

歯科診療報酬改定の要点①

(令和4年4月)

Ver. 1.00

この冊子は、保険の解釈等の変更を中心に、一般歯科診療所向けに作成したものです。点数の変更等は点数早見表で、入院、矯正等は他の資料を参考にして下さい。

熊本県歯科医師会
社保委員会

目 次

基本診療料	-----	5
初診料について		
再診料について		
歯科診療特別対応連携加算について		
電子的保険医療情報活用加算について		
歯初診について		
特掲診療料		
医学管理等	-----	7
歯科疾患管理料について		
総合医療管理加算について		
う蝕多発傾向者の判定基準について		
小児口腔機能管理料について		
口腔機能管理料について		
歯科治療時医療管理料について		
連携強化診療情報提供料について		
在宅医療	-----	10
歯科訪問診療料について		
歯科訪問診療補助加算について		
通信画像情報活用加算について		
歯科疾患在宅療養管理料について		
在宅総合医療管理加算について		
在宅患者歯科治療時医療管理料について		
在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料について		
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ついて		
検査	-----	14
咀嚼能力検査について		
咬合圧検査について		
小児口唇閉鎖力検査について		
舌圧検査について		
口腔細菌定量検査について		
歯冠補綴時色調採得検査について		
画像診断	-----	16
通則について		
写真診断について		
歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織について		
歯科用3次元エックス線断層撮影について		
リハビリテーション	-----	17
摂食機能療法について		

処置 ----- 18

咬合調整について
歯髄保護処置について
抜髄について
感染根管処置について
根管貼薬処置について
加圧根管充填処置について
Ni-Ti ロータリーファイル加算について
歯周基本治療について
歯周病安定期治療について
歯周病重症化予防治療について
歯周基本治療処置について
除去について
周術期等専門的口腔衛生処置について
在宅等療養患者専門的口腔衛生処置について
機械的歯面清掃処置について
非経口摂取患者口腔粘膜処置について
フッ化物歯面塗布処置について

手術 ----- 23

抜歯手術について
頬、口唇、舌小帯形成術について
口唇腫瘍摘出術について
歯周外科手術について

歯冠修復及び欠損補綴 ----- 24

通則について
歯冠形成について
支台築造について
支台築造印象について
テンポラリークラウンについて
リテイナーについて
装着について
充填について
金属歯冠修復について
チタン冠について
接着冠について
根面被覆について
レジン前装チタン冠について
非金属歯冠修復について
CAD/CAM 冠について
CAD/CAM インレーについて
小児保隙装置について
高強度レジンブリッジについて
有床義歯について

熱可塑性樹脂有床義歯について
鑄造鉤について
線鉤について
コンビネーション鉤について
磁性アタッチメントについて
間接支台装置について
バーについて
保持装置について
有床義歯修理について
有床義歯内面適合法について

歯科矯正 ----- 32

通則について
歯科矯正管理料について

病理診断 ----- 32

口腔病理診断料について

◎基本診療料

●基本診療料

○初診料について

1 歯科初診料 261点 → 264点

[算定要件の変更]

注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~~150点を所定点数に加算する。

12 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす歯科診療を実施している保険医療機関を受診した患者に対して、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で初診を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月1回に限り7点を所定点数に加算する。ただし、当該患者に係る診療情報等の取得が困難な場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合等にあつては、月1回に限り3点を所定点数に加算する。

[経過措置]

注12の3点の加算に関しては令和6年3月31日までの経過措置になります。

○再診料について

1 歯科再診料 ~~53~~点 → 56点

[算定要件]

注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。ただし、この場合において、注10に規定する加算は算定しない。

10 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす歯科診療を実施している保険医療機関を受診した患者に対して、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で再診を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月1回に限り4点を所定点数に加算する。

◎改 歯科診療特別対応連携加算について (施設基準あり)

100点 → 150点

◎新 電子的保険医療情報活用加算について (初再診の加算)

(施設基準あり)

初診時 (月1回に限り) 7点

※当該患者に係る診療情報等の取得が困難な場合又は他の保険医療機関から

当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合等（月 1 回に限り） 3 点
※上記の 3 点は令和 6 年 3 月 31 日までの経過措置になります。
再診時（月 1 回に限り） 4 点

㊦ 歯初診（歯科点数表の初診料の注 1 に規定する施設基準）

[施設基準の変更]

- (1) (略)
- (2) 感染症患者に対する歯科診療を円滑に実施に対応する体制を確保していること。
- (3) 歯科外来診療の院内感染防止対策に係る標準予防策及び新興感染症に対する対策の研修を 4 年に 1 回以上、定期的に受講している常勤の歯科医師が 1 名以上配置されていること。
- (4) 職員を対象とした院内感染防止対策にかかる標準予防策及び新興感染症に対する対策等の院内研修等を実施していること。
- (5)・(6) (略)
- (7) 令和 2 年 3 月 31 日において、現に歯科点数表の初診料の注 1 の届出を行っている保険医療機関については、令和 5 年 3 月 31 日令和 2 年 6 月 30 日までの間に限り、1 の(3)及び(4)の基準を満たしているものとみなす。ただし、令和 3 年 4 月 1 日から令和 4 年 3 月 31 日の間に令和 4 年度改定前の「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 2 年 3 月 5 日保医発 0305 第 2 号) の第 2 の 7 (3) の院内感染防止対策に係る研修を受講した者については、当該研修を受けた日から 2 年を経過する日までは当該基準を満たしているものとみなす。

◎特掲診療料

●医学管理等

○歯科疾患管理料（歯管）

[算定要件]

注8 ~~13~~16歳未満のう蝕に罹患している患者であって、う蝕多発傾向にあり、う蝕に対する歯冠修復終了後もう蝕活動性が高く、継続的な指導管理が必要なもの(以下「う蝕多発傾向者」という。)のうち、4歳以上のう蝕多発傾向者又はその家族等に対して、当該患者の療養を主として担う歯科医師(以下「主治の歯科医師」という。)又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物洗口に係る薬液の取扱い及び洗口法に関する指導を行った場合は、歯科疾患管理の実施期間中に患者1人につき1回に限り、フッ化物洗口指導加算として、40点を所定点数に加算する。ただし、区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している患者については、当該加算は算定できない。

- 11 ~~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、~~別の保険医療機関(歯科診療を行うものを除く。)~~から歯科治療における総合的医療管理が必要な患者であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、総合医療管理加算として、50点を所定点数に加算する。

㊦総合医療管理加算（歯管の加算）

施設基準なしで算定可能に変更・対象疾患の拡大

[注の変更]


注11 ~~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、~~別の保険医療機関(歯科診療を行うものを除く。)~~から歯科治療における総合的医療管理が必要な患者であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、総合医療管理加算として、50点を所定点数に加算する。

[算定要件の変更]

- (16) 「注11」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、又は血液凝固阻止剤投与中の患者又はHIV感染症の患者であって、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。

改 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	3歯以上	又 は 1歯以上
8～10歳	—	2歯以上
11～12歳	—	3歯以上



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

改 小児口腔機能管理料 100点 (15歳未満→18歳未満)

・・・対象年齢の引き上げ

[対象患者]

1518歳未満の口腔機能の発達不全を認める患者（咀嚼機能、嚥下機能若しくは構音機能等が十分に発達していない又は正常に獲得できていない患者）

[算定要件]

注1 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号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、口腔機能の発達不全を有する1518歳未満の小児児童に対して、口腔機能の獲得を目的として、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

改 口腔機能管理料（対象年齢の引き下げ）

~~65歳以上~~ → 50歳以上

[対象患者]

6550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り口腔機能の低下を認める患者（口腔衛生状態不良、口腔乾燥、咀嚼能力低下、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項目のうちいずれか3項目以上に該当する患者）

改 歯科治療時医療管理料（1日につき）について

[算定要件の変更]

注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局長等に届け出た保険医療機関において、全身的な管理が必要な患者に対し、第8部処置(区分番号I009、I009-2、及びI010及びI011-3に掲げるものを除く。)、第9部手術又は第12部歯冠修復及び欠損補綴(区分番号M001から区分番号M003までに掲げるもの(全身麻酔下で行うものを除く。))に限る。)を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合に算定する。

改 診療情報提供料（Ⅲ）→連携強化診療情報提供料（名称変更）

[算定要件]

- 注1 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、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす他の保険医療機関から紹介された患者又は別に厚生労働大臣が定める患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合(区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。)に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に月1回に限り算定する。
- 2 注1に該当しない場合であって、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす外来機能報告対象病院等(医療法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院又は診療所として都道府県が公表したものに限る。)である保険医療機関において、他の保険医療機関(許可病床の数が200未満の病院又は診療所に限る。)から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合(区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。)に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。
- 2-3 注1及び注2に該当しない場合であって、注1に規定する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、他の保険医療機関から紹介された妊娠中の患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合(区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。)に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回(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、産科若しくは産婦人科を標榜する保険医療機関から紹介された注1に規定する別に厚生労働大臣が定める患者妊娠中の患者又は産科若しくは産婦人科を標榜する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、他の保険医療機関から紹介された注1に規定する別に厚生労働大臣が定める患者妊娠中の患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要を認め、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合(月1回)に限り算定する。
- 4 区分番号B009に掲げる診療情報提供料(同一の保険医療機関に対して紹介を行った場合に限る。)を算定した月は、別に算定できない。

●在宅医療

○歯科訪問診療料（1日につき）

[注の変更]

注4 1から3までを算定する患者(歯科訪問診療料の注13に該当する場合を除く。)について、当該患者に対する診療時間が20分未満の場合は、~~それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数によりにおける~~歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3についてはそれぞれ880点、253点又は111点を算定する。ただし、次のいずれかに該当する場合は、この限りではない。

イ・ロ (略)

7 別に厚生労働大臣が定める時間においてであって、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している場合に時間において緊急に行う歯科訪問診療1、~~歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3~~についてはそれぞれ425点、140点又は70点を、~~夜間(深夜を除く。)~~における歯科訪問診療1、~~歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3~~についてはそれぞれ850点、280点又は140点を、~~深夜における~~歯科訪問診療1、~~歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3~~についてはそれぞれ1,700点、560点又は280点歯科訪問診療を行った場合、~~夜間(深夜を除く。)~~において歯科訪問診療を行った場合又は深夜において歯科訪問診療を行った場合は、緊急歯科訪問診療加算、夜間歯科訪問診療加算又は深夜歯科訪問診療加算として、次に掲げる点数をそれぞれを所定点数に加算する。

イ 緊急歯科訪問診療加算 (新設)

(1) 歯科訪問診療1を算定する場合 425点

(2) 歯科訪問診療2を算定する場合 140点

(3) 歯科訪問診療3を算定する場合 70点

ロ 夜間歯科訪問診療加算 (新設)

(1) 歯科訪問診療1を算定する場合 850点

(2) 歯科訪問診療2を算定する場合 280点

(3) 歯科訪問診療3を算定する場合 140点

ハ 深夜歯科訪問診療加算 (新設)

(1) 歯科訪問診療1を算定する場合 1,700点

(2) 歯科訪問診療2を算定する場合 560点

(3) 歯科訪問診療3を算定する場合 280点

13 1から3までについて、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においては、次に掲げる点数により算定する。

イ 初診時 ~~261~~264点

ロ 再診時 ~~53~~56点

16 1及び2について、地域歯科診療支援病院歯科初診料、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において、当該保険医療機関の歯科衛生士等が、過去2月以内に区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定した患者であって、当該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の状態等を観察したものに対して、歯科訪問診療を実施した場合は、通信画像情報活用加算として、患者1人に

つき月1回に限り、30点を所定点数に加算する。(新設)

② 歯科訪問診療補助加算・・・歯科訪問診療料の加算

[算定要件の変更]

(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9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。またなお、「注11」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は、「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も施設基準に応じて「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。

③ 通信画像情報活用加算・・・歯科訪問診療料の加算(施設基準あり)

注16 1及び2について、地域歯科診療支援病院歯科初診料、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において、当該保険医療機関の歯科衛生士等が、過去2月以内に区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定した患者であって、当該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の状態等を観察したのに対して、歯科訪問診療を実施した場合は、通信画像情報活用加算として、患者1人につき月1回に限り、30点を所定点数に加算する。

○ 歯科疾患在宅療養管理料(歯在管)(月1回)

- 1 在宅療養支援歯科診療所1の場合 320点 → 340点
- 2 在宅療養支援歯科診療所2の場合 250点 → 230点
- 3 (略)

[算定要件の変更]

注4 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、~~一別の保険医療機関(歯科診療を行うものを除く。)~~から歯科治療における総合的医療管理が必要な患者であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、在宅総合医療管理加算として50点を所定点数に加算する。

④ 在宅総合医療管理加算(歯在管の加算)

施設基準なしで算定可能に変更

[注の変更]

注4 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、~~一別の保険医療機関(歯科診療を~~

行うものを除く。)から歯科治療における総合的医療管理が必要な患者であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、在宅総合医療管理加算として50点を所定点数に加算する。

[算定要件の変更]

- (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、又は血液凝固阻止剤投与中の患者又はHIV感染症の患者であって、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。

○在宅患者歯科治療時医療管理料（1日につき） 45点

[算定要件の見直し]

- 注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局長等に届け出た保険医療機関において、全身的な管理が必要な患者に対し、第8部処置(区分番号I009、I009-2、及びI010及びI011-3に掲げるものを除く。)、第9部手術又は第12部歯冠修復及び欠損補綴(区分番号M001からM003まで又はM003-3に掲げるもの(全身麻酔下で行うものを除く。))に限る。)を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合に算定する。

㊦在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料

1 10歯未満	350点	→	<u>400点</u>
2 10歯以上20歯未満	450点	→	<u>500点</u>
3 20歯以上	550点	→	<u>600点</u>

[注の変更]

- 注1 当該保険医療機関の歯科医師が区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者であって、摂食機能障害又は口腔機能低下症を有し、継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、20分以上必要な指導管理を行った場合に、月4回に限り算定する。
- 2 区分番号D002に掲げる歯周病検査、区分番号D002-5に掲げる歯周病部分的再評価検査、区分番号D002-6に掲げる口腔細菌定量検査、区分番号I011に掲げる歯周基本治療、区分番号I011-2に掲げる歯周病安定期治療、歯周病安定期治療(I)、区分番号I011-2-2に掲げる歯周病安定期治療(II)、区分番号I011-2-3に掲げる歯周病重症化予防治療、区分番号I011-3に掲げる歯周基本治療処置、区分番号I029-2に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、区分番号I030に掲げる機械的歯面清掃処置及び区分番号H001に掲げる摂食機能療法は所定点数に含まれ、別に算定できない。

- 5 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 の歯科医師が、当該指導管理を実施した場合は、在宅療養支援歯科診療所加算 1 又は在宅療養支援歯科診療所加算 2 として、それぞれ 125145 点又は 10080 点を所定点数に加算する。ただし、注 4 に規定する加算を算定している場合は、算定できない。

㊦ 小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料

450点 → 600点

[注の見直し]

- 注 1 当該保険医療機関の歯科医師が、区分番号 C000 に掲げる歯科訪問診療料を算定した 1518 歳未満の患者であって、継続的な歯科疾患の管理が必要なものの 又は 18 歳に達した日前に当該管理料を算定した患者であって、同日以後も継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該患者又はその家族の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、20 分以上必要な指導管理を行った場合に、月 4 回に限り算定する
- 2 区分番号 D002 に掲げる歯周病検査、区分番号 D002-5 に掲げる歯周病部分的再評価検査、区分番号 D002-6 に掲げる口腔細菌定量検査、区分番号 H001 に掲げる摂食機能療法、区分番号 I011 に掲げる歯周基本治療、区分番号 I011-3 に掲げる歯周基本治療処置、区分番号 I011-2 に掲げる歯周病安定期治療、区分番号 I011-2-3 に掲げる歯周病重症化予防治療、区分番号 I029-2 に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置及び区分番号 I030 に掲げる機械的歯面清掃処置は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- 5 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 の歯科医師が、当該指導管理を実施した場合は、在宅療養支援歯科診療所加算 1 又は在宅療養支援歯科診療所加算 2 として、それぞれ 125点 145点又は 100点 80点を加算する。ただし、注 4 に規定する加算を算定している場合は、算定できない。

● 検査

㊦ 咀嚼能力検査

[算定要件の変更]

- (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。なお、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-4-3に掲げる口腔機能管理料、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料又は区分番号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患者について、6月に1回に限り算定する。

㊦ 咬合圧検査

[算定要件の変更]

- (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。なお、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-4-3に掲げる口腔機能管理料、区分番号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区分番号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患者について、6月に1回に限り算定する。

㊦ 小児口唇閉鎖力検査（1回につき） 100点

[算定要件の変更]

- (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。なお、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号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区分番号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患者について、3月に1回に限り算定する。

㊦ 舌圧検査

[算定要件の変更]

- (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。なお、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-4-3に掲げる口腔機能管理料、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料又は区分番号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患者について、3月に1回に限り算定する。

新 口腔細菌定量検査(1回につき) 130点 (施設基準あり)

[対象患者]

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

- ・在宅等において療養を行っている患者
- ・歯科診療特別対応加算のイ、ロ又はニの状態

[算定要件]

- 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局長等に届け出た保険医療機関において、口腔細菌定量検査を行った場合に、月2回に限り算定する。
- 2 同一の患者につき1月以内に口腔細菌定量検査を2回以上行った場合は、第2回目以後の検査については所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。
- 3 区分番号D002に掲げる歯周病検査又は区分番号D002-5に掲げる歯周病部分的再評価検査を算定した月は、別に算定できない。

改 歯冠補綴時色調採得検査(1枚につき) 10点

[注の変更]

注 前歯部に対し、区分番号M011に掲げるレジン前装金属冠、区分番号M011-2に掲げるレジン前装チタン冠、又は区分番号M015の2に掲げる硬質レジンジャケット冠又は区分番号M015-2に掲げるCAD/CAM冠を製作する場合において、硬質レジン部の色調を決定することを目的として、色調見本とともに当該歯冠補綴を行う部位の口腔内写真を撮影した場合に算定する。

●画像診断

○通則

[通則の変更]

- 5 撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合においては、電子画像管理加算として、第1号から第3号までにより算定した点数に、一連の撮影について次の点数を加算する。ただし、この場合においては、フィルムの費用は算定できない。

イ～ハ (略)

ニ 歯科部分パノラマ断層撮影の場合(1口腔1回につき) 10点 (新設)

ニホ その他の場合 60点

- 6 区分番号E000に掲げる写真診断(1のイ、2のロ及び3に係るものを除く。)及び区分番号E200に掲げる基本的エックス線診断料については、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画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が、画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、歯科画像診断管理加算1として月1回に限り70点を所定点数に加算する。ただし、歯科画像診断管理加算2を算定する場合はこの限りでない。
- 8 遠隔画像診断による画像診断(区分番号E000に掲げる写真診断(1のイ、2のロ及び3に係るものを除く。)又は区分番号E200に掲げる基本的エックス線診断料に限る。)を行った場合については、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間で行われた場合に限り、算定する。この場合において、受信側の保険医療機関が通則第6号の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が、画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、月1回に限り歯科画像診断管理加算1を算定する。ただし、歯科画像診断管理加算2を算定する場合は、この限りでない。

○写真診断

1 (略)

2 特殊撮影

イ (略)

ロ 歯科部分パノラマ断層撮影(1口腔1回につき) 20点 (新設)

ロハ 歯科パノラマ断層撮影イ及びロ以外の場合(一連につき) 96点

3・4 (略)

[注の変更]

- 注1 一連の症状を確認するため、同一部位に対して撮影を行った場合における2枚目以降の撮影に係る写真診断(2及び3のイ及びハ並びに3に係るものを除く。)の費用については、各区分の所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

2 (略)

○歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織

- 1 (略)
- 2 特殊撮影
 - イ (略)
 - ロ 歯科部分パノラマ断層撮影の場合(1 口腔 1 回につき) 28 点 (新設)
 - ロニ 歯科パノラマ断層撮影イ及びロ以外の場合(一連につき)

○歯科用 3 次元エックス線断層撮影

[算定要件の変更]

- (12) 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～ニ (略)
- ホ その他、歯科用エックス線撮影又は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や、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

●リハビリテーション

○摂食機能療法 (施設基準あり)

[注の変更]

- 注 3 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、当該保険医療機関の保険医、看護師、言語聴覚士、薬剤師、管理栄養士等が共同して、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な指導管理を行った場合に、摂食嚥下支援加算として摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な指導管理を行った場合は、摂食嚥下機能回復体制加算として、当該基準に係る区分に従い、患者(ハについては、療養病棟入院料 1 又は療養病棟入院料 2 を現に算定しているものに限る。) 1 人につき週 1 回に限り次に掲げる点数 200 点を所定点数に加算する。
- イ 摂食嚥下機能回復体制加算 1 210 点 (新設)
- ロ 摂食嚥下機能回復体制加算 2 190 点 (新設)
- ハ 摂食嚥下機能回復体制加算 3 120 点 (新設)

●処置

○咬合調整

[算定要件の変更]

(1)次に掲げる処置を行った場合に算定する。

- イ 一次性咬合性外傷の場合歯周炎に対する歯の削合
- ロ 二次性咬合性外傷の場合歯ぎしりに対する歯の削合
- ハ 歯冠形態修正の場合過重圧を受ける歯の切縁、咬頭の過高部又は歯科医療を担当する別の保険医療機関において製作された金属歯冠修復物等の過高部の削合
- ニ レスト製作の場合新たな義歯の製作又は義歯修理時の鉤歯と鉤歯の対合歯に係るレスト製作のための削合
- ホ 第13部 歯科矯正に伴うディスクングの場合咬合性外傷を起こしているときの過高部の削合及び歯冠の形態修正又は咬傷を起こす場合の形態修正

(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。

(3-2) イ又はロについては、「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。

(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) (1)の「ニ レスト製作の場合」とは、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、鉤歯と鉤歯の対合歯をレスト製作のために削除した場合をいい、新たな義歯の製作又は義歯修理の実施1回につき、「1 1歯以上10歯未満」又は「2 10歯以上」のうち、いずれか1回に限り算定する。ただし、修理を行った有床義歯に対して、再度、義歯修理を行う場合については、前回算定した日から起算して3月以内は算定できない。

(9) (1)の「ホ 第13部 歯科矯正に伴うディスクングの場合」とは、第13部「通則3」に規定する顎変形症又は通則7に規定する別に厚生労働大臣が定める疾患に起因した咬合異常の歯科矯正を行う際に歯の隣接面の削除を行う場合をいい、歯数に応じ各区分により算定する。

- (10-6) 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、区分番号I004に掲げる歯髄切断、区分番号I005に掲げる抜髄、区分番号I006に掲げる感染根管処置、区分番号J000に掲げる抜歯手術等に含まれ別に算定できない。
- (11-7) 咬合調整を算定する場合は、(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。

○歯髄保護処置（1歯につき）

- 1 歯髄温存療法 188点 → 190点
- 2 直接歯髄保護処置 150点 → 152点
- 3 間接歯髄保護処置 34点 → 36点

[注の変更]

注2 特定薬剤の費用及び特定保険医療材料の費用料は、所定点数に含まれる。

○抜髄（1歯につき）

- 1 単根管 230点 → 232点
- 2 2根管 422点 → 424点
- 3 3根管以上 596点 → 598点

○感染根管処置（1歯につき）

- 1 単根管 156点 → 158点
- 2 2根管 306点 → 308点
- 3 3根管以上 446点 → 448点

○根管貼薬（1歯1回につき）

- 1 単根管 30点 → 32点
- 2 2根管 38点 → 40点
- 3 3根管以上 54点 → 56点

○加圧根管充填処置（1歯につき）

- 1 単根管 136点 → 138点
- 2 2根管 164点 → 166点
- 3 3根管以上 208点 → 208点

[注の変更]

注4 注3に規定する場合であって、Ni-Tiロータリーファイルを用いて根管治療を行った場合は、Ni-Tiロータリーファイル加算として、150点を更に所定点数に加算する。（新設）

[算定要件の変更]

(4) 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。

(5-4) (略)

(6) 「注4」に規定するNi-Tiロータリーファイル加算は、(5)の治療に加え、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。

(7-5) (略)

⑨ Ni-Tiロータリーファイル加算 150点

(手頭微加の施設基準が必要)

[対象患者]

複雑な解剖学的根管形態を有する歯であって、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根管治療を行う歯

○~~歯周疾患処置 (1口腔1回につき)~~

→ 歯周病処置 (1口腔1回につき) (名称変更)

○歯周基本治療

3 歯周ポケット搔爬 (1歯につき) → (削除)

[注の変更]

注3 ~~区分番号I011-2に掲げる歯周病安定期治療(I)、区分番号I011-2-2に掲げる歯周病安定期治療(II)歯周病安定期治療又は区分番号I011-2-3に掲げる歯周病重症化予防治療を開始した日以降は、算定できない。~~

6 区分番号D002-6に掲げる口腔細菌定量検査に基づく歯周基本治療については、1により算定する。 (新設)

[算定要件の変更]

(7) (1)の規定に関わらず、区分番号D002-6に掲げる口腔細菌定量検査を行った場合、有歯顎患者に限り口腔バイオフィーム感染症の治療を目的として、「1 スケーリング」に限り算定して差し支えない。なお、「口腔バイオフィーム感染症に対する口腔細菌定量検査に関する基本的な考え方」(令和4年3月日本歯科医学会)を参考とし、歯周病と口腔バイオフィーム感染症の治療を目的として、それぞれの疾患につき当該処置を行った場合においても、歯周基本治療はどちらか一方の主たる疾患に対してのみ算定する。

○~~歯周病安定期治療 (I)~~ → 歯周病安定期治療 (名称変更)

[注の変更]

注1 一連の歯周病治療終了後、一時的に病状が安定した状態にある患者に対し、歯周組織の状態を維持するための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、機械的歯面清掃等の継続的な治療 (以下この表において「歯周病安定期治療(I)歯周病安定期治療」という。)を開始した場合は、それぞれの区分に従い月1回に限り算定する。

2 2回目以降の歯周病安定期治療(I)歯周病安定期治療の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行う。ただし、一連の歯周病治療において歯周外科手術を実施した場合等の歯周病安定期治療(I)歯周病安定期治療の治療間隔の短縮が必要とされる場合又はかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所において歯周病安定期治療を開始した場合は、この限

りでない。

- 3 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所において歯周病安定期治療を開始した場合は、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算として、120点を所定点数に加算する。（新設）
- ~~3~~ 4 歯周病安定期治療(I)歯周病安定期治療を開始した後、病状の変化により歯周外科手術を実施した場合は、歯周精密検査により再び病状が安定し継続的な治療が必要であると判断されるまでの間は、歯周病安定期治療(I)歯周病安定期治療は算定できない。
- 4 5 歯周病安定期治療(I)歯周病安定期治療を開始した日以降に歯周外科手術を実施した場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。
- ~~5~~ 6 歯周病安定期治療(II)又は歯周病重症化予防治療を算定した月は算定できない。

○歯周病安定期治療（Ⅱ） → （削除）

○歯周病重症化予防治療

[注の変更]

注3 歯周病安定期治療(I)又は歯周病安定期治療(II)歯周病安定期治療を算定した月は算定できない。

○歯周基本治療処置（1口腔につき） 10点 → （削除）

○歯冠修復物又は補綴物の除去（1歯につき）

1 （略）

2 困難なもの 42点 → 48点

3 著しく困難なもの 70点 → 80点

○周術期等専門的口腔衛生処置（1口腔につき）

1 周術期等専門的口腔衛生処置1 92点 → 100点

2 周術期等専門的口腔衛生処置2 100点 → 110点

○在宅等療養患者専門的口腔衛生処置（1口腔につき）

120点 → 130点

○機械的歯面清掃処置（1口腔につき） 70点 → 72点

[注の変更]

注2 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料の注10に規定する加算、区分番号I011-2に掲げる歯周病安定期治療(I)、~~区分番号I011-2-2に掲げる歯周病安定期治療(II)歯周病安定期治療~~、区分番号I011-2-3に掲げる歯周病重症化予防治療、区分番号I029-2に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置又は区分番号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。

[算定要件の変更]

(2) 「注2」の規定に関わらず、区分番号I011-2に掲げる歯周病安定期治療

又はI011-2-3に掲げる歯周病重症化予防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。

○非経口摂取患者口腔粘膜処置（1口腔につき）

100点 → 110点

[注の変更]

注2 非経口摂取患者口腔粘膜処置を算定した月において、区分番号I010に掲げる歯周疾患処置歯周病処置、区分番号I011に掲げる歯周基本治療、区分番号I011-2に掲げる歯周病安定期治療(I)、~~区分番号I011-2-2に掲げる歯周病安定期治療(II)~~歯周病安定期治療、区分番号I011-2-3に掲げる歯周病重症化予防治療、区分番号I011-3に掲げる歯周基本治療処置、区分番号I029に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置、区分番号I029-2に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置及び区分番号I030に掲げる機械的歯面清掃処置は別に算定できない。

○フッ化物歯面塗布処置（1口腔につき）

1 (略)

2 在宅等療養患者の場合初期の根面う蝕に罹患している患者の場合 110点

[注の変更]

注2 2については、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定し、初期の根面う蝕に罹患している在宅等で療養を行う患者又は区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料(注10に規定するエナメル質初期う蝕管理加算を算定した場合を除く。)を算定し、初期の根面う蝕に罹患している65歳以上の患者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、2回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行った場合に限り、月1回に限り算定する。

[算定要件の変更]

(2) 2に規定する初期の根面う蝕に罹患している患者とは、以下のいずれかに該当する患者をいい、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に算定する。

イ 在宅等で療養を行っている通院困難な患者

ロ 65歳以上の患者

(4-3) フッ化物歯面塗布処置は、次の取扱いとする。

イ～ハ (略)

ニ フッ化物歯面塗布処置とは、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。

●手術

○抜歯手術（1歯につき）

- 1 (略)
- 2 前歯 155点 → 160点
- 3 臼歯 265点 → 270点
- 4 埋伏歯 1,054点 → 1054点

[注の変更]

- 注1 2又は3については、歯根肥大、骨の癒着歯等に対する骨の開さく又は歯根分離術を行った場合に限り、難抜歯加算として、210点230点を所定点数に加算する。
- 3 4については、下顎完全埋伏智歯(骨性)又は下顎水平埋伏智歯の場合は、120点130点を所定点数に加算する。

○頬、口唇、舌小帯形成術 560点 → 630点

○口唇腫瘍摘出術

- 1 粘液嚢胞摘出術 910点 → 1020点

○歯周外科手術

- 1～5 (略)
- 6 歯肉歯槽粘膜形成手術
 - イ 歯肉弁根尖側移動術 600点 → 770点
 - ロ 歯肉弁歯冠側移動術 600点 → 770点

[注の変更]

- 注3 区分番号I011-2に掲げる歯周病安定期治療(I)又は区分番号I011-2-2に掲げる歯周病安定期治療(II)歯周病安定期治療を開始した日以降に実施する場合は、所定点数(注1の加算を含む。)の100分の50に相当する点数により算定する。

[算定要件の変更]

- (1) 歯周外科手術とは、区分番号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搔爬術、新付着手術、歯肉切除手術、歯肉剥離搔爬手術、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」を実施した場合に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。
- (11) 歯肉歯槽粘膜形成手術は、歯周疾患の治療において、必要があつて「6のイ歯肉弁根尖側移動術」から「6のホ口腔前庭拡張術」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」及び「6のホ口腔前庭拡張術」は手術単位により算定する。

● 歯冠修復及び欠損補綴

○ 通則

- 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 (略)
- ロ 歯冠修復及び欠損補綴(区分番号M000からM000-3まで、M003(2のロ及びハに限る。)、M003-3、区分番号M006(2のロに限る。)、M010からM010-3まで、M010-4(1に限る。)、M011、M011-2、M015からM015-3まで、~~M015-2~~、M017からM021-2まで、M021-3(2に限る。)、M022、M023、M025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
- 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 (略)
- ロ 区分番号M021-3(1に限る。)及び区分番号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 (略)
- ロ 歯冠修復及び欠損補綴(区分番号M000からM000-3まで、M003(2のロ及びハに限る。)、M003-3、区分番号M006(2のロに限る。)、M010からM010-3まで、M010-4(1に限る。)、M011、M011-2、M015からM015-3まで、~~M015-2~~、M017からM021-2まで、M021-3(2に限る。)、M022、M023、M025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
- 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、実施試適予定日及び実施試適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。
～中略～
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、区分番号M006に掲げる咬合採得は算定出来ない。
- 16 前略～区分番号M010-2に掲げるチタン冠、区分番号M010-3に掲げる接着冠、区分番号M010-4に掲げる根面被覆(1に限る。)、区分番号M011に掲げ

るレジン前装金属冠、区分番号M011-2に掲げるレジン前装チタン冠、区分番号M015に掲げる非金属歯冠修復、区分番号M015-2に掲げるCAD/CAM冠、区分番号M015-3に掲げるCAD/CAMインレー、
～中略～、区分番号M021-3に掲げる磁性アタッチメント(2に限る。)、
～中略～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。

○歯冠形成（1歯につき）

[注の変更]

注2 1のイについて、前歯の4分の3冠、前歯のレジン前装金属冠及び接着ブリッジレジン前装チタン冠のための支台歯の歯冠形成は、490点を所定点数に加算する。

4 1のイについて、接着冠のための支台歯の歯冠形成は、接着冠形成加算として、490点を所定点数に加算する。（新設）

4.5 (略)

5.6 2のイについて、前歯の4分の3冠又は、前歯のレジン前装金属冠又はレジン前装チタン冠のための支台歯の歯冠形成は、470点を所定点数に加算する。

~~6.7~~ (略)

~~7 2のイについて、メタルコアにより支台築造した歯に対するものについては、30点を所定点数に加算する。（削除）~~

~~8 2のロについて、メタルコアにより支台築造した歯に対するものについては、30点を所定点数に加算する。（削除）~~

○支台築造（1歯につき）

1 間接法

イ (略)

ロ ファイバーポストを用いた場合

(1) 大白歯 176点 → 196点

(2) 小臼歯及び前歯 150点 → 170点

2 直接法

イ ファイバーポストを用いた場合

(1) 大白歯 154点 → 174点

(2) 小臼歯及び前歯 128点 → 148点

ロ (略)

○支台築造印象（1歯につき） 34点 → 50点

○テンポラリークラウン（1歯につき）

[注の変更]

注1 テンポラリークラウンは、前歯部において、区分番号M001に掲げる歯冠形成のうち、レジン前装金属冠若しくは、レジン前装チタン冠、硬質レジンジャケット冠若しくはCAD/CAM冠に係る費用を算定した歯又はレジン前装金属冠若しくは、レジン前装チタン冠、硬質レジンジャケット冠若しくはCAD/CAM冠の歯冠形成を行うことを予定している歯について、当該歯に係る処置等を開始した日から当該補綴物を装着するまでの期間において、1歯につき1回に限り算定する。

○リテイナー

1・2 (略)

3 広範囲顎骨支持型補綴(ブリッジ形態のもの)の場合 300点 (新設)

注 3については、保険医療材料料(別に厚生労働大臣が定める特定保険医療材料を除く。)は、所定点数に含まれる。

○装着

[注の変更]

注1 区分番号M015-2に掲げるCAD/CAM冠、区分番号M015-3に掲げるCAD/CAMインレー又は区分番号M017-2に掲げる高強度硬質レジnbrリッジを装着する際に、歯質に対する接着性を向上させることを目的に内面処理を行った場合は、内面処理加算1として、それぞれについて45点、45点又は90点を所定点数に加算する。

注2 接着ブリッジを装着する際に、歯質に対する接着性を向上させることを目的に内面処理を行った場合は、内面処理加算2として、区分番号 M010-3に掲げる接着冠ごとに45点を所定点数に加算する。

[算定要件の変更]

(6) 「注1」の内面処理加算1とは、CAD/CAM冠、CAD/CAMインレー又は高強度硬質レジnbr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シランカップリング処理等をいう。なお、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。

(7) 「注2」の内面処理加算2とは、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いい、区分番号M010-3に掲げる接着冠ごとに算定する。なお、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。

○充填(1歯につき)

[算定要件の変更]

(10) 区分番号I005に掲げる抜髄又は区分番号I006に掲げる感染根管処置を行うに当たり、根管側壁、髓室側壁又は髓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、区分番号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。

○金属歯冠修復（1個につき）

[注の変更]

~~注1-2について、前歯部の接着ブリッジのための金属歯冠修復の費用は、所
定点数に含まれる。~~

~~2注（略）~~

~~3-3について、臼歯部の接着ブリッジのための金属歯冠修復の費用は、所
定点数に含まれる。~~

㊦チタン冠（1歯につき） 1200点

[算定要件]

(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。

(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歯につき生活歯は区分番号M001に掲げる歯
冠形成の「1のイ 金属冠」を、失活歯は区分番号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歯につき区分番号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個につき区分番号M005に掲げる装着の「1 歯冠修復
」を算定する。

㊦接着冠（1歯につき）

1 前歯 370点

2 臼歯 310点

注 接着ブリッジのための接着冠に用いる場合に算定する。

[算定要件]

(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。

㊦根面被覆（1歯につき）

1 根面板によるもの 190点

2 レジン充填によるもの 106点

[算定要件]

(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。

- (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。

⑨ レジン前装チタン冠 1800点

[算定要件]

- (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又は頬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、形成は区分番号M001に掲げる歯冠形成の「3のイ 単純なもの」を、充填は区分番号M009に掲げる充填の「1のイ 単純なもの」及び保険医療材料により算定する。ただし、区分番号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、区分番号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歯につき生活歯は区分番号M001に掲げる歯冠形成の「1のイ 金属冠」及び区分番号M001に掲げる歯冠形成の「注2」の加算点数を、失活歯は区分番号M001に掲げる歯冠形成の「2のイ 金属冠」及び区分番号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歯につき区分番号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個につき区分番号M005に掲げる装着の「1 歯冠修復」を算定する。

○非金属歯冠修復（1個につき）

1 レジンインレー

イ 単純なもの 124点 → 128点

ロ 複雑なもの 176点 → 180点

⑩ CAD/CAM冠

[注の変更]

注 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、歯冠補綴物の設計・製作に要するコンピュータ支援設計・製造ユニット(歯科CAD/CAM装置)を用いて、臼歯に対して歯冠補綴物(全部被覆冠に限る。)を設計・製作し、装着した場合に限り算定する。

[算定要件の変更]

- (4) 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

、中隔部を搔爬するとともに、各根管に対し歯内療法を行った上で、1つのCAD/CAM冠用材料から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、区分番号M010に掲げる金属歯冠修復の(9)に準じて算定する。なお、歯冠修復における保険医療材料料は、CAD/CAM冠用材料(Ⅲ)1歯分として算定する。

⑧ CAD/CAMインレー (1歯につき) 750点

注 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、歯冠補綴物の設計・製作に要するコンピュータ支援設計・製造ユニット(歯科用CAD/CAM装置)を用いて、臼歯に対して歯冠修復物(全部被覆冠を除く。)を設計・製作し、装着した場合に限り算定する。

[算定要件]

- (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) 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。
 - イ 小臼歯に使用する場合
 - ロ 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一大臼歯に使用する場合
 - ハ 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。)
- (3) 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、区分番号M001-3に掲げるう蝕歯インレー修復形成の場合を除き、1歯につき区分番号M001に掲げる歯冠形成の「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個につき区分番号M003に掲げる印象採得の「1 歯冠修復」又は区分番号M006に掲げる咬合採得の「1 歯冠修復」を、装着した場合は、1歯につき区分番号M005に掲げる装着の「1 歯冠修復」、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。

○小児保険装置

[算定要件の変更]

- (2) 小児保険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、生活歯の場合は区分番号M001に掲げる歯冠形成の「1のハ既製冠」を、失活歯の場合は区分番号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、区分番号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、区分番号M006に掲げる咬合採得の「1 歯冠修復」を算定する。

○高強度硬質レジnbrリッジ（1装置につき）

2500点 → 2600点

○有床義歯

- 1 局部義歯（1床につき）
- | | | | |
|--------------|-------|---|--------------|
| イ 1歯から4歯まで | 588点 | → | <u>594点</u> |
| ロ 5歯から8歯まで | 724点 | → | <u>732点</u> |
| ハ 9歯から11歯まで | 962点 | → | <u>972点</u> |
| ニ 12歯から14歯まで | 1391点 | → | <u>1402点</u> |
- 2 総義歯（1顎につき） 2172点 → 2184点

○熱可塑性樹脂有床義歯

- 1 局部義歯（1床につき）
- | | | | |
|--------------|-------|---|--------------|
| イ 1歯から4歯まで | 642点 | → | <u>630点</u> |
| ロ 5歯から8歯まで | 866点 | → | <u>852点</u> |
| ハ 9歯から11歯まで | 1080点 | → | <u>1064点</u> |
| ニ 12歯から14歯まで | 1696点 | → | <u>1678点</u> |
- 2 総義歯（1顎につき） 2704点 → 2682点

○鑄造鉤（1個につき）

- 1 双子鉤 251点 → 255点
2 二腕鉤 231点 → 235点

○線鉤（1個につき）

- 1 双子鉤 220点 → 224点
2 二腕鉤（レストつき） 152点 → 156点

○コンビネーション鉤（1個につき） 232点 → 236点

⑨磁性アタッチメント（1個につき）

- 1 磁石構造体を用いる場合 260点
2 キーパー付き根面板を用いる場合 350点

注 有床義歯（区分番号M018に掲げる有床義歯又は区分番号M019に掲げる熱可塑性樹脂有床義歯に限り、区分番号M030の2に掲げる軟質材料を用いる場合において義歯床用軟質裏装材を使用して床裏装を行った場合に係る有床義歯を除く。）に対して、磁性アタッチメントを装着した場合に限り

算定する。

[算定要件]

- (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つ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」及び区分番号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及び特定保険医療材料を別に算定して差し支えない。
- (8) 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)。

○間接支台装置 (1個につき) 109点 → 111点

○バー (1個につき)

1 鋳造バー 454点 → 458点

2 屈曲バー 264点 → 268点

○保持装置 60点 → 62点

○有床義歯修理 (1床につき) 252点 → 260点

○有床義歯内面適合法

[算定要件の変更]

- (5) 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。ただし、~~同じ~~特定保険医療材料を使用する場合に限る。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とは別に当該区分の特定保険医療材料を算定する。
- (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つて、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、床裏装を担当する歯科技工士の氏名を診療録に記載する。

●歯科矯正について（施設基準を満たした医療機関に限る）

○通則

[別に厚生労働大臣が定める疾患]（追加された疾患名のみ掲載）

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) ～ (58) (略)

(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~~59) その他顎・口腔の先天異常

○歯科矯正管理料

[算定要件の変更]

(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

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。

●病理診断について

○口腔病理診断料（歯科診療に係るものに限る）

150点 → 130点