

(別紙様式 3 3)

DIEPSS (薬原性錐体外路症状評価尺度) 全項目評価用紙

患者:					コード
評価者:					0 = なし、正常
評価日:	年	月	日		1 = ごく軽度、不确实
評価時間:		~			2 = 軽度
					3 = 中等度
					4 = 重度

適当なもの1つに丸をつける。

1 歩行 Gait	0	1	2	3	4
小刻みな遅い歩き方。速度の低下, 歩幅の減少, 上肢の振れの減少, 前屈姿勢や前方突進現象の程度を評価する。					
2 動作緩慢 Bradykinesia	0	1	2	3	4
動作がのろく乏しいこと。動作の開始または終了の遅延または困難。顔面の表情変化の乏しさ(仮面様顔貌)や単調で緩徐な話し方の程度も評価する。					
3 流涎 Sialorrhea	0	1	2	3	4
唾液分泌過多。					
4 筋強剛 Muscle rigidity	0	1	2	3	4
上肢の屈伸に対する抵抗。歯車現象, ろう屈現象, 鉛管様強剛や手首の曲がり具合の程度も評価する。					
5 振戦 Tremor	0	1	2	3	4
口部, 手指, 四肢, 軀幹に認められる反復的, 規則的(4 ~ 8 Hz)で, リズミカルな運動。					
6 アカシジア Akathisia	0	1	2	3	4
静座不能に対する自覚; 下肢のムズムズ感, ソワソワ感, 絶えず動いていたいという衝動などの内的不穏症状とそれに関連した苦痛。運動亢進症状(身体の揺り動かし, 下肢の振り回し, 足踏み, 足の組み換え, ウロウロ歩きなど)についても評価する。					
7 ジストニア Dystonia	0	1	2	3	4
筋緊張の異常な亢進によって引き起こされる症状。舌, 頸部, 四肢, 軀幹などにみられる筋肉の捻転やつっぱり, 持続的な異常ポジション。舌の突出捻転, 斜頸, 後頸, 牙関緊急, 眼球上転, ピサ症候群などを評価する。					
8 ジスキネジア Dyskinesia	0	1	2	3	4
運動の異常に亢進した状態。顔面, 口部, 舌, 顎, 四肢, 軀幹にみられる他覚的に無目的で不規則な不随意運動。舞蹈病様運動, アテトーゼ様運動は含むが, 振戦は評価しない。					
9 概括重症度 Overall severity	0	1	2	3	4
錐体外路症状全体の重症度。					

介護職員等喀痰吸引等指示書

標記の件について、下記の通り指示いたします。

指示期間 (平成 年 月 日～ 年 月 日)

事業者		事業者種別			
		事業者名称			
対象者	氏名			生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
	住所			電話 ()	—
	要介護認定区分	要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5)			
	障害程度区分	区分1	区分2	区分3	区分4 区分5 区分6
	主たる疾患(障害)名				
実施行為種別		口腔内の喀痰吸引 ・ 鼻腔内の喀痰吸引 ・ 気管カニューレ内部の喀痰吸引 胃ろうによる経管栄養 ・ 腸ろうによる経管栄養 ・ 経鼻経管栄養			
指示内容	具体的な提供内容				
	喀痰吸引 (吸引圧、吸引時間、注意事項等を含む)				
	経管栄養 (栄養剤の内容、投与時間、投与量、注意事項等を含む)				
	その他留意事項 (介護職員等)				
	その他留意事項 (看護職員)				
(参考) 使用医療機器等		1. 経鼻胃管	サイズ: _____Fr、種類:		
		2. 胃ろう・腸ろうカテーテル	種類: ボタン型・チューブ型、サイズ: _____Fr、_____cm		
		3. 吸引器			
		4. 人工呼吸器	機種:		
		5. 気管カニューレ	サイズ: 外径 _____mm、長さ _____mm		
		6. その他			
緊急時の連絡先					
不在時の対応法					

- ※1. 「事業者種別」欄には、介護保険法、障害者自立支援法等による事業の種別を記載すること。
- 2. 「要介護認定区分」または「障害程度区分」欄、「実施行為種別」欄、「使用医療機器等」欄については、該当項目に○を付し、空欄に必要事項を記入すること。

上記のとおり、指示いたします。

平成 年 月 日

機関名

住所

電話

(FAX)

医師氏名

印

(登録喀痰吸引等 (特定行為) 事業者の長) 殿

1ヶ月目・2ヶ月目・3ヶ月目・4ヶ月目・5ヶ月目・6ヶ月目 (該当する項目を〇で囲んでください。)

総合支援計画書

フリガナ氏名	生年月日	明治・大正 昭和・平成	年 月 日 (歳)	性別	男・女
(1) 病名 主たる精神障害： _____ 従たる精神障害： _____ 身体合併症： _____					
(2) 直近の入院状況 ・直近の入院日： 年 月 日 ・退院日： 年 月 日 ・入院期間： 年 ヶ月 ・入院形態： <input type="checkbox"/> 任意 <input type="checkbox"/> 医療保護 <input type="checkbox"/> 措置 (緊急措置含) <input type="checkbox"/> 応急 <input type="checkbox"/> 医療観察法 ・退院時 GAF () ・通院困難な理由 ()					
(3) 現在の病状、状態像等 (本人の訴え、及び医療者の評価をともに記載)					
本人					
医療者					
(4) 処方内容					
(5) 生活能力の状態 1. 現在の生活環境 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 家族等と同居 <input type="checkbox"/> 入所 (施設名：) <input type="checkbox"/> その他 () ◎家族の協力体制 【あり・困難】 2. 日常生活動作 (ADL) ・ベッド上の可動性 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 準備のみ <input type="checkbox"/> 観察 <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 広範な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 <input type="checkbox"/> 全面依存 ・移乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 準備のみ <input type="checkbox"/> 観察 <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 広範な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 <input type="checkbox"/> 全面依存 ・食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 準備のみ <input type="checkbox"/> 観察 <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 広範な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 <input type="checkbox"/> 全面依存 ・トイレの使用 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 準備のみ <input type="checkbox"/> 観察 <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 広範な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 <input type="checkbox"/> 全面依存 ・入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 準備のみ <input type="checkbox"/> 観察 <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 広範な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 <input type="checkbox"/> 全面依存 ・衣服の着脱 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 準備のみ <input type="checkbox"/> 観察 <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 広範な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 <input type="checkbox"/> 全面依存 ◎先月と比較して、【改善・不変・悪化】 3. 日常生活能力の判定 ・適切な食事摂取 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 ・身辺の清潔保持・規則正しい生活 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 ・金銭管理 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 ・買物 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 ・服薬管理 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 ・対人関係 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 ・身辺の安全保持・危機対応 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 ・社会的手続きや公共施設の利用 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 ・趣味・娯楽への関心 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 ・交通手段の利用 <input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 部分的な援助 <input type="checkbox"/> 最大の援助 ◎先月と比較して、【改善・不変・悪化】					
(6) 各種サービス利用状況 (支援計画策定時点) ・精神障害者保健福祉手帳 (<input type="checkbox"/> 1級、 <input type="checkbox"/> 2級、 <input type="checkbox"/> 3級、 <input type="checkbox"/> 申請中、 <input type="checkbox"/> 非該当、 <input type="checkbox"/> 申請なし) ・障害年金 (<input type="checkbox"/> 1級、 <input type="checkbox"/> 2級、 <input type="checkbox"/> 3級、 <input type="checkbox"/> 申請中、 <input type="checkbox"/> 非該当、 <input type="checkbox"/> 申請なし) ・障害程度/支援区分 (<input type="checkbox"/> 区分1、 <input type="checkbox"/> 区分2、 <input type="checkbox"/> 区分3、 <input type="checkbox"/> 区分4、 <input type="checkbox"/> 区分5、 <input type="checkbox"/> 区分6、 <input type="checkbox"/> 申請中、 <input type="checkbox"/> 非該当、 <input type="checkbox"/> 申請なし) ・要介護認定 (<input type="checkbox"/> 要支援1、 <input type="checkbox"/> 要支援2、 <input type="checkbox"/> 要介護1、 <input type="checkbox"/> 要介護2、 <input type="checkbox"/> 要介護3、 <input type="checkbox"/> 要介護4、 <input type="checkbox"/> 要介護5、 <input type="checkbox"/> 申請中、 <input type="checkbox"/> 非該当、 <input type="checkbox"/> 申請なし) ・障害者総合支援法等に規定する各種サービスの利用の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
(7) 再発予防・健康維持のための目標 (1ヶ月後) <input type="checkbox"/> 病気への理解 <input type="checkbox"/> 体力向上 <input type="checkbox"/> 食事管理 <input type="checkbox"/> 内服管理 <input type="checkbox"/> 日常生活の管理 <input type="checkbox"/> 趣味・娯楽への関心 <input type="checkbox"/> 就労・就学 <input type="checkbox"/> その他 ()					

(8) 今後必要とされる収入源
不要 就労 家族からの援助 障害年金 老齢基礎年金 生活保護 その他 ()

(9) 今後必要とされる各種のサービス
1. 精神科医療
精神科通院 (当院、他院) 精神科デイケア 精神科デイナイトケア、精神科ナイトケア
2. 障害者総合支援法等に規定するサービス
重度訪問介護【 回/週】 行動援護【 回/週】 グループホーム【 回/週】、
生活介護【 回/週】 居宅介護 (ホームヘルプ)【 回/週又】 地域活動支援センター【 回/週】
保健所による訪問【 回/週】 その他サービス ()【 回/週】
3. その他 ()

(10) 連携すべき関係機関
保健所 精神保健福祉センター 市町村 相談支援事業所 居宅介護支援事業所
その他 ()

(11) この1ヶ月間での本人・家族の希望、回復への目標

(12) 訪問予定日
「訪問診療」 [担当]
訪問予定日： 月 日 ()、 月 日 ()、 月 日 ()、 月 日 ()、 月 日 ()
「精神科訪問看護、精神科訪問看護・指導」
訪問予定日： 月 日 () [担当]、 月 日 () [担当]、 月 日 () [担当]
月 日 () [担当]、 月 日 () [担当]、 月 日 () [担当]
月 日 () [担当]、 月 日 () [担当]、 月 日 () [担当]
月 日 () [担当]、 月 日 () [担当]、 月 日 () [担当]

(13) (7) ~ (11) を達成するための、具体的な支援計画
「病気の症状・お薬について」 担当者/職種 _____
支援計画 ()
「看護・介護について」 担当者/職種 _____
支援計画 ()
「社会生活機能の回復について」 担当者/職種 _____
支援計画 ()
「社会資源について」 担当者/職種 _____
支援計画 ()
「その他行うべき支援」 担当者/職種 _____
支援計画 ()

本人・家族氏名： _____
医師： _____ 看護師： _____
作業療法士： _____ 精神保健福祉士： _____
その他関係職種： _____

医療機関所在地： _____ 診療担当科名： _____
名称： _____ 医師氏名 (自署又は記名押印) _____
電話番号： _____ ⑧

緊急時電話番号： _____

気分障害用 院内標準診療計画書

患者氏名	様(男・女)			(M・T・S)	年	月	日生(歳)	身体疾患			
								既往歴			
担当者 サイン	主治医		看護師		精神保健福祉士		作業療法士		その他の 担当者		

目標								入院形態				
----	--	--	--	--	--	--	--	------	--	--	--	--

	入院1週目 実施項目	入院2週目 実施項目	入院3週目 実施項目	入院4週目 実施項目	入院5週目 実施項目	入院6週目 実施項目	入院7週目 実施項目	入院8週目 実施項目	入院9週目 実施項目	入院10週目 実施項目	入院11週目 実施項目	入院12週目 実施項目
医師 (通常の診察は除く)	<input type="checkbox"/> 身体疾患の確認(他科医師との連携) <input type="checkbox"/> 入院治療・行動制限の同意取得(行動制限は必要時) <input type="checkbox"/> 治療状況の確認と対処	<input type="checkbox"/> 入院形態・行動制限の見直し		<input type="checkbox"/> 入院形態・行動制限の見直し				<input type="checkbox"/> 入院形態・行動制限の見直し				<input type="checkbox"/> 入院形態・行動制限の見直し
看護師	<input type="checkbox"/> 隔離している場合、精神症状の評価※3 <input type="checkbox"/> 睡眠(自己・看護師評価) <input type="checkbox"/> 生活自立度自己チェック※4	<input type="checkbox"/> 隔離している場合、精神症状の評価※3		<input type="checkbox"/> 生活自立度自己チェック※4				生活援助 <input type="checkbox"/> 生活自立度自己チェック※4 <input type="checkbox"/> 退院後の生活について(2か月で退院する場合)				生活援助 <input type="checkbox"/> 生活自立度自己チェック※4 <input type="checkbox"/> 退院後の生活について(3か月で退院する場合)
精神保健福祉士	本人、家族等より下記事項を確認し、その評価を行う <input type="checkbox"/> 関係機関への連絡・調整※5 <input type="checkbox"/> 経済状況 <input type="checkbox"/> 生活環境 <input type="checkbox"/> 職場・家族との調整	<input type="checkbox"/> 社会資源チェックリスト作成※6		<input type="checkbox"/> 社会資源チェックリスト作成※6 <input type="checkbox"/> 利用サービスの確認(本人・家族) <input type="checkbox"/> 関係機関との連携				<input type="checkbox"/> 関係機関との連携				<input type="checkbox"/> 関係機関との連携
薬剤師等※1	<input type="checkbox"/> 入院時患者・家族等から服薬状況を聞き取り <input type="checkbox"/> 持参薬チェック <input type="checkbox"/> 薬剤の副作用等の評価※8	<input type="checkbox"/> 服薬指導(薬の説明・副作用の有無確認) <input type="checkbox"/> 薬剤の副作用等の評価※8 <input type="checkbox"/> 処方内容/量の確認 <input type="checkbox"/> 抗精神病薬を処方されている場合は、クロルプロマジン(CP)換算を行い処方量を確認		<input type="checkbox"/> 服薬指導				<input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 退院時患者・家族服薬指導(2か月で退院する場合) <input type="checkbox"/> 薬剤の副作用等の評価※8 <input type="checkbox"/> 処方内容/量の確認 <input type="checkbox"/> 抗精神病薬を処方されている場合は、CP換算を行い処方量を確認				<input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 退院時患者・家族服薬指導(3か月で退院する場合) <input type="checkbox"/> 薬剤の副作用等の評価※8 <input type="checkbox"/> 処方内容/量の確認 <input type="checkbox"/> 抗精神病薬を処方されている場合は、CP換算を行い処方量を確認
臨床心理技術者	<input type="checkbox"/> 精神症状の評価※9	<input type="checkbox"/> 精神症状の評価※10		<input type="checkbox"/> 精神症状の評価※11				<input type="checkbox"/> 精神症状の評価※12 <input type="checkbox"/> WAIS-III(必要時)				<input type="checkbox"/> 精神症状の評価※12 <input type="checkbox"/> WAIS-III(必要時)
作業療法士等※2	<input type="checkbox"/> 作業療法のオリエンテーション <input type="checkbox"/> 作業療法実施計画立案	<input type="checkbox"/> 作業能力評価※13	集団作業療法導入への説明、段階的導入	<input type="checkbox"/> 作業能力評価※13				精神科リハビリテーションの確認 <input type="checkbox"/> 作業能力評価※13				精神科リハビリテーションの確認 <input type="checkbox"/> 作業能力評価※13
医師・看護師・薬剤師		<input type="checkbox"/> 患者・家族と共に治療方針の決定		<input type="checkbox"/> 患者・家族と共に治療方針の決定				<input type="checkbox"/> 患者・家族と共に治療方針の決定				<input type="checkbox"/> 患者・家族と共に治療方針の決定
チーム共通	臨床心理士・PSW・看護師・薬剤師	家族への家族教室案内	会社・家族への心理教育	家族への心理教育案内	会社・家族への心理教育			会社・家族への心理教育				会社・家族への心理教育
全職種	<input type="checkbox"/> 退院前訪問指導※14	<input type="checkbox"/> 地域移行支援カンファレンス※15		<input type="checkbox"/> 地域移行支援カンファレンス※15	<input type="checkbox"/> 退院前訪問指導(2ヶ月で退院する場合)※18			<input type="checkbox"/> 地域移行支援カンファレンス(2ヶ月で退院する場合)※17 <input type="checkbox"/> 退院前訪問指導(2ヶ月で退院する場合)※19	<input type="checkbox"/> 退院前訪問指導(3ヶ月で退院する場合)※18			<input type="checkbox"/> 地域移行支援カンファレンス(3ヶ月で退院する場合)※17 <input type="checkbox"/> 退院前訪問指導(3ヶ月で退院する場合)※19

- ※1薬剤師等、病識や副作用が評価出来る者
- ※2作業療法士等、作業遂行機能の評価出来る者
- ※3隔離を必要とする場合は、看護師もHAM-D、YMRS等、これに準じた評価ができるものを用いて評価を行う
- ※4生活自立度自己チェックとは、食事、排泄、睡眠、保清、身体状態、精神状態、対人関係等の項目をチェックするもの
- ※5関係機関とは通院先診療所、相談支援事業所、生活保護担当者等を指す
- ※6社会資源とは年金、精神障害者手帳、自立支援、養育手帳、介護保険、障害認定等の項目をチェックし、今後利用するものが確認できるもの
- ※7退院支援チェックリストとは、帰宅先の確認、通院医療機関の確認、自立支援、手帳等の利用確認、今後のキーパーソンの確認、必要関係機関等の項目をチェックするもの
- ※8薬剤副作用の確認はDAI-10、SAI-J、DIEPSS等、これに準じた評価が出来るものを用いて評価を行う
- ※9HAM-D、YMRS、MADRS、コロンビア自殺重大度評価尺度、SCID-II等、これに準ずるもの評価ができるものを用いて評価を行う
- ※10HAM-D、YMRS、MADRS等、これに準じた評価が出来るものを用いて評価を行う
- ※11HAM-D、YMRS、MADRS、コロンビア自殺重大度評価尺度等、これに準じた評価が出来るものを用いて評価を行う
- ※12HAM-D、YMRS、MADRS、SCID-II等、これに準じた評価が出来るものを用いて評価を行う
- ※13POMS、WCST等、これに準じた評価が出来るものを用いて評価を行う
- ※14入院前の生活環境把握を行う
- ※15地域移行支援カンファレンスとは、その月までに行った症状評価、作業能力評価、服薬指導、社会資源の調整結果等を報告し、退院に向けて地域資源の情報の共有・退院後の地域支援計画立案を行う
- ※16疾患に対する教育は、患者及び家族に対して、4週間かけて統合失調症の症状、注意サイン、薬、社会資源についての教育等を行うもの
- ※17※15に加え、アウトリーチや体験DC、訪問看護も検討
- ※18退院後に起こりうる問題の対処法の確認
- ※19退院後の具体的環境調整を行う

退院支援委員会会議記録

(患者氏名) _____ 殿 生年月日 T・S・H _____ 年 月 日

委員会開催日:平成 _____ 年 月 _____ 日

病棟(病室)	
病名	
入院年月日	
担当退院支援相談員の氏名	
出席者	主治医(_____)、主治医以外の医師(_____) 看護職員(_____) 担当退院支援相談員(_____) 本人(出席・欠席)、 家族(_____ (続柄) _____) その他(_____)
退院困難な要因 (医学的要因)	1. 精神症状 2. 問題行動 3. ADLの低下 4. IADLの低下 5. 身体合併症
退院困難な要因 (社会・環境的要因)	1. 家庭内調整(_____) 2. 受け入れ先の確保が困難(_____) 3. 生活費の確保が困難(_____) 4. 自己負担の費用が増加(_____) 5. その他(_____)
退院に係る問題点、 課題等	
退院へ向けた目標設定、 評価時期、支援概要	1. 退院へ向けた目標 2. 評価時期 3. 支援概要
予想される退院先	1. 自宅 2. 障害福祉サービスによる入所施設(_____) 3. 介護保険サービスによる入所施設(_____) 4. その他(_____)
退院後に利用が予想される 社会福祉サービス等	
退院後に利用が予想される 社会福祉サービスの 担当者	

(担当医)

印

(記録者署名)

印

統合失調症用 院内標準診療計画書

患者氏名		様(男・女)		(M・T・S) 年 月 日生(歳)		身体疾患																			
担当者サイン		主治医		看護師		精神保健福祉士		作業療法士		その他の担当者															
既往歴																									
目標								入院形態																	
		入院1週目 実施項目		入院2週目 実施項目		入院3週目 実施項目		入院4週目 実施項目		入院5週目 実施項目		入院6週目 実施項目		入院7週目 実施項目		入院8週目 実施項目		入院9週目 実施項目		入院10週目 実施項目		入院11週目 実施項目		入院12週目 実施項目	
医師 (通常の診察は除く)		<input type="checkbox"/> 身体疾患の確認 (他科医師との連携) <input type="checkbox"/> 入院治療・行動制限の同意取得 (行動制限は必要時) <input type="checkbox"/> 治療状況の確認と対処																							
看護師		<input type="checkbox"/> 身体症状の評価 <input type="checkbox"/> 精神症状の評価 ※3		<input type="checkbox"/> 身体症状の評価 生活援助 <input type="checkbox"/> 生活自立度自己チェック※4		<input type="checkbox"/> 生活自立度自己チェック※4		<input type="checkbox"/> 生活自立度自己チェック※4		生活援助 <input type="checkbox"/> 生活自立度自己チェック※4 <input type="checkbox"/> 退院後の生活について(2か月で退院する場合)		<input type="checkbox"/> 生活自立度自己チェック※4		生活援助 <input type="checkbox"/> 生活自立度自己チェック※4 <input type="checkbox"/> 退院後の生活について(3か月で退院する場合)											
精神保健福祉士		本人、家族等より下記事項を確認し、その評価を行う <input type="checkbox"/> 関係機関への連絡・調整※5 <input type="checkbox"/> 経済状況 <input type="checkbox"/> 生活環境		<input type="checkbox"/> 社会資源 チェックリスト作成※6						<input type="checkbox"/> 社会資源 チェックリスト作成(2ヶ月で退院する場合)※6				<input type="checkbox"/> 社会資源 チェックリスト作成(3か月で退院する場合)※6											
薬剤師等※1		<input type="checkbox"/> 入院患者・家族から服薬状況について聞き取り <input type="checkbox"/> 持参薬チェック		<input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 薬剤の副作用等の評価※8		<input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> クロルプロマジン(CP)換算を行い、処方量の確認を行う <input type="checkbox"/> 薬剤の副作用等の評価※8		<input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> CP換算を行い、処方量の確認 <input type="checkbox"/> 薬剤の副作用等の評価※8		<input type="checkbox"/> 退院時患者・家族服薬指導(2ヶ月で退院する場合) <input type="checkbox"/> CP換算を行い、処方量の確認 <input type="checkbox"/> 薬剤の副作用等の評価※8				<input type="checkbox"/> 退院時患者・家族服薬指導(3ヶ月で退院する場合) <input type="checkbox"/> CP換算を行い、処方量の確認 <input type="checkbox"/> 薬剤の副作用等の評価※8											
臨床心理技術者		<input type="checkbox"/> 精神症状の評価※9		<input type="checkbox"/> 精神症状の評価※10		<input type="checkbox"/> 精神症状の評価※9				<input type="checkbox"/> 精神症状の評価※9												<input type="checkbox"/> 精神症状の評価※9			
作業療法士等※2		<input type="checkbox"/> 認知機能の評価※11 <input type="checkbox"/> 作業療法のオリエンテーション <input type="checkbox"/> 作業療法実施計画立案		<input type="checkbox"/> 作業能力評価※12		<input type="checkbox"/> 作業能力評価※12				<input type="checkbox"/> 作業能力評価※12												<input type="checkbox"/> 作業能力評価※12			
チーム共通		<input type="checkbox"/> 患者・家族と共に治療方針の決定		<input type="checkbox"/> 患者・家族と共に治療方針の決定		<input type="checkbox"/> 患者・家族と共に治療方針の決定		<input type="checkbox"/> 患者・家族と共に治療方針の決定		<input type="checkbox"/> 患者・家族と共に治療方針の決定				<input type="checkbox"/> 患者・家族と共に治療方針の決定								<input type="checkbox"/> 患者・家族と共に治療方針の決定			
				<input type="checkbox"/> 疾患に対する教育(統合失調症の症状、注意サイン、薬、社会資源について) 2ヶ月で退院する場合※15						<input type="checkbox"/> 疾患に対する教育(統合失調症の症状、注意サイン、薬、社会資源について) 2ヶ月で退院する場合※15												<input type="checkbox"/> 疾患に対する教育(統合失調症の症状、注意サイン、薬、社会資源について) 3ヶ月で退院する場合※15			
		<input type="checkbox"/> 退院前訪問指導※13		<input type="checkbox"/> 地域移行支援カンファレンス※14		<input type="checkbox"/> 地域移行支援カンファレンス※14		<input type="checkbox"/> 地域移行支援カンファレンス※14		<input type="checkbox"/> 退院前訪問指導(2ヶ月で退院する場合)※17		<input type="checkbox"/> 地域移行支援カンファレンス(2ヶ月で退院する場合)※16		<input type="checkbox"/> 退院前訪問指導(2ヶ月で退院する場合)※18		<input type="checkbox"/> 退院前訪問指導(3ヶ月で退院する場合)※17		<input type="checkbox"/> 地域移行支援カンファレンス(3ヶ月で退院する場合)※16		<input type="checkbox"/> 退院前訪問指導(3ヶ月で退院する場合)※18					

※1薬剤師等、病識や副作用が評価出来る者
 ※2作業療法士等、作業遂行機能の評価出来る者
 ※3隔離を必要とする場合は、看護師もPANSS-EC評価等、これに準じた評価ができるものを用いて評価を行う
 ※4生活自立度自己チェックとは、食事、排泄、睡眠、保清、身体状態、精神状態、対人関係等の項目をチェックするもの
 ※5関係機関とは通院先診療所、相談支援事業所、生活保護担当者等を指す
 ※6社会資源とは年金、精神障害者手帳、自立支援、養育手帳、介護保険、障害認定等の項目をチェックし、今後利用するものが確認できるもの
 ※7退院支援チェックリストとは、帰宅先の確認、通院医療機関の確認、自立支援、手帳等の利用確認、今後のキーパーソンの確認、必要関係機関等の項目をチェックするもの
 ※8薬剤副作用の確認はDAI-10、SAI-J、DIEPSS等、これに準じた評価が出来るものを用いて評価を行う
 ※9PANSS又はMS評価等、これに準じた評価ができるものを用いて評価を行う
 ※10PANSS又はMSIに加え、MMSE、JART等、これに準じた評価が出来るものを用いて評価を行う
 ※11BACS-J/WCST慶應版等、これに準じた評価が出来るものを用いて評価を行う
 ※12 OSA II 等、これに準じた評価が出来るものを用いて評価を行う
 ※13入院前の生活環境把握を行う
 ※14地域移行支援カンファレンスとは、その月までに行った症状評価、作業能力評価、服薬指導、社会資源の調整結果等を報告し、退院に向けて地域資源の情報の共有・退院後の地域支援計画立案を行う
 ※15疾患に対する教育は、患者及び家族に対して、4週間かけて統合失調症の症状、注意サイン、薬、社会資源についての教育等を行うもの
 ※16※14に加え、アウトリーチや体験DC、訪問看護も検討
 ※17退院後に起こりうる問題の対処法の確認
 ※18退院後の具体的環境調整を行う

向精神薬多剤投与に係る報告書

6月に受診した外来患者に対して、向精神薬多剤投与を行った保険医療機関のみ提出すること。

保険医療機関名	
郵便番号	
住所	
標榜科	精神科 ・ 心療内科 ・ どちらもない
「精神科の診療に係る経験を十分に有する医師」の数 (6月1日時点)	名

- 1 向精神薬の投与を受けている患者数、多剤投与を受けている患者数とその内訳（対象となる患者は6月1日から6月30日の間に受診した外来患者）

※ここでいう向精神薬とは、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、抗精神病薬をさし、向精神薬多剤投与とは、抗不安薬3種類以上、睡眠薬3種類以上、抗うつ薬4種類以上又は抗精神病薬4種類以上に該当することをさす。

向精神薬の投与を受けている患者数				
名	向精神薬多剤投与を受けている患者数			
	うち、抗不安薬 3種類以上の 投与を受けて いる患者数	うち、睡眠薬3 種類以上の投 与を受けてい る患者数	うち、抗うつ 薬4種類以上 の投与を受け ている患者数	うち、抗精神病 薬4種類以上 の投与を受け ている患者数
	名	名	名	名

- 2 向精神薬多剤投与を受けている患者数と主な疾患別患者数（対象となる患者は6月1日から6月30日の間に受診した外来患者）

向精神薬多剤投与を受けている患者数				
名	うち、うつ病の 患者数	うち、統合失調 症の患者数	うち、不安障 害の患者数	うち、その他の 疾患の患者数
	名	名	名	名

- 3 向精神薬多剤投与を受けている患者数と、減算対象とならない場合はその患者数（対象となる患者は6月1日から6月30日の間に受診した外来患者。「精神科の診療に係る経験を十分に有する医師」が診療を行った外来患者は計算の対象外。）

向精神薬多剤投与を受けている患者数			
	うち、他の保険医療機関 ですでに、向精神薬多剤 投与されていた患者数	うち、薬剤の切り替えの ため向精神薬多剤投与 となっている患者数	うち、臨時投与のた め向精神薬多剤投与 となっている患者数
名	名	名	名

様式●

精神科の診療に係る経験を十分に有する医師に係る届出書添付書類
(区分番号「F100」処方料、「F200」薬剤料、「F400」処方せん料、
「I002-2」精神科継続外来支援・指導料の向精神薬多剤投与に係る
部分)

区 分	氏 名
精神科の診療に係る 経験を十分に有する 医師	

[記載上の注意]

- 1 以下の要件を満たす医師の氏名を記載すること。
 - ①臨床経験を5年以上有する医師であること。
 - ②適切な保険医療機関において3年以上の精神科の診療経験を有する医師であること。
 - ③精神疾患に関する専門的な知識と、ICD-10（平成21年総務省告示第176号（統計法第28条及び附則第3条の規定に基づき、疾病、傷害及び死因に関する分類の名称及び分類表を定める件）の「3」の「（1） 疾病、傷害及び死因の統計分類基本分類表」に規定する分類をいう）においてF0からF9の全てについて主治医として治療した経験を有すること。
 - ④精神科薬物療法に関する適切な研修を修了していること。
- 2 「1」について確認できる文書を添付すること。

入院時訪問指導に係る評価書

作成日 年 月 日

1. 基本情報

患者氏名	男・女	生年月日	年 月 日(歳)
訪問日	年 月 日	入院日	年 月 日
訪問先種別		訪問先住所	
訪問者職種		訪問者氏名	
同行者職種 ・氏名	職種:	氏名:	
	職種:	氏名:	
	職種:	氏名:	

2. 情報収集及び評価

患者の病状や 障害像	■退院時 ADL 予後: 主な移動方法() → 自立・要介助・全介助 ■認知症の有・無
家族の状況	
退院後生活する 住環境の状況	■主な居室()と主たる移動場所() ■室内の段差: 無・有り(場所) ■手すり: 無・あり(場所) ■近隣の店までの距離(m)
患者、家族の 住環境に関する 希望等	
その他(食事、整 容、入浴、排泄、介 護状況、移動手段等 の特記事項)	
コメント・評価 (解決すべき住環境 課題について記入)	

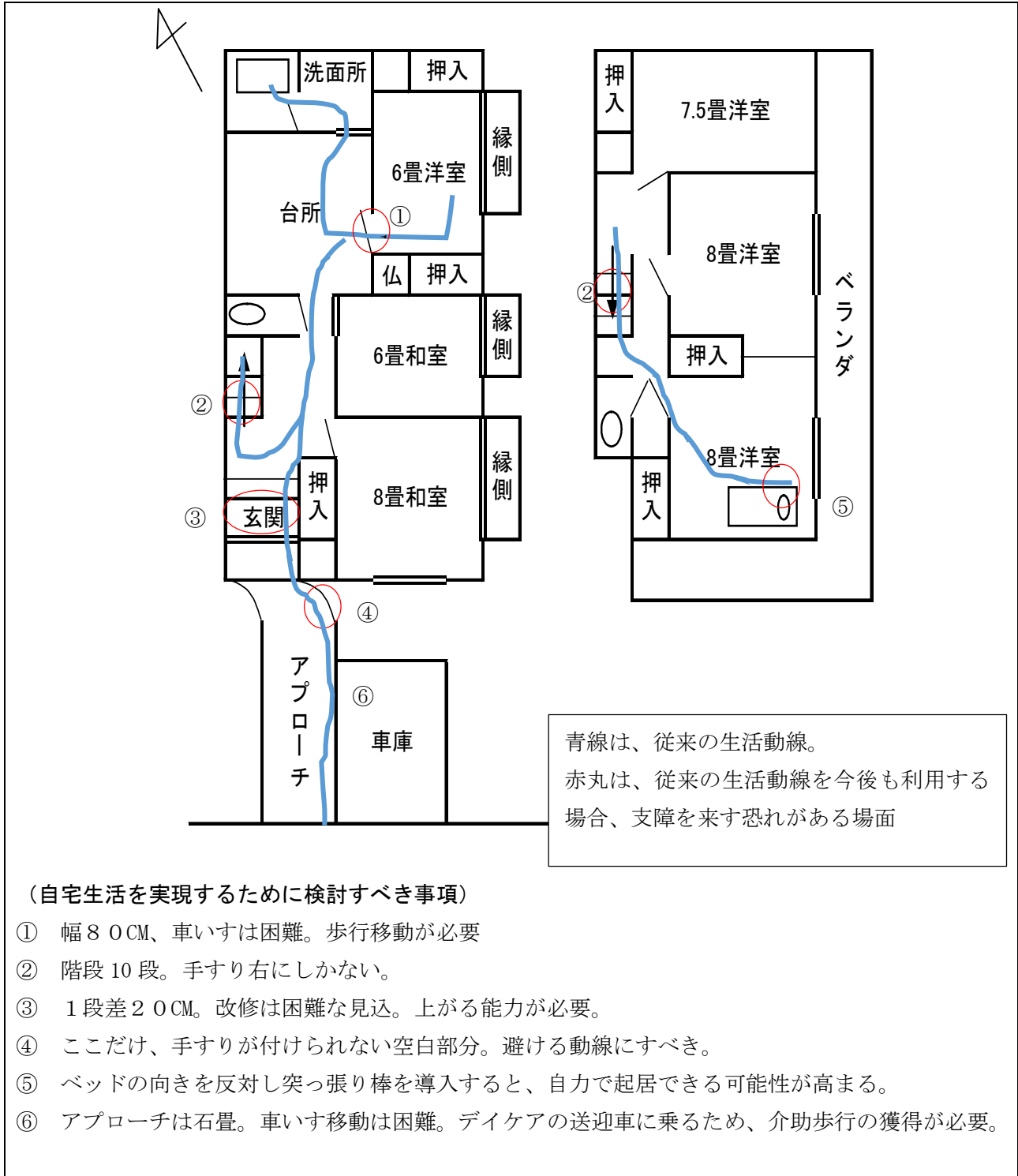
3. 住環境の状況の分かる作図や写真を添付（作成、添付することが望ましい）

■作図の場合、全体間取りと段差・手すりを記入した上で、解決課題箇所を丸で囲むこと

[記入上の注意]

1. 訪問先種別は自宅、特別養護老人ホーム、有料老人ホーム等を記入すること。
2. 退院後生活する住環境は、家屋構造、室内の段差、手すりの場所、近隣の店までの距離等を含めて、リハビリテーション総合実施計画立案に必要な情報を記入すること。

(参考) 作図の場合



褥瘡対策に関する診療計画書

氏名 _____ 殿 男 女 計画作成日 _____

明・大・昭・平 年 月 日生 (歳)

褥瘡の有無 1. 現在 なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他()) 褥瘡発生日 _____
 2. 過去 なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他())

<日常生活自立度の低い入院患者>

危険因子の評価	日常生活自立度	J(1, 2)	A(1, 2)	B(1, 2)	C(1, 2)	対処
	・基本的動作能力 (ベッド上 自力体位変換) (イス上 坐位姿勢の保持、除圧)				できる	
・病的骨突出				なし	あり	
・関節拘縮				なし	あり	
・栄養状態低下				なし	あり	
・皮膚湿潤(多汗、尿失禁、便失禁)				なし	あり	
・浮腫(局所以外の部位)				なし	あり	

<褥瘡に関する危険因子のある患者及びすでに褥瘡を有する患者>

褥瘡の状態の評価 (DESIGNER)	深さ	(0)なし (1)持続する発赤 (2)真皮までの損傷 (3)皮下組織までの損傷 (4)皮下組織をこえる損傷 (5)関節腔、体腔に至る損傷 (U)深さ判定が不能の場合						合計点
	滲出液	(0)なし (1)少量:毎日の交換を要しない		(3)中等量:1日1回の交換		(6)多量:1日2回以上の交換		
	大きさ(cm ²) 長径×長径に直行する最大径	(0)皮膚損傷なし	(3)4未満	(6)4以上16未満	(8)16以上36未満	(9)36以上64未満	(12)64以上100未満 (15)100以上	
	炎症・感染	(0)局所の炎症徴候なし	(1)局所の炎症徴候あり(創周辺の発赤、腫脹、熱感、疼痛)		(3)局所の明らかな感染徴候あり(炎症徴候、膿、悪臭)		(9)全身的影響あり(発熱など)	
	肉芽形成 良性肉芽が占める割合	(0)創閉鎖又は創が浅い為評価不可能	(1)創面の90%以上を占める	(3)創面の50%以上90%未満を占める	(4)創面の10%以上50%未満を占める	(5)創面の10%未満を占める	(6)全く形成されていない	
	壊死組織	(0)なし	(3)柔らかい壊死組織あり		(6)硬く厚い密着した壊死組織あり			
	ポケット(cm ²) (ポケットの長径×長径に直行する最大径)ー潰瘍面積	(0)なし	(6)4未満	(9)4以上16未満		(12)16以上36未満	(24)36以上	

継続的な管理が必要な理由

計画

実施した内容(初回及び評価カンファレンスの記録及び月1回以上の構成員の訪問結果の情報共有の結果について記載)

カンファレンス実施日	開催場所	参加した構成員の署名	議事概要
初回 月 日			
評価 月 日			
評価 月 日			

評価

説明日 平成 年 月 日

本人又は家族(続柄)の署名 _____
在宅褥瘡対策チーム構成員の署名 _____
医師 _____
看護師 _____
管理栄養士 _____
在宅褥瘡管理者 _____

[記載上の注意]

- 日常生活自立度の判定に当たっては「「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について」
(平成3年11月18日 厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知 老健第102-2号)を参照のこと。
- 日常生活自立度がJ1～A2である患者については、当該評価票の作成を要しないものであること。

歯科診療報酬点数表に関する事項

通則

- 1 1人の患者について療養の給付に要する費用は、第1章基本診療料及び第2章特掲診療料の規定に基づき算定された点数の総計に10円を乗じて得た額とする。
- 2 基本診療料には、簡単な診療行為が包括されており、消炎、鎮痛を目的とする理学療法、口腔軟組織の処置、単純な外科後処置、口角びらんの処置は、再診料にも包括されている。
- 3 特掲診療料には、特に規定する場合を除き、当該医療技術に伴い必要不可欠な衛生材料等の費用を含んでいる。
- 4 基本診療料に係る施設基準、届出等の取扱い~~については~~は、「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件」（平成〇〇~~24~~年厚生労働省告示第〇〇~~77~~号）による改正後の「基本診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第62号）」に基づくものとし、その具体的な取扱い~~については~~は別途通知する。
- 5 特掲診療料に係る施設基準、届出等の取扱い~~については~~は、「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件」（平成〇〇~~24~~年厚生労働省告示第〇〇~~78~~号）による改正後の「特掲診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第63号）」に基づくものとし、その具体的な取扱い~~については~~は別途通知する。
- 6 基本診療料及び特掲診療料の算定に当たっては、「診療報酬請求書等の記載要領等について」（昭和51年8月7日保険発第82号）を踏まえて、必要な事項を診療報酬明細書に記載する~~こと~~。

第1章 基本診療料

第1部 初・再診料

通則

1 「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成〇〇~~24~~年厚生労働省告示第〇〇~~76~~号）による改正後の「診療報酬の算定方法」（平成20年厚生労働省告示第59号）の別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）の次の処置は、別表第二歯科診療報酬点数表においては基本診療料に含まれる。

- イ 鼻処置
- ロ 口腔、咽頭処置
- ハ 喉頭処置
- ニ ネブライザー
- ホ 熱傷処置
- ヘ 皮膚科軟膏処置
- ト 消炎鎮痛等処置

2 同一の保険医療機関（医科歯科併設の保険医療機関（歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関をいう。以下同じ。）を除く。）において、2以上の傷病に罹っている患者について、それぞれの傷病につき同時に初診又は再診を行った場合においても、初診料又は再診料は1回を限度として~~に限り~~算定する。

同一の保険医療機関において、2人以上の保険医（2以上の診療科にわたる場合も含む。）が初診又は再診を行った場合においても、~~同様とする~~であること。

したがって、歯科診療においては、1口腔1初診として取り扱う。

3 歯科診療における診療科は、歯科、小児歯科、矯正歯科及び歯科口腔外科を同一とみなす。

4 医科歯科併設の保険医療機関において、医科診療に~~より~~属する診療科に係る傷病につき入院中の患者が歯又は口腔の疾患のため~~に~~歯科診療に~~より~~おいで初診若しくは再診を受けたとき場合、又は歯科診療に係る傷病に~~より~~つき入院中の患者が他の傷病により医科診療に属する診療科に~~より~~おいで初診若しくは再診を受けたとき場合等、医科診療と歯科診療の両者にまたがる場合は、それぞれの診療科において初診料又は再診料を算定~~する~~できる。

ただし、同一の傷病又は互いに関連のある傷病により、医科と歯科を併せて受診した場合は、主たる診療科においてのみ初診料又は再診料を算定する。

5 医療法（昭和23年法律第205号）に規定する病床に入院（当該入院についてその理由等は問わない。）している期間中~~にあっては~~、再診料は算定できない。また、入院中の患者が当該入院の原因となった傷病につき、診療を受けた診療科以外の診療科で、入院の原因となった傷病以外の傷病につき再診を受けた場合~~においても~~、再診料は算定できない。~~なお~~、この場合において、再診料以外の検査、治療等の費用の請求~~については~~、診療報酬明細書は入院用を用いること。

ただし、歯科診療疾患以外~~により~~の疾病で他科~~に~~入院中の患者が歯科診療に~~より~~外来を受診した~~として~~きている場合は、再診料を算定~~する~~できる。

第1節 初診料

A000 初診料

- (1) 特に初診料が算定できない旨の規定がある場合を除き、患者の傷病について歯科医学的に初診といわれる診療行為があった場合に、初診料を算定する。なお、同一の保険医が別の保険医療機関において、同一の患者について診療を行った場合は、最初に診療を行った保険医療機関において初診料を算定する。
- (2) 患者が~~違和異和~~を訴え診療を求めた場合~~はにおいて~~、診断の結果、疾病と認むべき徴候のない場合~~で~~あっても初診料を算定~~する~~できる。
- (3) 学校検診等、自覚的症状がなく健康診断を目的とする受診により疾患が発見された患者について、当該保険医が~~一~~特に治療の必要性を認め治療を開始した場合~~は~~は、初診料は算定できない。ただし、当該治療（初診を除く。）~~については~~は、医療保険給付対象として診療報酬を算定~~する~~できる。
- (4) (3)にかかわらず、健康診断で疾患が発見された患者~~についてが~~、疾患を発見した保険医以外の保険医（当該疾患を発見した保険医の属する保険医療機関の保険医を除く。）において治療を開始した場合~~は~~は、初診料を算定~~する~~できる。
- (5) 労災保険、健康診断、自費等（医療保険給付対象外）により~~入院外で~~傷病の治療を~~入院外で受けている期間中~~又は医療法に規定する病床に入院（当該入院についてその理由等は問わない。）~~している期間中にあっては~~は、当該保険医療機関において医療保険給付の~~対象となる診療を受けた場合において~~も、初診料は算定できない。
- (6) 現に傷病について診療継続中の患者につき、新たに発生した他の傷病で初診を行った場合~~は~~は、当該新たに発生した傷病について初診料は算定できない。
- (7) 患者が任意に診療を中止し~~一~~1月以上経過した後、再び同一の保険医療機関において診療を受ける場合~~は~~は、その診療が同一病名又は同一症状によるものであっても、その際の診療は~~一~~初診として取り扱う。~~なお~~この場合において、1月の期間の計算は、暦月による~~ものであり~~、例えば、2月10日～3月9日、9月15日～10月14日等と計算する。
- (8) (7)にかかわらず、~~次に掲げる場合は、初診として取り扱わない。欠損補綴を前提とした抜歯で抜歯後印象採得まで1月以上経過した場合、歯周疾患等の慢性疾患である場合等であって、明らかに同一の疾病又は負傷であると推定される場合の診療、ただし、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定した場合等は、管理計画に基づき継続的に診療を行っている場合の診療は、初診として取り扱わない。~~
- ~~なお、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料又はC001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定した場合であって、管理計画書に基づく一連の治療が終了した日から起算して2月以内は再診として取り扱い、2月を超えた場合は初診として取り扱う。~~
- イ 欠損補綴を前提とした抜歯で抜歯後印象採得まで1月以上経過した場合
- ロ 歯周疾患等の慢性疾患である場合等であって、明らかに同一の疾病又は負傷であると推定される場合
- (9) 病院である保険医療機関において歯科、小児歯科、矯正歯科又は歯科口腔外科を標榜する診療科の初診患者のうち、別の保険医療機関等（特別の関係を除く。）からの文書による紹介により当該診療科に来院した患者の数（以下「紹介等患者数」という。）等に関する施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出たもの~~について~~

~~では、初診料として地域歯科診療支援病院歯科初診料を算定する。~~

~~(10) 地域歯科診療支援病院歯科初診料を算定するのは、紹介等患者数が外来患者の3割以上であるもの又は2割以上であるもののうち、別に厚生労働大臣が定める手術の件数が年間30件を超えるものとする。~~

~~なお、別に厚生労働大臣が定める手術とは、「基本診療料の施設基準等」の別表第に掲げる手術である。~~

~~(10) 乳幼児加算及び歯科診療特別対応加算~~

~~初診料を算定できない場合には、初診時における乳幼児加算又は歯科診療特別対応加算は算定できない。~~

~~(11) 乳幼児加算と乳幼児時間外加算、乳幼児休日加算及び乳幼児深夜加算は併せて算定できない。~~

~~(12) 歯科診療特別対応加算を算定した患者が6歳未満の乳幼児である場合は、乳幼児加算、乳幼児時間外加算、乳幼児休日加算又は乳幼児深夜加算を併せて算定できる。~~

~~(13) 歯科診療特別対応加算~~

~~「注6」の「著しく歯科診療が困難な者」とは、次に掲げる状態脳性麻痺等で身体の不随意運動や緊張が強く体幹の安定が得られない状態、知的発達障害により開口保持ができない状態や治療の目的が理解できず治療に協力が得られない状態、重症の喘息患者で頻繁に治療の中断が必要な状態、日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ歯科診療に際して家族等の援助を必要とする状態又はこれらに準ずる状態にある者をいう。なお、歯科診療特別対応加算を算定した日においては、患者の状態を診療録に記載し、専門的技法を用いた場合はその名称を併せて診療録に記載する。~~

~~イ 脳性麻痺等で身体の不随意運動や緊張が強く体幹の安定が得られない状態~~

~~ロ 知的発達障害により開口保持ができない状態や治療の目的が理解できず治療に協力が得られない状態~~

~~ハ 重症の喘息患者で頻繁に治療の中断が必要な状態~~

~~ニ 日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ歯科診療に際して家族等の援助を必要とする状態~~

~~(14) 初診時歯科診療導入加算~~

~~「注6」の「歯科治療環境に円滑に適応できるような技法」とは、歯科診療の開始にあたり、患者が歯科治療の環境に円滑に適応できるための方法として、Tell-Show-Do法などの系統的脱感作法並びにそれに準拠した方法、オペラント法、モデリング法、TEACH法、遊戯療法、ボイスコントロール法等の患者の行動を調整する専門的技法をいう。~~

~~なお、初診時歯科診療導入加算を算定した日は、患者の状態及び用いた専門的技法の名称を診療録に記載する。~~

~~(15) 「注9」に規定する~~ 歯科外来診療環境体制加算は、歯科診療の特性を踏まえ、患者にとってより安全で安心できる歯科外来診療の環境の整備を図る取組を評価したものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、外来診療に係る初診を行った場合に加算する。

~~(16) 「注7」及び「注8」の医科と共通の項目については、医科点数表の第1章第1部~~

第1節区分番号A000に掲げる初診料の例により算定する。

~~(17)~~¹⁸ 「注10」に規定する歯科診療特別対応連携加算は、別に厚生労働大臣が定める当該加算に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関の外來部門において、歯科診療所である保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める歯科診療特別対応連携加算に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関は除く。）で「注6」又は区分番号A002に掲げる再診料の「注4」に規定する加算（以下「基本診療料に係る歯科診療特別対応加算」という。）を算定した患者について、当該保険医療機関から診療情報提供料に定める様式に基づいた診療情報提供を受けた上で、~~当該患者に対し~~初診を行い、基本診療料に係る歯科診療特別対応加算を算定した場合に算定する。

~~(18)~~¹⁹ 「注11」に規定する歯科診療特別対応地域支援加算は、歯科診療所である保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める歯科診療特別対応連携加算に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関は除く。）において、別に厚生労働大臣が定める歯科診療特別対応連携加算に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、~~基本診療料に係る~~歯科診療特別対応加算を算定した患者について、当該保険医療機関から診療情報提供料に定める様式に基づいた診療情報提供を受けた上で、~~当該患者に対し~~初診を行い、基本診療料に係る歯科診療特別対応加算を算定した場合に算定する。

~~(20)~~ 「注12」に規定する在宅患者等急性歯科疾患対応加算は、~~歯科訪問診療において、急性症状の発症時等に即応できる歯科訪問診療の環境を整備する取組を評価するものであり、具体的には、初診時に区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定しない歯科訪問診療を行った場合に、同一建物居住者以外の歯科訪問診療時においては、本区分の「イ 同一建物居住者以外の場合」により算定し、同一建物居住者の歯科訪問診療時においては、本区分の「ロ 同一建物居住者の場合（同一日に5人以上）」又は「ハ 同一建物居住者の場合（同一日に6人以上）」により算定する。また、ロ及びハの人数については、同一日同一建物において、初診料及び再診料を算定した歯科訪問診療並びに区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した歯科訪問診療に係る人数を合算するものとする。~~

~~(21)~~ 「注12」に規定する在宅患者等急性歯科疾患対応加算は、~~切削器具を常時携帯した場合に算定する。なお、この場合において、常時携帯している切削器具名を診療録に記載すること。~~

第2節 再診料

A002 再診料

- (1) 再診料は、再診の都度（~~同一日~~において2以上の再診があってもその都度）算定することができる。ただし、2以上の傷病について同時に再診を行った場合は、当該1日につき1回を限度として~~に限り~~算定する。
- (2) A傷病について診療継続中の患者が、B傷病に罹り、B傷病について初診があった場合、~~当該初診については、初診料は算定できないが、再診料を算定~~することができる。
- (3) 歯冠修復又は欠損補綴において、一連の行為のために~~同一日~~に2以上の再診を行った

場合の再診料は、1回の算定とする。

(4) 電話等による再診

イ 当該保険医療機関で初診を受けた患者について、再診以後、当該患者又はその看護に当たっている者から直接又は間接（電話、テレビ画像等によるもの場合を含む。ただし、ファクシミリ又は電子メール等によるものは含まない。）に、治療上の意見を求められた場合に、必要な指示をした場合ときはは、再診料を算定する。

ロ 電話、テレビ画像等によるを通した再診（聴覚障害者以外の患者に係る再診には、ファクシミリ又は電子メール等によるものは含まない。）は、患者の病状の変化に応じ療養について歯科医師の指示を受ける必要がある場合であって、当該患者又はその看護に当たっている者からの歯科医学的な意見の求めに対し治療上必要な適切な指示をした場合に限り算定する。ただし、電話、テレビ画像等によるを通した指示等が、同日における初診又は再診に附随する一連の行為とみなされる場合、時間おきに病状の報告を受ける内容のものである場合等は、再診料を算定できない。また、ファクシミリ又は電子メール等による再診は、再診の求めに速やかに応じた場合に限り算定するものとし、この場合においては、診療録に当該ファクシミリ等の送受信の時刻を記載するとともに、当該ファクシミリ等の写しを貼付するとき。

ハ 乳幼児の看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められ指示した場合は、乳幼児加算を算定する。

ニ 時間外加算を算定すべき時間、休日又は深夜に患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められ指示した場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算を算定する。

(5) その他初診料と共通の項目は、区分番号A000に掲げる初診料と同様であり、医科と共通の項目は、医科点数表の第1章第1部第2節区分番号A001に掲げる再診料の例により算定する。

(6) 「注4」の「著しく歯科診療が困難な者」とは、次に掲げる状態又はこれらに準ずる状態をいう。脳性麻痺等で身体の不随意運動や緊張が強く体幹の安定が得られない状態、知的発達障害により開口保持ができない状態や治療の目的が理解できず治療に協力が得られない状態、重症の喘息患者で頻繁に治療の中断が必要な状態、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ歯科診療に際して家族等の援助を必要とする状態又はこれらに準ずる状態にある者をいう。なお、歯科診療特別対応加算を算定した日は、患者の状態を診療録に記載する。

イ 脳性麻痺等で身体の不随意運動や緊張が強く体幹の安定が得られない状態

ロ 知的発達障害により開口保持ができない状態や治療の目的が理解できず治療に協力が得られない状態

ハ 重症の喘息患者で頻繁に治療の中断が必要な状態

ニ 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ歯科診療に際して家族等の援助を必要とする状態

(7) 「注8」に規定する再診時歯科外来診療環境体制加算は、再診時の歯科外来診療の環境の整備を図る取組を評価したものであり、区分番号A000の「注9」に規定する別

に厚生労働大臣が定める歯科外来診療環境体制加算に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、外来診療に係る再診を行った場合に加算する。

- ~~(8) 「注9」に規定する在宅患者等急性歯科疾患対応加算は、歯科訪問診療において、急性症状の発症時等に即応できる歯科訪問診療の環境を整備する取組を評価するものであり、具体的には、再診時に区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定しない歯科訪問診療を行った場合に、同一建物居住者以外の歯科訪問診療時においては、本区分の「イ 同一建物居住者以外の場合」により算定し、同一建物居住者の歯科訪問診療時においては、本区分の「ロ 同一建物居住者の場合（同一日に5人以下）」又は「ハ 同一建物居住者の場合（同一日に6人以上）」により算定する。また、ロ及びハの人数については、同一日同一建物において、初診料及び再診料を算定した歯科訪問診療並びに区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した歯科訪問診療に係る人数を合算するものとする。~~
- ~~(9) 「注9」に規定する在宅患者等急性歯科疾患対応加算は、切削器具を常時携行した場合に算定する。なお、この場合において、常時携行している切削器具名を診療録に記載すること。~~

第2部 入院料等

第1節 入院基本料

医科と共通の項目について、医科点数表の第1章第2部第1節に掲げる入院基本料の例により算定する。

第2節 入院基本料等加算

- 1 医科と共通の項目について、医科点数表の第1章第2部第2節に掲げる入院基本料等加算の例により算定する。（区分番号A204-2に掲げる臨床研修病院入院診療加算を除く。）

ただし、総合入院体制加算~~については~~、医科歯科併設の病院にあつて医科について算定~~す~~ることができる場合に限り、歯科疾患について入院する患者についても同様とする。

- 2 地域歯科診療支援病院入院加算は、在宅歯科医療又は障害者歯科医療を後方支援する地域歯科診療支援病院の機能を評価したものであり、別の保険医療機関において区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料又は~~基本診療料に係る歯科診療特別対応加算~~~~区分番号A000に掲げる初診料の「注6」若しくは区分番号A002に掲げる再診料の「注4」に規定する加算~~を算定した患者であつて、当該別の保険医療機関による歯科診療が困難であると判断されたものについて、当該別の保険医療機関からの診療情報提供料に定める様式に基づいた診療情報提供を受け、入院させた場合に入院初日~~は~~1回を限度として~~に限り~~算定する。ただし、入院の月又はその前月に当該別の保険医療機関において、~~当該患者について~~、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定した場合に限る。

A204-2 臨床研修病院入院診療加算

- (1) 研修歯科医が、当該保険医療機関の研修プログラムに位置づけられた臨床研修施設及び研修協力施設において、実際に臨床研修を実施している場合に、入院初日に限り算定~~する~~する。なお、ここでいう入院初日とは、医科点数表第1章第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。
- (2) (1)において研修を実施している場合とは、単独型臨床研修施設においては実際に研修歯科医が研修を実施している期間、管理型臨床研修施設においては実際に研修歯科医が実施している期間及び研修歯科医が協力型臨床研修施設又は研修協力施設において研修を実施している期間、協力型臨床研修施設においては実際に研修歯科医が研修を実施している期間~~のことを~~いう。
- (3) 研修歯科医の診療録の記載に係る指導及び確認は、速やかに行うこととし、診療録~~は~~は指導の内容がわかるように指導歯科医自らが記載を行い、署名~~を~~すること。

第3節 特定入院料

医科と共通の項目について、医科点数表の第1章第2部第3節に掲げる特定入院料の例により算定する。

第4節 短期滞在手術基本料

A400 短期滞在手術~~等~~基本料

- (1) 短期滞在手術~~等~~基本料は、短期滞在手術に係る区分番号 J 0 5 5 に掲げる顎下腺摘出術及び区分番号 J 0 5 6 に掲げる顎下腺腫瘍摘出術を実施した場合に限り算定~~する~~~~べき~~~~を~~。
- (2) (1)のほかは、医科点数表の区分番号 A 4 0 0 に掲げる短期滞在手術~~等~~基本料の例により算定する。

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

B000-4 歯科疾患管理料

- (1) 歯科疾患管理料とは、~~継続的な~~管理を必要とする歯科疾患を有する患者（歯の欠損症のみを有する患者を除く。）に対して、口腔を一単位（以下「1口腔単位」という。）としてとらえ、患者との協働により行う~~継続的な~~口腔管理に加えて、病状が改善した疾患等の再発防止及び重症化予防~~のための継続管理~~を評価したものを~~をいいであり~~、患者又はその家族の同意を得た上で管理計画書を作成し、その内容について説明し、提供した場合に算定~~することができる~~。
- (2) 「注1」に規定する管理計画書（当該管理計画書の様式は、「別紙様式1」又はこれに準じた様式とする。）とは、管理計画書の提供年月日、患者又はその家族が記入する歯科疾患と関連性のある生活習慣の状況及び患者の基本状況（全身の状態、基礎疾患の有無、服薬状況等）、生活習慣の改善目標、口腔内の状態（プラーク及び歯石の付着状況、歯及び歯肉の状態等（「注2」に規定する継続管理計画書においては、口腔内の状態の改善状況を含む。））、必要に応じて実施した検査結果（エックス線写真撮影による検査、歯周病検査及びその他の検査）等の要点、歯科疾患と全身の健康との関係、治療方針の概要、保険医療機関名、当該管理の担当歯科医師の氏名等、歯科疾患の継続的管理を行う上で必要となる情報を記載したものをいう。なお、歯科疾患管理料の算定に当たっては、患者又はその家族に提供した管理計画書の写しを診療録に添付し、当該計画書の内容以外に療養上必要な管理事項がある場合は、~~その要点を診療録に記載すること~~。
- (3) 1回目~~の患者又はその家族に対して提供する管理計画書については~~、初診日の属する月から起算して2月以内に~~第1回目の管理計画書を作成し、患者又はその家族に対して、その内容について説明を行った上で提供するものとする~~。なお、歯周病に罹患している患者の管理計画書~~を作成する場合は、歯周病検査を実施し、その結果を踏まえた上で歯周病に係る治療方針等を含んだものとする~~めた管理計画書を作成すること。ただし、1回目に患者の主訴に関する管理を開始し、2回目以降に歯周病やその他の疾患も含めた管理を行う場合~~においては、その際に新たな検査の結果や管理計画の内容の変更点に関する~~ついで~~の情報を含めた~~た継続管理計画書を作成し、患者又はその家族に対して、その内容について説明を行った上で提供~~する~~。この場合~~において~~を行~~い~~、当該月より改めて1口腔単位での管理を開始~~すること~~。
- (4) (2)及び(3)に関わらず、初診時に歯周病の急性症状を呈する患者であって、急性症状寛解後に継続的管理が必要な場合は、1回目の歯科疾患管理料算定時に管理計画書を作成し、患者又はその家族に対して、その内容を説明し提供する。なお、歯周病検査は、急性症状寛解後の2回目の歯科疾患管理料算定時までには実施し、当該検査結果を含む継続管理計画書を作成した上で、患者又はその家族に対して、その内容を説明し提供する。ただし、急性症状が寛解せず2回目の歯科疾患管理料算定時までには歯周病検査が実施できない場合は、症状の要点を診療録に記載する。
- ~~(5)~~ 「注2」に規定する2回目以降の継続管理計画書（当該管理計画書の様式は、「別紙様式2」又はこれに準じた様式とする。）の提供時期~~については~~、管理計画の内容に変更があったとき、検査により疾患の症状が一時的に安定したと判断されるとき（歯周病にお

いては、歯周病検査により一時的に病状が安定したと判断されるとき等）、一連の補綴治療が終了したときその他療養上必要な時期に提供する~~こととするが~~、少なくとも前回の管理計画書の提供日から起算して4月を超える日まで~~とに1回以上提供する~~こと。ただし、~~区分番号I011-2に掲げる歯周病安定期治療を行う患者に対して、歯周病安定期治療を実施する間隔が4月を超える場合は、この限りでない。この場合、継続管理計画書は歯周病安定期治療を実施した際に提供すること。~~

(6) (5)にかかわらず、次の場合における2回目以降の継続管理計画書の提供時期は、患者の求めがない限り、前回の管理計画書の提供日から起算して4月を超えても差し支えない。

イ 区分番号I011-2に掲げる歯周病安定期治療を行う患者に対して、歯周病安定期治療を実施する間隔が4月を超える場合

ロ 患者又はその家族が、管理計画書（初回用又は継続用）の備考欄に、文書提供が次回入院以降不要である旨の内容（例：次回から文書提供不要）を記載した場合

(7) 「注5」とは、「注3」に規定する患者を除き、初診日から入院している患者（歯科診療に限る。）について、退院後に歯科疾患の継続的管理が必要な場合の取り扱いを定めたものをいい、入院前に外来において歯科診療を行った場合（外来の歯科診療を行った日と入院日が同日である場合に限る。）も歯科疾患管理料を算定する。＝

~~(8)~~ 区分番号B000-6に掲げる周術期口腔機能管理料(I)、区分番号B000-7に掲げる周術期口腔機能管理料(II)又は区分番号B000-8に掲げる周術期口腔機能管理料(III)を算定した患者~~にあつては~~、「注1」及び「注2」の規定にかかわらず、周術期口腔機能管理料を算定した日の属する月の翌月以降から歯科疾患管理料~~を算定できる~~。なお、この場合において、管理計画書を作成して患者又はその家族に提供するものとする。

~~(9)~~ 歯科疾患管理料を算定した月~~において~~は、患者又はその家族に対して、管理計画書を提供しない場合であっても、少なくとも1回以上の管理計画に基づく管理を行うこと。なお、当該管理を行った場合は、診療録にその要点を記載すること。

~~(10)~~ 歯科疾患管理料は、区分番号B013に掲げる新製有床義歯管理料又は区分番号H001-2に掲げる歯科口腔リハビリテーション料1（「1 有床義歯の場合」に限る。）を算定している患者（歯の欠損症のみを有する患者を除く。）に対して当該歯科疾患管理を行った場合は算定できる。なお~~ただし~~、無歯顎の患者の総義歯に係る管理を行っている場合~~において~~は、軟膏等薬剤による治療が必要な口腔粘膜疾患等（「特掲診療料の施設基準等」の別表第四歯科特定疾患療養管理料に規定する疾患に掲げる疾患を除く。）を有している患者であつて、現に当該歯科疾患に係る治療（有床義歯を原因とする疾患に係る治療を除く。）を行っている場合は算定できる。

~~(11)~~ 再診が電話等により行われた場合は、歯科疾患管理料は算定できない。

~~(12)~~ 「注~~8~~」に規定するう蝕多発傾向者とは、継続的な指導管理が必要な者であつて、う蝕多発傾向者の判定基準の左欄の年齢に応じて右欄の歯冠修復終了歯を有するものをいう。~~う蝕多発傾向者と判定した患者に対して、「注7」及び「注8」に規定する指導を継続的に行う場合は、当該指導を最初に行った日から起算して1年以内に限る。ただし、当該期間経過後、改めてう蝕多発傾向者と判定された場合は、「注7」及び「注8」に規定する指導管理を引き続き行うことができる。~~

（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 2歳	1歯以上	—
3 4歳	3 歯以上	—
5～7歳	<u>3</u> 歯以上 及 び	<u>1</u> 歯以上
8～10歳	—	<u>2</u> 歯以上
11～12歳	—	<u>3</u> 歯以上

(~~13~~10) う蝕多発傾向者の判定基準において、(~~12~~9)にかかわらず次の場合はそれぞれに規定するところにより取り扱うこと。

イ 5～7歳の者で永久歯の萌出歯がない~~2歯未満~~の場合、歯冠修復終了永久歯は、う蝕多発傾向者の判定の要件としない。

ロ フッ化ジアンミン銀塗布歯は歯冠修復終了歯には含まないものであるが、5~~3~~歳未満の患者の初期う蝕で、歯冠修復の実施が患者の非協力等により物理的に困難と判断される場合に限り、当該未処置う蝕歯にフッ化ジアンミン銀を塗布した場合、歯冠修復終了乳歯として取り扱う。—

ハ 区分番号I003に掲げる初期う蝕早期充填処置を行った場合は、歯冠修復終了歯として取り扱う。

~~(11) 「注7」のフッ化物局所応用による指導管理に係る加算は、次の取扱いとする。~~

~~イ 歯冠修復終了後主治の歯科医師又は主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士は、患者又はその家族に対しフッ化物応用に係る管理方針を説明し患者又はその家族に対し文書により提供すること。~~

~~ロ フッ化物局所応用による指導管理に用いる局所応用フッ化物製剤とは、2%フッ化ナトリウム溶液、酸性フッ化リン酸溶液をいう。~~

~~ハ フッ化物歯面塗布とは、綿球による歯面塗布法、トレー法及びイオン導入法等の通法に従い、主治の歯科医師又は歯科衛生士が3～4月ごとに局所応用を行うことをいう。~~

~~ニ 薬剤料は、当該加算の所定点数に含まれ別に算定できない。~~

(~~14~~12) 「注8」のフッ化物洗口指導による指導管理に係る加算は、次の取扱いとする。

イ 主治の歯科医師又はそ~~主治の~~歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、患者又はその家族に対しフッ化物洗口に係る指導を行い文書により提供を行った場合に算定する。

ロ フッ化物洗口に用いる薬液とは、毎日法に用いられる洗口用の0.05%及び0.1%フッ化ナトリウム溶液 又は週1回法に用いられる洗口用の0.2%フッ化ナトリウム溶液をいう。

ハ フッ化物洗口に係る指導に当たっては、歯科医師が行った場合は次の(イ)から(ハ)の内容を含め患者に対し説明を行い、指導内容等を文書により提供した場合に算定する。

(イ) 洗口の方法（薬液の量やうがいの方法）及び頻度

(ロ) 洗口に関する注意事項

(ハ) 薬液の取扱い及びその保管方法

ニ 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が指導を行った場合は、歯科医師は診療録に指示内容を記載し、歯科衛生士はハに規定する(イ)から(ハ)の内容を含め患者に対し説明を行い業務記録簿に指導内容等を記載し、その内容を文書により提供した場合に算定する。

なお、当該指導を行った歯科衛生士は業務に関する記録を作成する。

~~(13) (11)のフッ化物歯面塗布と(12)のフッ化物洗口によるフッ化物局所応用の指導管理を行った場合は、いずれかの加算のみを算定する。~~

~~(15+4)~~ 歯科疾患管理料を算定する保険医療機関においては、歯科疾患管理料の趣旨及び内容について、院内掲示により患者に対して情報提供を行うよう努めること。

B000-5 周術期口腔機能管理計画策定料

(1) 周術期口腔機能管理計画策定料は、周術期における患者の口腔機能を管理するため、歯科診療を実施している保険医療機関において、手術等を実施する保険医療機関からの文書（以下「依頼文書」という。）による依頼に基づき、患者の同意を得た上で、周術期の口腔機能の評価及び一連の口腔機能の管理計画を策定し、当該管理計画に係る情報を文書（以下「管理計画書」という。）により提供するとともに、周術期の口腔機能の管理を行う保険医療機関に当該患者に係る管理計画書を提供した場合に当該手術等に係る一連の治療を通じて1回を限度として限り算定することができる。なお、当該管理計画書の内容又はその写しを診療録に記載又は添付すること。

(2) (1)の規定にかかわらず、歯科診療を実施している保険医療機関において手術等を実施する場合であって、当該同一の保険医療機関で管理計画書を策定する場合には、依頼文書は要しないものとする。また、管理計画書を策定する保険医療機関と管理を行う保険医療機関が同一の場合は、当該保険医療機関内での管理計画書の提供は要しないものとする。

(3) 「注1」に規定する管理計画書とは、①基礎疾患の状態・生活習慣、②主病の手術等の予定（又は実績）、③口腔内の状態等（現症及び手術等によって予測される（又は生じた）変化等）、④周術期の口腔機能の管理において実施する内容、⑤主病の手術等に係る患者の日常的なセルフケアに関する指導方針、⑥その他必要な内容、⑦保険医療機関名及び当該管理を行う担当歯科医師の氏名等の情報を記載したものをいう。

(4) 周術期の口腔機能の管理計画の策定を適切に行うため、定期的に周術期の口腔機能の管理等に関する講習会や研修会等に参加し、必要な知識の習得に努めるものとする。

(5) 周術期口腔機能管理計画策定料を算定した保険医療機関は、毎年7月1日現在で名称、開設者、算定状況等を地方厚生（支）局長に報告すること。

B000-6 周術期口腔機能管理料（Ⅰ）、B000-7 周術期口腔機能管理料（Ⅱ）

(1) 周術期口腔機能管理料（Ⅰ）及び周術期口腔機能管理料（Ⅱ）とは、がん患者等の周術期等における歯科医師の包括的な口腔機能の管理等を評価したもの をいいであり、具体的には、患者の口腔衛生状態や口腔内の状態等の把握、手術に係る主病及びその治療に関連する口

腔機能の変化に伴う日常的な指導等を評価したものをいうである。

(2) 周術期口腔機能管理を必要とする手術は、次のいずれかに該当する手術をいう。

イ 全身麻酔下で実施される、頭頸部領域、呼吸器領域、消化器領域等の悪性腫瘍の手術、臓器移植手術又は心臓血管外科手術等をいう。

ロ 骨髄移植の手術

(3) 周術期の口腔機能の管理を実施した場合は、①口腔内の状態の評価、②具体的な実施内容や指導内容、③その他必要な内容を記載した管理報告書を作成し、患者に提供する~~こと~~。ただし、~~次以下の様な場合においては~~、それぞれの管理内容がまとめて記載された管理報告書（追記する形式等をいう。）により作成しても差し支えない。

イ 同月に同一の保険医療機関において、手術前に周術期口腔機能管理料(Ⅰ)を算定した患者に対して、手術前の周術期口腔機能管理料(Ⅱ)を算定する場合。この場合において、周術期口腔機能管理料(Ⅱ)に係る管理を実施した際に管理報告書を提供する~~こと~~。

ロ 同月に同一の保険医療機関において、手術後に周術期口腔機能管理料(Ⅰ)又は周術期口腔機能管理料(Ⅱ)を合計して3回以上算定する場合。この場合において、手術後の1回目の周術期口腔機能管理料に係る管理を実施した際及び当該月に予定する最後の周術期口腔機能管理料に係る管理を実施した際に管理報告書を提供する~~こと~~。

(4) 患者の状態等に変化が生じた場合は、必要な管理計画の修正を行い、管理報告書にその内容を記載の上、患者に提供する~~こと~~。

(5) 周術期口腔機能管理料(Ⅰ)及び周術期口腔機能管理料(Ⅱ)は、区分番号B000-5に掲げる周術期口腔機能管理計画策定料に規定する管理計画書に基づき、~~次以下の~~区分に応じて、歯科医師による周術期における口腔機能の管理を行った場合に算定する。なお、当該管理報告書の内容又はその写しを診療録に記載又は添付する~~こと~~。

==
==
==
==

		手術を行った（又は予定する）保険医療機関	
		同一の保険医療機関（病院）	他の保険医療機関（病院）
患者 の 状	入院外	周術期口腔機能管理料(Ⅰ) ※同一の医科歯科併設病院で外来 又は在宅で治療中の患者 ※同一の歯科病院で外来又は在宅 で治療中の患者 (備考欄ロ)	周術期口腔機能管理料(Ⅰ) ※他の病院で外来又は在宅で治療中 の患者 (備考欄イ)

況		周術期口腔機能管理料(Ⅱ)	周術期口腔機能管理料(Ⅰ)
	入院中	※同一の医科歯科併設の病院に入院中の患者 ※同一の歯科病院に入院中の患者 (備考欄ニ)	※他の医科病院に入院中の患者に対して、歯科訪問診療に併せて管理を行う場合 (備考欄ハ)

[備考]

- イ 歯科病院（歯科診療のみの診療を行う病院をいう。以下同じ。）、医科歯科併設の病院（歯科診療科に限る。）又は歯科診療所に属する歯科医師が、他の保険医療機関（病院に限る。）において周術期口腔機能管理を必要とする手術（以下この区分番号において「管理を要する手術」という。）を行った（手術を予定する場合を含む。以下同じ。）入院中の患者以外の患者の口腔機能の管理を行う場合
- ロ 歯科病院又は医科歯科併設の病院（歯科診療科に限る。）に属する歯科医師が、同一の保険医療機関において、管理を要する手術を行った入院中の患者以外の患者の口腔機能の管理を行う場合
- ハ 歯科病院、医科歯科併設の病院（歯科診療科に限る。）又は歯科診療所に属する歯科医師が、他の~~医科病院である保険医療機関~~（歯科診療を行う保険医療機関を除くものをいう。~~以下この区分番号において「医科病院」という。~~）において、管理を要する手術を行った入院中の患者の口腔機能の管理を行う場合
- ニ 歯科病院又は医科歯科併設の病院（歯科診療科に限る。）に属する歯科医師が、同一の保険医療機関において、管理を要する手術を行った入院中の患者の口腔機能の管理を行う場合
- (6) 管理計画書を策定した保険医療機関と周術期口腔機能管理を実施する保険医療機関が異なる場合は、周術期口腔機能管理料(Ⅰ)及び周術期口腔機能管理料(Ⅱ)を算定する際、管理計画書又はその写しを診療録に添付するとともに、当該管理計画書の内容以外に必要な管理事項がある場合は、その要点を診療録に記載する~~こと~~。
- (7) 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-8に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅲ)、区分番号B004-6に掲げる歯科治療総合医療管理料、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号B006-3-2に掲げるがん治療連携指導料、~~区分番号B006-3-3に掲げるがん治療連携管理料~~、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-4に掲げる在宅患者歯科治療総合医療管理料及び区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料を算定している同~~月~~において、周術期口腔機能管理料(Ⅰ)及び周術期口腔機能管理料(Ⅱ)は、別に算定できない。ただし、同~~月~~であっても、手術前に上記管理料を算定し、手術後において周術期口腔機能管理を行う場合は、周術期口腔機能管理料(Ⅰ)及び周術期口腔機能管理料(Ⅱ)を~~は別に~~算定できる。
- (8) 周術期の口腔機能の管理を行うに当たっては、一連の管理中においては~~患者の主治の~~医師と連携し、また、入院中においては~~主治の~~医師や日常の療養上の世話を~~行う~~看護師

等との間で実施内容や注意事項等の情報の共有に努める~~こと~~。

(9) 周術期の口腔機能の管理を行うに当たっては、手術前後や放射線治療等の患者の口腔機能の管理を適切に行うため、定期的に周術期の口腔機能の管理に関する講習会や研修会等に参加し、必要な知識の習得に努める~~ものとする~~。

(10) 周術期口腔機能管理料(Ⅰ)及び周術期口腔機能管理料(Ⅱ)を算定した保険医療機関は、毎年7月1日現在で名称、開設者、算定状況等を地方厚生(支)局長に報告する~~こと~~。

B000-8 周術期口腔機能管理料(Ⅲ)

(1) 周術期口腔機能管理料(Ⅲ)は、放射線治療又は化学療法を受ける患者であって、区分番号B000-5に掲げる周術期口腔機能管理計画策定料に規定する管理計画書に基づき、歯科医師による必要な口腔機能の管理を行った場合に算定する。なお、当該管理報告書の内容又はその写しを診療録に記載又は添付する~~こと~~。

(2) 口腔機能の管理を実施した場合は、①口腔内の状態の評価、②具体的な実施内容や指導内容、③その他必要な内容を記載した管理報告書を作成し、患者に提供する~~こと~~。ただし、患者の状態に大きな変化がない場合~~においては~~、少なくとも前回の管理報告書の提供日から起算して3月を超える日までに1回以上提供する~~こと~~。

(3) その他周術期口腔機能管理料(Ⅲ)に係る周術期口腔機能管理料(Ⅰ)及び周術期口腔機能管理料(Ⅱ)と共通の項目~~については~~、周術期口腔機能管理料(Ⅰ)及び周術期口腔機能管理料(Ⅱ)の例により算定する。

B001-2 歯科衛生実地指導料

(1) 「1 歯科衛生実地指導料1」は、う蝕又は歯周病に罹患している患者に対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、次の事項について15分以上実施した場合に算定する。

イ 歯及び歯肉等口腔状況の説明

ロ プラークチャートを用いたプラークの付着状況の指摘及び患者自身によるブラッシングを観察した上でのプラーク除去方法の指導

ハ 家庭において特に注意すべき療養指導

(2) 「2 歯科衛生実地指導料2」は、~~基本診療料に係る歯科診療特別対応加算~~区分番号A000に掲げる初診料の~~「注6」に規定する加算又は区分番号A002に掲げる再診料の「注4」に規定する加算~~を算定している患者であって、う蝕又は歯周病に罹患しているものに対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、次の事項について15分以上実施した場合又は15分以上の実地指導を行うことが困難な場合にあっては、~~月2回の実地指導を合わせて15分以上行った場合に算定する。~~

イ 歯及び歯肉等口腔状況の説明

ロ プラークチャートを用いたプラークの付着状況の指摘及び患者自身によるブラッシングを観察した上でのプラーク除去方法の指導

ハ 家庭において特に注意すべき療養指導

(3) 「注1」及び「注2」に規定する文書とは、(1)に掲げる指導等の内容、プラークの付着状況~~結果~~、指導の実施時刻(開始時刻と終了時刻)、保険医療機関名、~~主治の当該指導に係る指示を行った~~歯科医師の氏名及び当該指導を行った歯科衛生士の~~氏名署名~~が記載された~~ものであるものをいう。~~

~~なお、当該指導を行った場合は、主治の歯科医師に報告を行うとともに、患者に提供した文書の写しを歯科衛生士業務記録簿に添付すること。~~

(4) 患者に対する当該指導の内容の情報提供については、「1 歯科衛生実地指導料1」を算定する場合にあっては、当該指導の初回時に行うこととし、「2 歯科衛生実地指導料2」を算定する場合にあっては、実地指導の合計が15分以上となったとき（当該指導回数が1回又は2回に限る。）に行うこととする。このほか、患者自身によるプラークコントロールの状況、指導の内容に変化があったとき等に行うこともとするが、当該指導の内容に変化がない場合はこの限りでない。ただし、その場合においても3月に1回以上は当該指導の内容を文書により提供する~~こと~~。

(5) 主治の歯科医師は、歯科衛生士に患者の療養上必要な指示を十分に行うとともに、歯科衛生士に行った指示内容等の要点を診療録に記載する~~こと~~。

(6) 当該指導を行った歯科衛生士は、主治の歯科医師に報告するとともに患者に提供した文書の写しを提出し、業務に関する記録を作成する。

(7) 主治の歯科医師は、歯科衛生士から提出を受けた患者に提供した文書の写しを診療録に添付する。

~~(8) 歯科衛生実地指導料を算定した保険医療機関は、毎年7月1日現在で名称、開設者、常勤非常勤ごとの歯科衛生士数等を地方厚生（支）局長に報告する~~こと~~。~~

B002 歯科特定疾患療養管理料

(1) 歯科特定疾患療養管理料は、「特掲診療料の施設基準等」の別表第四歯科特定疾患療養管理料に規定する疾患に掲げる疾患を主病とする患者に対して、治療計画に基づき、服薬、栄養等の療養上の指導を行った場合に月2回を限度として~~に限り~~算定する。なお、当該管理を行った場合は、症状及び管理内容の要点を診療録に記載する~~こと~~。

(2) 「特掲診療料の施設基準等」の別表第四歯科特定疾患療養管理料に規定する疾患に掲げる疾患のうち、顎・口腔の先天異常、舌痛症（心因性によるものを含む。）、口腔軟組織の疾患（難治性のものに限る。）、口腔乾燥症（放射線治療を原因とするものに限る。）及び睡眠時無呼吸症候群（口腔内装置治療を要するものに限る。）とはそれぞれ次の疾患をいう。

イ 顎・口腔の先天異常とは、後継永久歯がなく、かつ、著しい言語障害及び咀嚼障害を伴う先天性無歯症又は唇顎口蓋裂（単独又は複合的に発症している症例を含む。以下この表において同じ。）をいう。

ロ 舌痛症とは、ハンター舌炎、メラー舌炎、プランマー・ヴィンソン症候群又はペラグラであって舌の疼痛を伴うもの及び心因性によるものをいう。

ハ 口腔軟組織の疾患（難治性のものに限る。）とは、口腔の帯状疱疹、再生不良性貧血による歯肉出血、原発性血小板減少性紫斑病による歯肉出血、血友病における歯肉出血、口腔のダリエー病、口腔のベーチェット病、口腔の結核、口腔の扁平苔癬又は口腔の白板症をいう。

ニ 口腔乾燥症（放射線治療を原因とするものに限る。）とは、口腔領域以外の悪性腫瘍等の治療のため行われた放射線治療を原因とするものをいう。

ホ 睡眠時無呼吸症候群（口腔内装置治療を要するものに限る。）とは、口腔内装置治療が有効であると診断され、医科保険医療機関からの診療情報提供料の算定に基づく診療

情報提供により口腔内装置治療を必要とするものをいう。

- (3) 「注2」の共同療養指導計画加算は、患者の主治医（「注1」に規定する別に厚生労働大臣が定める疾患に係るものに限る。）と共同で、歯科診療に関する総合的な口腔の療養指導計画を策定し、当該患者にその内容を文書により提供した場合に、患者1人につき1回を限度としてに限り算定するものである。なお、患者の症状に変化が生じる等の理由により当該計画の見直しが必要となり、改めてその内容を文書により提供した場合は、再度算定することができる。

また、共同療養指導計画加算を算定した場合においては、患者に提供した療養指導計画に係る文書の写しを診療録に添付するとともに、共同療養指導計画の策定に関わった患者の主治医（「注1」に規定する別に厚生労働大臣が定める疾患に係るものに限る。）の保険医療機関名及び氏名を診療録に記載すること。

- (4) 診察に基づき計画的な診療計画を立てている場合であって、必要やむを得ない場合に限り、看護に当たっている患者の家族等を通して療養上の指導を行ったときは、歯科特定疾患療養管理料を算定することができる。
- (5) 歯科特定疾患療養管理料は、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする者に対し、実際に主病を中心とした療養上必要な指導が行われていない場合又は実態的に主病の口腔領域における症状に対する治療が当該保険医療機関では行われていない場合は算定できない。
- (6) 主病とは、当該患者の全身的な医学管理が必要となる主たる特定疾患をいうものであり、対診又は依頼により検査のみを行っている保険医療機関には算定できない。
- (7) 再診が電話等により行われた場合には、歯科特定疾患療養管理料は算定できない。

B003 特定薬剤治療管理料

- (1) アミノ配糖体抗生物質、グリコペプチド系抗生物質等を数日間以上投与している入院中の患者について、投与薬剤の血中濃度を測定し、その測定結果をもとに投与量を精密に管理した場合、月1回を限度としてに限り算定する。
- (2) 特定薬剤治療管理料を算定することができるグリコペプチド系抗生物質とは、バンコマイシン及びテイコプラニンをいう。
- (3) 薬剤の血中濃度、治療計画の要点を診療録に記載すること。
- (4) 初回月加算とは、投与中の薬剤の安定した血中至適濃度を得るため頻回の測定が行われる初回月に限り、注4に規定する点数を加算するべきものをいい、薬剤を変更した場合においては算定できない。
- (5) 特殊な薬物血中濃度の測定及び計画的な治療管理のうち、特に本項を準用する必要があるものについては、その都度当局に内議し、最も近似する測定及び治療管理として準用が通知された算定方法により算定する。

B004 悪性腫瘍特異物質治療管理料

悪性腫瘍特異物質治療管理は、悪性腫瘍と既に確定診断がされた患者に対し行った腫瘍マーカー検査に基づき実施するが、腫瘍マーカー及び悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定する場合は、医科点数表の区分番号B001の3に掲げる悪性腫瘍特異物質治療管理料及び医科点数表の区分番号D009に掲げる腫瘍マーカーの例により算定する。

B004-1-2 がん性疼痛緩和指導管理料

- (1) がん性疼痛緩和指導管理料は、歯科医師ががん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与しているがん患者に対して、WHO方式のがん性疼痛の治療法（がんの痛みからの解放－WHO方式がんの疼痛治療法－第2版）に従って副作用対策等を含めた計画的な治療管理を継続して行い、療養上必要な指導を行った場合に、月1回を限度として~~は限り~~、当該薬剤に関する指導を行い、当該薬剤を処方した日に算定する。なお、当該指導~~は~~は、当該薬剤の効果及び副作用に関する説明、疼痛時に追加する臨時の薬剤の使用方法に関する説明を含める~~ものであること~~。
- (2) がん性疼痛緩和指導管理料の「1」は、緩和ケアの経験を有する歯科医師（緩和ケアに係る研修を受けた者に限る。）が当該指導管理を行った場合に算定する。
- (3) がん性疼痛緩和指導管理料を算定する場合は、麻薬の処方前の疼痛の程度（疼痛の強さ、部位、性状、頻度等）、麻薬の処方後の効果判定、副作用の有無、治療計画及び指導内容の要点を診療録に記載する~~こと~~。

B004-1-3 がん患者指導管理~~カウンセリング~~料

~~(1)~~ 医科点数表の区分番号B001の23に掲げるがん患者指導管理料の例により算定するとともに、当該区分中「医師」又は「医科点数表」とあるのはそれぞれ「歯科医師」又は「歯科点数表」の区分番号に読み替えて適用する。

~~悪性腫瘍と診断された患者に対して、患者の心理状態を十分配慮した環境で、がん診療の経験を有する歯科医師及びがん患者の看護に従事した経験を有する看護師が適宜必要に応じてその他の職種と共同して、診断結果及び治療方法等について患者が十分に理解し、納得した上で治療方針を選択できるように説明及び相談を行った場合に算定する。~~

~~(2)~~ 当該患者について区分番号B006-3に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号B006-3-2に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該カウンセリングを実施した場合には、それぞれの保険医療機関において、患者1人につき1回算定できる。

~~(3)~~ 患者の十分な理解が得られない場合又は患者の意思が確認できない場合は、算定の対象とならない。また患者を除くその家族等にのみ説明を行った場合は算定できない。

B004-1-4 入院栄養食事指導料

- (1) 入院栄養食事指導料1は、入院中であって、別に厚生労働大臣が定める特別食が必要と認めた者に対し、歯科医師と医師との連携により、当該保険医療機関の管理栄養士が療養のため必要な栄養の指導を行った場合に入院中2回を限度として算定する。ただし、1週間に1回を限度とする。また、入院栄養食事指導料2は、有床診療所において、当該診療所以外の管理栄養士が当該診療所に勤務する歯科医師と医師との連携により、指導（対面に限る。）を行った場合に算定する。
- (2) 歯科医師は、診療録に連携した医師の氏名及び連携内容の要点を記載する~~こと~~。また、管理栄養士は、患者ごとに栄養指導記録を作成するとともに、当該栄養指導記録に指導を行った献立又は食事計画の例についての総カロリー、栄養素別の計算及び指導内容の要点を記載明記する~~こと~~。
- (3) その他入院栄養食事指導料の医科と共通の項目~~については~~、医科点数表の区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料の例により算定する。

B004-1-5 外来緩和ケア管理料

医科点数表の区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料の例により算定する。

B004-1-6 外来リハビリテーション診療料

医科点数表の区分番号B001-2-7に掲げる外来リハビリテーション診療料の例により算定する。

B004-1-7 外来放射線照射診療料

医科点数表の区分番号B001-2-8に掲げる外来放射線照射診療料の例により算定する。

B004-2 手術前医学管理料

医科点数表の区分番号B001-4に掲げる手術前医学管理料の例により算定する。

B004-3 手術後医学管理料

医科点数表の区分番号B001-5に掲げる手術後医学管理料の例により算定する。

B004-6 歯科治療総合医療管理料

(1) 歯科治療総合医療管理料は、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者であって、別の医科の保険医療機関の当該主病の担当医から歯科治療を行うに当たり、総合的医療管理が必要であるとして診療情報提供料に定める様式に基づいた患者の全身状態等に係る診療情報提供を受けた患者に対し、必要な医療管理を行った場合に算定する。また、当該主病の担当医からの情報提供に関する内容及び担当医の~~所属~~保険医療機関名等について診療録に記載する~~こと~~。

(2) 歯科治療総合医療管理料を算定する保険医療機関~~において~~は、全身状態の把握、管理等に必要な呼吸心拍監視装置等の機器、機材等が整備されている~~こと~~。

(3) 歯科治療総合医療管理料は、当該主病の担当医から歯科治療を行うに当たり、全身状態の把握、管理等が必要であるとして紹介を受けた患者に対し、担当医からの情報提供等に基づき、歯科医師が歯科治療に際して、患者の全身状態の管理を行った場合に算定する。

なお、歯科治療総合当該医療管理料を算定する場合は、管理内容及び患者の全身状態の要点を診療録に記載する~~こと~~。

(4) 歯科治療総合医療管理料は、同~~一~~暦月につき1回を~~限度としてに限り~~算定~~する~~ことができる。ただし、同一の患者について、歯科治療総合医療管理料を算定した月~~において~~は、区分番号C001-4に掲げる在宅患者歯科治療総合医療管理料は算定できない。

(5) 歯科治療総合医療管理料~~は~~は、呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープ及び簡単な鎮静~~の費用~~が含まれ、別に算定できない。

(6) 主病とは、当該患者の全身的な医療管理が必要となる主たる疾患をいう。

B004-9 介護支援連携指導料

(1) 介護支援連携指導料~~とは~~とは、入院の原因となった疾患・障害や入院時に行った患者の心身の状況等の総合的な評価の結果を踏まえ、退院後に介護サービスを導入することが適切であると考えられ、また、本人も介護サービスの導入を望んでいる患者が、退院後により適切な介護サービスを受けられるよう、入院中から居宅介護支援事業者等の介護支援専門員（ケアマネジャー）と連携し退院後の介護サービス計画（ケアプラン）作成につなげることを評価するもの~~をいうである~~。

(2) 介護支援連携指導料は、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた看護師、歯科衛生士、社会福祉士、薬剤師、言語聴覚士、その他、退院後に導入が望ましい介護サービスから考え

適切な医療関係職種が、患者が入院前にケアプラン作成を担当していた介護支援専門員又は退院後のケアプラン作成を行うため患者が選択した居宅介護支援事業者若しくは介護施設の介護支援専門員と共同して、患者に対し、患者の心身の状況等を踏まえ導入が望ましいと考えられる介護サービスや、当該地域において提供可能な介護サービス等の情報を提供した場合に入院中2回を限度としてに限り算定するできるものである。

- (3) 初回の指導とは、入院の原因となった疾患が比較的落ち着いた段階で、退院後の生活を見越し、当該地域で導入可能な介護サービス等の情報について、患者や医療関係者と情報共有することで、患者がより適切な療養場所を選択することに資するものをいいであり、2回目の指導とは、実際の退院を前に、最終的なケアプラン作成のための指導を行う等の指導を想定したものをいうである。
- (4) 介護支援連携指導料の算定に当たっては、行った指導の内容等について、患者又はその家族等に提供した文書の写しを診療録に添付し、当該文書の内容以外に療養上必要な指導内容がある場合は、その要点を診療録に記載する。
- (5) 介護支援連携指導料を算定するにあたり共同指導を行う介護支援専門員は、介護サービスの導入を希望する患者の選択によるものであり、患者が選択した場合は、当該保険医療機関に併設する居宅介護事業所等の居宅介護支援専門員であっても介護支援連携指導料の算定を妨げるものではない。
- (6) 同日に区分番号B015に掲げる退院時共同指導料2の注3に規定する加算を算定すべき居宅介護支援専門員を含めた共同指導を行った場合は、介護支援連携指導料あるいは退院時共同指導料2の注3に規定する加算の両方を算定することはできない。

B005 開放型病院共同指導料(I)

医科点数表の区分番号B002に掲げる開放型病院共同指導料(I)の例により算定する。

B006 開放型病院共同指導料(II)

医科点数表の区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料(II)の例により算定する。

B006-3 がん治療連携計画策定料、B006-3-2 がん治療連携指導料

医科点数表の区分番号B005-6に掲げるがん治療連携計画策定料及び医科点数表の区分番号B005-6-2に掲げるがん治療連携指導料の例により算定する。

B006-3-3 がん治療連携管理料

医科点数表の区分番号B005-6-3に掲げるがん治療連携管理料の例により算定する。

B007 退院前訪問指導料

医科点数表の区分番号B007に掲げる退院前訪問指導料の例により算定する。

B008 薬剤管理指導料

医科点数表の区分番号B008に掲げる薬剤管理指導料の例により算定する。

B009、B010 診療情報提供料

医科点数表の区分番号B009又は医科点数表の区分番号B010に掲げる診療情報提供料の例により算定する。

B011-3 薬剤情報提供料

医科点数表の区分番号B011-3に掲げる薬剤情報提供料の例により算定する。

B011-4 退院時薬剤情報管理指導料

医科点数表の区分番号B014に掲げる退院時薬剤情報管理指導料の例により算定する。

B 0 1 2 傷病手当金意見書交付料

医科点数表の区分番号B 0 1 2に掲げる傷病手当金意見書交付料の例により算定する。

B 0 1 3 新製有床義歯管理料

- (1) 新製有床義歯管理とは、新製有床義歯の生体との調和を主眼とした義歯の管理をいい、具体的には、当該有床義歯の着脱性、形態、適合性、咬合関係等及び装着感の調整及び加え、食事方法、患者に必要な義歯の取扱い等、清掃方法及び保管方法に係る指導を含めた管理をいう。
- (2) 新製有床義歯管理料は、当該有床義歯を製作した保険医療機関において、新製した有床義歯の適合性等について検査を行い、併せて患者に対して、新製した有床義歯の取扱い、保存、清掃方法等について必要な指導を行い、患者に対して当該有床義歯の管理に係る情報を文書により提供した場合に算定する。なお、この場合において、当該文書の写しを診療録に添付し、当該文書の内容以外に療養上必要な管理事項がある場合は、診療録にその要点を記載すること。
- (3) 「2 困難な場合」とは、特に咬合の回復が困難な患者に対する義歯管理を評価したものをいい、次のいずれかに該当する場合をいう。
- イ 総義歯を新たに装着した患者又は総義歯を装着している患者
- ロ 9歯以上の局部義歯を装着し、かつ、当該局部義歯以外は臼歯部で垂直的咬合関係を有しない患者
- (4) 「注1」に規定する文書とは、欠損の状態、指導内容、保存、清掃の方法等の要点、保険医療機関名及び担当歯科医師の氏名を記載したものをいう。
- (5) 新製有床義歯管理料を算定した患者について、当該有床義歯の装着日の属する月から起算して1年2月以上3月以内の期間において、当該有床義歯の装着部位とは異なる部位に別の有床義歯の新製又は有床義歯の裏装を行った場合は、義歯管理料は1口腔単位で算定するものであることから、区分番号H 0 0 1 - 2に掲げる歯科口腔リハビリテーション料の「1 有床義歯の場合」を有床義歯管理料により算定し、する新製有床義歯管理料は算定できない。
- (6) 新製有床義歯管理料を算定した患者について、当該有床義歯の装着月から起算して4月以上1年以内の期間において、当該有床義歯の装着部位とは異なる部位に別の有床義歯の新製、有床義歯の裏装等を行った場合は、義歯管理料は1口腔単位で算定するものであることから、有床義歯長期管理料を算定する。
- (7) 有床義歯管理とは、有床義歯による口腔機能の回復を主眼とした義歯管理をいい、具体的には、口腔機能の回復が困難な場合又は適合性が極めて低い場合の有床義歯の調整に加えて、有床義歯による機能回復に着目した指導を含めた管理をいう。
- (8) 有床義歯管理料は、有床義歯を新製した保険医療機関において製作した有床義歯の装着日の属する月から起算して2月以上3月以内の期間において、有床義歯の着脱性、疼痛、嘔吐感、嚥下時痛等の症状の有無に応じて検査を行い、併せて患者に対して義歯の状態を説明した上で、義歯に係る指導等を行った場合に月1回に限り算定する。なお、この場合において、必要に応じて実施した検査の結果、調整方法、調整部位及び義歯に係る指導内容の要点を診療録に記載すること。
- (9) 有床義歯の新製を前提に旧義歯の修理を行う場合は、修理を行った月は「注2」の規

定に関わらず同月内であっても、区分番号H001-2に掲げる歯科口腔リハビリテーション料1の「1 有床義歯の場合」有床義歯管理料を算定後も、有床義歯の新製後に新製有床義歯管理料を算定して差し支えないとする。

(7) 有床義歯を新製した月と同月に、当該有床義歯とは別の欠損部位の有床義歯の修理又は床裏装を行った場合は、区分番号M029に掲げる有床義歯修理又は区分番号M030に掲げる有床義歯内面適合法（有床義歯床裏装）の費用の算定は別に算定することができる。この場合において、義歯管理料は1口腔単位として算定するものであることから、新製有床義歯管理料又は区分番号H001-2に掲げる歯科口腔リハビリテーション料1の「1 有床義歯の場合」有床義歯管理料のいずれかにより算定する。

(8) 区分番号I022に掲げる有床義歯床下粘膜調整処置を行い、有床義歯の新製又は床裏装を予定している場合は、同月内であっても当該処置に併せて区分番号H001-2に掲げる歯科口腔リハビリテーション料1の「1 有床義歯の場合」義歯管理料はを算定して差し支えないとする。この場合において、区分番号H001-2に掲げる歯科口腔リハビリテーション料1の「1 有床義歯の場合」を算定したときは、同月内に当該有床義歯の新製後又は床裏装後に新製有床義歯管理料又は有床義歯管理料はを算定できないとする。

(9) 新製有床義歯管理料を算定した患者について、当該管理料を算定した日の属する月から起算して1年を超えた期間において調整又は指導を行った場合は、区分番号H001-2に掲げる歯科口腔リハビリテーション料1の「1 有床義歯の場合」を算定する。この場合において、必要があつて新たに製作した有床義歯を装着し調整又は指導を行った場合は、新製有床義歯管理料を算定する。

(10) 別の保険医療機関で製作した有床義歯の管理については、装着する日の属する月であっても区分番号H001-2に掲げる歯科口腔リハビリテーション料1の「1 有床義歯の場合」有床義歯管理料により算定する。

(12) 有床義歯長期管理とは、有床義歯により回復した口腔機能の維持を主眼とした有床義歯の長期的な管理をいい、具体的には、生体及び義歯の適合状態の変化に着目した長期的な管理（調整を含む。）に加えて、口腔機能の維持や低下の程度に対する評価等を含めた管理をいう。

(13) 有床義歯長期管理料は、新製有床義歯の装着月から起算して4月以上1年以内の期間において検査を行い、併せて適合を図るための調整又はその取扱い等の管理について、当該有床義歯を製作した保険医療機関である場合に、当該期間中、月1回を限度として算定できる。なお、有床義歯長期管理料の算定に当たっては、有床義歯の調整方法、調整部位等を診療録に記載する。

(14) 新製有床義歯管理料を算定した患者について、有床義歯長期管理を終了し、新製有床義歯の装着月から起算して1年を超えた期間において、当該有床義歯を継続的に管理する場合又は修理により改めて有床義歯の管理を行った場合は、有床義歯管理料により算定する。

(15) 「注4」に規定する加算は、有床義歯の適正使用を推進するため、特に咬合の回復が困難な患者に対する義歯管理を評価したものであり、義歯管理料を算定した日に算定する。なお、咬合の回復が困難な患者とは、次のいずれかの要件を満たす患者をいう。

イ 総義歯を新たに装着した患者又は総義歯を装着している患者

ロ 9歯以上の局部義歯を装着し、かつ、当該局部義歯以外には対合歯間の接触関係を有

~~しない患者~~

~~(11)6~~ 再診が電話等により行われた場合は、新製有床義歯管理料、~~有床義歯管理料及び有床義歯長期管理料のいずれもは~~算定できない。

~~(12)7~~ 有床義歯に係る管理を行うに当たっては、「有床義歯の管理について」（平成19年11月日本歯科医学会）を参考と~~にする~~こと。

~~B 0 1 3 - 2 有床義歯調整管理料~~

~~有床義歯調整管理料は、区分番号B 0 1 3に掲げる義歯管理料のうち、有床義歯の調整に係る管理を評価したものであり、義歯管理料を算定した日の属する月と同月において有床義歯の調整を行った日（義歯管理料を算定した日を除く。）に月2回を限度に算定する。なお、当該調整管理料の算定に当たっては、調整方法及び調整部位を診療録に記載すること。~~

B 0 1 3 - 3 広範囲顎骨支持型補綴物管理料

(1) 広範囲顎骨支持型補綴物当該管理料とは、当該補綴物の調整に係る管理を評価したものをいい~~であり、~~区分番号M 0 2 5 - 2に掲げる広範囲顎骨支持型補綴に係る補綴物の装着を行った日の属する月の翌月以降に、月1回を限度としてに限り算定~~する~~できる。

(2) 広範囲顎骨支持型補綴物当該管理料を算定する場合は、当該補綴物の調整方法及び調整部位を診療録に記載する~~こと~~。

(3) 別の保険医療機関で装着された当該補綴物の調整を行った場合は、装着を実施した保険医療機関名及び装着時期について、患者からの情報等を踏まえ診療録に記載する~~こと~~。

B 0 1 4 退院時共同指導料 1、B 0 1 5 退院時共同指導料 2

(1) 退院時共同指導料 1 又は退院時共同指導料 2 は、保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う医科の保険医療機関と連携する別の保険医療機関の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、当該患者が入院している保険医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養を行う患者に対して、療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の歯科医師又は医師~~保険医~~、看護師又は准看護師と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回（別に厚生労働大臣が定める疾患等の患者~~については~~2回）を限度としてに限り、それぞれの保険医療機関において算定する~~ものである~~。ただし、当該患者の退院後の在宅療養において歯科医療を行う保険医療機関の歯科衛生士と当該患者が、入院中の保険医療機関の准看護師と~~が~~共同して在宅での療養上必要な説明及び指導を行う場合~~は~~、歯科医療を担当する保険医療機関の歯科医師及び入院中の保険医療機関の医師又は看護師の指示を受けて行う~~こと~~。なお、ここでいう入院とは、第1章第2部通則4に定める入院期間が通算される入院~~のこと~~をいう。

(2) 退院時共同指導料は、患者の家族等退院後患者の看護を担当する者に対して指導を行った場合~~にも~~算定~~する~~できる。

(3) 行った指導の内容等について、要点を診療録に記載するとともに、患者又はその家族等に提供した文書の写しを診療録に添付する~~こと~~。

(4) 退院時共同指導料 1 の「1」は、在宅療養支援歯科診療所の歯科医師が当該患者に対して、在宅療養を担う保険医療機関との連携により、患者又はその家族等の求めに対して迅速な歯科訪問診療が可能な体制を確保し、当該担当者及び当該担当者~~と~~直接連絡がとれる連絡先電話番号、診療可能日等並びに緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその

家族等に対して説明の上、文書により提供した場合に算定~~する~~できる。

- (5) 退院時共同指導料1を算定した場合は、区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A002に掲げる再診料及び区分番号B005に掲げる開放型病院共同指導料(I)は別に算定できない。ただし、当該指導を行った日に歯科訪問診療を行った場合~~にあつては~~、この限りでない。
- (6) 当該患者が入院している保険医療機関と当該患者を紹介した保険医療機関とが特別の関係にある場合は、退院時共同指導料は算定できない。
- (7) 退院時共同指導料は、退院後に在宅での療養を行う患者が算定の対象となり、他の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設に入院若しくは入所する患者又は死亡退院した患者~~については~~、対象とはならない。
- (8) 退院時共同指導料1の「注2」に規定する加算は、当該患者が厚生労働大臣の定める特別な管理を必要とする者であった場合、1人の患者に対して入院中1回~~を限度として~~~~に限り~~算定~~する~~できる。ただし、厚生労働大臣が定める疾病等の患者~~については~~当該入院中~~に~~2回~~を限度として~~~~に限り~~算定~~する~~できる。
- (9) 退院時共同指導料2の「注1」は、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、当該患者が入院している保険医療機関の~~歯科医師~~~~保険医~~と地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の~~歯科医師又は医師~~~~保険医~~若しくは当該~~歯科医師又は医師~~~~保険医~~の指示を受けた看護師等又は当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の~~医師~~~~保険医~~の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が共同して行った場合に算定する。
- (10) 退院時共同指導料2の「注3」に規定する加算は、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、当該患者が入院している保険医療機関の~~歯科医師~~~~保険医~~が、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の~~医師~~~~保険医~~、看護師若しくは准看護師、~~保険医である~~歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の薬剤師、訪問看護ステーションの看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は介護支援専門員のいずれかのうち3者以上と共同して行った場合に算定する。
- (11) 退院時共同指導料2の「注3」に規定する指導と同~~一~~日に行う「注2」に規定する指導に係る費用は、「注3」に規定する加算に含まれ別に算定できない。
- (12) 退院時共同指導料2を算定している保険医療機関は、区分番号A227に掲げる退院調整加算を算定する場合、当該保険医療機関の退院基準、退院後に必要とされる診療、訪問看護等在宅で必要となる事項を当該患者及び家族に文書により説明し、これを当該患者の退院後の治療等を担う他の保険医療機関又は訪問看護ステーションと共有する~~こと~~。

B017 肺血栓塞栓症予防管理料

- (1) 肺血栓塞栓症予防管理料~~とは~~は、肺血栓塞栓症を発症する危険性が高い患者に対して、肺血栓塞栓症の予防を目的とし、必要な医学管理を行った場合を評価するもの~~をいう~~~~である~~。
- (2) 肺血栓塞栓症予防管理料は、病院（療養病棟を除く。）又は診療所（療養病床に係るものを除く。）に入院中の患者であつて、肺血栓塞栓症を発症する危険性の高いものに対して、肺血栓塞栓症の予防を目的として、弾性ストッキング（患者の症状により弾性ストッキングが使用できないなどやむを得ない理由により使用する弾性包帯を含む。）又は間歇的空気圧迫装置を用いて計画的な医学管理を行った場合に、入院中1回~~を限度として~~~~に限り~~

~~を~~算定する。なお、当該管理料は、肺血栓塞栓症の予防を目的として弾性ストッキング又は間歇的空気圧迫装置を用いた場合に算定~~し~~~~できるものであり~~、薬剤のみで予防管理を行った場合~~は~~は算定できない。また、医科点数表の第1章第2部通則5に規定する入院期間が通算される再入院の場合~~におい~~でも、それぞれの入院において入院中1回~~を~~を限度として算定~~する~~~~できるものであること~~。

- (3) 肺血栓塞栓症の予防を目的として使用される弾性ストッキング及び間歇的空気圧迫装置を用いた処置に要する費用は所定点数に含まれる。なお、肺血栓塞栓症の予防を目的として弾性ストッキングが複数使用される場合~~であ~~でも、当該費用は所定点数に含まれる。また、同一の弾性ストッキングを複数の患者に使用~~してはならない~~~~もないこと~~。
- (4) 肺血栓塞栓症の予防に係る計画的な医学管理を行うに当たっては、関係学会より示されている標準的な管理方法を踏まえ、医師との緊密な連携の下で行い、患者管理が適切になされるよう十分留意する~~こと~~。

B 0 1 8 医療機器安全管理料

- (1) 医療機器安全管理料~~と~~は、歯科医師の指示の下に、放射線治療機器の安全管理、保守点検及び安全使用のための精度管理を行う体制を評価したものを~~をいいであり~~、当該保険医療機関において、患者に対して照射計画に基づく放射線治療が行われた場合~~は~~、一連の照射につき当該照射の初日に1回~~を~~を限度として~~に~~~~限~~り算定する。
- (2) 放射線治療機器とは、高エネルギー放射線治療装置（直線加速器）及びガンマナイフ装置をいう。
- (3) 医療機器安全管理料を算定する当該保険医療機関~~におい~~では、医療機器の安全使用のための職員研修を計画的に実施するとともに、医療機器の保守点検に関する計画の策定、保守点検の適切な実施及び医療機器の安全使用のための情報収集等~~を~~~~が~~適切に行~~う~~~~られて~~~~いる~~~~こと~~。

第2部 在宅医療

C000 歯科訪問診療料

- (1) 歯科訪問診療料は、在宅等において療養を行っており、疾病、傷病のため通院による歯科治療が困難な患者を対象としていることから、通院が容易な者に対して安易に算定できないもてはならない。この場合において、療養中の当該患者の在宅等から屋外等への移動を伴わない屋内で診療を行った場合に限り算定する。なお、歯科訪問診療料の算定を行うに当たっては、「歯科訪問診療における基本的考え方」（平成16年日本歯科医学会）を参考とし、次の区分により算定すること。

		同一の建物に居住する患者数		
		1人のみ	2人以上9人以下	10人以上
患者1人につき	20分以上	歯科訪問診療 1	歯科訪問診療 2	歯科訪問診療 3
診療に要した時間	20分未満	歯科訪問診療 3	歯科訪問診療 3	

- (2) 保険医療機関が、当該保険医療機関と別添1の第1章第2部通則7(3)に規定する特別の関係にある施設等に訪問して歯科診療を行った場合においては、歯科訪問診療料は算定できない。
- (3) 歯科訪問診療を行った後に、患者又はその家族等が単に薬剤を受け取りに保険医療機関に来た場合は、再診料は算定できない。
- (4) 「注1」から及び「注3」までに規定する「在宅等」は、介護老人保健施設、特別養護老人ホームのほか、歯科、小児歯科、矯正歯科又は歯科口腔外科を標榜する保険医療機関以外の保険医療機関も含まれ、これらに入院する患者についても算定する。
- (5) 「歯科訪問診療2」は、「同一建物居住者」に対して保険医療機関の歯科医師が同一日に9人以下の訪問診療を行う場合であって、当該患者を診療した時間が当該患者1人につき20分以上になる場合に算定する。同一建物居住者とは、基本的には、建築基準法（昭和25年法律第201号）第2条第1号に掲げる建築物に居住する複数の者のことをいうが、具体的には、例えば次以下の患者のことをいう。

イ 老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の4に規定する養護老人ホーム、老人福祉法第20条の6に規定する軽費老人ホーム、老人福祉法第29条第1項に規定する有料老人ホーム、老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホーム、マンションなどの集合住宅等に入居又は入所している複数の患者

ロ 介護保険法第8条第9項に規定する短期入所生活介護、介護保険法第8条第17項に規定する小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第63条第5項に規定する宿泊サービスに限る。）、介護保険法第8条第18項に規定する認知症対応型共同生活介護、介護保険法第8条の2第9項に規定する介護予防短期入所生活介護、介護保険法第8条の2第16項に規定する介護予防小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定

地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第36号）第44条第5項に規定する宿泊サービスに限る。）、介護保険法第8条の2第17項に規定する介護予防認知症対応型共同生活介護などのサービスを受けている複数の患者

(6) 保険医療機関の~~歯科医師~~保険医が、同一建物に居住する通院困難な患者1人のみに対し歯科訪問診療を行う場合であって、当該患者を診療した時間が20分以上になる場合は、「歯科訪問診療1」を算定する。__

(7) 「歯科訪問診療3」は、「同一建物居住者」に対して保険医療機関の歯科医師が同日に10人以上に対して訪問診療を行う場合又は診療に要した時間が当該患者1人につき20分に満たない場合に算定する。

~~(8) 在宅等において療養を行っている通院が困難な患者に対し、訪問して歯科訪問診療を行った場合、診療に要した時間が当該患者1人につき20分に満たない場合は、歯科訪問診療料を算定せず、区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A002に掲げる再診料及び第2章特掲診療料を算定する。ただし、歯科訪問診療の治療中に患者の容体が急変し、医師の診察を要する場合等やむを得ず治療を中止した場合においては、(5)及び(6)の規定にかかわらず、診療した時間が20分未満であっても「1 歯科訪問診療1」又は「2 歯科訪問診療2」歯科訪問診療料を算定することができる。なお、この場合において、必要があつて救急搬送を行った場合は、区分番号C002に掲げる救急搬送診療料を算定しても差し支えない。~~

~~(9) 地域医療連携体制加算とは、歯科訪問診療が必要な通院困難な患者等が安心して在宅療養等が行えるよう、複数の保険医療機関により夜間、休日及び診療を自ら行わない時間等における緊急時の歯科診療ができる連携体制が整備されているとともに歯科訪問診療料を算定する患者の同意を得て当該患者の診療に必要な情報を他の保険医療機関の保険医等に提供及び共有すること等により、緊急時の迅速、適切な連携体制が整備されていること等を評価するものをいうである。~~

~~ただし、この場合においてあつては、緊急時には連携保険医療機関の歯科医師が対応に当たることがあり得る旨を患者等に説明するとともに、当該患者の病状、直近の診療内容等、緊急時の対応に必要な診療情報を連携保険医療機関に対し文書（ファクシミリを含む。）により適宜提供する。~~

なお、この連携に係る診療情報提供に係る費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

~~(10) 地域医療連携体制加算の算定による複数の保険医療機関により休日夜間等における緊急時の歯科診療ができる連携体制の確保が必要な場合とは、歯科訪問診療において処置、手術等が必要で治療期間中に病状が急変する可能性がある場合等をいうものであり、病状が急変する可能性がなくなった場合においては、当該加算の算定を中止する。~~

~~(11) 地域医療連携体制加算を算定する保険医療機関にあつては、患者又はその家族等に「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成24年3月5日保医発第0305第3号）の様式21の3又はこれに準じた様式の文書を必ず提供していること。~~なお、患者に提供した文書の写しを診療録に添付する。

~~(12) 地域医療連携体制加算を算定する保険医療機関にあつては、患者又はその家族等の同意を得て、歯科訪問診療料の算定対象となる療養に必要な情報を連携保険医療機関に対し~~

てあらかじめ文書（「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の様式21の2又はこれに準じた様式の文書に限る。）をもって提供し、その写しを診療録に添付する~~こと~~。また、引き続き地域医療連携体制加算の算定による緊急時等の対応が必要であり、病態の変化が生じた場合~~は~~は、改めて連携保険医療機関に対し情報提供を行う~~こと~~。なお、連携保険医療機関等の変更にともない患者に対し再度の情報提供を行った場合~~の費用は~~、第1回目~~の費用~~に含まれ別に算定できない。

(13~~19~~) 当該患者の病状急変時等に、連携保険医療機関の歯科医師が緊急に診療又は歯科訪問診療等を行った場合~~は~~は、歯科初診料、歯科再診料、歯科訪問診療料等は~~診療又は歯科訪問診療等を行った歯科医師の属する~~保険医療機関が算定する。

この場合、当該患者の病状急変等に対応して、診療又は歯科訪問診療等を行ったこと及びその際の診療内容等を、地域医療連携体制加算を算定する保険医療機関の主治医に速やかに報告し、当該主治医は治療の要点を当該患者の診療録に記載する~~こと~~。

(14~~19~~) 地域医療連携体制加算を算定する場合は、休日、夜間等における緊急時に対応し得るよう、できる限り患者に近隣の保険医療機関を連携保険医療機関とする~~こと~~。

(15~~14~~) 地域医療連携体制加算に係る連携保険医療機関においては、主治医から提供された患者の療養に必要な情報が記載された文書を緊急時に十分に活用できる状態で保管し、自ら当該患者を診療し診療録を作成した場合~~は~~は、当該文書を診療録に添付する~~こと~~。

(16~~15~~) 地域医療連携体制加算は、1人の患者につき同一の初診で1回~~を限度として~~に~~限り~~算定する~~ことができる~~。

(17~~16~~) 特定の被保険者の求めに応ずるのではなく、保険診療を行う目的をもって定期又は不定期に在宅等へ赴き、被保険者（患者）を診療する場合は、歯科訪問診療として取り扱うことは認められず、歯科訪問診療料及びその他の特掲診療料は算定できない。

(18~~17~~) 歯科訪問診療料を算定する~~行う~~場合は、当該患者の病状に基づいた訪問診療の計画を定めるとともに、その計画を診療録に記載すること。

(19~~18~~) 「注5~~4~~」の「著しく歯科診療が困難な者」とは、次に掲げる状態又はこれらに準じる状態をいう。~~脳性麻痺等で身体の不随意運動や緊張が強く体幹の安定が得られない状態、知的発達障害により開口保持ができない状態や治療の目的が理解できず治療に協力が得られない状態、重症の喘息患者で頻繁に治療の中断が必要な状態、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ歯科診療に際して家族等の援助を必要とする状態又はこれらに準ずる状態にある者をいう。~~なお、歯科診療特別対応加算を算定した日~~において~~は、患者の状態（要介護度を含む。）を診療録に記載~~し、専門的技法を用いた場合はその名称を併せて診療録に記載する。~~

イ 脳性麻痺等で身体の不随意運動や緊張が強く体幹の安定が得られない状態

ロ 知的発達障害により開口保持ができない状態や治療の目的が理解できず治療に協力が得られない状態

ハ 重症の喘息患者で頻繁に治療の中断が必要な状態

ニ 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ歯科診療に際して家族等の援助を必要とする状態

(20~~19~~) 「注5~~4~~」の「歯科治療環境に円滑に適応できるような技法」とは、歯科診療の開始にあたり、患者が歯科治療の環境に円滑に適応できるための方法として、Tell-Show-Do法

などの系統的脱感作法並びにそれに準拠した方法、オペラント法、モデリング法、TEACCH法、遊戯療法、ボイスコントロール法等の患者の行動を調整する専門的技法をいう。なお、初診時歯科診療導入加算を算定した日は、患者の状態及び用いた専門的技法の名称を診療録に記載する。

- (21~~20~~) 「注 6~~5~~」に規定する加算は、保険医療機関において、標榜時間内であって、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事しているときに、患者又は現にその看護に当たっている者から緊急に求められて歯科訪問診療を行った場合に算定する。
- (22~~21~~) 歯科訪問診療料を算定した場合において、それぞれの患者の診療に要した時間が1時間を超えた場合は、「注 4~~3~~」の加算を算定する。
- (23~~22~~) 「注 1」から、「注 4~~3~~」まで及び「注 3」に規定する診療時間~~は~~は、診療前の準備、診療後の片付けや患者の移動に要した時間及び併せて実施した訪問歯科衛生指導に係る時間を含まない。また、交通機関の都合その他診療の必要以外の事由によって患家に滞在又は宿泊した場合~~においては~~、その患家滞在の時間~~については~~は、診療時間に算入しない。
- (24~~23~~) 歯科訪問診療を行った場合は、診療録に次の事項を記載する~~こと~~。ただし、ロに関しては、歯科訪問診療を開始した日に限り記載する~~ことも~~とするが、変更が生じた場合は、その都度記載する~~こと~~。また、ハに関しては、患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合~~については~~は、急変~~時後~~の対応の要点~~をも~~記載する~~こと~~。
- イ 実施時刻（開始時刻と終了時刻）
 - ロ 訪問先名（記載例：自宅、〇〇マンション、介護老人保健施設××苑）
 - ハ 歯科訪問診療の際の患者の状態等（急変した~~際後~~の対応の要点を含む。）
- (25~~24~~) 疾病等のため通院による歯科治療が困難な場合以外の歯科訪問診療の必要性を認めない患者~~については~~は、歯科訪問診療料及び歯科診療に係る費用は算定~~できない~~も~~ない~~。
- (26~~25~~) 「注 4~~3~~」の加算は、患者それぞれについて算定~~し~~する~~ものであり~~、複数の患者に対し訪問して歯科診療を行った場合の診療時間~~のを合算することはできない~~。
- (27~~26~~) 「注 6~~5~~」に規定する「別に厚生労働大臣が定める時間」とは、保険医療機関において専ら診療に従事している時間であって、概ね午前8時から午後1時までの間とする。
- (28~~27~~) 加算の対象となる緊急な場合とは、患者又は現にその看護に当たっている者からの訴えにより、速やかに歯科訪問診療をしなければならぬと判断した場合をいい、手術後の急変等が予想される場合をいう~~ものである~~。
- (29~~28~~) 夜間（深夜の時間帯を除く。）とは概ね午後6時から翌日の午前6時まで、又は午後7時から翌日の午前7時までのように、12時間を標準として各都道府県において統一的取扱いをすることとし、深夜の取扱い~~については~~は、午後10時から午前6時までとする。
- (30~~29~~) 保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超える歯科訪問診療~~については~~は、当該保険医療機関からの歯科訪問診療を必要とする絶対的な理由がある場合に認められるものであって、この場合~~において~~、~~歯科訪問診療料の算定については~~は、16キロメートル以内の場合と同様に取り扱う。この絶対的に必要であるという根拠がなく、特に患家の希望により16キロメートルを超える歯科訪問診療をした場合の歯科訪問診療は保険診療としては算定~~できないが認められな~~こと~~から~~、患者負担とする。この場合において、「保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合」とは、当該保険医療機関を中心とする半径16キロメートルの圏域の外側に患家が所在する

場合をいう。

- (31~~30~~) 保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートル以上の地域に居住する歯科医師~~保険医~~に対して主治医が歯科訪問診療による対診を求めることができるのは、患家付近に他の歯科医師~~保険医~~がない、いても専門外である、旅行中で不在である等やむを得ない絶対的理由のある場合に限り認められるものである。
- (32~~31~~) 「注9~~8~~」に規定する交通費は実費とする。
- (33~~32~~) その他、歯科訪問診療料の取扱い~~については~~、平成6年厚生省告示第235号による改正前の往診料に関する既往の通知が引き続き有効であるが、この場合において、当該通知中「往診」とあるのは「歯科訪問診療」と読み替えてこれを適用する。
- (34~~33~~) 「注10~~9~~」に規定する在宅患者等急性歯科疾患対応加算とは、歯科訪問診療において、急性症状の発症時等に即応できる歯科訪問診療の環境を整備する取組を評価するものをいいであり、具体的には、歯科訪問診療料を算定している場合に、同一建物居住者以外の歯科訪問時~~においては~~、~~本区分の「イ 同一建物居住者以外の場合」により算定し、同一建物居住者の歯科訪問時においては、本区分の「ロ 同一建物居住者の場合（同一日に5人以下）」又は「ハ 同一建物居住者の場合（同一日に6人以上）」により算定する。また、ロ及びハの人数については、同一日同一建物において、初診料及び再診料を算定した歯科訪問診療並びに当該歯科訪問診療料を算定した歯科訪問診療に係る人数を合算するものとする。~~
- (35~~34~~) 「注10~~9~~」に規定する在宅患者等急性歯科疾患対応加算は、切削器具を常時携行した場合に算定する。~~なお、この場合において、常時携行している切削器具名を診療録に記載すること。~~
- (36~~35~~) 「注11~~10~~」に規定する歯科訪問診療補助加算は、歯科訪問診療料を算定した日において、当該診療が必要な患者に対して、在宅療養支援歯科診療所に属する歯科医師と当該診療所に属する歯科衛生士が同行し、当該歯科医師の行う歯科訪問診療中は、歯科訪問診療の補助が適切に行える体制の上で、実際に当該歯科衛生士が歯科訪問診療の補助を行った場合に算定する。また、同一建物居住者以外の歯科訪問診療時~~においては~~、~~本区分の「イ 同一建物居住者以外の場合」により算定し、同一建物居住者の歯科訪問診療時においては、本区分の「ロ 同一建物居住者の場合」により算定すること。~~なお、当該加算を算定した場合は、診療録に診療の補助を行った歯科衛生士の氏名を記載すること。
- (37) 「注12」に規定する在宅かかりつけ歯科診療所加算は、在宅療養患者（（5）のイ（集合住宅にあっては、高齢者の居住の安定確保に関する法律第5条に該当する住宅に限る。）に入居若しくは入所している患者又はロのサービスを受けている患者以外の患者をいう。以下同じ。）に対して歯科訪問診療1を算定した場合に所定点数に加算する。
- (38) 「2 歯科訪問診療2」又は「3 歯科訪問診療3」を算定した場合であって、在宅療養患者以外の患者に対して歯科訪問診療を実施した場合は、歯科訪問診療を実施した日の属する月に、歯科訪問診療を行った日時及び訪問診療を行った歯科医師の氏名が記載された文書を患者若しくはその家族又は介護施設職員等の関係者のいずれかに提供するとともに、提供文書の写しを保険医療機関に保管する。なお、同一施設において、歯科訪問診療を実施した日の属する月に「2 歯科訪問診療2」又は「3 歯科訪問診療3」を複数回

算定した場合であって、患者又はその家族以外の介護施設職員等に当該文書を提供するときは、その提供先を明確にした上で、施設を単位として一覧表で作成しても差し支えない。

(3936) 歯科訪問診療料を算定する保険医療機関においては、歯科訪問診療を行っている保険医療機関である旨を院内掲示により患者に対して情報提供を行うよう努めること。

C 0 0 1 訪問歯科衛生指導料

(1) 訪問歯科衛生指導料は、同一初診期間中に区分番号C 0 0 0に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者又はその家族等に対して、歯科訪問診療料を算定した日~~又は歯科訪問診療料を算定しない歯科訪問診療を行った日から~~起算して1月以内において、当該患者に係る歯科訪問診療を行った歯科医師の指示を受けた当該保険医療機関に勤務（常勤又は非常勤）する歯科衛生士等が、療養上必要な実地指導を行った場合に算定し、単なる日常的口腔清掃等のケアを行った場合は算定できない。

(2) 訪問歯科衛生指導料の「1 複雑なもの」とは、1人の患者に対して歯科衛生士等が1対1で20分以上実施するものをいう。

(3) 訪問歯科衛生指導料の「2 簡単なもの」とは、指導効果がある実地指導を行った場合であって次のものをいう。

イ 1回の指導における患者の人数は10人以下を標準とし、1回の指導時間は40分を超えるもの

ロ 1人の患者に対して1対1であって20分に満たないもの

(4) 訪問歯科衛生指導を行った時間とは、実際に指導を行った時間をい~~いうものであり~~、指導のための準備や患者の移動に要した時間等は含まない。

(5) 訪問歯科衛生指導料の算定を行った場合は、当該訪問指導で実施した指導内容、指導の実施時刻（開始時刻と終了時刻）、及びその他療養上必要な事項に関する情報を患者又はその家族等に実地指導を行った歯科衛生士等~~の氏名が記載されたが署名した~~文書を提供するとともに、その文書の写しを~~診療録業務記録簿に添付すること。なお、訪問歯科衛生指導の終了後は、指示を受けた歯科医師に対し報告すること。~~

(6) 訪問歯科衛生指導を行った場合は、歯科医師は診療録に次の事項を記載する~~こと~~。ただし、ハに関しては、訪問歯科衛生指導を開始した日に限り記載する~~ことも~~とするが、変更が生じた場合は、その都度記載する~~こと~~。また、当該訪問歯科衛生指導が歯科訪問診療と併せて行われた場合~~にあつては~~、ニについて省略して差し支えない。

イ 歯科衛生士等に指示した内容

ロ 指導の実施時刻（開始時刻と終了時刻）

ハ 訪問先名（記載例：自宅、〇〇マンション、介護老人保健施設××苑）

ニ 歯科訪問診療の際の患者の状態の要点等

(7) 訪問歯科衛生指導を行った場合において、歯科衛生士等は実地指導に係る~~業務に関する~~記録を作成し、患者氏名、訪問先、指導の実施時刻（開始時刻と終了時刻）、指導の要点、主訴~~の改善~~、食生活の改善等に関する要点及び実地指導を行った歯科衛生士等が署名し、主治の歯科医師に報告する。

(8) 訪問歯科衛生指導料を算定する場合は、区分番号B 0 0 1 - 2に掲げる歯科衛生実地指導料は算定できない。

(9) 「注3」に規定する交通費は実費とする。

- (10) 訪問歯科衛生指導料を算定した保険医療機関は、毎年7月1日現在で名称、開設者及び常勤、非常勤ごとの歯科衛生士数等を地方厚生（支）局長に報告する。

C001-3 歯科疾患在宅療養管理料

- (1) 歯科疾患在宅療養管理料とは、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関である在宅療養支援歯科診療所又は歯科診療を行うその他の保険医療機関において、在宅等において療養を行っている通院困難な患者の歯科疾患の継続的な管理を行うことを評価するものをいい、患者又はその家族の同意を得た上で、患者又はその家族に対して、歯科疾患の状況等を踏まえた管理計画の内容について説明し、文書により提供した場合に算定する。なお、当該管理料を算定する場合は、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-6に掲げる周術期口腔機能管理料（Ⅰ）、区分番号B000-7に掲げる周術期口腔機能管理料（Ⅱ）、区分番号B000-8に掲げる周術期口腔機能管理料（Ⅲ）、B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料及びN002に掲げる歯科矯正管理料は別に算定できない。
- (2) 「注1」に規定する管理計画書（当該管理計画書の様式は、「別紙様式3」又はこれに準じた様式とする。）とは、管理計画書の提供年月日、全身の状態（基礎疾患の有無、服薬状況等）、口腔内の状態（口腔衛生の状況、口腔乾燥の有無、う蝕及び歯周疾患の有無、有床義歯の使用状況、臼歯部の咬合状態等）、及び管理方法の概要、保険医療機関名及び当該管理の担当歯科医師の氏名等の情報を記載したものをいう。なお、歯科疾患在宅療養管理料の算定に当たっては、患者又はその家族に対して、管理計画書を提供する場合にあっては、提供した管理計画書の写しを診療録に添付し、管理計画書の内容以外に療養上必要な管理事項がある場合はその要点を診療録に記載すること。また、管理計画書を提供しない場合にあっては、当該管理内容の要点を診療録に記載すること。
- (3) 「注1」に規定する管理計画書の提供時期については、当該管理を開始する時期、管理計画の内容に変更があったとき、一連の補綴治療が終了したとき及びその他療養上必要な時期に提供することとするが、当該管理計画に変更がない場合はこの限りではない。ただし、この場合においても、前回の管理計画書の提供日から起算して3月を超える日までに1回以上提供することとする。なお、歯周疾患に罹患している患者に対して、初めて管理計画書を作成するに当たっては、歯周病検査を実施し、その結果を踏まえた上で歯周疾患に対する治療方針等を含めた管理計画書を作成し、2回目以降の管理計画書については、歯周疾患の治療の進捗状況を踏まえることとする。
- (4) 歯科疾患在宅療養管理料を算定した月においては、患者に対しては、管理計画書を提供しない場合にあっては、少なくとも1回以上の歯科疾患の管理を行うこと。なお、当該管理を行った場合は、その要点を診療録に記載すること。
- (5) 「注2」に規定する管理計画書とは、口腔機能の状態（咀嚼機能の状態、摂食・嚥下機能の状況及び構音機能の状況、食形態、口腔ケアに対するリスク等）及び管理方法の概要、保険医療機関名及び当該管理の担当歯科医師の氏名等の情報を記載したものをいう。なお、口腔機能管理加算の算定に当たり、患者又はその家族に対して、当該管理計画書を提供する場合にあっては、提供した管理計画書の写しを診療録に添付し、当該計画書の内容以外に療養上必要な管理事項がある場合は、その要点を診療録に記載すること。
- (6) 口腔機能管理加算は、歯科疾患在宅療養管理料を算定した日において、在宅療養支援歯

科診療所に属する歯科医師が、患者に対し歯科訪問診療を行った場合であって、当該患者の口腔機能の評価を行い、当該評価結果を踏まえて管理計画書を作成し、当該患者又はその家族に提供した場合に算定する。

(7) 歯科疾患在宅療養管理料は、区分番号B013に掲げる新製有床義歯管理料又は区分番号H001-2に掲げる歯科口腔リハビリテーション料1（「1 有床義歯の場合」に限る。）義歯管理料を算定している患者に対しても、歯科疾患の状況、口腔機能の評価を踏まえた口腔機能管理を行った場合は算定できる。

(8) 再診が電話等により行われた場合は、歯科疾患在宅療養管理料は算定できない。

C001-4 在宅患者歯科治療総合医療管理料

(1) 在宅患者歯科治療総合医療管理料は、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者であって、別の医科保険医療機関の当該主病の担当医から在宅で歯科治療を行うに当たり、総合的医療管理が必要であるとして診療情報提供料に定める様式に基づいた患者の全身状態等に係る情報提供を受けた患者に対し、必要な総合的医療管理を行った場合に算定する。また、当該主病の担当医からの情報提供に関する内容及び担当医の所属保険医療機関名等について診療録に記載すること。

(2) 在宅患者歯科治療総合医療管理料を算定する保険医療機関においては、在宅歯科医療における全身状態の把握、管理等に必要な呼吸心拍監視装置等の機器、機材等をが整備するされていること。

(3) 在宅患者歯科治療総合医療管理料は、当該主病の担当医から歯科治療を行うに当たり、全身状態の把握、管理等が必要であるとして紹介を受けた患者に対し、担当医からの情報提供等に基づき、歯科医師が歯科治療に際して、患者の全身状態の管理を行った場合に算定する。

なお、当該医療管理料を算定する場合は、管理内容及び患者の全身状態の要点を診療録に記載すること。

(4) 在宅患者歯科治療総合医療管理料は、同一暦月につき1回を限度としてに限り算定するできる。ただし、同一の患者について、在宅患者歯科治療総合医療管理料を算定した月と同一月においては、区分番号B004-6に掲げる歯科治療総合医療管理料は算定できない。

(5) 在宅患者歯科治療総合医療管理料は、呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープ及び簡単な鎮静の費用が含まれ、別に算定できない。

(6) 主病とは、当該患者の全身的な医療管理が必要となる主たる疾患をいう。

C002 救急搬送診療料

医科点数表の区分番号C004に掲げる救急搬送診療料の例により算定する。

C003 在宅患者訪問薬剤管理指導料

医科点数表の区分番号C008に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料の例により算定する。

C004 退院前在宅療養指導管理料

医科点数表の区分番号C100に掲げる退院前在宅療養指導管理料の例により算定する。

C005 在宅悪性腫瘍患者指導管理料、C005-2 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料

医科点数表の区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料及び医科点数表の区分

番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料の例により算定する。

C007 在宅患者連携指導料

- (1) 在宅患者連携指導料とは、在宅での療養を行っている患者の診療情報等を、当該患者の診療等を担う保険医療機関等の医療関係職種間で文書等により共有し、それぞれの職種が当該診療情報等を踏まえ診療等を行う取組を評価するものをいうである。
例えば、在宅での療養を行っている一人の患者に対して、医科の保険医療機関の医師保険医と保険医である歯科医師がそれぞれ訪問診療により当該患者の診療を担っている場合において、保険医である医師が訪問診療を行った際に得た当該患者の全身の状態に関する診療情報を保険医である歯科医師に対して文書等で提供し、保険医である歯科医師が当該患者の歯科訪問診療時を行った際に、その情報を踏まえた指導を行った場合に算定することができる。
- (2) 在宅での療養を行っている患者であって通院が困難な者に対して、患者の同意を得て、月2回以上医療関係職種間で文書等（電子メール、ファクシミリでも可）により共有された情報を基に、指導等を行った場合に、月1回に限りを限度として算定する。なお、当該指導等を患者の家族に対して行った場合でも算定することができる。
- (3) 単に医療関係職種間で当該患者に関する診療情報を交換したのみの場合や訪問看護や訪問薬剤指導を行うよう指示を行ったのみでは算定できない。
- (4) 他職種から情報提供を受けた場合は、できる限り速やかに患者への指導等に反映させるよう留意するしなければならない。また、当該患者の療養上の指導に関する留意点がある場合は、速やかに他職種に情報提供するよう努めるなければならない。
- (5) 他職種から受けた診療情報の内容及びその情報提供日並びにその診療情報を基に行った診療の内容又は指導等の内容の要点及び診療日を診療録に記載すること。
- (6) 特別の関係にある保険医療機関等の医療関係職種のみで診療情報を交換した場合は算定できない。

C008 在宅患者緊急時等カンファレンス料

- (1) 在宅患者緊急時等カンファレンス料とは、在宅での療養を行っている患者の状態の急変や診療方針の変更等の際、当該患者に対する診療等を行う医療関係職種等が一堂に会しカンファレンスを行うことにより、より適切な治療方針を立てること及び当該カンファレンスの参加者の間で診療方針の変更等の的確な情報共有を可能とすることは、患者及びその家族が安心して療養生活を行う上で重要であることから、そのような取組をに対して評価するものをいうである。
- (2) 在宅患者緊急時等カンファレンス料は、在宅での療養を行っている患者の病状が急変した場合や、診療方針の大幅な変更等の必要が生じた場合に、患家を訪問し、関係する医療関係職種等が共同でカンファレンスを行い、当該カンファレンスで共有した当該患者の診療情報を踏まえ、それぞれの職種が患者に対し療養上必要な指導を行った場合に月2回を限度としてに限り算定する。なお、当該カンファレンスを行った日と異なる日に当該指導を行った場合であっても算定することができるが、当該カンファレンスを行った日以降速やかに指導を行うものであること。
- (3) 在宅患者緊急時等カンファレンス料は、カンファレンスを行い、当該カンファレンスで共有した当該患者の診療情報を踏まえた療養上必要な指導を行った場合に、当該指導を行

った日に算定することとし、区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A002に掲げる再診料、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料は併せて算定できない。

また、必要に応じ、カンファレンスを行った日以降に当該指導を行う必要がある場合~~は~~は、カンファレンスを行った日以降できる限り速やかに指導を行う~~こと~~。なお、当該指導とは、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定する訪問診療とは異なる~~ものであ~~~~る~~が、例えば、当該指導とは別に継続的に実施している訪問診療を当該指導を行った日と同~~日~~日に行う場合~~は~~は、当該指導を行った日において歯科訪問診療料を併せて算定することは可能である~~こと~~。

- (4) 当該カンファレンスは、原則として患家で行うこととするが、患者又はその家族が患家以外の場所でのカンファレンスを希望する場合はこの限りでない。
- (5) 在宅での療養を行っている患者の診療を担う~~歯科医師~~歯科医師~~保険医~~は、当該カンファレンスに参加した医療関係職種等の氏名、カンファレンスの要点、患者に行った指導の要点及びカンファレンスを行った日を診療録に記載する~~こと~~。
- (6) 特別の関係にある保険医療機関等の医療関係職種等のみでカンファレンスを行った場合は算定できない。

第3部 検査

通則

- 1 検査に用いた薬剤料は別に算定~~する~~できないが、投薬及び注射の手技料は別に算定できない。
- 2 検査料の項に掲げられていない検査のうち、スタディモデル及び簡単な検査の検査料は基本診療料に含まれ、算定できないが、特殊な検査の検査料はその都度当局に内議し、最も近似する検査として準用が通知された算定方法により算定する。なお、準用した場合~~は~~、特に定める場合を除き、準用された項目に係る注についても~~同時に準用されるものとする~~。また、腫瘍マーカー~~については~~、医科点数表の区分番号D009に掲げる腫瘍マーカーの例により算定する。
- 3 各区分における検査の実施に当たっては、その検査結果を診療録へ記載又は検査結果がわかる記録を診療録に添付する~~こと~~。
- 4 第3部に規定する検査料以外の検査料の算定は、医科点数表の例により算定する。
- 5 咀嚼機能検査~~については~~は算定できない。

第1節 検査料

D000 電氣的根管長測定検査

電氣的根管長測定検査とは、電氣的抵抗を応用して根管長を測定するもの~~をいいであり~~、1歯につき1回~~に限り~~を限度として所定点数を算定する。ただし、2以上の根管を有する歯にあつては、2根管目以上~~については~~は1根管を増すごとに所定点数に15点を加算する。

D001 細菌簡易培養検査

細菌簡易培養検査は、感染根管処置後の根管貼薬処置期間中に行つた場合に、1歯1回につき算定する。なお、微生物学的検査判断料は、所定点数に含まれ別に算定できない。

D002 歯周病検査

- (1) 歯周病検査とは、歯周病の診断に必要な歯周ポケット測定、プロービング時の出血の有無、歯の動揺度の検査、プラークの付着状況の検査及び歯肉の炎症状態の検査をいい、当該検査は、1口腔単位で実施する~~ものである~~。また、2回目以降の歯周病検査は、歯周基本治療等の効果、治療の成否、治療に対する反応等を把握し、治癒の判断又は治療計画の修正及び歯周外科手術を実施した後に歯周組織の変化の比較検討等を目的として実施する~~ものである~~。歯周病検査の実施~~については~~は、「歯周病の診断と治療に関する指針」（平成19年11月日本歯科医学会）を参考とする~~こと~~。
- (2) 歯周基本検査及び歯周精密検査~~の費用~~は、当該検査を実施した歯数により算定する。ただし、残根歯（歯内療法、根面被覆処置を行つて積極的に保存した残根を除く。）は歯数に数えない。
- (3) 歯周基本検査は、1点以上の歯周ポケット測定及び歯の動揺度検査を行つた場合に算定する。
- (4) 歯周精密検査は、4点以上の歯周ポケット測定、プロービング時の出血の有無、歯の動揺度及びプラークチャートを用いてプラークの付着状況を検査した場合に算定する。
- (5) 混合歯列期歯周病検査は、混合歯列期の患者に対して、歯肉の発赤・腫脹の状態及び歯石沈着の有無を確認し、プラークチャートを用いてプラークの付着状況を検査した上で、歯周組織の状態及び歯牙年齢等を勘案し、プロービング時の出血の有無又は1点以

上の歯周ポケット測定のうちいずれか1つ以上の検査を行った場合に算定する。なお、混合歯列期歯周病検査に基づく歯周基本治療は、区分番号I011の1に掲げるスケーリングにより算定する。また、混合歯列期の患者の歯周組織の状態及び歯牙年齢等により当該検査以外の歯周病検査を行う場合は、十分に必要性を考慮した上で行い、その算定に当たっては、本区分の規定による。

D002-5 歯周病部分的再評価検査

- (1) 歯周病部分的再評価検査（以下「部分的再評価」という。）とは、区分番号J063に掲げる歯周外科手術を行った部位に対して、歯周病の治癒の状態の評価を目的として実施する検査であり、4点以上の歯周ポケット測定、プロービング時の出血の有無並びに必要なに応じて歯の動揺度及びプラークチャートを用いてプラークの付着状況を検査した場合に算定する。
- (2) 部分的再評価は、手術後~~は~~1回を限度として~~に限り~~算定する。
- (3) 区分番号I011-2に掲げる歯周病安定期治療の算定期間中は算定できない。
- (4) 区分番号D002に掲げる歯周病検査と同日に行う部分的再評価は、歯周病検査に含まれ別に算定できない。

D003-2 口腔内写真検査

- (1) 「口腔内写真検査（1枚につき）」は、「注」に規定する歯周疾患の状態を示す方法として、歯周組織の状態をカラー写真での撮影又はこれに準ずる方法で行う。なお、口腔内写真の撮影~~については~~、「歯周病の診断と治療に関する指針」（平成19年11月日本歯科医学会）の「口腔内カラー写真」を参考とする~~こと~~。
- ~~(2) 口腔内カラー写真には、患者の氏名及び撮影した年月日を明記する。~~
- (2~~号~~) フィルム代等の費用は所定点数に含まれ別に算定できない。
- (3~~号~~) 撮影した口腔内カラー写真を~~は~~診療録に添付する~~こと~~。

D004 平行測定（1装置につき）

平行測定検査は、ブリッジの支台歯形成に当たり、実施した場合にそれぞれ1装置について1回~~に限り~~を限度として、次の区分に従い所定点数を算定する。

- (1) 支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合
平行測定器を用いて支台歯間の平行関係の測定を行った場合~~は~~、「1支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合」の所定点数により算定する。
- (2) 支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合
支台歯間の平行関係につき、模型を製作しサバイヤー等で測定した場合~~は~~、「2支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合」の所定点数により算定する。なお、模型製作に要する費用は所定点数に含まれ別に算定できない。
製作した模型~~については~~、欠損補綴が終了した日の属する月の翌月の初日から起算して3年を保存期間とする。ただし、製作した模型をサバイヤー等での測定結果、患者の氏名及び製作年月日が判別できる状態で写真撮影し、当該写真を診療録に添付した場合~~にあっては~~、算定を行った日の属する月の翌月の初日から起算して3月を保存期間とする。なお、写真撮影に係る費用は所定点数に含まれ別に算定できない。

D009 顎運動関連検査

- (1) 顎運動関連検査とは、顎運動に関する一連の検査を評価したものを~~をいいであり~~、下顎

運動路描記法（MMG）、ゴシックアーチ描記法、パントグラフ描記法及びチェックバイト検査をいい、検査の種類及び回数にかかわらず、欠損補綴物1装置につき1回のみの算定とする。ただし、検査の種類・方法にかかわらず、1回の算定とすべき一連の顎運動関連検査の結果と同一の検査結果を活用して、複数の欠損補綴物を製作した場合~~は~~~~も~~、1回の算定と~~する~~~~な~~る。なお、計画的に欠損補綴物を製作する場合は、必要性を十分考慮した上で実施する~~こと~~。

- (2) 顎運動関連検査~~と~~は、当該検査を実施することにより支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上のブリッジ、多数歯欠損に対する有床義歯の適切な製作が可能となる場合又は少数歯欠損において顎運動に係る検査を実施することにより適切な欠損補綴が可能となる場合に行うもの~~をいう~~~~である~~。
- (3) 下顎運動路描記法~~と~~は、歯の欠損を有する患者に対して、三次元的に下顎の運動路を描記可能な歯科用下顎運動路測定器を用いて、有床義歯製作時の下顎位を決定するために行うもの~~をいう~~~~である~~。
- (4) ゴシックアーチ描記法~~と~~は、上顎に対する下顎の位置が不明確な患者に対して、咬合採得時の水平的顎位を決めるためにゴシックアーチトレーサーを用いて、口外法又は口内法で描記するもの~~をいう~~~~である~~。
- (5) パントグラフ描記法~~と~~は、全調節性咬合器を使用する場合に下顎の前方運動と側方運動を水平面と矢状面において、それぞれ連続的な運動路として描記するもの~~をいう~~~~である~~。
- (6) チェックバイト検査~~と~~は、下顎の偏心運動時の歯による下顎の誘導状態が不明確な患者に対して、顔弓（フェイスボウ）を使用して顎関節に対する上顎の位置関係を記録し、ワックス等の記録材を用いて咬頭嵌合位又は中心位の他に前方位及び側方位での上下顎関係を採得した上で、上下顎模型を付着した半調節性咬合器を使用して顎路傾斜度を測定するもの~~をいう~~~~である~~。＝

＝

第4部 画像診断

通則

- 1 片側性の顎関節症で健側を対照として撮影する場合は、医科における耳・肘・膝等の対称器官と同様に、診断料、撮影料とも健側の撮影についても患側と同一部位の同時撮影を行った場合と同じ取扱いとする。
- 2 歯科用エックス線フィルムを使用した歯科エックス線撮影で「通則2」及び「通則3」に該当する場合は二等分法撮影に加え、必要があつて埋伏歯に対し偏心投影を行った場合やう蝕歯に対し咬翼法撮影を行った場合等である。
- 3 全顎撮影の場合とは、歯科用エックス線フィルム10枚から14枚を用いて、全顎にわたり歯、歯槽骨等のエックス線撮影を行うものをいい、~~をいいであり~~、診断料及び撮影料は撮影枚数にかかわらず所定点数により算定する。この場合において、使用したフィルムの費用は撮影枚数に応じ14枚を限度とする。なお、デジタル撮影の場合であっても全顎撮影は10回から14回行うものとし、撮影回数にかかわらず所定点数により算定するが、フィルム料は別に算定できない。
- 4 全顎撮影に複数日を要した場合であっても、一連の全顎撮影として3と同様の方法により算定する。
- 5 デジタル撮影とは、CCDセンサー、cMOSセンサー又はイメージングプレートを用いたデジタルラジオグラフィによるものをいう。
- 6 歯科用3次元エックス線断層撮影とは、部位限定エックス線CT診断装置又はアーム型エックス線CT診断装置を用いて局所的な撮影を行い、歯科疾患を3次元的に確認する撮影をいう。
- 7 「通則4」に規定する時間外緊急院内画像診断加算
 - (1) 保険医療機関において、当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜に入院中の患者以外の患者に対して診療を行った際、歯科医師が緊急に画像診断を行う必要性を認め、当該保険医療機関において、当該保険医療機関に具備されている画像診断機器を用いて当該画像撮影及び診断を実施した場合に限り算定することができる。
 - (2) 画像診断の開始時間が診療時間以外の時間、休日又は深夜に該当する場合に当該加算を算定する。なお、時間外等の定義については、区分番号A000に掲げる初診料の時間外加算等における定義と同様であること。
 - (3) 同一患者に同日に2回以上、時間外、休日又は深夜の診療を行い、その都度緊急の画像診断を行った場合（複数の区分にまたがる場合を含む。）においても1回を限度としてのみ算定する。
 - (4) 入院中の患者に当該加算は算定できない。ただし、時間外、休日又は深夜に外来を受診した患者に対し、画像診断の結果入院の必要性を認めて、引き続き入院となった場合はこの限りではない。
 - (5) 時間外緊急院内画像診断加算は他の保険医療機関で撮影されたフィルム等を診断した場合は算定できない。
 - (6) 緊急に画像診断を要する場合とは、直ちに何らかの処置・手術等が必要な患者であつて、通常の診察のみでは的確な診断が下せず、なおかつ通常の画像診断が整う時間まで画像診断の実施を見合わせるできないような重篤な場合をいう。
- 8 「通則5」に規定する電子画像管理加算
 - (1) 「通則5」に規定する画像を電子化して管理及び保存した場合は、デジタル撮影した

画像を電子媒体に保存して管理した場合をいい、フィルムへのプリントアウトを行った場合にも当該加算を算定する~~ことができる~~が、本加算を算定した場合は当該フィルムの~~費用~~は算定できない。なお、フィルムを用いた通常のエックス線撮影を行い、当該フィルムをエックス線フィルムスキャナー等で電子媒体に保存して管理した場合は、電子画像管理加算は算定できない。

(2) ~~＝~~電子画像管理加算は、同一の部位につき、同時に2種類以上の撮影方法を使用した場合は一連の撮影とみなし、主たる撮影の所定点数のみ算定する。

(3) 電子画像管理加算は、他の保険医療機関で撮影したフィルム等についての診断のみを行った場合は算定~~できない~~。~~ない~~。

9 歯科画像診断管理加算1は、病院である保険医療機関に勤務し専ら画像診断を担当する歯科医師が、歯科パノラマ断層撮影等の読影~~及び診断を行い、その~~結果を文書により当該病院の主治の歯科医師に~~提供報告~~した場合に月の最初の診断~~日~~に算定する。この場合~~において、提供報告~~された文書又はその写しを診療録に添付する。歯科画像診断管理加算2は、歯科用3次元エックス線断層撮影について、病院である保険医療機関に勤務し専ら画像診断を担当する歯科医師が~~読影及び診断を行い、その読影結果を文書により当該病院の主治の歯科医師に提供報告~~した場合に~~＝~~月の最初の診断~~日~~に算定する。~~なお、当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託した等の場合は、これらの加算は算定できない(「通則8」又は「通則9」により算定する場合は除く。)~~。この場合において、~~提供報告~~された文書又はその写しを診療録に添付する。

10 歯科画像診断管理加算を算定した月にあつては、医科点数表の第2章第4部通則に規定する画像診断管理加算は算定できない。

11 遠隔画像診断を行った場合は、送信側の保険医療機関において撮影料、診断料及び歯科画像診断管理加算1又は歯科画像診断管理加算2(当該加算の算定要件を満たす場合に限る。)を算定~~する~~。受信側の保険医療機関における診断等に係る費用~~については~~は受信側、送信側の保険医療機関間における相互の合議に委ねる~~ものとする~~。

~~12 遠隔画像診断を行った場合、歯科画像診断管理加算1は、受信側の病院である保険医療機関に勤務し専ら画像診断を担当する歯科医師が読影及び診断を行い、その結果を文書により送信側の保険医療機関において当該患者の診療を担当する歯科医師に提供した場合に、月の最初の診断日に算定する。遠隔画像診断を行った場合、歯科画像診断管理加算2は、送信側の保険医療機関において実施される歯科用3次元エックス線断層撮影について、受診側の病院である保険医療機関に勤務し専ら画像診断を担当する歯科医師が読影及び診断を行い、その結果を文書により送信側の保険医療機関において当該患者の診療を担当する歯科医師に提供した場合に、月の最初の診断日に算定する。なお、受診側又は送信側の保険医療機関が受診側及び送信側の保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託した場合は、当該加算は算定できない。また、これらの加算を算定する場合は、提供された文書又はその写しを診療録に添付する。~~

~~13~~ 画像診断のために使用した造影剤は、区分番号E301に掲げる造影剤料により算定する。

~~14~~ エックス線写真撮影の際に失敗等により、再撮影をした場合は~~再撮影に要した費用は~~再撮影に要した費用は算定できない。再撮影に要した費用は、その理由が患者の故意又は重大な過失による場合を除き、当該保険医療機関の負担とする。

第1節 診断料

E 0 0 0 写真診断

- (1) 歯科エックス線撮影とは、歯科用エックス線フィルムを用いて撮影した場合及び専用の装置を用いてデジタル映像化処理を行った場合をいう。
- (2) 歯科用エックス線フィルムとは、標準型、小児型、咬合型及び咬翼型等であって、歯、歯槽骨等の撮影に用いるフィルムをいう。
- (3) 単純撮影の「その他の場合」とはカビネ、オルソパントモ型等のフィルムを顎関節全体、顎全体等に用いて撮影した場合をいう。
- (4) パナグラフィー、スタタスエックス2による場合は、診断料は「1のロ その他の場合」により、撮影料は区分番号E 1 0 0に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織の「1のロ その他の場合」により算定する。
- (5) 単純撮影の「1のロ その他の場合」により上下顎の全顎撮影を行った場合は、2枚目までは所定点数により算定し、3枚目及び4枚目は「通則2」及び「通則3」により算定する。
- (6) 顎関節に対して選択的なパノラマ断層撮影ができる特殊装置により、顎関節疾患（発育異常、外傷、炎症、腫瘍、顎関節強直症、代謝異常、顎関節症）について、パノラマエックス線フィルム（オルソパントモ型フィルム）を使用して、咬頭嵌合位、最大開口位、安静位等の異なった下顎位で分割撮影を行った場合は、分割数にかかわらず、一連につき、診断料は「2のイ 歯科パノラマ断層撮影」により、撮影料は区分番号E 1 0 0に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織の「2のイ 歯科パノラマ断層撮影」により算定する。
- (7) 顎関節の機能診断（下顎頭の運動量とその経過を計量的に比較観察する方法）を目的とする一連の規格エックス線撮影の診断料は、「2のロ 歯科パノラマ断層撮影以外の場合」により、撮影料は区分番号E 1 0 0に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織の「2のロ 歯科パノラマ断層撮影以外の場合」により算定する。
- (8) (7)の「規格エックス線撮影」は、特殊な顎関節規格撮影装置を用いて、主として各顎位（中心咬合位、安静咬合位、開口経過中の異音発生位、開口経過中の発痛位、最大開口位、後退位等）における顎関節を撮影し、異位相における関節窩と下顎頭との対応状況の変化をトレーシングペーパー上に描記したものを座標上に重ねて、下顎頭の運動量とその経過を計量的に比較し経過の観察を行うものをいう。症状の変化を描記したトレーシングペーパーは診療録に添付する。
- (9) 顎関節疾患について、パノラマエックス線フィルムを使用し、パノラマ断層による分割撮影を行った場合は、顎関節を構成する骨の形態及び解剖学的な相対位置、下顎窩に対する下顎頭の位置、下顎頭の移動量等の所見を診療録に記載する。
- (10) 他の保険医療機関において撮影したフィルムについての診断料は、撮影方法別及び撮影部位別に1回~~を限度として~~を限度として算定する。したがって、同一方法により同一部位に対して撮影したエックス線フィルムの診断~~料は~~は、撮影した枚数にかかわらず1回~~を限度として~~を限度として算定する。
- (11) 区分番号E 0 0 0に掲げる写真診断の「1 単純撮影」及び「4 造影剤使用撮影」について、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の費用については、各区分の所定点数の100分の50により算定する。
- (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以下のいずれかを3次的に確認する場合に算定する。
- イ 埋伏智歯等、下顎管との位置関係
 - ロ 顎関節症等、顎関節の形態
 - ハ 顎裂等、顎骨の欠損形態
 - ニ 腫瘍等、病巣の広がり
 - ホ その他、歯科用エックス線撮影又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等を確認する特段の必要性が認められる場合
- (13) 歯科用3次元エックス線断層撮影に係る診断料は、実施した撮影の回数にかかわらず、月1回の算定とし、初回の撮影を実施する日に算定する。
- (14) 同月内において、入院及び外来の両方で、歯科用3次元エックス線断層撮影を実施した場合においては、入院又は外来の別にかかわらず、月1回を限度として~~に限り~~算定する。
- (15) 当該医療機関以外の医療機関で撮影したフィルムについて診断を行った場合は、初診料を算定した日に限り、歯科用3次元エックス線断層撮影に係る診断料を算定する~~を~~きる。
- (16) 写真診断を行った場合は、診断に係る所見を診療録に記載すること。
- (17) その他については、医科点数表の第2章第4部第1節に掲げるエックス線診断料の例により算定する。

第2節 撮影料

E100 歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織

- (1) 第1節診断料の区分番号E000に掲げる写真診断の(1)から(8)までは、本区分についても同様であること。
- (2) 歯科用3次元エックス線断層撮影は、疾患の種類等にかかわらず、所定点数のみにより算定する。
- (3) 「注4」に規定する「3 歯科用3次元エックス線断層撮影」における「造影剤を使用した場合」とは、腔内注射等により造影剤使用撮影を行った場合をいう。
- (4) 造影剤を使用しない歯科用3次元エックス線断層撮影を行い、引き続き造影剤を使用して撮影を行った場合は、所定点数及び造影剤の使用による加算点数のみにより算定する。
- (5) 造影剤使用撮影とは、顎関節腔、上顎洞又は唾液腺に造影剤を注入して行った場合をいう。

E101 造影剤注入手技

造影剤注入手技は、顎関節腔、上顎洞又は唾液腺に造影剤の注入を行った場合に算定する。

第3節 基本的エックス線診断料

E 2 0 0 基本的エックス線診断料

医科点数表の区分番号E 0 0 4に掲げる基本的エックス線診断料の例により算定する。

第4節 フィルム及び造影剤料

E 3 0 0 フィルム

6歳未満の乳幼児に対して撮影を行う場合は、損耗量を考慮して材料価格に1.1を乗じて算定する。

=

<画像診断の端数処理方法>

- (1) 小数点以下の端数がある場合は、第1節診断料と第2節撮影料及び第4節フィルム料のそれぞれについて端数処理を行い、合算した点数が請求点数となる。

(例) 同一部位に対し、同時にカビネ型2枚を使用して単純撮影(アナログ撮影)を行った場合

$$\text{診断料} \quad 85\text{点} + 85/2\text{点} = 127.5\text{点} \rightarrow 128\text{点}$$

$$\text{撮影料} \quad 65\text{点} + 65/2\text{点} = 97.5\text{点} \rightarrow 98\text{点}$$

$$\text{カビネ2枚分のフィルム代} \quad 42\text{円} \times 2/10 = 8.4\text{点} \rightarrow 8\text{点}$$

$$\text{請求点数} \quad 128\text{点} + 98\text{点} + 8\text{点} = 234\text{点}$$

- (2) 全顎撮影以外の歯科エックス線撮影(アナログ撮影)に限り、歯科用エックス線フィルム1枚を単位として第1節診断料、第2節撮影料及び第4節フィルム料を合算し、端数処理を行う。

(例) 1枚の場合

$$20\text{点(診断料)} + 25\text{点(撮影料)} + (28\text{円}/10)\text{点(フィルム料)} = 47.8\text{点} \rightarrow 48\text{点}$$

(例) 5枚の場合

$$48\text{点(1枚当たりの請求点数)} \times 5\text{枚} = 240\text{点}$$

第5部 投 薬

医科点数表の第2章第5部に掲げる投薬（区分番号F400に掲げる処方せん料を除く。）の例により算定する。

第5節 処方せん料

F400 処方せん料

- (1) 同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を院外処方せんにより投薬することは、原則として認められない。
万一緊急やむを得ない事態が生じこのような方法による投薬を行った場合は、当該診療報酬明細書の「摘要欄」に、その日付及び理由を記載する。なお、注射器、注射針又はその両者のみを処方せんにより投与することは認められない。
- (2) (1)にいう「緊急やむを得ない事態」とは、常時院外処方せんによる投薬を行っている患者に対して、患者の症状等から緊急に投薬の必要性を認めて臨時的に院内投薬を行った場合又は常時院内投薬を行っている患者に対して当該保険医療機関で常用していない薬剤を緊急かつ臨時的に院外処方せんにより投薬した場合をいう。
- (3) 同一患者に対し処方せんを交付した同日に抜歯直後等の必要から屯服薬を投与する場合、当該処方料は処方せん料に含まれる。
- (4) その他~~にすは~~は、医科点数表の区分番号F400に掲げる処方せん料（~~(7-6)~~、~~(8-7)~~を除く。）の例により算定する。 —
- (5) 「注7」については、うがい薬のみの投薬が治療を目的としないものである場合には算定しないことを明らかにしたものであり、治療を目的とする場合にあっては、この限りでない。なお、うがい薬とは、薬効分類上の含嗽剤をいう。

第6部 注 射

通則

- 1 第1節に掲げられていない注射であって簡単な注射は、基本診療料に包括されているため、第2節の薬剤料のみにより算定する。
- 2 第6部に掲げる注射以外の注射の費用については、医科点数表の第2章第6部に掲げる通則の例により算定する。

第1節 注射料

医科点数表の第2章第6部第1節に掲げる注射料（医科点数表の区分番号G003-3に掲げる肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、医科点数表の区分番号G005-4に掲げるカフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入、医科点数表の区分番号G007に掲げる腱鞘内注射、医科点数表の区分番号G008に掲げる骨髄内注射、医科点数表の区分番号G009に掲げる脳脊髄腔注射、医科点数表の区分番号G011に掲げる気管内注入、医科点数表の区分番号G012に掲げる結膜下注射、医科点数表の区分番号G012-2に掲げる自家血清の眼球注射、医科点数表の区分番号G013に掲げる角膜内注射、医科点数表の区分番号G014に掲げる球後注射、医科点数表の区分番号G015に掲げるテノン氏嚢内注射及び医科点数表の区分番号G016に掲げる硝子体内注射を除く。）の例により算定する。