない。
- 4 エックス線フィルムを使用せずデジタル映像化処理を伴うエックス線撮影を行った場合においての撮影料の算定方法については、「通則3」に準じて取り扱うものとする。
- 5 同一部位に対してデジタル映像化処理を伴うパノラマ断層撮影とデジタル映像化処理を伴うエックス線撮影を同時に行った場合は、歯科エックス線撮影に係るデジタル映像化処理の場合を除き、一連の撮影に係るデジタル映像化処理として、撮影枚数にかかわらず主たるエックス線撮影の所定点数に加算する。
- 6 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であり、診断料及び撮影料は撮影枚数にかかわらず所定点数で算定する。この場合、使用したフィルムの費用は撮影枚数に応じ14枚を限度とする。また、デジタル映像化処理についても撮影回数に応じ14回を限度として算定する。
- 7 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6と同様の方法で算定する。
- 8 デジタル映像化処理を伴う歯科エックス線撮影とは、CCD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。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デジタル映像化処理を行った場合においてはデジタル映像化処理に伴う加算は算定できない。
- 9 「通則6」の画像診断管理加算は、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結果を文書により当該病院の主治の歯科医師に報告した場合に月の最初の診断の日に算定する。この場合、報告された文書又はその写しを診療録に添付する。
- 10 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、診断料及び画像診断管理加算（当該加算の算定要件を満たす場合に限る。）を算定できる。受信側の保険医療機関における診断等に係る費用については受信側、送信側の医療機関間における相互の合議に委ねるものとする。
- 11 撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合は、「通則5」の規定より算定する。
- 12 画像診断のために使用した造影剤は、区分番号E301に掲げる造影剤料により算定する。
- 13 エックス線写真撮影の際に失敗等により、再撮影をした場合について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

### E 0 0 0 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歯科用エックス線フィルムを使用せず、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E 1 0 0に掲げる歯牙、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) デンタルゼロラジオグラフィー装置を用いた場合は、診断料は区分番号E 0 0 0に掲げる写真診断の「1のイ その他の場合」により、撮影料は区分番号E 1 0 0に掲げる歯牙、歯周組織、顎骨、口腔軟組織の「1のイ その他の場合」により算定する。なお、フィルム料は標準型により算定する。
- (6) 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。
- (7) 特殊撮影とは、断層撮影（パントモグラフィーを含む。）、立体撮影及びキモグラフィーをいう。なお、パントモグラフィーについては、歯科パノラマ断層撮影の所定点数により算定する。
- (8) 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E 1 0 0に掲げる歯牙、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。
- (9) 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E 1 0 0に掲げる歯牙、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。
- (10) (9)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。

- (11) 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。
- (12) 他の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については、撮影した枚数にかかわらず1回に限り算定する。
- (13) 区分番号E000に掲げる写真診断の「1のロ その他の場合」、「2 特殊撮影」及び「3 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の費用については、各区分の所定点数の100分の50により算定する。
- (14) 第1節に掲げる診断料は、写真診断の所見を診療録に記載した場合にそれぞれの所定点数を算定する。
- (15) その他については、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 歯牙、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(10)までは、本区分についても同様であること。
- (2) 造影剤使用撮影とは、顎関節腔、上顎洞又は唾液腺に造影剤を注入して行った場合をいう。

### E101 造影剤注入手技

造影剤注入手技は、顎関節腔、上顎洞又は唾液腺に造影剤の注入を行った場合に算定する。

## 第3節 基本的エックス線診断料

### E200 基本的エックス線診断料

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

## 第4節 フィルム及び造影剤料

### E300 フィルム

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

### <画像診断の端数処理方法>

- (1) 小数点以下の端数がある場合は、第1節診断料と第2節撮影料及び第4節フィルム料のそれぞれについて端数処理を行い、合算した点数が請求点数となる。

(例) 同一部位に対し、同時にカビネ型2枚を使用して単純撮影を行った場合

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 42円×2/10= 8.4点 → 8点

請求点数 128点 + 98点 + 8点 = 234点

- (2) 全顎撮影以外の歯科エックス線撮影に限り、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) = 47.9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

## 第5部 投 薬

医科点数表の第2章第5部に掲げる投薬（区分番号F400に掲げる処方せん料を除く。）の例により算定する。

### 第5節 処方せん料

#### F400 処方せん料

- (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せん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このような方法による投薬を行った場合は、当該診療報酬明細書の「摘要欄」に、その日付及び理由を記載する。なお、注射器、注射針又はその両者のみを処方せん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、常時院外処方せんによる投薬を行っている患者に対して、患者の症状等から緊急に投薬の必要性を認めて臨時的に院内投薬を行った場合又は常時院内投薬を行っている患者に対して当該保険医療機関で常用していない薬剤を緊急かつ臨時的に院外処方せんにより投薬した場合をいう。
- (3) 同一患者に対し処方せん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、当該処方料は処方せん料に含まれる。
- (4) その他については、医科点数表の区分番号F400に掲げる処方せん料（(6)、(7)を除く。）の例により算定する。

## 第6部 注 射

### 通則

- 1 第1節に掲げられていない注射であって簡単な注射は、基本診療料に包括されているため、第2節の薬剤料のみで算定する。
- 2 その他については、別添1の第2章第6部に掲げる通則の例により算定する。

### 第1節 注射料

医科点数表の第2章第6部第1節に掲げる注射料（医科点数表の区分番号G003-3に掲げる肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、医科点数表の区分番号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を除く。）の例により算定する。

## 第7部 リハビリテーション

### 通則

- 1 第1節リハビリテーション料に掲げられていないリハビリテーションのうち、簡単なリハビリテーションのリハビリテーション料は、算定できないものであるが、特殊なリハビリテーションのリハビリテーション料は、その都度当局に内議し、最も近似するリハビリテーションとして準用が通知された算定方法により算定する。
- 2 各区分におけるリハビリテーションの実施に当たっては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）の記録を診療録等へ記載すること。
- 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「2 運動器リハビリテーション料(Ⅱ)」の所定点数により算定する。なお、診療録にマイオモニターを用いた顎関節疾患の治療の実施時刻（開始時刻と終了時刻）、治療内容、使用機器名等を記載するとともに、診療報酬明細書の摘要欄に当該治療の実施日、実施時刻（開始時刻と終了時刻）、使用機器名を記載すること。
- 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「1 運動器リハビリテーション料(Ⅰ)」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とともに、診療報酬明細書の摘要欄に当該治療の実施日、実施時刻（開始時刻と終了時刻）、使用器具名を記載すること。また、顎骨骨折に対する観血的手術後又は悪性腫瘍に対する放射線治療後に生じた開口障害について、開口器等を使用して開口訓練を行ったときについても同様の取扱いとする。
- 5 その他については、医科点数表の第2章第7部リハビリテーションに掲げる通則2及び通則3の例により算定する。

### 第1節 リハビリテーション料

#### H000 脳血管疾患等リハビリテーション料

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

#### H001 摂食機能療法

- (1) 摂食機能療法は、摂食機能障害を有する患者に対して、個々の患者の症状に対応した診療計画書に基づき、1回につき30分以上訓練指導を行った場合に月4回を限度として算定する。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日につき算定できる。なお、摂食機能障害者とは、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者のことをいう。
- (2) 摂食機能療法は、診療録に当該療法の開始及び終了時間、療法の内容、使用用具等の名称等を記載するとともに、診療報酬明細書の摘要欄に当該療法の実施日、実施時刻（開始時刻と終了時刻）、使用用具等の名称を記載すること。
- (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等が行う嚥下訓練は、摂食機能療法として算定できる。

#### H002 障害児（者）リハビリテーション料

障害児（者）リハビリテーション料は、医科点数表の区分番号H007に掲げる障害児（者）リハビリテーション料の例により算定する。ただし、音声・構音障害を持つ患者に対して言語機能に係る訓練を行った場合に限り算定できるものとする。

#### H008 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できるものとする。

## 第8部 処置

### 通則

- 1 処置の所定点数とは処置料の項に掲げられた点数及び注による加算の合計をいい、通則の加算点数は含まない。
- 2 通則の加算方法は処置料の所定点数に通則中の各加算を足し合わせたものの合計で算定する。
- 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。この場合の薬剤については別に厚生労働大臣が定めるものに限られる。
- 4 特定薬剤料又は特定保険医療材料料の算定の単位は1回に使用した総量の価格であって、注射液の1筒ごと等の特定単位にはこだわらない。
- 5 第1節に掲げられていない処置のうち簡単な処置の処置料は算定できないが、特殊な処置の処置料は、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5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を加算する。
- 7 著しく歯科診療が困難な障害者の100分の50加算は、治療を直接行う歯科医師に加え、患者の障害に起因した行動障害に対し開口の保持又は体位、姿勢の保持を行うことを目的として、当該治療に歯科医師、歯科衛生士、看護師等が参画した場合等に限り算定する。
- 8 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。
- 9 「通則6」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処置を行った場合には、個々の所定点数が150点に達しなくとも、それらの合算点数が150点以上のときは加算が認められる。
- 10 120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中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、圧迫麻酔については、120点以上の処置若しくは各区分の「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。
- 11 歯科訪問診療は常時寝たきりの状態等であって通院困難な療養中の患者について実施されるものであるが、消炎鎮痛、有床義歯の調整等の訪問診療で求められる診療の重要性を考慮し、当該患者に行った区分番号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（「1 乳歯」、「2 前歯」及び「3 臼歯」に限る。）、区分番号J013に掲げる口腔内消炎手術（「2 歯肉膿瘍等」に限る。）、区分番号M029に掲げる有床義歯修理について所定点数に所定点数の100分の50を加算する。
- 12 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根管貼薬処置及び区分番号I008に掲げる根管充填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、歯髓結

石除去、根管開拡及び特定薬剤等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。

## 第1節 処置料

第1節の処置においては、区分番号I000に掲げる齶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、圧迫麻酔等の費用については、「通則7」に該当しない場合に限り各所定点数の算定単位ごとに算定する。

### I000 齶蝕処置

(1) 齶蝕処置の費用は、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) 「齶蝕処置」は、次の処置をいう。

イ 齶蝕歯の歯冠部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 歯髄覆罩又は歯冠修復物の脱落時の再装着等を行うにあ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

ニ 抜歯禁忌症で義歯製作の必要上、やむを得ず残根歯の削合のみを行う場合は、歯数に応じて算定する。ただし、根管治療により根の保存可能な歯には適切に保存処置を行い、鑄造歯冠修復により根面を被覆した場合には、歯冠形成の費用については区分番号M001に掲げる歯冠形成の「3のイ 単純なもの」の所定点数を、鑄造歯冠修復の費用については区分番号M010に掲げる鑄造歯冠修復の「1のイ 単純なもの」の所定点数と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には、歯冠形成の費用については区分番号M001に掲げる歯冠形成の「3のイ 単純なもの」の所定点数を、充填の費用については区分番号M009に掲げる充填の「1 単純なもの」の所定点数と保険医療材料料をそれぞれ算定する。

(3) 齶蝕処置、区分番号M001に掲げる歯冠形成、区分番号M001-2に掲げる齶蝕歯即時充填形成及び区分番号M001-3に掲げる齶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。

(4) 齶蝕処置を算定する場合においては、算定部位ごとに、使用した保険医療材料名及び処置内容等を診療録に記載すること。

### I000-2 咬合調整

(1) 歯周疾患又は歯ぎしりの処置のために、歯の削合を行った場合は、歯数に応じて1回に限り所定点数により算定する。

(2) 過重圧を受ける歯牙の切縁、咬頭の過高部又は別の歯科保険医療機関院において製作された鑄造歯冠修復物等の過高部の削除を行った場合は、歯数に応じて1回に限り所定点数を算定する。

(3) 咬合緊密である患者の義歯を製作するに当たり、鉤歯と鉤歯の対合歯をレスト製作のために削除した場合は、歯数に応じて1回に限り所定点数により算定する。

- (4) 歯周組織に咬合性外傷を起こしているとき、過高部の削除に止まらず、食物の流れを改善し歯周組織への為害作用を極力阻止するため歯冠形態の修正を行った場合、又は舌、頬粘膜の咬傷を起こすような場合に、歯冠形態修正（単なる歯牙削合を除く）を行った場合は、所定点数を1回に限り算定する。なお、歯冠形態の修正を行った場合は診療録に、歯冠形態の修正理由、歯冠形態の修正箇所等を記載すること。
- (5) 歯髄切断、抜髄、感染根管処置等の一連の歯内治療及び抜歯手術に伴って、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の所定点数に含まれ別に算定できない。

#### I001 歯髄覆罩

- (1) 齶窩の処置としての象牙質の削除を行うとともに、歯髄覆罩を行い暫間充填を行った場合は、齶蝕処置と歯髄覆罩の所定点数をそれぞれ算定する。

ただし、区分番号M001-2に掲げる齶蝕歯即時充填形成、区分番号M001-3に掲げる齶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覆罩の点数は算定できない。
- (2) 同一歯牙に2箇所以上、例えば近心と遠心とに齶窩が存在する場合に、それぞれの窩洞に歯髄覆罩を行った場合には、同日又は日を異にして行った場合であっても、1歯1回に限り所定点数を算定する。
- (3) 非侵襲性歯髄覆罩とは、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齶蝕を対象とするものであり、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、感染部の治癒を図るものであり、3月以上の期間を要するものである。本区分は、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、当該覆罩処置に係る一連の行為を包括的に評価するものであり、当該覆罩処置を行った最初の日に算定するものとする。
- (4) 非侵襲性歯髄覆罩を行った場合は、3月以上の経過観察期間を行った後に、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効果的に説明するとともに、その要点を診療録に記載する。また、診療報酬明細書の摘要欄に非侵襲性歯髄覆罩を行った年月日を記載する。
- (5) 直接歯髄覆罩を行った場合は、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効果的に説明するとともに、その要点について診療録に記載する。また、診療報酬明細書の摘要欄に直接歯髄覆罩を行った年月日を記載する。

#### I002 知覚過敏処置

- (1) イオン導入法の費用は、知覚過敏処置の所定点数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については、歯冠形成、印象採得及び装着と同時に行う場合を除き「1 3歯まで」又は「2 4歯以上」の所定点数により算定する。
- (3) 次のレーザー治療器を用いて、知覚過敏症の処置を行った場合は、知覚過敏処置の所定点数により算定する。

イ セミレーザー・ナノックス

- ロ セミコンレーザMR-180
- ハ ヘリウム・ネオン・レーザー
- ニ ベルビーム
- ホ ソフトレーザ-632
- へ オサダダイオトロン (DL-S)
- ト トリンプルーD
- チ コンパクトレーザー
- リ PANA LAS 500

#### I 0 0 2-2 乳幼児齲蝕薬物塗布処置

乳幼児の齲蝕に対して、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回につき歯数に応じて「1 3歯まで」又は「2 4歯以上」により算定する。

#### I 0 0 3 初期齲蝕小窩裂溝填塞処置

- (1) 初期齲蝕小窩裂溝填塞処置は、原則として幼若永久歯又は乳歯の小窩裂溝の初期齲蝕に対して行った場合に算定する。この場合、初期齲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) 初期齲蝕小窩裂溝填塞処置に要する特定保険医療材料料は、区分番号M 0 0 9に掲げる充填の「1 単純なもの」の場合と同様とする。

#### I 0 0 4 歯髄切断

- (1) 生活歯髄切断のために用いた表面麻酔、浸潤麻酔、簡単な伝達麻酔、特定薬剤、歯髄覆罩の費用は、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M 0 0 1に掲げる歯冠形成の「1 生活歯冠形成」の各号により算定する。
- (3) 同一歯牙について、区分番号I 0 0 5に掲げる抜髄を併せて行った場合は、区分番号I 0 0 5に掲げる抜髄の所定点数に当該歯髄切断の費用は含まれ別に算定できない。
- (4) 歯髄切断の後に抜髄となった場合は、区分番号I 0 0 5に掲げる抜髄の所定点数のみにより算定する。

#### I 0 0 5 抜髄

- (1) 抜髄は1歯につき1回に限り算定する。
- (2) 抜髄は、歯髄炎等の場合に通常局所麻酔下において歯髄の除去を行った場合又は薬剤を用いて歯髄を壊死させ除去（失活抜髄）を行った場合に算定する。なお、麻酔、薬剤の費用は所定点数に含まれ別に算定できない。
- (3) 抜髄の費用は、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、失活抜髄の貼薬及び薬剤の費用は所定点数に含まれ別に算定できない。
- (4) 区分番号I 0 0 1に掲げる歯髄覆罩の「1 非侵襲性歯髄覆罩」を行った場合は、3月以上の経過観察を行うものであるが、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。
- (5) 区分番号I 0 0 1に掲げる歯髄覆罩の「2 直接歯髄覆罩」を行った場合は、1月以上の経過観察を行うものであるが、やむを得ず早期に抜髄を実施した場合は、「注2」に掲げる所定点数により算定する。

#### I 0 0 6 感染根管処置

- (1) 感染根管処置とは、歯根膜炎等の場合に根管内容物の除去、根管清掃拡大等を行うことをいう。
- (2) 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 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の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。
- (3) 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M 0 0 9に掲げる充填の「1 単純なもの」の所定点数と保険医療材料料をそれぞれ算定する。なお、形成を行った場合は区分番号M 0 0 1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J 0 0 6に掲げる歯槽骨整形手術、骨瘤除去手術の所定点数及び保険医療材料料をそれぞれ算定する。
- (4) 感染根管処置は1歯につき1回に限り算定する。

#### I 0 0 7 根管貼薬処置

- (1) 根管貼薬処置とは、根管の清拭、根管貼薬等をいう。
- (2) 区分番号I 0 0 5に掲げる抜髄、区分番号I 0 0 6に掲げる感染根管処置、区分番号I 0 0 8に掲げる根管充填と同時に行った根管貼薬の費用は、それぞれの所定点数に含まれ別に算定できない。
- (3) 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。

#### I 0 0 8 根管充填

- (1) 根管充填は1歯につき1回に限り算定する。
- (2) 「注1」の加圧根管充填とは、アピカルシート又はステップの形成及び根管壁の滑沢化（根管形成）が行われた根管に対して、ガッタパーチャポイントを主体として根尖孔外に根管充填材を溢出させずに加圧しながら気密に根管充填を行うことをいう。なお、根管充填後に歯科エックス線撮影で気密な根管充填が行われていることを確認した場合に算定する。
- (3) 歯根未完成の永久歯の歯内療法実施中に、数月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」の所定点数により算定する。ただし、「注1」の加圧根管充填に係る加算の算定はできない。なお、併せて当該歯に暫間充填を行った場合の費用は区分番号I 0 0 0に掲げる齶蝕処置により算定する。
- (4) 区分番号M 0 0 0 - 2に掲げる補綴物維持管理料の注1に係る地方社会保険事務局長への届出を行っていない保険医療機関において、根管充填を行った場合は、「注1」の加圧根管充填に係る費用は算定できない。

#### I 0 0 9 外科後処置

- (1) 口腔内より口腔外に通ずる手術創に対する外科後処置とし、「1 口腔内外科後処置」及び「2 口腔外外科後処置」を行った場合であっても、いずれかの所定点数のみを算定する。

- (2) 外科後処置とは、区分番号 J 0 4 7 に掲げる腐骨除去手術の「2 顎骨に及ぶもの」、区分番号 J 0 1 0 に掲げる顎堤形成術、区分番号 J 0 4 3 に掲げる顎骨腫瘍摘出術、区分番号 J 0 0 3 に掲げる歯根嚢胞摘出手術の「2 拇指頭大のもの」、区分番号 J 0 7 2 に掲げる下顎骨折観血的手術等の大手術の外科後処置であってドレーン（吸引ドレーン等）を使用した外科後処置をいう。なお、単純な外科後処置については、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）できない場合における後出血処置の費用は、創傷の大小に関係なく、6歳以上の場合は区分番号 J 0 8 4 に掲げる創傷処理の「4 筋肉、臓器に達しないもの（長径5センチメートル未満）」により、6歳未満の場合は区分番号 J 0 8 4 - 2 に掲げる小児創傷処理（6歳未満）の「6 筋肉、臓器に達しないもの（長径2.5センチメートル以上5センチメートル未満）」により、それぞれ算定する。なお、区分番号 J 0 8 4 に掲げる創傷処理又は区分番号 J 0 8 4 - 2 に掲げる小児創傷処理を算定した場合は、外科後処置の費用はそれぞれの所定点数に含まれる。

#### I 0 0 9 - 2 創傷処置

医科点数表の区分番号 J 0 0 0 に掲げる創傷処置の例により算定する。

#### I 0 1 0 歯周疾患処置

- (1) 歯周疾患処置は、歯周疾患の症状の改善を目的として、歯周ポケット内へ特定薬剤を注入した場合に、1口腔を単位として算定する。なお、歯周疾患処置を算定する場合は、使用薬剤名を診療録に記載し、診療報酬明細書に部位及び使用薬剤名を記載すること。
- (2) 歯周疾患において、歯周基本治療を行った部位に対する歯周疾患処置に併せて、同時に歯周基本治療を行った部位以外の部位に対して歯周疾患処置を行ったときの費用は、算定できない。ただし、歯周基本治療を行った部位について行う2回目以降の歯周疾患処置の費用は、算定できる。
- (3) 歯周疾患処置を算定する歯周ポケット内への特定薬剤の注入とは、次に該当する場合をいう。なお、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できる。
- イ 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月間薬剤注入を行った場合。
- ロ イの薬剤注入後、再度の歯周組織検査の結果、臨床症状の改善はあるが、歯周ポケットが4ミリメートル未満に改善されない場合であって、更に1月間継続して薬剤注入を行った場合。
- ハ 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。

#### I 0 1 1 歯周基本治療

- (1) 歯周基本治療は、歯周病の炎症性因子の減少又は除去を目的とする処置をいうものであり、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、本区分は算定できない。なお、歯周基本治療については、「歯周病の診断と治療に関する指針」（平成19年11月日本歯科医学会）を参考とすること。

- (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ケーラ一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（盲嚢搔爬）を同一歯に対して同時に実施した場合においても、いずれかの所定点数により算定する。
- (4) 歯周基本治療を実施した後に同一部位に実施したスケーリング、スケーリング・ルートプレーニング又は歯周ポケット搔爬（盲嚢搔爬）の費用は、所定点数の100分の30により算定する。
- (5) 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（盲嚢搔爬）については、歯周組織検査の結果を踏まえ、その必要性及び効果等を考慮した上で実施するものとする。
- (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の費用は、歯周外科手術の点数に含まれ別に算定できない。

#### I 0 1 1 - 2 歯周病安定期治療

- (1) 歯周病安定期治療は、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料を算定している患者であって、中等度以上の歯周病を有するものに対して、一連の歯周基本治療等の終了後に、一時的に症状が安定した状態にある患者に対し、歯周組織の状態を維持し、治癒させることを目的としてプラークコントロール、機械的歯面清掃、スケーリング、スケーリング・ルートプレーニング等を主体とした治療を実施した場合に1口腔につき月1回に限り算定する。なお、中等度以上の歯周病を有するものとは、骨吸収が根の長さの3分の1以上であり、歯周ポケットは4ミリメートル以上で、根分岐部病変を有するものをいう。
- (2) 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深い歯周ポケット、根分岐部病変の残存、歯の動揺が認められる状態をいう。
- (3) 歯周病安定期治療は、その開始に当たって、歯周組織検査を行い、症状が一時的に安定していることを確認した上で行うものであり、歯周組織検査の結果の要点や歯周病安定期治療の治療方針等について、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料に係る文書により提供した場合に算定する。
- (4) 2回目以降の歯周病安定期治療については、前回実施した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こと。ただし、歯周外科手術を実施した場合であって、重度の歯周疾患を有する場合においては、3月以内の間隔で実施した歯周病安定期治療の費用は月1回に限り算定できる。なお、歯周病安定期治療を行った場合は、診療報酬明細書の摘要欄に歯周病安定期治療の内容及び実施年月日を記載する。
- (5) 歯周病安定期治療を開始した以降に実施した区分番号I011に掲げる歯周基本治療の費用及びI010に掲げる歯周疾患処置の費用は、歯周病安定期治療の所定点数に含まれ別に算定できない。
- (6) 歯周病安定期治療開始後、病状の変化により歯周外科手術を実施した場合は、歯周外科の実施した日以降においては、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の費用は算定できない。なお、歯

- 周病安定期治療を実施した後に行う歯周外科手術は所定点数の100分の30で算定する。
- (7) 歯周病安定期治療開始後、病状の変化により必要があって歯周ポケットに特定薬剤を注入した場合及び暫間固定を実施した場合は、それぞれの費用は算定できる。

#### I 0 1 4 暫間固定

- (1) 暫間固定とは、歯の支持組織の負担を軽減し、歯槽骨の吸収を防止して、その再生治療を促進させるため、暫間的に歯冠をレジン連続冠固定法、線結紮法（帯冠使用を含む。）及び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、歯周外科手術を伴わない場合及び歯周外科手術を予定する場合の固定源となる歯を歯数に含めない4歯未満の暫間固定をいう。なお、1顎に2箇所以上行っても1回の算定とする。
- (3) 「2 困難なもの」とは、歯周外科手術を伴う場合の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、歯周外科手術に伴う4歯未満の暫間固定の費用は、区分番号J 0 6 3に掲げる歯周外科手術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」とは、連続鉤固定法及びレジン床固定法による暫間固定のことをいう。
- (5) 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、副子と同様に算定する。
- (6) 暫間固定の固定源が有床義歯である場合は、「1 簡単なもの」の所定点数及び有床義歯の費用を合算して算定する。
- (7) 歯周基本治療の際に暫間固定を行い、その後に歯周組織検査を実施し、その結果、歯周外科手術を行った場合に、当該手術後に暫間固定を行った場合は、固定源となる歯を歯数に含めない4歯以上のものに限り「2 困難なもの」の所定点数を算定する。
- (8) 外傷性による歯の脱臼を暫間固定した場合は、「2 困難なもの」により算定する。
- (9) 区分番号J 0 0 4 - 2に掲げる歯の再植術を行った場合であって、脱臼歯を暫間固定した場合には、「2 困難なもの」により算定する。
- (10) 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歯のみ脱臼している場合であって、元の位置に整復固定した場合は「2 困難なもの」により算定する。なお、双方の歯が脱臼している場合に双方の歯を整復固定することは、歯科医学上認められない。
- (11) 区分番号J 0 0 4 - 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は、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M 0 0 3に掲げる印象採得の「3 副子」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M 0 0 6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M 0 0 6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M 0 0 6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M 0 0 5に掲げる装着の「3 副子の装着の場合」の所定点数及び装着材料を算定する。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は別に算定できない。

- (13) レジン床固定法及び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した場合は、1装置につき区分番号I014-2に掲げる暫間固定装置修理の各区分の所定点数により算定する。

#### I014-2 暫間固定装置修理

- (1) 暫間固定装置修理は、レジン床固定法及び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「1 簡単なもの」により算定する。
- (3) レジン床固定法に用いた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「2 複雑なもの」により算定する。

#### I016 線副子

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

#### I017 床副子

- (1) 「1 簡単なもの」とは、次のものをいう。
- イ 顎間固定用に歯科用ベースプレートを用いた床
  - ロ 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
  - ハ 手術にあたり製作したサージカルガイドプレート
- (2) 「2 困難なもの」とは、次のものをいう。
- イ 斜面板
  - ロ 咬合挙上副子
  - ハ 乳幼児の顎骨骨折に対してナイトガードとして口腔内に装着するマウスピース
  - ニ 固定用金属線による囲繞結紮に用いたレジン等で製作した床副子（無歯顎の老人や乳歯列を有する幼児などの顎骨髄炎において、腐骨摘出後欠損創に歯牙副子の応用ができない場合に限る。）
  - ホ 歯ぎしりに対する咬合床（アクチバトール式のものを除く。）
  - ヘ 睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床（アクチバトール式を除き、医科医療機関等からの診療情報提供料の算定に基づく場合に限る。）
- (3) 「3 著しく困難なもの」とは、次のものをいう。
- イ 咬合床副子
  - ロ 歯ぎしりに対する咬合床（アクチバトール式のもの。）
  - ハ 睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床（アクチバトール式で、医科医療機関等からの診療情報提供料の算定に基づく場合に限る。）
- (4) 「(2)のヘ 睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床（アクチバトール式を除く。）」及び「(3)のハ 睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床（アクチバトール式）」の製作に当たって、確定診断が可能な医科歯科併設の病院である保険医療機関にあっては、院内での担当科からの情報提供に基づく口腔内装置治療に対する院内紹介を受けた場合に限り算定できる。
- (5) 咬合床副子、滑面板を顎間固定装置として用いた場合は、区分番号M003に掲げる印象採得及び区分番号M005に掲げる装着の費用は1顎を単位として別に算定できる。

- (6) 斜面板を製作する際の咬合採得は、斜面板の範囲に相当する歯数により区分番号M006に掲げる咬合採得の「2のロ 有床義歯」により算定する。
- (7) 咬合挙上副子の装着後、咬合面にレジンを添加し調整した場合は1装置1回につき区分番号I017-2に掲げる床副子調整の「2 咬合挙上副子の場合」により算定する。ただし、区分番号M006に掲げる咬合採得の費用は算定できない。
- (8) 歯ぎしり治療の補助として咬合を挙上し、軋音の発生を防止するために、咬合床（アクチバトール式のものを）を製作するに当たり、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のイの(2) 困難なもの」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のロの(2) 多数歯欠損」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) 印象採得が困難なもの」により算定する。
- (9) 歯ぎしりに対する咬合床として（アクチバトール式のものを以外のものを）を製作するにあたり、区分番号M006に掲げる咬合採得の費用は所定点数に含まれ別に算定できないが、当該咬合床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のイの(1) 簡単なもの」により、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(1) 印象採得が簡単なもの」により算定する。
- (10) 咬合床（アクチバトール式のものを）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については、第12部歯冠修復物及び欠損補綴物料の製作後診療を中止した場合の請求と同様とする。
- (11) 睡眠時無呼吸症候群の治療法として、確定診断が可能な医科医療機関等からの診療情報提供料の算定に基づく口腔内装置治療の依頼を受けて、咬合床（口腔内装置）の製作にあたり印象採得を行った場合は、1装置につき区分番号M003に掲げる印象採得の「2のロ 連合印象」を、咬合採得は区分番号M006に掲げる咬合採得の「2のロの(3) 総義歯」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(3) 印象採得が著しく困難なもの」により算定する。

ただし、確定診断が可能な医科歯科併設の病院である保険医療機関にあっては、院内での担当科からの情報提供に基づく口腔内装置治療に対する院内紹介を受けた場合に限り算定できる。

口腔内装置の装着時又は装着後1月以内に、適合を図るための調整等が必要となり、口腔内装置の調整を行った場合は、1装置につき区分番号I017-2に掲げる床副子調整の「1 睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床の場合」により算定する。また、睡眠時無呼吸症候群の口腔内装置治療の紹介元保険医療機関からの情報提供に関する内容及び保険医療機関名等について診療録に記載するとともに情報提供に係る文書を添付し、診療報酬明細書の摘要欄に紹介元保険医療機関名について記載すること。なお、医科歯科併設の病院である保険医療機関で算定した場合は、院内紹介を受けた情報提供の内容及び担当科名を診療録に記載するとともに、情報提供に係る文書を診療録に添付し、診療報酬明細書の摘要欄に院内紹介を受けた担当科名を記載すること。

#### I017-2 床副子調整

- (1) 睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床の装着を行った後、適合を図るための調整等が必要となり、装着後1月以内に咬合床の調整を行った場合は、1口腔1回に限り

- 「1 睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床の場合」により算定する。
- (2) 咬合挙上副子を装着後、咬合面にレジンを追加し調整した場合は1口腔1回につき「2 咬合挙上副子の場合」により算定する。なお、咬合挙上副子の調整の費用は、月1回に限り算定できる。
- (3) 「1 睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床の場合」及び「2 咬合挙上副子の場合」において調整を行った場合には、診療録に調整部位、調整方法等を記載した場合に限り算定できる。

#### I 0 1 7 - 3 顎外固定

- (1) 「1 簡単なもの」とは、おとがい帽を用いて顎外固定を行った場合をいう。
- (2) 「2 困難なもの」とは、顎骨骨折の際に即時重合レジン、ギ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。

#### I 0 1 8 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) 「注1」の「歯周組織検査」とは、一連の歯周基本治療が終了した後、区分番号J 0 6 3に掲げる歯周外科手術の「3 歯肉切除手術」又は区分番号J 0 6 3に掲げる歯周外科手術の「4 歯肉剥離搔爬手術」の要否を診断するために行われる区分番号D 0 0 2に掲げる歯周組織検査の「2 歯周精密検査」をいう。
- (3) 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（ダミー）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。
- (4) 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、鉤及びバー等の費用については別途算定できる。

#### I 0 1 9 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、除去の費用を算定できる歯冠修復物又は補綴物は、第12部に掲げる充填、鑄造歯冠修復、帯環金属冠、歯冠継続歯、ジャケット冠、支台築造であり、暫間被覆冠、仮封セメント、ストップピング、テンポラリークラウン、リテーナー等は含まれない。なお、同一の歯牙について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) ポンティック（ダミー）及び歯冠継続歯破損の場合において、その一部の人工歯を撤去することにより修理可能な場合又は有床義歯の鉤を除去し調整を行うことにより義歯調整の目的が達成される場合に限り、所定点数を算定できる。
- (3) セメントの除去料は算定できない。
- (4) 鉤歯の抜歯後あるいは鉤の破損等のために不適合となった鉤を連結部から切断した場合には、修理又は床裏装を前提としても除去料を算定する。
- (5) 「2 困難なもの」の「困難なもの」とは、全部鑄造冠、当該歯牙が急性の歯髄炎若

しくは歯根膜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鑄造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 金属ピンの撤去（1本につき）
  - ロ 滑面板の撤去
  - ハ 整復装置の撤去（3分の1顎につき）
  - ニ ポンティック（ダミー）のみの除去（切断部位1箇所につき）
  - ホ 歯冠修復物が連結して装着されている場合において、破損等のため連結部分を切断しなければ、一部の歯冠修復物を除去できないときの切断
  - ヘ 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
- (7) 「3 根管内ポストを有する鑄造体の除去」の「根管内ポストを有する鑄造体」とは、歯根の長さの3分の1以上のポストにより根管内に維持を求めのために製作された鑄造体をいう。
- (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、本区分の所定点数により算定する。
- (9) 本区分を算定した場合は、除去した歯冠修復物又は補綴物の部位及び種類を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

#### I 0 2 1 根管内異物除去

- (1) 当該費用を算定できる異物とは、根管内で破折したため除去が著しく困難なもの（リーマー等）をいう。
- (2) 当該医療機関において行われた治療に基づく異物について除去を行った場合においては、当該点数を算定することはできない。

#### I 0 2 2 有床義歯床下粘膜調整処置（1顎につき）

旧義歯が不適合で床裏装や再製が必要とされる場合に、床裏装や再製に着手した日以前において、有床義歯床下粘膜異常に対してそれを調整するために、旧義歯を調整しながら、粘膜調整材を用い有床義歯床下粘膜調整を行った場合は、当該義歯の調整を含めて、1顎1回につき算定する。なお、当該点数を算定している期間においては、区分番号M 0 1 3に掲げる有床義歯管理料は算定しない。

#### I 0 2 3 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保険医療機関からの区分番号B 0 0 9に掲げる診療情報提供料(I)の算定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) 初診時には診療時間が30分を超えた場合に限り算定できる。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。なお、初診時に心身医学療法を算定する場合にあっては、診療報酬明細書の摘要欄に当該診療に要した時間を記載する。
- (4) 心身医学療法を算定する場合にあっては、診療報酬明細書の傷病名欄において、心身症による当該身体的傷病の傷病名の次に「（心身症）」と記載し、摘要欄には確定診断を行った医科保険医療機関名（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、確定診断を行った診療科名）、紹介年月日、治療の内容、実施時刻（開始と終了時刻）を記載すること。
- 例 「舌痛症（心身症）」
- (5) 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(I)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。
- (6) 入院の日及び入院の期間の取扱いについては、入院基本料の取扱いの例による。
- (7) 入院精神療法、通院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は、心身医学療法は算定できない。

#### I 0 2 4 鼻腔栄養（1日につき）

医科点数表の区分番号J 1 2 0に掲げる鼻腔栄養の例により算定する。

#### I 0 2 5 酸素吸入（1日につき）

医科点数表の区分番号J 0 2 4に掲げる酸素吸入の例により算定する。

#### I 0 2 6 高気圧酸素治療（1日につき）

- (1) 「高気圧酸素治療」は、次の疾患に対して行う場合に限り、1日につき所定点数を算定する。
- イ 放射線又は抗癌剤治療と併用される悪性腫瘍
  - ロ 難治性潰瘍を伴う末梢循環障害
  - ハ 皮膚移植又は皮弁移植
  - ニ 口腔・顎・顔面領域の慢性難治性骨髓炎又は放射線壊死
- (2) 2絶対気圧以上の治療圧力が1時間に満たないものについては、1日につき区分番号I 0 2 5に掲げる酸素吸入により算定する。
- (3) 高気圧酸素治療を行うに当たっては、関係学会より留意事項が示されているので、これらの留意事項を十分参考とすべきものである。
- (4) 高気圧酸素療法と人工呼吸を同一日に行った場合は、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の費用については、区分番号I 0 8 2に掲げる酸素加算により算定する。

#### I 0 2 7 人工呼吸

- (1) 高気圧酸素療法と人工呼吸を同一日に行った場合は、主たるものの所定点数のみにより算定する。
- (2) 人工呼吸と医科点数表の区分番号D 2 2 0に掲げる呼吸心拍監視、医科点数表の区分番号D 2 2 3に掲げる経皮的動脈血酸素飽和度測定又は医科点数表の区分番号D 2 2 5-2に掲げる非観血的連続血圧測定を同一日に行った場合は、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の費用については、区分番号I 0 8 2に掲げる酸素加算により算定する。

## 第2節 処置医療機器等加算

### I 0 8 1 周辺装置加算

- (1) 周辺装置加算は、著しく歯科診療が困難な障害者に対して訪問診療を行った場合において、切削を伴う処置、手術、歯冠修復又は欠損補綴が必要な場合であって、切削器具及びその周辺装置を訪問先に携行して必要な処置を行った場合に、処置等の主たるものの所定点数に加算する。なお、同時にエアタービン及び歯科用電気エンジンを使用した場合は、いずれかの加算を算定する。ただし、歯科訪問診療料を算定した場合は、算定できない。
- (2) 歯科訪問診療料を算定していた患者に対する歯科訪問診療について、歯科訪問診療料を算定しない場合であって、本区分に掲げる周辺装置加算の「1又は2」に該当する切削器具及びその周辺装置を携行し、処置等を行った場合は、本区分により算定する。

### I 0 8 2 酸素加算

医科点数表の区分番号J 2 0 1に掲げる酸素加算の例により算定する。

## 第3節 特定薬剤料

### I 1 0 0 特定薬剤

- (1) 1回の処置に特定薬剤を2種以上使用した場合であっても、使用した特定薬剤の合計価格から40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40円（4点）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) 歯科用フラジオマイシン貼布剤は、歯科領域における抗生物質の使用基準の第3適応症並びに標準的使用法及び量の項のうち、「4 抜歯創（抜歯後の疼痛症を含む。）」及び「12 手術（手術後の処置の場合に限る。）」について使用する。なお、抜歯創に対する使用は、貼布剤1枚を標準とし、その他の適応症に際しては必要の限度において使用する。
- (5) テトラ・コーチゾン軟膏及びデヒドリン軟膏の使用量は、テラ・コートリル軟膏の場合と同様とする。
- (6) プレステロン軟膏、テラ・コートリル軟膏は、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。

- (7) 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。
- (8) 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の費用は算定できない。なお、歯科用包帯剤を歯牙再植術に創面の保護の目的で使用した場合に限り特定薬剤として算定できる。ただし、ドライソケットの場合はこの限りではない。

#### 第4節 特定保険薬剤料

##### I 2 0 0 特定保険医療材料料

特定保険医療材料は、「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）」（平成20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 「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、輸血料については、手術料の算定がなくとも単独で算定できる。
  - (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（自己血輸血を除く。）に伴う処置（ギプスを除く。）、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である。
- 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、患者の衣類の費用及び1回の手術に使用される総量価格が15円以下の薬剤の費用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40円を超える場合（特定薬剤にあっては、120点以上の手術又は特に規定する手術に使用した場合を除く。）は、当該手術の所定点数の他に当該特定保険医療材料及び特定薬剤の費用を算定できる。
- 6 「通則5」による5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。
- 7 「通則5」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、治療を直接行う歯科医師に加え、患者の障害に起因した行動障害に対し開口の保持又は体位、姿勢の保持を行うことを目的として、当該治療に歯科医師、歯科衛生士、看護師等が参画した場合等に算定する。
- 8 「通則5」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。
- 9 「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。
- 10 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。
- 11 「通則8」の加算はH I V－1抗体価精密測定、H I V－2抗体価精密測定によってH I V抗体が陽性と認められた患者又はH I V－1核酸同定検査によってH I V－1核酸が確認された患者に対して観血的手術を行った場合に1回に限り算定する。ただし、同一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。
- 12 「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。

- 13 「通則 9」の入院中の患者に対する手術の休日加算又は深夜加算は、医科点数表の例により算定する。
- 14 「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」については、「通則 5」の加算の取扱いと同様である。
- 15 緊急のため保険医療機関の表示する診療時間以外の時間に手術を行った場合の時間外加算又は深夜加算は、既に 1 日の診療の後片付け等が終わった後で、特に手術する必要がある急患のため再度準備を開始する等相当の不測の労力に対する費用として時間外加算等を行う趣旨であるから、時間外であっても予定された手術を行った場合においては時間外等の加算は認められない。
- 16 「通則 9」にいう「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手術を行った場合には、個々の所定点数が 150 点に達しなくとも、それらの合算点数が 150 点以上のときは加算が認められる。
- 17 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においては、それぞれの抜歯の所定点数が 150 点に達しなくても、各抜歯の所定点数の合算点数が 150 点以上のときは、「通則 9」の加算が認められる。
- 18 手術を開始した後、患者の病状の急変等やむを得ない事情により手術を途中で中絶せざるを得なかった場合においては、当該中絶までに施行した実態に最も近似する手術項目の所定点数により算定する。
- 19 「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、同一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より医師により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抗体価精密測定又はHCV抗体価検査によって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
- 20 「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。なお、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できる。
- 21 歯科訪問診療は常時寝たきりの状態等であって通院困難な療養中の患者について実施されるものであるが、消炎鎮痛、有床義歯の調整等の訪問診療で求められる診療の重要性を考慮し、当該患者に行った抜髄、感染根管処置、抜歯手術（乳歯、前歯及び臼歯に限る。）、口腔内消炎手術（歯肉膿瘍等に限る。）、有床義歯修理について所定点数に所定点数の 100 分の 50 を加算する。

- 22 「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を単独で行う場合については、個々の区分により規定する算定単位に応じて算定を行うものとする。
- 23 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し、従たる手術においては診療録に手術の名称、手術の内容、部位等を記載すること。
- 24 第9部に規定する以外の項目については、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。

## 第1節 手術料

### J000 抜歯手術

- (1) 抜歯の費用は、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「1 簡単なもの」の所定点数により算定する。この場合、浸潤麻酔のもとに破折片を除去した場合には、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の費用は、当該抜歯手術の所定点数に含まれ別に算定できない。
- (4) 歯周疾患を原因とせず髓床底の根管側枝を介する感染等を原因とする歯根分岐部の病変に対して、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場合は、1歯につき「3 臼歯」により算定する。
- (5) 「4 難抜歯」とは、歯根肥大、骨の癒着歯等に対して骨の開さく又は歯根分離術等を行った場合をいう。高血圧等の全身状態との関連から、単に抜歯にあたり注意を要する抜歯については、「4 難抜歯」に含まない。
- (6) 難抜歯において、完全抜歯が困難となりやむを得ず抜歯を中止した場合における費用は、難抜歯の所定点数により算定する。
- (7) 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に要する費用は、抜歯窩より行う場合は、「4 難抜歯」の所定点数により算定する。また、犬歯窩を開さくして除去する場合は、区分番号J086に掲げる上顎洞開窓術の所定点数により算定する。なお、当該保険医療機関において行った治療に基づき上顎等へ陥入した歯の除去に要する費用は、当該抜歯手術の所定点数に含まれ別に算定できない。
- (8) 「5 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。
- (9) 埋伏智歯の抜去に際し、第二大臼歯を抜去したのち当該埋伏智歯を抜去し、第二大臼歯を再植する術式は妥当でないので認められない。
- (10) 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難抜歯であるときは当該隣接歯牙について、難抜歯の所定点数により算定する。
- (11) 当該保険医療機関において行った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に要する費用は区分番号J015に掲げる口腔底腫瘍摘出術の所定点数により算定する。なお、当該保険医療機関において行った治療に基づく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。

- (12) 抜歯の際、局所麻酔とあわせて使用した抗生物質製剤の注射については、第6部注射の費用の算定方法により算定する。この場合の局所麻酔の費用は、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、脳貧血等の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。その場合、抜歯を中止したことを診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

#### J 0 0 1 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の費用は、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の費用は、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。

#### J 0 0 2 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。

#### J 0 0 3 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・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の費用は、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。

#### J 0 0 4 歯根端切除手術（1歯につき）

- (1) 歯根端切除手術は1歯単位に算定する。また、歯根端切除手術と同時に行った根管充填については別に算定できる。
- (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の費用は、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) 次の手術は認められない。

イ 乳歯に対する歯根端切除手術

ロ 歯冠修復物のある歯の歯根端切除手術を行った際における、根尖孔にレジン充填を行う術式

ハ 歯根端搔爬手術

- (4) 当該保険医療機関において行った治療に基づかない、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、同一の骨の開さくにおいて除去した異物の数にかかわらず、1回につき本区分の所定点数で算定する。なお、歯根端切除手術と同時に行った顎骨内異物除去の費用は、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) 歯内治療では治療ができなかった根尖病巣を有する保存が可能な大臼歯であって、解剖学的な理由から歯根端切除手術が困難な症例に対して、歯の再植による根尖病巣の治療を行った場合は、診療録に部位及び算定の理由を記載し、本区分により算定する。また、診療報酬明細書の摘要欄に部位及び算定の理由を記載すること。なお、歯の移動を目的に含む場合は算定できない。

#### J 0 0 4 - 2 歯の再植術

- (1) 外傷性の歯の脱臼に対して歯の再植術を行った場合に算定する。
- (2) 再植術と併せて、同時に行った抜髄及び根管充填に係る費用は、区分番号 I 0 0 5 に掲げる抜髄及び区分番号 I 0 0 8 に掲げる根管充填に掲げる所定点数に限り別に算定できる。
- (3) 幼若永久前歯の外傷性歯牙脱臼時に再植術を行い、歯内療法を後日実施した場合には歯内療法に係る費用は別に算定できる。
- (4) 診療録に、手術部位及び再植の理由を記載する。

#### J 0 0 4 - 3 歯の移植手術

- (1) 保存不適で抜歯した歯の抜歯窩に、同一患者から抜歯と同時に抜去した埋伏歯又は智歯を抜歯と同時に移植した場合に限り算定する。
- (2) 歯の移植術と一連で行った抜髄及び根管充填に係る費用は、区分番号 I 0 0 5 に掲げる抜髄及び区分番号 I 0 0 8 に掲げる根管充填に掲げる所定点数に限り別に算定できる。
- (3) 診療録に、手術部位及び移植の理由を記載する。

#### J 0 0 6 歯槽骨整形手術、骨瘤除去手術

- (1) 歯槽骨整形手術、骨瘤除去手術の費用は、1 歯に相当する範囲を単位として所定点数により算定する。
- (2) 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を行って実施した場合は、本区分の所定点数及び保険医療材料料を算定する。

#### J 0 0 7 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。

#### J 0 0 8 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、歯肉又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。

#### J 0 0 9 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。

#### J 0 1 0 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については、「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 J 0 6 3 - 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、骨片切採術の手技料は区分番号 J 0 6 3 - 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) 顎堤形成術の所定点数には、手術のために使用する床の製作に要する費用を含むものであるが、義歯を作成して手術のために使用した場合は別に有床義歯の所定点数を算定する。

#### J 0 1 1 上顎結節形成術

上顎結節形成術は上顎臼後結節が偏平となっているものに対して、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。

#### J 0 1 2 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。

#### J 0 1 3 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であり、同一病巣に対する消炎手術を同時に2以上実施しても、主たる手術の所定点数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、部位、症状及び術式を診療録に記載すること。なお、切開排膿を行った場合の術式については、切開線の長さを記載する。

#### J 0 1 5 口腔底腫瘍摘出術

「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。

#### J 0 1 6 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K 6 2 7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。

#### J 0 1 7 舌腫瘍摘出術

「舌腫瘍摘出術」とは、舌に生じた良性腫瘍又は嚢胞を摘出する手術をいう。

#### J 0 1 9 口蓋腫瘍摘出術

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

#### J 0 2 2 顎・口蓋裂形成手術

顎・口蓋裂形成手術の2次手術において、腸骨海綿骨移植を行った場合は、「3 顎裂を伴うもの」の所定点数に併せて、区分番号J 0 6 3 - 2に掲げる骨移植術（軟骨移植術を含む。）の所定点数により算定する。

#### J 0 2 4 - 3 軟口蓋形成手術

いびきに対する軟口蓋形成手術を行った場合に算定する。

J 0 2 7 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、複数の小帯に対して行った場合は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。

J 0 3 0 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。

J 0 3 3 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) 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。

J 0 3 4 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。

J 0 3 6 術後性上顎・胞摘出術

「2 篩骨蜂巣に及ぶもの」とは、術後性上顎嚢胞摘出術のうち、手術の範囲が篩骨蜂巣にまで及ぶものをいう。

J 0 3 7 上顎洞口腔瘻閉鎖術

(1) 「2 困難なもの」とは、陳旧性のもの又は減張切開等を必要とするものをいう。

(2) 上顎洞へ抜歯窩より穿孔がある場合の閉鎖手術については、新鮮創であっても減張切開等を必要とする場合は、上顎洞口腔瘻閉鎖術の「2 困難なもの」の所定点数により算定する。

(3) 「3 著しく困難なもの」とは、腫瘍摘出後等による比較的大きな穿孔に対して、粘膜弁移動術、粘膜移植術等により閉鎖を行うものをいう。なお、口腔粘膜弁の製作・移動術及び口腔粘膜移植術の費用は「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 J 0 8 9 に掲げる全層、分層植皮術又は区分番号 J 0 9 0 に掲げる皮膚移植術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 J 0 9 1 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 J 0 9 7 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。

#### J 0 4 1 下顎骨離断術

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、本区分の所定点数により算定する。

#### J 0 4 2 下顎骨悪性腫瘍手術

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

#### J 0 4 3 顎骨腫瘍摘出術（歯根嚢胞を除く。）

- (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) 萌出困難な歯牙に対して開窓術（歯槽骨及び被覆粘膜を切除する手術）を行った場合は、「1 長径3センチメートル未満」により算定する。
- (3) 顎骨腫瘍摘出術と同時に行った原因歯の抜歯手術に要する費用は、顎骨腫瘍摘出術の所定点数に含まれ別に算定できない。
- (4) 濾胞性歯嚢胞の摘出とともに原因歯の抜去を行った場合の抜歯手術の費用は、顎骨腫瘍摘出術の所定点数に含まれ別に算定できない。

#### J 0 4 4 顎骨嚢胞開窓術

鶏卵大に達した歯根嚢胞を摘出する手術を行った場合は、本区分の所定点数により算定する。

#### J 0 4 5 口蓋隆起形成術

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症例に対して、口蓋隆起を切除、整形した場合に算定する。

#### J 0 4 6 下顎隆起形成術

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症例に対して、下顎隆起を切除、整形した場合に算定する。

#### J 0 4 7 腐骨除去手術

2歯までの範囲であれば顎骨に及ぶものであっても「1 歯槽部に限局するもの」により算定する。

#### J 0 4 8 口腔外消炎手術

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

#### J 0 5 3 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) 外部より唾石及び唾液腺を併せて摘出したものについては、「2 深在性のもの」により算定する。

#### J 0 5 9 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。

#### J 0 6 3 歯周外科手術（1歯につき）

- (1) 歯周外科手術とは、区分番号D 0 0 2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、歯肉剥離搔爬術及び歯周組織再生誘導手術をいう。なお、歯周外科手術の実施にあたっては、「歯周病の診断と治療に関する指針」（平成19年11月日本歯科医学会）を参考とすること。
- (2) 歯周外科手術と同時に行われる区分番号I 0 1 1に掲げる歯周基本治療の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。
- (3) 歯周ポケット搔爬術、歯肉剥離搔爬術及び歯周組織再生誘導手術においては、縫合又はパットの費用はそれぞれの所定点数に含まれる。
- (4) 「注2」の「簡単な暫間固定」とは、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) 歯周外科手術を伴う場合の固定源となる歯を歯数に含めない4歯以上の暫間固定の費用は、歯周外科手術とは別に区分番号I 0 1 4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M 0 0 3に掲げる印象採得の「3 副子」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M 0 0 6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M 0 0 6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M 0 0 6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M 0 0 5に掲げる装着の「3 副子の装着の場合」の所定点数及び装着材料料を算定できる。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) 歯肉剥離搔爬術と併せて、区分番号J 0 6 3-2に掲げる骨移植術（軟骨移植術を含む。）を行った場合は、歯肉剥離搔爬術及び区分番号J 0 6 3-2に掲げる骨移植術（軟骨移植術を含む。）のそれぞれの所定点数を併せて算定する。
- (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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、区分番号D 0 0 2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、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」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、手術内容及びその他療養上特記すべき事項について、診療録に記載した場合に算定する。

(10) 「5 歯周組織再生誘導手術」を算定した場合は、「4 歯肉剥離搔爬手術」は別に算定できない。

(11) 区分番号I011-2に掲げる歯周病安定期治療を開始した日以降に行った場合は、所定点数の100分の30により算定する。

#### J063-2 骨移植術（軟骨移植術を含む）

(1) 「1のイ 簡単なもの」とは、当該患者の口腔内から採取した骨片等の移植を行った場合をいう。

(2) 「1のロ 困難なもの」とは、当該患者の口腔外から採取した骨片等の移植を行った場合をいう。

(3) 「2 同種骨移植」とは、同種骨移植をいい、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、他の手術の所定点数に骨移植術の所定点数を併せて算定できる。なお、骨移植術の所定点数には、骨片切採術の手技料は含まれ、骨移植術において骨移植に用いる骨片をその必要があつて2箇所（例えば脛骨と骨盤）から切除した場合であっても当該採取にかか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「ロ 困難なもの」において、骨片採取のみに終わり骨移植に至らない場合については、本区分を算定せず、区分番号J063-3に掲げる骨（軟骨）組織採取術を算定する。

(7) 自家骨軟骨移植術を行った場合は、本区分の「1のロ 困難なもの」により算定する。

(8) 同種骨移植を行うにあたっては、日本整形外科学会の作成した「整形外科移植に関するガイドライン」及び「冷凍ボーンバンクマニュアル」等のガイドラインを参考に、適切に行われることが望ましい。

#### J063-3 骨（軟骨）組織採取術

区分番号J063-2に掲げる骨移植術の「1のロ 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。

#### J064 歯肉歯槽粘膜形成手術

(1) 「歯肉歯槽粘膜形成手術」とは、歯周疾患の治療において、必要があつて各号に掲げる手術を行った場合に算定する。なお、「1 歯肉弁根尖側移動術」から「3 歯肉弁側方移動術」までは1歯単位で算定し、「4 遊離歯肉移植術」及び「5 口腔前庭拡張術」は手術単位で算定するものとする。

(2) 「1 歯肉弁根尖側移動術」とは、付着歯肉の幅が狭い場合、又は歯周病で深いポケットが存在し、歯肉歯槽粘膜境を超えているような場合に付着歯肉の幅の増加及び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。

(3) 「2 歯肉弁歯冠側移動術」とは、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。

(4) 「3 歯肉弁側方移動術」とは、歯肉退縮によって歯根面の露出している孤立した少数歯の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修復することを目的として行った場合に算定する。

(5) 「4 遊離歯肉移植術」とは、歯肉の供給側より採取した移植片の歯肉を、付着させ