

リ
ハ
ビ
リ

歯科口腔リハビリテーション料 1	
1	有床義歯（装着月以外，月 1 回）
	{ 困難 ……………124
	{ 上記以外 ……………104
2	舌接触補助床（月 4 回） ……………194
3	その他（口蓋補綴，顎補綴，月 4 回） ……189

歯科口腔リハビリテーション料 2 ……………54	
（顎関節治療用装置装着患者，月 1 回に限り，施設基準）	
歯科口腔リハビリテーション料 3（月 2 回）	
1	口腔機能発達不全患者 ……………50
2	口腔機能低下患者 ……………50

摂食機能療法（1日につき）	
30分以上 ……………	185
・治療開始から 3 月以内，1 日単位で算定	
・治療開始から 4 月以上，月 4 回に限り	
30分未満 ……………	130
・脳卒中発症から 14 日以内，1 日単位で算定	