



保険適用 CAD/CAM冠 システムの導入

平成26年7月7日より、Dental Technology Institute (DTI) では保険適用CAD/CAM冠の設備を導入しました。これにより、保険適用のCAD/CAM冠は模型送りまたはデータ送信での受注が可能になりました。

CAD/CAM冠の保険適用

平成26年度診療報酬改定により、先進医療において臨床が行われていた「歯科用CAD/CAMシステムを用いた歯冠補綴（全部被覆冠による歯冠補綴が必要な重度齲蝕小臼歯に係るものに限る。）」が、保険適用になりました。

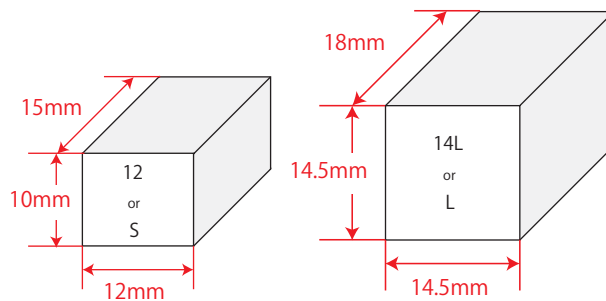
ただし、別途施設基準があり、その基準を満たす必要があります。

詳しい情報は、厚生労働省の「[平成26年度診療報酬改定について](#)」をご確認ください。

また、平成28年度診療報酬改定により、歯科用金属を原因とする金属アレルギーを有する患者様に限り大白歯にも適用になりました。その場合は医科の診療情報が必要となります。詳しい情報は、厚生労働省の「[平成28年度診療報酬改定について](#)」をご確認ください。

詳細

1. 発注名： 保険適用CAD/CAM冠
2. 材料： 1. Heraeus社製 SiGNUM H BLANK PLUS
2. 山本貴金属社製 KZR-CAD HR2
3. 加工可能なサイズ： レジンブロックは、高さ14.5mm、幅14.5mm、奥行き18mmです。範囲内でデザインしてください。
※12 or Sを超えるデザインの場合は、14L or M or Lを使用します。
(サイズS or 12以外はプラス500円となります。)



4. 適応部位： 上下顎 臼歯部位限定（これ以外は自費診療となります。）

5	4	4	5
5	4	4	5

※大白歯につきましては金属アレルギーを有する患者様に限ります。
※ご発注の際は、上記の加工可能なサイズの範囲で承ります。

5. 適応症例： 単独歯 全部 修復 補綴（全部被覆冠）
※クラウンのみ。アンレー / インレーは保険適用になりません。

6. シェード：・Heraeus社製 SIGNUM H BLANK PLUS 8色

LT (低透過性) A1/A2/A3/A3.5

HT (高透過性) A1/A2/A3/B1

・山本貴金属社製 KZR-CAD HR2 3色

A2/A3/A3.5

7. 保証： 保険適用のため、対象外となります。

8. 保険適用について：CAD/CAM冠を保険適用する際は、歯科医院様より地域の厚生局への届出が必要になります。手続き方法については下記の通りです。

① 「CAD/CAM冠の施設基準届出書添付書類」および「特掲診療料の施設基準に係る届出書」の2種類の届出書の送付をDTIにご依頼いただくか、DTIホームページよりダウンロードしてください。

※届出の書類は各施設により『使用する歯科用CAD/CAM装置』の番号が異なりますので、必ずDTIより発行の書類をご使用ください。

② 歯科医院様と歯科技工所様それぞれ必要箇所にご記入ください。

③ 歯科医院様を管轄されている地域の厚生局に、歯科医院様より2種類の届出書を各2通(計4枚)ご提出ください。(郵送可)

※届出書を提出した月の翌月よりCAD/CAM冠の保険適用となります。詳しくは地域の厚生局にお問い合わせください。

様式50の2

CAD/CAM冠の施設基準届出書添付書類

1 当該療養に係る歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経歴(経年数を含む。)

2 当該療養に係る歯科技工士の氏名等

氏名	備考
本田 広幸	株式会社 白鷺 Dental Technology Institute 事業部

3 当該療養に係る医療機関の体制状況等

使用する 歯科用CAD /CAM装置	医療機器届出番号	概 要
	製品名	CAD: 第1381X10109000203号 CAM: 第2283X10006000050号 CAM: 第148Y5012号 CAM: 第1381X10109000237号
その他 (特記事項)	製造販売業者名	CAD: Lava Scan ST CAM: DWX-4 CAM: ラヴァ フォーム CAM: ラヴァ CNC500
	特記事項	CAD: スリーエムヘルステック株式会社 CAM: ローランドディジー株式会社 CAM: スリーエムヘルステック株式会社 CAM: スリーエムヘルステック株式会社

【記載上の注意】

- 歯科技工士が院内に配置されていない場合については、当該療養につき、保険医療機関と連携を行う歯科技工所名を「2」の備考欄に記載するとともに当該歯科技工所の歯科技工士名を記載すること。
- 「3」の使用する歯科用CAD/CAM装置については、装置の医療機器製造販売届出番号、製品名、製造販売業者名等を記載すること。

歯科医師記入

歯科技工士記入

DTI 記入済み

DTI 記入済み

×2 通

別添 2

特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード	届出番号	(歯CAD) 第	号
-----------	------	----------	---

連絡先

担当者氏名:
電話番号:

(届出事項)

[CAD/CAM冠] の施設基準に係る届出

当該届出を行う前6か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出(法令の規定に基づくものに限る。)を行ったことがないこと。

当該届出を行う前6か月間において審判規則及び審判規則並びに準据基準に基づき厚生労働大臣が定める指示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。

当該届出を行う前6か月間において、健康保険法第78条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第2条第3項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。

当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

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

平成 年 月 日

保険医療機関の所在地
及び名称

開設者名 印

厚生局長 殿

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

歯科医師記入

×2 通

※CADをお持ちで、データ送信でご発注のお客様は届出書が異なりますので、DTIまでお問い合わせください。TEL.03-5610-3680

9. 保険点数： 下記の通りです。

保険適用CAD/CAD冠		
	生活歯	失活歯
歯冠形成	306	166
CAD/CAM冠形成	490	470
印象採得	62	62
咬合採得	16	16
CAD/CAM冠	1,200	1,200
材料費	382	382
装着料	45	45
CAD/CAM冠装着	45	45
装着材料	17 or 14 or 12 or 4	17 or 14 or 12 or 4

平成28年度の点数となります。

10. 発注方法： 発注方法は下記のいずれかをお願いします。

① 模型送りによる発注

DTIに下記一式をご送付してください。

- ・石膏模型
- ・ワックスアップ
- ・DTI 技工指示書（DTIホームページよりダウンロードできます。）

② データ送信による発注

- ・『Lava Ver.7 3M order』または 各社のスキャナーより抽出した『STLデータ』を送信ください。

※データ発注に関しまして詳しくは、DTIまでお問い合わせください。

※模型製作・ワックスアップは必ず歯科技工所または歯科医院内ラボをお願いします。

※DTIから納品される技工物は調整・研磨はされていません。歯科技工所または歯科医院をお願いします。

11. 納期： 模型送り → DTIに模型到着日を含む3営業日後にDTIより発送
データ送り → DTIにデータ受信日を含む2営業日後にDTIより発送

※データが集中した場合、納期が延びる場合がございます。予めご了承ください。
その際は別途ご連絡させていただきます。

12. 価格： 価格につきましてはDTIにお問い合わせください。

13. お問い合わせ／送付先

DTI/Tokyo Office (DTI東京)
〒130-0014 東京都墨田区亀沢4-9-4-101
TEL.03-5610-3680 FAX.03-5610-3681
Email : dti@hakuho-d.com

CAD/CAM冠の施設基準届出書添付書類

1 当該療養に係る歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経歴(経験年数を含む。)

2 当該療養に係る歯科技工士の氏名等

氏名	備考
本田 広幸	株式会社 白鵬 Dental Technology Institute 事業部

3 当該療養に係る医療機関の体制状況等

	概要	
使用する 歯科用CAD /CAM装置	医療機器届出番号	CAD : 第 13B1X10109000203 号 CAM : 第 22B3X10006000050 号 CAM : 第 14BY5012 号 CAM : 第 13B1X10109000237 号
	製品名	CAD : Lava Scan ST CAM : DWX - 4 CAM : ラヴァ フォーム CAM : ラヴァ CNC500
	製造販売業者名	CAD : スリーエム ヘルスケア株式会社 CAM : ローランドディージー株式会社 CAM : スリーエム ヘルスケア株式会社 CAM : スリーエム ヘルスケア株式会社
	特記事項	
その他 (特記事項)		

[記載上の注意]

- 歯科技工士が院内に配置されていない場合については、当該療養につき、保険医療機関と連携を行う歯科技工所名を「2」の備考欄に記載するとともに当該歯科技工所の歯科技工士名を記載すること。
- 「3」の使用する歯科用CAD/CAM装置については、装置の医療機器製造販売届出番号、製品名、製造販売業者名等を記載すること。

特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード		届出番号	(歯CAD) 第	号
〔 連絡先 担当者氏名: 電話番号: 〕				
(届出事項)				
[CAD/CAM冠] の施設基準に係る届出				
<input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出(法令の規定に基づくものに限る。)を行っていないこと。				
<input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6か月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。				
<input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6か月間において、健康保険法第78条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。				
<input type="checkbox"/> 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。				
標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。				
平成 年 月 日				
保険医療機関の所在地 及び名称				
			開設者名	印
厚生局長 殿				
備考 1 [] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。				
2 <input type="checkbox"/> には、適合する場合「レ」を記入すること。				
3 届出書は、正副2通提出のこと。				

地方厚生(支)局所在地一覧

都道府県	宛先	電話番号	郵便番号	所在地
北海道	北海道厚生局 医療課	011-709-2311	〒060-0808	札幌市北区北8条西2-1-1 札幌第1合同庁舎3階8階
青森県	東北厚生局 青森事務所	017-724-9200	〒030-0862	青森市古川2-20-3 朝日生命青森ビル6階
岩手県	東北厚生局 岩手事務所	019-907-9070	〒020-0024	盛岡市菜園1-12-18 盛岡菜園センタービル2階
秋田県	東北厚生局 秋田事務所	018-800-7080	〒010-0951	秋田県秋田市山王7丁目1-4 秋田第二合同庁舎4階
宮城県	東北厚生局 指導監査課	022-206-5217	〒980-8426	仙台市青葉区花京院1-1-20 花京院スクエア21階
山形県	東北厚生局 山形事務所	023-609-0140	〒990-0039	山形市香澄町2-2-36 山形センタービル6階
福島県	東北厚生局 福島事務所	024-503-5030	〒960-8021	福島市霞町1-46 福島合同庁舎4階
茨城県	関東信越厚生局 茨城事務所	029-277-1316	〒310-0061	水戸市北見町1-11 水戸地方合同庁舎4階
栃木県	関東信越厚生局 栃木事務所	028-341-8486	〒320-0043	宇都宮市桜5-1-13 宇都宮地方合同庁舎5階
群馬県	関東信越厚生局 群馬事務所	027-896-0488	〒371-0024	前橋市表町2-2-6 前橋ファーストビルディング7階
埼玉県	関東信越厚生局 指導監査課	048-612-7508	〒330-0063	さいたま市浦和区高砂1-1-1 朝日生命浦和ビル8階
千葉県	関東信越厚生局 千葉事務所	043-379-2716	〒260-0013	千葉市中央区中央3-3-8 オーク千葉中央ビル7階
東京都	関東信越厚生局 東京事務所	03-6692-5119	〒163-1111	新宿区西新宿6-22-1 新宿スクエアタワー11階
神奈川県	関東信越厚生局 神奈川事務所	045-270-2053	〒231-0015	横浜市中区尾上町1-6 VORT横浜関内II 6階
新潟県	関東信越厚生局 新潟事務所	025-364-1847	〒950-0088	新潟市中央区万代2-3-6 新潟東京海上日動ビルディング1階
山梨県	関東信越厚生局 山梨事務所	055-206-0569	〒400-0858	甲府市相生1-4-23 損保ジャパン日本興亜鮎川ビル5階
長野県	関東信越厚生局 長野事務所	026-474-4346	〒380-0846	長野市旭町1108 長野第2合同庁舎4階
愛知県	東海北陸厚生局 指導監査課	052-228-6179	〒460-0001	名古屋市中区三の丸2-2-1名古屋合同庁舎第1号館6階
富山県	東海北陸厚生局 富山事務所	076-439-6570	〒930-0004	富山市桜橋通り6-11 富山フコク生命第2ビル4階
石川県	東海北陸厚生局 石川事務所	076-210-5140	〒920-0024	金沢市西念3丁目4-1 金沢駅西合同庁舎7階
岐阜県	東海北陸厚生局 岐阜事務所	058-249-1822	〒500-8114	岐阜市金竜町5-13 岐阜合同庁舎4階
静岡県	東海北陸厚生局 静岡事務所	054-355-2015	〒424-0825	静岡市清水区松原町2-15 清水合同庁舎3階
三重県	東海北陸厚生局 三重事務所	059-213-3533	〒514-0033	津津市丸之内26-8 津合同庁舎4階
福井県	近畿厚生局 福井事務所	0776-25-5373	〒910-0019	福井市春山1-1-54 福井春山合同庁舎7階
滋賀県	近畿厚生局 滋賀事務所	077-526-8114	〒520-0044	大津市京町3-1-1 大津びわ湖合同庁舎6階
大阪府	近畿厚生局 第二庁舎 指導監査課	06-4791-7316	〒540-0011	大阪市中央区農人橋1-1-22 大江ビル8階
京都府	近畿厚生局 京都事務所	075-256-8681	〒604-8153	京都市中央区烏丸通四条上ル笋町691 リそな京都ビル5階
兵庫県	近畿厚生局 兵庫事務所	078-325-8925	〒651-0073	神戸市中央区脇浜海岸通1-4-3 神戸防災合同庁舎2階
奈良県	近畿厚生局 奈良事務所	0742-25-5520	〒630-8115	奈良市大宮町1-1-15 ニッセイ奈良駅前ビル2階
和歌山県	近畿厚生局 和歌山事務所	073-421-8311	〒640-8153	和歌山市三木町台所町7 三井住友海上和歌山ビル4階
広島県	中国四国厚生局 指導監査課	082-223-8209	〒730-0012	広島市中区上八丁堀6-30 広島合同庁舎4号館2階
鳥取県	中国四国厚生局 鳥取事務所	0857-30-0860	〒680-0842	鳥取市吉方109 鳥取第3地方合同庁舎2階
島根県	中国四国厚生局 島根事務所	0852-61-0108	〒690-0841	松江市向島町134-10 松江地方合同庁舎6階
岡山県	中国四国厚生局 岡山事務所	086-239-1275	〒700-0907	岡山市北区下石井1-4-1 岡山第2合同庁舎11階
山口県	中国四国厚生局 山口事務所	083-902-3171	〒753-0814	山口市吉敷下東1-3-1 山陽ビル5階
香川県	四国厚生局 指導監査課	087-851-9593	〒760-0019	高松市サンポート3-33 高松サンポート合同庁舎4階
徳島県	四国厚生局 徳島事務所	088-602-1386	〒770-0941	徳島市万代町3丁目5番地 徳島第2地方合同庁舎4階
愛媛県	四国厚生局 愛媛事務所	089-986-3156	〒790-0066	松山市宮田町188番地6 松山地方合同庁舎1階
高知県	四国厚生局 高知事務所	088-826-3116	〒780-0870	高知市本町1-1-3 朝日生命高知本町ビル9階
福岡県	九州厚生局 指導監査課	092-707-1125	〒812-0011	福岡市博多区博多駅前3-2-8 住友生命博多ビル4階
佐賀県	九州厚生局 佐賀事務所	0952-20-1610	〒840-0801	佐賀市駅前中央3-3-20 佐賀第二合同庁舎7階
長崎県	九州厚生局 長崎事務所	095-801-4201	〒850-0033	長崎市万才町7-1 住友生命長崎ビル12階
熊本県	九州厚生局 熊本事務所	096-284-8001	〒860-0806	熊本市中央区花畑町4-7 朝日新聞第一生命ビル4階
大分県	九州厚生局 大分事務所	097-535-8061	〒870-0045	大分市城崎町1-3-31 富士火災大分ビル2階
宮崎県	九州厚生局 宮崎事務所	0985-72-8880	〒880-0816	宮崎市江平東2-6-35 3F
鹿児島県	九州厚生局 鹿児島事務所	099-201-5801	〒890-0068	鹿児島市東郡元町4-1 鹿児島第二地方合同庁舎3階
沖縄県	九州厚生局 沖縄事務所	098-833-6006	〒900-0022	那覇市樋川11-15-15 那覇第一地方合同庁舎西棟2F



技工指示書

① 歯科医院様控

※本枠内は必須項目です。

● 依頼日	年	月	日	● 納品希望日	年	月	日
フリガナ 患者様名	様			性別 (男・女)	年齢 (才)		
請求先	納品先	□ の欄に <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください。(請求先に <input type="checkbox"/> が無い場合は、技工所様への請求とさせていただきます)					
	歯科医院名	担当 様					
	住所 〒	担当 様					
	TEL:	FAX:					
	技工所名	担当 様					
	住所 〒	担当 様					
	TEL:	FAX:					
● 技工物の種類・シート (□ の欄に <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください。シートは○で囲んでください)							
<input type="checkbox"/> ジルコニア	<input type="checkbox"/> LAVA フレーム(クラシック) <input type="checkbox"/> FS1 FS2 FS3 FS4 FS5 FS6 FS7 染色なし <input type="checkbox"/> LAVA プラス(オールジルコニア) <input type="checkbox"/> W1 W3 A1 A2 A3 A3.5 B2 染色なし <input type="checkbox"/> ジルコニアアバットメント (チタンベース付・スクリュー付属) <input type="checkbox"/> インプラントの種類 ※対応システムにつきましてはHPよりご確認ください。 <input type="checkbox"/> システム: プラットフォーム:						
<input type="checkbox"/> ハイブリッドセラミックス	<input type="checkbox"/> LAVA フルテ イメット (保険適用ではありません) <input type="checkbox"/> LT (低透過性) A1 A2 A3 A3.5 <input type="checkbox"/> HT (高透過性) A2 A3 <input type="checkbox"/> Heraeus : SIGNUM Plus <input type="checkbox"/> LT (低透過性) A1 A2 A3 A3.5 <input type="checkbox"/> HT (高透過性) A1 A2 A3 B1 <input type="checkbox"/> YAMAKIN : KZR-CAD HR2 <input type="checkbox"/> A2 A3 A3.5						
<input type="checkbox"/> 保険適用CAD/CAM冠							

● 部位と設計	<input type="checkbox"/> 単冠	<input type="checkbox"/> 連冠
8	7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
8	7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
● オプション(別料金)に <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください。		
<input type="checkbox"/> マージンブレイクアウト(1歯)	¥2,000 ※ 通常はマージンの調整をしていない状態での納品となります。 ※ マージンブレイクアウトはフレームのみです。最終補綴形態・アバットメントは、お客様にてお願いします。	
<input type="checkbox"/> フレームローテイング(1歯)	¥800 ※ ロックスナップをご用意していただきますと費用はかかりません。 ※ ラヴァフレーム以外のご発注は、ロックスナップを必ずご用意ください。	
<input type="checkbox"/> ノブ(ラヴァプラスのみ費用がかかります)	¥1,000	
注) コンタクト・粘膜面の調整、研磨、アバットメントのセメント合着は、お客様にてお願いします。		
設計指示詳細		

ご依頼の際は「① 歯科医院控え」または「② 歯科技工所控え」をお手元に残し
「③ DTI控え」と「④ SPDL/PDL控え」を同送してください。

受託歯科技工所 (模型送付先): 株式会社白鷗DTI (Dental Technology Institute)
住所: 〒130-0014 東京都墨田区亀沢4-9-4-101
TEL: 03-5610-3680 FAX: 03-5610-3681 e-mail: dti@hakuho-d.com
受託歯科技工所: P.D.L. (P Dental Laboratory), S.P.D.L. (SP Dental Laboratory) ミリオンセンター

※ 模型など技工物は必ず受託技工所
株式会社白鷗DTIへお送りください。

品質管理基準書に基づく