

# 臨床研究

## 今年こそ口腔内写真を撮ろう！

東京歯科保険医協会 社保学部

### はじめに

口腔内写真を撮影することにより、口腔内の状態を正確に残し、診療の記録になることはもちろん、患者に見せることで、口腔内の状態をより良く理解してもらい、治療の協力を得ることができる。また、治療結果を患者と共有することができ、その後のメンテナンスにつなげることが容易になる。

口腔内写真を患者、歯科医院ともにできるだけ負担なく撮影し、簡単に活用できるようにした口腔内写真の撮影と管理方法をご紹介します。

### 使用カメラ (図1)

・レンズ交換型デジタル一眼レフカメラ(レンズはカメラが性能アップし買い替えしても使用可能で経済的)

- ・マクロ撮影でTTL機能が使用できるもの(通常のコンパクトカメラの感覚で撮影可能)
- ・レンズは100ミリから70ミリのマクロレンズ(本体とメーカーが異なっても可能、タムロン90ミリなど)

・ストロボはリングストロボ  
キヤノンは純正製品でTTL撮影可能。トータルで15~17万円で購入可能。

### カメラの設定

- ・Aモード(絞り優先自動露出)で撮影。
- ・絞りはF22またはF19
- ・被写界深度を深くするために自動露出で暗くならない範囲でF値は大きめにする。
- ・ホワイトバランスはオート。画質は一番低い画質でOK。JPEGで保存。



図1

### 規格写真の撮影方法、枚数

いつも同じ規格で撮影しないと経過の比較ができない。撮影方向、倍率、枚数を一定にする。咬合平面や、歯列が画面の中央で水平になるように注意する。(図2、図3)

- ・永久歯列は12枚、噛み癖、顔面(図5)。舌側のプラーク、歯石などの付着状態を説明するためには12枚必要である。
- ・乳歯列、混合歯列は6枚、顔面3枚。小児は成長を見るために、顔面を多く撮影する。

歯科衛生士1名で患者に口角鉤を引いてもらい撮影する方法が、書籍などで紹介されている。初診時に患者に負担をかけずに、口腔内写真を短時間に撮影するために、撮影者と、介補者2名で撮影を行う。初診患者で12枚の口腔内写真撮影を3分以内に完了できるので(慣れれば2分以内)、患者の負担も少なく、撮影による不満もほとんど聞かれない。



図2 規格写真



図3 規格写真



図4



図5 12枚 噛み癖、顔面撮影  
数字は撮影順序

### 撮影順序と倍率

どのような順序でもよいが、一度決めたら同じ順序で撮影するようにすることが、その後の印刷、管理が簡単、迅速にできることにつながる。

- ・はじめに患者の名前が分かるようにカルテ1号用紙の患者氏名を撮影する。
- ・1枚目、正面(倍率1:2、撮影者の立ち位置は9時)(図4①、図5①)
- ・2枚目、正面アップ(倍率1:1.2)(図4②、図5②)
- ・3枚目、上顎咬合面(倍率1:2、立ち位置12時に移動)(図5③)
- ・4枚目、上顎前歯部口蓋側(倍率1:1.2)(図4④、図5④)
- ・5枚目、下顎咬合面(倍率1:2、立ち位置9時に戻る)(図4⑤、図5⑤)
- ・6枚目、下顎前歯部舌側(倍率1:1.2、その後同じ倍率のまま)(図4⑥、図5⑥)

- ・7枚目、右側上顎臼歯部口蓋側(図4⑦、図5⑦)
- ・8枚目、右側下顎臼歯部舌側(図5⑧)
- ・9枚目、左側上顎臼歯部口蓋側(図5⑨)
- ・10枚目、左側下顎臼歯部舌側(図5⑩)
- ・11枚目、左側側方面(図4⑪、図5⑪)
- ・12枚目、右側側方面(図4⑫、図5⑫)

の順で撮影する。その後舌の上にロールワッテを置き自由に臼歯部で噛んでもらい、噛み癖の部位を撮影(図5⑬)。患者に立ってもらい顔面撮影をする(図5⑭)。撮影後には、すぐにカメラのモニターを見せ、噛み癖、顔面のゆがみなどの説明、プラークや、歯石の付着状態を説明する。歯科医院で顔面の撮影をされることは、患者としては気持ちいいものではないと思うが、その必要性を説明することにより拒否されたことはほとんどない。

### 画像の印刷と保存、検索

口腔内写真をどのように患者に見せ説明するかは大きな問題である。以前にパソコン上でプレゼンテーションできる高価なソフトを使用した。が、パソコン上で見せるより、印刷して見せる方が簡便かつ有効である。印刷、管理のために、画像管理ソフト、Able CV for Windows(ネットで検索、シェアウェアで1155円)が安価で便利である(図6)。



図6

撮影後、画像をパソコン上の撮影月ごとのファイルに移動し、撮影順に、同じ位置に同じ部位の画像が来るようにA4用紙に12枚の画像を印刷する(図7)。患者は左右の違いは気にしないのでミラー観の画像を反転する必要はない。2、3分で印刷は完了する。希望すれば印刷した写真を患者に渡し理解を深める。カルテにも印刷したものを保存する。印刷していれば、いつでもすぐに以前の口腔の画像を見ることができ、口腔内と比較することができる(図8)。



図7 12枚印刷



図8

パソコン上の画像には、コメントとして患者名を付けることにより検索可能となる。患者ごとのファイルに保存する方法もあるが、検索はコンピューターの得意仕事である。無駄なふり分けは人手がかかるだけである。

### おわりに

初診、再評価、再初診などの時期に規格化された口腔内写真を取り続けることにより、自分の臨床を見直すことができ、患者の信頼を得ることも容易になると思う。ぜひ、口腔内写真を初診時から撮り続けていただきたい。

# ●忘れてないかあの診療 症例研究 ●落としてないかその点数

## 睡眠時無呼吸症候群の治療法 としての咬合床製作

傷病名  $\frac{7}{7} \pm \frac{7}{7}$  P<sub>1</sub>, 睡眠時無呼吸症候群の疑い  
主訴 歯磨き時に歯茎から血が出る。

月日	部位	療法・処置	点数
11月7日		初診 (所見略)	182
	$\frac{7}{7} \pm \frac{7}{7}$	パノラマX-R a y (読影所見略)	317
		歯周基本検査 (検査結果略)	200
	$\frac{7}{7} \pm \frac{7}{7}$	スケーリング	64+42×2
		歯科疾患管理料 (患者提供文書写し添付)	130
11月14日		再診	40
	$\frac{7}{7} \pm \frac{7}{7}$	スケーリング	64+42×2
		診療情報提供料 (I)	250
		問診時に日中のひどい眠気を訴え、家族からも激しい	/
		いびきを指摘されているとのこと。睡眠時無呼吸症候群を	/
		疑い、東京歯科保険病院耳鼻咽喉科に紹介 (文例右記)	/

(12月中に歯周治療は終了)

1月5日		再診	40
注①		東京歯科保険病院耳鼻咽喉科・協会太郎先生より睡眠時 無呼吸症候群の確定診断結果と口腔内治療用装置作製依頼 (医科からの情報提供文書を添付)	/
注②		歯科特定疾患療養管理料 (口腔内装置治療の計画・指導内容・治療内容の要点-略-)	150
注③		共同療養指導計画加算 (提供文書の写しを添付-略-)	100
		個人トレー i m p	/
1月13日		再診	40
	$\frac{7}{7} \pm \frac{7}{7}$	連 i m p	225
		B T	280
1月19日		再診	40
	$\frac{7}{7} \pm \frac{7}{7}$	床副子 (アクチバートル式咬合床)	2000
		装着料	300
注④		床副子調整	120
注②		歯科特定疾患療養管理料 スリープスプリントの使用法について指導	150
		診査、調整のため定期的来院の必要性を説明	/

### 《解説》

注① 睡眠時無呼吸症候群 (SAS) の口腔内治療装置は、終夜睡眠ポリグラフ (PSG) 検査によってSASの確定診断のできる医科医療機関からの、診療情報提供料算定による紹介を受けることが前提条件となる。カルテには情報提供に関する内容および保険医療機関名などを記載し、情報提供文書を添付する。またレセプト摘要欄には紹介元保険医療機関名 (院内紹介の場合は担当科名) を記載する。

なお、装置作製の前には、歯周治療や補綴処置などは終了させておくことが望ましい。

注② 歯科特定疾患療養管理料 (特疾管) は、口腔内装置治療を行う睡眠時無呼吸症候群の患者などの特定疾患を主病とする患者に対して、治療計画に基づき、服薬、栄養など療養上の指導を行った場合に月2回まで算定できる。カルテには、治療計画、指導内容、治療内容の要点を記載する。患者への文書提供は不要。また、同一月に歯科疾患管理料は算定不可。

注③ 共同療養指導計画加算は、特疾管の算定対象の疾患の主治医と共同で、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、患者にその内容を文書により提供した場合に、1回に限り算定できる。カルテには提供文書の写しを添付する。カルテとレセプト摘要欄に主治医の保険医療機関名及び氏名の記載もする必要がある。

患者の症状に変化が生じるなどの理由で計画の見直しが必要となり、改めて内容を文書提供した場合は再度算定できる。

注④ 口腔内装置の適合をはかるための調整は、比較的短期間に複数回行う必要があるが、算定は装着時または装着後1カ月以内に、1口腔1回に限りしかできない。装置が正しく装着されているかの判断など、顔面側方 (正面) レントゲン規格写真による確認が望ましい。

※睡眠時無呼吸症候群の治療に当たっては、「睡眠時無呼吸症候群における口腔内装置治療の指針」(平成16年2月28日 社)日本口腔外科学会)を参照することよ。

### \*実態に即してご請求ください\*

#### (診療情報提供書における紹介文言例)

拝啓  
時下ますますご清栄の事と存じます。  
この度、昼間の眠気を感じ、夜間のいびきと呼吸停止を配偶者により認知されている患者△△△△殿を御紹介申し上げます。  
患者は当院にて口腔内装置による治療を希望されておりますので、多少AHIが高くても、睡眠時最低血中酸素飽和度が高い場合、患者は軟口蓋が短い為OAの適応と考えられます。  
貴院のPSG検査による確定診断の結果、歯科的療法にて治療が可能と考えられる場合は、検査結果を当院に診療情報提供頂き、OAによる歯科的治療をご依頼頂けますようお願い申し上げます。  
尚、SAS(睡眠時無呼吸症候群)と確定診断の際には、当院にて歯科特定疾患療養管理をしていく為、当院における治療内容、治療計画、指導内容を貴院にご報告し、共同療養指導計画をたてたく思いますので、今後共ご指導の程宜しくお願い申し上げます。  
敬具

本症例のように、問診時に睡眠時無呼吸症候群 (SAS) が疑われることがあります。確定診断が可能な耳鼻咽喉科などにお心当たりのない先生は、協会 (☎03-3205-2999) までお問い合わせください。東京保険医協会 (=医科協会) と連携をとり、ご相談させていただきます。

## 疑義解釈資料

2008年12月26日付で厚生労働省保険局医療課より「疑義解釈資料 (その6)」が示されました。このうち、歯科に関わるものだけを抜粋してお知らせします。

### 【医学管理等】

(問3) B009診療情報提供料 (I) について、紹介先の医療機関を特定せずに、診療状況を示す文書を患者に交付しただけの場合には算定できるのか。

(答) 算定できない。

●忘れてないかあの診療  
**症例研究**  
●落としてないかその点数

**義管Aと同月の義管Bの算定**

傷病名  $\frac{4}{8} \frac{1}{3} \frac{1}{4} \frac{3}{8}$  P,  $\overline{7-5\ 3\ 2|2\ 4-7}$  義歯破折,  $\overline{7+2\ 5-7}$  MT

月日	部 位	療法・処置	点数
12月1日		再診	40
	$\overline{7-5\ 3\ 2 2\ 4-7}$	有床義歯床修理	280
注①		有床義歯管理料(必要に応じて実施した検査の結果・調整方法・調整箇所および義歯に係る指導内容の要点を記載する(以下略))	70
		咬合機能回復困難加算	40
注②		オーバージェットが大きく $\overline{3}$ と $\overline{3}$ は接触関係なし	／
	$\frac{4}{8} \frac{1}{3} \frac{1}{4} \frac{3}{8}$	歯科疾患管理料(文書提供しない月は疾患管理の要点を記載(以下略))	110
	$\overline{7+2\ 5-7}$	個人トレーimp	／
12月5日		再診	40
	$\overline{7+2\ 5-7}$	補診(製作を予定する部位、欠損部の状態、欠損補綴物の名称および設計などについての要点を記載)	100
		連imp 個人トレー+シリコン	225
12月12日		再診	40
	$\overline{7+2\ 5-7}$	BT	185
注③		顎運動関連検査	380
		チェックバイト(検査結果)	／
		ゴシックアーチ(検査結果)	／
12月19日		再診	40
	$\overline{7+2\ 5-7}$	TF	100
12月26日		再診	40
	$\overline{7+2\ 5-7}$	有床義歯set	1427
		人工歯(レジン歯・両側・前歯+臼歯)	27+27
		$\overline{3\ 4}$ 铸造鉤(12%金パラ双歯鉤 犬歯・小白歯)	429
		$\overline{8\ 8}$ 铸造鉤(12%金パラ両翼鉤 大白歯)	388×2
注①		新製有床義歯について指導	／
1月13日		再診	40
	$\frac{4}{8} \frac{1}{3} \frac{1}{4} \frac{3}{8}$	歯科疾患管理料	110
注④	$\overline{7+2\ 5-7}$	新製有床義歯管理料(文書の写しを添付)	100
		咬合機能回復困難加算	40

月日	部 位	療法・処置	点数
1月20日		再診	40
注④	$\overline{7+2\ 5-7}$	新製有床義歯管理料	100
		(義歯管理の要点を記載)	／
		咬合機能回復困難加算	40
1月27日		再診	40
注⑤	$\overline{7+2\ 5-7}$	有床義歯管理料(管理内容省略)	70
		咬合機能回復困難加算	40

《解 説》

注① 新製を行った月に、新製とは別部位の修理または床裏装も行っている場合は、新製有床義歯管理料(義管A)か有床義歯管理料(義管B)はどちらか一方のみの算定となる。

注② 咬合機能回復困難加算は(1)総義歯の患者(2)9歯以上の局部義歯でかつ天然歯同士では対合歯間の接触関係がない患者 に対して義歯管理料を算定した場合に加算できる。歯式上は対合歯が存在していても、実際には咬合関係がない場合は算定できる。こういったケースでは、特に義務づけられてはいないものの、あらかじめ摘要欄へその旨を記載しておくことが望ましい。

注③ 顎運動関連検査は複数の種類の検査を行っても1装置につき1回の算定である。  
なお、1月28日付の疑義解釈(3面参照)により、一連の顎運動関連検査の結果を活用して複数の義歯を装着した場合も、算定は1回に限ることとされてしまった。

注④ 新製有床義歯管理料(義管A)は新製義歯を装着した後1か月以内であれば2回まで算定できる。1回目の算定時には、新製した有床義歯の管理にかかる情報を文書により患者に提供するとともに、カルテに文書の写しを添付する。なお、義管Aの算定が義歯装着の翌月であるので、レセプト摘要欄に新製した有床義歯の部位と年月日を記載する。

注⑤ 新製義歯の装着日から1か月を超えた日に、必要な義歯管理を行った場合には、義管Bが算定できる。本症例のように、義管Aを同月に2回算定した月でも可。

\*実態に即してご請求ください\*

平成21年3月31日付けで廃止されるもの

以下の経過措置医薬品は、4月1日以降は使用・請求ができなくなりますので十分ご注意ください。  
名称が変更されたものは、現行品を使用・請求します。この表にない医薬品の場合や、詳細につきましては協会、もしくはは出入りのMRにお問い合わせください。

3月31日付けで廃止	現行品名(太字が変更部分)
サワシリンカプセル	サワシリンカプセル <b>250</b>
サワシリン細粒	サワシリン細粒 <b>10%</b>
トランサミンカプセル	トランサミンカプセル <b>250mg</b>
トランサミンシロップ	トランサミンシロップ <b>5%</b>
ブルフェン顆粒	ブルフェン顆粒 <b>20%</b>
ボルタレン錠	ボルタレン錠 <b>25mg</b>
ボルマゲン錠	ボルマゲン錠 <b>25mg</b>
ポンタール細粒	ポンタール細粒 <b>98.5%</b>
ポンタール散	ポンタール散 <b>50%</b>
含嗽用アズレン「昭和」	<b>販売中止</b>
含嗽用アズレン顆粒「K O B A」	アズレン含嗽用顆粒 <b>0.4%</b> 「日医工」
含嗽用アズレン「トーワ」	アズレン含嗽用散 <b>0.4%</b> 「トーワ」

# ●忘れてないかあの診療 症例研究 ●落としてないかその点数

東京歯科保険医新聞3月号でもふれたが、1月28日に出された「疑義解釈」ではMT病名だけでの歯科疾患管理料を否定している。今回の症例研究では、実際に臨床の場で起こりうるケースを紹介する。点線枠に注目いただき、いかに、おかしな「疑義解釈」であるかを確認いただきたい。ぜひとも、ご意見をいただきたい。  
(FAX03-3209-9936)

## 義歯の不具合が主訴である患者への歯管の算定について

ケースA: 1月には義歯破折を主訴として来院し、月末にも再来院指示するも患者が任意中断。4月再来院時に歯周病の症状訴えられた場合

1月の傷病名:  $\overline{67}$  義歯破折, Du1

月日	部位	療法・処置	点数
1月28日		初診	182
	$\overline{67}$	有床義歯修理	250
		有床義歯管理料	70
		歯科疾患管理料	130
		次回も義歯管理のための来院を指示	/

3月の傷病名:  $\frac{7}{7-5}$  P,  $\overline{67}$  義歯フテキ

月日	部位	療法・処置	点数
4月2日		初診	182
	$\frac{7}{7-5}$	歯周基本検査	200
		パノラマX線撮影	317
		歯科疾患管理料	130
		機械的歯面清掃加算	60
		歯科衛生実地指導料	80
	$\overline{67}$	有床義歯管理料	70

ケースB: 初診時に歯周病の主訴もあった場合

傷病名:  $\frac{7}{7-5}$  P,  $\overline{67}$  義歯破折, Du1

月日	部位	療法・処置	点数
1月28日		初診	182
	$\overline{67}$	有床義歯修理	250
		有床義歯管理料	70
	$\frac{7}{7-5}$	パノラマX線撮影	317
		歯周基本検査	200
		歯科疾患管理料	130
		歯面清掃加算	60
		歯科衛生実地指導料	80
4月2日		再診	40
	$\frac{7}{7-5}$	SC	64+42×2
		歯科疾患管理料	110
		機械的歯面清掃加算	60
		歯科衛生実地指導料	80
	$\overline{67}$	有床義歯管理料	70

### 《解説》

- 注① 歯科疾患管理料(歯管)の算定対象疾患には「歯の欠損」も含まれており、これまでは総義歯の患者以外は歯管の算定はできていたが、平成21年1月28日付の疑義解釈により、**MT病名のみ**の場合には、歯管は算定不可とされてしまった。
- 注② ケースAでは義歯破折を主訴とする患者に、治療計画を患者同意のうえ作成し、文書提供もして歯管を算定したが、1日で任意中断となった。その後2ヶ月以上経過し再来院し、前回とは異なる症状・主訴のため初診料を算定している。このときまた算定要件を満たせば、歯管(1回目)も算定できる。
- 注③ ケースBのように初診時に歯周病の主訴があった場合は、1ヶ月以内に歯周組織検査をして、それに基づいて1回目の歯管を算定しないと、以降この治療期間中は歯管(および歯清)はずっと算定できなくなってしまうので、注意が必要。

\* 実態に即してご請求ください \*

### 歯管の算定要件について

1月28日に出された「疑義解釈」はMT病名のみの場合の歯科疾患管理料算定を否定した。しかし、昨年4月改定時に出された厚生労働大臣の告示では「歯の欠損」についても歯科疾患管理料の算定を認めており、唯一通知で、総義歯に対する歯科疾患管理料の算定に縛りをかけている。本来、「告示」や「通知」で示された算定要件に疑義が生じた場合に、円滑な運用のために出されるのが「疑義解釈」なのに、この疑義解釈は上位にあるはずの厚生労働大臣の「告示」を否定する異常なものである。

#### 「診療報酬の算定方法」(厚生労働省告示第59号)より

1回目の歯科疾患管理料は、齲蝕、歯肉炎、歯周病、**歯の欠損**等、継続的な口腔管理が必要な患者に対し、患者又はその家族の同意を得て管理計画書を作成し、その内容について説明を行い、初診日から起算して1月以内に管理計画書を提供した場合に、1回に限り算定できる。

#### 「疑義解釈資料(その7)」(事務連絡)より

(問) MT病名のみの場合、歯科疾患管理料と義歯管理料の併算定は可能か。  
(答) 義歯を原因とする場合は、義歯管理料のみにより算定する。

### 介護保険改定情報(その2)

3月16日に厚生労働省老人保健局より、4月からの「要介護認定の見直し」についての参考資料が出された。主な内容は認定調査において、①介護認定のバラツキ解消、②ケアにかかる手間の正確かつ効率的推測のための調査項目の変更(82項目→74項目へ)とされている。この見直しにより、要介護度が現状より低く判定されるケースもあるので、留意したい。

#### 訂正とお詫び

東京歯科保険医新聞の3月号で「居住系施設」の対象施設について誤りがありました。深くお詫び申し上げます。  
薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士などが行う居宅療養管理指導における居住系施設入居者等は、医療保険の訪問診療などにおける「居住系施設入居者等」とは異なり、特別養護老人ホーム(特養)や、短期入所生活介護(ショートステイ)に入所中の利用者は算定対象となりませんの

でご注意ください。正しくは下記のとおりです。

#### 誤

居住系施設とは養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、特別養護老人ホーム、特定施設、高齢者専用賃貸住宅

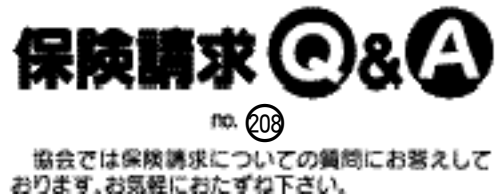


#### 正

居住系施設とは養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、特別養護老人ホーム、~~特定施設~~、~~高齢者専用賃貸住宅~~、小規模多機能型居宅介護(宿泊サービスに限る)\*1、認知症対応型共同生活介護\*2

- \*1 利用者が要支援の場合は、介護予防型小規模多機能型居宅介護(宿泊サービスに限る)が該当する。
- \*2 利用者が要支援の場合は、介護予防型認知症対応型共同生活介護が該当する。

●忘れてないかあの診療  
**症例研究**  
●落としてないかその点数



**難抜歯の中止のケース**

傷病名：[8]半埋伏智歯

月日	部位	療法・処置	点数
(1月に初診、パノラマレントゲン撮影し診断)			
2月3日		再診	40
	[8]	半埋伏智歯、歯冠部の2分の1骨性の水平埋伏、 歯冠部にカリエスがあり疼痛激しい	/
		OA+浸麻 2%キシロカインctd.8ml	/
		半埋伏智歯抜歯	/
		骨を開削して抜歯を試みたが、歯根癒着が著しく、出血	/
		も多く麻酔も切れてきたため抜歯不能と判断し中止	470 注①
		4針縫合	
		処方せん (一処方内容略一)	68
2月4日		再診	40
	[8]	SP (H <sub>2</sub> O <sub>2</sub> ) 腫脹あり 出血なし	/
2月10日		再診	40
	[8]	抜糸 SP (H <sub>2</sub> O <sub>2</sub> ) 腫脹縮小 出血なし	/
		出血創の保護と圧迫止血のために止血シーネを製作する	/
	[8]	止血シーネ印象	40 注②
2月17日		再診 腫脹なし 出血なし	40
	[8]	OA+浸麻+伝麻 2%キシロカインctd.8ml×2	38+6
		半埋伏智歯抜歯	470 注③
		歯肉剥離、頬側骨削除 4針縫合	/
		止血シーネセット	680 注②
		処方せん (一処方内容略一)	68
2月24日		再診	40
	[8]	抜糸 SP (H <sub>2</sub> O <sub>2</sub> ) 腫脹なし 出血なし	/
		止血シーネ除去 抜歯窩の被覆を確認 良好	30 注④

《解説》

- 注① 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。この場合の「抜歯が困難」とは、歯牙そのものの理由によりあらゆる努力と技術を施行したが完全に抜歯することが困難となった場合をいう。
- 注② 出血創の保護と圧迫止血の目的でレジンなどで止血シーネを製作した場合には算定できる。印象は40点、装置料は650点、装着料30点。咬合採得は本症例では行ってないが、行った場合は相当歯数により有床義歯を準用して算定できる。
- 注③ 前回中止後にもう一度施行して完了した場合、再試行した術式の内容に応じて算定する。歯根肥大、骨の癒着歯に対して開削又は歯根分離術などを行った場合は、難抜歯の算定となる。
- 注④ 創面治癒後に止血シーネを除去した場合、除去料30点が算定できる。

\* 実態に即してご請求ください \*

質問	回答
政府管掌の保険証をお持ちの患者で、新たに70歳になった方で高齢受給者証に8桁の「協会けんぽ」の番号が書いてあるがどちらが正しい番号なのか。	政府管掌保険は昨年10月より「協会けんぽ」に変更になりましたが、旧証からの切り替えが遅れているとのことです。「協会けんぽ」に問い合わせたところ、新しい高齢受給者証の番号を優先してほしいとのことです。
レセプトで「アフタゾン」「ペリオフィール」を使用し請求したが、この薬品は使用できない」ということで返戻になった。どうしてか。	「歯科用(口腔用)アフタゾン」「ペリオフィール歯科用軟膏」という名称では昨年8月31日付で廃止となっています。現在はそれぞれ「アフタゾン口腔用軟膏0.1%」「ペリオフィール歯科用軟膏2%」という名称に変更になっています。
パラシリン錠(250mg錠)が5月で製造中止となるが、いつまで保険請求ができるのか。	2010年3月31日までが経過措置期間を予定しているとのことです。近年、8月31日・3月31日付けで毎年多くの医薬品が名称変更となっています。追って本面でもお知らせする予定です。
3月末初診でPericoのみの病名で来院し処置しただけで歯管は算定していない。この患者が4月に来院しなかった場合、5月は初診+歯管130点を算定してよいか。	よいと思います。前回治療で、歯管の算定がなかった場合や、Pなどの慢性疾患の治療をしていなかった場合は、従来通り最終来院日から暦日で1ヶ月以上経過していれば初診料が算定できます。歯管も1回目の130点になります。
保険外併用療養費制度の金属床総義歯は、残根上義歯でも請求は可能か。	無歯顎の患者に限られるため、残根上の総義歯は対象となりません。どうしても希望される場合は自費となります。
総義歯を新製した場合、義歯新製時の新製義歯管理料(義管A)についても困難加算は可能か。また月に2回算定してよいか。	咬合機能回復困難加算(+40点)は、①総義歯を装着した患者②9歯以上の局部義歯で天然歯同士の対合関係が存在しない患者に、義歯管理料を算定する場合は全ての義管に加算できます。A・B・Cそれぞれに対し、その回数分加算が可能です。
重度の歯周病のため、初診から1年近く経過してようやく歯周疾患の治療が終わった後、歯周外科後の精密検査に伴い再度パノラマを撮影した場合、初診時にパノラマ撮影を行っていても317点で再び算定できると思うがどうか。	「初診時にパノラマ撮影を行い、歯周歯牙疾患の治療が終わった後、歯周全般の診断のために再度パノラマを撮影した場合は318点(※当時)でよいのか」という問に対し、「治療後で相当期間経過後、治療結果判定等のためであれば差し支えありません」という疑義解釈が昭和61年2月国保医・医療事務担当者合同講習会における質疑回答にて示されていますので、317点(デジタル400点)で算定してよいと思います。
歯周病安定期治療(SPT)期間中だが、P急発を起こしてしまった患者に対して、GA切開は算定できるか。	安定期であるのでまれかとは思われますが、P急発を起こしてしまった場合の切開は算定できます。SPT中に算定できないとされているのは歯周基本治療(SC・SRP・Pcur)、歯周疾患処置(P処)、咬調です。
「義歯不適」病名で義歯修理を算定したところ、「義歯不適で床修理は算定できない」という理由で戻ってきたがだめなのか。	義歯不適では床修理の算定ができないという決まりはありません。単に当たっているところを削って調整したのみであればそれは義歯管理料に含まれる行為となりますが、もし床や人工歯にレジンを添加なども行った上で調整をしているのであれば、それは単なる義歯調整ではないと思いますので、修理で算定すべきものと考えます。

●忘れてないかあの診療  
**症例研究**  
●落としてないかその点数

Ⓢ請求とその後の処置について

月日	部位	療法・処置	点数
平成21年 2月20日		再診	40
注①	4	HJK (光重合) 仮着	/
		仮セ (テンポラリーバック)	4
		2月27日 HJK set 予定するも予約無断キャンセル	/
注②	4	4月10日 4 HJK (光重合) Ⓢ請求	963

ケース1:9月に別部位のカリエスを主訴に再来院

傷病名: 4 3 C

平成21年 9月1日		初診	182
	3	う蝕処置 軟化象牙質除去	16
注③	4	HJK (光重合) set	45
		レジンセメント (パナビア)	16
		補管 患者に文書提供し写しを添付	100
		歯管 齲蝕治療を継続して行う計画を説明	130
		患者に文書提供し写しを添付	/
		(以下略)	

ケース2:H22年1月に仮着中の4HJKが破折したので来院

傷病名: 4 C<sub>3</sub>処置歯

平成22年 1月7日		初診 4の支台の一部にも破折を認める	182
注④	4	メタルコア imp	20
		歯管 HJKではなく金属で補綴することを説明し同意	130
		患者に文書提供し写しを添付	/
1月14日		再診	40
注④	4	メタルコア set	179
		失PZ メタルコア加算	160+30
		連imp (寒天+アルジネート)	60
		BT (シリコーン)	14
1月21日		再診	40
注④	4	FCK (12%金パラ) set	606+45
		レジンセメント (パナビア)	16
		補管 患者に文書提供し写しを添付	100
		(以下略)	

ケース3:H22年1月に4歯根破折で来院

傷病名: 4歯根破折→5 4 3 MT

平成22年 1月7日		初診	182
	4	X-ray (D) ×1 4縦破折を確認、保存は不可と判断	48
		抜歯して創傷の治癒後 Br とすることについて説明し患者は同意した	/
		OA (コーパロン)+浸麻 2%キシロカインct1.5ml	/
		抜歯、圧迫止血	260
		処方せん Ⓢロキソニン錠 1T×3 疼痛時	68
		Ⓢフロモックス錠100mg 1T×3 毎食後 3日分	/
		歯管 補綴治療計画について文書提供し写し添付	130

平成22年 1月8日		再診	40
	4	SP (H <sub>2</sub> O <sub>2</sub> ) 経過良好	/
2月18日		再診	40
注④	5 4 3	補診 3 5の骨植状態良好、5 4 3 Br で補綴	100
		OA (コーパロン)+浸麻 2%キシロカインct1.0ml	/
	5 3	生PZ	790+300
		平測 ミラーで平行を確認	50
		連imp (寒天+アルジネート)	275
		BT (シリコーン)	70
	5 4 3	リテーナー	100
	5 3	仮セ (テンポラリーバック)	4×2
		歯管 食生活の注意としてガムなどを仮歯で噛まないよう指導	110
2月25日		再診	40
注④	5 4 3	Br 仮着	40
	5 3	仮セ (テンポラリーバック)	4×2
3月4日		再診	40
注④	5 4 3	Br set	150
		3 1 2%金パラ前装CK	1374
		5 1 2%金パラFCK	606
		5 3 レジンセメント (パナビア)	16×2
		4 1 2%金パラ鑄造ポンティック	623
		補管 患者に文書提供し写しを添付	330
		歯管 ブリッジの清掃法を指導	110
		(以下略)	

《解説》 ※金属の点数は平成21年4月1日現在の点数

注① 必要があつてワンピースキャストブリッジ以外の歯冠修復物を仮着した場合、仮着料はないが仮着セメント料のみ算定できる。

注② 本来の装着予定日から1ヶ月以上患者が未来院となった場合、Ⓢ請求をする。請求月は製作月 (この場合は2月分) とし、実日数は0日。摘要欄にはⓈ、装着物の種類、装着予定日、装着できなくなった理由 (「患者未来院のため」など) を記載する。

注③ ケース1のように、未来院請求後、患者が別の主訴で来院し、前回製作した歯冠修復物がそのまま装着できた場合、装着料と材料料、補綴物維持管理料を算定する。なお、患者からはⓈ請求補綴物の自己負担分も徴収できる。

注④ ケース2、3のように、前回診療から状態が大きく変化し、製作した歯冠修復物がそのまま装着できないと判断した場合、歯冠修復の一連の費用は算定できる。これらのケースのように全く別の補綴物を再製作する場合でも、患者からはⓈ請求補綴物の自己負担分を徴収できる。

\*実態に即してご請求ください\*



**保険請求 Q&A**

no. 209

協会では保険請求についての質問にお答えしております。お気軽におたずね下さい。

03-3205-2999

質問	回答
当院では休日診療を行っているが、休日の標榜時間終了後に患者が急に来院して診療した場合は時間外加算の算定となるのか。	休日を診療日としている医療機関が、標榜時間外で通常の診療体制をとっていない時間に、急病などやむを得ない患者を診た場合は、時間外加算でなく休日加算を算定して差し支えありません。
義歯を製作していた患者で、咬合採得後、試適前に未来院となってしまった。この場合Ⓢ請求はできるのか?	本来の来院予定だった日から1ヶ月以上待ったうえでいらっしやらない場合、人工歯、クラスプ、バー、フック、スパーはⓈ請求できます。

昨年の改定で導入された歯科疾患管理料(歯管)にかかわるご質問が最近目立っています。さまざまな通知が出され、混乱されているようです。歯管の算定要件や算定方法などを整理するとともに、3つの症例を作りました。ご参照下さい。

## 間違いやすい歯管の算定について

**歯管(1回目)の算定要件**

対象者	C、Pul、Per、G、P、MT※、顎関節症、WSD、Hys、歯ぎしり、Stom、外傷性歯牙脱臼などで、継続的な口腔管理が必要な患者
同意	患者またはその家族。管理計画書に記入する
計画書	管理計画書を作成し、その内容について説明する。歯周疾患の患者は歯周組織検査を踏まえ作成する

上記を行った場合に  
初診から1ヶ月以内に1回に限り算定できる

※総義歯の場合は口腔粘膜疾患等を有している場合は算定可

### ケース1 初診から1ヶ月以内の歯管(1回目)の算定

傷病名: 7 P 急発, GA,  $\frac{7+7}{7+7} P$   
主訴: 歯ぐきが痛い。とりあえず何とかしてほしい

月日	部位	療法・処置	点数
4月12日		初診 腫脹(+) 発赤(+) 7 ポケット6~8mm	182
	7	P 処 ベリオフィール歯科用軟膏1シリンジ	10+35
		Rp) ロキソニン30mg×1t×3回分, 疼痛時	2×3
		処方料+調剤料(頓)	42+9
		薬情	10
4月15日		再診 ベリオフィールを入れたが消沈せずやむを得ず切開	40
	7	浸麻(OA+2%キシロカインCt1.8ml)	/
		切開(頬側歯肉を減張切開・6mm)	180
		Rp) ケフラル250mg×3×3日分, 毎食後	18×3
		ロキソニン30mg×1t×3回分, 疼痛時	2×3
		処方料+調剤料(内・頓)	42+9
		薬情	10
4月18日		再診 腫脹(-) 発赤(-) 落ち着いてきた	40
	7	S P アクリノール	/
4月21日		(キャンセル)	/
5月11日		再診 7 腫脹(-) 発赤(-) 全体にPの傾向あり	40
	$\frac{7+7}{7+7}$	X-Ray (パントモ) 1F (所見略)	318
		P 基検1 (検査結果略)	200
		口腔内写真検査	10×5
		歯管 検査結果と歯周病の原因について説明 文書提供	130
		歯清	+60
	$\frac{7+7}{7+7}$	S C	64+42×2
		実地指(指示内容略) 文書提供	80

**解説**

- ・P急発GAで急性症状で来院した。症状が緩解したのちは中断。就労の事情や長期休暇にも当たり、歯周治療に入るのが遅れた。1ヶ月以内に歯管の要件を満たし、ようやく算定した。
- ・歯管の1回目は初診から1ヶ月を超えると算定ができません。歯管の2回目以降は1回目の算定月の翌月に算定することになっているため、1回目の算定がないと2回目以降は算定できません。

# ●忘れてないかあの診療 症例研究 ●落としてないかその点数

### ケース2 継続的な口腔管理が必要な事例

傷病名: 6 CKダツリ, C<sub>2</sub>  
主訴: 冠が落ちた。付けてほしい

月日	部位	療法・処置	点数
4月15日		初診	182
	6	う蝕処置(カセ, 軟化象牙質除去)	16
		PCap(ダイカル)	25
		CK再装着	45
		装着材料料(パナピアEX)	16
		歯管 口腔管理が不十分なため継続管理が必要と説明し	130
		次回実地指を行う 文書提供	/
5月10日		再診 咬合状態異常なし、歯頸部にプラークの付着を認める	40
	6	歯管	110
		実地指 白歯部を染め出しブラッシング法指導を指示	80

**解説**

- ・CKダツリ, C病名で継続的な口腔管理が必要であると判断し歯管を算定した。5月、来院時に実地指を算定した。請求時の傷病名はCで歯管と実地指の算定になる。
- ・管理の要点はカルテに記載する。

### ケース3 治療終了日から短期間で新たな疾病の発生

傷病名:  $\frac{7+7}{7+7} P$   
主訴: 歯肉が腫れている

月日	部位	療法・処置	点数
4月1日		再診 特に症状なし	40
	$\frac{7+7}{7+7}$	P 基検3 (検査結果略) 臨床的治癒と判定	200
		歯管 今後の生活習慣について指導 文書提供	110
		実地指(指示内容略) 文書提供	80

傷病名: 1 1 外傷性歯牙脱臼  
主訴: 転んだ。前歯が痛い。

月日	部位	療法・処置	点数
5月2日		初診 Mo(2度)	182
	1 1	X-Ray(D) 1F 歯根膜腔の大きな拡大を認める	48
		S P アクリノール	/
	2 1 1 2	TFix(スーパーボンド)	500
		Rp) ロキソニン30mg×1t×3回分	2×3
		処方料+調剤料(内・頓)	42+9
		薬情	10
		歯管 今後の症状と食事について指導 文書提供	130

**解説**

- ・歯管は管理計画に基づく治療終了日から起算して2ヶ月を経過するまでは、初診料は算定できないが、当初の疾患管理を行っていた時には予想しなかった外傷等の新たに生じた疾患については、当初の初診より1ヶ月以上経過している場合初診料は算定できる。この場合は、レセプトの「摘要」欄に当初の初診日、改めて初診料を算定した理由を記載する。
- ・歯管を算定した患者に治療終了日から2ヶ月を超え、再度、歯管を算定する場合は「摘要」欄に前回治療終了年月日を記載する。

●忘れてないかあの診療  
**症例研究**  
●落としてないかその点数

歯牙を保存させるために非侵襲性歯髄覆罩を行ったが、抜髄に至ってしまった症例について解説する。

非侵襲性歯髄覆罩の算定について

患者：7歳  
傷病名：E C<sub>2</sub> → C<sub>3</sub>急化Pul 注①  
主訴：冷たいものがしみる

月日	部位	療法・処置	点数
6月1日		初診	182
	E	X-Ray (D) 1F	48
		歯髄に近接する透過像を認める	/
		浸麻(OA[キシロカイン] + 2%キシレスチンA Ct0.4ml)	/
		ラバーダム防湿法	/
		除去 (CR)	15
		う蝕処置 (水酸化カルシウム製剤・軟化象牙質等除去)	16
	注②	非侵襲性歯髄覆罩	150
		歯管 (1回目)	130
		抜髄の可能性があるが歯髄を保存する必要性を患者に説明し	/
		様子を見ていくことにした。毎月一度薬剤貼付に来ること、	/
		3ヶ月様子見ること、抜髄の可能性を文書で説明し、同意を	/
		得る。(文書提供し写しを添付)	/
7月1日		再診	40
	E	浸麻(OA[キシロカイン] + 2%キシレスチンA Ct0.4ml)	/
		ラバーダム防湿法	/
		薬剤貼付(水酸化カルシウム製剤)	/
		歯管 (2回目以降)	110
		自覚症状もなく順調に推移している。このまま様子を見て	/
		いく	/
8月31日		再診 痛みを訴える	40
	E	X-Ray (D) 1F (症状の確認)	38
		根尖に歯根膜腔の拡大を認める。打診痛と動揺を認める	/
		浸麻(OA[キシロカイン] + 2%キシレスチンA Ct0.4ml)	/
		ラバーダム防湿法	/
		EMR (3根)	60
		MB (15mm#15) .ML (15mm#15) .D (15mm#15)	5
	注③	抜髄即充 (ビタベックス)	530
		X-Ray (D) 1F (症状の確認) 根尖孔まで気密に充填	38
	注④	KP	54
		EE・EB	/
		光CR充 (O)	100
		研磨	/
		歯管 (2回目以降)	110
		麻酔が覚めた後、痛みが残る可能性があることを説明し、	/
		術後の経過を観察していく。(文書提供し写しを添付)	/

月日	部位	療法・処置	点数
9月1日		再診	40
	E	咬合調整、研磨	/
		歯管 (2回目以降)	110
		術後経過、良好だが一部咬合の強い部分を調整し、今後も	/
		調整していく	/

《解説》

注① 非侵襲性歯髄覆罩 (AIPC) は乳歯においても適応となる。病名はCまたはPulが考えられる。(平成20年3月28日、5月9日疑義解釈より)

注② AIPCとは、臨床的に健康な歯髄または可逆性歯髄炎であって、感染象牙質をすべて除去すれば、露髄を招き抜髄に至る可能性のある深在性のう蝕を対象とするものである。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。その期間内に2回程度の薬剤の貼付を含め、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、覆罩処置を行った最初の日に算定する。

AIPCの開始時に必要があつて、う蝕処置を行った場合はそれぞれの費用が算定できる。

注③ AIPCを行った日から起算して3月以内に抜髄処置を行った場合、AIPCの点数を差し引いた点数を算定する。

抜髄即充 (3根管) (抜髄570点 - AIPC150点 + 根充110点) = 530点

注④ AIPCを行った場合は、3月以上の経過観察期間を行った後に、歯冠修復などを実施する。なお、AIPC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、その要点をカルテに記載する。また、レセプトの「摘要」欄にAIPCを行った年月日を記載する。

\* 実態に即してご請求ください \*



**保険請求 Q&A**  
協会では保険請求についての質問にお答えしております。お気軽におたずね下さい。



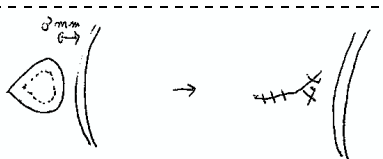

質問	回答
初診月、A1Aを抜髄し歯管を算定した。「歯管の算定はいかがでしょうか」との理由で返戻になった。	歯管は継続的な口腔管理を必要な患者を対象にしています。そういう患者であればその管理の内容を説明したらいかがでしょうか。
国保の保険者からの返戻。傷病名は76[6]7床下粘膜炎のみ。「傷病名から見て歯管の算定についていかがでしょうか」で返戻。前月まではPerなど治療をしていた。	義歯に由来する病名のみ場合は義歯管理料のみの算定になります。前月までの疾病について、引き続き管理する必要があったのであれば、その傷病名を記載して下さい。
上顎は10歯欠損の局部床義歯を修理し、下顎は8歯の局部床義歯を新製した。天然歯同士の対合関係はない。当月は義管Aの算定となるが、この場合、新製する有床義歯は9歯未満であるが、義管Aに困難加算の算定はしてよいか。	義管に係る有床義歯が9歯未満の有床義歯であっても、他の部位で9歯以上の義歯を装着し、かつ、その義歯以外は対合歯間の接触関係を有していなければ困難加算は算定できます。 なお、困難加算は①総義歯装着の患者、②9歯以上の局部床義歯を装着し、かつ、その義歯以外は対合歯間の接触関係を有しない患者が対象です。
2月に製作した補綴物の来院請求を行った。社保で②の方。「一部負担金の金額(公費)が書いていない」と返戻になった。(未)請求なので一部負担金はもらっていない。0と書くのか、負担すべき額を書くのか。	一部負担金を負担すべき額を記載します。一部負担金は次回来院時などに徴収してください。



●忘れてないかあの診療  
**症例研究**  
●落としてないかその点数

**病理組織検査の算定について**

傷病名：左側下唇部良性腫瘍(線維腫)の疑い

月日	部位	療法・処置	点数
2月3日		再診	40
		先月より左側頬粘膜に小さな腫れを認め、最初は柔らかかったが現在は硬い感じがしてきたとことで来院。	/
		特に痛みはなし。	/
		左側下唇部に境界明瞭な米粒大腫瘤を認める。	/
		硬度は弾性硬を示す。	/
	左側下唇	口腔内写真(※写真①, 写真②)	/
			
			
		歯科疾患管理料	110
		腫瘍を切除の上病理組織検査を行い、今後の経過を見ていく旨を説明し同意を得る。文書提供し写しを添付。	/
		浸麻 OA(ハケインゲル)+2%キシロカインC t1. 8ml	/
		マージン1mm設定して切除。	/
注①		口唇腫瘍摘出術(その他のもの)	3370
		周囲をY字にてナイロン5-0で縫合	/
			/
注②		病理組織標本作製	880
		処方料 調剤料	42+9
		④メリアクトMS錠100mg 3T 分3 毎食後 4日分	21×4
		⑤ロキソニン錠1T 6回分 疼痛時	2×6
		⑥イソジンガーグル液7% 30ml	10×1
		薬情 薬剤情報を提供	10
		病理組織片は東京医科歯科大学へ送付	/
2月10日		再診	40
	左側下唇	創部安定 抜糸 SP(H <sub>2</sub> O <sub>2</sub> )	/
3月3日		再診	40
	左側下唇	歯科疾患管理料	110
		東京医科歯科大学からの病理組織検査結果により線維腫と確定。患者には悪性でないことを説明	/
		口腔内写真(※写真③)	/
			
注②		口腔病理判断料	146

《解説》

注① 口唇腫瘍摘出術は、粘液嚢胞の場合910点・その他のものの場合3370点。粘液嚢胞以外の腫瘍の場合は全て3370点の算定となる。

注② 保険医療機関が、患者の人体から排出または採取された検体について当該保険医療機関以外の施設に委託する際は、依頼する医療機関が診療報酬の請求を行う。この場合、病理組織標本作製(1臓器につき)880点と口腔病理判断料(月1回に限り)146点を算定できる。

なお、口腔病理判断料(月1回に限り)410点を算定することができるのは、病理診断を専門に担当する歯科医師が勤務しており、年間の剖検数等が十分にある病院に限られ、一般の歯科診療所では算定要件をみとさない。

送付した検体はプレパラートとなって報告書(下図参照)と一緒に送られてくる。確定診断後はレセプト病名から「疑い」がとれることになる。

※東京医科歯科大学への病理組織検査申し込みは  
<http://www.tmd.ac.jp/dent/opat/request.html>


\*実態に即してご請求ください\*

臨床材料検査報告書

〇〇大学歯学部附属病院検査部病理部門

〇〇科 〇〇先生 2009年 〇月〇日  
患者の姓名: 〇〇 〇〇 ♀・② 〇〇歳  
臨床診断: Tum or of the left buccal mucosa<sup>※1</sup>  
病理組織診断: Fibrous<sup>※2</sup> polyp of the left buccal mucosa, excision

所見: (切出し図及び極く簡単な肉眼所見を含む)

 8×7×4-大

検体は左頬粘膜腫瘍切除材料。

組織学的には、上皮下の細胞成分に乏しいfibrous tissueの密な増生からなる腫瘍です。炎症はほとんど目立ちません。

被覆上皮は標本の中央部でhyperorthokeratosis<sup>※3</sup>が見られますが、慢性刺激に伴う変化と考えます。明らかなdysplasia<sup>※4</sup>はありません。

Fibrous polypの所見。No evidence of malignancy<sup>※5</sup>。

(編集部注)

- ※1: 左頬粘膜腫瘍
- ※2: 線維状の
- ※3: 過正角化症
- ※4: 異形成
- ※5: 悪性腫瘍

8月31日付けで旧名称が廃止となる  
経過措置医薬品(主なもの)

以下の経過措置医薬品(ネオステリングリーンなど)は名称が変更されており、旧名称では9月1日以降使用・請求ができなくなりますので十分にご注意ください。この表にない医薬品の場合や、詳細につきましては協会、もしくは業者などにお問い合わせください。

8月31日付けで廃止	現行品名(太字が変更部分)
FAD錠5mg(TYK)	FAD錠5mg <sup>g</sup> 「TYK」
FAD錠10mg(TYK)	FAD錠10mg <sup>g</sup> 「TYK」
FAD錠15mg(TYK)	FAD錠15mg <sup>g</sup> 「TYK」
健胃錠(大日本)	健胃錠(陽進堂)
バナシ錠	バナシ錠100mg
バナシドライシロップ	バナシドライシロップ5%
ファロムドライシロップ小児用	ファロムドライシロップ小児用10%
メリアクトMS小児用細粒	メリアクトMS小児用細粒10%
メデマイシンカプセル	メデマイシンカプセル200mg
アズレンG「ヒシヤマ」	アズレン散 <sup>g</sup> 嗽用0.4%「NP」
イソジンガーグル	イソジンガーグル液7%
デキサメサゾン軟膏(佐藤製薬)	デキサメサゾン軟膏0.1%「サトウ」
デキササルチン軟膏(口腔用)	デキササルチン口腔用軟膏1mg/g
デルゾン口腔用	デルゾン口腔用軟膏0.1%
ポピドンガーグル	ポピドンヨードガーグル7%「ORY」
サージカルパックN	サージカルパック口腔用
ネオステリングリーン	ネオステリングリーンうがい液0.2%

●忘れてないかあの診療  
**症例研究**  
●落としてないかその点数

既に歯根分割された歯の歯冠修復について

傷病名：66 C<sub>3</sub>慢性Per

月日	部位	療法・処置	点数
5月1日		初診+電子化加算	182+3
		以前他院にて歯を分割し、根分岐部を開けて	/
		各々 FCK を入れた。1か月前から咬合痛 (+)。	/
	66	X-Ray (D) 1F	48
		近心根、遠心根ともに根尖部に類円形の透過像を認める。	/
		歯管	130
		66は保存処置を行う旨説明し同意。継続的に治療し生活習慣やブラッシング方法の改善をしていく旨の治療計画を説明し同意。(文書提供し写し添付)	/
注①		連結冠切断 FCK 除去 ポスト除去	30+50×2
		ラバー	/
注②		感根処 NC FC EZ	276×2
5月4日		再診	40
		ラバー	/
注②	66	EMR MB, MLともに#50まで拡大、作業長16mm	45×2
		DB, DLともに#55まで拡大、作業長17mm	/
注②		RCT NC Ca(OH) <sub>2</sub> EZ	22×2
5月11日		再診	40
	66	ラバー	/
注②		RCT NC Ca(OH) <sub>2</sub> EZ	22×2
5月18日		再診	40
		打診痛 (-)。浸出液 (-)。	/
	66	X-Ray (D) 1F (確認)	38
		両根共にまだ透過像はあるが、ポイント試適の上、根充可能と判断。	/
		ラバー	/
注①		近、遠心根ともに根充 加圧根充G. ポイント	(90+140)×2
		キャナルスN EZ	/
		X-Ray (D) 1F 近遠心根ともに根充良好	38
5月25日		再診	40
注②	66	コア形成 支台築造 imp (シリコン)	20×2
6月1日		再診	40
		歯管 歯内療法は完了し引き続き補綴処置を行って	110
		いくことを説明	/

月日	部位	療法・処置	点数
	66	コア (12%金パラ) set グセ	179×2
		失PZ (FCK)	160×2
		メタルコア加算	30×2
		連imp (寒天+アルジネート)	60×2
		BT (パラフィンワックス)	14×2
6月8日		再診	40
	66	連結FCK (12%金パラ) set	(606+45)×2
		グセ	12×2
		補管	100

《解説》

注① 既に分割されて歯冠修復物装着済みの歯の歯冠修復物除去は、それぞれ別個のものとして算定できる。

注② 既に他院にて分離切断された下顎大臼歯の歯内療法の算定は、実態に応じた根管数で算定する。

注③ 分割した歯牙に単冠をそれぞれ製作する場合コアから装着まですべて小臼歯2歯分製作の点数となる。なお、ブリッジの支台とする場合は大臼歯1歯として取り扱う。

注④ 歯を分離切断した場合は、それぞれ鑄造冠を製作し、連結して装着すべきであるので、補管は1装置として1歯分のみの算定となる。2個のFCKを連結してもろう着料の算定は出来ない。

既に他院で分割されていた下顎大臼歯への歯内療法と歯冠修復

		分割された近・遠心の根管数		
		両方1根	2根+1根	両方2根
歯内療法	感根処	130×2	276+130	276×2
	根貼	14×2	22+14	22×2
	EMR	30×2	45+30	45×2
	根充	68×2	90+68	90×2
	加圧根充	118×2	140+118	140×2
歯冠修復	コア	小臼歯2歯分として算定		
	imp			
	BT			
	FCK			
	補管	単冠1歯分として算定		

東京都歯科医師会編「歯科社会保険請求Q&A(平成13年3月発行)」を参考に作成

\*実態に即してご請求ください\*



協会では保険請求についての質問にお答えしております。お気軽におたずね下さい。

質問	回答
初診月に実日数1日で「8」Perico, GAで切開(180点)とP処+ペリオクリンを併せて行ったが「PericoでP処について」で返戻となった。どうしてか。	P処+ペリオクリンは「歯周疾患」に対して行うものですので、P急発に由来するGAでないと思われ算定できません。
T-Fixについて、装着料30点と装着材料が算定できるのはどのような場合か?	線結紮法もしくはレジン連続冠固定法でT-Fixを行った場合は、所定点数の300・500の他に装着料30点と装着材料が算定できます。エナメルボンドシステムの場合はいずれも算定できません。
高齢受給者で負担割合が1割の人は「2割(7月31日まで1割)」となっていたが8月1日から2割負担になるのか。	国の特別措置により来年3月31日まで1割負担です。表示が「7月31日まで」となっていたのは、証の有効期限がその日までで、8月に切り替えが行われるためです。前年度所得により3割負担になっている可能性もありますので、新しい高齢受給者証を必ず確認してください。