

- 6 著しく歯科診療が困難な障害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 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、それぞれ所定点数に85点、250点又は480点を加算する。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あっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間において初診を行った場合は、所定点数に230点を加算する。
- 8 区分番号B010に掲げる診療情報提供料(B)、区分番号B011に掲げる診療情報提供料(C)又は区分番号B011-2に掲げる診療情報提供料(D)を別の保険医療機関において算定した患者について、診療所である保険医療機関において初診を行った場合は、所定点数に50点を加算する。
- 9 病院である保険医療機関において、別の保険医療機関等からの文書による紹介により来院した患者について初診を行った場合は、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ 紹介患者加算1	400点
ロ 紹介患者加算2	300点
ハ 紹介患者加算3	250点
ニ 紹介患者加算4	150点
ホ 紹介患者加算5	75点
ヘ 紹介患者加算6	40点

注 イからホまでについては、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行われる場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数に加算し、ヘについてはそれ以外の保険医療機関において行われる場合に所定点数に加算する。

A001 かかりつけ歯科医初診料 270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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、初診時に患者の同意を得て、病名、症状、治療内容及び治療期間等に関する治療計画を策定し、患者に対し、その内容について、スタディモデル若しくは口腔内写真又はこれらに準ずるもの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。ただし、この場合において区分番号A000に掲げる歯科初診料、病院歯科初診料1及び病院歯科初診料2は算定できない。
- 2 かかりつけ歯科医初診料を1回算定した後、別に厚生労働大臣が定める期間を経過するまでは再度算定できない。
- 3 区分番号D003に掲げるスタディモデルの費用及び区分番号D003-2に掲げる口腔内写真検査の費用は、所定点数に含まれるものとする。
- 4 6歳未満の乳幼児に対して初診を行った場合は、所定点数に40点を加算する。
- 5 著しく歯科診療が困難な障害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。
- 6 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、それぞれ所定点数に85点、250点又は480点を加算する。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あっては、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時間において初診を行った場合は、所定点数に230点を加算する。
- 7 区分番号B010に掲げる診療情報提供料(B)、区分番号B011に掲げる診療情報提供料(C)又は区分番号B011-2に掲げる診療情報提供料(D)を別の保険医

療機関において算定した患者について、診療所である保険医療機関において初診を行った場合は、所定点数に50点を加算する。

8 病院である保険医療機関において、別の保険医療機関等からの文書による紹介により来院した患者について初診を行った場合は、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ 紹介患者加算 1	400点
ロ 紹介患者加算 2	300点
ハ 紹介患者加算 3	250点
ニ 紹介患者加算 4	150点
ホ 紹介患者加算 5	75点
ヘ 紹介患者加算 6	40点

注 イからホまでについては、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行われる場合に当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数に加算し、ヘについてはそれ以外の保険医療機関において行われる場合に所定点数に加算する。

A 0 0 2 再診料

1 歯科再診料	38点
2 病院歯科再診料 1	59点
3 病院歯科再診料 2	48点

注 1 歯科再診料については、保険医療機関において再診を行った場合に算定する。

2 病院歯科再診料 1 及び病院歯科再診料 2 については、区分番号 A 0 0 0 に掲げる病院歯科初診料 1 又は病院歯科初診料 2 を算定した保険医療機関において再診を行った場合にそれぞれ算定することができる。ただし、この場合において歯科再診料は算定できない。

3 6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して再診を行った場合は、所定点数に10点又は175点を加算する。

4 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、それぞれ所定点数に65点、190点又は420点を加算する。ただし、区分番号 A 0 0 0 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、同注 7 のただし書に規定する時間において再診を行った場合は、所定点数に180点を加算する。

5 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においても、再診料を算定できる。

A 0 0 3 かかりつけ歯科医再診料 40点

注 1 区分番号 A 0 0 1 に掲げるかかりつけ歯科医初診料の注 1 の規定により同初診料を算定した保険医療機関において、同注 2 に規定する期間内に再診を行った場合に算定することができる。ただし、この場合において区分番号 A 0 0 2 に掲げる歯科再診料、病院歯科再診料 1 及び病院歯科再診料 2 は算定できない。

2 区分番号 A 0 0 1 に掲げるかかりつけ歯科医初診料の注 1 に規定する治療計画の見直し及び患者に対する説明の費用は、所定点数に含まれるものとする。

3 6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して再診を行った場合は、所定点数に10点又は175点を加算する。

4 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、それぞれ所定点数に65点、190点又は420点を加算する。ただし、区分番号 A 0 0 1 に掲げるかかりつけ歯科医初診料の注 6 のただし書に規定する保険医療機関にあっては、同注 6 のただし書に規定する時間において再診を行った場合は、所定点数に180点を加算する。

5 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においても、かかりつけ歯科医再診料を算定できる。

A 0 0 4 歯周疾患継続総合診療料

- | | | |
|---|------------|------|
| 1 | 10歯未満 | 310点 |
| 2 | 10歯以上20歯未満 | 450点 |
| 3 | 20歯以上 | 620点 |
- 注1 区分番号D002-2に掲げる歯周疾患継続治療診断料の注1に規定する継続治療計画に基づき、再診時に、歯周組織検査、歯周基本治療及び指導管理等を行った場合に、1から3までの区分に従い、月1回に限り算定することができる。ただし、歯周疾患継続総合診療料を最後に算定した日の属する月の翌月の初日から起算して3月を経過した場合は、算定できない。
- 2 歯周疾患継続総合診療料を算定した月と同一月に歯周基本治療を行わなかった場合は、算定した歯周疾患継続総合診療料の区分に応じ、次に掲げる点数を所定点数から減算する。
- | | | |
|---|----------|------|
| イ | 1を算定した場合 | 100点 |
| ロ | 2を算定した場合 | 180点 |
| ハ | 3を算定した場合 | 260点 |
- 3 区分番号A002に掲げる歯科再診料及び区分番号A003に掲げるかかりつけ歯科医再診料（歯周疾患継続総合診療料を算定する日に算定すべきものに限る。）並びに区分番号D002に掲げる歯周組織検査、区分番号I010に掲げる歯周疾患の処置、区分番号I011に掲げる歯周基本治療及び第2章第1部に掲げる指導管理等（区分番号B001-2及びB009からB011-2までに掲げる指導管理等を除く。）に係る費用（歯周疾患継続総合診療料を算定する日の属する月に算定すべきものに限る。）は、歯周疾患継続総合診療料に含まれるものとする。

第2部 入院料等

通則

- 健康保険法第43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ものとする。
- 同一の保険医療機関において、同一の患者につき、第1節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料を含む。）、第3節の各区分に掲げる特定入院料及び第4節の各区分に掲げる短期滞在手術基本料を同一の日に算定することはできない。
- 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っては、当該患者の主傷病に係る入院基本料（特別入院基本料を含む。）、特定入院料又は短期滞在手術基本料を算定する。
- 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には、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。
- 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等については、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。
- 別に厚生労働大臣が複合病棟に関する基準を定めた場合には、当該基準に適合しているものとして保険医療機関が地方社会保険事務局長に届け出た複合病棟に係る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。

第1節 入院基本料

- 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。）の入院基本料（特別入院基本料を含む。）の例により算定する。
- 本節各区分に掲げる入院基本料に係る算定要件は、医科点数表の入院基本料（特別入院基本料を含む。）に係る算定要件の例による。
- 本節各区分に掲げる入院基本料について、加算要件又は減算要件を満たす場合は、医科点数

表の入院基本料（特別入院基本料を含む。）に係る加算及び減算の例により、本節各区分に掲げる入院基本料の所定点数に加算し、又は所定点数から減算する。

- 4 本節各区分に係る入院基本料に係る加算要件及び減算要件は、医科点数表の入院基本料（特別入院基本料を含む。）に係る加算要件及び減算要件の例による。
- 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、医科点数表の入院基本料（特別入院基本料を含む。）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 6の規定により算定できる入院基本料等加算の範囲は、医科点数表の入院基本料（特別入院基本料を含む。）につき算定できる医科点数表の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ものとする。

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 老人病棟入院基本料
- 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

- 1 本節各区分に掲げる入院基本料等加算は、それぞれの算定要件を満たす患者について、医科点数表の入院基本料等加算の例により算定する。
- 2 本節各区分に掲げる入院基本料等加算の算定要件は、医科点数表の入院基本料等加算の算定要件の例による。

区分

- A200 入院時医学管理加算
- A201 紹介外来加算・紹介外来特別加算
- A202 急性期入院加算
- A203 急性期特定入院加算
- A204 地域医療支援病院入院診療加算
- A205 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算
- A206 診療録管理体制加算
- A207 乳幼児加算・幼児加算
- A208 削除
- A209 看護配置加算
- A210 看護補助加算
- A211 夜間勤務等看護加算
- A212 特別看護加算・特別看護長時間加算
- A213 特別看護補助加算・特別看護補助長時間加算
- A214 地域加算
- A215 療養環境加算
- A216 HIV感染者療養環境特別加算
- A217 重症者等療養環境特別加算
- A217-2 小児療養環境特別加算
- A218 療養病棟療養環境加算
- A219 診療所療養病床療養環境加算
- A220 無菌治療室管理加算
- A221 放射線治療病室管理加算

第3節 特定入院料

区分

A 3 0 0 特定集中治療室管理料

- 注1 医科点数表の特定集中治療室の注1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必要があって特定集中治療室管理が行われた場合に、医科点数表の特定集中治療室管理料の例により算定する。
- 2 減算要件を満たす場合は、医科点数表の特定集中治療室管理料に係る減算の例により、所定点数から減算する。
- 3 注2の減算要件は、医科点数表の特定集中治療室管理料に係る減算要件の例による。
- 4 特定集中治療室管理料に含まれる費用の範囲は、医科点数表の特定集中治療室管理料の例による。

第4節 短期滞在手術基本料

区分

A 4 0 0 短期滞在手術基本料

- 注1 医科点数表の短期滞在手術基本料の注1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、医科点数表の短期滞在手術基本料の算定要件を満たした場合に、医科点数表の短期滞在手術基本料の例により算定する。
- 2 短期滞在手術基本料に含まれる費用の範囲は、医科点数表の短期滞在手術基本料の例による。

第2章 特掲診療料

第1部 指導管理等

区分

B 0 0 0 歯科口腔衛生指導料

100点

- 注1 齲蝕又は歯肉炎に罹患している患者（齲蝕に罹患している13歳未満の患者であって、齲蝕多発傾向にあり、齲蝕に対する歯冠修復終了後も齲蝕活動性が高く、継続的な指導管理が必要なもの（以下この表において「齲蝕多発傾向者」という。）を除く。）の口腔の状態、心身の状態等について、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月1回に限り算定する。
- 2 区分番号A 0 0 0に掲げる初診料又は区分番号A 0 0 1に掲げるかかりつけ歯科医初診料を算定する初診の日から当該初診の日の属する月の末日までに行った指導の費用は、初診料又はかかりつけ歯科医初診料に含まれるものとする。
- 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当該退院の日の属する月の末日までに行った指導の費用は、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ものとする。ただし、当該患者が歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関の歯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B 0 0 1に掲げる歯周疾患指導管理料又は区分番号B 0 0 2に掲げる歯科特定疾患療養指導料を算定している患者に対して行った歯科口腔衛生指導の費用は、それぞれの区分の所定点数に含まれるものとする。

B 0 0 0-2 継続的歯科口腔衛生指導料

105点

- 注1 齲蝕多発傾向者又はその家族等に対し、口腔の状態、心身の状態等について、療養上必要な指導を継続的に行った場合に、月1回に限り算定する。
- 2 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の日の属する月の末日までに行った指導の費用は、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ものとする。ただし、当該患者が歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関の歯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。
- 3 区分番号B 0 0 1に掲げる歯周疾患指導管理料又は区分番号B 0 0 2に掲げる歯科特定疾患療養指導料を算定している患者に対して行った歯科口腔衛生指導の

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 主治の歯科医師又はその指示に基づき歯科衛生士がフッ化物局所応用による指導管理（フッ化物洗口に係るものを除く。）を行った場合は所定点数に80点を加算する。ただし、区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している患者についてはこの限りでない。
- 5 主治の歯科医師又はその指示に基づき歯科衛生士が、4歳以上の齲蝕多発傾向者又はその家族等に対して、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、継続的な歯科口腔衛生指導の実施期間中に患者1人につき1回に限り所定点数に80点を加算する。ただし、区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している患者については算定しない。
- 6 初回の歯科口腔衛生指導を行った日から起算して1年間新たな齲蝕の発生が認められなかった場合であって1年間を経過した日以降1回目の歯科口腔衛生指導を行った場合は、所定点数に所定点数の100分の150に相当する点数を加算する。ただし、区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している患者についてはこの限りでない。
- 7 初回の歯科口腔衛生指導を行った日から起算して1年間以内に新たな齲蝕の発生が認められた場合は、当該1年間を経過した日以降1回目の指導を行った日の属する月については、継続的歯科口腔衛生指導料を算定しない。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この限りでない。

B001 歯周疾患指導管理料 110点

- 注1 歯周疾患に罹患している患者に対して、計画的な歯科医学的管理を行い、プラークコントロール等に係る療養上必要な指導管理を行った場合に算定する。
- 2 入院中の患者に対して指導を行った場合、又は退院した患者に対して退院の日から1月以内に指導を行った場合における当該指導の費用は、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ものとする。ただし、当該患者が歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関の歯科診療以外の診療に係る病棟に入院し、又は入院していた場合は、この限りでない。
 - 3 区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養指導料を算定している患者については算定しない。
 - 4 同一の患者につき同一月に歯周疾患指導管理料を算定すべき指導を2回以上行った場合においては、第1回目の指導を行ったときに算定する。

B001-2 歯科衛生実地指導料 80点

- 注1 齲蝕又は歯周疾患に罹患している患者に対して、主治の歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士が直接口腔内で15分以上の実地指導を行った場合に、月1回に限り算定する。
- 2 区分番号A001に掲げるかかりつけ歯科医初診料の注1の届出を行った保険医療機関（以下この表において「かかりつけ歯科医初診料届出保険医療機関」という。）において、区分番号I003に掲げる初期齲蝕小窩裂溝填塞処置を行い、かつ、当該患者に対して当該実地指導を行った場合は、所定点数に20点を加算する。
 - 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2部第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれるものとする。ただし、当該患者が歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関の歯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患者については算定しない。

B001-3 感染予防対策管理料 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社会保険事務

局長に届け出た病院である保険医療機関において感染予防対策が行われた場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

B002 歯科特定疾患療養指導料 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に、月2回に限り算定する。
- 2 区分番号A000に掲げる初診料又は区分番号A001に掲げるかかりつけ歯科医初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日から1月以内に行った指導の費用は、初診料又はかかりつけ歯科医初診料に含まれるものとする。
- 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2部第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれるものとする。ただし、当該患者が歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関の歯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。

B003 特定薬剤治療管理料 500点

- 注1 アミノ配糖体抗生物質等を投与している入院中の患者に対して、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、所定点数に300点を加算する。
- 5 注1に掲げられていない薬物血中濃度の測定及び計画的な治療管理であって特殊なものに要する費用は、注1に掲げられている測定及び治療管理のうち、最も近似するものの所定点数により算定する。

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。

B004-2 手術前医学管理料 1,470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旨を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、手術の実施に際して第10部の通則6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、手術前医学管理料は1回とし、第1回目の手術前医学管理に係る手術料を算定した日に算定する。
- 3 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3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、別に算定することができる。
- 4 第3部の通則6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)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しない。
- 5 第1章第2部第3節に規定する特定入院料又は第3部の通則6により医科点数表の例によることとされる基本的検体検査判断料(I)又は基本的検体検査判断料(II)を算定している患者については算定しない。

B004-3 手術後医学管理料(1日につき)

- 1 病院の場合 1,500点
- 2 診療所の場合 1,300点

注1 病院（療養病棟、結核病棟、精神病棟等及び老人病棟を除く。）又は診療所に入院している患者について、第10部の通則5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 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の注2の例による。

3 第3部の通則6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、生化学的検査(I)を算定している患者については算定しない。

4 第1章第2部第3節に規定する特定入院料又は第3部の通則6により医科点数表の例によることとされる基本的検体検査判断料(I)又は基本的検体検査判断料(II)を算定している患者については算定しない。

5 第1章第2部第3節に規定す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社会保険事務局長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しない。

B004-4 病院歯科共同治療管理料(I) 320点

注 かかりつけ歯科医初診料届出保険医療機関が、診療に基づき、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社会保険事務局長に届け出た病院である保険医療機関に対して患者を紹介した場合であって、当該紹介先の保険医療機関において、当該患者に対して手術が行われた場合（当該患者が著しく歯科診療が困難な障害者以外の者である場合は、別に厚生労働大臣が定める手術が行われた場合に限る。）において、当該手術日に、当該紹介先の保険医療機関に赴いて、当該患者に対して療養上必要な治療管理を共同して行った場合に、患者1人1日につき1回に限り算定する。

B004-5 病院歯科共同治療管理料(II) 200点

注 区分番号B004-4に掲げる病院歯科共同治療管理料(I)の注の届出を行った保険医療機関において、診療に基づき紹介された患者に対して手術を行った場合（当該患者が著しく歯科診療が困難な障害者以外の者である場合は、区分番号B004-4の注に定める別に厚生労働大臣が定める手術を行った場合に限る。）であって、当該手術日に、当該紹介元保険医療機関（かかりつけ歯科医初診料届出保険医療機関に限る。）の歯科医師と共同して療養上必要な治療管理を行った場合に、患者1人1日につき1回に限り算定する。

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社会保険事務局長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 退院に際して当該患者又はその看護に当たっている者に対して、退院後の療養上必要な指導を共同して行った場合は、所定点数に330点を加算する。

B006 開放型病院共同指導料(II) 220点

注1 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。

2 退院に際して当該患者又はその看護に当たっている者に対して、退院後の療養上必要な指導を共同して行った場合は、所定点数に430点を加算する。

B006-2 退院指導料 300点

注 入院期間が1月を超える患者又はその家族等に対して、歯科医師、看護師等が共