

目次

歯科点数表編

第1章 基本診療料

基本診療料	17	第1節 入院基本料	41
第1部 初・再診料	18	第2節 入院基本料等加算	75
第1節 初診料	19	第3節 特定入院料	112
第2節 再診料	29	第4節 短期滞在手術等基本料	130
第2部 入院料等	33		

第2章 特掲診療料

特掲診療料	135	退院時共同指導料2	194
第1部 医学管理等		肺血栓栓塞症予防管理料	196
歯科疾患管理料	138	医療機器安全管理料	197
周術期等口腔機能管理計画策定料	149	第2部 在宅医療	
周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）	150	歯科訪問診療料	198
周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）	151	訪問歯科衛生指導料	212
周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）	153	歯科疾患在宅療養管理料	214
歯科衛生実地指導料	154	在宅患者歯科治療時医療管理料	217
歯周病患者画像活用指導料	155	在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料	219
歯科特定疾患療養管理料	156	小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料	222
特定薬剤治療管理料	158	救急搬送診療料	223
悪性腫瘍特異物質治療管理料	158	在宅患者訪問薬剤管理指導料	224
がん性疼痛緩和指導管理料	160	退院前在宅療養指導管理料	226
がん患者指導管理料	160	在宅悪性腫瘍等患者指導管理料	226
入院栄養食事指導料	162	在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料	227
外来緩和ケア管理料	165	在宅患者連携指導料	228
外来リハビリテーション診療料	165	在宅患者緊急時等カンファレンス料	229
外来放射線照射診療料	167	第3部 検査	
手術前医学管理料	167	通則	232
手術後医学管理料	169	第1節 検査料	233
歯科治療時医療管理料	171	（歯科一般検査）	233
介護支援等連携指導料	173	第2節 薬剤料	241
開放型病院共同指導料（Ⅰ）	174	第4部 画像診断	
開放型病院共同指導料（Ⅱ）	175	通則	243
がん治療連携計画策定料	175	第1節 診断料	248
がん治療連携指導料	177	第2節 撮影料	251
がん治療連携管理料	177	第3節 基本的エックス線診断料	252
療養・就労両立支援指導料	178	第4節 フィルム及び造影剤料	253
退院前訪問指導料	179	第5部 投薬	
薬剤管理指導料	180	通則	256
薬剤総合評価調整管理料	181	第1節 調剤料	258
診療情報提供料（Ⅰ）	182	第2節 処方料	258
電子的診療情報評価料	185	第3節 薬剤料	261
診療情報提供料（Ⅱ）	186	第4節 特定保険医療材料料	264
診療情報連携共有料	186	第5節 処方箋料	264
薬剤情報提供料	187	第6節 調剤技術基本料	266
退院時薬剤情報管理指導料	188	第6部 注射	
傷病手当金意見書交付料	190	通則	268
新製有床義歯管理料	190	第1節 注射料	271
広範囲顎骨支持型補綴物管理料	192	第1款 注射実施料	271
退院時共同指導料1	193		

第2款 無菌製剤処理料	276	第2節 薬剤料	395
第2節 薬剤料	277	第3節 特定保険医療材料料	395
第3節 特定保険医療材料料	278	第11部 放射線治療	
第7部 リハビリテーション		通 則	396
通 則	279	第1節 放射線治療管理・実施料	396
第1節 リハビリテーション料	283	第2節 特定保険医療材料料	402
第2節 薬剤料	297	第12部 歯冠修復及び欠損補綴	
第8部 処 置		通 則	403
通 則	299	第1節 歯冠修復及び欠損補綴料	409
第1節 処置料	303	(歯冠修復及び欠損補綴診療料)	409
(歯の疾患の処置)	303	(歯冠修復)	422
(外科後処置)	310	(欠損補綴)	433
(歯周組織の処置)	312	(その他の技術)	449
(その他の処置)	318	(修 理)	449
第2節 処置医療機器等加算	338	第2節 削除	
第3節 特定薬剤料	341	第3節 特定保険医療材料料	453
第4節 特定保険医療材料料	342	第13部 歯科矯正	
第9部 手 術		通 則	455
通 則	343	第1節 歯科矯正料	457
第1節 手術料	349	(矯正装置)	467
第2節 輸血料	379	第2節 特定保険医療材料料	472
第3節 手術医療機器等加算	383	第14部 病理診断	
第4節 薬剤料	384	通 則	473
第5節 特定薬剤料	385	口腔病理診断料	474
第6節 特定保険医療材料料	386	口腔病理判断料	476
第10部 麻 酔		別紙様式	478
通 則	387	歯科診療報酬等の疑義解釈資料	497
第1節 麻酔料	388		

□ [参考] 医科点数表

検 査	526	麻 酔 (抄)	550
画像診断	546	病理診断	553

特定保険医療材料に関する告示・通知			
材料価格基準 (歯冠修復及び欠損補綴) (告示)	556	科材料料) の算定について (抄) (通知)	572
材料価格基準 (歯科矯正) (告示)	558	特定保険医療材料の定義について (抄) (通知)	574
特定保険医療材料及びその材料価格 (材料価格基準) (抄) (告示)	560	特定保険医療材料の保険償還価格算定の基準 について (抄) (参考通知)	597
特定保険医療材料の材料価格算定に関する 留意事項について (抄) (通知)	565	特定診療報酬算定医療機器の定義等について (抄) (参考通知)	600
特定保険医療材料及びその材料価格 (材料価格基準) の一部改正に伴う特定保険医療材料料 (使用歯	603	医療機器の保険適用等に関する取扱いについて (抄) (参考通知)	603
入院時食事療養・生活療養に関する告示・通知			
入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活 療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関 する基準 (告示)	604	入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の 提供たる療養の基準等 (告示)	611
入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活 療養費に係る生活療養の実施上の留意事項につ いて (通知)	606	入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の 提供たる療養の基準等に係る届出に関する 手続きの取扱いについて (通知)	612

診療方針に関する法令編

療養担当規則関係

保険医療機関及び保険医療養担当規則 (省令)	617	療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準 (抄) (告示)	628
高齢者の医療の確保に関する法律の規定による		保険医療機関及び保険医療養担当規則の一部改正等	

に伴う実施上の留意事項について (抄) (通知)	638	酸素及び窒素の価格 (告示)	1014
保険医療機関及び保険医療養担当規則の一部改正等 に伴う実施上の留意事項について (通知)	640	複数手術に係る費用の特例 (告示)	1016
保険医療機関及び保険医療養担当規則等の一部改正 に伴う実施上の留意事項について (通知)	642	複数手術に係る費用の特例について (通知)	1027
保険医療機関及び保険医療養担当規則等の一部改正 に伴う実施上の留意事項について (抄) (通知)	643	補綴物維持管理料に係る院内掲示等について (通知)	1028
保険医療機関及び保険医療養担当規則等の一部改正 に伴う実施上の留意事項について (通知)	644		

医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の 算定項目の分かる明細書の交付について (抄) (通知)	646	医療保険と介護保険等の給付調整等	
処方せんに記載された医薬品の後発医薬品への変更 について (通知)	654	厚生労働大臣が定める療養 (告示)	1029
処方せんの「変更不可」欄の取扱い等について (参考事務連絡)	655	要介護被保険者等である患者について療養に要する 費用の額を算定できる場合 (抄) (告示)	1030
療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生 労働大臣が定める揭示事項等 (告示)	656	医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及 び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等に ついて (抄) (通知)	1035
「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚 生労働大臣が定める揭示事項等」及び「保険外併 用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」 の実施上の留意事項について (抄) (通知)	664	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 (抄) (告示)	1042
厚生労働大臣の定める評価療養, 患者申出療養及び 選定療養 (告示)	700	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 (抄) (告示)	1043
保険外併用療養費に係る療養についての費用の額の 算定方法 (告示)	702	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 (訪問通所サービス, 居宅療養管理指導及び 福祉用具貸与に係る部分) 及び指定居宅介護支援 に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴 う実施上の留意事項について (抄) (通知)	1045

特別の療養環境の提供に係る基準に関する届出につ いて (通知)	709	記載要領等	
健康保険法及び高齢者の医療の確保に関する法律に 規定する患者申出療養の実施上の留意事項及び申 出等の取扱いについて (通知)	712	療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に 関する省令 (省令)	1049
健康保険法及び高齢者の医療の確保に関する法律に 規定する患者申出療養の申出等の手続の細則につ いて (抄) (通知)	718	療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に 関する省令第1条第2項及び第3項並びに第7条 第2項の規定に基づき厚生労働大臣の定めるもの (告示)	1053
療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いにつ いて (通知)	724	診療報酬請求書等の記載要領等について (抄) (通知)	1054
保険 (医療) 給付と重複する保険外負担の是正につ いて (参考通知)	726	歯科の診療録及び診療報酬明細書に使用できる略称 について (通知)	1118

基本診療料関係		診療録等の記載方法等について (参考通知)	1128
基本診療料の施設基準等 (抄) (告示)	728	「診療録等の保存を行う場所について」の一部改正 について (通知)	1129
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 (抄) (通知)	773	診療録等の保存を行う場所について (通知)	1129
厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等 の員数の基準並びに入院基本料の算定方法 (告示)	877	民間事業者等が行う書面の保存等における情報通信 の技術の利用に関する法律等の施行等について (参考通知)	1131
厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等 の員数の基準並びに入院基本料の算定方法につい て (通知)	879	診療録に貼付等する書面の電磁的記録による保存に ついて (参考事務連絡)	1135

特掲診療料関係		電子請求関係	
特掲診療料の施設基準等 (抄) (告示)	882	療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に 関する省令の一部を改正する省令の施行等につい て (通知)	1136
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 (抄) (通知)	901	電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して 厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディ スク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣 が定める事項, 方式及び規格について (通知)	1142
在宅医療のみを実施する医療機関に係る保険医療機 関の指定の取扱いについて (通知)	1013	保険医療機関又は保険薬局に係る電子情報処理組織 等を用いた費用の請求等に関する取扱いについ て (通知)	1143

療養の給付等に関する基準 (抄) (告示)	628	保険医療機関又は保険薬局に係る光ディスク等を用 いた費用の請求等に関する取扱いについて (通知)	1143
-----------------------	-----	--	------

療養の給付等に関する基準 (抄) (告示)	628		
-----------------------	-----	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

「レセプトのオンライン請求に係るセキュリティに関するガイドライン」等の改定について（通知） ……1150	電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求により療養の給付等の請求を行う保険医療機関に係る各点数の算定日の記録について（参考事務連絡） ……1159
「診療報酬明細書に添付する資料について」の一部改正について（参考通知） ……1158	医療情報システムにおける標準化の推進について（参考事務連絡） ……1159
電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求により療養の給付等の請求を行う保険医療機関から提出された診療報酬明細書の取扱いについて（参考事務連絡） ……1158	傷病名コードの統一の推進について（参考事務連絡） ……1160

診療に関する基本的な考え方等

歯周病の診断と治療に関する基本的な考え方 ……1162	本的な考え方 ……1214
口腔機能低下症に関する基本的な考え方 ……1188	有床義歯の管理について ……1216
口腔機能発達不全症に関する基本的な考え方 ……1197	ブリッジの考え方2007 ……1221
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 ……1205	リラインの指針 ……1231
精密触覚機能検査の基本的な考え方 ……1207	間接法を用いた軟質裏装材による下顎総義歯の裏装の診療指針 ……1236
高強度コンポジットレジンプリッジの診療に対する基	「エナメル質初期う蝕」に関する基本的な考え方 ……1239
索引 ……1242	

歯科点数表編

歯科診療報酬点数表

第1章 基本診療料

基本診療料

(基本診療料について)

- (1) 1人の患者について療養の給付に要する費用は、第1章基本診療料及び第2章特掲診療料の規定に基づき算定された点数の総計に10円を乗じて得た額とする。 ㊦
- (2) 基本診療料には、簡単な診療行為が包括されており、消炎、鎮痛を目的とする理学療法、口腔軟組織の処置、単純な外科後処置、口角びらの処置は、再診料にも包括されている。 ㊦
- (3) 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」(平成30年厚生労働省告示第44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。 ㊦
- (4) 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。 ㊦

(基本診療料と特掲診療料との関係)

- 基本診療料として一括して支払うことが適当でない特殊な診療行為の費用は、第2章特掲診療料に定められているが、特掲診療料が設定されている診療行為及びそれらに準ずる特殊な診療行為を行った場合は、それぞれ特掲診療料を基本診療料のほかに算定できるのである。従って、一人の患者に対する診療報酬は、基本診療料と特掲診療料を合算した額となる。

(診療報酬明細書の記載)

- 基本診療料として一括して算定される簡単な診療行為を行った場合においては、診療録に必要な記載をすることは当然であるが、診療報酬明細書には、実施した基本診療料に含まれる簡単な診療行為の記載の必要はないものである。

第1部 初・再診料

通 則

- 健康保険法第63条第1項第一号及び高齢者医療確保法第64条第1項第一号の規定による初診及び再診の費用は、第1節又は第2節の各区分の所定点数により算定する。ただし、同時に2以上の傷病について初診を行った場合又は再診を行った場合は、初診料又は再診料は1回として算定する。
- 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にあっては、歯科診療及び歯科診療以外の診療につき、それぞれ別に初診料又は再診料を算定する。
- 入院中の患者（区分番号A400に掲げる短期滞在手術等基本料を算定する患者を含む。）に対する再診の費用（区分番号A002に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算を除く。）は、第2部第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれる。

（通則的事項）

- 「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成30年厚生労働省告示第43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。
 - 鼻処置
 - 口腔、咽頭処置
 - 喉頭処置
 - ネブライザー
 - 熱傷処置
 - 皮膚科軟膏処置
 - 消炎鎮痛等処置
- 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。
- 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。
- 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又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。
- 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。
- 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節 初 診 料

区分

A000 初診料

- 歯科初診料 **237点**
【経過措置→28頁】
- 地域歯科診療支援病院歯科初診料 **282点**

（算定の原則）

- 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

注1 1については、歯科外来診療における院内感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、初診を行った場合に算定する。この場合において、当該届出を行っていない保険医療機関については、**226点**を算定する。

診療料を算定する。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。

（違和の主訴により診療した結果疾病を認めなかった場合）

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

（健康診断の取扱い）

- 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。
- (3)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。

（労災保険、自費等で治療期間中、保険診療を受けた場合）

- 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。

（検査又は画像診断を他に依頼した場合）〈医科〉

- ◇ A保険医療機関には、検査又は画像診断の設備がないため、B保険医療機関（特別の関係（第2部通則7【4】の(3)に規定する「特別の関係」をいう。以下同じ。）にあるものを除く。）に対して、診療状況を示す文書を添えてその実施を依頼した場合には、次のように取り扱うものとする。（区分番号「B009」診療情報提供料（I）の(5)から(7)までを参照。）
 - B保険医療機関が単に検査又は画像診断の設備の提供にとどまる場合
B保険医療機関においては、診療情報提供料、初診料、検査料、画像診断料等は算定できない。なお、この場合、検査料、画像診断料等を算定するA保険医療機関との間で合議の上、費用の精算を行うものとする。
 - B保険医療機関が、検査又は画像診断の判読も含めて依頼を受けた場合
B保険医療機関においては、初診料、検査料、画像診断料等を算定できる。

（2カ所診療所開設の場合の初診料の算定）

- 同一人が2カ所の診療所（本院、分院）を開設している場合（保険医と開設者とは同一人）において、分院で初診した患者を同一疾病について本院で診療した場合、本院では実際に当該患者について医学的に初診といわれる診療行為があったとは考えられないので、本院における初診料は算定できない。（昭35.7.27 保文発6083）
- 分院で診療中の患者から直接本院に歯科訪問診療の請求があった場合の初診料は、本院において算定することは前記により認められない。（昭35.7.27 保文発6083）
- 同一患者に対し、本院、分院にわたって診療を行った場合における診療報酬明細書は、本院分、分院分にそれぞれ区分して2枚作成する。（昭35.7.27 保文発6083）
- 2診療所を開設している保険医が、本院で患者を初診し、同日容態悪化のため分院で歯科訪問診療依頼を受けて歯科訪問診療した場合の初診料は、同一保険医の診察であるから算定できない。（昭38.2.1 保文発41）

（厚生労働大臣が定める施設基準）

- 別に厚生労働大臣が定める施設基準は、巻末の法令編「基本診療料の施設

2 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関において初診を行った場合に算定する。この場合において、1の歯科初診料は算定できない。

3 1傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は併せて1回とし、第1回の初診時に算定する。

基準等」(平成20年3月厚生労働省告示第62号)の第三の「八の三」を参照。

(地域歯科診療支援病院歯科初診料)

- ◇ 病院である保険医療機関において歯科、小児歯科、矯正歯科又は歯科口腔外科を標榜する診療科の初診患者のうち、別の保険医療機関等(特別の関係を除く。)からの文書による紹介により当該診療科に来院した患者の数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。 ㊦

(厚生労働大臣が定める施設基準)

- 別に厚生労働大臣が定める施設基準は、巻末の法令編「基本診療料の施設基準等」(平成20年3月厚生労働省告示第62号)の第三の「九」を参照。

(診療継続中に他の傷病で初診を行った場合等)

- (1) 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。 ㊦
- (2) 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。 ㊦
- (3) 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定した場合は、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。 ㊦
- (4) (2)及び(3)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 歯周疾患等の慢性疾患である場合等であって、明らかに同一の疾病又は負傷に係る診療が継続していると推定される場合 ㊦

■初診料等に関する事務連絡

問 「歯科疾患管理料」を算定し、継続的管理を行っている患者が任意に診療を中止した場合であって、再度来院した場合は、初診料又は再診料のいずれにより算定するのか。

答 歯科疾患管理料を算定し、継続的な管理を行っていた患者が任意に診療を中止した後、2月を経過している場合は、初診料を算定して差し支えない。なお、この場合において、改めて歯科疾患管理料を算定する場合は、管理計画の作成が必要となる。
(平20. 3.28「歯科」問1)

問 歯周病安定期治療中において、前回来院時から2月を経過して来院した場合は、初診料又は再診料のいずれを算定するのか。

答 歯周病安定期治療中は、再診料を算定する。
(平20. 3.28「歯科」問2)

問 「歯科疾患管理料」を算定し、管理計画に基づく治療が終了した日から起算して2月を経過するまでは初診料は算定できないとあるが、治療終了後2月以内に、予想しなかった外傷等により当初の管理計画の対象となっていた疾患とは異なる疾病が生じた場合は、初診料又は再診料のいずれにより算定するのか。

答 当初の疾患管理を行っていた時には予想しなかった外傷等の新たに生じた疾患については、当初の初診より1月以上経過している場合は初診料を算定して差し支えない。なお、この場合においては、診療報酬明細書の摘要欄に当初の初診日及び改めて初診料を算定した理由を記載すること。
(平20. 5. 9「歯科」問3)

問 自覚的症狀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の初診料の取扱いについて、「学校検診等」が削除されたが、学校検診の結果により受診した場合は初診料を算定できるのか。

答 初診料の取扱いは従前のとおり。
(平28. 3.31「歯科」問1)

問 初診料において、「歯周疾患等の慢性疾患である場合等であって、明らかに同一の疾病又は負傷に係る診療が継続していると推定される場合」は初診として扱わないとされたが、歯周疾患等の慢性疾患である場合の初診料の取扱いが変更になったのか。

答 初診料の取扱いは従前のとおり。
(平28. 3.31「歯科」問2)

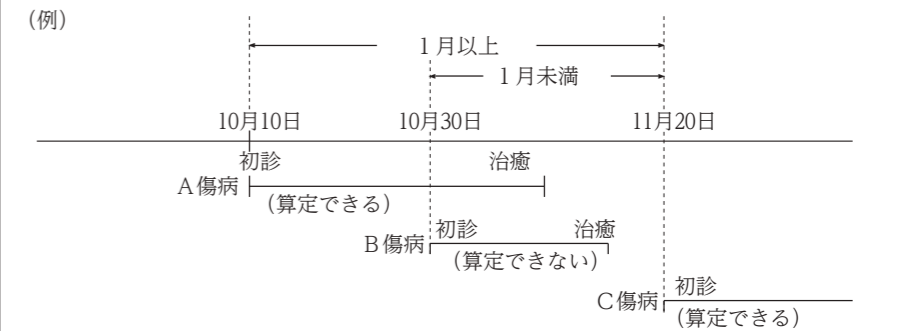
4 同一の患者について1月以内に初診料を算定すべき初診を2回以上行った場合は、初診料は1回とし、第1回の初診時に算定する。

(1月以内の2回以上の初診)

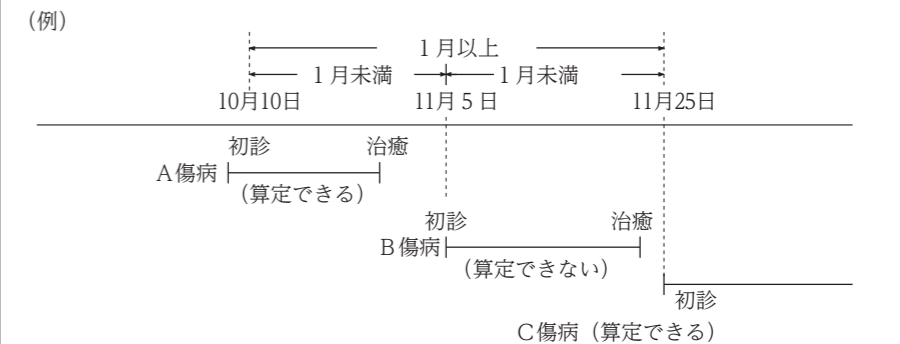
- 同一の患者について初診料を算定できる初診を行った日から起算して1月以内に初診があっても、その初診については、初診料は算定できない趣旨である。したがって、一度、初診料を算定すれば、1月を経過した後でないとも算定できない。

(起算日等)

- 1月の期間の起算日は、初診料を算定する初診を行った日であり、その日から1月を超えた後において初診があれば初診料が算定できるのである。したがって、次のような場合における初診については初診料が算定できる。
(ア) A傷病診療中にB傷病に罹り、その後A傷病及びB傷病のいずれもが治癒し、その後においてC傷病に罹った場合において、C傷病の初診の日がB傷病の初診(「注3」の規定により初診料は算定できない。)の日から起算すれば1月以内であってもA傷病の初診(初診料を算定した初診)の日から起算すれば1月を超えているときのC傷病に係る初診料は算定できる。



- (イ) A傷病が治癒し、A傷病の初診の日から起算して1月以内にB傷病が発生し、B傷病の治癒後C傷病に罹った場合においてC傷病の初診の日が、B傷病の初診(「注4」の規定により初診料は算定できない。)の日から起算すれば、1月以内であっても、A傷病の初診(初診料を算定した初診)の日から起算すれば1月を超えているときのC傷病に係る初診料は算定できる。



(「注3」と「注4」の適用関係)

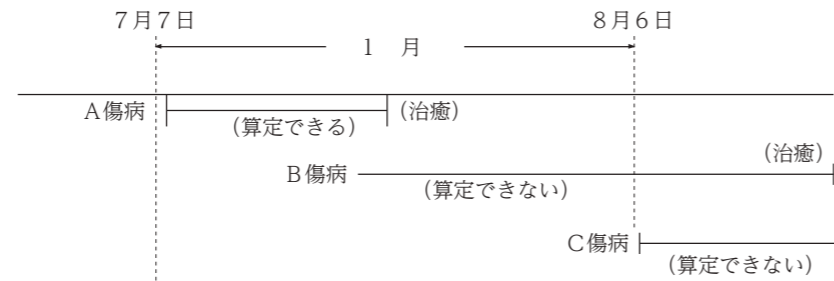
- 「注3」の場合と「注4」の場合とが競合又は抵触する場合における「注3」の規定及び「注4」の規定の適用の先後関係は、「注3」の規定を先に適用するものである。

下記の設例において、B傷病については「注3」の規定及び「注4」の規定が競合するが、「注3」の規定により初診料は算定できないと解するものとし、C傷病については「注3」の規定と「注4」の規定とが抵触するが、「注3」の規定により初診料は算定できないものである。

5 6歳未満の乳幼児に対して保険医療機関が初診を行った場合は、乳幼児加算として、**40点**を所定点数に加算する。ただし、注8に規定する加算を算定する場合は算定できない。

6 著しく歯科診療が困難な者に対して初診を行った場合は、歯科診療特別対応加算として、**175点**（当該患者が歯科治療環境に円滑に適應できるような技法を用いた場合は、初診時歯科診療導入加算として、**250点**）を所定点数に加算する。

7 6歳以上の患者に対して保険医療機関が表示する診療時間以外の時間（深夜（午後10時から午前6時までの間をいう。以下この表において同じ。）及び休日を除く。以下この表において同じ。）、休日（深夜を除く。以下この表において同じ。）又は深夜において初診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、**85点**、**250点**又は**480点**をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、専ら夜間における救急医療の確保のために設けられている保険医療機関において、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間に初診を



（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は算定できない。 ㊦

（乳幼児加算と乳幼児時間外加算等）

- ◇ 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。 ㊦

（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を算定した場合は、当該加算を算定した日の患者の状態を診療録に記載する。
 - 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 重症の喘息患者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 ㊦

（初診時歯科診療導入加算）

- ◇ 「注6」の「歯科治療環境に円滑に適應できるような技法」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應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、初診時歯科診療導入加算を算定した日は、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。 ㊦

（歯科診療特別対応加算と乳幼児加算）

- ◇ 歯科診療特別対応加算を算定した患者が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。 ㊦

- ◇ 「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節区分番号A000に掲げる初診料の例により算定する。 ㊦

（時間外加算）〈医科〉

- (1) 各都道府県における医療機関の診療時間の実態、患者の受診上の便宜等を考慮して一定の時間以外の時間をもって時間外として取り扱うこととし、その標準は、概ね午前8時前と午後6時以降（土曜日の場合は、午前8時前と正午以降）及び休日加算の対象となる休日以外の日を終日休診日とする保険医療機関における当該休診日とする。
ただし、午前中及び午後6時以降を診療時間とする保険医療機関等、当該標準によるのが困難な保険医療機関については、その表示する診療時間以外の時間をもって時間外として取り扱うものとする。 ㊦
- (2) (1)により時間外とされる場合においても、当該保険医療機関が常態として診療応需の態勢をとり、診療時間内と同様の取扱いで診療を行っているときは、時間外の取扱いとはしない。 ㊦

行った場合は、**230点**を所定点数に加算する。

- (3) 保険医療機関は診療時間を分かりやすい場所に表示する。 ㊦
- (4) 時間外加算は、保険医療機関の都合（やむを得ない事情の場合を除く。）により時間外に診療が開始された場合は算定できない。 ㊦
- (5) 時間外加算を算定する場合には、休日加算、深夜加算、時間外加算の特例又は夜間・早朝等加算については、算定しない。 ㊦

（休日加算）〈医科〉

- (1) 休日加算の対象となる休日とは、日曜日及び国民の祝日に関する法律（昭和23年法律第178号）第3条に規定する休日をいう。なお、1月2日及び3日並びに12月29日、30日及び31日は、休日として取り扱う。 ㊦
- (2) 休日加算は次の患者について算定できるものとする。
 - (イ) 客観的に休日における救急医療の確保のために診療を行っていると思われる次に掲げる保険医療機関を受診した患者
 - ① 地域医療支援病院
 - ② 救急病院等を定める省令（昭和39年厚生省令第8号）に基づき認定された救急病院又は救急診療所
 - ③ 「救急医療対策の整備事業について」（昭和52年医発第692号）に規定された保険医療機関又は地方自治体等の実施する救急医療対策事業の一環として位置づけられている保険医療機関
 - (ロ) 当該休日を休診日とする保険医療機関に、又は当該休日を診療日としている保険医療機関の診療時間以外の時間に、急病等やむを得ない理由により受診した患者（上記(イ)以外の理由により常態として又は臨時に当該休日を診療日としている保険医療機関の診療時間内に受診した患者を除く。） ㊦
- (3) 休日加算を算定する場合には、時間外加算、深夜加算、時間外加算の特例又は夜間・早朝等加算については、算定しない。 ㊦

（深夜加算）〈医科〉

- (1) 深夜加算は、初診が深夜に開始された場合に算定する。ただし、保険医療機関の都合（やむを得ない事情の場合を除く。）により深夜に診療が開始された場合は算定できない。なお、深夜とは、いずれの季節においても午後10時から午前6時までの間をいう。 ㊦
- (2) いわゆる夜間開業の保険医療機関において、当該保険医療機関の診療時間又は診療態勢が午後10時から午前6時までの間と重複している場合には、当該重複している時間帯における診療については深夜加算は認められない。 ㊦
- (3) 深夜加算は、次の患者について算定できるものとする。
 - (イ) 客観的に深夜における救急医療の確保のために診療を行っていると思われる次に掲げる保険医療機関を受診した患者
 - ① 地域医療支援病院
 - ② 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所
 - ③ 「救急医療対策の整備事業について」に規定された保険医療機関又は地方自治体等の実施する救急医療対策事業の一環として位置づけられている保険医療機関
 - (ロ) 自己の表示する診療時間が深夜を含んでいない保険医療機関に、又は自己の表示する診療時間が深夜にまで及んでいる保険医療機関の当該表示する診療時間と重複していない深夜に、急病等やむを得ない理由により受診した患者（上記(イ)以外の理由により常態として又は臨時に当該深夜時間帯を診療時間としている保険医療機関に受診した患者を除く。） ㊦
- (4) 深夜加算を算定する場合には、時間外加算、休日加算、時間外加算の特例又は夜間・早朝等加算については、算定しない。 ㊦

（時間外加算の特例）〈医科〉

- (1) 当該特例の適用を受ける保険医療機関（以下「時間外特例医療機関」という。）とは、客観的に専ら夜間における救急医療の確保のために診療を行っていると思われる次に掲げる保険医療機関であって、医療法第30条の4の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている救急医療機関をいう。
 - ① 地域医療支援病院

- ② 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所
- ③ 「救急医療対策の整備事業について」に規定された病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院 ㊦
- (2) 別に厚生労働大臣が定める時間とは、当該地域において一般の保険医療機関が概ね診療応需の態勢を解除した後、翌日に診療応需の態勢を再開するまでの時間（深夜及び休日を除く。）とし、その標準は、概ね午前8時前と午後6時以降（土曜日の場合は、午前8時前と正午以降）から、午後10時から午前6時までの間を除いた時間とする。 ㊦
- (3) 時間外特例医療機関において、休日加算又は深夜加算に該当する場合においては、時間外加算の特例を算定せず、それぞれ休日加算、深夜加算を算定する。また、時間外加算の特例を算定する場合には、時間外加算又は夜間・早朝等加算は算定しない。 ㊦

8 6歳未満の乳幼児に対して保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において初診を行った場合は、乳幼児時間外加算、乳幼児休日加算又は乳幼児深夜加算として、**125点、290点又は620点**をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、注7のただし書に規定する保険医療機関において、同注のただし書に規定する時間に初診を行った場合は、**270点**を所定点数に加算する。

9 1及び2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科外来診療の総合的な歯科医療環境の体制整備に係る取組を行った場合は、それぞれ歯科外来診療環境体制加算1又は歯科外来診療環境体制加算2として、初診時1回に限り**23点**又は**25点**を所定点数に加算する。
〔経過措置→28頁〕

10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科診療を実施している他

（小児科（小児外科を含む。）を標榜する保険医療機関における夜間、休日又は深夜の診療に係る特例）〈医科〉

- (1) 夜間、休日及び深夜における小児診療体制の一層の確保を目的として、小児科を標榜する保険医療機関（小児科以外の診療科を併せて有する保険医療機関を含む。）について、6歳未満の乳幼児に対し、夜間、休日又は深夜を診療時間とする保険医療機関において夜間、休日又は深夜に診療が行われた場合にも、それぞれ時間外加算、休日加算又は深夜加算を算定できることとするものである。なお、診療を行う保険医が、小児科以外を担当する保険医であっても算定できるものであること。 ㊦
- (2) 夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間とは、当該地域において一般の保険医療機関が概ね診療応需の態勢を解除した後、翌日に診療応需の態勢を再開するまでの時間（深夜及び休日を除く。）とし、その標準は、概ね午前8時前と午後6時以降（土曜日の場合は、午前8時前と正午以降）から、午後10時から午前6時までの間を除いた時間とする。 ㊦
- (3) 休日加算の対象となる休日、深夜加算の対象となる深夜の基準は、「注7」に係る休日、深夜の基準の例によるものとする。 ㊦
- (4) 時間外加算、休日加算、深夜加算及び夜間・早朝等加算の併算定に係る取扱いは、「注7」の場合と同様である。 ㊦

（歯科外来診療環境体制加算）

- ◇ 「注9」に規定する歯科外来診療環境体制加算1及び歯科外来診療環境体制加算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環境の整備を図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。 ㊦

（厚生労働大臣が定める施設基準）

- 別に厚生労働大臣が定める施設基準は、巻末の法令編「基本診療料の施設基準等」（平成20年3月厚生労働省告示第62号）の第三の「十」を参照。

■歯科外来診療環境体制加算に関する事務連絡

問 別に厚生労働大臣が定める歯科外来診療環境体制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、外来診療部門において初診行為を行い、必要があって、当該初診日と同日に入院した場合、歯科外来診療環境体制加算は算定できるのか。

答 別に厚生労働大臣が定める歯科外来診療環境体制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、外来において初診行為を行い、必要があって即日入院した場合においては、歯科外来診療環境体制加算は算定できる。（平22. 3.29「歯科」問2）

（歯科診療特別対応連携加算）

- ◇ 「注10」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

の保険医療機関（診療所に限る。）において注6又は区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する加算を算定した患者に対して、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受けた上で、外来において初診を行った場合は、歯科診療特別対応連携加算として、月1回に限り**100点**を所定点数に加算する。

11 歯科診療を実施している保険医療機関（診療所（注10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局長等に届け出た保険医療機関を除く。）に限る。）において、他の保険医療機関（注10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局長等に届け出た保険医療機関に限る。）において注6又は区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する加算を算定した患者に対して、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受けた上で、外来において初診を行った場合は、歯科診療特別対応地域支援加算として、月1回に限り**100点**を所定点数に加算する。

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は除く。）で「注6」又は区分番号A002に掲げる再診料の「注4」に規定する加算（以下「基本診療料に係る歯科診療特別対応加算」という。）を算定した患者について、当該保険医療機関から診療情報提供料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、基本診療料に係る歯科診療特別対応加算を算定した場合に算定する。 ㊦

（厚生労働大臣が定める施設基準）

- 別に厚生労働大臣が定める施設基準は、巻末の法令編「基本診療料の施設基準等」（平成20年3月厚生労働省告示第62号）の第三の「十一」を参照。

■歯科診療特別対応連携加算に関する事務連絡

問 歯科診療特別対応連携加算は、初診料を算定した日ではなく、初診月内の再診時に算定することは可能か。

答 歯科診療特別対応連携加算は、初診料を算定した日に限り算定できるものであり、再診日には算定できない。（平22. 3.29「歯科」問1）

問 歯科医療を担当する病院の外来診療部門において初診を行い、入院医療の必要性を認め、初診日と同日に入院した場合において、歯科診療特別対応連携加算と地域歯科診療支援病院入院加算を併せて算定することは可能か。

答 別に厚生労働大臣が定める歯科診療特別対応連携加算及び地域歯科診療支援病院入院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、外来において初診行為を行い、必要があって即日入院した場合、算定要件を満たす患者であれば、歯科診療特別対応連携加算と地域歯科診療支援病院入院加算を併せて算定することができる。（平22. 3.29「歯科」問3）

問 平成22年度歯科診療報酬改定において新たに新設された歯科診療特別対応連携加算は、当該加算の趣旨からも、当該加算の施設基準を満たすものとして届出た保険医療機関の施設内において外来診療を行った場合が対象となると考えてよいか。

答 そのとおり。（平22. 4.30「歯科」問1）

問 紹介元である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く診療情報提供があれば、紹介元において診療情報提供料を算定していなくても当該加算を算定して差し支えないか。

答 差し支えない。なお、歯科診療特別対応地域支援加算及び地域歯科診療支援病院入院加算についても同様の取扱いとして差し支えない。（平24. 3.30「歯科」問2）

（歯科診療特別対応地域支援加算）

- ◇ 「注11」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は除く。）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基本診療料に係る歯科診療特別対応加算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、基本診療料に係る歯科診療特別対応加算を算定した場合に算定する。 ㊦

〔編注「第3章経過措置の1」；平成30年9月30日までの間における区分番号A000の1については、「237点」とあるのは「234点」、同注9については、「23点又は25点」とあるのは「25点」、区分番号A002の1については、「48点」とあるのは「45点」、同注8については、「3点又は5点」とあるのは「5点」とする。〕

A001 削除

【編注「第3章経過措置の2」：旧算定方法別表第二区分番号A000の注1及び区分番号A002の注1に係る規定については、平成30年9月30日までの間は、なお従前の例による。】

第2節 再診料

区分

A002 再診料

- | | |
|-------------------|-----|
| 1 歯科再診料 | 48点 |
| 【経過措置→32頁】 | |
| 2 地域歯科診療支援病院歯科再診料 | 72点 |

注1 1については、区分番号A000に掲げる初診料の注1に規定する歯科外来診療における院内感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、再診を行った場合に算定する。この場合において、当該届出を行っていない保険医療機関については、41点を算定する。

2 2については、区分番号A000に掲げる初診料の注2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局長等に届け出た病院である保険医療機関において、再診を行った場合に算定する。この場合において、1の歯科再診料は算定できない。

3 6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、乳幼児加算として、10点を所定点数に加算する。ただし、注6に規定する加算を算定する場合を除く。

4 著しく歯科診療が困難な者に対して再診を行った場合は、歯科診療特別対応加算として、175点を所定点数に加算する。

5 6歳以上の患者に対して保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において再診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、65点、190点又は420点をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関において、同注

(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) 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。 ㊦
- (3) 歯冠修復又は欠損補綴において、一連の行為のために同日に2以上の再診を行った場合の再診料は、1回の算定とする。 ㊦
- (4) その他初診料と共通の項目は、区分番号A000に掲げる初診料と同様であり、医科と共通の項目は、医科点数表の第1章第1部第2節区分番号A001に掲げる再診料の例により算定する。 ㊦

(療養補償給付との関係) (医科)

- ◇ 健康保険法（大正11年法律第70号）における療養の給付又は高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）における療養の給付と労働者災害補償保険法（昭和22年法律第50号）における療養補償給付を同時に受けている場合の再診料（外来診療料を含む。）は、主たる疾病の再診料（外来診療料を含む。）として算定する。なお、入院料及び住診料【編注：歯科訪問診療料】は、当該入院あるいは住診を必要とした疾病に係るものとして算定する。 ㊦

■再診料に関する事務連絡

- A000（■初診料等に関する事務連絡）を参照。

(歯科診療特別対応加算)

- ◇ 「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を算定した場合は、当該加算を算定した日の患者の状態を診療録に記載する。
- 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 重症の喘息患者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 ㊦

(再診料における時間外加算等) (医科)

- ◇ 再診料における時間外加算、休日加算、深夜加算、時間外特例加算及び夜間・早朝等加算の取扱いは、初診料の場合と同様である。 ㊦

のただし書に規定する時間に再診を行った場合は、**180点**を所定点数に加算する。

- 6 6歳未満の乳幼児に対して保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜に再診を行った場合は、乳幼児時間外加算、乳幼児休日加算又は乳幼児深夜加算として、**75点、200点又は530点**をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関において、同注のただし書に規定する時間に再診を行った場合は、**190点**を所定点数に加算する。

- 7 患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合は、再診料を算定する。

（電話等による再診）

- (1) 当該保険医療機関で初診を受けた患者について、再診以後、当該患者又はその看護に当たっている者から直接又は間接（電話、テレビ画像等によるものを含む。ただし、ファクシミリ又は電子メール等によるものは含まない。）に、治療上の意見を求められ必要な指示をした場合は、再診料を算定する。 ㊦
- (2) 電話、テレビ画像等による再診（聴覚障害者以外の患者に係る再診は、ファクシミリ又は電子メール等によるものは含まない。）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、テレビ画像等による指示等が、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貼付する。 ㊦
- (3) 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。 ㊦
- (4) 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。 ㊦

（再診時歯科外来診療環境体制加算）

- ◇ 「注8」に規定する再診時歯科外来診療環境体制加算1及び再診時歯科外来診療環境体制加算2は、再診時の歯科外来診療の環境の整備を図る取組を評価したものであり、区分番号A000の「注9」に規定する別に厚生労働大臣が定める歯科外来診療環境体制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、外来診療に係る再診を行った場合に加算する。 ㊦

■再診時歯科外来診療環境体制加算に関する事務連絡

- 問 歯科外来診療環境体制加算の施設基準適合の届出をした保険医療機関において、1日2度来院した場合であっても、同日2回目の再診時に再診時歯科外来診療環境体制加算を算定しても差し支えないか。 (平24. 3.30「歯科」問3)
- 答 差し支えない。
- 問 再診時歯科外来診療環境体制加算の算定に当たって新たな届出は必要か。
- 答 歯科外来診療環境体制加算の届出が行われていれば新たな届出は必要ない。 (平24. 3.30「歯科」問4)

（厚生労働大臣が定める施設基準）

- 9 個別の費用の計算の基礎となった

項目ごとに記載した明細書の発行等につき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（診療所に限る。）を受診した患者については、明細書発行体制等加算として、**1点**を所定点数に加算する。

- 別に厚生労働大臣が定める施設基準は、巻末の法令編「基本診療料の施設基準等」（平成20年3月厚生労働省告示第62号）の第三の「六」を参照。

■明細書発行体制等加算に関する事務連絡

- 問 明細書が不要である旨申し出た患者に対しても明細書発行体制等加算を算定してよいのか。
- 答 算定可。 (平22. 3.29「医科」問8)
- 問 明細書としてレセプトを交付している場合でも要件に該当するのか。
- 答 個別の点数がわかるように必要な情報を付したうえで交付していれば、レセプトでも差し支えない。 (平22. 3.29「医科」問9)
- 問 明細書発行体制等加算の要件には、レセプト電子請求を行っていることとあるが、電子請求の届出を審査支払機関に既に提出しており、確認試験中である場合には、当該要件を満たすことになるのか。
- 答 電子請求を行っていることが要件であるため、電子請求が可能となる月から算定可能である。
具体的には、例えば5月10日の請求から電子請求が可能となる場合には、その他の要件を満たしていれば、5月1日の診療分から明細書発行体制等加算が算定可能となる。なお、この場合、明細書発行体制等加算の地方厚生（支）局長への届出は5月1日までにを行う必要がある。 (平22. 3.29「医科」問11)
- 問 医科歯科併設の診療所において、医科についてのみ電子請求を行い、明細書を発行している場合は、医科についてのみ明細書発行体制等加算の届出を行うことはできるのか。
- 答 届出できる。なお、医科歯科併設の診療所が届出を行う際は、医科、歯科のどちらについての届出であるかを記載すること。また、地方厚生（支）局長が医科歯科併設の診療所の明細書発行体制等加算の算定可否を審査支払機関に対し通知する際は、医科及び歯科を分けて行うこと。 (平22. 4.13「医科」問1)
- 問 明細書発行体制等加算を算定している保険医療機関において、何らかの理由により、「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令」（昭和51年厚生省令第36号）附則第4条第5項の規定に基づきレセプトを書面により請求することとなった場合、当該加算の算定に係る取扱いはどのようにするのか。
- 答 同項の規定に基づき書面による請求を行っている限り、当該加算の施設基準のひとつである「電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求を行っていること。」に適合しているものとみなす。ただし、同項第4号（廃止又は休止に関する計画を定めている保険医療機関又は保険薬局）に該当するために書面による請求を行う場合には、当該基準に適合しているものとはみなさないものとする。 (平22. 6.11「医科」問1)
- 問 自己負担のない患者に明細書を発行しない場合、区分番号「A001【A002】再診料の「注11【注9】」明細書発行体制等加算（1点）は算定可能なのか。
- 答 自己負担のない患者に明細書を発行しなくて良い正当な理由に該当しない限り、算定できない。 (平28. 3.31「医科」問208)

【編注「第3章経過措置の1」；平成30年9月30日までの間における区分番号A000の1については、「237点」とあるのは「234点」、同注9については、「23点又は25点」とあるのは「25点」、区分番号A002の1については、「48点」とあるのは「45点」、同注8については、「3点又は5点」とあるのは「5点」とする。】

【編注「第3章経過措置の2」；旧算定方法別表第二区分番号A000の注1及び区分番号A002の注1に係る規定については、平成30年9月30日までの間は、なお従前の例による。】

第12部 歯冠修復及び欠損補綴

第12部 歯冠修復及び欠損補綴

通 則

1 歯冠修復及び欠損補綴の費用は、特に規定する場合を除き、第1節の各区分の所定点数、第2節に掲げる医療機器等及び第3節に掲げる特定保険医療材料（別に厚生労働大臣が定める保険医療材料をいう。以下この部において同じ。）の所定点数を合算した点数により算定する。

2 歯冠修復の費用は、歯冠修復に付随して行った仮封、裏装及び隔壁の費用を含む。

3 第12部に掲げられていない歯冠修復及び欠損補綴であって特殊な歯冠修復及び欠損補綴の費用は、第12部に掲げられている歯冠修復及び欠損補綴のうちで最も近似する歯冠修復及び欠損補綴の各区分の所定点数により算定する。

4 6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な者に対して、第12部に掲げる歯冠修復及び欠損補綴を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、次に掲げる点数を、それぞれ当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に加算する。ただし、通則第6号又は第7号に掲げる加算を算定する場合は、この限りでない。

イ 区分番号M003（2の口及びハに限る。）に掲げる印象採得、区分番号M006（2の口に限る。）に掲げる咬合採得又は区分番号M030に掲げる有床義歯内面適合法を行った場合

所定点数の100分の70に相当する点数

ロ 歯冠修復及び欠損補綴（区分番号M000からM000-3まで、M003（2の口及びハに限る。）、区分番号M006（2

（算定の原則）

- (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う蝕処置は、歯冠修復の所定点数に含まれ別に算定できない。 ㊦
- (5) 有床義歯等において人工歯を使用した場合の当該人工歯は、人工歯を必要とする部位が両側にわたる場合は1組として、片側の場合は2分の1組として、それぞれ人工歯材料料として算定する。 ㊦

（人工歯の算定法）

- 前歯用レジン歯を使用して歯冠継続歯を行った場合を例にとりて人工歯料の算定方法を説明すると、1」のみに行った場合も、321」に行った場合も、人工歯を必要とする部位が片側（右側）だけであるので、前歯部の人工歯の2分の1組を人工歯料として算定する。しかし、1」1」に行った場合、或いは321」123」に行った場合は人工歯を必要とする部位は、左右両側であるので、前歯部の人工歯の1組を人工歯料として算定する。
- 人工歯は、材料価格基準に記載されている単位をもって1組として取り扱う。すなわち、前歯部の3 2 1 1 2 3の6歯分を、臼歯部は7 6 5 4 4 5 6 7の8歯分を1組としている。

（準用の根拠）

- (6) 「通則3」は、この部に規定していない歯冠修復及び欠損補綴について、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。 ㊦

（乳幼児加算等）

- (7) 「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、区分番号M003に掲げる印象採得の「2 欠損補綴の口」、2 欠損補綴のハ」、区分番号M006に掲げる咬合採得の「2 欠損補綴の口」又は区分番号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（区分番号M000からM000-3まで、M003の「2 欠損補綴の口」、2 欠損補綴のハ」、M006に掲げる咬合採得の「2 欠損補綴の口」、M010, M011, M015, M015-2, M017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。 ㊦
- (8) 「通則4」又は「通則7」の著しく歯科診療が困難な者に対する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。この場合において、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) 6歳未満の乳幼児が著しく歯科診療が困難な者である場合（100分の70加算又は100分の50加算）は、乳幼児加算のみを算定する。 ㊦

の口に限る。）、M010, M011, M015, M015-2, M017からM026まで及びM030を除く。）を行った場合

所定点数の100分の50に相当する点数

5 歯冠修復及び欠損補綴料には、製作技工に要する費用及び製作管理に要する費用が含まれ、その割合は、製作技工に要する費用がおおむね100分の70、製作管理に要する費用がおおむね100分の30である。

6 区分番号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6に規定する加算を算定しないものに対して、歯科訪問診療時に第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、それぞれ当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に加算する。

イ 区分番号M003（2の口及びハに限る。）に掲げる印象採得、区分番号M006（2の口に限る。）に掲げる咬合採得又は区分番号M030に掲げる有床義歯内面適合法を行った場合

所定点数の100分の70に相当する点数

ロ 区分番号M029に掲げる有床義歯修理を行った場合

所定点数の100分の50に相当する点数

7 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料及び同注6に規定する加算を算定する患者に対して、歯科訪問診療時に第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、それぞれ当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に加算する。

イ 区分番号M003（2の口及びハに限る。）に掲げる印象採得、区分番号M006（2の口に限る。）に掲げる咬合採得又は区分番号M030に掲げる有床義歯内面適合法を行った場合

所定点数の100分の70に相当する点数

ロ 歯冠修復及び欠損補綴（区分番号M000からM000-3まで、M003（2の口及びハに限る。）、M006（2の口に限る。）、M010, M011, M015, M015-2, M017からM026まで及びM030を除く。）を行った場合

所定点数の100分の50に相当する点数

8 区分番号M000-2に掲げるクラウン・

(10) 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、区分番号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6に規定する加算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 区分番号M003（2の口及びハに限る。）に掲げる印象採得、区分番号M006（2の口に限る。）に掲げる咬合採得又は区分番号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 区分番号I005（3に限る。）に掲げる抜髄、区分番号I006（3に限る。）に掲げる感染根管処置、区分番号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。）又は区分番号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 区分番号I005（1及び2に限る。）に掲げる抜髄、区分番号I006（1及び2に限る。）に掲げる感染根管処置、区分番号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

㊦

【編注：通則7については、（乳幼児加算等）(8)参照】

(11) 「通則8」でいう検査とは、区分番号D009に掲げる顎運動関連検査及びD

歯科診療報酬等の疑義解釈資料

[平成18年3月28日・平成20年3月28日・平成20年5月9日・平成22年3月29日・平成22年4月30日・平成22年6月11日・平成22年12月6日・平成24年3月30日・平成24年4月27日・平成26年6月2日・平成26年7月10日・平成28年3月31日・平成28年4月25日・平成28年6月14日・平成28年6月30日・平成28年9月1日・平成28年11月17日・平成29年3月31日・平成30年3月30日・平成30年4月25日・平成30年5月25日厚生労働省保険局医療課「事務連絡」より抜す。改定等に伴う変更に対応し、下線を付した上で一部読み替えを行った]

その他の点数表関連

検査・画像情報提供加算（診療情報提供料（I））

(問) 保険医療機関が、他の保険医療機関に対し診療情報提供書及び検査結果等を別々の日に提供した場合は算定可能か。（平28.3.31「医科」問100）

(答) 診療情報提供書及び検査結果等は、原則同日に提供する必要がある。

検査結果等を提供する側の保険医療機関が、電子的に医療情報を共有するネットワークを通じ電子的に常時閲覧可能なよう提供する場合は、他の保険医療機関が閲覧できるよう速やかに提供する必要がある。

なお、当該保険医療機関が、当該検査結果等に関する情報を電子的な診療情報提供書に添付する場合には、必然的に診療情報提供書及び検査結果等を同日に提供することとなる。

(問) 検査結果等をCD-ROMで提供した場合は算定可能か。（平28.3.31「医科」問101）

(答) 算定不可。

(問) 以下の場合は、電子的に送受される診療情報提供書に添付した場合に該当するか。

① 電子的に提供する診療情報提供書に、検査結果等の診療記録のうち主要なものを電子的方法により埋め込み（貼り付け）を行い、電子署名を付与し、安全な通信環境を確保した上で送付した場合。

② 電子的に提供する診療情報提供書に、検査結果等の診療記録のうち主要なもののファイルを添付し、電子署名を付与し、安全な通信環境を確保した上で送付した場合。（平28.3.31「医科」問102）

(答) いずれも該当する。

(問) 以下の場合は、医療機関間で電子的に医療情報を共有するネットワークを通じ他の保険医療機関に常時閲覧可能なよう提供した場合に該当するか。

電子的に提供する診療情報提供書に電子署名を付与し、安全な通信環境を確保して送付した上で、検査結果等の診療記録のうち主要なもののデータについては、当該保険医療機関が参加している医療機関間で電子的に医療情報を共有するネットワークの有するシステムへアップロードし、当該診療情報提供書及び検査結果等の提供を受ける別の保険医療機関が常時閲覧できるようにした場合。（平28.3.31「医科」問103）

(答) 該当する。

(問) 署名又は記名・押印を要する文書については、電子的な署名を含む。その場合、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の公開鍵基盤

（HPKI：Healthcare Public Key Infrastructure）による電子署名を施すこととされたが、当該基準を満たす電子署名を施すことが出来るものとして、どのようなものが該当するのか。（平28.3.31「医科」問104）

(答) 平成28年3月時点において、一般社団法人医療情報システム開発センター（MEDIS）HPKI電子認証局の発行するHPKI署名用電子証明書及び日本医師会の発行する医師資格証が該当する。

電子的診療情報評価料

(問) 別の保険医療機関より、検査結果等をCD-ROMで提供された保険医療機関が、当該検査結果等を当該医療機関の診療情報を閲覧するシステムに取り込み、当該検査結果等を診療に活用した場合も算定可能か。（平28.3.31「医科」問105）

(答) 算定不可。

(問) 保険医療機関が、同一月に同一患者について、同一の紹介先保険医療機関に診療情報提供書を複数回提供した場合には、月1回に限り診療情報提供料（I）の算定が可能だが、例えば月2回目以降の情報提供など、当該保険医療機関において診療情報提供料（I）が算定できない場合であっても、診療情報提供書の提供を受ける際に検査結果等の診療情報のうち主要なものを電子的方法により提供された紹介先保険医療機関において、当該検査結果等を診療に活用した場合には、その都度、電子的診療情報評価料を算定できるか。（平28.3.31「医科」問106）

(答) 算定不可。検査結果等の電子的な方法による閲覧等の回数にかかわらず、区分番号「B009」に掲げる診療情報提供料（I）を算定する他の保険医療機関からの1回の診療情報提供に対し、1回限り算定する。

施設基準等

不正を行って新たな届出が6か月できない医療機関等の届出

(問) 「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」第2の5に該当する医療機関（不正を行って新たな届出が6か月できない医療機関等）については、第4の表1及び表2に係る届出を受理して良いか。（平20.3.28「医科」問149）

(答) 良い。

届出受理後の措置

(問) 施設基準の変更の届出について、「届出受理後の措置」において変更の届出が必要なものが列記されているが、以下については、変更の届出が必要か。

- ・一般病棟入院基本料の「注11」及び特定一般入院料の「注9」における90日を超える入院患者の算定
- ・リンパ浮腫複合的治療料

- ・処置・手術の時間外加算1
- ・無菌製剤処理加算（平30.3.30「医科」問216）

(答) 必要である。

区分変更の場合の届出時期、変更後の報酬算定期

(問) 基本診療料及び特掲診療料において、従来の届出と異なる区分への変更の届出を行う場合には、いつまでに届出を行い、いつから新たな報酬を算定するのか。特に、従来より低い区分への変更の届出（10対1入院基本料から13対1入院基本料への変更等）の場合には、どのように取り扱うのか。（平20.5.9「医科」問58）

(答) 基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（平成30年3月5日保医発0305第2号）第3の2及び特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（平成30年3月5日保医発0305第3号）第3の1に規定するとおりであり、従来の届出区分より上の区分への変更であるか下の区分の変更であるかを問わず、以下のとおり取り扱うこととしたものである。

- ・月単位で算出する数値を用いた要件に関する施設基準の場合は、その変更を生じた月の翌月に変更の届出を行い、当該届出を行った月の翌日より新たな報酬を算定する。ただし、月の初日に変更の届出を行った場合には、当該月より新たな報酬を算定する。
- ・面積要件や常勤職員の配置要件等、月単位で算出する数値を用いた要件を含まない施設基準の場合は、その変更を生じた日の属する月に速やかに変更の届出を行い、当該届出を行った月の翌日より新たな報酬を算定する。ただし、月の初日に変更の届出を行った場合には、当該月より新たな報酬を算定する。

常勤

(問) 病院勤務医の常勤要件について、週3日以上、週24時間以上勤務している医師を常勤換算できることとなったが、週4日、1日6時間勤務（短時間勤務）の勤務医もその対象となるか。（平30.3.30「医科」問206）

(答) 対象となる。

(問) 外来における常勤医師の要件について、「常勤」の定義は何か。（平30.3.30「医科」問207）

(答) 原則として、各医療機関で作成する就業規則において定められた医師の勤務時間の全てを勤務する医師を指す。なお、常時10人以上の従業員を使用する医療機関の使用者は、労働基準法第89条の規定により、就業規則を作成しなければならないこと。

(問) 週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週24時間以上の勤務を行っている非常勤職員を常勤換算する場合については、換算する分母は当該保険医療機関の常勤職員の所定労働時間としてよいか。（平30.3.30「医科」問208）

(答) そのとおり。

初診料の注1

(問) 平成31年3月31日以前に様式2の6のみ届出を行い、後日研修を受講し、平成31年3月31日までに様式2の8の届出を行った場合について、再度の届出は様式2の8の届出を行った日の属する月の翌月から起算して4年が

経過するまでに行えばよいか。（平30.3.30「歯科」問2）

(答) そのとおり。

なお、様式2の8の届出を行った後、4年が経過する前に再度研修を受講した場合においては、研修を受講した時点で再度の届出を行っても差し支えない。その場合は、研修受講後の再届出を行った日の属する月の翌月から起算して4年経過するまでに次の届出を行うこと。

(問) 初診料の注1に規定する施設基準について、通知において、「口腔内で使用する歯科医療機器等について、患者ごとの交換や、専用の機器を用いた洗浄・滅菌処理を徹底する等十分な院内感染予防対策を講じていること」とあり、様式2の6において「滅菌器」の製品名等の記載が必要であるが、具体的にどのようなものが該当するのか。（平30.3.30「歯科」問3）

(答) 「滅菌器」に該当する装置（医療機器）の一般的名称が、

- ・包装品用高圧蒸気滅菌器
- ・未包装品用高圧蒸気滅菌器
- ・小型包装品用高圧蒸気滅菌器
- ・小型未包装品用高圧蒸気滅菌器

等であり、添付文書（または取扱説明書）の使用目的に器具機材の滅菌が可能なが記載されている装置が該当する。なお、アルコール等を使用した高圧蒸気による滅菌を行う医療機器についても該当する。

なお、器具除染用洗浄器など、使用目的が手術器具等の消毒である装置は該当しない。

(問) 初診料の注1に規定する施設基準において、「1年内に保険医療機関の新規指定を受けた保険医療機関が届出を行う場合については、届出を行った日の属する月の翌月から起算して6月以上経過した後、1年を経過するまでに様式2の6による再度の届出を行うこと」とされているが、新医療機関等として旧医療機関等の患者を引き続き診療すること等、診療実態が変わらないため週及指定を受ける場合においては、旧医療機関の実績に基づき、様式2の6の「2 当該保険医療機関の平均患者数の実績」を記載してよいか。また、その場合に再度の届出が必要か。（平30.4.25「歯科」問1）

(答) 記載してよい。その場合においては、再度の届出は不要である。

(問) 主として歯科訪問診療を実施する診療所（直近1か月に歯科訪問診療及び外来で歯科診療を行った患者のうち、歯科訪問診療を行った患者数の割合が9割5分以上の診療所）が、歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準の届出を行う場合において、様式2の6及び様式2の7の「当該保険医療機関の保有する歯科用ハンドピース（歯科診療室用機器に限る）」及び「歯科用ユニット数」はどのように記載すればよいか。（平30.5.25「歯科」問1）

(答) 歯科用ハンドピースについては、歯科診療室で使用するものと歯科訪問診療の際に使用するものを合算した保有数を記載すること。

なお、主として歯科訪問診療を実施する診療所以外の歯科医療機関においても、歯科訪問診療の際に使用する歯科用ハンドピースの保有数を合算した保有数を記載し

（平30.5.25「歯科」問1）

(答) 歯科用ハンドピースについては、歯科診療室で使用するものと歯科訪問診療の際に使用するものを合算した保有数を記載すること。

なお、主として歯科訪問診療を実施する診療所以外の歯科医療機関においても、歯科訪問診療の際に使用する歯科用ハンドピースの保有数を合算した保有数を記載し

材料価格基準（歯冠修復及び欠損補綴）

（平20.3.5 厚生労働省告示第61号）
（最終改正；平30.3.5 厚生労働省告示第47号）

品名	単位	材料価格
001 削除		
002 歯科鑄造用14カラット金合金 イ ンレー用（J I S適合品）	1 g	4,102 ^円
003 歯科鑄造用14カラット金合金 鉤 用（J I S適合品）	1 g	4,169
004 歯科用14カラット金合金鉤用線 （金58.33%以上）	1 g	4,556
005 歯科用14カラット合金用金ろう （J I S適合品）	1 g	4,180
006 歯科鑄造用金銀パラジウム合金 （金12%以上 J I S適合品）	1 g	1,458
007 削除		
008 削除		
009 削除		
010 歯科用金銀パラジウム合金ろう （金15%以上 J I S適合品）	1 g	2,227
011 歯科鑄造用銀合金 第1種（銀 60%以上インジウム5%未満 J I S適合品）	1 g	125
012 歯科鑄造用銀合金 第2種（銀 60%以上インジウム5%以上 J I S適合品）	1 g	141
013 歯科用銀ろう（J I S適合品）	1 g	242
014 削除		
015 削除		
016 歯科鑄造用ニッケルクロム合金 冠用	1 g	20
017 歯科鑄造用ニッケルクロム合金 鉤・バー用	1 g	25
018 削除		
019 歯科用ニッケルクロム合金線 鉤 用（J I S適合品）	1 cm	22
020 歯科鑄造用コバルトクロム合金 鉤・バー用	1 g	25
021 歯科用コバルトクロム合金線 鉤 用（J I S適合品）	1 cm	13
022 歯科用コバルトクロム合金線 バー用（J I S適合品）	1 cm	64

品名	単位	材料価格
023 歯科用ステンレス鋼線 鉤用（J I S適合品）	1 cm	9
024 歯科用ステンレス鋼線 バー用 （J I S適合品）	1 cm	8
025 削除		
026 削除		
027 陶歯 前歯用（真空焼成歯）	6本1組	1,840
028 陶歯 臼歯用（真空焼成歯）	8本1組	993
029 削除		
030 削除		
031 レジン歯 前歯用（J I S適合品）	6本1組	257
032 レジン歯 臼歯用（J I S適合品）	8本1組	270 ^円
033 スルフォン樹脂レジン歯 前歯用	6本1組	609
034 スルフォン樹脂レジン歯 臼歯用	8本1組	850
035 硬質レジン歯 前歯用	6本1組	609
036 硬質レジン歯 臼歯用	8本1組	795
037 歯冠用加熱重合レジン（粉末 J I S適合品）	1 g	18
038 歯冠用加熱重合レジン（液 J I S適合品）	1 mL	4
039 歯冠用加熱重合硬質レジン	1 g	26
040 歯冠用光重合硬質レジン	1 g	640
041 義歯床用アクリリック樹脂（粉末 J I S適合品）	1 g	5
042 義歯床用アクリリック樹脂（液 J I S適合品）	1 mL	4
043 義歯床用アクリリック即時硬化樹 脂（粉末）	1 g	28
044 義歯床用アクリリック即時硬化樹 脂（液）	1 mL	19
045 義歯床用熱可塑性樹脂	1 g	18
046 歯科用合着・接着材料 I (1) レジン系 ① 標準型 ② 自動練和型 (2) グラスアイオノマー系 ① 標準型 ② 自動練和型	1 g 1 g 1 g 1 g	453 453 306 306

品名	単位	材料価格
047 歯科用合着・接着材料Ⅱ	1 g	101
048 歯科用合着・接着材料Ⅲ	1 g	23
049 歯科充填用材料 I (1) 複合レジン系 (2) グラスアイオノマー系 ① 標準型 ② 自動練和型	1 g 1 g 1 g	724 644 644
050 歯科充填用材料 II (1) 複合レジン系 (2) グラスアイオノマー系 ① 標準型 ② 自動練和型	1 g 1 g 1 g	277 242 242
051 歯科充填用材料 III	1 g	16
052 複合レジン 築造用（硬化後フィ ラー60%以上）	1 g	275
053 金属小釘 ロック型	1本	65
054 金属小釘 スクリュー型	1本	49
055 金属小釘 スクリュー型（金メッ キ）	1本	109
056 乳歯金属冠	1本	297
057 スクリューポスト 支台築造用	1本	62

品名	単位	材料価格
058 CAD/CAM冠用材料 (1) CAD/CAM冠用材料 (I) (2) CAD/CAM冠用材料 (II)	1個 1個	2,850 5,230
059 ファイバーポスト 支台築造用	1本	892
060 義歯床用軟質裏装材 (1) シリコン系 (2) アクリル系 ① 粉末 ② 液	1 mL 1 g 1 mL	375 ^円 48 30
061 スクリュー	1本	2,750
062 アバットメント (1) アバットメント（I） (2) アバットメント（II） (3) アバットメント（III） (4) アバットメント（IV）	1個 1個 1個 1個	13,800 13,700 26,900 18,600
063 アタッチメント (1) アタッチメント（I） (2) アタッチメント（II） (3) アタッチメント（III）	1個 1個 1個	8,460 13,500 3,340
064 シリンダー	1本	8,110
065 歯冠用高強度硬質レジン	1 g	1,930
066 歯冠用グラスファイバー (1) 棒状 (2) シート状	1 cm 1 cm ²	1,320 909

材料価格基準（歯科矯正）

（平20.3.5 厚生労働省告示第61号）
（最終改正；平30.3.5 厚生労働省告示第47号）

品名	単位	材料価格
001 歯科矯正用帯環 切歯用	1個	158 ^円
002 歯科矯正用帯環 犬歯用及び臼歯 用	1個	177
003 帯環用ブラケット	1個	184
004 ダイレクトボンド用ブラケット	1個	294
005 チューブ	1個	434
006 S Tロック	1組	2,000
007 スクリュー 床用	1個	1,240
008 スクリュー スケレトン用	1個	2,290
009 トラクションバンド	1個	317
010 ネックストラップ	1個	205
011 ヘッドギア リトラクター用	1個	3,840

品名	単位	材料価格
012 ヘッドギア プロトラクター用	1個	10,000
013 チンキャップ リトラクター用	1個	1,820
014 チンキャップ プロトラクター用	1個	2,000
015 フェイスボウ	1個	750
016 矯正用線（丸型）	1本	341
017 矯正用線（角型）	1本	242
018 矯正用線（特殊丸型）	1本	380 ^円
019 矯正用線（特殊角型）	1本	444
020 超弾性矯正用線（丸型及び角型）	1本	523
021 歯科用ニッケルクロム合金線 鉤 用（J I S適合品）	1 cm	22
022 歯科鑄造用ニッケルクロム合金 床用	1 g	39

特定保険医療材料及びその材料価格(材料価格基準)(抄)

(平20.3.5 厚生労働省告示第61号)
(最終改正;平30.3.5 厚生労働省告示第47号)

診療報酬の算定方法(平成20年厚生労働省告示第59号)の規定に基づき、特定保険医療材料及びその材料価格(材料価格基準)を次のように定め、平成20年4月1日から適用し、特定保険医療材料及びその材料価格(材料価格基準)(平成

18年厚生労働省告示第96号)は、平成20年3月31日限り廃止する。ただし、同日以前に行われた療養に要する費用の額の算定については、なお従前の例による。

特定保険医療材料及びその材料価格(材料価格基準)(抄)

特定保険医療材料及びその材料価格は、別表に記載されている特定保険医療材料及び当該特定保険医療材料について同表に定める価格(消費税及び地方消費税に相当する額を含む。)とする。

別表

I~II [略]

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

規格	1枚当たり 材料価格
001 半切	122円
002 大角	116円
003 大四つ切	81円
004 四つ切	63円
005 六つ切	51円
006 八つ切	48円
007 カビネ	37円
008 30cm×35cm	85円
009 24cm×30cm	67円
010 18cm×24cm	45円
011 標準型(3cm×4cm)	28円
012 咬合型(5.7cm×7.6cm, 5.5cm×7.5cm又は5.4cm×7cm)	36円
013 咬翼型(4.1cm×3cm又は2.1cm×3.5cm)	39円
014 オルソパントモ型	
20.3cm×30.5cm	101円
15cm×30cm	118円
015 小児型	
2.2cm×3.5cm	30円
2.4cm×3cm	23円
016 間接撮影用フィルム	
10cm×10cm	28円
7cm×7cm	22円
6cm×6cm	15円
017 オデルカ用フィルム	
10cm×10cm	32円
7cm×7cm	22円
018 マンモグラフィー用フィルム	
24cm×30cm	133円
20.3cm×25.4cm	133円
18cm×24cm	123円
019 画像記録用フィルム	
(1) 半切	222円
(2) 大角	185円

(3) 大四つ切	184円
(4) B4	151円
(5) 四つ切	133円
(6) 六つ切	118円
(7) 24cm×30cm	142円

IV 歯科点数表の第2章第6部に規定する特定保険医療材料及びその材料価格

001 プラスチックカニューレ型静脈内留置針	
(1) 標準型	89円
(2) 針刺し事故防止機構付加型	95円
002 中心静脈用カテーテル	
(1) 中心静脈カテーテル	
① 標準型	
ア シングルルーメン	1,820円
イ マルチルーメン	7,080円
② 抗血栓性型	2,250円
③ 極細型	7,350円
④ カフ付き	19,600円
⑤ 酸素飽和度測定機能付き	34,900円
⑥ 抗菌型	9,550円
(2) 末梢留置型中心静脈カテーテル	
① 標準型	
ア シングルルーメン	1,670円
イ マルチルーメン	7,190円
② 特殊型	
ア シングルルーメン	13,200円
イ マルチルーメン	20,500円

V 歯科点数表の第2章第5部,第8部,第9部,第10部及び第11部に規定する特定保険医療材料及びその材料価格

001 人工骨	
(1) 汎用型	
① 非吸収型	
ア 顆粒・フィラー	1g当たり6,270円
イ 多孔体	1mL当たり13,500円
ウ 骨形成促進型	1mL当たり47,100円
エ 形状賦形型	1mL当たり15,500円
② 吸収型	
ア 顆粒・フィラー	1g当たり13,300円
イ 多孔体	
i 一般型	1mL当たり14,400円
ii 蛋白質配合型	1mL当たり14,700円
002 カスタムメイド人工関節及びカスタムメイド人工骨	
(1) カスタムメイド人工関節	保険医療機関における購入価格による。
(2) カスタムメイド人工骨	
① カスタムメイド人工骨(S)	776,000円

② カスタムメイド人工骨(M)	842,000円
003 合成吸収性骨片接合材料	
(1) スクリュー	
① 頭蓋・顎・顔面・小骨用	32,700円
(2) ストレートプレート	37,900円
(3) その他のプレート	53,600円
(4) ワッシャー	16,900円
(5) ピン	
① 一般用	38,900円
004 固定用内副子(スクリュー)	
(1) その他のスクリュー	
① 標準型	
ア 小型スクリュー(頭蓋骨・顔面・上下顎骨用)	3,010円
005 固定用内副子(プレート)	
(1) その他のプレート	
① 標準	
ア 指骨, 頭蓋骨, 顔面骨, 上下顎骨用	
i ストレート型・異形型	12,000円
ii メッシュ型	64,200円
イ 下顎骨・骨盤再建用	61,400円
ウ 人工顎関節用	113,000円
② 特殊	
ア 骨延長用	114,000円
イ スクリュー非使用型	173,000円
006 固定釘	
(1) 平面型	16,100円
(2) 立体特殊型	30,100円
007 固定用金属線	
(1) 金属線	
① ワイヤ	1cm当たり16円
② ケーブル	40,000円
008 固定用金属ピン	
(1) 一般用	
① 標準型	496円
009 削除	
010 鼻孔プロテーゼ	3,850円
011 皮膚欠損用創傷被覆材	
(1) 真皮に至る創傷用	1cm ² 当たり6円
(2) 皮下組織に至る創傷用	
① 標準型	1cm ² 当たり10円
② 異形型	1g当たり37円
(3) 筋・骨に至る創傷用	1cm ² 当たり25円
012 真皮欠損用グラフト	1cm ² 当たり451円
013 非固着性シリコンガーゼ	
(1) 平坦部位用	139円
(2) 凹凸部位用	303円
014 栄養カテーテル	
(1) 経鼻用	
① 一般用	180円
② 乳幼児用	
ア 一般型	92円
イ 非DEHP型	144円
③ 経腸栄養用	1,600円
④ 特殊型	2,070円
015 気管内チューブ	
(1) カフあり	
① カフ上部吸引機能あり	2,560円

② カフ上部吸引機能なし	562円
(2) カフなし	605円
016 胃管カテーテル	
(1) シングルルーメン	87円
(2) ダブルルーメン	
① 標準型	496円
② 特殊型	1,480円
017 吸引留置カテーテル	
(1) 能動吸引型	
① 創部用(ドレーンチューブ)	
ア 軟質型	4,570円
イ 硬質型	3,990円
(2) 受動吸引型	
① フィルム・チューブドレーン	
ア フィルム型	261円
イ チューブ型	896円
018 膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル	
(1) 2管一般(I)	229円
(2) 2管一般(II)	
① 標準型	564円
② 閉鎖式導尿システム	633円
(3) 2管一般(III)	
① 標準型	1,620円
② 閉鎖式導尿システム	1,690円
(4) 特定(I)	748円
(5) 特定(II)	2,050円
(6) 圧迫止血	4,600円
019 人工血管	
(1) 永久留置型	
① 小血管用	
ア 標準型	
i 外部サポートあり	1cm当たり2,540円
ii 外部サポートなし	1cm当たり1,930円
020 輸血用血液フィルター(微小凝集塊除去用)	2,450円
021 輸血用血液フィルター(赤血球製剤用白血球除去用)	2,800円
022 輸血用血液フィルター(血小板製剤用白血球除去用)	3,280円
023 歯周組織再生材料	1歯1枚当たり9,250円
024 インプラント体	
(1) 標準型(I)	19,800円
(2) 標準型(II)	34,400円
(3) 標準型(III)	23,300円
(4) 特殊型	77,400円
025 暫間装着体	
(1) 暫間装着体(I)	6,090円
(2) 暫間装着体(II)	3,540円
(3) 暫間装着体(III)	5,410円
(4) 暫間装着体(IV)	1,610円
026 スクリュー	2,750円
027 アバットメント	
(1) アバットメント(I)	13,800円
(2) アバットメント(II)	13,700円
(3) アバットメント(III)	26,900円
(4) アバットメント(IV)	18,600円
028 アタッチメント	
(1) アタッチメント(I)	8,460円

基本診療料の施設基準等（抄）

（平20.3.5 厚生労働省告示第62号）
（最終改正；平30.3.5 厚生労働省告示第44号）

第三 初・再診療の施設基準等

- 一 医科初診療の注7、注8及び注11、医科再診療の注6及び注16、外来診療料の注9及び注11並びに歯科初診療の注7の時間外加算等に係る厚生労働大臣が定める時間当該地域において一般の保険医療機関がおおむね診療応需の態勢を解除した後、翌日に診療応需の態勢を再開するまでの時間（深夜（午後10時から午前6時までの時間をいう。）及び休日を除く。）
- 六 明細書発行体制等加算の施設基準
 - (1) 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）第1条の規定に基づき電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求を行っていること。
 - (2) 保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号。以下「療担規則」という。）第5条の2第2項及び第5条の2の2第1項に規定する明細書並びに高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和58年厚生省告示第14号。以下「療担基準」という。）第5条の2第2項及び第5条の2の2第1項に規定する明細書を患者に無償で交付していること。ただし、保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部を改正する省令（平成28年厚生労働省令第27号）附則第3条又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準の一部を改正する件（平成28年厚生労働省告示第50号）附則第2条に規定する正当な理由に該当する場合は、療担規則第5条の2の2第1項及び療担基準第5条の2の2第1項に規定する明細書を無償で交付することを要しない。
 - (3) (2)の体制に関する事項について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

八の三 診療報酬の算定方法別表第二歯科診療報酬点数表（以下「歯科点数表」という。）第1章基本診療料第1部初・再診療第1節初診療の注1に規定する施設基準

- (1) 歯科外来診療における院内感染防止対策につき十分な体制が整備されていること。
 - (2) 歯科外来診療における院内感染防止対策につき十分な機器を有していること。
 - (3) 歯科外来診療における院内感染防止対策に係る研修を受けた常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。
 - (4) 歯科外来診療の院内感染防止対策に係る院内掲示を行っていること。
- 九 地域歯科診療支援病院歯科初診療の施設基準
- (1) 看護師及び准看護師（以下「看護職員」という。）が2名以上配置されていること。
 - (2) 歯科衛生士が1名以上配置されていること。
 - (3) 歯科外来診療における院内感染防止対策につき十分な体制が整備されていること。
 - (4) 歯科外来診療における院内感染防止対策につき十分

な機器を有していること。

- (5) 歯科外来診療における院内感染防止対策に係る研修を受けた常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。
 - (6) 歯科外来診療の院内感染防止対策に係る院内掲示を行っていること。
 - (7) 次のイ又はロのいずれかに該当すること。
 - イ 常勤の歯科医師が2名以上配置され、次のいずれかに該当すること。
 - ① 歯科医療を担当する病院である保険医療機関における当該歯科医療についての紹介率（別の保険医療機関から文書により紹介等された患者（当該病院と特別の関係にある保険医療機関等から紹介等された患者を除く。）の数を初診患者（当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜に受診した6歳未満の初診患者を除く。）の総数で除して得た数をいう。以下同じ。）が100分の30以上であること。
 - ② 歯科医療を担当する病院である保険医療機関における当該歯科医療についての紹介率が100分の20以上であって、別表第一に掲げる手術の1年間の実施件数の総数が30件以上であること。
 - ③ 歯科医療を担当する病院である保険医療機関において、歯科医療を担当する他の保険医療機関において歯科点数表の初診療の注6若しくは再診療の注4に規定する加算又は歯科点数表の歯科訪問診療料を算定した患者であって、当該他の保険医療機関から文書により診療情報の提供を受けて当該保険医療機関の外来診療部門において歯科医療を行ったものの月平均患者数が5人以上であること。
 - ④ 歯科医療を担当する病院である保険医療機関において、歯科点数表の初診療の注6又は再診療の注4に規定する加算を算定した患者の月平均患者数が30人以上であること。
 - ロ 次のいずれにも該当すること。
 - ① 常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。
 - ② 歯科医療を担当する病院である保険医療機関において、歯科点数表の周術期等口腔機能管理計画策定料、周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）、周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）又は周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）のいずれかを算定した患者の月平均患者数が20人以上であること。
 - (8) 当該地域において、歯科医療を担当する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。
- 十 歯科外来診療環境体制加算の施設基準
- (1) 歯科外来診療環境体制加算1の施設基準
 - イ 歯科医療を担当する保険医療機関（歯科点数表の地域歯科診療支援病院歯科初診療に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を除く。）であること。
 - ロ 歯科外来診療における医療安全対策に係る研修を受けた常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。
 - ハ 歯科衛生士が1名以上配置されていること。
 - ニ 緊急時の対応を行うにつき必要な体制が整備されていること。

ホ 医療安全対策につき十分な体制が整備されていること。

ヘ 歯科診療に係る医療安全対策に係る院内掲示を行っていること。

- (2) 歯科外来診療環境体制加算2の施設基準
 - イ 歯科点数表の地域歯科診療支援病院歯科初診療に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関であること。
 - ロ 歯科外来診療における医療安全対策に係る研修を受けた常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。
 - ハ 歯科衛生士が1名以上配置されていること。
 - ニ 緊急時の対応を行うにつき必要な体制が整備されていること。
 - ホ 医療安全対策につき十分な体制が整備されていること。
 - ヘ 歯科診療に係る医療安全対策に係る院内掲示を行っていること。
- 十一 歯科診療特別対応連携加算の施設基準
 - (1) 次のいずれかに該当すること。
 - イ 歯科点数表の地域歯科診療支援病院歯科初診療に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関であること。
 - ロ 歯科医療を担当する診療所である保険医療機関であり、かつ、当該保険医療機関における歯科点数表の初診療の注6又は再診療の注4に規定する加算を算定した外来患者の月平均患者数が10人以上であること。
 - (2) 歯科診療で特別な対応が必要である患者にとって安心で安全な歯科医療の提供を行うにつき十分な機器等を有していること。
 - (3) 緊急時に円滑な対応ができるよう医科診療を担当する他の保険医療機関（病院に限る。）との連携体制（歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う病院である保険医療機関にあっては、当該保険医療機関の医科診療科との連携体制）が整備されていること。

第四 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制の基準

- 一 入院診療計画の基準
 - (1) 医師、看護師等の共同により策定された入院診療計画であること。
 - (2) 病名、症状、推定される入院期間、予定される検査及び手術の内容並びにその日程、その他入院に関し必要な事項が記載された総合的な入院診療計画であること。
 - (3) 患者が入院した日から起算して7日以内に、当該患者に対し、当該入院診療計画が文書により交付され、説明がなされるものであること。
- 二 院内感染防止対策の基準
 - (1) メチシリン耐性黄色ブドウ球菌等の感染を防止するにつき十分な設備を有していること。
 - (2) メチシリン耐性黄色ブドウ球菌等の感染を防止するにつき十分な体制が整備されていること。
- 三 医療安全管理体制の基準
 - 医療安全管理体制が整備されていること。
- 四 褥瘡対策の基準
 - (1) 適切な褥瘡対策の診療計画の作成、実施及び評価の

診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）の規定に基づき、基本診療料の施設基準等を次のように定め、平成20年4月1日から適用し、基本診療料の施設基準等（平成18年厚生労働省告示第93号）は、平成20年3月31日限り廃止する。ただし、この告示の第五の二の(1)のイの④、同四の(1)のイの④、同五の(1)のイの①の4及び同ロの①の4並びに同六の(2)のイの④の規定については、同年7月1日から適用する。

基本診療料の施設基準等

第一 届出の通則

- 一 保険医療機関（健康保険法（大正11年法律第70号）第63条第3項第一号に規定する保険医療機関をいう。以下同じ。）は、第二から第十までに規定する施設基準に従い、適正に届出を行わなければならないこと。
- 二 保険医療機関は、届出を行った後に、当該届出に係る内容と異なる事情が生じた場合には、速やかに届出の内容の変更を行わなければならないこと。
- 三 届出の内容又は届出の変更の内容が第二から第十までに規定する施設基準に適合しない場合には、当該届出又は届出の変更は無効であること。
- 四 届出については、届出を行う保険医療機関の所在地を管轄する地方厚生局長又は地方厚生支局長（以下「地方厚生局長等」という。）に対して行うこと。ただし、当該所在地を管轄する地方厚生局又は地方厚生支局の分室がある場合には、当該分室を経由して行うこととする。

第二 施設基準の通則

- 一 地方厚生局長等に対して当該届出を行う前6月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。
- 二 地方厚生局長等に対して当該届出を行う前6月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等（平成18年厚生労働省告示第107号）第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。
- 三 地方厚生局長等に対して当該届出を行う前6月間において、健康保険法第78条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号。以下「高齢者医療確保法」という。）第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。
- 四 地方厚生局長等に対して当該届出を行う時点において、厚生労働大臣が定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法（平成18年厚生労働省告示第104号）に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

〔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（抄）

（平30.3.5 保医発0305第3号）

標記については、本日、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成30年厚生労働省告示第43号）の公布に伴い、「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件」（平成30年厚生労働省告示第45号）が公布され、平成30年4月1日より適用されることとなったところであるが、保険医療機関及び保険薬局からの届出を受理する際には、下記の事項に留意の上、貴管下の保険医療機関及び保険薬局並びに審査支払機関に周知徹底を図り、その取扱いに遺漏のないよう特段の御配慮を願いたい。

なお、従前の「特掲診療料の施設基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて」（平成28年3月4日保医発0304第2号）は、平成30年3月31日限り廃止する。

記

第1 特掲診療料の施設基準等

- 特掲診療料の施設基準等は、「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件」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）に定めるものの他、別添1のとおりとする。
- 別添1に定める施設基準を歯科診療について適用する場合にあつては、必要に応じ、当該基準中「医師」とあるのは、「歯科医師」と読み替えて適用するものとする。
- 特掲診療料の施設基準等及び本通知において規定する診療科については、医療法施行令（昭和23年政令第326号）及び医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）の規定に基づき、当該診療科名に他の事項を組み合わせて標榜する場合も含むものであること。
- 特掲診療料の施設基準等における常勤配置とは、従事者が労働基準法（昭和22年法律第49号）第65条に規定する休業、育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成3年法律第76号。以下「育児・介護休業法」という。）第2条第一号に規定する育児休業、同条第二号に規定する介護休業、同法第23条第2項の育児休業に関する制度に準ずる措置又は同法第24条第1項（第二号に係る部分に限る。）の規定により同項第二号に規定する育児休業に関する制度に準じて講ずる措置による休業を取得中の期間において、当該施設基準等において求められる資質を有する複数の非常勤従事者の常勤換算後の人員数を原則として含めるものであること。
また、正職員として勤務する者について、育児・介護休業法第23条第1項、同条第3項又は同法第24条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあつては、週30時間以上の勤務で常勤扱いとすること。

第2 届出に関する手続き

- 特掲診療料の施設基準等に係る届出に際しては、特に規定のある場合を除き、当該保険医療機関単位又は当該保険薬局単位で行うものであること。
- 「特掲診療料の施設基準等」の各号に掲げる施設基準に係る届出を行おうとする保険医療機関又は保険薬局の

開設者は、当該保険医療機関又は保険薬局の所在地の地方厚生（支）局長に対して、別添2の当該施設基準に係る届出書（届出書添付書類を含む。以下同じ。）を1通提出するものであること。なお、国立高度専門医療研究センター等で内部で権限の委任が行われているときは、病院の管理者が届出書を提出しても差し支えない。また、当該保険医療機関は、提出した届出書の写しを適切に保管するものであること。

- 届出書の提出があつた場合は、届出書を基に、「特掲診療料の施設基準等」及び本通知に規定する基準に適合するか否かについて要件の審査を行い、記載事項等を確認した上で受理又は不受理を決定するものであること。また、補正が必要な場合は適宜補正を求めるものとする。なお、この要件審査に要する期間は原則として2週間以内を標準とし、遅くとも概ね1か月以内（提出者の補正に要する期間は除く。）とするものであること。
- 届出に当たっては、当該届出に係る基準について、特に定めがある場合を除き、実績期間を要しない。
ただし、以下に定める施設基準については、それぞれ以下に定めるところによる。

- 開放型病院の施設基準
届出前30日間の実績を有していること。
- 中枢神経磁気刺激による誘発筋電図、光トポグラフィ、ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影、乳房用ポジトロン断層撮影、コンピューター断層撮影、磁気共鳴コンピューター断層撮影に係る施設共同利用率、輸血管管理料に係る新鮮凍結血漿・赤血球濃厚液割合等及び保険医療機関間の連携による病理診断に係る病理標本割合
ア 1月から12月までの1年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年の3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

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

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

た場合には当該月の1日から翌年の3月末日まで当該機器についても所定点数を算定することができるものとする。

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

新規届出の場合

- 例1：8月1日から算定を開始した場合
- ・翌年3月末（③の前日）までは算定可
 - ・①～②までの実績により施設共同利用率に係る基準の適合性を判断
 - ・施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可
 - ・施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可
 - ・⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



- 例2：2月1日から算定を開始した場合
- ・翌年の3月末（③の前日）までは算定可
 - ・①～②までの実績により施設共同利用率に係る基準の適合性を判断
 - ・施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可
 - ・施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可
 - ・⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



- 〔略〕高エネルギー放射線治療、〔略〕強度変調放射線治療（IMRT）に係る年間実施件数
ア 1月から12月までの1年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。
- イ アにかかわらず、新規届出の場合は、届出前6月以内の実施件数が、要件とされる年間実施件数の半数以上であれば足りるものとし、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は、新規届出に該当しないものであること。ただし、建物の工事等に伴いやむを得ず当該治療を実施できなくなり、施設基準に適合しなくなった後、再度届出を行う場合には、新規届出として取り扱うものとする。
- ウ イに該当する場合は、所定点数を算定し始めた月

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

新規届出の場合

- 例1：8月1日から算定を開始した場合
- ・翌年3月末（③の前日）までは算定可
 - ・①～②までの実績により実施件数に係る基準の適合性を判断（実施件数が、各施設基準に規定する年間実施件数を12で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数以上であれば、施設基準に適合しているものと判断する。）
 - ・施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可
 - ・施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可
 - ・⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



- 例2：2月1日から算定を開始した場合
- ・翌年3月末（③の前日）までは算定可
 - ・①～②までの実績により実施件数に係る基準の適合性を判断（実施件数が、各施設基準に規定する年間実施件数を12で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数以上であれば、施設基準に適合しているものと判断する。）
 - ・施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可
 - ・施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可
 - ・⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



- （4）コンタクトレンズ検査料1から3までに係る検査割合及び院内交付割合〔略〕
- （5）後発医薬品調剤体制加算及び外来後発医薬品使用体制加算の施設基準
届出前3月間の実績を有していること。
- （6）経口摂取回復促進加算1に係る施設基準
ア 他の保険医療機関等から紹介された患者であつて胃瘻を造設した患者又は自院で新たに胃瘻を造設した患者の数
1月から12月までの1年間の患者数をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及びイを含む他の要件を満たしている場合は、翌年4月1日から翌々年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。
- イ 経口摂取回復率
（イ）1月から12月までの1年間に別添1の第45の2の1の(3)のア又はイのいずれかに該当することとなった患者（以下「鼻腔栄養を導入した患者又は

口腔機能低下症に関する基本的な考え方

(平成30年3月 日本歯科医学会)

1. はじめに

口腔機能低下症は、う蝕や歯の喪失など従来の器質的な障害とは異なり、いくつかの口腔機能の低下による複合要因によって現れる病態である(別添1)。口腔機能低下を適切に診断し、適切な管理と動機付けを行うことで、さらなる口腔機能低下の重症化を予防し、口腔機能を維持、回復することが可能となる。そのためには、中年期からの口腔機能低下症の診断と管理を適切に実施する必要があるため、この「口腔機能低下症」に関する基本的な考え方を作成することとした。

なお、この基本的な考え方を作成するにあたり、「高齢期における口腔機能低下—学会見解論文2016年度版—」(日本老年歯科医学会学術委員会, 2016年)を参考とした。

2. 口腔機能低下症の特徴

(1) 疾患名

口腔機能低下症

(2) 病態

加齢だけでなく、疾患や障害など様々な要因によって、口腔の機能が複合的に低下している疾患。放置しておくとう蝕や咀嚼機能不全、摂食嚥下障害となって全身的な健康を損なう。高齢者においては、う蝕や歯周病、義歯不適合などの口腔の要因に加えて、加齢や全身疾患によっても口腔機能が低下しやすく、また、低栄養や廃用、薬剤の副作用等によっても修飾されて複雑な病態を呈することが多い。そのため、個々の高齢者の生活環境や全身状態を見据えて口腔機能を適切に管理する必要がある。

(3) 症状

口腔内の微生物の増加、口腔乾燥、咬合力の低下、舌や口唇の運動機能の低下、舌の筋力低下、咀嚼や嚥下機能の低下など複数の口腔機能が低下している。

3. 口腔機能低下症の診断

(1) 診断基準

口腔機能低下症の7つの下位症状(口腔衛生状態不良、口腔乾燥、咬合力低下、舌口唇運動機能低下、低舌圧、咀嚼機能低下、嚥下機能低下)のうち、3項目以上該当する場合に口腔機能低下症と診断される。

(2) 口腔機能精密検査

口腔機能低下症の診断には、口腔機能精密検査として、7つの下位症状についての検査を行う。2つの方法が示されている場合は、どちらの検査方法を用いてもよい(記録用紙(別添2)、管理計画書(別添3))。

① 口腔衛生状態不良の検査

口腔衛生状態不良の検査は、視診によりTongue Coating Index (TCI)を用いて、舌苔の付着程度を評価する。舌表面を9分割し、それぞれのエリアに対して舌苔の付着程度を3段階(スコア0, 1または2)で評価し、合計スコアを算出する(別添4)。TCIが50%以上(合計スコアが9点以上)ならば口腔衛生状態不良とする。

② 口腔乾燥の検査

口腔乾燥の検査は、口腔粘膜湿潤度または唾液量で評

価する。

②-1 口腔粘膜湿潤度

口腔水分計(ムーカス、ライフ)を使用して、舌尖から約10mmの舌背中央部における口腔粘膜湿潤度を計測する。測定値27.0未満を口腔乾燥とする。

②-2 唾液量

唾液量計測は、サクソテストによる。医療ガーゼを利用し、2分後の重量と比較する。2分間で2g以下の重量増加を口腔乾燥ありとする。

③ 咬合力低下の検査

咬合力低下の検査は、咬合力検査または残存歯数により評価し、検査結果は咬合力検査を優先する。

③-1 咬合力検査

感圧シート(デンタルプレスケールあるいはデンタルプレスケールII, ジーシー)を用いて、咬頭嵌合位における3秒間クレンチング時の歯列全体の咬合力を計測し、咬合力がデンタルプレスケールでは200N未満、デンタルプレスケールIIでは500N未満を咬合力低下とする。なお、義歯装着者は、義歯を装着した状態で計測する。

③-2 残存歯数

残存歯数を計測する。残存歯数が残根と動揺度3の歯を除いて20本未満を咬合力低下とする。

④ 舌口唇運動機能低下の検査

オーラルディアドコネシスにより評価する。/pa/, /ta/, /ka/それぞれの音節の5秒間での発音回数を計測する。/pa/, /ta/, /ka/のいずれかの1秒当たりの回数が6回未満を舌口唇運動機能低下とする。

⑤ 低舌圧の検査

低舌圧の検査は、舌圧測定により評価する。舌圧測定器(JMS舌圧測定器, ジェイ・エム・エス)につなげた舌圧プローブを、舌と口蓋との間で随意的に最大の力で数秒間押し潰してもらい、最大舌圧を計測する。舌圧が、30kPa未満を低舌圧とする。

⑥ 咀嚼機能低下の検査

咀嚼機能低下の検査は、咀嚼能力検査(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)または咀嚼能率スコア法により評価する。

⑥-1 咀嚼能力検査

2gのグミゼリー(グルコラム, ジーシー)を20秒間自由咀嚼させた後、10mLの水で含嗽させ、グミと水を濾過用メッシュ内に吐き出させ、メッシュを通過した溶液中のグルコース溶出量を咀嚼能力検査システム(グルコセンサーGS-II, ジーシー)にて溶出グルコース濃度を測定する。グルコース濃度が100mg/dL未満を咀嚼機能低下とする。

⑥-2 咀嚼能率スコア法

咀嚼能率スコア法は、グミゼリー(咀嚼能率検査用グミゼリー, UHA味覚糖・アズワン)を30回咀嚼後、粉碎度を視覚資料と照合して評価する(別添5)。スコア0, 1, 2の場合、咀嚼機能低下とする。

⑦ 嚥下機能低下の検査

嚥下機能低下の検査は、嚥下スクリーニング検査(EAT-10)または自記式質問票(聖隷式嚥下質問紙)

のいずれかの方法で評価する。

⑦-1 嚥下スクリーニング検査(EAT-10)

嚥下スクリーニング質問紙(The10-item Eating Assessment Tool, EAT-10)を用いて評価する。合計点数が3点以上を嚥下機能低下とする。

⑦-2 自記式質問票(聖隷式嚥下質問紙)

自記式質問票「聖隷式嚥下質問紙」を用いて評価する。15項目のうちAの項目が3つ以上ある場合を嚥下機能低下とする。

4. 口腔機能低下症の管理の概要

下記に口腔機能低下症の診断と管理の概要を示す。初回は管理計画書(別添3)を作成し、患者等に説明する。

口腔機能低下症の管理は、口腔機能のさらなる悪化を予防し、口腔機能を維持、回復することを目的とする。管理毎に、栄養状態や口腔機能が維持・回復されているかを臨床的観点から評価を行う。そして、管理計画に基づき、患者本人と家族に対して、状況に応じた動機付け、療養上必要な訓練指導や生活指導および栄養指導を実施し、管理指導記録簿(別添6)に記録して保存する。

再評価は、概ね6か月毎に口腔機能精密検査により行う。

口腔機能低下症の検査・診断

↓

管理計画の立案

↓

管理計画の患者等への説明・同意

↓

口腔機能低下症の管理

患者への動機づけ

生活指導・栄養指導

↓↑

再評価・診断

↓

口腔機能低下症からの回復(治癒)

5. 口腔機能低下症の管理

(1) 管理計画の立案

口腔機能精密検査に基づき、患者等の生活環境や生活習慣を踏まえて、患者の環境に最も適した管理計画を作成し、管理計画書(別添3)を患者に交付する。口腔機能低下が進行すると、摂食嚥下障害や咀嚼機能不全など経口摂取を著しく障害する状態に陥る。その結果、栄養障害が起こり、全身の筋力低下や要介護状態に陥ることとなる。このような不可逆的な状態に陥らないためには、継続的な口腔機能管理を実施し、口腔機能低下症からの回復を目指すことが重要である。しかし、口腔機能低下は、う蝕や歯周疾患、歯の欠損、義歯の不適合などの従来型の歯科疾患によっても起こるが、加齢や疾患による全身状態の低下や栄養障害によっても起こりうる。一方で、高齢者等においては、口腔機能の低下から歯科的疾患の増悪につながることも多い。そのため、口腔機能低下症と診断された場合には、口腔機能低下の悪化を予防し、回復を目指す。通常の歯科疾患だけでは、歯科疾患が進行してしまうことも考慮し、口腔機能低下と診断された場合には、歯科疾患管理にあわせて口腔機能の管理も実施することが必要である。口腔機能低下症への対応として、低下と診断された個々の口

腔機能への対応も重要だが、それだけでなく、口腔機能低下に影響を及ぼしている全身状態の把握や、生活習慣を改善するような動機付けを行い、生活・栄養・運動指導もあわせて実施することが重要である。

(2) 全身の状態と口腔機能管理

全身状態は、主に基礎疾患、服用薬剤、意識レベル、認知機能、肺炎の既往などで評価する。たとえば脳血管疾患の既往がある場合には、麻痺の種類や程度を考慮して、その状態に応じた管理方法を検討する必要がある。

服用薬剤により口腔機能の低下が引き起こされることがあり、口腔乾燥の頻度が高い。口腔乾燥により、口腔衛生状態の悪化や食塊形成が困難になるなどの問題が発生する。口腔体操、唾液腺マッサージや口腔保湿剤の使用、口腔清掃方法の指導などによる管理を行う必要がある。

特に高齢者等では、口腔機能の低下は低栄養を引き起こす。その結果、サルコペニアなどにより身体の活動性を低下させ、生命予後を悪化させる。したがって、栄養状態の維持・改善のために、継続的な管理により口腔機能の維持・回復を行う。栄養状態の評価には、体重の変化やBody Mass Index (BMI)が有効である。また、食事の形態も口腔機能の状態を反映するため、管理計画の立案上、重要な情報となる。さらに、食思不振の有無を聴取しておき、嗜好の有無や食への意欲を考慮する。栄養状態の改善や食事の形態の改善のためには、口腔機能精密検査で低下が認められた項目に対する訓練を行うなど、機能訓練を中心に管理を行う。加えて、口腔機能に適した食事の形態の選択や、食事摂取状況に応じた栄養の指導も必要である。

(3) 口腔機能の低下とその管理

口腔機能精密検査により診断された口腔機能の低下に対して、その症状や患者の特性に応じた口腔機能訓練の指導を患者等に行う。また、口腔機能低下症の管理のためには、う蝕や歯周病などの歯科疾患の診査や治療も必要であり、また、口腔機能低下症がそれら歯科疾患の増悪要因になりうることを考慮する。

口腔衛生状態の不良は、誤嚥性肺炎の原因となる。高齢者の口腔衛生状態の不良の原因は、単に口腔清掃の手法や頻度、時間だけの問題ではない。患者のみならず家族や介護者に対しても、清掃方法の指導だけでなく、口腔内の衛生状態を良好に保つことが良好な生命予後につながることを継続的に説明する必要がある。その上で、口腔乾燥がある場合には口腔保湿剤を併用した口腔清掃方法の指導を行う。また、その他の口腔清掃用具の適切な選択も重要となる。身体の麻痺等により手指が不自由な場合は、柄を太くする等の清掃用具の工夫が必要である。また、口腔乾燥には服用している薬剤が関連することも多いため、特に多剤服用中の高齢者では、必要に応じて薬剤投与状況の確認を主治医や薬剤師に依頼する。

咬合力の低下は、摂取食品の多様性低下を引き起こす。摂取食品の多様性が低下すると、摂取しやすいお粥やうどんなどの炭水化物の摂取量が増加し、肉や魚、野菜などの摂取量が低下することでたんぱく質、ビタミン、ミネラルの不足につながる。また、食べる楽しみが減少することで、食への意欲の低下にも通じやすい。それらに対しては、咬合力の維持・改善のために咀嚼筋訓練などの指導を行う。また、補綴装置の評価を行い、対応の必要性を判断する。咬合力の低下が、栄養摂取バランスの低下や、ひいては全身の筋力低下につながることを理解してもらい、患