

項 目	現 行	改 正 案
第 2 章 第 9 部 手術 通則 (通則の見直し) (通則の見直し)	7 区分番号 J 0 1 6、J 0 1 8 の 2、J 0 2 1 の 2、J 0 3 1、J 0 3 2、J 0 3 5、J 0 3 9 の 2 及び 3、J 0 4 2、J 0 5 7 並びに J 0 6 0 に掲げる手術については、頸部郭清術と併せて行った場合は、所定点数に片側の場合は 4, 0 0 0 点を、両側の場合は 6, 0 0 0 点を加算する。 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 型肝炎感染者 (HBs 又は HBe 抗原陽性の者に限る。) 若しくは C 型肝炎感染者又は結核患者に対して、マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔、硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を伴う手術を行った場合は、所	7 区分番号 J 0 1 6、J 0 1 8、J 0 2 1 の 2、J 0 3 1、J 0 3 2、J 0 3 5、J 0 3 9 の 2 及び 3、J 0 4 2、J 0 5 7 並びに J 0 6 0 に掲げる手術については、頸部郭清術と併せて行った場合は、所定点数に片側の場合は 4, 0 0 0 点を、両側の場合は 6, 0 0 0 点を加算する。 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 型肝炎感染者 (HBs 又は HBe 抗原陽性の者に限る。) 若しくは C 型肝炎感染者又は結核患者に対して、医科点数表の区分番号 L 0 0 8 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

歯科 J 手術 (1 / 10)

第 1 節 手術料 J 0 0 0 抜歯手術 (1 歯につき) (点数の見直し) (点数の見直し) (注の削除) (点数の見直し) (注の削除)	定点数に 1 0 0 点を加算する。 1 乳歯 1 2 0 点 4 難抜歯 4 6 0 点 注 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算定する。 5 埋伏歯 1, 0 0 0 点 注 1 完全埋伏歯 (骨性) 及び水平智歯に限り算定する。	分番号 L 0 0 2 に掲げる硬膜外麻酔又は医科点数表の区分番号 L 0 0 4 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, 0 0 0 点を加算する。 [1 3 0 点 [4 7 0 点 (全体の注へ) [1, 0 5 0 点 (全体の注へ)
---	---	---

歯科 J 手術 (2 / 10)

	2 下顎完全埋伏智歯（骨性）又は下顎水平埋伏智歯の場合は、所定点数に100点を加算する。	
(注の新設)		(新設) → 注1 4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算定する。 2 5については、完全埋伏歯（骨性）及び水平智歯に限り算定する。 3 5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、所定点数に100点を加算する。
J001 へミセクション（分割抜歯）		
(点数の見直し)		460点 → 470点
J003 歯根嚢胞摘出手術		
(点数の見直し)	1 歯冠大のもの 2 拇指頭大のもの	770点 → 800点 1,300点 → 1,350点

歯科J手術(3/10)

J004 歯根端切除手術（1歯につき）		
(点数の見直し)		1,300点 → 1,350点
(削除)	J005 歯肉息肉除去手術 54点 注 区分番号I005に掲げる抜髄又は区分番号I006に掲げる感染根管処置と併せて行った場合に限り算定する。	(削除)
J057 顎下腺悪性腫瘍手術		
(点数の見直し)		17,600点 → 20,000点
J063 歯周外科手術（3分の1額につき）		(項目の見直し) → J063 歯周外科手術（1歯につき）
(点数の見直し)	1 歯周ポケット搔爬術 2 新付着手術 3 歯肉切除手術	200点 → 75点 300点 → 150点 400点 → 300点

歯科J手術(4/10)

	4 歯肉剥離掻爬手術	1,000点	600点
(注の削除)	注 歯肉剥離掻爬手術と同時に歯槽骨欠損部に骨代用物質を挿入した場合は、所定点数に110点を加算する。		(削除)
(項目の新設)	(新設)		5 歯周組織再生誘導手術 イ 1次手術(吸収性又は非吸収性膜の固定を伴うもの) 630点 ロ 2次手術(非吸収性膜の除去) 300点
(注の見直し)	注1 同時に3分の1顆を超えて行った場合は、3分の1顆を増すごとに、所定点数の100分の30に相当する点数を加算する。 2 簡単な暫間固定及び特定薬剤の費用を含むものとする。		注1 4については、当該手術と同時に歯槽骨欠損部に骨代用物質を挿入した場合は、所定点数に110点を加算する。 2 5については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、根分岐部病変又は垂直性の骨欠損を有する歯に対して行った場合に、算定する。 3 区分番号1011-2に掲げる歯周病安定期治療を開始した日以降に実施する場合は、所定点数(注1の加算を含む。)の100分の30に相当する点数により算定する。

歯科J手術(5/10)

J063-2 骨移植術(軟骨移植術を含む。)			4 暫間固定及び特定薬剤の費用は、所定点数に含まれるものとする。
(点数の見直し)	1 自家骨移植 ロ 困難なもの	9,160点	ロ 困難なもの 8,300点
(項目の見直し)	2 同種骨移植	7,920点	2 同種骨移植(生体) 9,100点 3 同種骨移植(非生体) 9,900点
(注の新設)	(新設)		注 骨提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれるものとする。
J063-3 骨(軟骨)組織採取術			
(注の見直し)	注 口腔内から組織採取を行った場合を除く。		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。
J075 下顎骨形成術			

歯科J手術(6/10)

	2 短縮又は伸長の場合	13,200点	
(注の削除)	注 両側を同時に行った場合は、所定点数に3,000点を加算する。		(全体の注へ)
(注の新設)		(新設)	注 2については、両側を同時に行った場合は、所定点数に3,000点を加算する。
J089 全層、分層植皮術		(項目の見直し)	J089 分層植皮術
(点数の見直し)	1 25平方センチメートル未満	5,880点	5,000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	8,000点	6,000点
	3 100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満	14,400点	9,000点
	4 200平方センチメートル以上	20,600点	13,000点
(新設)		(新設)	J089-2 全層植皮術 1 25平方センチメートル未満

歯科J手術(7/10)

			10,000点
			2 25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満
			12,500点
			3 100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満
			20,000点
			4 200平方センチメートル以上
			30,000点
			注 広範囲皮膚欠損の患者に対して行う場合は、頭頸部、左上肢、左下肢、右上肢、右下肢、腹部又は背部のそれぞれの部位ごとに所定点数を算定する。
J093 遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)			
(点数の見直し)	40,000点		43,000点
J096 自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)			
(点数の見直し)	46,200点		49,200点

歯科J手術(8/10)

J 1 0 4 皮膚腫瘍冷凍凝固摘出術	(項目の見直し)	J 1 0 4 皮膚腫瘍冷凍凝固摘出術 (一連につき)
(新設)	(新設)	1 長径3センチメートル未満の良性皮膚腫瘍 1, 280点
(項目の見直し)	1 長径6センチメートル未満の良性皮膚腫瘍 2, 050点 2 長径6センチメートル未満の悪性皮膚腫瘍 3, 230点 3 長径6センチメートル以上の良性又は悪性皮膚腫瘍 4, 160点	2 長径3センチメートル未満の悪性皮膚腫瘍 2, 050点 3 長径3センチメートル以上6センチメートル未満の良性又は悪性皮膚腫瘍 3, 230点 4 長径6センチメートル以上の良性又は悪性皮膚腫瘍 4, 160点
第3節 手術医療機器等加算		
J 2 0 0 - 3 周辺装置加算		
(注の見直し)	注 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定すべき患者又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して歯科訪問診療を行った場合において、切削を伴う処置、手術、歯冠修復又は欠損補綴（以下この表において「処置等」という。）が必要な場合であって切削器具及びその周辺	注 著しく歯科診療が困難な障害者（区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の注9の加算を算定する患者を除く。）に対して歯科訪問診療を行った場合において、切削を伴う処置、手術、歯冠修復又は欠損補綴が必要な場合であって切削器具及びその周辺装置を訪問先に携行して

歯科J手術(9/10)

(新設)	装置を訪問先に携行して必要な処置等を行った場合には、処置等のうち主たるものの所定点数に加算する。ただし、1又は2のいずれかを加算する。	必要な処置等を行った場合には、処置等のうち主たるものの所定点数に加算する。ただし、1又は2のいずれかを加算する。
(新設)	(新設)	J 2 0 0 - 5 画像等手術支援加算 1 ナビゲーションによるもの 2, 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、J087及びJ087-2に掲げる手術に当たって、ナビゲーションによる支援を行った場合に算定する。 2 2については、区分番号J019-2、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。

項 目	現 行	改 正 案
第 2 章 第 1 0 部 麻 酔 第 1 節 麻酔料 (新設)	(新設)	<p>K 0 0 3 静脈内鎮静法 1 2 0 点</p> <p>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。</p>

歯科 K 麻酔 (1 / 1)

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

歯科 L 放射線治療 (1 / 4)

(注の新設)

(新設)

2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、患者に対して、放射線治療を専ら担当する常勤の歯科医師が策定した照射計画に基づく歯科医学的管理（区分番号L001の3に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分番号L001の4に掲げる強度変調放射線治療（IMRT）に係るものに限る。）を行った場合は、所定点数に330点を加算する。

3 注2に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、放射線治療を必要とする悪性腫瘍の入院中の患者以外の患者に対して、放射線治療（区分番号L001の3に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分番号L001の4に掲げる強度変調放射線治療（IMRT）に係るものに限る。）を実施した場合に、患者1人1日につき1回に限り所定点数に100点を加算する。

L001 体外照射

2 コバルト⁶⁰遠隔大量照射

歯科L放射線治療（2/4）

(点数の見直し)

イ 1回目
ロ 2回目

700点
210点

500点
150点

3 高エネルギー放射線治療

(注の削除)

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。

(全体の注へ)

(項目の新設)

(新設)

4 強度変調放射線治療（IMRT）

イ 1回目 3,000点
ロ 2回目 1,000点

(注の新設)

(新設)

注1 3については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。

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

歯科L放射線治療（3/4）

L003 密封小線源治療（一連につき）	(項目の見直し)	2 腔内照射	イ 高線量率イリジウム照射を行った場合 3,000点	イ 高線量率イリジウム照射を行った場合又は 新型コバルト小線源治療装置を用いた場合 3,000点
			ロ その他の場合 1,500点	ロ 旧型コバルト腔内照射装置を用いた場合 1,000点 ハ その他の場合 1,500点
	(項目の見直し)	3 組織内照射	イ 高線量率イリジウム照射を行った場合 7,500点	イ 高線量率イリジウム照射を行った場合又は 新型コバルト小線源治療装置を用いた場合 7,500点

保険事務局長に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、放射線治療を実施した場合に算定する。

歯科L放射線治療（4/4）

項目	現 行	改 正 案
第2章第12部 歯冠修復及び欠損補綴		
通則		
(通則の見直し)	6 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定すべき患者又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して訪問診療を行った場合に、当該訪問診療に基づき併せて歯冠修復又は欠損補綴（区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定すべき患者については、区分番号M029及びM036に掲げるものに限り、著しく歯科診療が困難な障害者については、区分番号M010、M011、M014、M015及びM017からM026までに掲げるものを除く。）を行った場合は、当該歯冠修復又は欠損補綴の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。	6 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定すべき患者又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して訪問診療を行った場合に、当該訪問診療に基づき併せて歯冠修復又は欠損補綴（区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定すべき患者については、区分番号M029に掲げるものに限り、著しく歯科診療が困難な障害者については、区分番号M010、M011、M014、M015及びM017からM026までに掲げるものを除く。）を行った場合は、当該歯冠修復又は欠損補綴の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。
(通則の見直し)	7 区分番号M000-2に掲げる補綴物維持管理料に係る地方社会保険事務局長への届出を行	7 区分番号M000-2に掲げる補綴物維持管理料に係る地方社会保険事務局長への届出を行

歯科M歯冠修復（1/12）

	<p>った保険医療機関以外の保険医療機関において 歯冠補綴物又はブリッジを製作し、当該補綴物 を装着した場合の検査並びに歯冠修復及び欠損 補綴の費用は、所定点数の100分の70に相 当する点数により算定する。</p>	<p>った保険医療機関以外の保険医療機関において 歯冠補綴物又はブリッジ（前歯部の接着ブリ ッジを含む。以下この表において同じ。）を製 作し、当該補綴物を装着した場合の検査並びに歯 冠修復及び欠損補綴の費用は、所定点数の10 0分の70に相当する点数により算定する。</p>
<p>(通則の新設)</p>	<p>(新設)</p>	<p>8 歯冠修復及び欠損補綴物の製作に係る一連の 診療行為における歯肉圧排、歯肉整形、研磨、 特定薬剤等の費用は、それぞれの点数に含まれ 、別に算定できない。</p>
<p>第1節 歯冠修復及び欠損補綴料</p> <p>M000 補綴時診断料（1口腔につ き）</p>		
<p>(注の見直し)</p>	<p>注1 当該診断料は、病名、症状、治療内容、製 作を予定する部位、欠損補綴物の名称、欠損 補綴物に使用する材料、設計、治療期間等を 記載した治療計画書を作成し、患者に対し、 その内容について説明を行った上で、文書によ り情報提供を行った場合に算定する。</p>	<p>注1 当該診断料は、病名、症状、治療内容、製 作を予定する部位、欠損補綴物の名称、欠損 補綴物に使用する材料、設計、治療期間等 について、患者に対し、説明を行った場合に算 定する。</p>

歯科M歯冠修復（2/12）

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

歯科M歯冠修復（3/12）

(注の削除)	注 メタルコアにより支台築造した歯に対するものについては、所定点数に30点を加算する。		(全体の注へ)
	3 窩洞形成		
(点数の見直し)	イ 単純なもの ロ 複雑なもの	44点 68点	54点 80点
(注の新設)		(新設)	注1 1のイについては、前歯の4分の3冠、前歯の前装鑄造冠及び前歯部の接着ブリッジのための前歯部の支台歯の歯冠形成は、所定点数に490点を加算する。 2 2のイについては、前歯の4分の3冠又は前歯の前装鑄造冠については、所定点数に470点を加算する。 3 2のイについては、メタルコアにより支台築造した歯に対するものについては、所定点数に30点を加算する。 4 2のロについては、メタルコアにより支台築造した歯に対するものについては、所定点数に30点を加算する。 5 3については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関におい

歯科M歯冠修復(4/12)

M001-2 齶蝕歯即時充填形成 (1歯につき)				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、齶蝕歯無痛的窩洞形成加算として所定点数に20点を加算する。
(注の新設)		(新設)	注1	別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、レーザー照射により無痛的に齶蝕歯即時充填形成を行った場合は、齶蝕歯無痛的窩洞形成加算として所定点数に20点を加算する。
M002 支台築造(1歯につき)	1 メタルコア			
(点数の見直し)	イ 大白歯 ロ 小白歯及び前歯	170点 144点	176点 150点	
(点数の見直し)	2 その他	120点	126点	

歯科M歯冠修復(5/12)

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

歯科M歯冠修復 (6/12)

(注の削除)	(1) ワンピースキャストブリッジ (イ) 支台歯とポンティック (ダミー) の数の合計が5歯以下の場合 150点 注 仮着を行った場合は、40点を加算する。	(全体の注へ)
(注の削除)	(ロ) 支台歯とポンティック (ダミー) の数の合計が6歯以上の場合 300点 注 仮着を行った場合は、80点を加算する。	(全体の注へ)
(注の削除)	(2) その他のブリッジ 70点 注 支台装置ごとの装着に係る費用を含むものとする。	(全体の注へ)
(注の新設)	(新設)	注1 2のイの(イ)については、仮着を行った場合は、40点を加算する。 2 2のイの(ロ)については、仮着を行った場合は、80点を加算する。 3 2のイについては、支台装置ごとの装着に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。

歯科M歯冠修復 (7/12)

M009 充填 (1歯につき)

(点数の見直し)

- | | | | |
|---------|------|---|------|
| 1 単純なもの | 52点 | → | 100点 |
| 2 複雑なもの | 100点 | → | 148点 |

(注の見直し)

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

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

M010 鑄造歯冠修復 (1個につき)

(注の削除)

- | | | | |
|---------------|------|---|---------|
| 3 5分の4冠 (小白歯) | 310点 | → | (全体の注へ) |
|---------------|------|---|---------|
- 注 大白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。

(注の新設)

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

M011 前装鑄造冠 (1歯につき)

(点数の見直し)

- | | | |
|---------|---|---------|
| 1, 200点 | → | 1, 174点 |
|---------|---|---------|

M017 ポンティック (ダミー)
(1歯につき)

(注の見直し)

注 前装鑄造ポンティック (ダミー) については、所定点数に772点を加算する。

注1 前装鑄造ポンティック (ダミー) については、所定点数に746点を加算する。

(注の新設)

- (新設) →
- 2 金属裏装ポンティック (ダミー) については、所定点数に320点を加算する。

M018 有床義歯

(点数の見直し)

- | | | | |
|------------|------|---|------|
| イ 1歯から4歯まで | 525点 | → | 540点 |
| ロ 5歯から8歯まで | 650点 | → | 665点 |

の支台に用いる場合であっても算定できる。

M020 鋳造鉤 (1個につき)			
(点数の見直し)	1 双歯鉤 2 両翼鉤	220点 205点	224点 208点
M021 線鉤 (1個につき)			
(点数の見直し)	1 双歯鉤 2 両翼鉤 (レストつき) 3 レストのないもの	195点 135点 115点	200点 140点 120点
(削除)	M028 充填物の研磨 (1歯につき) 注 保険医療材料を含むものとする。	14点	(削除)
(削除)	M035 新製義歯調整料 (1口腔につき) 注1 新たに製作した有床義歯の装着時又は装着後1月以内に、当該有床義歯の製作を行った保険医療機関において、適合を図るための調整を行った場合に1回に限り算定する。 2 区分番号M036に掲げる有床義歯調整料	120点	(削除)

歯科M歯冠修復 (10/12)

(削除)	M036 有床義歯調整料 (1口腔につき) 注1 有床義歯装着後1月を超えた期間において、適合を図るための調整を行った場合に、月1回に限り算定する。 2 咬合機能の回復が困難な患者に対して、有床義歯の調整を行った場合は、所定点数に40点を加算する。 3 区分番号M035に掲げる新製義歯調整料は同一月において算定できない。	60点	(削除)
第2節 歯冠修復及び欠損補綴医療機器等加算			
(削除)	M090 ラバー加算 注 ラバーダム防湿法を行った場合に限り加算する。ただし、歯冠修復及び欠損補綴 (区分番号M001の3のイ及びM001-2に掲げるものに限る。) については、臼歯に対して歯冠修復及び欠損補綴が行われた場合 (隣接面以外の	10点	(削除)

歯科M歯冠修復 (11/12)

<p>M091 周辺装置加算</p> <p>(注の見直し)</p>	<p>部分に対してのみ歯冠修復及び欠損補綴が行われた場合に限る。)に限り加算する。</p> <p>注 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定すべき患者又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して歯科訪問診療を行った場合において、切削を伴う処置等が必要な場合であって切削器具及びその周辺装置を訪問先に携帯して必要な処置等を行った場合には、処置等のうち主たるものの所定点数に加算する。ただし、1又は2のいずれかを加算する。</p>	<p>注 著しく歯科診療が困難な障害者(区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の注9の加算を算定する患者を除く。)に対して歯科訪問診療を行った場合において、切削を伴う処置、手術、歯冠修復又は欠損補綴が必要な場合であって、切削器具及びその周辺装置を訪問先に携帯して必要な処置等を行った場合には、処置等のうち主たるものの所定点数に加算する。ただし、1又は2のいずれかを加算する。</p>
-----------------------------------	--	---

歯科M歯冠修復(12/12)

項目	現 行	改 正 案
<p>第2章第13部 歯科矯正</p> <p>第1節 歯科矯正料</p> <p>N000 歯科矯正診断料</p> <p>(注の見直し)</p> <p>(注の見直し)</p>	<p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、病名、症状、治療内容、治療期間、治療頻度、保定等について記載した治療計画書を作成し、患者に対し、その内容について検査資料を用いて説明した上で、文書により情報提供を行った場合に算定する。</p> <p>2 歯科矯正診断料は、歯科矯正を開始したとき、動的処置を開始したとき、マルチブラケット法を開始したとき及び保定を開始したとき、各々につき1回に限り算定する。</p>	<p>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、治療計画書を作成し、患者に対し文書により提供した場合に算定する。</p> <p>2 歯科矯正診断料は、歯科矯正を開始したとき、動的処置を開始したとき、マルチブラケット法を開始したとき、保定を開始したとき及び顎切除等の手術を実施するとき、それぞれ1回に限り算定する。</p>

N001 顎口腔機能診断料

(注の見直し)

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、顎変形症に係る顎口腔機能分析及び歯科矯正診断を行い、病名、症状、治療内容（手術を含む。）、治療期間、治療頻度、保定等について記載した治療計画書を歯科矯正に関する医療を担当する保険医療機関及び口腔に関する医療を担当する保険医療機関が連携して作成し、患者に対し、その内容について検査資料を用いて説明した上で、文書により情報提供を行った場合に算定する。

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、顎変形症に係る顎口腔機能診断を行い、治療計画書を顎離断等の手術を担当する保険医療機関と連携して作成し、患者に対し文書により提供した場合に算定する。

N002 歯科矯正管理料

(注の見直し)

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、療養上必要な指導及び機械的歯面清掃等を行うとともに

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

(注の見直し)

に経過模型による歯の移動等の管理を行った上で、具体的な指導管理の内容について説明し、文書により情報提供を行った場合に算定する。

移動等の管理を行った上で、具体的な指導管理の内容について文書により提供した場合に算定する。

4 区分番号B000-3に掲げる歯科疾患総合指導料、区分番号B004-8に掲げる歯科疾患継続指導料又は区分番号C006に掲げる老人訪問口腔指導管理料を算定している患者に対して行った歯科矯正管理の費用は、それぞれの区分の所定点数に含まれるものとする。

4 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号C001-2に掲げる後期高齢者在宅療養口腔機能管理料を算定している患者に対して行った歯科矯正管理の費用は、それぞれの区分の所定点数に含まれるものとする。

N004 模型調製 (1組につき)

(注の削除)

1 平行模型 500点

注 顎態模型を調製した場合は、200点を加算する。

(全体の注へ)

2 予測模型 300点

(注の削除)

注 予測歯1歯につき60点を加算する。

(全体の注へ)

(注の新設)	(新設)	注1 1については、顎態模型を調製した場合は、200点を加算する。 2 2については、予測歯1歯につき60点を加算する。
N008 装着	1 装置 (1装置につき)	
	イ 可撤式装置 300点	
(注の削除)	注 矯正装置に必要なフォースシステムを行い、力系に関するチャートを作成し、患者に対し、その内容について説明した上で、文書により情報提供を行った場合は、400点を加算する。	(全体の注へ)
	ロ 固定式装置 400点	
(注の削除)	注1 固定式装置の帯環及びダイレクトボンドブラケットの装着料を除く。 2 矯正装置に必要なフォースシステムを行い、力系に関するチャートを作成し、患者に対し、その内容について説明した上で、文書により情報提供を行った場合は、400点を加算する。	(全体の注へ)

歯科N 歯科矯正 (4/6)

(注の削除)	3 ダイレクトボンドブラケット (1個につき)	
	注 エナメルエッチング料及びブラケットボンド料を含むものとする。	(全体の注へ)
(注の新設)	(新設)	注1 1のイについては、矯正装置に必要なフォースシステムを行い、力系に関するチャートを作成し、患者に対してその内容について説明した場合は、400点を加算する。 2 1のロについては、固定式装置の帯環及びダイレクトボンドブラケットの装着料を除く。 3 1のロについては、矯正装置に必要なフォースシステムを行い、力系に関するチャートを作成し、患者に対してその内容について説明した場合は、400点を加算する。 4 3については、エナメルエッチング及びブラケットボンドに係る費用は、所定点数に含まれるものとする。
N018 マルチブラケット装置 (1装置につき)		
(注の見直し)	注 装着料は、ステップⅠ、ステップⅡ、ステッ	注 装着料は、ステップⅠ、ステップⅡ、ステッ

歯科N 歯科矯正 (5/6)

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

歯科N 歯科矯正 (6/6)

項目	現 行	改 正 案
第2章第14部 病理診断		
(新設)	(新設)	<p>第14部 病理診断</p> <p>通則</p> <p>1 病理診断の費用は、各区分により算定する。</p> <p>2 第14部に規定する病理診断・判断料以外の病理診断・判断料の算定は、医科点数表の例による。</p> <p>病理診断・判断料</p> <p>区分</p> <p>0000 口腔病理診断料 (歯科診療に係るものに限る。) 410点</p> <p>注1 病理診断を専ら担当する歯科医師が勤務する病院である保険医療機関において、医科点数表の区分番号N000に掲げる病理組織標本作製、医科点数表の区分番号N001に掲げる電子顕微鏡病理組織標本作製、医科点数表の区分番号N002に掲げる免疫染色 (免</p>

疫抗体法) 病理組織標本作製若しくは医科点数表の区分番号N003に掲げる術中迅速病理組織標本作製により作製された組織標本に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の医療機関で作製された組織標本に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。

- 2 当該保険医療機関以外の医療機関で作製された組織標本に基づき診断を行った場合は、医科点数表の区分番号N000に掲げる病理組織標本作製、医科点数表の区分番号N001に掲げる電子顕微鏡病理組織標本作製、医科点数表の区分番号N002に掲げる免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製又は医科点数表の区分番号N003に掲げる術中迅速病理組織標本作製(1手術につき)は別に算定できない。

0001 口腔病理診断料(歯科診療に係るものに限る。) 146点

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

- 2 区分番号0000に掲げる口腔病理診断料を算定した場合には、算定しない。