

2023年版

デンタルスタッフのための

# 歯科保険診療 ハンドブック

大阪府歯科保険医協会 歯科臨床学術部編

2024年 追補版



## 傷病名その他の主な略称

傷病名	カルテ	レセプト	傷病名	カルテ	レセプト
エナメル質初期う蝕	Ce	Ce	う蝕症第3度急性単純性根尖性歯周炎	C <sub>3</sub> 急単Per	} Per
う蝕症第1度	C <sub>1</sub>	} C	う蝕症第3度急性化膿性根尖性歯周炎	C <sub>3</sub> 急化Per	
う蝕症第2度	C <sub>2</sub>		う蝕症第3度慢性化膿性根尖性歯周炎	C <sub>3</sub> 慢性Per	
う蝕症第2度単純性歯髄炎	C <sub>2</sub> 単Pul		2次う蝕によるう蝕症第1度	C <sub>1</sub> ''	} C''
う蝕症第3度	C <sub>3</sub>	2次う蝕によるう蝕症第2度	C <sub>2</sub> ''		
う蝕症第3度急性化膿性歯髄炎	C <sub>3</sub> 急化Pul	2次う蝕によるう蝕症第3度	C <sub>3</sub> ''		
う蝕症第3度慢性潰瘍性歯髄炎	C <sub>3</sub> 潰Pul	} Pul	残根	C <sub>4</sub>	C <sub>4</sub>
う蝕症第3度慢性増殖性歯髄炎	C <sub>3</sub> 増Pul		慢性歯周炎 (軽度)	P <sub>1</sub>	} P
う蝕症第3度慢性壊疽性歯髄炎	C <sub>3</sub> 壊Pul		慢性歯周炎 (中等度)	P <sub>2</sub>	
う蝕症第3度歯髄壊死	C <sub>3</sub> Puエシ	慢性歯周炎 (重度)	P <sub>3</sub>		
う蝕症第3度歯髄壊疽	C <sub>3</sub> Puエソ	Puエソ	単純性歯肉炎	単G	G

傷病名	カルテ・レセプト	傷病名・項目	カルテ・レセプト	項目	カルテ・レセプト
初期の根面う蝕	根C	完全埋伏歯	CRT	情報通信機器を用いた初診	情初診
複雑性歯肉炎	複G	水平智歯	HET	歯科再診料	再診または歯再診
増殖性歯肉炎	増G	水平埋伏智歯	HIT	歯科再診料注1	再診(注1)または歯再診(注1)
潰瘍性歯肉炎	潰G	捻転歯	ROT	地域歯科診療支援病院 歯科再診料	病再診
壊疽性歯肉炎	壊G	過剰歯	SNT	明細書発行体制等加算	明細
肥大性歯肉炎	肥G	エナメル質形成不全	EHp	医療情報取得加算	医情(再)
智歯周囲炎	Perico	歯(の破)折	FrT	情報通信機器を用いた再診	情再診
急性歯周炎・慢性辺縁性 歯周炎の急性発作	P急発	永久歯萌出不全	IPT	歯科診療特別対応加算1	特1
急性単純性歯髄炎	単Pul	舌炎	Gls	歯科診療特別対応加算2	特2
カリエスのない歯髄炎	Pul	欠損歯(欠如歯)	MT	歯科診療特別対応加算3	特3
口腔褥瘡性潰瘍	Dul	咬合異常	Mal	歯科外来診療医療安全対策加算1	外安全1
口内炎	Stom	歯質くさび状欠損	WSD	歯科外来診療医療安全対策加算2	外安全2
口腔粘膜炎	OMuco	破損(破折)	ハセツ	歯科外来診療感染対策加算1	外感染1
歯槽骨鋭縁	SchA	脱離	ダツリ	歯科外来診療感染対策加算2	外感染2
象牙質知覚過敏症	Hys	不適合	フテキ	歯科外来診療感染対策加算3	外感染3
咬耗症	Att		(注) ハセツ, ダツリまたはフテキを接尾語とする場合は, 硬質ジャケット冠脱落を「HJCダツリ」のように連結して使用して差し支えない。	歯科外来診療感染対策加算4	外感染4
磨耗症	Abr			地域歯科診療支援病院入院加算	地歯入院
酸蝕症	Ero			歯科疾患管理料	歯管
歯肉膿瘍	GA			文書提供加算	文
歯槽膿瘍	AA	睡眠時無呼吸症候群	SAS	長期管理加算	長期
歯根嚢胞	WZ	歯科初診料	初診または歯初診	総合医療管理加算	総医
歯石沈着症	ZS	歯科初診料注1	初診(注1)または歯初診(注1)	フッ化物洗口指導加算	F洗
歯ざしり	Brx	地域歯科診療支援病院 歯科初診料	病初診	小児口腔機能管理料	小機能
乳歯晩期残存	RDT	乳幼児加算	乳	小児口腔機能管理料(情報通信機器を用いた場合)	情小機能
歯の脱臼	Lux	歯科診療特別対応連携加算	特連	小児口腔機能管理料の注3に規定する口腔管理体制強化加算	口管強
口角びらん	Ang	歯科診療特別対応地域支援加算	特地	口腔機能管理料	口機能
口腔の色素沈着症	Pig	医療情報取得加算	医情(初)	口腔機能管理料(情報通信機器を用いた場合)	情口機能
骨瘤	Tor	医療DX推進体制整備加算1	医DX1	歯科疾患在宅療養管理料	歯在管
埋伏歯	RT	医療DX推進体制整備加算2	医DX2	文書提供加算	文
半埋伏歯	HRT	医療DX推進体制整備加算3	医DX3		

項目	カルテ・レセプト	項目	カルテ・レセプト	項目	カルテ・レセプト
在宅総合医療管理加算	歯総管	歯科訪問診療補助加算 (イの(1) 同一建物居住者以外)	訪補助イ (1)	混合歯列期歯周病検査	P混検
在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料1	NST 1	歯科訪問診療補助加算 (イの(2) 同一建物居住者)	訪補助イ (2)	歯周病部分的再評価検査	P部検
在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料2	NST 2	歯科訪問診療補助加算 (ロの(1) 同一建物居住者以外)	訪補助ロ (1)	口腔細菌定量検査1	口菌検1
在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料3	NST 3	歯科訪問診療補助加算 (ロの(2) 同一建物居住者)	訪補助ロ (2)	口腔細菌定量検査2	口菌検2
在宅療養支援歯科診療所1	歯援診1	歯科訪問診療移行加算	訪移行	エックス線撮影X-Ray	X線
在宅療養支援歯科診療所2	歯援診2	在宅歯科医療推進加算	在推進	歯科用X線フィルム(標準型)	X-Ray (D)
在宅療養支援歯科病院	歯援病	通信画像情報活用加算	ICT加算	咬翼型	X-Ray (BW)
歯科衛生実地指導料1	実地指1	在宅医療DX情報活用加算	在DX	咬合型	X-Ray (O)
歯科衛生実地指導料2	実地指2	歯科訪問診療料注19(イ初診時)	特歯訪診 (初)	小児型	X-Ray (P)
根面う蝕管理料	根C管	歯科訪問診療料注19(ロ再診時)	特歯訪診 (再)	全顎※枚法	X-Ray (全※)
エナメル質初期う蝕管理料	Ce管	訪問歯科衛生指導料 (1 単一建物1人の場合)	訪衛指1	片顎※枚法	X-Ray (片※)
口腔機能指導加算	口指導	訪問歯科衛生指導料 (2 単一建物2~9人の場合)	訪衛指2	歯科画像診断管理加算1	画診加1
歯科特定疾患療養管理料	特疾管	訪問歯科衛生指導料 (3 1および2以外の場合)	訪衛指3	歯科画像診断管理加算2	画診加2
歯科特定疾患療養管理料(情報通信機器を用いた場合)	情特疾管	複数名訪問歯科衛生指導加算	複訪	遠隔画像診断	遠画診
歯科治療時医療管理料	医管	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	歯科用3次元断面撮影表面 (在) 麻酔	歯CT
歯科遠隔連携診療料	歯遠隔	在宅歯科医療連携加算1	在歯連1	吸入鎮静法	OA
在宅患者歯科治療時医療管理料	在歯管	在宅歯科医療連携加算2	在歯連2	静脈内鎮静法	IS
周術期等口腔機能管理計画策定料	周計	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	歯科麻酔管理料	歯麻管
周術期等口腔機能管理料(I)	周I	小児在宅歯科医療連携加算1	小在歯連1	歯科口腔リハビリテーション料1 (有床義歯)	歯リハ1 (1)
周術期等口腔機能管理料(II)	周II	小児在宅歯科医療連携加算2	小在歯連2	歯科口腔リハビリテーション料1 (舌接触補助床)	歯リハ1 (2)
周術期等口腔機能管理料(III)	周III	在宅歯科医療情報連携加算	歯情連	歯科口腔リハビリテーション料1 (その他)	歯リハ1 (3)
周術期等口腔機能管理料(IV)	周IV	在宅等療養患者専門的口腔衛生処置	在口衛	歯科口腔リハビリテーション料2	歯リハ2
回復期等口腔機能管理計画策定料	回計	接触面の歯間離開度検査	CT	歯科口腔リハビリテーション料3 (1)	歯リハ3 (1)
回復期等口腔機能管理料	回管	総義歯(局部義歯)の適合性検査	FD(PD)-Fit	歯科口腔リハビリテーション料3 (2)	歯リハ3 (2)
周術期等専門的口腔衛生処置1	術口衛1	歯髄電気検査	EPT	う蝕処置	う蝕
周術期等専門的口腔衛生処置2	術口衛2	電氣的根管長測定検査	EMR	咬合調整	咬調
回復期等専門的口腔衛生処置	回口衛	ポケット測定検査	EPP	歯髄保護処置	PCap
新製有床義歯管理料	義管	顎運動関連検査	顎運動	歯髄温存療法	AIPC
広範囲顎骨支持型補綴物管理料1	特イ管1	チェックバイト	ChB	直接歯髄保護処置	直保護、直覆または直PCap
広範囲顎骨支持型補綴物管理料2	特イ管2	ゴシックアーチ	GoA	間接歯髄保護処置	間保護、間覆または間PCap
広範囲顎骨支持型装置埋入手術	特イ術	パントグラフ描記法	Ptg	象牙質レジコンコーティング	Rコート
広範囲顎骨支持型装置揺爬術	特イ揺	歯冠補綴時色調採得検査	色調	知覚過敏処置	Hys処
広範囲顎骨支持型補綴診断料	特イ診	有床義歯咀嚼機能検査 (1のイ下顎運動測定、咀嚼能力測定併用)	咀嚼機能1イ	う蝕薬物塗布処置	サホ塗布
広範囲顎骨支持型補綴	特イ補	有床義歯咀嚼機能検査 (1のロ咀嚼能力測定のみの場合)	咀嚼機能1ロ	初期う蝕早期充填処置	シーラントまたは填塞
広範囲顎骨支持型補綴物修理	特イ修	有床義歯咀嚼機能検査 (2のイ下顎運動測定、咬合圧測定併用)	咀嚼機能2イ	フッ化物歯面塗布処置	F局
薬剤情報提供料	薬情	有床義歯咀嚼機能検査 (2のロ咬合圧測定のみの場合)	咀嚼機能2ロ	生活歯髄切断	生切
診療情報提供料(I)	情I	咀嚼能力検査1	咀嚼1	失活歯髄切断	失切
診療情報提供料(II)	情II	咀嚼能力検査2	咀嚼2	麻酔抜髄	麻抜
連携強化診療情報提供料	連情	咬合圧検査1	咬合圧1	感染根管処置	感根処
電子的診療情報評価料	電診情評	咬合圧検査2	咬合圧2	根管貼薬処置	根貼またはRCT
診療情報等連携共有料1	情共1	舌圧検査	舌圧	根管拡大	拡大
診療情報等連携共有料2	情共2	小児口唇閉鎖力検査	小口唇	根管形成	RCP
歯科訪問診療1	歯訪1	睡眠時歯科筋電図検査	歯筋電図	根管充填	根充またはRCF
歯科訪問診療2	歯訪2	精密触覚機能検査	精密触覚	加圧根管充填処置	CRF
歯科訪問診療3	歯訪3	細菌簡易培養検査	S培	手術用顕微鏡加算	手顕微加
歯科訪問診療4	歯訪4	歯周病患者画像活用指導料	P画像	Ni-Tiロータリーファイル加算	NRF
歯科訪問診療5	歯訪5	歯周基本検査	P基検	抜髄と同時に根管充填	抜髄即充
歯科訪問診療料注15(初診時)	歯訪診(初)	歯周精密検査	P精検	感染根管処置と同時に根管充填	感根即充
歯科訪問診療料注15(再診時)	歯訪診(再)				

項目	カルテ・レセプト	項目	カルテ・レセプト	項目	カルテ・レセプト
ガッタパーチャポイント	G. ポイント	う蝕歯インレー修復形成	修形	総義歯	FD
歯石除去	除石	支台築造 間接法 (ファイバーポスト)	ファイバー(間)	局部義歯	PD
プラークコントロール	プラーク・C またはプラコン	支台築造 直接法 (ファイバーポスト)	ファイバー(直)	上顎	UP
機械的歯面清掃処置	歯清	グラスアイオノマーセ メント充填	グセ充	下顎	LW
歯周病処置	P 処	光重合型複合レジン充填	光CR充		(注)UPまたはLW を接頭語とする場 合は、上顎総義歯 を「UP-FD」のよう に「-」でつないで 使用してもよい。
(糖尿病患者に使用する場合)	P 処(糖)	歯冠形成	PZ	鉤	CI
スケーリング	SC	生活歯歯冠形成	生PZ	コンビネーション鉤	コンビCI
スケーリング・ルート プレーニング	SRP	失活歯歯冠形成	失PZ	磁石構造体	マグ
歯周ポケット搔爬術	搔爬術または ソウハ術	根面形成	PW	キーパー付き根面板	RCK
歯周病重症化予防治療	P 重防	テンポラリークラウン	TeC	間接支台装置	間支
歯周病安定期治療	SPT	金属歯冠修復	MC	有床義歯床下粘膜調整処 置またはティッシュコン ディショニング	T. コンデ または T. cond
歯周病ハイリスク患者加算	P リスク		(注) 金属歯冠修 復および充填に あたって、修復形 態の標示は「OM・ OB・MOD等」と歯 面部位で記載し て差し支えない。	有床義歯内面適合法 (硬質材料の場合)	床適合(硬)
口腔バイオフィーム除去処置	バイオ除	印象採得	imp	有床義歯内面適合法 (軟質材料の場合)	床適合(軟)
歯肉切除手術	GEct	歯科技工士連携加算 1	歯技連 1	有床義歯修理	床修理
歯肉剥離搔爬手術	FOP	歯科技工士連携加算 2	歯技連 2	歯科技工加算 1	歯技工 1
歯周組織再生誘導手術	GTR	単純印象	単impまたは S-imp	歯科技工加算 2	歯技工 2
歯肉弁根尖側移動術	APF	連合印象	連impまたは C-imp	未装着	Ⓞ
歯肉弁歯冠側移動術	CPF	咬合圧印象	咬impまたは B-imp	歯科外来・在宅ベース アップ評価料 (I) 1	歯外ベア I 初
歯肉弁側方移動術	LPF	機能印象	機impまたは F-imp	歯科外来・在宅ベース アップ評価料 (I) 2	歯外ベア I 再
遊離歯肉移植術	FGG	光学印象	光imp	歯科外来・在宅ベース アップ評価料 (I) 3 イ	歯外ベア I 訪イ
結合組織移植術	CTG	光学印象歯科技工士連携加算	光技連	歯科外来・在宅ベース アップ評価料 (I) 3 ロ	歯外ベア I 訪ロ
手術時歯根面レーザー 応用加算	手術歯根	咬合採得	BT	接着性レジンセメント 標準型	接レセ標
口腔粘膜処置	口処	仮床試適	TF	接着性レジンセメント 自動練和型	接レセ自
非経口摂取患者口腔粘膜 処置	非経口処	仮床試適「4 その他の場合」	TF(フ)	接着性グラスアイオノマー系 レジンセメント 標準型	接グセ標
レーザー機器加算 1	レ機加 1	装着	set	接着性グラスアイオノマー系 レジンセメント 自動練和型	接グセ自
レーザー機器加算 2	レ機加 2	四分の三冠	¾Cro	カルボキシレートセメント	カセ
レーザー機器加算 3	レ機加 3	五分の四冠	⅘Cro	グラスアイオノマーセメント	グセ
拔牙手術	拔牙またはT.EXT	全部金属冠	FMC	仮着用セメント	仮セ
歯根端切除手術	根切	チタン冠	TiC	ユージノールセメント	EZ
(歯CTおよび手術用 顕微鏡を用いた場合)	根切顕微	根面被覆 (1 根面板に よるもの)	RC	エナメルエッチング法	EE
歯槽骨整形手術	AEct	根面被覆 (2 レジン充 填によるもの)	RCレ	エナメルボンディング法	EB
歯肉移植術	Gpl	レジン前装金属冠	前装MCまたは ゼンソウMC	テラ・コートリル軟膏	TKパスタ
暫間固定	TFix	レジン前装チタン冠	前装TiCまたは ゼンソウTiC	ヒノポロン口腔用軟膏	HPパスタ
口腔内装置	OAp	レジンインレー	Pro修理	プレステロン「歯科用軟膏」	PS/パスタ
睡眠時無呼吸症候群に 対する口腔内装置	SAS-OAp	硬質レジンジャケット冠	RIn	歯科用貼布剤	Af
舌接触補助床	PAP	CAD/CAM冠 (1 2以外 の場合)	HJC	クレオドンパスタ	Guパスタ
口腔内装置調整 (イ 口腔内装置調整 1)	OAp調 1	CAD/CAM冠 (2 エンド クラウンの場合)	歯CAD	歯科用モルホニン	MH
口腔内装置調整 (ロ 口腔内装置調整 2)	OAp調 2	CAD/CAMインレー	歯CAD (EC)	テトラサイクリンプレ ステロン軟膏	TCPSパスタ
口腔内装置調整 (ハ 口腔内装置調整 3)	OAp調 3	高強度硬質レジンブリッジ	CADIn	カートリッジ	Ct
口腔内装置修理	OAp修	小児保険装置	HRBr	歯科用(口腔用)アフタゾロン	AFS
根管内異物除去	RBI	ブリッジ	保険	チャンネルス	CaN
歯肉包帯	GBd	ポンティック	Br	カルビタール	CV
歯肉圧排	圧排	クラウン・ブリッジ 維持管理料	Pon	ネオクリーナー「セキネ」	NC
歯肉整形術	GP	補綴時診断料	補管または維持管 補診	ペリオドン	PO
窩洞形成	KP			食片圧入	Food. I
CAD/CAMインレ ーのための窩洞形成に 係る加算	CADIn形				
う蝕歯即時充填形成	充形				
う蝕歯無痛的窩洞形成加算	う蝕無痛				

# 02章

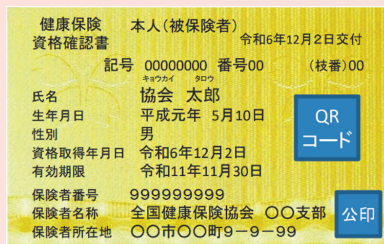
# 医療保障と 医療保険制度

2 被用者保険 (P 11 図 2-8 の後ろに挿入)

3 国民健康保険 (P 15 図 2-16 の後ろに挿入)

## 資格確認書

2024年12月2日以降、健康保険被保険者証に代えて交付されている。



## 資格情報のお知らせ

マイナ保険証を持つ人に交付される。マイナ保険証の現物と併せて提示することで医療機関を受診できる。

別添 21 参考例

資格情報のお知らせ (交付者名) (保険者番号)

あなたの加入する健康保険の資格情報を下記のとおりお知らせします。  
なお、このお知らせのみでは受診できません。

記号	000	番号	00000000 (枝番) 00
氏名	佐藤 太郎		
フリガナ	サトウ 知ウ		
負担割合 (70歳以上のみ記載)	〇割		
適用開始年月日	平成〇年〇月〇日		
交付年月日	令和〇年〇月〇日		

※ 70歳以上の場合、負担割合のほか、有効期限、発効期日を記載。(下部の切り取り箇所も同様)  
スマートフォンをお持ちの方は、以下の QR コードからマイナポータルにログインすることで、ご自身の健康保険の資格情報を確認することができます。ぜひご利用ください。

— マイナポータルへのアクセス・ダウンロードはこちら —

マイナ保険証の読み取りができない例外的な場合については、スマートフォンの資格情報画面をマイナ保険証とともに医療機関等の受付で提示することで受診いただけます (スマートフォンをお持ちでない方は、この文書をマイナ保険証とともに医療機関等の受付で提示することで受診いただけます)。

下部を切り取ってご利用いただくこともできます (このお知らせのみでは受診できません)

資格情報のお知らせ  
令和〇年〇月〇日発行 (交付者名) (保険者番号)  
記号 000 番号 00000000 (枝番) 00  
氏名 佐藤 太郎  
負担割合 〇割 (70歳以上のみ記載)  
受診の際にはマイナ保険証があわせて必要です

# 03 章 保険診療のしくみ

## 受給資格の確認 (P 27 加筆)

その患者が所持する被保険者証・マイナンバーカードの健康保険証利用 (マイナ保険証)・受給資格者票・組合員証などの提出を求め、保険診療を受ける資格があるかを確認しなければならない。

## 受付での資格確認の方法 (P 27 歯科診療録への転記の前に挿入)

### 受付での資格確認の方法

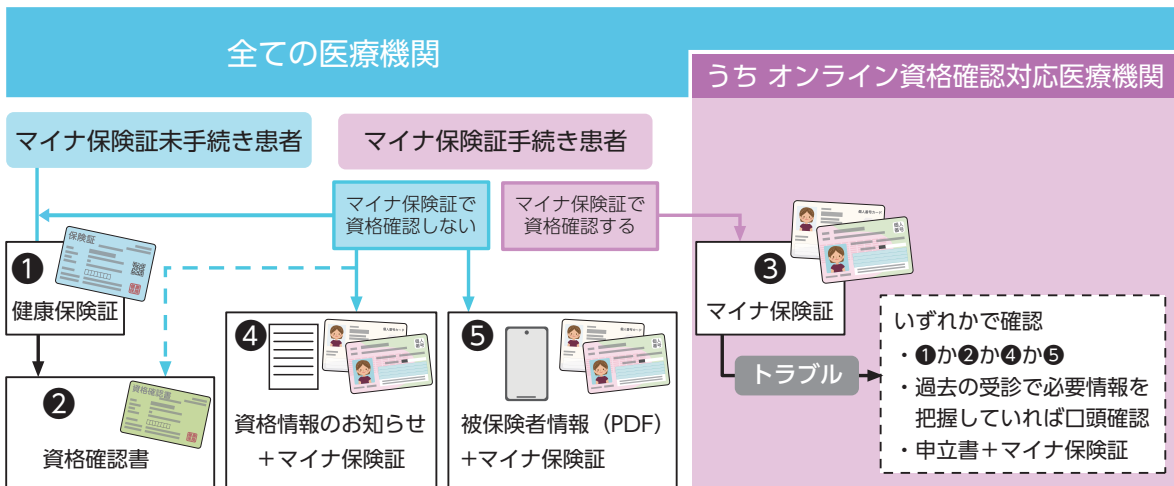


図 3-3 領収証 (記載例) 差し替え (P 29)

領 収 証									
患者番号		氏 名			請求期間 (入院の場合)				
		〇〇 〇〇 様			令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
受診科	入・外	領収書No.	発行日	費用区分	負担割合	本・家	区分		
歯	外	〇〇	年 月 日		3割	本			
保 険	初・再診料	入院料等	医学管理等	在宅医療	検 査	画像診断	投 薬		
	267 点	点	80 点	点	点	点	点		
	注 射	リハビリテーション	処 置	手 術	麻 酔	放射線治療	歯冠修復及び欠損補綴		
	点	点	点	点	点	点	点	57 点	
	歯科矯正	病理診断	その他	食事療養	生活療養				
	点	点	円	円	円				
保 険 外 負 担	評価療養・選定療養	その他							
	(内訳)	(内訳)							
		合 計	保 険	保 険 (食 事・生 活)	保 険 外 負 担				
		4,040 円	円	円	円				
		負担額	1,210 円	円	円				
		領収額合計			1,210 円				

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

〇〇県〇〇市〇〇 〇-〇-〇  
 〇〇 歯科クリニック 〇〇 〇〇

領収印

図3-4 診療明細書（記載例）差し替え（P29）

診療明細書（記載例）					
歯科		保険			
患者番号		氏名	〇〇 〇〇 様	受診日	2025年6月30日
部	項目名	点数	回数		
基本診療料	初診料	267			
医学管理	歯科衛生実地指導料 1	80	1		
欠損補綴	装着料	45	1		
	装着材料料	12	1		

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

# 06章

## 診査, 管理, 投薬 麻酔・

図6-11 患者への情報提供文書（初回用見本）差し替え（P56）

【お口の健康管理のために】（初回）

様 年 月 日

【全身の状況】  
 高血圧症  心血管疾患  呼吸器疾患  糖尿病  骨粗鬆症  肝疾患（B型・C型・その他）  
 妊娠（ 月）  その他（ ）

【服薬状況】  なし  あり（薬剤名： ）

【生活習慣の状況】  
 ①1日の歯磨きの回数 回（朝 昼 晩 就寝前）  
 補助清掃器具の使用  なし  フロス（糸ようじ）  歯間ブラシ  
 ③喫煙習慣  なし  あり（ 本/日）  
 ④飲料物の習慣  炭酸飲料（ cc）  ジュース（ cc）  
 その他（ cc）  
 ⑤間食の習慣  規則的  不規則  しない  
 ⑥その他（ ）

【改善すること】  
 歯磨き習慣  
 補助清掃器具の使用  
 喫煙習慣  
 飲料物の習慣  
 間食の習慣

歯や歯肉などの状態  
 むし歯  なし  あり  
 歯周ポケット  4mm未満  4mm以上  
 歯肉の腫れ  なし  あり  
 歯周病検査時の出血  なし  あり  
 歯石・プラーク  なし  少ない  多い  
 歯の動揺  なし  あり

口腔内の状態  
 口腔機能の改善すべき点  なし  
 口腔衛生状態  口腔乾燥  咬合力  
 舌口唇運動機能  舌圧  咀嚼機能  嚥下機能  
 小児口腔機能の改善すべき点  なし  
 咀嚼機能  嚥下機能  食行動  構音機能  
 栄養  口唇閉鎖力  舌圧

その他の・特記事項

今後の治療予定  
 むし歯  被せもの  プリッジ  
 歯周病の治療  義歯  
 その他（ ）

保険医療機関名  
 担当歯科医師名

図6-12 患者への情報提供文書（継続用見本）差し替え（P56）

【現在のお口の状態】（継続中）

様 年 月 日

歯や歯肉などの状態  
 むし歯  なし  あり  
 歯周ポケット  4mm未満  4mm以上  
 歯肉の腫れ  なし  あり  
 歯周病検査時の出血  なし  あり  
 歯石・プラーク  なし  少ない  多い  
 歯の動揺  なし  あり

口腔内の状態  
 口腔機能の改善すべき点  なし  
 口腔衛生状態  口腔乾燥  咬合力  
 舌口唇運動機能  舌圧  咀嚼機能  嚥下機能  
 小児口腔機能の改善すべき点  なし  
 咀嚼機能  嚥下機能  食行動  構音機能  
 栄養  口唇閉鎖力  舌圧

これまでの治療  
 むし歯  被せもの  プリッジ  歯周病の治療  
 義歯  その他（ ）

今後の治療予定  
 むし歯  被せもの  プリッジ  歯周病の治療  
 義歯

生活習慣などで改善すること  
 歯磨き習慣  補助清掃器具の使用  
 喫煙習慣  飲料物の習慣  
 間食の習慣

その他の・特記事項

保険医療機関名  
 担当歯科医師名

## エナメル質初期う蝕の管理 (P 57に挿入)

エナメル質初期う蝕を有する患者に、病変の治癒または重症化予防を目的とした管理計画を作成するとともに内容を説明し、う蝕の管理を行う。エナメル質初期う蝕 (☞ P 79)

## 根面う蝕の管理 (P 57に挿入)

初期の根面う蝕を有する65歳以上または訪問診療を行った患者に、う蝕の進行抑制を目的とした管理計画を作成するとともに内容を説明し、う蝕の管理を行う。根面う蝕 (☞ P 113)

### 初期の根面う蝕とは

露出した歯の根面に生じ表面が硬く、変色はあるが実質欠損が0.5mm未満の潤沢で光沢がある初期のう蝕のこと。

## 歯科衛生実地指導 (実地指) (P57右 加筆)

歯科疾患に罹患している患者に、歯科衛生士が主治の歯科医師の指示に基づき以下の項目を直接15分以上実地指導する。口腔機能の発達不全を有する患者や口腔機能の低下を来している患者に対して、前述の実地指導と併せて口腔機能について指導する。

## 回復期等口腔機能管理 (P 58末尾に挿入)

リハビリテーションなどを行う入院中の患者について、病院の依頼を受けて管理計画書を作成し、管理内容を文書で提供する。

## 回復期等専門的口腔衛生処置 (回口衛) (P 58末尾に挿入)

歯科衛生士が回復期の口腔機能を管理する歯科医師の指示を受けて、患者の口腔状態に合わせて口腔清掃用具などを用いて歯面、舌、口腔粘膜などの専門的な口腔清掃または機械歯面清掃を実施する。

実施した処置内容を記録する。

## 高齢者の口腔機能管理 (P 59 左 本文7行目)

特に、低舌圧、咀嚼機能低下または、咬合力低下または口腔衛生状態不良のいずれかを検査で確認した場合は、継続的な指導および管理が必要になる。

## 口腔細菌定量検査 2 (口菌検 2) (P 59 咬合圧検査の後ろに挿入)

歯の喪失や加齢等により口腔機能の低下を来している患者に対して口腔細菌定量分析装置を用い、舌の表面または下部から採取した唾液で細菌数を量る。



病名「口腔機能低下症」または「口腔機能低下症の疑い」



表6-3 口腔機能低下の評価項目 差し替え (P 59)

下位症状	検査項目	該当基準
①口腔衛生状態不良	口腔細菌定量検査 2	3.162×10 <sup>6</sup> CFU/mL以上 ※ 1
	舌苔の付着程度	50%以上
②口腔乾燥	口腔粘膜湿度	27未満
	唾液量	2g/2分以下
③咬合力低下	咬合圧検査 1	200N/350N/375N/500N ※ 2
	残存歯数 (残根, 動揺度3除く)	20本未満
④舌口唇運動機能低下	オーラルディアドコキネシス	Pa/Ta/Ka いずれか1つでも6回/秒未満
⑤低舌圧	舌圧検査	30kPa未満
⑥咀嚼機能低下	咀嚼能力検査 1	100mg/dL未満
	咀嚼能率スコア法	スコア 0, 1, 2
⑦嚥下機能低下	嚥下スクリーニング検査 (EAT-10)	3点以上
	自記式質問票 (聖隷式嚥下質問紙)	1項目以上Aに該当 ※ 3

※ 1 口腔内細菌カウンターでレベル4以上が該当。

※ 2 デンタルプレスケールⅡを用いた場合でフィルタありは350N未満, フィルタなしは500N未満, デンタルプレスケールを用いた場合には200N未満, Oramo-bfを用いた場合には375N未満が該当する。(2025年1月時点)

※ 3 Aとはチェックリストにある「食事中的むせ」など15項目中で「よくある」など著明な状態のこと。

表6-5 口腔機能発達不全のチェック項目 (離乳完了後) 差し替え (P 60)

A機能	B分類	C項目
食べる	咀嚼機能	歯の萌出に遅れがある
		機能的因子による歯列・咬合の異常がある
		咀嚼に影響するう蝕がある
		強く咬みしめられない
		咀嚼時間が長すぎる, 短すぎる
		偏咀嚼がある
	嚥下機能	舌の突出(乳児嚥下の残存)がみられる(離乳完了後)
食行動	哺乳量・食べる量, 回数が多すぎたり少なすぎたりムラがあるなど	
話す	構音機能	構音に障害がある(音の置換, 省略, 歪み等がある)
		口唇の閉鎖不全がある(安静時に口唇閉鎖を認めない)
		口腔習癖がある
		舌小帯に異常がある
その他	その他	栄養(体格) やせ, または肥満である(カウプ指数, ローレル指数で評価)
		口呼吸がある
		口蓋扁桃等に肥大がある
		睡眠時のいびきがある
		舌を口蓋に押しつける力が弱い(低舌圧である)
		上記以外の問題点 ( )

図6-25 処方箋用紙 差し替え (P64)

様式第二号 (第二十三条関係)

処 方 箋									
(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)									
公費負担者番号			保険者番号						
公費負担医療の受給者番号			被保険者証・被保険者手帳の記号・番号 (枝番)						
患 者	氏名		保険医療機関の所在地及び名称						
	生年月日	男・女	電話番号						
	区分	被保険者	被扶養者	保険医氏名					
		都道府県番号	点数表番号	医療機関コード					
交付年月日		令和 年 月 日		処方箋の使用期間		令和 年 月 日		特に記載のある命令を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。	
処 方	変更不可 (医療上必要)	患者希望	個々の処方箋について、医療上の必要性があるため、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。また、患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には、「患者希望」欄に「レ」又は「×」を記載すること。						
			リフィル可 <input type="checkbox"/> ( 回 )						
備 考	保険医署名		「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。						
	保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。) <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供								
調剤実施回数(調剤回数に応じて、 <input type="checkbox"/> に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。)									
<input type="checkbox"/> 1回目調剤日( 年 月 日)			<input type="checkbox"/> 2回目調剤日( 年 月 日)			<input type="checkbox"/> 3回目調剤日( 年 月 日)			
次回調剤予定日( 年 月 日)			次回調剤予定日( 年 月 日)						
調剤済年月日		令和 年 月 日		公費負担者番号					
保険薬局の所在地及び名称		Ⓧ		公費負担医療の受給者番号					
保険薬剤師氏名									

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。  
 2. この用紙は、A列5番を標準とする。  
 3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令(昭和51年厚生省令第36号)第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

# 07 歯周疾患

## 章

### 歯周病処置 (P 処) (P72 訂正)

#### ①急性症状の寛解を目的とする場合

P 急発部位の歯周ポケット内に対して、特定薬剤を注入使用してポケットの改善を図る。初回の歯周病検査前であっても実施できる。

#### ②歯周基本治療後の計画的注入使用の場合

歯周基本治療後 (SRP後) に行った歯周病検査の結果、歯周ポケット深さが4 mm以上ある部位の歯周ポケット

内に対して、計画的に特定薬剤を1カ月間注入使用しポケットの改善を図る。

**結合組織移植術**（P 75 P 重防の前に挿入）

歯肉の供給側から採取した結合組織片を、付着させる移植側の骨膜と上皮の間へ移植するものをいい、付着歯肉幅の拡大、露出歯根面の被覆または歯槽提形成する手術。

# 09 外科， 口腔内装置等

**表9-1** 分割抜歯後の歯冠修復 差し替え（P 92）

	保存歯根	FMC	歯CADⅢ
上顎	頬側1根 口蓋側1根	大白歯	大白歯
	頬側2根	大白歯	大白歯
	1根のみ	×	×
下顎	近心根	小白歯	×
	遠心根		

**表9-2** 歯根分割（分離切断）後の取り扱い 差し替え（P 92）

歯根分割（分離切断）後の歯冠修復

	FMC	歯CADⅢ	TIC
歯内療法	1歯単位		
支台築造	小白歯×2		
歯冠形成			
印象採得料			
咬合採得料			
装着料			
歯冠修復	製作料	大白歯×1	
	材料料		
補管	×	1歯分として	

歯根分割（分離切断）後のブリッジ

歯内療法	1歯単位
支台築造	大白歯×1
歯冠形成	
印象採得料	1装置として (支台歯は大白歯×1)
咬合採得料	
歯冠修復	
補管	

**外傷歯の保護を目的とした咬合床**（P 95 歯ぎしりに対する咬合床の後ろに挿入）

日常生活時または運動時などにおける外傷歯の保護を目的として製作した咬合床のこと。18歳未満で、外傷から1年以内に外傷歯の固定を行った患者に製作できる。

**舌接触補助床（PAP）**（P 95 加筆）

脳血管疾患や口腔腫瘍手術の後遺症で、摂食機能療法を受けている患者、または発音・構音障害を有する患者に作製できる。

**歯科口腔リハビリテーション（歯リハ）**（P 95 加筆）

口腔内装置などを用いた歯科口腔リハビリテーション（歯リハ）には次の3つがある。  
④口腔機能の低下または発達不全を有する患者に対し、管理計画に基づく療養上必要な指導および訓練を行う。

# 10章 歯冠修復

光学印象 (P 97 咬合印象の前に挿入)

CADインレーを製作する場合にデジタル印象採得装置を用い、直接法で型を採る手法のこと。

**歯冠修復物の保険適応** (P 98 訂正)

1) ¾冠は前歯部, ½冠は小臼歯, 前装MCは前歯部とブリッジ支台となる第1小臼歯, FMCは小臼歯と大臼歯に限る。

**レジン前装金属冠 (前装MC)** (P 98 訂正)

その唇面を硬質レジンで前装した修復物。前歯部, ブリッジ支台となる第1小臼歯に限って保険適応になる。

**レジン前装チタン冠 (前装TiC)** (P 98 訂正)

純チタン2種を用いて全部鋳造方式で製作された歯冠修復物の唇面又は頬面を硬質レジンで前装したものをいい、前歯の単冠に限り適応される。

**エンドクラウン (歯CAD (EC))** (P 99 CADInの後に挿入)

CAD/CAMと同じ装置で製作された歯冠部と髓室保持構造を一塊にした歯冠補綴物のこと。大臼歯に適応する。

**クラウン・ブリッジ維持管理料 (補管)** (P 100 加筆と訂正)

ただし、次の場合はクラウン・ブリッジ維持管理の対象とはならない。

②乳歯 (永久歯代行歯を含む除く)

⑥¾冠, ½冠, FMC, 前装MC (いずれも単冠)

# 11章 欠損補綴

支台装置 (P 102 訂正)

②金属冠

前歯……¾冠, レジン前装金属冠

臼歯……½冠, レジン前装金属冠 (第一小臼歯に限る), 全部金属冠

リテナー (P 104 名称変更)

有床義歯内面適合法 (床適合) (P 111 名称変更)

# 12 在宅医療と介護

## 章

訪問歯科衛生指導 (P 115 加筆)

訪問歯科診療をした日から1カ月以内に患者1人につき月4回を限度に実施する。ただし、緩和ケアの患者の場合は月8回まで実施できる。訪問衛生指導を実施した歯科衛生士は、業務記録を作成し、指示した歯科医師に報告する。

複数名訪問歯科衛生指導加算(複訪)は指導が困難な患者に対し、複数の歯科衛生士などが患家を訪問し訪問衛生指導を実施することをいう。

バイオフィーム除去処置 (バイオ除) (P 115 口菌検の後ろに挿入)

口菌検を行った、口腔バイオフィームの除去が必要な患者に対して行う処置のこと。

歯科衛生士等による居宅療養管理指導に係る口腔の健康状態の評価・管理指導計画

別紙様式3

1 基本情報

利用者氏名	(ふりがな)	年 月 日生	男・女
食形態	<input type="checkbox"/> 経口摂取 ( <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食 ( <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 1 j <input type="checkbox"/> 0 t <input type="checkbox"/> 0 j)) <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養		
義歯の使用	<input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 部分・ <input type="checkbox"/> 全部) <input type="checkbox"/> なし		
誤嚥性肺炎の発症・罹患	<input type="checkbox"/> あり (直近の発症年月: 年 月) <input type="checkbox"/> なし		

※嚥下調整食の分類、誤嚥性肺炎の発症等について介護保険施設と連携を図り把握するよう努めるとともに、6月以内の状況について記載すること。

2 口腔の健康状態の評価・再評価 (口腔に関する問題点等)

記入者・記入年月日	(氏名)	年 月 日
口腔衛生状態	<input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 歯の汚れ <input type="checkbox"/> 義歯の汚れ <input type="checkbox"/> 舌苔	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
口腔機能の状態	<input type="checkbox"/> 奥歯のかみ合わせ <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> むせ <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 <input type="checkbox"/> 舌の動きが悪い <input type="checkbox"/> ぶくぶくうがい* <small>*現在、歯磨き後のうがいをしている場合に限り確認</small>	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 分からない
(以下の評価は歯科医師の判断により必要に応じて実施)		
歯科疾患等	歯数 歯の問題 (う蝕, 破折, 脱離, 残根歯等) 義歯の問題 (不適合, 破損, 必要だが使用していない) 歯周病 粘膜の問題 (潰瘍等)	( ) 歯 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない
特記事項		

3 居宅療養管理指導計画

利用者家族に説明を行った日 年 月 日

初回作成日	年 月 日	作成(変更)日	年 月 日
記入者	歯科医師:	歯科衛生士:	
目標	<input type="checkbox"/> 歯科疾患 ( <input type="checkbox"/> 重症化予防 <input type="checkbox"/> 改善) <input type="checkbox"/> 口腔衛生 ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介護者の口腔清掃技術の向上 <input type="checkbox"/> 専門職の定期的な口腔清掃等) <input type="checkbox"/> 摂食嚥下機能 ( <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善)	<input type="checkbox"/> 食形態 ( <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善) <input type="checkbox"/> 栄養状態 ( <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善) <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
実施内容	<input type="checkbox"/> 口腔清掃 <input type="checkbox"/> 口腔清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下等の口腔機能に関する指導	<input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
訪問頻度	<input type="checkbox"/> 月4回程度 <input type="checkbox"/> 月2回程度 <input type="checkbox"/> 月1回程度 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
関連職種との連携			

4 実施記録

訪問日	年 月 日 時 分~ 時 分	実施者	
訪問先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 認知症グループホーム <input type="checkbox"/> 特定施設 (有料老人ホーム, 養護老人ホーム, 軽費老人ホーム)		
歯科医師の同行の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 年 月 日 時 分~ 時 分		
実地指導の要点	<input type="checkbox"/> 口腔清掃 <input type="checkbox"/> 口腔清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下等の口腔機能に関する指導	<input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
解決すべき課題			
特記事項	<input type="checkbox"/> 実地指導に係る情報提供・指導 ( ) <input type="checkbox"/> 管理指導計画の見直しを含めた歯科医師からの指示 ( )		

頁	訂正箇所	訂正前	訂正後
<b>3章</b>			
26 左	取り扱い上の規則 ③3行目	7月1日	8月1日
<b>6章</b>			
59 左	咀嚼能力検査 タイトル	咀嚼能力検査 (咀嚼)	咀嚼能力検査 <sub>1</sub> (咀嚼 <sub>1</sub> )
	咬合圧検査 タイトル	咬合圧検査 (咬合圧)	咬合圧検査 <sub>1</sub> (咬合圧 <sub>1</sub> )
<b>7章</b>			
67 左	ポケット測定検査 タイトル	ポケット測定検査 (EPP)	ポケット <u>深さの</u> 測定検査 (EPP)
72 左	P検査 (基検, 精検, 部検) 本文内	歯周ポケット測定	ポケット <u>深さの</u> 測定
73 左	歯周病処置 ②2段落目	その後, 再度の歯周病検査を行い, なお歯周ポケットが4 mm以上ある部位の歯周ポケット内に, さらに1カ月間継続して使用する.	その後, 再度の歯周病検査を行い, なお <u>ポケット深さ</u> が4 mm以上ある部位の歯周ポケットに <u>対して</u> , さらに1カ月間継続して使用する.
76 左	SPT 2段落目	歯周ポケットが4 mm以上を有する患者が対象になる.	ポケット <u>深さ</u> が4 mm以上を有する患者が対象になる.
<b>11章</b>			
110 右	有床義歯床下粘膜調整処置 本文1行目	有床義歯内面適合法 (床裏装)	有床義歯内面適合法 (床適合)
<b>12章</b>			
115 右	口腔細菌定量検査 タイトル	口腔細菌定量検査 (口菌検)	口腔細菌定量検査 <sub>1</sub> (口菌検 <sub>1</sub> )

