

# 歯科点数表の解釈（令和6年6月版） 追補

（令和6年7月・社会保険研究所）

以下の通知・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。

- ・「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について（令和6年7月12日 保医発0712第1号）
- ・疑義解釈資料の送付について（その10）（令和6年7月11日 保険局医療課事務連絡）
- ・令和6年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について（令和6年7月11日 保険局医療課事務連絡）

頁	箇所	現 行	改定後																				
295	右段上から19行目	<p><b>※後ろに1行開け、以下を追加する。</b></p> <p><b>■歯科口腔リハビリテーション料3に関する事務連絡</b></p> <p><b>問</b> 「H001-4」歯科口腔リハビリテーション料3の注1において、「区分番号「C001-3」に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定する患者」とあるが、介護報酬における居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費を算定し、「C001-3」歯科疾患在宅療養管理料の留意事項通知の(4)において、歯科疾患在宅療養管理料を算定したとみなされる患者も含まれるか。</p> <p><b>答</b> 含まれる。 (令 6. 7. 11「歯科」問4)</p> <p><b>問</b> 口腔機能低下症と診断し、「C001-3」歯科疾患在宅療養管理料を算定し口腔機能管理を行っている患者について、「D002-6」口腔細菌定量検査2、「D011-2」咀嚼能力検査1、「D011-3」咬合圧検査1又は「D012」舌圧検査を算定していない場合に、「H001-4」歯科口腔リハビリテーション料3は算定可能か。</p> <p><b>答</b> 算定可能。 (令 6. 7. 11「歯科」問5)</p>																					
327	右段上から3行目	<p><b>※後ろに以下の事務連絡を追加する。</b></p> <p><b>問</b> 周術期等専門的口腔衛生処置1について、例えば、「B000-6」周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）及び「B000-8」周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）を同月中に算定した患者の場合、当該処置の算定回数の取扱いはどのように考えるのか。</p> <p><b>答</b> 同月中に「B000-6」周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）及び「B000-8」周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）を算定した患者に対しては、必要に応じて、周術期等専門的口腔衛生処置1は4回<sup>(※1)</sup>まで算定して差し支えない。また、緩和ケアを実施している患者については、必要に応じて6回<sup>(※2)</sup>まで算定して差し支えない。</p> <p>(※1)：周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）による管理中に2回、周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）による管理中に2回                  (※2)：周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）による管理中に2回、周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）による管理中に4回</p> <p>なお、同月中に複数の周術期等口腔機能管理料を算定する場合の、周術期専門的口腔衛生処置1の算定回数については次のとおり。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">同月中に算定を行った周術期等口腔機能管理料の組合せ</th> <th colspan="2">術口衛1の最大算定回数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">①</td> <td>周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）</td> <td colspan="2" rowspan="2">2回</td> </tr> <tr> <td>周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">②</td> <td>周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）</td> <td colspan="2" rowspan="2">2回（4回）</td> </tr> <tr> <td>周術期等口腔機能管理料（Ⅳ）</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">③</td> <td>周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）又は（Ⅱ）</td> <td>2回</td> <td rowspan="2">合計4回 （6回）</td> </tr> <tr> <td>周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）又は（Ⅳ）</td> <td>2回（4回）</td> </tr> </tbody> </table> <p>※（）内は緩和ケアを実施している患者の場合 (令 6. 7. 11「歯科」問3)</p>	同月中に算定を行った周術期等口腔機能管理料の組合せ		術口衛1の最大算定回数		①	周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）	2回		周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）	②	周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）	2回（4回）		周術期等口腔機能管理料（Ⅳ）	③	周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）又は（Ⅱ）	2回	合計4回 （6回）	周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）又は（Ⅳ）	2回（4回）	
同月中に算定を行った周術期等口腔機能管理料の組合せ		術口衛1の最大算定回数																					
①	周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）	2回																					
	周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）																						
②	周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）	2回（4回）																					
	周術期等口腔機能管理料（Ⅳ）																						
③	周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）又は（Ⅱ）	2回	合計4回 （6回）																				
	周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）又は（Ⅳ）	2回（4回）																					
413	右段下から2行目	<p><b>※後ろに以下の事務連絡を追加する。</b></p> <p><b>問</b> 留意事項通知(2)の口の①において、CAD/CAM冠を装着する部位の同側に大臼歯による咬合支持がある場合の取扱いが示されているが、同側の大臼歯2歯にCAD/CAM冠を装着する際に、いずれの部位も対合歯がありCAD/CAM冠を装着することで咬合支持が得られる場合は、「同側の大臼歯による咬合支持」と考え、2歯を同日に装着してよいか。</p> <p><b>答</b> 装着してよい。ただし、第一大臼歯又は第二大臼歯のいずれか一方に過度な咬合圧が加わらないように留意すること。 (令 6. 7. 11「歯科」問1)</p>																					
505	右段下から9行目	<p><b>※後ろに以下の事務連絡を追加する。</b></p> <p><b>(問)</b> 「診療報酬請求書等の記載要領等について」(令和6年3月27日保医発0327第5号)の別表Ⅰ「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧(歯科)」の項番107の、「根面う蝕管理料の口腔管理体制強化加算を算定した場合」及び「エナメル質初期う蝕管理料の口腔管理体制強化加算を算定した場合」について、2月に1回機械的歯面清掃処置を算定する場合であっても、診療報酬明細書に記載は必要か。 (令 6. 7. 11「歯科」問2)</p> <p><b>(答)</b> 機械的歯面清掃処置を2月に1回算定する場合は、記載不要。</p>																					
721	右段下から7行目	有床診療所在宅患者支援病床初期加算 介護障害連携加算1及び2 救急医療管理加算	有床診療所在宅患者支援病床初期加算 救急医療管理加算																				
730	左段上から25行目	1 第1の1から4までのいずれにも該当するものであること。	1 第1の1から4まで及び7のいずれにも該当するものであること。																				
744	左段下から6行目	3 診療所の入院基本料の施設基準に係る届出は、別添7の様式5及び様式12から様式12の10までを用い	3 診療所の入院基本料の施設基準に係る届出は、別添7の様式5及び様式12から様式12の10までを用い																				

		ること。ただし、有床診療所（療養病床に限る。）の特別入院基本料の届出は、別添7の様式12を用い、 <u>有床診療所（一般病床に限る。）の介護障害連携加算の届出は、別添7の様式12の3を用い、有床診療所の栄養管理実施加算の届出は、別添7の様式12の8を用いること。</u>	ること。ただし、有床診療所（療養病床に限る。）の特別入院基本料の届出は、別添7の様式12を用い、有床診療所の栄養管理実施加算の届出は、別添7の様式12の8を用いること。
792	右段下から20行目	なお、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」のB項目の患者の状況等については、 <u>特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る基準の対象から除外するが、当該評価票を用いて評価を行っていること。</u>	なお、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」のB項目の患者の状況等については、 <u>ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る基準の対象から除外するが、当該評価票を用いて評価を行っていること。</u>
807	右段上から15行目後	オ 当該保険医療機関における看護補助者の業務に必要な能力を段階的に示し、看護補助者の育成や評価に活用していること。 (2) 看護補助体制充実加算2の施設基準 (1)のイからオを満たすものであること。 (3) 看護補助体制充実加算3の施設基準 (1)のウ及びエを満たすものであること。	オ 当該保険医療機関における看護補助者の業務に必要な能力を段階的に示し、看護補助者の育成や評価に活用していること。 <u>カ 11の(1)から(4)までを満たしていること。</u> (2) 看護補助体制充実加算2の施設基準 (1)のイからカを満たすものであること。 (3) 看護補助体制充実加算3の施設基準 (1)のウ、エ及びカを満たすものであること。
816	上下様式	<b>※下段様式下から16行目から上段様式下から4行目まで、本追補4頁の様式内の下線部のとおり修正する。</b>	
852	右段下から11行目	歯科技工加算2 <u>皮膚悪性腫瘍切除術（皮膚悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算を算定する場合に限る。）</u> 医科点数表第2章第10部手術の通則の5及び6（歯科点数表第2章第9部手術の通則4を含む。）に掲げる手術	歯科技工加算2 医科点数表第2章第10部手術の通則の5及び6（歯科点数表第2章第9部手術の通則4を含む。）に掲げる手術
	右段下から1行目	<b>※後ろに以下を加える。</b>	
		センチネルリンパ節加算	→ 皮膚悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算
936	下段様式・上から2行目	2. 患者の状態等について 入院中の患者以外の患者について、各年 <u>6月1日</u>	2. 患者の状態等について 入院中の患者以外の患者について、各年 <u>7月1日</u>
1003	右段下から17行目	(昭51. 8. 7 保険発第82号) (最終改正；令 6. 3.27 保医発 0327 第5号)	(昭51. 8. 7 保険発第82号) (最終改正；令 6. 7.12 保医発 0712 第1号)
1016	右段上から24行目	カ 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)の「1 手術前」、周術期等口腔機能管理料(II)の「1 手術前」、周術期等口腔機能管理料(III)又は周術期等口腔機能管理料(IV)を算定した場合は、「その他」欄に点数(加算を含む。)を記載する。なお、周術期等口腔機能管理料(I)、(II)の「2 手術後」又は(IV)(3月以降の場合)を算定した場合はそれぞれ点数(加算を含む。)及び回数を記載する。(項番15, 16, 17, 18)	カ 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)の「1 手術前」、周術期等口腔機能管理料(II)の「1 手術前」、周術期等口腔機能管理料(III)又は周術期等口腔機能管理料(IV)を算定した場合は、「その他」欄に点数(加算を含む。)を記載する。なお、周術期等口腔機能管理料(I)、(II)の「2 手術後」又は(IV)(3月以内の場合)を算定した場合はそれぞれ点数(加算を含む。)及び回数を記載する。(項番15, 16, 17, 18)
1018	右段上から8行目	また、長期収載品について、医療上の必要性があるため「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載して処方箋を交付する場合は、理由について、 <u>今後、別表I</u> に示す項目を参照して記載すること。	また、長期収載品について、医療上の必要性があるため「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載して処方箋を交付する場合は、理由について、 <u>別表I</u> に示す項目を参照して記載すること。
1032	<b>※項番18「記載事項」欄から「令和6年6月1日適用」欄までの1段目の後ろに以下を加える。</b>		
		緩和ケアの場合はその旨を記載すること。	820101015 緩和ケア
1038	項番107「記載事項」欄・上から1段目	前回実施年月（初回である場合は初診月を除き初回である旨）を記載すること。	(I030 機械的歯面清掃処置の留意事項通知(3)に規定している患者以外の場合) 前回実施年月（初回である場合は初診月を除き初回である旨）を記載すること。
	項番108「記載事項」欄・上から1段目	前回実施年月（初回である場合は初診月を除き初回である旨）を記載すること。	(フッ化物歯面塗布処置の「1 う蝕多発傾向者の場合」又は「2 初期の根面う蝕に罹患している患者の場合」を算定した場合) 前回実施年月（初回である場合は初診月を除き初回である旨）を記載すること。 (フッ化物歯面塗布処置の「3 エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合」(エナメル質初期う蝕管理料の口腔管理体制強化加算を算定した患者を除く)を算定した場合) 前回実施年月（初回である場合は初診月を除き初回である旨）を記載すること。

<p><b>※項番 108 「記載事項」欄から「令和 6 年 6 月 1 日適用」欄までの下から 1 段目の後ろに以下を加える。</b></p>						
<p>エナメル質初期う蝕管理料の口腔管理体制強化加算を算定した患者に対して、フッ化物歯面塗布処置の「3 エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合」を算定した場合) エナメル質初期う蝕管理料の口腔管理体制強化加算を算定した旨を記載すること。</p>		820101319	口管強 (F局)			※
項番 109 「記載事項」欄	(区分番号 I 090により薬剤を算定する場合) 処置・手術の「その他」欄にその医薬品名、使用量を記載すること。	(生活歯髄切断又は抜髄を行い、区分番号 I 090により薬剤を算定する場合) 処置・手術の「その他」欄にその医薬品名、使用量を記載すること。				
1043	<b>※項番 177 を以下に差し替える。</b>					
177	長期収載品の選定療養に関する取扱い	<p>(長期収載品について、選定療養の対象とはせずに、保険給付する場合(長期収載品について、後発医薬品への変更不可の処方箋を交付する場合を含む。)) 医療上必要があると認められる場合及び後発医薬品の在庫状況等を踏まえ後発医薬品を提供することが困難な場合の理由のうち該当するものを記載すること。</p> <p>なお、医療上の必要性については以下のとおりとする。</p> <p>① 長期収載品と後発医薬品で薬事上承認された効能・効果に差異がある場合であって、当該患者の疾病に対する治療において長期収載品を処方等する医療上の必要があると歯科医師が判断する場合。</p> <p>② 当該患者が後発医薬品を使用した際に、副作用や、他の医薬品との飲み合わせによる相互作用、先発医薬品との間で治療効果に差異があったと歯科医師が判断する場合であって、安全性の観点等から長期収載品の処方等をする医療上の必要があると判断する場合。</p> <p>③ 学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されており、それを踏まえ、歯科医師が長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。</p> <p>④ 後発品の剤形では飲みにくい、吸湿性により一包化ができないなど、剤形上の違いにより、長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。ただし、単に剤形の好みによって長期収載品を選択することは含まれない。</p>	820101320	長期収載品と後発医薬品で薬事上承認された効能・効果に差異があるため		
			820101321	患者が後発医薬品を使用した際、副作用や、他の医薬品との飲み合わせによる相互作用、長期収載品との間で治療効果に差異があったため		
			820101322	学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されているため		
			820101323	剤形上の違いにより、長期収載品を処方等の必要があるため		
			820101324	後発医薬品の在庫状況等を踏まえ後発医薬品を提供することが困難なため		

別添 7

(参考)

※ 本様式は保険医療機関が届出に当たり確認に用いるための参考様式であって、届出書に添付する必要はない。

- 1 「区分」欄ごとに、「今回届出」欄、「既届出」欄又は「算定しない」欄のいずれかにチェックする。
- 2 「今回届出」欄にチェックをした場合は、「様式」欄に示す様式を添付する。
- 3 「既届出」欄にチェックした場合は、届出年月を記載する。
- 4 届出保険医療機関において「区分」欄に掲げる診療報酬を算定しない場合は、「算定しない」欄をチェックする。

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添 7（又は別添 7 の 2）
第1	救命救急入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5.20, 42, 42の3, 42の4, 42の6, 42の7, 43
2	特定集中治療室管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5.20, 42, 42の3, 42の4, 42の7, 43
3	ハイケアユニット入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5.20, 42の3, 42の4, 43, 44
4	脳卒中ケアユニット入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5.10, 20, 42の3, 42の4, 45
4の2	小児特定集中治療室管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5.20, 42の3, 42の4, 43の2, 48
5	新生児特定集中治療室管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5.20, 42の2
5の2	新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5.20, 42の2
6	総合周産期特定集中治療室管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5.20, 42の2, 45の3
7	新生児治療回復室入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5.20, 42の2, 45の2
7の2	地域包括医療病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5.5の5, 9, 10, 13の3, 18の3, 20, 45の4
8	一類感染症患者入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5.9, 20, 46
9	特殊疾患入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5.9, 20, 47
10	小児入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5.9, 13の3, 18の3, 20, 26の2, 48～48の3
11	回復期リハビリテーション病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5.9, 20, 49～49の6(49の4を除く。)
12	地域包括ケア病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5.9, 10, 13の3, 18の3, 20, 50～50の3
13	特殊疾患病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5.9, 20, 24の2, 51
14	緩和ケア病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5.9, 20, 52
15	精神科救急急性期医療入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5.9, 13の3, 20, 53, 54, 54の2(特掲別添2)様式48
16	精神科急性期治療病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5.9, 20, 53
16の2	精神科救急・合併症入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5.9, 13の3, 20, 53, 55(特掲別添2)様式48
16の3	児童・思春期精神科入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5.9, 20, 57
17	精神療養病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5.9, 20, 24の2, 55の2, 55の3
19	認知症治療病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5.9, 20, 56, (特掲別添2)様式48
19の2	精神科地域包括ケア病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5.9, 20, 57の5
20	特定一般病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5.9, 10, 20, 50～50の3, 57の2, 57の3
21	地域移行機能強化病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5.9, 20, 57の4
22	特定機能病院リハビリテーション病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5.9, 20, 49, 49の2, 49の5