別添２

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、口角びらんの処置は、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、届出等の取扱いは、「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件」（令和８年厚生労働省告示第 70 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、届出等の取扱いは、「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件」（令和８年厚生労働省告示第 71 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」（昭和 51 年８月７日保険発第 82 号）を踏まえて、必要な事項を診療報酬明細書に記載する。

７　署名又は記名・押印を要する文書については、自筆の署名（電子的な署名を含む。）がある場合には印は不要である。

８　文書による提供等をすることとされている個々の患者の診療に関する情報等を、電磁的方法によって、患者、他の保険医療機関、保険薬局、指定訪問看護事業者等に提供等する場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、本ガイドラインに定められた電子署名（厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野 PKI 認証局の発行する電子証明書を用いた電子署名、認定認証事業者（電子署名及び認証業務に関する法律（平成 12 年法律第 102 号）第２条第３項に規定する特定認証業務を行う者をいう。）又は認証事業者（同条第２項に規定する認証業務を行う者（認定認証事業者を除く。）をいう。）の発行する電子証明書を用いた電子署名、電子署名等に係る地方公共団体情報システム機構の認証業務に関する法律（平成 14 年法律第 153 号）に基づき、平成 16 年１月 29 日から開始されている公的個人認証サービスを用いた電子署名等）を施すこと。

９　所定点数は、特に規定する場合を除き、注に規定する加算を含まない点数を指す。

10　区分番号は、「Ａ０００」初診料における「Ａ０００」を指す。なお、以下区分番号という記載は省略し、「Ａ０００」のみ記載する。

11　施設基準の取扱いに関する通知について、「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」（令和８年３月５日保医発 0305 第７号）を「基本診療料施設基準通知」、「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」（令和８年３月５日保医発 0305 第８号）を「特掲診療料施設基準通知」という。

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」（令和８年厚生労働省告示第 69 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、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　間接喉頭鏡下喉頭処置

ニ　ネブライザ

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とする。

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、医科診療により入院中の患者が歯若しくは口腔の疾患のため歯科診療により初診若しくは再診を受けたとき又は歯科診療に係る傷病により入院中の患者が医科診療により初診若しくは再診を受けたとき等、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する。

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。）している期間中は、再診料（ただし、再診料の注５及び注６に規定する加算を除く。）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も、再診料は算定できない。この場合において、再診料（ただし、再診料の注５及び注６に規定する加算を除く。）以外の検査、治療等の請求は、診療報酬明細書は入院用を用いる。

ただし、歯科診療以外により入院中の患者が歯科診療により外来を受診した場合は、再診料を算定する。

６　算定回数が「週」単位又は「月」単位とされているものについては、特に定めのない限り、それぞれ日曜日から土曜日までの１週間又は月の初日から月の末日までの１か月を単位として算定する。

７　健康診断、検診及び予防接種等（以下この通則において「健診等」という。）の費用は、

「療養の給付と直接関係ないサービス等」該当する場合に、別途徴収できる。

8　健診等に関する疾病（特定の疾病を対象としない健診等については、健診等の結果、診断された疾病又は疑いがあると診断された疾病を含む。）に対して、健診等を実施した保険医の属する保険医療機関において、同一日に１回の受診で保険診療を行う場合の初診料及び再診料は算定できない。また、当該疾病に対して、当該保険医療機関において、同一日又は翌日以降の別の受診において保険診療を行う場合には、「Ａ０００」初診料は算定できないが、「Ａ００２」再診料は、規定に従い算定できる。

9　８に規定する場合においては、８の規定により算定できない費用が含まれる特掲診療料及び当該費用を併せて算定できない特掲診療料についても算定できない。ただし、第３部検査、第４部画像診断、第５部投薬、第６部注射、第７部リハビリテーション、第８部処置、第９部手術、第 10 部麻酔、第 11 部放射線治療、第 12 部歯冠修復及び欠損補綴、第 13 部歯科矯正及び第 14 部病理診断に掲げる診療であって健診等に含まれないもの（当該診療の費用が他の特掲診療料に含まれる場合を含む。）を、特に必要と認め保険診療として実施する場合には、この限りではない。

10　健診等の結果、疾病又はその疑いがあると診断された患者について、治療方針を確立する等のために検査を行う必要がある場合には、当該検査が当該健診等の一環としてあらかじめ計画又は予定されていたものではないことが客観的に明らかである場合に限り、当該検査に係る費用について、医療保険給付対象として診療報酬を算定できる。

11　当該健診等の結果、特に治療の必要性を認め治療を開始した場合には、当該治療に係る費用（８及び９の規定により算定できないこととされているものを除く。）について、医療保険給付対象として診療報酬を算定できる。

第１節　初診料

Ａ０００　初診料

（１）　初診料は、歯科外来診療における院内感染防止対策に係る体制等を整備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、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算定する。また、当該届出を行っていない保険医療機関においては、「注１」の後段に規定する初診料を算定する。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）　「注 16」の「特に情報通信機器を用いた歯科診療を行うことが必要と認められるもの」とは、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成十年法律第百十四号。以下「感染症法」という。）第６条第７項に規定する新型インフルエンザ等感染症、同条第８項に規定する指定感染症又は同条第９項に規定する新感染症（以下この節において「新型インフルエンザ等感染症等」という。）が発生した場合又は災害が発生した地域であって、別に診療報酬上の措置が講じられている地域に該当する場合であって、保険医療機関での対面での診療が困難な状況において、歯科診療を必要とする患者のことをいう。

（３）　「注 16」に規定する情報通信機器を用いた診療については、以下のアからキまでの

取扱いとする。

ア　厚生労働省「歯科におけるオンライン診療の適切な実施に関する指針」（以下「歯科オンライン指針」という。）に沿って情報通信機器を用いた診療を行った場合に算定する。なお、この場合において、診療内容、診療日及び診療時間等の要点を診療録に記載すること。

イ　情報通信機器を用いた診療は、原則として、保険医療機関に所属する保険医が保険医療機関内で実施すること。なお、保険医療機関外で情報通信機器を用いた診療を実施する場合であっても、歯科オンライン指針に沿った適切な診療が行われるものであり、情報通信機器を用いた診療を実施した場所については、事後的に確認可能な場所であること。

ウ　情報通信機器を用いた診療を行う保険医療機関について、患者の急変時等の緊急時には、原則として、当該保険医療機関が必要な対応を行うこと。ただし、夜間や休日など、当該保険医療機関がやむを得ず対応できない場合については、患者が速やかに受診できる医療機関において対面診療を行えるよう、事前に受診可能な医療機関を患者に説明した上で、以下の内容について、診療録に記載しておくこと。

（イ）当該患者に「かかりつけの歯科医師」がいる場合には、当該歯科医師が所属する保険医療機関名

（ロ）当該患者に「かかりつけの歯科医師」がいない場合には、対面診療により診療できない理由、適切な医療機関としての紹介先の医療機関名、紹介方法及び患者の同意

エ　歯科オンライン指針において、「対面診療を適切に組み合わせて行うことが求められる」とされていることから、保険医療機関においては、対面診療を提供できる体制を有すること。また、「オンライン診療を行った歯科医師自身では対応困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合については、オンライン診療を行った歯科医師がより適切な医療機関に自ら連絡して紹介することが求められる」とされていることから、患者の状況によって対応することが困難な場合には、ほかの保険医療機関と連携して対応できる体制を有すること。

オ　情報通信機器を用いた診療を行う際には、歯科オンライン指針に沿って診療を行い、歯科オンライン指針において示されている日本歯科医学会が作成した「歯科におけるオンライン診療に関する基本的な考え方」等を踏まえ、当該診療が歯科オンライン指針に沿った適切な診療であることを診療録に記載すること。また、処方を行う際には、歯科オンライン指針に沿って処方を行い、日本歯科医学会が作成した「歯科におけるオンライン診療に関する基本的な考え方」等を参考にし、当該処方が歯科オンライン指針に沿った適切な処方であることを診療録に記載すること。

カ　情報通信機器を用いた診療を行う際は、予約に基づく診察による特別の料金の徴収はできない。

キ　情報通信機器を用いた診療を行う際の情報通信機器の運用に要する費用については、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できる。

（４）　患者が違和を訴え診療を求めた場合は、診断の結果、疾病と認むべき徴候のない場合であっても初診料を算定する。

（５）　自他覚的症状がなく健康診断を目的とする受診により疾患が発見された患者について、当該保険医が特に治療の必要性を認め治療を開始した場合は、初診料は算定できない。ただし、当該治療（初診を除く。）は、医療保険給付対象として診療報酬を算定する。

（６）　（５）にかかわらず、健康診断で疾患が発見された患者について、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は、初診料を算定する。

（７）　労災保険、健康診断、自費等（医療保険給付対象外）により入院外で傷病の治療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。）中は、当該保険医療機関において医療保険給付の対象となる診療を受けた場合も、初診料は算定できない。

（８）　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。

（９）　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。この場合において、１月の期間の計算は、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。

(10)　Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料又はＣ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定した場合は、管理計画に基づく一連の治療が終了した日（患者が任意に診療を中止した場合も含む。）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。

(11)　（９）及び(10)にかかわらず、次に掲げる場合は、初診として取り扱わない。

イ　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

ロ　歯周病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に係る診療が継続している場合

(12)　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（特別の関係にある別の保険医療機関等を除く。）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は、地域歯科診療支援病院歯科初診料を算定する。

(13)　乳幼児加算及び歯科診療特別対応加算

初診料を算定できない場合は、初診時における乳幼児加算又は歯科診療特別対応加算１、歯科診療特別対応加算２若しくは歯科診療特別対応加算３は算定できない。

(14)　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。

(15)　歯科診療特別対応加算１、歯科診療特別対応加算２又は歯科診療特別対応加算３を算定した患者が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。

(16)　歯科診療特別対応加算

「注６」の「著しく歯科診療が困難な者」とは、次に掲げる状態又はこれらに準ずる状態をいう。なお、歯科診療特別対応加算１又は歯科診療特別対応加算２を算定した場

合は、当該加算を算定した日の患者の状態（トに該当する患者の場合は病名）を診療録に記載する。

イ　脳性麻痺等で身体の不随意運動や緊張が強く体幹の安定が得られない状態

ロ　知的発達障害等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

ハ　重症の呼吸器疾患等で頻繁に治療の中断が必要な状態

ニ　日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ歯科診療に際して家族等の援助を必要とする状態

ホ　人工呼吸器を使用している状態又は気管切開等を行っており歯科治療に際して管理が必要な状態

ヘ　強度行動障害の状態であって、日常生活に支障を来すような症状・行動が頻繁に見られ、歯科治療に協力が得られない状態

ト　次に掲げる感染症に罹患しており、標準予防策に加えて、空気感染対策、飛沫感染対策、接触感染対策など当該感染症の感染経路等の性質に応じて必要な感染対策を講じた上で歯科診療を行う必要がある状態

（ア）　狂犬病

（イ）　鳥インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く。）

（ウ）　エムポックス

（エ）　重症熱性血小板減少症候群（病原体がフレボウイルス属ＳＦＴＳウイルスであるものに限る。）

（オ）　腎症候性出血熱

（カ）　ニパウイルス感染症

（キ）　ハンタウイルス肺症候群

（ク）　ヘンドラウイルス感染症

（ケ）　インフルエンザ（鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。）

（コ）　後天性免疫不全症候群（ニューモシスチス肺炎に限る。）

（サ）　麻しん

（シ）　メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症

（ス）　ＲＳウイルス感染症

（セ）　カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症

（ソ）　感染性胃腸炎（病原体がノロウイルスであるものに限る。）

（タ）　急性弛緩性麻痺（急性灰白髄炎を除く。病原体がエンテロウイルスによるものに限る。）

（チ）　新型コロナウイルス感染症

（ツ）　侵襲性髄膜炎菌感染症

（テ）　水痘

（ト）　先天性風しん症候群

（ナ）　バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症

（ニ）　バンコマイシン耐性腸球菌感染症

（ヌ）　百日咳

（ネ）　風しん

（ノ）　ペニシリン耐性肺炎球菌感染症

（ハ）　無菌性髄膜炎（病原体がパルボウイルスＢ19によるものに限る。）

（ヒ）　薬剤耐性アシネトバクター感染症

（フ）　薬剤耐性緑膿菌感染症

（ヘ）　流行性耳下腺炎

（ホ）　感染症法第６条第３項に規定する二類感染症

（マ）　クロストリジオイデス・ディフィシル感染症

（ミ）　基質特異性拡張型βラクタマーゼ産生腸内細菌目細菌感染症

(17)　「注６」に規定する歯科診療特別対応加算２（個室若しくは陰圧室において診療を行う必要性が特に高い患者に対して個室若しくは陰圧室において初診を行った場合を除く。）を算定するにあっては、「歯科治療環境に円滑に適応できるような技法」を用いた場合に算定する。また、「歯科治療環境に円滑に適応できるような技法」とは、歯科診療の開始に当たり、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。なお、当該加算を算定した場合は、患者の状態及び用いた専門的技法の名称を診療録に記載する。

(18)　「注６」に規定する歯科診療特別対応加算２の「個室若しくは陰圧室において診療を行う必要性が特に高い患者」については、（16）のトに規定する感染症の患者であって、医学的に他者へ感染させるおそれがあると認められるものをいう。なお、当該加算を算定した場合は、当該患者の病名（（16）のトの（ア）から（ミ）までのいずれか）を診療録に記載する。

(19)　「注６」に規定する歯科診療特別対応加算３は、新型インフルエンザ等感染症等の患者に対して、感染対策を実施した上で歯科診療を行った場合に加算する。なお、当該加算を算定した場合は、病名を診療録に記載する。

(20)　「注６」に規定する歯科診療特別対応加算１、歯科診療特別対応加算２又は歯科診療特別対応加算３を算定する場合において、当該患者の診療に要した時間が１時間を超えた場合は、30 分又はその端数を増すごとに、100 点を更に所定点数に加算する。

(21)　「注７」及び「注８」の医科と共通の項目は、医科点数表の第１章第１部第１節Ａ０００に掲げる初診料の例により算定する。

(22)　「注９」の地域歯科医療加算については、巡回診療によらなければ住民の歯科医療の確保が困難である地域又は専門歯科医療機関が身近にない地域の患者に対して、都道府県等と連携し、巡回診療実施計画を提出した保険医療機関が、歯科医療の確保を目的として行う巡回診療を評価するものであり、具体的には当該地域に居住する患者に対して、歯科用ユニット等を搭載した診療車（以下「歯科巡回診療車」という。）内で歯科診療を実施した場合に加算する。なお、「都道府県等と連携」とは、次に掲げるいずれかのことをいい、地域歯科医療加算を算定する場合は、イからハまでのいずれに該当するかを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

イ　都道府県等が設置している保険医療機関が歯科巡回診療車を所有している。

ロ　都道府県の定める医療計画等に基づく巡回診療である。

ハ　その他イ又はロに準ずるものである。

(23)　「注 10」に規定する歯科外来診療医療安全対策加算１及び歯科外来診療医療安全対策加算２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医療安全対策に係る取組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加算する。

(24)　「注 11」に規定する歯科外来診療感染対策加算１及び歯科外来診療感染対策加算３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感染対策に係る取組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加算する。

(25)　「注 11」に規定する歯科外来診療感染対策加算２及び歯科外来診療感染対策加算４は、新型インフルエンザ等感染症等の患者に対応可能な歯科外来診療の体制整備に係る取組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加算する。

(26)　「注 12」に規定する歯科診療特別対応連携加算は、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の外来部門において、歯科診療所である保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める歯科診療特別対応連携加算に係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を除く。）で「注６」若しくはＡ００２に掲げる再診料の注４に規定する歯科診療特別対応加算１を算定した患者又は「注６」若しくはＡ００２に掲げる再診料の「注４」の「著しく歯科診療が困難な者」であって歯科診療特別対応加算２若しくは歯科診療特別対応加算３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に定める様式に基づいた診療情報提供を受けた上で初診を行い、当該歯科診療特別対応加算を算定した場合に算定する。

(27)　「注 13」に規定する歯科診療特別対応地域支援加算は、歯科診療所である保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める歯科診療特別対応連携加算に係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を除く。）において、別に厚生労働大臣が定める歯科診療特別対応連携加算に係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、「注６」若しくはＡ００２に掲げる再診料の注４に規定する歯科診療特別対応加算１を算定した患者又は「注６」若しくはＡ００２に掲げる再診料の「注４」の「著しく歯科診療が困難な者」であって歯科診療特別対応加算２若しくは歯科診療特別対応加算３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に定める様式に基づいた診療情報提供を受けた上で初診を行い、当該歯科診療特別対応加算を算定した場合に算定する。

(28)　電子的歯科診療情報連携体制整備加算

「注 15」に規定する電子的歯科診療情報連携体制整備加算は、オンライン資格確認に

より取得した診療情報・薬剤情報等を実際の診療に活用できる体制を有することを基本とし、電子処方箋、電子カルテ及び電子カルテ情報共有サービスの導入並びにサイバーセキュリティ対策の推進等、医療機関間で情報連携し質の高い医療を提供するための国等が進める医療ＤＸに係る体制を評価するものであり、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）局長等に届け出た保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合に、月１回に限り当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数に加算する。当該加算に係る届出を行った保険医療機関は、「Ａ００２」再診料の「注 11」明細書発行体制等加算は算定できない。

第２節　再診料

Ａ００２　再診料

（１）　再診料は、歯科外来診療における院内感染防止対策に係る体制等を整備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、再診の都度（同日において２以上の再診があってもその都度）算定する。また、当該届出を行っていない保険医療機関においては、「注１」の後段に規定する再診料を算定する。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、１日につき１回に限り算定する。

（２）　「注 13」の「特に情報通信機器を用いた歯科診療を行うことが必要と認められるもの」とは、以下に掲げる患者のことをいう。

イ　新型インフルエンザ等感染症等の発生時であって、保険医療機関での対面での診療が困難な状況において、歯科診療を必要とする患者

ロ　Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料の「注７」又はＢ０００－４－３に掲げる口腔機能管理料の「注７」に規定する患者

ハ　Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料の（２）のロ及びトに規定する患者

（３）　「注 13」に規定する情報通信機器を用いた再診については、（２）を除き、「Ａ０００」初診料の（３）の取扱いと同様である。

（４）　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は、再診料を算定する。

（５）　歯冠修復又は欠損補綴において、一連の行為のために同日に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。

（６）　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（電話又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下「ビデオ通話」という。）による場合を含む。）に、治療上の意見を求められ必要な指示をした場合は、再診料を算定する。

ロ　電話又はビデオ通話による再診（聴覚障害者である患者に係る再診に限り、ファクシミリ又は電子メール等によるものを含む。）は、患者の病状の変化に応じ療養について歯科医師の指示を受ける必要がある場合であって、当該患者又はその看護に当たっている者からの歯科医学的な意見の求めに対し治療上必要な適切な指示をした場合に限り算定する。ただし、電話又はビデオ通話による指示等が、同日における初診又は再診に附随する一連の行為とみなされる場合、時間おきに病状の報告を受ける内容

のものである場合等は、再診料を算定できない。また、ファクシミリ又は電子メール等による再診は、再診の求めに速やかに応じた場合に限り算定するものとし、この場合において、診療録に当該ファクシミリ等の送受信の時刻を記載するとともに、当該ファクシミリ等の写しを添付する。

ハ　乳幼児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指示した場合は、乳幼児加算を算定する。

ニ　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。

（７）　その他初診料と共通の項目は、Ａ０００に掲げる初診料と同様であり、医科と共通の項目は、医科点数表の第１章第１部第２節Ａ００１に掲げる再診料の例により算定する。

（８）　「注４」の「著しく歯科診療が困難な者」とは、次に掲げる状態又はこれらに準ずる状態をいう。なお、歯科診療特別対応加算１又は歯科診療特別対応加算２を算定した場合は、当該加算を算定した日の患者の状態（トに該当する患者の場合は病名）を診療録に記載する。

イ　脳性麻痺等で身体の不随意運動や緊張が強く体幹の安定が得られない状態

ロ　知的発達障害等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

ハ　重症の呼吸器疾患等で頻繁に治療の中断が必要な状態

ニ　日常生活に支障を来たすような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ歯科診療に際して家族等の援助を必要とする状態

ホ　人工呼吸器を使用している状態又は気管切開等を行っており歯科治療に際して管理が必要な状態

ヘ　強度行動障害の状態であって、日常生活に支障を来すような症状・行動が頻繁に見られ、歯科治療に協力が得られない状態

ト　次に掲げる感染症に罹患しており、標準予防策に加えて、空気感染対策、飛沫感染対策、接触感染対策など当該感染症の感染経路等の性質に応じて必要な感染対策を講じた上で歯科診療を行う必要がある状態

（ア）　狂犬病

（イ）　鳥インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く。）

（ウ）　エムポックス

（エ）　重症熱性血小板減少症候群（病原体がフレボウイルス属ＳＦＴＳウイルスであるものに限る。）

（オ）　腎症候性出血熱

（カ）　ニパウイルス感染症

（キ）　ハンタウイルス肺症候群

（ク）　ヘンドラウイルス感染症

（ケ）　インフルエンザ（鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。）

（コ）　後天性免疫不全症候群（ニューモシスチス肺炎に限る。）

（サ）　麻しん
（シ）　メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症
（ス）　ＲＳウイルス感染症
（セ）　カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症
（ソ）　感染性胃腸炎（病原体がノロウイルスであるものに限る。）
（タ）　急性弛緩性麻痺（急性灰白髄炎を除く。病原体がエンテロウイルスによるものに限る。）
（チ）　新型コロナウイルス感染症
（ツ）　侵襲性髄膜炎菌感染症
（テ）　水痘
（ト）　先天性風しん症候群
（ナ）　バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症
（ニ）　バンコマイシン耐性腸球菌感染症
（ヌ）　百日咳
（ネ）　風しん
（ノ）　ペニシリン耐性肺炎球菌感染症
（ハ）　無菌性髄膜炎（病原体がパルボウイルスＢ19によるものに限る。）
（ヒ）　薬剤耐性アシネトバクター感染症
（フ）　薬剤耐性緑膿菌感染症
（ヘ）　流行性耳下腺炎
（ホ）　感染症法第６条第３項に規定する二類感染症
（マ）　クロストリジオイデス・ディフィシル感染症
（ミ）　基質特異性拡張型βラクタマーゼ産生腸内細菌目細菌感染症

（９）　「注４」に規定する歯科診療特別対応加算２（個室若しくは陰圧室において診療を行う必要性が特に高い患者に対して個室若しくは陰圧室において初診を行った場合を除く。）を算定するにあっては、「歯科治療環境に円滑に適応できるような技法」を用いた場合に算定する。また、「歯科治療環境に円滑に適応できるような技法」とは、歯科診療の開始に当たり、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。なお、当該加算を算定した場合は、患者の状態及び用いた専門的技法の名称を診療録に記載する。

(10)　「注４」に規定する歯科診療特別対応加算２の「個室若しくは陰圧室において診療を行う必要性が特に高い患者」については、（８）のトに規定する感染症の患者であって、医学的に他者へ感染させるおそれがあると認められるものをいう。なお、当該加算を算定した場合は、当該患者の病名（（８）のトの（ア）から（ミ）までのいずれか））を診療録に記載する。

(11)　「注４」に規定する歯科診療特別対応加算３は、新型インフルエンザ等感染症等の患者に対して、感染対策を実施した上で歯科診療を行った場合に加算する。なお、当該加算を算定した場合は、病名を診療録に記載する。

(12)　「注４」に規定する歯科診療特別対応加算１、歯科診療特別対応加算２又は歯科診療特別対応加算３を算定する場合において、当該患者に対する診療時間が１時間を超えた場合は、30 分又はその端数を増すごとに、100 点を更に所定点数に加算する。

(13)　「注７」の地域歯科医療加算については、巡回診療によらなければ住民の歯科医療の確保が困難である地域又は専門歯科医療機関が身近にない地域の患者に対して、都道府県等と連携し、巡回診療実施計画を提出した保険医療機関が、歯科医療の確保を目的として行う巡回診療を評価するものであり、具体的には当該地域に居住する患者に対して、歯科巡回診療車内で歯科診療を実施した場合に加算する。なお、「都道府県等と連携」とは、次に掲げるいずれかのことをいう。

イ　都道府県が設置している保険医療機関が歯科巡回診療車を所有している。

ロ　都道府県の定める医療計画等に当該保険医療機関が行う巡回診療が明記されている。

ハ　その他イ及びロに準ずるもの

(14)　「注９」に規定する歯科外来診療医療安全対策加算１及び歯科外来診療医療安全対策加算２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医療安全対策に係る取組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、外来診療に係る再診を行った場合に加算する。なお、「注８」に規定する電話等による再診又は「注 13」に規定する情報通信機器を用いた再診の場合は、当該加算は算定できない。

(15)　「注 10」に規定する歯科外来診療感染対策加算１及び歯科外来診療感染対策加算３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感染対策に係る取組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、外来診療に係る再診を行った場合に加算する。なお、「注８」に規定する電話等による再診又は「注 13」に規定する情報通信機器を用いた再診の場合は、当該加算は算定できない。

(16)　「注 10」に規定する歯科外来診療感染対策加算２及び歯科外来診療感染対策加算４は、新型インフルエンザ等感染症等の患者に対応可能な歯科外来診療の体制整備に係る取組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、外来診療に係る再診を行った場合に加算する。なお、「注８」に規定する電話等による再診又は「注 13」に規定する情報通信機器を用いた再診の場合は、当該加算は算定できない。

(17)　電子的歯科診療情報連携体制整備加算

「注 12」に規定する電子的歯科診療情報連携体制整備加算は、オンライン資格確認により取得した診療情報・薬剤情報等を実際の診療に活用できる体制を有することを基本とし、電子処方箋、電子カルテ及び電子カルテ情報共有サービスの導入並びにサイバーセキュリティ対策の推進等、質の高い医療を提供するための医療ＤＸに係る体制を評価するものであり、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）局長等に届け出た保険医療機関を受診した患者に対して再診を行った場合に、月１回に限り所定点数に加算する。当該加算に係る届出を行った保険医療機関は、「注 11」に規定する明細書発行体制等加算は算定できない。

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（Ａ２０４－２に掲げる臨床研修病院入院診療加算を除く。）。

ただし、急性期総合体制加算は、医科歯科併設の病院にあって医科について算定する場合に限り、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Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料又はＡ０００に掲げる初診料の「注６」若しくはＡ００２に掲げる再診料の注４に規定する歯科診療特別対応加算１、歯科診療特別対応加算２若しくは歯科診療特別対応加算３を算定した患者であって、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について、当該別の保険医療機関からの診療情報提供料に定める様式に基づいた診療情報提供を受け、入院させた場合に入院初日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別の保険医療機関において、Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、Ｃ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又はＣ００１－６に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定した場合に限る。

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する。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及び研修歯科医が研修協力施設において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、診療録は指導の内容が分かるように指導歯科医自らが記載を行い、署名する。

第３節　特定入院料

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３節に掲げる特定入院料の例により算定する。

２　「通則５」の特定入院料に含まれる費用の範囲に、歯科点数表の第２章第８部第１節Ｉ０１７に掲げる口腔内装置、Ｉ０１７－１－２に掲げる睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装

置及びＩ０１７－１－３に掲げる舌接触補助床、第２章第 12 部に掲げる歯冠修復及び欠損補綴及び第 13 部に掲げる歯科矯正は含まれない。

第４節　短期滞在手術等基本料

Ａ４００　短期滞在手術等基本料

医科点数表のＡ４００に掲げる短期滞在手術等基本料の例により算定する。

第２章　特掲診療料

通則

算定回数が「週」単位又は「月」単位とされているものについては、特に定めのない限り、それぞれ日曜日から土曜日までの１週間又は月の初日から月の末日までの１か月を単位として算定する。

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、継続的管理を必要とする歯科疾患を有する患者に対して、口腔を一単位（以下「１口腔単位」という。）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、病状が改善した歯科疾患等の再発防止及び重症化予防を評価したものである。なお、当該患者に対して、継続的な管理の必要性について説明を行うこと。

（２）　１回目の歯科疾患管理料は、患者等の同意を得た上で管理計画を作成し、その内容について説明した場合に算定する。また、診療録には説明した内容の要点を記載する。なお、「注１」に規定する管理計画は、患者の歯科治療及び口腔管理を行う上で必要な基本状況（全身の状態、基礎疾患の有無、服薬状況、喫煙状況を含む生活習慣の状況等）、口腔の状態（歯科疾患、口腔衛生状態、口腔機能の状態等）、必要に応じて実施した検査結果等の要点、治療方針の概要等、歯科疾患の継続的管理を行う上で必要となる情報をいい、当該患者の状態に応じた口腔管理を行うに当たって、必要な事項等を診療録に記載する。

（３）　２回目以降の歯科疾患管理料は、管理計画に基づく継続的な口腔管理等を行った場合に算定し、診療録にその要点を記載する。なお、当該管理に当たって、管理計画に変更があった場合（「注８」及び「注 10」に規定する加算に係る管理計画も含む。）は、変更の内容を診療録に記載する。また、１回目に患者の主訴に関する管理を開始し、２回目以降にその他の疾患も含めた管理を行う場合や新たな検査を実施する場合は、検査結果も含め管理計画の変更点を患者等に対して説明する。この場合において、当該月より改めて１口腔単位での管理を開始する。

（４）　歯周病に罹患している患者の管理を行う場合は、歯周病検査の結果を踏まえた治療方針等を含んだ管理計画を作成する。ただし、初診時に歯周病の急性症状を呈する患者であって、歯周病検査の実施が困難である場合は、急性症状寛解後の歯科疾患管理料算定時までに実施する。なお、急性症状が寛解せず歯周病検査が実施できない場合は、症状の要点を診療録に記載する。

（５）　「注１」に規定する管理計画について、口腔機能の回復若しくは維持・向上又は獲得を目的とした管理を行う場合は、口腔機能の検査の結果を踏まえた治療方針を含むもの

とすること。

（６）　「注５」は、「注３」に規定する患者を除き、初診日から入院している患者（歯科診療に限る。）について、退院後に歯科疾患の継続的管理が必要な場合の取扱いを定めたものをいい、入院前に外来において歯科診療を行った場合（外来の歯科診療を行った日と入院日が同日である場合に限る。）も歯科疾患管理料を算定する。

（７）　Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)、Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)、Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)、Ｂ０００－９に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅳ)、Ｂ０００－１１に掲げる回復期等口腔機能管理料、Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料、Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、Ｃ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、Ｃ００１－６に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又はＮ００２に掲げる歯科矯正管理料を算定した患者は、周術期等口腔機能管理料等を算定した日の属する月の翌月以降から歯科疾患管理料を算定できる。この場合において、管理計画を作成して患者等に説明する。

（８）　Ｂ０１３に掲げる新製有床義歯管理料若しくはＨ００１－２に掲げる歯科口腔リハビリテーション料１を算定している患者に対して継続的な口腔管理を行った場合は歯科疾患管理料を算定できる。なお、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含む。）又は管理を行っている場合についても当該管理料は算定できる。

（９）　再診が電話等により行われた場合は、歯科疾患管理料は算定できない。

(10)　「注８」に規定するう蝕多発傾向者とは、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
0～4 歳	1 歯以上	―
5～7 歳	2 歯以上　　又　は　　1 歯以上	
8～11 歳	2 歯以上　　又　は　　2 歯以上	
12～15 歳	―	2 歯以上

(11)　う蝕多発傾向者の判定基準において、(10)にかかわらず次の場合はそれぞれに規定するところにより取り扱う。

イ　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が、５歳未満の患者の初期う蝕で、歯冠修復の実施が患者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。

ロ　Ｉ００３に掲げる初期う蝕早期充填処置を行った場合は、歯冠修復終了歯として取り扱う。

(12)　「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その指示を受けた歯科衛生士が、家族等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、毎日法又は週１回法に用いられる洗口用の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)まで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算定する。

（イ）　洗口の方法（薬液の量やうがいの方法）及び頻度

（ロ）　洗口に関する注意事項

（ハ）　薬液の取扱い及びその保管方法

ニ　歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が指導を行った場合は、歯科医師は診療録に指示内容を記載し、歯科衛生士はハに規定する(イ)から(ハ)までの内容を含め患者に対し説明を行い、その内容を文書により提供した場合に算定する。なお、当該指導を行った歯科衛生士は業務に関する記録を作成する。

(13)　「注１」の規定による管理計画に基づき、当該患者等に対し、その内容を文書により提供した場合は「注９」の文書提供加算を算定する。その場合においては、患者等に提供した文書の写しを診療録に添付し、その文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。ただし、患者等に提供する文書の様式は、初回は「別紙様式１」又はこれに準じた様式とし、２回目以降は、「別紙様式２」又はこれに準じた様式とする。

(14)　歯科疾患管理料を算定する保険医療機関は、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。

(15)　「注 10」の総合医療管理加算は、糖尿病の患者、骨吸収抑制薬投与中の患者、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチの患者、血液凝固阻止剤若しくは抗血小板剤投与中の患者、認知症の患者、神経難病の患者、ＨＩＶ感染症の患者又はＡ０００に掲げる初診料の（16）のト若しくは（19）に規定する感染症の患者若しくは当該感染症を疑う患者であって、別の医科の保険医療機関の当該疾患の担当医から歯科治療を行うに当たり、診療情報提供料に定める様式に基づいた文書により患者の全身状態や服薬状況等についての必要な診療情報の提供を受け、適切な総合医療管理を実施した場合に算定する。なお、算定に当たっては当該疾患の担当医からの情報提供に関する内容及び担当医の保険医療機関名等について診療録に記載又は提供文書の写しを添付する。

(16)　「注 11」の長期管理加算は、歯科疾患の重症化予防に資する長期にわたる継続的な口腔管理等を評価したものである。当該加算を初めて算定する場合にあっては、当該患

者の治療経過及び口腔の状態を踏まえ、今後の口腔管理に当たって特に留意すべき事項を患者等に説明し、診療録には、説明した内容の要点を記載する。

(17) Ｎ００１－２に掲げる歯科矯正相談料を算定し、第 13 部歯科矯正に掲げる歯科矯正の適応と評価されない患者であって、咬合異常以外の歯科疾患について継続的管理が必要な患者については、歯科矯正相談料を算定した日に歯科疾患管理料を算定できる。

(18) 注 12 に規定する「特別な歯科医学的管理」とは、次に掲げる状態又はこれらに準ずる状態にある患者に対して、通常の歯科疾患管理に加えて行われる専門的な歯科医学管理を行った場合をいう。なお、当該加算を算定した日の患者の状態及び管理内容を診療録に記載する。

イ 脳性麻痺等で身体の不随意運動や緊張が強く体幹の安定が得られない状態

ロ 知的発達障害等により開口保持ができない状態又は治療の目的が理解できず治療に協力が得られない状態

ハ 重症の呼吸器疾患等で頻繁に治療の中断が必要な状態

ニ 人工呼吸器を使用している状態又は気管切開等を行っており歯科治療に際して管理が必要な状態

ホ 強度行動障害の状態であって、日常生活に支障を来すような症状・行動が頻繁に見られ、歯科治療に協力が得られない状態

(19) 有床義歯に係る口腔管理のみを行った場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその旨を記載する。

Ｂ０００－４－２ 小児口腔機能管理料

（１） 小児口腔機能管理料とは、18 歳未満の口腔機能発達不全症の患者に対して、正常な口腔機能の獲得を目的として行う医学管理を評価したものをいい、関係学会の診断基準により口腔機能発達不全症と診断されている患者に対して、管理計画に基づき継続的な管理を実施する場合に当該管理料を算定する。当該管理を行うに当たっては、関係学会より示されている「口腔機能発達不全症に関する基本的な考え方」（令和６年３月日本歯科医学会）を参考とすること。

（２） 当該管理料を算定するに当たっては、口腔機能の評価及び一連の口腔機能の管理計画を策定し、患者等に対して説明するとともに、当該管理計画に係る情報を文書により提供し、提供した文書の写しを診療録に添付する。また、当該管理を行った場合においては、口腔機能発達不全症に係る管理内容を診療録に記載し、又は管理に係る記録を文書により作成している場合においては、当該記録若しくはその写しを診療録に添付すること。

（３） 患者の成長発達に伴う口腔内等の状況変化の確認を目的として、患者の状態に応じて口腔外又は口腔内カラー写真撮影を行うこと。写真撮影は、当該管理料の初回算定日には必ず実施し、その後は少なくとも当該管理料を３回算定するに当たり１回以上行うものとし、診療録に添付又はデジタル撮影した画像を電子媒体に保存・管理する。

（４） 「注５」に規定する口腔管理体制強化加算の施設基準の届出を行っている保険医療機関において、医学管理を行った場合（情報通信機器を用いて行った場合を含む。）は、「注５」に規定する加算を算定する。

（５） 「注７」に規定する情報通信機器を用いた医学管理については、歯科オンライン指針

に沿って診療を行った場合に算定する。当該管理を行うに当たっては、関係学会より示されている「歯科におけるオンライン診療に関する基本的な考え方」（令和６年３月日本歯科医学会）を参考とすること。

Ｂ０００－４－３　口腔機能管理料

（１）　口腔機能管理料とは、50 歳以上の歯の喪失や加齢、これら以外の全身的な疾患等による口腔機能低下症の患者に対して、口腔機能の回復又は維持・向上を目的として行う医学管理を評価したものをいい、関係学会の診断基準により口腔機能低下症と診断されている患者に対して、管理計画に基づき継続的な管理を実施する場合に当該管理料を算定する。当該管理を行うに当たっては、関係学会より示されている「口腔機能低下症に関する基本的な考え方」（令和６年３月日本歯科医学会）を参考とすること。

（２）　当該管理料を算定するに当たっては、口腔機能の評価及び一連の口腔機能の管理計画を策定し、当該管理計画に係る情報を文書により提供し、提供した文書の写しを診療録に添付する。また、当該管理を行った場合においては、口腔機能低下症に係る管理内容を診療録に記載し、又は管理に係る記録を文書により作成している場合においては、当該記録若しくはその写しを診療録に添付すること。

（３）　Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料の注５に規定する口腔管理体制強化加算の施設基準の届出を行っている保険医療機関において、医学管理を行った場合（情報通信機器を用いて行った場合を含む。）は、「注５」に規定する加算を算定する。

（４）　「注７」に規定する情報通信機器を用いた医学管理については、歯科オンライン指針に沿って診療を行った場合に算定する。当該管理を行うに当たっては、関係学会より示されている「歯科におけるオンライン診療に関する基本的な考え方」（令和６年３月日本歯科医学会）を参考とすること。

Ｂ０００－５　周術期等口腔機能管理計画策定料

（１）　周術期等口腔機能管理計画策定料１は、がん等に係る手術（歯科疾患に係る手術については、入院期間が２日を超えるものに限る。）、放射線治療、化学療法、集中治療室での治療若しくはその後の一連の治療又は緩和ケアにおける一連の治療（以下「周術期等」という。）において、患者の口腔機能を管理するため、歯科診療を実施している保険医療機関において、手術等を実施する保険医療機関からの文書（以下「依頼文書」という。）による依頼に基づき、患者の同意を得た上で、周術期等の口腔機能の評価及び一連の口腔機能の管理計画を策定し、当該管理計画に係る情報を文書（以下「管理計画書」という。）により提供するとともに、周術期等の口腔機能の管理を行う保険医療機関に当該患者に係る管理計画書を提供した場合に当該手術等に係る一連の治療を通じて１回に限り算定する。なお、当該管理計画書の内容又はその写しを診療録に記載又は添付する。

（２）　（１）の規定にかかわらず、歯科診療を実施している保険医療機関において手術等を実施する場合であって、当該同一の保険医療機関で管理計画書を策定する場合は、依頼文書は要しない。また、管理計画書を策定する保険医療機関と管理を行う保険医療機関が同一の場合は、当該保険医療機関内での管理計画書の提供は要しない。

（３）　「注１」に規定する管理計画書とは、①基礎疾患の状態・生活習慣、②主病の手術等の予定（又は実績）、③口腔内の状態等（現症及び手術等によって予測される（又は生

じた）変化等）、④周術期等の口腔機能の管理において実施する内容、⑤主病の手術等に係る患者の日常的なセルフケアに関する指導方針、⑥その他必要な内容、⑦保険医療機関名及び当該管理を行う歯科医師の氏名等の情報を記載したものをいう。

（４）　周術期等口腔機能管理計画策定料２は、注１に規定する管理計画を策定した患者の状態の変化等により、当該患者の治療計画を変更し、患者又は家族等に説明するとともに、文書にて提供した場合に、患者１人につき１回に限り算定する。この場合においては、当該計画を変更した理由を診療録に記載すること。なお、他の保険医療機関で策定した管理計画を修正した場合は、診療録及び診療報酬明細書に変更前の管理計画書を策定した保険医療機関名を記載すること。

（５）　「注３」について、全身麻酔による手術を行うにあたって、顎離断等の手術の外科的侵襲、薬剤投与等による免疫力低下により生じる病巣感染や術後合併症等のリスクが高いと考えられる全身的な疾患を有する患者については、所定点数により算定する。なお、算定に当たっては、患者の全身的な疾患及び当該疾患に係る術中や術後の管理上の留意点等について、（１）に規定する管理計画書に記載する。

（６）　周術期等の口腔機能の管理計画の策定を適切に行うため、定期的に周術期等の口腔機能の管理等に関する講習会や研修会等に参加し、必要な知識の習得に努める。

Ｂ０００－６　周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)、Ｂ０００－７　周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)

（１）　周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)及び周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)における口腔機能管理は、患者の口腔衛生状態や口腔内の状態等の把握、手術（歯科疾患に係る手術については、入院期間が２日を超えるものに限る。）に係る主病及びその治療に関連する口腔機能の変化に伴う日常的な指導等を評価し、歯科疾患を有する患者や口腔衛生状態不良の患者における口腔内細菌による合併症（手術部位感染や病巣感染）、手術の外科的侵襲や薬剤投与等による免疫力低下により生じる病巣感染、人工呼吸管理時の気管内挿管による誤嚥性肺炎等の術後合併症や脳卒中により生じた摂食機能障害による誤嚥性肺炎や術後の栄養障害の予防等を目的に、例えば次に掲げるような手術において実施する。

イ　頭頸部領域、呼吸器領域、消化器領域等の悪性腫瘍の手術

ロ　心臓血管外科手術

ハ　人工股関節置換術等の整形外科手術

ニ　臓器移植手術

ホ　造血幹細胞移植

ヘ　脳卒中に対する手術

（２）　緊急手術において、手術後早期に口腔機能管理の依頼を受けた場合においても周術期等口腔機能管理計画策定料及び周術期等口腔機能管理料を算定できる。この場合においては、周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)又は周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)の「１　手術前」は算定できない。

（３）　周術期等の口腔機能の管理を実施した場合は、①口腔内の状態の評価、②具体的な実施内容や指導内容、③その他必要な内容を記載した管理報告書を作成し、患者に提供する。ただし、次の場合は、それぞれの管理内容がまとめて記載された管理報告書（追記する形式等をいう。）により作成しても差し支えない。

イ　同月に同一の保険医療機関において、手術前に周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)、周術期

等口腔機能管理料(Ⅲ)又は周術期等口腔機能管理料(Ⅳ)を算定した患者に対して、手術前の周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)を算定する場合。この場合において、周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)に係る管理を実施した際に管理報告書を提供する。

ロ　同月に同一の保険医療機関において、手術後に周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)又は周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)を合計して３回以上算定する場合。この場合において、手術後の１回目の周術期等口腔機能管理料に係る管理を実施した際及び当該月に予定する最後の周術期等口腔機能管理料に係る管理を実施した際に管理報告書を提供する。

（４）　患者の状態等に変化が生じた場合は、必要な管理計画の修正を行い、管理報告書にその内容を記載の上、患者に提供する。

（５）　周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)及び周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)は、Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料に規定する管理計画書に基づき、次の区分に応じて、歯科医師による周術期等における口腔機能の管理を行った場合に算定する。なお、当該管理報告書の内容又はその写しを診療録に記載又は添付する。

<table>
<tr><td colspan="2" rowspan="2"></td><td colspan="2">手術を行った（又は予定する）保険医療機関</td></tr>
<tr><td>同一の保険医療機関（病院）</td><td>他の保険医療機関（病院）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">患者の状況</td><td>入院外</td><td>周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)

※同一の医科歯科併設病院で外来又は在宅で治療中の患者
※同一の歯科病院で外来又は在宅で治療中の患者

（備考欄ロ）</td><td>周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)

※他の病院で外来又は在宅で治療中の患者

（備考欄イ）</td></tr>
<tr><td>入院中</td><td>周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)

※同一の医科歯科併設の病院に入院中の患者
※同一の歯科病院に入院中の患者

（備考欄ニ）</td><td>周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)

※他の医科病院に入院中の患者に対して、歯科訪問診療に併せて管理を行う場合

（備考欄ハ）</td></tr>
</table>

［備考］

イ　歯科病院（歯科診療のみの診療を行う病院をいう。以下同じ。）、医科歯科併設の病院（歯科診療科に限る。）又は歯科診療所に属する歯科医師が、他の保険医療機関（病院に限る。）において口腔機能管理を必要とする手術（以下この区分において

「管理を要する手術」という。）を行った（手術を予定する場合を含む。以下同じ。）入院中の患者以外の患者の口腔機能の管理を行う場合

ロ　歯科病院又は医科歯科併設の病院（歯科診療科に限る。）に属する歯科医師が、同一の保険医療機関において、管理を要する手術を行った入院中の患者以外の患者の口腔機能の管理を行う場合

ハ　歯科病院、医科歯科併設の病院（歯科診療科に限る。）又は歯科診療所に属する歯科医師が、他の医科病院（歯科診療を行う保険医療機関を除く。）において、管理を要する手術を行った入院中の患者の口腔機能の管理を行う場合

ニ　歯科病院又は医科歯科併設の病院（歯科診療科に限る。）に属する歯科医師が、同一の保険医療機関において、管理を要する手術を行った入院中の患者の口腔機能の管理を行う場合

（６）（５)の規定に関わらず、歯科診療所の歯科医師が医科歯科併設の病院に入院中の患者に対して、歯科訪問診療を行い当該管理を行う場合は、周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)により算定する。ただし、入院中の保険医療機関において周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)を算定する月は算定できない。

（７）管理計画書を策定した保険医療機関と周術期等に関する口腔機能管理を実施する保険医療機関が異なる場合は、周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)及び周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)を算定する際、管理計画書又はその写しを診療録に添付するとともに、当該管理計画書の内容以外に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。

（８）Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料、Ｂ０００－４－３に掲げる口腔機能管理料、Ｂ０００－１１に掲げる回復期等口腔機能管理料、Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料、Ｂ００４－６－２に掲げる歯科治療時医療管理料、Ｂ００６－３－２に掲げるがん治療連携指導料、Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、Ｃ００１－４－２に掲げる在宅患者歯科治療時医療管理料、Ｃ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、Ｃ００１－６に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料及びＮ００２に掲げる歯科矯正管理料を算定している同月において、周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)及び周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)は、別に算定できない。ただし、同月であっても、手術前に上記管理料を算定し、手術後において口腔機能管理を行う場合は、周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)及び周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)を算定できる。

（９）周術期等の口腔機能の管理を行うに当たっては、一連の管理中においては患者の主治の医師と連携し、また、入院中においては主治の医師や日常の療養上の世話を行う看護師等との間で実施内容や注意事項等の情報の共有に努める。

(10)　周術期等の口腔機能の管理を行うに当たっては、手術前後や放射線治療等の患者の口腔機能の管理を適切に行うため、定期的に周術期等の口腔機能の管理に関する講習会や研修会等に参加し、必要な知識の習得に努める。

Ｂ０００－８　周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)、Ｂ０００－９　周術期等口腔機能管理料(Ⅳ)

（１）周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)は、他の保険医療機関又は同一の保険医療機関に入院中の患者以外の患者であって、がん等に係る放射線治療若しくは化学療法を実施している患者（予定している患者を含む。）、集中治療室での治療後の一連の治療を実施し

ている患者又は緩和ケアの対象となる患者に対して、歯科医師による必要な口腔機能の管理を行った場合に算定する。

（２）　周術期等口腔機能管理料(Ⅳ)は、他の保険医療機関又は同一の保険医療機関に入院中の患者であって、がん等に係る放射線治療若しくは化学療法を実施している患者（予定している患者を含む。）、集中治療室での治療若しくはその後の一連の治療を実施している患者又は緩和ケアの対象となる患者に対して、歯科医師による必要な口腔機能の管理を行った場合に算定する。

（３）　周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)及び周術期等口腔機能管理料(Ⅳ)を算定する場合は、Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料に規定する管理計画に基づき、口腔機能の管理を行い、管理報告書（①口腔内の状態の評価、②具体的な実施内容や指導内容、③その他必要な内容を含むもの。）を作成し患者に提供する。ただし、患者の状態に大きな変化がない場合は、少なくとも前回の管理報告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。なお、管理報告書の内容又はその写しを診療録に記載又は添付する。

（４）　放射線治療等を実施する患者に対して、周術期等口腔機能管理料(Ⅳ)を算定する場合は、Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から起算して３月以内においては月２回に限り算定する。

（５）　がん等に係る手術を実施する患者について、一連の治療において手術の前後に放射線治療又は化学療法を実施する場合は、周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)又は周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)の「１　手術前」若しくは「２　手術後」と周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)又は周術期等口腔機能管理料(Ⅳ)を同一月に算定して差し支えない。

（６）　「注２」の長期管理加算は、長期にわたる継続的な周術期等における口腔管理等を評価したものである。当該加算を初めて算定する場合にあっては、当該患者の治療経過及び口腔の状態を踏まえ、今後の口腔管理に当たって特に注意すべき事項を患者等に説明し、診療録には、説明した内容の要点を記載する。

（７）　「注２」の長期管理加算を算定するにあたって、他の保険医療機関でＢ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料を算定している患者については、当該他の保険医療機関で周術期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から起算する。

（８）　一連の治療において、同一月に周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)及び周術期等口腔機能管理料(Ⅳ)を算定して差し支えない。

（９）　その他周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)及び周術期等口腔機能管理料(Ⅳ)に係る周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)及び周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)と共通の項目は、Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)及びＢ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)の例により算定する。

Ｂ０００－１０　回復期等口腔機能管理計画策定料

（１）　回復期等口腔機能管理計画策定料１は、医科点数表のＡ１０１に掲げる療養病棟、医科点数表のＡ３０８に掲げる回復期リハビリテーション病棟又は医科点数表のＡ３０８－３に掲げる地域包括ケア病棟に入院している患者に対して、ＡＤＬの向上等を目的として、リハビリテーションや栄養管理（以下、リハビリテーション等とする。）に係る医療関係職種等と連携し、患者の口腔機能を管理するため、歯科診療を実施している保

険医療機関において、リハビリテーション等を実施する保険医療機関からの文書（以下「依頼文書」という。）による依頼に基づき、患者の同意を得た上で、回復期等の口腔機能の評価及び一連の口腔機能の管理計画を策定し、当該管理計画に係る情報を文書（以下「管理計画書」という。）により提供するとともに、回復期等の口腔機能の管理を行う保険医療機関に当該患者に係る管理計画書を提供した場合に当該リハビリテーション等に係る一連の治療を通じて１回に限り算定する。なお、当該管理計画書の内容又はその写しを診療録に記載又は添付する。

（２）（１)の規定にかかわらず、歯科診療を実施している保険医療機関においてリハビリテーション等を実施する場合であって、当該同一の保険医療機関で管理計画書を策定する場合は、依頼文書は要しない。また、管理計画書を策定する保険医療機関と管理を行う保険医療機関が同一の場合は、当該保険医療機関内での管理計画書の提供は要しない。

（３）「注１」に規定する管理計画書とは、①基礎疾患の状態・生活習慣、②口腔内の状態及び口腔機能の状態等、③回復期等の口腔機能の管理において実施する内容、④リハビリテーション等に係る患者の日常的なセルフケアに関する指導方針、⑤その他必要な内容、⑥保険医療機関名及び当該管理を行う歯科医師の氏名等の情報を記載したものをいう。

（４）回復期等口腔機能管理計画策定料２は、注１に規定する管理計画を策定した患者の状態の変化等により、当該患者の治療計画を変更し、患者又は家族等に説明するとともに、文書にて提供した場合に、患者１人につき１回に限り算定する。なお、算定する場合は、その旨を診療録に記載すること。他の保険医療機関で策定した管理計画を修正した場合は、診療録及び診療報酬明細書に変更前の管理計画書を策定した保険医療機関名を記載すること。

（５）回復期等の口腔機能の管理計画の策定を適切に行うため、定期的に回復期等の多職種連携等に関する講習会や研修会等に参加し、必要な知識の習得に努める。

Ｂ０００－１１　回復期等口腔機能管理料

（１）回復期等口腔機能管理料は、療養病棟、回復期リハビリテーション病棟又は地域包括ケア病棟に入院している患者であって、Ｂ０００－１０に掲げる回復期等口腔機能管理計画策定料に規定する管理計画に基づき、歯科医師による必要な口腔機能の管理を行い、管理報告書を作成し患者に提供した場合に算定する。

（２）口腔機能の管理を実施した場合は、①口腔内の状態及び摂食・嚥下機能等の状態の評価、②具体的な実施内容や指導内容、③その他必要な内容を記載した管理報告書を作成し、患者に提供する。ただし、患者の状態に大きな変化がない場合は、少なくとも前回の管理報告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。なお、管理報告書の内容又はその写しを診療録に記載又は添付する。

（３）患者の状態等に変化が生じた場合は、必要な管理計画の修正を行い、管理報告書のその内容を記載の上、患者に提供する。

（４）回復期等の口腔機能の管理を行うに当たっては、一連の管理中においては患者の主治の医師や日常の療養上の世話を行う看護師等との間で実施内容や注意事項等の情報の共有に努める。

Ｂ０００－１２　根面う蝕管理料

（１）　注１に規定する初期の根面う蝕とは、露出した歯の根面に生じ、変色を認めるがう窩はない又はあってもごく小さい、表面が硬く、滑沢で光沢がある初期のう蝕をいう。

（２）　根面う蝕管理料は、Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料若しくはＢ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者（65 歳以上のものに限る。）又はＣ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者であって、初期の根面う蝕を有するものに対して、当該う蝕の進行抑制を目的として実施する管理等をいい、患者等の同意を得て管理等の内容について、説明を行った場合に算定する。なお、当該管理を行った場合は、患者等に対し、説明した内容の要点を診療録に記載する。当該管理を行うに当たっては、関係学会より示されている「初期根面う蝕の管理に関する基本的な考え方」（令和６年３月日本歯科医学会）を参考とすること。

（３）　根面う蝕管理料を算定した日に機械的歯面清掃処置又はフッ化物歯面塗布処置を行った場合は、それぞれＩ０３０に掲げる機械的歯面清掃処置又はＩ０３１に掲げるフッ化物歯面塗布処置を別に算定する。

（４）　Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料の注５に規定する口腔管理体制強化加算の施設基準の届出を行っている保険医療機関において、根面う蝕管理を行った場合は、「注２」に規定する加算を算定する。

Ｂ０００－１３　エナメル質初期う蝕管理料

（１）　注１に規定するエナメル質初期う蝕とは、エナメル質に限局した表面が粗造な白濁等の脱灰病変をいう。

（２）　エナメル質初期う蝕管理料は、Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料又はＢ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、エナメル質初期う蝕を有する患者に対して、当該病変の治癒又は重症化予防を目的として実施する管理等をいい、患者等の同意を得て管理等の内容について説明を行った場合に算定する。なお、当該管理を行った場合は、患者等に対し、説明した内容の要点を診療録に記載する。当該管理を行うに当たっては、関係学会より示されている「エナメル質初期う蝕に関する基本的な考え方」（平成 28 年３月日本歯科医学会）を参考とすること。

（３）　エナメル質初期う蝕管理料を算定した日に機械的歯面清掃処置又はフッ化物歯面塗布処置を行った場合は、それぞれＩ０３０に掲げる機械的歯面清掃処置又はＩ０３１に掲げるフッ化物歯面塗布処置を別に算定する。

（４）　Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料の注５に規定する口腔管理体制強化加算の施設基準の届出を行っている保険医療機関において、エナメル質初期う蝕管理を行った場合は、「注２」に規定する加算を算定する。

Ｂ００１－２　歯科衛生実地指導料

（１）　「１　歯科衛生実地指導料１」は、歯科疾患に罹患している患者であって、歯科衛生士による実地指導が必要なものに対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、歯及び歯肉等口腔状況の説明及び次のイ又はロの必要な事項について 15 分以上実施した場合に算定する。なお、う蝕又は歯周病に罹患している患者については必ずイを実施するものであること。

イ　プラークチャート等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

ロ　その他、患者の状態に応じて必要な事項

（２）　「２　歯科衛生実地指導料２」は、歯科疾患に罹患している患者のうち、Ａ０００に掲げる初診料の「注６」又はＡ００２に掲げる再診料の注４に規定する歯科診療特別対応加算１、歯科診療特別対応加算２又は歯科診療特別対応加算３を算定している患者であって、歯科衛生士による実地指導が必要なものに対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、歯及び歯肉等口腔状況の説明及び次のイ又はロの必要な事項について 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。なお、う蝕又は歯周病に罹患している患者については必ずイを実施するものであること。

イ　プラークチャート等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

ロ　その他、患者の状態に応じて必要な事項

（３）　「注１」及び「注２」に規定する文書とは、（１）及び（２）に掲げる指導等の内容、口腔衛生状態（う蝕又は歯周病に罹患している患者はプラークの付着状況を含む。）、指導の実施時刻（開始時刻及び終了時刻）、保険医療機関名並びに主治の歯科医師の氏名及び当該指導を行った歯科衛生士の氏名が記載されたものをいう。

（４）　患者に対する当該指導の内容の情報提供は、「１　歯科衛生実地指導料１」を算定する場合は当該指導の初回時に行い、「２　歯科衛生実地指導料２」を算定する場合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回の場合に限る。）に行う。このほか、患者自身によるプラークコントロールの状況や指導の内容に変化があったとき又は指導による改善が認められないとき等に必要に応じて行うこととするが、この場合においても６月に１回以上は当該指導の内容を文書により提供する。

（５）　主治の歯科医師は、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。

（６）　当該指導を行った歯科衛生士は、主治の歯科医師に報告するとともに患者に提供した文書の写しを提出し、業務に関する記録を作成する。

（７）　主治の歯科医師は、歯科衛生士から提出を受けた患者に提供した文書の写しを診療録に添付する。

Ｂ００１－２―２　口腔機能実地指導料

（１）　口腔機能実地指導料は、口腔機能発達不全症及び口腔機能低下症の実地指導に係る研修を受講した歯科衛生士が主治の歯科医師の指示を受け、以下のいずれかに該当する指導を行った場合に算定する。

ア　口腔機能の発達不全を有する患者に対して行う正常な口腔機能の獲得を目的とした実地指導

イ　口腔機能の低下を有する患者に対して行う口腔機能の回復又は維持・向上を目的とした実地指導

（２）　「注」に規定する文書とは、（１）に掲げる指導等の内容、保険医療機関名並びに主治の歯科医師の氏名及び当該指導を行った歯科衛生士の氏名が記載されたものをいう。なお、Ｂ００１－２に掲げる歯科衛生実地指導料に規定する説明及び指導と併せて行った場合は、歯科衛生実地指導料の「注１」及び「注２」に規定する文書に併せて記載して

も差し支えない。

（３）　患者に対する当該指導の内容の情報提供は、当該指導の初回時に行う。このほか、指導の内容に変化があったとき又は指導による改善が認められないとき等に必要に応じて行うこととするが、この場合においても６月に１回以上は当該指導の内容を文書により提供する。

（４）　主治の歯科医師は、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。

（５）　当該指導を行った歯科衛生士は、主治の歯科医師に報告するとともに患者に提供した文書の写しを提出し、業務に関する記録を作成する。主治の歯科医師は、歯科衛生士から提出を受けた患者に提供した文書の写しを診療録に添付する。

（６）　Ｈ００１―４に掲げる歯科口腔リハビリテーション料３を算定した日において、口腔機能に係る指導を実施する場合であって、その指導内容が歯科口腔リハビリテーション料３で行う指導・訓練の内容と重複する場合は、算定できない。

（７）　入院中の患者に対して当該指導を行った場合は、算定しても差し支えない。

Ｂ００１－３　歯周病患者画像活用指導料

（１）　Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)、Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)、Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)、Ｂ０００－９に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅳ)、Ｂ０００－１１に掲げる回復期等口腔機能管理料、Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料、Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、Ｃ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又はＣ００１－６に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料のいずれかの管理料を算定した患者であって歯周病に罹患しているものに対し、プラークコントロールの動機付けを目的として、口腔内カラー写真又は位相差顕微鏡により描写された画像等を用いて療養上必要な指導及び説明を行った場合に算定する。

（２）　「１　口腔内画像」について、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。

（３）　「２　顕微鏡画像」について、顕微鏡画像の撮影に係る費用及び検査料は所定点数に含まれ、別に算定できない。

（４）　「１　口腔内画像」について、撮影した口腔内カラー写真は、診療録に添付又はデジタル撮影した画像を電子媒体に保存して管理し、「２　顕微鏡画像」については、顕微鏡画像等に描出された細菌の活動状況を踏まえた指導内容を診療録に記載する。

Ｂ００２　歯科特定疾患療養管理料

（１）　歯科特定疾患療養管理料は、別に厚生労働大臣が定め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った場合に月２回に限り算定する。なお、当該管理を行った場合は、症状及び管理内容の要点を診療録に記載する。

（２）　別に厚生労働大臣が定め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（放射線治療又は化学療法を原因とするものに限る。）、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。）、骨吸収抑制薬関連顎骨壊死（骨露出を伴うものに限る。）又は放射線性顎骨壊死若しくは三叉神経ニューロパチー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（単独又は複合的に発症している症例を含む。以下この表において同じ。）をいう。

ロ　舌痛症とは、ハンター舌炎、メラー舌炎、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、口腔のダリェー病、口腔のベーチェット病、口腔の結核、口腔の後天性免疫不全症候群、口腔の扁平苔癬又は口腔の白板症をいう。

ニ　口腔乾燥症（放射線治療又は化学療法を原因とするものに限る。）とは、口腔領域以外の悪性腫瘍等の治療のため行われた放射線治療又は化学療法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、医科保険医療機関又は医科歯科併設の医療機関の担当科の医師からの診療情報提供（診療情報提供料の様式に準ずるもの）に基づき、口腔内装置治療を必要とするものをいう。

ヘ　骨吸収抑制薬関連顎骨壊死（骨露出を伴うものに限る。）又は放射線性顎骨壊死とはビスフォスホネート製剤若しくは抗ＲＡＮＫＬ抗体製剤等の骨吸収抑制薬の投与又はがん等に係る放射線治療を原因とする顎骨壊死をいう。

ト　三叉神経ニューロパチーとは、三叉神経に何らかの原因で機能障害が生じる神経症状（三叉神経痛を含む。）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。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は再度算定する。

また、共同療養指導計画加算を算定した場合は、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に記載する。

（４）　「注５」の「特に情報通信機器を用いた歯科診療を行うことが必要と認められるもの」とは、（２）のロ及びトに規定する患者のことをいう。

（５）　「注５」に規定する情報通信機器を用いた医学管理については、歯科オンライン指針に沿って診療を行った場合に算定する。当該管理を行うに当たっては、関係学会より示されている「歯科におけるオンライン診療に関する基本的な考え方」（令和６年３月日本歯科医学会）を参考とすること。

（６）　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する。

（７）　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は算定できない。

（８）　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特定疾患をいい、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は算定できない。

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

(10)　（２）のニに規定する患者に口腔粘膜湿潤度検査を行った場合は、Ｄ０１１－５に掲げる口腔粘膜湿潤度検査を別に算定して差し支えない。

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す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又は添付する。

（４）　「注４」に規定する加算は、入院中の患者であって、バンコマイシンを数日間以上投与しているものに対して、バンコマイシン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、初回月加算（バンコマイシンを投与した場合）として「注４」に規定する加算を算定し、「注５」に規定する加算は別に算定できない。

（５）　「注５」に規定する初回月加算とは、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算定できるものであり、薬剤を変更した場合は算定できない。

（６）　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。

Ｂ００４　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Ｂ００１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Ｄ００９に掲げる腫瘍マーカーの例により算定する。

Ｂ００４－１－２　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（World Guidelines for pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents 2018）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、当該指導は、当該薬剤の効果及び副作用に関する説明、疼痛時に追加する臨時の薬剤の使用方法に関する説明を含める。

（２） がん性疼痛緩和指導管理料は、緩和ケアの経験を有する歯科医師（緩和ケアに係る研修を受けた者に限る。）が当該指導管理を行った場合に算定する。

（３） 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。

（４） 「注２」に規定する難治性がん性疼痛緩和指導管理加算は、がん疼痛の症状緩和を目的とした放射線治療及び神経ブロック等の療法について、患者又はその家族等が十分に理解し、納得した上で治療方針を選択できるように文書を用いて説明を行った場合に、患者１人につき１回に限り算定する。

（５） 「注２」に規定する難治性がん性疼痛緩和指導管理加算を算定する場合は、説明内容の要点を診療録に記載する。

Ｂ００４－１－３　がん患者指導管理料

医科点数表のＢ００１の 23 に掲げるがん患者指導管理料の例により算定するとともに、当該区分中「医師」又は「医科点数表」とあるのはそれぞれ「歯科医師」又は「歯科点数表」に読み替えて適用する。

Ｂ００４－１－４　入院栄養食事指導料

（１） 入院栄養食事指導料は、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定める特別食が必要と認めた者又は次のいずれかに該当する者に対し、歯科医師と医師との連携により、管理栄養士が初回にあっては概ね 30 分以上、２回目にあっては概ね 20 分以上、療養のため必要な栄養の指導を行った場合に入院中２回に限り算定する。ただし、１週間に１回に限り算定する。

イ　がん患者

ロ　摂食機能又は嚥下機能が低下した患者

ハ　低栄養状態にある患者

（２） 入院栄養食事指導料１は、当該保険医療機関の管理栄養士が当該保険医療機関の歯科医師と医師との連携により、指導を行った場合に算定する。

また、入院栄養食事指導料２は、有床診療所において、当該診療所以外（公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は他の保険医療機関に限る。）の管理栄養士が当該診療所の歯科医師と医師との連携により、対面による指導を行った場合に算定する。

（３） 摂食機能又は嚥下機能が低下した患者とは、歯科医師及び連携した医師が、硬さ、付着性、凝集性などに配慮した嚥下調整食（日本摂食嚥下リハビリテーション学会の分類に基づく。）に相当する食事を要すると判断した患者をいう。

（４） 低栄養状態にある患者とは、次のいずれかを満たす患者をいう。

イ　GLIM 基準による栄養評価を行い、低栄養と判定された患者

ロ　歯科医師及び連携した医師が栄養管理により低栄養状態の改善を要すると判断した患者

（５） 歯科医師は、診療録に連携した医師の氏名及び連携内容の要点を記載する。また、管

理栄養士は、患者ごとに栄養指導記録を作成するとともに、当該栄養指導記録に指導を行った献立又は食事計画の例についての総カロリー、栄養素別の計算及び指導内容の要点を記載する。

（６） その他入院栄養食事指導料の医科と共通の項目は、医科点数表のＢ００１の 10 に掲げる入院栄養食事指導料の例により算定する。

Ｂ００４－１－５　外来緩和ケア管理料

医科点数表のＢ００１の 24 に掲げる外来緩和ケア管理料の例により算定する。

Ｂ００４－１－６　外来リハビリテーション診療料

医科点数表のＢ００１－２－７に掲げる外来リハビリテーション診療料の例により算定する。

Ｂ００４－１－７　外来放射線照射診療料

医科点数表のＢ００１－２－８に掲げる外来放射線照射診療料の例により算定する。

Ｂ００４－１－８　外来腫瘍化学療法診療料

医科点数表のＢ００１－２－12 に掲げる外来腫瘍化学療法診療料の例により算定するとともに、当該区分中「医師」とあるのは「歯科医師」に読み替えて適用する。なお、管理栄養士と連携を図る場合は、歯科医師と医師との連携により行う。

Ｂ００４－１－９　遺伝性疾患療養指導管理料

医科点数表のＢ００１－１１に掲げる遺伝性疾患療養指導管理料の例により算定するとともに、当該区分中「医師」とあるのは「歯科医師」に読み替えて適用する。

Ｂ００４－２　手術前医学管理料

医科点数表のＢ００１－４に掲げる手術前医学管理料の例により算定する。

Ｂ００４－３　手術後医学管理料

医科点数表のＢ００１－５に掲げる手術後医学管理料の例により算定する。

Ｂ００４－６－２　歯科治療時医療管理料

（１） 歯科治療時医療管理料は、高血圧性疾患、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管障害、喘息、慢性気管支炎、糖尿病、甲状腺機能低下症、甲状腺機能亢進症、副腎皮質機能不全、てんかん、慢性腎臓病（腎代替療法を行う患者に限る。）の患者、人工呼吸器を装着している患者、在宅酸素療法を行っている患者又はＡ０００に掲げる初診料の（16）のト若しくは（19）に規定する感染症の患者に対して、歯科治療時における患者の全身状態の変化等を把握するため、患者の血圧、脈拍、経皮的動脈血酸素飽和度を経時的に監視し、必要な医療管理を行った場合に算定する。

（２） 歯科治療時医療管理料を算定する保険医療機関は、全身状態の把握、管理等に必要な機器、機材等が整備されていること。

（３） 管理内容及び患者の全身状態の要点を診療録に記載する。

Ｂ００４－９　介護支援等連携指導料

（１） 介護支援等連携指導料とは、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又は障害福祉サービス、地域相談支援若しくは障害児通所支援（以下この区分において「介護等サービス」という。）を導入することが適当であると考えられ、また、本人も導入を望んでいる患者が、退院後により適切な介護等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所等の介護支援専門員（ケアマネジャー）又は指定特定相談支援事業

所若しくは指定障害児相談支援事業所（以下この区分において「指定特定相談支援事業所等」という。）の相談支援専門員と連携し退院後のケアプラン又はサービス等利用計画若しくは障害児支援利用計画（以下この区分において「ケアプラン等」という。）の作成につなげることを評価するものである。

（２） 介護支援等連携指導料１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等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若しくは相談支援専門員又は退院後のケアプラン等の作成を行うため患者が選択した居宅介護支援事業所、介護予防支援事業所、介護保険施設等の介護支援専門員若しくは指定特定相談支援事業所等の相談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等サービスや、当該地域において提供可能な介護等サービス等の情報を提供した場合に入院中２回に限り算定する。

（３） 介護支援等連携指導料２は、入退院支援加算１の届出を行っている病棟に入院中の患者に対して、患者の同意を得て、平時から以下のアの体制を確保した上で、イ及びウに掲げる連携体制を構築している介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して、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等サービスや、当該地域において提供可能な介護等サービス等に関する説明及び指導を行った場合に、当該入院中２回に限り算定できる。

ア 当該保険医療機関の入退院支援及び地域連携業務を担う部門において、退院後に介護保険の給付が行われる患者の取扱いに係る以下の（ア）及び（イ）が含まれる規程を作成し、院内に周知すること。

（ア） 入院前に当該患者を担当する介護支援専門員等が決まっている場合は、原則として患者の入院日から７日以内に当該介護支援専門員等へ、入院の事実その他必要な情報を情報提供すること。また、患者の退院が見込まれる７日前までに、当該介護支援専門員等に連絡し、退院後のケアプランの作成に必要な情報提供等を行うこと。

（イ） 要介護及び要支援状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請である場合は、入院中に担当の介護支援専門員等を決めることができるよう、患者・家族等に居宅介護支援事業所や地域包括支援センターに相談するよう促すとともに、担当の介護支援専門員等が決まり次第、連絡をとり、必要な情報提供を行うこと。

イ 当該保険医療機関の入退院支援及び地域連携業務を担う部門の担当者が、地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議又は病院若しくは介護保険施設等で実施される多職種連携に係る会議に出席し、医療関係職種及び介護関係職種等の連絡先や担当者をあらかじめ共有し、平時から連携体制を構築している。

ウ 医療法（昭和 23 年法律第 205 号）第 30 条の 18 の４第２項のロに規定する、病状が急変した場合その他入院が必要な場合に入院させるため、又は病院若しくは診療所を退院する者が引き続き療養を必要とする場合に当該者を他の病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院若しくは居宅等における療養生活に円滑に移行させるために必要な支援を、都道府県や市町村等が策定する規定に基づき、入退院支援及

び地域連携業務を担う部門の担当者と介護支援専門員等とが事前に取り決めを行うことが望ましい。

（４） ここでいう介護保険施設等とは、介護保険の給付が行われる保健医療サービス又は福祉サービスを提供する施設であって、次の施設をいうものとする。

イ 介護老人福祉施設（介護保険法第８条第 22 項に規定する地域密着型介護老人福祉施設及び同条第 27 項に規定する介護老人福祉施設のことをいう。）

ロ 介護保険法第８条第 28 項に規定する介護老人保健施設

ハ 介護保険法第８条第 29 項に規定する介護医療院

ニ 特定施設（介護保険法第８条第 11 項に規定する特定施設、同条第 21 項に規定する地域密着型特定施設及び同法第８条の２第９項に規定する介護予防特定施設入居者生活介護を提供する施設のことをいい、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成 11 年厚生省令第 37 号)第 192 条の２に規定する外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護を受けている患者が入居する施設を含む。）

ホ 認知症対応型グループホーム（介護保険法第８条第 20 項に規定する認知症対応型共同生活介護及び同法第８条の２第 15 項に規定する介護予防認知症対応型共同生活介護を提供する施設のことをいう。）

ヘ 小規模多機能居宅介護事業所（介護保険法第８条第 19 項に規定する小規模多機能型居宅介護及び同法第８条の２第 14 項に規定する介護予防小規模多機能型居宅介護を提供する施設のことをいう。）

ト 複合型サービス事業所（介護保険法第８条第 23 項に規定する複合型サービスを提供する施設のことをいう。）

（５） 初回の指導とは、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等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をいい、２回目の指導とは、実際の退院を前に、最終的なケアプラン等作成のための指導を行う等の指導を想定したものをいう。

（６） 介護支援等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、要点を診療録等に記載する。

（７） 介護支援等連携指導料を算定するに当たり共同指導を行う介護支援専門員又は相談支援専門員は、介護等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は、当該保険医療機関に併設する居宅介護事業所等の介護支援専門員又は指定特定相談支援事業者等の相談支援専門員であっても介護支援等連携指導料の算定を妨げるものではない。

（８） 同日にＢ０１５に掲げる退院時共同指導料２の「注３」に規定する加算を算定すべき介護支援専門員又は相談支援専門員を含めた共同指導を行った場合は、介護支援等連携指導料あるいは退院時共同指導料２の「注３」に規定する加算の両方を算定することはできない。

（９） 同一入院期間中に、介護支援等連携指導料１と介護支援等連携指導料２の両方を算定することはできない。

(10) 当該共同指導は、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。この場

合において、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末において共同指導を実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。

Ｂ００５　開放型病院共同指導料(Ⅰ)

医科点数表のＢ００２に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅰ)の例により算定する。

Ｂ００６　開放型病院共同指導料(Ⅱ)

医科点数表のＢ００３に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)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

医科点数表のＢ００５－６に掲げるがん治療連携計画策定料及び医科点数表のＢ００５－６－２に掲げるがん治療連携指導料の例により算定する。

Ｂ００６－３－３　がん治療連携管理料

医科点数表のＢ００５－６－３に掲げるがん治療連携管理料の例により算定する。

Ｂ００６－３－４　療養・就労両立支援指導料

医科点数表のＢ００１－９に掲げる療養・就労両立支援指導料の例により算定する。

Ｂ００６－３－５　こころの連携指導料(Ⅰ)

医科点数表のＢ００５－12に掲げるこころの連携指導料(Ⅰ)の例により算定する。

Ｂ００６－４　歯科遠隔連携診療料

（１）　対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、専門的な歯科診療を必要とする、口腔領域の悪性新生物の術後の患者、難治性の口腔軟組織の疾患、薬剤関連顎骨壊死の経過観察中等の患者又は顎変形症に伴う顎離断等の術後の患者に対して、症状の確認等を行うことを目的として、患者の同意を得て、当該患者の疾患等に関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の歯科医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、ビデオ通話が可能な情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の歯科医師と連携して診療を行った場合に、３月に１回に限り算定する。

（２）　歯科遠隔連携診療料の算定に当たっては、患者に対面診療を行っている保険医療機関の歯科医師が、他の保険医療機関の歯科医師に診療情報の提供を行い、当該歯科医師と連携して診療を行うことについて、あらかじめ患者に説明し同意を得る。

（３）　他の保険医療機関の歯科医師と連携して診療を行った際には、患者に対面診療を行っている保険医療機関の歯科医師は、当該診療の内容、診療を行った日、診療時間等の要点を診療録に記載する。

（４）　連携して診療を行う他の保険医療機関の歯科医師は、歯科オンライン指針に沿って診療を行う。また、当該他の保険医療機関内において診療を行う。

（５）　当該連携診療を行うに当たって、当該保険医療機関の歯科医師及び連携して診療を行う他の保険医療機関の歯科医師は、関係学会より示されている「歯科遠隔連携診療に関する基本的な考え方」（令和８年３月日本歯科医学会）を参考とすること。

（６）　事前の診療情報提供については、Ｂ００９に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）は別に算定できない。

（７）　当該診療報酬の請求については、対面による診療を行っている保険医療機関が行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

Ｂ００７　退院前訪問指導料

医科点数表のＢ００７に掲げる退院前訪問指導料の例により算定する。

Ｂ００８　薬剤管理指導料

医科点数表のＢ００８に掲げる薬剤管理指導料の例により算定する。

Ｂ００８－２　薬剤総合評価調整管理料

医科点数表のＢ００８－２に掲げる薬剤総合評価調整管理料の例により算定する。

Ｂ００９　診療情報提供料(Ⅰ)

医科点数表のＢ００９に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)の例により算定するとともに、当該区分中「別紙様式 12 から別紙様式 12 の４まで」とあるのは「別紙様式 12 から別紙様式 12 の３まで及び歯科点数表別紙様式３の２」に読み替えて適用する。なお、(16)、(19)及び(20)は以下に読み替えて適用する。

(16)　「注９」に掲げる「保育所」又は「学校」に対する診療情報提供においては、小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者又は障害児である患者について、患者の状態に合わせた配慮が必要であって、当該患者が通園又は通学する学校等の学校歯科医等に対して、当該学校等において当該患者（18 歳に達する日以後最初の３月 31 日以前の患者をいう）が生活するに当たり必要な診療情報を提供した場合に算定する。

(19)　「注９」に掲げる「学校歯科医等」とは、当該学校等の学校歯科医、嘱託歯科医又は当該学校等が口腔管理について助言や指導を得るために委嘱する歯科医師をいう。

(20)　「注９」については、当該保険医療機関の主治医と学校歯科医等が同一の場合は算定できない。

Ｂ００９－２　電子的診療情報評価料

医科点数表のＢ００９－２に掲げる電子的診療情報評価料の例により算定する。

Ｂ０１０　診療情報提供料(Ⅱ)

医科点数表のＢ０１０に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)の例により算定する。

Ｂ０１１　診療情報等連携共有料

（１）　診療情報等連携共有料は、医科の保険医療機関又は保険薬局と歯科の保険医療機関の間で診療情報や服用薬の情報等を共有することにより、質の高い診療が効率的に行われることを評価するものである。

（２）　「１　診療情報等連携共有料１」は、慢性疾患を有する患者又は歯科診療を行う上で特に全身的な管理の必要性を認め検査結果、診療情報又は服用薬の情報等（以下この区分において「診療情報等」という。）を確認する必要がある患者において、当該患者の同意を得て、別の保険医療機関又は保険薬局に当該患者の診療情報等の提供を文書等（電話、ファクシミリ又は電子メール等によるものを含む。）により求めた場合に算定する。

（３）　「１　診療情報等連携共有料１」において、当該別の保険医療機関又は保険薬局に対して、文書で診療情報等を求めるに当たっては、次の事項を記載した文書を患者又は当該別の保険医療機関若しくは保険薬局に交付する。また、交付した文書の写しを診療録に添付すること。

イ　患者の氏名、生年月日、連絡先

ロ　診療情報等の提供依頼目的（必要に応じて、傷病名、治療方針等を記載するこ

と。）

ハ　診療情報等の提供を求める保険医療機関名

ニ　診療情報等の提供を求める内容（検査結果、投薬内容等）

ホ　診療情報等の提供を依頼する保険医療機関名又は保険薬局名及び担当医名又は薬剤師名

なお、文書以外の手段で診療情報等を求めるに当たっては、交付した文書の写しを診療録に添付することに代えて、求めた内容を診療録に記載する。

（４）「１　診療情報等連携共有料１」は、保険医療機関又は保険薬局ごとに患者１人につき、診療情報等の提供を求めた日の属する月から起算して３月に１回に限り算定する。

（５）「２　診療情報等連携共有料２」は、別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）からの求めに応じ、患者の同意を得て、当該患者に関する治療状況、治療計画及び投薬内容等の診療情報を提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに３月に１回限り算定する。

（６）「２　診療情報等連携共有料２」において、診療情報を提供するに当たっては、次の事項を記載した文書を作成し、患者又は提供する保険医療機関に交付する。また、交付した文書の写しを診療録に添付すること。

イ　患者の氏名、生年月日、連絡先

ロ　診療情報の提供先保険医療機関名

ハ　提供する診療情報の内容（治療状況、治療計画、投薬内容等）

ニ　診療情報を提供する保険医療機関名及び担当歯科医師名

（７）診療情報等連携共有料を算定するに当たっては、保険医療機関又は保険薬局と連携を図り、必要に応じて問い合わせに対応できる体制（窓口の設置など）を確保していること。

（８）Ｂ００９に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)により紹介した月から起算して３月以内に、同一の保険医療機関に対して当該患者の診療情報等の提供を求めた場合及び診療情報を提供した場合において、診療情報等連携共有料は別に算定できない。

Ｂ０１１－２　連携強化診療情報提供料

医科点数表のＢ０１１に掲げる連携強化診療情報提供料の例により算定する。

Ｂ０１１－３　薬剤情報提供料

医科点数表のＢ０１１－３に掲げる薬剤情報提供料の例により算定する。

Ｂ０１１－４　退院時薬剤情報管理指導料

医科点数表のＢ０１４に掲げる退院時薬剤情報管理指導料の例により算定する。

Ｂ０１１－５　がんゲノムプロファイリング評価提供料

医科点数表のＢ０１１－５に掲げるがんゲノムプロファイリング評価提供料の例により算定する。

Ｂ０１１－６　栄養情報連携料

（１）栄養情報連携料は、退院後の栄養食事指導に関する内容（「注１」の場合に限る。）及び入院中の栄養管理に関する情報について、医療機関間の有機的連携の強化及び保健又は福祉関係機関等への栄養情報提供等の連携機能の評価を目的として設定されたものであり、両者が患者の栄養に関する情報（必要栄養量、摂取栄養量、食事形態（嚥下食

コードを含む。）、禁止食品、栄養管理に係る経過等）を共有することにより、継続的な栄養管理の確保等を図るものである。

（２）　「注１」は、当該保険医療機関の歯科医師と医師の連携により、当該保険医療機関の管理栄養士が栄養指導に加え、当該指導内容及び入院中の栄養管理に関する情報を別紙様式 12 の５又はこれに準ずる様式を用いて患者に退院の見通しが立った際に説明するとともに、これを他の保険医療機関、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律第 34 条第１項に規定する指定障害者支援施設等若しくは児童福祉法第 42 条第１号に規定する福祉型障害児入所施設（以下この区分において「保険医療機関等」という。）の医師又は管理栄養士に情報提供し、共有した場合に、入院中１回に限り算定する。

（３）　「注２」は、患者又はその家族等の同意を得た上で、当該保険医療機関の歯科医師と医師の連携により、当該保険医療機関の管理栄養士が入院中の栄養管理に関する情報を別紙様式 12 の５又はこれに準ずる様式を用いて、入院又は入所する先の他の保険医療機関等の管理栄養士に、対面又は電話、ビデオ通話が可能な情報通信機器等により説明の上、情報提供し、共有した場合に、入院中に１回に限り算定する。

（４）　当該情報を提供する保険医療機関と特別の関係にある機関に情報提供が行われた場合は、算定できない。

（５）　栄養情報提供に当たっては、別紙様式 12 の５又はこれに準ずる様式を交付するとともに交付した文書の写しを診療録等に添付する。なお、診療情報を示す文書等が交付されている場合にあっては、当該文書等と併せて他の保険医療機関等に情報提供することが望ましい。

Ｂ０１２　傷病手当金意見書交付料

医科点数表のＢ０１２に掲げる傷病手当金意見書交付料の例により算定する。

Ｂ０１３　新製有床義歯管理料

（１）　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、患者に対して、新製した有床義歯の着脱や保管の方法等の取扱いについて必要な説明を行い、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した場合に算定する。この場合において、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、診療録にその要点を記載する。

（２）　「注１」に規定する文書とは、欠損の状態、説明内容等の要点、保険医療機関名及び担当歯科医師の氏名を記載したものをいう。

（３）　有床義歯の新製が予定されている月に旧義歯の修理を行った場合は、新製した有床義歯の装着時に新製有床義歯管理料を算定し、Ｍ０２９に掲げる有床義歯修理は別に算定する。

（４）　有床義歯を新製した月と同月に、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は、Ｍ０２９に掲げる有床義歯修理又はＭ０３０に掲げる有床義歯内面適合法（有床義歯床裏装）は別に算定する。

（５）　別の保険医療機関で製作した有床義歯の管理は、装着する日の属する月であってもＨ００１－２に掲げる歯科口腔リハビリテーション料１の「１　有床義歯の場合」により算定する。

（６）　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は算定できない。

（７）　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」（令和８年３月日本歯科医学会）を参考とする。

（８）　Ｍ０２５に掲げる口蓋補綴、顎補綴により算定した、口蓋補綴装置、顎補綴装置、発音補助装置、発音補整装置、ホッツ床（哺乳床）又はオクルーザルランプを付与した口腔内装置を装着し、新製した有床義歯の着脱や保管の方法等の取扱いについて必要な説明を行い、患者に対して当該装置の管理に係る情報を文書により提供した場合は、「２　総義歯の場合」を算定する。

（９）　Ｍ０１８に掲げる有床義歯の注に規定する有床義歯補強加算を算定した義歯について、本区分を算定する場合は、製作過程若しくは製作後の補強部位のカラー写真を用いて、補強の必要性や補強部位の取扱等について、患者に効果的に情報提供を行うとともに、撮影したカラー写真は診療録に添付すること。なお、デジタル撮影した場合においては、当該画像を電子媒体に保存して管理しても差し支えない。

Ｂ０１３－３　広範囲顎骨支持型補綴物管理料

（１）　広範囲顎骨支持型補綴物管理料とは、当該補綴物の調整に係る管理を評価したものをいい、Ｍ０２５－２に掲げる広範囲顎骨支持型補綴に係る補綴物の装着を行った日の属する月の翌月以降月１回に限り算定する。

（２）　「１　広範囲顎骨支持型補綴物管理料１」は、以下の要件をいずれも満たす場合に算定する。

ア　当該補綴物に係る適合性等の確認を行うこと。

イ　広範囲顎骨支持型装置周囲の組織等の管理を行うこと。

（３）　「２　広範囲顎骨支持型補綴物管理料２」は、（２）のア又はイのいずれかを満たす場合に算定する。

（４）　広範囲顎骨支持型補綴物管理料を算定する場合は、当該補綴物に係る調整部位、広範囲顎骨支持型装置周囲組織等の状況、確認内容及び管理内容等を診療録に記載する。

（５）　継続的管理を必要とする歯科疾患を有する患者に対する口腔管理や病状が改善した歯科疾患等の再発防止及び重症化予防に係る費用は所定点数に含まれ、Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料は別に算定できない。

（６）　別の保険医療機関で装着された当該補綴物の調整を行った場合は、装着を実施した保険医療機関名及び装着時期について、患者からの情報等を踏まえ診療録に記載する。

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保険医療機関（以下この区分において「在宅療養担当医療機関」という。）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、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歯科医師若しくは医師又は保健師、助産師、看護師、准看護師（以下この区分において「看護師等」という。）、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士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回に限り、それぞれの保険医療機関において算定する。ただし、「特掲診療料の施設

基準等」別表第三の一の三に掲げる「退院時共同指導料１及び退院時共同指導料２を二回算定できる疾病等の患者」であって、当該入院中に２回算定する場合は、当該２回中１回はそれぞれの保険医療機関の歯科医師、医師、看護師又は准看護師が共同して指導すること。なお、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と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。また、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、要点を診療録等に記載し、又は患者若しく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。

（４）　退院時共同指導料１の「１」は、在宅療養支援歯科診療所１、在宅療養支援歯科診療所２又は在宅療養支援歯科病院の歯科医師が当該患者に対して、在宅療養担当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する。

（５）　退院時共同指導料１を算定した場合は、Ａ０００に掲げる初診料、Ａ００２に掲げる再診料及びＢ００５に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅰ)は別に算定できない。ただし、当該指導を行った日に歯科訪問診療を行った場合は、この限りでない。

（６）　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は、対象とはならない。ただし、退院時共同指導料２の「注４」は、本文の規定にかかわらず、退院後在宅で療養を行う患者に加え、退院後に介護老人保健施設、介護医療院、介護老人福祉施設（地域密着型介護老人福祉施設を含む。）、特定施設（地域密着型特定施設を含む。）又は障害者支援施設（生活介護を行う施設又は自立訓練（機能訓練）を行う施設に限る。）、福祉型障害児入所施設若しくは医療型障害児入所施設（以下この区分において「介護施設等」という。）に入所する患者も対象となる。なお、当該患者が当該保険医療機関に併設する介護施設等に入所する場合は算定することはできない。

（７）　退院時共同指導料１の「注２」に規定する加算は、当該患者が厚生労働大臣の定める特別な管理を必要とする者であった場合、１人の患者に対して入院中１回に限り算定する。ただし、厚生労働大臣が定める疾病等の患者は当該入院中２回に限り算定する。

（８）　退院時共同指導料２の「注１」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歯科医師又は看護師等、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と在宅療養担当医療機関の歯科医師又は医師若しくは当該歯科医師又は医師の指示を受けた看護師等、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士又は在宅療養担当医療機関の医師の指示を受けた訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士

若しくは言語聴覚士が共同して行った場合に算定する。なお、退院後に介護保険によるリハビリテーション（介護保険法第８条第５項に規定する訪問リハビリテーション、同法第８条第８項に規定する通所リハビリテーション、同法第８条の２第４項に規定する介護予防訪問リハビリテーション又は同法第８条の２第６項に規定する介護予防通所リハビリテーションをいう。）を利用予定の場合、在宅での療養上必要な説明及び指導について、当該患者が入院している医療機関の歯科医師等が、介護保険によるリハビリテーションを提供する事業所の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の参加を求めることが望ましい。

（９）　退院時共同指導料１の「注１」及び退院時共同指導料２の「注１」の共同指導は、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。

(10)　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歯科医師又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の医師、看護師等、歯科医師又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、介護支援専門員又は相談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。

(11)　(10)における共同指導は、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。

(12)　退院時共同指導料２の「注３」に規定する指導と同日に行う「注２」に規定する指導に係る費用及びＢ００４－９に掲げる介護支援等連携指導料は、「注３」に規定する加算に含まれ別に算定できない。

(13)　退院時共同指導料２の「注４」は、当該保険医療機関の退院基準、退院後に必要とされる診療に加えて退院後の在宅又は介護施設等での療養上必要な指導を行うために必要な看護及び栄養管理の状況等の情報を当該患者及び家族に医科点数表の別紙様式 50 を参考に文書により説明し、これを当該患者の退院後の治療等を担う他の保険医療機関のほか訪問看護ステーション、介護施設等と共有する。

(14)　（２）及び(11)において、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末において共同指導を実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。

(15)　退院時共同指導料２については、入院中の保険医療機関の薬剤師が指導等を行った場合は、同一日にＢ０１１－４に掲げる退院時薬剤情報管理指導料は別に算定できない。

(16)　同一日に退院時共同指導料２とＢ０１１－４に掲げる退院時薬剤情報管理指導料を算定した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、共同指導を行った者の職種及び年月日を記載すること。

Ｂ０１７　肺血栓塞栓症予防管理料

（１）　肺血栓塞栓症予防管理料とは、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をいう。

（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迫装置を用いた場合に算定し、薬剤のみで予防管理を行った場合は算定できない。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も、それぞれの入院において入院中１回に限り算定する。

（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てはならない。

（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。

Ｂ０１８　医療機器安全管理料

（１） 医療機器安全管理料とは、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をいい、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は、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）及び密封小線源治療機器をいう。

（３） 医療機器安全管理料を算定する当該保険医療機関は、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を適切に行う。

第２部　在宅医療

Ｃ０００　歯科訪問診療料

（１） 歯科訪問診療料は、在宅等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ていることから、通院が容易な者に対して安易に算定できない。この場合において、療養中の当該患者の在宅等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する。なお、歯科訪問診療を実施するに当たっては、急性症状の発症時等に即応できる環境の整備が必要なことから、歯科訪問診療料は切削器具を常時携行した場合に算定する。また、この区分において、診療時間については、同一日に当該患者に対して複数回の歯科訪問診療を行った場合は、その合計した時間を診療に要した時間とし、診療時間が 20 分未満の場合については、歯科訪問診療２、歯科訪問診療３、歯科訪問診療４又は歯科訪問診療５についてはそれぞれ 287 点、217 点、96 点又は 57 点を算定する。なお、診療時間が 20 分未満の場合において、注９から注 11 まで、注 14 及び注 22、注 19 若しくは注 21 に規定する加算並びに注 17 に規定する減算は、歯科訪問診療２、歯科訪問診療３、歯科訪問診療４又は歯科訪問診療５についてはそれぞれ 287 点、217 点、96 点又は 57 点にそれぞれの点数を加算又は減算

し、注 15 及び注 18 に規定する加算は算定できない。

<table>
<tr><td colspan="2" rowspan="2"></td><td colspan="5">同一の建物に居住する患者数</td></tr>
<tr><td>１人のみ
（歯科訪問診療１）</td><td>２人以上３人以下
（歯科訪問診療２）</td><td>４人以上９人以下
（歯科訪問診療３）</td><td>10 人以上 19 人以下
（歯科訪問診療４）</td><td>20 人以上
（歯科訪問診療５）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">患者１人につき診療に要した時間</td><td>20 分以上</td><td rowspan="2">1,100 点</td><td>410 点</td><td>310 点</td><td>160 点</td><td>95 点</td></tr>
<tr><td>20 分未満</td><td>287 点</td><td>217 点</td><td>96 点</td><td>57 点</td></tr>
</table>

（２） 歯科訪問診療を実施する保険医療機関は、歯科訪問診療を開始する月の前月までに別に厚生労働大臣が定める基準（歯科訪問診療料の「注 16」に規定する基準）を満たす旨を地方厚生（支）局長に届け出る。ただし、在宅療養支援歯科診療所１又は在宅療養支援歯科診療所２の届出を行っている場合は、この限りではない。

（３） 歯科訪問診療を行った後に、患者又はその家族等（以下この部において「患者等」という。）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」から「注５」までに規定する「在宅等」は、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム等のほか、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。ただし、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に入院する患者について、当該保険医療機関の歯科医師が当該患者の入院する病院の歯科医師と連携のもとに周術期等口腔機能管理並びに回復期等口腔機能管理及びそれらに伴う治療行為を行う場合については歯科訪問診療料及びその他の特掲診療料を算定できる。

（５） 保険医療機関の歯科医師が、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は、「１　歯科訪問診療１」を算定する。

（６） 「２　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歯科医師が同日に３人以下の歯科訪問診療を行う場合に算定する。この場合において、診療時間が 20 分未満の場合については、287 点を算定する。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をいい、例えば次のような患者をいう。

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、同法第 20 条の５に規定する特別養護老人ホーム、同法第 20 条の６に規定する軽費老人ホーム、同法第 29 条第１項に規定する有料老人ホーム、介護保険法第８条第 29 項に規定する介護医療院、高齢者の居住の安定確保に関する法律（平成 13 年４月６日法律第 26 号）第５条第１項に規定するサービス付き高齢者向け住宅、マンションなど

の集合住宅等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、同条第 19 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。）、同条第 20 項に規定する認知症対応型共同生活介護、同条第 23 項に規定する複合型サービス、同法第８条の２第７項に規定する介護予防短期入所生活介護、同条第 14 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。）、同法第８条の２第 15 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

（７）「３　歯科訪問診療３」は、「同一建物居住者」に対して保険医療機関の歯科医師が同日に４人以上９人以下に対して歯科訪問診療を行う場合に算定する。この場合において、診療時間が 20 分未満のものについては、217 点を算定する。

（８）同居する同一世帯の複数の患者に対して診療を行った場合など、同一の患家において２人以上３人以下の患者の診療を行った場合には、（６）の規定に関わらず、１人は「１　歯科訪問診療１」を算定し、「１　歯科訪問診療１」を算定した患者以外の患者については「２　歯科訪問診療２」を算定する。また、「注 14」に規定する歯科訪問診療補助加算の要件を満たす場合においても、「１　歯科訪問診療１」を算定した患者については施設基準に応じて「イの（１）同一建物居住者以外の場合」又は「ロの（１）同一建物居住者以外の場合」により算定し、「２　歯科訪問診療２」を算定した患者については施設基準に応じて「イの（２）同一建物居住者の場合」又は「ロの（２）同一建物居住者の場合」により算定する。

（９）１人の同一建物居住者である患者に対して歯科訪問診療を実施した際に、当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して、患者等の求めに応じて緊急に歯科訪問診療を実施する必要性を認め、結果として２人の同一建物居住者への歯科訪問診療となった場合、いずれの患者も歯科訪問診療１を算定して差し支えない。ただし、緊急に歯科訪問診療を実施する必要があった理由について、診療録に記載する。

（10）「２　歯科訪問診療２」又は「３　歯科訪問診療３」による歯科訪問診療を行う場合において、歯科訪問診療の治療中に患者の容体が急変し、医師の診察を要する場合等やむを得ず治療を中止した場合は、診療した時間が 20 分未満であっても「２　歯科訪問診療２」又は「３　歯科訪問診療３」の所定点数を算定する。

（11）「４　歯科訪問診療４」は、「同一建物居住者」に対して保険医療機関の歯科医師が同日に 10 人以上 19 人以下に対して歯科訪問診療を行う場合に算定する。この場合において、診療時間が 20 分未満のものについては、96 点を算定する。

（12）「５　歯科訪問診療５」は、「同一建物居住者」に対して保険医療機関の歯科医師が同日に 20 人以上に対して歯科訪問診療を行う場合に算定する。この場合において、診療時間が 20 分未満のものについては、57 点を算定する。

（13）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。

この場合において、緊急時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（電子メール、ファクシミリを含む。）により適宜提供する。

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。

(14) 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い、病状が急変する可能性がなくなった場合は、当該加算の算定を中止する。

(15) 地域医療連携体制加算を算定する保険医療機関は、患者等に「特掲診療料施設基準通知」の様式 21 の３又はこれに準じた様式の文書を必ず提供するとともに、当該文書の写しを診療録に添付する。

(16) 地域医療連携体制加算を算定する保険医療機関は、患者等の同意を得て、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文書（「特掲診療料施設基準通知」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。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は、改めて連携保険医療機関に対し情報提供を行う。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回目に含まれ別に算定できない。

(17) 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。

(18) 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。

(19) 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は、当該文書を診療録に添付する。

(20) 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回に限り算定する。

(21) 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。

(22) 歯科訪問診療料を算定する場合は、当該初診期間における第１回目の歯科訪問診療の

際に、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、その計画の要点を診療録に記載すること。ただし、患者又は現にその看護に当たっている者から急遽求められて、初めて歯科訪問診療を行った場合は、２回目の歯科訪問診療までにその計画の要点を診療録に記載すること。２回目以降に計画の変更を行う場合は、変更の要点を診療録に記載する。なお、２回以上の継続的な歯科訪問診療が予定される場合においては、次回の診療日までの間に計画書を作成し、当該計画書の写しを診療録に添付しても差し支えない。

(23)　「注９」の「著しく歯科診療が困難な者」とは、次に掲げる状態又はこれらに準ずる状態をいう。なお、歯科診療特別対応加算１又は歯科診療特別対応加算２を算定した場合は、当該加算を算定した日の患者の状態（トに該当する患者の場合は病名）を診療録に記載する。

イ　脳性麻痺等で身体の不随意運動や緊張が強く体幹の安定が得られない状態

ロ　知的発達障害等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

ハ　重症の呼吸器疾患等で頻繁に治療の中断が必要な状態

ニ　日常生活に支障を来たすような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ歯科診療に際して家族等の援助を必要とする状態

ホ　人工呼吸器を使用している状態又は気管切開等を行っており歯科治療に際して管理が必要な状態

ヘ　強度行動障害の状態であって、日常生活に支障を来すような症状・行動が頻繁に見られ、歯科治療に協力が得られない状態

ト　次に掲げる感染症に罹患しており、標準予防策に加えて、空気感染対策、飛沫感染対策、接触感染対策など当該感染症の感染経路等の性質に応じて必要な感染対策を講じた上で歯科診療を行う必要がある状態

（ア）　狂犬病

（イ）　鳥インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く。）

（ウ）　エムポックス

（エ）　重症熱性血小板減少症候群（病原体がフレボウイルス属ＳＦＴＳウイルスであるものに限る。）

（オ）　腎症候性出血熱

（カ）　ニパウイルス感染症

（キ）　ハンタウイルス肺症候群

（ク）　ヘンドラウイルス感染症

（ケ）　インフルエンザ（鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。）

（コ）　後天性免疫不全症候群（ニューモシスチス肺炎に限る。）

（サ）　麻しん

（シ）　メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症

（ス）　ＲＳウイルス感染症

（セ）　カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症

（ソ）　感染性胃腸炎（病原体がノロウイルスであるものに限る。）

（タ）　急性弛緩性麻痺（急性灰白髄炎を除く。病原体がエンテロウイルスによるものに限る。）

（チ）　新型コロナウイルス感染症

（ツ）　侵襲性髄膜炎菌感染症

（テ）　水痘

（ト）　先天性風しん症候群

（ナ）　バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症

（ニ）　バンコマイシン耐性腸球菌感染症

（ヌ）　百日咳

（ネ）　風しん

（ノ）　ペニシリン耐性肺炎球菌感染症

（ハ）　無菌性髄膜炎（病原体がパルボウイルスＢ19によるものに限る。）

（ヒ）　薬剤耐性アシネトバクター感染症

（フ）　薬剤耐性緑膿菌感染症

（ヘ）　流行性耳下腺炎

（ホ）　感染症法第６条第３項に規定する二類感染症

（マ）　クロストリジオイデス・ディフィシル感染症

（ミ）　基質特異性拡張型βラクタマーゼ産生腸内細菌目細菌感染症

(24)　「注９」の「歯科治療環境に円滑に適応できるような技法」とは、歯科診療の開始に当たり、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。なお、歯科診療特別対応加算２を算定した日は、患者の状態及び用いた専門的技法の名称を診療録に記載する。

(25)　「注９」に規定する歯科診療特別対応加算３は、新型インフルエンザ等感染症等の患者に対して、感染対策を実施した上で歯科診療を行った場合に加算する。なお、当該加算を算定した場合は、病名を診療録に記載する。

(26)　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８」の加算を算定する。

(27)　「注６」及び「注８」に規定する診療時間は、診療前の準備、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Ｃ００１に掲げる訪問歯科衛生指導料又はＢ００１－２に掲げる歯科衛生実地指導料の算定の対象となる指導の時間を含まない。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は、その患家滞在の時間は診療時間に算入しない。

(28)　歯科訪問診療を行った場合は、診療録に次の事項を記載する。ただし、ロに関しては、歯科訪問診療を開始した日に限り記載することとするが、変更が生じた場合は、その都度記載する。また、ハに関して、(10)の場合においては急変時の対応の要点を記載する。

イ　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　歯科訪問診療の際の患者の状態等（急変時の対応の要点を含む。）

(29)　疾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は、歯科訪問診療料及び歯科診療に係る費用は算定できない。

(30)　「注８」の加算は、患者それぞれについて算定し、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の合算はできない。

(31)　「注 10」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。

(32)　「注 10」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９時から午後６時までの間とする。

(33)　「注 10」に規定する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。

(34)　夜間（深夜の時間帯を除く。）とは概ね午後６時から翌日の午前６時まで、又は午後７時から翌日の午前７時までのように、12 時間を標準として各都道府県において統一的取扱いをすることとし、深夜の取扱いは、午後 10 時から午前６時までとする。ただし、これらの時間帯が標榜時間に含まれる場合、夜間歯科訪問診療加算及び深夜歯科訪問診療加算は算定できない。

(35)　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、この場合において、歯科訪問診療料の算定は、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できないことから、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。

(36)　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歯科医師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、患家付近に他の歯科医師がいない、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。

(37)　「注 13」に規定する交通費は実費とする。

(38)　その他、歯科訪問診療料の取扱いは、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。

(39)　「注 14」に規定する歯科訪問診療補助加算は、歯科訪問診療料を算定した日において、当該診療が必要な患者に対して、歯科訪問診療を実施する保険医療機関に属する歯科医師と当該保険医療機関に属する歯科衛生士が同行し、当該歯科医師の行う歯科訪問診療中は、歯科訪問診療の補助が適切に行える体制の上で、実際に当該歯科衛生

士がＣ０００に掲げる歯科訪問診療料の算定の対象となる歯科訪問診療の時間を通じて、歯科訪問診療の補助を行った場合に算定する。また、施設基準に応じて、同一建物居住者以外の歯科訪問診療時は本区分の「イの（１）　同一建物居住者以外の場合」又は「ロの（１）　同一建物居住者以外の場合」により算定し、同一建物居住者の歯科訪問診療時は本区分の「イの（２）　同一建物居住者の場合」又は「ロの（２）　同一建物居住者の場合」により算定する。なお、当該加算を算定した場合は、診療録に診療の補助を行った歯科衛生士の氏名を記載する。

(40)　在宅療養支援歯科診療所１又は在宅療養支援歯科診療所２以外の診療所であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさないもの（主として歯科訪問診療を実施する診療所）が歯科訪問診療を実施した場合又は別に厚生労働大臣が定める基準を満たす旨を地方厚生(支)局長に届け出ていないものが歯科訪問診療を実施した場合は、「注16」に規定する歯科訪問診療料により算定する。

(41)　「２　歯科訪問診療２」、「３　歯科訪問診療３」、「４　歯科訪問診療４」、「５　歯科訪問診療５」、「注 16」又は「注 20」に規定する歯科訪問診療料を算定した場合であって、在宅療養患者以外の患者に対して歯科訪問診療を実施した場合は、歯科訪問診療を実施した日の属する月に、歯科訪問診療を行った日時及び訪問診療を行った歯科医師の氏名が記載された文書を患者若しくはその家族又は介護施設職員等の関係者のいずれかに提供するとともに、提供文書の写しを保険医療機関に保管する。なお、同一施設において、歯科訪問診療を実施した日の属する月に「２　歯科訪問診療２」、「３　歯科訪問診療３」、「４　歯科訪問診療４」、「５　歯科訪問診療５」、「注 16」又は「注 20」に規定する歯科訪問診療料を複数回算定した場合であって、患者又はその家族以外の介護施設職員等に当該文書を提供するときは、その提供先を明確にした上で、施設を単位として一覧表で作成しても差し支えない。

(42)　「注 16」に規定する歯科訪問診療料を算定した場合において、「注７」、「注９」、「注 11」、「注 19」又は「注 21」の加算は算定できる。

(43)　「注 17」について、「１　歯科訪問診療１」、「２　歯科訪問診療２」、「３　歯科訪問診療３」、「４　歯科訪問診療４」又は「５　歯科訪問診療５」を算定する場合において診療時間が 20 分未満の場合は、「注６」に規定する方法により算定した点数を所定点数とし、（１）の表に示す各区分の点数から 10 点を減算するものとする。

(44)　「注 18」に規定する歯科訪問診療移行加算は、在宅等療養患者であって、当該保険医療機関の外来（歯科診療を行うものに限る。）を継続的に受診していたものに対して「１　歯科訪問診療１」を算定した場合に所定点数に加算する。ただし、当該保険医療機関の外来を最後に受診した日（初診料又は再診料を算定した日）から起算して３年以内に歯科訪問診療を実施した場合に限る。

(45)　「注 19」に規定する通信画像情報活用加算は、Ｃ００１に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定する日（Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定する日を除く。）において、歯科衛生士等がリアルタイムで口腔内の画像（以下、「口腔内ビデオ画像」という。）を撮影できる装置を用いて、患者の口腔内の状態等を撮影し、当該保険医療機関において、歯科医師がリアルタイムで当該口腔内ビデオ画像により当該患者の口腔内を観察（ビデオ通話に準ずる方式）し、得られた情報を次回の歯科訪問診療に活用した場

合に算定する。

(46)　「注 19」に規定する通信画像情報活用加算を算定する場合には、歯科医師は、当該患者の観察の内容、観察を行った日等の要点を診療録に記載する。

(47)　「注 19」に規定する通信画像情報活用加算は、直近の歯科訪問診療料を算定した日から当該加算を算定するまでの期間において、歯科衛生指導の実施時に当該保険医療機関の歯科医師が情報通信機器を用いて口腔内等の状態を観察した場合に算定できる。

(48)　「注 19」に規定する通信画像情報活用加算を算定する場合に、当該観察を行う際の情報通信機器の運用に要する費用については、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できる。

(49)　保険医療機関が、当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関等を訪問し、歯科訪問診療を実施した場合は、「注 20」に規定する歯科訪問診療料により算定する。

(50)　「注 20」に規定する歯科訪問診療料を算定した場合において、「注８」、「注９」、「注 10」、「注 11」、「注 14」、「注 18」、「注 19」又は「注 21」の加算は算定できる。

(51)　「注 21」に規定する在宅医療ＤＸ情報活用加算は、在宅歯科医療における診療計画の作成において居宅同意取得型のオンライン資格確認等システム等、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービス等により取得された患者の診療情報や薬剤情報等（以下この項において「診療情報等」という。）を活用することで質の高い歯科医療を実施することを評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において当該診療情報等を踏まえて、計画的な医学管理の下に、訪問して歯科診療を行った場合は、在宅医療ＤＸ情報活用加算として、月１回に限り、当該基準に係る区分に従い、所定点数に加算する。

(52)　在宅医療ＤＸ情報活用加算の算定に当たっては、初回の歯科訪問診療の場合には、歯科訪問診療に係る計画の作成において、あらかじめ、診療情報等を活用していない場合には算定できない。ただし、あらかじめ情報を取得している場合であって、初回の歯科訪問診療の際に患者の診療情報等を活用可能な場合には、初回の歯科訪問診療から算定できる。

(53)　Ａ０００に掲げる初診料の「注 15」又はＡ００２に掲げる再診料の「注 12」に規定する電子的歯科診療情報連携体制整備加算を算定した月は、在宅医療ＤＸ情報活用加算は算定できない。

(54)　「注 22」に規定する医科連携訪問加算は、連携する歯科診療以外の診療のみを行う保険医療機関からの依頼に基づき、当該保険医療機関に入院中の口腔状態に係る課題のために医科における治療上の課題を生じている患者に対して、速やかに歯科訪問診療を実施すること及び入院中の口腔管理及び退院後の受診に係る指導内容等を連携する保険医療機関の保険医等に共有すること等により、質の高い治療を提供するための連携体制が整備されていることを評価するものである。連携する保険医療機関からの依頼に基づき歯科訪問診療し、依頼された文書の写しを診療録に添付した場合に、初回の歯科訪問診療時に１回に限り算定する。この場合において、当該患者の同意を得て入院中の口腔管理及び退院後の受診に係る指導内容等を連携する保険医療機関の保険医等に情報を共有すること。なお、診療情報提供に係る費用は、所定点数に含まれ

ており別に算定できない。

(55)　医科歯科併設の保険医療機関及び特別の関係に当たる保険医療機関においては、医科連携訪問加算は算定できない。

(56)　医科連携訪問加算の算定に当たっては、Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料、Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)、Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)、Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)、Ｂ０００－９に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅳ)、Ｂ０００－１０回復期等口腔機能管理計画策定料及びＢ０００－１１に掲げる回復期等口腔機能管理料は別に算定できない。ただし、当該加算を算定した後に、緊急に手術が実施され、管理計画を策定・管理した場合は、所定点数を算定する。

(57)　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。

Ｃ００１　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Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者等に対して、歯科訪問診療料を算定した日から起算して１月以内（ただし、歯科訪問診療を行う歯科医師により、状態が安定していると判断される場合は２月以内でも差し支えない。）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みを行った場合は算定できない。

（２）　「注２」について、「注１」の規定にかかわらず、緩和ケアを実施する患者に対して、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歯科衛生士等が療養上必要な実地指導を行った場合は、訪問歯科衛生指導料は月８回に限り算定出来る。

（３）　訪問歯科衛生指導料は、単一建物診療患者の人数に従い算定する。ここでいう単一建物診療患者の人数とは当該患者が居住する建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関の定める歯科訪問診療の計画に基づいて訪問歯科衛生指導を行い、同一月に訪問歯科衛生指導料を算定する者（注４に規定する訪問歯科衛生指導料を算定するものを除く。）の人数をいう。なお、ユニット数が３以下の認知症対応型共同生活介護事業所については、それぞれのユニットにおいて、病院については、それぞれの病棟において、訪問歯科衛生指導料を算定する人数を、単一建物診療患者の人数とみなすことができる。また、１つの患家に訪問歯科衛生指導料の対象となる同居する同一世帯の患者が２人以上いる場合は、患者ごとに「単一建物診療患者が１人の場合」を算定する。また、当該建築物において訪問歯科衛生指導を行う患者数が、当該建築物の戸数の 10%以下の場合又は当該建築物の戸数が 20 戸未満であって、訪問歯科衛生指導を行う患者が２人以下の場合には、それぞれ「単一建物診療患者が１人の場合」を算定すること。

（４）　保険医療機関が、当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関等を訪問し、訪問歯科衛生指導を実施した場合は、「注４」に規定する訪問歯科衛生指導料により算定する。

（５）　「注４」に規定する訪問歯科衛生指導料を算定した場合において、「注３」の加算は算定できる。

（6） 訪問歯科衛生指導料は、原則として歯科衛生士１名につき１日 15 人までに限り算定できる。ただし、非常勤の歯科衛生士については、勤務日の所定労働時間数を常勤職員の所定労働時間数で除して得た数に 15 を乗じて得た人数（小数第一位を切り捨て）までとする。なお、非常勤職員の１日の労働時間により、15 人を超えた場合は、当該計算により得られた人数を上限とする。

（7） 「注３」に規定する複数名訪問歯科衛生指導加算は、次に掲げる状態又はこれらに準ずる状態である患者に対して当該保険医療機関の複数の歯科衛生士等が患家を訪問して訪問歯科衛生指導を行う場合に算定する。なお、複数名による訪問歯科衛生指導の必要性については、前回訪問時の状況等から判断する。

イ 脳性麻痺等で身体の不随意運動や緊張が強く体幹の安定が得られない状態

ロ 知的発達障害等により開口保持ができない状態や療養上必要な実地指導の目的が理解できず治療に協力が得られない状態

ハ 重症の呼吸器疾患等で頻繁に実地指導の中断が必要な状態

ニ 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ実地指導に際して家族等の援助を必要とする状態

ホ 人工呼吸器を使用している状態又は気管切開等を行っており実地指導に際して管理が必要な状態

ヘ 強度行動障害の状態であって、日常生活に支障を来すような症状・行動が頻繁に見られ、実地指導に協力が得られない状態

ト 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者

チ 利用者の身体的理由により１人の歯科衛生士等による実地指導が困難と認められる者

リ その他利用者の状況等から判断して、イからチまでのいずれかに準ずると認められる者

（8） 訪問歯科衛生指導を行った時間とは、実際に指導を行った時間をいい、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。

（9） 訪問歯科衛生指導料の算定を行った場合は、当該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）、その他療養上必要な事項に関する情報及び患者等に実地指導を行った歯科衛生士等の氏名（複数名歯科衛生指導加算を算定する場合は、同行したすべての歯科衛生士等の氏名）が記載された文書を提供するとともに、その文書の写しを診療録に添付する。なお、患者又はその看護に当たっている者に対して、当該指導で実施した指導内容及び療養上必要な管理内容を説明すること。

(10) 訪問歯科衛生指導を行った場合は、歯科医師は診療録に次の事項を記載する。ただし、ハに関しては、訪問歯科衛生指導を開始した日に限り記載することとするが、変更が生じた場合は、その都度記載する。また、当該訪問歯科衛生指導が歯科訪問診療と併せて行われた場合は、ハ及びニについて省略して差し支えない。

イ 歯科衛生士等に指示した内容

ロ 指導の実施時刻（開始時刻と終了時刻）

ハ 訪問先名（記載例：自宅、○○マンション、介護老人保健施設××苑）

ニ 訪問した日の患者の状態の要点等（複数名訪問歯科衛生指導加算を算定する場合は、

複数名訪問歯科衛生指導を必要とする理由も含む。）

(11)　訪問歯科衛生指導を行った歯科衛生士等は、主治の歯科医師に報告するとともに患者に提供した文書の写しを提出し、業務に関する記録を作成する。

(12)　訪問歯科衛生指導料を算定する月においては、Ｂ００１－２に掲げる歯科衛生実地指導料は算定できない。

(13)　「注５」に規定する交通費は実費とする。

Ｃ００１－３　歯科疾患在宅療養管理料

（１）　歯科疾患在宅療養管理料とは、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である在宅療養支援歯科診療所１、在宅療養支援歯科診療所２、在宅療養支援歯科病院又は歯科診療を行うその他の保険医療機関において、在宅等において療養を行っている通院困難な患者の歯科疾患の継続的な管理を行うことを評価するものをいい、患者等の同意を得た上で、患者等に対して、歯科疾患の状況及び当該患者の口腔機能の評価結果等を踏まえた管理計画の内容について説明した場合に算定する。なお、当該管理料を算定する場合は、Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料、Ｂ０００－４－３に掲げる口腔機能管理料、Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)、Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)、Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)、Ｂ０００－９に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅳ)、Ｂ０００－１１に掲げる回復期等口腔機能管理料、Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料、Ｃ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、Ｃ００１－６に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料及び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は、患者の歯科治療及び口腔管理を行う上で必要な全身の状態（基礎疾患の有無、服薬状況等）、口腔の状態（口腔衛生状態、口腔粘膜の状態、口腔乾燥の有無、歯科疾患、有床義歯の状況、咬合状態等）、口腔機能の状態（咀嚼の状態、摂食・嚥下の状況及び構音の状況、食形態等）、管理方法の概要及び必要に応じて実施した検査結果の要点等を含むものであり、当該患者の継続的な管理に当たって必要な事項等を診療録に記載又は管理計画書の写しを添付する。

（３）　歯の喪失や加齢、これら以外の全身的な疾患等により口腔機能の低下を認める在宅等療養患者（口腔衛生状態不良、口腔乾燥、咀嚼機能低下、舌口唇運動機能低下、咬合力低下、低舌圧又は嚥下機能低下の７項目のうち３項目以上が該当する患者）に対して、口腔機能の回復又は維持・向上を目的として医学管理を行う場合は当該管理料を算定する。なお、この場合において、Ｄ００２－６に掲げる口腔細菌定量検査の「２　口腔細菌定量検査２」、Ｄ０１１－２に掲げる咀嚼能力検査の「１　咀嚼能力検査１」、Ｄ０１１－３に掲げる咬合圧検査の「１　咬合圧検査１」、Ｄ０１１－５に掲げる口腔粘膜湿潤度検査又はＤ０１２に掲げる舌圧検査を別に算定できる。

（４）　「注１」に規定する管理計画は、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及びその他療養上必要な時期に策定することとするが、当該管理計画に変更がない場合はこの限りでない。

（５）　「注１」の規定による管理計画に基づき、当該患者等に対し、その内容を文書により

提供した場合は「注３」の文書提供加算を算定する。その場合においては、患者等に提供した文書の写しを診療録に添付し、その文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。ただし、患者等に提供する文書の様式は、「別紙様式３」又はこれに準じた様式とする。なお、診療日当日に患家において計画書を作成することが困難な場合においては、次回の診療日までの間に計画書を作成し、当該計画書の写しを診療録に添付しても差し支えない。

（６） 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。

（７） 「注４」の在宅総合医療管理加算は、糖尿病の患者、骨吸収抑制薬投与中の患者、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチの患者、血液凝固阻止剤若しくは抗血小板剤投与中の患者、神経難病の患者、ＨＩＶ感染症の患者又はＡ０００に掲げる初診料の（16）のト若しくは（19）に規定する感染症の患者若しくは当該感染症を疑う患者であって、別の医科の保険医療機関の当該疾患の担当医から歯科治療を行うに当たり、診療情報提供料に定める様式に基づいた文書により患者の全身状態や服薬状況等についての必要な診療情報の提供を受け、適切な総合医療管理を実施した場合に算定する。なお、算定に当たっては当該疾患の担当医からの情報提供に関する内容及び担当医の保険医療機関名等について診療録に記載又は提供文書の写しを添付する。

（８） 「注５」に規定する在宅歯科医療連携加算１は、他の保険医療機関を退院した患者に対して、当該他の保険医療機関の歯科医師からの退院時の患者に関する文書等による情報提供に基づいて、患者等の同意を得た上で、歯科疾患の状況等を踏まえ管理計画を作成又は変更し、患者等に対してその内容について説明した場合に、当該管理計画の作成又は変更時において、１回に限り算定する。

（９） 「注６」に規定する在宅歯科医療連携加算２は、他の保険医療機関を退院した患者若しくは介護保険法第８条第 25 項に規定する介護保険施設等に入所している患者又は同法第８条第２項に規定する訪問介護若しくは同条第４項に規定する訪問看護等の利用者であって、継続的な歯科疾患の管理が必要な患者に対して、当該他の保険医療機関の医師、看護師等又は介護保険施設等の介護支援専門員等からの文書等による情報提供に基づいて、患者等の同意を得た上で、歯科疾患の状況等を踏まえ管理計画を作成又は変更し、患者等に対してその内容について説明した場合に、当該管理計画の作成又は変更時において、１回に限り算定する。なお、退院後の管理に係る管理計画を入院中に作成する場合にあっては、入院中の患者について算定して差し支えない。

(10) 「注５」に規定する在宅歯科医療連携加算１又は「注６」に規定する在宅歯科医療連携加算２を算定した場合は、情報提供に係る文書を診療録に添付する。なお、文書以外による情報提供の場合は、情報提供を受けた日時、情報提供の内容、情報提供を行った他の保険医療機関若しくは介護保険施設等の担当歯科医師名若しくは担当者名を診療録に記載する。

(11) 「注７」に規定する在宅歯科医療情報連携加算は、在宅での療養を行っている患者に対し、歯科訪問診療を行っている保険医療機関の歯科医師が、連携する他の保険医療機関等に所属する患者の医療・ケアに関わる医療関係職種及び介護関係職種等（以下「医

療関係職種等」という。）によりＩＣＴを用いて記録された情報を取得及び活用し、計画的な医学管理を行った場合に算定できる。なお、算定に当たっては以下の要件をいずれも満たす必要があること。

ア　以下について、患者からの同意を得ていること。

（イ）　当該保険医療機関の歯科医師が、医療関係職種等によりＩＣＴを用いて記録された患者の医療・ケアに関わる情報を取得及び活用した上で、計画的な医学管理を行うこと。

（ロ）　歯科医師が診療を行った際の診療情報等についてＩＣＴを用いて記録し、医療関係職種等に共有すること。

イ　歯科訪問診療を行った日に当該保険医療機関の職員が、次回の歯科訪問診療の予定日及び当該患者の治療方針の変更の有無について、ＩＣＴを用いて医療関係職種等に共有できるように記録すること。また、当該患者の治療方針に変更があった場合には、歯科医師がその変更の概要について同様に記録すること。

ウ　歯科訪問診療を行った日に歯科医師が、患者の医療・ケアを行う際の留意点を医療関係職種等に共有することが必要と判断した場合において、当該留意点をＩＣＴを用いて医療関係職種等に共有できるように記録すること。

エ　当該保険医療機関の患者の医療・ケアに関わる者が、患者の人生の最終段階における医療・ケア及び病状の急変時の治療方針等についての希望を患者又はその家族等から取得した場合に、患者又はその家族等の同意を得た上でＩＣＴを用いて医療関係職種等に共有できるように記録すること。なお、医療関係職種等が当該情報を取得した場合も同様に記録することを促すよう努めること。

オ　歯科訪問診療を行う場合に、過去 90 日以内に記録された患者の医療・ケアに関する情報（当該保険医療機関及び当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関等が記録した情報を除く。）をＩＣＴを用いて取得した数が１つ以上であること。なお、当該情報は当該保険医療機関において常に確認できる状態であること。

カ　医療関係職種等から患者の医療・ケアを行うに当たっての助言の求めがあった場合は、適切に対応すること。

(12)　歯科疾患在宅療養管理料は、Ｂ０１３に掲げる新製有床義歯管理料又は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。

(13)　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。

(14)　指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準別表の５のロ「歯科医師が行う場合」又は指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成 18 年厚生労働省告示 127 号）別表４のロ「歯科医師が行う場合」を算定し、「注１」に規定する管理計画の内容を含む管理計画を策定している場合においては、当該管理料を算定したものとみなすことができる。なお、その場合においては、当該患者の継続的な管理に当たって必要な事項等を診療録に記載又は管理計画書の写しを診療録に添付するとともに、居宅療養管理指導費を算定した旨及び直近の算定日を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

Ｃ００１－４－２　在宅患者歯科治療時医療管理料

（１）　在宅患者歯科治療時医療管理料は、Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定した日において、高血圧性疾患、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管障害、喘息、慢性気管支炎、糖尿病、甲状腺機能低下症、甲状腺機能亢進症、副腎皮質機能不全、てんかん若しくは慢性腎臓病（腎代替療法を行う患者に限る。）の患者、人工呼吸器を装着している患者、在宅酸素療法を行っている患者又はＡ０００に掲げる初診料の（16）のト若しくは（19）に規定する感染症の患者に対して、歯科治療時における患者の全身状態の変化等を把握するため、患者の血圧、脈拍、経皮的動脈血酸素飽和度を経時的に監視し、必要な医療管理を行った場合に算定する。

（２）　在宅患者歯科治療時医療管理料を算定する保険医療機関は、全身状態の把握、管理等に必要な機器、機材等を整備する。

（３）　管理内容及び患者の全身状態の要点を診療録に記載する。

Ｃ００１－５　在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料

（１）　在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料は、在宅等において療養を行っている通院困難な患者であって、口腔疾患及び摂食機能障害又は口腔機能低下症を有するものに対して、口腔機能の回復及び口腔疾患の重症化予防を目的として、当該患者の全身の状態、口腔内の状態及び口腔機能の状態等の評価をもとに作成した管理計画に基づき、プラークコントロール、機械的歯面清掃、スケーリング等を主体とした歯周基本治療若しくは口腔バイオフィルムの除去又は口腔機能低下症若しくは摂食機能障害に対する訓練を含む指導管理等を歯科医師が１回につき 20 分以上実施した場合に月４回に限り算定する。当該指導管理料は、患者等の同意を得た上で、患者等に対して、歯科疾患の状況及び当該患者の口腔機能の評価結果等を踏まえた管理計画の内容について説明した場合に算定する。

（２）　摂食機能障害を有する患者とは、Ｈ００１に掲げる摂食機能療法の対象となる患者であり、以下のいずれかに該当するものをいう。

イ　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もの

ロ　内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影によって他覚的に嚥下機能の低下が確認できるものであって、医学的に摂食機能療法の有効性が期待できるもの

（３）　当該指導管理は、その開始に当たって、全身の状態（基礎疾患の有無、服薬状況、肺炎の既往等）、口腔の状態（口腔衛生状態、口腔粘膜の状態、口腔乾燥の有無、歯科疾患、有床義歯の状況、咬合状態等）、口腔機能（咀嚼の状態、摂食・嚥下の状況及び構音の状況、食形態等）等のうち患者の状態に応じた口腔管理に当たって必要な評価及び歯周病検査（無歯顎者を除く。）を行い、当該計画の要点を診療録に記載又は当該管理計画書の写しを診療録に添付する。２回目以降の管理計画については、変更があった場合にその要点を記載する。

（４）　歯の喪失や加齢、これら以外の全身的な疾患等により口腔機能の低下を認める在宅等療養患者（口腔衛生状態不良、口腔乾燥、咀嚼機能低下、舌口唇運動機能低下、咬合力低下、低舌圧又は嚥下機能低下の７項目のうち３項目以上が該当する患者）に対して、口腔機能の回復又は維持・向上を目的として医学管理を行う場合は当該管理料を

算定する。なお、この場合において、Ｄ００２－６に掲げる口腔細菌定量検査の「２　口腔細菌定量検査２」、Ｄ０１１－２に掲げる咀嚼能力検査の「１　咀嚼能力検査１」、Ｄ０１１－３に掲げる咬合圧検査の「１　咬合圧検査１」、Ｄ０１１－５に掲げる口腔粘膜湿潤度検査又はＤ０１２に掲げる舌圧検査を別に算定できる。

（５）　Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料の注５に規定する口腔管理体制強化加算の施設基準の届出を行っている保険医療機関において、当該指導管理を行った場合は、「注４」に規定する加算を算定する。

（６）　「注６」に規定する在宅歯科医療連携加算１は、他の保険医療機関を退院した患者に対して、当該他の保険医療機関の歯科医師からの退院時の患者に関する文書等による情報提供に基づいて、患者等の同意を得た上で、歯科疾患の状況等を踏まえ管理計画を作成又は変更し、患者等に対してその内容について説明した場合に、当該管理計画の作成又は変更時において、１回に限り算定する。

（７）　「注７」に規定する在宅歯科医療連携加算２は、他の保険医療機関を退院した患者若しくは介護保険法第８条第 25 項に規定する介護保険施設等に入所している患者又は同法第８条第２項に規定する訪問介護若しくは同条第４項に規定する訪問看護等の利用者であって、継続的な歯科疾患の管理が必要な患者に対して、当該他の保険医療機関の医師、看護師等又は介護保険施設等の介護支援専門員等からの文書等による情報提供に基づいて、患者等の同意を得た上で、歯科疾患の状況等を踏まえ管理計画を作成又は変更し、患者等に対してその内容について説明した場合に、当該管理計画の作成又は変更時において、１回に限り算定する。なお、退院後の管理に係る管理計画を入院中に作成する場合にあっては、入院中の患者について算定して差し支えない。

（８）　「注６」に規定する在宅歯科医療連携加算１又は「注７」に規定する在宅歯科医療連携加算２を算定した場合は、情報提供に係る文書を診療録に添付する。なお、文書以外による情報提供の場合は、情報提供を受けた日時、情報提供の内容、情報提供を行った他の保険医療機関名若しくは介護保険施設名等及び担当歯科医師名若しくは担当者名を診療録に記載する。

（９）　「注８」に規定する在宅歯科医療情報連携加算は、在宅での療養を行っている患者に対し、歯科訪問診療を行っている保険医療機関の歯科医師が、連携する他の保険医療機関等に所属する患者の医療・ケアに関わる医療関係職種等によりＩＣＴを用いて記録された情報を取得及び活用し、計画的な医学管理を行った場合に算定できる。なお、算定に当たっては以下の要件をいずれも満たす必要があること。

ア　以下について、患者からの同意を得ていること。

（イ）　当該保険医療機関の歯科医師が、医療関係職種等によりＩＣＴを用いて記録された患者の医療・ケアに関わる情報を取得及び活用した上で、計画的な医学管理を行うこと。

（ロ）　歯科医師が診療を行った際の診療情報等についてＩＣＴを用いて記録し、医療関係職種等に共有すること。

イ　歯科訪問診療を行った日に当該保険医療機関の職員が、次回の歯科訪問診療の予定日及び当該患者の治療方針の変更の有無について、ＩＣＴを用いて医療関係職種等に共有できるように記録すること。また、当該患者の治療方針に変更があった場合には、

歯科医師がその変更の概要について同様に記録すること。

ウ　歯科訪問診療を行った日に歯科医師が、患者の医療・ケアを行う際の留意点を医療関係職種等に共有することが必要と判断した場合において、当該留意点をＩＣＴを用いて医療関係職種等に共有できるように記録すること。

エ　当該保険医療機関の患者の医療・ケアに関わる者が、患者の人生の最終段階における医療・ケア及び病状の急変時の治療方針等についての希望を患者又はその家族等から取得した場合に、患者又はその家族等の同意を得た上でＩＣＴを用いて医療関係職種等に共有できるように記録すること。なお、医療関係職種等が当該情報を取得した場合も同様に記録することを促すよう努めること。

オ　歯科訪問診療を行う場合に、過去 90 日以内に記録された患者の医療・ケアに関する情報（当該保険医療機関及び当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関等が記録した情報を除く。）をＩＣＴを用いて取得した数が１つ以上であること。なお、当該情報は当該保険医療機関において常に確認できる状態であること。

カ　医療関係職種等から患者の医療・ケアを行うに当たっての助言の求めがあった場合は、適切に対応すること。

(10)　当該指導管理の実施に当たっては、必要に応じて当該患者の主治の医師又は介護・福祉関係者等と連携を図りながら実施すること。

(11)　当該指導管理の実施に当たっては、管理計画に基づいて、定期的な口腔機能評価（摂食機能評価を含む）をもとに、その効果判定を行う必要がある。なお、診療録に当該指導管理の実施時刻（開始時刻及び終了時刻）、指導管理の内容の要点等を記載する。

(12)　有歯顎者（口腔バイオフィルム感染症の患者を除く。）に対して、当該指導管理を行う場合においては、歯周病検査を１回以上実施すること。この場合において、歯周病検査は、歯周基本検査又は歯周精密検査に準じて実施するが、やむを得ず患者の状態等によりポケット深さの測定が困難な場合は、歯肉の発赤・腫脹の状態及び歯石の沈着の有無等により歯周組織の状態の評価を行う。

(13)　無歯顎者に対して当該管理を行う場合においては、口腔粘膜の発赤・腫脹の状態等を評価すること。

(14)　口腔バイオフィルム感染症の治療を行う場合においては、歯、歯周ポケット、及び義歯等のバイオフィルム並びに舌苔の付着状態等を評価し、口腔細菌定量検査を１回以上実施すること。

(15)　当該指導管理は、「注１」に規定する管理計画に基づき、必要に応じて摂食機能障害若しくは口腔機能低下症に対する訓練を含む指導管理等、プラークコントロール、機械的歯面清掃、スケーリング等を主体とした歯周基本治療又は口腔バイオフィルムの除去等を実施する。なお、１月に１回以上摂食機能障害又は口腔機能低下症に対する訓練を含む指導管理を実施すること。

(16)　当該指導管理における摂食機能障害に対する訓練等は、摂食機能評価の結果に基づいて、Ｈ００１に掲げる摂食機能療法に準じて実施する。また、摂食機能障害に対する指導管理の一部として、食事形態についての指導等を実施した場合は、当該指導管理料を算定する。

(17)　当該指導管理における口腔機能低下症に対する訓練等は、口腔機能評価の結果に基づ

いて、Ｂ０００－４－３に掲げる口腔機能管理料に準じて実施する。

(18)　当該指導管理を開始後、必要があって歯周ポケットに特定薬剤を使用した場合はＩ０１０に掲げる歯周病処置及び特定薬剤料を算定する。

(19)　当該指導管理料を算定した日以降に実施したＤ００２に掲げる歯周病検査、Ｄ００２－５に掲げる歯周病部分的再評価検査、Ｄ００２－６に掲げる口腔細菌定量検査の「１　口腔細菌定量検査１」、Ｈ００１に掲げる摂食機能療法（歯科訪問診療以外で実施されるものを除く）、Ｉ０１１に掲げる歯周基本治療、Ｉ０１１－２に掲げる歯周病継続支援治療、Ｉ０２９－２に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、Ｉ０３０に掲げる機械的歯面清掃処置及びＩ０３０－３に掲げる口腔バイオフィルム除去処置は、当該指導管理料に含まれ別に算定できない。

(20)　当該指導管理を開始する以前に、Ｄ００２に掲げる歯周病検査を含む歯周病の治療又はＤ００２－６に掲げる口腔細菌定量検査の「１　口腔細菌定量検査１」を含む口腔バイオフィルム感染症に対する治療を実施している場合においては、当該指導管理料は算定できない。ただし、歯周病の治療又は口腔バイオフィルム感染症に対する治療を開始後に摂食機能障害又は口腔機能低下症に対する訓練等が必要となった場合においては、当該指導管理料を算定できる。

Ｃ００１－６　小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料

（１）　小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料は、18 歳未満の在宅等において療養を行っている通院困難な患者又は 18 歳未満で当該管理料を算定し、18 歳以降においても継続的な管理が必要な患者であって、口腔機能の発達不全を認めるもの、口腔疾患又は摂食機能障害を有するものに対して、口腔衛生状態の改善、口腔機能の向上及び口腔疾患の重症化予防を目的として、当該患者の全身の状態、口腔内の状態及び口腔機能の状態等の評価をもとに作成した管理計画に基づき、口腔内清掃及び患者等に対する実地指導等を主体とした口腔管理又は摂食機能障害に対する訓練を含む指導管理等を歯科医師が１回につき 20 分以上実施した場合に月４回に限り算定する。当該指導管理料は、患者又はその家族等の同意を得た上で、これらの者に対して、歯科疾患の状況及び当該患者の口腔機能の評価結果等を踏まえた管理計画の内容について説明した場合に算定する。

（２）　当該指導管理は、その開始に当たって、全身の状態（基礎疾患の状況、食事摂取の状況、呼吸管理の方法等）、口腔の状態（口腔衛生状態、歯科疾患等）、口腔機能（口腔周囲筋の状態、摂食・嚥下の状況等）等のうち患者の状態に応じた口腔管理に当たって必要な評価を行い、当該計画の要点を診療録に記載又は当該管理計画書の写しを診療録に添付する。２回目以降の管理計画については、変更があった場合にその要点を記載する。

（３）　当該指導管理の実施に当たっては、必要に応じて当該患者の主治の医師又は介護・福祉関係者等と連携を図りながら実施すること。

（４）　当該指導管理の実施に当たっては、管理計画に基づいて、定期的な口腔機能評価（口腔衛生状態の評価及び摂食機能評価を含む）をもとに、その効果判定を行う必要がある。なお、診療録に当該指導管理の実施時刻（開始時刻と終了時刻）、指導管理の内容の要点等を記載する。

（５）　Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料の注５に規定する口腔管理体制強化加算の施設基準の届出を行っている保険医療機関において、当該指導管理を行った場合は、「注４」に規定する加算を算定する。

（６）　「注６」に規定する小児在宅歯科医療連携加算１は、他の保険医療機関を退院した患者に対して、当該他の保険医療機関の歯科医師からの退院時の患者に関する文書等による情報提供に基づいて、患者等の同意を得た上で、歯科疾患の状況等を踏まえ管理計画を作成又は変更し、患者等に対してその内容について説明した場合に、当該管理計画の作成又は変更時において、１回に限り算定する。

（７）　「注７」に規定する小児在宅歯科医療連携加算２は、他の保険医療機関を退院した患者又は児童福祉法第 42 条に規定する障害児入所施設等に入所している患者であって、継続的な歯科疾患の管理が必要な患者に対して、当該他の保険医療機関の医師、看護師等又は障害児入所施設等の相談支援専門員等からの文書等による情報提供に基づいて、患者等の同意を得た上で、歯科疾患の状況等を踏まえ管理計画を作成又は変更し、患者等に対してその内容について説明した場合に、当該管理計画の作成又は変更時において、１回に限り算定する。なお、退院後の管理に係る管理計画を入院中に作成する場合にあっては、入院中の患者について算定して差し支えない。

（８）　「注６」に規定する小児在宅歯科医療連携加算１又は「注７」に規定する小児在宅歯科医療連携加算２を算定した場合は、情報提供に係る文書を診療録に添付する。なお、文書以外による情報提供の場合は、情報提供を受けた日時、情報提供の内容、情報提供を行った他の保険医療機関名若しくは障害児入所施設名等及び担当歯科医師名若しくは担当者名を診療録に記載する。

（９）　「注８」に規定する在宅歯科医療情報連携加算は、在宅での療養を行っている患者に対し、歯科訪問診療を行っている保険医療機関の歯科医師が、連携する他の保険医療機関等に所属する患者の医療・ケアに関わる医療関係職種等によりＩＣＴを用いて記録された情報を取得及び活用し、計画的な医学管理を行った場合に算定できる。なお、算定に当たっては以下の要件をいずれも満たす必要があること。

ア　以下について、患者からの同意を得ていること。

（イ）　当該保険医療機関の歯科医師が、医療関係職種等によりＩＣＴを用いて記録された患者の医療・ケアに関わる情報を取得及び活用した上で、計画的な医学管理を行うこと。

（ロ）　歯科医師が診療を行った際の診療情報等についてＩＣＴを用いて記録し、医療関係職種等に共有すること。

イ　歯科訪問診療を行った日に当該保険医療機関の職員が、次回の歯科訪問診療の予定日及び当該患者の治療方針の変更の有無について、ＩＣＴを用いて医療関係職種等に共有できるように記録すること。また、当該患者の治療方針に変更があった場合には、歯科医師がその変更の概要について同様に記録すること。

ウ　歯科訪問診療を行った日に歯科医師が、患者の医療・ケアを行う際の留意点を医療関係職種等に共有することが必要と判断した場合において、当該留意点をＩＣＴを用いて医療関係職種等に共有できるように記録すること。

エ　当該保険医療機関の患者の医療・ケアに関わる者が、患者の人生の最終段階におけ

る医療・ケア及び病状の急変時の治療方針等についての希望を患者又はその家族等から取得した場合に、患者又はその家族等の同意を得た上でＩＣＴを用いて医療関係職種等に共有できるように記録すること。なお、医療関係職種等が当該情報を取得した場合も同様に記録することを促すよう努めること。

オ　歯科訪問診療を行う場合に、過去 90 日以内に記録された患者の医療・ケアに関する情報（当該保険医療機関及び当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関等が記録した情報を除く。）をＩＣＴを用いて取得した数が１つ以上であること。なお、当該情報は当該保険医療機関において常に確認できる状態であること。

カ　医療関係職種等から患者の医療・ケアを行うに当たっての助言の求めがあった場合は、適切に対応すること。

(10)　当該指導管理における摂食機能障害に対する訓練等は、摂食機能評価の結果に基づいて、Ｈ００１に掲げる摂食機能療法に準じて実施する。また、摂食機能障害に対する指導管理の一部として、食事形態についての指導等を実施した場合は、当該指導管理料を算定する。

(11)　当該指導管理料を算定した日以降に実施したＤ００２に掲げる歯周病検査、Ｄ００２－５に掲げる歯周病部分的再評価検査、Ｄ００２－６に掲げる口腔細菌定量検査の「１　口腔細菌定量検査１」、Ｈ００１に掲げる摂食機能療法（歯科訪問診療以外で実施されるものを除く。）、Ｉ０１１に掲げる歯周基本治療、Ｉ０１１－２に掲げる歯周病継続支援治療、Ｉ０２９－２に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、Ｉ０３０に掲げる機械的歯面清掃処置及びＩ０３０－３に掲げる口腔バイオフィルム除去処置は、当該指導管理料に含まれ別に算定できない。

Ｃ００１－７　在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料

（１）　在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料１は、当該保険医療機関の歯科医師が、他の保険医療機関に入院している患者であって、Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、Ｃ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又はＣ００１－６に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定しているものに対して、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、口腔ケアチーム又は摂食嚥下チーム等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月以内に歯科医師又は歯科医師から指示を受けた歯科衛生士が口腔機能等に係る指導を行った場合に、月に１回に限り算定する。

（２）　在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料２は、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、特定施設、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、認知症対応型グループホーム又はサービス付き高齢者向け住宅に入所している患者等であって、Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料又はＣ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定しているものに対して、当該保険医療機関の歯科医師又は歯科医師から指示を受けた歯科衛生士が、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若しくは介護施設職員等への口腔管理に関する技術的助言・協力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月以内に口腔機能等に係る

指導を行った場合に、月１回に限り算定する。

（３） 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料３は、児童福祉法第 42 条に規定する障害児入所施設等に入所している患者であって、Ｃ００１－６に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定しているものに対して、当該保険医療機関の歯科医師又は歯科医師から指示を受けた歯科衛生士が、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若しくは施設職員等への口腔管理に関する技術的助言・協力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月以内に口腔機能等に係る指導を行った場合に、月１回に限り算定する。

（４） 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料４は、当該保険医療機関の歯科医師又は歯科医師から指示を受けた歯科衛生士が、自宅での療養を行っている患者であって、Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、Ｃ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又はＣ００１－６に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定しているものに対して、当該患者の患家にて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し、それらの結果に基づいて患者又はその看護に当たっている者への口腔管理に関する技術的助言・協力し、当該患者に口腔機能等に係る指導を行った場合に、月に１回に限り算定する。

（５） 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料の算定にあっては、（１）のカンファレンス及び回診等若しくは（２）並びに（３）の食事観察若しくは会議等の開催日、時間並びに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又はこれらの内容がわかる文書の控えを添付する。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。

（６）カンファレンス、食事観察、会議等及び口腔機能等にかかる指導は、ビデオ通話が可能な機器を用いて参加することができる。

（７）（６）において、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンス等を実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。

（８）当該指導を行う場合は、Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、Ｃ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又はＣ００１－６小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の注１に規定する管理計画について、当該指導に係る内容を踏まえたものとすること。

Ｃ００３　在宅患者訪問薬剤管理指導料

医科点数表の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。

Ｃ００７　在宅患者連携指導料

（１） 在宅患者連携指導料とは、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をいう。

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医

師と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、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歯科医師に対して文書等で提供し、歯科医師が当該患者の歯科訪問診療時に、その情報を踏まえた指導を行った場合に算定する。

（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する。

（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は、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する。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は、速やかに他職種に情報提供するよう努める。

（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。

Ｃ００８ 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とは、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す等、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、そのような取組を評価するものをいう。

（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も算定するが、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。

（３） 当該カンファレンスは、１者以上が患家に赴きカンファレンスを行う場合には、その他の関係者はビデオ通話が可能な機器を用いて参加することができる。

（４） （３)において、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。

（５） 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、Ａ０００に掲げる初診料、Ａ００２に掲げる再診料、Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料は併せて算定できない。

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。なお、当該指導とは、Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定する訪問診療とは異なるが、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は、当該指導を行った日において歯科訪問診療料を併せて算定することは可能である。

（６） 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。

（７） 在宅での療養を行っている患者の診療を担う歯科医師は、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。

第３部　検　査

通則

１　検査に用いた薬剤料は別に算定するが、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費用は基本診療料に含まれ、算定できないが、特殊なものの費用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。また、腫瘍マーカーは、医科点数表の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分かる記録を診療録に添付する。

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。この場合において、薬剤及び特定保険医療材料の使用に当たっては、医科点数表の第２章第３部第５節に掲げる薬剤料及び第６節に掲げる特定保険医療材料料の例により算定する。

第１節　検査料

Ｄ０００　電気的根管長測定検査

電気的根管長測定検査とは、電気的抵抗を応用して根管長を測定するものをいい、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　歯周病検査

（１） 歯周病検査とは、歯周病の診断に必要なポケット深さの測定、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。また、２回目以降の歯周病検査は、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。歯周病検査の実施は、「歯周病の治療に関する基本的な考え方」（令和８年３月日

本歯科医学会）を参考とする。

（２）　歯周基本検査及び歯周精密検査は、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、キーパー付き根面板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点以上のポケット深さの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点以上のポケット深さの測定、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）　混合歯列期歯周病検査は、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たプラークの付着状況及びプロービング時の出血の有無の検査を行った場合に算定する。なお、混合歯列期歯周病検査に基づく歯周基本治療は、Ｉ０１１に掲げる歯周基本治療の「１　スケーリング」により算定する。

（６）　混合歯列期の患者の歯周組織の状態及び歯年齢等により混合歯列期歯周病検査以外の歯周病検査を行う場合は、十分に必要性を考慮した上で行い、その算定に当たっては、永久歯の歯数に応じた歯周基本検査の各区分により算定する。なお、この場合において後継永久歯が先天性に欠如している乳歯については、永久歯の歯数に含めて差し支えない。

（７）　乳歯列期の患者の歯周病検査は、「３　混合歯列期歯周病検査」により算定する。

（８）　「注」に規定する第２回目以降の検査については、前回検査を実施した日から起算して１月以内に実施した場合に、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

（９）　次の場合において、やむを得ず患者の状態等によりポケット深さの測定等が困難な場合は、歯肉の発赤・腫脹の状態及び歯石の沈着の有無等により歯周組織の状態の評価を行い、歯周基本治療を開始して差し支えない。

イ　在宅等において療養を行っている患者

ロ　歯科診療特別対応加算１、歯科診療特別対応加算２又は歯科診療特別対応加算３を算定している患者

この場合において、患者及び歯周組織の状態を診療録に記載すること。

(10)　Ｉ０１１－２に掲げる歯周病継続支援治療を開始した患者について、歯周病検査を実施した結果、Ｉ０１１－２に掲げる歯周病継続支援治療の（１）に規定する状態に該当しなくなったことにより、別の治療を行う必要がある場合は、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

Ｄ００２－５　歯周病部分的再評価検査

（１）　歯周病部分的再評価検査（以下「部分的再評価」という。）とは、歯周病治療を目的としてＪ０６３に掲げる歯周外科手術を行った部位に対して、歯周病の治癒の状態の評価を目的として実施する検査であり、４点以上のポケット深さの測定、プロービング時の出血の有無及び必要に応じて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。

（２）　部分的再評価は、手術後１回に限り算定する。

（３）　Ｃ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料及びＩ０１１

－２に掲げる歯周病継続支援治療の算定期間中は算定できない。

（４）　Ｄ００２に掲げる歯周病検査と同日に行う部分的再評価検査は、歯周病検査に含まれ別に算定できない。

Ｄ００２―６　口腔細菌定量検査

（１）　口腔細菌定量検査とは、舌の表面を擦過し採取されたもの又は舌の下部から採取された唾液を検体として、口腔細菌定量分析装置を用いて細菌数を定量的に測定することをいう。口腔細菌定量検査の実施は「口腔バイオフィルム感染症に関する基本的な考え方」（令和６年３月日本歯科医学会）及び「口腔機能低下症に関する基本的な考え方」（令和６年３月日本歯科医学会）を参考にすること。

（２）　「１　口腔細菌定量検査１」は、次のいずれかに該当する患者に対して口腔バイオフィルム感染症の診断を目的として実施した場合に算定できる。

イ　在宅等において療養を行っている患者

ロ　イ又はハ以外の患者であって、入院中のもの

ハ　Ａ０００に掲げる初診料の(16)のイ、ロ、ニ若しくはホの状態又はＡ００２に掲げる再診料の（８）のイ、ロ、ニ若しくはホの状態の患者

（３）　「注２」に規定する第２回目以降の検査については、前回検査を実施した日から起算して１月以内に実施した場合に、所定点数の 100 分の 50 に相当する点数により算定する。

（４）　「２　口腔細菌定量検査２」は、問診、口腔内所見又は他の検査所見から加齢等による口腔機能の低下が疑われる患者に対し、口腔機能低下症の診断を目的として実施した場合に算定する。

（５）　「２　口腔細菌定量検査２」は、口腔機能低下症の診断後の患者については、Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、Ｂ０００－４－３に掲げる口腔機能管理料、Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料、Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料又はＣ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定し、継続的な口腔機能の管理を行っている場合に、３月に１回に限り算定する。

（６）　検査に係る費用は所定点数に含まれ別に算定できない。

Ｄ００９　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をいい、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１装置につき１回のみの算定とする。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も、１回の算定とする。なお、計画的に欠損補綴物を製作する場合は、必要性を十分考慮した上で実施する。

（２）　顎運動関連検査とは、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をいう。

（３）　下顎運動路描記法とは、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行うものをいう。

（４）　ゴシックアーチ描記法とは、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をいう。

（５）　パントグラフ描記法とは、全調節性咬合器を使用する場合に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をいう。

（６）　チェックバイト検査とは、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顆路傾斜度を測定するものをいう。

Ｄ０１０　歯冠補綴時色調採得検査

（１）　「歯冠補綴時色調採得検査（１枚につき）」は、「注」に規定するレジン前装金属冠、レジン前装チタン冠、硬質レジンジャケット冠又はＣＡＤ／ＣＡＭ冠の製作に当たって、当該補綴物の色調を決定するための方法として、隣在歯等と色調見本を同時にカラー写真で撮影する方法で行う。なお、両側の隣在歯等にレジン前装金属冠等の歯冠補綴物が装着されている場合等、隣在歯等が色調比較可能な天然歯ではない場合においては算定できない。

（２）　歯冠補綴時色調採得検査は、色調の確認が可能である適切な倍率で口腔内カラー写真を撮影した場合において、歯冠補綴歯１歯につき、１枚に限り算定できる。

（３）　複数歯を同時に製作する場合において、同一画像内に当該歯、色調見本及び隣在歯等が入る場合は、歯冠補綴を行う歯数に関わらず、１枚として算定する。

（４）　歯冠補綴時色調採得検査は、Ｍ００３に掲げる印象採得又はＭ００８に掲げるブリッジの試適を行ったいずれかの日に算定する。

（５）　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。

（６）　歯冠補綴時色調採得検査の費用は、Ｍ００３に掲げる印象採得の注１に規定する歯科技工士連携加算１及び注２に規定する歯科技工士連携加算２に含まれ、別に算定できない。

（７）　撮影した口腔内カラー写真は、歯科技工指示書及び診療録に添付する。なお、デジタル撮影した場合においては、当該画像を電子媒体に保存して管理しても差し支えない。また、この場合において、歯科技工指示書については、当該画像を保存した電子媒体を添付しても差し支えない。

Ｄ０１１　有床義歯咀嚼機能検査

（１）　有床義歯咀嚼機能検査とは、Ｉ０１７－１－３に掲げる舌接触補助床、Ｍ０１８に掲げる有床義歯、Ｍ０１８－２に掲げる３次元プリント有床義歯、Ｍ０１９に掲げる熱可塑性樹脂有床義歯、Ｍ０２５に掲げる口蓋補綴、顎補綴又はＭ０２５－２に掲げる広範囲顎骨支持型補綴（以下この区分、Ｄ０１１－２及びＤ０１１－３において「有床義歯等」という。）の装着時の下顎運動、咀嚼能力又は咬合圧を測定することにより、有床義歯等の装着による咀嚼機能の回復の程度等を客観的かつ総合的に評価し、有床義歯等

の調整、指導及び管理を効果的に行うことを目的として行うものであり、有床義歯等を新製する場合において、新製有床義歯等の装着前及び装着後のそれぞれについて実施する。

（２）　「１のイ　下顎運動測定と咀嚼能力測定を併せて行う場合」とは、下顎運動測定と咀嚼能力測定を同日に実施するものをいい、「２のイ　下顎運動測定と咬合圧測定を併せて行う場合」とは、下顎運動測定と咬合圧測定を同日に実施するものをいう。

（３）　下顎運動測定とは、三次元的に下顎の運動路を描記可能な歯科用下顎運動測定器（非接触型）を用いて、咀嚼運動経路を測定する検査をいう。

（４）　咀嚼能力測定とは、グルコース分析装置（グルコース含有グミゼリー咀嚼時のグルコース溶出量を測定するもの）を用いて、咀嚼能率を測定する検査をいう。

（５）　咬合圧測定とは、歯科用咬合力計を用いて、咬合力及び咬合圧分布等を測定する検査をいう。

（６）　新製有床義歯等の装着前及び装着後のそれぞれにおいて当該検査を実施する場合は、装着前に「１　有床義歯咀嚼機能検査１」を算定した場合は装着後も「１　有床義歯咀嚼機能検査１」を、装着前に「２　有床義歯咀嚼機能検査２」を算定した場合は装着後も「２　有床義歯咀嚼機能検査２」を算定する。

（７）　新製有床義歯等の装着前の有床義歯咀嚼機能検査を２回以上実施した場合は、１回目の検査を行ったときに限り算定する。

（８）　新製有床義歯等の装着後の有床義歯咀嚼機能検査は、新製有床義歯等の装着日の属する月から起算して６月以内を限度として、月１回に限り算定する。なお、新製有床義歯等の装着前に「１のイ　下顎運動測定と咀嚼能力測定を併せて行う場合」又は「２のイ　下顎運動測定と咬合力測定を併せて行う場合」を実施した場合は、装着後必要に応じて「１のロ　咀嚼能力測定のみを行う場合」又は「２のロ　咬合圧測定のみを行う場合」を実施した後、「１のイ　下顎運動測定と咀嚼能力測定を併せて行う場合」又は「２のイ　下顎運動測定と咬合力測定を併せて行う場合」によって総合的な咀嚼機能の評価を行うことが望ましい。

（９）　有床義歯咀嚼機能検査は、当該患者が次のいずれかに該当する場合に限り算定する。

イ　総義歯又は９歯以上の局部義歯を装着する場合

ロ　Ｉ０１７－１－３に掲げる舌接触補助床を装着する場合

ハ　Ｊ１０９に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術の(５)に準ずる場合

ニ　Ｍ０１８に掲げる有床義歯、Ｍ０１８－２に掲げる３次元プリント有床義歯又はＭ０１９に掲げる熱可塑性樹脂有床義歯を装着する患者であって、左右第二大臼歯を含む臼歯が４歯以上欠損している場合（第三大臼歯は歯数に含めない。）

ホ　Ｍ０２５に掲げる口蓋補綴、顎補綴を装着する場合

(10)　新製有床義歯等の装着時又は有床義歯等の調整時に当該検査を行う場合は、Ｂ０１３に掲げる新製有床義歯管理料、Ｂ０１３－３に掲げる広範囲顎骨支持型補綴物管理料又はＨ００１－２に掲げる歯科口腔リハビリテーション料１と同日に算定できる。

(11)　Ｉ０１７－１－３に掲げる舌接触補助床若しくはＭ０２５に掲げる口蓋補綴、顎補綴を装着する場合において、Ｈ００１－２に掲げる歯科口腔リハビリテーション料１の「２　舌接触補助床の場合」若しくは「３　その他の場合」を算定している患者又はＪ

１０９に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術の(５)に準ずる場合において、Ｂ０１３－３に掲げる広範囲顎骨支持型補綴物管理料を算定している患者について、咀嚼機能検査を行う必要がある場合については、当該患者の装着する装置を新製しない場合においても当該検査を算定できる。

(12)　検査に係る費用は所定点数に含まれ別に算定できない。

Ｄ０１１－２　咀嚼能力検査

（１）　咀嚼能力検査とは、グルコース分析装置（グルコース含有グミゼリー咀嚼時のグルコース溶出量を測定するもの）を用いて咀嚼能率を測定する検査をいう。

（２）　「１　咀嚼能力検査１」は、問診、口腔内所見又は他の検査所見から加齢等による口腔機能の低下が疑われる患者に対し、口腔機能低下症の診断を目的として実施した場合に算定する。

（３）　「１　咀嚼能力検査１」については、口腔機能低下症の診断後の患者については、Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、Ｂ０００－４－３に掲げる口腔機能管理料、Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料、Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料又はＣ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定し、継続的な口腔機能の管理を行っている場合に、３月に１回に限り算定する。

（４）　「２　咀嚼能力検査２」は、顎変形症に係る手術を実施する患者に対し、咀嚼機能の管理を目的として実施した場合に、手術前は１回に限り、手術後は、６月に１回に限り算定する。

（５）　有床義歯等の調整を同日に行った場合は、Ｂ０１３－３に掲げる広範囲顎骨支持型補綴物管理料又はＨ００１－２に掲げる歯科口腔リハビリテーション料１を別に算定する。

（６）　検査に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｄ０１１－３　咬合圧検査

（１）　咬合圧検査とは、歯科用咬合力計を用いて、咬合力又は咬合圧の分布等を測定する検査をいう。

（２）　「１　咬合圧検査１」は、問診、口腔内所見又は他の検査所見から加齢等による口腔機能の低下が疑われる患者に対し、口腔機能低下症の診断を目的として実施した場合に算定する。

（３）　「１　咬合圧検査１」については、口腔機能低下症の診断後の患者については、Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、Ｂ０００－４－３に掲げる口腔機能管理料、Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料、Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料又はＣ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定し、継続的な口腔機能の管理を行っている場合に、３月に１回に限り算定する。

（４）　「２　咬合圧検査２」は、顎変形症に係る手術を実施する患者に対し、咬合圧の管理を目的として実施した場合に、手術前は１回に限り、手術後は、６月に１回に限り算定する。

（５）　有床義歯等の調整を同日に行った場合は、Ｂ０１３－３に掲げる広範囲顎骨支持型補綴物管理料又はＨ００１－２に掲げる歯科口腔リハビリテーション料１を別に算定する。

（６）　検査に係る費用は所定点数に含まれ別に算定できない。

Ｄ０１１－４　小児口唇閉鎖力検査

（１）　小児口唇閉鎖力検査とは、口唇閉鎖力測定器を用いて、口唇閉鎖力を測定する検査をいう。

（２）　当該検査は、問診、口腔内所見又は他の検査所見から口腔機能の発達不全が疑われる患者に対し、口腔機能発達不全症の診断を目的として実施した場合に算定する。

（３）　当該検査については、口腔機能発達不全症の診断後の患者については、Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料、Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料、Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料又はＣ００１－６に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定し、継続的な口腔機能の管理を行っている場合に、３月に１回に限り算定する。

（４）　検査に係る費用は所定点数に含まれ別に算定できない。

Ｄ０１１－５　口腔粘膜湿潤度検査

（１）　口腔粘膜湿潤度検査とは、口腔粘膜の乾燥状態を数値化する体成分分析装置を用いて、舌背部の口腔粘膜湿潤度を測定する検査をいう。

（２）　当該検査は、問診、口腔内所見又は他の検査所見から、加齢等による口腔機能の低下が疑われる患者に対し、口腔機能低下症の診断を目的として実施した場合に算定する。

（３）　当該検査については、口腔機能低下症の診断後の患者については、Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、Ｂ０００－４－３に掲げる口腔機能管理料、Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料、Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料又はＣ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定し、継続的な口腔機能の管理を行っている場合に、３月に１回に限り算定する。

（４）　（２）及び（３）以外に、「注２」に規定する患者に対して口腔乾燥を評価する目的で当該検査を行った場合に、３月に１回に限り算定する。

（５）　検査に係る費用は所定点数に含まれ別に算定できない。

Ｄ０１２　舌圧検査

（１）　舌圧検査とは、舌の運動機能を評価する目的で、舌を口蓋部に押し上げるときの圧力を舌圧計を用いて測定するものをいう。

（２）　当該検査は、次のいずれかに該当する場合に算定する。

イ　問診、口腔内所見又は他の検査所見から、加齢等による口腔機能の低下が疑われる患者に対し、口腔機能低下症の診断を目的として実施した場合

ロ　問診、口腔内所見又は他の検査所見から、口腔機能の発達不全が疑われる患者に対し、口腔機能発達不全症の診断を目的として実施した場合

（３）　当該検査については、口腔機能低下症又は口腔機能発達不全症の診断後の患者については、Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料、Ｂ０００－４－３に掲げる口腔機能管理料、Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料、Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、Ｃ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又はＣ００１－６に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定し、継続的な口腔機能の管理を行っている場合に、３月に１回に限り算定する。

（４）　（２）及び（３）以外に、「注２」に規定する患者に対して舌の運動機能を評価する目的で当該検査を行った場合は、月２回に限り算定する。なお、この場合において、Ｂ０

１３－３に掲げる広範囲顎骨支持型補綴物管理料、Ｈ００１－２に掲げる歯科口腔リハビリテーション料１の「２　舌接触補助床の場合」若しくは「３　その他の場合」、Ｉ０１７－１－３に掲げる舌接触補助床、Ｍ０２５に掲げる口蓋補綴、顎補綴又はＭ０２５－２に掲げる広範囲顎骨支持型補綴と同日に算定して差し支えない。

（５）　有床義歯等の調整と同日に行った場合はＨ００１－２に掲げる歯科口腔リハビリテーション料１を別に算定する。

（６）　「注２」に規定する患者に対して、摂食機能療法と同日に当該検査を実施した場合は、Ｈ００１に掲げる摂食機能療法と別に当該検査を算定できる。

（７）　検査に係る費用は所定点数に含まれ別に算定できない。

Ｄ０１３　精密触覚機能検査

（１）　精密触覚機能検査は、口腔・顎・顔面領域の手術等に伴う神経障害や帯状疱疹や骨髄炎等に起因する神経障害によって生じる神経症状（感覚の異常）を呈する患者に対して、当該検査に関する研修を受講したものが、Semmes-Weinstein monofilament set を用いて知覚機能（触覚）を定量的に測定した場合に１月に１回に限り算定する。なお、検査の実施に当たっては、「精密触覚機能検査の基本的な考え方」（平成 30 年３月日本歯科医学会）を遵守するとともに、検査結果は関係学会の定める様式又はこれに準ずる様式に記録し、診療録に添付すること。

（２）　当該検査に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｄ０１４　睡眠時歯科筋電図検査

睡眠時歯科筋電図検査は、問診又は口腔内所見等から歯ぎしりが強く疑われる患者に対し、診断を目的として、夜間睡眠時の筋活動を定量的に測定した場合に、一連につき１回に限り算定する。なお、検査の実施に当たっては、「筋電計による歯ぎしり検査実施に当たっての基本的な考え方」（令和２年３月日本歯科医学会）を遵守すること。

第４部　画像診断

通則

１　「通則２」又は「通則３」の「同一の部位」とは、部位的な一致に加え、通常同一フィルム面に撮影し得る範囲をいう。

２　「通則２」又は「通則３」の「同時に」とは、診断するため予定されるものをいう。ただし、処置又は手術後の評価を目的として撮影した場合は「同時」に該当しない。

３　「通則２」の「２枚以上」とは、特に規定する場合を除き、撮影方法の別によらず２枚以上のエックス線写真を撮影した場合をいう。

４　「通則３」の「同一の方法」による撮影とは、単純撮影、特殊撮影、歯科用３次元エックス線断層撮影又は造影剤使用撮影のそれぞれの撮影方法をいい、デジタル撮影及びアナログ撮影については「同一の方法」として扱う。

５「通則２」及び「通則３」において、第１枚目の撮影では診断困難な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。

６　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。

7　歯科用エックス線フィルムを使用した歯科エックス線撮影で「通則２」及び「通則３」に該当する場合は二等分法撮影に加え、必要があって埋伏歯に対し偏心投影を行った場合やう蝕歯に対し咬翼法撮影を行った場合等である。

8　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をいい、診断料及び撮影料は撮影枚数にかかわらず所定点数により算定する。この場合において、使用したフィルムは撮影枚数に応じ 14 枚を限度とする。なお、デジタル撮影の場合であっても全顎撮影は 10 回から 14 回行うものとし、撮影回数にかかわらず所定点数により算定するが、フィルム料は別に算定できない。

9　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８と同様の方法により算定する。

10　デジタル撮影とは、ＣＣＤセンサー、ｃＭＯＳセンサー又はイメージングプレート等を用いたデジタルラジオグラフによるものをいう。

11　歯科用３次元エックス線断層撮影とは、部位限定エックス線ＣＴ診断装置又はアーム型エックス線ＣＴ診断装置を用いて局所的な撮影を行い、歯科疾患を３次元的に確認する撮影をいう。

12　「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する。

（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、時間外等の定義は、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。

（３）　同一患者に同日に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回に限り算定する。

（４）　入院中の患者に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等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ことができないような重篤な場合をいう。

13　「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、デジタル撮影した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が、本加算を算定した場合は当該フィルムは算定できない。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は、電子画像管理加算は算定できない。

（２）　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。

（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は算定できない。

14 歯科画像診断管理加算１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及び診断を行い、その結果を文書により当該病院の主治の歯科医師に提供した場合に月の最初の診断日に算定する。この場合において、提供された文書又はその写しを診療録に添付する。歯科画像診断管理加算２は、コンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）、磁気共鳴コンピューター断層撮影（ＭＲＩ撮影）又は歯科用３次元エックス線断層撮影について、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読影及び診断を行い、その結果を文書により当該病院の主治の歯科医師に提供した場合に月の最初の診断日に算定する。なお、夜間又は休日に撮影された画像については、当該専ら画像診断を担当する歯科医師が、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で、画像の読影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で読影及び診断を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する歯科医師に報告した場合も算定できる。その際には、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たり、安全管理を確実に行った上で実施すること。また、当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託した場合は、これらの加算は算定できない（「通則８」又は「通則９」により算定する場合を除く。）。この場合において、提供された文書又はその写しを診療録に添付する。

15 歯科画像診断管理加算を算定した月にあっては、医科点数表の第２章第４部通則に規定する画像診断管理加算は算定できない。

16 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、診断料及び歯科画像診断管理加算１又は歯科画像診断管理加算２（当該加算の算定要件を満たす場合に限る。）を算定する。受信側の保険医療機関における診断等に係る費用は受信側、送信側の保険医療機関間における相互の合議に委ねる。

17 遠隔画像診断を行った場合、歯科画像診断管理加算１は、受信側の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読影及び診断を行い、その結果を文書により送信側の保険医療機関において当該患者の診療を担当する歯科医師に提供した場合に、月の最初の診断日に算定する。遠隔画像診断を行った場合、歯科画像診断管理加算２は、送信側の保険医療機関において実施されるコンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）、磁気共鳴コンピューター断層撮影（ＭＲＩ撮影）又は歯科用３次元エックス線断層撮影について、受信側の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読影及び診断を行い、その結果を文書により送信側の保険医療機関において当該患者の診療を担当する歯科医師に提供した場合に、月の最初の診断日に算定する。なお、夜間又は休日に撮影された画像については、受信側の保険医療機関において専ら画像診断を担当する歯科医師が、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で、画像の読影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で読影及び診断を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する歯科医師に報告した場合も算定できる。その際には、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たり、安全管理を確実に行った上で実施すること。また、受信側又は送信側の保険医療機関が受信側及び送信側の保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託した場合は、当該加算は算定できない。また、これらの加算を算定する場合は、提供された文書又はその写しを診療録に添付する。

18 画像診断のために使用した造影剤は、Ｅ３０１に掲げる造影剤により算定する。

19　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のロ　その他の場合」により、撮影料はＥ１００に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織の「１のロ　その他の場合」により算定する。

（５）　単純撮影の「１のロ　その他の場合」により上下顎の全顎撮影を行った場合は、２枚目までは所定点数により算定し、３枚目及び４枚目は「通則２」及び「通則３」により算定する。

（６）　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Ｅ１００に掲げる歯、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。

（７）　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のハ　イ及びロ以外の場合」により、撮影料はＥ１００に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織の「２のハ　イ及びロ以外の場合」により算定する。

（８）　（７）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。

（９）　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。

（10）　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の部位に対して撮影

したエックス線フィルムの診断は、撮影した枚数にかかわらず１回に限り算定する。

(11)　歯科用３次元エックス線断層撮影は、歯科用エックス線撮影又は歯科パノラマ断層撮影で診断が困難な場合であって、当該画像撮影の必要性が十分認められる次のいずれかを３次元的に確認する場合に算定する。

イ　埋伏智歯等、下顎管との位置関係

ロ　顎関節症等、顎関節の形態

ハ　顎裂等、顎骨の欠損形態

ニ　腫瘍等、病巣の広がり

ホ　その他、歯科用エックス線撮影若しくは歯科パノラマ断層撮影で確認できない位置関係、病巣の広がり又は複雑な解剖学的根管形態等を確認する特段の必要性が認められる場合

(12)　歯科用３次元エックス線断層撮影に係る診断料は、実施した撮影の回数にかかわらず、月１回の算定とし、初回の撮影を実施する日に算定する。

(13)　同月内において、入院及び外来の両方で、歯科用３次元エックス線断層撮影を実施した場合においては、入院又は外来の別にかかわらず、月１回に限り算定する。

(14)　当該医療機関以外の医療機関で撮影したフィルムについて診断を行った場合は、初診料を算定した日に限り、歯科用３次元エックス線断層撮影に係る診断料を算定する。

(15)　歯科部分パノラマ断層撮影とは、歯科エックス線撮影を行う場合で異常絞扼反射を有する患者であって、「１のイ　歯科エックス線撮影」が困難な場合に、歯科部分パノラマ断層撮影装置を用いて、エックス線の照射範囲を限定し局所的な撮影を行ったものをいい、単に歯科パノラマ断層撮影により撮影された画像を分割した場合は算定できない。

(16)　「２のイ　歯科パノラマ断層撮影」と「２のロ　歯科部分パノラマ断層撮影」を同時に行った場合の診断料及びＥ１００に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織の撮影料は、主たる撮影の所定点数のみをそれぞれ算定する。ただし、(６)の規定により「２のイ　歯科パノラマ断層撮影」を算定する場合についてはこの限りではない。

(17)　写真診断を行った場合は、診断に係る必要な所見を診療録に記載する。

(18)　その他は、医科点数表の第２章第４部第１節に掲げるエックス線診断料の例により算定する。

第２節　撮影料

Ｅ１００　歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織

（１）　第１節診断料のＥ０００に掲げる写真診断の(１)から(８)まで、(15)及び(16)は、本区分についても同様である。

（２）　歯科用３次元エックス線断層撮影は、疾患の種類等にかかわらず、所定点数のみにより算定する。

（３）　「注４」に規定する「３　歯科用３次元エックス線断層撮影」における「造影剤を使用した場合」とは、腔内注射等により造影剤使用撮影を行った場合をいう。

（４）　造影剤を使用しない歯科用３次元エックス線断層撮影を行い、引き続き造影剤を使用して撮影を行った場合は、所定点数及び造影剤の使用による加算点数のみにより算定する。

（５） 造影剤使用撮影とは、顎関節腔、上顎洞又は唾液腺に造影剤を注入して行った場合をいう。

Ｅ１０１　造影剤注入手技

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

第３節　基本的エックス線診断料

Ｅ２００　基本的エックス線診断料

医科点数表のＥ００４に掲げる基本的エックス線診断料の例により算定する。

第４節　フィルム及び造影剤料

Ｅ３００　フィルム

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

＜画像診断の端数処理方法＞

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

（例） 同一部位に対し、同時にカビネ型２枚を使用して単純撮影（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　38 円　×　2/10　＝　7.6 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）＋（29 円/10）点（フィルム料）＝47.9 点→48 点

（例） ５枚の場合

48 点（1 枚当たりの請求点数）×5 枚＝240 点

第５部　投　薬

通則

１　「通則４」については、うがい薬のみの投薬が治療を目的としないものである場合には算定しないことを明らかにしたものであり、治療を目的とする場合にあっては、この限りでない。なお、うがい薬とは、薬効分類上の含嗽剤をいう。

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

第５節　処方箋料

Ｆ４００　処方箋料

（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箋により投薬することは、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箋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、常時院外処方箋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箋により投薬した場合をいう。

（3）　同一患者に対し処方箋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、当該処方料は処方箋料に含まれる。

（4）　その他は、医科点数表のＦ４００に掲げる処方箋料（（8）から(10)までを除く。）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節の薬剤料のみにより算定する。

２　第６部に掲げる注射以外の注射は、医科点数表の第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Ｇ００３－２に掲げる薬液膀胱内注入、医科点数表の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Ｇ００５－５に掲げる上腕静脈用カテーテル挿入、医科点数表のＧ００７に掲げる腱鞘内注射、医科点数表のＧ００８に掲げる骨髄内注射、医科点数表のＧ００９に掲げる脳脊髄腔注射、医科点数表のＧ０１１に掲げる気管内注入、医科点数表のＧ０１２に掲げる結膜下注射、医科点数表のＧ０１２－２に掲げる自家血清の眼球注射、医科点数表のＧ０１３に掲げる角膜内注射、医科点数表のＧ０１４に掲げる球後注射、医科点数表のＧ０１５に掲げるテノン氏嚢内注射、医科点数表のＧ０１６に掲げる硝子体内注射、医科点数表のＧ０１７に掲げる腋窩多汗症注射及び医科点数表のＧ０１８に掲げる外眼筋注射（ボツリヌス毒素によるもの）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、簡単なものの費用は、算定できない。

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、特に定める場合を除き、全ての患者の機能訓練の内容の要点及び実施時刻（開始時刻及び終了時刻）を診療録等へ記載する。

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（開始時刻及び終了時刻）、治療内容等を記載する。

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（開始時刻及び終了時刻）、訓練内容、使用器具名等を記載する。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も同様の取扱いとする。

5　「Ｈ０００」脳血管疾患等リハビリテーション料及び「Ｈ０００－３」廃用症候群リハビリテーション料に掲げるリハビリテーションの実施単位数は、従事者１人につき１日当たりの実施単位数として 18 単位を標準とし、週当たりの実施単位数として 108 単位までとする。当該実施単位数は、「Ｈ０００」脳血管疾患等リハビリテーション料及び「Ｈ０００－３」廃用症候群リハビリテーション料に掲げるリハビリテーション並びに集団コミュニケーション療法の実施単位数を合わせた単位数であること。ただし、１日当たりの実施単位数として 24 単位を上限とする。

6　「Ｈ０００」脳血管疾患等リハビリテーション料及び「Ｈ０００－３」廃用症候群リハビリテーション料に掲げるリハビリテーションを担当する専従の従事者の実施単位数については、特掲診療料施設基準通知の別添１の第 40 の１の（２）、第 40 の２の１の（２）、第 41 の１の（２）及び第 42 の１の（２）のそれぞれに規定する業務のうち、「Ｈ０００」脳血管疾患等リハビリテーション料及び「Ｈ０００－３」廃用症候群リハビリテーション料に掲げるリハビリテーション並びに集団コミュニケーション療法以外の特掲診療料に係る業務に実際に従事した時間を合算した時間が、20 分以上の場合は 20 分を１単位とみなした上で、５に規定する実施単位数に加えて計算する。

7　第７部に掲げるリハビリテーション以外のリハビリテーションは、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。

8　「Ｈ０００」脳血管疾患等リハビリテーション料及び「Ｈ０００－３」廃用症候群リハビリテーション料に掲げるリハビリテーションを休日に行った場合の加算の対象となる休日とは、土曜日、日曜日又は祝日である。なお、祝日は、国民の祝日に関する法律第３条に規定する休日をいい、１月２日及び３日並びに 12 月 29 日、30 日及び 31 日は、「土曜日、日曜日又は祝日」として取り扱う。

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する。この場合において、当該区分中「医師」とあるのは「歯科医師」に読み替えて適用する。

Ｈ０００－３　廃用症候群リハビリテーション料

廃用症候群リハビリテーション料は、医科点数表のＨ００１－２に掲げる廃用症候群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する。この場合において、当該区分中「医師」とあるのは「歯科医師」に読み替えて適用する。

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回に限り算定する。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日につき算定する。なお、摂食機能障害者とは、次のいずれかに該当する患者をいう。

イ　発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳卒中等による後遺症により摂食機能に障害があるもの

ロ　内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影によって他覚的に嚥下機能の低下が確認できるものであって、医学的に摂食機能療法の有効性が期待できるもの

（２）　摂食機能療法の実施に当たっては、診療録に当該療法の実施時刻（開始時刻と終了時刻）、療法の内容の要点等を記載する。

（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次のイからハまでのいずれかを行う場合及び歯科医師と連携する医師の指示の下に理学療法士又は作業療法士がハを行う場合は、摂食機能療法として算定する。

イ　嚥下訓練（間接訓練）（個別に実施する場合に限る。）

ロ　嚥下訓練（直接訓練）（専ら食事介助又は食事観察を行うものを除く。）

ハ　摂食の際の体位設定、自助具の評価・設定

（４）　「２　30 分未満の場合」については、脳卒中の発症後 14 日以内の患者に対し、15 分以上の摂食機能療法を行った場合に算定できる。なお、脳卒中の発症後 14 日以内の患者であっても、30 分以上の摂食機能療法を行った場合には「１　30 分以上の場合」を算定できる。

（５）　「注３」に掲げる摂食嚥下機能回復体制加算は、摂食機能及び嚥下機能の回復の支援に係る専門知識を有した多職種により構成されたチーム（以下「摂食嚥下支援チーム」という。）等による対応によって摂食機能又は嚥下機能の回復が見込まれる患者に対して、多職種が共同して必要な指導管理を行った場合に算定できる。

（６）　「注３」に掲げる摂食嚥下機能回復体制加算を算定する摂食機能療法を行うに当たっては、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。

（７）　その他摂食機能療法の医科と共通の項目は、医科点数表のＨ００４に掲げる摂食機能療法の例により算定する。

Ｈ００１－２　歯科口腔リハビリテーション料１

（１）　「１　有床義歯の場合」とは、有床義歯による口腔機能の回復又は維持を主眼とした調整又は指導（Ｂ０１３に掲げる新製有床義歯管理料における、新製した有床義歯の着脱や保管の方法等の取り扱いについての説明を除く。）をいい、１口腔単位で義歯に係る調整又は指導を行った場合に、月１回に限り算定する。この場合において、調整又は

指導内容等の要点を診療録に記載する。

（２）　Ｂ０１３に掲げる新製有床義歯管理料を算定した月と同月に、当該義歯の調整又は指導を行った場合は、同日であっても本区分を算定して差し支えない。

（３）　Ｉ０２２に掲げる有床義歯床下粘膜調整処置を行い、有床義歯の床裏装を予定している場合は、同月内であっても当該処置に併せて「１　有床義歯の場合」を算定して差し支えない。

（４）　同月内に、有床義歯の調整又は指導を複数回行った場合であっても、「１　有床義歯の場合」は、月１回に限り算定する。

（５）　別の保険医療機関で製作した有床義歯の調整又は指導は、装着する日の属する月であっても「１　有床義歯の場合」により算定して差し支えない。

（６）　「２　舌接触補助床の場合」は、脳血管疾患、口腔腫瘍又は口腔機能低下症等の患者に対し、舌接触状態等を変化させて摂食・嚥下機能又は発音・構音機能の改善を図ることを目的にＩ０１７－１－３に掲げる舌接触補助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、調整部位又は指導内容等の要点を診療録に記載する。

（７）　「３　小児保隙装置の場合」は、小児保隙装置を装着している患者に対して、正常な咬合関係の獲得を目的として、当該装置の調整又は修理を行った場合に月１回に限り算定する。この場合において、調整又は修理内容等の要点を診療録に記載する。

（８）　「４　その他の場合」は、Ｍ０２５に掲げる口蓋補綴、顎補綴により算定した、口蓋補綴装置、顎補綴装置、発音補助装置、発音補整装置、ホッツ床（哺乳床）又はオクルーザルランプを付与した口腔内装置を装着している場合に、当該装置の調整、患者又は患者の保護者に対する当該装置の使用方法等の指導、訓練又は修理を行い、口腔機能の回復又は向上を図った際に算定する。この場合において、調整又は修理内容等の要点を診療録に記載する。

（９）　歯科口腔リハビリテーション料１を算定した日において、Ｈ００１―３に掲げる歯科口腔リハビリテーション料３に係る口腔機能に係る指導・訓練を実施した場合は、歯科口腔リハビリテーション料３を別に算定して差し支えない。

(10)　有床義歯に係る調整又は指導を行うに当たっては、「有床義歯の管理について」（令和８年３月日本歯科医学会）を参考とする。

Ｈ００１－３　歯科口腔リハビリテーション料２

（１）　歯科口腔リハビリテーション料２は、顎関節症を有する患者に対して、療養上の指導又は訓練として、筋伸展訓練や顎関節可動域訓練等の開口訓練を行い、口腔機能の回復又は維持・向上を図った場合に算定する。なお、別の保険医療機関で製作した口腔内装置を装着している場合においても、当該リハビリテーション料により算定する。

（２）　「１　口腔内装置を装着している場合」は、Ｉ０１７に掲げる口腔内装置の「注」に規定する顎関節治療用装置を装着している患者に対して算定し、当該装置の調整・修理を行う場合にあっては、Ｉ０１７－２に掲げる口腔内装置調整・修理により算定する。

（３）　指導又は訓練の実施時刻（開始時刻及び終了時刻）及び実施内容等の要点を診療録に

記載する。

Ｈ００１－４　歯科口腔リハビリテーション料３

（１）　「１　口腔機能の発達不全を有する 18 歳未満の患者の場合」は、正常な口腔機能の獲得を目的としてＢ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料を算定する患者又はＣ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定する患者に対し、管理計画に基づき口腔機能に係る指導・訓練を行った場合に算定する。当該指導・訓練を行うに当たっては、関係学会より示されている「口腔機能発達不全症に関する基本的な考え方」（令和６年３月日本歯科医学会）を参考とすること。

（２）　「２　口腔機能の低下を来している患者の場合」は、口腔機能の回復又は維持・向上を目的としてＢ０００－４－３に掲げる口腔機能管理料又はＣ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定する患者に対し、管理計画に基づき口腔機能に係る指導・訓練を行った場合に算定する。当該指導・訓練を行うに当たっては、関係学会より示されている「口腔機能低下症に関する基本的な考え方」（令和６年３月日本歯科医学会）を参考とすること。

（３）　歯科口腔リハビリテーション料３を算定した日において、Ｈ００１―２に掲げる歯科口腔リハビリテーション料１に係る有床義歯、舌接触補助床又は口蓋補綴装置等に係る調整または指導を実施した場合は、歯科口腔リハビリテーション料１を別に算定して差し支えない。

（４）　歯科口腔リハビリテーション料３を算定した日において、Ｈ００１―３に掲げる歯科口腔リハビリテーション料２に係る顎関節症を有する患者への指導又は訓練を実施した場合は、歯科口腔リハビリテーション料２を別に算定して差し支えない。

（５）　指導・訓練内容等の要点を診療録に記載する。

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算定するものをいい、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する。

（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　当該入院中にがんの治療のための手術、骨髄抑制を来しうる化学療法、放射線治療若しくは造血幹細胞移植が行われる予定の患者又は行われた患者

ロ　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、がん患者リハビリテーションの開始時及びその後３か月に１回以上、患者又はその家族等に対して当該がん患者リハビリテーションの実施計画の内容を説明し、その要点を診療録に記載する。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、Ｈ０００に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、Ｈ０００－３に掲げる廃用症候群リハビリテーション料又はＨ００２に掲げる障害児（者）リハビリテーション料は別に算定できない。

Ｈ００８　集団コミュニケーション療法料

集団コミュニケーション療法料は、医科点数表のＨ００８に掲げる集団コミュニケーション療法料の例により算定する。ただし、音声・構音障害を持つ患者に対して言語機能に係る訓練を行った場合に算定する。

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により算定する。

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、処置に使用した薬剤（特定薬剤にあっては、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く。）の費用についても算定する。したがって、薬剤を使用して処置を行った場合は第３節の薬剤料（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４節の特定薬剤料）を、第１節の処置料と合算して算定する。この場合において、特定薬剤は別に厚生労働大臣が定めるものに限られる。

４　薬剤料、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、薬剤による歯周ポケット内洗浄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者に対する加算は、第１節の所定点数の 100 分の 50 又は 100 分の 30 を加算する。

7　「通則５」又は「通則９」による著しく歯科診療が困難な者等に対する 100 分の 50 又は 100 分の 30 加算とは、開口の保持又は体位、姿勢の保持が必要な患者や頻繁な治療の中断を伴う患者等に対して、患者の状態に留意しながら治療を行った場合等に算定するものをいい、当該加算を算定した日の患者の治療時の状況を診療録に記載する。

8　「通則５」の加算において６歳未満の乳幼児であって著しく歯科診療が困難な者については、乳幼児に対する加算としての 100 分の 50 加算又は 100 分の 30 加算のみを算定する。

9　「通則６」の入院中の患者以外に対する処置の休日加算、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。

10　「通則６」の入院中の患者に対する処置の休日加算、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。

11　「通則６」の所定点数が 1,000 点以上又は 150 点以上とは、各区分に規定してある所定点数が 1,000 点以上又は 150 点以上という趣旨である。ただし、その処置・手術が全体として一体と考えられる場合は、個々の所定点数が 1,000 点又は 150 点に達しなくとも、それらの合算点数が 1,000 点以上又は 150 点以上のときは加算が認められる。

12　120 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（おとがい孔、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Ｋ００１に掲げる浸潤麻酔は、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に含まれ別に算定できない。ただし、Ｉ００４に掲げる生活歯髄切断又はＩ００５に掲げる抜髄を行う場合の浸潤麻酔に当たって使用した薬剤の薬価についてはこの限りではない。

13　歯科訪問診療は通院困難な療養中の患者について実施されるが、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及び困難性を考慮し、Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定する患者であって、同注９に規定する歯科診療特別対応加算１、歯科診療特別対応加算２又は歯科診療特別対応加算３を算定しないものに対して行った第８部に掲げる処置、第９部に掲げる手術及び第 12 部に掲げる歯冠修復及び欠損補綴を行った場合は、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ　Ｍ００３（２のロ及びハに限る。）に掲げる印象採得、Ｍ００３－３咬合印象、Ｍ００６（２のロに限る。）に掲げる咬合採得又はＭ０３０に掲げる有床義歯内面適合法

所定点数の 100 分の 70 に相当する点数

ロ　Ｉ００５（３に限る。）に掲げる抜髄、Ｉ００６（３に限る。）に掲げる感染根管処置、Ｊ０００（１、２及び３に限る。）に掲げる抜歯手術（注１による加算を算定した場合を除く。）、Ｍ０２１－３（１に限る。）に掲げる磁性アタッチメント又はＭ０２９に掲げる有床義歯修理

所定点数の 100 分の 50 に相当する点数

ハ　Ｉ００５（１及び２に限る。）に掲げる抜髄、Ｉ００６（１及び２に限る。）に掲げる感染根管処置、Ｊ０１３（２に限る。）に掲げる口腔内消炎手術

所定点数の 100 分の 30 に相当する点数

14　Ｉ００５に掲げる抜髄、Ｉ００６に掲げる感染根管処置、Ｉ００７に掲げる根管貼薬処置、Ｉ００８に掲げる根管充填及びＩ００８－２に掲げる加圧根管充填処置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、Ｉ０００に掲げる単純処置からＩ０２１－２に掲げる歯の破折片除去の処置のために行ったＫ００１に掲げる浸潤麻酔等は、「通則７」に該当しない場合に限り、術野又は病巣単位ごとに算定する。

Ｉ０００　単純処置

（１）　単純処置は、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、処置を行った歯数を乗じて算定する。

（２）　「単純処置」は、次の処置をいう。

イ　う蝕歯に行った軟化象牙質の除去

ロ　実質欠損に対する暫間充填

ハ　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

ニ　歯髄保護処置又は歯冠修復物の脱落時の再装着等を行うに当たって軟化象牙質等の除去若しく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

（３）　単純処置、Ｍ００１に掲げる歯冠形成、Ｍ００１－２に掲げる即時充填形成及びＭ００１－３に掲げる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は、それぞれの所定点数に含まれ別に算定できない。

（４）　Ｍ００２に掲げる支台築造又はＭ００２－２に掲げる支台築造印象と同日に行った単純処置の費用は、それぞれの所定点数に含まれ、別に算定できない。

（５）　単純処置を算定する場合は、算定部位ごとに処置内容等を診療録に記載する。

Ｉ０００－２　咬合調整

（１）　次に掲げる場合に算定する。

イ　一次性咬合性外傷の場合

ロ　二次性咬合性外傷の場合

ハ　歯冠形態修正の場合

（２）　（１）の「イ　一次性咬合性外傷の場合」とは、一次性咬合性外傷を有する場合であって、過度の咬合圧を受ける天然歯若しくは金属歯冠修復物等（他院で製作されたものに限る。）の過高部を削合した場合又は歯ぎしりの際の咬合干渉を削合した場合をいう。

（３）　イについては、「１　１歯以上 10 歯未満」又は「２　10 歯以上」のうち、いずれかを１回算定する。ただし、前回算定した日から起算して６月以内は算定できない。

（４）　（１）の「ロ　二次性咬合性外傷の場合」とは、歯周炎に罹患した患者に対して、歯周炎の治療を目的として行われる場合をいう。

（５）　ロについては、「１　１歯以上 10 歯未満」又は「２　10 歯以上」のうち、いずれかを１回算定する。ただし、前回算定した日から起算して６月以内は算定できない。

（６）（１)の「ハ　歯冠形態修正の場合」とは、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場合、又は舌、頬粘膜の咬傷を起こすような場合等の歯冠形態修正を行った場合に算定する。

（７）　ハについては、「１　１歯以上 10 歯未満」又は「２　10 歯以上」のうち、いずれかを１回算定する。ただし、前回算定した日から起算して６月以内は算定できない。また、歯冠形態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。

（８）　生活歯髄切断、抜髄、感染根管処置等の一連の歯内治療又は抜歯手術に伴って、患歯の安静を目的として行う歯の削合に係る費用は、Ｉ００４に掲げる生活歯髄切断、Ｉ００５に掲げる抜髄、Ｉ００６に掲げる感染根管処置、Ｊ０００に掲げる抜歯手術等に含まれ別に算定できない。

（９）　咬合調整を算定する場合は、（１)のイからハまでのいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

Ｉ０００－３　残根削合

治療の必要上、残根歯の削合を行う場合は、歯数に応じて算定する。

Ｉ００１　歯髄保護処置

（１）　歯髄保護処置とは、歯髄温存療法、直接歯髄保護処置及び間接歯髄保護処置をいう。

（２）　う窩の処置としての象牙質の削除を行うとともに、歯髄保護処置及び暫間充填を行った場合は、単純処置と歯髄保護処置の所定点数をそれぞれ算定する。

　ただし、Ｍ００１－２に掲げる即時充填形成、Ｍ００１－３に掲げるインレー修復形成又はＩ００４に掲げる生活歯髄切断を行った場合は、歯髄保護処置の点数は算定できない。

（３）　同一歯に２箇所以上、例えば近心と遠心とにう窩が存在する場合に、それぞれの窩洞に歯髄保護処置を行った場合は、同日又は日を異にして行った場合であっても、１歯につき１回に限り所定点数を算定する。

（４）　歯髄温存療法とは、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蝕を対象とし、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、感染部の治癒を図り、３月以上の期間を要するものをいう。本区分は、当該処置を行った最初の日から起算して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、当該処置に係る一連の行為を包括的に評価し、当該処置を行った最初の日に算定する。

（５）　歯髄温存療法を行った場合は、当該処置を行った最初の日から起算して３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説明するとともに、その要点を診療録に記載する。

（６）　直接歯髄保護処置を行った場合は、当該処置を行った最初の日から起算して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説明するとともに、その

要点について診療録に記載する。

Ｉ００１－２　象牙質レジンコーティング

象牙質レジンコーティングは、Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「１　生活歯歯冠形成」を行った歯に対して、象牙細管の封鎖を目的として、歯科用シーリング・コーティング材を用いてコーティング処置を行った場合に、１歯につき１回に限り算定する。

Ｉ００２　知覚過敏処置

（１）　イオン導入法は、知覚過敏処置に含まれ別に算定できない。

（２）　知覚過敏が生じた有髄歯に対して知覚鈍麻剤の塗布を行う場合に、「１　３歯まで」又は「２　４歯以上」の所定点数により算定する。ただし、補綴物の歯冠形成から装着までの治療期間中に、Ｉ００１－２に掲げる象牙質レジンコーティングを算定した場合は、当該期間中に知覚過敏処置は算定できない。

Ｉ００２－２　う蝕薬物塗布処置

う蝕に対して、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。

Ｉ００３　初期う蝕早期充填処置

（１）　初期う蝕早期充填処置は、原則として幼若永久歯又は乳歯の小窩裂溝の初期う蝕に対して行った場合に算定する。この場合において、初期う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は、所定点数に含まれ別に算定できない。

（２）　初期う蝕早期充填処置は１歯につき１回に限り算定する。ただし、咬耗や歯ぎしり等による摩耗や歯冠破折により、やむを得ず再度の充填処置が必要になった場合は、Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料又はＢ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定している患者に限り、前回の初期う蝕早期充填処置を算定した日から起算して６月を経過した日以降についてはこの限りではない。

（３）　初期う蝕早期充填処置に要する特定保険医療材料料は、Ｍ００９に掲げる充填の「イ　単純なもの」の場合と同様とする。

Ｉ００４　生活歯髄切断

（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、特定薬剤及び歯髄保護処置は、生活歯髄切断の所定点数に含まれ別に算定できない。ただし表面麻酔、浸潤麻酔又は簡単な伝達麻酔に用いた薬剤に係る薬剤料は別に算定する。

（２）　生活歯髄切断後に歯冠形成を行った場合は、Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「１　生活歯歯冠形成」又は「３　窩洞形成」の各号により算定する。

（３）　同一歯について、Ｉ００５に掲げる抜髄を併せて行った場合は、Ｉ００５に掲げる抜髄の所定点数に当該生活歯髄切断は含まれ別に算定できない。

（４）　生活歯髄切断の後に抜髄となった場合は、Ｉ００５に掲げる抜髄の所定点数のみにより算定する。

Ｉ００５　抜髄

（１）　抜髄は１歯につき１回に限り算定する。なお、麻酔及び薬剤は所定点数に含まれ別に算定できない。ただし表面麻酔、浸潤麻酔又は簡単な伝達麻酔に用いた薬剤に係る薬剤料は別に算定する。

（２）　抜髄は、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。この場合において、失活抜髄の貼薬及び薬剤は、所定点数に含まれ別に算定できない。

（３）　Ｉ００１に掲げる歯髄保護処置の「１　歯髄温存療法」を行った場合は、当該処置を行った最初の日から起算して３月以上の経過観察を行うが、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。

（４）　Ｉ００１に掲げる歯髄保護処置の「２　直接歯髄保護処置」を行った場合は、１月以上の経過観察を行うが、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）　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は、所定点数に含まれ別に算定できない。

（２）　感染根管処置は１歯につき１回に限り算定する。ただし、再度感染根管処置が必要になった場合において、Ｉ００８－２に掲げる加圧根管充填処置を行った患者に限り、前回の感染根管処置に係る歯冠修復が完了した日から起算して６月を経過した日以降については、この限りではない。

（３）　（２)の場合、再度当該処置を行うに当たり、Ｄ０００に掲げる電気的根管長測定検査、Ｉ００８に掲げる根管充填処置及びＩ００８－２に掲げる加圧根管充填処置はそれぞれ必要に応じ算定する。

Ｉ００７　根管貼薬処置

（１）　Ｉ００５に掲げる抜髄、Ｉ００６に掲げる感染根管処置又はＩ００８に掲げる根管充填と同時に行った根管貼薬は、それぞれの所定点数に含まれ別に算定できない。

（２）　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）　歯根未完成の永久歯の歯内療法実施中に、数月間根尖部の閉鎖状態の予後観察を行うために水酸化カルシウム系糊剤等により暫間的根管充填を行う場合は、１回に限り「１　単根管」、「２　２根管」又は「３　３根管以上」により算定する。ただし、Ｉ００８－２に掲げる加圧根管充填処置は算定できない。なお、併せて当該歯に暫間充填を行った場合は、Ｉ０００に掲げる単純処置により算定する。

Ｉ００８－２　加圧根管充填処置（１歯につき）

（１）　Ｉ００８に掲げる根管充填に併せて加圧根管充填処置を行った場合は、１歯につき１回に限り、Ｉ００８に掲げる根管充填と本区分をそれぞれ算定する。

（２）　加圧根管充填処置とは、根管拡大及び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等を主体として根管充填材を加圧しながら緊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緊密な根管充填が行われていることを確認する。

（３）　加圧根管充填処置を行った場合は、歯科エックス線撮影を行い、緊密な根管充填が行

われていることを確認するが、妊娠中で同意が得られない場合においてはこの限りでない。ただし、この場合においては、その理由を診療録に記載すること。

（４） 樋状根の場合の加圧根管充填処置については、「３　３根管以上」として算定する。

（５） 異常絞扼反射を有する患者について、歯科エックス線撮影により緊密な根管充填の確認が困難な場合は、歯科部分パノラマ断層撮影を用いて撮影して差し支えない。

（６） 「注３」の手術用顕微鏡加算は、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、複雑な解剖学的根管形態を有する歯に対する歯科用３次元エックス線断層撮影装置を用いて得られた画像診断の結果を踏まえ、手術用顕微鏡を用いて根管治療を行い、加圧根管充填処置を行った場合に算定する。

（７） 「注４」に規定するＮｉ－Ｔｉロータリーファイル加算は、Ｎｉ－Ｔｉロータリーファイルを装着した能動型機器を併用し、根管壁を回転切削することにより根管治療を行い、加圧根管充填処置を行った場合に算定する。

（８） Ｍ０００－２に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料の「注１」により当該管理料を算定する旨を地方厚生(支)局長に届け出ていない保険医療機関は、本処置は算定できない。

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て「１　口腔内外科後処置」及び「２　口腔外外科後処置」を行った場合も、いずれかを算定する。

（２） 外科後処置とは、蜂窩織炎や膿瘍形成等の術後に滲出液、血液等の貯留が予想される患者に対して、歯科治療上必要があってドレーン（Ｉ００９－３に掲げる歯科ドレーン法における持続的な吸引を行うものを除く。）を使用した処置をいう。なお、単純な外科後処置は、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）できない場合の後出血処置は、創傷の大小に関係なく、６歳以上の場合は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、Ｊ０８４に掲げる創傷処理又はＪ０８４－２に掲げる小児創傷処理を算定した場合は、外科後処置はそれぞれの所定点数に含まれる。

（４） 手術当日に実施した外科後処置は、手術の所定点数に含まれる。ただし、後出血により手術当日に再度来院した場合であって、簡単に止血できない場合においては、（３）により算定する。

Ｉ００９－２　創傷処置

医科点数表のＪ０００に掲げる創傷処置の例により算定する。

Ｉ００９－３　歯科ドレーン法（ドレナージ）

（１） 蜂窩織炎や膿瘍形成等、術後に滲出液、血液等の貯留が予想される患者に対して、部位数、交換の有無にかかわらず、歯科治療上必要があって持続的（能動的）な吸引を行った場合は、１日につき算定し、その他の場合は、Ｉ００９に掲げる外科後処置により算定する。

（２）　ドレナージの部位の消毒等の処置料は所定点数に含まれ、Ｉ００９－２に掲げる創傷処置は別に算定できない。ただし、ドレーン抜去後に抜去部位の処置が必要な場合は、Ｉ００９－２に掲げる創傷処置の「１　100 平方センチメートル未満」により手術後の患者に対するものとして算定する。

（３）　手術当日に実施した歯科ドレーン法は、手術の所定点数に含まれる。

Ｉ００９－４　上顎洞洗浄

上顎洞洗浄は、歯科疾患を原因とした上顎洞の炎症等であって、急性症状が軽減した慢性期において洞内に膿汁貯留がみられる疾患等に対し、歯科治療上必要があって洗浄を行った場合に算定する。

Ｉ００９－５　口腔内分泌物吸引

口腔内分泌物吸引は、歯科診療に係る全身麻酔後や気管切開後の呼吸困難な患者等、歯科疾患により入院中であり全身管理を行っているものに対し、ネラトンカテーテル及び吸引器を使用して、口腔内及びその周辺部位の唾液等の分泌物の吸引を行った場合に月２回に限り算定する。

Ｉ００９－７　ハイフローセラピー（１日につき）

ハイフローセラピーは、歯科疾患により入院中の患者であって、動脈血酸素分圧が 60mmHg 以下又は経皮的動脈血酸素飽和度が 90%以下の急性呼吸不全の患者に対して実施した場合に限り算定する。

Ｉ００９－８　経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法

経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法は、歯科疾患により入院中の患者に対し、胃瘻カテーテル又は経皮経食道胃管カテーテルについて、十分に安全管理に留意し、経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換後の確認を画像診断又は内視鏡等を用いて行った場合に限り算定する。なお、その際行われる画像診断及び内視鏡等の費用は、当該点数の算定日にのみ、１回に限り算定する。

Ｉ００９－９　留置カテーテル設置

（１）　当該処置は、歯科疾患により入院中の患者に対し、留置カテーテルを設置した場合に算定する。

（２）　長期間にわたり、バルーンカテーテルを留置するための挿入手技料は、留置カテーテル設置により算定する。この場合、必要があってカテーテルを交換したときの挿入手技料も留置カテーテル設置により算定する。

（３）　留置カテーテル設置時に使用する注射用蒸留水又は生理食塩水等の費用は所定点数に含まれ別に算定できない。

Ｉ００９－１０　超音波ネブライザ

当該処置は、歯科疾患により入院中の患者に対し、超音波ネブライザを行った場合に算定する。酸素療法を併せて行った場合は「Ｉ０２５」酸素吸入の所定点数を合わせて算定できる。

Ｉ０１０　歯周病処置

（１）　歯周病処置は、歯周病の症状の改善を目的として、歯周ポケットに対して特定薬剤を使用した場合に、１口腔を単位として算定する。なお、歯周病処置を算定する場合は、使用薬剤名を診療録に記載すること。

（２）　歯周病処置を算定する歯周ポケットに対して特定薬剤を使用する場合は、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する。

（３）　歯周基本治療の後の歯周病検査の結果、期待された臨床症状の改善がみられず、かつポケット深さが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月間特定薬剤を使用した場合は、本区分により算定する。なお、当該処置後、再度の歯周病検査の結果、臨床症状の改善はあるが、ポケット深さが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月間継続して薬剤を使用した場合は同様に算定する。

（４）　歯周病による急性症状の緩解を目的として、歯周ポケットに対して薬剤を使用した場合は、本区分により算定する。

（５）　糖尿病を有する患者であって、ポケット深さが４ミリメートル以上の歯周病を有するものに対して、歯周基本治療と並行して計画的に１月間特定薬剤（歯科用抗生物質製剤に限る。）を使用した場合は、本区分により算定する。ただし、医科の保険医療機関又は医科歯科併設の保険医療機関の医師からの診療情報提供(診療情報提供料の様式に準ずるもの)に基づく場合に限る。

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い、歯周病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。歯周病検査が実施されていない場合は、算定できない。なお、歯周基本治療は、「歯周病の治療に関する基本的な考え方」（令和８年３月日本歯科医学会）を参考とする。

（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）　２回目以降のスケーリング及びスケーリング・ルートプレーニングは、歯周病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。

（４）　「１　スケーリング」を実施した後、同一部位に対し、再度「１　スケーリング」を実施した場合は、所定点数（注１に規定する加算を含む。）の 100 分の 50 により算定する。また、「２　スケーリング・ルートプレーニング」を実施した後、同一部位に対し、再度「２　スケーリング・ルートプレーニング」を実施した場合は所定点数の 100 分の 50 により算定する。

（５）　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は、歯周外科手術の所定点数に含まれ別に算定できない。

（６）　混合歯列期歯周病検査に基づく歯周基本治療は、「１　スケーリング」により算定する。また、混合歯列期の患者の混合歯列期歯周病検査以外の歯周病検査に基づく「２　スケーリング・ルートプレーニング」を行う場合は、十分に必要性を考慮した上で行うこと。

Ｉ０１１－２　歯周病継続支援治療

（１）　歯周病継続支援治療は、Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料又はＣ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定している患者であって、継続支援が必要な患者に対する処置等を評価したものである。継続支援が必要な患者とは、２回目以降の歯周病検査の結果、次のいずれかに該当する状態をいう。

イ　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４ミリメートル以上の歯周ポケットが認められる状態

ロ　全ての歯周ポケットが４ミリメートル未満だが、部分的な歯肉の炎症又はプロービング時の出血が認められる状態

（２）　Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）、Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）、Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）、Ｂ０００－９に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅳ）、Ｂ０００－１１に掲げる回復期等口腔機能管理料又はＢ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定している患者であって、各区分に規定する治療計画に歯周病に関する管理計画が含まれ、（１）と同様の状態にある患者については、歯周病継続支援治療を算定できる。

（３）　歯周病継続支援治療は、歯周病の病状の維持又は重症化を予防するとともに、治癒させることを目的としてプラークコントロール、スケーリング、スケーリング・ルートプレーニング、咬合調整、機械的歯面清掃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、２回目以降の歯周病継続支援治療の算定は、前回実施した月の翌月から起算して２月を経過した日以降に行う。ただし、歯周病継続支援治療の治療間隔の短縮が必要とされる次の場合は、３月以内の間隔で実施した歯周病継続支援治療は月１回に限り算定する。この場合において、実施する理由（「イ　歯周外科手術を実施した場合」を除く。）及び全身状態等を診療録に記載する。また、ロ、ハ、ニ及びトは、主治の医師からの文書を添付する。

イ　歯周外科手術を実施した場合

ロ　全身的な疾患の状態により歯周病の病状に大きく影響を与える場合

ハ　糖尿病の状態により、歯周病が重症化するおそれのある場合

ニ　全身的な疾患の状態により歯周外科手術が実施できない場合

ホ　侵襲性歯周炎の場合（侵襲性歯周炎とは、若年性歯周炎、急速進行性歯周炎又は特殊性歯周炎をいう。）

ヘ　Ｂ０００-４に掲げる歯科疾患管理料の注 12 に掲げる特別管理加算を算定した場合

ト　Ａ００２に掲げる再診料の２　地域歯科診療支援病院歯科再診料を算定した患者であって、以下の遺伝疾患の状態により、歯周病が重症化するおそれのある場合

（イ）　家族性周期性好中球減少症

（ロ）　Down 症候群

（ハ）　白血球接着能不全症候群

（ニ）　Papillon-Lefevre 症候群

（ホ）　Chédiak-Higashi 症候群

（ヘ）　組織球症症候群

（ト）　小児遺伝性無顆粒球症

（チ）　グリコーゲン代謝疾患

（リ）　Cohen 症候群

（ヌ）　Ehlers-Danlos 症候群（Ⅳ・Ⅷ型）

（ル）　低ホスファターゼ症

（４）　歯周病継続支援治療は、その開始に当たって、歯周病検査を行い、検査の結果の要点

や歯周病継続支援治療の治療方針等について管理計画書を作成し、文書により患者又はその家族等に対して提供し、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、患者に説明し、その要点を診療録に記載する。

（５）　２回目以降の歯周病継続支援治療において、継続的な管理を行うに当たっては、必要に応じて歯周病検査を行い症状が安定していることを確認した上で、歯周病の状態等に応じた適切な間隔で行うこと。また、必要に応じて文書を患者又はその家族等に提供する。

（６）　歯周病継続支援治療を開始した日以降に実施したＩ０００－２に掲げる咬合調整（「ロ　二次性咬合性外傷の場合」として行った場合に限る。）、Ｉ０１０に掲げる歯周病処置、Ｉ０１１に掲げる歯周基本治療、Ｉ０２９－２に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、Ｉ０３０に掲げる機械的歯面清掃処置及びＩ０３０－３に掲げる口腔バイオフィルム除去処置は、別に算定できない。

（７）　歯周病継続支援治療を開始後、病状の変化により歯周外科手術を実施した場合は、当該手術を実施した日以降は、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継続支援治療は算定できない。なお、歯周病継続支援治療を実施後に行う歯周外科手術は、所定点数の 100 分の 50 により算定する。ただし、（３）のロ、ハ又はトに該当する患者に対して行った場合は、この限りではない。

（８）　歯周病継続支援治療を開始後、病状の変化により必要があって歯周ポケットに対して特定薬剤を使用した場合、Ｉ０１４に掲げる暫間固定、Ｉ０１７に掲げる口腔内装置及びＭ００３－２に掲げる暫間歯冠補綴装置を実施した場合は、それぞれ算定する。

（９）　Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料の注５に規定する口腔管理体制強化加算の施設基準の届出を行っている保険医療機関において、当該指導管理を行った場合は、「注３」に規定する加算を算定する。

(10)　注４に規定する重症化予防連携強化加算は、糖尿病の病態によって歯周病の重症化を引き起こすおそれのある患者に対して、他の保険医療機関（歯科診療のみを行う保険医療機関を除く。）からの情報に基づき歯周病継続支援治療を実施し、当該他の保険医療機関の主治の医師に治療した内容、今後の治療方針等について情報提供を行った場合に算定する。なお、算定に当たっては、当該他の保険医療機関の主治の医師からの文書を診療録に添付する。

(11)　糖尿病に罹患している者の歯周病の管理を適切に行うため、定期的に糖尿病を踏まえた歯周病の管理等に関する講習会や研修会に参加し、必要な知識の習得に努める。

Ｉ０１４　暫間固定

（１）　暫間固定とは、歯周病や外傷等によって動揺した歯に対して、当該歯の支持組織の負担を軽減し、歯槽骨の吸収を防止して、その再生治癒を促進させるため、暫間的に歯冠を線結紮法（帯冠使用を含む。）又は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、暫間固定を行う部位において、歯周外科手術を行った歯数が４歯未満の場合であって、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。

（３）　「１　簡単なもの」を算定する場合は、同日又は他日にかかわらず１顎に２箇所以上行っても１顎単位で算定する。

（４）　「２　困難なもの」とは、暫間固定を行う部位において、歯周外科手術を行った歯数が４歯以上の場合であって、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、「２　困難なもの」を算定する場合は、暫間固定を行う部位ごとに算定する。

（５）　歯周外科手術の術前に暫間固定を行った場合は、暫間固定を行う歯数にかかわらず「１　簡単なもの」により算定する。なお、術前の期間中において、１顎につき１回に限り算定する。

（６）　歯周外科手術後に必要があって暫間固定を行う場合において、歯周外科手術を行った歯数が４歯未満の場合は「１　簡単なもの」により算定する。ただし、術後に暫間固定を行った後、再度当該処置を行う場合は、術後に暫間固定を行った日から起算して６月経過後、１顎につき、６月に１回に限り算定できる。

（７）　歯周外科手術後に必要があって暫間固定を行う場合において、歯周外科手術を行った歯数が４歯以上の場合は「２　困難なもの」により算定する。ただし、術後に暫間固定を行った後、再度当該処置を行う場合は、術後に暫間固定を行った日から起算して６月経過後、１箇所につき、６月に１回に限り算定できる。

（８）　歯周外科手術と同時に行った暫間固定の「２　困難なもの」は、所定点数により算定する。なお、歯周外科手術と同時に行った暫間固定の「１　簡単なもの」は、歯周外科手術の所定点数に含まれ別に算定できない。

	術前の 暫間固定	術中の 暫間固定	術後の 暫間固定 １回目	術後の 暫間固定 ２回目以降
歯周外科 手術歯数 ４歯未満	①簡単なもの ※術前の期間中、１顎につき　１回に限る。	手術に 含まれる	②簡単なもの （備考欄ロ）	③簡単なもの ※②の算定から６月経過後、１顎につき６月に１回に限り算定できる。 （備考欄ハ）

歯周外科手術歯数４歯以上	（備考欄イ）	困難なもの	④困難なもの （備考欄ロ）	⑤困難なもの ※④の算定から６月経過後、６月に１回に限り算定できる。 （備考欄ニ）

［備考］

イ　歯周外科手術前の暫間固定（①）

固定した歯数にかかわらず「１　簡単なもの」により算定する。なお、術前の期間中において、１顎につき１回に限り算定する。

ロ　歯周外科手術後の暫間固定(術後の暫間固定１回目)（②、④）

歯周外科手術を行った歯数が４歯未満である場合は「１　簡単なもの」により算定し、歯周外科手術を行った歯数が４歯以上である場合は「２　困難なもの」により算定する。なお、当該暫間固定（術後の暫間固定１回目）は、術前の暫間固定の有無及び手術日から経過期間にかかわらず算定できる。

ハ　術後の暫間固定１回目から６月経過後の暫間固定（③）

歯周外科手術を行った歯数が４歯未満である場合は「１　簡単なもの」により算定し、１顎につき、前回暫間固定を算定した日から起算して６月に１回に限り算定できる。

ニ　術後の暫間固定１回目から６月経過後の暫間固定（⑤）

歯周外科手術を行った歯数が４歯以上である場合は「２　困難なもの」により算定し、１箇所につき、前回暫間固定を算定した日から起算して６月に１回に限り算定できる。

（９）　歯周外科手術を行わない場合は、暫間固定を行う歯数に関わらず「１　簡単なもの」により算定する。なお、再度当該処置を行う場合は、前回暫間固定を行った日から起算して６月経過後、１顎につき６月に１回に限り算定できる。

(10)　次の場合においては、「２　困難なもの」により算定する。

イ　外傷性による歯の脱臼を暫間固定した場合

ロ　Ｊ００４－２に掲げる歯の再植術を行い、脱臼歯を暫間固定した場合

ハ　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、元の位置に整復固定した場合（双方の歯が脱臼している場合の整復固定は、歯科医学上認められない。）

ニ　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

この場合においては、移植した歯１歯につき「２　困難なもの」により算定する。

(11)　暫間固定の際に用いる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。

(12)　(10)の「イ　外傷性による歯の脱臼を暫間固定した場合」を除き、エナメルボンドシステムにより暫間固定を行った場合の除去料は別に算定できない。

Ｉ０１６　線副子

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

Ｉ０１７　口腔内装置

（１）「注」に規定する口腔内装置は、次に掲げるいずれかの装置をいう。

イ　顎関節治療用装置

ロ　歯ぎしりに対する口腔内装置

ハ　顎間固定用に歯科用ベースプレートを用いた床

ニ　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

ホ　手術に当たり製作したサージカルガイドプレート

ヘ　腫瘍等による顎骨切除後、手術創（開放創）の保護等を目的として製作するオブチュレーター

ト　気管内挿管時の歯の保護等を目的として製作した口腔内装置

チ　不随意運動等による咬傷を繰り返す患者に対して、口腔粘膜等の保護を目的として製作する口腔内装置

リ　放射線治療に用いる口腔内装置

ヌ　外傷歯の保護を目的として製作した口腔内装置

ル　歯周治療用装置（床義歯形態）

（２）「１　口腔内装置１」とは、義歯床用アクリリック樹脂により製作された口腔内装置をいう。

（３）「２　口腔内装置２」とは、熱可塑性樹脂シート等を歯科技工用成型器により吸引・加圧して製作又は作業模型に常温重合レジン等を圧接して製作された口腔内装置であり、咬合関係が付与されたものをいう。

（４）「３　口腔内装置３」とは、熱可塑性樹脂シート等を歯科技工用成型器により吸引・加圧して製作又は作業模型に常温重合レジン等を圧接して製作された口腔内装置であり、咬合関係が付与されていないものをいう。

（５）特に規定する場合を除き、印象採得を行った場合はＭ００３に掲げる印象採得の「３　口腔内装置等（１装置につき）」、装着を行う場合はＭ００５に掲げる装着の「３　口腔内装置等の装着の場合（１装置につき）」により算定する。また、「２　口腔内装置２」及び「３　口腔内装置３」を製作するに当たり、咬合採得は所定点数に含まれ算定できない。

（６）（１）の「イ　顎関節治療用装置」を製作した場合は、「１　口腔内装置１」又は「２　口腔内装置２」のいずれか該当する項目により算定する。当該装置の装着後、咬合関係等を検査し、調整した場合は１口腔１回につきＩ０１７－２に掲げる口腔内装置調整・修理の「１のハ　口腔内装置調整３」により算定する。なお、咬合採得を行う場合は、Ｍ００６に掲げる咬合採得の「２のロの（２）　多数歯欠損」により算定する。

（７）（１）の「ロ　歯ぎしりに対する口腔内装置」を製作した場合は、「１　口腔内装置１」、「２　口腔内装置２」又は「３　口腔内装置３」のいずれか該当する項目により算定する。当該装置の製作に際し印象採得を行った場合はＭ００３に掲げる印象採得の「３　口腔内装置等」を、咬合採得を行った場合はＭ００６に掲げる咬合採得の「２の

ロの(２)　多数歯欠損」（「１　口腔内装置１」の場合に限る。）を、装着を行った場合はＭ００５に掲げる装着の「２のニの(１)　印象採得が困難なもの」により算定する。

(８)　(１)の「ロ　歯ぎしりに対する口腔内装置」を「１　口腔内装置１」又は「２　口腔内装置２」により製作した場合において、装着後、咬合関係等を検査し、調整した場合は１口腔１回につきＩ０１７－２に掲げる口腔内装置調整・修理の「１のロ　口腔内装置調整２」により算定する。

(９)　(２)から(４)までにかかわらず、(１)の「ホ　手術に当たり製作したサージカルガイドプレート」について、顎変形症等の患者に対する手術を行うに当たり、顎位の決定を目的に製作したものについては１装置に限り、「１　口腔内装置１」の所定点数を算定する。この場合において、必要があって咬合採得を行った場合はＭ００６に掲げる咬合採得の「２のロの(２)　多数歯欠損」により算定する。また、同一手術において複数の装置を使用する場合については、２装置目からは、１装置につき「３　口腔内装置３」の所定点数により算定する。なお、顎変形症等の患者に対する手術における顎位の決定を目的とする場合以外については、(２)から(４)までにかかわらず、「３　口腔内装置３」により算定する。

(10)　(１)の「リ　放射線治療に用いる口腔内装置」とは、頭頸部領域における悪性腫瘍に対して、第 11 部に掲げる放射線治療（Ｌ００２に掲げる電磁波温熱療法を単独で行う場合及びＬ００４に掲げる血液照射を除く。）を行う際に、密封小線源の保持又は周囲の正常組織の防御を目的とする特別な装置をいう。当該装置を製作し装着した場合は、(２)から(４)までにかかわらず、「１　口腔内装置１」の所定点数を算定する。当該装置の製作に際し印象採得を行った場合はＭ００３に掲げる印象採得の「２　ホ(１)印象採得が困難なもの」により、装着を行った場合はＭ００５に掲げる装着の「２のニの(１)　印象採得が困難なもの」により算定する。Ｍ００６に掲げる咬合採得は所定点数に含まれ別に算定できない。

(11)　(１)の「ヘ　腫瘍等による顎骨切除後、手術創(開放創)の保護等を目的として製作するオブチュレーター」とは、腫瘍等の切除手術により上顎骨が大きく欠損し、口腔と上顎洞及び鼻腔が交通している場合において、手術創粘膜の保護、開放創の維持及び上顎洞等への食片流入防止等を目的として製作した装置のことをいう。当該装置を(４)に規定する製作材料及び製作方法により製作した場合は、(４)の規定に関わらず「２　口腔内装置２」により算定する。また、当該装置の製作に当たり印象採得を行った場合は、１装置につきＭ００３に掲げる印象採得の「２のロ　連合印象」により、咬合採得を行った場合はＭ００６に掲げる咬合採得の「２のロの(２)　多数歯欠損」により、装着を行った場合はＭ００５に掲げる装着の「２のニの(２)　印象採得が著しく困難なもの」により算定する。ただし、下顎骨の腫瘍等による顎骨切除後、手術創（開放創）の保護等を目的として製作した装置は、(１)の「ニ　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」により算定する。

(12)　(１)の「ヌ　外傷歯の保護を目的として製作した口腔内装置」とは、18 歳未満の患者であって、外傷歯に係る受傷から１年以内であり、暫間固定等を行った患者に対し、日常生活時又は運動時等における当該外傷歯の保護を目的に製作する装置をいう。当該装置を製作した場合は、(２)から(４)までにかかわらず、「２　口腔内装置２」により

算定する。ただし、日常生活時の外傷歯の保護を目的とするものを製作し「２　口腔内装置２」を算定した場合に、「ロ　歯ぎしりに対する口腔内装置」について、「１　口腔内装置１」、「２　口腔内装置２」又は「３　口腔内装置３」は算定できない。

(13)　(２)から(４)までにかかわらず、(１)の「ハ　顎間固定用に歯科用ベースプレートを用いた床」、「ニ　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」、「ト　気管挿管時の歯の保護等を目的として製作した口腔内装置」又は「チ　不随意運動等による咬傷を繰り返す患者に対して、口腔粘膜等の保護を目的として製作する口腔内装置」を装着した場合はいずれも「３　口腔内装置３」の所定点数により算定する。

(14)　同一手術において、(１)の「ト　気管挿管時の歯の保護等を目的として製作した口腔内装置」を複数製作し、装着する場合は、１装置として算定する。

(15)　(１)の「ヌ　外傷歯の保護を目的として製作した口腔内装置」を製作し、口腔内装置を算定する場合は、当該外傷歯の受傷日を診療録に記載すること。なお、他の保険医療機関で受傷後の処置及び暫間固定が行われた場合は、患者又はその家族等から聞きとった受傷時の状況等を診療録に記載すること。

(16)　(１)の「ヌ　外傷歯の保護を目的として製作した口腔内装置」について、当該外傷歯の受傷日から起算して１年を超えた場合は、算定出来ない。

(17)　(１)の「ヌ　外傷歯の保護を目的として製作した口腔内装置」について、日常生活時の外傷歯の保護を目的とするものと運動時の外傷歯の保護を目的とするものについて別の装置を必要とする場合には、それぞれ「口腔内装置２」を算定して差し支えない。

(18)　（１）の「ル　歯周治療用装置（床義歯形態）」とは、Ｄ００２に掲げる歯周病検査（２に限る。）を実施し、重度の歯周病で長期の治療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床義歯形態の装置をいい、当該装置を製作した場合は、(２)から(４)までにかかわらず、「２　口腔内装置２」により算定する。なお、設計によって歯周治療用装置に付加される部分（人工歯、鉤及びバー等）は別途算定できない。

(19)　Ｉ０１７に掲げる口腔内装置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は、第 12 部歯冠修復及び欠損補綴の歯冠修復物又は欠損補綴物の製作後診療を中止した場合と同様とする。

(20)　本区分を算定する場合は、(１)のイからルまでのいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

Ｉ０１７－１－２　睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置

（１）　睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置とは、上顎及び下顎に装着し１装置として使用するものであって、医科の保険医療機関又は医科歯科併設の保険医療機関の担当科医師からの診療情報提供(診療情報提供料の様式に準ずるもの)に基づく口腔内装置治療の依頼を受けた場合に限り算定する。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、院内での担当科医師からの情報提供に基づく院内紹介を受けた場合に限り算定する。

（２）　「１　睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置１」とは、義歯床用アクリリック樹脂により製作された口腔内装置をいう。

（３）　「２　睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置２」とは、熱可塑性樹脂シート等を歯

科技工用成型器により吸引・加圧して製作又は作業模型に直接常温重合レジン等を圧接して製作されたベースプレートを用いた口腔内装置をいう。

（４） 睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置の製作に当たり印象採得を行った場合は１装置につきＭ００３に掲げる印象採得の「２のロ　連合印象」により、咬合採得を行った場合はＭ００６に掲げる咬合採得の「２のロの（３） 総義歯」により、装着を行った場合はＭ００５に掲げる装着の「２のニの（２） 印象採得が著しく困難なもの」により算定する。

（５） 口腔内装置の装着時又は装着日から起算して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口腔につきＩ０１７－２に掲げる口腔内装置等調整・修理の「１のイ　口腔内装置調整１」により算定する。

（６） 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は、第 12 部歯冠修復及び欠損補綴の歯冠修復物又は欠損補綴物の製作後診療を中止した場合の請求と同様とする。

Ｉ０１７－１－３　舌接触補助床

（１） 舌接触補助床とは、脳血管疾患、口腔腫瘍又は口腔機能低下症等の患者であって、当該疾患による摂食機能障害又は発音・構音障害を有するものに対して、舌接触状態等を変化させて摂食・嚥下機能、発音・構音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。口腔機能低下症の患者については、関係学会の診断基準により口腔機能低下症と診断されている患者のうち、低舌圧（Ｄ０１２に掲げる舌圧検査を算定した患者に限る。）に該当するものに対して製作した場合に算定できる。

（２）「２　旧義歯を用いた場合」とは、既に製作している有床義歯の形態修正等を行って製作した場合をいう。

（３） 舌接触補助床の製作に当たり印象採得を行った場合は１装置につきＭ００３に掲げる印象採得の「２のロ　連合印象」により、咬合採得を行った場合はＭ００６に掲げる咬合採得の「２のロの（２） 多数歯欠損」により、装着を行った場合はＭ００５に掲げる装着の「２のロの（２） 多数歯欠損」により算定する。なお、当該補助床は、人工歯、鉤及びバー等が含まれ、別に算定できない。

（４） 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は、第 12 部歯冠修復及び欠損補綴の歯冠修復物又は欠損補綴物の製作後診療を中止した場合の請求と同様とする。

Ｉ０１７－１－４　術後即時顎補綴装置

（１） 術後即時顎補綴装置とは、腫瘍、顎骨嚢胞等による顎骨切除が予定されている患者に対して、術後早期の構音、咀嚼及び嚥下機能の回復を目的に、術前に印象採得等を行い、予定される切除範囲を削合した模型上で製作する装置のことをいう。当該装置の製作に当たり印象採得を行った場合は、１装置につきＭ００３に掲げる印象採得の「２のロ　連合印象」により、咬合採得を行った場合はＭ００６に掲げる咬合採得の「２のロの（２） 多数歯欠損」により、装着を行った場合はＭ００５に掲げる装着の「２のニの（２） 印象採得が著しく困難なもの」により算定する。なお、当該装置は、人工歯、鉤及びバー等が含まれ、別に算定できない。

（２） 術後即時顎補綴装置の装着後、適合を図るための調整等が必要となり、当該装置の調整を行った場合は、１装置１回につきＩ０１７－２に掲げる口腔内装置調整・修理の

「１のハ　口腔内装置調整３」により算定する。なお、調整の際に用いる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。

（３）　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は、第 12 部歯冠修復及び欠損補綴の歯冠修復物又は欠損補綴物の製作後診療を中止した場合の請求と同様とする。

Ｉ０１７－２　口腔内装置調整・修理

（１）　Ｉ０１７－１－２に掲げる睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置の装着を行った後、適合を図るための調整等が必要となり、口腔内装置の調整（装着時又は装着日から起算して１月以内に限る。）を行った場合は、１口腔につき１回に限り「１のイ　口腔内装置調整１」により算定する。

（２）　Ｉ０１７に掲げる口腔内装置の「注」に規定する歯ぎしりに対する口腔内装置（「１　口腔内装置１」又は「２　口腔内装置２」により製作した場合に限る。）、口腔粘膜等の保護のための口腔内装置、外傷歯の保護のための口腔内装置又は歯周治療用装置（床義歯形態）を装着後、咬合関係等の検査を行い、咬合面にレジンを添加又は削合等により調整した場合は１口腔１回につき「１のロ　口腔内装置調整２」により算定する。なお、当該装置の調整は、月１回に限り算定する。

（３）　Ｉ０１７に掲げる口腔内装置の「注」に規定する顎関節治療用装置を装着後、咬合関係等の検査を行い、咬合面にレジンを添加又は削合により調整した場合は１口腔１回につき「１のハ　口腔内装置調整３」により算定する。なお、当該装置の調整は、月１回に限り算定する。

（４）　Ｉ０１７－１－４に掲げる術後即時顎補綴装置の装着後、レジンの添加又は削合により調整した場合は１口腔１回につき「１のハ　口腔内装置調整３」により算定する。なお、当該装置の調整は、月１回に限り算定する。

（５）　Ｉ０１７に掲げる口腔内装置の「注」に規定する顎関節治療用装置、歯ぎしりに対する口腔内装置（「１　口腔内装置１」により製作した場合に限る。）、口腔粘膜等の保護のための口腔内装置及び外傷歯の保護のための口腔内装置、歯周治療用装置（床義歯形態）、Ｉ０１７－１－２に掲げる睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置並びにＩ０１７－１－４に掲げる術後即時顎補綴装置の修理を行った場合は、「２　口腔内装置修理」により算定する。なお、口腔内装置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係る費用に含まれ別に算定できない。また、装着と同月に行った修理に係る費用は算定できない。

（６）　Ｉ０１７－１－３に掲げる舌接触補助床の修理を行った場合は、「２　口腔内装置修理」により算定する。なお、口腔内装置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係る費用に含まれ、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。

（７）　「１　口腔内装置調整」及び「２　口腔内装置修理」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。

（８）　Ｉ０１７に掲げる口腔内装置の「注」に規定する顎関節治療用装置、歯ぎしりに対する口腔内装置（「１　口腔内装置１」により製作した場合に限る。）、口腔粘膜等の保護のための口腔内装置、外傷歯の保護のための口腔内装置又は歯周治療用装置（床義歯形態）について、同一初診期間に当該装置の製作を行っていない場合又は別の保険医療

機関で製作している場合についても算定できる。

Ｉ０１７－３　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。

Ｉ０１９　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、除去を算定する歯冠修復物又は補綴物は、Ｍ００２に掲げる支台築造、Ｍ００９に掲げる充填、Ｍ０１０に掲げる金属歯冠修復、Ｍ０１０－２に掲げるチタン冠、Ｍ０１０－３に掲げる接着冠、Ｍ０１０－４に掲げる根面被覆、Ｍ０１１に掲げるレジン前装金属冠、Ｍ０１１－２に掲げるレジン前装チタン冠、Ｍ０１５に掲げる非金属歯冠修復、Ｍ０１５－２に掲げるＣＡＤ／ＣＡＭ冠、Ｍ０１５－３に掲げるＣＡＤ／ＣＡＭインレー、Ｍ０１６に掲げる乳歯金属冠、Ｍ０１６－２に掲げる小児保隙装置、Ｍ０１６－３に掲げる既製金属冠、Ｍ０１７－２に掲げる高強度硬質レジンブリッジ及びＭ０１７－３に掲げるチタンブリッジであり、仮封セメント、ストッピング、テンポラリークラウン、リテーナー等は含まれない。なお、同一歯について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。他の医療機関で装着した歯冠修復物又は補綴物を除去等した場合についても、その種別に応じて算定する。

（２）　Ｍ０１６－２に掲げる小児保隙装置のループ部分を切断した場合は、ループ部分切断後の乳歯金属冠を継続して使用する場合に限り、「１　簡単なもの」により算定する。

（３）　燐酸セメントの除去料は算定できない。

（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又は除去した場合は、再製、修理又は床裏装を前提とした場合に、除去料を算定する。なお、鉤を切断又は除去した部位の状況によって、義歯調整を行うことにより当該義歯をそのまま使用できる場合においては所定点数を算定して差し支えない。

（５）　（１）に関わらず、磁気共鳴コンピューター断層撮影（ＭＲＩ撮影）の実施等に当たって、必要があって磁石構造体を除去した場合であって、再度義歯調整等を行うことにより当該義歯をそのまま使用できるときは、「１　簡単なもの」を算定して差し支えない。

（６）　「２　困難なもの」の「困難なもの」とは、全部金属冠、５分の４冠、４分の３冠、接着冠、レジン前装金属冠又は当該歯が急性の歯髄炎又は根尖性歯周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金属歯冠修復物の除去をいう。

（７）　「２　困難なもの」により算定するものは、（６）の他、次のものをいう。

イ　滑面板の撤去

ロ　整復装置の撤去（３分の１顎につき）

ハ　ポンティックの除去

ニ　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

ホ　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

ヘ　支台築造用のスクリューポスト又は金属小釘の除去

ト　高強度硬質レジンブリッジの支台装置及びポンティック（１歯につき）の除去

チ　キーパー付き根面板（(10)の場合を除く。）の除去

リ　エンドクラウンの除去

ヌ　他の医療機関で装着した歯冠修復物又は補綴物（本区分に規定されているものを除く。）の除去

（８）（１)に関わらず、磁気共鳴コンピューター断層撮影（ＭＲＩ撮影）の実施等に当たって、必要があってキーパーを除去した場合であって、再度義歯調整等を行うことにより当該義歯をそのまま使用できるときは、「２　困難なもの」を算定して差し支えない。

（９）「３　著しく困難なもの」の「著しく困難なもの」とは、Ｍ０１０－２に掲げるチタン冠、Ｍ０１１－２に掲げるレジン前装チタン冠、Ｍ０１７－３に掲げるチタンブリッジ若しくはＭ００２に掲げるメタルコア又は支台築造用レジンを含むファイバーポストをいう。

(10)「３　著しく困難なもの」により算定するものは、（９)の他、次のものをいう。

イ　根管内ポストを有する鋳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鋳造体

ロ　ポストを有するキーパー付き根面板の除去

なお、同一歯について、キーパー及びキーパー付き根面板の除去を一連に行った場合においては、主たるものの除去に対する所定点数のみを算定する。

Ｉ０２１　根管内異物除去

（１）当該費用を算定する異物とは、根管内で破折しているため除去が著しく困難なもの（リーマー等）をいう。

（２）根管内異物除去は１歯につき１回に限り算定する。

（３）当該保険医療機関における治療に基づく異物について除去を行った場合は、当該点数を算定できない。

（４）手術用顕微鏡加算は、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、歯の根管内に残留する異物を歯科用３次元エックス線断層撮影装置を用いて得られた画像診断の結果を踏まえ、手術用顕微鏡を用いて除去を行った場合に算定する。なお，歯根の長さの根尖側２分の１以内に達しない残留異物を除去した場合は算定できない。

Ｉ０２１－２　歯の破折片除去（１歯につき）

（１）歯の破折片除去とは、一部残存した歯の破折片を非観血的あるいは簡単な切開で除去を行った場合（う蝕除去に伴うものを除く。）に歯数に応じて算定する。

（２)浸潤麻酔の下に破折片を除去した場合は、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。

Ｉ０２２　有床義歯床下粘膜調整処置（１顎１回につき）

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より前において、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、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、同月内であっても当該処置に併せてＨ００１－２に掲げる歯科口腔リハビリテーション料１の「１　有床義歯の場合」を算定して差し支えない。

Ｉ０２３　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診療情報提供料の様式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）　初診時は診療時間が 30 分を超えた場合に限り算定する。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。

（４）　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の様式に基づく文書（医科歯科併設の保険医療機関であって心因性疾患を有する歯科領域の患者について、確定診断が可能な医科診療科が設置されている場合は、院内紹介に係る文書）を添付するとともに、治療の方法、内容、実施時刻（開始時刻と終了時刻）を診療録に記載する。

（５）　入院の日及び入院の期間の取扱いは、入院基本料の取扱いの例による。

（６）　入院精神療法、通院・在宅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、心身医学療法は算定できない。

（７）　「注４」に規定する加算は、必要に応じて児童相談所等と連携し、保護者等へ適切な指導を行った上で、20 歳未満の患者に対して、心身医学療法を行った場合に、所定点数を加算する。

Ｉ０２４　鼻腔栄養（１日につき）

医科点数表のＪ１２０に掲げる鼻腔栄養の例により算定する。

Ｉ０２５　酸素吸入（１日につき）

医科点数表のＪ０２４に掲げる酸素吸入の例により算定する。

Ｉ０２６　高気圧酸素治療（１日につき）

（１）　高気圧酸素治療は、口腔・顎・顔面領域の慢性難治性骨髄炎に対して行う場合に、一連につき 30 回に限り算定する。

（２）　２絶対気圧以上の治療圧力が１時間に満たないものは、１日につきＩ０２５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る。

（４）　高気圧酸素療法と人工呼吸を同日に行った場合は、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は、Ｉ０８２に掲げる酸素加算により算定する。

Ｉ０２７　人工呼吸

（１）　高気圧酸素療法と人工呼吸を同日に行った場合は、主たるものの所定点数のみにより算定する。

（２）　人工呼吸と酸素吸入を併せて行った場合に使用した酸素及び窒素は、Ｉ０８２に掲げる酸素加算により算定する。

（３）　その他人工呼吸の医科と共通の項目は、医科点数表のＪ０４５に掲げる人工呼吸の例により算定する。

Ｉ０２９　周術期等専門的口腔衛生処置

（１）　「１　周術期等専門的口腔衛生処置１」は、「注１」から「注３」までに規定する患者に対して、周術期等における口腔機能の管理を行う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、口腔粘膜等の専門的な口腔清掃又は機械的歯面清掃を行った場合に算定する。

（２）　周術期等における口腔機能の管理を行う歯科医師は、「１　周術期等専門的口腔衛生処置１」に関し、歯科衛生士の氏名を診療録に記載する。なお、当該処置を行った歯科衛生士は、業務に関する記録を作成する。

（３）　「２　周術期等専門的口腔衛生処置２」は、「注４」に規定する患者に対して、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が放射線治療又は化学療法の副作用として生じた口腔粘膜炎に対して、専門的な口腔清掃及び口腔粘膜保護材を使用して疼痛緩和を行った場合に算定する。なお、口腔粘膜保護材に係る特定保険医療材料料は別に算定する。

（４）　周術期等における口腔機能の管理を行う歯科医師は、「２　周術期等専門的口腔衛生処置２」に関し、診療録に口腔内の状態（口腔衛生の状況、口腔粘膜の状態等）及び治療内容等（歯科衛生士が行う場合は、歯科衛生士に指示した内容及び歯科衛生士の氏名）を記載する。なお、当該処置を行った歯科衛生士は、業務に関する記録を作成する。

（５）　「１　周術期等専門的口腔衛生処置１」について、「注２」の規定に関わらず、Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）又はＢ０００－９に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅳ）を算定した緩和ケアを実施している患者に対して、周術期等における口腔機能の管理を行う歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的な口腔清掃または機械的歯面清掃を行った場合は、Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）又はＢ０００－９に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅳ）を算定した日の属する月において、月４回に限り算定する。

（６）　「１　周術期等専門的口腔衛生処置１」を算定した日に、別に「２　周術期等専門的口腔衛生処置２」は算定できない。

（７）　一連の周術期等口腔機能管理において、歯科医師または歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、「２　周術期等専門的口腔衛生処置２」を月２回以上行った場合、当該処置は算定できないが、必要に応じて使用した口腔粘膜保護材に係る特定保険医療材料料は

別に算定して差し支えない。

（８）　Ｉ０２９－１－２に掲げる回復期等専門的口腔衛生処置、Ｉ０２９－２に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、Ｉ０３０に掲げる機械的歯面清掃処置、Ｉ０３０－２に掲げる非経口摂取患者口腔粘膜処置及びＩ０３０－３に掲げる口腔バイオフィルム除去処置を算定した日の属する月においては、周術期等専門的口腔衛生処置は別に算定できない。ただし、機械的歯面清掃処置を算定した日の属する月において、周術期等口腔機能管理を必要とする手術を実施した日以降に周術期等専門的口腔衛生処置を実施した場合は算定する。

Ｉ０２９－１－２　回復期等専門的口腔衛生処置

（１）　回復期等専門的口腔衛生処置は、「注１」に規定する患者に対して、回復期等における口腔機能の管理を行う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、口腔粘膜等の専門的な口腔清掃又は機械的歯面清掃を行った場合に算定する。

（２）　回復期等における口腔機能の管理を行う歯科医師は、歯科衛生士の氏名を診療録に記載する。なお、当該処置を行った歯科衛生士は、業務に関する記録を作成する。

（３）　Ｉ０２９に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置、Ｉ０２９－２に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、Ｉ０３０に掲げる機械的歯面清掃処置、Ｉ０３０－２に掲げる非経口摂取患者口腔粘膜処置及びＩ０３０－３に掲げる口腔バイオフィルム除去処置を算定した日の属する月においては、回復期等専門的口腔衛生処置は別に算定できない。

Ｉ０２９－２　在宅等療養患者専門的口腔衛生処置

（１）　在宅等療養患者専門的口腔衛生処置は、Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定している患者に対して、歯科訪問診療を行っている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、口腔粘膜等の専門的な口腔清掃、義歯清掃又は機械的歯面清掃を行った場合に算定する。

（２）　主治の歯科医師は、在宅等療養患者専門的口腔衛生処置に関し、歯科衛生士の氏名を診療録に記載する。なお、当該処置を行った歯科衛生士は、業務に関する記録を作成する。

（３）　Ｉ０３０に掲げる機械的歯面清掃処置、Ｉ０３０－２に掲げる非経口摂取患者口腔粘膜処置及びＩ０３０－３に掲げる口腔バイオフィルム除去処置を算定した日の属する月においては、在宅等療養患者専門的口腔衛生処置は別に算定できない。

Ｉ０２９－３　口腔粘膜処置

（１）　口腔粘膜処置は、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、再発性アフタ性口内炎の小アフタ型病変に対してレーザー照射を行った場合に１月につき１回に限り算定する。なお、当該処置の実施に当たっては「レーザー応用による再発性アフタ性口内炎治療に関する基本的な考え方」（平成 30 年３月日本歯科医学会）を参考にすること。

（２）　前回算定した日の属する月に前回照射した部位と異なる部位に生じた再発性アフタ性口内炎に対して当該処置を実施した場合の費用は、所定点数に含まれ、別に算定できな

い。

（３）　レーザー照射を行った場合は、病変の部位及び大きさ等を診療録に記載すること。

Ｉ０３０　機械的歯面清掃処置

（１）　機械的歯面清掃処置とは、歯科疾患に罹患している患者の口腔衛生状態の改善を目的として、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、Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）、Ｂ０００－９に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅳ）、Ｂ０００－１１に掲げる回復期等口腔機能管理料、Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料（当該管理料の「注１」に規定する治療計画に機械的歯面清掃処置を行うに当たって必要な管理計画が含まれている場合に限る。）又はＣ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定した患者に対して２月に１回に限り算定する。また、Ｉ０１１－２に掲げる歯周病継続支援治療、Ｉ０２９－２に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、Ｉ０３０－２に掲げる非経口摂取患者口腔粘膜処置又はＩ０３０－３に掲げる口腔バイオフィルム除去処置を算定した月は算定できない。

（２）　「注２」の規定に関わらず、Ｉ０１１－２に掲げる歯周病継続支援治療の開始日より前に実施した同月内の当該処置は算定して差し支えない。

（３）　歯科診療特別対応加算１、歯科診療特別対応加算２若しくは歯科診療特別対応加算３、Ｂ０００－１２に掲げる根面う蝕管理料の注２に規定する口腔管理体制強化加算を算定する患者であって特に機械的歯面清掃が必要と認められる患者（多剤服用患者、唾液分泌量の低下が認められる患者等）、Ｂ０００－１３に掲げるエナメル質初期う蝕管理料の注２に規定する口腔管理体制強化加算を算定する患者、妊娠中の患者又は他の医療機関（歯科診療を行う保険医療機関を除く。）から文書による診療情報の提供を受けた糖尿病の患者については、月１回に限り算定する。

（４）　妊娠中の患者に対して当該処置を行った場合は、診療録及び診療報酬明細書にその旨を記載する。

（５）　糖尿病の患者に対して別の医科の保険医療機関の担当医からの情報提供に基づき当該処置を行った場合は、情報提供の内容及び担当医の保険医療機関名等について診療録に記載又は提供文書の写しを添付する。また、診療報酬明細書にその旨を記載する。

（６）　主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、患者に対して当該処置を行った場合は、主治の歯科医師は当該歯科衛生士の氏名を診療録に記載する。

Ｉ０３０－２　非経口摂取患者口腔粘膜処置

（１）　非経口摂取患者口腔粘膜処置は、歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、口腔衛生状態の改善を目的として、口腔清掃用具等を用いて、口腔の剥離上皮膜の除去を行った場合に算定する。

（２）　当該処置の対象患者は、経管栄養等を必要とする、経口摂取が困難又は可能であってもわずかであり、患者自身による口腔清掃が困難な療養中の患者であって、口腔内に剥離上皮膜の形成を伴うものをいう。

（３）　主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、患者に対して当該処置を行った場合は、主治の歯科医師は当該歯科衛生士の氏名を診療録に記載する。

（４）　Ｉ０１０に掲げる歯周病処置、Ｉ０１１に掲げる歯周基本治療、Ｉ０１１－２に掲

げる歯周病継続支援治療、Ｉ０２９に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置、Ｉ０２９－１－２に掲げる回復期等専門的口腔衛生処置、Ｉ０２９－２に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、Ｉ０３０に掲げる機械的歯面清掃処置及びＩ０３０－３に掲げる口腔バイオフィルム除去処置を算定した月は算定できない。

Ｉ０３０－３　口腔バイオフィルム除去処置

（１）　注１に規定する、口腔バイオフィルムの除去が必要な患者とは、関係学会の診断基準により口腔バイオフィルム感染症患者と診断されている患者をいう。当該患者に対して、歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、口腔バイオフィルムの除去を行った場合に算定する。当該処置を行うに当たっては、関係学会より示されている「口腔バイオフィルム感染症に関する基本的な考え方」（令和６年３月日本歯科医学会）を参考にすること。

（２）　主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、患者に対して当該処置を行った場合は、主治の歯科医師は当該歯科衛生士の氏名を診療録に記載する。

（３）　Ｉ０１０に掲げる歯周病処置、Ｉ０１１に掲げる歯周基本治療、Ｉ０１１－２に掲げる歯周病継続支援治療、Ｉ０２９に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置、Ｉ０２９－１－２に掲げる回復期等専門的口腔衛生処置、Ｉ０２９－２に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、Ｉ０３０に掲げる機械的歯面清掃処置及びＩ０３０－２に掲げる非経口摂取患者口腔粘膜処置を算定した月は算定できない。

（４）　口腔バイオフィルム除去処置は、Ｃ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又はＣ００１－６に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料に含まれ、当該管理料を算定した月は別に算定出来ない。

Ｉ０３１　フッ化物歯面塗布処置（１口腔につき）

（１）　１に規定するう蝕多発傾向者とは、Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料の(10)に掲げる判定基準を満たすものをいい、Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料又はＢ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料（当該管理料の「注１」に規定する治療計画にフッ化物歯面塗布処置を行うに当たって必要な管理計画が含まれている場合に限る。）又はＣ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者に対して算定する。なお、歯科疾患管理料の(11)についても準用する。

（２）　「２　初期の根面う蝕に罹患している患者の場合」は、Ｂ０００－１２に掲げる根面う蝕管理料を算定している患者に対して、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に算定する。

（３）　「３　エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合」は、Ｂ０００－１３に掲げるエナメル質初期う蝕管理料を算定している患者に対して、当該病変部位の口腔内カラー写真の撮影を行い、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に算定する。撮影した口腔内カラー写真は、診療録に添付又はデジタル撮影した画像を電子媒体に保存して管理する。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。また、２回目以降に「３　エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合」を算定する場合において、光学式う蝕検出装置を用いてエナメル質初期う蝕の部位の測定を行った場合は、口腔内カラー写真撮影に代えて差し支えない。この場合において、使用した光学式う蝕検出装置の名称と当該部位の測定値を診療録に記載又は添付する。

（４）　フッ化物歯面塗布処置は、次の取扱いとする。

イ　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。

ロ　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行う局所応用をいう。

ハ　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。

ニ　フッ化物歯面塗布処置は、１口腔単位での継続的な処置を評価したものであり、エナメル質初期う蝕及び初期の根面う蝕を有する患者については、いずれかの主たる疾患に対してのみ算定できる。

（５）　主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、患者に対してフッ化物歯面塗布処置を行った場合は、主治の歯科医師は当該歯科衛生士の氏名を診療録に記載する。なお、当該処置を行った歯科衛生士は、業務に関する記録を作成する。

Ｉ０３２　口腔リンパ管腫局所注入

口腔領域のリンパ管腫にピシバニールを局所注入した場合に算定する。ただし薬剤料は別に算定する。

第２節　処置医療機器等加算

Ｉ０８２　酸素加算

医科点数表のＪ２０１に掲げる酸素加算の例により算定する。

第４節　特定薬剤料

Ｉ１００　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 15 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得た点数に１点を加算し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 15 円以下の場合は、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）　テトラサイクリン・プレステロン軟膏及びテラ・コートリル軟膏を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。

（５）　薬価基準第４部歯科用薬剤、外用薬（１）に収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。

第５節　特定保険医療材料料

Ｉ２００　特定保険医療材料

特定保険医療材料は、「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）」（平成 20 年厚生労働省告示第 61 号）の別表Ⅴ及び別表Ⅵに掲げ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、手術料算定の内容は次の３通りあることを示しており、輸血料は手術料の算定がなくとも単独で算定する。

（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により算定する。

４　手術当日に行われる手術（自己血貯血を除く。）に伴う処置（Ｉ０１７に掲げる口腔内装置、Ｉ０１７－１－４に掲げる術後即時顎補綴装置及びＩ０１７－３に掲げる顎外固定を除く。）、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をいう。

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 15 円を超える場合（特定薬剤（Ｊ３００に掲げる特定薬剤の(４)に掲げる場合を除く。）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を算定する。

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は基本診療料に含まれ算定できない。

７　「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　「通則５」又は「通則 15」における著しく歯科診療が困難な者等に対する 100 分の 50 加算又は 100 分の 30 加算とは、開口の保持又は体位、姿勢の保持が必要な患者や頻繁な治療の中断を伴う患者等に対して、患者の状態に留意しながら治療を行った場合等に算定するものをいい、当該加算を算定した日の患者の治療時の状況を診療録に記載する。

９　「通則５」の加算において６歳未満の乳幼児であって著しく歯科診療が困難な者については、乳幼児に対する加算としての 100 分の 50 加算又は 100 分の 30 加算のみを算定する。

10　「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　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　「通則７」の頭頸部悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算については、以下の要件に留意し算定すること。

（１）　触診及び画像診断の結果、頸部リンパ節への転移が認められない頭頸部悪性腫瘍に係る手術の場合のみ算定できる。

（２）　センチネルリンパ節生検に伴う放射性同位元素の薬剤料は、「Ｊ２０１」薬剤により算定する。

（３）　放射性同位元素の検出に要する費用は、医科点数表の「Ｅ１００」シンチグラム（画像を伴うもの）の「１」部分（静態）（一連につき）の例により算定する。

（４）　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。

13　「通則８」の加算は、ＨＩＶ－１抗体価（ウエスタンブロット法）若しくはＨＩＶ－２抗体価（ウエスタンブロット法）によってＨＩＶ抗体が陽性と認められた患者又はＨＩＶ－１核酸同定検査によってＨＩＶ－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。

14　「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。

15　「通則９」の入院中の患者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。

16　「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」は、「通則５」の加算の取扱いと同様である。

17　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の場合は時間外等の加算は算定できない。

18　「通則９」の「所定点数が 150 点以上」とは、各区分に規定してある所定点数が 150 点以上のものをいう。ただし、その処置・手術が全体として一体と考えられる場合は、個々の所定点数の合計が 150 点以上のときは加算する。

19　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は、個々の抜歯の所定点数の合計が 150 点以上のときは、「通則９」の加算が認められる。

20　手術開始後、患者の急変等やむを得ない事情により手術を中止せざるを得なかった場合は、当該中止までに施行した実態に最も近似する手術項目により算定する。

21　「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おいて、医師による届出が義務付けられているメチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症の患者（診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、病原体診断がなされたもの。）

ロ　ＨＢｓ又はＨＢｅ抗原によって抗原が陽性と認められたＢ型肝炎患者

ハ　ＨＣＶ抗体価（定性、定量）によってＨＣＶ抗体が陽性と認められたＣ型肝炎患者

ニ　微生物学的検査により結核菌を排菌していることが術前に確認された結核患者

22　「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。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する。

23　歯科訪問診療は通院困難な療養中の患者について実施するが、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及び困難性を考慮し、Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定する患者であって、同注９に規定する歯科診療特別対応加算１、歯科診療特別対応加算２又は歯科診療特別対応加算３を算定しないものに対して行った第８部に掲げる処置、第９部に掲げる手術及び第１２部に掲げる歯冠修復及び欠損補綴を行った場合は、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ　Ｍ００３（２のロ及びハに限る。）に掲げる印象採得、Ｍ００３－３に掲げる咬合印象、Ｍ００６（２のロに限る。）に掲げる咬合採得又はＭ０３０に掲げる有床義歯内面適合法

所定点数の 100 分の 70 に相当する点数

ロ　Ｉ００５（３に限る。）に掲げる抜髄、Ｉ００６（３に限る。）に掲げる感染根管処置、Ｊ０００（１、２及び３に限る。）に掲げる抜歯手術（注１による加算を算定した場合を除く。）、Ｍ０２１－３（１に限る。）に掲げる磁性アタッチメント又はＭ０２９に掲げる有床義歯修理

所定点数の 100 分の 50 に相当する点数

ハ　Ｉ００５（１及び２に限る。）に掲げる抜髄、Ｉ００６（１及び２に限る。）に掲げる感染根管処置、Ｊ０１３（２に限る。）に掲げる口腔内消炎手術

所定点数の 100 分の 30 に相当する点数

24　「通則 13」の神経移植術とは、Ｊ１０１に掲げる神経移植術をいう。

25　「通則 13」の植皮術とは、Ｊ０８９分層植皮術及びＪ０８９－２全層植皮術をいう。

26　「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、Ｊ０００に掲げる抜歯手術からＪ００４－３に掲げる歯の移植手術までを複数歯に対して単独で行う場合は、個々の区分により規定する算定単位に応じて算定する。

27　「通則 17」の加算は、病理診断により悪性腫瘍であることが確認された場合に限り算定する。

28　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する。

29　Ｊ０８４からＪ０８７まで、Ｊ０８８、Ｊ０９８、Ｊ０９９及びＪ１００に掲げる手術について、同一手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、主たる手術により算定する。ただし、神経移植術、骨移植術、植皮術、動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術、遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）、複合組織移植術、自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）又は粘膜移植術と他の手術とを同時に行った場合はこの限りでない。

30　「通則 18」の周術期栄養管理実施加算は、医科点数表の例により算定する。ただし、歯科医師と医師との連携の下に行われること。

31　第９部に規定する以外の項目は、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。この場合において、特定保険医療材料を使用した場合は、医科点数表第２章第 10 部第５節特定保険医療材料料の例により算定する。

第１節　手術料

Ｊ０００　抜歯手術

（１）　抜歯手術は、歯又は残根の全部を抜去した場合に算定する。

（２）　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は、当該抜歯手術の所定点数に含まれ別に算定できない。

（３）　「注１」に掲げる難抜歯加算とは、歯根肥大、骨の癒着歯又は歯根彎曲等に対して骨の開さく又は歯根分離術等を行った場合に算定する。ただし、高血圧等の全身状態との関連から、単に抜歯に当たり注意を要する場合は、当該加算は算定できない。なお、当該加算の対象となる抜歯において、完全抜歯が困難となりやむを得ず抜歯を中止した場合は、抜歯手術の所定点数及び当該加算を算定する。

（４）　「４　埋伏歯」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は、所定点数により算定する。

（５）　「４　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。

（６）　埋伏智歯の隣接歯を抜去し、同時に埋伏（水平）智歯を抜去した場合は、抜去すべき隣接歯が「注１」に掲げる難抜歯加算の対象であるときは、当該隣接歯について難抜歯加算を算定する。

（７）　抜歯の際、浸潤麻酔は、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、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。

（８）　ブリッジの支台歯の抜歯に当たり、当該ブリッジの支台歯の一部（抜歯を行う部位とは別の支台歯）を保存し得る場合において、抜歯と同日に次の処置を行った場合においては当該処置に係る費用を別に算定して差し支えない。

イ　保存する支台歯に対して根管治療が必要な場合であって、Ｉ００５に掲げる抜髄又はＩ００６に掲げる感染根管処置を行った場合

ロ　ポンティックの除去が必要な場合であって、Ｉ０１９に掲げる歯冠修復物又は補綴物の除去を行った場合

ハ　保存する支台歯の歯冠修復物又は補綴物の除去が必要な場合であって、Ｉ０１９に掲げる歯冠修復物又は補綴物の除去を行った場合

Ｊ０００－２　歯根分割掻爬術

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　上顎洞陥入歯等除去術

（１）　「１　抜歯窩から行う場合」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、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洞へ陥入した歯の除去に要する費用は、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。

（４）　他の医療機関において行った治療により上顎洞へ陥入した歯科インプラントの除去を犬歯窩を開さくして行った場合は、「２　犬歯窩開さくにより行う場合」により算定する。この場合において、Ｊ０８２に掲げる歯科インプラント摘出術は別に算定できない。

Ｊ００１　ヘミセクション（分割抜歯）

（１）　複根歯において必要があって保存し得る歯根を残して分割抜歯を行った場合は、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。

（３）　ヘミセクション（分割抜歯）に当たり、歯冠修復物又は補綴物の除去を行った場合はＩ０１９に掲げる歯冠修復物又は補綴物の除去を別に算定して差し支えない。

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）　歯根端切除手術と同時に行った根管充填は別に算定する。

（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）　次の手術は算定できない。

イ　乳歯に対する歯根端切除手術

ロ　歯根端掻爬手術

（４）　当該保険医療機関の治療に基づかない、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、１回につき本区分により算定する。なお、歯根端切除手術と同時に行った顎骨内異物除去は、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）　２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、歯科用３次元エックス線断層撮影装置を用いて得られた画像診断の結果を踏まえ、手術用顕微鏡を用いて行った場合に算定する。

Ｊ００４－２　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、同時に行った根管治療に係る費用は、Ｉ００５に掲げる抜髄、Ｉ００８に掲げる根管充填及びＩ００８－２に掲げる加圧根管充填処置に限り別に算定する。なお、歯髄処置が行われていた失活歯が外傷により脱臼した場合において、歯根膜の状態が良好な場合等においては当該手術を算定して差し支えない。この場合において、感染根管処置を同時に行った場合においては、Ｉ００６に掲げる感染根管処置、Ｉ００８に掲げる根管充填及びＩ００８－２に掲げる加圧根管充填処置に限り別に算定する。

（３）　外傷による幼若永久前歯の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は、歯内療法に係る費用は別に算定する。

（４）　歯内治療が困難な根尖病巣を有する保存が可能な小臼歯又は大臼歯であって、解剖学的な理由から歯根端切除手術が困難な症例に対して、歯の再植による根尖病巣の治療を行った場合は、本区分により算定する。この場合において、当該手術と同時に行った根管治療に係る費用は、Ｉ００８に掲げる根管充填及びＩ００８－２に掲げる加圧根管充填処置に限り別に算定する。なお、歯の移動を目的に含む場合は算定できない。

（５）　診療録に手術内容の要点を記載する。

Ｊ００４－３　歯の移植手術

（１）　保存不適で抜歯した歯の抜歯窩に、同一患者から抜去した埋伏歯又は智歯を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根管治療に係る費用は、別に算定する。

（３）　診療録に手術内容の要点を記載する。

Ｊ００６　歯槽骨整形手術、骨瘤除去手術

（１）　歯槽骨整形手術、骨瘤除去手術は、１歯に相当する範囲を単位として算定する。

（２）　上顎臼後結節の頬側が隆起し、義歯装着に際して障害になる場合において、上顎臼後結節部の頬側隆起部を削除及び整形した場合は本区分の所定点数により算定する。

（３）　Ｉ００５に掲げる抜髄又はＩ００６に掲げる感染根管処置を行うに当たり、根管側壁、髄室側壁又は髄床底に穿孔があり根管充填までの一連の治療期間に封鎖を行った場合に、当該穿孔の封鎖を歯肉の剥離により実施したときは、本区分及び保険医療材料料を算定する。

Ｊ００７　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。

Ｊ００８　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、歯肉若しく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。

Ｊ００９　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。

Ｊ０１０　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、Ｊ０６３－２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Ｊ０６３－２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って２箇所（例えば脛骨と骨盤）から切除した場合であっても当該骨の採取術に係る手技料は算定できない。

（５）　顎堤形成術は、手術のために使用する床の製作を含むが、義歯を製作して手術のために使用した場合は別にＭ０１８に掲げる有床義歯を算定する。

Ｊ０１１　上顎結節形成術

（１）　上顎結節形成術は、上顎臼後結節を広範囲に切除及び整形した場合又は上顎結節部を形成した場合に算定する。

（２）　「１　簡単なもの」とは、義歯製作に際して上顎臼後結節が著しい障害となる症例に対して、義歯の安定を図るために上顎臼後結節を広範囲に切除及び整形したものをいい、次のいずれかの場合に算定する。

イ　上顎臼後結節が障害となり、適切な人工歯排列が困難な場合

ロ　上顎臼後結節が下顎の有床義歯等と干渉し、適切な床後縁設定が困難な場合

（３）　「２　困難なもの」とは、上顎臼後結節が偏平となっている症例に対して、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。

Ｊ０１２　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て行った場合に算定する。

Ｊ０１３　口腔内消炎手術

（１）　口腔内消炎手術とは、炎症病巣に対して口腔内より消炎手術を行うものをいい、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）　顎炎及び顎骨骨髄炎に対して骨の開さく等を行い、消炎を図った場合は、「４　顎炎又は顎骨骨髄炎等」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、手術部位、症状及び手術内容の要点を診療録に記載する。

（５）　萌出困難な歯について、被覆粘膜の切開により開窓術を行った場合（歯槽骨の切除を行う場合を除く。）は、「１　智歯周囲炎の歯肉弁切除等」により算定する。

（６）　歯周病以外の原因により当該手術を実施した場合において、当該手術と同日に歯周病処置を行った場合はＩ０１０に掲げる歯周病処置及び特定薬剤料を別に算定して差し支えない。

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、当該保険医療機関の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）　当該保険医療機関の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」に併せて、Ｊ０６３－２に掲げる骨移植術（軟骨移植術を含む。）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、口唇、舌小帯形成術は、次の場合に算定する。

イ　頬、口唇、舌小帯に対する形成手術を行った場合

ロ　頬、口唇、舌小帯に対する切離移動術を行った場合

ハ　小帯等を切除して開窓術を行った場合

ニ　ピエール・ロバン症候群の患者に対し、舌の前方牽引を行った場合

（２）　（１）に掲げる手術を、２分の１顎の範囲内における複数の頬小帯に対して行った場合は、２箇所以上であっても１箇所として算定する。

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。

Ｊ０３４　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。

Ｊ０３５－２　口腔粘膜血管腫凝固術

（1） 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、口腔・顎・顔面領域に生じた血管腫・血管奇形に対して、レーザー照射した場合に一連につき１回に限り算定する。

（2） 「一連」とは、治療の対象となる疾患に対して所期の目的を達するまでに行う一連の治療過程をいう。例えば、対象病変部位の一部ずつに照射する場合や、全体に照射することを数回繰り返して一連の治療とする場合は、１回のみ所定点数を算定する。

（3） レーザー照射を行った場合は、病変の部位及び大きさ等の病変の状態について診療録に記載すること。

Ｊ０３７　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Ｊ０８９に掲げる分層植皮術、Ｊ０８９－２に掲げる全層植皮術又はＪ０９０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Ｊ０９１に掲げる皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術からＪ０９７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。

Ｊ０３９　上顎骨悪性腫瘍手術

上顎骨に生じるエナメル上皮腫に対する手術について、悪性腫瘍手術に準じて行った場合は、「２　切除」又は「３　全摘」の各区分により算定して差し支えない。

Ｊ０４１　下顎骨離断術

（1） 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、本区分により算定する。

（2） 骨吸収抑制薬関連顎骨壊死又は放射線性顎骨壊死による腐骨除去術であって、下顎骨離断を行う場合は本区分により算定する。

Ｊ０４２　下顎骨悪性腫瘍手術

下顎骨に生じるエナメル上皮腫に対する手術について、悪性腫瘍手術に準じて行った場合は、「１　切除」から「３　切断（その他のもの）」までの各区分により算定して差し支えない。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」から「３　切断（その他のもの）」までの各区分により算定して差し支えない。

Ｊ０４３　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）　下顎角部又は下顎枝に埋伏している下顎智歯を、口腔内より摘出を行った場合は、本区分の「１　長径３センチメートル未満」により算定する。

Ｊ０４４－２　埋伏歯開窓術

萌出困難な歯に対して開窓術（歯槽骨及び被覆粘膜を切除する手術）を行った場合に算定する。

Ｊ０４５　口蓋隆起形成術

次のいずれかの場合において、口蓋隆起を切除及び整形した場合に算定する。なお、診療録に理由及び要点を記載すること。

イ　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場合

ロ　咀嚼又は発音に際して、口蓋隆起が著しい障害となるような場合

Ｊ０４６　下顎隆起形成術

次のいずれかの場合において、下顎隆起を切除及び整形した場合に算定する。なお、診療録に理由及び手術内容の要点を記載すること。

イ　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場合

ロ　咀嚼又は発音に際して、下顎隆起が著しい障害となるような場合

Ｊ０４７　腐骨除去手術

（１）　骨吸収抑制薬関連顎骨壊死又は放射線性顎骨壊死以外の原因により当該手術を行う場合において、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。

（２）　骨吸収抑制薬関連顎骨壊死若しくは放射線性顎骨壊死により分離した腐骨の除去又は必要性があって周囲骨拡大除去を行う場合は、歯槽部に限局するものであっても、その範囲に応じて「２　顎骨に及ぶもの」の該当するいずれかの項目により算定する。なお、顎骨壊死の範囲が深部に及び、やむを得ず顎骨の切除が必要な場合は、Ｊ０３８に掲げる上顎骨切除術、Ｊ０４０に掲げる下顎骨部分切除術又はＪ０４１に掲げる下顎骨離断術のいずれか該当する区分により算定する。

Ｊ０４８　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・下頸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。

Ｊ０５３　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）　所期の目的を達成するために複数回実施した場合も一連として算定する。

Ｊ０５９　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。

Ｊ０６３　歯周外科手術

（１）　歯周外科手術とは、Ｄ００２に掲げる歯周病検査の「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掻爬術、新付着手術、歯肉切除手術、歯肉剥離掻爬手術、歯周組織再生誘導手術及び歯肉歯槽粘膜形成手術をいう。ただし、歯周病の治療を目的としない「６　歯肉歯槽粘膜形成手術」を実施した場合はこの限りではない。なお、歯周外科手術の実施に当たっては、「歯周病の治療に関する基本的な考え方」（令和２年３月日本歯科医学会）を参考とする。

（２）　歯周外科手術と同時に行われるＩ０１１に掲げる歯周基本治療は、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縫合又はパックはそれぞれの所定点数に含まれる。

（４）　「注４」の「簡単な暫間固定」とは、暫間固定を行う部位において、歯周外科手術を行う歯数が４歯未満の場合であって、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）　暫間固定を行う部位において、歯周外科手術を行う歯数が４歯以上の場合であって、固定源となる歯を歯数に含めない４歯以上の暫間固定は、歯周外科手術とは別にＩ０１４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Ｍ００３に掲げる印象採得の「３　口腔内装置」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Ｍ００６に掲げる咬合採得の「２のロの（１）　少数歯欠損」、装置の範囲に相当する歯数が９歯以上はＭ００６に掲げる咬合採得の「２のロの（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Ｍ００６に掲げる咬合採得の「２のロの（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Ｍ００５に掲げる装着の「３　口腔内装置等の装着の場合」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、装着料及び装着材料料は別に算定できない。

（７）　「４　歯肉剥離掻爬手術」とは、歯肉弁を歯槽骨から剥離して明視下で不良肉芽を除去し、汚染歯根面のスケーリング・ルートプレーニングを行い、歯肉弁を適切な位置に復位縫合し、歯周ポケットの除去又は減少を目的として行った場合に算定する。

（８）　歯肉剥離掻爬手術と併せて、Ｊ０６３－２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Ｊ０６３－２に掲げる骨移植術（軟骨移植術を含む。）のそれぞれを併せて算定する。

（９）　「５　歯周組織再生誘導手術」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において、Ｄ００２に掲げる歯周病検査の「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。

(10)　「５　歯周組織再生誘導手術」を実施した場合は、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、手術部位及び手術内容の要点を診療録に記載する。

(11)　「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。

(12)　歯肉歯槽粘膜形成手術は、必要があって「６のイ　歯肉弁根尖側移動術」から「６のヘ　結合組織移植術」までに掲げる手術を行った場合に算定する。なお、「６のイ　歯肉弁根尖側移動術」から「６のハ　歯肉弁側方移動術」までは１歯単位により算定し、「６のニ　遊離歯肉移植術」から「６のヘ　結合組織移植術」までは手術単位により算定する。

(13)　「６のイ　歯肉弁根尖側移動術」は、付着歯肉の幅が狭く付着歯肉の幅の増加を目的として行った場合又は歯周病で深いポケットが歯肉歯槽粘膜境を超えて存在しその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。

(14)　「６のロ　歯肉弁歯冠側移動術」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。

(15)　「６のハ　歯肉弁側方移動術」は、歯肉退縮による歯根面露出が認められる少数歯において、歯根面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被覆することを目的として行った場合に算定する。

(16)　「６のニ　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をいい、付着歯肉幅の拡大、露出歯根面の被覆又は歯槽堤形成等を目的に手術を行った場合に算定する。

(17)　「６のホ　口腔前庭拡張術」は、次により口腔前庭の拡張を行った場合に限り算定する。

イ　頬唇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

ロ　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

(18)　「６のホ　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は、口腔前庭拡張術に含まれ別に算定できない。

(19)　「６のヘ　結合組織移植術」とは、歯肉の供給側より採取した結合組織片を、付着させる移植側の骨膜と上皮の間へと移植するものをいい、付着歯肉幅の拡大、露出歯根面の被覆又は歯槽堤形成等を目的に手術を行った場合に算定する。

(20)　実施に当たっては、診療録に手術部位及び手術内容の要点を記載する。

(21)　Ｉ０１１－２に掲げる歯周病継続支援治療を開始した日以降に行った場合は、所定点数（注１の加算を含む。）の 100 分の 50 により算定する。ただし、歯周病の治療以外を目的として「６　歯肉歯槽粘膜形成手術」を実施する場合については、所定点数を算定して差し支えない。

(22)　「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。

Ｊ０６３－２　骨移植術（軟骨移植術を含む）

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

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

（3）　「２　同種骨移植（生体）」は、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、他の手術と骨移植術を併せて算定する。なお、骨移植術は、骨片切採術の手技料が含まれ、骨移植術において骨移植に用いる骨片をその必要があって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係る手技料は別に算定できない。

（5）　移植術は、採取した骨片を複数箇所に移植した場合も１回の算定とする。

（6）「１　自家骨移植」の「ロ　困難なもの」において、骨片採取のみに終わり骨移植に至らない場合は、本区分を算定せず、Ｊ０６３－３に掲げる骨（軟骨）組織採取術を算定する。

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

（8）　同種骨（凍結保存された死体骨を含む。）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」を遵守した場合に限り算定する。

（9）　「３　同種骨移植（非生体）」の「イ　同種骨移植（特殊なもの）」は、腫瘍、感染、人工関節置換等に係る広範囲の骨及び靭帯組織の欠損に対して、日本組織移植学会が認定した組織バンクにおいて適切に採取、加工及び保存された非生体の同種骨及び靭帯組織を使用した場合に限り算定できる。なお、この場合、骨移植等を行った保険医療機関と骨移植等に用いた同種骨等を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求については、同種骨移植等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。

(10)　その他骨移植術の医科と共通の項目は、医科点数表のＫ０５９に掲げる骨移植術の例により算定する。

Ｊ０６３－３　骨（軟骨）組織採取術

Ｊ０６３－２に掲げる骨移植術の「１のロ　困難なもの」の実施に当たり、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。

Ｊ０６６　歯槽骨骨折観血的整復術

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

Ｊ０６９　上顎骨形成術

（1）　「単純な場合」とは、上顎骨発育不全症、外傷後の上顎骨後位癒着、上顎前突症、開咬症又は過蓋咬合症等に対し、Le Fort Ⅰ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。なお、第 13 部に掲げる歯科矯正に伴う手術として、外科的急速口蓋拡大術を行った場合（同時に Le Fort Ⅰ型切離を行う場合も含む。）は、本区分により算定する。

（2）　「注１」に規定する加算は、上顎骨発育不全症、外傷後の上顎骨後位癒着、上顎前突症、開咬症又は過蓋咬合症等に対し、Le Fort Ⅰ型切離を行い、上顎骨を複数に分割し

て移動させた場合に算定する。

（３）　「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 Ⅱ型若しくは Le Fort Ⅲ型切離により移動する場合又は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。

Ｊ０７０　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。

Ｊ０７１　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、連続した歯に対して、三内式線副子以上を使用した結紮法を行った場合に算定し、これに至らない場合は、所定点数に含まれ別に算定できない。

Ｊ０７２－２　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。

Ｊ０７３　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。

（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は、基本診療料に含まれ別に算定できない。

Ｊ０７４　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、上顎骨形成術若しく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。

Ｊ０７５　下顎骨形成術

下顎前突のとき下顎両側第一小臼歯を抜歯し、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。

Ｊ０７５－２　下顎骨延長術

医科点数表のＫ４４４－２に掲げる下顎骨延長術の例により算定する。

Ｊ０７６　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、片側につき算定する。

Ｊ０８０　顎関節授動術

（１）　「１のイ　単独の場合」とは、顎関節症による急性クローズドロックの解除又は慢性クローズドロックによる開口制限の改善を目的として、徒手的授動術を行うものをいう。なお、所期の目的を達成するために複数回実施した場合も一連として算定する。

（２）　「１のロ　パンピングを併用した場合」とは、パンピング（顎関節腔に対する薬剤の注入、洗浄）を併用して、徒手的に下顎を授動することにより顎関節可動域の増加を目的とするものをいう。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、Ｇ００７に掲げる関節腔内注射又はＧ００８に掲げる滑液嚢穿刺後の注入を併せて算定する。

（３）　「１のハ　関節腔洗浄療法を併用した場合」とは、局所麻酔下で上関節腔に注射針を２本刺入し、上関節腔を薬剤にて自然潅流することにより顎関節可動域の増加又は除痛を目的とするものをいう。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、Ｇ００７に掲げる関節腔内注射又はＧ００８に掲げる滑液嚢穿刺後の注入を併せて算定する。

（４）　顎関節鏡下授動術とは、主に繊維性癒着を適応とし、関節の可動域を制限している関節内癒着部を内視鏡下にメス、シェイバー、レーザー等を用いて切離し、可動域の増加を目的とするものをいう。

（５）　開放授動術とは、主に強直症を適応とし、顎関節を切開開放して直視下に癒着部の切離又は切除を行うことで可動域の増加を目的とするものをいう。

（６）　瘢痕性顎関節強直症に対する手術は、「３　開放授動術」により算定する。

（７）　筋突起過長又は咀嚼筋腱・腱膜過形成症による顎運動障害等のため、筋突起形成術を行った場合は、「３　開放授動術」により算定する。

Ｊ０８１　顎関節円板整位術

（１）　顎関節鏡下円板整位術とは、関節鏡視下に転位円板を牽引し、縫合固定することにより整位するものをいう。

（２）　開放円板整位術とは、顎関節を切開開放して直視下に転位円板を牽引し、縫合固定することにより整位するものをいう。

Ｊ０８２　歯科インプラント摘出術

（１）　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。

（２）　同一又は他の保険医療機関で埋入したＪ１０９に規定する広範囲顎骨支持型装置を撤去した場合は、本区分により算定する。

（３）　当該手術を行うに当たり、検査を行った場合は、Ｄ００２－５に掲げる歯周病部分的再評価検査により算定する。なお、当該検査を行った場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその旨を記載すること。

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は、顎骨インプラント摘出術を算定する。ただし、当該保険医療機関の治療に基づく

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、Ｊ０７３に掲げる口腔内軟組織異物（人工物）除去術、Ｊ０７４に掲げる顎骨内異物（挿入物を含む。）除去術及びＪ０８２に掲げる歯科インプラント摘出術は、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回治療のことをいう。筋肉又は臓器に達するものとは、単に創傷の深さを指すものではなく、筋肉又は臓器に何らかの処理を行った場合をいう。

（２）　創傷が数箇所あり、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。

（３）　「３」の「イ　頭頸部のもの（長径 20 センチメートル以上のものに限る。）」は、長径 20 センチメートル以上の重度軟部組織損傷に対し、全身麻酔下で実施した場合に限り算定できる。

（４）　「注２」の「露出部」とは、頭部、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をいう。

（５）　「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する。

（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。なお、手術当日の後出血に対する処置は算定できないが、後出血により再度来院した場合であって、簡単に止血できない場合においては「４　筋肉、臓器に達しないもの（長径５センチメートル未満）」により算定して差し支えない。

（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）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。

Ｊ０８４－２　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回治療をいう。なお、筋肉又は臓器に達するものとは、単に創傷の深さを指すものではなく、筋肉又は臓器に何らかの処理を行った場合をいう。

（２）　創傷が数箇所あり、これを個々に縫合する場合は、近接した創傷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。

（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する。

（５）　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。なお、手術当日の後出血に対する処置は算定できないが、後出血により再度来院した場合であって、簡単に止血できない場合においては「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）」により算定して差し支えない。

（６）　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）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。

Ｊ０８５　デブリードマン

（１）　Ｊ０８９に掲げる分層植皮術からＪ０９７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を行ったときに算定する。

Ｊ０８９　分層植皮術及びＪ０８９－２　全層植皮術

デルマトームを使用した場合は、所定点数に含まれ別に算定できない。

Ｊ０９０　皮膚移植術（生体・培養）、Ｊ０９０－２　皮膚移植術（死体）

医科点数表のＫ０１４に掲げる皮膚移植術（生体・培養）及び医科点数表のＫ０１４－２に掲げる皮膚移植術（死体）の例により算定する。

Ｊ０９３　遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）

遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）を行うに当たり、微小血管自動縫合器を使用した場合は、医科点数表のＫ９３６－３に掲げる微小血管自動縫合器加算の例により算定する。

Ｊ０９６　自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）

Ｊ０９６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）を行うに当たり、微小血管自動縫合器を使用した場合は、医科点数表のＫ９３６－３に掲げる微小血管自動縫合器加算の例により算定する。

Ｊ０９９－２　抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用植込型カテーテル設置

医科点数表のＫ６１１に掲げる抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用植込型カテーテル設置の例により算定する。

Ｊ１００－２　中心静脈注射用植込型カテーテル設置

医科点数表のＫ６１８に掲げる中心静脈注射用植込型カテーテル設置の例により算定する。

Ｊ１０１－２　神経再生誘導術

神経再生誘導術は、神経再生誘導材を用いて神経再建を実施した場合に算定する。

Ｊ１０２　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。

Ｊ１０４　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。

Ｊ１０４－２　皮膚悪性腫瘍切除術

医科点数表のＫ００７に掲げる皮膚悪性腫瘍切除術の例により算定する。

Ｊ１０５　瘢痕拘縮形成手術

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瘢痕性拘縮の症例に対して、瘢痕拘縮形成手術を行った場合に算定する。

Ｊ１０６　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、Ｉ００９－２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は医科点数表の例により算定する。

Ｊ１０７　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。

Ｊ１０８　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。

Ｊ１０９　広範囲顎骨支持型装置埋入手術

（１）　広範囲顎骨支持型装置埋入手術とは、広範囲な顎骨欠損等の特殊な症例に対して応用する人工的構造物（以下「広範囲顎骨支持型装置」という。）のインプラント体（以下「インプラント体」という。）及びアバットメント（以下「アバットメント」という。）について、顎骨内へインプラント体を埋入する手術又はアバットメントを連結するインプラント体上部を露出させるために軟組織（口腔粘膜）の切除等を行う手術をいう。

（２）　「１　１回法によるもの」とは、顎骨内に骨窩を形成してインプラント体を埋入して、アバットメントを軟組織（口腔粘膜）上に露出させることまでを１回で行う手術をいう。

（３）　「２　２回法によるもの」の「イ　１次手術」とは、顎骨内に骨窩を形成してインプラント体を埋入して、アバットメントを連結せずに軟組織（口腔粘膜）を一次閉鎖する手術で、２回に分けて行われる手術の１回目に行われる手術をいう。

（４）　「２　２回法によるもの」の「ロ　２次手術」とは、埋入したインプラント体周囲の骨組織の治癒を一定期間待った後、アバットメントを連結するインプラント体上部を露出させるために軟組織（口腔粘膜）の切除を行う手術で、２回に分けて行われる手術の２回目に行われる手術をいう。

（５）　当該手術は、次のいずれかに該当し、従来のブリッジや有床義歯（顎堤形成後の有床義歯を含む。）では咀嚼機能の回復が困難な患者に対して実施した場合に算定する。

イ　腫瘍、顎骨嚢胞、顎骨骨髄炎、外傷等により、広範囲な顎骨欠損若しくは歯槽骨欠損症例（歯周病及び加齢による骨吸収を除く。）又はこれらが骨移植等により再建された症例であること。なお、欠損範囲について、上顎にあっては連続した４歯相当以上の顎骨欠損症例又は上顎洞若しくは鼻腔への交通が認められる顎骨欠損症例であり、下顎にあっては連続した４歯相当以上の歯槽骨欠損又は下顎区域切除以上の顎骨欠損であること。

ロ　医科の保険医療機関（医科歯科併設の保険医療機関にあっては医科診療科）の主治の医師の診断に基づく外胚葉異形成症等又は唇顎口蓋裂等の先天性疾患であり、顎堤形成不全であること。

ハ　医科の保険医療機関（医科歯科併設の保険医療機関にあっては医科診療科）の主治の医師の診断に基づく外胚葉異形成症等の先天性疾患であり、連続した３分の１顎程度以上の多数歯欠損であること。

ニ　６歯以上の先天性部分無歯症、前歯及び小臼歯の永久歯のうち３歯以上の萌出不全（埋伏歯開窓術を必要とするものに限る。）であり、３分の１顎程度以上の多数歯欠損（歯科矯正後の状態を含む。）又は連続した３歯以上の先天性欠如歯に起因した咬合異常が認められる患者（18 歳未満の患者に限る。）であること。

（６）　当該手術の保険医療材料料は別に算定する。

（７）　当該手術を実施した場合は、診療録に症状、手術部位、手術内容及び埋入した材料等を記載する。

Ｊ１１０　広範囲顎骨支持型装置掻爬術

広範囲顎骨支持型装置掻爬術とは、Ｍ０２５－２に掲げる広範囲顎骨支持型補綴に係る補綴物を装着した患者について、インプラント体周囲の粘膜組織や骨組織に炎症が認められ、機械的清掃や抗菌薬投与等を行ったにもかかわらず炎症が治まらない場合に、消炎処置として粘膜骨膜弁を剥離し、インプラント体表面の汚染物質や不良肉芽の除去等を行う手術をいう。

Ｊ１１１　頭頸部悪性腫瘍光線力学療法

（１）　半導体レーザー用プローブを用いて切除不能な局所進行又は局所再発の頭頸部癌に対してレーザー光照射を実施した場合に算定する。

（２）　本療法は、頭頸部癌の治療に係る専門の知識及び５年以上の経験を有し、本治療に関する所定の研修を修了している歯科医師が実施する。

第２節　輸血料

Ｊ２００　輸血

医科点数表のＫ９２０に掲げる輸血の例により算定する。

Ｊ２００－２　輸血管理料

医科点数表のＫ９２０－２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

Ｊ２００－４－２　レーザー機器加算

レーザー機器加算は、口腔内の軟組織の切開、止血、凝固及び蒸散が可能なものとして保険適用されている機器を使用して「注２」から「注４」までに掲げる手術を行った場合に算定する。なお、通則 13 に規定する「同一手術野又は同一病巣につき、２以上の手術を同時に行った場合」に該当しない２以上の手術を算定した場合はそれぞれの手術において算定する。

Ｊ２００－４－４　口腔粘膜蛍光観察評価加算

口腔粘膜蛍光観察評価加算は、画像等による口腔粘膜の評価を複数回実施するとともに、

当該技術の補助により手術が行われた場合に算定する。なお、撮影した対象病変部位の画像を診療録に添付又は電子媒体に保存・管理するとともに所見を診療録に記載すること。

Ｊ２００－５　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し、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ものとは、手術前又は手術中に得た画像を３次元に構築し、手術の過程において、３次元画像と術野の位置関係をリアルタイムにコンピュータ上で処理することで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。

（４）　患者適合型手術支援ガイドによるものとは、手術前に得た画像等により作成された実物大の患者適合型手術支援ガイドとして薬事承認を得ている医療機器を下顎骨部分切除術、下顎骨離断術、下顎骨悪性腫瘍手術又は下顎骨形成術を補助する目的で用いることをいう。

Ｊ２００－６　切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算

医科点数表のＫ９３９－９に掲げる切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算の例により算定する。

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 15 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得た点数に１点を加算して得た点数を特定薬剤料として算定する。

（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 15 円以下の場合は、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 15 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）　その他は、Ｉ１００に掲げる特定薬剤の（４）又は（５）の例により算定する。

（６）　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）は、算定できない。なお、歯科用包帯剤をドライソケット又は歯の再植術における創面の保護の目的で使用した場合は、特定薬剤として算定する。

第６節　特定保険医療材料料

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」から「通則４」までの規定は、第１節の所定点数（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、第２節薬剤料は適用されない。

2　「通則２」における著しく歯科診療が困難な者の 100 分の 50 加算は、行動障害に対し開口の保持又は体位、姿勢の保持が必要な患者や頻繁な治療の中断を伴う患者等に対して、患者の状態に留意しながら治療を行った場合等に限り算定し、当該加算を算定した日における患者の治療時の状況を診療録に記載する。

3　「通則２」の加算において６歳未満の乳幼児であって著しく歯科診療が困難な者については、乳幼児に対する加算としての 100 分の 50 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により算定するもので、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算定できない。

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とする。

6　麻酔の休日加算、時間外加算及び深夜加算は、これらの加算を算定する緊急手術に伴い行われた麻酔についてのみ算定する。

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は、保険診療の原則に従い必要に応じ妥当適切な方法を選択する。

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。この場合において、薬剤又は特定保険医療材料の使用に当たっては、医科点数表第２章 11 部第３節に掲げる薬剤料及び第４節に掲げる特定保険医療材料料の例より算定する。

9　吸入鎮静法、歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔（Ⅰ）若しくは歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔（Ⅱ）において使用した麻酔薬剤（亜酸化窒素等）に係る費用は、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）に基づき算定する。

10　酸素又は窒素の価格は、Ｉ０２５に掲げる酸素吸入及び医科点数表のＬ００８に掲げる声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴う閉鎖循環式全身麻酔の注３の例により算定する。

第１節　麻酔料

Ｋ００１　浸潤麻酔

（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、Ｍ００１に掲げる歯冠形成、Ｍ００１－２に掲げる即時充填形成及びＭ００１－３に掲げるインレー修復形成は、浸潤麻酔が含まれ別に算定できない。ただし、Ｉ００１の１に掲げる歯髄温存療法、Ｉ００１の２に掲げる直接歯髄保護処置、Ｉ００４に掲げる生活歯髄切断、Ｉ００５に掲げる抜髄又はＭ００１の１に掲げる生活歯歯冠形成を行う場合の浸潤麻酔に当たって使用した薬剤の薬価についてはこの限りではない。

（２）　う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は、術野又は病巣を単位として算定する。

Ｋ００２　吸入鎮静法

（１）　吸入鎮静法は、歯科治療に対して非協力的な小児患者、知的障害を有する患者、歯科治療恐怖症の患者、歯科治療時に配慮すべき基礎疾患を有する患者等を対象として、亜酸化窒素等を用いて鎮静状態を得る方法であり、歯科治療等を行う場合に算定する。

（２） 吸入鎮静法を実施するに当たっては、「歯科診療における静脈麻酔等に関する基本的な考え方」（令和８年３月日本歯科医学会）を参考とし、米国麻酔科学会（ASA）による鎮静レベルの分類の抗不安若しくは中等度鎮静又は Ramsay 鎮静スコアの２若しくは３において、術前、術中及び術後の管理を十分に行い実施すること。

Ｋ００３　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、知的障害を有する患者、歯科治療恐怖症の患者、歯科治療時に配慮すべき基礎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、歯科治療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-改訂第２版（2017）-」（平成 29 年３月日本歯科麻酔学会）を参考とし、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。

（３） 静脈内鎮静法を算定した場合は、Ｋ００２に掲げる吸入鎮静法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は、別に算定する。

（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する。

Ｋ００４　歯科麻酔管理料

（１） 歯科麻酔管理料は、歯科麻酔を担当する歯科医師により、質の高い麻酔が提供されることを評価するものである。

（２） 「１　歯科麻酔管理料１」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、当該保険医療機関の歯科麻酔を担当する歯科医師（地方厚生(支)局長に届け出ている歯科医師に限る。以下この区分において同じ。）が麻酔前後の診察を行い、かつ、医科点数表のＬ００８に掲げる声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴う閉鎖循環式全身麻酔を行った場合に算定する。

（３） 「２　歯科麻酔管理料２」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、当該保険医療機関の歯科麻酔を担当する歯科医師が麻酔前後の診察を行い、かつ、Ｋ００２に掲げる吸入鎮静法、Ｋ００３に掲げる静脈内鎮静法、Ｋ００５に掲げる歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔（Ⅰ）又はＫ００５に掲げる歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔（Ⅱ）を行った場合に算定する。

（４） 麻酔前後の診察については、次に掲げる場合を除き、当該麻酔を実施した日以外に行われなければならない。また、無床歯科診療所にあっては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を確保すること。

イ　緊急の場合

ロ　同一の日に入院及び退院した場合

ハ　外来部門において、歯科麻酔を担当する歯科医師の管理下で実施する場合

（５） 本区分を算定する無床歯科診療所は、緊急時の対応について、患者等に「別紙様式６」又はこれに準じた様式の文書を必ず提供するとともに、当該文書の写しを診療録に添付する。

（６） 歯科麻酔を担当する歯科医師が、当該歯科医師以外の歯科医師と共同して麻酔を実施

する場合においては、歯科麻酔を担当する歯科医師が、当該麻酔を通じ、麻酔中の患者と同室内で麻酔管理に当たり、主要な麻酔手技を自ら実施した場合に算定する。

（７） 歯科麻酔管理料を算定する場合には、麻酔前後の診察及び麻酔の内容を診療録に記載する。なお、麻酔前後の診察について記載された麻酔記録又は麻酔中の麻酔記録の診療録への添付により診療録への記載に代えることができる。

（８） 歯科麻酔管理料について、「通則３」及び「通則４」の加算は適用しない。

（９） 「注３」に規定する周術期薬剤管理加算は、医科点数表のＬ００９に掲げる麻酔管理料(I)の「注５」の例により算定する。

Ｋ００５ 歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔（Ⅰ）

（１） 当該点数は、全身吸入麻酔剤を用いた吸入麻酔又は静脈注射用麻酔剤を用いた静脈麻酔であって、意識消失を伴うものを実施した場合に算定する。

（２） 「１」及び「２」は、吸入麻酔又は静脈麻酔の実施の下、検査、画像診断、処置又は手術が行われた場合であって、麻酔の実施時間がそれぞれ 10 分未満及び 10 分以上 20 分未満の場合に算定する。

（３） 吸入麻酔の実施時間は、麻酔器を患者に接続した時間を開始時間とし、当該麻酔器から離脱した時間を終了時間とする。

（４） 静脈麻酔の実施時間は、静脈注射用麻酔剤を最初に投与した時間を開始時間とし、当該検査、画像診断、処置又は手術が終了した時間を終了時間とする。

（５） 安全性の観点から、呼吸抑制等が起きた場合等には速やかに声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴う閉鎖循環式全身麻酔に移行できる十分な準備を行った上で、目視及び酸素飽和度測定又は終末呼気炭酸ガス濃度測定により、十分な監視下で行わなければならない。また、麻酔を担当する歯科医師とは別に、麻酔中の患者と同室で、患者の監視に専念する歯科医師の下で麻酔を実施すること。

（６） 当該保険医療機関内における緊急時の体制整備につき、無床歯科診療所においては、病院である保険医療機関との連絡体制を確保することが望ましい。また、病院である保険医療機関においては、関係する診療科で事前に共有しておくこと。

（７） 筋肉注射による全身麻酔、注腸による麻酔は本区分の「１」で算定する。

Ｋ００６ 歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔（Ⅱ）

（１） 当該点数は、全身吸入麻酔剤を用いた吸入麻酔又は静脈注射用麻酔剤を用いた静脈麻酔であって、意識消失を伴い、気道確保について適切な管理を要するもの（声門上器具又は気管挿管による気道確保を除く。）を 20 分以上実施した場合に算定する。

（２） 吸入麻酔剤の実施時間は、麻酔器を患者に接続した時間を開始時間とし、当該麻酔器から離脱した時間を終了時間とする。

（３） 静脈麻酔剤の実施時間は、静脈注射用麻酔剤を最初に投与した時間を開始時間とし、当該検査、画像診断、処置又は手術が終了した時間を終了時間とする。

（４） 「１」については、以下のイからニの全てを満たすこと。

イ 厚生労働大臣が定める施設基準に適合している保険医療機関において、当該保険医療機関の歯科麻酔科医（歯科麻酔に係る専門の知識及び２年以上の経験を有し、当該療養に習熟した医師又は歯科医師の指導の下に、主要な麻酔手技を自ら実施する者として全身麻酔を 200 症例以上及び静脈内鎮静法又は歯科静脈麻酔を 100 症例以上経験

している麻酔に従事する歯科医師に限る。以下この項において同じ。）が吸入麻酔又は静脈麻酔の前後の診察を行い、かつ専ら当該保険医療機関の歯科麻酔科医が、吸入麻酔又は静脈麻酔を行うこと。

ロ　麻酔前後の診察については、次に掲げる場合を除き、当該麻酔を実施した日以外に行われなければならない。

（イ）　緊急の場合

（ロ）　同一の日に入院及び退院した場合

（ハ）　外来部門において、歯科麻酔を担当する歯科医師の管理下で実施する場合

ハ　歯科麻酔科医が、歯科麻酔科医以外の歯科医師と共同して麻酔を実施する場合においては、歯科麻酔科医が、当該麻酔を通じ、麻酔中の患者と同室内で麻酔管理に当たり、主要な麻酔手技を自ら実施すること。

ニ　麻酔前後の診察及び麻酔の内容を診療録に記載すること。なお、麻酔前後の診察について記載された麻酔記録又は麻酔中の麻酔記録の診療録への添付により診療録への記載に代えることができる。

（５）　「２」については、（４）のロ並びに以下のイ及びロを満たすこと。

イ　厚生労働大臣が定める施設基準に適合している保険医療機関において、当該保険医療機関において勤務を行っている歯科医師であって、歯科麻酔科医の指導の下に麻酔を担当するもの（以下この区分において単に「担当歯科医師」という。）又は当該保険医療機関の歯科麻酔科医が、麻酔前後の診察を行い、担当歯科医師が、麻酔を行うこと。

ロ　主要な麻酔手技を実施する際には、歯科麻酔科医の管理下で行わなければならない。この場合、当該歯科麻酔科医は、麻酔中の患者と同室又は隣接する部屋にいる必要があること。

（６）　「３」は、担当歯科医師が、麻酔前後の診察を行い、麻酔を行った場合に算定する。なお、この場合において、緊急の場合を除き、麻酔前後の診察は、当該麻酔を実施した日以外に行われなければならない。

（７）　「４」は、「１」から「３」に該当しない場合に算定する。なお、この場合において、緊急の場合を除き、麻酔前後の診察は、当該麻酔を実施した日以外に行われなければならない。また、麻酔を担当する歯科医師とは別に、麻酔中の患者と同室で、患者の監視に専念する歯科医師の下で麻酔を実施すること。

（８）　安全性の観点から、呼吸抑制等が起きた場合等には速やかに声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴う閉鎖循環式全身麻酔に移行できる十分な準備を行った上で、目視及び酸素飽和度測定又は終末呼気炭酸ガス濃度測定により、十分な監視下で行わなければならない。

（９）　医科点数表のＤ２２０に掲げる呼吸心拍監視、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の検査に要する費用は本区分の所定点数に含まれ、本区分の所定点数を算定した日においては、麻酔の前後にかかわらず、当該検査に要する費用は別に算定できない。

（10）　体温（深部体温を含む。）測定の検査に要する費用は本区分の所定点数に含まれ、別に算定できない。

(11)　医科点数表のＤ２２３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Ｄ２２４に掲げる終末呼気炭酸ガス濃度測定に要する費用は所定点数に含まれ、本区分の所定点数を算定した同一日においては、麻酔の前後にかかわらず、経皮的動脈血酸素飽和度測定及び終末呼気炭酸ガス濃度測定は別に算定できない。

(12)　歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔（Ⅱ）を実施する際には、「歯科診療における静脈麻酔等に関する基本的な考え方」（令和８年３月日本歯科医学会）に基づき適切に実施すること。

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 15 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得た点数に１点を加算して得た点数を麻酔薬剤料として算定する。

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（Ｍ０００－２に掲げる放射性同位元素内用療法管理料、Ｍ００１－２に掲げるガンマナイフによる定位放射線治療、Ｍ００１－４に掲げる粒子線治療及びＭ００２に掲げる全身照射を除く。）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は、第１節中の各区分の注に「保険医療材料料は、所定点数に含まれる。」等と規定されているものを除き、第１節及び第２節の各区分の所定点数に第３節の特定保険医療材料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する。

３　印象採得、咬合採得、仮床試適及び装着は、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単純処置は、歯冠修復の所定点数に含まれ別に算定できない。

５　「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について、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る算定が妥当であるものは、その都度当局に内議の上、所定点数の準用を可能とする旨を規定している。

６　「通則４」による乳幼児又は著しく歯科診療が困難な者に対する加算は、Ｍ００３に掲げる印象採得の「２　欠損補綴のロ」、「２　欠損補綴のハ」、Ｍ００３－３に掲げる咬合印象、Ｍ００６に掲げる咬合採得の「２　欠損補綴のロ」又はＭ０３０に掲げる有床義歯内面適合法については所定点数の 100 分の 70 を加算し、その他の第 12 部に掲げる歯冠修復及び欠損補綴（Ｍ０００からＭ０００－３まで、Ｍ００３の「２　欠損補綴のロ」、「２　欠損補綴のハ」、Ｍ００３－３に掲げる咬合印象、Ｍ００６に掲げる咬合採得の「２　欠損補綴のロ」、Ｍ０１０からＭ０１０－３まで、Ｍ０１０－４の「１　根面板によるもの」、Ｍ０１１、Ｍ０１１－２、Ｍ０１５からＭ０１５－３まで、Ｍ０１７からＭ０２１－２まで、Ｍ０２１－３の「２

キーパー付き根面板を用いる場合」、Ｍ０２２、Ｍ０２３、Ｍ０２５からＭ０２６まで及びＭ０３０を除く。）については所定点数の 100 分の 50 を加算する。

7　「通則４」又は「通則７」の著しく歯科診療が困難な者等に対する 100 分の 70 加算又は 100 分の 50 加算は、開口の保持又は体位、姿勢の保持が必要な患者や頻繁な治療の中断を伴う患者等に対して、患者の状態に留意しながら治療を行った場合等に算定する。

8　「通則４」の加算において６歳未満の乳幼児であって著しく歯科診療が困難な者については、乳幼児に対する加算としての 100 分の 70 加算又は 100 分の 50 加算のみを算定する。

9　「通則５」について、保険医療機関においては、その趣旨を踏まえ、歯科技工の委託に当たって、製作技工に要する費用及び製作管理に要する費用の決定については、保険医療機関と歯科技工所の相互の連携に基づき行うこと。

10　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、暫間被覆冠（Ｍ００３－２に掲げる暫間歯冠補綴装置を除く。）、特定薬剤等は、それぞれの所定点数に含まれ別に算定できない。

11　歯科訪問診療は通院困難な療養中の患者について実施するが、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及び困難性を考慮し、Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定する患者であって、同注９に規定する歯科診療特別対応加算１、歯科診療特別対応加算２又は歯科診療特別対応加算３を算定しないものに対して行った第８部に掲げる処置、第９部に掲げる手術及び第 12 部に掲げる歯冠修復及び欠損補綴を行った場合は、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ　Ｍ００３（２のロ及びハに限る。）に掲げる印象採得、Ｍ００３－３に掲げる咬合印象、Ｍ００６（２のロに限る。）に掲げる咬合採得又はＭ０３０に掲げる有床義歯内面適合法

所定点数の 100 分の 70 に相当する点数

ロ　Ｉ００５（３に限る。）に掲げる抜髄、Ｉ００６（３に限る。）に掲げる感染根管処置、Ｊ０００（１、２及び３に限る。）に掲げる抜歯手術（注１による加算を算定した場合を除く。）、Ｍ０２１－３（１に限る。）に掲げる磁性アタッチメント又はＭ０２９に掲げる有床義歯修理

所定点数の 100 分の 50 に相当する点数

ハ　Ｉ００５（１及び２に限る。）に掲げる抜髄、Ｉ００６（１及び２に限る。）に掲げる感染根管処置、Ｊ０１３（２に限る。）に掲げる口腔内消炎手術

所定点数の 100 分の 30 に相当する点数

12　「通則８」でいう検査とは、Ｄ００９に掲げる顎運動関連検査及びＤ０１０に掲げる歯冠補綴時色調採得検査をいう。

13　Ｍ０００－２に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料（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（Ｍ０００－２に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料の(２)に規定する歯冠補綴物をいう。）及びブリッジ（接着ブリッジを含む。以下同じ。）の製作を行い装着した場合は、当該歯冠補綴物及びブリッジ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Ｉ００８－２に掲げる加圧根管充填処置を行った場合も、当該処置は算定できない。

14　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

着及び破損した場合の修理は、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とはならない。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、Ｍ０００－２に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料の「注２」に規定する期間に相当する期間を経過したものはこの限りではない。

15　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は、診療録に装着物の種類、実施予定日及び実施できなくなった理由等を記載する。なお、診療録より装着物の種類が明らかである場合は、装着物の種類の記載を省略して差し支えない。この場合において、製作されたＭ０２０に掲げる鋳造鉤、Ｍ０２１に掲げる線鉤、Ｍ０２１－２に掲げるコンビネーション鉤、Ｍ０２２に掲げる間接支台装置及びＭ０２３に掲げる大連結子（以下「クラスプ等」という。）にあっては、各区分の所定点数及び特定保険医療材料並びに特定保険医療材料である人工歯を請求する。また、Ｍ００７に掲げる仮床試適及びＭ００５に掲げる装着は算定できない。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。ただし、患者が死亡した場合であって死亡が明らかな場合は、この限りでない。また、有床義歯製作中であってクラスプ等を有する咬合床を用いて、咬合採得を行う前に患者が理由なく来院しなくなった場合等も同様の取扱いとし、Ｍ００６に掲げる咬合採得は算定できない。

16　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であって、Ｍ００２に掲げる支台築造（「１　間接法」に限る。）、Ｍ０１０に掲げる金属歯冠修復、Ｍ０１０－２に掲げるチタン冠、Ｍ０１０－３に掲げる接着冠、Ｍ０１０－４に掲げる根面被覆（１に限る。）、Ｍ０１１に掲げるレジン前装金属冠、Ｍ０１１－２に掲げるレジン前装チタン冠、Ｍ０１５に掲げる非金属歯冠修復、Ｍ０１５－２に掲げるＣＡＤ／ＣＡＭ冠、Ｍ０１５－３に掲げるＣＡＤ／ＣＡＭインレー、Ｍ０１６に掲げる乳歯冠（間接法により製作した場合に限る。）、Ｍ０１６－２に掲げる小児保隙装置、Ｍ０１６－３に掲げる既製金属冠（間接法により製作した場合に限る。）、Ｍ０１７に掲げるポンティック、Ｍ０１７－２に掲げる高強度硬質レジンブリッジ、Ｍ０１７－３に掲げるチタンブリッジ、Ｍ０１８に掲げる有床義歯、Ｍ０１８－２に掲げる３次元プリント有床義歯、Ｍ０１９に掲げる熱可塑性樹脂有床義歯、Ｍ０２０に掲げる鋳造鉤、Ｍ０２１に掲げる線鉤、Ｍ０２１－２に掲げるコンビネーション鉤、Ｍ０２１－３に掲げる磁性アタッチメント（２に限る。）、Ｍ０２２に掲げる間接支台装置又はＭ０２３に掲げる大連結子の製作がすでに行われているにもかかわらず装着できない場合は、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した場合に、当該各区分及び特定保険医療材料料を請求する。なお、診療録より装着物の種類が明らかである場合は、装着物の種類の記載を省略して差し支えない。この場合において、通則第４号及び第７号に掲げる加算並びにＭ００５に掲げる装着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。ただし、患者が死亡した場合であって死亡が明らかな場合は、この限りでない。

17　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。この場合において、Ｍ００２に掲げる支台築造（「１　間接法」に限る。）、Ｍ０１０に掲げる金属歯冠修復、Ｍ０１０－２に掲げるチタン冠、Ｍ０１０

－３に掲げる接着冠、Ｍ０１０－４に掲げる根面被覆（１に限る。）、Ｍ０１１に掲げるレジン前装金属冠、Ｍ０１１－２に掲げるレジン前装チタン冠、Ｍ０１５に掲げる非金属歯冠修復、Ｍ０１５－２に掲げるＣＡＤ／ＣＡＭ冠、Ｍ０１５－３に掲げるＣＡＤ／ＣＡＭインレー、Ｍ０１６に掲げる乳歯冠（間接法により製作した場合に限る。）、Ｍ０１６－２に掲げる小児保隙装置、Ｍ０１６－３に掲げる既製金属冠（間接法により製作した場合に限る。）、Ｍ０１７に掲げるポンティック、Ｍ０１７－２に掲げる高強度硬質レジンブリッジ、Ｍ０１７－３に掲げるチタンブリッジ、Ｍ０２０に掲げる鋳造鉤、Ｍ０２１に掲げる線鉤、Ｍ０２１－２に掲げるコンビネーション鉤、Ｍ０２１－３に掲げる磁性アタッチメント（２に限る。）、Ｍ０２２に掲げる間接支台装置又はＭ０２３に掲げる大連結子（Ｍ０２０からＭ０２３までについては鉤歯の喪失等によりやむを得ず使用できなくなったものに限る。）の各区分並びに特定保険医療材料料を請求する。なお、Ｍ００５に掲げる装着及び装着材料料は算定できない。

18　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Ｍ００２に掲げる支台築造（「１　間接法」に限る。）、Ｍ０１０に掲げる金属歯冠修復、Ｍ０１０－２に掲げるチタン冠、Ｍ０１０－３に掲げる接着冠、Ｍ０１０－４に掲げる根面被覆（１に限る。）、Ｍ０１１に掲げるレジン前装金属冠、Ｍ０１１－２に掲げるレジン前装チタン冠、Ｍ０１５に掲げる非金属歯冠修復、Ｍ０１５－２に掲げるＣＡＤ／ＣＡＭ冠、Ｍ０１５－３に掲げるＣＡＤ／ＣＡＭインレー、Ｍ０１６に掲げる乳歯冠（間接法により製作した場合に限る。）、Ｍ０１６－２に掲げる小児保隙装置、Ｍ０１６－３に掲げる既製金属冠（間接法により製作した場合に限る。）、Ｍ０１７に掲げるポンティック、Ｍ０１７－２に掲げる高強度硬質レジンブリッジ、Ｍ０１７－３に掲げるチタンブリッジ、Ｍ０１８に掲げる有床義歯、Ｍ０１８－２に掲げる３次元プリント有床義歯、Ｍ０１９に掲げる熱可塑性樹脂有床義歯、Ｍ０２０に掲げる鋳造鉤、Ｍ０２１に掲げる線鉤、Ｍ０２１－２に掲げるコンビネーション鉤、Ｍ０２１－３に掲げる磁性アタッチメント（２に限る。）、Ｍ０２２に掲げる間接支台装置及びＭ０２３に掲げる大連結子の装着を行う場合は、前記に掲げる各区分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。

19　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は、算定できない。

20　次の場合において、ブリッジを適応する場合は、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、保険適用の可否について判断を求める。なお、それぞれの取扱いは、各区分の規定に従う。ただし、イからハ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扱いとする。

イ　Ｍ０１７に掲げるポンティックの(15)により、有床義歯では目的が達せられないか又は誤嚥等の事故を起こす恐れが極めて大きい場合であってブリッジを行う以外に方法がない場合

ロ　Ｍ０１７に掲げるポンティックの(19)により、矯正・先天性欠如等により第一小臼歯、第二小臼歯、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、間隙のほうが１歯分程度小さく２歯分となる場合

ハ　Ｍ０１７に掲げるポンティックの(19)により、移植歯を支台歯とするブリッジを製作する場合

21　保険給付外の材料等による歯冠修復及び欠損補綴は保険給付外の治療となるが、この取扱い

は、歯及び口腔に対する治療体系が細分化されている歯科治療の特殊性に鑑み、当該治療を患者が希望した場合に限り、歯冠修復にあっては歯冠形成（支台築造を含む。）以降、欠損補綴にあっては補綴時診断以降を、保険給付外の扱いとする。その際に、当該治療を行った場合は、診療録に自費診療への移行等や当該部位に係る保険診療が完結している旨が判るように明確に記載する。なお、「歯科領域における保険給付外等の範囲について」（昭和 51 年７月 29 日保文発第 352 号）は、平成 26 年３月 31 日をもって廃止する。

22　麻酔の部に規定するＫ００１に掲げる浸潤麻酔は、所定点数に含まれ別に算定できない。ただし、Ｍ００１に掲げる歯冠形成（１に限る。）を行う場合の浸潤麻酔に当たって使用した薬剤の薬価についてはこの限りではない。また、Ｍ００１に掲げる歯冠形成及びＭ００１－３に掲げるインレー修復形成の完了後、完了した日とは別の日に当該歯に行われる麻酔は、「通則10」の規定に関わらず、別に算定する。

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、新たな欠損補綴及び有床義歯の床裏装等を行う際に、当該治療を開始した日に患者に対して治療等に関する説明を行った場合に算定する。

（２）　「１　補綴時診断（新製の場合）」については、ブリッジ又は有床義歯を新たに製作する際に、補綴時診断を行った場合に算定する。

（３）　「２　補綴時診断（１以外の場合）」は、新たに生じた欠損部の補綴に際し、既製の有床義歯に人工歯及び義歯床を追加する際又は有床義歯の床裏装を行う際に、補綴時診断を行った場合に算定する。

（４）　「１　補綴時診断（新製の場合）」を算定後、当該有床義歯に対して、新たに人工歯及び義歯床を追加した場合においては、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。

（５）　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、再度、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。

（６）　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。

（７）　補綴時診断料を算定した場合は、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。

（８）　「注３」に規定する歯科技工士連携加算１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、高強度硬質レジンブリッジ、チタンブリッジ又は３次元プリント有床義歯の製作に当たって、欠損補綴物の材料や設計等について、歯科医師が歯科技工士に対面で意見を求め、その内容を踏まえて、補綴時診断を行った場合に算定する。なお、当該加算の算定に当たっては、参考とした歯科技工士の意見及び当該歯科技工士が所属する歯科技工所の名称（当該保険医療機関の歯科技工士以外が行う場合に限る。）を診療録に記載する。

（９）　「注４」に規定する歯科技工士連携加算２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、高強度硬質レジンブリッジ、チタンブリッジ又は３次元プリント有床義歯の製作に当たって、欠損補綴物の材料や設計等について、歯科医師が歯科技工士に情報通信機器を用いて意見を求め、その内容を踏まえて、補綴時診断を行った場合に算定する。なお、当該加算の算定に当たっては、参考とした歯科技工士の意見及び当該歯科技工士が所属する歯科技工所の名称（当該保険医療機関の歯科技工士以外が行う場合に限る。）を診療録に記載する。

(10)　「注３」及び「注４」に規定する歯科技工士連携加算１及び歯科技工士連携加算２について、複数の補綴物の製作に当たって、同日に新たな欠損補綴に関する説明を行った場合も１回に限り算定する。

(11)　「注４」に規定する歯科技工士連携加算２について、情報通信機器を用いて患者の個人情報を取り扱う場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守すること。

(12)　「注４」に規定する歯科技工士連携加算２を算定する場合に、情報通信機器の運用に要する費用については、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できる。

(13)　「注３」及び「注４」に規定する歯科技工士連携加算１及び歯科技工士連携加算２を算定するに当たっては、歯科技工士の処遇の改善等に資するよう留意すること。

Ｍ０００－２　クラウン・ブリッジ維持管理料

（１）　クラウン・ブリッジ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。なお、届出を行う場合は、「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。

（２）　「注１」の「歯冠補綴物」とは、Ｍ０１０－２に掲げるチタン冠、Ｍ０１１－２に掲げるレジン前装チタン冠、Ｍ０１５に掲げる非金属歯冠修復（「１　レジンインレー」を除く。）及びＭ０１５－２に掲げるＣＡＤ／ＣＡＭ冠をいう。

（３）　「２　支台歯とポンティックの数の合計が５歯以下の場合」には、Ｍ０１７－２に掲げる高強度硬質レジンブリッジ及びＭ０１７－３に掲げるチタンブリッジが含まれる。

（４）　永久歯（ブリッジの支台歯の場合を除く。）に対するＭ０１０の２に掲げる４分の３冠（前歯）、Ｍ０１０の３に掲げる５分の４冠（小臼歯）、Ｍ０１０の４に掲げる全部金属冠（小臼歯及び大臼歯）及びＭ０１１に掲げるレジン前装金属冠による歯冠修復のほか、次に掲げるものはクラウン・ブリッジ維持管理の対象としない。

イ　乳歯（後継永久歯が先天性に欠如している乳歯を除く。）に対する歯冠修復

ロ　歯科用金属を原因とする金属アレルギーを有する患者に対するＭ０１７－２に掲げる高強度硬質レジンブリッジ（(２)のイに規定する場合を含む。）

ハ　全ての支台をインレーとするブリッジ

ニ　永久歯に対する既製の金属冠による歯冠修復

（５）　「注１」に規定する文書とは、当該維持管理の対象となる補綴物ごとに、クラウン・ブリッジ維持管理料の趣旨、補綴部位、装着日、保険医療機関名等を記載したものをいい、患者に対し、クラウン・ブリッジ維持管理に係る説明を行い、その内容を文書により提供した場合に限り当該管理料を算定する。ただし、同日に複数の補綴物を装着した

場合は、主たる補綴物の維持管理料に係る文書に集約して記載し、提供して差し支えない。また、患者に提供した文書の写しを診療録に添付する。なお、クラウン・ブリッジの維持・管理を実施する旨を届け出た保険医療機関で製作された補綴物は、「注１」に規定する文書を提供していない場合であってもクラウン・ブリッジ維持管理の対象となる。

（６）　「注２」の「補綴関連検査」とは、Ｄ００９に掲げる顎運動関連検査及びＤ０１０に掲げる歯冠補綴時色調採得検査に定める各検査をいう。

（７）　クラウン・ブリッジ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、当該維持管理料に含まれ別に算定できない。

（８）　クラウン・ブリッジ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、当該補綴部位に係る新たな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場合の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、装着に使用した装着材料料は別に算定する。

（９）　クラウン・ブリッジ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は別に算定する。

(10)　「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（う蝕、歯周病又は根尖性歯周炎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」の支台歯を抜歯し、ブリッジを製作する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に算定の理由を記載する。

(11)　令和８年５月 31 日までにクラウン・ブリッジ維持管理料を算定した歯冠補綴物に係る規定については、なお従前の例による。

Ｍ０００－３　広範囲顎骨支持型補綴診断料

（１）　広範囲顎骨支持型補綴診断料は、Ｊ１０９に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術を行う前に、患者に対して説明を行った場合に、手術前１回に限り算定する。

（２）　当該診断料の算定に当たっては、欠損部の状態、当該補綴に係る補綴物の設計及び材料等を診療録に記載する。

Ｍ００１　歯冠形成

（１）　歯冠形成は、同一歯について、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、歯冠形成に付随して行われる麻酔等は所定点数に含まれ別に算定できない。ただし、表面麻酔、浸潤麻酔又は簡単な伝達麻酔に用いた薬剤に係る薬剤料は、「１　生活歯歯冠形成」に限り、別に算定する。この場合における簡単な伝達麻酔とは、第 10 部麻酔に規定する伝達麻酔以外の簡単な伝達麻酔（おとがい孔、後臼歯結節、大口蓋孔等）をいう。

（２）　「１　生活歯歯冠形成」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、歯冠修復物の除去は別に算定する。

（３）　「１のイ　金属冠」及び「２のイ　金属冠」の金属冠とは、全部金属冠、チタン冠、レジン前装金属冠、レジン前装チタン冠、前歯の４分の３冠、臼歯の５分の４冠及びチタンブリッジの支台歯に対する冠をいう。

（４）　「金属冠」とは、全部金属冠、チタン冠、レジン前装金属冠、レジン前装チタン冠、前歯の４分の３冠、臼歯の５分の４冠、チタンブリッジの支台歯に対する冠等、全部金属冠方式又は全部金属冠に準ずる方式で製作する金属歯冠修復（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面の金属歯冠修復の全てが該当するものではない。

（５）　「１のロ　非金属冠」及び「２のロ　非金属冠」の非金属冠とは、硬質レジンジャケット冠、ＣＡＤ／ＣＡＭ冠及び高強度硬質レジンブリッジの支台歯に対する冠をいう。

（６）　「１のハ　既製冠」及び「２のハ　既製冠」の既製冠とは、乳歯金属冠及び既製金属冠をいう。

（７）　「注１」に規定するブリッジ支台歯形成加算は、ブリッジの支台歯形成に際して、支台歯間の平行関係を確認した上で支台歯形成を行った場合に算定する。また、隣接歯等の状況からやむを得ず、本通知のＭ０１７に掲げるポンティックの（６）の（ト）に規定する支台歯１歯の接着ブリッジによる延長ブリッジを行う場合も当該加算を算定して差し支えない。

（８）　接着冠に係る歯冠形成は、「１のイ　金属冠」に準じて算定するとともに「注４」に規定する加算を算定する。

（９）　「注３」及び「注７」に規定する加算は、ブリッジの支台歯として小臼歯の歯冠形成を実施した場合に限り算定できる。

(10)　「注４」に規定する接着冠形成加算は、接着ブリッジの支台歯に用いる接着冠として、生活歯に対して歯冠形成を実施した場合に限り算定できる。

(11)　「注 10」に規定する加算は、ＣＡＤ／ＣＡＭインレーのための窩洞形成を実施した場合に限り算定できる。

(12)　「３　窩洞形成」は１歯単位に算定する。また、同一歯に２箇所以上の窩洞形成を行った場合も、窩洞数にかかわらず１回に限り算定する。

(13)　「注９」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蝕除去及び窩洞形成が可能な「う蝕除去・窩洞形成レーザー」による照射をいう。

(14)　「注９」の加算とは、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、う蝕歯の充填処置のためのう蝕除去及び窩洞形成を行うことを評価したものをいい、エアータービン等切削器具を用いた場合は算定できない。なお、窩洞形成を行うに当たりＫ０００に掲げる伝達麻酔を行った場合は本加算は算定できない。

(15)　「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。

(16)　「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。

(17)　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。

(18)　可動性固定ブリッジ（半固定性ブリッジ）の可動性連結装置は、「３のロ　複雑なもの」により算定する。

(19)　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

質の除去は、Ｉ０００に掲げる単純処置により算定する。

(20)　Ｉ００３に掲げる初期う蝕早期充填処置を実施した歯について、やむを得ず充填形成又はインレー形成を行う場合は、「３　窩洞形成」により算定する。

Ｍ００１－２　即時充填形成

（１）　即時充填形成は、う蝕性又は非う蝕性の実質欠損を有する歯に対して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、充填を行う場合は算定できない。

（２）　２次う蝕のため充填物を除去し、即時充填のための窩洞形成を行った場合は、即時充填形成により算定する。この場合において、充填物の除去は算定できない。

（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蝕除去及び窩洞形成が可能な「う蝕除去・窩洞形成レーザー」による照射をいう。

（５）　「注１」の加算とは、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、う蝕歯の即時充填形成のためのう蝕除去及び窩洞形成を行うことを評価したものをいい、エアータービン等切削器具を用いた場合は算定できない。なお、即時充填形成を行うに当たりＫ０００に掲げる伝達麻酔を行った場合は本加算は算定できない。

（６）　Ｉ００２に掲げる知覚過敏処置を実施した歯に対して、やむを得ず充填処置が必要となった場合は、即時充填形成により算定する。

Ｍ００１－３　インレー修復形成

（１）　インレー修復形成は、う蝕性又は非う蝕性の実質欠損を有する歯に対して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）　「注１」に規定する加算は、ＣＡＤ／ＣＡＭインレーのための窩洞形成を実施した場合に限り算定できる。

（３）　２次う蝕のため充填物を除去し、インレー修復のための窩洞形成を行った場合は、インレー修復形成により算定する。この場合において、充填物の除去は算定できない。

（４）　当該歯の歯冠修復物の除去に係る費用は算定できない。ただし、金属歯冠修復によるインレーを除去した場合は、Ｉ０１９に掲げる歯冠修復物又は補綴物の除去の「１　簡単なもの」により算定して差し支えない。

Ｍ００１―４　補綴前処置（１装置につき）

（１）　補綴前処置は、新たな義歯の製作又は義歯修理（鉤等の追加）を行うに当たり、レストシートやガイドプレーンの付与、リカントゥアリング等により、鉤歯や鉤歯の対合歯を削除した場合に算定する。

（２）　本区分は、新たな義歯の製作又は義歯修理に当たって、補綴前処置を行った日に、１装置につき１回に限り算定する。

（３）　補綴前処置の算定に当たっては、実施した前処置の内容を、診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

（４）　修理を行った有床義歯に対して、前回算定した日から起算して３月を超えた期間において、再度、義歯修理を行う場合については、本区分を算定し、診療報酬明細書の摘要欄にその旨を記載すること。

Ｍ００２　支台築造

（１）　「支台築造」とは、実質欠損の大きい失活歯（全部被覆冠、５分の４冠又は４分の３冠による歯冠修復が予定されるもの）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）　「１のイ　メタルコアを用いた場合」とは、鋳造物により築造するものをいう。

（３）　「１のロ　ファイバーポストを用いた場合」とは、作業模型上で複合レジン（築造用）及びファイバーポスト（支台築造用）により築造を行うものをいう。

（４）　「２　直接法」とは、口腔内の窩洞に直接、複合レジン（築造用）等を用いて築造を行うものをいい、セメント等による簡単な支台築造は含まない。直接法による支台築造の際に、複合レジン（築造用）と併せてファイバーポスト（支台築造用）を用いた場合は「２のイ　（１）大臼歯」又は「２のイ　（２）小臼歯及び前歯」により算定し、スクリューポスト（支台築造用）等を用いた場合は「２のロ　その他の場合」により算定する。ただし、根管治療を実施した歯の歯冠部の近遠心及び唇頬舌側歯質のうち３壁以上が残存しており、複合レジン（築造用）のみで築造できる場合は、スクリューポスト（支台築造用）等を使用しなくても「２のロ　その他の場合」により算定できる。

（５）　ファイバーポストは１根管当たり１本に限り算定する。

（６）　ファイバーポストを大臼歯及び小臼歯に使用する場合は、１歯当たり２本に限り算定できる。

（７）　乳歯について、支台築造は算定できない。ただし、後継永久歯が先天性に欠如している乳歯に対する全部金属冠、レジン前装金属冠及び硬質レジンジャケット冠の歯冠形成については、支台築造を算定して差し支えない。

（８）　「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）　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。

Ｍ００２－２　支台築造印象

（１）　「支台築造印象」とは、Ｍ００２に掲げる支台築造の「１　間接法」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、製作物ごとに算定する。

Ｍ００３　印象採得

（１）　印象採得は、歯冠修復物、歯冠補綴物、欠損補綴物及び義歯修理に当たって製作物ごとに算定する。

（２）　ブリッジの印象採得の算定の時期は、間接法の場合は最初に印象採得を行った日とし、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）　印象採得は、原則として歯冠修復及び欠損補綴の製作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。

（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」は、金属歯冠修復、チタン冠、レジン前装金属冠、レジン前装チタン冠、非金属歯冠修復、ＣＡＤ／ＣＡＭ冠及びＣＡＤ／ＣＡＭインレーにおいて連合印象又は各個トレーを用いて行ったものが該当する。

ロ 「２のイの（１） 簡単なもの」は、１歯から８歯欠損までの欠損補綴（ブリッジを除く。）、有床義歯修理等が該当する。

ハ ９歯以上の欠損補綴又はケロイドにより口唇狭小で印象採得が困難な場合若しく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。

ニ 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（ホに規定する場合を除く。）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。

ホ 「２のハ 特殊印象」とは、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咬合圧印象を行った場合をいう。また、マイオモニターによる印象又は各個トレー及び歯科用インプレッションコンパウンドを用いて筋圧形成を行いラバー系印象材等を用いて機能印象を行った場合も本区分により算定する。

ヘ 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。

ト 「２のホ（２） 印象採得が著しく困難なもの」とは、次の場合をいう。

① 硬口蓋歯槽部の欠損範囲が半側を超える場合

② 軟口蓋部の欠損が認められる場合

③ 歯槽骨を越える下顎骨の辺縁切除を伴う場合であって、口腔粘膜のみでは創を閉鎖できないため皮弁されている場合又は下顎骨区域切除以上の下顎骨欠損が認められる場合

④ 口蓋補綴、顎補綴を行う場合であって、上下の切歯を有する場合の正中部における切歯間距離又は切歯を有しない場合の正中部における顎堤間距離が 30㎜ 未満の開口量である場合

（５） ブリッジの印象採得は、１装置における支台歯とポンティックの数の合計により算定する。

（６） ブリッジ１装置の製作に当たり、やむを得ず複数個に分けて鋳造し連結の上、患者に装着した場合の印象採得は、「２のニ 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。

（８） 「注１」に規定する歯科技工士連携加算１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、前歯部の歯冠補綴物又はブリッジの製作に当たって、印象採得を行う際に、歯科医師が歯科技工士とともに対面で当該補綴物の製作に係る色調採得及び口腔内の確認等を行った場合に算定する。なお、当該加算の算定に当たっては、確認内容及び当該歯科技工士が所属する歯科技工所の名称（当該保険医療機関の歯科技工士以外が行う場合に限る。）を診療録に記載する。

（９） 「注２」に規定する歯科技工士連携加算２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、前歯部の歯冠補綴物又はブリッジの製作に当たって、印象採得を行う際に、歯科医師が情報通信機器を用いて歯科技工士とともに当該補綴物の製作に係る色調採得及び口腔内の確認等を行った場合に算定する。なお、当該加算の算定に当たっては、確認内容及び当該歯科技工士が所属する歯科技工所の名称（当該保険医療機関の歯科技工士以外が行う場合に限る。）を診療録に記載する。

(10)　「注１」及び「注２」に規定する歯科技工士連携加算１及び歯科技工士連携加算２について、ブリッジの製作に当たっては、小臼歯部を含む前歯部のブリッジについても算定して差し支えない。

(11)　「注１」及び「注２」に規定する歯科技工士連携加算１及び歯科技工士連携加算２について、複数の歯冠補綴物の製作に当たって、同日に印象採得を実施した場合も１回に限り算定する。

(12)　「注２」に規定する歯科技工士連携加算２について、情報通信機器を用いて患者の個人情報を取り扱う場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守すること。

(13)　「注２」に規定する歯科技工士連携加算２を算定する場合に、情報通信機器の運用に要する費用については、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できる。

(14)　「注１」及び「注２」に規定する歯科技工士連携加算１及び歯科技工士連携加算２を算定するに当たっては、歯科技工士の処遇の改善等に資するよう留意すること。

Ｍ００３－２　暫間歯冠補綴装置

（１）　暫間歯冠補綴装置は、次に掲げるいずれかの場合に算定する。

イ　歯冠補綴物又はブリッジ（接着ブリッジを含む。）の製作過程において、支台歯の保護等のために、テンポラリークラウン又はリテーナーを暫間的に装着した場合

ロ　歯周治療用装置として、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して、冠形態の装置を装着した場合

ハ　暫間固定として、歯の支持組織の負担を軽減し、歯槽骨の吸収を防止して、その再生治癒を促進させるため、暫間的に歯冠をレジン連続冠固定法により連結固定した場合

ニ　抜歯や外傷等による前歯部１歯欠損症例に対して、歯科用暫間被覆冠成形品を暫間的に隣在歯（天然歯に限る。）にエナメルボンドシステムにより連結固定した場合

（２）　暫間歯冠補綴装置の歯数の数え方は、歯数及び欠損歯数により、装置数や部位にかかわらず、１歯につき算定する。ただし、（１）のニの場合は、隣在歯は歯数に含めない。

（３）　印象採得、咬合採得、仮着、調整指導、修理、除去等の基本的な技術料及び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）　「注１」の規定に関わらず、区分番号Ｊ１０９に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術を行った場合であって、区分番号Ｍ０２５－２に掲げる広範囲顎骨支持型補綴の「１　ブリッジ形態のもの（３分の１顎につき）」を行う患者に対して、リテーナーを製作し使用した場合に、当該部位に係る手術を行った日（区分番号Ｊ１０９に掲げる広範囲

顎骨支持型装置埋入手術の「２のイ　１次手術」を除く。）から区分番号Ｍ０２５－２に掲げる広範囲顎骨支持型補綴の「１　ブリッジ形態のもの（３分の１顎につき）」を装着するまでの期間において、１回に限り算定し、特定保険医療材料料はスクリュー、アバットメント及びシリンダーに限り、別に算定する。

（５）　（１）のロについては、Ｄ００２（２に限る。）に掲げる歯周病検査を実施した患者に対して算定することとし、算定した日から起算して３月を経過した以降に、歯周組織の状態に応じて、再製作が必要な場合に限り、所定点数を算定して差し支えない。

Ｍ００３－３　咬合印象

咬合印象とは、在宅等において療養を行っている通院困難な患者に対し、臼歯部における垂直的咬合関係を有する臼歯の歯冠修復（単独冠に限る。）に対して、歯科用シリコーン印象材を用いて咬合印象を行うことをいう。なお、当該処置を行った場合、Ｍ００６に掲げる咬合採得は所定点数に含まれ別に算定できない。

Ｍ００３－４　光学印象

（１）　光学印象は、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、ＣＡＤ／ＣＡＭ冠又はＣＡＤ／ＣＡＭインレーを製作するに当たって、デジタル印象採得装置を用いて、直接法により印象採得及び咬合採得を行った場合に、製作物ごとに算定する。なお、Ｍ００３に掲げる印象採得、Ｍ００３-３に掲げる咬合印象及びＭ００６に掲げる咬合採得は別に算定できない。

（２）　光学印象により取得したデータの取扱いについては、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守すること。

（３）　「注３」に規定する歯科技工士連携加算１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、光学印象を行う際に、歯科医師が歯科技工士とともに対面で咬合関係の確認や口腔内の確認等を行った場合に算定する。なお、当該加算の算定に当たっては、確認内容及び当該歯科技工士が所属する歯科技工所の名称（当該保険医療機関の歯科技工士以外が行う場合に限る。）を診療録に記載する。

（４）　「注４」に規定する歯科技工士連携加算２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、光学印象を行う際に、歯科医師が情報通信機器を用いて歯科技工士とともに咬合関係の確認や口腔内の確認等を行った場合に算定する。なお、当該加算の算定に当たっては、確認内容及び当該歯科技工士が所属する歯科技工所の名称（当該保険医療機関の歯科技工士以外が行う場合に限る。）を診療録に記載する。

（５）　「注３」及び「注４」に規定する歯科技工士連携加算１及び歯科技工士連携加算２について、複数のＣＡＤ／ＣＡＭ冠やＣＡＤ／ＣＡＭインレーの製作に当たって、同日に光学印象を実施した場合も１回に限り算定する。

（６）　「注４」に規定する歯科技工士連携加算２について、情報通信機器を用いて患者の個人情報を取り扱う場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守すること。

（７）　「注４」に規定する歯科技工士連携加算２を算定する場合に、情報通信機器の運用に要する費用については、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収で

きる。

（８）　「注３」及び「注４」に規定する歯科技工士連携加算１及び歯科技工士連携加算２を算定するに当たっては、歯科技工士の処遇の改善等に資するよう留意すること。

Ｍ００５　装着

（１）　少数歯欠損及び多数歯欠損は次による。

イ　「２のロの（１）　少数歯欠損」及び「２のハの（１）　少数歯欠損」とは、１歯から８歯欠損までの欠損補綴をいう。

ロ　「２のロの（２）　多数歯欠損」及び「２のハの（２）　多数歯欠損」とは、９歯から14歯欠損までの欠損補綴をいう。

（２）　有床義歯修理を行った場合の装着は、「２のハ　有床義歯修理」の各区分により算定する。

（３）　装着は、原則として歯冠修復物又は欠損補綴物を装着する製作物ごとに算定する。

ただし、ブリッジにあっては、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する。

（４）　歯間離開度検査、装着後の歯冠修復の調整等は、装着の所定点数に含まれ別に算定できない。

（５）　ブリッジ１装置の製作に当たり、やむを得ず複数個に分けて鋳造し連結の上、装着した場合の装着料は、「２のイの（１）　支台歯とポンティックの数の合計が５歯以下の場合」又は「２のイの（２）　支台歯とポンティックの数の合計が６歯以上の場合」により算定する。

（６）　「注１」に規定する内面処理加算１は、ＣＡＤ／ＣＡＭ冠、ＣＡＤ／ＣＡＭインレー又は高強度硬質レジンブリッジを装着する際に、歯質に対する接着力を向上させるために行うアルミナ・サンドブラスト処理及びプライマー処理等を行った場合に算定する。

（７）　「注２」に規定する内面処理加算２は、接着ブリッジを装着する際に、歯質に対する接着力を向上させるために行うアルミナ・サンドブラスト処理及び金属接着性プライマー処理等を行った場合に、Ｍ０１０－３に掲げる接着冠ごとに算定する。

（８）　「注１」に規定する内面処理加算１又は「注２」に規定する内面処理加算２を算定する場合は、接着性レジンセメントを用いて装着すること。

（９）　「注１」及び「注２」に規定する当該処理に係る保険医療材料等の費用は、所定点数に含まれる。

（10）　ＣＡＤ／ＣＡＭ冠用材料（Ｖ）を使用したＣＡＤ／ＣＡＭ冠を装着する場合、歯質に対する接着力を向上させるためにサンドブラスト処理及びプライマー処理を行い接着性レジンセメントを用いて装着した場合に、装着料を算定する。

Ｍ００５－２　仮着

（１）　仮着は、ブリッジ１装置につき、装着前に１回に限り算定する。なお、仮着物の除去は、算定できない。

（２）　仮着を算定した日は、Ｍ００５に掲げる装着は算定できない。

Ｍ００６　咬合採得

（１）　咬合採得は、歯冠修復物、歯冠補綴物、欠損補綴物及び義歯修理に当たって、製作物

ごとに算定する。

イ　「１　歯冠修復」とは、ブリッジの支台装置を除く歯冠修復をいう。

ロ　「２のロの(１)　少数歯欠損」とは、１歯から８歯欠損までの欠損補綴をいう。

ハ　「２のロの(２)　多数歯欠損」とは、９歯から 14 歯欠損までの欠損補綴をいう。

ニ　「２のハの(２)　咬合採得が著しく困難なもの」とは、次の場合をいう。

①　硬口蓋歯槽部の欠損範囲が半側を超える場合

②　軟口蓋部の欠損が認められる場合

③　歯槽骨を越える下顎骨の辺縁切除を伴う場合であって、口腔粘膜のみでは創を閉鎖できないため皮弁されている場合又は下顎骨区域切除以上の下顎骨欠損が認められる場合

④　口蓋補綴、顎補綴を行う場合であって、上下の切歯を有する場合の正中部における切歯間距離又は切歯を有しない場合の正中部における顎堤間距離が 30mm 未満の開口量である場合

（２）　欠損補綴に係る咬合採得は、２回以上行っても顎堤の状況や欠損形態にかかわらず１回に限り算定する。

（３）　「注１」に規定する歯科技工士連携加算１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、「２のイの（２）支台歯とポンティックの数の合計が６歯以上の場合」、「２のロの（２）多数歯欠損」、「２のロの（３）総義歯」又は「２のハ　口蓋補綴、顎補綴」に係るブリッジ、有床義歯又は口蓋補綴若しくは顎補綴の製作に当たって、咬合採得を行う際に、歯科医師が歯科技工士とともに対面で咬合関係の確認や口腔内の確認等を行った場合に算定する。なお、当該加算の算定に当たっては、確認内容及び当該歯科技工士が所属する歯科技工所の名称（当該保険医療機関の歯科技工士以外が行う場合に限る。）を診療録に記載する。

（４）　「注２」に規定する歯科技工士連携加算２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、「２のイの（２）支台歯とポンティックの数の合計が６歯以上の場合」、「２のロの（２）多数歯欠損」、「２のロの（３）総義歯」又は「２のハ　口蓋補綴、顎補綴」に係るブリッジ、有床義歯又は口蓋補綴若しくは顎補綴の製作に当たって、咬合採得を行う際に、歯科医師が情報通信機器を用いて歯科技工士とともに咬合関係の確認や口腔内の確認等を行った場合に算定する。なお、当該加算の算定に当たっては、確認内容及び当該歯科技工士が所属する歯科技工所の名称（当該保険医療機関の歯科技工士以外が行う場合に限る。）を診療録に記載する。

（５）　「注２」に規定する歯科技工士連携加算２について、情報通信機器を用いて患者の個人情報を取り扱う場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守すること。

（６）　「注２」に規定する歯科技工士連携加算２を算定する場合に、情報通信機器の運用に要する費用については、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できる。

（７）　「注１」及び「注２」に規定する歯科技工士連携加算１及び歯科技工士連携加算２を算定するに当たっては、歯科技工士の処遇の改善等に資するよう留意すること。

Ｍ００７　仮床試適

（１）　仮床試適は、仮床試適を行った際に製作物ごとに算定する。

（２）　少数歯欠損及び多数歯欠損は次による。

イ　「１　少数歯欠損」とは、１歯から８歯欠損までの欠損補綴をいう。

ロ　「２　多数歯欠損」とは、９歯から 14 歯欠損までの欠損補綴をいう。

（３）　「４　その他の場合」とは、下顎総義歯の製作に当たって、人工歯列弓や義歯床研磨面等の形態を決定するためにフレンジテクニックを行った場合をいう。

（４）　下顎総義歯の製作に当たり、「３　総義歯」を行った別の日に「４　その他の場合」を行った場合はそれぞれ算定して差し支えない。

（５）　有床義歯を装着しない口蓋補綴及び顎補綴の仮床試適は、本区分の「３　総義歯」の所定点数により算定する。

（６）　「注１」に規定する歯科技工士連携加算１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、「２　多数歯欠損」又は「３　総義歯」に係る有床義歯等の製作に当たって、仮床試適を行う際に、歯科医師が歯科技工士とともに対面で義歯の辺縁形態や人工歯の排列位置、咬合関係の確認、口腔内の確認等を行った場合に算定する。なお、当該加算の算定に当たっては、確認内容及び当該歯科技工士が所属する歯科技工所の名称（当該保険医療機関の歯科技工士以外が行う場合に限る。）を診療録に記載する。

（７）　「注２」に規定する歯科技工士連携加算２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、「２　多数歯欠損」又は「３　総義歯」に係る有床義歯等の製作に当たって、仮床試摘を行う際に、歯科医師が情報通信機器を用いて歯科技工士とともに義歯の辺縁形態や人工歯の排列位置、咬合関係の確認や口腔内の確認等を行った場合に算定する。なお、当該加算の算定に当たっては、確認内容及び当該歯科技工士が所属する歯科技工所の名称（当該保険医療機関の歯科技工士以外が行う場合に限る。）を診療録に記載する。

（８）　「注２」に規定する歯科技工士連携加算２について、情報通信機器を用いて患者の個人情報を取り扱う場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守すること。

（９）　「注２」に規定する歯科技工士連携加算２を算定する場合に、情報通信機器の運用に要する費用については、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できる。

(10)　「注１」及び「注２」に規定する歯科技工士連携加算１及び歯科技工士連携加算２を算定するに当たっては、歯科技工士の処遇の改善等に資するよう留意すること。

Ｍ００８　ブリッジの試適

前歯部に係るブリッジの製作に当たり、鋳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。

＜歯冠修復＞

Ｍ００９　充填

（１）　「イ　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）　「ロ　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）　充填は窩洞数にかかわらず１歯単位により算定する。このため、「イ　単純なもの」を同一歯の複数窩洞に行った場合も、「イ　単純なもの」の所定点数により算定する。

（４）　充填は窩洞形態に応じ算定するが、同一歯に「イ　単純なもの」及び「ロ　複雑なもの」の窩洞が混在する場合は、「ロ　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、「イ　単純なもの」により算定する。

（６）　歯頸部又は歯の根面部のう蝕又は非う蝕性の実質欠損において、隣接面を含む窩洞に対する充填は「ロ　複雑なもの」により算定し、それ以外は「イ　単純なもの」により算定する。

（７）　充填を行うに当たり窩洞形成を行った場合は、Ｍ００１－２に掲げる即時充填形成の場合を除き、１歯につき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」を算定する。

（８）　歯冠部の唇側歯質が十分に残存している前歯部の失活歯に対して充填を行うに当たり、歯冠部の破折の防止を目的として、複合レジン（築造用）及びファイバーポスト（支台築造用）又は複合レジン（築造用）及びスクリューポスト（支台築造用）を併用した場合は、Ｍ００２に掲げる支台築造の「２　直接法」のそれぞれの区分に従い算定する。この場合、Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「３　窩洞形成」及び充填をそれぞれの区分に従い算定する。

（９）　充填に使用した保険医療材料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は１窩洞として取り扱う。

(10)　Ｉ００５に掲げる抜髄又はＩ００６に掲げる感染根管処置を行うに当たり、根管側壁、髄室側壁又は髄床底に穿孔があり根管充填までの一連の治療期間に封鎖を行った場合は、Ｍ００９に掲げる充填の「イ　単純なもの」と保険医療材料料により１歯１回に限り算定する。なお、形成を行った場合は、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。ただし、歯内療法を行うに当たって製作した隔壁については別に算定できない。

　また、歯肉を剥離して行った場合は、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。

(11)　充填を行った場合の研磨は、所定点数に含まれ別に算定できない。

Ｍ０１０　金属歯冠修復

（１）　「１のイ　単純なもの」とは、隣接歯との接触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、隣接歯との接触面を含む窩洞に行うインレーをいう。

（３）　全部金属冠、レジン前装金属冠、前歯の４分の３冠、臼歯の５分の４冠とは、全部金属冠方式又は全部金属冠に準ずる方式で製作する金属歯冠修復をいい、４面又は５面の金属歯冠修復の全ての場合が該当するものではない。なお、全部金属冠とは、全部鋳造方式で製作されたものをいう。

（４）　５分の４冠としての金属歯冠修復は小臼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臼歯を支台として使用する場合はこの限りでない。

（５）　乳歯の歯冠修復は銀合金により行う。また、乳歯に対する金属歯冠修復は、交換期を考慮して金属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。ただし、後継永久歯が先天性に欠如している乳歯については、歯科用金銀パラジウム合金を使用しても差し支えない。

（６）　可動性ブリッジ（半固定性ブリッジ）の可動性連結装置は、１装置につき「１のロ　複雑なもの」に準じて算定する。

（７）　金属歯冠修復の金属部分が欠損した場合は、金属歯冠修復による修復は認められない。ただし、全部金属冠による金属歯冠修復を行った歯が、後日、歯髄炎等により歯内療法が必要となり、全部金属冠の咬合面より穿孔して処理を行った後、金属歯冠修復等適切な方法で咬合面を封鎖する場合はこの限りでない。

（８）　智歯に対し必要がある場合は、金属歯冠修復を行って差し支えない。

（９）　歯槽中隔部に骨吸収及び肉芽を形成している下顎大臼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、中隔部を掻爬するとともに、各根管に対し歯内療法を行った上で、近心根、遠心根にそれぞれ金属冠を製作し連結して装着する場合は、歯内療法は当該歯を単位として算定し、歯冠修復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は、それぞれ小臼歯の材料料として算定する。

(10)　分割抜歯を行った大臼歯に対して、単独冠として金属歯冠修復を行う場合は以下の通り扱う。

イ　上顎の第１大臼歯又は第２大臼歯を３根のうち２根（口蓋根及び近心頬側根又は遠心頬側根のいずれか）を残して分割抜歯をした場合は、大臼歯の歯冠修復として算定して差し支えない。

ロ　下顎の第１大臼歯又は第２大臼歯を近遠心２根のうち１根を残して分割抜歯をした場合は、小臼歯の歯冠修復として算定して差し支えない。

(11)　同一歯の複数の窩洞に対して、Ｍ００９に掲げる充填及び本区分の「１　インレー」、Ｍ０１５に掲げる非金属歯冠修復の「１　レジンインレー」又はＭ０１５－３に掲げるＣＡＤ／ＣＡＭインレーにより歯冠修復を行った場合は、それぞれの所定点数により算定する。この場合において、歯冠形成は、Ｍ００１に掲げる歯冠形成「３　窩洞形成」、Ｍ００１－２に掲げる即時充填形成又はＭ００１－３に掲げるインレー修復形成のいずれか主たるものの所定点数により算定する。

Ｍ０１０－２　チタン冠

（１）　チタン冠とは、純チタン２種を用いて全部鋳造方式で製作された歯冠修復物（単独冠に限る。以下同じ。）をいい、大臼歯において用いる場合に限り認められる。ただし、分割抜歯を行った大臼歯に対して用いる場合は認められない。

（２）　チタン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Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「１のイ　金属冠」を、失活歯はＭ００１に掲げる歯冠形成の「２のイ　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個につきＭ００５に掲げる装着の「１　歯冠修復」を算定する。

（３）　歯槽中隔部に骨吸収及び肉芽を形成している下顎大臼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、中隔部を掻爬するとともに、各根管に対し歯内療法を行った上で、近心根、遠心根にそれぞれチタン冠を製作し連結して装着する場合は、歯内療法は当該歯を単位として算定し、歯冠形成、印象採得及び咬合採得は小臼歯２本分として算定する。なお、歯冠修復及び当該歯冠修復における保険医療材料料は大臼歯として算定する。

Ｍ０１０－３　接着冠（１歯につき）

（１）　接着冠とは、接着ブリッジ（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用いるものをいう。以下同じ。）を装着する場合における、接着ブリッジ支台歯に対して用いる支台装置をいう。また、接着ブリッジは１歯欠損症例において、接着ブリッジ支台歯を生活歯に求める場合に認められる。

（２）　「１　前歯」とは前歯に対して接着冠を用いる場合をいう。

（３）　「２　臼歯」とは臼歯に対して接着冠を用いる場合をいう。

（４）　接着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、Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「１のイ　金属冠」及び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、接着ブリッジ１装置につき、Ｍ００３に掲げる印象採得の「２のニの(１)支台歯とポンティックの数の合計が５歯以下の場合」を算定する。

ハ　装着した場合は、接着ブリッジ１装置につき、Ｍ００５に掲げる装着の「２のイの(１)支台歯とポンティックの数の合計が５歯以下の場合」を算定し、Ｍ００５に掲げる装着の「注２」の加算を接着冠ごとに算定する。また、特定保険医療材料料を別に算定する。

（５）　接着冠を用いて製作された接着ブリッジはＭ０００－２に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料の対象となる。

Ｍ０１０－４　根面被覆（１歯につき）

（１）　根面被覆とは、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、根面板（磁性アタッチメントを使用することを目的として用いるキーパー付き根面板を除く。以下同じ。）又はレジン充填で根面を被覆した場合をいう。

（２）　「１　根面板によるもの」とは、鋳造方式により製作された根面板を用いて被覆した場合をいう。

（３）　根面板により根面を被覆する場合は、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、Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「３のイ　単純なもの」を算定する。

ロ　印象採得を行った場合は、１歯につき、Ｍ００３に掲げる印象採得の「１のイ　単純印象」又は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個につきＭ００５に掲げる装着の「１　歯冠修復」を算定する。

（４）　「２　レジン充填によるもの」とは、歯科充填用材料Ｉを用いて被覆した場合をいう。

（５）　レジン充填により根面を被覆するに当たり、歯冠形成を行った場合は、１歯につき、Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「３のイ　単純なもの」を算定する。

（６）　抜歯禁忌症以外であっても、必要があって根管処置及び根面被覆が完了した残根上に義歯の装着は認められる。

Ｍ０１１　レジン前装金属冠

（１）　レジン前装金属冠とは、全部鋳造方式で製作された歯冠修復物の唇面又は頬面を硬質レジンで前装したものをいい、前歯又はブリッジの支台歯となる小臼歯に限り認められる。

（２）　レジン前装金属冠及びレジン前装金属ポンティック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Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「３のイ　単純なもの」を、充填はＭ００９に掲げる充填の「１のイ　単純なもの」及び保険医療材料料により算定する。ただし、Ｍ０００－２に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料を算定しているブリッジの支台歯であるレジン前装金属冠及びレジン前装金属ポンティックの前装部分に行った修理は、Ｍ０００－２に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料に含まれ別に算定できない。

（３）　レジン前装金属冠を装着するに当たっては、次により算定する。

イ　前歯の歯冠形成を行った場合は、１歯につき生活歯はＭ００１に掲げる歯冠形成の「１のイ　金属冠」及びＭ００１に掲げる歯冠形成の「注２」の加算点数を、失活歯はＭ００１に掲げる歯冠形成の「２のイ　金属冠」、Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「注６」の加算点数を算定する。なお、支台築造を行った場合は、Ｍ００２に掲げる支台築造の「１　間接法」又は「２　直接法」及び保険医療材料料を算定する。

ロ　ブリッジの支台歯として小臼歯の歯冠形成を行った場合は、１歯につき生活歯はＭ００１に掲げる歯冠形成の「１のイ　金属冠」並びにＭ００１に掲げる歯冠形成の「注１」及び「注３」の加算点数を、失活歯はＭ００１に掲げる歯冠形成の「２のイ　金属冠」並びにＭ００１に掲げる歯冠形成の「注１」及び「注７」の加算点数を算定する。なお、支台築造を行った場合は、Ｍ００２に掲げる支台築造の「１　間接法」又は「２　直接法」及び保険医療材料料を算定する。

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

ニ　装着した場合は、１個につきＭ００５に掲げる装着の「１　歯冠修復」を算定する。

Ｍ０１１－２　レジン前装チタン冠

（１）　レジン前装チタン冠とは、純チタン２種を用いて全部鋳造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、前歯において用いる場合（単独冠に限る。）に限り認められる。

（２）　レジン前装チタン冠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Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「３のイ　単純なもの」を、充填はＭ００９に掲げる充填の「１のイ　単純なもの」及び保険医療材料料により算定する。ただし、Ｍ０００－２に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料を算定しているレジン前装チタン冠の前装部分に行った修理は、Ｍ０００－２に掲げるクラウン・ブリッジ維持管

理料に含まれ別に算定できない。

（３）　レジン前装チタン冠を装着するに当たっては、次により算定する。

イ　前歯の歯冠形成を行った場合は、１歯につき生活歯はＭ００１に掲げる歯冠形成の「１のイ　金属冠」及びＭ００１に掲げる歯冠形成の「注２」の加算点数を、失活歯はＭ００１に掲げる歯冠形成の「２のイ　金属冠」及びＭ００１に掲げる歯冠形成の「注６」の加算点数を算定する。

ロ　印象採得を行った場合は、１歯につき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個につきＭ００５に掲げる装着の「１　歯冠修復」を算定する。

Ｍ０１５　非金属歯冠修復

（１）　「１　レジンインレー」を装着する場合は、次により算定する。

イ　窩洞形成を行った場合は、Ｍ００１－３に掲げるインレー修復形成の場合を除き、１歯につき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」を算定する。

ロ　印象採得又は咬合採得を行った場合は、１個につきＭ００３に掲げる印象採得の「１　歯冠修復」又は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Ｍ００５に掲げる装着の「１　歯冠修復」及び合着・接着材料料をそれぞれ算定する。

（２）　「１のイ　単純なもの」とは、隣接歯との接触面を含まない窩洞に行うレジンインレーをいう。

（３）　「１のロ　複雑なもの」とは、隣接歯との接触面を含む窩洞に行うレジンインレーをいう。

（４）　同一歯の複数の窩洞に対して、Ｍ００９に掲げる充填及び本区分の「１　レジンインレー」、Ｍ０１０に掲げる金属歯冠修復の「１　インレー」又はＭ０１５－３に掲げるＣＡＤ／ＣＡＭインレーにより歯冠修復を行った場合は、それぞれの所定点数により算定する。この場合において、歯冠形成は、Ｍ００１に掲げる歯冠形成「３　窩洞形成」、Ｍ００１－２に掲げる即時充填形成又はＭ００１－３に掲げるインレー修復形成のいずれか主たるものの所定点数により算定する。

（５）　「２　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Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「１のロ　非金属冠」を、失活歯の場合はＭ００１に掲げる歯冠形成の「２のロ　非金属冠」を算定する。

ロ　印象採得を行った場合は、１歯につき、Ｍ００３に掲げる印象採得の「１のイ　単純印象」又は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、Ｍ００５に掲げる装着の「１　歯冠修復」及び保険医療材料料を算定する。

（６）　「２　硬質レジンジャケット冠」は以下のいずれかに該当する場合に算定する。

イ　前歯及び小臼歯に対して使用する場合

ロ　歯科用金属を原因とする金属アレルギーを有する患者において、大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（医科の保険医療機関又は医科歯

科併設の医療機関の医師との連携の上で、診療情報提供（診療情報提供料の様式に準ずるもの）に基づく場合に限る。）

（７） 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。

（８） （６）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。

Ｍ０１５－２　ＣＡＤ／ＣＡＭ冠

（１） ＣＡＤ／ＣＡＭ冠とは、ＣＡＤ／ＣＡＭ冠用材料との互換性が制限されない歯科用ＣＡＤ／ＣＡＭ装置を用いて、作業模型で間接法により製作された歯冠補綴物をいう。

（２） 「１　２以外の場合」は以下のいずれかに該当する場合に算定する。また、ロ及びハは、その他の歯冠補綴物との選択について、「ＣＡＤ／ＣＡＭ冠に関する基本的な考え方」（令和８年３月日本歯科医学会）を参考とすること。

イ　前歯又は小臼歯に使用する場合

ロ　大臼歯にＣＡＤ／ＣＡＭ冠用材料（Ⅲ）又はＣＡＤ／ＣＡＭ冠用材料（Ⅴ）を使用する場合

ハ　後継永久歯が先天性に欠如している乳歯に使用する場合

（３） 「２　エンドクラウンの場合」はＣＡＤ／ＣＡＭ冠用材料（Ⅲ）を大臼歯に使用する場合に算定する。

（４） ＣＡＤ／ＣＡＭ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Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「１のロ　非金属冠」及びＭ００１に掲げる「注５」の加算を、失活歯の場合はＭ００１に掲げる歯冠形成の「２のロ　非金属冠」及びＭ００１に掲げる歯冠形成の「注８」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、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Ｍ００５に掲げる装着の「１　歯冠修復」、Ｍ００５に掲げる装着の「注１」の加算及び特定保険医療材料料を算定する。

（５） 歯槽中隔部に骨吸収及び肉芽を形成している下顎大臼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、中隔部を掻爬するとともに、各根管に対し歯内療法を行った上で、１つのＣＡＤ／ＣＡＭ冠用材料（Ⅲ）から「２エンドクラウンの場合」を除くＣＡＤ／ＣＡＭ冠（近心根及び遠心根に対する補綴物が連結されているものに限る。）を製作し、装着する場合は、Ｍ０１０に掲げる金属歯冠修復の（９）に準じて算定する。

（６） 分割抜歯後のＣＡＤ／ＣＡＭ冠（ＣＡＤ／ＣＡＭ冠用材料（Ⅴ）を使用する場合を除く。）の製作については、上顎の第１大臼歯又は第２大臼歯を３根のうち２根（口蓋根及び近心頬側根又は遠心頬側根のいずれか）を残して分割抜歯をした場合であって、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、下顎大臼歯を分割抜歯した場合は認められない。

（７） 特定保険医療材料料は別に算定する。なお、（２）のハについては、ＣＡＤ／ＣＡＭ冠用材料は永久歯に準じて算定し、（５）及び（６）については、ＣＡＤ／ＣＡＭ冠用材料

(Ⅲ)１歯分として算定する。

Ｍ０１５－３　ＣＡＤ／ＣＡＭインレー

（１）　ＣＡＤ／ＣＡＭインレーとは、ＣＡＤ／ＣＡＭ冠用材料との互換性が制限されない歯科用ＣＡＤ／ＣＡＭ装置を用いて、作業模型で間接法により製作された歯冠修復物をいい、隣接歯との接触面を含む窩洞（複雑なもの）に限り、認められる。

（２）　（１)にかかわらず、Ｍ００３－４に掲げる光学印象により印象採得を行った場合は、直接法により取得したデータを用いて、歯科用ＣＡＤ／ＣＡＭ装置によりＣＡＤ／ＣＡＭインレーを製作しても差し支えない。

（３）　ＣＡＤ／ＣＡＭインレーは以下のいずれかに該当する場合に算定する。また、ロ及びハは、その他の歯冠修復物との選択について、「ＣＡＤ／ＣＡＭインレーに関する基本的な考え方」（令和８年３月日本歯科医学会）を参考とすること。

イ　小臼歯に使用する場合

ロ　大臼歯に使用する場合

ハ　後継永久歯が先天性に欠如している乳歯に使用する場合

（４）　ＣＡＤ／ＣＡＭインレーを装着する場合は、次により算定する。

イ　窩洞形成を行った場合は、Ｍ００１－３に掲げるインレー修復形成の場合を除き、１歯につきＭ００１に掲げる歯冠形成の「３のロ　複雑なもの」を算定する。

なお、窩洞形成を行うに当たって、Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「３のロ　複雑なもの」又はＭ００１－３に掲げるインレー修復形成を算定した場合は、Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「注 10」又はＭ００１-３に掲げるインレー修復形成の「注１」の加算をそれぞれ算定する。

ロ　印象採得又は咬合採得を行った場合は、１歯につきＭ００３に掲げる印象採得の「１　歯冠修復」又はＭ００６に掲げる咬合採得の「１　歯冠修復」を、装着した場合は、１歯につきＭ００５に掲げる装着の「１　歯冠修復」、Ｍ００５に掲げる装着の「注１」の加算及び特定保険医療材料料を算定する。

（５）　特定保険医療材料料は別に算定する。なお、（２）のハについて、ＣＡＤ／ＣＡＭ冠用材料は永久歯に準じて算定する。

Ｍ０１６　乳歯冠

（１）　「１　乳歯金属冠」とは、乳歯に対する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Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「１のハ　既製冠」を、失活歯の場合はＭ００１に掲げる歯冠形成の「２のハ　既製冠」を算定する。

ロ　印象採得を行った場合は１歯につき、Ｍ００３に掲げる印象採得の「１のイ　単純印象」を算定し、咬合採得を行った場合は、Ｍ００６に掲げる咬合採得の「１　歯冠修復」を算定する。

ハ　装着した場合は、１歯につきＭ００５に掲げる装着の「１　歯冠修復」及び保険医療材料料を算定する。

（３）　「２　１以外の場合」は、次の場合に算定する。

イ　乳歯に対してジャケット冠を装着する場合

① 歯冠形成を行った場合は１歯につき、生活歯の場合はＭ００１に掲げる歯冠形成の「１のロ　非金属冠」を、失活歯の場合はＭ００１に掲げる歯冠形成の「２のロ　非金属冠」を算定する。

② 印象採得を行った場合は１歯につき、Ｍ００３に掲げる印象採得の「１のイ　単純印象」を算定し、咬合採得を行った場合はＭ００６に掲げる咬合採得の「１　歯冠修復」を算定する。

③ 装着した場合は、１歯につき、Ｍ００５に掲げる装着の「１　歯冠修復」及び保険医療材料料を算定する。

ロ 乳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填入し、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

この場合において、生活歯に歯冠形成を行った場合はＭ００１に掲げる歯冠形成の「１のロ　非金属冠」により算定し、失活歯に歯冠形成を行った場合はＭ００１に掲げる「２のロ　非金属冠」により算定し、使用した保険医療材料料は、歯科充填用材料Ⅰ又はⅡの「（１）　単純なもの」と「（２）　複雑なもの」を合算して算定する。なお、永久歯の前歯に対して行う場合についても、Ｍ０１６に掲げる乳歯冠の「２　１以外の場合」により算定して差し支えない。

Ｍ０１６－２　小児保隙装置

（１）「１　固定式保隙装置」は、う蝕等によって乳臼歯１歯が早期に喪失した症例に対して乳臼歯又は第一大臼歯に装着されるループが付与されたクラウン（又はバンド状の装置）を装着した場合に算定する。

（２）「１　固定式保隙装置」を装着するに当たっては、次により算定する。

イ 歯冠形成（バンドループを除く。）を行った場合は１歯につき、生活歯の場合はＭ００１に掲げる歯冠形成の「１のハ　既製冠」を、失活歯の場合はＭ００１に掲げる歯冠形成の「２のハ　既製冠」を準用する。

ロ 印象採得を行った場合は、１歯につき、Ｍ００３に掲げる印象採得の「１のイ　単純印象」を算定する。なお、クラウンループを間接法で製作し、咬合採得をする場合に限り、Ｍ００６に掲げる咬合採得の「１　歯冠修復」を算定する。

ハ 装着した場合は、１歯につき、Ｍ００５に掲げる装着の「１　歯冠修復」及び装着に係る特定保険医療材料料を算定する。

ニ 当該装置を撤去した場合は、Ｉ０１９に掲げる歯冠修復物又は補綴物の除去の「１　簡単なもの」に準じて算定する。

（３）「２　可撤式保隙装置」は、以下のいずれかに該当する症例に対して、床義歯形態の装置を装着した場合に算定する。なお、算定に当たっては、以下のいずれに該当するかを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

イ 両側性の乳臼歯を早期喪失した場合

ロ 片側性の２歯以上の乳臼歯を早期喪失した場合

ハ 片側性の乳臼歯１歯欠損であっても、支台歯に加重負担をきたす可能性がある場合

ニ 乳前歯を早期喪失した場合

ホ 永久歯を早期喪失し、将来の補綴処置に備えて保隙を行う必要がある場合

（４）　「２　可撤式保隙装置」を装着するに当たっては、次により算定する。

イ　印象採得を行った場合は、１装置につき、Ｍ００３に掲げる印象採得の「２のイ　単純印象」の各区分により算定する。

ロ　咬合採得を行った場合は、１装置につき、Ｍ００６に掲げる咬合採得の「２のロ　有床義歯」の各区分により算定する。

ハ　仮床試適を行った場合は、１装置につき、Ｍ００７に掲げる仮床試適の「１　少数歯欠損」又は「２　多数歯欠損」のいずれかを算定する。

ニ　装着した場合は、１装置につき、Ｍ００５に掲げる装着の「２のロ　有床義歯」の各区分により算定する。

（５）　小児保隙装置の装着の算定は、ヘルマンの咬合発育段階の歯年齢ⅡＡからⅢＢ期までに行う。

（６）　「１　固定式保隙装置」の乳歯金属冠、帯環、ループ等並びに「２　可撤式保隙装置」の義歯床、人工歯及び鉤等の基本的な保険医療材料料や再製作の費用は所定点数に含まれ別に算定できない。

（７）　小児保隙装置の調整又は修理を行った場合は、Ｈ００１－２に掲げる歯科口腔リハビリテーション料１の「３　小児保隙装置の場合」により算定する。

（８）　新たに小児保隙装置を製作する場合は、前回小児保隙装置を製作した際の印象採得を算定した日から起算して６月を経過した以降に、新たに製作する小児保隙装置の印象採得を行うものとする。

Ｍ０１６－３　既製金属冠

（１）　既製金属冠とは、永久歯に対する既製の金属冠をいう。

（２）　既製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Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「１のハ　既製冠」を、失活歯の場合はＭ００１に掲げる歯冠形成の「２のハ　既製冠」を算定する。

ロ　印象採得を行った場合は１歯につき、Ｍ００３に掲げる印象採得の「１のイ　単純印象」を算定し、咬合採得を行った場合は、Ｍ００６に掲げる咬合採得の「１　歯冠修復」を算定する。

ハ　装着した場合は、１歯につきＭ００５に掲げる装着の「１　歯冠修復」を算定する。

＜欠損補綴＞

Ｍ０１７　ポンティック

（１）　レジン前装金属ポンティックとは、鋳造方式により製作されたポンティックの唇面又は頬面を硬質レジンにより前装したものをいう。

（２）　レジン前装金属ポンティックを、大臼歯に使用する場合は、咬合面を金属で製作し、頬面にレジン前装を施した場合に限り認められる。

（３）　延長ブリッジの場合の７番ポンティックは、小臼歯部として扱い、レジン前装金属ポンティックを製作した場合は「ロ　小臼歯部の場合」により算定し、この場合の保険医療材料料については製作したポンティックの種類に応じて、該当する小臼歯の保険医療

材料料を算定する。

（４）　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、Ｍ０１０に掲げる金属歯冠修復の「１のロ　複雑なもの」及びＭ００１に掲げる歯冠形成の「３のロ　複雑なもの」を算定する。

（５）　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を分割して製作することは認められない。

（６）　ブリッジは、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「ブリッジの考え方 2007」（平成 19 年 11 月日本歯科医学会。以下「ブリッジの考え方 2007」という。）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が、第二大臼歯欠損であって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を行う場合はこの限りでない。

（ニ）　隣接歯の状況等からやむを得ず延長ブリッジを行う場合は、側切歯及び小臼歯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。

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

（ト）　隣接歯等の状況からやむを得ず、支台歯１歯及びポンティック１歯による接着カンチレバー装置を製作する場合は、切歯（上顎中切歯を除く。）の１歯欠損症例において、支台歯を生活歯に求める場合に限り認められる。

（チ）　残根上のブリッジは認められない。

ロ　ブリッジ設計の考え方

ブリッジの設計は、「ブリッジの考え方 2007」による。

（７）　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、「ブリッジの考え方 2007」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ではないので認められない。ブリッジの支台歯となるのは、ロ

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①（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	２		６
Ｆ		４	

ｒ＝８－４＝４
Ｆ＝４
４／３＝１．３・・・
６の残した根も７のＲもＦの１／３を超えるので、条件を満たしている。

例②（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を超えるので条件を満たしている。

ハ　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として算定して差し支えない。

ニ　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として算定して差し支えない。

（８）　ブリッジ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Ｍ００３に掲げる印象採得の「２のニの（１）　支台歯とポンティックの数の合計が５歯以下の場合」又は区分「２のニの（２）　支台歯とポンティックの数の合計が６歯以上の場合」を、咬合採得を行った場合は１装置につきＭ００６に掲げる咬合採得の「２のイの（１）　支台歯とポンティックの数の合計が５歯以下の場合」又はＭ００６に掲げる咬合採得の「２のイの（２）　支台歯とポンティックの数の合計が６歯以上の場合」を、装着した場合は支台装置の装着は１歯につきＭ００５に掲げる装着の「１　歯冠修復」及び保険医療材料料を、ブリッジの装着は１装置につき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。

（９）　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。

(10)　インレーを支台装置とするブリッジは、窩洞形成を行った場合は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、全ての支台をインレーとするブリッジはＭ０００－２に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料の対象としないことから、Ｍ０００－２に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料は算定できない。

(11)　「ブリッジの考え方 2007」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、隣接するポンティックの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は延長ブリッジは適用しない旨のただし書は、延長したポンティック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のバランスは考慮しないとの意である。したがって、

２①　１２③　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　①　１２③　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、

２①　１２③　もブリッジの設計としては不適である。

(12)　「ブリッジの考え方 2007」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。

(13)　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、「ブリッジの考え方 2007」に示した当該支台歯の歯種による指数を用いる。

(14)　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。

(15)　有床義歯では目的が達せられないか又は誤嚥等の事故を起こす恐れが極めて大きい場合であってブリッジを行う以外に方法がないときは、予め理由書、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)局長に提出しその判断を求める。

(16)　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、「ブリッジの考え方 2007」にあるポンティックの抵抗値（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って、ブリッジの設計を「②３④⑤」に変更することは差し支えない。この場合において、診療報酬明細書の摘要欄に中切歯の状況等を記載する。

(17)　側切歯及び犬歯又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の抵抗値（Ｆ値）は犬歯の「５」として設計する。

この場合において、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。

(18)　矯正・先天性欠如等により、第一小臼歯が既に欠損している患者の第二小臼歯を抜歯した場合あるいは第二小臼歯が舌側に転位しているとき、第一小臼歯及び第二小臼歯を抜歯した場合で、間隙は１歯分しかないような小臼歯２歯の欠損であって間隙が狭い場合のブリッジは、「ブリッジの考え方 2007」に従って実際の歯式どおり対応する。

(19)　次に掲げるブリッジの設計は原則として認められないが、歯科医学的に妥当であると考えられる場合には、保険適用の可否を確認することになるので、予め理由書、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、Ｅ１００に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織及び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記載する。

イ　(18)と同様の理由で第一小臼歯、第二小臼歯、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、間隙のほうが１歯分程度小さく２歯分となる場合

ロ　移植後一定期間経過した移植歯を支台歯とする１歯欠損症例のブリッジであって、骨植状態が良好であり、咬合力の負担能力が十分にあると考えられる場合

(20)　６⑥⑦及び⑤⑥６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、前者は隣接する第二小臼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、後者は隣接する第二大臼歯に金合金又は白金加金の全部金属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ない。

ただし、レストの設定に係る費用は算定できない。

Ｍ０１７－２　高強度硬質レジンブリッジ

（１）　高強度硬質レジンブリッジとは、歯冠用グラスファイバーによるフレームに高強度の硬質レジンを用いて製作する、臼歯部１歯中間欠損部に対するポンティックを含む、臼歯３歯ブリッジをいう。

（２）　高強度硬質レジンブリッジは以下のいずれかに該当する場合に算定する。

イ　上下顎両側の第二大臼歯が全て残存し、左右の咬合支持がある患者に対し、過度な咬合圧が加わらない場合等において、第二小臼歯の欠損に対して第一小臼歯及び第一大臼歯を支台歯とするブリッジに使用する場合

ロ　歯科用金属を原因とする金属アレルギーを有する患者において、臼歯部１歯中間欠損に使用する場合（医科の保険医療機関又は医科歯科併設の医療機関の医師との連携の上で、診療情報提供（診療情報提供料の様式に準ずるもの）に基づく場合に限る。）

なお、⑤６⑥⑦のような場合や分割抜歯を行った大臼歯を支台歯とする⑥６⑦のような場合においても、残った歯冠、歯根の状態から歯科医学的に適切と判断される場合は、高強度硬質レジンブリッジを算定しても差し支えない。

（３）　高強度硬質レジンブリッジを装着する場合は、次により算定する。

イ　歯冠形成は原則として、失活歯に対して行い、この場合においては、Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「２のロ　非金属冠」並びにＭ００１に掲げる歯冠形成の「注１」及び「注８」の加算を算定する。

やむを得ず生活歯の歯冠形成を行う場合は、Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「１のロ　非金属冠」並びにＭ００１に掲げる「注１」及び「注５」の加算を算定する。

ロ　印象採得を行った場合は、１装置につき、Ｍ００３に掲げる印象採得の「２のニの（１）　支台歯とポンティックの数の合計が５歯以下の場合」を算定する。

ハ　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）支台歯とポンティックの数の合計が５歯以下の場合」を算定する。

ニ　装着した場合は、１装置につきＭ００５に掲げる装着の「２のイの（１）　支台歯とポンティックの数の合計が５歯以下の場合」、Ｍ００５に掲げる装着の「注１」の加算及び特定保険医療材料料を算定する。

（４）　特定保険医療材料料は別に算定する。

Ｍ０１７－３　チタンブリッジ

（１）　チタンブリッジとは、純チタン２種を用いて全部鋳造方式で製作する、１歯中間欠損部に対するポンティックを含む、３歯ブリッジをいう。

（２）　「注２」に規定するレジン前装加算は、純チタン２種を用いて全部鋳造方式で製作された、歯冠修復物やポンティックの唇面又は頬面を硬質レジンで前装した場合に、前歯又は小臼歯に限り算定する。大臼歯を前装する場合は、咬合面を金属で製作し頬面を硬質レジンで前装したポンティックに限り算定する。

（３）　チタンブリッジを装着する場合は、次により算定する。

イ　歯冠形成を行った場合は、以下のいずれかにより算定する。また、「注２」に規定するレジン前装加算のための支台歯形成は、Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「注２」の加算を算定する。

①　生活歯の歯冠形成を行う場合は、Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「１のイ　金属冠」及びＭ００１に掲げる「注１」の加算を算定する。

②　失活歯の歯冠形成を行う場合は、Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「２のイ　金属冠」及びＭ００１に掲げる歯冠形成の「注１」の加算を算定する。

ロ　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のニの（１）支台歯とポンティックの数の合計が５歯以下の場合」を算定する。

ハ　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）支台歯とポンティックの数の合計が５歯以下の場合」を算定する。

ニ　装着した場合は、１装置につき区分番号Ｍ００５に掲げる装着の「２のイの（１）支台歯とポンティックの数の合計が５歯以下の場合」、区分番号Ｍ００５に掲げる装着の「注１」の加算及び特定保険医療材料料を算定する。

（４）　特定保険医療材料料は別に算定する。

Ｍ０１８　有床義歯

（１）　有床義歯は、歯の欠損状況や製作する義歯の形態にかかわらず、人工歯数に応じて算定する。

（２）　欠損補綴に当たっての歯数の数え方は、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 歯までは、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）　左側第二大臼歯から右側第二大臼歯までが欠損している（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。

（５）　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、義歯の製作は所定点数により算定する。

（６）　根管処置及びＭ０１０－４に掲げる根面被覆が完了した残根上に必要があって義歯の装着を行うことは認められる。ただし、高齢者で根管が閉鎖して歯内療法が困難な場合等、やむを得ず残根歯に対して、歯内療法及び根面被覆が完了できなかった場合に義歯を製作した場合は、その理由を診療録に記載する。

（７）　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Ｍ０１０－４に掲げる根面被覆を行う場合は、それぞれの区分に従い算定すること。

（８）　残根歯を利用したアタッチメントを使用した有床義歯はＭ０２１－３に掲げる磁性アタッチメントを除き算定できない。

（９）　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。

(10)　小児義歯はＭ０１６－２に掲げる小児保隙装置（「２　可撤式保隙装置」に限る。）を除き、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、象牙質形成不全症、象牙質異形成症若しく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、外胚葉異形成症、低ホスファターゼ症、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、外傷や腫瘍等により歯が喪失した場合又はこれらに準ずる状態であって、小児義歯以外は咀嚼機能の改善・回復が困難な小児に対する小児義歯の場合はこの限りでない。この場合において、小児義歯を算定する場合は、診療録及び診療報酬明細書に小児義歯が必要となった理由を記載する。

(11)　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。

(12)　有床義歯を１～２日で製作し装着することは、歯科医学的に適切な場合に限り算定する。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は算定できない。

(13)　新たに有床義歯を製作する場合は、原則として前回有床義歯を製作した際の印象採得

を算定した日から起算して６月を経過した以降に、新たに製作する有床義歯の印象採得を行うものとする。ただし、次に掲げる場合であって、新たに有床義歯を製作する場合はその限りではない。

イ　他の保険医療機関において、６月以内に有床義歯を製作していないことを患者に確認した場合

ロ　遠隔地への転居のため通院が不能になった場合

ハ　急性の歯科疾患のため喪失歯数が異なった場合

ニ　認知症を有する患者や要介護状態の患者について、義歯管理が困難なために有床義歯が使用できない状況（修理が困難な程度に破折した場合を含む。）となった場合

ホ　その他特別な場合（災害又は事故等）

この場合において、新たに有床義歯を製作する理由を診療録に記載すること。なお、ニ又はホの理由による場合は、該当する記号及び具体的な内容を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

なお、「有床義歯の取扱いについて」（昭和 56 年５月 29 日保険発第 44 号）は、平成 28 年３月 31 日をもって廃止する。

(14)　「注」に掲げる有床義歯補強加算は、有床義歯（「１のハ　９歯から 11 歯まで」、「１のニ　12 歯から 14 歯まで」又は「２　総義歯」に限る。）の製作に際して、義歯の破損防止のために、歯科技工士が、アルミナ・サンドブラスト処理及び金属接着性プライマー処理等を行った、幅 2.0mm 以上、厚さ 1.0mm 以上の歯科用金属芯（以下この部において「歯科用金属芯」という。）を有床義歯に埋入した場合に算定する。

(15)　有床義歯補強加算の算定に当たっては、主治の歯科医師は、金属芯の埋入を行った保険医療機関内に配置されている歯科技工士の氏名又は歯科技工所の名称を診療録に記載すること。

Ｍ０１８－２　３次元プリント有床義歯

（１）　３次元プリント有床義歯とは、コンピュータ支援設計・製造ユニット及び歯科技工用重合装置（液槽光重合方式３次元プリント有床義歯製作装置）を用いて、作業模型で間接法により造形製作された有床義歯をいう。

（２）　本区分を算定する場合は、１顎単位で算定する。

（３）　３次元プリント有床義歯の製作時に実施した印象採得、咬合採得、仮床試適及び装着等の基本的な技術料は、所定点数に含まれ別に算定できない。

（４）　製作後に義歯修理や床裏装等を実施する場合は、Ｍ０１８に掲げる有床義歯の例により算定する。

（５）　３次元プリント有床義歯については、「３次元プリント有床義歯の診療指針」（令和８年３月日本補綴歯科学会）を参考とすること。

Ｍ０１９　熱可塑性樹脂有床義歯

（１）　熱可塑性樹脂有床義歯は、Ｍ０１８に掲げる有床義歯の例により算定する。

（２）　熱可塑性樹脂有床義歯は、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。

Ｍ０２０　鋳造鉤

（１）　保険医療材料料は、別に定める鋳造鉤の使用材料料により算定する。

（２）　鋳造鉤を算定する場合の特定保険医療材料は、基本的に鋳造用コバルトクロム合金を使用することとする。ただし、14 カラット金合金及び金銀パラジウム合金を使用する特段の理由がある場合は、使用した理由を診療録に記載すること。

（３）　ローチのバークラスプ及び鋳造によるバックアクション鉤は二腕鉤として算定し、２歯以上にわたるバークラスプは、双子鉤として算定する。

なお、保険医療材料料は、別に定める鋳造鉤の使用材料料の双子鉤の大・小臼歯により算定する。

Ｍ０２１　線鉤

（１）　保険医療材料料は、別に定める線鉤の使用材料料により算定する。

（２）　線鉤を算定する場合の保険医療材料は、基本的に不銹鋼及び特殊鋼を使用することとする。ただし、14 カラット金合金を使用する特段の理由がある場合は、使用した理由を診療録に記載すること。

（３）　バックアクション鉤等に要する費用は、本区分の「１　双子鉤」により算定する。

（４）　レストつきの単純鉤（線鉤）を製作した場合において、当該装置に要する費用は、本区分の「２　二腕鉤（レストつき）」により算定する。

（５）　レストのない単純鉤（線鉤）を製作した場合は、「３　レストのないもの」により算定する。

Ｍ０２１－２　コンビネーション鉤

（１）　コンビネーション鉤とは、二腕鉤にそれぞれ鋳造鉤と線鉤を組み合わせて製作したものをいう。

（２）　（１)にかかわらず、線鉤と鋳造レストを組み合わせて製作した場合は、本区分により算定して差し支えない。

（３）　保険医療材料料は、別に定める鋳造鉤の使用材料料により算定する。

（４）　コンビネーション鉤を算定する場合に、鋳造鉤又はレストに用いる保険医療材料は、基本的に鋳造用コバルトクロム合金を使用することとする。ただし、金銀パラジウム合金を使用する特段の理由がある場合は、使用した理由を診療録に記載すること。

Ｍ０２１－３　磁性アタッチメント

（１）　磁性アタッチメントとは、磁石構造体とキーパーからなり、有床義歯を磁気吸引力により口腔内に維持する支台装置をいう。ただし、ダイレクトボンディング法（接着性レジンセメントを用いてキーパーをキーパーの装着されていないキーパー付き根面板に装着する方法をいう。）により製作されたキーパーを装着した根面板（以下「キーパー付き根面板」という。）を用いる場合に限る。なお、実施に当たっては、「磁性アタッチメントを支台装置とする有床義歯の診療に対する基本的な考え方」（令和３年８月日本歯科医学会）を参考とする。

（２）　「１　磁石構造体を用いる場合」とは、磁性アタッチメントを使用することを目的とし、有床義歯に磁石構造体を装着する場合をいう。

（３）　磁石構造体を有床義歯に対して、キーパー付き根面板と密接するように装着した場合は、１個につき、所定点数を算定する。

（４）　「２　キーパー付き根面板を用いる場合」とは、磁性アタッチメントを使用することを目的とし、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、キーパー付き

根面板を装着することをいう。

（５）　キーパー付き根面板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、Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「３のイ　単純なもの」を算定する。

ロ　印象採得を行った場合は、１歯につき、Ｍ００３に掲げる印象採得の「１のイ　単純印象」又は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個につきＭ００５に掲げる装着の「１　歯冠修復」を算定する。

（６）　キーパーをキーパーの装着されていないキーパー付き根面板に装着する際の接着性レジンセメントの材料料は当該所定点数に含まれ、別に算定できない。

（７）　（６）の規定に関わらずキーパーが脱離した場合やＭＲＩ撮影の実施等必要があってキーパーを除去した後、再度新しいキーパーを、接着力を向上させるために表面処理を行いキーパーの装着されていないキーパー付き根面板に装着する場合は、Ｍ００５に掲げる装着の「１　歯冠修復」及びＭ００５に掲げる装着の「注２」の加算を準用し、接着性レジンセメントの材料料及び特定保険医療材料料を別に算定して差し支えない。

（８）　磁石構造体の脱離等で有床義歯の修理を行った場合は、Ｍ０２９に掲げる有床義歯修理により算定する。

（９）　磁石構造体及びキーパーを使用した場合は、製品に付属している使用した材料の名称及びロット番号等を記載した文書（シール等）を保存して管理すること（診療録に貼付する等）。

(10)　特定保険医療材料料は別に算定する。

Ｍ０２２　間接支台装置

（１）　本区分は、間接支台装置としてフック又はスパーを製作した場合に算定する。

（２）　レストのみを製作した場合は、本区分により算定して差し支えない。

（３）　欠損部から離れた歯に対して、Ｍ０２０に掲げる鋳造鉤、Ｍ０２１に掲げる線鉤又はＭ０２１－２に掲げるコンビネーション鉤を製作した場合は、それぞれの該当する区分により算定する。

（４）　支台歯（鉤歯）１歯につき、支台装置（Ｍ０２０に掲げる鋳造鉤、Ｍ０２１に掲げる線鉤、Ｍ０２１－２に掲げるコンビネーション鉤又は本区分）は１個に限り算定し、複数の支台装置を用いた場合は主たるものにより算定する。

Ｍ０２３　大連結子

（１）　大連結子とは、離れた位置にある義歯床同士若しくは義歯床と間接支台装置を連結する際に用いる鋳造バー又は屈曲バーをいう。

（２）　「１　鋳造バー」を算定する場合の特定保険医療材料は、基本的に鋳造用コバルトクロム合金を使用することとする。ただし、金銀パラジウム合金を使用する特段の理由がある場合は、使用した理由を診療録に記載すること。

（３）　保持装置とは、１歯欠損に相当する孤立した中間欠損部位を含む有床義歯において、鋳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。

（４）　鋳造バー又は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。

（５）　緩圧式バーは「１　鋳造バー」又は「２　屈曲バー」により算定する。

（６）　ケネディバーは「１　鋳造バー」により算定し、「１　鋳造バー」によるリンガルバーと併用した場合については、それぞれについて「１　鋳造バー」により算定する。

（７）　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する。

　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する。

Ｍ０２５　口蓋補綴、顎補綴

（１）　本区分は次に掲げる装置を製作した場合に算定する。

イ　腫瘍、顎骨嚢胞等による顎骨切除に対する口蓋補綴装置又は顎補綴装置

ロ　オクルーザルランプを付与した口腔内装置

ハ　発音補整装置

ニ　発音補助装置

ホ　ホッツ床

（２）　「２　印象採得が著しく困難なもの」とは、次の場合をいう。

イ　硬口蓋歯槽部の欠損範囲が半側を超える場合

ロ　軟口蓋部の欠損が認められる場合

ハ　歯槽骨を超える下顎骨の辺縁切除を伴う場合であって、口腔粘膜のみでは創を閉鎖できないため皮弁されている場合又は下顎骨区域切除以上の下顎骨欠損が認められる場合

ニ　口蓋補綴、顎補綴を行う場合であって、上下の切歯を有する場合の正中部における切歯間距離又は切歯を有しない場合の正中部における顎堤間距離が 30mm 未満の開口量である場合

（３）　Ｍ０１８に掲げる有床義歯又はＭ０１９に掲げる熱可塑性樹脂有床義歯と（１）に示す装置を一体として新製した場合は、それぞれの所定点数を合算した点数により算定する。なお、この場合において、印象採得は本区分及び有床義歯に係る区分のそれぞれの所定点数を合算した点数により算定する。また、咬合採得は有床義歯に係る区分により、装着は本区分により算定する。ただし、本区分の「１　印象採得が困難なもの」に該当する装置と総義歯を一体として製作した場合の装着料は、Ｍ００５に掲げる装着の「２のロの（３）総義歯」により算定して差し支えない。旧義歯を修理、調整し製作した場合又は義歯を伴わない場合に、（１）に示す装置を製作した場合は本区分の製作に係る所定点数のみを算定する。

（４）　「（１）のイ　腫瘍、顎骨嚢胞等による顎骨切除に対する口蓋補綴装置又は顎補綴装置」とは、腫瘍、顎骨嚢胞等による顎骨切除を行った患者に対して構音、咀嚼及び嚥下機能の回復を目的に製作する装置をいう。なお、新製時に必要に応じてＭ０３０に掲げる有床義歯内面適合法に用いる義歯床用軟質裏装材を用いて口蓋補綴又は顎補綴（義歯を伴う場合を含む。）を製作して差し支えない。この場合は、新製した口蓋補綴又は顎補綴の装着時に、Ｍ０３０に掲げる有床義歯内面適合法の「２　軟質材料を用いる場合」を「注２」の規定により別に算定して差し支えない。また、口蓋補綴又は顎補綴の保険医療材料料とは別にＭ０３０に掲げる有床義歯内面適合法の特定保険医療材料料を算定する。

（５）　「（１）のロ　オクルーザルランプを付与した口腔内装置」とは、広範な顎骨切除に伴う顎間関係の変化によって生じた咬合不全に対して、新たな咬合関係を付与する目的で、顎骨切除を行った対顎に装着する装置（義歯に付与したものを含む。）をいう。当該装置は「１　印象採得が困難なもの」により算定する。

（６）　「（１）のハ　発音補整装置」とは口蓋裂等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を目的に製作する、いわゆるスピーチエイド等の装置（義歯に付与したものを含む。）をいう。

（７）　「（１）のニ　発音補助装置」とは、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、発音の補助を目的として製作する装置（義歯に付与したものを含む。）をいう。当該発音補助装置は「１　印象採得が困難なもの」により算定する。

（８）　「（１）のホ　ホッツ床」とはＪ０２２に掲げる顎・口蓋裂形成手術を実施する患者に対して必要があって製作する哺乳床をいう。当該装置を装着した場合は、「１　印象採得が困難なもの」により、同一の患者に対して３回に限り算定する。ただし、印象採得、材料、装着等は、所定点数に含まれ別に算定できない。

（９）　Ｍ０２５－２に掲げる広範囲顎骨支持型補綴は、別に算定できない。

(10)　本区分により算定する装置の修理は１回につきＭ０２９に掲げる有床義歯修理により算定する。

(11)　本区分により算定する装置の調整は１回につきＨ００１－２に掲げる歯科口腔リハビリテーション料１「３　その他の場合」により算定する。

(12)　本区分を算定する場合は、（１）のイからホまでのいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

Ｍ０２５－２　広範囲顎骨支持型補綴

（１）　広範囲顎骨支持型補綴とは、Ｊ１０９に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術後から当該装置の上部に装着されるブリッジ形態又は床義歯形態の補綴物が装着されるまでの一連の治療をいう。

（２）　「１　ブリッジ形態のもの」は、広範囲顎骨支持型補綴の補綴物の範囲に応じて算定する。

（３）　当該補綴物がブリッジ形態及び床義歯形態の両方の形態を持ち合わせた補綴物である場合は、主たる形態のものに応じて「１　ブリッジ形態のもの」又は「２　床義歯形態のもの」により算定する。

（４）　「注２」について、唇顎口蓋裂又は外胚葉異形成症等の先天性疾患等による顎堤形成不全の場合であって、骨移植等による顎骨の再建範囲が３分の１顎程度より狭い場合（１～２歯程度の場合）においては、「１　ブリッジ形態のもの」の所定点数の 100 分の 50 に相当する点数により算定する。

（５）　広範囲顎骨支持型装置埋入手術後、当該補綴に係る補綴物の印象採得から装着までの一連の行為は、当該技術料に含まれ、別に算定できない。

（６）　広範囲顎骨支持型補綴に係る補綴物の装着を行った日においては、患者に対して、当該補綴物の装着日、主治の歯科医師の氏名、保険医療機関名及び療養上必要な事項等を記載した文書を提供すること。

（７）　Ｍ０２５に掲げる口蓋補綴、顎補綴は、別に算定できない。

（８）　特定保険医療材料料は、スクリュー、アバットメント、アタッチメント及びシリンダーに限り、別に算定する。

＜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。

Ｍ０２６　補綴隙

補綴隙は、レジン隙又は金属隙の使用が認められるが、いずれも補綴隙により算定する。なお、総義歯は算定できない。

＜修理＞

Ｍ０２９　有床義歯修理

（１）　有床義歯の修理は、人工歯数に関係なく所定点数により算定する。この場合において、修理に伴って鉤を新たに製作したときは、その鉤は、鉤の所定点数により算定する。

（２）　人工歯が脱落した際又は抜歯後に旧義歯の増歯を行う際に、新たに人工歯を用いて有床義歯の修理を行った場合には、人工歯料を別に算定して差し支えない。

（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は、それぞれ所定点数により算定する。

（４）　咬合高径を調整する目的で人工歯の咬合面にレジンを添加し咬合の再形成を行った場合又は当該義歯の床縁形態を修正する目的で当該義歯の床縁全周にわたりレジンを追加し床延長する場合は、１回に限り所定点数により算定する。

（５）　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又は除去した場合は、再製、修理又は床裏装を前提とした場合に、Ｉ０１９に掲げる歯冠修復物又は補綴物の除去「１　簡単なもの」を算定する。なお、鉤を切断又は除去した部位の状況によって、義歯調整を行うことにより当該義歯をそのまま使用できる場合においては、Ｉ０１９に掲げる歯冠修復物又は補綴物の除去「１　簡単なもの」を算定して差し支えない。

（６）　磁石構造体が装着された有床義歯において、磁石構造体が脱離した際に、再度磁石構造体を有床義歯へ装着した場合には、所定点数により算定する。

（７）　有床義歯修理算定に当たっては、修理内容の要点を診療録に記載する。

（８）　「注３」及び「注４」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（新たに生じた欠損部位に対する有床義歯の増歯を含む。）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、預かり日を診療録に記載する。

Ｍ０３０　有床義歯内面適合法

（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）　「２　軟質材料を用いる場合」は、顎堤の吸収が著しい又は顎堤粘膜が菲薄である等、硬質材料による床裏装では症状の改善が困難である下顎総義歯患者又はＭ０２５に掲げる口蓋補綴、顎補綴の（１）のイに規定する装置（義歯を伴う場合を含む。）による補綴を行い、有床義歯装着後、当該義歯不適合の患者に対して、義歯床用軟質裏装材を使用して間接法により床裏装を行った場合に算定する。ただし、Ｍ０２５に掲げる口蓋補綴、顎補綴の（１）のイに規定する装置（義歯を伴う場合を含む。）による補綴を行い、有床義歯装着後、当該義歯不適合の患者に対して、義歯床用軟質裏装材を使用して直接法により床裏装を行った場合はこの限りではない。

なお、「２　軟質材料を用いる場合」の算定に当たっては、顎堤吸収の状態、顎堤粘膜の状態等、症状の要点及び使用した材料名を診療録に記載する。

（３）　「２　軟質材料を用いる場合」を算定した日の属する月から起算して６月以内は、Ｉ０２２に掲げる有床義歯床下粘膜調整処置の算定はできない。

（４）　旧義歯において顎堤の吸収が著しい又は顎堤粘膜が菲薄である等により、「２　軟質材料を用いる場合」を算定した患者に対して新たな有床義歯、口蓋補綴又は顎補綴を製作する場合において、引き続き軟質材料を用いることが必要な場合は、新製時に義歯床用軟質裏装材を用いて総義歯、口蓋補綴又は顎補綴を製作して差し支えない。この場合において、新製有床義歯装着時に、当該区分を「注２」の規定により別に算定して差し支えない。また、有床義歯の特定保険医療材料料とは別に当該区分の特定保険医療材料料を算定する。

（５）　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。

（６）　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であって、歯科医学的判断により、床裏装を行ったときは、有床義歯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、同日に直接法により床裏装を行った場合の修理は、有床義歯内面適合法の所定点数に含まれる。

（７）　床裏装に際しての印象採得料は、Ｍ００３に掲げる印象採得の「２のロ　連合印象」により算定する。

（８）　Ｍ０２５に掲げる口蓋補綴、顎補綴の（１）のイに規定する装置（義歯を伴う場合を含む。）による補綴を行い、有床義歯装着後、当該義歯不適合のため硬質材料を用いて床裏装を行った場合は、「１のロ　総義歯」により算定する。

（９）　有床義歯の換床を行った場合は、本区分により算定する。

(10)　「注４」及び「注５」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、不適合になった有床義歯に係る診療を行い、床裏装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、預かり日から起算して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床裏装を行い、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、預かり日を診療録に記載する。

Ｍ０３４　歯冠補綴物修理

（１）　前歯部のポンティックの修理は、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のポンティック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。

（４）　歯冠継続歯の修理は、本区分により算定する。

（５）　高強度硬質レジンブリッジの修理は、本区分により算定する。なお、この場合において、修理内容及び部位にかかわらず、３歯として算定する。

Ｍ０４１　広範囲顎骨支持型補綴物修理

（１）　当該補綴物の修理は、Ｍ０２５－２に掲げる広範囲顎骨支持型補綴に係る補綴物の装着を行った日の属する月の翌月以降に月１回に限り算定する。

（２）　広範囲顎骨支持型補綴物修理の算定に当たっては、修理内容の要点を診療録に記載すること。なお、別の保険医療機関で装着された当該補綴物の修理を行った場合は、装着を実施した保険医療機関名及び装着時期について、患者からの情報等を踏まえ診療録に記載する。

（３）　特定保険医療材料料は、スクリュー、アバットメント、アタッチメント及びシリンダーに限り、別に算定する。

第 13 部　歯科矯正

通則

１　歯科矯正は、次のいずれかに該当する場合に限り保険診療の対象とする。

（１）　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次のいずれかに該当する場合

イ　別に厚生労働大臣が定める疾患に起因した咬合異常

ロ　３歯以上の永久歯萌出不全に起因した咬合異常（埋伏歯開窓術を必要とするものに限る。）

ハ　18 歳未満の患者であって、連続した３歯以上の先天性欠如歯に起因した咬合異常

（２）　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

（３）　（１)又は(２)の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以外の保険医療機関におけるＮ０００１－２に掲げる歯科矯正相談料

２　歯科矯正は、第１節の各区分の注に「保険医療材料料は、所定点数に含まれる。」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節の特定保険医療材料料を合算して算定する。

３　Ｎ０００に掲げる歯科矯正診断料又は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、咬合採得及び装着は、それぞれの診療行為を行った日に算定する。

5　第 13 部に掲げられていない特殊な歯科矯正は、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）　トリーチャ・コリンズ症候群

（5）　ピエール・ロバン症候群

（6）　ダウン症候群

（7）　ラッセル・シルバー症候群

（8）　ターナー症候群

（9）　ベックウィズ・ウイーデマン症候群

(10)　顔面半側萎縮症

(11)　先天性ミオパチー

(12)　筋ジストロフィー

(13)　脊髄性筋萎縮症

(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（横顔裂、斜顔裂及び正中顔裂を含む。）

(24)　大理石骨病

(25)　色素失調症

(26)　口腔・顔面・指趾症候群

(27)　メビウス症候群

(28)　歌舞伎症候群

(29)　クリッペル・トレノネー・ウェーバー症候群

(30)　ウイリアムズ症候群

(31)　ビンダー症候群

(32)　スティックラー症候群

(33)　小舌症

(34)　頭蓋骨癒合症(クルーゾン症候群及び尖頭合指症を含む。)

(35)　骨形成不全症
(36)　フリーマン・シェルドン症候群
(37)　ルビンスタイン・ティビ症候群
(38)　染色体欠失症候群
(39)　ラーセン症候群
(40)　濃化異骨症
(41)　６歯以上の先天性部分無歯症
(42)　ＣＨＡＲＧＥ症候群
(43)　マーシャル症候群
(44)　成長ホルモン分泌不全性低身長症
(45)　ポリエックス症候群（XXX 症候群、XXXX 症候群及び XXXXX 症候群を含む。）
(46)　リング 18 症候群
(47)　リンパ管腫
(48)　全前脳胞症
(49)　クラインフェルター症候群
(50)　偽性低アルドステロン症
(51)　ソトス症候群
(52)　グリコサミノグリカン代謝障害（ムコ多糖症）
(53)　線維性骨異形成症
(54)　スタージ・ウェーバ症候群
(55)　ケルビズム
(56)　偽性副甲状腺機能低下症
(57)　Ekman-Westborg-Julin 症候群
(58)　常染色体重複症候群
(59)　巨大静脈奇形（頸部口腔咽頭びまん性病変）
(60)　毛髪・鼻・指節症候群（Tricho-Rhino-Phalangeal 症候群）
(61)　クリッペル・ファイル症候群（先天性頸椎癒合症）
(62)　アラジール症候群
(63)　高 IgE 症候群
(64)　エーラス・ダンロス症候群
(65)　ガードナー症候群（家族性大腸ポリポージス）
(66)　原発性低リン血症性くる病
(67)　ロイス・ディーツ症候群
(68)　その他顎・口腔の先天異常

8　７の(68)のその他顎・口腔の先天異常とは、顎・口腔の奇形、変形を伴う先天性疾患であり、当該疾患に起因する咬合異常について、歯科矯正の必要性が認められる場合に、その都度当局に内議の上、歯科矯正の対象とすることができる。

9　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。

第１節　歯科矯正料

Ｎ０００　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、歯科矯正を担当する専任の歯科医師（地方厚生(支)局長に届け出ている歯科医師に限る。以下同じ。）が歯科矯正診断を行った場合であって、次のいずれかに該当する場合に限り算定する。

イ　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

ロ　３歯以上の永久歯萌出不全（前歯及び小臼歯の永久歯のうち３歯以上の萌出不全である場合に限る。）に起因した咬合異常が認められる場合であって、歯科矯正を行う保険医療機関において、上下顎前歯及び小臼歯のうち３歯以上の骨性の埋伏永久歯（経時的な歯科パノラマエックス線等の撮影を含む経過観察で明らかに歯の移動が認められない永久歯）を有することが確認された場合

ハ　18 歳未満の患者であって、連続した３歯以上の先天性欠如歯に起因した咬合異常が認められる場合

なお、「ロ」に該当する場合においては、骨性の埋伏永久歯が隣接する永久歯の歯根吸収の原因になっている場合、歯軸等の異常により萌出困難な場合又は当該歯の歯根彎曲が生じる等の二次的障害を生じる場合に限り算定できる。

（２）　歯科矯正診断料は、（１）のイからハに該当する患者の口腔状態、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、顔面写真等の撮影を行い、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、患者又はその家族等に対して、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、Ｎ００３に掲げる歯科矯正セファログラム及びＮ００４に掲げる模型調製は別に算定する。

（３）　（１）のイからハに該当する患者であって、顎切除等の手術を必要とする場合は、歯科矯正診断料に規定する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う。

（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）・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名及び担当歯科医師の氏名

ホ　顎離断等の手術を担当する保険医療機関名及び担当歯科医師又は担当医師の氏名（顎離断等の手術を行う場合に限る。）

（５）　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。

（６）　歯科矯正診断料を算定する場合は、診療録に、患者又はその家族等に提供した治療計画書の要点を記載する。

（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は、歯科矯正診断料は、算定できない。

（８）　当該保険医療機関において歯科矯正相談を行い、Ｎ００１－２に掲げる歯科矯正相談料を算定した患者について、当該歯科矯正相談に当たって、Ｅ０００に掲げる「写真診断」の「１　単純撮影」若しくは「２　特殊撮影」又はＥ１００に掲げる「歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織」の「１　単純撮影」若しくは「２　特殊撮影」を算定した場合には、当該撮影料を算定した日から起算して３月以内に、歯科矯正診断を行うに当たってのＥ０００に掲げる「写真診断」の「１　単純撮影」若しくは「２　特殊撮影」又はＥ１００に掲げる「歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織」の「１　単純撮影」若しくは「２　特殊撮影」は別に算定できない。

（９）　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。

(10)　６歯以上の先天性部分無歯症及び連続した３歯以上の先天性欠如歯は、欠損している歯数に第三大臼歯は含めない。なお、当該疾患に伴う咬合異常の治療を開始する場合は、診療録に欠損している部位を記載する。

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おいて、歯科矯正を担当する専任の歯科医師が顎口腔機能診断を行った場合に限り算定する。

（２）　顎口腔機能診断料は、「通則１」（２）に該当する患者の口腔状態、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、患者又はその家族等に対して、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、Ｎ００３に掲げる歯科矯正セファログラム及びＮ００４に掲げる模型調製は別に算定する。

（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）・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歯科医師又は担当医師の氏名

へ　歯科矯正に関する医療を担当する保険医療機関名、担当歯科医師の氏名等

（４）　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。

（５）　顎口腔機能診断料を算定する場合は、診療録に、患者又はその家族等に提供した治療計画書の要点を記載する。

（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は、顎口腔機能診断料は算定できない。

（７）　当該保険医療機関において歯科矯正相談を行い、Ｎ００１－２に掲げる歯科矯正相談料を算定した患者について、当該歯科矯正相談に当たって、Ｅ０００に掲げる「写真診断」の「１　単純撮影」若しくは「２　特殊撮影」又はＥ１００に掲げる「歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織」の「１　単純撮影」若しくは「２　特殊撮影」を算定した場合には、当該撮影料を算定した日から起算して３月以内に、顎口腔機能診断を行うに当たってのＥ０００に掲げる「写真診断」の「１　単純撮影」若しくは「２　特殊撮影」又はＥ１００に掲げる「歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織」の「１　単純撮影」若しくは「２　特殊撮影」は別に算定できない。

（８）　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。

Ｎ００１－２　歯科矯正相談料

（１）　「１　歯科矯正相談料１」については、Ｎ０００に掲げる歯科矯正診断料の注１又はＮ００１に掲げる顎口腔機能診断料の注１に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、歯科矯正を担当する専任の歯科医師が検査等を行い、第13部に掲げる歯科矯正の適応の可否について診断を行った場合に、当該年度に１回に限り算定する。

（２）　「２　歯科矯正相談料２」については、Ｎ０００に掲げる歯科矯正診断料の注１又はＮ００１に掲げる顎口腔機能診断料の注１に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において検査等を行い、第13部に掲げる歯科矯正の適応の可否について診断を行った場合に当該年度に１回に限り算定する。

（３）　歯科矯正相談料は、学校保健安全法第13条第１項に規定する健康診断の結果より、別に厚生労働大臣が定める疾患に起因した咬合異常、３歯以上の永久歯萌出不全に起因した咬合異常、連続した３歯以上の先天性欠損歯に起因した咬合異常（18歳未満に限る。）又は顎離断等の手術を必要とする顎変形症が疑われる患者の口腔状態、顎骨の形態等について、Ｅ０００に掲げる写真診断の「１　単純撮影」若しくは「２　特殊撮影」又はＥ１００に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織の「１　単純撮影」若しくは「２　特殊撮影」による画像、口腔内写真、顔面写真等の撮影、スタディモデルの製作等を必要に応じて行い、これらの分析や評価を行った上で、患者又はその家族等に対して、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、患者等に提供する文書の様式は、「別紙様式７」又はこれに準じた様式とし、その写しを診療録に添付する。

（４）　「注１」及び「注２」に規定する文書とは、口腔領域の症状及び所見（咬合の状態、口腔の生理的機能の状態等）・ヘルマンの咬合発育段階等の歯年齢等の内容を含むものをいう。

（５）　歯科矯正相談料を算定し、第13部歯科矯正に掲げる歯科矯正の適応とならないと診断された患者であって、咬合異常又は顎変形症以外の歯科疾患について継続的管理が必要な場合は、Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料を算定できる。なお、歯科矯正相談料を算定した日に咬合異常又は顎変形症以外の歯科疾患に係る継続的管理を開始する場合は、同日に算定して差し支えない。

Ｎ００２　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「歯の移動等の管理」とは、模型（経過模型又は３次元デジタル模型（デジタル印象採得装置を用いて、コンピューター上で歯列等が立体的に描写される歯科矯正専用の３次元画像を言う。以下同じ。））の製作又は口腔内写真、顔面写真等により、過去に製作した模型又は撮影した口腔内写真、顔面写真等との対比によって、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、Ｎ０００に掲げる歯科矯正診断料の「注１」又はＮ００１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）　Ｎ０００に掲げる歯科矯正診断料の「注１」若しくはＮ００１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、顎切除、顎離断等の手術を必要とする療養を行う場合においては、当該手術を担当する保険医療機関名及び担当歯科医師又は担当医師の氏名等を記載したものをいう。

（５）　患者又はその家族等に提供した文書の写しを診療録に添付する。

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

（７）　再診が電話等により行われた場合にあっては、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、３次元デジタル模型、口腔内写真、顔面写真等は、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は、歯科矯正管理料に含まれる。

Ｎ００３　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桿の延長線に対して、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をいう。

（３） 歯科矯正セファログラムに用いたフィルムに係る費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

Ｎ００４　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。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、歯科矯正を開始するとき、動的処置を開始するとき、マルチブラケット法を開始するとき、顎離断等の手術を開始するとき及び保定を開始するときに、それぞれ１回に限り算定する。

（４） 予測模型とは、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をいう。

（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はそれぞれ１回算定する。なお、歯科矯正を開始するとき又は動的処置を開始するときは、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するときも１回に限り算定する。

（６） 製作した模型は、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。

（７） 注４に規定する３次元デジタル加算については、デジタル印象採得装置を用いて３次元デジタル模型の製作又は調整を行った場合に所定点数に加算する。

（８） デジタル印象採得装置により取得したデータの取扱いについては、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守すること。

Ｎ００５　動的処置

（１） 動的処置とは、Ｎ０００に掲げる歯科矯正診断料の「注１」又はＮ００１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Ｎ００８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をいう。

（２） 動的処置は、Ｎ００８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、同月内の第１回目として取り扱う。

（４） 動的処置は、動的処置又はマルチブラケット法のそれぞれの開始の日から起算して、２年以内に行った場合は「１　動的処置の開始の日又はマルチブラケット法の開始の日から起算して２年以内に行った場合」により、２年を超えた後に行った場合は「２　動

的処置の開始の日又はマルチブラケット法の開始の日から起算して２年を超えた後に行った場合」により算定する。

Ｎ００６　印象採得

（１）　歯科矯正における印象採得は、床装置、アクチバトール（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Ⅰ、ステップⅡ、ステップⅢ及びステップⅣ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又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、著しい顎の過成長又は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若しく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のハ　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は本区分の「１　マルチブラケット装置」を、装着はＮ００８に掲げる装着の「１のロ　固定式装置」及び装置はＮ０１８に掲げるマルチブラケット装置の「１のロ　４装置目以降の場合」により算定するものとし、第２回目以降の装置はＮ０１８に掲げるマルチブラケット装置の「１のロ　４装置目以降の場合」のみを算定する。なお、Ｎ００８に掲げる装着の「注１」及び「注３」の加算は、各区分の算定要件を満たしている場合に算定する。

（８）　Ｎ０１９に掲げる保定装置の「７　フィクスドリテーナー」を製作するに当たり、必要があって印象採得を行った場合は、Ｎ００６に掲げる印象採得の「１　マルチブラケット装置」により算定する。

Ｎ００７　咬合採得

（１）　歯科矯正における咬合採得は、床装置、アクチバトール（ＦＫＯ）等装置ごとに算定する。

（２）　マルチブラケット装置又はＮ０１９に掲げる保定装置の「７　フィクスドリテーナー」を製作する場合は、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ぶ場合又は顎変形症の場合であって前後若しく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、アクチバトール、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、アクチバトール、リトラクター等である。

（２）　「１のロ　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する。

（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レ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。

(10)　歯科矯正用アンカースクリューの装着料は、Ｎ００８－２に掲げる植立に含まれる。

(11)　Ｎ０１９に掲げる保定装置の「７　フィクスドリテーナー」の装着料は所定点数に含まれる。

(12)　埋伏歯開窓術に伴う牽引装置の装着料は、Ｎ０１４－２に掲げる牽引装置に含まれる。

Ｎ００８－２　植立

植立は、Ｎ０００に掲げる歯科矯正診断料又はＮ００１に掲げる顎口腔機能診断料を算定した患者であって、歯科矯正用アンカースクリューを歯槽部又は口蓋に植立し、当該装置を固定源として、歯科矯正治療を実施した場合に算定する。この場合において、浸潤麻酔の下に歯科矯正用アンカースクリューを植立した場合は、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。なお、本規定に関わらず、当該診断料を算定する保険医療機関から診療情報提供料に定める様式に基づく依頼があった場合に限り、当該診断料を算定していなくても、依頼を受けた保険医療機関において実施した場合は、本区分を算定しても差し支えない。この場合において、当該診断料を算定し、診療情報提供を行った保険医療機関名を診療録に記載する。

Ｎ００９　撤去

（１）　ポータータイプの拡大装置の撤去は、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。

（２）　３について、Ｎ０００に掲げる歯科矯正診断料又はＮ００１に掲げる顎口腔機能診断料を算定する保険医療機関から診療情報提供料に定める様式に基づく依頼があった場合に限り、当該診断料を算定していなくても依頼を受けた保険医療機関において実施した場合は、本区分を算定して差し支えない。

Ｎ０１０　セパレイティング

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。

Ｎ０１０－２　ディスキング

ディスキングとは、歯の隣接面を削除することをいい、叢生（クラウディング）について、ディスキングを行った場合は、歯数に応じて算定する。

Ｎ０１１　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。

Ｎ０１２　床装置

床装置は、次により算定する。

イ　「１　簡単なもの」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」は、前後若しく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。

Ｎ０１２－２スライディングプレート

（１）　スライディングプレートとは、動的処置時における、外傷性咬合の予防、下顎歯列の保隙、永久歯の萌出量の調整又は咬合挙上を目的として装着する装置である。

（２）　印象採得、咬合採得、保険医療材料料は、所定点数に含まれ別に算定できない。

Ｎ０１３　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、咬合採得及び保険医療材料料は、所定点数に含まれ別に算定できない。

Ｎ０１４　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。

Ｎ０１４－２　牽引装置

牽引装置は、Ｎ０００に掲げる歯科矯正診断料を算定した患者であって、３歯以上の永久歯萌出不全に起因した咬合異常を認めるものについて、Ｊ０４４－２に掲げる埋伏歯開窓術を行った歯に対して、当該装置を装着して埋伏永久歯を牽引して歯科矯正治療を実施する場合に算定する。なお、本規定にかかわらず、当該診断料を算定する保険医療機関と連携し、埋伏歯開窓術を担当する保険医療機関に限り、当該診断料を算定していなくても、本区分を算定して差し支えない。

Ｎ０１５　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レトンタイプの拡大装置である。

Ｎ０１６　アクチバトール（ＦＫＯ）

本区分に該当するものは、アクチバトール及びダイナミックポジショナーである。

Ｎ０１７　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）　リンガルアーチは、次により算定する。

イ　「１　簡単なもの」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」は、前後若しく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。

（３）　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、Ｎ０２８に掲げる床装置修理により算定する。

Ｎ０１８　マルチブラケット装置

マルチブラケット装置は、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は、前のステップに戻って算定できない。

ハ　ステップⅠとは、レベリングを行うことをいう。

ニ　ステップⅡ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Ⅲ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Ⅳとは、主として直径 0.016～0.018 インチ若しく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はＮ００６に掲げる印象採得の「１　マルチブラケット装置」により、装着はＮ００８に掲げる装着の「１のロ　固定式装置」及び装置は本区分の「１のロ　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回目以降の装置は、本区分の「１のロ　４装置目以降の場合」のみの算定とする。

なお、Ｎ００８に掲げる装着の「注１」及び「注３」の加算は、各区分の算定要件を満たしている場合に算定する。

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は、保定装置は算定できない。

（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って算定する。

（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。

（５）　インビジブルリテーナーは、プレートタイプリテーナーにより算定する。

（６）　フィクスドリテーナーは、歯をワイヤー及びエナメルボンドシステムにより固定結紮することをいう。なお、装着及び除去に係る費用は所定点数に含まれる。

（７）　「１」及び「２」の人工歯料は製作費用に含まれ別に算定できない。

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は、当該各区分の所定点数に含まれるが、帯環にチューブ、ブラ

ケット等をろう着する場合は、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い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は、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

トルキングアーチは、装着、結紮等は別に算定できない。

Ｎ０２６　附加装置

附加装置は、保険医療材料等（交換用のエラスティクスを含む。）を含む。

Ｎ０２７　矯正用ろう着

本区分に該当するものは、通常のろう着、自在ろう着及び電気熔接である。

なお、チューブ、ブラケット等を電気熔接する場合は、１個につき１箇所として算定する。

Ｎ０２８　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、Ｎ００５に掲げる動的処置に含まれ別に算定できない。なお、印象採得及び咬合採得は所定点数に含まれる。

第 14 部　病理診断

通則

1　第 14 部に規定する病理診断以外の病理診断の算定は、医科点数表の例による。なお、医科点数表のＮ０００からＮ００２までについては、口腔を１臓器として算定する。ただし、別の原因で病変が独立して生じており、組織学的形態が異なる場合は、２回を限度として算定する。

2　保険医療機関間の連携により病理診断を行った場合は、標本若しくは検体（以下「標本等」という。）の送付側又はデジタル病理画像の送信側の保険医療機関においてＯ０００に掲げる口腔病理診断料を算定できる。なお、その際には、送付又は送信側の保険医療機関において、別紙様式４又はこれに準じた様式に診療情報等の必要事項を記載し、受取又は受信側の保険医療機関に交付するものであること。更に、病理標本の作製を衛生検査所に委託する場合には、衛生検査所にも当該事項を同様に交付すること。

また、Ｏ０００の「注４」に規定する口腔病理診断管理加算１又は２については、標本等の受取側又はデジタル病理画像の受信側の保険医療機関において、口腔病理診断を専ら担当する常勤の歯科医師又は医師が病理診断を行い、標本等の送付側又は送信側の保険医療機関にその結果を文書により報告した場合に当該基準に係る区分に従い、送付側又は送信側の保険医療機関において所定点数に加算する。標本等の受取側又は受信側の保険医療機関における診断等に係る費用は、標本等の送付側又は送信側、標本等の受取側又は受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。

3　保険医療機関間のデジタル病理画像の送受信及び受信側の保険医療機関における当該デジタル病理画像の観察による術中迅速病理組織標本作製を行った場合は、送信側の保険医療機関において医科点数表のＮ００３に掲げる術中迅速病理組織標本作製及びＯ０００に掲げる口腔病

理診断料の「１」を算定できる。また、Ｏ０００の「注４」に規定する口腔病理診断管理加算１又は２については、受信側の保険医療機関が、当該加算の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り、当該保険医療機関において病理診断を専ら担当する常勤の歯科医師又は医師が病理診断を行い、送信側の保険医療機関にその結果を報告した場合に当該基準に係る区分に従い、所定点数に加算する。受信側の保険医療機関における診断等に係る費用は、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。

４　保険医療機関間のデジタル病理画像の送受信及び受信側の保険医療機関における当該デジタル病理画像の観察による迅速細胞診を行った場合は、送信側の保険医療機関において医科点数表のＮ００３－２に掲げる迅速細胞診及びＯ０００に掲げる病理診断料の「２」を算定できる。また、Ｏ０００の「注４」に規定する口腔病理診断管理加算１又は２については、受信側の保険医療機関が、当該加算の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り、当該保険医療機関において病理診断を専ら担当する常勤の歯科医師又は医師が病理診断を行い、送信側の保険医療機関にその結果を報告した場合に当該基準に係る区分に従い、所定点数に加算する。受信側の保険医療機関における診断等に係る費用は、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。

５　デジタル病理画像に基づく病理診断については、デジタル病理画像の作成、観察及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で観察及び診断を行った場合に算定できる。なお、デジタル病理画像に基づく病理診断を行うに当たっては、関係学会による指針を参考とすること。

病理診断・判断料

Ｏ０００　口腔病理診断料

（１）　口腔病理診断料を算定する保険医療機関は、病理診断を専ら担当する歯科医師若しくは医師が勤務する病院又は病理診断を専ら担当する常勤の歯科医師若しくは医師が勤務する診療所である。

（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、当該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）　当該保険医療機関において、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を行った場合は、月１回に限り算定する。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は、療養の給付の対象とならない。

（４）　「注５」に規定する悪性腫瘍病理組織標本加算は、原発性悪性腫瘍に対してＪ０３９に掲げる上顎骨悪性腫瘍手術、Ｊ０４２に掲げる下顎骨悪性腫瘍手術又はＪ１０４－２に掲げる皮膚悪性腫瘍切除術の「１　広汎切除」を実施し、当該手術の検体から作製された病理組織標本に基づき病理診断を行った場合に算定する。

第 15 部　その他

通則

1　処遇の費用は、第１節ベースアップ評価料等の各区分の所定点数により算定する。

2　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歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）若しくは歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）又は外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）若しくは外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）（以下「外来・在宅ベースアップ評価料」という。）を算定することができる。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外来・在宅ベースアップ評価料を算定する。

3　物価対応の費用は、第２節物価対応料等の各区分の所定点数により算定する。

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歯科外来物価対応料又は外来・在宅物価対応料（以下「物価対応料」という。）を算定することができる。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物価対応料を算定する。

5　歯科技工所に所属する歯科技工士の賃金の改善に資する費用は、第３節支援料の各区分の所定点数により算定する。

第１節　ベースアップ評価料等

Ｐ０００　看護職員処遇改善評価料

看護職員処遇改善評価料は、地域で一定の役割を担う保険医療機関に勤務する保健師、助産師、看護師及び准看護師の賃金を改善するための措置を実施することを評価したものであり、第１章第２部第１節入院基本料、第３節特定入院料又は第４節短期滞在手術等基本料（医科点数表のＡ４００の例により算定する短期滞在手術等基本料１を除く。）を算定している患者について、１日につき１回に限り算定できる。

Ｐ００１　歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）

（１）　歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）は、当該保険医療機関に勤務する職員（以下「対象職員」という。以下この節において同じ。）の賃金の改善を実施することについて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を満たす保険医療機関を受診した患者に対して初診、再診又は歯科訪問診療（以下この節において「初診等」という。）を行った場合に算定できる。

（２）　歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の「１」については、Ａ０００に掲げる初診料を算定した場合に限り、算定できる。

（３）　歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の「２」については、Ａ００２に掲げる再診料、Ｂ００４－１－６に掲げる外来リハビリテーション診療料、Ｂ００４－１－７に掲げる外来放射線照射診療料又はＢ００４－１－８に掲げる外来腫瘍化学療法診療料を算定した場合に限り、算定できる。

（４）　歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の「３」の「イ」については、Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料の「１　歯科訪問診療１」（注 16 又は注 20 に掲げる点数を算定する場合及びＣ０００に掲げる歯科訪問診療料の（８）の規定により同一の患家において２人以上３人以下の患者の診療を行った場合において「１　歯科訪問診療１」を算定する場合を除く。）を算定した場合に限り、算定できる。

（５）　歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の「３」の「ロ」については、Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料の「１　歯科訪問診療１」（注 16 又は注 20 に掲げる点数を算定する場合及びＣ０００に掲げる歯科訪問診療料の（８）の規定により同一の患家において２人以上３人以下の患者の診療を行った場合において「１　歯科訪問診療１」を算定する場合に限る。）又は「２　歯科訪問診療２」、「３　歯科訪問診療３」、「４　歯科訪問診療４」若しくは「５　歯科訪問診療５」（注 16 又は注 20 に掲げる点数を算定する場合を含む。）を算定した場合に限り、算定できる。

Ｐ００２　歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）

（１）　歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）は、当該保険医療機関の対象職員の賃金のさらなる改善を必要とする場合において、賃金の改善を実施することについて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を満たす保険医療機関を受診した患者に対して初診等を行った場合に算定できる。

（２）　「イ」の「初診又は歯科訪問診療を行った場合」については、Ｐ００１に掲げる歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の「１」又は「３」を算定した場合に算定できる。

（３）　「ロ」の「再診時等」については、Ｐ００１に掲げる歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の「２」を算定した場合に算定できる。

Ｐ００３　入院ベースアップ評価料

入院ベースアップ評価料は、当該保険医療機関に勤務する対象職員の賃金の改善を実施することについて評価したものであり、第１章第２部第１節入院基本料、第３節特定入院料又は第４節短期滞在手術等基本料（医科点数表の「Ａ４００」の例により算定する「１」短期滞在手術等基本料１を除く。）を算定している患者について、１日につき１回に限り算定できる。

第２節　物価対応料

Ｐ１００　歯科物価対応料

（１）　歯科外来物価対応料は、当該保険医療機関を受診した患者に対して初診又は再診を行った場合に算定できる。

（２）　歯科外来物価対応料の「イ」については、Ａ０００に掲げる初診料を算定した場合に限り、算定できる。

（３）　歯科外来物価対応料の「ロ」については、Ａ００２に掲げる再診料、Ｂ００４－１－６に掲げる外来リハビリテーション診療料、Ｂ００４－１－７に掲げる外来放射線照射診療料又はＢ００４－１－８に掲げる外来腫瘍化学療法診療料を算定した場合に限り、算定できる。

（４）　歯科入院物価対応料は、当該保険医療機関において、第１章第２部第１節入院基本料、第３節特定入院料又は第４節短期滞在手術等基本料（「Ａ４００」の「１」短期滞

在手術等基本料１を除く。)を算定している患者について、１日につき１回に限り算定できる。なお、「Ａ１００」一般病棟入院基本料、「Ａ１０２」結核病棟入院基本料並びに「Ａ１０３」精神病棟入院基本料における夜勤時間特別入院基本料及び「Ａ１０２」結核病棟入院基本料における重症患者割合特別入院基本料に係る入院物価対応料については、届出を行っている入院基本料の区分に従い所定点数を算定する。

第３節　支援料

Ｐ２００　歯科技工所ベースアップ支援料（１装置につき）

（１）　歯科技工所ベースアップ支援料は、当該保険医療機関の歯科医師から交付された歯科技工指示書に基づき、歯科医療の用に供する補綴物等の製作等の委託を受けた歯科技工所に所属する歯科技工士の賃金の改善を実施することについて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を満たす保険医療機関において、補綴物等の製作等の委託を行った場合に、所定点数を算定する。

（２）　歯科医師から交付された歯科技工指示書や歯科医師の直接の指示に基づき、当該保険医療機関内の歯科技工士が補綴物等の製作や修理を行う場合には算定できない。

（３）　本区分は、Ｍ００５に掲げる装着又はＮ００８に掲げる装着の算定日に算定する。また、装着の費用が含まれるＭ００２に掲げる支台築造、Ｍ００３－２ に掲げる暫間歯冠補綴装置、Ｍ０１８－２に掲げる３次元プリント有床義歯、Ｍ０２５－２に掲げる広範囲顎骨支持型補綴、Ｎ０１９に掲げる保定装置（７に限る。）又はＮ０２５に掲げるトルキングアーチについては、各区分の算定日に本区分を算定する。