

## 第2部

中央社会保険医療協議会答申  
(平成26年2月12日)

2 歯科診療報酬点数表

項 目	現 行	改 正 案						
第1章 基本診療料								
第1部 初・再診料								
通則								
<p>【通則の見直し】</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ものとする。</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>						
第1節 初診料								
A000 初診料								
<p>【点数の見直し】</p>	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="667 1011 1137 1043">1 歯科初診料</td> <td data-bbox="1196 1011 1272 1043">218点</td> </tr> <tr> <td data-bbox="667 1050 1137 1082">2 地域歯科診療支援病院歯科初診料</td> <td data-bbox="1196 1050 1272 1082">270点</td> </tr> </table>	1 歯科初診料	218点	2 地域歯科診療支援病院歯科初診料	270点	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="1442 1011 1532 1043">234点</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1442 1050 1532 1082">282点</td> </tr> </table>	234点	282点
1 歯科初診料	218点							
2 地域歯科診療支援病院歯科初診料	270点							
234点								
282点								
<p>【注の見直し】</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には、歯科外来診療環境体制加算として、初診時1回に限り所定点数に28点を</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</p>						

【注の削除】

加算する。

数に加算する。

注12 通院困難な患者に対して歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復及び欠損補綴が必要な場合に即応できるよう、切削器具及びその周辺装置を常時訪問先に携帯している場合には、在宅患者等急性歯科疾患対応加算として、次に掲げる点数を1日につき所定点数に加算する。

イ 同一建物居住者以外の場合 170点

ロ 同一建物居住者の場合（同一日に5人以下） 85点

ハ 同一建物居住者の場合（同一日に6人以上） 50点

注 イについては、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「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、歯科訪問診療を行った場合に算定し、ロ及びハについては、在宅等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、当該患者が居住する建物の屋内において歯科訪問診療を行った場合に、同一日の患者数に応じて算定する。

（削除）

第2節 再診料

【点数の見直し】

1 歯科再診料	42点	→	45点
2 地域歯科診療支援病院歯科再診料	69点	→	72点

【注の見直し】

注2 地域歯科診療支援病院歯科再診料は、区分番号A000に掲げる地域歯科診療支援病院歯科初診料を算定した患者に対し、当該保険医療機関において再診を行った場合に、算定することができる。この場合において歯科再診料は算定できない。	→	注2 2については、区分番号A000に掲げる初診料の注2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病院である保険医療機関において、再診を行った場合に算定する。この場合において、1の歯科再診料は算定できない。
--	---	---

【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には、再診時歯科外来診療環境体制加算として、所定点数に2点を加算する。	→	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、4点を所定点数に加算する。
--	---	---

【注の削除】

注9 通院困難な患者に対して歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復及び欠損補綴が必要な場合に即応できるよう、切削器具及びその周辺装置を常時訪問先に携帯している場合には、在宅患者等急性	→	(削除)
--	---	------

歯科疾患対応加算として、次に掲げる点数を、1日につき所定点数に加算する。

- イ 同一建物居住者以外の場合 170点
- ロ 同一建物居住者の場合（同一日に5人以下） 85点
- ハ 同一建物居住者の場合（同一日に6人以上） 50点

2 歯科診療報酬点数表

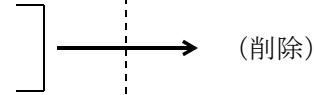
項 目	現 行	改 正 案
第1章 基本診療料		
第2部 入院料等		
通則		
<p>【通則の見直し】</p>	<p>2 同一の保険医療機関において、同一の患者につき、第1節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料、7対1特別入院基本料及び10対1特別入院基本料（以下「特別入院基本料等」という。）を含む。）、第3節の各区分に掲げる特定入院料及び第4節の各区分に掲げる短期滞在手術基本料を同一の日に算定することはできない。</p> <p>3 歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関にあつては、当該患者の主傷病に係る入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、特定入院料又は短期滞在手術基本料を算定する。</p>	<p>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。</p> <p>3 歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関にあつては、当該患者の主傷病に係る入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、特定入院料又は短期滞在手術等基本料を算定する。</p>
第2節 入院基本料等加算		
<p>【新設】</p>	<p>(新設)</p>	<p>A206-4 看護職員夜間配置加算</p>

第3節 特定入院料

A302 亜急性期入院医療管理料

【削除】

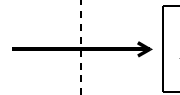
亜急性期入院医療管理料



【新設】

(新設)

A306 地域包括ケア病棟入院料

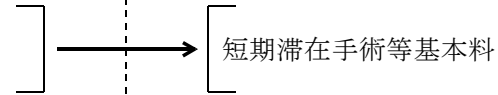


第4節 短期滞在手術基本料

A400 短期滞在手術基本料

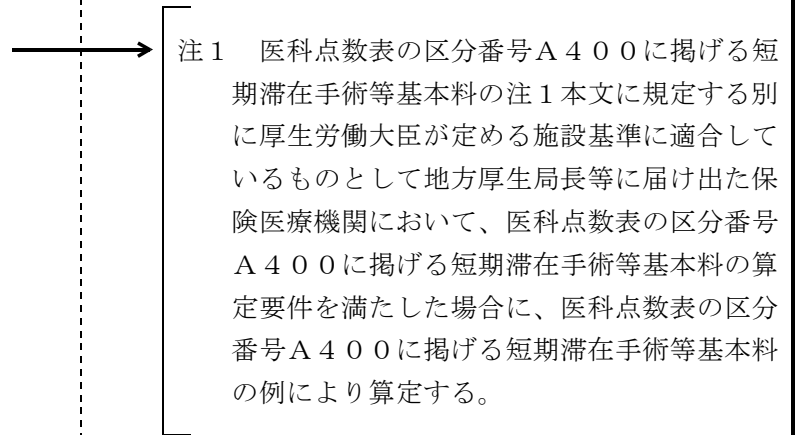
【名称の見直し】

短期滞在手術基本料



【注の見直し】

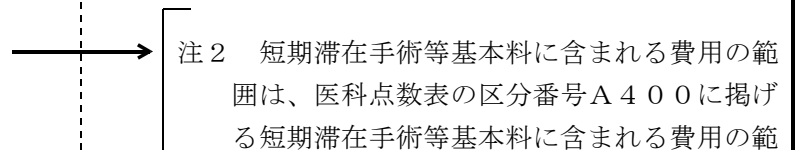
注1 医科点数表の区分番号A400に掲げる短期滞在手術基本料の注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、医科点数表の区分番号A400に掲げる短期滞在手術基本料の算定要件を満たした場合に、医科点数表の区分番号A400に掲げる短期滞在手術基本料の例により算定する。



注1 医科点数表の区分番号A400に掲げる短期滞在手術等基本料の注1本文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医療機関において、医科点数表の区分番号A400に掲げる短期滞在手術等基本料の算定要件を満たした場合に、医科点数表の区分番号A400に掲げる短期滞在手術等基本料の例により算定する。

【注の見直し】

注2 短期滞在手術基本料に含まれる費用の範囲は、医科点数表の区分番号A400に掲げる短期滞在手術基本料に含まれる費用の範囲の



注2 短期滞在手術等基本料に含まれる費用の範囲は、医科点数表の区分番号A400に掲げる短期滞在手術等基本料に含まれる費用の範

例による。

囲の例による。







【注の見直し】

注8 4歳以上のう蝕多発傾向者又はその家族等に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物洗口に係る薬液の取扱い及び洗口法に関する指導を行った場合は、歯科疾患管理の実施期間中に患者1人につき1回に限り所定点数に40点を加算する。ただし、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、当該加算は算定しない。

注8 13歳未満のう蝕に罹患している患者であって、う蝕多発傾向にあり、う蝕に対する歯冠修復終了後もう蝕活動性が高く、継続的な指導管理が必要なもの（以下「う蝕多発傾向者」という。）のうち、4歳以上のう蝕多発傾向者又はその家族等に対して、当該患者の療養を主として担う歯科医師（以下「主治の歯科医師」という。）又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物洗口に係る薬液の取扱い及び洗口法に関する指導を行った場合は、歯科疾患管理の実施期間中に患者1人につき1回を限度として40点を所定点数に加算する。ただし、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、当該加算は算定できない。

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、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、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回に限り算定

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（以下この区分番号において「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

	する。		、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)			
【点数の見直し】	1 手術前	190点	280点
【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B006-3-3に掲げるがん治療連携管理料、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。		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)			
【点数の見直し】	1 手術前	300点	500点
B000-8 周術期口腔機能管理料			

(Ⅲ)

【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った場合には、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回に限り算定できる。

注1 がん等に係る放射線治療又は化学療法（以下この区分番号において「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、当該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B006-3-3に掲げるがん治療連携管理料、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。

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。

B004-1-2 がん性疼痛緩和指  
導管理料

【注の追加】

(追加)

注3 区分番号B004-1-3に掲げるがん患者指導管理料(2に限る。)は、別に算定できない。

B004-1-3 がん患者カウンセリング料

【名称の見直し】

がん患者カウンセリング料

がん患者指導管理料

【項目の見直し】

500点

- 1 歯科医師が看護師と共同して診療方針等について話し合い、その内容を文書等により提供した場合 500点
- 2 歯科医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合 200点
- 3 歯科医師又は薬剤師が抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射の必要性等について文書により説明を行った場合 200点

【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、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分

注1 1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、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の歯科医師が看護師と共同

に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回（当該患者について区分番号B006-3に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号B006-3-2に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該カウンセリングを実施した場合には、それぞれの保険医療機関において、患者1人につき1回）に限り算定する。

して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回（当該患者について区分番号B006-3に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号B006-3-2に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該指導管理を実施した場合は、それぞれの保険医療機関において、患者1人につき1回）を限度として算定する。

【注の追加】

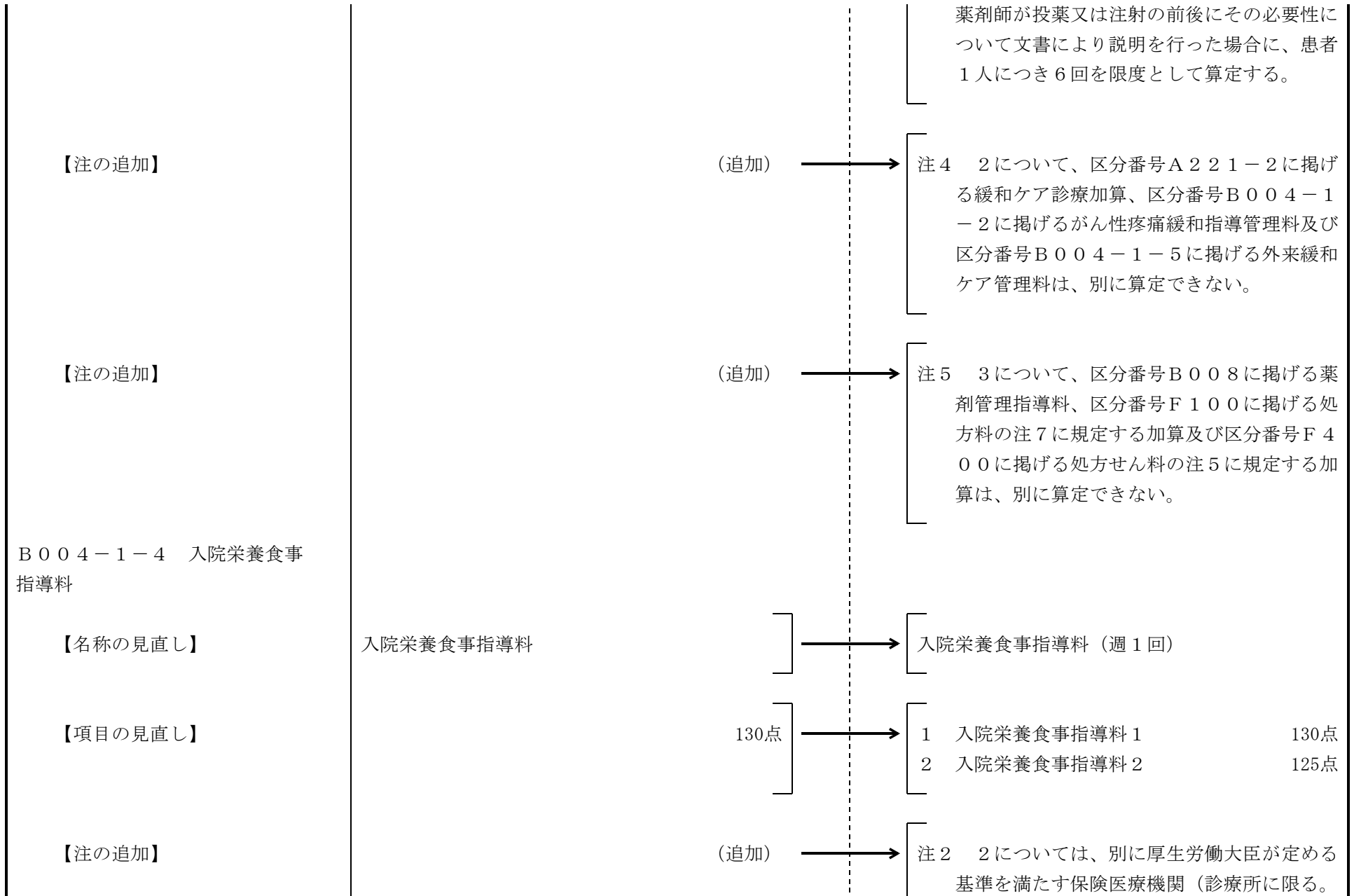
(追加)

注2 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、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の歯科医師又はその指示に基づき、看護師が患者の心理的不安を軽減するための面接を行った場合に、患者1人につき6回を限度として算定する。

【注の追加】

(追加)

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、がんと診断された患者であって継続して抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射を受けているものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の歯科医師又はその指示に基づき、保険





B004-1-5 外来緩和ケア管理料

【注の見直し】

注3 区分番号B004-1-2に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料は、別に算定できない。

)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。

B004-1-6 外来リハビリテーション診療料

【点数の見直し】

1 外来リハビリテーション診療料1 69点  
2 外来リハビリテーション診療料2 104点

注3 区分番号B004-1-2に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料又は区分番号B004-1-3に掲げるがん患者指導管理料(2に限る。)は、別に算定できない。

B004-1-7 外来放射線照射診療料

【点数の見直し】

外来放射線照射診療料

280点

292点

B006-3-3 がん治療連携管理料

<p>【注の削除】</p>	<p>注2 区分番号B000-6に掲げる周術期口腔機能管理料(I)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。</p>	<p>(削除)</p>
<p>B008 薬剤管理指導料</p> <p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>注3 区分番号B004-1-3に掲げるがん患者指導管理料(3に限る。)は、算定できない。</p>
<p>B009 診療情報提供料(I)</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注6 保険医療機関が、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ている患者又は区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定している患者について、当該患者又はその家族の同意を得て、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、歯科医業を行わない保険医療機関又は指定居宅介護支援事業者に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合は、所定点数に100点を加算する。</p>	<p>注6 保険医療機関(区分番号A000に掲げる初診料の注10に規定する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を除く。)が、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ている患者又は区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定している患者について、当該患者又はその家族の同意を得て、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、歯科医業を行わない保険医療機関又は指定居宅介護支援事業者に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合は、100点を所定</p>

<p>【注の見直し】</p>	<p>注7 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、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について、当該患者又はその家族の同意を得て、歯科診療を行う保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合は、所定点数に100点を加算する。</p>	<p>点数に加算する。</p> <p>注7 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、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について、当該患者又はその家族の同意を得て、歯科診療を行う保険医療機関（区分番号A000に掲げる初診料の注10に規定する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を除く。）に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合は、100点を所定点数に加算する。</p>															
<p>B013 義歯管理料（1口腔につき）</p>	<p>義歯管理料（1口腔につき）</p>	<p>新製有床義歯管理料（1口腔につき）</p>															
<p>【名称の見直し】</p>	<p>義歯管理料（1口腔につき）</p>	<p>新製有床義歯管理料（1口腔につき）</p>															
<p>【項目の見直し】 【点数の見直し】</p>	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>新製有床義歯管理料</td> <td>150点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>有床義歯管理料</td> <td>70点</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>有床義歯長期管理料</td> <td>60点</td> </tr> </table>	1	新製有床義歯管理料	150点	2	有床義歯管理料	70点	3	有床義歯長期管理料	60点	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2以外の場合</td> <td>190点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>困難な場合</td> <td>230点</td> </tr> </table>	1	2以外の場合	190点	2	困難な場合	230点
1	新製有床義歯管理料	150点															
2	有床義歯管理料	70点															
3	有床義歯長期管理料	60点															
1	2以外の場合	190点															
2	困難な場合	230点															

【注の削除】

注2 有床義歯管理料は、新たに製作した有床義歯を装着した場合（装着日の属する月から起算して2月以上3月以内の期間に限る。）等において、有床義歯の離脱、疼痛、嘔吐感、嚥下時痛等の症状の有無に応じて検査を行い、併せて患者に対して義歯の状態を説明した上で、必要な義歯に係る管理を行った場合に月1回に限り算定する。

（削除）

【注の削除】

注3 有床義歯長期管理料は、咬合機能の回復を図るために検査を行い、併せて義歯の適合を図るための管理を行った場合に、有床義歯装着月から起算して4月以上1年以内の期間において月1回に限り算定する。

（削除）

【注の削除】

注4 咬合機能の回復が困難な患者に対して有床義歯の管理を行った場合は、それぞれの所定点数に40点を加算する。

（削除）

【注の削除】

注5 区分番号B013-2に掲げる有床義歯調整管理料は、別に算定できない。

（削除）

【注の追加】

（追加）

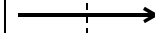
注2 新製有床義歯管理料を算定した日の属する月は、区分番号H001-2に掲げる歯科口腔リハビリテーション料1（1に限る。）は算定できない。

B013-2 有床義歯調整管理料  
(1口腔につき)

【削除】

有床義歯調整管理料 (1口腔につき)

30点



(削除)

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料  第2部 在宅医療  C000 歯科訪問診療料（1日につき）		
【点数の見直し】	1 歯科訪問診療1 850点 2 歯科訪問診療2 380点	866点 283点
【項目の追加】	(追加)	3 歯科訪問診療3 143点
【注の見直し】	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	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

料又は区分番号A002に掲げる再診料は、算定しない。

- イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療
- ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する当該患者の同意を得た歯科訪問診療

療を中止した場合においては、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。

- イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療
- ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する当該患者の同意を得た歯科訪問診療

【注の見直し】

注2 2については、在宅等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、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、算定しない。

- イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療
- ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する当該患者の同意を得た歯科訪問診療

注2 2については、在宅等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、当該患者が居住する建物の屋内において、当該保険医療機関が、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、この限りでない。)を同一日に9人以下の患者に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。

- イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療
- ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する当該患者の同意を得た歯科訪問診療

【注の追加】

(追加)

注3 3については、在宅等において療養を行っ

【注の見直し】

注5 別に厚生労働大臣が定める時間において、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している場合に緊急に行う歯科訪問診療1又は歯科訪問診療2については、415点又は190点を、夜間（深夜を除く。）における歯科訪問診療1又は歯科訪問診療2については、830点又は380点を、深夜における歯科訪問診療1又は歯科訪問診療2については、1,660点又は760点を加算する。

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、当該患者が居住する建物の屋内において、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を同一日に10人以上の患者に行った場合又は在宅等において療養を行っている患者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、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療（診療時間が20分未満の場合に限る。）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。

- イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療
- ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する当該患者の同意を得た歯科訪問診療

注6 別に厚生労働大臣が定める時間において、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している場合に緊急に行う歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3についてはそれぞれ425点、140点又は70点を、夜間（深夜を除く。）における歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3についてはそれぞれ850点、280点又は140点を、深夜における歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3については、それぞれ1,70



<p>【注の見直し】</p>	<p>注9 歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復及び欠損補綴が必要な場合に即応できるよう切削器具及びその周辺装置を常時訪問先に携行している場合は、在宅患者等急性歯科疾患対応加算として、次に掲げる点数を、1日につき所定点数に加算する。</p> <p>イ 同一建物居住者以外の場合 170点  ロ 同一建物居住者の場合（同一日に5人以下） 85点  ハ 同一建物居住者の場合（同一日に6人以上） 50点</p>	<p>0点、560点又は280点を所定点数に加算する。</p> <p>注10 歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復及び欠損補綴が必要な場合に即応できるよう切削器具及びその周辺装置を常時訪問先に携行している場合は、在宅患者等急性歯科疾患対応加算として、次に掲げる点数を、1日につき所定点数に加算する。</p> <p>イ 同一建物居住者以外の場合 170点  ロ 同一建物居住者の場合 55点</p>
<p>【注の追加】</p> <p>C003 在宅患者訪問薬剤管理指導料</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>(追加)</p> <p>1 同一建物居住者以外の場合 550点</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>650点</p>

【注の見直し】

2 同一建物居住者の場合

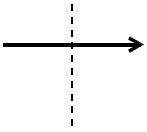
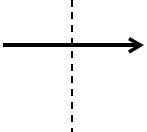
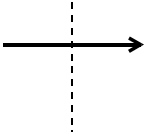
385点

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を合わせて月2回に限り算定する。

300点

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（末期の悪性腫瘍の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。



項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料		
第5部 投薬		
第1節 調剤料		
F000 調剤料		
【注の追加】	(追加)	 <p>注2 入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合は算定しない。</p>
第2節 処方料		
F100 処方料		
【注の追加】	(追加)	 <p>注8 入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合は算定しない。</p>
第3節 薬剤料		
F200 薬剤		
【注の追加】	(追加)	 <p>注5 入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合は算定しない。</p>
第5節 処方せん料		

F 4 0 0 処方せん料

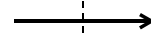
【注の追加】

第 6 節 調剤技術基本料

F 5 0 0 調剤技術基本料

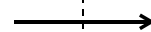
【注の追加】

(追加)



注 7 入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合は算定しない。

(追加)



注 5 入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合は算定しない。

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料  第6部 注射  通則  【通則の見直し】	6 区分番号G000に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射、G001に掲げる静脈内注射、G002に掲げる動脈注射、G003に掲げる抗悪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栄養について、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。 イ 外来化学療法加算1 (1) 外来化学療法加算A (-) 15歳未満 780点 (二) 15歳以上 580点 (2) 外来化学療法加算B (-) 15歳未満 630点	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に掲げる抗悪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。 イ 外来化学療法加算1 (1) 外来化学療法加算A ① 15歳未満 780点 ② 15歳以上 580点 (2) 外来化学療法加算B ① 15歳未満 630点 ② 15歳以上 430点

	(二) 15歳以上	430点		
	ロ 外来化学療法加算 2			
	(1) 外来化学療法加算 A			
	(一) 15歳未満	700点		
	(二) 15歳以上	450点		
	(2) 外来化学療法加算 B			
	(一) 15歳未満	600点		
	(二) 15歳以上	350点		
第 1 節 注射料				
第 1 款 注射実施料				
G 0 0 1 静脈内注射（1回につき）				
【注の追加】			(追加) →	注 3 区分番号 C 0 0 5 に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料又は区分番号 C 0 0 5 - 2 に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号 C 0 0 0 に掲げる歯科訪問診療料を算定する日に併せて行った静脈内注射の費用は算定できない。
G 0 0 4 点滴注射（1日につき）				
【注の追加】			(追加) →	注 4 区分番号 C 0 0 5 に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料又は区分番号 C 0 0 5 - 2 に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号 C 0 0 0 に掲げる歯科訪問診療料を算定する日に併せて行った点滴注射の費用は算定できない。

G 0 0 5 中心静脈注射（1日につき）

【注の追加】

(追加)

注4 区分番号C 0 0 5に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料又は区分番号C 0 0 5-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C 0 0 0に掲げる歯科訪問診療料を算定する日に併せて行った中心静脈注射の費用は算定できない。

G 0 0 6 植込型カテーテルによる中心静脈栄養（1日につき）

【名称の見直し】

植込型カテーテルによる中心静脈栄養（1日につき）

植込型カテーテルによる中心静脈注射（1日につき）

【注の新設】

(新設)

注1 区分番号C 0 0 5に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料又は区分番号C 0 0 5-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C 0 0 0に掲げる歯科訪問診療料を算定する日に併せて行った植込型カテーテルによる中心静脈注射の費用は算定できない。

【注の新設】

(新設)

注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は50点を所定点数に加算する。



第2款 無菌製剤処理料

G020 無菌製剤処理料

【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、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、点滴注射、中心静脈注射及び植込型カテーテルによる中心静脈栄養を行う際に、別に厚生労働大臣が定める患者に対して使用する薬剤について、必要があつて無菌製剤処理が行われた場合は、当該患者に係る区分に従い1日につき所定点数を算定する。

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、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、点滴注射、中心静脈注射及び植込型カテーテルによる中心静脈注射を行う際に、別に厚生労働大臣が定める患者に対して使用する薬剤について、必要があつて無菌製剤処理が行われた場合は、当該患者に係る区分に従い1日につき所定点数を算定する。

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料 第7部 リハビリテーション 第1節 リハビリテーション料 H000 脳血管疾患等リハビリテーション料  <b>【点数の見直し】</b>	1 脳血管疾患等リハビリテーション料(I) (1単位) イ ロ以外の場合 245点 ロ 廃用症候群の場合 235点 2 脳血管疾患等リハビリテーション料(II) (1単位) イ ロ以外の場合 200点 ロ 廃用症候群の場合 190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 100点	180点 146点 77点  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
	<b>【注の見直し】</b>	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

ヨンをを行った場合は、1月13単位に限り算定する。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)
  - (1) (2)以外の場合 221点
  - (2) 廃用症候群の場合 212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 171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 90点

ヨンをを行った場合は、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

【注の追加】

(追加)

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。

H001 摂食機能療法（1日につき）

【注の追加】

(追加)

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。

【注の追加】

(追加)

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。

【新設】

(新設)

H001-2 歯科口腔リハビリテーション料1  
(1口腔につき)

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

注1 1については、有床義歯を装着している患者に対して、月1回を限度として算定する。

2 2については、舌接触補助床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。

3 2について、区分番号H001に掲げる摂食機能療法を算定した日は、歯科口腔リハビリテーション料1は算定できない。

<p>【新設】</p>		<p>4 2について、区分番号H001に掲げる摂食機能療法の治療開始日から起算して3月を超えた場合にあつては、当該摂食機能療法を算定した月は、歯科口腔リハビリテーション料1は算定できない。</p>
<p>H002 障害児(者)リハビリテーション料(1単位)</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>(新設) →</p> <p>H001-3 歯科口腔リハビリテーション料2 (1口腔につき) 50点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定め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、顎関節治療用装置を装着している患者に対して、月1回を限度として算定する。</p>	
<p>H003 がん患者リハビリテーション料(1単位)</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>1 6歳未満の患者の場合 220点</p> <p>2 6歳以上18歳未満の患者の場合 190点</p> <p>3 18歳以上の患者の場合 150点</p>	<p>225点</p> <p>195点</p> <p>155点</p>
	<p>200点 →</p>	<p>205点</p>

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第8部 処置</p> <p>通則</p> <p>【通則の見直し】</p>	<p>6 入院中の患者以外の患者に対し、緊急のために、休日に処置を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である処置を行った場合において、当該処置の所定点数が150点以上のときの処置の費用は、それぞれ所定点数の100分の80又は100分の40若しくは100分の80に相当する点数を加算した点数により算定する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関にあっては、その開始時間が同注のただし書に規定する時間である処置を行った場合は、所定点数の100分の40に相当する点数を加算する。</p>	<p>6 緊急のために休日に処置を行った場合又は処置の開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である場合は、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算した点数により算定する。</p> <p>イ 処置の所定点数が1,000点以上の場合であって、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保険医療機関において行われる場合</p> <p>(1) 休日加算1 所定点数の100分の160に相当する点数</p> <p>(2) 時間外加算1（入院中の患者以外の患者に対して行われる場合に限る。） 所定点数の100分の80に相当する点数</p> <p>(3) 深夜加算1 所定点数の100分の160に相当する点数</p> <p>(4) (1)から(3)までにかかわらず、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して、処置の開始時間</p>

【通則の見直し】

8 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者又は著しく歯科診療が困難な者に対して訪問診療を行った場合に、当該訪問診療に基づき併せて処置（区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者については、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。

が同注のただし書に規定する時間である処置を行った場合

所定点数の100分の80に相当する点数

ロ 処置の所定点数が150点以上の場合であつて、入院中の患者以外の患者に対し行われる場合（イに該当する場合を除く。）

(1) 休日加算 2

所定点数の100分の80に相当する点数

(2) 時間外加算 2

所定点数の100分の40に相当する点数

(3) 深夜加算 2

所定点数の100分の80に相当する点数

(4) (1)から(3)までにかかわらず、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関において、処置の開始時間が同注のただし書に規定する時間である処置を行った場合

所定点数の100分の40に相当する点数

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。

第1節 処置料

I 0 0 3 初期う蝕早期充填処置

【名称の見直し】

【点数の見直し】

I 0 0 8 根管充填（1歯につき）

【注の削除】

【新設】

初期う蝕早期充填処置

122点

注1 加圧根管充填を行った場合は、単根管、2根管又は3根管以上の所定点数に、128点、152点又は184点をそれぞれ加算する。ただし、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地方厚生局長等への届出を行った保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、この限りでない。

(新設)

初期う蝕早期充填処置（1歯につき）

124点

(削除)

I 0 0 8 - 2 加圧根管充填処置（1歯につき）

- 1 単根管 130点
- 2 2根管 156点
- 3 3根管以上 190点

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。  
2 特定薬剤の費用は、所定点数に含まれる。



【新設】	(新設)	I 0 0 9 - 5 口腔内分泌物吸引 (1日につき) 48点
I 0 1 0 歯周疾患処置 (1口腔1回につき)		
【点数の見直し】	10点	14点
I 0 1 1 - 2 歯周病安定期治療 (1口腔につき)		
【名称の見直し】	歯周病安定期治療 (1口腔につき)	歯周病安定期治療
【項目の見直し】	歯周病安定期治療 (1口腔につき)	300点 1 1歯以上10歯未満 200点 2 10歯以上20歯未満 250点 3 20歯以上 350点
【注の見直し】	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、1口腔につき月1回に限り算定する。	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>I 0 1 4 暫間固定</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>1 簡単なもの</p> <p>300点</p>	<p>200点</p>
<p>I 0 1 7 床副子</p> <p>【項目の見直し】</p>	<p>3 著しく困難なもの又は摂食機能の改善を目的とするもの（舌接触補助床）</p>	<p>3 著しく困難なもの 2,000点</p> <p>4 摂食機能の改善を目的とするもの（舌接触補助床）</p> <p>イ 新たに製作した場合 2,000点</p> <p>ロ 旧義歯を用いた場合 500点</p>
<p>I 0 1 7-2 床副子調整（1口腔につき）</p> <p>【項目の見直し】</p>	<p>1 睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床又は摂食機能療法に伴う舌接触補助床の場合</p>	<p>1 睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床の場合</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>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又は摂食機能療法に伴う舌接触補助床の装着時又は装着後1月以内に、当該咬合床又は補助床の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回に限り算定する。</p>	<p>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。</p>
<p>I 0 1 8 歯周治療用装置</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注1 歯周病検査の結果、区分番号J 0 6 3の3</p>	<p>注1 区分番号D 0 0 2に掲げる歯周病検査（2</p>

【新設】

に掲げる歯肉切除手術、区分番号J063の4に掲げる歯肉剥離搔爬手術又は区分番号J063の5に掲げる歯周組織再生誘導手術を行った場合に算定する。

(新設)

に限る。)を実施した患者に対して算定する。

I031 フッ化物歯面塗布処置(1口腔につき)

- 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

注1 1については、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料を算定したう蝕多発傾向者に対して、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。

2 2については、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定し、初期の根面う蝕に罹患している在宅等で療養を行う患者に対して、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</p> <p>【通則の見直し】</p>	<p>9 入院中の患者以外の患者に対し、緊急のために、休日に手術を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である手術を行った場合であって、当該手術の所定点数が150点以上のとき、当該手術の費用は、それぞれ所定点数の100分の80又は100分の40若しくは100分の80に相当する点数を加算した点数により算定する。また、入院中の患者に対し、緊急のために、休日に手術を行った場合又はその開始時間が深夜である手術を行った場合であって、当該手術の所定点数が150点以上のとき、当該手術の費用は、それぞれ所定点数の100分の80に相当する点数を加算した点数により算定する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7ただし書に規定する保険医療機関にあっては、入院中の患者以外の患者に対し、その開始時間が同注のただし書に規定する時間である手術を行った場合は、所定点数の100分の40に相当する点数を加算する。</p>	<p>9 緊急のために休日に手術を行った場合又は手術の開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である場合であって、当該手術の所定点数が150点以上のときは、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。</p> <p>イ 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行われる場合</p> <p>(1) 休日加算1 所定点数の100分の160に相当する点数</p> <p>(2) 時間外加算1（入院中の患者以外の患者に対し行われる場合に限る。） 所定点数の100分の80に相当する点数</p> <p>(3) 深夜加算1 所定点数の100分の160に相当する点数</p> <p>(4) 区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関であって、入院中の患者以外の患者に対し、手術の開始時間が同注7のただし書に規定する時間である場合</p>

【通則の見直し】

14 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者又は著しく歯科診療が困難な者に対して訪問診療を行った場合に、当該訪問診療に基づき併せて手術（区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者については、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。）に掲げるものに限る。）を行ったときは、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。

所定点数の100分の80に相当する点数  
ロイ以外の保険医療機関において行われる場合

(1) 休日加算 2

所定点数の100分の80に相当する点数  
(2) 時間外加算 2（入院中の患者以外の患者に対し行われる場合に限る。）

所定点数の100分の40に相当する点数  
(3) 深夜加算 2

所定点数の100分の80に相当する点数  
(4) 区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関であって、入院中の患者以外の患者に対し、手術の開始時間が同注7のただし書に規定する時間である場合

所定点数の100分の40に相当する点数

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。

【通則の追加】		(追加)	→	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。
第1節 手術料				
J004 歯根端切除手術 (1歯につき)				
【項目の見直し】		1,350点	→	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
【注の追加】		(追加)	→	注1 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。
J017 舌腫瘍摘出術				
【点数の見直し】	2 その他のもの	3,140点	→	2,940点
J030 口唇腫瘍摘出術				
【点数の見直し】	2 その他のもの	3,370点	→	3,050点
J034 頬粘膜腫瘍摘出術				



【点数の見直し】		4,730点	→	4,460点
J 0 5 3 唾石摘出術				
【名称の見直し】	唾石摘出術		→	唾石摘出術（一連につき）
【点数の見直し】	3 腺体内に存在するもの	7,200点	→	6,550点
【注の追加】		(追加)	→	注 2 及び 3 について内視鏡を用いた場合は、1,000点を所定点数に加算する。
J 0 6 3 歯周外科手術（1歯につき）				
【点数の見直し】	4 歯肉剥離搔爬手術	620点	→	630点
	5 歯周組織再生誘導手術			
	イ 1次手術（吸収性又は非吸収性膜の固定を伴うもの）	760点		840点
	ロ 2次手術（非吸収性膜の除去）	320点		380点
J 0 6 3 - 2 骨移植術（軟骨移植術を含む。）				
【点数の見直し】	2 同種骨移植（生体）	16,730点	→	20,770点
	3 同種骨移植（非生体）	14,770点		18,300点
J 0 8 6 上顎洞開窓術				

<p>【点数の見直し】</p>		<p>2,600点 → 1,300点</p>
<p>【新設】</p> <p>J 0 9 3 遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）</p>		<p>(新設) → J 0 8 6 - 2 内視鏡下上顎洞開窓術 3,600点</p>
<p>【点数の見直し】</p> <p>J 1 0 0 - 2 中心静脈栄養用植込型カテーテル設置</p>		<p>74,240点 → 84,050点</p>
<p>【名称の見直し】</p>	<p>中心静脈栄養用植込型カテーテル設置</p>	<p>→ 中心静脈注射用植込型カテーテル設置</p>
<p>【新設】</p>		<p>(新設) → J 1 1 0 広範囲顎骨支持型装置搔爬術 1,800点</p> <p>注 区分番号J109に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術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、区分番号M025-2に掲げる広範囲顎骨支持型補綴に係る補綴物を装着した患者に対し、当該手術を行った場合に1回を限度として算定する。</p>
<p>第3節 手術医療機器等加算</p> <p>J 2 0 0 - 4 上顎洞手術用内視鏡加</p>		

算

【注の見直し】

注 区分番号J086からJ087-2までに掲げる手術に当たって、内視鏡を使用した場合に加算する。



注 区分番号J087及びJ087-2に掲げる手術に当たって、内視鏡を使用した場合に加算する。

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>L000 放射線治療管理料（分布図の作成1回につき）</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>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、患者に対して、放射線治療を専ら担当する常勤の歯科医師が策定した照射計画に基づく歯科医学的管理（区分番号L001の3に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分番号L001の4に掲げる強度変調放射線治療（IMRT）に係るものに限る。）を行った場合は、所定点数に330点を加算する。</p>	<p>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、患者に対して、放射線治療を専ら担当する常勤の歯科医師が策定した照射計画に基づく歯科医学的管理（区分番号L001の2に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分番号L001の3に掲げる強度変調放射線治療（IMRT）に係るものに限る。）を行った場合は、330点を所定点数に加算する。</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注3 注2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医療機関において、放射線治療を必要とする悪性腫瘍の入院中の患者以外の患者に対して、放射線治療（区分番号L001の3に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分番号L001の4に掲げる強度変調放射線治療（IMRT）に係るものに限</p>	<p>注3 注2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医療機関において、放射線治療を必要とする悪性腫瘍の入院中の患者以外の患者に対して、放射線治療（区分番号L001の2に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分番号L001の3に掲げる強度変調放射線治療（IMRT）に係るものに限</p>

L001 体外照射

【項目の削除】

- 2 コバルト60遠隔大量照射
- イ 1回目 250点
- ロ 2回目 75点

(削除)

【注の見直し】

注1 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以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。

注1 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以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。

【注の見直し】

注2 4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、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、放射線治療を実施した場合に算定する。

注2 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、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、放射線治療を実施した場合に算定する。

【注の見直し】

注4 術中照射療法を行った場合は、患者1人につき1日に限り、所定点数に3,000点を加算する。

注4 術中照射療法を行った場合は、患者1人につき1日を限度として、5,000点を所定点数に加算する。

【注の見直し】

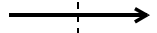
注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を専ら担当する常勤の歯科医師が画像誘導放射線治療（IGRT）による体外照射（3のイの(3)若しくはロの(3)又は4に係るものに限る。）を行った場合には、画像誘導放射線治療加算として、患者1人1日につき1回に限り所定点数に300点を加算する。

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放射線治療（IGRT）による体外照射（2のイの(3)若しくはロの(3)又は3に係るものに限る。）を行った場合は、画像誘導放射線治療加算として、患者1人1日につき1回を限度として300点を所定点数に加算する。

L003 密封小線源治療（一連につき）

【項目の削除】

2 腔内照射  
ロ 旧型コバルト腔内照射装置を用いた場合  
500点



(削除)



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>【通則の追加】</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、M015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号に掲げる加算を算定する場合は、この限りではない。</p> <p>(追加)</p> <p>6 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を</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、M015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>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。</p> <p>7 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料及</p>



算定した患者又は著しく歯科診療が困難な者に対して訪問診療を行った場合に、当該訪問診療に基づき併せて歯冠修復又は欠損補綴（区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者については、区分番号M029に掲げるものに限り、著しく歯科診療が困難な者については、区分番号M010、M011、M014、M015及びM017からM026までに掲げるものを除く。）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。

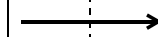
び同注5に規定する加算を算定する患者に対して、歯科訪問診療時に歯冠修復又は欠損補綴（区分番号M010、M011、M014、M015及びM017からM026までを除く。）を行った場合は、当該歯冠修復又は欠損補綴の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。

第1節 歯冠修復及び欠損補綴料

M001 歯冠形成（1歯につき）

【項目の見直し】

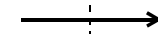
- 1 生活歯歯冠形成  
ロ ジャケット冠
- 2 失活歯歯冠形成  
ロ ジャケット冠



- 1 生活歯歯冠形成  
ロ 非金属冠
- 2 失活歯歯冠形成  
ロ 非金属冠

【注の追加】

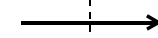
(追加)



注2 1のロについて、CAD/CAM冠のための支台歯の歯冠形成は、490点を所定点数に加算する。

【注の追加】

(追加)



注6 2のロについて、CAD/CAM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。

M002-2 支台築造印象（1歯につき）

【点数の見直し】

22点 → 26点

M003 印象採得

【項目の見直し】

2 欠損補綴（1装置につき）  
ニ ワンピースキャストブリッジ → 2 欠損補綴（1装置につき）  
ニ ブリッジ

M003-2 テンポラリークラウン（1歯につき）

【点数の見直し】

30点 → 34点

M005 装着

【項目の見直し】

<p>2 欠損補綴（1装置につき） イ ブリッジ</p> <p>(1) ワンピースキャストブリッジ</p> <p>    (イ) 支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合                   150点</p> <p>    (ロ) 支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合           300点</p> <p>(2) その他のブリッジ                   70点</p>	→	<p>2 欠損補綴（1装置につき） イ ブリッジ</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                   150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                   300点</p>
---	---	--

【注の追加】

(追加) → 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

る点数を加算する。

M005-2 仮着（ワンピースキャストブリッジ）（1装置につき）

【名称の見直し】

仮着（ワンピースキャストブリッジ）（1装置につき）

仮着（ブリッジ）（1装置につき）

M006 咬合採得

【項目の見直し】

2 欠損補綴（1装置につき）  
イ ブリッジ  
(1) ワンピースキャストブリッジ  
    (イ) 支台歯とポンティックの数の合計が5  
        歯以下の場合 70点  
    (ロ) 支台歯とポンティックの数の合計が6  
        歯以上の場合 140点  
(2) その他のブリッジ 70点

2 欠損補綴（1装置につき）  
イ ブリッジ  
(1) 支台歯とポンティックの数の合計が5歯  
    以下の場合 74点  
(2) 支台歯とポンティックの数の合計が6歯  
    以上の場合 148点

M008 ワンピースキャストブリッジの試適

【名称の見直し】

ワンピースキャストブリッジの試適

ブリッジの試適

M009 充填（1歯につき）

【点数の見直し】

1 充填1  
    ロ 複雑なもの 152点

154点

【新設】

(新設)

M015-2 CAD/CAM冠 (1歯につき)  
1,200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、小臼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。

【新設】

(新設)

M016-2 小児保険装置 600点

注1 クラウンループ又はバンドループを装着した場合に限り算定する。  
2 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

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 560点

ロ 5歯から8歯まで 690点

ハ 9歯から11歯まで 920点

ニ 12歯から14歯まで 1,340点

2 総義歯 (1顎につき) 2,100点

570点

700点

930点

1,350点

2,110点

M020 鑄造鉤 (1個につき)

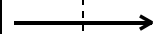
<p>【点数の見直し】</p>	<p>1 双子鉤 2 二腕鉤</p>	<p>230点 212点</p>	<p>234点 216点</p>
<p>【新設】</p>	<p>(新設)</p>	<p>(新設)</p>	<p>M021-2 コンビネーション鉤（1個につき 220点 注 二腕鉤の維持腕と拮抗腕にそれぞれ鑄造鉤 と線鉤を組み合わせて製作した場合に算定す る。</p>
<p>M026 補綴隙（1個につき）</p>			
<p>【点数の見直し】</p>		<p>30点</p>	<p>40点</p>
<p>M029 有床義歯修理（1床につき）</p>			
<p>【点数の見直し】</p>		<p>224点</p>	<p>228点</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床につき所定点数に22点を加算する。</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床につき24点を所定点数に加算する。</p>
<p>M032 ブリッジ修理（1歯につき）</p>			

【削除】

ブリッジ修理（1歯につき）

40点

注 保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。



(削除)



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  <b>【新設】</b> N009 撤去（1個につき）  <b>【名称の見直し】</b>  <b>【項目の見直し】</b>  <b>【項目の追加】</b>	  撤去（1個につき）  1 帯環 2 ダイレクトボンドブラケット	 (新設) → [ N008-2 植立（1本につき） 500点 ]  ] → [ 撤去 ]  ] → [ 1 帯環（1個につき） 2 ダイレクトボンドブラケット（1個につき） ]  (追加) → [ 3 歯科矯正用アンカースクリュー（1本につき ) 100点 ]





項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第14部 病理診断</p> <p>0000 口腔病理診断料（歯科診療に係るものに限る。）</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注1 1については、病理診断を専ら担当する歯科医師が勤務する病院である保険医療機関において、医科点数表の区分番号N000に掲げる病理組織標本作製、医科点数表の区分番号N001に掲げる電子顕微鏡病理組織標本作製、医科点数表の区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製若しくは医科点数表の区分番号N003に掲げる術中迅速病理組織標本作製により作製された組織標本に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された組織標本に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。</p>	<p>注1 1については、病理診断を専ら担当する歯科医師又は医師が勤務する病院である保険医療機関において、医科点数表の区分番号N000に掲げる病理組織標本作製、医科点数表の区分番号N001に掲げる電子顕微鏡病理組織標本作製、医科点数表の区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製若しくは医科点数表の区分番号N003に掲げる術中迅速病理組織標本作製により作製された組織標本に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された組織標本に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回を限度として算定する。</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注2 2については、病理診断を専ら担当する歯科医師が勤務する病院である保険医療機関において、医科点数表の区分番号N003-2に掲げる術中迅速細胞診、医科点数表の区分</p>	<p>注2 2については、病理診断を専ら担当する歯科医師又は医師が勤務する病院である保険医療機関において、医科点数表の区分番号N003-2に掲げる術中迅速細胞診、医科点数</p>

【注の見直し】

番号N004に掲げる細胞診の2により作製された標本に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された標本に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。

注4 病理診断管理に関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医療機関において、病理診断を専ら担当する常勤の歯科医師が病理診断を行い、その結果を文書により報告した場合には、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 病理診断管理加算1

- (1) 組織診断を行った場合 120点
- (2) 細胞診断を行った場合 60点

ロ 病理診断管理加算2

- (1) 組織診断を行った場合 320点
- (2) 細胞診断を行った場合 160点

表の区分番号N004に掲げる細胞診の2により作製された標本に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された標本に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回を限度として算定する。

注4 口腔病理診断管理に関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医療機関において、口腔病理診断を専ら担当する常勤の歯科医師又は医師が病理診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、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 口腔病理診断管理加算1

- (1) 組織診断を行った場合 120点
- (2) 細胞診断を行った場合 60点

ロ 口腔病理診断管理加算2

- (1) 組織診断を行った場合 320点
- (2) 細胞診断を行った場合 160点