

検討委員会からのお知らせ

- ・ かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の届出をした医療機関は、SPT を行う全ての患者について+120点での算定となります。
- ・ 今まではGA切開（180点）と同日・同部位のP処は算定不可、特定薬剤料のみ算定可となっておりましたが、6月診療分より、特定薬剤料（ペリオクリン歯科用軟膏、ミノサイクリン塩酸塩10mg0.5g軟膏等）も算定不可となります。ご注意ください。
- ・ 間接法で床裏装を行った場合に限り、同日の修理の併算定が可能です。直接法での床裏装の場合、同日の修理や修理に伴う印象・BTは床裏装に含まれ算定できません。尚、間接法での床裏装は連合印象となります。

～補管中の場合以外の事前承認ブリッジについて～

歯科医学的に妥当であると考えられる場合には、予め理由書、模型及びエックス線フィルムまたはその複製を中国四国厚生局岡山事務所に提出して判断を求める必要があります。

- ・ 4、5、6番欠損のブリッジで、欠損歯数は3歯であるが間隙が2歯分となる場合

例) ③ 4 5 6 ⑦ Br

- ・ 下顎前歯2歯欠損で歯の移動により間隙が下顎前歯1歯分程度しかない症例

例) ② 1 | 1 ② Br

- ・ 咬合緊密のため有床義歯が装着不可能な場合、有床義歯では目的が達せられないかまたは嚥下吸引等の事故を起こすおそれが極めて大きい場合

例) ③ 2 1 | 1 2 ③ Br

- ・ 移植歯を支台歯とする1歯欠損症例のブリッジを製作する場合

※その他に関しては保険請求の手引き（令和2年度版）P.296～P.297をご参照下さい。

事前に保険適応の有無の判断を求める
ブリッジ製作に係る理由書
(クラウン・ブリッジ維持管理中に係る場合以外)

令和 年 月 日

中国四国厚生局長 殿

医療機関コード _____

保険医療機関の名称
および所在地

開設者氏名 ④

電話番号 — —

患者氏名		生年月日	明・大・昭 平・令 年 月 日
保険者番号		被保険者証の 記号番号	

製作予定ブリッジの歯式



事前に保険適応の有無の確認を要する事項 ※下記より該当する事項の番号に○印を付してください

1. 有床義歯では目的が達せられない症例、誤嚥等の危険性が極めて大きい症例におけるブリッジ
2. 矯正、先天性欠如等により、歯式上の間隙より実態の間隙が狭いブリッジ
3. 歯式上の間隙が実態と異なり、歯式による取扱いでは保険給付外となるブリッジ
4. 移植後一定期間経過した移植歯を支台歯とする1歯欠損症例のブリッジ

患者の経過等及びブリッジを製作する歯科医学上の具体的理由

--

添付資料	☐ 模型(上顎及び下顎) ☐ エックス線フィルム又はその複製
------	---

～ 医科から抜粋 疑義解釈（その7） ～

【電子的保健医療情報活用加算】

問1 区分番号「A000」初診料の注14 に規定する電子的保健医療情報活用加算について、電子資格確認を行った結果、患者の診療情報等が存在しなかった場合は、ただし書の「当該患者に係る診療情報等の取得が困難な場合」に該当すると考えてよいか。

（答） よい。

～県歯注釈～

システムを通じて診療情報等（患者の薬剤情報または特定健診情報）を取得できなかった場合に該当し＋7点ではなく＋3点（令和6年3月31日までの経過措置）での対応となります。