

第2部

中央社会保険医療協議会答申
(平成24年2月10日)

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 【注の見直し】 【注の見直し】 【注の見直し】	注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。 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行った場合には、歯科外来診療環境体制加算として、初診時1回に限り所定点数に30点を加算する。 注10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合	注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。 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行った場合には、歯科外来診療環境体制加算として、初診時1回に限り所定点数に28点を加算する。 注10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合

【注の追加】

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には、障害者歯科医療連携加算として、月1回に限り所定点数に100点を加算する。

(追加)

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には、歯科診療特別対応連携加算として、月1回に限り所定点数に100点を加算する。

注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には、歯科診療特別対応地域支援加算として、月1回に限り所定点数に100点を加算する。

【注の見直し】

注11 通院困難な患者に対して歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復及び欠損補綴が必要な場合に即応できる

注12 通院困難な患者に対して歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復及び欠損補綴が必要な場合に即応できる

よう、切削器具及びその周辺装置を常時訪問先に携帯している場合には、在宅患者等急性歯科疾患対応加算として、所定点数に232点を加算する。

よう、切削器具及びその周辺装置を常時訪問先に携帯している場合には、在宅患者等急性歯科疾患対応加算として、次に掲げる点数を1日につき所定点数に加算する。

- イ 同一建物居住者以外の場合 170点
- ロ 同一建物居住者の場合（同一日に5人以下） 85点
- ハ 同一建物居住者の場合（同一日に6人以上） 50点

注 イについては、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「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、歯科訪問診療を行った場合に算定する。ロ及びハについては、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、歯科訪問診療を行った場合に、同一日の患者数に応じて算定する。

第2節 再診料

A002 再診料

【注の見直し】

注4 著しく歯科診療が困難な障害者に対して再

注4 著しく歯科診療が困難な者に対して再診を

<p>【注の追加】</p>	<p>診を行った場合は、175点を所定点数に加算する。</p>	<p>(追加)</p>	<p>行った場合は、175点を所定点数に加算する。</p> <p>注8 区分番号A000に掲げる初診料の注9に規定する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には、再診時歯科外来診療環境体制加算として、所定点数に2点を加算する。</p>															
<p>【注の見直し】</p>	<p>注8 通院困難な患者に対して歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復及び欠損補綴が必要な場合に即応できるよう、切削器具及びその周辺装置を常時訪問先に携帯している場合には、在宅患者等急性歯科疾患対応加算として、次に掲げる点数を、1日につき所定点数に加算する。</p> <table border="0"> <tr> <td>イ</td> <td>1回目</td> <td>232点</td> </tr> <tr> <td>ロ</td> <td>2回目以降</td> <td>90点</td> </tr> </table>	イ	1回目	232点	ロ	2回目以降	90点	<p>→</p>	<p>注9 通院困難な患者に対して歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復及び欠損補綴が必要な場合に即応できるよう、切削器具及びその周辺装置を常時訪問先に携帯している場合には、在宅患者等急性歯科疾患対応加算として、次に掲げる点数を、1日につき所定点数に加算する。</p> <table border="0"> <tr> <td>イ</td> <td>同一建物居住者以外の場合</td> <td>170点</td> </tr> <tr> <td>ロ</td> <td>同一建物居住者の場合（同一日に5人以下）</td> <td>85点</td> </tr> <tr> <td>ハ</td> <td>同一建物居住者の場合（同一日に6人以上）</td> <td>50点</td> </tr> </table>	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（同一日に5人以下）	85点	ハ	同一建物居住者の場合（同一日に6人以上）	50点
イ	1回目	232点																
ロ	2回目以降	90点																
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（同一日に5人以下）	85点																
ハ	同一建物居住者の場合（同一日に6人以上）	50点																

項 目	現 行	改 正 案
<p>第1章 基本診療料</p> <p>第2部 入院料等</p> <p>通則</p> <p>【通則の見直し】</p> <p>第2節 入院基本料等加算</p> <p>A205 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算</p> <p>【名称の見直し】</p> <p>【新設】</p>	<p>6 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制及び褥瘡対策について、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。</p> <p>救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算</p> <p>（新設）</p>	<p>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、歯科診療のみの診療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。</p> <p>救急医療管理加算</p> <p>A218-2 療養病棟療養環境改善加算</p>

【新設】		(新設)	→	A 2 1 9 - 2	診療所療養病床療養環境改善加算
【新設】		(新設)	→	A 2 2 1 - 3	有床診療所緩和ケア診療加算
A 2 2 3 栄養管理実施加算	A 2 2 3 栄養管理実施加算		→	(削除)	
【削除】					
【新設】		(新設)	→	A 2 2 4 - 2	感染防止対策加算
【新設】		(新設)	→	A 2 2 4 - 3	患者サポート体制充実加算
A 2 2 5 褥瘡患者管理加算	A 2 2 5 褥瘡患者管理加算		→	(削除)	
【削除】					
A 2 2 7 慢性期病棟等退院調整加算	慢性期病棟等退院調整加算		→		退院調整加算
【名称の見直し】					

A 2 2 7 - 2 急性期病棟等退院調整加算	A 2 2 7 - 2 急性期病棟等退院調整加算	→	(削除)
【削除】			
【新設】		→	(新設) A 2 4 4 病棟薬剤業務実施加算
第3節 特定入院料			
【新設】		→	(新設) A 3 0 4 小児入院医療管理料
【新設】		→	(新設) A 3 0 5 特定一般病棟入院料

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第1部 医学管理等</p> <p>B000-4 歯科疾患管理料</p> <p>【注の追加】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>(追加)</p> <p>注5 歯科疾患管理料を算定した月において、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N002に掲げる歯科矯正管理料は、算定できない。</p>	<p>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)又は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、周術期口腔機能管理の終了後に療養上の必要があつて歯科疾患の継続的な管理を行う場合は、歯科疾患管理料は注1及び注2の規定にかかわらず、周術期口腔機能管理料(I)、周術期口腔機能管理料(II)又は周術期口腔機能管理料(III)を算定した日の属する月の翌月以降から算定できる。</p> <p>注6 歯科疾患管理料を算定した月において、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、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</p>

【注の削除】

注6 当該患者の療養を主として担う歯科医師（以下「主治の歯科医師」という。）又はその指示を受けた歯科衛生士が、歯周疾患に罹患している患者であって歯科疾患の管理を行っているもの（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もの又は区分番号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回に限り所定点数に60点を加算する。ただし、区分番号I011-2に掲げる歯周病安定期治療を算定した日又は当該加算を算定した翌月は、算定しない。

宅療養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。

(削除)

【新設】

(新設)

B000-5 周術期口腔機能管理計画策定料
300点

注1 がん等に係る全身麻酔による手術又は放射線治療若しくは化学療法（以下「手術等」という。）を実施する患者に対して、歯科診療を実施している保険医療機関において、手術等を実施する保険医療機関からの文書による依頼に基づき、当該患者又はその家族の同意を得た上で、周術期の口腔機能の評価及び一連の管理計画を策定するとともに、当該管理

【新設】

(新設)

計画を文書により提供した場合に、当該手術等に係る一連の治療を通じて1回に限り算定する。

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

B000-6 周術期口腔機能管理料(I)

- 1 手術前 190点
- 2 手術後 190点

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

【新設】

(新設)

2 周術期口腔機能管理料(I)を算定した月において、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-8に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅲ)、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号B004-6に掲げる歯科治療総合医療管理料、区分番号B006-3-2に掲げるがん治療連携指導料、区分番号B006-3-3に掲げるがん治療連携管理料、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C001-4に掲げる在宅患者歯科治療総合医療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。

B000-7 周術期口腔機能管理料(Ⅱ)

- 1 手術前 300点
- 2 手術後 300点

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

【新設】

(新設)

において、月2回に限り算定できる。

2 周術期口腔機能管理料(Ⅱ)を算定した月において、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-8に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅲ)、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号B004-6に掲げる歯科治療総合医療管理料、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及び区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。

B000-8 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又は化学療法（以下「放射線治療等」という。）の治療期間中の患者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、当該放射線治療等を実施している他の保険医療機関又は同一の保険医療機関の患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行った場合には、当該患者につき、放射線治療等を開始した日の属する月から月1回に限り算定できる。

2 周術期口腔機能管理料(Ⅲ)を算定した月にお

B 0 0 1 - 2 歯科衛生実地指導料

【注の見直し】

注1 1については、う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を受けた歯科衛生士が、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回に限り算定する。

【注の見直し】

注2 2については、区分番号A 0 0 0に掲げる初診料の注10に規定する加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る

いて、区分番号B 0 0 0 - 4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B 0 0 0 - 6に掲げる周術期口腔機能管理料(I)、区分番号B 0 0 0 - 7に掲げる周術期口腔機能管理料(II)、区分番号B 0 0 2に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号B 0 0 4 - 6に掲げる歯科治療総合医療管理料、区分番号B 0 0 6 - 3 - 2に掲げるがん治療連携指導料、区分番号B 0 0 6 - 3 - 3に掲げるがん治療連携管理料、区分番号C 0 0 1 - 3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C 0 0 1 - 4に掲げる在宅患者歯科治療総合医療管理料及び区分番号N 0 0 2に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。

注1 1については、う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回に限り算定する。

注2 2については、区分番号A 0 0 0に掲げる初診料の注10に規定する加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る

施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号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、う蝕又は歯周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、直接口腔内で15分以上の実地指導（15分以上の実地指導を行うことが困難な場合にあつては、月2回の実地指導を合わせて15分以上の実地指導）を行い、かつ、当該指導内容に係る情報を文書により提供したときに、月1回に限り算定する。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。

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、う蝕又は歯周疾患に罹患しているものに対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、直接15分以上の実地指導（15分以上の実地指導を行うことが困難な場合にあつては、月2回の実地指導を合わせて15分以上の実地指導）を行い、かつ、当該指導内容に係る情報を文書により提供したときに、月1回に限り算定する。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。

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特定疾患療養管理料は、別に算定できない。

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)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特定疾患療養管理料は、別に算定できない。

B004-1-2 がん性疼痛緩和指導管理料

【項目の見直し】

100点

- 1 緩和ケアに係る研修を受けた保険医による場合 200点
- 2 1以外の場合 100点

【注の追加】

(追加)

注2 当該患者が15歳未満の小児である場合には、小児加算として、所定点数に50点を加算する。

B004-1-3 がん患者カウンセリング料

【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、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保険医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回に限り算定する。

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、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保険医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、それぞれ当該カ

B004-1-4 入院栄養食事指導料

【注の見直し】

注 入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、歯科医師の指示を受けた管理栄養士が具体的な献立によって指導を行った場合に、入院中2回を限度として算定する。

ウンセリングを実施した場合には、それぞれの保険医療機関において、患者1人につき1回)に限り算定する。

注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、歯科医師と医師との連携の下に管理栄養士が具体的な献立によって指導を行った場合に、入院中2回を限度として算定する。

【新設】

(新設)

B004-1-5 外来緩和ケア管理料 300点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、緩和ケアを要する入院中の患者以外の患者（がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬が投与されている患者に限る。）に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師等が共同して療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

2 当該患者が15歳未満の小児である場合には

【新設】

(新設)

、小児加算として、所定点数に150点を加算する。

3 区分番号B004-1-2に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料は、別に算定できない。

B004-1-6 外来リハビリテーション診療料

1	外来リハビリテーション診療料1	69点
2	外来リハビリテーション診療料2	104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、リハビリテーション（区分番号H000に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料を算定するものに限る。以下この区分番号において同じ。）を要する入院中の患者以外の患者に対して、リハビリテーションの実施に関し必要な診療を行った場合に、外来リハビリテーション診療料1については7日間に1回に限り、外来リハビリテーション診療料2については14日間に1回に限り算定する。

2 外来リハビリテーション診療料1を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A0

【新設】

(新設)

02に掲げる再診料及び外来リハビリテーション診療料2は、算定しない。

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

B004-1-7 外来放射線照射診療料 280点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を要する入院中の患者以外の患者に対して、放射線治療の実施に関し必要な診療を行った場合に、7日間に1回に限り算定する。

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

3 外来放射線照射診療料を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該放射線治療の実施に係る区分番号A000に掲げ

B 0 0 4 - 2 手術前医学管理料

【注の見直し】

注4 同一の部位につき当該管理料に含まれる区分番号E 0 0 0に掲げる写真診断及び区分番号E 1 0 0に掲げる歯牙、歯周組織、顎骨、口腔軟組織と同時に2枚以上のフィルムを使用して同一の方法により撮影を行った場合における第2枚目から第5枚目までの写真診断及び撮影の費用は、それぞれの所定点数の100分の50に相当する点数により別に算定できる。この場合において、第6枚目以後の写真診断及び撮影の費用については算定できない。

る初診料及び区分番号A 0 0 2に掲げる再診料は、算定しない。

注4 同一の部位につき当該管理料に含まれる区分番号E 0 0 0に掲げる写真診断及び区分番号E 1 0 0に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織と同時に2枚以上同一の方法により撮影を行った場合における第2枚目から第5枚目までの写真診断及び撮影（区分番号E 0 0 0及び区分番号E 1 0 0に規定する歯科用3次元エックス線断層撮影を除く。）の費用は、それぞれの所定点数の100分の50に相当する点数により別に算定できる。この場合において、第6枚目以後の写真診断及び撮影の費用については算定できない。

B 0 0 4 - 6 歯科治療総合医療管理料

【注の追加】

(追加)

注4 区分番号B 0 0 0 - 6に掲げる周術期口腔機能管理料(I)、区分番号B 0 0 0 - 7に掲げる周術期口腔機能管理料(II)又は区分番号B 0 0 0 - 8に掲げる周術期口腔機能管理料(III)は、別に算定できない。

B006-3 がん治療連携計画策定料

【項目の見直し】

750点

- | | | |
|---|---------------|------|
| 1 | がん治療連携計画策定料 1 | 750点 |
| 2 | がん治療連携計画策定料 2 | 300点 |

【注の見直し】

注1 入院中のがん患者の退院後の治療を総合的に管理するため、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関（以下この表において「計画策定病院」という。）が、あらかじめがんの種類やステージを考慮した地域連携診療計画を作成し、がん治療を担う別の保険医療機関と共有し、かつ、入院中のがん患者に対して、患者の同意を得た上で、当該計画に基づき当該患者の治療計画を作成し、患者に説明し、文書により提供するとともに、退院時に当該別の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合（がんと診断されてから最初の入院に係るものに限る。）に、退院時に1回に限り所定点数を算定する。

注1 がん治療連携計画策定料1については、入院中のがん患者の退院後の治療を総合的に管理するため、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関（以下この表において「計画策定病院」という。）が、あらかじめがんの種類やステージを考慮した地域連携診療計画を作成し、がん治療を担う別の保険医療機関と共有し、かつ、患者の同意を得た上で、入院中又は当該保険医療機関を退院した日から起算して30日以内に、当該計画に基づき当該患者の治療計画を作成し、患者に説明し、文書により提供するとともに、退院時又は退院した日から起算して30日以内に当該別の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合（がんと診断されてから最初の入院に係るものに限る。）に、退院時又は退院した日から起算して30日以内に1回に限り所定点数を算定する。

【注の追加】

(追加)

注2 がん治療連携計画策定料2については、当該保険医療機関において注1に規定するがん治療連携計画策定料1を算定した患者であつて、他の保険医療機関において区分番号B006-3-2に掲げるがん治療連携指導料を算定しているものについて、状態の変化等に伴う当該他の保険医療機関からの紹介により、当該患者を診療し、当該患者の診療計画を変更した場合に、患者1人につき月1回に限り所定点数を算定する。

【注の見直し】

注3 区分番号B006に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)又は区分番号B015に掲げる退院時共同指導料2は、別に算定できない。

注4 区分番号B000-5に掲げる周術期口腔機能管理計画策定料、区分番号B006に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)又は区分番号B015に掲げる退院時共同指導料2は、別に算定できない。

B006-3-2 がん治療連携指導料

【注の追加】

(追加)

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

【新設】

(新設)

B006-3-3 がん治療連携管理料 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が、他の保険医療機関等から紹介された患者であってがんと診断された入院中の患者以外の患者に対して、化学療法又は放射線治療を行った場合に、1人につき1回に限り所定点数を算定する。

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

B007 退院前訪問指導料

【点数の見直し】

410点

555点

【注の見直し】

注1 入院期間が1月を超えると見込まれる患者の退院に先立って患家を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での療養上の指導を行った場合に、当該入院中1回（入院後早期に退院前訪問指導の必要があると認められる場合は、2回）に限り算定する。

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

B008 薬剤管理指導料

【注の削除】

注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、入院中の患者に対して薬学的管理指導を行った場合に、医薬品安全性情報等管理体制加算として、入院中1回に限り、初回の薬学的管理指導に係る算定の際に、所定点数に50点を加算する。

(削除)

B009 診療情報提供料(I)

【注の追加】

(追加)

注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、所定点数に100点を加算する。

【新設】

(新設)

B013-3 広範囲顎骨支持型補綴物管理料
(1口腔につき) 480点

B 0 1 4 退院時共同指導料 1

【注の追加】

(追加)

注 区分番号 J 1 0 9 に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号 M 0 2 5 - 2 に掲げる広範囲顎骨支持型補綴に係る補綴物（歯冠補綴物、ブリッジ及び有床義歯を除く。以下この表において同じ。）の適合性の確認等を行い、かつ、患者又は家族に対して管理等に係る必要な指導を行った上で、当該指導内容に係る情報を文書により提供した場合に、当該補綴物を装着した日の属する月の翌月以降に月 1 回に限り算定する。

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

B 0 1 5 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保険医又は看護師等が、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保険医又は看

注 1 入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、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保険医若しく

【注の追加】

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、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回に限り算定できる。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回までに限り算定する。

(追加)

は当該保険医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保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中1回に限り算定できる。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回までに限り算定する。

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

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第2部 在宅医療</p> <p>C000 歯科訪問診療料（1日につき）</p> <p>【点数の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>1 歯科訪問診療 1 830点</p> <p>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、算定しない。</p> <p>イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療</p> <p>ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する当該患者</p>	<p>850点</p> <p>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、算定しない。</p> <p>イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療</p>

【注の見直し】

の同意を得た歯科訪問診療

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、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。）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、算定しない。

- イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療
- ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する当該患者の同意を得た歯科訪問診療

ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する当該患者の同意を得た歯科訪問診療

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、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、算定しない。

- イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療
- ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する当該患者の同意を得た歯科訪問診療

【注の見直し】

注4 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は、175点（1回目の歯科訪問診療を行った場合であって、当該患者が歯科治療環境に円滑に適応できるような技法を用いた場合は、250点）を所定点数に加算する。

注4 著しく歯科診療が困難な者に対して歯科訪問診療を行った場合は、175点（1回目の歯科訪問診療を行った場合であって、当該患者が歯科治療環境に円滑に適応できるような技法を用いた場合は、250点）を所定点数に加算する。

【注の見直し】

注9 歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復及び欠損補綴が必要な場合に即応できるよう切削器具及びその周辺装置を常時訪問先に携帯している場合は、在宅患者等急性歯科疾患対応加算として、次に掲げる点数を、1日につき所定点数に加算する。

- イ 1回目 232点
- ロ 2回目以降 90点

注9 歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復及び欠損補綴が必要な場合に即応できるよう切削器具及びその周辺装置を常時訪問先に携帯している場合は、在宅患者等急性歯科疾患対応加算として、次に掲げる点数を、1日につき所定点数に加算する。

- イ 同一建物居住者以外の場合 170点
- ロ 同一建物居住者の場合（同一日に5人以下） 85点
- ハ 同一建物居住者の場合（同一日に6人以上） 50点

【注の追加】

(追加)

注10 在宅療養支援歯科診療所に属する歯科衛生士が、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

C001-3 歯科疾患在宅療養管理料

【注の見直し】

注3 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N002に掲げる

注3 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

歯科矯正管理料は、別に算定できない。

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。

【注の削除】

注4 主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、歯周疾患に罹患している患者であって歯科疾患の管理を行っているもの（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患者を除く。）に対して機械的歯面清掃を行った場合には、月1回に限り所定点数に60点を加算する。ただし、区分番号I011-2に掲げる歯周病安定期治療を算定した日又は当該加算を算定した翌月においては、算定しない。

(削除)

C001-4 在宅患者歯科治療総合医療管理料

【注の追加】

(追加)

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

C 0 0 2 救急搬送診療料

【注の追加】

C 0 0 5 在宅悪性腫瘍患者指導管理
料

【新設】

(追加)

注2 注1に規定する場合であって、当該診療に要した時間が30分を超えた場合には、長時間加算として、所定点数に500点を加算する。

(新設)

C 0 0 5 - 2 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料
1,500点

注1 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関の保険医が、他の保険医療機関において区分番号C 0 0 5に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定する指導管理を受けている患者に対し、当該他の保険医療機関と連携して、同一日に当該患者に対する悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

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

3 入院中の患者に対して退院時に指導管理を行った場合においては、当該退院の日に所定点数を算定できるものとし、退院の日の歯科

医学的管理に要する費用は、所定点数に含まれるものとする。

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 D002 歯周組織検査 【名称の見直し】 【項目の見直し】 【注の見直し】 【新設】	歯周組織検査 3 混合歯列期歯周組織検査 40点 注 同一の患者につき1月以内に歯周組織検査を算定する検査を2回以上行った場合は、第2回目以後の検査については所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。 (新設)	歯周病検査 3 混合歯列期歯周病検査 40点 注 同一の患者につき1月以内に歯周病検査を算定する検査を2回以上行った場合は、第2回目以後の検査については所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。 D002-5 歯周病部分的再評価検査(1歯につき) 15点 注 区分番号J063に掲げる歯周外科手術を行った部位に対して、歯周病の治癒の状態を評価することを目的として実施した場合に、手術後

<p>D003-2 口腔内写真検査（1枚につき）</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注 区分番号D002に掲げる歯周組織検査を行った場合において、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、5枚を限度として算定する。</p>	<p>に1回に限り算定する。</p> <p>注 区分番号D002に掲げる歯周病検査を行った場合において、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。</p>
<p>D004 平行測定（1装置につき）</p> <p>【項目の見直し】</p>	<p>1 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 50点</p> <p>2 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 100点</p>	<p>1 支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合 50点</p> <p>2 支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合 100点</p>

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第4部 画像診断</p> <p>【通則の見直し】</p>	<p>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。</p>	<p>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節の診断料は（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。）、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。</p>
<p>【通則の見直し】</p>	<p>3 同一の部位につき、同時に2枚以上のフィルムを使用して同一の方法により、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しない。</p>	<p>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しない。</p>

【通則の見直し】

- 5 撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合においては、第1号から第3号までにより算定した点数に、一連の撮影について次の点数を加算する。ただし、この場合においては、フィルムの費用は算定しない。
- 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 その他の場合 60点

【通則の見直し】

- 6 区分番号E000に掲げる写真診断（1のイに係るものを除く。）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、月1回に限り所定点数に70点を加算する。

【通則の追加】

（追加）

- 5 撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合においては、第1号から第3号までにより算定した点数に、一連の撮影について次の点数を加算する。ただし、この場合においては、フィルムの費用は算定しない。
- 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回に限り所定点数に70点を加算する。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。）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

【通則の見直し】

7 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前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により報告した場合は、月1回に限り所定点数に70点を加算する。

【通則の追加】

（追加）

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回に限り所定点数に180点を加算する。

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回に限り、歯科画像診断管理加算1を算定することができる。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。）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

E 0 0 0 写真診断

【項目の見直し】

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	造影剤使用撮影	72点

【注の見直し】

注 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。

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回に限り、歯科画像診断管理加算2を算定することができる。

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。

【注の追加】

(追加)

注2 3については、撮影の回数にかかわらず、
月1回に限り算定できる。

E100 歯牙、歯周組織、顎骨、口
腔軟組織

【名称の見直し】

歯牙、歯周組織、顎骨、口腔軟組織

歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織

【項目の見直し】

1 単純撮影

1 単純撮影

イ 歯科エックス線撮影

イ 歯科エックス線撮影

(1) 全顎撮影の場合

(1) 全顎撮影の場合

(一) アナログ撮影 250点

(一) アナログ撮影 250点

(二) デジタル撮影 252点

(二) デジタル撮影 252点

(2) 全顎撮影以外の場合（1枚につき）

(2) 全顎撮影以外の場合（1枚につき）

(一) アナログ撮影 25点

(一) アナログ撮影 25点

(二) デジタル撮影 28点

(二) デジタル撮影 28点

ロ その他の場合

ロ その他の場合

(1) アナログ撮影 65点

(1) アナログ撮影 65点

(2) デジタル撮影 68点

(2) デジタル撮影 68点

2 特殊撮影

2 特殊撮影

イ 歯科パノラマ断層撮影の場合

イ 歯科パノラマ断層撮影の場合

(1) アナログ撮影 180点

(1) アナログ撮影 180点

(2) デジタル撮影 182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
つき）

ロ 歯科パノラマ断層撮影以外の場合（一連につ
つき）

(1) アナログ撮影 264点

(1) アナログ撮影 264点

(2) デジタル撮影 266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

	3 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		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
【注の追加】	(追加)	→	注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。
【注の追加】	(追加)	→	注4 3について、造影剤を使用した場合は、所定点数に500点を加算する。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ものとする。
E200 基本的エックス線診断料 (1日につき)			
【注の見直し】	注2 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ものとする。 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に掲げる歯牙、歯周組織、顎骨、口腔軟組織の1に掲げるもの	→	注2 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ものとする。 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



項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第5部 投薬</p> <p>第3節 薬剤料</p> <p>F200 薬剤</p> <p>【注の見直し】</p> <p>第5節 処方せん料</p>	<p>注3 健康保険法第85条第1項及び高齢者医療確保法第74条第1項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養若しくは健康保険法第85条の2第1項及び高齢者医療確保法第75条第1項に規定する入院時生活療養費に係る生活療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤（ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。）については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、歯科医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断したときを除き、これを算定しない。</p>	<p>注3 健康保険法第85条第1項及び高齢者医療確保法第74条第1項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養若しくは健康保険法第85条の2第1項及び高齢者医療確保法第75条第1項に規定する入院時生活療養費に係る生活療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、歯科医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断したときを除き、これを算定しない。</p>

F 4 0 0 処方せん料

【注の追加】

(追加)

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、処方せんの交付1回につき2点を加算する。

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第6部 注射</p> <p>【通則の見直し】</p>	<p>6 区分番号G000に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射、G001に掲げる静脈内注射、G002に掲げる動脈注射、G003に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、G004に掲げる点滴注射、G005に掲げる中心静脈注射又はG006に掲げる埋込型カテーテルによる中心静脈栄養について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって悪性腫瘍等の患者であるものに対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ1日につき前各号により算定した点数に加算する。</p> <p>イ 外来化学療法加算1 550点 (15歳未満の患者に対して行った場合は、750点)</p> <p>ロ 外来化学療法加算2 420点 (15歳未満の患者に対して行った場合は、700点)</p>	<p>6 区分番号G000に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射、G001に掲げる静脈内注射、G002に掲げる動脈注射、G003に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、G004に掲げる点滴注射、G005に掲げる中心静脈注射又はG006に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈栄養について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって悪性腫瘍等の患者であるものに対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ1日につき前各号により算定した点数に加算する。</p> <p>1 外来化学療法加算1</p> <p>イ 外来化学療法加算A</p> <p>(1) 15歳未満 780点</p> <p>(2) 15歳以上 580点</p> <p>ロ 外来化学療法加算B</p> <p>(1) 15歳未満 630点</p> <p>(2) 15歳以上 430点</p>

				2 外来化学療法加算 2	
				イ 外来化学療法加算 A	
				(1) 15歳未満	700点
				(2) 15歳以上	450点
				ロ 外来化学療法加算 B	
				(1) 15歳未満	600点
				(2) 15歳以上	350点
第1節 注射料					
G003 抗悪性腫瘍剤局所持続注入 (1日につき)					
【注の見直し】	注 皮下埋込型カテーテルアクセス等を用いて抗悪性腫瘍剤を、動脈内又は静脈内に局所持続注入した場合に算定する。	→	注 皮下植込型カテーテルアクセス等を用いて抗悪性腫瘍剤を、動脈内又は静脈内に局所持続注入した場合に算定する。		
G006 埋込型カテーテルによる中心静脈栄養 (1日につき)					
【名称の見直し】	埋込型カテーテルによる中心静脈栄養	→	植込型カテーテルによる中心静脈栄養		
G020 無菌製剤処理料					
【項目の見直し】	イ 閉鎖式接続器具を使用した場合 100点	→	イ 閉鎖式接続器具を使用した場合 (1) 揮発性の高い薬剤の場合 150点		

【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、中心静脈注射及び埋込型カテーテルによる中心静脈栄養を行う際に、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、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栄養を行う際に、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。

第2節 薬剤料

G100 薬剤

【注の見直し】

注2 健康保険法第85条第1項及び高齢者医療確保法第74条第1項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養又は健康保険法第85条の2第1項及び高齢者医療確保法第75条第1項に規定する入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤（ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。）については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難で

注2 健康保険法第85条第1項及び高齢者医療確保法第74条第1項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養又は健康保険法第85条の2第1項及び高齢者医療確保法第75条第1項に規定する入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、歯科医

ある場合その他これに準ずる場合であって、
歯科医師が当該ビタミン剤の注射が有効であ
ると判断したときを除き、これを算定しな
い。

師が当該ビタミン剤の注射が有効であると判
断したときを除き、これを算定しない。

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第7部 リハビリテーション</p> <p>H000 脳血管疾患等リハビリテーション料</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【注の追加】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき45点を所定点数に加算する。</p> <p>(追加)</p> <p>注3 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に</p>	<p>注2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日に限り、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。</p> <p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から14日の間に限り、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。</p> <p>注4 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に</p>

規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があつてそれぞれ発症、手術又は急性増悪から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定する。

規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があつてそれぞれ発症、手術又は急性増悪から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定する。この場合において、当該患者が要介護被保険者等である場合には、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定する。

イ 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)

(1 単位)

- | | |
|--------------|------|
| (1) (2)以外の場合 | 221点 |
| (2) 廃用症候群の場合 | 212点 |

ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)

(1 単位)

- | | |
|--------------|------|
| (1) (2)以外の場合 | 180点 |
| (2) 廃用症候群の場合 | 171点 |

ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)

(1 単位)

- | | |
|--------------|-----|
| (1) (2)以外の場合 | 90点 |
| (2) 廃用症候群の場合 | 90点 |

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第8部 処置</p> <p>【通則の見直し】</p> <p>【通則の見直し】</p> <p>(歯牙疾患の処置)</p> <p>【名称の見直し】</p>	<p>5 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処置を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、当該処置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。ただし、通則第8号に掲げる加算を算定する場合は、この限りでない。</p> <p>8 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処置（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I005に掲げる抜髄及び区分番号I006に掲げる感染根管処置に限る。）を行った場合は、当該処置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。</p> <p>(歯牙疾患の処置)</p>	<p>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、当該処置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。ただし、通則第8号に掲げる加算を算定する場合は、この限りでない。</p> <p>8 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者又は著しく歯科診療が困難な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処置（区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者については、区分番号I005に掲げる抜髄及び区分番号I006に掲げる感染根管処置に限る。）を行った場合は、当該処置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。</p> <p>(歯の疾患の処置)</p>

【新設】		(新設)	→	I 0 0 0 - 3 残根削合 (1 歯 1 回につき) 18 点
				注 貼薬、仮封及び特定薬剤の費用並びに特定保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。
I 0 0 1 歯髄保護処置 (1 歯につき)				
【点数の見直し】	3 間接歯髄保護処置	25点	→	30点
I 0 0 3 初期う蝕小窩裂溝填塞処置				
【名称の見直し】	初期う蝕小窩裂溝填塞処置	120点	→	初期う蝕早期充填処置
【点数の見直し】				122点
I 0 0 5 抜髄 (1 歯につき)				
【点数の見直し】	1 単根管	220点	→	228点
	2 2根管	406点	→	418点
	3 3根管以上	570点	→	588点
【注の見直し】	注1 区分番号 I 0 0 1 の 1 に掲げる歯髄温存療		→	注1 区分番号 I 0 0 1 の 1 に掲げる歯髄温存療

	法を行った日から起算して3月以内の期間に当該処置を行った場合は、その区分に従い、70点、256点又は420点を算定する。		法を行った日から起算して3月以内の期間に当該処置を行った場合は、その区分に従い、78点、268点又は438点を算定する。												
【注の見直し】	注2 区分番号I001の2に掲げる直接歯髄保護処置を行った日から起算して1月以内に当該処置を行った場合は、その区分に従い、100点、286点又は450点を算定する。	→	注2 区分番号I001の2に掲げる直接歯髄保護処置を行った日から起算して1月以内に当該処置を行った場合は、その区分に従い、108点、298点又は468点を算定する。												
【注の見直し】	注3 麻酔及び特定薬剤の費用は、所定点数に含まれるものとする。	→	注3 麻酔（通則第7号に規定する麻酔に限る。）及び特定薬剤の費用は、所定点数に含まれるものとする。												
I006 感染根管処置（1歯につき）															
【点数の見直し】	<table border="0"> <tr> <td>1</td> <td>単根管</td> <td>130点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>2根管</td> <td>276点</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>3根管以上</td> <td>410点</td> </tr> </table>	1	単根管	130点	2	2根管	276点	3	3根管以上	410点	→	<table border="0"> <tr> <td>144点</td> </tr> <tr> <td>294点</td> </tr> <tr> <td>432点</td> </tr> </table>	144点	294点	432点
1	単根管	130点													
2	2根管	276点													
3	3根管以上	410点													
144点															
294点															
432点															
I007 根管貼薬処置（1歯1回につき）															
【点数の見直し】	<table border="0"> <tr> <td>1</td> <td>単根管</td> <td>20点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>2根管</td> <td>22点</td> </tr> </table>	1	単根管	20点	2	2根管	22点	→	<table border="0"> <tr> <td>26点</td> </tr> <tr> <td>30点</td> </tr> </table>	26点	30点				
1	単根管	20点													
2	2根管	22点													
26点															
30点															

	3	3根管以上	30点	40点
I 0 0 8		根管充填 (1歯につき)		
【注の見直し】	注1	加圧根管充填を行った場合は、単根管、2根管又は3根管以上の所定点数に、118点、140点又は164点をそれぞれ加算する。ただし、区分番号M000-2に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料に係る地方厚生局長等への届出を行っ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、この限りでない。		注1 加圧根管充填を行った場合は、単根管、2根管又は3根管以上の所定点数に、128点、152点又は184点をそれぞれ加算する。ただし、区分番号M000-2に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料に係る地方厚生局長等への届出を行っ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、この限りでない。
【新設】	(新設)			I 0 0 9-3 歯科ドレーン法 (ドレナージ) (1日につき) 50点
【新設】	(新設)			I 0 0 9-4 上顎洞洗浄 (片側) 55点
I 0 1 1		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)	64点	66点
【項目の見直し】	2	スケーリング・ルートプレーニング (1歯につき)		
	イ	前歯	58点	60点

	ロ 小臼歯 62点 ハ 大臼歯 68点 3 歯周ポケット搔爬（盲嚢搔爬）（1歯につき） イ 前歯 58点 ロ 小臼歯 62点 ハ 大臼歯 68点		64点 72点 3 歯周ポケット搔爬（1歯につき） 60点 64点 72点
【注の見直し】	注5 区分番号D002の3に掲げる混合歯列期歯周組織検査に基づく歯周基本治療については、1により算定する。	→	注5 区分番号D002の3に掲げる混合歯列期歯周病検査に基づく歯周基本治療については、1により算定する。
I011-2 歯周病安定期治療（1口腔につき）	注2 2回目以降の歯周病安定期治療の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行う。ただし、一連の歯周病治療において歯周外科手術を実施した場合は、この限りでない。	→	注2 2回目以降の歯周病安定期治療の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行う。ただし、一連の歯周病治療において歯周外科手術を実施した場合等の歯周病安定期治療の治療間隔の短縮が必要とされる場合は、この限りでない。
I017 床副子	3 著しく困難なもの 2,000点	→	3 著しく困難なもの又は摂食機能の改善を目的

とするもの（舌接触補助床） 2,000点

I 0 1 8 歯周治療用装置

【注の見直し】

注1 歯周組織検査の結果、区分番号J 0 6 3の3に掲げる歯肉切除手術、区分番号J 0 6 3の4に掲げる歯肉剥離搔爬手術又は区分番号J 0 6 3の5に掲げる歯周組織再生誘導手術を行った場合に算定する。

注1 歯周病検査の結果、区分番号J 0 6 3の3に掲げる歯肉切除手術、区分番号J 0 6 3の4に掲げる歯肉剥離搔爬手術又は区分番号J 0 6 3の5に掲げる歯周組織再生誘導手術を行った場合に算定する。

I 0 1 9 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 15点
2 困難なもの 30点
3 根管内ポストを有する鑄造体の除去 50点

16点
32点
54点

I 0 2 2 有床義歯床下粘膜調整処置（1顎につき）

【名称の見直し】

有床義歯床下粘膜調整処置（1顎につき）

有床義歯床下粘膜調整処置（1顎1回につき）

I 0 2 8 術後専門的口腔衛生処置（1口腔につき）

【削除】

I 0 2 8 術後専門的口腔衛生処置（1口腔につき）
80点

（削除）

注 区分番号J 0 1 6、J 0 1 8、J 0 3 1、J 0 3 2、J 0 3 5、J 0 3 6、J 0 3 8、J 0 3 9、J 0 4 0、J 0 4 1、J 0 4 2、J 0 4 3、J 0 6 8、J 0 6 9、J 0 7 0、J 0 7 0 - 2、J 0 7 2、J 0 7 5、J 0 7 6又はJ 0 8 7に掲げる手術を行った入院患者であって、術後感染症、術後肺炎等の発現のおそれがあるものに対して、当該患者が入院する保険医療機関に属する歯科衛生士が、専門的口腔清掃を行った場合に、当該手術を行った日の属する月から起算して2月以内の期間において、月1回に限り算定する。

【新設】

（新設）

I 0 2 9 周術期専門的口腔衛生処置（1口腔につき）
80点

注1 区分番号B 0 0 0 - 6に掲げる周術期口腔機能管理料(I)又は区分番号B 0 0 0 - 7に掲げる周術期口腔機能管理料(II)を算定した入院中の患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、周術期口腔機能管理料(I)又は周術期口腔機能管理料(II)を算定した日の属する月において、術前1回、術後1回に限り算定する。

2 周術期専門的口腔衛生処置を算定した日の

【新設】

(新設)

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。

I030 機械的歯面清掃処置（1口腔につき）
60点

注 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、歯周疾患に罹患している患者であって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回に限り算定できる。ただし、区分番号I011-2に掲げる歯周病安定期治療を算定した日又は当該処置を算定した翌月は算定しない。

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料 第9部 手術 【通則の見直し】 【通則の見直し】	<p>5 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手術を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、当該手術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。ただし、区分番号J100-2の注1に規定する加算又は通則第14号に掲げる加算を算定する場合は、この限りでない。</p> <p>13 同一手術野又は同一病巣につき、2以上の手術を同時に行った場合における費用の算定は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、神経移植術、骨移植術又は植皮術と他の手術とを同時に行った場合は、それぞれの所定点数を合算して算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める場合は、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。</p>	<p>5 6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な者に対して手術を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、当該手術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。ただし、区分番号J100-2の注1に規定する加算又は通則第14号に掲げる加算を算定する場合は、この限りでない。</p> <p>13 同一手術野又は同一病巣につき、2以上の手術を同時に行った場合における費用の算定は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、神経移植術、骨移植術、植皮術、動脈（皮）弁術、筋（皮）弁術、遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）、複合組織移植術、自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）又は粘膜移植術と他の手術とを同時に行った場合は、それぞれの所定点数を合算して算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める場合は、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。</p>

【通則の見直し】

14 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手術（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J000に掲げる抜歯手術（1から3までに限る。）及びJ013に掲げる口腔内消炎手術（2に限る。）に掲げるものに限る。）を行ったときは、当該手術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。

14 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者又は著しく歯科診療が困難な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手術（区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者については、区分番号J000に掲げる抜歯手術（1から3までに限る。）及びJ013に掲げる口腔内消炎手術（2に限る。）に掲げるものに限る。）を行ったときは、当該手術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。

J000 抜歯手術（1歯につき）

【注の見直し】

注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。

注2 5については、完全埋伏歯（骨性）又は水平埋伏智歯に限り算定する。

J003 歯根嚢胞摘出手術

【項目の見直し】

1 歯冠大のもの 800点
2 拇指頭大のもの 1,350点

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

J015 口腔底腫瘍摘出術

【点数の見直し】		5,230点	→	6,800点
J 0 1 6 口腔底悪性腫瘍手術				
【点数の見直し】		18,500点	→	24,050点
J 0 1 8 舌悪性腫瘍手術				
【点数の見直し】	1 切除	14,470点	→	18,810点
	2 亜全摘	49,350点		64,160点
J 0 1 9 口蓋腫瘍摘出術				
【点数の見直し】	1 口蓋粘膜に限局するもの	400点	→	520点
	2 口蓋骨に及ぶもの	6,720点		8,050点
J 0 2 2 顎・口蓋裂形成手術				
【点数の見直し】	1 軟口蓋のみのもの	11,170点	→	14,520点
	2 硬口蓋に及ぶもの	18,590点		24,170点
	3 顎裂を伴うもの			
	イ 片側	19,360点		25,170点
J 0 2 4 口唇裂形成手術（片側）				

【点数の見直し】

- 1 口唇のみの場合
- 2 口唇裂鼻形成を伴う場合
- 3 鼻腔底形成を伴う場合

10,140点
14,470点
17,030点

13,180点
18,810点
22,140点

J 0 2 4 - 2 口唇裂形成手術（両側）

【点数の見直し】

- 1 口唇のみの場合
- 2 口唇裂鼻形成を伴う場合
- 3 鼻腔底形成を伴う場合

14,470点
18,300点
25,610点

18,810点
23,790点
33,290点

J 0 2 4 - 3 軟口蓋形成手術

【点数の見直し】

7,800点

9,700点

J 0 2 4 - 4 鼻咽腔閉鎖術

【点数の見直し】

16,640点

21,630点

J 0 2 8 舌形成手術（巨舌症手術）

【点数の見直し】

5,840点

7,590点

J 0 3 1 口唇悪性腫瘍手術

【点数の見直し】

21,700点 → 28,210点

J 0 3 2 口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術

【点数の見直し】

59,400点 → 89,100点

J 0 3 3 頬腫瘍摘出術

【点数の見直し】

2 その他のもの

3,370点 → 4,380点

J 0 3 5 頬粘膜悪性腫瘍手術

【点数の見直し】

17,300点 → 22,490点

J 0 3 6 術後性上顎嚢胞摘出術

【点数の見直し】

1 上顎に限局するもの

5,120点 → 6,660点

J 0 3 8 上顎骨切除術

【点数の見直し】

12,000点 → 15,310点

J 0 3 9 上顎骨悪性腫瘍手術

【点数の見直し】

- 1 搔爬
- 2 切除
- 3 全摘

5,880点
21,700点
37,420点

7,640点
28,210点
56,130点

J 0 4 0 下顎骨部分切除術

【点数の見直し】

9,960点

14,940点

J 0 4 1 下顎骨離断術

【点数の見直し】

15,730点

23,600点

J 0 4 2 下顎骨悪性腫瘍手術

【点数の見直し】

- 1 切除
- 2 切断

21,700点
28,940点

32,550点
43,410点

J 0 4 3 顎骨腫瘍摘出術（歯根嚢胞を除く。）

【点数の見直し】

- 2 長径3センチメートル以上

8,210点

11,160点

J 0 5 2 がま腫摘出術

【点数の見直し】

4,580点 → 5,950点

J 0 5 3 唾石摘出術

【点数の見直し】

3 腺体内に存在するもの

5,540点 → 7,200点

J 0 5 4 舌下腺腫瘍摘出術

【点数の見直し】

4,610点 → 5,990点

J 0 5 5 顎下腺摘出術

【点数の見直し】

7,440点 → 9,670点

J 0 5 6 顎下腺腫瘍摘出術

【点数の見直し】

7,410点 → 9,480点

J 0 5 7 顎下腺悪性腫瘍手術

【点数の見直し】

21,700点 → 28,210点

J 0 5 9 耳下腺腫瘍摘出術

【点数の見直し】

1	耳下腺浅葉摘出術	20,930点	→	27,210点
2	耳下腺深葉摘出術	23,920点		31,100点

J 0 6 0 耳下腺悪性腫瘍手術

【点数の見直し】

1	切除	21,700点	→	28,210点
2	全摘	28,940点		37,620点

J 0 6 2 唾液腺管形成手術

【点数の見直し】

8,740点	→	11,360点
--------	---	---------

J 0 6 3 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	75点		80点
2	新付着手術	150点	→	160点
3	歯肉切除手術	300点		320点
4	歯肉剥離搔爬術	600点		620点
5	歯周組織再生誘導手術			
イ	1次手術(吸収性又は非吸収性膜の固定を伴うもの)	730点		760点
ロ	2次手術(非吸収性膜の除去)	300点		320点

【注の見直し】

注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯肉剥離搔爬手術又は歯周組織再生誘導手術について、レーザー照射により当該手術の対象歯の歯根面の歯石除去等を行った場合は、手術時歯根面レーザー応用加算として、所定点数に40点を加算する。

注5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯肉剥離搔爬手術又は歯周組織再生誘導手術について、レーザー照射により当該手術の対象歯の歯根面の歯石除去等を行った場合は、手術時歯根面レーザー応用加算として、所定点数に60点を加算する。

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		
ロ 困難なもの	10,790点	14,030点
2 同種骨移植（生体）	12,870点	16,730点
3 同種骨移植（非生体）	11,830点	14,770点

J068 上顎骨折観血的手術

【点数の見直し】

11,710点 → 15,220点

J069 上顎骨形成術

<p>【項目の見直し】</p>	<p>1 単純な場合 16,250点 2 複雑な場合及び2次的再建の場合 32,400点</p>	<p>1 単純な場合 21,130点 2 複雑な場合及び2次的再建の場合 41,370点 3 骨移動を伴う場合 72,900点</p>
<p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>注 3については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、先天異常の患者に対して行われる場合に限り算定する。</p>
<p>J 0 7 0 頬骨骨折観血的整復術</p>		
<p>【点数の見直し】</p>	<p>11,610点</p>	<p>15,090点</p>
<p>J 0 7 0 - 2 頬骨変形治癒骨折矯正術</p>		
<p>【点数の見直し】</p>	<p>27,000点</p>	<p>35,100点</p>
<p>J 0 7 1 下顎骨折非観血的整復術</p>		
<p>【注の見直し】</p>	<p>注 三内式線副子以上を使用する連続歯牙結紮法を行った場合は、650点を加算する。</p>	<p>注 連続した歯に対して三内式線副子以上の結紮法を行った場合は、650点を加算する。</p>
<p>J 0 7 2 下顎骨折観血的手術</p>		

【点数の見直し】	1 片側の場合 2 両側の場合	10,000点 19,110点	→	13,000点 24,840点												
J 0 7 2 - 2 下顎関節突起骨折観血的手術																
【点数の見直し】	1 片側 2 両側	21,700点 36,170点	→	28,210点 47,020点												
J 0 7 5 下顎骨形成術																
【項目の見直し】	1 おとがい形成の場合 2 短縮又は伸長の場合 3 再建の場合	4,990点 17,160点 27,750点	→	<table border="0"> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>おとがい形成の場合</td> <td>6,490点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>短縮又は伸長の場合</td> <td>22,310点</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>再建の場合</td> <td>36,080点</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>骨移動を伴う場合</td> <td>54,210点</td> </tr> </tbody> </table>	1	おとがい形成の場合	6,490点	2	短縮又は伸長の場合	22,310点	3	再建の場合	36,080点	4	骨移動を伴う場合	54,210点
1	おとがい形成の場合	6,490点														
2	短縮又は伸長の場合	22,310点														
3	再建の場合	36,080点														
4	骨移動を伴う場合	54,210点														
【注の追加】		(追加)	→	注2 4については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、先天異常の患者に対して行われる場合に限り算定する。												
【新設】		(新設)	→	<table border="0"> <tbody> <tr> <td colspan="2">J 0 7 5 - 2 下顎骨延長術</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>片側</td> <td>22,310点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>両側</td> <td>33,460点</td> </tr> </tbody> </table>	J 0 7 5 - 2 下顎骨延長術			1	片側	22,310点	2	両側	33,460点			
J 0 7 5 - 2 下顎骨延長術																
1	片側	22,310点														
2	両側	33,460点														

J 0 7 6 顔面多発骨折観血的手術

【点数の見直し】

26,550点 → 34,520点

J 0 7 8 顎関節脱臼観血的手術

【点数の見直し】

18,330点 → 23,830点

J 0 7 9 顎関節形成術

【点数の見直し】

32,400点 → 40,870点

J 0 8 0 顎関節授動術

【点数の見直し】

2 顎関節鏡下授動術	5,620点	→	7,310点
3 開放授動術	17,550点		22,820点

J 0 8 1 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	14,470点	→	18,810点
2 開放円板整位術	21,700点		27,300点

J 0 8 4 - 2 小児創傷処理（6歳未満）

【点数の見直し】

4 筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメー

	トル以上)	2,200点	2,860点
J085 デブリードマン			
【点数の見直し】	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	2,300点	2,990点
J086 上顎洞開窓術			
【点数の見直し】		2,000点	2,600点
J087 上顎洞根治手術			
【点数の見直し】		5,120点	6,660点
J087-2 上顎洞炎術後出血止血法			
【点数の見直し】		5,120点	6,660点
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	3,330点	3,520点
	2 25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満	4,590点	6,270点
	3 100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満	6,660点	9,000点
	4 200平方センチメートル以上	20,150点	25,820点

J 0 8 9 - 2 全層植皮術

【点数の見直し】

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	21,700点	→	28,210点
4	200平方センチメートル以上	31,350点		40,290点

J 0 9 0 皮膚移植術（生体・培養）

【点数の見直し】

4,700点	→	6,110点
--------	---	--------

J 0 9 0 - 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	5,190点	→	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	6,920点		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	10,380点		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	25,320点		32,920点

J 0 9 1 皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術

【点数の見直し】

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	8,800点	→	11,440点
3	100平方センチメートル以上	15,600点		20,280点

J 0 9 2 動脈（皮）弁術、筋（皮）
弁術

【点数の見直し】

32,850点 → 41,120点

J 0 9 3 遊離皮弁術（顕微鏡下血管
柄付きのもの）

【点数の見直し】

64,500点 → 74,240点

J 0 9 5 複合組織移植術

【点数の見直し】

11,700点 → 15,210点

J 0 9 6 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】

73,800点 → 110,700点

J 0 9 7 粘膜移植術

【点数の見直し】

- 1 4平方センチメートル未満
- 2 4平方センチメートル以上

5,010点 → 6,510点
5,500点 → 7,080点

J 0 9 9 動脈形成術、吻合術

【点数の見直し】

13,910点 → 18,080点

J 0 9 9 - 2 抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用埋込型カテーテル設置

【名称の見直し】

抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用埋込型カテーテル設置 → 抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用植込型カテーテル設置

J 1 0 0 血管移植術、バイパス移植術

【点数の見直し】

2 その他の動脈 23,300点 → 30,290点

J 1 0 0 - 2 中心静脈栄養用埋込型カテーテル設置

【名称の見直し】

中心静脈栄養用埋込型カテーテル設置 → 中心静脈栄養用植込型カテーテル設置

J 1 0 1 神経移植術

【点数の見直し】

18,090点 → 23,520点

J 1 0 2 交感神経節切除術			18,200点	→	23,660点
【点数の見直し】					
J 1 0 3 過長茎状突起切除術			4,520点	→	5,880点
【点数の見直し】					
J 1 0 4-2 皮膚悪性腫瘍切除術					
【点数の見直し】	1 広汎切除		21,700点	→	28,210点
J 1 0 5 瘢痕拘縮形成手術			9,740点	→	12,660点
【点数の見直し】					
J 1 0 8 顔面神経麻痺形成手術			14,700点	→	19,110点
【点数の見直し】	1 静的なもの		39,000点	→	58,500点
	2 動的なもの				
【新設】			(新設)	→	J 1 0 9 広範囲顎骨支持型装置埋入手術 (1顎一連につき)

J 2 0 0 輸血

【項目の削除】

1	自家採血輸血（200mLごとに）	
イ	1回目	750点
ロ	2回目以降	650点
2	保存血液輸血（200mLごとに）	
イ	1回目	450点
ロ	2回目以降	350点
3	自己血貯血	
イ	6歳以上の患者の場合（200mLごとに）	
	(1) 液状保存の場合	200点
	(2) 凍結保存の場合	400点
ロ	6歳未満の患者の場合（体重1kgにつき4mLごとに）	
	(1) 液状保存の場合	200点

→ (削除)

1	1回法によるもの	14,500点
2	2回法によるもの	
イ	1次手術	11,500点
ロ	2次手術	4,500点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

2 1及び2のイについては、3分の2以上の範囲にわたる場合は、所定点数に4,000点を加算する。

(2) 凍結保存の場合	400点
4 自己血輸血	
イ 6歳以上の患者の場合 (200mLごとに)	
(1) 液状保存の場合	750点
(2) 凍結保存の場合	1,500点
ロ 6歳未満の患者の場合 (体重1kgにつき4mLごとに)	
(1) 液状保存の場合	750点
(2) 凍結保存の場合	1,500点
5 交換輸血 (1回につき)	5,250点

【注の見直し】

注1 輸血に伴って、患者に対して輸血の必要性、危険性等について文書による説明を行った場合に算定する。

注 医科点数表の区分番号K920に掲げる輸血の例により算定する。

【注の削除】

- 注2 自家採血、保存血又は自己血の輸血量には、抗凝固液の量は含まれないものとする。
- 3 骨髓内輸血を行った場合は、所定点数に胸骨にあつては80点を、その他にあつては90点を加算し、血管露出術を行った場合は、所定点数に530点を加算する。
- 4 輸血に当たって薬剤を使用した場合は、薬剤の費用として、第6部に掲げる薬剤料の所定点数を加算する。
- 5 輸血に伴って行った患者の血液型検査 (A B O式及びRh式) の費用として所定点数に48点を加算する。
- 6 不規則抗体検査の費用として検査回数にか

(削除)

かわらず1月につき所定点数に200点を加算する。ただし、頻回の輸血が行われる場合には、1週間に1回を限度として、所定点数に200点を加算する。

7 H L A型適合血小板輸血に伴って行った患者のH L A型検査クラスI（A、B、C）又はクラスII（DR、DQ、DP）の費用として、検査回数にかかわらず一連につき所定点数に1,000点又は1,400点を加算する。

8 輸血に伴って、血液交叉試験又は間接クームス検査を行った場合は、1回につき30点又は34点をそれぞれ加算する。

9 6歳未満の乳幼児の場合は、所定点数に26点を加算する。

10 輸血に伴って行った供血者の諸検査、輸血回路及び輸血用針は、所定点数に含まれるものとする。

11 輸血に伴って、血液を保存する費用は、所定点数に含まれるものとする。

J 2 0 0 - 2 輸血管管理料

【項目の削除】

1 輸血管管理料 I	200点	→ (削除)
2 輸血管管理料 II	70点	

【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	→	注 医科点数表の区分番号K 9 2 0 - 2に掲げる輸血管管理料の例により算定する。
--	---	---

保険医療機関において、輸血を行った場合に、月1回を限度として、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第10部 麻酔</p> <p>【通則の見直し】</p> <p>K001 浸潤麻酔、圧迫麻酔</p> <p>【名称の見直し】</p>	<p>2 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麻酔を行った場合は、全身麻酔の場合を除き、当該麻酔の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。</p> <p>浸潤麻酔、圧迫麻酔</p>	<p>2 6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な者に対して麻酔を行った場合は、全身麻酔の場合を除き、当該麻酔の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。</p> <p>浸潤麻酔</p>

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料 第11部 放射線治療 【通則の見直し】 【通則の追加】	放射線治療料に掲げられていない放射線治療であって特殊な放射線治療の費用は、放射線治療料に掲げられている放射線治療のうちで最も近似する放射線治療の所定点数により算定する。 (追加)	1 放射線治療の費用は、各区分の所定点数により算定する。 2 第11部に掲げられていない放射線治療であって特殊な放射線治療の費用は、同部に掲げられている放射線治療のうちで最も近似する放射線治療の所定点数により算定する。 3 新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）、3歳以上6歳未満の幼児又は6歳以上15歳未満の小児に対して放射線治療を行った場合は、小児放射線治療加算として、当該放射線治療の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の60、100分の30、100分の15又は100分の10に相当する点数を加算する。
L001 体外照射 【点数の見直し】	3 高エネルギー放射線治療 ロ 2回目 (1) 1門照射又は対向2門照射を行った場合 280点	420点

L 0 0 3 密封小線源治療（一連につき） 【注の追加】	(2) 非対向 2 門照射又は 3 門照射を行った場合 440点 (3) 4 門以上の照射、運動照射又は原体照射を行った場合 600点 4 強度変調放射線治療（IMRT） ロ 2 回目 1,000点	660点 900点 1,500点 （追加） → 注5 使用したコバルトの費用として、購入価格を1,000円で除して得た点数を加算する。

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第12部 歯冠修復及び欠損補綴</p> <p>【通則の見直し】</p>	<p>3 この部に掲げられていない歯冠修復及び欠損補綴であって特殊な歯冠修復及び欠損補綴の費用は、この部に掲げられている歯冠修復及び欠損補綴のうちで最も近似する歯冠修復及び欠損補綴の各区分の所定点数により算定する。</p>	<p>3 第12部に掲げられていない歯冠修復及び欠損補綴であって特殊な歯冠修復及び欠損補綴の費用は、第12部に掲げられている歯冠修復及び欠損補綴のうちで最も近似する歯冠修復及び欠損補綴の各区分の所定点数により算定する。</p>
<p>【通則の見直し】</p>	<p>4 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歯冠修復及び欠損補綴（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、全身麻酔下で行った場合を除き、当該歯冠修復及び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。ただし、通則第6号に掲げる加算を算定する場合は、この限りではない。</p>	<p>4 6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な者に対して歯冠修復及び欠損補綴（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、全身麻酔下で行った場合を除き、当該歯冠修復及び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。ただし、通則第6号に掲げる加算を算定する場合は、この限りではない。</p>
<p>【通則の見直し】</p>	<p>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</p>	<p>6 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者又は著しく歯科診療が困難な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した</p>

	<p>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。</p>	<p>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。</p>
<p>【通則の見直し】</p>	<p>7 区分番号M000-2に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料に係る地方厚生局長等への届出を行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、当該補綴物を装着する場合の検査並びに歯冠修復及び欠損補綴の費用は、所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。</p>	<p>7 区分番号M000-2に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料に係る地方厚生局長等への届出を行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（接着ブリッジを含む。以下この表において同じ。）を製作し、当該補綴物を装着する場合の検査並びに歯冠修復及び欠損補綴の費用は、所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。</p>
<p>M000 補綴時診断料（1口腔につき）</p>		
<p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>注4 区分番号M000-3に掲げる広範囲顎骨支持型補綴診断料は、別に算定できない。</p>
<p>M000-2 クラウン・ブリッジ維持管理料（1装置につき）</p>		

【項目の見直し】

- 2 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 330点
- 3 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 440点

【新設】

（新設）

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

M000-3 広範囲顎骨支持型補綴診断料（1口腔につき） 1,800点

注1 当該診断料は、区分番号J109に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術の施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該手術及び区分番号M025-2に掲げる広範囲顎骨支持型補綴を行うに当たって、病名、症状、治療内容、治療部位及び治療に使用する材料等について、患者に対し説明を行った場合に算定する。

2 同一患者につき、当該診断料を算定すべき診断を2回以上行った場合は、1回目の診断を行ったときに限り算定する。

3 保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。

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

M001 歯冠形成（1歯につき）

【項目の見直し】

【点数の見直し】

1 生活歯歯冠形成	
イ 鋳造冠	300点
ロ ジャケット冠	300点
ハ 乳歯金属冠	120点
2 失活歯歯冠形成	
イ 鋳造冠	160点
ロ ジャケット冠	160点
ハ 乳歯金属冠	114点
3 窩洞形成	
イ 単純なもの	54点
ロ 複雑なもの	80点

1 生活歯歯冠形成	
イ 金属冠	306点
ロ ジャケット冠	306点
ハ 乳歯金属冠	120点
2 失活歯歯冠形成	
イ 金属冠	166点
ロ ジャケット冠	166点
ハ 乳歯金属冠	114点
3 窩洞形成	
イ 単純なもの	60点
ロ 複雑なもの	86点

【注の見直し】

注1 1のイについては、前歯の4分の3冠、前歯の前装鋳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。

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

【注の見直し】

注2 2のイについては、前歯の4分の3冠又は前歯の前装鋳造冠については、所定点数に470点を加算する。

注2 2のイについては、前歯の4分の3冠又は前歯のレジン前装金属冠については、所定点数に470点を加算する。

M001-2 う蝕^{しよく}歯即時充填形成
（1歯につき）

【点数の見直し】

120点 → 126点

M002-2 支台築造印象（1歯につき）

【点数の見直し】

20点 → 22点

M003 印象採得

【項目の見直し】

【点数の見直し】

1 歯冠修復（1個につき）		1 歯冠修復（1個につき）	
ロ 連合印象	60点	ロ 連合印象	62点
2 欠損補綴（1装置につき）		2 欠損補綴（1装置につき）	
ロ 連合印象	225点	ロ 連合印象	228点
ハ 特殊印象	265点	ハ 特殊印象	270点
ニ ワンピースキャストブリッジ		ニ ワンピースキャストブリッジ	
(1) 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	275点	(1) 支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合	280点
(2) 支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が6歯以上の場合	326点	(2) 支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合	332点

M003-2 テンポラリークラウン（1歯につき）

【注の見直し】

注 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、前装鋳造冠若しくはジャケット冠に係る費用を算定した歯又は前装鋳造冠若しくはジャケット冠	→	注 テンポラリークラウンは、前歯部において、区分番号M001に掲げる歯冠形成のうち、レジン前装金属冠若しくはジャケット冠に係る費用を算定した歯又はレジン前装金属冠若しくは
---	---	---

の歯冠形成を行うことを予定している歯について、前装鑄造冠又はジャケット冠の歯冠形成を算定した日から当該補綴物を装着するまでの期間において、1歯につき1回に限り算定する。

ジャケット冠の歯冠形成を行うことを予定している歯について、レジン前装金属冠又はジャケット冠の歯冠形成を算定した日から当該補綴物を装着するまでの期間において、1歯につき1回に限り算定する。

M004 リテイナー

【項目の見直し】

- 1 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 100点
- 2 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

- 1 支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合 100点
- 2 支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合 300点

M005 装着

【項目の見直し】

- 1 歯冠修復（1個につき）
 - イ 鑄造歯冠修復又は硬質レジンジャケット冠 45点
 - ロ その他 30点
- 2 欠損補綴（1装置につき）
 - イ ブリッジ
 - (1) ワンピースキャストブリッジ
 - (-) 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
 - (-) 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

- 1 歯冠修復（1個につき） 45点
- 2 欠損補綴（1装置につき）
 - イ ブリッジ
 - (1) ワンピースキャストブリッジ
 - (-) 支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合 150点
 - (-) 支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合 300点

【注の削除】	注1 2のイの(1)の(-)については、仮着を行った場合は、40点を加算する。	→	(削除)
【注の削除】	注2 2のイの(1)の(二)については、仮着を行った場合は、80点を加算する。	→	(削除)
【新設】	(新設)	→	M005-2 仮着 (ワンピースキャストブリッジ) (1装置につき) 1 支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合 40点 2 支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合 80点
M006 咬合採得			
【項目の見直し】 【点数の見直し】	1 歯冠修復 (1個につき) 14点 2 欠損補綴 (1装置につき) イ ブリッジ (1) ワンピースキャストブリッジ (-) 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 70点 (二) 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 140点	→	1 歯冠修復 (1個につき) 16点 2 欠損補綴 (1装置につき) イ ブリッジ (1) ワンピースキャストブリッジ (-) 支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合 70点 (二) 支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合 140点
M008 ワンピースキャストブリッ			

ジの試適

【項目の見直し】

- 1 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 40点
- 2 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 80点

- 1 支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合 40点
- 2 支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合 80点

M009 充填（1歯につき）

【項目の見直し】

- 1 単純なもの 100点
- 2 複雑なもの 148点

- 1 充填1
 - イ 単純なもの 102点
 - ロ 複雑なもの 152点
- 2 充填2
 - イ 単純なもの 57点
 - ロ 複雑なもの 105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に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。

注1 歯質に対する接着性を付与又は向上させるために歯面処理を行う場合は1により、それ以外は2により算定する。

【注の追加】

(追加)

注2 1の歯面処理に係る費用は、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）

【名称の見直し】	鑄造歯冠修復（1個につき）	→	金属歯冠修復（1個につき）
【点数の見直し】	1 インレー	→	1 インレー
【項目の見直し】	イ 単純なもの 181点		イ 単純なもの 190点
	ロ 複雑なもの 275点		ロ 複雑なもの 284点
	4 全部鑄造冠（小臼歯及び大臼歯） 445点		4 全部金属冠（小臼歯及び大臼歯） 454点
【注の見直し】	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。	→	注1 2については、前歯部の接着ブリッジのための金属歯冠修復の費用は、所定点数に含まれるものとする。
【注の追加】	(追加)	→	注3 3については、臼歯部の接着ブリッジのための金属歯冠修復の費用は、所定点数に含まれるものとする。
M011 前装鑄造冠（1歯につき）			
【名称の見直し】	前装鑄造冠（1歯につき）	→	レジン前装金属冠（1歯につき）
M017 ポンティック（ダミー）（1歯につき）			
【名称の見直し】	ポンティック（ダミー）（1歯につき） 428点	→	ポンティック（1歯につき） 434点
【点数の見直し】			

【注の見直し】	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1 レジン前装金属ポンティックについては、所定点数に746点を加算する。
【注の見直し】	注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。	→	注2 金属裏装ポンティックについては、所定点数に320点を加算する。
M018 有床義歯			
【点数の見直し】	1 局部義歯（1床につき） イ 1歯から4歯まで 550点 ロ 5歯から8歯まで 676点 ハ 9歯から11歯まで 900点 ニ 12歯から14歯まで 1,310点 2 総義歯（1顎につき） 2,060点	→	560点 690点 920点 1,340点 2,100点
M020 鑄造鉤（1個につき）			
【点数の見直し】	1 双歯鉤 224点	→	1 双子鉤 230点
【項目の見直し】	2 両翼鉤 208点		2 二腕鉤 212点
M021 線鉤（1個につき）			
【項目の見直し】	1 双歯鉤 200点	→	1 双子鉤 200点
	2 両翼鉤（レストつき） 140点		2 二腕鉤（レストつき） 140点

M022 フック、スパー（1個につき）

【点数の見直し】

96点 → 103点

【注の追加】

(追加) → [注 保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。]

M023 バー（1個につき）

【点数の見直し】

- 1 鋳造バー
- 2 屈曲バー

430点 → 438点
240点 → 248点

M024 白歯金属歯（1歯につき）

【削除】

M024 白歯金属歯（1歯につき） 12点 → (削除)

注 保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。

【新設】

(新設) → 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）

M029 有床義歯修理（1床につき）

【点数の見直し】

【注の見直し】

M030 有床義歯内面適合法

220点

224点

注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日から起算して2日以内に修理を行い、当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算として、1床につき所定点数に20点を加算する。

注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日から起算して2日以内に修理を行い、当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算として、1床につき所定点数に22点を加算する。

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った場合に、補綴治療を着手した日において算定する。

2 保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。

【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 ロ 5 歯から8 歯まで ハ 9 歯から11歯まで ニ 12歯から14歯まで 2 総義歯（1顎につき）	205点 250点 340点 540点 750点	210点 260点 360点 560点 770点
M032 帯環金属冠修理（1歯につき）	帯環金属冠修理（1歯につき）	60点 40点	ブリッジ修理（1歯につき） 40点 注 保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。
【名称の見直し】	1 金合金冠 2 その他の合金冠 注 保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。	60点 40点	ブリッジ修理（1歯につき） 40点 注 保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。
【項目の見直し】			
M033 金合金鉤修理（1個につき）	M033 金合金鉤修理（1個につき） 注 保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。	50点	（削除）
【削除】			
【新設】		（新設）	M041 広範囲顎骨支持型補綴物修理（1装置につき） 1,200点

注 保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料 第13部 歯科矯正 【通則の見直し】	2 この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、この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。	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。
N002 歯科矯正管理料 【注の見直し】	注2 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。	注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。
N026 附加装置（1箇所につき） 【項目の見直し】	1 パワーチェーン 20点 2 コイルスプリング 20点	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

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

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料 第14部 病理診断 【通則の見直し】 〇〇〇〇 口腔病理診断料（歯科診療に係るものに限る。） 【点数の見直し】 【注の追加】	1 病理診断の費用は、各区分により算定する。 1 組織診断料 500点 2 細胞診断料 240点 （追加）	1 病理診断の費用は、各区分の所定点数により算定する。 400点 200点 注4 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、病理診断を専ら担当する常勤の歯科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には、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 病理診断管理加算1 (1) 組織診断を行った場合 120点 (2) 細胞診断を行った場合 60点 ロ 病理診断管理加算2 (1) 組織診断を行った場合 320点 (2) 細胞診断を行った場合 160点



別紙 1

診療報酬の算定方法

1 医科診療報酬点数表

項 目	現 行	改 正 案
<p>第 1 章 基本診療料</p> <p>第 1 部 初・再診料</p> <p>通則</p> <p>【通則の見直し】</p> <p>第 1 節 初診料</p>	<p>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には、区分番号A000に掲げる初診料の注2のただし書に規定する場合を除き、初診料又は再診料（外来診療料を含む。）は、1回として算定する。</p>	<p>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には、区分番号A000に掲げる初診料の注3のただし書、区分番号A001に掲げる再診料の注2及び区分番号A002に掲げる外来診療料の注3に規定する場合を除き、初診料又は再診料（外来診療料を含む。）は、1回として算定する。</p>

A000 初診料

【注の追加】

(追加)

注2 病院である保険医療機関（特定機能病院（医療法（昭和23年法律第205号）第4条の2第1項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。）及び許可病床（同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。）のうち同法第7条第2項第5号に規定する一般病床に係るものの数が500以上である地域医療支援病院（同法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、200点を算定する。

【注の見直し】

注2 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回の初診のときに算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、2つ目の診療科に限り135点を算定できる。ただし書の場合においては、注3から注6まで

注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回の初診のときに算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、2つ目の診療科に限り135点（注2に規定する場合にあっては、100点）を算定できる。た

第2節 再診料

A001 再診料

【注の追加】

【注の見直し】

に規定する加算は算定しない。

だし書の場合においては、注4から注7までに規定する加算は算定しない。

(追加)

注2 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわらず、2つ目の診療科に限り、34点を算定する。この場合において、注3から注7まで、注9及び注10に規定する加算は算定しない。

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（診療所に限る。）において再診を行った場合には、地域医療貢献加算として、所定点数に3点を加算する。

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（診療所に限る。）において再診を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

- イ 時間外対応加算1 5点
- ロ 時間外対応加算2 3点
- ハ 時間外対応加算3 1点

A002 外来診療料

【注の追加】

(追加)

注2 病院である保険医療機関（特定機能病院及び許可病床のうち医療法第7条第2項第5号に規定する一般病床に係るものの数が500以上である地域医療支援病院に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、52点を算定する。

【注の追加】

(追加)

注3 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわらず、2つ目の診療科に限り34点（注2に規定する場合にあつては、25点）を算定する。この場合において、注4のただし書及び注5から注7までに規定する加算は算定しない。

【注の見直し】

注2 第2章第3部検査及び第9部処置のうち次に掲げるものは、外来診療料に含まれるものとする。ただし、第2章第3部第1節第1款検体検査実施料の通則第3号に規定する加算は、外来診療料に係る加算として別に算定することができる。
イ～ロ (略)
ハ 血液形態・機能検査

注4 第2章第3部検査及び第9部処置のうち次に掲げるものは、外来診療料に含まれるものとする。ただし、第2章第3部第1節第1款検体検査実施料の通則第3号に規定する加算は、外来診療料に係る加算として別に算定することができる。
イ～ロ (略)
ハ 血液形態・機能検査

区分番号D005（9のうちヘモグロビンA_{1c}（HbA_{1c}）、12デオキシチミジンキナーゼ（TK）活性、13ターミナルデオキシヌクレオチジルトランスフェラーゼ（TdT）、14骨髄像及び15モノクローナル抗体法による造血器悪性腫瘍細胞検査（一連につき）を除く。）に掲げるもの
ニ～ツ（略）

区分番号D005（9のうちヘモグロビンA_{1c}（HbA_{1c}）、12デオキシチミジンキナーゼ（TK）活性、13ターミナルデオキシヌクレオチジルトランスフェラーゼ（TdT）、14骨髄像及び15造血器腫瘍細胞抗原検査を除く。）に掲げるもの
ニ～ツ（略）

項 目	現 行	改 正 案
<p>第1章 基本診療料</p> <p>第2部 入院料等</p> <p>通則</p> <p>【通則の見直し】</p> <p>第1節 入院基本料</p> <p>A100 一般病棟入院基本料（1日につき）</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>7 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制及び褥瘡対策について、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。</p> <p>1 7対1入院基本料 1,555点</p> <p>2 10対1入院基本料 1,300点</p> <p>3 13対1入院基本料 1,092点</p> <p>4 15対1入院基本料 934点</p>	<p>7 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡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。</p> <p>1,566点</p> <p>1,311点</p> <p>1,103点</p> <p>945点</p>

【注の追加】

(追加)

注4 13対1入院基本料又は15対1入院基本料を算定する病棟において、当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A238-3に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算を算定したものである場合には、重症児(者)受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。

【注の追加】

(追加)

注5 13対1入院基本料又は15対1入院基本料を算定する病棟に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護保険法第8条第27項に規定する介護老人保健施設(以下この表において「介護老人保健施設」という。)、老人福祉法(昭和38年法律第133号)第20条の5に規定する特別養護老人ホーム(以下この表において「特別養護老人ホーム」という。)、同法第20条の6に規定する軽費老人ホーム(以下この表において「軽費老人ホーム」という。)、同法第29条第1項に規定する有料老人ホーム(以下この表において「有料老人ホーム」という。)等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。

【注の追加】

(追加)

注6 当該病棟に入院している患者の看護必要度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病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

イ 看護必要度加算1	30点
ロ 看護必要度加算2	15点

【注の見直し】

注5 注1から注3までの規定にかかわらず、特定患者（当該病棟に90日を超えて入院する患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。）をいう。以下この表において同じ。）に該当する者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、特定入院基本料として928点を算定する。ただし、特別入院基本料等を算定する患者については、790点を算定する。

注8 注1から注3までの規定にかかわらず、7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定する病棟においては、特定患者（当該病棟に90日を超えて入院する患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。）をいう。以下この表において同じ。）に該当する者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、特定入院基本料として939点を算定する。ただし、特別入院基本料等を算定する患者については、790点を算定する。

【注の追加】

(追加)

注10 注1、注2及び注8の規定にかかわらず、退院が特定の時間帯に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める患者の退院日の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。

【注の追加】

(追加)

注11 注1、注2及び注8の規定にかかわらず、入院日及び退院日が特定の日に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。

【注の見直し】

注7 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ～ハ (略)

ニ 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算

ホ～キ (略)

ノ～ヤ (略)

マ 栄養管理実施加算

ケ 栄養サポートチーム加算（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定するものに限る。）

フ (略)

コ 褥瘡患者管理加算

エ～ア (略)

注12 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ～ハ (略)

ニ 救急医療管理加算

ホ～キ (略)

ノ 精神科リエゾンチーム加算

オ～マ (略)

ケ 栄養サポートチーム加算

フ (略)

コ 感染防止対策加算

エ 患者サポート体制充実加算

テ～サ (略)

	<p>サ 慢性期病棟等退院調整加算（注5に規定する特定入院基本料を算定するものに限る。）</p> <p>キ 急性期病棟等退院調整加算（注5に規定する特定入院基本料を算定するものを除く。）</p> <p>ユ～ヒ （略）</p>		<p>キ 退院調整加算</p> <p>ユ～ヒ （略）</p> <p>モ 病棟薬剤業務実施加算</p> <p>セ データ提出加算（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定するものに限る。）</p>
<p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>→</p>	<p>注13 13対1入院基本料又は15対1入院基本料を算定する病棟のうち、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者であって、当該病棟に90日を超えて入院する患者については、注1から注12までの規定にかかわらず、区分番号A101に掲げる療養病棟入院基本料1の例により算定する。</p>
<p>A101 療養病棟入院基本料（1日につき）</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>1 療養病棟入院基本料1</p> <p>イ 入院基本料A 1,758点 （健康保険法第63条第2項第2号及び高齢者医療確保法第64条第2項第2号の療養（以下この</p>	<p>→</p>	<p>1,769点</p>

表において「生活療養」という。)を受ける場合にあっては、1,744点)

ロ 入院基本料B	1,705点
(生活療養を受ける場合にあっては、1,691点)	
ハ 入院基本料C	1,424点
(生活療養を受ける場合にあっては、1,410点)	
ニ 入院基本料D	1,369点
(生活療養を受ける場合にあっては、1,355点)	
ホ 入院基本料E	1,342点
(生活療養を受ける場合にあっては、1,328点)	
ヘ 入院基本料F	1,191点
(生活療養を受ける場合にあっては、1,177点)	
ト 入院基本料G	934点
(生活療養を受ける場合にあっては、920点)	
チ 入院基本料H	887点
(生活療養を受ける場合にあっては、873点)	
リ 入院基本料I	785点
(生活療養を受ける場合にあっては、771点)	

2 療養病棟入院基本料2

イ 入院基本料A	1,695点
(生活療養を受ける場合にあっては、1,681点)	
ロ 入院基本料B	1,642点
(生活療養を受ける場合にあっては、1,628点)	
ハ 入院基本料C	1,361点
(生活療養を受ける場合にあっては、1,347点)	
ニ 入院基本料D	1,306点
(生活療養を受ける場合にあっては、1,292点)	
ホ 入院基本料E	1,279点
(生活療養を受ける場合にあっては、1,265点)	
ヘ 入院基本料F	1,128点

1,755点
1,716点
1,702点
1,435点
1,421点
1,380点
1,366点
1,353点
1,339点
1,202点
1,188点
945点
931点
898点
884点
796点
782点
1,706点
1,692点
1,653点
1,639点
1,372点
1,358点
1,317点
1,303点
1,290点
1,276点
1,139点

(生活療養を受ける場合にあつては、1,114点)
 ト 入院基本料G 871点
 (生活療養を受ける場合にあつては、857点)
 チ 入院基本料H 824点
 (生活療養を受ける場合にあつては、810点)
 リ 入院基本料I 722点
 (生活療養を受ける場合にあつては、708点)

1,125点
 882点
 868点
 835点
 821点
 733点
 719点

【注の追加】

(追加)

注5 当該患者が他の保険医療機関から転院して
 きた者であつて、当該他の保険医療機関にお
 いて区分番号A238-3に掲げる新生児特
 定集中治療室退院調整加算を算定したもので
 ある場合には、重症児(者)受入連携加算と
 して、入院初日に限り2,000点を所定点数に
 加算する。

【注の見直し】

注5 当該病棟に入院している患者のうち、急性
 期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟か
 ら転院した患者、介護保険法第8条第25項に
 規定する介護老人保健施設(以下この表にお
 いて「介護老人保健施設」という。)、老人
 福祉法(昭和38年法律第133号)第20条の5
 に規定する特別養護老人ホーム(以下この表
 において「特別養護老人ホーム」という。)
 、同法第20条の6に規定する軽費老人ホーム
 (以下この表において「軽費老人ホーム」と
 いう。)、同法第29条第1項に規定する有料
 老人ホーム(以下「有料老人ホーム」とい

注6 当該病棟に入院している患者のうち、急性
 期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟か
 ら転院した患者、介護老人保健施設、特別養
 護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホ
 ーム等若しくは自宅から入院した患者又は当
 該保険医療機関(急性期医療を担う保険医療
 機関に限る。)の一般病棟から転棟した患者
 については、転院、入院又は転棟した日から
 起算して14日を限度として、救急・在宅等支
 援療養病床初期加算として、1日につき150
 点(療養病棟入院基本料1を算定する場合に
 あつては1日につき300点)を所定点数に加

う。) 等若しくは自宅から入院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、転院、入院又は転棟した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援療養病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。

算する。

【注の見直し】

注6 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ～ホ (略)

へ～リ (略)

ヌ (略)

ル 栄養管理実施加算

ヲ (略)

ワ 褥瘡患者管理加算

カ 慢性期病棟等退院調整加算

注7 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ～ホ (略)

へ 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算

ト～ヌ (略)

ル 療養病棟療養環境改善加算

ヲ (略)

ワ 栄養サポートチーム加算

カ (略)

ヨ 感染防止対策加算

タ 患者サポート体制充実加算

レ 退院調整加算

ソ 救急搬送患者地域連携受入加算

ツ 地域連携認知症支援加算

ネ 総合評価加算

ナ 病棟薬剤業務実施加算

A102 結核病棟入院基本料（1日につき）

【点数の見直し】

1	7対1入院基本料	1,447点	→	1,566点
2	10対1入院基本料	1,192点		1,311点
3	13対1入院基本料	949点		1,103点
4	15対1入院基本料	886点		945点
5	18対1入院基本料	757点		809点
6	20対1入院基本料	713点		763点

【注の見直し】

注3	注1及び注2の規定にかかわらず、7対1入院基本料、10対1入院基本料又は13対1入院基本料の届出をした病棟に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものについては、特別入院基本料を算定する。	→	注3	注1及び注2の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める患者については、特別入院基本料を算定する。
----	--	---	----	---

【注の見直し】

注5	当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ・ロ（略） ハ 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算 ニ～タ（略） レ 栄養管理実施加算	→	注5	当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ・ロ（略） ハ 救急医療管理加算 ニ～タ（略）
----	---	---	----	---

A103 精神病棟入院基本料（1日につき）

【点数の見直し】

1	10対1入院基本料	1,240点	→	1,251点
2	13対1入院基本料	920点		931点
3	15対1入院基本料	800点		811点
4	18対1入院基本料	712点		723点
5	20対1入院基本料	658点		669点

【注の追加】

(追加) → 注5 当該病棟に入院する患者が、入院に当たって区分番号A238-5に掲げる救急搬送患者地域連携受入加算又は区分番号A238-7に掲げる精神科救急搬送患者地域連携受入加算を算定したものである場合には、入院した日から起算して14日を限度として、救急支援精神病棟初期加算として、1日につき100点を所定点数に加算する。

- ソ (略)
- ツ 褥瘡患者管理加算
- ネ・ナ (略)
- ラ 慢性期病棟等退院調整加算
- ム・ウ (略)

- レ (略)
- ソ 感染防止対策加算
- ツ 患者サポート体制充実加算
- ネ・ナ (略)
- ラ 退院調整加算
- ム・ウ (略)
- キ 病棟薬剤業務実施加算

【注の見直し】

注5 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ・ロ (略)

ハ 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算

ニ～ラ (略)

ム 児童・思春期精神科入院医療管理加算

ウ～ノ (略)

オ 栄養管理実施加算

ク (略)

ヤ 褥瘡患者管理加算

マ・ケ (略)

フ (略)

注6 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ・ロ (略)

ハ 救急医療管理加算

ニ～ラ (略)

ム～キ (略)

ノ (略)

オ 感染防止対策加算

ク 患者サポート体制充実加算

ヤ・マ (略)

ケ 救急搬送患者地域連携受入加算

フ 精神科救急搬送患者地域連携受入加算

コ (略)

エ 病棟薬剤業務実施加算

テ データ提出加算

A104 特定機能病院入院基本料
(1日につき)

【点数の見直し】

1 一般病棟の場合

イ 7対1入院基本料

1,555点

1,566点

ロ	10対1入院基本料	1,300点	1,311点
2 結核病棟の場合			
イ	7対1入院基本料	1,447点	1,566点
ロ	10対1入院基本料	1,192点	1,311点
ハ	13対1入院基本料	949点	1,103点
ニ	15対1入院基本料	886点	945点
3 精神病棟の場合			
イ	7対1入院基本料	1,311点	1,322点
ロ	10対1入院基本料	1,240点	1,251点
ハ	13対1入院基本料	920点	931点
ニ	15対1入院基本料	839点	850点

【注の見直し】

注2 注1の規定にかかわらず、結核病棟の7対1入院基本料、10対1入院基本料又は13対1入院基本料の届出をした病棟に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものについては、区分番号A102に掲げる結核病棟入院基本料の注3に規定する特別入院基本料の例により算定する。

注2 注1の規定にかかわらず別に厚生労働大臣が定める患者については、区分番号A102に掲げる結核病棟入院基本料の注3に規定する特別入院基本料の例により算定する。

【注の削除】

注5 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病棟において、当該患者の看護必要度について測定を行った場合には、一般病棟看護必要度評価加算として、1日につき5点を所定点数に加算する。

(削除)

【注の追加】

(追加)

注5 当該病棟に入院している患者の看護必要度につき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病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

イ 看護必要度加算1	30点
ロ 看護必要度加算2	15点

【注の追加】

(追加)

注7 注1及び注6の規定にかかわらず、退院が特定の時間帯に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める患者の退院日の入院基本料（一般病棟に限る。）は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。

【注の追加】

(追加)

注8 注1及び注6の規定にかかわらず、入院日及び退院日が特定の日に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料（一般病棟に限る。）は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。

【注の見直し】

注7 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加

注9 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加

算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ (略)

ロ 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算

ハ～オ (略)

ク 児童・思春期精神科入院医療管理加算
(精神病棟に限る。)

ヤ～フ (略)

コ 栄養管理実施加算

エ・テ (略)

ア 褥瘡患者管理加算

サ～ユ (略)

メ 慢性期病棟等退院調整加算(結核病棟及び一般病棟(特定入院基本料を算定するものに限る。))に限る。)

ミ 急性期病棟等退院調整加算(一般病棟(特定入院基本料を算定するものを除く。))に限る。)

シ～セ (略)

算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ (略)

ロ 救急医療管理加算

ハ～オ (略)

ク 精神科リエゾンチーム加算(一般病棟に限る。)

ヤ～フ (略)

コ・エ (略)

テ 感染防止対策加算

ア 患者サポート体制充実加算

サ～ユ (略)

メ 退院調整加算(精神病棟を除く。)

ミ～モ (略)

セ 病棟薬剤業務実施加算

ス データ提出加算(結核病棟を除く。)

につき)

【点数の見直し】

- 1 7対1入院基本料
- 2 10対1入院基本料
- 3 13対1入院基本料

1,555点
1,300点
1,092点

1,566点
1,311点
1,103点

【注の追加】

(追加)

注3 当該病棟に入院している患者の看護必要度につき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病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

- イ 看護必要度加算1 30点
- ロ 看護必要度加算2 15点

【注の追加】

(追加)

注6 注1及び注5の規定にかかわらず、退院が特定の時間帯に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める患者の退院日の入院基本料は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。

【注の追加】

(追加)

注7 注1及び注5の規定にかかわらず、入院日及び退院日が特定の日に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料は、所定点数の100分の92に相当

【注の見直し】

注5 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ (略)

ロ 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算

ハ～ラ (略)

ム～ノ (略)

オ 栄養管理実施加算

ク 栄養サポートチーム加算（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定するものに限る。）

ヤ (略)

マ 褥瘡患者管理加算

ケ・フ (略)

コ 慢性期病棟等退院調整加算（特定入院基本料を算定するものに限る。）

エ 急性期病棟等退院調整加算（特定入院基本料を算定するものを除く。）

テ～ユ (略)

する点数により算定する。

注8 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ (略)

ロ 救急医療管理加算

ハ～ラ (略)

ム 精神科リエゾンチーム加算

ウ～オ (略)

ク 栄養サポートチーム加算

ヤ (略)

マ 感染防止対策加算

ケ 患者サポート体制充実加算

フ・コ (略)

エ 退院調整加算

テ～ユ (略)

メ 病棟薬剤業務実施加算

ミ データ提出加算（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定するものに限る。）

A106 障害者施設等入院基本料
(1日につき)

【点数の見直し】

1	7対1入院基本料	1,555点	→	1,566点
2	10対1入院基本料	1,300点		1,311点
3	13対1入院基本料	1,092点		1,103点
4	15対1入院基本料	954点		965点

【注の見直し】

注3 当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A238-3に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算を算定したものである場合には、重症児(者)受入連携加算として、入院初日に限り1,300点を所定点数に加算する。	→	注3 当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A238-3に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算を算定したものである場合には、重症児(者)受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。
---	---	---

【注の見直し】

注5 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～レ (略) ソ 栄養管理実施加算 ツ (略)	→	注5 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。 イ～レ (略) ソ (略) ツ 感染防止対策加算
--	---	--

A108 有床診療所入院基本料（1日につき）

【点数の見直し】

1 有床診療所入院基本料 1		
イ 14日以内の期間	760点	771点
ロ 15日以上30日以内の期間	590点	601点
ハ 31日以上	500点	511点
2 有床診療所入院基本料 2		
イ 14日以内の期間	680点	691点
ロ 15日以上30日以内の期間	510点	521点
ハ 31日以上	460点	471点
3 有床診療所入院基本料 3		
イ 14日以内の期間	500点	511点
ロ 15日以上30日以内の期間	370点	381点
ハ 31日以上	340点	351点

【注の追加】

(追加)

注2 当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A238-3に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算と

ネ 褥瘡患者管理加算
ナ (略)
ラ 慢性期病棟等退院調整加算
ム・ウ (略)

ネ 患者サポート体制充実加算
ナ (略)
ラ 退院調整加算
ム・ウ (略)

【注の追加】

(追加)

して、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。

注7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関において、入院している患者を、当該入院の日から30日以内に看取った場合には、看取り加算として、1,000点（在宅療養支援診療所の場合には2,000点）を所定点数に加算する。

【注の見直し】

注6 当該診療所においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算
ロ～レ (略)

ソ 栄養管理実施加算
ツ (略)

ネ 褥瘡患者管理加算
ナ (略)

ラ 急性期病棟等退院調整加算
ム・ウ (略)

注8 当該診療所においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ 救急医療管理加算

ロ～レ (略)

ソ 有床診療所緩和ケア診療加算

ツ (略)

ネ 感染防止対策加算

ナ 患者サポート体制充実加算

ラ (略)

ム 退院調整加算

ウ・キ (略)

【注の追加】

(追加)

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診療所である保険医療機関については、注1から注8までの規定にかかわらず、当該保険医療機関に入院している患者について、区分番号A109に掲げる有床診療所療養病床入院基本料の例により算定できる。

A109 有床診療所療養病床入院基本料（1日につき）

【点数の見直し】

1	入院基本料A (生活療養を受ける場合にあつては、961点)	975点	986点
2	入院基本料B (生活療養を受ける場合にあつては、857点)	871点	972点
3	入院基本料C (生活療養を受ける場合にあつては、750点)	764点	882点
4	入院基本料D (生活療養を受ける場合にあつては、588点)	602点	868点
5	入院基本料E (生活療養を受ける場合にあつては、506点)	520点	775点

【注の追加】

(追加)

注5 当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であつて、当該他の保険医療機関において区分番号A238-3に掲げる新生児特定集中治療室退院調整加算を算定したもので

【注の追加】

(追加)

ある場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。

注7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関において、入院している患者を、当該入院の日から30日以内に看取った場合には、看取り加算として、1,000点（在宅療養支援診療所の場合には2,000点）を所定点数に加算する。

【注の見直し】

注6 当該診療所においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ～ハ (略)

ニ～ト (略)

チ (略)

リ 栄養管理実施加算

ヌ (略)

ル 褥瘡患者管理加算

注8 当該診療所においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

イ～ハ (略)

ニ 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算

ホ～チ (略)

リ 診療所療養病床療養環境改善加算

ヌ (略)

ル 有床診療所緩和ケア診療加算

ヲ (略)

ワ 感染防止対策加算

カ 患者サポート体制充実加算

<p>【注の追加】</p>	<p>フ 慢性期病棟等退院調整加算</p>	<p>(追加)</p>	<p>コ 退院調整加算 タ 地域連携認知症支援加算 レ 総合評価加算</p> <p>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診療所である保険医療機関については、注1から注8までの規定にかかわらず、当該保険医療機関に入院している患者について、区分番号A108に掲げる有床診療所入院基本料の例により算定できる。</p>
<p>第2節 入院基本料等加算</p> <p>A200 総合入院体制加算（1日につき）</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注 急性期医療を提供する体制、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制その他の事項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入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、総合入院体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。</p>	<p>→</p>	<p>注 急性期医療を提供する体制、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制その他の事項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入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、総合入院体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。</p>

A 2 0 5 救急医療管理加算・乳幼児
救急医療管理加算（1日につ
き）

【名称の見直し】

救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算
（1日につき）

救急医療管理加算（1日につき）

【項目の見直し】

- 1 救急医療管理加算 800点
- 2 乳幼児救急医療管理加算 200点

800点

【注の見直し】

注1 救急医療管理加算は、地域における救急医療体制の計画的な整備のため、入院可能な診療応需の態勢を確保する保険医療機関であつて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該態勢を確保している日に救急医療を受け、緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、救急医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院した日から起算して7日を限度として所定点数に加算する。

注1 救急医療管理加算は、地域における救急医療体制の計画的な整備のため、入院可能な診療応需の態勢を確保する保険医療機関であつて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該態勢を確保している日に救急医療を受け、緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、救急医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院した日から起算して7日を限度として所定点数に加算する。

【注の見直し】	注2 乳幼児救急医療管理加算は、救急医療管理加算を算定する患者が6歳未満である場合に、入院した日から起算して7日を限度として更に所定点数に加算する。	注2 救急医療管理加算を算定する患者が6歳未満である場合には、乳幼児加算として、400点を更に所定点数に加算する。										
【注の追加】	(追加)	注3 救急医療管理加算を算定する患者が6歳以上15歳未満である場合には、小児加算として、200点を更に所定点数に加算する。										
A206 在宅患者緊急入院診療加算 (入院初日)												
【項目の見直し】	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="667 882 1021 911">1 連携医療機関である場合</td> <td data-bbox="1173 882 1272 911">1,300点</td> </tr> <tr> <td data-bbox="667 922 887 951">2 1以外の場合</td> <td data-bbox="1196 922 1272 951">650点</td> </tr> </table>	1 連携医療機関である場合	1,300点	2 1以外の場合	650点	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="1458 882 2063 1086">1 別の保険医療機関との連携により在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の体制を確保している保険医療機関において、当該別の保険医療機関の求めに応じて行う場合</td> <td data-bbox="1962 1054 2063 1083">2,500点</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1458 1098 2063 1166">2 連携医療機関である場合（1の場合を除く。）</td> <td data-bbox="1962 1142 2063 1171">2,000点</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1458 1177 1760 1206">3 1及び2以外の場合</td> <td data-bbox="1962 1190 2063 1219">1,000点</td> </tr> </table>	1 別の保険医療機関との連携により在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の体制を確保している保険医療機関において、当該別の保険医療機関の求めに応じて行う場合	2,500点	2 連携医療機関である場合（1の場合を除く。）	2,000点	3 1及び2以外の場合	1,000点
1 連携医療機関である場合	1,300点											
2 1以外の場合	650点											
1 別の保険医療機関との連携により在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の体制を確保している保険医療機関において、当該別の保険医療機関の求めに応じて行う場合	2,500点											
2 連携医療機関である場合（1の場合を除く。）	2,000点											
3 1及び2以外の場合	1,000点											
【注の見直し】	注 別の保険医療機関（診療所に限る。）において区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号C002-2に掲げる特定施設	注 別の保険医療機関（診療所に限る。）において区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号C002-2に掲げる特定施設										

入居時等医学総合管理料、区分番号C003に掲げる在宅末期医療総合診療料又は第2章第2部第2節第1款の各区分に掲げる在宅療養指導管理料（区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を除く。）を入院した日の属する月又はその前月に算定している患者の病状の急変等に伴い、当該保険医療機関の医師の求めに応じて入院させた場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、在宅患者緊急入院診療加算を算定できるもの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。

入居時等医学総合管理料、区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料又は第2章第2部第2節第1款の各区分に掲げる在宅療養指導管理料（区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を除く。）を入院した日の属する月又はその前月に算定している患者の病状の急変等に伴い、当該保険医療機関の医師の求めに応じて入院させた場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、在宅患者緊急入院診療加算を算定できるもの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。

A207 診療録管理体制加算（入院初日）

【注の見直し】

注 診療録管理体制その他の事項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入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、診療録管理体制加算を算定できるもの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。

注 診療録管理体制その他の事項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入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、診療録管理体制加算を算定できるもの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。

A207-2 医師事務作業補助体制
加算（入院初日）

【項目の追加】

- | | | |
|---|--------------|------|
| 4 | 50対1 補助体制加算 | 255点 |
| 5 | 75対1 補助体制加算 | 180点 |
| 6 | 100対1 補助体制加算 | 138点 |

- | | | |
|---|--------------|------|
| 4 | 30対1 補助体制加算 | 410点 |
| 5 | 40対1 補助体制加算 | 330点 |
| 6 | 50対1 補助体制加算 | 255点 |
| 7 | 75対1 補助体制加算 | 180点 |
| 8 | 100対1 補助体制加算 | 138点 |

A207-3 急性期看護補助体制加
算（1日につき）

【項目の追加】

- | | | |
|---|--------------|------|
| 1 | 急性期看護補助体制加算1 | 120点 |
| 2 | 急性期看護補助体制加算2 | 80点 |

- | | | |
|---|---------------------------------|------|
| 1 | 25対1 急性期看護補助体制加算
(看護補助者5割以上) | 160点 |
| 2 | 25対1 急性期看護補助体制加算
(看護補助者5割未満) | 140点 |
| 3 | 50対1 急性期看護補助体制加算 | 120点 |
| 4 | 75対1 急性期看護補助体制加算 | 80点 |

【注の追加】

(追加)

注2 夜間における看護業務の補助の体制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病棟に入院している患者については、当該施設基準に係る区分に従い、1日につき次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。

イ 夜間50対1 急性期看護補助体制加算

		<p style="text-align: right;">10点</p> <p>ロ 夜間100対1 急性期看護補助体制加算</p> <p style="text-align: right;">5点</p>
<p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>注3 1及び2については、夜間における看護職員の配置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病棟に入院している患者について、看護職員夜間配置加算として、1日につき50点を更に所定点数に加算する。</p>
<p>A208 乳幼児加算・幼児加算（1日につき）</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注1 乳幼児加算は、保険医療機関に入院している3歳未満の乳幼児（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、乳幼児加算・幼児加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。</p>	<p>注1 乳幼児加算は、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関に入院している3歳未満の乳幼児（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、乳幼児加算・幼児加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。</p>
	<p>注2 幼児加算は、保険医療機関に入院している3歳以上6歳未満の幼児（第1節の入院基本</p>	<p>注2 幼児加算は、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関に入院している3</p>

A 2 1 0 難病等特別入院診療加算
(1日につき)

【注の見直し】

注1 難病患者等入院診療加算は、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として保険医療機関に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める状態にあるもの（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、難病等特別入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

【注の見直し】

注2 二類感染症患者入院診療加算は、感染症法第6条第15項に規定する第二種感染症指定医療機関である保険医療機関に入院している同条第3項に規定する二類感染症の患者及び同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者並びにそれらの疑似症患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、難病等特別入院診療加算を算定で

歳以上6歳未満の幼児（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、乳幼児加算・幼児加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

注1 難病患者等入院診療加算は、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として保険医療機関に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める状態にあるもの（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、難病等特別入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

注2 二類感染症患者入院診療加算は、感染症法第6条第15項に規定する第二種感染症指定医療機関である保険医療機関に入院している同条第3項に規定する二類感染症の患者及び同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者並びにそれらの疑似症患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、難病等特

A 2 1 2 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算（1日につき）

【注の見直し】

注1 超重症児（者）入院診療加算は、保険医療機関に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める超重症の状態にあるもの（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

【注の見直し】

注2 準超重症児（者）入院診療加算は、保険医療機関に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める準超重症の状態にあるもの（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定

きるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

別入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

注1 超重症児（者）入院診療加算は、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める超重症の状態にあるもの（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

注2 準超重症児（者）入院診療加算は、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める準超重症の状態にあるもの（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算を算定できるものを現に算定