

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 |
|--|--|
| 別表第二 歯科診療報酬点数表 [目次] 第1章 基本診療料 第1部 (略) 第2部 入院料等 第1節～第4節 (略) (削る) 第2章 特掲診療料 第1部～第7部 (略) 第8部 処置 第1節・第2節 (略) <u>第3節 薬剤料</u> <u>第4節 特定薬剤料</u> <u>第5節 特定保険医療材料料</u> 第9部～第14部 (略) <u>第15部 その他</u> (削る) 第1章 基本診療料 第1部 初・再診料 通則 1～3 (略) 第1節 初診料 区分 A000 初診料 1 歯科初診料 <u>267点</u> 2 地域歯科診療支援病院歯科初診料 <u>291点</u> | 別表第二 歯科診療報酬点数表 [目次] 第1章 基本診療料 第1部 (略) 第2部 入院料等 第1節～第4節 (略) <u>第5節 看護職員処遇改善評価料</u> 第2章 特掲診療料 第1部～第7部 (略) 第8部 処置 第1節・第2節 (略) (新設) <u>第3節 特定薬剤料</u> <u>第4節 特定保険医療材料料</u> 第9部～第14部 (略) (新設) <u>第3章 経過措置</u> 第1章 基本診療料 第1部 初・再診料 通則 1～3 (略) 第1節 初診料 区分 A000 初診料 1 歯科初診料 <u>264点</u> 2 地域歯科診療支援病院歯科初診料 <u>288点</u> |

注1～5 (略)

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(歯科診療特別対応加算3を算定する場合を除く。)は、歯科診療特別対応加算1として、175点を所定点数に加算し、著しく歯科診療が困難な者に対し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て初診を行った場合又は個室若しくは陰圧室において診療を行う必要性が特に高い患者に対して個室若しくは陰圧室において初診を行った場合(歯科診療特別対応加算3を算定する場合を除く。)は、歯科診療特別対応加算2として、250点を所定点数に加算し、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第6条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症、同条第8項に規定する指定感染症又は同条第9項に規定する新感染症の患者に対して初診を行った場合は、歯科診療特別対応加算3として、500点を所定点数に加算する。ただし、歯科診療特別対応加算1、歯科診療特別対応加算2又は歯科診療特別対応加算3を算定する患者について、当該患者に対する診療時間が1時間を超えた場合は、30分又はその端数を増すごとに、100点を更に所定点数に加算する。

7・8 (略)

(削る)

注1～5 (略)

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、歯科診療特別対応加算として、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、初診時歯科診療導入加算として、250点)を所定点数に加算する。

7・8 (略)

9 1及び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、歯科外来診療の総合的な歯科医療環境の体制整備に係る取組を行った場合は、それぞれ歯科外来診療環境体制加算1又は歯科外来診療環境体制

9 1及び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、歯科外来診療における医療安全対策に係る取組を行った場合は、それぞれ歯科外来診療医療安全対策加算1又は歯科外来診療医療安全対策加算2として、初診時1回に限り12点又は13点を所定点数に加算する。

10 1及び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、歯科外来診療における院内感染防止対策に係る取組を行った場合は、それぞれ歯科外来診療感染対策加算1若しくは歯科外来診療感染対策加算2又は歯科外来診療感染対策加算3若しくは歯科外来診療感染対策加算4として、初診時1回に限り12点若しくは14点又は13点若しくは15点を所定点数に加算する。

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、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若しくは区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する歯科診療特別対応加算1を算定した患者又は著しく歯科診療が困難な者であって注6若しくは区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する歯科診療特別対応加算2若しくは歯科診療特別対応加算3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

加算2として、初診時1回に限り23点又は25点を所定点数に加算する。

(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150点を所定点数に加算する。

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150点を所定点数に加算する。

12 歯科診療を実施している保険医療機関（診療所（注11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11に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に限る。）において注6若しくは区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する歯科診療特別対応加算1を算定した患者又は著しく歯科診療が困難な者であって注6若しくは区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する歯科診療特別対応加算2若しくは歯科診療特別対応加算3を算定した患者に対して、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受けた上で、外来において初診を行った場合は、歯科診療特別対応地域支援加算として、月1回に限り100点を所定点数に加算する。

13 削除
(削る)

11 歯科診療を実施している保険医療機関（診療所（注10に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を除く。）に限る。）において、他の保険医療機関（注10に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に限る。）において注6又は区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する加算を算定した患者に対して、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受けた上で、外来において初診を行った場合は、歯科診療特別対応地域支援加算として、月1回に限り100点を所定点数に加算する。

12 削除

13 初診に係る十分な情報を取得する体制として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初診を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算1として、月1回に限り4点を所定点数に加算する。ただし、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を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る

14 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十分な情報を取得した上で初診を行った場合は、医療情報取得加算1として、月1回に限り3点を所定点数に加算する。ただし、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を取得等した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の提供を受けた場合にあつては、医療情報取得加算2として、月1回に限り1点を所定点数に加算する。

15 医療DX推進に係る体制とし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初診を行った場合は、医療DX推進体制整備加算として、月1回に限り6点を所定点数に加算する。

16 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、特に情報通信機器を用いた歯科診療を行うことが必要と認められるものに対して、情報通信機器を用いた初診を行った場合には、注1に規定する届出の有無にかかわらず、1の歯科初診料又は2の地域歯科診療支援病院歯科初診料について、所定点数に代えて、233点を算定する。

A001 (略)

診療情報の提供を受けた場合にあつては、医療情報・システム基盤整備体制充実加算2として、月1回に限り2点を所定点数に加算する。

(新設)

(新設)

(新設)

A001 (略)

第2節 再診料

区分

A002 再診料

- 1 歯科再診料 58点
- 2 地域歯科診療支援病院歯科再診料 75点

注1～3 (略)

4 著しく歯科診療が困難な者に対して再診を行った場合(歯科診療特別対応加算3を算定する場合を除く。)は、歯科診療特別対応加算1として、175点を所定点数に加算し、著しく歯科診療が困難な者に対し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て再診を行った場合又は個室若しくは陰圧室において診療を行う必要性が特に高い患者に対して個室若しくは陰圧室において再診を行った場合(歯科診療特別対応加算3を算定する場合を除く。)は、歯科診療特別対応加算2として、250点を所定点数に加算し、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第6条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症、同条第8項に規定する指定感染症又は同条第9項に規定する新感染症の患者に対して再診を行った場合は、歯科診療特別対応加算3として、500点を所定点数に加算する。ただし、歯科診療特別対応加算1、歯科診療特別対応加算2又は歯科診療特別対応加算3を算定する患者について、当該患者に対する診療時間が1時間を超えた場合は、30分又はその端数を増すごとに、100点を更に所定点数に加算する。

5・6 (略)

7 患者又はその看護に当たっている者から電話

第2節 再診料

区分

A002 再診料

- 1 歯科再診料 56点
- 2 地域歯科診療支援病院歯科再診料 73点

注1～3 (略)

4 著しく歯科診療が困難な者に対して再診を行った場合は、歯科診療特別対応加算として、175点を所定点数に加算する。

5・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11に規定する加算は算定しない。

(削る)

8 1及び2については、区分番号A000に掲げる初診料の注9に規定する歯科外来診療医療安全対策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、歯科外来診療における医療安全対策に係る取組を行った場合は、それぞれ歯科外来診療医療安全対策加算1又は歯科外来診療医療安全対策加算2として、2点又は3点を所定点数に加算する。

9 1及び2については、区分番号A000に掲げる初診料の注10に規定する歯科外来診療感染対策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、歯科外来診療における院内感染防止対策に係る取組を行った場合は、それぞれ歯科外来診療感染対策加算1若しくは歯科外来診療感染対策加算2又は歯科外来診療感染対策加算3若しくは歯科外来診療感染対策加算4として、

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 1及び2については、区分番号A000に掲げる初診料の注9に規定する歯科外来診療環境体制加算に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科外来診療の総合的な歯科医療環境の体制整備に係る取組を行った場合は、それぞれ再診時歯科外来診療環境体制加算1又は再診時歯科外来診療環境体制加算2として、3点又は5点を所定点数に加算する。

(新設)

(新設)

2点若しくは4点又は3点若しくは5点を所定点数に加算する。

10 個別の費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）を受診した患者については、明細書発行体制等加算として、1点を所定点数に加算する。

(削る)

11 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十分な情報を取得した上で再診を行った場合は、医療情報取得加算3として、3月に1回に限り2点を所定点数に加算する。ただし、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を取得等した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の提供を受けた場合にあつては、医療情報取得加算4として、3月に1回に限り1点を所定点数に加算する。

12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合し

9 個別の費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）を受診した患者については、明細書発行体制等加算として、1点を所定点数に加算する。

10 再診に係る十分な情報を取得する体制として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再診を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算3として、月1回に限り2点を所定点数に加算する。ただし、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を取得等した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の提供を受けた場合にあつては、この限りでない。

(新設)

(新設)

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、特に情報通信機器を用いた歯科診療を行うことが必要と認められるものに対して、情報通信機器を用いた再診を行った場合には、注1に規定する届出の有無にかかわらず、1の歯科再診料又は2の地域歯科診療支援病院歯科再診料について、所定点数に代えて、51点を算定する。

第2部 入院料等

通則

1～5 (略)

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、栄養管理体制、意思決定支援及び身体的拘束最小化について、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。）、第3節及び第4節（短期滞在手術等基本料1を除く。）の各区分に掲げるそれぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数を算定する。ただし、歯科診療のみを行う保険医療機関にあっては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、当該入院料の所定点数を算定する。

7 (略)

8 第6号本文に規定する別に厚生労働大臣が定める基準（歯科診療のみを行う保険医療機関にあっては、第6号ただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める基準）のうち、身体的拘束最小化に関する基準を満たすことができない保険医療機関については、第1節（特別入院基本料等を除く。）、第3節及び第4節（短期滞在手術等基本料1を除く。）の各区分に掲げるそれぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数から1日につき40点を減算する。

第1節 (略)

第2節 入院基本料等加算

第2部 入院料等

通則

1～5 (略)

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、歯科診療のみを行う保険医療機関にあっては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、当該入院料の所定点数を算定する。

7 (略)

(新設)

第1節 (略)

第2節 入院基本料等加算

通則

1・2 (略)

区分

A200～A207 (略)

A208 特定感染症入院医療管理加算

A208-2～A216 (略)

A216-2 特定感染症患者療養環境特別加算

A217～A221-3 (略)

A221-4 小児緩和ケア診療加算

A222 (略)

A223 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算

A223-2～A227-5 (略)

A227-6 医療的ケア児(者)入院前支援加算

A228～A243 (略)

A243-2 バイオ後続品使用体制加算

A244～A246 (略)

A250 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厚生局長等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又は区分番号A000に掲げる初診料の注6若しくは区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する歯科診療特別対応加算1、歯科診療特別対応加算2又は歯科診療特別対応加算3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、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C001-5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号C001-6に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指

通則

1・2 (略)

区分

A200～A207 (略)

A208 削除

A208-2～A216 (略)

A216-2 二類感染症患者療養環境特別加算

A217～A221-3 (略)

(新設)

A222 (略)

A223 削除

A223-2～A227-5 (略)

(新設)

A228～A243 (略)

(新設)

A244～A246 (略)

A250 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厚生局長等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又は区分番号A000に掲げる初診料の注6若しくは区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する加算を算定した患者であって、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、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C001-5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号C001-6に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導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

導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る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（特別入院基本料等を含む。）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。

第3節 特定入院料

通則

(略)

区分

A300～A306 (略)

A307 地域包括医療病棟入院料

第4節 (略)

(削る)

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

区分

B000～B000-3 (略)

療機関から文書による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（特別入院基本料等を含む。）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。

第3節 特定入院料

通則

(略)

区分

A300～A306 (略)

(新設)

第4節 (略)

第5節 看護職員処遇改善評価料

区分

A500 看護職員処遇改善評価料

注 医科点数表の区分番号A500に掲げる看護職員処遇改善評価料の注に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術等基本料を算定しているものについて、医科点数表の区分番号A500に掲げる看護職員処遇改善評価料の例により算定する。

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

区分

B000～B000-3 (略)

B000-4 歯科疾患管理料 100点

注1・2 (略)

3 区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅰ、区分番号B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅱ、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅲ、区分番号B000-9に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅳ、区分番号B000-11に掲げる回復期等口腔機能管理料、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、区分番号C001-6に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション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た患者に対して、当該管理の終了後に療養上の必要があって歯科疾患の継続的な管理を行う場合は、区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅰ、区分番号B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅱ、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅲ、区分番号B000-9に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅳ、区分番号B000-11に掲げる回復期等口腔機能管理料、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、区分番号C001-6に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号N002に掲げる歯科矯正

B000-4 歯科疾患管理料 100点

注1・2 (略)

3 区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅰ、区分番号B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅱ、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料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C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、区分番号C001-6に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション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た患者に対して、当該管理の終了後に療養上の必要があって歯科疾患の継続的な管理を行う場合は、区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅰ、区分番号B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅱ、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料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C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、区分番号C001-6に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション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た日の属する月の翌月以降から算定する。

管理料を算定した日の属する月の翌月以降から算定する。

4～6 (略)

7 歯科疾患管理料を算定した月において、区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料^Ⅰ、区分番号B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料^Ⅱ、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料^Ⅲ、区分番号B000-9に掲げる周術期等口腔機能管理料^Ⅳ、区分番号B000-11に掲げる回復期等口腔機能管理料、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、区分番号C001-6に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導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。

8・9 (略)

(削る)

10 (略)

4～6 (略)

7 歯科疾患管理料を算定した月において、区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料^Ⅰ、区分番号B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料^Ⅱ、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料^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C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、区分番号C001-6に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導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。

8・9 (略)

10 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所（歯科疾患の管理が必要な患者に対し、定期的かつ継続的な口腔の管理を行う診療所であって、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ものをいう。以下この表において同じ。）において、エナメル質初期う蝕に罹患している患者に対して、管理及び療養上必要な指導等を行い、その内容について説明を行った場合は、エナメル質初期う蝕管理加算として、260点を所定点数に加算する。

11 (略)

11 初診日の属する月から起算して6月を超えて
歯科疾患の管理及び療養上必要な指導を行った
場合は、長期管理加算として、次に掲げる点数
をそれぞれ所定点数に加算する。

イ 区分番号B000-4-2に掲げる小児口
腔機能管理料の注3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
出た診療所である保険医療機関の場合 120点

ロ (略)

B000-4-2 小児口腔機能管理料 60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
の発達不全を有する18歳未満の児童に対して、
口腔機能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、当該管理計画に基づき、口腔
機能の管理を行った場合に、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診
療所である保険医療機関において、口腔機能の
管理を行った場合は、口腔管理体制強化加算と
して、50点を所定点数に加算する。

4 小児口腔機能管理料を算定した月において、
区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機
能管理料Ⅰ、区分番号B000-7に掲げる周
術期等口腔機能管理料Ⅱ、区分番号B000-
8に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅲ、区分番
号B000-9に掲げる周術期等口腔機能管理

12 初診日の属する月から起算して6月を超えて
歯科疾患の管理及び療養上必要な指導を行った
場合は、長期管理加算として、次に掲げる点数
をそれぞれ所定点数に加算する。

イ かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の
場合 120点

ロ (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
の発達不全を有する18歳未満の児童に対して、
口腔機能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 (略)

(新設)

3 小児口腔機能管理料を算定した月において、
区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機
能管理料Ⅰ、区分番号B000-7に掲げる周
術期等口腔機能管理料Ⅱ、区分番号B000-
8に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅲ、区分番
号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理

料Ⅲ、区分番号B000-11に掲げる回復期等口腔機能管理料、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C001-6に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導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。

- 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、特に情報通信機器を用いた歯科診療を行うことが必要と認められるもの（過去に小児口腔機能管理料を算定した患者に限る。）に対して、小児口腔機能管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、53点を算定する。

B000-4-3 口腔機能管理料 60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、口腔機能の低下を来しているものに対して、口腔機能の回復又は維持を目的として、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、当該管理計画に基づき、口腔機能の管理を行った場合に、月1回に限り算定する。

2 (略)

- 3 区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料の注3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診療所である保険医療機関において、口腔機能の管理を行った場合は、口腔管理体制強化加算として50点を所定点数に加算する。

料、区分番号C001-6に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導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。

(新設)

B000-4-3 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、口腔機能の低下を来しているものに対して、口腔機能の回復又は維持を目的として、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 (略)

(新設)

4 口腔機能管理料を算定した月において、区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅰ、区分番号B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅱ、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅲ、区分番号B000-9に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅳ、区分番号B000-11に掲げる回復期等口腔機能管理料、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C001-5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料及び区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は、算定できない。

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、特に情報通信機器を用いた歯科診療を行うことが必要と認められるもの（過去に口腔機能管理料を算定した患者に限る。）に対して、口腔機能管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、53点を算定する。

B000-5 周術期等口腔機能管理計画策定料 300点

注1 がん等に係る手術（歯科疾患に係る手術については、入院期間が2日を超えるものに限る。）又は放射線治療、化学療法、集中治療室における治療若しくは緩和ケア（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、周術期等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、その内容について説

3 口腔機能管理料を算定した月において、区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅰ、区分番号B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅱ、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅲ、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料及び区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は、算定できない。

(新設)

B000-5 周術期等口腔機能管理計画策定料 300点

注1 がん等に係る手術又は放射線治療、化学療法若しくは緩和ケア（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、周術期等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、その内容について説明を行い、当該管理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

明を行い、当該管理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 歯科診療を実施している保険医療機関又は手術等を実施する保険医療機関において、区分番号N001に掲げる顎口腔機能診断料を算定した患者に対して、顎離断等の手術に係る注1に規定する管理計画を策定した場合（当該顎離断等の手術に当たって、全身的な管理が必要な患者に対して、当該管理計画を策定した場合を除く。）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B000-10に掲げる回復期等口腔機能管理計画策定料、区分番号B009に掲げる診療情報提供料Ⅱ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 周術期等口腔機能管理料Ⅱ

1・2 (略)

注1 がん等に係る手術（歯科疾患に係る手術については、入院期間が2日を超えるものに限る。）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、区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注1に規定する管理計画に基づき、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

り算定する。

(新設)

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Ⅱ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 周術期等口腔機能管理料Ⅱ

1・2 (略)

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、区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注1に規定する管理計画に基づき、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

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3回に限り算定する。ただし、区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注2に規定する場合に策定した管理計画に基づき、歯科医師が口腔機能の管理等を行う場合は、算定できない。

2 周術期等口腔機能管理料(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B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号B000-4-3に掲げる口腔機能管理料、区分番号B000-11に掲げる回復期等口腔機能管理料、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号B004-6-2に掲げる歯科治療時医療管理料、区分番号B006-3-2に掲げるがん治療連携指導料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-4-2に掲げる在宅患者歯科治療時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 周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)

1・2 (略)

注1 がん等に係る手術(歯科疾患に係る手術については、入院期間が2日を超えるものに限る。)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、区分番号B00

に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、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3回に限り算定する。

2 周術期等口腔機能管理料(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B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号B000-4-3に掲げる口腔機能管理料、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号B004-6-2に掲げる歯科治療時医療管理料、区分番号B006-3-2に掲げるがん治療連携指導料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-4-2に掲げる在宅患者歯科治療時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 周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)

1・2 (略)

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、区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注1に規定する管理計画

0-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注1に規定する管理計画に基づき、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、当該保険医療機関に属する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、月2回に限り算定する。

2 周術期等口腔機能管理料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B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号B000-4-3に掲げる口腔機能管理料、区分番号B000-11に掲げる回復期等口腔機能管理料、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号B004-6-2に掲げる歯科治療時医療管理料、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C001-4-2に掲げる在宅患者歯科治療時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 周術期等口腔機能管理料Ⅲ 200点

注1 がん等に係る放射線治療、化学療法、集中治療室における治療又は緩和ケア（以下「放射線治療等」という。）を実施する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、区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注1に規定する管理計画に基づき、他の保険医療機関又は同一の保険医療機関に入院中の患者以外の

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、当該保険医療機関に属する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、月2回に限り算定する。

2 周術期等口腔機能管理料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B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号B000-4-3に掲げる口腔機能管理料、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号B004-6-2に掲げる歯科治療時医療管理料、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C001-4-2に掲げる在宅患者歯科治療時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 周術期等口腔機能管理料Ⅲ 200点

注1 がん等に係る放射線治療、化学療法又は緩和ケアを実施する患者（以下「放射線治療等を実施する患者」という。）の口腔機能を管理するため、歯科診療を実施している保険医療機関において、区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注1に規定する管理計画に基づき、他の保険医療機関又は同一の保険医療機関において放射線治療等を実施する

患者であって、放射線治療等を実施するものに対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から月1回に限り算定する。

2 区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から起算して6月を超えて、注1に規定する管理を行った場合は、長期管理加算として50点を所定点数に加算する。

3 周術期等口腔機能管理料Ⅲを算定した月において、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号B000-4-3に掲げる口腔機能管理料、区分番号B000-11に掲げる回復期等口腔機能管理料、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号B004-6-2に掲げる歯科治療時医療管理料、区分番号B006-3-2に掲げるがん治療連携指導料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-4-2に掲げる在宅患者歯科治療時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。

B000-9 周術期等口腔機能管理料Ⅲ 200点

注1 放射線治療等を実施する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、区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注1に規定

患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から月1回に限り算定する。

(新設)

2 周術期等口腔機能管理料Ⅲを算定した月において、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号B000-4-3に掲げる口腔機能管理料、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号B004-6-2に掲げる歯科治療時医療管理料、区分番号B006-3-2に掲げるがん治療連携指導料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、C001-4-2に掲げる在宅患者歯科治療時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。

(新設)

する管理計画に基づき、他の保険医療機関又は同一の保険医療機関に入院中の患者であって、放射線治療等を実施するものに対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から起算して3月以内においては月2回に限り、その他の月においては月1回に限り算定する。

2 区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から起算して6月を超えて、注1に規定する管理を行った場合は、長期管理加算として50点を所定点数に加算する。

3 周術期等口腔機能管理料Ⅳ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B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号B000-4-3に掲げる口腔機能管理料、区分番号B000-11に掲げる回復期等口腔機能管理料、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号B004-6-2に掲げる歯科治療時医療管理料、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C001-4-2に掲げる在宅患者歯科治療時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。

B000-10 回復期等口腔機能管理計画策定料 300点

注1 医科点数表の区分番号A101に掲げる療養病棟入院基本料、区分番号A308に掲げる回

(新設)

復期リハビリテーション病棟入院料又は区分番号A308-3に掲げる地域包括ケア病棟入院料を算定する患者に対して、歯科診療を実施している保険医療機関において、リハビリテーション等を行う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、回復期等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、その内容について説明を行い、当該管理計画を文書により提供した場合に、当該リハビリテーション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B000-5に掲げる周術期等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、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Ⅱ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。

B000-11 回復期等口腔機能管理料 200点

(新設)

注1 医科点数表の区分番号A101に掲げる療養病棟入院基本料、区分番号A308に掲げる回復期リハビリテーション病棟入院料又は区分番号A308-3に掲げる地域包括ケア病棟入院料を算定する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、区分番号B000-10に掲げる回復期等口腔機能管理計画策定料の注1に規定する管理計画に基づき、リハビリテーション等を行う他の保険医療機関又は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

より提供した場合は、当該患者につき、区分番号B000-10に掲げる回復期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から月1回に限り算定する。

2 回復期等口腔機能管理料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B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号B000-4-3に掲げる口腔機能管理料、区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅰ、区分番号B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅱ、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅲ、区分番号B000-9に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅳ、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号B004-6-2に掲げる歯科治療時医療管理料、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C001-4-2に掲げる在宅患者歯科治療時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。

B000-12 根面う蝕管理料 30点

(新設)

注1 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料若しくは区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者（65歳以上のものに限る。）又は区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者であって、初期の根面う蝕に罹患しているものに対して、当該う蝕の評価に基づく管理計画を作成するとともに、その内容について説明を行い、非切削による当該う蝕の管理を行う場合に、月1回に

限り算定する。

- 2 区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料の注3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診療所である保険医療機関が当該管理を行う場合は、口腔管理体制強化加算として、48点を所定点数に加算する。

B000-13 エナメル質初期う蝕管理料 30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、エナメル質初期う蝕に罹患しているものに対して、当該う蝕の評価に基づく管理計画を作成するとともに、その内容について説明を行い、当該う蝕の管理を行う場合に、月1回に限り算定する。

- 2 区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料の注3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診療所である保険医療機関が当該管理を行う場合は、口腔管理体制強化加算として、48点を所定点数に加算する。

B001 (略)

B001-2 歯科衛生実地指導料

1・2 (略)

注1 (略)

- 2 2については、区分番号A000に掲げる初診料の注11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

(新設)

B001 (略)

B001-2 歯科衛生実地指導料

1・2 (略)

注1 (略)

- 2 2については、区分番号A000に掲げる初診料の注10に規定する加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号A000

に掲げる初診料の注6又は区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する歯科診療特別対応加算1、歯科診療特別対応加算2又は歯科診療特別対応加算3を算定している患者であって、歯科疾患に罹患しているものに対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、直接15分以上の実地指導（15分以上の実地指導を行うことが困難な場合にあつては、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場合に、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。

3 1及び2について、口腔機能の発達不全を有する患者又は口腔機能の低下を来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、注1又は注2に規定する実地指導と併せて口腔機能に係る指導を行った場合は、口腔機能指導加算として、10点を所定点数に加算する。

4・5 (略)

B001-3 (略)

B002 歯科特定疾患療養管理料 (略)

注1～3 (略)

4 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料^(I)、区分番号B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料^(II)、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料^(III)、区分番号B000-9に掲げる周術期等口腔機能管理料^(IV)、区分番号B000-11に掲げる回

に掲げる初診料の注6又は区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する加算を算定している患者であって、歯科疾患に罹患しているものに対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、直接15分以上の実地指導（15分以上の実地指導を行うことが困難な場合にあつては、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場合に、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。

(新設)

3・4 (略)

B001-3 (略)

B002 歯科特定疾患療養管理料 (略)

注1～3 (略)

4 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料^(I)、区分番号B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料^(II)、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料^(III)、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-5に掲げる在宅患

復期等口腔機能管理料、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C001-5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号C001-6に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定している患者に対して行った歯科特定疾患療養管理料は、別に算定できない。

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、特に情報通信機器を用いた歯科診療を行うことが必要と認められるもの（過去に歯科特定疾患療養管理料を算定した患者に限る。）に対して、歯科特定疾患療養管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、148点を算定する。

B003・B004 (略)

B004-1-2 がん性疼痛緩和指導管理料 200点

注1 (略)

2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がん性疼痛緩和のための専門的な治療が必要な患者に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該保険医療機関の歯科医師が、その必要性及び診療方針等について文書により説明を行った場合に、難治性がん性疼痛緩和指導管理加算として、患者1人につき1回に限り所定点数に100点を加算する

3・4 (略)

者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号C001-6に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定している患者に対して行った歯科特定疾患療養管理料は、別に算定できない。

(新設)

B003・B004 (略)

B004-1-2 がん性疼痛緩和指導管理料 200点

注1 (略)

(新設)

2・3 (略)

B004-1-3 がん患者指導管理料

1～3 (略)

注1～4 (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6に規定する加算及び区分番号F400に掲げる処方箋料の注4に規定する加算は、別に算定できない。

B004-1-4 入院栄養食事指導料 (週1回)

1・2 (略)

注1・2 (略)

(削る)

B004-1-5 (略)

B004-1-6 外来リハビリテーション診療料

1・2 (略)

注1 (略)

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

B004-1-3 がん患者指導管理料

1～3 (略)

注1～4 (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 入院栄養食事指導料 (週1回)

1・2 (略)

注1・2 (略)

3 別に厚生労働大臣が定める患者に対して、退院後の栄養食事管理について指導するとともに、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明し、これを他の保険医療機関、介護老人保健施設等又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律第34条第1項に規定する指定障害者支援施設等若しくは児童福祉法第42条第1号に規定する福祉型障害児入所施設の医師又は管理栄養士と共有した場合に、入院中1回に限り、栄養情報提供加算として50点を所定点数に加算する。この場合において、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。

B004-1-5 (略)

B004-1-6 外来リハビリテーション診療料

1・2 (略)

注1 (略)

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（注14及び注15に規定する加算を除く。）、区分番号A002に掲げる再診料（注11に規定する加算を除く。）及び外来リハビリテーション診療料2は、算定できない。

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（注14及び注15に規定する加算を除く。）、区分番号A002に掲げる再診料（注11に規定する加算を除く。）及び外来リハビリテーション診療料1は、算定できない。

B004-1-7 外来放射線照射診療料 297点
注1・2 (略)

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に掲げる初診料（注14及び注15に規定する加算を除く。）及び区分番号A002に掲げる再診料（注11に規定する加算を除く。）は、算定できない。

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
① 初回から3回目まで 800点
② 4回目以降 450点
ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合 350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

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（注13に規定する加算を除く。）、区分番号A002に掲げる再診料（注10に規定する加算を除く。）及び外来リハビリテーション診療料2は、算定できない。

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（注13に規定する加算を除く。）、区分番号A002に掲げる再診料（注10に規定する加算を除く。）及び外来リハビリテーション診療料1は、算定できない。

B004-1-7 外来放射線照射診療料 297点
注1・2 (略)

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に掲げる初診料（注13に規定する加算を除く。）及び区分番号A002に掲げる再診料（注10に規定する加算を除く。）は、算定できない。

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
(新設)
(新設)
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

| | |
|------------------------|------|
| ① 初回から3回目まで | 600点 |
| ② 4回目以降 | 320点 |
| ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合 | 220点 |
| 3 外来腫瘍化学療法診療料 3 | |
| イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 | |
| ① 初回から3回目まで | 540点 |
| ② 4回目以降 | 280点 |
| ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合 | 180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、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、注8、注14及び注15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、注6及び注11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のイの①、2のイの①及び3のイの①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のイの②、2のイの②及び3のイの②については、1のイの①、2のイの①又は3のイの①を算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、週1

| | |
|------------------------------|------|
| (新設) | |
| (新設) | |
| ロ 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 | 270点 |
| (新設) | |

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、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、注8及び注13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、注6及び注10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

回に限り算定する。

4 1のロについては、次に掲げるいずれかの治療管理を行った場合に、週1回に限り算定する。

イ 1のイの①又は②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以外の必要な治療管理を行った場合

ロ 連携する他の保険医療機関が外来化学療法を実施している患者に対し、緊急に抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合

5 2のロ及び3のロについては、2のイの①若しくは②又は3のイの①若しくは②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以外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。

6・7 (略)

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において、1のイの①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。

(削る)

る。

(新設)

(新設)

4・5 (略)

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

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、1のイの(Ⅱ)を算定する患者に対して、当該保険医療機関の歯科医師の指示に基づき薬剤師が、服薬状況、副作用の有無等の情報の収集及び評価を行い、歯科医師の診察前に情報提供や処方^{てつ}の提案等を行った場合は、がん薬物療法体制充実加算として、月1回に限り100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まで又はM003-4に掲げるものに限る。)を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合(当該処置、手術又は歯冠修復及び欠損補綴を全身麻酔下で行った場合を除く。)に算定する。

2 (略)

3 歯科治療時医療管理料を算定した月において、区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)、区分番号B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)、区分

加算する。
(新設)

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 (略)

3 歯科治療時医療管理料を算定した月において、区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)、区分番号B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)又は区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)は、

番号B000-9に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅳ又は区分番号B000-11に掲げる回復期等口腔機能管理料は、別に算定できない。

B004-7及びB004-8～B006-2 (略)

B006-3 がん治療連携計画策定料

1・2 (略)

注1・2 (略)

3 注1及び注2の規定に基づく当該別の保険医療機関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及び区分番号B011に掲げる診療情報等連携共有料の費用は、所定点数に含まれる。

4 区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料、区分番号B000-10に掲げる回復期等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 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に掲げる診療情報等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)

B006-3-3～B006-3-5 (略)

B006-4 歯科遠隔連携診療料 500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、対面診療を行っている入院

別に算定できない。

B004-7及びB004-8～B006-2 (略)

B006-3 がん治療連携計画策定料

1・2 (略)

注1・2 (略)

3 注1及び注2の規定に基づく当該別の保険医療機関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及び区分番号B011に掲げる診療情報連携共有料の費用は、所定点数に含まれる。

4 区分番号B000-5に掲げる周術期等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 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)

B006-3-3～B006-3-5 (略)

(新設)

中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、症状の確認等を目的として、患者の同意を得て、当該施設基準を満たす当該患者の疾患等に関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の歯科医師と事前に診療情報を共有した上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の歯科医師と連携して診療を行った場合に、3月に1回に限り算定する。

B007・B008 (略)

B008-2 薬剤総合評価調整管理料 250点

注1 (略)

2 処方の内容の調整に当たって、別の保険医療機関又は保険薬局に対して、照会又は情報提供を行った場合、連携管理加算として、50点を所定点数に加算する。ただし、連携管理加算を算定した場合において、区分番号B009に掲げる診療情報提供料Ⅱ（当該別の保険医療機関に対して患者の紹介を行った場合に限る。）又は区分番号B011に掲げる診療情報等連携共有料（当該別の保険医療機関又は当該別の保険薬局に対して行った場合に限る。）は同一日には算定できない。

B009 診療情報提供料Ⅱ 250点

注1～5 (略)

6 保険医療機関（区分番号A000に掲げる初診料の注11に規定する厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を除く。）が、区分番号A000に掲げる初診料の注6若しくは区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定す

B007・B008 (略)

B008-2 薬剤総合評価調整管理料 250点

注1 (略)

2 処方の内容の調整に当たって、別の保険医療機関又は保険薬局に対して、照会又は情報提供を行った場合、連携管理加算として、50点を所定点数に加算する。ただし、連携管理加算を算定した場合において、区分番号B009に掲げる診療情報提供料Ⅱ（当該別の保険医療機関に対して患者の紹介を行った場合に限る。）又は区分番号B011に掲げる診療情報連携共有料（当該別の保険医療機関に対して行った場合に限る。）は同一日には算定できない。

B009 診療情報提供料Ⅱ 250点

注1～5 (略)

6 保険医療機関（区分番号A000に掲げる初診料の注10に規定する厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を除く。）が、区分番号A000に掲げる初診料の注6若しくは区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定す

る歯科診療特別対応加算1を算定している患者若しくは著しく歯科診療が困難な者であって区分番号A000に掲げる初診料の注6若しくは区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する歯科診療特別対応加算2若しくは歯科診療特別対応加算3を算定している患者又は区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定している患者について、当該患者又はその家族の同意を得て、区分番号A000に掲げる初診料の注11に規定する加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関、歯科医業を行わない保険医療機関又は指定居宅介護支援事業者に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合は、100点を所定点数に加算する。

- 7 区分番号A000に掲げる初診料の注11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若しくは区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する歯科診療特別対応加算1を算定している患者又は著しく歯科診療が困難な者であって区分番号A000に掲げる初診料の注6若しくは区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する歯科診療特別対応加算2若しくは歯科診療特別対応加算3を算定している患者について、当該患者又はその家族の同意を得て、歯科診療を行う保険医療機関（区分番号A000に掲げる初診料の注11に規定する厚生労働

る歯科診療特別対応加算を算定している患者又は区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定している患者について、当該患者又はその家族の同意を得て、区分番号A000に掲げる初診料の注10に規定する加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関、歯科医業を行わない保険医療機関又は指定居宅介護支援事業者に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合は、100点を所定点数に加算する。

- 7 区分番号A000に掲げる初診料の注10に規定する加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、区分番号A000に掲げる初診料の注6又は区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する加算を算定している患者について、当該患者又はその家族の同意を得て、歯科診療を行う保険医療機関（区分番号A000に掲げる初診料の注10に規定する厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を除く。）に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合は、100点を所定点数に加算する。

大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を除く。) に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合は、100点を所定点数に加算する。

8 (略)

9 保険医療機関が、児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者又は同法第56条の6第2項に規定する障害児である患者について、診療に基づき当該患者又はその家族の同意を得て、当該患者が通園又は通学する同法第39条第1項に規定する保育所又は学校教育法第1条に規定する学校(大学を除く。)等の学校歯科医等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活等を送るに当たり必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

B009-2・B010 (略)

B011 診療情報等連携共有料

1 診療情報等連携共有料1 120点

2 診療情報等連携共有料2 120点

注1 1については、歯科診療を行うに当たり全身的な管理が必要な患者に対し、当該患者の同意を得て、別の保険医療機関(歯科診療を行うものを除く。)で行った検査の結果若しくは投薬内容等の診療情報又は保険薬局が有する服用薬の情報等(以下この区分番号において「診療情報等」という。)について、当該別の保険医療機関又は保険薬局に文書等により提供を求めた場合に、当該別の保険医療機関又は保険薬局ごとに患者1人につき、診療情報等の提供を求め

8 (略)

(新設)

B009-2・B010 (略)

B011 診療情報連携共有料

120点

(新設)

(新設)

注1 歯科診療を行うに当たり全身的な管理が必要な患者に対し、当該患者の同意を得て、別の保険医療機関(歯科診療を行うものを除く。)で行った検査の結果、投薬内容等の診療情報について、当該別の保険医療機関に文書により提供を求めた場合に保険医療機関ごとに患者1人につき、診療情報の提供を求めた日の属する月から起算して3月に1回に限り算定する。

た日の属する月から起算して3月に1回に限り算定する。

2 2については、別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療情報を文書により提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき、診療情報を提供した日の属する月から起算して3月に1回に限り算定する。

3 1及び2について、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。

4 2について、区分番号B011-2に掲げる連携強化診療情報提供料（同一の保険医療機関に対して文書を提供した場合に限る。）を算定した月は、別に算定できない。

B011-2 (略)

B011-3 薬剤情報提供料 4点

注1～3 (略)

B011-4・B011-5 (略)

B011-6 栄養情報連携料 70点

注1 区分番号B004-1-4に掲げる入院栄養食事指導料を算定する患者に対して、退院後の栄養食事管理について、保険医療機関の歯科医師と医師との連携の下に指導を行った内容及び入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて説明し、これを他の保険医療機関、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律第34条第1項に規定する指定障害者支援施設等若しくは児童福祉法第42条第1号

(新設)

2 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。

(新設)

B011-2 (略)

B011-3 薬剤情報提供料 10点

注1～3 (略)

B011-4・B011-5 (略)

(新設)

に規定する福祉型障害児入所施設（以下この区分番号において「保険医療機関等」という。）の医師又は管理栄養士に情報提供し、共有した場合に、入院中1回に限り算定する。

2 注1に該当しない場合であって、当該医療機関を退院後に他の保険医療機関等に転院又は入所する患者であって栄養管理計画が策定されているものについて、患者又はその家族等の同意を得て、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて当該他の保険医療機関等の管理栄養士に情報提供し、共有した場合に、入院中に1回に限り算定する。

3 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。

B012～B013-2 （略）

B013-3 広範囲顎骨支持型補綴物管理料（1口腔につき）

1 広範囲顎骨支持型補綴物管理料1 500点

2 広範囲顎骨支持型補綴物管理料2 350点

注1 1について、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、区分番号M025-2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。）の適合性の確認等及び広範囲顎骨支持型装置周囲の組織の管理等を行い、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

B012～B013-2 （略）

B013-3 広範囲顎骨支持型補綴物管理料（1口腔につき）

480点

（新設）

（新設）

注 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、区分番号M025-2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。

回に限り算定する。

2 2について、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、区分番号M025-2に掲げる広範囲顎骨支持型補綴に係る補綴物の適合性の確認等のみ又は広範囲顎骨支持型装置周囲の組織の管理等のみを行い、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。

B014 退院時共同指導料1

1 在宅療養支援歯科診療所1、在宅療養支援歯科診療所2又は在宅療養支援歯科病院（在宅等における療養を歯科医療面から支援する保険医療機関であって、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ものをいう。以下この表において同じ。）の場合 900点

2 (略)

注1・2 (略)

B015～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 (略)

2 歯科訪問診療2 410点

3 歯科訪問診療3 310点

4 歯科訪問診療4 160点

5 歯科訪問診療5 95点

(新設)

B014 退院時共同指導料1

1 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（在宅等における療養を歯科医療面から支援する保険医療機関であって、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ものをいう。以下この表において同じ。）の場合 900点

2 (略)

注1・2 (略)

B015～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 (略)

2 歯科訪問診療2 361点

3 歯科訪問診療3 185点

(新設)

(新設)

注1 (略)

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、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を同一日に3人以下の患者に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、算定できない。

イ・ロ (略)

3 3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、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を同一日に4人以上9人以下の患者に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、算定できない。

イ・ロ (略)

4 4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、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を同一日に10人以上19人以下の患者に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、算定できない。

イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療

注1 (略)

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、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を同一日に9人以下の患者に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、算定できない。

イ・ロ (略)

3 3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、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を同一日に10人以上の患者に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、算定できない。

イ・ロ (略)

(新設)

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

5 5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、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を同一日に20人以上の患者に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、算定できない。

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

6 2から5までを算定する患者（歯科訪問診療料の注15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2、歯科訪問診療3、歯科訪問診療4又は歯科訪問診療5についてはそれぞれ287点、217点、96点又は57点を算定する。ただし、2及び3について、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は、この限りではない。

(削る)

(削る)

7 (略)

(新設)

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 1について、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又は当該患者の状態により20分以上の診療が困難である場合

ロ 2について、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

5 (略)

8 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（歯科診療特別対応加算3を算定する場合を除く。）は、歯科診療特別対応加算1として、175点を所定点数に加算し、著しく歯科診療が困難な者に対し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て歯科訪問診療を行った場合は、歯科診療特別対応加算2として、250点を所定点数に加算し、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第6条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症、同条第8項に規定する指定感染症又は同条第9項に規定する新感染症の患者に対して歯科訪問診療を行った場合は、歯科診療特別対応加算3として、500点を所定点数に加算する。

9 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) (略)
- (2) 歯科訪問診療2を算定する場合 159点
- (3) 歯科訪問診療3を算定する場合 120点
- (4) 歯科訪問診療4を算定する場合 60点
- (5) 歯科訪問診療5を算定する場合 36点

ロ 夜間歯科訪問診療加算

6 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、歯科診療特別対応加算として、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、初診時歯科診療導入加算として、250点）を所定点数に加算する。

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) (略)
- (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
(新設)

ロ 夜間歯科訪問診療加算

- (1) (略)
- (2) 歯科訪問診療 2 を算定する場合 317点
- (3) 歯科訪問診療 3 を算定する場合 240点
- (4) 歯科訪問診療 4 を算定する場合 121点
- (5) 歯科訪問診療 5 を算定する場合 72点

ハ 深夜歯科訪問診療加算

- (1) (略)
- (2) 歯科訪問診療 2 を算定する場合 636点
- (3) 歯科訪問診療 3 を算定する場合 481点
- (4) 歯科訪問診療 4 を算定する場合 249点
- (5) 歯科訪問診療 5 を算定する場合 148点

10～12 (略)

13 歯科訪問診療を実施する保険医療機関の歯科衛生士が、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 在宅療養支援歯科診療所 1、在宅療養支援歯科診療所 2、区分番号 B 0 0 0 - 4 - 2 に掲げる小児口腔機能管理料の注 3 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診療所である保険医療機関又は在宅療養支援歯科病院の場合

- (1)・(1) (略)

ロ (略)

14 (略)

15 1 から 5 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 以外の診療所であって、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。

- (1) (略)
- (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
(新設)
- (新設)

ハ 深夜歯科訪問診療加算

- (1) (略)
- (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
(新設)
- (新設)

8～10 (略)

11 歯科訪問診療を実施する保険医療機関の歯科衛生士が、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 在宅療養支援歯科診療所 1、在宅療養支援歯科診療所 2 又はかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の場合

- (1)・(1) (略)

ロ (略)

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 以外の診療所であって、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 267点
ロ 再診時 58点
- 16 区分番号A000に掲げる初診料の注1又は注2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出を行っていない保険医療機関については、1から5まで又は注15に規定するそれぞれの所定点数から10点を減算する。
- 17 1について、当該保険医療機関の外来（歯科診療を行うものに限る。）を受診していた患者であって在宅等において療養を行っているものに対して、歯科訪問診療を実施した場合は、歯科訪問診療移行加算として、次に掲げる点数を所定点数に加算する。なお、この場合において、注14に規定する加算は算定できない。
- イ 区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料の注3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診療所である保険医療機関の場合 150点
ロ (略)
- 18 1から3までについて、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、在宅療養支援歯科診療所2又は在宅療養支援歯科病院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って、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のに対して、歯科訪問診療を実施した場合

- イ 初診時 264点
ロ 再診時 56点
- 14 区分番号A000に掲げる初診料の注1又は注2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出を行っていない保険医療機関については、1から3まで又は注13に規定するそれぞれの所定点数から10点を減算する。
- 15 1について、当該保険医療機関の外来（歯科診療を行うものに限る。）を受診していた患者であって在宅等において療養を行っているものに対して、歯科訪問診療を実施した場合は、歯科訪問診療移行加算として、次に掲げる点数を所定点数に加算する。なお、この場合において、注12に規定する加算は算定できない。
- イ かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の場合 150点
ロ (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って、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

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。

19 1から5までについて、当該保険医療機関と特別の関係にある他の保険医療機関等において療養を行っている患者に対して歯科訪問診療を実施した場合は、次に掲げる点数により算定する。

イ 初診時 267点

ロ 再診時 58点

20 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歯科診療を実施している保険医療機関において健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認等により得られる情報を踏まえて計画的な歯科医学的管理の下に、訪問して診療を行った場合は、在宅医療DX情報活用加算として、月1回に限り8点を所定点数に加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注14若しくは区分番号A002に掲げる再診料の注11にそれぞれ規定する医療情報取得加算又は区分番号A000に掲げる初診料の注15に規定する医療DX推進体制整備加算を算定した月は、在宅医療DX情報活用加算は算定できない。

C001 訪問歯科衛生指導料

1 単一建物診療患者が1人の場合 362点

2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 326点

3 1及び2以外の場合 295点

注1 歯科訪問診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士、保健師、看護師又は准看護師

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。

(新設)

(新設)

C001 訪問歯科衛生指導料

1 単一建物診療患者が1人の場合 360点

2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 328点

3 1及び2以外の場合 300点

注1 歯科訪問診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士、保健師、看護師又は准看護師

が訪問して療養上必要な指導として、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住するもののうち、当該保険医療機関が歯科訪問診療を実施し、歯科衛生士等が同一月に訪問歯科衛生指導を行っているものをいう。）又はその家族等に対して、当該患者の口腔内の清掃（機械的歯面清掃を含む。）、有床義歯の清掃指導又は口腔機能の回復若しくは維持に関する実地指導を行い指導時間が20分以上であった場合は、患者1人につき、月4回に限り算定する。なお、当該歯科衛生指導で実施した指導内容等については、当該患者又はその家族等に対し文書により提供する。

2 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緩和ケアを実施するものに対して行った場合には、注1の規定にかかわらず、月8回に限り算定する。

3 1については、訪問歯科衛生指導が困難な者等に対して、保険医療機関の歯科衛生士等が、当該保険医療機関の他の歯科衛生士等と同時に訪問歯科衛生指導を行うことについて、当該患者又はその家族等の同意を得て、訪問歯科衛生指導を実施した場合（区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定する日を除く。）には、複数名訪問歯科衛生指導加算として、150点を所定点数に加算する。

4・5 (略)

C001-2 (略)

C001-3 歯科疾患在宅療養管理料

1・2 (略)

3 在宅療養支援歯科病院の場合 340点

が訪問して療養上必要な指導として、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住するもののうち、当該保険医療機関が歯科訪問診療を実施し、歯科衛生士等が同一月に訪問歯科衛生指導を行っているものをいう。）又はその家族等に対して、当該患者の口腔内の清掃（機械的歯面清掃を含む。）、有床義歯の清掃指導又は口腔機能の回復若しくは維持に関する実地指導を行い指導時間が20分以上であった場合は、患者1人につき、月4回に限り、算定する。なお、当該歯科衛生指導で実施した指導内容等については、患者に対し文書により提供する。

(新設)

(新設)

2・3 (略)

C001-2 (略)

C001-3 歯科疾患在宅療養管理料

1・2 (略)

(新設)

4 1から3まで以外の場合 200点
注1～4 (略)
(削る)

(削る)

5 他の保険医療機関を退院した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、当該他の保険医療機関の歯科医師から患者の退院時に受けた情報提供及び当該患者の歯科疾患の状況等を踏まえて管理計画を作成した場合は、在宅歯科医療連携加算1として100点を所定点数に加算する。

6 他の保険医療機関を退院した患者又は介護保険法第8条第25項に規定する介護保険施設等に入所している患者若しくは同法第8条第2項に規定する訪問介護等の利用者であって、継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、医師、看護師、介護支援専門員等からの情報提供及

3 1及び2以外の場合 200点
注1～4 (略)

5 当該保険医療機関の歯科医師が、他の保険医療機関に入院している患者に対して、当該患者の入院している他の保険医療機関の栄養サポートチーム等の構成員として診療を行い、その結果を踏まえて注1に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、栄養サポートチーム等連携加算1として、80点を所定点数に加算する。

6 当該保険医療機関の歯科医師が、介護保険法第8条第25項に規定する介護保険施設等に入所している患者に対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて注1に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、栄養サポートチーム等連携加算2として、80点を所定点数に加算する。

(新設)

(新設)

び当該患者の歯科疾患の状況等を踏まえて管理計画を作成した場合は、在宅歯科医療連携加算2として100点を所定点数に加算する。

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歯科訪問診療を実施している保険医療機関の歯科医師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの同意を得て、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医、他の保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員又は相談支援専門員等であって当該患者に関わる者が電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法を用いて記録した当該患者に係る診療情報等を活用した上で計画的な歯科医学的管理を行った場合に、在宅歯科医療情報連携加算として、月1回に限り、100点を所定点数に加算する。

8 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号B000-4-3に掲げる口腔機能管理料、区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅰ、区分番号B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅱ、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅲ、区分番号B000-9に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅳ、区分番号B000-11に掲げる回復期等口腔機能管理料、区分

(新設)

7 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号B000-4-3に掲げる口腔機能管理料、区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅰ、区分番号B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅱ、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料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C001-5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指

番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号C001-5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、区分番号C001-6に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導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。

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、M003-3又はM003-4に掲げるものに限る。）を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合（当該処置、手術又は歯冠修復及び欠損補綴を全身麻酔下で行った場合を除く。）に算定する。

2 (略)

3 在宅患者歯科治療時医療管理料を算定した月において、区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅰ、区分番号B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅱ、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅲ、区分番号B000-9に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅳ又は区分番号B000-11に掲げる回復期等口腔機能管理料は、別に算定で

導管理料、区分番号C001-6に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導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。

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 (略)

3 在宅患者歯科治療時医療管理料を算定した月において、区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅰ、区分番号B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅱ、又は区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅲは、別に算定できない。

きない。

C001-5 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料
1～3 (略)

注1～3 (略)

4 区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料の注3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診療所である保険医療機関の歯科医師が当該指導管理を実施した場合は、口腔管理体制強化加算として、75点を所定点数に加算する。

5 在宅療養支援歯科診療所1、在宅療養支援歯科診療所2又は在宅療養支援歯科病院の歯科医師が、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、在宅療養支援歯科診療所加算2又は在宅療養支援歯科病院加算として、それぞれ145点、80点又は145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。

(削る)

(削る)

C001-5 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料
1～3 (略)

注1～3 (略)

4 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の歯科医師が当該指導管理を実施した場合は、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算として、75点を所定点数に加算する。

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 当該保険医療機関の歯科医師が、他の保険医療機関に入院している患者に対して、当該患者の入院している他の保険医療機関の栄養サポートチーム等の構成員として診療を行い、その結果を踏まえて注1に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、栄養サポートチーム等連携加算1として、80点を所定点数に加算する。

7 当該保険医療機関の歯科医師が、介護保険法第8条第25項に規定する介護保険施設等に入所している患者に対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて注1に規定する口腔機能評価に基

- 6 他の保険医療機関を退院した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、当該他の保険医療機関の歯科医師から患者の退院時に受けた情報提供及び当該患者の歯科疾患の状況等を踏まえて管理計画を作成した場合は、在宅歯科医療連携加算 1 として100点を所定点数に加算する。
- 7 他の保険医療機関を退院した患者又は介護保険法第 8 条第25項に規定する介護保険施設等に入所している患者若しくは同法第 8 条第 2 項に規定する訪問介護等の利用者であって、継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、医師、看護師、介護支援専門員等からの情報提供及び当該患者の歯科疾患の状況等を踏まえて管理計画を作成した場合は、在宅歯科医療連携加算 2 として100点を所定点数に加算する。
- 8 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た歯科訪問診療を実施している保険医療機関の歯科医師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの同意を得て、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医、他の保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員又は相談支援専門員等であって当該患者に関わる

づく管理を行った場合は、栄養サポートチーム等連携加算 2 として、80点を所定点数に加算する。

(新設)

(新設)

(新設)

者が電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法を用いて記録した当該患者に係る診療情報等を活用した上で計画的な歯科医学的管理を行った場合に、在宅歯科医療情報連携加算として、月1回に限り、100点を所定点数に加算する。

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1～3 (略)

4 区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料の注3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診療所である保険医療機関の歯科医師が当該指導管理を実施した場合は、口腔管理体制強化加算として、75点を所定点数に加算する。

5 在宅療養支援歯科診療所1、在宅療養支援歯科診療所2又は在宅療養支援歯科病院の歯科医師が、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、在宅療養支援歯科診療所加算2又は在宅療養支援歯科病院加算として、それぞれ145点、80点又は145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。

(削る)

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1～3 (略)

4 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の歯科医師が当該指導管理を実施した場合は、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算として、75点を所定点数に加算する。

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 当該保険医療機関の歯科医師が、他の保険医療機関に入院している患者に対して、当該患者の入院している他の保険医療機関の栄養サポートチーム等の構成員として診療を行い、その結果を踏まえて注1に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、小児栄養サポートチーム等連携加算1として、80点を所定点数に加算する。

(削る)

6 他の保険医療機関を退院した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、当該他の保険医療機関の歯科医師から患者の退院時に受けた情報提供及び当該患者の歯科疾患の状況等を踏まえて管理計画を作成した場合は、小児在宅歯科医療連携加算 1 として100点を所定点数に加算する。

7 他の保険医療機関を退院した患者又は児童福祉法第42条に規定する障害児入所施設等に入所している患者であって、継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、医師、看護師、相談支援専門員等からの情報提供及び当該患者の歯科疾患の状況等を踏まえて管理計画を作成した場合は、小児在宅歯科医療連携加算 2 として100点を所定点数に加算する。

8 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た歯科訪問診療を実施している保険医療機関の歯科医師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの同意を得て、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医、他の保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保

7 当該保険医療機関の歯科医師が、児童福祉法第42条に規定する障害児入所施設等に入所している患者に対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて注 1 に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、小児栄養サポートチーム等連携加算 2 として、80点を所定点数に加算する。

(新設)

(新設)

(新設)

険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員又は相談支援専門員等であって当該患者に関わる者が電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法を用いて記録した当該患者に係る診療情報等を活用した上で計画的な歯科医学的管理を行った場合に、在宅歯科医療情報連携加算として、月1回に限り、100点を所定点数に加算する。

C001-7 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料

(新設)

- 1 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料1
100点
- 2 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料2
100点
- 3 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料3
100点

注1 1については、当該保険医療機関の歯科医師が、他の保険医療機関に入院している患者であって、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C001-5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号C001-6に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定しているものに対して、当該患者の入院している他の保険医療機関の栄養サポートチーム等の構成員として診療を行い、その結果を踏まえて口腔機能評価に基づく管理を行った場合に、月1回に限り算定する。

- 2 2については、当該保険医療機関の歯科医師が、介護保険法第8条第25項に規定する介護保

険施設等に入所している患者であって、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料又は区分番号C001-5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定しているものに対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて口腔機能評価に基づく管理を行った場合に、月1回に限り算定する。

3 3については、当該保険医療機関の歯科医師が、児童福祉法第42条に規定する障害児入所施設等に入所している患者であって、区分番号C001-6に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定しているものに対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて口腔機能評価に基づく管理を行った場合に、月1回に限り算定する。

C002~C004 (略)

C005 在宅麻薬等注射指導管理料 1,500点

注1 悪性腫瘍の患者であって、入院中の患者以外の末期の患者に対して、在宅における麻薬等の注射に関する指導管理を行った場合に月1回に限り算定する。

2・3 (略)

C005-2 在宅腫瘍化学療法注射指導管理料 1,500点

注 悪性腫瘍の患者であって、入院中の患者以外の患者に対して、在宅における抗悪性腫瘍剤等の注射に関する指導管理を行った場合に月1回に限り算定する。

C005-3 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

C002~C004 (略)

C005 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料 1,500点

注1 在宅における鎮痛療法又は悪性腫瘍の化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の患者に対して、当該療法に関する指導管理を行った場合に月1回に限り算定する。

2・3 (略)

(新設)

C005-2 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C005に掲げる在宅麻薬等注射指導管理料又は区分番号C005-2に掲げる在宅腫瘍化学療法注射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麻薬等又は抗悪性腫瘍剤等の注射に関する指導管理を行った場合に算定する。

2・3 (略)

C006～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)

1 口腔細菌定量検査1 130点

2 口腔細菌定量検査2 65点

注1 1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、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 1について、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 2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

険医が、他の保険医療機関において区分番号C005に掲げる在宅悪性腫瘍等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・3 (略)

C006～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

(新設)

(新設)

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。

(新設)

に届け出た保険医療機関において、歯の喪失や加齢等により口腔機能の低下を来している患者に対して口腔細菌定量検査を行った場合（口腔細菌定量検査1を算定する場合を除く。）に、3月に1回に限り算定する。

4 (略)

D003からD008まで～D011 (略)

D011-2 咀嚼能力検査（1回につき）

1 咀嚼能力検査1 140点

2 咀嚼能力検査2 140点

注1 1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、歯の喪失や加齢等により口腔機能の低下を来している患者に対して、咀嚼能力測定を行った場合は、3月に1回に限り算定する。

2 2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、顎変形症に係る手術を実施する患者に対して、咀嚼能力測定を行った場合は、手術前は1回に限り、手術後は6月に1回に限り算定する。

3 (略)

4 当該検査を算定した月から起算して3月以内（顎変形症に係る手術後の患者にあっては、6月以内）に行う区分番号D011-3に掲げる咬合圧検査は、別に算定できない。

5 1及び2は同時に算定できない。

D011-3 咬合圧検査（1回につき）

1 咬合圧検査1 130点

2 咬合圧検査2 130点

3 (略)

D003からD008まで～D011 (略)

D011-2 咀嚼能力検査（1回につき）

140点

(新設)

(新設)

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、咀嚼能力測定を行った場合に6月に1回に限り算定する。

(新設)

2 (略)

3 当該検査を算定した月から起算して6月以内に行う区分番号D011-3に掲げる咬合圧検査は、別に算定できない。

(新設)

D011-3 咬合圧検査（1回につき）

130点

(新設)

(新設)

注1 1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、歯の喪失や加齢等により口腔機能の低下を来している患者に対して、咬合圧測定を行った場合は、3月に1回に限り算定する。

2 2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、顎変形症に係る手術を実施する患者に対して、咬合圧測定を行った場合は、手術前は1回に限り、手術後は6月に1回に限り算定する。

3 (略)

4 当該検査を算定した月から起算して3月以内（顎変形症に係る手術後の患者にあっては、6月以内）を行う区分番号D011-2に掲げる咀嚼能力検査は、別に算定できない。

5 1及び2は同時に算定できない。

D011-4～D014 (略)

第2節 (略)

第4部 画像診断

通則
(略)

第1節・第2節 (略)

第3節 基本的エックス線診断料

区分

E200 基本的エックス線診断料（1日につき）

1・2 (略)

注1・2 (略)

3 療養病棟に入院している患者及び区分番号A216に掲げるHIV感染者療養環境特別加算

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、咬合圧測定を行った場合に、6月に1回に限り算定する。

(新設)

2 (略)

3 当該検査を算定した月から起算して6月以内（そしやく）を行う区分番号D011-2に掲げる咀嚼能力検査は、別に算定できない。

(新設)

D011-4～D014 (略)

第2節 (略)

第4部 画像診断

通則
(略)

第1節・第2節 (略)

第3節 基本的エックス線診断料

区分

E200 基本的エックス線診断料（1日につき）

1・2 (略)

注1・2 (略)

3 療養病棟に入院している患者及び区分番号A216に掲げるHIV感染者療養環境特別加算

区分番号A216-2に掲げる特定感染症患者療養環境特別加算若しくは区分番号A217に掲げる重症者等療養環境特別加算又は第1章第2部第3節に掲げる特定入院料を算定している患者については適用しない。

第4節 (略)

第5部 投薬

通則
(略)

第1節 (略)

第2節 処方料

区分

F100 処方料

1・2 (略)

注1～4 (略)

(削る)

5 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上の場合、特定疾患処方管理加算として、月1回に限り、1処方につき56点を所定点数に加算する。

若しくは区分番号A217に掲げる重症者等療養環境特別加算又は第1章第2部第3節に掲げる特定入院料を算定している患者については適用しない。

第4節 (略)

第5部 投薬

通則
(略)

第1節 (略)

第2節 処方料

区分

F100 処方料

1・2 (略)

注1～4 (略)

5 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算1として、月2回に限り1処方につき18点を所定点数に加算する。

6 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上の場合、特定疾患処方管理加算2として、月1回に限り1処方につき66点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一月に特定疾患処方管理加算1は算定できない。

6 (略)

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投薬を行った場合には、外来後発医薬品使用体制加算として、当該基準に係る区分に従い、1処方につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

- イ 外来後発医薬品使用体制加算1 8点
- ロ 外来後発医薬品使用体制加算2 7点
- ハ 外来後発医薬品使用体制加算3 5点

(削る)

第3節・第4節 (略)

第5節 処方箋料

区分

F400 処方箋料

- 1 7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であつて、投薬期間が2週間以内のものを除く。）を行った場合 32点
- 2 1以外の場合 60点

注1・2 (略)

(削る)

7 (略)

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において投薬を行った場合には、外来後発医薬品使用体制加算として、当該基準に係る区分に従い、1処方につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

- イ 外来後発医薬品使用体制加算1 5点
- ロ 外来後発医薬品使用体制加算2 4点
- ハ 外来後発医薬品使用体制加算3 2点

9 注8の規定にかかわらず、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投薬を行った場合には、外来後発医薬品使用体制加算として、注8に規定する基準に係る区分に従い、1処方につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

- イ 外来後発医薬品使用体制加算1 7点
- ロ 外来後発医薬品使用体制加算2 6点
- ハ 外来後発医薬品使用体制加算3 4点

第3節・第4節 (略)

第5節 処方箋料

区分

F400 処方箋料

- 1 7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であつて、投薬期間が2週間以内のものを除く。）を行った場合 40点
- 2 1以外の場合 68点

注1・2 (略)

3 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病

3 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上の処方（リフィル処方箋の複数回の使用による合計の処方期間が28日以上の処方を含む。）を行った場合は、特定疾患処方管理加算として、月1回に限り、1処方につき56点を所定点数に加算する。

4 （略）

5 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、薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。

イ 一般名処方加算 1 10点

ロ 一般名処方加算 2 8点

(削る)

6 1及び2について、直近3月に処方箋を交付した回数が一定以上である保険医療機関が、別

とするものに限る。）に対して処方箋を交付した場合は、特定疾患処方管理加算1として、月2回に限り処方箋の交付1回につき18点を所定点数に加算する。

4 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上の処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算2として、月1回に限り1処方につき66点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一月に注3の加算は算定できない。

5 （略）

6 薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。

イ 一般名処方加算 1 7点

ロ 一般名処方加算 2 5点

7 注6の規定にかかわらず、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、薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。

イ 一般名処方加算 1 9点

ロ 一般名処方加算 2 7点

(新設)

表第三調剤報酬点数表区分番号00調剤基本料に掲げる特別調剤基本料Aを算定する薬局であって、当該保険医療機関から集中的に処方箋を受け付けているものと不動産取引等その他の特別な関係を有する場合は、1又は2の所定点数に代えて、それぞれ29点又は42点を算定する。

第6節 (略)

第6部 注射

通則

1～6 (略)

7 入院中の患者以外の患者に対する注射に当たって、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

G000 皮内、皮下及び筋肉内注射（1回につき） 25点
注 (略)

G001 静脈内注射（1回につき） 37点
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、52点を所定点数に加算する。

3 区分番号C005に掲げる在宅麻薬等注射指導管理料、区分番号C005-2に掲げる在宅腫瘍化学療法注射指導管理料又は区分番号C005-3に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管

第6節 (略)

第6部 注射

通則

1～6 (略)

7 前号に規定する場合であって、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

G000 皮内、皮下及び筋肉内注射（1回につき） 22点
注 (略)

G001 静脈内注射（1回につき） 34点
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、48点を所定点数に加算する。

3 区分番号C005に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号C005-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C000に掲げる

理料を算定している患者について、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定する日に併せて行った静脈内注射の費用は算定しない。

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) 105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) 102点
- 3 その他の場合 (入院中の患者以外の患者に限る。)
53点

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、48点を所定点数に加算する。

3 (略)

4 区分番号C005に掲げる在宅麻薬等注射指導管理料、区分番号C005-2に掲げる在宅腫瘍化学療法注射指導管理料又は区分番号C005-3に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定する日に併せて行った点滴注射の費用は算定しない。

G005 中心静脈注射 (1日につき) 140点

注1~3 (略)

4 区分番号C005に掲げる在宅麻薬等注射指導管理料、区分番号C005-2に掲げる在宅腫瘍化学療法注射指導管理料又は区分番号C005-3に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定する日に併せて行った中心静脈注射の費用は算定しない

歯科訪問診療料を算定する日に併せて行った静脈内注射の費用は算定しない。

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。)
50点

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 (略)

4 区分番号C005に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号C005-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定する日に併せて行った点滴注射の費用は算定しない。

G005 中心静脈注射 (1日につき) 140点

注1~3 (略)

4 区分番号C005に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号C005-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定する日に併せて行った中心静脈注射の費用は算定しない。

G005-2・G005-3 (略)

G006 植込型カテーテルによる中心静脈注射 (1日につき)
125点

注1 区分番号C005に掲げる在宅麻薬等注射指導管理料、区分番号C005-2に掲げる在宅腫瘍化学療法注射指導管理料又は区分番号C005-3に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定する日に併せて行った植込型カテーテルによる中心静脈注射の費用は算定しない。

2 (略)

G007 (略)

G008 滑液囊^{のうせきん}穿刺後の注入 100点

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 脳血管疾患等リハビリテーション料

1 脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅰ (1単位)

イ 理学療法士による場合 245点

ロ 作業療法士による場合 245点

ハ 言語聴覚士による場合 245点

ニ 歯科医師による場合 245点

2 脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅱ (1単位)

G005-2・G005-3 (略)

G006 植込型カテーテルによる中心静脈注射 (1日につき)
125点

注1 区分番号C005に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号C005-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定する日に併せて行った植込型カテーテルによる中心静脈注射の費用は算定しない。

2 (略)

G007 (略)

G008 滑液囊^{のうせきん}穿刺後の注入 80点

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 脳血管疾患等リハビリテーション料

1 脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅰ (1単位)
245点

(新設)

(新設)

(新設)

(新設)

2 脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅱ (1単位)
200点

- イ 理学療法士による場合 200点
- ロ 作業療法士による場合 200点
- ハ 言語聴覚士による場合 200点
- ニ 歯科医師による場合 200点
- 3 脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅲ（1単位）
- イ 理学療法士による場合 100点
- ロ 作業療法士による場合 100点
- ハ 言語聴覚士による場合 100点
- ニ 歯科医師による場合 100点
- ホ イからニまで以外の場合 100点
- 注1 （略）
- 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日を限度として、早期リハビリテーション加算として、1単位につき25点を所定点数に加算する。
- 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、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者（入院中のものに限る。）であって、リハビリテーションを実施する日において別に厚生労働大臣が定める患者であるものに対してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術又は急性増悪から14日を限度として、急性期リハビリテーション加算として、1単位につき50点を更に所定点数に加算する。
- 5 （略）

- （新設）
- （新設）
- （新設）
- （新設）
- 3 脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅲ（1単位） 100点
- （新設）
- （新設）
- （新設）
- （新設）
- （新設）
- 注1 （略）
- 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日を限度として、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。
- 3 （略）
- （新設）
- 4 （略）

6 注1本文の規定にかかわらず、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つて、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があつてそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から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、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できるものとする。

イ 脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅱ（1単位）

- | | |
|--------------|------|
| ① 理学療法士による場合 | 147点 |
| ② 作業療法士による場合 | 147点 |
| ③ 言語聴覚士による場合 | 147点 |
| ④ 歯科医師による場合 | 147点 |

ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅲ（1単位）

- | | |
|--------------|------|
| ① 理学療法士による場合 | 120点 |
| ② 作業療法士による場合 | 120点 |
| ③ 言語聴覚士による場合 | 120点 |
| ④ 歯科医師による場合 | 120点 |

ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅳ（1単位）

- | | |
|---------------|-----|
| ① 理学療法士による場合 | 60点 |
| ② 作業療法士による場合 | 60点 |
| ③ 言語聴覚士による場合 | 60点 |
| ④ 歯科医師による場合 | 60点 |
| ⑤ ①から④まで以外の場合 | 60点 |

H000-2 (略)

H000-3 廃用症候群リハビリテーション料

1 廃用症候群リハビリテーション料Ⅱ（1単位）

5 注1本文の規定にかかわらず、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つて、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があつてそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から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、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できるものとする。

イ 脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅱ（1単位）

- | | |
|------|------|
| (新設) | 147点 |
| (新設) | |
| (新設) | |
| (新設) | |

ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅲ（1単位）

- | | |
|------|------|
| (新設) | 120点 |
| (新設) | |
| (新設) | |
| (新設) | |

ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅳ（1単位）

- | | |
|------|-----|
| (新設) | 60点 |
| (新設) | |
| (新設) | |
| (新設) | |
| (新設) | |

H000-2 (略)

H000-3 廃用症候群リハビリテーション料

1 廃用症候群リハビリテーション料Ⅱ（1単位）

180点

| | | |
|----|--|------|
| イ | 理学療法士による場合 | 180点 |
| ロ | 作業療法士による場合 | 180点 |
| ハ | 言語聴覚士による場合 | 180点 |
| ニ | 歯科医師による場合 | 180点 |
| 2 | 廃用症候群リハビリテーション料Ⅱ（1単位） | |
| イ | 理学療法士による場合 | 146点 |
| ロ | 作業療法士による場合 | 146点 |
| ハ | 言語聴覚士による場合 | 146点 |
| ニ | 歯科医師による場合 | 146点 |
| 3 | 廃用症候群リハビリテーション料Ⅲ（1単位） | |
| イ | 理学療法士による場合 | 77点 |
| ロ | 作業療法士による場合 | 77点 |
| ハ | 言語聴覚士による場合 | 77点 |
| ニ | 歯科医師による場合 | 77点 |
| ホ | イからニまで以外の場合 | 77点 |
| 注1 | （略） | |
| 2 | 注1本文に規定す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、当該患者の廃用症候群に係る急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は当該患者の廃用症候群の急性増悪から30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、1単位につき25点を所定点数に加算する。 | |
| 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、注1本文に規定する患者（入院中のものに限る。）であって、リハビリテーションを実施する日において別に厚生労働 | |

| | | |
|----|--|------|
| | | (新設) |
| | | (新設) |
| | | (新設) |
| | | (新設) |
| 2 | 廃用症候群リハビリテーション料Ⅱ（1単位） | 146点 |
| | | (新設) |
| | | (新設) |
| | | (新設) |
| | | (新設) |
| 3 | 廃用症候群リハビリテーション料Ⅲ（1単位） | 77点 |
| | | (新設) |
| | | (新設) |
| | | (新設) |
| | | (新設) |
| | | (新設) |
| 注1 | （略） | |
| 2 | 注1本文に規定す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、当該患者の廃用症候群に係る急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は当該患者の廃用症候群の急性増悪から30日を限度として、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。 | |
| 3 | （略） | |
| | | (新設) |

大臣が定める患者であるものに対してリハビリテーションを行った場合は、当該患者の廃用症候群に係る急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は当該患者の廃用症候群の急性増悪から14日を限度として、急性期リハビリテーション加算として、1単位につき50点を更に所定点数に加算する。

5 (略)

6 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する患者であって、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があつてそれぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から120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、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できるものとする。

イ 廃用症候群リハビリテーション料Ⅰ(1単位)

- | | |
|---------------------|-------------|
| <u>①</u> 理学療法士による場合 | <u>108点</u> |
| <u>②</u> 作業療法士による場合 | <u>108点</u> |
| <u>③</u> 言語聴覚士による場合 | <u>108点</u> |
| <u>④</u> 歯科医師による場合 | <u>108点</u> |

ロ 廃用症候群リハビリテーション料Ⅱ(1単位)

- | | |
|---------------------|------------|
| <u>①</u> 理学療法士による場合 | <u>88点</u> |
| <u>②</u> 作業療法士による場合 | <u>88点</u> |
| <u>③</u> 言語聴覚士による場合 | <u>88点</u> |
| <u>④</u> 歯科医師による場合 | <u>88点</u> |

ハ 廃用症候群リハビリテーション料Ⅲ(1単位)

- | | |
|---------------------|------------|
| <u>①</u> 理学療法士による場合 | <u>46点</u> |
| <u>②</u> 作業療法士による場合 | <u>46点</u> |

4 (略)

5 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する患者であつて、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があつてそれぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から120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、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できるものとする。

イ 廃用症候群リハビリテーション料Ⅰ(1単位) 108点

- (新設)
(新設)
(新設)
(新設)

ロ 廃用症候群リハビリテーション料Ⅱ(1単位) 88点

- (新設)
(新設)
(新設)
(新設)

ハ 廃用症候群リハビリテーション料Ⅲ(1単位) 46点

- (新設)
(新設)

- ③ 言語聴覚士による場合 46点
- ④ 歯科医師による場合 46点
- ⑤ ①から④まで以外の場合 46点

H001 摂食機能療法（1日につき）

1・2 （略）

注1～3 （略）

4 治療開始日から起算して3月を超えた場合において、摂食機能療法と区分番号H001-2に掲げる歯科口腔リハビリテーション料1（2及び3に限る。）を合わせて月6回に限り算定する。

H001-2 歯科口腔リハビリテーション料1（1口腔につき）

1～3 （略）

注1・2 （略）

3 3については、区分番号M025に掲げる口蓋補綴、顎補綴により算定した装置を装着している患者に対して、月4回に限り算定する。

4 （略）

5 2及び3について、区分番号H001に掲げる摂食機能療法の治療開始日から起算して3月を超えた場合において、当該摂食機能療法と歯科口腔リハビリテーション料1を合わせて月6回に限り算定する。

（削る）

H001-3 （略）

H001-4 歯科口腔リハビリテーション料3（1口腔につき）

1 口腔機能の発達不全を有する18歳未満の患者の

（新設）

（新設）

（新設）

H001 摂食機能療法（1日につき）

1・2 （略）

注1～3 （略）

4 治療開始日から起算して3月を超えた場合に、区分番号H001-2に掲げる歯科口腔リハビリテーション料1（2及び3に限る。）を算定した月は、摂食機能療法は算定できない。

H001-2 歯科口腔リハビリテーション料1（1口腔につき）

1～3 （略）

注1・2 （略）

（新設）

3 （略）

4 2及び3について、区分番号H001に掲げる摂食機能療法の治療開始日から起算して3月を超えた場合において、当該摂食機能療法を算定した月は、歯科口腔リハビリテーション料1は算定できない。

5 3については、区分番号M025に掲げる口蓋補綴、顎補綴により算定した装置を装着している患者に対して、月4回に限り算定する。

H001-3 （略）

（新設）

場合 50点

2 口腔機能の低下を来している患者の場合 50点

注1 1については、区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料を算定する患者に対して、口腔機能の獲得を目的として、療養上必要な指導及び訓練を行った場合に、月2回に限り算定する。

2 2については、区分番号B000-4-3に掲げる口腔機能管理料を算定する患者に対して、口腔機能の回復又は維持を目的として、療養上必要な指導及び訓練を行った場合に、月2回に限り算定する。

3 区分番号H001に掲げる摂食機能療法を算定した日は、歯科口腔リハビリテーション料3は算定できない。

H002～H008 (略)

第2節 (略)

第8部 処置

通則

- 1 (略)
- 2 処置に当たって、第2節に掲げる医療機器等、薬剤又は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（別に厚生労働大臣が定める薬剤（以下この部において「特定薬剤」という。）にあつては、120点以上の処置若しくは特に規定する処置に使用した場合又は特定保険医療材料にあつては、特に規定する処置に使用した場合を除く。）は、前号により算定した点数及び第2節から第5節までの所定点数を合算した点数により算定する。
- 3 第1節に掲げられていない処置であつて簡単なものの費用は、薬剤又は特定保険医療材料を使用したときに限り、第3

H002～H008 (略)

第2節 (略)

第8部 処置

通則

- 1 (略)
- 2 処置に当たって、第2節に掲げる医療機器等、別に厚生労働大臣が定める薬剤（以下この部において「特定薬剤」という。）又は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（特定薬剤にあつては、120点以上の処置若しくは特に規定する処置に使用した場合又は特定保険医療材料にあつては、特に規定する処置に使用した場合を除く。）は、前号により算定した点数及び第2節、第3節又は第4節の所定点数を合算した点数により算定する。
- 3 第1節に掲げられていない処置であつて簡単なものの費用は、特定薬剤又は特定保険医療材料を使用したときに限り、

節、第4節又は第5節の所定点数のみにより算定する。

4～6 (略)

7 120点以上の処置又は特に規定する処置の所定点数は、当該処置に当たって、表面麻酔、浸潤麻酔又は簡単な伝達麻酔を行った場合の費用を含む。ただし、区分番号I004の1に掲げる生活歯髄切断又は区分番号I005に掲げる抜髄を行う場合の当該麻酔に当たって使用した薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣の定めるところにより算定できる。

8 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定する患者であって、同注8に規定する歯科診療特別対応加算1、歯科診療特別対応加算2又は歯科診療特別対応加算3を算定しないものに対して、歯科訪問診療時に処置を行った場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該処置の所定点数に加算する。

イ・ロ (略)

9 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料及び同注8に規定する歯科診療特別対応加算1、歯科診療特別対応加算2又は歯科診療特別対応加算3を算定する患者に対して、歯科訪問診療時に処置を行った場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該処置の所定点数に加算する。

イ・ロ (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 200点

2 直接歯髄保護処置 154点

3 間接歯髄保護処置 38点

注1・2 (略)

I001-2～I003 (略)

I004 歯髄切断(1歯につき)

第3節又は第4節の所定点数のみにより算定する。

4～6 (略)

7 120点以上の処置又は特に規定する処置の所定点数は、当該処置に当たって、表面麻酔、浸潤麻酔又は簡単な伝達麻酔を行った場合の費用を含む。

8 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定する患者であって、同注6に規定する加算を算定しないものに対して、歯科訪問診療時に処置を行った場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該処置の所定点数に加算する。

イ・ロ (略)

9 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料及び同注6に規定する加算を算定する患者に対して、歯科訪問診療時に処置を行った場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該処置の所定点数に加算する。

イ・ロ (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・2 (略)

I001-2～I003 (略)

I004 歯髄切断(1歯につき)

| | | |
|-----------|--|-------------|
| 1 | 生活歯髄切断 | <u>233点</u> |
| 2 | 失活歯髄切断 | <u>72点</u> |
| 注1 | 永久歯の歯根完成期以前及び乳歯の歯髄につき、1の生活歯髄切断を行った場合は、 <u>42点</u> を所定点数に加算する。 | |
| 2 | (略) | |
| I 0 0 5 | 抜髄 (1歯につき) | |
| 1 | 単根管 | <u>234点</u> |
| 2 | 2根管 | <u>426点</u> |
| 3 | 3根管以上 | <u>600点</u> |
| 注1・2 | (略) | |
| 3 | 麻酔 (通則第7号に規定する麻酔に限る。) の費用 (麻酔に当たって使用した薬剤の薬価を除く。) 及び特定薬剤の費用は、所定点数に含まれる。 | |
| I 0 0 6 | 感染根管処置 (1歯につき) | |
| 1 | 単根管 | <u>160点</u> |
| 2 | 2根管 | <u>310点</u> |
| 3 | 3根管以上 | <u>450点</u> |
| 注 | (略) | |
| I 0 0 7 | 根管貼薬処置 (1歯1回につき) | |
| 1 | 単根管 | <u>33点</u> |
| 2 | 2根管 | <u>41点</u> |
| 3 | 3根管以上 | <u>57点</u> |
| 注 | (略) | |
| I 0 0 8 | (略) | |
| I 0 0 8-2 | 加圧根管充填処置 (1歯につき) | |
| 1 | 単根管 | <u>139点</u> |
| 2 | 2根管 | <u>168点</u> |
| 3 | 3根管以上 | <u>213点</u> |
| 注1~3 | (略) | |

| | | |
|-----------|---|-------------|
| 1 | 生活歯髄切断 | <u>230点</u> |
| 2 | 失活歯髄切断 | <u>70点</u> |
| 注1 | 永久歯の歯根完成期以前及び乳歯の歯髄につき、1の生活歯髄切断を行った場合は、 <u>40点</u> を所定点数に加算する。 | |
| 2 | (略) | |
| I 0 0 5 | 抜髄 (1歯につき) | |
| 1 | 単根管 | <u>232点</u> |
| 2 | 2根管 | <u>424点</u> |
| 3 | 3根管以上 | <u>598点</u> |
| 注1・2 | (略) | |
| 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。 | |
| I 0 0 6 | 感染根管処置 (1歯につき) | |
| 1 | 単根管 | <u>158点</u> |
| 2 | 2根管 | <u>308点</u> |
| 3 | 3根管以上 | <u>448点</u> |
| 注 | (略) | |
| I 0 0 7 | 根管貼薬処置 (1歯1回につき) | |
| 1 | 単根管 | <u>32点</u> |
| 2 | 2根管 | <u>40点</u> |
| 3 | 3根管以上 | <u>56点</u> |
| 注 | (略) | |
| I 0 0 8 | (略) | |
| I 0 0 8-2 | 加圧根管充填処置 (1歯につき) | |
| 1 | 単根管 | <u>138点</u> |
| 2 | 2根管 | <u>166点</u> |
| 3 | 3根管以上 | <u>210点</u> |
| 注1~3 | (略) | |

4 3については、歯科用3次元エックス線断層撮影装置を用いて根管治療を行った場合であって、Ni-Tiロータリーファイルを用いて根管治療を行った場合に、Ni-Tiロータリーファイル加算として、150点を所定点数に加算する。なお、第4部に掲げる歯科用3次元エックス線断層撮影の費用は別に算定できる。

(外科後処置)

| | | |
|-----------------------|---|-------------|
| I 0 0 9 ~ I 0 0 9 - 5 | (略) | |
| <u>I 0 0 9 - 6</u> | <u>摘便</u> | <u>100点</u> |
| <u>I 0 0 9 - 7</u> | <u>ハイフローセラピー (1日につき)</u> | |
| | <u>1 15歳未満の患者の場合</u> | <u>282点</u> |
| | <u>2 15歳以上の患者の場合</u> | <u>192点</u> |
| <u>I 0 0 9 - 8</u> | <u>経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法</u> | <u>200点</u> |
| | <u>注 区分番号I 0 0 9 - 2に掲げる創傷処置、区分番号J 0 8 4に掲げる創傷処理の費用は所定点数に含まれるものとする。</u> | |
| <u>I 0 0 9 - 9</u> | <u>留置カテーテル設置</u> | <u>40点</u> |
| <u>I 0 0 9 - 1 0</u> | <u>超音波ネブライザ (1日につき)</u> | <u>24点</u> |

(歯周組織の処置)

| | | |
|-------------|------------------------|--|
| I 0 1 0 | (略) | |
| I 0 1 1 | 歯周基本治療 | |
| | 1・2 (略) | |
| | 注1～5 (略) | |
| | (削る) | |
| I 0 1 1 - 2 | 歯周病安定期治療 | |
| | 1～3 (略) | |
| | 注1 (略) | |
| | 2 2回目以降の歯周病安定期治療の算定は、前 | |

4 注3に規定する場合であって、Ni-Tiロータリーファイルを用いて根管治療を行った場合は、Ni-Tiロータリーファイル加算として、150点を更に所定点数に加算する。

(外科後処置)

| | | |
|-----------------------|------|--|
| I 0 0 9 ~ I 0 0 9 - 5 | (略) | |
| | (新設) | |
| | (新設) | |
| | (新設) | |
| | (新設) | |
| | (新設) | |
| | (新設) | |

(歯周組織の処置)

| | | |
|-------------|---|--|
| I 0 1 0 | (略) | |
| I 0 1 1 | 歯周基本治療 | |
| | 1・2 (略) | |
| | 注1～5 (略) | |
| | <u>6 区分番号D 0 0 2 - 6に掲げる口腔細菌定量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。</u> | |
| I 0 1 1 - 2 | 歯周病安定期治療 | |
| | 1～3 (略) | |
| | 注1 (略) | |
| | 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又は区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料の注3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診療所である保険医療機関において歯周病安定期治療を開始した場合は、この限りでない。

3 区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料の注3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診療所である保険医療機関において歯周病安定期治療を開始した場合は、口腔管理体制強化加算として、120点を所定点数に加算する。

4 歯周病の重症化するおそれのある患者に対して歯周病安定期治療を実施した場合は、歯周病ハイリスク患者加算として、80点を所定点数に加算する。

5～7 (略)

I011-2-2 (略)

I011-2-3 歯周病重症化予防治療

1～3 (略)

注1 (略)

2 2回目以降の歯周病重症化予防治療の算定は、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、区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料の注3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診療所である保険

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又はかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所において歯周病安定期治療を開始した場合は、この限りでない。

3 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所において歯周病安定期治療を開始した場合は、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算として、120点を所定点数に加算する。

(新設)

4～6

I011-2-2 (略)

I011-2-3 歯周病重症化予防治療

1～3 (略)

注1 (略)

2 2回目以降の歯周病重症化予防治療の算定は、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。

医療機関において、区分番号I011-2に掲げる歯周病安定期治療を算定した患者について、一連の治療終了後の再評価の結果に基づき、当該患者に対して、歯周病重症化予防治療を開始した場合は、この限りでない。

3 (略)

I011-3 (略)

(その他の処置)

I014~I016 (略)

I017 口腔内装置 (1装置につき)

1~3 (略)

注 顎関節治療用装置、歯ぎしりに対する口腔内装置、口腔粘膜等の保護のための口腔内装置、外傷歯の保護のための口腔内装置又はその他口腔内装置を製作した場合に当該製作方法に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

I017-1-2~I017-1-4 (略)

I017-2 口腔内装置調整・修理 (1口腔につき)

1 口腔内装置調整

イ 口腔内装置調整1

120点

ロ 口腔内装置調整2

120点

ハ 口腔内装置調整3

220点

2 (略)

注1 (略)

2 1のロについては、区分番号I017に掲げる口腔内装置の注に規定する歯ぎしりに対する口腔内装置、口腔粘膜等の保護のための口腔内装置又は外傷歯の保護のための口腔内装置の調整を行った場合に算定する。

3~5 (略)

3 (略)

I011-3 (略)

(その他の処置)

I014~I016 (略)

I017 口腔内装置 (1装置につき)

1~3 (略)

注 顎関節治療用装置、歯ぎしりに対する口腔内装置又はその他口腔内装置を製作した場合に当該製作方法に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

I017-1-2~I017-1-4 (略)

I017-2 口腔内装置調整・修理 (1口腔につき)

1 口腔内装置調整

イ 睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置の場合

120点

ロ 歯ぎしりに対する口腔内装置の場合

120点

ハ イ及びロ以外の場合

220点

2 (略)

注1 (略)

2 1のロについては、区分番号I017に掲げる口腔内装置の注に規定する歯ぎしりに対する口腔内装置の調整を行った場合に算定する。

3~5 (略)

I 0 1 7 - 3 ~ I 0 2 6 (略)

I 0 2 7 人工呼吸

1 30分までの場合 302点

2 30分を超えて5時間までの場合 302点に30分
又はその端数を増すごとに50点を加算して得た点数

3 (略)

注1~3 (略)

I 0 2 8 (略)

I 0 2 9 周術期等専門的口腔衛生処置 (1口腔につき)

1・2 (略)

注1 1について、区分番号B 0 0 0 - 6に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅱ又は区分番号B 0 0 0 - 7に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅲを算定した患者に対して、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、区分番号B 0 0 0 - 6に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅱ又は区分番号B 0 0 0 - 7に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅲ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 1について、区分番号B 0 0 0 - 8に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅲ又は区分番号B 0 0 0 - 9に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅳを算定した患者に対して、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、区分番号B 0 0 0 - 8に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅲ又は区分番号B 0 0 0 - 9に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅳを算定した日の属する月において、月2回に限り算定する。

3 1について、注2の規定にかかわらず、区分

I 0 1 7 - 3 ~ I 0 2 6 (略)

I 0 2 7 人工呼吸

1 30分までの場合 242点

2 30分を超えて5時間までの場合 242点に30分
又はその端数を増すごとに50点を加算して得た点数

3 (略)

注1~3 (略)

I 0 2 8 (略)

I 0 2 9 周術期等専門的口腔衛生処置 (1口腔につき)

1・2 (略)

注1 1について、区分番号B 0 0 0 - 6に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅱ又は区分番号B 0 0 0 - 7に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅲ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、区分番号B 0 0 0 - 6に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅱ又は区分番号B 0 0 0 - 7に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅲ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 1について、区分番号B 0 0 0 - 8に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅲを算定した患者に対して、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、区分番号B 0 0 0 - 8に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅲを算定した日の属する月において、月2回に限り算定する。

(新設)

番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅲ又は区分番号B000-9に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅲを算定した緩和ケアを実施している患者に対して、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、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅲ又は区分番号B000-9に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅲを算定した日の属する月において、月4回に限り算定する。

4 2については、区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注1に規定する管理計画に基づき、口腔機能の管理を行っている患者（がん等に係る放射線治療又は化学療法を実施する患者に限る。）に対して、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が口腔粘膜に対する処置を行い、口腔粘膜保護材を使用した場合に、月1回に限り算定する。

5 (略)

6 周術期等専門的口腔衛生処置1又は周術期等専門的口腔衛生処置2を算定した日の属する月において、区分番号I029-1-2に掲げる回復期等専門的口腔衛生処置、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、区分番号I030-2に掲げる非経口摂取患者口腔粘膜処置及び区分番号I030-3に掲げる口腔バイオフィルム除去処置は、別に算定できない。

I029-1-2 回復期等専門的口腔衛生処置（1口腔につき）
100点

3 2については、区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注1に規定する管理計画に基づき、口腔機能の管理を行っている患者（がん等に係る放射線治療又は化学療法を実施する患者に限る。）に対して、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が口腔粘膜に対する処置を行い、口腔粘膜保護材を使用した場合に、一連の周術期等口腔機能管理を通じて1回に限り算定する。

4 (略)

5 周術期等専門的口腔衛生処置1又は周術期等専門的口腔衛生処置2を算定した日の属する月において、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I030-2に掲げる非経口摂取患者口腔粘膜処置は、別に算定できない。

(新設)

注1 区分番号B000-11に掲げる回復期等口腔機能管理料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、回復期等口腔機能管理料を算定した日の属する月において、月2回に限り算定する。

2 回復期等専門的口腔衛生処置を算定した日の属する月において、区分番号I029に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置、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、区分番号I030-2に掲げる非経口摂取患者口腔粘膜処置及び区分番号I030-3に掲げる口腔バイオフィーム除去処置は、別に算定できない。

I029-2 在宅等療養患者専門的口腔衛生処置（1口腔につき） 130点

注1・2 （略）

3 在宅等療養患者専門的口腔衛生処置を算定した日の属する月において、区分番号I030に掲げる機械的歯面清掃処置、区分番号I030-2に掲げる非経口摂取患者口腔粘膜処置及び区分番号I030-3に掲げる口腔バイオフィーム除去処置は、別に算定できない。

I029-3 （略）

I030 機械的歯面清掃処置（1口腔につき） 72点

注1 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

I029-2 在宅等療養患者専門的口腔衛生処置（1口腔につき） 130点

注1・2 （略）

3 在宅等療養患者専門的口腔衛生処置を算定した日の属する月において、区分番号I030に掲げる機械的歯面清掃処置及び区分番号I030-2に掲げる非経口摂取患者口腔粘膜処置は、別に算定できない。

I029-3 （略）

I030 機械的歯面清掃処置（1口腔につき） 72点

注1 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に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置、区分番号I029-1-2に掲げる回復期等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、2月に1回に限り算定する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注6、区分番号A002に掲げる再診料の注4若しくは区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の注8に規定する歯科診療特別対応加算1、歯科診療特別対応加算2又は歯科診療特別対応加算3を算定する患者、区分番号B000-12に掲げる根面う蝕管理料の注2に規定する加算を算定する患者であって特に機械的歯面清掃が必要と認められる患者、区分番号B000-13に掲げるエナメル質初期う蝕管理料の注2に規定する加算を算定する患者、妊婦又は他の保険医療機関（歯科診療を行う保険医療機関を除く。）から文書による診療情報の提供を受けた糖尿病患者については月1回に限り算定する。

2 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I030-2に掲げる非経口摂取患者口腔粘膜処置又は区分番号I030-3に掲げる口腔バイオフィーム除去処置を算定した月は算定できない。

I030-2 非経口摂取患者口腔粘膜処置（1口腔につき）

士が、歯科疾患の管理を行っているもの（区分番号I029に掲げる周術期等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、2月に1回に限り算定する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注6、区分番号A002に掲げる再診料の注4若しくは区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の注6に規定する加算を算定する患者、妊婦又は他の保険医療機関（歯科診療を行う保険医療機関を除く。）から文書による診療情報の提供を受けた糖尿病患者については月1回に限り算定する。

2 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料の注10に規定する加算、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又は区分番号I030-2に掲げる非経口摂取患者口腔粘膜処置を算定した月は算定できない。

I030-2 非経口摂取患者口腔粘膜処置（1口腔につき）

110点

注1 (略)

2 非経口摂取患者口腔粘膜処置を算定した月において、区分番号I010に掲げる歯周病処置、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に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置、区分番号I029-1-2に掲げる回復期等専門的口腔衛生処置、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I030-3に掲げる口腔バイオフィーム除去処置は別に算定できない。

I030-3 口腔バイオフィーム除去処置 (1口腔につき)

110点

注1 口腔バイオフィームの除去が必要な患者に対して、歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が口腔バイオフィームの除去を行った場合に、月2回に限り算定する。

2 口腔バイオフィーム除去処置を算定した月において、区分番号I010に掲げる歯周病処置、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に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置、区分番号I029-1-2に掲げる回復期等専門的口腔衛生処置、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

110点

注1 (略)

2 非経口摂取患者口腔粘膜処置を算定した月において、区分番号I010に掲げる歯周病処置、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に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置、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別に算定できない。

(新設)

る機械的歯面清掃処置、区分番号I030-2に掲げる非経口摂取患者口腔粘膜処置は別に算定できない。

I031 フッ化物歯面塗布処置（1口腔につき）

- 1 (略)
- 2 初期の根面う蝕に罹患している患者の場合
80点
- 3 エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合
100点

注1 1については、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C000に掲げる歯科訪問診療料を算定したう蝕多発傾向者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、2回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、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った場合に限り、月1回に限り算定する。

- 2 2については、区分番号B000-12に掲げる根面う蝕管理料を算定した患者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、2回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、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った場合に限り、月1回に限り算定する。

I031 フッ化物歯面塗布処置（1口腔につき）

- 1 (略)
- 2 初期の根面う蝕に罹患している患者の場合
110点
- 3 エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合
130点

注1 1については、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う蝕多発傾向者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、2回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、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った場合に限り、月1回に限り算定する。

- 2 2については、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定し、初期の根面う蝕に罹患している在宅等で療養を行う患者又は区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料（注10に規定するエナメル質初期う蝕管理加算を算定した場合を除く。）を算定し、初期の根面う蝕に罹患している65歳以上の患者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、2回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、前回実施月の

3 3については、区分番号B000-13に掲げるエナメル質初期う蝕管理料を算定した患者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に月1回に限り算定する。ただし、2回目以降のフッ化物歯面塗布処置（エナメル質初期う蝕管理料の注2に規定する加算を算定する患者に対して実施する場合を除く。）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った場合に限り、月1回に限り算定する。

I032 口腔リンパ管腫局所注入 1,020点

注1 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、55点を加算する。

2 当該処置に当たって使用した薬剤の費用は別に算定できる。

第2節 (略)

第3節 薬剤料

区分

I090 薬剤 薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。

第4節・第5節 (略)

第9部 手術

通則

1～8 (略)

9 緊急のために休日に手術を行った場合又は手術の開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜

翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行った場合に限り、月1回に限り算定する。

3 3については、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料（注10に規定するエナメル質初期う蝕管理加算を算定した場合を除く。）を算定したエナメル質初期う蝕に罹患している患者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に月1回に限り算定する。ただし、2回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、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った場合に限り、月1回に限り算定する。

(新設)

第2節 (略)

(新設)

第3節・第4節 (略)

第9部 手術

通則

1～8 (略)

9 緊急のために休日に手術を行った場合又は手術の開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜

である場合において、当該手術の所定点数が150点以上のときは、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。

イ 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

(1)～(3) (略)

(4) (1)から(3)までにかかわらず、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して、手術の開始時間が同注のただし書に規定する時間である手術を行った場合 所定点数の100分の80に相当する点数

ロ (略)

10～13 (略)

14 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定する患者であって、同注8に規定する歯科診療特別対応加算1、歯科診療特別対応加算2又は歯科診療特別対応加算3を算定しないものに対して、歯科訪問診療時に手術を行った場合は、次に掲げる点数をそれぞれ当該手術の所定点数に加算する。

イ・ロ (略)

15 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料及び同注8に規定する歯科診療特別対応加算1、歯科診療特別対応加算2又は歯科診療特別対応加算3を算定する患者に対して、歯科訪問診療時に手術を行った場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該手術の所定点数に加算する。

イ・ロ (略)

16・17 (略)

第1節 手術料

区分

J000～J038 (略)

J039 上顎骨悪性腫瘍手術

1 搔爬

10,530点

である場合において、当該手術の所定点数が150点以上のときは、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。

イ 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

(1)～(3) (略)

(4) (1)から(3)までにかかわらず、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して、手術の開始時間が同注のただし書に規定する時間である手術を行った場合 所定点数の100分の80に相当する点数

ロ (略)

10～13 (略)

14 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定する患者であって、同注6に規定する歯科診療特別対応加算を算定しないものに対して、歯科訪問診療時に手術を行った場合は、次に掲げる点数をそれぞれ当該手術の所定点数に加算する。

イ・ロ (略)

15 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料及び同注6に規定する歯科診療特別対応加算を算定する患者に対して、歯科訪問診療時に手術を行った場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該手術の所定点数に加算する。

イ・ロ (略)

16・17 (略)

第1節 手術料

区分

J000～J038 (略)

J039 上顎骨悪性腫瘍手術

1 搔爬

9,160点

| | | |
|-------------|--|--------|
| 2・3 | (略) | |
| J040～J052 | (略) | |
| J053 | 唾石摘出術（一連につき） | |
| 1 | (略) | |
| 2 | 深在性のもの | 4,330点 |
| 3 | (略) | |
| 注 | (略) | |
| J054～J062 | (略) | |
| J063 | 歯周外科手術 | |
| 1～5 | (略) | |
| 6 | 歯肉歯槽粘膜形成手術 | |
| イ～ホ | (略) | |
| ハ | 結合組織移植術 | 840点 |
| 注1・2 | (略) | |
| 3 | 区分番号I011-2に掲げる歯周病安定期治療を開始した日以降に実施する場合（ <u>6については、歯周病治療を目的として実施する場合に限る。</u> ）は、所定点数（注1の加算を含む。）の100分の50に相当する点数により算定する。 | |
| 4・5 | (略) | |
| 6 | 1から5まで及び6のイからハまでについては1歯につき算定し、 <u>6のニからへまでについては手術野ごとに算定する。</u> | |
| J063-2～J066 | (略) | |
| J067 | 上顎骨折非観血的整復術 | 1,800点 |
| J068～J079 | (略) | |
| J080 | 顎関節授動術 | |
| 1 | 徒手的授動術 | |
| イ・ロ | (略) | |
| ハ | 関節腔洗浄療法を併用した場合 | 2,760点 |

| | | |
|-------------|---|--------|
| 2・3 | (略) | |
| J040～J052 | (略) | |
| J053 | 唾石摘出術（一連につき） | |
| 1 | (略) | |
| 2 | 深在性のもの | 3,770点 |
| 3 | (略) | |
| 注 | (略) | |
| J054～J062 | (略) | |
| J063 | 歯周外科手術 | |
| 1～5 | (略) | |
| 6 | 歯肉歯槽粘膜形成手術 | |
| イ～ホ | (略) | |
| | (新設) | |
| 注1・2 | (略) | |
| 3 | 区分番号I011-2に掲げる歯周病安定期治療を開始した日以降に実施する場合は、所定点数（注1の加算を含む。）の100分の50に相当する点数により算定する。 | |
| 4・5 | (略) | |
| 6 | 1から5まで及び6のイからハまでについては1歯につき算定し、6のニ <u>及びホ</u> は手術野ごとに算定する。 | |
| J063-2～J066 | (略) | |
| J067 | 上顎骨折非観血的整復術 | 1,570点 |
| J068～J079 | (略) | |
| J080 | 顎関節授動術 | |
| 1 | 徒手的授動術 | |
| イ・ロ | (略) | |
| ハ | 関節腔洗浄療法を併用した場合 | 2,400点 |

| | | |
|---------------|--------------------------------------|----------------|
| 2 | 顎関節鏡下授動術 | <u>12,090点</u> |
| 3 | (略) | |
| J080-2~J083 | (略) | |
| J084 | 創傷処理 | |
| 1・2 | (略) | |
| 3 | 筋肉、臓器に達するもの(長径10センチメートル以上) | |
| イ | (略) | |
| ロ | その他のもの | <u>3,090点</u> |
| 4~6 | (略) | |
| 注1~3 | (略) | |
| J084-2 | 小児創傷処理(6歳未満) | |
| 1・2 | (略) | |
| 3 | 筋肉、臓器に達するもの(長径5センチメートル以上10センチメートル未満) | <u>2,860点</u> |
| 4 | 筋肉、臓器に達するもの(長径10センチメートル以上) | <u>4,410点</u> |
| 5~8 | (略) | |
| 注1~3 | (略) | |
| J085 | デブリードマン | |
| 1 | 100平方センチメートル未満 | <u>1,620点</u> |
| 2 | (略) | |
| 注1・2 | (略) | |
| J086・J086-2 | (略) | |
| J087 | 上顎洞根治手術 | <u>9,180点</u> |
| J087-2~J090-2 | (略) | |
| J091 | 皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術 | |
| 1 | 25平方センチメートル未満 | <u>5,180点</u> |
| 2・3 | (略) | |
| J092~J104 | (略) | |
| J104-2 | 皮膚悪性腫瘍切除術 | |

| | | |
|---------------|--------------------------------------|----------------|
| 2 | 顎関節鏡下授動術 | <u>10,520点</u> |
| 3 | (略) | |
| J080-2~J083 | (略) | |
| J084 | 創傷処理 | |
| 1・2 | (略) | |
| 3 | 筋肉、臓器に達するもの(長径10センチメートル以上) | |
| イ | (略) | |
| ロ | その他のもの | <u>2,690点</u> |
| 4~6 | (略) | |
| 注1~3 | (略) | |
| J084-2 | 小児創傷処理(6歳未満) | |
| 1・2 | (略) | |
| 3 | 筋肉、臓器に達するもの(長径5センチメートル以上10センチメートル未満) | <u>2,490点</u> |
| 4 | 筋肉、臓器に達するもの(長径10センチメートル以上) | <u>3,840点</u> |
| 5~8 | (略) | |
| 注1~3 | (略) | |
| J085 | デブリードマン | |
| 1 | 100平方センチメートル未満 | <u>1,410点</u> |
| 2 | (略) | |
| 注1・2 | (略) | |
| J086・J086-2 | (略) | |
| J087 | 上顎洞根治手術 | <u>7,990点</u> |
| J087-2~J090-2 | (略) | |
| J091 | 皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術 | |
| 1 | 25平方センチメートル未満 | <u>4,510点</u> |
| 2・3 | (略) | |
| J092~J104 | (略) | |
| J104-2 | 皮膚悪性腫瘍切除術 | |

1・2 (略)

注 放射性同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検（悪性黒色腫等に係るものに限る。）を併せて行った場合は、皮膚悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算として、5,000点を所定点数に加算する。ただし、当該手術に用いた色素の費用は、算定できない。

J105～J110 (略)

J111 頭頸部悪性腫瘍光線力学療法 22,100点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、頭頸部悪性腫瘍の患者に対して、光線力学療法を実施した場合に算定する。

第2節～第6節 (略)

第10部・第11部 (略)

第12部 歯冠修復及び欠損補綴

通則

1～5 (略)

6 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定する患者であって、同注8に規定する歯科診療特別対応加算1、歯科診療特別対応加算2又は歯科診療特別対応加算3を算定しないものに対して、歯科訪問診療時に第12部に掲げる歯冠修復及び欠損補綴を行った場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に加算する。

イ・ロ (略)

7 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料及び同注8に規定する歯科診療特別対応加算1、歯科診療特別対応加算2又は歯科診療特別対応加算3を算定する患者に対して、歯科訪問診療時に第12部に掲げる歯冠修復及び欠損補綴を行った場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に加算する。

1・2 (略)

注 放射性同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検（悪性黒色腫等に係るものに限る。）を併せて行った場合は、センチネルリンパ節加算として、5,000点を所定点数に加算する。ただし、当該手術に用いた色素の費用は、算定できない。

J105～J110 (略)

(新設)

第2節～第6節 (略)

第10部・第11部 (略)

第12部 歯冠修復及び欠損補綴

通則

1～5 (略)

6 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定する患者であって、同注6に規定する加算を算定しないものに対して、歯科訪問診療時に第12部に掲げる歯冠修復及び欠損補綴を行った場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に加算する。

イ・ロ (略)

7 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料及び同注6に規定する加算を算定する患者に対して、歯科訪問診療時に第12部に掲げる歯冠修復及び欠損補綴を行った場合は、次に掲げる点数を、それぞれ当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に加算する。

イ (略)

ロ 区分番号M009に掲げる充填を行った場合

所定点数の100分の60に相当する点数

△ 歯冠修復及び欠損補綴 (区分番号M000からM000-3まで、M003 (2のロ及びハに限る。)、M003-3、M003-4、M006 (2のロに限る。)、M009からM010-3まで、M010-4 (1に限る。)、M011、M011-2、M015からM015-3まで、M017からM021-2まで、M021-3 (2に限る。)、M022、M023、M025からM026まで及びM030を除く。)を行った場合

所定点数の100分の50

に相当する点数

8・9 (略)

第1節 歯冠修復及び欠損補綴料

区分

(歯冠修復及び欠損補綴診療料)

M000 (略)

M000-2 クラウン・ブリッジ維持管理料 (1装置につき)
1～3 (略)

注1 クラウン・ブリッジ維持管理料を保険医療機関単位で算定する旨を地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯冠補綴物 (区分番号M010の2に掲げる4分の3冠 (前歯)、区分番号M010の3に掲げる5分の4冠 (小白歯)、区分番号M010の4に掲げる全部金属冠 (小白歯及び大白歯) 及び区分番号M011に掲げるレジン前装金属冠を除く。) 又はブリッジを製作し、当該補綴物を装着した患者に対して、当該維持管理の内容に係る情報を文書により提供した場合に算定する。

イ (略)

(新設)

ロ 歯冠修復及び欠損補綴 (区分番号M000からM000-3まで、M003 (2のロ及びハに限る。)、M003-3、M006 (2のロに限る。)、M010からM010-3まで、M010-4 (1に限る。)、M011、M011-2、M015からM015-3まで、M017からM021-2まで、M021-3 (2に限る。)、M022、M023、M025からM026まで及びM030を除く。)を行った場合

所定点数の100分の50に相当する点数

8・9 (略)

第1節 歯冠修復及び欠損補綴料

区分

(歯冠修復及び欠損補綴診療料)

M000 (略)

M000-2 クラウン・ブリッジ維持管理料 (1装置につき)
1～3 (略)

注1 クラウン・ブリッジ維持管理料を保険医療機関単位で算定する旨を地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯冠補綴物又はブリッジを製作し、当該補綴物を装着した患者に対して、当該維持管理の内容に係る情報を文書により提供した場合に算定する。

2～4 (略)

M000-3 (略)

M001 歯冠形成 (1歯につき)

1～3 (略)

注1・2 (略)

3 1のイについて、臼歯のレジン前装金属冠のための歯冠形成は、340点を所定点数に加算する。

4～6 (略)

7 2のイについて、臼歯のレジン前装金属冠のための支台歯の歯冠形成は、300点を所定点数に加算する。

8・9 (略)

10 3について、CAD/CAMインレーのための^か窩洞形成は、150点を所定点数に加算する。

11 (略)

M001-2 (略)

M001-3 う蝕^{しよく}歯インレー修復形成 (1歯につき) 120点

注1 CAD/CAMインレーのための^か窩洞形成は、150点を所定点数に加算する。

2 (略)

M002 支台築造 (1歯につき)

1 間接法

イ メタルコアを用いた場合

(1) 大白歯 181点

(2) 小白歯及び前歯 155点

ロ ファイバーポストを用いた場合

(1) 大白歯 211点

(2) 小白歯及び前歯 180点

2 (略)

注1・2 (略)

2～4 (略)

M000-3 (略)

M001 歯冠形成 (1歯につき)

1～3 (略)

注1・2 (略)

3 1のイについて、臼歯のレジン前装金属冠のための歯冠形成は、490点を所定点数に加算する。

4～6 (略)

7 2のイについて、臼歯のレジン前装金属冠のための支台歯の歯冠形成は、470点を所定点数に加算する。

8・9 (略)

(新設)

10 (略)

M001-2 (略)

M001-3 う蝕^{しよく}歯インレー修復形成 (1歯につき) 120点

(新設)

注 (略)

M002 支台築造 (1歯につき)

1 間接法

イ メタルコアを用いた場合

(1) 大白歯 176点

(2) 小白歯及び前歯 150点

ロ ファイバーポストを用いた場合

(1) 大白歯 196点

(2) 小白歯及び前歯 170点

2 (略)

注1・2 (略)

M002-2 (略)

M003 印象採得

1～3 (略)

注1 1 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、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又は区分番号M015-2に掲げるCAD/CAM冠を製作することを目的として、前歯部の印象採得を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに対面で色調採得及び口腔内の確認等を行い、当該補綴物の製作に活用した場合には、歯科技工士連携加算1として、50点を所定点数に加算する。ただし、同時に2以上の補綴物の製作を目的とした印象採得を行った場合であっても、歯科技工士連携加算1は1回として算定する。

2 1 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、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又は区分番号M015-2に掲げるCAD/CAM冠を製作することを目的として、前歯部の印象採得を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに情報通信機器を用いて色調採得及び口腔内の確認等を行い、当該補綴物の製作に活用した場合には、歯科技工士連携加算2として、70点を所定点数に加算する。ただし、同時に2以上の補綴物の製作を目的とした印象採得を行っ

M002-2 (略)

M003 印象採得

1～3 (略)

(新設)

(新設)

た場合であっても、歯科技工士連携加算 2 は 1 回として算定する。

3 注 1 に規定する加算を算定した場合には、当該補綴物について、注 2 に規定する加算並びに区分番号 M 0 0 6 に掲げる咬合採得の注 1 及び注 2 並びに区分番号 M 0 0 7 に掲げる仮床試適の注 1 及び注 2 に規定する歯科技工士連携加算 1 及び歯科技工士連携加算 2 は別に算定できない。

(新設)

4 注 2 に規定する加算を算定した場合には、当該補綴物について、注 1 に規定する加算並びに区分番号 M 0 0 6 に掲げる咬合採得の注 1 及び注 2 並びに区分番号 M 0 0 7 に掲げる仮床試適の注 1 及び注 2 に規定する歯科技工士連携加算 1 及び歯科技工士連携加算 2 は別に算定できない。

(新設)

5 (略)

注 (略)

M 0 0 3 - 2 ・ M 0 0 3 - 3 (略)

M 0 0 3 - 2 ・ M 0 0 3 - 3 (略)

M 0 0 3 - 4 光学印象 (1 歯につき) 100 点

(新設)

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、区分番号 M 0 1 5 - 3 に掲げる CAD / CAM インレーを製作する場合であって、デジタル印象採得装置を用いて、印象採得及び咬合採得を行った場合に算定する。

2 区分番号 M 0 0 3 に掲げる印象採得、M 0 0 3 - 3 に掲げる咬合印象及び M 0 0 6 に掲げる咬合採得は別に算定できない。

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、区分番号 M 0 1 5 - 3 に

掲げるCAD/CAMインレーを製作することを目的として、光学印象を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに対面で口腔内の確認等を行い、当該修復物の製作に活用した場合には、光学印象歯科技工士連携加算として、50点を所定点数に加算する。ただし、同時に2以上の修復物の製作を目的とした光学印象を行った場合であっても、光学印象歯科技工士連携加算は1回として算定する。

M004 リテーナー

1～3 (略)

注 (略)

M005・M005-2 (略)

M006 咬合採得

1・2 (略)

注1 2のイ②並びにロ②及び③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、ブリッジ又は有床義歯を製作することを目的として、咬合採得を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに対面で咬合状態の確認等を行い、当該補綴物の製作に活用した場合には、歯科技工士連携加算1として、50点を所定点数に加算する。

2 2のイ②並びにロ②及び③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、ブリッジ又は有床義歯を製作することを目的として、咬合採得を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに情報通信機器を用いて咬合状態の確認等を行い、当該補綴物

M004 リテーナー

1～3 (略)

注 (略)

M005・M005-2 (略)

M006 咬合採得

1・2 (略)

(新設)

(新設)

の製作に活用した場合には、歯科技工士連携加算2として、70点を所定点数に加算する。

3 注1に規定する加算を算定した場合には、当該補綴物について、注2に規定する加算並びに区分番号M003に掲げる印象採得の注1及び注2並びに区分番号M007に掲げる仮床試適の注1及び注2に規定する歯科技工士連携加算1及び歯科技工士連携加算2は別に算定できない。

(新設)

4 注2に規定する加算を算定した場合には、当該補綴物について、注1に規定する加算並びに区分番号M003に掲げる印象採得の注1及び注2並びに区分番号M007に掲げる仮床試適の注1及び注2に規定する歯科技工士連携加算1及び歯科技工士連携加算2は別に算定できない。

(新設)

5 (略)

注 (略)

M007 仮床試適 (1床につき)

M007 仮床試適 (1床につき)

1～3 (略)

1～3 (略)

4 その他の場合 272点

(新設)

注1 2及び3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、有床義歯等を製作することを目的として、仮床試適を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに対面で床の適合状況の確認等を行い、当該補綴物の製作に活用した場合には、歯科技工士連携加算1として、50点を所定点数に加算する。

(新設)

2 2及び3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

(新設)

局長等に届け出た保険医療機関において、有床義歯等を製作することを目的として、仮床試適を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに情報通信機器を用いて床の適合状況の確認等を行い、当該補綴物の製作に活用した場合には、歯科技工士連携加算2として、70点を所定点数に加算する。

3 注1に規定する加算を算定した場合には、当該補綴物について、注2に規定する加算並びに区分番号M003に掲げる印象採得の注1及び注2並びに区分番号M006に掲げる咬合採得の注1及び注2に規定する歯科技工士連携加算1及び歯科技工士連携加算2は別に算定できない。

(新設)

4 注2に規定する加算を算定した場合には、当該補綴物について、注1に規定する加算並びに区分番号M003に掲げる印象採得の注1及び注2並びに区分番号M006に掲げる咬合採得の注1及び注2に規定する歯科技工士連携加算1及び歯科技工士連携加算2は別に算定できない。

(新設)

5 (略)

M008・M009 (略)

M010 金属歯冠修復(1個につき)

1 インレー

イ 単純なもの 192点

ロ 複雑なもの 287点

2 4分の3冠(前歯) 372点

3 5分の4冠(小臼歯) 312点

4 全部金属冠(小臼歯及び大臼歯) 459点

注 (略)

注 (略)

M008・M009 (略)

M010 金属歯冠修復(1個につき)

1 インレー

イ 単純なもの 190点

ロ 複雑なもの 284点

2 4分の3冠(前歯) 370点

3 5分の4冠(小臼歯) 310点

4 全部金属冠(小臼歯及び大臼歯) 454点

注 (略)

| | | |
|---------------|---|---------------|
| M010-2・M010-3 | (略) | |
| M010-4 | 根面被覆(1歯につき) | |
| 1 | 根面板によるもの | <u>195点</u> |
| 2 | (略) | |
| M011 | レジン前装金属冠(1歯につき) | |
| 1 | 前歯 | |
| イ | ブリッジの支台歯の場合 | <u>1,174点</u> |
| ロ | イ以外の場合 | <u>1,170点</u> |
| 2 | 小臼歯 | <u>1,100点</u> |
| M011-2~M015 | (略) | |
| M015-2 | CAD/CAM冠(1歯につき) | |
| 1 | 2以外の場合 | <u>1,200点</u> |
| 2 | エンドクラウンの場合 | <u>1,450点</u> |
| 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、 <u>歯冠補綴物の設計・製作に要するコンピュータ支援設計・製造ユニット(歯科用CAD/CAM装置)を用いて、歯冠補綴物(全部被覆冠に限り、エンドクラウンを除く。)</u> を設計・製作し、装着した場合に限り算定する。 | |
| 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、 <u>歯冠補綴物の設計・製作に要するコンピュータ支援設計・製造ユニット(歯科用CAD/CAM装置)を用いて、エンドクラウンを設計・製作し、装着した場合に限り算定する。</u> | |
| 3 | 2については、区分番号M002に掲げる支台築造及び区分番号M002-2に掲げる支台築造印象は、所定点数に含まれ別に算定できな | |

| | | |
|---------------|---|---------------|
| M010-2・M010-3 | (略) | |
| M010-4 | 根面被覆(1歯につき) | |
| 1 | 根面板によるもの | <u>190点</u> |
| 2 | (略) | |
| M011 | レジン前装金属冠(1歯につき) | |
| 1 | 前歯 | <u>1,174点</u> |
| | (新設) | |
| 2 | 小臼歯 | <u>1,174点</u> |
| M011-2~M015 | (略) | |
| M015-2 | CAD/CAM冠(1歯につき) | <u>1,200点</u> |
| | (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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、 <u>歯冠補綴物の設計・製作に要するコンピュータ支援設計・製造ユニット(歯科用CAD/CAM装置)を用いて、歯冠補綴物(全部被覆冠に限る。)</u> を設計・製作し、装着した場合に限り算定する。 | |
| | (新設) | |
| | (新設) | |

| | | |
|-------------|----------------------|---------------|
| | い。 | |
| M015-3~M017 | (略) | |
| M017-2 | 高強度硬質レジブリッジ (1装置につき) | <u>2,800点</u> |
| | 注 (略) | |
| M018 | 有床義歯 | |
| | 1 局部義歯 (1床につき) | |
| | イ 1歯から4歯まで | <u>624点</u> |
| | ロ 5歯から8歯まで | <u>767点</u> |
| | ハ 9歯から11歯まで | <u>1,042点</u> |
| | ニ 12歯から14歯まで | <u>1,502点</u> |
| | 2 総義歯 (1顎につき) | <u>2,420点</u> |
| M019 | 熱可塑性樹脂有床義歯 | |
| | 1 局部義歯 (1床につき) | |
| | イ 1歯から4歯まで | <u>624点</u> |
| | ロ 5歯から8歯まで | <u>767点</u> |
| | ハ 9歯から11歯まで | <u>1,042点</u> |
| | ニ 12歯から14歯まで | <u>1,502点</u> |
| | 2 総義歯 (1顎につき) | <u>2,500点</u> |
| M020 | 铸造鉤 (1個につき) | |
| | 1 双子鉤 | <u>260点</u> |
| | 2 二腕鉤 | <u>240点</u> |
| M021 | 線鉤 (1個につき) | |
| | 1 双子鉤 | <u>227点</u> |
| | 2 二腕鉤 (レストつき) | <u>159点</u> |
| | 3 レストのないもの | <u>134点</u> |
| M021-2 | コンビネーション鉤 (1個につき) | <u>246点</u> |
| M021-3 | 磁性アタッチメント (1個につき) | |
| | 1 磁石構造体を用いる場合 | <u>460点</u> |
| | 2 キーパー付き根面板を用いる場合 | <u>550点</u> |
| | 注 (略) | |

| | | |
|-------------|----------------------|---------------|
| M015-3~M017 | (略) | |
| M017-2 | 高強度硬質レジブリッジ (1装置につき) | <u>2,600点</u> |
| | 注 (略) | |
| M018 | 有床義歯 | |
| | 1 局部義歯 (1床につき) | |
| | イ 1歯から4歯まで | <u>594点</u> |
| | ロ 5歯から8歯まで | <u>732点</u> |
| | ハ 9歯から11歯まで | <u>972点</u> |
| | ニ 12歯から14歯まで | <u>1,402点</u> |
| | 2 総義歯 (1顎につき) | <u>2,184点</u> |
| M019 | 熱可塑性樹脂有床義歯 | |
| | 1 局部義歯 (1床につき) | |
| | イ 1歯から4歯まで | <u>630点</u> |
| | ロ 5歯から8歯まで | <u>852点</u> |
| | ハ 9歯から11歯まで | <u>1,064点</u> |
| | ニ 12歯から14歯まで | <u>1,678点</u> |
| | 2 総義歯 (1顎につき) | <u>2,682点</u> |
| M020 | 铸造鉤 (1個につき) | |
| | 1 双子鉤 | <u>255点</u> |
| | 2 二腕鉤 | <u>235点</u> |
| M021 | 線鉤 (1個につき) | |
| | 1 双子鉤 | <u>224点</u> |
| | 2 二腕鉤 (レストつき) | <u>156点</u> |
| | 3 レストのないもの | <u>132点</u> |
| M021-2 | コンビネーション鉤 (1個につき) | <u>236点</u> |
| M021-3 | 磁性アタッチメント (1個につき) | |
| | 1 磁石構造体を用いる場合 | <u>260点</u> |
| | 2 キーパー付き根面板を用いる場合 | <u>350点</u> |
| | 注 (略) | |

M022～M025 (略)

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)

25,000点

2 床義歯形態のもの(1顎につき)

20,000点

注1～3 (略)

(その他の技術)

M026・M027及びM028 (略)

(修理)

M029 有床義歯修理(1床につき) (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、患者の求めに応じて、破損した有床義歯を預かった当日に修理を行い、当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算1として、1床につき55点を所定点数に加算する。

4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、患者の求めに応じて、破損した有床義歯を預かって修理を行い、預かった日の翌日に当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算2として、1床につき35点を所定点数に加算する。

M030 有床義歯内面適合法

1・2 (略)

注1～3 (略)

4 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、患者の求めに応じて、有床義歯を預かった当日に間接法

M022～M025 (略)

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)

20,000点

2 床義歯形態のもの(1顎につき)

15,000点

注1～3 (略)

(その他の技術)

M026・M027及びM028 (略)

(修理)

M029 有床義歯修理(1床につき) (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、患者の求めに応じて、破損した有床義歯を預かった当日に修理を行い、当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算1として、1床につき50点を所定点数に加算する。

4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、患者の求めに応じて、破損した有床義歯を預かって修理を行い、預かった日の翌日に当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算2として、1床につき30点を所定点数に加算する。

M030 有床義歯内面適合法

1・2 (略)

注1～3 (略)

4 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、患者の求めに応じて、有床義歯を預かった当日に間接法

により有床義歯内面適合法を行い、当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算1として、1顎につき55点を所定点数に加算する。

- 5 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、患者の求めに応じて、有床義歯を預かって、間接法により有床義歯内面適合法を行い、預かった日の翌日に当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算2として、1顎につき35点を所定点数に加算する。

M031からM033まで～M041 (略)

第2節・第3節 (略)

第13部 歯科矯正

通則

(略)

第1節 歯科矯正料

区分

N000 (略)

N001 顎口腔機能診断料 2,300点

注1・2 (略)

- 3 区分番号N000に掲げる歯科矯正診断料の費用及び保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

N001-2 歯科矯正相談料

1 歯科矯正相談料1 420点

2 歯科矯正相談料2 420点

注1 1については、区分番号N000に掲げる歯科矯正診断料の注1又は区分番号N001に掲げる顎口腔機能診断料の注1に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に

により有床義歯内面適合法を行い、当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算1として、1顎につき50点を所定点数に加算する。

- 5 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、患者の求めに応じて、有床義歯を預かって、間接法により有床義歯内面適合法を行い、預かった日の翌日に当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算2として、1顎につき30点を所定点数に加算する。

M031からM033まで～M041 (略)

第2節・第3節 (略)

第13部 歯科矯正

通則

(略)

第1節 歯科矯正料

区分

N000 (略)

N001 顎口腔機能診断料 2,300点

注1・2 (略)

- 3 区分番号N000に掲げる歯科矯正診断の費用及び保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

(新設)

届け出た保険医療機関において、第13部に掲げる歯科矯正の適応となる咬合異常又は顎変形症が疑われる患者に対し、歯・歯列の状態、咬合状態又は顎骨の形態等の分析及び診断を行い、当該患者に対し、診断結果等を文書により提供した場合に、年度に1回に限り算定する。

2 2については、区分番号N000に掲げる歯科矯正診断料の注1又は区分番号N001に掲げる顎口腔機能診断料の注1に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において、第13部に掲げる歯科矯正の適応となる咬合異常又は顎変形症が疑われる患者に対し、歯・歯列の状態、咬合状態又は顎骨の形態等の分析及び診断を行い、当該患者に対し、診断結果等を文書により提供した場合に、年度に1回に限り算定する。

3 区分番号E000の1に掲げる単純撮影若しくは2に掲げる特殊撮影又は区分番号E100の1に掲げる単純撮影若しくは2に掲げる特殊撮影は別に算定できる。

4 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

N002 歯科矯正管理料 240点

注1 (略)

2 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号B000-4-3に掲げる口腔機能管理料、区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料^(I)、区分番号B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料^(II)、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔

N002 歯科矯正管理料 240点

注1 (略)

2 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号B000-4-3に掲げる口腔機能管理料、区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料^(I)、区分番号B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料^(II)、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔

機能管理料Ⅲ、区分番号B000-9に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅲ、区分番号B000-11に掲げる回復期等口腔機能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。

3 (略)

N003~N011 (略)

(矯正装置)

N012~N028 (略)

第2節 (略)

第14部 (略)

第15部 その他

通則

1 処遇の費用は、第1節若しくは第2節の各区分の所定点数のみにより、又は第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。

2 処遇改善に当たって、歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関にあっては、歯科診療及び歯科診療以外の診療につき、それぞれ別に第2節（入院ベースアップ評価料を除く。）の各区分に掲げるベースアップ評価料を算定する。

第1節 看護職員処遇改善評価料

区分

P000 看護職員処遇改善評価料

注 医科点数表の区分番号O000に掲げる看護職員処遇改善評価料の注に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、第1章第2部第1節の入院基

機能管理料Ⅲ又は区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定している患者に対して行った歯科矯正管理の費用は、別に算定できない。

3 (略)

N003~N011 (略)

(矯正装置)

N012~N028 (略)

第2節 (略)

第14部 (略)

(新設)

本料（特別入院基本料等を含む。）、同部第3節の特定入院料又は同部第4節の短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）を算定しているものについて、医科点数表の区分番号0000に掲げる看護職員処遇改善評価料の例により算定する。

第2節 ベースアップ評価料

区分

P100 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)（1日につき）

- | | |
|-----------------------|------------|
| <u>1 初診時</u> | <u>10点</u> |
| <u>2 再診時等</u> | <u>2点</u> |
| <u>3 歯科訪問診療時</u> | |
| <u>イ 同一建物居住者以外の場合</u> | <u>41点</u> |
| <u>ロ 同一建物居住者の場合</u> | <u>10点</u> |

注1 1については、主として歯科医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下この節において同じ。）の賃金の改善を図る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保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して初診を行った場合に、所定点数を算定する。

2 2については、主として歯科医療に従事する職員の賃金の改善を図る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保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して再診又は短期滞在手術等基本料1を算定すべき手術又は検査を行った場合に、所定点数を算定する。

。

3 3のイについては、主として歯科医療に従事する職員の賃金の改善を図る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保険医療機関において、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を行った場合に算定する。

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

4 3のロについては、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、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を行った場合に算定する。

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

P101 歯科外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ（1日につき）

1 歯科外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ 1

イ 初診又は歯科訪問診療を行った場合 8点

| | | |
|----|---|-----|
| ロ | 再診時等 | 1点 |
| 2 | 歯科外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ 2 | |
| イ | 初診又は歯科訪問診療を行った場合 | 16点 |
| ロ | 再診時等 | 2点 |
| 3 | 歯科外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ 3 | |
| イ | 初診又は歯科訪問診療を行った場合 | 24点 |
| ロ | 再診時等 | 3点 |
| 4 | 歯科外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ 4 | |
| イ | 初診又は歯科訪問診療を行った場合 | 32点 |
| ロ | 再診時等 | 4点 |
| 5 | 歯科外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ 5 | |
| イ | 初診又は歯科訪問診療を行った場合 | 40点 |
| ロ | 再診時等 | 5点 |
| 6 | 歯科外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ 6 | |
| イ | 初診又は歯科訪問診療を行った場合 | 48点 |
| ロ | 再診時等 | 6点 |
| 7 | 歯科外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ 7 | |
| イ | 初診又は歯科訪問診療を行った場合 | 56点 |
| ロ | 再診時等 | 7点 |
| 8 | 歯科外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ 8 | |
| イ | 初診又は歯科訪問診療を行った場合 | 64点 |
| ロ | 再診時等 | 8点 |
| 注1 | <u>主として歯科医療に従事する職員の賃金の改善を図る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保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して診療を行った場合に、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。</u> | |

2 1のイ、2のイ、3のイ、4のイ、5のイ、6のイ、7のイ又は8のイについては、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の1又は3を算定する患者に対して診療を行った場合に算定する。

3 1のロ、2のロ、3のロ、4のロ、5のロ、6のロ、7のロ又は8のロについては、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の2を算定する患者に対して診療を行った場合に算定する。

P102 入院ベースアップ評価料(1日につき)

| | | |
|-----------|----------------------|------------|
| <u>1</u> | <u>入院ベースアップ評価料1</u> | <u>1点</u> |
| <u>2</u> | <u>入院ベースアップ評価料2</u> | <u>2点</u> |
| <u>3</u> | <u>入院ベースアップ評価料3</u> | <u>3点</u> |
| <u>4</u> | <u>入院ベースアップ評価料4</u> | <u>4点</u> |
| <u>5</u> | <u>入院ベースアップ評価料5</u> | <u>5点</u> |
| <u>6</u> | <u>入院ベースアップ評価料6</u> | <u>6点</u> |
| <u>7</u> | <u>入院ベースアップ評価料7</u> | <u>7点</u> |
| <u>8</u> | <u>入院ベースアップ評価料8</u> | <u>8点</u> |
| <u>9</u> | <u>入院ベースアップ評価料9</u> | <u>9点</u> |
| <u>10</u> | <u>入院ベースアップ評価料10</u> | <u>10点</u> |
| <u>11</u> | <u>入院ベースアップ評価料11</u> | <u>11点</u> |
| <u>12</u> | <u>入院ベースアップ評価料12</u> | <u>12点</u> |
| <u>13</u> | <u>入院ベースアップ評価料13</u> | <u>13点</u> |
| <u>14</u> | <u>入院ベースアップ評価料14</u> | <u>14点</u> |
| <u>15</u> | <u>入院ベースアップ評価料15</u> | <u>15点</u> |
| <u>16</u> | <u>入院ベースアップ評価料16</u> | <u>16点</u> |
| <u>17</u> | <u>入院ベースアップ評価料17</u> | <u>17点</u> |
| <u>18</u> | <u>入院ベースアップ評価料18</u> | <u>18点</u> |
| <u>19</u> | <u>入院ベースアップ評価料19</u> | <u>19点</u> |

| | | |
|-----------|----------------------|------------|
| <u>20</u> | <u>入院ベースアップ評価料20</u> | <u>20点</u> |
| <u>21</u> | <u>入院ベースアップ評価料21</u> | <u>21点</u> |
| <u>22</u> | <u>入院ベースアップ評価料22</u> | <u>22点</u> |
| <u>23</u> | <u>入院ベースアップ評価料23</u> | <u>23点</u> |
| <u>24</u> | <u>入院ベースアップ評価料24</u> | <u>24点</u> |
| <u>25</u> | <u>入院ベースアップ評価料25</u> | <u>25点</u> |
| <u>26</u> | <u>入院ベースアップ評価料26</u> | <u>26点</u> |
| <u>27</u> | <u>入院ベースアップ評価料27</u> | <u>27点</u> |
| <u>28</u> | <u>入院ベースアップ評価料28</u> | <u>28点</u> |
| <u>29</u> | <u>入院ベースアップ評価料29</u> | <u>29点</u> |
| <u>30</u> | <u>入院ベースアップ評価料30</u> | <u>30点</u> |
| <u>31</u> | <u>入院ベースアップ評価料31</u> | <u>31点</u> |
| <u>32</u> | <u>入院ベースアップ評価料32</u> | <u>32点</u> |
| <u>33</u> | <u>入院ベースアップ評価料33</u> | <u>33点</u> |
| <u>34</u> | <u>入院ベースアップ評価料34</u> | <u>34点</u> |
| <u>35</u> | <u>入院ベースアップ評価料35</u> | <u>35点</u> |
| <u>36</u> | <u>入院ベースアップ評価料36</u> | <u>36点</u> |
| <u>37</u> | <u>入院ベースアップ評価料37</u> | <u>37点</u> |
| <u>38</u> | <u>入院ベースアップ評価料38</u> | <u>38点</u> |
| <u>39</u> | <u>入院ベースアップ評価料39</u> | <u>39点</u> |
| <u>40</u> | <u>入院ベースアップ評価料40</u> | <u>40点</u> |
| <u>41</u> | <u>入院ベースアップ評価料41</u> | <u>41点</u> |
| <u>42</u> | <u>入院ベースアップ評価料42</u> | <u>42点</u> |
| <u>43</u> | <u>入院ベースアップ評価料43</u> | <u>43点</u> |
| <u>44</u> | <u>入院ベースアップ評価料44</u> | <u>44点</u> |
| <u>45</u> | <u>入院ベースアップ評価料45</u> | <u>45点</u> |
| <u>46</u> | <u>入院ベースアップ評価料46</u> | <u>46点</u> |
| <u>47</u> | <u>入院ベースアップ評価料47</u> | <u>47点</u> |
| <u>48</u> | <u>入院ベースアップ評価料48</u> | <u>48点</u> |

| | | |
|-----------|----------------------|------------|
| <u>49</u> | <u>入院ベースアップ評価料49</u> | <u>49点</u> |
| <u>50</u> | <u>入院ベースアップ評価料50</u> | <u>50点</u> |
| <u>51</u> | <u>入院ベースアップ評価料51</u> | <u>51点</u> |
| <u>52</u> | <u>入院ベースアップ評価料52</u> | <u>52点</u> |
| <u>53</u> | <u>入院ベースアップ評価料53</u> | <u>53点</u> |
| <u>54</u> | <u>入院ベースアップ評価料54</u> | <u>54点</u> |
| <u>55</u> | <u>入院ベースアップ評価料55</u> | <u>55点</u> |
| <u>56</u> | <u>入院ベースアップ評価料56</u> | <u>56点</u> |
| <u>57</u> | <u>入院ベースアップ評価料57</u> | <u>57点</u> |
| <u>58</u> | <u>入院ベースアップ評価料58</u> | <u>58点</u> |
| <u>59</u> | <u>入院ベースアップ評価料59</u> | <u>59点</u> |
| <u>60</u> | <u>入院ベースアップ評価料60</u> | <u>60点</u> |
| <u>61</u> | <u>入院ベースアップ評価料61</u> | <u>61点</u> |
| <u>62</u> | <u>入院ベースアップ評価料62</u> | <u>62点</u> |
| <u>63</u> | <u>入院ベースアップ評価料63</u> | <u>63点</u> |
| <u>64</u> | <u>入院ベースアップ評価料64</u> | <u>64点</u> |
| <u>65</u> | <u>入院ベースアップ評価料65</u> | <u>65点</u> |
| <u>66</u> | <u>入院ベースアップ評価料66</u> | <u>66点</u> |
| <u>67</u> | <u>入院ベースアップ評価料67</u> | <u>67点</u> |
| <u>68</u> | <u>入院ベースアップ評価料68</u> | <u>68点</u> |
| <u>69</u> | <u>入院ベースアップ評価料69</u> | <u>69点</u> |
| <u>70</u> | <u>入院ベースアップ評価料70</u> | <u>70点</u> |
| <u>71</u> | <u>入院ベースアップ評価料71</u> | <u>71点</u> |
| <u>72</u> | <u>入院ベースアップ評価料72</u> | <u>72点</u> |
| <u>73</u> | <u>入院ベースアップ評価料73</u> | <u>73点</u> |
| <u>74</u> | <u>入院ベースアップ評価料74</u> | <u>74点</u> |
| <u>75</u> | <u>入院ベースアップ評価料75</u> | <u>75点</u> |
| <u>76</u> | <u>入院ベースアップ評価料76</u> | <u>76点</u> |
| <u>77</u> | <u>入院ベースアップ評価料77</u> | <u>77点</u> |

| | | |
|------------|-----------------------|-------------|
| <u>78</u> | <u>入院ベースアップ評価料78</u> | <u>78点</u> |
| <u>79</u> | <u>入院ベースアップ評価料79</u> | <u>79点</u> |
| <u>80</u> | <u>入院ベースアップ評価料80</u> | <u>80点</u> |
| <u>81</u> | <u>入院ベースアップ評価料81</u> | <u>81点</u> |
| <u>82</u> | <u>入院ベースアップ評価料82</u> | <u>82点</u> |
| <u>83</u> | <u>入院ベースアップ評価料83</u> | <u>83点</u> |
| <u>84</u> | <u>入院ベースアップ評価料84</u> | <u>84点</u> |
| <u>85</u> | <u>入院ベースアップ評価料85</u> | <u>85点</u> |
| <u>86</u> | <u>入院ベースアップ評価料86</u> | <u>86点</u> |
| <u>87</u> | <u>入院ベースアップ評価料87</u> | <u>87点</u> |
| <u>88</u> | <u>入院ベースアップ評価料88</u> | <u>88点</u> |
| <u>89</u> | <u>入院ベースアップ評価料89</u> | <u>89点</u> |
| <u>90</u> | <u>入院ベースアップ評価料90</u> | <u>90点</u> |
| <u>91</u> | <u>入院ベースアップ評価料91</u> | <u>91点</u> |
| <u>92</u> | <u>入院ベースアップ評価料92</u> | <u>92点</u> |
| <u>93</u> | <u>入院ベースアップ評価料93</u> | <u>93点</u> |
| <u>94</u> | <u>入院ベースアップ評価料94</u> | <u>94点</u> |
| <u>95</u> | <u>入院ベースアップ評価料95</u> | <u>95点</u> |
| <u>96</u> | <u>入院ベースアップ評価料96</u> | <u>96点</u> |
| <u>97</u> | <u>入院ベースアップ評価料97</u> | <u>97点</u> |
| <u>98</u> | <u>入院ベースアップ評価料98</u> | <u>98点</u> |
| <u>99</u> | <u>入院ベースアップ評価料99</u> | <u>99点</u> |
| <u>100</u> | <u>入院ベースアップ評価料100</u> | <u>100点</u> |
| <u>101</u> | <u>入院ベースアップ評価料101</u> | <u>101点</u> |
| <u>102</u> | <u>入院ベースアップ評価料102</u> | <u>102点</u> |
| <u>103</u> | <u>入院ベースアップ評価料103</u> | <u>103点</u> |
| <u>104</u> | <u>入院ベースアップ評価料104</u> | <u>104点</u> |
| <u>105</u> | <u>入院ベースアップ評価料105</u> | <u>105点</u> |
| <u>106</u> | <u>入院ベースアップ評価料106</u> | <u>106点</u> |

| | | |
|------------|-----------------------|-------------|
| <u>107</u> | <u>入院ベースアップ評価料107</u> | <u>107点</u> |
| <u>108</u> | <u>入院ベースアップ評価料108</u> | <u>108点</u> |
| <u>109</u> | <u>入院ベースアップ評価料109</u> | <u>109点</u> |
| <u>110</u> | <u>入院ベースアップ評価料110</u> | <u>110点</u> |
| <u>111</u> | <u>入院ベースアップ評価料111</u> | <u>111点</u> |
| <u>112</u> | <u>入院ベースアップ評価料112</u> | <u>112点</u> |
| <u>113</u> | <u>入院ベースアップ評価料113</u> | <u>113点</u> |
| <u>114</u> | <u>入院ベースアップ評価料114</u> | <u>114点</u> |
| <u>115</u> | <u>入院ベースアップ評価料115</u> | <u>115点</u> |
| <u>116</u> | <u>入院ベースアップ評価料116</u> | <u>116点</u> |
| <u>117</u> | <u>入院ベースアップ評価料117</u> | <u>117点</u> |
| <u>118</u> | <u>入院ベースアップ評価料118</u> | <u>118点</u> |
| <u>119</u> | <u>入院ベースアップ評価料119</u> | <u>119点</u> |
| <u>120</u> | <u>入院ベースアップ評価料120</u> | <u>120点</u> |
| <u>121</u> | <u>入院ベースアップ評価料121</u> | <u>121点</u> |
| <u>122</u> | <u>入院ベースアップ評価料122</u> | <u>122点</u> |
| <u>123</u> | <u>入院ベースアップ評価料123</u> | <u>123点</u> |
| <u>124</u> | <u>入院ベースアップ評価料124</u> | <u>124点</u> |
| <u>125</u> | <u>入院ベースアップ評価料125</u> | <u>125点</u> |
| <u>126</u> | <u>入院ベースアップ評価料126</u> | <u>126点</u> |
| <u>127</u> | <u>入院ベースアップ評価料127</u> | <u>127点</u> |
| <u>128</u> | <u>入院ベースアップ評価料128</u> | <u>128点</u> |
| <u>129</u> | <u>入院ベースアップ評価料129</u> | <u>129点</u> |
| <u>130</u> | <u>入院ベースアップ評価料130</u> | <u>130点</u> |
| <u>131</u> | <u>入院ベースアップ評価料131</u> | <u>131点</u> |
| <u>132</u> | <u>入院ベースアップ評価料132</u> | <u>132点</u> |
| <u>133</u> | <u>入院ベースアップ評価料133</u> | <u>133点</u> |
| <u>134</u> | <u>入院ベースアップ評価料134</u> | <u>134点</u> |
| <u>135</u> | <u>入院ベースアップ評価料135</u> | <u>135点</u> |

| | | |
|------------|-----------------------|-------------|
| <u>136</u> | <u>入院ベースアップ評価料136</u> | <u>136点</u> |
| <u>137</u> | <u>入院ベースアップ評価料137</u> | <u>137点</u> |
| <u>138</u> | <u>入院ベースアップ評価料138</u> | <u>138点</u> |
| <u>139</u> | <u>入院ベースアップ評価料139</u> | <u>139点</u> |
| <u>140</u> | <u>入院ベースアップ評価料140</u> | <u>140点</u> |
| <u>141</u> | <u>入院ベースアップ評価料141</u> | <u>141点</u> |
| <u>142</u> | <u>入院ベースアップ評価料142</u> | <u>142点</u> |
| <u>143</u> | <u>入院ベースアップ評価料143</u> | <u>143点</u> |
| <u>144</u> | <u>入院ベースアップ評価料144</u> | <u>144点</u> |
| <u>145</u> | <u>入院ベースアップ評価料145</u> | <u>145点</u> |
| <u>146</u> | <u>入院ベースアップ評価料146</u> | <u>146点</u> |
| <u>147</u> | <u>入院ベースアップ評価料147</u> | <u>147点</u> |
| <u>148</u> | <u>入院ベースアップ評価料148</u> | <u>148点</u> |
| <u>149</u> | <u>入院ベースアップ評価料149</u> | <u>149点</u> |
| <u>150</u> | <u>入院ベースアップ評価料150</u> | <u>150点</u> |
| <u>151</u> | <u>入院ベースアップ評価料151</u> | <u>151点</u> |
| <u>152</u> | <u>入院ベースアップ評価料152</u> | <u>152点</u> |
| <u>153</u> | <u>入院ベースアップ評価料153</u> | <u>153点</u> |
| <u>154</u> | <u>入院ベースアップ評価料154</u> | <u>154点</u> |
| <u>155</u> | <u>入院ベースアップ評価料155</u> | <u>155点</u> |
| <u>156</u> | <u>入院ベースアップ評価料156</u> | <u>156点</u> |
| <u>157</u> | <u>入院ベースアップ評価料157</u> | <u>157点</u> |
| <u>158</u> | <u>入院ベースアップ評価料158</u> | <u>158点</u> |
| <u>159</u> | <u>入院ベースアップ評価料159</u> | <u>159点</u> |
| <u>160</u> | <u>入院ベースアップ評価料160</u> | <u>160点</u> |
| <u>161</u> | <u>入院ベースアップ評価料161</u> | <u>161点</u> |
| <u>162</u> | <u>入院ベースアップ評価料162</u> | <u>162点</u> |
| <u>163</u> | <u>入院ベースアップ評価料163</u> | <u>163点</u> |
| <u>164</u> | <u>入院ベースアップ評価料164</u> | <u>164点</u> |

165 入院ベースアップ評価料165 165点

注 主として歯科医療に従事する職員の賃金の改善を図る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保険医療機関に入院している患者であつて、第1章第2部第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、同部第3節の特定入院料又は同部第4節の短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）を算定しているものについて、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。

(削る)

第3章 経過措置

- 1 第1章又は第2章の規定にかかわらず、区分番号A002の注10、区分番号F100の注9及びF400の注7の規定による加算は、令和5年12月31日までの間に限り、算定できるものとする。
- 2 第1章の規定にかかわらず、令和5年12月31日までの間、初診に係る十分な情報を取得する体制として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を受診した患者に対して初診を行った場合は、区分番号A000の注13中「4点」とあるのは「6点」とする。