

別紙 1 - 2 歯科診療報酬点数表

(傍線部分は改正部分)

改 正 後	改 正 前
別表第二 歯科診療報酬点数表 [目次] (略) 第1章 基本診療料 第1部 初・再診料 通則 1～3 (略) 第1節 初診料 区分 A000 初診料 1 歯科初診料 <u>261点</u> 2 (略) 注1～11 (略) A001 (略) 第2節 再診料 区分 A002 再診料 1 歯科再診料 <u>53点</u> 2 地域歯科診療支援病院歯科再診料 (略) 注1～9 (略) 第2部 入院料等 通則 1～7 (略) 第1節 (略) 第2節 入院基本料等加算 通則	別表第二 歯科診療報酬点数表 [目次] (略) 第1章 基本診療料 第1部 初・再診料 通則 1～3 (略) 第1節 初診料 区分 A000 初診料 1 歯科初診料 <u>251点</u> 2 (略) 注1～11 (略) A001 (略) 第2節 再診料 区分 A002 再診料 1 歯科再診料 <u>51点</u> 2 地域歯科診療支援病院歯科再診料 (略) 注1～9 (略) 第2部 入院料等 通則 1～7 (略) 第1節 (略) 第2節 入院基本料等加算 通則

1・2 (略)

区分

A 2 0 0～A 2 2 8 (略)

A 2 2 8－2 せん妄ハイリスク患者ケア加算

A 2 4 0 (略)

A 2 4 1 削除

A 2 4 2～A 2 4 5 (略)

A 2 4 6 地域医療体制確保加算

A 2 5 0 (略)

第3節・第4節 (略)

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

区分

B 0 0 0からB 0 0 0－3まで (略)

B 0 0 0－4 歯科疾患管理料 (略)

注1 1回目の歯科疾患管理料は、歯科疾患の管理が必要な患者に対し、当該患者又はその家族等（以下この部において「患者等」という。）の同意を得て管理計画を作成し、その内容について説明を行った場合に算定する。なお、初診日の属する月に算定する場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

2 (略)

3 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 1－3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

1・2 (略)

区分

A 2 0 0～A 2 2 8 (略)

(新設)

A 2 4 0 (略)

A 2 4 1 総合評価加算

A 2 4 2～A 2 4 5 (略)

(新設)

A 2 5 0 (略)

第3節・第4節 (略)

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

区分

B 0 0 0からB 0 0 0－3まで (略)

B 0 0 0－4 歯科疾患管理料 (略)

注1 1回目の歯科疾患管理料は、継続的な歯科疾患の管理が必要な患者に対し、当該患者又はその家族等（以下この区分番号において「患者等」という。）の同意を得て管理計画を作成し、その内容について説明を行った場合に、初診日の属する月から起算して2月以内1回に限り算定する。

2 (略)

3 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 1－3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

、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、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。

4 (略)

5 初診日から入院（歯科診療に限る。）中の患者について、退院後に歯科疾患の継続的な管理が必要な場合は、退院した日の属する月の翌月以降から算定する。

6～11 (略)

12 初診日の属する月から起算して6月を超えて歯科疾患の管理及び療養上必要な指導を行った場合は、長期管理加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

、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。

4 (略)

5 初診日から入院（歯科診療に限る。）中の患者について、退院後に歯科疾患の継続的な管理が必要な場合は、注1及び注2の規定にかかわらず、退院した日の属する月の翌月以降から算定する。

6～11 (略)

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

イ かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の
場合

120点

ロ イ以外の保険医療機関の場合
(削る)

100点

B 0 0 0 - 4 - 2 小児口腔機能管理料 100点

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B 0 0 2に掲げる歯科特定疾患
療養管理料を算定した患者であって、口腔機能
の発達不全を有する15歳未満の小児に対して、
口腔機能の獲得を目的として、当該患者等の同
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
合に、月1回に限り算定する。

2 入院中の患者に対して管理を行った場合又は
退院した患者に対して退院の日の属する月に管
理を行った場合における当該管理の費用は、第
1章第2部第1節、第3節又は第4節の各区分
の所定点数に含まれる。ただし、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中の患
者又は当該病棟を退院した患者については、こ
の限りでない。

3 小児口腔機能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

100点を所定点数に加算する。
(新設)

(新設)

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。

(新設)

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C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、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。

B000-4-3 口腔機能管理料 100点

(新設)

注1 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患者であつて、口腔機能の低下を来しているものに対して、口腔機能の回復又は維持を目的として、当該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に、月1回に限り算定する。

2 入院中の患者に対して管理を行った場合又は退院した患者に対して退院の日の属する月に管理を行った場合における当該管理の費用は、第1章第2部第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれる。ただし、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中の患者又は当該病棟を退院した患者については、この限りでない。

3 口腔機能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C

001-3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。

B000-5 (略)

B000-6 周術期等口腔機能管理料(I)

1・2 (略)

注1 (略)

2 周術期等口腔機能管理料(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B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号B000-4-3に掲げる口腔機能管理料、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 周術期等口腔機能管理料(II)

1・2 (略)

注1 (略)

2 周術期等口腔機能管理料(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B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号B000-4-3に掲げる口腔機能管理料、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号B0

B000-5 (略)

B000-6 周術期等口腔機能管理料(I)

1・2 (略)

注1 (略)

2 周術期等口腔機能管理料(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 周術期等口腔機能管理料(II)

1・2 (略)

注1 (略)

2 周術期等口腔機能管理料(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、区分番

04-6-2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、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N
002に掲げる歯科矯正管理料は算定できない

B000-8 周術期等口腔機能管理料(Ⅲ) 200点

注1 (略)

2 周術期等口腔機能管理料(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B000-4-2に掲げる小
児口腔機能管理料、区分番号B000-4-3
に掲げる口腔機能管理料、区分番号B002に
掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号B0
04-6-2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。

B001~B001-3 (略)

B002 歯科特定疾患療養管理料 170点

注1~4 (略)

B003 特定薬剤治療管理料 (略)

注1~3 (略)

4 バンコマイシンを投与している患者であって
、同一暦月に複数回の血中のバンコマイシンの
濃度を測定し、その測定結果に基づき、投与量
を精密に管理した場合は、1回目の特定薬剤治
療管理料を算定すべき月に限り、530点を所定

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。

B000-8 周術期等口腔機能管理料(Ⅲ) 190点

注1 (略)

2 周術期等口腔機能管理料(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。

B001~B001-3 (略)

B002 歯科特定疾患療養管理料 150点

注1~4 (略)

B003 特定薬剤治療管理料 (略)

注1~3 (略)

4 特定薬剤治療管理に係る薬剤の投与を行った
場合は、1回目の特定薬剤治療管理料を算定す
べき月に限り、280点を所定点数に加算する。

点数に加算する。

5 注4に規定する患者以外の患者に対して、特定薬剤治療管理に係る薬剤の投与を行った場合は、1回目の特定薬剤治療管理料を算定すべき月に限り、280点を所定点数に加算する。

B004～B004-1-3 (略)

B004-1-4 入院栄養食事指導料(週1回)

1・2 (略)

注1 1については、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、歯科医師と医師との連携の下に管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、入院中2回に限り算定する。

2 2については、診療所において、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、当該保険医療機関の歯科医師と医師との連携の下に当該保険医療機関以外の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、入院中2回に限り算定する。

3 別に厚生労働大臣が定める患者に対して、退院後の栄養食事管理について指導するとともに、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明し、これを他の保険医療機関、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設若しくは介護医療院の医師又は管理栄養士等と共有した場合に、入院中1回に限り、栄養情報提供加算として50点を所定点数に加算する。

(新設)

B004～B004-1-3 (略)

B004-1-4 入院栄養食事指導料(週1回)

1・2 (略)

注1 1については、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、歯科医師と医師との連携の下に管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、入院中2回に限り算定する。

2 2については、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関(診療所に限る。)において、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、当該保険医療機関の歯科医師と医師との連携の下に当該保険医療機関以外の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、入院中2回に限り算定する。

(新設)

B 0 0 4 - 1 - 5	外来緩和ケア管理料	(略)
注 1	別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合して注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、緩和ケアを要する入院中の患者以外の患者（症状緩和を目的として麻薬が投与されている患者に限る。）に対して、当該保険医療機関の歯科医師、看護師、薬剤師等が共同して療養上必要な指導を行った場合に、月 1 回に限り算定する。	
2・3	(略)	
B 0 0 4 - 1 - 6	外来リハビリテーション診療料	
1	外来リハビリテーション診療料 1	73点
2	外来リハビリテーション診療料 2	110点
注 1～3	(略)	
B 0 0 4 - 1 - 7	外来放射線照射診療料	297点
注 1～3	(略)	
B 0 0 4 - 2～B 0 0 6 - 3	(略)	
B 0 0 6 - 3 - 2	がん治療連携指導料	(略)
注 1	(略)	
2	注 1 の規定に基づく計画策定病院への文書の提供に係る区分番号 B 0 0 9 に掲げる診療情報提供料(I)、 <u>区分番号 B 0 1 1 に掲げる診療情報連携共有料及び区分番号 B 0 1 1 - 2 に掲げる診療情報提供料(Ⅲ)の費用は、所定点数に含まれる。</u>	
3	(略)	
B 0 0 6 - 3 - 3	(略)	
B 0 0 6 - 3 - 4	療養・就労両立支援指導料	
1	初回	800点
2	2回目	400点
注 1	<u>1 については、別に厚生労働大臣が定める疾</u>	

B 0 0 4 - 1 - 5	外来緩和ケア管理料	(略)
注 1	別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合して注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、緩和 ^{どう} ケアを要する入院中の患者以外の患者（ <u>がん性疼痛</u> の症状緩和を目的として麻薬が投与されている患者に限る。）に対して、当該保険医療機関の歯科医師、看護師、薬剤師等が共同して療養上必要な指導を行った場合に、月 1 回に限り算定する。	
2・3	(略)	
B 0 0 4 - 1 - 6	外来リハビリテーション診療料	
1	外来リハビリテーション診療料 1	72点
2	外来リハビリテーション診療料 2	109点
注 1～3	(略)	
B 0 0 4 - 1 - 7	外来放射線照射診療料	292点
注 1～3	(略)	
B 0 0 4 - 2～B 0 0 6 - 3	(略)	
B 0 0 6 - 3 - 2	がん治療連携指導料	(略)
注 1	(略)	
2	注 1 の規定に基づく計画策定病院への文書の提供に係る区分番号 B 0 0 9 に掲げる診療情報提供料(I) <u>及び</u> 区分番号 B 0 1 1 に掲げる診療情報連携共有料の費用は、所定点数に含まれる。	
3	(略)	
B 0 0 6 - 3 - 3	(略)	
B 0 0 6 - 3 - 4	療養・就労両立支援指導料	1,000点
	(新設)	
	(新設)	
注 1	<u>がんと診断された患者（産業医が選任されて</u>	

患に罹患している患者に対して、当該患者と当該患者を使用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書の内容を踏まえ、就労の状況を考慮して療養上の指導を行うとともに、当該患者の同意を得て、当該患者が勤務する事業場において選任されている産業医、総括安全衛生管理者、衛生管理者若しくは安全衛生推進者又は労働者の健康管理等を行う保健師（以下「産業医等」という。）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提供した場合に、月1回に限り算定する。

2 2については、当該保険医療機関において1を算定した患者について、就労の状況を考慮して療養上の指導を行った場合に、1を算定した日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り算定する。

3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該患者に対して、看護師又は社会福祉士が相談支援を行った場合に、相談支援加算として、50点を所定点数に加算する。

4 (略)

B007～B011 (略)

B011-2 診療情報提供料(Ⅲ) 150点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす他の保険医療機関から紹介された患者又は他の保険医療機関から紹介された別に厚生労働大臣が定める患者について、当該

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。

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。

(新設)

3 (略)

B007～B011 (略)

B011-2 削除

患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。

2 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす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ついて、診療に基づき、頻回の情報提供の必要を認め、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合は、注1の規定にかかわらず、月1回に限り算定する。

3 区分番号B009に掲げる診療情報提供料(1)（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。

B011-3 (略)

B011-4 退院時薬剤情報管理指導料 (略)

注1 (略)

2 保険医療機関が、入院前の内服薬を変更又は中止した患者について、保険薬局に対して、患者又はその家族等の同意を得て、その理由や変更後の患者の状況を文書により提供した場合に、退院時薬剤情報連携加算として、60点を所定点数に加算する。

B012～B018 (略)

第2部 在宅医療

区分

C000 歯科訪問診療料（1日につき）

1～3 (略)

B011-3 (略)

B011-4 退院時薬剤情報管理指導料 (略)

注 (略)

(新設)

B012～B018 (略)

第2部 在宅医療

区分

C000 歯科訪問診療料（1日につき）

1～3 (略)

注 1～12 (略)

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 261点

ロ 再診時 53点

14・15 (略)

～C001-2 (略)

C001-3 歯科疾患在宅療養管理料

1・2 (略)

3 1及び2以外の場合 200点

注 1～6 (略)

7 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号B000-4-3に掲げる口腔機能管理料、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C001-5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は、別に算定できない。

C001-4 (略)

C001-4-2 在宅患者歯科治療時医療管理料(1日につき)

注 1～12 (略)

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 251点

ロ 再診時 51点

14・15 (略)

～C001-2 (略)

C001-3 歯科疾患在宅療養管理料

1・2 (略)

3 1及び2以外の場合 190点

注 1～6 (略)

7 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C001-5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は、別に算定できない。

C001-4 (略)

C001-4-2 在宅患者歯科治療時医療管理料(1日につき)

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、全身的な管理が必要な患者に対し、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M003まで又はM003-3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算定する。

2・3 (略)

C001-5 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料
1～3 (略)

注1 (略)

2 区分番号D002に掲げる歯周病検査、区分番号D002-5に掲げる歯周病部分的再評価検査、区分番号I011に掲げる歯周基本治療、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)、区分番号I011-2-3に掲げる歯周病重症化予防治療、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。

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B00

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、全身的な管理が必要な患者に対し、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算定する。

2・3 (略)

C001-5 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料
1～3 (略)

注1 (略)

2 区分番号D002に掲げる歯周病検査、区分番号D002-5に掲げる歯周病部分的再評価検査、区分番号I011に掲げる歯周基本治療、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)、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。

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B00

0-4-3に掲げる口腔機能管理料、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。

4～7 (略)

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1～2 (略)

3 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B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料、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。

4・5 (略)

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、小児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。

7 当該保険医療機関の歯科医師が、児童福祉法第42条に規定する障害児入所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

2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。

4～7 (略)

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1～2 (略)

3 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。

4・5 (略)

(新設)

(新設)

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、小児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。

C002～C006 (略)

C007 在宅患者連携指導料 (略)

注1～3 (略)

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できない。

C008 (略)

第3部 検査

通則

1～5 (略)

第1節 検査料

区分

(歯科一般検査)

D000～D011-3 (略)

D011-4 小児口唇閉鎖力検査(1回につき) 100点

注 小児口唇閉鎖力測定を行った場合は、3月に1回に限り算定する。

D012 舌圧検査(1回につき) (略)

注1 舌圧測定を行った場合は、3月に1回に限り算定する。

2 (略)

D013 (略)

D014 睡眠時歯科筋電図検査(一連につき) 580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

C002～C006 (略)

C007 在宅患者連携指導料 (略)

注1～3 (略)

4 区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)又は区分番号B011に掲げる診療情報連携共有料を算定している患者については算定できない。

C008 (略)

第3部 検査

通則

1～5 (略)

第1節 検査料

区分

(歯科一般検査)

D000～D011-3 (略)

(新設)

D012 舌圧検査(1回につき) (略)

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。

2 (略)

D013 (略)

(新設)

療機関において、睡眠時筋電図検査を行った場合に算定する。

第2節 (略)

第4部 (略)

第5部 投薬

通則

1～4 (略)

第1節 調剤料

区分

F000 調剤料

1 入院中の患者以外の患者に対して投薬を行った場合

イ 内服薬、浸煎薬及び屯服薬（1回の処方に係る調剤につき） 11点

ロ 外用薬（1回の処方に係る調剤につき） 8点

2 (略)

注 (略)

第2節～第4節 (略)

第5節 処方箋料

区分

F400 処方箋料

1・2 (略)

注1～5 (略)

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。

イ 一般名処方加算1 7点

ロ 一般名処方加算2 5点

第6節 調剤技術基本料

第2節 (略)

第4部 (略)

第5部 投薬

通則

1～4 (略)

第1節 調剤料

区分

F000 調剤料

1 入院中の患者以外の患者に対して投薬を行った場合

イ 内服薬、浸煎薬及び屯服薬（1回の処方に係る調剤につき） 9点

ロ 外用薬（1回の処方に係る調剤につき） 6点

2 (略)

注 (略)

第2節～第4節 (略)

第5節 処方箋料

区分

F400 処方箋料

1・2 (略)

注1～5 (略)

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。

イ 一般名処方加算1 6点

ロ 一般名処方加算2 4点

第6節 調剤技術基本料

区分

F 5 0 0 調剤技術基本料

- 1 入院中の患者に投薬を行った場合 (略)
 - 2 その他の患者に投薬を行った場合 14点
- 注 1～4 (略)

第 6 部 注射

通則

1～5 (略)

6 区分番号 G 0 0 1 に掲げる静脈内注射、G 0 0 2 に掲げる動脈注射、G 0 0 3 に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、G 0 0 4 に掲げる点滴注射、G 0 0 5 に掲げる中心静脈注射又は G 0 0 6 に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈注射について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって悪性腫瘍等の患者であるものに対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ 1 日につき前各号により算定した点数に加算する。

イ 外来化学療法加算 1

(1) 外来化学療法加算 (抗悪性腫瘍剤を注射した場合)

- ① 15歳未満 (略)
- ② 15歳以上 (略)

(2) 外来化学療法加算 (抗悪性腫瘍剤以外の薬剤を注射した場合)

- ① 15歳未満 (略)
- ② 15歳以上 (略)

ロ 外来化学療法加算 2

(1) 外来化学療法加算 (抗悪性腫瘍剤を注射した場合)

- ① 15歳未満 (略)
- ② 15歳以上 (略)

区分

F 5 0 0 調剤技術基本料

- 1 入院中の患者に投薬を行った場合 (略)
 - 2 その他の患者に投薬を行った場合 8点
- 注 1～4 (略)

第 6 部 注射

通則

1～5 (略)

6 区分番号 G 0 0 1 に掲げる静脈内注射、G 0 0 2 に掲げる動脈注射、G 0 0 3 に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、G 0 0 4 に掲げる点滴注射、G 0 0 5 に掲げる中心静脈注射又は G 0 0 6 に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈注射について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって悪性腫瘍等の患者であるものに対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ 1 日につき前各号により算定した点数に加算する。

イ 外来化学療法加算 1

(1) 外来化学療法加算 A

- ① 15歳未満 (略)
- ② 15歳以上 (略)

(2) 外来化学療法加算 B

- ① 15歳未満 (略)
- ② 15歳以上 (略)

ロ 外来化学療法加算 2

(1) 外来化学療法加算 A

- ① 15歳未満 (略)
- ② 15歳以上 (略)

(2) 外来化学療法加算 (抗悪性腫瘍剤以外の薬剤を注射した場合)

- ① 15歳未満 (略)
- ② 15歳以上 (略)

7 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、前号のイの(1)に規定する外来化学療法加算(抗悪性腫瘍剤を注射した場合)を算定した患者に対して、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、副作用の発現状況、治療計画等を文書により提供した上で、患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合に、連携充実加算として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。

8 第1節に掲げられていない注射であって簡単なものの費用は、第2節の各区分の所定点数のみにより算定し、特殊なものの費用は、第1節に掲げられている注射のうちで最も近似する注射の各区分の所定点数により算定する。

9 (略)

第1節 注射料

通則 (略)

第1款 注射実施料

区分

G000～G003 (略)

G004 点滴注射(1日につき)

1 6歳未満の乳幼児に対するもの(1日分の注射量が100mL以上の場合) 99点

2 1に掲げる者以外の者に対するもの(1日分の注射量が500mL以上の場合) 98点

3 (略)

注1～4 (略)

G005～G008 (略)

第2款 (略)

(2) 外来化学療法加算 B

- ① 15歳未満 (略)
- ② 15歳以上 (略)

(新設)

7 第1節に掲げられていない注射であって簡単なものの費用は、第2節の各区分の所定点数のみにより算定する。

8 (略)

第1節 注射料

通則 (略)

第1款 注射実施料

区分

G000～G003 (略)

G004 点滴注射(1日につき)

1 6歳未満の乳幼児に対するもの(1日分の注射量が100mL以上の場合) 98点

2 1に掲げる者以外の者に対するもの(1日分の注射量が500mL以上の場合) 97点

3 (略)

注1～4 (略)

G005～G008 (略)

第2款 (略)

第2節～第3節 (略)
第7部 リハビリテーション

通則

1～4 (略)

第1節 リハビリテーション料

区分

H000 脳血管疾患等リハビリテーション料

1～3 (略)

注1～3 (略)

4 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって、要介護被保険者等以外のものに対して、必要があつてそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から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、算定できるものとする。

(削る)

(削る)

(削る)

5 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であつて、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があつてそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から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、注1に規定する施設基準に係る区分に従

第2節～第3節 (略)
第7部 リハビリテーション

通則

1～4 (略)

第1節 リハビリテーション料

区分

H000 脳血管疾患等リハビリテーション料

1～3 (略)

注1～3 (略)

4 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があつてそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から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、算定できるものとする。この場合において、当該患者が要介護被保険者等である場合には、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定する。

イ 脳血管疾患等リハビリテーション料(I) (1単位) 147点

ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料(II) (1単位) 120点

ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料(III) (1単位) 60点

5 注4の場合において、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関が、入院中の患者以外の患者(要介護被保険者等に限り、)に対して注4に規定するリハビリテーションを行った場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

い、次に掲げる点数を算定できるものとする。

イ 脳血管疾患等リハビリテーション料(I) (1
単位) 147点

ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料(II) (1
単位) 120点

ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料(III) (1
単位) 60点

H000-2 (略)

H000-3 廃用症候群リハビリテーション料

1～3 (略)

注1～3 (略)

4 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する患者であって、要介護被保険者等以外のものに対して、必要があつてそれぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から120日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定できるものとする。

(削る)

(削る)

(削る)

5 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であつて、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があつてそれぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から120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、注1に規定する

(新設)

(新設)

(新設)

H000-2 (略)

H000-3 廃用症候群リハビリテーション料

1～3 (略)

注1～3 (略)

4 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する患者に対して、必要があつてそれぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から120日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定できるものとする。この場合において、当該患者が要介護被保険者等である場合には、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定する。

イ 廃用症候群リハビリテーション料(I) (1単
位) 108点

ロ 廃用症候群リハビリテーション料(II) (1単
位) 88点

ハ 廃用症候群リハビリテーション料(III) (1単
位) 46点

5 注4の場合において、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関が、入院中の患者以外の患者(要介護被保険者等に限る。)に対して注4に規定するリハビリテーションを行った場合には、所定点数

施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。

イ 廃用症候群リハビリテーション料(I) (1単位) 108点

ロ 廃用症候群リハビリテーション料(II) (1単位) 88点

ハ 廃用症候群リハビリテーション料(III) (1単位) 46点

H001 摂食機能療法 (1日につき)

1・2 (略)

注1・2 (略)

3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関の保険医、看護師、言語聴覚士、薬剤師、管理栄養士等が共同して、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な指導管理を行った場合に、摂食嚥下支援加算として、週1回に限り200点を所定点数に加算する。

(削る)

(削る)

4 (略)

H001-2~H008 (略)

第2節 (略)

第8部 処置

通則

1~9 (略)

第1節 処置料

区分

(歯の疾患の処置)

I000~I000-3 (略)

の100分の80に相当する点数により算定する。

(新設)

(新設)

(新設)

H001 摂食機能療法 (1日につき)

1・2 (略)

注1・2 (略)

3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、鼻腔栄養を実施している患者又は胃瘻を造設している患者に対して実施した場合は、治療開始日から起算して6月を限度として、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ 経口摂取回復促進加算1 185点

ロ 経口摂取回復促進加算2 20点

4 (略)

H001-2~H008 (略)

第2節 (略)

第8部 処置

通則

1~9 (略)

第1節 処置料

区分

(歯の疾患の処置)

I000~I000-3 (略)

I 0 0 1	歯髄保護処置（1歯につき）	
	1・2（略）	
	3 間接歯髄保護処置	<u>34</u> 点
	注1・2（略）	
<u>I 0 0 1-2</u>	<u>象牙質レジンコーティング（1歯につき）</u>	<u>46</u> 点
	注 <u>区分番号M 0 0 1の1に掲げる生活歯歯冠形成を行った場合、当該補綴に係る補綴物の歯冠形成から装着までの一連の行為につき1回に限り算定する。</u>	
I 0 0 2～I 0 0 4	（略）	
I 0 0 5	抜髄（1歯につき）	
	1 単根管	<u>230</u> 点
	2 2根管	<u>422</u> 点
	3 3根管以上	<u>596</u> 点
	注1 区分番号I 0 0 1の1に掲げる歯髄温存療法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、 <u>42</u> 点、 <u>234</u> 点又は <u>408</u> 点を算定する。	
	2 区分番号I 0 0 1の2に掲げる直接歯髄保護処置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、 <u>80</u> 点、 <u>272</u> 点又は <u>446</u> 点を算定する。	
	3（略）	
I 0 0 6	感染根管処置（1歯につき）	
	1 単根管	<u>156</u> 点
	2 2根管	<u>306</u> 点
	3 3根管以上	<u>446</u> 点
	注（略）	
I 0 0 7	根管貼薬処置（1歯1回につき）	
	1 単根管	<u>30</u> 点
	2 2根管	<u>38</u> 点

I 0 0 1	歯髄保護処置（1歯につき）	
	1・2（略）	
	3 間接歯髄保護処置	<u>30</u> 点
	注1・2（略）	
	（新設）	
I 0 0 2～I 0 0 4	（略）	
I 0 0 5	抜髄（1歯につき）	
	1 単根管	<u>228</u> 点
	2 2根管	<u>418</u> 点
	3 3根管以上	<u>588</u> 点
	注1 区分番号I 0 0 1の1に掲げる歯髄温存療法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、 <u>40</u> 点、 <u>230</u> 点又は <u>400</u> 点を算定する。	
	2 区分番号I 0 0 1の2に掲げる直接歯髄保護処置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、 <u>78</u> 点、 <u>268</u> 点又は <u>438</u> 点を算定する。	
	3（略）	
I 0 0 6	感染根管処置（1歯につき）	
	1 単根管	<u>150</u> 点
	2 2根管	<u>300</u> 点
	3 3根管以上	<u>438</u> 点
	注（略）	
I 0 0 7	根管貼薬処置（1歯1回につき）	
	1 単根管	<u>28</u> 点
	2 2根管	<u>34</u> 点

3	3根管以上	54点
	注 (略)	
I 0 0 8	根管充填 (1歯につき)	
1・2	(略)	
3	3根管以上	122点
	注 (略)	
I 0 0 8 - 2	加圧根管充填処置 (1歯につき)	
1・2	(略)	
3	3根管以上	208点
	注 1・2 (略)	
	3 3については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科用3次元エックス線断層撮影装置及び手術用顕微鏡を用いて根管治療を行った場合に、手術用顕微鏡加算として、400点を所定点数に加算する。なお、第4部に掲げる歯科用3次元エックス線断層撮影の費用は別に算定できる。 <u>ただし、区分番号I 0 2 1に掲げる根管内異物除去の注に規定する手術用顕微鏡加算を算定している場合は、算定できない。</u>	
	(外科後処置)	
I 0 0 9 ~ I 0 1 0	(略)	
I 0 1 1	歯周基本治療	
1	スケーリング (3分の1顎につき)	72点
2・3	(略)	
	注 1・2 (略)	
	3 区分番号I 0 1 1 - 2に掲げる歯周病安定期治療(I)、 <u>区分番号I 0 1 1 - 2 - 2に掲げる歯周病安定期治療(II)又は区分番号I 0 1 1 - 2 - 3に掲げる歯周病重症化予防治療を開始した日</u>	

3	3根管以上	46点
	注 (略)	
I 0 0 8	根管充填 (1歯につき)	
1・2	(略)	
3	3根管以上	114点
	注 (略)	
I 0 0 8 - 2	加圧根管充填処置 (1歯につき)	
1・2	(略)	
3	3根管以上	200点
	注 1・2 (略)	
	3 3については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、 <u>4根管又は槌状根^{とい}に対して</u> 歯科用3次元エックス線断層撮影装置及び手術用顕微鏡を用いて根管治療を行った場合に、手術用顕微鏡加算として、400点を所定点数に加算する。なお、第4部に掲げる歯科用3次元エックス線断層撮影の費用は別に算定できる。	
	(外科後処置)	
I 0 0 9 ~ I 0 1 0	(略)	
I 0 1 1	歯周基本治療	
1	スケーリング (3分の1顎につき)	68点
2・3	(略)	
	注 1・2 (略)	
	3 区分番号I 0 1 1 - 2に掲げる歯周病安定期治療(I) <u>又は</u> 区分番号I 0 1 1 - 2 - 2に掲げる歯周病安定期治療(II)を開始した日以降は、算定できない。	

以降は、算定できない。

4・5 (略)

I 0 1 1 - 2 歯周病安定期治療(I)

1～3 (略)

注1～4 (略)

5 歯周病安定期治療(II)又は歯周病重症化予防治療を算定した月は算定できない。

I 0 1 1 - 2 - 2 歯周病安定期治療(II)

1～3 (略)

注1～3 (略)

4 歯周病安定期治療(I)又は歯周病重症化予防治療を算定した月は算定できない。

I 0 1 1 - 2 - 3 歯周病重症化予防治療

<u>1</u>	<u>1 歯以上10歯未満</u>	<u>150点</u>
<u>2</u>	<u>10歯以上20歯未満</u>	<u>200点</u>
<u>3</u>	<u>20歯以上</u>	<u>300点</u>

注1 2回目以降の区分番号D 0 0 2に掲げる歯周病検査終了後、一時的に病状が改善傾向にある患者に対し、重症化予防を目的として、スケーリング、機械的歯面清掃等の継続的な治療を開始した場合は、それぞれの区分に従い月1回に限り算定する。

2 2回目以降の歯周病重症化予防治療の算定は、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う。

3 歯周病安定期治療(I)又は歯周病安定期治療(II)を算定した月は算定できない。

I 0 1 1 - 3 (略)

(その他の処置)

I 0 1 4～I 0 1 8 (略)

I 0 1 9 歯冠修復物又は補綴物の除去(1歯につき)

4・5 (略)

I 0 1 1 - 2 歯周病安定期治療(I)

1～3 (略)

注1～4 (略)

5 歯周病安定期治療(II)を算定した月は算定できない。

I 0 1 1 - 2 - 2 歯周病安定期治療(II)

1～3 (略)

注1～3 (略)

4 歯周病安定期治療(I)を算定した月は算定できない。

(新設)

I 0 1 1 - 3 (略)

(その他の処置)

I 0 1 4～I 0 1 8 (略)

I 0 1 9 歯冠修復物又は補綴物の除去(1歯につき)

	1	(略)	
	2	困難なもの	42点
	3	著しく困難なもの	70点
I 0 2 0		(略)	
I 0 2 1		根管内異物除去 (1 歯につき) (略)	
		<u>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、歯科用 3 次元エックス線断層撮影装置及び手術用顕微鏡を用いて根管内異物除去を行った場合に、手術用顕微鏡加算として、400 点を所定点数に加算する。なお、第 4 部に掲げる歯科用 3 次元エックス線断層撮影の費用は別に算定できる。</u>	
I 0 2 2 ~ I 0 2 8		(略)	
I 0 2 9		周術期等専門的口腔衛生処置 (1 口腔につき)	
	1・2	(略)	
		注 1 (略)	
	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 2 回に限り算定する。	
	3・4	(略)	
	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 I 0 2 9 - 2 に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、 <u>区分番号 I 0 3 0 に掲げる機械的歯面清掃処置及び区分番号 I 0 3 0 - 2 に掲げる非経口摂取患者口腔粘膜</u>	

	1	(略)	
	2	困難なもの	36点
	3	著しく困難なもの	60点
I 0 2 0		(略)	
I 0 2 1		根管内異物除去 (1 歯につき) (略)	
		(新設)	
I 0 2 2 ~ I 0 2 8		(略)	
I 0 2 9		周術期等専門的口腔衛生処置 (1 口腔につき)	
	1・2	(略)	
		注 1 (略)	
	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。	
	3・4	(略)	
	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 I 0 2 9 - 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 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。	

処置は、別に算定できない。

I 0 2 9 - 2 在宅等療養患者専門的口腔衛生処置（1口腔につき）（略）

注1・2 （略）

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及び区分番号I 0 3 0 - 2に掲げる非経口摂取患者口腔粘膜処置は、別に算定できない。

I 0 2 9 - 3 （略）

I 0 3 0 機械的歯面清掃処置（1口腔につき） 70点

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に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置、区分番号C 0 0 1に掲げる訪問歯科衛生指導料又は区分番号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A 0 0 0に掲げる初診料の注6、区分番号A 0 0 2に掲げる再診料の注4若しくは区分番号C 0 0 0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、妊婦又は他の保険医療機関（歯科診療を行う保険医療機関を除く。）から文書による診療情報の提供を受けた糖尿病患者については月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

I 0 2 9 - 2 在宅等療養患者専門的口腔衛生処置（1口腔につき）（略）

注1・2 （略）

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 （略）

I 0 3 0 機械的歯面清掃処置（1口腔につき） 68点

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に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置、区分番号C 0 0 1に掲げる訪問歯科衛生指導料又は区分番号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A 0 0 0に掲げる初診料の注6、区分番号A 0 0 2に掲げる再診料の注4若しくは区分番号C 0 0 0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。

2 区分番号B 0 0 0 - 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 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 に掲げる歯周病安定期治療(II)、区分番号 I 0 1 1 - 2 - 3 に掲げる歯周病重症化予防治療、区分番号 I 0 2 9 - 2 に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置又は区分番号 I 0 3 0 - 2 に掲げる非経口摂取患者口腔粘膜処置を算定した月は算定できない。

I 0 3 0 - 2 非経口摂取患者口腔粘膜処置 (1口腔につき)

100点

注1 経口摂取が困難な患者に対して、歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が口腔粘膜処置等を行った場合に、月2回に限り算定する。

2 非経口摂取患者口腔粘膜処置を算定した月において、区分番号 I 0 1 0 に掲げる歯周疾患処置、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 に掲げる歯周病安定期治療(II)、区分番号 I 0 1 1 - 2 - 3 に掲げる歯周病重症化予防治療、区分番号 I 0 1 1 - 3 に掲げる歯周基本治療処置、区分番号 I 0 2 9 に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置、区分番号 I 0 2 9 - 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 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 3 1 (略)

第2節～第4節 (略)

第9部 手術

通則

1～10 (略)

11 手術の所定点数は、当該手術に当たって、表面麻酔、浸潤

料の注10に規定する加算、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 に掲げる歯周病安定期治療(II)又は区分番号 I 0 2 9 - 2 に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置を算定した月は算定できない。

(新設)

I 0 3 1 (略)

第2節～第4節 (略)

第9部 手術

通則

1～10 (略)

11 手術の所定点数は、当該手術に当たって、表面麻酔、浸潤

麻酔又は簡単な伝達麻酔を行った場合の費用を含む。ただし、麻酔に当たって使用した薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣の定めるところにより算定できる。

12～16 (略)

第1節 手術料

区分

J000 抜歯手術（1歯につき）

1～3 (略)

4 埋伏歯 1,054点

注1・2 (略)

3 4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、120点を所定点数に加算する。

4 (略)

J000-2～J041 (略)

J042 下顎骨悪性腫瘍手術

1 (略)

2 切断（おとがい部を含むもの） 79,270点

3 切断（その他のもの） (略)

J043～J079 (略)

J080 顎関節授動術

1 徒手的授動術

イ 単独の場合 440点

ロ パンピングを併用した場合 (略)

ハ 関節腔洗浄療法を併用した場合 (略)

2・3 (略)

J080-2 顎関節人工関節全置換術 59,260点

J081～J084-2 (略)

J085 デブリードマン

1 100平方センチメートル未満 1,260点

麻酔又は簡単な伝達麻酔を行った場合の費用を含む。

12～16 (略)

第1節 手術料

区分

J000 抜歯手術（1歯につき）

1～3 (略)

4 埋伏歯 1,050点

注1・2 (略)

3 4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、100点を所定点数に加算する。

4 (略)

J000-2～J041 (略)

J042 下顎骨悪性腫瘍手術

1 (略)

(新設)

2 切断 (略)

J043～J079 (略)

J080 顎関節授動術

1 徒手的授動術

(新設)

イ パンピングを併用した場合 (略)

ロ 関節腔洗浄療法を併用した場合 (略)

2・3 (略)

(新設)

J081～J084-2 (略)

J085 デブリードマン

1 100平方センチメートル未満 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	4,300点
	注1・2 (略)	
J086～J092	(略)	
J093	遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	94,460点
J094・J095	(略)	
J096	自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	131,310点
J097～J105	(略)	
J106	気管切開術	3,080点
J107	気管切開孔閉鎖術	1,250点
J108～J110	(略)	
	第2節 (略)	
	第3節 手術医療機器等加算	
区分		
J200-3～J200-4-2	(略)	
J200-4-3	超音波切削機器加算	1,000点
	注 区分番号J069、J075及びJ075-2に掲げる手術に当たって、超音波切削機器を使用した場合に加算する。	
J200-4-4	口腔粘膜蛍光観察評価加算	200点
	注 区分番号J018に掲げる手術に当たって、口腔粘膜蛍光観察機器を使用した場合に加算する。	
J200-5	画像等手術支援加算	
	1・2 (略)	
	注1 (略)	
	2 2については、区分番号J019の2、J038からJ043まで、J068からJ070-2まで、J072、J075及びJ076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。	

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	3,580点
	注1・2 (略)	
J086～J092	(略)	
J093	遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	92,460点
J094・J095	(略)	
J096	自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)	127,310点
J097～J105	(略)	
J106	気管切開術	2,570点
J107	気管切開孔閉鎖術	1,040点
J108～J110	(略)	
	第2節 (略)	
	第3節 手術医療機器等加算	
区分		
J200-3～J200-4-2	(略)	
	(新設)	
	(新設)	
J200-5	画像等手術支援加算	
	1・2 (略)	
	注1 (略)	
	2 2については、区分番号J019の2、J038からJ040まで、J042、J043、J068からJ070-2まで、J072、J075及びJ076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	

第4節～第6節 (略)
第10部 麻酔

通則

1～5 (略)

第1節 麻酔料

区分

K000～K002 (略)

K003 静脈内鎮静法 600点

注 区分番号K002に掲げる吸入鎮静法は、別に算定できない。

K004 歯科麻酔管理料 750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、当該保険医療機関の麻酔に従事する歯科医師（地方厚生局長等に届け出た者に限る。）が行った場合に算定する。

第2節・第3節 (略)

第11部 放射線治療

通則

1～3 (略)

第1節 放射線治療管理・実施料

区分

L000～L002 (略)

L003 密封小線源治療（一連につき）

1 (略)

2 腔内照射

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

12,000点

ロ (略)

に算定する。

第4節～第6節 (略)

第10部 麻酔

通則

1～5 (略)

第1節 麻酔料

区分

K000～K002 (略)

K003 静脈内鎮静法 120点

注 区分番号K002に掲げる吸入鎮静法は、別に算定できない。

(新設)

第2節・第3節 (略)

第11部 放射線治療

通則

1～3 (略)

第1節 放射線治療管理・実施料

区分

L000～L002 (略)

L003 密封小線源治療（一連につき）

1 (略)

2 腔内照射

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

10,000点

ロ (略)

- 3 (略)
- 4 放射性粒子照射（本数に関係なく） (略)
- 注1～5 (略)
- 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密封小線源治療（IGBT）（2のイに係るものに限る。）を行った場合には、画像誘導密封小線源治療加算として、一連につき1,200点を所定点数に加算する。

L004 (略)

第2節 (略)

第12部 歯冠修復及び欠損補綴

通則

1～3 (略)

4 6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な者に対して、第12部に掲げる歯冠修復及び欠損補綴を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、次に掲げる点数を、それぞれ当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に加算する。ただし、通則第6号又は第7号に掲げる加算を算定する場合は、この限りでない。

イ 区分番号M003（2のロ及びハに限る。）に掲げる印象採得、区分番号M003-3に掲げる咬合印象、区分番号M006（2のロに限る。）に掲げる咬合採得又は区分番号M030に掲げる有床義歯内面適合法を行った場合
所定点数の100分の70に相当する点数

ロ 歯冠修復及び欠損補綴（区分番号M000からM000-3まで、M003（2のロ及びハに限る。）、M003-3、区分番号M006（2のロに限る。）、M010、M011、M015、M015-2、M017からM02

- 3 (略)
- 4 放射性粒子照射（本数に関係なく） (略)
- 注1～5 (略)
- 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密封小線源治療（IGBT）（2のイに係るものに限る。）を行った場合には、画像誘導密封小線源治療加算として、一連につき300点を所定点数に加算する。

L004 (略)

第2節 (略)

第12部 歯冠修復及び欠損補綴

通則

1～3 (略)

4 6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な者に対して、第12部に掲げる歯冠修復及び欠損補綴を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、次に掲げる点数を、それぞれ当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に加算する。ただし、通則第6号又は第7号に掲げる加算を算定する場合は、この限りでない。

イ 区分番号M003（2のロ及びハに限る。）に掲げる印象採得、区分番号M006（2のロに限る。）に掲げる咬合採得又は区分番号M030に掲げる有床義歯内面適合法を行った場合
所定点数の100分の70に相当する点数

ロ 歯冠修復及び欠損補綴（区分番号M000からM000-3まで、M003（2のロ及びハに限る。）、区分番号M006（2のロに限る。）、M010、M011、M015、M015-2、M017からM026まで及びM0

6まで及びM030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

5 (略)

6 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定する患者であって、同注6に規定する加算を算定しないものに対して、歯科訪問診療時に第12部に掲げる歯冠修復及び欠損補綴を行った場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に加算する。

イ 区分番号M003(2の口及びハに限る。)に掲げる印象採得、区分番号M003-3に掲げる咬合印象、区分番号M006(2の口に限る。)に掲げる咬合採得又は区分番号M030に掲げる有床義歯内面適合法を行った場合

所定点数の100分の70に相当する点数

ロ (略)

7 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料及び同注6に規定する加算を算定する患者に対して、歯科訪問診療時に第12部に掲げる歯冠修復及び欠損補綴を行った場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に加算する。

イ 区分番号M003(2の口及びハに限る。)に掲げる印象採得、区分番号M003-3に掲げる咬合印象、区分番号M006(2の口に限る。)に掲げる咬合採得又は区分番号M030に掲げる有床義歯内面適合法を行った場合

所定点数の100分の70に相当する点数

ロ 歯冠修復及び欠損補綴(区分番号M000からM000-3まで、M003(2の口及びハに限る。)、M003-3、M006(2の口に限る。)、M010、M011、M015、M015-2、M017からM026まで及びM030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

8・9 (略)

30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

5 (略)

6 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定する患者であって、同注6に規定する加算を算定しないものに対して、歯科訪問診療時に第12部に掲げる歯冠修復及び欠損補綴を行った場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に加算する。

イ 区分番号M003(2の口及びハに限る。)に掲げる印象採得、区分番号M006(2の口に限る。)に掲げる咬合採得又は区分番号M030に掲げる有床義歯内面適合法を行った場合

所定点数の100分の70に相当する点数

ロ (略)

7 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料及び同注6に規定する加算を算定する患者に対して、歯科訪問診療時に第12部に掲げる歯冠修復及び欠損補綴を行った場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に加算する。

イ 区分番号M003(2の口及びハに限る。)に掲げる印象採得、区分番号M006(2の口に限る。)に掲げる咬合採得又は区分番号M030に掲げる有床義歯内面適合法を行った場合

所定点数の100分の70に相当する点数

ロ 歯冠修復及び欠損補綴(区分番号M000からM000-3まで、M003(2の口及びハに限る。)、M006(2の口に限る。)、M010、M011、M015、M015-2、M017からM026まで及びM030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

8・9 (略)

第1節 歯冠修復及び欠損補綴料

区分

(歯冠修復及び欠損補綴診療料)

M000～M000-3	(略)	
M001 歯冠形成 (1歯につき)		
1 生活歯歯冠形成		
イ・ロ	(略)	
ハ 既製冠	(略)	
2 失活歯歯冠形成		
イ・ロ	(略)	
ハ 既製冠	(略)	
3	(略)	
注1～11	(略)	
M001-2 う蝕歯即時充填形成 (1歯につき)	128点	
注1・2	(略)	
M001-3・M002	(略)	
M002-2 支台築造印象 (1歯につき)	34点	
注	(略)	
M003・M003-2	(略)	
M003-3 咬合印象	140点	
M004	(略)	
M005 装着		
1～3	(略)	
注1	(略)	
2	接着ブ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、接着冠ごとに45点を所定点数に加算する。	
3	(略)	
M005-2～M008	(略)	
(歯冠修復)		

第1節 歯冠修復及び欠損補綴料

区分

(歯冠修復及び欠損補綴診療料)

M000～M000-3	(略)	
M001 歯冠形成 (1歯につき)		
1 生活歯歯冠形成		
イ・ロ	(略)	
ハ 乳歯金属冠	(略)	
2 失活歯歯冠形成		
イ・ロ	(略)	
ハ 乳歯金属冠	(略)	
3	(略)	
注1～11	(略)	
M001-2 う蝕歯即時充填形成 (1歯につき)	126点	
注1・2	(略)	
M001-3・M002	(略)	
M002-2 支台築造印象 (1歯につき)	32点	
注	(略)	
M003・M003-2	(略)	
(新設)		
M004	(略)	
M005 装着		
1～3	(略)	
注1	(略)	
(新設)		
2	(略)	
M005-2～M008	(略)	
(歯冠修復)		

M009	充填（1歯につき）	
	1 充填1	
	イ 単純なもの	<u>106</u> 点
	ロ 複雑なもの	<u>158</u> 点
	2 （略）	
	注1・2 （略）	
M010～M014	（略）	
M015	非金属歯冠修復（1個につき）	
	1 レジンインレー	
	イ 単純なもの	<u>124</u> 点
	ロ 複雑なもの	<u>176</u> 点
	2 （略）	
M015-2～M016-2	（略）	
	（欠損補綴）	
M016-3	既製金属冠（1歯につき）	<u>200</u> 点
M017	ポンティック（1歯につき）	（略）
	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・ロ （略）	
	ハ 大臼歯部の場合	<u>60</u> 点
M017-2	（略）	
M018	有床義歯	
	1 局部義歯（1床につき）	
	イ 1歯から4歯まで	<u>588</u> 点
	ロ 5歯から8歯まで	<u>724</u> 点
	ハ 9歯から11歯まで	<u>962</u> 点
	ニ 12歯から14歯まで	<u>1,391</u> 点
	2 総義歯（1顎につき）	<u>2,172</u> 点
M019	熱可塑性樹脂有床義歯	
	1 局部義歯（1床につき）	

M009	充填（1歯につき）	
	1 充填1	
	イ 単純なもの	<u>104</u> 点
	ロ 複雑なもの	<u>156</u> 点
	2 （略）	
	注1・2 （略）	
M010～M014	（略）	
M015	非金属歯冠修復（1個につき）	
	1 レジンインレー	
	イ 単純なもの	<u>104</u> 点
	ロ 複雑なもの	<u>156</u> 点
	2 （略）	
M015-2～M016-2	（略）	
	（欠損補綴）	
	（新設）	
M017	ポンティック（1歯につき）	（略）
	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・ロ （略）	
	ハ 大臼歯部の場合	<u>50</u> 点
M017-2	（略）	
M018	有床義歯	
	1 局部義歯（1床につき）	
	イ 1歯から4歯まで	<u>584</u> 点
	ロ 5歯から8歯まで	<u>718</u> 点
	ハ 9歯から11歯まで	<u>954</u> 点
	ニ 12歯から14歯まで	<u>1,382</u> 点
	2 総義歯（1顎につき）	<u>2,162</u> 点
M019	熱可塑性樹脂有床義歯	
	1 局部義歯（1床につき）	

イ	1 歯から4 歯まで	642点
ロ	5 歯から8 歯まで	866点
ハ	9 歯から11歯まで	1,080点
ニ	12歯から14歯まで	1,696点
2	総義歯（1 顎につき）	2,704点
M020	鑄造鉤（1 個につき）	
1	双子鉤	251点
2	二腕鉤	231点
M021	線鉤（1 個につき）	
1	双子鉤	220点
2・3	（略）	
M021-2	コンビネーション鉤（1 個につき） （削る）	（略）
M022	（略）	
M023	バー（1 個につき）	
1	鑄造バー	454点
2	屈曲バー	264点
注	（略）	
M024~M025-2	（略） （その他の技術）	
M026	補綴隙（1 個につき）	65点
注	（略）	
M027・M028	（略） （修理）	
M029	有床義歯修理（1 床につき）	252点
注1~4	（略）	
M030	有床義歯内面適合法	
1・2	（略）	
注1	2については、下顎総義歯又は区分番号M0 25に掲げる口蓋補綴、顎補綴に限る。	

イ	1 歯から4 歯まで	652点
ロ	5 歯から8 歯まで	878点
ハ	9 歯から11歯まで	1,094点
ニ	12歯から14歯まで	1,712点
2	総義歯（1 顎につき）	2,722点
M020	鑄造鉤（1 個につき）	
1	双子鉤	246点
2	二腕鉤	228点
M021	線鉤（1 個につき）	
1	双子鉤	212点
2・3	（略）	
M021-2	コンビネーション鉤（1 個につき）	（略）
注	二腕鉤の維持腕と拮抗腕にそれぞれ鑄造鉤と線 鉤を組み合わせて製作した場合に算定する。	
M022	（略）	
M023	バー（1 個につき）	
1	鑄造バー	450点
2	屈曲バー	260点
注	（略）	
M024~M025-2	（略） （その他の技術）	
M026	補綴隙（1 個につき）	60点
注	（略）	
M027・M028	（略） （修理）	
M029	有床義歯修理（1 床につき）	240点
注1~4	（略）	
M030	有床義歯内面適合法	
1・2	（略）	
注1	2については、下顎総義歯に限る。	

2～5 (略)
M031～M041 (略)
第2節・第3節 (略)
第13部 歯科矯正

通則

1・2 (略)
第1節 歯科矯正料

区分

N000・N001 (略)
N002 歯科矯正管理料 (略)
注1 (略)

2 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号B000-4-3に掲げる口腔機能管理料、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)又は区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定している患者に対して行った歯科矯正管理の費用は、別に算定できない。

3 (略)
N003～N028 (略)
第2節 (略)
第14部 病理診断

通則

1・2 (略)
O000 口腔病理診断料 (歯科診療に係るものに限る。)
1・2 (略)
注1 1については、病理診断を専ら担当する歯科

2～5 (略)
M031～M041 (略)
第2節・第3節 (略)
第13部 歯科矯正

通則

1・2 (略)
第1節 歯科矯正料

区分

N000・N001 (略)
N002 歯科矯正管理料 (略)
注1 (略)

2 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)又は区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定している患者に対して行った歯科矯正管理の費用は、別に算定できない。

3 (略)
N003～N028 (略)
第2節 (略)
第14部 病理診断

通則

1・2 (略)
O000 口腔病理診断料 (歯科診療に係るものに限る。)
1・2 (略)
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若しくは病理診断を専ら担当する常勤の歯科医師又は医師が勤務する診療所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製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製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製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。

- 2 2については、病理診断を専ら担当する歯科医師又は医師が勤務する病院若しくは病理診断を専ら担当する常勤の歯科医師又は医師が勤務する診療所である保険医療機関において、医科点数表の区分番号N003-2に掲げる迅速細胞診、医科点数表の区分番号N004に掲げる細胞診の2により作製された標本に基づく診断

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製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製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製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。

- 2 2については、病理診断を専ら担当する歯科医師又は医師が勤務する病院である保険医療機関において、医科点数表の区分番号N003-2に掲げる迅速細胞診、医科点数表の区分番号N004に掲げる細胞診の2により作製された標本に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された標本に

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

3～5 (略)

0001 (略)

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。

3～5 (略)

0001 (略)