

別表第二

歯科診療報酬点数表

[目次]

- 第1章 基本診療料
 - 第1部 初・再診料
 - 第1節 初診料
 - 第2節 再診料
 - 第2部 入院料等
 - 第1節 入院基本料
 - 第2節 入院基本料等加算
 - 第3節 特定入院料
 - 第4節 短期滞在手術等基本料
- 第2章 特掲診療料
 - 第1部 医学管理等
 - 第2部 在宅医療
 - 第3部 検査
 - 第1節 検査料
 - 第2節 薬剤料
 - 第4部 画像診断
 - 第1節 診断料
 - 第2節 撮影料
 - 第3節 基本的エックス線診断料
 - 第4節 フィルム及び造影剤料
 - 第5部 投薬
 - 第1節 調剤料
 - 第2節 処方料
 - 第3節 薬剤料
 - 第4節 特定保険医療材料料
 - 第5節 処方せん料
 - 第6節 調剤技術基本料
 - 第6部 注射
 - 第1節 注射料
 - 第1款 注射実施料
 - 第2款 無菌製剤処理料
 - 第2節 薬剤料
 - 第3節 特定保険医療材料料
 - 第7部 リハビリテーション
 - 第1節 リハビリテーション料
 - 第2節 薬剤料
 - 第8部 処置
 - 第1節 処置料
 - 第2節 処置医療機器等加算
 - 第3節 特定薬剤料
 - 第4節 特定保険医療材料料
 - 第9部 手術
 - 第1節 手術料
 - 第2節 輸血料
 - 第3節 手術医療機器等加算
 - 第4節 薬剤料

- 第5節 特定薬剤料
- 第6節 特定保険医療材料料
- 第10部 麻酔
 - 第1節 麻酔料
 - 第2節 薬剤料
 - 第3節 特定保険医療材料料
- 第11部 放射線治療
 - 第1節 放射線治療管理・実施料
 - 第2節 特定保険医療材料料
- 第12部 歯冠修復及び欠損補綴^{てい}
 - 第1節 歯冠修復及び欠損補綴料^{てい}
 - 第2節 削除
 - 第3節 特定保険医療材料料
- 第13部 歯科矯正
 - 第1節 歯科矯正料
 - 第2節 特定保険医療材料料
- 第14部 病理診断

- 第1章 基本診療料
 - 第1部 初・再診料

第3章 経過措置
通則

- 1 健康保険法第63条第1項第1号及び高齢者医療確保法第64条第1項第1号の規定による初診及び再診の費用は、第1節又は第2節の各区分の所定点数により算定する。ただし、同時に2以上の傷病について初診を行った場合又は再診を行った場合は、初診料又は再診料は1回として算定する。
- 2 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にあつては、歯科診療及び歯科診療以外の診療につき、それぞれ別に初診料又は再診料を算定する。
- 3 入院中の患者（区分番号A400に掲げる短期滞在手術等基本料を算定する患者を含む。）に対する再診の費用（区分番号A002に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算を除く。）は、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。

第1節 初診料

区分

A000 初診料

- | | |
|-------------------|------|
| 1 歯科初診料 | 234点 |
| 2 地域歯科診療支援病院歯科初診料 | 282点 |

注1 1については、保険医療機関において初診を行った場合に算定する。

2 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関において初診を行った場合に算定する。この場合において、1の歯科初診料は算定できない。

3 1傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は併せて1回とし、第1回の初診時に算定する。

4 同一の患者について1月以内に初診料を算定すべき初診を2回以上行った場合は、初診料は1回とし、第1回の初診時に算定する。

5 6歳未満の乳幼児に対して保険医療機関が初診を行った場合は、40点を所定点数に加算する。ただし、注8に規定する加算を算定する場合は算定できない。

6 著しく歯科診療が困難な者に対して初診を行った場合は、175点（当該患者が歯科治療環境に円滑に適応できるような技法を用いた場合は、250点）を所定点数に加算する。

7 6歳以上の患者に対して保険医療機関が表示する診療時間以外の時間（深夜（

午後10時から午前6時までの間をいう。以下この表において同じ。)及び休日を除く。以下この表において同じ。)、休日(深夜を除く。以下この表において同じ。))又は深夜において初診を行った場合は、85点、250点又は480点をそれぞれ所定点数に加算する。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医療機関において、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間に初診を行った場合は、230点を所定点数に加算する。

- 8 6歳未満の乳幼児に対して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初診を行った場合は、125点、290点又は620点をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、注7のただし書に規定する保険医療機関において、同注のただし書に規定する時間に初診を行った場合は、270点を所定点数に加算する。
- 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、歯科外来診療の総合的な歯科医療環境の体制整備に係る取組を行った場合は、歯科外来診療環境体制加算として、初診時1回を限度として25点を所定点数に加算する。
- 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は、歯科診療特別対応連携加算として、月1回を限度として100点を所定点数に加算する。
- 11 歯科診療を実施している保険医療機関(診療所(注10に規定す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を除く。))に限る。)において、他の保険医療機関(注10に規定す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は、歯科診療特別対応地域支援加算として、月1回を限度として100点を所定点数に加算する。

A001 削除

第2節 再診料

区分

A002 再診料

- | | |
|-------------------|-----|
| 1 歯科再診料 | 45点 |
| 2 地域歯科診療支援病院歯科再診料 | 72点 |

注1 1については、保険医療機関において再診を行った場合に算定する。

- 2 2については、区分番号A000に掲げる初診料の注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厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関において、再診を行った場合に算定する。この場合において、1の歯科再診料は算定できない。

- 3 6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、10点を所定点数に加算する。ただし、注6に規定する加算を算定する場合を除く。

- 4 著しく歯科診療が困難な者に対して再診を行った場合は、175点を所定点数に加算する。

- 5 6歳以上の患者に対して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再診を行った場合は、65点、190点又は420点をそれぞれ所定点数に加算する。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おいて、同注のただし書に規定する時間に再診を行った場合は、180点を所定点数に加算する。

- 6 6歳未満の乳幼児に対して保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜に再診を行った場合は、75点、200点又は530点をそれぞれ所定点数に加算する。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おいて、同注のただし書に規定する時間に再診を行った場合は、190点を所定点数に加算する。
- 7 患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合は、再診料を算定する。
- 8 区分番号A000に掲げる初診料の注9に規定する歯科外来診療環境体制加算に係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、歯科外来診療の総合的な歯科医療環境の体制整備に係る取組を行った場合は、再診時歯科外来診療環境体制加算として、5点を所定点数に加算する。
- 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を満たす保険医療機関（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、1点を所定点数に加算する。

第2部 入院料等

通則

- 1 健康保険法第63条第1項第5号及び高齢者医療確保法第64条第1項第5号による入院及び看護の費用は、第1節から第4節までの各区分の所定点数により算定する。この場合において、特に規定する場合を除き、通常必要とされる療養環境の提供、看護及び歯科医学的管理に要する費用は、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。
- 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、月平均夜勤時間超過減算及び夜勤時間特別入院基本料（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等基本料を同一の日に算定することはできない。
- 3 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にあつては、当該患者の主傷病に係る入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、特定入院料又は短期滞在手術等基本料を算定する。
- 4 第1節から第4節までに規定する期間の計算は、特に規定する場合を除き、保険医療機関に入院した日から起算して計算する。ただし、保険医療機関を退院した後、同一の疾病又は負傷により、当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に入院した場合は、急性増悪その他やむを得ない場合を除き、最初の保険医療機関に入院した日から起算して計算する。
- 5 別に厚生労働大臣が定める入院患者数の基準又は歯科医師等の員数の基準に該当する保険医療機関の入院基本料については、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。
- 6 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡^{じよくそう}対策及び栄養管理体制について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第1節（特別入院基本料等を含む。）及び第3節の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。ただし、歯科診療のみを行う保険医療機関にあつては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、当該入院料の所定点数を算定する。
- 7 前号本文に規定する別に厚生労働大臣が定める基準（歯科診療のみを行う保険医療機関にあつては、前号ただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める基準）のうち、栄養管理体制に関する基準を満たすことができない保険医療機関（診療所を除き、別に厚生労働大臣が定める基準を満たすものに限る。）については、第1節（特別入院基本料等を除く。）、第3節及び第4節（短期滞在手術等基本料1を除く。）の各区分に掲げるそれぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数から1日につき40点を減算する。

第1節 入院基本料

通則

- 1 本節各区分に掲げる入院基本料は、それぞれの算定要件を満たす患者について、別表第一医

科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）の第1章第2部第1節に掲げる入院基本料（特別入院基本料等を含む。）の例により算定する。

- 2 本節各区分に掲げる入院基本料に係る算定要件は、医科点数表の第1章第2部第1節に掲げる入院基本料（特別入院基本料等を含む。）に係る算定要件の例による。
- 3 本節各区分に掲げる入院基本料について、加算要件を満たす場合は、医科点数表の第1章第2部第1節に掲げる入院基本料（特別入院基本料等を含む。）に係る加算の例により、本節各区分に掲げる入院基本料の所定点数に加算する。
- 4 本節各区分に掲げる入院基本料に係る加算要件は、医科点数表の第1章第2部第1節に掲げる入院基本料（特別入院基本料等を含む。）に係る加算要件の例による。
- 5 本節各区分に掲げる入院基本料に含まれる費用の範囲は、医科点数表の第1章第2部第1節に掲げる入院基本料（特別入院基本料等を含む。）の例による。
- 6 本節各区分に掲げる入院基本料を算定する保険医療機関においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。
- 7 前号の規定により算定できる入院基本料等加算の範囲は、医科点数表の第1章第2部第1節に掲げる入院基本料（特別入院基本料等を含む。）につき算定できる医科点数表の第1章第2部第2節に掲げる入院基本料等加算の例による。ただし、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算に限られる。

区分

- A100 一般病棟入院基本料
 - A101 療養病棟入院基本料
 - A102 特定機能病院入院基本料
 - A103 専門病院入院基本料
 - A104 削除
 - A105 有床診療所入院基本料
 - A106 有床診療所療養病床入院基本料
- 第2節 入院基本料等加算

通則

- 1 本節各区分に掲げる入院基本料等加算（区分番号A250に掲げる地域歯科診療支援病院入院加算を除く。）は、それぞれの算定要件を満たす患者について、医科点数表の第1章第2部第2節に掲げる入院基本料等加算の例により算定する。ただし、医科点数表の区分番号A204-2に掲げる臨床研修病院入院診療加算については、「基幹型」とあるのは「単独型又は管理型」と、「医師法（昭和23年法律第201号）第16条の2第1項に規定する医学を履修する課程を置く大学に附属する病院」とあるのは「歯科医師法（昭和23年法律第202号）第16条の2第1項に規定する歯学若しくは医学を履修する課程を置く大学に附属する病院（歯科医業を行わないものを除く。）」と読み替える。
- 2 本節各区分に掲げる入院基本料等加算（区分番号A250に掲げる地域歯科診療支援病院入院加算を除く。）の算定要件は、医科点数表の第1章第2部第2節に掲げる入院基本料等加算の算定要件の例による。

区分

- A200 総合入院体制加算
- A201からA203まで 削除
- A204 地域医療支援病院入院診療加算
- A204-2 臨床研修病院入院診療加算
- A205 救急医療管理加算
- A205-2 在宅患者緊急入院診療加算
- A206 診療録管理体制加算
- A206-2 医師事務作業補助体制加算
- A206-3 急性期看護補助体制加算
- A206-4 看護職員夜間配置加算

- A 2 0 7 乳幼児加算・幼児加算
- A 2 0 8 削除
- A 2 0 8 - 2 難病等特別入院診療加算
- A 2 0 8 - 3 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算
- A 2 0 9 看護配置加算
- A 2 1 0 看護補助加算
- A 2 1 1 から A 2 1 3 まで 削除
- A 2 1 4 地域加算
- A 2 1 4 - 2 離島加算
- A 2 1 5 療養環境加算
- A 2 1 6 HIV感染者療養環境特別加算
- A 2 1 6 - 2 二類感染症患者療養環境特別加算
- A 2 1 7 重症者等療養環境特別加算
- A 2 1 7 - 2 小児療養環境特別加算
- A 2 1 8 療養病棟療養環境加算
- A 2 1 8 - 2 療養病棟療養環境改善加算
- A 2 1 9 診療所療養病床療養環境加算
- A 2 1 9 - 2 診療所療養病床療養環境改善加算
- A 2 2 0 無菌治療室管理加算
- A 2 2 1 放射線治療病室管理加算
- A 2 2 1 - 2 緩和ケア診療加算
- A 2 2 1 - 3 有床診療所緩和ケア診療加算
- A 2 2 2 がん拠点病院加算
- A 2 2 3 削除
- A 2 2 3 - 2 栄養サポートチーム加算
- A 2 2 4 医療安全対策加算
- A 2 2 4 - 2 感染防止対策加算
- A 2 2 4 - 3 患者サポート体制充実加算
- A 2 2 5 削除
- A 2 2 6 褥瘡^{じよくそう}ハイリスク患者ケア加算
- A 2 2 7 から A 2 2 7 - 4 まで 削除
- A 2 2 7 - 5 退院支援加算
- A 2 4 0 削除
- A 2 4 1 総合評価加算
- A 2 4 2 削除
- A 2 4 3 後発医薬品使用体制加算
- A 2 4 4 病棟薬剤業務実施加算
- A 2 4 5 薬剤総合評価調整加算
- A 2 5 0 地域歯科診療支援病院入院加算

300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、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、区分番号C 0 0 1 - 3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料又は区分番号C 0 0 1 - 5に掲げる在宅患者訪問口腔^{くわう}リハビリテーション指導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る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。

第3節 特定入院料

通則

- 1 本節各区分に掲げる特定入院料は、それぞれの算定要件を満たす患者について、医科点数表の第1章第2部第3節に掲げる特定入院料の例により算定する。
- 2 本節各区分に掲げる特定入院料に係る算定要件は、医科点数表の第1章第2部第3節に掲げる特定入院料に係る算定要件の例による。
- 3 本節各区分に掲げる特定入院料について、加算要件を満たす場合は、医科点数表の第1章第2部第3節に掲げる特定入院料に係る加算の例により、本節各区分に掲げる特定入院料の所定点数に加算する。
- 4 本節各区分に掲げる特定入院料に係る加算要件は、医科点数表の第1章第2部第3節に掲げる特定入院料に係る加算要件の例による。
- 5 本節各区分に掲げる特定入院料に含まれる費用の範囲は、医科点数表の第1章第2部第3節に掲げる特定入院料の例による。
- 6 本節各区分に掲げる特定入院料を算定する保険医療機関においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。
- 7 前号の規定により算定できる入院基本料等加算の範囲は、医科点数表の第1章第2部第3節に掲げる特定入院料につき算定できる医科点数表の第1章第2部第2節に掲げる入院基本料等加算の例による。ただし、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算に限られる。

区分

- A 3 0 0 特定集中治療室管理料
 - A 3 0 1 ハイケアユニット入院医療管理料
 - A 3 0 2 削除
 - A 3 0 3 緩和ケア病棟入院料
 - A 3 0 4 小児入院医療管理料
 - A 3 0 5 特定一般病棟入院料
 - A 3 0 6 地域包括ケア病棟入院料
- ### 第4節 短期滞在手術等基本料

区分

- A 4 0 0 短期滞在手術等基本料

注1 医科点数表の区分番号A 4 0 0に掲げる短期滞在手術等基本料の注1本文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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、医科点数表の区分番号A 4 0 0に掲げる短期滞在手術等基本料の算定要件を満たした場合に、医科点数表の区分番号A 4 0 0に掲げる短期滞在手術等基本料の例により算定する。

2 短期滞在手術等基本料に含まれる費用の範囲は、医科点数表の区分番号A 4 0 0に掲げる短期滞在手術等基本料に含まれる費用の範囲の例による。

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 削除

- B 0 0 0 - 4 歯科疾患管理料

100点

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回を限度として算定する。

2 2回目以降の歯科疾患管理料は、1回目の歯科疾患管理料を算定した患者に対して、注1の規定による管理計画に基づく継続的な管理を行っている場合であつて、歯科疾患の管理及び療養上必要な指導を行ったときに、1回目の歯科疾患管

料を算定した日の属する月の翌月以降月1回を限度として算定する。

- 3 区分番号B000-6に掲げる周術期口腔機能管理料(I)、区分番号B000-7に掲げる周術期口腔機能管理料(II)、区分番号B000-8に掲げる周術期口腔機能管理料(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に掲げる周術期口腔機能管理料(I)、区分番号B000-7に掲げる周術期口腔機能管理料(II)、区分番号B000-8に掲げる周術期口腔機能管理料(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 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。
- 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 管理計画に基づく治療終了日から起算して2月を経過するまでの間、区分番号A000に掲げる初診料は、算定できない。
- 7 歯科疾患管理料を算定した月において、区分番号B000-6に掲げる周術期口腔機能管理料(I)、区分番号B000-7に掲げる周術期口腔機能管理料(II)、区分番号B000-8に掲げる周術期口腔機能管理料(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。
- 8 13歳未満のう蝕に罹患している患者であつて、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もの（以下「う蝕多発傾向者」という。）のうち、4歳以上のう蝕多発傾向者又はその家族等に対して、当該患者の療養を主として担う歯科医師（以下「主治の歯科医師」という。）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合は、歯科疾患管理の実施期間中に患者1人につき1回を限度として40点を所定点数に加算する。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、当該加算は算定できない。
- 9 注1の規定による管理計画に基づき、患者等に対し、歯科疾患の管理に係る内容を文書により提供した場合は、文書提供加算として、10点を所定点数に加算する。
- 10 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所（歯科疾患の管理が必要な患者に対し、定期的かつ継続的な口腔の管理を行う診療所であつて、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ものをいう。以下この表において同じ。）において、エナメル質初期う蝕に罹患している患者に対して、管理及び療養上必要な指導等を行い、その内容について説明を行った場合は、エナメル質初期う蝕管理加算として、260点を所定点数に加算する。

注1 がん等に係る全身麻酔による手術又は放射線治療、化学療法若しくは緩和ケア（以下「手術等」という。）を実施する患者に対して、歯科診療を実施している保険医療機関において、手術等を実施する保険医療機関からの文書による依頼に基づき、当該患者又はその家族の同意を得た上で、周術期の口腔機能の評価及び一連の管理計画を策定するとともに、その内容について説明を行い、当該管理計画を文書により提供した場合に、当該手術等に係る一連の治療を通じて1回を限度として算定する。

2 区分番号B006に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)、区分番号B006-3に掲げるがん治療連携計画策定料、区分番号B009に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)の注5に規定する加算及び区分番号B015に掲げる退院時共同指導料2は、別に算定できない。

B000-6 周術期口腔機能管理料(Ⅰ)

- | | |
|-------|------|
| 1 手術前 | 280点 |
| 2 手術後 | 190点 |

注1 がん等に係る手術を実施する患者の周術期における口腔機能の管理を行うため、歯科診療を実施している保険医療機関において、周術期口腔機能管理計画に基づき、当該手術を実施する他の病院である保険医療機関に入院中の患者又は他の病院である保険医療機関若しくは同一の病院である保険医療機関に入院中の患者以外の患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、かつ、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、手術前は1回を限度として、手術後は手術を行った日の属する月から起算して3月以内において3回を限度として算定する。

2 周術期口腔機能管理料(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B000-8に掲げる周術期口腔機能管理料(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B004-6に掲げる歯科治療総合医療管理料(Ⅰ)、区分番号B004-6-2に掲げる歯科治療総合医療管理料(Ⅱ)、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に掲げる在宅患者歯科治療総合医療管理料(Ⅰ)、区分番号C001-4-2に掲げる在宅患者歯科治療総合医療管理料(Ⅱ)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 周術期口腔機能管理料(Ⅱ)

- | | |
|-------|------|
| 1 手術前 | 500点 |
| 2 手術後 | 300点 |

注1 がん等に係る手術を実施する患者の周術期における口腔機能の管理を行うため、歯科診療を実施している病院である保険医療機関において、周術期口腔機能管理計画に基づき、当該手術を実施する同一の保険医療機関に入院中の患者に対して、当該保険医療機関に属する歯科医師が口腔機能の管理を行い、かつ、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、手術前は1回を限度として、手術後は手術を行った日の属する月から起算して3月以内において、月2回を限度として算定する。

2 周術期口腔機能管理料(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B000-8に掲げる周術期口腔機能管理料(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B004-6に掲げる歯科治療総合医療管理料(Ⅰ)、区分番号B004-6-2に掲げる歯科治療総合医療管理料(Ⅱ)、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に掲げる在宅患者歯科治療総合医療管理料(Ⅰ)、C001-4-2に掲げる在宅患者歯科治療総合医療管理料(Ⅱ)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。

B 0 0 0 - 8 周術期口腔機能管理料(Ⅲ) 190点

- 注1 がん等に係る放射線治療、化学療法又は緩和ケアを実施する患者（以下「放射線治療等を実施する患者」という。）の口腔機能を管理するため、歯科診療を実施している保険医療機関において、周術期口腔機能管理計画に基づき、他の保険医療機関又は同一の保険医療機関において放射線治療等を実施する患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、区分番号B 0 0 0 - 5に掲げる周術期口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から月1回を限度として算定する。
- 2 周術期口腔機能管理料(Ⅲ)を算定した月において、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 0 - 6に掲げる周術期口腔機能管理料(I)、区分番号B 0 0 0 - 7に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅱ)、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B 0 0 4 - 6に掲げる歯科治療総合医療管理料(I)、区分番号B 0 0 4 - 6 - 2に掲げる歯科治療総合医療管理料(Ⅱ)、区分番号B 0 0 6 - 3 - 2に掲げるがん治療連携指導料、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 - 4に掲げる在宅患者歯科治療総合医療管理料(I)、C 0 0 1 - 4 - 2に掲げる在宅患者歯科治療総合医療管理料(Ⅱ)及び区分番号N 0 0 2に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。

B 0 0 1 削除

B 0 0 1 - 2 歯科衛生実地指導料

- 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1 1については、歯科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回を限度として算定する。
- 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、歯科疾患に罹患しているものに対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、直接15分以上の実地指導（15分以上の実地指導を行うことが困難な場合にあつては、月2回の実地指導を合わせて15分以上の実地指導）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場合に、月1回を限度として算定する。ただし、歯科衛生実地指導料2を算定した月においては、歯科衛生実地指導料1は算定できない。
- 3 入院中の患者に対して行った指導又は退院した患者に対して退院の日から当該退院した日の属する月の末日までに行った指導の費用は、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、当該患者が歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関の歯科診療以外に係る病棟に入院している場合は、この限りでない。
- 4 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月は、算定できない。

B 0 0 2 歯科特定疾患療養管理料 150点

- 注1 別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に対して、治療計画に基づき療養上必要な指導を行った場合は、月2回を限度として算定する。
- 2 指導に先立って、患者の療養を主として担う医師（注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾患に限る。）と共同して、歯科診療に関する総合的な口腔の療養指導計画を策定し、当該患者に対し、その内容を文書により提供した場合は、1回を限度として100点を所定点数に加算する。
- 3 入院中の患者に対して行った指導又は退院した患者に対して退院の日から1月

以内に行った指導の費用は、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、当該患者が歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関の歯科診療以外の診療に係る病棟に入院している場合又は当該病棟に入院していた場合は、この限りでない。

- 4 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-6に掲げる周術期口腔機能管理料(I)、区分番号B000-7に掲げる周術期口腔機能管理料(II)、区分番号B000-8に掲げる周術期口腔機能管理料(III)、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料又は区分番号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。

B003 特定薬剤治療管理料 470点

- 注1 別に厚生労働大臣が定める患者に対して、薬物血中濃度を測定して計画的な治療管理を行った場合に算定する。
- 2 同一の患者につき1月以内に特定薬剤治療管理料を算定すべき測定及び計画的な治療管理を2回以上行った場合においては、特定薬剤治療管理料は1回とし、第1回の測定及び計画的な治療管理を行ったときに算定する。
- 3 薬物血中濃度の測定及び計画的な治療管理のうち、4月目以降のものについては、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。
- 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。

B004 悪性腫瘍特異物質治療管理料

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

B004-1-2 がん性疼痛緩和指導管理料

- 1 緩和ケアに係る研修を受けた歯科医師による場合 200点
 - 2 1以外の場合 100点
- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方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は、月1回を限度として算定する。
- 2 当該患者が15歳未満の小児である場合は、小児加算として、50点を所定点数に加算する。
 - 3 区分番号B004-1-3に掲げるがん患者指導管理料(2に限る。)は、別に算定できない。

B004-1-3 がん患者指導管理料

- 1 歯科医師が看護師と共同して診療方針等について話し合い、その内容を文書等により提供した場合 500点
 - 2 歯科医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合 200点
 - 3 歯科医師又は薬剤師が抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射の必要性等について文書により説明を行った場合 200点
- 注1 1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、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歯科医師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(当該患者について区分番号B006-3に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号B006-3-2に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該指導管理を実施した場合は、それぞれの保険医療機関において、

患者1人につき1回)を限度として算定する。

2 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方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歯科医師又はその指示に基づき、看護師が患者の心理的不安を軽減するための面接を行った場合に、患者1人につき6回を限度として算定する。

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、がんと診断された患者であって継続して抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射を受けているものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の歯科医師又はその指示に基づき、薬剤師が投薬又は注射の前後にその必要性について文書により説明を行った場合に、患者1人につき6回を限度として算定する。

4 2について、区分番号A221-2に掲げる緩和ケア診療加算、区分番号B004-1-2に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料及び区分番号B004-1-5に掲げる外来緩和ケア管理料は、別に算定できない。

5 3について、区分番号B008に掲げる薬剤管理指導料、区分番号F100に掲げる処方料の注7に規定する加算及び区分番号F400に掲げる処方せん料の注5に規定する加算は、別に算定できない。

B004-1-4 入院栄養食事指導料(週1回)

1 入院栄養食事指導料1

- イ 初回 260点
- ロ 2回目 200点

2 入院栄養食事指導料2

- イ 初回 250点
- ロ 2回目 190点

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回を限度として算定する。

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回を限度として算定する。

B004-1-5 外来緩和ケア管理料

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において、緩和ケアを要する入院中の患者以外の患者(がん性疼痛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回を限度として算定する。

2 当該患者が15歳未満の小児である場合は、小児加算として、150点を所定点数に加算する。

3 区分番号B004-1-2に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料又は区分番号B004-1-3に掲げるがん患者指導管理料(2に限る。)は、別に算定できない。

B004-1-6 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 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、リハビリテーション（区分番号H000に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料又は区分番号H000-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料を算定するものに限る。以下この区分番号において同じ。）を要する入院中の患者以外の患者に対して、リハビリテーションの実施に関し必要な診療を行った場合に、外来リハビリテーション診療料1については7日間に1回を限度として、外来リハビリテーション診療料2については14日間に1回を限度として算定する。

2 外来リハビリテーション診療料1を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A002に掲げる再診料及び外来リハビリテーション診療料2は、算定できない。

3 外来リハビリテーション診療料2を算定する日から起算して14日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A002に掲げる再診料及び外来リハビリテーション診療料1は、算定できない。

B004-1-7 外来放射線照射診療料

292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、放射線治療を要する入院中の患者以外の患者に対して、放射線治療の実施に関し必要な診療を行った場合に、7日間に1回を限度として算定する。

2 外来放射線照射診療料を算定する日から起算して7日以内の期間に4日以上放射線治療を予定していない場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

3 外来放射線照射診療料を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該放射線治療の実施に係る区分番号A000に掲げる初診料及び区分番号A002に掲げる再診料は、算定できない。

B004-2 手術前医学管理料

1,192点

注1 手術前に行われる検査の結果に基づき計画的な医学管理を行う保険医療機関において、手術の実施に際して第10部の通則第5号により医科点数表の例によることとされる硬膜外麻酔、脊椎麻酔又はマスク若しくは気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合に、当該手術に係る手術料を算定した日に算定する。

2 同一の患者につき1月以内に手術前医学管理料を算定すべき医学管理を2回以上行った場合は、第1回目の手術前医学管理に係る手術料を算定した日1回を限度として手術前医学管理料を算定する。

3 手術前医学管理料を算定した同一月に医科点数表の区分番号D208に掲げる心電図検査を算定した場合は、算定の期日にかかわらず、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。

4 同一の部位につき当該管理料に含まれる区分番号E000に掲げる写真診断及び区分番号E100に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織と同時に2枚以上同一の方法により撮影を行った場合における第2枚目から第5枚目までの写真診断及び撮影（区分番号E000及び区分番号E100に規定する歯科用3次元エックス線断層撮影を除く。）の費用は、それぞれの所定点数の100分の50に相当する点数により別に算定する。この場合において、第6枚目以後の写真診断及び撮影の費用については算定できない。

5 当該所定点数に含まれる検査及び画像診断は医科点数表の区分番号B001-4の注5の例による。ただし、当該期間において同一の検査又は画像診断を2回以上行った場合の第2回目以降のものについては、別に算定する。

6 第3部の通則第5号により医科点数表の例によることとされる血液学的検査判断料、生化学的検査(I)判断料又は免疫学的検査判断料を算定している患者につい

ては算定できない。

- 7 第1章第2部第3節に掲げる特定入院料又は第3部の通則第5号により医科点数表の例によることとされる医科点数表の区分番号D027に掲げる基本的検体検査判断料を算定している患者については算定できない。

B004-3 手術後医学管理料（1日につき）

- 1 病院の場合 1,188点
 - 2 診療所の場合 1,056点
- 注1 病院（療養病棟、結核病棟及び精神病棟を除く。）又は診療所に入院している患者について、第10部の通則第5号により医科点数表の例によることとされるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術（入院の日から起算して10日以内に行われたものに限る。）後に、必要な医学管理を行った場合に、当該手術に係る手術料を算定した日の翌日から起算して3日を限度として算定する。
- 2 同一の手術について、同一月に区分番号B004-2に掲げる手術前医学管理料を算定する場合は、本管理料を算定する3日間については、所定点数の100分の95に相当する点数により算定する。
 - 3 当該所定点数に含まれる検査は医科点数表の区分番号B001-5に掲げる手術後医学管理料の注3の例による。
 - 4 第3部の通則第5号により医科点数表の例によることとされる尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料又は生化学的検査(I)判断料を算定している患者については算定できない。
 - 5 第1章第2部第3節に掲げる特定入院料又は第3部の通則第5号により医科点数表の例によることとされる医科点数表の区分番号D027に掲げる基本的検体検査判断料を算定している患者については算定できない。
 - 6 第1章第2部第3節に掲げる特定入院料のうち、特定集中治療室管理料に係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厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については算定できない。

B004-4及びB004-5 削除

B004-6 歯科治療総合医療管理料(I) 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、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る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、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、月1回を限度として算定する。
- 2 同一の患者につき同一月に歯科治療総合医療管理料(I)を算定すべき医療管理を2回以上行った場合は、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。
 - 4 歯科治療総合医療管理料(I)を算定した月において、区分番号B000-6に掲げる周術期口腔機能管理料(I)、区分番号B000-7に掲げる周術期口腔機能管理料(II)、区分番号B000-8に掲げる周術期口腔機能管理料(III)又は区分番号B004-6-2に掲げる歯科治療総合医療管理料(II)は、別に算定できない。

B004-6-2 歯科治療総合医療管理料(II)（1日につき） 45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、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 第3部の通則第5号により医科点数表の例によることとされる医科点数表の区分番号D220に掲げる呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）又はカルジオタコスコープを算定した日は、当該管理料は算定できない。

3 歯科治療総合医療管理料(II)を算定した月において、区分番号B000-6に掲げる周術期口腔機能管理料(I)、区分番号B000-7に掲げる周術期口腔機能管理料(II)、区分番号B000-8に掲げる周術期口腔機能管理料(III)又は区分番号B004-6に掲げる歯科治療総合医療管理料(I)を算定した月は、別に算定できない。

B004-7及びB004-8 削除

B004-9 介護支援連携指導料 400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、歯科医師又はそ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回を限度として算定する。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行った場合に限り。）は別に算定できない。

B005 開放型病院共同指導料(I) 350点

注1 診察に基づき紹介された患者が、別に厚生労働大臣が定める開放利用に係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（以下この表において「開放型病院」という。）に入院中である場合において、当該開放型病院に赴いて、当該患者に対して療養上必要な指導を共同して行った場合に、患者1人1日につき1回算定する。

2 区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A002に掲げる再診料及び区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料は別に算定できない。

B006 開放型病院共同指導料(II) 220点

注 診察に基づき紹介された患者が開放型病院に入院中である場合において、当該開放型病院において、当該患者を診察した保険医療機関の医師又は歯科医師と共同して療養上必要な指導を行った場合に、患者1人1日につき1回算定する。

B006-2 削除

B006-3 がん治療連携計画策定料

1 がん治療連携計画策定料1 750点

2 がん治療連携計画策定料2 300点

注1 がん治療連携計画策定料1については、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、患者の同意を得た上で、入院中又は当該保険医療機関を退院した日から起算して30日以内に、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、退院時又は退院した日から起算して30日以内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、退院時又は退院した日から起算して30日以内に1回を限度として所定点数を算定する。

- 2 がん治療連携計画策定料2については、当該保険医療機関において注1に規定するがん治療連携計画策定料1を算定した患者であって、他の保険医療機関において区分番号B006-3-2に掲げるがん治療連携指導料を算定しているものについて、状態の変化等に伴う当該他の保険医療機関からの紹介により、当該患者を診療し、当該患者の診療計画を変更した場合に、患者1人につき月1回を限度として所定点数を算定する。
- 3 注1及び注2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。
- 4 区分番号B000-5に掲げる周術期口腔機能管理計画策定料、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。

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で、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回を限度として算定する。

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。

3 区分番号B000-6に掲げる周術期口腔機能管理料(I)又は区分番号B000-8に掲げる周術期口腔機能管理料(II)は、別に算定できない。

B006-3-3 がん治療連携管理料

- 1 がん診療連携拠点病院の場合 500点
- 2 地域がん診療病院の場合 300点
- 3 小児がん拠点病院の場合 750点

注 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が、他の保険医療機関等から紹介された患者であってがんと診断された入院中の患者以外の患者に対して、化学療法又は放射線治療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、1人につき1回に限り所定点数を算定する。

B007 退院前訪問指導料 580点

注1 入院期間が1月を超えると見込まれる患者の円滑な退院のため、患家を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での療養上の指導を行った場合に、当該入院中1回（入院後早期に退院前訪問指導の必要があると認められる場合は、2回）を限度として算定する。

2 注1に掲げる指導に要した交通費は、患家の負担とする。

B008 薬剤管理指導料

- 1 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者に対して行う場合 380点
- 2 1の患者以外の患者に対して行う場合 325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入院している患者のうち、1については別に厚生労働大臣が定める患者に対して、2についてはそれ以外の患者に対して、それぞれ投薬又は注射及び薬学的管理指導を行った場合は、当該患者に係る区分に従い、患者1人につき週1回に限り、月4回を限度として算定する。

2 麻薬の投薬又は注射が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、必要な薬学的管理指導を行った場合は、1回につき50点を所定点数に加算する。

3 区分番号B004-1-3に掲げるがん患者指導管理料（3に限る。）は、算定できない。

B 0 0 8 - 2 薬剤総合評価調整管理料

250点

- 注1 入院中の患者以外の患者であって、6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていたものについて、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者に処方する内服薬が2種類以上減少した場合に、月1回に限り所定点数を算定する。
- 2 処方の内容の調整に当たって、別の保険医療機関又は保険薬局に対して、照会又は情報提供を行った場合、連携管理加算として、50点を所定点数に加算する。ただし、連携管理加算を算定した場合において、区分番号B 0 0 9に掲げる診療情報提供料(I)（当該別の保険医療機関に対して患者の紹介を行った場合に限る。）は同一日には算定できない。

B 0 0 9 診療情報提供料(I)

250点

- 注1 保険医療機関が、診療に基づき、別の保険医療機関での診療の必要を認め、これに対して、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、紹介先保険医療機関ごとに患者1人につき月1回を限度として算定する。
- 2 保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、当該患者の居住地を管轄する市町村又は介護保険法第46条第1項の規定により都道府県知事が指定する指定居宅介護支援事業者等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回を限度として算定する。
- 3 保険医療機関が、診療に基づき保険薬局による在宅患者訪問薬剤管理指導の必要を認め、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの同意を得て、当該保険薬局に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回を限度として算定する。
- 4 保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、介護保険法第8条第27項に規定する介護老人保健施設（当該保険医療機関と同一の敷地内にある介護老人保健施設その他これに準ずる介護老人保健施設を除く。）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に、患者1人につき月1回を限度として算定する。
- 5 保険医療機関が、患者の退院日の属する月又はその翌月に、添付の必要を認め、患者の同意を得て、別の保険医療機関、精神障害者施設又は介護老人保健施設に対して、退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付して紹介を行った場合は、200点を所定点数に加算する。
- 6 保険医療機関（区分番号A 0 0 0に掲げる初診料の注10に規定する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を除く。）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、100点を所定点数に加算する。
- 7 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が、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について、当該患者又はその家族の同意を得て、歯科診療を行う保険医療機関（区

分番号A000に掲げる初診料の注10に規定する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を除く。) 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、100点を所定点数に加算する。

8 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が、患者の紹介を行う際に、検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容、退院時要約等の診療記録のうち主要なものについて、他の保険医療機関に対し、電子的方法により閲覧可能な形式で提供した場合又は電子的に送受される診療情報提供書に添付した場合に、検査・画像情報提供加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、イについては、注5に規定する加算を算定する場合は算定しない。

イ 退院する患者について、当該患者の退院日の属する月又はその翌月に、必要な情報を提供した場合 200点

ロ 入院中の患者以外の患者について、必要な情報を提供した場合 30点

B009-2 電子的診療情報評価料 30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が、別の保険医療機関から診療情報提供書の提供を受けた患者に係る検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容、退院時要約等の診療記録のうち主要なものについて、電子的方法により閲覧又は受信し、当該患者の診療に活用した場合に算定する。

B010 診療情報提供料(Ⅱ) 500点

注 保険医療機関が、治療法の選択等に関して当該保険医療機関以外の医師又は歯科医師の意見を求める患者からの要望を受けて、治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の別の医療機関において必要な情報を添付し、診療状況を示す文書を患者に提供することを通じて、患者が当該保険医療機関以外の医師又は歯科医師の助言を得るための支援を行った場合に、患者1人につき月1回を限度として算定する。

B011及びB011-2 削除

B011-3 薬剤情報提供料 10点

注1 入院中の患者以外の患者に対して、処方した薬剤の名称、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により提供した場合に、月1回を限度として(処方の内容に変更があった場合は、その都度)算定する。

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は、手帳記載加算として、3点を所定点数に加算する。

3 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付した患者については、算定できない。

B011-4 退院時薬剤情報管理指導料 90点

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、退院の日に1回を限度として算定する。

B012 傷病手当金意見書交付料 100点

注 健康保険法第99条第1項の規定による傷病手当金に係る意見書を交付した場合に算定する。

B013 新製有床義歯管理料(1口腔につき)

1 2以外の場合 190点

2 困難な場合 230点

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等に対して取扱い、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回を限度として算定する。

2 新製有床義歯管理料を算定した日の属する月は、区分番号H001-2に掲げる歯科口腔リハビリテーション料1（1に限る。）は算定できない。

B013-2 削除

B013-3 広範囲顎骨支持型補綴物管理料（1口腔につき） 480点

注 区分番号J109に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術に係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M025-2に掲げる広範囲顎骨支持型補綴に係る補綴物（歯冠補綴物、ブリッジ及び有床義歯を除く。以下この表において同じ。）の適合性の確認等を行い、かつ、患者又は家族に対して管理等に係る必要な指導を行った上で、当該指導内容に係る情報を文書により提供した場合に、当該補綴物を装着した日の属する月の翌月以降に月1回を限度として算定する。

B014 退院時共同指導料1

1 在宅療養支援歯科診療所（在宅等における療養を歯科医療面から支援する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）の場合 900点

2 1以外の場合 500点

注1 保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関と連携する別の保険医療機関の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、当該患者が入院している保険医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後、在宅での療養を行う患者に対して、療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の歯科医師若しくは医師又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、1回を限度として算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回を限度として算定する。

2 注1の場合において、当該患者が別に厚生労働大臣が定める特別な管理を要する状態等にあるときは、特別管理指導加算として、200点を所定点数に加算する。

B015 退院時共同指導料2 400点

注1 入院中の保険医療機関の歯科医師又は看護師等が、入院中の患者に対して、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の歯科医師若しくは医師、当該歯科医師若しくは医師の指示を受けた看護師等又は当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の医師の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中1回を限度として算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回を限度として算定する。

2 注1の場合において、入院中の保険医療機関の歯科医師及び地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の歯科医師又は医師が共同して指導を行った場合に、300点を所定点数に加算する。ただし、注3の加算を算定する場合は、算定できない。

3 注1の場合において、入院中の保険医療機関の歯科医師が、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の医師若しくは看護師等、歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうちいずれか

3者以上と共同して指導を行った場合に、2,000点を所定点数に加算する。

4 注1の規定にかかわらず、区分番号A227-5に掲げる退院支援加算を算定する患者にあつては、当該保険医療機関において、疾患名、当該保険医療機関の退院基準、退院後に必要とされる診療等在宅での療養に必要な事項を記載した退院支援計画を策定し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、これを当該患者の退院後の治療等を担う別の保険医療機関と共有した場合に限り算定する。

5 区分番号B006に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)は、別に算定できない。

B016 削除

B017 肺血栓塞栓症予防管理料 305点

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

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

B018 医療機器安全管理料（一連につき） 1,100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、放射線治療が必要な患者に対して、放射線治療計画に基づいて治療を行った場合に算定する。

第2部 在宅医療

区分

C000 歯科訪問診療料（1日につき）

1 歯科訪問診療1 866点

2 歯科訪問診療2 283点

3 歯科訪問診療3 120点

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。）であつ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（同一日に当該患者に対して複数回の歯科訪問診療を行った場合は、その合計した時間を診療に要した時間とする。以下同じ。）の場合に限る。ただし、当該患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合又は当該患者の状態により20分以上の診療が困難である場合においては、この限りでない。）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、算定できない。

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

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。）であつ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、当該保険医療機関が、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。ただし、当該患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合においては、この限りでない。）を同一日に9人以下の患者に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、算定できない。

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

- 3 3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、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を同一日に10人以上の患者に行った場合又は在宅等において療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療(診療時間が20分未満の場合に限る。)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、算定できない。

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

- 4 歯科訪問診療料を算定する患者について、当該患者に対する診療時間が1時間を超えた場合は、30分又はその端数を増すごとに、100点を所定点数に加算する。

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

- 6 別に厚生労働大臣が定める時間において、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している場合に緊急に行う歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3についてはそれぞれ425点、140点又は70点を、夜間(深夜を除く。)における歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3についてはそれぞれ850点、280点又は140点を、深夜における歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3についてはそれぞれ1,700点、560点又は280点を所定点数に加算する。

- 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、歯科訪問診療料を算定する患者について、歯科訪問診療に基づき、当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜における緊急時の診療体制を確保する必要を認め、当該患者に対し、当該保険医療機関が連携する保険医療機関(以下「連携保険医療機関」という。)に関する情報を文書により提供し、かつ、当該患者又はその家族等の同意を得て、連携保険医療機関に対し診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る歯科診療に必要な情報を提供した場合は、地域医療連携体制加算として、1回を限度として300点を所定点数に加算する。

- 8 保険医療機関の所在地と訪問先の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合又は海路による歯科訪問診療を行った場合で、特殊の事情があったときの歯科訪問診療料は、別に厚生労働大臣が定めるところによって算定する。

- 9 歯科訪問診療に要した交通費は、患家の負担とする。

- 10 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 同一建物居住者以外の場合 170点

ロ 同一建物居住者の場合 55点

- 11 在宅療養支援歯科診療所の歯科衛生士が、歯科医師と同行の上、歯科訪問診療の補助を行った場合は、歯科訪問診療補助加算として、次に掲げる点数を1日につき所定点数に加算する。

イ 同一建物居住者以外の場合 110点

ロ 同一建物居住者の場合 45点

- 12 1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、在宅において療養を行っている患者に対して歯科訪問診療を実施した場合は、在宅歯科医療推進加算として、100点を所定点数に加算する。

- 13 1、2及び3について、在宅療養支援歯科診療所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。なお、この場合において、注10に規定する加算は算定できない。

イ 初診時 234点
ロ 再診時 45点

C 0 0 1 訪問歯科衛生指導料

- 1 複雑なもの 360点
2 簡単なもの 120点

注1 歯科訪問診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士、保健師、看護師又は准看護師が訪問して療養上必要な指導として、患者又はその家族等に対して、当該患者の口腔内での清掃（機械的歯面清掃を含む。）又は有床義歯の清掃に係る実地指導を行った場合は、患者1人につき、月4回（同一月内に1及び2を行った場合は併せて月4回）を限度として算定する。

- 2 1については、患者と1対1で20分以上療養上必要な歯科衛生指導を適切に行った場合に算定し、2については、1人又は複数の患者に対して療養上必要な歯科衛生指導を適切に行った場合に算定する。それぞれ当該歯科衛生指導で実施した指導内容等について、患者に対し文書により提供した場合に算定する。

3 訪問歯科衛生指導に要した交通費は、患者の負担とする。

- 4 区分番号B 0 0 1 - 2に掲げる歯科衛生実地指導料を算定している月は算定できない。

C 0 0 1 - 2 削除

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 240点
2 1以外の場合 180点

注1 当該保険医療機関の歯科医師が、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等の同意を得て、当該患者の歯科疾患の状況及び併せて実施した口腔機能評価の結果等を踏まえて管理計画を作成した場合に、月1回を限度として算定する。

- 2 2回目以降の歯科疾患在宅療養管理料は、1回目の歯科疾患在宅療養管理料を算定した患者に対して、注1の規定による管理計画に基づく継続的な管理を行っている場合であって、歯科疾患の管理及び療養上必要な指導を行った場合に、1回目の歯科疾患在宅療養管理料を算定した日の属する月の翌月以降月1回を限度として算定する。

3 注1の規定による管理計画に基づき、当該患者等に対し、歯科疾患の管理及び口腔機能に係る内容を文書により提供した場合は、文書提供加算として、10点を所定点数に加算する。

- 4 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、栄養サポートチーム連携加算1として、60点を所定点数に加算する。

5 当該保険医療機関の歯科医師が、介護保険施設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、栄養サポートチーム連携加算2として、60点を所定点数に加算する。

- 6 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-6に掲げる周術期口腔機能管理料(I)、区分番号B000-7に掲げる周術期口腔機能管理料(II)、区分番号B000-8に掲げる周術期口腔機能管理料(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 在宅患者歯科治療総合医療管理料(I) 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る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、I009-2、I010及びI011-3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、月1回を限度として算定する。
- 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(I)を算定すべき医療管理を2回以上行った場合は、第1回目の医療管理を行ったときに算定する。
- 3 在宅患者歯科治療総合医療管理料(I)を算定した月において、区分番号B000-6に掲げる周術期口腔機能管理料(I)、区分番号B000-7に掲げる周術期口腔機能管理料(II)、区分番号B000-8に掲げる周術期口腔機能管理料(III)又は区分番号C001-4-2に掲げる在宅患者歯科治療総合医療管理料(II)は、別に算定できない。
- 4 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。

C001-4-2 在宅患者歯科治療総合医療管理料(II)（1日につき） 45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、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 第3部の通則第5号により医科点数表の例によることとされる医科点数表の区分番号D220に掲げる呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）又はカルジオタコスコープを算定した日は、当該管理料は算定できない。
- 3 在宅患者歯科治療総合医療管理料(II)を算定した月において、区分番号B000-6に掲げる周術期口腔機能管理料(I)、区分番号B000-7に掲げる周術期口腔機能管理料(II)、区分番号B000-8に掲げる周術期口腔機能管理料(III)又は区分番号C001-4に掲げる在宅患者歯科治療総合医療管理料(I)を算定した月は、別に算定できない。

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 | 10歯未満 | 350点 |
| 2 | 10歯以上20歯未満 | 450点 |
| 3 | 20歯以上 | 550点 |

- 注1 当該保険医療機関の歯科医師が、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者であって、摂食機能障害を有し、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、30分以上必要な指導管理を行った場合に、月4回を限度として算定する。

- 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B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料及び区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料は別に算定できない。
- 4 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の歯科医師が当該指導管理を実施した場合は、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算として、100点を所定点数に加算する。
- 5 在宅療養支援歯科診療所の歯科医師が、当該指導管理を実施した場合は、在宅療養支援歯科診療所加算として、50点を所定点数に加算する。ただし、注4に規定する加算を算定している場合は、算定できない。

C002 救急搬送診療料 1,300点

注1 患者を救急用の自動車^{クルマ}で保険医療機関に搬送する際、診療上の必要から当該自動車に同乗して診療を行った場合に算定する。

- 2 注1に規定する場合であって、当該診療に要した時間が30分を超えた場合には、長時間加算として、700点を所定点数に加算する。

C003 在宅患者訪問薬剤管理指導料

- 1 同一建物居住者以外の場合 650点
- 2 同一建物居住者の場合 300点

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導を行った場合に、1と2を合わせて患者1人につき月4回（末期の悪性腫瘍患者及び中心静脈栄養法の対象患者は週2回かつ月8回）を限度として算定する。この場合において、1と2を合わせて薬剤師1人につき週40回に限り算定する。

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

- 3 在宅患者訪問薬剤管理指導に要した交通費は、患家の負担とする。

C004 退院前在宅療養指導管理料 120点

注1 入院中の患者が在宅療養に備えて一時的に外泊するに当たり、当該在宅療養に関する指導管理を行った場合に月1回を限度として算定する。

- 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は、乳幼児加算として、200点を所定点数に加算する。

C005 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料 1,500点

注1 在宅における鎮痛療法又は悪性腫瘍の化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の患者に対して、当該療法に関する指導管理を行った場合に月1回を限度として算定する。

2 退院した患者に対して退院の日から1月以内に行った指導管理の費用は算定できない。

3 入院中の患者に対して退院時に指導管理を行った場合は、当該退院の日に所定点数を算定し、退院の日の歯科医学的管理に要する費用は、所定点数に含まれる。

C005-2 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料 1,500点

注1 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関の保険医が、他の保険医療機関において区分番号C005に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定する指導管理を受けている患者に対し、当該他の保険医療機関と連携して、同一日に当該患者に対する悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

2 退院した患者に対して退院の日から1月以内に行った指導管理の費用は算定できない。

3 入院中の患者に対して退院時に指導管理を行った場合は、当該退院の日に所定点数を算定し、退院の日の歯科医学的管理に要する費用は、所定点数に含まれる。

C006 削除

C007 在宅患者連携指導料 900点

注1 歯科訪問診療を実施している保険医療機関の歯科医師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、患者又はその家族等の同意を得て、訪問診療を実施している保険医療機関（診療所及び許可病床数が200床未満の病院に限る。）、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局又は訪問看護ステーションと文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場合に、月1回を限度として算定する。

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

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

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 在宅患者緊急時等カンファレンス料 200点

注 歯科訪問診療を実施している保険医療機関の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該歯科医師の求め又は当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の医師の求めにより、訪問診療を実施している保険医療機関の医師、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同で患家等に赴きカンファレンスを行い又はカンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月2回を限度として算定する。

第3部 検査

通則

1 検査の費用は、第1節の各区分の所定点数により算定する。ただし、検査に当たって患者に対し薬剤を施用した場合は、特に規定する場合を除き、第1節及び第2節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。

2 第1節に掲げられていない検査であって特殊な検査の検査料は、同節に掲げられている検査のうちで最も近似する検査の各区分の所定点数により算定する。

3 対称器官に係る検査の各区分の所定点数は、特に規定する場合を除き、両側の器官の検査料に係る点数とする。

4 保険医療機関が、患者の人体から排出され、又は採取された検体について、当該保険医療機関以外の施設に臨床検査技師等に関する法律第2条に規定する検査を委託する場合における検査に要する費用については、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。

5 第3部に掲げる検査料以外の検査料の算定は、医科点数表の例による。

第1節 検査料

区分

(歯科一般検査)

- D000 電氣的根管長測定検査 30点
注 2根管以上の歯に対して実施した場合は、2根管目からは1根管を増すごとに15点を所定点数に加算する。
- D001 細菌簡易培養検査 60点
注 感染根管処置後の根管貼薬処置期間中に行った場合に算定する。
- D002 歯周病検査
- 1 歯周基本検査
- イ 1歯以上10歯未満 50点
- ロ 10歯以上20歯未満 110点
- ハ 20歯以上 200点
- 2 歯周精密検査
- イ 1歯以上10歯未満 100点
- ロ 10歯以上20歯未満 220点
- ハ 20歯以上 400点
- 3 混合歯列期歯周病検査 80点
注 同一の患者につき1月以内に歯周病検査を算定する検査を2回以上行った場合は、第2回目以後の検査については所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。
- D002-2からD002-4まで 削除
- D002-5 歯周病部分的再評価検査(1歯につき) 15点
注 区分番号J063に掲げる歯周外科手術を行った部位に対して、歯周病の治癒の状態を評価することを目的として実施した場合に、手術後1回を限度として算定する。
- D003 削除
- D003-2 口腔内写真検査(1枚につき) 10点
注 区分番号D002に掲げる歯周病検査を実施する場合において、プラークコントロールの動機付けを目的として、歯周疾患の状態を患者に示した場合に、1回につき5枚を限度として算定する。
- (補綴関連検査)
- D004からD008まで 削除
- D009 顎運動関連検査(1装置につき1回) 380点
注 顎運動関連検査は、下顎運動路描記法(MMG)、ゴシックアーチ描記法若しくはパントグラフ描記法により検査を行った場合又はチェックバイト検査を実施した場合に算定する。
- D010 歯冠補綴時色調採得検査(1枚につき) 10点
注 前歯部に対し、区分番号M011に掲げるレジン前装金属冠又は区分番号M015に掲げる硬質レジンジャケット冠を製作する場合において、硬質レジン部の色調を決定することを目的として、色調見本とともに当該歯冠補綴を行う部位の口腔内写真を撮影した場合に算定する。
- D011 有床義歯咀嚼機能検査(1口腔につき)
- 1 下顎運動測定と咀嚼能力測定を併せて行う場合(1回につき) 480点
- 2 咀嚼能力測定のみを行う場合(1回につき) 100点
- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、有床義歯装着時の咀嚼機能検査を行った場合に算定する。

- 2 1については、区分番号M018に掲げる有床義歯又はM019に掲げる熱可塑性樹脂有床義歯を新製する場合において、新製有床義歯装着日より前及び当該装着日以後のそれぞれについて、当該検査を実施した場合に算定する。
- 3 1について、新製有床義歯装着日より前に2回以上行った場合は、第1回目の検査を行ったときに限り算定する。
- 4 1について、新製有床義歯装着日以後に行った場合は、新製有床義歯の装着日の属する月から起算して6月以内に限り、月1回を限度として算定する。
- 5 2については、1を算定した患者について、新製有床義歯の装着日の属する月から起算して6月以内に限り、月1回を限度として算定する。
- 6 2については、1を算定した月は算定できない。

D012 舌圧検査（1回につき） 140点

注 舌圧測定を行った場合に、月2回を限度として算定する。

第2節 薬剤料

区分

D100 薬剤 薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。

注1 薬価が15円以下である場合は、算定できない。

2 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第4部 画像診断

通則

- 1 画像診断の費用は、第1節の各区分の所定点数により、又は第1節、第2節及び第4節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。
- 2 同一の部位につき、同時に2以上のエックス線撮影を行った場合における第1節の診断料（区分番号E000に掲げる写真診断（3に係るものに限る。）を除く。）は、第1の診断については第1節の各区分の所定点数により、第2の診断以後の診断については、同節の各区分の所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。
- 3 同一の部位につき、同時に2枚以上同一の方法により、撮影を行った場合における第2節の撮影料（区分番号E100に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織（3に係るものに限る。）を除く。）は、特に規定する場合を除き、第1枚目の撮影については第2節の各区分の所定点数により、第2枚目から第5枚目までの撮影については同節の各区分の所定点数の100分の50に相当する点数により算定し、第6枚目以後の撮影については算定できない。
- 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、1日につき110点を所定点数に加算する。
- 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、フィルムの費用は算定できない。

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 歯科用3次元エックス線断層撮影の場合	120点
ニ その他の場合	60点
- 6 区分番号E000に掲げる写真診断（1のイ及び3に係るものを除く。）及び区分番号E200に掲げる基本的エックス線診断料については、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画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が、画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、歯科画像診断管理加算1として月1回を限度として70点を所定点数に加算する。ただし、歯科画像診断管理加算2を算定する場合はこの限りでない。
- 7 区分番号E000に掲げる写真診断（3に係るものに限る。）又は通則第11号により医科点

数表の区分番号E203に掲げるコンピューター断層診断の例によることとされる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が、画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、歯科画像診断管理加算2として、月1回を限度として180点を所定点数に加算する。

- 8 遠隔画像診断による画像診断（区分番号E000に掲げる写真診断（1のイ及び3に係るものを除く。）又は区分番号E200に掲げる基本的エックス線診断料に限る。）を行った場合については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間で行われた場合に限り、算定する。この場合において、受信側の保険医療機関が通則第6号の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が、画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、月1回を限度として、歯科画像診断管理加算1を算定する。ただし、歯科画像診断管理加算2を算定する場合は、この限りでない。
- 9 遠隔画像診断による画像診断（区分番号E000に掲げる写真診断（3に係るものに限る。）又は通則第11号により医科点数表の区分番号E203に掲げるコンピューター断層診断の例によることとされる画像診断に限る。）を前号に規定する保険医療機関間で行った場合であって、受信側の保険医療機関が通則第7号の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が、画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、月1回を限度として、歯科画像診断管理加算2を算定する。
- 10 特定機能病院である保険医療機関における入院中の患者に係る診断料及び撮影料は、第3節の所定点数及び当該所定点数に含まれない各項目の所定点数により算定する。
- 11 第4部に掲げる画像診断料以外の画像診断料の算定は、医科点数表の例による。

第1節 診断料

区分

E000 写真診断

1 単純撮影

イ 歯科エックス線撮影

- (1) 全顎撮影の場合 160点
- (2) 全顎撮影以外の場合（1枚につき） 20点

ロ その他の場合 85点

2 特殊撮影

イ 歯科パノラマ断層撮影 125点

ロ 歯科パノラマ断層撮影以外の場合（一連につき） 96点

3 歯科用3次元エックス線断層撮影 450点

4 造影剤使用撮影 72点

注1 一連の症状を確認するため、同一部位に対して撮影を行った場合における2枚目以降の撮影に係る写真診断（2及び3に係るものを除く。）の費用については、各区分の所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

2 3については、撮影の回数にかかわらず、月1回を限度として算定する。

第2節 撮影料

区分

E100 歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織^{くう}

1 単純撮影

イ 歯科エックス線撮影

- (1) 全顎撮影の場合
- ① アナログ撮影 250点
- ② デジタル撮影 252点

(2) 全顎撮影以外の場合（1枚につき）

① アナログ撮影	25点
② 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
3 歯科用3次元エックス線断層撮影（一連につき）	600点
4 造影剤使用撮影	
イ アナログ撮影	148点
ロ デジタル撮影	150点
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、10点を所定点数に加算する。	
2 新生児（生後28日未満の者をいう。以下この表において同じ。）、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は3歳以上6歳未満の幼児に対して撮影を行った場合は、当該撮影の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の80、100分の50又は100分の30に相当する点数を加算する。	
3 3について、同一月に2回以上行った場合は、当該月の2回目以降の撮影については、所定点数にかかわらず、一連につき所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。	
4 3について、造影剤を使用した場合は、500点を所定点数に加算する。この場合において、造影剤注入手技料及び麻酔料は、加算点数に含まれる。	
E101 造影剤注入手技	120点
第3節 基本的エックス線診断料	
区分	
E200 基本的エックス線診断料（1日につき）	
1 入院の日から起算して4週間以内の期間	55点
2 入院の日から起算して4週間を超えた期間	40点
注1 特定機能病院である保険医療機関において、入院中の患者に対して行ったエックス線診断について算定する。	
2 次に掲げるエックス線診断の費用は、所定点数に含まれる。	
イ 区分番号E000に掲げる写真診断の1に掲げるもの	
ロ 区分番号E100に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織の1に掲げるもの	
3 療養病棟に入院している患者及び区分番号A216に掲げるHIV感染者療養環境特別加算若しくは区分番号A217に掲げる重症者等療養環境特別加算又は第1章第2部第3節に掲げる特定入院料を算定している患者については適用しない。	
第4節 フィルム及び造影剤料	
区分	
E300 フィルム	材料価格を10円で除して得た点数
注1 6歳未満の乳幼児に対して撮影を行った場合は、材料価格に1.1を乗じて得た額を10円で除して得た点数とする。	
2 使用したフィルムの材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。	

E 3 0 1 造影剤 薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。

注1 薬価が15円以下である場合は算定できない。

2 使用した造影剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第5部 投薬

通則

- 1 投薬の費用は、第1節から第3節までの各区分の所定点数を合算した点数により算定する。ただし、処方せんを交付した場合は、第5節の所定点数のみにより算定する。
- 2 投薬に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を支給した場合は、前号により算定した点数及び第4節の所定点数により算定する。
- 3 薬剤師が常時勤務する保険医療機関において投薬を行った場合（処方せんを交付した場合を除く。）は、前2号により算定した点数及び第6節の所定点数を合算した点数により算定する。

第1節 調剤料

区分

F 0 0 0 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 入院中の患者に対して投薬を行った場合（1日につき） 7点
- 注1 麻薬、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬を調剤した場合は、1に係る場合は1処方につき1点を、2に係る場合は1日につき1点をそれぞれ加算する。
- 2 入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合は算定しない。

第2節 処方料

区分

F 1 0 0 処方料

- 1 7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く。）を行った場合 29点
 - 2 1以外の場合 42点
- 注1 入院中の患者以外の患者に対する1回の処方について算定する。
- 2 麻薬、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬を処方した場合は、1処方につき1点を加算する。
 - 3 入院中の患者に対する処方を行った場合は、当該処方の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれる。
 - 4 3歳未満の乳幼児に対して処方を行った場合は、1処方につき3点を加算する。
 - 5 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方を行った場合は、月2回を限度として1処方につき18点を加算する。
 - 6 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上処方を行った場合は、月1回を限度として1処方につき65点を加算する。ただし、この場合において、同一月に注5の加算は算定できない。
 - 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は、抗悪性腫瘍剤処方管理加算として、月1回を限

度として1処方につき70点を加算する。

8 入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合は算定しない。

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投薬を行った場合には、外来後発医薬品使用体制加算として、当該基準に係る区分に従い、1処方につき次に掲げる点数をそれぞれ加算する。

イ 外来後発医薬品使用体制加算1 4点

ロ 外来後発医薬品使用体制加算2 3点

第3節 薬剤料

区分

F200 薬剤 薬剤料は、次の各区分ごとに所定単位につき、使用薬剤の薬価が15円以下である場合は1点とし、15円を超える場合は10円又はその端数を増すごとに1点を加算する。

使用薬剤	単位
内服薬及び浸煎薬	1剤1日分
屯服薬	1回分
外用薬	1調剤

注1 特別入院基本料等を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対する同一月の投薬に係る薬剤料と注射に係る薬剤料とを合算して得た点数（以下この表において「合算薬剤料」という。）が、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数を超える場合（悪性新生物その他の特定の疾患に罹患している患者に対して投薬又は注射を行った場合を除く。）は、当該合算薬剤料は、所定点数にかかわらず、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数により算定する。

2 1処方につき7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く。）を行った場合は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。

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

4 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

5 入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合は算定しない。

第4節 特定保険医療材料料

区分

F300 特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数

注 支給した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第5節 処方せん料

区分

F400 処方せん料

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

2 1以外の場合 68点

注1 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付した場合に、交付1回につき算定する。

- 2 3歳未満の乳幼児に対して処方を行った場合は、処方せんの交付1回につき3点を加算する。
 - 3 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方せんを交付した場合は、月2回を限度として処方せんの交付1回につき18点を加算する。
 - 4 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上処方を行った場合は、月1回を限度として1処方につき65点を加算する。ただし、この場合において、同一月に注3の加算は算定できない。
 - 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は、抗悪性腫瘍剤処方管理加算として、月1回を限度として処方せんの交付1回につき70点を加算する。
 - 6 薬剤の一般的名称を記載する処方せんを交付した場合は、当該処方せんの内容に応じ、次に掲げる点数を処方せんの交付1回につきそれぞれ加算する。
 - イ 一般名処方加算1 3点
 - ロ 一般名処方加算2 2点
 - 7 入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合は算定しない。
- 第6節 調剤技術基本料

区分

F500 調剤技術基本料

- 1 入院中の患者に投薬を行った場合 42点
 - 2 その他の患者に投薬を行った場合 8点
- 注1 薬剤師が常時勤務する保険医療機関において投薬を行った場合（処方せんを交付した場合を除く。）に算定する。
- 2 同一の患者につき同一月内に調剤技術基本料を算定すべき投薬を2回以上行った場合においては、調剤技術基本料は月1回を限度として算定する。
 - 3 1において、調剤を院内製剤の上行った場合は、10点を所定点数に加算する。
 - 4 区分番号B008に掲げる薬剤管理指導料又は区分番号C003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、算定できない。
 - 5 入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合は算定しない。

第6部 注射

通則

- 1 注射の費用は、第1節及び第2節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。
- 2 注射に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、前号により算定した点数及び第3節の所定点数を合算した点数により算定する。
- 3 生物学的製剤注射を行った場合は、15点を前2号により算定した点数に加算する。
- 4 精密持続点滴注射を行った場合は、1日につき80点を前3号により算定した点数に加算する。
- 5 注射に当たって麻薬を使用した場合は、5点を前各号により算定した点数に加算する。
- 6 区分番号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 820点
- ② 15歳以上 600点

(2) 外来化学療法加算B

- ① 15歳未満 670点
- ② 15歳以上 450点

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 740点
- ② 15歳以上 470点

(2) 外来化学療法加算B

- ① 15歳未満 640点
- ② 15歳以上 370点

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

8 注射に伴って行った反応試験の費用は、第1節の各区分の所定点数に含まれる。

第1節 注射料

通則

注射料は、第1款及び第2款の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。

第1款 注射実施料

区分

- G000 皮内、皮下及び筋肉内注射（1回につき） 20点
注 入院中の患者以外の患者に対して行った場合に算定する。
- G001 静脈内注射（1回につき） 32点
注1 入院中の患者以外の患者に対して行った場合に算定する。
2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、45点を所定点数に加算する。
3 区分番号C005に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号C005-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定する日に併せて行った静脈内注射の費用は算定できない。
- G002 動脈注射（1日につき）
 - 1 内臓の場合 155点
 - 2 その他の場合 45点
- G003 抗悪性腫瘍剤局所持続注入（1日につき） 165点
注 皮下植込型カテーテルアクセス等を用いて抗悪性腫瘍剤を、動脈内又は静脈内に局所持続注入した場合に算定する。
- 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 その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る。） 49点

注1 点滴に係る管理に要する費用は、所定点数に含まれる。

 - 2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、45点を所定点数に加算する。
 - 3 血漿成分製剤しょうぶんせいざいの注射を行う場合であって、1回目の注射に当たって、患者に対して注射の必要性、危険性等について文書による説明を行ったときは、当該注射を行った日に限り、50点を所定点数に加算する。
 - 4 区分番号C005に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号C00

5-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定する日に併せて行った点滴注射の費用は算定できない。

G005 中心静脈注射（1日につき） 140点

注1 血漿成分製剤しょうじょうの注射を行う場合であって、1回目の注射に当たって、患者に対して注射の必要性、危険性等について文書による説明を行ったときは、当該注射を行った日に限り、50点を所定点数に加算する。

2 中心静脈注射の費用を算定した患者については、同一日に行われた区分番号G004に掲げる点滴注射の費用は算定できない。

3 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、50点を所定点数に加算する。

4 区分番号C005に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号C005-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定する日に併せて行った中心静脈注射の費用は算定できない。

G005-2 中心静脈注射用カテーテル挿入 1,400点

注1 カテーテルの挿入に伴う検査及び画像診断の費用は、所定点数に含まれる。

2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、500点を所定点数に加算する。

3 別に厚生労働大臣が定める患者に対して静脈切開法を用いて行った場合は、2,000点を所定点数に加算する。

G005-3 末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入 700点

注1 カテーテルの挿入に伴う検査及び画像診断の費用は、所定点数に含まれる。

2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、500点を所定点数に加算する。

G006 植込型カテーテルによる中心静脈注射（1日につき） 125点

注1 区分番号C005に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号C005-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定する日に併せて行った植込型カテーテルによる中心静脈注射の費用は算定できない。

2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、50点を所定点数に加算する。

G007 関節腔内注射 80点

G008 滑液囊穿刺後の注入 80点

第2款 無菌製剤処理料

区分

G020 無菌製剤処理料

1 無菌製剤処理料1（悪性腫瘍に対して用いる薬剤が注射される一部の患者）

イ 閉鎖式接続器具を使用した場合 180点

ロ イ以外の場合 45点

2 無菌製剤処理料2（1以外のもの） 40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、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、点滴注射、中心静脈注射及び植込型カテーテルによる中心静脈注射を行う際に、別に厚生労働大臣が定める患者に対して使用する薬剤について、必要があつて無菌製剤処理が行われた場合は、当該患者に係る区分に従い1日につき所定点数を算定する。

第2節 薬剤料

区分

G100 薬剤

1 薬価が1回分使用量につき15円以下である場合 1点

2 薬価が1回分使用量につき15円を超える場合 薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の

端数を切り上げて得た点数に1点を
加算して得た点数

- 注1 特別入院基本料等を算定している病棟を有する病院に入院している患者であつて入院期間が1年を超えるものに対する合算薬剤料が、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数を超える場合（悪性新生物その他の特定の疾患に罹患している患者に対して投薬又は注射を行った場合を除く。）は、当該合算薬剤料は所定点数にかかわらず220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数により算定する。
- 2 健康保険法第85条第1項及び高齢者医療確保法第74条第1項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養又は健康保険法第85条の2第1項及び高齢者医療確保法第75条第1項に規定する入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であつて、歯科医師が当該ビタミン剤の注射が有効であると判断したときを除き、これを算定しない。
- 3 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第3節 特定保険医療材料料

区分

G200 特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数
注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第7部 リハビリテーション

通則

- 1 リハビリテーションの費用は、特に規定する場合を除き、疾病、部位又は部位数にかかわらず、1日につき第1節の各区分の所定点数により算定する。
- 2 リハビリテーションに当たって薬剤を使用した場合は、前号により算定した点数及び第2節の所定点数を合算した点数により算定する。
- 3 第1節に掲げられていないリハビリテーションであつて特殊なりハビリテーションの費用は、第1節に掲げられているリハビリテーションのうちで最も近似するリハビリテーションの各区分の所定点数により算定する。
- 4 脳血管疾患等リハビリテーション料又は廃用症候群リハビリテーション料については、患者の疾患等を勘案し、適当な区分1つに限り算定できる。この場合、患者の疾患、状態等を総合的に勘案し、治療上有効であると医学的に判断される場合であつて、患者1人につき1日6単位（別に厚生労働大臣が定める患者については1日9単位）に限り算定できるものとする。

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 脳血管疾患等リハビリテーション料(I) (1単位) | 245点 |
| 2 脳血管疾患等リハビリテーション料(II) (1単位) | 200点 |
| 3 脳血管疾患等リハビリテーション料(III) (1単位) | 100点 |

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方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に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従つて、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日以内に限り所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、180日を超えて所定点数を算定することができる。

- 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つ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日を限度として、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。

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、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14日を限度として、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。

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、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

H000-2 削除

H000-3 廃用症候群リハビリテーション料

1 廃用症候群リハビリテーション料(I) (1単位)	180点
2 廃用症候群リハビリテーション料(II) (1単位)	146点
3 廃用症候群リハビリテーション料(III) (1単位)	77点

注1 別に厚生労働大臣が定める基準に適合している保険医療機関において、急性疾患等に伴う安静による廃用症候群の患者であつて、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力及び日常生活能力の低下を来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、当該基準に係る区分に従つて、それぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から120日以内に限り所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、120日を超えて所定点数を算定することができる。

2 注1本文に規定する患者であつ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、当該患者の廃用症候群に係る急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は当該患者の廃用症候群の急性増悪から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。

3 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、注1本文に規定する患者であつ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、当該患者の廃用症候群に係る急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は当該患者の廃用症候群の急性増悪から14日に限り、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。

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、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。	
H001	摂食機能療法(1日につき)	185点
注1	摂食機能障害を有する患者に対して、30分以上行った場合に限り、1月に4回を限度として算定する。ただし、治療開始日から起算して3月以内の患者については、1日につき算定する。	
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月以内に限り、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
3	治療開始日から起算して3月を超えた場合に、区分番号H001-2に掲げる歯科口腔リハビリテーション料1(2及び3に限る。)を算定した月は、摂食機能療法は算定できない。	
H001-2	歯科口腔リハビリテーション料1(1口腔につき)	
1	有床義歯の場合	
イ	ロ以外の場合	100点
ロ	困難な場合	120点
2	舌接触補助床の場合	190点
3	その他の場合	185点
注1	1については、有床義歯を装着している患者に対して、月1回を限度として算定する。	
2	2については、舌接触補助床を装着している患者に対して、月4回を限度として算定する。	
3	2及び3について、区分番号H001に掲げる摂食機能療法を算定した日は、歯科口腔リハビリテーション料1は算定できない。	
4	2について、区分番号H001に掲げる摂食機能療法の治療開始日から起算して3月を超えた場合において、当該摂食機能療法を算定した月は、歯科口腔リハビリテーション料1は算定できない。	
5	3については、区分番号M025に掲げる口蓋補綴、顎補綴により算定した装置を装着している患者に対して、月4回を限度として算定する。	
H001-3	歯科口腔リハビリテーション料2(1口腔につき)	50点
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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、顎関節治療用装置を装着している患者に対して、月1回を限度として算定する。	
H002	障害児(者)リハビリテーション料(1単位)	
1	6歳未満の患者の場合	225点
2	6歳以上18歳未満の患者の場合	195点
3	18歳以上の患者の場合	155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。

H003 がん患者リハビリテーション料（1単位） 205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。

H008 集団コミュニケーション療法料（1単位） 50点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方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に対して、集団コミュニケーション療法である言語聴覚療法を行った場合に、患者1人につき1日3単位まで算定する。

第2節 薬剤料

区分

H100 薬剤 薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。

注1 薬価が15円以下である場合は、算定できない。

2 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第8部 処置

通則

- 1 処置の費用は、第1節の各区分の所定点数により算定する。
- 2 処置に当たって、第2節に掲げる医療機器等、別に厚生労働大臣が定める薬剤（以下この部において「特定薬剤」という。）又は別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合（特定薬剤にあつては、120点以上の処置若しくは特に規定する処置に使用した場合又は特定保険医療材料にあつては、特に規定する処置に使用した場合を除く。）は、前号により算定した点数及び第2節、第3節又は第4節の所定点数を合算した点数により算定する。
- 3 第1節に掲げられていない処置であつて簡単な処置の費用は、特定薬剤又は特定保険医療材料を使用したときに限り、第3節又は第4節の所定点数のみにより算定する。
- 4 第1節に掲げられていない処置であつて特殊な処置の費用は、同節に掲げられている処置のうちで最も近似する処置の各区分の所定点数により算定する。
- 5 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、処置を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、次に掲げる点数を、それぞれ当該処置の所定点数に加算する。ただし、通則第8号又は第9号に掲げる加算を算定する場合は、この限りでない。
 - イ 処置（区分番号I005（1及び2に限る。）に掲げる抜髄、区分番号I006（1及び2に限る。）に掲げる感染根管処置及び区分番号I017に掲げる床副子を除く。）を行った場合 所定点数の100分の50に相当する点数
 - ロ 区分番号I005（1及び2に限る。）に掲げる抜髄又は区分番号I006（1及び2に限る。）に掲げる感染根管処置を行った場合 所定点数の100分の30に相当する点数
- 6 緊急のために休日に処置を行った場合又は処置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場合は、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算した点数により算定する。
 - イ 処置の所定点数が1,000点以上の場合であつて、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行われる場合
 - (1) 休日加算1 所定点数の100分の160に相当する点数
 - (2) 時間外加算1（入院中の患者以外の患者に対して行われる場合に限る。） 所定点数の100分の80に相当する点数
 - (3) 深夜加算1 所定点数の100分の160に相当する点数
 - (4) (1)から(3)までにかかわらず、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おいて、入院中の患者以外の患者に対して、処置の開始時間が同注のただし書に規定する時間である処置を行った場合 所定点数の100分の80に相当する点数
 ロ 処置の所定点数が150点以上の場合であって、入院中の患者以外の患者に対し行われる場合（イに該当する場合を除く。）

- (1) 休日加算 2 所定点数の100分の80に相当する点数
- (2) 時間外加算 2 所定点数の100分の40に相当する点数
- (3) 深夜加算 2 所定点数の100分の80に相当する点数
- (4) (1)から(3)までにかかわらず、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おいて、処置の開始時間が同注のただし書に規定する時間である処置を行った場合 所定点数の100分の40に相当する点数

7 120点以上の処置又は特に規定する処置の所定点数は、当該処置に当たって、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。

8 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5に規定する加算を算定しないものに対して、歯科訪問診療時に処置を行った場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該処置の所定点数に加算する。

イ 区分番号I005（3に限る。）に掲げる抜髄又は区分番号I006（3に限る。）に掲げる感染根管処置を行った場合 所定点数の100分の50に相当する点数

ロ 区分番号I005（1及び2に限る。）に掲げる抜髄又は区分番号I006（1及び2に限る。）に掲げる感染根管処置を行った場合 所定点数の100分の30に相当する点数

9 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料及び同注5に規定する加算を算定する患者に対して、歯科訪問診療時に処置を行った場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該処置の所定点数に加算する。

イ 処置（区分番号I005（1及び2に限る。）に掲げる抜髄、区分番号I006（1及び2に限る。）に掲げる感染根管処置及び区分番号I017に掲げる床副子を除く。）を行った場合 所定点数の100分の50に相当する点数

ロ 区分番号I005（1及び2に限る。）に掲げる抜髄又は区分番号I006（1及び2に限る。）に掲げる感染根管処置を行った場合 所定点数の100分の30に相当する点数

第1節 処置料

区分

（歯の疾患の処置）

I000 う蝕^{しよく}処置（1歯1回につき） 18点

注 貼薬、仮封及び特定薬剤の費用並びに特定保険医療材料は、所定点数に含まれる。

I000-2 咬合調整^{こうごう}

1 1歯以上10歯未満 40点

2 10歯以上 60点

I000-3 残根削合（1歯1回につき） 18点

注 貼薬、仮封及び特定薬剤の費用並びに特定保険医療材料は、所定点数に含まれる。

I001 歯髄保護処置（1歯につき）

1 歯髄温存療法 188点

2 直接歯髄保護処置 150点

3 間接歯髄保護処置 30点

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^{しよく}処置の費用は、所定点数に含まれる。

2 特定薬剤及び特定保険医療材料の費用は、所定点数に含まれる。

I002 知覚過敏^{ちかく}処置（1口腔1回につき）

1 3歯まで 46点

2 4歯以上 56点

	注	特定薬剤の費用は、所定点数に含まれる。	
I 0 0 2 - 2	う蝕薬物塗布処置（1口腔1回につき）		
	1	3歯まで	46点
	2	4歯以上	56点
	注	特定薬剤の費用は、所定点数に含まれる。	
I 0 0 3	初期う蝕早期充填処置（1歯につき）		134点
	注	小窩裂溝の清掃、歯面の前処理及び填塞の費用は、所定点数に含まれる。	
I 0 0 4	歯髄切断（1歯につき）		
	1	生活歯髄切断	230点
	2	失活歯髄切断	70点
	注1	永久歯の歯根完成期以前及び乳歯の歯髄につき、1の生活歯髄切断を行った場合は、40点を所定点数に加算する。	
	2	歯髄保護処置の費用は、所定点数に含まれる。	
I 0 0 5	抜髄（1歯につき）		
	1	単根管	228点
	2	2根管	418点
	3	3根管以上	588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、40点、230点又は400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、78点、268点又は438点を算定する。	
	3	麻酔（通則第7号に規定する麻酔に限る。）及び特定薬剤の費用は、所定点数に含まれる。	
I 0 0 6	感染根管処置（1歯につき）		
	1	単根管	144点
	2	2根管	294点
	3	3根管以上	432点
	注	特定薬剤の費用は、所定点数に含まれる。	
I 0 0 7	根管貼薬処置（1歯1回につき）		
	1	単根管	28点
	2	2根管	34点
	3	3根管以上	46点
	注	特定薬剤の費用は、所定点数に含まれる。	
I 0 0 8	根管充填（1歯につき）		
	1	単根管	68点
	2	2根管	90点
	3	3根管以上	110点
	注	特定薬剤の費用は、所定点数に含まれる。	
I 0 0 8 - 2	加圧根管充填処置（1歯につき）		
	1	単根管	136点
	2	2根管	164点
	3	3根管以上	200点
	注1	区分番号M 0 0 0 - 2に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料の注1により当該管理料を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算定する。	
	2	特定薬剤の費用は、所定点数に含まれる。	
	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、4根管又は槌状根に対して歯	

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。

(外科後処置)

I 0 0 9	外科後処置	
	1 口腔 ^{くわう} 内外科後処置 (1口腔1回につき)	22点
	2 口腔 ^{くわう} 外外科後処置 (1回につき)	22点
I 0 0 9-2	創傷処置	
	1 100平方センチメートル未満	45点
	2 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満	60点
	3 500平方センチメートル以上	90点
	注 1については、入院中の患者以外の患者及び手術後の患者(入院中の患者に限る。)についてのみ算定する。ただし、手術後の患者(入院中の患者に限る。)については手術日から起算して14日を限度として算定する。	
I 0 0 9-3	歯科ドレーン法(ドレナージ)(1日につき)	50点
I 0 0 9-4	上顎洞洗浄(片側)	55点
I 0 0 9-5	口腔 ^{くわう} 内分泌物吸引(1日につき)	48点
	(歯周組織 ^{くわう} の処置)	
I 0 1 0	歯周疾患処置(1口腔1回につき)	14点
	注 特定薬剤を用いて行った場合に算定する。	
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)	66点
	2 スケーリング・ルートプレーニング(1歯につき)	
	イ 前歯	60点
	ロ 小臼歯	64点
	ハ 大臼歯	72点
	3 歯周ポケット ^{そうは} 搔爬(1歯につき)	
	イ 前歯	60点
	ロ 小臼歯	64点
	ハ 大臼歯	72点
	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、38点を所定点数に加算する。	
	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。	
	3 区分番号I 0 1 1-2に掲げる歯周病安定期治療(I)又は区分番号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。	
	4 麻酔及び特定薬剤の費用は、所定点数に含まれる。	
	5 区分番号D 0 0 2の3に掲げる混合歯列期歯周病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(I)	
	1 1歯以上10歯未満	200点
	2 10歯以上20歯未満	250点
	3 20歯以上	350点
	注1 一連の歯周病治療終了後、一時的に病状が安定した状態にある患者に対し、歯周組織の状態を維持するためのプラークコントロール、スケーリング、スケーリング・ルートプレーニング、咬合調整、機械的歯面清掃等の継続的な治療(以下この表において「歯周病安定期治療(I)」という。)を開始した場合は、それぞれの区分に従い月1回を限度として算定する。	

- 2 2回目以降の歯周病安定期治療(I)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。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等の歯周病安定期治療(I)の治療間隔の短縮が必要とされる場合は、この限りでない。
- 3 歯周病安定期治療(I)を開始した後、病状の変化により歯周外科手術を実施した場合は、歯周精密検査により再び病状が安定し継続的な治療が必要であると判断されるまでの間は、歯周病安定期治療(I)は算定できない。
- 4 歯周病安定期治療(I)を開始した日以降に歯周外科手術を実施した場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。
- 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 | 1 歯以上10歯未満 | 380点 |
| 2 | 10歯以上20歯未満 | 550点 |
| 3 | 20歯以上 | 830点 |

注1 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所において、一連の歯周病治療終了後、一時的に病状が安定した状態にある患者に対し、歯周組織の状態を維持するためのプラークコントロール、歯周病検査、口腔内写真検査、スケーリング、スケーリング・ルートプレーニング、咬合調整、機械的歯面清掃等の継続的な治療（以下この表において「歯周病安定期治療(II)」という。）を開始した場合は、それぞれの区分に従い、月1回を限度として算定する。

- 2 歯周病安定期治療(II)を開始した後、病状の変化により歯周外科手術を実施した場合は、歯周精密検査により再び病状が安定し継続的な治療が必要であると判断されるまでの間は、歯周病安定期治療(II)に係る費用は算定できない。
- 3 歯周病安定期治療(II)を開始した日以降に歯周外科手術を実施した場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。
- 4 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 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。）を行った場合は、月1回を限度として算定する。

- 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は、歯周基本治療処置は別に算定できない。
- 3 薬剤に係る費用は、所定点数に含まれる。

（その他の処置）

I 0 1 4 暫間固定

- | | | |
|---|----------|------|
| 1 | 簡単なもの | 200点 |
| 2 | 困難なもの | 500点 |
| 3 | 著しく困難なもの | 650点 |

I 0 1 4 - 2 暫間固定装置修理

- | | | |
|---|-------|------|
| 1 | 簡単なもの | 70点 |
| 2 | 困難なもの | 220点 |

I 0 1 5 口唇プロテクター 290点

I 0 1 6 線副子（1顎につき） 650点

I 0 1 7 床副子

- | | | |
|---|-------------------------|--------|
| 1 | 簡単なもの | 650点 |
| 2 | 困難なもの | 1,500点 |
| 3 | 著しく困難なもの | 2,000点 |
| 4 | 摂食機能の改善を目的とするもの（舌接触補助床） | |
| | イ 新たに製作した場合 | 2,000点 |

	ロ 旧義歯を用いた場合	500点
I 0 1 7 - 2	床副子調整・修理（1口腔につき）	
	1 床副子調整	
	イ 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
	ロ イ以外の場合	220点
	2 床副子修理	234点
	注1 1のイについては、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回を限度として算定する。	
	2 1のロについては、咬合挙上副子又は術後即時顎補綴装置の調整を行った場合に算定する。	
	3 同一の患者について1月以内に床副子調整を2回以上行った場合は、第1回の調整を行ったときに算定する。	
	4 2については、同一の患者について1月以内に床副子修理を2回以上行った場合は、第1回の修理を行ったときに算定する。	
I 0 1 7 - 3	顎外固定	
	1 簡単なもの	600点
	2 困難なもの	1,500点
I 0 1 8	歯周治療用装置	
	1 冠形態のもの（1歯につき）	50点
	2 床義歯形態のもの（1装置につき）	750点
	注1 区分番号D 0 0 2に掲げる歯周病検査（2に限る。）を実施した患者に対して算定する。	
	2 印象採得、特定保険医療材料等の費用は、所定点数に含まれる。	
I 0 1 9	歯冠修復物又は補綴物の除去（1歯につき）	
	1 簡単なもの	16点
	2 困難なもの	32点
	3 著しく困難なもの	54点
I 0 2 0	暫間固定装置の除去（1装置につき）	30点
I 0 2 1	根管內異物除去（1歯につき）	150点
I 0 2 2	有床義歯床下粘膜調整処置（1顎1回につき）	110点
I 0 2 3	心身医学療法	
	1 入院中の患者	150点
	2 入院中の患者以外の患者	
	イ 初診時	110点
	ロ 再診時	80点
	注1 区分番号A 0 0 0に掲げる初診料を算定する初診の日において心身医学療法を行った場合は、診療に要した時間が30分を超えたときに限り算定する。	
	2 入院中の患者については、入院の日から起算して4週間以内の場合にあっては週2回を、入院の日から起算して4週間を超える場合にあっては週1回をそれぞれ限度として算定する。	
	3 入院中の患者以外の患者については、初診日から起算して4週間以内の場合にあっては週2回を、初診日から起算して4週間を超える場合にあっては週1回をそれぞれ限度として算定する。	
	4 20歳未満の患者に対して心身医学療法を行った場合は、所定点数に所定点数の100分の100に相当する点数を加算する。	
I 0 2 4	鼻腔栄養（1日につき）	60点
I 0 2 5	酸素吸入（1日につき）	65点
	注1 使用した精製水の費用は、所定点数に含まれる。	

- 2 人工呼吸と同時にを行った酸素吸入の費用は、人工呼吸の所定点数に含まれる。
- I 0 2 6 高気圧酸素治療（1日につき） 200点
- I 0 2 7 人工呼吸
- 1 30分までの場合 242点
 - 2 30分を超えて5時間までの場合 242点に30分又はその端数を増すごとに50点を加算して得た点数
 - 3 5時間を超えた場合（1日につき） 819点
- 注 使用した精製水の費用及び人工呼吸と同時に行う呼吸心拍監視、経皮的動脈血酸素飽和度測定若しくは非観血的連続血圧測定又は酸素吸入の費用は、所定点数に含まれる。
- I 0 2 8 削除
- I 0 2 9 周術期専門的口腔衛生処置（1口腔につき） 92点
- 注1 区分番号B 0 0 0－6に掲げる周術期口腔機能管理料(I)又は区分番号B 0 0 0－7に掲げる周術期口腔機能管理料(II)を算定した入院中の患者に対して、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、周術期口腔機能管理料(I)又は周術期口腔機能管理料(II)を算定した日の属する月において、術前1回、術後1回を限度として算定する。
 - 2 区分番号B 0 0 0－8に掲げる周術期口腔機能管理料(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、周術期口腔機能管理料(III)を算定した日の属する月において、月1回を限度として算定する。
 - 3 周術期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 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、月1回を限度として算定する。
 - 2 区分番号B 0 0 0－4に掲げる歯科疾患管理料の注10に規定するエナメル質初期う蝕加算、区分番号I 0 1 1－2に掲げる歯周病安定期治療(I)又は区分番号I 0 1 1－2－2に掲げる歯周病安定期治療(II)を算定した月は算定できない。
 - 3 当該処置を算定した翌月は、算定できない。
- I 0 3 1 フッ化物歯面塗布処置（1口腔につき）
- 1 う蝕多発傾向者の場合 100点
 - 2 在宅等療養患者の場合 100点
 - 3 エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合 120点
- 注1 1については、区分番号B 0 0 0－4に掲げる歯科疾患管理料を算定したう蝕多発傾向者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に、月1回を限度として算定する。ただし、2回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、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った場合に限り、月1回を限度として算定する。
- 2 2については、区分番号C 0 0 0に掲げる歯科訪問診療料を算定し、初期の根面う蝕に罹患している在宅等で療養を行う患者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に、月1回を限度として算定する。ただし、2回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、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った場合に限り、月1回を限度として算定する。

- 3 3については、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料（注10に規定するエナメル質初期^{しよく}う蝕^り管理加算を算定した場合を除く。）を算定したエナメル質初期^{しよく}う蝕^りに罹患している患者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に月1回を限度として算定する。ただし、2回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、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った場合に限り、月1回を限度として算定する。

第2節 処置医療機器等加算

区分

I080及びI081 削除

I082 酸素加算

注1 区分番号I025からI027までに掲げる処置に当たって酸素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数（酸素と併せて窒素を使用した場合は、それぞれの価格を10円で除して得た点数を合算した点数）を加算する。

2 酸素及び窒素の価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第3節 特定薬剤料

区分

I100 特定薬剤 薬価が40円を超える場合は、薬価から40円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数

注1 薬価が40円以下である場合は、算定できない。

2 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第4節 特定保険医療材料料

区分

I200 特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数

注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第9部 手術

通則

- 1 手術の費用は、第1節若しくは第2節の各区分の所定点数のみにより、又は第1節及び第2節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。
- 2 手術に当たって、第3節に掲げる医療機器等、薬剤（別に厚生労働大臣が定めるものを除く。）又は別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合（別に厚生労働大臣が定める薬剤（以下この部において「特定薬剤」という。）にあつては、120点以上の手術又は特に規定する手術に使用した場合を除く。）は、前号により算定した点数及び第3節から第6節までの所定点数を合算した点数により算定する。
- 3 第1節に掲げられていない手術であつて特殊な手術の費用は、同節に掲げられている手術のうちで最も近似する手術の各区分の所定点数により算定する。
- 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を満たす保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
- 5 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手術を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、次に掲げる点数を、それぞれ当該手術の所定点数に加算する。ただし、区分番号J100-2の注1に規定する加算、通則第14号又は第15号に掲げる加算を算定する場合は、この限りでない。
 - イ 手術（区分番号J013（1及び2に限る。）に掲げる口腔^{くわう}内消炎手術を除く。）を行った場合 所定点数の100分の50に相当する点数
 - ロ 区分番号J013（1及び2に限る。）に掲げる口腔^{くわう}内消炎手術を行った場合 所定点数の100分の30に相当する点数
- 6 全身麻酔下で極低出生体重児、新生児又は3歳未満の乳幼児（極低出生体重児及び新生児を

- 除く。) に対して手術を行った場合は、当該手術の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の400、100分の300又は100分の100に相当する点数を加算する。
- 7 区分番号J016、J018、J021の2、J031、J032、J035、J039の2及び3、J042、J057並びにJ060に掲げる手術については、頸部郭清術^{けい}と併せて行った場合は、所定点数に片側は4,000点を、両側は6,000点を加算する。
- 8 HIV抗体陽性の患者に対して、入院を必要とする観血的手術を行った場合は、当該手術の所定点数に4,000点を加算する。
- 9 緊急のために休日に手術を行った場合又は手術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場合において、当該手術の所定点数が150点以上のときは、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。
- イ 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
- (1) 休日加算1 所定点数の100分の160に相当する点数
- (2) 時間外加算1 (入院中の患者以外の患者に対し行われる場合に限る。) 所定点数の100分の80に相当する点数
- (3) 深夜加算1 所定点数の100分の160に相当する点数
- (4) (1)から(3)までにかかわらず、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おいて、入院中の患者以外の患者に対して、手術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 所定点数の100分の80に相当する点数
- ロ イ以外の保険医療機関において行われる場合
- (1) 休日加算2 所定点数の100分の80に相当する点数
- (2) 時間外加算2 (入院中の患者以外の患者に対し行われる場合に限る。) 所定点数の100分の40に相当する点数
- (3) 深夜加算2 所定点数の100分の80に相当する点数
- (4) (1)から(3)までにかかわらず、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おいて、入院中の患者以外の患者に対して、手術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 所定点数の100分の40に相当する点数
- 10 メチシリン耐性黄色ブドウ球菌(MRSA)感染症患者(感染症法の規定に基づき都道府県知事に対して医師の届出が義務づけられるものに限る。)、B型肝炎感染患者(HBs又はHBe抗原陽性の者に限る。)若しくはC型肝炎感染患者又は結核患者に対して、医科点数表の区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔、医科点数表の区分番号L002に掲げる硬膜外麻酔又は医科点数表の区分番号L004に掲げる脊椎麻酔を伴う手術を行った場合は、所定点数に1,000点を加算する。
- 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。
- 12 対称器官に係る手術の各区分の所定点数は、特に規定する場合を除き、片側の器官の手術料に係る点数とする。
- 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、植皮術、動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術、遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)、複合組織移植術、自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)又は粘膜移植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。
- 14 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5に規定する加算を算定しないものに対して、歯科訪問診療時に手術を行った場合は、次に掲げる点数をそれぞれ当該手術の所定点数に加算する。
- イ 区分番号J000(1、2及び3に限る。)に掲げる抜歯手術を行った場合(注1の加算を算定した場合を除く。) 所定点数の100分の50に相当する点数
- ロ 区分番号J013(2に限る。)に掲げる口腔内消炎手術を行った場合

- 所定点数の100分の30に相当する点数
- 15 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料及び同注5に規定する加算を算定する患者に対して、歯科訪問診療時に手術を行った場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該手術の所定点数に加算する。
- イ 区分番号J013（1及び2に限る。）に掲げる口腔内消炎手術以外の手術を行った場合
所定点数の100分の50に相当する点数
- ロ 区分番号J013（1及び2に限る。）に掲げる口腔内消炎手術を行った場合
所定点数の100分の30に相当する点数
- 16 区分番号B000-6に掲げる周術期口腔機能管理料(I)（1に限る。）又はB000-7に掲げる周術期口腔機能管理料(II)（1に限る。）を算定した患者に対して、算定後1月以内に悪性腫瘍手術を全身麻酔下で実施した場合は、周術期口腔機能管理後手術加算として、200点をそれぞれ所定点数に加算する。

第1節 手術料

区分

J000 抜歯手術（1歯につき）

- | | | |
|---|-----|--------|
| 1 | 乳歯 | 130点 |
| 2 | 前歯 | 150点 |
| 3 | 臼歯 | 260点 |
| 4 | 埋伏歯 | 1,050点 |

注1 2又は3については、歯根肥大、骨の癒着歯等に対する骨の開さく又は歯根分離術を行った場合に限り、難抜歯加算として、210点を所定点数に加算する。

2 4については、完全埋伏歯（骨性）又は水平埋伏智歯に限り算定する。

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 抜歯と同時に行う歯槽骨の整形等の費用は、所定点数に含まれる。

J000-2 歯根分割搔爬術 260点

J000-3 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 |

J001 ヘミセクション（分割抜歯） 470点

J002 抜歯窩再搔爬手術 130点

J003 歯根嚢胞摘出手術

- | | | |
|---|---------|--------|
| 1 | 歯冠大のもの | 800点 |
| 2 | 拇指頭大のもの | 1,350点 |
| 3 | 鶏卵大のもの | 2,040点 |

J004 歯根端切除手術（1歯につき）

- | | | |
|---|---------------------------------|--------|
| 1 | 2以外の場合 | 1,350点 |
| 2 | 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た場合 | 2,000点 |

注1 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。

2 歯根端閉鎖の費用は、所定点数に含まれる。

3 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該手術を実施した場合に算定する。

J004-2 歯の再植術 1,300点

注 外傷性脱臼歯の再植術に限り算定する。

J004-3 歯の移植手術 1,300点

注 自家移植を行った場合に限り算定する。

J005 削除

J006 歯槽骨整形手術、骨瘤除去手術 110点

J 0 0 7	顎骨切断端形成術	4,400点
J 0 0 8	歯肉、歯槽部腫瘍手術（エプーリスを含む。）	
	1 軟組織に局限するもの	600点
	2 硬組織に及ぶもの	1,300点
J 0 0 9	浮動歯肉切除術	
	1 3分の1顎程度	400点
	2 2分の1顎程度	800点
	3 全顎	1,600点
J 0 1 0	顎堤形成術	
	1 簡単なもの（1顎につき）	3,000点
	2 困難なもの（2分の1顎未満）	4,000点
	3 困難なもの（2分の1顎以上）	6,500点
J 0 1 1	上顎結節形成術	
	1 簡単なもの	2,000点
	2 困難なもの	3,000点
	注 両側同時に行った場合は、所定点数の100分の50に相当する点数を所定点数に加算する。	
J 0 1 2	おとがい神経移動術	1,300点
	注 両側同時に行った場合は、所定点数の100分の50に相当する点数を所定点数に加算する。	
J 0 1 3	口腔内消炎手術	
	1 智歯周囲炎の歯肉弁切除等	120点
	2 歯肉膿瘍等	180点
	3 骨膜下膿瘍、口蓋膿瘍等	230点
	4 顎炎又は顎骨骨髓炎等	
	イ 3分の1顎未満の範囲のもの	750点
	ロ 3分の1顎以上の範囲のもの	2,600点
	ハ 全顎にわたるもの	5,700点
J 0 1 4	口腔底膿瘍切開術	700点
J 0 1 5	口腔底腫瘍摘出術	6,800点
J 0 1 5-2	口腔底迷入下顎智歯除去術	5,230点
J 0 1 6	口腔底悪性腫瘍手術	28,140点
J 0 1 7	舌腫瘍摘出術	
	1 粘液嚢胞摘出術	1,220点
	2 その他のもの	2,940点
J 0 1 7-2	甲状舌管嚢胞摘出術	8,520点
J 0 1 8	舌悪性腫瘍手術	
	1 切除	22,010点
	2 亜全摘	75,070点
J 0 1 9	口蓋腫瘍摘出術	
	1 口蓋粘膜に局限するもの	520点
	2 口蓋骨に及ぶもの	8,050点
J 0 2 0	口蓋混合腫瘍摘出術	5,600点
J 0 2 1	口蓋悪性腫瘍手術	
	1 切除（単純）	5,600点
	2 切除（広汎）	18,000点
J 0 2 2	顎・口蓋裂形成手術	
	1 軟口蓋のみのもの	14,520点
	2 硬口蓋に及ぶもの	24,170点

	3 顎裂を伴うもの	
	イ 片側	25,170点
	ロ 両側	31,940点
J 0 2 3	歯槽部骨皮質切離術 (コルチコトミー)	
	1 6 歯未満の場合	1,700点
	2 6 歯以上の場合	3,400点
J 0 2 4	口唇裂形成手術 (片側)	
	1 口唇のみの場合	13,180点
	2 口唇裂鼻形成を伴う場合	18,810点
	3 鼻腔底形成を伴う場合	24,350点
J 0 2 4 - 2	口唇裂形成手術 (両側)	
	1 口唇のみの場合	18,810点
	2 口唇裂鼻形成を伴う場合	23,790点
	3 鼻腔底形成を伴う場合	36,620点
J 0 2 4 - 3	軟口蓋形成手術	9,700点
J 0 2 4 - 4	鼻咽腔閉鎖術	23,790点
J 0 2 5	削除	
J 0 2 6	舌繫癍痕性短縮矯正術	2,650点
J 0 2 7	頬、口唇、舌小帯形成術	560点
J 0 2 8	舌形成手術 (巨舌症手術)	7,590点
J 0 2 9	削除	
J 0 3 0	口唇腫瘍摘出術	
	1 粘液嚢胞摘出術	910点
	2 その他のもの	3,050点
J 0 3 1	口唇悪性腫瘍手術	33,010点
J 0 3 2	口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術	108,700点
J 0 3 3	頬腫瘍摘出術	
	1 粘液嚢胞摘出術	910点
	2 その他のもの	4,380点
J 0 3 4	頬粘膜腫瘍摘出術	4,460点
J 0 3 5	頬粘膜悪性腫瘍手術	26,310点
J 0 3 6	術後性上顎嚢胞摘出術	
	1 上顎に限局するもの	6,660点
	2 篩骨蜂巢に及ぶもの	14,500点
J 0 3 7	上顎洞口腔瘻閉鎖術	
	1 簡単なもの	150点
	2 困難なもの	1,000点
	3 著しく困難なもの	5,800点
J 0 3 8	上顎骨切除術	15,310点
J 0 3 9	上顎骨悪性腫瘍手術	
	1 搔爬	7,640点
	2 切除	34,420点
	3 全摘	68,480点
J 0 4 0	下顎骨部分切除術	14,940点
J 0 4 1	下顎骨離断術	27,140点
J 0 4 2	下顎骨悪性腫瘍手術	
	1 切除	40,360点
	2 切断	53,830点
J 0 4 3	顎骨腫瘍摘出術 (歯根嚢胞を除く。)	

	1 長径3センチメートル未満	2,820点
	2 長径3センチメートル以上	11,160点
J044	顎骨 ^{のう} 嚢胞開窓術	2,040点
J045	口蓋隆起形成術	2,040点
J046	下顎隆起形成術	1,700点
	注 両側同時に行った場合は、所定点数の100分の50に相当する点数を所定点数に加算する。	
J047	腐骨除去手術	
	1 歯槽部に限局するもの	600点
	2 顎骨に及ぶもの	
	イ 片側の3分の1未満の範囲のもの	1,300点
	ロ 片側の3分の1以上の範囲のもの	3,420点
J048	口腔外 ^{くわう} 消炎 ^{のう} 手術 ^{ほうか}	
	1 骨膜下膿瘍、皮下膿瘍、蜂窩織炎等	
	イ 2センチメートル未満のもの	180点
	ロ 2センチメートル以上5センチメートル未満のもの	300点
	ハ 5センチメートル以上のもの	750点
	2 顎炎又は顎骨骨髓炎	
	イ 3分の1顎以上の範囲のもの	2,600点
	ロ 全顎にわたるもの	5,700点
J049	外歯 ^{ろう} 瘻 ^{へん} 手術 ^{のう}	1,500点
J050	歯性扁桃周囲膿瘍 ^{のう} 切開手術	870点
J051	がま腫切開術	820点
J052	がま腫摘出術	5,950点
J053	唾石摘出術（一連につき）	
	1 表在性のもの	640点
	2 深在性のもの	3,770点
	3 腺体内に存在するもの	6,550点
	注 2及び3について内視鏡を用いた場合は、1,000点を所定点数に加算する。	
J054	舌下腺腫瘍摘出術	5,990点
J055	顎下腺摘出術	9,670点
J056	顎下腺腫瘍摘出術	9,480点
J057	顎下腺悪性腫瘍手術	33,010点
J058	削除	
J059	耳下腺腫瘍摘出術	
	1 耳下腺浅葉摘出術	27,210点
	2 耳下腺深葉摘出術	34,210点
J060	耳下腺悪性腫瘍手術	
	1 切除	33,010点
	2 全摘	44,020点
J061	唾液腺 ^{のう} 膿瘍切開術	900点
J062	唾液腺管形成手術	11,360点
J063	歯周外科手術（1歯 ^{そうは} につき）	
	1 歯周ポケット搔爬術	80点
	2 新付着手術	160点
	3 歯肉切除手術	320点
	4 歯肉剥離搔爬手術	630点
	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）	840点

ロ	2次手術（非吸収性膜の除去）	380点
6	歯肉歯槽粘膜形成手術	
イ	歯肉弁根尖側移動術	600点
ロ	歯肉弁歯冠側移動術	600点
ハ	歯肉弁側方移動術	770点
ニ	遊離歯肉移植術	770点
ホ	口腔前庭拡張術	2,820点
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、110点を所定点数に加算する。	
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厚生局長等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(I)又は区分番号I011-2-2に掲げる歯周病安定期治療(II)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50に相当する点数により算定する。	
4	簡単な暫間固定及び特定薬剤の費用は、所定点数に含まれる。	
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、4又は5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、60点を所定点数に加算する。	

J063-2 骨移植術（軟骨移植術を含む。）

1	自家骨移植	
イ	簡単なもの	1,780点
ロ	困難なもの	14,030点
2	同種骨移植（生体）	23,890点
3	同種骨移植（非生体）	
イ	同種骨移植（特殊なもの）	24,370点
ロ	その他の場合	21,050点

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。

J063-3 骨（軟骨）組織採取術

1	腸骨翼	3,150点
2	その他のもの	4,510点

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。

J064 削除

J065 歯槽骨骨折非観血的整復術

1	1歯又は2歯にわたるもの	680点
2	3歯以上にわたるもの	1,300点

J066 歯槽骨骨折観血的整復術

1	1歯又は2歯にわたるもの	1,300点
2	3歯以上にわたるもの	2,700点

J067 上顎骨折非観血的整復術

1,570点

J068 上顎骨折観血的手術

15,220点

J069 上顎骨形成術

1	単純な場合	23,240点
2	複雑な場合及び2次的再建の場合	45,510点
3	骨移動を伴う場合	72,900点

注1 1について、上顎骨を複数に分割した場合は、5,000点を所定点数に加算する。

2 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、先天異常の患者に対して行わ

	れる場合に限り算定する。	
J 0 7 0	頬 ^{きょう} 骨骨折観血的整復術	15, 090点
J 0 7 0 - 2	頬 ^{きょう} 骨変形治癒骨折矯正術	38, 610点
J 0 7 1	下顎骨折非観血的整復術	1, 240点
	注 連続した歯に対して三内式線副子以上の結紮 ^{さつ} 法を行った場合は、650点を所定点数に加算する。	
J 0 7 2	下顎骨折観血的手術	
	1 片側	13, 000点
	2 両側	27, 320点
J 0 7 2 - 2	下顎関節突起骨折観血的手術	
	1 片側	28, 210点
	2 両側	47, 020点
J 0 7 3	口腔 ^{くわう} 内軟組織異物（人工物）除去術	
	1 簡単なもの	30点
	2 困難なもの	
	イ 浅在性のもの	680点
	ロ 深在性のもの	1, 290点
	3 著しく困難なもの	4, 400点
J 0 7 4	顎骨内異物（挿入物を含む。）除去術	
	1 簡単なもの	
	イ 手術範囲が顎骨の2分の1顎程度未満の場合	850点
	ロ 手術範囲が全顎にわたる場合	1, 680点
	2 困難なもの	
	イ 手術範囲が顎骨の3分の2顎程度未満の場合	2, 900点
	ロ 手術範囲が全顎にわたる場合	4, 180点
J 0 7 5	下顎骨形成術	
	1 おとがい形成の場合	6, 490点
	2 短縮又は伸長の場合	25, 660点
	3 再建の場合	43, 300点
	4 骨移動を伴う場合	54, 210点
	注1 2については、両側を同時に行った場合は、3, 000点を所定点数に加算する。	
	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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、先天異常の患者に対して行われる場合に限り算定する。	
J 0 7 5 - 2	下顎骨延長術	
	1 片側	25, 660点
	2 両側	40, 150点
J 0 7 6	顔面多発骨折観血的手術	39, 700点
J 0 7 7	顎関節脱臼非観血的整復術	410点
J 0 7 8	顎関節脱臼観血的手術	26, 210点
J 0 7 9	顎関節形成術	40, 870点
J 0 8 0	顎関節授動術	
	1 徒手の授動術	
	イ パンピングを併用した場合	990点
	ロ 関節腔 ^{くわう} 洗浄療法を併用した場合	2, 000点
	2 顎関節鏡下授動術	8, 770点
	3 開放授動術	25, 100点
J 0 8 1	顎関節円板整位術	
	1 顎関節鏡下円板整位術	20, 690点

	2 開放円板整位術	27,300点
J 0 8 2	歯科インプラント摘出術（1個につき）	
	1 人工歯根タイプ	460点
	2 ブレードタイプ	1,250点
	3 骨膜下インプラント	1,700点
	注 骨の開さくを行った場合は、所定点数の100分の50に相当する点数を所定点数に加算する。	
J 0 8 3	顎骨インプラント摘出術	
	1 2分の1顎未満の範囲のもの	2,040点
	2 2分の1顎以上の範囲のもの	6,270点
J 0 8 4	創傷処理	
	1 筋肉、臓器に達するもの（長径5センチメートル未満）	1,250点
	2 筋肉、臓器に達するもの（長径5センチメートル以上10センチメートル未満）	1,680点
	3 筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上）	
	イ 頭頸部 <small>けい</small> のもの（長径20センチメートル以上のものに限る。）	7,170点
	ロ その他のもの	2,000点
	4 筋肉、臓器に達しないもの（長径5センチメートル未満）	470点
	5 筋肉、臓器に達しないもの（長径5センチメートル以上10センチメートル未満）	850点
	6 筋肉、臓器に達しないもの（長径10センチメートル以上）	1,320点
	注1 切、刺、割創又は挫創 <small>さつ</small> の手術について切除、結紮又は縫合を行う場合に限り算定する。	
	2 真皮縫合を伴う縫合閉鎖を行った場合は、露出部の創傷に限り460点を所定点数に加算する。	
	3 汚染された挫創に対して区分番号J 0 8 5に掲げるデブリードマンを行った場合は、当初の1回を限度として100点を所定点数に加算する。	
J 0 8 4-2	小児創傷処理（6歳未満）	
	1 筋肉、臓器に達するもの（長径2.5センチメートル未満）	1,250点
	2 筋肉、臓器に達するもの（長径2.5センチメートル以上5センチメートル未満）	1,400点
	3 筋肉、臓器に達するもの（長径5センチメートル以上10センチメートル未満）	1,850点
	4 筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上）	2,860点
	5 筋肉、臓器に達しないもの（長径2.5センチメートル未満）	450点
	6 筋肉、臓器に達しないもの（長径2.5センチメートル以上5センチメートル未満）	500点
	7 筋肉、臓器に達しないもの（長径5センチメートル以上10センチメートル未満）	950点
	8 筋肉、臓器に達しないもの（長径10センチメートル以上）	1,450点
	注1 切、刺、割創又は挫創 <small>さつ</small> の手術について切除、結紮又は縫合を行う場合に限り算定する。	
	2 真皮縫合を伴う縫合閉鎖を行った場合は、露出部の創傷に限り460点を所定点数に加算する。	
	3 汚染された挫創に対して区分番号J 0 8 5に掲げるデブリードマンを行った場合は、当初の1回を限度として100点を所定点数に加算する。	
J 0 8 5	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	2,990点

注1 当初の1回を限度として算定する。

2 骨、^{けん}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、1,000点を所定点数に加算する。

J086	上顎洞開窓術	1,300点
J086-2	内視鏡下上顎洞開窓術	3,600点
J087	上顎洞根治手術	6,660点
J087-2	上顎洞炎術後出血止血法	6,660点
J088	リンパ節摘出術	
	1 長径3センチメートル未満	1,200点
	2 長径3センチメートル以上	2,880点
J089	分層植皮術	
	1 25平方センチメートル未満	3,520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	6,270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	25,820点
J089-2	全層植皮術	
	1 25平方センチメートル未満	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	28,210点
	4 200平方センチメートル以上	40,290点
	注 広範囲皮膚欠損の患者に対して行う場合は、 ^{けい} 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。	
J090	皮膚移植術（生体・培養）	6,110点
	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。	
	2 生体皮膚を移植した場合は、生体皮膚の摘出のために要した提供者の療養上の費用として、この表に掲げる所定点数により算定した点数を加算する。	
J090-2	皮膚移植術（死体）	
	1 200平方センチメートル未満	6,750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	9,000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	13,490点
	4 1,000平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満	32,920点
J091	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	
	1 25平方センチメートル未満	3,760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	11,440点
	3 100平方センチメートル以上	22,310点
J092	動脈（皮）弁術、筋（皮）弁術	41,120点
J093	遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）	92,460点
J094	削除	
J095	複合組織移植術	17,490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）	127,310点
J097	粘膜移植術	
	1 4平方センチメートル未満	6,510点
	2 4平方センチメートル以上	7,080点
J098	血管結紮術 ^{きつ}	3,130点
J099	動脈形成術、 ^{ふん} 吻合術	21,700点
J099-2	抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用植込型カテーテル設置	16,640点
	注 使用したカテーテル、カテーテルアクセス等の材料の費用は、所定点数に含まれる。	
J100	血管移植術、バイパス移植術	

1	頭、頸部動脈 ^{けい}	55,050点
2	その他の動脈	30,290点
J 1 0 0 - 2	中心静脈注射用植込型カテーテル設置	10,800点
	注 1 6歳未満の乳幼児の場合は、300点を所定点数に加算する。	
	2 使用したカテーテル、カテーテルアクセス等の材料の費用は、所定点数に含まれる。	
J 1 0 1	神経移植術	23,520点
J 1 0 1 - 2	神経再生誘導術	12,640点
J 1 0 2	交感神経節切除術	26,030点
J 1 0 3	過長茎状突起切除術	5,880点
J 1 0 4	皮膚腫瘍冷凍凝固摘出術（一連につき）	
	1 長径3センチメートル未満の良性皮膚腫瘍	1,280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
	注 口腔領域の腫瘍に限り算定する。	
J 1 0 4 - 2	皮膚悪性腫瘍切除術	
	1 広汎切除	28,210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は、悪性黒色腫センチネルリンパ節加算として、5,000点を所定点数に加算する。ただし、当該手術に用いた色素の費用は、算定できない。	
J 1 0 5	瘻痕拘縮形成手術 ^{はん}	12,660点
J 1 0 6	気管切開術	2,570点
J 1 0 7	気管切開孔閉鎖術	1,040点
J 1 0 8	顔面神経麻痺形成手術 ^ひ	
	1 静的なもの	19,110点
	2 動的なもの	64,350点
J 1 0 9	広範囲顎骨支持型装置埋入手術（1顎一連につき）	
	1 1回法によるもの	14,500点
	2 2回法によるもの	
	イ 1次手術	11,500点
	ロ 2次手術	4,500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行われる場合に限り算定する。	
	2 1及び2のイについては、3分の2顎以上の範囲にわたる場合は、4,000点を所定点数に加算する。	
J 1 1 0	広範囲顎骨支持型装置搔爬術 ^{そうは}	1,800点
	注 区分番号J 1 0 9に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術に係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M 0 2 5 - 2に掲げる広範囲顎骨支持型補綴に係る補綴物を装着した患者に対し、当該手術を行った場合に1回を限度として算定する。	

第2節 輸血料

区分

J 2 0 0 輸血

注 医科点数表の区分番号K 9 2 0に掲げる輸血の例により算定する。

J 2 0 0 - 2 輸血管理料

注 医科点数表の区分番号K920-2に掲げる輸血管理料の例により算定する。

第3節 手術医療機器等加算

区分

J200-3 削除

J200-4 上顎洞手術用内視鏡加算 1,000点

注 区分番号J087及びJ087-2に掲げる手術に当たって、内視鏡を使用した場合に加算する。

J200-5 画像等手術支援加算

1 ナビゲーションによるもの 2,000点

2 実物大臓器立体モデルによるもの 2,000点

注1 1については、区分番号J086からJ087-2まで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J019の2、J038からJ040まで、J042、J043、J069、J070-2、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。

第4節 薬剤料

区分

J201 薬剤 薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。

第5節 特定薬剤料

区分

J300 特定薬剤 薬価が40円を超える場合は、薬価から40円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数

注1 薬価が40円以下である場合は、算定できない。

2 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第6節 特定保険医療材料料

区分

J400 特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数

注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第10部 麻酔

通則

- 1 麻酔の費用は、第1節及び第2節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。ただし、麻酔に当たって別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、第1節及び第2節の各区分の所定点数に第3節の所定点数を合算した点数により算定する。
- 2 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。
- 4 入院中の患者以外の患者に対し、緊急のために、休日に処置及び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処置及び手術を行った場合の麻酔料は、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、休日に処置若しくは手術を行った場合又はその開始時間が深夜である処置若しくは手術を行った場合の麻酔料は、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のただし書に規定する時間である処置及び手

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。

5 第10部に掲げる麻酔料以外の麻酔料の算定は、医科点数表の例による。

第1節 麻酔料

区分

K 0 0 0 伝達麻酔（下顎孔又は眼窩^か下孔に行うもの） 42点

K 0 0 1 浸潤麻酔 30点

K 0 0 2 吸入鎮静法（30分まで） 70点

注1 実施時間が30分を超えた場合は、30分又はその端数を増すごとに、所定点数に10点を加算する。

2 酸素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数（酸素と併せて窒素を使用した場合は、それぞれの価格を10円で除して得た点数を合算した点数）を加算する。酸素及び窒素の価格は、別に厚生労働大臣が定める。

K 0 0 3 静脈内鎮静法 120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。

第2節 薬剤料

区分

K 1 0 0 薬剤 薬価が40円を超える場合は、薬価から40円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数

注1 薬価が40円以下である場合は、算定できない。

2 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第3節 特定保険医療材料料

区分

K 2 0 0 特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数

注 使用した特定保険医療材料の材料価格は別に厚生労働大臣が定める。

第11部 放射線治療

通則

1 放射線治療の費用は、第1節の各区分の所定点数により算定する。ただし、放射線治療に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、第1節の所定点数に第2節の所定点数を合算した点数により算定する。

2 第11部に掲げられていない放射線治療であって特殊な放射線治療の費用は、同部に掲げられている放射線治療のうちで最も近似する放射線治療の所定点数により算定する。

3 新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）、3歳以上6歳未満の幼児又は6歳以上15歳未満の小児に対して放射線治療（区分番号L 0 0 0からL 0 0 3までに掲げる放射線治療に限る。）を行った場合は、小児放射線治療加算として、当該放射線治療の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の80、100分の50、100分の30又は100分の20に相当する点数を加算する。

第1節 放射線治療・管理料

区分

L 0 0 0 放射線治療管理料（分布図の作成1回につき）

1 1門照射、対向2門照射又は外部照射を行った場合 2,700点

2 非対向2門照射、3門照射又は腔内^{くう}照射を行った場合 3,100点

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 4,000点

4 強度変調放射線治療（IMRT）による体外照射を行った場合 5,000点

注1 線量分布図を作成し、区分番号L 0 0 1に掲げる体外照射、区分番号L 0 0 3の1に掲げる外部照射、区分番号L 0 0 3の2に掲げる腔内^{くう}照射又は区分番号L 0 0 3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回を限度として算定する。

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厚生局長等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L001の2に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分番号L001の3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、330点を所定点数に加算する。

- 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L001の2に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分番号L001の3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回を限度として100点を所定点数に加算する。

L001 体外照射

- | | | |
|-----|--------------------------|--------|
| 1 | エックス線表在治療 | |
| イ | 1回目 | 110点 |
| ロ | 2回目 | 33点 |
| 2 | 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 | 840点 |
| (2) | 非対向2門照射又は3門照射を行った場合 | 1,320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 | 1,800点 |
| ロ | 2回目 | |
| (1) | 1門照射又は対向2門照射を行った場合 | 420点 |
| (2) | 非対向2門照射又は3門照射を行った場合 | 660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 | 900点 |
| 3 | 強度変調放射線治療（IMRT） | |
| イ | 1回目 | 3,000点 |
| ロ | 2回目 | 1,500点 |
- 注1 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方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 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、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。
- 3 疾病、部位又は部位数にかかわらず、1回につき算定する。
- 4 術中照射療法を行った場合は、患者1人につき1日を限度として、5,000点を所定点数に加算する。
- 5 体外照射用固定器具を使用した場合は、1,000点を所定点数に加算する。
- 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（2のイの(3)若しくはロの(3)又は3に係るものに限る。）を行った場合は、画像誘導放射線治療加算として、患者1人1日につき1回を限度として300点を所定点数に加算する。

L001-2 直線加速器による放射線治療（一連につき）

- | | | |
|---|------------|---------|
| 1 | 定位放射線治療の場合 | 63,000点 |
| 2 | 1以外の場合 | 8,000点 |

L002 電磁波温熱療法（一連につき）

- | | | |
|---|---------------|--------|
| 1 | 深在性悪性腫瘍に対するもの | 9,000点 |
| 2 | 浅在性悪性腫瘍に対するもの | 6,000点 |

L003 密封小線源治療（一連につき）

- | | | |
|---|------|-----|
| 1 | 外部照射 | 80点 |
|---|------|-----|

- 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 その他の場合 5,000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 23,000点
 - ロ その他の場合 19,000点
- 4 放射性粒子照射（本数に関係なく） 8,000点

注1 疾病、部位又は部位数にかかわらず、一連につき算定する。

- 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。
- 3 使用した低線量率イリジウムの費用として、購入価格を10円で除して得た点数を加算する。
- 4 使用した放射性粒子の費用として、購入価格を10円で除して得た点数を加算する。
- 5 使用したコバルトの費用として、購入価格を1,000円で除して得た点数を加算する。
- 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 血液照射 110点

第2節 特定保険医療材料

区分

L200 特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数

注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第12部 歯冠修復及び欠損補綴

通則

- 1 歯冠修復及び欠損補綴の費用は、特に規定する場合を除き、第1節の各区分の所定点数、第2節に掲げる医療機器等及び第3節に掲げる特定保険医療材料（別に厚生労働大臣が定める保険医療材料をいう。以下この部において同じ。）の所定点数を合算した点数により算定する。
- 2 歯冠修復の費用は、歯冠修復に付随して行った仮封、裏装及び隔壁の費用を含む。
- 3 第12部に掲げられていない歯冠修復及び欠損補綴であって特殊な歯冠修復及び欠損補綴の費用は、第12部に掲げられている歯冠修復及び欠損補綴のうちで最も近似する歯冠修復及び欠損補綴の各区分の所定点数により算定する。
- 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、M014からM015-2まで、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
- 5 歯冠修復及び欠損補綴料には、製作技工に要する費用及び製作管理に要する費用が含まれ、

その割合は、製作技工に要する費用がおおむね100分の70、製作管理に要する費用がおおむね100分の30である。

- 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5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 区分番号M029に掲げる有床義歯修理を行った場合 所定点数の100分の50に相当する点数
- 7 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料及び同注5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、M014からM015-2まで、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 区分番号M000-2に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料について地方厚生局長等へ届け出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（接着ブリッジを含む。以下同じ。）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。
- 9 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

区分

（歯冠修復及び欠損補綴診療料）

M000 補綴時診断料（1装置につき）

- 1 補綴時診断（新製の場合） 90点
- 2 補綴時診断（1以外の場合） 70点

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。

2 1については、欠損補綴物を新たに製作する場合に算定する。

3 2については、区分番号M029に掲げる有床義歯修理又は区分番号M030に掲げる有床義歯内面適合法を実施した場合に算定する。

4 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

M000-2 クラウン・ブリッジ維持管理料（1装置につき）

- 1 歯冠補綴物 100点
- 2 支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合 330点
- 3 支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合 440点

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。

2 当該所定点数には、注1の歯冠補綴物又はブリッジを保険医療機関において装着した日から起算して2年以内に、当該保険医療機関が当該補綴部位に係る新た

な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補綴関連検査並びに歯冠修復及び欠損補綴の費用が含まれる。

3 当該保険医療機関において歯冠補綴物又はブリッジを装着した日から起算して2年以内に行った次に掲げる診療に係る費用は、別に算定できない。

イ 当該歯冠補綴物又はブリッジを装着した歯に対して行った充填

ロ 当該歯冠補綴物又はブリッジが離脱した場合の装着

4 通則第4号に掲げる加算を算定する場合及び区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した場合は、算定できない。

M000-3 広範囲顎骨支持型補綴診断料（1口腔につき） 1,800点

注1 当該診断料は、区分番号J109に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術の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、当該手術及び区分番号M025-2に掲げる広範囲顎骨支持型補綴を行うに当たって、病名、症状、治療内容、治療部位及び治療に使用する材料等について、患者に対し説明を行った場合に算定する。

2 同一患者につき、当該診断料を算定すべき診断を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。

3 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

4 当該補綴以外の欠損補綴の診断を同時に行った場合は、区分番号M000に掲げる補綴時診断料は、所定点数に含まれ別に算定できない。

M001 歯冠形成（1歯につき）

1 生活歯歯冠形成

イ 金属冠 306点

ロ 非金属冠 306点

ハ 乳歯金属冠 120点

2 失活歯歯冠形成

イ 金属冠 166点

ロ 非金属冠 166点

ハ 乳歯金属冠 114点

3 窩洞形成

イ 単純なもの 60点

ロ 複雑なもの 86点

注1 1のイ、2のイ及び3のロについて、ブリッジの支台歯として歯冠形成を行った場合は、ブリッジ支台歯形成加算として1歯につき20点を所定点数に加算する。

2 1のイについて、前歯の4分の3冠、前歯のレジン前装金属冠及び接着ブリッジのための支台歯の歯冠形成は、490点を所定点数に加算する。

3 1のイについて、臼歯のレジン前装金属冠のための歯冠形成は、490点を所定点数に加算する。

4 1のロについて、CAD/CAM冠のための支台歯の歯冠形成は、490点を所定点数に加算する。

5 2のイについて、前歯の4分の3冠又は前歯のレジン前装金属冠のための支台歯の歯冠形成は、470点を所定点数に加算する。

6 2のイについて、臼歯のレジン前装金属冠のための支台歯の歯冠形成は、470点を所定点数に加算する。

7 2のイについて、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、30点を所定点数に加算する。

8 2のロについて、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、30点を所定点数に加算する。

9 2のロについて、CAD/CAM冠のための支台歯の歯冠形成は、470点を所定点数に加算する。

	10	3	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、レーザー照射により無痛的に窩洞形成を行った場合は、う蝕歯無痛の窩洞形成加算として、40点を所定点数に加算する。	
	11		麻酔、薬剤等の費用及び保険医療材料料は、所定点数に含まれる。	
M001-2	う蝕歯即時充填形成（1歯につき）			126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、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、う蝕歯無痛の窩洞形成加算として、40点を所定点数に加算する。	
	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。	
M001-3	う蝕歯インレー修復形成（1歯につき）			120点
	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。	
M002	支台築造（1歯につき）			
	1	間接法		
		イ	メタルコアを用いた場合	
		(1)	大白歯	176点
		(2)	小白歯及び前歯	150点
		ロ	ファイバーポストを用いた場合	
		(1)	大白歯	176点
		(2)	小白歯及び前歯	150点
	2	直接法		
		イ	ファイバーポストを用いた場合	
		(1)	大白歯	154点
		(2)	小白歯及び前歯	128点
		ロ	その他の場合	126点
	注1		窩洞形成、装着等の費用は、所定点数に含まれる。	
	2		保険医療材料（築造物の材料を除く。）、薬剤等の費用は、所定点数に含まれる。	
M002-2	支台築造印象（1歯につき）			30点
	注		保険医療材料料は、所定点数に含まれる。	
M003	印象採得			
	1	歯冠修復（1個につき）		
		イ	単純印象	30点
		ロ	連合印象	62点
	2	欠損補綴（1装置につき）		
		イ	単純印象	
		(1)	簡単なもの	40点
		(2)	困難なもの	70点
		ロ	連合印象	228点
		ハ	特殊印象	270点
		ニ	ブリッジ	
		(1)	支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合	280点
		(2)	支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合	332点
		ホ	口蓋補綴、顎補綴	
		(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
	3	副子（1装置につき）		40点
	注		保険医療材料料は、所定点数に含まれる。	

M003-2	テンポラリークラウン（1歯につき）	34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、レジン前装金属冠、ジャケット冠若しくは硬質レジンジャケット冠に係る費用を算定した歯又はレジン前装金属冠、ジャケット冠若しくは硬質レジン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、当該歯に係る処置等を開始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回を限度として算定する。	
	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。	
M004	リテイナー	
	1 支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合	100点
	2 支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合	300点
M005	装着	
	1 歯冠修復（1個につき）	45点
	2 欠損補綴（1装置につき）	
	イ ブリッジ	
	(1) 支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合	150点
	(2) 支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合	300点
	ロ 有床義歯	
	(1) 少数歯欠損	60点
	(2) 多数歯欠損	120点
	(3) 総義歯	230点
	ハ 有床義歯修理	
	(1) 少数歯欠損	30点
	(2) 多数歯欠損	60点
	(3) 総義歯	115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
	3 副子の装着の場合（1装置につき）	30点
	注1 区分番号M015-2に掲げるCAD/CAM冠を装着する際に、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、所定点数の100分の100に相当する点数を所定点数に加算する。	
	2 2のイについて、支台装置ごとの装着に係る費用は、所定点数に含まれる。	
M005-2	仮着（ブリッジ）（1装置につき）	
	1 支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合	40点
	2 支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合	80点
M006	咬合採得	
	1 歯冠修復（1個につき）	16点
	2 欠損補綴（1装置につき）	
	イ ブリッジ	
	(1) 支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合	74点
	(2) 支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合	148点
	ロ 有床義歯	
	(1) 少数歯欠損	55点
	(2) 多数歯欠損	185点
	(3) 総義歯	280点
	注 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。	
M007	仮床試適（1床につき）	

	1 少数歯欠損	40点
	2 多数歯欠損	100点
	3 総義歯	190点
	注 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。	
M008	ブリッジの試適	
	1 支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合	40点
	2 支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合 (歯冠修復)	80点
M009	充填(1歯につき)	
	1 充填1	
	イ 単純なもの	102点
	ロ 複雑なもの	154点
	2 充填2	
	イ 単純なもの	57点
	ロ 複雑なもの	105点
	注1 歯質に対する接着性を付与又は向上させるために歯面処理を行う場合は1により、それ以外は2により算定する。	
	2 1の歯面処理に係る費用は、所定点数に含まれる。	
M010	金属歯冠修復(1個につき)	
	1 インレー	
	イ 単純なもの	190点
	ロ 複雑なもの	284点
	2 4分の3冠(前歯)	370点
	3 5分の4冠(小臼歯)	310点
	4 全部金属冠(小臼歯及び大臼歯)	454点
	注1 2について、前歯部の接着ブリッジのための金属歯冠修復の費用は、所定点数に含まれる。	
	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。	
	3 3について、臼歯部の接着ブリッジのための金属歯冠修復の費用は、所定点数に含まれる。	
M011	レジン前装金属冠(1歯につき)	
	1 前歯	1,174点
	2 小臼歯	1,174点
M012及びM013	削除	
M014	ジャケット冠(1歯につき)	390点
M015	硬質レジンジャケット冠(1歯につき)	768点
M015-2	CAD/CAM冠(1歯につき)	1,200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、歯冠補綴物の設計・製作に要するコンピュータ支援設計・製造ユニット(歯科用CAD/CAM装置)を用いて、臼歯に対して歯冠補綴物(全部被覆冠に限る。)を設計・製作し、装着した場合に限り算定する。	
M016	乳歯冠(1歯につき)	
	1 乳歯金属冠の場合	200点
	2 1以外の場合	390点
M016-2	小児保険装置	600点
	注1 クラウンループ又はバンドループを装着した場合に限り算定する。	
	2 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。 (欠損補綴)	

M017	ポンティック（1歯につき）	434点
	注1 レジン前装金属ポンティックは、746点を所定点数に加算する。	
	2 金属裏装ポンティックは、320点を所定点数に加算する。	
M018	有床義歯	
	1 局部義歯（1床につき）	
	イ 1歯から4歯まで	576点
	ロ 5歯から8歯まで	708点
	ハ 9歯から11歯まで	940点
	ニ 12歯から14歯まで	1,364点
	2 総義歯（1顎につき）	2,132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	662点
	ロ 5歯から8歯まで	890点
	ハ 9歯から11歯まで	1,108点
	ニ 12歯から14歯まで	1,732点
	2 総義歯（1顎につき）	2,752点
M020	鑄造鉤（1個につき）	
	1 双子鉤	240点
	2 二腕鉤	222点
M021	線鉤（1個につき）	
	1 双子鉤	206点
	2 二腕鉤（レストつき）	146点
	3 レストのないもの	126点
M021-2	コンビネーション鉤（1個につき）	226点
	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る場合、 に製作した場合に算定する。	
M022	フック、スパー（1個につき）	103点
	注 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。	
M023	バー（1個につき）	
	1 鑄造バー	444点
	2 屈曲バー	254点
	注 鑄造バー又は屈曲バーに保持装置を装着した場合は、60点を所定点数に加算する。 ただし、保険医療材料料は、所定点数に含まれる。	
M024	削除	
M025	口蓋補綴、顎補綴（1顎につき）	
	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
	注1 義歯を装着した口蓋補綴又は顎補綴は、所定点数に区分番号M018に掲げる 有床義歯から区分番号M023に掲げるバー及び区分番号M026に掲げる補綴 隙の所定点数を加算した点数とする。	
	2 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。	
M025-2	広範囲顎骨支持型補綴	
	1 ブリッジ形態のもの（3分の1顎につき）	18,000点
	2 床義歯形態のもの（1顎につき）	13,000点
	注1 区分番号J109に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術に係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、当該補綴に係る補綴物の印象採得から装着までの一連の行為を行う場合に、補綴治療を着手した日において算定する。	

- 2 区分番号 J 1 0 9 に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術の実施範囲が 3 分の 1 顎未満である場合は、1 の所定点数の 100 分の 50 に相当する点数により算定する。
- 3 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

(その他の技術)

M 0 2 6 補綴隙 (1 個につき) 50 点

注 保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。

M 0 2 7 及び M 0 2 8 削除
(修理)

M 0 2 9 有床義歯修理 (1 床につき) 234 点

注 1 新たに製作した有床義歯を装着した日から起算して 6 月以内に当該有床義歯の修理を行った場合は、所定点数の 100 分の 50 に相当する点数により算定する。

- 2 保険医療材料料 (人工歯料を除く。) は、所定点数に含まれる。
- 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、患者の求めに応じて、破損した有床義歯を預かった当日に修理を行い、当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算 1 として、1 床につき 50 点を所定点数に加算する。
- 4 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て修理を行い、預かった日の翌日に当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算 2 として、1 床につき 30 点を所定点数に加算する。

M 0 3 0 有床義歯内面適合法

1 硬質材料を用いる場合

イ 局部義歯 (1 床につき)

- (1) 1 歯から 4 歯まで 210 点
- (2) 5 歯から 8 歯まで 260 点
- (3) 9 歯から 11 歯まで 360 点
- (4) 12 歯から 14 歯まで 560 点

ロ 総義歯 (1 顎につき) 770 点

2 軟質材料を用いる場合 (1 顎につき) 1,400 点

注 1 2 については、下顎総義歯に限る。

- 2 新たに製作した有床義歯を装着した日から起算して 6 月以内に当該有床義歯の有床義歯内面適合法を行った場合は、所定点数の 100 分の 50 に相当する点数により算定する。

3 保険医療材料料 (人工歯料を除く。) は、所定点数に含まれる。

M 0 3 1 から M 0 3 3 まで 削除

M 0 3 4 歯冠補綴物修理 (1 歯につき) 70 点

注 保険医療材料料 (人工歯料を除く。) は、所定点数に含まれる。

M 0 3 5 から M 0 4 0 まで 削除

M 0 4 1 広範囲顎骨支持型補綴物修理 (1 装置につき) 1,200 点

注 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

第 2 節 削除

第 3 節 特定保険医療材料料

区分

M 1 0 0 特定保険医療材料 材料価格を 10 円で除して得た点数

注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第 13 部 歯科矯正

通則

- 1 歯科矯正の費用は、特に規定する場合を除き、第 1 節の各区分の所定点数及び第 2 節に掲げ

る特定保険医療材料（別に厚生労働大臣が定める保険医療材料をいう。以下この部において同じ。）の所定点数を合算した点数により算定する。

- 2 第13部に掲げられていない歯科矯正であって特殊な歯科矯正の費用は、第13部に掲げられている歯科矯正のうちで最も近似する歯科矯正の各区分の所定点数により算定する。

第1節 歯科矯正料

区分

N000 歯科矯正診断料 1,500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、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。

2 歯科矯正診断料は、歯科矯正を開始するとき、動的処置を開始するとき、マルチブラケット法を開始するとき、保定を開始するとき及び顎切除等の手術を実施するときに、それぞれ1回を限度として算定する。

3 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

N001 顎口腔機能診断料 2,300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。

2 顎口腔機能診断料は、歯科矯正を開始するとき、動的処置を開始するとき、マルチブラケット法を開始するとき、顎離断等の手術を開始するとき及び保定を開始するときに、それぞれ1回を限度として算定する。

3 区分番号N000に掲げる歯科矯正診断の費用及び保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

N002 歯科矯正管理料 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回を限度として算定する。

2 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-6に掲げる周術期口腔機能管理料(I)、区分番号B000-7に掲げる周術期口腔機能管理料(II)、区分番号B000-8に掲げる周術期口腔機能管理料(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 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

N003 歯科矯正セファログラム（一連につき） 300点

注 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

N004 模型調製（1組につき）

1 平行模型 500点

2 予測模型 300点

注1 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回を限度として算定する。

2 1について、顎態模型を調製した場合は、200点を所定点数に加算する。

3 2については、予測歯1歯につき60点を所定点数に加算する。

4 印象採得料、咬合採得料及び保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

N005	動的処置（1口腔1回につき）	
	1 動的処置の開始の日又はマルチブラケット法の開始の日から起算して2年以内に行った場合	
	イ 同一月内の第1回目	250点
	ロ 同一月内の第2回目以降	100点
	2 動的処置の開始の日又はマルチブラケット法の開始の日から起算して2年を超えた後に行った場合	
	イ 同一月内の第1回目	200点
	ロ 同一月内の第2回目以降	100点
	注 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。	
N006	印象採得（1装置につき）	
	1 マルチブラケット装置	40点
	2 その他の装置	
	イ 印象採得が簡単なもの	143点
	ロ 印象採得が困難なもの	265点
	ハ 印象採得が著しく困難なもの	400点
	注 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。	
N007	咬合採得（1装置につき）	
	1 簡単なもの	70点
	2 困難なもの	140点
	3 構成咬合	400点
	注 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。	
N008	装着	
	1 装置（1装置につき）	
	イ 可撤式装置	300点
	ロ 固定式装置	400点
	2 帯環（1個につき）	80点
	3 ダイレクトボンドブラケット（1個につき）	100点
	注1 1のイについて、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、患者に対してその内容について説明した場合は、400点を所定点数に加算する。	
	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、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、患者に対してその内容について説明した場合は、400点を所定点数に加算する。	
	4 3について、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。	
N008-2	植立（1本につき）	500点
N009	撤去	
	1 帯環（1個につき）	30点
	2 ダイレクトボンドブラケット（1個につき）	60点
	3 歯科矯正用アンカースクリュー（1本につき）	100点
	注 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。	
N010	セパレイティング（1箇所につき）	40点
	注 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。	
N011	結紮（1顎1回につき）	50点
	注 結紮線の除去の費用及び保険医療材料料は、所定点数に含まれる。 （矯正装置）	

N012	床装置（1装置につき）	
	1 簡単なもの	1,500点
	2 複雑なもの	2,000点
N013	リトラクター（1装置につき）	2,000点
	注 スライディングプレートを製作した場合は、1,500点（保険医療材料料等を含む。）を所定点数に加算する。	
N014	プロトラクター（1装置につき）	2,000点
N015	拡大装置（1装置につき）	2,500点
	注 スケレトンタイプの場合は、500点を所定点数に加算する。	
N016	アクチバートル（FKO）（1装置につき）	3,000点
N017	リングルアーチ（1装置につき）	
	1 簡単なもの	1,500点
	2 複雑なもの	2,500点
N018	マルチブラケット装置（1装置につき）	
	1 ステップⅠ	
	イ 3装置目までの場合	600点
	ロ 4装置目以降の場合	250点
	2 ステップⅡ	
	イ 2装置目までの場合	800点
	ロ 3装置目以降の場合	250点
	3 ステップⅢ	
	イ 2装置目までの場合	1,000点
	ロ 3装置目以降の場合	300点
	4 ステップⅣ	
	イ 2装置目までの場合	1,200点
	ロ 3装置目以降の場合	300点
	注 装着料は、ステップⅠ、ステップⅡ、ステップ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。	
N019	保定装置（1装置につき）	
	1 プレートタイプリテーナー	1,500点
	2 メタルリテーナー	6,000点
	3 スプリングリテーナー	1,500点
	4 リングルアーチ	1,500点
	5 リングルバー	2,500点
	6 ツースポジショナー	3,000点
	7 フィクスドリテーナー	1,000点
	注1 1について、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。	
	2 2について、 ^こ 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。	
N020	^こ 鉤（1個につき）	
	1 簡単なもの	90点
	2 複雑なもの	160点
	注 メタルリテーナーに使用した場合を除く。	
N021	帯環（1個につき）	200点
	注 帯環製作のろう着の費用は、所定点数に含まれる。	
N022	ダイレクトボンドブラケット（1個につき）	200点
N023	フック（1個につき）	70点
	注 ろう着の費用及び保険医療材料料は、所定点数に含まれる。	
N024	弾線（1本につき）	160点

N025	トルキングアーチ（1本につき）	350点
N026	附加装置（1箇所につき）	
	1 パワーチェーン	20点
	2 コイルスプリング	20点
	3 ピグテイル	20点
	4 アップライトスプリング	40点
	5 エラスティクス	20点
	6 超弾性コイルスプリング	60点
	注 保険医療材料は、所定点数に含まれる。	
N027	矯正用ろう着（1箇所につき）	60点
	注 保険医療材料は、所定点数に含まれる。	
N028	床装置修理（1装置につき）	234点
	注 保険医療材料（人工歯料を除く。）は、所定点数に含まれる。	
	第2節 特定保険医療材料	

区分

N100	特定保険医療材料	材料価格を10円で除して得た点数
	注 特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。	
	第14部 病理診断	

通則

- 1 病理診断の費用は、各区分の所定点数により算定する。
- 2 第14部に掲げる病理診断・判断料以外の病理診断の費用の算定は、医科点数表の例による。

区分

O000	口腔 ^{くわう} 病理診断料（歯科診療に係るものに限る。）	
	1 組織診断料	450点
	2 細胞診断料	200点
	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回を限度として算定する。	
	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回を限度として算定する。	
	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。	
	4 口腔 ^{くわう} 病理診断管理に関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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、口腔 ^{くわう} 病理診断を専ら担当する常勤の歯科医師又は医師が病理診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。	
	イ 口腔 ^{くわう} 病理診断管理加算1	
	(1) 組織診断を行った場合	120点

	(2) 細胞診断を行った場合	60点
	ロ 口腔病理診断管理加算2	
	(1) 組織診断を行った場合	320点
	(2) 細胞診断を行った場合	160点
〇〇〇1	口腔病理判断料（歯科診療に係るものに限る。）	150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回を限度として算定する。

2 区分番号〇〇〇〇に掲げる口腔病理診断料を算定した場合は、算定できない。

第3章 経過措置

- 第2章の規定にかかわらず、区分番号B004-1-2の2に規定する診療料は、平成29年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。
- 第2章の規定にかかわらず、区分番号M014に規定する診療料は、平成28年6月30日までの間に限り、算定できるものとする。
- 旧算定方法別表第二区分番号H000の注1本文及び注4の規定については、平成28年3月31日においてこれらの規定の適用を受ける患者に限り、なおその効力を有するものとする。
- 平成28年3月31日において旧算定方法別表第二区分番号H000の1のロ、2のロ若しくは3のロ又は注4のイの(2)、同ロの(2)若しくは同ハの(2)の規定の適用を受ける患者に対する区分番号H000-3の注1から注4までの規定の適用については、注1については、「廃用症候群の診断又は急性増悪から120日以内」とあるのは、「発症、手術又は急性増悪から180日以内」、注2については、「当該患者の廃用症候群に係る急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は当該患者の廃用症候群の急性増悪」とあるのは、「それぞれ発症、手術又は急性増悪」、注3については、「当該患者の廃用症候群に係る急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は当該患者の廃用症候群の急性増悪」とあるのは、「それぞれ発症、手術又は急性増悪」、注4については、「廃用症候群の診断又は急性増悪から120日」とあるのは、「発症、手術又は急性増悪から180日」とする。