２　歯科診療報酬点数表

項　　目	現　　行	改　　正　　案
第１章　基本診療料		
第１部　初・再診料		
第１節　初診料		
Ａ０００　初診料		
【点数の見直し】	１　歯科初診料　234点 ２　地域歯科診療支援病院歯科初診料　282点	237点 282点
【注の見直し】	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。	注１　１については、歯科外来診療における院内感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、初診を行った場合に算定する。この場合において、当該届出を行っていない保険医療機関については、226点を算定する。
【注の見直し】	注９　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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	注９　１及び２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方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

	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。	体制整備に係る取組を行った場合は、それぞれ歯科外来診療環境体制加算１又は歯科外来診療環境体制加算２として、初診時１回に限り23点又は25点を所定点数に加算する。
第２節　再診料		
Ａ００２　再診料		
【点数の見直し】	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	48点 72点
【注の見直し】	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。	注１　１については、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注１に規定する歯科外来診療における院内感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、再診を行った場合に算定する。この場合において、当該届出を行っていない保険医療機関については、41点を算定する。
【注の見直し】	注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	注８　１及び２については、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

	診療環境体制加算として、５点を所定点数に加算する。	合は、それぞれ再診時歯科外来診療環境体制加算１又は再診時歯科外来診療環境体制加算２として、３点又は５点を所定点数に加算する。
第２部　入院料等 第２節　入院基本料等加算 【区分の見直し】	Ａ２００～Ａ２２６　（略） Ａ２２７からＡ２２７－４まで　削除 Ａ２２７－５　退院支援加算 Ａ２４０～Ａ２４５　（略）	Ａ２００～Ａ２２６　（略） Ａ２２７からＡ２２７－４まで　削除 Ａ２２７－５　入退院支援加算 Ａ２２８　認知症ケア加算 Ａ２４０～Ａ２４５　（略）
Ａ２５０　地域歯科診療支援病院入院加算 【注の見直し】	注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科訪問診療を実施している別の保険医療機関で区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料又は区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注６若しくは区分番号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であって、区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、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（くう）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	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Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料又は区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注６若しくは区分番号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であって、区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、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（くう）リハビリテーション指導管理料又は区分番号Ｃ００１－６に掲

	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。		げる小児在宅患者訪問口腔（くう）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 【区分の見直し】	Ａ３００～Ａ３０１　（略） Ａ３０２　削除 Ａ３０３～Ａ３０６　（略）	→	Ａ３００～Ａ３０１　（略） Ａ３０２　小児特定集中治療室管理料 Ａ３０３～Ａ３０６　（略）

項　　目	現　　行	改　　正　　案
第２章　特掲診療料 第１部　医学管理等 Ｂ０００－４　歯科疾患管理料 【注の見直し】	注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っ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	注３　区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)、区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)、区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号Ｃ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、区分番号Ｃ００１－６に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料を算定した患者に対して、当該管理の終了後に療養上の必要があって歯科疾患の継続的な管理を行う場合は、歯科疾患管理料は注１及び注２の規定にかかわらず、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)、区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)、区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患

	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。	療養管理料、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号Ｃ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、区分番号Ｃ００１－６に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料を算定した日の属する月の翌月以降から算定する。
【注の見直し】	注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。	注７　歯科疾患管理料を算定した月において、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)、区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)、区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号Ｃ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、区分番号Ｃ００１－６に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料及び区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料は、算定できない。
【注の追加】	（追加）	注11　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な患者であ

		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、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、総合医療管理加算として、50点を所定点数に加算する。
【注の追加】	（追加） →	注12　口腔機能の発達不全を有している15歳未満の患者に対して、口腔機能の獲得を目的として、患者等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、療養上必要な指導を行った場合は、小児口腔機能管理加算として、100点を所定点数に加算する。
【注の追加】	（追加） →	注13　口腔機能の低下を来している患者に対して、口腔機能の回復又は維持を目的として、患者等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、療養上必要な指導を行った場合は、口腔機能管理加算として、100点を所定点数に加算する。
Ｂ０００－５　周術期口腔機能管理計画策定料		
【名称の見直し】	周術期口腔機能管理計画策定料 →	周術期等口腔機能管理計画策定料
Ｂ０００－６　周術期口腔機能管理料(Ⅰ)		
【名称の見直し】	周術期口腔機能管理料(Ⅰ) →	周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)

Ｂ０００－７　周術期口腔機能管理料(Ⅱ)		
【名称の見直し】	周術期口腔機能管理料(Ⅱ) →	周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)
Ｂ０００－８　周術期口腔機能管理料(Ⅲ)		
【名称の見直し】	周術期口腔機能管理料(Ⅲ) →	周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)
【新設】	（新設） →	Ｂ００１－３　歯周病患者画像活用指導料　10点 注　歯周病に罹患している患者に対して区分番号Ｄ００２に掲げる歯周病検査を実施する場合において、継続的な管理を行うに当たって必要な口腔内写真を撮影し、当該患者又はその家族等に対し療養上必要な指導を行った場合に算定する。なお、２枚以上撮影した場合は、２枚目から１枚につき10点を所定点数に加算し、１回につき５枚に限り算定する。
Ｂ００２　歯科特定疾患療養管理料		
【注の見直し】	注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 →	注４　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)、区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号Ｃ００１－５

	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。		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Ｃ００１－６に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定している患者に対して行った歯科特定疾患療養管理料は、別に算定できない。
Ｂ００４－１－５　外来緩和ケア管理料 【点数の見直し】	300点	→	290点
Ｂ００４－６　歯科治療総合医療管理料(I) 【削除】	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。	→	（削除）

	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）		
【名称の見直し】	歯科治療総合医療管理料(Ⅱ)（１日につき） →	歯科治療時医療管理料（１日につき）
Ｂ００４－９　介護支援連携指導料		
【名称の見直し】	介護支援連携指導料 →	介護支援等連携指導料
【注の見直し】	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 →	注　当該保険医療機関に入院中の患者に対して、当該患者の同意を得て、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

	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る。）は別に算定できない。		員又は相談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又は障害福祉サービス等や退院後に利用可能な介護サービス又は障害福祉サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中２回に限り算定する。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（介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して指導を行った場合に限る。）は別に算定できない。
【新設】		（新設） →	Ｂ００６－３－４　療養・就労両立支援指導料 1,000点 注１　がんと診断された患者（産業医が選任されている事業場において就労しているものに限る。）について、就労の状況を考慮して療養上の指導を行うとともに、産業医に対し、病状、治療計画、就労上の措置に関する意見等当該患者の就労と治療の両立に必要な情報を文書により提供した上で、当該産業医から助言を得て、治療計画の見直しを行った場合に、６月に１回に限り算定する。 注２　別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関においては、相談体制充実加算として、500点を所定点数に加算する。 注３　注１の規定に基づく産業医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)又は区分番号Ｂ０１０に掲げる診療情

			報提供料(Ⅱ)の費用は、所定点数に含まれるものとする。
Ｂ００８－２　薬剤総合評価調整管理料 【注の見直し】	注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Ｂ００９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。	→	注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Ｂ００９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。）又は区分番号Ｂ０１１に掲げる診療情報連携共有料（当該別の保険医療機関に対して行った場合に限る。）は同一日には算定できない。
Ｂ００９　診療情報提供料(Ⅰ) 【注の見直し】	注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。	→	注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項に規定する指定居宅介護支援事業者、同法第58条第１項に規定する指定介護予防支援事業者、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第51条の17第１項第１号に規定する指定特定相談支援事業者、児童福祉法第24条の26第１項第１号に規定する指定障害児相談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回に限り算定する。
【注の見直し】	注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。	→	注４　保険医療機関が、診療に基づき当該患者の同意を得て、介護老人保健施設又は介護医療院（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又は介護医療院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回に限り算定する。
【注の見直し】	注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。	→	注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、当該患者の同意を得て、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若しくは介護医療院に対して、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。
【新設】	（新設）	→	Ｂ０１１　診療情報連携共有料　120点 注１　歯科診療を行うに当たり全身的な管理が必要な患者に対し、当該患者の同意を得て、別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）で行った検査の結果、投薬内容等の診

		療情報について、当該別の保険医療機関に文書により提供を求めた場合に保険医療機関ごとに患者１人につき、診療情報の提供を求めた日の属する月から起算して３月に１回に限り算定する。 注２　区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料(I)（同一の保険医療機関に対して紹介を行った場合に限る。）を算定した月は、別に算定できない。
Ｂ０１４　退院時共同指導料１		
【項目の見直し】	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　（略）	１　在宅療養支援歯科診療所１又は在宅療養支援歯科診療所２（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　（略）
【注の見直し】	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	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（以下この区分番号及び区分番号Ｂ０１５において「在宅療養担当医療機関」という。）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

	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。		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保健師、助産師、看護師、准看護師（以下この区分番号及び区分番号Ｂ０１５において「看護師等」という。）、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士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回に限り算定する。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、在宅療養担当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の歯科医師若しくは医師又は看護師等と１回以上共同して行う場合は、当該入院中２回に限り算定する。
Ｂ０１５　退院時共同指導料２ 【注の見直し】	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	→	注１　入院中の保険医療機関の歯科医師又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士が、入院中の患者に対して、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、在宅療養担当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、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士又は在宅療養担当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。）、理学療法士

	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。	、作業療法士若しくは言語聴覚士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回に限り算定する。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、当該患者が入院している保険医療機関の歯科医師又は看護師等が、在宅療養担当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在宅療養担当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１回以上、共同して行う場合は、当該入院中２回に限り算定する。
【注の見直し】	注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。	注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又は看護師等が、在宅療養担当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。）、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員又は相談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、多機関共同指導管理加算として、2,000点を所定点数に加算する。

項　　目	現　　行	改　　正　　案
第２章　特掲診療料 第２部　在宅医療 Ｃ０００　歯科訪問診療料（１日につき）		
【点数の見直し】	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	1,036点 338点 175点
【注の見直し】	注１　１については、在宅等において療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に歯科訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、次のいずれかに該当する歯科訪問診療（診療時間が20分以上（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	注１　１については、在宅等において療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に歯科訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、次のいずれかに該当する歯科訪問診療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・ロ　（略）

	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・ロ　（略）		
【注の見直し】	注２　２については、在宅等において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、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・ロ　（略）	→	注２　２については、在宅等において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、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・ロ　（略）
【注の見直し】	注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	→	注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に算定する。この場合において、区分番号Ａ０

	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・ロ　（略）		００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・ロ　（略）
【注の追加】	（追加）	→	注４　１から３までを算定する患者（歯科訪問診療料の注13に該当する場合を除く。）について、当該患者に対する診療時間が20分未満の場合は、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。ただし、次のいずれかに該当する場合は、この限りではない。 イ　１について、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 ロ　２について、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
【注の削除】	注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（てつ）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、	→	（削除）

	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	
【注の見直し】	注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	注11　歯科訪問診療を実施する保険医療機関の歯科衛生士が、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　在宅療養支援歯科診療所１、在宅療養支援歯科診療所２又はかかりつけ歯科医療強化型歯科診療所の場合 ⑴　同一建物居住者以外の場合　115点 ⑵　同一建物居住者の場合　50点 ロ　イ以外の保険医療機関の場合 ⑴　同一建物居住者以外の場合　90点 ⑵　同一建物居住者の場合　30点
【注の見直し】	注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	注13　１から３までについて、在宅療養支援歯科診療所１又は在宅療養支援歯科診療所２以外の診療所であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさないものにおいては、次に掲げる点数により算定する。 イ　初診時　237点 ロ　再診時　48点

【注の追加】		（追加） →	注14　区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注１又は注２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出を行っていない保険医療機関については、１から３まで又は注13に規定するそれぞれの所定点数から10点を減算する。
【注の追加】		（追加） →	注15　１について、当該保険医療機関の外来（歯科診療を行うものに限る。）を受診していた患者であって在宅等において療養を行っているものに対して、歯科訪問診療を実施した場合は、歯科訪問診療移行加算として、次に掲げる点数を所定点数に加算する。なお、この場合において、注12に規定する加算は算定できない。 イ　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の場合　150点 ロ　イ以外の場合　100点
Ｃ００１　訪問歯科衛生指導料			
【項目の見直し】	１　複雑なもの ２　簡単なもの	360点 120点 →	１　単一建物診療患者が１人の場合　360点 ２　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　328点 ３　１及び２以外の場合　300点

【注の見直し】	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。	→	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、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住するもののうち、当該保険医療機関が歯科訪問診療を実施し、歯科衛生士等が同一月に訪問歯科衛生指導を行っているものをいう。）又はその家族等に対して、当該患者の口腔内の清掃（機械的歯面清掃を含む。）、有床義歯の清掃指導又は口腔機能の回復若しくは維持に関する実地指導を行い指導時間が20分以上であった場合は、患者１人につき、月４回に限り、算定する。なお、当該歯科衛生指導で実施した指導内容等については、患者に対し文書により提供する。
【注の削除】	注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。	→	（削除）
Ｃ００１－３　歯科疾患在宅療養管理料			

【項目の見直し】	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	1　在宅療養支援歯科診療所１の場合　320点 2　在宅療養支援歯科診療所２の場合　250点 3　１及び２以外の場合　190点
【注の追加】	（追加）	注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、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な患者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、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、在宅総合医療管理加算として50点を所定点数に加算する。
【注の見直し】	注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。	注５　当該保険医療機関の歯科医師が、他の保険医療機関に入院している患者に対して、当該患者の入院している他の保険医療機関の栄養サポートチーム等の構成員として診療を行い、その結果を踏まえて注１に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、栄養サポートチーム等連携加算１として、80点を所定点数に加算する。
【注の見直し】	注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	注６　当該保険医療機関の歯科医師が、介護保険法第８条第25項に規定する介護保険施設等に入所している患者に対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し

	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。		、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等連携加算２として、80点を所定点数に加算する。
【注の見直し】	注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。	→	注７　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)、区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)、区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号Ｃ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、区分番号Ｃ００１－６に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料は、別に算定できない。
Ｃ００１－４　在宅患者歯科治療総合医療管理料(Ⅰ) 【削除】	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	→	（削除）

	、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）			
【名称の見直し】	在宅患者歯科治療総合医療管理料(Ⅱ)（１日につき）	→	在宅患者歯科治療時医療管理料（１日につき）

【注の見直し】	注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。	注３　在宅患者歯科治療時医療管理料を算定した月において、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)、区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)又は区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)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		
【注の見直し】	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。	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、20分以上必要な指導管理を行った場合に、月４回に限り算定する。
【注の見直し】	注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	注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。	に掲げる歯周病安定期治療(Ⅱ)、区分番号Ｉ０１１－３に掲げる歯周基本治療処置、区分番号Ｉ０２９－２に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、区分番号Ｉ０３０に掲げる機械的歯面清掃処置及び区分番号Ｈ００１に掲げる摂食機能療法は所定点数に含まれ、別に算定できない。
【注の見直し】	注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。	注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、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料及び区分番号Ｃ００１－６に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料は別に算定できない。
【注の見直し】	注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。	注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、75点を所定点数に加算する。
【注の見直し】	注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。	注５　在宅療養支援歯科診療所１又は在宅療養支援歯科診療所２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１又は在宅療養支援歯科診療所加算２として、それぞれ125点又は100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。
【注の追加】		（追加） →	注６　当該保険医療機関の歯科医師が、他の保険医療機関に入院している患者に対して、当該患者の入院している他の保険医療機関の栄養サポートチーム等の構成員として診療を行い、その結果を踏まえて注１に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、栄養サポートチーム等連携加算１として、80点を所定点数に加算する。
【注の追加】		（追加） →	注７　当該保険医療機関の歯科医師が、介護保険法第８条第25項に規定する介護保険施設等に入所している患者に対して、当該患者の入所している施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等連携加算２として、80点を所定点数に加算する。
【新設】		（新設） →	Ｃ００１－６　小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料　450点 注１　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15歳未満の患者であって、継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該患者又は

その家族の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、20分以上必要な指導管理を行った場合に、月４回に限り算定する。

注２　区分番号Ｄ００２に掲げる歯周病検査、区分番号Ｈ００１に掲げる摂食機能療法、区分番号Ｉ０１１に掲げる歯周基本治療、区分番号Ｉ０１１－３に掲げる歯周基本治療処置、区分番号Ｉ０２９－２に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置及び区分番号Ｉ０３０に掲げる機械的歯面清掃処置は所定点数に含まれ、別に算定できない。

注３　小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定した月において、区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料及び区分番号Ｃ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料は別に算定できない。

注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、75点を所定点数に加算する。

注５　在宅療養支援歯科診療所１又は在宅療養支援歯科診療所２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１又は在宅療養支援歯科診療所加算２として、それぞれ125点又は100点を加算する。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。
Ｃ００３　在宅患者訪問薬剤管理指導料		
【項目の見直し】	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	→ １　単一建物診療患者が１人の場合　650点 ２　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　320点 ３　１及び２以外の場合　290点
【注の見直し】	注１　１については、在宅において療養を行っている患者（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。	→ 注１　在宅で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、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、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険医療機関の薬剤師が訪問し薬学的管理指導を行っているものをいう。）の人数に従い、患者１人につき月４回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週２回かつ月８回）に限り算定する。この場合において、１から３までを合わせて薬剤師１人につき週40回に限り算定できる。

【注の追加】 Ｃ００８　在宅患者緊急時等カンファレンス料	（追加）	注４　６歳未満の乳幼児に対して、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合には、乳幼児加算として、100点を所定点数に加算する。
【注の見直し】	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。	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保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員又は相談支援専門員と共同で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回に限り算定する。

項　　目	現　　行	改　　正　　案
第２章　特掲診療料 第３部　検査 第１節　検査料 Ｄ００３－２　口腔内写真検査（１枚につき） 【削除】	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。	（削除）
Ｄ０１１　有床義歯咀嚼機能検査（１口腔につき） 【項目の見直し】	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	１　有床義歯咀嚼機能検査１（１回につき） イ　下顎運動測定と咀嚼能力測定を併せて行う場合　560点 ロ　咀嚼能力測定のみを行う場合　140点 ２　有床義歯咀嚼機能検査２（１回につき） イ　下顎運動測定と咬合圧測定を併せて行う場合　550点 ロ　咬合圧測定のみを行う場合　130点

【注の見直し】	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、有床義歯装着時の咀嚼（そしゃく）機能検査を行った場合に算定する。	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、咀嚼（そしゃく）機能検査を行った場合に算定する。
【注の見直し】	注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。	注２　有床義歯等を新製する場合において、新製有床義歯等の装着日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。
【注の見直し】	注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。	注３　新製有床義歯等の装着日前に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。
【注の見直し】	注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。	注４　新製有床義歯等の装着日以後に行った場合は、新製有床義歯等の装着日の属する月から起算して６月以内を限度として、月１回に限り算定する。
【注の削除】	注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。	（削除）

【新設】	（新設） →	Ｄ０１１－２　咀嚼能力検査（１回につき） 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、咀嚼能力測定を行った場合に６月に１回に限り算定する。 注２　区分番号Ｄ０１１に掲げる有床義歯咀嚼機能検査を算定した月は、別に算定できない。 注３　当該検査を算定した月から起算して６月以内に行う区分番号Ｄ０１１－３に掲げる咬合圧検査は、別に算定できない。
【新設】	（新設） →	Ｄ０１１－３　咬合圧検査（１回につき） 130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、咬合圧測定を行った場合に、６月に１回に限り算定する。 注２　区分番号Ｄ０１１に掲げる有床義歯咀嚼機能検査を算定した月は、別に算定できない。 注３　当該検査を算定した月から起算して６月以内に行う区分番号Ｄ０１１－２に掲げる咀嚼能力検査は、別に算定できない。
Ｄ０１２　舌圧検査（１回につき）		

【注の見直し】	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。	注１　舌圧測定を行った場合は、６月に１回に限り算定する。
【注の追加】	（追加）	注２　注１の規定にかかわらず、区分番号Ｉ０１７－１－３に掲げる舌接触補助床又は区分番号Ｍ０２５に掲げる口蓋補綴（てつ）、顎補綴（てつ）を装着する患者若しくはＪ１０９に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術の対象となる患者に対して舌圧測定を行った場合は、月２回に限り算定する。
【新設】	（新設）	Ｄ０１３　精密触覚機能検査　460点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該検査を行った場合に月１回に限り算定する。

項　　目	現　　行	改　　正　　案
第２章　特掲診療料 第５部　投薬 第２節　処方料 Ｆ１００　処方料		
【注の見直し】	注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日以上の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。	注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日以上の処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算２として、月１回に限り１処方につき66点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一月に特定疾患処方管理加算１は算定できない。
【注の見直し】	注９　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において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	注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所定点数に加算する。 イ　外来後発医薬品使用体制加算１　　５点

	ロ　外来後発医薬品使用体制加算２　　３点	ロ　外来後発医薬品使用体制加算２　　４点 ハ　外来後発医薬品使用体制加算３　　２点
第５節　処方箋料 Ｆ４００　処方箋料		
【注の見直し】	注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日以上の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。	注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日以上の処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算２として、月１回に限り１処方につき66点を所定点数に加算する。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。
【注の見直し】	注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	注６　薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付１回につきそれぞれ所定点数に加算する。 イ　一般名処方加算１　　６点 ロ　一般名処方加算２　　４点

項　　目	現　　行	改　　正　　案
第２章　特掲診療料 第６部　注射 第１節　注射料 第２款　無菌製剤処理料 Ｇ０２０　無菌製剤処理料 【注の見直し】	注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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、必要があっ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。	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、皮内注射、皮下注射、筋肉内注射、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、点滴注射、中心静脈注射又は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、必要があっ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。

項　　目	現　　行	改　　正　　案
第２章　特掲診療料		
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		
Ｈ００１　摂食機能療法（１日につき）		
【項目の見直し】	185点 →	１　30分以上の場合　185点 ２　30分未満の場合　130点
【注の追加】	（追加） →	注２　２については、脳卒中の患者であって、摂食機能障害を有するものに対して、脳卒中の発症から14日以内に限り、１日につき算定できる。
Ｈ００１－２　歯科口腔（くう）リハビリテーション料１（１口腔（くう）につき）		
【点数の見直し】	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 →	104点 124点 194点

Ｈ００１－３　歯科口腔リハビリテーション料２（１口腔につき） 【点数の見直し】	３　その他の場合	185点 50点 →	189点 54点

項　　目	現　　行	改　　正　　案
第２章　特掲診療料 第８部　処置 通則		
【通則の見直し】	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　（略）	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、区分番号Ｉ０１７に掲げる口腔内装置、区分番号Ｉ０１７－１－２に掲げる睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置、区分番号Ｉ０１７－１－３に掲げる舌接触補助床及び区分番号Ｉ０１７－１－４に掲げる術後即時顎補綴装置を除く。）を行った場合 所定点数の100分の50に相当する点数 ロ　（略）
【通則の見直し】	９　区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療	９　区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料及

	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　（略）	び同注６に規定する加算を算定する患者に対して、歯科訪問診療時に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、区分番号Ｉ０１７に掲げる口腔内装置、区分番号Ｉ０１７－１－２に掲げる睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置、区分番号Ｉ０１７－１－３に掲げる舌接触補助床及び区分番号Ｉ０１７－１－４に掲げる術後即時顎補綴装置を除く。）を行った場合 所定点数の100分の50に相当する点数 ロ　（略）
第１節　処置料		
Ｉ００６　感染根管処置（１歯につき）		
【点数の見直し】	1　単根管　144点 2　２根管　294点 3　３根管以上　432点	→ 150点 300点 438点
Ｉ００８　根管充填（１歯につき）		
【点数の見直し】	1　単根管　68点 2　２根管　90点	→ 72点 94点

	３　３根管以上	110点		114点
Ｉ００９－２　創傷処置				
【点数の見直し】	１　100平方センチメートル未満 ２・３　（略）	45点	→	１　100平方センチメートル未満　52点 ２・３　（略）
Ｉ０１１　歯周基本治療				
【点数の見直し】	１　スケーリング（３分の１顎につき） ２・３　（略）	66点	→	１　スケーリング（３分の１顎につき）　68点 ２・３　（略）
Ｉ０１４　暫間固定				
【項目の見直し】	１　簡単なもの ２　困難なもの ３　著しく困難なもの	200点 500点 650点	→	１　簡単なもの　200点 ２　困難なもの　500点
Ｉ０１４－２　暫間固定装置修理				
【項目の見直し】	１　簡単なもの ２　困難なもの	70点 220点	→	70点
Ｉ０１７　床副子				
【名称の見直し】		床副子	→	口腔内装置（１装置につき）
【項目の見直し】	１　簡単なもの ２　困難なもの ３　著しく困難なもの	650点 1,500点 2,000点	→	１　口腔内装置１　1,500点 ２　口腔内装置２　800点 ３　口腔内装置３　650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		
【注の追加】	（追加）	→	注　顎関節治療用装置、歯ぎしりに対する口腔内装置又はその他口腔内装置を製作した場合に当該製作方法に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。
【新設】	（新設）	→	Ｉ０１７－１－２　睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置（１装置につき） １　睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置１　3,000点 ２　睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置２　2,000点 注　睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置を製作した場合に、当該製作方法に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。
【新設】	（新設）	→	Ｉ０１７－１－３　舌接触補助床（１装置につき） １　新たに製作した場合　2,500点 ２　旧義歯を用いた場合　1,000点
【新設】	（新設）	→	Ｉ０１７－１－４　術後即時顎補綴装置（１顎に

			つき）　2,500点
Ｉ０１７－２　床副子調整・修理（１口腔（くう）につき）			
【名称の見直し】	床副子調整・修理（１口腔（くう）につき）	→	口腔（くう）内装置調整・修理（１口腔（くう）につき）
【項目の見直し】	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（こう）合床の場合　120点 ロ　イ以外の場合　220点 ２　床副子修理　234点	→	１　口腔（くう）内装置調整 イ　睡眠時無呼吸症候群に対する口腔（くう）内装置の場合　120点 ロ　歯ぎしりに対する口腔（くう）内装置の場合　120点 ハ　イ及びロ以外の場合　220点 ２　口腔（くう）内装置修理　234点
【注の見直し】	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（こう）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。	→	注１　１のイについては、新たに製作した区分番号Ｉ０１７－１－２に掲げる睡眠時無呼吸症候群に対する口腔（くう）内装置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回に限り算定する。
【注の追加】	（追加）	→	注２　１のロについては、区分番号Ｉ０１７に掲げる口腔（くう）内装置の注に規定する歯ぎしりに対する口腔（くう）内装置の調整を行った場合に算定する。

【注の見直し】	注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。	注３　１のハについては、区分番号Ｉ０１７に掲げる口腔内装置の注に規定する顎関節治療用装置又は区分番号Ｉ０１７－１－４に掲げる術後即時顎補綴装置の調整を行った場合に算定する。
【注の見直し】	注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。	注４　同一の患者について１月以内に口腔内装置調整を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。
【注の見直し】	注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。	注５　２については、同一の患者について１月以内に口腔内装置修理を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。
Ｉ０１９　歯冠修復物又は補綴物の除去（１歯につき）		
【点数の見直し】	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	20点 36点 60点
Ｉ０２６　高気圧酸素治療（１日につき）		
【点数の見直し】	200点	3,000点

Ｉ０２９　周術期専門的口腔衛生処置（１口腔につき）		
【項目の見直し】	周術期専門的口腔衛生処置（１口腔につき）92点 →	周術期等専門的口腔衛生処置（１口腔につき） １　周術期等専門的口腔衛生処置１　92点 ２　周術期等専門的口腔衛生処置２　100点
【注の見直し】	注１　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Ｂ０００－７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。 →	注１　１について、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)又は区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料(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、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)又は区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)を算定した日の属する月において、術前１回、術後１回に限り算定する。
【注の見直し】	注２　区分番号Ｂ０００－８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。 →	注２　１について、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)を算定した患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)を算定した日の属する月において、月１回に限り算定する。
【注の追加】	（追加） →	注３　２については、区分番号Ｂ０００－５に掲

			げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注１に規定する管理計画に基づき、口腔機能の管理を行っている患者（がん等に係る放射線治療又は化学療法を実施する患者に限る。）に対して、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が口腔粘膜に対する処置を行い、口腔粘膜保護材を使用した場合に、一連の周術期等口腔機能管理を通じて１回に限り算定する。
【注の追加】		（追加）→	注４　２について、１を算定した日は別に算定できない。
【注の見直し】	注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Ｉ０３０に掲げる機械的歯面清掃処置は、別に算定できない。	→	注５　周術期等専門的口腔衛生処置１又は周術期等専門的口腔衛生処置２を算定した日の属する月において、区分番号Ｉ０２９－２に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置及び区分番号Ｉ０３０に掲げる機械的歯面清掃処置は、別に算定できない。
【新設】		（新設）→	Ｉ０２９－２　在宅等療養患者専門的口腔衛生処置（１口腔につき）　120点 注１　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処置を行った場合に、月１回に限り算定

			する。 注２　区分番号Ｃ００１に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定した日は算定できない。 注３　在宅等療養患者専門的口腔衛生処置を算定した日の属する月において、区分番号Ｉ０３０に掲げる機械的歯面清掃処置は、別に算定できない。
【新設】		（新設）→	Ｉ０２９－３　口腔粘膜処置（１口腔につき） 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において、レーザー照射により当該処置を行った場合に算定する。ただし、２回目以降の口腔粘膜処置の算定は、前回算定日から起算して１月経過した日以降に行った場合に限り、月１回に限り算定する。
Ｉ０３０　機械的歯面清掃処置 （１口腔につき） 【注の見直し】	注１　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号Ｃ００１－３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Ｉ０２９に掲げる周術期専門的口腔衛生処置、区分番号Ｃ００１に掲げる訪問	→	注１　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Ｉ０２９に掲げる周術期等

	歯科衛生指導料又は区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料を算定しているものを除く。）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。		専門的口腔衛生処置、区分番号Ｃ００１に掲げる訪問歯科衛生指導料又は区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料を算定しているものを除く。）に対して機械的歯面清掃を行った場合は、２月に１回に限り算定する。ただし、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注６、区分番号Ａ００２に掲げる再診料の注４若しくは区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料の注６に規定する加算を算定する患者又は妊婦については月１回に限り算定する。
【注の見直し】	注２　区分番号Ｂ０００－４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)を算定した月は算定できない。	→	注２　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料の注10に規定する加算、区分番号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)又は区分番号Ｉ０２９－２に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置を算定した月は算定できない。
【注の削除】	注３　当該処置を算定した翌月は、算定できない。	→	（削除）
Ｉ０３１　フッ化物歯面塗布処置（１口腔につき）			
【点数の見直し】	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	→	110点 110点

	場合　120点	130点
【注の見直し】	注１　１については、区分番号Ｂ０００－４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。	注１　１については、区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した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回に限り算定する。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回に限り算定する。
第２節　処置医療機器等加算		
Ｉ０８２　酸素加算		
【注の見直し】	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。	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（窒素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数を合算した点数）を加算する。
第３節　特定薬剤料		
Ｉ１００　特定薬剤		
【項目の見直し】	薬価が40円を超える場合は、薬価から40円を控	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		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。
【注の見直し】	注１　薬価が40円以下である場合は、算定できない。	→	注１　薬価が15円以下である場合は、算定できない。

項　　目	現　　行	改　　正　　案
第２章　特掲診療料		
第９部　手術		
第１節　手術料		
Ｊ０００　抜歯手術（１歯につき）		
【点数の見直し】	1　乳歯　130点 2　前歯　150点 3　臼歯　260点 4　埋伏歯　1,050点	→ 130点 155点 265点 1,050点
Ｊ０００－３　上顎洞陥入歯除去術		
【名称の見直し】	上顎洞陥入歯除去術	→ 上顎洞陥入歯等除去術
Ｊ０１５　口腔（くう）底腫瘍摘出術		
【点数の見直し】	6,800点	→ 7,210点
Ｊ０１６　口腔（くう）底悪性腫瘍手術		
【点数の見直し】	28,140点	→ 29,360点
Ｊ０１７－２　甲状舌管嚢（のう）胞摘出術		

【点数の見直し】		8,520点 →	8,970点
Ｊ０１８　舌悪性腫瘍手術			
【点数の見直し】	1　切除 2　亜全摘	22,010点 75,070点 →	26,410点 75,070点
Ｊ０２２　顎・口蓋裂形成手術			
【点数の見直し】	1　軟口蓋のみのもの ２～３　（略）	14,520点 →	15,770点 ２～３　（略）
Ｊ０２８　舌形成手術（巨舌症手術）			
【点数の見直し】		7,590点 →	9,100点
Ｊ０３３　頬（きょう）腫瘍摘出術			
【点数の見直し】	1　粘液嚢（のう）胞摘出術 2　その他のもの	910点 4,380点 →	910点 5,250点
【新設】		（新設） →	Ｊ０３５－２　口腔（くう）粘膜血管腫凝固術（一連につき）　2,000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、レーザー照射により当該手術を実施した場合に算定する。

Ｊ０３９　上顎骨悪性腫瘍手術				
【点数の見直し】	１　掻爬（そうは）	7,640点	→	9,160点
	２　切除	34,420点		34,420点
	３　全摘	68,480点		68,480点
Ｊ０４０　下顎骨部分切除術				
【点数の見直し】		14,940点	→	16,780点
Ｊ０４１　下顎骨離断術				
【点数の見直し】		27,140点	→	32,560点
Ｊ０４２　下顎骨悪性腫瘍手術				
【点数の見直し】	１　切除	40,360点	→	40,360点
	２　切断	53,830点		64,590点
Ｊ０４３　顎骨腫瘍摘出術（歯根嚢（のう）胞を除く。）				
【点数の見直し】	１　長径３センチメートル未満	2,820点	→	2,820点
	２　長径３センチメートル以上	11,160点		13,390点
【新設】		（新設）	→	Ｊ０４４－２　埋伏歯開窓術　2,820点

Ｊ０４７　腐骨除去手術			
【注の追加】	（追加）	→	注　２のイについて、骨吸収抑制薬関連顎骨壊死又は放射線性顎骨壊死に対して当該手術を行った場合は、1,000点を所定点数に加算する。
Ｊ０５２　がま腫摘出術			
【点数の見直し】	5,950点	→	7,140点
Ｊ０５４　舌下腺腫瘍摘出術			
【点数の見直し】	5,990点	→	7,180点
Ｊ０５５　顎下腺摘出術			
【点数の見直し】	9,670点	→	10,210点
Ｊ０５６　顎下腺腫瘍摘出術			
【点数の見直し】	9,480点	→	9,640点
Ｊ０６２　唾液腺管形成手術			
【点数の見直し】	11,360点	→	13,630点
Ｊ０６３　歯周外科手術（１歯につき）			
【名称の見直し】	歯周外科手術（１歯につき）	→	歯周外科手術

【注の追加】		（追加） →	注６　１から５まで及び６のイからハまでについては１歯につき算定し、６のニ及びホは手術野ごとに算定する。
Ｊ０６３－２　骨移植術（軟骨移植術を含む。）			
【点数の見直し】	１　自家骨移植	→	
	イ　簡単なもの	1,780点	1,780点
	ロ　困難なもの	14,030点	16,830点
	２　同種骨移植（生体）	23,890点	28,660点
	３　同種骨移植（非生体）		
	イ　同種骨移植（特殊なもの）	24,370点	39,720点
	ロ　その他の場合	21,050点	21,050点
Ｊ０６８　上顎骨折観血的手術			
【点数の見直し】		15,220点 →	16,400点
Ｊ０６９　上顎骨形成術			
【点数の見直し】	１　単純な場合	23,240点 →	27,880点
	２　複雑な場合及び２次的再建の場合	45,510点	45,510点
	３　骨移動を伴う場合	72,900点	72,900点
Ｊ０７０　頬（きょう）骨骨折観血的整復術			
【点数の見直し】		15,090点 →	18,100点

Ｊ０７５　下顎骨形成術			
【点数の見直し】	1　おとがい形成の場合	6,490点	7,780点
	2　短縮又は伸長の場合	25,660点	30,790点
	3　再建の場合	43,300点	51,120点
	4　骨移動を伴う場合	54,210点	54,210点
Ｊ０７５－２　下顎骨延長術			
【点数の見直し】	1　片側	25,660点	30,790点
	2　両側	40,150点	47,550点
Ｊ０８０　顎関節授動術			
【点数の見直し】	1　徒手的授動術		
	イ　パンピングを併用した場合	990点	990点
	ロ　関節腔（くう）洗浄療法を併用した場合	2,000点	2,400点
	2　顎関節鏡下授動術	8,770点	10,520点
	3　開放授動術	25,100点	25,100点
Ｊ０８１　顎関節円板整位術			
【点数の見直し】	1　顎関節鏡下円板整位術	20,690点	22,100点
	2　開放円板整位術	27,300点	27,300点
Ｊ０８４　創傷処理			
【点数の見直し】	1～2　（略）		
	3　筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメー		

	トル以上） イ　頸頸部のもの（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 ４～６　（略）		8,600点 2,400点
Ｊ０８４－２　小児創傷処理（６歳未満）			
【点数の見直し】	１～２　（略） 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 ５～７　（略） 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	→	2,220点 3,430点 1,740点
Ｊ０８５　デブリードマン			
【点数の見直し】	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	→	1,020点 3,580点
Ｊ０８７　上顎洞根治手術			
【点数の見直し】	6,660点	→	7,990点

Ｊ０９０－２　皮膚移植術（死体）			
【点数の見直し】	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	→	8,000点 16,000点 32,000点 80,000点
Ｊ０９１　皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術			
【点数の見直し】	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	→	4,510点 13,720点 22,310点
Ｊ０９５　複合組織移植術			
【点数の見直し】	17,490点	→	19,420点
Ｊ０９７　粘膜移植術			
【点数の見直し】	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	→	6,510点 7,820点
Ｊ０９８　血管結紮（さつ）術			
【点数の見直し】	3,130点	→	3,750点

Ｊ１０１－２　神経再生誘導術		
【点数の見直し】	12,640点 →	21,590点
Ｊ１０３　過長茎状突起切除術		
【点数の見直し】	5,880点 →	6,440点
Ｊ１０４－２　皮膚悪性腫瘍切除術		
【注の見直し】	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。 →	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（悪性黒色腫等に係るものに限る。）を併せて行った場合は、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。
Ｊ１１０　広範囲顎骨支持型装置掻爬（そうは）術		
【名称の見直し】	広範囲顎骨支持型装置掻爬（そうは）術 →	広範囲顎骨支持型装置掻爬（そうは）術（１顎につき）
第３節　手術医療機器等加算		
【新設】	（新設） →	Ｊ２００－４－２　レーザー機器加算 １　レーザー機器加算１　50点 ２　レーザー機器加算２　100点 ３　レーザー機器加算３　200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手術を行った場合に算定する。 注２　１については、区分番号Ｊ００８（１に限る。）、Ｊ００９（１及び２に限る。）、Ｊ０１７（１に限る。）、Ｊ０１９（１に限る。）、Ｊ０２７、Ｊ０３０（１に限る。）、Ｊ０３３（１に限る。）及びＪ０５１に掲げる手術に当たって、レーザー手術装置を使用した場合に算定する。 注３　２については、区分番号Ｊ００８（２に限る。）、Ｊ００９（３に限る。）及びＪ０１７（２に限る。）に掲げる手術に当たって、レーザー手術装置を使用した場合に算定する。 注４　３については、区分番号Ｊ０１５、Ｊ０１９（２に限る。）、Ｊ０２０、Ｊ０３０（２に限る。）、Ｊ０３３（２に限る。）、Ｊ０３４、Ｊ０５２及びＪ０５４に掲げる手術に当たって、レーザー手術装置を使用した場合に算定する。
Ｊ２００－５　画像等手術支援加算 【注の見直し】	注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	→	注２　２については、区分番号Ｊ０１９の２、Ｊ０３８からＪ０４０まで、Ｊ０４２、Ｊ０４３、Ｊ０６８からＪ０７０－２まで、Ｊ０７２、Ｊ０７５及びＪ０７６に掲げる手術に当たって、実物大臓器立体モデルによる支援を

	援を行った場合に算定する。	行った場合に算定する。
第５節　特定薬剤料 Ｊ３００　特定薬剤		
【項目の見直し】	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	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。
【注の見直し】	注１　薬価が40円以下である場合は、算定できない。	注１　薬価が15円以下である場合は、算定できない。

項　　目	現　　行	改　　正　　案
第２章　特掲診療料 第10部　麻酔 第２節　薬剤料 Ｋ１００　薬剤		
【項目の見直し】	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	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。
【注の見直し】	注１　薬価が40円以下である場合は、算定できない。	注１　薬価が15円以下である場合は、算定できない。

項　　目	現　　行	改　　正　　案
第２章　特掲診療料 第11部　放射線治療 第１節　放射線治療管理・実施料 Ｌ００１　体外照射		
【項目の見直し】	１～２　（略） 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	１～２　（略） ３　強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）　3,000点
【注の見直し】	注６　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を専ら担当する常勤の歯科医師が画像誘導放射線治療（ＩＧＲＴ）による体外照射（２のイの⑶若しくはロの⑶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。	注６　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を専ら担当する常勤の歯科医師が画像誘導放射線治療（ＩＧＲＴ）による体外照射を行った場合（２のイの⑶若しくはロの⑶又は３に係るものに限る。）には、画像誘導放射線治療加算として、患者１人１日につき１回に限り、いずれかを所定点数に加算する。 イ　骨構造の位置情報によるもの　300点 ロ　腫瘍の位置情報によるもの　450点

項　　目	現　　行	改　　正　　案
第２章　特掲診療料		
第12部　歯冠修復及び欠損補綴（てつ）		
第１節　歯冠修復及び欠損補綴（てつ）料		
Ｍ００１　歯冠形成（１歯につき）		
【注の見直し】	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。	注１　１のイ及びロ、２のイ及びロ並びに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。
【注の見直し】	注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。	注４　１のロについて、ＣＡＤ／ＣＡＭ冠又は高強度硬質レジン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。
【注の見直し】	注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。	注９　２のロについて、ＣＡＤ／ＣＡＭ冠又は高強度硬質レジンブリッジ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。
Ｍ００２－２　支台築造印象（１歯につき）		

【点数の見直し】	30点 →	32点
Ｍ００３　印象採得		
【点数の見直し】	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 ⑴　簡単なもの　40点 ⑵　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 ⑴　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 ⑵　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 ⑴　印象採得が困難なもの　220点 ⑵　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	→ 1　歯冠修復（１個につき） イ　単純印象　32点 ロ　連合印象　64点 2　欠損補綴（１装置につき） イ　単純印象 ⑴　簡単なもの　42点 ⑵　困難なもの　72点 ロ　連合印象　230点 ハ　特殊印象　272点 ニ　ブリッジ ⑴　支台歯とポンティックの数の合計が５歯以下の場合　282点 ⑵　支台歯とポンティックの数の合計が６歯以上の場合　334点 ホ　口蓋補綴、顎補綴 ⑴　印象採得が困難なもの　222点 ⑵　印象採得が著しく困難なもの　402点 3　副子（１装置につき）　42点
Ｍ００５　装着		
【項目の見直し】	1　歯冠修復（１個につき）　45点 2　欠損補綴（１装置につき） イ～ニ　（略） 3　副子の装着の場合（１装置につき）　30点	→ 1　歯冠修復（１個につき）　45点 2　欠損補綴（１装置につき） イ～ニ　（略） 3　口腔内装置等の装着の場合（１装置につき）

		30点
【注の見直し】	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。 →	注１　区分番号Ｍ０１５－２に掲げるＣＡＤ／ＣＡＭ冠又は区分番号Ｍ０１７－２に掲げる高強度硬質レジンブリッジを装着する際に、歯質に対する接着性を向上させることを目的に内面処理を行った場合は、それぞれについて45点又は90点を所定点数に加算する。
Ｍ００６　咬合採得		
【点数の見直し】	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 ⑴　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 ⑵　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 ⑴　少数歯欠損　55点 ⑵　多数歯欠損　185点 ⑶　総義歯　280点 →	18点 76点 150点 57点 187点 283点
Ｍ００９　充填（１歯につき）		
【点数の見直し】	１　充填１ イ　単純なもの　102点 ロ　複雑なもの　154点 ２　充填２ →	104点 156点

	イ　単純なもの　57点 ロ　複雑なもの　105点	59点 107点
Ｍ０１４　ジャケット冠（１歯につき） 【削除】	390点 →	（削除）
Ｍ０１５　硬質レジンジャケット冠（１歯につき）		
【名称の見直し】	硬質レジンジャケット冠（１歯につき） →	非金属歯冠修復（１個につき）
【項目の見直し】	768点 →	１　レジンインレー イ　単純なもの　104点 ロ　複雑なもの　156点 ２　硬質レジンジャケット冠　768点
Ｍ０１７　ポンティック（１歯につき）		
【注の見直し】	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。 →	注　レジン前装金属ポンティックを製作した場合は、その部位に応じて次に掲げる点数を所定点数に加算する。 イ　前歯部の場合　746点 ロ　小臼歯部の場合　200点 ハ　大臼歯部の場合　50点

【注の削除】	注２　金属裏装ポンティックは、320点を所定点数に加算する。	→	（削除）
【新設】	（新設）	→	Ｍ０１７－２　高強度硬質レジンブリッジ（１装置につき）　2,500点 注　高強度硬質レジン及びグラスファイバーを用いてブリッジを製作し、装着した場合に限り算定する。
Ｍ０１８　有床義歯			
【点数の見直し】	１　局部義歯（１床につき）	→	
	イ　１歯から４歯まで　576点		584点
	ロ　５歯から８歯まで　708点		718点
	ハ　９歯から11歯まで　940点		954点
	ニ　12歯から14歯まで　1,364点		1,382点
	２　総義歯（１顎につき）　2,132点		2,162点
Ｍ０１９　熱可塑性樹脂有床義歯			
【点数の見直し】	１　局部義歯（１床につき）	→	
	イ　１歯から４歯まで　662点		652点
	ロ　５歯から８歯まで　890点		878点
	ハ　９歯から11歯まで　1,108点		1,094点
	ニ　12歯から14歯まで　1,732点		1,712点
	２　総義歯（１顎につき）　2,752点		2,722点
Ｍ０２０　鋳造鉤（こう）（１個につき）			
【点数の見直し】	１　双子鉤（こう）　240点	→	246点

	2　二腕鉤	222点	228点
Ｍ０２１　線鉤（１個につき）			
【点数の見直し】	1　双子鉤	206点 →	212点
	2　二腕鉤（レストつき）	146点	152点
	3　レストのないもの	126点	132点
Ｍ０２１－２　コンビネーション鉤（１個につき）			
【点数の見直し】		226点 →	232点
Ｍ０２２　フック、スパー（１個につき）			
【名称の見直し】		フック、スパー（１個につき） →	間接支台装置（１個につき）
【点数の見直し】		103点 →	109点
Ｍ０２３　バー（１個につき）			
【点数の見直し】	1　鋳造バー	444点 →	450点
	2　屈曲バー	254点	260点
Ｍ０２５－２　広範囲顎骨支持型補綴			
【点数の見直し】	1　ブリッジ形態のもの（３分の１顎につき）	18,000点 →	20,000点
	2　床義歯形態のもの（１顎につき）	13,000点	15,000点

【注の見直し】	注３　保険医療材料料は、所定点数に含まれる。	注３　保険医療材料料（別に厚生労働大臣が定める特定保険医療材料を除く。）は、所定点数に含まれる。
Ｍ０２６　補綴（てつ）隙（１個につき）		
【点数の見直し】	50点	60点
Ｍ０２９　有床義歯修理（１床につき）		
【点数の見直し】	234点	240点
Ｍ０３０　有床義歯内面適合法		
【点数の見直し】	１　硬質材料を用いる場合 イ　局部義歯（１床につき） ⑴　１歯から４歯まで　210点 ⑵　５歯から８歯まで　260点 ⑶　９歯から11歯まで　360点 ⑷　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	216点 268点 370点 572点 790点 1,200点
【注の見直し】	注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。	注３　１については、保険医療材料料（人工歯料を除く。）は、所定点数に含まれる。

【注の追加】	（追加）	→	注４　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、患者の求めに応じて、有床義歯を預かった当日に間接法により有床義歯内面適合法を行い、当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算１として、１顎につき50点を所定点数に加算する。
【注の追加】	（追加）	→	注５　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、患者の求めに応じて、有床義歯を預かって、間接法により有床義歯内面適合法を行い、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顎につき30点を所定点数に加算する。
Ｍ０４１　広範囲顎骨支持型補綴（てつ）物修理（１装置につき）			
【注の見直し】	注　保険医療材料料は、所定点数に含まれる。	→	注　保険医療材料料（別に厚生労働大臣が定める特定保険医療材料を除く。）は、所定点数に含まれる。

項　　目	現　　行	改　　正　　案
第２章　特掲診療料 第13部　歯科矯正 第１節　歯科矯正料 Ｎ００４　模型調製（１組につき） 【注の見直し】	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。	注１　１については、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回に限り算定する。
【新設】	（新設）	Ｎ０１２－２　スライディングプレート（１装置につき）　1,500点 注　保険医療材料料は、所定点数に含まれる。
Ｎ０１３　リトラクター（１装置につき） 【注の見直し】	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。	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。ただし、この場合において、区分番号Ｎ０１２－２に掲げるスライディング

		プレートは別に算定できない。
【新設】	（新設） →	Ｎ０１４－２　牽引装置（１歯につき）　500点 注１　区分番号Ｊ０４４－２に掲げる埋伏歯開窓術を行った歯に対し牽引装置を装着した場合に算定する。 注２　区分番号Ｎ０２２に掲げるダイレクトボンドブラケットは所定点数に含まれ別に算定できない。 注３　保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

項　　目	現　　行	改　　正　　案
第２章　特掲診療料 第14部　病理診断 Ｏ０００　口腔病理診断料（歯科診療に係るものに限る。） 【注の見直し】	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。	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（医科点数表の区分番号Ｎ０００に掲げる病理組織標本作成又は医科点数表の区分番号Ｎ００２に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作成により作成された組織標本のデジタル病理画像を含む。）に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された組織標本（当該保険医療機関以外の保険医療機関で医科点数表の区分番号Ｎ０００に掲げる病理組織標本作製又は医科点数表の区分番

		号Ｎ００２に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製により作成された組織標本のデジタル病理画像を含む。）に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月１回に限り算定する。
【注の追加】	（追加） →	注５　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、悪性腫瘍に係る手術の検体から医科点数表の区分番号Ｎ０００の１に掲げる病理組織標本（組織切片によるもの）作成又は医科点数表の区分番号Ｎ００２に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製により作成された組織標本に基づく診断を行った場合は、悪性腫瘍病理組織標本加算として、150点を所定点数に加算する。

項　　目	改　　正　　案
第３章　経過措置	１　平成30年９月30日までの間における区分番号Ａ０００の１については、「237点」とあるのは「234点」、同注９については、「23点又は25点」とあるのは「25点」、区分番号Ａ００２の１については、「48点」とあるのは「45点」、同注８については、「３点又は５点」とあるのは「５点」とする。 ２　旧算定方法別表第二区分番号Ａ０００の注１及び区分番号Ａ００２の注１に係る規定については、平成30年９月30日までの間は、なお従前の例による。 ３　平成30年９月30日までの間における区分番号Ｃ０００の注13については、「237点」とあるのは「234点」、「48点」とあるのは「45点」とする。 ４　区分番号Ｃ０００の注14に係る規定は、平成30年９月30日までの間は、適用しない。 ５　第２章の規定にかかわらず、区分番号Ｈ０００の注４後段及び注５、区分番号Ｈ０００－３の注４後段及び注５に規定する診療料は、平成31年３月31日までの間に限り、算定できるものとする。