

# 2020年歯科診療報酬改定関連資料

1. 「2020年改定の要点と解説」正誤表(2020年4月6日現在)	p 1
2. 歯科診療報酬改定の特徴(2010年～2020年)	p 2～3
3. 改定参考資料	
①診療報酬明細書様式(暫定版)	p 4
②2020年歯科診療報酬改定 記載要領の変更点(抜粋)	p 5～6
診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧(歯科)の抜粋	p 7
③歯科の診療録及び診療報酬明細書に使用できる略称(抜粋)	p 8～9
④疑義解釈(3/31 付厚労省事務連絡)	p 10～16
⑤麻酔薬剤・特定薬剤等	p 17～18

(付録)※以下の付録はプリントアウトしてご利用いただくためページ数は入っていません

- ①歯科新点数に関する質問用紙
- ②施設基準届出用紙など
  - (1) 歯科初診料注1の届出書、添付文書
  - (2) 歯科初診料注1の報告用紙(7月定例報告時用)
  - (3) 歯科外来診療環境体制加算1(外来環1)の届出書、添付文書
  - (4) 歯科外来診療環境体制加算2(外来環2)の届出書、添付文書
  - (5) かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所(か強診)の届出書、添付文書
  - (6) 在宅療養支援歯科診療所1(歯援診1)の届出書、添付文書
  - (7) 在宅療養支援歯科診療所2(歯援診2)の届出書、添付文書
  - (8) 睡眠時歯科筋電図検査の届出書、添付文書

## 「2020 年改定の要点と解説」正誤表

2020 年 4 月 6 日現在

	誤	正
P24 改定の要点 7 の (5)	支台築造印象が4点	支台築造印象が2点
P51 新製有床義歯 管理料 解説3	義歯装着の場合の有床義歯咀嚼機能検査 (咀嚼機能)も、9 歯以上の局部義歯	義歯装着の場合の有床義歯咀嚼機能検査嚼 機能)も、 <u>総義歯</u> 、9 歯以上の局部義歯

## 歯科診療報酬改定の特徴 (2010 年以降)

年度	改定率	主な特徴	備考
2010	2.09%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 歯科初診料・再診料の引き上げとスタディモデル等の包括</li> <li>2. 義歯管理料の加算として有床義歯調整管理料の新設</li> <li>3. 歯科訪問診療料の体系の見直し(同一建物で一人か複数)</li> <li>4. う蝕処置、根貼、伝麻・浸麻、有床義歯、SPTなどの引き上げ</li> <li>5. 義歯修理に歯科技工加算の新設(院内歯科技工士への評価)</li> <li>6. 明細書の無償発行の義務化(明細書発行体制等加算新設)</li> </ol>	後期高齢者の診療報酬点数の廃止
2012	1.7%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 歯内療法、歯周治療など歯の保存に係る技術料の引き上げ</li> <li>2. う蝕歯即時充填形成、有床義歯など歯科固有技術料の引き上げ</li> <li>3. 周術期口腔機能管理料の新設</li> <li>4. 歯科訪問診療料1の引き上げと急性対応加算の評価の見直し、歯援診の歯科訪問診療補助加算の新設</li> <li>5. 接着ブリッジ適応範囲の臼歯部への拡大</li> </ol>	先進医療のインプラント義歯の保険導入
2014	0.99% (消費税分 0.87%)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 消費税増税に対応した初・再診料、歯科訪問診療料の引き上げ</li> <li>2. 歯科疾患管理料の2回目以降の文書提供要件の見直し</li> <li>3. 歯科訪問診療料の再編、在宅かかつけ歯科診療所加算の新設</li> <li>4. 有床義歯の管理料・調整料の再編と歯科口腔リハビリテーション料の新設</li> <li>5. 歯周治療用装置、SPTの要件緩和</li> <li>6. 小児保険装置の新設、歯科用CAD/CAM装置を用いた歯冠補綴物の保険導入</li> <li>7. 小児義歯、フッ化物歯面塗布の対象拡大</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・薬価引下げ財源を改定財源から切り離し</li> <li>・51年通知の位置付け見直し</li> <li>・治療目的でない「うがい薬」の単独処方の保険給付外し</li> </ul>
2016	0.61%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の新設</li> <li>2. 歯科疾患管理料における文書提供要件の削除と加算点数化</li> <li>3. う蝕や歯周病の重症化予防の評価と関連処置点数の引き上げ</li> <li>4. レジン前装金属冠の第一小臼歯への適応拡大、歯科用金属アレルギー患者に対する硬質レジンジャケット冠、CAD/CAM冠の大臼歯への適応拡大</li> <li>5. 補綴時診断料の算定単位および算定要件の変更</li> <li>6. 歯冠補綴時色調採得検査、舌圧検査、有床義歯咀嚼機能検査の保険導入</li> <li>7. 全身的な疾患を有する患者への対応と医科歯科連携、周術期口腔機能管理の対象拡大</li> <li>8. 入院患者などへの口腔機能管理の評価、栄養サポートチームへの参画の評価</li> <li>9. 訪問診療料の要件緩和と在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の新設</li> <li>10. 在宅歯科医医療を専門に行う歯科診療所の認可と在宅を中心的に担う在宅療養支援歯科診療所の位置づけの強化</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・歯科訪問診療料算定の届出義務化</li> <li>・自己負担がない患者への明細書無料発行の義務化</li> <li>・紹介がない大病院受診時の定額負担の導入</li> </ul>

	改定率	主な特徴	備考
2018	0.69%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 基本診療料への院内感染防止対策の施設基準新設、未届の場合に基本診療料が減算される仕組みの導入</li> <li>2. か強診、歯援診の施設基準強化(算定実績、地域・行政への協力などの項目を追加)</li> <li>3. 歯科疾患管理料への加算として、65歳以上の口腔機能低下症の患者への口腔機能管理加算、15歳未満の口腔機能発達不全症の患者への小児口腔機能管理加算の新設</li> <li>4. 口腔機能の低下の診断を目的とした咀嚼能力検査および咬合圧検査の新設、舌圧検査の対象拡大、有床義歯咀嚼機能検査への咬合圧測定の新設</li> <li>5. 診療情報連携共有料の新設、周術期等口腔機能管理の対象手術・対象病名の拡大</li> <li>6. 歯科治療総合医療管理料(I)および(II)を、歯科疾患管理料への総合医療管理加算および歯科治療時医療管理料へ再編・統合、歯科特定疾患療養管理料の対象疾患拡大</li> <li>7. 床副子を口腔内装置に名称変更し、材料や咬合関係の付与の有無により再編</li> <li>8. 高強度硬質レジンブリッジの導入、下顎6番へのCAD/CAM冠適用拡大(2017年12月1日から)</li> <li>9. 歯科訪問診療において、歯科訪問診療料への急性対応加算の包括、20分未満の歯科訪問診療を70/100で評価</li> <li>10. 訪衛指の20分未満および1対複数による算定の廃止、単一建物居住者の人数による算定に変更</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・外来環から院内感染防止対策が分離された</li> <li>・歯内治療、処置、手術など日常診療での頻度の多い項目の若干の引き上げ</li> <li>・一部の施設基準要件等への歯科衛生士、歯科技工士の常勤換算導入</li> </ul>
2020	0.59%	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 基本診療料を引き上げるとともに、院内感染防止対策の施設基準に、診療補助、機器の洗浄・消毒・滅菌などを行う職員などの研修受講を義務づけ</li> <li>2. 初診月の歯科疾患管理料を80/100に減算、その一方、6か月を超える管理を行った場合に算定できる長期管理加算を新設</li> <li>3. 長期継続管理路線の推進の下、歯周病重症化予防治療を新設</li> <li>4. 口腔機能管理、小児口腔機能管理が、歯管の加算から独立して、単独の管理料となる</li> <li>5. 処置、手術、歯冠修復・欠損補綴の点数引き上げ、CAD/CAM冠、手術用顕微鏡加算の適用拡大、手術時の麻酔薬剤料の算定が可能になった。</li> </ol>	



## 2020年歯科診療報酬改定 記載要領の変更点(抜粋)

### Ⅲ 歯科診療に係る診療報酬請求書及び診療報酬明細書の記載要領

#### 第3 診療報酬明細書の記載要領(様式第3)

#### 2 診療報酬明細書の記載要領に関する事項

##### (22) 「管理・リハ」欄について

ア. 歯科疾患管理料は、「歯管」の項に点数を記載する。

なお、フッ化物洗口指導加算、文書提供加算、エナメル質初期う蝕管理加算、総合医療管理加算及び長期管理加算は、項中の「+」欄にそれぞれ左から文書提供加算、フッ化物洗口指導加算、エナメル質初期う蝕管理加算、総合医療管理加算、長期管理加算の順に当該加算点数を記載する。(項番8)

ク. 小児口腔機能管理料又は口腔機能管理料は「その他」欄に点数を記載する。

ケ. 以下の(ア)から(ト)について又は「その他」欄に書ききれない等の場合は、全体の「その他」欄に記載する。(サ) 診療情報提供料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)は、点数を記載する。診療情報提供料(Ⅰ)の加算は当該加算を合算した点数を記載する。(項番21. 22. 23. 25)

##### (25) 「X線・検査」欄について

キ「その他」欄について

(コ)咀嚼能力検査、咬合圧検査、小児口唇閉鎖力検査又は舌圧検査を算定した場合は点数及び回数を記載する。(項番 50、51)

(シ)睡眠時歯科筋電図検査を算定した場合は、点数及び回数を記載する。

##### (26) 「処置・手術」欄について

ウ. 象牙質レジンコーティングは、「Rコ」の項に点数及び回数を記載する。

ニ. 歯周病重症化予防治療は、「P重防」の項に点数を記載する。(項番82)

フ. 「その他」欄について

(ク)根管内異物除去は、点数及び回数を記載する。また、手術用顕微鏡を用いて当該処置を行った場合は、加算後の点数及び回数を記載する。(項番87)

(シ)非経口摂取患者口腔粘膜処置は、点数及び回数を記載する。

(ヌ)口腔粘膜蛍光観察評価加算は、点数を記載する。

##### (28) 「歯冠修復及び欠損補綴」欄について

サ. 「金属歯冠修復」の項について

(オ) 鋳造用ニッケルクロム合金を用いた金属歯冠修復は、「その他」欄に点数及び回数を記載する(項番124, 125) →削除

セ. 「硬ジ」の項、「乳」の項及び「CAD」の項について

(ウ) CAD/CAM冠は、「CAD」の項のうち、小臼歯に対してCAD/CAM冠用材料(Ⅰ)を用いた場合は「(Ⅰ)」の項、CAD/CAM冠用材料(Ⅱ)を用いた場合は「(Ⅱ)」の項に大臼歯に対してCAD/CAM冠用材料(Ⅲ)を用いた場合は「(Ⅲ)」の項にそれぞれ点数及び回数を記載する。なお、小臼歯に対してCAD/CAM冠用材料(Ⅲ)を用いた場合は「(Ⅱ)」の項に点数及び回数を記載する。(項番127)

ソ. 「ポンティック」の項について

(ウ) 鑄造用ニッケルクロム合金を用いた場合は、「その他」欄に点数及び回数を記載する。(項番129) →削除

ハ. 「その他」欄について

(イ) 咬合印象は、点数及び回数を記載する。

(オ) レジンインレー、高強度硬質レジブリッジ又は既製金属冠等、記載欄がない歯冠修復及び欠損補綴は、点数及び回数を記載する。なお、高強度硬質レジブリッジ又は接着ブリッジの装着を行った場合の装着料は、加算を合算した点数及び回数を記載する。(項番116)

(ク) 脱離した歯冠修復物の再装着は、点数及び回数を記載する。なお、それに伴い内面処理加算を行った場合は点数及び回数を記載する。(項番122)

(シ) 歯冠修復及び欠損補綴のうち、該当する記載欄を設けていない場合及び該当欄に記載しきれない場合は、点数及び回数を記載する。「その他」欄に書ききれない等の場合は、全体の「その他」欄に記載する。

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)の抜粋

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
1	-	-	請求に際して、特に説明が必要と判断される内容は、簡潔に記載すること。		-
			(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:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				830100332	初診理由:*****
25	B011-2	診療情報提供料 (Ⅲ)	(妊婦である場合) 当該患者が妊娠している者である旨記載すること。	820100579	妊婦(診療情報提供料3)
41	C001-6	小児在宅患者訪問 口腔リハビリテー ション指導管理料 注6 小児栄養サ ポートチーム等連 携加算1 注7 小児栄養サ 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)	
			(小児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障害児入所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。	851100028	小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導開始時刻
				851100029	小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導終了時刻
				830100436	小児栄養サポートチーム等連携加算1(小児在宅患者訪問口腔リハ)連携 先保険医療機関名等:*****
				830100437	小児栄養サポートチーム等連携加算2(小児在宅患者訪問口腔リハ)連携 先保険医療機関名等:*****
			850100364	カンファレンス等に参加した年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
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。	820100774	1回目(P重防)
			(2回目以降の場合) 前回実施月を記載すること。	850100339	歯周病重症化予防治療前回実施年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
87	I021	根管内異物除去 注 手術用顕微鏡 加算	(手術用顕微鏡加算において、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。	830100388	歯科用3次元エックス線断層撮影を撮影した歯科保険医療機関名等: *****
90	I030	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"
			(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

※「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。

## 歯科の診療録及び診療報酬明細書に使用できる略称(抜粋)

通知(令和2年3月23日、保医発0323第5号)

カルテ及びレセプトに使用できる傷病名その他の略称について抜粋して掲載する。今次改定で変更または追加された略称はゴシック体で示している。

なお、3月診療分以前の請求において、審査支払機関からの返戻等による請求遅れ分等については、従前の略称を使用できる。

### 【その他の略称】

項 目	略 称
歯科初診料	初診又は歯初診
歯科初診料注1	初診(注1)又は歯初診(注1)
歯科外来診療環境体制加算1	外来環1
総合医療管理加算	総医
<b>長期管理加算</b>	<b>長期</b>
<b>小児口腔機能管理料</b>	小機能
<b>口腔機能管理料</b>	口機能
歯周病患者画像活用指導料	P画像
歯科治療時医療管理料	医管
<b>診療情報提供料(Ⅲ)</b>	<b>情Ⅲ</b>
診療情報連携共有料	情共
歯科訪問診療補助加算 (イの(1)同一建物居住者の場合)	訪補助イ(1)
歯科訪問診療補助加算 (イの(2)同一建物居住者の場合)	訪補助イ(2)
歯科訪問診療補助加算 (ロの(1)同一建物居住者以外の場合)	訪補助ロ(1)
歯科訪問診療補助加算 (ロの(2)同一建物居住者の場合)	訪補助ロ(2)
歯科訪問診療移行加算	訪移行
訪問歯科衛生指導料 (1 単一建物診療患者が1人の場合)	訪衛指1
訪問歯科衛生指導料 (2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合)	訪衛指2
訪問歯科衛生指導料 (3 1及び2以外の場合)	訪衛指3
在宅総合医療管理加算	在歯総医
在宅療養支援歯科診療所2	歯援診2
在宅患者歯科治療時医療管理料	在歯管
在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料	訪問口腔リハ
小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料	小訪問口腔リハ

項 目	略 称
小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料 <b>小児栄養サポートチーム等連携加算 1</b>	<b>小NST 1</b>
小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料 <b>小児栄養サポートチーム等連携加算 2</b>	<b>小NST 2</b>
有床義歯咀嚼機能検査 (1のイ 下顎運動測定と咀嚼能力測定を併せて行う場合)	咀嚼機能 1 イ
有床義歯咀嚼機能検査 (1のロ 咀嚼能力測定のみを行う場合)	咀嚼機能 1 ロ
有床義歯咀嚼機能検査 (2のイ 下顎運動測定と咬合圧測定を併せて行う場合)	咀嚼機能 2 イ
有床義歯咀嚼機能検査 (2のロ 咬合圧測定のみを行う場合)	咀嚼機能 2 ロ
咀嚼能力検査	咀嚼能力
咬合圧検査	咬合圧
<b>小児口唇閉鎖力検査</b>	<b>小口唇</b>
精密触覚機能検査	精密触覚
<b>睡眠時歯科筋電図検査</b>	<b>歯筋電図</b>
<b>象牙質レジンコーティング</b>	<b>Rコート</b>
<b>歯周病重症化予防治療</b>	<b>P重防</b>
口腔内装置	O A p
睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置	S A S - O A p
舌接触補助床	P A P
口腔内装置調整 (イ 睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床の場合)	O A p 調(イ)
口腔内装置調整 (ロ 歯ぎしりに対する口腔内装置の場合)	O A p 調(ロ)
口腔内装置調整 (ハ イ及びロ以外の場合)	O A p 調(ハ)
口腔内装置修理	O A p 修
周術期等専門的口腔衛生処置 1	術口衛 1
在宅等療養患者専門的口腔衛生処置	在口衛
口腔粘膜処置	口処
<b>非経口摂取患者口腔粘膜処置</b>	<b>非経口処</b>
レーザー機器加算 1	レ機加 1
レジンインレー	R I n
高強度硬質レジンブリッジ	H R B r
間接支台装置	間支
<b>歯科麻酔管理料</b>	<b>歯麻管</b>

事務連絡  
令和2年3月31日

地方厚生（支）局医療課  
都道府県民生主管部（局）  
国民健康保険主管課（部） 御中  
都道府県後期高齢者医療主管部（局）  
後期高齢者医療主管課（部）

厚生労働省保険局医療課

疑義解釈資料の送付について（その1）

診療報酬の算定方法の一部を改正する件(令和2年厚生労働省告示第57号)等については、「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日保医発0305第1号）等により、令和2年4月1日より実施することとしているところであるが、今般、その取扱いに係る疑義照会資料を別添1から別添5のとおり取りまとめたので、本事務連絡を確認の上、適切に運用いただくようお願いします。

歯科診療報酬点数表関係

【初診料の注1】

問1 初診料の注1に規定する施設基準で追加された院内研修について、どのような内容の研修を実施すべきか。

(答) 院内感染防止対策については、標準予防策、医療機器の洗浄・消毒・滅菌、感染性廃棄物の処理等が考えられるが、各保険医療機関の実情に応じて、実施されたい。

問2 初診料の注1に規定する施設基準で追加された院内研修について、様式2の7「4当該保険医療機関における院内研修の実施状況」の内容について、毎回の研修においてすべて網羅していなければならないのか。

(答) 様式2の7「4当該保険医療機関における院内研修の実施状況」の内容は例示であり、各保険医療機関の実情に応じて、研修内容を決定していただきたい。

問3 初診料の注1に規定する施設基準で追加された院内研修の講師は管理者等が実施するものでよいか。

(答) そのとおり。

問4 初診料の注1に規定する施設基準で追加された院内研修について、医療関係団体等が主催する研修(通信によるものを含む)に変えても差し支えないか。

(答) 差し支えない。

【歯科疾患管理料】

問5 区分番号「B000-4」に掲げる歯科疾患管理料の「注1」において「1回目の歯科疾患管理料は、歯科疾患の管理が必要な患者に対し、」として「継続的な」が削除されたが、歯冠補綴物の脱離に対する再装着を行い初診日で治療が完結する等、継続的な管理を行わない場合についても算定できるのか。

(答) 留意事項通知のとおり、「継続的管理を必要とする歯科疾患を有する患者(有床義歯に係る治療のみを行う患者を除く。)」が対象であり、従前のとおり。

問6 区分番号「B000-4」に掲げる歯科疾患管理料の長期管理加算について、歯科疾患管理料を算定する月ごとに算定できるか。

(答) 算定できる。

問7 区分番号「B000-4」に掲げる歯科疾患管理料の長期管理加算について、初診日の属する月から起算して6月を超えた時点から、必要があつて歯科疾患管理料による医学管理を開始した場合に当該加算を併せて算定できるか。

(答) 算定できる。

#### 【小児口腔機能管理料、口腔機能管理料】

問8 留意事項通知の「当該管理計画に係る情報を文書により提供し、提供した文書の写しを診療録に添付する。」について、同月に区分番号「B000-4」に掲げる歯科疾患管理料及び文書提供加算を算定している場合であつて、口腔機能管理を含めた文書提供を行っている場合に、要件を満たすものと見なして差し支えないか。

(答) 歯科疾患管理料の提供文書に、口腔機能管理に係る必要な情報が含まれる場合は差し支えない。

#### 【歯科特定疾患療養管理料】

問9 区分番号「B002」に掲げる歯科特定疾患療養管理料の対象疾患として三叉神経ニューロパチーが追加されたが、区分番号「D013」に掲げる精密触覚機能検査を実施した患者が対象となるか。

(答) 区分番号「D013」に掲げる精密触覚機能検査等により歯科医学的に三叉神経ニューロパチーと診断された患者が対象である。

問10 区分番号「B002」に掲げる歯科特定疾患療養管理料による管理を行っている患者であつて、口腔機能低下症又は口腔機能発達不全症が疑われるものに対して、診断を目的として区分番号「D011-2」に掲げる咀嚼能力検査、区分番号「D011-3」に掲げる咬合圧検査又は区分番号「D012」に掲げる舌圧検査を行った場合に算定できるか。

(答) 算定できる。

#### 【歯周病検査】

問11 「歯肉の発赤・腫脹の状態及び歯石の沈着の有無等により歯周組織の状態の評価を行い、歯周基本治療を開始して差し支えない。」とあるが、こ

の場合において、歯周病検査の費用は別に算定できるのか。

(答) 算定できない。

問 12 「歯肉の発赤・腫脹の状態及び歯石の沈着の有無等により歯周組織の状態の評価を行い、歯周基本治療を開始して差し支えない。」とあるが、この場合において、スケーリング・ルートプレーニングも対象となるか。

(答) スケーリングに限る。ただし、スケーリング終了後、歯周病検査を実施した場合はその限りではない。

#### 【小児口唇閉鎖力検査】

問 13 「小児口唇閉鎖力検査とは、口唇閉鎖力測定器を用いて、口唇閉鎖力を測定する検査をいう。」とあるが、口唇閉鎖力測定器とは具体的にどのようなものが該当するのか。

(答) 医療機器の一般的名称が「歯科用口唇筋力固定装置」であって、添付文書（又は取扱説明書）の使用目的上、口唇閉鎖力を測定する装置であることが記載されている装置が該当する。

#### 【睡眠時歯科筋電図検査】

問 14 「検査の実施に当たっては、「筋電計による歯ぎしり検査の基本的な考え方」（令和2年3月日本歯科医学会）を遵守すること。」とあるが、当該検査の結果が経過観察に該当する場合において、区分番号「I 0 1 7」に掲げる口腔内装置の「注」に規定する歯ぎしりに対する口腔内装置を製作した際の費用は算定できるか。

(答) 算定できない。

問 15 「夜間睡眠時の筋活動を定量的に測定した場合に、一連につき1回に限り算定する。」とあるが、一連につきとはどのように取扱うのか。

(答) 当該検査に当たって、診断を目的として必要に応じて複数回の検査を実施する場合は一連として取扱う。

#### 【象牙質レジンコーティング】

問 16 区分番号「I 0 0 1-2」に掲げる象牙質レジンコーティングについて、歯冠修復物が脱離し、再装着を行う場合に算定してよいか。

(答) 区分番号「M 0 0 1の1」に掲げる生活歯歯冠形成を行った場合に算定できるものであり、算定できない。

問 17 区分番号「I 0 0 1 - 2」に掲げる象牙質レジンコーティングの「注」に「当該補綴に係る補綴物の歯冠形成から装着までの一連の行為につき 1 回に限り算定する。」とあるが、いつ行えばよいのか。

(答) 歯冠形成直後に行うのが望ましい。

問 18 区分番号「I 0 0 1 - 2」に掲げる象牙質レジンコーティングの留意事項に「歯科用シーリング・コーティング材を用いてコーティング処置を行った場合に、1 歯につき 1 回に限り算定する。」とあるが、具体的にどのようなものが該当するのか。

(答) 医療機器の一般的名称が「歯科用シーリング・コーティング材」であって、添付文書（又は取扱説明書）の使用目的上、象牙細管の封鎖が可能であることが記載されているものが該当する。

問 19 区分番号「I 0 0 1 - 2」に掲げる象牙質レジンコーティングについて、補綴物に対する歯冠形成から装着までの治療期間中に区分番号 I 0 0 2 に掲げる知覚過敏処置を行い、後日同一歯に対して、当該期間中に象牙質レジンコーティングを行った場合、算定できるか。

(答) 算定できない。

#### 【歯周病重症化予防治療】

問 20 区分番号「I 0 1 1 - 2 - 3」に掲げる歯周病重症化予防治療の留意事項通知（6）について、「2 回目の歯周病検査の結果、」とあるが、2 回目の歯周病検査終了後再スケーリングを行っていた場合であって、3 回目以降の再評価のための歯周病検査を行い、歯周病重症化予防治療を開始した場合は同様の取扱いになるのか。

(答) そのとおり。

問 21 区分番号「I 0 1 1 - 2 - 3」に掲げる歯周病重症化予防治療の留意事項通知（1）について、「歯周病検査の結果、歯周ポケットが 4 ミリメートル未満の患者」とあるが、区分番号「D 0 0 2」に掲げる歯周病検査の「1 歯周基本検査」又は「2 歯周精密検査」を行った患者が対象と考えてよいのか。

(答) そのとおり。

#### 【根管内異物除去】

問 22 区分番号「I 0 2 1」に掲げる根管内異物除去の手術用顕微鏡加算に

ついて、「なお、歯根の長さの根尖側 2 分の 1 以内に達しない残留異物を除去した場合は算定できない。」とあるが、残留異物の一部が歯根の長さの根尖側 2 分の 1 以内に達している場合は算定できるか。

(答) 算定できる。

#### 【非経口摂取患者口腔粘膜処置】

問 23 区分番号「I 0 3 0 - 2」に掲げる非経口摂取患者口腔粘膜処置の留意事項 (1) について、「口腔の剥離上皮膜の除去を行った場合」とあるが、具体的にどのような処置を行った場合に算定できるのか。

(答) 経管栄養等を必要とする患者の剥離上皮膜 (剥離した口腔粘膜上皮と唾液、炎症性細胞や細菌の集積からなるもの。) の除去を行った場合に算定できる。単なる日常的口腔清掃のみを行った場合は算定できない。

問 24 区分番号「I 0 3 0 - 2」に掲げる非経口摂取患者口腔粘膜処置の留意事項 (1) について、「口腔の剥離上皮膜の除去を行った場合」とあるが、当該処置を算定する場合の診療報酬明細書の「傷病名部位」欄の傷病名は「口腔剥離上皮膜」と記載するのか。

(答) そのとおり。

#### 【広範囲顎骨支持型装置埋入手術】

問 25 新設された「6 歯以上の先天性部分無歯症又は 3 歯以上の前歯永久歯萌出不全 (埋伏歯開窓術を必要とするものに限る。)」について、第 13 部歯科矯正に係る保険診療を行った患者が対象となるのか。

(答) そのとおり。

#### 【充填】

問 26 区分番号「M 0 0 9」に掲げる充填の留意事項通知 (8) について、ファイバーポストを用いた場合、特定保険医療材料料は別に算定できるか。

(答) 算定できる。なお、ファイバーポストの特定保険医療材料料は 1 歯あたり 1 本に限り算定できる。

#### 【特定保険医療材料】

問 27 特定保険医療材料の機能区分の見直しにおいて、「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)。」とされたところ、既に流通している従前の CA

D/CAM冠用材料（Ⅱ）のロット番号等を記載した文書（シール等）を、  
CAD/CAM冠用材料（Ⅲ）のものとして扱ってよいか。

（答）差し支えない。

## 麻酔薬剤・特定薬剤等

### ①局所麻酔剤

#### 【リドカイン塩酸塩・アドレナリン注射液】

品名	薬価		点数
エピリド配合注歯科用カートリッジ 1.8mL (後)	1.8mL	1 管 66.50 円	6.7 点
オーラ注歯科用カートリッジ 1.0mL (後)	1mL	1 管 69.80 円	7.0 点
オーラ注歯科用カートリッジ 1.8mL (後)	1.8mL	1 管 78.40 円	7.8 点
キシレステシン A 注射液(カートリッジ) (後)	1.8mL	1 管 79.60 円	8.0 点
歯科用キシロカインカートリッジ	1.8mL	1 管 79.60 円	8.0 点

#### 【プロピトカイン塩酸塩・フェリプレシン注射液】

品名	薬価		点数
歯科用シタネストーオクタプレシンカートリッジ	1.8mL	1 管 71.70 円	7.2 点

#### 【メピバカイン塩酸塩注射液】

品名	薬価		点数
(局) スキャンドネストカートリッジ 3%	3% 1.8mL 1 管	139.20 円	13.9 点

### ②表面麻酔剤 (OA) 単独使用の場合

品名	薬価		点数	
			1~2 歯	1/3 顎
キシロカインポンプスプレー8% (後)	1g	22.00 円	2.4 点	5.5 点
ネオザロカインパスタ	1g	117.80 円	2.4 点	5.5 点
コーパロン歯科用表面麻酔液 6%	1 枚	13.00 円	2.4 点	5.5 点
プロネスパスタアロマ	1g	89.90 円	2.4 点	5.5 点
ハリケインリキッド歯科用 20% (後)	1g	67.90 円	2.4 点	5.5 点
ハリケインゲル歯科用 20% (後)	1g	67.90 円	2.4 点	5.5 点
ビーゾカイン歯科用ゼリー20% (後)	1g	67.90 円	2.4 点	5.5 点
ジンジカインゲル 20% (後)	1g	67.90 円	2.4 点	5.5 点

※表面麻酔薬を嘔吐防止のために使用した場合は特定薬剤として扱う。

### ③表面麻酔剤と麻酔剤の組み合わせ

品名	点数	
	1 本	2 本
OA+歯科用キシロカイン ct(1.8mL)	10 点	18 点
OA+オーラ注歯科用 ct(1mL)	9 点	16 点
OA+歯科用シタネストーオクタプレシン ct(1.8mL)	10 点	17 点
OA+スキャンドネストカートリッジ 3%(1.8mL)	16 点	30 点

#### ④ 歯科用特定薬剤

##### 【パスタ】

品名	薬価	請求点数			
		1 歯	1/3 顎	2/3 顎	1 顎
ヒノポロン口腔用軟膏 (HPパスタ)	1g 175.90 円	0 点	0 点	2 点	4 点
テラ・コートリル軟膏 (TKパスタ)	1g 31.10 円	0 点	0 点	0 点	0 点

##### 【歯科用軟膏剤】

品名	薬価	1 シンジ	2 シンジ
ペリオクリン歯科用軟膏	10mg0.5g 1 シンジ 609.20 円	61 点	122 点
ペリオフィール歯科用軟膏 2% (後)	10mg0.5g 1 シンジ 406.90 円	41 点	81 点

##### 【歯科用挿入剤 (コーン)】

品名	薬価	請求点数				
		1 個	2 個	3 個	4 個	5 個
オキシテトラコーン歯科用挿入剤 5mg	5mg1 個 17.20 円	2 点	3 点	5 点	7 点	9 点

##### 【止血剤】

品名	薬価	請求点数(1 歯)
歯科用 TD ゼット液	1mL 299.20 円	4 点
歯科用 TD ゼット・ゼリー	1g 310.20 円	5 点

##### 【抗生物質パスタ】

品名	薬価	請求点数			
		1 歯	1/3 顎	2/3 顎	1 顎
テトラサイクリン塩酸塩パスタ 3% 「昭和」 (TC パスタ)	30mg 1g 232.90 円	5 点	12 点	23 点	35 点
テトラサイクリン・プレステロン歯科用軟膏 (TCPS パスタ)	1g 353.10 円	7 点	18 点	35 点	53 点

##### 【歯肉包填剤】

品名	薬価 (液剤を含む)	請求点数(1/3 顎)
サージカルパック口腔用 (後)	散剤 1g 66.60 円	20 点

##### 【口腔用軟膏剤】

品名	薬価	請求点数		
		1/3 顎	2/3 顎	1 顎
オルテクサー口腔用軟膏 0.1% (後)	0.1%1g 63.90 円	2 点	4 点	6 点
アフタゾロン口腔用軟膏 0.1%	0.1%1g 66.20 円	2 点	4 点	6 点
デルゾン口腔用軟膏 0.1% (後)	0.1%1g 50.00 円	0 点	3 点	4 点



歯科点数表の初診料の注1に係る施設基準に係る届出書添付書類

1 当該保険医療機関の滅菌の体制について

概 要	
滅菌体制 (該当する番号に○)	1. 診療室内に設置した滅菌器を使用 2. 中央滅菌部門において滅菌(病院の場合に限る) 3. 外部の業者において滅菌(業者名: )
1. に該当する場合は以下の事項について記載	
滅菌器	医療機器届出番号
	製品名
	製造販売業者名
滅菌器の使用回数	1. 1日1回 2. 1日2回 3. 1日3回以上5回未満 4. 1日5回以上

2 当該保険医療機関の平均患者数の実績(該当する番号に○)

概 要	
1日平均患者数 (歯科訪問診療の患者を含む)	1. 10人未満 2. 10人以上20人未満 3. 20人以上30人未満 4. 30人以上40人未満 5. 40人以上50人未満 6. 50人以上

※ 新規開設のため、実績がない場合は省略して差し支えない。

3 当該保険医療機関の保有する機器について

機器名	概 要	
歯科用ハンドピース (歯科診療室用機器に限る)	保有数	本
歯科用ユニット数	保有数	台

※ 歯科用ハンドピースの保有数の欄には以下の一般的名称である機器の保有数の合計を記載すること。歯科用ガス圧式ハンドピース、歯科用電動式ハンドピース、ストレート・ギアードアングルハンドピース、歯科用空気駆動式ハンドピース

4 常勤歯科医師の院内感染防止対策に関する研修の受講歴等

受講者名 (常勤歯科医師名)	研修名 (テーマ)	受講年月日	当該研修会の主催者

※4年以内の受講を確認できる文書を添付すること。

※研修の修了証等により内容を確認できる場合は受講者名以外の記載を省略して差し支えない。

[記入上の注意]

○ 当該届出の変更を行う際は、変更に係る項目のみの届出で差し支えないこと。



基本診療料の施設基準等に係る届出書

保険医療機関コード		届出番号	(外来環1) 第 号
連絡先 担当者氏名: 電話番号:			
(届出事項)  <div style="text-align: center; font-size: 1.2em;">                     [ 歯科外来診療環境体制加算1 ] の施設基準に係る届出                 </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">                     [1-008]                 </div>			
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 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。</li> <li><input type="checkbox"/> 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掲示事項等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。</li> <li><input type="checkbox"/> 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。</li> <li><input type="checkbox"/> 当該届出を行う時点において、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。</li> </ul> <p>標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。</p> <p style="text-align: center;">令和      年      月      日</p> <p style="text-align: center;">保険医療機関の所在地 及び名称</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> <span>開設者名</span> <span>印</span> </div> <p style="margin-top: 20px;">九州厚生局長 殿</p>			
<p>備考 1 [      ] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。</p> <p>2    <input type="checkbox"/> には、適合する場合「レ」を記入すること。</p> <p>3    届出書は、1通提出のこと。</p>			

歯科外来診療環境体制加算 1  
 歯科外来診療環境体制加算 2
 
 の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出を行う施設基準（該当するものに○を付け、該当する受理番号を記載すること）

	歯科外来診療環境体制加算 1（2 から 5 までの項目について記載）
	歯科点数表の初診料の注 1 に係る施設基準 受理番号：(歯初診) _____
	歯科外来診療環境体制加算 2（全ての項目を記載）
	地域歯科診療支援病院歯科初診料 受理番号：(病初診) _____

※ それぞれの施設基準を同時に届出する場合は、受理番号欄は「届出中」と記載すること。

2 常勤歯科医師名と医療安全に関する研修の受講歴等

受講者名 (常勤歯科医師名)	講習名 (テーマ)	受講年月日	当該講習会の主催者

※ 研修の受講を確認できる文書を添付すること。

3 歯科医師、歯科衛生士の氏名等（常勤又は非常勤を○で囲むこと）

歯科医師氏名（常勤・非常勤）	歯科衛生士氏名（常勤・非常勤）
1. (常勤・非常勤)	1. (常勤・非常勤)
2. (常勤・非常勤)	2. (常勤・非常勤)
3. (常勤・非常勤)	3. (常勤・非常勤)

4 当該保険医療機関に常時設置されている装置・器具の名称

一般名称	装置・器具等の製品名	台数 (セット数)
自動体外式除細動器 (AED)		
経皮的酸素飽和度測定器 (パルスオキシメーター)		
酸素		
血圧計		
救急蘇生キット		
歯科用吸引装置		
その他		

5 緊急時の連携保険医療機関

医療機関の名称	
所在地	
緊急時の連絡方法等	

6 医療事故、インシデント等を報告・分析し、その改善策を実施する体制

安全管理の体制確保のための委員会の開催状況	
委員会の開催回数	_____ 回 / 月
委員会の構成メンバー	
安全管理の体制確保のための職員研修の開催状況	
	年 _____ 回
研修の主な内容等	

基本診療料の施設基準等に係る届出書

保険医療機関コード		届出番号	(外来環2) 第 号
連絡先 担当者氏名: 電話番号:			
(届出事項)  <div style="text-align: center; font-size: 1.2em;">                     [ 歯科外来診療環境体制加算2 ] の施設基準に係る届出                 </div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">                     [1-009]                 </div>			
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 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。</li> <li><input type="checkbox"/> 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掲示事項等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。</li> <li><input type="checkbox"/> 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。</li> <li><input type="checkbox"/> 当該届出を行う時点において、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。</li> </ul> <p>標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。</p> <p style="text-align: center;">令和      年      月      日</p> <p style="text-align: center;">保険医療機関の所在地 及び名称</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> <span>開設者名</span> <span>印</span> </div> <p style="margin-top: 20px;">九州厚生局長 殿</p>			
<p>備考 1 [      ] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。</p> <p>2 <input type="checkbox"/> には、適合する場合「レ」を記入すること。</p> <p>3 届出書は、1通提出のこと。</p>			

歯科外来診療環境体制加算 1  
 歯科外来診療環境体制加算 2
 
 の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出を行う施設基準（該当するものに○を付け、該当する受理番号を記載すること）

	歯科外来診療環境体制加算 1（2 から 5 までの項目について記載）
	歯科点数表の初診料の注 1 に係る施設基準 受理番号：(歯初診) _____
	歯科外来診療環境体制加算 2（全ての項目を記載）
	地域歯科診療支援病院歯科初診料 受理番号：(病初診) _____

※ それぞれの施設基準を同時に届出する場合は、受理番号欄は「届出中」と記載すること。

2 常勤歯科医師名と医療安全に関する研修の受講歴等

受講者名 (常勤歯科医師名)	講習名 (テーマ)	受講年月日	当該講習会の主催者

※ 研修の受講を確認できる文書を添付すること。

3 歯科医師、歯科衛生士の氏名等（常勤又は非常勤を○で囲むこと）

歯科医師氏名（常勤・非常勤）	歯科衛生士氏名（常勤・非常勤）
1. (常勤・非常勤)	1. (常勤・非常勤)
2. (常勤・非常勤)	2. (常勤・非常勤)
3. (常勤・非常勤)	3. (常勤・非常勤)

4 当該保険医療機関に常時設置されている装置・器具の名称

一般名称	装置・器具等の製品名	台数 (セット数)
自動体外式除細動器 (AED)		
経皮的酸素飽和度測定器 (パルスオキシメーター)		
酸素		
血圧計		
救急蘇生キット		
歯科用吸引装置		
その他		

5 緊急時の連携保険医療機関

医療機関の名称	
所在地	
緊急時の連絡方法等	

6 医療事故、インシデント等を報告・分析し、その改善策を実施する体制

安全管理の体制確保のための委員会の開催状況	
委員会の開催回数	_____ 回 / 月
委員会の構成メンバー	
安全管理の体制確保のための職員研修の開催状況	
	年 _____ 回
研修の主な内容等	

特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード		届出番号	(か強診) 第 号
連絡先 担当者氏名: 電話番号:			
(届出事項)  <b>[かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所]</b>  の施設基準に係る届出  <span style="float: right;">[2-054]</span>			
<p><input type="checkbox"/> 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。</p> <p><input type="checkbox"/> 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掲示事項等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。</p> <p><input type="checkbox"/> 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。</p> <p><input type="checkbox"/> 当該届出を行う時点において、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。</p> <p>標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>保険医療機関の所在地 及び名称</p> <p style="text-align: center;">開設者名 <span style="float: right;">印</span></p> <p>九州厚生局長 殿</p>			
<p>備考1 [ ] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。 2 □には、適合する場合「レ」を記入すること。 3 届出書は、1通提出のこと。</p>			

**かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準  
に係る届出書添付書類**

1 歯科疾患の重症化予防に関する継続的な管理の実績等

(1) 次の算定実績があること(届出前1年間の実績)

① 歯周病安定期治療(I)、歯周病安定期治療(II)の算定回数	回
② フッ化物歯面塗布処置、歯科疾患管理料のエナメル質初期う蝕管理加算の算定回数	回

(2) クラウン・ブリッジ維持管理料の届出状況

届出年月日 (      年      月      日)

2 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準の届出状況

届出年月日 (      年      月      日)

3 歯科訪問診療又は歯科訪問診療の依頼の実績(届出前1年間)

① 歯科訪問診療1又は歯科訪問診療2の算定回数	回
② 歯科訪問診療を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に依頼した回数	回
合 計	回

4 他の保険医療機関との連携の実績(届出前1年間)

① 診療情報提供料(I)の算定回数	回
② 診療情報連携共有料の算定回数	回
合 計	回

5 歯科疾患の継続管理等に係る研修の受講歴等

受講歯科医師名	
研 修 名	
受講年月日	
研修の主催者	
講習の内容等	

※上記の内容を満たしていれば、研修会の修了証の写しの添付でも可とする。

※歯科疾患の継続管理に関する研修、高齢者の心身の特性、口腔機能の管理、緊急時対応等を含むこと。

6 歯科医師又は歯科衛生士の氏名等（勤務形態及び職種は該当するものに○）

勤務形態	職種	氏名
常勤／非常勤	歯科医師／歯科衛生士	

7 緊急時の連携保険医療機関

医療機関の名称	
所在地	
緊急時の連絡方法等	

8 迅速な歯科訪問診療が可能な体制

歯科訪問診療を行う 歯科医師名	
診療可能日	

9 当該地域における保険医療機関、介護・福祉施設等との連携の状況

① 居宅療養管理指導の提供実績	(実施回数)	回
② 栄養サポートチーム等連携加算 1 又は 2	(算定回数)	回
③ 歯科診療特別対応加算又は初診時歯科診療導入加算	(算定回数)	回
④ 退院時共同指導料、退院前在宅療養指導管理料、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料	(算定回数)	回
⑤ 地域ケア会議の出席	(会議名)	
	(直近の出席日)	年 月 日
⑥ 在宅医療に関するサービス担当者会議又は病院・介護保険施設等で実施される多職種連携に係る会議への出席	(会議名)	
	(直近の出席日)	年 月 日
⑦ 認知症対応力向上研修等、認知症に関する研修を受講	(研修名)	
⑧ 在宅医療・介護等に関する研修を受講	(研修名)	
⑨ 学校歯科医等に就任	(学校等の名称)	
⑩ 介護認定審査会の委員の経験	(在任期間)	年 月
		～ 年 月
⑪ 自治体を実施する歯科保健に係る事業への協力	(事業名)	
	(実施日)	年 月 日

※ 1 5に記載する歯科医師の実績について記載すること。

※ 2 ※ 1に該当する歯科医師が複数名配置されている場合は、そのうち、いずれか1名について記載すること。

※ 3 ①から④までについては、過去1年間の実績を記載すること。

※ 4 ⑦、⑧については、内容が確認できる研修会の修了証の写しを添付すること。

10 当該保険医療機関に常時設置されている装置・器具の名称

一般名称	装置・器具等の製品名	台数 (セット数)
自動体外式除細動器 (AED)		
経皮的動脈血酸素飽和度測定器 (パルスオキシメーター)		
酸素供給装置		
血圧計		
救急蘇生キット		
歯科用吸引装置		





6. 在宅医療を担う他の保険医療機関等からの歯科訪問診療の依頼実績(届出前1年間の実績)

依頼元(施設名等)	回数	依頼元(施設名等)	回数
	回		回
	回		回
	回		回

合計 件

7. 保険医療機関、介護・福祉施設等との連携の実績

① 次のうち該当する項目に記載すること。

地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議又は 病院・介護保険施設等で実施される多職種連携に係る会議に年1 回以上の出席	(会議等の名称)
病院・介護保険施設等の職員への口腔管理に関する技術的助言 や研修等の実績又は口腔管理への協力(届出前1年間)	(協力施設名)
歯科訪問診療に関する他の保険医療機関との連携実績(年1回)	(保険医療機関名)

② 次のうち該当する項目に、算定回数(届出前1年間)を記載すること。

栄養サポートチーム等連携加算1	回
栄養サポートチーム等連携加算2	回
在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料	回
小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料	回
退院時共同指導料1	回
退院前在宅療養指導管理料	回
在宅患者連携指導料	回
在宅患者緊急時等カンファレンス料	回

8. 在宅歯科診療に係る後方支援の機能を有する別の医療機関(歯科医療機関)

- (1) 医療機関の名称
- (2) 所在地
- (3) 連絡先

以下、9～13については、1. の(A)が0.95以上である診療所のみ記載

9. 初診患者の診療情報提供を受けた保険医療機関

保険医療機関名	備考
1)	
2)	
3)	
4)	
5)	

10. 歯科訪問診療料の算定実績（届出前3月間の実績）

歯科訪問診療1	①	人
歯科訪問診療2	②	人
歯科訪問診療3	③	人

歯科訪問診療1の算定割合：①／(①＋②＋③)＝ \_\_\_\_\_

※①～③の歯科訪問診療料の人数は延べ人数を記載すること。

※ 歯科訪問診療1には歯科訪問診療料の注 13「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」を算定した患者のうち、歯科訪問診療1に相当する診療を行った患者数を含む。

※ 歯科訪問診療2には歯科訪問診療料の注 13「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」を算定した患者のうち、歯科訪問診療1に相当する診療を行った患者を除いた患者数を含む。

11. 在宅医療に係る経験を有する歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経験年数

12. 当該施設基準に係る必要な機器の一覧(製品名等)

機器の種類	概 要	
①ポータブル ユニット	医療機器認証番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
②ポータブル バキューム	医療機器認証番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
③ポータブル レントゲン	医療機器認証番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
[備考]		

※①～③について、各欄に書ききれない場合は備考欄に医療機器認証番号、製品名及び製造販売業者名を記載すること。

13. 歯科訪問診療における処置等の算定実績（届出前1年間の実績）

①抜髄	回	②感染根管処置	回
③ ①及び②の合計(③＝①＋②)	回	④抜歯手術	回
⑤有床義歯の新製	回	⑥有床義歯修理	回
⑦有床義歯内面適合法	回		
⑧ ⑤、⑥及び⑦の合計(⑧＝⑤＋⑥＋⑦)			回

※回数は延べ算定回数を記載すること。

※③、④が20回以上であること。

※⑤、⑥及び⑦がそれぞれ5回以上であること。

※⑧が40回以上であること。

## 特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード		届出番号	(歯援診2) 第 号
-----------	--	------	---------------

連絡先  
担当者氏名:  
電話番号:

(届出事項)

[ 在宅療養支援歯科診療所 2 ] の施設基準に係る届出

[2-053]

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。

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掲示事項等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。

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。

当該届出を行う時点において、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。

標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。

令和 年 月 日

保険医療機関の所在地  
及び名称

開設者名 印

九州厚生局長 殿

備考1 [ ] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。  
2 □には、適合する場合「レ」を記入すること。  
3 届出書は、1通提出のこと。



6. 在宅医療を担う他の保険医療機関等からの歯科訪問診療の依頼実績(届出前1年間の実績)

依頼元(施設名等)	回数	依頼元(施設名等)	回数
	回		回
	回		回
	回		回

合計 件

7. 保険医療機関、介護・福祉施設等との連携の実績

① 次のうち該当する項目に記載すること。

地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議又は病院・介護保険施設等で実施される多職種連携に係る会議に年1回以上の出席	(会議等の名称)
病院・介護保険施設等の職員への口腔管理に関する技術的助言や研修等の実績又は口腔管理への協力(届出前1年間)	(協力施設名)
歯科訪問診療に関する他の保険医療機関との連携実績(年1回)	(保険医療機関名)

② 次のうち該当する項目に、算定回数(届出前1年間)を記載すること。

栄養サポートチーム等連携加算1	回
栄養サポートチーム等連携加算2	回
在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料	回
小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料	回
退院時共同指導料1	回
退院前在宅療養指導管理料	回
在宅患者連携指導料	回
在宅患者緊急時等カンファレンス料	回

8. 在宅歯科診療に係る後方支援の機能を有する別の医療機関(歯科医療機関)

- (1) 医療機関の名称
- (2) 所在地
- (3) 連絡先

以下、9～13については、1. の(A)が0.95以上である診療所のみ記載

9. 初診患者の診療情報提供を受けた保険医療機関

保険医療機関名	備考
1)	
2)	
3)	
4)	
5)	

10. 歯科訪問診療料の算定実績（届出前3月間の実績）

歯科訪問診療1	①	人
歯科訪問診療2	②	人
歯科訪問診療3	③	人

歯科訪問診療1の算定割合：①／(①＋②＋③)＝ \_\_\_\_\_

※①～③の歯科訪問診療料の人数は延べ人数を記載すること。

※ 歯科訪問診療1には歯科訪問診療料の注 13「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」を算定した患者のうち、歯科訪問診療1に相当する診療を行った患者数を含む。

※ 歯科訪問診療2には歯科訪問診療料の注 13「イ 初診時」若しくは「ロ 再診時」を算定した患者のうち、歯科訪問診療1に相当する診療を行った患者を除いた患者数を含む。

11. 在宅医療に係る経験を有する歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経験年数

12. 当該施設基準に係る必要な機器の一覧(製品名等)

機器の種類	概 要	
①ポータブル ユニット	医療機器認証番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
②ポータブル バキューム	医療機器認証番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
③ポータブル レントゲン	医療機器認証番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
[備考]		

※①～③について、各欄に書ききれない場合は備考欄に医療機器認証番号、製品名及び製造販売業者名を記載すること。

13. 歯科訪問診療における処置等の算定実績（届出前1年間の実績）

①抜髄	回	②感染根管処置	回
③ ①及び②の合計(③＝①＋②)	回	④抜歯手術	回
⑤有床義歯の新製	回	⑥有床義歯修理	回
⑦有床義歯内面適合法	回		
⑧ ⑤、⑥及び⑦の合計(⑧＝⑤＋⑥＋⑦)			回

※回数は延べ算定回数を記載すること。

※③、④が20回以上であること。

※⑤、⑥及び⑦がそれぞれ5回以上であること。

※⑧が40回以上であること。

特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード		届出番号	(歯筋電図) 第 号
連絡先 担当者氏名: 電話番号:			
(届出事項)  [ 睡眠時歯科筋電図検査 ] の施設基準に係る届出  [2-085]			
<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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掲示事項等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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 当該届出を行う時点において、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。 標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。  令和 年 月 日  保険医療機関の所在地 及び名称  開設者名 印  九州厚生局長 殿			
備考1 [ ] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。 2 □には、適合する場合「レ」を記入すること。 3 届出書は、1通提出のこと。			

睡眠時歯科筋電図検査の施設基準の届出書添付書類

1 当該検査に係る歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経験年数
	年
	年
	年

2 当該検査に係る機器の保有状況

	概 要	
歯科用筋電計	医療機器承認/認証番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
	特記事項	