

# 「全科実例による社会保険歯科診療 令和 6 年版」 訂正表

「全科実例による社会保険歯科診療 令和 6 年版」をご愛読いただきまして誠にありがとうございます。以下の事項につきまして、誤りおよび追記事項（厚労省による通知訂正／疑義解釈によるものを含む）がございました。ここに訂正するとともに深くお詫び申し上げます。

- ※ 1 令和 6 年 3 月 29 日「令和 6 年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について」に基づく  
 ※ 2 令和 6 年 4 月 26 日「疑義解釈資料の送付について（その 3）」に基づく  
 ※ 3 令和 6 年 5 月 1 日「令和 6 年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について」に基づく  
 ※ 4 令和 6 年 5 月 30 日「令和 6 年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について」に基づく  
 ※ 5 令和 6 年 7 月 11 日「令和 6 年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について」に基づく  
 ※ 6 令和 6 年 7 月 31 日「令和 6 年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について」に基づく  
 ※ 7 令和 6 年 10 月 1 日「令和 6 年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について」に基づく

| 頁      | 該当箇所                                 | 訂正および記載内容の変更                                                                                                                                                                                                                                                                                | 備考  |
|--------|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| vi・186 | 症例 37 タイトル                           | 20 分未満の歯科訪問診療 2,3（歯援診 1）（同一建物居住者 2～3 人, <u>3～9 人</u> ）<br>（著しく歯科診療が困難な者）<br>→ 20 分未満の歯科訪問診療 2, 3（歯援診 1）（同一建物居住者 2～3 人, <u>4～9 人</u> ）（著しく歯科診療が困難な者）                                                                                                                                         |     |
| 26     | 表 21 項目 2 段目                         | 生活歯髄切断（1 歯につき）→ <u>歯髄切断</u> （1 歯につき）<br>1 生活歯髄切断 → 1 <u>生活歯髄切断</u>                                                                                                                                                                                                                          |     |
| 45     | ■手術<br>広範囲顎骨支持型装置埋入手術<br>「算定要件等の要点」欄 | 先天性疾患が理由の 1/3 以上欠損について<br>→ <u>6 歯以上の先天性無歯症または 3 歯以上の萌出不全</u> が理由の 1/3 以上欠損について                                                                                                                                                                                                             |     |
| 74     | 保険解説❶ 左段 9 行目                        | 《訪衛指》の所定点数に → <u>《訪衛指 1》</u> の所定点数に                                                                                                                                                                                                                                                         |     |
| 99     | 症例解説❷ 左段 4 行目                        | (❶の条件が確保可能な症例) → ( <u>❷</u> の条件が確保可能な症例)                                                                                                                                                                                                                                                    |     |
| 104    | カルテ 6/10「点数」欄                        | ・2 行目 空欄 → <u>150</u><br>※合計点数も合わせて修正 ( <u>+ 150 点</u> )                                                                                                                                                                                                                                    |     |
| 108    | カルテ 6/17「点数」欄                        | ・2 行目 末尾に <u>+45</u> を追加<br>※合計点数も合わせて修正 ( <u>+ 45 点</u> )                                                                                                                                                                                                                                  |     |
| 111    | カルテ A「点数」欄                           | (歯科矯正相談料 2 ではセファロ算定不可。セファロと一連の算定ではなくなるのでパノラマは所定点数に)<br>・3 行目 <u>255</u> → <u>317</u><br>・4 行目 <u>300</u> → <u>二</u><br>・合計点数 <u>1,492 点</u> → <u>1,254 点</u>                                                                                                                                | ※ 2 |
| 23     | 右段 17 行目                             | ウ 電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を送受信する場合は、端末の管理や情報機器の設定等を含め、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。<br>→ <u>ウ 電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を送受信する場合は、端末の管理や情報機器の設定等を含め、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。</u>                                                         |     |
| 27     | 左段 4 行目                              | ただし、令和 4 年 3 月 31 日時点において療養病棟入院料 1 又は 2 を算定している病棟に入院している患者については、嚥下機能評価及び嚥下リハビリテーション等を実施していない場合であっても、嚥下機能が回復し、中心静脈栄養を終了した者の数を算入して差し支えない。<br>→ <u>ただし、令和 4 年 3 月 31 日時点において療養病棟入院料 1 又は 2 を算定している病棟に入院している患者については、嚥下機能評価及び嚥下リハビリテーション等を実施していない場合であっても、嚥下機能が回復し、中心静脈栄養を終了した者の数を算入して差し支えない。</u> | ※ 4 |

| 頁                                                        | 該当箇所                                                                                                                                         | 訂正および記載内容の変更                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 備考                                                       |                                                                |                                                |                                                                                                                                              |                                                |                                                                      |                                        |                                                                      |                                                  |            |                                                |                                                   |                                                |                                                   |     |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----|
| 52, 439                                                  | <b>2—本章のおもな明細書記載事項・記載例</b><br>初診料／再診料（歯科診療特別対応加算 1, 2, 3）〈p.52〉<br>初診料／再診料（歯科診療特別対応加算 1, 2）〈p.439〉                                           | ・「記載事項」・「記載例」欄 <b>以下のように修正</b><br>(誤)<br><table><tr><td>(診療に要した時間に係る加算を算定する場合)<br/>診療の開始時間および終了時間を記載する。</td><td>診療の開始時間（歯科診療特別対応加算）；09 時 00 分<br/>診療の終了時間（歯科診療特別対応加算）；10 時 30 分</td></tr></table><br>(正) ※ p.439 は歯科診療特別対応加算 1, 2 のみ<br><table><tr><td>診療時間を記載する。【紙】</td><td>歯科診療特別対応加算 1（初診）90 分<br/>歯科診療特別対応加算 2（初診）90 分<br/>歯科診療特別対応加算 3（初診）90 分<br/>歯科診療特別対応加算 1（再診）90 分<br/>歯科診療特別対応加算 2（再診）90 分<br/>歯科診療特別対応加算 3（再診）90 分</td></tr></table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | (診療に要した時間に係る加算を算定する場合)<br>診療の開始時間および終了時間を記載する。           | 診療の開始時間（歯科診療特別対応加算）；09 時 00 分<br>診療の終了時間（歯科診療特別対応加算）；10 時 30 分 | 診療時間を記載する。【紙】                                  | 歯科診療特別対応加算 1（初診）90 分<br>歯科診療特別対応加算 2（初診）90 分<br>歯科診療特別対応加算 3（初診）90 分<br>歯科診療特別対応加算 1（再診）90 分<br>歯科診療特別対応加算 2（再診）90 分<br>歯科診療特別対応加算 3（再診）90 分 | ※ 7                                            |                                                                      |                                        |                                                                      |                                                  |            |                                                |                                                   |                                                |                                                   |     |
| (診療に要した時間に係る加算を算定する場合)<br>診療の開始時間および終了時間を記載する。           | 診療の開始時間（歯科診療特別対応加算）；09 時 00 分<br>診療の終了時間（歯科診療特別対応加算）；10 時 30 分                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                          |                                                                |                                                |                                                                                                                                              |                                                |                                                                      |                                        |                                                                      |                                                  |            |                                                |                                                   |                                                |                                                   |     |
| 診療時間を記載する。【紙】                                            | 歯科診療特別対応加算 1（初診）90 分<br>歯科診療特別対応加算 2（初診）90 分<br>歯科診療特別対応加算 3（初診）90 分<br>歯科診療特別対応加算 1（再診）90 分<br>歯科診療特別対応加算 2（再診）90 分<br>歯科診療特別対応加算 3（再診）90 分 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                          |                                                                |                                                |                                                                                                                                              |                                                |                                                                      |                                        |                                                                      |                                                  |            |                                                |                                                   |                                                |                                                   |     |
| 124                                                      | <b>2—本章のおもな明細書記載事項・記載例</b><br>周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）                                                                                                 | ・「記載事項」・「記載例」欄 <b>以下のように修正</b><br>(誤)<br><table><tr><td>がん等に係る放射線治療または化学療法の実施年月日または予定年月日を記載する。</td><td>放射線治療等実施年月日；令和 6 年 6 月 12 日<br/>放射線治療等予定年月日；令和 6 年 6 月 12 日</td></tr><tr><td>(緩和ケアの場合)<br/>その旨を記載する。</td><td>緩和ケア</td></tr><tr><td>(長期管理加算を算定する場合)<br/>周術期等口腔機能管理計画策定料の算定年月日を記載する。</td><td>周術期等口腔機能管理計画策定料算定年月（周術期等口腔機能管理料（3）長期管理加算）；令和 6 年 6 月</td></tr></table><br>(正)<br><table><tr><td>がん等に係る放射線治療または化学療法の実施年月日または予定年月日を記載する。</td><td>放射線治療等実施年月日（周 3）；令和 6 年 6 月 12 日<br/>放射線治療等予定年月日（周 3）；令和 6 年 6 月 12 日</td></tr><tr><td>(緩和ケアの場合)<br/>その旨を記載する。</td><td>緩和ケア（周 3）</td></tr><tr><td>(集中治療室での治療後の一連の治療を実施している患者の場合)<br/>その旨を記載する。</td><td>集中治療室（周 3）</td></tr><tr><td>(長期管理加算を算定する場合)<br/>周術期等口腔機能管理計画策定料の算定年月日を記載する。</td><td>周術期等口腔機能管理計画策定料算定年月日（周 3（長期管理加算））；令和 6 年 6 月 12 日</td></tr></table> | がん等に係る放射線治療または化学療法の実施年月日または予定年月日を記載する。                   | 放射線治療等実施年月日；令和 6 年 6 月 12 日<br>放射線治療等予定年月日；令和 6 年 6 月 12 日     | (緩和ケアの場合)<br>その旨を記載する。                         | 緩和ケア                                                                                                                                         | (長期管理加算を算定する場合)<br>周術期等口腔機能管理計画策定料の算定年月日を記載する。 | 周術期等口腔機能管理計画策定料算定年月（周術期等口腔機能管理料（3）長期管理加算）；令和 6 年 6 月                 | がん等に係る放射線治療または化学療法の実施年月日または予定年月日を記載する。 | 放射線治療等実施年月日（周 3）；令和 6 年 6 月 12 日<br>放射線治療等予定年月日（周 3）；令和 6 年 6 月 12 日 | (緩和ケアの場合)<br>その旨を記載する。                           | 緩和ケア（周 3）  | (集中治療室での治療後の一連の治療を実施している患者の場合)<br>その旨を記載する。    | 集中治療室（周 3）                                        | (長期管理加算を算定する場合)<br>周術期等口腔機能管理計画策定料の算定年月日を記載する。 | 周術期等口腔機能管理計画策定料算定年月日（周 3（長期管理加算））；令和 6 年 6 月 12 日 | ※ 7 |
| がん等に係る放射線治療または化学療法の実施年月日または予定年月日を記載する。                   | 放射線治療等実施年月日；令和 6 年 6 月 12 日<br>放射線治療等予定年月日；令和 6 年 6 月 12 日                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                          |                                                                |                                                |                                                                                                                                              |                                                |                                                                      |                                        |                                                                      |                                                  |            |                                                |                                                   |                                                |                                                   |     |
| (緩和ケアの場合)<br>その旨を記載する。                                   | 緩和ケア                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                          |                                                                |                                                |                                                                                                                                              |                                                |                                                                      |                                        |                                                                      |                                                  |            |                                                |                                                   |                                                |                                                   |     |
| (長期管理加算を算定する場合)<br>周術期等口腔機能管理計画策定料の算定年月日を記載する。           | 周術期等口腔機能管理計画策定料算定年月（周術期等口腔機能管理料（3）長期管理加算）；令和 6 年 6 月                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                          |                                                                |                                                |                                                                                                                                              |                                                |                                                                      |                                        |                                                                      |                                                  |            |                                                |                                                   |                                                |                                                   |     |
| がん等に係る放射線治療または化学療法の実施年月日または予定年月日を記載する。                   | 放射線治療等実施年月日（周 3）；令和 6 年 6 月 12 日<br>放射線治療等予定年月日（周 3）；令和 6 年 6 月 12 日                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                          |                                                                |                                                |                                                                                                                                              |                                                |                                                                      |                                        |                                                                      |                                                  |            |                                                |                                                   |                                                |                                                   |     |
| (緩和ケアの場合)<br>その旨を記載する。                                   | 緩和ケア（周 3）                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                          |                                                                |                                                |                                                                                                                                              |                                                |                                                                      |                                        |                                                                      |                                                  |            |                                                |                                                   |                                                |                                                   |     |
| (集中治療室での治療後の一連の治療を実施している患者の場合)<br>その旨を記載する。              | 集中治療室（周 3）                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                          |                                                                |                                                |                                                                                                                                              |                                                |                                                                      |                                        |                                                                      |                                                  |            |                                                |                                                   |                                                |                                                   |     |
| (長期管理加算を算定する場合)<br>周術期等口腔機能管理計画策定料の算定年月日を記載する。           | 周術期等口腔機能管理計画策定料算定年月日（周 3（長期管理加算））；令和 6 年 6 月 12 日                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                          |                                                                |                                                |                                                                                                                                              |                                                |                                                                      |                                        |                                                                      |                                                  |            |                                                |                                                   |                                                |                                                   |     |
| 124                                                      | <b>2—本章のおもな明細書記載事項・記載例</b><br>周術期等口腔機能管理料（Ⅳ）                                                                                                 | ・「記載事項」・「記載例」欄 <b>以下のように修正</b><br>(誤)<br><table><tr><td>(放射線治療等を実施する患者に対して算定する場合)<br/>周術期等口腔機能管理計画策定料の算定年月日を記載する。</td><td>周術期等口腔機能管理計画策定料算定年月（周術期等口腔機能管理料（4））；令和 6 年 6 月</td></tr><tr><td>(長期管理加算を算定する場合)<br/>周術期等口腔機能管理計画策定料の算定年月日を記載する。</td><td>周術期等口腔機能管理計画策定料算定年月（周術期等口腔機能管理料（4）長期管理加算）；令和 6 年 6 月</td></tr></table><br>(正)<br><table><tr><td>がん等に係る放射線治療または化学療法の実施年月日または予定年月日を記載する。</td><td>放射線治療等実施年月日（周 4）；令和 6 年 6 月 12 日<br/>放射線治療等予定年月日（周 4）；令和 6 年 6 月 12 日</td></tr><tr><td>(緩和ケアの場合)<br/>その旨を記載する。</td><td>緩和ケア（周 4）</td></tr><tr><td>(集中治療室での治療またはその後の一連の治療を実施している患者の場合)<br/>その旨を記載する。</td><td>集中治療室（周 4）</td></tr><tr><td>(長期管理加算を算定する場合)<br/>周術期等口腔機能管理計画策定料の算定年月日を記載する。</td><td>周術期等口腔機能管理計画策定料算定年月日（周 4（長期管理加算））；令和 6 年 6 月 12 日</td></tr></table>                                            | (放射線治療等を実施する患者に対して算定する場合)<br>周術期等口腔機能管理計画策定料の算定年月日を記載する。 | 周術期等口腔機能管理計画策定料算定年月（周術期等口腔機能管理料（4））；令和 6 年 6 月                 | (長期管理加算を算定する場合)<br>周術期等口腔機能管理計画策定料の算定年月日を記載する。 | 周術期等口腔機能管理計画策定料算定年月（周術期等口腔機能管理料（4）長期管理加算）；令和 6 年 6 月                                                                                         | がん等に係る放射線治療または化学療法の実施年月日または予定年月日を記載する。         | 放射線治療等実施年月日（周 4）；令和 6 年 6 月 12 日<br>放射線治療等予定年月日（周 4）；令和 6 年 6 月 12 日 | (緩和ケアの場合)<br>その旨を記載する。                 | 緩和ケア（周 4）                                                            | (集中治療室での治療またはその後の一連の治療を実施している患者の場合)<br>その旨を記載する。 | 集中治療室（周 4） | (長期管理加算を算定する場合)<br>周術期等口腔機能管理計画策定料の算定年月日を記載する。 | 周術期等口腔機能管理計画策定料算定年月日（周 4（長期管理加算））；令和 6 年 6 月 12 日 | ※ 7                                            |                                                   |     |
| (放射線治療等を実施する患者に対して算定する場合)<br>周術期等口腔機能管理計画策定料の算定年月日を記載する。 | 周術期等口腔機能管理計画策定料算定年月（周術期等口腔機能管理料（4））；令和 6 年 6 月                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                          |                                                                |                                                |                                                                                                                                              |                                                |                                                                      |                                        |                                                                      |                                                  |            |                                                |                                                   |                                                |                                                   |     |
| (長期管理加算を算定する場合)<br>周術期等口腔機能管理計画策定料の算定年月日を記載する。           | 周術期等口腔機能管理計画策定料算定年月（周術期等口腔機能管理料（4）長期管理加算）；令和 6 年 6 月                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                          |                                                                |                                                |                                                                                                                                              |                                                |                                                                      |                                        |                                                                      |                                                  |            |                                                |                                                   |                                                |                                                   |     |
| がん等に係る放射線治療または化学療法の実施年月日または予定年月日を記載する。                   | 放射線治療等実施年月日（周 4）；令和 6 年 6 月 12 日<br>放射線治療等予定年月日（周 4）；令和 6 年 6 月 12 日                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                          |                                                                |                                                |                                                                                                                                              |                                                |                                                                      |                                        |                                                                      |                                                  |            |                                                |                                                   |                                                |                                                   |     |
| (緩和ケアの場合)<br>その旨を記載する。                                   | 緩和ケア（周 4）                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                          |                                                                |                                                |                                                                                                                                              |                                                |                                                                      |                                        |                                                                      |                                                  |            |                                                |                                                   |                                                |                                                   |     |
| (集中治療室での治療またはその後の一連の治療を実施している患者の場合)<br>その旨を記載する。         | 集中治療室（周 4）                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                          |                                                                |                                                |                                                                                                                                              |                                                |                                                                      |                                        |                                                                      |                                                  |            |                                                |                                                   |                                                |                                                   |     |
| (長期管理加算を算定する場合)<br>周術期等口腔機能管理計画策定料の算定年月日を記載する。           | 周術期等口腔機能管理計画策定料算定年月日（周 4（長期管理加算））；令和 6 年 6 月 12 日                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                          |                                                                |                                                |                                                                                                                                              |                                                |                                                                      |                                        |                                                                      |                                                  |            |                                                |                                                   |                                                |                                                   |     |

| 頁                                                                                                                       | 該当箇所                                            | 訂正および記載内容の変更                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 備考                                                                                                                      |                             |                                                                                                    |                             |                                                                                                                        |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 182                                                                                                                     | 2—本章のおもな明細書記載事項・記載例<br>訪問歯科衛生指導料 5 段目<br>「記載例」欄 | 緩和ケア → 緩和ケア <u>(訪衛指)</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ※ 7                                                                                                                     |                             |                                                                                                    |                             |                                                                                                                        |     |
| 183, 387                                                                                                                | 2—本章のおもな明細書記載事項・記載例<br>フッ化物歯面塗布処置               | <div>・「記載事項」・「記載例」欄 <u>以下のように修正</u><br/>(誤)</div> <table><tr><td>前回実施年月（初回である場合は初診月を除き初回である旨）を記載する。</td><td>F 局前回実施年月；令和 6 年 3 月初回（F 局）</td></tr></table> <div>(正)</div> <table><tr><td>(フッ化物歯面塗布処置の「1 う蝕多発傾向者の場合」または「2 初期の根面う蝕に罹患している患者の場合」を算定した場合)<br/>前回実施年月（初回である場合は初診月を除き初回である旨）を記載する。</td><td rowspan="2">F 局前回実施年月；令和 6 年 3 月初回（F 局）</td></tr><tr><td>(フッ化物歯面塗布処置の「3 エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合」(エナメル質初期う蝕管理料の口腔管理体制強化加算を算定した患者を除く)を算定した場合)<br/>前回実施年月（初回である場合は初診月を除き初回である旨）を記載する。</td></tr></table> | 前回実施年月（初回である場合は初診月を除き初回である旨）を記載する。                                                                                      | F 局前回実施年月；令和 6 年 3 月初回（F 局） | (フッ化物歯面塗布処置の「1 う蝕多発傾向者の場合」または「2 初期の根面う蝕に罹患している患者の場合」を算定した場合)<br>前回実施年月（初回である場合は初診月を除き初回である旨）を記載する。 | F 局前回実施年月；令和 6 年 3 月初回（F 局） | (フッ化物歯面塗布処置の「3 エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合」(エナメル質初期う蝕管理料の口腔管理体制強化加算を算定した患者を除く)を算定した場合)<br>前回実施年月（初回である場合は初診月を除き初回である旨）を記載する。 | ※ 5 |
| 前回実施年月（初回である場合は初診月を除き初回である旨）を記載する。                                                                                      | F 局前回実施年月；令和 6 年 3 月初回（F 局）                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                         |                             |                                                                                                    |                             |                                                                                                                        |     |
| (フッ化物歯面塗布処置の「1 う蝕多発傾向者の場合」または「2 初期の根面う蝕に罹患している患者の場合」を算定した場合)<br>前回実施年月（初回である場合は初診月を除き初回である旨）を記載する。                      | F 局前回実施年月；令和 6 年 3 月初回（F 局）                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                         |                             |                                                                                                    |                             |                                                                                                                        |     |
| (フッ化物歯面塗布処置の「3 エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合」(エナメル質初期う蝕管理料の口腔管理体制強化加算を算定した患者を除く)を算定した場合)<br>前回実施年月（初回である場合は初診月を除き初回である旨）を記載する。  |                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                         |                             |                                                                                                    |                             |                                                                                                                        |     |
| 215                                                                                                                     | 表《訪問口腔リハ》と併算定できない項目 右列 2 段目内                    | 《在口衛 1》 → <u>《在口衛》</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                         |                             |                                                                                                    |                             |                                                                                                                        |     |
| 216                                                                                                                     | 表《小訪問口腔リハ》と併算定できない項目 右列 2 段目内                   | 《口菌検》 → <u>《口菌検 1》</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ※ 1                                                                                                                     |                             |                                                                                                    |                             |                                                                                                                        |     |
| 223                                                                                                                     | 下図 左列内                                          | ・口腔細菌定量検査 → ・口腔細菌定量検査 <u>1</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ※ 1                                                                                                                     |                             |                                                                                                    |                             |                                                                                                                        |     |
| 245, 248, 250                                                                                                           | 症例番号                                            | <u>063</u> → <u>060</u> <u>064</u> → <u>061</u> <u>065</u> → <u>062</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                         |                             |                                                                                                    |                             |                                                                                                                        |     |
| 258                                                                                                                     | 口腔細菌定量検査 (1 回につき)<br>口腔細菌定量検査 2<br>「記載欄」欄       | 所定欄 → <u>X 線・検査「その他」欄</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ※ 4                                                                                                                     |                             |                                                                                                    |                             |                                                                                                                        |     |
| 260                                                                                                                     | 2—本章のおもな明細書記載事項・記載例<br>舌圧検査 「記載例」欄              | ・最下段に以下を追記<br><u>口腔機能の発達不全が疑われる場合</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ※ 4                                                                                                                     |                             |                                                                                                    |                             |                                                                                                                        |     |
| 281, 283                                                                                                                | カルテ「治療内容」欄                                      | <u>外来安 2</u> <u>外来感 4</u> → <u>外安全 2</u> <u>外感染 4</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                         |                             |                                                                                                    |                             |                                                                                                                        |     |
| 387                                                                                                                     | 2—本章のおもな明細書記載事項・記載例<br>フッ化物歯面塗布処置               | <div>・「記載事項」・「記載例」欄 <u>3 項目目に以下を追加</u></div> <table><tr><td>(エナメル質初期う蝕管理料の口腔管理体制強化加算を算定した患者に対して、フッ化物歯面塗布処置の「3 エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合」を算定した場合)<br/>エナメル質初期う蝕管理料の口腔管理体制強化加算を算定した旨を記載する。</td><td>口管強 (F 局)</td></tr></table>                                                                                                                                                                                                                                                                               | (エナメル質初期う蝕管理料の口腔管理体制強化加算を算定した患者に対して、フッ化物歯面塗布処置の「3 エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合」を算定した場合)<br>エナメル質初期う蝕管理料の口腔管理体制強化加算を算定した旨を記載する。 | 口管強 (F 局)                   | ※ 5                                                                                                |                             |                                                                                                                        |     |
| (エナメル質初期う蝕管理料の口腔管理体制強化加算を算定した患者に対して、フッ化物歯面塗布処置の「3 エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合」を算定した場合)<br>エナメル質初期う蝕管理料の口腔管理体制強化加算を算定した旨を記載する。 | 口管強 (F 局)                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                         |                             |                                                                                                    |                             |                                                                                                                        |     |
| 416                                                                                                                     | 2—本章のおもな明細書記載事項・記載例<br>歯科矯正<br>「記載事項」欄、「記載例」欄   | <div>・「記載事項」欄<br/>歯科矯正相談料を算定した年月日を<u>診断料</u>の名称に併せて記載する。<br/>→ 歯科矯正相談料を<u>前回</u>算定した年月日を<u>相談料</u>の名称に併せて記載する。</div> <div>・「記載例」欄<br/>歯科矯正相談料 1 算定年月日；令和 6 年 6 月 1 日<br/>→ 歯科矯正相談料 1 <u>前回</u>算定年月日；令和 6 年 6 月 1 日<br/>歯科矯正相談料 2 算定年月日；令和 6 年 6 月 1 日<br/>→ 歯科矯正相談料 2 <u>前回</u>算定年月日；令和 6 年 6 月 1 日</div>                                                                                                                                                                                              | ※ 4                                                                                                                     |                             |                                                                                                    |                             |                                                                                                                        |     |

| 頁                                                                                                                                                                                                        | 該当箇所                                                | 訂正および記載内容の変更                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 備考                                 |                       |                                                                                                                                                                                                          |                       |          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------|
| 470                                                                                                                                                                                                      | 2—本章のおもな明細書記載事項・記載例<br>機械的歯面清掃処置                    | ・「記載事項」欄 <u>以下のように修正</u><br>(誤) <table><tr><td>前回実施年月（初回である場合は初診月を除き初回である旨）を記載する。</td><td>歯清前回実施年月；令和6年6月初回（歯清）</td></tr></table><br>(正) <table><tr><td><u>(機械的歯面清掃処置の留意事項通知（3）に規定している患者以外の場合）</u><br/>前回実施年月（初回である場合は初診月を除き初回である旨）を記載する。<br/>ただし、根面う蝕管理料の口腔管理体制強化加算またはエナメル質初期う蝕管理料の口腔管理体制強化加算を算定した場合であって、2月に1回機械的歯面清掃処置を算定する場合は前回実施年月（初回である場合は初診月を除き初回である旨）を記載する。</td><td>歯清前回実施年月；令和6年6月初回（歯清）</td></tr></table><br>※編注：「機械的歯面清掃処置の留意事項通知（3）に規定している患者」とは、月1回の歯清算定が認められると規定された以下の患者を指す。<br>・歯科診療特別対応加算1～3、根面う蝕管理料の口腔管理体制強化加算を算定する患者であって特に機械的歯面清掃が必要と認められる患者（多剤服用患者、唾液分泌量の低下が認められる患者等）<br>・エナメル質初期う蝕管理料の口腔管理体制強化加算を算定する患者<br>・妊娠中の患者<br>・他の医療機関（歯科診療を行う保険医療機関を除く）から文書による診療情報の提供を受けた糖尿病の患者 | 前回実施年月（初回である場合は初診月を除き初回である旨）を記載する。 | 歯清前回実施年月；令和6年6月初回（歯清） | <u>(機械的歯面清掃処置の留意事項通知（3）に規定している患者以外の場合）</u><br>前回実施年月（初回である場合は初診月を除き初回である旨）を記載する。<br>ただし、根面う蝕管理料の口腔管理体制強化加算またはエナメル質初期う蝕管理料の口腔管理体制強化加算を算定した場合であって、2月に1回機械的歯面清掃処置を算定する場合は前回実施年月（初回である場合は初診月を除き初回である旨）を記載する。 | 歯清前回実施年月；令和6年6月初回（歯清） | ※5<br>※6 |
| 前回実施年月（初回である場合は初診月を除き初回である旨）を記載する。                                                                                                                                                                       | 歯清前回実施年月；令和6年6月初回（歯清）                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                    |                       |                                                                                                                                                                                                          |                       |          |
| <u>(機械的歯面清掃処置の留意事項通知（3）に規定している患者以外の場合）</u><br>前回実施年月（初回である場合は初診月を除き初回である旨）を記載する。<br>ただし、根面う蝕管理料の口腔管理体制強化加算またはエナメル質初期う蝕管理料の口腔管理体制強化加算を算定した場合であって、2月に1回機械的歯面清掃処置を算定する場合は前回実施年月（初回である場合は初診月を除き初回である旨）を記載する。 | 歯清前回実施年月；令和6年6月初回（歯清）                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                    |                       |                                                                                                                                                                                                          |                       |          |
| 523                                                                                                                                                                                                      | 2—本章のおもな明細書記載事項・記載例<br>歯周病重症化予防治療<br>「記載事項」欄、「記載例」欄 | ・「記載事項」欄<br>(前略) 歯周病重症化予防治療の実施年月（初回である場合は初診月を除き初回である旨）を記載する。<br>→（前略）歯周病重症化予防治療の実施年月（初回である場合は初診月を除き初回である旨） <u>およびSPTからP重防に移行した年月</u> を記載する。<br>・「記載例」欄<br>SPTからP重防へ移行した年月；令和6年9月1日<br>→ SPTからP重防に移行した年月；令和6年9月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ※3                                 |                       |                                                                                                                                                                                                          |                       |          |
| 526                                                                                                                                                                                                      | 傷病名                                                 | カルテ傷病名（歯式略） →（歯式略） <u>単G</u><br>レセプト傷病名（歯式略） →（歯式略） <u>G</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                    |                       |                                                                                                                                                                                                          |                       |          |
| 567                                                                                                                                                                                                      | 下図 最下行                                              | 「咬合支持」は → 「 <u>対側咬合支持</u> 」「 <u>同側咬合支持</u> 」は                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                    |                       |                                                                                                                                                                                                          |                       |          |
| 622                                                                                                                                                                                                      | 右段 前歯・臼歯8歯欠損（前歯4・臼歯4）                               | 欠損部位：421 12457<br>適応ブリッジ：⑧⑦⑥⑤4③21 12③45⑥7<br>→ <u>（上顎は適応外）</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                    |                       |                                                                                                                                                                                                          |                       |          |
| 712                                                                                                                                                                                                      | 保険解説❶ 右段3行目                                         | この場合、 <u>❶</u> と同じく → この場合、 <u>①</u> と同じく                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                    |                       |                                                                                                                                                                                                          |                       |          |
| 912                                                                                                                                                                                                      | 2—広範囲顎骨支持型装置埋入手術<br>[対象患者] 囲み内（2），（3）               | (2)（前略）1/3顎程度以上の多数歯欠損であること。 → (2)（前略） <u>連続した1/3顎程度</u> 以上の多数歯欠損であること。<br>(3)（前略） <u>連続した1/3顎程度</u> 以上の多数歯欠損（中略）であること。<br>→ (3)（前略） <u>1/3顎程度</u> 以上の多数歯欠損（中略）であること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                    |                       |                                                                                                                                                                                                          |                       |          |
| 949                                                                                                                                                                                                      | 2—本章のおもな明細書記載事項・記載例<br>歯科矯正                         | ・1段目に以下を追加<br>「記載事項」欄<br><u>歯科矯正相談料を前回算定した年月日を相談料の名称に併せて記載する。</u><br>「記載例」欄<br><u>歯科矯正相談料1 前回算定年月日；令和6年6月10日</u><br><u>歯科矯正相談料2 前回算定年月日；令和6年6月10日</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ※4                                 |                       |                                                                                                                                                                                                          |                       |          |
| 963                                                                                                                                                                                                      | 右段5行目                                               | 3か月の「対象職員の給与総額」<br>→ <u>12か月の「対象職員の給与総額」ならびに別表7の対象となる3か月の</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ※3                                 |                       |                                                                                                                                                                                                          |                       |          |
| 970                                                                                                                                                                                                      | 唇顎口蓋裂関連<br>左段9行目                                    | (印象、装着、材料、修理、調整の費用を含む)<br>→ <u>(印象採得、材料、装着等の費用を含む)</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                    |                       |                                                                                                                                                                                                          |                       |          |