

平成22年2月12日

厚生労働大臣

長 妻 昭 殿

中央社会保険医療協議会

会 長 遠 藤 久 夫

答 申 書

(平成22年度診療報酬改定について)

平成22年1月15日付け厚生労働省発保0115第1号をもって諮問のあった件について、別紙1から別紙6までの改正案を答申する。

なお、答申に当たっての本協議会の意見は、別添のとおりである。

(別添)

- 1 再診料や外来管理加算、入院基本料等の基本診療料については、その在り方について検討を行うこととするほか、財政影響も含め、平成22年度診療報酬改定における見直しの影響を検証するとともに、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。
- 2 慢性期入院医療の在り方を総合的に検討するため、一般病棟や療養病棟、障害者病棟を含めた横断的な実態調査を行い、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。
- 3 新生児集中治療の評価や小児救急医療の評価、有床診療所・療養病床の後方病床機能の評価を含め、平成22年度診療報酬改定で重点課題として評価した事項については、見直しにおける影響を検証するとともに、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。
- 4 平成22年度診療報酬改定で講じることとした、厳しい勤務実態にある病院勤務医の負担軽減及び処遇改善に係る措置の効果を検証するとともに、その結果等を踏まえ、いわゆるドクターフィーの導入の是非も含め、更なる取組の必要性について、検討を行うこと。
- 5 救急医療機関の勤務医の負担を軽減する観点から、保険者や地方公共団体をはじめとする各関係者は、医療機関の適正受診に関する啓発を行うこと。また、その効果が現れない場合には、更なる取組について検討を行うこと。
- 6 看護職員の厳しい勤務実態等を十分把握した上で、看護職員の配置や夜勤時間に関する要件の在り方を含め、看護職員の負担軽減及び処遇改善に係る措置等について、検討を行うこと。
- 7 薬剤師の病棟配置の評価を含め、チーム医療に関する評価について、検討を行うこと。
- 8 訪問看護については、診療報酬と介護報酬の同時改定に向けて、訪問看護ステーションの安定的な経営や、患者の病状に合わせた訪問に対する評価の在り方について、検討を行うこと。
- 9 リハビリテーションや精神医療など、平成22年度診療報酬改定で大幅な見直しを行った分野については、その影響を検証するとともに、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。

- 1 0 平成 2 2 年度診療報酬改定以降順次実施する D P C の調整係数の廃止・新たな機能評価係数の導入については、その影響を十分に評価するとともに、これを踏まえながら、今後、最終的に設定する調整係数廃止後の評価方法等について引き続き検討を行うこと。また、併せて高額薬剤の取り扱い等についても検討を行うこと。
- 1 1 診療報酬と介護報酬の同時改定に向け、必要な医療・介護サービスが切れ目無く円滑に提供されるよう、検討を行うこと。
- 1 2 地域特性を踏まえた診療報酬の在り方について、検討を行うこと。
- 1 3 診療報酬体系の簡素・合理化について引き続き取り組むとともに、個々の診療報酬項目の名称について国民に分かりやすいものになるよう検討を行うこと。
- 1 4 診療報酬における包括化や I T 化の進展等の状況変化を踏まえて、診療報酬の請求方法や、指導・監査等適切な事後チェックに資するための検討を引き続き行うこと。
- 1 5 明細書発行の実施状況等を検証するとともに、その結果も踏まえながら、患者への情報提供の在り方について検討を行うこと。
- 1 6 平成 2 2 年度診療報酬改定の実施後においては、特に以下の項目について調査・検証を行うこととすること。
 - (1) チーム医療に関する評価創設後の役割分担の状況や医療内容の変化及び病院勤務医の負担軽減の状況
 - (2) 在宅医療の実施状況及び医療と介護の連携状況
 - (3) 在宅歯科医療及び障害者歯科医療の実施状況
 - (4) 義歯修理の実施状況、義歯に関する患者満足度の状況及び歯科技工士の雇用状況
 - (5) 後発医薬品の処方・調剤の状況

なお、上記の事項については、できるだけ早急に取り組を開始するとともに、国民がより質の高い医療を受けることが出来るよう、幅広い視点に立って、診療報酬のあり方について検討を行うこと。

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】	1 歯科初診料 182点	218点
【注の削除】	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、療養の給付等に係る事務を電子的に行うための体制整備に係る取組を行った場合には、電子化加算として、所定点数に3点を加算する。	(削除)
【注の追加】	(追加)	注10 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、歯科診療を実施している他の保険医療機関（診療所に限る。）において注6又は区分番号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

【注の追加】

第2節 再診料

A002 再診料

【点数の見直し】

- 1 歯科再診料
- 2 地域歯科診療支援病院歯科再診料

40点 → 42点
57点 → 69点

【注の追加】

(追加) → 注8 通院困難な患者に対して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には、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

に対して、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受けた上で、外来において初診を行った場合には、障害者歯科医療連携加算として、月1回に限り所定点数に100点を加算する。

(追加) → 注11 通院困難な患者に対して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には、在宅患者等急性歯科疾患対応加算として、所定点数に232点を加算する。

【注の追加】

(追加)

、1日につき所定点数に加算する。

イ 1回目 232点

ロ 2回目以降 90点

注9 個別の費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行等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（診療所に限る。）を受診した患者については、明細書発行体制等加算として、所定点数に1点を加算する。

項 目	現 行	改 正 案
<p>第1章 基本診療料</p> <p>第2部 入院料等</p> <p>通則</p> <p>【通則の見直し】</p> <p>第2節 入院基本料等加算</p> <p>A200 入院時医学管理加算</p> <p>【名称の見直し】</p> <p>A204-2 臨床研修病院入院診療加算（入院初日）</p>	<p>2 同一の保険医療機関において、同一の患者につき、第1節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料を含む。）、第3節の各区分に掲げる特定入院料及び第4節の各区分に掲げる短期滞在手術基本料を同一の日に算定することはできない。</p> <p>入院時医学管理加算</p>	<p>2 同一の保険医療機関において、同一の患者につき、第1節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料、7対1特別入院基本料及び10対1特別入院基本料（以下「特別入院基本料等」という。）を含む。）、第3節の各区分に掲げる特定入院料及び第4節の各区分に掲げる短期滞在手術基本料を同一の日に算定することはできない。</p> <p>総合入院体制加算</p>

【項目の見直し】	1 単独型臨床研修病院及び管理型臨床研修病院 40点	→	1 単独型又は管理型 40点
	2 協力型臨床研修病院 20点		2 協力型 20点
【新設】	(新設)	→	A 2 0 6 - 3 急性期看護補助体制加算
【新設】	(新設)	→	A 2 2 3 - 2 栄養サポートチーム加算
A 2 2 7 退院調整加算			
【名称の見直し】	退院調整加算	→	慢性期病棟等退院調整加算
【新設】	(新設)	→	A 2 2 7 - 2 急性期病棟等退院調整加算
【新設】	(新設)	→	A 2 2 7 - 3 救急搬送患者地域連携紹介加算
【新設】	(新設)	→	A 2 2 7 - 4 救急搬送患者地域連携受入加算
A 2 4 0 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算	A 2 4 0 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算	→	(削除)
【削除】			

A 2 4 1 後期高齢者総合評価加算

【名称の見直し】

後期高齢者総合評価加算

→ 総合評価加算

A 2 4 2 後期高齢者退院調整加算

【削除】

A 2 4 2 後期高齢者退院調整加算

→ (削除)

【新設】

(新設)

A 2 4 3 後発医薬品使用体制加算

A 2 5 0 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、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 - 2に掲げる後期高齢者在宅療養口腔機能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り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（特別入院基本料を含む。）を現に算定している患者に限る。）につ

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C 0 0 0に掲げる歯科訪問診療料又は区分番号A 0 0 0に掲げる初診料の注6若しくは区分番号A 0 0 2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り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

第3節 特定入院料

【新設】

いて、入院初日に限り所定点数に加算する。

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。

（新設）



A303 緩和ケア病棟入院料

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>		
【項目の見直し】	<p>1 1回目 130点</p> <p>2 2回目以降 110点</p>	<p>110点</p>
【注の見直し】	<p>注1 1回目の歯科疾患管理料は、齲蝕、歯肉炎、歯周病、歯の欠損等継続的な口腔管理が必要な患者に対し、患者又はその家族の同意を得て管理計画書を作成し、その内容について説明を行い、初診日から起算して1月以内に管理計画書を提供した場合に、1回に限り算定できる。</p>	<p>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、患者又はその家族の同意を得て管理計画書を作成し、その内容について説明を行い、管理計画書を提供した場合に、初診日の属する月から起算して2月以内に1回に限り、算定できる。</p>
【注の見直し】	<p>3 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から1月以内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</p>	<p>3 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ものとする。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</p>

	<p>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。</p>		<p>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。</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>5 歯科疾患管理料を算定した月は、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号C001-2に掲げる後期高齢者在宅療養口腔機能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。</p>	<p>→</p>	<p>5 歯科疾患管理料を算定した月において、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N002に掲げる歯科矯正管理料は、算定できない。</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>7 齲蝕に罹患している13歳未満の患者であって、齲蝕多発傾向にあり、齲蝕に対する歯冠修復終了後も齲蝕活動性が高く、継続的な指導管理が必要な者（以下この表において「齲蝕多発傾向者」という。）に対して、主治の歯科医師又はその指示に基づき歯科衛生士が、フッ化物局所応用による指導管理（フッ化物洗口に係るものを除く。）を行った場合は所定点数に80点を加算する。ただし、区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している患者については、当該加算は算定しない。</p>	<p>→</p>	<p>7 う蝕に罹患している13歳未満の患者であって、う蝕多発傾向にあり、う蝕に対する歯冠修復終了後もう蝕活動性が高く、継続的な指導管理が必要な者（以下この表において「う蝕多発傾向者」という。）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、フッ化物局所応用による指導管理（フッ化物洗口に係るものを除く。）を行った場合は、所定点数に80点を加算する。ただし、区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している患者については、当該加算は算定しない。</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>8 4歳以上の齲蝕多発傾向者又はその家族等に対して、主治の歯科医師又はその指示に基づき歯科衛生士が、フッ化物洗口に係る薬液の取扱い及び洗口法に関する指導を行った場</p>	<p>→</p>	<p>8 4歳以上のう蝕多発傾向者又はその家族等に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物洗口に係る薬液の取扱い及び洗口法に関する指導を行った場</p>

B 0 0 1 - 2 歯科衛生実地指導料

【項目の見直し】

合は、歯科疾患管理の実施期間中に患者 1 人につき 1 回に限り所定点数に40点を加算する。ただし、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については、当該加算は算定しない。

合は、歯科疾患管理の実施期間中に患者 1 人につき 1 回に限り所定点数に40点を加算する。ただし、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については、当該加算は算定しない。

80点

- 1 歯科衛生実地指導料 1 80点
- 2 歯科衛生実地指導料 2 100点

【注の見直し】

注1 齲蝕又は歯周疾患に罹患している患者に対して、主治の歯科医師の指示に基づき歯科衛生士が、直接口腔内で15分以上の実地指導を行った上で、当該指導内容に係る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。

注1 1については、う蝕又は歯周疾患に罹患している患者に対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、直接口腔内で15分以上の実地指導を行った上で、当該指導内容に係る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。

【注の追加】

(追加)

注2 2については、区分番号A 0 0 0 に掲げる初診料の注10に規定する加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合す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A 0 0 0 に掲げる初診料の注 6 又は区分番号A 0 0 2 に掲げる再診料の注 4 に規定する加算を算定している患者であって、う蝕又は歯周疾患に罹患しているものに対して、主治

B002 歯科特定疾患療養管理料

【注の見直し】

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特定疾患療養管理料は、それぞれの区分の所定点数に含まれるものとする。

の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、直接口腔内で15分以上の实地指導（15分以上の实地指導を行うことが困難な場合にあつては、月2回の实地指導を合わせて15分以上の实地指導）を行い、かつ、当該指導内容に係る情報を文書により提供したときに、月1回に限り算定する。なお、歯科衛生实地指導料2を算定した月においては、歯科衛生实地指導料1は算定できない。

4 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号C001-3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特定疾患療養管理料は、別に算定できない。

B004-1-2 がん性疼痛緩和指導管理料

【注の見直し】

注 がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与している患者に対して、WHO方式のがん性疼痛の治療法に基づき、保険医療機関の保険医である歯科医師が計画的な治療管理及び療養上必要な指導を行い、麻薬を処方した場合に、月1回に限り算定する。

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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与している患者に対して、WHO方式のがん性疼痛の治療法に基づき、当該保険医療機関の保険医が計画的な治療管理及

【新設】

(新設)

び療養上必要な指導を行い、麻薬を処方した場合に、月1回に限り算定する。

B004-1-3 がん患者カウンセリング料
500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、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、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)

B004-1-4 入院栄養食事指導料
130点

注 入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、歯科医師の指示を受けた管理栄養士が具体的な献立によって指導を行った場合に、入院中2回を限度として算定する。

B004-6 歯科治療総合医療管理料

【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り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、区分番号I009-2及び区分番号I010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M002までに掲げるものに限り、全身麻酔下で行うものを除く。）を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。

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、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り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、区分番号I009-2、区分番号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M002までに掲げるものに限り、全身麻酔下で行うものを除く。）を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。

【新設】

(新設)

B004-9 介護支援連携指導料 300点

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、歯科医師又は歯科医師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回に限り算定する。ただし、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（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

【新設】

(新設)

行った場合に限る。)は別に算定できない。

B006-3 がん治療連携計画策定料 750点

注1 入院中のがん患者の退院後の治療を総合的に管理するため、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病院である保険医療機関(以下この表において「計画策定病院」という。)が、あらかじめがんの種類やステージを考慮した地域連携診療計画を作成し、がん治療を担う別の保険医療機関と共有し、かつ、入院中のがん患者に対して、患者の同意を得た上で、当該計画に基づき当該患者の治療計画を作成し、患者に説明し、文書により提供するとともに、退院時に当該別の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合(がんと診断されてから最初の入院に係るものに限る。)に、退院時に1回に限り所定点数を算定する。

2 注1の規定に基づく当該別の保険医療機関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)の費用は、所定点数に含まれるものとする。

3 区分番号B006に掲げる開放型病院共同指導料(II)又は区分番号B015に掲げる退院時共同指導料2は、別に算定できない。

【新設】

(新設)

B006-3-2 がん治療連携指導料 300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（計画策定病院を除く。）が、区分番号B006-3に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した患者であって入院中の患者以外のものに対して、地域連携診療計画に基づいた治療を行うとともに、患者の同意を得た上で、計画策定病院に当該患者に係る診療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。

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B009に掲げる診療情報提供料(I)の費用は、所定点数に含まれるものとする。

B008 薬剤管理指導料

【注の削除】

注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。

(削除)

【注の追加】

B 0 0 9 診療情報提供料(I)

【注の追加】

B 0 1 1 - 3 薬剤情報提供料

(追加)

注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、入院中の患者に対して薬学的管理指導を行った場合に、医薬品安全性情報等管理体制加算として、入院中1回に限り、初回の薬学的管理指導に係る算定の際に、所定点数に50点を加算する。

(追加)

注6 保険医療機関が、区分番号A 0 0 0に掲げる初診料の注6若しくは区分番号A 0 0 2に掲げる再診料の注4に規定する加算を算定している患者又は区分番号C 0 0 0に掲げる歯科訪問診療料を算定している患者について、当該患者又はその家族の同意を得て、区分番号A 0 0 0に掲げる初診料の注10に規定する加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関、歯科医業を行わない保険医療機関又は指定居宅介護支援事業者に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合は、所定点数に100点を加算する。

<p>【注の見直し】</p>	<p>注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。</p>	<p>注2 注1の場合において、処方した薬剤の名称を当該患者の求めに応じて手帳に記載した場合には、手帳記載加算として、所定点数に3点を加算する。</p>
<p>B011-4 後期高齢者退院時薬剤情報提供料</p>	<p>後期高齢者退院時薬剤情報提供料 100点</p>	<p>退院時薬剤情報管理指導料 90点</p>
<p>【名称の見直し】 【点数の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>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。</p>	<p>注 保険医療機関が、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上で、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に、退院の日1回に限り算定する。</p>
<p>B013 義歯管理料（1口腔につき</p>		

)

【点数の見直し】

1 新製有床義歯管理料 100点 → 150点

【注の見直し】

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。

注1 新製有床義歯管理料は、新たに製作した有床義歯を装着した日の属する月に、当該有床義歯を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、1回に限り算定する。

【注の見直し】

注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。

注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（装着日の属する月から起算して2月以上3月以内の期間に限る。）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。

【注の見直し】

注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。

注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4月以上1年以内の期間において月1回に限り算定する。

<p>【注の追加】</p>		<p>(追加) →</p> <p>注5 区分番号B013-2に掲げる有床義歯調整管理料は、別に算定できない。</p>
<p>【新設】</p>		<p>(新設) →</p> <p>B013-2 有床義歯調整管理料（一口腔につき） 30点</p> <p>注 区分番号B013に掲げる義歯管理料を算定する患者について、義歯管理料を算定する日の属する月と同一月において、当該患者の義歯の調整に係る管理を行った場合に、月2回を限度として算定する。</p>
<p>B016 後期高齢者終末期相談支援料</p> <p>【削除】</p>	<p>200点</p> <p>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。</p>	<p>(削除)</p>
<p>B018 医療機器安全管理料（一連</p>		

につき)

【点数の見直し】

1,000点



1,100点

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>【注の見直し】</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。</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 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、算定しない。</p> <p>イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療</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当該患者の同意を得た歯科訪問診療</p>

【注の見直し】

注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

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、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。）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当該患者の同意を得た歯科訪問診療

【注の見直し】

注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帯している場合は、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、J200-3及びM091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

注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帯している場合は、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。

- イ 1回目 232点
- ロ 2回目以降 90点

【点数の見直し】

- 1 複雑なもの
- 2 簡単なもの

350点
100点

360点
120点

C 0 0 1 - 2 後期高齢者在宅療養口
腔機能管理料

180点

(削除)

【削除】

- 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。

【新設】

(新設)

C 0 0 1 - 3 歯科疾患在宅療養管理料

- | | | |
|---|----------------|------|
| 1 | 在宅療養支援歯科診療所の場合 | 140点 |
| 2 | 1以外の場合 | 130点 |

注1 当該保険医療機関に属する保険医である歯科医師が、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、当該患者の歯科疾患の状況等を踏まえて作成した管理計画書を提供した場合に、月1回に限り算定する。

2 在宅療養支援歯科診療所に属する歯科医師が、当該患者の口腔機能の評価を行い、当該評価結果を踏まえて管理計画書を作成し、当該患者又はその家族に対して文書により提供した場合には、口腔機能管理加算として、月1回に限り、所定点数に50点を加算する。

3 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N 0 0 2に掲げる歯科矯正管理料は、別に算定できない。

4 主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、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

【新設】

(新設)

算定している患者又は区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料を算定している患者を除く。) に対して機械的歯面清掃を行った場合には、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I011-2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においては、算定しない。

C001-4 在宅患者歯科治療総合医療管理料
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、区分番号C000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り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、区分番号I009-2、区分番号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M002までに掲げるものに限り、全身麻酔下で行うものを除く。)を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。

C003 在宅患者訪問薬剤管理指導料

【項目の見直し】

- 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

- 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を算定すべき医療管理を2回以上行った場合においては、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ものとする。

【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（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、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

C 0 0 4 退院前在宅療養指導管理料

【注の追加】

(追加)

導を行った場合に、1と2を合わせて月2回に限り算定する。

注2 6歳未満の乳幼児に対して在宅療養に関する指導管理を行った場合には、乳幼児加算として、所定点数に200点を加算する。

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料 第3部 検査 第1節 検査料 D002 歯周組織検査 【項目の追加】 D003 スタディモデル（1組につき） 【削除】	(追加) 50点	3 混合歯列期歯周組織検査 40点 (削除)

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第4部 画像診断</p> <p>【通則の削除】</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> <p>イ 歯科エックス線撮影の場合（1回につき） 5点</p> <p>ロ 歯科パノラマ断層撮影の場合 50点</p> <p>ハ その他の場合 30点</p>	<p>（削除）</p>
<p>【通則の追加】</p>	<p>（追加）</p>	<p>4 入院中の患者以外の患者について、緊急のために、保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、当該保険医療機関内において撮影及び画像診断を行った場合は、所定点数に1日につき110点を加算する。</p>
<p>【通則の見直し】</p>	<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</p>	<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。</p>

E100 歯牙、歯周組織、顎骨、口腔軟組織

【項目の見直し】

算定した場合には、前号に掲げる加算は、算定しない。

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

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

1 単純撮影	
イ 歯科エックス線撮影	
(1) 全顎撮影の場合	250点
(2) 全顎撮影以外の場合（1枚につき）	25点
ロ その他の場合	65点
2 特殊撮影	
イ 歯科パノラマ断層撮影	180点
ロ 歯科パノラマ断層撮影以外の場合（一連につき）	264点
3 造影剤使用撮影	148点

1 単純撮影	
イ 歯科エックス線撮影	
(1) 全顎撮影の場合	
(一) アナログ撮影	250点
(二) デジタル撮影	252点
(2) 全顎撮影以外の場合（1枚につき）	
(一) アナログ撮影	25点
(二) デジタル撮影	28点
ロ その他の場合	
(1) アナログ撮影	65点
(2) デジタル撮影	68点
2 特殊撮影	
イ 歯科パノラマ断層撮影の場合	
(1) アナログ撮影	180点
(2) デジタル撮影	182点
ロ 歯科パノラマ断層撮影以外の場合（一連につき）	
(1) アナログ撮影	264点
(2) デジタル撮影	266点

<p>【注の見直し】</p>	<p>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。</p>	<p>→</p>	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="1442 150 1473 296">3</td> <td data-bbox="1487 150 1704 181">造影剤使用撮影</td> <td data-bbox="1989 193 2063 225">148点</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1487 193 1518 225">イ</td> <td data-bbox="1487 193 1704 225">アナログ撮影</td> <td data-bbox="1989 236 2063 268">150点</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1487 236 1518 268">ロ</td> <td data-bbox="1487 236 1704 268">デジタル撮影</td> <td></td> </tr> </table> <p>注1 1のイについて、咬翼法撮影又は咬合法撮影を行った場合には、所定点数に10点を加算する。</p>	3	造影剤使用撮影	148点	イ	アナログ撮影	150点	ロ	デジタル撮影	
3	造影剤使用撮影	148点										
イ	アナログ撮影	150点										
ロ	デジタル撮影											

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料 第5部 投薬 第2節 処方料 F100 処方料 【注の追加】 第5節 処方せん料 F400 処方せん料 【注の追加】	 (追加)	 注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（許可病床数が200床以上の病院に限る。）において、治療の開始に当たり投薬の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で抗悪性腫瘍剤を処方した場合には、抗悪性腫瘍剤処方管理加算として、月1回に限り、1処方につき70点を加算する。
	(追加)	注5 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（許可病床数が200床以上の

病院に限る。)において、治療の開始に当たり投薬の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で抗悪性腫瘍剤に係る処方せんを交付した場合には、抗悪性腫瘍剤処方管理加算として、月1回に限り、処方せんの交付1回につき70点を加算する。

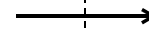
項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第6部 注射</p> <p>【通則の見直し】</p>	<p>6 区分番号G002に掲げる動脈注射、G003に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入又はG004に掲げる点滴注射について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって悪性腫瘍等の患者であるものに対して治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ1日につき前各号により算定した点数に加算する。</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>	<p>6 区分番号G000に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射、G001に掲げる静脈内注射、G002に掲げる動脈注射、G003に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、G004に掲げる点滴注射、G005に掲げる中心静脈注射又はG006に掲げる埋込型カテーテルによる中心静脈栄養について、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。</p> <p>イ 外来化学療法加算1 550点 (15歳未満の患者に対して行った場合は、750点)</p> <p>ロ 外来化学療法加算2 420点 (15歳未満の患者に対して行った場合は、700点)</p>

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第7部 リハビリテーション</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>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>【注の見直し】</p> <p>注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</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</p>	<p>1 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ) (1単位)</p> <p>イ ロ以外の場合 245点</p> <p>ロ 廃用症候群の場合 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)</p> <p>イ ロ以外の場合 200点</p> <p>ロ 廃用症候群の場合 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)</p> <p>イ ロ以外の場合 100点</p> <p>ロ 廃用症候群の場合 100点</p> <p>注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</p>

【新設】

き30点を所定点数に加算する。

(新設)



き45点を所定点数に加算する。

H003 がん患者リハビリテーション料（1単位） 200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、別に厚生労働大臣が定める患者であって、がんの治療のために入院しているものに対して、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。

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料		
第8部 処置		
【通則の見直し】	<p>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、通則第8号に掲げる加算を算定する場合はこの限りでない。</p>	<p>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、通則第8号に掲げる加算を算定する場合は、この限りでない。</p>
I 0 0 0 齲蝕処置（1歯1回につき）		
【名称の見直し】	齲蝕処置（1歯1回につき）	う蝕処置（1歯1回につき）
【点数の見直し】	16点	18点
I 0 0 1 歯髄覆罩（1歯につき）		
【名称の見直し】	<p>歯髄覆罩（1歯につき）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 非侵襲性歯髄覆罩 2 直接歯髄覆罩 	<p>歯髄保護処置（1歯につき）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 歯髄温存療法 2 直接歯髄保護処置

	3 間接歯髄覆罩		3 間接歯髄保護処置
【注の見直し】	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I000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。	→	注1 歯髄温存療法を行った場合の経過観察中の区分番号I000に掲げるう蝕処置の費用は、所定点数に含まれるものとする。
I002-2 乳幼児齲蝕薬物塗布処置（1口腔1回につき）			
【名称の見直し】	乳幼児齲蝕薬物塗布処置（1口腔1回につき）	→	乳幼児う蝕薬物塗布処置（1口腔1回につき）
I003 初期齲蝕小窩裂溝填塞処置			
【名称の見直し】	初期齲蝕小窩裂溝填塞処置	→	初期う蝕小窩裂溝填塞処置
I004 歯髄切断（1歯につき）			
【注の見直し】	注2 歯髄覆罩の費用は、所定点数に含まれるものとする。	→	注2 歯髄保護処置の費用は、所定点数に含まれるものとする。
I005 抜髄（1歯につき）			
【注の見直し】	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	→	注1 区分番号I001の1に掲げる歯髄温存療法を行った日から起算して3月以内の期間に当該処置を行った場合は、その区分に従い、

<p>【注の見直し】</p>	<p>点、256点又は420点を算定する。</p> <p>注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>70点、256点又は420点を算定する。</p> <p>注2 区分番号I001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、100点、286点又は450点を算定する。</p>									
<p>I007 根管貼薬処置（1歯1回につき）</p> <p>【点数の見直し】</p>	<table border="0"> <tr> <td>1 単根管</td> <td>14点</td> </tr> <tr> <td>2 2根管</td> <td>22点</td> </tr> <tr> <td>3 3根管以上</td> <td>28点</td> </tr> </table>	1 単根管	14点	2 2根管	22点	3 3根管以上	28点	<table border="0"> <tr> <td>20点</td> </tr> <tr> <td>22点</td> </tr> <tr> <td>30点</td> </tr> </table>	20点	22点	30点
1 単根管	14点										
2 2根管	22点										
3 3根管以上	28点										
20点											
22点											
30点											
<p>I008 根管充填（1歯につき）</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厚生局長等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>	<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に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料に係る地方厚生局長等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>									
<p>I011 歯周基本治療</p>											

【注の見直し】	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38点を加算する。
【注の見直し】	注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、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50に相当する点数により算定する。
【注の追加】	(追加)	注5 区分番号D002の3に掲げる混合歯列期歯周組織検査に基づく歯周基本治療については、1により算定する。
I 0 1 1 - 2 歯周病安定期治療（1口腔につき）	<ul style="list-style-type: none"> 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 	300点
【注の見直し】	注2 2回目以降の歯周病安定期治療は、前回実	注2 2回目以降の歯周病安定期治療の算定は、

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。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。

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。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。

【新設】

(新設)

I 0 1 1 - 3 歯周基本治療処置 (1 口腔につき 10点)

注1 区分番号 I 0 1 1 に掲げる歯周基本治療を行った部位に対して、薬剤等により歯周疾患の処置 (区分番号 I 0 1 0 に掲げる歯周疾患処置を除く。) を行った場合に、月 1 回に限り算定する。

2 区分番号 I 0 1 0 に掲げる歯周疾患処置を算定した月においては、歯周基本治療処置は別に算定できない。

3 薬剤等に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。

I 0 1 7 - 2 床副子調整 (1 口腔につき)

【項目の見直し】

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

1 睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床又は摂食機能療法に伴う舌接触補助床の場合 120点

【注の見直し】

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。

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及び摂食機能療法に伴う舌接触補助床の装着時又は装着後1月以内に、当該咬合床又は補助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 3 心身医学療法

【点数の見直し】

1 入院中の患者

70点

150点

【新設】

(新設)

I 0 2 8 術後専門的口腔衛生処置（1口腔につき）
80点

注 区分番号J016、J018、J031、J032、J035、J036、J038、J039、J040、J041、J042、J043、J068、J069、J070、J070-2、J072、J075、J076又はJ087に掲げる手術を行った入院患者であつて、術後感染症、術後肺炎等の発現等のおそれがあるものに対して、当該患者が入院する保険医療機関に属する歯科衛生士が、専門的口腔清掃を行った場合に、当該手術を行った日の属する月から起算して2月以内の期間において、月1回に限り算定する。

I 0 8 1 周辺装置加算

【削除】

- | | | |
|---|-------------------|------|
| 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 | 50点 |

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（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のいずれかを加算する。

→ (削除)

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料 第9部 手術 【通則の見直し】	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厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。	4 区分番号J018、J032、J039、J060、J069、J070-2、J076、J096及びJ104-2（注に規定する加算を算定する場合に限る。）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厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
【通則の見直し】	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、区分番号J100-2の注1に規定する加算又は通則第14号に掲げる加算を算定する場合はこの限りでない。	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、区分番号J100-2の注1に規定する加算又は通則第14号に掲げる加算を算定する場合は、この限りでない。
【通則の見直し】	9 入院中の患者以外の患者に対し、緊急のために、休日に手術を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である手術を行った場合において	9 入院中の患者以外の患者に対し、緊急のために、休日に手術を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である手術を行った場合であって

、当該手術の所定点数が150点以上のときの手術の費用は、それぞれ所定点数の100分の80又は100分の40若しくは100分の80に相当する点数を加算した点数により算定し、入院中の患者に対し、緊急のために、休日に手術を行った場合又は入院中の患者以外の患者に対し、その開始時間が深夜である手術を行った場合において、当該手術の所定点数が150点以上のときの手術の費用は、それぞれ所定点数の100分の80に相当する点数を加算した点数により算定する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関にあっては、入院中の患者以外の患者に対し、その開始時間が同注7のただし書に規定する時間である手術を行った場合は、所定点数の100分の40に相当する点数を加算する。

、当該手術の所定点数が150点以上のとき、当該手術の費用は、それぞれ所定点数の100分の80又は100分の40若しくは100分の80に相当する点数を加算した点数により算定する。また、入院中の患者に対し、緊急のために、休日に手術を行った場合又はその開始時間が深夜である手術を行った場合であって、当該手術の所定点数が150点以上のとき、当該手術の費用は、それぞれ所定点数の100分の80に相当する点数を加算した点数により算定する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7ただし書に規定する保険医療機関にあっては、入院中の患者以外の患者に対し、その開始時間が同注のただし書に規定する時間である手術を行った場合は、所定点数の100分の40に相当する点数を加算する。

【通則の見直し】

13 同一手術野又は同一病巣につき、2以上の手術を同時に行った場合の費用の算定は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、骨移植術又は植皮術を他の手術と同時に行った場合は、それぞれの所定点数を合算して算定し、別に厚生労働大臣が定める場合は別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。

13 同一手術野又は同一病巣につき、2以上の手術を同時に行った場合における費用の算定は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、神経移植術、骨移植術又は植皮術と他の手術とを同時に行った場合は、それぞれの所定点数を合算して算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める場合は、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。

【新設】

(新設)

J000-2 歯根分割搔爬術 260点

【新設】		(新設)	→	J 0 0 0 - 3 上顎洞陥入歯除去術 1 抜歯窩から行う場合 470点 2 犬歯窩開さくにより行う場合 2,000点
J 0 1 3 口腔内消炎手術				
【点数の見直し】	1 智歯周囲炎の歯肉弁切除等	140点	→	120点
【新設】		(新設)	→	J 0 1 5 - 2 口腔底迷入下顎智歯除去術 5,230点
J 0 1 7 舌腫瘍摘出術				
【点数の見直し】	1 粘液嚢胞摘出術	940点	→	1,220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	11,700点 32,900点	→	14,470点 49,350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 硬口蓋に及ぶもの	8,590点 14,300点	→	1 軟口蓋のみのもの 11,170点 2 硬口蓋に及ぶもの 18,590点

	3 顎裂を伴うもの	14,900点		3 顎裂を伴うもの イ 片側 ロ 両側	19,360点 29,040点
J 0 2 4 口唇裂形成手術（片側） 【点数の見直し】	1 口唇のみの場合 2 口唇裂鼻形成を伴う場合 3 鼻腔底形成を伴う場合	7,800点 12,200点 13,100点	→	10,140点 14,470点 17,030点	
J 0 2 4 - 2 口唇裂形成手術（両側） 【点数の見直し】	1 口唇のみの場合 3 鼻腔底形成を伴う場合	11,700点 19,700点	→	14,470点 25,610点	
J 0 2 4 - 4 鼻咽腔閉鎖術 【点数の見直し】		12,800点	→	16,640点	
J 0 2 7 頬、口唇、舌小帯形成術 【点数の見直し】		450点	→	560点	
J 0 2 8 舌形成手術（巨舌症手術）					

【点数の見直し】

J 0 3 1 口唇悪性腫瘍手術

【点数の見直し】

J 0 3 2 口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術

【点数の見直し】

J 0 3 9 上顎骨悪性腫瘍手術

【点数の見直し】

- 1 搔爬
- 2 切除
- 3 全摘

J 0 4 0 下顎骨部分切除術

【点数の見直し】

J 0 4 1 下顎骨離断術

【点数の見直し】

4,490点 → 5,840点

18,700点 → 21,700点

39,600点 → 59,400点

4,520点
20,600点
32,400点

→

5,880点
21,700点
37,420点

7,660点 → 9,960点

12,100点 → 15,730点

J 0 4 2 下顎骨悪性腫瘍手術

【点数の見直し】

- 1 切除
- 2 切断

18,000点
24,800点

→

21,700点
28,940点

J 0 5 7 顎下腺悪性腫瘍手術

【点数の見直し】

20,000点 → 21,700点

J 0 5 9 耳下腺腫瘍摘出術

【点数の見直し】

- 1 耳下腺浅葉摘出術
- 2 耳下腺深葉摘出術

16,100点
18,400点

→

20,930点
23,920点

J 0 6 0 耳下腺悪性腫瘍手術

【点数の見直し】

- 1 切除
- 2 全摘

19,000点
28,700点

→

21,700点
28,940点

J 0 6 2 唾液腺管形成手術

【点数の見直し】

6,720点 → 8,740点

J 0 6 3 歯周外科手術（1歯につき）

【点数の見直し】

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

730点

【注の見直し】

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。

注1 4及び5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。

【注の追加】

（追加）

注5 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、歯肉剥離搔爬手術又は歯周組織再生誘導手術について、レーザー照射により当該手術の対象歯の歯根面の歯石除去等を行った場合は、手術時歯根面レーザー応用加算として、所定点数に40点を加算する。

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

1,730点

1,780点

ロ 困難なもの

8,300点

10,790点

	2 同種骨移植 (生体)	9,100点		12,870点
	3 同種骨移植 (非生体)	9,900点		11,830点
J 0 6 3 - 3 骨 (軟骨) 組織採取術				
【点数の見直し】	2 その他のもの	3,470点	→	4,510点
J 0 6 8 上顎骨折観血的手術				
【点数の見直し】		9,010点	→	11,710点
J 0 6 9 上顎骨形成術				
【点数の見直し】	1 単純な場合	12,500点	→	16,250点
	2 複雑な場合及び2次的再建の場合	21,600点		32,400点
J 0 7 0 頬骨骨折観血的整復術				
【点数の見直し】		8,930点	→	11,610点
J 0 7 0 - 2 頬骨変形治癒骨折矯正術				

【点数の見直し】		18,000点	→	27,000点									
J 0 7 2 下顎骨折観血的手術													
【点数の見直し】	2 両側の場合	14,700点	→	19,110点									
【新設】		(新設)	→	<table border="1"> <tr> <td>J 0 7 2 - 2</td> <td>下顎関節突起骨折観血的手術</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1 片側</td> <td></td> <td>21,700点</td> </tr> <tr> <td>2 両側</td> <td></td> <td>36,170点</td> </tr> </table>	J 0 7 2 - 2	下顎関節突起骨折観血的手術		1 片側		21,700点	2 両側		36,170点
J 0 7 2 - 2	下顎関節突起骨折観血的手術												
1 片側		21,700点											
2 両側		36,170点											
J 0 7 4 顎骨内異物（挿入物）除去術													
【名称の見直し】	顎骨内異物（挿入物）除去術		→	顎骨内異物（挿入物を含む。）除去術									
J 0 7 5 下顎骨形成術													
【点数の見直し】	2 短縮又は伸長の場合 3 再建の場合	<table border="1"> <tr> <td>13,200点</td> <td>→</td> <td>17,160点</td> </tr> <tr> <td>18,500点</td> <td>→</td> <td>27,750点</td> </tr> </table>	13,200点	→	17,160点	18,500点	→	27,750点					
13,200点	→	17,160点											
18,500点	→	27,750点											
J 0 7 6 顔面多発骨折観血的手術													
【点数の見直し】		17,700点	→	26,550点									
J 0 7 8 顎関節脱臼観血的手術													
【点数の見直し】		14,100点	→	18,330点									

J 0 7 9 顎関節形成術				
【点数の見直し】			21,600点	→ 32,400点
J 0 8 0 顎関節授動術				
【点数の見直し】	2 顎関節鏡下授動術	4,320点	→	5,620点
	3 開放授動術	13,500点		17,550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	12,600点	→	14,470点
	2 開放円板整位術	17,000点		21,700点
J 0 8 5 デブリードマン				
【注の追加】			(追加)	→ 注2 骨、腱又は筋肉の露出を伴う損傷については、深部デブリードマン加算として、所定点数に1,000点を加算する。
J 0 8 7 上顎洞根本手術				
【名称の見直し】	上顎洞根本手術		→	上顎洞根治手術
J 0 8 9 分層植皮術				
【点数の見直し】	1 25平方センチメートル未満	5,000点	→	3,330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 6,000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 9,000点 4 200平方センチメートル以上 13,000点		4,590点 6,660点 20,150点
J089-2 全層植皮術			
【点数の見直し】	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	→	21,700点 31,350点
J090 皮膚移植術			
【名称の見直し】	皮膚移植術	→	皮膚移植術（生体・培養）
J090 皮膚移植術			
【注の見直し】	注1 同種皮膚移植術を行った場合に算定する。	→	注1 生体皮膚又は培養皮膚移植を行った場合に算定する。
【新設】	(新設)	→	J090-2 皮膚移植術（死体） 1 200平方センチメートル未満 5,190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 6,920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 10,380点 4 1000平方センチメートル以上3,000平方セ ンチメートル未満 25,320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】

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 6,830点

3 100平方センチメートル以上 10,400点

8,800点
15,600点

J 0 9 2 動脈（皮）弁術、筋（皮）
弁術

【点数の見直し】

21,900点

32,850点

J 0 9 3 遊離皮弁術（顕微鏡下血管
柄付きのもの）

【点数の見直し】

43,000点

64,500点

J 0 9 6 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】

49,200点

73,800点

J 0 9 9 動脈形成術、吻合術

【点数の見直し】		10,700点	→	13,910点	
J 0 9 9 - 2 抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用埋込型カテーテル設置					
【点数の見直し】		10,800点	→	16,640点	
J 1 0 0 血管移植術、バイパス移植術					
【点数の見直し】	1 頭、頸部動脈	36,700点	→	55,050点	
J 1 0 1 神経移植術					
【点数の見直し】		17,800点	→	18,090点	
J 1 0 2 交感神経節切除術					
【点数の見直し】		14,000点	→	18,200点	
【新設】		(新設)	→	J 1 0 4 - 2 皮膚悪性腫瘍切除術	
				1 広汎切除	21,700点
				2 単純切除	11,000点

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には、悪性黒色腫センチネルリンパ節加算として、所定点数に5,000点を加算する。ただし、当該手術に用いた色素の費用は、算定しない。

J 1 0 8 顔面神経麻痺形成手術

【点数の見直し】

2 動的なもの 26,000点 → 39,000点

J 2 0 0 - 3 周辺装置加算

【削除】

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 50点
 → (削除)

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、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。

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料 第10部 麻酔 【通則の見直し】 【通則の見直し】 K000 伝達麻酔（下顎孔又は眼窩下孔に行うもの） 【点数の見直し】 K001 浸潤麻酔、圧迫麻酔 【点数の見直し】	2 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麻酔を行った場合は、全身麻酔の場合を除き、当該麻酔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。 3 未熟児、新生児（未熟児を除く。）、乳児又は1歳以上3歳未満の幼児に対して全身麻酔を行った場合は、当該麻酔の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の200、100分の100、100分の50又は100分の20に相当する点数を加算する。 38点 23点	2 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麻酔を行った場合は、全身麻酔の場合を除き、当該麻酔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。 3 未熟児、新生児（未熟児を除く。）、乳児又は1歳以上3歳未満の幼児に対して全身麻酔を行った場合は、当該麻酔の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の200、100分の200、100分の50又は100分の20に相当する点数を加算する。 42点 30点

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料		
第11部 放射線治療		
L000 放射線治療管理料（分布図の作成1回につき）		
【点数の見直し】	3 4門以上の照射、運動照射、原体照射又は組織内照射を行った場合 3,400点	4,000点
L001 体外照射		
【点数の見直し】	2 コバルト ⁶⁰ 遠隔大量照射 イ 1回目 500点 ロ 2回目 150点 3 高エネルギー放射線治療 イ 1回目 (1) 1門照射又は対向2門照射を行った場合 930点 (2) 非対向2門照射又は3門照射を行った場合 1,240点 (3) 4門以上の照射、運動照射又は原体照射を行った場合 1,580点 ロ 2回目 (1) 1門照射又は対向2門照射を行った場合 310点 (2) 非対向2門照射又は3門照射を行った	250点 75点 840点 1,320点 1,800点 280点

【注の追加】

場合 410点
(3) 4門以上の照射、運動照射又は原体照射を行った場合 520点

440点
600点

(追加)

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（3のイの(3)若しくは口の(3)又は4に係るものに限る。）を行った場合には、画像誘導放射線治療加算として、患者1人1日につき1回に限り所定点数に300点を加算する。

L003 密封小線源治療（一連につき）

【点数の見直し】

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又は新型コバルト小線源治療装置を用いた場合 7,500点

10,000点
500点
5,000点
23,000点

【注の見直し】	ロ その他の場合 6,000点 4 放射性粒子照射（本数に関係なく） 2,000点	→	19,000点 8,000点
	注2 使用した高線量率イリジウムの費用として、購入価格を70円で除して得た点数を加算する。		注2 使用した高線量率イリジウムの費用として、購入価格を50円で除して得た点数を加算する。

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</p> <p>【通則の見直し】</p> <p>【通則の見直し】</p> <p>M000-2 補綴物維持管理料（1</p>	<p>4 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歯冠修復及び欠損補綴（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、全身麻酔下で行った場合を除き、当該歯冠修復及び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。ただし、通則第6号に掲げる加算を算定する場合はこの限りではない。</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厚生局長等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。</p>	<p>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歯冠修復及び欠損補綴（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、全身麻酔下で行った場合を除き、当該歯冠修復及び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。ただし、通則第6号に掲げる加算を算定する場合は、この限りではない。</p> <p>7 区分番号M000-2に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料に係る地方厚生局長等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、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、当該補綴物を装着する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。</p>

装置につき)		
【名称の見直し】	補綴物維持管理料（1装置につき）	クラウン・ブリッジ維持管理料（1装置につき）
【注の見直し】	<p>注1 補綴物の維持管理を行う旨を地方厚生局長等に届け出た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患者に対して、当該維持管理の内容に係る情報を文書により提供した場合に、当該保険医療機関単位で算定する。</p>	<p>注1 クラウン・ブリッジ維持管理料を保険医療機関単位で算定する旨を地方厚生局長等に届け出た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患者に対して、当該維持管理の内容に係る情報を文書により提供した場合に算定する。</p>
【注の見直し】	<p>注4 通則第4号に掲げる加算を算定する場合及び訪問診療を行った場合は、補綴物維持管理料は算定しない。</p>	<p>注4 通則第4号に掲げる加算を算定する場合及び訪問診療を行った場合は、算定しない。</p>
M001 歯冠形成（1歯につき）		
【注の見直し】	<p>注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。</p>	<p>注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無痛的に窩洞形成を行った場合は、う蝕歯無痛的窩洞形成加算として、所定点数に40点を加算する。</p>
M001-2 齲蝕歯即時充填形成（1歯につき）		

【名称の見直し】	齶蝕歯即時充填形成（1歯につき）	→	う蝕歯即時充填形成（1歯につき）
【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、レーザー照射により無痛的に齶蝕歯即時充填形成を行った場合は、齶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無痛的にう蝕歯即時充填形成を行った場合は、う蝕歯無痛的窩洞形成加算として、所定点数に40点を加算する。
【注の見直し】	注2 麻酔、歯髄覆罩、特定薬剤、窩洞形成等の費用は、所定点数に含まれるものとする。	→	注2 麻酔、歯髄保護処置、特定薬剤、窩洞形成等の費用は、所定点数に含まれるものとする。
M001-3 齶蝕歯インレー修復形成（1歯につき）	齶蝕歯インレー修復形成（1歯につき）	→	う蝕歯インレー修復形成（1歯につき）
【注の見直し】	注 麻酔、歯髄覆罩、特定薬剤、窩洞形成等の費用は、所定点数に含まれるものとする。	→	注 麻酔、歯髄保護処置、特定薬剤、窩洞形成等の費用は、所定点数に含まれるものとする。
M003 印象採得	ホ 口蓋補綴、顎補綴	→	ホ 口蓋補綴、顎補綴

	(1) 印象採得が簡単なもの 143点 (2) 印象採得が困難なもの 265点 (3) 印象採得が著しく困難なもの 400点		(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
M003-2 テンポラリークラウン (1歯につき) 【注の見直し】	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、前装鑄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。	→	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、前装鑄造冠若しくはジャケット冠に係る費用を算定した歯又は前装鑄造冠若しくはジャケット冠の歯冠形成を行うことを予定している歯について、前装鑄造冠又はジャケット冠の歯冠形成を算定した日から当該補綴物を装着するまでの期間において、1歯につき1回に限り算定する。
M005 装着 【項目の見直し】	ニ 口蓋補綴、顎補綴 (1) 印象採得が簡単なもの 100点 (2) 印象採得が困難なもの 200点 (3) 印象採得が著しく困難なもの 300点	→	ニ 口蓋補綴、顎補綴 (1) 印象採得が困難なもの 150点 (2) 印象採得が著しく困難なもの 300点
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	540点		550点
	ロ 5 歯から8 歯まで	665点		676点
	ハ 9 歯から11歯まで	890点		900点
	ニ 12歯から14歯まで	1,300点		1,310点
	2 総義歯 (1 顎につき)	2,050点		2,060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	705点		670点
	ロ 5 歯から8 歯まで	925点		900点
	ハ 9 歯から11歯まで	1,185点		1,120点
	ニ 12歯から14歯まで	1,815点		1,750点
	2 総義歯 (1 顎につき)	2,850点		2,780点
M022 フック、スパー (1個につき)				
【点数の見直し】		85点	→	96点
M023 バー (1個につき)				
【点数の見直し】	1 鋳造バー	420点	→	430点
【注の見直し】	注 鋳造バー又は屈曲バーに保持装置を装着した場合は、所定点数に50点を加算する。ただし、		→	注 鋳造バー又は屈曲バーに保持装置を装着した場合は、所定点数に60点を加算する。ただし、

	保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。		保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。
M025 口蓋補綴、顎補綴（1顎につき）			
【項目の見直し】	<ul style="list-style-type: none"> 1 印象採得が簡単なもの 1,000点 2 印象採得が困難なもの 1,500点 3 印象採得が著しく困難なもの 4,000点 	→	<ul style="list-style-type: none"> 1 印象採得が困難なもの 1,500点 2 印象採得が著しく困難なもの 4,000点
M029 有床義歯修理（1床につき）			
【注の追加】	(追加)	→	注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、患者の求めに応じて、破損した有床義歯を預かった日から起算して2日以内に修理を行い、当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算として、1床につき所定点数に20点を加算する。
M030 有床義歯床裏装			
【名称の見直し】	有床義歯床裏装	→	有床義歯内面適合法
M091 周辺装置加算	<ul style="list-style-type: none"> 1 エアタービン及びその周辺装置 200点 	→	(削除)

【削除】



2 歯科用電気エンジン及びその周辺装置

50点

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、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。

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料 第13部 歯科矯正 N002 歯科矯正管理料 【点数の見直し】 【注の見直し】 【注の削除】	300点 注1 区分番号N000に掲げる歯科矯正診断料の注1又は区分番号N001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。 注2 区分番号A000に掲げる初診料を算定した月の翌月以後に算定する。	240点 注1 区分番号N000に掲げる歯科矯正診断料の注1又は区分番号N001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ときに、区分番号A000に掲げる初診料を算定した日の属する月の翌月以降月1回に限り算定する。 (削除)

<p>【注の削除】</p>	<p>注3 同一の患者につき1月以内に歯科矯正管理料を算定すべき管理を2回以上行った場合においては、歯科矯正管理料は1回とし、第1回の管理を行ったときに算定する。</p>	<p>(削除)</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注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>注2 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号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。</p>
<p>N004 模型調製 (1組につき)</p> <p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>注4 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回に限り算定する。</p>
<p>N007 咬合採得 (1装置につき)</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>1 簡単なもの 100点 2 困難なもの 200点</p>	<p>70点 140点</p>

N012 床装置 (1装置につき) 【点数の見直し】	2 複雑なもの	2,500点		2,000点
N019 保定装置 (1装置につき) 【点数の見直し】	2 メタルリテーナー	6,800点		6,000点

【注の追加】

(追加)

注2 2については、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N003-2に掲げる術中迅速細胞診、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。

【注の見直し】

注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は別に算定できない。

注3 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き診断を行った場合には、医科点数表の区分番号N000からN004までに掲げる病理標本作製料は、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。）

【点数の見直し】

146点

150点

別紙 4

保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十五号）

改正案	現行
<p>(領収証等の交付) 第五条の二 (略) 2 厚生労働大臣の定める保険医療機関は、<u>前項に規定する領収証を交付するに当たっては、正当な理由がない限り、当該費用の計算の基礎となつた項目ごとに記載した明細書を無償で交付しなければならない。</u></p> <p>(診療の具体的方針) 第二十条 医師である保険医の診療の具体的方針は、前十二条の規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。 一 (略) 二 投薬 イ～ハ (略) ニ 投薬を行うに当たっては、後発医薬品の使用を<u>考慮するとともに、患者に後発医薬品を選択する機会を提供すること等患者が後発医薬品を選択しやすくするための対応に努めなければならない。</u> ホ～ト (略) 三～七 (略)</p>	<p>(領収証等の交付) 第五条の二 (略) 2 厚生労働大臣の定める保険医療機関は、<u>前項の場合において患者から求められたときは、当該費用の計算の基礎となつた項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。</u></p> <p>(診療の具体的方針) 第二十条 医師である保険医の診療の具体的方針は、前十二条の規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。 一 (略) 二 投薬 イ～ハ (略) ニ 投薬を行うに当たっては、後発医薬品の使用を<u>考慮するよう努めなければならない。</u> ホ～ト (略) 三～七 (略)</p>

(歯科診療の具体的方針)

第二十一条 歯科医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から第十九条の三までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

一 (略)

二 投薬

イ～ハ (略)

ニ 投薬を行うに当たっては、後発医薬品の使用を考慮するとともに、患者に後発医薬品を選択する機会を提供すること等患者が後発医薬品を選択しやすくするための対応に努めなければならない。

ホ・ヘ (略)

三～九 (略)

(処方せんの交付)

第二十三条 保険医は、処方せんを交付する場合には、様式第二号又はこれに準ずる様式の処方せんに必要な事項を記載しなければならない。

2 (略)

※ 様式第二号を別添のとおり改正。

(歯科診療の具体的方針)

第二十一条 歯科医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から第十九条の三までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

一 (略)

二 投薬

イ～ハ (略)

ニ 投薬を行うに当たっては、後発医薬品の使用を考慮するよう努めなければならない。

ホ・ヘ (略)

三～九 (略)

(処方せんの交付)

第二十三条 保険医は、処方せんを交付する場合には、様式第二号又はこれに準ずる様式の処方せんに必要な事項を記載しなければならない。

2 (略)

処方せん

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号		保険者番号	
公費負担医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	.

患者	氏名				保険医療機関の所在地及び名称			
	生年月日	明大昭平	年 月 日	男・女	電話番号			
	区分	被保険者	被扶養者		保険医氏名 (印)			
		都道府県番号	点数表番号	医療機関コード				
交付年月日	平成 年 月 日			処方せんの使用期間	平成 年 月 日			特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。

処方	
----	--

備考	
後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更が全て不可の場合、以下に署名又は記名・押印 保険医署名	

調剤済年月日	平成 年 月 日	公費負担者番号	
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名	(印)	公費負担医療の受給者番号	

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。その際、処方薬の一部について後発医薬品への変更に差し支えがあると判断した場合には、当該薬剤の銘柄名の近傍にその旨記載することとし、「保険医署名」欄には何も記載しないこと。

2. この用紙は、日本工業規格 A 列5番とすること。

3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

別紙 5

保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十六号）

改 正 案	現 行
<p>(領収証の交付) 第四条の二 (略) 2 厚生労働大臣の定める保険薬局は、前 <u>項に規定する領収証を交付するに当たつ</u> <u>ては、正当な理由がない限り、当該費用</u> <u>の計算の基礎となつた項目ごとに記載し</u> <u>た明細書を無償で交付しなければならない</u> <u>い。</u></p>	<p>(領収証の交付) 第四条の二 (略)</p>

別紙 6

高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和五十八年厚生省告示第十四号）

改正案	現行
<p>（領収証等の交付） 第五条の二（略） 2 厚生労働大臣の定める保険医療機関は、<u>前項に規定する領収証を交付するに当たっては、正当な理由がない限り、当該費用の計算の基礎となつた項目ごとに記載した明細書を無償で交付しなければならない。</u></p> <p>（診療の具体的方針） 第二十条 医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から前条までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。 一・二（略） 三 投薬 イ～ハ（略） ニ 投薬を行うに当たっては、後発医薬品の使用を<u>考慮するとともに、患者に後発医薬品を選択する機会を提供すること等患者が後発医薬品を選択しやすくするための対応に努めなければならない。</u></p>	<p>（領収証等の交付） 第五条の二（略） 2 厚生労働大臣の定める保険医療機関は、<u>前項の場合において患者から求められたときは、当該費用の計算の基礎となつた項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。</u></p> <p>（診療の具体的方針） 第二十条 医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から前条までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。 一・二（略） 三 投薬 イ～ハ（略） ニ 投薬を行うに当たっては、後発医薬品の使用を<u>考慮するよう努めなければならない。</u></p>

ホ～ト (略)
四～八 (略)

(歯科診療の具体的方針)

第二十一条 歯科医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から第十九条の三までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

一・二 (略)

三 投薬

イ～ハ (略)

ニ 投薬を行うに当たっては、後発医薬品の使用を考慮するとともに、患者に後発医薬品を選択する機会を提供すること等患者が後発医薬品を選択しやすくするための対応に努めなければならない。

ホ・ヘ (略)

四～九 (略)

(領収証の交付)

第二十六条の五 (略)

2 厚生労働大臣の定める保険薬局は、前項に規定する領収証を交付するに当たっては、正当な理由がない限り、当該費用の計算の基礎となつた項目ごとに記載した明細書を無償で交付しなければならない。

ホ～ト (略)
四～八 (略)

(歯科診療の具体的方針)

第二十一条 歯科医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から第十九条の三までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

一・二 (略)

三 投薬

イ～ハ (略)

ニ 投薬を行うに当たっては、後発医薬品の使用を考慮するよう努めなければならない。

ホ・ヘ (略)

四～九 (略)

(領収証の交付)

第二十六条の五 (略)