

## 第2部

中央社会保険医療協議会答申  
(平成28年2月10日)

## 2 歯科診療報酬点数表

項 目	現 行	改 正 案
<p>第1章 基本診療料</p> <p>第1部 初・再診料</p> <p>通則</p> <p>【通則の見直し】</p> <p>第1節 初診料</p> <p>A000 初診料</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>3 入院中の患者（区分番号A400に掲げる短期滞在手術等基本料を算定する患者を含む。）に対する再診の費用は、第2部第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれる。</p> <p>注9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科外来診療の総合的な歯科医療環境の体制整備に係る取組を行った場合は、歯科外来診療環境体制加算として、初診時1回を限度として26点を所定点数に加算する。</p>	<p>3 入院中の患者（区分番号A400に掲げる短期滞在手術等基本料を算定する患者を含む。）に対する再診の費用（区分番号A002に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算を除く。）は、第2部第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれる。</p> <p>注9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科外来診療の総合的な歯科医療環境の体制整備に係る取組を行った場合は、歯科外来診療環境体制加算として、初診時1回を限度として25点を所定点数に加算する。</p>

第2節 再診料

A002 再診料

【注の見直し】

注8 区分番号A000に掲げる初診料の注9に規定する歯科外来診療環境体制加算に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科外来診療の総合的な歯科医療環境の体制整備に係る取組を行った場合は、再診時歯科外来診療環境体制加算として、4点を所定点数に加算する。

注8 区分番号A000に掲げる初診料の注9に規定する歯科外来診療環境体制加算に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科外来診療の総合的な歯科医療環境の体制整備に係る取組を行った場合は、再診時歯科外来診療環境体制加算として、5点を所定点数に加算する。

第2部 入院料等

通則

【通則の見直し】

2 同一の保険医療機関において、同一の患者につき、第1節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料及び月平均夜勤時間超過減算（以下「特別入院基本料等」という。）を含む。）、第3節の各区分に掲げる特定入院料及び第4節の各区分に掲げる短期滞在手術等基本料を同一の日に算定できない。

2 同一の保険医療機関において、同一の患者につき、第1節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算及び夜勤時間特別入院基本料（以下「特別入院基本料等」という。）を含む。）、第3節の各区分に掲げる特定入院料及び第4節の各区分に掲げる短期滞在手術等基本料を同一の日に算定することはできない。

【通則の追加】

(追加)

7 前号本文に規定する別に厚生労働大臣が定める基準（歯科診療のみを行う保険医療機関にあっては、前号ただし書に規定する別に厚生労働

大臣が定める基準)のうち、栄養管理体制に関する基準を満たすことができない保険医療機関(診療所を除き、別に厚生労働大臣が定める基準を満たすものに限る。)については、第1節(特別入院基本料等を除く。)、第3節及び第4節(短期滞在手術等基本料1を除く。)の各区分に掲げるそれぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数から1日につき40点を減算する。

第2節 入院基本料等加算

【区分の見直し】

A 2 2 0 ~ A 2 2 1 - 3 (略)  
 A 2 2 2 がん診療連携拠点病院加算  
 A 2 2 3 ~ A 2 2 6 (略)  
 A 2 2 7 退院調整加算  
 A 2 2 7 - 2 (略)  
 A 2 2 7 - 3 救急搬送患者地域連携紹介加算  
 A 2 2 7 - 4 救急搬送患者地域連携受入加算  
  
 A 2 4 0 ~ A 2 4 4 (略)

A 2 2 0 ~ A 2 2 1 - 3 (略)  
 A 2 2 2 がん拠点病院加算  
 A 2 2 3 ~ A 2 2 6 (略)  
 A 2 2 7 削除  
 A 2 2 7 - 2 (略)  
 A 2 2 7 - 3 削除  
 A 2 2 7 - 4 削除  
 A 2 2 7 - 5 退院支援加算  
 A 2 4 0 ~ A 2 4 4 (略)  
 A 2 4 5 薬剤総合評価調整加算

A 2 5 0 地域歯科診療支援病院入院加算

【注の見直し】

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科訪問診療を実施している別の保険医療機関で区分番号C 0 0 0に掲

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科訪問診療を実施している別の保険医療機関で区分番号C 0 0 0に掲

げる歯科訪問診療料又は区分番号A000に掲げる初診料の注6若しくは区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する加算を算定した患者であって、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を入院の月又はその前月に算定しているものについて、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受け、求めに応じて入院させた場合に、当該患者（第1節のいずれかの入院基本料（特別入院基本料等を含む。）を現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

げる歯科訪問診療料又は区分番号A000に掲げる初診料の注6若しくは区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する加算を算定した患者であって、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料又は区分番号C001-5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を入院の月又はその前月に算定しているものについて、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受け、求めに応じて入院させた場合に、当該患者（第1節のいずれかの入院基本料（特別入院基本料等を含む。）を現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第1部 医学管理等</p> <p>B000-4 歯科疾患管理料</p> <p>【点数の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>110点</p> <p>注1 1回目の歯科疾患管理料は、継続的な歯科疾患の管理が必要な患者に対し、患者又はその家族の同意を得て管理計画書を作成し、その内容について説明を行い、管理計画書を提供した場合に、初診日の属する月から起算して2月以内1回を限度として算定する。</p> <p>注2 2回目以降の歯科疾患管理料は、1回目の歯科疾患管理料を算定した患者に対して提供した管理計画書に基づく継続的な管理を行っている場合であって、歯科疾患の管理及び療養上必要な指導について、継続管理計画書を作成し、その内容について説明を行い、当該管理計画書を提供したときに、1回目の歯科疾患管理料を算定した日の属する月の翌月以降月1回を限度として算定する。</p>	<p>100点</p> <p>注1 1回目の歯科疾患管理料は、継続的な歯科疾患の管理が必要な患者に対し、患者又はその家族等（以下この区分番号において「患者等」という。）の同意を得て管理計画を作成し、その内容について説明を行った場合に、初診日の属する月から起算して2月以内1回を限度として算定する。</p> <p>注2 2回目以降の歯科疾患管理料は、1回目の歯科疾患管理料を算定した患者に対して、注1の規定による管理計画に基づく継続的な管理を行っている場合であって、歯科疾患の管理及び療養上必要な指導を行ったときに、1回目の歯科疾患管理料を算定した日の属する月の翌月以降月1回を限度として算定する。</p>

【注の見直し】

注3 区分番号B000-6に掲げる周術期口腔機能管理料(I)、区分番号B000-7に掲げる周術期口腔機能管理料(II)又は区分番号B000-8に掲げる周術期口腔機能管理料(III)を算定した患者に対して、周術期口腔機能管理の終了後に療養上の必要があつて歯科疾患の継続的な管理を行う場合は、歯科疾患管理料は注1及び注2の規定にかかわらず、周術期口腔機能管理料(I)、周術期口腔機能管理料(II)又は周術期口腔機能管理料(III)を算定した日の属する月の翌月以降から算定する。

注3 区分番号B000-6に掲げる周術期口腔機能管理料(I)、区分番号B000-7に掲げる周術期口腔機能管理料(II)、区分番号B000-8に掲げる周術期口腔機能管理料(III)、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料を算定した患者に対して、当該管理の終了後に療養上の必要があつて歯科疾患の継続的な管理を行う場合は、歯科疾患管理料は注1及び注2の規定にかかわらず、区分番号B000-6に掲げる周術期口腔機能管理料(I)、区分番号B000-7に掲げる周術期口腔機能管理料(II)、区分番号B000-8に掲げる周術期口腔機能管理料(III)、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料を算定した日の属する月の翌月以降から算定する。

【注の見直し】

注6 管理計画書に基づく治療終了日から起算して2月を経過するまでの間、区分番号A00

注6 管理計画に基づく治療終了日から起算して2月を経過するまでの間、区分番号A000

【注の見直し】	<p>0に掲げる初診料は、算定できない。</p> <p>注7 歯科疾患管理料を算定した月において、区分番号B000-6に掲げる周術期口腔機能管理料(I)、区分番号B000-7に掲げる周術期口腔機能管理料(II)、区分番号B000-8に掲げる周術期口腔機能管理料(III)、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料及び区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は、算定できない。</p>	<p>に掲げる初診料は、算定できない。</p> <p>注7 歯科疾患管理料を算定した月において、区分番号B000-6に掲げる周術期口腔機能管理料(I)、区分番号B000-7に掲げる周術期口腔機能管理料(II)、区分番号B000-8に掲げる周術期口腔機能管理料(III)、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料及び区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は、算定できない。</p>
【注の追加】	(追加)	<p>注9 注1の規定による管理計画に基づき、患者等に対し、歯科疾患の管理に係る内容を文書により提供した場合は、10点を所定点数に加算する。</p>
【注の追加】	(追加)	<p>注10 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所（歯科疾患の管理が必要な患者に対し、定期的かつ継続的な口腔の管理を行う診療所であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）において、エナメル質初期う蝕に罹患している患者に対して、管理及び療養上必要</p>

B000-5 周術期口腔機能管理計画策定料

【注の見直し】

注1 がん等に係る全身麻酔による手術又は放射線治療若しくは化学療法（以下「手術等」という。）を実施する患者に対して、歯科診療を実施している保険医療機関において、当該手術等を実施する保険医療機関からの文書による依頼に基づき、当該患者又はその家族の同意を得た上で、周術期の口腔機能の評価及び一連の管理計画を策定するとともに、その内容について説明を行い当該管理計画を文書により提供した場合に、当該手術等に係る一連の治療を通じて1回を限度として算定する。

な指導等を行い、その内容について説明を行った場合は、エナメル質初期う蝕管理加算として、260点を所定点数に加算する。

注1 がん等に係る全身麻酔による手術又は放射線治療、化学療法若しくは緩和ケア（以下「手術等」という。）を実施する患者に対して、歯科診療を実施している保険医療機関において、手術等を実施する保険医療機関からの文書による依頼に基づき、当該患者又はその家族の同意を得た上で、周術期の口腔機能の評価及び一連の管理計画を策定するとともに、その内容について説明を行い、当該管理計画を文書により提供した場合に、当該手術等に係る一連の治療を通じて1回を限度として算定する。

B000-6 周術期口腔機能管理料 (I)

【注の見直し】

注1 がん等に係る手術を実施する患者の周術期における口腔機能の管理を行うため、歯科診療を実施している保険医療機関において、周術期口腔機能管理計画に基づき、当該手術を実施する他の病院である保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）に入院中の患者又は他の病院である保険医療機関若しくは同一

注1 がん等に係る手術を実施する患者の周術期における口腔機能の管理を行うため、歯科診療を実施している保険医療機関において、周術期口腔機能管理計画に基づき、当該手術を実施する他の病院である保険医療機関に入院中の患者又は他の病院である保険医療機関若しくは同一の病院である保険医療機関に入院

の病院である保険医療機関に入院中の患者以外の患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、かつ、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、手術前は1回を限度として、手術後は手術を行った日の属する月から起算して3月以内において3回を限度として算定する。

【注の見直し】

注2 周術期口腔機能管理料(I)を算定した月において、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-8に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅲ)、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号B004-6に掲げる歯科治療総合医療管理料、区分番号B006-3-2に掲げるがん治療連携指導料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-4に掲げる在宅患者歯科治療総合医療管理料及び区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。

B000-7 周術期口腔機能管理料  
(Ⅱ)

【注の見直し】

注1 がん等に係る手術を実施する患者の周術期における口腔機能の管理を行うため、歯科診

中の患者以外の患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、かつ、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、手術前は1回を限度として、手術後は手術を行った日の属する月から起算して3月以内において3回を限度として算定する。

注2 周術期口腔機能管理料(I)を算定した月において、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-8に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅲ)、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号B004-6に掲げる歯科治療総合医療管理料(I)、区分番号B004-6-2に掲げる歯科治療総合医療管理料(Ⅱ)、区分番号B006-3-2に掲げるがん治療連携指導料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-4に掲げる在宅患者歯科治療総合医療管理料(I)、区分番号C001-4-2に掲げる在宅患者歯科治療総合医療管理料(Ⅱ)及び区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。

注1 がん等に係る手術を実施する患者の周術期における口腔機能の管理を行うため、歯科診

療を実施している病院である保険医療機関において、周術期口腔機能管理計画に基づき、当該手術を実施する同一の保険医療機関に入院中の患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、かつ、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、手術前は1回を限度として、手術後は手術を行った日の属する月から起算して3月以内において、月2回を限度として算定する。

【注の見直し】

注2 周術期口腔機能管理料(Ⅱ)を算定した月において、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-8に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅲ)、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号B004-6に掲げる歯科治療総合医療管理料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-4に掲げる在宅患者歯科治療総合医療管理料及び区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。

B000-8 周術期口腔機能管理料  
(Ⅲ)

療を実施している病院である保険医療機関において、周術期口腔機能管理計画に基づき、当該手術を実施する同一の保険医療機関に入院中の患者に対して、当該保険医療機関に属する歯科医師が口腔機能の管理を行い、かつ、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、手術前は1回を限度として、手術後は手術を行った日の属する月から起算して3月以内において、月2回を限度として算定する。

注2 周術期口腔機能管理料(Ⅱ)を算定した月において、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-8に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅲ)、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号B004-6に掲げる歯科治療総合医療管理料(Ⅰ)、区分番号B004-6-2に掲げる歯科治療総合医療管理料(Ⅱ)、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-4に掲げる在宅患者歯科治療総合医療管理料(Ⅰ)、C001-4-2に掲げる在宅患者歯科治療総合医療管理料(Ⅱ)及び区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。

【注の見直し】

注1 がん等に係る放射線治療又は化学療法（以下「放射線治療等」という。）の治療期間中の患者の口腔機能を管理するため、歯科診療を実施している保険医療機関において、周術期口腔機能管理計画に基づき、当該放射線治療等を実施している他の保険医療機関又は同一の保険医療機関の患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、放射線治療等を開始した日の属する月から月1回を限度として算定する。

【注の見直し】

注2 周術期口腔機能管理料(Ⅲ)を算定した月において、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-6に掲げる周術期口腔機能管理料(I)、区分番号B000-7に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅱ)、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号B004-6に掲げる歯科治療総合医療管理料、区分番号B006-3-2に掲げるがん治療連携指導料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-4に掲げる在宅患者歯科治療総合医療管理料及び区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。

注1 がん等に係る放射線治療、化学療法又は緩和ケアを実施する患者（以下「放射線治療等を実施する患者」という。）の口腔機能を管理するため、歯科診療を実施している保険医療機関において、周術期口腔機能管理計画に基づき、他の保険医療機関又は同一の保険医療機関において放射線治療等を実施する患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、区分番号B000-5に掲げる周術期口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から月1回を限度として算定する。

注2 周術期口腔機能管理料(Ⅲ)を算定した月において、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-6に掲げる周術期口腔機能管理料(I)、区分番号B000-7に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅱ)、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号B004-6に掲げる歯科治療総合医療管理料(I)、区分番号B004-6-2に掲げる歯科治療総合医療管理料(Ⅱ)、区分番号B006-3-2に掲げるがん治療連携指導料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-4に掲げる在宅患者歯科治療総合医療管理料(I)、C001-4-2に掲げる在宅患者歯科治療総合医療管理料(Ⅱ)及び区分番号N002に掲

B001-2 歯科衛生実地指導料

【注の見直し】

注1 1については、う蝕又は歯周疾患に罹患している患者に対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、直接15分以上の実地指導を行った上で、当該指導内容に係る情報を文書により提供した場合に、月1回を限度として算定する。

げる歯科矯正管理料は算定できない。

注1 1については、歯科疾患に罹患している患者に対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、直接15分以上の実地指導を行った上で、当該指導内容に係る情報を文書により提供した場合に、月1回を限度として算定する。

【注の見直し】

注2 2については、区分番号A000に掲げる初診料の注10に規定する加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号A000に掲げる初診料の注6又は区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する加算を算定している患者であって、う蝕又は歯周疾患に罹患しているものに対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、直接15分以上の実地指導（15分以上の実地指導を行うことが困難な場合にあつては、月2回の実地指導を合わせて15分以上の実地指導）を行い、かつ、当該指導内容に係る情報を文書により提供した場合に、月1回を限度として算定する。ただし、歯科衛生実地指導料2を算定した月においては、歯科衛生実地指導料1は算定できない。

注2 2については、区分番号A000に掲げる初診料の注10に規定する加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号A000に掲げる初診料の注6又は区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する加算を算定している患者であって、歯科疾患に罹患しているものに対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、直接15分以上の実地指導（15分以上の実地指導を行うことが困難な場合にあつては、月2回の実地指導を合わせて15分以上の実地指導）を行い、かつ、当該指導内容に係る情報を文書により提供した場合に、月1回を限度として算定する。ただし、歯科衛生実地指導料2を算定した月においては、歯科衛生実地指導料1は算定できない。

【注の見直し】	注4 区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している患者については、算定できない。	注4 区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している月は、算定できない。																
B002 歯科特定疾患療養管理料																		
【注の見直し】	注4 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-6に掲げる周術期口腔機能管理料(I)、区分番号B000-7に掲げる周術期口腔機能管理料(II)、区分番号B000-8に掲げる周術期口腔機能管理料(III)又は区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定している患者に対して行った歯科特定疾患療養管理料は、別に算定できない。	注4 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-6に掲げる周術期口腔機能管理料(I)、区分番号B000-7に掲げる周術期口腔機能管理料(II)、区分番号B000-8に掲げる周術期口腔機能管理料(III)、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料又は区分番号C001-5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定している患者に対して行った歯科特定疾患療養管理料は、別に算定できない。																
B004-1-4 入院栄養食事指導料(週1回)																		
【項目の見直し】	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="667 1142 987 1171">1 入院栄養食事指導料1</td> <td data-bbox="1196 1142 1272 1171">130点</td> </tr> <tr> <td data-bbox="667 1270 987 1299">2 入院栄養食事指導料2</td> <td data-bbox="1196 1270 1272 1299">125点</td> </tr> </table>	1 入院栄養食事指導料1	130点	2 入院栄養食事指導料2	125点	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="1458 1142 1778 1171">1 入院栄養食事指導料1</td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1487 1185 1592 1214">イ 初回</td> <td data-bbox="1989 1185 2063 1214">260点</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1487 1228 1621 1257">ロ 2回目</td> <td data-bbox="1989 1228 2063 1257">200点</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1458 1270 1778 1299">2 入院栄養食事指導料2</td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1487 1313 1592 1342">イ 初回</td> <td data-bbox="1989 1313 2063 1342">250点</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1487 1356 1621 1385">ロ 2回目</td> <td data-bbox="1989 1356 2063 1385">190点</td> </tr> </table>	1 入院栄養食事指導料1		イ 初回	260点	ロ 2回目	200点	2 入院栄養食事指導料2		イ 初回	250点	ロ 2回目	190点
1 入院栄養食事指導料1	130点																	
2 入院栄養食事指導料2	125点																	
1 入院栄養食事指導料1																		
イ 初回	260点																	
ロ 2回目	200点																	
2 入院栄養食事指導料2																		
イ 初回	250点																	
ロ 2回目	190点																	

【注の見直し】	注1 1については、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、歯科医師と医師との連携の下に管理栄養士が具体的な献立によって指導を行った場合に、入院中2回を限度として算定する。	注1 1については、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、歯科医師と医師との連携の下に管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、入院中2回を限度として算定する。
【注の見直し】	注2 2については、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）において、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、当該保険医療機関の歯科医師と医師との連携の下に当該保険医療機関以外の管理栄養士が具体的な献立によって指導を行った場合に、入院中2回を限度として算定する。	注2 2については、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）において、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、当該保険医療機関の歯科医師と医師との連携の下に当該保険医療機関以外の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、入院中2回を限度として算定する。
B004-6 歯科治療総合医療管理料	歯科治療総合医療管理料	歯科治療総合医療管理料(1)
【名称の見直し】		
【注の見直し】	注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者であって別の	注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者であって別の

【注の見直し】

保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、第8部処置（区分番号I009、I009-2、I010及びI011-3を除く。）、第9部手術又は第12部歯冠修復及び欠損補綴（区分番号M001から区分番号M002までに限り、全身麻酔下で行うものを除く。）を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合に、月1回を限度として算定する。

注4 区分番号B000-6に掲げる周術期口腔機能管理料(I)、区分番号B000-7に掲げる周術期口腔機能管理料(II)又は区分番号B000-8に掲げる周術期口腔機能管理料(III)は、別に算定できない。

【新設】

(新設)

保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、第8部処置（区分番号I009、I009-2、I010及びI011-3を除く。）、第9部手術又は第12部歯冠修復及び欠損補綴（区分番号M001から区分番号M003までに掲げるもの（全身麻酔下で行うものを除く。）に限る。）を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合に、月1回を限度として算定する。

注4 歯科治療総合医療管理料(I)を算定した月において、区分番号B000-6に掲げる周術期口腔機能管理料(I)、区分番号B000-7に掲げる周術期口腔機能管理料(II)、区分番号B000-8に掲げる周術期口腔機能管理料(III)又は区分番号B004-6-2に掲げる歯科治療総合医療管理料(II)は、別に算定できない。

B004-6-2 歯科治療総合医療管理料(II)  
(1日につき) 45点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、全身的な管理が必要な患者に対し、第8部処置（区分番号I009からI009-4まで、区分番号I01

0及びI011-3に掲げるものを除く。) 、第9部手術又は第12部歯冠修復及び欠損補綴(区分番号M001から区分番号M003までに掲げるもの(全身麻酔下で行うものを除く。))を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合に算定する。

注2 第3部の通則第5号により医科点数表の例によることとされる医科点数表の区分番号D220に掲げる呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ(ハートスコープ)又はカルジオタコスコープを算定した日は、当該管理料は算定できない。

注3 歯科治療総合医療管理料(Ⅱ)を算定した月において、区分番号B000-6に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅰ)、区分番号B000-7に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅱ)、区分番号B000-8に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅲ)又は区分番号B004-6に掲げる歯科治療総合医療管理料(Ⅰ)を算定した月は、別に算定できない。

B004-9 介護支援連携指導料

【点数の見直し】

300点 → 400点

B006-3-3 がん治療連携管理料

【項目の見直し】

500点	→	1	がん診療連携拠点病院の場合	500点
		2	地域がん診療病院の場合	300点

<p>【注の見直し】</p>	<p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、他の保険医療機関等から紹介された患者であってがんと診断された入院中の患者以外の患者に対して、化学療法又は放射線治療を行った場合に、1人につき1回を限度として所定点数を算定する。</p>	<p>3 小児がん拠点病院の場合 750点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関が、他の保険医療機関等から紹介された患者であってがんと診断された入院中の患者以外の患者に対して、化学療法又は放射線治療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、1人につき1回に限り所定点数を算定する。</p>
<p>B007 退院前訪問指導料</p>	<p>555点</p>	<p>580点</p>
<p>【点数の見直し】</p>		
<p>B008 薬剤管理指導料</p> <p>【項目の見直し】</p>	<p>1 救命救急入院料等を算定している患者に対して行う場合 430点</p> <p>2 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者に対して行う場合（1に該当する場合を除く。） 380点</p> <p>3 1及び2の患者以外の患者に対して行う場合 325点</p>	<p>1 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者に対して行う場合 380点</p> <p>2 1の患者以外の患者に対して行う場合 325点</p>
<p>【新設】</p>	<p>(新設)</p>	<p>B008-2 薬剤総合評価調整管理料 250点</p> <p>注1 入院中の患者以外の患者であって、6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）</p>

B 0 0 9 診療情報提供料(I)

【注の追加】

(追加)

が処方されていたものについて、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者に処方する内服薬が2種類以上減少した場合に、月1回に限り所定点数を算定する。

注2 処方の内容の調整に当たって、別の保険医療機関又は保険薬局に対して、照会又は情報提供を行った場合、連携管理加算として、50点を所定点数に加算する。ただし、連携管理加算を算定した場合において、区分番号B 0 0 9に掲げる診療情報提供料(I)（当該別の保険医療機関に対して患者の紹介を行った場合に限る。）は同一日には算定できない。

注8 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、患者の紹介を行う際に、検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容、退院時要約等の診療記録のうち主要なものについて、他の保険医療機関に対し、電子的方法により閲覧可能な形式で提供した場合又は電子的に送受される診療情報提供書に添付した場合に、検査・画像情報提供加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、イについては、注5に規定する加算を算定する場合は算定しない。  
イ 退院する患者について、当該患者の退

		院日の属する月又はその翌月に、必要な情報を提供した場合 200点 ロ 入院中の患者以外の患者について、必要な情報を提供した場合 30点
<b>【新設】</b>  B 0 1 4 退院時共同指導料 1	(新設)  1 在宅療養支援歯科診療所（在宅等における療養を歯科医療面から支援する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）の場合 600点 2 1 以外の場合 300点	B 0 0 9 - 2 電子的診療情報評価料 30点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、別の保険医療機関から診療情報提供書の提供を受けた患者に係る検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容、退院時要約等の診療記録のうち主要なものについて、電子的方法により閲覧又は受信し、当該患者の診療に活用した場合に算定する。
<b>【点数の見直し】</b>  B 0 1 5 退院時共同指導料 2	300点	900点 500点 400点



項 目	現 行	改 正 案														
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第2部 在宅医療</p> <p>C000 歯科訪問診療料（1日につき）</p> <p>【点数の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<table border="0"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">1 歯科訪問診療 1</td> <td style="padding-right: 10px;">866点</td> <td rowspan="3" style="text-align: center; vertical-align: middle;">→</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">2 歯科訪問診療 2</td> <td style="padding-right: 10px;">283点</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">3 歯科訪問診療 3</td> <td style="padding-right: 10px;">143点</td> </tr> </table> <p>注1 1については、在宅等において療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に歯科訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、次のいずれかに該当する歯科訪問診療（診療時間が20分以上（同一日に当該患者に対して複数回の歯科訪問診療を行った場合は、その合計した時間を診療に要した時間とする。以下同じ。）の場合に限る。ただし、当該患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合においては、この限りでな</p>	1 歯科訪問診療 1	866点	→	2 歯科訪問診療 2	283点	3 歯科訪問診療 3	143点	<table border="0"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">866点</td> <td rowspan="3" style="text-align: center; vertical-align: middle;">→</td> <td style="padding-left: 10px;">866点</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">283点</td> <td style="padding-left: 10px;">283点</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">120点</td> <td style="padding-left: 10px;">120点</td> </tr> </table> <p>注1 1については、在宅等において療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に歯科訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、次のいずれかに該当する歯科訪問診療（診療時間が20分以上（同一日に当該患者に対して複数回の歯科訪問診療を行った場合は、その合計した時間を診療に要した時間とする。以下同じ。）の場合に限る。ただし、当該患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合又は当該患者の状態により</p>	866点	→	866点	283点	283点	120点	120点
1 歯科訪問診療 1	866点	→														
2 歯科訪問診療 2	283点															
3 歯科訪問診療 3	143点															
866点	→	866点														
283点		283点														
120点		120点														

	<p>い。)を行った場合に算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料又は区分番号A002に掲げる再診料は、算定できない。</p>		<p>20分以上の診療が困難である場合においては、この限りでない。)を行った場合に算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料又は区分番号A002に掲げる再診料は、算定できない。</p>				
<p>【注の見直し】</p>	<p>注12 1 について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅において療養を行っている患者に対して歯科訪問診療を実施した場合は、在宅かかりつけ歯科診療所加算として、100点を所定点数に加算する。</p>	<p>→</p>	<p>注12 1 について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅において療養を行っている患者に対して歯科訪問診療を実施した場合は、在宅歯科医療推進加算として、100点を所定点数に加算する。</p>				
<p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>→</p>	<p>注13 1、2及び3について、在宅療養支援歯科診療所以外の診療所であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさないものにおいては、次に掲げる点数により算定する。なお、この場合において、注10に規定する加算は算定できない。</p> <table border="0"> <tr> <td>イ 初診時</td> <td>234点</td> </tr> <tr> <td>ロ 再診時</td> <td>45点</td> </tr> </table>	イ 初診時	234点	ロ 再診時	45点
イ 初診時	234点						
ロ 再診時	45点						
<p>C001 訪問歯科衛生指導料</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注4 区分番号B001-2に掲げる歯科衛生実地指導料を算定している患者については算定</p>	<p>→</p>	<p>注4 区分番号B001-2に掲げる歯科衛生実地指導料を算定している月は算定できない。</p>				

C001-3 歯科疾患在宅療養管理料

【点数の見直し】

- |                  |      |   |      |
|------------------|------|---|------|
| 1 在宅療養支援歯科診療所の場合 | 140点 | → | 240点 |
| 2 1以外の場合         | 130点 |   | 180点 |

【注の見直し】

- |                                                                                                                                                  |   |                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>注1 当該保険医療機関の歯科医師が、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者であって継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該患者又はその家族の同意を得て、当該患者の歯科疾患の状況等を踏まえて作成した管理計画書を提供した場合に、月1回を限度として算定する。</p> | → | <p>注1 当該保険医療機関の歯科医師が、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者であって継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者の歯科疾患の状況及び併せて実施した口腔機能評価の結果等を踏まえて管理計画を作成した場合に、月1回を限度として算定する。</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

【注の削除】

- |                                                                                                                                 |   |      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|------|
| <p>注2 在宅療養支援歯科診療所の歯科医師が、当該患者の口腔機能の評価を行い、当該評価結果を踏まえて管理計画書を作成し、当該患者又はその家族に対して文書により提供した場合は、口腔機能管理加算として、月1回を限度として50点を所定点数に加算する。</p> | → | (削除) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|------|

【注の追加】

- |      |   |                                                                       |
|------|---|-----------------------------------------------------------------------|
| (追加) | → | <p>注2 2回目以降の歯科疾患在宅療養管理料は、1回目の歯科疾患在宅療養管理料を算定した患者に対して、注1の規定による管理計画に</p> |
|------|---|-----------------------------------------------------------------------|

できない。

【注の追加】

(追加)

基づく継続的な管理を行っている場合であつて、歯科疾患の管理及び療養上必要な指導を行った場合に、1回目の歯科疾患在宅療養管理料を算定した日の属する月の翌月以降月1回を限度として算定する。

注3 注1の規定による管理計画に基づき、当該患者等に対し、歯科疾患の管理及び口腔機能に係る内容を文書により提供した場合は10点を所定点数に加算する。

【注の追加】

(追加)

注4 当該保険医療機関の歯科医師が、他の保険医療機関に入院している患者に対して、当該患者の入院している他の保険医療機関の栄養サポートチームの構成員として診療を行い、その結果を踏まえて注1に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、栄養サポートチーム連携加算1として、60点を所定点数に加算する。

【注の追加】

(追加)

注5 当該保険医療機関の歯科医師が、介護保険施設に入所している患者に対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて注1に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、栄養サポートチーム連携加算2として、60点を所定点数に加算する。

<p>【注の見直し】</p>	<p>注3 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-6に掲げる周術期口腔機能管理料(I)、区分番号B000-7に掲げる周術期口腔機能管理料(II)、区分番号B000-8に掲げる周術期口腔機能管理料(III)、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料又は区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は、別に算定できない。</p>	<p>→</p>	<p>注6 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-6に掲げる周術期口腔機能管理料(I)、区分番号B000-7に掲げる周術期口腔機能管理料(II)、区分番号B000-8に掲げる周術期口腔機能管理料(III)、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号C001-5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は、別に算定できない。</p>
<p>C001-4 在宅患者歯科治療総合医療管理料</p>		<p>→</p>	
<p>【名称の見直し】</p>	<p>在宅患者歯科治療総合医療管理料</p>	<p>→</p>	<p>在宅患者歯科治療総合医療管理料(I)</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に限る。）であって別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、第8部処置（区分番号I009、I009</p>	<p>→</p>	<p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に限る。）であって別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、第8部処置（区分番号I009、I009</p>

【注の見直し】

－2、I010及びI011-3を除く。）  
、第9部手術又は第12部歯冠修復及び欠損補綴（区分番号M001からM002までに限り、全身麻酔下で行うものを除く。）を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合に、月1回を限度として算定する。

注3 区分番号B000-6に掲げる周術期口腔機能管理料(I)、区分番号B000-7に掲げる周術期口腔機能管理料(II)又は区分番号B000-8に掲げる周術期口腔機能管理料(III)は、別に算定できない。

【新設】

(新設)

－2、I010及びI011-3を除く。）  
、第9部手術又は第12部歯冠修復及び欠損補綴（区分番号M001から区分番号M003までに掲げるもの（全身麻酔下で行うものを除く。）に限る。）を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合に、月1回を限度として算定する。

注3 在宅患者歯科治療総合医療管理料(I)を算定した月において、区分番号B000-6に掲げる周術期口腔機能管理料(I)、区分番号B000-7に掲げる周術期口腔機能管理料(II)、区分番号B000-8に掲げる周術期口腔機能管理料(III)又は区分番号C001-4-2に掲げる在宅患者歯科治療総合医療管理料(II)は、別に算定できない。

C001-4-2 在宅患者歯科治療総合医療管理料(II)（1日につき） 45点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、全身的な管理が必要な患者に対し、第8部処置（区分番号I009からI009-4まで、区分番号I010及びI011-3に掲げるものを除く。）  
、第9部手術又は第12部歯冠修復及び欠損補綴（区分番号M001から区分番号M003までに掲げるもの（全身麻酔下で行うものを

【新設】

(新設)

除く。)に限る。)を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合に算定する。

注2 第3部の通則第5号により医科点数表の例によることとされる医科点数表の区分番号D220に掲げる呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ(ハートスコープ)又はカルジオタコスコープを算定した日は、当該管理料は算定できない。

注3 在宅患者歯科治療総合医療管理料(Ⅱ)を算定した月において、区分番号B000-6に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅰ)、区分番号B000-7に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅱ)、区分番号B000-8に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅲ)又は区分番号C001-4に掲げる在宅歯科治療総合医療管理料(Ⅰ)を算定した月は、別に算定できない。

C001-5 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料

- |   |            |      |
|---|------------|------|
| 1 | 10歯未満      | 350点 |
| 2 | 10歯以上20歯未満 | 450点 |
| 3 | 20歯以上      | 550点 |

注1 当該保険医療機関の歯科医師が、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者であって、摂食機能障害を有し、継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該患者又はその家族の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、30分以上必要な指導管理を行った場合に、月

C 0 0 2 救急搬送診療料

【注の見直し】

注2 注1に規定する場合であって、当該診療に要した時間が30分を超えた場合は、長時間加算として、500点を所定点数に加算する。

- 4回を限度として算定する。
- 注2 区分番号D 0 0 2に掲げる歯周病検査、区分番号D 0 0 2-5に掲げる歯周病部分的再評価検査、区分番号I 0 1 1に掲げる歯周基本治療、区分番号I 0 1 1-2に掲げる歯周病安定期治療(I)、区分番号I 0 1 1-2-2に掲げる歯周病安定期治療(II)、区分番号I 0 1 1-3に掲げる歯周基本治療処置、区分番号I 0 3 0に掲げる機械的歯面清掃処置及び区分番号H 0 0 1に掲げる摂食機能療法は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- 注3 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定した月において、区分番号B 0 0 0-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B 0 0 2に掲げる歯科特定疾患療養管理料及び区分番号C 0 0 1-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料は別に算定できない。
- 注4 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の歯科医師が当該指導管理を実施した場合は、100点を所定点数に加算する。
- 注5 在宅療養支援歯科診療所の歯科医師が、当該指導管理を実施した場合は、50点を所定点数に加算する。ただし、注4に規定する加算を算定している場合は、算定できない。

注2 注1に規定する場合であって、当該診療に要した時間が30分を超えた場合には、長時間加算として、700点を所定点数に加算する。

C003 在宅患者訪問薬剤管理指導料

【注の見直し】

注1 1については、在宅において療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、在宅において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、1と2を合わせて患者1人につき月4回（末期の悪性腫瘍患者及び中心静脈栄養法の対象患者は週2回かつ月8回。）を限度として算定する。この場合において、1と2を合わせて薬剤師1人につき1日5回を限度として算定する。

注1 1については、在宅において療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、在宅において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、1と2を合わせて患者1人につき月4回（末期の悪性腫瘍患者及び中心静脈栄養法の対象患者は週2回かつ月8回）を限度として算定する。この場合において、1と2を合わせて薬剤師1人につき週40回に限り算定する。

C005 在宅悪性腫瘍患者指導管理料

【名称の見直し】

在宅悪性腫瘍患者指導管理料

在宅悪性腫瘍等患者指導管理料

【注の見直し】

注1 在宅における悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、当該療法に関する

注1 在宅における鎮痛療法又は悪性腫瘍の化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の患者に対して、当該療法に関する指導管理を

指導管理を行った場合に月 1 回を限度として  
算定する。

行った場合に月 1 回を限度として算定する。

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第3部 検査</p> <p>第1節 検査料</p> <p>D002 歯周病検査</p> <p>【点数の見直し】</p> <p>D003-2 口腔内写真検査（1枚につき）</p> <p>【注の見直し】</p> <p>D004 平行測定（1装置につき）</p> <p>【削除】</p>	<p>1・2 (略)</p> <p>3 混合歯列期歯周病検査 40点</p> <p>注 区分番号D002に掲げる歯周病検査を行った場合において、プラークコントロールの動機付けを目的として、歯周疾患の状態を患者に示した場合に、1回につき5枚を限度として算定する。</p> <p>1 支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合 50点</p> <p>2 支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合 100点</p>	<p>(略)</p> <p>80点</p> <p>注 区分番号D002に掲げる歯周病検査を実施する場合において、プラークコントロールの動機付けを目的として、歯周疾患の状態を患者に示した場合に、1回につき5枚を限度として算定する。</p> <p>(削除)</p>

【新設】

(新設)

D010 歯冠補綴時色調採得検査（1枚につき）  
10点

注 前歯部に対し、区分番号M011に掲げるレジン前装金属冠又は区分番号M015に掲げる硬質レジンジャケット冠を製作する場合において、硬質レジン部の色調を決定することを目的として、色調見本とともに当該歯冠補綴を行う部位の口腔内写真を撮影した場合に算定する。

【新設】

(新設)

D011 有床義歯咀嚼機能検査（1口腔につき）

1 下顎運動測定と咀嚼能力測定を併せて行う場合（1回につき）  
480点

2 咀嚼能力測定のみを行う場合（1回につき）  
100点

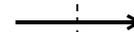
注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、有床義歯装着時の咀嚼機能検査を行った場合に算定する。

注2 1については、区分番号M018に掲げる有床義歯又はM019に掲げる熱可塑性樹脂有床義歯を新製する場合において、新製有床義歯装着日より前及び当該装着日以後のそれぞれについて、当該検査を実施した場合に算定する。

注3 1については、新製有床義歯装着日より前に

【新設】

(新設)



D 0 1 2 舌圧検査（1回につき） 140点  
注 舌圧測定を行った場合に、月2回を限度として算定する。

2回以上行った場合は、第1回目の検査を行ったときに限り算定する。

注4 1について、新製有床義歯装着日以後に行った場合は、新製有床義歯の装着日の属する月から起算して6月以内に限り、月1回を限度として算定する。

注5 2については、1を算定した患者について、新製有床義歯の装着日の属する月から起算して6月以内に限り、月1回を限度として算定する。

注6 2については、1を算定した月は算定できない。

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第4部 画像診断</p> <p>通則</p> <p>【通則の見直し】</p> <p>【通則の見直し】</p>	<p>6 区分番号E000に掲げる写真診断（1のイ及び3に係るものを除く。）及び区分番号E200に掲げる基本的エックス線診断料については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、歯科画像診断管理加算1として月1回を限度として70点を所定点数に加算する。ただし、歯科画像診断管理加算2を算定する場合はこの限りでない。</p> <p>7 区分番号E000に掲げる写真診断（3に係るものに限る。）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、歯科画像診断管理加算2として、月</p>	<p>6 区分番号E000に掲げる写真診断（1のイ及び3に係るものを除く。）及び区分番号E200に掲げる基本的エックス線診断料については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が、画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、歯科画像診断管理加算1として月1回を限度として70点を所定点数に加算する。ただし、歯科画像診断管理加算2を算定する場合はこの限りでない。</p> <p>7 区分番号E000に掲げる写真診断（3に係るものに限る。）又は通則第11号により医科点数表の区分番号E203に掲げるコンピューター断層診断の例によることとされる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において画像診断を専ら担</p>

【通則の見直し】

1回を限度として180点を所定点数に加算する。

8 遠隔画像診断による画像診断（区分番号E000に掲げる写真診断（1のイ及び3に係るものを除く。）又は区分番号E200に掲げる基本的エックス線診断料に限る。）を行った場合については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間で行われた場合に限り、算定する。この場合において、受信側の保険医療機関が通則第6号の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、月1回を限度として、歯科画像診断管理加算1を算定する。ただし、歯科画像診断管理加算2を算定する場合は、この限りでない。

【通則の見直し】

9 遠隔画像診断による画像診断（区分番号E000に掲げる写真診断（3に係るものに限る。）に限る。）を前号に規定する保険医療機関間で行った場合であって、受信側の保険医療機関が通則第7号の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら

当する常勤の歯科医師が、画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、歯科画像診断管理加算2として、月1回を限度として180点を所定点数に加算する。

8 遠隔画像診断による画像診断（区分番号E000に掲げる写真診断（1のイ及び3に係るものを除く。）又は区分番号E200に掲げる基本的エックス線診断料に限る。）を行った場合については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間で行われた場合に限り、算定する。この場合において、受信側の保険医療機関が通則第6号の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が、画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、月1回を限度として、歯科画像診断管理加算1を算定する。ただし、歯科画像診断管理加算2を算定する場合は、この限りでない。

9 遠隔画像診断による画像診断（区分番号E000に掲げる写真診断（3に係るものに限る。）又は通則第11号により医科点数表の区分番号E203に掲げるコンピューター断層診断の例によることとされる画像診断に限る。）を前号に規定する保険医療機関間で行った場合であっ

<p>第2節 撮影料</p> <p>E100 歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>担当する常勤の歯科医師が画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、月1回を限度として、歯科画像診断管理加算2を算定する。</p> <p>注2 新生児（生後28日未満の者をいう。以下この表において同じ。）又は3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して撮影を行った場合は、当該撮影の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の30又は100分の15に相当する点数を加算する。</p>	<p>て、受信側の保険医療機関が通則第7号の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が、画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、月1回を限度として、歯科画像診断管理加算2を算定する。</p> <p>注2 新生児（生後28日未満の者をいう。以下この表において同じ。）、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は3歳以上6歳未満の幼児に対して撮影を行った場合は、当該撮影の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の80、100分の50又は100分の30に相当する点数を加算する。</p>
-----------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第5部 投薬</p> <p>第2節 処方料</p> <p>F100 処方料</p> <p>【注の追加】</p> <p>第5節 処方せん料</p> <p>F400 処方せん料</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>(追加)</p> <p>注6 薬剤の一般的名称を記載する処方せんを交付した場合、処方せんの交付1回につき2点を加算する。</p>	<p>注9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において投薬を行った場合には、外来後発医薬品使用体制加算として、当該基準に係る区分に従い、1処方につき次に掲げる点数を、それぞれ加算する。</p> <p>イ 外来後発医薬品使用体制加算1 4点</p> <p>ロ 外来後発医薬品使用体制加算2 3点</p> <p>注6 薬剤の一般的名称を記載する処方せんを交付した場合は、当該処方せんの内容に応じ、次に掲げる点数を処方せんの交付1回につきそれぞれ加算する。</p> <p>イ 一般名処方加算1 3点</p>

口 一般名処方加算 2

2 点

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第6部 注射</p> <p>通則</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>6 区分番号G001に掲げる静脈内注射、G002に掲げる動脈注射、G003に掲げる抗癌性腫瘍剤局所持続注入、G004に掲げる点滴注射、G005に掲げる中心静脈注射又はG006に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈注射について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって悪性腫瘍等の患者であるものに対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ1日につき前各号により算定した点数に加算する。</p> <p>イ 外来化学療法加算1</p> <p>(1) 外来化学療法加算A</p> <p>① 15歳未満 780点</p> <p>② 15歳以上 580点</p> <p>(2) 外来化学療法加算B</p> <p>① 15歳未満 630点</p>	<p>820点</p> <p>600点</p> <p>670点</p>

	② 15歳以上	430点		450点
	ロ 外来化学療法加算 2			
	(1) 外来化学療法加算 A			
	① 15歳未満	700点		740点
	② 15歳以上	450点		470点
	(2) 外来化学療法加算 B			
	① 15歳未満	600点		640点
	② 15歳以上	350点		370点
第1節 注射料				
第1款 注射実施料				
G000 皮内、皮下及び筋肉内注射 (1回につき)				
【点数の見直し】		18点	→	20点
G001 静脈内注射 (1回につき)				
【点数の見直し】		30点	→	32点
【注の見直し】	注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、 42点を所定点数に加算する。		→	注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、 45点を所定点数に加算する。
G004 点滴注射 (1日につき)				
【点数の見直し】	1 6歳未満の乳幼児に対するもの (1日分の注 射量が100mL以上の場合)	95点	→	98点
	2 1に掲げる者以外の者に対するもの (1日分			

<p>【注の見直し】</p> <p>第2款 無菌製剤処理料</p> <p>G020 無菌製剤処理料</p>	<p>の注射量が500mL以上の場合) 95点</p> <p>3 その他の場合 (入院中の患者以外の患者に限る。) 47点</p>	<p>97点</p> <p>49点</p>
	<p>注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、42点を所定点数に加算する。</p>	
<p>【項目の見直し】</p>	<p>1 無菌製剤処理料1 (悪性腫瘍に対して用いる薬剤が注射される一部の患者)</p> <p>イ 閉鎖式接続器具を使用した場合</p> <p>(1) 揮発性の高い薬剤の場合 150点</p> <p>(2) (1)以外の場合 100点</p> <p>ロ イ以外の場合 50点</p> <p>2 無菌製剤処理料2 (1以外のもの) 40点</p>	<p>1 無菌製剤処理料1 (悪性腫瘍に対して用いる薬剤が注射される一部の患者)</p> <p>イ 閉鎖式接続器具を使用した場合 180点</p> <p>ロ イ以外の場合 45点</p> <p>2 無菌製剤処理料2 (1以外のもの) 40点</p>

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第7部 リハビリテーション</p> <p>通則</p> <p>【通則の追加】</p> <p>第1節 リハビリテーション料</p> <p>H000 脳血管疾患等リハビリテーション料</p> <p>【項目の見直し】</p>	<p>(追加)</p> <p>1 脳血管疾患等リハビリテーション料(I) (1単位)</p> <p>イ ロ以外の場合 245点</p> <p>ロ 廃用症候群の場合 180点</p> <p>2 脳血管疾患等リハビリテーション料(II) (1単位)</p>	<p>4 脳血管疾患等リハビリテーション料又は廃用症候群リハビリテーション料については、患者の疾患等を勘案し、適当な区分1つに限り算定できる。この場合、患者の疾患、状態等を総合的に勘案し、治療上有効であると医学的に判断される場合であって、患者1人につき1日6単位（別に厚生労働大臣が定める患者については1日9単位）に限り算定できるものとする。</p> <p>1 脳血管疾患等リハビリテーション料(I) (1単位) 245点</p> <p>2 脳血管疾患等リハビリテーション料(II) (1単位) 200点</p>

イ	ロ以外の場合	200点
ロ	廃用症候群の場合	146点
3	脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ) (1単位)	
イ	ロ以外の場合	100点
ロ	廃用症候群の場合	77点

3 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ) (1単位) 100点

【注の見直し】

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、それぞれ発症、手術又は急性増悪から180日以内を限度として所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合は、180日を超えて所定点数を算定する。

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、それぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から180日以内に限り所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、180日を超えて所定点数を算定することができる。

【注の見直し】

注4 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があつてそれぞれ発症、手術又は急性増悪から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位を限度として算定する。この場合において、当該患者が要介護被保険者等である場合は、注1に規定

注4 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があつてそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、算定できるものとする。この場合において、当該患者が要介護

する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定する。

- イ 脳血管疾患等リハビリテーション料(I)  
(1単位)
  - (1) (2)以外の場合 221点
  - (2) 廃用症候群の場合 162点
- ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料(II)  
(1単位)
  - (1) (2)以外の場合 180点
  - (2) 廃用症候群の場合 131点
- ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料(III) (1単位)
  - (1) (2)以外の場合 90点
  - (2) 廃用症候群の場合 69点

被保険者等である場合には、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定する。

- イ 脳血管疾患等リハビリテーション料(I)  
(1単位) 147点
- ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料(II)  
(1単位) 120点
- ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料(III)  
(1単位) 60点

【注の見直し】

注5 注4の場合において、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関が、入院中の患者以外の患者（要介護被保険者等に限る。）に対して注4に規定するリハビリテーションを行った場合は、所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。

注5 注4の場合において、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関が、入院中の患者以外の患者（要介護被保険者等に限る。）に対して注4に規定するリハビリテーションを行った場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

【新設】

(新設)

- H000-3 廃用症候群リハビリテーション料  
1 廃用症候群リハビリテーション料(I) (1単位) 180点

2 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅱ) (1 単位) 146点

3 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅲ) (1 単位) 77点

注1 別に厚生労働大臣が定める基準に適合している保険医療機関において、急性疾患等に伴う安静による廃用症候群の患者であって、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力及び日常生活能力の低下を来しているものに対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、それぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から120日以内に限り所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、120日を超えて所定点数を算定することができる。

注2 注1本文に規定する患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、当該患者の廃用症候群に係る急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は当該患者の廃用症候群の急性増悪から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。

注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、注1本文に規定する患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、当該患者の廃

H001 摂食機能療法（1日につき  
）

用症候群に係る急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は当該患者の廃用症候群の急性増悪から14日に限り、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。

注4 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する患者に対して、必要があつてそれぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から120日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定できるものとする。この場合において、当該患者が要介護被保険者等である場合には、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定する。

イ 廃用症候群リハビリテーション料(I)（1単位） 108点

ロ 廃用症候群リハビリテーション料(II)（1単位） 88点

ハ 廃用症候群リハビリテーション料(III)（1単位） 46点

注5 注4の場合において、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関が、入院中の患者以外の患者（要介護被保険者等に限る。）に対して注4に規定するリハビリテーションを行った場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

【注の見直し】

注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、鼻腔栄養を実施している患者又は胃瘻を造設している患者に対して実施した場合は、治療開始日から起算して6月以内に限り、経口摂取回復促進加算として、185点を所定点数に加算する。

注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、鼻腔栄養を実施している患者又は胃瘻を造設している患者に対して実施した場合は、治療開始日から起算して6月以内に限り、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

- イ 経口摂取回復促進加算1 185点
- ロ 経口摂取回復促進加算2 20点

【注の見直し】

注3 治療開始日から起算して3月を超えた場合に、区分番号H001-2に掲げる歯科口腔リハビリテーション料1（2に限る。）を算定した月は、摂食機能療法は算定できない。

注3 治療開始日から起算して3月を超えた場合に、区分番号H001-2に掲げる歯科口腔リハビリテーション料1（2及び3に限る。）を算定した月は、摂食機能療法は算定できない。

H001-2 歯科口腔リハビリテーション料1（1口腔につき）

【項目の見直し】

- 1 有床義歯の場合
  - イ ロ以外の場合 100点
  - ロ 困難な場合 120点
- 2 舌接触補助床の場合 190点

- 1 有床義歯の場合
  - イ ロ以外の場合 100点
  - ロ 困難な場合 120点
- 2 舌接触補助床の場合 190点
- 3 その他の場合 185点

【注の追加】

(追加)



注5 3については、区分番号M025に掲げる口蓋補綴、顎補綴により算定した装置を装着している患者に対して、月4回を限度として算定する。



【通則の見直し】

8 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料及び同注5に規定する加算を算定する患者に対して、歯科訪問診療時に処置（区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料のみを算定する患者については、区分番号I005に掲げる抜髄及び区分番号I006に掲げる感染根管処置に限る。）を行った場合は、当該処置の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。

を算定しないものに対して、歯科訪問診療時に処置を行った場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該処置の所定点数に加算する。

イ 区分番号I005（3に限る。）に掲げる抜髄又は区分番号I006（3に限る。）に掲げる感染根管処置を行った場合

所定点数の100分の50に相当する点数

ロ 区分番号I005（1及び2に限る。）に掲げる抜髄又は区分番号I006（1及び2に限る。）に掲げる感染根管処置を行った場合 所定点数の100分の30に相当する点数

9 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料及び同注5に規定する加算を算定する患者に対して、歯科訪問診療時に処置を行った場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該処置の所定点数に加算する。

イ 処置（区分番号I005（1及び2に限る。）に掲げる抜髄、区分番号I006（1及び2に限る。）に掲げる感染根管処置及び区分番号I017に掲げる床副子を除く。）を行った場合

所定点数の100分の50に相当する点数

ロ 区分番号I005（1及び2に限る。）に掲げる抜髄又は区分番号I006（1及び2に限る。）に掲げる感染根管処置を行った場合 所定点数の100分の30に相当する点数

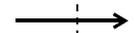
<p>I 0 0 1 歯髄保護処置（1歯につき）</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>1 歯髄温存療法 2 直接歯髄保護処置</p>	<p>150点 120点</p>	<p>188点 150点</p>
<p>I 0 0 2 知覚過敏処置（1口腔1回につき）</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>1 3歯まで 2 4歯以上</p>	<p>40点 50点</p>	<p>46点 56点</p>
<p>I 0 0 2 - 2 乳幼児う蝕薬物塗布処置（1口腔1回につき）</p> <p>【名称の見直し】</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>乳幼児う蝕薬物塗布処置（1口腔1回につき）</p> <p>1 3歯まで 2 4歯以上</p>	<p>40点 50点</p>	<p>う蝕薬物塗布処置（1口腔1回につき）</p> <p>46点 56点</p>
<p>I 0 0 3 初期う蝕早期充填処置（1歯につき）</p> <p>【点数の見直し】</p>		<p>124点</p>	<p>134点</p>
<p>I 0 0 5 抜髄（1歯につき）</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注1 区分番号I 0 0 1の1に掲げる歯髄温存療法を行った日から起算して3月以内に当該処</p>		<p>注1 区分番号I 0 0 1の1に掲げる歯髄温存療法を行った日から起算して3月以内に当該処</p>

<p>【注の見直し】</p>	<p>置を行った場合は、その区分に従い、78点、268点又は438点を算定する。</p> <p>注2 区分番号I001の2に掲げる直接歯髄保護処置を行った日から起算して1月以内に当該処置を行った場合は、その区分に従い、108点、298点又は468点を算定する。</p>	<p>置を行った場合は、その区分に従い、40点、230点又は400点を算定する。</p> <p>注2 区分番号I001の2に掲げる直接歯髄保護処置を行った日から起算して1月以内に当該処置を行った場合は、その区分に従い、78点、268点又は438点を算定する。</p>
<p>I007 根管貼薬処置（1歯1回につき）</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>1 単根管 26点</p> <p>2 2根管 30点</p> <p>3 3根管以上 40点</p>	<p>28点</p> <p>34点</p> <p>46点</p>
<p>I008-2 加圧根管充填処置（1歯につき）</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>1 単根管 130点</p> <p>2 2根管 156点</p> <p>3 3根管以上 190点</p>	<p>136点</p> <p>164点</p> <p>200点</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注1 区分番号M000-2に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において算定する。</p>	<p>注1 区分番号M000-2に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料の注1により当該管理料を算定する旨を地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において算定する。</p>

<p>【注の追加】</p>		<p>(追加) →</p> <p>注3 3については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、4根管又は槌状根に対して歯科用3次元エックス線断層撮影装置及び手術用顕微鏡を用いて根管治療を行った場合に、400点を所定点数に加算する。なお、第4部に掲げる歯科用3次元エックス線断層撮影の費用は別に算定できる。</p>
<p>I 0 0 9 - 2 創傷処置</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>2 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満 55点</p> <p>3 500平方センチメートル以上 85点</p>	<p>60点</p> <p>90点</p>
<p>I 0 1 1 - 2 歯周病安定期治療</p> <p>【名称の見直し】</p>	<p>歯周病安定期治療</p>	<p>歯周病安定期治療(I)</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注1 一連の歯周病治療終了後、一時的に病状が安定した状態にある患者に対し、歯周組織の状態を維持するためのプラークコントロール、スケーリング、スケーリング・ルートプレーニング、咬合調整及び機械的歯面清掃等の継続的な治療（以下この表において「歯周病安定期治療」という。）を開始した場合は、それぞれの区分に従い月1回を限度として算定する。</p>	<p>注1 一連の歯周病治療終了後、一時的に病状が安定した状態にある患者に対し、歯周組織の状態を維持するためのプラークコントロール、スケーリング、スケーリング・ルートプレーニング、咬合調整、機械的歯面清掃等の継続的な治療（以下この表において「歯周病安定期治療(I)」という。）を開始した場合は、それぞれの区分に従い月1回を限度として算定する。</p>

【注の見直し】

注4 歯周病安定期治療を開始した日以降に歯周外科手術を実施した場合は、所定点数の100分の30に相当する点数により算定する。



注4 歯周病安定期治療(I)を開始した日以降に歯周外科手術を実施した場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

【注の追加】

(追加)



注5 歯周病安定期治療(II)を算定した月は算定できない。

【新設】

(新設)



I 0 1 1 - 2 - 2 歯周病安定期治療(II)		
1	1 歯以上10歯未満	380点
2	10歯以上20歯未満	550点
3	20歯以上	830点

注1 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所において、一連の歯周病治療終了後、一時的に病状が安定した状態にある患者に対し、歯周組織の状態を維持するためのプラークコントロール、歯周病検査、口腔内写真検査、スケーリング、スケーリング・ルートプレーニング、咬合調整、機械的歯面清掃等の継続的な治療（以下この表において「歯周病安定期治療(II)」という。）を開始した場合は、それぞれの区分に従い、月1回を限度として算定する。

注2 歯周病安定期治療(II)を開始した後、病状の変化により歯周外科手術を実施した場合は、歯周精密検査により再び病状が安定し継続的な治療が必要であると判断されるまでの間は

I 0 1 1 - 3 歯周基本治療処置 (1 口腔につき)

【注の見直し】

注1 区分番号 I 0 1 1 に掲げる歯周基本治療を行った部位に対して、薬剤等により歯周疾患の処置 (区分番号 I 0 1 0 に掲げる歯周疾患処置を除く。) を行った場合は、月 1 回を限度として算定する。

、歯周病安定期治療(II)に係る費用は算定できない。

注3 歯周病安定期治療(II)を開始した日以降に歯周外科手術を実施した場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

注4 歯周病安定期治療(I)を算定した月は算定できない。

【注の見直し】

注3 薬剤等に係る費用は、所定点数に含まれる。

注1 区分番号 I 0 1 1 に掲げる歯周基本治療を行った部位に対して、薬剤により歯周疾患の処置 (区分番号 I 0 1 0 に掲げる歯周疾患処置を除く。) を行った場合は、月 1 回を限度として算定する。

注3 薬剤に係る費用は、所定点数に含まれる。

I 0 1 7 - 2 床副子調整 (1 口腔につき)

【名称の見直し】

床副子調整 (1 口腔につき)

床副子調整・修理 (1 口腔につき)

【項目の見直し】

- 1 睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床の場合 120点
- 2 咬合挙上副子の場合 220点

- 1 床副子調整  
イ 睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床の場合 120点

			ロ イ以外の場合 2 床副子修理	220点 234点
【注の見直し】	注1 1については、新たに製作した睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床の装着時又は装着後1月以内に製作を行った保険医療機関において適合を図るための調整を行った場合に、1回を限度として算定する。	→	注1 1のイについては、新たに製作した睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床の装着時又は装着後1月以内に製作を行った保険医療機関において適合を図るための調整を行った場合に、1回を限度として算定する。	
【注の追加】	(追加)	→	注2 1のロについては、咬合挙上副子又は術後即時顎補綴装置の調整を行った場合に算定する。	
【注の見直し】	注2 同一の患者について1月以内に床副子調整を2回以上行った場合は、床副子調整は1回とし、第1回の調整を行ったときに算定する。	→	注3 同一の患者について1月以内に床副子調整を2回以上行った場合は、第1回の調整を行ったときに算定する。	
【注の追加】	(追加)	→	注4 2については、同一の患者について1月以内に床副子修理を2回以上行った場合は、第1回の修理を行ったときに算定する。	
I 0 1 9 歯冠修復物又は補綴物の除去 (1歯につき)				
【項目の見直し】	1 簡単なもの 16点	→	1 簡単なもの	16点

	2 困難なもの	32点		2 困難なもの	32点
	3 根管内ポストを有する鑄造体の除去	54点		3 著しく困難なもの	54点
I 0 2 9 周術期専門的口腔衛生処置 (1口腔につき)					
【点数の見直し】		80点	→	92点	
【注の追加】		(追加)	→	注2 区分番号B 0 0 0－8に掲げる周術期口腔機能管理料Ⅲを算定した患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、周術期口腔機能管理料Ⅲを算定した日の属する月において、月1回を限度として算定する。	
I 0 3 0 機械的歯面清掃処置(1口腔につき)					
【点数の見直し】		60点	→	68点	
【注の見直し】	注 区分番号B 0 0 0－4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号C 0 0 1－3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定した患者のうち、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、歯周疾患に罹患している患者であって歯科疾患の管理を行っているもの(区分番号I 0 2 9に掲げる周術期専門的口腔衛生処置、区分番号C 0 0 1に掲げる訪問歯科衛生指導料又は区分番		→	注1 区分番号B 0 0 0－4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号C 0 0 1－3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定した患者のうち、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、歯科疾患の管理を行っているもの(区分番号I 0 2 9に掲げる周術期専門的口腔衛生処置、区分番号C 0 0 1に掲げる訪問歯科衛生指導料又は区分番号N 0 0 2に掲げ	

	<p>号N002に掲げる歯科矯正管理料を算定しているものを除く。) に対して機械的歯面清掃を行った場合は、月1回を限度として算定する。ただし、区分番号I011-2に掲げる歯周病安定期治療を算定した日又は当該処置を算定した翌月は算定できない。</p>		<p>る歯科矯正管理料を算定しているものを除く。) に対して機械的歯面清掃を行った場合は、月1回を限度として算定する。</p>
<p>【注の追加】</p>		<p>(追加) →</p>	<p>注2 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料の注10に規定するエナメル質初期う蝕加算、区分番号I011-2に掲げる歯周病安定期治療(I)又は区分番号I011-2-2に掲げる歯周病安定期治療(II)を算定した月は算定できない。</p>
<p>【注の追加】</p>		<p>(追加) →</p>	<p>注3 当該処置を算定した翌月は、算定できない。</p>
<p>I031 フッ化物歯面塗布処置 (1 口腔につき)</p>			
<p>【項目の見直し】</p>	<p>1 う蝕多発傾向者の場合 80点 2 在宅等療養患者の場合 80点</p>	<p>→</p>	<p>1 う蝕多発傾向者の場合 100点 2 在宅等療養患者の場合 100点 3 エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合 120点</p>
<p>【注の追加】</p>		<p>(追加) →</p>	<p>注3 3については、区分番号B000-4に掲</p>

げる歯科疾患管理料（注10に規定するエナメル質初期う蝕管理加算を算定した場合を除く。）を算定したエナメル質初期う蝕に罹患している患者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に月1回を限度として算定する。ただし、2回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行った場合に限り、月1回を限度として算定する。

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第9部 手術</p> <p>【通則の見直し】</p>	<p>5 6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な者に対して手術を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、当該手術の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、区分番号J100-2の注1に規定する加算又は通則第14号に掲げる加算を算定する場合は、この限りでない。</p>	<p>5 6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な者に対して手術を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、次に掲げる点数を、それぞれ当該手術の所定点数に加算する。ただし、区分番号J100-2の注1に規定する加算、通則第14号又は第15号に掲げる加算を算定する場合は、この限りでない。</p> <p>イ 手術（区分番号J013（1及び2に限る。）に掲げる口腔内消炎手術を除く。）を行った場合  所定点数の100分の50に相当する点数</p> <p>ロ 区分番号J013（1及び2に限る。）に掲げる口腔内消炎手術を行った場合  所定点数の100分の30に相当する点数</p>
<p>【通則の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>14 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定する患者であって、同注5に規定する加算を算定しないものに対して、歯科訪問診療時に手術を行った場合は、次に掲げる点数をそれぞれ当該手術の所定点数に加算する。</p> <p>イ 区分番号J000（1、2及び3に限る。）</p>

【通則の見直し】

14 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料及び同注5に規定する加算を算定する患者に対して、歯科訪問診療時に手術（区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料のみを算定する患者は、区分番号J000に掲げる抜歯手術（1から3までに限る。）及びJ013に掲げる口腔内消炎手術（2に限る。）に限る。）を行った場合は、当該手術の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。

【通則の見直し】

15 区分番号B000-6に掲げる周術期口腔機能管理料(I)（1に限る。）又はB000-7に掲げる周術期口腔機能管理料(II)（1に限る。）を算定した患者に対して、算定後1月以内に悪性腫瘍手術を全身麻酔下で実施した場合は、周術期口腔機能管理後手術加算として、100点をそれぞれ所定点数に加算する。

）に掲げる抜歯手術を行った場合（注1による加算を除く。）

所定点数の100分の50に相当する点数  
ロ 区分番号J013（2に限る。）に掲げる口腔内消炎手術を行った場合  
所定点数の100分の30に相当する点数

15 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料及び同注5に規定する加算を算定する患者に対して、歯科訪問診療時に手術を行った場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該手術の所定点数に加算する。

イ 区分番号J013（1、2に限る。）に掲げる口腔内消炎手術以外の手術を行った場合  
所定点数の100分の50に相当する点数  
ロ 区分番号J013（1及び2に限る。）に掲げる口腔内消炎手術を行った場合  
所定点数の100分の30に相当する点数

16 区分番号B000-6に掲げる周術期口腔機能管理料(I)（1に限る。）又はB000-7に掲げる周術期口腔機能管理料(II)（1に限る。）を算定した患者に対して、算定後1月以内に悪性腫瘍手術を全身麻酔下で実施した場合は、周術期口腔機能管理後手術加算として、200点をそれぞれ所定点数に加算する。

J 0 0 0 抜歯手術（1 歯につき）

【項目の見直し】

- |   |     |        |
|---|-----|--------|
| 1 | 乳歯  | 130点   |
| 2 | 前歯  | 150点   |
| 3 | 臼歯  | 260点   |
| 4 | 難抜歯 | 470点   |
| 5 | 埋伏歯 | 1,050点 |

- |   |     |        |
|---|-----|--------|
| 1 | 乳歯  | 130点   |
| 2 | 前歯  | 150点   |
| 3 | 臼歯  | 260点   |
| 4 | 埋伏歯 | 1,050点 |

【注の見直し】

注1 4については、歯根肥大、骨の癒着歯等に対する骨の開さく又は歯根分離術を行った場合に限り算定する。

注1 2又は3については、歯根肥大、骨の癒着歯等に対する骨の開さく又は歯根分離術を行った場合に限り、難抜歯加算として、210点を所定点数に加算する。

J 0 0 4 歯根端切除手術（1 歯につき）

【項目の見直し】

- |   |                        |        |
|---|------------------------|--------|
| 1 | 2以外の場合                 | 1,350点 |
| 2 | 歯科CT撮影装置及び手術用顕微鏡を用いた場合 | 2,000点 |

- |   |                                 |        |
|---|---------------------------------|--------|
| 1 | 2以外の場合                          | 1,350点 |
| 2 | 歯科用3次元エックス線断層撮影装置及び手術用顕微鏡を用いた場合 | 2,000点 |

【注の追加】

（追加）

注3 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該手術を実施した場合に算定する。

J 0 1 1 上顎結節形成術

【項目の見直し】		3,000点	→	1 簡単なもの 2 困難なもの	2,000点 3,000点
J 0 1 6 口腔底悪性腫瘍手術					
【点数の見直し】		24,050点	→	28,140点	
【新設】		(新設)	→	J 0 1 7 - 2 甲状舌管嚢胞摘出術	8,520点
J 0 1 8 舌悪性腫瘍手術					
【点数の見直し】	1 切除 2 亜全摘	18,810点 64,160点	→	22,010点 75,070点	
J 0 2 2 顎・口蓋裂形成手術					
【点数の見直し】	口 両側	29,040点	→	31,940点	
J 0 2 4 口唇裂形成手術 (片側)					
【点数の見直し】	3 鼻腔底形成を伴う場合	22,140点	→	24,350点	
J 0 2 4 - 2 口唇裂形成手術 (両側)					
【点数の見直し】	3 鼻腔底形成を伴う場合	33,290点	→	36,620点	
J 0 2 4 - 4 鼻咽腔閉鎖術					
【点数の見直し】		21,630点	→	23,790点	

J 0 3 1 口唇悪性腫瘍手術

【点数の見直し】

28,210点 → 33,010点

J 0 3 2 口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術

【点数の見直し】

89,100点 → 108,700点

J 0 3 5 頬粘膜悪性腫瘍手術

【点数の見直し】

22,490点 → 26,310点

J 0 3 9 上顎骨悪性腫瘍手術

【点数の見直し】

2 切除  
3 全摘

28,210点 → 34,420点  
56,130点 → 68,480点

J 0 4 1 下顎骨離断術

【点数の見直し】

23,600点 → 27,140点

J 0 4 2 下顎骨悪性腫瘍手術

【点数の見直し】

1 切除  
2 切断

32,550点 → 40,360点  
43,410点 → 53,830点

J 0 5 7 顎下腺悪性腫瘍手術

【点数の見直し】		28,210点	→	33,010点
J 0 5 9 耳下腺腫瘍摘出術				
【点数の見直し】	2	耳下腺深葉摘出術	31,100点	→ 34,210点
J 0 6 0 耳下腺悪性腫瘍手術				
【点数の見直し】	1	切除	28,210点	→ [ 33,010点 44,020点 ]
	2	全摘	37,620点	
J 0 6 3 歯周外科手術（1歯につき）				
【項目の追加】		(追加)	→	6 歯肉歯槽粘膜形成手術 イ 歯肉弁根尖側移動術 600点 ロ 歯肉弁歯冠側移動術 600点 ハ 歯肉弁側方移動術 770点 ニ 遊離歯肉移植術 770点 ホ 口腔前庭拡張術 2,820点
【注の見直し】	注3	区分番号I 0 1 1 - 2に掲げる歯周病安定期治療を開始した日以降に実施する場合は、所定点数（注1の加算を含む。）の100分の30に相当する点数により算定する。	→	注3 区分番号I 0 1 1 - 2に掲げる歯周病安定期治療(I)又は区分番号I 0 1 1 - 2 - 2に掲げる歯周病安定期治療(II)を開始した日以降に実施する場合は、所定点数（注1の加算を含む。）の100分の50に相当する点数により算定する。
J 0 6 3 - 2 骨移植術（軟骨移植術を含む。）				

【項目の見直し】	1 自家骨移植 イ 簡単なもの 1,780点 ロ 困難なもの 14,030点 2 同種骨移植（生体） 20,770点 3 同種骨移植（非生体） 18,300点	→	1 自家骨移植 イ 簡単なもの 1,780点 ロ 困難なもの 14,030点 2 同種骨移植（生体） 23,890点 3 同種骨移植（非生体） イ 同種骨移植（特殊なもの） 24,370点 ロ その他の場合 21,050点
J 0 6 4 歯肉歯槽粘膜形成手術	1 歯肉弁根尖側移動術 600点 2 歯肉弁歯冠側移動術 600点 3 歯肉弁側方移動術 770点 4 遊離歯肉移植術 770点 5 口腔前庭拡張術 2,820点	→	(削除)
【削除】			
J 0 6 9 上顎骨形成術	1 単純な場合 21,130点 2 複雑な場合及び2次的再建の場合 41,370点	→	23,240点 45,510点
【点数の見直し】			
【注の追加】	(追加)	→	注1 1について、上顎骨を複数に分割した場合は、5,000点を所定点数に加算する。
J 0 7 0 - 2 頬骨変形治癒骨折矯正術			
【点数の見直し】	35,100点	→	38,610点

J 0 7 2	下顎骨折観血的手術				
	【点数の見直し】	2	両側	24,840点	→ 27,320点
J 0 7 5	下顎骨形成術				
	【点数の見直し】	2	短縮又は伸長の場合	22,310点	→ [ 25,660点 43,300点 ]
		3	再建の場合	36,080点	
J 0 7 5 - 2	下顎骨延長術				
	【点数の見直し】	1	片側	22,310点	→ [ 25,660点 40,150点 ]
		2	両側	33,460点	
J 0 7 6	顔面多発骨折観血的手術				
	【点数の見直し】			34,520点	→ 39,700点
J 0 7 8	顎関節脱臼観血的手術				
	【点数の見直し】			23,830点	→ 26,210点
J 0 8 0	顎関節授動術				
	【項目の見直し】	1	徒手の授動術（パンピングを併用した場合）	990点	→ [ 1 徒手の授動術 イ パンピングを併用した場合 990点 ロ 関節腔洗浄療法を併用した場合 2,000点 2 顎関節鏡下授動術 8,770点 3 開放授動術 25,100点 ]
		2	顎関節鏡下授動術	7,310点	
		3	開放授動術	22,820点	

J 0 8 1	顎関節円板整位術				
	【点数の見直し】	1	顎関節鏡下円板整位術	18,810点	→ 20,690点
J 0 8 4	創傷処理				
	【項目の見直し】	3	筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上）	2,000点	→
					3 筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上）
					イ 頭頸部のもの（長径20センチメートル以上のものに限る。）
					7,170点
					ロ その他のもの
					2,000点
J 0 9 1	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術				
	【点数の見直し】	1	25平方センチメートル未満	3,760点	→ 3,760点
		2	25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満	11,440点	→ 11,440点
		3	100平方センチメートル以上	20,280点	→ 22,310点
J 0 9 3	遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）				
	【点数の見直し】			84,050点	→ 92,460点
J 0 9 5	複合組織移植術				
	【点数の見直し】			15,210点	→ 17,490点

<p>J 0 9 6 自家遊離複合組織移植術 (顕微鏡下血管柄付きのもの)</p> <p>【点数の見直し】</p>		110,700点	→	127,310点	
<p>J 0 9 9 動脈形成術、吻合術</p> <p>【点数の見直し】</p>		18,080点	→	21,700点	
<p>【新設】</p>		(新設)	→	J 1 0 1 - 2 神経再生誘導術	12,640点
<p>J 1 0 2 交感神経節切除術</p> <p>【点数の見直し】</p>		23,660点	→	26,030点	
<p>J 1 0 8 顔面神経麻痺形成手術</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>1 静的なもの</p> <p>2 動的なもの</p>	<p>19,110点</p> <p>58,500点</p>	→	<p>19,110点</p> <p>64,350点</p>	

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第11部 放射線治療</p> <p>通則</p> <p>【通則の見直し】</p> <p>【通則の見直し】</p> <p>【新設】</p>	<p>1 放射線治療の費用は、各区分の所定点数により算定する。</p> <p>3 新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）、3歳以上6歳未満の幼児又は6歳以上15歳未満の小児に対して放射線治療を行った場合は、小児放射線治療加算として、当該放射線治療の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の60、100分の30、100分の15又は100分の10に相当する点数を加算する。</p> <p>(新設)</p>	<p>1 放射線治療の費用は、第1節の各区分の所定点数により算定する。ただし、放射線治療に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、第1節の所定点数に第2節の所定点数を合算した点数により算定する。</p> <p>3 新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）、3歳以上6歳未満の幼児又は6歳以上15歳未満の小児に対して放射線治療（区分番号L000からL003までに掲げる放射線治療に限る。）を行った場合は、小児放射線治療加算として、当該放射線治療の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の80、100分の50、100分の30又は100分の20に相当する点数を加算する。</p> <p>第1節 放射線治療・管理料</p>

<p>【新設】</p>		<p>(新設) → L 0 0 1 - 2 直線加速器による放射線治療 (一連につき)</p> <table border="0"> <tr> <td>1</td> <td>定位放射線治療の場合</td> <td>63,000点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>1以外の場合</td> <td>8,000点</td> </tr> </table>	1	定位放射線治療の場合	63,000点	2	1以外の場合	8,000点
1	定位放射線治療の場合	63,000点						
2	1以外の場合	8,000点						
<p>L 0 0 3 密封小線源治療 (一連につき)</p>								
<p>【注の追加】</p>		<p>(追加) → 注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を専ら担当する常勤の歯科医師が画像誘導密封小線源治療 ( I G B T ) ( 2 のイに係るものに限る。 ) を行った場合には、画像誘導密封小線源治療加算として、一連につき300点を所定点数に加算する。</p>						
<p>【新設】</p>		<p>(新設) → L 0 0 4 血液照射 110点</p>						
<p>【新設】</p>		<p>(新設) → 第2節 特定保険医療材料料</p>						
<p>【新設】</p>		<p>(新設) → 区分 L 2 0 0 特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数 注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。</p>						



項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第12部 歯冠修復及び欠損補綴</p> <p>通則</p> <p>【通則の見直し】</p>	<p>4 6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な者に対して歯冠修復及び欠損補綴（区分番号M010、M011、M014からM015-2まで及びM017からM026までに掲げるものを除く。）を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、通則第6号又は第7号に掲げる加算を算定する場合は、この限りでない。</p>	<p>4 6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な者に対して、第12部に掲げる歯冠修復及び欠損補綴を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、次に掲げる点数を、それぞれ当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に加算する。ただし、通則第6号又は第7号に掲げる加算を算定する場合は、この限りでない。</p> <p>イ 区分番号M003（2の口及びハに限る。）に掲げる印象採得、区分番号M006（2の口に限る。）に掲げる咬合採得又は区分番号M030に掲げる有床義歯内面適合法を行った場合</p> <p>所定点数の100分の70に相当する点数</p> <p>ロ 歯冠修復及び欠損補綴（区分番号M000からM000-3まで、M003（2の口及びハに限る。）、区分番号M006（2の口に限る。）、M010、M011、M014からM015-2まで、M017からM026まで及びM030を除く。）を行った場合</p> <p>所定点数の100分の50に相当する点数</p>

【通則の見直し】

6 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料のみを算定する患者に対して、歯科訪問診療時に歯冠修復又は欠損補綴（区分番号M029に掲げるものに限る。）を行った場合は、当該歯冠修復又は欠損補綴の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。

6 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定する患者であって、同注5に規定する加算を算定しないものに対して、歯科訪問診療時に第12部に掲げる歯冠修復及び欠損補綴を行った場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に加算する。

イ 区分番号M003（2の口及びハに限る。）に掲げる印象採得、区分番号M006（2の口に限る。）に掲げる咬合採得又は区分番号M030に掲げる有床義歯内面適合法を行った場合

所定点数の100分の70に相当する点数

ロ 区分番号M029に掲げる有床義歯修理を行った場合

所定点数の100分の50に相当する点数

【通則の見直し】

7 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料及び同注5に規定する加算を算定する患者に対して、歯科訪問診療時に歯冠修復又は欠損補綴（区分番号M010、M011、M014からM015-2まで及びM017からM026までを除く。）を行った場合は、当該歯冠修復又は欠損補綴の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。

7 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料及び同注5に規定する加算を算定する患者に対して、歯科訪問診療時に第12部に掲げる歯冠修復及び欠損補綴を行った場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に加算する。

イ 区分番号M003（2の口及びハに限る。）に掲げる印象採得、区分番号M006（2の口に限る。）に掲げる咬合採得又は区分番号M030に掲げる有床義歯内面適合法を行った場合

			所定点数の100分の70に相当する点数						
			ロ 歯冠修復及び欠損補綴（区分番号M000からM000-3まで、M003（2のロ及びハに限る。）、M006（2のロに限る。）、M010、M011、M014からM015-2まで、M017からM026まで及びM030を除く。）を行った場合						
			所定点数の100分の50に相当する点数						
第1節 歯冠修復及び欠損補綴料									
M000 補綴時診断料（1口腔につき）									
【名称の見直し】	補綴時診断料（1口腔につき）	→	補綴時診断料（1装置につき）						
【項目の見直し】	100点	→	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>補綴時診断（新製の場合）</td> <td>90点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>補綴時診断（1以外の場合）</td> <td>70点</td> </tr> </table>	1	補綴時診断（新製の場合）	90点	2	補綴時診断（1以外の場合）	70点
1	補綴時診断（新製の場合）	90点							
2	補綴時診断（1以外の場合）	70点							
【注の削除】	注2 同一患者につき、補綴時診断料を算定すべき診断を2回以上行った場合は、1回目の診断を行ったときに限り算定する。	→	（削除）						
【注の追加】	（追加）	→	注2 1については、欠損補綴物を新たに製作する場合に算定する。						
【注の追加】	（追加）	→	注3 2については、区分番号M029に掲げる						

<p>【注の削除】</p>	<p>注4 区分番号M000-3に掲げる広範囲顎骨支持型補綴診断料は、別に算定できない。</p>	<p>→</p>	<p>(削除)</p> <p>有床義歯修理又は区分番号M030に掲げる有床義歯内面適合法を実施した場合に算定する。</p>
<p>M000-2 クラウン・ブリッジ維持管理料（1装置につき）</p>			
<p>【注の見直し】</p>	<p>注4 通則第4号に掲げる加算を算定する場合及び訪問診療を行った場合は、算定できない。</p>	<p>→</p>	<p>注4 通則第4号に掲げる加算を算定する場合及び区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した場合は、算定できない。</p>
<p>M001 歯冠形成（1歯につき）</p>			
<p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>→</p>	<p>注1 1のイ、2のイ及び3のロについて、ブリッジの支台歯として歯冠形成を行った場合は、ブリッジ支台歯形成加算として1歯につき20点を所定点数に加算する。</p>
<p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>→</p>	<p>注3 1のイについて、臼歯のレジン前装金属冠のための歯冠形成は、490点を所定点数に加算する。</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注3 2のイについて、前歯の4分の3冠又は前</p>	<p>→</p>	<p>注5 2のイについて、前歯の4分の3冠又は前</p>

<p>【注の追加】</p>	<p>歯のレジン前装金属冠については、470点を所定点数に加算する。</p>	<p>(追加)</p>	<p>歯のレジン前装金属冠のための支台歯の歯冠形成は、470点を所定点数に加算する。</p> <p>注6 2のイについて、臼歯のレジン前装金属冠のための支台歯の歯冠形成は、470点を所定点数に加算する。</p>																																																
<p>M002 支台築造 (1歯につき)</p> <p>【項目の見直し】</p>	<table border="0"> <tr> <td>1</td> <td>メタルコア</td> <td></td> </tr> <tr> <td>イ</td> <td>大白歯</td> <td>176点</td> </tr> <tr> <td>ロ</td> <td>小白歯及び前歯</td> <td>150点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>その他</td> <td>126点</td> </tr> </table>	1	メタルコア		イ	大白歯	176点	ロ	小白歯及び前歯	150点	2	その他	126点	<p>→</p>	<table border="0"> <tr> <td>1</td> <td>間接法</td> <td></td> </tr> <tr> <td>イ</td> <td>メタルコアを用いた場合</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(1)</td> <td>大白歯</td> <td>176点</td> </tr> <tr> <td>(2)</td> <td>小白歯及び前歯</td> <td>150点</td> </tr> <tr> <td>ロ</td> <td>ファイバーポストを用いた場合</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(1)</td> <td>大白歯</td> <td>176点</td> </tr> <tr> <td>(2)</td> <td>小白歯及び前歯</td> <td>150点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>直接法</td> <td></td> </tr> <tr> <td>イ</td> <td>ファイバーポストを用いた場合</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(1)</td> <td>大白歯</td> <td>154点</td> </tr> <tr> <td>(2)</td> <td>小白歯及び前歯</td> <td>128点</td> </tr> <tr> <td>ロ</td> <td>その他の場合</td> <td>126点</td> </tr> </table>	1	間接法		イ	メタルコアを用いた場合		(1)	大白歯	176点	(2)	小白歯及び前歯	150点	ロ	ファイバーポストを用いた場合		(1)	大白歯	176点	(2)	小白歯及び前歯	150点	2	直接法		イ	ファイバーポストを用いた場合		(1)	大白歯	154点	(2)	小白歯及び前歯	128点	ロ	その他の場合	126点
1	メタルコア																																																		
イ	大白歯	176点																																																	
ロ	小白歯及び前歯	150点																																																	
2	その他	126点																																																	
1	間接法																																																		
イ	メタルコアを用いた場合																																																		
(1)	大白歯	176点																																																	
(2)	小白歯及び前歯	150点																																																	
ロ	ファイバーポストを用いた場合																																																		
(1)	大白歯	176点																																																	
(2)	小白歯及び前歯	150点																																																	
2	直接法																																																		
イ	ファイバーポストを用いた場合																																																		
(1)	大白歯	154点																																																	
(2)	小白歯及び前歯	128点																																																	
ロ	その他の場合	126点																																																	
<p>M002-2 支台築造印象 (1歯につき)</p> <p>【点数の見直し】</p> <p>M003-2 テンポラリークラウン (1歯につき)</p>	<p>26点</p>	<p>→</p>	<p>30点</p>																																																

<p>【注の見直し】</p>	<p>注1 テンポラリークラウンは、前歯部において、区分番号M001に掲げる歯冠形成のうち、レジン前装金属冠若しくはジャケット冠に係る費用を算定した歯又はレジン前装金属冠若しくはジャケット冠の歯冠形成を行うことを予定している歯について、レジン前装金属冠又はジャケット冠の歯冠形成を算定した日から当該補綴物を装着するまでの期間において、1歯につき1回を限度として算定する。</p>	<p>注1 テンポラリークラウンは、前歯部において、区分番号M001に掲げる歯冠形成のうち、レジン前装金属冠、ジャケット冠若しくは硬質レジンジャケット冠に係る費用を算定した歯又はレジン前装金属冠、ジャケット冠若しくは硬質レジンジャケット冠の歯冠形成を行うことを予定している歯について、当該歯に係る処置等を開始した日から当該補綴物を装着するまでの期間において、1歯につき1回を限度として算定する。</p>
<p>M005 装着</p>		
<p>【注の見直し】</p>	<p>注1 区分番号M015-2に掲げるCAD/CAM冠を装着した場合は、所定点数に相当する点数を所定点数に加算する。</p>	<p>注1 区分番号M015-2に掲げるCAD/CAM冠を装着する際に、歯質に対する接着性を向上させることを目的に内面処理を行った場合は、所定点数の100分の100に相当する点数を所定点数に加算する。</p>
<p>M011 レジン前装金属冠（1歯につき）</p>		
<p>【項目の見直し】</p>	<p>1,174点</p>	<p>1 前歯 1,174点 2 小白歯 1,174点</p>
<p>M015 硬質レジンジャケット冠（1歯につき）</p>		
<p>【点数の見直し】</p>	<p>750点</p>	<p>768点</p>

M015-2 CAD/CAM冠 (1歯につき)

【注の見直し】

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯冠補綴物の設計・製作に要するコンピュータ支援設計・製造ユニット（歯科用CAD/CAM装置）を用いて、小白歯に対して歯冠補綴物（全部被覆冠に限る。）を設計・製作し、装着した場合に限り算定する。

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯冠補綴物の設計・製作に要するコンピュータ支援設計・製造ユニット（歯科用CAD/CAM装置）を用いて、白歯に対して歯冠補綴物（全部被覆冠に限る。）を設計・製作し、装着した場合に限り算定する。

M016 乳歯金属冠 (1歯につき)

【項目の見直し】

M016 乳歯金属冠 (1歯につき) 200点

M016 乳歯冠 (1歯につき)  
 1 乳歯金属冠の場合 200点  
 2 1以外の場合 390点

M018 有床義歯

【点数の見直し】

1 局部義歯 (1床につき)  
 イ 1歯から4歯まで 570点  
 ロ 5歯から8歯まで 700点  
 ハ 9歯から11歯まで 930点  
 ニ 12歯から14歯まで 1,350点  
 2 総義歯 (1顎につき) 2,110点

576点  
 708点  
 940点  
 1,364点  
 2,132点

M019 熱可塑性樹脂有床義歯

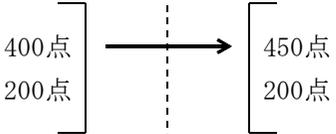
<p>【点数の見直し】</p>	<p>1 局部義歯（1床につき）  イ 1 歯から4 歯まで 670点  ロ 5 歯から8 歯まで 900点  ハ 9 歯から11歯まで 1,120点  ニ 12歯から14歯まで 1,750点  2 総義歯（1顎につき） 2,780点</p>	<p>→</p> <p>662点  890点  1,108点  1,732点  2,752点</p>
<p>M020 鑄造鉤（1個につき）</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>1 双子鉤 234点  2 二腕鉤 216点</p>	<p>→</p> <p>240点  222点</p>
<p>M021 線鉤（1個につき）</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>1 双子鉤 200点  2 二腕鉤（レストつき） 140点  3 レストのないもの 120点</p>	<p>→</p> <p>206点  146点  126点</p>
<p>M021-2 コンビネーション鉤  （1個につき）</p> <p>【点数の見直し】</p>		<p>→</p> <p>220点 → 226点</p>
<p>M023 バー（1個につき）</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>1 鑄造バー 438点  2 屈曲バー 248点</p>	<p>→</p> <p>444点  254点</p>
<p>M025-2 広範囲顎骨支持型補綴</p>		

<p>【注の追加】</p>		<p>(追加) →</p> <p>注2 区分番号J109に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術の実施範囲が3分の1顎未満である場合は、1の所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。</p>
<p>M026 補綴隙（1個につき）</p>		
<p>【点数の見直し】</p>	<p>40点 →</p>	<p>50点</p>
<p>M029 有床義歯修理（1床につき）</p>		
<p>【点数の見直し】</p>	<p>228点 →</p>	<p>234点</p>
<p>【注の追加】</p>	<p>(追加) →</p>	<p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、患者の求めに応じて、破損した有床義歯を預かった当日に修理を行い、当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算1として、1床につき50点を所定点数に加算する。</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、患者の求めに応じて、破損した有床義歯を預かった日から起算して2日以内に修理を行い、当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算として、1床につ</p>	<p>注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、患者の求めに応じて、破損した有床義歯を預かって修理を行い、預かった日の翌日に当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算2として、1床につき30</p>

	き24点を所定点数に加算する。		点を所定点数に加算する。
M030 有床義歯内面適合法			
【項目の見直し】	1 局部義歯（1床につき） イ 1歯から4歯まで 210点 ロ 5歯から8歯まで 260点 ハ 9歯から11歯まで 360点 ニ 12歯から14歯まで 560点 2 総義歯（1顎につき） 770点	→	1 硬質材料を用いる場合（1床につき） イ 局部義歯 (1) 1歯から4歯まで 210点 (2) 5歯から8歯まで 260点 (3) 9歯から11歯まで 360点 (4) 12歯から14歯まで 560点 ロ 総義歯（1顎につき） 770点 2 軟質材料を用いる場合（1床につき） 1,400点
【注の追加】	(追加)	→	注1 2については、下顎総義歯に限る。
【注の追加】	(追加)	→	注2 新たに製作した有床義歯を装着した日から起算して6月以内に当該有床義歯の有床義歯内面適合法を行った場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。
M034 歯冠継続歯修理（1歯につき）			
【名称の見直し】	歯冠継続歯修理（1歯につき）	→	歯冠補綴物修理（1歯につき）

項 目	現 行	改 正 案												
第2章 特掲診療料														
第13部 歯科矯正														
第1節 歯科矯正料														
N000 歯科矯正診断料														
【注の見直し】	<p>注2 歯科矯正診断料は、歯科矯正を開始したとき、動的処置を開始したとき、マルチブラケット法を開始したとき、保定を開始したとき及び顎切除等の手術を実施するときに、それぞれ1回を限度として算定する。</p>	<p>注2 歯科矯正診断料は、歯科矯正を開始するとき、動的処置を開始するとき、マルチブラケット法を開始するとき、保定を開始するとき及び顎切除等の手術を実施するときに、それぞれ1回を限度として算定する。</p>												
N001 顎口腔機能診断料														
【注の見直し】	<p>注2 顎口腔機能診断料は、歯科矯正を開始したとき、動的処置を開始したとき、マルチブラケット法を開始したとき、顎離断等の手術を開始したとき及び保定を開始したときに、それぞれ1回を限度として算定する。</p>	<p>注2 顎口腔機能診断料は、歯科矯正を開始するとき、動的処置を開始するとき、マルチブラケット法を開始するとき、顎離断等の手術を開始するとき及び保定を開始したときに、それぞれ1回を限度として算定する。</p>												
N019 保定装置（1装置につき）														
【項目の見直し】	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="654 1284 683 1316">1</td> <td data-bbox="683 1284 1153 1316">プレートタイプリテーナー</td> <td data-bbox="1153 1284 1361 1316">1,500点</td> </tr> <tr> <td data-bbox="654 1316 683 1348">2</td> <td data-bbox="683 1316 1153 1348">メタルリテーナー</td> <td data-bbox="1153 1316 1361 1348">6,000点</td> </tr> </table>	1	プレートタイプリテーナー	1,500点	2	メタルリテーナー	6,000点	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="1361 1284 1391 1316">1</td> <td data-bbox="1391 1284 1960 1316">プレートタイプリテーナー</td> <td data-bbox="1960 1284 2072 1316">1,500点</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1361 1316 1391 1348">2</td> <td data-bbox="1391 1316 1960 1348">メタルリテーナー</td> <td data-bbox="1960 1316 2072 1348">6,000点</td> </tr> </table>	1	プレートタイプリテーナー	1,500点	2	メタルリテーナー	6,000点
1	プレートタイプリテーナー	1,500点												
2	メタルリテーナー	6,000点												
1	プレートタイプリテーナー	1,500点												
2	メタルリテーナー	6,000点												

N028 床装置修理（1装置につき）  【点数の見直し】	3	スプリングリテーナー	1,500点	→	3	スプリングリテーナー	1,500点
	4	リンガルアーチ	1,500点		4	リンガルアーチ	1,500点
	5	リンガルバー	2,500点		5	リンガルバー	2,500点
	6	ツースポジショナー	3,000点		6	ツースポジショナー	3,000点
					7	フィクスドリテーナー	1,000点
			200点		234点		

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料 第14部 病理診断 〇〇〇〇 口腔病理診断料（歯科診療に係るものに限る。）  【点数の見直し】	1 組織診断料 400点 2 細胞診断料 200点	

項 目	改 正 案
第3章 経過措置	<p>1 第2章の規定にかかわらず、区分番号B004-1-2の2に規定する診療料は、平成29年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。</p> <p>2 第2章の規定にかかわらず、区分番号M014に規定する診療料は、平成28年6月30日までの間に限り、算定できるものとする。</p> <p>3 旧算定方法別表第二区分番号H000の注1本文及び注4の規定については、平成28年3月31日においてこれらの規定の適用を受ける患者に限り、なおその効力を有するものとする。</p> <p>4 平成28年3月31日において旧算定方法別表第二区分番号H000の1のロ、2のロ若しくは3のロ又は注4のイの(2)、ロの(2)若しくはハの(2)の規定の適用を受ける患者に対する区分番号H000-3の注1から注4までの規定の適用については、注1については、「廃用症候群の診断又は急性増悪から120日以内」とあるのは、「発症、手術又は急性増悪から180日以内」、注2については、「当該患者の廃用症候群に係る急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は当該患者の廃用症候群の急性増悪」とあるのは、「それぞれ発症、手術又は急性増悪」、注3については、「当該患者の廃用症候群に係る急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は当該患者の廃用症候群の急性増悪」とあるのは、「それぞれ発症、手術又は急性増悪」、注4については、「廃用症候群の診断又は急性増悪から120日」とあるのは、「発症、手術又は急性増悪から180日」とする。</p>

### 3 調剤報酬点数表

項 目	現 行	改 正 案
<p>第1節 調剤技術料</p> <p>00 調剤基本料（処方せんの受付1回につき）</p> <p>【項目の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>41点</p> <p>注1 次に掲げるいずれかの区分に該当する保険薬局は、所定点数にかかわらず、処方せんの受付1回につき25点を算定する。ただし、ロに該当する保険薬局であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものについてはこの限りでない。</p> <p>イ 処方せんの受付回数が1月に4,000回を超える保険薬局（特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が70%を超えるものに限る。）</p> <p>ロ 処方せんの受付回数が1月に2,500回を超える保険薬局（特定の保険医療機関に係</p>	<p>1 調剤基本料 1 41点</p> <p>2 調剤基本料 2 25点</p> <p>3 調剤基本料 3 20点</p> <p>4 調剤基本料 4 31点</p> <p>5 調剤基本料 5 19点</p> <p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、処方せんの受付1回につき、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものについては、本文の規定にかかわらず、当該基準に係る区分に従い、調剤基本料1又は調剤基本料4により算定する。</p>

る処方せんによる調剤の割合が90%を超えるものに限り、イに該当するものを除く。  
)

【注の追加】

(追加)

注2 注1の規定に基づき地方厚生局長等に届け出た保険薬局以外の保険薬局については、特別調剤基本料として15点を算定する。

【注の追加】

(追加)

注3 別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。ただし、処方せんの受付回数が1月に600回以下の保険薬局を除く。

【注の見直し】

注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数（注1に該当する場合には注1に掲げる点数）に加算する。

なお、注1のロに該当する場合にあっては、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局においてのみ加算できる。

イ 基準調剤加算1 12点  
ロ 基準調剤加算2 36点

注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、基準調剤加算として所定点数に32点を加算する。

なお、区分番号00の1に掲げる調剤基本料1を算定している保険薬局においてのみ加算できる。

【注の見直し】

注3 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）第7条の2に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数（注1に該当する場合には注1に掲げる点数）に加算する。

- |                |     |
|----------------|-----|
| イ 後発医薬品調剤体制加算1 | 18点 |
| ロ 後発医薬品調剤体制加算2 | 22点 |

注5 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）第7条の2に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

- |                |     |
|----------------|-----|
| イ 後発医薬品調剤体制加算1 | 18点 |
| ロ 後発医薬品調剤体制加算2 | 22点 |

【注の削除】

注6 当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の妥結率（当該保険薬局において購入された使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成20年厚生労働省告示第495号）に記載されている医療用医薬品の薬価総額（各医療用医薬品の規格単位数量に薬価を乗じた価格を合算したものをいう。以下同じ。）に占める卸売販売業者（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）第34条第3項に規定する卸売販売業者をいう。）と当該保険薬局との間での取引価格が定められた薬価基準に記載されている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。）が50%以下の保険薬局においては、所定点数にかかわらず、処方せん受付1回につき31点（注1に該当する場合には19点）により算

（削除）

定する。

【注の追加】

(追加)

注8 医師の分割指示に係る処方せん受付（注6及び注7に該当する場合を除く。）において、1回目の調剤については、当該指示に基づき分割して調剤を行った場合に、2回目以降の調剤については投薬中の患者の服薬状況等を確認し、処方せんを交付した保険医（以下この表において「処方医」という。）に対して情報提供を行った場合に算定する。この場合において、区分番号00に掲げる調剤基本料及びその加算、区分番号01に掲げる調剤料及びその加算並びに第2節に掲げる薬学管理料は、分割回数が2回の場合は、それぞれの所定点数の2分の1に相当する点数を、分割回数が3回以上の場合は、それぞれの所定点数の3分の1に相当する点数を1分割調剤につき算定する。

01 調剤料

1 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。  
（1剤につき））

【点数の見直し】

イ	14日分以下の場合		
	(1) 7日目以下の部分（1日分につき）	5点	5点
	(2) 8日目以上の部分（1日分につき）	4点	4点
ロ	15日分以上21日分以下の場合	71点	70点
ハ	22日分以上30日分以下の場合	81点	80点

	<p>ニ 31日分以上の場合 89点</p> <p>注3 2剤以上の内服薬又は1剤で3種類以上の内服薬を服用時点ごとに一包化を行った場合には、一包化加算として、当該内服薬の投与日数に応じ、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</p> <p>イ 56日分以下の場合 投与日数が7又はその端数を増すごとに32点を加算して得た点数</p> <p>ロ 57日分以上の場合 290点</p>	→	<p>87点</p> <p>注3 2剤以上の内服薬又は1剤で3種類以上の内服薬を服用時点ごとに一包化を行った場合には、一包化加算として、当該内服薬の投与日数に応じ、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</p> <p>イ 42日分以下の場合 投与日数が7又はその端数を増すごとに32点を加算して得た点数</p> <p>ロ 43日分以上の場合 220点</p>
<p>第2節 薬学管理料</p> <p>10 薬剤服用歴管理指導料（処方せんの受付1回につき）</p>			
<p>【項目の見直し】</p>	<p>10 薬剤服用歴管理指導料（処方せんの受付1回につき） 41点</p>	→	<p>10 薬剤服用歴管理指導料</p> <p>1 原則6月以内に処方せんを持参した患者に対して行った場合 38点</p> <p>2 1の患者以外の患者に対して行った場合 50点</p> <p>3 特別養護老人ホーム入所者に対して行った場合 38点</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注1 患者に対して、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。ただし、ハを除く</p>	→	<p>注1 1及び2については、患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方せ</p>

すべての指導等を行った場合は、所定点数にかかわらず、処方せんの受付1回につき34点を算定する。

イ・ロ (略)

ハ 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。

ニ・ホ (略)

【注の追加】

(追加)



ん受付1回につき所定点数を算定する。ただし、手帳を持参していない患者又は区分番号00の1に掲げる調剤基本料1又は区分番号00の4に掲げる調剤基本料4以外の調剤基本料を算定する保険薬局に処方せんを持参した患者に対して、次に掲げる指導等の全てを行った場合は、50点を算定する。

イ・ロ (略)

ハ 手帳を用いる場合は、調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。

ニ・ホ (略)

注2 3については、保険薬剤師が老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホームを訪問し、服薬状況等を把握した上で、必要に応じて当該施設職員と協力し、次に掲げる指導等の全てを行った場合に、処方せん受付1回につき所定点数を算定する。

イ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、薬剤情報提供文書により患者又は現に薬剤を管理している者（以下この区分番号において「患者等」という。）に提供し、薬剤の服用に関して基本的な説明を行うこと。

ロ 処方された薬剤について、患者等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関して

【注の見直し】

注3 薬剤服用歴に基づき、重複投薬又は相互作用の防止の目的で、処方せんを交付した保険医に対して照会を行った場合は、所定点数に次の点数を加算する。  
イ 処方に変更が行われた場合 20点  
ロ 処方に変更が行われなかった場合 10点

【注の見直し】

注4 特に安全管理が必要な医薬品として別に厚生労働大臣が定めるものを調剤した場合であって、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときには、4点を所定点数に加算する。

必要な指導を行うこと。  
ハ 手帳を用いる場合は、調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。  
ニ 患者ごとに作成された薬剤服用歴や、患者等からの情報により、これまでに投薬された薬剤のうち服薬していないものの有無の確認を行うこと。  
ホ 必要に応じて薬剤情報提供文書により、投薬に係る薬剤に対する後発医薬品に関する情報（後発医薬品の有無及び価格に関する情報を含む。）を患者に提供すること。

注4 薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は、30点を所定点数に加算する。

注5 特に安全管理が必要な医薬品として別に厚生労働大臣が定めるものを調剤した場合であって、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときには、10点を所定点数に加算する。

【注の見直し】	<p>注5 6歳未満の乳幼児に係る調剤に際して必要な情報等を直接患者又はその家族等に確認した上で、患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、5点を所定点数に加算する。</p>	<p>注6 6歳未満の乳幼児に係る調剤に際して必要な情報等を直接患者又はその家族等に確認した上で、患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、10点を所定点数に加算する。</p>
【注の追加】	(追加)	<p>注8 薬剤服用歴管理指導料の3に係る業務に要した交通費は、患家の負担とする。</p>
1 3 長期投薬情報提供料	<p>1 長期投薬情報提供料1 (情報提供1回につき18点) 2 長期投薬情報提供料2 (服薬指導1回につき28点)</p>	(削除)
【削除】	<p>注1 長期投薬情報提供料1は、患者又はその家族等の求めに応じ、長期投薬に係る薬剤の使用が適切に行われるよう、長期投薬に係る処方せん受付時に、処方せんを受け付けた保険薬局が、当該薬剤の服薬期間中にその使用に係る重要な情報を知ったときは、患者又はその家族等に対し当該情報を提供することにつきあらかじめ患者の同意を得た上で、実際に当該情報を提供した場合であって、当該患者の次の処方せんの受付時に提供した情報に関する患者の状態等の確認及び必要な指導を行った場合に算定する。</p> <p>注2 長期投薬情報提供料2は、患者又はその家</p>	

【新設】

族等の求めに応じ、注1に規定する服薬期間中に患者又はその家族等に対し、服薬状況等の確認及び必要な指導を行った場合であって、当該患者の次回の処方せん（当初に受け付けた処方せんと同じの疾病又は負傷に係るものに限る。）の受付時に再度服薬状況等の確認及び必要な指導を行った場合に算定する。

注3 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。

（新設）

13の2 かかりつけ薬剤師指導料 70点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、当該施設基準に規定する要件を満たした保険薬剤師が患者の同意を得て、必要な指導等を行った場合に、処方せん受付1回につき所定点数を算定する。

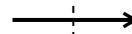
注2 麻薬を調剤した場合であって、麻薬の服用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときは、22点を所定点数に加算する。

注3 薬剤服用歴に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は、30点を所定点数に加算する。

注4 特に安全管理が必要な医薬品として別に厚生労働大臣が定めるものを調剤した場合であ

【新設】

(新設)



って、当該医薬品の服用に関し、その服用状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行ったときには、10点を所定点数に加算する。

注5 6歳未満の乳幼児に係る調剤に際して必要な情報等を直接患者又はその家族等に確認した上で、患者又はその家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、当該指導の内容等を手帳に記載した場合には、10点を所定点数に加算する。

注6 区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料を算定している患者については、算定しない。また、区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合を除き、算定しない。

13の3 かかりつけ薬剤師包括管理料 270点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、当該施設基準に規定する要件を満たした保険薬剤師が、診療報酬点数表の区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算若しくは注13に掲げる認知症地域包括診療加算、区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料又は区分番号B001-2-10に掲げる認知症地域包括診療料を算定している患者の同意を得

1 4 の 2 外来服薬支援料

【注の見直し】

注1 自己による服薬管理が困難な外来の患者又はその家族等の求めに応じ、当該患者が服薬中の薬剤について、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性を確認した上で、患者の服薬管理を支援した場合に算定する。

て、必要な指導等を行った場合に、処方せん受付1回につき所定点数を算定できる。この場合、この表に規定する費用（区分番号01に掲げる調剤料の注4、注5及び注8に規定する加算、区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料（当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合に限る。）、区分番号15の2に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、区分番号15の3に掲げる在宅患者緊急時等共同指導料、区分番号15の4に掲げる退院時共同指導料、区分番号20に掲げる使用薬剤料及び区分番号30に掲げる特定保険医療材料を除く。）は当該点数に含まれるものとする。

注2 区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料、区分番号13の2に掲げるかかりつけ薬剤師指導料を算定している患者については、算定しない。

注1 自己による服薬管理が困難な患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、当該患者が服薬中の薬剤について、当該薬剤を処方した保険医に当該薬剤の治療上の必要性及び服薬管理に係る支援の必要性を確認した上で、患者の服薬管理を支援した場合に月1回に限り算定する。

【注の追加】

1 5 在宅患者訪問薬剤管理指導料

【注の見直し】

1 5 の 5 服薬情報等提供料

(追加)

注2 患者若しくはその家族等又は保険医療機関の求めに応じて、患者又はその家族等が保険薬局に持参した服用薬の整理等の服薬管理を行い、その結果を保険医療機関に情報提供した場合についても、所定点数を算定できる。

注1 あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、1については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険薬局が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、医師の指示に基づき、保険薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に、1と2を合わせて患者1人につき月4回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回）に限り算定する。この場合において、1と2を合わせて保険薬剤師1人につき1日に5回に限り算定できる。

注1 あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、1については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険薬局が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、医師の指示に基づき、保険薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に、1と2を合わせて患者1人につき月4回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回）に限り算定する。この場合において、1と2を合わせて保険薬剤師1人につき週40回に限り算定できる。

【点数の見直し】

15点

20点

【注の見直し】

注1 処方せん発行保険医療機関から情報提供の求めがあった場合又は薬剤服用歴に基づき患者に対して薬学的管理及び指導を行っている保険薬局が当該患者の服薬等に関する情報提供の必要性を認めた場合において、当該患者の同意を得て、当該患者が現に診療を受けている保険医療機関に対して、服薬状況等を示す情報を文書により提供した場合に月1回に限り算定する。

注1 患者、その家族等若しくは保険医療機関の求めがあった場合又は薬剤師がその必要性を認めた場合において、患者の同意を得た上で、薬剤の使用が適切に行われるよう、調剤後も患者の服用薬の情報等について把握し、患者、その家族等又は保険医療機関へ必要な情報提供、指導等を行った場合に、所定点数を算定する。なお、保険医療機関への情報提供については、服薬状況等を示す情報を文書により提供した場合に月1回に限り算定する。これらの内容等については薬剤服用歴に記録すること。

【注の見直し】

注2 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。

注2 区分番号13の2に掲げるかかりつけ薬剤師指導料、区分番号13の3に掲げるかかりつけ薬剤師包括管理料又は区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。

【新設】

(新設)

15の6 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 30点  
注1 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者その他厚生労働大臣が定める患者に対して、薬剤服用歴等に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的

で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合は、処方せん受付1回につき所定点数を算定する。

注2 区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料、区分番号13の2に掲げるかかりつけ薬剤師指導料又は区分番号13の3に掲げるかかりつけ薬剤師包括管理料を算定している患者については算定しない。