

2 歯科診療報酬点数表

項 目	現 行	改 正 案						
第1章 基本診療料								
第1部 初・再診料								
通則								
【通則の見直し】	<p>3 入院中の患者（区分番号A400に掲げる短期滞在手術基本料を算定する患者を含む。）に対する再診の費用は、第2部第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれるものとする。</p>	<p>3 入院中の患者（区分番号A400に掲げる短期滞在手術等基本料を算定する患者を含む。）に対する再診の費用は、第2部第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれる。</p>						
第1節 初診料								
A000 初診料								
【点数の見直し】	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="654 963 1142 1027">1 歯科初診料</td> <td data-bbox="1142 963 1361 1027">218点</td> </tr> <tr> <td data-bbox="654 1027 1142 1091">2 地域歯科診療支援病院歯科初診料</td> <td data-bbox="1142 1027 1361 1091">270点</td> </tr> </table>	1 歯科初診料	218点	2 地域歯科診療支援病院歯科初診料	270点	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="1361 963 1442 1027">234点</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1361 1027 1442 1091">282点</td> </tr> </table>	234点	282点
1 歯科初診料	218点							
2 地域歯科診療支援病院歯科初診料	270点							
234点								
282点								
【注の見直し】	<p>注9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科外来診療の総合的な歯科医療環境の体制整備に係る取組を行った場合には、歯科外来診療環境体制加算として、初診時1回に限り所定点数に28点を</p>	<p>注9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た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、歯科外来診療環境体制加算として、初診時1回を限度として26点を所定点</p>						

【注の削除】

加算する。

数に加算する。

注12 通院困難な患者に対して歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復及び欠損補綴が必要な場合に即応できるよう、切削器具及びその周辺装置を常時訪問先に携帯している場合には、在宅患者等急性歯科疾患対応加算として、次に掲げる点数を1日につき所定点数に加算する。

イ 同一建物居住者以外の場合 170点

ロ 同一建物居住者の場合（同一日に5人以下） 85点

ハ 同一建物居住者の場合（同一日に6人以上） 50点

注 イについては、在宅等において療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に歯科訪問診療を行う場合の当該患者（以下「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、歯科訪問診療を行った場合に算定し、ロ及びハについては、在宅等において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において歯科訪問診療を行った場合に、同一日の患者数に応じて算定する。

（削除）

第2節 再診料

【点数の見直し】

1 歯科再診料	42点	→	45点
2 地域歯科診療支援病院歯科再診料	69点	→	72点

【注の見直し】

注2 地域歯科診療支援病院歯科再診料は、区分番号A000に掲げる地域歯科診療支援病院歯科初診料を算定した患者に対し、当該保険医療機関において再診を行った場合に、算定することができる。この場合において歯科再診料は算定できない。	→	注2 2については、区分番号A000に掲げる初診料の注2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病院である保険医療機関において、再診を行った場合に算定する。この場合において、1の歯科再診料は算定できない。
--	---	---

【注の見直し】

注8 区分番号A000に掲げる初診料の注9に規定する加算に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科外来診療の総合的な歯科医療環境の体制整備に係る取組を行った場合には、再診時歯科外来診療環境体制加算として、所定点数に2点を加算する。	→	注8 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、再診時歯科外来診療環境体制加算として、4点を所定点数に加算する。
--	---	---

【注の削除】

注9 通院困難な患者に対して歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復及び欠損補綴が必要な場合に即応できるよう、切削器具及びその周辺装置を常時訪問先に携帯している場合には、在宅患者等急性	→	(削除)
--	---	------

歯科疾患対応加算として、次に掲げる点数を、1日につき所定点数に加算する。

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

2 歯科診療報酬点数表

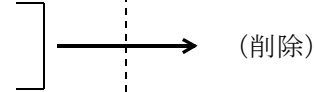
項 目	現 行	改 正 案
<p>第1章 基本診療料</p> <p>第2部 入院料等</p> <p>通則</p> <p>【通則の見直し】</p> <p>第2節 入院基本料等加算</p> <p>【新設】</p>	<p>2 同一の保険医療機関において、同一の患者につき、第1節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料、7対1特別入院基本料及び10対1特別入院基本料（以下「特別入院基本料等」という。）を含む。）、第3節の各区分に掲げる特定入院料及び第4節の各区分に掲げる短期滞在手術基本料を同一の日に算定することはできない。</p> <p>3 歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関にあつては、当該患者の主傷病に係る入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、特定入院料又は短期滞在手術基本料を算定する。</p> <p>(新設)</p>	<p>2 同一の保険医療機関において、同一の患者につき、第1節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料及び月平均夜勤時間超過減算（以下「特別入院基本料等」という。）を含む。）、第3節の各区分に掲げる特定入院料及び第4節の各区分に掲げる短期滞在手術等基本料を同一の日に算定できない。</p> <p>3 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つては、当該患者の主傷病に係る入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、特定入院料又は短期滞在手術等基本料を算定する。</p> <p>A206-4 看護職員夜間配置加算</p>

第3節 特定入院料

A302 亜急性期入院医療管理料

【削除】

亜急性期入院医療管理料



【新設】

(新設)

A306 地域包括ケア病棟入院料

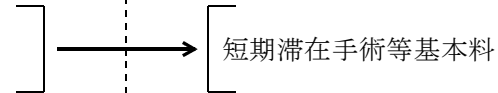


第4節 短期滞在手術基本料

A400 短期滞在手術基本料

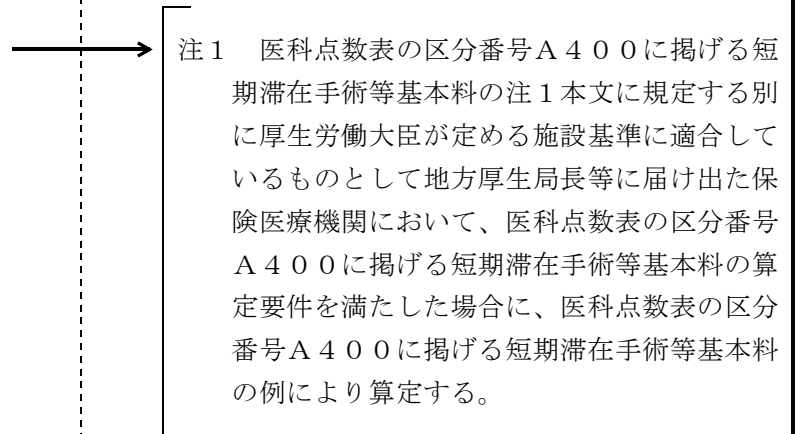
【名称の見直し】

短期滞在手術基本料



【注の見直し】

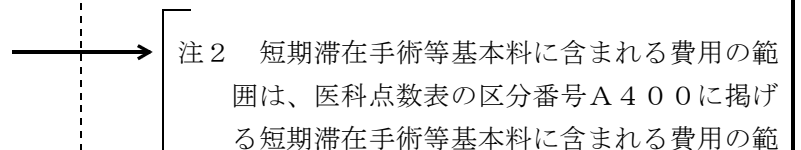
注1 医科点数表の区分番号A400に掲げる短期滞在手術基本料の注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、医科点数表の区分番号A400に掲げる短期滞在手術基本料の算定要件を満たした場合に、医科点数表の区分番号A400に掲げる短期滞在手術基本料の例により算定する。



注1 医科点数表の区分番号A400に掲げる短期滞在手術等基本料の注1本文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おいて、医科点数表の区分番号A400に掲げる短期滞在手術等基本料の算定要件を満たした場合に、医科点数表の区分番号A400に掲げる短期滞在手術等基本料の例により算定する。

【注の見直し】

注2 短期滞在手術基本料に含まれる費用の範囲は、医科点数表の区分番号A400に掲げる短期滞在手術基本料に含まれる費用の範囲の



注2 短期滞在手術等基本料に含まれる費用の範囲は、医科点数表の区分番号A400に掲げる短期滞在手術等基本料に含まれる費用の範

例による。

囲の例による。

【注の見直し】

注8 4歳以上のう蝕多発傾向者又はその家族等に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物洗口に係る薬液の取扱い及び洗口法に関する指導を行った場合は、歯科疾患管理の実施期間中に患者1人につき1回に限り所定点数に40点を加算する。ただし、区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している患者については、当該加算は算定しない。

注8 13歳未満のう蝕に罹患している患者であって、う蝕多発傾向にあり、う蝕に対する歯冠修復終了後もう蝕活動性が高く、継続的な指導管理が必要なもの（以下「う蝕多発傾向者」という。）のうち、4歳以上のう蝕多発傾向者又はその家族等に対して、当該患者の療養を主として担う歯科医師（以下「主治の歯科医師」という。）又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物洗口に係る薬液の取扱い及び洗口法に関する指導を行った場合は、歯科疾患管理の実施期間中に患者1人につき1回を限度として40点を所定点数に加算する。ただし、区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している患者については、当該加算は算定できない。

B000-5 周術期口腔機能管理計画策定料

【注の見直し】

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

注1 がん等に係る全身麻酔による手術又は放射線治療若しくは化学療法（以下この区分番号において「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、当該手術等を実施する保険医療機関からの文書による依頼に基づき、当該患者又はその家族の同意を得た上で、周術期の口腔機能の評価及び一連の管理計画を策定するとともに、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

	する。			、当該手術等に係る一連の治療を通じて1回を限度として算定する。
B000-6 周術期口腔機能管理料 (I)				
【点数の見直し】	1 手術前	190点	→	280点
【注の見直し】	注2 周術期口腔機能管理料(I)を算定した月において、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-8に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅲ)、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号B004-6に掲げる歯科治療総合医療管理料、区分番号B006-3-2に掲げるがん治療連携指導料、区分番号B006-3-3に掲げるがん治療連携管理料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-4に掲げる在宅患者歯科治療総合医療管理料及び区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。		→	注2 周術期口腔機能管理料(I)を算定した月において、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-8に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅲ)、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号B004-6に掲げる歯科治療総合医療管理料、区分番号B006-3-2に掲げるがん治療連携指導料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-4に掲げる在宅患者歯科治療総合医療管理料及び区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。
B000-7 周術期口腔機能管理料 (II)				
【点数の見直し】	1 手術前	300点	→	500点
B000-8 周術期口腔機能管理料				

(Ⅲ)

【注の見直し】

注1 がん等に係る放射線治療又は化学療法（以下「放射線治療等」という。）の治療期間中の患者の口腔機能を管理するため、歯科診療を実施している保険医療機関において、周術期口腔機能管理計画に基づき、当該放射線治療等を実施している他の保険医療機関又は同一の保険医療機関の患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行った場合には、当該患者につき、放射線治療等を開始した日の属する月から月1回に限り算定できる。

注1 がん等に係る放射線治療又は化学療法（以下この区分番号において「放射線治療等」という。）の治療期間中の患者の口腔機能を管理するため、歯科診療を実施している保険医療機関において、周術期口腔機能管理計画に基づき、当該放射線治療等を実施している他の保険医療機関又は同一の保険医療機関の患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、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、当該放射線治療等を開始した日の属する月から月1回を限度として算定する。

【注の見直し】

注2 周術期口腔機能管理料(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B000-6に掲げる周術期口腔機能管理料(I)、区分番号B000-7に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅱ)、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号B004-6に掲げる歯科治療総合医療管理料、区分番号B006-3-2に掲げるがん治療連携指導料、区分番号B006-3-3に掲げるがん治療連携管理料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-4に掲げる在宅患者歯科治療総合医療管理料及び区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。

注2 周術期口腔機能管理料(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B000-6に掲げる周術期口腔機能管理料(I)、区分番号B000-7に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅱ)、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号B004-6に掲げる歯科治療総合医療管理料、区分番号B006-3-2に掲げるがん治療連携指導料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-4に掲げる在宅患者歯科治療総合医療管理料及び区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。

B004-1-2 がん性疼痛緩和指
導管理料

【注の追加】

(追加)

注3 区分番号B004-1-3に掲げるがん患者指導管理料(2に限る。)は、別に算定できない。

B004-1-3 がん患者カウンセリング料

【名称の見直し】

がん患者カウンセリング料

がん患者指導管理料

【項目の見直し】

500点

- 1 歯科医師が看護師と共同して診療方針等について話し合い、その内容を文書等により提供した場合 500点
- 2 歯科医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合 200点
- 3 歯科医師又は薬剤師が抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射の必要性等について文書により説明を行った場合 200点

【注の見直し】

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分

注1 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の歯科医師が看護師と共同

に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回（当該患者について区分番号B006-3に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号B006-3-2に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該カウンセリングを実施した場合には、それぞれの保険医療機関において、患者1人につき1回）に限り算定する。

【注の追加】

(追加)

して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回（当該患者について区分番号B006-3に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号B006-3-2に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該指導管理を実施した場合は、それぞれの保険医療機関において、患者1人につき1回）を限度として算定する。

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

【注の追加】

(追加)

注3 3については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射を受けているものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の歯科医師又はその指示に基づき、保険

		<p>薬剤師が投薬又は注射の前後にその必要性について文書により説明を行った場合に、患者1人につき6回を限度として算定する。</p>						
<p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>注4 2について、区分番号A221-2に掲げる緩和ケア診療加算、区分番号B004-1-2に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料及び区分番号B004-1-5に掲げる外来緩和ケア管理料は、別に算定できない。</p>						
<p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>注5 3について、区分番号B008に掲げる薬剤管理指導料、区分番号F100に掲げる処方料の注7に規定する加算及び区分番号F400に掲げる処方せん料の注5に規定する加算は、別に算定できない。</p>						
<p>B004-1-4 入院栄養食事指導料</p>	<p>入院栄養食事指導料</p>							
<p>【名称の見直し】</p>	<p>入院栄養食事指導料</p>	<p>入院栄養食事指導料 (週1回)</p>						
<p>【項目の見直し】</p>	<p>130点</p>	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>入院栄養食事指導料1</td> <td>130点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>入院栄養食事指導料2</td> <td>125点</td> </tr> </table>	1	入院栄養食事指導料1	130点	2	入院栄養食事指導料2	125点
1	入院栄養食事指導料1	130点						
2	入院栄養食事指導料2	125点						
<p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>注2 2については、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関(診療所に限る。</p>						

B004-1-5 外来緩和ケア管理料

【注の見直し】

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

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

B004-1-6 外来リハビリテーション診療料

【点数の見直し】

1 外来リハビリテーション診療料1 69点
2 外来リハビリテーション診療料2 104点

注3 区分番号B004-1-2に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料又は区分番号B004-1-3に掲げるがん患者指導管理料（2に限る。）は、別に算定できない。

B004-1-7 外来放射線照射診療料

【点数の見直し】

外来放射線照射診療料 280点

292点

B006-3-3 がん治療連携管理料

<p>【注の削除】</p>	<p>注2 区分番号B000-6に掲げる周術期口腔機能管理料(I)又は区分番号B000-8に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅲ)は、別に算定できない。</p>	<p>(削除)</p>
<p>B008 薬剤管理指導料</p> <p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>注3 区分番号B004-1-3に掲げるがん患者指導管理料(3に限る。)は、算定できない。</p>
<p>B009 診療情報提供料(I)</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注6 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、所定点数に100点を加算する。</p>	<p>注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</p>

【注の見直し】	<p>注7 区分番号A000に掲げる初診料の注10に規定する加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、区分番号A000に掲げる初診料の注6又は区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する加算を算定している患者について、当該患者又はその家族の同意を得て、歯科診療を行う保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合は、所定点数に100点を加算する。</p>	点数に加算する。															
B013 義歯管理料（1口腔につき）	義歯管理料（1口腔につき）	新製有床義歯管理料（1口腔につき）															
【名称の見直し】																	
【項目の見直し】	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="667 1230 705 1257">1</td> <td data-bbox="719 1230 965 1257">新製有床義歯管理料</td> <td data-bbox="1196 1230 1272 1257">150点</td> </tr> <tr> <td data-bbox="667 1270 705 1297">2</td> <td data-bbox="719 1270 913 1297">有床義歯管理料</td> <td data-bbox="1196 1270 1272 1297">70点</td> </tr> <tr> <td data-bbox="667 1310 705 1337">3</td> <td data-bbox="719 1310 965 1337">有床義歯長期管理料</td> <td data-bbox="1196 1310 1272 1337">60点</td> </tr> </table>	1	新製有床義歯管理料	150点	2	有床義歯管理料	70点	3	有床義歯長期管理料	60点	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="1458 1230 1496 1257">1</td> <td data-bbox="1509 1230 1675 1257">2以外の場合</td> <td data-bbox="1989 1230 2063 1257">190点</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1458 1270 1496 1297">2</td> <td data-bbox="1509 1270 1653 1297">困難な場合</td> <td data-bbox="1989 1270 2063 1297">230点</td> </tr> </table>	1	2以外の場合	190点	2	困難な場合	230点
1	新製有床義歯管理料	150点															
2	有床義歯管理料	70点															
3	有床義歯長期管理料	60点															
1	2以外の場合	190点															
2	困難な場合	230点															
【点数の見直し】																	

【注の削除】

注2 有床義歯管理料は、新たに製作した有床義歯を装着した場合（装着日の属する月から起算して2月以上3月以内の期間に限る。）等において、有床義歯の離脱、疼痛、嘔吐感、嚥下時痛等の症状の有無に応じて検査を行い、併せて患者に対して義歯の状態を説明した上で、必要な義歯に係る管理を行った場合に月1回に限り算定する。

（削除）

【注の削除】

注3 有床義歯長期管理料は、咬合機能の回復を図るために検査を行い、併せて義歯の適合を図るための管理を行った場合に、有床義歯装着月から起算して4月以上1年以内の期間において月1回に限り算定する。

（削除）

【注の削除】

注4 咬合機能の回復が困難な患者に対して有床義歯の管理を行った場合は、それぞれの所定点数に40点を加算する。

（削除）

【注の削除】

注5 区分番号B013-2に掲げる有床義歯調整管理料は、別に算定できない。

（削除）

【注の追加】

（追加）

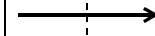
注2 新製有床義歯管理料を算定した日の属する月は、区分番号H001-2に掲げる歯科口腔リハビリテーション料1（1に限る。）は算定できない。

B013-2 有床義歯調整管理料
(1口腔につき)

【削除】

有床義歯調整管理料 (1口腔につき)

30点



(削除)

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料 第2部 在宅医療 C000 歯科訪問診療料（1日につき）		
【点数の見直し】	1 歯科訪問診療1 850点 2 歯科訪問診療2 380点	866点 283点
【項目の追加】	(追加)	3 歯科訪問診療3 143点
【注の見直し】	注1 1については、在宅等において療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に歯科訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、次のいずれかに該当する歯科訪問診療（診療時間が20分以上の場合に限る。ただし、当該患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合においては、この限りでない。）を行った場合に算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診	注1 1については、在宅等において療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に歯科訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、次のいずれかに該当する歯科訪問診療（診療時間が20分以上（同一日に当該患者に対して複数回の歯科訪問診療を行った場合は、その合計した時間を診療に要した時間とする。以下同じ。）の場合に限る。ただし、当該患者の容体が急変し、やむを得ず治

料又は区分番号A002に掲げる再診料は、算定しない。

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

療を中止した場合においては、この限りでない。)を行った場合に算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料又は区分番号A002に掲げる再診料は、算定できない。

- 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

【注の見直し】

注2 2については、在宅等において療養を行っている患者(同一建物居住者に限る。)であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、次のいずれかに該当する歯科訪問診療(診療時間が20分以上の場合に限る。ただし、当該患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合においては、この限りでない。)を行った場合に算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料又は区分番号A002に掲げる再診料は、算定しない。

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

注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(診療時間が20分以上の場合に限る。ただし、当該患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合においては、この限りでない。)を同一日に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 患者の求めに応じた歯科訪問診療
- ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する当該患者の同意を得た歯科訪問診療

【注の追加】

(追加)

注3 3については、在宅等において療養を行っ

【注の見直し】

注5 別に厚生労働大臣が定める時間において、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している場合に緊急に行う歯科訪問診療1又は歯科訪問診療2については、415点又は190点を、夜間（深夜を除く。）における歯科訪問診療1又は歯科訪問診療2については、830点又は380点を、深夜における歯科訪問診療1又は歯科訪問診療2については、1,660点又は760点を加算する。

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又は在宅等において療養を行っている患者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（診療時間が20分未満の場合に限る。）を行った場合に算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料又は区分番号A002に掲げる再診料は、算定できない。

- 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

注6 別に厚生労働大臣が定める時間において、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している場合に緊急に行う歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3についてはそれぞれ425点、140点又は70点を、夜間（深夜を除く。）における歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3についてはそれぞれ850点、280点又は140点を、深夜における歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3については、それぞれ1,70

<p>【注の見直し】</p>	<p>注9 歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復及び欠損補綴が必要な場合に即応できるよう切削器具及びその周辺装置を常時訪問先に携行している場合は、在宅患者等急性歯科疾患対応加算として、次に掲げる点数を、1日につき所定点数に加算する。</p> <p>イ 同一建物居住者以外の場合 170点 ロ 同一建物居住者の場合（同一日に5人以下） 85点 ハ 同一建物居住者の場合（同一日に6人以上） 50点</p>	<p>→</p>	<p>0点、560点又は280点を所定点数に加算する。</p> <p>注10 歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復及び欠損補綴が必要な場合に即応できるよう切削器具及びその周辺装置を常時訪問先に携行している場合は、在宅患者等急性歯科疾患対応加算として、次に掲げる点数を、1日につき所定点数に加算する。</p> <p>イ 同一建物居住者以外の場合 170点 ロ 同一建物居住者の場合 55点</p>
<p>【注の追加】</p> <p>C003 在宅患者訪問薬剤管理指導料</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>(追加)</p> <p>1 同一建物居住者以外の場合 550点</p>	<p>→</p>	<p>注12 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、在宅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、在宅かかりつけ歯科診療所加算として、100点を所定点数に加算する。</p> <p>650点</p>

【注の見直し】

2 同一建物居住者の場合

385点

注1 1については、在宅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訪問薬剤管理指導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、2については、在宅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、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、1と2を合わせて月2回に限り算定する。

300点

注1 1については、在宅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訪問薬剤管理指導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、2については、在宅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、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、1と2を合わせて患者1人につき月4回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者は週2回かつ月8回）を限度として算定する。この場合において、1と2を合わせて薬剤師1人につき1日5回を限度として算定する。

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料		
第5部 投薬		
第1節 調剤料		
F000 調剤料		
<p>【注の追加】</p>	(追加)	<p>注2 入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合は算定しない。</p>
第2節 処方料		
F100 処方料		
<p>【注の追加】</p>	(追加)	<p>注8 入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合は算定しない。</p>
第3節 薬剤料		
F200 薬剤		
<p>【注の追加】</p>	(追加)	<p>注5 入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合は算定しない。</p>
第5節 処方せん料		

F 4 0 0 処方せん料

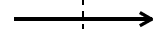
【注の追加】

第 6 節 調剤技術基本料

F 5 0 0 調剤技術基本料

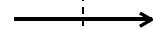
【注の追加】

(追加)



注 7 入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合は算定しない。

(追加)



注 5 入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合は算定しない。

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料 第6部 注射 通則 【通則の見直し】	6 区分番号G000に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射、G001に掲げる静脈内注射、G002に掲げる動脈注射、G003に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、G004に掲げる点滴注射、G005に掲げる中心静脈注射又はG006に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈栄養について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって悪性腫瘍等の患者であるものに対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ1日につき前各号により算定した点数に加算する。 イ 外来化学療法加算1 (1) 外来化学療法加算A (-) 15歳未満 780点 (二) 15歳以上 580点 (2) 外来化学療法加算B (-) 15歳未満 630点	6 区分番号G001に掲げる静脈内注射、G002に掲げる動脈注射、G003に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、G004に掲げる点滴注射、G005に掲げる中心静脈注射又はG006に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈注射について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって悪性腫瘍等の患者であるものに対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ1日につき前各号により算定した点数に加算する。 イ 外来化学療法加算1 (1) 外来化学療法加算A ① 15歳未満 780点 ② 15歳以上 580点 (2) 外来化学療法加算B ① 15歳未満 630点 ② 15歳以上 430点

G 0 0 5 中心静脈注射（1日につき）

【注の追加】

（追加）

注4 区分番号C 0 0 5に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料又は区分番号C 0 0 5 - 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C 0 0 0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できない。

G 0 0 6 植込型カテーテルによる中心静脈栄養（1日につき）

【名称の見直し】

植込型カテーテルによる中心静脈栄養（1日につき）

植込型カテーテルによる中心静脈注射（1日につき）

【注の新設】

（新設）

注1 区分番号C 0 0 5に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料又は区分番号C 0 0 5 - 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C 0 0 0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できない。

【注の新設】

（新設）

注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は50点を所定点数に加算する。

第2款 無菌製剤処理料

G020 無菌製剤処理料

【注の見直し】

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、点滴注射、中心静脈注射及び植込型カテーテルによる中心静脈栄養を行う際に、別に厚生労働大臣が定める患者に対して使用する薬剤について、必要があつて無菌製剤処理が行われた場合は、当該患者に係る区分に従い1日につき所定点数を算定する。



注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、点滴注射、中心静脈注射及び植込型カテーテルによる中心静脈注射を行う際に、別に厚生労働大臣が定める患者に対して使用する薬剤について、必要があつて無菌製剤処理が行われた場合は、当該患者に係る区分に従い1日につき所定点数を算定する。

ヨンを行った場合は、1月13単位に限り算定する。この場合において、当該患者が要介護被保険者等である場合には、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定する。

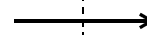
- イ 脳血管疾患等リハビリテーション料(I)
(1単位)
 - (1) (2)以外の場合 221点
 - (2) 廃用症候群の場合 212点
- ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料(II)
(1単位)
 - (1) (2)以外の場合 180点
 - (2) 廃用症候群の場合 171点
- ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料(III)
(1単位)
 - (1) (2)以外の場合 90点
 - (2) 廃用症候群の場合 90点

ヨンを行った場合は、1月13単位を限度として算定する。この場合において、当該患者が要介護被保険者等である場合は、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定する。

- イ 脳血管疾患等リハビリテーション料(I)
(1単位)
 - (1) (2)以外の場合 221点
 - (2) 廃用症候群の場合 162点
- ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料(II)
(1単位)
 - (1) (2)以外の場合 180点
 - (2) 廃用症候群の場合 131点
- ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料(III)
(1単位)
 - (1) (2)以外の場合 90点
 - (2) 廃用症候群の場合 69点

【注の追加】

(追加)



注5 注4の場合において、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以外の保険医療機関が、入院中の患者以外の患者に対して注4に規定するリハビリテーションを行った場合は、所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。

H001 摂食機能療法（1日につき
）

【注の追加】

(追加)

注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、鼻腔栄養を実施している患者又は胃瘻を造設している患者に対して実施した場合は、治療開始日から起算して6月以内に限り、経口摂取回復促進加算として、185点を所定点数に加算する。

【注の追加】

(追加)

注3 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に限る。)を算定した月は、摂食機能療法は算定できない。

【新設】

(新設)

H001-2 歯科口腔リハビリテーション料1
(1口腔につき)

1 有床義歯の場合	
イ ロ以外の場合	100点
ロ 困難な場合	120点
2 舌接触補助床の場合	190点

注1 1については、有床義歯を装着している患者に対して、月1回を限度として算定する。

2 2については、舌接触補助床を装着している患者に対して、月4回を限度として算定する。

3 2について、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1は算定できない。

<p>【新設】</p>		<p>4 2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月を超えた場合にあつては、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。</p>
<p>H002 障害児(者)リハビリテーション料(1単位)</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>1 6歳未満の患者の場合 220点</p> <p>2 6歳以上18歳未満の患者の場合 190点</p> <p>3 18歳以上の患者の場合 150点</p>	<p>(新設) → H001-3 歯科口腔リハビリテーション料2 (1口腔につき) 50点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、顎関節治療用装置を装着している患者に対して、月1回を限度として算定する。</p>
<p>H003 がん患者リハビリテーション料(1単位)</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>200点</p>	<p>205点</p>

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第8部 処置</p> <p>通則</p> <p>【通則の見直し】</p>	<p>6 入院中の患者以外の患者に対し、緊急のために、休日に処置を行った場合又はそ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処置を行った場合において、当該処置の所定点数が150点以上のときの処置の費用は、それぞれ所定点数の100分の80又は100分の40若しくは100分の80に相当する点数を加算した点数により算定する。ただし、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あっては、その開始時間が同注のただし書に規定する時間である処置を行った場合は、所定点数の100分の40に相当する点数を加算する。</p>	<p>6 緊急のために休日に処置を行った場合又は処置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は、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算した点数により算定する。</p> <p>イ 処置の所定点数が1,000点以上場合であつて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合</p> <p>(1) 休日加算1 所定点数の100分の160に相当する点数</p> <p>(2) 時間外加算1（入院中の患者以外の患者に対して行われる場合に限る。） 所定点数の100分の80に相当する点数</p> <p>(3) 深夜加算1 所定点数の100分の160に相当する点数</p> <p>(4) (1)から(3)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、処置の開始時間が同</p>

【通則の見直し】

8 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者又は著しく歯科診療が困難な者に対して訪問診療を行った場合に、当該訪問診療に基づき併せて処置（区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者については、区分番号I005に掲げる抜髄及び区分番号I006に掲げる感染根管処置に限る。）を行った場合は、当該処置の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。

注のただし書に規定する時間である処置を行った場合
所定点数の100分の80に相当する点数
ロ 処置の所定点数が150点以上の場合であつて、入院中の患者以外の患者に対し行われる場合（イに該当する場合を除く。）
(1) 休日加算2
所定点数の100分の80に相当する点数
(2) 時間外加算2
所定点数の100分の40に相当する点数
(3) 深夜加算2
所定点数の100分の80に相当する点数
(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、処置の開始時間が同注のただし書に規定する時間である処置を行った場合
所定点数の100分の40に相当する点数

8 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料及び同注5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（区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料のみを算定する患者については、区分番号I005に掲げる抜髄及び区分番号I006に掲げる感染根管処置に限る。）を行った場合は、当該処置の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。

第1節 処置料

I 0 0 3 初期う蝕早期充填処置

【名称の見直し】

【点数の見直し】

I 0 0 8 根管充填（1歯につき）

【注の削除】

【新設】

初期う蝕早期充填処置

122点

注1 加圧根管充填を行った場合は、単根管、2根管又は3根管以上の所定点数に、128点、152点又は184点をそれぞれ加算する。ただし、区分番号M000-2に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料に係る地方厚生局長等への届出を行った保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、この限りでない。

(新設)

初期う蝕早期充填処置（1歯につき）

124点

(削除)

I 0 0 8 - 2 加圧根管充填処置（1歯につき）

- 1 単根管 130点
- 2 2根管 156点
- 3 3根管以上 190点

注1 区分番号M000-2に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料に係る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算定する。
2 特定薬剤の費用は、所定点数に含まれる。

【新設】	(新設)	I 0 0 9 - 5 口腔内分泌物吸引 (1日につき) 48点
I 0 1 0 歯周疾患処置 (1口腔1回につき)		
【点数の見直し】	10点	14点
I 0 1 1 - 2 歯周病安定期治療 (1口腔につき)		
【名称の見直し】	歯周病安定期治療 (1口腔につき)	歯周病安定期治療
【項目の見直し】	歯周病安定期治療 (1口腔につき)	300点 1 1歯以上10歯未満 200点 2 10歯以上20歯未満 250点 3 20歯以上 350点
【注の見直し】	注1 一連の歯周病治療終了後、一時的に病状が安定した状態にある患者に対し、歯周組織の状態を維持するためのプラークコントロール、スケーリング、スケーリング・ルートプレーニング、咬合調整及び機械的歯面清掃等の継続的な治療 (以下この表において「歯周病安定期治療」という。)を開始した場合は、1口腔につき月1回に限り算定する。	注1 一連の歯周病治療終了後、一時的に病状が安定した状態にある患者に対し、歯周組織の状態を維持するためのプラークコントロール、スケーリング、スケーリング・ルートプレーニング、咬合調整及び機械的歯面清掃等の継続的な治療 (以下この表において「歯周病安定期治療」という。)を開始した場合は、それぞれの区分に従い月1回を限度として算定する。

<p>I 0 1 4 暫間固定</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>1 簡単なもの</p> <p>300点</p>	<p>200点</p>
<p>I 0 1 7 床副子</p> <p>【項目の見直し】</p>	<p>3 著しく困難なもの又は摂食機能の改善を目的とするもの（舌接触補助床）</p>	<p>3 著しく困難なもの 2,000点</p> <p>4 摂食機能の改善を目的とするもの（舌接触補助床）</p> <p>イ 新たに製作した場合 2,000点</p> <p>ロ 旧義歯を用いた場合 500点</p>
<p>I 0 1 7-2 床副子調整（1口腔につき）</p> <p>【項目の見直し】</p>	<p>1 睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床又は摂食機能療法に伴う舌接触補助床の場合</p>	<p>1 睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床の場合</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注1 1については、新たに製作した睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床又は摂食機能療法に伴う舌接触補助床の装着時又は装着後1月以内に、当該咬合床又は補助床の製作を行った保険医療機関において適合を図るための調整を行った場合に、1回に限り算定する。</p>	<p>注1 1については、新たに製作した睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床の装着時又は装着後1月以内に製作を行った保険医療機関において適合を図るための調整を行った場合に、1回を限度として算定する。</p>
<p>I 0 1 8 歯周治療用装置</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注1 歯周病検査の結果、区分番号J 0 6 3の3</p>	<p>注1 区分番号D 0 0 2に掲げる歯周病検査の2</p>

【新設】

に掲げる歯肉切除手術、区分番号J063の4に掲げる歯肉剥離搔爬手術又は区分番号J063の5に掲げる歯周組織再生誘導手術を行った場合に算定する。

(新設)

の歯周精密検査を実施した患者に対して算定する。

I031 フッ化物歯面塗布処置（1口腔につき）

- 1 う蝕多発傾向者の場合 80点
- 2 在宅等療養患者の場合 80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回を限度として算定する。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回を限度として算定する。

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回を限度として算定する。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回を限度として算

定する。

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第9部 手術</p> <p>通則</p> <p>【通則の見直し】</p>	<p>9 入院中の患者以外の患者に対し、緊急のために、休日に手術を行った場合又はそ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手術を行った場合であって、当該手術の所定点数が150点以上のとき、当該手術の費用は、それぞれ所定点数の100分の80又は100分の40若しくは100分の80に相当する点数を加算した点数により算定する。また、入院中の患者に対し、緊急のために、休日に手術を行った場合又はその開始時間が深夜である手術を行った場合であって、当該手術の所定点数が150点以上のとき、当該手術の費用は、それぞれ所定点数の100分の80に相当する点数を加算した点数により算定する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7ただし書に規定する保険医療機関にあっては、入院中の患者以外の患者に対し、そ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は、所定点数の100分の40に相当する点数を加算する。</p>	<p>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であって、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。</p> <p>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</p> <p>(1) 休日加算1 所定点数の100分の160に相当する点数</p> <p>(2) 時間外加算1（入院中の患者以外の患者に対し行われる場合に限る。） 所定点数の100分の80に相当する点数</p> <p>(3) 深夜加算1 所定点数の100分の160に相当する点数</p> <p>(4) 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であって、入院中の患者以外の患者に対し、手術の開始時間が同注7のただし書に規定する時間である場合</p>

【通則の見直し】

14 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者又は著しく歯科診療が困難な者に対して訪問診療を行った場合に、当該訪問診療に基づき併せて手術（区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者については、区分番号J000に掲げる抜歯手術（1から3までに限る。）及びJ013に掲げる口腔内消炎手術（2に限る。）に掲げるものに限る。）を行ったときは、当該手術の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。

所定点数の100分の80に相当する点数
ロイ以外の保険医療機関において行われる場合

(1) 休日加算 2

所定点数の100分の80に相当する点数
(2) 時間外加算 2（入院中の患者以外の患者に対し行われる場合に限る。）

所定点数の100分の40に相当する点数
(3) 深夜加算 2

所定点数の100分の80に相当する点数
(4) 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であって、入院中の患者以外の患者に対し、手術の開始時間が同注7のただし書に規定する時間である場合

所定点数の100分の40に相当する点数

14 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料及び同注5に規定する加算を算定する患者に対して、歯科訪問診療時に手術（区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料のみを算定する患者は、区分番号J000に掲げる抜歯手術（1から3までに限る。）及びJ013に掲げる口腔内消炎手術（2に限る。）に限る。）を行った場合は、当該手術の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。

【通則の追加】		(追加)	→	15 区分番号B000-6に掲げる周術期口腔機能管理料(I) (1に限る。)又はB000-7に掲げる周術期口腔機能管理料(II) (1に限る。)を算定した患者に対して、算定後1月以内に悪性腫瘍手術を全身麻酔下で実施した場合は、周術期口腔機能管理後手術加算として、100点をそれぞれ所定点数に加算する。
第1節 手術料				
J004 歯根端切除手術 (1歯につき)				
【項目の見直し】		1,350点	→	1 2以外の場合 1,350点 2 歯科CT撮影装置及び手術用顕微鏡を用いた場合 2,000点
【注の追加】		(追加)	→	注1 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。
J017 舌腫瘍摘出術				
【点数の見直し】	2 その他のもの	3,140点	→	2,940点
J030 口唇腫瘍摘出術				
【点数の見直し】	2 その他のもの	3,370点	→	3,050点
J034 頬粘膜腫瘍摘出術				

【点数の見直し】		4,730点	→	4,460点
J 0 5 3 唾石摘出術				
【名称の見直し】	唾石摘出術		→	唾石摘出術（一連につき）
【点数の見直し】	3 腺体内に存在するもの	7,200点	→	6,550点
【注の追加】		(追加)	→	注 2 及び 3 について内視鏡を用いた場合は、1,000点を所定点数に加算する。
J 0 6 3 歯周外科手術（1歯につき）				
【点数の見直し】	4 歯肉剥離搔爬手術	620点	→	630点
	5 歯周組織再生誘導手術			
	イ 1次手術（吸収性又は非吸収性膜の固定を伴うもの）	760点		840点
	ロ 2次手術（非吸収性膜の除去）	320点		380点
J 0 6 3 - 2 骨移植術（軟骨移植術を含む。）				
【点数の見直し】	2 同種骨移植（生体）	16,730点	→	20,770点
	3 同種骨移植（非生体）	14,770点		18,300点
J 0 8 6 上顎洞開窓術				

<p>【点数の見直し】</p>	<p>2,600点</p>	<p>1,300点</p>
<p>【新設】</p> <p>J 0 9 3 遊離皮弁術（顕微鏡下血管 柄付きのもの）</p>	<p>(新設)</p>	<p>J 0 8 6 - 2 内視鏡下上顎洞開窓術 3,600点</p>
<p>【点数の見直し】</p> <p>J 1 0 0 - 2 中心静脈栄養用植込型 カテーテル設置</p>	<p>74,240点</p>	<p>84,050点</p>
<p>【名称の見直し】</p>	<p>中心静脈栄養用植込型カテーテル設置</p>	<p>中心静脈注射用植込型カテーテル設置</p>
<p>【新設】</p>	<p>(新設)</p>	<p>J 1 1 0 広範囲顎骨支持型装置搔爬術 1,800点</p> <p>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を 装着した患者に対し、当該手術を行った場合 に1回を限度として算定する。</p>
<p>第3節 手術医療機器等加算</p> <p>J 2 0 0 - 4 上顎洞手術用内視鏡加</p>		

算

【注の見直し】

注 区分番号 J 0 8 6 から J 0 8 7 - 2 までに掲げる手術に当たって、内視鏡を使用した場合に加算する。



注 区分番号 J 0 8 7 及び J 0 8 7 - 2 に掲げる手術に当たって、内視鏡を使用した場合に加算する。

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第11部 放射線治療</p> <p>L000 放射線治療管理料（分布図の作成1回につき）</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注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、患者に対して、放射線治療を専ら担当する常勤の歯科医師が策定した照射計画に基づく歯科医学的管理（区分番号L001の3に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分番号L001の4に掲げる強度変調放射線治療（IMRT）に係るものに限る。）を行った場合は、所定点数に330点を加算する。</p>	<p>注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合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、患者に対して、放射線治療を専ら担当する常勤の歯科医師が策定した照射計画に基づく歯科医学的管理（区分番号L001の2に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分番号L001の3に掲げる強度変調放射線治療（IMRT）に係るものに限る。）を行った場合は、330点を所定点数に加算する。</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注3 注2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おいて、放射線治療を必要とする悪性腫瘍の入院中の患者以外の患者に対して、放射線治療（区分番号L001の3に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分番号L001の4に掲げる強度変調放射線治療（IMRT）に係るものに限</p>	<p>注3 注2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おいて、放射線治療を必要とする悪性腫瘍の入院中の患者以外の患者に対して、放射線治療（区分番号L001の2に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分番号L001の3に掲げる強度変調放射線治療（IMRT）に係るものに限</p>

L001 体外照射

【項目の削除】

- 2 コバルト60遠隔大量照射
- イ 1回目 250点
- ロ 2回目 75点

(削除)

【注の見直し】

注1 3については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。

注1 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以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。

【注の見直し】

注2 4については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、放射線治療を実施した場合に算定する。

注2 3については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、放射線治療を実施した場合に算定する。

【注の見直し】

注4 術中照射療法を行った場合は、患者1人につき1日に限り、所定点数に3,000点を加算する。

注4 術中照射療法を行った場合は、患者1人につき1日を限度として、所定点数に5,000点を加算する。

【注の見直し】

注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、放射線治療を専ら担当する常勤の歯科医師が画像誘導放射線治療（IGRT）による体外照射（3のイの(3)若しくはロの(3)又は4に係るものに限る。）を行った場合には、画像誘導放射線治療加算として、患者1人1日につき1回に限り所定点数に300点を加算する。

注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、放射線治療を専ら担当する常勤の歯科医師が画像誘導放射線治療（IGRT）による体外照射（2のイの(3)若しくはロの(3)又は3に係るものに限る。）を行った場合は、画像誘導放射線治療加算として、患者1人1日につき1回を限度として300点を所定点数に加算する。

L003 密封小線源治療（一連につき）

【項目の削除】

2 腔内照射
ロ 旧型コバルト腔内照射装置を用いた場合
500点

→ (削除)

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第12部 歯冠修復及び欠損補綴</p> <p>通則</p> <p>【通則の見直し】</p> <p>【通則の追加】</p> <p>【通則の見直し】</p>	<p>4 6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な者に対して歯冠修復及び欠損補綴（区分番号M010、M011、M014、M015及びM017からM026までに掲げるものを除く。）を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、通則第6号に掲げる加算を算定する場合は、この限りではない。</p> <p>(追加)</p> <p>6 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を</p>	<p>4 6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な者に対して歯冠修復及び欠損補綴（区分番号M010、M011、M014、M015及びM017からM026までに掲げるものを除く。）を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、通則第6号又は第7号に掲げる加算を算定する場合は、この限りでない。</p> <p>6 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料のみを算定する患者に対して、歯科訪問診療時に歯冠修復又は欠損補綴（区分番号M029に掲げるものに限る。）を行った場合は、当該歯冠修復又は欠損補綴の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。</p> <p>7 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料及</p>

算定した患者又は著しく歯科診療が困難な者に対して訪問診療を行った場合に、当該訪問診療に基づき併せて歯冠修復又は欠損補綴（区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者については、区分番号M029に掲げるものに限り、著しく歯科診療が困難な者については、区分番号M010、M011、M014、M015及びM017からM026までに掲げるものを除く。）を行った場合は、当該歯冠修復又は欠損補綴の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。

び同注5に規定する加算を算定する患者に対して、歯科訪問診療時に歯冠修復又は欠損補綴（区分番号M010、M011、M014、M015及びM017からM026までを除く。）を行った場合は、当該歯冠修復又は欠損補綴の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。

第1節 歯冠修復及び欠損補綴料

M001 歯冠形成（1歯につき）

【項目の見直し】

- 1 生活歯歯冠形成
 - ロ ジャケット冠
- 2 失活歯歯冠形成
 - ロ ジャケット冠

- 1 生活歯歯冠形成
 - ロ 非金属冠
- 2 失活歯歯冠形成
 - ロ 非金属冠

【注の追加】

(追加)

注2 1のロについて、CAD/CAM冠のための支台歯の歯冠形成は、490点を所定点数に加算する。

【注の追加】

(追加)

注6 2のロについて、CAD/CAM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。

M002-2 支台築造印象（1歯につき）

【点数の見直し】

22点 → 26点

M003 印象採得

【項目の見直し】

2 欠損補綴（1装置につき）
ニ ワンピースキャストブリッジ → 2 欠損補綴（1装置につき）
ニ ブリッジ

M003-2 テンポラリークラウン（1歯につき）

【点数の見直し】

30点 → 34点

M005 装着

【項目の見直し】

<p>2 欠損補綴（1装置につき） イ ブリッジ</p> <p>(1) ワンピースキャストブリッジ</p> <p> (イ) 支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合 150点</p> <p> (ロ) 支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合 300点</p> <p>(2) その他のブリッジ 70点</p>	→	<p>2 欠損補綴（1装置につき） イ ブリッジ</p> <p>(1) 支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合 150点</p> <p>(2) 支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合 300点</p>
---	---	--

【注の追加】

(追加) → 注1 区分番号M015-2に掲げるCAD/CAM冠を装着した場合は、所定点数に相当す

る点数を加算する。

M005-2 仮着（ワンピースキャストブリッジ）（1装置につき）

【名称の見直し】

仮着（ワンピースキャストブリッジ）（1装置につき）

仮着（ブリッジ）（1装置につき）

M006 咬合採得

【項目の見直し】

2 欠損補綴（1装置につき）
イ ブリッジ
(1) ワンピースキャストブリッジ
 (イ) 支台歯とポンティックの数の合計が5
 歯以下の場合 70点
 (ロ) 支台歯とポンティックの数の合計が6
 歯以上の場合 140点
(2) その他のブリッジ 70点

2 欠損補綴（1装置につき）
イ ブリッジ
(1) 支台歯とポンティックの数の合計が5歯
 以下の場合 74点
(2) 支台歯とポンティックの数の合計が6歯
 以上の場合 148点

M008 ワンピースキャストブリッジの試適

【名称の見直し】

ワンピースキャストブリッジの試適

ブリッジの試適

M009 充填（1歯につき）

【点数の見直し】

1 充填1
 ロ 複雑なもの 152点

154点

【新設】

(新設)

M015-2 CAD/CAM冠 (1歯につき) 1,200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、小臼歯に対して歯冠補綴物(全部被覆冠に限る。)を設計・製作し、装着した場合に限り算定する。

【新設】

(新設)

M016-2 小児保険装置 600点

注1 クラウンループ又はバンドループを装着した場合に限り算定する。
2 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

M018 有床義歯

【点数の見直し】

1 局部義歯 (1床につき)

イ 1歯から4歯まで 560点

ロ 5歯から8歯まで 690点

ハ 9歯から11歯まで 920点

ニ 12歯から14歯まで 1,340点

2 総義歯 (1顎につき) 2,100点

570点

700点

930点

1,350点

2,110点

M020 鑄造鉤 (1個につき)

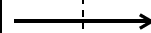
<p>【点数の見直し】</p>	<p>1 双子鉤 2 二腕鉤</p>	<p>230点 212点</p>	<p>234点 216点</p>
<p>【新設】</p>	<p>(新設)</p>	<p>(新設)</p>	<p>M021-2 コンビネーション鉤 (1個につき 220点 注 二腕鉤の維持腕と拮抗腕にそれぞれ鑄造鉤 と線鉤を組み合わせて製作した場合に算定す る。</p>
<p>M026 補綴隙 (1個につき)</p>			
<p>【点数の見直し】</p>		<p>30点</p>	<p>40点</p>
<p>M029 有床義歯修理 (1床につき)</p>			
<p>【点数の見直し】</p>		<p>224点</p>	<p>228点</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、患者の求めに応じて、破損した有床義歯を預かった日から起算して2日以内に修理を行い、当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算として、1床につき所定点数に22点を加算する。</p>		<p>注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、患者の求めに応じて、破損した有床義歯を預かった日から起算して2日以内に修理を行い、当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算として、1床につき24点を所定点数に加算する。</p>
<p>M032 ブリッジ修理 (1歯につき)</p>			

【削除】

ブリッジ修理（1歯につき）

40点

注 保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。



(削除)

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料 第13部 歯科矯正 第1節 歯科矯正料 【新設】 N009 撤去（1個につき） 【名称の見直し】 【項目の見直し】 【項目の追加】	 撤去（1個につき） 1 帯環 2 ダイレクトボンドブラケット	 (新設) → [N008-2 植立（1本につき） 500点]] → [撤去]] → [1 帯環（1個につき） 2 ダイレクトボンドブラケット（1個につき）] (追加) → [3 歯科矯正用アンカースクリュー（1本につき) 100点]

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第14部 病理診断</p> <p>0000 口腔病理診断料（歯科診療に係るものに限る。）</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注1 1については、病理診断を専ら担当する歯科医師が勤務する病院である保険医療機関において、医科点数表の区分番号N000に掲げる病理組織標本作製、医科点数表の区分番号N001に掲げる電子顕微鏡病理組織標本作製、医科点数表の区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製若しくは医科点数表の区分番号N003に掲げる術中迅速病理組織標本作製により作製された組織標本に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された組織標本に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。</p>	<p>注1 1については、病理診断を専ら担当する歯科医師又は医師が勤務する病院である保険医療機関において、医科点数表の区分番号N000に掲げる病理組織標本作製、医科点数表の区分番号N001に掲げる電子顕微鏡病理組織標本作製、医科点数表の区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製若しくは医科点数表の区分番号N003に掲げる術中迅速病理組織標本作製により作製された組織標本に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された組織標本に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回を限度として算定する。</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注2 2については、病理診断を専ら担当する歯科医師が勤務する病院である保険医療機関において、医科点数表の区分番号N003-2に掲げる術中迅速細胞診、医科点数表の区分</p>	<p>注2 2については、病理診断を専ら担当する歯科医師又は医師が勤務する病院である保険医療機関において、医科点数表の区分番号N003-2に掲げる術中迅速細胞診、医科点数</p>

【注の見直し】

番号N004に掲げる細胞診の2により作製された標本に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された標本に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。

注4 病理診断管理に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、病理診断を専ら担当する常勤の歯科医師が病理診断を行い、その結果を文書により報告した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ 病理診断管理加算1

- (1) 組織診断を行った場合 120点
- (2) 細胞診断を行った場合 60点

ロ 病理診断管理加算2

- (1) 組織診断を行った場合 320点
- (2) 細胞診断を行った場合 160点

表の区分番号N004に掲げる細胞診の2により作製された標本に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された標本に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回を限度として算定する。

注4 口腔病理診断管理に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、口腔病理診断を専ら担当する常勤の歯科医師又は医師が病理診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ 口腔病理診断管理加算1

- (1) 組織診断を行った場合 120点
- (2) 細胞診断を行った場合 60点

ロ 口腔病理診断管理加算2

- (1) 組織診断を行った場合 320点
- (2) 細胞診断を行った場合 160点

3 調剤報酬点数表

項 目	現 行	改 正 案
第1部 調剤報酬 第1節 調剤技術料 00 調剤基本料（処方せんの受付1回につき） 【点数の見直し】 【注の見直し】	 注1 処方せんの受付回数が1月に4,000回を超える保険薬局（特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が70%を超えるものに限る。）においては、所定点数にかかわらず、処方せんの受付1回につき24点を算定する。	 注1 次に掲げるいずれかの区分に該当する保険薬局は、所定点数にかかわらず、処方せんの受付1回につき25点を算定する。ただし、ロに該当する保険薬局であって、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についてはこの限りでない。 イ 処方せんの受付回数が1月に4,000回を超える保険薬局（特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が70%を超えるものに限る。） ロ 処方せんの受付回数が1月に2,500回を超える保険薬局（特定の保険医療機関に係る処方せんによる調剤の割合が90%を超えるもの）に限り、イに該当するものを除く。

40点 → 41点

→

【注の見直し】

注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薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数（注1に該当する場合には注1に掲げる点数）に加算する。

- イ 基準調剤加算1 10点
- ロ 基準調剤加算2 30点

注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薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

なお、注1のロに該当する場合にあつては、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局においてのみ加算できる。

- イ 基準調剤加算1 12点
- ロ 基準調剤加算2 36点

【注の見直し】

注3 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）第7条の2に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）の調剤に関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保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数（注1に該当する場合には注1に掲げる点数）に加算する。

- イ 後発医薬品調剤体制加算1 5点
- ロ 後発医薬品調剤体制加算2 15点
- ハ 後発医薬品調剤体制加算3 19点

注3 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）第7条の2に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）の調剤に関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保険薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数（注1に該当する場合には注1に掲げる点数）に加算する。

- イ 後発医薬品調剤体制加算1 18点
- ロ 後発医薬品調剤体制加算2 22点

【注の追加】

(追加)

注6 当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の妥結率（当該保険薬局において購入された使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成20年厚生労働省告示第495号）に記載されている医療用医薬品の薬価総額（各医療用医薬品の規格単位数量に薬価を乗じた価格を合算したものをいう。以下同じ。）に占める卸売販売業者（薬事法（昭和35年法律第145号）第34条第3項に規定する卸売販売業者をいう。）と当該保険薬局との間での取引価格が定められた薬価基準に記載されている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。）が50%以下の保険薬局においては、所定点数にかかわらず、処方せん受付1回につき31点（注1に該当する場合には19点）により算定する。

01 調剤料

【注の見直し】

1 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。（1剤につき））
イ～二 （略）
注1、2 （略）
注3 2剤以上の内服薬又は1剤で3種類以上の内服薬を服用時点ごと一包化を行った場合には、一包化加算として、当該内服薬の投与日数に応じ、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

1 内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。（1剤につき））
イ～二 （略）
注1、2 （略）
注3 2剤以上の内服薬又は1剤で3種類以上の内服薬を服用時点ごと一包化を行った場合には、一包化加算として、当該内服薬の投与日数に応じ、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

	<p>イ 56日分以下の場合 投与日数が7又はその端数を増すごとに30点を加算して得た点数</p> <p>ロ 57日分以上の場合 270点</p>		<p>イ 56日分以下の場合 投与日数が7又はその端数を増すごとに32点を加算して得た点数</p> <p>ロ 57日分以上の場合 290点</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注2 5の注射薬について、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薬局において、中心静脈栄養法用輸液又は抗悪性腫瘍剤につき無菌製剤処理を行った場合は、1日につきそれぞれ40点又は50点を加算する。</p>	<p>→</p>	<p>注2 5の注射薬について、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薬局において、中心静脈栄養法用輸液、抗悪性腫瘍剤又は麻薬につき無菌製剤処理を行った場合は、1日につきそれぞれ65点、75点又は65点（6歳未満の乳幼児の場合においては、1日につきそれぞれ130点、140点又は130点）を加算する。</p>
<p>第2節 薬学管理料</p> <p>10 薬剤服用歴管理指導料（処方せんの受付1回につき）</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注1 患者に対して、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。</p> <p>イ～ホ （略）</p>	<p>→</p>	<p>注1 患者に対して、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。ただし、ハを除くすべての指導等を行った場合は、所定点数にかかわらず、処方せんの受付1回につき34点を算定する。</p> <p>イ～ホ （略）</p>

1 5 在宅患者訪問薬剤管理指導料

【点数の見直し】

- | | | |
|----------------|------|------|
| 1 同一建物居住者以外の場合 | 500点 | 650点 |
| 2 同一建物居住者の場合 | 350点 | 300点 |

【注の見直し】

<p>注1 あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、1については、在宅で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薬局が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で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、医師の指示に基づき、保険薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に、1と2を合わせて月4回（がん末期患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回）に限り算定する。</p>	<p>注1 あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、1については、在宅で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薬局が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で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、医師の指示に基づき、保険薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬学的管理及び指導を行った場合に、1と2を合わせて患者1人につき月4回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回）に限り算定する。この場合において、1と2を合わせて保険薬剤師1人につき1日に5回に限り算定できる。</p>
---	---

【注の見直し】

- (1) 週3日目まで 4,300円
- (2) 週4日目以降 5,300円

ロ 准看護師による場合

- (1) 週3日目まで 3,800円
- (2) 週4日目以降 4,800円

ハ (略)

3 (略)

注6 1及び2(いずれもハを除く。)については、指定訪問看護を受けようとする者の主治医(介護老人保健施設の医師を除く。)から当該者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護の必要がある旨の訪問看護指示書(以下「特別訪問看護指示書」という。)の交付を受け、当該特別訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行った場合には、注1及び注3の規定にかかわらず、1月に1回に限り、当該指示があった日から起算して14日を限度として算定する。

- (1) 同一日に2人
 - ① 週3日目まで 5,550円
 - ② 週4日目以降 6,550円

(2) 同一日に3人以上

- ① 週3日目まで 2,780円
- ② 週4日目以降 3,280円

ロ 准看護師による場合

(1) 同一日に2人

- ① 週3日目まで 5,050円
- ② 週4日目以降 6,050円

(2) 同一日に3人以上

- ① 週3日目まで 2,530円
- ② 週4日目以降 3,030円

ハ (略)

3 (略)

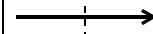
注6 1及び2(いずれもハを除く。)については、指定訪問看護を受けようとする者の主治医(介護老人保健施設の医師を除く。)から当該者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護の必要がある旨の訪問看護指示書(以下「特別訪問看護指示書」という。)の交付を受け、当該特別訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行った場合には、注1及び注3の規定にかかわらず、1月に1回(別に厚生労働大臣が定める者については、月2回)に限り、当該指示があった日から

起算して14日を限度として算定する。

01-2 精神科訪問看護基本療養費
(1日につき)

【項目の見直し】

- 1 (略)
- 2 (略)
- 3 精神科訪問看護基本療養費(Ⅲ)
 - イ 保健師、看護師又は作業療法士による場合
 - (1) 週3日目まで 30分以上の場合
4,300円
 - (2) 週3日目まで 30分未満の場合
3,300円
 - (3) 週4日目以降 30分以上の場合
5,300円
 - (4) 週4日目以降 30分未満の場合
4,060円
 - ロ 准看護師による場合

- 
- 1 (略)
 - 2 (略)
 - 3 精神科訪問看護基本療養費(Ⅲ)
 - イ 保健師、看護師又は作業療法士による場合
 - (1) 同一日に2人
 - ① 週3日目まで 30分以上の場合
5,550円
 - ② 週3日目まで 30分未満の場合
4,250円
 - ③ 週4日目以降 30分以上の場合
6,550円
 - ④ 週4日目以降 30分未満の場合
5,100円
 - (2) 同一日に3人以上
 - ① 週3日目まで 30分以上の場合
2,780円
 - ② 週3日目まで 30分未満の場合
2,130円
 - ③ 週4日目以降 30分以上の場合
3,280円
 - ④ 週4日目以降 30分未満の場合
2,550円
 - ロ 准看護師による場合

- (1) 週3日目まで 30分以上の場合
3,800円
- (2) 週3日目まで 30分未満の場合
2,910円
- (3) 週4日目以降 30分以上の場合
4,800円
- (4) 週4日目以降 30分未満の場合
3,670円

4 (略)

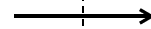
- (1) 同一日に2人
 - ① 週3日目まで 30分以上の場合
5,050円
 - ② 週3日目まで 30分未満の場合
3,870円
 - ③ 週4日目以降 30分以上の場合
6,050円
 - ④ 週4日目以降 30分未満の場合
4,720円

- (2) 同一日に3人以上
 - ① 週3日目まで 30分以上の場合
2,530円
 - ② 週3日目まで 30分未満の場合
1,940円
 - ③ 週4日目以降 30分以上の場合
3,030円
 - ④ 週4日目以降 30分未満の場合
2,360円

4 (略)

【注の追加】

(追加)



注12 1及び3については、別に厚生労働大臣が定める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訪問看護ステーションの保健師、看護師、准看護師及び作業療法士が、診療報酬の算定方法別表第一に規定する精神科重症患者早期集中支援管理料を算定する利用者に対して、その主治医の指示に基づき、1日に2回又は3回以上指定訪問看護を行った場合は、精神科複数回訪問加算として、

02 訪問看護管理療養費

【項目の見直し】

1	月の初日の訪問の場合	7,300円
2	月の2日目以降の訪問の場合（1日につき）	2,950円

それぞれ4,500円又は8,000円を所定額に加算する。

1	月の初日の訪問の場合	
イ	機能強化型訪問看護管理療養費 1	12,400円
ロ	機能強化型訪問看護管理療養費 2	9,400円
ハ	イ又はロ以外の場合	7,400円
2	月の2日目以降の訪問の場合（1日につき）	2,980円

【注の見直し】

注1 指定訪問看護を行うにつき安全な提供体制が整備されている訪問看護ステーションであって、利用者に対して訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っているものが、当該利用者に係る訪問看護計画書及び訪問看護報告書を当該利用者の主治医（保険医療機関の保険医又は介護老人保健施設の医師に限る。以下同じ。）に対して提出するとともに、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を継続して行った場合に、訪問の都度算定する。

注1 指定訪問看護を行うにつき安全な提供体制が整備されている訪問看護ステーション（イ及びロについては、別に厚生労働大臣が定める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訪問看護ステーションに限る。）であって、利用者に対して訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っているものが、当該利用者に係る訪問看護計画書及び訪問看護報告書並びに精神科訪問看護計画書及び精神科訪問看護報告書を当該利用者の主治医（保険医療機関の保険医又は介護老人保健施設の医師に限る。以下同じ。）に対して提出するとともに、当該利用者に係る指定訪問看護

【注の追加】

(追加)

護の実施に関する計画的な管理を継続して行った場合に、訪問の都度算定する。

注10 別に厚生労働大臣が定める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訪問看護ステーションが、当該利用者（診療報酬の算定方法別表第一に規定する精神科重症患者早期集中支援管理料を現に算定する利用者に限る。）に対して、当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関と連携して、支援計画等に基づき、定期的な訪問看護を行った場合には、精神科重症患者早期集中支援管理連携加算として、月1回に限り、6月を限度として6,400円を所定額に加算する。

03 訪問看護情報提供療養費

【注の見直し】

注 訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションが、利用者の同意を得て、当該利用者の居住地を管轄する市町村等に対して、指定訪問看護の状況を示す文書を添えて、当該利用者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、利用者1人につき月1回に限り算定する。ただし、他の訪問看護ステーションにおいて、当該市町村等に対して情報を提供することにより訪問看護情報提供療養費を算定している場合は、算定しない。

注 訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションが、利用者の同意を得て、当該利用者の居住地を管轄する市町村等に対して、指定訪問看護の状況を示す文書を添えて、当該利用者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、利用者1人につき月1回に限り算定する。ただし、他の訪問看護ステーションにおいて、当該市町村等に対して情報を提供することにより訪問看護情報提供療養費を算定している場合は、算定しない。

05 訪問看護ターミナルケア療養費

【注の見直し】

注1 訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションの看護師等が、在宅で死亡した利用者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した者を含む。）に対して、その主治医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上指定訪問看護を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合は所定額を算定する。

注1 訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションの看護師等が、在宅で死亡した利用者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した者を含む。）に対して、その主治医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上指定訪問看護を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合は所定額を算定する。

別紙 3

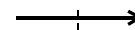
厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法

項 目	現 行	改 正 案
<p>本文</p> <p>1</p> <p>【項目の見直し】</p>	<p>1 (略)</p> <p>一 ~ 三 (略)</p> <p>四 医科点数表のうち次に掲げる区分番号の点数を算定する患者 イ~ハ (略) ニ A308-2 亜急性期入院医療管理料</p> <p>ホ~へ (略)</p> <p>ト A400 短期滞在手術基本料 (短期滞在手術基本料3を除く。)</p> <p>五 (略)</p>	<p>1 (略)</p> <p>一 ~ 三 (略)</p> <p>四 医科点数表のうち次に掲げる区分番号の点数を算定する患者 イ~ハ (略) ニ A308-3 地域包括ケア病棟入院料 (1) 地域包括ケア病棟入院料1・2 (2) 地域包括ケア入院医療管理料1・2 (当該区分番号を算定する前に当該病院の一般病棟 (同イからハまで、ニの(1)及びホからトまでを算定していた患者を除く。)に入院していた患者を除く。)</p> <p>ホ~へ (略)</p> <p>ト A400 短期滞在手術等基本料 (短期滞在手術等基本料3を除く。)</p> <p>五 (略)</p>

5

【項目の追加】

(追加)



- 5 第1項に規定する厚生労働大臣が指定する病院は、以下の基準を満たす病院とする。
- 一 急性期入院医療を提供する病院として、医科点数表のうち次に掲げる区分番号のうちいずれかの7対1入院基本料又は10対1入院基本料に係る届出を行っていること。
 - イ A100 一般病棟入院基本料
 - ロ A104 特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）
 - ハ A105 専門病院入院基本料
 - 二 医科点数表に掲げる区分番号A207診療録管理体制加算に係る届出を行っていること。
 - 三 厚生労働大臣が実施する次の調査に適切に参加すること。
 - イ 当該病院を退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等について毎年実施される調査
 - ロ 中央社会保険医療協議会の要請に基づき、イの調査を補完することを目的として随時実施される調査
 - 四 三のイの調査期間中において、退院した患者（第1項第一号から第五号までのいずれかに該当するものを除く。）数を、当該病院の一般病棟（次のイからトまでの医科点数表に掲げる区分番号いずれかを算定する病棟を除く。）の病床数で除した1月あたりの値が0.875以上であること。
 - イ A106 障害者施設等入院基本料
 - ロ A306 特殊疾患入院医療管理料

ハ A308 回復期リハビリテーション病
棟入院料

ニ A308-3 地域包括ケア病棟入院料

ホ A309 特殊疾患病棟入院料

ヘ A310 緩和ケア病棟入院料

ト A400 短期滞在手術等基本料（短期
滞在手術等基本料3を除く。）

五 適切な診断群分類区分を決定するために必
要な体制が整備されていること。

項 目	現 行	改 正 案
別表 2 【項目の見直し】	2 所定点数には、医科点数表に掲げる点数の費用のうち、イに掲げる点数（ロに掲げる点数の費用を除く。）の費用が含まれるものとする。 イ 所定点数に含まれる費用 (1) ～ (2) (略) (3) 第1章第2部第4節短期滞在手術基本料 (4) ～ (12) (略) ロ イに掲げる点数の費用から除かれる費用 (1) 入院基本料のうち、区分番号A100の注4から注7まで、A104の注5並びにA105の注3及び注4に規定する費用 (2) 入院基本料等加算のうち、区分番号A205からA206まで、A208からA213まで、A219からA233-2まで及びA236からA243までに掲げる費用 (3) 短期滞在手術基本料のうち、短期滞在手術基本料1及び短期滞在手術基本料2に掲げる費用 (4) ～ (7) (略) (8) 処置の費用のうち、区分番号J001（5に限る。）、J003、J010-2、J017、J017-2、J027（1	2 所定点数には、医科点数表に掲げる点数の費用のうち、イに掲げる点数（ロに掲げる点数の費用を除く。）の費用が含まれるものとする。 イ 所定点数に含まれる費用 (1) ～ (2) (略) (3) 第1章第2部第4節短期滞在手術等基本料 (4) ～ (12) (略) ロ イに掲げる点数の費用から除かれる費用 (1) 入院基本料のうち、区分番号A100の注4から注7まで及び注12、A104の注5及び注10、A105の注3、注4及び注9に規定する費用 (2) 入院基本料等加算のうち、区分番号A205からA206まで、A208からA213まで、A219からA233-2まで、A234-3及びA236からA243までに掲げる費用 (3) 短期滞在手術等基本料のうち、短期滞在手術等基本料1及び短期滞在手術等基本料2に掲げる費用 (4) ～ (7) (略) (8) 処置の費用のうち、区分番号J001（5に限る。）、J003、J010-2、J017、J017-2、J027（1

に限る。)、J038からJ042まで、
J045-2、J047、J049、J052-2、
J054-2、J062、J122(5及び6に限り、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして
切割使用した場合を除く。)、J123からJ128まで
(既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。)、J129
(4に限り、既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合を除く。)
並びにJ129-2(2に限る。)に掲げる処置料並びにJ038(1及び2に限る。)
に掲げる人工腎臓に当たって使用した保険医療材料(特定保険医療材料及びその
材料価格(材料価格基準)(平成20年厚生労働省告示第61号。以下「材料価格
基準」という。)別表Ⅱ区分040(1)及び(5)に掲げる材料に限る。)並びにJ042
に掲げる腹膜灌流(1に限る。)に当たって使用した薬剤(腹膜灌流液に限る。)
及び保険医療材料(材料価格基準別表Ⅱ区分051から区分053までに掲げる材
料に限る。)に係る費用

に限る。)、J038からJ042まで、
J045-2、J047、J047-2、
J049、J052-2、J054-2、
J062、J122(5及び6に限り、既
装着のギプス包帯をギプスシャーレとして
切割使用した場合を除く。)、J123か
らJ128まで(既装着のギプス包帯をギ
プスシャーレとして切割使用した場合を除
く。)、J129(4に限り、既装着のギ
プス包帯をギプスシャーレとして切割使
用した場合を除く。)並びにJ129-2
(2に限る。)に掲げる処置料並びにJ0
38(1及び2に限る。)に掲げる人工腎
臓に当たって使用した保険医療材料(特定
保険医療材料及びその材料価格(材料価格
基準)(平成20年厚生労働省告示第61号。
以下「材料価格基準」という。)別表Ⅱ区
分040(1)及び(5)に掲げる材料に限る。
)並びにJ042に掲げる腹膜灌流(1に
限る。)に当たって使用した薬剤(腹膜灌
流液に限る。)及び保険医療材料(材料価
格基準別表Ⅱ区分051から区分053ま
でに掲げる材料に限る。)に係る費用

4

A300 救命救急入院料

【点数の見直し】

救命救急入院料1



(3日以内の期間)	7,688点	7,825点
(4日以上7日以内の期間)	6,763点	6,885点
(8日以上14日以内の期間)	5,478点	5,579点
救命救急入院料 2		
(3日以内の期間)	9,188点	9,349点
(4日以上7日以内の期間)	8,128点	8,272点
(8日以上14日以内の期間)	6,878点	7,002点
救命救急入院料 3		
イ 救命救急入院料		
(3日以内の期間)	7,688点	7,825点
(4日以上7日以内の期間)	6,763点	6,885点
(8日以上14日以内の期間)	5,478点	5,579点
ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料		
(3日以内の期間)	7,688点	7,825点
(4日以上7日以内の期間)	6,763点	6,885点
(8日以上14日以内の期間)	5,878点	5,986点
(15日以上30日以内の期間)	6,383点	6,491点
(31日以上60日以内の期間)	6,590点	6,698点
救命救急入院料 4		
イ 救命救急入院料		
(3日以内の期間)	9,188点	9,349点
(4日以上7日以内の期間)	8,128点	8,272点
(8日以上14日以内の期間)	6,878点	7,002点
ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料		
(3日以内の期間)	9,188点	9,349点
(4日以上7日以内の期間)	8,128点	8,272点
(8日以上14日以内の期間)	6,878点	7,002点
(15日以上30日以内の期間)	6,383点	6,491点
(31日以上60日以内の期間)	6,590点	6,698点

【注の見直し】

注5 注4に規定する加算を算定する病院において、急性薬毒物中毒の患者に対して救命救急医療が行われた場合には、入院初日に限り所定点数に5,000点を加算する。

注5 当該病院において、急性薬毒物中毒の患者に対して救命救急医療が行われた場合には、入院初日に限り、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

- イ 急性薬毒物中毒加算1（機器分析）
5,000点
- ロ 急性薬毒物中毒加算2（その他のもの）
350点

A301 特定集中治療室管理料

【項目の見直し】

- 特定集中治療室管理料1
（7日以内の期間） 7,188点
（8日以上14日以内の期間） 5,688点
- 特定集中治療室管理料2
イ 特定集中治療室管理料

- 特定集中治療室管理料1
（7日以内の期間） 11,606点
（8日以上14日以内の期間） 10,082点
- 特定集中治療室管理料2
イ 特定集中治療室管理料
（7日以内の期間） 11,606点
（8日以上14日以内の期間） 10,082点
- ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料
（7日以内の期間） 11,606点
（8日以上14日以内の期間） 10,275点
（15日以上30日以内の期間） 10,780点
（31日以上60日以内の期間） 10,987点
- 特定集中治療室管理料3
（7日以内の期間） 7,317点
（8日以上14日以内の期間） 5,793点
- 特定集中治療室管理料4
イ 特定集中治療室管理料

A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料		(7日以内の期間)	7,188点		(7日以内の期間)	7,317点
		(8日以上14日以内の期間)	5,688点		(8日以上14日以内の期間)	5,793点
	ロ	広範囲熱傷特定集中治療管理料			ロ	広範囲熱傷特定集中治療管理料
		(7日以内の期間)	7,188点		(7日以内の期間)	7,317点
		(8日以上14日以内の期間)	5,878点		(8日以上14日以内の期間)	5,986点
		(15日以上30日以内の期間)	6,383点		(15日以上30日以内の期間)	6,491点
		(31日以上60日以内の期間)	6,590点		(31日以上60日以内の期間)	6,698点
	【項目の見直し】					
		ハイケアユニット入院医療管理料			ハイケアユニット入院医療管理料1	
	(14日以内の期間)	2,488点		(14日以内の期間)	4,540点	
	(15日以上21日以内の期間)	2,993点		(15日以上21日以内の期間)	5,045点	
				ハイケアユニット入院医療管理料2		
				(14日以内の期間)	2,040点	
				(15日以上21日以内の期間)	2,545点	
A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料						
【点数の見直し】						
	脳卒中ケアユニット入院医療管理料					
	(14日以内の期間)	3,688点			3,760点	
A301-4 小児特定集中治療室管理料						

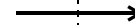
【点数の見直し】	小児特定集中治療室管理料 (7日以内の期間) (8日以上14日以内の期間)	13,477点 11,477点	→	13,708点 11,676点	
A302 新生児特定集中治療室管理料	【点数の見直し】	新生児特定集中治療室管理料1 (14日以内の期間) (15日以上30日以内の期間) (31日以上90日以内の期間) 新生児特定集中治療室管理料2 (14日以内の期間) (15日以上30日以内の期間) (31日以上90日以内の期間)	7,988点 8,493点 8,700点 3,988点 4,493点 4,700点	→	8,130点 8,635点 8,842点 6,065点 6,570点 6,777点
A303 総合周産期特定集中治療室管理料	【点数の見直し】	母体・胎児集中治療室管理料 (14日以内の期間) 新生児集中治療室管理料 (14日以内の期間) (15日以上30日以内の期間) (31日以上90日以内の期間)	4,988点 7,988点 8,493点 8,700点	→	5,081点 8,130点 8,635点 8,842点
A303-2 新生児治療回復室入					

院医療管理料

【点数の見直し】

新生児治療回復室入院医療管理料
 (14日以内の期間) 3,388点
 (15日以上30日以内の期間) 3,893点
 (31日以上120日以内の期間) 4,100点

3,388点
3,893点
4,100点



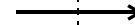
3,455点
3,960点
4,167点

A305 一類感染症患者入院医療管理料

【点数の見直し】

一類感染症患者入院医療管理料
 (7日以内の期間) 6,878点
 (8日以上14日以内の期間) 5,678点

6,878点
5,678点



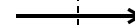
7,002点
5,782点

A307 小児入院医療管理料

【点数の見直し】

小児入院医療管理料1
 (14日以内の期間) 2,488点
 (15日以上30日以内の期間) 2,993点
 (31日以上)の期間) 3,200点
 小児入院医療管理料2
 (14日以内の期間) 1,988点
 (15日以上30日以内の期間) 2,493点
 (31日以上)の期間) 2,700点
 小児入院医療管理料3
 (14日以内の期間) 1,588点
 (15日以上30日以内の期間) 2,093点
 (31日以上)の期間) 2,300点

2,488点
2,993点
3,200点
1,988点
2,493点
2,700点
1,588点
2,093点
2,300点



2,540点
3,045点
3,252点
2,032点
2,537点
2,744点
1,626点
2,131点
2,338点

5

A 3 0 0 救命救急入院料

【点数の見直し】

小児入院医療管理料 4		
(14日以内の期間)	988点	1,016点
(15日以上30日以内の期間)	1,493点	1,521点
(31日以上)	1,700点	1,728点
小児入院医療管理料 5		
(14日以内の期間)	88点	101点
(15日以上30日以内の期間)	593点	606点
(31日以上)	800点	813点
→		
救命救急入院料 1		
(3日以内の期間)	7,888点	8,025点
(4日以上7日以内の期間)	6,963点	7,085点
(8日以上14日以内の期間)	5,678点	5,779点
救命救急入院料 2		
(3日以内の期間)	9,388点	9,549点
(4日以上7日以内の期間)	8,328点	8,472点
(8日以上14日以内の期間)	7,078点	7,202点
救命救急入院料 3		
イ 救命救急入院料		
(3日以内の期間)	7,888点	8,025点
(4日以上7日以内の期間)	6,963点	7,085点
(8日以上14日以内の期間)	5,678点	5,779点
ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料		
(3日以内の期間)	7,888点	8,025点
(4日以上7日以内の期間)	6,963点	7,085点

(8日以上14日以内の期間)	6,078点	6,186点
(15日以上30日以内の期間)	6,383点	6,491点
(31日以上60日以内の期間)	6,590点	6,698点
救命救急入院料 4		
イ 救命救急入院料		
(3日以内の期間)	9,388点	9,549点
(4日以上7日以内の期間)	8,328点	8,472点
(8日以上14日以内の期間)	7,078点	7,202点
ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料		
(3日以内の期間)	9,388点	9,549点
(4日以上7日以内の期間)	8,328点	8,472点
(8日以上14日以内の期間)	7,078点	7,202点
(15日以上30日以内の期間)	6,383点	6,491点
(31日以上60日以内の期間)	6,590点	6,698点

【注の見直し】

注5 注4に規定する加算を算定する病院において、急性薬毒物中毒の患者に対して救命救急医療が行われた場合には、入院初日に限り所定点数に5,000点を加算する。

注5 当該病院において、急性薬毒物中毒の患者に対して救命救急医療が行われた場合には、入院初日に限り、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

- イ 急性薬毒物中毒加算1（機器分析）
5,000点
- ロ 急性薬毒物中毒加算2（その他のもの）
350点

A301 特定集中治療室管理料

【項目の見直し】

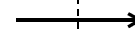
特定集中治療室管理料1
(7日以内の期間) 11,806点

(8日以上14日以内の期間)	10,282点
特定集中治療室管理料 2	
イ 特定集中治療室管理料	
(7日以内の期間)	11,806点
(8日以上14日以内の期間)	10,282点
ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	
(7日以内の期間)	11,806点
(8日以上14日以内の期間)	10,475点
(15日以上30日以内の期間)	10,780点
(31日以上60日以内の期間)	10,987点
特定集中治療室管理料 3	
(7日以内の期間)	7,517点
(8日以上14日以内の期間)	5,993点
特定集中治療室管理料 4	
イ 特定集中治療室管理料	
(7日以内の期間)	7,517点
(8日以上14日以内の期間)	5,993点
ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	
(7日以内の期間)	7,517点
(8日以上14日以内の期間)	6,186点
(15日以上30日以内の期間)	6,491点
(31日以上60日以内の期間)	6,698点

特定集中治療室管理料 1	
(7日以内の期間)	7,388点
(8日以上14日以内の期間)	5,888点
特定集中治療室管理料 2	
イ 特定集中治療室管理料	
(7日以内の期間)	7,388点
(8日以上14日以内の期間)	5,888点
ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	
(7日以内の期間)	7,388点
(8日以上14日以内の期間)	6,078点
(15日以上30日以内の期間)	6,383点
(31日以上60日以内の期間)	6,590点

A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料

【項目の見直し】



ハイケアユニット入院医療管理料 1	
(14日以内の期間)	4,740点
(15日以上21日以内の期間)	5,045点

	ハイケアユニット入院医療管理料 (14日以内の期間) 2,688点 (15日以上21日以内の期間) 2,993点		ハイケアユニット入院医療管理料2 (14日以内の期間) 2,240点 (15日以上21日以内の期間) 2,545点
A301-3 脳卒中ケアユニット 入院医療管理料			
【点数の見直し】	脳卒中ケアユニット入院医療管理料 (14日以内の期間) 3,888点	→	3,960点
A301-4 小児特定集中治療室 管理料			
【点数の見直し】	小児特定集中治療室管理料 (7日以内の期間) 13,677点 (8日以上14日以内の期間) 11,677点	→	13,908点 11,876点
A302 新生児特定集中治療室 管理料			
【点数の見直し】	新生児特定集中治療室管理料1 (14日以内の期間) 8,188点 (15日以上30日以内の期間) 8,493点 (31日以上90日以内の期間) 8,700点 新生児特定集中治療室管理料2 (14日以内の期間) 4,188点 (15日以上30日以内の期間) 4,493点	→	8,330点 8,635点 8,842点 6,265点 6,570点

A 3 0 3 総合周産期特定集中治療
室管理料

【点数の見直し】

(31日以上90日以内の期間)

4,700点

6,777点

母体・胎児集中治療室管理料

(14日以内の期間)

5,188点

5,281点

新生児集中治療室管理料

(14日以内の期間)

8,188点

8,330点

(15日以上30日以内の期間)

8,493点

8,635点

(31日以上90日以内の期間)

8,700点

8,842点

A 3 0 3 - 2 新生児治療回復室入
院医療管理料

【点数の見直し】

新生児治療回復室入院医療管理料

(14日以内の期間)

3,588点

3,655点

(15日以上30日以内の期間)

3,893点

3,960点

(31日以上120日以内の期間)

4,100点

4,167点

A 3 0 5 一類感染症患者入院医療
管理料

【点数の見直し】

一類感染症患者入院医療管理料

(7日以内の期間)

7,078点

7,202点

(8日以上14日以内の期間)

5,878点

5,982点

A 3 0 7 小児入院医療管理料

【点数の見直し】

小児入院医療管理料 1		
(14日以内の期間)	2,688点	2,740点
(15日以上30日以内の期間)	2,993点	3,045点
(31日以上)の期間)	3,200点	3,252点
小児入院医療管理料 2		
(14日以内の期間)	2,188点	2,232点
(15日以上30日以内の期間)	2,493点	2,537点
(31日以上)の期間)	2,700点	2,744点
小児入院医療管理料 3		
(14日以内の期間)	1,788点	1,826点
(15日以上30日以内の期間)	2,093点	2,131点
(31日以上)の期間)	2,300点	2,338点
小児入院医療管理料 4		
(14日以内の期間)	1,188点	1,216点
(15日以上30日以内の期間)	1,493点	1,521点
(31日以上)の期間)	1,700点	1,728点
小児入院医療管理料 5		
(14日以内の期間)	288点	301点
(15日以上30日以内の期間)	593点	606点
(31日以上)の期間)	800点	813点

6

A 3 0 0 救命救急入院料

【点数の見直し】

救命救急入院料 1

(3日以内の期間)	7,950点	8,087点
(4日以上7日以内の期間)	7,025点	7,147点
(8日以上14日以内の期間)	5,740点	5,841点
救命救急入院料 2		
(3日以内の期間)	9,450点	9,611点
(4日以上7日以内の期間)	8,390点	8,534点
(8日以上14日以内の期間)	7,140点	7,264点
救命救急入院料 3		
イ 救命救急入院料		
(3日以内の期間)	7,950点	8,087点
(4日以上7日以内の期間)	7,025点	7,147点
(8日以上14日以内の期間)	5,740点	5,841点
ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料		
(3日以内の期間)	7,950点	8,087点
(4日以上7日以内の期間)	7,025点	7,147点
(8日以上14日以内の期間)	6,140点	6,248点
(15日以上30日以内の期間)	6,398点	6,506点
(31日以上60日以内の期間)	6,590点	6,698点
救命救急入院料 4		
イ 救命救急入院料		
(3日以内の期間)	9,450点	9,611点
(4日以上7日以内の期間)	8,390点	8,534点
(8日以上14日以内の期間)	7,140点	7,264点
ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料		
(3日以内の期間)	9,450点	9,611点
(4日以上7日以内の期間)	8,390点	8,534点
(8日以上14日以内の期間)	7,140点	7,264点
(15日以上30日以内の期間)	6,398点	6,506点
(31日以上60日以内の期間)	6,590点	6,698点

【注の見直し】

注5 注4に規定する加算を算定する病院において、急性薬毒物中毒の患者に対して救命救急医療が行われた場合には、入院初日に限り所定点数に5,000点を加算する。

注5 当該病院において、急性薬毒物中毒の患者に対して救命救急医療が行われた場合には、入院初日に限り、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

- イ 急性薬毒物中毒加算1（機器分析）
5,000点
- ロ 急性薬毒物中毒加算2（その他のもの）
350点

A301 特定集中治療室管理料

【項目の見直し】

特定集中治療室管理料1
（7日以内の期間） 7,450点
（8日以上14日以内の期間） 5,950点
特定集中治療室管理料2
イ 特定集中治療室管理料

特定集中治療室管理料1
（7日以内の期間） 11,868点
（8日以上14日以内の期間） 10,344点
特定集中治療室管理料2
イ 特定集中治療室管理料
（7日以内の期間） 11,868点
（8日以上14日以内の期間） 10,344点
ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料
（7日以内の期間） 11,868点
（8日以上14日以内の期間） 10,537点
（15日以上30日以内の期間） 10,795点
（31日以上60日以内の期間） 10,987点
特定集中治療室管理料3
（7日以内の期間） 7,579点
（8日以上14日以内の期間） 6,055点
特定集中治療室管理料4
イ 特定集中治療室管理料

	(7日以内の期間)	7,450点		(7日以内の期間)	7,579点
	(8日以上14日以内の期間)	5,950点		(8日以上14日以内の期間)	6,055点
	ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料			ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料	
	(7日以内の期間)	7,450点		(7日以内の期間)	7,579点
	(8日以上14日以内の期間)	6,140点		(8日以上14日以内の期間)	6,248点
	(15日以上30日以内の期間)	6,398点		(15日以上30日以内の期間)	6,506点
	(31日以上60日以内の期間)	6,590点		(31日以上60日以内の期間)	6,698点
A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料					
【項目の見直し】					
	ハイケアユニット入院医療管理料		→	ハイケアユニット入院医療管理料1	
	(14日以内の期間)	2,750点		(14日以内の期間)	4,802点
	(15日以上21日以内の期間)	3,008点		(15日以上21日以内の期間)	5,060点
				ハイケアユニット入院医療管理料2	
				(14日以内の期間)	2,302点
				(15日以上21日以内の期間)	2,560点
A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料					
【点数の見直し】					
	脳卒中ケアユニット入院医療管理料		→		
	(14日以内の期間)	3,950点			4,022点
A301-4 小児特定集中治療室管理料					

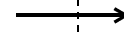
【点数の見直し】	小児特定集中治療室管理料 (7日以内の期間) (8日以上14日以内の期間)	13,739点 11,739点	→	13,970点 11,938点	
A302 新生児特定集中治療室管理料	【点数の見直し】	新生児特定集中治療室管理料1 (14日以内の期間) (15日以上30日以内の期間) (31日以上90日以内の期間) 新生児特定集中治療室管理料2 (14日以内の期間) (15日以上30日以内の期間) (31日以上90日以内の期間)	8,250点 8,508点 8,700点 4,250点 4,508点 4,700点	→	8,392点 8,650点 8,842点 6,327点 6,585点 6,777点
A303 総合周産期特定集中治療室管理料	【点数の見直し】	母体・胎児集中治療室管理料 (14日以内の期間) 新生児集中治療室管理料 (14日以内の期間) (15日以上30日以内の期間) (31日以上90日以内の期間)	5,250点 8,250点 8,508点 8,700点	→	5,343点 8,392点 8,650点 8,842点
A303-2 新生児治療回復室入					

院医療管理料

【点数の見直し】

新生児治療回復室入院医療管理料
 (14日以内の期間) 3,650点
 (15日以上30日以内の期間) 3,908点
 (31日以上120日以内の期間) 4,100点

3,650点
3,908点
4,100点



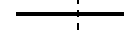
3,717点
3,975点
4,167点

A305 一類感染症患者入院医療管理料

【点数の見直し】

一類感染症患者入院医療管理料
 (7日以内の期間) 7,140点
 (8日以上14日以内の期間) 5,940点

7,140点
5,940点



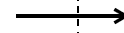
7,264点
6,044点

A307 小児入院医療管理料

【点数の見直し】

小児入院医療管理料1
 (14日以内の期間) 2,750点
 (15日以上30日以内の期間) 3,008点
 (31日以上)の期間) 3,200点
 小児入院医療管理料2
 (14日以内の期間) 2,250点
 (15日以上30日以内の期間) 2,508点
 (31日以上)の期間) 2,700点
 小児入院医療管理料3
 (14日以内の期間) 1,850点
 (15日以上30日以内の期間) 2,108点
 (31日以上)の期間) 2,300点

2,750点
3,008点
3,200点



2,802点
3,060点
3,252点

2,250点
2,508点
2,700点

2,294点
2,552点
2,744点

1,850点
2,108点
2,300点

1,888点
2,146点
2,338点

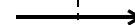
7		小児入院医療管理料 4 (14日以内の期間)	1,250点		1,278点
		(15日以上30日以内の期間)	1,508点		1,536点
		(31日以上30日以内の期間)	1,700点		1,728点
		小児入院医療管理料 5 (14日以内の期間)	350点		363点
		(15日以上30日以内の期間)	608点		621点
		(31日以上30日以内の期間)	800点		813点
8	【点数の見直し】	区分番号A104に掲げる特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る）		→	
		7対1入院基本料	125点		128点
		10対1入院基本料	105点		107点
9	【項目の見直し】	区分番号A105に掲げる専門病院入院基本料		→	
		7対1入院基本料	125点		127点
		10対1入院基本料	105点		107点
		13対1入院基本料	88点		90点
		1の規定にかかわらず、6に規定する病院であって、退院が特定の時間帯に集中しているものと		→	1の規定にかかわらず、6に規定する病院であって、退院が特定の時間帯に集中しているものと

して、基本診療料の施設基準等第五の二の(8)に規定する基準に適合する病院においては、基本診療料の施設基準等第五の二の(9)に規定する基準に適合する患者の退院日の診断群分類区分の点数は、医科点数表第1章第2部第1節入院基本料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数から減じるものとする。

して、基本診療料の施設基準等第五の二の(5)に規定する基準に適合する病院においては、基本診療料の施設基準等第五の二の(6)に規定する基準に適合する患者の退院日の診断群分類区分の点数は、医科点数表第1章第2部第1節入院基本料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数から減じるものとする。

【項目の見直し】

区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料	
7対1入院基本料	125点
7対1特別入院基本料	100点
	(追加)
10対1入院基本料	105点
10対1特別入院基本料	83点
	(追加)
13対1入院基本料	88点
	(追加)
15対1入院基本料	76点
	(追加)
特別入院基本料	46点



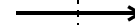
127点
(削除)
7対1入院基本料 (月平均夜勤時間超過減算)
102点
107点
(削除)
10対1入院基本料 (月平均夜勤時間超過減算)
85点
90点
13対1入院基本料 (月平均夜勤時間超過減算)
72点
77点
15対1入院基本料 (月平均夜勤時間超過減算)
61点
47点

10

【点数の見直し】

区分番号A104に掲げる特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る）

7対1入院基本料	125点
10対1入院基本料	105点



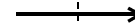
128点
107点

11

【点数の見直し】

区分番号A105に掲げる専門病院入院基本料

7対1入院基本料	125点
10対1入院基本料	105点
13対1入院基本料	88点

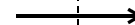


127点
107点
90点

12

【項目の見直し】

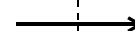
1の規定にかかわらず、6に規定する病院であって、入院日及び退院日が特定の日集中しているものとして、基本診療料の施設基準等第五の二の(10)に規定する基準に適合する病院においては、基本診療料の施設基準等第五の二の(11)に規定する日の診断群分類区分の点数は、医科点数表第1章第2部第1節入院基本料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数から減じるものとする。



1の規定にかかわらず、6に規定する病院であって、入院日及び退院日が特定の日集中しているものとして、基本診療料の施設基準等第五の二の(7)に規定する基準に適合する病院においては、基本診療料の施設基準等第五の二の(8)に規定する日の診断群分類区分の点数は、医科点数表第1章第2部第1節入院基本料のうち次の表の左欄に掲げる診療料に係る算定要件を満たす患者ごとに、それぞれ同表の右欄に掲げる点数を所定点数から減じるものとする。

【項目の見直し】

区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料	
7対1入院基本料	125点
7対1特別入院基本料	100点
	(追加)
10対1入院基本料	105点
10対1特別入院基本料	83点
	(追加)
13対1入院基本料	88点
	(追加)
15対1入院基本料	76点
	(追加)
特別入院基本料	46点



127点
(削除)
7対1入院基本料 (月平均夜勤時間超過減算)
102点
107点
(削除)
10対1入院基本料 (月平均夜勤時間超過減算)
85点
90点
13対1入院基本料 (月平均夜勤時間超過減算)
72点
77点
15対1入院基本料 (月平均夜勤時間超過減算)
61点
47点

13～18

13～18 (略)

13～18 (略)