

平成22年度診療報酬改定関係資料 (通知)

この資料は、関係者の準備に資することを目的として、現段階の案を掲載したものです。今後、変更があり得るので、官報及び通知の内容を改めてご確認ください。

平成 22 年 3 月

厚生労働省保険局医療課

(案)

保 発 第 号
平成 年 月 日

地方厚生(支)局長
都道府県知事

} 殿

厚生労働省保険局長

平成22年度診療報酬改定について

標記については、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」(平成22年厚生労働省告示第 号)等の関係告示等が別添のとおり公布され、本年4月1日から適用されることとなった。

これらの改正の趣旨及び概要は、別紙「平成22年度診療報酬改定の概要」のとおりであるので、貴管内の関係団体への周知徹底について格段の御配慮をお願いしたく通知する。

平成 22 年度診療報酬改定 関係省令・告示一覧表

No.	省令又は告示の名称	公布又は告示（予定）日	法令番号
1	保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部を改正する省令	3月5日	厚生労働省令第 号
2	高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準の一部を改正する件	3月5日	厚生労働省告示第 号
3	診療報酬の算定方法の一部を改正する件	3月5日	厚生労働省告示第 号
4	使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部を改正する件	3月5日	厚生労働省告示第 号
5	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	3月5日	厚生労働省告示第 号
6	基本診療料の施設基準等の一部を改正する件	3月5日	厚生労働省告示第 号
7	特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件	3月5日	厚生労働省告示第 号
8	訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部を改正する件	3月5日	厚生労働省告示第 号
9	訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等の一部を改正する件	3月5日	厚生労働省告示第 号
10	療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等の一部を改正する件	3月5日	厚生労働省告示第 号
11	厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法の一部を改正する件	3月19日	(未定)
12	厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法第一項第六号の規定に基づき厚生労働大臣が別に定める者の一部を改正する件	3月19日	(未定)
13	厚生労働大臣が定める傷病名、手術、処置等及び副傷病名の一部を改正する件	3月19日	(未定)
14	厚生労働大臣が指定する病院の病棟並びに厚生労働大臣が定める病院、調整係数及び機能評価係数を定める件	3月19日	(未定)
15	複数手術に係る費用の特例を定める件	3月19日	(未定)
16	厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法の一部を改正する件	3月19日	(未定)
17	要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合の一部を改正する件	3月26日	(未定)
18	厚生労働大臣の定める先進医療及び施設基準の一部を改正する件	3月26日	(未定)
19	療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第七条第三項の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式の一部を改正する件	3月26日	(未定)
20	訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第二条の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式の一部を改正する件	3月26日	(未定)

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の一部を改正する件」(平成22年厚生労働省告示第 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の一部を改正する件」(平成22年厚生労働省告示第 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については別途通知する。 —
- 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(平成22年3月 日保医発 第 号)」を踏まえて、必要な事項を診療報酬明細書に記載すること。

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の一部を改正する件」（平成22年厚生労働省告示第 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、~~「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。）している期間中であっては、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

A 0 0 0 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、自覚的徴候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。）している期間中において、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B 0 0 0 - 4に掲げる歯科疾患管理料又はC 0 0 1 - 3に掲げる歯科疾患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B 0 0 0 - 4に掲げる歯科疾患管理料又はC 0 0 1 - 3に掲げる歯科疾患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厚生（支）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、別に厚生労働大臣が定める手術の件数が

年間30件を超えるものとする。

なお、別に厚生労働大臣が定める手術とは、「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日においては、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、1回に限り30点を加算する。

(17) 「注7」及び「注8」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。

(18) 「注10」に規定する障害者歯科医療連携加算は、当該加算に係る施設基準に適合するものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関の外来部門において、歯科診療所である保険医療機関で「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「基本診療料に係る障害者加算」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の算定に基づく診療情報提供を受けた上で、当該患者に対して初診を行い、基本診療料に係る障害者加算を算定した場合に算定する。

(19) 「注11」に規定する在宅患者等急性歯科疾患対応加算は、歯科訪問診療において、急性症状の発症時等に即応できる歯科訪問診療の環境を整備する取組を評価するものであり、具体的には、初診時に区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定しない歯科訪問診療を行った場合に算定できる。ただし、当該加算を算定した場合は、同一初診期間中において、区分番号A002に掲げる再診料の「注8」及び区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の「注9」に規定する在宅患者等急性歯科疾患対応加算の「イ 1

回目」は算定できない。

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。
- (6) 「注4」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日においては、患者の状態を診療録に記載する。
- (7) 「注8」に規定する在宅患者等急性歯科疾患対応加算は、歯科訪問診療において、急性症状の発症時等に即応できる歯科訪問診療の環境を整備する取組を評価するものであり、具体的には、「イ 1回目」は、再診時に1回目の歯科訪問診療を行った場合であって、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定しない場合に算定できる。ただし、「注8」に規定する在宅患者等急性歯科疾患対応加算の「イ 1回目」を算定した場合は、同一初診期間中において、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の「注9」に規定する在宅患者等急性歯科疾患対応加算の「イ 1回目」は算定できない。

第2部 入院料等

第1節 入院基本料

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

第2節 入院基本料等加算

- 1 医科と共通の項目について、医科点数表の第1章第2部第2節に掲げる入院基本料等加算の例により算定する。([区分番号A204-2に掲げる臨床研修病院入院診療加算を除く。](#))

ただし、~~総合入院体制加算~~~~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、在宅歯科医療又は障害者歯科医療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、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、を算定もっている患者であって、在宅における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者等について、当該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料の算定に基づく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当該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C001-3に掲げる歯科疾患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()により算定する。~~

A204-2 臨床研修病院入院診療加算

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

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

A 4 0 0 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 J 0 5 5 に掲げる顎下腺摘出術及び区分番号 J 0 5 6 に掲げる顎下腺腫瘍摘出術を実施した場合に限り算定できる。
- (2) (1)のほかは、医科点数表の区分番号 A 4 0 0 に掲げる短期滞在手術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、継続的な管理を必要とする齲蝕、歯肉炎、歯周炎、歯の欠損等歯科疾患を有する患者（歯の欠損症のみを有する患者を除く。）に対して、口腔を一単位としてとらえ、患者との協働により行う継続的な口腔管理に加えて、病状が改善した疾患等の再発防止及び重症化予防のための継続管理を評価したものであり、患者又はその家族の同意を得た上で管理計画書を作成し、その内容について説明し、提供した場合に算定できる。
- (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、管理計画書の提供年月日、患者又はその家族が記入する歯科疾患と関連性のある生活習慣の状況及び、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）、生活習慣の改善目標、口腔内の状態（プラーク及び歯石の付着状況、歯牙及び歯肉の状態等（「注2」に規定する継続管理計画書においては、口腔内の状態の改善状況を含む。））、必要に応じて実施した検査結果（エックス線写真撮影による検査、歯周組織検査及びその他の検査）等の要点、歯科疾患と全身の健康との関係、治療方針の概要、保険医療機関名、当該管理の担当歯科医師名等、歯科疾患の継続的な管理を行う上で必要となる情報を記載したものをいう。なお、歯科疾患管理料の算定に当たっては、患者又はその家族に提供した管理計画書の写しを診療録に添付すること、し、当該計画書の内容以外に療養上必要な管理事項がある場合は、その要点を診療録に記載すること。
- (3) 1回目に患者又はその家族に対して提供する管理計画書については、初診日の属する月から起算して2ヶ月以内に第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係る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し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提供するものとするが、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回以上提供すること。
- (5) 歯科疾患管理料を算定した月においては、患者又はその家族に対して、管理計画書を提供しない場合であっても、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。~~
- (6)~~(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（歯の欠損症のみを有する患者を除く。）に対して当該歯科疾患管理を行った場合は算定できる。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。

~~(7)~~~~(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、歯科疾患管理料を算定した日において算定する。また、機械的歯面清掃加算を算定する日が属する月の翌月及び区分番号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、~~当該歯科衛生士名当該指示の内容~~を診療録に記載すること。

~~(8)~~~~(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。

~~(9)~~~~(10)~~ 「注7」に規定するう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、う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。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、改めてう齲蝕多発傾向者と判定された場合は、「注7」及び「注8」に規定する指導管理を引き続き行うことができる。

（う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

~~(10)~~~~(11)~~ う齲蝕多発傾向者の判定基準において、~~(9)~~~~(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、う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歳未満児の初期う齲蝕で、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、当該未処置う齲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。

(11)~~(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、患者又はその家族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又はその家族保護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。

(12)~~(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、患者又は及びその家族保護者に対しフッ化物洗口に係る指導を行い文書により提供を行った場合に算定する。

ロ フッ化物洗口に用いる薬液とは、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当たっては、歯科医師が行った場合は次の(イ)から(ハ)の内容を含め患者に対し説明を行い、指導内容等を文書により提供した場合に限り算定する。

(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、歯科衛生士は八に規定する(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。

(13)~~(14)~~ (11)~~(12)~~のフッ化物歯面塗布と(12)~~(13)~~のフッ化物洗口によるフッ化物局所応用の指導管理を行った場合は、いずれかの加算のみを算定する。

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

B001-2 歯科衛生実地指導料

(1) 「1 歯科衛生実地指導料1」は、う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) 「2 歯科衛生実地指導料2」は、区分番号A000に掲げる初診料の「注6」に規定する加算又は区分番号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、う蝕又は歯周病に罹患しているものに対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、次の事項について15分以上実施した場合又は15分以上の実地指導を行うことが困難な場合にあっては、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。

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

(3) (2) 「注1」及び「注2」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、患者に提供した文書の写しを歯科衛生士業務記録簿に添付すること。

(4) (3) 患者に対する当該指導の内容の情報提供については、「1 歯科衛生実地指導料1」を算定する場合にあっては、当該指導の初回時に行うこととし、「2 歯科衛生実地指導料2」を算定する場合にあっては、実地指導の合計が15分以上となったとき（当該指導回数が1回又は2回に限る。）に行うこととする。このほか、患者自身によるプラークコントロールの状況、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。

(5) (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。

(6) (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厚生（支）局長に報告すること。

B 0 0 2 歯科特定疾患療養管理料

(1) 歯科特定疾患療養管理料は、「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、当該管理内容の治療計画、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、口腔のペーチェット病、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腫瘍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、医科保険医療機関からの診療情報提供料の算定に基づき診療情報提供に~~より基づき~~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おいては、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が必要となる主たる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つては、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

(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のあるものについてはは、その都度当局に内議し、最も近似する測定及び治療管理として準用が

通知された算定方法により算定する。

B 0 0 4 悪性腫瘍特異物質治療管理料

悪性腫瘍特異物質治療管理は、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的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 - 1 - 3 がん患者カウンセリング料

- (1) 悪性腫瘍と診断された患者に対して、患者の心理状態を十分に配慮した環境で、がん診療の経験を有する歯科医師及びがん患者の看護に従事した経験を有する看護師が適宜必要に応じてその他の職種と共同して、診断結果及び治療方法等について患者が十分に理解し、納得した上で治療方針を選択できるように説明及び相談を行った場合に算定する。
- (2) 自院、他院を問わず、原則として患者1人1回に限り算定する。ただし、当該悪性腫瘍の診断を確定した後3か月を超えて新たに診断された悪性腫瘍（転移性腫瘍及び再発性腫瘍を除く。）に対して行った場合は別に算定できる。
- (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。また患者を除くその家族等にのみ説明を行った場合は算定できない。

B 0 0 4 - 1 - 4 入院栄養食事指導料

医科点数表の区分番号B 0 0 1の10に掲げる入院栄養食事指導料の例により算定する。

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、別の医科の保険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の算定に基づく患者の全身状態等に係る診療情報提供を受けた患者に対し、必要な医療管理を行った場合に算定する。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、次の事項の要点を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 患者又はその家族への説明内容（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。ただし、同一の患者について、歯科治療総合医療管理料を算定した月においては、区分番号C001-4に掲げる在宅患者歯科治療総合医療管理料は算定できない。
- (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（ハートスコープ）、カルジオタコスコープ及び簡単な鎮静の費用が含まれ、別に算定できない。
- ~~(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。~~
- (6キ) 主病とは、当該患者の全身的な医療医学管理が必要となる主たるの中心となっている疾患をいう。

B004-9 介護支援連携指導料

- (1) 介護支援連携指導料は、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を導入することが適切であると考えられ、また、本人も介護サービスの導入を望んでいる患者が、退院後により適切な介護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）と連携し退院後の介護サービス計画（ケアプラン）作成につなげることを評価するものである。
- (2) 介護支援連携指導料は、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又は退院後のケアプラン作成を行うため患者が選択した居宅介護支援事業者若しくは介護施設の介護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サービスや、当該地域において提供可能な介護サービス等の情報を提供した場合に入院中2回に限り算定できるものである。
- (3) 初回の指導は、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であり、2回目の指導は、実際の退院を前に、最終的なケアプラン作成のための指導を行う等の指導を想定したものである。

(4) 介護支援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。

(5) 介護支援連携指導料を算定するにあたり共同指導を行う介護支援専門員は、介護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には、当該保険医療機関に併設する居宅介護事業所等の居宅介護支援専門員であっても介護支援連携指導料の算定を妨げるものではない。

(6) 同一日に区分番号B015に掲げる退院時共同指導料2の注3に規定する加算の算定すべき居宅介護支援専門員を含めた共同指導を行った場合には、介護支援連携指導料あるいは退院時共同指導料2の注3に掲げる加算の両方を算定することはできない。

B005 開放型病院共同指導料()

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()の例により算定する。

B006 開放型病院共同指導料()

医科点数表の区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料()の例により算定する。

B006-3 がん治療連携計画策定料、B006-3-2 がん治療連携指導料

(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等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保険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、連携保険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その家族に提供した場合に、退院時に計画管理病院において算定する。その際、患者に交付した治療計画の写しを診療録に添付すること。

(4) 入院時には病理診断の結果が出ない等の理由で、個別の患者の治療計画を策定できない場合であっても、退院後の療養を地域連携診療計画に基づき、連携保険医療機関と協力して行うことについて患者の同意を得た上で、適用する可能性のある地域連携診療計画やその場合の連携保険医療機関等について説明した場合にあっては、退院時において算定可能とする。この場合、退院後に個別の治療計画を策定するとともに、文書にて患者又はその家族に提供し、交付した治療計画の写しを診療録に添付していること。

(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、適切に連携病院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。

(6) がん治療連携指導料は、連携保険医療機関において、患者ごとに作成された治療計画にもとづく診療を提供し、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。

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~~管理指導~~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~~管理指導~~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い、~~当該管理の要点を診療録に記載した場合に、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、患者に対して~~当該有床義歯の管理に係る情報を文書により提供するとともに、当該文書の写しを診療録に添付し、~~当該文書の内容以外に療養上必要な管理事項がある場合は、診療録にその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、新製有床義歯管理料を算定する場合にあつては、診療報酬明細書の摘要欄に当該義歯の装着日を記載し、また、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~~の属する月~~から起算して~~2ヶ月以上を~~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~~4ヶ月以上を~~超え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の属する月から起算して~~2ヶ月以上を超え~~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、調整部位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、修理又は有床義歯内面適合法（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のいずれかによりを算定する。
- (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) 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、装着する日の属する月後1月以内であっても有床義歯管理料により算定する。
- (12) 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、生体及び義歯の適合状態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。
- (13) 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~~4ヶ月以上を超え~~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。なお、有床義歯長期管理料の算定に当たっては、有床義歯の調整方法、調整部位箇所等を診療録に記載する。
- (14) 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。
- (15) 「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り、義歯管理料を算定した日に算定する。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 総義歯を新たに装着した患者又は総義歯を装着している患者
- ロ 9歯以上の局部義歯を装着し、かつ、当該局部義歯以外には対合歯間の接触関係を有しない患者

~~(16) 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。~~

~~(16)~~(17) 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。

(17)~~(18)~~ 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。

B013-2 有床義歯調整管理料

有床義歯調整管理料は、区分番号B013に掲げる義歯管理料のうち、有床義歯の調整に係る管理を評価したものであり、義歯管理料を算定した日の属する月と同一月において有床義歯の調整を行った日（義歯管理料を算定した日を除く。）に月2回を限度に算定する。なお、当該調整管理料の算定に当たっては、調整方法及び調整部位を診療録に記載すること。

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。なお、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のことをいう。
- (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直接連絡がとれる連絡先電話番号、診療可能日等並びに緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその家族等に対して説明の上、文書により提供した場合に算定できる。
- (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()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一日に行う「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。

~~B-0-1-6 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、医師等の医療関係職種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関係職種と話し合いを行い、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こと。~~
- ~~(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19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、当該文書等の提供日において後期高齢者である患者1人につき1回に限り算定する。なお、当該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書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。
- (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）及びガンマナイフ装置をいう。~~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)~~(4)~~ 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。
- ~~(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って、在宅等~~(社会福祉施設等を含む。)~~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、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」及び「注2」に規定する「在宅~~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も含まれ、これらに入院する患者についても算定する。――
- (5) 「歯科訪問診療2」は、「同一建物居住者」に対して保険医療機関の保険医が同一日に訪問診療を行う場合であって、当該患者を診療した時間が当該患者1人につき20分以上になる場合に算定する。同一建物居住者とは、基本的には、建築基準法(昭和25年法律第201号)第2条第1号に掲げる建築物に居住する複数の者のことをいうが、具体的には、例えば以下のような患者のことをいう。
- イ 老人福祉法(昭和38年法律第133号)第20条の4に規定する養護老人ホーム、老人福祉法第20条の6に規定する軽費老人ホーム、老人福祉法第29条第1項に規定する有料老人ホーム、老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホーム、マンションなどの集合住宅等の施設に入居又は入所している複数の患者
- ロ 介護保険法第8条第9項に規定する短期入所生活介護、介護保険法第8条第17項に規定する小規模多機能型居宅介護(指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第63条第5項に規定する宿泊サービスに限る。)、介護保険法第8条第18項に規定する認知症対応型共同生活介護、介護保険法第8条の2第9項に規定する介護予防短期入所生活介護、介護保険法第8条の2第16項に規定する介護予防小規模多機能型居宅介護(指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成18年厚生労働省令第36号)第44条第5項に規定する宿泊サービスに限る。)、介護保険法第8条の2第17項に規定する介護予防認知症対応型共同生活介護などのサービスを受けている複数の患者
- (6) 保険医療機関の保険医が、同一建物に居住する通院困難な患者1人のみに対し歯科訪問診療を行う場合であって、当該患者を診療した時間が20分以上になる場合は、「歯科訪問診療1」を算定する。――
- (7) ~~(5)~~ 同~~の~~在宅等において療養を行っている通院が困難な~~2人以上の患者に対し、訪問して歯科訪問診療を行った場合、を診療に要した時間が当該患者1人につき20分に満たない場合は、1日目については「1 歯科訪問診療1」を算定する。なお、2日目以降の患~~

~~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。

(8) ~~(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。

(9) ~~(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。

(10) ~~(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22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を必ず提供し

てされていること。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。

(11) ~~(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あらかじめ予め文書（「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、連携保険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。

(12) ~~(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。

(13) ~~(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。

(14) ~~(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。

- (15) ~~(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。
- (16) ~~(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在宅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。
- (17) ~~(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A-0-0-0に掲げる初診料、区分番号A-0-0-2に掲げる再診料及び第2章特掲診療料を算定する。~~
- (18) 「注4」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日においては、患者の状態（要介護度を含む。）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。
- (19) 「注4」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。
- (20) ~~(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。
- (21) ~~(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。
- (22) ~~(19)~~ 「注1」、「注2」及び「注3」に規定する診療時間には、~~診療前の治療のための準備、診療後の~~片付けや患者の移動に要した時間及び併せて実施した訪問歯科衛生指導に係る時間を含まない。また、交通機関の都合その他診療の必要以外の事由によって患家に滞在又は宿泊した場合には、その患家滞在の時間については、診療時間に算入しない。
- (23) ~~(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 訪問先名（記載例：自宅、_____マンション、介護老人保健施設××苑）
 - ハ 通院困難となった理由
- (24) ~~(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。

- (25) ~~(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。
- (26) ~~(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。
- (27) ~~(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、概ね午前8時から午後1時までの間とする。
- (28) ~~(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。
- (29) ~~(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处理をすることとし、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。
- (30) ~~(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。
- (31) ~~(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。
- (32) ~~(29)~~ 「注8」に規定する交通費は実費とする。
- (33) ~~(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。
- (34) ~~(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、同一初診期間中の1回目の歯科訪問診療時においては、本区分の「イ 1回目」により算定し、2回目以降の歯科訪問診療時においては、本区分の「ロ 2回目以降」により算定する。ただし、「注9」に規定する在宅患者等急性歯科疾患対応加算の「イ 1回目」を算定した場合は、同一初診期間中において、区分番号A002に掲げる再診料の「注8」に規定する在宅患者等急性歯科疾患対応加算の「イ 1回目」は算定できない。
- ~~(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I-0-8-1、J-2-0-0-3及びM-0-9-1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。~~

~~(35)(33)~~ 「注9」に規定する在宅患者等急性歯科疾患対応加算は、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。

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

C 0 0 1 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C 0 0 0に掲げる歯科訪問診療料を算定した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、当該歯科訪問診療料を算定した日又は歯科訪問診療料を算定しない歯科訪問診療を行った日から起算して1月以内において、当該患者に係る歯科訪問診療を行った歯科医師の指示を受けた当該保険医療機関に勤務（常勤又は非常勤）する歯科衛生士等が、療養上必要な実地指導を行った場合に算定し、単なる日常的口腔清掃等のケアを行った場合は算定できない。

~~(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。~~

~~(2)(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。

~~(3)(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

~~(4)(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。

~~(5)(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、指導の実施時刻（開始時刻と終了時刻）、及びその他療養上必要な事項に関する情報を患者又はその家族等に実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。

~~(6)(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、訪問先名（記載例：自宅、マンション、介護老人保健施設××苑）、通院困難な理由、指導の実施時刻（開始時刻と終了時刻）を摘要欄に記載すること。

~~(7)(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。

~~(8)(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、指導の実施時刻（開始時刻と終了時刻）、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。

~~(9)(10)~~ 訪問歯科衛生指導料を算定する場合は、区分番号B 0 0 1 - 2に掲げる歯科衛生実地指導料は算定できない。

(10) ~~(11)~~ 「注3」に規定する交通費は実費とする。

(11) ~~(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厚生(支)局長に報告する。

C001-3 ~~2~~ **歯科疾患後期高齢者在宅療養口腔機能管理料**

- (1) **歯科疾患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厚生(支)局長に届け出た保険医療機関である在宅療養支援歯科診療所又は歯科診療を行うその他の保険医療機関において、在宅等~~(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**患者後期高齢者**の**歯科疾患及び口腔機能の継続的な管理を行う**ことを評価するものであり、患者又はその家族の同意を得た上で、患者又はその家族に対して、**歯科疾患の状況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**管理計画書**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。)~~とは、**管理計画書の提供年月日、全身の状態(基礎疾患の有無、服薬状況等)、口腔内の状態(口腔衛生の状況、口腔乾燥の有無、齶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。なお、**歯科疾患後期高齢者在宅療養口腔機能管理料**の算定に当たっては、**患者又はその家族に対して、管理計画書を提供する場合にあっては、提供した管理計画書の写しを診療録に添付し、管理計画書の内容以外に療養上必要な管理事項がある場合はその要点を診療録に記載すること。また、管理計画書を提供しない場合にあっては、当該管理内容の要点を診療録に記載すること。当該管理の要点を診療録に記載するとともに、患者又はその家族に提供した口腔機能管理計画書の写しを診療録に添付すること。****
- (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提供するものとするが、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回以上提供するものとする。なお、歯周**疾患**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**疾患**の治療の**推進**状況を踏まえたものとする。
- (4) **歯科疾患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~~を提供しない場合にあっては、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、**その要点を診療録にその要点を記載すること。**
- (5) 「注2」に規定する**管理計画書**とは、**口腔機能の状態(咀嚼機能の状態、摂食・嚥下機能の状況及び構音機能の状況、食形態、口腔ケアに対するリスク等)及び管理方法の概要、**

保険医療機関名及び当該管理の担当歯科医師名等の情報を記載したものをいう。なお、口腔機能管理加算の算定に当たっては、患者又はその家族に対して、当該管理計画書を提出する場合にあっては、提供した管理計画書の写しを診療録に添付し、当該計画書の内容以外に療養上必要な管理事項がある場合は、その要点を診療録に記載すること。

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

(7) ~~(5)~~ 後期高齢者歯科疾患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。

(8) ~~(6)~~ 「注34」の機械的歯面清掃とは、歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が歯科用の切削回転器具及び研磨用ペーストを用いて行う歯垢除去等をいい、歯科疾患在宅療養管理料を算定した日において算定する。また、その算定に当たっては、機械的歯面清掃加算を算定する日が属する月の翌月及び区分番号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、主治の歯科医師は機械的歯面清掃を行った当該歯科衛生士の氏名に対して行った指示の内容を診療録に記載する。

(9) ~~(7)~~ 再診が電話等により行われた場合は、歯科疾患後期高齢者在宅療養口腔機能管理料は算定できない。

C001-4 在宅患者歯科治療総合医療管理料

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

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

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

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

イ 治療内容に関する説明内容及び同意の有無

ロ 治療前、治療中における全身状態の管理（呼吸心拍監視、鎮静等）の状況

ハ 治療後における患者の体調の変化の有無（一定期間の経過観察）

ニ 患者又はその家族への説明内容（注意事項等）

(4) 在宅患者歯科治療総合医療管理料は、同一暦月につき1回に限り算定できる。ただし、同一の患者について、在宅患者歯科治療総合医療管理料を算定した月と同一月においては、区分番号B004-6に掲げる歯科治療総合医療管理料は算定できない。

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

(6) 主病とは、当該患者の全身的な医療管理が必要となる主たる疾患をいう。

C002 救急搬送診療料

医科点数表の区分番号C004に掲げる救急搬送診療料の例により算定する。

C003 在宅患者訪問薬剤管理指導料

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

C004 退院前在宅療養指導管理料

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

C005 在宅悪性腫瘍患者指導管理料

医科点数表の区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料の例により算定する。

C007 在宅患者連携指導料

(1) 在宅患者連携指導料は、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、**医科**の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**患者**の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速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A 0 0 0に掲げる初診料、区分番号A 0 0 2に掲げる再診料、区分番号C 0 0 0に掲げる歯科訪問診療料は併せて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C 0 0 0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。~~
- (4)(5) 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。
- (5)(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こと。
- (6)(7) 特別の関係にある保険医療機関等の医療関係職種等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、スタディモデル及び簡単な検査の検査料は基本診療料に含まれ、算定できないが、特殊な検査の検査料はその都度当局に内議し、最も近似する検査として準用が通知された算定方法により算定する。なお、準用した場合には、特に定める場合を除き、準用された項目に係る注についても、同時に準用されるものとする。また、腫瘍マーカーについては、医科点数表の区分番号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わかる記録を診療録に添付すること。
- 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) 歯周基本検査及び歯周精密検査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（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。
- (5) 混合歯列期歯周組織検査は、混合歯列期の患者に対して、歯肉の発赤・腫脹の状態及び歯石沈着の有無を確認し、プラークチャートを用いてプラークの付着状況を検査した上で、歯周組織の状態及び歯牙年齢等を勘案し、プロービング時の出血の有無又は1点

法以上の歯周ポケット測定のうちいずれか1つ以上の検査を行った場合に算定する。なお、混合歯列期歯周組織検査に基づく歯周基本治療は、区分番号I011の1に掲げるスクレーリングにより算定する。また、混合歯列期の患者の歯周組織の状態及び歯牙年齢等により当該検査以外の歯周組織検査を行う場合は、十分に必要性を考慮した上でを行い、その算定に当たっては、本区分の規定による。

~~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、日蓋、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年を保存期間とする。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。~~

D003-2 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。

D004 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。ただし、検査の種類・方法にかかわらず、1回の算定とすべき一連の顎運動関連検査の結果と同一の検査結果を活用して、複数の欠損補綴物を製作した場合にあって、1回の算定となる。なお、計画的に欠損補綴物を製作する場合は、必要性を十分考慮した上で実施すること。
- (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有床義歯の適切な製作が可能となる場合又は少数歯欠損において顎運動に係る検査を実施することにより適切な欠損補綴が可能となる場合に行うものである。
- (3) 下顎運動路描記法は、歯の欠損を有する患者に対して、三次元的に下顎の運動路を描記可能な歯科用下顎運動路測定器を用いて、有床義歯製作時の下顎位を決定するために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も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、必要があつて埋伏歯に対し偏心投影を行った場合や~~う~~齲蝕歯に対し咬翼法撮影を行った場合等である。
- ~~3 デジタル映像化処理を伴う歯科エックス線撮影を行った場合又は歯科パノラマ断層撮影等を行った場合は、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。~~
- ~~4 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ける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。~~
- ~~3-6 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。~~
- ~~4-7 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3-6と同様の方法で算定する。~~
- ~~5-8 デジタル~~撮影~~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。~~
- 6 「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できる。
 - (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については、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こと。
 - (3) 同一患者に同一日に2回以上、時間外、休日又は深夜の診療を行い、その都度緊急の画像診断を行った場合（複数の区分にまたがる場合を含む。）においても1回のみ算定とする。
 - (4) 入院中の患者には当該加算は算定できない。ただし、時間外、休日又は深夜に外来を受診した患者に対し、画像診断の結果入院の必要性を認めて、引き続き入院となった場合は

この限りではない。

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

7-9 「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、画像を電子媒体に保存して管理した場合をいい、フィルムへのプリントアウトを行った場合にも当該加算を算定することができるが、本加算を算定した場合には当該フィルムの費用は算定できない。なお、フィルムを用いた通常のエックス線撮影を行い、当該フィルムをエックス線フィルムスキャナー等で電子媒体に保存して管理した場合には、電子画像管理加算は算定できない。

(2) ~~10 「通則5」に規定する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。を算定した場合には、「通則4」に規定するデジタル映像化処理加算は算定できない。~~

(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には算定しない。

~~8-4~~ 「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。

~~9-12~~ 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。

~~10-13~~ 画像診断のために使用した造影剤は、区分番号E301に掲げる造影剤料により算定する。

~~11-14~~ 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

E000 写真診断

- (1) 歯科エックス線撮影とは、歯科用エックス線フィルムを用いて撮影した場合及び専用の装置を用いてデジタル映像化処理を行った場合をいう。
- (2) 歯科用エックス線フィルムとは、標準型、小児型、咬合型及び咬翼型等であって、歯、歯槽骨等の撮影に用いるフィルムをいう。
- (3) 単純撮影の「その他の場合」とはカビネ、オルソパントモ型等のフィルムを顎関節全体、顎全体等に用いて撮影した場合をいう。
- (4) パナグラフィー、スタタスエックス2による場合は、診断料は「1の口 その他の場

- 合」により、撮影料は区分番号E100に掲げる歯牙、歯周組織、顎骨、口腔軟組織の「1の口 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E000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E100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の口 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E100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の口 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に掲げる歯牙、歯周組織、顎骨、口腔軟組織の「2の口 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の口 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

E 1 0 0 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E 0 0 0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。

E 1 0 1 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

E 2 0 0 基本的エックス線診断料

医科点数表の区分番号E 0 0 4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

E 3 0 0 フィルム

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

< 画像診断の端数処理方法 >

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

(例) 同一部位に対し、同時にカビネ型2枚を使用して単純撮影(アナログ撮影)を行った場合

診断料 85点 + 85/2点 = 127.5点 128点

撮影料 65点 + 65/2点 = 97.5点 98点

カビネ2枚分のフィルム代 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(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

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に掲げる骨髓内注射、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「~~3~~ 運動器リハビリテーション料()」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「~~2~~ 運動器リハビリテーション料()」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、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実施時刻（開始時刻と終了時刻）、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、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。

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。

H003 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であり、がんの種類や進行、がんに対して行う治療及びそれに伴って発生する副作用又は障害等について十分な配慮を行った上で、がんやがんの治療により生じた疼痛、筋力低下、障害等に対して、二次的障害を予防し、運動器の低下や生活機能の低下予防・改善することを目的として種々の運動療法、日常生活活動訓練、物理療法、応用的動作能力、社会的適応能力の回復等を組み合わせて個々の症例に応じて行った場合について算定する。

(2) がん患者リハビリテーションは、対象となる患者に対して、歯科医師の指導監督の下、がん患者リハビリテーションに関する適切な研修を修了した言語聴覚士が個別に20分以上のリハビリテーションを行った場合を1単位として、1日につき6単位に限り算定する。また、専任の歯科医師が、直接訓練を実施した場合にあっても、言語聴覚士が実施した場合と同様に算定できる。

(3) がん患者リハビリテーション料の対象となる患者は、入院中のがん患者であって、次のいずれかに該当する者をいい、当該患者の主治医である歯科医師と連携する医師が個別にがん患者リハビリテーションが必要であると認める者である。

イ 舌がん、口腔がん、その他頸部リンパ節郭清を必要とするがんにより入院し、当該入院中に放射線治療若しくは閉鎖循環式全身麻酔による手術が行われる予定の患者又は行われた患者

ロ 骨軟部腫瘍又はがんの骨転移に対して、当該入院中に患肢温存術若しくは切断術、創外固定若しくはピン固定等の固定術、化学療法又は放射線治療が行われる予定の患者又は行われた患者

ハ 当該入院中に骨髄抑制を来しうる化学療法が行われる予定の患者又は行われた患者

ニ 在宅において緩和ケア主体で治療を行っている進行がん又は末期がんの患者であって、症状増悪のため一時的に入院加療を行っており、在宅復帰を目的としたリハビリテーションが必要な患者

(4) がん患者リハビリテーションを行う際には、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、がんのリハビリテーションに従事する者は、積極的にキャ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、脳血管疾患等リハビリテーション料又は障害児(者)リハビリテーション料は別に算定できない。

H 0 0 8 集団コミュニケーション療法料

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

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を加算する。
- 7 「通則5」によ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限り算定するものであり、当該加算を算定した日における患者の状態を診療録に記載する。
- 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 に掲げる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、歯髄結石除去、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に掲げるう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 う齶蝕処置

(1) う齶蝕処置の費用は、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) 「う齶蝕処置」は、次の処置をいう。

イ う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 歯髄保護処置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) う齶蝕処置、区分番号M001に掲げる歯冠形成、区分番号M001-2に掲げるう齶蝕歯即時充填形成及び区分番号M001-3に掲げるう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) う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) 歯周炎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、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の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、「1 1歯以上10歯未満」

又は「2 10歯以上」のいずれかにより歯数に応じて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、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、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 歯髄保護処置覆罩

- (1) 歯髄保護処置（歯髄覆罩）とは、歯髄温存療法（非侵襲性歯髄覆罩）、直接歯髄保護処置（直接歯髄覆罩）及び間接歯髄保護処置（間接歯髄覆罩）をいう。
- (2) う齶窩の処置としての象牙質の削除を行うとともに、歯髄覆罩保護処置を行い暫間充填を行った場合は、う齶蝕処置と歯髄保護処置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に掲げるう齶蝕歯即時充填形成、区分番号M001-3に掲げるう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保護処置覆罩の点数は算定できない。
- (3) ~~(2)~~ 同一歯牙に2箇所以上、例えば近心と遠心とにう齶窩が存在する場合に、それぞれの窩洞に歯髄保護処置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。
- (4) ~~(3)~~ 歯髄温存療法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う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。
- (5) ~~(4)~~ 歯髄温存療法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。~~
- (6) ~~(5)~~ 直接歯髄保護処置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。~~

I 0 0 2 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、咬合採得、仮着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 ソフトレーザー632

ヘ オサダダイオトロン(D L - S)

ト トリンブル - D

チ コンパクトレーザー

リ P A N A L A S 500

I 0 0 2 - 2 乳幼児う齲蝕薬物塗布処置

乳幼児のう齲蝕に対して、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 初期う齲蝕小窩裂溝填塞処置

- (1) 初期う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う齲蝕に対して行った場合に算定する。この場合、初期う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) 初期う齲蝕小窩裂溝填塞処置に要する特定保険医療材料料金は、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、歯髄保護処置覆罩の費用は、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I001に掲げる歯髄保護処置覆罩の「1 歯髄温存療法非侵襲性歯髄覆罩」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I001に掲げる歯髄保護処置覆罩の「2 直接歯髄保護処置覆罩」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。

I006 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。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。

I007 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。

I008 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」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I000に掲げるう齶蝕処置により算定する。

- (4) 区分番号M000-2に掲げるクラウン・ブリッジ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、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。

I009 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J047に掲げる腐骨除去手術の「2 顎骨に及ぶもの」、区分番号J010に掲げる顎堤形成術、区分番号J043に掲げる顎骨腫瘍摘出術、区分番号J003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J072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J084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2.5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、外科後処置の費用はそれぞれの所定点数に含まれる。

I009-2 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。

I010 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。~~
- (2-3) 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。

八 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。

(3) 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。

I011 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（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~~50~~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、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、歯周外科手術の所定点数に含まれ別に算定できない。

(7) 混合歯列期歯周組織検査に基づく歯周基本治療については、「1 スケーリング」により算定する。

I011-2 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又は区分番号C001-~~3~~に掲げる歯科疾患在宅療養管理料~~後期高齢者在宅療養口腔機能管理料~~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又は区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料に係る文書により患者又はその家族に対して提供し、当該文書の写しを診療録に添付した場合に算定する。その他療養上必要な管理事項がある場合は、その要点を診療録に記載すること~~するとともに、当該文書の写しを診療録に添付した場合に算定する。~~

- (4) 2回目以降の歯周病安定期治療の算定については、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及びI011-3に掲げる歯周基本治療処置の費用は、歯周病安定期治療の所定点数に含まれ別に算定できない。
- (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、当該手術を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、それぞれの費用は算定できる。

I011-3 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。）を行った場合に、1口腔につき月1回に限り算定する。なお、薬剤を用いた場合は、当該薬剤名を診療録に記載すること。

I014 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J063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) 暫間固定に際して印象採得、咬合採得、装着を行った場合は、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J004-2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M003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、装着を行った場合は1装置につき区分番号M005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) 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。

I 0 1 4 - 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。

I 0 1 6 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。

I 0 1 7 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圍繞結紮に用いたレジン等で製作した床副子（無歯顎の高齢者
老人や乳歯列を有する幼児などの顎骨骨髓炎において、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、医科の保険
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、医科の保険
医療機関等からの診療情報提供料に係る診療情報提供の算定に基づく場合に限る。）
- ニ 摂食機能療法に伴う舌接触補助床
- (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以外のもの）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（アクチバートル式のもの）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の保険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の口 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の口の(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(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口腔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については、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~~することし、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。~~

(12) 摂食機能療法に伴う舌接触補助床とは、脳血管疾患や口腔腫瘍等による摂食機能障害を有し、区分番号H001に掲げる摂食機能療法を現に算定している患者に対して、舌接触状態等を変化させて摂食・嚥下機能の改善を目的とするために装着する床又は有床義歯形態の補助床をいう。

(13) 舌接触補助床の製作にあたり印象採得を行った場合は、1装置につき区分番号M003に掲げる印象採得の「2の口 連合印象」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」を、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、当該補助床の所定点数には、人工歯、鉤及びバー等の費用が含まれ、別に算定できない。

(14) 舌接触補助床の装着時又は装着後1月以内に、適合を図るための調整等が必要となり、補助床の調整を行った場合は、1口腔につき区分番号I017-2に掲げる床副子調整の「1 摂食機能療法に伴う舌接触補助床の場合」により算定する。

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又は摂食機能療法に伴う舌接触補助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月以内に咬合床又は補助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又は摂食機能療法に伴う舌接触補助床の場合」により算定する。

- (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又は摂食機能療法に伴う舌接触補助床の場合」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J063に掲げる歯周外科手術の「3 歯肉切除手術」、「4 歯肉剥離搔爬手術」又は「5 歯周組織再生誘導手術」の要否を診断するために行われる区分番号D002に掲げる歯周組織検査の「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料は所定点数に含まれ別に算定できない。なお、設計によって歯周治療用装置に付加される部分、すなわち人工歯、鉤及びパー等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、歯冠継続歯及び第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、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る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B 0 1 3の2に掲げる有床義歯管理料及びB 0 1 3 - 2に掲げる有床義歯調整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の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(→)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の保険医療機関と連携して行われた場合に算定する。
- (3) 初診時には診療時間が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の保険医療機関名（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（開始時刻と終了時刻）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の保険医療機関からの診療情報提供料に基づき文書（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、これらに係る費用は人工呼吸の所定点数に含まれる。
- (3) 人工呼吸と酸素吸入を併せて行った場合に使用した酸素及び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 8 術後専門的口腔衛生処置（1口腔につき）

- (1) 術後専門的口腔衛生処置は、「注」に規定する手術を行った入院患者であって、術後感染症、術後肺炎等の発現のおそれがあるものに対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、当該患者の口腔の衛生状態にあわせて、口腔清掃用具等を用いて歯面、舌、口腔粘膜等の口腔清掃又は機械的歯面清掃を行った場合をいう。
- (2) 主治の歯科医師は、術後専門的口腔衛生処置に関し、歯科衛生士に指示した内容を診療録に記載すること。また、当該処置を行った歯科衛生士は、歯科衛生士業務記録簿に当該処置内容を記録すること。

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、同時にエアー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チ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) プレステロン軟膏及び~~テラ・コートリル軟膏~~を~~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（パック）の費用は算定できない。なお、歯科用包帯剤を歯の再植術に創面の保護の目的で使用した場合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22年厚生労働省告示第84号）の別表 及び 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、別に厚生労働大臣が定める特定保険医療材料及び1回の手術に使用される特定薬剤の総量価格が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3」は、第1節に掲げられていない特殊な手術であって、同節に掲げられている手術のうち、最も近似する手術の所定点数により算定することが妥当であるものについては、その都度当局に内議の上、それらの所定点数を準用することができる趣旨の規定である。なお、歯肉息肉除去手術及び簡単な手術の費用は基本診療料に含まれ算定できない。
- ~~7-6~~ 「通則5」による~~6-5~~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。
- ~~8-7~~ 「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ものであり、当該加算を算定した日の患者の状態を診療録に記載する。
- ~~9-8~~ 「通則5」における加算において~~6-5~~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。
- ~~10-9~~ 「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。
- ~~11-10~~ 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。

- 12~~41~~** 「通則 8」の加算は、H I V - 1 抗体価 (ウエスタンブロット法) 精密測定~~若しくは~~ H I V - 2 抗体価 (ウエスタンブロット法) 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。
- 13~~42~~** 「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~~43~~** 「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。
- 15~~44~~** 「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。
- 16~~45~~** 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。
- 17~~46~~** 「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。
- 18~~47~~** 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。
- 19~~48~~** 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。
- 20~~49~~** 「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 H B s 又は H B e 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 H C V 抗体価 (定性、定量) 精密測定又は ~~H C V 抗体価検査~~によって H C V 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
- 21~~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。

2224 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。

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。

2422 「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。

2523 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。

2624 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。~~

(4)~~(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。

(5)~~(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。~~

(6)~~(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。

~~(7)(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。

~~(8)(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。

~~(9)(12)~~ 抜歯の際、局所麻酔と併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。~~

J000-2 歯根分割掻爬術

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掻爬を行って歯の保存を図った場合に、1歯単位で所定点数を算定する。

J000-3 上顎洞陥入歯除去術

(1) 「1 抜歯窩より行う場合」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、抜歯窩より行った場合に算定する。

(2) 「2 犬歯窩開さくによる場合」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等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。

J001 ヘミセクション（分割抜歯）

(1) 複根歯において必要があつて保存し得る歯根を残して分割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。

J002 抜歯窩再掻爬手術

抜歯窩に対して再掻爬手術を行った場合は1歯に相当する抜歯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。

J004 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を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を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白歯であって、解剖学的な理由から歯根端切除手術が困難な症例に対して、歯の再植による根尖病巣の治療を行った場合は、診療録に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) 歯の再植術と併せて、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に掲げる根管充填の~~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歯の再植術を行い、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) 歯の移植手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か箇所（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。

Ｊ０１５ 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。

Ｊ０１５ - 2 口腔底迷入下顎智歯除去術

(1) 「口腔底迷入下顎智歯除去術」は、当該保険医療機関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を行った場合に算定する。

(2) 当該保険医療機関において行った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

(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」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。

Ｊ０１９ 口蓋腫瘍摘出術

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

Ｊ０２２ 顎・口蓋裂形成手術

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

Ｊ０２４ - 3 軟口蓋形成手術

いびきに対する軟口蓋形成手術を行った場合に算定する。

Ｊ０２７ 頬、口唇、舌小帯形成術

(1) ~~頬~~頬、口唇、舌小帯形成術~~は~~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。

Ｊ０３０ 口唇腫瘍摘出術

「口唇腫瘍摘出術」とは、口唇に生じた良性腫瘍又は嚢胞を摘出する手術をいう。

Ｊ０３３ 頬腫瘍摘出術

(1) ~~頬腫瘍摘出術~~とは、頬部に生じた良性腫瘍又は嚢胞を摘出する手術をいう。

(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 術後性上顎嚢胞摘出術

「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 に掲げる全層一分層植皮術、J 0 8 9 - 2 に掲げる全層植皮術又は区分番号 J 0 9 0 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 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~~~~4~~~~9~~年~~11~~~~4~~~~4~~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) ~~歯周外科手術における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~~4~~~~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) 歯肉剥離掻爬手術と併せて、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、歯肉剥離掻爬手術及び区分番号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厚生(支)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 歯肉剥離掻爬手術」は別に算定できない。
- (11) 区分番号I 0 1 1 - 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。
- (12) 「注5」に規定する加算におけるレーザー照射とは、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において、歯肉剥離掻爬手術又は歯周組織再生誘導手術において、明視下で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。

J 0 6 3 - 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「1 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1 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1 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) ~~「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、付着させる移植側へ移植を行うものであり、転位歯等を抜去した際、隣在歯の歯根面が露出し、知覚過敏等の障害のおそれがあるときに手術を行った場合に算定する。ただし、粘膜面への移植は容易であるが、セメント質が露出している歯根面に対しての移植は困難である。
- (6) 「5 口腔前庭拡張術」とは、頬舌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又は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において口腔前庭の拡張を行った場合に限り算定する。
- (7) 「5 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の費用は、口腔前庭拡張術の所定点数に含まれ別に算定できない。
- (8) 実施にあたっては、診療録に当該手術に関する要点（目的、症状、手術部位、手術術式等）を記載すること。

J 0 6 6 齒槽骨骨折観血的整復術

齒槽骨骨折に対し、歯肉粘膜を剥離して観血的に齒槽骨の整復を行った場合に算定する。

J 0 6 9 上顎骨形成術

(1) 「単純な場合」とは上顎骨發育不全症、外傷後の上顎骨後位癒着、上顎前突症、開咬症、過蓋咬合症等に対し、Le Fort 型切離 又は上顎骨部分切離により移動を図る場合をいう。

(2) 「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 型又はLe Fort 型切離により移動する場合及び悪性腫瘍手術等による上顎欠損症に対し2次的骨性再建を行う場合をいう。

J 0 7 0 頬骨骨折観血的整復術

「頬骨骨折観血的整復術」とは、頬骨又は頬骨弓の骨折を観血的に整復する手術をいう。

J 0 7 1 下顎骨折非観血的整復術

下顎骨折非観血的整復術の「注」の加算は三内式線副子以上を使用する連続歯牙結紮法を行った場合に算定し、これに至らない場合は、所定点数中に含まれ別に算定できない。

J 0 7 2 - 2 下顎関節突起骨折観血的手術

「2 両側」は、両側の下顎関節突起骨折について観血的に手術を行った場合に算定する。

J 0 7 3 口腔内軟組織異物（人工物）除去術

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

(2) 「困難なもの」とは除去に当たって組織の剥離を必要とするものをいう。

(3) 「著しく困難なもの」とは異物の位置が確定できず、なおかつ深部に存在するため大きく深い切開等を必要とするものをいう。

(4) 口腔内軟組織異物（人工物）除去術は、異物の数にかかわらず所定点数を1回に限り算定する。ただし、当該除去物は同一術野で除去できるものに限る。

(5) 「1 簡単なもの」、「2 困難なもの」及び「3 著しく困難なもの」のうち、2以上を同時に行った場合は、主たる手術の所定点数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の費用は、基本診療料に含まれ別に算定できない。

J 0 7 4 顎骨内異物（挿入物 を含む。）除去術

(1) 「1 簡単なもの」は、顎骨骨折における観血的整復、上顎骨形成術又は下顎骨形成術における顎骨の固定等に用いた金属線又はスクリューの除去を行った場合に算定する。

(2) 「2 困難なもの」は、顎骨骨折における観血的整復、上顎骨形成術又は下顎骨形成術における顎骨の固定等に用いた骨体固定金属板の撤去を行った場合に算定する。

J 0 7 5 下顎骨形成術

下顎前突のとき下顎両側第一小白歯を抜歯し、この部位で下顎骨を切断して後退させる下顎前突症手術は、「1 おとがい形成の場合」により算定する。

J 0 7 6 顔面多発骨折観血的手術

顔面多発骨折観血的手術は上下顎が同時に骨折した場合等、複数の骨に対して観血的手術を行った場合に算定する。

Ｊ０７７ 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。

Ｊ０８０ 顎関節授動術

- (1) 徒手的授動術（パンピングを併用した場合）とは顎関節の運動障害を有する患者に対して、パンピング（顎関節腔に対する薬液の注入、洗浄）を行いながら、徒手的に顎関節の授動を図ったものをいう。

なお、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に掲げる滑液嚢穿刺後の注入を併せて算定する。

- (2) 癭痕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。
(3) 筋突起過長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。

Ｊ０８２ 歯科インプラント摘出術

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。

Ｊ０８３ 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に行った顎骨インプラント摘出術は算定できる。ただし、当該医療機関において行われた治療に基づく異物（骨折手術に用いられた金属内副子等を除く。）について除去を行っても区分番号Ｊ０７３に掲げる口腔内軟組織異物（人工物）除去術、区分番号Ｊ０７４に掲げる顎骨内異物（挿入物を含む。）除去術及び区分番号Ｊ０８２に掲げる歯科インプラント摘出術においては、所定点数は算定できない。

Ｊ０８４ 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回治療のことである。
(2) 創傷が数か箇所あり、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こと。
(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できる。
(5) 当該手術を同一術野又は同一病巣につき、他の手術と同時にを行った場合は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、骨移植術及び植皮術を当該手術と同時にを行った場合はこの限りではない。
(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「４ 筋肉、臓器に達しないもの（長径５セ

ンチメートル未満)」により算定する。

(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)の費用については、大きさ及び深さに応じ、各号の所定点数により算定する。

J 0 8 4 - 2 小児創傷処理(6歳未満)

(1) 創傷処理とは、切・刺・割創又は挫創に対して切除、結紮又は縫合を行う場合の第1回治療のことである。

(2) 創傷が数か箇所あり、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こと。

(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で行ったときに限り算定できる。

(5) 当該手術を同一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、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、骨移植術及び植皮術を当該手術と同時に行った場合はこの限りではない。

(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「6 筋肉、臓器に達しないもの(長径2.5センチメートル以上5センチメートル未満)」により算定する。

(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)の費用については、大きさ及び深さに応じ、各号の所定点数により算定する。

J 0 8 5 デブリードマン

(1) 区分番号J 0 8 9に掲げる全層、分層植皮術から区分番号J 0 9 7に掲げる粘膜移植術までの手術を前提に行う場合にのみ算定する。

(2) 汚染された挫創に対して行われるブラッシング又は汚染組織の切除等であって、通常麻酔下で行われる程度のもので行ったときに算定する。また、繰り返し算定する場合は、植皮等の範囲(全身に占める割合)を診療報酬明細書の摘要欄診療録に記入する。

(3) 「注2」の深部デブリードマン加算は、(2)でいう繰り返し算定される場合についても、要件をみたせば算定できる。

(4) ~~(3)~~ 当該手術を同一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、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、骨移植術及び植皮術を当該手術と同時に行った場合はこの限りではない。

J 0 8 6 上顎洞開窓術

当該手術を同一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、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、骨移植術及び植皮術を当該手術と同時に行った場合はこの限りではない。

J 0 8 7 上顎洞根治~~本~~手術

当該手術を同一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、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、骨移植術及び植皮術を当該手術と同時に行った場合

はこの限りではない。

J 0 8 8 リンパ節摘出術

当該手術を同一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、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、骨移植術及び植皮術を当該手術と同時に行った場合はこの限りではない。

J 0 8 9 分層植皮術及び J 0 8 9 - 2 全層植皮術

デルマトームを使用した場合の費用は所定点数に含まれ別に算定できない。

J 0 9 0 皮膚移植術（生体・培養）

(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者の氏名及び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) 死体皮膚を移植する場合においては、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。~~

(4) 皮膚を移植する場合においては、日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」を遵守している場合に限り算定する。

J 0 9 0 - 2 皮膚移植術（死体）

(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算定できない。

(3) 皮膚を移植する場合においては、日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」を遵守している場合に限り算定する。

J 0 9 3 遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）

~~区分番号 J 0 9 3 に掲げる~~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、医科点数表の区分番号 K 9 3 6 - 3 に掲げる微小血管自動縫合器加算の例により算定する。

J 0 9 6 自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）

区分番号 J 0 9 6 に掲げる自家遊離複合組織移植術（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 K 9 3 6 - 3 に掲げる微小血管自動縫合器加算の例により算定する。

J 0 9 8 血管結紮術

当該手術を同一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、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、骨移植術及び植皮術を当該手術と同時に行った場合はこの限りではない。

J 0 9 9 動脈形成術、吻合術

当該手術を同一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、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、骨移植術及び植皮術を当該手術と同時に行った場合はこの限りではない。

J 0 9 9 - 2 抗悪性腫瘍剤動脈内、静脈又は腹腔内持続注入用埋込型カテーテル設置

医科点数表の区分番号 K 6 1 1 に掲げる抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用埋込型カテーテル設置の例により算定する。

J 1 0 0 血管移植術、バイパス移植術

当該手術を同一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、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、骨移植術及び植皮術を当該手術と同時に行った場合はこの限りではない。

J 1 0 0 - 2 中心静脈栄養用埋込型カテーテル設置

医科点数表の区分番号 K 6 1 8 に掲げる中心静脈栄養用埋込型カテーテル設置の例により算定する。

J 1 0 1 神経移植術

当該手術を同一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、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、骨移植術及び植皮術を当該手術と同時に行った場合はこの限りではない。

J 1 0 2 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）術と同時に行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。

J 1 0 4 皮膚腫瘍冷凍凝固摘出術

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。

J 1 0 4 - 2 皮膚悪性腫瘍切除術

(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。__

イ 触診及び画像診断の結果、遠隔転移が認められない悪性黒色腫であって、臨床的に所属リンパ節の腫大が確認されていない場合にのみ算定する。__

ロ センチネルリンパ節生検に伴う放射性同意元素の薬剤料は、区分番号 J 2 0 1 に掲げる薬剤により算定する。__

ハ 摘出したセンチネルリンパ節の病理診断に係る費用は、第14部病理診断の所定点数

により算定する。

J 1 0 5 瘻痕拘縮形成手術

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瘻痕性拘縮の症例に対して、瘻痕拘縮形成手術を行った場合に算定する。

J 1 0 6 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 I 0 0 9 - 2 に掲げる創傷処置の「1 100平方センチメートル未満」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については医科点数表の例により算定する。

J 1 0 7 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。

J 1 0 8 顔面神経麻痺形成手術

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。

第2節 輸血料

J 2 0 0 輸血

医科点数表の区分番号 K 9 2 0 に掲げる輸血の例により算定する。

J 2 0 0 - 2 輸血管理料

医科点数表の区分番号 K 9 2 0 - 2 に掲げる輸血管理料の例により算定する。

第3節 手術医療機器等加算

~~J 2 0 0 - 3 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、同時にエアー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、区分番号 C 0 0 0 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。~~

~~(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。~~

J 2 0 0 - 5 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するものであり、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支援とは、手術前又は手術中に得た画像を手術の一過程において、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

手術後の薬剤病巣撤布については、次の手術後に実施されたとき、その薬剤料を第9部手術第4節により併せて算定できる。

- (1) 口腔領域の悪性腫瘍手術及びこれらに準ずる手術
- (2) 顎骨及び顎関節の形成術
- (3) 腐骨除去手術で広範囲のもの
- (4) 口腔領域の複雑骨折に対する観血的整復手術及びこれらに準ずるような開放性外傷に対する手術

第5節 特定薬剤料

J300 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回の手術に使用した特定薬剤の合計価格が40円以下の場合、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40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) その他については、区分番号I100に掲げる特定薬剤の(4)から(8)の例により算定する。

第6節 特定保険医療材料

J400 特定保険医療材料

当該手術の実施のために使用される特定保険医療材料については、材料価格を10円で除して得られた点数により算定する。

第10部 麻 酔

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。）のみに適用されるものであり、第2節薬剤料に対しては適用されない。
- 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、治療を直接行う歯科医師に加え、患者の障害に起因した行動障害に対し開口の保持又は体位、姿勢の保持を行うことを目的として、当該治療に歯科医師、歯科衛生士、看護師等が参画した場合等に限り算定するものであり、当該加算を算定した日における患者の状態を診療録に記載する。
- 3 「通則2」における加算において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で算定されるもので、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認められない。
- 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である。
- 6 麻酔の休日加算、時間外加算及び深夜加算は、これらの加算が算定できる緊急手術に伴い行われた麻酔についてのみ算定できる。
- 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についても、保険診療の原則に従い必要に応じ妥当適切な方法を選ぶべきものである。
- 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。

第1節 麻酔料

K 0 0 1 浸潤麻酔、圧迫麻酔

- (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M 0 0 1に掲げる歯冠形成の所定点数には、浸潤麻酔の費用が含まれ別に算定できない。
- (2) う齲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の費用は、術野又は病巣を単位として所定点数により算定する。

K 0 0 2 吸入鎮静法

- (1) 吸入鎮静法は、笑気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。
- (2) 吸入鎮静法において使用した麻酔薬剤（亜酸化窒素等）に係る費用の算定については、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~~平成20年厚生労働省告示第60号~~）に基づき算定する。
- (3) 酸素又は窒素の価格は、区分番号I 0 2 5に掲げる酸素吸入及び医科点数表の区分番号L 0 0 8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~~(6)~~のアの例により算定する。

K 0 0 3 静脈内鎮静法

- (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医科的全身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。

- (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)を参考にし、術前、術中及び術後の管理を十分に行い、当該管理記録を診療録に添付することを要す。
- (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。
- (4) 静脈内鎮静法において用いた薬剤に係る費用については、別途算定できる。
- (5) 静脈内鎮静法を実施するに当たっては、緊急時に適切な対応ができるよう、あらかじめ医科の保険医療機関と連携していること。

第2節 薬剤料

K100 薬剤

1回の麻酔に麻酔薬剤を2種以上使用した場合であっても使用麻酔薬剤の合計薬価から40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麻酔薬剤料を算定する。

第11部 放射線治療

医科点数表の第2章第12部に掲げる放射線治療（区分番号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M001-3に掲げる直線加速器による定位放射線治療、区分番号M002に掲げる全身照射及び区分番号M005に掲げる血液照射を除く。）の例により算定する。

第12部 歯冠修復及び欠損補綴

通則

- 1 歯冠修復及び欠損補綴の費用は、第1節中の各区分の注に「保険医療材料を含むものとする。」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節の保険医療材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できる。
- 3 印象採得、咬合採得、仮床試適及び装着については、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齶蝕処置の費用については、歯冠修復の所定点数に含まれ別に算定できない。
- 5 ~~歯冠継続歯~~、有床義歯、ブリッジ（前歯部の接着ブリッジを含む。以下同じ。）等において人工歯を使用した場合の当該人工歯の費用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として算定する。
- 6 「通則3」は、この部に規定していない歯冠修復及び欠損補綴であっても、この部に規定している歯冠修復及び欠損補綴のうち、最も近似する歯冠修復及び欠損補綴の所定点数により算定することが妥当であるものについては、その都度当局に内議の上、それらの所定点数を準用することができる趣旨の規定である。
- 7 ~~6~~ 「通則4」による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。
- 8 ~~7~~ 「通則4」の著しく歯科診療が困難な障害者の100分の50加算は、治療を直接行う歯科医師に加え、患者の障害に起因した行動障害に対し開口の保持又は体位、姿勢の保持を行うことを目的として、当該治療に歯科医師、歯科衛生士、看護師等が参画した場合等に算定するものであり、当該加算を算定した日における患者の状態を診療録に記載する。
- 9 ~~8~~ 6 ~~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（100分の50加算）は、乳幼児加算のみを算定する。
- 10 ~~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、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。
- 11 ~~10~~ 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。）及び区分番号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 ~~11~~ 「通則7」でいう検査とは、区分番号D004に掲げる平行測定から区分番号D009に掲げる顎運動関連検査までをいう。
- 13 ~~12~~ 区分番号M000 - 2に掲げるクラウン・ブリッジ補綴物維持管理料（補綴物維持管理料）の「注1」に係る地方厚生（支）局長への届出を行っていない保険医療機関において、歯冠補綴物及びブリッジの製作を行い装着した場合については、当該歯冠補綴物及びブリッジ等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に掲げる根管充填を行った場合であっても、区分番号I008に掲げる根管充填の「注1」の加圧根管充填に係る加算の費用は算定できない。

1443 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の費用及び破損した場合の修理の費用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には認められない。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・ブリッジ補綴物維持管理料の「注2」に規定する期間に相当する期間を経過したものについてはこの限りではない。

1544 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とともに、診療報酬明細書の摘要欄に装着物の種類、試適予定日及び装着できなくなった理由（患者が理由なく来院しなくなった場合を除く。）を記載した場合に、製作された区分番号M020に掲げる鑄造鉤、区分番号M021に掲げる線鉤、区分番号M022に掲げるフック、スパー及び区分番号M023に掲げるパーにあつては、各区分の所定点数並びに特定保険医療材料である人工歯の費用の請求を行うことができるものとする。また、区分番号M007に掲げる仮床試適、区分番号M005に掲げる装着の費用は算定できない。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ものとする。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。

1645 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支台築造物、鑄造歯冠修復物、ジャケット冠、ブリッジ、有床義歯（鉤、パー、フック及びスパーを含む。）の製作がすでに行われているにもかかわらず装着ができない場合は診療録に装着物の種類、装着予定日及び装着できなくなった理由等を記載するとともに、診療報酬明細書の摘要欄に装着物の種類、装着予定日及び装着できなくなった理由（患者が理由なく来院しなくなった場合を除く。）を記載した場合に、区分番号M002に掲げる支台築造、区分番号M010に掲げる鑄造歯冠修復、区分番号M011に掲げる前装鑄造冠、区分番号M014に掲げるジャケット冠、区分番号M015に掲げる硬質レジンジャケット冠、区分番号M017に掲げるポンティック（ダミー）、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M022に掲げるフック、スパー及び区分番号M023に掲げるパーの各区分に掲げる所定点数並びに特定保険医療材料の請求を行うことができるものとする。また、区分番号M005に掲げる装着の費用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ものとする。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。

1746 歯冠修復及び欠損補綴の場合、歯冠形成及び印象採得後、偶発的な事故等を原因とする外傷による歯冠形成歯の喪失等のやむを得ない場合は、当該歯に装着予定の完成している歯冠修復物及び欠損補綴物について診療録に歯冠修復物又は欠損補綴物の種類、装着予定日及び装着できなくなった理由等を記載するとともに、診療報酬明細書の摘要欄に装着物の種類、装着予定日及び装着できなくなった理由を記載した場合に、区分番号M010に掲げる鑄造歯冠修復、区分番号M011に掲げる前装鑄造冠、区分番号M014に掲げるジャケット冠、区分番号M

015に掲げる硬質レジンジャケット冠及び区分番号M017に掲げるポンティック（ダミー）の各区分に掲げる所定点数並びに特定保険医療材料料の請求を行うことができるものとする。なお、区分番号M005に掲げる装着の費用及び装着材料料は算定できない。

1847 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、区分番号M010に掲げる鑄造歯冠修復、区分番号M011に掲げる前装鑄造冠、区分番号M014に掲げるジャケット冠、区分番号M015に掲げる硬質レジンジャケット冠、区分番号M017に掲げるポンティック（ダミー）、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M022に掲げるフック、スパー及び区分番号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に係る費用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こと。

1948 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については、診療報酬として請求できない。

第1節 歯冠修復及び欠損補綴診療料

M000 補綴時診断料

- (1) 補綴時診断料は、患者の当該初診における受診期間を通じ、新たな欠損補綴及び有床義歯の床裏装等を行う場合に、着手した日において1回に限り算定する。
- (2) 新たに生じた欠損部の補綴に際し、既製の有床義歯に追加する場合は、有床義歯を新製する場合と同様に補綴時診断料を算定する。ただし、同一初診中で補綴時診断料を算定している場合であって、新たに欠損が生じた場合の補綴時診断に係る費用は、すでに算定を行った補綴時診断料に含まれ別に算定できない。
- (3) 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こと。
- (4) 補綴時診断料を算定した場合には、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こと。
- (5) 補綴時診断料を算定した後、再度、補綴時診断料を算定すべき診断が必要となり診断を行った場合にあつては、新たに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こと。なお、当該診断の費用は第1回目の診断の費用に含まれ別に算定できない。

M000 - 2 クラウン・ブリッジ補綴物維持管理料

- (1) クラウン・ブリッジ補綴物の維持管理を実施する保険医療機関は、クラウン・ブリッジの補綴物維持管理を開始する前月までに地方厚生（支）局長に届け出るものとする。なお、届出を行う場合には、「特掲診療料の施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を用いること。
- (2) 「注1」の「歯冠補綴物」とは、区分番号M010に掲げる鑄造歯冠修復（「1 インレー」を除く。）、区分番号M011に掲げる前装鑄造冠、区分番号M014に掲げるジャケット冠、区分番号M015に掲げる硬質レジンジャケット冠をいう。なお、乳歯に対する歯冠修復及び欠損補綴及びすべての支台をインレーとするブリッジは、クラ

ウン・ブリッジ補綴物維持管理の対象としない。

- (3) 「注1」に規定する文書とは、当該補綴物維持管理の対象となる補綴物ごとに、保険医療機関名、開設者名、装着日、クラウン・ブリッジ補綴物維持管理料の趣旨、補綴部位等を明記したものをいう。なお、患者に対しクラウン・ブリッジ補綴物維持管理に係る説明を行い、患者に対し、その内容を文書により提供した場合に限り算定できる。ただし、同一日に複数の補綴物を装着した場合は、主たる補綴物の補綴物維持管理料に係る文書に集約して記載し、患者に対して提供しても差し支えない。なお、患者に提供した文書の写しを診療録に添付すること。
- (4) 「注2」の「補綴関連検査」とは、区分番号D004に掲げる平行測定及び区分番号D008に掲げる顎運動関連検査に定める各検査をいう。
- (5) クラウン・ブリッジ補綴物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補綴物維持管理料に含まれ別に算定できない。
- (6) クラウン・ブリッジ補綴物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料については、別に算定できる。なお、再度の装着を行った場合には、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に再度の装着を行った歯の部位、再度の装着日を記載すること。
- (7) 「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1年を経過した日以降2年を経過した日までの間に、外傷、腫瘍等によりやむを得ず隣在歯を抜歯し、ブリッジを装着する場合には、その理由書、模型、エックス線フィルム又はその複製を地方厚生（支）局長に提出し、その判断を求めるものとする。また、添付模型の製作の費用は、基本診療料に含まれ、算定できないが区分番号D003に掲げるスタディモデルに準ずるが、添付フィルム又はその複製については区分番号E100に掲げる歯牙、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して差し支えない。ただし、算定に当たっては診療報酬明細書の摘要欄に算定の理由を明記すること。

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

M001 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、簡単な支台築造の費用、歯冠形成に付随して行われる麻酔等の費用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麻酔の費用は別に算定できる。
- (3) 「1 生活歯歯冠形成」の所定点数に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、歯冠修復物の除去を行った場合の除去の費用は別に算定できる。
- (4) 「1のイ 鑄造冠」及び「2のイ 鑄造冠」の鑄造冠とは、全部鑄造冠、前装鑄造冠、

前歯の4分の3冠及び臼歯の5分の4冠をいう。

- (5) 「1のイ 鑄造冠」とは、全部鑄造冠、前装鑄造冠、前歯の4分の3冠、臼歯の5分の4冠等、全部鑄造冠方式又は全部鑄造冠に準ずる方式で製作する鑄造歯冠修復（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面の鑄造歯冠修復のすべての場合が該当するものではない。
- (6) 「1のロ ジャケット冠」及び「2のロ ジャケット冠」のジャケット冠とは、レジンジャケット冠及び硬質レジンジャケット冠をいう。
- (7) 「注1」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、ポンティック、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。
- (8) 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 鑄造冠」の前歯の4分の3冠に準じて算定する。
- (9) メタルコアで支台築造を行った前装鑄造冠、全部鑄造冠及びジャケット冠に係る失活歯歯冠形成に限り所定点数に「注2」又は「注3」の加算を加算する。
- (10) 「3 窩洞形成」の窩洞形成は1歯単位に算定する。したがって、同一歯牙に2箇所以上の窩洞の形成を行った場合も、窩洞の数にかかわらず所定点数を1回のみ算定する。
- (11) 「注5」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、充填処置のための齶蝕除去及び窩洞形成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。
- (12) 「注5」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、齶蝕歯の充填処置のための齶蝕除去及び窩洞形成を行うことを評価したものであり、エアータービン等切削器具を用いた場合は、算定しない。~~なお、齶蝕歯無痛的窩洞形成加算の算定に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に部位を記載すること。~~
- (13) 「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。
- (14) 「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。
- (15) 「1のハ 乳歯金属冠」及び「2のハ 乳歯金属冠」の乳歯金属冠は、既製の金属冠をいう。
- (16) 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。
- (17) 可動性固定ブリッジ（半固定性ブリッジ）の可動性連結装置については、「3のロ 複雑なもの」により算定する。
- (18) 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の費用は、区分番号I000に掲げる齶蝕処置により算定する。
- M001 - 2 齶蝕歯即時充填形成
- (1) 齶蝕歯即時充填形成は、齶蝕歯に対して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、充填を行う場合は該当しない。

- (2) 2次う齲蝕によるう齲蝕症第1度、2次う齲蝕によるう齲蝕症第2度、2次う齲蝕によるう齲蝕症第3度において充填物を除去し、即時充填のための窩洞形成を行った場合は、う齲蝕歯即時充填形成により算定する。この場合の充填物の除去の費用は算定できない。
- (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齲蝕除去及び窩洞形成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。
- (5) 「注1」の加算は、エア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、う齲蝕歯のう齲蝕歯即時充填形成のためのう齲蝕除去及び窩洞形成を行うことを評価したものであり、エアタービン等切削器具を用いた場合は、算定しない。~~なお、齲蝕歯無痛的窩洞形成加算の算定に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に部位を記載すること。~~

M001-3 う齲蝕歯インレー修復形成

- (1) う齲蝕歯インレー修復形成はう齲蝕歯に対して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次う齲蝕によるう齲蝕症第1度、2次う齲蝕によるう齲蝕症第2度、2次う齲蝕によるう齲蝕症第3度において充填物を除去し、インレー修復のための窩洞形成を行った場合は、う齲蝕歯インレー修復形成により算定する。この場合の充填物の除去の費用は算定できない。
- (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。

M002 支台築造

- (1) 「支台築造」とは、実質欠損の大きい失活歯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) 「メタルコア」とは、鋳造物により築造するものをいう。
- (3) 「その他」とは、スクリューポスト（支台築造用）及び複合レジン（築造用）等により築造するものをいい、セメント等による簡単な支台築造は含まれない。
- (4) 乳歯については、全部鋳造冠の歯冠形成、乳歯金属冠の歯冠形成及び窩洞形成における支台築造の費用は算定できない。
- (5) メタルコアによる支台築造物を再装着した場合は、装着の費用として区分番号M005に掲げる装着の「1の口 その他」及び装着に係る保険医療材料を算定できる。
- (6) 歯冠修復を行うに当たり、メタルコアと全部鋳造冠等を同一模型上で製作し、1日で患者に装着することは、歯科医学的に適切であると認められる場合に限り認められ、常態として行うことは認められない。なお、この場合における印象採得に係る費用は、全部鋳造冠等により算定するものとし、支台築造印象に係る費用は算定できない。

M002-2 支台築造印象

- (1) 「支台築造印象」とは、区分番号M002に掲げる支台築造の「1のイ 大臼歯」又は「1のロ 小臼歯及び前歯」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、それぞれの製作物ごとに算定する。

M003 印象採得

- (1) 印象採得料は、歯冠修復物、歯冠補綴物、欠損補綴物~~有床義歯、ブリッジ~~及び義歯修理に当たってそれぞれの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の印象採得の日とし、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) 印象採得の費用は、原則として歯冠修復及び欠損補綴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。ただし、ワンピースキャストブリッジ以外のその他のブリッジにあっては、支台装置ごとに「1のイ 単純印象」を、又は1装置ごとに「2のイの(1) 簡単なもの」を算定する。
- (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」に該当するものは、鑄造歯冠修復、前装鑄造冠、硬質レジンジャケット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である。
 - ロ 「その他のブリッジ」の印象採得について、一部の支台装置が鑄造歯冠修復又は前装鑄造冠である場合にその支台歯につき連合印象を行った場合は「1のロ 連合印象」の所定点数を算定する。
 - ハ 「2のイの(1) 簡単なもの」に該当するものは、1歯より8歯欠損までの欠損補綴（ワンピースキャストブリッジを除く。）及び有床義歯修理等である。
 - ニ 9歯以上の欠損補綴及びケロイドにより口唇狭小で印象採得が困難な場合、又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。
 - ホ 欠損補綴で連合印象又は各個トレーを用いて行った場合、又は有床義歯床裏装の印象採得料は「2のロ 連合印象」により算定する。
 - ヘ 「2のハ 特殊印象」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ろう義歯により咬合圧印象を行った場合をいう。また、フレンジテック又はマイオモニターによる印象も本区分で算定する。
 - ト 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。
- (5) ワンピースキャストブリッジの印象採得の費用は、1装置における支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計により算定する。
- (6) ブリッジの製作に当たり、ワンピースキャストブリッジと同様の術式で支台歯形成から装着までを行う場合、やむを得ず複数個に分けて鑄造し連結の上、患者に装着した場合の印象採得は、「2のニ ワンピースキャストブリッジ」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。

M003 - 2 テンポラリークラウン

- (1) テンポラリークラウンとは、前歯部の歯冠修復において、前装鑄造冠、ジャケット冠及び硬質レジンジャケット冠の装着までの間、暫間的に装着されるものをいう。
- (2) テンポラリークラウンの費用は、1歯につき所定点数1回の算定とする。なお、歯冠修復装着までの修理等の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。
- (3) テンポラリークラウンの製作及び装着に当たり使用される保険医療材料料は、所定点

数に含まれ別に算定できない。

(4) テンポラリークラウンの除去に係る費用は、別に算定できない。

M004 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、後に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) リテイナーの費用は、ブリッジの支台歯として歯冠形成を予定している歯又は歯冠形成を完了した歯について、当該歯を支台とするリテイナーを製作した場合に、当該歯の歯冠形成を算定した日からブリッジを装着するまでの期間において、1装置につき1回に限り算定する。なお、分割して製作した場合にあっても、~~ても~~ブリッジ1装置につき所定点数1回の算定とする。また、ブリッジ装着までの修理等の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。
- (3) リテイナーの製作に当たり使用される保険医療材料料（人工歯を使用した場合の人工歯料を含む。）は、所定点数に含まれ別に算定できない。
- (4) リテイナーの装着に用いた仮着セメント料については、印象採得後リテイナー装着に係る算定と同時点のものに限り算定が認められる。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。

M005 装着

- (1) 装着は次により算定する。
- イ 「2の口の(1) 少数歯欠損」及び「2の八の(1) 少数歯欠損」に該当するものは、1歯より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の八の(2) 多数歯欠損」に該当するものは、9歯より14歯欠損までの欠損補綴をいう。
- ハ 「2の口の(3) 総義歯」及び「2の八の(3) 総義歯」に該当するものは、総義歯をいう。
- (2) 有床義歯修理を行った場合の装着の費用は、「2の八 有床義歯修理」の各区分により算定する。
- (3) 装着の費用は、原則として歯冠修復物又は欠損補綴物を装着した際に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の費用は、装着の所定点数に含まれ別に算定できない。
- (5) 前装鑄造冠の装着を行った場合の費用は、「1のイ 鑄造歯冠修復又は硬質レジンジヤケット冠」により算定する。
- (6) 「注1」又は「注2」による加算は、ワンピースキャストブリッジの製作に当たって生体との調和性をみるために装着日以前に仮着を行った場合に算定する。なお、仮着物の除去の費用は、算定できない。
- (7) ワンピースキャストブリッジと同様の術式で支台歯形成から装着までを行う場合、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)の(一) 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」又は「2のイの(1)の(二) 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」により算定する。

(8) 咬合音検査の費用は、欠損補綴の装着の費用に含まれ別に算定できない。

M006 咬合採得

(1) 歯冠修復及び欠損補綴における咬合採得については、製作物ごとに算定する。

イ 「1 歯冠修復」に該当するものは、ブリッジの支台装置を除く歯冠修復。

ロ 「2のイの(2) その他のブリッジ」に該当するものは、ワンピースキャストブリッジ以外のその他のブリッジ。

ハ 「2のロの(1) 少数歯欠損」に該当するものは、1歯より8歯欠損までの欠損補綴。

ニ 「2のロの(2) 多数歯欠損」に該当するものは、9歯より14歯欠損までの欠損補綴。

ホ 「2のロの(3) 総義歯」に該当するものは、総義歯。

(2) 有床義歯を装着しない口蓋補綴及び顎補綴における咬合採得については、~~区分番号M025に掲げる口蓋補綴、顎補綴の「1 印象採得が簡単なもの」を算定する場合は本区分の「2のロの(1) 少数歯欠損」の所定点数を、区分番号M025に掲げる口蓋補綴、顎補綴の「1」~~印象採得が困難なものを算定する場合は本区分の「2のロの(2) 多数歯欠損」の所定点数を、区分番号M025に掲げる口蓋補綴、顎補綴の「2」印象採得が著しく困難なものを算定する場合は本区分の「2のロの(3) 総義歯」の所定点数をそれぞれ咬合採得として算定する。また、副子における咬合採得については、当該副子の範囲に相当する歯数により、本区分の「2のロ 有床義歯」により算定する。

(3) 欠損補綴に係る咬合採得については、2回以上行っても顎堤の状況や欠損形態にかかわらず所定点数により算定する。

M007 仮床試適

(1) 仮床試適の費用は、仮床試適を行った際に製作物ごとに算定する。

(2) 仮床試適は次により算定する。

イ 「1 少数歯欠損」に該当するものは、1歯より8歯欠損までの欠損補綴。

ロ 「2 多数歯欠損」に該当するものは、9歯より14歯欠損までの欠損補綴。

ハ 「3 総義歯」に該当するものは、総義歯。

(3) 有床義歯を装着しない口蓋補綴及び顎補綴における仮床試適については、~~区分番号M025に掲げる口蓋補綴、顎補綴の「1 印象採得が簡単なもの」を算定する場合は本区分の「2 多数歯欠損」の所定点数を、区分番号M025に掲げる口蓋補綴、顎補綴の「1」~~印象採得が困難なもの」又は「2」印象採得が著しく困難なものを算定する場合は本区分の「3 総義歯」の所定点数を算定する。

M008 ワンピースキャストブリッジの試適

(1) 前歯部に係るワンピースキャストブリッジの製作に当たり、鑄造物の適否等を診断するために試適を行った場合に算定する。

- (2) その他のブリッジにおいては、前歯部に係る当該ブリッジの製作に当たり鑄造物等の適否等を診断するために、試適を行った場合は、「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」に準じて算定する。

< 歯冠修復 >

M009 充填

- (1) 「1 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) 「2 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) 充填の費用は窩洞数にかかわらず1歯単位で算定する。したがって、「1 単純なもの」を同一歯の複数窩洞に行った場合であっても、「1 単純なもの」の所定点数により算定する。
- (4) 充填の費用は窩洞形態に応じ算定するものであるが、同一歯に「1 単純なもの」及び「2 複雑なもの」の窩洞が混在する場合は、「2 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、「1 単純なもの」として算定する。
- (6) 3面以上にわたる窩洞に珪酸セメント、珪燐酸セメント及び歯科充填用即時硬化レジンをを行った場合は、「1 単純なもの」として算定する。
- (7) 前歯部5級窩洞、臼歯部歯質くさび楔状欠損又は歯の根面部のう蝕等に対する充填は、いずれも「1 単純なもの」により算定する。
- (8) 充填を行うに当たり窩洞形成を行った場合は、区分番号M001-2に掲げるう蝕歯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」の所定点数を算定する。
- (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については1窩洞として取り扱う。
- (10) 歯科充填用材料 の保険医療材料を算定する歯科用複合レジン充填材料を用いて、窩洞の修復を行った場合は、次の取扱いとする。なお、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のロ その他」及び合着・接着材料をそれぞれ算定する。

イ 単純なもの

「1 単純なもの」に掲げる所定点数を算定し、保険医療材料については歯科充填用材料 の「(2) 複雑なもの」に係る点数を算定する。

ロ 複雑なもの

「2 複雑なもの」に掲げる所定点数を算定し、保険医療材料については歯科充填用材料 の「(1) 単純なもの」に係る点数及び「(2) 複雑なもの」に係る点数を合算した点数を算定する。

~~なお、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のロ その他」及び合着・接着材料をそれぞれ算定する。~~

- (11) 歯科充填用材料 の保険医療材料料を算定する歯科用複合レジン充填材料を用いて、窩洞の修復を行った場合は、次の取扱いとする。なお、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の口 その他」及び合着・接着材料料をそれぞれ算定する。

イ 単純なもの

「1 単純なもの」に掲げる所定点数を算定し、保険医療材料料については歯科充填用材料 の「(2) 複雑なもの」に係る点数を算定する。

ロ 複雑なもの

「2 複雑なもの」に掲げる所定点数を算定し、保険医療材料料については歯科充填用材料 の「(1) 単純なもの」に係る点数及び「(2) 複雑なもの」に係る点数を合算した点数を算定する。

~~なお、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の口 その他」及び合着・接着材料料をそれぞれ算定する。~~

- (12) 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であって封鎖を行った場合は、区分番号M009に掲げる充填の「1 単純なもの」と保険医療材料料により算定する。なお、形成を行った場合は区分番号M001に掲げる歯冠形成の「3のイ 単純なもの」の所定点数により算定する。

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。

- (13) 充填を行った場合の研磨の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

M010 鑄造歯冠修復

- (1) 「1のイ 単純なもの」とは、隣接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、隣接面を含む窩洞に行うインレーをいう。
- (3) 全部鑄造冠、前装鑄造冠、前歯の4分の3冠、臼歯の5分の4冠とは、全部鑄造冠方式又は全部鑄造冠に準ずる方式で製作する鑄造歯冠修復（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面の鑄造歯冠修復のすべての場合が該当するものではない。
- (4) 接着冠に係る鑄造歯冠修復及び保険医療材料料は、「2 4分の3冠」に準じて算定する。
- (5) 5分の4冠としての鑄造歯冠修復は小白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白歯を支台として使用する場合にはこの限りでない。
- (6) 乳歯の歯冠修復は銀合金により行う。また、乳歯に対する鑄造歯冠修復については、交換期を考慮して鑄造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こと。
- (7) 可動性ブリッジ（半固定性ブリッジ）の可動性連結装置については、1装置につき

「1の口 複雑なもの」に準じて算定する。

- (8) 鑄造歯冠修復の欠損部を鑄造歯冠修復によって修復することは、全部鑄造冠の場合を除き認められない。
- (9) 智歯に対し必要がある場合には、鑄造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白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、遠心根にそれぞれ鑄造冠を製作し連結して装着する場合には、歯内療法については当該歯を単位として算定し、歯冠修復について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については、それぞれ小白歯の材料料として算定する。

- (11) コンベネーション・インレーを製作した場合は、それぞれの所定点数により算定する。
- (12) 抜歯禁忌症で義歯製作の必要上、やむを得ず残根を残す場合であって、根の**形態修正**~~削除~~のみを行う場合は、区分番号I 0 0 0 に掲げるう齶蝕処置により算定する。

ただし、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、鑄造歯冠修復で根面を被覆した場合には、歯冠形成については区分番号M 0 0 1 に掲げる歯冠形成の「3のイ 単純なもの」、鑄造歯冠修復については本区分の「1のイ 単純なもの」及び保険医療材料料を算定する。また、歯科充填用材料 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」の所定点数を、充填の費用については区分番号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、必要があっても、根管処置及び根面被覆処置が完了した残根上に、義歯の装着を行うことは認められる。

M 0 1 1 前装鑄造冠

- (1) 前装鑄造冠とは、全部鑄造冠方式で製作された歯冠修復物の唇面を硬質レジンで前装したものをいい、前歯に限り認められる。
- (2) 前装鑄造冠及び前装鑄造ポンティック（ダミー）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M 0 0 1 に掲げる歯冠形成の「3のイ 単純なもの」、充填は区分番号M 0 0 9 に掲げる充填の「1 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M 0 0 0 - 2 に掲げる**クラウン・ブリッジの補綴物**維持管理を算定している前装鑄造冠及び前装鑄造ポンティック（ダミー）の前装部分に行った修理の費用は、区分番号M 0 0 0 - 2 に掲げる**クラウン・ブリッジ補綴物**維持管理料に含まれ別に算定できない。
- (3) 前装鑄造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歯につき生活歯は区分番号M 0 0 1 に掲げる歯冠形成の「1のイ 鑄造冠」及び区分番号M 0 0 1 に掲げる歯冠形成の「注1」の加算点数を、失活歯は区分番号M 0 0 1 に掲げる歯冠形成の「2のイ 鑄造冠」、区分番号M 0 0 1 に掲げる歯冠形成の「注2」及び「注3」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M 0 0 2 に掲げる支台築造の「1 メタルコア」又は「2 その他」及び保険医療材料料を算定する。

ロ 印象採得を行った場合は、1歯につき区分番号M003に掲げる印象採得の「1のロ 連合印象」を算定する。

ハ 装着した場合は、1歯につき区分番号M005に掲げる装着の「1のイ 鑄造歯冠修復又は硬質レジンジャケット冠」を算定する。

M014 ジャケット冠

(1) ジャケット冠はレジンジャケット冠のことをいう。

(2) 乳歯に対するジャケット冠についても所定点数を算定する。

(3) ジャケット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、生活歯に行く場合は区分番号M001に掲げる歯冠形成の「1のロ ジャケット冠」を、失活歯に行った場合は区分番号M001に掲げる歯冠形成の「2のロ ジャケット冠」及び区分番号M001に掲げる歯冠形成の「注4」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」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のロ その他」及び保険医療材料料を算定する。

(4) 歯科射出成形樹脂（歯冠用）を用いて、単層成形を行った場合は、ジャケット冠により算定する。

(5) 乳歯の前歯又は永久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入り、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「1のロ ジャケット冠」により、また、歯冠修復の費用についてはジャケット冠の所定点数により算定する。なお、この場合、使用した保険医療材料料は、歯科充填用材料又は「(1) 単純なもの」と「(2) 複雑なもの」を合算して算定する。

(6) 複合レジン冠を失活歯に行った場合は所定点数を算定する。なお、歯冠形成の費用は区分番号M001に掲げる歯冠形成の「2のロ ジャケット冠」により算定する。

M015 硬質レジンジャケット冠

(1) 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 ジャケット冠」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 ジャケット冠」及び区分番号M001に掲げる歯冠形成の「注4」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のイ 鑄造歯冠修復又は硬質レジンジャケット冠」及び保険医療材料料を算定する。

(2) 応分の咬合圧に耐えうる場合等に限り、小臼歯に対して硬質レジンジャケット冠により歯冠修復を行った場合には所定点数により算定する。

- (3) 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。

M016 乳歯金属冠

- (1) 乳歯金属冠は既製の金属冠をいう。
- (2) 乳歯金属冠を装着するに当たっては、次により算定する。
- イ 歯冠形成を行った場合は1歯につき、生活歯の場合は区分番号M001に掲げる歯冠形成の「1の八 乳歯金属冠」を、失活歯の場合は区分番号M001に掲げる歯冠形成の「2の八 乳歯金属冠」を算定する。
- ロ 印象採得を行った場合は1歯につき、区分番号M003に掲げる印象採得の「1のイ 単純印象」を算定する。
- 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のロ その他」及び保険医療材料料を算定する。

<欠損補綴>

M017 ポンティック（ダミー）

- (1) 臼歯部におけるポンティック（ダミー）にレジン歯を使用することは認められないが、咬合面を金属で製作し、他の部分にレジン前装を施した場合に所定点数を算定する。
- (2) 延長ブリッジの場合の7番ポンティック（ダミー）の保険医療材料料は小白歯（鑄造ポンティック（ダミー）の保険医療材料料の小白歯）に該当する保険医療材料料を算定する。
- (3) 前装鑄造ポンティック（ダミー）とは、鑄造方式により製作されたポンティック（ダミー）の唇面を硬質レジンにより前装したものをいう。
- (4) 前装鑄造ポンティック（ダミー）は、前歯の支台歯を前装鑄造冠又は4分の3冠により製作されたブリッジの前歯のものに限り認められる。ただし、3番、4番の2歯欠損については、小白歯の前装鑄造ポンティック（ダミー）は算定できる。
- (5) 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に掲げる鑄造歯冠修復の「1のロ 複雑なもの」及び区分番号M001に掲げる歯冠形成の「3のロ 複雑なもの」を算定する。
- (6) 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（ダミー）を分割して製作することは、認められない。
- (7) ブリッジについては、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、中側切歯については連続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。ただし、第二大臼歯欠損の場合に、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（ダミー）を行う場合に限り認められる。
- (ニ) 隣接歯の処置状況等からやむをえず延長ブリッジを行う場合にあっては、側切歯及び小白歯1歯のみ認められる。

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

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

ロ ブリッジ設計の考え方

ブリッジの設計については、「ブリッジについての考え方2007」（平成19年11月日本歯科医学会）によること。

(8) 分割抜歯後のブリッジの製作

イ 第1、第2大臼歯を分割抜歯してブリッジの支台歯とすることは、「ブリッジについての考え方2007」（平成19年11月日本歯科医学会）の「5 咬合力の負担からみたブリッジの適応症と設計、4）その他（歯根を分割抜去した大臼歯に対するブリッジの適用について）」の項を参照し、残った歯冠、歯根の状態が歯科医学的に適切な場合に限り認められる。

なお、上顎第2大臼歯の遠心頬側根抜歯、下顎第2大臼歯の遠心根抜歯の場合の延長ポンティック（ダミー）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（ダミー）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と考えられ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、欠損部をポンティック（ダミー）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ティック（ダミー）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 （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	$4 / 3 = 1.3 \dots$	
F		4		6の残した根も7のRもFの1/3を超える	

ので、この場合条件を満たしている。

例 （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

のでこの場合条件を満たしている。

- 八 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、支台歯としての小臼歯歯冠修復と小臼歯のポンティック（ダミー）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。
- 二 下顎の第1又は第2大臼歯を近遠心2根のうち1根を残して分割抜歯してブリッジの支台とする場合は、1根を支台歯としての小臼歯歯冠修復と小臼歯ポンティック（ダミー）として算定して差し支えない。単独冠として行う場合は、小臼歯の歯冠修復として算定して差し支えない。
- (9) ブリッジを装着するに当たり、ワンピースキャスト法によ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の二の(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」又は区分「2の二の(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」を、それ以外の方法により支台装置の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、ポンティック（ダミー）の印象採得を行った場合は1装置につき同区分「2のイの(1) 簡単なもの」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)の(一) 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」又は区分番号M006に掲げる咬合採得の「2のイの(1)の(二) 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」を、装着した場合は支台装置の装着については1歯につき区分番号M005に掲げる装着の「1のイ 鑄造歯冠修復又は硬質レジンジャケット冠」又は区分番号M005に掲げる装着の「1のロ その他」及び保険医療材料料を、ブリッジの装着については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。
- (10) 必要があって根を分離切断した下顎大臼歯を支台歯として使う場合の指数は「6」として大臼歯1歯の取扱いとする。ただし、分離切断したのであるから、実態に合わせて指数を減ずることを考慮すべきである。
- (11) インレーを支台装置とするブリッジについては、窩洞形成を行った場合の費用は区分番号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、インレーを支台装置とするブリッジについては、区分番号M000-2に掲げる[クラウン・ブリッジ補綴物維持管理料](#)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・ブリッジ補綴物維持管理料](#)の算定はできない。
- (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）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は延長ブリッジについては適用しない旨のただし書きは、延長したポンティック（ダミー）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、

2	1 2	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 2 | 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、

2 | 1 2 | もブリッジの設計としては不適である。

- (13) 「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。
- (14) 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。
- (15) 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（ダミー）は両隣接支台歯の何れかの形態を模して決定するが、その指数について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。
- (16) 咬合緊密のため有床義歯が装着不可能な症例におけるブリッジの製作の必要性は、**歯科**医学的判断に待つべきものであるが、診療報酬請求の段階において個々の症例について客観的に妥当なものであるかどうかの判断が困難であるので、これが運用の円滑を期するため、(16)によりこの**歯科**医学的判断についてあらかじめ指導行政庁等の専門的意見によって調整を加えるものであり、保険者が承認を与えるものではない。
- (17) 有床義歯では目的が達せられないか或いは嚥下吸引等の事故を起こす恐れが極めて大である場合であってブリッジを行う以外に方法がないときは、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、当該ブリッジの適否を決する。
- ~~(18) (17)の場合において添付模型の製作料は、区分番号D-0-0-3に掲げるスタディモデルにより算定する。ただし、算定にあたっては診療報酬明細書の摘要欄に算定の理由を明記すること。~~
- (18)** ~~(19)~~ 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（ダミー）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については、側切歯又は第一小臼歯、あるいは双方の歯冠幅を僅かずつ拡大して歯冠修復を行い、場合によっては補綴隙等を行うことにより対応する。
犬歯のポンティック（ダミー）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り、ブリッジの設計を「 3 」に変更することは差し支えない。この場合、診療報酬明細書の摘要欄に中切歯の状況等を記載すること。
- (19)** ~~(20)~~ 側切歯及び犬歯、あるいは犬歯及び第一小臼歯の2歯欠損であって、犬歯が低位唇側転位していたため間隙が1歯分しかない場合に限り、ポンティック（ダミー）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（ダミー）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（ダミー）の抵抗値（F値）は犬歯の「5」として設計する。

この場合、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。

(20) (21) 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及び第一小白歯、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、間隙のほうは1歯分程度小さく2歯分となる場合のブリッジについては、「ブリッジについての考え方2007」（平成19年11月日本歯科医学会）に従って実際の歯式どおり対応する。

ただし、保険適用の有無を確認することになるので、理由書、模型及びエックス線フィルム又はその複製を地方厚生（支）局長に提出してその適否を決するものとする。また、添付模型の製作の費用は、基本診療料に含まれ、算定できないが区分番号D0003に掲げるスタディモデルにより算定するが、添付フィルム又はその複製については、区分番号E100に掲げる歯牙、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明記すること。

(21) (22) 6及び6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、前者について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、後者については隣接する第二大臼歯に金合金又は白金加金の全部鑄造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。

M018 有床義歯

- (1) 有床義歯については、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。
- (2) 欠損補綴に当たっての歯数の数え方については、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歯については、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) 欠損部の後方に天然歯のない場合に製作した義歯を遊離端義歯といい、また、遊離端義歯と中間義歯（欠損部の前後又は左右に天然歯のある場合に製作した義歯をいう。）とが混合している義歯を複合義歯という。
- (5) 上顎左側第二大臼歯から上顎右側第二大臼歯が欠損している（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。

- (6) 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、義歯の製作の費用は所定点数により算定する。
- (7) 抜歯禁忌症以外の場合で、残根歯に対して歯内療法及び根面被覆処置が完了したものについて、必要があって義歯を製作した場合には、その費用は算定できる。
- (8) 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、歯冠形成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」、充填については区分番号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。
- (9) 骨植堅固で保存可能な残根歯を利用したアタッチメントを使用した総義歯については算定できない。
- (10) 前歯部の間隙のみがある場合、これを有床義歯の隙により補綴することは歯科医学的に適切でない。
- (11) 小児義歯は原則として認められないが、後継永久歯が無く著しい言語障害及び咀嚼障害を伴う先天性無歯症~~児~~、象牙質形成不全症、象牙質異形成症又はエナメル質形成不全症であって脆弱な乳歯の早期崩壊又は後継永久歯の先天欠損を伴う場合、外胚葉性異形成症、低フォスファターゼ症、パピヨン＝ルフェブル症候群及び先天性好中球機能不全症、その他の先天性疾患により後継永久歯が無い場合若しくはこれに準ずる状態であって、小児義歯以外には咀嚼機能の改善・回復が困難な小児に対する小児義歯に限り、有床義歯により算定する。なお、小児義歯に係る費用を算定する場合は、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に義歯の装着年月日、装着部位及び小児義歯が必要となった疾患名を記載すること。なお、先天性疾患以外の疾患により後継永久歯がない場合に準ずる状態であって、小児義歯以外には咀嚼機能の改善・回復が困難な小児に対して小児義歯を適用する場合においては、予め理由書及びエックス線フィルム又はその複製を地方厚生(支)局長に提出し、保険適用の適否を決するものとする。
- (12) 模型上で抜歯後を推定して製作する即時義歯は認められるが、即時義歯の仮床試適に係る費用は算定できない。ただし、即時義歯とは長期的に使用できるものをいい、暫間義歯は算定できない。

なお、歯肉の退縮等により比較的早期に床裏装を行った場合は、区分番号M029に掲げる有床義歯修理により算定する。

- (13) 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、その費用は算定できる。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においては認められない。

M019 熱可塑性樹脂有床義歯

- (1) 熱可塑性樹脂有床義歯とは、熱可塑性を有する、義歯床用ポリエーテルサルホン樹脂、義歯床用ポリサルホン樹脂、義歯床用強化ポリカーボネート樹脂又はアクリリック樹脂により製作された有床義歯であって、臨床上使用できる強度を有しているものをいう。
- (2) 熱可塑性樹脂有床義歯については、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。

M 0 2 0 鑄造鉤

- (1) 14カラット金合金による鉤は2歯欠損までの有床義歯の場合に限り算定できる。
- (2) 保険医療材料料については、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両翼鉤として算定し、2歯以上にわたるパークラスプは、双歯鉤として算定する。

なお、保険医療材料料については、別に定める鑄造鉤の使用材料料の双歯鉤の大・小臼歯により算定する。

M 0 2 1 線鉤

バックアクション鉤等に要する費用は、本区分の「1 双歯鉤」により算定する。

M 0 2 3 バー

- (1) 保持装置とは、孤立した中間欠損部分を補綴するため、局部義歯の鑄造バー又は屈曲バーと当該欠損部に用いる人工歯を連結するために使用される小連結子をいう。
- (2) 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」により算定し、ケネディバーは「1 鑄造バー」により算定する。
- (4) 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できる。

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できる。

- (5) 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。

M 0 2 4 臼歯金属歯

局部義歯又は総義歯において臼歯金属歯を使用した場合には、区分番号M 0 1 8に掲げる有床義歯の所定点数及び区分番号M 0 2 4に掲げる臼歯金属歯の所定点数を合算して算定する。

M 0 2 5 口蓋補綴、顎補綴

- (1) 義歯を装着した口蓋補綴又は顎補綴を行った場合の費用は、義歯の費用と口蓋補綴又は顎補綴の費用をそれぞれ算定する。
- (2) 口蓋裂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の必要があり、いわゆるスピーチエイド等の発音補整装置を装着した場合は本区分により算定する。

なお、当該装置の調整に要する費用は1回につき区分番号M 0 2 9に掲げる~~係る~~有床義歯修理により算定する。

- (3) 濾胞性歯嚢胞の摘出の際、術前にあらかじめ製作しておいた口蓋板の装着を行った場合は、「1 印象採得が~~困難~~簡単なもの」により算定する。
- (4) 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、必要があつて有床義歯に発音補助装置を付加して製作し装着した場合、当該発音補助装置については「~~1~~印象採得が困難なもの」により算定する。ただし、区分番号M 0 0 3に掲げる印象採得の費

用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

- (5) 区分番号 J 0 2 2 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ホツツ床(哺乳床)を装着した場合は、当該区分の「1 印象採得が困難なもの」により、同一の患者に対して3回を限度として算定する。ただし、印象採得、材料、装着、修理、調整等の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。
- (6) 口腔外科領域における悪性腫瘍摘出術の術後、ラジウム照射を行うため、その保持と防禦を兼ねた特別な装置を製作し装着した場合には、当該所定点数の各区分により算定する。

<その他の技術>

(ろう着)

歯冠修復物及び欠損補綴物をろう着した場合の費用は、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。

M 0 2 6 補綴隙

- (1) 補綴隙は、必要と認められる場合に限り前歯部にはレジン隙を、臼歯部には金属隙の使用が認められるが、その費用は、いずれも補綴隙の所定点数により算定する。なお、総義歯については認められない。
- (2) 間隙が広く補綴物を必要とする場合は、金属冠に使用しても差し支えない。

<修理>

M 0 2 9 有床義歯修理

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

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

M 0 3 0 有床義歯内面適合法床裏装

- (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) 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。
- (3) 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、修理及び有床義歯内面適合法（有床義歯床裏装）の点数をそれぞれ算定する。ただし、同一日に直接法により床裏装を行った場合の修理の費用は、有床義歯床裏装の所定点数に含まれる。
- (4) 床裏装に際しての印象採得料は、区分番号M003に掲げる印象採得の「2の口 連合印象」により算定する。
- (5) 口蓋補綴を行い、有床義歯装着後、当該義歯不適合のため床裏装を行った場合は、「2 総義歯」により算定する。
- (6) 有床義歯の換床を行った場合は、本区分により算定する。

M032 帯環金属冠修理

- (1) 修理に際して同時に抜髄又は根管充填等の処置を行った場合は、それらの処置の費用はそれぞれの所定点数により算定する。
- (2) 歯科医学的に適切なブリッジの修理については、当該ブリッジが別に定める材料価格基準に記載されている代用合金材料で製作されている場合は、「2 その他の合金冠」の所定点数に当該ブリッジのポンティック（ダミー）と支台歯の数の合計数を乗じて得た点数により算定する。
- (3) ブリッジの修理に際し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(1) 簡単なもの」により算定する。
- (4) ブリッジの修理に際し装着を行った場合は、支台装置1歯につき区分番号M005に掲げる装着の「1のイ 鑄造歯冠修復又は硬質レジンジャケット冠」又は区分番号M005に掲げる装着の「1のロ その他」により、ブリッジ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により算定する。ただし、口腔内においてポンティック（ダミー）部分を修理した場合の装着料の算定は認められない。
- (5) 平成4年3月までに保険給付をされていたブリッジで同月までに装着されたものが、破損した場合の修理（保険給付の修理と同一の場合）あるいは脱落した際の再装着の費用は所定点数により算定する。

M033 金合金鉤修理

金合金鉤修理の所定点数は、14カラット金合金鑄造鉤以外の金合金鉤（従来の金鉤）について修理を行った場合に算定し、14カラット金合金鑄造鉤の修理は算定できない。

M034 歯冠継続歯修理

- (1) 前歯部のポンティック（ダミー）の修理は、本区分により算定する。
- (2) 咬合面が金属であるレジン裏装を行った臼歯部ブリッジ架王義歯のポンティック（ダミー）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。

~~第2節 歯冠修復及び欠損補綴医療機器等加算~~

~~M-0-9-1 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、区分番号C-0-0-0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。~~
- ~~(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。~~

第13部 歯科矯正

通則

- 1 歯科矯正は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において行う別に厚生労働大臣が定める疾患に起因した咬合異常又は別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において行う顎変形症（顎離断等の手術を必要とするものに限る。）の手術の前後における療養に限り保険診療の対象とする。
- 2 歯科矯正の費用は、第1節の各区分の注に「保険医療材料料を含むものとする。」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節の保険医療材料料を合算して算定する。
- 3 区分番号N000に掲げる歯科矯正診断料又は区分番号N001に掲げる顎口腔機能診断料の算定に基づく診断を行った患者に限り、別に厚生労働大臣が定める疾患に起因した咬合異常又は別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において行う顎変形症（顎離断等の手術を必要とするものに限る。）の手術の前後における療養として歯科矯正を行うことができる。
- 4 印象採得、咬合採得及び装着については、それぞれの診療行為を行った日に算定する。
- 5 歯科矯正料の項に掲げられていない歯科矯正のうち、特殊な歯科矯正の歯科矯正料は、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) クルーゾン症候群
 - (5) トリチャーコリンズ症候群
 - (6) ピエールロバン症候群
 - (7) ダウン症候群
 - (8) ラッセルシルバー症候群
 - (9) ターナー症候群
 - (10) ベックウィズ・ヴィードマン症候群
 - (11) 尖頭合指症
 - (12) ロンベルグ症候群
 - (13) 先天性ミオパチー
 - (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
- (24) 筋ジストロフィー
- (25) 大理石骨病
- (26) 色素失調症
- (27) 口 顔 指症候群
- (28) メービウス症候群
- (29) カブキ症候群
- (30) クリッペル・トレノーネイ・ウェーバー症候群
- (31) ウィリアムズ症候群
- (32) ピンダー症候群
- (33) スティックラー症候群

8 別に厚生労働大臣が定める疾患に起因した咬合異常に対する歯科矯正の療養は、当該疾患に係る育成医療及び更生医療を担当する保険医療機関からの情報提供等に基づき連携して行われるものである。

第1節 歯科矯正料

N 0 0 0 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、別に厚生労働大臣が定める疾患に起因した咬合異常が認められる場合であって、当該疾患の治療を行った医科の保険医療機関又は患者若しくはその家族からの情報及び資料により、当該患者が当該疾患を現に有することが確認された場合に限り算定する。
- (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N 0 0 3に掲げる歯科矯正セファログラム及び区分番号N 0 0 4に掲げる模型調製の費用は別に算定できる。
- (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であって、顎切除等の手術を必要とするものに係る歯科矯正診断料については、当該手術を担当する保険医療機関名及び担当保険医氏名を治療計画書に記載する。
- (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）及び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

二 保険医療機関名、担当保険医氏名等

- (5) 患者又はその家族に提供した文書の写しを診療録に添付すること。
- (6) 歯科矯正診断料を算定する場合は、診療録に、患者又はその家族に提供した治療計画書の要点を記載すること。
- (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には、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こと。

N001 顎口腔機能診断料

- (1) 顎口腔機能診断料は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関に限り算定する。
- (2) 顎口腔機能診断料は、顎離断等の手術を必要とする顎変形症の患者の口腔状態、顎骨の形態、成長及び発育等について、咀嚼筋筋電図、下顎運動等の検査、歯科矯正セファログラム、口腔内写真、顔面写真及び予測模型等による評価又は分析を行い、これらの結果と既に行った治療内容の評価を併せて可及的に長期的な予測を行った上で、治療計画書を作成し、患者又はその家族に対して、その内容について説明し、文書により提供した場合に算定する。なお、区分番号N003に掲げる歯科矯正セファログラム及び区分番号N004に掲げる模型調製の費用は別に算定できる。
- (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)及び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、担当保険医氏名等
- (4) 患者又はその家族に提供した文書の写しを診療録に添付すること。
- (5) 顎口腔機能診断料を算定する場合は、診療録に、患者又はその家族に提供した治療計画書の要点等を記載すること。
- (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には、顎口腔機能診断料は算定できない。
- (7) 顎口腔機能診断料の算定に係る歯科矯正及び顎離断等の手術は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関

で実施される歯科矯正を担当する歯科医師及び顎離断等の手術を担当する保険医療機関の歯科医師又は医師の十分な連携の下に行い、これら一連の治療に関する記録は、当該療養を担当するそれぞれの歯科医師又は医師において保管すること。

N 0 0 2 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N 0 0 0に掲げる歯科矯正診断料の「注1」又は区分番号N 0 0 1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には、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N 0 0 0に掲げる歯科矯正診断料の「注1」若しくは区分番号N 0 0 1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には、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、~~顎切離顎変形症、顎離断等の手術を必要とするものに限る。~~の療養を行うの場合においては、~~当該顎切除、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~~歯科医師の~~氏名等を記載したものをいう。

- (5) 患者又はその家族に提供した文書の写しを診療録に添付すること。

- (6) 歯科矯正管理料を算定する場合は、診療録に、患者又はその家族に提供した文書の要点を記載すること。

- (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、顔面写真等の費用は、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の費用は、歯科矯正管理料に含まれる。

N 0 0 3 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樫の延長線に対して、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である。

- (3) 歯科矯正セファログラムに用いたフィルム及びデジタル映像化処理に係る費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

N 0 0 4 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ものである。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、歯科矯正を開始したとき、動的処置を開始したとき、マルチブラケット法を開始したとき、顎離断等の手術を開始終了したとき及び保定を開始したとき、それぞれ一回に限り算定する。
- (4) 予測模型は、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である。
- (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、歯科矯正を開始したとき又は動的処置を開始したときは、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したときも1回に限り算定する。
- (6) 製作した模型については、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。

N 0 0 5 動的処置

- (1) 動的処置とは、区分番号N 0 0 0に掲げる歯科矯正診断料の「注1」又は区分番号N 0 0 1に掲げる顎口腔機能診断料の「注1」に規定する治療計画書に基づき策定された区分番号N 0 0 8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とする。
- (2) 動的処置の費用は、区分番号N 0 0 8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) 同一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、同一月内の第1回目として取り扱う。

N 0 0 6 印象採得

- (1) 歯科矯正における印象採得は、床装置、アクチバトル（FKO）等装置ごとに算定する。
- (2) マルチブラケット装置の印象採得をステップ、ステップ、ステップ及びステップ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限局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、(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の八 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の費用は本区分の「1 マルチブラケット装置」を、装着の費用は区分番号N008に掲げる装着の「1の口 固定式装置」及び装置の費用は区分番号N018に掲げるマルチブラケット装置の「1の口 4装置目以降の場合」により算定するものとし、第2回目以降の装置の費用については区分番号N018に掲げるマルチブラケット装置の「1の口 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」の加算については、各区分の算定要件を満たしている場合に算定できる。

N007 咬合採得

- (1) 歯科矯正における咬合採得は、床装置、アクチバートル(FKO)等装置ごとに算定する。
- (2) マルチブラケット装置の場合は、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び場合若しくは顎変形症の場合であって前後又は側方の顎の狭窄を伴うため顎の拡大の必要がある場合をいう。
- (4) 「3 構成咬合」とは、アクチバートル、ダイナミックポジショ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。

N008 装着

- (1) 「1のイ 可撤式装置」に該当するものは、患者が自由に着脱できる床装置、アクチバートル、リトラクター等である。
- (2) 「1の口 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できる。
- (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、フォースシステムの費用は算定できない。
- (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こと。

N009 撤去

ポータータイプの拡大装置の撤去の費用は、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。

N010 セパレイティング

- (1) セパレイティングとは、帯環を調製装着するため、歯間を離開させることをいい、相隣接する2歯間の接触面を1箇所として算定する。なお、これに使用した真鍮線等の撤

去に要する費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

- (2) 叢生(クラウディング)について、唇顎口蓋裂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I 0 0 0 - 2に掲げる咬合調整の各区分により算定する。

N 0 1 1 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。

N 0 1 2 床装置

マルチブラケット装置以外の装置については、次により算定する。

- イ 「1 簡単なもの」については、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」については、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。

N 0 1 3 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、保険医療材料等の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

N 0 1 4 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。

N 0 1 5 拡大装置

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

N 0 1 6 アクチバトル(FKO)

本区分に該当するものは、アクチバトル及びダイナミックポジショナーである。

N 0 1 7 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N 0 2 8に掲げる床装置修理により算定する。

N 0 1 8 マルチブラケット装置

マルチブラケット装置については、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 とは、レベリングを行うことをいう。
- ニ ステップ 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 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 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の費用は区分番号N006に掲げる印象採得の「1 マルチブラケット装置」、装着の費用は区分番号N008に掲げる装着の「1の口 固定式装置」及び装置の費用は本区分の「1の口 4装置目以降の場合」に掲げる所定点数により算定するものとし、第2回目以降の装置の費用については、本区分の「1の口 4装置目以降の場合」のみの算定とする。

なお、区分番号N008に掲げる装着の「注1」及び「注3」の加算については、各区分の算定要件を満たしている場合に算定できる。

N019 保定装置

- (1) 保定装置とは、動的処置の終了後、移動させた歯及び顎を一定期間同位置に保持する装置をいう。
- (2) 動的処置に使用した矯正装置をそのまま保定装置として使用した場合には、保定装置の費用は算定できない。
- (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性がある場合に限り算定する。
- (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。

N020 鉤

「2 複雑なもの」に該当するものは、アダムス鉤である。

N021 帯環

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

N023 フック

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

N024 弾線

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

N025 トルキングアーチ

トルキングアーチについては、装着、結紮等の費用は別に算定できない。

N026 附加装置

- (1) 附加装置には、保険医療材料等（交換用のエラスティクスを含む。）の費用を含む。
- (2) 超弾性コイルスプリングを用いて顎間又は顎内固定を行った場合は、1箇所1個につき、「2 コイルスプリング」及び「4 アップライトスプリング」に掲げる所定点数を合算した点数により算定する。

N027 矯正用ろう着

本区分に該当するものは、通常のろう着、自在ろう着、電気熔接である。

なお、チューブ、ブラケット等を電気溶接する場合には、1個につき1か箇所として算定する。

N 0 2 8 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N 0 0 5に掲げる動的処置に含まれ別に算定できない。

第14部 病理診断

通則

第14部に規定する病理診断に係る費用以外の費用の算定は、医科点数表の例により算定する。

病理診断・判断料

0001 口腔病理診断料

- (1) 口腔病理診断料を算定できる保険医療機関は、病理診断を専ら担当する歯科医師又は医師が勤務する病院でなければならないが、年間の剖検数・生検数が十分にあること、剖検室等の設備や必要な機器等を備えていること、病理部門の要員を備えていること等を満たしている~~程度の保険医療機関である~~ことが望ましい。
- (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、保険医療機関に出向いて病理診断を行った場合等、当該保険医療機関における勤務の実態がない場合においては、**口腔**病理診断料は算定できない。
- (3) 当該保険医療機関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~~のみ~~を行った場合には、月1回に限り所定点数を算定する。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（テレパソロジーによる術中迅速病理組織標本作製を行う場合を除く。）においては、療養の給付の対象とならない。

別紙様式 1

歯科疾患管理料に係る管理計画書（初回用）

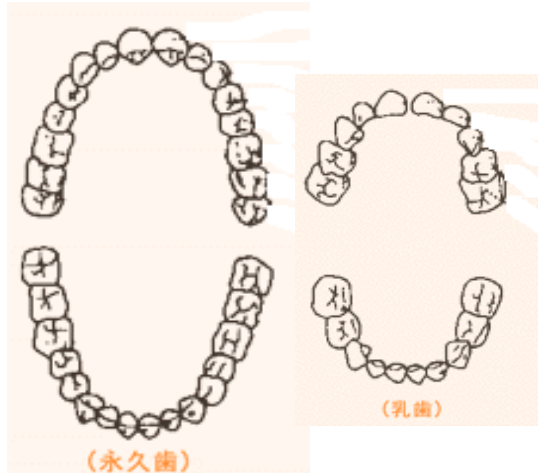
[患者記入欄]

年 月 日

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

[保険医療機関記入欄]

年 月 日

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

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

別紙様式 2

歯科疾患管理料に係る管理計画書（継続用）

年 月 日

患者氏名				性別	男・女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)				
【現在のお口の中の状況】（該当項目の□にチェックしてください）					
・痛みについて	<input type="checkbox"/> 痛い	<input type="checkbox"/> 時々痛い	<input type="checkbox"/> 痛くない		
・歯肉の出血について	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない		
・腫れについて	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない		
・食事について	<input type="checkbox"/> 食べにくい	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 食べやすくなった		
・その他（					）
【生活習慣の状況】					
・1日の歯磨きの回数	（ ）回				
・歯磨きの時間	<input type="checkbox"/> 朝食後	<input type="checkbox"/> 昼食後	<input type="checkbox"/> 夕食後	<input type="checkbox"/> 就寝前	
・習慣的飲料物	<input type="checkbox"/> 炭酸飲料	<input type="checkbox"/> ジュース	<input type="checkbox"/> その他（ ）		
・間食の取り方	<input type="checkbox"/> 不規則	<input type="checkbox"/> 規則正しい	<input type="checkbox"/> しない		
・歯口清掃器具の使用	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 歯ブラシ	<input type="checkbox"/> フロス	<input type="checkbox"/> 歯間ブラシ	
・その他（					）

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

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

別紙様式3

歯科疾患在宅療養管理料に係る管理計画書

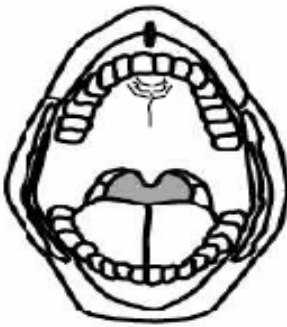
平成 年 月 日

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

【全身の状態】

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

【口腔内の状態】

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

【口腔機能管理】(口腔機能管理加算に係る管理計画)

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

【管理方針等】

--

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

厚生労働省保険局医療課長

厚生労働省保険局歯科医療管理官

基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて

標記については、本日、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成22年厚生労働省告示第号）の公布に伴い、「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件」（平成22年厚生労働省告示第号）が公布され、平成22年4月1日より適用されることとなったところであるが、保険医療機関からの届出を受理する際には、下記の事項に留意の上、貴管下の保険医療機関及び審査支払機関等に周知徹底を図り、その取扱いに遺漏のないよう特段の御配慮を願いたい。

なお、従前の「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成20年3月5日保医発第0305001号）は、平成22年3月31日限り廃止する。

記

第1 基本診療料の施設基準等

基本診療料の施設基準等については、[「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件」（平成22年厚生労働省告示第号）](#)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）に定めるものの他、下記のとおりとする。

- 1 初・再診料の施設基準等は別添1のとおりとする。
- 2 入院基本料等の施設基準等は別添2のとおりとする。
- 3 入院基本料等加算の施設基準等は別添3のとおりとする。
- 4 特定入院料の施設基準等は別添4のとおりとする。

- 5 短期滞在手術基本料の施設基準等は別添5のとおりとする。
- 6 基本診療料の施設基準等(平成20年厚生労働省告示第62号)及び本通知において規定する診療科については、医療法施行令(昭和23年政令第326号)及び医療法施行規則(昭和23年厚生省令第50号)の規定に基づき、当該診療科名に他の事項を組み合わせで標榜する場合も含むものであること。
- 7 診療等に要する書面等は別添6のとおりである。

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

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

第2 届出に関する手続き

- 1 基本診療料の施設基準等に係る届出に際しては、特に規定のある場合を除き、当該保険医療機関単位で行うものであること。
- 2 「基本診療料の施設基準等」の各号に掲げる施設基準に係る届出を行おうとする保険医療機関の開設者は、当該保険医療機関の所在地の地方厚生(支)局長に対して、別添7の当該施設基準に係る届出書(届出書添付書類を含む。以下同じ。)を正副2通提出するものであること。なお、国立高度専門医療研究センター等で内部で権限の委任が行われているときは、病院の管理者が届出書を提出しても差し支えない。
- 3 届出書の提出があった場合は、届出書を基に、「基本診療料の施設基準等」及び本通知の第1に規定する基準に適合するか否かについて要件の審査を行い、記載事項等を確認した上で受理又は不受理を決定するものであること。また、補正が必要な場合は適宜補正を求めるものとする。なお、この要件審査に要する期間は原則として2週間以内を標準とし、遅くとも概ね1か月以内(提出者の補正に要する期間は除く。)とするものであること。
- 4 届出に当たっては、当該届出に係る基準について、特に規定する場合を除き、届出前1か月の実績を有していること。ただし、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急入院料及び精神科救急・合併症入院料の施設基準については届出前4か月、回復期リハビリテーション病棟入院料1及び重症患者回復病棟加算の施設基準については届出前6か月の実績を有していること。なお、特に規定するものの他、単なる名称変更、移転等で実体的に開設者及び従事者に変更がないと考えられるものについては実績を要しない。
- 5 基本診療料の施設基準等に係る届出を行う保険医療機関が、次のいずれかに該当する場合にあっては当該届出の受理は行わないものであること。
 - (1) 当該届出を行う前6か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出(法令の規定に基づくものに限る。)を行ったことがある保険医療機関である場合。
 - (2) 当該届出を行う前6か月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等(平成18年厚生労働省告示第107号)に違反したことがある保険医療機関である場合。
 - (3) 地方厚生(支)局長に対して当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法(平成18年厚生労働省告示

第104号) に該当している保険医療機関である場合。

- (4) 当該届出を行う前6か月間において、健康保険法(大正11年法律第70号)第78条第1項(同項を準用する場合を含む。)及び高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)(以下「高齢者医療確保法」という。)第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められた保険医療機関である場合。なお、「診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められた場合」とは、「保険医療機関及び保険医等の指導及び監査について」(平成12年5月31日保発第105号厚生省保険局長通知)に規定する監査要綱に基づき、戒告若しくは注意又はその他の処分を受けた場合をいうものとする。

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

夜間・早朝等加算	(夜朝) 第 号
電子化加算	(電子化) 第 号
地域医療貢献加算	(地域貢献) 第 号
明細書発行体制等加算	(明細) 第 号
地域歯科診療支援病院歯科初診料	(病初診) 第 号
歯科外来診療環境体制加算	(外来環) 第 号
障害者歯科医療連携加算	(障連) 第 号
一般病棟入院基本料	(一般入院) 第 号
療養病棟入院基本料	(療養入院) 第 号
結核病棟入院基本料	(結核入院) 第 号
精神病棟入院基本料	(精神入院) 第 号
特定機能病院入院基本料	(特定入院) 第 号
専門病院入院基本料	(専門入院) 第 号
障害者施設等入院基本料	(障害入院) 第 号
有床診療所入院基本料	(診入院) 第 号
有床診療所療養病床入院基本料	(診療養入院) 第 号
総合入院体制加算 入院時医学管理加算	(総合加算) 入時加算 第 号
臨床研修病院入院診療加算	(臨床研修) 第 号
救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算	(救急加算) 第 号
超急性期脳卒中加算	(超急性期) 第 号
妊産婦緊急搬送入院加算	(妊産婦) 第 号
診療録管理体制加算	(診療録) 第 号
医師事務作業補助体制加算	(事務補助) 第 号
急性期看護補助体制加算	(急性看補) 第 号
特殊疾患入院施設管理加算	(特施) 第 号
新生児入院医療管理加算	(新入) 第 号
看護配置加算	(看配) 第 号
看護補助加算	(看補) 第 号

療養環境加算	(療) 第 号
重症者等療養環境特別加算	(重) 第 号
療養病棟療養環境加算 1	(療養 1) 第 号
療養病棟療養環境加算 2	(療養 2) 第 号
療養病棟療養環境加算 3	(療養 3) 第 号
療養病棟療養環境加算 4	(療養 4) 第 号
診療所療養病床療養環境加算 1	(診療養 1) 第 号
診療所療養病床療養環境加算 2	(診療養 2) 第 号
重症皮膚潰瘍管理加算	(重皮潰) 第 号
緩和ケア診療加算	(緩診) 第 号
精神科応急入院施設管理加算	(精応) 第 号
精神病棟入院時医学管理加算	(精入学) 第 号
精神科地域移行実施加算	(精移行) 第 号
精神科身体合併症管理加算	(精合併加算) 第 号
児童・思春期精神科入院医療管理加算	(児春) 第 号
<u>強度行動障害入院医療管理加算</u>	<u>(強度行動) 第 号</u>
<u>重度アルコール依存症入院医療管理加算</u>	<u>(重アル) 第 号</u>
<u>摂食障害入院医療管理加算</u>	<u>(摂食障害) 第 号</u>
がん診療連携拠点病院加算	(がん拠点) 第 号
栄養管理実施加算	(栄養管理) 第 号
<u>栄養サポートチーム加算</u>	<u>(栄養チ) 第 号</u>
医療安全対策加算	(医療安全) 第 号
<u>感染防止対策加算</u>	<u>(感染防止) 第 号</u>
褥瘡患者管理加算	(褥) 第 号
褥瘡ハイリスク患者ケア加算	(褥瘡ケア) 第 号
ハイリスク妊娠管理加算	(ハイ妊娠) 第 号
ハイリスク分娩管理加算	(ハイ分娩) 第 号
<u>慢性期病棟等退院調整加算 1</u>	<u>(慢性退院 1) 第 号</u>
<u>慢性期病棟等退院調整加算 2</u>	<u>(慢性退院 2) 第 号</u>
<u>急性期病棟等退院調整加算 1</u>	<u>(急性退院 1) 第 号</u>
<u>急性期病棟等退院調整加算 2</u>	<u>(急性退院 2) 第 号</u>
<u>新生児特定集中治療室退院調整加算</u>	<u>(新生児退院) 第 号</u>
<u>救急搬送患者地域連携紹介加算</u>	<u>(救急紹介) 第 号</u>
<u>救急搬送患者地域連携受入加算</u>	<u>(救急受入) 第 号</u>
後期高齢者総合評価加算	(後期総合評価) 第 号
後期高齢者退院調整加算	(後期退院) 第 号
<u>呼吸ケアチーム加算</u>	<u>(呼吸チ) 第 号</u>
<u>後発医薬品使用体制加算</u>	<u>(後発使) 第 号</u>
地域歯科診療支援病院入院加算	(地歯入院) 第 号
救命救急入院料 <u>1</u>	(救 <u>1</u>) 第 号

救命救急入院料 2	(救 2) 第 号
救命救急入院料 3	(救 3) 第 号
救命救急入院料 4	(救 4) 第 号
特定集中治療室管理料 1	(集 1) 第 号
特定集中治療室管理料 2	(集 2) 第 号
ハイケアユニット入院医療管理料	(ハイケア) 第 号
脳卒中ケアユニット入院医療管理料	(脳卒中ケア) 第 号
新生児特定集中治療室管理料 1	(新 1) 第 号
新生児特定集中治療室管理料 2	(新 2) 第 号
総合周産期特定集中治療室管理料	(周) 第 号
新生児治療回復室入院医療管理料	(新回復) 第 号
広範囲熱傷特定集中治療室管理料	(熱) 第 号
一類感染症患者入院医療管理料	(一類) 第 号
特殊疾患入院医療管理料	(特入) 第 号
小児入院医療管理料 1	(小入 1) 第 号
小児入院医療管理料 2	(小入 2) 第 号
小児入院医療管理料 3	(小入 3) 第 号
小児入院医療管理料 4	(小入 4) 第 号
小児入院医療管理料 5	(小入 5) 第 号
回復期リハビリテーション病棟入院料 1	(回 1) 第 号
回復期リハビリテーション病棟入院料 2	(回 2) 第 号
亜急性期入院医療管理料 1	(亜 1) 第 号
亜急性期入院医療管理料 2	(亜 2) 第 号
特殊疾患病棟入院料 1	(特疾 1) 第 号
特殊疾患病棟入院料 2	(特疾 2) 第 号
緩和ケア病棟入院料	(緩) 第 号
精神科救急入院料	(精救) 第 号
精神科急性期治療病棟入院料 1	(精急 1) 第 号
精神科急性期治療病棟入院料 2	(精急 2) 第 号
精神科救急・合併症入院料	(精合併) 第 号
精神療養病棟入院料	(精療) 第 号
認知症治療病棟入院料 1	(認治 1) 第 号
認知症治療病棟入院料 2	(認治 2) 第 号
診療所後期高齢者医療管理料	(診管) 第 号
短期滞在手術基本料 1	(短手 1) 第 号
短期滞在手術基本料 2	(短手 2) 第 号

- 7 各月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の 1 日から当該届出に係る診療報酬を算定する。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の 1 日から算定する。なお、平成 22 年 4 月 14 日までに届出書の提出があり、同月末日までに要件審査を終え届出の受理が行われたものについては、同月 1 日に遡って算定することができるも

のとする。~~また、平成20年10月14日までに届出書の提出があり、同月末日までに要件審査を終え届出の受理が行われたものについては、同月1日に遡って算定することができるものとする。~~

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

第3 届出受理後の措置等

- 1 届出を受理した後において、届出の内容と異なった事情が生じた場合には、保険医療機関の開設者は遅滞なく変更の届出等を行うものであること。また、病床数に著しい増減があった場合にはその都度届出を行う。(病床数の著しい増減とは、病棟数の変更や、病棟の種別ごとの病床数に対して1割以上の病床数の増減があった場合等のことであるが、これに該当しない病床数の変更の場合であっても、病床数の増減により届出の基準を満たさなくなった場合には、当然、変更の届出は必要である。)

ただし、次に掲げる事項についての一時的な変動についてはこの限りではない。

- (1) 平均在院日数及び月平均夜勤時間数については、暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動。
- (2) 医師と患者の比率については、暦月で3か月を超えない期間の次に掲げる範囲の一時的な変動
- ア 医療法に定める標準数を満たしていることが届出に係る診療料の算定要件とされている場合
- 当該保険医療機関における医師の配置数が、医療法に定める標準数から1を減じた数以上である範囲
- イ 「基本診療料の施設基準等」第五の二の(2)、四の(2)及び六の(3)の場合
- 常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数に100分の10を乗じて得た数から1を減じた数以上
- (3) 1日当たり勤務する看護師及び准看護師又は看護補助者(以下「看護要員」という。)の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護師及び准看護師(以下「看護職員」という。)の数に対する看護師の比率については、暦月で1か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動。
- (4) 医療法上の許可病床数(感染症病床を除く。)が100床未満の病院及び特別入院基本料(7対1特別入院基本料及び10対1特別入院基本料を除く。)を算定する保険医療機関にあっては、1日に当たり勤務する看護要員の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護職員の数に対する看護師の比率については、暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動。
- (5) 算定要件中の該当患者の割合については、暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動。
- (6) 算定要件中の紹介率及び逆紹介率については、暦月で3か月間の一時的な変動。
- (7) 亜急性期入院医療管理料の算定要件中の他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合については、3か月間(暦月)の平均実績が6割未満としない範囲の一時的な変動。
- 2 1による変更の届出は、1のただし書の場合を除き、届出の内容と異なった事情が生じた日の属する月の翌月に速やかに行うこと。その場合においては、変更の届出を行った日の属する月の

翌月（変更の届出について、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理された場合には当該月の1日）から変更後の入院基本料等を算定すること。ただし、面積要件や常勤職員の配置要件のみの変更の場合など月単位で算出する数値を用いた要件を含まない施設基準の場合には、当該施設基準を満たさなくなった日の属する月に速やかに変更の届出を行い、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月から変更後の入院基本料等を算定すること。

- 3 届出を受理した保険医療機関については、適時調査を行い（原則として年1回、受理後6か月以内を目途）、届出の内容と異なる事情等がある場合には、届出の受理の変更を行うなど運用の適正を期するものであること。
- 4 基本診療料の施設基準等に適合しないことが判明し、所要の指導の上なお改善がみられない場合は、当該届出は無効となるものであるが、その際には当該保険医療機関の開設者に弁明を行う機会を与えるものとする。
- 5 届出を行った保険医療機関は、毎年7月1日現在で届出書の記載事項について報告を行うものであること。
- 6 地方厚生（支）局においては、届出を受理した後、当該届出事項に関する情報を都道府県に提供し、相互に協力するよう努めるものとする。
- 7 届出事項については、被保険者等の便宜に供するため、地方厚生（支）局において閲覧（ホームページへの掲載等を含む。）に供するとともに、当該届出事項を適宜とりまとめて、保険者等に提供するよう努めるものとする。また、保険医療機関においても、保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和58年厚生省告示第14号）の規定に基づき、院内の見やすい場所に届出内容の掲示を行うよう指導をするものであること。

（掲示例）

（1）入院患者数42人の一般病棟で、一般病棟入院基本料の10対1入院基本料を算定している病院の例

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

- ・ 朝9時～夕方17時まで、看護職員1人当たりの受け持ち数は6人以内です。
- ・ 夕方17時～深夜1時まで、看護職員1人当たりの受け持ち数は14人以内です。
- ・ 深夜1時～朝9時まで、看護職員1人当たりの受け持ち数は14人以内です。

（2）有床診療所入院基本料1を算定している診療所の例

「当診療所には、看護職員が5人以上勤務しています。」

第4 経過措置等

- 1 第2及び第3の規定にかかわらず、平成~~2220~~年3月31日現在において入院基本料等の届出が受理されている保険医療機関については、次の取扱いとする。

平成~~2220~~年3月31日において現に表1及び表2に掲げる入院基本料等以外の入院基本料等を算定している保険医療機関であって、引き続き当該入院基本料等を算定する場合には、新たな届出を要しないが、平成~~2220~~年4月以降の実績により、届出を行っている入院基本料等の施設基準等の内容と異なる事情等が生じた場合は、変更の届出を行うこと。

表1 新たに施設基準が創設されたことにより、平成~~22~~20年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの

地域医療貢献加算

明細書発行体制等加算

障害者歯科医療連携加算

一般病棟看護必要度評価加算

精神病棟入院基本料（13対1入院基本料に限る。）

特定機能病院入院基本料（精神病棟の13対1入院基本料に限る。）

有床診療所一般病床初期加算

医師配置加算 1

救急・在宅等支援療養病床初期加算

救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算

医師事務作業補助体制加算（15対1補助体制加算及び20対1補助体制加算に限る。）

急性期看護補助体制加算

強度行動障害入院医療管理加算

重度アルコール依存症入院医療管理加算

摂食障害入院医療管理加算

栄養サポートチーム加算

医療安全対策加算 2

感染防止対策加算

慢性期病棟等退院調整加算 1

急性期病棟等退院調整加算 1

新生児特定集中治療室退院調整加算

救急搬送患者地域連携紹介加算

救急搬送患者地域連携受入加算

呼吸ケアチーム加算

後発医薬品使用体制加算

救命救急入院料 3 及び 4

救命救急入院料注 4 に掲げる加算

救命救急入院料注 7 に掲げる小児加算

特定集中治療室管理料 2

新生児特定集中治療室管理料 2

新生児治療回復室入院医療管理料

小児入院医療管理料 2

回復期リハビリテーション病棟入院料注 3 に掲げる休日リハビリテーション提供体制加算

回復期リハビリテーション病棟入院料注 4 に掲げるリハビリテーション充実加算

亜急性期入院医療管理料注 2 に掲げるリハビリテーション提供体制加算

認知症治療病棟入院料注 2 に掲げる退院調整加算

~~夜間・早朝等加算~~

~~歯科外来診療環境体制加算~~

~~超急性期脳卒中加算~~

~~妊産婦緊急搬送入院加算~~

~~医師事務作業補助体制加算~~

~~精神科地域移行実施加算~~

~~看護補助加算 2 及び 3 (平成20年 3 月31日において現に 7 対 1 入院基本料を算定している病棟であって、平成20年 4 月 1 日以降において10対1入院基本料を算定する病棟に限る。)~~

~~精神科身体合併症管理加算~~

~~児童・思春期精神科入院医療管理加算 (治療室単位での届出を行う場合に限る。)~~

~~ハイリスク妊娠管理加算~~

~~退院調整加算~~

~~後期高齢者総合評価加算~~

~~後期高齢者退院調整加算~~

~~地域歯科診療支援病院入院加算~~

~~小児入院医療管理料 1~~

~~回復期リハビリテーション病棟入院料 1~~

~~亜急性期入院医療管理料 2~~

~~精神科救急・合併症入院料~~

表 2 施設基準の改正により、平成~~22~~20年 3 月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であっても、平成~~22~~20年 4 月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの

~~精神病棟入院基本料 (10対1入院基本料に限り、平成22年10月 1 日以降に限る。)~~

~~特定機能病院入院基本料 (精神病棟の 7 対 1 及び10対1入院基本料に限り、平成22年10月 1 日以降に限る。)~~

~~有床診療所入院基本料 1、2 及び 3~~

~~緩和ケア診療加算 (平成23年 4 月 1 日以降に限る。)~~

~~救命救急入院料注 3 に掲げる加算~~

~~小児入院医療管理料 1 (平成22年10月 1 日以降に限る。)~~

~~回復期リハビリテーション病棟入院料 1 及び 2 (平成22年10月 1 日以降に限る。)~~

~~緩和ケア病棟入院料 (平成23年 4 月 1 日以降に限る。)~~

~~地域歯科診療支援病院歯科初診料~~

~~電子化加算 (ただし、第 2 の 1 (2) のウ以外の要件を満たす保険医療機関を除く。)~~

~~一般病棟入院基本料 (7 対 1 入院基本料であって、平成20年 7 月 1 日以降に限る。)~~

~~結核病棟入院基本料 (7 対 1 入院基本料であって、平成20年 7 月 1 日以降に限る。)~~

~~専門病院入院基本料 (7 対 1 入院基本料であって、平成20年 7 月 1 日以降に限る。)~~

~~障害者施設等入院基本料 (平成20年10月 1 日以降 (7 対 1 入院基本料については平成20年 4 月 1 日以降) に限る。)~~

~~有床診療所入院基本料の注 2 から注 4 までに掲げる加算~~

~~入院時医学管理加算~~

~~特殊疾患入院施設管理加算 (平成20年10月 1 日以降に限る。)~~

~~緩和ケア診療加算~~

~~医療安全対策加算~~

~~ハイリスク分娩管理加算~~

~~特殊疾患入院医療管理料（平成20年10月1日以降に限る。）~~

~~特殊疾患病棟入院料（平成20年10月1日以降に限る。）~~

~~精神科救急入院料~~

表3 診療報酬の算定項目の名称が変更されたが、平成22年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であれば新たに届出は必要でないもの

<u>医療区分3及び医療区分2の患者の合計が8割以上の療養病棟入院基本料</u>	→	<u>療養病棟入院基本料1</u>
<u>医療区分3及び医療区分2の患者の合計が8割未満の療養病棟入院基本料</u>	→	<u>療養病棟入院基本料2</u>
<u>医師配置加算</u>	→	<u>医師配置加算2</u>
<u>看護配置加算2</u>	→	<u>看護配置加算1</u>
<u>看護配置加算1</u>	→	<u>看護配置加算2</u>
<u>夜間看護配置加算2</u>	→	<u>夜間看護配置加算1</u>
<u>夜間看護配置加算1</u>	→	<u>夜間看護配置加算2</u>
<u>入院時医学管理加算</u>	→	<u>総合入院体制加算</u>
<u>退院調整加算</u>	→	<u>慢性期病棟等退院調整加算2</u>
<u>後期高齢者総合評価加算</u>	→	<u>総合評価加算</u>
<u>後期高齢者退院調整加算</u>	→	<u>急性期病棟等退院調整加算2</u>
<u>特定集中治療室管理料</u>	→	<u>特定集中治療室管理料1</u>
<u>新生児特定集中治療室管理料</u>	→	<u>新生児特定集中治療室管理料1</u>
<u>小児入院医療管理料2、3、4</u>	→	<u>小児入院医療管理料3、4、5</u>
<u>認知症病棟入院料1、2</u>	→	<u>認知症治療病棟入院料1、2</u>

療養病棟入院基本料2	⇒	療養病棟入院基本料
有床診療所療養病床入院基本料2	→	有床診療所療養病床入院基本料
小児入院医療管理料1、2、3	→	小児入院医療管理料2、3、4
亜急性期入院医療管理料	→	亜急性期入院医療管理料1
老人性認知症疾患治療病棟入院料	→	認知症病棟入院料
診療所老人医療管理料	→	診療所後期高齢者医療管理料

~~表4 回復期リハビリテーション病棟入院料2（平成20年3月31日において現に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定していた病棟であって、平成20年10月1日以降において回復期リハビリテーション病棟入院料1の届出を行わない場合には、回復期リハビリテーション病棟入院料2の届出がされたものとみなす。）~~

~~1の2 第2及び第3の規定にかかわらず、平成20年12月31日現在においてハイリスク妊娠管理加~~

~~算又はハイリスク分娩管理加算の届出が受理されている保険医療機関については、平成21年4月1日以降において当該点数を算定するに当たり届出が必要であること。~~

- 2 精神病棟入院基本料の特別入院基本料の施設基準のうち「当該病棟の入院患者の数が25又はその端数を増すごとに1以上であること」については、看護職員の確保が特に困難であると認められる保険医療機関であって、看護職員の確保に関する具体的な計画が定められているものについては、当該施設基準の規定にかかわらず、なお従前の例によることができる。
- 3 基本診療料の施設基準等第十一の三の三、~~五の三~~、~~六の五~~、~~七の六~~の規定は、次の場合について、平成~~24~~²²年3月31日までの間に限り、医療区分2又は3の患者とみなす取扱いを規定したものであり、~~その取扱いについては、次の場合も含まれるものであること。~~なお、いずれの場合においても、転棟、転院又は転換後に医療区分2又は3の患者とみなす患者は、平成20年3月31日において現に障害者施設等入院基本料等を算定する病棟に入院していた重度の肢体不自由児(者)等の患者であって、平成20年4月1日から転棟、転院又は転換までの間に障害者施設等入院基本料等を算定する病棟に入院した重度の肢体不自由児(者)等の患者は該当しないものであること。

ア 平成20年3月31日において現に障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患療養病棟入院料1又は特殊疾患療養病棟入院料2を算定する病棟に入院していた重度の肢体不自由児(者)等の患者が療養病棟入院基本料を算定する病棟に平成22年3月31日までの間に転棟又は転院した場合

イ 障害者施設等入院基本料等を算定している病棟を平成20年4月1日から平成22年3月31日までの間に療養病棟入院基本料を算定する病棟に転換した場合 (~~イ~~ 障害者施設等入院基本料等を算定している病棟を平成20年4月1日から平成22年3月31日までの間に、療養病棟入院基本料を算定する病棟以外の病棟に転換した上で、その後療養病棟入院基本料を算定する病棟に転換した場合 を含む。)

- 4 基本診療料の施設基準等第十一の四の規定は、平成18年6月30日において現に特殊疾患療養病棟入院料1又は特殊疾患療養病棟入院料2を算定する病棟に入院していた別表第十二の患者であって、当該病棟を平成18年7月1日から平成20年3月31日までの間に療養病棟入院基本料を算定する病棟に転換し、医療区分2又は3の患者とみなされていた患者のうち、次の患者について、平成20年4月1日以降も、平成~~24~~²²年3月31日までの間に限り、引き続き医療区分2又は3の患者とみなすことを規定したものである。

平成20年3月31日において現に療養病棟入院基本料2の20対1配置病棟に入院している患者(仮性球麻痺の患者を除く。)

初・再診料の施設基準等

第1 夜間・早朝等加算

1 夜間・早朝等加算に関する施設基準等

(1) 1週間当たりの表示診療時間の合計が30時間以上の診療所である保険医療機関であること。
なお、一定の決まった日又は決まった時間に行われる訪問診療の時間については、その実施する時間を表示している場合に限り、1週間当たりの表示診療時間に含めて差し支えない。

(2) (1)の規定にかかわらず、概ね月1回以上、当該診療所の保険医が、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に赴き夜間・休日の診療に協力している場合は、1週間当たりの表示診療時間の合計が27時間以上でよいこと。また、当該診療所が次のイ及びウの保険医療機関である場合も同様に取り扱うものであること。

ア 地域医療支援病院(医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院)

イ 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

ウ 「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

(3) (1)及び(2)の規定にかかわらず、表示診療時間とされる場合であって、当該診療機関が常態として医師が不在となる時間(訪問診療に要する時間を除く。)は、1週間当たりの表示診療時間の合計に含めない。

(4) 診療時間については、当該保険医療機関の建造物の外部かつ敷地内に表示し、診療可能な時間を地域に周知していること。なお、当該保険医療機関が建造物の一部を用いて開設されている場合は、当該保険医療機関の外部に表示していること。

2 届出に関する事項

夜間・早朝等加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式1を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

~~第2 電子化加算~~

~~1 電子化加算に関する施設基準等~~

~~許可病床数が400床未満の保険医療機関(平成21年4月1日以降は、許可病床数が400床未満の病院のうち、レセプトコンピュータを使用しているものであって、光ディスク等を用いた請求を行っているもの又はレセプト文字データ変換ソフトを使用することによって光ディスク等を用いた請求を行うことができるもの以外の病院)のうち、次のいずれにも該当していること。~~

~~(1) 次のいずれにも該当していること。~~

~~ア 診療報酬の請求に係る電算処理システムを導入していること。~~

~~イ 個別の費用ごとに区分して記載した領収証(医科診療報酬点数表又は歯科診療報酬点数表の各部単位で金額の内訳の分かるもの)を無償で交付していること。~~

~~＝~~
~~(2) 次のいずれかに該当していること。~~

~~ア フレキシブルディスク又は光ディスクを提出することにより診療報酬の請求を行っていること。~~

~~イ 試行的オンラインシステムを活用した診療報酬の請求を行っていること。~~

~~ウ 患者から求めがあったときに、算定した診療報酬の区分・項目の名称及びその点数又は金額を記載した詳細な明細書を交付する体制を整えており、その旨を院内のわかりやすい場所及び支払窓口に表示していること。~~

~~エ バーコード、電子タグ等による医療安全対策を行っていること。~~

~~オ インターネットを活用した予約システムが整備されていること。~~

~~カ 診療情報（紹介状を含む。）を電子的に提供していること。~~

~~キ 検査、投薬等に係るオーダーリングシステムが整備されていること。~~

~~ク 電子カルテによる診療録管理を行っていること。~~

~~ケ フォルムへのプリントアウトを行わずに画像を電子媒体に保存し、コンピュータの表示装置等を活用し画像診断を行っていること。~~

~~コ 遠隔医療支援システムを活用し、離島若しくはへき地における医療又は在宅医療を行っていること。~~

~~2 届出に関する事項~~

~~電子化加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式2を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。~~

~~第2 地域医療貢献加算~~

~~1 地域医療貢献加算に関する施設基準~~

~~(1) 診療所であること。~~

~~(2) 標榜時間外において、患者からの電話等による問い合わせに応じる体制を整備するとともに、対応者、緊急時の対応体制、連絡先等について、院内掲示、連絡先を記載した文書の配布、診察券への記載等の方法により患者に対し周知していること。又は、当該診療所の職員が対応に当たる場合であっても、医師に電話を転送できる体制を備えていること。~~

~~(3) 複数の診療所が連携してあらかじめ当番医を定めて対応に当たる場合には、当該当番医の担当日時や連絡先等について、あらかじめ患者に周知していること。~~

~~2 届出に関する事項~~

~~地域医療貢献加算に係る届出は、別添7の様式2を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。~~

~~第2の2 明細書発行体制等加算~~

~~1 明細書発行体制等加算に関する施設基準~~

~~(1) 診療所であること。~~

~~(2) 電子情報処理組織を使用した診療報酬請求又は光ディスク等を用いた診療報酬請求を行っていること。~~

~~(3) 算定した診療報酬の区分・項目の名称及びその点数又は金額を記載した詳細な明細書を患~~

者に無料で交付していること。また、その旨の院内掲示を行っていること。

2 届出に関する事項

明細書発行体制等加算に係る届出は、別添7の様式2の2を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

第3 地域歯科診療支援病院歯科初診料に関する施設基準等

1 地域歯科診療支援病院歯科初診料に関する施設基準等

- (1) 地域歯科診療支援病院歯科初診料に関する基準における文書により紹介された患者の数及び当該保険医療機関における初診患者の数については、届出前1か月間（暦月）の数値を用いる。
- (2) 地域歯科診療支援病院歯科初診料に関する基準における手術の数については、届出前1年間（暦年）の数値を用いる。
- (3) 歯科医療を担当する別の保険医療機関において「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成22年厚生労働省告示第 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）別表2に規定する歯科診療報酬点数表（以下「歯科点数表という。）の初診料の注6若しくは再診料の注4に規定する加算又は歯科訪問診療料を算定した患者であって、当該別の保険医療機関から文書により診療情報の提供を受けて外来診療部門において歯科医療を行った月平均患者数については、届出前3か月間（暦月）の月平均の数値を用いる。
- (4) 歯科医療を担当する病院である保険医療機関において、歯科点数表の初診料の注6又は再診料の注4に規定する加算を算定した患者の月平均患者数については、届出前3か月間（暦月）の月平均の数値を用いる。
- (5) ~~(3)~~ (1)の「文書により紹介された患者の数」とは、別の保険医療機関等からの文書（別添6の別紙1又はこれに準ずる様式）により紹介されて歯科、小児歯科、矯正歯科又は口腔外科を標榜する診療科に来院し、初診料を算定した患者（当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関からの紹介患者は除く。）の数をいい、当該保険医療機関における「初診の患者の数」とは、当該診療科で初診料を算定した患者の数（時間外、休日又は深夜に受診した6歳未満の患者を除く。）をいう。単に電話での紹介を受けた場合等は紹介患者には該当しない。
- (6) ~~(4)~~ 「特別の関係にある保険医療機関」とは「診療報酬の算定方法の一部改正制定等に伴う実施上の留意事項について」（平成2220年3月5日保医発第0305001号）の別添1第1章第2部通則07の(3)に規定する特別の関係にある保険医療機関をいう。
- (7) ~~(5)~~ 当該病院が当該病院の存する地域において、歯科医療を担当する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。

2 届出に関する事項

地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準に係る届出は、別添7の様式3を用いること。

届出受理後の措置については、毎年3月末日までに、前年1年間（暦年）の実績について別添7の様式3による報告を行い、必要があれば区分の変更を行う。

第4 歯科外来診療環境体制加算

1 歯科外来診療環境体制加算に関する施設基準

- (1) 偶発症に対する緊急時の対応、医療事故、感染症対策等の医療安全対策に係る研修を修了した常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。
- (2) 歯科衛生士が1名以上配置されていること。
- (3) 患者にとって安心して安全な歯科医療環境の提供を行うにつき次の十分な装置・器具等を有していること。
 - ア 自動体外式除細動器（AED）
 - イ 経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）
 - ウ 酸素（人工呼吸・酸素吸入用のもの）
 - エ 血圧計
 - オ 救急蘇生セット（薬剤を含む。）
 - カ 歯科用吸引装置
- (4) 診療における偶発症等緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関との事前の連携体制が確保されていること。
- (5) 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感染症対策を講じていること。
- (6) 感染症患者に対する歯科診療について、ユニットの確保等を含めた診療体制を常時確保していること。
- (7) 歯科用吸引装置等により、歯科ユニット毎に歯牙の切削や義歯の調整、歯の被せ物の調整時等に飛散する細かな物質を吸収できる環境を確保していること。
- (8) 当該保険医療機関の見やすい場所に、緊急時における連携保険医療機関との連携方法やその対応及び当該医療機関で取り組んでいる院内感染防止対策等、歯科診療に係る医療安全管理対策を実施している旨の院内掲示を行っていること。

2 届出に関する事項

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

第4の2 障害者歯科医療連携加算

1 障害者歯科医療連携加算に関する施設基準

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

携体制が整備されていること。

2 届出に関する事項

障害者歯科医療連携加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式4の2を用いること。

基本診療料の施設基準等に係る届出書

届出番号	
連絡先	
担当者氏名：	
電話番号：	
(届出事項)	
[] の施設基準に係る届出	
<input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。	
<input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。	
<input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6月間において、健康保険法第78条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。	
<input type="checkbox"/> 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。	
標記について、上記基準のすべてに適合しているのので、別添の様式を添えて届出します。	
平成 年 月 日	
保険医療機関の所在地及び名称	
開設者名	印
殿	
備考 1 [] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。	
2 □には、適合する場合「✓」を記入すること。	
3 届出書は、正副2通提出のこと。	

- 1 「区分」欄ごとに、「今回届出」欄、「既届出」欄又は「算定しない」欄のいずれかにチェックする。
- 2 「今回届出」欄にチェックをした場合は、「様式」欄に示す様式を添付する。
- 3 「既届出」欄にチェックした場合は、届出年月を記載する。
- 4 届出保険医療機関において「区分」欄に掲げる診療報酬を算定しない場合は、「算定しない」欄をチェックする。

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添7）
第1	夜間・早朝等加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式1
2	地域医療貢献加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式2
2の2	明細書発行体制等加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式2の2
3	地域歯科診療支援病院歯科初診料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式3
4	歯科外来診療環境体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式4
4の2	障害者歯科医療連携加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式4の2
5	一般病棟入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	} 様式5～11
5	療養病棟入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	
5	結核病棟入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	
5	精神病棟入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	
5	特定機能病院入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	
5	専門病院入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	
5	障害者施設等入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	
5	有床診療所入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	} 様式12～12の6
5	有床診療所療養病床入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	
第1	総合入院体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式13及び13の2
2	臨床研修病院入院診療加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式14又は14の2
2の2	救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式14の3
3	超急性期脳卒中加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式15
3の2	妊産婦緊急搬送入院加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式16
4	診療録管理体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式17
4の2	医師事務作業補助体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式13の2, 18, 18の2
4の3	急性期看護補助体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式8, 9, 10, 13の2, 18の3
5	特殊疾患入院施設管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 19, 20
9	療養環境加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式22
10	重症者等療養環境特別加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式23, 23の2
11	療養病棟療養環境加算 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	} 様式24, 24の2
11	療養病棟療養環境加算 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	
11	療養病棟療養管理加算 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	
11	療養病棟療養管理加算 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	
12	診療所療養病床療養環境加算 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式25
12	診療所療養病床療養環境加算 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式25

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添7）
13	重症皮膚潰瘍管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式26
14	緩和ケア診療加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式20, 27
15	精神科応急入院施設管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 28
16	精神病棟入院時医学管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式29
16の2	精神科地域移行実施加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式30
16の3	精神科身体合併症管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式31
17	児童・思春期精神科入院医療管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 32
17の2	強度行動障害入院医療管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式32の2
17の3	重度アルコール依存症入院医療管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式32の3
17の4	摂食障害入院医療管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式32の4
18	がん診療連携拠点病院加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式33
19	栄養管理実施加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式34
19の2	栄養サポートチーム加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式13の2, 34の2
20	医療安全対策加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式35
20	感染防止対策加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式335の2
21	褥瘡患者管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式36
22	褥瘡ハイリスク患者ケア加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式37
22の2	ハイリスク妊婦管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式38
23	ハイリスク分娩管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式13の2, 20, 38
24	慢性期病棟等退院調整加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式39
24の2	急性期病棟等退院調整加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式39
24の3	新生児特定集中治療室退院調整加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式39
24の4	救急搬送患者地域連携紹介加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式39の2
24の5	救急搬送患者地域連携受入加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式39の2
25	総合評価加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式40
26	呼吸ケアチーム加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式13の2, 様式40の2
26の2	後発医薬品使用体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式40の3
27	地域歯科診療支援病院入院加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式41
第1	救命救急入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式13の2, 20, 42
2	特定集中治療室管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式20, 42, 43
3	ハイケアユニット入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式20, 44
4	脳卒中ケアユニット入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式20, 45
5	新生児特定集中治療室管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式20, 42の2
6	総合周産期特定集中治療室管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式20, 42の2
7	新生児治療回復室入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式20, 21, 42の2, 45の2
8	一類感染症患者入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式8, 9, 46
9	特殊疾患入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 47
10	小児入院医療管理料 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	
10	小児入院医療管理料 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 13の2, 48~48の3

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添7）
10	小児入院医療管理料 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	}
10	小児入院医療管理料 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	
10	小児入院医療管理料 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	
11	回復期リハビリテーション病棟入院料 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式8, 9, 20
11	回復期リハビリテーション病棟入院料 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49～49の6
12	亜急性期入院医療管理料 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	} 様式9, 20, 50～50の6
12	亜急性期入院医療管理料 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	
13	特殊疾患病棟入院料 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 24の2, 51
13	特殊疾患病棟入院料 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 24の2, 51
14	緩和ケア病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 52
15	精神科救急入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式8, 9, 20, 53, 54
16	精神科急性期治療病棟入院料 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	} 様式9, 20, 53
16	精神科急性期治療病棟入院料 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	
16の2	精神科救急・合併症入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 53, 55
17	精神療養病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 24の2
19	認知症治療病棟入院料 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	} 様式9, 20, 56
19	認知症治療病棟入院料 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	
	短期滞在手術基本料 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	} 様式9, 58
	短期滞在手術基本料 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	

様式2の2

明細書発行体制等加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 診療所である	1 はい 2 いいえ
2 レセプト電子請求を行っている	1 オンライン請求 2 電子媒体による請求
3 明細書を無料で発行し、 その旨の院内掲示を行っている	1 はい 2 いいえ

※) 該当するものに○を記載すること。

地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準に係る届出書添付書類

1	常勤歯科医師・看護職員・ 歯科衛生士の数 年・月	常勤歯科 医師数	看護職員数	歯科衛生士数
	年 月	名	名	名

2 次の(1)～(4)のうち、該当するものに記入すること。

(1) 紹介率

年・月	初診の患者 の数①	文書により 紹介された 患者の数②	紹介率 (=②/①×100) %
年 月	名	名	_____ %

(2) 地域歯科診療支援病院歯科初診料の算定に係る手術件数：計 _____ 件

歯科点数表 区分	件数	歯科点数表 区分	件数	歯科点数表 区分	件数
JO13の4	件	JO39	件	JO72	件
JO16	件	JO42	件	JO72の2	件
JO18	件	JO43	件	JO75	件
JO31	件	JO66	件	JO76	件
JO32	件	JO68	件	JO87	件
JO35	件	JO69	件		
JO36	件	JO70	件		

(3)

別の保険医療機関において基本診療料に係る障害者加算及び歯科訪問診療料を算定している患者について、文書により情報提供を受け、外来診療を行った患者の数

年 月 ~ 年 月	障害者加算 _____ 名	歯科訪問診療料 _____ 名
	月平均 _____ 名	

(4)

基本診療料に係る障害者加算を算定している患者の数

年 月 ~ 年 月	_____ 名	月平均 _____ 名
-----------	---------	-------------

【記載上の注意】

1. 「2の(1)」については、届出前1か月間(暦月)の数値を用いること。
2. 「2の(2)」については、届出前1年間(暦年)の数値を用いること。
3. 「2の(3)及び(4)」については、届出前3か月間(暦月)の数値を用いること。

歯科外来診療環境体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 常勤歯科医師名と医療安全に関する研修の受講歴等

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

2 歯科衛生士の氏名等（常勤又は非常勤を○で囲むこと）

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

3 当該保険医療機関に常時設置されている装置・器具の名称

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

4 緊急時の連携保険医療機関

医療機関の名称：	担当医名：
所在地：	連絡方法：
開設者名：	搬送方法：

5 当該保険医療機関に設置されているユニット数・滅菌器具等

歯科用ユニット数：	台
滅菌器（製品名等）：	

6 院内掲示の例を添付

様式4の2

障害者歯科医療連携加算の施設基準に係る届出書

1 次の(1)(2)のうち、該当するものに○をつけ、記載すること。

(1) 地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準に係る届出を行っている
保険医療機関

	地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準の届出年月日	年 月 日
--	----------------------------	-------

(2) 歯科診療所である保険医療機関

	基本診療料に係る障害者加算を算定している患者の数	
	届出前3か月間 年 月 ~ 年 月	_____名 (月平均_____名)

2 当該保険医療機関に常時設置されている装置・器具の名称

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

3 別の医科診療の保険医療機関との連絡調整を担当する者

氏名	職種等	氏名	職種等

4 緊急時の連絡・対応方法

--

5 緊急時の連携する医科診療の保険医療機関

名 称	
所 在 地	
開 設 者 氏 名	
担 当 医 師 名	
調 整 担 当 者 名	
連 絡 方 法	

後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1. 後発医薬品の使用を促進するための体制の整備

後発医薬品の品質、 安全性、安定供給体 制等の情報を入手・ 評価する手順	
---	--

2. 医薬品の採用状況（平成 年 月 日時点）

① 全ての医薬品の採用品目数 （ ②+③ ）	品目
② 後発医薬品の採用品目数	品目
③ 後発医薬品以外の採用品目数	品目
後発医薬品の採用割合 （ ②／① ）	%

[記載上の注意]

- 1 後発医薬品の採用について検討を行う委員会等の名称、目的、構成員の職種・氏名等、検討する内容、開催回数等を記載した概要を添付すること。
- 2 後発医薬品の採用品目の一覧表（上表 2. ②に該当する品目の一覧表）及び後発医薬品以外の採用品目の一覧表（上表 2. ③に該当する品目の一覧表）を添付すること。
 なお、採用品目とは、当該保険医療機関において使用することを決定し、購入又は備蓄している医薬品の薬価基準上の品目をいう。
 また、2の②の後発医薬品の採用品目数及び③の後発医薬品以外の採用品目数を計算するに当たっては、「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品について」（保医発 第 号）を参照すること。
- 3 2の一覧表には、通し番号、品目名及び規格単位を記載し、日本工業規格 A 列 4 番の用紙 1 枚当たり、50 品目程度を目安に記載して添付すること。

地域歯科診療支援病院入院加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 別の保険医療機関との連絡調整を担当する者

氏 名	職 種 名

2 連携保険医療機関（歯科診療所）

(1)	名 称	
	所 在 地	
	開 設 者 氏 名	
	歯 科 医 師 名	
	電 話 番 号	

(2)	名 称	
	所 在 地	
	開 設 者 氏 名	
	歯 科 医 師 名	
	電 話 番 号	

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

厚生労働省保険局医療課長

厚生労働省保険局歯科医療管理官

特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて

標記については、本日、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成22年厚生労働省告示第号）の公布に伴い、「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件」（平成22年厚生労働省告示第号）が公布され、平成22年4月1日より適用されることとなったところであるが、保険医療機関及び保険薬局からの届出を受理する際には、下記の事項に留意の上、貴管下の保険医療機関及び保険薬局並びに審査支払機関に周知徹底を図り、その取扱いに遺漏のないよう特段の御配慮を願いたい。

なお、従前の「特掲診療料の施設基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて」（平成20年3月5日保医発第0305003号）は、平成22年3月31日限り廃止する。

記

第1 特掲診療料の施設基準等

- 1 特掲診療料の施設基準等は、「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件」（平成22年厚生労働省告示第号）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）の定めるものの他、別添1のとおりとする。
- 2 別添1に定める施設基準を歯科診療について適用する場合にあっては、特に規定する場合を除

き、当該基準中「医師」とあるのは、「歯科医師」と読み替えて適用するものとする。

- 3 特掲診療料の施設基準等（~~平成20年厚生労働省告示第63号~~）及び本通知において規定する診療科については、医療法施行令（昭和23年政令第326号）及び医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）の規定に基づき、当該診療科名に他の事項を組み合わせる場合も含むものであること。

第2 届出に関する手続き

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

ただし、以下に定める施設基準については、それぞれ以下に定めるところによる。

(1) 開放型病院の施設基準

届出前30日間の実績を有していること。

(2) 中枢神経磁気刺激による誘発筋電図及び光トポグラフィー、ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影に係る施設共同利用率及び輸血管管理料に係る新鮮凍結血漿・赤血球濃厚液割合等

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

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

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

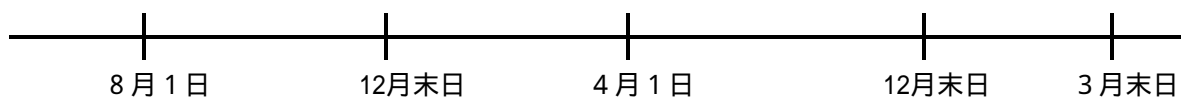
月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から翌年の3月末日まで当該機器についても所定点数を算定することができるものとする。

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

新規届出の場合

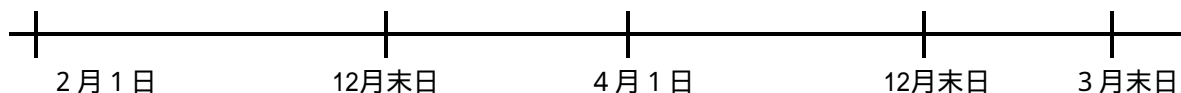
例1：8月1日から算定を開始した場合

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



例2：2月1日から算定を開始した場合

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



(3) 人工内耳埋込術、生体部分肺移植、経皮的冠動脈形成術（高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるもの）、経皮的中隔心筋焼灼術、両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術、埋込型除細動器移植術及び埋込型除細動器交換術、両室ペーシング機能付き埋込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き埋込型除細動器交換術、補助人工心臓、埋込型補助人工心臓、生体部分肝移植術、生体腎移植術、高エネルギー放射線治療並びに強度変調放射線治療（IMRT）に係る年間実施件数

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

イ アにかかわらず、新規届出の場合は、届出前6月以内の実施件数が、要件とされる年間実施件数の半数以上であれば足りるものとし、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。な

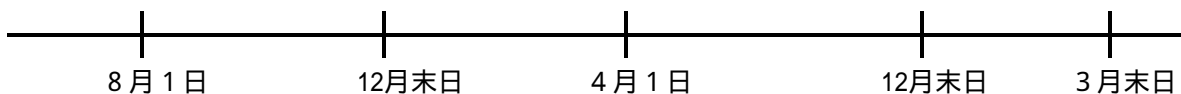
お、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は、新規届出に該当しないものであること。ただし、建物の工事等に伴いやむを得ず当該治療を実施できなくなり、施設基準に適合しなくなった後、再度届出を行う場合には、新規届出として取り扱うものとする。

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

新規届出の場合

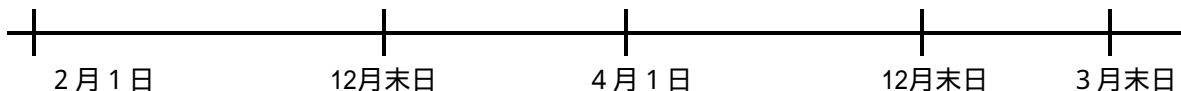
例1：8月1日から算定を開始した場合

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



例2：2月1日から算定を開始した場合

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



(4) コンタクトレンズ検査料1に係る検査割合

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

イ アにかかわらず、新規に届出をする場合は、届出前6月の実績（当該保険医療機関の新規開設又は眼科学的検査を実施する診療科を新規開設する場合であって、当該新規開設後

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

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

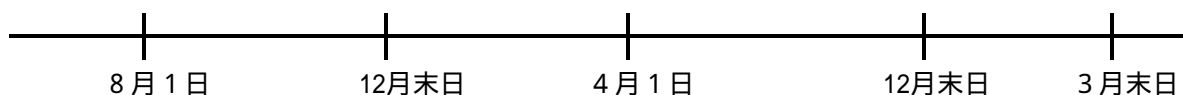
エ アにかかわらず、コンタクトレンズに係る検査(コンタクトレンズ装用のための眼科学的検査及びコンタクトレンズの既装用者に対する眼科学的検査)を実施した患者の診療報酬明細書の件数が、届出時の実績が1月当たり平均500件を超える保険医療機関にあっては、1月から6月までの6か月間の実績(イに該当し、かつ、6月までに所定点数の算定を開始した場合は、ウにかかわらず、所定点数の算定を開始した月の初日から同年6月末日までの実績)をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件を満たしている場合は、同年の10月1日から翌年3月末日まで所定点数を算定できるものとし、7月から12月までの6か月間の実績(イに該当し、かつ、12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

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

新規届出の場合

例1：8月1日から算定を開始した場合

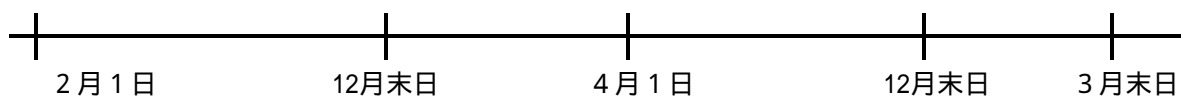
- ・ 翌年3月末(の前日)までは算定可
- ・ ~ までの実績により適合性を判断
- ・ 施設基準に適合している場合は、 ~ までの期間算定可
- ・ 施設基準に適合していない場合は、 ~ までの期間算定不可
- ・ の翌日以後の期間の算定の可否は、 の翌日から までの期間における実績で判断する。



例2：2月1日から算定を開始した場合

- ・ 翌年3月末(の前日)までは算定可
- ・ ~ までの実績により適合性を判断
- ・ 施設基準に適合している場合は、 ~ までの期間算定可

- ・ 施設基準に適合していない場合は、～ までの期間算定不可
- ・ の翌日以後の期間の算定の可否は、 の翌日から までの期間における実績で判断する。



(5) 後発医薬品調剤体制加算の施設基準

届出前3月間の実績を有していること。

- 5 特掲診療料の施設基準等に係る届出を行う保険医療機関又は保険薬局が、次のいずれかに該当する場合にあっては当該届出の受理は行わないものであること。
- (1) 当該届出を行う前6か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがある保険医療機関又は保険薬局である場合。
 - (2) 当該届出を行う前6か月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等（平成__年厚生労働省告示第__号）に違反したことがある保険医療機関又は保険薬局である場合。
 - (3) 地方厚生（支）局長に対して当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法（平成18年厚生労働省告示第104号）に規定する基準のいずれかに該当している保険医療機関である場合。
 - (4) 当該届出を行う前6か月間において、健康保険法（大正11年法律第70号）第78条第1（同項を準用する場合を含む。）及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）（以下「高齢者医療確保法」という。）第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容若しくは調剤内容又は診療報酬若しくは調剤報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められた保険医療機関又は保険薬局である場合。なお、「診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められた場合」とは、「保険医療機関及び保険医等の指導及び監査について」（平成12年5月31日保発第105号厚生省保険局長通知）に規定する監査要綱に基づき、戒告若しくは注意又はその他の処分を受けた場合をいうものとする。
- 6 届出の要件を満たしている場合は届出を受理し、次の受理番号を決定し、提出者に対して副本に受理番号を付して通知するとともに、審査支払機関に対して受理番号を付して通知するものであること。

ウイルス疾患指導料	(ウ指)第	号
高度難聴指導管理料	(高)第	号
喘息治療管理料	(喘管)第	号
糖尿病合併症管理料	(糖管)第	号
<u>がん性疼痛緩和指導管理料</u>	<u>(がん疼)第</u>	<u>号</u>
<u>がん患者カウンセリング料</u>	<u>(がん力)第</u>	<u>号</u>
小児科外来診療料	(小外)第	号
地域連携小児夜間・休日診療料1	(小夜1)第	号
地域連携小児夜間・休日診療料2	(小夜2)第	号
<u>地域連携夜間・休日診療料</u>	<u>(夜)第</u>	<u>号</u>
ニコチン依存症管理料	(ニコ)第	号

開放型病院共同指導料	(開)第	号
在宅療養支援診療所	(支援診)第	号
地域連携診療計画管理料、地域連携診療計画退院時指導料()及び()	(地連携)第	号
ハイリスク妊産婦共同管理料()	(ハイ)第	号
がん診療連携計画策定料	(がん計)第	号
がん治療連携指導料	(がん指)第	号
認知症専門診断管理料	(認知診)第	号
肝炎インターフェロン治療計画料	(肝炎)第	号
薬剤管理指導料	(薬)第	号
医療機器安全管理料 1	(機安1)第	号
医療機器安全管理料 2	(機安2)第	号
医療機器安全管理料(歯科)	(機安歯)第	号
後期高齢者診療料	(高齢診)第	号
歯科治療総合医療管理料	(医管)第	号
在宅患者歯科治療総合医療管理料	(在歯管)第	号
在宅療養支援歯科診療所	(歯援診)第	号
在宅療養支援病院	(支援病)第	号
在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料	(在医総管)第	号
在宅末期医療総合診療料	(在総)第	号
地域医療連携体制加算	(歯地連)第	号
在宅血液透析指導管理料	(在血液)第	号
血液細胞核酸増幅同定検査	(血)第	号
H P V 核酸同定検査	(HPV)第	号
検体検査管理加算()	(検)第	号
検体検査管理加算()	(検)第	号
検体検査管理加算()	(検)第	号
検体検査管理加算()	(検)第	号
遺伝カウンセリング加算	(遺伝力)第	号
心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算	(血内)第	号
埋込型心電図検査	(埋心電)第	号
胎児心エコー法	(胎心エコー)第	号
人工臍臓	(臍)第	号
皮下連続式グルコース測定	(皮グル)第	号
長期継続頭蓋内脳波検査	(長)第	号
光トポグラフィ及び中枢神経磁気刺激による誘発筋電図	(光ト)第	号
神経磁気診断	(神磁診)第	号
神経学的検査	(神経)第	号
補聴器適合検査	(補聴)第	号
コンタクトレンズ検査料 1	(コン1)第	号
小児食物アレルギー負荷検査	(小検)第	号
内服・点滴誘発試験	(誘発)第	号

センチネルリンパ節生検	(セ)第 号
画像診断管理加算 1	(画1)第 号
画像診断管理加算 2	(画2)第 号
画像診断管理加算(歯科)	(画歯)第 号
遠隔画像診断	(遠画)第 号
ポジトロン断層撮影又はポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影	(ポジ)第 号
C T 撮影及びM R I 撮影	(C・M)第 号
冠動脈C T 撮影加算	(冠動C)第 号
外傷全身C T 加算	(外傷C)第 号
心臓M R I 撮影加算	(心臓M)第 号
抗悪性腫瘍剤処方管理加算	(抗悪処方)第 号
外来化学療法加算 1	(外化1)第 号
外来化学療法加算 2	(外化2)第 号
無菌製剤処理料	(菌)第 号
心大血管疾患リハビリテーション料()	(心)第 号
心大血管疾患リハビリテーション料()	(心)第 号
脳血管疾患等リハビリテーション料()	(脳)第 号
脳血管疾患等リハビリテーション料()	(脳)第 号
脳血管疾患等リハビリテーション料()	(脳)第 号
運動器リハビリテーション料()	(運)第 号
運動器リハビリテーション料()	(運)第 号
運動器リハビリテーション料()	(運)第 号
呼吸器リハビリテーション料()	(呼)第 号
呼吸器リハビリテーション料()	(呼)第 号
難病患者リハビリテーション	(難)第 号
障害児(者)リハビリテーション料	(障)第 号
がん患者リハビリテーション料	(がんリハ)第 号
集団コミュニケーション療法料	(集コ)第 号
精神科作業療法	(精)第 号
精神科ショート・ケア「大規模なもの」	(シヨ大)第 号
精神科ショート・ケア「小規模なもの」	(シヨ小)第 号
精神科デイ・ケア「大規模なもの」	(デ大)第 号
精神科デイ・ケア「小規模なもの」	(デ小)第 号
精神科ナイト・ケア	(ナ)第 号
精神科デイ・ナイト・ケア	(デナ)第 号
重度認知症患者デイ・ケア料	(認デ)第 号
医療保護入院等診療料	(医療保護)第 号
エタノールの局所注入(甲状腺)	(エタ甲)第 号
エタノールの局所注入(副甲状腺)	(エタ副甲)第 号
透析液水質確保加算	(透析水)第 号
一酸化窒素吸入療法	(NO)第 号

⑤ 齶蝕齒無痛的窩洞形成加算	(⑤ 齶蝕無痛) 第 号
手術時齒根面レーザー応用加算	(手術齒根) 第 号
歯科技工加算	(歯技工) 第 号
悪性黒色腫センチネルリンパ節加算	(黒セ) 第 号
内視鏡下椎弓切除術、内視鏡下椎間板摘出 (切除) 術 (後方切除術に限る。)	(内椎後) 第 号
内視鏡下椎間板摘出 (切除) 術 (前方摘出術に限る。)、内視鏡下脊椎固定術 (胸椎又は腰椎前方固定)	(内椎前) 第 号
頭蓋骨形成手術 (骨移動を伴うものに限る。)	(頭移) 第 号
脳刺激装置植込術 (頭蓋内電極植込術を含む。) 及び脳刺激装置交換術	(脳刺) 第 号
脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術	(脊刺) 第 号
治療的角膜切除術 (エキシマレーザーによるもの (角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。))	(角膜切) 第 号
人工内耳埋込術	(人) 第 号
上顎骨形成術 (骨移動に伴う場合に限る。)、下顎骨形成術 (骨移動を伴う場合に限る。)	(顎移) 第 号
乳がんセンチネルリンパ節加算 1 及び 2	(乳セ) 第 号
同種死体肺移植術	(肺植) 第 号
生体部分肺移植術	(生肺) 第 号
経皮的冠動脈形成術 (高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるもの)	(経高) 第 号
経皮的中隔心筋焼灼術	(経中) 第 号
ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術	(ペ) 第 号
両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術	(両ペ) 第 号
埋込型除細動器移植術及び埋込型除細動器交換術	(除) 第 号
両室ペーシング機能付き埋込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き埋込型除細動器交換術	(両除) 第 号
大動脈バルーンパンピング法 (I A B P 法)	(大) 第 号
補助人工心臓	(補心) 第 号
埋込型補助人工心臓	(埋補心) 第 号
同種心移植術	(心植) 第 号
同種心肺移植術	(心肺植) 第 号
経皮的大動脈遮断術	(大遮) 第 号
ダメージコントロール手術	(ダメ) 第 号
体外衝撃波胆石破碎術	(胆) 第 号
腹腔鏡下肝切除術	(腹肝) 第 号
生体部分肝移植術	(生) 第 号
同種死体肝移植術	(肝植) 第 号
同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術	(膵植) 第 号
腹腔鏡下小切開副腎摘出術	(腹小副) 第 号

体外衝撃波腎・尿管結石破碎術	(腎)第 号
腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎(尿管)悪性腫瘍手術	(腹小泌)第 号
同種死体腎移植術	(腎植)第 号
生体腎移植術	(生腎)第 号
膀胱水圧拡張術	(膀胱)第 号
焦点式高エネルギー超音波療法	(焦超)第 号
腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術	(腹前)第 号
腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術	(腹小前)第 号
医科点数表第2章第10部手術の通則5及び6(歯科点数表第2章第9部の通則4を含む。)に掲げる手術	(通手)第 号
輸血管理料	(輸血I)第 号
輸血管理料	(輸血)第 号
歯周組織再生誘導手術	(GTR)第 号
麻酔管理料()	(麻管)第 号
麻酔管理料()	(麻管)第 号
放射線治療専任加算	(放専)第 号
外来放射線治療加算	(外放)第 号
高エネルギー放射線治療	(高放)第 号
強度変調放射線治療(I MRT)	(強度)第 号
画像誘導放射線治療(I G R T)	(画誘)第 号
直線加速器による定位放射線治療	(直定)第 号
テレパソロジーによる術中迅速病理組織標本作製	(テ組織)第 号
テレパソロジーによる術中迅速細胞診	(テ細胞)第 号
クラウン・ブリッジ補綴物維持管理料	(補管)第 号
歯科矯正診断料	(矯診)第 号
顎口腔機能診断料(顎変形症(顎離断等の手術を必要とするものに限る。)の手術前後における歯科矯正に係るもの)	(顎診)第 号
基準調剤	(調)第 号
後発医薬品調剤体制加算	(後発調)第 号
保険薬局の無菌製剤処理加算	(薬菌)第 号

7 4に定めるもののほか、各月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から当該届出に係る診療報酬を算定する。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から算定する。なお、平成22年4月14日までに届出書の提出があり、同月末日までに要件審査を終え届出の受理が行われたものについては、同月1日に遡って算定することができるものとする。

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

第3 届出受理後の措置等

- 1 届出を受理した後において、届出の内容と異なった事情が生じた場合には、保険医療機関又は保険薬局の開設者は届出の内容と異なった事情が生じた日の属する月の翌月に変更の届出を行うものであること。その場合においては、変更の届出を行った日の属する月の翌月（変更の届出について、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理された場合には当該月の1日）から変更後の特掲診療料を算定すること。ただし、面積要件や常勤職員の配置要件のみの変更の場合など月単位で算出する数値を用いた要件を含まない施設基準の場合には、当該施設基準を満たさなくなった日の属する月に速やかに変更の届出を行い、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月から変更後の特掲診療料を算定すること。
- 2 届出を受理した保険医療機関又は保険薬局については、適時調査を行い（原則として年1回、受理后6か月以内を目的）、届出の内容と異なる事情等がある場合には、届出の受理の変更を行うなど運用の適正を期するものであること。
- 3 特掲診療料の施設基準等に適合しないことが判明し、所要の指導の上なお改善がみられない場合は、当該届出は無効となるものであるが、その際には当該保険医療機関又は当該保険薬局の開設者に弁明を行う機会を与えるものとする。
- 4 届出を行った保険医療機関又は保険薬局は、毎年7月1日現在で届出書の記載事項について報告を行うものであること。
- 5 地方厚生（支）局においては、届出を受理した後、当該届出事項に関する情報を都道府県に提供し、相互に協力するよう努めるものとする。
- 6 届出事項については、被保険者等の便宜に供するため、地方厚生（支）局において閲覧（ホームページへの掲載等を含む。）に供するとともに、当該届出事項を適宜とりまとめて、保険者等に提供するよう努めるものとする。また、保険医療機関及び保険薬局においても、保険医療機関及び保険医療費担当規則（昭和32年厚生省令第15号）、及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和58年厚生省告示第14号）及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）の規定に基づき、院内の見やすい場所に届出内容の掲示を行うよう指導をするものであること。
- 7 1の規定にかかわらず、別添1の第89の後発医薬品調剤体制加算の1から3までにおける施設基準のうち後発医薬品の規格単位数量の割合に関する要件について平成22年1月から同年3月までの実績に基づきいずれかの要件を満たすものとして、同年4月14日までに届出があった保険薬局は、同年10月までの間、当該要件に係る実績が要件の1割以内の変動である場合に限り、変更の届出を行わなくてよいものとする。

第4 経過措置等

第2及び第3の規定にかかわらず、平成~~22~~20年3月31日現在において特掲診療料の届出が受理されている保険医療機関及び保険薬局については、次の取扱いとする。

平成~~22~~20年3月31日において現に表1及び~~表2~~に掲げる特掲診療料以外の特掲診療料（表~~2~~3を含む。）を算定している保険医療機関又は保険薬局であって、引き続き当該特掲診療料を算定する場合には、新たな届出を要しないが、平成~~22~~20年4月以降の実績をもって、該当する特掲診療料の施設基準等の内容と異なる事情等が生じた場合は、変更の届出を行うこと。

表1 新たに施設基準が創設されたことにより、平成~~22~~20年4月以降において当該点数を算定す

るに当たり届出の必要なもの

がん性疼痛緩和指導管理料（研修要件を満たしていない場合には、平成23年3月31日まで
に改めて届出が必要であること。）

がん患者カウンセリング料

院内トリアージ加算

地域連携夜間・休日診療料

地域連携診療計画退院時指導料()

がん治療連携計画策定料

がん治療連携指導料

認知症専門診断管理料

肝炎インターフェロン治療計画料

医薬品安全性情報等管理体制加算

在宅血液透析指導管理料

在宅患者歯科治療総合医療管理料

H P V 核酸同定検査

検体検査管理加算()

埋込型心電図検査

胎児心エコー法

皮下連続式グルコース測定

内服・点滴誘発試験

センチネルリンパ節生検

外傷全身C T 加算

抗悪性腫瘍剤処方管理加算

運動器リハビリテーション料()

がん患者リハビリテーション料

透析液水質確保加算

一酸化窒素吸入療法

歯科技工加算

手術時歯根面レーザー応用加算

悪性黒色腫センチネルリンパ節加算

治療的角膜切除術（エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性
に係るものに限る。））

乳がんセンチネルリンパ節加算 1 及び 2

経皮的動脈遮断術

ダメージコントロール手術

腹腔鏡下肝切除術

膀胱水圧拡張術

麻酔管理料()

画像誘導放射線治療（ I G R T ）

テレパソロジーによる術中迅速細胞診

~~糖尿病合併症管理料~~
~~在宅療養支援病院~~
~~地域連携診療計画管理料、地域連携診療計画退院時指導料（脳卒中に係るものに限る。）~~
~~医療機器安全管理料1及び2、医療機器安全管理料（歯科）~~
~~後期高齢者診療料~~
~~在宅療養支援歯科診療所~~
~~血液細胞核酸増幅同定検査~~
~~検体検査管理加算（一）~~
~~遺伝カウンセリング加算~~
~~神経学的検査~~
~~冠動脈C-T撮影加算~~
~~心臓MR-T撮影加算~~
~~無菌製剤処理料~~
~~外来化学療法加算1~~
~~脳血管疾患等リハビリテーション料（一）~~
~~集団コミュニケーション療法料~~
~~障害者（者）リハビリテーション料（ただし、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三に該当する患者である医療機関として届け出る場合に限る。）~~
~~齶蝕歯無痛的高洞形成加算~~
~~頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）~~
~~上顎骨形成術（骨移動を伴うものに限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）~~
~~生体部分肺移植術~~
~~両室ペーシング機能付き埋込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き埋込型除細動器交換術~~
~~腹腔鏡下小切開副腎摘出術~~
~~腹腔鏡下小切開腎部分切開術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術~~
~~同種死体腎移植術~~
~~生体腎移植術~~
~~焦点高エネルギー超音波療法~~
~~腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術~~
~~歯周組織再生誘導手術~~
~~外来放射線治療加算~~
~~強度変調放射線治療~~

表2 施設基準の改正により、平成~~22~~~~20~~年3月31日において現に当該点数を算定していた~~保険薬~~
~~局~~~~保険医療機関~~であっても、平成~~22~~~~20~~年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出
 の必要なもの

後発医薬品調剤体制加算1、2及び3

~~検体検査管理加算()、()~~

~~心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算~~

~~大王臍臓~~

~~コンタクトレンズ検査料~~

~~画像診断管理加算2~~

~~外来化学療法加算2~~

~~脳血管疾患等リハビリテーション料()~~

~~医科点数表第2章第10部手術の通則5及び6(歯科点数表第2章第9部の通則4を含む。)~~

~~に掲げる手術~~

表3 ~~施設基準等~~の名称が変更されたが、平成~~22~~²⁰年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であれば新たに届出が必要でないもの

地域連携診療計画退院時指導料	—	地域連携診療計画退院時指導料()
運動器リハビリテーション料()、()	—	運動器リハビリテーション料()、()
麻酔管理料	—	麻酔管理料()
補綴物維持管理料	—	クラウン・ブリッジ維持管理料
在宅時医学総合管理料		在宅時医学総合管理料及び特定施設入居時等医学総合管理料
テレパソロジーによる病理組織迅速顕微鏡検査		テレパソロジーによる術中迅速病理組織標本作製
単純CT撮影及び単純MRI撮影		CT撮影及びMRI撮影
生体部分肝移植		生体部分肝移植術

特掲診療料の施設基準等

第1 ウイルス疾患指導料

1 ウイルス疾患指導料注2に規定する加算に関する施設基準

- (1) HIV感染者の診療に従事した経験を5年以上有する専任の医師が1名以上配置されていること。
- (2) HIV感染者の看護に従事した経験を2年以上有する専従の看護師が1名以上配置されていること。
- (3) HIV感染者の服薬指導を行う専任の薬剤師が1名以上配置されていること。
- (4) 社会福祉士又は精神保健福祉士が1名以上勤務していること。
- (5) プライバシーの保護に配慮した診察室及び相談室が備えられていること。

2 届出に関する事項

- (1) ウイルス疾患指導料の施設基準に係る届出は、別添2の様式1を用いること。
- (2) 1の(1)及び(2)に掲げる医師及び看護師の経験が確認できる文書を添付すること。
- (3) 1の(1)から(3)までに掲げる医師、看護師、薬剤師及び社会福祉士又は精神保健福祉士の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別)及び勤務時間を別添2の様式4を用いて提出すること。

第2 高度難聴指導管理料

1 高度難聴指導管理料に関する施設基準

次の(1)又は(2)に該当する保険医療機関であること。

- (1) 人工内耳埋込術の施設基準を満たしていること。
- (2) 5年以上の耳鼻咽喉科の診療経験を有する常勤の医師が耳鼻咽喉科に配置されていること。

2 届出に関する事項

- (1) 高度難聴指導管理料の施設基準に係る届出は、別添2の様式2を用いること。
- (2) 1の(1)に該当する保険医療機関については、第61の人工内耳埋込術の施設基準の届出をもって高度難聴指導管理料の施設基準の届出に代えることができる。

第3 喘息治療管理料

1 喘息治療管理料注2に規定する加算に関する施設基準

- (1) 専任の看護師又は准看護師が常時1人以上配置され、患者からの問い合わせ等に24時間対応できる体制を整えていること。
- (2) ピークフロー値及び一秒量等を計測する機器を備えるとともに、患者から定期的に報告される検査値等の情報を適切に蓄積、解析し、管理できる体制を整えていること。
- (3) 当該保険医療機関において、又は別の保険医療機関との連携により、緊急入院を受け入れる体制を常に確保していること。

2 届出に関する事項

理を専ら担当する技術者（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。）がそれぞれ1名以上いること。なお、当該医師については、区分番号M000の注2に規定する放射線治療専任加算における医師との兼任は可能であるが、当該技術者については放射線治療専任加算における技術者との兼任はできないこと。

(2) 当該保険医療施設に於いて高エネルギー放射線治療装置又はガンマナイフ装置を備えていること。

3 届出に関する事項

医療機器安全管理料の施設基準に係る届出は、別添2の様式15を用いること。

なお、歯科診療に係る医療機器安全管理料の施設基準に係る届出は、医療機器安全管理料2に準じて行うこと。

~~第12の3 後期高齢者診療料~~

~~1 後期高齢者診療料の施設基準~~

~~(1) 後期高齢者の心身の特性を踏まえた療養を行うにつき必要な研修を受けた常勤の医師が1名以上配置されていること。~~

~~(2) 療養を行うにつき必要な研修とは、次のものを含めたものであること。~~

~~ア 高齢者及びその家族を支えるための基本的な診察方法~~

~~イ 高齢者の病態の一般的特徴~~

~~ウ 高齢者の生活機能を含めた評価~~

~~(3) なお、既に受講した研修がこれらの要件の一部を満たしている場合には、不足する要件を補足する研修を追加受講することでも差し支えない。~~

~~(4) 高齢者の生活機能を含めた評価を行うにあたって十分な体制を整えていること。~~

~~2 届出に関する事項~~

~~(1) 後期高齢者診療料の施設基準に係る届出については別添2の様式10に定める形式を用いること。~~

~~(2) 療養を行うにつき必要な研修を修了していることを届出するに当たっては、届出書に研修の名称、主催者、受講日を記入するか、研修会等の修了証の写しを添付することで良いこと。~~

~~なお、平成20年度の届出に当たっては、平成17年4月1日以降の研修を対象とする。また、平成21年度以降の届出に当たっては、届出日から3年以内の研修を対象とする。~~

＝

第13 歯科治療総合医療管理料

1 歯科治療総合医療管理料に関する施設基準

(1) 当該療養を行うにつき、十分な経験を有する常勤の歯科医師、歯科衛生士等により、治療前、治療中及び治療後における当該患者の全身状態を管理できる体制が整備されており、次のいずれかに該当すること。

ア 常勤の歯科医師が2名以上配置されていること。

イ 常勤の歯科医師及び常勤の歯科衛生士又は看護師が1名以上配置されていること。

(2) 当該患者の全身状態の管理を行うにつき以下の十分な装置・器具等を有していること。

ア 経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）

イ 酸素（人工呼吸・酸素吸入用のもの）

ウ 救急蘇生セット（薬剤を含む。）

- (3) 緊急時に円滑な対応ができるよう病院である別の保険医療機関との連携体制が整備されていること。

2 届出に関する事項

歯科治療総合医療管理料の施設基準に係る届出は別添 2 の様式17を用いること。

第14 在宅療養支援歯科診療所

1 在宅療養支援歯科診療所の施設基準

以下の要件のいずれにも該当し、在宅等の療養に関して歯科医療面から支援できる体制等を確保していること。

- (1) 歯科訪問診療料を算定している実績があること。
- (2) **後期**高齢者の心身の特性、口腔機能の管理、緊急時対応等に係る適切な研修を修了した常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。なお、既に受講した研修が要件の一部を満たしている場合には、不足する要件を補足する研修を受講することでも差し支えない。
- (3) 歯科衛生士が配置されていること。
- (4) 当該診療所において、迅速に歯科訪問診療が可能な保険医をあらかじめ指定するとともに、当該担当医名、当該担当医の連絡先電話番号、診療可能日、緊急時の注意事項等について、事前に患者又は家族に対して説明の上、文書により提供していること。
- (5) 当該地域において、在宅医療を担う保険医療機関と連携を図り、必要に応じて、情報提供できる体制を確保していること。
- (6) 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスの連携調整を担当する者と連携していること。
- (7) 在宅歯科診療に係る後方支援の機能を有する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。
- (8) 年に1回、歯科訪問診療の回数等を別添 2 の様式18の 2 を用いて、地方厚生（~~支~~）局長等に報告していること。

2 届出に関する事項

- (1) 在宅療養支援歯科診療所の施設基準に係る届出は、別添 2 の様式18を用いること。
- (2) 在宅療養支援歯科診療所に係る施設基準の届出を行う場合の研修に係る記載については、訪問歯科診療に係る診療実績が1年を超える保険医療機関の保険医に限り、医療機関団体が主催した在宅歯科診療及び口腔機能の向上に係る研修を受講していることをもって足りるものとし、その旨が確認できる文書を添付すること。ただし、この場合であっても、1(2)に規定するとおり、当該保険医は、**地方自治体及び医療関係団体等**が主催する高齢者の心身の特性、緊急時の対応及び高齢者の口腔機能の在り方（管理計画の立案等を含む。）を含む研修を速やかに追加して受講することとなるものであり、当該研修の受講後は、**当該研修**を受講したことが確認できる文書を添付して各地方厚生（支）局長に届け出ること。

第14の2 在宅療養支援病院の施設基準

1 在宅療養支援病院

以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保してい

ること。

- (1) 許可病床数が200床未満の病院であること又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものであること。なお、半径4キロメートル以内に当該病院以外の病院が存在しても差し支えない。

また、当該病院が届出を行った後に半径4キロメートル以内に診療所が開設された場合にあっても、当分の間、当該病院を在宅療養支援病院として取り扱うこととして差し支えない。

- (2) 当該病院において、24時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定するとともに、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等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供していること。この場合において連絡を受ける担当者とは当該病院の24時間連絡を受けることができる部門を指定することで差し支えない。なお、担当者として個人を指定している場合であって、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者として直接連絡がとれる連絡先電話番号等を文書上に明示すること。
- (3) 当該病院において、患者の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患者に提供していること。往診担当医が複数名にわたる場合にあっても、それらの者及び(5)に規定する訪問看護の担当者との間で患者に関する診療情報が共有されていること。
- (4) 往診を担当する医師は当該保険医療機関の当直体制を担う医師とは別のものであること。
- (5) 当該病院において又は訪問看護ステーションの看護師等との連携により、患者の求めに応じて、当該病院の保険医の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患者に提供していること。訪問看護の担当者が複数名にわたる場合であっても、それらの者及び(3)に規定する往診担当医との間で当該患者の診療情報が共有されていること。
- (6) 当該病院において、緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保していること。
- (7) 訪問看護ステーションと連携する場合には、当該訪問看護ステーションにおいて緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患者の同意を得て、当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を訪問看護ステーションに文書(電子媒体を含む。)により随時提供していること。
- (8) 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- (9) 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。
- (10) 年に1回、在宅看取り数等を別添2の様式11の3を用いて、地方厚生(支)局長に報告していること。

2 届出に関する事項

在宅療養支援病院の施設基準に係る届出は、別添2の様式11の2を用いること。

第14の3 在宅患者歯科治療総合医療管理料

1 在宅患者歯科治療総合医療管理料に関する施設基準

- (1) 当該療養を行うにつき、十分な経験を有する常勤の歯科医師、歯科衛生士等により、治療

前、治療中及び治療後における当該患者の全身状態を管理できる体制が整備されており、次のいずれかに該当すること。

ア 常勤の歯科医師が2名以上配置されていること。

イ 常勤の歯科医師及び常勤の歯科衛生士又は看護師が1名以上配置されていること。

(2) 当該患者の全身状態の管理を行うにつき以下の十分な装置・器具等を有していること。

ア 経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）

イ 酸素（人工呼吸・酸素吸入用のもの）

ウ 救急蘇生セット（薬剤を含む。）

(3) 緊急時に円滑な対応ができるよう病院である別の保険医療機関との連携体制が整備されていること。

2 届出に関する事項

在宅患者歯科治療総合医療管理料の施設基準に係る届出は別添2の様式17を用いること。

第15 在宅時医学総合管理料及び特定施設入居時等医学総合管理料

1 在宅時医学総合管理料及び特定施設入居時等医学総合管理料に関する施設基準

(1) 次の要件のいずれをも満たすものであること。

ア 介護支援専門員（ケアマネジャー）、社会福祉士等の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者を配置していること。

イ 在宅医療を担当する常勤医師が勤務し、継続的に訪問診療等を行うことができる体制を確保していること。

(2) 他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整に努めるとともに、当該保険医療機関は、市町村、在宅介護支援センター等に対する情報提供にも併せて努めること。

(3) 地域医師会等の協力・調整等の下、緊急時等の協力体制を整えることが望ましいこと。

2 届出に関する事項

在宅時医学総合管理料及び特定施設入居時等医学総合管理料の施設基準に係る届出は別添2の様式19を用いること。

第16 在宅末期医療総合診療料

1 在宅末期医療総合診療料に関する施設基準

(1) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に係る施設基準の届出を行っていること。

(2) 居宅において療養を行っている末期の悪性腫瘍患者であって通院が困難なものに対して、計画的な医学管理の下に総合的な医療を提供できること。

(3) 患者に対し、定期的に訪問診療及び訪問看護を実施できる体制があること。

(4) 患者の症状急変等により、患者等から求めがあった場合に、常時対応ができる体制があること。

(5) 上記(3)における訪問看護及び(4)については、当該保険医療機関と連携を有する保険医療機関又は訪問看護ステーションと共同して、これに当たっても差し支えないものとする。

2 届出に関する事項

(1) 在宅末期医療総合診療料の施設基準に係る届出は、別添2の様式20を用いること。

(2) 当該保険医療機関において主として在宅末期医療総合診療に当たる医師、看護師の氏名を

記載すること。

- (3) 緊急時の連絡・対応方法について患者等への説明文書の例を添付すること。
- (4) 悪性腫瘍患者の過去1か月間の診療状況について下記の事項を記載すること。
 - ア 入院患者数(延べ患者数)
 - イ 外来患者数(延べ患者数)
 - ウ 往診、訪問診療、訪問看護を行った患者の数(延べ患者数)

第16の2 在宅血液透析指導管理料

1 在宅血液透析指導管理料の施設基準

- (1) 在宅血液透析指導管理を実施する保険医療機関は専用透析室及び人工腎臓装置を備えなければならない。
- (2) 当該保険医療機関又は別の保険医療機関との連携により、患者が当該管理料に係る疾患について緊急に入院を要する状態となった場合に入院できる病床を確保していること。
- (3) 患者が血液透析を行う時間においては緊急時に患者からの連絡を受けられる体制をとっていること。

2 届出に関する事項

在宅血液透析指導管理料の施設基準に係る届出は別添2の様式20の2を用いること。

第17 歯科訪問診療料に係る地域医療連携体制加算

1 歯科訪問診療料に係る地域医療連携体制加算に関する施設基準

- (1) 歯科を標榜する診療所である保険医療機関であること。
- (2) 当該保険医療機関において、次のアに該当する保険医療機関及びイに該当する保険医療機関との連携により、緊急時の歯科診療ができる連携体制を確保していること。
 - ア 歯科点数表区分番号A000に掲げる初診料の注2の届出を行った地域歯科診療支援病院歯科である保険医療機関で次の要件を満たしていること。
 - 緊急時に当該患者に対する歯科診療を行う体制を確保していること。
 - 在宅歯科医療の調整担当者を1名以上配置していること。
 - 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
 - イ 当該患者に対する歯科訪問診療を行う体制が整備されている保険医療機関であること。
- (3) 当該連携保険医療機関において緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患者又はその家族の同意を得て、その治療等に必要情報を連携保険医療機関に対してあらかじめ別添2の様式21の2又はこれに準じた様式の文書をもって提供し、その写しを診療録に添付しておくこと。
- (4) 地域医療連携体制加算を算定する保険医療機関にあっては、患者又はその家族等に連携保険医療機関の名称、住所、在宅歯科医療の調整担当者又は担当の歯科医師の氏名及び連絡方法等を記載した別添2の様式21の2及び様式21の3又はこれに準じた様式の文書を必ず交付することにより、地域医療連携体制の円滑な運営を図るものであること。

2 届出に関する事項

地域医療連携体制加算の施設基準に係る届出は別添2の様式21を用いること。

1 一酸化窒素吸入療法に関する施設基準

新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料の届出を行っている保険医療機関であること。

2 届出に関する事項

一酸化窒素吸入療法の施設基準に係る届出については、別添2の様式49の4を用いること。

第57の4 ~~㉔~~ ㉕ 齶蝕歯無痛的窩洞形成加算

1 齶蝕歯無痛的窩洞形成加算に関する施設基準

- (1) 当該レーザー治療に係る専門の知識及び5年以上の経験を有する歯科医師が1名以上いること。
- (2) 無痛的に充填のための齶蝕の除去及び窩洞形成が可能なレーザー機器を備えていること。

2 届出に関する事項

齶蝕歯無痛的窩洞形成加算の施設基準に係る届出は別添2の様式50を用いること。

第57の5 歯科技工加算

1 歯科技工加算に関する施設基準

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

2 届出に関する事項

歯科技工加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式50の2を用いること。

第57の6 皮膚悪性腫瘍切除術（悪性黒色腫センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）

1 皮膚悪性腫瘍切除術（悪性黒色腫センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）の施設基準

- (1) 皮膚科、形成外科、耳鼻咽喉科又は歯科口腔外科の経験を5年以上有しており、皮膚悪性腫瘍切除術における悪性黒色腫センチネルリンパ節生検を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として5症例以上経験している医師が配置されていること。
- (2) 当該保険医療機関が皮膚科、形成外科、耳鼻咽喉科又は歯科口腔外科及び放射線科を標榜しており、当該診療科において常勤の医師が配置されていること。
- (3) 麻酔科標榜医が配置されていること。
- (4) 病理部門が設置され、病理医が配置されていること。

2 届出に関する事項

- (1) 皮膚悪性腫瘍切除術の施設基準に係る届出は、別添2の様式50の3を用いること。
- (2) 当該治療に従事する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添2の様式4を用いて提出すること。

第58 内視鏡下椎弓切除術、内視鏡下椎間板摘出（切除）術（後方切除術に限る。）

赤血球濃厚液（MAP）の使用量
新鮮凍結血漿（FFP）の全使用量
血漿交換療法における新鮮凍結血漿（FFP）の使用量
アルブミン製剤の使用量

$$\left(\frac{\quad}{\quad} / 2 \right) / \quad = 0.5 \text{ 未満}$$
$$/ \quad = 2 \text{ 未満}$$

2 輸血管理料 に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関の輸血部門において、当該保険医療機関の輸血業務全般に責任を有する常勤医師を配置していること。
- (2) 当該保険医療機関の輸血部門において、専任の常勤臨床検査技師が1名以上配置されていること。
- (3) 当該保険医療機関の輸血部門において輸血用血液製剤の一元管理がなされていること。
- (4) 当該保険医療機関において、新鮮凍結血漿（FFP）の使用量を赤血球濃厚液（MAP）の使用量で除した値が0.25未満であり、かつ、アルブミン製剤の使用量を赤血球濃厚液（MAP）の使用量で除した値が2未満であること。なお、新鮮凍結血漿（FFP）の使用量を赤血球濃厚液（MAP）の使用量で除した値は次により算出すること。

赤血球濃厚液（MAP）の使用量
新鮮凍結血漿（FFP）の全使用量
血漿交換療法における新鮮凍結血漿（FFP）の使用量
アルブミン製剤の使用量

$$\left(\frac{\quad}{\quad} / 2 \right) / \quad = 0.25 \text{ 未満}$$
$$/ \quad = 2 \text{ 未満}$$

- (5) 輸血管理料 の施設基準のうち、(4)から(7)までのすべてを満たしていること。

3 輸血管理料の届出に関する事項

輸血管理料 及び の施設基準に係る届出は、別添2の様式73を用いること。

第80の2 歯周組織再生誘導手術

1 歯周組織再生誘導手術に関する施設基準

歯科又は歯科口腔外科を標榜し、歯周病治療に係る専門の知識及び5年以上の経験を有する歯科医師が1名以上いること。

2 届出に関する事項

歯周組織再生誘導手術の施設基準に係る届出は別添2の様式74を用いること。

第80の3 手術時歯根面レーザー応用加算

1 手術時歯根面レーザー応用加算に関する施設基準

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

象歯の歯根面の歯石除去を行うことが可能なレーザー機器を備えていること。

2 届出に関する事項

手術時歯根面レーザー応用加算に係る届出は別添2の様式74の2を用いること。

第81 麻酔管理料()の届出に関する事項

~~麻酔管理料を算定する医療機関は、当該点数を算定する常勤の麻酔科標榜医の氏名、麻酔科標榜許可書の許可年月日及び登録番号等を、別添2の様式75を用いて届け出ること。~~

1 麻酔管理料()の施設基準

- (1) 麻酔科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 常勤の麻酔に従事する医師(医療法第6条の6第1項に規定する厚生労働大臣の許可を受けた者に限る。以下「麻酔科標榜医」という。)が1名以上配置されていること。
- (3) 常勤の麻酔科標榜医により、麻酔の安全管理体制が確保されていること。

2 届出に関する事項

麻酔管理料()の施設基準に係る届出は、別添2の様式75を用いること。

第81の2 麻酔管理料()

1 麻酔管理料()の施設基準

- (1) 麻酔科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 常勤の麻酔科標榜医が5名以上配置されていること。
- (3) 常勤の麻酔科標榜医により麻酔の安全管理体制が確保されていること。
- (4) 24時間緊急手術の麻酔に対応できる体制を有していること。
- (5) 麻酔科標榜医と麻酔科標榜医以外の医師が共同して麻酔を実施する体制が確保されていること。

2 届出に関する事項

麻酔管理料()の施設基準に係る届出は、別添2の様式75を用いて届け出ること。

第82 放射線治療専任加算

1 放射線治療専任加算に関する施設基準

- (1) 放射線治療を専ら担当する常勤の医師(放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。)及び放射線治療を専ら担当する**常勤の**診療放射線技師(放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。)がそれぞれ1名以上配置されていること。なお、当該常勤の医師**又は診療放射線技師**は、外来放射線治療加算、直接加速器による定位放射線治療、強度変調放射線治療(IMRT)、**画像誘導放射線治療加算**に係る常勤の医師、~~を、当該診療放射線技師は、外来放射線治療加算に係る診療放射線技師を兼任することができる。~~
- (2) 当該管理を行うために必要な次に掲げる機器、施設を備えていること。
 - ア 高エネルギー放射線治療装置
 - イ X線あるいはCTを用いた位置決め装置
 - ウ 放射線治療計画システム

2 届出に関する事項

放射線治療専任加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式76を用いること。

2 届出に関する事項

テレパソロジーによる術中迅速病理組織標本作製の施設基準に係る届出は、別添2の様式80の2を用いること。

第85 クラウン・ブリッジ補綴物維持管理料の届出に関する事項

- 1 クラウン・ブリッジ補綴物維持管理を行うにあたって、必要な体制が整備されていること。
- 2 クラウン・ブリッジ補綴物維持管理料の施設基準に係る届出は、別添2の様式81を用いること。

第86 歯科矯正診断料

1 歯科矯正診断料に関する施設基準

- ~~(1) 障害者自立支援法施行規則（平成18年厚生労働省令第19号）第36条第1号及び第2号に係る医療について、障害者自立支援法（平成17年法律第123号）第59条第1項に規定する都道府県知事の指定を受けた医療機関（歯科矯正に関する医療を担当するものに限る。）であること。ただし、更生医療として歯科矯正に関する医療を担当するものに限る。~~
- (1) 当該療養を行うために必要な次に掲げる基準を満たしていること。
 - ア 歯科矯正セファログラムが行える機器を備えていること。
 - イ 歯科矯正治療の経験を5年以上有する専任の常勤歯科医師が1名以上勤務していること。
- (2) 常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。
- (3) 当該療養につき顎切除等の手術を担当する診療科又は別の保険医療機関と、歯科矯正に関する医療を担当する診療科又は別の保険医療機関との間の連携体制が整備されていること。

2 届出に関する事項

歯科矯正診断料の施設基準に係る届出は、別添2の様式82を用いること。

第87 顎口腔機能診断料

1 顎口腔機能診断料（顎変形症（顎離断等の手術を必要とするものに限る。）の手術前後における歯科矯正に係るもの）に関する施設基準

- (1) 障害者自立支援法施行規則（平成18年厚生労働省令第19号）第36条第1号及び第2号に係る医療について、障害者自立支援法（平成17年法律第123号）第59条第1項に規定する都道府県知事の指定を受けた医療機関（歯科矯正に関する医療を担当するものに限る。）であること。
- (2) 当該療養を行うために必要な次に掲げる基準を満たしていること。
 - ア 下顎運動検査、歯科矯正セファログラム及び咀嚼筋筋電図検査が行える機器を備えていること。
 - イ 専任の常勤歯科医師及び専従する常勤看護師又は歯科衛生士がそれぞれ1名以上勤務していること。
- (3) 当該療養につき顎離断等の手術を担当する診療科又は別の保険医療機関と、歯科矯正に関する医療を担当する診療科又は別の保険医療機関との間の連携体制が整備されていること。

2 届出に関する事項

顎口腔機能診断料の施設基準に係る届出は、別添2の様式83を用いること。

第88 基準調剤

特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード	
------------------------	--

連絡先
担当者氏名：
電話番号：

(届出事項)

[] の施設基準に係る届出

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

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

平成 年 月 日

保険医療機関・保険薬局の所在地
及び名称

開設者名

印

殿

- 備考 1 [] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。
2 □には、適合する場合「√」を記入すること。
3 届出書は、正副2通提出のこと。

- 1 「区分」欄ごとに、「今回届出」欄、「既届出」欄又は「算定しない」欄のいずれかにチェックする。
- 2 「今回届出」欄にチェックをした場合は、「様式」欄に示す様式を添付する。
- 3 「既届出」欄にチェックした場合は、届出年月を記載する。
- 4 届出保険医療機関において「区分」欄に掲げる診療報酬を算定しない場合は、「算定しない」欄をチェックする。

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2）
1	ウイルス疾患指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	1, 4
2	高度難聴指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	2
3	喘息治療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	3
4	糖尿病合併症管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5
4の2	がん性疼痛緩和指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の2
4の3	がん患者カウンセリング料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の3
5	小児科外来診療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	6
6	地域連携小児夜間・休日診療料 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7
6	地域連携小児夜間・休日診療料 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7
6	院内トリアージ加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7
6の2	地域連携夜間・休日診療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の2
7	ニコチン依存症管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	8, 4
8	開放型病院共同指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	9, 10
9	在宅療養支援診療所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	11
10	地域連携診療計画管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	12, 12の4
10	地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	12の2, 12の4
10	地域連携診療計画退院時指導料（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	12の3, 12の4
11	ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	13
11の2	がん治療連携計画策定料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	13の2, 13の4
11の2	がん治療連携指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	13の3, 13の4
11の3	認知症専門診断管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	13の5
11の4	肝炎インターフェロン治療計画料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	13の6
12	薬剤管理指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	14, 4
12	医薬品安全性情報等管理体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	14の2
12の2	医療機器安全管理料 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	15
12の2	医療機器安全管理料 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	15
12の2	医療機器安全管理料（歯科）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	15
13	歯科治療総合医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	17
14	在宅療養支援歯科診療所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	18
14の2	在宅療養支援病院	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	11の2
15	在宅時医学総合管理料及び特定施設入居時等医学総合管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	19
16	在宅末期医療総合診療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20
16の2	在宅血液透析指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の2

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２）
17	歯科訪問診療に係る地域医療連携体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	21
18	血液細胞核酸増幅同定検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22
18の2	HPV核酸同定検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22の2
19	検体検査管理加算（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22
19の2	検体検査管理加算（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22
20	検体検査管理加算（Ⅲ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22
20の2	検体検査管理加算（Ⅳ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22
21	遺伝カウンセリング加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23
22	心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24
22の2	埋込型心電図検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の2, 4
22の3	胎児心エコー法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の3
23	人工臓腑	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の4, 4
23の2	皮下連続式グルコース測定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の5
24	長期継続頭蓋内脳波検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	25
25	光トポグラフィー及び中枢神経磁気刺激による誘発筋電図	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	26
26	神経磁気診断	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	27
26の2	神経学的検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	28
27	補聴器適合検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	29
28	コンタクトレンズ検査料 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	30
29	小児食物アレルギー負荷検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	31
29の2	内服・点滴誘発試験	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	31の2
29の3	センチネルリンパ節生検（乳がんに係るものに限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	31の3, 52, 4
30	画像診断管理加算 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	32
30	画像診断管理加算 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	32
31	画像診断管理加算（歯科診療に係るものに限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	33
32	遠隔画像診断	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	34又は35
33	ポジトロン断層撮影又はポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	36
34	CT撮影及びMRI撮影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	37
35	冠動脈CT撮影加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
35の2	外傷全身CT加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
36	心臓MRI撮影加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
36の2	抗悪性腫瘍剤処方管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38の2
37	外来化学療法加算 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	39
37	外来化学療法加算 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	39
37の2	無菌製剤処理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	40, 4
38	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	41, 44の2
39	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	41, 44の2
40	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２）
40の2	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
41	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
42	運動器リハビリテーション料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
43	運動器リハビリテーション料（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
43の2	運動器リハビリテーション料（Ⅲ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
44	呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
45	呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
46	難病患者リハビリテーション料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	43, 44の2
47	障害児（者）リハビリテーション料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	43, 44の2
47の2	がん患者リハビリテーション料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	43の2, 44の2
47の3	集団コミュニケーション療法料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	44, 44の2
48	精神科作業療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	45, 4
49	精神科ショートケア「大規模なもの」	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	46, 4
50	精神科ショートケア「小規模なもの」	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	46, 4
51	精神科デイケア「大規模なもの」	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	46, 4
52	精神科デイケア「小規模なもの」	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	46, 4
53	精神科ナイトケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	46, 4
54	精神科デイ・ナイトケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	46, 4
55	重度認知症患者デイケア料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	47
56	医療保護入院等診療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	48
57	イソールの局所注入（甲状腺に対するもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49
57	イソールの局所注入（副甲状腺に対するもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49の2
57の2	透析液水質加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49の3
57の3	一酸化窒素吸入療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49の4
57の4	う蝕歯無痛的窩洞形成加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50
57の5	歯科技工加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50の2
57の6	悪性黒色腫センチネルリンパ節加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50の3, 52, 4
58	内視鏡下椎弓切除術、内視鏡下椎間板摘出（切除）術（後方切除術に限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	51, 52, 4
59	内視鏡下椎間板摘出（切除）術（前方摘出術に限る。）、内視鏡下脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方固定）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 53, 4
59の2	頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 54, 4
60	脳刺激装置植込術（頭蓋内電極植込術を含む。）及び脳刺激装置交換術、脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	25
60の2	治療的角膜切除術（エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。））	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 54の2, 4
61	人工内耳埋込術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 55, 4
61の2	上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 56, 4
61の3	乳がんセンチネルリンパ節加算1、乳がんセンチネルリンパ節加算2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 56の2
62	同種死体肺移植術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	57
62の2	生体部分肺移植術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 58

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2）
63	経皮的冠動脈形成術（高速回転式経皮経管アテクトミーターによるもの）	□	□ 年 月	□	52, 59
64	経皮的中隔心筋焼灼術	□	□ 年 月	□	52, 60
65	ヘースメーカー移植術及びヘースメーカー交換術	□	□ 年 月	□	24
65の2	埋込型心電図記録計移植術及び埋込型心電図記録計摘出術	□	□ 年 月	□	24の2
66	両心室ヘースメーカー移植術及び両心室ヘースメーカー交換術	□	□ 年 月	□	52, 61, 4
67	埋込型除細動器移植術及び埋込型除細動器交換術	□	□ 年 月	□	52, 62, 4
67の2	両室ヘーシング機能付き埋込型除細動器移植術及び両室ヘーシング機能付き埋込型除細動器交換術	□	□ 年 月	□	52, 63, 4
68	大動脈バルーンポンピング法（IABP法）	□	□ 年 月	□	24
69	補助人工心臓	□	□ 年 月	□	52, 64, 4
70	埋込型補助人工心臓	□	□ 年 月	□	52, 65, 4
71	同種心移植術	□	□ 年 月	□	57
72	同種心肺移植術	□	□ 年 月	□	57
72の2	経皮的大動脈遮断術	□	□ 年 月	□	65の2
72の3	ダメージコントロール手術	□	□ 年 月	□	65の2
73	体外衝撃波胆石破碎術	□	□ 年 月	□	66, 4
73の2	腹腔鏡下肝切除術	□	□ 年 月	□	52, 66の2, 4
74	生体部分肝移植術	□	□ 年 月	□	52, 67
75	同種死体肝移植術	□	□ 年 月	□	57
76	同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術	□	□ 年 月	□	57
76の2	腹腔鏡下小切開副腎摘出術	□	□ 年 月	□	52, 68, 4
77	体外衝撃波腎・尿管結石破碎術	□	□ 年 月	□	66, 4
77の2	腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術	□	□ 年 月	□	52, 68, 4
77の3	同種死体腎移植術	□	□ 年 月	□	57
77の4	生体腎移植術	□	□ 年 月	□	52, 69
77の5	膀胱水圧拡張術	□	□ 年 月	□	52, 69の2, 4
77の6	焦点式高エネルギー超音波療法	□	□ 年 月	□	52, 70, 4
78	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術	□	□ 年 月	□	52, 71, 4
78の2	腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術	□	□ 年 月	□	52, 68, 4
79	医科点数表第2章第10部手術の通則5及び6（歯科点数表第2章第9部の通則4を含む。）に掲げる手術	□	□ 年 月	□	72
80	輸血管理料Ⅰ	□	□ 年 月	□	73
80	輸血管理料Ⅱ	□	□ 年 月	□	73
80の2	歯周組織再生誘導手術	□	□ 年 月	□	74
80の3	手術時歯根面レーザー応用加算	□	□ 年 月	□	74の2
81	麻酔管理料（Ⅰ）、麻酔管理料（Ⅱ）	□	□ 年 月	□	75
82	放射線治療専任加算	□	□ 年 月	□	76
82の2	外来放射線治療加算	□	□ 年 月	□	76
83	高エネルギー放射線治療	□	□ 年 月	□	77

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2）
83の2	強度変調放射線治療（IMRT）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	78
83の3	画像誘導放射線治療（IGRT）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	78の2
84	直線加速器による定位放射線治療	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	79
84の2	テレパノゾーによる術中迅速病理組織標本作製	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	80
84の3	テレパノゾーによる術中迅速細胞診	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	80
85	補綴物維持管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	81
86	歯科矯正診断料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	82
87	顎口腔機能診断料（顎変形症（顎離断等の手術を必要とするものに限る。）の手術前後における歯科矯正に係るもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	83
88	基準調剤加算 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	84, 4
88	基準調剤加算 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	84, 4
89	後発医薬品調剤体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	85
90	保険薬局の無菌製剤処理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	86, 4

様式 21

歯科訪問診療料の地域医療連携体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1. 患者の診療に当たる歯科医師の氏名

常勤の歯科医師名	専門医等の取得状況

2. 別の保険医療機関との連絡調整を担当する者

氏名	職種名

3. 緊急時の連絡・対応方法

--

4. 緊急時の連携保険医療機関

(1) 地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準に係る届出を行なっている連携保険医療機関

(1)	名	称		
	所	在	地	
	電	話	番	号
	開	設	者	氏名
	歯	科	医	師名
	調	整	担	当者名
	連	絡	方	法

(2) 連携保険医療機関

(2)	名	称		
	所	在	地	
	電	話	番	号
	開	設	者	氏名
	歯	科	医	師名
	調	整	担	当者名
	連	絡	方	法

(3) 連携保険医療機関

(3)	名	称		
	所	在	地	
	電	話	番	号
	開	設	者	氏名
	歯	科	医	師名
	調	整	担	当者名
	連	絡	方	法

5. 連携保険医療機関への診療情報の周知方法

--

6. 緊急時の搬送体制

--

様式 21 の 2

(主治の歯科医師→連携保険医療機関)

連携保険医療機関名 _____

歯科医師名 _____ 殿

地域医療連携体制加算届出保険医療機関

名 称 _____

所在地 _____

歯科医師名 _____ (印)

患者氏名		性別 男・女
患者住所		
電話番号		
生年月日	明治・大正・昭和・平成 ____年 ____月 ____日	

傷病名 :
既往歴 及び 家族歴 :
症状、診療内容及び治療経過等 :
直近の検査結果 :
その他の特記事項 :

- 備考
1. 地域医療連携体制加算を届け出た保険医療機関は、連携保険医療機関に対し情報提供を行なうこと。なお、様態の変化等があった場合には速やかにすべての連携保険医療機関に対して情報提供を行なうこと。
 2. 連携保険医療機関においては、患者の情報を緊急時に十分活用できる体制を確立した上で、当該文書を保管すること。

患者氏名 _____ 殿

地域医療連携体制加算届出保険医療機関

名 称 _____

所在地 _____

歯科医師名 _____ (印)

地域医療連携体制加算情報提供文書

あなたが安心して訪問歯科診療を受けられるように、あなたの主治の歯科医師である(主治の歯科医師名)は、夜間、休日等に急に容態の変化があった場合に迅速な対応ができるように以下の医療機関と連携し、いつでも歯科医師が診療できる体制を整備しています。

なお、迅速な対応ができるように、以下の連携医療機関にあなたの診療上必要な情報を提供しています。

(1) 連携保険医療機関 (地域歯科診療支援病院)

(1)	名 称	
	所 在 地	
	担 当 歯 科 医 氏 名	
	調 整 担 当 者 氏 名	
	緊 急 連 絡 先 電 話 番 号	

(2) 連携保険医療機関 (歯科診療所)

(1)	名 称	
	所 在 地	
	担 当 医 氏 名	
	調 整 担 当 者 氏 名	
	緊 急 連 絡 先 電 話 番 号	

(3) 連携保険医療機関 (歯科診療所)

(1)	名 称	
	所 在 地	
	担 当 医 氏 名	
	調 整 担 当 者 氏 名	
	緊 急 連 絡 先 電 話 番 号	

様式 50

う蝕歯無痛的窩洞形成加算の施設基準届出書添付書類

1 標榜診療科

--

2 常勤の歯科医師の氏名等

常勤歯科医師の氏名	経歴(経験年数を含む。)

3 設置機器名

一般名称	医療機器の製品名	設置年月日

様式 50 の 2

歯科技工加算の施設基準届出書添付書類

1 歯科技工室・歯科技工に必要な機器の設置の有無

歯科技工室	有 ・ 無
歯科技工に必要な機器の設置	有 ・ 無

2 常勤の歯科技工士の氏名

常勤歯科技工士の氏名		

3 院内掲示の例を添付

[記載上の注意]

保険医療機関内の歯科技工室の構造設備の概要（平面図及び配置図を含む。）がわかる資料を添付

様式 74

歯周組織再生誘導手術の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科

--

2 常勤の歯科医師

氏 名	経歴(経歴年数を含む。)

3 手術に用いる主たる材料

一般名称	医療機器の製品名(規格等)
歯周組織再生誘導材料	・ ・ ・

様式 74 の 2

手術時歯根面レーザー応用加算の施設基準届出書添付書類

1 標榜診療科

--

2 常勤の歯科医師の氏名等

常勤歯科医師の氏名	経歴(経験年数を含む。)

3 設置機器名

一般名称	医療機器の製品名	設置年月日

4 歯周組織再生誘導手術に係る施設基準の届出日（当該届出を行っている場合のみ記載）

平成	年	月	日
----	---	---	---

クラウン・ブリッジ維持管理料の施設基準に係る届出書添付書類

補綴物の維持管理を実施し、クラウン・ブリッジ維持管理料を保険医療機関単位で算定する旨届出します。

1. 補綴物の維持管理の責任者（歯科医師）

氏 名	役 職

2. 具体的な維持管理方法

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

昭 和 _____年 _____月
 平 成

4. 保険医療機関コード

歯科矯正診断料の施設基準に係る届出書添付書類

常勤の歯科医師	氏		
	名		
検査機器の 設置状況等	歯科矯正 セファログラム 機器	機器名:	
歯科矯正を担当する 専任の歯科医師	氏名	経歴(経験年数を含む。)	
顎切除等の手術を 担当する施設 (歯科矯正を担当する 施設と同一の場合は 記入不要)	保険医療機関名:		
	所在地:		
	保険医療機関名:		
	所在地:		
	保険医療機関名:		
	所在地:		

顎口腔機能診断料の施設基準に係る届出書添付書類

障害者自立支援法の規定に基づく指定を受けた年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 _____年____月____日 <input type="checkbox"/> 平成		
検査機器の設置状況等 (設置している機器を○で囲むこと)	歯科矯正セファログラム機器	機器名:	
	下顎運動検査機	機器名:	
	咀嚼筋電図検査機	機器名:	
歯科矯正を担当する専任の常勤歯科医師	氏名		
	人数	_____名	
専従の常勤看護師又は常勤歯科衛生士	氏名	歯科衛生士	看護師
	人数	_____名	
顎離断等の手術を担当する施設 (歯科矯正を担当する施設と同一の場合は記入不要)	保険医療機関名:		
	所在地:		
	保険医療機関名:		
	所在地:		

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

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

「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）の一部を改正する件」（平成2220年厚生労働省告示第 号。以下「材料価格基準」という。）が本日付けをもって公布されたところであるが、
「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。以下「材料価格基準」という。）同告示の 及び に規定する特定保険医療材料料の算定については、下記のとおりであるので、その取扱いに遺憾のないよう配慮されたい。

なお、本通知は、平成2220年4月1日から適用することとし、従前の「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）の制定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2018年3月5日保医発第03050060306006号）貴職あて通知は、平成2220年3月31日限り廃止する。

記

1 特定保険医療材料料について

特定保険医療材料料については、「特定保険医療材料の定義について」（平成2220年3月5日保医発第0305008号。以下「定義通知」という。）の各号に規定する定義のいずれかに該当する医療機器のうち、「医療機器の保険適用等に関する取扱いについて」（平成2220年2月1213日医政発0212第60213006号、保発0212第110213004号）に規定する手続を経たものを使用した場合に限り算定できるものであり、その取扱いについては、以下によるものであること。

2 材料価格基準 に規定する特定保険医療材料について

歯周組織再生材料とは、定義通知別 に規定するものであり、歯周組織の再生を図る目的で、被覆、塗布又は充填等によって口腔内の患部に適用される材料であって、歯周組織再生誘導手術が可能なものであること

3 材料価格基準の に規定する特定保険医療材料について

- (1) 歯冠修復及び欠損補綴に係る材料料点数は、別紙 1 に示すものを標準として算定する取扱いであること。
- (2) 歯科用コバルトクロム合金線（バー用）及び歯科用ステンレス鋼線（バー用）とは、定義通知別表 022及び 024に規定するものであり、屈曲バー用をいうものであること。
- (3) スルフォン樹脂レジン歯とは、定義通知別表 033及び 034に規定するものであり、ポリサルフォン樹脂レジン歯及びレイニング人工歯をいうものであること。
- (4) 硬質レジン歯とは、定義通知別表 035及び 036に規定するものであり、一般的名称が「硬質レジン歯」であり、かつ、2層又は3層構造を有し、エナメル質部の硬さが21HV0.2以上のレジン歯をいうものであること。
- (5) 義歯床用熱可塑性樹脂とは、定義通知別表 045に規定するものであり、熱可塑性を有する、義歯床用ポリエーテルサルホン樹脂、義歯床用ポリサルフォン樹脂、義歯床用ポリカーボネート樹脂及びアクリリック樹脂であって、当該材料により作製された有床義歯が臨床上使用できる強度を有しているものであること。
- (6) 歯科用合着・接着材料 とは、定義通知別表 046に規定するものであり、接着性セメント及びグラスアイオノマー系レジンセメントをいうものであること。
- (7) 歯科用合着・接着材料 とは、定義通知別表 047に規定するものであり、グラスアイオノマーセメント（接着用）及び接着性複合レジンセメントをいうものであること。
- (8) 歯科用合着・接着材料 とは、定義通知別表 048に規定するものであり、歯科用磷酸亜鉛セメント、ハイボンド磷酸亜鉛セメント、カルボキシレートセメント、水硬性セメント及び仮着用セメントをいうものであること。
- (9) 歯科充填用材料 とは、定義通知別表 049に規定するものであり、光重合型複合レジン（充填用・硬化後フィラー60%以上）及び光重合型充填用レジン強化グラスアイオノマー並びに初期齶蝕小窩裂溝填塞材で、粉末と液及びペーストをいうものであること。
- (10) 歯科充填用材料 の保険医療材料料を用いて歯科用複合レジン充填材料によるインレー修復の保険医療材料を算定するものは、クリアフィルCRインレー、バルフィーク インレー、クルツァーインレーCSセット、スリーエムレジンインレーシステム、ベルフィールインレー、ライトフィルCRインレーをいうものであること。
- (11) 歯科充填用材料 とは、定義通知別表 050に規定するものであり、グラスアイオノマーセメント（充填用）及び複合レジン（充填用・硬化後フィラー60%以上）で、粉末と液及びペーストをいうものであること。
- (12) 歯科充填材料 の保険医療材料料を用いて歯科用複合レジン充填材料によるインレー修復の保険医療材料を算定するものは、SR-イソシットインレーをいうものであること。
- (13) 歯科充填用材料 とは、定義通知別表 051に規定するものであり、歯科用硅酸セメント、硅磷酸セメント及び歯科充填用即時硬化レジンを用いるものであること。
- (14) 複合レジン築造用とは、定義通知別表 052に規定するものであり、歯科充填用コンポジットレジン（支台築造用・硬化後フィラー60%以上）で、粉末と液及びペーストをいうものであること。
- (15) スクリューポストとは、定義通知別表 057に規定するものであり、支台築造用に用いるスクリュー型の合釘をいうものであること。
- (16) その他の金属とは、銀合金及びニッケルクロム合金をいうものであること。
- (17) ガリウムアロイGF及びガリウムアロイGF については、銀錫アマルガムと同様の取り扱いとすること。
- (18) その他の保険医療材料料の算定については、昭和43年6月26日保険発第30号の2の通知によること。

4 材料価格基準の に規定する特定保険医療材料について

- (1) 歯科矯正に係る材料料点数は、別紙 2 に示すものを標準として算定する取扱いであること。
- (2) その他の1と共通の項目については1と同様であること。

(別紙1)

材料料

M002 支台築造(1歯につき)

1 メタルコア

- (1) 大白歯 4647点
- (2) 小白歯・前歯 29点

2 その他

- (1) 大白歯 32点
- (2) 小白歯・前歯 21点

M005 装着

1 歯冠修復物(1個につき)

- (1) 歯科用合着・接着材料 16点
- (2) 歯科用合着・接着材料 12点
- (3) 歯科用合着・接着材料 4点

2 仮着(1歯につき)

4点

3 副子の装着の場合(1歯につき)

- (1) 歯科用合着・接着材料 16点
- (2) 歯科用合着・接着材料 12点
- (3) 歯科用合着・接着材料 又は歯科充填用即時硬化レジン 4点

M009 充填(1窩洞につき)

[金属小釘を使用した場合は次の材料料と金属小釘料との合計により算定する。]

1 銀錫アマルガム

- (1) 単純なもの 13点
- (2) 複雑なもの 2829点

2 歯科充填用材料

- (1) 単純なもの 11点
- (2) 複雑なもの 28点

注 クリアフィルCRインレー、パルフィークインレー、クルツァーインレーCSセット、スリーエムレジンインレーシステム、ベルフィールインレー、ライトフィルCRインレーを用いて、インレー修復の単純なものを行った場合の保険医療材料は(2)により、インレー修復の複雑なものを行った場合の保険医療材料は(1)及び(2)を合算し算定する。

3 歯科充填用材料

- (1) 単純なもの 5点
- (2) 複雑なもの 11点

注 SR-イソシットインレーを用いてインレー修復の単純なものを行った場合の保険医療材料は(2)により、インレー修復の複雑なものを行った場合の保険医療材料は(1)及び(2)を合算し算定する。

4 歯科充填用材料

2点

M010 鑄造歯冠修復(1個につき)

1 14カラット金合金

- (1) インレー
複雑なもの 374469点
- (2) 4分の3冠 467586点

2 金銀パラジウム合金(金12%以上)

- (1) 大白歯
- イ インレー
 - a 単純なもの 74~~77~~点
 - b 複雑なもの 138~~142~~点
 - ロ 5分の4冠 173~~178~~点
 - ハ 全部鑄造冠 218~~225~~点

- (2) 小白歯・前歯
- イ インレー
 - a 単純なもの 51~~52~~点
 - b 複雑なもの 101~~104~~点
 - ロ 4分の3冠 124~~128~~点
 - ハ 5分の4冠 124~~128~~点
 - ニ 全部鑄造冠 156~~161~~点

3 鑄造用ニッケルクロム合金

- (1) 大白歯
- イ インレー
 - a 単純なもの 4点
 - b 複雑なもの 4点
 - ロ 5分の4冠 8点
 - ハ 全部鑄造冠 10~~11~~点

- (2) 小白歯・前歯
- イ インレー
 - a 単純なもの 4点
 - b 複雑なもの 4点
 - ロ 4分の3冠 6点
 - ハ 5分の4冠 6点
 - ニ 全部鑄造冠 8点

4 銀合金

- (1) 大白歯
- イ インレー
 - a 単純なもの 12~~13~~点
 - b 複雑なもの 22~~23~~点
 - ロ 5分の4冠 28~~30~~点
 - ハ 全部鑄造冠 34~~36~~点

- (2) 小白歯・前歯・乳歯
- イ インレー
 - a 単純なもの 8点
 - b 複雑なもの 16~~17~~点
 - ロ 4分の3冠（乳歯を除く。） 20~~21~~点
 - ハ 5分の4冠（乳歯を除く。） 20~~21~~点
 - ニ 全部鑄造冠 25~~27~~点

M011 前装鑄造冠（1歯につき）

- 1 金銀パラジウム合金（金12%以上）を用いた場合 194~~200~~点
- 2 鑄造用ニッケルクロム合金を用いた場合 17~~18~~点
- 3 銀合金を用いた場合 56~~59~~点

M014 ジャケット冠 (1 歯につき)	
〔次の材料料と人工歯料との合計により算定する。〕	
1 歯につき	2 点
M015 硬質レジンジャケット冠 (1 歯につき)	
1 歯冠用加熱重合硬質レジン	8 点
2 歯冠用光重合硬質レジン	213 点
M016 乳歯金属冠 (1 歯につき)	<u>293</u> 点
M017 ポンティック (ダミー) (1 歯につき)	
1 鑄造ポンティック (ダミー)	
(1) 金銀パラジウム合金 (金12%以上)	
イ 大白歯	<u>251</u> 259 点
ロ 小白歯	<u>189</u> 195 点
(2) 銀合金又はニッケルクロム合金	
大白歯・小白歯	<u>303</u> 32 点
2 金属裏装ポンティック (ダミー)	
〔次の材料料 (金属材料料とレジン材料料を含む。) と人工歯料との合計により算定する。〕	
(1) 14カラット金合金	<u>351</u> 440 点
(2) 金銀パラジウム合金 (金12%以上)	
イ 前歯	<u>102</u> 105 点
ロ 小白歯	<u>128</u> 132 点
(3) 銀合金又はニッケルクロム合金	
前歯・小白歯	<u>202</u> 24 点
3 前装鑄造ポンティック (ダミー)	
(1) 金銀パラジウム合金 (金12%以上) を用いた場合	<u>151</u> 155 点
(2) 銀合金又はニッケルクロム合金を用いた場合	<u>38</u> 40 点
M018 有床義歯	
〔次の材料料と人工歯料との合計により算定する。〕	
1 局部義歯 (1 床につき)	
(1) 1 歯から 4 歯まで	2 点
(2) 5 歯から 8 歯まで	3 点
(3) 9 歯から 11 歯まで	5 点
(4) 12 歯から 14 歯まで	<u>8</u> 7 点
2 総義歯 (1 顎につき)	<u>10</u> 7 点
M019 熱可塑性樹脂有床義歯 (1 床につき)	
〔次の材料料と人工歯料との合計により算定する。〕	
熱可塑性樹脂有床義歯 (1 床につき)	<u>48</u> 50 点
M020 鑄造鉤 (1 個につき)	
1 14カラット金合金	
(1) 双歯鉤	
イ 大・小白歯	<u>569</u> 474 点
ロ 犬歯・小白歯	<u>463</u> 385 点
(2) 両翼鉤 (レストつき)	
イ 大白歯	<u>463</u> 385 点
ロ 犬歯・小白歯	<u>355</u> 296 点
ハ 前歯 (切歯)	<u>274</u> 228 点

2	金銀パラジウム合金（金12%以上）	
(1)	双歯鉤	
	イ 大・小白歯	201 207 点
	ロ 犬歯・小白歯	157 162 点
(2)	両翼鉤（レストつき）	
	イ 大白歯	138 142 点
	ロ 犬歯・小白歯	120 123 点
	ハ 前歯（切歯）	111 114 点
3	鑄造用ニッケルクロム合金、鑄造用コバルトクロム合金	5点
M021	線鉤（1個につき）	
1	不銹鋼及び特殊鋼	10点
2	14カラット金合金	
(1)	双歯鉤	427 364 点
(2)	両翼鉤（レストつき）	330 235 点
M022	フック、スパー（1個につき）	
	不銹鋼及び特殊鋼	7点
M023	バー（1個につき）	
1	鑄造バー	
(1)	金銀パラジウム合金（金12%以上）	322 334 点
(2)	鑄造用ニッケルクロム合金、鑄造用コバルトクロム合金	19点
2	屈曲バー	
(1)	不銹鋼及び特殊鋼	46点
(2)	金銀パラジウム合金（金12%以上）	
	イ パラタルバー	542 485 点
	ロ リンガルバー	498 399 点

(別紙2)

材料料

N008	装着	
1	帯環(1個につき)	
(1)	歯科用合着・接着材料	16点
(2)	歯科用合着・接着材料	12点
(3)	歯科用合着・接着材料	4点
2	ダイレクトボンドブラケット(1個につき)	
	ダイレクトボンド用ボンディング材料	8点
N012	床装置(1装置につき)	15点
N013	リトラクター(1装置につき)	1,114点
N014	プロトラクター(1装置につき)	1,174点
N015	拡大装置(1装置につき)	
1	床拡大装置	125点
2	ポータータイプ(装着材料料との合計により算定する。)	14点
3	スケルトンタイプ(装着材料料との合計により算定する。)	227点
N016	アクチバトール(FKO)(1装置につき)	
1	アクチバトール	19点
2	ダイナミックポジショナー	40点
N017	リンガルアーチ(1装置につき)	223点
N018	マルチブラケット(1装置につき)	
1	矯正用線(丸型)	192点
2	矯正用線(角型)	13点
3	矯正用線(特殊丸型)	19点
4	矯正用線(特殊角型)	22点
5	超弾性矯正用線(丸型及び角型)	26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(大王歯料との合計により算定する。)	15点
2	メタルリテーナー(大王歯料との合計により算定する。)	108点
3	スプリングリテーナー	14点
4	リンガルアーチ	223点
5	リンガルバー	
	不銹鋼及び特殊鋼	49点
6	ツースポジショナー	40点
N020	鉤(1個につき)	
1	簡単なもの	
	不銹鋼及び特殊鋼	8点
2	困難なもの	
	不銹鋼及び特殊鋼	15点
N021	帯環(1個につき)	
1	帯環のみ	
(1)	切歯	17点
(2)	犬歯・臼歯	18点
2	ブラケット付帯	

(1) 切歯	35点
(2) 犬歯・臼歯	36点
3 チューブ付帯環 臼歯	60点
N022 ダイレクトボンド用ブラケット(1個につき)	29点
N024 弾線(1本につき)	5点
N025 トルキングアーチ(1本につき)	24点

各 地 方 厚 生 (支) 局 長
各 都 道 府 県 知 事

殿

厚 生 労 働 省 保 険 局 長

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

標記については、保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部を改正する省令（平成22年厚生労働省令第 号）並びに高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準の一部を改正する件（平成22年厚生労働省告示第 号）により、平成22年 4 月 1 日より、電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求により療養の給付費等の請求を行うことが義務付けられた保険医療機関及び保険薬局は、領収証を交付するに当たっては、正当な理由がない限り、当該費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書を無償で交付しなければならないこととされたところである。

これに併せ、医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付については下記のとおり取り扱うこととするので、御了知の上、管内保険医療機関、保険薬局及び指定訪問看護事業者に対し、周知徹底を図られたい。なお、「医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について」（平成18年 3 月 6 日保発第0306005号。）については、平成22年 3 月31日限り廃止する。

記

- 1 保険医療機関及び保険薬局に交付が義務付けられる領収証は、医科診療報酬及び歯科診療報酬にあつては点数表の各部単位で、調剤報酬にあつては点数表の各節単位で金額の内訳の分かるものとし、医科診療報酬については別紙様式 1 を、歯科診療報酬については別紙様式 2 を、調剤報酬については別紙様式 3 を標準とすること。
- 2 指定訪問看護事業者については、健康保険法（大正11年法律第70号）第88条第 9 項及び健康保険法施行規則（大正15年内務省令第36号）第72条の規定により、患者から指定訪問看護に要した費用の支払を受ける際、個別の費用ごとに区分して記載した領収証を交付しなければならないこととされているが、指定訪問看護事業者にあつても、保険医療機関及び保険薬局と同様に、正当な理由がない限り無償で交付しなければならないものであるとともに、交付が義務付けられている領収証は、指定訪問看護の費用額算定表における訪問看護基本療養費、訪問看護管理療養費、訪問看護情報提供療養費、~~後期高齢者終末期相談支援療養費及び訪問看護ターミ~~

ナルケア療養費の別に金額の内訳の分かるものとし、別紙様式4を標準とするものであること。

3 ~~電子情報処理組織の~~使用による請求~~も~~て又は光ディスク等を用いた請求により療養の給付費等の請求を行うこと（以下「レセプト電子請求」という。）が義務付けられた~~を行うこととされた~~保険医療機関及び保険薬局については、明細書を即時に発行できる基盤が整っていると考えられることから、領収証を交付するに当たっては、正当な理由がない限り、患者から求められたときは、明細書を無償で交付しなければならない旨義務付けることとしたものであること。その際、病名告知や患者のプライバシーにも配慮するため、明細書を発行する旨を院内掲示等により明示するとともに、会計窓口「明細書には薬剤の名称や行った検査の名称が記載されます。明細書の交付を希望しない場合は事前に申し出て下さい。」と掲示すること等を通じて、その意向を的確に確認できるようにすること。院内掲示は別紙様式7を参考とすること。

4 3の「正当な理由」に該当する保険医療機関及び保険薬局については、患者から明細書の発行を求められた場合には明細書を交付しなければならないものであり、「正当な理由」に該当する旨及び希望する患者には明細書を発行する旨（明細書発行の手続き、費用徴収の有無、費用徴収を行う場合の金額を含む。）を院内掲示等で明示するとともに、別紙届出様式により、地方厚生（支）局長に届出を行うこと。院内掲示等の例は別紙様式8を参考とすること。なお、「正当な理由」に該当する保険医療機関及び保険薬局とは、以下に該当する保険医療機関又は保険薬局であること。また、平成22年4月1日現在においてレセプト電子請求が義務付けられている保険医療機関及び保険薬局が当該届出を行う場合には、平成22年4月14日までにを行うこと。

(1) 明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピュータを使用している保険医療機関又は保険薬局であること。

(2) 自動入金機を使用しており、自動入金機で明細書発行を行おうとした場合には、自動入金機の改修が必要な保険医療機関又は保険薬局であること。

5 ~~4~~ 明細書については、療養の給付に係る一部負担金等の費用の算定の基礎となった項目ごとに明細が記載されているものとし、具体的には、個別の診療報酬点数又は調剤報酬点数の算定項目（投薬等に係る薬剤又は保険医療材料の名称を含む。以下同じ。）が分かるものであること。なお、明細書の様式は別紙様式5を標準とするものであるが、このほか、診療報酬明細書又は調剤報酬明細書の様式を活用し、明細書としての発行年月日等の必要な情報を付した上で発行した場合にも、明細書が発行されたものとして取り扱うものとする。

さらに、明細書の発行が義務付けられた保険医療機関及び保険薬局において、無償で発行する領収書に個別の診療報酬点数の算定項目が分かる明細が記載されている場合には、明細書が発行されたものとして取り扱うこととし、当該保険医療機関において患者から明細書発行の求めがあった場合にも、別に明細書を発行する必要はないこと。

6 レセプト電子請求が義務付けられていない保険医療機関及び保険薬局については、医療の透明化や患者への情報提供を積極的に推進していく必要がある一方で、明細書を即時に発行する基盤が整っていないと考えられることから、当該保険医療機関及び保険薬局の明細書発行に関する状況（明細書発行の有無、明細書発行の手続き、費用徴収の有無、費用徴収を行う場合の金額を含む。）を院内又は薬局内に掲示すること。院内掲示等の例は別紙様式9を参考とすること。

7 ~~5~~ ~~平成21年1月診療分より、患者から診断群分類点数に関し明細書の発行を求められた場合は、入院中に使用された医薬品、行われた検査について、その名称を付記すること~~を原則が望

~~ましいもの~~とし、その明細書の様式は別紙様式6を参考とするものであること。

~~8-6-3に規定する保険医療機関以外の保険医療機関、保険薬局及び指定訪問看護事業者において~~もは、患者から求められたときは、明細書の発行に努めること。

~~9-7~~ 明細書の発行の際の費用については、現時点では~~保険医療機関、保険薬局及び指定訪問看護事業者と患者との間の関係にゆだねられているものと解することができるが、~~仮に費用を徴収する場合にあっても、実費相当とするなど、社会的に妥当適切な範囲とすることが適当であり、実質的に明細書の入手の妨げとなるような高額な料金を設定してはならないものであること。

院内掲示例

平成 年 月
病 院

「個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書」の発行について

当院では、医療の透明化や患者への情報提供を積極的に推進していく観点から、平成 年 月 日より、領収証の発行の際に、個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書を無料で発行することと致しました。

明細書には、使用した薬剤の名称や行われた検査の名称が記載されるものですので、その点、御理解いただき、明細書の発行を希望されない方は、会計窓口にてその旨お申し出下さい。

院内掲示例(正当な理由に該当する場合)

平成 年 月
病 院

「個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書」の発行について

当院では、医療の透明化や患者への情報提供を積極的に推進していく観点から、希望される方には、個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書を発行しております。

明細書には、使用した薬剤の名称や行われた検査の名称が記載されるものですので、その点、御理解頂いた上で、発行を希望される方は 番窓口までお申し出下さい。発行手数料は1枚 円になります。

なお、全ての患者さんへの明細書の発行については、自動入金機の改修が必要なため、現時点では行っておりませんので、その旨ご了承ください。

院内掲示例 (電子請求を行っていないが明細書を発行している場合)

平成 年 月
病 院

「個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書」の発行について

当院では、医療の透明化や患者への情報提供を積極的に推進していく観点から、希望される方には、個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書を発行しております。

明細書には、使用した薬剤の名称や行われた検査の名称が記載されるもので、その点、御理解頂いた上で、発行を希望される方は 番窓口までお申し出下さい。発行手数料は 1 枚 円になります。

院内掲示例(明細書を発行していない場合)

平成 年 月
病 院

「個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書」の発行について

当院では、個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書を発行するシステムを備えていないため、明細書の発行はしていません。

その点御理解いただき、診療にかかる費用については、初・再診料、投薬、注射などの区分ごとに費用を記載した領収証を発行いたしますのでご確認下さい。

(別紙届出様式)

明細書発行について「正当な理由」に該当する旨の届出書

平成 年 月 日

保険医療機関又は保険
薬局の所在地及び名称

殿

開設者名

印

1. 以下の「正当な理由」に該当(いずれかの番号に○)

1	明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピュータを使用している
2	自動入金機を使用しており、自動入金機での明細書発行を行うには、自動入金機の改修が必要

2. 明細書発行についての状況

1	希望する患者への明細書発行の手続き (○を記載)
(1)	発行場所 ① 会計窓口 ②別の窓口 ③その他()
(2)	発行のタイミング ① 即時発行 ②その他()
2	費用徴収の有無 有・無
3	費用徴収を行っている場合その金額 円

3. 「正当な理由」に該当しなくなったため、届出を取り下げます。

注1) 本届出書は、レセプト電子請求が義務付けられているが、上記1の「正当な理由」に該当するため、明細書を全患者に無料で発行していない保険医療機関及び保険薬局が提出するものであること。

注2) 正当な理由の1には、明細書発行機能が付与されているが、明細書発行に対応したソフトの購入が必要なレセプトコンピュータを使用している保険医療機関又は保険薬局であって、当該ソフトを購入していない場合を含むものである。

注3) 本届出書を提出した後、領収証の交付に当たって明細書を無料で交付することとした保険医療機関又は保険薬局は、取り下げの届出を行うこと。

保医発 第 号
平成 22 年 月 日

地方厚生（支）局医療課長
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長
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

厚生労働省保険局医療課長

厚生労働省保険局歯科医療管理官

保険医療機関及び保険医療養担当規則等の一部改正に伴う
実施上の留意事項について

保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部を改正する省令（平成 22 年厚生労働省令第 号）及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準の一部を改正する件（平成 22 年厚生労働省告示第 号）が公布され、平成 22 年 4 月 1 日から適用されることとされたところであるが、その実施に伴う留意事項は次のとおりであるので、その取扱いに遺漏のないよう保険医療機関、審査支払機関等に対し、周知徹底を図られたい。

記

第 1 後発医薬品の使用に関する事項（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。以下「療担規則」という。）第 20 条第 2 号二及び第 21 条第 2 号二並びに高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和 58 年厚生省告示第 14 号。以下「療担基準」という。）第 20 条第 3 号二及び第 21 条第 3 号二関係）

保険医である医師又は歯科医師は、投薬又は処方せんの交付を行うに当たっては、後発医薬品の使用を考慮するよう努めるとともに、患者に後発医薬品を選択する機会を提供すること等患者が後発医薬品を選択しやすくするための対応に努めなければならないものとしたこと。

患者が後発医薬品を選択しやすくするための対応としては、例えば、診察時に後

発医薬品の使用に関する患者の意向を確認すること、保険薬局において後発医薬品に変更して調剤することや後発医薬品の使用に関する相談の対応等が可能な旨を患者に伝えること等をいう。

第2 明細書の交付に関する事項（療担規則第5条の2第2項、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）第4条の2第2項及び療担基準第5条の2第2項関係）

療養の給付等に係る一部負担金等の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の交付については、「医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について」（平成22年3月5日保発 第 号）によるものであること。

第3 処方せん様式に関する事項（療担規則様式第2号関係）

処方せん様式に以下の記載を加えることとする。なお、平成22年9月30日までの間は、なお従前の様式によることができるものとする。

- 1 都道府県番号（都道府県別の2桁の番号）
- 2 点数表番号（医科は1、歯科は3）
- 3 医療機関コード（医療機関別の7桁の番号）

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

厚生労働省保険局医療課長

厚生労働省保険局歯科医療管理官

処方せんに記載された医薬品の後発医薬品への変更について

標記については、後発医薬品の使用促進の一環として、平成22年4月1日より、一定の要件の下において、処方せんに記載された医薬品（以下「処方薬」という。）について保険薬局において処方医に事前に確認することなく含量違い又は類似する別剤形の後発医薬品に変更して調剤すること（以下「変更調剤」という。）を認めることとされたところであるが、その具体的な方法については下記のとおりであるので、その取扱いに遺漏のないよう保険医療機関、保険薬局、審査支払機関等に対し、周知徹底を図られたい。

記

第1 変更調剤の方法について

処方せんの「備考」欄中の「保険医署名」欄に処方医の署名又は記名・押印がない処方せんを受け付けた保険薬局においては、処方薬の後発医薬品への変更調剤について、次のそれぞれの場合に応じて取扱うものとする。

- 1 処方薬の銘柄名の近傍に「変更不可」、「含量規格変更不可」及び「剤形変更不可」の記載がないこと等により、後発医薬品への変更、含量規格の異なる後発医薬品への変更又は類似する別剤形の後発医薬品への変更が可能であることが明らかな場合
患者に対して説明し同意を得ることを条件に、処方薬に代えて、後発医薬品（含量規格が異なるもの及び類似する別剤形のものを含む。）を調剤することができる。

- 2 処方薬の銘柄名の近傍に「変更不可」の記載があること等により、後発医薬品への変更が不可であることが明らかな場合
処方薬を後発医薬品には変更できない。
- 3 処方薬の銘柄名の近傍に「含量規格変更不可」の記載があること等により、含量規格の異なる後発医薬品への変更が不可であることが明らかな場合
患者に対して説明し同意を得ることを条件に、処方薬に代えて、後発医薬品（含量規格が同一のものに限り、類似する別剤形のものを含む。）を調剤することができる。
- 4 処方薬の銘柄名の近傍に「剤形変更不可」の記載があること等により、類似する別剤形の後発医薬品への変更が不可であることが明らかな場合
患者に対して説明し同意を得ることを条件に、処方薬に代えて、後発医薬品（含量規格が異なるものを含み、同一の剤形のものに限る。）を調剤することができる。
- 5 処方薬の銘柄名の近傍に「含量規格変更不可」及び「剤形変更不可」の記載があること等により、含量規格の異なる後発医薬品への変更又は類似する別剤形の後発医薬品への変更が不可であることが明らかな場合
患者に対して説明し同意を得ることを条件に、処方薬に代えて、後発医薬品（含量規格が同一であり、かつ、同一の剤形のものに限る。）を調剤することができる。

（参考）

	含量規格が同一の後発医薬品への変更調剤	含量規格が異なる後発医薬品への変更調剤	類似する別剤形の後発医薬品への変更調剤
「変更不可」等の記載なし	可	可	可
「変更不可」の記載あり	不可	不可	不可
「含量規格変更不可」の記載あり	可	不可	可
「剤形変更不可」の記載あり	可	可	不可
「含量規格変更不可」及び「剤形変更不可」の記載あり	可	不可	不可

第2 変更調剤を行う際の留意点について

- 1 先発医薬品から後発医薬品への変更調剤が可能な処方せんを受け付けた保険薬局の保険薬剤師は、患者に対して後発医薬品に関する説明を適切に行うとともに、後発医薬品を調剤するよう努めなければならないものであること。
- 2 処方薬から後発医薬品（含量規格が異なるものを含む。）への変更調剤（類似する別剤形の後発医薬品への変更調剤を除く。）は、処方薬と同一の剤形の後発医薬品が対象となるものであること。
- 3 含量規格が異なる後発医薬品又は類似する別剤形の後発医薬品への変更調剤は、変更調剤後の薬剤料が変更前のものと比較して同額以下であるものに限り、対象となるものであること。
また、含量規格が異なる後発医薬品又は類似する別剤形の後発医薬品への変更調剤は、規格又は剤形の違いにより効能・効果や用法・用量が異なる場合には対象外とするものであること。
- 4 類似する別剤形の医薬品とは、内服薬であって、次の各号に掲げる分類の範囲内の他の医薬品をいうものであること。
 - ア 錠剤（普通錠）、錠剤（口腔内崩壊錠）、カプセル剤、丸剤
 - イ 散剤、顆粒剤、細粒剤、末剤、ドライシロップ剤（内服用固形剤として調剤する場合に限る。）
 - ウ 液剤、シロップ剤、ドライシロップ剤（内服用液剤として調剤する場合に限る。）
- 5 後発医薬品への変更調剤を行うに当たり、保険薬局の保険薬剤師は、当該保険薬局において当該後発医薬品を選択した基準（例えば、当該後発医薬品に係る薬価、製造販売業者における製造、供給、情報提供に係る体制及び品質に関する情報開示の状況等）を患者に対して説明すること。
- 6 保険薬局において、後発医薬品（含量規格が異なるもの及び類似する別剤形のものを含む。）への変更調剤を行った場合には、調剤した薬剤の銘柄（含量規格が異なる後発医薬品を調剤した場合には含量規格を、類似する別剤形の後発医薬品を調剤した場合には剤形を含む。）等について、当該調剤に係る処方せんを発行した保険医療機関に情報提供すること。ただし、当該保険医療機関との間で、調剤した薬剤の銘柄等に係る情報提供の要否、方法、頻度等に関してあらかじめ合意が得られている場合は、当該合意に基づいた方法等により情報提供を行うことで差し支えない。

第3 その他

処方せんにおける変更調剤に関する記載方法については、「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)別紙2の第5「処方せんの記載上の注意事項」によるものであること。

【保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部を改正する省令（案）】

新旧対照条文

保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十五号）【第一条関係】

（傍線の部分は改正部分）

改正案	現行
<p>（領収証等の交付） 第五条の二（略）</p> <p>2 厚生労働大臣の定める保険医療機関は、前項に規定する領収証を交付するときは、正当な理由がない限り、当該費用の計算の基礎となつた項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。ただし、領収証を交付するに当たり明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由がある場合は、患者から求められたときに交付することと足りるものとする。</p> <p>3 前項に規定する明細書の交付は、正当な理由がある場合を除き、無償で行わなければならない。</p> <p>（診療の具体的方針） 第二十条 医師である保険医の診療の具体的方針は、前十二条の規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。</p> <p>一（略）</p> <p>二 投薬</p>	<p>（領収証等の交付） 第五条の二（略）</p> <p>2 厚生労働大臣の定める保険医療機関は、前項の場合において患者から求められたときは、当該費用の計算の基礎となつた項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。</p> <p>（診療の具体的方針） 第二十条 医師である保険医の診療の具体的方針は、前十二条の規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。</p> <p>一（略）</p> <p>二 投薬</p>

イ〜ハ (略)

二 投薬を行うに当たっては、薬事法第十四条の四第一項各号に掲げる医薬品(以下「新医薬品等」という。)とその有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一性を有する医薬品として、同法第十四条の規定による製造販売の承認(以下「承認」という。)がなされたもの(ただし、同法第十四条の四第一項第二号に掲げる医薬品並びに新医薬品等に係る承認を受けている者が、当該承認に係る医薬品と有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一であつてその形状、有効成分の含量又は有効成分以外の成分若しくはその含量が異なる医薬品に係る承認を受けている場合における当該医薬品を除く。)(以下「後発医薬品」という。)(の使用を考慮するとともに、患者に後発医薬品を選択する機会を提供すること等患者が後発医薬品を選択しやすくするための対応に努めなければならない。

ホ〜ト (略)

三〜七 (略)

(歯科診療の具体的方針)

第二十一条 歯科医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から第十九条の三までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

一 (略)

二 投薬

イ〜ハ (略)

二 投薬を行うに当たっては、後発医薬品の使用を考慮するとともに、患者に後発医薬品を選択する機会を提供すること等患者が後

イ〜ハ (略)

二 投薬を行うに当たっては、薬事法第十四条の四第一項各号に掲げる医薬品(以下「新医薬品等」という。)とその有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一性を有する医薬品として、同法第十四条の規定による製造販売の承認(以下「承認」という。)がなされたもの(ただし、同法第十四条の四第一項第二号に掲げる医薬品並びに新医薬品等に係る承認を受けている者が、当該承認に係る医薬品と有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一であつてその形状、有効成分の含量又は有効成分以外の成分若しくはその含量が異なる医薬品に係る承認を受けている場合における当該医薬品を除く。)(以下「後発医薬品」という。)(の使用を考慮するよう努めなければならない。

ホ〜ト (略)

三〜七 (略)

(歯科診療の具体的方針)

第二十一条 歯科医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から第十九条の三までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

一 (略)

二 投薬

イ〜ハ (略)

二 投薬を行うに当たっては、後発医薬品の使用を考慮するよう努めなければならない。

<p>。 発医薬品を選択しやすくするための対応に努めなければならない。</p> <p>ホ～へ（略）</p> <p>三了九（略）</p>	<p>ホ～へ（略）</p> <p>三了九（略）</p>
---	-----------------------------

保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十六号）【第一条関係】

（傍線の部分は改正部分）

<p>改正案</p> <p>（領収証の交付）</p> <p>第四条の二（略）</p> <p>2 厚生労働大臣の定める保険薬局は、前項に規定する領収証を交付するときは、正当な理由がない限り、当該費用の計算の基礎となつた項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。ただし、領収証を交付するに当たり明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由がある場合は、患者から求められたときに交付することのできるものとする。</p> <p>3 前項に規定する明細書の交付は、正当な理由がある場合を除き、無償で行わなければならない。</p>	<p>現行</p> <p>（領収証の交付）</p> <p>第四条の二（略）</p>
--	---

処 方 せ ん

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号		保 険 者 番 号				
公費負担医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	.			

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

処 方										
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

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

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。その際、処方薬の一部について後発医薬品への変更が差し支えがあると判断した場合には、当該薬剤の銘柄名の近傍にその旨記載することとし、「保険医署名」欄には何も記載しないこと。

2. この用紙は、日本工業規格 A 列5番とすること。

3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

新旧対照条文

高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等^(一)の取扱い及び担当に関する基準（昭和五十八年厚生省告示第十四号）

（傍線の部分は改正部分）

改正案	現行
<p>（領収証等の交付） 第五条の二（略）</p> <p>2 厚生労働大臣の定める保険医療機関は、前項に規定する領収証を交付するときは、正当な理由がない限り、当該費用の計算の基礎となつた項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。ただし、領収証を交付するに当たり明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由がある場合は、患者から求められたときに交付すること^(二)で足りるものとする。</p> <p>3 前項に規定する明細書の交付は、正当な理由がある場合を除き、無償で行わなければならない。</p> <p>（診療の具体的方針） 第二十条 医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から前条までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。</p> <p>一・二（略）</p> <p>三 投薬</p> <p>イハ（略）</p> <p>二 投薬を行うに当たつては、薬事法第十四条の四第一項各号に掲</p>	<p>（領収証等の交付） 第五条の二（略）</p> <p>2 厚生労働大臣の定める保険医療機関は、前項の場合において患者から求められたときは、当該費用の計算の基礎となつた項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。</p> <p>（診療の具体的方針） 第二十条 医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から前条までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。</p> <p>一・二（略）</p> <p>三 投薬</p> <p>イハ（略）</p> <p>二 投薬を行うに当たつては、薬事法第十四条の四第一項各号に掲</p>

げる医薬品（以下「新医薬品等」という。）とその有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一性を有する医薬品として、同法第十四条の規定による製造販売の承認（以下「承認」という。）がなされたもの（ただし、同法第十四条の四第一項第二号に掲げる医薬品並びに新医薬品等に係る承認を受けている者が、当該承認に係る医薬品と有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一であつてその形状、有効成分の含量又は有効成分以外の成分若しくはその含量が異なる医薬品に係る承認を受けている場合における当該医薬品を除く。）（以下「後発医薬品」という。

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

ホ～ト（略）

四～八（略）

（歯科診療の具体的方針）

第二十一条 歯科医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から第十九条の三までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

一・二（略）

三 投薬

イ～ハ（略）

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

げる医薬品（以下「新医薬品等」という。）とその有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一性を有する医薬品として、同法第十四条の規定による製造販売の承認（以下「承認」という。）がなされたもの（ただし、同法第十四条の四第一項第二号に掲げる医薬品並びに新医薬品等に係る承認を受けている者が、当該承認に係る医薬品と有効成分、分量、用法、用量、効能及び効果が同一であつてその形状、有効成分の含量又は有効成分以外の成分若しくはその含量が異なる医薬品に係る承認を受けている場合における当該医薬品を除く。）（以下「後発医薬品」という。

（）の使用を考慮するよう努めなければならない。

ホ～ト（略）

四～八（略）

（歯科診療の具体的方針）

第二十一条 歯科医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から第十九条の三までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

一・二（略）

三 投薬

イ～ハ（略）

二 投薬を行うに当たつては、後発医薬品の使用を考慮するよう努めなければならない。

ホ・ヘ (略)

四・九 (略)

(領収証の交付)

第二十六条の五 (略)

2 厚生労働大臣の定める保険薬局は、前項に規定する領収証を交付するときは、正当な理由がない限り、当該費用の計算の基礎となつた項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。ただし、領収証を交付するに当たり明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由がある場合は、患者から求められたときに交付することとで足りるものとする。

3 前項に規定する明細書の交付は、正当な理由がある場合を除き、無償で行わなければならない。

ホ・ヘ (略)

四・九 (略)

(領収証の交付)

第二十六条の五 (略)

厚生労働省告示第 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、特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）（平成二十年厚生労働省告示第六十一号）の一部を次のように改正し、平成二十二年四月一日から適用する。ただし、平成二十二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。

平成二十二年 月 日

厚生労働大臣 長妻 昭

別表を次のように改める。

別表（抄）

医科点数表の第2章第4部及び別表第二歯科診療報酬点数表（以下「歯科点数表」という。）の第2章第4部に規定するフィルム及びその材料価格

規	格	1枚当たり材料価格
001	半切	137円
002	大角	114円
003	大四ツ切	84円
004	四ツ切	64円
005	六ツ切	52円
006	八ツ切	48円
007	カビネ	42円
008	30cm × 35cm	83円
009	24cm × 30cm	66円
010	18cm × 24cm	44円
011	標準型（3cm × 4cm）	28円
012	咬合型（5.7cm × 7.6cm、5.5cm × 7.5cm又は5.4cm × 7cm）	38円
013	咬翼型（4.1cm × 3cm又は2.1cm × 3.5cm）	38円
014	オルソパントモ型	
	20.3cm × 30.5cm	99円
	15cm × 30cm	115円
015	小児型	
	2.2cm × 3.5cm	30円
	2.4cm × 3cm	23円
016	間接撮影用フィルム	
	10cm × 10cm	31円
	7cm × 7cm	22円
	6cm × 6cm	15円
017	オデルカ用フィルム	
	10cm × 10cm	32円
	7cm × 7cm	22円
018	マンモグラフィー用フィルム	
	24cm × 30cm	135円
	20.3cm × 25.4cm	130円
	18cm × 24cm	120円
019	画像記録用フィルム	
	(1) 半切	288円
	(2) 大角	222円
	(3) 大四ツ切	196円
	(4) B 4	160円
	(5) 四ツ切	145円
	(6) 六ツ切	133円
	(7) 24cm × 30cm	139円

歯科点数表の第2章第6部に規定する特定保険医療材料及びその材料価格

001	プラスチックカニューレ型静脈内留置針	
	(1) 標準型	90円
	(2) 針刺し事故防止機構付加型	108円
002	中心静脈用カテーテル	
	(1) 標準型	
	シングルルーメン	

ア	スルーザカニューラ型	1,740円
イ	セルジンガー型	1,910円
	マルチルーメン	
ア	スルーザカニューラ型	2,870円
イ	セルジンガー型	7,530円
(2)	抗血栓性型	2,310円
(3)	極細型	7,890円
(4)	カフ付き	21,800円
(5)	酸素飽和度測定機能付き	36,500円
(6)	末梢留置型中心静脈カテーテル・逆流防止機能付き	13,800円

歯科点数表の第2章第8部及び第9部に規定する特定保険医療材料及びその材料価格

001 人工骨

(1)	汎用型	
	非吸収型	
ア	顆粒・フィラー	1 g 当たり6,480円
イ	多孔体	1 mL当たり16,000円
ウ	骨形成促進型	1 mL当たり45,800円
エ	形状賦形型	1 mL当たり19,500円
	吸収型	
ア	顆粒・フィラー	1 g 当たり14,900円
イ	多孔体	1 mL当たり15,700円

002 カスタムメイド人工関節及びカスタムメイド人工骨

(1)	カスタムメイド人工関節	保険医療機関における購入価格による。
(2)	カスタムメイド人工骨	
	カスタムメイド人工骨(S)	850,000円
	カスタムメイド人工骨(M)	961,000円
	カスタムメイド人工骨(L)	999,000円

003 合成吸収性骨片接合材料

(1)	スクリュー	
	頭蓋・顎・顔面・小骨用	35,400円
(2)	ストレートプレート	40,200円
(3)	その他のプレート	56,100円
(4)	ワッシャー	20,100円
(5)	ピン	
	一般用	44,700円

004 固定用内副子(スクリュー)

(1)	その他のスクリュー	
	標準型	
ア	小型スクリュー(頭蓋骨・顔面・上下顎骨用)	3,940円

005 固定用内副子(プレート)

(1)	その他のプレート	
	標準	
ア	指骨、頭蓋骨、顔面骨、上下顎骨用	
	ストレート型・異形型	15,300円
	メッシュ型	94,400円
イ	下顎骨・骨盤再建用	73,700円
ウ	人工顎関節用	114,000円
	特殊	
ア	骨延長用	118,000円

	イ スクリュー非使用型	177,000円
006	固定釘	
	(1) 平面型	18,400円
	(2) 立体特殊型	29,800円
007	固定用金属線	
	(1) 金属線	
	ワイヤー	1 cm当たり20円
	ケーブル	59,800円
008	固定用金属ピン	
	(1) 一般用	558円
009	削除	
010	鼻孔プロテーゼ	3,830円
011	皮膚欠損用創傷被覆材	
	(1) 真皮に至る創傷用	1 cm ² 当たり8円
	(2) 皮下組織に至る創傷用	
	標準型	1 cm ² 当たり13円
	異形型	1 g 当たり37円
	(3) 筋・骨に至る創傷用	1 cm ² 当たり25円
012	真皮欠損用グラフト	1 cm ² 当たり450円
013	非固着性シリコンガーゼ	
	(1) 平坦部位用	142円
	(2) 凹凸部位用	322円
014	栄養カテーテル	
	(1) 経鼻用	
	一般用	175円
	乳幼児用	
	ア 一般型	90円
	イ 非DEHP型	140円
	経腸栄養用	1,650円
	特殊型	2,020円
015	気管内チューブ	
	(1) カフあり	
	カフ上部吸引機能あり	2,640円
	カフ上部吸引機能なし	776円
	(2) カフなし	659円
016	胃管カテーテル	
	(1) シングルルーメン	87円
	(2) ダブルルーメン	
	標準型	495円
	特殊型	1,460円
017	吸引留置カテーテル	
	(1) 能動吸引型	
	創部用(ドレーンチューブ)	
	ア 軟質型	6,370円
	イ 硬質型	3,880円
	(2) 受動吸引型	
	フィルム・チューブドレーン	
	ア フィルム型	263円
	イ チューブ型	923円

018	膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル	
	(1) 2管一般()	241円
	(2) 2管一般()	672円
	(3) 2管一般()	1,650円
	(4) 特定()	772円
	(5) 特定()	2,110円
	(6) 圧迫止血	4,530円

019	人工血管	
	(1) 永久留置型	
	小血管用	
	ア 標準型	
	外部サポートあり	1 cm当たり3,150円
	外部サポートなし	1 cm当たり2,350円

020	輸血用血液フィルター（微小凝集塊除去用）	2,390円
021	輸血用血液フィルター（赤血球製剤用白血球除去用）	2,730円
022	輸血用血液フィルター（血小板製剤用白血球除去用）	3,190円
023	歯周組織再生材料	1 歯 1 枚当たり9,000円

歯科点数表の第2章第12部に規定する特定保険医療材料及びその材料価格

	品名	単位	材料価格
001	歯科用純金地金（金99.99%以上）	1 g	3,397円
002	歯科鑄造用14カラット金合金 インレー用（J I S 適合品）	1 g	2,332円
003	歯科鑄造用14カラット金合金 鉤用（J I S 適合品）	1 g	2,733円
004	歯科用14カラット金合金鉤用線（金58.33%以上）	1 g	4,389円
005	歯科用14カラット合金用金ろう（J I S 適合品）	1 g	2,838円
006	歯科鑄造用金銀パラジウム合金（金12%以上 J I S 適合品）	1 g	619円
007	歯科非鑄造用金銀パラジウム合金 板状（金12%以上 J I S 適合品）	1 g	592円
008	歯科非鑄造用金銀パラジウム合金 バー状 パラタルバー用（金12%以上 J I S 適合品）	1 cm	698円
009	歯科非鑄造用金銀パラジウム合金 バー状 リンガルバー用（金12%以上 J I S 適合品）	1 cm	641円
010	歯科用金銀パラジウム合金ろう（金15%以上 J I S 適合品）	1 g	1,101円
011	歯科鑄造用銀合金 第1種（銀60%以上インジウム5%未満 J I S 適合品）	1 g	87円
012	歯科鑄造用銀合金 第2種（銀60%以上インジウム5%以上 J I S 適合品）	1 g	100円
013	歯科用銀ろう（J I S 適合品）	1 g	200円
014	歯科用プラスメタル（銀25%以上パラジウム5%以上）	1 g	698円
015	歯科用プラスメタル（銀25%以上）	1 g	296円
016	歯科鑄造用ニッケルクロム合金 冠用	1 g	20円
017	歯科鑄造用ニッケルクロム合金 鉤・バー用	1 g	26円
018	歯科用ニッケルクロム合金板（J I S 適合品）	1 g	130円
019	歯科用ニッケルクロム合金線 鉤用（J I S 適合品）	1 cm	22円
020	歯科鑄造用コバルトクロム合金 鉤・バー用	1 g	27円
021	歯科用コバルトクロム合金線 鉤用（J I S 適合品）	1 cm	13円
022	歯科用コバルトクロム合金線 バー用（J I S 適合品）	1 cm	63円
023	歯科用ステンレス鋼線 鉤用（J I S 適合品）	1 cm	9円
024	歯科用ステンレス鋼線 バー用（J I S 適合品）	1 cm	10円
025	歯科用銀アマルガム用合金（アロイ J I S 適合品）	1 g	113円
026	歯科用銀アマルガム用合金（水銀 J I S 適合品）	1 g	19円

027	陶歯 前歯用（真空焼成歯）	6本1組	1,793円
028	陶歯 臼歯用（真空焼成歯）	8本1組	966円
029	陶歯 前歯継続歯用（真空焼成歯）	2本1組	1,312円
030	陶歯 臼歯継続歯用（真空焼成歯）	4本1組	1,920円
031	レジン歯 前歯用（JIS適合品）	6本1組	251円
032	レジン歯 臼歯用（JIS適合品）	8本1組	269円
033	スルフォン樹脂レジン歯 前歯用	6本1組	631円
034	スルフォン樹脂レジン歯 臼歯用	8本1組	827円
035	硬質レジン歯 前歯用	6本1組	593円
036	硬質レジン歯 臼歯用	8本1組	773円
037	歯冠用加熱重合レジン（粉末 JIS適合品）	1g	21円
038	歯冠用加熱重合レジン（液 JIS適合品）	1mL	4円
039	歯冠用加熱重合硬質レジン	1g	26円
040	歯冠用光重合硬質レジン	1g	694円
041	義歯床用アクリリック樹脂（粉末 JIS適合品）	1g	5円
042	義歯床用アクリリック樹脂（液 JIS適合品）	1mL	4円
043	義歯床用アクリリック即時硬化樹脂（粉末）	1g	28円
044	義歯床用アクリリック即時硬化樹脂（液）	1mL	19円
045	義歯床用熱可塑性樹脂	1g	22円
046	歯科用合着・接着材料（粉末・液）	1g	441円
047	歯科用合着・接着材料（粉末・液）	1g	103円
048	歯科用合着・接着材料（粉末・液）	1g	23円
049	歯科充填用材料	1g	704円
050	歯科充填用材料	1g	270円
051	歯科充填用材料	1g	16円
052	複合レジン 築造用（硬化後フィラー60%以上）	1g	268円
053	金属小釘 ロック型	1本	64円
054	金属小釘 スクリュー型	1本	48円
055	金属小釘 スクリュー型（金メッキ）	1本	106円
056	乳歯金属冠	1本	289円
057	スクリューポスト 支台築造用	1本	61円

歯科点数表の第2章第13部に規定する特定保険医療材料及びその材料価格

品名	単位	材料価格
001	歯科矯正用帯環 切歯用	1個 173円
002	歯科矯正用帯環 犬歯用及び臼歯用	1個 182円
003	帯環用ブラケット	1個 179円
004	ダイレクトボンド用ブラケット	1個 286円
005	チューブ	1個 422円
006	STロック	1組 2,027円
007	スクリュー 床用	1個 1,210円
008	スクリュー スケレトン用	1個 2,228円
009	トラクションバンド	1個 309円
010	ネックストラップ	1個 200円
011	ヘッドギア リトラクター用	1個 7,432円
012	ヘッドギア プロトラクター用	1個 9,782円
013	チンキャップ リトラクター用	1個 3,195円
014	チンキャップ プロトラクター用	1個 1,954円
015	フェイスボウ	1個 738円
016	矯正用線（丸型）	1本 380円

017	矯正用線（角型）	1本	261円
018	矯正用線（特殊丸型）	1本	370円
019	矯正用線（特殊角型）	1本	432円
020	超弾性矯正用線（丸型及び角型）	1本	527円
021	歯科用ニッケルクロム合金線 鉤用（J I S 適合品）	1cm	22円
022	歯科鑄造用ニッケルクロム合金 床用	1g	38円
023	歯科用コバルトクロム合金線 鉤用（J I S 適合品）	1cm	13円
024	歯科用コバルトクロム合金線 バー用（J I S 適合品）	1cm	63円
025	歯科鑄造用コバルトクロム合金 床用	1g	28円
026	歯科用ステンレス鋼線 鉤用（J I S 適合品）	1cm	9円
027	歯科用ステンレス鋼線 バー用（J I S 適合品）	1cm	10円
028	陶歯 前歯用（真空焼成歯）	6本1組	1,793円
029	陶歯 臼歯用（真空焼成歯）	8本1組	966円
030	レジン歯 前歯用（J I S 適合品）	6本1組	251円
031	レジン歯 臼歯用（J I S 適合品）	8本1組	269円
032	義歯床用アクリリック樹脂（粉末J I S 適合品）	1g	5円
033	義歯床用アクリリック樹脂（液J I S 適合品）	1mL	4円
034	歯科用合着・接着材料（粉末・液）	1g	441円
035	歯科用合着・接着材料（粉末・液）	1g	103円
036	歯科用合着・接着材料（粉末・液）	1g	23円
037	ダイレクトボンド用ボンディング材	1g	900円
038	シリコン樹脂	1g	16円
039	超弾性コイルスプリング	1個	450円

別表第三調剤報酬点数表に規定する特定保険医療材料及びその材料価格

001	インスリン製剤等注射用ディスポーザブル注射器		17円
002	ヒト成長ホルモン剤注射用ディスポーザブル注射器		10円
003	ホルモン製剤等注射用ディスポーザブル注射器		11円
004	腹膜透析液交換セット		
	(1) 交換キット		558円
	(2) 回路		
	Yセット		867円
	APDセット		5,610円
	IPDセット		1,040円
005	在宅中心静脈栄養用輸液セット		
	(1) 本体		1,930円
	(2) 付属品		
	フーバー針		400円
	輸液バッグ		400円
006	在宅寝たきり患者処置用栄養用ディスポーザブルカテーテル		
	(1) 経鼻用		
	一般用		175円
	乳幼児用		
	ア 一般型		90円
	イ 非DEHP型		140円
	経腸栄養用		1,650円
	特殊型		2,020円
	(2) 腸瘻用		4,350円
007	万年筆型注入器用注射針		
	(1) 標準型		15円

(2) 針折れ防止型	17円
(3) 超微細型	18円
008 携帯型ディスポーザブル注入ポンプ	4,000円
経過措置	

(2) 次の表の左欄に掲げる特定保険医療材料の同表の中欄に掲げる期間における材料価格は、それぞれ同表の右欄に掲げる材料価格とする。

900 遠心分離式白血球除去用材料	平成22年4月1日から	26,500円
901 鼻中隔プロテゼ	平成23年3月31日まで	3,960円

厚生労働省告示第 号 【抄】

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、基本診療料の施設基準等（平成二十年厚生労働省告示第六十二号）の一部を次のように改正し、平成二十二年四月一日から適用する。

平成二十二年 月 日

厚生労働大臣 長妻 昭

本則を次のように改める。

第一 届出の通則

一 保険医療機関（健康保険法（大正十一年法律第七十号）第六十三条第三項第一号に規定する保険医療機関をいう。以下同じ。）は、第二から第十までに規定する施設基準に従い、適正に届出を行わなければならないこと。

二 保険医療機関は、届出を行った後に、当該届出に係る内容と異なる事情が生じた場合には、速やかに届出の内容の変更を行わなければならないこと。

三 届出の内容又は届出の変更の内容が第二から第十までに規定する施設基準に適合しない場合には、当該届出又は届出の変更は無効であること。

四 届出については、届出を行う保険医療機関の所在地を管轄する地方厚生局長又は地方厚生支局

長（以下「地方厚生局長等」という。）に対して行うこと。ただし、当該所在地を管轄する地方厚生局又は地方厚生支局の分室がある場合には、当該分室を経由して行うこととする。

第二 施設基準の通則

一 地方厚生局長等に対して当該届出を行う前六月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。

二 地方厚生局長等に対して当該届出を行う前六月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等（平成十八年厚生労働省告示第百七号）第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。

三 地方厚生局長等に対して当該届出を行う前六月間において、健康保険法第七十八条第一項及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号。以下「高齢者医療確保法」という。）第七十二条第一項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。

四 地方厚生局長等に対して当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法（平成十八年厚生労働省告示第百四号）に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

第三 初・再診料の施設基準等

三の三 明細書発行体制等加算の施設基準

- (1) 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和五十一年厚生省令第三十六号）第一条の規定に基づき電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求を行っていること。

- (2) 保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十五号）第五条の二第二項に規定する明細書及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和五十八年厚生省告示第十四号）第五条の二第二項に規定する明細書を患者に無償で交付していること。

- (3) (2)の体制に関する事項について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

四 地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準

- (1) 常勤の歯科医師が二名以上配置されていること。
- (2) 看護師及び准看護師（以下「看護職員」という。）が二名以上配置されていること。
- (3) 歯科衛生士が一名以上配置されていること。
- (4) 次のいずれかに該当すること。

イ 歯科医療を担当する病院（医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第一条の五第一項に規

定する病院をいう。以下同じ。)である保険医療機関における当該歯科医療についての紹介率(別の保険医療機関から文書により紹介等された患者(当該病院と特別の関係にある保険医療機関等から紹介等された患者を除く。)の数を初診患者(当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜に受診した六歳未満の初診患者を除く。)の総数で除して得た数をいう。以下同じ。)が百分の三十以上であること。

ロ 歯科医療を担当する病院である保険医療機関における当該歯科医療についての紹介率が百分の二十以上であつて、別表第一に掲げる手術の一年間の実施件数の総数が三十件以上であること。

ハ 歯科医療を担当する病院である保険医療機関において、歯科医療を担当する他の保険医療機関において診療報酬の算定方法別表第二歯科診療報酬点数表(以下「歯科点数表」という。)の初診料の注6若しくは再診料の注4に規定する加算又は歯科点数表の歯科訪問診療料を算定した患者であつて、当該他の保険医療機関から文書により診療情報の提供を受けて当該保険医療機関の外来診療部門において歯科医療を行ったものの月平均患者数が五人以上であること。

二 歯科医療を担当する病院である保険医療機関において、歯科点数表の初診料の注6又は再診料の注4に規定する加算を算定した患者の月平均患者数が三十人以上であること。

(5) 当該地域において、歯科医療を担当する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。

五 歯科外来診療環境体制加算の施設基準

(1) 歯科外来診療における医療安全対策に係る研修を受けた常勤の歯科医師が一名以上配置されていること。

(2) 歯科衛生士が一名以上配置されていること。

(3) 緊急時の対応を行うにつき必要な体制が整備されていること。

(4) 医療安全対策につき十分な体制が整備されていること。

(5) 歯科診療に係る医療安全対策に係る院内掲示を行っていること。

六 障害者歯科医療連携加算の施設基準

(1) 次のいずれかに該当すること。

イ 歯科点数表の地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関であること。

ロ 歯科医療を担当する保険医療機関（診療所（医療法第一条の五第二項に規定する診療所をいう。以下同じ。）に限る。）であり、かつ、当該保険医療機関における歯科点数表の初診

料の注6又は再診料の注4に規定する加算を算定した外来患者の月平均患者数が二十人以上

であること。

(2) 障害者である患者にとって安心して安全な歯科医療の提供を行うにつき十分な機器等を有していること。

(3) 緊急時に円滑な対応ができるよう医科診療を担当する他の保険医療機関（病院に限る。）との連携体制が整備されていること。

第八 入院基本料等加算の施設基準等

六 臨床研修病院入院診療加算の施設基準

(2) 単独型又は管理型の施設基準

次のいずれかに該当すること。

イ 次のいずれにも該当する病院である単独型臨床研修施設（歯科医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令（平成十七年厚生労働省令第百三号）第三条第一号に規定する単独型臨床研修施設をいう。）又は病院である管理型臨床研修施設（同条第二号に規定する管理型臨床研修施設をいう。）であること。

診療録管理体制加算に係る届出を行った保険医療機関であること。

研修歯科医の診療録の記載について指導歯科医が指導及び確認をする体制がとられていること。

その他臨床研修を行うにつき十分な体制が整備されていること。

- ロ 次のいずれにも該当する単独型相当大学病院（歯科医師法（昭和二十三年法律第二百二号）第十六条の二第一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。）のうち、単独で若しくは歯科医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令第三条第一号に規定する研修協力施設と共同して臨床研修を行う病院をいう。以下同じ。）又は管理型相当大学病院（歯科医師法第十六条の二第一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。）のうち、他の施設と共同して臨床研修を行う病院（単独型相当大学病院を除く。）であつて、当該臨床研修の管理を行うものをいう。以下同じ。）であること。

診療録管理体制加算に係る届出を行った保険医療機関であること。

研修歯科医の診療録の記載について指導歯科医が指導及び確認をする体制がとられていること。

その他臨床研修を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(3) 協力型の施設基準

次のいずれかに該当すること。

ハ 次のいずれにも該当する病院である協力型臨床研修施設（歯科医師法第十六条の二第一項

に規定する臨床研修に関する省令第三条第三号に規定する協力型臨床研修施設をいう。）であること。

診療録管理体制加算に係る届出を行った保険医療機関であること。

研修歯科医の診療録の記載について指導歯科医が指導及び確認をする体制がとられていること。

その他臨床研修を行うにつき十分な体制が整備されていること。

二 次のいずれにも該当する協力型相当大学病院（歯科医師法第十六条の二第一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。）のうち、他の施設と共同して臨床研修を行う病院（単独型相当大学病院及び管理型相当大学病院を除く。）であること。

診療録管理体制加算に係る届出を行った保険医療機関であること。

研修歯科医の診療録の記載について指導歯科医が指導及び確認をする体制がとられていること。

その他臨床研修を行うにつき十分な体制が整備されていること。

二十三 緩和ケア診療加算の施設基準

(1) 緩和ケア診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(2) 当該体制において、緩和ケアに関する研修を受けた医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあつては、医師又は歯科医師）が配置されていること（当該保険医療機関において緩和ケア診療加算を算定する悪性腫瘍しゅようの患者に対して緩和ケアを行う場合に限る。）。

(3) がん診療連携の拠点となる病院若しくはそれに準じる病院であること又は財団法人日本医療機能評価機構（平成七年七月二十七日に財団法人日本医療機能評価機構という名称で設立された法人をいう。以下同じ。）等が行う医療機能評価を受けていること。

二十八の二 栄養サポートチーム加算の施設基準等

(1) 栄養サポートチーム加算の施設基準

イ 栄養管理に係る診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

ロ 当該加算の対象患者について栄養治療実施計画を作成するとともに、当該患者に対して当該計画が文書により交付され、説明がなされるものであること。

ハ 当該患者の栄養管理に係る診療の終了時に栄養治療実施報告書を作成するとともに、当該患者に対して当該報告書が文書により交付され、説明がなされるものであること。

ニ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

(2) 栄養サポートチーム加算の対象患者

栄養障害の状態にある患者又は栄養管理を行わなければ栄養障害の状態になることが見込ま

れる患者であつて、栄養管理実施加算を算定しているものであること。

二十九 医療安全対策加算の施設基準等

(1) 医療安全対策加算の施設基準

イ 医療安全対策加算1の施設基準

医療安全対策に係る研修を受けた専従の薬剤師、看護師等が医療安全管理者として配置されていること。

当該保険医療機関内に医療安全管理部門を設置し、組織的に医療安全対策を実施する体制が整備されていること。

当該保険医療機関内に患者相談窓口を設置していること。

ロ 医療安全対策加算2の施設基準

医療安全対策に係る研修を受けた専任の薬剤師、看護師等が医療安全管理者として配置されていること。

イの 及び の要件を満たしていること。

(2) 感染防止対策加算の施設基準

イ 医療安全対策加算1に係る届出を行った保険医療機関であること。

ロ 当該保険医療機関内に感染防止対策部門を設置し、組織的に感染防止対策を実施する体制

が整備されていること。

三十三の四 救急搬送患者地域連携紹介加算の施設基準

(1) 救急患者の転院体制について、救急搬送患者地域連携受入加算に係る届出を行っている保険医療機関との間であらかじめ協議を行っていること。

(2) 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料又は脳卒中ケアユニット入院医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

(3) 救急搬送患者地域連携受入加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。

三十三の五 救急搬送患者地域連携受入加算の施設基準

(1) 救急患者の転院体制について、救急搬送患者地域連携紹介加算に係る届出を行っている保険医療機関との間であらかじめ協議を行っていること。

(2) 救急搬送患者地域連携紹介加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。

三十五の三 後発医薬品使用体制加算の施設基準等

(1) 後発医薬品使用体制加算の施設基準

イ 後発医薬品の使用を促進するための体制が整備されていること。

ロ 当該保険医療機関において使用することを決定した医薬品のうち後発医薬品の品目数が二

割以上であること。

八 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

(2) 後発医薬品使用体制加算の注に規定する厚生労働大臣が定める患者

診療報酬の算定方法第一号ただし書に規定する別に厚生労働大臣が指定する病院の病棟に入院している患者

三十六 地域歯科診療支援病院入院加算の施設基準

(1) 地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準に係る届出を行っていること。

(2) 当該地域において、歯科診療を担当する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。

別表第一から別表第十二までを次のように改める。

別表第一 地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る手術

J 0 1 3 口腔内消炎手術（顎炎又は顎骨骨髓炎等に限る。）

J 0 1 6 口腔底悪性腫瘍手術

J 0 1 8 舌悪性腫瘍手術

J 0 3 1 口唇悪性腫瘍手術

J 0 3 2	口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術
J 0 3 5	頬粘膜悪性腫瘍手術
J 0 3 6	術後性上顎嚢胞摘出術
J 0 3 9	上顎骨悪性腫瘍手術
J 0 4 2	下顎骨悪性腫瘍手術
J 0 4 3	顎骨腫瘍摘出術
J 0 6 6	齒槽骨骨折観血的整復術
J 0 6 8	上顎骨折観血的手術
J 0 6 9	上顎骨形成術
J 0 7 0	頬骨骨折観血的整復術
J 0 7 2	下顎骨折観血的手術
J 0 7 2	下顎関節突起骨折観血的手術
J 0 7 5	下顎骨形成術
J 0 7 6	顔面多発骨折観血的手術
J 0 8 7	上顎洞根治手術

厚生労働省告示第 号 【抄】

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、特掲診療料の施設基準等（平成二十年厚生労働省告示第六十三号）の一部を次のように改正し、平成二十二年四月一日から適用する。

平成二十二年 月 日

厚生労働大臣 長妻 昭

本則を次のように改める。

第一 届出の通則

- 一 保険医療機関（健康保険法（大正十一年法律第七十号）第六十三条第三項第一号に規定する保険医療機関をいう。以下同じ。）及び保険薬局（同号に規定する保険薬局をいう。以下同じ。）（以下「保険医療機関等」という。）は、第二から第十五までに規定する施設基準に従い、適正に届出を行わなければならないこと。
- 二 保険医療機関等は、届出を行った後に、当該届出に係る内容と異なる事情が生じた場合には、速やかに届出の内容の変更を行わなければならないこと。
- 三 届出の内容又は届出の変更の内容が第二から第十五までに規定する施設基準に適合しない場合は、当該届出又は届出の変更は無効であること。

四 届出については、届出を行う保険医療機関等の所在地を管轄する地方厚生局長又は地方厚生支局長（以下「地方厚生局長等」という。）に対して行うこと。ただし、当該所在地を管轄する地方厚生局又は地方厚生支局の分室がある場合には、当該分室を経由して行うこと。

第二 施設基準の通則

一 地方厚生局長等に対して当該届出を行う前六月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。

二 地方厚生局長等に対して当該届出を行う前六月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等（平成十八年厚生労働省告示第百七号）第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。

三 地方厚生局長等に対して当該届出を行う前六月間において、健康保険法第七十八条第一項及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号。以下「高齢者医療確保法」という。）第七十二条第一項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。

四 地方厚生局長等に対して当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法（平成十八年厚生労働省告示第百四号）に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医

療機関でないこと。

第三 医学管理等

二 特定疾患治療管理料に規定する施設基準等

(11) がん性疼痛緩和指導管理料の施設基準

当該保険医療機関内に緩和ケアを担当する医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、医師又は歯科医師）（緩和ケアに係る研修を受けたものに限る。）が配置されていること。

(12) がん患者カウンセリング料の施設基準

がん患者に対してカウンセリングを行うにつき十分な体制が整備されていること。

五の三 在宅療養支援歯科診療所の施設基準

(1) 歯科訪問診療 1 又は歯科訪問診療 2 を算定していること。

(2) 高齢者の口腔機能管理に係る研修を受けた常勤の歯科医師が一名以上配置されていること。

(3) 歯科衛生士が一名以上配置されていること。

(4) 在宅療養を担う保険医療機関の保険医等との連携により、患者の求めに応じて、迅速な歯科訪問診療が可能な体制を確保し、歯科訪問診療を担う担当歯科医の氏名、診療可能日等を、文書により患者に提供していること。

(5) 当該地域において、在宅療養を担う保険医、介護・福祉関係者等との連携体制が整備されて

いること。

- (6) 在宅歯科診療に係る後方支援として、別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。
- (7) 定期的に、在宅患者等の口腔機能管理を行っている患者数等を地方厚生局長等に報告していること。

八の二 がん治療連携計画策定料の施設基準

- (1) がん診療連携の拠点となる病院又はそれに準じる病院であること。
- (2) 当該地域において当該病院からの退院後の治療を担う複数の保険医療機関を記載した地域連携診療計画をあらかじめ作成し、地方厚生局長等に届け出ていること。

八の三 がん治療連携指導料の施設基準

- (1) 地域連携診療計画において連携する保険医療機関として定められている保険医療機関であつて、当該地域連携診療計画をがん治療連携計画策定料を算定する病院と共有するとともに、あらかじめ地方厚生局長等に届け出ていること。

- (2) がん治療連携計画策定料を算定する病院の紹介を受けて、当該地域連携診療計画の対象となる患者に対して、当該地域連携診療計画に基づいた治療を行うことができる体制が整備されていること。

九 薬剤管理指導料の施設基準等

(3) 医薬品安全性情報等管理体制加算の施設基準

当該保険医療機関における医薬品の使用に係る状況を把握するとともに、医薬品の安全性に係る重要な情報を把握した際に、速やかに必要な措置を講じる体制を有していること。

第四 在宅医療

八 在宅患者歯科治療総合医療管理料の施設基準等

(1) 在宅患者歯科治療総合医療管理料の施設基準

イ 当該療養を行うにつき、十分な経験を有する常勤の歯科医師により、治療前、治療中及び治療後における当該患者の全身状態を管理する体制が整備されていること。

ロ 歯科衛生士又は看護師が配置されていること。

ハ 当該患者の全身状態の管理を行うにつき十分な装置・器具を有していること。

ニ 緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。

(2) 在宅患者歯科治療総合医療管理料に規定する疾患

別表第六に掲げる疾患

第七 投薬

一 処方料及び処方せん料に規定する疾患

分類表に規定する疾病のうち別表第一に掲げる疾病

二 処方料及び処方せん料に規定する抗悪性腫瘍剤^{しゅよう}処方管理加算の施設基準
抗悪性腫瘍剤^{しゅよう}処方管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

第八 注射

一 外来化学療法加算の施設基準

(1) 外来化学療法を行う体制がそれぞれの加算に応じて整備されていること。

(2) 外来化学療法を行うにつき必要な機器及び十分な専用施設を有していること。

二 中心静脈注射用カテーテル挿入の注3に規定する対象患者

別表第九の二の二に掲げる者

三 無菌製剤処理料の施設基準等

(1) 無菌製剤処理料の施設基準

イ 病院であること。

ロ 無菌製剤処理を行うにつき十分な施設を有していること。

ハ 無菌製剤処理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

(2) 無菌製剤処理料の対象患者

イ 無菌製剤処理料1の対象患者

悪性腫瘍^{しゅよう}に対して用いる薬剤であって細胞毒性を有するものに関し、動脈注射、抗悪性腫^{しゅ}

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

□ 無菌製剤処理料2の対象患者

動脈注射若しくは点滴注射が行われる入院中の患者であつて次の から までに掲げるものの又は中心静脈注射若しくは埋込型カテーテルによる中心静脈栄養が行われる患者

無菌治療室管理加算を算定する患者

HIV感染者療養環境特別加算を算定する患者

又は に準ずる患者

第十二 手術

三の四 手術時歯根面レーザー応用加算の施設基準

当該療養を行うにつき十分な体制を整備していること。

第十三の二 歯冠修復及び欠損補綴

一 う蝕歯無痛的窩洞形成加算の施設基準

当該療養を行うにつき十分な体制を整備していること。

二 歯科技工加算の施設基準

(1) 常勤の歯科技工士を配置していること。

- (2) 歯科技工室及び歯科技工に必要な機器を整備していること。
- (3) 患者の求めに応じて、迅速に有床義歯を修理する体制が整備されている旨を院内掲示していること。

第十四 歯科矯正

一 歯科矯正診断料の施設基準

- (1) 当該療養を行うにつき十分な経験を有する専任の歯科医師が一名以上配置されていること。
- (2) 常勤の歯科医師が一名以上配置されていること。
- (3) 当該療養を行うにつき必要な機器及び十分な専用施設を有していること。
- (4) 当該療養につき顎切除等の手術を担当する別の保険医療機関との間の連絡体制が整備されていること。

二 顎口腔機能診断料（顎変形症（顎離断等の手術を必要とするものに限る。）の手術前後における歯科矯正に係るもの）の施設基準

- (1) 障害者自立支援法施行規則（平成十八年厚生労働省令第十九号）第三十六条第一号及び第二号に規定する医療について、障害者自立支援法（平成十七年法律第二百二十三号）第五十四条第二項に規定する都道府県知事の指定を受けた医療機関（歯科矯正に関する医療を担当するものに限る。）であること。

(2) 当該療養を行うにつき十分な専用施設を有していること。

(3) 当該療養につき顎^{がく}離断等の手術を担当する別の保険医療機関との間の連携体制が整備されていること。

新旧対照条文

療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等（平成十八年厚生労働省告示第百七号）

（傍線の部分は改正部分）

改正案	現行
<p>第一 保険医療機関及び保険医療費担当規則（以下「療担規則」という。） 。（第二条の六及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（以下「療担基準」という。） 。（第二条の六の厚生労働大臣が定める揭示事項</p> <p>一 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）別表第一「医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）の第一章第2部第1節に規定する入院基本料及び別表第二「歯科診療報酬点数表（以下「歯科点数表」という。）の第1章第2部第1節に規定する入院基本料に関する事項</p> <p>二 厚生労働大臣が指定する病院の病棟並びに厚生労働大臣が定める病院及び調整係数（平成二十年厚生労働省告示第九十六号）別表の左欄に掲げる病院であること</p> <p>三 診療報酬の算定方法及び入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準（平成十八年厚生労働省告示第九十九号）に基づき、地方厚生局長又は地方厚生支局長（以下「地方厚生局長等」という。）に届け出た事項</p>	<p>第一 保険医療機関及び保険医療費担当規則（以下「療担規則」という。） 。（第二条の六及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（以下「療担基準」という。） 。（第二条の六の厚生労働大臣が定める揭示事項</p> <p>一 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）別表第一「医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）の第一章第2部第1節に規定する入院基本料及び別表第二「歯科診療報酬点数表（以下「歯科点数表」という。）の第1章第2部第1節に規定する入院基本料に関する事項</p> <p>二 厚生労働大臣が指定する病院の病棟並びに厚生労働大臣が定める病院及び調整係数（平成二十年厚生労働省告示第九十六号）別表の左欄に掲げる病院であること</p> <p>三 削除</p> <p>四 診療報酬の算定方法及び入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準（平成十八年厚生労働省告示第九十九号）に基づき、地方厚生局長又は地方厚生支局長（以下「地方厚生局長等」という。）に届け出た事項</p>

に関する事項（一に掲げるものを除く。）

四 療担規則第五条の二第二項及び療担基準第五条の二第二項に規定する明細書の発行状況に関する事項

五 役務の提供及び物品の販売等であつて患者から費用の支払を受けるものに関する事項（当該費用の支払が法令の規定に基づくものを除く。）

第一の二 療担規則第五条の二第二項及び療担基準第五条の二第二項に規定する明細書を交付しなければならない保険医療機関

療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和五十一年厚生省令第三十六号）第一条の規定に基づき電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求を行っている保険医療機関（同令第五条第一項、第六条第一項又は附則第四条第一項若しくは第二項の規定に基づき書面による請求を行うことができる保険医療機関を除く。）

第三 療担規則第五条の四第一項及び療担基準第五条の四第一項の選定療養に関して支払を受ける場合の厚生労働大臣が定める基準

八 う蝕に罹患している患者の指導管理に関する基準
(一) (二) (略)

第四 療担規則第十一条の三第一項及び療担基準第十一条の三の厚生労働大臣が定める報告事項

に関する事項（一に掲げるものを除く。）

五 役務の提供及び物品の販売等であつて患者から費用の支払を受けるものに関する事項（当該費用の支払が法令の規定に基づくものを除く。）

第一の二 療担規則第五条の二第二項及び療担基準第五条の二第二項に規定する明細書を交付しなければならない保険医療機関

療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和五十一年厚生省令第三十六号）附則第四条第一項の表各号に規定する保険医療機関（平成二十一年四月一日以降においては、同表第一号に規定する保険医療機関を除く。）のいずれにも該当しない保険医療機関

第三 療担規則第五条の四第一項及び療担基準第五条の四第一項の選定療養に関して支払を受ける場合の厚生労働大臣が定める基準

八 齲蝕に罹患している患者の指導管理に関する基準
(一) (二) (略)

第四 療担規則第十一条の三及び療担基準第十一条の三の厚生労働大臣が定める報告事項

一 健康保険法第六十三条第二項及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）第六十四条第二項に規定する評価療養及び選定療養に関する事項

二 酸素及び窒素の購入価格に関する事項

三 歯科点数表の第2章第1部区分番号B001-2に掲げる歯科衛生実地指導料に関する事項

四 診療報酬の算定方法及び入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養に係る生活療養の費用の算定に関する基準に基づき、地方厚生局長等に届け出た事項に関する事項

五 療担規則第五条の二第二項及び療担基準第五条の二第二項に規定する明細書の発行状況に関する事項

第六 療担規則第十九条第一項本文及び療担基準第十九条第一項本文の厚生労働大臣の定める保険医の使用医薬品

使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成二十年厚生労働省告示第六十号）の別表に収載されている医薬品（平成二十二年七月一日以降においては別表第1に収載されている医薬品を、同年九月一日以降においては別表第2に収載されている医薬品を、平成二十三年四月一日以降においては別表第3に収載されている医薬品を除く。）並びに投薬又は注射の適否に関する反応試験に用いる医薬品、焼セッコウ及び別表第4に収載されている医薬品（平成二十二年七月一日以降においては別表第5に収載されている医薬品を除く。）

一 健康保険法第六十三条第二項及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）第六十四条第二項に規定する評価療養及び選定療養に関する事項

二 削除

三 酸素及び窒素の購入価格に関する事項

四 歯科点数表の第2章第1部区分番号B001-2に掲げる歯科衛生実地指導料に関する事項

五 診療報酬の算定方法及び入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養に係る生活療養の費用の算定に関する基準に基づき、地方厚生局長等に届け出た事項に関する事項

第六 療担規則第十九条第一項本文及び療担基準第十九条第一項本文の厚生労働大臣の定める保険医の使用医薬品

使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成二十年厚生労働省告示第六十号）の別表に収載されている医薬品（平成二十年九月一日以降においては別表第1に収載されている医薬品を、平成二十一年四月一日以降においては別表第2に収載されている医薬品を、同年七月一日以降においては別表第11に収載されている医薬品を、同年九月一日以降においては別表第6に収載されている医薬品を、同年十二月一日以降においては別表第10に収載されている医薬品を、平成二十二年四月一日以降においては別表第8に収載されている医薬品を除く。）並びに投薬又は注射の適否に関する反応試験に用いる医薬品、焼セッコウ及び別表第3に収載されている医薬品（平成二十年九月一日以降においては別

第十 厚生労働大臣が定める注射薬等

一 療担規則第二十条第二号ト及び療担基準第二十条第三号トの厚生労働大臣が定める保険医が投与することができる注射薬

インスリン製剤、ヒト成長ホルモン剤、遺伝子組換え活性型血液凝固第 因子製剤、乾燥人血液凝固第 因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第 因子製剤、乾燥人血液凝固第 因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第 因子製剤、活性化プロトロンビン複合体、乾燥人血液凝固因子抗体迂回活性複合体、性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤、性腺刺激ホルモン製剤、ゴナドトロピン放出ホルモン誘導体、ソマトスタチンアナログ、顆粒球コロニー形成刺激因子製剤、自己連続携行式腹膜灌流用灌流液、在宅中心静脈栄養法用輸液、インターフェロンアルファ製剤、インターフェロンベータ製剤、ブトルファノール製剤、ブプレノルフィン製剤、抗悪性腫瘍剤、グルカゴン製剤、ヒトソマトメジンC製剤、人工腎臓用透析液（在宅血液透析を行つてゐる患者（以下「在宅血液透析患者」という。）に対して使用する場合に限る。））、血液凝固阻止剤（在宅血液透析患者に対して使用する場合に限る。））、生理食塩水（在宅血液透析患者に対して使用する場合及び本号に掲げる注射薬を投与するに当たりその溶解又は希釈に用いる場合に限る。））、プロスタグランジン2製剤、塩酸モルヒネ製剤、エタネルセプト製剤、注射用水（本表に掲

表第4に収載されている医薬品を、平成二十一年四月一日以降においては別表第5に収載されている医薬品を、同年九月一日以降においては別表第7に収載されている医薬品を、平成二十二年四月一日以降においては別表第9に収載されている医薬品を除く。）

第十 厚生労働大臣が定める注射薬等

一 療担規則第二十条第二号ト及び療担基準第二十条第三号トの厚生労働大臣が定める保険医が投与することができる注射薬

インスリン製剤、ヒト成長ホルモン剤、遺伝子組換え活性型血液凝固第 因子製剤、乾燥人血液凝固第 因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第 因子製剤、乾燥人血液凝固第 因子製剤、活性化プロトロンビン複合体、乾燥人血液凝固因子抗体迂回活性複合体、性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤、性腺刺激ホルモン製剤、ゴナドトロピン放出ホルモン誘導体、ソマトスタチンアナログ、自己連続携行式腹膜灌流用灌流液、在宅中心静脈栄養法用輸液、インターフェロンアルファ製剤、インターフェロンベータ製剤、ブトルファノール製剤、ブプレノルフィン製剤、抗悪性腫瘍剤、グルカゴン製剤、ヒトソマトメジンC製剤、人工腎臓用透析液（在宅血液透析を行つてゐる患者（以下「在宅血液透析患者」という。）に対して使用する場合に限る。））、血液凝固阻止剤（在宅血液透析患者に対して使用する場合に限る。））、生理食塩水（在宅血液透析患者に対して使用する場合及び本号に掲げる注射薬を投与するに当たりその溶解又は希釈に用いる場合に限る。））、プロスタグランジン2製剤、塩酸モルヒネ製剤、エタネルセプト製剤、注射用水（本表に掲げる注射薬を投与するに当たりその溶解又は希釈に用いる場合に限る。））

げる注射薬を投与するに当たりその溶解又は希釈に用いる場合に限る。() ペグビソマント製剤、スマトリプタン製剤、クエン酸フェンタニル製剤、複方オキシコドン製剤、ベタメタゾンリン酸エステルナトリウム製剤、リン酸デキサメタゾンナトリウム製剤、メタスルホ安息香酸デキサメタゾンナトリウム製剤、プロトンポンプ阻害剤、H₂遮断剤、カルバゾクロムスルホン酸ナトリウム製剤、トラネキサム酸製剤、フルルビプロフェンアキセチル製剤、メトクロプラミド製剤、プロクロルペラジン製剤、臭化ブチルスコプラミン製剤、グリチルリチン酸モノアンモニウム・グリシン・L-システイン塩酸塩配合剤、アダリムマブ製剤、エリスロポエチン(在宅血液透析又は在宅腹膜灌流を行っている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して使用する)及びダルベポエチン(在宅血液透析又は在宅腹膜灌流を行っている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して使用する)に限る。()

二 投薬期間に上限が設けられている医薬品

(一) 療担規則第二十条第二号へ及びト並びに第二十一条第二号へ並びに療担基準第二十条第三号へ及びト並びに第二十一条第三号への厚生労働大臣が定める投薬量又は投与量が十四日分を限度とされる内服薬及び外用薬並びに注射薬

イハ (略)

(二) 療担規則第二十条第二号へ及びト並びに第二十一条第二号へ並びに療担基準第二十条第三号へ及びト並びに第二十一条第三号への厚生労働大臣が定める投薬量又は投与量が三十日分を限度とされる内服薬及び外用薬並びに注射薬

イ 内服薬

グビソマント製剤、スマトリプタン製剤、クエン酸フェンタニル製剤、複方オキシコドン製剤、ベタメタゾンリン酸エステルナトリウム製剤、リン酸デキサメタゾンナトリウム製剤、メタスルホ安息香酸デキサメタゾンナトリウム製剤、プロトンポンプ阻害剤、H₂遮断剤、カルバゾクロムスルホン酸ナトリウム製剤、トラネキサム酸製剤、フルルビプロフェンアキセチル製剤、メトクロプラミド製剤、プロクロルペラジン製剤、臭化ブチルスコプラミン製剤、グリチルリチン酸モノアンモニウム・グリシン・L-システイン塩酸塩配合剤、アダリムマブ製剤、エリスロポエチン(在宅血液透析又は在宅腹膜灌流を行っている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して使用する)に限る。()、ダルベポエチン(在宅血液透析又は在宅腹膜灌流を行っている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して使用する)に限る。()及び遺伝子組換え型血液凝固因子製剤

二 投薬期間に上限が設けられている医薬品

(一) 療担規則第二十条第二号ホ及びヘ並びに第二十一条第二号ホ並びに療担基準第二十条第三号ホ及びヘ並びに第二十一条第三号ホへの厚生労働大臣が定める投薬量又は投与量が十四日分を限度とされる内服薬及び外用薬並びに注射薬

イハ (略)

(二) 療担規則第二十条第二号ホ及びヘ並びに第二十一条第二号ホ並びに療担基準第二十条第三号ホ及びヘ並びに第二十一条第三号ホへの厚生労働大臣が定める投薬量又は投与量が三十日分を限度とされる内服薬及び外用薬並びに注射薬

イ 内服薬

アルプラゾラム、エスタゾラム、塩酸オキシコドン、塩酸オキシコドン水和物、塩酸フルラゼパム、塩酸メチルフェニデート、モダフィニル、塩酸モルヒネ、オキサゾラム、クアゼパム、クロキサゾラム、クロチアゼパム、クロルジアゼポキシド、酒石酸ゾルピデム、トリアゾラム、ニメタゼパム、ハロキサゾラム、プラゼパム、フルジアゼパム、フルニトラゼパム、プロチゾラム、プロマゼパム、ペモリン、メダゼパム、硫酸モルヒネ、ロフラゼブ酸エチル、ロラゼパム又はロルメタゼパムを含有する内服薬並びにクロルプロマジン・プロメタジン配合剤、臭化メペンゾラート・フェノバルビタール配合剤及びプロキシフィン・エフェドリン配合剤

□ 外用薬

塩酸モルヒネ又はフェンタニルを含有する外用薬

ハ 注射薬

塩酸モルヒネ又は塩酸ブプレノルフィンを含有する注射薬

(三) 療担規則第二十条第二号へ及びト並びに第二十一条第二号へ並びに療担基準第二十条第三号へ及びト並びに第二十一条第三号への厚生労働大臣が定める投薬量が九十日分を限度とされる内服薬
ジアゼパム、ニトラゼパム、フェノバルビタール、クロナゼパム又はクロバザムを含有する内服薬及びフェニトイン・フェノバルビタール配合剤

第十一 療養担当規則第二十一条第九号ただし書の矯正に係る厚生労働大臣が定める場合

二 歯科点数表第2章第3部区分番号N000に掲げる歯科矯正診断

アルプラゾラム、エスタゾラム、塩酸オキシコドン、塩酸オキシコドン水和物、塩酸フルラゼパム、塩酸メチルフェニデート、塩酸モルヒネ、オキサゾラム、クアゼパム、クロキサゾラム、クロチアゼパム、クロルジアゼポキシド、酒石酸ゾルピデム、トリアゾラム、ニメタゼパム、ハロキサゾラム、プラゼパム、フルジアゼパム、フルニトラゼパム、プロチゾラム、プロマゼパム、ペモリン、メダゼパム、硫酸モルヒネ、ロフラゼブ酸エチル、ロラゼパム又はロルメタゼパムを含有する内服薬並びにクロルプロマジン・プロメタジン配合剤、臭化メペンゾラート・フェノバルビタール配合剤及びプロキシフィン・エフェドリン配合剤

□ 外用薬

塩酸モルヒネ又はフェンタニルを含有する外用薬

ハ 注射薬

塩酸モルヒネ又は塩酸ブプレノルフィンを含有する注射薬

(三) 療担規則第二十条第二号ホ及びト並びに第二十一条第二号ホ並びに療担基準第二十条第三号ホ及びト並びに第二十一条第三号ホの厚生労働大臣が定める投薬量が九十日分を限度とされる内服薬
ジアゼパム、ニトラゼパム、フェノバルビタール、クロナゼパム又はクロバザムを含有する内服薬及びフェニトイン・フェノバルビタール配合剤

第十一 療養担当規則第二十一条第九号ただし書の矯正に係る厚生労働大臣が定める場合

二 歯科点数表第2章第3部区分番号N000に掲げる歯科矯正診断

料の規定によ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局長等に届け出た保険医療機関において行うゴールデンハー症候群（鰓弓異常症を含む。）、鎖骨・頭蓋骨異形成、クルーズン症候群、トリーチャーコリンズ症候群、ピエールロバソン症候群、ダウン症候群、ラッセルシルバー症候群、ターナー症候群、ベックウイズ・グイードマン症候群、尖頭合指症、ロンベルグ症候群、先天性ミオパチー、顔面半側肥大症、エリス・ヴァン・クレベルド症候群、軟骨形成不全症、外胚葉異形成症、神経線維腫症、基底細胞母斑症候群、ヌーナン症候群、マルファン症候群、ブラダーウィリー症候群、顔面裂、筋ジストロフィー、大理石骨病、色素失調症、口・顔・指症候群、メーピウス症候群、カプキ症候群、クリツペル・トレノーネイ・ウエーバー症候群、ウイリアムズ症候群、ビンダー症候群又はスティックラー症候群に起因した咬合異常における療養であつて歯科矯正の必要が認められる場合

第十三 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（以下「薬担規則」という。）第二条の四及び療担基準第二十五条の四の保険薬局に係る厚生労働大臣が定める揭示事項

一 診療報酬の算定方法別表第三調剤報酬点数表（以下「調剤報酬点数表」という。）の第2節区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料に関する事項

二 （略）

三 薬担規則第四条の二第二項及び療担基準第二十六条の五第二項に規定する明細書の発行状況に関する事項

料の規定によ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局長等に届け出た保険医療機関において行うゴールデンハー症候群（鰓弓異常症を含む。）、鎖骨・頭蓋骨異形成、クルーズン症候群、トリーチャーコリンズ症候群、ピエールロバソン症候群、ダウン症候群、ラッセルシルバー症候群、ターナー症候群、ベックウイズ・グイードマン症候群、尖頭合指症、ロンベルグ症候群、先天性ミオパチー、顔面半側肥大症、エリス・ヴァン・クレベルド症候群、軟骨形成不全症、外胚葉異形成症、神経線維腫症、基底細胞母斑症候群、ヌーナン症候群、マルファン症候群、ブラダーウィリー症候群又は顔面裂に起因した咬合異常における療養であつて歯科矯正の必要が認められる場合

第十三 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（以下「薬担規則」という。）第二条の四及び療担基準第二十五条の四の保険薬局に係る厚生労働大臣が定める揭示事項

一 診療報酬の算定方法別表第三調剤報酬点数表（以下「調剤報酬点数表」という。）の第2節区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料及び区分番号18に掲げる後期高齢者薬剤服用歴管理指導料に関する事項

二 （略）

第十三の二 薬担規則第四条の二第二項及び療担基準第二十六条の五第

二項に規定する明細書を交付しなければならない保険薬局

療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第一
条の規定に基づき電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク
等を用いた請求を行っている保険薬局（同令第五条第一項、第六条第
一項又は附則第四条第一項若しくは第二項の規定に基づき書面による
請求を行うことができる保険薬局を除く。）

別表第1 (改正内容略)

別表第2 (改正内容略)

別表第3 (改正内容略)

別表第4 (改正内容略)

別表第5 (改正内容略)

(削る)

(削る)

(削る)

(削る)

(削る)

(削る)

(新設)

別表第1 (略)

別表第2 (略)

別表第3 (略)

別表第4 (略)

別表第5 (略)

別表第6 (略)

別表第7 (略)

別表第8 (略)

別表第9 (略)

別表第10 (略)

別表第11 (略)

厚生労働省告示第 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を次のように定め、平成二十二年四月一日から適用し、複数手術に係る費用の特例（平成十八年厚生労働省告示第百十七号）は、同年三月三十一日限り廃止する。

平成二十二年 月 日

厚生労働大臣 長妻 昭

複数手術に係る費用の特例

一 診療報酬の算定方法別表第一医科診療報酬点数表の第二章第十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

(1) 同一手術野又は同一病巣につき、別表第一の上欄に掲げる手術とそれぞれ同表の下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。

(2) 同一手術野又は同一病巣につき、別表第二に掲げる手術を二以上同時に行った場合の所定点数は、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。

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二章第九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、別表第三の上欄に掲げる手術とそれぞれ同表の下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。

別表第一

K015	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	その他の手術
K016	動脈（皮）弁術、筋（皮）弁術	
K017	遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）	
K019	複合組織移植術	
K020	自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）	
K021	粘膜移植術	
K021・2	粘膜弁手術	
K022	組織拡張器による再建手術（一連）	

別表第三

K 6 4 0	腸間膜損傷手術
K 6 4 7	胃縫合術（大網充填術又は被覆術を含む。）
K 6 5 5	胃切除術
K 6 7 2	胆嚢摘出術
K 6 9 0	肝縫合術
K 6 9 5	肝切除術
K 7 0 1	脾破裂縫合術
K 7 1 0	脾縫合術（部分切除を含む。）
K 7 1 1	脾摘出術
K 7 1 2	破裂腸管縫合術
K 7 2 6	人工肛門造設術
K 7 5 7	腎破裂縫合術
K 7 6 9	腎部分切除術
K 7 8 7	尿管尿管吻合術
K 7 9 5	膀胱破裂閉鎖術

J091	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	その他の手術
J092	動脈（皮）弁術、筋（皮）弁術	
J093	遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）	
J095	複合組織移植術	
J096	自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）	
J097	粘膜移植術	
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力テ ーテル設置	
J100・2	中心静脈栄養用埋込型力テ ーテル設置	
J003	歯根嚢胞摘出手術	
J043	顎骨腫瘍摘出術（顎骨嚢胞（歯根	
J004	歯根端切除手術	
J004	歯根端切除手術	

J072	下顎骨折観血的手術	J066	歯槽骨折観血的整復術	嚢胞を除く。) を摘出した場合に 限る。)
J004・2	歯の再植術	J068	上顎骨折観血的手術	
J004・2	歯の再植術	J004・2	歯の再植術	

新旧対照条文

厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法（平成十八年厚生労働省告示第四百号）

（傍線の部分は改正部分）

改正案		現行	
別表第一			
<p>厚生労働大臣の定める医師又は歯科医師の員数の基準</p> <p>病院である保険医療機関の医師又は歯科医師の員数が医療法第二十一条第一項第一号又は第二十二条の二第一号の規定により有しななければならない厚生労働省令に定める医師又は歯科医</p>	<p>厚生労働大臣の定める入院基本料の基準</p> <p>医科点数表又は歯科点数表の所定点数に百分の九十（別表第三に定める地域に所在する保険医療機関（医師又は歯科医師の事に届け出たものに限る。）については、百分の九十八）を乗じて得た点数を用いて、算定告示の例により算定した額</p>	<p>厚生労働大臣の定める医師又は歯科医師の員数の基準</p> <p>病院である保険医療機関の医師又は歯科医師の員数が医療法第二十一条第一項第一号又は第二十二条の二第一号の規定により有しななければならない厚生労働省令に定める医師又は歯科医</p>	<p>厚生労働大臣の定める入院基本料の基準</p> <p>医科点数表又は歯科点数表の所定点数に百分の九十（別表第三に定める地域に所在する保険医療機関（医師又は歯科医師の事に届け出たものに限る。）については、百分の九十八）を乗じて得た点数を用いて、算定告示の例により算定した額</p>
別表第一			
<p>厚生労働大臣の定める医師又は歯科医師の員数の基準</p> <p>病院である保険医療機関の医師又は歯科医師の員数が医療法第二十一条第一項第一号又は第二十二条の二第一号の規定により有しななければならない厚生労働省令に定める医師又は歯科医</p>	<p>厚生労働大臣の定める入院基本料の基準</p> <p>医科点数表又は歯科点数表の所定点数に百分の九十（別表第三に定める地域に所在する保険医療機関（医師又は歯科医師の事に届け出たものに限る。）については、百分の九十八）を乗じて得た点数を用いて、算定告示の例により算定した額</p>	<p>厚生労働大臣の定める医師又は歯科医師の員数の基準</p> <p>病院である保険医療機関の医師又は歯科医師の員数が医療法第二十一条第一項第一号又は第二十二条の二第一号の規定により有しななければならない厚生労働省令に定める医師又は歯科医</p>	<p>厚生労働大臣の定める入院基本料の基準</p> <p>医科点数表又は歯科点数表の所定点数に百分の九十（別表第三に定める地域に所在する保険医療機関（医師又は歯科医師の事に届け出たものに限る。）については、百分の九十八）を乗じて得た点数を用いて、算定告示の例により算定した額</p>

師の員数に百分の五十を乗じて
得た数以下

については、百分の九十七)を
乗じて得た点数を用いて、算定
告示の例により算定した額

別表第三

別表第二に規定する地域は、人口五万人未満の市町村であつて次に掲げる地域をその区域内に有する市町村の区域とする。

一 離島振興法(昭和二十八年法律第七十二号)第二条第一項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域

二 奄美群島振興開発特別措置法(昭和二十九年法律第百八十九号)第一条に規定する奄美群島の地域

三 辺地に係る公共的施設の総合整備のための財政上の特例措置等に関する法律(昭和三十七年法律第八十八号)第二条第一項に規定する辺地

四 山村振興法(昭和四十年法律第六十四号)第七条第一項の規定により振興山村として指定された山村

五 小笠原諸島振興開発特別措置法(昭和四十四年法律第七十九号)第二条第一項に規定する小笠原諸島の地域

六 過疎地域自立促進特別措置法(平成十二年法律第十五号)第二条第一項に規定する過疎地域

七 沖縄振興特別措置法(平成十四年法律第十四号)第三条第三号に規定する離島

師の員数に百分の五十を乗じて
得た数以下

については、百分の九十七)を
乗じて得た点数を用いて、算定
告示の例により算定した額

別表第三

別表第二に規定する地域は、人口五万人未満の市町村であつて次に掲げる地域をその区域内に有する市町村の区域とする。

一 離島振興法(昭和二十八年法律第七十二号)第二条第一項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域

二 辺地に係る公共的施設の総合整備のための財政上の特例措置等に関する法律(昭和三十七年法律第八十八号)第二条第一項に規定する辺地

三 山村振興法(昭和四十年法律第六十四号)第七条第一項の規定により振興山村として指定された山村

四 過疎地域自立促進特別措置法(平成十二年法律第十五号)第二条第一項に規定する過疎地域