

歯科点数表の解釈（令和2年4月版） 追補

（令和2年9月・社会保険研究所）

特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）の一部を改正する件（令和2年8月31日・厚生労働省告示第304号）及び「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（使用歯科材料）の算定について」の一部改正について（令和2年8月31日・保医発0831第3号）により、材料価格・材料料点数の一部が改正されます（令和2年10月適用）。なお、歯科用貴金属材料の材料価格改定以外の見直しについては、本追補3頁目以降に掲載しています。

I 材料価格基準(歯冠修復及び欠損補綴)の材料価格の改正 →438頁

品名	単位	2年6月まで	2年10月から
		[2年9月まで]	
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	4,374円 [同上]	同左
003 歯科鑄造用14カラット金合金 鉤用（J I S適合品）	1 g	4,658円 [同上]	同左
004 歯科用14カラット金合金鉤用線（金58.33%以上）	1 g	5,030円 [同上]	同左
005 歯科用14カラット合金用金ろう（J I S適合品）	1 g	4,590円 [同上]	同左
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	2,083円 [2,662円]	2,450円
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	2,765円 [3,227円]	同左下
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	123円 [同上]	同左
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	151円 [同上]	同左
013 歯科用銀ろう（J I S適合品）	1 g	255円 [同上]	同左
014 削除			
015 削除			

II 歯冠修復及び欠損補綴に係る材料料点数の改正

材 料 料	2年6月まで	2年10月から	材 料 料	2年6月まで	2年10月から
	[2年9月まで]			[2年9月まで]	
M010 金属歯冠修復(1個につき) →333頁			ハ 全部金属冠	733点 [937点]	862点
1 14カラット金合金			(2) 小臼歯・前歯		
(1) インレー			イ インレー		
複雑なもの	701点 [同上]	同左	a 単純なもの	170点 [218点]	200点
(2) 4分の3冠	876点 [同上]	同左	b 複雑なもの	339点 [433点]	399点
2 金銀パラジウム合金（金12%以上）			ロ 4分の3冠	419点 [535点]	492点
(1) 大臼歯			ハ 5分の4冠	419点 [535点]	492点
イ インレー			ニ 全部金属冠	525点 [671点]	617点
a 単純なもの	250点 [320点]	294点			
b 複雑なもの	463点 [592点]	545点			
ロ 5分の4冠	583点 [745点]	685点			

※次頁に続く

材 料 料	2年6	2年10
	月まで	
	[2年9	
	月まで]	
4 銀合金		
(1) 大白歯		
イ インレー		
a 単純なもの	19点 [同上]	同左
b 複雑なもの	33点 [同上]	同左
ロ 5分の4冠	42点 [同上]	同左
ハ 全部金属冠	52点 [同上]	同左
(2) 小臼歯・前歯・乳歯		
イ インレー		
a 単純なもの	12点 [同上]	同左
b 複雑なもの	24点 [同上]	同左
ロ 4分の3冠(乳歯を除く。)	30点 [同上]	同左
ハ 5分の4冠(乳歯を除く。)	30点 [同上]	同左
ニ 全部金属冠	38点 [同上]	同左
5 純チタン2種	66点 [同上]	同左
M011 レジン前装金属冠(1歯につき) →336頁		
1 金銀パラジウム合金(金12%以上)を用いた場合	654点 [835点]	769点
2 銀合金を用いた場合	84点 [同上]	同左
M017 ポンティック(1歯につき) →340頁		
1 鑄造ポンティック		
(1) 金銀パラジウム合金(金12%以上)		
イ 大白歯	844点 [1,079点]	993点
ロ 小臼歯	636点 [812点]	748点
(2) 銀合金 大白歯・小臼歯		
	42点 [同上]	同左
2 レジン前装金属ポンティック		
(1) 金銀パラジウム合金(金12%以上)を用いた場合		
イ 前歯	507点 [648点]	597点
ロ 小臼歯	636点 [812点]	748点
ハ 大白歯	844点 [1,079点]	993点
(2) 銀合金を用いた場合		
イ 前歯	54点 [同上]	同左
ロ 小臼歯	54点 [同上]	同左
ハ 大白歯	54点 [同上]	同左

材 料 料	2年6	2年10
	月まで	
	[2年9	
	月まで]	
M020 鑄造鉤(1個につき) →348頁		
1 14カラット金合金		
(1) 双子鉤		
イ 大・小臼歯	969点 [同上]	同左
ロ 犬歯・小臼歯	789点 [同上]	同左
(2) 二腕鉤(レストつき)		
イ 大白歯	789点 [同上]	同左
ロ 犬歯・小臼歯	606点 [同上]	同左
ハ 前歯(切歯)	466点 [同上]	同左
2 金銀パラジウム合金(金12%以上)		
(1) 双子鉤		
イ 大・小臼歯	675点 [862点]	794点
ロ 犬歯・小臼歯	528点 [675点]	621点
(2) 二腕鉤(レストつき)		
イ 大白歯	463点 [592点]	545点
ロ 犬歯・小臼歯	403点 [515点]	474点
ハ 前歯(切歯)	374点 [478点]	440点
3 鑄造用コバルトクロム合金	5点 [同上]	同左
M021 線鉤(1個につき) →348頁		
1 不銹鋼及び特殊鋼	9点 [同上]	同左
2 14カラット金合金		
(1) 双子鉤		
	489点 [同上]	同左
(2) 二腕鉤(レストつき)		
	378点 [同上]	同左
M021-2 コンビネーション鉤(1個につき) →349頁		
1 鑄造鉤又はレストに金銀パラジウム合金(金12%以上)、線鉤に不銹鋼及び特殊鋼を用いた場合		
(1) 前歯	231点 [239点]	220点
(2) 犬歯・小臼歯	245点 [257点]	237点
(3) 大白歯	275点 [296点]	272点
2 鑄造鉤又はレストに鑄造用コバルトクロム合金、線鉤に不銹鋼及び特殊鋼を用いた場合		
(1) 前歯	46点 [同上]	同左
(2) 犬歯・小臼歯	46点 [同上]	同左
(3) 大白歯	46点 [同上]	同左
M023 バー(1個につき) →349頁		
1 鑄造バー		
(1) 金銀パラジウム合金(金12%以上)	1,082点 [1,383点]	1,273点
(2) 鑄造用コバルトクロム合金	18点 [同上]	同左
2 屈曲バー 不銹鋼及び特殊鋼		
	39点 [同上]	同左

その他、以下の告示・通知・事務連絡により、本書の内容に変更が生じたので、ここに追補します。

<ul style="list-style-type: none"> ・疑義解釈資料の送付について（その15）（令和2年6月2日 医療課事務連絡） ・令和2年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について（令和2年6月9日 医療課事務連絡） ・新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その21）（令和2年6月10日 医療課事務連絡） ・「特定保険医療材料の定義について」の一部改正について（令和2年6月30日 保医発0630第1号） ・疑義解釈資料の送付について（その20）（令和2年6月30日 医療課事務連絡） ・雇用保険法等の一部を改正する法律の一部の施行に伴う厚生労働省関係省令の整備等に関する省令（令和2年7月17日 厚生労働省令第141号） ・疑義解釈資料の送付について（その23）（令和2年7月20日 医療課事務連絡） ・新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その24）（令和2年7月21日 医療課事務連絡） ・「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正について（令和2年7月31日 医療課事務連絡） ・医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律等の一部を改正する法律の施行に伴う厚生労働省関係告示の整理に関する告示（令和2年8月21日 厚生労働省告示第295号） ・「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正について（令和2年8月31日 保医発0831第1号） ・令和2年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について（令和2年8月31日 医療課事務連絡） ・疑義解釈資料の送付について（その30）（令和2年9月1日 医療課事務連絡）
--

※なお、上記のとおり、この追補では本書の巻末に掲載している、巻末追補の内容を再掲しています。

頁	箇所	現 行	改定後
139	右段上から 6行目	(3) 「2」については、「1」を算定した患者について、情報提供を行った診療の次回以降の受診時に、就労の状況等を確認し、必要な療養上の指導を行った場合に、「1」を算定した日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り算定する。 [留]	(3) 「2」については、「1」を算定した患者について、情報提供を行った診療の次回以降の受診時に、就労の状況等を確認し、必要な療養上の指導を行った場合に、「1」を算定した日の属する月又はその翌月から起算して3月を限度として、月1回に限り算定する。 <u>なお、「1」を算定した日の属する月に「2」を算定しなかった場合に限り、その翌月から起算すること。</u> [留]
221	右段上から 12行目	①これまでのリハビリテーションの実施状況（期間及び内容）、②前3か月の状態との比較をした当月の患者の状態、	①これまでのリハビリテーションの実施状況（期間及び内容）、②前月の状態との比較をした当月の患者の状態、
228	右段上から 7行目後	※後ろに1行空け、以下を追加する。 ■摂食機能療法に関する事務連絡 問 「疑義解釈資料の送付について（その20）」（令和2年6月30日厚生労働省保険局医療課事務連絡）別添1問1の取扱いについては、歯科診療報酬点数表関係における区分番号「H001」摂食機能療法の注3の摂食嚥下支援加算についても同様の取扱いになるのか。 答 そのとおり。 (令2. 7. 20 「歯科」問1) 【編注；「疑義解釈資料の送付について（その20）」（令和2年6月30日厚生労働省保険局医療課事務連絡）別添1問1は以下の通り】 問 区分番号「H004」摂食機能療法の注3の摂食嚥下支援加算について、月に1回以上、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施することとなっているが、当該加算を算定する保険医療機関Aとは別の保険医療機関Bにおいて検査を実施した場合であっても、保険医療機関Aにおいて当該加算を算定することは可能か。 答 算定可能。この場合、保険医療機関Aは、保険医療機関Bにおける検査結果を診療録等に記載又は添付するとともに、保険医療機関Bの名称及び検査実施日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 (令2. 6. 30 「医科」問1)	
315	右段上から 4行目	(電磁波温熱療法)〈医科〉	(電磁波温熱療法(一連につき))〈医科〉
	右段上から	(密封小線源治療)〈医科〉	(密封小線源治療(一連につき))〈医科〉

	24 行目		
338	右段上から 5 行目	<p>(CAD/CAM冠の保険医療材料料 (1 歯につき))</p> <p>1 CAD/CAM冠用材料 (I) 228 点</p> <p>2 CAD/CAM冠用材料 (II) 254 点</p> <p>3 CAD/CAM冠用材料 (III) 442 点</p> <p>注 CAD/CAM冠用材料 (III) を小臼歯に対して使用した場合は、CAD/CAM冠用材料 (II) により算定する。 (令 2.3.5 保医発 0305 第 10)</p>	<p>(CAD/CAM冠の保険医療材料料 (1 歯につき))</p> <p>1 CAD/CAM冠用材料 (I) 228 点</p> <p>2 CAD/CAM冠用材料 (II) 254 点</p> <p>3 CAD/CAM冠用材料 (III) 442 点</p> <p>4 CAD/CAM冠用材料 (IV) 576 点</p> <p>注 CAD/CAM冠用材料 (III) を小臼歯に対して使用した場合は、CAD/CAM冠用材料 (II) により算定する。 (令 2.3.5 保医発 0305 第 10) <u>(令 2.8.31 保医発 0831 第 1)</u></p>
	右段上から 16 行目	<p>(2) CAD/CAM冠は以下のいずれかに該当する場合に算定する。</p> <p>イ <u>小臼歯</u>に使用する場合</p> <p>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</p> <p>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、大白歯に使用する場合 (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うえで、診療情報提供 (診療情報提供料の様式に準じるもの) に基づく場合に限る。)</p> <p>[留]</p>	<p>(2) CAD/CAM冠は以下のいずれかに該当する場合に算定する。</p> <p>イ <u>前歯又は小臼歯</u>に使用する場合</p> <p>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</p> <p>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、大白歯に使用する場合 (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うえで、診療情報提供 (診療情報提供料の様式に準じるもの) に基づく場合に限る。)</p> <p>[留]</p> <p><u>(令 2.8.31 保医発 0831 第 1)</u></p>
	右段下から 20 行目後	<p>※後ろに 1 行空け、以下を追加する。</p> <p>(5) 前歯に対し、CAD/CAM冠を製作する場合において、CAD/CAM冠用材料 (IV) 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は、区分番号D010に掲げる歯冠補綴時色調採得検査に準じて算定する。 [留] (令 2.8.31 保医発 0831 第 1)</p> <p>(6) 前歯に対し、区分番号M001に掲げる歯冠形成のうち、CAD/CAM冠に係る費用を算定した歯又はCAD/CAM冠の歯冠形成を行うことを予定している歯で、テンポラリークラウンを用いた場合は、区分番号M003-2に掲げるテンポラリークラウンに準じ、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。 [留] (令 2.8.31 保医発 0831 第 1)</p>	
392	左段下から 18 行目後	<p>※後ろに 1 行空け、以下を追加する。</p> <p>(問) 「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」のⅡの 4 の 059 [068] 「純チタン 2 種」(以下、「純チタン」という。) について、鋳造用ではなく CAD/CAM用の材料を用いた場合は算定できるか。 (令 2.6.2 「歯科」問 1)</p> <p>(答) 算定できない。</p> <p>(問) 純チタンで作製した全部金属冠について、歯冠形成はどのように算定するのか。 (令 2.6.2 「歯科」問 2)</p> <p>(答) 区分番号「M001」に掲げる歯冠形成の「1 のイ 金属冠」又は「2 のイ 金属冠」により算定する。</p> <p>(問) 純チタンで作製した全部金属冠について、装着はどのように算定するのか。 (令 2.6.2 「歯科」問 3)</p> <p>(答) 区分番号「M005」に掲げる装着の「1 歯冠修復」により算定する。</p>	

		<p>(問) 純チタンで作製した全部金属冠について、区分番号「M000-2」に掲げるクラウン・ブリッジ維持管料料は対象となるか。 (令2.6.2 「歯科」問4)</p> <p>(答) なる。</p>
397	右段上から 13行目後	<p>※後ろに1行空け、以下を追加する。</p> <p>○療養の給付と直接関係ないサービス等</p> <p>(問) 令和2年7月1日から医薬品・化粧品小売業等において、プラスチック製買物袋の有料化が必須となるが、保険薬局において、薬剤又は治療材料等の支給を行う場合に、一部負担金とは別にプラスチック製買物袋の費用を徴収することは、「保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則」に抵触するか。 (令2.6.30 「医科・歯科・調剤」問1)</p> <p>(答) 患者に交付するプラスチック製買物袋に係る費用は、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用に該当するため、抵触しない。ただし、この場合、予め患者に対し、サービスの内容及料金等について明確かつ懇切に説明し、同意を確認の上徴収するなど「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」(平成17年9月1日保医発第0901002号)に従い運用すること。</p> <p>(問) 保険医療機関において、薬剤又は治療材料等の支給を行う場合に、一部負担金とは別に自主的取組としてプラスチック製買物袋の費用を徴収することは、「保険医療機関及び保険医療療養担当規則」に抵触するか。 (令2.6.30 「医科・歯科・調剤」問2)</p> <p>(答) 保険医療機関自体の自主的取組としてプラスチック製買物袋の費用を徴収する場合についても、問1と同様に取り扱って差し支えない。(なお、保険医療機関内に設置された別法人による小売業者は、プラスチック製買物袋の有料化が必須である。)</p> <p>(問) 令和2年3月23日付の一部改正通知において、療養の給付と直接関係ないサービス等の具体例として「保険薬局における患者等への薬剤の持参料及び郵送代」及び「保険医療機関における患者等への処方箋及び薬剤の郵送代」が記載されているが、衛生材料又は保険医療材料の持参料及び郵送代も同様に、患者から徴収してよいのか。 (令2.6.30 「医科・歯科・調剤」問3)</p> <p>(答) 保険医療機関又は保険薬局における患者等への衛生材料又は保険医療材料の持参料及び郵送代についても、薬剤と同様に取り扱って差し支えない。</p>
402	左段上から 19行目後	<p>※後ろに1行空け、以下を追加する。</p> <p>(問) 連携充実加算の施設基準について、「当該保険医療機関において外来化学療法に関わる職員及び地域の保険薬局に勤務する薬剤師等を対象とした研修会等を年1回以上実施すること。」とされているが、当該施設基準を新規に届け出る場合、どのような取扱いとなるか。 (令2.9.1 「医科」問3)</p> <p>(答) 当該施設基準の届出時点で、届出日から1年以内に当該研修会等を開催することが決まっている場合については、「当該保険医療機関において外来化学療法に関わる職員及び地域の保険薬局に勤務する薬剤師等を対象とした研修会等を年1回以上実施すること。」の要件を満たしているものとしてよい。なお、届出時に研修会等の開催予定日が分かる書類を添付すること。</p> <p>(問) 連携充実加算の施設基準について、「令和2年3月31日時点で外来化学療法加算1の届出を行っている保険医療機関については、令和2年9月30日までの間に限り、上記(3)のイの基準を満たしているものとする。」とされているが、令和2年3月31日時点で外来化学療法加算1の届出を行っている保険医療機関であって、研修会の開催が令和2年10月1日から令和3年3月31日までの間に決まっている場合について、令和2年10月1日以降、どのような取扱いとなるか。 (令2.9.1 「医科」問4)</p> <p>(答) 「当該保険医療機関において外来化学療法に関わる職員及び地域の保険薬局に勤務する薬剤師等を対象とした研修会等を年1回以上実施すること。」の要件を満たしているものとみなしてよい。なお、その場合は、令和2年10月12日までに、研修会等の開催予定日が分かる書類を届け出ること。</p>
403	左段上から	<p>※後ろに1行空け、以下を追加する。</p>

20 行目後	<p>(問) 別表 I 「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧」により示されている診療報酬明細書の「摘要」欄に記載する事項等について、電子レセプト請求による請求の場合は令和 2 年 10 月診療分以降については該当するコードを選択することになったが、令和 2 年 9 月診療分以前の電子レセプト又は書面による請求を行う場合においても、当該一覧の「左記コードによるレセプト表示文言」とお同記載するののか。 (令 2. 6. 2 「医科・歯科・調剤」問 1)</p> <p>(答) 必ずしも当該文言のお同記載する必要はないが、その旨が分かる記載又は当該診療に係る記載事項であることが分かる記載とすること。</p>
408	<p>※頁の後ろに以下の事務連絡を追加する。</p> <p style="text-align: center;">新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて (その 21) (抄) (令 2. 6. 10 厚生労働省保険局医療課・事務連絡)</p> <p>新型コロナウイルスの感染が拡大している状況を踏まえ、臨時的な診療報酬の取扱い及び施設基準に係る臨時的な対応等について別添 1 及び 2 のお同取りまとめたので、その取扱いに遺漏のないよう、貴管下の保険医療機関に対し周知徹底を図りたい。以上</p> <p>(別添 2)</p> <p>問 1 「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて (その 4)」(令和 2 年 3 月 5 日厚生労働省保険局医療課事務連絡)において、新型コロナウイルスの感染が拡大している間の臨時的対応として、慢性疾患等を有する定期受診患者等に対して電話や情報通信機器を用いた診療を行った場合に、電話等再診料を算定可能とされた。この場合において、別表第二歯科診療報酬点数表の A002 再診料に係る加算は算定可能か。</p> <p>(答) A002 再診料の注 3、注 5、注 6 及び注 9 に規定する加算については、それぞれの要件を満たせば算定できる。なお、この取扱いは、令和 2 年 3 月 5 日から適用される。</p> <p>問 2 「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて (その 15)」(令和 2 年 4 月 27 日厚生労働省保険局医療課事務連絡)において、新型コロナウイルスの感染が拡大し、医療機関の受診が困難になりつつあることに鑑みた時限的・特例的対応として、初診から電話や情報通信機器を用いた診療を実施した場合に、別表第二歯科診療報酬点数表の C000 歯科訪問診療 3 (注の加算を含む。)を算定することとされたが、「注の加算」とは何を指すのか。</p> <p>(答) A000 初診料の注 5、注 7 及び注 8 に規定する加算を指す。なお、この取扱いは、令和 2 年 4 月 27 日から適用される。</p> <p>また、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歯科保険医療機関にあっては、本加算の請求については、書面により請求すること。書面による請求を行っている歯科保険医療機関にあっては、通常の手続に則り請求すること。</p> <p>問 3 問 2 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歯科保険医療機関に係る書面による請求は、どのように行えば良いか。</p> <p>(答) A000 初診料の注 5、注 7 及び注 8 に規定する加算の請求については、当該加算以外の項目については、通常の手続に則り診療報酬明細書を作成し、これとは別途、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七条第三項の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式の様式第三に基づき、当該加算のみを記載した診療報酬明細書を作成し、書面により請求すること。</p> <p>なお、請求に当たっては、審査支払機関に対して、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 7 条第 1 項に規定する届出は不要である。</p> <p>問 4 研修が届出基準の 1 つとなっている施設基準について、新型コロナウイルス感染症の拡大防止の観点から、歯科外来診療環境体制加算、在宅療養支援歯科診療所及びかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準である研修について集合研修ではなく e ラーニング等の WEB 配信による受講でも該当する研修として認められるか。</p> <p>(答) 医療関係団体が実施し、必要な内容が網羅されたものであれば、認められる。</p>

新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その24）（抄）

（令 2. 7. 21 厚生労働省保険局医療課・事務連絡）

新型コロナウイルスの感染が拡大している状況を踏まえ、臨時的な診療報酬の取扱い及び施設基準に係る臨時的な対応等について別添のとおり取りまとめたので、その取扱いに遺漏のないよう、貴管下の保険医療機関に対し周知徹底を図られたい。
以上

（別添）

問3 新型コロナウイルスの感染予防等の観点から、一時的に疾患別リハビリテーションを中止せざるを得なかったことにより、標準的算定日数を超えた患者について、引き続き疾患別リハビリテーション料を算定することはできるか。

（答） 当該患者が、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）別表第九の八第一号に掲げる患者であって、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合は、各疾患別リハビリテーション料の注1ただし書きの規定に従い、標準的算定日数を超えて所定点数を算定することができる。

なお、その場合にあっても、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和2年3月5日付け保医発 0305 第1号厚生労働省保険局医療課長及び厚生労働省保険局歯科医療管理官連名通知）別添1第7部通則4及び9における「標準的算定日数を超えて継続して疾患別リハビリテーションを行う患者のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合」の取扱いを遵守すること。

438	上から 3行目	（最終改正；令 2.5.29 厚生労働省告示第 227 号）	（最終改正；令 2.8.31 厚生労働省告示第 304 号）																																				
439	左段下から 7行目	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">058 CAD/CAM冠用材料</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>(1) CAD/CAM冠用材料 (I)</td> <td style="text-align: center;">1 個</td> <td style="text-align: center;">2,280</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(2) CAD/CAM冠用材料 (II)</td> <td style="text-align: center;">1 個</td> <td style="text-align: center;">2,540</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(3) CAD/CAM冠用材料 (III)</td> <td style="text-align: center;">1 個</td> <td style="text-align: center;">4,420</td> <td></td> </tr> </table>	058 CAD/CAM冠用材料				(1) CAD/CAM冠用材料 (I)	1 個	2,280		(2) CAD/CAM冠用材料 (II)	1 個	2,540		(3) CAD/CAM冠用材料 (III)	1 個	4,420		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">058 CAD/CAM冠用材料</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>(1) CAD/CAM冠用材料 (I)</td> <td style="text-align: center;">1 個</td> <td style="text-align: center;">2,280</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(2) CAD/CAM冠用材料 (II)</td> <td style="text-align: center;">1 個</td> <td style="text-align: center;">2,540</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(3) CAD/CAM冠用材料 (III)</td> <td style="text-align: center;">1 個</td> <td style="text-align: center;">4,420</td> <td></td> </tr> <tr> <td><u>(4) CAD/CAM冠用材料 (IV)</u></td> <td style="text-align: center;"><u>1 個</u></td> <td style="text-align: center;"><u>5,760</u></td> <td></td> </tr> </table>	058 CAD/CAM冠用材料				(1) CAD/CAM冠用材料 (I)	1 個	2,280		(2) CAD/CAM冠用材料 (II)	1 個	2,540		(3) CAD/CAM冠用材料 (III)	1 個	4,420		<u>(4) CAD/CAM冠用材料 (IV)</u>	<u>1 個</u>	<u>5,760</u>	
058 CAD/CAM冠用材料																																							
(1) CAD/CAM冠用材料 (I)	1 個	2,280																																					
(2) CAD/CAM冠用材料 (II)	1 個	2,540																																					
(3) CAD/CAM冠用材料 (III)	1 個	4,420																																					
058 CAD/CAM冠用材料																																							
(1) CAD/CAM冠用材料 (I)	1 個	2,280																																					
(2) CAD/CAM冠用材料 (II)	1 個	2,540																																					
(3) CAD/CAM冠用材料 (III)	1 個	4,420																																					
<u>(4) CAD/CAM冠用材料 (IV)</u>	<u>1 個</u>	<u>5,760</u>																																					
443	上から 14行目	（最終改正；令 2.5.29 保医発 0529 第1号）	（最終改正；令 2.8.31 保医発 0831 第1号）																																				
445	右段下から 22行目	<p>058 CAD/CAM冠用材料</p> <p>(1) CAD/CAM冠用材料 (I) 及び (II) は小臼歯に使用した場合に限り算定できる。</p> <p>(2) CAD/CAM冠用材料 (III) は大臼歯に使用した場合に限り算定できる。</p> <p>(3) <u>CAD/CAM冠用材料 (III) を大臼歯に使用した場合は、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）。</u></p> <p>059 純チタン 2種</p>	<p>058 CAD/CAM冠用材料</p> <p>(1) CAD/CAM冠用材料 (I) 及び (II) は小臼歯に使用した場合に限り算定できる。</p> <p>(2) CAD/CAM冠用材料 (III) は大臼歯に使用した場合に限り算定できる。</p> <p>(3) <u>CAD/CAM冠用材料 (IV) は前歯に使用した場合に限り算定できる。</u></p> <p>(4) <u>CAD/CAM冠用材料 (III) を大臼歯に使用した場合及びCAD/CAM冠用材料 (IV) を前歯に使用した場合は、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）。</u></p> <p>068 純チタン 2種</p>																																				

		全部金属冠による歯冠修復を目的として大白歯に使用した場合に限り算定できる。	全部金属冠による歯冠修復を目的として大白歯に使用した場合に限り算定できる。
449	上から 3行目	(最終改正；令2.5.29 保医発0529 第1号)	(最終改正；令2.8.31 保医発0831 第1号)
455	右段下から 13行目	<p>(2) 機能区分の考え方 構成成分及び物理的性質により、CAD/CAM冠用材料（Ⅰ）、CAD/CAM冠用材料（Ⅱ）及びCAD/CAM冠用材料（Ⅲ）の合計3区分に区分する。</p> <p>(3) 機能区分の定義</p> <p>① CAD/CAM冠用材料（Ⅰ） 次のいずれにも該当すること。 ア シリカ微粉末とそれを除いた無機質フィラーの合計が60%以上であること。 イ ②及び③に該当しないこと。</p> <p>② CAD/CAM冠用材料（Ⅱ） 次のいずれにも該当すること。 ア シリカ微粉末とそれを除いた無機質フィラーの合計の質量分率が60%以上であること。 イ ビッカース硬さが55HV0.2以上であること。 ウ 37℃の水中に7日間浸漬後の3点曲げ強さが160MPa以上であること。 エ 37℃の水中に7日間浸漬後の吸水量が32μg/mm³以下であること。</p> <p>③ CAD/CAM冠用材料（Ⅲ） 次のいずれにも該当すること。 ア シリカ微粉末とそれを除いた無機質フィラーの合計の質量分率が70%以上であること。 イ ビッカース硬さが75HV0.2以上であること。 ウ 37℃の水中に7日間浸漬後の3点曲げ強さが240MPa以上であること。 エ 37℃の水中に7日間浸漬後の吸水量が20μg/mm³以下であること。</p>	<p>(2) 機能区分の考え方 構成成分及び物理的性質により、CAD/CAM冠用材料（Ⅰ）、CAD/CAM冠用材料（Ⅱ）及びCAD/CAM冠用材料（Ⅲ）及びCAD/CAM冠用材料（Ⅳ）の合計4区分に区分する。</p> <p>(3) 機能区分の定義</p> <p>① CAD/CAM冠用材料（Ⅰ） 次のいずれにも該当すること。 ア シリカ微粉末とそれを除いた無機質フィラーの合計が60%以上であること。 イ ②、③及び④に該当しないこと。</p> <p>② CAD/CAM冠用材料（Ⅱ） 次のいずれにも該当すること。 ア シリカ微粉末とそれを除いた無機質フィラーの合計の質量分率が60%以上であること。 イ ビッカース硬さが55HV0.2以上であること。 ウ 37℃の水中に7日間浸漬後の3点曲げ強さが160MPa以上であること。 エ 37℃の水中に7日間浸漬後の吸水量が32μg/mm³以下であること。</p> <p>③ CAD/CAM冠用材料（Ⅲ） 次のいずれにも該当すること。 ア シリカ微粉末とそれを除いた無機質フィラーの合計の質量分率が70%以上であること。 イ ビッカース硬さが75HV0.2以上であること。 ウ 37℃の水中に7日間浸漬後の3点曲げ強さが240MPa以上であること。 エ 37℃の水中に7日間浸漬後の吸水量が20μg/mm³以下であること。</p> <p>④ <u>CAD/CAM冠用材料（Ⅳ）</u> 次のいずれにも該当すること。 ア <u>シリカ微粉末とそれを除いた無機質フィラーの合計の質量分率が60%以上であること。</u> イ <u>ビッカース硬さが55HV0.2以上であること。</u> ウ <u>37℃の水中に7日間浸漬後の3点曲げ強さが160MPa以上であること。</u> エ <u>37℃の水中に7日間浸漬後の吸水量が32μg/mm³以下であること。</u> オ <u>歯冠長に相当する一辺の長さが14mm以上であること。</u> カ <u>シリカ微粉末とそれを除いた無機質フィラーの一次粒子径の最大径が5μm以下であること。</u> キ <u>エナメル色（切縁部色）とデンティン色（歯頸部色）、及びこれらの移行色（中間色）を含む複数の色調を積層した構造であること。</u></p>
457	右段下から	※以下を追加する。	

	23 行目後	<p>068 純チタン 2 種</p> <p>定義</p> <p>次のいずれにも該当すること。</p> <p>(1) 薬事承認又は承認上、類別が「歯科材料(1)歯科用金属」であって、一般的名称が「歯科鑄造用チタン合金」であること。</p> <p>(2) JIS H4650 第 2 種に適合するものであること。</p> <p>(3) 大白歯の全部金属冠による歯冠修復に用いるものであること。</p>	
461	右段上から 8 行目	<p>040 歯科矯正用アンカースクリュー</p> <p>定義</p> <p>次のいずれにも該当すること。</p> <p>(1) 薬事承認又は認証上、類別が「医療用品(4)整形用品」であって、一般的名称が「<u>歯科矯正用アンカースクリュー</u>」であること。</p> <p>(2) 歯科矯正治療において矯正力付与の固定源とすることを目的に使用するスクリューであること。</p> <p>041 純チタン 2 種</p> <p>定義</p> <p>次のいずれにも該当すること。</p> <p>(1) 薬事承認又は承認上、類別が「<u>歯科材料(1)歯科用金属</u>」であって、一般的名称が「<u>歯科鑄造用チタン合金</u>」であること。</p> <p>(2) JIS H4650 第 2 種に適合するものであること。</p> <p>(3) 大白歯の全部金属冠による歯冠修復に用いるものであること。</p>	<p>040 歯科矯正用アンカースクリュー</p> <p>定義</p> <p>次のいずれにも該当すること。</p> <p>(1) 薬事承認又は認証上、類別が「医療用品(4)整形用品」であって、一般的名称が「<u>歯科矯正用アンカースクリュー</u>」又は「<u>歯科矯正用固定器具</u>」であること。</p> <p>(2) 歯科矯正治療において矯正力付与の固定源とすることを目的に使用するスクリューであること。</p>
477	上から 3 行目	(最終改正；令 2.3.5 厚生労働省令第 24 号)	(最終改正；令 2.7.17 厚生労働省令第 141 号)
483	下段様式中	業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨	業務災害、複数業務要因災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨
544	上から 3 行目	(最終改正；平 28.6.24 厚生労働省告示第 265 号)	(最終改正；令 2.8.21 厚生労働省告示第 295 号)
	右段上から 25 行目	イ 医薬品医療機器等法第 14 条第 9 項（同法第 19 条の 2 第 5 項において準用する場合を含む。）	イ 医薬品医療機器等法第 14 条第 13 項（同法第 19 条の 2 第 5 項において準用する場合を含む。）
545	左段上から 10 行目	イ 保険適用されている医療機器であって、医薬品医療機器等法第 23 条の 2 の 5 第 11 項（同法第 23 条の 2 の 17 第 5 項において準用する場合を含む。）	イ 保険適用されている医療機器であって、医薬品医療機器等法第 23 条の 2 の 5 第 15 項（同法第 23 条の 2 の 17 第 5 項において準用する場合を含む。）
595	右段上から 2 行目	<p>2 届出に関する事項</p> <p>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 の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 4 を用いること。また、偶発症に対する緊急時の対応、医療事故対策等の医療安全対策に係る研修を全て修了していることが確認できる文書を添付すること。</p>	<p>2 届出に関する事項</p> <p>(1) 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 の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 4 を用いること。また、偶発症に対する緊急時の対応、医療事故対策等の医療安全対策に係る研修を全て修了していることが確認できる文書を添付すること。</p> <p>(2) 当該届出については、届出にあたり実績を要しない。</p>
621	右段上から 17 行目	エ 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する <u>看護要員</u> の夜勤後の暦日の休日が確保されてい	エ 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する <u>看護職員</u> の夜勤後の暦日の休日が確保されてい

		ること。	ること。
	右段下から 21 行目	コ 当該病棟において、ICT, AI, IoT等の活用によって、 <u>看護要員の業務負担軽減</u> を行っていること。	コ 当該病棟において、ICT, AI, IoT等の活用によって、 <u>看護職員の業務負担軽減</u> を行っていること。
635	右段上から 6 行目	(2) 当該入退院支援部門に、入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が1名以上配置されていること。更に、専従の看護師が配置されている場合には入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合には入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の看護師が配置されていること。(ただし、区分番号「A307」小児入院医療管理料(精神病棟に限る。)又は区分番号「A309」特殊疾患病棟入院料(精神病棟に限る。)を算定する病棟の患者に対して当該加算を算定する入退院支援を行う場合には、社会福祉士に代えて精神保健福祉士の配置であっても差し支えない。以下、第26の5において同じ。)なお、当該専従の看護師又は社会福祉士(以下この項において「看護師等」という。)については、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 <u>22時間以上</u> の勤務を行っている専従の非常勤看護師等(入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する看護師等に限る。)を2名以上組み合わせることにより、常勤看護師等と同じ時間帯にこれらの非常勤看護師等が配置されている場合には、当該基準を満たしているとみなすことができる。	(2) 当該入退院支援部門に、入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が1名以上配置されていること。更に、専従の看護師が配置されている場合には入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合には入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の看護師が配置されていること。(ただし、区分番号「A307」小児入院医療管理料(精神病棟に限る。)又は区分番号「A309」特殊疾患病棟入院料(精神病棟に限る。)を算定する病棟の患者に対して当該加算を算定する入退院支援を行う場合には、社会福祉士に代えて精神保健福祉士の配置であっても差し支えない。以下、第26の5において同じ。)なお、当該専従の看護師又は社会福祉士(以下この項において「看護師等」という。)については、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 <u>週22時間以上</u> の勤務を行っている専従の非常勤看護師等(入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する看護師等に限る。)を2名以上組み合わせることにより、常勤看護師等と同じ時間帯にこれらの非常勤看護師等が配置されている場合には、当該基準を満たしているとみなすことができる。
636	左段下から 20 行目	(2) 当該入退院支援部門に入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有し、小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師又は入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専任の看護師及び専従の社会福祉士が配置されていること。なお、当該専従の社会福祉士は、週30時間以上入退院支援に係る業務に従事していること。また、当該専従の社会福祉士については、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 <u>22時間以上</u> の勤務を行っている専従の非常勤社会福祉士を2名以上組み合わせることにより、常勤社会福祉士と同じ時間帯にこれらの非常勤社会福祉士が配置されている場合には、当該基準を満たしているとみなすことができる。	(2) 当該入退院支援部門に入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有し、小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師又は入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専任の看護師及び専従の社会福祉士が配置されていること。なお、当該専従の社会福祉士は、週30時間以上入退院支援に係る業務に従事していること。また、当該専従の社会福祉士については、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 <u>週22時間以上</u> の勤務を行っている専従の非常勤社会福祉士を2名以上組み合わせることにより、常勤社会福祉士と同じ時間帯にこれらの非常勤社会福祉士が配置されている場合には、当該基準を満たしているとみなすことができる。
	右段上から 24 行目	(1) 入退院支援加算1又は2を届け出ている場合にあつては1の(2)で、入退院支援加算3を届け出ている場合にあつては3の(2)で求める人員に加え、入院前支援を行う者として、当該入退院支援部門に、入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師が1名以上又は入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専任の看護師及び専任の社会福祉士がそれぞれ1名以上配置されていること。なお、当該入院前支援を行う専従の看護師については、週3日以上常態として勤務しており、か	(1) 入退院支援加算1又は2を届け出ている場合にあつては1の(2)で、入退院支援加算3を届け出ている場合にあつては3の(2)で求める人員に加え、入院前支援を行う者として、当該入退院支援部門に、入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師が1名以上又は入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専任の看護師及び専任の社会福祉士がそれぞれ1名以上配置されていること。なお、当該入院前支援を行う専従の看護師については、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 <u>22 時間以上</u> の勤務を行っている専従の非常勤看護師（入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する看護師に限る。）を2名以上組み合わせることにより、常勤看護師と同じ時間帯にこれらの非常勤看護師が配置されている場合には、当該基準を満たしているとみなすことができる。ただし、許可病床数が 200 床未満の保険医療機関にあっては、入退院支援に関する十分な経験を有する専任の看護師が1名以上配置されていること。当該専任の看護師が、入退院支援加算1又は2を届け出ている場合にあっては1の(2)で、入退院支援加算3を届け出ている場合にあっては3の(2)で求める専従又は専任の看護師を兼ねることは差し支えない。	つ、所定労働時間が <u>週 22 時間以上</u> の勤務を行っている専従の非常勤看護師（入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する看護師に限る。）を2名以上組み合わせることにより、常勤看護師と同じ時間帯にこれらの非常勤看護師が配置されている場合には、当該基準を満たしているとみなすことができる。ただし、許可病床数が 200 床未満の保険医療機関にあっては、入退院支援に関する十分な経験を有する専任の看護師が1名以上配置されていること。当該専任の看護師が、入退院支援加算1又は2を届け出ている場合にあっては1の(2)で、入退院支援加算3を届け出ている場合にあっては3の(2)で求める専従又は専任の看護師を兼ねることは差し支えない。
642	右段上から 5行目	岐阜県 飛 騨 高山市、飛騨市、下呂市、 <u>白川町</u>	岐阜県 飛 騨 高山市、飛騨市、下呂市、 <u>白川村</u>
645	左段下から 23行目	(4) 令和2年3月31日時点で特定集中治療室管理料の届出を行っている病棟にあっては、令和2年9月30日までの間に限り、令和2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」（平成30年3月5日保医発第0305第2号）の別添6の別紙17の特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて評価をしても差し支えないこと。	(4) 令和2年3月31日時点で特定集中治療室管理料の届出を行っている病棟にあっては、令和2年9月30日までの間に限り、令和2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」（平成30年3月5日保医発0305第2号）の別添6の別紙17の特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて評価をしても差し支えないこと。
	右段下から 16行目	(2) 令和2年3月31日時点でハイケアユニット入院医療管理料の届出を行っている病棟にあっては、令和2年9月30日までの間に限り、令和2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」（平成30年3月5日保医発第0305第2号）の別添6の別紙18のハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて評価をしても差し支えないこと。	(2) 令和2年3月31日時点でハイケアユニット入院医療管理料の届出を行っている病棟にあっては、令和2年9月30日までの間に限り、令和2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」（平成30年3月5日保医発0305第2号）の別添6の別紙18のハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて評価をしても差し支えないこと。
647	右段下から 20行目	(3) 当該保険医療機関内に入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること。当該部門に入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が配置されていること。当該部門に専従の看護師が配置されている場合にあっては専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合にあっては専任の看護師が配置されていること。なお、当該専従の看護師又は社会福祉士については、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 <u>22 時間以上</u> の勤務を行っている専従の非常勤の看護師又は社会福祉士（入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する看護師又は社会福祉士に限る。）を2名以上組み合わせることにより、常勤看護師等と同じ時間帯にこれらの非常勤看護師等が配置されている場合には、当該基準を満たしているとみなす	(3) 当該保険医療機関内に入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること。当該部門に入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が配置されていること。当該部門に専従の看護師が配置されている場合にあっては専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合にあっては専任の看護師が配置されていること。なお、当該専従の看護師又は社会福祉士については、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 <u>週 22 時間以上</u> の勤務を行っている専従の非常勤の看護師又は社会福祉士（入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する看護師又は社会福祉士に限る。）を2名以上組み合わせることにより、常勤看護師等と同じ時間帯にこれらの非常勤看護師等が配置されている場合には、当該基準を満たしているとみ

		ことができる。	なすことができる。
652	右段上から 19行目	ウ 当該保険医療機関内に入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること。当該部門に入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が配置されていること。当該部門に専従の看護師が配置されている場合にあつては専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合にあつては専任の看護師が配置されていること。なお、当該専従の看護師又は社会福祉士については、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 <u>22時間以上</u> の勤務を行っている専従の非常勤の看護師又は社会福祉士（入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する看護師又は社会福祉士に限る。）を2名以上組み合わせることにより、常勤看護師等と同じ時間帯にこれらの非常勤看護師等が配置されている場合には、当該基準を満たしているとみなすことができる。	ウ 当該保険医療機関内に入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること。当該部門に入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が配置されていること。当該部門に専従の看護師が配置されている場合にあつては専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合にあつては専任の看護師が配置されていること。なお、当該専従の看護師又は社会福祉士については、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 <u>週22時間以上</u> の勤務を行っている専従の非常勤の看護師又は社会福祉士（入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する看護師又は社会福祉士に限る。）を2名以上組み合わせることにより、常勤看護師等と同じ時間帯にこれらの非常勤看護師等が配置されている場合には、当該基準を満たしているとみなすことができる。
654	右段下から 9行目	(5) 一般病棟看護必要度評価加算の経過措置について、令和2年3月31日において、現に一般病棟看護必要度評価加算の届出を行っている病棟にあつては、令和2年9月30日までの間に限り、令和2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」（平成30年3月5日保医発第0305第2号）の別添6の別紙7の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて評価をしても差し支えないこと。	(5) 一般病棟看護必要度評価加算の経過措置について、令和2年3月31日において、現に一般病棟看護必要度評価加算の届出を行っている病棟にあつては、令和2年9月30日までの間に限り、令和2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」（平成30年3月5日保医発0305第2号）の別添6の別紙7の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて評価をしても差し支えないこと。
699	右段下から 28行目	(3) 1の(1)のイに掲げる「摂食嚥下機能障害を有する患者の看護に従事した経験を5年以上有する看護師であつて、摂食嚥下障害看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師」の規定については、令和2年3月31日において、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前（令和2年度改定前）の区分番号「H004」摂食機能療法の「注3」に掲げる経口摂取回復促進加算1又は2に係る届出を行っている保険医療機関については、当該加算の施設基準に規定する「専従の常勤言語聴覚士」として令和2年3月31日において届出を行っていた者が、(1)のウに掲げる「専任の常勤言語聴覚士」として引き続き届出を行う場合に限り、令和4年3月31日までの間、当該規定を満たしているものとする。	(3) 1の(1)のイに掲げる「摂食嚥下機能障害を有する患者の看護に従事した経験を5年以上有する看護師であつて、摂食嚥下障害看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師」の規定については、令和2年3月31日において、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前（令和2年度改定前）の区分番号「H004」摂食機能療法の「注3」に掲げる経口摂取回復促進加算1又は2に係る届出を行っている保険医療機関については、当該加算の施設基準に規定する「専従の常勤言語聴覚士」として令和2年3月31日において届出を行っていた者が、 <u>1の(1)のウ</u> に掲げる「専任の常勤言語聴覚士」として引き続き届出を行う場合に限り、令和4年3月31日までの間、当該規定を満たしているものとする。
797	上から 3行目	(最終改正：令2.5.29 保医発0529第1号)	(最終改正：令2.8.31 保医発0831第1号)
815	右段上から 26行目	(セ) 純チタン2種による金属冠は、「チタン冠」と表示し、点数及び回数を記載する。	(セ) 純チタン2種による金属冠は、「チタン冠」と表示し、点数及び回数を記載する。 (リ) <u>前歯に対してCAD/CAM冠用材料(Ⅳ)を用いた歯冠修復は、「歯CAD(Ⅳ)」と表示し、点数及び回数を記載する。</u>
819～829	別表Ⅰ	※本追補13頁～17頁の修正を反映させる。	

別表 I 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（歯科）

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
2	A000	初診料	(健康診断の結果に基づき治療を開始する場合において、初診料を算定しない場合) 健康診断の結果に基づき治療を開始した旨を記載すること。	820100300	健康診断の結果に基づき治療開始
			(歯科疾患管理料を算定した患者について、再度初診料を算定する場合) 当該患者の前回治療年月日を記載すること。 なお、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ことにより初診料を算定する場合は、その理由を記載すること。	850100296	初診前回算定年月日: 前回治療年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日
				830100332	初診理由:*****
10	B000-6 B000-7 B000-8	周術期等口腔機能管理料(I) 周術期等口腔機能管理料(II) 周術期等口腔機能管理料(III)	手術、放射線治療、化学療法等の実施年月日又は予定年月日を記載すること。	850100297	周術1(手術前)手術等実施年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日
				850100298	周術1(手術後)手術等実施年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日
				850100299	周術2(手術前)手術等実施年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日
				850100300	周術2(手術後)手術等実施年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日
				850100301	周術3手術等実施年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日
				850100302	周術1(手術前)手術等予定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日
				850100303	周術1(手術後)手術等予定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日
				850100304	周術2(手術前)手術等予定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日
				850100305	周術2(手術後)手術等予定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日
				850100306	周術3手術等予定年月日: 放射線治療等予定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日
	820100379	脳卒中等の術後早期に口腔機能管理の依頼			
12	B003	特定薬剤治療管理料	全体の「その他」欄に初回の算定年月を記載すること。なお、4月以降の特定薬剤治療管理料は、初回の算定年月の記載を省略して差し支えない。	850100307	薬初回算定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日 薬初回算定年月:(元号)yy"年"mm"月
20	B008-2	薬剤総合評価調整管理料	(当該保険医療機関及び他の保険医療機関で処方された内服薬を合計した種類数から2種類以上減少した場合) 当該他の保険医療機関名及び各保険医療機関における調整前後の薬剤の種類数を記載すること。	842100062	薬剤総合評価調整管理料他の保険医療機関名等及び調整前後の種類数:***** 薬剤総合評価調整管理料調整前後の種類数:*****
				830100461	薬剤総合評価調整管理料他の保険医療機関名:*****
27	B012	傷病手当金意見書交付料	全体の「その他」欄に交付年月日を記載すること。	850100089	交付年月日(傷病手当金意見書交付料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日
			(当該月前に受療した傷病について傷病手当金意見書の交付のみの求めがあった場合) 当該意見書の対象となった傷病名及びその傷病の診察開始年月日を「傷病名部位」欄及び「診療開始日」欄にそれぞれ記載すること。		傷病名コード (傷病名を表示する。)
					修飾語コード (修飾語を表示する。)
29	B014	退院時共同指導料1	全体の「その他」欄に患者が入院している保険医療機関名を記載。なお、2回目の当該退院時共同指導料は、全体の「その他」欄に別に厚生労働大臣が定める疾病のうち、該当する病名を記載すること。なお、1回目の場合は1回目と記載すること。	830100344	退院時共同指導料1保険医療機関名:*****
				830100345	退院時共同指導料1病名:*****
				820100303	1回目(退院時共同指導料1)
33	C000	歯科訪問診療料注8 地域医療連携体制加算	地域医療連携体制加算である旨及び連携保険医療機関名を記載すること。	830100350	地域医療連携体制加算(歯科訪問診療料)連携保険医療機関名:*****
34	C000	歯科訪問診療料注9 特別歯科訪問診療料	滞在時間(島に上陸したときから離島するまでの時間)を記載すること。 同月内に歯科訪問診療とそれ以外の外来分の診療がある場合、それぞれを明確に区分して記載すること。	303001570	滞在時間 滞在時間(特別歯科訪問診療料)
36	C001	訪問歯科衛生指導料	日付、指導の実施時刻(開始時刻と終了時刻)を記載すること。		算定日情報 (算定日)
				851100024	訪問歯科衛生指導開始時刻
				851100025	訪問歯科衛生指導終了時刻
				842100063	訪問指導一建物診療患者数:*****
			単一建物診療患者が2人以上の場合には「摘要」欄にその人数を記載すること。 1つの患者に当該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、保険医療機関が訪問歯科衛生指導料を算定する者の数が当該建築物の戸数の10%以下の場合、当該建築物の戸数が20戸未満で当該保険医療機関が訪問歯科衛生指導料を算定する者が2人以下の場合又はユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所のそれぞれのユニット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場合は、「摘要」欄に、「同居する同一世帯の患者が2人以上」、「訪問歯科衛生指導料を算定する者の数が当該建築物の戸数の10%以下」、「当該建築物の戸数が20戸未満で訪問歯科衛生指導料を算定する者が2人以下」又は「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」の中から、該当するものを選択して記載すること。	820100094	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
				820100103	同居する同一世帯の患者が2人以上
				820100304	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
				820100305	当該建築物戸数が20戸未満で訪問歯科衛生指導料を算定する者を行診患者が2人以下
				850100316	(訪問歯科衛生指導料と同月に歯科訪問診療料がない場合) 直近の歯科訪問診療料の算定年月日を記載すること。
					算定日情報 (算定日)
40	C001-5	在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料注6 栄養サポートチーム等連携加算1注7 栄養サポートチーム等連携加算2	当該管理の実施日及び実施時刻(開始時刻と終了時刻)を記載すること。		算定日情報 (算定日)
			(栄養サポートチーム等連携加算を算定した場合) 連携先の保険医療機関名又は介護保険施設名及びカンファレンス等に参加した年月日を記載すること。	851100026	訪問口腔リハ開始時刻
				851100027	訪問口腔リハ終了時刻
				830100355	栄養サポートチーム等連携加算1(在宅患者訪問口腔リハ)連携先保険医療機関名等:*****
				850100397	栄養サポートチーム等連携加算1(在宅患者訪問口腔リハ)参加年月日: (元号)yy"年"mm"月"dd"日
				830100356	栄養サポートチーム等連携加算2(在宅患者訪問口腔リハ)医療機関名:*****
				830100454	栄養サポートチーム等連携加算2(在宅患者訪問口腔リハ)連携先保険医療機関名等:*****

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
				850100324	栄養サポートチーム等連携加算2(在宅患者訪問口腔リハ)参加年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日
50	D011	有床義歯咀嚼機能検査	(新製有床義歯装着日より前に算定する場合で傷病名の部位から新製有床義歯管理料の「2 困難な場合」に準じる状態であると判断できない場合) 有床義歯咀嚼機能検査を開始する時に、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添2第2章第1部D011有床義歯咀嚼機能検査の(9)のイからホまでのうち該当するものを選択して記載すること。 (新製有床義歯装着日より後に算定する場合) 新製有床義歯装着日より前に行った有床義歯咀嚼機能検査1「イ」下顎運動測定と咀嚼能力測定を併せて行う場合又は有床義歯咀嚼機能検査2「イ」下顎運動測定と咬合圧咀嚼能力測定を併せて行う場合を算定した年月及び新製有床義歯等を装着した年月を記載すること。	820100770	イ 新製有床義歯管理料の「2 困難な場合」に準じる場合
				820100314	ロ 舌接触補助床を装着する場合
				820100315	ハ 広範囲顎骨支持型装置埋入手術の(5)に準じる場合
				820100316	ニ 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
				820100317	ホ 口蓋補綴、顎補綴を装着する場合
				850100328	有床義歯咀嚼機能検査1(下顎運動測定と咀嚼能力測定を併施)年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日 有床義歯咀嚼機能検査1(下顎運動測定と咀嚼能力測定を併施)年月:(元号)yy"年"mm"月"
				850100388	有床義歯咀嚼機能検査2(下顎運動測定と咀嚼能力測定を併施)年月日:(元号)yy"年"mm"月" 有床義歯咀嚼機能検査2(下顎運動測定と咬合圧測定を併施)年月:(元号)yy"年"mm"月"
850100329	有床義歯咀嚼機能検査装着年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日 有床義歯咀嚼機能検査装着年月:(元号)yy"年"mm"月" 新製有床義歯等装着年月:(元号)yy"年"mm"月"				
66	H	リハビリテーション	(「制限回数を超えて行う診療」に係るリハビリテーションを行った場合) 次の例により、当該「制限回数を超えて行う診療」の名称、徴収した特別の料金及び回数を他のリハビリテーションと区別して記載すること。 〔記載例〕 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)イ 200×18 実施日数3日 (リハ選) 脳血管疾患等リハビリテーション料 2,000円×1	830100372	リハ選:*****
75	I007	根管貼薬処置	(同一歯に対して初回の根管貼薬処置を実施した日の属する月から起算して6月を超えて治療を継続して処置を行う場合) 当該歯の状態及び初回の根管貼薬処置を行った年月を記載すること。 (抜歯を前提とした消炎のための根管貼薬処置を行った場合) 処置・手術の「その他」欄に部位を記載すること。なお、「傷病名部位」の記載から当該処置を行った部位が明らかに特定できる場合は、処置・手術の「その他」欄への部位の記載を省略して差し支えない。	830100377	根管貼薬処置実施部位の状態:*****
				850100335	根管貼薬初回年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日 根管貼薬初回年月:(元号)yy"年"mm"月"
				830100378	抜歯前提の消炎目的の根管拡大後の根管貼薬部位:*****
80	I011-2	歯周病安定期治療(Ⅰ)	(当該処置の1回目の場合(初診月を除く。)) 1回目である旨を記載すること。 (SPT及びP重防が2回目以降の場合)2回目以降の場合 SPT1又はP重防の前回実施年月を記載すること。 (歯周病安定期治療(Ⅰ)の治療間隔が3月以内の場合) 治療間隔が3月以内になった理由の要点として、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添2第2章第8部I011-2歯周病安定期治療(Ⅰ)の(3)のイからニまでに規定するものの中から該当するものを記載すること。なお、ロ又はハを選択した場合は、別途、詳細な理由(全身的な疾患の状態を含む。)を記載すること。	820100772	1回目(SPT1)
				850100337	SPT1前回実施年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日 SPT1又はP重防前回実施年月:(元号)yy"年"mm"月"
				820100331	イ 歯周外科手術を実施した場合
				820100332	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
				820100333	ハ 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
				820100334	ニ 侵襲性歯周炎の場合
830100382	SPT1 詳細理由:*****				
81	I011-2-2	歯周病安定期治療(Ⅱ)	(当該処置の1回目の場合(初診月を除く。)) 1回目である旨を記載すること。 (SPT及びP重防が2回目以降の場合)2回目以降の場合 1回目SPT2又はP重防の前回実施年月を記載すること。	820100773	1回目(SPT2)
				850100338	SPT2-1回目実施年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日 SPT2-1回目実施年月:(元号)yy"年"mm"月" SPT2又はP重防前回実施年月:(元号)yy"年"mm"月"
82	I011-2-3	歯周病重症化予防治療	(当該処置の1回目の場合(初診月を除く。)) 1回目である旨を記載すること。 (SPT及びP重防が2回目以降の場合)2回目以降の場合 SPT1、SPT2又はP重防の前回実施年月を記載すること。	820100774	1回目(P重防)
				850100339	歯周病重症化予防治療前実施年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日 SPT1、SPT2又はP重防前回実施年月:(元号)yy"年"mm"月"
83	I014	暫間固定	固定を行った部位(固定源となる歯を含めない。))及びその方法を記載し、暫間固定の前回実施年月日(1回目の場合は1回目と記載する。))及び歯周外科手術を行う予定であるか否かを記載すること。なお、歯周外科手術後の暫間固定を行う場合については、歯周外科手術の予定に関する記載は不要であり、手術後1回目の場合は術後1回目と記載し、2回目以降は前回実施年月日を記載する。	830100383	暫間固定部位:*****
				830100384	暫間固定方法:*****
				850190047	暫間固定前回実施年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日
				820190047	1回目(暫間固定)
				820100335	歯周外科手術の予定あり
				820100336	歯周外科手術の予定なし
				820100337	歯周外科手術未定
820100776	術後1回目(暫間固定) 術後2回目(暫間固定)				
84	I017	口腔内装置	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添2第2章第8部I017口腔内装置の(1)のイからラまでに規定するものの中から該当するものを記載すること。 なお、トを選択した場合は手術の予定日及び手術を行う保険医療機関名を記載すること。	820100339	イ 顎関節治療用装置
				820100340	ロ 歯ざりに対する口腔内装置
				820100341	ハ 顎間固定用に歯科用ベースプレートをを用いた床
				820100342	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
				820100343	ホ 手術に当たり製作したサージカルガイドプレート
				820100344	ヘ 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
				820100345	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
				820100346	チ 口腔粘膜等の保護を目的として製作する口腔内装置
				820100347	リ 放射線治療に用いる口腔内装置
				850100394	口腔内装置手術予定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日
				830100462	口腔内装置手術を行う保険医療機関名:*****

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
85	1017-1-2	睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置	紹介元保険医療機関名を記載すること。(医科歯科併設の病院であって院内紹介を受けた場合は、院内紹介元の担当科名を記載。)	830100385	睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置紹介元保険医療機関名:*****
				830100468	睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置院内紹介元担当科名:*****
90	1030	機械的歯面清掃処置	(当該処置の1回目の場合(初診月を除く。)) 1回目である旨を記載すること。	820100777	1回目(歯清)
			(2回目以降の場合) 前回実施年月を記載すること。	850100346	歯清前回実施年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日" 歯清前回実施年月:(元号)yy"年"mm"月"
			(初診時歯科診療導入加算を算定した場合) 初診時歯科診療導入加算を算定した旨を記載すること。	820100778	初診時歯科診療導入加算算定後
			(歯科診療特別対応加算を算定した場合) 歯科診療特別対応加算を算定した旨を記載すること。	820100779	歯科診療特別対応加算算定後
			(妊婦の場合) 妊婦である旨を記載すること。	820100348	妊婦
			(糖尿病の場合) 糖尿病である旨を記載すること。	820100789	糖尿病
91	1031	フッ化物歯面塗布処置	(当該処置の1回目の場合(初診月を除く。)) 1回目である旨を記載すること。	820100780	1回目(F局)
			(2回目以降の場合) 前回実施年月を記載すること。	850100347	F局前回実施年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日" F局前回実施年月:(元号)yy"年"mm"月"
98	J004	歯根端切除手術 2. 歯科用3次元エックス線断層撮影装置及び手術用顕微鏡を用いた場合	処置・手術の「その他」欄に手術を行った部位を記載すること。	830100393	根切部位:*****
			(連携する医療機関にて歯科用3次元エックス線断層撮影を撮影した場合) 撮影した医療機関名を記載すること。	830100394	根切(歯科CT撮影装置及び手術用顕微鏡)歯科CT装置撮影医療機関名:***** 根切(歯科CT撮影装置及び手術用顕微鏡)歯科CT装置撮影医療機関名:*****
105	J090	皮膚移植術(生体培養)	皮膚移植術の診療報酬明細書の「摘要」欄に皮膚提供者の氏名及び療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、皮膚提供者の療養に係る点数を記載した診療報酬明細書を添付する。	310021070	皮膚提供者の療養上の費用(皮膚移植術)
116	M	歯冠修復及び欠損補綴	(歯冠修復物又は欠損補綴物の装着予定日から起算して1年以上患者が来院しない場合) 「令和 年 月分」欄に製作月を、「診療実日数」欄に0を、「転帰」欄に中止を、「摘要」欄に未、装着物の種類、装着予定日及び装着できなくなった理由を記載すること。なお、「歯冠修復及び欠損補綴」欄の記載から当該装着物の種類が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への装着物の種類の記載を省略して差し支えない。	未来院請求コード「01」	(「オンライン又は光ディスク等による請求に係る記録条件仕様(歯科用)」の別表12に収載するコード) 未来院請求
			(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歯冠修復物又は欠損補綴物を装着する場合の装着料及び装着材料を算定する場合) 未来院請求後及び装着物の種類を記載すること。なお、「歯冠修復及び欠損補綴」欄の記載から当該装着物の種類が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への装着物の種類の記載を省略して差し支えない。	830100404	未来院請求 装着物の種類:*****
			(有床義歯製作中であって咬合採得後における試適前、患者が理由なく来院しなくなった場合、患者の意志により治療を中止した場合又は患者が死亡した場合) 装着物の種類及び装着(又は試適)予定日及び装着できなくなった理由を記載すること。なお、「歯冠修復及び欠損補綴」欄の記載から当該装着物の種類が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への装着物の種類の記載を省略して差し支えない。	850100348	未来院請求 装着予定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			(欠損歯数と補綴歯数が一致しないため、算定点数が異なる場合) 傷病名と歯数不一致と記載すること。	830100405	未来院請求 装着できなくなった理由:*****
			(レジンインレー、高強度硬質レジンブリッジ又は熱可塑性樹脂有床義歯等、記載欄がない歯冠修復及び欠損補綴を算定する場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に装着物の種類名称及び部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から対象部位が明らかに特定できる場合は、部位の記載は省略して差し支えない。	830100406	未来院請求後 装着物の種類: 未来院請求コード「01」 未来院請求
			(クラウン・ブリッジ維持管理料について地方厚生(支)局長へ届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において、歯冠補綴物又はブリッジを製作し当該補綴物を装着した場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に診療行為名を記載すること。	830100404	未来院請求-装着物の種類:*****
			(歯冠修復及び欠損補綴に係る歯冠形成及び印象採得後において、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やむを得ない場合) 装着物の種類及び装着(又は試適)予定日及び装着できなくなった理由を記載すること。	850100349	未来院請求 装着(又は試適)予定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			(欠損歯数と補綴歯数が一致しないため、算定点数が異なる場合) 傷病名と歯数不一致と記載すること。	830100405	未来院請求-装着できなくなった理由:*****
			(やむを得ない場合 装着物の種類:*****)	830100409	やむを得ない場合 装着物の種類:*****
			(やむを得ない場合 装着(又は試適)予定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	850100350	やむを得ない場合 装着(又は試適)予定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			(やむを得ない場合 装着できなくなった理由:*****)	830100410	やむを得ない場合 装着できなくなった理由:*****
			(傷病名と歯数不一致)	820100383	傷病名と歯数不一致
(歯冠修復及び欠損補綴部位:*****)	830100411	歯冠修復及び欠損補綴部位:*****			
(診療行為名称(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):*****)	830100463	診療行為名称(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):*****			
120	M002	支台築造	(ファイバー製を用いた場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に部位、ファイバーポストの使用本数を部位毎にそれぞれ記載すること。	313029520	ファイバーポスト部位及び使用本数:***** ファイバーポスト部位:*****
			(後継永久歯が先天的に欠如している乳歯に対して支台築造を算定する場合) 永久歯代行と記載すること。	842100073	ファイバーポスト使用本数:*****
			(後継永久歯が先天的に欠如している乳歯に対して支台築造を算定する場合) 永久歯代行と記載すること。	820100353	永久歯代行
				820100353	永久歯代行
				830100416	同一歯の複数窩洞に対する歯冠修復部位:*****

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
125	M010	金属歯冠修復	<p>(後継永久歯が先天的に欠如している乳歯に対して鑄造用金銀パラジウム合金を用いた金属歯冠修復を行った場合) 永久歯代行と記載すること。</p> <p>(同一歯の複数の窩洞に対して、充填及びインレー又はレジンインレーにより歯冠修復を行った場合) 同一歯の複数の窩洞に対する歯冠修復であること及び部位を記載すること。なお、当該治療部位が単独であって「傷病名部位」欄の記載から当該治療部位が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への部位の記載は省略して差し支えない。</p> <p>(歯科鑄造用14カラット合金を用いた金属歯冠修復を算定する場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に修復物の名称及び部位を記載すること。なお、当該治療部位が単独であって「傷病名部位」欄の記載から当該治療部位が明らかに特定できる場合は、「その他」欄への部位の記載は省略して差し支えない。</p>	820100354	同一歯の複数窩洞に対する歯冠修復
				830100417	14Kを用いた金属歯冠修復部位:*****
				313010920	14K(インレー(複))
				313011020	14K(3/4冠)
				313018420	鑄造鉤(14K(双子鉤(犬・小臼歯)))
				313018520	鑄造鉤(14K(双子鉤(犬歯・小臼歯)))
				313018620	鑄造鉤(14K(二腕鉤(レストつき)(大臼歯)))
				313018720	鑄造鉤(14K(二腕鉤(レストつき)(犬歯・小臼歯)))
				313018820	鑄造鉤(14K(二腕鉤(レストつき)(前歯(切歯)))
				313019920	線鉤(14K(双子鉤))
313020020	線鉤(14K(二腕鉤(レストつき)))				
127	M015-2	CAD/CAM冠	<p>(大臼歯に用いた場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から対象部位が明らかに特定できる場合は、部位の記載は省略して差し支えない。</p> <p>(歯科用金属を原因とする金属アレルギーを有する患者の大臼歯に用いた場合) 紹介元保険医療機関名を記載すること。</p>	830100419	CAD/CAM冠部位:*****
				830100465	CAD/CAM冠紹介元保険医療機関名:*****
130	M017	ボンテック(接着ブリッジ)	<p>歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に当該支台歯の部位及び接着冠を記載すること。なお、当該ブリッジが一つであって、「傷病名部位」欄の記載から接着冠の部位が明らかに特定できる場合は、部位の記載を省略して差し支えない。</p>	830100422	接着冠部位:*****
				313015720	鑄造ボンテック(金バラ(大臼歯))
				313015820	鑄造ボンテック(金バラ(小臼歯))
				313015920	鑄造ボンテック(銀合金(犬・小臼歯))
				313016420	前装金属ボンテック(金バラ(前歯))
				313031920	前装金属ボンテック(金バラ(大臼歯))
				313032020	前装金属ボンテック(金バラ(大臼歯))
				313016520	前装金属ボンテック(銀合金(前歯))
				313032120	前装金属ボンテック(銀合金(小臼歯))
313032220	前装金属ボンテック(銀合金(大臼歯))				
131	M018	有床義歯	<p>(残根上に義歯を装着した場合) 残根上の義歯と記載すること。</p> <p>(人工歯料の算定に当たって、同一組の人工歯を月をまたがって分割使用し、既に請求済である場合であって、当該月には人工歯料の請求がない場合) 前月(以前)請求済と記載すること。</p> <p>(欠損歯数と補綴歯数が一致しないため、算定点数が異なる場合) 欠損歯数と補綴歯数の不一致の旨を記載すること。</p> <p>(小児義歯に係る費用を算定する場合) 装着部位及び小児義歯が必要となった疾患名又は必要となった理由を記載すること。</p>	820100356	残根上義歯
				820100357	人工歯前月(以前)請求済み
				820100358	欠損歯数と補綴歯数の不一致
				830100423	小児義歯装着部位:*****
				830100424	小児義歯が必要な疾患名:*****
				830100425	小児義歯が必要な理由:*****
				820100356	残根上義歯
820100357	人工歯前月(以前)請求済み				
820100358	欠損歯数と補綴歯数の不一致				
830100423	小児義歯装着部位:*****				
830100424	小児義歯が必要な疾患名:*****				
830100425	小児義歯が必要な理由:*****				
133	M019	熱可塑性樹脂有床義歯等	<p>(残根上に義歯を装着した場合) 残根上義歯と記載すること。</p> <p>(人工歯料の算定に当たって、同一組の人工歯を月をまたがって分割使用し、既に請求済である場合であって、当該月には人工歯料の請求がない場合) 人工歯前月(以前)請求済と記載すること。</p> <p>(小児義歯に係る費用を算定する場合) 装着部位及び小児義歯が必要となった疾患名又は必要となった理由を記載すること。なお、欠損歯数と補綴歯数が一致しないため、算定点数が異なる場合は、欠損歯数と補綴歯数の不一致の旨を記載すること。</p>	820100356	残根上義歯
				820100357	人工歯前月(以前)請求済み
135	M029	有床義歯修理	<p>(新たに製作した有床義歯を装着した日から起算して6月以内に当該有床義歯の修理を行った場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に有床義歯の装着年月日を記載すること。</p>	850100351	有床義歯装着年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				850100352	
142	N001	顎口腔機能診断料	<p>全体の「その他」欄に歯科矯正、動的処置、マルチブラケット法及び保定の開始の区別(顎口腔機能診断料は顎離断等の手術を担当する連携保険医療機関名)を記載し、それぞれ最初の診断に係る記載とは別に前回顎口腔機能診断料の算定年月日を記載すること。</p>	820100785	歯科矯正開始
				820100786	動的処置開始
				820100787	マルチブラケット法開始
				820100788	保定開始
				850100361	顎口腔機能診断料前回算定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				850100361	顎口腔機能診断料前回算定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
				830100466	顎離断等の手術を担当する連携保険医療機関名:*****
143	N002	歯科矯正管理料	全体の「その他」欄に算定年月日及び動的処置又はマルチブラケット法の開始の年月日を記載すること。	算定日情報 850100395	(算定日) 歯科矯正管理料算定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日
				850100362	動的処置開始年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日
				850100363	マルチブラケット法開始年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日
145	N005	動的処置	全体の「その他」欄に算定年月日及び動的処置又はマルチブラケット法の開始年月日並びに同月内における算定回数を記載すること。	算定日情報 850100396	(算定日) 動的処置算定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日
				850100362	動的処置開始年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日
				850100363	マルチブラケット法開始年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日
				842100065	動的処置算定回数:*****
148	N018	マルチブラケット装置	全体の「その他」欄にステップ名(例:ステップⅠ、Ⅰ装置日)及びそのステップにおける回数を記載すること。	842100066	マルチブラケット装置ステップ1回数:*****
				842100067	マルチブラケット装置ステップ2回数:*****
				842100068	マルチブラケット装置ステップ3回数:*****
				842100069	マルチブラケット装置ステップ4回数:*****
				830100467	マルチブラケット装置ステップ名:*****

※「記載事項」欄における括弧書は、該当する場合に記載する事項であること。