

(注の見直し)

注1 病院であ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社会保険事務局長に届け出たもの入院している患者に対して投薬又は注射及び薬学的管理指導を行った場合は、患者1人につき週1回に限り、月4回を限度として算定する。

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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関に入院している患者のうち、1及び2については別に厚生労働大臣が定める患者に対して、3についてはそれ以外の患者に対して、投薬又は注射及び薬学的管理指導を行った場合は、当該患者に係る区分に従い、患者1人につき週1回に限り、月4回を限度として算定する。

(注の見直し)

3 患者の退院時に当該患者又はその家族等に対して、退院後の居宅における薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合は、退院の日1回に限り、所定点数に50点を加算する。

3 患者の退院時に当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合は、退院の日1回に限り、所定点数に50点を加算する。ただし、区分番号B011-4に掲げる後期高齢者退院時薬剤情報提供料を算定している場合については算定しない。

B009 診療情報提供料(I)

(注の見直し)

3 保険医療機関が、診療に基づき保険薬局に

3 保険医療機関が、診療に基づき保険薬局に

	<p>よる在宅患者訪問薬剤管理指導の必要を認め、居宅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の同意を得て、当該保険薬局に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る在宅患者訪問薬剤管理指導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。</p>		<p>よる在宅患者訪問薬剤管理指導の必要を認め、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同意を得て、当該保険薬局に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る在宅患者訪問薬剤管理指導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。</p>
<p>(注の見直し)</p>	<p>5 保険医療機関が、患者の退院に際して、添付の必要を認め、患者の同意を得て、別の保険医療機関に対して、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た場合は、所定点数に200点を加算する。</p>	<p>→</p>	<p>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、所定点数に200点を加算する。</p>
<p>B011-3 薬剤情報提供料</p> <p>(注の見直し)</p>	<p>2 注1の場合において、患者（老人保健法の規定による医療を提供する場合に限る。）に対して、処方した薬剤の名称を当該患者の健康手帳（老人保健法第13条に規定する健康手帳をいう。）に記載するとともに、当該薬</p>	<p>→</p>	<p>2 注1の場合において、後期高齢者である患者に対して、処方した薬剤の名称を当該患者の手帳に記載するとともに、当該薬剤に係る名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書により提供</p>

剤に係る名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書により提供した場合に、月1回に限り（処方内容に変更があった場合は、その都度）所定点数に5点を加算する。

した場合に、月1回に限り（処方内容に変更があった場合は、その都度）所定点数に5点を加算する。

(新設)

(新設)

B011-4 後期高齢者退院時薬剤情報提供料
100点

注 保険医療機関が、後期高齢者である患者の入院時に、当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称（副作用が発現した場合については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。）に関して当該患者の手帳に記載した場合に、退院の日1回に限り算定する。

(新設)

(新設)

B013 義歯管理料（1口腔につき）

- 1 新製有床義歯管理料 100点
- 2 有床義歯管理料 70点
- 3 有床義歯長期管理料 60点

注1 新製有床義歯管理料は、新たに製作した有床義歯の装着後1月以内に、当該有床義歯を

(新設)

(新設)

→ B 0 1 4 退院時共同指導料 1

製作した保険医療機関において、有床義歯の適合性等について検査を行い、併せて患者又はその家族に対して取扱い、保存、清掃方法等について必要な指導を行った上で、その内容を文書により提供した場合に2回に限り算定する。

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（装着日から起算して1月から3月までの間に限る。）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。

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3月を超え1年以内に月1回に限り算定する。

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。

(新設)

(新設)

1 在宅療養支援歯科診療所（在宅等（社会福祉施設等を含む。）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社会保険事務局長に届け出たものをいう（以下この表において同じ。）。）の場合

600点

2 1以外の場合

300点

注 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保険医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、当該入院中2回に限り算定する。

B015 退院時共同指導料 2 300点

注1 入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、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保険医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、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回に限り算定できる。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回までに限り算定する。

2 注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医及び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保険医が共同して指導を行った場合に、所定点数に300点を加算する。ただし、注3の加算を算定する場合は、算定できない。

3 注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医が、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、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、所定点数に2,000点を加算する。

4 区分番号B006に掲げる開放型病院共同

指導料(Ⅲ)は、別に算定できない。

(新設)

(新設)

B 0 1 6 後期高齢者終末期相談支援料

200点

注 保険医療機関の保険医である歯科医師が、一般的に認められている医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと保険医療機関の保険医が判断した後期高齢者である患者に対して、患者の同意を得て、保険医療機関の保険医及び看護師と共同し、患者及びその家族等とともに、終末期における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回に限り算定する。

(新設)

(新設)

B 0 1 7 肺血栓塞栓症予防管理料 305点

注1 病院（療養病棟を除く。）又は診療所（療養病床に係るものを除く。）に入院中の患者であって肺血栓塞栓症を発症する危険性が高いものに対して、肺血栓塞栓症の予防を目的として、必要な機器又は材料を用いて計画的な医学管理を行った場合に、当該入院中1回

(新設)

(新設)

に限り算定する。

2 肺血栓塞栓症の予防を目的として行った処置に用いた機器、材料の費用は、所定点数に含まれるものとする。

B 0 1 8 医療機器安全管理料 (一連につき)

1, 0 0 0 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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、放射線治療が必要な患者に対して、放射線治療計画に基づいて治療を行った場合に算定する。

項 目	現 行	改 正 案
<p>第 2 章第 2 部 在宅医療</p> <p>C 0 0 0 歯科訪問診療料（1日につき）</p> <p>（注の見直し）</p>	<p>注 1 歯科訪問診療 1 は、居宅又は社会福祉施設等において療養を行っている通院が困難な患者 1 人に対し、当該居宅又は社会福祉施設等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い、当該患者又はその家族等に対し、当該訪問診療の内容等について説明を行った上で、文書により情報提供を行った場合に算定する。</p> <p>イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療（1人に限る。）</p> <p>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、患者の同意を得た歯科訪問診療（1人に限る。）</p>	<p>注 1 歯科訪問診療 1 は、在宅等（社会福祉施設等を含む。）において療養を行っている通院困難な患者 1 人に対し、当該在宅等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。なお、この場合において、区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料又は区分番号 A 0 0 2 に掲げる再診料は算定しない。</p> <p>イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療（1人に限る。）</p> <p>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、患者の同意を得た歯科訪問診療（1人に限る。）</p>
<p>（注の見直し）</p>	<p>2 歯科訪問診療 2 は、社会福祉施設等において療養を行っている通院が困難な複数の患者</p>	<p>2 歯科訪問診療 2 は、社会福祉施設等において療養を行っている通院困難な複数の患者に</p>

に対し、個別の患者ごとに、当該社会福祉施設等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い、当該患者又はその家族等に対し、当該訪問診療の内容等について説明を行った上で、文書により情報提供を行った場合に算定する。ただし、2人目以上の患者に対する歯科訪問診療については、診療時間が30分を超えた場合に限り算定する。

- 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、患者の同意を得た歯科訪問診療

(注の新設)

(新設)

対し、患者ごとに当該社会福祉施設等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。ただし、2人目以上の患者に対する歯科訪問診療は、診療時間が30分を超えた場合に限り算定する。なお、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、患者の同意を得た歯科訪問診療

4 著しく歯科診療が困難な障害者に対して歯科訪問診療を行った場合は、175点（1回目の歯科訪問診療を行った場合であって、当該患者が歯科治療環境に円滑に適応できるような技法を用いた場合は、250点）を所定点数に加算する。

(注の削除)

(削除)

6 歯科訪問診療に基づき訪問歯科衛生指導が必要と認められた患者について、訪問指導計画を策定し、当該指導計画に基づき、訪問歯科衛生指導を担当する歯科衛生士、保健師、

(注の新設)

看護師又は准看護師に対し、文書により当該訪問歯科衛生指導に係る指示を行った場合の費用は、所定点数に含まれるものとする。

(新設)

9 歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復又は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。ただし、区分番号I081に掲げる周辺装置加算を算定している患者は、算定できない。

イ	1回目	232点
ロ	2回目以降	90点

C001 訪問歯科衛生指導料

(注の見直し)

注1 歯科訪問診療を行った患者又はその家族等に対して、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の注6に規定する訪問指導計画を策定した歯科医師の文書による指示に基づき、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、患者の口

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

(注の見直し)

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）に限り算定する。

2 「複雑なもの」は、患者と1対1で20分以上行った場合に算定し、「簡単なもの」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。それぞれ当該訪問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情報提供を行った場合に限り算定する。

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）に限り算定する。

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。

(新設)

(新設)

C001-2 後期高齢者在宅療養口腔機能管理料 180点

注1 在宅療養支援歯科診療所に属する保険医である歯科医師が、在宅等（社会福祉施設等を含む。）において療養を行っている通院困難な後期高齢者に対して歯科訪問診療を行った場合であって、当該患者の歯科疾患の状況及び口腔機能の評価の結果等を踏まえ、歯科疾

C 0 0 2 救急搬送診療料

(点数の見直し)

C 0 0 3 在宅患者訪問薬剤管理指導料

患及び口腔機能の管理計画を作成し、当該患者又はその家族等に対して文書により提供した場合に、月1回に限り算定する。

2 区分番号B 0 0 0 - 4に掲げる歯科疾患管理料は、別に算定できない。

3 主治の歯科医師又はその指示に基づき歯科衛生士が、歯周疾患に罹患している患者であって歯科疾患の管理を行っているもの(区分番号C 0 0 1に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している患者又は区分番号N 0 0 2に掲げる歯科矯正管理料を算定している患者を除く。)に対して機械的歯面清掃を行った場合は、月1回に限り所定点数に60点を加算する。ただし、区分番号I 0 1 1 - 2に掲げる歯周病安定期治療を算定した日又は当該加算を算定した翌月は、算定しない。

6 5 0 点 → 1, 3 0 0 点

(項目の見直し)

550点

- 1 在宅での療養を行っている患者の場合（居住系施設入居者等を除く。） 550点
- 2 居住系施設入居者等である患者の場合 385点

(注の見直し)

注1 居宅において療養を行っている患者であつて、通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な歯科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、月2回に限り算定する。

注1 1については、在宅において療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。）であつて通院が困難なもの、2については、居住系施設入居者等である患者であつ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、月2回（同一の患者について、1及び2を併せて算定する場合において同じ。）に限り算定する。

(注の見直し)

2 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、必要な薬学的管理指導を行った場合は、1回につき所定点数に100点を加算する。

2 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理指導を行った場合は、1回につき所定点数に100点を加算する。

(削除)

C 0 0 6 老人訪問口腔指導管理料 4 3 0 点

(削除)

- 注1 区分番号C 0 0 0に掲げる歯科訪問診療料を算定した保険医療機関において、居宅又は介護保険施設（介護保険法第8条第22項に規定する介護保険施設をいう。）等において療養を行っている通院が困難な患者に対して、訪問して、老人保健法に規定する医療として計画的な歯科医学管理を継続して行い、かつ、当該患者又はその患者の家族等に対して療養上必要な指導を行った際に、行おうとする歯科医学管理の内容、義歯の装着又は修理の年月日、必要となる保健福祉サービスその他療養上必要な事項に関する情報を文書により提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。
- 2 区分番号A 0 0 0に掲げる初診料を算定する初診の日から当該初診の日の属する月の末日までに行った指導管理の費用は、初診料に含まれるものとする。
- 3 当該保険医療機関を退院した患者に対して退院の日から当該退院の日の属する月の末日までに行った指導管理の費用は、入院基本料に含まれるものとする。ただし、当該患者が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の歯科診療以外の診療に係る病棟に入院していた場合は、この限りでな

い。

- 4 区分番号B000-3に掲げる歯科疾患総合指導料又は区分番号B004-8に掲げる歯科疾患継続指導料を算定している患者に対して行った老人訪問口腔指導管理の費用は、それぞれの区分の所定点数に含まれるものとする。

(新設)

(新設)

C007 在宅患者連携指導料 900点

注1 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に対して、患者又はその家族等の同意を得て、訪問診療を実施している保険医療機関（診療所及び許可病床数が200床未満の病院に限る。）、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局又は訪問看護ステーションと文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定できる。

- 2 1回目の歯科訪問診療料を算定する日に行った指導又は当該歯科訪問診療の日から1月以内に行った指導の費用は、1回目の歯科訪問診療料に含まれるものとする。

(新設)

(新設)

3 当該保険医療機関を退院した患者に対して退院の日から起算して1月以内に行った指導の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。

4 区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)を算定している患者については算定しない。

C008 在宅患者緊急時等カンファレンス料
200点

注 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保険医の求めにより、訪問診療を実施している保険医療機関の保険医、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回に限り算定する。



項 目	現 行	改 正 案
<p>第 2 章 第 3 部 検 査</p> <p>第 1 節 検査料</p> <p>(削除)</p>	<p>D 0 0 2 - 4 歯科疾患継続管理診断料 1 0 0 点</p> <p>注 1 保険医療機関において、初診の日から起算して 3 月を経過した患者（当該保険医療機関において、区分番号 B 0 0 0 - 3 に掲げる歯科疾患総合指導料を算定した患者に限る。）に対して、口腔内の状態の検査を行い、病状が安定期にあることを確認し、継続した治療の必要性を認め、患者の同意を得て、検査結果に基づき継続治療計画を策定し、患者に対し、その内容を文書により提供した場合に算定する。</p> <p>2 当該所定点数には、検査（区分番号 D 0 0 2 に掲げる歯周組織検査を除く。）及び画像診断の費用が含まれるものとする。</p> <p>3 歯科疾患継続管理診断料を 1 回算定した後、当該診断料を算定した日の属する月の初日</p>	<p>(削除)</p>

から起算して1年を経過するまでは再度算定
できない。

(削除)

D 0 0 5 下顎運動路描記法 (MMG)

3 0 0 点

(削除)

(削除)

D 0 0 6 チェックバイト検査

4 0 0 点

(削除)

(削除)

D 0 0 7 ゴシックアーチ描記法

5 0 0 点

(削除)

(削除)

D 0 0 8 パントグラフ描記法

6 0 0 点

(削除)

(新設)

(新設)

D 0 0 9 顎運動関連検査 (1装置につき1回)

3 8 0 点

注 顎運動関連検査は、下顎運動路描記法 (MMG)、ゴシックアーチ描記法若しくはパントグ

ラフ描記法により検査を行った場合又はチェックバイト検査を実施した場合に算定する。

項 目	現 行	改 正 案											
<p>第 2 章第 4 部 画像診断</p> <p>通則</p>	<p>4 デジタル映像化処理を伴う歯科エックス線撮影又は歯科パノラマ断層撮影等を行った場合においては、前 3 号の規定により算定した点数に次に掲げる点数を加算する。</p>												
(点数の見直し)	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="696 794 1256 826">イ 歯科エックス線撮影の場合（1 回につき）</td> <td data-bbox="1189 847 1272 879">10 点</td> <td data-bbox="1256 758 1361 1013" rowspan="3">}</td> </tr> <tr> <td data-bbox="696 895 1106 927">ロ 歯科パノラマ断層撮影の場合</td> <td data-bbox="1189 895 1272 927">95 点</td> </tr> <tr> <td data-bbox="696 943 913 975">ハ その他の場合</td> <td data-bbox="1189 943 1272 975">60 点</td> </tr> </table>	イ 歯科エックス線撮影の場合（1 回につき）	10 点	}	ロ 歯科パノラマ断層撮影の場合	95 点	ハ その他の場合	60 点	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="1458 847 1518 879">5 点</td> <td data-bbox="1442 758 1458 1013" rowspan="3">}</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1458 895 1541 927">50 点</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1458 943 1541 975">30 点</td> </tr> </table>	5 点	}	50 点	30 点
イ 歯科エックス線撮影の場合（1 回につき）	10 点	}											
ロ 歯科パノラマ断層撮影の場合	95 点												
ハ その他の場合	60 点												
5 点	}												
50 点													
30 点													
(通則の新設)	(新設)	<p>5 撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合においては、第 1 号から第 3 号までにより算定した点数に、一連の撮影について次の点数を加算する。ただし、この場合においては、フィルムのコストは算定しない。また、当該加算を算定した場合には、前号に掲げる加算は、算定しない。</p>											

(通則の見直し)

5 区分番号E000(1のイに係るものを除く。)及びE200に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、月1回に限り所定点数に58点を加算する。

- イ 歯科エックス線撮影の場合(1回につき) 10点
- ロ 歯科パノラマ断層撮影の場合 95点
- ハ その他の場合 60点

(通則の見直し)

6 遠隔画像診断による画像診断(区分番号E000(1のイに係るものを除く。)又はE200に限る。)を行った場合については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関間で行われた場合に限り、算定する。この場合において、受信側の保険医療機関が通則5の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が画像診断を行い、その結果を

6 区分番号E000(1のイに係るものを除く。)及び区分番号E200に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、月1回に限り所定点数に70点を加算する。

7 遠隔画像診断による画像診断(区分番号E000(1のイに係るものを除く。)又は区分番号E200に限る。)を行った場合については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関間で行われた場合に限り、算定する。この場合において、受信側の保険医療機関が通則5の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が画像診断を行い、そ

	送信側の保険医療機関に文書により報告した場合は、月1回に限り所定点数に58点を加算する。		の結果を送信側の保険医療機関に文書により報告した場合は、月1回に限り所定点数に70点を加算する。
第1節 診断料			
E000 写真診断			
(注の削除)	注1 1の歯科エックス線撮影について、咬翼型フィルム又は咬合型フィルムを使用した場合は、所定点数に10点を加算する。	→	(削除)
(注の見直し)	2 1の歯科エックス線撮影について、一連の症状を確認するため、同一部位に対し単純撮影を行った場合における第2枚目以後の撮影に係るイ(2)の所定点数及び注1に規定する加算については、それぞれの所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。	→	注 一連の症状を確認するため、同一部位に対して撮影を行った場合における2枚目以降の撮影に係る写真診断の費用については、各区分の所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。
第2節 撮影料			
E100 歯牙、歯周組織、顎骨、口腔軟組織			

(注の新設)

(新設)

注1 1のイについて、咬翼型フィルム又は咬合型フィルムを使用した場合は、所定点数に10点を加算する。

項 目	現 行	改 正 案
<p>第 2 章 第 5 部 投 薬</p> <p>第 2 節 処方料</p> <p>F 1 0 0 処方料</p> <p>(注の見直し)</p> <p>第 3 節 薬剤料</p> <p>F 2 0 0 薬剤</p> <p>(注の見直し)</p>	<p>5 診療所又は許可病床数が 2 0 0 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。）に対して処方を行った場合は、月 2 回に限り、1 処方につき 1 5 点を加算する。</p> <p>注 1 特別入院基本料を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期間が 1 年を超えるものに対する同一月の投薬に係る薬剤料と注射に係る薬剤料とを合算して</p>	<p>5 診療所又は許可病床数が 2 0 0 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。）に対して処方を行った場合は、月 2 回に限り、1 処方につき 1 8 点を加算する。</p> <p>注 1 特別入院基本料を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期間が 1 年を超えるものに対する同一月の投薬に係る薬剤料と注射に係る薬剤料とを合算して</p>

(注の見直し)

得た点数（以下この表において「合算薬剤料」という。）が、250点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数を超える場合（悪性新生物その他の特定の疾患に罹患している患者に対して投薬又は注射を行った場合を除く。）には、当該合算薬剤料は、所定点数にかかわらず、250点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数により算定する。

3 健康保険法第85条第1項及び老人保健法第31条の2第1項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤（ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。）については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、歯科医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断した場合を除き、これを算定しない。

得た点数（以下この表において「合算薬剤料」という。）が、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数を超える場合（悪性新生物その他の特定の疾患に罹患している患者に対して投薬又は注射を行った場合を除く。）には、当該合算薬剤料は、所定点数にかかわらず、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数により算定する。

3 健康保険法第85条第1項及び高齢者医療確保法第74条第1項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養若しくは健康保険法第85条の2第1項及び高齢者医療確保法第75条第1項に規定する入院時生活療養費に係る生活療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤（ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。）については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、歯科医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断した場合を除き、これを算定しない。

第5節 処方せん料

F400 処方せん料

(項目の見直し)

- 1 7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であつて、投薬期間が2週間以内のものを除く。）を行った場合
 - イ 後発医薬品を含む場合 42点
 - ロ イ以外の場合 40点

- 1 7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であつて、投薬期間が2週間以内のものを除く。）を行った場合 40点

(項目の見直し)

- 2 1以外の場合
 - イ 後発医薬品を含む場合 70点
 - ロ イ以外の場合 68点

- 2 1以外の場合 68点

(注の見直し)

3 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。）に対して処方せんを交付した場合は、月2回に限り、処方せんの交付1回につき15点を加算する。

3 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。）に対して処方せんを交付した場合は、月2回に限り、処方せんの交付1回につき18点を加算する。

項 目	現 行	改 正 案
<p>第 2 章 第 6 部 注射</p> <p>通則</p> <p>(通則の新設)</p>	<p>(新設)</p>	<p>6 区分番号G002、G003又はG004に掲げる動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入又は点滴注射について、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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって悪性腫瘍等の患者であるものに対して治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ1日につき前各号により算定した点数に加算する。</p> <p>イ 外来化学療法加算1 500点(15歳未満の患者に対して行った場合は、700点)</p> <p>ロ 外来化学療法加算2 390点(15歳未満の患者に対して行った場合は、700点)</p>

第1節 注射料

(通則の新設)

(新設)

通則

注射の費用は、第1款及び第2款の各区分の所
定点数を合算した点数により算定する。

(新設)

(新設)

第1款 注射実施料

G004 点滴注射(1日につき)

(注の削除)

2 区分番号G005に掲げる中心静脈注射の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、悪性腫瘍に対して用いる薬剤であって細胞毒性を有するもの又は別に厚生労働大臣が定める入院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、1日につきそれぞれ50点又は40点を加算する。

(削除)

(注の削除)

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社会保険事務局長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、治療を開始するに当たって、患者に対して注射の必要性、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、外来化学療法加算として、1日につき400点（15歳未満の患者に対して行った場合は、700点）を加算する。

(削除)

G005 中心静脈注射（1日につき）

(注の削除)

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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、必要があつて無菌製剤処理が行われた場合は、1日につき40点を加算する。

(削除)

G005-2 中心静脈注射用カテーテル挿入

<p>(注の新設)</p>		<p>(新設) →</p> <p>3 別に厚生労働大臣が定める患者に対して静脈切開法を用いて行った場合は、所定点数に2,000点を加算する。</p>
<p>G006 埋込型カテーテルによる中心静脈栄養 (1日につき)</p>		
<p>(注の削除)</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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において必要があつて無菌製剤処理が行われた場合は、1日につき40点を加算する。</p>	<p>(削除) ←</p>
<p>(新設)</p>		<p>(新設) →</p> <p>第2款 無菌製剤処理料</p>
<p>(新設)</p>		<p>(新設) →</p> <p>G020 無菌製剤処理料</p> <p>1 無菌製剤処理料1 (悪性腫瘍に対して用いる薬剤が注射される一部の患者) 50点</p> <p>2 無菌製剤処理料2 (1以外のもの) 40点</p>

第2節 薬剤料

G100 薬剤

(注の見直し)

注1 特別入院基本料を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対する合算薬剤料が、250点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数を超える場合（悪性新生物その他の特定の疾患に罹患している患者に対して投薬又は注射を行った場合を除く。）には、当該合算薬剤料は、所定点数にかかわらず、250点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数により算定する。

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長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、中心静脈注射及び埋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1 特別入院基本料を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対する合算薬剤料が、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数を超える場合（悪性新生物その他の特定の疾患に罹患している患者に対して投薬又は注射を行った場合を除く。）には、当該合算薬剤料は、所定点数にかかわらず、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数により算定する。

(注の見直し)

2 健康保険法第85条第1項及び老人保健法第31条の2第1項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤（ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。）については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、歯科医師が当該ビタミン剤の注射が有効であると判断した場合を除き、これを算定しない。

2 健康保険法第85条第1項及び高齢者医療確保法第74条第1項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養若しくは健康保険法第85条の2第1項及び高齢者医療確保法第75条第1項に規定する入院時生活療養費に係る生活療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤（ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。）については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、歯科医師が当該ビタミン剤の注射が有効であると判断した場合を除き、これを算定しない。

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章第7部 リハビリテーション</p> <p>第1節 リハビリテーション料</p> <p>H000 脳血管疾患等リハビリテーション料</p> <p>(項目の見直し)</p> <p>(注の見直し)</p>	<p>1 脳血管疾患等リハビリテーション料(I) (1単位) 250点</p> <p>2 脳血管疾患等リハビリテーション料(II) (1単位) 100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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、それぞれ発症、手術</p>	<p>1 脳血管疾患等リハビリテーション料(I) (1単位) 235点</p> <p>2 脳血管疾患等リハビリテーション料(II) (1単位) 190点</p> <p>3 脳血管疾患等リハビリテーション料(III) (1単位) 100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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、それぞれ発症、手術</p>

又は急性増悪から180日以内に限り1日6単位を限度として所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者であって、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、180日を超えて1日6単位を限度として所定点数を算定することができる。

又は急性増悪から180日以内に限り所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者であって、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、180日を超えて所定点数を算定することができる。

(注の見直し)

2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者がそれぞれ発症、手術又は急性増悪から140日を超えた場合は、当該超過した日において行ったリハビリテーションの費用は、所定点数にかかわらず、注1本文に規定する基準に係る区分に従って、1単位につきそれぞれ210点又は85点を算定する。

2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。

(注の新設)

(新設)

3 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、それぞれ発症、手術又は急性増悪から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定する。

(削除)

H000-2 脳血管疾患等リハビリテーション
医学管理料

1 脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料
(I) 440点

2 脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料
(II) 260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社会保険事務局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、計画的な医学管理の下に定期的なリハビリテーションを行っている場合に、月1回(1月に4日以上計画的な医学管理の下に定期的なリハビリテーションを行った場合にあっては、月2回)に限り算定する。

2 脳血管疾患等リハビリテーション医学管理を受けている患者に対して行ったリハビリテーションの費用(当該医学管理を開始した月にあっては、その開始の日以降に行ったものに限る。)は、脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料に含まれるものとする。

(削除)

H002 障害児(者)リハビリテーション料(1単位)

(点数の見直し)

1	6歳未満の患者の場合	190点	→	220点
2	6歳以上18歳未満の患者の場合	140点		190点
3	18歳以上の患者の場合	100点		150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するものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、児童福祉法（昭和22年法律第164号）第43条の3及び第43条の4に規定する肢体不自由児施設及び重症心身障害児施設又は同法第27条第2項に規定する国立高度専門医療センター及び独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であって厚生労働大臣の指定するもの入所者又は通所者であって、別に厚生労働大臣の定める患者に対して、個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、患者1人につき1日6単位まで算定する。	→	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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、患者1人につき1日6単位まで算定する。
--	---	--

(新設)

(新設)	→	H008 集団コミュニケーション療法料（1単位） 50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社会保険事務局長に届け

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、集団コミュニケーション療法である言語聴覚療法を行った場合に、患者1人につき1日3単位まで算定する。

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章第8部 処置</p> <p>第1節 処置料</p> <p>I 0 0 1 歯髄覆罩（1歯につき）</p> <p>（項目の見直し）</p> <p>（注の新設）</p> <p>（注の見直し）</p> <p>I 0 0 3 初期齲蝕小窩裂溝填塞処置</p>	<p>1 直接歯髄覆罩 1 2 0 点</p> <p>2 間接歯髄覆罩 2 5 点</p> <p>（新設）</p> <p>注 特定薬剤の費用を含むものとする。</p>	<p>1 非侵襲性歯髄覆罩 1 5 0 点</p> <p>2 直接歯髄覆罩 1 2 0 点</p> <p>3 間接歯髄覆罩 2 5 点</p> <p>注1 非侵襲性歯髄覆罩を行った場合の経過観察中の区分番号 I 0 0 0 に掲げる齲蝕処置の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>2 特定薬剤及び特定保険医療材料の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p>

<p>(点数の見直し)</p>	<p>108点</p>	<p>→</p>	<p>120点</p>
<p>I005 抜髄 (1歯につき)</p>	<p>(注の新設)</p>	<p>(新設)</p>	<p>注1 区分番号I001の1に掲げる非侵襲性歯髄覆罩を行った日から起算して3月以内に当該処置を行った場合は、その区分に従い、70点、256点又は420点を算定する。</p>
<p>(注の見直し)</p>	<p>注1 区分番号I001の1に掲げる直接歯髄覆罩を行った日から起算して1月以内に当該処置を行った場合は、所定点数から120点を減算する。</p>	<p>→</p>	<p>2 区分番号I001の2に掲げる直接歯髄覆罩を行った日から起算して1月以内に当該処置を行った場合は、その区分に従い、100点、286点又は450点を算定する。</p>
<p>I008 根管充填 (1歯につき)</p>	<p>(注の見直し)</p>	<p>→</p>	<p>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118点、140点又は164点をそれぞれ加算する。ただし、区分番号M000-2に掲げる補綴物維持管理料に係る地方社会保険事務局長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</p>
<p>(注の見直し)</p>	<p>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、110点、130点又は150点をそれぞれ加算する。ただし、区分番号M000-2に掲げる補綴物維持管理料に係る地方社会保険事務局長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</p>	<p>→</p>	<p>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118点、140点又は164点をそれぞれ加算する。ただし、区分番号M000-2に掲げる補綴物維持管理料に係る地方社会保険事務局長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</p>

	ない。		い。
I 0 0 9 - 2 創傷処置			
(点数の見直し)	2 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満 49点 3 500平方センチメートル以上 75点	→	55点 85点
I 0 1 1 歯周基本治療			
(注の削除)	1 スケーリング (3分の1顎につき) 64点 注 同時に3分の1顎を超えて行った場合は、3分の1顎を増すごとに、所定点数に42点を加算する。	→	(全体の注へ)
(点数の見直し)	2 スケーリング・ルートプレーニング (1歯につき) イ 前歯 60点 ロ 小白歯 64点 ハ 大白歯 70点	→	58点 62点 68点
	3 歯周ポケット搔爬 (盲嚢搔爬) (1歯につき)		

(点数の見直し)

イ 前歯
ロ 小白歯
ハ 大白歯

60点 → 58点
64点 → 62点
70点 → 68点

(注の新設)

(新設)

注1 1については、同時に3分の1顎を超えて行った場合は、3分の1顎を増すごとに、所定点数に42点を加算する。

(注の見直し)

注1 同一部位に2回以上同一の歯周基本治療を行った場合における2回目以降の歯周基本治療の費用は、1回目の所定点数に含まれるものとする。ただし、区分番号B004-8に掲げる歯科疾患継続指導料を算定する場合を除く。

2 同一部位に2回以上同一の区分に係る歯周基本治療を行った場合の2回目以降の費用は、所定点数(1については、注1の加算を含む。)の100分の30に相当する点数により算定する。

(注の新設)

(新設)

3 区分番号I011-2に掲げる歯周病安定期治療を開始した日以降は、算定できない。

(新設)

(新設)

I011-2 歯周病安定期治療(1口腔につき)

- 1 歯周病安定期治療開始日から起算して1年以内に行った場合 150点
 - 2 歯周病安定期治療開始日から起算して1年を超え2年以内に行った場合 125点
 - 3 歯周病安定期治療開始日から起算して2年を超え3年以内に行った場合 100点
- 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。
 - 2 2回目以降の歯周病安定期治療は、前回開始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う。ただし、一連の歯周病治療において歯周外科手術を実施した場合は、この限りでない。
 - 3 歯周病安定期治療を開始した後、病状の変化により歯周外科手術を実施した場合は、歯周精密検査により再び病状が安定し継続的な治療が必要であると判断されるまでの間は、歯周病安定期治療に係る費用は算定しない。
 - 4 歯周病安定期治療を開始した日以降に歯周外科手術を実施した場合は、所定点数の10

0分の30に相当する点数により算定する。

I 0 1 7 - 2 床副子調整（1口腔につき）

（注の削除）

1 睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床の場合 120点

注 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、当該咬合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。

（全体の注へ）

（注の新設）

（新設）

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、当該咬合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。

I 0 2 1 根管内異物除去（1歯につき）

（点数の見直し）

140点

150点

I 0 2 7 人工呼吸

(点数の見直し)

- 1 30分までの場合 220点
- 2 30分を超えて5時間までの場合
220点に30分又はその端数を増すごと
に50点を加算して得た点数
- 3 5時間を超えた場合(1日につき)
745点

- 1 30分までの場合 242点
- 2 30分を超えて5時間までの場合
242点に30分又はその端数を増すごと
に50点を加算して得た点数
- 3 5時間を超えた場合(1日につき)
819点

第2節 処置医療機器等加算

(削除)

- I 0 8 0 ラバー加算 10点
- 注 ラバーダム防湿法を行った場合に限り加算する。

(削除)

I 0 8 1 周辺装置加算

(注の見直し)

注 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定すべき患者又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して歯科訪問診療を行った場合において、切削を伴う処置、手術、歯冠修復又は欠損

注 著しく歯科診療が困難な障害者(区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の注9の加算を算定する患者を除く。)に対して歯科訪問診療を行った場合において、切削を伴う処置、手術

補綴（以下この表において「処置等」という。）が必要な場合であって切削器具及びその周辺装置を訪問先に携行して必要な処置等を行った場合には、処置等のうち主たるものの所定点数に加算する。ただし、1又は2のいずれかに限り、加算する。

、歯冠修復又は欠損補綴（以下この表において「処置等」という。）が必要な場合であって切削器具及びその周辺装置を訪問先に携行して必要な処置等を行った場合には、処置等のうち主たるものの所定点数に加算する。ただし、1又は2のいずれかに限り、加算する。

項 目	現 行	改 正 案
<p>第 2 章 第 9 部 手術</p> <p>通則</p> <p>(通則の見直し)</p>	<p>7 区分番号 J 0 1 6、J 0 1 8 の 2、J 0 2 1 の 2、J 0 3 1、J 0 3 2、J 0 3 5、J 0 3 9 の 2 及び 3、J 0 4 2、J 0 5 7 並びに J 0 6 0 に掲げる手術については、頸部郭清術と併せて行った場合は、所定点数に片側の場合は 4, 0 0 0 点を、両側の場合は 6, 0 0 0 点を加算する。</p>	<p>7 区分番号 J 0 1 6、J 0 1 8、J 0 2 1 の 2、J 0 3 1、J 0 3 2、J 0 3 5、J 0 3 9 の 2 及び 3、J 0 4 2、J 0 5 7 並びに J 0 6 0 に掲げる手術については、頸部郭清術と併せて行った場合は、所定点数に片側の場合は 4, 0 0 0 点を、両側の場合は 6, 0 0 0 点を加算する。</p>
<p>(通則の見直し)</p>	<p>10 メチシリン耐性黄色ブドウ球菌 (MRSA) 感染症患者 (感染症法の規定に基づき都道府県知事に対して医師の届出が義務づけられるものに限る。)、B 型肝炎感染患者 (HBs 又は HBe 抗原陽性の者に限る。) 若しくは C 型肝炎感染患者又は結核患者に対して、マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔、硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を伴う手術を行った場合は、所</p>	<p>10 メチシリン耐性黄色ブドウ球菌 (MRSA) 感染症患者 (感染症法の規定に基づき都道府県知事に対して医師の届出が義務づけられるものに限る。)、B 型肝炎感染患者 (HBs 又は HBe 抗原陽性の者に限る。) 若しくは C 型肝炎感染患者又は結核患者に対して、医科点数表の区分番号 L 0 0 8 に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔、医科点数表の区</p>

定点数に100点を加算する。

分番号L002に掲げる硬膜外麻酔又は医科点数表の区分番号L004に掲げる脊椎麻酔を伴う手術を行った場合は、所定点数に1,000点を加算する。

第1節 手術料

J000 抜歯手術（1歯につき）

（点数の見直し）

1 乳歯

120点

130点

（点数の見直し）

4 難抜歯

460点

470点

（注の削除）

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

（全体の注へ）

（点数の見直し）

5 埋伏歯

1,000点

1,050点

（注の削除）

注1 完全埋伏歯（骨性）及び水平智歯に限り算定する。

（全体の注へ）

(注の新設)

2 下顎完全埋伏智歯（骨性）又は下顎水平埋伏智歯の場合は、所定点数に100点を加算する。

(新設)

注1 4については、歯根肥大、骨の癒着歯等に対する骨の開さく又は歯根分離術を行った場合に限り算定する。
2 5については、完全埋伏歯（骨性）及び水平智歯に限り算定する。
3 5については、下顎完全埋伏智歯（骨性）又は下顎水平埋伏智歯の場合は、所定点数に100点を加算する。

J001 ヘミセクション（分割抜歯）

(点数の見直し)

460点

470点

J003 歯根嚢胞摘出手術

(点数の見直し)

- 1 歯冠大のもの
- 2 拇指頭大のもの

770点
1, 300点

800点
1, 350点