

(注の見直し)	注 遊離腸管移植を併せて行った場合は、5,000点を加算する。	→	注 有茎腸管移植を併せて行った場合は、5,000点を加算する。
(肝)			
K 6 9 1 肝膿瘍切開術	1 開腹によるもの	9,960点	11,000点
(項目の新設)	(新設)	→	K 6 9 1-2 経皮的肝膿瘍ドレナージ 10,800点 注 挿入時に行う画像診断及び検査の費用は算定しない。
K 6 9 5 肝切除術 (点数の見直し)	5 拡大葉切除に血行再建を併せて行う場合	71,700点	80,700点
K 6 9 7-3 肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法 (一連として) (点数の見直し)		13,600点	15,000点
K 6 9 7-5 生体部分肝移植	K 6 9 7-5 生体部分肝移植	→	K 6 9 7-5 生体部分肝移植術

(名称の見直し)

(膵)

K 7 0 3 膵頭部腫瘍切除術

(点数の見直し)

3 周辺臓器（胃、結腸、腎、副腎等）の合併切除を伴う腫瘍切除術の場合

6 9, 5 0 0 点 → 7 2, 5 0 0 点

4 血行再建を伴う腫瘍切除術の場合

7 2, 9 0 0 点 → 7 8, 9 0 0 点

(点数の見直し)

(空腸、回腸、盲腸、虫垂、結腸)

K 7 1 8 虫垂切除術

(項目の見直し)

K 7 1 8 虫垂切除術

6, 2 1 0 点

(新設)

1 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの

6, 2 1 0 点

2 虫垂周囲膿瘍を伴うもの

8, 8 8 0 点

K 7 1 8—2 腹腔鏡下虫垂切除術

(項目の見直し)

K 7 1 8—2 腹腔鏡下虫垂切除術

1 8, 0 0 0 点

(新設)

1 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの

8, 2 1 0 点

2 虫垂周囲膿瘍を伴うもの

1 0, 8 8 0 点

K 7 1 9 結腸切除術
(点数の見直し)

1 小範囲切除

1 3, 7 0 0 点

1 7, 9 0 0 点

2 結腸半側切除

1 9, 7 0 0 点

2 5, 7 0 0 点

K 7 1 9—2 腹腔鏡下結腸切除術
(項目の見直し)

K 7 1 9—2 腹腔鏡下結腸切除術

3 5, 7 0 0 点

(新設)

1 小範囲切除、結腸半側切除

3 5, 7 0 0 点

2 全切除、亜全切除

4 1, 7 0 0 点

(直腸)

K 7 4 0—2 腹腔鏡下直腸切除術
(項目の見直し)

K 7 4 0—2 腹腔鏡下直腸切除術

4 2, 1 0 0 点

(新設)

K 7 4 0—2 腹腔鏡下直腸切除・切断術

1 切除術

4 2, 1 0 0 点

2 低位前方切除術

5 3, 4 0 0 点

3 切断術

6 0, 0 0 0 点

(名称の変更)

(新設)

(削除)

K 7 4 0—3 腹腔鏡下直腸低位前方切除術

(削除)

53,400点

(肛門、その周辺)

K743 痔核手術(脱肛を含む。)

(項目の見直し)

(新設)

→ 5 PPH

6,390点

第10款 尿路系・副腎

(副腎)

(項目の新設)

(新設)

→ K754-3 腹腔鏡下小切開副腎摘出術
36,000点

(項目の新設)

(新設)

→ K769-3 腹腔鏡下小切開腎部分切除術
33,000点

(項目の新設)

(新設)

→ K772-3 腹腔鏡下小切開腎摘出術
37,100点

(項目の新設)

(新設)

→ K773-3 腹腔鏡下小切開腎(尿管)悪性腫瘍手術
47,300点

<p>(項目の新設)</p>	<p>(新設)</p>	<p>K 7 7 9—3 腹腔鏡下移植用腎採取術 (生体) 3 8, 6 0 0 点 注 腎提供者に係る組織適合性試験の費用は、所 定点数に含まれる。</p>
<p>K 7 8 0 同種腎移植術 (名称の変更) (注の削除)</p>	<p>K 7 8 0 同種腎移植術 7 4, 8 0 0 点 注 1 生体腎を移植した場合は、生体腎の摘出の ために要した提供者の療養上の費用として、 この表に掲げる所定点数により算定した点数 を加算する。 2 死体腎 (臓器の移植に関する法律 (平成 9 年法律第 1 0 4 号) に規定する脳死した者の 身体から採取された腎を除く。) を移植した 場合は、移植腎の提供のために要する費用と して、4 0, 0 0 0 点を加算する。</p>	<p>K 7 8 0 同種死体腎移植術 (削除) 注 1 臓器の移植に関する法律 (平成 9 年法律第 1 0 4 号) に規定する脳死した者の身体から 採取された腎を除く死体腎を移植した場合は 、移植腎の提供のために要する費用として、 4 0, 0 0 0 点を加算する。</p>
<p>(項目の新設)</p>	<p>(新設)</p>	<p>K 7 8 0—2 生体腎移植術 4 0, 0 0 0 点 注 1 生体腎を移植した場合は、生体腎の摘出の ために要した提供者の療養上の費用として、 この表に掲げる所定点数により算定した点数</p>

第11款 男子性器
(精囊、前立腺)

(項目の新設)

(項目の新設)

第12款 女子性器
(子宮附属器)

K888 子宮附属器腫瘍摘出術(両側)
(点数の見直し)

第13款 脳死臓器提供管理料

2 腹腔鏡によるもの

18,600点

第13款 脳死臓器提供管理料

(新設)

(新設)

を加算する。
2 腎移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。

K841-4 焦点式高エネルギー超音波療法
(一連につき)

5,000点

K843-3 腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術

50,300点

19,600点

第13款 臓器提供管理料

(名称の見直し)			
(項目の新設)		(新設)	K 9 1 5 生体臓器提供管理料 5, 0 0 0 点
K 9 2 2 骨髄移植			
(点数の見直し)	1 同種移植	4 7, 6 0 0 点	5 7, 2 0 0 点
	3 同種末梢血幹細胞移植	5 3, 0 0 0 点	5 5, 0 0 0 点
第2節 輸血料			
K 9 2 2—2 臍帯血移植			
(点数の見直し)		3 6, 9 0 0 点	4 4, 3 0 0 点
第3節 手術医療機器等加算			
K 9 3 1 超音波凝固切開装置加算	K 9 3 1 超音波凝固切開装置加算	2, 0 0 0 点	K 9 3 1 超音波凝固切開装置等加算
(名称の見直し)			3, 0 0 0 点
(点数の見直し)	注 胸腔鏡下又は腹腔鏡下による手術に当たって、超音波凝固切開装置を使用した場合に算定する。		注 胸腔鏡下又は腹腔鏡下による手術に当たって、超音波凝固切開装置等を使用した場合に算定する。

K 9 3 6 自動縫合器加算

(注の変更)

注 区分番号K 5 1 1、K 5 1 3、K 5 1 4、K 5 1 4—2、K 5 1 7、K 5 2 9、K 5 3 1からK 5 3 2—2まで、K 6 5 5、K 6 5 5—2、K 6 5 7、K 6 5 7—2、K 7 0 2、K 7 0 3、K 7 1 6、K 7 1 9の3、K 7 1 9—2、K 7 1 9—3、K 7 3 5、K 7 3 5—3、K 7 3 9からK 7 4 0—3まで、K 8 0 3及びK 8 1 7の3に掲げる手術に当たって、自動縫合器を使用した場合に算定する。

注 区分番号K 5 1 1、K 5 1 3、K 5 1 4、K 5 1 4—2、K 5 1 7、K 5 2 9、K 5 3 1からK 5 3 2—2まで、K 6 5 5、K 6 5 5—2、K 6 5 5—4、K 6 5 7、K 6 5 7—2、K 7 0 2、K 7 0 3、K 7 1 1—2、K 7 1 6、K 7 1 9、K 7 1 9—2、K 7 1 9—3、K 7 3 5、K 7 3 5—3、K 7 3 9からK 7 4 0—2まで、K 8 0 3及びK 8 1 7の3に掲げる手術に当たって、自動縫合器を使用した場合に算定する。

K 9 3 6—2 自動吻合器加算

(注の変更)

注 区分番号K 5 2 9、K 5 3 1からK 5 3 2—2まで、K 6 5 5、K 6 5 5—2、K 6 5 7、K 6 5 7—2、K 7 0 2、K 7 0 3、K 7 3 9からK 7 4 0—3まで、K 8 0 3及びK 8 1 7の3に掲げる手術に当たって、自動吻合器を使用した場合に算定する。

注 区分番号K 5 2 9、K 5 3 1からK 5 3 2—2まで、K 6 5 5、K 6 5 5—2、K 6 5 7、K 6 5 7—2、K 7 0 2、K 7 0 3、K 7 1 9—2の2、K 7 3 9からK 7 4 0—2まで、K 8 0 3及びK 8 1 7の3に掲げる手術に当たって、自動吻合器を使用した場合に算定する。

(項目の新設)

(新設)

K 9 3 9 画像等手術支援加算
1 ナビゲーションによるもの

2, 0 0 0 点

注 区分番号K131、K131-2、K134-2、K142、K142-3、K151-2、K158、K161、K167、K169からK172まで、K174の1、K191からK193まで、K235、K236、K313、K314、K342、K343、K349からK365までに掲げる手術に当たって、ナビゲーションによる支援を行った場合に算定する。

2 実物大臓器立体モデルによるもの

2,000点

注 区分番号K132、K136、K142-2、K151-2、K162、K180、K228、K236、K237、K313、K314の2、K406の2、K427-2、K434、K436からK444までに掲げる手術に当たって、実物大臓器立体モデルによる支援を行った場合に算定する。

項 目	現 行	改 正 案
<p>第 2 章 第 1 1 部 麻 酔</p>		
<p>L 0 0 1 静脈麻酔、筋肉注射による 全身麻酔、注腸による麻酔 (名称の見直し)</p>	<p>(名称の見直し)</p> <p>1 2 0 点</p>	<p>L 0 0 1 筋肉注射による全身麻酔、注腸による 麻酔</p>
<p>(新設)</p>	<p>(新設)</p>	<p>L 0 0 1 - 2 静脈麻酔</p> <p>1 短時間のもの 1 2 0 点</p> <p>2 十分な体制で行われる長時間のもの 6 0 0 点</p>
<p>L 0 0 5 上・下肢伝達麻酔 (点数の見直し)</p>	<p>1 6 0 点</p>	<p>1 7 0 点</p>
<p>L 0 0 8 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔 (2時間まで)</p> <p>(名称の見直し)</p> <p>(項目の見直し)</p>	<p>1 別に厚生労働大臣が定める重症の患者に対して行った場合 8, 3 0 0 点</p>	<p>L 0 0 8 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔</p> <p>1 人工心肺を用い低体温で行う心臓手術、区分番号K 5 5 2 - 2 に掲げる冠動脈若しくは大動</p>

2 1 以外の場合 6, 100点

脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）であって低体温で行うものが行われる場合又は分離肺換気及び高頻度換気法が併施される麻酔の場合

イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 24, 900点

ロ イ以外の場合 18, 300点

2 坐位における脳脊髄手術、人工心肺を用いる心臓手術（低体温で行うものを除く。）若しくは区分番号K552-2に掲げる冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないものであって低体温で行うものを除く。）が行われる場合又は低血圧麻酔、低体温麻酔、分離肺換気による麻酔若しくは高頻度換気法による麻酔の場合（1に掲げる場合を除く。）

イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 16, 600点

ロ イ以外の場合 12, 200点

3 1若しくは2以外の心臓手術が行われる場合又は伏臥位で麻酔が行われる場合（1又は2に掲げる場合を除く。）

イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 12, 450点

ロ イ以外の場合 9, 150点

(注の変更)

注1 実施時間が2時間を超えた場合は、30分又はその端数を増すごとに、600点を加算する。

2 腹腔鏡下手術又は側臥位における手術の場合は、100分の10に相当する点数を加算し、心臓手術（人工心肺を用いる場合及び区分番号K552-2に掲げる冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）を除く。）又は伏臥位における手術の場合は、100分の50に相当する点数を加算し

4 腹腔鏡を用いた手術若しくは検査が行われる場合又は側臥位で麻酔が行われる場合（1から3までに掲げる場合を除く。）

イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 9, 130点

ロ イ以外の場合 6, 710点

5 その他の場合

イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 8, 300点

ロ イ以外の場合 6, 100点

注1 一の当該全身麻酔において複数の項目に係る手術等が行われる場合には、最も高い点数の項目により算定する。

注2 全身麻酔の実施時間が2時間を超えた場合は、30分又はその端数を増すごとに、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ 1に掲げる項目に係る手術等により実施時間が2時間を超えた場合

1, 800点

ロ 2に掲げる項目に係る手術等により実施

、坐位における脳脊髄手術、低血圧麻酔、低体温麻酔、分離肺換気による手術、高頻度換気法による手術又は人工心肺を用いる心臓手術（低体温で行う場合を除く。）の場合又は区分番号K552-2に掲げる冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）の場合（低体温で行う場合を除く。）は、100分の100に相当する点数を加算し、人工心肺を用い低体温で行う心臓手術、区分番号K552-2に掲げる冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）であって低体温で行う場合又は分離肺換気及び高頻度換気法を併施する手術の場合は、100分の200に相当する点数を加算する。

3 酸素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数（酸素と併せて窒素を使用した場合は、それぞれの価格を10円で除して得た点数を合算した点数）を加算する。酸素及び窒素の価格は、別に厚生労働大臣が定める。

4 硬膜外麻酔を併せて行った場合は、硬膜外麻酔の所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。

時間が2時間を超えた場合

1, 200点

ハ 3に掲げる項目に係る手術等により実施

時間が2時間を超えた場合

900点

ニ 4に掲げる項目に係る手術等により実施

時間が2時間を超えた場合

660点

ホ 5に掲げる項目に係る手術等により実施

時間が2時間を超えた場合

600点

注4 硬膜外麻酔を併せて行った場合は、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ 頸・胸部

750点

			ロ 腰部 400点 ハ 仙骨部 170点
(注の新設)		(新設)	注5 注4について、全身麻酔の実施時間が2時間を超えた場合は、30分又はその端数を増すごとに、注4の各号に掲げる点数にそれぞれ375点、200点、85点を加算する。
L008-2 低体温療法（1日につき）		12, 200点	
(注の新設)		(新設)	注 低体温療法を開始してから3日間に限り算定する。
L009 麻酔管理料			
(点数の見直し)	1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合	130点	200点
(点数の見直し)	2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合	750点	900点
(注の新設)		(新設)	注2 1について、帝王切開術の麻酔を行った場合は、所定点数に700点を加算する。

第2節 神経ブロック料

区分

L100 神経ブロック（局所麻酔剤
又はボツリヌス毒素使用）

1 トータルスピナルブロック、三叉神経半月
神経節ブロック、胸部交感神経節ブロック、
腹腔神経叢ブロック、頸・胸部硬膜外ブロッ
ク、神経根ブロック、下腸間膜動脈神経叢ブ
ロック、上下腹神経叢ブロック

1,500点

2 眼神経ブロック、上顎神経ブロック、下顎神
経ブロック、舌咽神経ブロック、蝶形口蓋神経
節ブロック、腰部硬膜外ブロック 800点

3 腰部交感神経節ブロック、くも膜下脊髄神経
ブロック、ヒッチコック療法

570点

(項目の見直し)

(新設)

4 星状神経節ブロック、仙骨部硬膜外ブロック
、顔面神経ブロック

340点

1

2

3

4 眼瞼痙攣、片側顔面痙攣又は痙性斜頸の治療
目的でボツリヌス毒素を用いた場合

400点

5

<p>L104 トリガーポイント注射 (点数の見直し)</p>	<p>5 腕神経叢ブロック、おとがい神経ブロック、舌神経ブロック、迷走神経ブロック、副神経ブロック、横隔神経ブロック、深頸神経叢ブロック、眼窩上神経ブロック、眼窩下神経ブロック、滑車神経ブロック、耳介側頭神経ブロック、浅頸神経叢ブロック、肩甲背神経ブロック、肩甲上神経ブロック、外側大腿皮神経ブロック、閉鎖神経ブロック</p> <p style="text-align: right;">170点</p> <p>6 頸・胸・腰傍脊椎神経ブロック、上喉頭神経ブロック、肋間神経ブロック、腸骨下腹神経ブロック、腸骨鼠径神経ブロック、大腿神経ブロック、坐骨神経ブロック、陰部神経ブロック、経仙骨孔神経ブロック、後頭神経ブロック、筋皮神経ブロック、正中神経ブロック、尺骨神経ブロック、腋窩神経ブロック、橈骨神経ブロック</p> <p style="text-align: right;">90点</p> <p>注 上記以外の神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）は、区分番号L102に掲げる神経幹内注射で算定する。</p>	<p style="text-align: center;">-----</p>	<p>6</p> <p>7</p> <p>注</p>
	50点	→	80点

項 目	現 行	改 正 案
<p>第 2 章第 1 2 部 放射線治療</p> <p>放射線治療料</p> <p>M 0 0 0 放射線治療管理料</p> <p>(名称の変更)</p> <p>(新設)</p> <p>(注の見直し)</p> <p>(注の見直し)</p>	<p>M 0 0 0 放射線治療管理料</p> <p>(新設)</p> <p>注 1 線量分布図を作成し、体外照射、腔内照射 又は組織内照射による治療を行った場合に、 患者 1 人につき 1 回に限り算定する。</p> <p>注 2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合</p>	<p>M 0 0 0 放射線治療管理料 (分布図の作成 1 回 につき)</p> <p>4 強度変調放射線治療 (IMRT) による体外 照射を行った場合 5, 0 0 0 点</p> <p>注 1 線量分布図を作成し、区分番号 M 0 0 1 に 掲げる体外照射、区分番号 M 0 0 4 の 1 に掲 げる外部照射、区分番号 M 0 0 4 の 2 に掲 げる腔内照射又は区分番号 M 0 0 4 の 3 に掲 げる組織内照射による治療を行った場合に、分 布図の作成 1 回につき 1 回、一連につき 2 回 に限り算定する。</p> <p>注 2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合</p>

	イ 1回目	700点		イ 1回目	500点
	ロ 2回目	210点		ロ 2回目	150点
(項目の新設)		(新設)	→	4 強度変調放射線治療 (IMRT)	
				イ 1回目	3,000点
				ロ 2回目	1,000点
(注の新設)		(新設)	→	注 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、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、放射線治療を実施した場合に算定する。	
M004 密封小線源治療 (一連につき)					
(名称の見直し)	2 腔内照射				
	イ 高線量率イリジウム照射を行った場合	3,000点	→	イ 高線量率イリジウム照射を行った場合又は新型コバルト小線源治療装置を用いた場合	3,000点
(項目の新設)		(新設)	→	ロ 旧型コバルト腔内照射装置を用いた場合	1,000点
	ロ その他の場合	1,500点		ハ その他の場合	1,500点

(項目の見直し)

3 組織内照射

ロ 高線量率イリジウム照射を行った場合

7,500点



ロ 高線量率イリジウム照射を行った場合又は新
型コバルト小線源治療装置を用いた場合

7,500点

項 目	現 行	改 正 案
<p>第 2 章 第 1 3 部 病理診断</p> <p>(部の新設)</p>	<p>(新設)</p>	<p>第 1 3 部 病理診断</p> <p>通則</p> <p>1 病理診断の費用は、第 1 節及び第 2 節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。ただし、病理診断に当たって患者から検体を穿刺し又は採取した場合は、第 1 節及び第 2 節並びに第 3 部第 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。</p> <p>2 病理診断に当たって患者に対し薬剤を施用した場合は、特に規定する場合を除き、前号により算定した点数及び第 3 部第 5 節の所定点数を合算した点数により算定する。</p> <p>3 病理診断に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、</p>

前2号により算定した点数及び第3部第6節の所定点数を合算した点数により算定する。

4 第1節又は第2節に掲げられていない病理診断であって特殊な病理診断の病理標本作製料又は病理診断・判断料は、第1節又は第2節に掲げられている病理診断のうちで最も近似する病理診断の各区分の所定点数により算定する。

5 対称器官に係る病理標本作製料の各区分の所定点数は、両側の器官の病理標本作製料に係る点数とする。

第1節 病理標本作製料

1 病理標本作製に当たって、3臓器以上の作製を行った場合は、3臓器を限度として算定する。

2 リンパ節については、所属リンパ節ごとに1臓器として数えるが、複数の所属リンパ節が1臓器について存在する場合は、当該複数の所属リンパ節を1臓器として数える。

N000 病理組織標本作製（1臓器につき）
880点

N001 電子顕微鏡病理組織標本作製（1臓器

につき)

2, 000点

N002 免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製

- | | | |
|---|---------------|------|
| 1 | エストロゲンレセプター | 720点 |
| 2 | プロジェステロンレセプター | 690点 |
| 3 | HER2タンパク | 690点 |
| 4 | その他（1臓器につき） | 350点 |

注 1及び2の病理組織標本作製を同一月に実施した場合は、主たる病理組織標本作製の所定点数に180点を加算する。

N003 術中迅速病理組織標本作製（1手術につき）

1, 990点

注 テレパソロジーによる術中迅速病理組織標本作製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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関間で行った場合に限り、当該患者について算定する。

N004 細胞診（1部位につき）

1 婦人科材料	150点
2 その他	190点

N005 HER2遺伝子標本作製
2,500点

第2節 病理診断・判断料

N006 病理診断料 410点

注1 病理診断を専ら担当する医師が勤務する病院である保険医療機関において、区分番号N000に掲げる病理組織標本作製、区分番号N001に掲げる電子顕微鏡病理組織標本作製、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回に限り算定する。

2 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き診断を行った場合は、区分番号N000に掲げる病理組

織標本作製、区分番号N001に掲げる電子顕微鏡病理組織標本作製、区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製又は区分番号N003に掲げる術中迅速病理組織標本作製（1手術につき）は別に算定できないものとする。

N007 病理判断料 146点

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

2 区分番号N006に掲げる病理診断料を算定した場合には、算定しない。

項 目	現 行	改 正 案
<p>第3章 介護老人保健施設入所者に対する医療に係る診療料</p> <p>(通則の見直し)</p>	<p>介護老人保健施設の入所者である患者（以下この表において「施設入所者」という。）に対して行った療養又は医療の給付に係る診療料の算定は、前2章の規定にかかわらず、この章に定めるところによる。</p>	<p>介護老人保健施設の入所者である患者（以下この表において「施設入所者」という。）に対して行った療養の給付に係る診療料の算定は、前2章の規定にかかわらず、この章に定めるところによる。</p>
<p>第1部 併設保険医療機関の療養又は医療に関する事項</p> <p>(名称の変更)</p>	<p>併設保険医療機関の療養又は医療に関する事項</p>	<p>併設保険医療機関の療養に関する事項</p>
<p>(新設)</p>	<p>(新設)</p>	<p>1 緊急時施設治療管理料 500点</p> <p>注 平成18年7月1日から平成24年3月31日までの間に介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成1</p>

1年厚生省令第40号)附則第13条に規定する転換を行って開設した介護老人保健施設(以下この表において「療養病床から転換した介護老人保健施設」という。)に併設される保険医療機関の医師が、当該療養病床から転換した介護老人保健施設の医師の求めに応じて入所している患者の病状が著しく変化した場合に緊急その他やむを得ない事情により、夜間又は休日に緊急に往診を行った場合に、1日に1回、1月に4回に限り算定する。

3 その他の診療料

(通則の見直し)

併設保険医療機関に係る施設入所者自己腹膜灌流薬剤料及び施設入所者材料料以外の診療料の算定は、第1章及び第2章の例による。ただし、第1章及び第2章に掲げる診療料のうち次に掲げるものについては算定しない。

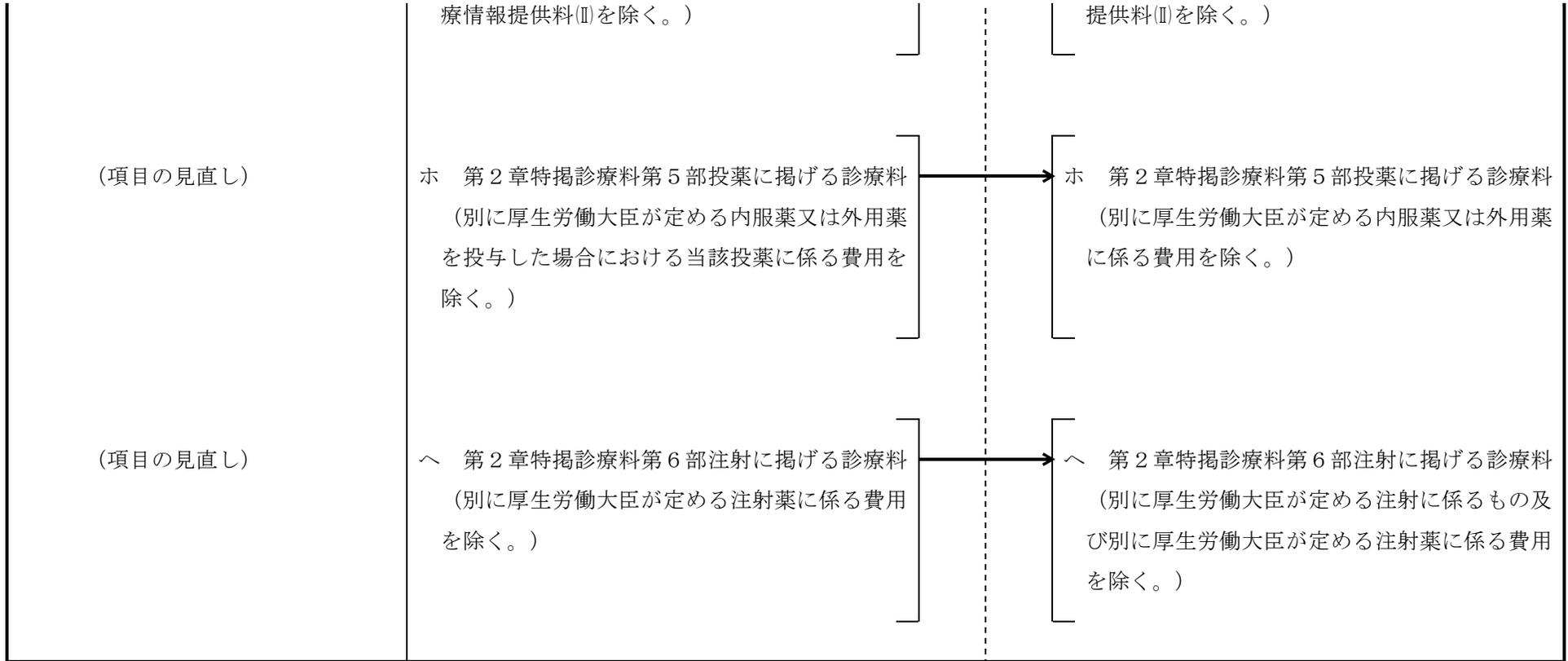
併設保険医療機関に係る緊急時施設治療管理料、施設入所者自己腹膜灌流薬剤料及び施設入所者材料料以外の診療料の算定は、第1章及び第2章の例による。ただし、第1章及び第2章に掲げる診療料のうち次に掲げるものについては算定しない。

(項目の見直し)

ハ 第2章特掲診療料第5部投薬に掲げる診療料(別に厚生労働大臣が定める内服薬又は外用薬

ハ 第2章特掲診療料第5部投薬に掲げる診療料(別に厚生労働大臣が定める内服薬又は外用薬

	を投与した場合における当該投薬に係る費用を除く。)		に係る費用を除く。)
(項目の見直し)	ニ 第2章特掲診療料第6部注射に掲げる診療料 (別に厚生労働大臣が定める注射薬に係る費用を除く。)	→	ニ 第2章特掲診療料第6部注射に掲げる診療料 (別に厚生労働大臣が定める注射に係るもの及び別に厚生労働大臣が定める注射薬に係る費用を除く。)
第2部 併設保険医療機関以外の保険医療機関の療養又は医療に関する事項			第2部 併設保険医療機関以外の保険医療機関の療養に関する事項
(名称の変更)	併設保険医療機関以外の保険医療機関の療養又は医療に関する事項	→	併設保険医療機関以外の保険医療機関の療養に関する事項
4 その他の診療料			
(項目の見直し)	ロ 第2章特掲診療料第1部医学管理等に掲げる診療料(地域連携退院時共同指導料、診療情報提供料(I)(注4に掲げる場合に限る。))及び診	→	ロ 第2章特掲診療料第1部医学管理等に掲げる診療料(退院時共同指導料(I)、診療情報提供料(I)(注4に掲げる場合に限る。))及び診療情報



項 目	改 正 案												
<p>第 4 章 経過措置</p>	<p>第 1 章の規定にかかわらず、次の表の第 1 欄に掲げる診療料は、同章に規定する当該診療料の算定要件を満たす保険医療機関のうち同表の第 2 欄に掲げる保険医療機関においてのみ、同表の第 3 欄に掲げる患者について、同表の第 4 欄に掲げる期間に限り、算定できるものとする。</p> <table border="1" data-bbox="763 635 1966 1082"> <thead> <tr> <th data-bbox="763 635 1066 683">第 1 欄</th> <th data-bbox="1066 635 1364 683">第 2 欄</th> <th data-bbox="1364 635 1664 683">第 3 欄</th> <th data-bbox="1664 635 1966 683">第 4 欄</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="763 683 1066 834"> 区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料の注 6 に規定する電子化加算 </td> <td data-bbox="1066 683 1364 834"> 保険医療機関 </td> <td data-bbox="1364 683 1664 834"> 第 2 欄に掲げる保険医療機関において初診料を算定する患者 </td> <td data-bbox="1664 683 1966 834"> 平成 2 3 年 3 月 3 1 日までの間 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="763 834 1066 1082"> 区分番号 A 1 0 3 に掲げる精神病棟入院基本料のうち 1 8 対 1 入院基本料及び 2 0 対 1 入院基本料 </td> <td data-bbox="1066 834 1364 1082"> 医療法施行規則（昭和 2 3 年厚生省令第 5 0 号）第 4 3 条の 2 に規定する病院以外の病院である保険医療機関 </td> <td data-bbox="1364 834 1664 1082"> 第 1 欄に掲げる診療料を算定する病棟として届出を行った病棟に入院している患者 </td> <td data-bbox="1664 834 1966 1082"> 当分の間 </td> </tr> </tbody> </table>	第 1 欄	第 2 欄	第 3 欄	第 4 欄	区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料の注 6 に規定する電子化加算	保険医療機関	第 2 欄に掲げる保険医療機関において初診料を算定する患者	平成 2 3 年 3 月 3 1 日までの間	区分番号 A 1 0 3 に掲げる精神病棟入院基本料のうち 1 8 対 1 入院基本料及び 2 0 対 1 入院基本料	医療法施行規則（昭和 2 3 年厚生省令第 5 0 号）第 4 3 条の 2 に規定する病院以外の病院である保険医療機関	第 1 欄に掲げる診療料を算定する病棟として届出を行った病棟に入院している患者	当分の間
第 1 欄	第 2 欄	第 3 欄	第 4 欄										
区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料の注 6 に規定する電子化加算	保険医療機関	第 2 欄に掲げる保険医療機関において初診料を算定する患者	平成 2 3 年 3 月 3 1 日までの間										
区分番号 A 1 0 3 に掲げる精神病棟入院基本料のうち 1 8 対 1 入院基本料及び 2 0 対 1 入院基本料	医療法施行規則（昭和 2 3 年厚生省令第 5 0 号）第 4 3 条の 2 に規定する病院以外の病院である保険医療機関	第 1 欄に掲げる診療料を算定する病棟として届出を行った病棟に入院している患者	当分の間										

2 歯科診療報酬点数表

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>A 0 0 0 初診料</p> <p>(点数の見直し)</p>	<p>1 健康保険法第 6 3 条第 1 項第 1 号及び老人保健法第 1 7 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、初診料又は再診料は、1 回として算定する。</p> <p>1 歯科初診料 180 点</p>	<p>1 健康保険法第 6 3 条第 1 項第 1 号及び高齢者医療確保法第 6 4 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、初診料又は再診料は、1 回として算定する。</p> <p>182 点</p>

(注の新設)

(新設)

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社会保険事務局長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。

第2節 再診料

A002 再診料

(点数の見直し)

1 歯科再診料

38点

40点

第2部 入院料等

通則

(通則の見直し)

1 健康保険法第63条第1項第5号及び老人保健法第17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

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

	<p>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。</p>	<p>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。</p>
<p>(削除)</p>	<p>6 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。</p>	<p>(削除)</p>
<p>第2節 入院基本料等加算</p>	<p>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。ただし、医科点数表第1章第2部第2節の区分番号A204-2に掲げる臨床研修病院入院診療加算については、「臨床研修病院（医師法（昭和23年法律第201号）第16条の2第1項に規定する医学を履修する課程を置く大学に附属する病院又は厚生労働大臣の指定する</p>	<p>1 本節各区分に掲げる入院基本料等加算（区分番号A250に掲げる地域歯科診療支援病院入院加算を除く。）は、それぞれの算定要件を満たす患者について、医科点数表の第1章第2部第2節に掲げる入院基本料等加算の例により算定する。ただし、医科点数表の第1章第2部第2節区分番号A204-2に掲げる臨床研修病院入院診療加算については、「臨床研修病院（医師法（昭和23年法律第201号）第16</p>

	<p>病院をいう。」とあるのは「臨床研修歯科病院（歯科医師法（昭和23年法律第202号）第16条の2第1項に規定する大学の歯学部若しくは医学部の附属施設である病院（歯科医業を行わないものを除く。）又は厚生労働大臣の指定する病院をいう。」と読み替えるものとする。</p>		<p>条の2第1項に規定する医学を履修する課程を置く大学に附属する病院又は厚生労働大臣の指定する病院をいう。）」とあるのは「臨床研修歯科病院（歯科医師法（昭和23年法律第202号）第16条の2第1項に規定する大学の歯学部若しくは医学部の附属施設である病院（歯科医業を行わないものを除く。）又は厚生労働大臣の指定する病院をいう。）」と読み替えるものとする。</p>
(通則の見直し)	<p>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。</p>	→	<p>2 本節各区分に掲げる入院基本料等加算（区分番号A250に掲げる地域歯科診療支援病院入院加算を除く。）の算定要件は、医科点数表の第1章第2部第2節に掲げる入院基本料等加算の算定要件の例による。</p>
(新設)	(新設)	→	A205-2 在宅患者緊急入院診療加算
(新設)	(新設)	→	A206-2 医師事務作業補助体制加算

(新設)

(新設)

A 2 0 8 - 2 難病等特別入院診療加算

(新設)

(新設)

A 2 0 8 - 3 超重症児(者)入院診療加算・準
超重症児(者)入院診療加算

(削除)

A 2 1 1 夜間勤務等看護加算

(削除)

(新設)

(新設)

A 2 1 6 - 2 二類感染症患者療養環境特別加算

(新設)

(新設)

A 2 2 1 - 2 緩和ケア診療加算

(新設)

(新設)

A 2 2 7 退院調整加算

(新設)

(新設) → A 2 3 9 後期高齢者外来患者緊急入院診療加算

(新設)

(新設) → A 2 4 0 後期高齢者総合評価加算

(新設)

(新設) → A 2 4 1 後期高齢者退院調整加算

(新設)

(新設) → A 2 5 0 地域歯科診療支援病院入院加算

300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保険医療機関において、歯科訪問診療を実施している別の保険医療機関で区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者であって、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号C001-2に掲げる後期高齢者在宅療養口腔機能管理料を入院の月又はその前月に算定しているものについて、当該保険医療機関から文書により診療情報提供を受け、求めに応じて入院させた場合に、当該患者（第1節のいずれかの入院基本料（特別入院基

第4節 短期滞在手術基本料

A400 短期滞在手術基本料

(注の見直し)

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。

本料を含む。)を現に算定している患者に限る。)について、入院初日に限り所定点数に加算する。

注1 医科点数表の第1章第2部第4節区分番号A400に掲げる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又は同表の短期滞在手術基本料の注2に規定する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、医科点数表の第1章第2部第4節区分番号A400に掲げる短期滞在手術基本料の例により算定する。

項 目	現 行	改 正 案
<p>第 2 章第 1 部 医学管理等</p> <p>(削除)</p>	<p>B 0 0 0 歯科口腔衛生指導料 1 0 0 点</p> <p>注 1 齲蝕又は歯肉炎に罹患している患者の口腔の状態、心身の状態等について、当該患者又はその家族等に対し、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、その内容について説明を行った上で、文書により情報提供を行うとともに、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。</p> <p>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 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。</p>	<p>(削除)</p>

- 3 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者（以下この表において「齲蝕多発傾向者」という。）に対して、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当該加算を算定しない。
- 4 4歳以上の齲蝕多発傾向者又はその家族等に対して、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40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当該加算を算定しない。
- 5 区分番号B000-3に掲げる歯科疾患総合指導料、区分番号B001に掲げる歯周疾患指導管理料、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号B004-8に掲げる歯科疾患継続指導料、区分番号C

006に掲げる老人訪問口腔指導管理料又は
区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料を
算定している患者に対して行った歯科口腔衛
生指導の費用は、それぞれの所定点数に含ま
れるものとする。

(削除)

B000-3 歯科疾患総合指導料

- | | | |
|---|------------|------|
| 1 | 歯科疾患総合指導料1 | 130点 |
| 2 | 歯科疾患総合指導料2 | 110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、区分番号A
000に掲げる初診料を算定した時に、当該
保険医療機関において継続的な管理を希望す
ること等について患者の同意を得て、病名、
症状、治療内容及び治療期間等に関する一連
の治療計画を策定し、口腔内写真等を用いて
、患者に治療計画に基づき総合的な指導を行
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1回に限り算定する。

2 当該歯科疾患総合指導料に係る治療計画に
基づく治療の終了の日から起算して3月を経
過するまでの期間は、区分番号A000に掲
げる初診料は算定できない。

(削除)

- 3 説明資料として口腔内写真等を用いた場合、それらの費用は歯科疾患総合指導料の所定点数に含まれ、別に算定できない。
- 4 主治の歯科医師又はその指示に基づき歯科衛生士が歯周疾患の患者に対して機械的歯面清掃を行った場合は、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については当該加算を算定しない。
- 5 注4に掲げる機械的歯面清掃については、区分番号B001に掲げる歯周疾患指導管理料の注5又は区分番号B004-8に掲げる歯科疾患継続指導料の注3に規定する機械的歯面清掃を実施し加算を算定した日から3月を経過した日以降に実施した場合に限り算定する。

(新設)

(新設)

B000-4 歯科疾患管理料

- 1 1回目 130点
- 2 2回目以降 110点

注1 1回目の歯科疾患管理料は、齲蝕、歯肉炎、歯周病、歯の欠損等継続的な口腔管理が必

要な患者に対し、患者又はその家族の同意を得て管理計画書を作成し、その内容について説明を行い、初診日から起算して1月以内に管理計画書を提供した場合に、1回に限り算定できる。

2 2回目以降の歯科疾患管理料は、1回目の歯科疾患管理料を算定した患者に対して提供した管理計画書に基づく継続的な管理を行っている場合であって、歯科疾患の管理及び療養上必要な指導について、継続管理計画書を作成し、その内容について説明を行い、当該管理計画書を提供した場合に、1回目の歯科疾患管理料を算定した日の属する月の翌以降月1回に限り算定できる。

3 入院中の患者に対して管理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月以内に管理を行った場合における当該管理の費用は、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中の患者又は当該病棟を退院した患者については、この限りでない。

4 管理計画書に基づく治療終了日から起算して2月を経過するまでは、区分番号A000

に掲げる初診料は算定できない。

5 歯科疾患管理料を算定した月は、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号C001-2に掲げる後期高齢者在宅療養口腔機能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。

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。）又はその指示に基づき歯科衛生士が、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。

7 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者（以下この表において「齲蝕多発傾向者」という。）に対して、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

(削除)

B 0 0 1 歯周疾患指導管理料 1 0 0 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

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、当該加算は算定しない。

8 4歳以上の齲蝕多発傾向者又はその家族等に対して、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、歯科疾患管理の実施期間中に患者1人につき1回に限り所定点数に40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、当該加算は算定しない。

(削除)

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管理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。
- 5 主治の歯科医師又はその指示に基づき歯科衛生士が機械的歯面清掃を行った場合は、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については当該加算を算定しない。
- 6 注5に掲げる機械的歯面清掃については、区分番号B000-3に掲げる歯科疾患総合指導料の注4又は区分番号B004-8に掲げる歯科疾患継続指導料の注3に規定する機械的歯面清掃を実施し加算を算定した日から3月を経過した日以降に実施した場合に限り

B 0 0 2 歯科特定疾患療養管理料

(注の見直し)

算定する。
7 区分番号B 0 0 0 - 3に掲げる歯科疾患総合指導料、区分番号B 0 0 4 - 8に掲げる歯科疾患継続指導料、区分番号C 0 0 6に掲げる老人訪問口腔指導管理料又は区分番号N 0 0 2に掲げる歯科矯正管理料を算定している患者に対して行った歯周疾患指導管理の費用は、それぞれの区分の所定点数に含まれるものとする。

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上で、説明した治療計画及び指導内容を文書により提供した場合に、月2回に限り算定する。

(注の見直し)

4 区分番号B 0 0 0 - 3に掲げる歯科疾患総合指導料、区分番号B 0 0 4 - 8に掲げる歯科疾患継続指導料又は区分番号C 0 0 6に掲げる老人訪問口腔指導管理料を算定している患者に対して行った歯科特定疾患療養管理料の費用は、それぞれの区分の所定点数に含ま

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。

4 区分番号B 0 0 0 - 4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号C 0 0 1 - 2に掲げる後期高齢者在宅療養口腔機能管理料を算定している患者に対して行った歯科特定疾患療養管理料は、それぞれの区分の所定点数に含まれるものとする。

れるものとする。

(新設)

(新設)

B004-1-2 がん性疼痛緩和指導管理料

100点

注 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、保険医療機関の保険医である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に、月1回に限り算定する。

B004-6 歯科治療総合医療管理料

(注の見直し)

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者であつて別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要であるとして文書により診療情報の提供を受けたものに対し、第8部処置（区分番号1009、区分番号1009-2及び区

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、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者であつて別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要であるとして文書により診療情報の提供を受けたものに対し、第8部処置（区分番号1009、区分番号1009-2及び区

分番号I010に掲げるものを除く。)、第9部手術又は第12部歯冠修復及び欠損補綴(区分番号M001から区分番号M002に掲げるものに限り、全身麻酔下で行うものを除く。)を行うに当たって、必要な医療管理を行った上で、当該医療管理の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。

分番号I010に掲げるものを除く。)、第9部手術又は第12部歯冠修復及び欠損補綴(区分番号M001から区分番号M002までに掲げるものに限り、全身麻酔下で行うものを除く。)を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。

(削除)

B004-7 新製義歯指導料 100点
注 新たに製作した有床義歯の装着時又は装着後1月以内に、当該有床義歯の製作を行った保険医療機関において、区分番号M035に掲げる新製義歯調整料の算定に併せて患者に対し新製した義歯の取扱い、保存、清掃等につき必要な指導を行った上で、当該指導の内容に係る情報を文書により提供した場合に、1回に限り算定する。

(削除)

(削除)

B004-8 歯科疾患継続指導料 120点
注1 区分番号B000-3に掲げる歯科疾患総合指導料の注1に規定する治療計画に基づく

(削除)

治療が終了し、区分番号D 0 0 2 - 4に掲げる歯科疾患継続管理診断料の注1に規定する継続治療計画に基づき、患者の同意を得て、再診時に指導管理を行った上で、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。ただし、歯科疾患継続指導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6月を経過した場合は、算定できない。

2 歯科疾患継続指導料の算定期間中においては、区分番号B 0 0 1 - 2に掲げる歯科衛生実地指導料、区分番号B 0 0 9に掲げる診療情報提供料(I)、区分番号D 0 0 2に掲げる歯周組織検査の1の歯周基本検査、区分番号I 0 0 3に掲げる初期齲蝕小窩裂溝填塞処置、区分番号I 0 1 1に掲げる歯周基本治療の1のスケーリング及び区分番号M 0 3 6に掲げる有床義歯調整料に係る費用を除き、第2章の特掲診療料に係る費用は当該所定点数に含まれるものとする。

3 主治の歯科医師又はその指示に基づき歯科衛生士が歯周疾患の患者に対して機械的歯面清掃を行った場合は、所定点数に80点を加算する。

4 注3に掲げる機械的歯面清掃については、区分番号B 0 0 0 - 3に掲げる歯科疾患総合

指導料の注4又は区分番号B001に掲げる歯周疾患指導管理料の注5に規定する機械的歯面清掃を実施し加算を算定した日から3月を経過した日以降に実施した場合に限り算定する。

B007 退院前訪問指導料

(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。

B008 薬剤管理指導料

(項目の見直し)

350点

- 1 救命救急入院料等を算定している患者に対して行う場合 430点
- 2 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者に対して行う場合(1に該当する場合を除く。) 380点
- 3 1及び2の患者以外の患者に対して行う場合