

別紙 1 - 2 歯科診療報酬点数表

(傍線部分は改正部分)

改 正 後	改 正 前
<p>別表第二 歯科診療報酬点数表 [目次] 第1章・第2章 (略) <u>第3章 経過措置</u> 第1章 基本診療料 第1部 初・再診料</p> <p>通則 (略)</p> <p> 第1節 初診料</p> <p>区分</p> <p>A000 初診料</p> <p> 1 歯科初診料 <u>264点</u></p> <p> 2 (略)</p> <p> 注1～9 (略)</p> <p> 10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科診療を実施している他の保険医療機関(診療所に限る。)において注6又は区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する加算を算定した患者に対して、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受けた上で、外来において初診を行った場合は、歯科診療特別対応連携加算として、月1回に限り<u>150点</u>を所定点数に加算する。</p> <p> 11 (略)</p> <p> 12 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす</u></p>	<p>別表第二 歯科診療報酬点数表 [目次] 第1章・第2章 (略) (新設)</p> <p> 第1章 基本診療料 第1部 初・再診料</p> <p>通則 (略)</p> <p> 第1節 初診料</p> <p>区分</p> <p>A000 初診料</p> <p> 1 歯科初診料 <u>261点</u></p> <p> 2 (略)</p> <p> 注1～9 (略)</p> <p> 10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科診療を実施している他の保険医療機関(診療所に限る。)において注6又は区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する加算を算定した患者に対して、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受けた上で、外来において初診を行った場合は、歯科診療特別対応連携加算として、月1回に限り<u>100点</u>を所定点数に加算する。</p> <p> 11 (略) (新設)</p>

歯科診療を実施している保険医療機関を受診した患者に対して、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で初診を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月1回に限り7点を所定点数に加算する。ただし、当該患者に係る診療情報等の取得が困難な場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合等にあつては、月1回に限り3点を所定点数に加算する。

A001 (略)
第2節 再診料

区分

A002 再診料

1 歯科再診料 56点
2 (略)

注1～6 (略)

7 患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合は、再診料を算定する。ただし、この場合において、注10に規定する加算は算定しない

—

8・9 (略)

10 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす歯科診療を実施している保険医療機関を受診した患者に対して、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で再診を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月1回に限り4点を所定点数に加算する。

第2部 入院料等

A001 (略)
第2節 再診料

区分

A002 再診料

1 歯科再診料 53点
2 (略)

注1～6 (略)

7 患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合は、再診料を算定する。

8・9 (略)

(新設)

第2部 入院料等

通則

(略)

第1節 入院基本料

通則

(略)

区分

A100～A103 (略)

A103-2 障害者施設等入院基本料

A104～A106 (略)

第2節 入院基本料等加算

通則

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。この場合において、医科点数表の区分番号A204-2に掲げる臨床研修病院入院診療加算については、「基幹型」とあるのは「単独型又は管理型」と、「医師法（昭和23年法律第201号）第16条の2第1項に規定する都道府県知事の指定する病院」とあるのは「歯科医師法（昭和23年法律第202号）第16条の2第1項に規定する歯学若しくは医学を履修する課程を置く大学に附属する病院（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」と読み替えるものとする。

2 (略)

区分

A200 (略)

A200-2 急性期充実体制加算

A201からA203まで～A204-2 (略)

A204-3 紹介受診重点医療機関入院診療加算

A205～A224 (略)

通則

(略)

第1節 入院基本料

通則

(略)

区分

A100～A103 (略)

(新設)

A104～A106 (略)

第2節 入院基本料等加算

通則

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、「基幹型」とあるのは「単独型又は管理型」と、「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」とあるのは「歯科医師法（昭和23年法律第202号）第16条の2第1項に規定する歯学若しくは医学を履修する課程を置く大学に附属する病院（歯科医業を行わないものを除く。）」と読み替える。

2 (略)

区分

A200 (略)

(新設)

A201からA203まで～A204-2 (略)

(新設)

A205～A224 (略)

A 2 2 4 - 2 感染対策向上加算

A 2 2 4 - 3 (略)

A 2 2 4 - 4 重症患者初期支援充実加算

A 2 2 4 - 5 報告書管理体制加算

A 2 2 5 ~ A 2 4 2 (略)

A 2 4 2 - 2 術後疼痛管理チーム加算

A 2 4 3 ~ A 2 5 0 (略)

第3節 (略)

第4節 短期滞在手術等基本料

区分

A 4 0 0 短期滞在手術等基本料

注1 (略)

2 短期滞在手術等基本料に含まれる費用の範囲は、医科点数表の区分番号A 4 0 0に掲げる短期滞在手術等基本料に含まれる費用の範囲の例による。この場合において、同注3中「及び第11部麻酔」とあるのは「並びに第11部麻酔及び別表第二歯科診療報酬点数表（以下「歯科点数表」という。）の第2章第10部麻酔」と、同注3のル中「麻酔管理料(Ⅱ) 区分番号L 0 0 9に掲げるもの」とあるのは「麻酔管理料(Ⅱ)及び歯科麻酔管理料 区分番号L 0 0 9に掲げるもの及び歯科点数表の区分番号K 0 0 4に掲げるもの」と読み替えるものとする。

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

区分

B 0 0 0 から B 0 0 0 - 3 まで (略)

B 0 0 0 - 4 歯科疾患管理料 100点

注1～7 (略)

8 16歳未満のう蝕しよくに罹患りしている患者であつ

A 2 2 4 - 2 感染防止対策加算

A 2 2 4 - 3 (略)

(新設)

(新設)

A 2 2 5 ~ A 2 4 2 (略)

(新設)

A 2 4 3 ~ A 2 5 0 (略)

第3節 (略)

第4節 短期滞在手術等基本料

区分

A 4 0 0 短期滞在手術等基本料

注1 (略)

2 短期滞在手術等基本料に含まれる費用の範囲は、医科点数表の区分番号A 4 0 0に掲げる短期滞在手術等基本料に含まれる費用の範囲の例による。

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

区分

B 0 0 0 から B 0 0 0 - 3 まで (略)

B 0 0 0 - 4 歯科疾患管理料 100点

注1～7 (略)

8 13歳未満のう蝕しよくに罹患りしている患者であつ

て、う蝕^{しよく}多発傾向にあり、う蝕^{しよく}に対する歯冠修復終了後もう蝕^{しよく}活動性が高く、継続的な指導管理が必要なもの（以下「う蝕^{しよく}多発傾向者」という。）のうち、4歳以上のう蝕^{しよく}多発傾向者又はその家族等に対して、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、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、フッ化物洗口指導加算として、40点を所定点数に加算する。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、当該加算は算定できない。

9・10 （略）

11 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な患者であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、総合医療管理加算として、50点を所定点数に加算する。

12 （略）

B000-4-2 小児口腔機能管理料 100点

注1 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、口腔機能^{くわう}の発達不全を有する18歳未満の児童^{くわう}に対して、口腔機能^{くわう}の獲得を目的として、当該患者等の同

て、う蝕^{しよく}多発傾向にあり、う蝕^{しよく}に対する歯冠修復終了後もう蝕^{しよく}活動性が高く、継続的な指導管理が必要なもの（以下「う蝕^{しよく}多発傾向者」という。）のうち、4歳以上のう蝕^{しよく}多発傾向者又はその家族等に対して、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、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、フッ化物洗口指導加算として、40点を所定点数に加算する。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、当該加算は算定できない。

9・10 （略）

11 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別の保険医療機関（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な患者であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、総合医療管理加算として、50点を所定点数に加算する。

12 （略）

B000-4-2 小児口腔機能管理料 100点

注1 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、口腔機能^{くわう}の発達不全を有する15歳未満の小児^{くわう}に対して、口腔機能^{くわう}の獲得を目的として、当該患者等の同

意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

2・3 (略)

B000-4-3～B004-1-2 (略)

B004-1-3 がん患者指導管理料

1 (略)

2 歯科医師、看護師又は公認心理師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合 200点

3 (略)

注1 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の歯科医師が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合又は入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の歯科医師が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合った上で、当該診療方針等に関する当該患者の意思決定に対する支援を行い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回（当該患者について区分番号B006-3に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号B006-3-2に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該指導管理を実施した場合は、それぞれの保険医療機関において、患者1人につき1回）に限り算定する。

意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

2・3 (略)

B000-4-3～B004-1-2 (略)

B004-1-3 がん患者指導管理料

1 (略)

2 歯科医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合 200点

3 (略)

注1 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の歯科医師が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回（当該患者について区分番号B006-3に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号B006-3-2に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該指導管理を実施した場合は、それぞれの保険医療機関において、患者1人につき1回）に限り算定する。

2 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の歯科医師、その指示に基づき看護師又は歯科医師と医師との連携の下に公認心理師が患者の心理的不安を軽減するための面接を行った場合に、患者1人につき6回に限り算定する。

3・4 (略)

5 3について、区分番号B004-1-8に掲げる外来腫瘍化学療法診療料、区分番号B008に掲げる薬剤管理指導料、区分番号F100に掲げる処方料の注7に規定する加算及び区分番号F400に掲げる処方箋料の注5に規定する加算は、別に算定できない。

B004-1-4～B004-1-7 (略)

B004-1-8 外来腫瘍化学療法診療料

1 外来腫瘍化学療法診療料1

イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 700点

ロ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合 400点

2 外来腫瘍化学療法診療料2

イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 570点

ロ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合 270点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、悪性腫瘍を主病とする患者であって入院中の患者以外のものに対して、

2 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の歯科医師又はその指示に基づき、看護師が患者の心理的不安を軽減するための面接を行った場合に、患者1人につき6回に限り算定する。

3・4 (略)

5 3について、区分番号B008に掲げる薬剤管理指導料、区分番号F100に掲げる処方料の注7に規定する加算及び区分番号F400に掲げる処方箋料の注5に規定する加算は、別に算定できない。

B004-1-4～B004-1-7 (略)

(新設)

外来化学療法（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の実施その他の必要な治療管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料（注5、注7及び注8に規定する加算を除く。）、区分番号A002に掲げる再診料（注3、注5及び注6に規定する加算を除く。）又は区分番号B004-1-3に掲げるがん患者指導管理料の3は、別に算定できない。

2 1のイ及び2のイについては、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、月3回に限り算定する。

3 1のロ及び2のロについては、1のイ又は2のイを算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与その他の必要な治療管理を行った場合に、週1回に限り算定する。

4 退院した患者に対して退院の日から起算して7日以内に行った治療管理の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。

5 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200点を加算する

6 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、1のイを算定した患者に対して、当該保険医療機関の歯科医師又は当該歯科医師の指示に基づき薬剤師が、副作用の発現状況、治療計画等を文書により提供した上で、当該患者の状態を踏まえて必要な指導を行っ

た場合は、連携充実加算として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。

7 当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。

B004-2～B004-4からB004-6まで (略)

B004-6-2 歯科治療時医療管理料(1日につき) 45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、全身的な管理が必要な患者に対し、第8部処置(区分番号I009、I009-2及び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M003までに掲げるもの(全身麻酔下で行うものを除く。))に限る。)を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合に算定する。

2・3 (略)

B004-7及びB004-8～B006-3 (略)

B006-3-2 がん治療連携指導料 300点

注1 (略)

2 注1の規定に基づく計画策定病院への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料Ⅱ、区分番号B011に掲げる診療情報連携共有料及び区分番号B011-2に掲げる連携強化診療情報提供料の費用は、所定点数に含まれる。

3 (略)

B004-2～B004-4からB004-6まで (略)

B004-6-2 歯科治療時医療管理料(1日につき) 45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、全身的な管理が必要な患者に対し、第8部処置(区分番号I009、I009-2、I010及びI011-3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M003までに掲げるもの(全身麻酔下で行うものを除く。))に限る。)を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合に算定する。

2・3 (略)

B004-7及びB004-8～B006-3 (略)

B006-3-2 がん治療連携指導料 300点

注1 (略)

2 注1の規定に基づく計画策定病院への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料Ⅱ、区分番号B011に掲げる診療情報連携共有料及び区分番号B011-2に掲げる診療情報提供料Ⅲの費用は、所定点数に含まれる。

3 (略)

B006-3-3 (略)

B006-3-4 療養・就労両立支援指導料

1・2 (略)

注1 1については、別に厚生労働大臣が定める疾患に罹患している患者に対して、当該患者と当該患者を使用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書の内容を踏まえ、就労の状況を考慮して療養上の指導を行うとともに、当該患者の同意を得て、当該患者が勤務する事業場において選任されている労働安全衛生法第13条第1項に規定する産業医、同法第10条第1項に規定する総括安全衛生管理者、同法第12条に規定する衛生管理者若しくは同法第12条の2に規定する安全衛生推進者若しくは衛生推進者又は同法第13条の2の規定により労働者の健康管理等を行う保健師（以下「産業医等」という。）に対し、病状、治療計画、就労上の措置に関する意見等当該患者の就労と療養の両立に必要な情報を提供した場合に、月1回に限り算定する。

2 (略)

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、当該患者に対して、看護師、社会福祉士、精神保健福祉士又は歯科医師と医師との連携の下に公認心理師が相談支援を行った場合に、相談支援加算として、50点を所定点数に加算する。

4 (略)

B006-3-5 こころの連携指導料 350点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合して

B006-3-3 (略)

B006-3-4 療養・就労両立支援指導料

1・2 (略)

注1 1については、別に厚生労働大臣が定める疾患に罹患している患者に対して、当該患者と当該患者を使用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書の内容を踏まえ、就労の状況を考慮して療養上の指導を行うとともに、当該患者の同意を得て、当該患者が勤務する事業場において選任されている労働安全衛生法第13条第1項に規定する産業医、同法第10条第1項に規定する総括安全衛生管理者、同法第12条に規定する衛生管理者若しくは同法第12条の2に規定する安全衛生推進者又は同法第13条の2の規定により労働者の健康管理等を行う保健師（以下「産業医等」という。）に対し、病状、治療計画、就労上の措置に関する意見等当該患者の就労と療養の両立に必要な情報を提供した場合に、月1回に限り算定する。

2 (略)

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、当該患者に対して、看護師又は社会福祉士が相談支援を行った場合に、相談支援加算として、50点を所定点数に加算する。

4 (略)

(新設)

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、地域社会からの孤立の状況等により、精神疾患が増悪するおそれがあると認められるもの又は精神科若しくは心療内科を担当する医師による療養上の指導が必要であると判断されたものに対して、診療及び療養上必要な指導を行い、当該患者の同意を得て、精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関に対して当該患者に係る診療情報の文書による提供等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、患者1人につき月1回に限り算定する。

B 0 0 7～B 0 1 1 (略)

B 0 1 1-2 連携強化診療情報提供料 150点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす他の保険医療機関から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号A 0 0 0に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。

2 注1に該当しない場合であって、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める

B 0 0 7～B 0 1 1 (略)

B 0 1 1-2 診療情報提供料 150点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす他の保険医療機関から紹介された患者又は別に厚生労働大臣が定める患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号A 0 0 0に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。

(新設)

外来医療を提供する基幹的な病院又は診療所として都道府県が公表したものに限る。)である保険医療機関において、他の保険医療機関(許可病床の数が200未満の病院又は診療所に限る。)から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合(区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。)に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。

3 注1及び注2に該当しない場合であって、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された妊娠中の患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合(区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。)に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回(別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、産科若しくは産婦人科を標榜する保険医療機関から紹介された妊娠中の患者又は産科若しくは産婦人科を標榜する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された妊娠中の患者)について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要を認め、当該患者を紹介した他の保険

2 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、産科若しくは産婦人科を標榜する保険医療機関から紹介された注1に規定する別に厚生労働大臣が定める患者又は産科若しくは産婦人科を標榜する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された注1に規定する別に厚生労働大臣が定める患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要を認め、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合は、注1の規定にかかわらず、月1回に限り算定する。

医療機関に情報提供を行った場合にあっては、
月1回)に限り算定する。

- 4 区分番号B009に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)
(同一の保険医療機関に対して紹介を行った場
合に限る。)を算定した月は、別に算定できな
い。

B011-3・B011-4 (略)

B011-5 がんゲノムプロファイリング評価提供料

12,000点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす
保険医療機関において、医科点数表の区分番号
D006-19に掲げるがんゲノムプロファイリ
ング検査により得られた包括的なゲノムプロフ
ァイルの結果について、当該検査結果を医学的
に解釈するためのがん薬物療法又は遺伝医学に
関する専門的な知識及び技能を有する医師、遺
伝カウンセリング技術を有する者等による検討
会での検討を経た上で患者に提供し、かつ、治
療方針等について文書を用いて当該患者に説明
した場合に、患者1人につき1回に限り算定す
る。

B012~B018 (略)

第2部 在宅医療

区分

C000 歯科訪問診療料(1日につき)

1~3 (略)

注1~3 (略)

- 4 1から3までを算定する患者(歯科訪問診療
料の注13に該当する場合を除く。)について、
当該患者に対する診療時間が20分未満の場合に
おける歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯

- 3 区分番号B009に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)
(同一の保険医療機関に対して紹介を行った場
合に限る。)を算定した月は、別に算定できな
い。

B011-3・B011-4 (略)

(新設)

B012~B018 (略)

第2部 在宅医療

区分

C000 歯科訪問診療料(1日につき)

1~3 (略)

注1~3 (略)

- 4 1から3までを算定する患者(歯科訪問診療
料の注13に該当する場合を除く。)について、
当該患者に対する診療時間が20分未満の場合
は、それぞれの所定点数の100分の70に相当する

科訪問診療3についてはそれぞれ880点、253点又は111点を算定する。ただし、次のいずれかに該当する場合は、この限りではない。

イ・ロ (略)

5・6 (略)

7 別に厚生労働大臣が定める時間であって、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している時間において緊急に歯科訪問診療を行った場合、夜間（深夜を除く。）において歯科訪問診療を行った場合又は深夜において歯科訪問診療を行った場合は、緊急歯科訪問診療加算、夜間歯科訪問診療加算又は深夜歯科訪問診療加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ 緊急歯科訪問診療加算

- (1) 歯科訪問診療1を算定する場合 425点
- (2) 歯科訪問診療2を算定する場合 140点
- (3) 歯科訪問診療3を算定する場合 70点

ロ 夜間歯科訪問診療加算

- (1) 歯科訪問診療1を算定する場合 850点
- (2) 歯科訪問診療2を算定する場合 280点
- (3) 歯科訪問診療3を算定する場合 140点

ハ 深夜歯科訪問診療加算

- (1) 歯科訪問診療1を算定する場合 1,700点
- (2) 歯科訪問診療2を算定する場合 560点
- (3) 歯科訪問診療3を算定する場合 280点

8～12 (略)

13 1から3までについて、在宅療養支援歯科診

点数により算定する。ただし、次のいずれかに該当する場合は、この限りではない。

イ・ロ (略)

5・6 (略)

7 別に厚生労働大臣が定める時間において、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している場合に緊急に行う歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3についてはそれぞれ425点、140点又は70点を、夜間（深夜を除く。）における歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3についてはそれぞれ850点、280点又は140点を、深夜における歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3についてはそれぞれ1,700点、560点又は280点を所定点数に加算する。

(新設)

(新設)

(新設)

8～12 (略)

13 1から3までについて、在宅療養支援歯科診

療所1又は在宅療養支援歯科診療所2以外の診療所であつて、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさないものにおいては、次に掲げる点数により算定する。

イ 初診時 264点

ロ 再診時 56点

14・15 (略)

16 1及び2について、地域歯科診療支援病院歯科初診料、在宅療養支援歯科診療所1又は在宅療養支援歯科診療所2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、当該保険医療機関の歯科衛生士等が、過去2月以内に区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定した患者であつて、当該歯科衛生指導の実施時に当該保険医療機関の歯科医師が情報通信機器を用いて口腔内の状態等を観察したものに対して、歯科訪問診療を実施した場合は、通信画像情報活用加算として、患者1人につき月1回に限り、30点を所定点数に加算する。

C001・C001-2 (略)

C001-3 歯科疾患在宅療養管理料

1 在宅療養支援歯科診療所1の場合 340点

2 在宅療養支援歯科診療所2の場合 230点

3 (略)

注1～3 (略)

4 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な患者であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、在宅総合医療管理

療所1又は在宅療養支援歯科診療所2以外の診療所であつて、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさないものにおいては、次に掲げる点数により算定する。

イ 初診時 261点

ロ 再診時 53点

14・15 (略)

(新設)

C001・C001-2 (略)

C001-3 歯科疾患在宅療養管理料

1 在宅療養支援歯科診療所1の場合 320点

2 在宅療養支援歯科診療所2の場合 250点

3 (略)

注1～3 (略)

4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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な患者であるとして文

加算として50点を所定点数に加算する。

5～7 (略)

C001-4 (略)

C001-4-2 在宅患者歯科治療時医療管理料（1日につき
） 45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、全身的な管理が必要な患者に対し、第8部処置（区分番号I009、I009-2及び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M003まで又はM003-3に掲げるもの（全身麻酔下で行うものを除く。）に限る。）を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合に算定する。

2・3 (略)

C001-5 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料
1 10歯未満 400点
2 10歯以上20歯未満 500点
3 20歯以上 600点

注1 当該保険医療機関の歯科医師が、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、摂食機能障害又は口腔機能低下症を有し、継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、20分以上必要な指導管理を行った場合

書による診療情報の提供を受けたものに対し、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、在宅総合医療管理加算として50点を所定点数に加算する。

5～7 (略)

C001-4 (略)

C001-4-2 在宅患者歯科治療時医療管理料（1日につき
） 45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、全身的な管理が必要な患者に対し、第8部処置（区分番号I009、I009-2、I010及びI011-3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M003まで又はM003-3に掲げるもの（全身麻酔下で行うものを除く。）に限る。）を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合に算定する。

2・3 (略)

C001-5 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料
1 10歯未満 350点
2 10歯以上20歯未満 450点
3 20歯以上 550点

注1 当該保険医療機関の歯科医師が、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、摂食機能障害を有し、継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、20分以上必要な指導管理を行った場合に、月4回に限り算

に、月4回に限り算定する。

2 区分番号D002に掲げる歯周病検査、区分番号D002-5に掲げる歯周病部分的再評価検査、区分番号D002-6に掲げる口腔細菌定量検査、区分番号I011に掲げる歯周基本治療、区分番号I011-2に掲げる歯周病安定期治療、区分番号I011-2-3に掲げる歯周病重症化予防治療、区分番号I029-2に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、区分番号I030に掲げる機械的歯面清掃処置及び区分番号H001に掲げる摂食機能療法は所定点数に含まれ、別に算定できない。

3・4 (略)

5 在宅療養支援歯科診療所1又は在宅療養支援歯科診療所2の歯科医師が、当該指導管理を実施した場合は、在宅療養支援歯科診療所加算1又は在宅療養支援歯科診療所加算2として、それぞれ145点又は80点を所定点数に加算する。ただし、注4に規定する加算を算定している場合は、算定できない。

6・7 (略)

C001-6 小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料 600点

注1 当該保険医療機関の歯科医師が、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した18歳未満の患者であって、継続的な歯科疾患の管理が必要なもの又は18歳に達した日前に当該管理料を算定した患者であって、同日以後も継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該

定する。

2 区分番号D002に掲げる歯周病検査、区分番号D002-5に掲げる歯周病部分的再評価検査、区分番号I011に掲げる歯周基本治療、区分番号I011-2に掲げる歯周病安定期治療Ⅱ、区分番号I011-2-2に掲げる歯周病安定期治療Ⅲ、区分番号I011-2-3に掲げる歯周病重症化予防治療、区分番号I011-3に掲げる歯周基本治療処置、区分番号I029-2に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、区分番号I030に掲げる機械的歯面清掃処置及び区分番号H001に掲げる摂食機能療法は所定点数に含まれ、別に算定できない。

3・4 (略)

5 在宅療養支援歯科診療所1又は在宅療養支援歯科診療所2の歯科医師が、当該指導管理を実施した場合は、在宅療養支援歯科診療所加算1又は在宅療養支援歯科診療所加算2として、それぞれ125点又は100点を所定点数に加算する。ただし、注4に規定する加算を算定している場合は、算定できない。

6・7 (略)

C001-6 小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料 450点

注1 当該保険医療機関の歯科医師が、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した15歳未満の患者であって、継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該患者又はその家族の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、20分以上必要な指導管理

患者又はその家族の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、20分以上必要な指導管理を行った場合に、月4回に限り算定する。

- 2 区分番号D002に掲げる歯周病検査、区分番号D002-5に掲げる歯周病部分的再評価検査、区分番号D002-6に掲げる口腔細菌定量検査、区分番号H001に掲げる摂食機能療法、区分番号I011に掲げる歯周基本治療、区分番号I011-2に掲げる歯周病安定期治療、区分番号I011-2-3に掲げる歯周病重症化予防治療、区分番号I029-2に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置及び区分番号I030に掲げる機械的歯面清掃処置は所定点数に含まれ、別に算定できない。

3・4 (略)

- 5 在宅療養支援歯科診療所1又は在宅療養支援歯科診療所2の歯科医師が、当該指導管理を実施した場合は、在宅療養支援歯科診療所加算1又は在宅療養支援歯科診療所加算2として、それぞれ145点又は80点を加算する。ただし、注4に規定する加算を算定している場合は、算定できない。

6・7 (略)

C002 救急搬送診療料 1,300点

注1・2 (略)

- 3 注1に規定する場合であって、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が、重篤な患者に対して当該診療を行った場合には、重症患者搬送加算として、1,800点を所定点

を行った場合に、月4回に限り算定する。

- 2 区分番号D002に掲げる歯周病検査、区分番号H001に掲げる摂食機能療法、区分番号I011に掲げる歯周基本治療、区分番号I011-3に掲げる歯周基本治療処置、区分番号I029-2に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置及び区分番号I030に掲げる機械的歯面清掃処置は所定点数に含まれ、別に算定できない。

3・4 (略)

- 5 在宅療養支援歯科診療所1又は在宅療養支援歯科診療所2の歯科医師が、当該指導管理を実施した場合は、在宅療養支援歯科診療所加算1又は在宅療養支援歯科診療所加算2として、それぞれ125点又は100点を加算する。ただし、注4に規定する加算を算定している場合は、算定できない。

6・7 (略)

C002 救急搬送診療料 1,300点

注1・2 (略)

(新設)

数に加算する。

C003～C008 (略)

第3部 検査

通則

(略)

第1節 検査料

区分

(歯科一般検査)

D000～D002-5 (略)

D002-6 口腔細菌定量検査(1回につき) 130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、口腔細菌定量検査を行った場合に、月2回に限り算定する。

2 同一の患者につき1月以内に口腔細菌定量検査を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。

3 区分番号D002に掲げる歯周病検査又は区分番号D002-5に掲げる歯周病部分的再評価検査を算定した月は、別に算定できない。

D003からD008まで・D009 (略)

D010 歯冠補綴時色調採得検査(1枚につき) 10点

注 前歯部に対し、区分番号M011に掲げるレジン前装金属冠、区分番号M011-2に掲げるレジン前装チタン冠、区分番号M015の2に掲げる硬質レジンジャケット冠又は区分番号M015-2に掲げるCAD/CAM冠を製作する場合において、硬質レジン部の色調を決定することを目的として、色調見本とともに当該歯冠補綴を行う部位の口腔内写真を撮影した場合に算定する。

C003～C008 (略)

第3部 検査

通則

(略)

第1節 検査料

区分

(歯科一般検査)

D000～D002-5 (略)

(新設)

D003からD008まで・D009 (略)

D010 歯冠補綴時色調採得検査(1枚につき) 10点

注 前歯部に対し、区分番号M011に掲げるレジン前装金属冠又は区分番号M015の2に掲げる硬質レジンジャケット冠を製作する場合において、硬質レジン部の色調を決定することを目的として、色調見本とともに当該歯冠補綴を行う部位の口腔内写真を撮影した場合に算定する。

D011～D014 (略)

第2節 (略)

第4部 画像診断

通則

1～4 (略)

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、電子画像管理加算として、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できない。

イ～ハ (略)

ニ 歯科部分パノラマ断層撮影の場合（1口腔1回につき）

10点

ホ 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、2のロ及び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70点を所定点数に加算する。ただし、歯科画像診断管理加算2を算定する場合はこの限りでない。

7 (略)

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、2のロ及び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

D011～D014 (略)

第2節 (略)

第4部 画像診断

通則

1～4 (略)

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、電子画像管理加算として、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できない。

イ～ハ (略)

(新設)

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70点を所定点数に加算する。ただし、歯科画像診断管理加算2を算定する場合はこの限りでない。

7 (略)

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

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。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。

9～11 (略)

第1節 診断料

区分

E000 写真診断

1 (略)

2 特殊撮影

イ (略)

ロ 歯科部分パノラマ断層撮影（1口腔1回につき） 20点

ハ イ及びロ以外の場合（一連につき） 96点

3・4 (略)

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のイ及びハ並びに3に係るものを除く。）の費用については、各区分の所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

2 (略)

第2節 撮影料

区分

E100 歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織

1 (略)

2 特殊撮影

イ (略)

ロ 歯科部分パノラマ断層撮影の場合（1口腔1

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。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。

9～11 (略)

第1節 診断料

区分

E000 写真診断

1 (略)

2 特殊撮影

イ (略)

(新設)

ロ 歯科パノラマ断層撮影以外の場合（一連につき） 96点

3・4 (略)

注1 一連の症状を確認するため、同一部位に対して撮影を行った場合における2枚目以降の撮影に係る写真診断（2及び3に係るものを除く。）の費用については、各区分の所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

2 (略)

第2節 撮影料

区分

E100 歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織

1 (略)

2 特殊撮影

イ (略)

(新設)

回につき)

28点

ハ イ及びロ以外の場合（一連につき）

(1)・(2) (略)

3・4 (略)

注1～4 (略)

E101 (略)

第3節・第4節 (略)

第5部 (略)

第6部 注射

通則

1～5 (略)

6 区分番号G001に掲げる静脈内注射、G002に掲げる動脈注射、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注射について、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（悪性腫瘍を主病とする患者を除く。）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。

イ 外来化学療法加算1

(1) 15歳未満の患者の場合 670点

(削る)

(削る)

(2) 15歳以上の患者の場合 450点

(削る)

(削る)

ロ 外来化学療法加算2

ロ 歯科パノラマ断層撮影以外の場合（一連につき）

(1)・(2) (略)

3・4 (略)

注1～4 (略)

E101 (略)

第3節・第4節 (略)

第5部 (略)

第6部 注射

通則

1～5 (略)

6 区分番号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注射について、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。

イ 外来化学療法加算1

(1) 抗悪性腫瘍剤を注射した場合

① 15歳未満 820点

② 15歳以上 600点

(2) 抗悪性腫瘍剤以外の薬剤を注射した場合

① 15歳未満 670点

② 15歳以上 450点

ロ 外来化学療法加算2

(1) <u>15歳未満の患者の場合</u>	<u>640点</u>
(削る)	
(削る)	
(2) <u>15歳以上の患者の場合</u>	<u>370点</u>
(削る)	
(削る)	
(削る)	

7 前号に規定する場合であつて、当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り150点を更に所定点数に加算する。

8・9 (略)
第1節 注射料

通則
(略)

第1款 注射実施料

区分

G 0 0 0	皮内、皮下及び筋肉内注射（1回につき）	<u>22点</u>
	注 (略)	
G 0 0 1	静脈内注射（1回につき）	<u>34点</u>
	注1 (略)	
	2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、 <u>48点</u> を所定点数に加算する。	
	3 (略)	

(1) <u>抗悪性腫瘍剤を注射した場合</u>	
① 15歳未満	<u>740点</u>
② 15歳以上	<u>470点</u>
(2) <u>抗悪性腫瘍剤以外の薬剤を注射した場合</u>	
① 15歳未満	<u>640点</u>
② 15歳以上	<u>370点</u>

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保険医療機関において、前号のイの(1)を算定した患者に対して、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、副作用の発現状況、治療計画等を文書により提供した上で、患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合に、連携充実加算として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。

(新設)

8・9 (略)
第1節 注射料

通則
(略)

第1款 注射実施料

区分

G 0 0 0	皮内、皮下及び筋肉内注射（1回につき）	<u>20点</u>
	注 (略)	
G 0 0 1	静脈内注射（1回につき）	<u>32点</u>
	注1 (略)	
	2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、 <u>45点</u> を所定点数に加算する。	
	3 (略)	

G002・G003 (略)

G004 点滴注射 (1日につき)

- 1 6歳未満の乳幼児に対するもの (1日分の注射量が100mL以上の場合) 101点
- 2 1に掲げる者以外の者に対するもの (1日分の注射量が500mL以上の場合) 99点
- 3 その他の場合 (入院中の患者以外の患者に限る。)

注1 (略)

- 2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、46点を所定点数に加算する。

3・4 (略)

G005～G008 (略)

第2款 (略)

第2節・第3節 (略)

第7部 リハビリテーション

通則

(略)

第1節 リハビリテーション料

区分

H000～H000-3 (略)

H001 摂食機能療法 (1日につき)

1・2 (略)

注1・2 (略)

- 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、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な指導管理を行った場合は、摂食嚥下機能回復体制加算として、当該基準に係る区分に従い、患者 (ハについては、療養病棟入院料1又は療養病棟入院料2を現に算定している

G002・G003 (略)

G004 点滴注射 (1日につき)

- 1 6歳未満の乳幼児に対するもの (1日分の注射量が100mL以上の場合) 99点
- 2 1に掲げる者以外の者に対するもの (1日分の注射量が500mL以上の場合) 98点
- 3 その他の場合 (入院中の患者以外の患者に限る。)

注1 (略)

- 2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、45点を所定点数に加算する。

3・4 (略)

G005～G008 (略)

第2款 (略)

第2節・第3節 (略)

第7部 リハビリテーション

通則

(略)

第1節 リハビリテーション料

区分

H000～H000-3 (略)

H001 摂食機能療法 (1日につき)

1・2 (略)

注1・2 (略)

- 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、当該保険医療機関の保険医、看護師、言語聴覚士、薬剤師、管理栄養士等が共同して、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な指導管理を行った場合に、摂食嚥下支援加算として、週1回に限り200点を所定点数に

	ものに限る。) 1人につき週1回に限り次に掲げる点数を所定点数に加算する。	
	イ 摂食嚥下機能回復体制加算1	210点
	ロ 摂食嚥下機能回復体制加算2	190点
	ハ 摂食嚥下機能回復体制加算3	120点
	4 (略)	
H001-2~H008	(略)	
第2節	(略)	
第8部	処置	
通則		
	(略)	
第1節	処置料	
区分		
	(歯の疾患の処置)	
I000~I000-3	(略)	
I001	歯髄保護処置(1歯につき)	
1	歯髄温存療法	190点
2	直接歯髄保護処置	152点
3	間接歯髄保護処置	36点
注1	(略)	
	2 特定薬剤の費用及び特定保険医療材料料は、所定点数に含まれる。	
I001-2~I004	(略)	
I005	抜髄(1歯につき)	
1	単根管	232点
2	2根管	424点
3	3根管以上	598点
注1~3	(略)	
I006	感染根管処置(1歯につき)	
1	単根管	158点
2	2根管	308点

	加算する。	
	(新設)	
	(新設)	
	(新設)	
	4 (略)	
H001-2~H008	(略)	
第2節	(略)	
第8部	処置	
通則		
	(略)	
第1節	処置料	
区分		
	(歯の疾患の処置)	
I000~I000-3	(略)	
I001	歯髄保護処置(1歯につき)	
1	歯髄温存療法	188点
2	直接歯髄保護処置	150点
3	間接歯髄保護処置	34点
注1	(略)	
	2 特定薬剤及び特定保険医療材料の費用は、所定点数に含まれる。	
I001-2~I004	(略)	
I005	抜髄(1歯につき)	
1	単根管	230点
2	2根管	422点
3	3根管以上	596点
注1~3	(略)	
I006	感染根管処置(1歯につき)	
1	単根管	156点
2	2根管	306点

