

歯科に係わる主な通知等の訂正について

2016年4月1日
東京歯科保険医協会

2016年3月31日に発出した通知等の訂正から、歯科診療所に関する主な内容を下記に示します。
なお、その他の内容については厚労省のホームページをご確認ください。

記

1. 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28年3月4日保医発0304第2号）

第4 経過措置等

表1 新たに施設基準が創設されたことにより、平成28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

歯根端切除手術の注3

表2 施設基準の改正により、平成28年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関及び保険薬局であっても、平成28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

~~歯根端切除手術の注3~~

2. 特掲診療料の施設基準等

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

(9) 年に1回、歯科訪問診療の患者数等を別添2の様式18の2を用いて、地方厚生(支)局長に報告していること。

3. 歯科診療報酬点数表に関する事項

第2部在宅医療

C001-3 歯科疾患在宅療養管理料

(5) 歯科疾患在宅療養管理料を算定した月は、患者等に対して、少なくとも1回以上の管理計画に基づく管理を行う。なお、当該管理を行った場合は、診療録にその要点を記載する。

~~(6-5)~~ 「注4」に規定する栄養サポートチーム連携加算1は、当該保険医療機関の歯科医師が、当該患者の入院している他の保険医療機関の栄養サポートチームの構成員としてカンファレンス及び回診等に参加し、それらの結果に基づいてカンファレンス等に参加した日から起算して2月以内に「注1」に規定する管理計画を策定した場合に、月に1回を限度に算定する。

~~(7-6)~~ 「注5」に規定する栄養サポートチーム連携加算2は、当該患者が介護福祉施設、介護保険施設又は介護療養施設に入所している場合において、当該保険医療機関の歯科医師が、当該患者の入所施設で行われた、経口による継続的な食事摂取を支援するための食事観察及び会議等に参加し、それらの結果に基づいて食事観察等に参加した日から起算して2月以内に「注1」に規定する管理計画を策定した場合に、月に1回を限度に算定する。

~~(8-7)~~ 「注4」又は「注5」に掲げる加算を算定した場合には、(4)に示す管理計画の要点に加え、~~(6-5)~~ のカンファレンス及び回診又は ~~(7-6)~~ の食事観察及び会議等の開催日及び時間及びこれらのカンファレンス等の内容の要点を診療録に記載する。なお、2回目以降については当該月にカンファレンス等に参加していない場合も算定できるが、少なくとも前回のカンファレンス等の参加日から起算して6月を超える日までに1回以上参加すること。

(9-8) 歯科疾患在宅療養管理料は、区分番号B013に掲げる新製有床義歯管理料又は区分番号H001-2に掲げる歯科口腔リハビリテーション料1（「1 有床義歯の場合」に限る。）を算定している患者に対しても、歯科疾患の状況、口腔機能の評価を踏まえた口腔機能管理を行った場合は算定できる。

(10-9) 再診が電話等により行われた場合は、歯科疾患在宅療養管理料は算定できない。

第4部画像診断

E000 写真診断

(11) 区分番号E000に掲げる写真診断の「1 単純撮影」及び「4 造影剤使用撮影」について、一連の症状を確認するため、同一部位に対して撮影を行った場合における、2枚目以降の撮影に係る写真診断は、各区分の所定点数の100分の50により算定する。なお、同一部位であっても一連の症状確認ではなく、前回撮影時の画像では診断困難なと異なる疾患に対する診断を目的に撮影した場合においては、各区分の所定点数により算定する。

第7部リハビリテーション

H001-2 歯科口腔リハビリテーション料1

(10) 「2 舌接触補助床の場合」は、区分番号I017に掲げる床副子の「4 摂食機能の改善を目的とするもの（舌接触補助床）」を装着した患者であって、舌接触状態等を変化させて摂食・嚥下機能の改善を目的とするために床を装着した場合又は有床義歯形態の補助床を装着した場合に、当該装置の調整又は指導又は修理を行い、口腔機能の回復又は維持・向上を図った際に算定する。なお、同一初診期間中に「2 舌接触補助床の場合」の算定以降は「1 有床義歯の場合」を算定できない。この場合において、調整方法及び調整部位又は指導内容若しくは修理部位及び修理内容の要点を診療録に記載する。

第8部処置

I014 暫間固定

(13-4) 次の場合においては、「2 困難なもの」により算定する。

I017-2 床副子調整・修理

(5) 区分番号I017に掲げる床副子の「4 摂食機能の改善を目的とするもの（舌接触補助床）」の修理を行った場合は、「2 床副子修理」により算定する。なお、床副子の調整と修理を同日に行った場合において、調整に係る費用は修理にかかる費用に含まれ、区分番号H001-2に掲げる歯科口腔リハビリテーション料1は別に算定できない。

(6-5) 「1 床副子調整」及び「2 床副子修理」において調整又は修理を行った場合は、診療録に調整又は修理の部位、方法等を記載する。

第12部歯冠修復及び欠損補綴

通則

20 次の場合において、ブリッジ又は小児義歯を適応する場合は、予め理由書、模型、エックス線フィルム又はその複製を地方厚生（支）局長に提出し、保険適応の有無について判断を求める。なお、それぞれの取り扱いは、各区分の規定に従う。ただし、イからニまで以外の場合であって、実際の欠損歯を反映した歯式では保険給付外となるブリッジであって、欠損歯の間隙が1歯分少ないようなブリッジを算定する場合は同様の取り扱いとする。

イ 区分番号M000-2に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料の（8）により、「歯冠補綴物又はブリッジ」を保険医療機関において装着した場合において、外傷、腫瘍等（歯周疾患が原因である場合を除く。）によりやむを得ず当該「歯冠補綴物又はブリッジ」の支台歯、隣在歯又は隣在歯及び当該「歯冠補綴物又はブリッジ」の支台歯当該歯冠補綴物が装着された歯若しくは当該ブリッジが装着された支台歯を抜歯しブリッジを装着する場合

M000 補綴時診断料

(4) 新たに生じた欠損部の補綴に際して「2 補綴時診断（1以外の場合）」を算定後、同一の有床義歯

に対して新たに生じた欠損部の補綴に際し、再度、~~既成の有床義歯に~~人工歯及び義歯床を追加する場合においては、前回補綴時診断料を算定した日から起算して3月以内は補綴時診断料を算定できない。

M000-2 クラウン・ブリッジ維持管理料

(8) 「注1」の「歯冠補綴物又はブリッジ」を保険医療機関において装着した日から起算して2年を経過するまでの間に、外傷、腫瘍等（歯周疾患が原因である場合を除く。）によりやむを得ず~~当該「歯冠補綴物又はブリッジ」の支台歯、隣在歯又は隣在歯及び当該「歯冠補綴物又はブリッジ」の支台歯~~当該歯冠補綴物が装着された歯若しくは当該ブリッジが装着された支台歯を抜歯し、~~次の場合に該当する~~ブリッジを装着する場合は、予めその理由書、模型、エックス線フィルム又はその複製を地方厚生（支）局長に提出しその判断を求める。また、添付模型の製作は基本診療料に含まれ算定できないが、添付フィルム又はその複製は区分番号E100に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織及び区分番号E300に掲げるフィルムに準じて算定する。ただし、算定に当たっては診療報酬明細書の摘要欄に算定の理由を記載する。

- ~~イ 当該補綴物が装着された歯若しくは当該ブリッジが装着された支台歯が新たに製作するブリッジの支台歯となる場合~~
- ~~ロ 当該補綴物が装着された歯若しくは当該ブリッジが装着された支台歯が抜歯され、当該部位が新たに製作するブリッジのポンティックとなる場合~~

M002 支台築造

(~~8-9~~) 「1 間接法」により製作された支台築造物を再装着した場合は、装着として区分番号M005に掲げる装着の「1 歯冠修復」及び装着に係る保険医療材料料を算定する。
 (~~9-10~~) 歯冠修復に当たり、メタルコア、複合レジン及びファイバーポストによる支台築造及び全部金属冠等を同一模型上で製作し、同日の患者への装着は、歯科医学的に適切であると認められる場合を除き、常態として認められない。この場合において、印象採得は全部金属冠等により算定し、支台築造印象は算定できない。

M004 リテイナー

(4) リテイナーの装着に用いた仮着セメント料は、~~歯冠形成を算定後~~リテイナー装着に係る算定と同時点のものに限る。また、必要があっ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。

M015 硬質レジンジャケット冠

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

4. 特定診療報酬算定医療機器の定義等について（平成28年3月4日保医発0304第9号）

II 歯科点数表関係

特定診療報酬算定医療機器の区分	定義			対応する診療報酬項目	
	薬事承認上の位置付け		その他条件		
	類別	一般的名称			
有床義歯内面適合用軟質裏装材	歯科材料 (3)義歯床材料	義歯床用長期弾性裏装材	シリコン系の弾性裏装材であり、間接法で使用可能なもの	M030	有床義歯内面適合法 2 軟質材料を用いる場合

5. 届出書に係る訂正等

様式 17 の 2

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準
に係る届出書添付書類

1 歯科訪問診療及び歯周病安定期治療の実施状況(届出前1年間の実績)

(1) 歯科訪問診療 _____人

(2) 歯周病安定期治療 _____人

※(1)については、歯科訪問診療1及び2を算定した人数の延べ人数を記載すること。

※(2)については、歯周病安定期治療(1)を算定した人数の延べ人数を記載すること。

2 クラウン・ブリッジ維持管理料の届出状況

クラウン・ブリッジ維持管理料の届出年月日 (年 月 日)

3 医療安全対策及び高齢者の口腔機能管理に係る研修の受講歴等

受講歯科医師名 (複数の場合は全員)	
研 修 名	
受講年月日	
研修の主催者	
講習の内容等	

※医療安全対策に関する内容を含むものであること。

※高齢者の心身の特性、口腔機能管理、緊急時対応に関する内容を含むものであること。

※研修会の修了証の写しの添付でも可とするものであること。

※歯科外来診療環境体制加算又は在宅療養支援歯科診療所の施設基準の届出を既に行っていて、研修受講者が本届出と同一である場合においては、歯科外来診療環境体制加算又は在宅療養支援歯科診療所の届出の副本(受理番号が付されたもの)の写しの添付でも可とするものであること。

4 歯科医師の氏名等

勤務形態 (該当する方に○)	歯科医師の氏名	訪問診療担当者 (担当している者に○)
常勤／非常勤		
常勤／非常勤		
常勤／非常勤		
常勤／非常勤		

5 歯科衛生士等の氏名等

勤務形態 (該当する方に○)	歯科衛生士の氏名	訪問診療担当者 (担当している者に○)
常勤／非常勤		
常勤／非常勤		
常勤／非常勤		
常勤／非常勤		
常勤／非常勤		
常勤／非常勤		

6 迅速に対応できる体制に係る事項

担当者の氏名及び職種	
連絡先	
連絡方法	

7 緊急時の連携保険医療機関

医療機関の名称	
所在地	
緊急時の連絡方法等	

8 当該地域における連携医療機関（在宅医療を担う医科医療機関）

医療機関の名称	
所在地	
在宅医療を行う医師の氏名	
連絡先	

9 当該診療所における保健医療サービス及び福祉サービスの連携担当者

氏名	
資格	
主な業務内容	

10 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):	

11 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)		
酸素供給装置		
血圧計		
救急蘇生キット		
歯科用吸引装置		

在宅療養支援歯科診療所の施設基準に係る届出書添付書類

<p>1. 歯科訪問診療の割合(届出前1月間の実績)</p> <p>歯科訪問診療料を算定した人数 ① _____人</p> <p>外来で歯科診療を提供した人数 ② _____人</p> <p>※①については、歯科訪問診療料を算定した人数、②については、診療所で歯科初診料、 歯科再診料を算定した人数を記載すること。</p> <p>※①、②とも延べ人数を記載すること。</p> <p>歯科訪問診療を提供した患者数の割合 ①/(①+②)= _____・・・(A)</p>											
<p>2. 歯科訪問診療の実績(届出前1年間の実績)</p> <p>歯科訪問診療料を算定した人数 _____人</p> <p>※歯科訪問診療1、2又は3を算定した延べ人数を記載すること。</p>											
<p>3. 高齢者の口腔機能管理に係る研修の受講歴等</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">受講歯科医師名(複数の場合は全員)</td> </tr> <tr> <td style="width: 30%; padding: 2px;">研 修 名</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">受 講 年 月 日</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">研 修 の 主 催 者</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">講 習 の 内 容 等</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> </table> <p>※ 高齢者の口腔機能管理に関する内容を含むものであること。</p> <p>※ 研修会の修了証の写しの添付でも可とするものであること。</p>		受講歯科医師名(複数の場合は全員)		研 修 名		受 講 年 月 日		研 修 の 主 催 者		講 習 の 内 容 等	
受講歯科医師名(複数の場合は全員)											
研 修 名											
受 講 年 月 日											
研 修 の 主 催 者											
講 習 の 内 容 等											
<p>4. 歯科衛生士の氏名等(常勤又は非常勤を○で囲むこと)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%; padding: 2px;">氏 名</th> <th style="padding: 2px;">常勤/非常勤</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 2px;">1)</td> <td style="padding: 2px;">常勤/非常勤</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">2)</td> <td style="padding: 2px;">常勤/非常勤</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">3)</td> <td style="padding: 2px;">常勤/非常勤</td> </tr> </tbody> </table>		氏 名	常勤/非常勤	1)	常勤/非常勤	2)	常勤/非常勤	3)	常勤/非常勤		
氏 名	常勤/非常勤										
1)	常勤/非常勤										
2)	常勤/非常勤										
3)	常勤/非常勤										
<p>5. 迅速に対応できる体制に係る事項</p> <p>(1) 患者からの連絡を受ける体制: 対応体制 __名で担当</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 担当者の氏名及び職種 ・ 連絡方法・連絡先 <p>(2) 歯科訪問診療体制: 対応体制 __名で担当</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 担当医の氏名 											

6. 連携している在宅療養を担う医科の保険医療機関

(1) 医療機関の名称

(2) 在宅医療を行う医師の氏名

(3) 連絡先

7. 当該診療所における保健医療サービス及び福祉サービスの連携担当者

- ・ 氏名、連絡先
- ・ 資格、主な業務内容

8. 後方支援医療機関(歯科医療機関)

(1) 医療機関の名称

(2) 所在地

(3) 連絡先

以下、9～13+2については、1. の(A)が0.95以上である診療所のみ記載

9. 初診患者の診療情報提供を受けた保険医療機関

保険医療機関名	備考
1)	
2)	
3)	
4)	
5)	

10. 歯科訪問診療料の算定実績 (届出前3月間の実績)

歯科訪問診療1	①	人
歯科訪問診療2	②	人
歯科訪問診療3	③	人

歯科訪問診療1の算定割合: $\frac{①}{(①+②+③)} \times 100\%$

_____ %

※①～③の歯科訪問診療料の人数は延べ人数を記載すること。

在宅療養支援歯科診療所の施設基準に係る報告書

歯科訪問診療の実施状況について

1) 歯科訪問診療の割合(直近1月間の実績)

歯科訪問診療料を算定した人数 ① _____人

外来で歯科診療を提供した人数 ② _____人

※①については、歯科訪問診療料を算定した人数、②については、診療所で歯科初診料、
歯科再診料を算定した人数を記載すること。また、①、②とも延べ人数を記載すること。

歯科訪問診療を提供した患者数の割合 $\text{①}/(\text{①}+\text{②})=\text{_____} \dots (\text{A})$

2) 歯科訪問診療の実績(直近3月間)

歯科訪問診療1	①	人
歯科訪問診療2	②	人
歯科訪問診療3	③	人

※①～③の歯科訪問診療料の人数は延べ人数を記載すること。

3) 歯科疾患在宅療養管理料の直近3月間の実績

_____ 人

※歯科疾患在宅療養管理料の算定人数について、延べ人数を記載すること。

(別紙様式 14)

<別添 7>

前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は
白金加金の支給の実施（変更）報告書

上記について報告します。
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

(実施日・変更日 年 月 日)

金属の種類	1 歯当たりの価格
金合金・白金加金	
金合金・白金加金	

注 1 金属の種類は、前歯部の金属歯冠修復に使用する金属を丸でかこむこと。

注 2 1 歯当たりの価格は、医療機関内の掲示金額を記入すること。

様式 38 の 3

外来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. 届出に係る外来後発医薬品使用体制加算の区分（いずれかに○を付す）

<input type="checkbox"/> 外来後発医薬品使用体制加算 1 （カットオフ値（「3.」の④）50%以上かつ後発医薬品の割合（「3.」の⑤）70%以上）
<input type="checkbox"/> 外来後発医薬品使用体制加算 2 （カットオフ値（「3.」の④）50%以上かつ後発医薬品の割合（「3.」の⑤）60%以上70%未満）

2. 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	
---	--

3. 医薬品の使用採用状況（平成 年 月 日時点）

全医薬品の規格単位数量及び後発医薬品の規格単位数量並びにその割合				
期間 （届出時の直近3か 月：1か月ごと及び3か 月間の合計）	年 月	年 月	年 月	年 月 ～ 年 月 （直近3ヶ月間の 合計）
全医薬品の規格単位 数量（①）				
後発医薬品あり先発 医薬品及び後発医薬 品の規格単位数量 （②）				
後発医薬品の規格単 位数量（③）				
カットオフ値の割合 （④） （②／①）（％）				
後発医薬品の割合 （⑤） （③／②）（％）				

[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 規格単位数量とは、使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量のことをいう。
- 3 後発医薬品の規格単位数量の割合を計算するに当たっては、「診療報酬におけるおいて加算等の算定対象となる後発医薬品」等について」（平成 ~~28~~26年3月 ~~4~~5日保医発 03040305 第13号）を参照すること。