

J 0 0 4 歯根端切除手術（1歯につき）

（点数の見直し）

1, 300点 → 1, 350点

（削除）

J 0 0 5 歯肉息肉除去手術

54点

（削除）

注 区分番号 I 0 0 5 に掲げる抜髄又は区分番号 I 0 0 6 に掲げる感染根管処置と併せて行った場合に限り算定する。

J 0 5 7 顎下腺悪性腫瘍手術

（点数の見直し）

17, 600点 → 20, 000点

J 0 6 3 歯周外科手術（3分の1顎につき）

（点数の見直し）

（項目の見直し） → J 0 6 3 歯周外科手術（1歯につき）

1 歯周ポケット搔爬術

200点

75点

2 新付着手術

300点

150点

3 歯肉切除手術

400点

300点

(注の削除)

4 歯肉剥離搔爬手術 1,000点

600点

注 歯肉剥離搔爬手術と同時に歯槽骨欠損部に骨代用物質を挿入した場合は、所定点数に110点を加算する。

(削除)

(項目の新設)

(新設)

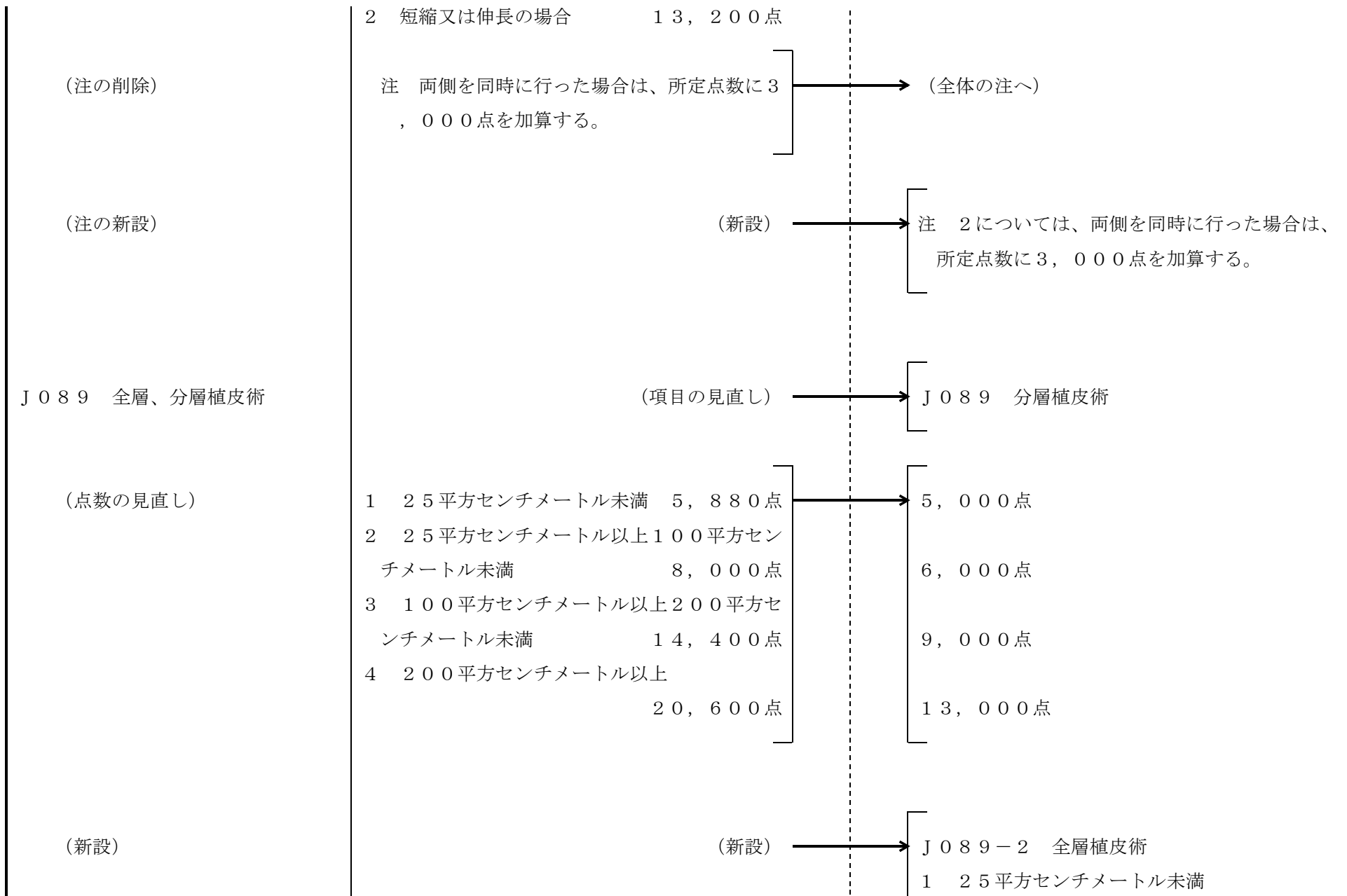
5 歯周組織再生誘導手術
イ 1次手術(吸収性又は非吸収性膜の固定を伴うもの) 630点
ロ 2次手術(非吸収性膜の除去) 300点

(注の見直し)

注1 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、所定点数の100分の30に相当する点数を加算する。
2 簡単な暫間固定及び特定薬剤の費用を含むものとする。

注1 4については、当該手術と同時に歯槽骨欠損部に骨代用物質を挿入した場合は、所定点数に110点を加算する。
2 5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、根分岐部病変又は垂直性の骨欠損を有する歯に対して行った場合に、算定する。
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に実施する場合は、所定点数(注1の加算を含む。)の100分の30に相当する点数により算定する。

<p>J 0 6 3 - 2 骨移植術（軟骨移植術を含む。）</p>		<p>4 暫間固定及び特定薬剤の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p>
	<p>1 自家骨移植</p>	
<p>（点数の見直し）</p>	<p>ロ 困難なもの 9, 1 6 0 点</p>	<p>ロ 困難なもの 8, 3 0 0 点</p>
<p>（項目の見直し）</p>	<p>2 同種骨移植 7, 9 2 0 点</p>	<p>2 同種骨移植（生体） 9, 1 0 0 点 3 同種骨移植（非生体） 9, 9 0 0 点</p>
<p>（注の新設）</p>	<p>（新設）</p>	<p>注 骨提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p>
<p>J 0 6 3 - 3 骨（軟骨）組織採取術</p> <p>（注の見直し）</p>	<p>注 口腔内から組織採取を行った場合を除く。</p>	<p>注 2については、口腔内から組織採取を行った場合を除く。</p>
<p>J 0 7 5 下顎骨形成術</p>		



10,000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 12,500点

3 100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満 20,000点

4 200平方センチメートル以上 30,000点

注 広範囲皮膚欠損の患者に対して行う場合は、頭頸部、左上肢、左下肢、右上肢、右下肢、腹部又は背部のそれぞれの部位ごとに所定点数を算定する。

J093 遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）

（点数の見直し）

40,000点 → 43,000点

J096 自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）

（点数の見直し）

46,200点 → 49,200点

J 1 0 4 皮膚腫瘍冷凍凝固摘出術

(項目の見直し)

J 1 0 4 皮膚腫瘍冷凍凝固摘出術 (一連につき)

(新設)

(新設)

1 長径3センチメートル未満の良性皮膚腫瘍
1, 280点

(項目の見直し)

- 1 長径6センチメートル未満の良性皮膚腫瘍
2, 050点
- 2 長径6センチメートル未満の悪性皮膚腫瘍
3, 230点
- 3 長径6センチメートル以上の良性又は悪性皮膚腫瘍
4, 160点

- 2 長径3センチメートル未満の悪性皮膚腫瘍
2, 050点
- 3 長径3センチメートル以上6センチメートル未満の良性又は悪性皮膚腫瘍
3, 230点
- 4 長径6センチメートル以上の良性又は悪性皮膚腫瘍
4, 160点

第3節 手術医療機器等加算

J 2 0 0 - 3 周辺装置加算

(注の見直し)

注 区分番号C 0 0 0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

注 著しく歯科診療が困難な障害者 (区分番号C 0 0 0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、歯冠修復又は欠損補綴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

(新設)

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のいずれかを加算する。

(新設)

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のいずれかを加算する。

J 2 0 0 - 5 画像等手術支援加算

- 1 ナビゲーションによるもの 2, 0 0 0 点
- 2 実物大臓器立体モデルによるもの
2, 0 0 0 点

注1 1については、区分番号J 0 8 6、J 0 8 7及びJ 0 8 7 - 2に掲げる手術に当たって、ナビゲーションによる支援を行った場合に算定する。

2 2については、区分番号J 0 1 9 - 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援を行った場合に算定する。

項 目	現 行	改 正 案
第 2 章 第 1 0 部 麻 酔 第 1 節 麻酔料 (新設)	(新設)	K 0 0 3 静脈内鎮静法 1 2 0 点 注 区分番号 K 0 0 2 に掲げる吸入鎮静法は、別 に算定できない。

項 目	現 行	改 正 案
<p>第 2 章 第 1 1 部 放射線治療</p> <p>放射線治療料</p> <p>L 0 0 0 放射線治療管理料</p> <p>(項目の新設)</p> <p>(注の見直し)</p>	<p>(項目の見直し)</p> <p>(新設)</p> <p>注 線量分布図を作成し、体外照射、腔内照射又は組織内照射による治療を行った場合に、患者 1 人につき 1 回に限り算定する。</p>	<p>L 0 0 0 放射線治療管理料 (分布図の作成 1 回につき)</p> <p>4 強度変調放射線治療 (IMRT) による体外照射を行った場合 5, 0 0 0 点</p> <p>注 1 線量分布図を作成し、医科点数表の区分番号 M 0 0 1 に掲げる体外照射、医科点数表の区分番号 M 0 0 4 の 1 に掲げる外部照射、医科点数表の区分番号 M 0 0 4 の 2 に掲げる腔内照射又は医科点数表の区分番号 M 0 0 4 の 3 に掲げる組織内照射による治療を行った場合に、分布図の作成 1 回につき 1 回、一連につき 2 回に限り算定する。</p>

(注の新設)

L 0 0 1 体外照射

(新設)

2 コバルト⁶⁰遠隔大量照射

2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、患者に対して、放射線治療を専ら担当する常勤の歯科医師が策定した照射計画に基づく歯科医学的管理（区分番号L 0 0 1の3に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分番号L 0 0 1の4に掲げる強度変調放射線治療（IMRT）に係るものに限る。）を行った場合は、所定点数に330点を加算する。

3 注2に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、放射線治療を必要とする悪性腫瘍の入院中の患者以外の患者に対して、放射線治療（区分番号L 0 0 1の3に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分番号L 0 0 1の4に掲げる強度変調放射線治療（IMRT）に係るものに限る。）を実施した場合に、患者1人1日につき1回に限り所定点数に100点を加算する。

(点数の見直し)

イ 1回目

700点

500点

ロ 2回目

210点

150点

3 高エネルギー放射線治療

(注の削除)

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

(全体の注へ)

(項目の新設)

(新設)

4 強度変調放射線治療 (IMRT)

イ 1回目

3,000点

ロ 2回目

1,000点

(注の新設)

(新設)

注1 3については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方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は、所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。

2 4については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会

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、放射線治療を実施した場合に算定する。

L003 密封小線源治療（一連につき）

（項目の見直し）

2 腔内照射

イ 高線量率イリジウム照射を行った場合

3,000点

ロ その他の場合

1,500点

イ 高線量率イリジウム照射を行った場合又は
新型コバルト小線源治療装置を用いた場合

3,000点

ロ 旧型コバルト腔内照射装置を用いた場合

1,000点

ハ その他の場合

1,500点

3 組織内照射

イ 高線量率イリジウム照射を行った場合

7,500点

イ 高線量率イリジウム照射を行った場合又は
新型コバルト小線源治療装置を用いた場合

7,500点

（項目の見直し）

項 目	現 行	改 正 案
<p>第 2 章 第 1 2 部 歯冠修復及び欠損補綴</p> <p>通則</p> <p>(通則の見直し)</p> <p>(通則の見直し)</p>	<p>6 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歯冠修復又は欠損補綴（区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定すべき患者については、区分番号M029及びM036に掲げるものに限り、著しく歯科診療が困難な障害者については、区分番号M010、M011、M014、M015及びM017からM026までに掲げるものを除く。）を行った場合は、当該歯冠修復又は欠損補綴の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。</p> <p>7 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</p>	<p>6 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歯冠修復又は欠損補綴（区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定すべき患者については、区分番号M029に掲げるものに限り、著しく歯科診療が困難な障害者については、区分番号M010、M011、M014、M015及びM017からM026までに掲げるものを除く。）を行った場合は、当該歯冠修復又は欠損補綴の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。</p> <p>7 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</p>

(通則の新設)

った保険医療機関以外の保険医療機関において
歯冠補綴物又はブリッジを製作し、当該補綴物
を装着した場合の検査並びに歯冠修復及び欠損
補綴の費用は、所定点数の100分の70に相
当する点数により算定する。

った保険医療機関以外の保険医療機関において
歯冠補綴物又はブリッジ（前歯部の接着ブリ
ッジを含む。以下この表において同じ。）を製
作し、当該補綴物を装着した場合の検査並びに
歯冠修復及び欠損補綴の費用は、所定点数の100
分の70に相当する点数により算定する。

(新設)

8 歯冠修復及び欠損補綴物の製作に係る一連の
診療行為における歯肉圧排、歯肉整形、研磨、
特定薬剤等の費用は、それぞれの点数に含まれ
、別に算定できない。

第1節 歯冠修復及び欠損補綴料

M000 補綴時診断料（1口腔につ
き）

(注の見直し)

注1 当該診断料は、病名、症状、治療内容、製
作を予定する部位、欠損補綴物の名称、欠損
補綴物に使用する材料、設計、治療期間等を
記載した治療計画書を作成し、患者に対し、
その内容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。

注1 当該診断料は、病名、症状、治療内容、製
作を予定する部位、欠損補綴物の名称、欠損
補綴物に使用する材料、設計、治療期間等につ
いて、患者に対し、説明を行った場合に算
定する。

<p>(注の見直し)</p>	<p>2 同一患者につき補綴時診断料を算定すべき診断を2回以上行った場合においては、第1回目の診断を行ったときに算定する。</p>	<p>2 同一患者につき、補綴時診断料を算定している診断を2回以上行った場合は、1回目の診断を行ったときに限り算定する。</p>
<p>M001 歯冠形成 (1歯につき)</p>	<p>1 生活歯歯冠形成</p>	
	<p>イ 鑄造冠 300点</p>	
<p>(注の削除)</p>	<p>注 前歯の4分の3冠又は前歯の前装鑄造冠については、所定点数に490点を加算する。</p>	<p>(全体の注へ)</p>
	<p>2 失活歯歯冠形成</p>	
	<p>イ 鑄造冠 160点</p>	
<p>(注の削除)</p>	<p>注1 前歯の4分の3冠又は前歯の前装鑄造冠については、所定点数に470点を加算する。 2 メタルコアにより支台築造した歯に対するものについては、所定点数に30点を加算する。</p>	<p>(全体の注へ)</p>
	<p>ロ ジャケット冠 160点</p>	

(注の削除)

注 メタルコアにより支台築造した歯に対するものについては、所定点数に30点を加算する。

(全体の注へ)

3 窩洞形成

(点数の見直し)

イ 単純なもの
ロ 複雑なもの

4 4点
6 8点

5 4点
8 0点

(注の新設)

(新設)

注1 1のイについては、前歯の4分の3冠、前歯の前装鑄造冠及び前歯部の接着ブリッジのための前歯部の支台歯の歯冠形成は、所定点数に490点を加算する。

2 2のイについては、前歯の4分の3冠又は前歯の前装鑄造冠については、所定点数に470点を加算する。

3 2のイについては、メタルコアにより支台築造した歯に対するものについては、所定点数に30点を加算する。

4 2のロについては、メタルコアにより支台築造した歯に対するものについては、所定点数に30点を加算する。

5 3については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関におい

M001-2 齲蝕歯即時充填形成
(1歯につき)

(注の新設)

M002 支台築造 (1歯につき)

(点数の見直し)

(点数の見直し)

1 メタルコア

イ 大白歯

ロ 小白歯及び前歯

2 その他

(新設)

170点

144点

120点

て、レーザー照射により無痛的に窩洞形成を行った場合は、齲蝕歯無痛的窩洞形成加算として所定点数に20点を加算する。

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おいて、レーザー照射により無痛的に齲蝕歯即時充填形成を行った場合は、齲蝕歯無痛的窩洞形成加算として所定点数に20点を加算する。

176点

150点

126点

(注の見直し)	注1 窩洞形成、印象採得、装着等の費用を含むものとする。	→	注1 窩洞形成、装着等の費用は、所定点数に含まれるものとする。
(新設)	(新設)	→	M002-2 支台築造印象 (1歯につき) 20点 注 保険医療材料は、所定点数に含まれるものとする。
(新設)	(新設)	→	M003-2 テンポラリークラウン (1歯につき) 30点 注1 テンポラリークラウンは、前歯部において、区分番号M001に掲げる歯冠形成のうち、前装鋳造冠又はジャケット冠に係る費用を算定した歯について、1回に限り算定する。 2 テンポラリークラウンの製作及び装着に係る保険医療材料等一連の費用は、所定点数に含まれるものとする。
M005 装着	2 欠損補綴 (1装置につき) イ ブリッジ		

(注の削除)

- (1) ワンピースキャストブリッジ
(-) 支台歯とポンティック (ダミー) の数の合計が5歯以下の場合 150点

注 仮着を行った場合は、40点を加算する。

(全体の注へ)

(注の削除)

- (-) 支台歯とポンティック (ダミー) の数の合計が6歯以上の場合 300点

注 仮着を行った場合は、80点を加算する。

(全体の注へ)

(注の削除)

- (2) その他のブリッジ 70点

注 支台装置ごとの装着に係る費用を含むものとする。

(全体の注へ)

(注の新設)

(新設)

- 注1 2のイの(1)の(-)については、仮着を行った場合は、40点を加算する。
2 2のイの(1)の(-)については、仮着を行った場合は、80点を加算する。
3 2のイについては、支台装置ごとの装着に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。

M009 充填（1歯につき）

（点数の見直し）

- 1 単純なもの
- 2 複雑なもの

52点
100点

100点
148点

（注の見直し）

注 エナメルエッチング法及びエナメルボンディング法を行った場合は、所定点数に1歯につき43点を加算する。ただし、保険医療材料料を含むものとする。

注 エナメルエッチング法及びエナメルボンディング法に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。

M010 鑄造歯冠修復（1個につき）

（注の削除）

- 3 5分の4冠（小臼歯）

310点

注 大臼歯の生活歯をブリッジの支台に用いる場合であっても算定できる。

（全体の注へ）

（注の新設）

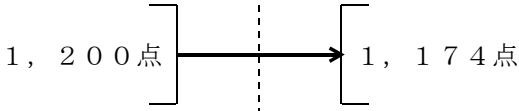
（新設）

注1 2については、前歯部の接着ブリッジのための鑄造歯冠修復の費用は、所定点数に含まれるものとする。
2 3については、大臼歯の生活歯をブリッジ

の支台に用いる場合であっても算定できる。

M011 前装鑄造冠 (1 歯につき)

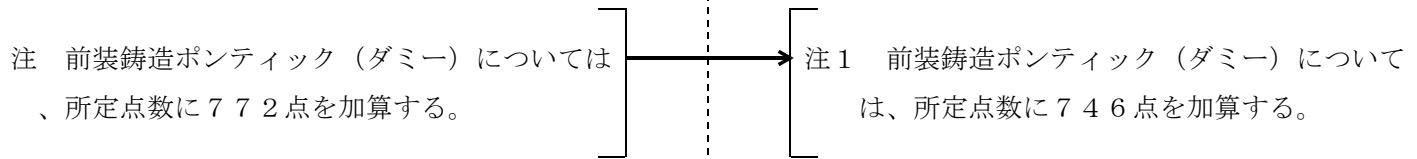
(点数の見直し)



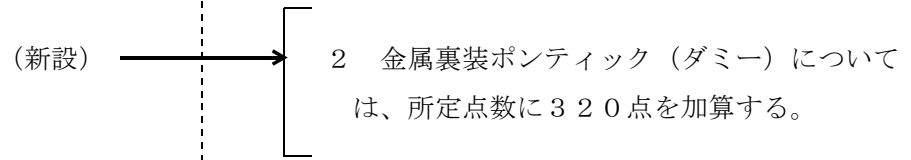
M017 ポンティック (ダミー)

(1 歯につき)

(注の見直し)



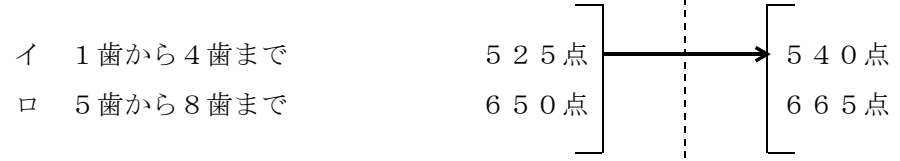
(注の新設)



M018 有床義歯

(点数の見直し)

1 局部義歯 (1床につき)



M020 鑄造鉤（1個につき）

（点数の見直し）

1 双歯鉤	220点	→	224点
2 両翼鉤	205点		208点

M021 線鉤（1個につき）

（点数の見直し）

1 双歯鉤	195点	→	200点
2 両翼鉤（レストつき）	135点		140点
3 レストのないもの	115点		120点

（削除）

M028 充填物の研磨（1歯につき）	14点	→	（削除）
注 保険医療材料料を含むものとする。			

（削除）

M035 新製義歯調整料（1口腔につき）	120点	→	（削除）
注1 新たに製作した有床義歯の装着時又は装着後1月以内に、当該有床義歯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。			
2 区分番号M036に掲げる有床義歯調整料			

は同一月において算定できない。

(削除)

M036 有床義歯調整料 (1口腔につき)

60点

注1 有床義歯装着後1月を超えた期間において、適合を図るための調整を行った場合に、月1回に限り算定する。

2 咬合機能の回復が困難な患者に対して、有床義歯の調整を行った場合は、所定点数に40点を加算する。

3 区分番号M035に掲げる新製義歯調整料は同一月において算定できない。

(削除)

第2節 歯冠修復及び欠損補綴医療機器等加算

(削除)

M090 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。ただし、歯冠修復及び欠損補綴 (区分番号M001の3のイ及びM001-2に掲げるものに限る。) については、臼歯に対して歯冠修復及び欠損補綴が行われた場合 (隣接面以外の

(削除)

M091 周辺装置加算

(注の見直し)

部分に対してのみ歯冠修復及び欠損補綴が行われた場合に限る。)に限り加算する。

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、切削を伴う処置等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帯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のいずれかを加算する。

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、歯冠修復又は欠損補綴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帯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のいずれかを加算する。

項 目	現 行	改 正 案
<p>第 2 章 第 1 3 部 歯科矯正</p> <p>第 1 節 歯科矯正料</p> <p>N 0 0 0 歯科矯正診断料</p> <p>(注の見直し)</p> <p>(注の見直し)</p>	<p>注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、病名、症状、治療内容、治療期間、治療頻度、保定等について記載した治療計画書を作成し、患者に対し、その内容について検査資料を用いて説明した上で、文書により情報提供を行った場合に算定する。</p> <p>2 歯科矯正診断料は、歯科矯正を開始したとき、動的処置を開始したとき、マルチブラケット法を開始したとき及び保定を開始したとき、各々につき 1 回に限り算定する。</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、治療計画書を作成し、患者に対し文書により提供した場合に算定する。</p> <p>2 歯科矯正診断料は、歯科矯正を開始したとき、動的処置を開始したとき、マルチブラケット法を開始したとき、保定を開始したとき及び顎切除等の手術を実施するとき、それぞれ 1 回に限り算定する。</p>

N 0 0 1 顎口腔機能診断料

(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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、顎変形症に係る顎口腔機能分析及び歯科矯正診断を行い、病名、症状、治療内容（手術を含む。）、治療期間、治療頻度、保定等について記載した治療計画書を歯科矯正に関する医療を担当する保険医療機関及び口腔に関する医療を担当する保険医療機関が連携して作成し、患者に対し、その内容について検査資料を用いて説明した上で、文書により情報提供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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、顎変形症に係る顎口腔機能診断を行い、治療計画書を顎離断等の手術を担当する保険医療機関と連携して作成し、患者に対し文書により提供した場合に算定する。

N 0 0 2 歯科矯正管理料

(注の見直し)

注1 区分番号N 0 0 0に掲げる歯科矯正診断料の注1又は区分番号N 0 0 1に掲げる顎口腔機能診断料の注1に規定する治療計画書に基づき、計画的な歯科矯正管理を継続して行った場合であって、当該保険医療機関において動的治療が開始された患者に対し、療養上必要な指導及び機械的歯面清掃等を行うとともに

注1 区分番号N 0 0 0に掲げる歯科矯正診断料の注1又は区分番号N 0 0 1に掲げる顎口腔機能診断料の注1に規定する治療計画書に基づき、計画的な歯科矯正管理を継続して行った場合であって、当該保険医療機関において動的治療が開始された患者に対し、療養上必要な指導を行うとともに経過模型による歯の

	<p>に経過模型による歯の移動等の管理を行った上で、具体的な指導管理の内容について説明し、文書により情報提供を行った場合に算定する。</p>		<p>移動等の管理を行った上で、具体的な指導管理の内容について文書により提供した場合に算定する。</p>
<p>(注の見直し)</p>	<p>4 区分番号B000-3に掲げる歯科疾患総合指導料、区分番号B004-8に掲げる歯科疾患継続指導料又は区分番号C006に掲げる老人訪問口腔指導管理料を算定している患者に対して行った歯科矯正管理の費用は、それぞれの区分の所定点数に含まれるものとする。</p>	<p>→</p>	<p>4 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号C001-2に掲げる後期高齢者在宅療養口腔機能管理料を算定している患者に対して行った歯科矯正管理の費用は、それぞれの区分の所定点数に含まれるものとする。</p>
<p>N004 模型調製 (1組につき)</p>	<p>1 平行模型 500点</p> <p>注 顎態模型を調製した場合は、200点を加算する。</p> <p>2 予測模型 300点</p> <p>注 予測歯1歯につき60点を加算する。</p>	<p>→</p> <p>→</p>	<p>(全体の注へ)</p> <p>(全体の注へ)</p>

(注の新設)

(新設)

注1 1については、顎態模型を調製した場合は、200点を加算する。
 2 2については、予測歯1歯につき60点を加算する。

N008 装着

1 装置 (1装置につき)

イ 可撤式装置 300点

(注の削除)

注 矯正装置に必要なフォースシステムを行い、力系に関するチャートを作成し、患者に対し、その内容について説明した上で、文書により情報提供を行った場合は、400点を加算する。

→ (全体の注へ)

ロ 固定式装置 400点

(注の削除)

注1 固定式装置の帯環及びダイレクトボンドブラケットの装着料を除く。
 2 矯正装置に必要なフォースシステムを行い、力系に関するチャートを作成し、患者に対し、その内容について説明した上で、文書により情報提供を行った場合は、400点を加算する。

→ (全体の注へ)

3 ダイレクトボンドブラケット（1個につき）

（注の削除）

注 エナメルエッチング料及びブラケットボン
ド料を含むものとする。

（全体の注へ）

（注の新設）

（新設）

注1 1のイについては、矯正装置に必要なフォー
ースシステムを行い、力系に関するチャート
を作成し、患者に対してその内容について説
明した場合は、400点を加算する。
2 1のロについては、固定式装置の帯環及び
ダイレクトボンドブラケットの装着料を除
く。
3 1のロについては、矯正装置に必要なフォー
ースシステムを行い、力系に関するチャート
を作成し、患者に対してその内容について説
明した場合は、400点を加算する。
4 3については、エナメルエッチング及びブ
ラケットボンドに係る費用は、所定点数に含
まれるものとする。

N018 マルチブラケット装置（1
装置につき）

（注の見直し）

注 装着料は、ステップⅠ、ステップⅡ、ステッ

注 装着料は、ステップⅠ、ステップⅡ、ステッ

	<p>プⅢ及びステップⅣの各々につき最初の1装置に限り算定する。</p>		<p>プⅢ及びステップⅣのそれぞれ最初の1装置に限り算定する。</p>
N019 保定装置 (1装置につき)			
	<p>1 プレートタイプリテーナー 1,500点</p>		
(注の削除)	<p>注 人工歯を使用して製作した場合の費用を含むものとする。</p>	→	(全体の注へ)
	<p>2 メタルリテーナー 6,800点</p>		
(注の削除)	<p>注 鉤等の費用及び人工歯を使用して製作した場合の費用を含むものとする。</p>	→	(全体の注へ)
(注の新設)		(新設) →	<p>注1 1については、人工歯を使用して製作した場合の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>2 2については、鉤等の費用及び人工歯を使用して製作した場合の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p>

項 目	現 行	改 正 案
<p>第 2 章 第 1 4 部 病理診断</p> <p>(新設)</p>	<p>(新設)</p>	<p>第 1 4 部 病理診断</p> <p>通則</p> <p>1 病理診断の費用は、各区分により算定する。</p> <p>2 第 1 4 部に規定する病理診断・判断料以外の病理診断・判断料の算定は、医科点数表の例による。</p> <p>病理診断・判断料</p> <p>区分</p> <p>0000 口腔病理診断料（歯科診療に係るものに限る。） 410点</p> <p>注1 病理診断を専ら担当する歯科医師が勤務する病院である保険医療機関において、医科点数表の区分番号N000に掲げる病理組織標本作製、医科点数表の区分番号N001に掲げる電子顕微鏡病理組織標本作製、医科点数表の区分番号N002に掲げる免疫染色（免</p>

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医療機関で作製された組織標本に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。

2 当該保険医療機関以外の医療機関で作製された組織標本に基づき診断を行った場合は、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)病理組織標本作製又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(1手術につき)は別に算定できない。

0001 口腔病理判断料(歯科診療に係るものに限る。) 146点

注1 行われた病理標本作製の種類又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。

2 区分番号0000に掲げる口腔病理判断料を算定した場合には、算定しない。



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（処方せんの受付1回につき） （点数の見直し） （注の見直し） （注の新設）	42点 注1 処方せんの受付回数が1月に4,000回を超える保険薬局（特定の保険医療機関（特定承認保険医療機関を含む。以下この表において同じ。）に係る処方せんによる調剤の割合が70%を超えるものに限る。）においては、所定点数にかかわらず処方せん受付1回につき19点を算定する。 （新設）	40点 注1 処方せんの受付回数が1月に4,000回を超える保険薬局（特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が70%を超えるものに限る。）においては、所定点数にかかわらず処方せん受付1回につき18点を算定する。 注3 後発医薬品の調剤に関し別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険薬局において調剤した場合は、後発医薬品調剤体制加算として、所定点数（注1に該当する場合には注1に掲げる点数）に4点を加算する。

(注の新設)

(新設)

注5 後発医薬品に係る処方せん受付において、当該処方せんの発行を受けた患者が初めて当該後発医薬品を服用することとなること等の理由により分割して調剤を行った場合、当該処方せんに基づく当該保険薬局における2回目の調剤に限り、5点を算定する。なお、当該調剤においては第2節薬学管理料（区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料及び区分番号11に掲げる薬剤情報提供料（後期高齢者である患者にあつては、区分番号18に掲げる後期高齢者薬剤服用歴管理指導料）を除く。）は算定しない。

01 調剤料

(点数の見直し)

5 一包化薬

97点

89点

(注の見直し)

注 2剤以上の内服薬を服用時点ごとに一包化薬として調剤した場合は、投与日数が7又はその端数を増すごとに所定点数を算定する。

注 2剤以上の内服薬又は1剤で3種類以上の内服薬を服用時点ごとに一包化薬として調剤した場合は、投与日数が7又はその端数を増すごとに所定点数を算定する。

(注の見直し)

注4 保険薬局が開局時間以外の時間（深夜（午後10時から午前6時までをいう。以下この表において同じ。）及び休日を除く。）、休

注4 保険薬局が開局時間以外の時間（深夜（午後10時から午前6時までをいう。以下この表において同じ。）及び休日を除く。）、休

(注の新設)

日（深夜を除く。）又は深夜において調剤を行った場合は、それぞれ所定点数の100分の100、100分の140又は100分の200に相当する点数を加算する。ただし、専ら夜間における救急医療の確保のために設けられている保険薬局において別に厚生労働大臣が定める時間において調剤を行った場合は、所定点数の100分の100に相当する点数を加算する。

(新設)

日（深夜を除く。以下この表において同じ。）又は深夜において調剤を行った場合は、それぞれ所定点数の100分の100、100分の140又は100分の200に相当する点数を加算する。ただし、専ら夜間における救急医療の確保のために設けられている保険薬局において別に厚生労働大臣が定める時間において調剤を行った場合は、所定点数の100分の100に相当する点数を加算する。

(注の見直し)

注5 次の薬剤を自家製剤の上調剤した場合は、各区分の所定点数に1調剤につきそれぞれ次の点数（予製剤による場合は所定点数の100分の20に相当する点数）を加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める薬剤については、この限りでない。

イ 内服薬及び屯服薬（特別の乳幼児用製剤

注5 午後7時（土曜日にあつては午後1時）から午前8時までの間（深夜及び休日を除く。）、休日又は深夜であつて、当該保険薬局が表示する開局時間内の時間において調剤を行った場合は、夜間・休日等加算として、処方せん受付1回につき40点を加算する。

注6 次の薬剤を自家製剤の上調剤した場合は、各区分の所定点数に1調剤につき（イの(1)に掲げる場合にあつては、投与日数が7又はその端数を増すごとに）それぞれ次の点数（予製剤による場合はそれぞれ次に掲げる点数の100分の20に相当する点数）を加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める薬剤については、この限りでない。

イ 内服薬及び屯服薬（特別の乳幼児用製剤

	<p>を行った場合を除く。)</p> <p>(1) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、エキス剤 90点 (新設)</p> <p>(2) (略)</p> <p>ロ～ハ (略)</p>	<p>→</p> <p>→</p>	<p>を行った場合を除く。)</p> <p>(1) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の内服薬 20点</p> <p>(2) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の屯服薬 90点</p> <p>(3) (略)</p> <p>ロ～ハ (略)</p>
<p>第2節 薬学管理料</p>			
<p>10 薬剤服用歴管理料 (処方せんの受付1回につき)</p>	<p>薬剤服用歴管理料 (処方せんの受付1回につき) 22点</p>	<p>→</p>	<p>薬剤服用歴管理指導料 (処方せんの受付1回につき) 30点</p>
<p>(名称の見直し)</p> <p>(点数の見直し)</p> <p>(注の見直し)</p>	<p>注1 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、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又はこれに準ずるものにより患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明及び指導を行った場合に算定する。</p>	<p>→</p>	<p>注1 患者 (後期高齢者を除く。以下この区分について同じ。) について、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。</p> <p>イ 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、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又はこれに準ずるものにより患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本</p>

<p>(注の削除)</p>	<p>注2 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指導を行った場合は、所定点数に22点を加算する。</p>	<p>(削除)</p> <p>的な説明を行うこと。 ロ 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指導を行うこと。</p>
<p>(注の見直し)</p>	<p>注3 麻薬を調剤した場合であって、麻薬の服用に関し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、所定点数に8点を加算する。</p>	<p>注2 麻薬を調剤した場合であって、麻薬の服用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理及び指導を行った場合は、所定点数に22点を加算する。</p>
<p>(注の見直し)</p>	<p>注5 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。</p>	<p>注4 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われた場合を除き、算定しない。</p>

付1回につき)

(注の見直し)

注1 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、相互作用その他服用に際して注意すべき事項を患者の求めに応じて手帳に記載した場合に、月4回（処方内容に変更があった場合は、その変更後月4回）に限り算定する。

注1 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、相互作用その他服用に際して注意すべき事項を患者（後期高齢者を除く。）の求めに応じて手帳に記載した場合に、月4回（処方内容に変更があった場合は、その変更後月4回）に限り算定する。

1.3 長期投薬情報提供料

(項目の見直し)

1 長期投薬情報提供料1（処方せんの受付1回につき）
服薬期間が14日又はその端数を増すごとに18点
2 長期投薬情報提供料2（服薬指導1回につき）
28点

1 長期投薬情報提供料1（情報提供1回につき）
18点
2
2

(注の見直し)

注1 長期投薬情報提供料1は、患者又はその家族等の求めに応じ、長期投薬に係る薬剤の使用が適切に行われるよう、処方せん受付時に、当該処方せんに係る服薬期間中に、当該処方せん受付薬局が当該薬剤の使用に係る重要

注1 長期投薬情報提供料1は、患者又はその家族等の求めに応じ、長期投薬に係る薬剤の使用が適切に行われるよう、長期投薬に係る処方せん受付時に、処方せんを受け付けた保険薬局が、当該薬剤の服薬期間中にその使用に

な情報を知ったときは、患者又はその家族等に対し当該情報を提供することにつき患者の同意を得た場合に算定する。

係る重要な情報を知ったときは、患者又はその家族等に対し当該情報を提供することにつきあらかじめ患者の同意を得た上で、実際に当該情報を提供した場合であって、当該患者の次の処方せんの受付時に提供した情報に関する患者の状態等の確認及び必要な指導を行った場合に算定する。

(新設)

(新設)

14の2 外来服薬支援料

185点

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

15 在宅患者訪問薬剤管理指導料

(項目の見直し)

1 月の1回目の算定の場合

500点

1 在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。）の場合 500点

2 月の2回目以降の算定の場合

300点

2 居住系施設入居者等である患者の場合

350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社会保険事務局長に届け出た保険薬局において、居宅において療養を行っている患者（通院が困難なものに限る。）に対して、医師の指示に基づき、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、月4回（がん末期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。

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社会保険事務局長に届け出た保険薬局において、1については、在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。）であっ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、月4回（がん末期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。いずれについても、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)

注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、必要な薬学的管理及び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。

注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、必要な薬学的管理及び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。

(新設)

(新設)

15の2 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料

500点

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、当該患者に係る計画的な訪問薬剤管理指導とは別に、緊急に患家を訪問して必要な薬学的管理及び指導を行った場合に、月4回に限り算定する。

注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、必要な薬学的管理及び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。

注3 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導に要した交通費は、患家の負担とする。

(新規)

(新規)

15の3 在宅患者緊急時等共同指導料

700点

(新規)

(新規)

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。

注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、必要な薬学的管理及び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。

注3 区分番号15の2に掲げる在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料は、別に算定できない。

15の4 退院時共同指導料