

平成 18 年度歯科診療報酬改定の要点

〔目 次〕

1 . 基本診療料	【 P 1 】
2 . 医学管理	【 P 4 】
3 . 在宅医療	【 P 12 】
4 . 検査	【 P 18 】
5 . 画像診断	【 P 18 】
6 . 投薬・注射	【 P 18 】
7 . リハビリテーション	【 P 19 】
8 . 処置	【 P 20 】
9 . 手術	【 P 23 】
10 . 歯周治療	【 P 25 】
11 . 歯冠修復及び欠損補綴	【 P 30 】
12 . 歯科矯正	【 P 33 】

愛知学院大学歯学部同窓会愛知県支部

歯科医療問題研究委員会

1. 基本診療料

初診料

1. 歯科初診料 180 点

2. 地域歯科診療支援病院歯科初診料 270 点

地域歯科診療支援病院歯科初診料は、病院である保険医療機関であって別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出たものにおいて初診を行った場合に、算定することができる。ただし、この場合において歯科初診料は算定できない。

地域歯科診療支援病院の位置付け：

- ・歯科医師が常勤3名以上、歯科衛生士が1名以上、看護師及び准看護師が2名以上配置されていること。
- ・歯科医療を担当する保険医療機関である病院における当該歯科医療についての紹介率が100分の30以上、又は、歯科医療を担当する保険医療機関である病院における当該歯科医療についての紹介率が100分の20以上であって、厚生労働大臣が定めた手術の1年間の実施件数の総数が30件以上であること。
- ・地域歯科医療との連携体制が確保されていること。

初診料の算定が出来る場合

中止後1ヶ月经過

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。ただし、欠損補綴を前提とした抜歯で抜歯後印象採得まで1ヶ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、又は歯科疾患総合指導料を算定した場合等治療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。

初診時加算

乳幼児加算 ㊦ 40 点

6歳未満の乳幼児に対して保険医療機関が初診を行った場合は、所定点数に40点を加算する。

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。

乳幼児時間外加算 125 点

乳幼児休日加算 290 点

乳幼児深夜加算 620 点

例：初診時深夜加算を算定する場合 180 点 + 620 点

専ら夜間における救急医療の確保のために設けられている保険医療機関にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間において初診を行った場合は、所定点数に 270 点を加算する。

障害者加算 ㊦ 175 点

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することができる。

電子化加算

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、療養の給付等に係る事務を電子的に行うための体制整備に係る取組を行った場合には、電子化加算として、所定点数に 3 点を加算する。(平成 22 年度までの時限的措置)

電子化加算に関する施設基準等

(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。
- ウ 平成 19 年 4 月 1 日以降、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(許可病床数が 400 床以上の病院に限る。)

(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(許可病床数が 400 床未満の保険医療機関に限る。)
- 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(許可病床数が 400 床未満の保険医療機関に限る。)ただし、平成 19 年 3 月 31 日までの間は、許可病床数が 400 床以上の病院を含む。
- ウ 患者から求めがあった時に、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証を交付する体制を整えていること。
- 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 フィ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。

レセプト記載について

摘要欄に電と表示が必要。

再診料

1. 歯科再診料 38 点

レセプト記載について

同一日に2回以上来院（電話含む）は、「その旨」及び「行った日」の記載

2. 地域歯科診療支援病院歯科再診料 57 点

地域歯科診療支援病院歯科再診料は、地域歯科診療支援病院歯科初診料を算定した患者に対し、当該保険医療機関において再診を行った場合に、算定することができる。ただし、この場合において歯科再診料は算定できない。

再診時加算

乳幼児加算 ㊦ 10 点

6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、所定点数に10点を加算する。ただし、乳幼児時間外加算、乳幼児休日加算、乳幼児深夜加算を算定する場合は算定しない。

乳幼児時間外加算 75 点

乳幼児休日加算 200 点

乳幼児深夜加算 530 点

例：再診時深夜加算を算定する場合 38 点 + 530 点

専ら夜間における救急医療の確保のために設けられている保険医療機関にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間において再診を行った場合は、所定点数に190点を加算する。

臨床研修病院入院診療加算

単独型又は管理型臨床研修指定病院の場合 40 点

協力型臨床研修指定病院の場合 20 点

臨床研修病院の数及び年間の延べ入院患者数（平成18年度見込み）

- ・ 単独型・管理型 200 病院 約5万人
- ・ 協力型 80 病院 約5万人

歯科における臨床研修病院入院診療加算の算定医療機関の位置付け：

- ・ 単独型又は管理型臨床研修指定病院、若しくはこれに相当すると認められる病院で、研修医が研修を行っている施設であること。
- ・ 診療録管理体制加算を算定していること。
- ・ 研修歯科医の診療録の記載について指導医が指導・確認する体制がとられていること。
- ・ 保険診療の質の向上を図る観点から、当該保険医療機関の全職種を対象とした保険診療に関する講習を年2回以上実施すること。
- ・ 当該保険医療機関の歯科医師数は医療法標準を満たしており、一定数の指導医がいること。
- ・ 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。

2 . 医学管理

歯科口腔衛生指導料（口衛指） 100 点/月

文書提供が必要。複写式で控えをカルテへ添付。

齲蝕又は 16 歳未満で歯肉炎に罹患している患者の口腔の状態、心身の状態等について、患者又はその家族に病名、症状、治療内容及び治療期間に関する治療計画を策定し、説明した上で情報提供する。

初診月より算定可。

電話等での算定は不可。

齲蝕に罹患している 13 歳未満の「齲蝕多発傾向者」に対してフッ化物局所応用による指導管理（フッ化物洗口を除く）を行った場合は以下の取扱いに留意し所定点数に 80 点を加算する。

1) 歯冠修復終了後、歯科医師又は指示を受けた歯科衛生士が患者および保護者に対

しフッ化物応用に係る管理方針を説明し、患者に対し文書による提供を行った上

でフッ化物の歯面塗布を行う。

2) 2%フッ化ナトリウム溶液又は酸性フッ化リン酸溶液を用いる。

3) 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、3~4ヶ月

ごとに局所応用を行う。

4) 薬剤料は所定点数に含まれる。

4 歳以上の齲蝕多発傾向者又はその家族等に対して、フッ化物洗口法につき指導を行った場合は以下の取扱いに留意し歯科口腔衛生指導の実施期間中に 1 回限り所定点数に 40 点を加算する。

1) 歯科医師又は指示を受けた歯科衛生士が、患者および保護者に対しフッ化物洗

口に係る指導を行い、文書による情報提供を行う。

2) 0.05%フッ化ナトリウム溶液を用いる。

3) 以下の内容を説明する。

）洗口の方法（薬液の量やうがいの方法）及び頻度。

）洗口に関する注意事項。

）薬液の取扱い及びその保管方法。

4) 指示を受けた歯科衛生士が行う場合は、歯科医師は指示内容をカルテに記載し、歯科衛生士は指導内容を業務記録簿に記載する。

フッ化物局所応用加算、フッ化物洗口加算は訪問歯科衛生指導料を算定している患者には、算定不可。

フッ化物局所応用加算とフッ化物洗口加算を行った場合は、いずれかの加算を算定する。

歯科疾患総合指導料、歯周疾患指導管理料、歯科特定疾患療養管理料、老人

訪問口腔指導管理料、歯科矯正管理料を算定している患者には算定不可。
カルテ記載は控えがあるので「別紙」で可。

レセプト記載について

- 1) 齲蝕多発傾向者の傷病名は「C 管理中 部位」
- 2) 齲蝕に罹患している患者の指導管理に係る特定療養費を支給する患者の傷病名は「C 特療」
- 3) 歯科口腔衛生指導料を算定した場合「再診」欄の「C 指」に所定点数を記載。
- 4) フッ化物局所応用加算については「F 局」の項に加算点数を記載する。
- 5) フッ化物洗口指導加算については「F 洗」の項に加算点数を記載する。

う蝕多発傾向者判定基準

年齢	歯冠修復終了歯		フッ化物局所応用加算 80 点 (3~4ヶ月ごとに)	フッ化物洗口加算 40 点 (1回限り) 文書提供必要
	乳歯	永久歯		
0~2 歳	2 歯以上※	/	○	/
3 歳	5 歯以上	/	○	/
4 歳	5 歯以上	/	○	○
5~7 歳	8 歯 以上 及び 3 歯 以上 永久歯萌出が 3 歯未満の場合は歯冠修復永久歯は判定の要件としない		○	○
8~10 歳	/	6 歯以上	○	○
11~12 歳	/	8 歯以上	○	○

※サライドは原則歯冠修復終了歯には含まないが、3 歳未満の初期う蝕で、患者の非協力により困難の場合に限り塗布後歯冠修復終了歯として扱う。

歯科疾患総合指導料 1 130 点

歯科疾患総合指導料 2 110 点

患者の同意および署名の上、文書提供が必要。複写式で控えをカルテへ添付。厚生労働省が定めた用紙を使用する。

診療の開始にあたり、患者への病名、症状、治療内容、治療期間、治療計画等の情報提供を踏まえた総合的な治療計画の立案と継続的な指導管理を行う。

施設基準 歯科疾患総合指導料 1

常勤の歯科医師 1 名以上、歯科衛生士 1 名以上の歯科医療機関

歯科疾患総合指導料 2

常勤の歯科医師 1 名以上の歯科医療機関

ともに補綴物維持管理料の届出が行われており、別の保険医療機関と連携が確保されていること。

上記施設基準について愛知社会保険事務局長に届出が必要。

初診料を算定した時に算定する。

急性症状等があり当日に検査ができない場合は、2 回目の再診時まで算定する。

当該保険医療機関において継続的な管理を希望すること等について患者の同意を得ること。

必要に応じて保健福祉サービスに関する情報を提供する。

口腔内写真、スタディモデル等を用いて治療計画に基づく総合的な指導を行う。

口腔内写真、スタディモデルの費用は所定点数に含まれ、算定できないが、検査結果はカルテに記載する。

1 初診 1 回限りの算定。

歯科疾患総合指導料は同一期間に複数の保健医療機関で算定することはできないので、算定する場合、確認をしないとイケない。算定した場合は被保険者証の療養記録欄にその旨を記載する。記載できない場合は患者等に照会を行い、他の医療機関で算定がないことを確認し、確認先の名称、確認年月日、確認結果をカルテに記載する。

歯科疾患総合指導料を算定している患者が休日等に別の保険医療機関に救急的に処置をした場合は、別の保険医療機関は歯科疾患総合指導料を算定できない。

治療終了日から起算して 3 ヶ月を経過するまで初診料の算定不可。3 ヶ月を経過後再度歯科疾患総合指導料を算定する場合は前回治療終了年月日を摘要欄に記載する。前回治療終了から 1 年以上経過していれば記載の必要なし。治療終了後、外傷等により当初の治療計画とは異なる新たな疾患が生じた場合は初診料を算定してもよい。この場合摘要欄に前回治療終了年月日と当該疾患の状態を記載する。

機械的歯面清掃を歯科衛生士が行った場合は、歯科衛生士の署名を交付する文書に明記する。

機械的歯面清掃加算は訪問歯科衛生指導料又は歯科矯正管理料を算定している患者には所定点数に含まれ算定不可。

機械的歯面清掃加算は歯周疾患指導管理料又は歯科疾患継続指導管理料算定時に機械的歯面清掃加算を算定した場合、算定日から 3 ヶ月間算定不可。初診時等、機械的歯面清掃とスケーリングを同日算定してもよい。

カルテ記載は控えがあるので「別紙」で可。

レセプト記載について

1) 歯科疾患総合指導料 1 を算定した場合「届出」欄の「総指 1」を、歯科疾患総合指導料 2 を算定した場合「届出」欄の「総指 2」を で囲む。「総指 1」ないし「総指 2」に 印を付した場合、必ずしも「補管」に 印

をする必要はない。

2) 歯科疾患総合指導料を算定した場合、「再診」欄の「総指」に所定点数を記載。

3) 機械的歯面清掃加算を算定した場合「歯清」欄に加算点数を記載。2回目以降の場合、摘要欄にその旨と前回行った日付を記載する。

機械的歯面清掃加算について（各指導料等算定同日に行う）

- 1) 歯科医師又はその指示に基づき歯科衛生士が歯面における機械的な回転器具や研磨用ペーストを用いて行なう歯垢除去等。
- 2) 歯科疾患総合指導料・歯周疾患指導管理料・歯科疾患継続指導料に対して加算する。
（歯科口腔衛生指導料には加算できない）
- 3) 病名はG・Pに限られる。
- 4) 歯科衛生士が行なった場合には、指導内容及び指導を行なった歯科衛生士の署名を、情報提供文書（加算対象の指導料算定に必要）に明記。
- 5) 機械的歯面清掃算定日から3月を経過するまでは再度算定できない。
- 6) 訪問歯科衛生指導料、矯正管理料との同時算定不可（各々に含まれる）。

歯周疾患指導管理料（P管理） 100点/月

指導内容に係る情報の文書提供が必要。複写式で控えをカルテへ添付。

歯周疾患に罹患している患者に対して、プラークコントロール、栄養、日常生活その他の療養上必要な指導を行った場合に算定する。

初回は歯周組織検査の結果に基づき行う（検査同日或いは検査以降）。

16歳未満の患者には算定不可。歯科口腔衛生指導料にて算定。

明確な診療方針の策定が必要。

初診日より算定可。

電話での指導は不可。

文書提供する内容は、病名・病状・歯周組織検査等の検査結果・指導内容・保険医療機関名・歯科医師の氏名等を記載する。

機械的歯面清掃を行った場合、所定点数を加算する。（歯科疾患総合指導料の機械的歯面清掃 参照）

初診時等、機械的歯面清掃とスクレーピングを同日算定してもよい。

歯科特定疾患療養管理料、歯科疾患総合指導料、歯科疾患継続指導料、老人訪問口腔指導管理料、歯科矯正管理料を算定している患者には算定不可。

患者の症状、指導内容、評価、診療方針等をカルテに記載。

レセプト記載について

1) 歯周疾患指導管理料を算定した場合、「再診」欄の「P指」に所定点数を記載。

2) 機械的歯面清掃加算を算定した場合「歯清」欄に加算点数を記載。2回目以降の場合、摘要欄にその旨と前回行った日付を記載する。

歯科衛生実地指導料（実地指） 80点/月

指導内容に係る情報の文書提供が必要。複写式で控えを歯科衛生士業務記録簿へ添付。

齲蝕又は歯周疾患に罹患している患者に対して、主治の歯科医師の指示に基づき歯科衛生士が次に上げる全ての指導等を15分以上実施した場合に算定する。

- 1) 歯及び歯肉等口腔状況の説明
- 2) プラークチャートを用いたプラークの付着状況の説明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
- 3) 家庭において特に注意すべき療養指道

文書提供する内容は、上記3項目、プラークチャート、指導の開始及び終了時刻、保険医療機関名、歯科医師名、歯科衛生士の署名を記載する。

歯科医師は歯科衛生士に指示した内容をカルテに記載する。

指導終了後、歯科衛生士は歯科医師に報告を行い、交付した用紙の写しを歯科衛生士業務記録簿に添付する。

歯科衛生実地指導料を算定した保険医療機関は毎年7/1現在で名称、開設者、常勤・非常勤ごとの歯科衛生士数等を愛知社会保険事務局長に報告する。

レセプト記載について

歯科衛生実地指導料を算定した場合は、「再診」欄の「衛実」に所定点数を記載する。

歯科特定疾患療養管理料 150点 月2回

治療計画及び指導内容の文書提供が必要。複写式で控えをカルテへ添付。

厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に対して、治療計画に基づき、服薬、栄養等の療養上の指導を行った場合に月2回に限り算定する（初診月より算定可）。

対象となる疾患

- 1) 顎・口腔の先天異常
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。
- 2) 舌痛症
ハンター舌炎、メラー舌炎、プランマー・ビ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。
- 3) 口腔軟組織の疾患（難治性のものに限る）
口腔の帯状疱疹、再生不良性貧血による歯肉出血、原発性血小板減少性紫斑病による歯肉出血、血友病における歯肉出血、口腔のダリエー病、口腔のベーチェット病、口腔の結核、口腔の扁平苔癬又は口腔の白板症をいう。
- 4) 口腔乾燥症（放射線治療を原因とするものに限る）
口腔領域以外の悪性新生物等の治療のため行われた放射線治療を原因とするものをいう。

5) 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）

医科医療機関からの診療情報提供に基づき口腔内装置治療を要するものをいう。

6) 口腔領域のシェーグレン症候群

7) 口腔領域の悪性新生物

8) 尋常性天疱瘡又は類天疱瘡

提供する文書の内容は、主病、病名、病状、治療内容、治療計画、指導内容、保険医療機関名、担当保険医氏名等。

必要やむをえない場合に限り、看護にあっている家族等を通して指導しても算定できる。

電話等により行われた場合は不可。

カルテ記載は控えを添付するので「別紙」で可。

共同療養指導計画加算 100点

1) 患者の主治医と共同して、歯科診療に関する総合的な口腔の療養指導計画を策定し、その内容を文書により提供した場合は、1回に限り、所定点数に100点を加算する。

2) 前述の提供文書に主治医の勤務する保険医療機関名及び医師名を記載すれば1)の文書提供は省略できる。

3) 患者の症状に変化が生じ、計画に見直しが必要となった場合は再度文書提供を行い、再度算定できる。

4) 文書の写しをカルテに添付する。

5) カルテとレセプト摘要欄に「主治医の勤務する保険医療機関名及び医師名」を記載する。

歯科疾患総合指導料、歯科疾患継続指導料、老人訪問口腔指導管理料を算定している患者には算定不可。

レセプト記載について

全体の「その他」欄に

1) 歯科特定疾患療養管理料を算定した場合は、**特疾**と表示して点数を記載する。

2) 共同療養指導計画加算を算定した場合は、**共計**と表示して点数を記載し、併せて「摘要」欄に共同計画した保険医療機関名及び主治の医師の氏名を記載する。

歯科治療総合医療管理料（医管） 140点/月

医療管理の内容に係る情報を文書提供する。複写式で控えをカルテへ添付。厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者が対象。

歯科治療を行うにあたり、総合的な医療管理が必要であり、診療情報提供料算定による情報提供を受けた患者に対し算定する。

施設基準（届出が必要）

1) 常勤の歯科医師が2名以上配置されているか、又は常勤の歯科医師及び常勤の歯科衛生士（看護師）が1名以上配置されていること。

2) 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（パルスオキシメーター、酸素、救急蘇生セット）等が整備されていること。
以下の点を一定時間以上行った場合に算定する。

- 1) 治療内容に関する十分な説明及び同意
- 2) 治療前、治療中における全身状態の把握、管理（呼吸心拍監視、鎮静等）
- 3) 治療後における十分な変調の把握（一定時間の経過観察）
- 4) 患者又は家族への状況説明（注意事項等）

主病の情報提供に関する内容をカルテに記載する。他の記載事項は控えがあるので「別紙」で可。

提供する文書の内容は、主病名、病名、病状、治療内容、説明内容、管理内容、全身状態の把握状況、術中の経過、保険医療機関名、担当歯科医師名、医科医療機関名、主病の担当医師名等を記載する。

歯周疾患指導管理料（P管理）の同月算定は可。

呼吸心拍監視、簡単な鎮静の費用は所定点数に含まれ、算定できない。

レセプト記載について

「再診」欄の「医管」の項に所定点数を記載する。なお、「摘要」欄に紹介元の保険医療機関名を記載する。

新製義歯指導料 100点

指導の内容に係る情報の文書提供が必要。複写式で控えをカルテへ添付。

新製した義歯の取扱い、保存、清掃等につき必要な指導を行う。

新製義歯調整料の算定に併せて装着時又は装着後1ヶ月以内に算定する。

1口腔1回限り。

電話等による場合は算定不可。

提供する文書の内容は、欠損の状態、新製義歯の形状、指導内容、保存・清掃の方法、保険医療機関名、主治の歯科医師名等。

有床義歯調整料は同一月において算定不可。

日本歯科補綴学会の「有床義歯の調整・指導についてのガイドライン」を参考とする。

カルテ記載は控えがあるので「別紙」で可。

レセプト記載について

「再診」欄の「義歯指」の項に所定点数を記載する。

歯科疾患継続指導料 120点

歯科疾患に係る一連の治療終了後1年間における継続的指導管理を評価したもの。

初診時に歯科疾患総合指導料を算定し、歯科疾患継続管理診断料を算定した患者のみ対象。

歯科疾患継続管理診断料の継続治療計画に基づき実施する。

継続指導開始から1年後に、再度歯科疾患継続管理診断を行い、終了又は延

長の必要性について判断する。なお、延長回数は1回のみで延長期間は1年間に限る。

患者の同意が必要。

提供する文書の内容は、病名、病状、治療内容、保険医療機関名、主治の歯科医師名等。なお、機械的歯面清掃を歯科衛生士が行った場合は指導内容の要点及び歯科衛生士の署名を交付する文書に記載する。控えをカルテに添付する。

「歯周疾患の診断と治療のガイドライン」を参考とする。

歯科疾患継続指導料を最後に算定した翌月の初日から6ヶ月を経過した場合は算定できない。=6ヶ月は初診をおこせない。

継続指導中に算定できる項目

- 歯科衛生実地指導料
- 診療情報提供料 1
- 歯周基本検査（歯周精密検査は算定不可）
- 初期齲蝕小窩裂溝填塞処置
- スケーリング
- 有床義歯調整料
- 義歯修理
- 外傷による治療

継続指導期間中に歯周疾患処置、歯周外科手術等が必要となった場合は、理由書、検査結果、歯周疾患処置又は歯周外科手術等が必要となった部位の口腔内写真、継続指導の経過等を愛知社会保険事務局長に提出し、その判断を求める。このとき口腔内写真の費用は枚数にかかわらず1枚分の算定とする。機械的歯面清掃を行った場合は所定点数を加算する。（歯科疾患総合指導料の機械的歯面清掃 参照）

カルテに一連の指導計画を記載する。他の記載事項は控えがあるので「別紙」で可。

レセプト記載について

- 1) 傷病名は「部位 P 歯科疾患継続管理中」と記載する。
- 2) 歯科疾患継続指導料を算定した場合、「再診」欄の「継続」に所定点数を記載し、「摘要」欄に一連の歯科治療終了年月日を記載する。
- 3) 機械的歯面清掃加算を算定した場合「歯清」欄に加算点数を記載。2回目以降の場合、摘要欄にその旨と前回行った日付を記載する。
- 4) 2回目以降の歯科疾患継続指導料を算定した場合、「摘要」欄に前回の歯科疾患継続指導料の算定年月日を記載する。
- 5) 1回目の歯科疾患継続指導料を算定した場合、「摘要」欄に1回目の歯科疾患継続管理診断料の算定年月日を記載する。
- 6) 2回目の歯科疾患継続管理診断料の算定に基づき延長する場合は、「摘要」欄に2回目の歯科疾患継続管理診断料の算定年月日とその旨を記載する。
- 7) 継続指導中に算定できる項目を行った場合は通常通り記載する。

診療情報提供料 () 250 点

診療情報提供料 () 500 点

患者の同意を得ること。

矯正歯科への紹介時は算定不可。(唇顎口蓋裂、顎変形症等保険給付内であれば可)

診療情報提供料 () 250 点

(退院時情報提供加算 (新設) 200 点)

保険医療機関が、診療に基づき別の保険医療機関に診療の必要を認め、患者の同意を得て、診療情報を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合。

紹介先保険医療機関ごとに患者 1 人につき月 1 回限り算定する。

保険医療機関が、患者の同意を得て、その患者の居住地を管轄する市町村又は、介護保険法により都道府県知事が指定する指定居宅介護支援事業者に対して、診療状況を示す文書を添えて、保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、患者 1 人につき月 1 回限り算定する。

保険医療機関が診療に基づき、介護保険法に規定する介護老人保健施設に対して診療状況を示す文書を添えて患者を紹介した場合に患者 1 人につき月 1 回限り算定する。

保険薬局による在宅患者訪問薬剤管理指導の必要を認め、患者又は看護する者の同意を得て、保険薬局に診療状況を示す文書を添えて情報を提供した場合に、患者 1 人につき月 1 回限り算定する。

保険医療機関が、患者の退院に際して添付の必要を認め、同意を得て、別の保険医療機関に対して、退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付した場合は、200 点加算する。

診療情報提供料 B 500 点

保険医療機関が患者から要望を受けて、治療法の選択等に関して第 3 者の意見を求めた場合(セカンドオピニオン)。

治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報、その他必要な情報を添付し、診療情報を示す文書を患者に提供した場合、患者 1 人につき月 1 回限り算定する。

【まとめ】

・診療所、病院の区別なく紹介した場合は()の 250 点。紹介できる相手は以下。

保険医療機関・指定居宅介護支援事業者・介護老人保健施設・市町村・保険薬局

・退院時に情報提供した場合に 200 点加算する。

・診療情報提供料()は、セカンドオピニオンの場合。

レセプト記載について

1) 全体の「その他」欄に情 又は情 と表示し、点数を記載し、「摘要」欄に算定日を記載する。

2) 退院時情報提供加算を算定した場合は「摘要」欄に 情 加 と表示し、退院日を記載する。

3) 保険医療機関以外の機関へ情報提供を行った場合は「摘要」欄に情報提

供先を記載する。

3. 在宅医療

歯科訪問診療料

常時寝たきり等であって、居宅又は社会福祉施設等において療養を行っており通院が困難な患者を対象とする。

療養を行っている屋内で診療する。

日本歯科医学会の「歯科訪問診療における基本的考え方」を参考とする。

訪問診療後、家族等が薬剤を受け取りに来院した場合は再診料は算定できない。

患者の求めがなく、定期又は不定期におもむき診療する場合は、訪問診療とは認められない。

歯科訪問診療料 1 830点 文書提供必要

居宅及び居宅扱いの施設。社会福祉施設等においても「1人のみ」の場合。

「1人に限る」と明確化された。

当該患者又はその家族等に、診療内容等の説明と文書による情報提供を行う。

歯科訪問診療料 2 380点 文書提供必要

当該患者又はその家族等に、診療内容等の説明と文書による情報提供を行う施設において、2人目以降で診療時間が30分未満の場合は算定不可。

訪問診療時間の違いによる加算について

入院中の患者については、この加算点数は関係ありません。

治療の準備、後片付け等にかかった時間は含まれない。

複数の患者の合算ではなく、それぞれについて診療した時間。

患者等からの訴えによるもので、手術後の急変等が予想される場合。

緊急(自院の診療時間中)に行った場合(50/100加算)

歯科訪問診療料 1 830点 + 415点

歯科訪問診療料 2 380点 + 190点

夜間(18:00~22:00)に行った場合(100/100加算)

歯科訪問診療料 1 830点 + 830点

歯科訪問診療料 2 380点 + 380点

深夜(22:00~6:00)に行った場合(200/100加算)

歯科訪問診療料 1 830点 + 1660点

歯科訪問診療料 2 380点 + 760点

1人につき1回の診療時間が1時間を超えた場合、30分につき100点加算

例) 75分 100点加算 100分 100×2加算

訪問診療の加算点数 50/100加算

抜髄・感染根管処置・抜歯手術(乳歯、前歯、臼歯に限る)・根管貼薬処置・根管充填

口腔内消炎手術(歯肉膿瘍等に限る)・有床義歯修理・有床義歯調整料について加算する。

周辺装置加算

訪問先に装置を携行した場合に加算する。

同時にエアタービン、電気エンジンを使用した場合はどちらか一方を加算する。

居宅扱いとは

有料老人ホーム・養護老人ホーム・軽費老人ホーム A 型及び B 型・ケアハウス・グループホーム

施設とは

特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・歯科のない病院・介護療養型医療施設

* 歯科のある病院・デイサービス・ショートステイは訪問診療を認めない。

地域医療連携加算 300 点 1 初診 1 回に限り

愛知社会保険事務局長へ届出が必要。

訪問診療の患者に対し、安心して在宅療養等が行えるよう複数の保険医療機関が夜間、休日及び自ら診療を行わない時間等に迅速、適切な連携体制が整備されていることを評価するもの。

治療期間中、病状が急変する可能性があるときに算定する。

緊急時には連携保険医療機関の歯科医師が対応すること、また患者の病状、診療内容等に対応する歯科医師に連絡することを当該患者に説明し、同意を得る。そのうえで患者又はその家族等に文書提供し、写しをカルテに添付する（様式 19 の 2）。

主治の歯科医師は連携保険医療機関の歯科医師に対し、適宜当該患者の病状、直近の診療内容等、緊急時に必要な情報を文書（FAX 可）により提供し、写しをカルテに添付する。連携保険医療機関の歯科医師は、その提供文書を保管し、実際に診療しカルテを作成した場合にはそこに添付する。

連携保険医療機関の歯科医師が緊急に処置した場合は、その内容を主治の歯科医師に報告し、主治の歯科医師はその要点をカルテに記載する。

訪問歯科衛生指導・指示書

訪問歯科衛生指導料に含まれたため、指示書加算点数はなくなったが文書による指示は必要。（訪問歯科衛生指導料 参照）

カルテ記載について

訪問診療計画を定め、その要点を記載

患者の状況及び療養上必要な事項に関する情報。

訪問診療を行った日付、開始終了時間、訪問先、 人目、通院困難となった理由を記載。

レセプト記載について

訪問診療を行った日付、開始した時刻及び終了した時刻、訪問先、通院困難となった理由を「摘要」欄に記載する。

周辺装置を使用した場合、処置・手術が主な処置ならば「処置・手術」欄の「その他」欄に（タービン 若しくは エンジン）と記載し、点数及び回数を記載する。歯冠修復・欠損補綴が主な処置ならば「歯冠修復及び欠損補綴」欄の「その他」欄に記載する。

全体の「その他」欄

- ・ 歯科訪問診療 1 又は 2 を算定した場合は、点数及び回数を記載する。
- ・ 緊急加算、夜間加算、深夜加算、患家診療時間加算、地域医療連携体制加算がある場合は、その旨と当該加算を加算した点数及び回数を記載する。
- ・ 複数の患者に歯科訪問診療 2 を算定した場合は、1 人目の患者に限り 1 人目と記載する。

歯科訪問診療 1 又は 2 を算定できない場合であっても、訪問診療を行った日付、開始した時刻及び終了した時刻、訪問先、通院困難となった理由を「摘要」欄に記載する。

特別歯科訪問診療料を算定する場合はその旨を記載し、「摘要」欄に滞在時間を記載する。

同一月に歯科訪問診療とそれ以外の外来分の診療がある場合は、それぞれが明確に区分できるように「摘要」欄に記載する。

文書提供について

訪問治療計画書（A 用紙 記載例 P ）

初診時及び治療計画が変更した場合に必要。この計画書に基づき訪問診療を行う

記載内容 患者の病状に基づいた訪問診療、衛生指導等の計画。
初診時においては依頼者、依頼年月日、依頼理由を記載。
必要があれば連携保険医療機関の名称、連絡先等。

カルテ記載 要点を記載。

提出先等 患者又はその家族 控えをカルテへ添付。

歯科訪問診療記録（A 用紙 記載例 P ）

訪問診療を行うごとに必要。

記載内容 訪問診療を行った日付、開始した時刻と終了した時刻、
治療内容

患者の状況及びその他療養上必要な事項

初診時においては依頼者、依頼年月日、依頼理由を記載。

必要があれば連携保険医療機関の名称、連絡先等。

カルテ記載 同上 + 通院困難となった理由

レセプト記載について

訪問診療を行った日付、開始した時刻及び終了した時刻、通院困難となった理由を記載

提出先等 患者又はその家族 控えをカルテへ添付。

訪問歯科衛生指導料 1 複雑なもの 350 点

2 簡単なもの 100 点

併せて月 4 回 1、2 とも文書提供が必要

複雑なもの 患者と 1 対 1 で 20 分以上指導した場合

単純なもの 1 人に対し 20 分未満の場合又は 10 人以下の集団に 40 分以上行った場合（集団の場合、全員に文書提供が必要）

訪問診療を行った歯科医師より文書による指示が必要。

歯科衛生士等（等 = 保健師、看護師及び准看護師）が行う。

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。

療養上必要な指導(単なる日常的な口腔ケアでは不可)として、口腔内・有床義歯の清掃に係る実地指導を行い、文書提供する。この時、機械的歯面清掃は所定点数に含まれる。

指導終了後、歯科衛生士等は指示を受けた歯科医師に文書等により直接報告する。

歯科衛生実地指導料(実地指)との重複は不可。

居宅及び居宅扱いの施設において介護認定を受けている患者への指導は算定不可。介護保険優先(居宅療養管理指導費 参照)。

カルテ記載

訪問歯科衛生指導の開始した時刻及び終了した時刻。

歯科衛生士等に指示した内容。

レセプト記載について

全体の「その他」欄に複雑なもの、簡単なものを区分し、それぞれ点数及び回数を記載し、「摘要」欄に日付、訪問先、通院困難な理由、開始した時刻と終了した時刻を記載する。

訪問歯科衛生指導料算定月に歯科訪問診療の算定がない場合は、直近の歯科訪問診療を行った月日を「摘要」欄に記載する。

文書提供について

訪問指導計画書(B用紙 記載例P)

初回及び治療計画が変更した場合に必要。この計画書に基づき衛生指導を行う。

患者又はその家族等の同意及び訪問診療の結果に基づき歯科医師が策定する。

記載内容 患者の疾病等の状況
療養上必要な実地指導内容や訪問頻度等

提出先等 患者又はその家族 控えをカルテへ添付。

* カルテ記載は特になし。

訪問歯科衛生指導指示書(B用紙 記載例P)

訪問診療した歯科医師が歯科衛生士等に指導の内容を文書により指示する。

訪問歯科衛生指導を行うたびに必要。

記載内容 訪問指導に係る指示。

カルテ記載 指示した内容。

提出先等 歯科衛生士の作成する業務記録簿に添付 控えをカルテへ添付

訪問歯科衛生指導記録(C用紙 記載例P)

訪問歯科衛生指導を行った歯科衛生士等が作成する。

記載内容 指導内容、指導の開始した時刻及び終了した時刻、療養上必要な事項に関する情報等。

カルテ記載 開始した時刻及び終了した時刻

提出先等 患者又はその家族(担当者の署名が必要) 控えをカルテへ添付

カルテへ添付することで歯科医師への文書による報告とする。

業務記録簿の記載 患者指名、訪問先、指導の開始した時刻及び終了した時刻指導の要点、主訴の改善、食生活の改善等に関する

る要点、担当者の署名。

老人訪問口腔指導管理料（訪問口腔） 430点/月 文書提供必要

初診月は不可。再診月より算定可。

老人保健対象。

訪問診療において、計画的な歯科医学管理を継続して行い、当該患者又はその家族等に療養上必要な指導を行い、その内容を文書提供した場合。

当該患者の心身の特性を踏まえ、口腔の状態（残存歯の状態、補綴物の状態及び咀嚼・摂食機能の状態等）について、訪問診療に基づき、計画的な歯科医学管理の内容、全身状態との関連及び精神面をも考慮して、療養上必要な指導を行う。

継続管理中に患者が退院した場合、入院の原因が歯科以外であれば、退院月に訪問診療を行い、必要条件を満たせば算定できる。

重複不可なもの

歯科疾患総合指導料

歯科疾患継続指導料

歯科特定疾患療養管理料

歯周疾患指導管理料

歯科口腔衛生指導料

居宅及び居宅扱いの施設において介護認定を受けている患者への指導は算定不可。

介護保険優先（居宅療養管理指導費 参照）。

カルテ記載について

口腔の状態及びそれに基づく歯科医学管理の内容。

指導内容、指導の実施日・時刻等。

レセプト記載について

全体の「その他」欄に「訪問口腔」と表示して点数及び算定日を記載し、「摘要」欄に訪問先、通院困難となった理由、指導の実施時刻を記載する。

文書提供について

老人訪問口腔指導管理記録（D用紙 記載例P）

記載内容 病名、病状、口腔の状態、病状に基づく歯科医学管理の内容、義歯の装着又は修理の年月日、患者の治療前、治療中及び治療後の状態、治療計画、療養上必要な指導等の内容、必要となる保険福祉サービス、その他療養上必要な事項等。

* 「必要となる保険福祉サービス」とは。

当該患者に係る健康教育、健康相談、機能訓練、訪問指導等の保健サービス及び

ホームヘルプサービス、デイ・サービス等の福祉サービス等をいう。又、必要に応じて市町村、在宅介護支援センター等との連絡・調整等に関する事項も含まれる。

提出先等 患者又はその家族 控えをカルテへ添付

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。

4 . 検査

歯科疾患継続管理診断料 100 点

保険医療機関において、初診の日から起算して3月を経過した患者(当該医療機関において、歯科疾患総合指導料を算定した患者に限る。)に対して、口腔内の状態の検査を行い、病状が安定期にあることを確認し、継続した治療の必要性を認め、患者の同意を得て、検査結果に基づき継続治療計画を策定し、患者に対し、その内容を文書により提供した場合に算定する。

当該所定点数には、検査(歯周組織検査を除く。)及び画像診断の費用が含まれるものとする。

歯科疾患継続管理診断料を1回算定した後、当該診断料を算定した日の属する月の初日から起算して1年を経過するまでは再度算定できない。

算定に当たっては、摘要欄に歯科疾患総合指導料の治療計画に基づく一連の治療が終了した年月日を記載すること。

スタディモデル 50 点

作成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、作成したモデルの正面観、左右側面観、上下歯列の咬合面観を患者指名、作成年月日が判別できる状態でそれぞれ写真撮影し、当該写真を診療録に添付した場合にあっては、スタディモデルの算定を行った日に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。

5 . 画像診断

同一部位で同時に6枚目以降の撮影料は算定不可

デジタル加算処理 歯科エックス線、パノラマ断層以外の場合 60 点

6 . 投薬・注射

処方箋料

17種類以上の内服薬の投薬(臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く。)を行った場合

イ 後発医薬品を含む場合 42 点

ロ イ以外の場合 40 点

2 1 以外の場合

イ 後発医薬品を含む場合 70 点

ロ イ以外の場合 68 点

後発医薬品情報提供料 10 点

1 回の処方せんの受付において、後発医薬品に関する主たる情報（先発医薬品との薬剤料の差に係る情報を含む。）を文書又はこれに準ずるものにより患者に提供し、患者の同意を得て、後発医薬品を調剤した場合に算定する。ただし、処方箋による指示に基づき後発医薬品を調剤した場合は算定できない。

注射

静脈内注射

6 歳未満の乳幼児に行った場合の加算 42 点

点滴注射

薬剤について必要があって無菌製剤処理が行われた場合 1 日につき
50 点又は 40 点

外来科学療法加算 1 日につき 400 点

（15 歳未満の場合） 700 点

6 歳未満の乳幼児加算 42 点

中心静脈注射

6 歳未満の乳幼児加算 50 点

中心静脈注射用カテーテル挿入

6 歳未満の乳幼児加算 500 点

滑液嚢穿刺後の注入 80 点

7. リハビリテーション

障害児リハビリテーション料（1 単位）

- 1 6 歳未満の患者の場合 190 点
- 2 6 歳以上 18 歳未満の患者の場合 140 点
- 3 18 歳以上の患者の場合 100 点

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方社会保険事務局長に届け出た保健医療機関において、児童福祉法（昭和 22 年法律第 164 号）第 43 条の 3 及び第 43 条の 4 に規定する肢体不自由児施設及び重症心身障害児施設又は同法第 27 条第 2 項に規定する国立高度専門医療センター及び独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であって厚生労働大臣の指定するものの入所者又は通所者であって、厚生労働大臣の定める患者に対して、個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、患者 1 人につき 1 日 6 単位まで算定する。

脳血管疾患リハビリテーション料

- 1 脳血管疾患リハビリテーション料（ ）

(1 単位) 250 点

2 脳血管疾患リハビリテーション料()

(1 単位) 100 点

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方社会保険事務局長に届け出た保健医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、それぞれ発症、手術又は急性憎悪から 180 日以内に限り 1 日 6 単位を限度として所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣の定める患者であって、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合には、180 日を超えて 1 日 6 単位を限度として所定点数を算定することができる。

8 . 処置

齲蝕処置(1 歯 1 回につき) 16 点

調薬、仮封、特定薬剤の費用及び特定保険医療材料を含むものとする。

算定するに当たっては、算定部位ごとに、算定理由・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。

「齲蝕処置」は、次の処置をいう。

- イ 多数歯にわたる齲蝕歯に同時に齲蝕治療を行う場合であって、齲蝕の処置を同時に行うことによって咬合の維持ができない場合において、やむを得ず齲蝕治療の実施の順序が後となる齲蝕歯に対して行った軟化象牙質の除去及び暫間的充填
- ロ 歯根未完成の永久歯の歯内療法実施中に、根尖部の閉鎖状態の予後観察のために行った水酸化カルシウム系糊剤等による暫間根管充填に併せて行った暫間充填
- ハ 歯髄覆罩等を行うにあたって軟化象牙質等の除去及び燐酸セメント又はカルボキシレートセメント等を用いた暫間充填

咬合調整

1 1 歯以上 10 歯未満 40 点

2 10 歯以上 60 点

歯冠形態修正を行った場合は、診療録に修正前の歯の状態、歯冠形態の修正が必要である理由、歯冠形態の修正箇所、修正後の形態を記載し、「摘要」欄に歯冠形態の修正を行った歯の部位を記載する。

歯周疾患、歯軋りによる削合、過重圧を受ける歯牙切縁や咬頭過高部、他医院作製の歯冠修復物過高部の削合、残根削合の場合算定可。

咬合緊密患者の義歯作製において、鉤歯と鉤歯の対合歯をレスト製作のための削合をした場合、1 回に限り算定可。

歯髄切断、抜髄、感根処の一連の歯内治療に伴い患歯の安静の目的で行なう削合については、算定不可。

		病名	摘要欄
咬合調整 40点 60点	歯周疾患で負担 過重の咬合調整	P	
	歯ぎしりの削合	Brx	
	咬頭の咬合調整	挺出歯、歯牙鋭 縁	
	他院作製歯冠修 復物の調整	CK 過高	
	咬頭尖鋭の削合	部位と「歯牙鋭 縁」	
	レスト座の形成	部位と咬歯	
	対こう歯の削合	部位と対こう歯	
	残根の場合	有床義歯の病名 と残根の実態病 名C4	残根上義歯と記載する
	歯冠形態修正	OT	部位を記載
	舌、頬粘膜咬傷	咬傷	

乳児齲蝕薬物塗布処置（1 口腔 1 回につき）

- 1 3 歯まで 40 点
- 2 4 歯以上 50 点

特定薬剤の費用を含むものとする。

抜髄（1 歯につき）

- 1 単根管 220 点
- 2 2 根管 406 点
- 3 3 根管以上 570 点

直接歯髄覆罩をおこなった日から起算して 1 月以内に抜髄処置を行った場合は、所定点数から 120 点を減算する。

感染根管処置（1 歯につき）

- 1 単根管 130 点
- 2 2 根管 276 点
- 3 3 根管以上 410 点

根管調薬処置（1 歯 1 回につき）

- 1 単根管 14 点
- 2 2 根管 22 点
- 3 3 根管以上 28 点

創傷処置

- 1 100 平方センチメートル未満 45 点
- 2 100 平方センチメートル以上 500 平方センチメートル未満 49 点
- 3 500 平方センチメートル以上 75 点

暫間固定

- 1 簡単なもの
 - 歯周外科手術を伴わない場合、及び歯周外科手術を伴う固定源となる歯を歯数に含めない 4 歯未満 330 点
 - 上記の場合のエナメルボンドシステム 300 点
- 2 困難なもの
 - 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 歯以上及び外傷性歯牙脱臼 530 点
 - 上記の場合のエナメルボンドシステム 500 点
- 3 著しく困難なもの
連続鈎固定法及びレジン床固定法 680 点
エナメルボンドシステムにより暫間固定を行った場合は、固定を行った部位及びその方法を「摘要」欄に記載すること。

暫間固定装置修理

- 1 簡単なもの 70 点
- 2 困難なもの 220 点

床副子（1 装置につき）

- 1 簡単なもの 650 点
- 2 困難なもの 1,500 点
- 3 著しく困難なもの 2,000 点

床副子調整（1 口腔につき）

- 1 睡眠時無呼吸症候群の治療法として咬合床の場合 120 点
新たに製作した睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床の装着時又は装着後 1 月以内に、当該咬合床の製作を行った保健医療機関において、適合を図るための調整を行った場合に 1 回に限り算定する。
- 2 咬合挙上副子の場合 220 点
同一患者について 1 月以内に床副子調整を算定すべき調整を 2 回以上行った場合においては、床副子調整は 1 回とし、第 1 回の調整を行ったときに算定する。

顎外固定

- 1 簡単なもの 600 点
- 2 困難なもの 1,500 点

有床義歯床下粘膜調整処置（1 顎につき） 110 点

心身医学療法	
入院中	70点
入院中以外	
初診時	110点
再診時	80点
20歳未満の場合は100分の100の加算	
酸素吸入（1日につき）（新設）	65点
人工呼吸	
30分まで	220点
30分を超えて5時間までの場合	
220点に30分又はその端数を増すごとに50点を加算して得た点数	
5時間を超えた場合	745点

9. 手術

(6) 歯牙再植術・歯牙移植手術

歯牙再植術（外傷性歯牙脱臼に限る） 1,300点

外傷性の歯の脱臼に対して歯の再植を行った場合に算定する。

診療録及び診療報酬明細書の「摘要」欄に、手術部位及び再植の原因又は理由を記載する。

歯の移植手術（自家移植に限る） 1,300点

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算定する。

移植手術と同時に行った抜髄及び根充についても算定できる。

診療録及び診療報酬明細書の「摘要」欄に、手術部位及び移植の原因又は理由を記載する。

(4) 除去手術・摘出術

歯肉息肉除去手術（抜髄、感染根管処置と併せて行った場合に限る） 54点

「歯肉息肉除去手術」とは息肉（ポリープ）状に増殖した歯肉により齶窩や歯質欠損部が覆われた状態において、この歯肉息肉を除去しなければ抜髄、感染根管処置が行えない場合に限り算定する。

顎骨内異物除去術

1 簡単なもの

イ 手術範囲が顎骨の2分の1顎程度未満の場合 850点

ロ 手術範囲が全顎にわたる場合 1,680点

2 困難なもの

- イ 手術範囲が顎骨の2分の1顎程度未満の場合 2,900点
 - ロ 手術範囲が全顎にわたる場合 4,180点
- 「簡単なもの」は、顎骨骨折における観血的整復、上顎骨形成術また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。
- 「困難なもの」は、顎骨骨折における観血的整復、上顎骨形成術また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。

(3) 口腔内小手術

口腔内消炎手術（切開）

算定に当たっては、消炎手術を実施した部位、症状、術式、切開線の長さ等を診療録に記載する。

口腔外消炎手術

- 1 骨膜下膿瘍、皮下膿瘍、蜂窩織炎等
 - イ 2センチメートル未満のもの 180点
 - ロ 2センチメートル以上5センチメートル未満のもの 300点
 - ハ 5センチメートル以上のもの 750点
- 2 顎炎又は顎骨骨髓炎
 - イ 3分の1顎以上の範囲のもの 2,600点
 - ロ 全顎にわたるもの 5,700点

22. その他の手術

デブリードマン

- 1 100平方センチメートル未満 1,020点
- 2 100平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満 2,300点

上顎洞開窓術

2,000点

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

手術の所定点のみにより算定する。ただし、骨移植術および植皮術と同時に行った場合はこの限りではない。

粘膜移植術

- 1 4平方センチメートル未満 5,010点
- 2 4平方センチメートル未満 5,500点

10. 歯周治療

歯周疾患総合指導料(1・2)130・110点

歯周疾患総合指導料 1・・・歯科医師 1 名以上及び歯科衛生士 1 名以上配置
補綴物維持管理料の提出がされていること

歯周疾患総合指導料 2・・・歯科医師 1 名以上
補綴物維持管理料の提出がされていること

被保険者証に記載できる場合はその旨を記載する。

同一治療期間中は2つの保険医療機関での算定は不可。

被保険者証で確認が取れない場合は患者に確認し、「確認先の名称、確認月日、確認結果」をカルテに記載。

初診日に急性症状があり当日に検査等ができない場合は、初回または2回目の再診日までに検査し文書提供すれば算定可。

説明に用いる口腔内写真、スタディモデルの費用は所定点数に含まれる。

デジタルカメラにて撮影した口腔内写真をカルテ添付に代え電子媒体にて保存可。ただし必要な場合いつでもプリントアウトできる状態にしておくこと。

治療終了から3ヶ月経過しないと再度の初診料の算定はできないが、外傷等により当初の治療計画の傷病とは異なる新たな疾患が生じた場合は初診の算定可。

この場合レセプト摘要欄に前回治療終了月日を記載する。ただし前回治療終了から1年以上経過した場合はこの限りではない。

算定する場合はカルテにも「一連の指導計画、指導内容、指導した資料の種類」を記載。

歯周疾患以外の患者に対し指導が行なわれた場合、機械的歯面清掃加算の算定は不可。

また歯科衛生士は交付文書に署名すること。

患者の自著による同意の確認が必要。

歯科疾患継続管理診断料 100点

継続的指導が不要と判断した患者には、当刻患者の口腔内の状態、歯冠修復及び欠損補綴の状態、歯周組織検査の結果及び継続管理と判断した根拠、再発防止に係る家庭内療養の注意事項、当刻診断を行なった歯科医師名等を文書にて提供しカルテへ写しを添付する。

患者の自署による同意が必要。

カルテ記載事項

- ・検査結果、口腔内状態、歯冠修復及び欠損補綴の状態、一連の指導計画
- ・当刻継続治療計画に係る内容、指導内容等

う蝕多発傾向者に対する継続管理がなされている場合は算定不可。

カルテ及びレセプト摘要欄に歯科疾患総合指導料の算定年月日、一連の治療終了年月日の記載が必要。

歯科疾患継続指導料 120 点

当該指導開始より 1 年経過した時点で診断を行い、延長の必要性を判断。

延長回数は 1 回限りかつ期間は 1 年間。

レセプト「摘要」欄に歯科疾患継続管理診断料の算定日を記載する。

延長した場合はレセプト「摘要」欄に歯科疾患継続管理診断料の算定日と延長した旨を記載。

初回以外の算定時には、レセプト「摘要」欄に前回算定年月日と、継続指導と合わせて行なった特掲診療の内容を記載。

算定期間中に病状の維持安定が見込めない部位が生じ、歯周疾患処置及び歯周外科手術が必要となった場合は、事前にその理由書、検査結果、該当部位の口腔内写真、継続指導の経過等を社会保険事務局長に提出しその判断を仰ぐこと。なお、口腔写真においては、算定は撮影枚数に限らず 1 枚分とする。患者に提供する文章には、病名、病状、指導内容、保険医療機関名、当該指導を行なった主治の歯科医師の氏名等を記載し、文書の写しをカルテに添付する。

カルテに一連の指導計画、指導内容等を記載。

算定期間中の外傷もしくは義歯の破損に関わる特掲診療料は算定できる。

歯科口腔衛生指導料 100 点

う蝕又は 16 歳未満で歯肉炎に罹患している患者又はその家族が対象。

初診月から算定可。

患者に交付した文書の写しをカルテに添付。

歯科疾患総合指導料算定患者に重複して指導した場合は、カルテに指導内容を記載しレセプト「摘要」欄に指導実施の旨を記載すること。(点数の重複算定は不可)

う蝕多発傾向者判定基準

年齢	歯冠修復終了歯		フッ化物局所 応用加算 80 点 (3~4 ヶ月ご とに)	フッ化物洗 口加算 40 点 (1 回限り) 文書提供必 要
	乳歯	永久歯		
0~2 歳	2 歯以上	/		/
3 歳	5 歯以上	/		/
4 歳	5 歯以上	/		
5~7 歳	8 歯以上 及び 3 歯以上 永久歯萌が 3 歳未満の場合は歯冠 修復 永久歯は判定の要件としない			
8~10 歳	/	6 歯以上		
11~12 歳	/	8 歯以上		

サハライドは原則歯冠修復終了歯には含まないが、3 歳未満の初期う蝕で、

患者の非協力により困難の場合に限り塗布後歯冠修復終了歯として扱う。

フッ化物局所応用加算 + 80 点

13 歳未満で歯冠修復終了後に算定。

フッ化物洗口加算 + 40 点

4 歳以上 13 歳未満で歯冠修復終了後に算定。

歯周疾患指導管理料(P 管理)100 点

歯周疾患にかかる患者の症状、指導内容、評価治療方針等を診療録に記載する。

患者提供文書には、病名、病状、歯周組織検査等の検査結果、指導内容、保険医療機関名、当刻指導を行なった主治の歯科医師の氏名等を記載する。

当刻文書の写しを診療録に添付。

機械的歯面清掃加算 + 80 点

歯科医師又はその指示に基づき歯科衛生士が歯面における回転器具や研磨用ペーストを用いて行なう歯垢除去等。

歯科疾患総合指導料・歯周疾患指導管理料・歯科疾患継続指導料に対して加算する。

(歯科口腔衛生指導料には加算できない)

病名は P・G に限られる。

歯科衛生士が行なった場合は、指導内容及び指導を行なった歯科衛生士の署名を情報提供文書に明記。

機械的歯面清掃算定日から 3 月を経過するまでは再度算定できない。

訪問歯科口腔衛生指導料、矯正管理料との同時算定不可。

歯科衛生実地指導料 80 点

患者提供文書には、指導等の内容、プラークの付着状況結果、指導の開始時間及び終了時刻、当刻指導を行なった主治の歯科医師の氏名、当刻指導を行なった歯科衛生士の署名を記載する。

当刻指導が終了した後に主治の歯科医師に報告し、患者に交付した文書の写しを診療録に添付する。

歯周組織検査

歯周精密検査 1 歯以上 10 歯未満 100 点

10 歯以上 20 歯未満 220 点

20 歯以上 400 点

歯周精密検査は 6 点法以上による歯周ポケット測定、歯の動揺度及びプラークの付着状況を行なった場合に算定する。

歯周精密検査の結果はカルテ又は検査表に記載する。

プラークの付着状況の検査には、プラークチャートを用いてその結果をカルテ又は検査表に記載する。

口腔内写真

作成した口腔内カラー写真を、診療録に添付すること。

歯周基本治療

歯周疾患の処置

P処（1口腔につき）10点

特定薬剤のポケットへの注入の場合に限る。

使用薬剤名及び使用量を診療録に記載し、「摘要」欄に部位及び使用薬剤を記載すること。

歯周基本治療

スケーリング

（1/3顎につき） 64点
（1/3顎を超えたとき、1/3顎を増すごとに） +42点

スケーリング・ルートプレーニング

（SRP）（1歯につき）

前歯 60点
小臼歯 64点
大臼歯 70点

歯周ポケット搔爬（盲嚢搔爬）

（PCur）（1歯につき）

前歯 60点
小臼歯 64点
大臼歯 70点

同一部位に2回以上同一の歯周基本治療を行った場合の、2回目以降の費用は1回目に含まれ算定できない。但し、歯科疾患継続指導料を算定する場合を除く。

歯周外科手術

歯周外科手術

歯周ポケット搔爬術（1/3顎につき） 200点

1/3顎を超えて行なった場合は、所定点数の30/100点数を加算する。

新付着手術（1/3顎につき） 300点

1/3顎を超えて行なった場合は、所定点数の30/100点数を加算する。

歯肉切除手術（1/3顎につき） 400点

1/3顎を超えて行なった場合は、所定点数の30/100点数を加算する。

歯肉剥離搔爬手術（1/3顎につき） 1,000点

歯肉剥離搔爬手術と同時に歯槽骨欠損部に骨代用物質を挿入した場合は110点を加算する。

1/3 顎を超えて行なった場合は、所定点数の 30/100 点数を加算する。

骨移植（軟骨移植を含む。）

自家骨移植

簡単なもの 1,730 点

困難なもの 9,160 点

同種骨移植 7,920 点

骨（軟骨）組織採取術

長骨翼 3,150 点

その他のもの 3,470 点

口腔内から組織採取を行なった場合を除く。

歯肉歯槽粘膜形成手術（1 歯につき）

歯肉弁根先側移動術 600 点

歯肉弁歯冠側移動術 600 点

歯肉側方移動術 770 点

遊離歯肉移植術 770 点

口腔前庭拡張術 2,820 点

実施に当たっては、診療録に手術目的、症状、部位、術式、経過等を記載すること。

暫間固定（固定源となる歯は歯数に含めない）

歯周外科手術を伴わない場合及び

歯周外科手術を伴う 4 歯未満の場合 330 点

（エナメルボンディングシステムの場合 300 点）

歯周外科手術を伴わない場合の

4 歯以上及び外傷性歯牙脱臼の場合 530 点

（エナメルボンディングシステムの場合 500 点）

咬合調整

1 歯～9 歯 40 点

10 歯以上 60 点

歯周疾患、歯軋りによる削合、過重圧を受ける歯牙切縁や高頭過高部、他医院作製の歯冠修復物過高部の削合、残根削合の場合...算定可。

咬合緊密患者の義歯作製において、鉤歯と鉤歯の対合歯をレスト製作のため削合をした場合...算定可。（1 回に限り）

歯冠形態修正の場合は、カルテに修正前の歯の状態、レセプト「摘要」欄に部位を記載した場合...算定可。

歯髓切断、抜髄、感根処の一連の歯内治療に伴い患歯の安静の目的で行なう削合については、算定不可。所定点数に含まれる。

		病名	備考
咬合調整 40点 60点	歯周疾患で負担過重の咬合調整	P	歯数に応じて1回限り
	歯ぎしりの削合	Brx	
	咬頭の咬合調整	提出歯、歯牙鋭縁	歯数に応じて
	他医での歯冠修復物の調整	CK過高	
	咬頭尖鋭の削合	部位と「歯牙鋭縁」	
	レスト座の形成	部位と咬歯	歯数に応じて1回限り
	対こう歯の削合	部位と対こう歯	
	残根の場合	有床義歯の病名と残根の実態病名C4	残根上義歯と記載
	歯冠形態修正	OT	部位を記載
	舌、頬粘膜咬傷	咬傷	

11. 歯冠修復及び欠損補綴

補綴時診断料（1口腔につき）100点

病名、症状、治療内容、製作を予定する部位、欠損補綴物の名称、欠損補綴物に使用する材料、設計、治療期間等を記載した治療計画書を作成し、患者に対し、その内容について説明を行った上で、文書により情報提供を行った場合に算定する。尚、その文書の写しを診療録に添付する。

同一患者につき補綴時診断料を算定すべき診断を2回以上行った場合においては、第1回目の診断を行った時に算定する。尚、再度の診断を行った場合は、1回目と同様新たな治療計画書を作成・説明し文書により情報提供を行い、文書の写しを診療録に添付する。なお、当該診断の費用は1回目の診断に含まれ、別に算定はできない。

補綴物維持管理料（1装置につき）

1. 歯冠補綴物 100点
2. 支台歯とポンティック(ダミー)数の合計が5歯以下の場合 330点
3. 支台歯とポンティック(ダミー)数の合計が6歯以上の場合 440点

補綴物の維持管理を行う旨を愛知県社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、歯冠補綴物又はブリッジを製作し、当該補綴物を装着した患者に対して、当該維持管理の内容に係る情報を文書により提供した場合に算定する。その文書とは医療機関名、開設者名、装着日、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。尚、その文書の写しを診療録に添付する。

補綴物維持管理料を行っている歯冠補綴物又は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。尚、再度の装着を行った場合は、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に部位、種類、年月日を記載した場合に限り使用装着材料料を別に算定できる。

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、隣在歯の抜歯に伴う歯冠補綴物又はブリッジの再製作にかかる一連の費用は、補綴物維持管理料に含まれ別に算定できない。

歯冠形成（1歯につき）

1. 生活歯歯冠形成

- | | |
|---------------|------|
| 1) 鑄造冠 | 300点 |
| 2) 3/4冠、前装鑄造冠 | 790点 |
| 3) ジャケット冠 | 300点 |
| 4) 乳歯金属冠 | 120点 |

2. 失活歯歯冠形成

- | | |
|---------------|------|
| 1) 鑄造冠 | 160点 |
| 2) 3/4冠、前装鑄造冠 | 650点 |
| 3) ジャケット冠 | 160点 |
| 4) 乳歯金属冠 | 114点 |

3. 窩洞形成

- | | |
|----------|-----|
| 1) 単純なもの | 44点 |
| 2) 複雑なもの | 68点 |

支台築造（1歯につき）

1. メタルコア(材料料を含む)

- | | |
|------------|------|
| 1) 大白歯 | 209点 |
| 2) 小白歯及び前歯 | 168点 |

2. その他 (材料料を含む)

- | | |
|------------|-------|
| 1) 大臼歯 | 156 点 |
| 2) 小臼歯及び前歯 | 143 点 |

メタルコアによる支台築造物を再装着した場合は、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄にメタルコアを再装着した歯の部位、再装着した年月日を記載する。

CRインレー (装着料 30 点は別途算定)

- | | | |
|-----------|----|-------|
| 1. クルアフィル | 単純 | 123 点 |
| | 複雑 | 182 点 |
| 2. SR | 単純 | 106 点 |
| | 複雑 | 159 点 |

CRジャケット冠

- | | |
|---------|-------|
| 1. 光重合型 | 429 点 |
| 2. 複合 | 406 点 |

ブリッジについて

支台歯とポンティック (ダミー) の合計が 6 歯以上のブリッジの算定は、平行測定を実施した場合に限り認められ、実施しなかった場合は、ブリッジによる欠損補綴に係る費用の算定は認められない。

新製義歯調整料 (1 口腔につき) 120 点

新たに製作した有床義歯の装着時又は装着後 1 ヶ月以内に、適合を図るための調整を行った場合に 1 回に限り算定する。

有床義歯調整料は同一月において算定できない。

新製義歯調整料を算定するにあたっては診療報酬明細書の摘要欄に装着した部位、装着年月日を記載する。

新製義歯調整料と新製義歯指導料は、同時に算定する。

有床義歯の検査および調整を行った場合は、調整内容、調整箇所等を診療録に記載する。

有床義歯調整料 (1 口腔につき) 60 点

(咬合機能回復が困難な場合 40 点加算)

有床義歯の装着後 1 ヶ月を超えた期間において、適合を図るための調整を行った場合に月 1 回に限り算定する。

咬合機能の回復が困難な患者 (総義歯を装着した患者。9 歯以上の局部義歯を装着し、かつ、それ以外には対合歯間の接触関係を有しない患者) に対して、有床義歯の調整を行った場合は、所定点数に 40 点を加算する。

新製義歯調整料は同一月において算定できない。

有床義歯の検査および調整を行った場合は、検査方法、検査結果等を診療録に記載する。

12. 歯科矯正

歯科矯正診断料

1500 点

愛知社会保険事務局長に届出をし、病名、症状、治療内容、治療期間、治療頻度、保定等について記載した治療計画書を作成し、患者に対し、その内容について検査資料を用いて説明した上で、文書により情報提供を行った場合に算定する。

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及び保定を開始したとき、各々につき1回に限り算定する。

顎口腔機能診断料

2300 点

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愛知社会保険事務局長に届出をし、顎変形に係る顎口腔機能分析及び歯科矯正診断を行い、病名、症状、治療内容(手術を含む)、治療期間、治療頻度、保定等について記載した治療計画書を歯科矯正に関する医療を担当する保険医療機関及び口腔に関する医療を担当する保険医療機関が連携して作成し、患者に対し、その内容について検査資料を用いて説明した上で、文書により情報提供を行った場合に算定する。

歯科矯正管理料

300 点

歯科矯正診断料、又は顎口腔機能診断料に規定する治療計画書に基づき、計画的な歯科矯正管理を継続して行った場合であって、動的治療が開始された患者に対し、療養上必要な指導及び機械的歯面清掃等を行うとともに経過模型による歯の移動等の管理を行った上で、具体的な指導管理の内容について説明し、文書により情報提供を行った場合に算定する。

歯科疾患総合指導料、歯科疾患継続指導料又は老人訪問口腔指導管理料を算定している患者に対して行った歯科矯正管理料の費用は、それぞれの区分の所定点数に含まれるものとする。

模型調整(1組につき)

平行模型

500 点

顎態模型を調整した場合は、200点を加算する。

装置(1装置につき)

可撤式装置

300 点

矯正装置に必要なフォーシステムを行い、力系に関するチャートを作成し、患者に対し、その内容について説明した上で、文書により情報提供を行った場合は、400点を加算する。

固定式装置

400 点

固定式装置の帯冠及びダイレクトボンドブラケットの装着料を除く。

矯正装置に必要なフォーシステムを行い、力系に関するチャートを作成し、患者に対し、その内容について説明した上で、文書により情報提供を行った場合は、400点を加算する。

新点数における指導料に関わる算定例 患者署名を必要としない場合



新点数における指導料に関わる算定例 患者署名を必要とする場合



歯科疾患継続管理診断料
を算定しない

症状不安定の場合

初診から3ヶ月以上・症状が安定している場合

歯科疾患継続管理診断料（要署名）100点

- ① 再診料
- ② 歯周疾患指導管理料（P、16才以上のG病名の場合）、歯科口腔衛生指導料
- ③ 歯周組織検査（精密検査可）（画像診断算定不可）
- ④ 歯科衛生実地指導料（無歯顎は不可）

歯科疾患包括指導体系へ

歯科疾患継続指導料 120点（機械的歯面清掃80点※）

- ① 再診料
- ② 基本検査
- ③ シーラント
- ④ スケーリング
- ⑤ 有床義歯調整料
- ⑥ 実地指
- ⑦ 診療情報提供料（I）
- ⑧ 義歯修理
- ⑨ 外傷による治療

（画像診断、処置、投薬、歯冠修復、欠損補綴手術等
全ての項目が算定不可になります）

診療報酬明細書の記載要領の変更点について

1. 電子加算を算定した場合は、初診料と当該加算を加算した合計点数を記載し、「摘要欄」に (電) と表示が必要です。
2. 同一日に2回以上来院(電話含む)は、「その旨」及び「行った日」の記載が必要です。
3. 歯科特定疾患療養管理料の共同療養指導計画加算の算定は「主治医の氏名」及び「所属保険医療機関名」の摘要欄記載が必要です。
4. 歯科治療総合医療管理料は当該主病に係る「紹介元保険医療機関名」の摘要欄記載が必要です。
5. 歯科疾患継続指導料1回目は「歯科疾患継続管理診断料の算定年月日」、2回目以降は「前回の歯科疾患継続指導料の算定年月日」の摘要欄記載が必要です。
6. 歯科疾患継続管理診断料は「治療終了年月日」の摘要欄記載が必要です。
7. マイオモニターは「治療年月日」、「治療時間」及び「治療内容(使用機器名等を含む)」の摘要欄記載が必要です。
8. 開口訓練は「治療実施月月」、「訓練時間」及び「訓練内容(使用器具名等を含む)」の摘要欄記載が必要です。
9. 摂食機能療法は「治療年月日」、「治療時間」及び「治療内容(使用器具名等を含む)」の摘要欄記載が必要です。
10. う蝕処置は暫間充填を行った場合に限り「月日」及び「その旨」の摘要欄記載は必要です。
11. 歯冠形態修正(咬合調整)は「部位」の摘要欄記載が必要です。
12. 直接歯髄覆罩は「算定年月日」の摘要欄記載が必要です。
13. 抜歯前提の感染根処または根管貼薬は、「部位」及び「その旨」の摘要欄記載が必要です。
14. 歯周疾患処置(P処)は「部位」及び「使用した薬剤」の記載が必要です。
15. 除去は「除去した歯冠修復物または補綴物の部位」及び「種類」の摘要欄記載が必要です。
16. 心身医学療法は「治療年月日」、「実施時期」及び「連携医療機関名」の摘要欄記載が必要です。
17. 抜歯中止の際は「抜歯中止の理由」の摘要欄記載が必要です。
18. 再植手術は「手術部位」及び「再植の原因または理由」の摘要欄記載が必要です。
19. 移植手術は「手術部位」及び「移植の原因または理由」の摘要欄記載が必要です。
20. 歯冠修復物等の (未) 請求は「装着物の種類」、「装着予定日」及び「装着ができなくなった理由」の摘要欄記載が必要です。
21. メタルコアの再装着は「その旨」の摘要欄記載が必要です。
22. 歯冠修復物又はブリッジの再装着は「部位」の記載(歯冠形成のその他欄)が必要です。
23. 1歯に複数窩洞の充填算定は「当該歯の部位」の摘要欄記載が必要です。
24. 充填材料 . . . その他は、「使用した材料または略称」の記載が必要です。
25. 口蓋補綴または顎補綴は「患者の口腔内の状態」及び「装置の設計内容」の摘要欄記載が必要です。
26. 有床義歯装着の翌月に新製義歯調整料の算定は「部位」及び「装着月日」の摘要欄記載が必要です。
27. 6月以内の義歯修理には有床義歯の「装着年月日」の記載が必要です。
28. 補綴物維持管理料中の再装着は「部位」及び「種類」の摘要欄記載が必要です。

患者提供用紙の販売について 6月1日(木)販売開始

8種類目として 歯科疾患継続指導記録 販売価格 370円(税込) 全体講習会配布資料 です
改訂版訪問診療提供用紙 A・B・C・D 販売価格 420円(税込)

最新版平成 18 年診療報酬改定関連通知一部訂正（ 5 月 8 日分 ）及び新解釈について

カルテおよびレセプト摘要欄に記載する項目

項 目	状 況	カルテ記載内容	レセプト記載内容
歯科疾患継続指導料	初回の算定		歯科疾患継続管理診断料の算定日
	初回以外の算定		前回算定年月日のみ
歯科疾患継続管理診断料		一連の検査結果等	一連の治療終了年月日
歯科訪問診療料 2	複数の患者の算定		1 人目の患者に「1 人目」 2 人目以降「2 人目」等
う蝕処置		部位ごとに算定理由、使用 保険材料、処置内容	暫間充填のみ「月日」と 「その旨」の記載
咬合調整 (歯冠形態修正の場合)		修正前の歯の状態、理由 修正箇所、修正後の形態	部位のみ
抜髄	直覆後、早期に抜髄した場合		記載の必要なし
切開 (1 8 0 ・ 2 3 0 点)		症状、部位、術式、切開線 の長さ等	記載の必要なし
歯肉歯槽粘膜形成手術		目的、症状、部位、術式 経過等	記載の必要なし
補綴時診断料	再度の診断時	記載の必要なし	記載の必要なし
支台築造	メタルコアの再装着	記載の必要なし	「その旨」の記載が必要
直接覆髄			行なった年月日のみ

レセプトの記載要領及び新規解釈に関する事項

1. 初診欄

電子化加算を算定した場合は、初診料と当該加算を加算した合計点数（183）を記載し、摘要欄に（電）と表示する。

2. 歯科口腔衛生指導料

16歳未満のP病名においては、P管理での算定。口腔衛生指導料の算定は不可。

3. 歯科疾患総合指導料

疑い病名での算定は不可。ダツリ病名での算定は可。

4. う蝕処置

）P e r病名での算定は不可。P u l病名での算定可。ただし移行病名（C P u l）が望ましい。

）ダツリ + C病名で再着がなければ算定可。

5. 日を異にして行なった歯肉息肉除去は算定可。

6. 抜歯を前提に感染根管処置（消炎処置）を算定した場合は、貼薬の算定は不可。

7. P e r病名での咬合調整は、感根処がなければ1回限りの算定可。

8. 少数歯のG o A、C h Bは、摘要欄記載が必要。咬合誘導不明確（C h B）、水平的顎位不明確（G o A）の場合に算定可。

9. 初診から1年を経過したペリオクリン及びペリオフィルの算定は不可。

10. P処算定の場合は、摘要欄に「部位」と「使用薬剤名」の記載が必要。

11. 充填材料、及びその他は、「使用した材料または略称」の記載が必要。

略称は、光重合型レジン、光重合型複合レジン強化グラスアイオノマー及び初期齲蝕小窩裂溝充填塞材の場合は「光」、グラスアイオノマーセメントの場合は「グ」、複合レジンの場合は「複」、歯科用珪酸セメント及び珪燐酸セメントの場合は「珪」、銀錫アマルガムの場合は「ア」と記載する。

（ 例 ）

