

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<sup>てい</sup>
  - 第1節 歯冠修復及び欠損補綴料
  - 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<sup>じよくそう</sup>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

B000-8 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B000-5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)、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。

B001 削除

B001-2 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A000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A000に掲げる初診料の注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っては、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C001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。

**B002 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日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、

B008-2 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。

**B009 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。）が、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ている患者又は区分番号C000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A000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A000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A000に掲げる初診料の注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



- 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<sup>くう</sup>

- |                      |      |
|----------------------|------|
| 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。

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
<b>3 その他の場合</b>	<b>185点</b>

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

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、 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<sup>てつ</sup>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<sup>てつ</sup>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<sup>てつ</sup>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	リンガルアーチ（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 リンガルアーチ	1,500点
	5 リンガルバー	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、 <sup>こ</sup> 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	<sup>こ</sup> 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 <sup>くわう</sup> 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 <sup>くわう</sup> 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 <sup>くわう</sup> 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 <sup>くわう</sup> 病理診断管理加算1	
	(1) 組織診断を行った場合	120点