

第2章第1部
指導管理等

歯科口腔衛生指導料

(点数の見直し)

(注の削除：歯科訪問診療の適正化)

90点

100点

注5 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定すべき患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科口腔衛生指導を行った場合は、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。

(削除)

継続的歯科口腔衛生指導料

(点数の見直し)

(注の削除：歯科訪問診療の適正化)

96点

105点

注8 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定すべき患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科口腔衛生指導を行った場合は、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。

(削除)

歯周疾患指導管理料

(項目の統合：点数の見直し)

1 歯周疾患基本指導管理料 90点

注 歯周疾患に罹患している患者に対して、区分番号A000に掲げる初診料又は区分番号A001に掲げるかかりつけ歯科医初診料を算定する日から当該初診の日の属する月の末日までに、プラークコントロール等に係る療養上必要な指導管理を行った場合に算定する。

2 歯周疾患継続指導管理料 130点

注 歯周疾患に罹患している患者に対して、計画的な医学的管理を継続して行い、かつ、プラークコントロール等に係る療養上必要な指導管理を行った場合に算定する。

注1 区分番号A000に掲げる初診料又は区分番号A001に掲げるかかりつけ歯科医初診料を算定する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、歯周疾患基本指導管理料に含まれ、歯周疾患継続指導管理料は別に算定できない。

5 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定すべき患者に対して訪問診療を行い、訪問診療に基づき併せて歯周疾患指導管理を行った場合は、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。

歯周疾患指導管理料 110点

注1 歯周疾患に罹患している患者に対して、計画的な歯科医学的管理を行い、プラークコントロール等に係る療養上必要な指導管理を行った場合に算定する。

(注の削除)

(削除)

(注の削除：歯科訪問診療の適正化)

(削除)

歯科衛生実地指導料
(注の新設)

(かかりつけ歯科医機能の適正評価)

注2 区分番号A001に掲げるかかりつけ歯科医初診料の注1の届出を行った保険医療機関(以下この表において「かかりつけ歯科医初診料届出保険医療機関」という。)において、区分番号I003に掲げる初期齲蝕小窩裂溝填塞処置を行い、かつ、当該患者に対して当該実地指導を行った場合は、所定点数に20点を加算する。

悪性腫瘍特異物質治療管理料
(項目及び注の削除：告示の簡素化)
※取扱いは従来同様、医科点数表の悪性腫瘍特異物質治療管理料と同様

悪性腫瘍特異物質治療管理料		
1	測定方法が一般的なもの	270点
2	測定方法が精密なもの	
イ	1項目の場合	450点
ロ	2項目以上の場合	500点
注1以下 (略)		

悪性腫瘍特異物質治療管理料
注 医科点数表の区分番号B001の3に掲げる悪性腫瘍特異物質治療管理料の例により算定する。

(項目の新設)

(高次歯科医療を行う病院歯科との有機的連携の
評価)

病院歯科共同治療管理料(I)

320点

注 かかりつけ歯科医初診料届出保険医療機関が、診療に基づき、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社会保険事務局長に届け出た病院である保険医療機関に対して患者を紹介した場合であって、当該紹介先の保険医療機関において、当該患者に対して手術が行われた場合（当該患者が著しく歯科診療が困難な障害者以外の者である場合は、別に厚生労働大臣が定める手術が行われた場合に限る。）において、当該手術日に、当該紹介先の保険医療機関に赴いて、当該患者に対して療養上必要な治療管理を共同して行った場合に、患者1人1日につき1回に限り算定する。

(項目の新設)

(高次歯科医療を行う病院歯科との有機的連携の
評価)

病院歯科共同治療管理料(I)

200点

注 区分番号B004-4に掲げる病院歯科共同治療管理料(I)の注の届出を行った保険医療機関において、診察に基づき紹介された患者に対して手術を行った場合(当該患者が著しく歯科診療が困難な障害者以外の者である場合は、区分番号B004-4の注に定める別に厚生労働大臣が定める手術を行った場合に限る。)であって、当該手術日に、当該紹介元保険医療機関(かかりつけ歯科医初診料届出保険医療機関に限る。)の歯科医師と共同して療養上必要な治療管理を行った場合に、患者1人1日につき1回に限り算定する。

第2章第2部
在宅医療

歯科訪問診療料（1日につき）

（点数の見直し）

（注の変更：歯科訪問診療の適正化）

（注の変更：歯科訪問診療の適正化）

- | | | |
|---|----------|------|
| 1 | 歯科訪問診療 1 | 920点 |
| 2 | 歯科訪問診療 2 | 400点 |

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、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を行った場合に、当該患者について算定する。

- 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

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に対し、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を行った場合に、当該患者について算定する。

- イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療（1人に限る。）

- | | | |
|---|----------|------|
| 1 | 歯科訪問診療 1 | 830点 |
| 2 | 歯科訪問診療 2 | 380点 |

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った場合に、当該患者について算定する。

- 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

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に対し、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、当該患者について算定する。

- イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療（1人に限る。）

訪問歯科衛生指導料

(項目の分割)

(注の変更：訪問歯科衛生指導の
適正評価)

- 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。）
- ハ 当該患者について診療時間が30分を超えた歯科訪問診療（イ及びロを除く。）

- 1 複雑なもの 500点
- 2 簡単なもの 80点

注1 訪問歯科診療を行った患者又はその家族等に対して、当該訪問歯科診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士、保健婦、看護婦又は准看護婦が訪問して療養上必要な指導として、患者の口腔内での清掃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。

- 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。）
- ハ 当該患者について診療時間が30分を超えた歯科訪問診療（イ及びロを除く。）

- 1 複雑なもの
 - イ 1回目 550点
 - ロ 2回目以降 300点
- 2 簡単なもの 80点

注1 訪問歯科診療を行った患者又はその家族等に対して、当該訪問歯科診療を行った歯科医師の指示及び当該歯科医師の策定した訪問指導計画に基づき、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、患者の口腔内での清掃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。

第2章第3部
検査

第1節 検査料

(歯科一般検査)

歯周組織検査

(注の変更)

(項目の新設：歯周疾患のメイン
テナンス総合評価)

(新設)

注2 区分番号A004に掲げる歯周疾患継続
総合診療料を算定した日と同一月に行った
歯周組織検査に係る費用は、歯周疾患継続
総合診療料に含まれるものとする。

(歯周疾患継続治療診断料の新設)

歯周疾患継続治療診断料 100点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に
適合しているものとして地方社会保険事務
局長に届け出た保険医療機関において、初
診の日から起算して3月を経過した患者に
対し、区分番号D002に掲げる歯周組織
検査を最後に算定した日から起算して1月
を経過した後に歯周組織検査を行い、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。

(検体検査)

(告示の簡素化：具体的な取扱い
及び改正内容は、医科と同様)

(検体検査)

腫瘍マーカー

- | | | |
|---|---|------|
| 1 | α-フェトプロテイン (AFP) | 55点 |
| 2 | 尿中BTA | 75点 |
| 3 | KMO-1、免疫抑制酸性蛋白 (IAP) | 80点 |
| 4 | 癌胎児性抗原 (CEA) 精密測定、α-フェトプロテイン (AFP) 精密測定 | 170点 |
| 5 | 組織ポリペプチド抗原 (TPA) 精密測定 | 180点 |
| 6 | 扁平上皮癌関連抗原 (SCC抗原) 精密測定 | 190点 |
| 7 | DUPAN-2精密測定、NCC-ST-439精密測定、CA15-3精密測定 | 200点 |
| 8 | 尿中遊離型フコース、エラスターゼ1精密測定、前立腺酸性フォスファターゼ精密測定 | 210点 |
| 9 | 塩基性フェトプロテイン (BFP) 精密測定 | |

2 歯周疾患継続治療診断料を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)

※ 通則6に以下のような規定あり。

6 第3部に規定する検査料以外の検査料の算定は、医科点数表の例による。

定、CA19-9精密測定、PA精密測定、シ
アリルLeX (CSLEX) 抗原精密測定

220点

10 CA72-4精密測定、CA-50精密測定
、SPan-1抗原精密測定、シアリルTn抗
原精密測定、尿中NMP22精密測定、PSA
-ACT精密測定

230点

11 神経特異エノラーゼ精密測定、PIVK
AII精密測定

240点

12 SP1精密測定、KMO-1精密測定、
シアリルLex-i (SLX) 抗原精密測
定、CA125精密測定

250点

13 BCA225精密測定、膀胱胎児性抗原
(POA) 精密測定、尿中ヒト絨毛性ゴナド
トロピン β 分画コア定量 (HCG β コア定
量) 精密測定

270点

14 AFPのレクチン反応性による分画比
(AFP-L₃%)、CA602精密測定、CA
130精密測定、サイトケラチン19フラグメン
ト精密測定、ガストリン放出ペプチド前駆体
(ProGRP) 精密測定

280点

15 CA54/61精密測定、癌関連ガラクトー
ス転移酵素 (GAT) 精密測定

290点

16 γ-セミノプロテイン精密測定

320点

17 乳頭分泌液中CEA精密測定 360点

注1 診療及び腫瘍マーカー以外の検査の結果から悪性腫瘍の患者であることが強く疑われる者に対して、腫瘍マーカーの検査を行った場合に、1回を限度として算定する。ただし、区分番号B004に掲げる悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定している患者については算定しない。

2 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の1から3までに掲げる検査を2項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、90点を算定する。

3 患者から1回に採取した血液等を用いて本区分の4から17までに掲げる検査を2項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。

イ 2項目 360点

ロ 3項目 440点

ハ 4項目以上 590点

第2章第4部
画像診断

通則

(通則の追加)

(画像診断管理加算の新設)

(遠隔画像診断による画像診断の取扱い)

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48点を加算する。

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48点を加算する。

第2章第5部
投薬

第5節 処方せん料

処方せん料

(項目の分割：後発品の使用に係る環境整備)

- 1 7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く。）を行った場合 53点
- 2 1以外の場合 81点

- 1 7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、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 43点
 - ロ イ以外の場合 41点
- 2 1以外の場合
 - イ 後発医薬品を含む場合 71点
 - ロ イ以外の場合 69点

第2章第6部
注射

第1節 注射料
(項目の移動)

抗悪性腫瘍剤動脈内持続注入用埋込型カテーテル設置 8,600点

注 使用したカテーテル、カテーテルアクセス等の材料の費用は、所定点数に含まれるものとする。

(手術の部へ移動)

点滴注射(1日につき)

(注の新設:外来化学療法加算の新設)

(注の新設)

3 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、入院中の患者以外の患者であって、悪性腫瘍の患者であるものに対して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300点(15歳未満の患者に対して行った場合は、500点)を加算する。

(項目の移動)

中心静脈栄養用埋込型カテーテル設置

8,600点

注1 使用したカテーテル、カテーテルアクセス等の材料の費用は、所定点数に含まれるものとする。

2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、300点を加算する。

(手術の部へ移動)

第2章第7部
リハビリテーション

第1節 リハビリテーション料
(項目の組み替え)

言語療法

- | | | |
|---|-------|------|
| 1 | 複雑なもの | 200点 |
| 2 | 簡単なもの | 135点 |
- 注1 1については患者と1対1で30分以上行った場合に限り算定する。
- 2 2については15分以上行った場合に限り算定する。

言語聴覚療法

- | | | |
|---|------------|------|
| 1 | 言語聴覚療法(I) | |
| イ | 個別療法(1単位) | 250点 |
| ロ | 集団療法(1単位) | 100点 |
| 2 | 言語聴覚療法(II) | |
| イ | 個別療法(1単位) | 180点 |
| ロ | 集団療法(1単位) | 80点 |
- 注1 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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。
- 2 個別療法については、患者1人につき1日3単位に限り算定するものとし、別に厚生労働大臣が定める患者以外の患者に対し、1月に合計11単位以上行った場合は、11単位目移行のものについては、所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。

3 集団療法については、患者1人につき1日2単位、かつ、1月合計8単位に限り算定する。

4 同一の患者に対して、個別療法と集団療法を同一日に行った場合は、個別療法の所定点数のみにより算定する。

第2章第8部
処置

通則

(項目の変更：加算対象者の見直し)

(項目の変更：歯科訪問診療の適正化)

5 6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な障害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、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。ただし、通則9に規定する加算を算定する場合はこの限りでない。

9 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。この場合において切削を伴う処置、手術、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、次に掲げる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、次に掲げる区分に従い、処置等のうち主たるものの所定点数に次に掲げる点数を加算する。ただし、次に掲げる点数のいずれかを加算するものとする。

1 エアタービン及びその周辺装置 200点

5 5歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な障害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、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。ただし、通則9に規定する加算を算定する場合はこの限りでない。

9 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すべき患者については、区分番号I005及び区分番号I006に掲げるものに限る。）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。

10 通則9に規定する患者に対して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次に掲げる切削器具及びその周辺装置を訪問先に携

2 歯科用電気エンジン及びその周辺装置

50点

行して必要な処置等を行った場合には、次に掲げる区分に従い、処置等のうち主たるものの所定点数に次に掲げる点数を加算する。ただし、次に掲げる点数のいずれかを加算するものとする。

イ エアタービン及びその周辺装置 200点

ロ 歯科用電気エンジン及びその周辺装置

50点

第1節 処置料

(項目の分割：歯髄保護治療の評価の見直し)

歯髄覆罩(1歯につき)

25点

1 直接歯髄覆罩

70点

2 間接歯髄覆罩

25点

初期齲蝕小窩裂溝填塞処置

(注の追加)

(かかりつけ歯科医機能の適正評価)

注1 かかりつけ歯科医初診料届出保険医療機関において当該処置を行った場合(当該かかりつけ歯科医初診料届出保険医療機関において継続的な歯科医学的管理を行っている患者に対して行った場合に限る。)は、所定点数に12点を加算する。

<p>抜髄（1歯につき） （点数の引き上げ及び注の追加： 歯髄保護治療の評価の見直し）</p>	<p>2 2根管 370点 3 3根管以上 520点</p>	<p>→</p>	<p>2 2根管 380点 3 3根管以上 530点 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70点を減 算する。</p>
<p>感染根管処置（1歯につき） （点数の引き上げ）</p>	<p>2 2根管 240点 3 3根管以上 350点</p>	<p>→</p>	<p>2 2根管 250点 3 3根管以上 370点</p>
<p>根管充填（1歯につき） （注の変更：補綴物維持管理の評 価の見直し）</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。</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、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 ない。</p>

第2章第9部
手術

通則

(薬剤の扱いの変更)

2 手術に当たって、薬剤又は別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合（別に厚生労働大臣が定める薬剤（以下この部において「特定薬剤」という。）にあっては、120点以上の手術又は特に規定する手術に使用した場合を除く。）は、前号により算定した点数及び第3節、第4節又は第5節の所定点数を合算した点数により算定する。

2 手術に当たって、薬剤（別に厚生労働大臣が定めるものを除く。）又は別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合（別に厚生労働大臣が定める薬剤（以下この部において「特定薬剤」という。）にあっては、120点以上の手術又は特に規定する手術に使用した場合を除く。）は、前号により算定した点数及び第3節、第4節又は第5節の所定点数を合算した点数により算定する。

(新設)

施設基準が設定される手術については、別表参照

4 区分番号J018、J032、J039、J060、J069、J070-2、J076及びJ096に掲げる手術については、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以外の保険医療機関において行われる場合には、それぞれ所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。

(対象年齢の変更)

4 6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して手術を行った場合は、全身麻

5 5歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して手術を行った場合は、全身麻

酔下で行った場合を除き、当該手術の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、通則11に規定する加算を算定する場合はこの限りでない。

酔下で行った場合を除き、当該手術の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、区分番号J100-2の注1に規定する加算又は通則13に規定する加算を算定する場合はこの限りでない。

(告示の簡素化：各区分の注の一括化)

加算が設定される手術については、別表参照

7 区分番号J016、J018の2、J021の2、J031、J032、J035、J039の2及び3、J042、J057並びにJ060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4,000点を、両側の場合は6,000点を加算する。

(歯科訪問診療の適正化)

11 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。この場合において切削を伴う処置等が必要な場合であって、次に掲げる切削器具及びその周辺装置を訪問先に携帯して必要な処置等を行った場合には、次に掲げる区分に従い、処置等のうち主たるものの所定点数に次に掲げる点数を加算する。ただし、次に掲げる点数のいずれかを加算するものとする。

13 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すべき患者については、区分番号J000（1から3までに限る。）及びJ013（2に限る。）に掲げるものに限る。）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。

- 1 エアタービン及びその周辺装置 200点
- 2 歯科用電気エンジン及びその周辺装置

14 通則13に規定する患者に対して訪問診療を行った場合において、切削を伴う処置等が必要な場合であって次に掲げる切削器具及びその周辺装置を訪問先に携帯して必要な処置等を行

50点

った場合には、次に掲げる区分に従い、処置等のうち主たるものの所定点数に次に掲げる点数を加算する。ただし、次に掲げる点数のいずれかを加算するものとする。

- イ エアタービン及びその周辺装置 200点
- ロ 歯科用電気エンジン及びその周辺装置 50点

第1節 手術料
(注の追加)

歯肉息肉除去手術

110点

→ 歯肉息肉除去手術

110点

注 区分番号I006に掲げる感染根管処置と併せて行った場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

(名称の変更及び点数の引き上げ)

遊離皮弁術

34,800点

→ 遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)

40,000点

(新設:注射の部より移動)

→ 抗悪性腫瘍剤動脈内持続注入用埋込型カテーテル設置

10,800点

注 使用したカテーテル、カテーテルアクセス等の材料の費用は、所定点数に含まれるものとする。

(新設：注射の部より移動)

第2節 輸血料
輸血

(注の加算点数の見直し)

注5 輸血に伴って行った患者の血液型検査(ABO式及びRh式)の費用として所定点数に70点を、不規則抗体検査の費用として検査回数にかかわらず1月につき所定点数に300点をそれぞれ加算する。

7 輸血に伴って、血液交叉試験又は間接クームス検査を行った場合は、1回につき30点又は60点をそれぞれ加算する。

→ 中心静脈栄養用埋込型カテーテル設置

10,800点

注1 6歳未満の乳幼児の場合は、300点を加算する。

2 使用したカテーテル、カテーテルアクセス等の材料の費用は、所定点数に含まれるものとする。

注5 輸血に伴って行った患者の血液型検査(ABO式及びRh式)の費用として所定点数に56点を、不規則抗体検査の費用として検査回数にかかわらず1月につき所定点数に230点をそれぞれ加算する。

7 輸血に伴って、血液交叉試験又は間接クームス検査を行った場合は、1回につき30点又は46点をそれぞれ加算する。

上記のほか、手術に関する改定内容は、別表のとおり。

※ レーザー加算は、廃止する(技術料において包括評価)