

第2部

中央社会保険医療協議会答申
(平成30年2月7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 第1節 初診料 A000 初診料 【点数の見直し】 【注の見直し】 【注の見直し】	1 歯科初診料 234点 2 地域歯科診療支援病院歯科初診料 282点 注1 1については、保険医療機関において初診を行った場合に算定する。 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	237点 282点 注1 1については、歯科外来診療における院内感染防止対策につき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、初診を行った場合に算定する。この場合において、当該届出を行っていない保険医療機関については、226点を算定する。 注9 1及び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、歯科外来診療の総合的な歯科医療環境の

第2節 再診料

A002 再診料

【点数の見直し】

1 歯科再診料	45点	→	48点
2 地域歯科診療支援病院歯科再診料	72点		72点

【注の見直し】

注1 1については、保険医療機関において再診を行った場合に算定する。	→	注1 1については、区分番号A000に掲げる初診料の注1に規定する歯科外来診療における院内感染防止対策につき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、再診を行った場合に算定する。この場合において、当該届出を行っていない保険医療機関については、41点を算定する。
------------------------------------	---	--

【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	→	注8 1及び2については、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
--	---	--

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。

体制整備に係る取組を行った場合は、それぞれ歯科外来診療環境体制加算1又は歯科外来診療環境体制加算2として、初診時1回に限り23点又は25点を所定点数に加算する。

第2部 入院料等

第2節 入院基本料等加算

【区分の見直し】

診療環境体制加算として、5点を所定点数に加算する。

合は、それぞれ再診時歯科外来診療環境体制加算1又は再診時歯科外来診療環境体制加算2として、3点又は5点を所定点数に加算する。

A200～A226 (略)
A227からA227-4まで 削除
A227-5 退院支援加算

A200～A226 (略)
A227からA227-4まで 削除
A227-5 入退院支援加算
A228 認知症ケア加算
A240～A245 (略)

A240～A245 (略)

A250 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C000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、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

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C000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、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C001-6に掲

第3節 特定入院料

【区分の見直し】

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。

A300～A301 (略)
A302 削除
A303～A306 (略)



ける小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション^{くう}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。

A300～A301 (略)
A302 小児特定集中治療室管理料
A303～A306 (略)

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>【注の見直し】</p>	<p>注3 区分番号B000-6に掲げる周術期^{くう}口腔機能管理料(I)、区分番号B000-7に掲げる周術期^{くう}口腔機能管理料(II)、区分番号B000-8に掲げる周術期^{くう}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^{くう}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^{くう}口腔機能管理料(I)、区分番号B000-7に掲げる周術期^{くう}口腔機能管理料(II)、区分番号B000-8に掲げる周術期^{くう}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</p>	<p>注3 区分番号B000-6に掲げる周術期等^{くう}口腔機能管理料(I)、区分番号B000-7に掲げる周術期等^{くう}口腔機能管理料(II)、区分番号B000-8に掲げる周術期等^{くう}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^{くう}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に掲げる周術期等^{くう}口腔機能管理料(I)、区分番号B000-7に掲げる周術期等^{くう}口腔機能管理料(II)、区分番号B000-8に掲げる周術期等^{くう}口腔機能管理料(III)、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患</p>

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。

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、区分番号C001-6に掲げる小児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。

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に掲げる周術期等口腔機能管理料(I)、区分番号B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料(II)、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料(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、区分番号C001-6に掲げる小児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。

【注の追加】

(追加)

注11 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な患者であ

【注の追加】

(追加)

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、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、総合医療管理加算として、50点を所定点数に加算する。

注12 口腔機能の発達不全を有している15歳未満の患者に対して、口腔機能の獲得を目的として、患者等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、療養上必要な指導を行った場合は、小児口腔機能管理加算として、100点を所定点数に加算する。

【注の追加】

(追加)

注13 口腔機能の低下を来している患者に対して、口腔機能の回復又は維持を目的として、患者等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、療養上必要な指導を行った場合は、口腔機能管理加算として、100点を所定点数に加算する。

B000-5 周術期口腔機能管理計画策定料

【名称の見直し】

周術期口腔機能管理計画策定料

周術期等口腔機能管理計画策定料

B000-6 周術期口腔機能管理料(I)

【名称の見直し】

周術期口腔機能管理料(I)

周術期等口腔機能管理料(I)

【注の見直し】

注2 周術期^{くう}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^{くう}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2 周術期等^{くう}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B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号B004-6-2に掲げる歯科治療時医療管理料、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C001-4-2に掲げる在宅患者歯科治療時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^{くう}口腔機能管理料(Ⅱ)

【名称の見直し】

周術期^{くう}口腔機能管理料(Ⅱ)

周術期等^{くう}口腔機能管理料(Ⅱ)

【注の見直し】

注2 周術期^{くう}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^{くう}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-

注2 周術期等^{くう}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B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号B004-6-2に掲げる歯科治療時医療管理料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、C001-4-2に掲げる在宅患者歯科治療時医療管理料及び区分番号N002に

B000-8 周術期^{くう}口腔機能管理料
(Ⅲ)

【名称の見直し】

【注の見直し】

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。

周術期^{くう}口腔機能管理料(Ⅲ)

注2 周術期^{くう}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^{くう}口腔機能管理料(I)、区分番号B000-7に掲げる周術期^{くう}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に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。

掲げる歯科矯正管理料は算定できない。

周術期等^{くう}口腔機能管理料(Ⅲ)

注2 周術期等^{くう}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B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号B004-6-2に掲げる歯科治療時医療管理料、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、C001-4-2に掲げる在宅患者歯科治療時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。

【新設】

B 0 0 2 歯科特定疾患療養管理料

【注の見直し】

B 0 0 4 - 1 - 5 外来緩和ケア管理
料

(新設)

注4 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 0 - 6に掲げる周術期口腔機能管理料(I)、区分番号B 0 0 0 - 7に掲げる周術期口腔機能管理料(II)、区分番号B 0 0 0 - 8に掲げる周術期口腔機能管理料(III)、区分番号C 0 0 1 - 3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料又は区分番号C 0 0 1 - 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。

B 0 0 1 - 3 歯周病患者画像活用指導料 10点
注 歯周病に罹患している患者に対して区分番号D 0 0 2に掲げる歯周病検査を実施する場合において、継続的な管理を行うに当たって必要な口腔内写真を撮影し、当該患者又はその家族等に対し療養上必要な指導を行った場合に算定する。なお、2枚以上撮影した場合は、2枚目から1枚につき10点を所定点数に加算し、1回につき5枚に限り算定する。

注4 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 0 - 6に掲げる周術期等口腔機能管理料(I)、区分番号B 0 0 0 - 7に掲げる周術期等口腔機能管理料(II)、区分番号B 0 0 0 - 8に掲げる周術期等口腔機能管理料(III)、区分番号C 0 0 1 - 3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C 0 0 1 - 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C 0 0 1 - 6に掲げる小児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。

【点数の見直し】

B004-6 歯科治療総合医療管理
料(I)

【削除】

300点

290点

140点

(削除)

- 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。）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。
- 2 同一の患者につき同一月に歯科治療総合医療管理料(I)を算定すべき医療管理を2回以上行った場合は、第1回目の医療管理を行ったときに算定する。
- 3 鎮静及び医科点数表の区分番号D220に掲げる呼吸心拍監視に係る費用は、所定点数に含まれる。
- 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

B004-6-2 歯科治療総合医療
管理料(Ⅱ) (1日につ
き)

【名称の見直し】

B000-8に掲げる周術期^{くう}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。

歯科治療総合医療管理料(Ⅱ) (1日につき)

歯科治療時医療管理料 (1日につき)

B004-9 介護支援連携指導料

【名称の見直し】

介護支援連携指導料

介護支援等連携指導料

【注の見直し】

注 当該保険医療機関に入院中の患者に対して、
患者の同意を得て、歯科医師又はその指示を受
けた歯科衛生士、看護師等が介護支援専門員と
共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入
が望ましい介護サービスや退院後に利用可能な
介護サービス等について説明及び指導を行った
場合に、当該入院中2回を限度として算定す
る。この場合において、同一日に、区分番号B
015の注3に掲げる加算（居宅介護支援事業
者の介護支援専門員と共同して指導を行った場
合に限る。）は別に算定できない。

注 当該保険医療機関に入院中の患者に対して、
当該患者の同意を得て、歯科医師又はその指示
を受けた歯科衛生士、看護師等が介護支援専門
員又は相談支援専門員と共同して、患者の心身
の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービ
ス又は障害福祉サービス等や退院後に利用可能
な介護サービス又は障害福祉サービス等につい
て説明及び指導を行った場合に、当該入院中2
回に限り算定する。この場合において、同一日
に、区分番号B015の注3に掲げる加算（介
護支援専門員又は相談支援専門員と共同して指
導を行った場合に限る。）は別に算定できな
い。

【新設】

(新設)

B006-3-4 療養・就労両立支援指導料
1,000点

注1 がんと診断された患者（産業医が選任されている事業場において就労しているものに限る。）について、就労の状況を考慮して療養上の指導を行うとともに、産業医に対し、病状、治療計画、就労上の措置に関する意見等当該患者の就労と治療の両立に必要な情報を文書により提供した上で、当該産業医から助言を得て、治療計画の見直しを行った場合に、6月に1回に限り算定する。

注2 別に厚生労働大臣が定める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は、相談体制充実加算として、500点を所定点数に加算する。

注3 注1の規定に基づく産業医への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)又は区分番号B010に掲げる診療情報提供料(II)の費用は、所定点数に含まれるものとする。

B008-2 薬剤総合評価調整管理料

【注の見直し】

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B0

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B0

B 0 0 9 診療情報提供料(I)

【注の見直し】

注2 保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、当該患者の居住地を管轄する市町村又は介護保険法第46条第1項の規定により都道府県知事が指定する指定居宅介護支援事業者等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回を限度として算定する。

【注の見直し】

注4 保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、介護保険法第8条第27項に規定する介護老人保健施設（当該保険医療機関と同一の敷地内にある介護老人保健施設その他これに準ずる介護老人保健施設を除く。）に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介

09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。）又は区分番号B011に掲げる診療情報連携共有料（当該別の保険医療機関に対して行った場合に限る。）は同一日には算定できない。

注2 保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、当該患者の居住地を管轄する市町村又は介護保険法第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者、同法第58条第1項に規定する指定介護予防支援事業者、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第51条の17第1項第1号に規定する指定特定相談支援事業者、児童福祉法第24条の26第1項第1号に規定する指定障害児相談支援事業者等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

注4 保険医療機関が、診療に基づき当該患者の同意を得て、介護老人保健施設又は介護医療院（当該保険医療機関と同一の敷地内にある介護老人保健施設又は介護医療院その他これに準ずる介護老人保健施設を除く。）に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介

<p>【注の見直し】</p>	<p>を行った場合に、患者1人につき月1回を限度として算定する。</p> <p>注5 保険医療機関が、患者の退院日の属する月又はその翌月に、添付の必要を認め、患者の同意を得て、別の保険医療機関、精神障害者施設又は介護老人保健施設に対して、退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付して紹介を行った場合は、200点を所定点数に加算する。</p>	<p>→</p>	<p>を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p> <p>注5 保険医療機関が、患者の退院日の属する月又はその翌月に、添付の必要を認め、当該患者の同意を得て、別の保険医療機関、精神障害者施設又は介護老人保健施設若しくは介護医療院に対して、退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付して紹介を行った場合は、200点を所定点数に加算する。</p>
<p>【新設】</p>	<p>(新設)</p>	<p>→</p>	<p>B011 診療情報連携共有料 120点</p> <p>注1 歯科診療を行うに当たり全身的な管理が必要な患者に対し、当該患者の同意を得て、別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）で行った検査の結果、投薬内容等の診療情報について、当該別の保険医療機関に文書により提供を求めた場合に保険医療機関ごとに患者1人につき、診療情報の提供を求めた日の属する月から起算して3月に1回に限り算定する。</p> <p>注2 区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)（同一の保険医療機関に対して紹介を行った場合に限る。）を算定した月は、別に算定できない。</p>

B014 退院時共同指導料1

【項目の見直し】

- 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 900点
- 2 1以外の場合 （略）

【注の見直し】

注1 保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関と連携する別の保険医療機関の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、当該患者が入院している保険医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後、在宅での療養を行う患者に対して、療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の歯科医師若しくは医師又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、1回を限度として算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回を限度として算定する。

- 1 在宅療養支援歯科診療所1又は在宅療養支援歯科診療所2（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 900点
- 2 1以外の場合 （略）

注1 保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関（以下この区分番号及び区分番号B015において「在宅療養担当医療機関」という。）と連携する別の保険医療機関の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、当該患者の同意を得て、退院後、在宅での療養を行う患者に対して、療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の歯科医師若しくは医師又は保健師、助産師、看護師、准看護師（以下この区分番号及び区分番号B015において「看護師等」という。）、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、在宅療養担当医療機関と連携する別の保険医療機関の歯科医師又はその指示を受けた歯

B 0 1 5 退院時共同指導料 2

【注の見直し】

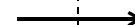
注 1 入院中の保険医療機関の歯科医師又は看護師等が、入院中の患者に対して、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の歯科医師若しくは医師、当該歯科医師若しくは医師の指示を受けた看護師等又は当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の医師の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中 1 回を限度として算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中 2 回を限度として算定する。

科衛生士が、当該患者が入院している保険医療機関の歯科医師若しくは医師又は看護師等と 1 回以上共同して行う場合は、当該入院中 2 回に限り算定する。

注 1 入院中の保険医療機関の歯科医師又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士が、入院中の患者に対して、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、在宅療養担当医療機関の歯科医師若しくは医師、当該歯科医師若しくは医師の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士又は在宅療養担当医療機関の医師の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中 1 回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該患者が入院している保険医療機関の歯科医師又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の歯科医師若しくは医師、当該歯科医師若しくは医師の指示を受けた看護師等又は在宅療養担当医療機関の医師の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准

【注の見直し】

注3 注1の場合において、入院中の保険医療機関の歯科医師が、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の医師若しくは看護師等、歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、2,000点を所定点数に加算する。



看護師を除く。）と1回以上、共同して行う場合は、当該入院中2回に限り算定する。

注3 注1の場合において、入院中の保険医療機関の歯科医師又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の医師若しくは看護師等、歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員又は相談支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、多機関共同指導管理加算として、2,000点を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="vertical-align: top;"> <p>1 歯科訪問診療1</p> <p>2 歯科訪問診療2</p> <p>3 歯科訪問診療3</p> </td> <td style="vertical-align: top; text-align: center;"> <p>866点</p> <p>283点</p> <p>120点</p> </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>	<p>1 歯科訪問診療1</p> <p>2 歯科訪問診療2</p> <p>3 歯科訪問診療3</p>	<p>866点</p> <p>283点</p> <p>120点</p>	<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p>1,036点</p> <p>338点</p> <p>175点</p> </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>イ・ロ （略）</p>	<p>1,036点</p> <p>338点</p> <p>175点</p>
<p>1 歯科訪問診療1</p> <p>2 歯科訪問診療2</p> <p>3 歯科訪問診療3</p>	<p>866点</p> <p>283点</p> <p>120点</p>				
<p>1,036点</p> <p>338点</p> <p>175点</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。

イ・ロ (略)

【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、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・ロ (略)

【注の見直し】

注3 3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

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・ロ (略)

注3 3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を同一日に10人以上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A0

【注の追加】

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・ロ （略）

(追加)

00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・ロ （略）

注4 1から3までを算定する患者（歯科訪問診療料の注13に該当する場合を除く。）について、当該患者に対する診療時間が20分未満の場合は、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。ただし、次のいずれかに該当する場合は、この限りではない。
イ 1について、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20分以上の診療が困難である場合
ロ 2について、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

【注の削除】

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、

(削除)

【注の見直し】

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 55点

注11 在宅療養支援歯科診療所の歯科衛生士が、歯科医師と同行の上、歯科訪問診療の補助を行った場合は、歯科訪問診療補助加算として、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 110点
- ロ 同一建物居住者の場合 45点

注11 歯科訪問診療を実施する保険医療機関の歯科衛生士が、歯科医師と同行の上、歯科訪問診療の補助を行った場合は、歯科訪問診療補助加算として、次に掲げる点数を1日につき所定点数に加算する。

- イ 在宅療養支援歯科診療所1、在宅療養支援歯科診療所2又はかかりつけ歯科医療強化型歯科診療所の場合
 - (1) 同一建物居住者以外の場合 115点
 - (2) 同一建物居住者の場合 50点
- ロ イ以外の保険医療機関の場合
 - (1) 同一建物居住者以外の場合 90点
 - (2) 同一建物居住者の場合 30点

【注の見直し】

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。

- イ 初診時 234点
- ロ 再診時 45点

注13 1から3までについて、在宅療養支援歯科診療所1又は在宅療養支援歯科診療所2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。

- イ 初診時 237点
- ロ 再診時 48点

【注の追加】		(追加)	<p>注14 区分番号A000に掲げる初診料の注1又は注2に規定す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出を行っていない保険医療機関については、1から3まで又は注13に規定するそれぞれの所定点数から10点を減算する。</p>
【注の追加】		(追加)	<p>注15 1について、当該保険医療機関の外来（歯科診療を行うものに限る。）を受診していた患者であって在宅等において療養を行っているものに対して、歯科訪問診療を実施した場合は、歯科訪問診療移行加算として、次に掲げる点数を所定点数に加算する。なお、この場合において、注12に規定する加算は算定できない。</p> <p>イ かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の場合 150点</p> <p>ロ イ以外の場合 100点</p>
C001 訪問歯科衛生指導料	【項目の見直し】	<p>1 複雑なもの 360点</p> <p>2 簡単なもの 120点</p>	<p>1 単一建物診療患者が1人の場合 360点</p> <p>2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 328点</p> <p>3 1及び2以外の場合 300点</p>

【注の見直し】

注1 歯科訪問診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士、保健師、看護師又は准看護師が訪問して療養上必要な指導として、患者又はその家族等に対して、当該患者の口腔内での清掃（機械的歯面清掃を含む。）又は有床義歯の清掃に係る実地指導を行った場合は、患者1人につき、月4回（同一月内に1及び2を行った場合は併せて月4回）を限度として算定する。

注1 歯科訪問診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士、保健師、看護師又は准看護師が訪問して療養上必要な指導として、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住するもののうち、当該保険医療機関が歯科訪問診療を実施し、歯科衛生士等が同一月に訪問歯科衛生指導を行っているものをいう。）又はその家族等に対して、当該患者の口腔内の清掃（機械的歯面清掃を含む。）、有床義歯の清掃指導又は口腔機能の回復若しくは維持に関する実地指導を行い指導時間が20分以上であった場合は、患者1人につき、月4回に限り、算定する。なお、当該歯科衛生指導で実施した指導内容等については、患者に対し文書により提供する。

【注の削除】

注2 1については、患者と1対1で20分以上療養上必要な歯科衛生指導を適切に行った場合に算定し、2については、1人又は複数の患者に対して療養上必要な歯科衛生指導を適切に行った場合に算定する。それぞれ当該歯科衛生指導で実施した指導内容等について、患者に対し文書により提供した場合に算定する。

(削除)

【項目の見直し】

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

- 1 在宅療養支援歯科診療所1の場合 320点
- 2 在宅療養支援歯科診療所2の場合 250点
- 3 1及び2以外の場合 190点

【注の追加】

(追加)

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、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な患者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、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、在宅総合医療管理加算として50点を所定点数に加算する。

【注の見直し】

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5 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等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等連携加算1として、80点を所定点数に加算する。

【注の見直し】

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

注6 当該保険医療機関の歯科医師が、介護保険法第8条第25項に規定する介護保険施設等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

	<p>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>	<p>、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等連携加算 2 として、80点を所定点数に加算する。</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注 6 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 0 - 6 に掲げる周術期口腔機能管理料(I)、区分番号 B 0 0 0 - 7 に掲げる周術期口腔機能管理料(II)、区分番号 B 0 0 0 - 8 に掲げる周術期口腔機能管理料(III)、区分番号 B 0 0 2 に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号 C 0 0 1 - 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 N 0 0 2 に掲げる歯科矯正管理料は、別に算定できない。</p>	<p>注 7 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 0 - 6 に掲げる周術期等口腔機能管理料(I)、区分番号 B 0 0 0 - 7 に掲げる周術期等口腔機能管理料(II)、区分番号 B 0 0 0 - 8 に掲げる周術期等口腔機能管理料(III)、区分番号 B 0 0 2 に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号 C 0 0 1 - 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、区分番号 C 0 0 1 - 6 に掲げる小児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 N 0 0 2 に掲げる歯科矯正管理料は、別に算定できない。</p>
<p>C 0 0 1 - 4 在宅患者歯科治療総合医療管理料(I)</p> <p>【削除】</p>	<p>140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医療機関において、区分番号 C 0 0 0 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。）から歯科診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</p>	<p>(削除)</p>

、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。

2 同一の患者につき同一月に在宅患者歯科治療総合医療管理料(I)を算定すべき医療管理を2回以上行った場合は、第1回目の医療管理を行ったときに算定する。

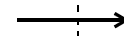
3 在宅患者歯科治療総合医療管理料(I)を算定した月において、区分番号B000-6に掲げる周術期口腔機能管理料(I)、区分番号B000-7に掲げる周術期口腔機能管理料(II)、区分番号B000-8に掲げる周術期口腔機能管理料(III)又は区分番号C001-4-2に掲げる在宅患者歯科治療総合医療管理料(II)は、別に算定できない。

4 鎮静及び医科点数表の区分番号D220に掲げる呼吸心拍監視に係る費用は、所定点数に含まれる。

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

【名称の見直し】

在宅患者歯科治療総合医療管理料(II) (1日につき)



在宅患者歯科治療時医療管理料 (1日につき)

<p>【注の見直し】</p> <p>C 0 0 1 - 5 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料</p>	<p>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B 0 0 0 - 6に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅰ)、区分番号B 0 0 0 - 7に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅱ)、区分番号B 0 0 0 - 8に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅲ)又は区分番号C 0 0 1 - 4に掲げる在宅患者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。</p>	<p>注 3 在宅患者歯科治療時医療管理料を算定した月において、区分番号B 0 0 0 - 6に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)、区分番号B 0 0 0 - 7に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)又は区分番号B 0 0 0 - 8に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)は、別に算定できない。</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注 1 当該保険医療機関の歯科医師が、区分番号C 0 0 0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等の同意を得て、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4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C 0 0 0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等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、20分以上必要な指導管理を行った場合に、月4回に限り算定する。</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>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</p>	<p>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</p>

に掲げる歯周病安定期治療(Ⅱ)、区分番号I011-3に掲げる歯周基本治療処置、区分番号I030に掲げる機械的歯面清掃処置及び区分番号H001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。

【注の見直し】

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B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料及び区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料は別に算定できない。

【注の見直し】

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、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算として、100点を所定点数に加算する。

【注の見直し】

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、在宅療養支援歯科診療所加算として、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。

に掲げる歯周病安定期治療(Ⅱ)、区分番号I011-3に掲げる歯周基本治療処置、区分番号I029-2に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、区分番号I030に掲げる機械的歯面清掃処置及び区分番号H001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B000-4に掲げる歯科疾患管理料、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C001-6に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導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、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算として、75点を所定点数に加算する。

注5 在宅療養支援歯科診療所1又は在宅療養支援歯科診療所2の歯科医師が、当該指導管理を実施した場合は、在宅療養支援歯科診療所加算1又は在宅療養支援歯科診療所加算2として、それぞれ125点又は100点を所定点数に

【注の追加】

(追加)

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6 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等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等連携加算1として、80点を所定点数に加算する。

【注の追加】

(追加)

注7 当該保険医療機関の歯科医師が、介護保険法第8条第25項に規定する介護保険施設等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等連携加算2として、80点を所定点数に加算する。

【新設】

(新設)

C001-6 小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料 450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15歳未満の患者であって、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、当該患者の口腔機能^{くう}評価に基づく管理計画を作成し、20分以上必要な指導管理を行った場合に、月4回に限り算定する。

注2 区分番号D002に掲げる歯周病検査、区分番号H001に掲げる摂食機能療法、区分番号I011に掲げる歯周基本治療、区分番号I011-3に掲げる歯周基本治療処置、区分番号I029-2に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生^{くう}処置及び区分番号I030に掲げる機械的歯面清掃処置は所定点数に含まれ、別に算定できない。

注3 小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション^{くう}指導管理料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C001-5^{くう}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、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算として、75点を所定点数に加算する。

注5 在宅療養支援歯科診療所1又は在宅療養支援歯科診療所2の歯科医師が、当該指導管理を実施した場合は、在宅療養支援歯科診療所加算1又は在宅療養支援歯科診療所加算2として、それぞれ125点又は100点を加算する。ただし、注4に規定する加算を算定している

C003 在宅患者訪問薬剤管理指導料

【項目の見直し】

- 1 同一建物居住者以外の場合 650点
- 2 同一建物居住者の場合 300点

場合は、算定できない。

- 1 単一建物診療患者が1人の場合 650点
- 2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 320点
- 3 1及び2以外の場合 290点

【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人につき週40回に限り算定する。

注1 在宅で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、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、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険医療機関の薬剤師が訪問し薬学的管理指導を行っているものをいう。）の人数に従い、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から3までを合わせて薬剤師1人につき週40回に限り算定できる。

【注の追加】

C008 在宅患者緊急時等カンファ
レンス料

【注の見直し】

(追加)

注4 6歳未満の乳幼児に対して、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合には、乳幼児加算として、100点を所定点数に加算する。

注 歯科訪問診療を実施している保険医療機関の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該歯科医師の求め又は当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の医師の求めにより、訪問診療を実施している保険医療機関の医師、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患家等に赴きカンファレンスを行い又はカンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月2回を限度として算定する。

注 歯科訪問診療を実施している保険医療機関の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該歯科医師の求め又は当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の医師の求めにより、訪問診療を実施している保険医療機関の医師、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員又は相談支援専門員と共同でカンファレンスを行い又はカンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月2回に限り算定する。

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>D003-2 口腔内写真検査（1枚につき）</p> <p>【削除】</p> <p>D011 有床義歯咀嚼機能検査（1口腔につき）</p> <p>【項目の見直し】</p>	<p>10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>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</p> <p>2 咀嚼能力測定のみを行う場合（1回につき） 100点</p>	<p>（削除）</p> <p>1 有床義歯咀嚼機能検査1（1回につき）</p> <p>イ 下顎運動測定と咀嚼能力測定を併せて行う場合 560点</p> <p>ロ 咀嚼能力測定のみを行う場合 140点</p> <p>2 有床義歯咀嚼機能検査2（1回につき）</p> <p>イ 下顎運動測定と咬合圧測定を併せて行う場合 550点</p> <p>ロ 咬合圧測定のみを行う場合 130点</p>

【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、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、咀嚼機能検査を行った場合に算定する。
【注の見直し】	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2 有床義歯等を新製する場合において、新製有床義歯等の装着日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。
【注の見直し】	注3 1について、新製有床義歯装着日より前に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3 新製有床義歯等の装着日前に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。
【注の見直し】	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4 新製有床義歯等の装着日以後に行った場合は、新製有床義歯等の装着日の属する月から起算して6月以内を限度として、月1回に限り算定する。
【注の削除】	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。	(削除)

【新設】

(新設)

D 0 1 1 - 2 ^{そしやく} 咀嚼能力検査 (1回につき)

140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、咀嚼能力測定を行った場合に6月に1回に限り算定する。

注2 区分番号D 0 1 1に掲げる有床義歯^{そしやく}咀嚼機能検査を算定した月は、別に算定できない。

注3 当該検査を算定した月から起算して6月以内に行う区分番号D 0 1 1 - 3に掲げる咬合^{こう}圧検査は、別に算定できない。

【新設】

(新設)

D 0 1 1 - 3 ^{こう}咬合圧検査 (1回につき)

130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、咬合^{こう}圧測定を行った場合に、6月に1回に限り算定する。

注2 区分番号D 0 1 1に掲げる有床義歯^{そしやく}咀嚼機能検査を算定した月は、別に算定できない。

注3 当該検査を算定した月から起算して6月以内に行う区分番号D 0 1 1 - 2に掲げる咀嚼^{そしやく}能力検査は、別に算定できない。

D 0 1 2 舌圧検査 (1回につき)

【注の見直し】	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。	注1 舌圧測定を行った場合は、6月に1回に限り算定する。
【注の追加】	(追加)	注2 注1の規定にかかわらず、区分番号I017-1-3に掲げる舌接触補助床又は区分番号M025に掲げる口蓋補綴、顎補綴を装着する患者若しくはJ109に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術の対象となる患者に対して舌圧測定を行った場合は、月2回に限り算定する。
【新設】	(新設)	D013 精密触覚機能検査 460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、当該検査を行った場合に月1回に限り算定する。

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>【注の見直し】</p>	<p>注6 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上処方を行った場合は、月1回を限度として1処方につき65点を加算する。ただし、この場合において、同一月に注5の加算は算定できない。</p>	<p>注6 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算2として、月1回に限り1処方につき66点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一月に特定疾患処方管理加算1は算定できない。</p>
<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>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所定点数に加算する。</p> <p>イ 外来後発医薬品使用体制加算1 5点</p>

<p>第5節 処方箋料</p>	<p>ロ 外来後発医薬品使用体制加算2 3点</p>		<p>ロ 外来後発医薬品使用体制加算2 4点 ハ 外来後発医薬品使用体制加算3 2点</p>
<p>F400 処方箋料</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注4 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上処方を行った場合は、月1回を限度として1処方につき65点を加算する。ただし、この場合において、同一月に注3の加算は算定できない。</p>	<p>→</p>	<p>注4 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算2として、月1回に限り1処方につき66点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一月に注3の加算は算定できない。</p>
<p>【注の見直し】</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 ロ 一般名処方加算2 2点</p>	<p>→</p>	<p>注6 薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p>イ 一般名処方加算1 6点 ロ 一般名処方加算2 4点</p>

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>第1節 注射料</p> <p>第2款 無菌製剤処理料</p> <p>G020 無菌製剤処理料</p> <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。</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において、皮内注射、皮下注射、筋肉内注射、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、点滴注射、中心静脈注射又は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。</p>

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																				
H001 摂食機能療法（1日につき）																				
【項目の見直し】	185点	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="1444 646 1467 678">1</td> <td data-bbox="1489 678 1982 710">30分以上の場合</td> <td data-bbox="2004 678 2060 710">185点</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1444 710 1467 742">2</td> <td data-bbox="1489 710 1982 742">30分未満の場合</td> <td data-bbox="2004 710 2060 742">130点</td> </tr> </table>	1	30分以上の場合	185点	2	30分未満の場合	130点												
1	30分以上の場合	185点																		
2	30分未満の場合	130点																		
【注の追加】	(追加)	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="1444 813 1467 845">注2</td> <td data-bbox="1489 845 2060 1005">2については、脳卒中の患者であって、摂食機能障害を有するものに対して、脳卒中の発症から14日以内に限り、1日につき算定できる。</td> </tr> </table>	注2	2については、脳卒中の患者であって、摂食機能障害を有するものに対して、脳卒中の発症から14日以内に限り、1日につき算定できる。																
注2	2については、脳卒中の患者であって、摂食機能障害を有するものに対して、脳卒中の発症から14日以内に限り、1日につき算定できる。																			
H001-2 歯科口腔 ^{くう} リハビリテーション料1（1口腔 ^{くう} につき）																				
【点数の見直し】	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="672 1236 694 1268">1</td> <td data-bbox="705 1236 1176 1316">有床義歯の場合 イ ロ以外の場合</td> <td data-bbox="1198 1236 1276 1316">100点</td> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="705 1316 1176 1348">ロ 困難な場合</td> <td data-bbox="1198 1316 1276 1348">120点</td> </tr> <tr> <td data-bbox="672 1364 694 1396">2</td> <td data-bbox="705 1364 1176 1396">舌接触補助床の場合</td> <td data-bbox="1198 1364 1276 1396">190点</td> </tr> </table>	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	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="1444 1236 1467 1268">1</td> <td data-bbox="1489 1236 1982 1316">有床義歯の場合 イ ロ以外の場合</td> <td data-bbox="2004 1236 2060 1316">104点</td> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="1489 1316 1982 1348">ロ 困難な場合</td> <td data-bbox="2004 1316 2060 1348">124点</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1444 1364 1467 1396">2</td> <td data-bbox="1489 1364 1982 1396">舌接触補助床の場合</td> <td data-bbox="2004 1364 2060 1396">194点</td> </tr> </table>	1	有床義歯の場合 イ ロ以外の場合	104点		ロ 困難な場合	124点	2	舌接触補助床の場合	194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																		
1	有床義歯の場合 イ ロ以外の場合	104点																		
	ロ 困難な場合	124点																		
2	舌接触補助床の場合	194点																		

<p>H001-3 歯科^{くう}口腔リハビリテーション料2（1^{くう}口腔につき）</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>3 その他の場合</p> <p>185点</p> <p>189点</p> <p>50点 → 54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>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、処置を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、次に掲げる点数を、それぞれ当該処置の所定点数に加算する。ただし、通則第8号又は第9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 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</p> <p>ロ （略）</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、処置を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、次に掲げる点数を、それぞれ当該処置の所定点数に加算する。ただし、通則第8号又は第9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 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、区分番号I017に掲げる口腔内装置、区分番号I017-1-2に掲げる睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置、区分番号I017-1-3に掲げる舌接触補助床及び区分番号I017-1-4に掲げる術後即時顎補綴装置を除く。）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 （略）</p>
<p>【通則の見直し】</p>	<p>9 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療</p>	<p>9 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料及</p>

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 （略）

び同注6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、区分番号I017に掲げる口腔内装置、区分番号I017-1-2に掲げる睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置、区分番号I017-1-3に掲げる舌接触補助床及び区分番号I017-1-4に掲げる術後即時顎補綴装置を除く。）を行った場合

所定点数の100分の50に相当する点数

ロ （略）

第1節 処置料

I006 感染根管処置（1歯につき）

【点数の見直し】

1	単根管	144点	→	150点
2	2根管	294点		300点
3	3根管以上	432点		438点

I008 根管充填（1歯につき）

【点数の見直し】

1	単根管	68点	→	72点
2	2根管	90点		94点

I 0 0 9 - 2 創傷処置	3 3根管以上	110点		114点
【点数の見直し】	1 100平方センチメートル未満 2・3 (略)	45点	→	1 100平方センチメートル未満 2・3 (略) 52点
I 0 1 1 歯周基本治療				
【点数の見直し】	1 スケーリング (3分の1顎につき) 2・3 (略)	66点	→	1 スケーリング (3分の1顎につき) 2・3 (略) 68点
I 0 1 4 暫間固定				
【項目の見直し】	1 簡単なもの 2 困難なもの 3 著しく困難なもの	200点 500点 650点	→	1 簡単なもの 200点 2 困難なもの 500点
I 0 1 4 - 2 暫間固定装置修理				
【項目の見直し】	1 簡単なもの 2 困難なもの	70点 220点	→	70点
I 0 1 7 床副子				
【名称の見直し】		床副子	→	口腔内装置 (1装置につき)
【項目の見直し】	1 簡単なもの 2 困難なもの 3 著しく困難なもの	650点 1,500点 2,000点	→	1 口腔内装置 1 1,500点 2 口腔内装置 2 800点 3 口腔内装置 3 650点

	4 摂食機能の改善を目的とするもの（舌接触補助床）		
	イ 新たに製作した場合	2,000点	
	ロ 旧義歯を用いた場合	500点	
【注の追加】	(追加)	→	注 顎関節治療用装置、歯ぎしりに対する口腔内装置又はその他口腔内装置を製作した場合に当該製作方法に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。
【新設】	(新設)	→	<p>I 0 1 7 - 1 - 2 睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置（1装置につき）</p> <p>1 睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置 1 3,000点</p> <p>2 睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置 2 2,000点</p> <p>注 睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置を製作した場合に、当該製作方法に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。</p>
【新設】	(新設)	→	<p>I 0 1 7 - 1 - 3 舌接触補助床（1装置につき）</p> <p>1 新たに製作した場合 2,500点</p> <p>2 旧義歯を用いた場合 1,000点</p>
【新設】	(新設)	→	I 0 1 7 - 1 - 4 術後即時顎補綴装置（1顎に

I 0 1 7 - 2 床副子調整・修理（1
口腔につき）

2,500点

【名称の見直し】

床副子調整・修理（1口腔につき）

つき)

口腔内装置調整・修理（1口腔につき）

【項目の見直し】

- 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 220点
- 2 床副子修理 234点

- 1 口腔内装置調整
 - イ 睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置の場合 120点
 - ロ 歯ぎしりに対する口腔内装置の場合 120点
 - ハ イ及びロ以外の場合 220点
- 2 口腔内装置修理 234点

【注の見直し】

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1 1のイについては、新たに製作した区分番号I 0 1 7 - 1 - 2に掲げる睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置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回に限り算定する。

【注の追加】

(追加)

注2 1のロについては、区分番号I 0 1 7に掲げる口腔内装置の注に規定する歯ぎしりに対する口腔内装置の調整を行った場合に算定する。

【注の見直し】	注2 1の口については、咬合 ^{こう} 挙上 ^{てつ} 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3 1のハについては、区分番号I017に掲げる口腔内装置の注に規定する顎関節治療用装置又は区分番号I017-1-4に掲げる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4 同一の患者について1月以内に口腔内装置調整を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。									
【注の見直し】	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。	注5 2については、同一の患者について1月以内に口腔内装置修理を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。									
I019 歯冠修復物又は補綴物の除去（1歯につき）											
【点数の見直し】	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="667 1018 862 1046">1 簡単なもの</td> <td data-bbox="1211 1018 1272 1046">16点</td> </tr> <tr> <td data-bbox="667 1062 862 1091">2 困難なもの</td> <td data-bbox="1211 1062 1272 1091">32点</td> </tr> <tr> <td data-bbox="667 1107 943 1136">3 著しく困難なもの</td> <td data-bbox="1211 1107 1272 1136">54点</td> </tr> </table>	1 簡単なもの	16点	2 困難なもの	32点	3 著しく困難なもの	54点	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="1458 1018 1518 1046">20点</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1458 1062 1518 1091">36点</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1458 1107 1518 1136">60点</td> </tr> </table>	20点	36点	60点
1 簡単なもの	16点										
2 困難なもの	32点										
3 著しく困難なもの	54点										
20点											
36点											
60点											
I026 高気圧酸素治療（1日につき）											
【点数の見直し】	200点	3,000点									

I 0 2 9 周術期専門的口腔衛生処置
(1 口腔につき)

【項目の見直し】

周術期専門的口腔衛生処置 (1 口腔につき) 92点

周術期等専門的口腔衛生処置 (1 口腔につき)

- 1 周術期等専門的口腔衛生処置 1 92点
- 2 周術期等専門的口腔衛生処置 2 100点

【注の見直し】

注1 区分番号B 0 0 0 - 6に掲げる周術期口腔機能管理料(I)又は区分番号B 0 0 0 - 7に掲げる周術期口腔機能管理料(II)を算定した入院中の患者に対して、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(I)又は周術期口腔機能管理料(II)を算定した日の属する月において、術前1回、術後1回を限度として算定する。

注1 1について、区分番号B 0 0 0 - 6に掲げる周術期等口腔機能管理料(I)又は区分番号B 0 0 0 - 7に掲げる周術期等口腔機能管理料(II)を算定した入院中の患者に対して、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、区分番号B 0 0 0 - 6に掲げる周術期等口腔機能管理料(I)又は区分番号B 0 0 0 - 7に掲げる周術期等口腔機能管理料(II)を算定した日の属する月において、術前1回、術後1回に限り算定する。

【注の見直し】

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。

注2 1について、区分番号B 0 0 0 - 8に掲げる周術期等口腔機能管理料(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、区分番号B 0 0 0 - 8に掲げる周術期等口腔機能管理料(III)を算定した日の属する月において、月1回に限り算定する。

【注の追加】

(追加)

注3 2については、区分番号B 0 0 0 - 5に掲

【注の追加】

(追加)

げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注1に規定する管理計画に基づき、口腔機能の管理を行っている患者（がん等に係る放射線治療又は化学療法を実施する患者に限る。）に対して、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が口腔粘膜に対する処置を行い、口腔粘膜保護材を使用した場合に、一連の周術期等口腔機能管理を通じて1回に限り算定する。

注4 2について、1を算定した日は別に算定できない。

【注の見直し】

注3 周術期専門的口腔衛生処置を算定した日の属する月において、区分番号I030に掲げる機械的歯面清掃処置は、別に算定できない。

注5 周術期等専門的口腔衛生処置1又は周術期等専門的口腔衛生処置2を算定した日の属する月において、区分番号I029-2に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置及び区分番号I030に掲げる機械的歯面清掃処置は、別に算定できない。

【新設】

(新設)

I029-2 在宅等療養患者専門的口腔衛生処置（1口腔につき） 120点

注1 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処置を行った場合に、月1回に限り算定

【新設】

I 0 3 0 機械的歯面清掃処置
(1 口腔につき)

【注の見直し】

(新設)

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

する。

注2 区分番号C 0 0 1に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定した日は算定できない。

注3 在宅等療養患者専門的口腔衛生処置を算定した日の属する月において、区分番号I 0 3 0に掲げる機械的歯面清掃処置は、別に算定できない。

I 0 2 9 - 3 口腔粘膜処置 (1 口腔につき)

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において、レーザー照射により当該処置を行った場合に算定する。ただし、2回目以降の口腔粘膜処置の算定は、前回算定日から起算して1月経過した日以降に行った場合に限り、月1回に限り算定する。

注1 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に掲げる周術期等

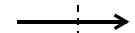
	<p>歯科衛生指導料又は区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料を算定しているものを除く。) に対して機械的歯面清掃を行った場合は、月1回を限度として算定する。</p>		<p>専門的口腔衛生処置、区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料又は区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料を算定しているものを除く。) に対して機械的歯面清掃を行った場合は、2月に1回に限り算定する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注6、区分番号A002に掲げる再診料の注4若しくは区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の注6に規定する加算を算定する患者又は妊婦については月1回に限り算定する。</p>
【注の見直し】	<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^{しよく}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に規定する加算、区分番号I011-2に掲げる歯周病安定期治療(I)、区分番号I011-2-2に掲げる歯周病安定期治療(II)又は区分番号I029-2に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置^{くう}を算定した月は算定できない。</p>
【注の削除】	<p>注3 当該処置を算定した翌月は、算定できない。</p>	→	(削除)
I031 フッ化物歯面塗布処置 (1 口腔につき)			
【点数の見直し】	<p>1 う蝕^{しよく}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^{しよく}に罹患^りしている患者の</p>	→	<p>110点 110点</p>

	場合	120点	130点
【注の見直し】	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 ^{しよく} 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。	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又は区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定したう蝕 ^{しよく} 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回に限り算定する。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回に限り算定する。
第2節 処置医療機器等加算			
I082 酸素加算			
【注の見直し】	注1	区分番号I025からI027までに掲げる処置に当たって酸素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数（酸素と併せて窒素を使用した場合は、それぞれの価格を10円で除して得た点数を合算した点数）を加算する。	注1 区分番号I025からI027までに掲げる処置に当たって酸素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数（窒素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数を合算した点数）を加算する。
第3節 特定薬剤料			
I100 特定薬剤			
【項目の見直し】		薬価が40円を超える場合は、薬価から40円を控	薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控

【注の見直し】

除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数

注1 薬価が40円以下である場合は、算定できない。



除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。

注1 薬価が15円以下である場合は、算定できない。

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料		
第9部 手術		
第1節 手術料		
J000 抜歯手術（1歯につき）		
<p>【点数の見直し】</p> <p>1 乳歯 130点</p> <p>2 前歯 150点</p> <p>3 臼歯 260点</p> <p>4 埋伏歯 1,050点</p>	<p>130点</p> <p>150点</p> <p>260点</p> <p>1,050点</p>	<p>130点</p> <p>155点</p> <p>265点</p> <p>1,050点</p>
J000-3 上顎洞陥入歯除去術		
<p>【名称の見直し】</p>	上顎洞陥入歯除去術	上顎洞陥入歯等除去術
J015 口腔底腫瘍摘出術		
<p>【点数の見直し】</p>	6,800点	7,210点
J016 口腔底悪性腫瘍手術		
<p>【点数の見直し】</p>	28,140点	29,360点
J017-2 甲状舌管嚢胞摘出術		

【点数の見直し】		8,520点	→	8,970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	22,010点 75,070点	→	26,410点 75,070点
J 0 2 2 顎・口蓋裂形成手術				
【点数の見直し】	1 軟口蓋のみのもの 2～3 (略)	14,520点	→	15,770点 2～3 (略)
J 0 2 8 舌形成手術 (巨舌症手術)				
【点数の見直し】		7,590点	→	9,100点
J 0 3 3 頬腫瘍摘出術				
【点数の見直し】	1 粘液嚢胞摘出術 2 その他のもの	910点 4,380点	→	910点 5,250点
【新設】		(新設)	→	J 0 3 5 - 2 口腔粘膜血管腫凝固術 (一連につき) 2,000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、レーザー照射により当該手術を実施した場合に算定する。

J 0 3 9	上顎骨悪性腫瘍手術				
	【点数の見直し】	1 掻爬 ^{そうは}	7,640点	→	9,160点
		2 切除	34,420点		34,420点
		3 全摘	68,480点		68,480点
J 0 4 0	下顎骨部分切除術				
	【点数の見直し】		14,940点	→	16,780点
J 0 4 1	下顎骨離断術				
	【点数の見直し】		27,140点	→	32,560点
J 0 4 2	下顎骨悪性腫瘍手術				
	【点数の見直し】	1 切除	40,360点	→	40,360点
		2 切断	53,830点		64,590点
J 0 4 3	顎骨腫瘍摘出術（歯根 ^{のう} 嚢胞を除く。）				
	【点数の見直し】	1 長径3センチメートル未満	2,820点	→	2,820点
		2 長径3センチメートル以上	11,160点		13,390点
	【新設】		(新設)	→	J 0 4 4 - 2 埋伏歯開窓術 2,820点

J 0 4 7 腐骨除去手術

【注の追加】

(追加)

注 2のイについて、骨吸収抑制薬関連顎骨壊死
又は放射線性顎骨壊死に対して当該手術を行っ
た場合は、1,000点を所定点数に加算する。

J 0 5 2 がま腫摘出術

【点数の見直し】

5,950点 → 7,140点

J 0 5 4 舌下腺腫瘍摘出術

【点数の見直し】

5,990点 → 7,180点

J 0 5 5 顎下腺摘出術

【点数の見直し】

9,670点 → 10,210点

J 0 5 6 顎下腺腫瘍摘出術

【点数の見直し】

9,480点 → 9,640点

J 0 6 2 唾液腺管形成手術

【点数の見直し】

11,360点 → 13,630点

J 0 6 3 歯周外科手術（1歯につき
）

【名称の見直し】

歯周外科手術（1歯につき） → 歯周外科手術

【注の追加】

J 0 6 3 - 2 骨移植術（軟骨移植術を含む。）

【点数の見直し】

1 自家骨移植		
イ 簡単なもの	1,780点	1,780点
ロ 困難なもの	14,030点	16,830点
2 同種骨移植（生体）	23,890点	28,660点
3 同種骨移植（非生体）		
イ 同種骨移植（特殊なもの）	24,370点	39,720点
ロ その他の場合	21,050点	21,050点

(追加)

注6 1 から 5 まで及び 6 のイからハまでについては 1 歯につき算定し、6 のニ及びホは手術野ごとに算定する。

J 0 6 8 上顎骨折観血的手術

【点数の見直し】

15,220点 → 16,400点

J 0 6 9 上顎骨形成術

【点数の見直し】

1 単純な場合	23,240点	27,880点
2 複雑な場合及び 2 次的再建の場合	45,510点	45,510点
3 骨移動を伴う場合	72,900点	72,900点

J 0 7 0 ^{きょう}頬骨骨折観血的整復術

【点数の見直し】

15,090点 → 18,100点

J 0 7 5 下顎骨形成術

【点数の見直し】

1	おとがい形成の場合	6,490点	→	7,780点
2	短縮又は伸長の場合	25,660点		30,790点
3	再建の場合	43,300点		51,120点
4	骨移動を伴う場合	54,210点		54,210点

J 0 7 5 - 2 下顎骨延長術

【点数の見直し】

1	片側	25,660点	→	30,790点
2	両側	40,150点		47,550点

J 0 8 0 顎関節授動術

【点数の見直し】

1	徒手の授動術		→	
	イ パンピングを併用した場合	990点		990点
	ロ 関節腔洗浄療法を併用した場合	2,000点		2,400点
2	顎関節鏡下授動術	8,770点		10,520点
3	開放授動術	25,100点		25,100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	20,690点	→	22,100点
2	開放円板整位術	27,300点		27,300点

J 0 8 4 創傷処理

【点数の見直し】

1～2	(略)		→	
3	筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメー			

J 0 8 4 - 2 小児創傷処理（6歳未満）	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		8,600点
	ロ その他のもの	2,000点		2,400点
	4～6 （略）			
【点数の見直し】	1～2 （略）			
	3 筋肉、臓器に達するもの（長径5センチメートル以上10センチメートル未満）	1,850点		2,220点
	4 筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上）	2,860点		3,430点
	5～7 （略）			
	8 筋肉、臓器に達しないもの（長径10センチメートル以上）	1,450点		1,740点
J 0 8 5 デブリードマン				
【点数の見直し】	1 100平方センチメートル未満	1,020点		1,020点
	2 100平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満	2,990点		3,580点
J 0 8 7 上顎洞根治手術				
【点数の見直し】		6,660点		7,990点

J 0 9 0 - 2 皮膚移植術 (死体)

【点数の見直し】

1	200平方センチメートル未満	6,750点	→	8,000点
2	200平方センチメートル以上500平方センチメートル未満	9,000点		16,000点
3	500平方センチメートル以上1,000平方センチメートル未満	13,490点		32,000点
4	1,000平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満	32,920点		80,000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	→	4,510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		13,720点
3	100平方センチメートル以上	22,310点		22,310点

J 0 9 5 複合組織移植術

【点数の見直し】

17,490点	→	19,420点
---------	---	---------

J 0 9 7 粘膜移植術

【点数の見直し】

1	4平方センチメートル未満	6,510点	→	6,510点
2	4平方センチメートル以上	7,080点		7,820点

J 0 9 8 血管結紮術^{きつ}

【点数の見直し】

3,130点	→	3,750点
--------	---	--------

J 1 0 1 - 2	神経再生誘導術				
	【点数の見直し】		12,640点	→	21,590点
J 1 0 3	過長茎状突起切除術				
	【点数の見直し】		5,880点	→	6,440点
J 1 0 4 - 2	皮膚悪性腫瘍切除術				
	【注の見直し】	注 放射性同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検（悪性黒色腫に係るものに限る。）を併せて行った場合は、悪性黒色腫センチネルリンパ節加算として、5,000点を所定点数に加算する。ただし、当該手術に用いた色素の費用は、算定できない。	→		注 放射性同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検（悪性黒色腫等に係るものに限る。）を併せて行った場合は、センチネルリンパ節加算として、5,000点を所定点数に加算する。ただし、当該手術に用いた色素の費用は、算定できない。
J 1 1 0	広範囲顎骨支持型装置 ^{そうは} 搔爬術				
	【名称の見直し】	広範囲顎骨支持型装置 ^{そうは} 搔爬術	→		広範囲顎骨支持型装置 ^{そうは} 搔爬術（1顎につき）
第3節	手術医療機器等加算				
	【新設】	(新設)	→	J 2 0 0 - 4 - 2	レーザー機器加算
				1	レーザー機器加算 1 50点
				2	レーザー機器加算 2 100点
				3	レーザー機器加算 3 200点
				注1	別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合

J 2 0 0 - 5 画像等手術支援加算

【注の見直し】

注2 2については、区分番号J 0 1 9の2、J 0 3 8からJ 0 4 0まで、J 0 4 2、J 0 4 3、J 0 6 9、J 0 7 0-2、J 0 7 5及びJ 0 7 6に掲げる手術に当たって、実物大臓器立体モデルによる支

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、レーザー照射により手術を行った場合に算定する。

注2 1については、区分番号J 0 0 8（1に限る。）、J 0 0 9（1及び2に限る。）、J 0 1 7（1に限る。）、J 0 1 9（1に限る。）、J 0 2 7、J 0 3 0（1に限る。）、J 0 3 3（1に限る。）及びJ 0 5 1に掲げる手術に当たって、レーザー手術装置を使用した場合に算定する。

注3 2については、区分番号J 0 0 8（2に限る。）、J 0 0 9（3に限る。）及びJ 0 1 7（2に限る。）に掲げる手術に当たって、レーザー手術装置を使用した場合に算定する。

注4 3については、区分番号J 0 1 5、J 0 1 9（2に限る。）、J 0 2 0、J 0 3 0（2に限る。）、J 0 3 3（2に限る。）、J 0 3 4、J 0 5 2及びJ 0 5 4に掲げる手術に当たって、レーザー手術装置を使用した場合に算定する。

注2 2については、区分番号J 0 1 9の2、J 0 3 8からJ 0 4 0まで、J 0 4 2、J 0 4 3、J 0 6 8からJ 0 7 0-2まで、J 0 7 2、J 0 7 5及びJ 0 7 6に掲げる手術に当たって、実物大臓器立体モデルによる支援を

<p>第5節 特定薬剤料</p> <p>J300 特定薬剤</p> <p>【項目の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>援を行った場合に算定する。</p> <p>薬価が40円を超える場合は、薬価から40円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数</p> <p>注1 薬価が40円以下である場合は、算定できない。</p>	<p>行った場合に算定する。</p> <p>薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。</p> <p>注1 薬価が15円以下である場合は、算定できない。</p>
--	--	--

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料 第10部 麻酔 第2節 薬剤料 K100 薬剤 【項目の見直し】 【注の見直し】	 薬価が40円を超える場合は、薬価から40円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数 注1 薬価が40円以下である場合は、算定できない。	 薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。 注1 薬価が15円以下である場合は、算定できない。

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料 第11部 放射線治療 第1節 放射線治療管理・実施料 L001 体外照射 【項目の見直し】 【注の見直し】	1～2 (略) 3 強度変調放射線治療 (IMRT) イ 1回目 3,000点 ロ 2回目 1,500点 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。	1～2 (略) 3 強度変調放射線治療 (IMRT) 3,000点 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) による体外照射を行った場合 (2のイの③若しくはロの③又は3に係るものに限る。)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、いずれかを所定点数に加算する。 イ 骨構造の位置情報によるもの 300点 ロ 腫瘍の位置情報によるもの 450点



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^{てつ}</p> <p>第1節 歯冠修復及び欠損補綴料^{てつ}</p> <p>M001 歯冠形成（1歯につき）</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p> <p>M002-2 支台築造印象（1歯につき）</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4 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。</p> <p>注9 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。</p>	<p>注1 1のイ及びロ、2のイ及びロ並びに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4 1のロについて、CAD/CAM冠又は高強度硬質レジンブリッジ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。</p> <p>注9 2のロについて、CAD/CAM冠又は高強度硬質レジンブリッジ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>

【点数の見直し】

M003 印象採得

【点数の見直し】

1	歯冠修復（1個につき）	
イ	単純印象	30点
ロ	連合印象	62点
2	欠損補綴（1装置につき）	
イ	単純印象	
	(1) 簡単なもの	40点
	(2) 困難なもの	70点
ロ	連合印象	228点
ハ	特殊印象	270点
ニ	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	280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	332点
ホ	口蓋補綴、顎補綴	
	(1) 印象採得が困難なもの	220点
	(2) 印象採得が著しく困難なもの	400点
3	副子（1装置につき）	40点

30点 → 32点

1	歯冠修復（1個につき）	
イ	単純印象	32点
ロ	連合印象	64点
2	欠損補綴（1装置につき）	
イ	単純印象	
	(1) 簡単なもの	42点
	(2) 困難なもの	72点
ロ	連合印象	230点
ハ	特殊印象	272点
ニ	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	282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	334点
ホ	口蓋補綴、顎補綴	
	(1) 印象採得が困難なもの	222点
	(2) 印象採得が著しく困難なもの	402点
3	口腔内装置等（1装置につき）	42点

M005 装着

【項目の見直し】

1	歯冠修復（1個につき）	45点
2	欠損補綴（1装置につき）	
	イ～ニ（略）	
3	副子の装着の場合（1装置につき）	30点

1	歯冠修復（1個につき）	45点
2	欠損補綴（1装置につき）	
	イ～ニ（略）	
3	口腔内装置等の装着の場合（1装置につき）	

【注の見直し】

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。

注1 区分番号M015-2に掲げるCAD/CAM冠又は区分番号M017-2に掲げる高強度硬質レジンプリッジを装着する際に、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、それぞれについて45点又は90点を所定点数に加算する。

M006 ^{こう}咬合採得

【点数の見直し】

- 1 歯冠修復（1個につき） 16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
- ロ 有床義歯
 - (1) 少数歯欠損 55点
 - (2) 多数歯欠損 185点
 - (3) 総義歯 280点

- 18点
- 76点
- 150点
- 57点
- 187点
- 283点

M009 充填（1歯につき）

【点数の見直し】

- 1 充填1
 - イ 単純なもの 102点
 - ロ 複雑なもの 154点
- 2 充填2

- 104点
- 156点

	イ 単純なもの	57点		59点	
	ロ 複雑なもの	105点		107点	
M014 ジャケット冠（1歯につき）		390点	→	(削除)	
【削除】					
M015 硬質レジンジャケット冠（1歯につき）					
【名称の見直し】	硬質レジンジャケット冠（1歯につき）		→	非金属歯冠修復（1個につき）	
【項目の見直し】		768点	→	1 レジンインレー	
				イ 単純なもの	104点
				ロ 複雑なもの	156点
				2 硬質レジンジャケット冠	768点
M017 ポンティック（1歯につき）					
【注の見直し】	注1 レジン前装金属ポンティックは、746点を所定点数に加算する。		→	注 レジン前装金属ポンティックを製作した場合は、その部位に応じて次に掲げる点数を所定点数に加算する。	
				イ 前歯部の場合	746点
				ロ 小臼歯部の場合	200点
				ハ 大臼歯部の場合	50点

【注の削除】	注2 金属裏装ポンティックは、320点を所定点数に加算する。	→ (削除)
【新設】	(新設)	→ M017-2 高強度硬質レジnbrッジ (1装置につき) 2,500点 注 高強度硬質レジン及びグラスファイバーを用いてブリッジを製作し、装着した場合に限り算定する。
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 576点 ロ 5歯から8歯まで 708点 ハ 9歯から11歯まで 940点 ニ 12歯から14歯まで 1,364点 2 総義歯 (1顎につき) 2,132点	→ 584点 718点 954点 1,382点 2,162点
M019 熱可塑性樹脂有床義歯		
【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 662点 ロ 5歯から8歯まで 890点 ハ 9歯から11歯まで 1,108点 ニ 12歯から14歯まで 1,732点 2 総義歯 (1顎につき) 2,752点	→ 652点 878点 1,094点 1,712点 2,722点
M020 鑄造 ^{こう} 鉤 (1個につき)		
【点数の見直し】	1 双子 ^{こう} 鉤 240点	→ 246点

M021 線鉤 (1個につき)	2 二腕鉤	222点	228点
【点数の見直し】	1 双子鉤	206点	212点
	2 二腕鉤 (レストつき)	146点	152点
	3 レストのないもの	126点	132点
M021-2 コンビネーション鉤 (1個につき)		226点	232点
【点数の見直し】			
M022 フック、スパー (1個につき)			
【名称の見直し】	フック、スパー (1個につき)		間接支台装置 (1個につき)
【点数の見直し】		103点	109点
M023 バー (1個につき)			
【点数の見直し】	1 鋳造バー	444点	450点
	2 屈曲バー	254点	260点
M025-2 広範囲顎骨支持型補綴			
【点数の見直し】	1 ブリッジ形態のもの (3分の1顎につき)	18,000点	20,000点
	2 床義歯形態のもの (1顎につき)	13,000点	15,000点

<p>【注の見直し】</p>	<p>注3 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。</p>	<p>→</p>	<p>注3 保険医療材料料（別に厚生労働大臣が定める特定保険医療材料を除く。）は、所定点数に含まれる。</p>
<p>M026 補綴^て（1個につき）</p>			
<p>【点数の見直し】</p>	<p>50点</p>	<p>→</p>	<p>60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>234点</p>	<p>→</p>	<p>240点</p>
<p>M030 有床義歯内面適合法</p>			
<p>【点数の見直し】</p>	<p>1 硬質材料を用いる場合 イ 局部義歯（1床につき） (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顎につき） 1,400点</p>	<p>→</p>	<p>216点 268点 370点 572点 790点 1,200点</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注3 保険医療材料料（人工歯料を除く。）は、所定点数に含まれる。</p>	<p>→</p>	<p>注3 1については、保険医療材料料（人工歯料を除く。）は、所定点数に含まれる。</p>

<p>【注の追加】</p>		<p>(追加) →</p> <p>注4 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、患者の求めに応じて、有床義歯を預かった当日に間接法により有床義歯内面適合法を行い、当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算1として、1顎につき50点を所定点数に加算する。</p>
<p>【注の追加】</p>		<p>(追加) →</p> <p>注5 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、患者の求めに応じて、有床義歯を預かって、間接法により有床義歯内面適合法を行い、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顎につき30点を所定点数に加算する。</p>
<p>M041 広範囲顎骨支持型補綴物修理 (1装置につき)</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。</p>	<p>注 保険医療材料料 (別に厚生労働大臣が定める特定保険医療材料を除く。) は、所定点数に含まれる。</p>

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第13部 歯科矯正</p> <p>第1節 歯科矯正料</p> <p>N004 模型調製（1組につき）</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【新設】</p> <p>N013 リトラクター（1装置につき）</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注1 1については、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>（新設）</p> <p>注 スライディングプレートを製作した場合は、1,500点（保険医療材料等を含む。）を所定点数に加算する。</p>	<p>注1 1については、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及び保定を開始するとき、それぞれ1回に限り算定する。</p> <p>N012-2 スライディングプレート（1装置につき） 1,500点 注 保険医療材料等は、所定点数に含まれる。</p> <p>注 スライディングプレートを製作した場合は、1,500点（保険医療材料等を含む。）を所定点数に加算する。ただし、この場合において、区分番号N012-2に掲げるスライディング</p>

【新設】

(新設)

プレートは別に算定できない。

N014-2 牽引装置（1歯につき） 500点

注1 区分番号J044-2に掲げる埋伏歯開窓術を行った歯に対し牽引装置を装着した場合に算定する。

注2 区分番号N022に掲げるダイレクトボンドブラケットは所定点数に含まれ別に算定できない。

注3 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

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^{くわう}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（医科点数表の区分番号N000に掲げる病理組織標本作成又は医科点数表の区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作成により作成された組織標本のデジタル病理画像を含む。）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（当該保険医療機関以外の保険医療機関で医科点数表の区分番号N000に掲げる病理組織標本作製又は医科点数表の区分番</p>

【注の追加】

(追加)

号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製により作成された組織標本のデジタル病理画像を含む。）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5 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、悪性腫瘍に係る手術の検体から医科点数表の区分番号N000の1に掲げる病理組織標本（組織切片によるもの）作成又は医科点数表の区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製により作成された組織標本に基づく診断を行った場合は、悪性腫瘍病理組織標本加算として、150点を所定点数に加算する。

項 目	改 正 案
第3章 経過措置	<p>1 平成30年9月30日までの間における区分番号A000の1については、「237点」とあるのは「234点」、同注9については、「23点又は25点」とあるのは「25点」、区分番号A002の1については、「48点」とあるのは「45点」、同注8については、「3点又は5点」とあるのは「5点」とする。</p> <p>2 旧算定方法別表第二区分番号A000の注1及び区分番号A002の注1に係る規定については、平成30年9月30日までの間は、なお従前の例による。</p> <p>3 平成30年9月30日までの間における区分番号C000の注13については、「237点」とあるのは「234点」、「48点」とあるのは「45点」とする。</p> <p>4 区分番号C000の注14に係る規定は、平成30年9月30日までの間は、適用しない。</p> <p>5 第2章の規定にかかわらず、区分番号H000の注4後段及び注5、区分番号H000-3の注4後段及び注5に規定する診療料は、平成31年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。</p>

3 調剤報酬点数表

項 目	現 行	改 正 案
第1節 調剤技術料 00 調剤基本料（処方箋の受付1回につき） 【項目の見直し】	1 調剤基本料1 41点 2 調剤基本料2 25点 3 調剤基本料3 20点 4 調剤基本料4 31点 5 調剤基本料5 19点	1 調剤基本料1 41点 2 調剤基本料2 25点 3 調剤基本料3 イ 同一グループの保険薬局（財務上又は営業上若しくは事業上、緊密な関係にある範囲の保険薬局をいう。以下この表において同じ。）による処方箋受付回数4万回を超え40万回以下の場合 20点 ロ 同一グループの保険薬局による処方箋受付回数40万回を超える場合 15点
【注の見直し】	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2 別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、注1本文の規定にかかわらず、特別調剤基本料として、処方箋の受付1回につき10点を算定する。
【注の見直し】	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	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

【注の削除】	<p>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。</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。</p> <p>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。</p>	<p>により算定する。</p> <p>(削除)</p>								
【注の追加】	<p>(追加)</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薬局において調剤した場合には、地域支援体制加算として、所定点数に35点を加算する。</p>								
【注の見直し】	<p>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。</p> <table border="0"> <tr> <td data-bbox="725 1353 1099 1385">イ 後発医薬品調剤体制加算 1</td> <td data-bbox="1211 1353 1272 1385">18点</td> </tr> <tr> <td data-bbox="725 1394 1099 1426">ロ 後発医薬品調剤体制加算 2</td> <td data-bbox="1211 1394 1272 1426">22点</td> </tr> </table>	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	<p>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。</p> <table border="0"> <tr> <td data-bbox="1509 1353 1883 1385">イ 後発医薬品調剤体制加算 1</td> <td data-bbox="1995 1353 2056 1385">18点</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1509 1394 1883 1426">ロ 後発医薬品調剤体制加算 2</td> <td data-bbox="1995 1394 2056 1426">22点</td> </tr> </table>	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
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									
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									

【注の追加】

(追加)

注6 後発医薬品の調剤に関して別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、所定点数から2点を減算する。ただし、処方箋の受付回数が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。

注9 医師の分割指示に係る処方箋受付（注7及び注8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、処方箋を交付した保険医（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、それぞれの所定点数を分割回数で除した点数を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	70点	67点
ハ	22日分以上30日分以下の場合	80点	78点
ニ	31日分以上の場合	87点	86点

【注の見直し】

注2	5の注射薬について、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薬局において、中心静脈栄養法用輸液、抗悪性腫瘍剤又は麻薬につき無菌製剤処理を行った場合は、1日につきそれぞれ65点、75点又は65点(6歳未満の乳幼児の場合においては、1日につきそれぞれ130点、140点又は130点)を加算する。	注2	5の注射薬について、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薬局において、中心静脈栄養法用輸液、抗悪性腫瘍剤又は麻薬につき無菌製剤処理を行った場合は、無菌製剤処理加算として、1日につきそれぞれ67点、77点又は67点(6歳未満の乳幼児の場合にあっては、1日につきそれぞれ135点、145点又は135点)を所定点数に加算する。
----	---	----	--

第2節 薬学管理料

10 薬剤服用歴管理指導料

【項目の見直し】

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	41点
2	1の患者以外の患者に対して行った場合	50点	53点
3	特別養護老人ホーム入所者に対して行った場合	38点	41点

【注の見直し】

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若しくは区分番号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～ホ (略)

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、処方箋受付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以外の調剤基本料を算定する保険薬局に処方箋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、本文の規定にかかわらず、処方箋受付1回につき、53点を算定する。
イ～ホ (略)

【注の見直し】

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、重複投薬・相互作用等防止加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。
イ 残薬調整に係るもの以外の場合 40点
ロ 残薬調整に係るものの場合 30点

【注の見直し】

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。

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、乳幼児服薬指導加算として、12点を所定点数に加算する。

【注の追加】	(追加)	<p>注9 別に厚生労働大臣が定める保険薬局において、注1又は注2に掲げる指導等の全てを行った場合には、注1及び注2の規定にかかわらず、薬剤服用歴管理指導料の特例として、処方箋受付1回につき、13点を算定する。この場合において、注3から注6までに規定する加算は算定できない。</p>
1 3 の 2 かかりつけ薬剤師指導料		
【点数の見直し】	70点	73点
【注の見直し】	<p>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。</p>	<p>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、重複投薬・相互作用等防止加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p>イ 残薬調整に係るもの以外の場合 40点</p> <p>ロ 残薬調整に係るものの場合 30点</p>
【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、10点を所定点数に加算する。</p>	<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、乳幼児服薬指導加算として、12点を所定点数に加算す</p>

1 3 の 3 かかりつけ薬剤師包括管理料

【点数の見直し】

270点 → 280点

【新設】

(新設)

1 4 の 3 服用薬剤調整支援料 125点
 注 6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていたものについて、処方医に対して、保険薬剤師が文書を用いて提案し、当該患者に調剤する内服薬が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。

1 5 在宅患者訪問薬剤管理指導料

【項目の見直し】

- 1 同一建物居住者以外の場合 650点
- 2 同一建物居住者の場合 300点

- 1 単一建物診療患者が1人の場合 650点
- 2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 320点
- 3 1及び2以外の場合 290点

【注の見直し】

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

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、在宅で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、医師の指示に

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。

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、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険薬局が訪問薬剤管理指導を実施しているものをいう。）の人数に従い、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あつては、週2回かつ月8回）に限り算定する。この場合において、1から3まで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。

【注の追加】

(追加)

注3 在宅で療養を行っている6歳未満の乳幼児であつて、通院が困難なものに対して、患家を訪問して、直接患者又はその家族等に対して薬学的管理及び指導を行った場合は、乳幼児加算として、1回につき100点を所定点数に加算する。

15の2 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料

【注の追加】

(追加)

注3 在宅で療養を行っている6歳未満の乳幼児であつて、通院が困難なものに対して、患家を訪問して、直接患者又はその家族等に対し

1 5 の 3 在宅患者緊急時等共同指導料

【注の見直し】

注1 訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、当該保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問看護ステーションの看護師等又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患者に赴き、カンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月2回に限り算定する。

て薬学的管理及び指導を行った場合は、乳幼児加算として、1回につき100点を所定点数に加算する。

注1 訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、当該保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員又は相談支援専門員と共同でカンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月2回に限り算定する。

【注の追加】

(追加)

注3 在宅で療養を行っている6歳未満の乳幼児であって、通院が困難なものに対して、患者を訪問して、直接患者又はその家族等に対して薬学的管理及び指導を行った場合は、乳幼児加算として、1回につき100点を所定点数に加算する。

15の5 服薬情報等提供料

【項目の見直し】

20点

- | | | |
|---|------------|-----|
| 1 | 服薬情報等提供料 1 | 30点 |
| 2 | 服薬情報等提供料 2 | 20点 |

【注の見直し】

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1 1については、保険医療機関の求めがあった場合において、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、調剤後も当該患者の服用薬の情報等について把握し、保険医療機関に必要な情報を文書により提供等した場合に月に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。

【注の追加】

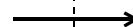
(追加)

注2 2については、患者若しくはその家族等の求めがあった場合又は保険薬剤師がその必要性を認めた場合において、当該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

15の6 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料

【項目の見直し】

30点



- 1 残薬調整に係るもの以外の場合 40点
- 2 残薬調整に係るものの場合 30点

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。

項 目	改 正 案
第5節 経過措置	<p>2 区分番号00の注6に係る規定は、平成30年9月30日までの間は、適用しない。</p> <p>3 区分番号10の注9に係る規定は、平成31年3月31日までの間は、適用しない。</p>