

## 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 初・再診料

###### 第1節 初診料

###### 第2節 再診料

##### 第2部 入院料等

###### 第1節 入院基本料

###### 第2節 入院基本料等加算

###### 第3節 特定入院料

###### 第4節 短期滞在手術等基本料

#### 第2章 特掲診療料

##### 第1部 医学管理等

##### 第2部 在宅医療

##### 第3部 検査

###### 第1節 検査料

###### 第2節 薬剤料

##### 第4部 画像診断

###### 第1節 診断料

###### 第2節 撮影料

###### 第3節 基本的エックス線診断料

###### 第4節 フィルム及び造影剤料

##### 第5部 投薬

###### 第1節 調剤料

###### 第2節 処方料

###### 第3節 薬剤料

###### 第4節 特定保険医療材料料

###### 第5節 処方箋料

###### 第6節 調剤技術基本料

##### 第6部 注射

###### 第1節 注射料

###### 第1款 注射実施料

###### 第2款 無菌製剤処理料

###### 第2節 薬剤料

###### 第3節 特定保険医療材料料

##### 第7部 リハビリテーション

###### 第1節 リハビリテーション料

###### 第2節 薬剤料

##### 第8部 処置

###### 第1節 処置料

###### 第2節 処置医療機器等加算

###### 第3節 薬剤料

###### 第4節 特定薬剤料

###### 第5節 特定保険医療材料料

##### 第9部 手術

###### 第1節 手術料

###### 第2節 輸血料

###### 第3節 手術医療機器等加算

###### 第4節 薬剤料

###### 第5節 特定薬剤料

第6節 特定保険医療材料料

第10部 麻酔

第1節 麻酔料

第2節 薬剤料

第3節 特定保険医療材料料

第11部 放射線治療

第1節 放射線治療管理・実施料

第2節 特定保険医療材料料

第12部 歯冠修復及び欠損補綴

第1節 歯冠修復及び欠損補綴料

第2節 薬剤料

第3節 特定保険医療材料料

第13部 歯科矯正

第1節 歯科矯正料

第2節 特定保険医療材料料

第14部 病理診断

第15部 その他

第1節 ベースアップ評価料等

第2節 物価対応料

第3節 支援料

通則

- 1 健康保険法第63条第1項第1号及び高齢者医療確保法第64条第1項第1号の規定による初診及び再診の費用は、第1節又は第2節の各区分の所定点数により算定する。ただし、同時に2以上の傷病について初診を行った場合又は再診を行った場合は、初診料又は再診料は1回として算定する。
- 2 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、歯科診療及び歯科診療以外の診療につき、それぞれ別に初診料又は再診料を算定する。
- 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（区分番号A002に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算を除く。）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。

第1節 初診料

区分

A000 初診料

- |   |                 |      |
|---|-----------------|------|
| 1 | 歯科初診料           | 272点 |
| 2 | 地域歯科診療支援病院歯科初診料 | 296点 |
- 注1 1については、歯科外来診療における院内感染防止対策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、初診を行った場合に算定する。この場合において、当該届出を行っていない保険医療機関については、245点を算定する。
- 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病院である保険医療機関において初診を行った場合に算定する。この場合において、1の歯科初診料は算定できない。
  - 3 1傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は併せて1回とし、第1回の初診時に算定する。
  - 4 同一の患者について1月以内に初診料を算定すべき初診を2回以上行った場合は、初診料は1回とし、第1回の初診時に算定する。
  - 5 6歳未満の乳幼児に対して保険医療機関が初診を行った場合は、乳幼児加算として、40点を所定点数に加算する。ただし、注8に規定する加算を算定する場合は算定できない。
  - 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、感染症法第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 6歳以上の患者に対して保険医療機関が表示する診療時間以外の時間（深夜（午後10時から午前6時までの間をいう。以下この表において同じ。）及び休日を除く。以下この表において同じ。）、休日（深夜を除く。以下この表において同じ。）又は深夜において初診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、85点、250点又は480点をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、専ら夜間における救急医療の確保のために設けられている保険医療機関において、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間に初診を行った場合は、230点を所定点数に加算する。
- 8 6歳未満の乳幼児に対して保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において初診を行った場合は、乳幼児時間外加算、乳幼児休日加算又は乳幼児深夜加算として、125点、290点又は620点をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、注7のただし書に規定する保険医療機関において、同注のただし書に規定する時間に初診を行った場合は、270点を所定点数に加算する。
- 9 歯科医療提供が困難である地域等において、都道府県等と連携し、歯科巡回診療車を用いて歯科診療を行った場合は、地域歯科医療加算として、100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。
- 11 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。
- 12 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。
- 13 歯科診療を実施している保険医療機関（診療所（注12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12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。

14 削除

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す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、電子的歯科診療情報連携体制整備加算として、月1回に限り、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号A002に掲げる再診料の注11に規定する明細書発行体制等加算は別に算定できない。

イ 電子的歯科診療情報連携体制整備加算 1 9点

ロ 電子的歯科診療情報連携体制整備加算 2 4点

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、237点を算定する。

A001 削除

第2節 再診料

区分

A002 再診料

1 歯科再診料 59点

2 地域歯科診療支援病院歯科再診料 76点

注1 1については、区分番号A000に掲げる初診料の注1に規定する歯科外来診療における院内感染防止対策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、再診を行った場合に算定する。この場合において、当該届出を行っていない保険医療機関については、45点を算定する。

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。

3 6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、乳幼児加算として、10点を所定点数に加算する。ただし、注6に規定する加算を算定する場合を除く。

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、感染症法第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歳以上の患者に対して保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又

- は深夜において再診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、65点、190点又は420点をそれぞれ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7のただし書に規定する保険医療機関において、同注のただし書に規定する時間に再診を行った場合は、180点を所定点数に加算する。
- 6 6歳未満の乳幼児に対して保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜に再診を行った場合は、乳幼児時間外加算、乳幼児休日加算又は乳幼児深夜加算として、75点、200点又は530点をそれぞれ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7のただし書に規定する保険医療機関において、同注のただし書に規定する時間に再診を行った場合は、190点を所定点数に加算する。
- 7 歯科医療提供が困難である地域等において、都道府県等と連携し、歯科巡回診療車を用いて歯科診療を行った場合は、地域歯科医療加算として、100点を所定点数に加算する。
- 8 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12に規定する加算は算定しない。
- 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。
- 10 1及び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、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。
- 11 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。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料の注15及び区分番号A002に掲げる再診料の注12に規定する電子的歯科診療情報連携体制整備加算は別に算定できない。
- 12 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す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、電子的歯科診療情報連携体制整備加算として、月1回に限り2点を所定点数に加算する。この場合において、注11に規定する明細書発行体制等加算は別に算定できない。
- 13 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 健康保険法第63条第1項第5号及び高齢者医療確保法第64条第1項第5号による入院及び看護の費用は、第1節から第5節までの各区分の所定点数により算定する。この場合において、特に規定する場合を除き、通常必要とされる療養環境の提供、看護及び歯科医学的管理に要する費用は、第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれる。
- 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、月平均夜勤時間超過減算及び夜勤時間特別入院基本料（以下「特別入院基本料等」という。）を含む。）を、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することはできない。

- 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っては、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。
- 4 第1節から第4節までに規定する期間の計算は、特に規定する場合を除き、保険医療機関に入院した日から起算して計算する。ただし、保険医療機関を退院した後、同一の疾病又は負傷により、当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に入院した場合は、急性増悪その他やむを得ない場合を除き、最初の保険医療機関に入院した日から起算して計算する。
- 5 別に厚生労働大臣が定める入院患者数の基準又は歯科医師等の員数の基準に該当する保険医療機関の入院基本料については、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。
- 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 前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、前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、栄養管理体制に関する基準を満たすことができない保険医療機関（診療所を除き、別に厚生労働大臣が定める基準を満たすものに限る。）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。
- 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。ただし、第6号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において、身体的拘束最小化の体制に係る基準を満たす保険医療機関については、当該減算の点数に代えて、所定点数から1日につき20点を減算する。
- 9 継続的に賃上げに係る取組を実施してい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保険医療機関以外の保険医療機関については、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から1日につき次に掲げる点数を減算する。
  - イ 急性期病院A一般入院料、急性期一般入院料1、急性期病院B一般入院料（看護・多職種協働加算を算定する場合）及び急性期一般入院料4（看護・多職種協働加算を算定する場合） 121点
  - ロ 急性期病院B一般入院料及び急性期一般入院料2から6まで（看護・多職種協働加算を算定する場合を除く。） 85点
  - ハ 地域一般入院基本料、一般病棟入院基本料の特別入院基本料及び特定一般病棟入院料（注7に規定する場合を除く。） 65点
  - ニ 療養病棟入院基本料 42点
  - ホ 結核病棟入院基本料 64点
  - ヘ 急性期病院精神病棟入院基本料及び精神病棟入院料（10対1入院基本料、13対1入院基本料及び精神病棟看護・多職種協働加算を算定する15対1入院基本料の場合） 106点
  - ト 急性期病院精神病棟入院基本料（精神病棟看護・多職種協働加算を算定する場合を除く15対1入院基本料の場合）及び精神病棟入院料（精神病棟看護・多職種協働加算を算定する場合を除く15対1入院基本料、18対1入院基本料、20対1入院基本料及び特別入院基本料の場合）

合)	39点
チ 特定機能病院入院基本料及び特定機能病院リハビリテーション病棟入院料	141点
リ 専門病院入院基本料	88点
ヌ 障害者施設等入院基本料	58点
ル 有床診療所入院基本料	95点
ヲ 有床診療所療養病床入院基本料	58点
ワ 救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料及び一類感染症患者入院医療管理料	171点
カ 地域包括医療病棟入院料	113点
ヨ 特殊疾患入院医療管理料及び特殊疾患入院料	53点
タ 小児入院医療管理料及び児童・思春期精神科入院医療管理料	97点
レ 回復期リハビリテーション病棟入院料	76点
ソ 地域包括ケア病棟入院料及び特定一般病棟入院料（注7に規定する場合）	69点
ツ 緩和ケア病棟入院料	99点
ネ 精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料	42点
ナ 精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料及び地域移行機能強化病棟入院料	35点
ラ 短期滞在手術等基本料3	189点

#### 第1節 入院基本料

##### 通則

- 1 本節各区分に掲げる入院基本料は、それぞれの算定要件を満たす患者について、別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）の第1章第2部第1節に掲げる入院基本料（特別入院基本料等を含む。）の例により算定する。
- 2 本節各区分に掲げる入院基本料に係る算定要件は、医科点数表の第1章第2部第1節に掲げる入院基本料（特別入院基本料等を含む。）に係る算定要件の例による。
- 3 本節各区分に掲げる入院基本料について、加算要件を満たす場合は、医科点数表の第1章第2部第1節に掲げる入院基本料（特別入院基本料等を含む。）に係る加算の例により、本節各区分に掲げる入院基本料の所定点数に加算する。
- 4 本節各区分に掲げる入院基本料に係る加算要件は、医科点数表の第1章第2部第1節に掲げる入院基本料（特別入院基本料等を含む。）に係る加算要件の例による。
- 5 本節各区分に掲げる入院基本料に含まれる費用の範囲は、医科点数表の第1章第2部第1節に掲げる入院基本料（特別入院基本料等を含む。）の例による。
- 6 本節各区分に掲げる入院基本料を算定する保険医療機関においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。
- 7 前号の規定により算定できる入院基本料等加算の範囲は、医科点数表の第1章第2部第1節に掲げる入院基本料（特別入院基本料等を含む。）につき算定できる医科点数表の第1章第2部第2節に掲げる入院基本料等加算の例による。ただし、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算に限られる。

##### 区分

- A100 一般病棟入院基本料
- A101 療養病棟入院基本料
- A102 特定機能病院入院基本料
- A103 専門病院入院基本料
- A103-2 障害者施設等入院基本料
- A104 削除
- A105 有床診療所入院基本料
- A106 有床診療所療養病床入院基本料

#### 第2節 入院基本料等加算

##### 通則

- 1 本節各区分に掲げる入院基本料等加算（区分番号A250に掲げる地域歯科診療支援病院入院加算を除く。）は、それぞれの算定要件を満たす患者について、医科点数表の第1章第2部第2節に掲げる入院基本料等加算の例により算定する。この場合において、医科点数表の区分番号A204-2に掲げる臨床研修病院入院診療加算については、「基幹型」とあるのは「単独型又は管理型」と、「医師法（昭和23年法律第201号）第16条の2第1項に規定する都道府県知事の指定する病院」とあるのは「歯科医師法（昭和23年法律第202号）第16条の2第1項に規定する歯学若しくは医学を履修する課程を置く大学に附属する病院（歯科医業を行わないものを除く。）又は厚生労働大臣の指定する病院」と読み替えるものとする。
- 2 本節各区分に掲げる入院基本料等加算（区分番号A250に掲げる地域歯科診療支援病院入院加算を除く。）の算定要件は、医科点数表の第1章第2部第2節に掲げる入院基本料等加算の算定要件の例による。

#### 区分

- A200 急性期総合体制加算
- A201からA203まで 削除
- A204 地域医療支援病院入院診療加算
- A204-2 臨床研修病院入院診療加算
- A204-3 紹介受診重点医療機関入院診療加算
- A204-4 包括期充実体制加算
- A205 救急医療管理加算
- A205-2 在宅患者緊急入院診療加算
- A206 診療録管理体制加算
- A206-2 医師事務作業補助体制加算
- A206-3 急性期看護補助体制加算
- A206-4 看護職員夜間配置加算
- A206-5 電子的診療情報連携体制整備加算
- A207 乳幼児加算・幼児加算
- A208 特定感染症入院医療管理加算
- A208-2 難病等特別入院診療加算
- A208-3 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算
- A209 看護配置加算
- A210 看護補助加算
- A211 看護・多職種協働加算
- A212及びA213 削除
- A214 地域加算
- A214-2 離島加算
- A215 療養環境加算
- A216 HIV感染者療養環境特別加算
- A216-2 特定感染症患者療養環境特別加算
- A216-3 特定薬剤治療環境特別加算
- A217 重症者等療養環境特別加算
- A217-2 小児療養環境特別加算
- A218 療養病棟療養環境加算
- A218-2 療養病棟療養環境改善加算
- A219 診療所療養病床療養環境加算
- A219-2 診療所療養病床療養環境改善加算
- A220 無菌治療室管理加算
- A221 放射線治療病室管理加算
- A221-2 緩和ケア診療加算
- A221-3 有床診療所緩和ケア診療加算
- A221-4 小児緩和ケア診療加算
- A222 がん拠点病院加算

- A 2 2 3 リハビリテーション・栄養・口腔<sup>くわう</sup>連携体制加算
- A 2 2 3-2 栄養サポートチーム加算
- A 2 2 4 医療安全対策加算
- A 2 2 4-2 感染対策向上加算
- A 2 2 4-3 患者サポート体制充実加算
- A 2 2 4-4 重症患者初期支援充実加算
- A 2 2 4-5 報告書管理体制加算
- A 2 2 5 身体的拘束最小化推進体制加算
- A 2 2 6 褥瘡<sup>じよくそう</sup>ハイリスク患者ケア加算
- A 2 2 7 から A 2 2 7-4 まで 削除
- A 2 2 7-5 入退院支援加算
- A 2 2 7-6 医療的ケア児（者）入院前支援加算
- A 2 2 8 認知症ケア加算
- A 2 2 8-2 せん妄ハイリスク患者ケア加算
- A 2 4 0 から A 2 4 2 まで 削除
- A 2 4 2-2 術後<sup>じゆ</sup>疼痛管理チーム加算
- A 2 4 3 地域支援・医薬品供給対応体制加算
- A 2 4 3-2 バイオ後続品使用体制加算
- A 2 4 4 病棟薬剤業務実施加算
- A 2 4 5 薬剤総合評価調整加算
- A 2 4 6 地域医療体制確保加算
- A 2 4 7 医療提供機能連携確保加算
- A 2 5 0 地域歯科診療支援病院入院加算 300点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方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 C 0 0 0 に掲げる歯科訪問診療料又は区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料の注 6 若しくは区分番号 A 0 0 2 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 B 0 0 0-4 に掲げる歯科疾患管理料、区分番号 C 0 0 1-3 に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号 C 0 0 1-5 に掲げる在宅患者訪問<sup>くわう</sup>口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号 C 0 0 1-6 に掲げる小児在宅患者訪問<sup>くわう</sup>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

- 1 本節各区分に掲げる特定入院料は、それぞれの算定要件を満たす患者について、医科点数表の第 1 章第 2 部第 3 節に掲げる特定入院料の例により算定する。
- 2 本節各区分に掲げる特定入院料に係る算定要件は、医科点数表の第 1 章第 2 部第 3 節に掲げる特定入院料に係る算定要件の例による。
- 3 本節各区分に掲げる特定入院料について、加算要件を満たす場合は、医科点数表の第 1 章第 2 部第 3 節に掲げる特定入院料に係る加算の例により、本節各区分に掲げる特定入院料の所定点数に加算する。
- 4 本節各区分に掲げる特定入院料に係る加算要件は、医科点数表の第 1 章第 2 部第 3 節に掲げる特定入院料に係る加算要件の例による。
- 5 本節各区分に掲げる特定入院料に含まれる費用の範囲は、医科点数表の第 1 章第 2 部第 3 節に掲げる特定入院料の例による。

- 6 本節各区分に掲げる特定入院料を算定する保険医療機関においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。
- 7 前号の規定により算定できる入院基本料等加算の範囲は、医科点数表の第1章第2部第3節に掲げる特定入院料につき算定できる医科点数表の第1章第2部第2節に掲げる入院基本料等加算の例による。ただし、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算に限られる。

#### 区分

- A 3 0 0 特定集中治療室管理料
- A 3 0 1 ハイケアユニット入院医療管理料
- A 3 0 2 小児特定集中治療室管理料
- A 3 0 3 緩和ケア病棟入院料
- A 3 0 4 小児入院医療管理料
- A 3 0 5 特定一般病棟入院料
- A 3 0 6 地域包括ケア病棟入院料
- A 3 0 7 地域包括医療病棟入院料

#### 第4節 短期滞在手術等基本料

#### 区分

- A 4 0 0 短期滞在手術等基本料

注1 医科点数表の区分番号A 4 0 0に掲げる短期滞在手術等基本料の注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A 4 0 0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A 4 0 0に掲げる短期滞在手術等基本料の例により算定する。

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

## 第2章 特掲診療料

### 第1部 医学管理等

#### 区分

B 0 0 0 から B 0 0 0 - 3 まで 削除

B 0 0 0 - 4 歯科疾患管理料

90点

注1 1回目の歯科疾患管理料は、歯科疾患の管理が必要な患者に対し、当該患者又はその家族等（以下この部において「患者等」という。）の同意を得て管理計画を作成し、その内容について説明を行った場合に算定する。

2 2回目以降の歯科疾患管理料は、1回目の歯科疾患管理料を算定した患者に対して、注1の規定による管理計画に基づく継続的な管理を行っている場合であって、歯科疾患の管理及び療養上必要な指導を行ったときに、1回目の歯科疾患管理料を算定した日の属する月の翌月以降月1回に限り算定する。

3 区分番号B 0 0 0 - 6に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)、区分番号B 0 0 0 - 7に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)、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)、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)、区分番号B 0 0 0 - 1 1に掲げる回復期等口腔機能管理料、区分番号B 0 0 2に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号C 0 0 1 - 3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C 0 0 1 - 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C 0 0 1 - 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N 0 0 2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つて歯科疾患の継続的な管理を行う場合は、区分番号B 0 0 0 - 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<sup>くう</sup>口腔機能管理料Ⅱ、区分番号B000-8に掲げる周術期等<sup>くう</sup>口腔機能管理料Ⅲ、区分番号B000-9に掲げる周術期等<sup>くう</sup>口腔機能管理料Ⅳ、区分番号B000-11に掲げる回復期等<sup>くう</sup>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<sup>くう</sup>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<sup>くう</sup>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。

- 4 入院中の患者に対して管理を行った場合又は退院した患者に対して退院の日の属する月に管理を行った場合における当該管理の費用は、第1章第2部第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれる。ただし、歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関の歯科診療以外の診療に係る病棟に入院中の患者又は当該病棟を退院した患者については、この限りでない。
- 5 初診日から入院（歯科診療に限る。）中の患者について、退院後に歯科疾患の継続的な管理が必要な場合は、退院した日の属する月の翌月以降から算定する。
- 6 管理計画に基づく治療終了日から起算して2月を経過するまでの間、区分番号A000に掲げる初診料は、算定できない。
- 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<sup>くう</sup>口腔機能管理料Ⅰ、区分番号B000-7に掲げる周術期等<sup>くう</sup>口腔機能管理料Ⅱ、区分番号B000-8に掲げる周術期等<sup>くう</sup>口腔機能管理料Ⅲ、区分番号B000-9に掲げる周術期等<sup>くう</sup>口腔機能管理料Ⅳ、区分番号B000-11に掲げる回復期等<sup>くう</sup>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<sup>くう</sup>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<sup>くう</sup>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 16歳未満の<sup>しよく</sup>う蝕に罹患している患者であって、<sup>しよく</sup>う蝕多発傾向にあり、<sup>しよく</sup>う蝕に対する<sup>しよく</sup>歯冠修復終了後もう<sup>しよく</sup>蝕活動性が高く、継続的な指導管理が必要なもの（以下「<sup>しよく</sup>う蝕多発傾向者」という。）のうち、4歳以上の<sup>しよく</sup>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回に限り、フッ化物洗口指導加算として、40点を所定点数に加算する。ただし、区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している患者については、当該加算は算定できない。
- 9 注1の規定による管理計画に基づき、患者等に対し、歯科疾患の管理に係る内容を文書により提供した場合は、文書提供加算として、10点を所定点数に加算する。
- 10 別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要な患者であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、総合医療管理加算として、50点を所定点数に加算する。
- 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<sup>くう</sup>口腔機能管理料の注5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 イ以外の保険医療機関の場合 100点
- 12 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、注1又は注2に規定する管理に加えて、特別な歯

科医学的管理を行った場合は、特別管理加算として、80点を所定点数に加算する。

B 0 0 0 - 4 - 2 小児口腔機能管理料

- |   |             |     |
|---|-------------|-----|
| 1 | 小児口腔機能管理料 1 | 90点 |
| 2 | 小児口腔機能管理料 2 | 50点 |

注1 区分番号B 0 0 0 - 4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号B 0 0 2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、口腔機能発達不全症の18歳未満の患者に対して、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 1については、口腔機能の評価項目において3項目以上に該当する者に対して、注1に規定する管理をする場合に当該管理料を算定する。

3 2については、口腔機能の評価項目において2項目に該当する者に対して、注1に規定する管理をする場合に当該管理料を算定する。

4 入院中の患者に対して管理を行った場合又は退院した患者に対して退院の日の属する月に管理を行った場合における当該管理の費用は、第1章第2部第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれる。ただし、歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関の歯科診療以外の診療に係る病棟に入院中の患者又は当該病棟を退院した患者については、この限りでない。

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。

6 小児口腔機能管理料を算定した月において、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、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、区分番号B 0 0 0 - 8に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅳ、区分番号B 0 0 0 - 9に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅴ、区分番号B 0 0 0 - 11に掲げる回復期等口腔機能管理料、区分番号C 0 0 1 - 3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C 0 0 1 - 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N 0 0 2に掲げる歯科矯正管理料は、算定できない。

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、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、1又は2の所定点数に代えて、それぞれ78点又は44点を算定する。

B 0 0 0 - 4 - 3 口腔機能管理料

- |   |           |     |
|---|-----------|-----|
| 1 | 口腔機能管理料 1 | 90点 |
| 2 | 口腔機能管理料 2 | 50点 |

注1 区分番号B 0 0 0 - 4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号B 0 0 2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、口腔機能低下症の患者に対して、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 1については、D 0 0 2 - 6に掲げる口腔細菌定量検査（2に限る。）、D 0 1 1 - 2に掲げる咀嚼能力検査（1に限る。）、D 0 1 1 - 3に掲げる咬合圧検査（1に限る。）、D 0 1 1 - 5に掲げる口腔粘膜湿潤度検査又はD 0 1 2に掲げる舌圧検査のいずれかを実施した口腔機能低下症の患者に対して注1に規定する管理をする場合に当該管理料を算定する。

3 2については、口腔機能低下症の患者（注2に規定する患者を除く。）に対して注1に規定する管理をする場合に当該管理料を算定する。

4 入院中の患者に対して管理を行った場合又は退院した患者に対して退院の日の

属する月に管理を行った場合における当該管理の費用は、第1章第2部第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれる。ただし、歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関の歯科診療以外の診療に係る病棟に入院中の患者又は当該病棟を退院した患者については、この限りでない。

- 5 区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料の注5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。
- 6 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。
- 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、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、1又は2の所定点数に代えて、それぞれ78点又は44点を算定する。

#### B000-5 周術期等口腔機能管理計画策定料

- 1 周術期等口腔機能管理計画策定料1 300点
  - 2 周術期等口腔機能管理計画策定料2 150点
- 注1 1については、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 2については、注1に規定する管理計画を策定した患者の状態の変化等により、当該患者の治療計画を変更した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。
  - 3 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。
  - 4 区分番号B006に掲げる開放型病院共同指導料Ⅲ、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 手術前 280点
  - 2 手術後 190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。）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3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(Ⅲ)

- |       |      |
|-------|------|
| 1 手術前 | 500点 |
| 2 手術後 | 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。）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(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(Ⅳ)

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(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

1 回復期等口腔機能管理計画策定料1 300点

2 回復期等口腔機能管理計画策定料2 150点

注1 1については、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 2については、注1に規定する管理計画を策定した患者の状態の変化等により、当該患者の治療計画を変更した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。

3 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

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

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5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5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 削除

B001-2 歯科衛生実地指導料

- 1 歯科衛生実地指導料1 80点  
2 歯科衛生実地指導料2 100点

注1 1については、歯科疾患に罹患している患者に対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、直接15分以上の実地指導を行った上で、当該指導内容に係る情報を文書により提供した場合に、月1回に限り算定する。

- 2 2については、区分番号A000に掲げる初診料の注12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 入院中の患者に対して行った指導又は退院した患者に対して退院の日から当該退院した日の属する月の末日までに行った指導の費用は、第1章第2部第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれる。ただし、当該患者が歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関の歯科診療以外に係る病棟に入院している場合は、この限りでない。

4 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月は、算定できない。

B001-2-2 口腔機能実地指導料 46点

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であって、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、口腔機能発達不全症及び口腔機能低下症の実地指導に係る研修を受講した歯科衛生士が、主治の歯科医師の指示を受けて口腔機能に係る指導を行い、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。

B001-3 歯周病患者画像活用指導料

1 口腔内画像 50点

2 顕微鏡画像 50点

注1 1については、歯周病に罹患している患者に対して区分番号D002に掲げる歯周病検査を実施する場合において、継続的な管理を行うに当たって必要な口腔内写真を撮影し、当該患者又はその家族等に対し療養上必要な指導を行った場合に算定する。

2 2については、歯周病に罹患している患者に対して区分番号D002に掲げる歯周病検査を実施する場合において、動機付けを目的として位相差顕微鏡により描写された画像等を用いて指導を行った場合は、患者1人につき1回に限り算定する。

B002 歯科特定疾患療養管理料 170点

注1 別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に対して、治療計画に基づき療養上必要な指導を行った場合は、月2回に限り算定する。

2 指導に先立って、患者の療養を主として担う医師（注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾患に限る。）と共同して、歯科診療に関する総合的な口腔の療養指導計画を策定し、当該患者に対し、その内容を文書により提供した場合は、1回に限り、共同療養指導計画加算として、100点を所定点数に加算する。

3 入院中の患者に対して行った指導又は退院した患者に対して退院の日から1月以内に行った指導の費用は、第1章第2部第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれる。ただし、当該患者が歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関の歯科診療以外の診療に係る病棟に入院している場合又は当該病棟に入院していた場合は、この限りでない。

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。

B 0 0 3 特定薬剤治療管理料

470点

- 注1 別に厚生労働大臣が定める患者に対して、薬物血中濃度を測定して計画的な治療管理を行った場合に算定する。
- 2 同一の患者につき1月以内に特定薬剤治療管理料を算定すべき測定及び計画的な治療管理を2回以上行った場合においては、特定薬剤治療管理料は1回とし、第1回の測定及び計画的な治療管理を行ったときに算定する。
- 3 薬物血中濃度の測定及び計画的な治療管理のうち、4月目以降のものについては、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。
- 4 入院中の患者であって、バンコマイシンを投与しているものに対して、同一暦月に血中のバンコマイシンの濃度を複数回測定し、その測定結果に基づき、投与量を精密に管理した場合は、1回目の特定薬剤治療管理料を算定すべき月に限り、530点を所定点数に加算する。
- 5 注4に規定する患者以外の患者に対して、特定薬剤治療管理に係る薬剤の投与を行った場合は、1回目の特定薬剤治療管理料を算定すべき月に限り、280点を所定点数に加算する。

B 0 0 4 悪性腫瘍特異物質治療管理料

注 医科点数表の区分番号B 0 0 1の3に掲げる悪性腫瘍特異物質治療管理料の例により算定する。

B 0 0 4-1-2 がん性疼痛緩和指導管理料

200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、がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与している患者に対して、WHO方式のがん性疼痛の治療法に基づき、当該保険医療機関の緩和ケアに係る研修を受けた歯科医師が計画的な治療管理及び療養上必要な指導を行い、麻薬を処方した場合は、月1回に限り算定する。
- 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 当該患者が15歳未満の小児である場合は、小児加算として、50点を所定点数に加算する。
- 4 区分番号B 0 0 4-1-3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。

B 0 0 4-1-3 がん患者指導管理料

- 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、看護師又は公認心理師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合 200点
- 3 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1 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の歯科医師が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合又は末期の悪性腫瘍の患者に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の歯科医師が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合った上で、当該診療方針等に関する当該患者の意思決定に対する支援を行い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回（当該患者について区分番号B 0 0 6-3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B 0 0 6-3-2に掲げるがん治療連携指導料を算

定した保険医療機関が、それぞれ当該指導管理を実施した場合は、それぞれの保険医療機関において、患者1人につき1回)に限り算定する。ただし、病状の変化に伴って診療方針の変更等について話し合いが必要となった場合は、更に1回に限り算定できる。

- 2 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の歯科医師、その指示に基づき看護師又は歯科医師と医師との連携の下に公認心理師が患者の心理的不安を軽減するための面接を行った場合に、患者1人につき6回に限り算定する。
- 3 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、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回に限り算定する。
- 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。
- 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 入院栄養食事指導料1
  - イ 初回 260点
  - ロ 2回目 200点
- 2 入院栄養食事指導料2
  - イ 初回 250点
  - ロ 2回目 190点

注1 1については、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、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の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、入院中2回に限り算定する。

2 2については、診療所において、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、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等によって指導を行った場合に、入院中2回に限り算定する。

B004-1-5 外来緩和ケア管理料 290点

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

2 当該患者が15歳未満の小児である場合は、小児加算として、150点を所定点数に加算する。

3 区分番号B004-1-2に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料又は区分番号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。

B004-1-6 外来リハビリテーション診療料

- 1 外来リハビリテーション診療料1 74点
- 2 外来リハビリテーション診療料2 111点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、リハビリテーション（区分番号H000に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料又は区分番号H000-3に掲げる廃用症候群リハビリテーション料を算定するものに限る。以下この区分番号において同じ。）を要する入院中の患者以外の患者に対して、リハビリテーションの実施に関し必要な診療を行った場合に、外来リハビリテーション診療料1については7日間に1回に限り、外来リハビリテーション診療料2については14日間に1回に限り算定する。

2 外来リハビリテーション診療料1を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料（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12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15に規定する加算を除く。）、区分番号A002に掲げる再診料（注12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 298点

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

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

3 外来放射線照射診療料を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該放射線治療の実施に係る区分番号A000に掲げる初診料（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12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（静注製剤等の場合） 801点
- (2) 初回から3回目まで（その他の場合） 351点
- (3) 4回目以降（静注製剤等の場合） 451点
- (4) 4回目以降（その他の場合） 201点

ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合 351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

- (1) 初回から3回目まで（静注製剤等の場合） 601点
- (2) 初回から3回目まで（その他の場合） 261点
- (3) 4回目以降（静注製剤等の場合） 321点
- (4) 4回目以降（その他の場合） 141点

ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合 221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（静注製剤等の場合） 541点
- (2) 初回から3回目まで（その他の場合） 241点
- (3) 4回目以降（静注製剤等の場合） 281点
- (4) 4回目以降（その他の場合） 121点

ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合 181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12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（区分番号G000に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射のうち皮下注射による場合を除く。）に、1のイの②、2のイの②及び3のイの②については、当該患者に対して、区分番号G000に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射のうち皮下注射により、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③、2のイの③及び3のイの③については、1のイの①若しくは②、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、区分番号G000に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射のうち皮下注射以外の方法により抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、1のイの④、2のイの④及び3のイの④については、1のイの①若しくは②、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、区分番号G000に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射のうち皮下注射により抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、週1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から④までのいずれか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から④までのいずれか又は3のイの①から④までのいずれか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 退院した患者に対して退院の日から起算して7日以内に行った治療管理の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。
- 7 当該患者が15歳未満の小児である場合には、小児加算として、所定点数に200点を加算する。
- 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又は②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。
- 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①又は②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。

B004-1-9 遺伝性疾患療養指導管理料

- イ 歯科医師が遺伝子検査の必要性等について文書により説明を行った場合 300点  
 ロ 歯科医師が遺伝子検査の結果に基づき遺伝学的な評価等について文書により説明

を行った場合

- (1) 初回 700点
- (2) 2回目 200点

- 注1 イについては、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、難病に関する検査（医科点数表の区分番号D006-4に掲げる遺伝学的検査、区分番号D006-20に掲げる角膜ジストロフィー遺伝子検査、区分番号D006-26に掲げる染色体構造変異解析及び区分番号D006-30に掲げる遺伝性網膜ジストロフィー遺伝子検査をいう。以下同じ。）又は遺伝性腫瘍に関する検査（区分番号D006-19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査を除く。以下同じ。）若しくは病理診断を実施する前に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、患者1人につき1回に限り算定する。
- 2 ロの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、難病に関する検査又は遺伝性腫瘍に関する検査若しくは病理診断の結果に基づく遺伝学的な評価等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1回に限り算定する。
- 3 ロの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、過去に難病に関する検査又は遺伝性腫瘍に関する検査若しくは病理診断を実施した患者に対して、当該検査又は病理診断の結果に基づく遺伝学的な評価等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1回に限り算定する。
- 4 遠隔連携遺伝性疾患療養指導管理（注1から注3までに掲げる行為のうち、情報通信機器を用いて、他の保険医療機関と連携して行われるもの（難病に関する検査に係るものに限る。）をいう。）を行う場合は、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行う場合に限り算定する。
- 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、医科点数表の区分番号D006-19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査について、注1から注3までに掲げる行為を行った場合は、患者1人につき1回に限り、それぞれイ又はロの①若しくは②に掲げる所定点数を算定する。

B004-2 手術前医学管理料 1,192点

- 注1 手術前に行われる検査の結果に基づき計画的な医学管理を行う保険医療機関において、手術の実施に際して第10部の通則第5号により医科点数表の例によることとされる硬膜外麻酔、脊椎麻酔又は声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴う閉鎖循環式全身麻酔を行った場合に、当該手術に係る手術料を算定した日に算定する。
- 2 同一の患者につき1月以内に手術前医学管理料を算定すべき医学管理を2回以上行った場合は、第1回目の手術前医学管理に係る手術料を算定した日に1回に限り手術前医学管理料を算定する。
- 3 手術前医学管理料を算定した同一月に医科点数表の区分番号D208に掲げる心電図検査を算定した場合は、算定の期日にかかわらず、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。
- 4 同一の部位につき当該管理料に含まれる区分番号E000に掲げる写真診断及び区分番号E100に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織と同時に2枚以上同一の方法により撮影を行った場合における第2枚目から第5枚目までの写真診断及び撮影（区分番号E000及び区分番号E100に規定する歯科用3次元エックス線断層撮影を除く。）の費用は、それぞれの所定点数の100分の50に相当する点数により別に算定する。この場合において、第6枚目以後の写真診断及び撮影の費用については算定できない。
- 5 当該所定点数に含まれる検査及び画像診断は医科点数表の区分番号B001-4の注5の例による。ただし、当該期間において同一の検査又は画像診断を2回

以上行った場合の第2回目以降のものについては、別に算定する。

6 第3部の通則第5号により医科点数表の例によることとされる血液学的検査判断料、生化学的検査(Ⅱ)判断料又は免疫学的検査判断料を算定している患者については算定できない。

7 第1章第2部第3節に掲げる特定入院料又は第3部の通則第5号により医科点数表の例によることとされる医科点数表の区分番号D027に掲げる基本的検体検査判断料を算定している患者については算定できない。

B004-3 手術後医学管理料（1日につき）

- 1 病院の場合 1,188点
- 2 診療所の場合 1,056点

注1 病院（療養病棟、結核病棟及び精神病棟を除く。）又は診療所に入院している患者について、第10部の通則第5号により医科点数表の例によることとされる声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴う閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術（入院の日から起算して10日以内に行われたものに限る。）後に、必要な医学管理を行った場合に、当該手術に係る手術料を算定した日の翌日から起算して3日を限度として算定する。

2 同一の手術について、同一月に区分番号B004-2に掲げる手術前医学管理料を算定する場合は、本管理料を算定する3日間については、所定点数の100分の95に相当する点数により算定する。

3 当該所定点数に含まれる検査は医科点数表の区分番号B001-5に掲げる手術後医学管理料の注3の例による。

4 第3部の通則第5号により医科点数表の例によることとされる尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料又は生化学的検査(Ⅱ)判断料を算定している患者については算定できない。

5 第1章第2部第3節に掲げる特定入院料又は第3部の通則第5号により医科点数表の例によることとされる医科点数表の区分番号D027に掲げる基本的検体検査判断料を算定している患者については算定できない。

6 第1章第2部第3節に掲げる特定入院料のうち、特定集中治療室管理料に係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については算定できない。

B004-4からB004-6まで 削除

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 第3部の通則第5号により医科点数表の例によることとされる医科点数表の区分番号D220に掲げる呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープを算定した日は、当該管理料は算定できない。

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 削除

B004-9 介護支援等連携指導料

- 1 介護支援等連携指導料 1 400点

2 介護支援等連携指導料 2 500点

注1 介護支援等連携指導料1については、当該保険医療機関に入院中の患者に対して、当該患者の同意を得て、歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士、看護師等が介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービス又は障害福祉サービス等や退院後に利用可能な介護サービス又は障害福祉サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中2回に限り算定する。この場合において、同一日に、区分番号B015の注3に掲げる加算（介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して指導を行った場合に限る。）は別に算定できない。また、当該入院中、介護支援等連携指導料1を算定した場合は、介護支援等連携指導料2は算定できない。

2 介護支援等連携指導料2については、当該保険医療機関に入院中の患者（入退院支援加算1の届出を行っている病棟に入院中の患者に限る。）に対して、当該患者の同意を得て、入退院支援及び地域連携業務を担う部門の担当者が、平時から連携体制を構築している介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して必要な患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービス又は障害福祉サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中に2回に限り算定する。なお、同一日に、区分番号B015の注3に掲げる加算（介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して指導を行った場合に限る。）は、別に算定できない。

B005 開放型病院共同指導料Ⅱ 350点

注1 診察に基づき紹介された患者が、別に厚生労働大臣が定める開放利用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（以下この表において「開放型病院」という。）に入院中である場合において、当該開放型病院に赴いて、当該患者に対して療養上必要な指導を共同して行った場合に、患者1人1日につき1回算定する。

2 区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A002に掲げる再診料及び区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料は別に算定できない。

B006 開放型病院共同指導料Ⅲ 220点

注 診察に基づき紹介された患者が開放型病院に入院中である場合において、当該開放型病院において、当該患者を診察した保険医療機関の医師又は歯科医師と共同して療養上必要な指導を行った場合に、患者1人1日につき1回算定する。

B006-2 削除

B006-3 がん治療連携計画策定料

1 がん治療連携計画策定料1 750点

2 がん治療連携計画策定料2 300点

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

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

り所定点数を算定する。

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 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（計画策定病院を除く。）が、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患者であって入院中の患者以外のものに対して、地域連携診療計画に基づいた治療を行うとともに、当該患者の同意を得た上で、計画策定病院に当該患者に係る診療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。

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 区分番号B000-6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。

B006-3-3 がん治療連携管理料

1 がん診療連携拠点病院の場合 500点

2 地域がん診療病院の場合 300点

3 小児がん拠点病院の場合 750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が、他の保険医療機関等から紹介された患者であってがんと診断された入院中の患者以外の患者に対して、化学療法又は放射線治療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、1人につき1回に限り所定点数を算定する。

B006-3-4 療養・就労両立支援指導料

1 初回 850点

2 2回目以降 500点

注1 1については、疾患の増悪防止等のための反復継続した治療が必要な入院中の患者以外の患者であって、就業の継続に配慮が必要なものに対して、当該患者と当該患者を雇用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書の内容を踏まえ、就労の状況を考慮して療養上の指導を行うとともに、当該患者の同意を得て、当該患者が勤務する事業場において選任されている労働安全衛生法第13条第1項に規定する産業医、同法第10条第1項に規定する総括安全衛生管理者、同法第12条に規定する衛生管理者若しくは同法第12条の2に規定する安全衛生推進者若しくは衛生推進者又は同法第13条の2の規定により労働者の健康管理等を行う保健師（以下「産業医等」という。）に対し、病状、治療計画、就労上の措置に関する意見等当該患者の就労と療養の両立に必要な情報を提供した場合に、月1回に限り算定する。

2 2については、当該保険医療機関において1を算定した患者について、就労の状況を考慮して療養上の指導を行った場合に、1を算定した日の属する月から起算して6月を限度として、月1回に限り算定する。

3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該患者に対して、看護師、社会福祉士、精神保健福祉士又は歯科医師と医師との連携の下に公認心理師が相談支援を行った場合に、相談支援加算として、400点を所定点数に加算する。

4 注1の規定に基づく産業医等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)又は区分番号B010に掲げる診療情報提供料(Ⅲ)の費用は、所定点数に含まれるものとする。

- B006-3-5 ころの連携指導料(Ⅱ) 350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、入院中の患者以外の患者であって、地域社会からの孤立の状況等により、精神疾患が増悪するおそれがあると認められるもの又は精神科若しくは心療内科を担当する医師による療養上の指導が必要であると判断されたものに対して、診療及び療養上必要な指導を行い、当該患者の同意を得て、精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関に対して当該患者に係る診療情報の文書による提供等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、患者1人につき月1回に限り算定する。
- 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 退院前訪問指導料 580点  
注1 入院期間が1月を超えると見込まれる患者の円滑な退院のため、患家を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での療養上の指導を行った場合に、当該入院中1回(入院後早期に退院前訪問指導の必要があると認められる場合は、2回)に限り算定する。  
2 注1に掲げる指導に要した交通費は、患家の負担とする。
- B008 薬剤管理指導料
- 1 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者の場合 380点  
2 1の患者以外の患者の場合 325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入院している患者のうち、1については別に厚生労働大臣が定める患者に対して、2についてはそれ以外の患者に対して、それぞれ投薬又は注射及び薬学的管理指導を行った場合は、当該患者に係る区分に従い、患者1人につき週1回かつ月4回に限り算定する。  
2 麻薬の投薬又は注射が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、必要な薬学的管理指導を行った場合は、麻薬管理指導加算として、1回につき50点を所定点数に加算する。  
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。
- B008-2 薬剤総合評価調整管理料 250点  
注1 入院中の患者以外の患者であって、6種類以上の内服薬(特に規定するものを除く。)が処方されていたものについて、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者に処方する内服薬が2種類以上減少した場合に、月1回に限り所定点数を算定する。  
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 保険医療機関が、診療に基づき、別の保険医療機関での診療の必要を認め、これに対して、当該患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、紹介先保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。
- 2 保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、当該患者の居住地を管轄する市町村又は介護保険法第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者、同法第58条第1項に規定する指定介護予防支援事業者、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第51条の17第1項第1号に規定する指定特定相談支援事業者、児童福祉法第24条の26第1項第1号に規定する指定障害児相談支援事業者等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患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、患者1人につき月1回に限り算定する。
  - 3 保険医療機関が、診療に基づき保険薬局による在宅患者訪問薬剤管理指導の必要を認め、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、当該保険薬局に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る在宅患者訪問薬剤管理指導に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。
  - 4 保険医療機関が、診療に基づき当該患者の同意を得て、介護老人保健施設又は介護医療院（当該保険医療機関と同一の敷地内にある介護老人保健施設又は介護医療院その他これに準ずる介護老人保健施設を除く。）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に、患者1人につき月1回に限り算定する。
  - 5 保険医療機関が、患者の退院日の属する月又はその翌月に、添付の必要を認め、当該患者の同意を得て、別の保険医療機関、精神障害者施設又は介護老人保健施設若しくは介護医療院に対して、退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付して紹介を行った場合は、200点を所定点数に加算する。
  - 6 保険医療機関（区分番号A000に掲げる初診料の注12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12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12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12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。

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が、患者の紹介を行う際に、検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容、退院時要約等の診療記録のうち主要なものについて、他の保険医療機関に対し、電子的方法により閲覧可能な形式で提供した場合又は電子的に送受される診療情報提供書に添付した場合に、検査・画像情報提供加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、イについては、注5に規定する加算を算定する場合は算定しない。

イ 退院する患者について、当該患者の退院日の属する月又はその翌月に、必要な情報を提供した場合 200点

ロ 入院中の患者以外の患者について、必要な情報を提供した場合 30点

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 電子的診療情報評価料 30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が、別の保険医療機関から診療情報提供書の提供を受けた患者に係る検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容、退院時要約等の診療記録のうち主要なものについて、電子的方法により閲覧又は受信し、当該患者の診療に活用した場合に算定する。

B010 診療情報提供料(Ⅱ) 500点

注 保険医療機関が、治療法の選択等に関して当該保険医療機関以外の医師又は歯科医師の意見を求める患者からの要望を受けて、治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の別の保険医療機関において必要な情報を添付し、診療状況を示す文書を患者に提供することを通じて、患者が当該保険医療機関以外の医師又は歯科医師の助言を得るための支援を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

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 連携強化診療情報提供料 150点

- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす他の保険医療機関から紹介され、又は別に厚生労働大臣が定める基準を満たす他の保険医療機関へ紹介した患者について、当該他の保険医療機関からの求めに応じて、又は当該他の保険医療機関と共同して当該患者の治療管理を継続的に行う旨の合意に基づき、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。
- 2 注1に該当しない場合であって、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において、他の保険医療機関から紹介され、又は他の保険医療機関へ紹介した妊娠中の患者について、当該他の保険医療機関からの求めに応じて、又は当該他の保険医療機関と共同して当該患者の治療管理を継続的に行う旨の合意に基づき、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。
- 3 注1及び注2に該当しない場合であって、他の保険医療機関（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限る。以下この注において同じ。）から紹介され、又は他の保険医療機関へ紹介した妊娠中の患者について、当該他の保険医療機関からの求めに応じて、又は当該他の保険医療機関と共同して当該患者の治療管理を継続的に行う旨の合意に基づき、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。
- 4 区分番号B009に掲げる診療情報提供料(II)（同一の保険医療機関に対して紹介を行った場合に限る。）を算定した月は、別に算定できない。

B011-3 薬剤情報提供料

4点

- 注1 入院中の患者以外の患者に対して、処方した薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書により提供した場合に、月1回に限り（処方の内容に変更があった場合は、その都度）算定する。
- 2 注1の場合において、処方した薬剤の名称を当該患者の求めに応じて手帳に記載した場合は、手帳記載加算として、3点を所定点数に加算する。
- 3 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付した患者については、算定できない。

B011-4 退院時薬剤情報管理指導料

90点

注 保険医療機関が、患者の入院時に当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称（副作用が発現した場合については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。）に関して当該患者の手帳に記載した上で、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に、退院の日に1回に限り算定する。この場合において、同一日に、区分番号B015に掲げる退院時共同指導料2（注1の規定により、入院中の保険医療機関の薬剤師が指導等を行った場合に限る。）は、別に算定できない。

B011-5 がんゲノムプロファイリング評価提供料

12,000点

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

かつ、治療方針等について文書を用いて当該患者に説明した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。

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 傷病手当金意見書交付料 100点

注 健康保険法第99条第1項の規定による傷病手当金に係る意見書を交付した場合に算定する。

B013 新製有床義歯管理料（1装置につき）

1 局部義歯の場合 140点

2 総義歯の場合 140点

注 新製有床義歯管理料は、新たに製作した有床義歯を装着した日の属する月に、当該有床義歯を製作した保険医療機関において、患者又はその家族等に対して、当該有床義歯の取扱いについて必要な説明を行った上で、その内容を文書により提供した場合に、1回に限り算定する。

B013-2 削除

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 1以外の場合 500点
- 注1 保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関(以下この区分番号及び区分番号B015において「在宅療養担当医療機関」という。)と連携する別の保険医療機関の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、当該患者の同意を得て、退院後、在宅での療養を行う患者に対して、療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の歯科医師若しくは医師又は保健師、助産師、看護師、准看護師(以下この区分番号及び区分番号B015において「看護師等」という。)、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、在宅療養担当医療機関と連携する別の保険医療機関の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、当該患者が入院している保険医療機関の歯科医師若しくは医師又は看護師等と1回以上共同して行う場合は、当該入院中2回に限り算定する。
- 2 注1の場合において、当該患者が別に厚生労働大臣が定める特別な管理を要する状態等にあるときは、特別管理指導加算として、200点を所定点数に加算する。

B015 退院時共同指導料2 400点

- 注1 入院中の保険医療機関の歯科医師又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士が、入院中の患者に対して、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、在宅療養担当医療機関の歯科医師若しくは医師、当該歯科医師若しくは医師の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士又は在宅療養担当医療機関の医師の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く。)、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該患者が入院している保険医療機関の歯科医師又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の歯科医師若しくは医師、当該歯科医師若しくは医師の指示を受けた看護師等又は在宅療養担当医療機関の医師の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く。)と1回以上、共同して行う場合は、当該入院中2回に限り算定する。
- 2 注1の場合において、入院中の保険医療機関の歯科医師及び在宅療養担当医療機関の歯科医師又は医師が共同して指導を行った場合に、300点を所定点数に加算する。ただし、注3に規定する加算を算定する場合は、算定できない。
- 3 注1の場合において、入院中の保険医療機関の歯科医師又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の医師若しくは看護師等、歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く。)、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員又は相談支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、多機関共同指導管理加算として、2,000点を所定点数に加算する。
- 4 注1の規定にかかわらず、区分番号A227-5に掲げる入退院支援加算を算定する患者にあつては、当該保険医療機関において、疾患名、当該保険医療機関の退院基準、退院後に必要とされる診療等在宅での療養に必要な事項を記載した退院支援計画を策定し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、これを当該患者の退院後の治療等を担う別の保険医療機関と共有した場合に限り算定する。
- 5 区分番号B006に掲げる開放型病院共同指導料Ⅱは、別に算定できない。

B016 削除

B017 肺血栓塞栓症予防管理料 305点

注1 病院（療養病棟を除く。）又は診療所（療養病床に係るものを除く。）に入院中の患者であって肺血栓塞栓症を発症する危険性が高いものに対して、肺血栓塞栓症の予防を目的として、必要な機器又は材料を用いて計画的な医学管理を行った場合に、当該入院中1回に限り算定する。

2 肺血栓塞栓症の予防を目的として行った処置に用いた機器及び材料の費用は、所定点数に含まれる。

B018 医療機器安全管理料（一連につき） 1,100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、放射線治療が必要な患者に対して、放射線治療計画に基づいて治療を行った場合に算定する。

## 第2部 在宅医療

### 区分

C000 歯科訪問診療料（1日につき）

1 歯科訪問診療1	1,100点
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

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

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 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

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 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 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

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16又は注20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。

- 7 4及び5については、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及び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以外の保険医療機関においては、所定点数及び注6に定める所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

- 8 歯科訪問診療料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点を所定点数に加算する。

- 9 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、感染症法第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。

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

イ 緊急歯科訪問診療加算

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

(1) 歯科訪問診療1を算定する場合	850点
(2) 歯科訪問診療2を算定する場合	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) 歯科訪問診療1を算定する場合	1,700点
(2) 歯科訪問診療2を算定する場合	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
- 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、歯科訪問診療料を算定する患者について、歯科訪問診療に基づき、当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜における緊急時の診療体制を確保する必要を認め、当該患者に対し、当該保険医療機関が連携する保険医療機関（以下「連携保険医療機関」という。）に関する情報を文書により提供し、かつ、当該患者又はその家族等の同意を得て、連携保険医療機関に対し診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る歯科診療に必要な情報を提供した場合は、地域医療連携体制加算として、1回に限り300点を所定点数に加算する。
- 12 保険医療機関の所在地と訪問先の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合又は海路による歯科訪問診療を行った場合で、特殊の事情があったときの歯科訪問診療料は、別に厚生労働大臣が定めるところによって算定する。
- 13 歯科訪問診療に要した交通費は、患家の負担とする。
- 14 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 5 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) 同一建物居住者以外の場合 115点
- (2) 同一建物居住者の場合 50点
- ロ イ以外の保険医療機関の場合
- (1) 同一建物居住者以外の場合 90点
- (2) 同一建物居住者の場合 30点
- 15 1 について、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、歯科訪問診療 1 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100点、50点又は100点を所定点数に加算する。
- 16 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。
- イ 初診時 272点
- ロ 再診時 59点
- 17 区分番号 A 0 0 0 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16若しくは注20に規定するそれぞれの所定点数から10点を減算する。
- 18 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。
- イ 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 5 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 イ以外の場合 100点
- 19 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ものに対して、歯科訪問診療を実施した場合は、通信画像情報活用加算として、患者1人につき月1回に限り、30点を所定点数に加算する。

20 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 272点
- ロ 再診時 59点

21 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、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注15及びA002に掲げる再診料の注12に規定する電子的歯科診療情報連携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。

- イ 在宅医療DX情報活用加算1 9点
- ロ 在宅医療DX情報活用加算2 8点

22 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、連携する歯科診療以外の診療のみを行う保険医療機関からの依頼に基づき、当該保険医療機関に入院中の口腔状態に係る課題のために医科における治療上の課題が生じている患者に対して、歯科訪問診療を実施した場合は、医科連携訪問加算として、所定点数に500点を加算する。ただし、B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料、B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料(I)、B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料(II)、B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料(III)、B000-9に掲げる周術期等口腔機能管理料(IV)、B000-10に掲げる回復期等口腔機能管理計画策定料及び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。

#### 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 380点
- 2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 330点
- 3 1及び2以外の場合 260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 1から3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訪問歯科衛生指導を実施した場合は、所定点数に代えて、140点を算定する。
- 5 訪問歯科衛生指導に要した交通費は、患家の負担とする。
- 6 区分番号B001-2に掲げる歯科衛生実地指導料を算定している月は算定できない。

C001-2 削除

C001-3 歯科疾患在宅療養管理料

- |                   |      |
|-------------------|------|
| 1 在宅療養支援歯科診療所1の場合 | 340点 |
| 2 在宅療養支援歯科診療所2の場合 | 230点 |
| 3 在宅療養支援歯科病院の場合   | 340点 |
| 4 1から3まで以外の場合     | 200点 |

注1 当該保険医療機関の歯科医師が、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者であって継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者の歯科疾患の状況及び併せて実施した口腔機能評価の結果等を踏まえて管理計画を作成した場合に、月1回に限り算定する。

2 2回目以降の歯科疾患在宅療養管理料は、1回目の歯科疾患在宅療養管理料を算定した患者に対して、注1の規定による管理計画に基づく継続的な管理を行っている場合であって、歯科疾患の管理及び療養上必要な指導を行った場合に、1回目の歯科疾患在宅療養管理料を算定した日の属する月の翌月以降月1回に限り算定する。

3 注1の規定による管理計画に基づき、当該患者等に対し、歯科疾患の管理及び口腔機能に係る内容を文書により提供した場合は、文書提供加算として、10点を所定点数に加算する。

4 別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要な患者であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、在宅総合医療管理加算として50点を所定点数に加算する。

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。ただし、C007に掲げる在宅患者連携指導料は別に算定できない。

- 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 削除

#### 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 第3部の通則第5号により医科点数表の例によることとされる医科点数表の区分番号D220に掲げる呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープを算定した日は、当該管理料は算定できない。

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 10歯未満      | 400点 |
| 2 10歯以上20歯未満 | 500点 |
| 3 20歯以上      | 600点 |

注1 当該保険医療機関の歯科医師が、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者であって、摂食機能障害又は口腔機能低下症を有し、継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、20分以上必要な指導管理を行った場合に、月4回に限り算定する。

2 区分番号D002に掲げる歯周病検査、区分番号D002-5に掲げる歯周病部分的再評価検査、区分番号D002-6の1に掲げる口腔細菌定量検査1、区分番号I011に掲げる歯周基本治療、区分番号I011-2に掲げる歯周病継続支援治療、区分番号I029-2に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、区分番号I030に掲げる機械的歯面清掃処置、区分番号I030-3に掲げる口腔バイオフィーム除去処置及び区分番号H001に掲げる摂食機能療法は所定点数に含まれ、別に算定できない。

3 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B000-4-3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C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料及び区分番号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は別に算定できない。

- 4 区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料の注5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。
- 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。ただし、C007に掲げる在宅患者連携指導料は別に算定できない。

C001-6 小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料 600点

- 注1 当該保険医療機関の歯科医師が、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した18歳未満の患者であって、継続的な歯科疾患の管理が必要なもの又は18歳に達した日前に当該管理料を算定した患者であって、同日以後も継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該患者又はその家族の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、20分以上必要な指導管理を行った場合に、月4回に限り算定する。
- 2 区分番号D002に掲げる歯周病検査、区分番号D002-5に掲げる歯周病部分的再評価検査、区分番号D002-6の1に掲げる口腔細菌定量検査1、区分番号H001に掲げる摂食機能療法、区分番号I011に掲げる歯周基本治療、区分番号I011-2に掲げる歯周病継続支援治療、区分番号I029-2に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、区分番号I030に掲げる機械的歯面清掃処置及び区分番号I030-3に掲げる口腔バイオフィーム除去処置は所定点数に含まれ、別に算定できない。
  - 3 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B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料及び区分番号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は別に算定できない。

- 4 区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料の注5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。
- 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。ただし、C007に掲げる在宅患者連携指導料は別に算定できない。

C001-7 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料

- |   |                      |      |
|---|----------------------|------|
| 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 |
| 4 | 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料4 | 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機能評価に基づく指導を行った場合に、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又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、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指導を行った場合に、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又は歯科医師の指示を受けた歯科

衛生士が、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指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

4 4については、当該保険医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、自宅での療養を行っ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、食事観察等を行い、その結果を踏まえて患者又はその看護に当たっている者に口腔機能評価に基づく指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

5 1から4までについて、区分番号B001-2-2に掲げる口腔機能実地指導料を算定している月は算定できない。

#### C002 削除

#### C003 在宅患者訪問薬剤管理指導料

- |                        |      |
|------------------------|------|
| 1 単一建物診療患者が1人の場合       | 650点 |
| 2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 | 320点 |
| 3 1及び2以外の場合            | 290点 |

注1 在宅で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、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、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険医療機関の薬剤師が訪問し薬学的管理指導を行っているものをいう。）の人数に従い、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から3までを合わせて薬剤師1人につき週40回に限り算定できる。

2 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理指導を行った場合は、1回につき100点を所定点数に加算する。

3 在宅患者訪問薬剤管理指導に要した交通費は、患者の負担とする。

4 6歳未満の乳幼児に対して、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合には、乳幼児加算として、100点を所定点数に加算する。

#### C004からC006まで 削除

#### C007 在宅患者連携指導料

900点

注1 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に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、訪問診療を実施している保険医療機関（診療所及び許可病床数が200床未満の病院に限る。）、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局又は訪問看護ステーションと文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

2 1回目の歯科訪問診療料を算定する日に行った指導又は当該歯科訪問診療の日から1月以内に行った指導の費用は、1回目の歯科訪問診療料に含まれる。

3 当該保険医療機関を退院した患者に対して退院の日から起算して1月以内に行った指導の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれる。

4 区分番号B009に掲げる診療情報提供料(II)を算定している患者については算定できない。

#### C008 在宅患者緊急時等カンファレンス料

200点

注 歯科訪問診療を実施している保険医療機関の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、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状態の急変等に伴い、当該歯科医師の求め又は当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の医師の求めにより、訪問診療を実施している保険医療機関の医師、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、介護支援専門員又は相談支援専門員と共同でカンファレンスを行い又はカンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月2回に限り算定する。

### 第3部 検査

#### 通則

- 1 検査の費用は、第1節の各区分の所定点数により算定する。ただし、検査に当たって患者に対し薬剤を施用した場合は、特に規定する場合を除き、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 第1節に掲げられていない検査であって特殊なものの費用は、同節に掲げられている検査のうちで最も近似する検査の各区分の所定点数により算定する。
- 3 対称器官に係る検査の各区分の所定点数は、特に規定する場合を除き、両側の器官の検査料に係る点数とする。
- 4 保険医療機関が、患者の人体から排出され、又は採取された検体について、当該保険医療機関以外の施設に臨床検査技師等に関する法律第2条に規定する検査を委託する場合における検査に要する費用については、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。
- 5 第3部に掲げる検査料以外の検査料の算定は、医科点数表の例による。

#### 第1節 検査料

#### 区分

(歯科一般検査)

- |        |  |      |
|--------|--|------|
| D000   | 電氣的根管長測定検査   | 30点  |
|        | 注 2根管以上の歯に対して実施した場合は、2根管目からは1根管を増すごとに15点を所定点数に加算する。                                |      |
| D001   | 細菌簡易培養検査   | 60点  |
|        | 注 感染根管処置後の根管貼薬処置期間中に行った場合に算定する。  |      |
| D002   | 歯周病検査  |      |
|        | 1 歯周基本検査   |      |
|        | イ 1歯以上10歯未満  | 50点  |
|        | ロ 10歯以上20歯未満   | 110点 |
|        | ハ 20歯以上  | 200点 |
|        | 2 歯周精密検査   |      |
|        | イ 1歯以上10歯未満  | 100点 |
|        | ロ 10歯以上20歯未満   | 220点 |
|        | ハ 20歯以上  | 400点 |
|        | 3 混合歯列期歯周病検査   | 80点  |
|        | 注 同一の患者につき1月以内に歯周病検査を算定する検査を2回以上行った場合は、第2回目以後の検査については所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。   |      |
| D002-2 | からD002-4まで 削除  |      |
| D002-5 | 歯周病部分的再評価検査(1歯につき)   | 15点  |
|        | 注 区分番号J063に掲げる歯周外科手術を行った部位に対して、歯周病の治癒の状態を評価することを目的として実施した場合に、手術後1回に限り算定する。         |      |
| 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、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、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 1について、区分番号D002に掲げる歯周病検査又は区分番号D002-5に掲げる歯周病部分的再評価検査を算定した月は、別に算定できない。

D003からD008まで 削除

D009 顎運動関連検査（1装置につき1回） 380点

注 顎運動関連検査は、下顎運動路描記法（MMG）、ゴシックアーチ描記法若しくはパントグラフ描記法により検査を行った場合又はチェックバイト検査を実施した場合に算定する。

D010 歯冠補綴時色調採得検査（1枚につき） 10点

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

D011 有床義歯咀嚼機能検査（1口腔につき）

1 有床義歯咀嚼機能検査1（1回につき）

イ 下顎運動測定と咀嚼能力測定を併せて行う場合 560点

ロ 咀嚼能力測定のみを行う場合 140点

2 有床義歯咀嚼機能検査2（1回につき）

イ 下顎運動測定と咬合圧測定を併せて行う場合 550点

ロ 咬合圧測定のみを行う場合 130点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、咀嚼機能検査を行った場合に算定する。

2 有床義歯等为新製する場合において、新製有床義歯等の装着日前及び当該装着日以後のそれぞれについて、当該検査を実施した場合に算定する。

3 新製有床義歯等の装着日前に2回以上行った場合は、第1回目の検査を行ったときに限り算定する。

4 新製有床義歯等の装着日以後に行った場合は、新製有床義歯等の装着日の属する月から起算して6月以内を限度として、月1回に限り算定する。

5 2については、1を算定した月は算定できない。

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、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、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 区分番号D011に掲げる有床義歯咀嚼機能検査を算定した月は、別に算定できない。

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

注1 1について、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、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 区分番号D011に掲げる有床義歯咀嚼機能検査を算定した月は、別に算定

できない。

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D011-2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 小児口唇閉鎖力検査（1回につき） 100点

注 小児口唇閉鎖力測定を行った場合は、3月に1回に限り算定する。

D011-5 口腔粘膜湿度検査（1回につき） 130点

注1 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、口腔粘膜湿度検査を行った場合は、3月に1回に限り算定する。

2 注1の規定にかかわらず、放射線治療又は化学療法を原因とした口腔乾燥を来している患者に対して口腔粘膜湿度検査を行った場合は、3月に1回に限り算定する。

D012 舌圧検査（1回につき） 140点

注1 舌圧測定を行った場合は、3月に1回に限り算定する。

2 注1の規定にかかわらず、区分番号I017-1-3に掲げる舌接触補助床又は区分番号M025に掲げる口蓋補綴、顎補綴を装着する患者若しくはJ109に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術の対象となる患者に対して舌圧測定を行った場合は、月2回に限り算定する。

D013 精密触覚機能検査 460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、当該検査を行った場合に月1回に限り算定する。

D014 睡眠時歯科筋電図検査（一連につき） 580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、睡眠時筋電図検査を行った場合に算定する。

#### 第2節 薬剤料

#### 区分

D100 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。

注1 薬価が15円以下である場合は、算定できない。

2 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

#### 第4部 画像診断

#### 通則

1 画像診断の費用は、第1節の各区分の所定点数により、又は第1節、第2節及び第4節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。

2 同一の部位につき、同時に2枚以上のエックス線撮影を行った場合（第11号の規定により医科点数表の例による場合を含む。）における第1節の診断料（区分番号E000に掲げる写真診断（2のイ及びハ並びに3に係るものに限る。）を除く。）は、第1の診断については第1節の各区分の所定点数により、第2の診断以後の診断については、同節の各区分の所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

3 同一の部位につき、同時に2枚以上同一の方法により、撮影を行った場合（第11号の規定により医科点数表の例による場合を含む。）における第2節の撮影料（区分番号E100に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織（3に係るものに限る。）を除く。）は、特に規定する場合を除き、第1枚目の撮影については第2節の各区分の所定点数により、第2枚目から第5枚目までの撮影については同節の各区分の所定点数の100分の50に相当する点数により算定し、第6枚目以後の撮影については算定できない。

4 入院中の患者以外の患者について、緊急のために、保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、当該保険医療機関内において撮影及び画像診断を行った場合は、時間外緊急院内画像診断加算として、1日につき110点を所定点数に加算する。

5 撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合においては、電子画像管理加算として、第1号から第3号までにより算定した点数に、一連の撮影について次の点数を加算する。ただし

- 、この場合においては、フィルムの費用は算定できない。
- |                             |      |
|-----------------------------|------|
| イ 歯科エックス線撮影の場合（1回につき）       | 10点  |
| ロ 歯科パノラマ断層撮影の場合             | 95点  |
| ハ 歯科用3次元エックス線断層撮影の場合        | 120点 |
| ニ 歯科部分パノラマ断層撮影の場合（1口腔1回につき） | 10点  |
| ホ その他の場合                    | 60点  |
- 6 区分番号E000に掲げる写真診断（1のイ、2のロ及び3に係るものを除く。）及び区分番号E200に掲げる基本的エックス線診断料については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が、画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、歯科画像診断管理加算1として月1回に限り70点を所定点数に加算する。ただし、歯科画像診断管理加算2を算定する場合はこの限りでない。
- 7 区分番号E000に掲げる写真診断（3に係るものに限る。）又は通則第11号により医科点数表の区分番号E203に掲げるコンピューター断層診断の例によることとされる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が、画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、歯科画像診断管理加算2として、月1回に限り180点を所定点数に加算する。
- 8 遠隔画像診断による画像診断（区分番号E000に掲げる写真診断（1のイ、2のロ及び3に係るものを除く。）又は区分番号E200に掲げる基本的エックス線診断料に限る。）を行った場合については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間で行われた場合に限り算定する。この場合において、受信側の保険医療機関が通則第6号の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が、画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、月1回に限り歯科画像診断管理加算1を算定する。ただし、歯科画像診断管理加算2を算定する場合は、この限りでない。
- 9 遠隔画像診断による画像診断（区分番号E000に掲げる写真診断（3に係るものに限る。）又は通則第11号により医科点数表の区分番号E203に掲げるコンピューター断層診断の例によることとされる画像診断に限る。）を前号に規定する保険医療機関間で行った場合であって、受信側の保険医療機関が通則第7号の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が、画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、月1回に限り歯科画像診断管理加算2を算定する。
- 10 特定機能病院である保険医療機関における入院中の患者に係る診断料及び撮影料は、第3節の所定点数及び当該所定点数に含まれない各項目の所定点数により算定する。
- 11 第4部に掲げる画像診断料以外の画像診断料の算定は、医科点数表の例による。

#### 第1節 診断料

#### 区分

#### E000 写真診断

##### 1 単純撮影

##### イ 歯科エックス線撮影

(1) 全顎撮影の場合

160点

(2) 全顎撮影以外の場合（1枚につき）

20点

ロ その他の場合

85点

##### 2 特殊撮影

##### イ 歯科パノラマ断層撮影

125点

ロ 歯科部分パノラマ断層撮影（1口腔1回につき）

20点

ハ イ及びロ以外の場合（一連につき）

96点

##### 3 歯科用3次元エックス線断層撮影

450点

##### 4 造影剤使用撮影

72点

注 3については、撮影の回数にかかわらず、月1回に限り算定する。

## 第2節 撮影料

区分

E100 歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織

### 1 単純撮影

イ 歯科エックス線撮影

(1) 全顎撮影の場合

① アナログ撮影

250点

② デジタル撮影

252点

(2) 全顎撮影以外の場合（1枚につき）

① アナログ撮影

25点

② デジタル撮影

28点

ロ その他の場合

(1) アナログ撮影

65点

(2) デジタル撮影

68点

### 2 特殊撮影

イ 歯科パノラマ断層撮影の場合

(1) アナログ撮影

180点

(2) デジタル撮影

182点

ロ 歯科部分パノラマ断層撮影の場合（1口腔1回につき）

28点

ハイ及びロ以外の場合（一連につき）

(1) アナログ撮影

264点

(2) デジタル撮影

266点

3 歯科用3次元エックス線断層撮影（一連につき）

600点

### 4 造影剤使用撮影

イ アナログ撮影

148点

ロ デジタル撮影

150点

注1 1のイについて、咬翼法撮影又は咬合法撮影を行った場合には、10点を所定点数に加算する。

2 新生児（生後28日未満の者をいう。以下この表において同じ。）、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は3歳以上6歳未満の幼児に対して撮影を行った場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、当該撮影の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の80、100分の50又は100分の30に相当する点数を加算する。

3 3について、同一月に2回以上行った場合は、当該月の2回目以降の撮影については、所定点数にかかわらず、一連につき所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

4 3について、造影剤を使用した場合は、500点を所定点数に加算する。この場合において、造影剤注入手技料及び麻酔料は、加算点数に含まれる。

E101 造影剤注入手技

120点

## 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 入院の日から起算して4週間以内の期間

55点

2 入院の日から起算して4週間を超えた期間

40点

注1 特定機能病院である保険医療機関において、入院中の患者に対して行ったエックス線診断について算定する。

2 次に掲げるエックス線診断の費用は、所定点数に含まれる。

イ 区分番号E000に掲げる写真診断の1に掲げるもの

ロ 区分番号E100に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織の1に掲げるもの

の

- 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 フィルム及び造影剤

#### 区分

E300 フィルム 材料価格を10円で除して得た点数

注1 6歳未満の乳幼児に対して撮影を行った場合は、材料価格に1.1を乗じて得た額を10円で除して得た点数とする。

2 使用したフィルムの材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

E301 造影剤 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。

注1 薬価が15円以下である場合は算定できない。

2 使用した造影剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

#### 第5部 投薬

#### 通則

- 1 投薬の費用は、第1節から第3節までの各区分の所定点数を合算した点数により算定する。ただし、処方箋を交付した場合は、第5節の所定点数のみにより算定する。
- 2 投薬に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を支給した場合は、前号により算定した点数及び第4節の所定点数により算定する。
- 3 薬剤師が常時勤務する保険医療機関において投薬を行った場合（処方箋を交付した場合を除く。）は、前2号により算定した点数及び第6節の所定点数を合算した点数により算定する。
- 4 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には、区分番号F000に掲げる調剤料、区分番号F100に掲げる処方料、区分番号F200に掲げる薬剤、区分番号F400に掲げる処方箋料及び区分番号F500に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。

#### 第1節 調剤料

#### 区分

F000 調剤料

1 入院中の患者以外の患者に対して投薬を行った場合

イ 内服薬、浸煎薬及び屯服薬（1回の処方に係る調剤につき） 11点

ロ 外用薬（1回の処方に係る調剤につき） 8点

2 入院中の患者に対して投薬を行った場合（1日につき） 7点

注 麻薬、向精神薬、覚醒剤原料又は毒薬を調剤した場合は、麻薬等加算として、1に係る場合は1処方につき1点を、2に係る場合は1日につき1点をそれぞれ所定点数に加算する。

#### 第2節 処方料

#### 区分

F100 処方料

1 7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く。）を行った場合 29点

2 1以外の場合 42点

注1 入院中の患者以外の患者に対する1回の処方について算定する。

2 麻薬、向精神薬、覚醒剤原料又は毒薬を処方した場合は、麻薬等加算として、1処方につき1点を所定点数に加算する。

3 入院中の患者に対する処方を行った場合は、当該処方の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれる。

4 3歳未満の乳幼児に対して処方を行った場合は、乳幼児加算として、1処方につき3点を所定点数に加算する。

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日以上処方を行った場合は、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。

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（許可病床数が200床以上の病院に限る。）において、治療の開始に当たり投薬の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で抗悪性腫瘍剤を処方した場合は、抗悪性腫瘍剤処方管理加算として、月1回に限り1処方につき70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保険医療機関において投薬を行った場合には、地域支援・外来医薬品供給対応体制加算として、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 地域支援・外来医薬品供給対応体制加算1 8点
- ロ 地域支援・外来医薬品供給対応体制加算2 7点
- ハ 地域支援・外来医薬品供給対応体制加算3 5点

### 第3節 薬剤料

#### 区分

F200 薬剤 薬剤料は、次の各区分ごとに所定単位につき、使用薬剤の薬価が15円以下である場合は1点とし、15円を超える場合は10円又はその端数を増すごとに1点を所定点数に加算する。

使用薬剤	単位
内服薬及び浸煎薬	1剤1日分
屯服薬	1回分
外用薬	1調剤

注1 特別入院基本料等を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対する同一月の投薬に係る薬剤料と注射に係る薬剤料とを合算して得た点数（以下この表において「合算薬剤料」という。）が、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数を超える場合（悪性新生物その他の特定の疾患に罹患している患者に対して投薬又は注射を行った場合を除く。）は、当該合算薬剤料は、所定点数にかかわらず、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数により算定する。

2 1処方につき7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く。）を行った場合は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。

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

4 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

### 第4節 特定保険医療材料料

#### 区分

F300 特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数

注 支給した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

### 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（臨時の投薬であって、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 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付した場合に、交付1回につき算定する。
- 2 3歳未満の乳幼児に対して処方を行った場合は、乳幼児加算として、処方箋の交付1回につき3点を所定点数に加算する。
- 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 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（許可病床数が200床以上の病院に限る。）において、治療の開始に当たり投薬の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で抗悪性腫瘍剤に係る処方箋を交付した場合は、抗悪性腫瘍剤処方管理加算として、月1回に限り、処方箋の交付1回につき70点を所定点数に加算する。
- 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 8点
- ロ 一般名処方加算2 6点
- 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 調剤技術基本料

#### 区分

#### F500 調剤技術基本料

- 1 入院中の患者に投薬を行った場合 42点
- 2 その他の患者に投薬を行った場合 14点
- 注1 薬剤師が常時勤務する保険医療機関において投薬を行った場合（処方箋を交付した場合を除く。）に算定する。
- 2 同一の患者につき同一月内に調剤技術基本料を算定すべき投薬を2回以上行った場合においては、調剤技術基本料は月1回に限り算定する。
- 3 1において、調剤を院内製剤の上を行った場合は、院内製剤加算として、10点を所定点数に加算する。
- 4 区分番号B008に掲げる薬剤管理指導料又は区分番号C003に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定できない。

#### 第6部 注射

#### 通則

- 1 注射の費用は、第1節及び第2節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。
- 2 注射に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、前号により算定した点数及び第3節の所定点数を合算した点数により算定する。
- 3 生物学的製剤注射を行った場合は、生物学的製剤注射加算として、15点を前2号により算定した点数に加算する。
- 4 精密持続点滴注射を行った場合は、精密持続点滴注射加算として、1日につき80点を前3号により算定した点数に加算する。
- 5 注射に当たって、麻薬を使用した場合は、麻薬注射加算として、5点を前各号により算定した点数に加算する。

6 区分番号G001に掲げる静脈内注射、G002に掲げる動脈注射、G004に掲げる点滴注射、G005に掲げる中心静脈注射又はG006に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈注射について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（悪性腫瘍を主病とする患者を除く。）に対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ1日につき前各号により算定した点数に加算する。

イ 外来化学療法加算1

- |                 |      |
|-----------------|------|
| (1) 15歳未満の患者の場合 | 670点 |
| (2) 15歳以上の患者の場合 | 450点 |

ロ 外来化学療法加算2

- |                 |      |
|-----------------|------|
| (1) 15歳未満の患者の場合 | 640点 |
| (2) 15歳以上の患者の場合 | 370点 |

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 第1節に掲げられていない注射であって簡単なものの費用は、第2節の各区分の所定点数のみにより算定し、特殊なものの費用は、第1節に掲げられている注射のうちで最も近似する注射の各区分の所定点数により算定する。

9 注射に伴って行った反応試験の費用は、第1節の各区分の所定点数に含まれる。

第1節 注射料

通則

注射料は、第1款及び第2款の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。

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 入院中の患者以外の患者に対して行った場合に算定する。   |      |
| G001 静脈内注射（1回につき）  | 37点  |
| 注1 入院中の患者以外の患者に対して行った場合に算定する。  |      |
| 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。   |      |
| G002 動脈注射（1日につき）   |      |
| 1 内臓の場合  | 186点 |
| 2 その他の場合   | 45点  |
| G003 抗悪性腫瘍剤局所持続注入（1日につき）   | 165点 |
| 注 皮下植込型カテーテルアクセス等を用いて抗悪性腫瘍剤を動脈内又は静脈内に局所持続注入した場合に算定する。  |      |
| 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 点滴に係る管理に要する費用は、所定点数に含まれる。   |      |
| 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 血漿成分 <sup>しょう</sup> 製剤の注射を行う場合であって、1回目の注射に当たって、患者に対して注射の必要性、危険性等について文書による説明を行ったときは、血漿成分 <sup>しょう</sup> 製剤加算として、当該注射を行った日に限り、50点を所定点数に加算する。 |      |
| G005 中心静脈注射（1日につき）   | 140点 |

- 注1 血漿成分製剤しょうじょうの注射を行う場合であって、1回目の注射に当たって、患者に対して注射の必要性、危険性等について文書による説明を行ったときは、血漿成分製剤加算として、当該注射を行った日に限り、50点を所定点数に加算する。
- 2 中心静脈注射の費用を算定した患者については、同一日に行われた区分番号G004に掲げる点滴注射の費用は算定しない。
- 3 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、50点を所定点数に加算する。

G005-2 中心静脈注射用カテーテル挿入 1,400点

- 注1 カテーテルの挿入に伴う検査及び画像診断の費用は、所定点数に含まれる。
- 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、600点を所定点数に加算する。
- 3 別に厚生労働大臣が定める患者に対して静脈切開法を用いて行った場合は、静脈切開法加算として、2,000点を所定点数に加算する。

G005-3 末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入 700点

- 注1 カテーテルの挿入に伴う検査及び画像診断の費用は、所定点数に含まれる。
- 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、600点を所定点数に加算する。

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 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、50点を所定点数に加算する。

G007 関節腔内注射 80点

G008 滑液囊穿刺後の注入 100点

第2款 無菌製剤処理料

区分

G020 無菌製剤処理料

- 1 無菌製剤処理料1（悪性腫瘍に対して用いる薬剤が注射される一部の患者）
- イ 閉鎖式接続器具を使用した場合 180点
- ロ イ以外の場合 45点
- 2 無菌製剤処理料2（1以外のもの） 40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、皮内注射、皮下注射、筋肉内注射、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、点滴注射、中心静脈注射又は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、必要があって無菌製剤処理が行われた場合は、当該患者に係る区分に従い1日につき所定点数を算定する。
- 2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合している保険医療機関において、1のイを実施した場合に、閉鎖式接続器具を用いて無菌製剤処理を行い、かつ、患者への投与時にも閉鎖式接続器具を用いた場合は、投与時閉鎖式接続器具使用加算として、150点を所定点数に加算する。

第2節 薬剤料

区分

G100 薬剤

- 1 薬価が1回分使用量につき15円以下である場合 1点
- 2 薬価が1回分使用量につき15円を超える場合 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

- 注1 特別入院基本料等を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対する合算薬剤料が、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数を超える場合（悪性新生物その他の特定の疾患に罹患している患者に対して投薬又は注射を行った場合を除く。）は、当該合算薬剤料は所定点数にかかわらず220点にその月における当該患者の入院日数

を乗じて得た点数により算定する。

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

3 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

### 第3節 特定保険医療材料

#### 区分

G200 特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数

注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

### 第7部 リハビリテーション

#### 通則

- 1 リハビリテーションの費用は、特に規定する場合を除き、疾病、部位又は部位数にかかわらず、1日につき第1節の各区分の所定点数により算定する。
- 2 リハビリテーションに当たつて薬剤を使用した場合は、前号により算定した点数及び第2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リハビリテーションであつて特殊なものの費用は、同節に掲げられているリハビリテーションのうちで最も近似するリハビリテーションの各区分の所定点数により算定する。
- 4 脳血管疾患等リハビリテーション料又は廃用症候群リハビリテーション料については、患者の疾患等を勘案し、適当な区分1つに限り算定できる。この場合、患者の疾患、状態等を総合的に勘案し、治療上有効であると医学的に判断される場合であつて、患者1人につき1日6単位（別に厚生労働大臣が定める患者については1日9単位）に限り算定できるものとする。

### 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)

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 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個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従つて、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日を限度として所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、

治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、180日を超えて所定点数を算定することができる。

- 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、入院した日から起算して14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60点（起算日から4日目以降は1単位につき25点）を所定点数に加算する。ただし、他の保険医療機関から転院してきた患者については、転院前の保険医療機関に入院した日を起算日とする。
- 3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から14日を限度として、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。
- 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 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又は入院中の患者以外の患者（脳卒中の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（第1章第2部第2節の通則第2号により医科点数表の例によることとされる医科点数表の区分番号A246に掲げる入退院支援加算の注4に規定する地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。）に限る。）に対して、休日に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日目までを限度として、休日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。
- 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って、要介護被保険者等以外のものに対して、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、算定できるものとする。
- 7 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
- 8 1から3まで及び注7にかかわらず、特定の患者に離床を伴わずに20分以上個別療法であ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に相当する点数により算定する。この場合、通則第4号にかかわらず、患者1人につき1日2単位まで算定する。

H000-2 削除

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Ⅰ（1単位）
  - 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 別に厚生労働大臣が定める基準に適合している保険医療機関において、急性疾患等に伴う安静による廃用症候群の患者であって、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力及び日常生活能力の低下を来しているものに対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、それぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から120日を限度として所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、120日を超えて所定点数を算定することができる。
- 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、入院した日から起算して14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60点（入院した日から起算して4日目以降は1単位につき25点）を所定点数に加算する。ただし、他の保険医療機関から転院してきた患者については、転院前の保険医療機関に入院した日を起算日とする。
- 3 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、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14日を限度として、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。
- 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 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、休日に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日目までを限度として、休日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。

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、要介護被保険者等以外のものに対して、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単位に限り算定できるものとする。

7 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Ⅱ（1単位）

(1) 理学療法士による場合	108点
(2) 作業療法士による場合	108点
(3) 言語聴覚士による場合	108点
(4) 歯科医師による場合	108点

ロ 廃用症候群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	88点
(2) 作業療法士による場合	88点
(3) 言語聴覚士による場合	88点
(4) 歯科医師による場合	88点

ハ 廃用症候群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	46点
(2) 作業療法士による場合	46点
(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

8 1から3まで及び注7にかかわらず、特定の患者に離床を伴わずに20分以上個別療法であ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に相当する点数により算定する。この場合、通則第4号にかかわらず、患者1人につき1日2単位まで算定する。

H001 摂食機能療法（1日につき）

1 30分以上の場合	185点
2 30分未満の場合	130点

注1 1については、摂食機能障害を有する患者に対して、1月に4回に限り算定する。ただし、治療開始日から起算して3月以内の患者については、1日につき算定できる。

2 2については、脳卒中の患者であつて、摂食機能障害を有するものに対して、脳卒中の発症から14日以内に限り、1日につき算定できる。

3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、摂食機能又は嚥下機能えんの回復に必要な指導管理を行った場合は、摂食嚥下機能回復体制えん加算として、当該基準に係る区分に従い、患者（ハについては、療養病棟入院料1又は療養病棟入院料2を現に算定しているものに限る。）1人につき週1回に限り次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ 摂食嚥下機能回復体制加算1	210点
ロ 摂食嚥下機能回復体制加算2	190点
ハ 摂食嚥下機能回復体制加算3	120点

4 治療開始日から起算して3月を超えた場合においては、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 有床義歯の場合   | 114点 |
| 2 舌接触補助床の場合 | 194点 |
| 3 小児保隙装置の場合 | 180点 |
| 4 その他の場合    | 189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回に限り算定する。

2 2については、区分番号I017-1-3に掲げる舌接触補助床を装着している患者に対して、月4回に限り算定する。

3 3については、区分番号M016-2に掲げる小児保隙装置を装着している患者に対して、月1回に限り算定する。

4 4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。

5 2及び4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。

6 2及び4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は、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。

H001-3 歯科口腔リハビリテーション料2（1口腔につき）

- |                  |     |
|------------------|-----|
| 1 口腔内装置を装着している場合 | 54点 |
| 2 1以外の場合         | 70点 |

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、顎関節症を有する患者に対して、療養上必要な指導又は訓練を行った場合に、月1回に限り算定する。

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 障害児（者）リハビリテーション料（1単位）

- |                   |      |
|-------------------|------|
| 1 6歳未満の患者の場合      | 225点 |
| 2 6歳以上18歳未満の患者の場合 | 195点 |
| 3 18歳以上の患者の場合     | 155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、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、患者1人につき1日6単位まで算定する。

H003 がん患者リハビリテーション料（1単位）

205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、別に厚生労働大臣が定める患者であって、がんの治療のために入院しているものに対して、個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、患者1人につき1日6単位まで算定する。

H008 集団コミュニケーション療法料（1単位）

50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、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、集団コミュニケーション療法である言語聴覚療法を行った場合に、患者1人につき1日3単位まで算定する。

第2節 薬剤料

区分

H100 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。

注1 薬価が15円以下である場合は、算定できない。

2 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第8部 処置

通則

- 1 処置の費用は、第1節の各区分の所定点数により算定する。
- 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。）にあっては、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っては、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っ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節、第4節又は第5節の所定点数のみにより算定する。
- 4 第1節に掲げられていない処置であって特殊なものの費用は、同節に掲げられている処置のうちで最も近似する処置の各区分の所定点数により算定する。
- 5 6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な者に対して、処置を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、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。ただし、通則第8号又は第9号に掲げる加算を算定する場合は、この限りでない。
  - イ 処置（区分番号I005（1及び2に限る。）に掲げる抜髄、区分番号I006（1及び2に限る。）に掲げる感染根管処置、区分番号I017に掲げる口腔内装置、区分番号I017-1-2に掲げる睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置、区分番号I017-1-3に掲げる舌接触補助床及び区分番号I017-1-4に掲げる術後即時顎補綴装置を除く。）を行った場合 所定点数の100分の50に相当する点数
  - ロ 区分番号I005（1及び2に限る。）に掲げる抜髄又は区分番号I006（1及び2に限る。）に掲げる感染根管処置を行った場合 所定点数の100分の30に相当する点数
- 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。
  - イ 処置の所定点数が1,000点以上の場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合
    - (1) 休日加算1 所定点数の100分の160に相当する点数
    - (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
    - (3) 深夜加算1 所定点数の100分の160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、入院中の患者以外の患者に対して、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点以上の場合であって、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
- 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I001に掲げる歯髄保護処置（1又は2に限る。）、区分番号I004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つて、同注9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 区分番号I005（3に限る。）に掲げる抜髄又は区分番号I006（3に限る。）に掲げる感染根管処置を行った場合 所定点数の100分の50に相当する点数
- ロ 区分番号I005（1及び2に限る。）に掲げる抜髄又は区分番号I006（1及び2に限る。）に掲げる感染根管処置を行った場合 所定点数の100分の30に相当する点数
- 9 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料及び同注9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 処置（区分番号I005（1及び2に限る。）に掲げる抜髄、区分番号I006（1及び2に限る。）に掲げる感染根管処置、区分番号I017に掲げる口腔内装置、区分番号I017-1-2に掲げる睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置、区分番号I017-1-3に掲げる舌接触補助床及び区分番号I017-1-4に掲げる術後即時顎補綴装置を除く。）を行った場合 所定点数の100分の50に相当する点数
- ロ 区分番号I005（1及び2に限る。）に掲げる抜髄又は区分番号I006（1及び2に限る。）に掲げる感染根管処置を行った場合 所定点数の100分の30に相当する点数
- 10 区分番号A000に掲げる初診料の注9又は区分番号A002に掲げる再診料の注7に規定する地域歯科医療加算を算定した患者に対して、巡回診療時に処置を行った場合は、所定点数の100分の30に相当する点数を、当該処置の所定点数に加算する。ただし、通則第5号に掲げる加算を算定する場合は、この限りでない。

#### 第1節 処置料

#### 区分

(歯の疾患の処置)

- I000 単純処置（1歯1回につき） 18点  
注 貼薬、仮封及び特定薬剤の費用並びに特定保険医療材料料は、所定点数に含まれる。
- I000-2 咬合調整  
1 1歯以上10歯未満 40点  
2 10歯以上 60点
- I000-3 残根削合（1歯1回につき） 18点  
注 貼薬、仮封及び特定薬剤の費用並びに特定保険医療材料料は、所定点数に含まれる。
- 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 歯髄温存療法を行った場合の経過観察中の区分番号I000に掲げる単純処置の費用は、所定点数に含まれる。  
2 特定薬剤の費用及び特定保険医療材料料は、所定点数に含まれる。
- I001-2 象牙質レジンコーティング（1歯につき） 46点  
注 区分番号M001の1に掲げる生活歯冠形成を行った場合、当該補綴に係る補

綴物の歯冠形成から印象採得までの一連の行為につき1回に限り算定する。

I 0 0 2	知覚過敏処置（1口腔1回につき）	
1	3歯まで	46点
2	4歯以上	56点
	注 特定薬剤の費用は、所定点数に含まれる。	
I 0 0 2-2	う蝕薬物塗布処置（1口腔1回につき）	
1	3歯まで	46点
2	4歯以上	56点
	注 特定薬剤の費用は、所定点数に含まれる。	
I 0 0 3	初期う蝕早期充填処置（1歯につき）	134点
	注 小窩裂溝の清掃、歯面の前処理及び填塞の費用は、所定点数に含まれる。	
I 0 0 4	生活歯髄切断（1歯につき）	233点
	注1 永久歯の歯根完成期以前及び乳歯の歯髄につき、生活歯髄切断を行った場合は、42点を所定点数に加算する。	
	2 歯髄保護処置の費用は、所定点数に含まれる。	
I 0 0 5	抜髄（1歯につき）	
1	単根管	234点
2	2根管	426点
3	3根管以上	600点
	注1 区分番号I 0 0 1の1に掲げる歯髄温存療法を行った日から起算して3月以内に当該処置を行った場合は、その区分に従い、42点、234点又は408点を算定する。	
	2 区分番号I 0 0 1の2に掲げる直接歯髄保護処置を行った日から起算して1月以内に当該処置を行った場合は、その区分に従い、80点、272点又は446点を算定する。	
	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	160点
2	2根管	310点
3	3根管以上	450点
	注 特定薬剤の費用は、所定点数に含まれる。	
I 0 0 7	根管貼薬処置（1歯1回につき）	
1	単根管	33点
2	2根管	41点
3	3根管以上	57点
	注 特定薬剤の費用は、所定点数に含まれる。	
I 0 0 8	根管充填（1歯につき）	
1	単根管	72点
2	2根管	94点
3	3根管以上	122点
	注 特定薬剤の費用は、所定点数に含まれる。	
I 0 0 8-2	加圧根管充填処置（1歯につき）	
1	単根管	150点
2	2根管	180点
3	3根管以上	230点
	注1 区分番号M 0 0 0-2に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料の注1により当該管理料を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算定する。	
	2 特定薬剤の費用は、所定点数に含まれる。	
	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、歯科用3次元エックス線断層撮影装置及び手術用顕微鏡を用いて根管治療を行った場合に、手術用顕微鏡加算として、400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。ただし、区分番号I021に掲げる根管内異物除去の注に規定する手術用顕微鏡加算を算定している場合は、算定できない。

4 3については、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。

(外科後処置)

I009 外科後処置

- 1 口腔<sup>くわう</sup>内外科後処置 (1口腔<sup>くわう</sup>1回につき) 22点
- 2 口腔<sup>くわう</sup>外外科後処置 (1回につき) 22点

I009-2 創傷<sup>くわう</sup>処置

- 1 100平方センチメートル未満 52点
- 2 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満 60点
- 3 500平方センチメートル以上 90点

注 1については、入院中の患者以外の患者及び手術後の患者 (入院中の患者に限る。) についてのみ算定する。ただし、手術後の患者 (入院中の患者に限る。) については手術日から起算して14日を限度として算定する。

I009-3 歯科ドレーン法 (ドレナージ) (1日につき) 50点

I009-4 上顎洞洗淨 (片側) 55点

I009-5 口腔<sup>くわう</sup>内分泌物吸引 (1日につき) 48点

I009-6 摘便 100点

I009-7 ハイフローセラピー (1日につき)

- 1 15歳未満の患者の場合 338点
- 2 15歳以上の患者の場合 230点

I009-8 経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法 200点

注 区分番号I009-2に掲げる創傷<sup>くわう</sup>処置、区分番号J084に掲げる創傷<sup>くわう</sup>処理の費用は所定点数に含まれるものとする。

I009-9 留置カテーテル設置 40点

I009-10 超音波ネブライザ (1日につき) 24点

(歯周組織<sup>くわう</sup>の処置)

I010 歯周病<sup>くわう</sup>処置 (1口腔<sup>くわう</sup>1回につき) 14点

注 特定薬剤を用いて行った場合に算定する。

I011 歯周基本治療

- 1 スケーリング (3分の1顎につき) 72点
- 2 スケーリング・ルートプレーニング (1歯につき)
  - イ 前歯 60点
  - ロ 小臼歯 64点
  - ハ 大臼歯 72点

注1 1については、同時に3分の1顎を超えて行った場合は、3分の1顎を増すごとに、38点を所定点数に加算する。

2 同一部位に2回以上同一の区分に係る歯周基本治療を行った場合、2回目以降の費用は、所定点数 (1については、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。

3 区分番号I011-2に掲げる歯周病継続支援治療を開始した日以降は、算定できない。

4 麻酔及び特定薬剤の費用は、所定点数に含まれる。

5 区分番号D002の3に掲げる混合歯列期歯周病検査に基づく歯周基本治療については、1により算定する。

I011-2 歯周病継続支援治療

- |   |            |      |
|---|------------|------|
| 1 | 1 歯以上10歯未満 | 170点 |
| 2 | 10歯以上20歯未満 | 200点 |
| 3 | 20歯以上      | 350点 |
- 注1 一連の歯周病治療終了後、継続支援が必要な患者に対し、歯周組織の状態維持又は重症化予防を目的として、プラークコントロール、スクレーリング、スクレーリング・ルートプレーニング、咬合調整、機械的歯面清掃等の継続的な治療（以下この表において「歯周病継続支援治療」という。）を開始した場合は、それぞれの区分に従い月1回に限り算定する。
- 2 2回目以降の歯周病継続支援治療の算定は、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継続支援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5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継続支援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5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継続支援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他の保険医療機関（歯科診療のみを行う保険医療機関を除く。）からの情報に基づき歯周病継続支援治療を実施し、診療情報を当該他の保険医療機関に提供した場合は、重症化予防連携強化加算として、100点を所定点数に加算する。
- 5 歯周病継続支援治療を開始した後、病状の変化により歯周外科手術を実施した場合は、歯周精密検査により再び病状が安定し継続的な治療が必要であると判断されるまでの間は、歯周病継続支援治療は算定できない。
- 6 歯周病継続支援治療を開始した日以降に歯周外科手術を実施した場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

I 0 1 2 及び I 0 1 3 削除

(その他の処置)

I 0 1 4 暫間固定

- |   |       |      |
|---|-------|------|
| 1 | 簡単なもの | 200点 |
| 2 | 困難なもの | 500点 |

I 0 1 5 口唇プロテクター 290点

I 0 1 6 線副子（1顎につき） 650点

I 0 1 7 口腔内装置（1装置につき）

- |   |        |        |
|---|--------|--------|
| 1 | 口腔内装置1 | 1,500点 |
| 2 | 口腔内装置2 | 800点   |
| 3 | 口腔内装置3 | 650点   |

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。

I 0 1 7-1-2 睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置（1装置につき）

- |   |                     |        |
|---|---------------------|--------|
| 1 | 睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置1 | 3,000点 |
| 2 | 睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置2 | 2,000点 |

注 睡眠時無呼吸症候群に対する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。

I 0 1 7-1-3 舌接触補助床（1装置につき）

- |   |           |        |
|---|-----------|--------|
| 1 | 新たに製作した場合 | 2,500点 |
| 2 | 旧義歯を用いた場合 | 1,000点 |

I 0 1 7-1-4 術後即時顎補綴装置（1顎につき） 2,500点

I 0 1 7-2 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	口腔内装置修理	234点

注1 1のイについては、新たに製作した区分番号I017-1-2に掲げる睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置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回に限り算定する。

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、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の調整を行った場合に算定する。

3 1のハについては、区分番号I017に掲げる口腔内装置の注に規定する顎関節治療用装置又は区分番号I017-1-4に掲げる術後即時顎補綴装置の調整を行った場合に算定する。

4 同一の患者について1月以内に口腔内装置調整を2回以上行った場合は、第1回の調整を行ったときに算定する。

5 2については、同一の患者について1月以内に口腔内装置修理を2回以上行った場合は、第1回の修理を行ったときに算定する。

#### I017-3 顎外固定

1	簡単なもの	600点
2	困難なもの	1,500点

#### I018 削除

##### I019 歯冠修復物又は補綴物の除去（1歯につき）

1	簡単なもの	20点
2	困難なもの	48点
3	著しく困難なもの	80点

#### I020 削除

##### I021 根管内異物除去（1歯につき） 150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、歯科用3次元エックス線断層撮影装置及び手術用顕微鏡を用いて根管内異物除去を行った場合に、手術用顕微鏡加算として、400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。

##### I021-2 歯の破折片除去（1歯につき） 30点

##### I022 有床義歯床下粘膜調整処置（1顎1回につき） 110点

#### I023 心身医学療法

1	入院中の患者	150点
2	入院中の患者以外の患者	
イ	初診時	110点
ロ	再診時	80点

注1 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において心身医学療法を行った場合は、診療に要した時間が30分を超えたときに限り算定する。

2 入院中の患者については、入院の日から起算して4週間以内の場合にあっては週2回、入院の日から起算して4週間を超える場合にあっては週1回に限り算定する。

3 入院中の患者以外の患者については、初診日から起算して4週間以内の場合にあっては週2回、初診日から起算して4週間を超える場合にあっては週1回に限り算定する。

4 20歳未満の患者に対して心身医学療法を行った場合は、所定点数に所定点数の100分の100に相当する点数を加算する。

I 0 2 4	鼻腔栄養（1日につき）	60点
I 0 2 5	酸素吸入（1日につき）	65点
	注1 使用した精製水の費用は、所定点数に含まれる。	
	2 人工呼吸と同時に行った酸素吸入の費用は、人工呼吸の所定点数に含まれる。	
I 0 2 6	高気圧酸素治療（1日につき）	3,000点
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 5時間を超えた場合（1日につき）	
	イ 14日目まで	1,140点
	ロ 15日目以降	815点
	注1 使用した精製水の費用及び人工呼吸と同時に行う呼吸心拍監視、経皮的動脈血酸素飽和度測定若しくは非観血的連続血圧測定又は酸素吸入の費用は、所定点数に含まれる。	
	2 気管挿管が行われている患者に対して、意識状態に係る評価を行った場合は、覚醒試験加算として、当該治療の開始日から起算して14日を限度として、1日につき100点を所定点数に加算する。	
	3 注2の場合において、当該患者に対して人工呼吸器からの離脱のために必要な評価を行った場合は、離脱試験加算として、1日につき60点を更に所定点数に加算する。	
I 0 2 8	削除	
I 0 2 9	周術期等専門的口腔衛生処置（1口腔につき）	
	1 周術期等専門的口腔衛生処置1	100点
	2 周術期等専門的口腔衛生処置2	110点
	注1 1について、区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅱ又は区分番号B000-7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B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅱ又は区分番号B000-7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Ⅳ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Ⅳ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 2について、1を算定した日は別に算定できない。	
	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

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ルム除去処置は、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 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処置を行った場合に、月1回に限り算定する。

2 区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定した日は算定できない。

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ルム除去処置は、別に算定できない。

I029-3 口腔粘膜処置（1口腔につき） 30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、レーザー照射により当該処置を行った場合に算定する。ただし、2回目以降の口腔粘膜処置の算定は、前回算定日から起算して1月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。

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9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に掲げる歯周病継続支援治療、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ルム除去処置を算定した月は算定できない。

- I 0 3 0 - 2 非経口摂取患者口腔粘膜処置（1口腔につき） 110点
- 注1 経口摂取が困難な患者に対して、歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が口腔粘膜処置等を行った場合に、月2回に限り算定する。
- 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I 0 1 0に掲げる歯周病処置、区分番号I 0 1 1に掲げる歯周基本治療、区分番号I 0 1 1 - 2に掲げる歯周病継続支援治療、区分番号I 0 2 9に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置、区分番号I 0 2 9 - 1 - 2に掲げる回復期等専門的口腔衛生処置、区分番号I 0 2 9 - 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I 0 3 0に掲げる機械的歯面清掃処置及び区分番号I 0 3 0 - 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。
- I 0 3 0 - 3 口腔バイオフィルム除去処置（1口腔につき） 110点
- 注1 口腔バイオフィル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ルムの除去を行った場合に、月2回に限り算定する。
- 2 口腔バイオフィルム除去処置を算定した月において、区分番号I 0 1 0に掲げる歯周病処置、区分番号I 0 1 1に掲げる歯周基本治療、区分番号I 0 1 1 - 2に掲げる歯周病継続支援治療、区分番号I 0 2 9に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置、区分番号I 0 2 9 - 1 - 2に掲げる回復期等専門的口腔衛生処置、区分番号I 0 2 9 - 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I 0 3 0に掲げる機械的歯面清掃処置及び区分番号I 0 3 0 - 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。
- I 0 3 1 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 110点
- 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B 0 0 0 - 4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B 0 0 2に掲げる歯科特定疾患療養管理料又は区分番号C 0 0 0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B 0 0 0 - 1 2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。
- 3 3については、区分番号B 0 0 0 - 1 3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。
- I 0 3 2 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 処置医療機器等加算

区分

I 0 8 0 及び I 0 8 1 削除

I 0 8 2 酸素加算

注1 区分番号I025からI027までに掲げる処置に当たって酸素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数（窒素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数を合算した点数）を加算する。

2 酸素及び窒素の価格は、別に厚生労働大臣が定める。

### 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 特定薬剤料

#### 区分

I100 特定薬剤 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。

注1 薬価が15円以下である場合は、算定できない。

2 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

### 第5節 特定保険医療材料料

#### 区分

I200 特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数

注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

### 第9部 手術

#### 通則

1 手術の費用は、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 手術に当たって、第3節に掲げる医療機器等、薬剤（別に厚生労働大臣が定めるものを除く。）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。）にあっては、120点以上の手術又は特に規定する手術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3節から第6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手術であって特殊なもの費用は、同節に掲げられている手術のうちで最も近似する手術の各区分の所定点数により算定する。

4 区分番号J018、J032、J039、J060、J069、J070-2、J076、J096及びJ104-2（注に規定する加算を算定する場合に限る。）に掲げる手術については、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行われる場合に限り算定する。

5 6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な者に対して手術を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、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。ただし、区分番号J100-2の注1に規定する加算、通則第14号又は第15号に掲げる加算を算定する場合は、この限りでない。

イ 手術（区分番号J013（1及び2に限る。）に掲げる口腔内消炎手術を除く。）を行った場合 所定点数の100分の50に相当する点数

ロ 区分番号J013（1及び2に限る。）に掲げる口腔内消炎手術を行った場合 所定点数の100分の30に相当する点数

6 全身麻酔下で極低出生体重児、新生児又は3歳未満の乳幼児（極低出生体重児及び新生児を除く。）に対して手術を行った場合は、当該手術の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の400、100分の300又は100分の100に相当する点数を加算する。

7 区分番号J016、J018、J021の2、J031、J032、J035、J039の2及び3、J042、J057並びにJ060に掲げる手術については、頸部郭清術と併せて行った場合は、所定点数に片側は4,000点を、両側は6,000点を加算する。また、上記に掲げる手術については、放射性同位元素を用いたセンチネルリンパ節生検を行った場合には、頭頸部悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算として、3,000点を所定点数に加算する。

- 8 HIV抗体陽性の患者に対して、入院を必要とする観血的手術を行った場合は、当該手術の所定点数に4,000点を加算する。
- 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) 休日加算1 所定点数の100分の160に相当する点数
  - (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
  - (3) 深夜加算1 所定点数の100分の160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、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 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) (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40に相当する点数
- 10 メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）感染症患者（感染症法の規定に基づき都道府県知事に対して医師の届出が義務づけられるものに限る。）、B型肝炎感染患者（HBs又はHBe抗原陽性の者に限る。）若しくはC型肝炎感染患者又は結核患者に対して、医科点数表の区分番号L008に掲げる声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴う閉鎖循環式全身麻酔、医科点数表の区分番号L002に掲げる硬膜外麻酔又は医科点数表の区分番号L004に掲げる脊椎麻酔を伴う手術を行った場合は、所定点数に1,000点を加算する。
- 11 手術の所定点数は、当該手術に当たって、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、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。
- 12 対称器官に係る手術の各区分の所定点数は、特に規定する場合を除き、片側の器官の手術料に係る点数とする。
- 13 同一手術野又は同一病巣につき、2以上の手術を同時に行った場合における費用の算定は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、神経移植術、骨移植術、植皮術、動脈（皮）弁術、筋（皮）弁術、遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）、複合組織移植術、自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）又は粘膜移植術と他の手術とを同時に行った場合は、それぞれの所定点数を合算して算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める場合は、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。
- 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9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 区分番号J000（1、2及び3に限る。）に掲げる抜歯手術を行った場合（注1の加算を算定した場合を除く。）  
所定点数の100分の50に相当する点数
- ロ 区分番号J013（2に限る。）に掲げる口腔内消炎手術を行った場合  
所定点数の100分の30に相当する点数
- 15 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料及び同注9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 区分番号J013（1及び2に限る。）に掲げる口腔内消炎手術以外の手術を行った場合  
所定点数の100分の50に相当する点数

ロ 区分番号J013（1及び2に限る。）に掲げる口腔内消炎手術を行った場合  
所定点数の100分の30に相当する点数

16 区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅱ又はB000-7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、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、200点をそれぞれ所定点数に加算する。

17 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、手術の前後に必要な栄養管理を行った場合であって、医科点数表の区分番号L008に掲げる声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴う閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術を行った場合は、周術期栄養管理実施加算として、270点を所定点数に加算する。この場合において、当該加算は医科点数表の第2章第10部の通則第20号の例により算定する。

18 区分番号A000に掲げる初診料の注9又は区分番号A002に掲げる再診料の注7に規定する地域歯科医療加算を算定した患者に対して、巡回診療時に手術を行った場合は、所定点数の100分の30に相当する点数を、当該手術の所定点数に加算する。ただし、通則第5号に掲げる加算を算定する場合は、この限りでない。

#### 第1節 手術料

#### 区分

#### J000 抜歯手術（1歯につき）

- |       |        |
|-------|--------|
| 1 乳歯  | 130点   |
| 2 前歯  | 160点   |
| 3 臼歯  | 270点   |
| 4 埋伏歯 | 1,080点 |

注1 2又は3については、歯根肥大、骨の癒着歯等に対する骨の開さく又は歯根分離術を行った場合に限り、難抜歯加算として、230点を所定点数に加算する。

2 4については、完全埋伏歯（骨性）又は水平埋伏智歯に限り算定する。

3 4については、下顎完全埋伏智歯（骨性）又は下顎水平埋伏智歯の場合は、230点を所定点数に加算する。

4 抜歯と同時に行う歯槽骨の整形等の費用は、所定点数に含まれる。

J000-2 歯根分割搔爬術 260点

J000-3 上顎洞陥入歯等除去術

- |                 |        |
|-----------------|--------|
| 1 抜歯窩から行う場合     | 470点   |
| 2 犬歯窩開さくにより行う場合 | 2,000点 |

J001 ヘミセクション（分割抜歯） 470点

J002 抜歯窩再搔爬手術 130点

J003 歯根嚢胞摘出手術

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

J004 歯根端切除手術（1歯につき）

- |                                   |        |
|-----------------------------------|--------|
| 1 2以外の場合                          | 1,350点 |
| 2 歯科用3次元エックス線断層撮影装置及び手術用顕微鏡を用いた場合 | 2,000点 |

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。

2 歯根端閉鎖の費用は、所定点数に含まれる。

3 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、当該手術を実施した場合に算定する。

J004-2 歯の再植術 1,300点

	注 外傷性脱臼歯の再植術に限り算定する。	
J 0 0 4 - 3	歯の移植手術	1,300点
	注 自家移植を行った場合に限り算定する。	
J 0 0 5	削除	
J 0 0 6	歯槽骨整形手術、骨瘤 <sup>りゅう</sup> 除去手術	110点
J 0 0 7	顎骨切断端形成術	4,400点
J 0 0 8	歯肉、歯槽部腫瘍手術（エプーリスを含む。）	
	1 軟組織に局限するもの	600点
	2 硬組織に及ぶもの	1,300点
J 0 0 9	浮動歯肉切除術	
	1 3分の1顎程度	400点
	2 2分の1顎程度	800点
	3 全顎	1,600点
J 0 1 0	顎堤形成術	
	1 簡単なもの（1顎につき）	3,000点
	2 困難なもの（2分の1顎未満）	4,000点
	3 困難なもの（2分の1顎以上）	6,500点
J 0 1 1	上顎結節形成術	
	1 簡単なもの	2,000点
	2 困難なもの	3,000点
	注 両側同時に行った場合は、所定点数の100分の50に相当する点数を所定点数に加算する。	
J 0 1 2	おとがい神経移動術	1,300点
	注 両側同時に行った場合は、所定点数の100分の50に相当する点数を所定点数に加算する。	
J 0 1 3	口腔内 <sup>くわう</sup> 消炎手術	
	1 智歯周囲炎の歯肉弁切除等	120点
	2 歯肉膿瘍 <sup>のう</sup> 等	180点
	3 骨膜下膿瘍 <sup>のう</sup> 、口蓋膿瘍 <sup>のう</sup> 等	230点
	4 顎炎又は顎骨骨髓炎等	
	イ 3分の1顎未満の範囲のもの	750点
	ロ 3分の1顎以上の範囲のもの	2,600点
	ハ 全顎にわたるもの	5,700点
J 0 1 4	口腔底 <sup>くわう</sup> 膿瘍 <sup>のう</sup> 切開術	700点
J 0 1 5	口腔底腫瘍摘出術	7,210点
J 0 1 5 - 2	口腔底迷入下顎智歯除去術	5,230点
J 0 1 6	口腔底 <sup>くわう</sup> 悪性腫瘍手術	29,360点
J 0 1 7	舌腫瘍摘出術	
	1 粘液嚢胞 <sup>のう</sup> 摘出術	1,220点
	2 その他のもの	2,940点
J 0 1 7 - 2	甲状舌管嚢胞 <sup>のう</sup> 摘出術	10,050点
J 0 1 8	舌悪性腫瘍手術	
	1 切除	26,410点
	2 亜全摘	84,080点
J 0 1 9	口蓋腫瘍摘出術	
	1 口蓋粘膜に局限するもの	520点
	2 口蓋骨に及ぶもの	8,050点
J 0 2 0	口蓋混合腫瘍摘出術	5,600点
J 0 2 1	口蓋悪性腫瘍手術	
	1 切除（単純）	5,600点
	2 切除（広汎）	18,000点

J 0 2 2	顎・口蓋裂形成手術	
	1 軟口蓋のみのもの	15,770点
	2 硬口蓋に及ぶもの	24,170点
	3 顎裂を伴うもの	
	イ 片側	25,170点
	ロ 両側	31,940点
J 0 2 3	歯槽部骨皮質切離術（コルチコトミー）	
	1 6歯未満の場合	1,700点
	2 6歯以上の場合	3,400点
J 0 2 4	口唇裂形成手術（片側）	
	1 口唇のみの場合	13,180点
	2 口唇裂鼻形成を伴う場合	18,810点
	3 鼻腔底形成を伴う場合	24,350点
J 0 2 4-2	口唇裂形成手術（両側）	
	1 口唇のみの場合	18,810点
	2 口唇裂鼻形成を伴う場合	23,790点
	3 鼻腔底形成を伴う場合	36,620点
J 0 2 4-3	軟口蓋形成手術	9,700点
J 0 2 4-4	鼻咽腔閉鎖術	23,790点
J 0 2 5	削除	
J 0 2 6	舌繫痕性短縮矯正術	2,650点
J 0 2 7	頬、口唇、舌小帯形成術	630点
J 0 2 8	舌形成手術（巨舌症手術）	9,100点
J 0 2 9	削除	
J 0 3 0	口唇腫瘍摘出術	
	1 粘液嚢胞摘出術	1,020点
	2 その他のもの	3,050点
J 0 3 1	口唇悪性腫瘍手術	33,010点
J 0 3 2	口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術	121,740点
J 0 3 3	頬腫瘍摘出術	
	1 粘液嚢胞摘出術	910点
	2 その他のもの	5,250点
J 0 3 4	頬粘膜腫瘍摘出術	4,460点
J 0 3 5	頬粘膜悪性腫瘍手術	26,310点
J 0 3 5-2	口腔粘膜血管腫凝固術（一連につき）	2,000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、レーザー照射により当該手術を実施した場合に算定する。	
J 0 3 6	術後性上顎嚢胞摘出術	
	1 上顎に限局するもの	6,660点
	2 篩骨蜂巣に及ぶもの	14,500点
J 0 3 7	上顎洞口腔瘻閉鎖術	
	1 簡単なもの	150点
	2 困難なもの	1,000点
	3 著しく困難なもの	5,800点
J 0 3 8	上顎骨切除術	15,310点
J 0 3 9	上顎骨悪性腫瘍手術	
	1 搔爬	10,530点
	2 切除	34,420点
	3 全摘	68,480点
J 0 4 0	下顎骨部分切除術	16,780点

J 0 4 1	下顎骨離断術	32,560点
J 0 4 2	下顎骨悪性腫瘍手術	
	1 切除	40,360点
	2 切断（おとがい部を含むもの）	79,270点
	3 切断（その他のもの）	64,590点
J 0 4 3	顎骨腫瘍摘出術（歯根 <sup>のつ</sup> 嚢胞を除く。）	
	1 長径3センチメートル未満	4,020点
	2 長径3センチメートル以上	13,390点
J 0 4 4	顎骨 <sup>のつ</sup> 嚢胞開窓術	2,040点
J 0 4 4-2	埋伏歯開窓術	2,820点
J 0 4 5	口蓋隆起形成術	2,040点
J 0 4 6	下顎隆起形成術	1,700点
	注 両側同時に行った場合は、所定点数の100分の50に相当する点数を所定点数に加算する。	
J 0 4 7	腐骨除去手術	
	1 歯槽部に限局するもの	600点
	2 顎骨に及ぶもの	
	イ 片側の3分の1未満の範囲のもの	1,560点
	ロ 片側の3分の1以上の範囲のもの	4,100点
	注 2のイについて、骨吸収抑制薬関連顎骨壊死又は放射線性顎骨壊死に対して当該手術を行った場合は、1,200点を所定点数に加算する。	
J 0 4 8	口腔 <sup>くわう</sup> 外 <sup>ぐわい</sup> 消炎手術	
	1 骨膜 <sup>のう</sup> 下 <sup>のう</sup> 膿瘍、皮下 <sup>のう</sup> 膿瘍、蜂窩 <sup>ほうか</sup> 織炎等	
	イ 2センチメートル未満のもの	180点
	ロ 2センチメートル以上5センチメートル未満のもの	300点
	ハ 5センチメートル以上のもの	750点
	2 顎炎又は顎骨骨髓炎	
	イ 3分の1顎以上の範囲のもの	2,600点
	ロ 全顎にわたるもの	5,700点
J 0 4 9	外歯 <sup>ぐわい</sup> 瘻手術	1,500点
J 0 5 0	歯性扁桃周囲膿瘍 <sup>のつ</sup> 切開手術	870点
J 0 5 1	がま腫切開術	1,230点
J 0 5 2	がま腫摘出術	7,140点
J 0 5 3	唾石摘出術（一連につき）	
	1 表在性のもの	1,080点
	2 深在性のもの	4,330点
	3 腺体内に存在するもの	6,550点
	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 5 4	舌下腺腫瘍摘出術	7,180点
J 0 5 5	顎下腺摘出術	10,210点
J 0 5 6	顎下腺腫瘍摘出術	9,640点
J 0 5 7	顎下腺悪性腫瘍手術	33,010点
J 0 5 8	削除	
J 0 5 9	耳下腺腫瘍摘出術	
	1 耳下腺浅葉摘出術	27,210点
	2 耳下腺深葉摘出術	34,210点
J 0 6 0	耳下腺悪性腫瘍手術	
	1 切除	33,010点
	2 全摘	44,020点
J 0 6 1	唾液腺 <sup>のつ</sup> 膿瘍切開術	900点
J 0 6 2	唾液腺管形成手術	13,630点

J 0 6 3 歯周外科手術

1	歯周ポケット搔爬術 <small>そっ ぱ</small>	80点
2	新付着手術	160点
3	歯肉切除手術	320点
4	歯肉剥離搔爬手術 <small>はく っ ぱ</small>	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）	840点
ロ	2次手術（非吸収性膜の除去）	380点
6	歯肉歯槽粘膜形成手術	
イ	歯肉弁根尖側移動術	770点
ロ	歯肉弁歯冠側移動術	770点
ハ	歯肉弁側方移動術	770点
ニ	遊離歯肉移植術	770点
ホ	口腔前庭拡張術	2,820点
ヘ	結合組織移植術	840点

- 注1 4及び5については、当該手術と同時に歯槽骨欠損部に骨代用物質を挿入した場合は、110点を所定点数に加算する。
- 2 5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、根分岐部病変又は垂直性の骨欠損を有する歯に対して行った場合に、算定する。
- 3 区分番号I 0 1 1 - 2に掲げる歯周病継続支援治療を開始した日以降に実施する場合（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。）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 簡単な暫間固定及び特定薬剤の費用は、所定点数に含まれる。
- 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、4又は5について、レーザー照射により当該手術の対象歯の歯根面の歯石除去等を行った場合は、手術時歯根面レーザー応用加算として、60点を所定点数に加算する。
- 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のニからヘまでについては手術野ごとに算定する。

J 0 6 3 - 2 骨移植術（軟骨移植術を含む。）

1	自家骨移植	
イ	簡単なもの	1,780点
ロ	困難なもの	16,830点
2	同種骨移植（生体）	28,660点
3	同種骨移植（非生体）	
イ	同種骨移植（特殊なもの）	39,720点
ロ	その他の場合	21,050点

注 骨提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。

J 0 6 3 - 3 骨（軟骨）組織採取術

1	腸骨翼	3,150点
2	その他のもの	4,510点

注 2については、口腔内から組織採取を行った場合を除く。

J 0 6 4 削除

J 0 6 5 歯槽骨骨折非観血的整復術

1	1歯又は2歯にわたるもの	680点
2	3歯以上にわたるもの	1,300点

J 0 6 6 歯槽骨骨折観血的整復術

1	1歯又は2歯にわたるもの	1,300点
2	3歯以上にわたるもの	2,700点

J 0 6 7 上顎骨折非観血的整復術

1,800点

J 0 6 8	上顎骨折観血的手術	16,400点
J 0 6 9	上顎骨形成術	
	1 単純な場合	27,880点
	2 複雑な場合及び2次的再建の場合	45,510点
	3 骨移動を伴う場合	72,900点
	注1 1について、上顎骨を複数に分割した場合は、5,000点を所定点数に加算する。	
	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、先天異常の患者に対して行われる場合に限り算定する。	
J 0 7 0	<sup>きょう</sup> 頬骨骨折観血的整復術	18,100点
J 0 7 0-2	<sup>きょう</sup> 頬骨変形治癒骨折矯正術	38,610点
J 0 7 1	下顎骨折非観血的整復術	1,240点
	注 連続した歯に対して三内式線副子以上の結紮法を行った場合は、650点を所定点数に加算する。	
J 0 7 2	下顎骨折観血的手術	
	1 片側	13,000点
	2 両側	27,320点
J 0 7 2-2	下顎関節突起骨折観血的手術	
	1 片側	28,210点
	2 両側	47,020点
J 0 7 3	口腔内軟組織異物（人工物）除去術	
	1 簡単なもの	30点
	2 困難なもの	
	イ 浅在性のもの	680点
	ロ 深在性のもの	1,290点
	3 著しく困難なもの	4,400点
J 0 7 4	顎骨内異物（挿入物を含む。）除去術	
	1 簡単なもの	
	イ 手術範囲が顎骨の2分の1顎程度未満の場合	1,500点
	ロ 手術範囲が全顎にわたる場合	2,000点
	2 困難なもの	
	イ 手術範囲が顎骨の3分の2顎程度未満の場合	4,000点
	ロ 手術範囲が全顎にわたる場合	5,500点
J 0 7 5	下顎骨形成術	
	1 おとがい形成の場合	8,710点
	2 短縮又は伸長の場合	30,790点
	3 再建の場合	51,120点
	4 骨移動を伴う場合	54,210点
	注1 2については、両側を同時に行った場合は、3,000点を所定点数に加算する。	
	2 4については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、先天異常の患者に対して行われる場合に限り算定する。	
J 0 7 5-2	下顎骨延長術	
	1 片側	30,790点
	2 両側	47,550点
J 0 7 6	顔面多発骨折観血的手術	39,700点
J 0 7 7	顎関節脱臼非観血的整復術	800点
J 0 7 8	顎関節脱臼観血的手術	26,210点
J 0 7 9	顎関節形成術	40,870点
J 0 8 0	顎関節授動術	

1	徒手の授動術	
イ	単独の場合	440点
ロ	パンピングを併用した場合	990点
ハ	関節腔洗浄療法を併用した場合	2,760点
2	顎関節鏡下授動術	12,090点
3	開放授動術	25,100点
J 0 8 0 - 2	顎関節人工関節全置換術	59,260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、行われる場合に限り算定する。	
J 0 8 1	顎関節円板整位術	
1	顎関節鏡下円板整位術	22,100点
2	開放円板整位術	27,300点
J 0 8 2	歯科インプラント摘出術（1個につき）	
1	人工歯根タイプ	460点
2	ブレードタイプ	1,250点
3	骨膜下インプラント	1,700点
	注 骨の開さくを行った場合は、所定点数の100分の50に相当する点数を所定点数に加算する。	
J 0 8 3	顎骨インプラント摘出術	
1	2分の1顎未満の範囲のもの	2,040点
2	2分の1顎以上の範囲のもの	6,270点
J 0 8 4	創傷処理	
1	筋肉、臓器に達するもの（長径5センチメートル未満）	1,400点
2	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）	1,880点
3	筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上）	
イ	頭頸部のもの（長径20センチメートル以上のものに限る。）	9,630点
ロ	その他のもの	3,090点
4	筋肉、臓器に達しないもの（長径5センチメートル未満）	530点
5	筋肉、臓器に達しないもの（長径5センチメートル以上10センチメートル未満）	950点
6	筋肉、臓器に達しないもの（長径10センチメートル以上）	1,480点
注1	切、刺、割創又は挫創の手術について切除、結紮又は縫合を行う場合に限り算定する。	
2	真皮縫合を伴う縫合閉鎖を行った場合は、露出部の創傷に限り460点を所定点数に加算する。	
3	汚染された挫創に対して区分番号J 0 8 5に掲げるデブリードマンを行った場合は、当初の1回に限り100点を所定点数に加算する。	
J 0 8 4 - 2	小児創傷処理（6歳未満）	
1	筋肉、臓器に達するもの（長径2.5センチメートル未満）	1,400点
2	筋肉、臓器に達するもの（長径2.5センチメートル以上5センチメートル未満）	1,540点
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）	2,860点
4	筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上）	4,410点
5	筋肉、臓器に達しないもの（長径2.5センチメートル未満）	500点
6	筋肉、臓器に達しないもの（長径2.5センチメートル以上5センチメートル未満）	560点
7	筋肉、臓器に達しないもの（長径5センチメートル以上10センチメートル未満）	1,060点
8	筋肉、臓器に達しないもの（長径10センチメートル以上）	1,950点

- 注1 切、刺、割創又は挫創の手術について切除、結紮又は縫合を行う場合に限り算定する。
- 2 真皮縫合を伴う縫合閉鎖を行った場合は、露出部の創傷に限り460点を所定点数に加算する。
- 3 汚染された挫創に対して区分番号J085に掲げるデブリードマンを行った場合は、当初の1回に限り100点を所定点数に加算する。

J085 デブリードマン

- 1 100平方センチメートル未満 1,620点
- 2 100平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満 4,820点
- 注1 当初の1回に限り算定する。

- 2 骨、腱又は筋肉の露出を伴う損傷については、深部デブリードマン加算として、1,000点を所定点数に加算する。

J086 上顎洞開窓術 1,300点

J086-2 内視鏡下上顎洞開窓術 3,600点

J087 上顎洞根治手術 9,180点

J087-2 上顎洞炎術後後出血止血法 6,660点

J088 リンパ節摘出術

- 1 長径3センチメートル未満 1,200点
- 2 長径3センチメートル以上 2,880点

J089 分層植皮術

- 1 25平方センチメートル未満 3,520点
- 2 25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満 6,270点
- 3 100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満 9,000点
- 4 200平方センチメートル以上 25,820点

J089-2 全層植皮術

- 1 25平方センチメートル未満 10,000点
- 2 25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満 12,500点
- 3 100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満 28,210点
- 4 200平方センチメートル以上 40,290点

- 注 広範囲皮膚欠損の患者に対して行う場合は、頭頸部、左上肢、左下肢、右上肢、右下肢、腹部又は背部のそれぞれの部位ごとに所定点数を算定する。

J090 皮膚移植術（生体・培養） 6,110点

- 注1 生体皮膚又は培養皮膚移植を行った場合に算定する。

- 2 生体皮膚を移植した場合は、生体皮膚の摘出のために要した提供者の療養上の費用として、この表に掲げる所定点数により算定した点数を加算する。

J090-2 皮膚移植術（死体）

- 1 200平方センチメートル未満 8,000点
- 2 200平方センチメートル以上500平方センチメートル未満 16,000点
- 3 500平方センチメートル以上1,000平方センチメートル未満 32,000点
- 4 1,000平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満 80,000点

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 5,180点
- 2 25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満 13,720点
- 3 100平方センチメートル以上 22,310点

J092 動脈（皮）弁術、筋（皮）弁術 41,120点

J093 遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの） 105,800点

J094 削除

J095 複合組織移植術 19,420点

J096 自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの） 131,310点

J097 粘膜移植術

- 1 4平方センチメートル未満 6,510点

	2 4平方センチメートル以上	7,820点
J 0 9 8	血管結紮術	4,500点
J 0 9 9	動脈形成術、吻合術	21,700点
J 0 9 9-2	抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用植込型カテーテル設置	16,640点
	注 使用したカテーテル、カテーテルアクセス等の材料の費用は、所定点数に含まれる。	
J 1 0 0	血管移植術、バイパス移植術	
	1 頭、頸部動脈	61,660点
	2 その他の動脈	30,290点
J 1 0 0-2	中心静脈注射用植込型カテーテル設置	10,800点
	注1 6歳未満の乳幼児の場合は、300点を所定点数に加算する。	
	2 使用したカテーテル、カテーテルアクセス等の材料の費用は、所定点数に含まれる。	
J 1 0 1	神経移植術	23,520点
J 1 0 1-2	神経再生誘導術	21,590点
J 1 0 2	交感神経節切除術	26,030点
J 1 0 3	過長茎状突起切除術	6,440点
J 1 0 4	皮膚腫瘍冷凍凝固摘出術（一連につき）	
	1 長径3センチメートル未満の良性皮膚腫瘍	1,280点
	2 長径3センチメートル未満の悪性皮膚腫瘍	2,050点
	3 長径3センチメートル以上6センチメートル未満の良性又は悪性皮膚腫瘍	3,230点
	4 長径6センチメートル以上の良性又は悪性皮膚腫瘍	4,160点
	注 口腔領域の腫瘍に限り算定する。	
J 1 0 4-2	皮膚悪性腫瘍切除術	
	1 広汎切除	28,210点
	2 単純切除	11,000点
	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。	
J 1 0 5	癒痕拘縮形成手術	12,660点
J 1 0 6	気管切開術	3,450点
J 1 0 7	気管切開孔閉鎖術	1,250点
J 1 0 8	顔面神経麻痺形成手術	
	1 静的なもの	19,110点
	2 動的なもの	64,350点
J 1 0 9	広範囲顎骨支持型装置埋入手術（1顎一連につき）	
	1 1回法によるもの	16,000点
	2 2回法によるもの	
	イ 1次手術	13,000点
	ロ 2次手術	6,000点
	注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。	
	2 1及び2のイについては、3分の2顎以上の範囲にわたる場合は、4,000点を所定点数に加算する。	
J 1 1 0	広範囲顎骨支持型装置搔爬術（1顎につき）	3,300点
	注 区分番号J 1 0 9に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号M 0 2 5-2に掲げる広範囲顎骨支持型補綴に係る補綴物を装着した患者に対し、当該手術を行った場合に1回に限り算定する。	

J 1 1 1 頭頸部<sup>けい</sup>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<sup>けい</sup>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 輸血料

区分

J 2 0 0 輸血

注 医科点数表の区分番号K 9 2 0に掲げる輸血の例により算定する。

J 2 0 0 - 2 輸血管理料

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

第3節 手術医療機器等加算

区分

J 2 0 0 - 3 削除

J 2 0 0 - 4 上顎洞手術用内視鏡加算

1,000点

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。

J 2 0 0 - 4 - 2 レーザー機器加算

1 レーザー機器加算 1

50点

2 レーザー機器加算 2

100点

3 レーザー機器加算 3

200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、レーザー照射により手術を行った場合に算定する。

2 1については、区分番号J 0 0 8 (1に限る。)、J 0 0 9 (1及び2に限る。)、J 0 1 7 (1に限る。)、J 0 1 9 (1に限る。)、J 0 2 7、J 0 3 0 (1に限る。)、J 0 3 3 (1に限る。)及びJ 0 5 1に掲げる手術に当たって、レーザー手術装置を使用した場合に算定する。

3 2については、区分番号J 0 0 8 (2に限る。)、J 0 0 9 (3に限る。)及びJ 0 1 7 (2に限る。)に掲げる手術に当たって、レーザー手術装置を使用した場合に算定する。

4 3については、区分番号J 0 1 5、J 0 1 9 (2に限る。)、J 0 2 0、J 0 3 0 (2に限る。)、J 0 3 3 (2に限る。)、J 0 3 4、J 0 5 2及びJ 0 5 4に掲げる手術に当たって、レーザー手術装置を使用した場合に算定する。

J 2 0 0 - 4 - 3 超音波切削機器加算

1,000点

注 区分番号J 0 3 9、J 0 4 2、J 0 6 9、J 0 7 5及びJ 0 7 5 - 2に掲げる手術に当たって、超音波切削機器を使用した場合に加算する。

J 2 0 0 - 4 - 4 口腔<sup>くわう</sup>粘膜蛍光観察評価加算

200点

注 区分番号J 0 1 8に掲げる手術に当たって、口腔<sup>くわう</sup>粘膜蛍光観察機器を使用した場合に加算する。

J 2 0 0 - 5 画像等手術支援加算

1 ナビゲーションによるもの

2,000点

2 実物大臓器立体モデルによるもの

2,000点

3 患者適合型手術支援ガイドによるもの

2,000点

注1 1については、区分番号J 0 8 6からJ 0 8 7 - 2まで及びJ 1 0 9に掲げる手術に当たって、ナビゲーションによる支援を行った場合に算定する。

2 2については、区分番号J 0 1 9の2、J 0 3 8からJ 0 4 3まで、J 0 6 8からJ 0 7 0 - 2まで、J 0 7 2及びJ 0 7 5からJ 0 7 6までに掲げる手術に当たって、実物大臓器立体モデルによる支援を行った場合に算定する。

3 3については、区分番号J 0 4 0からJ 0 4 2まで及び区分番号J 0 7 5に掲げる手術に当たって、患者適合型手術支援ガイドによる支援を行った場合に算定する。

## 第4節 薬剤料

## 区分

J 2 0 1 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5節 特定薬剤料

## 区分

J 3 0 0 特定薬剤 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。

注1 薬価が15円以下である場合は、算定できない。

2 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

## 第6節 特定保険医療材料料

## 区分

J 4 0 0 特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数

注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

## 第10部 麻酔

## 通則

- 1 麻酔の費用は、第1節及び第2節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。ただし、麻酔に当たって別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、第1節及び第2節の各区分の所定点数に第3節の所定点数を合算した点数により算定する。
- 2 6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な者に対して麻酔を行った場合は、全身麻酔の場合を除き、当該麻酔の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。
- 3 未熟児、新生児（未熟児を除く。）、乳児又は1歳以上3歳未満の幼児に対して全身麻酔を行った場合は、未熟児加算、新生児加算、乳児加算又は幼児加算として、当該麻酔の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の200、100分の200、100分の50又は100分の20に相当する点数を加算する。
- 4 入院中の患者以外の患者に対し、緊急のために、休日に処置及び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処置及び手術を行った場合の麻酔料は、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し、入院中の患者に対し、緊急のために、休日に処置若しくは手術を行った場合又はその開始時間が深夜である処置若しくは手術を行った場合の麻酔料は、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A 0 0 0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、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処置及び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。
- 5 第10部に掲げる麻酔料以外の麻酔料の算定は、医科点数表の例による。
- 6 酸素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数（酸素と併せて窒素を使用した場合は、それぞれの価格を10円で除して得た点数を合算した点数）を加算する。酸素及び窒素の価格は、別に厚生労働大臣が定める。

## 第1節 麻酔料

## 区分

K 0 0 0 伝達麻酔（下顎孔又は眼窩<sup>か</sup>下孔に行うもの） 42点

K 0 0 1 浸潤麻酔 30点

K 0 0 2 吸入鎮静法（30分まで） 70点

注 実施時間が30分を超えた場合は、30分又はその端数を増すごとに、所定点数に10点を加算する。

K 0 0 3 静脈内鎮静法 600点

注 区分番号K 0 0 2に掲げる吸入鎮静法は、別に算定できない。

#### K 0 0 4 歯科麻酔管理料

- |   |           |      |
|---|-----------|------|
| 1 | 歯科麻酔管理料 1 | 750点 |
| 2 | 歯科麻酔管理料 2 | 600点 |
- 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、当該保険医療機関の麻酔に従事する歯科医師（地方厚生局長等に届け出た者に限る。注2において同じ。）が、医科点数表の区分番号L 0 0 8に掲げる声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴う閉鎖循環式全身麻酔を行った場合に算定する。
- 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、当該保険医療機関の麻酔に従事する歯科医師が、K 0 0 2に掲げる吸入鎮静法、K 0 0 3に掲げる静脈内鎮静法、K 0 0 5に掲げる歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔Ⅰ又はK 0 0 6に掲げる歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔Ⅱを行った場合に算定する。
- 3 区分番号J 0 1 8の2、J 0 9 3及びJ 0 9 6に掲げる手術に当たって、医科点数表の区分番号L 0 0 8に掲げる声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴う閉鎖循環式全身麻酔の実施時間が8時間を超えた場合は、長時間麻酔管理加算として、5,500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入院している患者に対して、当該保険医療機関の薬剤師が、病棟等において薬剤関連業務を実施している薬剤師等と連携して、周術期に必要な薬学的管理を行った場合は、周術期薬剤管理加算として、75点を所定点数に加算する。

#### K 0 0 5 歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔Ⅰ

- |   |               |      |
|---|---------------|------|
| 1 | 10分未満のもの      | 120点 |
| 2 | 10分以上20分未満のもの | 310点 |

#### K 0 0 6 歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔Ⅱ

- |   |                              |        |
|---|------------------------------|--------|
| 1 | 麻酔に従事する歯科医師が専従で実施する場合        | 2,600点 |
| 2 | 麻酔に従事する歯科医師の指導下で麻酔を専従で実施する場合 | 1,700点 |
| 3 | 麻酔を専従で実施する場合                 | 900点   |
| 4 | 1から3まで以外の場合                  | 600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、当該保険医療機関の麻酔に従事する歯科医師（以下この区分番号において「歯科麻酔科医」という。）が行った場合に算定する。
- 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、歯科麻酔科医の指導の下に麻酔を担当するものが行った場合に算定する。
- 3 1及び2について、実施時間が2時間を超えた場合は、麻酔管理時間加算として、30分又はその端数を増すごとに、それぞれ780点又は510点を所定点数に加算する。
- 4 3歳以上6歳未満の幼児に対して行った場合は、幼児加算として、所定点数にそれぞれ所定点数の100分の10に相当する点数を加算する。

#### 第2節 薬剤料

##### 区分

- K 1 0 0 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。

注1 薬価が15円以下である場合は、算定できない。

2 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

#### 第3節 特定保険医療材料料

##### 区分

- K 2 0 0 特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数

注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

## 第11部 放射線治療

### 通則

- 1 放射線治療の費用は、第1節の各区分の所定点数により算定する。ただし、放射線治療に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、第1節の所定点数に第2節の所定点数を合算した点数により算定する。
- 2 第1節に掲げられていない放射線治療であって特殊なものの費用は、同節に掲げられている放射線治療のうちで最も近似する放射線治療の所定点数により算定する。
- 3 新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）、3歳以上6歳未満の幼児又は6歳以上15歳未満の小児に対して放射線治療（区分番号L000からL003までに掲げる放射線治療に限る。）を行った場合は、小児放射線治療加算として、当該放射線治療の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の80、100分の50、100分の30又は100分の20に相当する点数を加算する。

### 第1節 放射線治療管理・実施料

#### 区分

#### L000 放射線治療管理料（分布図の作成1回につき）

- |   |                                |        |
|---|--------------------------------|--------|
| 1 | 1門照射、対向2門照射又は外部照射を行った場合        | 2,700点 |
| 2 | 非対向2門照射、3門照射又は腔内照射を行った場合       | 3,100点 |
| 3 | 4門以上の照射、運動照射、原体照射又は組織内照射を行った場合 | 4,000点 |
| 4 | 強度変調放射線治療（IMRT）による体外照射を行った場合   | 5,000点 |
- 注1 線量分布図を作成し、区分番号L001に掲げる体外照射、区分番号L003の1に掲げる外部照射、区分番号L003の2に掲げる腔内照射又は区分番号L003の3に掲げる組織内照射による治療を行った場合に、分布図の作成1回につき1回、一連につき2回に限り算定する。
- 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、放射線治療専任加算として、330点を所定点数に加算する。
  - 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）に係るものに限る。）を実施した場合に、外来放射線治療加算として、患者1人1日につき1回に限り100点を所定点数に加算する。

#### L001 体外照射

- |   |                               |        |
|---|-------------------------------|--------|
| 1 | エックス線表在治療                     |        |
| イ | 1回目                           | 110点   |
| ロ | 2回目                           | 33点    |
| 2 | 高エネルギー放射線治療                   |        |
| イ | 1門照射を行った場合（1回目）               | 840点   |
| ロ | 1門照射を行った場合（2回目）               | 336点   |
| ハ | 2門以上の照射、運動照射又は原体照射を行った場合（1回目） | 1,750点 |
| ニ | 2門以上の照射、運動照射又は原体照射を行った場合（2回目） | 700点   |
| 3 | 強度変調放射線治療（IMRT）               | 3,000点 |
- 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60に相当する点数により算定する。
- 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。

- 3 疾病、部位又は部位数にかかわらず、1回につき算定する。
- 4 術中照射療法を行った場合は、術中照射療法加算として、患者1人につき1日を限度として、5,000点を所定点数に加算する。
- 5 体外照射用固定器具を使用した場合は、体外照射用固定器具加算として、1,000点を所定点数に加算する。
- 6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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）による体外照射を行った場合（2のハ若しくはニ又は3に係るものに限る。）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、いずれかを所定点数に加算する。

イ 骨構造の位置情報によるもの 300点  
ロ 腫瘍の位置情報によるもの 450点

L001-2 直線加速器による放射線治療（一連につき）

- 1 定位放射線治療の場合 63,000点
- 2 1以外の場合 8,000点

L001-3 ホウ素中性子捕捉療法（一連につき） 187,500点

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

- 2 ホウ素中性子捕捉療法の適応判定体制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、ホウ素中性子捕捉療法の適応判定に係る検討が実施された場合には、ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算として、40,000点を所定点数に加算する。
- 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、ホウ素中性子捕捉療法に関する専門の知識を有する歯科医師又は医師が策定した照射計画に基づく医学的管理を行った場合には、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算として、10,000点を所定点数に加算する。
- 4 体外照射用固定器具を使用した場合は、体外照射用固定器具加算として、1,000点を所定点数に加算する。

L002 電磁波温熱療法（一連につき）

- 1 深在性悪性腫瘍に対するもの 9,000点
- 2 浅在性悪性腫瘍に対するもの 6,000点

L003 密封小線源治療（一連につき）

- 1 外部照射 80点
- 2 腔内照射  
イ 高線量率イリジウム照射を行った場合又は新型コバルト小線源治療装置を用いた場合 12,000点  
ロ その他の場合 5,000点
- 3 組織内照射  
イ 高線量率イリジウム照射を行った場合又は新型コバルト小線源治療装置を用いた場合 23,000点  
ロ その他の場合 19,000点
- 4 放射性粒子照射（本数に関係なく） 8,000点

注1 疾病、部位又は部位数にかかわらず、一連につき算定する。

- 2 使用した高線量率イリジウムの費用として、購入価格を50円で除して得た点数を加算する。
- 3 使用した低線量率イリジウムの費用として、購入価格を10円で除して得た点数を加算する。

- 4 使用した放射性粒子の費用として、購入価格を10円で除して得た点数を加算する。
- 5 使用したコバルトの費用として、購入価格を1,000円で除して得た点数を加算する。
- 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密封小線源治療（IGBT）（2のイに係るものに限る。）を行った場合には、画像誘導密封小線源治療加算として、一連につき1,200点を所定点数に加算する。

L004 血液照射 110点  
第2節 特定保険医療材料料

区分

L200 特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数  
注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第12部 歯冠修復及び欠損補綴

通則

- 1 歯冠修復及び欠損補綴の費用は、特に規定する場合を除き、第1節及び第2節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。ただし、歯冠修復及び欠損補綴に当たって別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、第1節及び第2節の各区分の所定点数に第3節の所定点数を合算した点数により算定する。
- 2 歯冠修復の費用は、歯冠修復に付随して行った仮封、裏装及び隔壁の費用を含む。
- 3 第12部に掲げられていない歯冠修復及び欠損補綴であって特殊なもの費用は、第12部に掲げられている歯冠修復及び欠損補綴のうちで最も近似する歯冠修復及び欠損補綴の各区分の所定点数により算定する。
- 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、第12部に掲げる歯冠修復及び欠損補綴を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、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。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。
  - イ 区分番号M003（2のロ及びハに限る。）に掲げる印象採得、区分番号M003-3に掲げる咬合印象、区分番号M006（2のロに限る。）に掲げる咬合採得又は区分番号M030に掲げる有床義歯内面適合法を行った場合 所定点数の100分の70に相当する点数
  - 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
- 5 歯冠修復及び欠損補綴料には、製作技工に要する費用及び製作管理に要する費用が含まれ、その割合は、製作技工に要する費用がおおむね100分の70、製作管理に要する費用がおおむね100分の30である。
- 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 区分番号M003（2のロ及びハに限る。）に掲げる印象採得、区分番号M003-3に掲げる咬合印象、区分番号M006（2のロに限る。）に掲げる咬合採得又は区分番号M030に掲げる有床義歯内面適合法を行った場合 所定点数の100分の70に相当する点数
  - ロ 区分番号M021-3（1に限る。）及び区分番号M029に掲げる有床義歯修理を行った場合 所定点数の100分の50に相当する点数
- 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。

- イ 区分番号M003（2の口及びハに限る。）に掲げる印象採得、区分番号M003-3に掲げる咬合印象、区分番号M006（2の口に限る。）に掲げる咬合採得又は区分番号M030に掲げる有床義歯内面適合法を行った場合 所定点数の100分の70に相当する点数
- 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
- ハ 歯冠修復及び欠損補綴（区分番号M000からM000-3まで、M003（2の口及びハに限る。）、M003-3、M003-4、M006（2の口に限る。）、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 区分番号M000-2に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料について地方厚生局長等へ届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において、歯冠補綴物（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（小臼歯）、区分番号M010の4に掲げる全部金属冠（小臼歯及び大臼歯）及び区分番号M011に掲げるレジン前装金属冠を除く。区分番号M000-2において同じ。）又はブリッジ（接着ブリッジを含む。以下同じ。）を製作し、当該補綴物を装着する場合の検査並びに歯冠修復及び欠損補綴の費用は、所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。
- 9 歯冠修復及び欠損補綴の製作に係る一連の診療行為における歯肉圧排、歯肉整形、研磨、特定薬剤等の費用は、それぞれの点数に含まれ、別に算定できない。
- 10 歯冠修復及び欠損補綴の所定点数は、当該歯冠修復及び欠損補綴に当たって、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M001に掲げる歯冠形成（1に限る。）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。
- 11 区分番号A000に掲げる初診料の注9又は区分番号A002に掲げる再診料の注7に規定する地域歯科医療加算を算定した患者に対して、巡回診療時に歯冠修復及び欠損補綴を行った場合は、所定点数の100分の30に相当する点数を、当該歯冠修復及び欠損補綴の所定点数に加算する。ただし、通則第4号に掲げる加算を算定する場合は、この限りでない。

#### 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 補綴時診断料（1装置につき）

- |                 |     |
|-----------------|-----|
| 1 補綴時診断（新製の場合）  | 90点 |
| 2 補綴時診断（1以外の場合） | 70点 |

注1 当該診断料は、病名、症状、治療内容、製作を予定する部位、欠損補綴物の名称、欠損補綴物に使用する材料、設計、治療期間等について、患者に対し、説明を行った場合に算定する。

2 1については、欠損補綴物を新たに製作する場合に算定する。

3 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M017-2に掲げる高強度硬質レジンプリッジ、区分番号M017-3に掲げるチタンブリッジ又は区分番号M018-2に掲げる3次元プリント有床義歯を製作することを目的として、歯科医師が歯科技工士に対面で意見を求め、その内容を踏まえて、補綴時診断を行った場合には、歯科技工士連携加算1として、60点を所定点数に加算する。ただし、同時に2以上の新たな欠損補綴について説明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。

4 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M017-2に掲げる高強度硬質レジンプリッジ、区分番号M017-3に掲げるチタンブリッジ又は

区分番号M018-2に掲げる3次元プリント有床義歯を製作することを目的として、歯科医師が歯科技工士に情報通信機器を用いて意見を求め、その内容を踏まえて、補綴時診断を行った場合には、歯科技工士連携加算2として、80点を所定点数に加算する。ただし、同時に2以上の新たな欠損補綴について説明を行った場合であっても、歯科技工士連携加算2は1回として算定する。

- 5 注3及び注4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について、同一の補綴物の製作に当たって、区分番号M003に掲げる印象採得の注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、同日に行った場合を除き、別に算定する。
- 6 注3及び注4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、1装置につき、いずれか1つのみ算定する。
- 7 2については、区分番号M029に掲げる有床義歯修理又は区分番号M030に掲げる有床義歯内面適合法を実施した場合に算定する。
- 8 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

#### M000-2 クラウン・ブリッジ維持管理料（1装置につき）

- 1 歯冠補綴物 100点
  - 2 支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合 330点
  - 3 支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合 440点
- 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 当該所定点数には、注1の歯冠補綴物又はブリッジを保険医療機関において装着した日から起算して2年以内に、当該保険医療機関が当該補綴部位に係る新たな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場合の補綴関連検査並びに歯冠修復及び欠損補綴の費用が含まれる。
  - 3 当該保険医療機関において歯冠補綴物又はブリッジを装着した日から起算して2年以内に行った次に掲げる診療に係る費用は、別に算定できない。
    - イ 当該歯冠補綴物又はブリッジを装着した歯に対して行った充填
    - ロ 当該歯冠補綴物又はブリッジが離脱した場合の装着
  - 4 通則第4号に掲げる加算を算定する場合又は区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した場合は、算定できない。

#### M000-3 広範囲顎骨支持型補綴診断料（1口腔につき）

1,800点

- 注1 当該診断料は、区分番号J109に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術の施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該手術及び区分番号M025-2に掲げる広範囲顎骨支持型補綴を行うに当たって、病名、症状、治療内容、治療部位及び治療に使用する材料等について、患者に対し説明を行った場合に算定する。
- 2 同一患者につき、当該診断料を算定すべき診断を2回以上行った場合は、1回目の診断を行ったときに限り算定する。
  - 3 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。
  - 4 当該補綴以外の欠損補綴の診断を同時に行った場合は、区分番号M000に掲げる補綴時診断料は、所定点数に含まれ別に算定できない。

#### M001 歯冠形成（1歯につき）

- 1 生活歯歯冠形成
  - イ 金属冠 306点
  - ロ 非金属冠 306点
  - ハ 既製冠 120点
- 2 失活歯歯冠形成
  - イ 金属冠 166点
  - ロ 非金属冠 166点

ハ	既製冠	114点
3	窩洞形成 <sup>か</sup>	
	イ 単純なもの	60点
	ロ 複雑なもの	86点
注1	1のイ及びロ、2のイ及びロ並びに3のロについて、ブリッジの支台歯として 歯冠形成を行った場合は、ブリッジ支台歯形成加算として1歯につき20点を所定 点数に加算する。	
	2 1のイについて、前歯の4分の3冠、前歯のレジン前装金属冠、レジン前装チ タン冠及びチタンブリッジ（レジン前装を行う場合に限る。）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。	
	3 1のイについて、臼歯のレジン前装金属冠及びチタンブリッジ（レジン前装を 行う場合に限る。）のための支台歯の歯冠形成は、340点を所定点数に加算する 。	
	4 1のイについて、接着冠のための支台歯の歯冠形成は、接着冠形成加算として 、490点を所定点数に加算する。	
	5 1のロについて、CAD/CAM冠又は高強度硬質レジnbridge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。	
	6 2のイについて、前歯の4分の3冠、前歯のレジン前装金属冠、レジン前装チ タン冠又はチタンブリッジ（レジン前装を行う場合に限る。）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。	
	7 2のイについて、臼歯のレジン前装金属冠及びチタンブリッジ（レジン前装を 行う場合に限る。）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 2のロについて、CAD/CAM冠又は高強度硬質レジnbridge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。	
	9 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、レーザー照射により無痛的に窩洞形成を行った場合は、う蝕 <sup>しよく</sup> 歯無痛 <sup>か</sup> 的窩洞形成加算として、40点を所定点数に加算する。	
	10 3について、CAD/CAMインレーのための窩洞形成 <sup>か</sup> は、150点を所定点数 に加算する。	
	11 麻酔（通則第10号のただし書に規定する場合を除く。）、薬剤等の費用及び保 険医療材料料は、所定点数に含まれる。	
M001-2	即時充填形成（1歯につき）	128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、レーザー照射により無痛的に即時充填形成を 行った場合は、う蝕 <sup>しよく</sup> 歯無痛 <sup>か</sup> 的窩洞形成加算として、40点を所定点数に加算する 。	
	2 麻酔、歯髄保護処置、特定薬剤、窩洞形成等の費用は、所定点数に含まれる。	
M001-3	インレー修復形成（1歯につき）	120点
注1	CAD/CAMインレーのための窩洞形成 <sup>か</sup> は、150点を所定点数に加算する。	
	2 麻酔、歯髄保護処置、特定薬剤、窩洞形成等の費用は、所定点数に含まれる。	
M001-4	補綴前処置 <sup>てつ</sup> （1装置につき）	40点
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	221点
	(2) 小白歯及び前歯	190点

2	直接法	
	イ	ファイバーポストを用いた場合
	(1)	大白歯 174点
	(2)	小白歯及び前歯 148点
	ロ	その他の場合 126点
注1	窩洞形成、装着等の費用は、所定点数に含まれる。	
2	保険医療材料（建造物の材料を除く。）、薬剤等の費用は、所定点数に含まれる。	
M002-2	支台築造印象（1歯につき）	50点
注	保険医療材料は、所定点数に含まれる。	
M003	印象採得	
1	歯冠修復（1個につき）	
	イ	単純印象 32点
	ロ	連合印象 64点
2	欠損補綴（1装置につき）	
	イ	単純印象
	(1)	簡単なもの 42点
	(2)	困難なもの 72点
	ロ	連合印象 230点
	ハ	特殊印象 272点
	ニ	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 282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 334点
	ホ	口蓋補綴、顎補綴
	(1)	印象採得が困難なもの 222点
	(2)	印象採得が著しく困難なもの 402点
3	口腔内装置等（1装置につき）	42点
注1	1及び2のニについて、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、前歯部の歯冠補綴物又はブリッジ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、60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及び2のニについて、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、前歯部の歯冠補綴物又はブリッジ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、80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2は1回として算定する。	
3	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について、同一の補綴物の製作に当たって、区分番号M000に掲げる補綴時診断料の注3及び注4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、同日に行った場合を除き、別に算定する。	
4	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、1装置につき、いずれか1つのみ算定する。	
5	保険医療材料は、所定点数に含まれる。	
M003-2	暫間歯冠補綴装置（1歯につき）	48点

注1 暫間歯冠補綴装置は、当該歯に係る処置等を開始した日から最終補綴装置を装着するまでの期間において、1歯につき1回に限り算定する。

2 暫間歯冠補綴装置の製作及び装着に係る保険医療材料等一連の費用（別に厚生労働大臣が定める特定保険医療材料を除く。）は、所定点数に含まれる。

M003-3 咬合印象 140点

M003-4 光学印象（1歯につき） 150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、区分番号M015-2に掲げるCAD/CAM冠又は区分番号M015-3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M003に掲げる印象採得、M003-3に掲げる咬合印象及びM006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M015-2に掲げるCAD/CAM冠又は区分番号M015-3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、当該修復物又は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、60点を所定点数に加算する。ただし、同時に2以上の修復物又は補綴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、歯科技工士連携加算1は1回として算定する。

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、区分番号M015-2に掲げるCAD/CAM冠又は区分番号M015-3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情報通信機器を用いて口腔内の確認等を行い、当該修復物又は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、80点を所定点数に加算する。ただし、同時に2以上の修復物又は補綴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、歯科技工士連携加算2は1回として算定する。

5 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、1装置につき、いずれか1つのみ算定する。

M004 削除

M005 装着

1 歯冠修復（1個につき） 45点

2 欠損補綴（1装置につき）

イ ブリッジ

(1) 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

(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

ロ 有床義歯

(1) 少数歯欠損 60点

(2) 多数歯欠損 120点

(3) 総義歯 230点

ハ 有床義歯修理

(1) 少数歯欠損 30点

(2) 多数歯欠損 60点

(3) 総義歯 115点

ニ 口蓋補綴、顎補綴

(1) 印象採得が困難なもの 150点

(2) 印象採得が著しく困難なもの 300点

3 口腔内装置等の装着の場合（1装置につき） 30点

注1 区分番号M015-2に掲げるCAD/CAM冠、区分番号M015-3に掲

げるCAD/CAMインレー又は区分番号M017-2に掲げる高強度硬質レジ  
ンブリッジを装着する際に、歯質に対する接着性を向上させることを目的に内面  
処理を行った場合は、内面処理加算1として、それぞれについて55点、55点又は  
110点を所定点数に加算する。

- 2 接着ブリッジを装着する際に、歯質に対する接着性を向上させることを目的に  
内面処理を行った場合は、内面処理加算2として、区分番号M010-3に掲げ  
る接着冠ごとに45点を所定点数に加算する。
- 3 2のイについて、支台装置ごとの装着に係る費用は、所定点数に含まれる。

M005-2 仮着（ブリッジ）（1装置につき）

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

M006 咬合採得

- |                |     |
|----------------|-----|
| 1 歯冠修復（1個につき）  | 18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 | 76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 | 150点 |

ロ 有床義歯

- |           |      |
|-----------|------|
| (1) 少数歯欠損 | 57点  |
| (2) 多数歯欠損 | 187点 |
| (3) 総義歯   | 283点 |

ハ 口蓋補綴、顎補綴

- |                   |      |
|-------------------|------|
| (1) 咬合採得が困難なもの    | 260点 |
| (2) 咬合採得が著しく困難なもの | 360点 |

注1 2のイ(2)並びにロ(2)及び(3)並びにハについて、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、60点を所定点数に加  
算する。

2 2のイ(2)並びにロ(2)及び(3)並びにハについて、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、80点  
を所定点数に加算する。

3 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につ  
いて、同一の補綴物の製作に当たって、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、同日に行った場合を除き、  
別に算定する。

4 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、  
1装置につき、いずれか1つのみ算定する。

5 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

M007 仮床試適（1床につき）

- |          |      |
|----------|------|
| 1 少数歯欠損  | 40点  |
| 2 多数歯欠損  | 100点 |
| 3 総義歯    | 190点 |
| 4 その他の場合 | 272点 |

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、60点を所定点数に加算する。

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、80点を所定点数に加算する。

3 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について、同一の補綴物の製作に当たって、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、同日に行った場合を除き、別に算定する。

4 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、1装置につき、いずれか1つのみ算定する。

5 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

M008 ブリッジの試適

- |                                     |     |
|-------------------------------------|-----|
| 1 支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合           | 40点 |
| 2 支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合<br>(歯冠修復) | 80点 |

M009 充填(1歯につき)

- |         |      |
|---------|------|
| 1 充填1   |      |
| イ 単純なもの | 106点 |
| ロ 複雑なもの | 158点 |
| 2 充填2   |      |
| イ 単純なもの | 59点  |
| ロ 複雑なもの | 107点 |

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

2 1の歯面処理に係る費用は、所定点数に含まれる。

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 3については、大臼歯の生活歯をブリッジの支台に用いる場合であっても算定できる。

M010-2 チタン冠(1歯につき) 1,200点

M010-3 接着冠(1歯につき)

- |      |      |
|------|------|
| 1 前歯 | 370点 |
| 2 臼歯 | 310点 |

注 接着ブリッジのための接着冠に用いる場合に算定する。

M010-4 根面被覆(1歯につき)

- |              |      |
|--------------|------|
| 1 根面板によるもの   | 225点 |
| 2 レジン充填によるもの | 106点 |

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 | 1,174点 |
| ロ イ以外の場合      | 1,170点 |
| 2 小臼歯         | 1,100点 |

M011-2	レジン前装チタン冠（1歯につき）	1,800点
M012からM014まで	削除	
M015	非金属歯冠修復（1個につき）	
	1 レジンインレー	
	イ 単純なもの	148点
	ロ 複雑なもの	200点
	2 硬質レジンジャケット冠	768点
M015-2	CAD/CAM冠（1歯につき）	
	1 2以外の場合	1,200点
	2 エンドクラウンの場合	1,450点
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、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。）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、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。	
	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い。	
M015-3	CAD/CAMインレー（1歯につき）	770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、臼歯に対して歯冠修復物（全部被覆冠を除く。）を設計・製作し、装着した場合に限り算定する。	
M016	乳歯冠（1歯につき）	
	1 乳歯金属冠の場合	200点
	2 1以外の場合	390点
M016-2	小児保険装置	
	1 固定式保険装置	850点
	2 可撤式保険装置	1,200点
注1	1については、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。	
M016-3	既製金属冠（1歯につき） （欠損補綴）	200点
M017	ポンティック（1歯につき）	434点
注	レジン前装金属ポンティックを製作した場合は、その部位に応じて次に掲げる点数を所定点数に加算する。	
	イ 前歯部の場合	746点
	ロ 小臼歯部の場合	200点
	ハ 大臼歯部の場合	60点
M017-2	高強度硬質レジンプリッジ（1装置につき）	3,000点
注	高強度硬質レジン及びグラスファイバーを用いてブリッジを製作し、装着した場合に限り算定する。	
M017-3	チタンブリッジ（1装置につき）	2,800点
注1	純チタンを用いてブリッジを製作し、装着した場合に限り算定する。	
	2 硬質レジンによる前装を行った場合は、レジン前装加算として、1歯につき600点を所定点数に加算する。	
M018	有床義歯	

1	局部義歯（1床につき）	
イ	1歯から4歯まで	624点
ロ	5歯から8歯まで	767点
ハ	9歯から11歯まで	1,042点
ニ	12歯から14歯まで	1,502点
2	総義歯（1顎につき）	2,500点
注	1のハ及びニ並びに2について、有床義歯に歯科用金属芯を埋入した場合は、有床義歯補強加算として150点を所定点数に加算する。ただし、保険医療材料料は所定点数に含まれる。	
M018-2	3次元プリント有床義歯（1顎につき）	4,000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、有床義歯の設計・製作に要する歯科技工室設置型コンピュータ支援設計・製造ユニット及び歯科技工用重合装置を用いて、有床義歯を設計・製作し、装着した場合に限り算定する。	
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	624点
ロ	5歯から8歯まで	767点
ハ	9歯から11歯まで	1,042点
ニ	12歯から14歯まで	1,502点
2	総義歯（1顎につき）	2,500点
M020	鑄造鉤（1個につき）	
1	双子鉤	260点
2	二腕鉤	240点
M021	線鉤（1個につき）	
1	双子鉤	227点
2	二腕鉤（レストつき）	159点
3	レストのないもの	134点
M021-2	コンビネーション鉤（1個につき）	246点
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	460点
2	キーパー付き根面板を用いる場合	580点
注	有床義歯（区分番号M018に掲げる有床義歯又は区分番号M019に掲げる熱可塑性樹脂有床義歯に限り、区分番号M030の2に掲げる軟質材料を用いる場合において義歯床用軟質裏装材を使用して床裏装を行った場合に係る有床義歯を除く。）に対して、磁性アタッチメントを装着した場合に限り算定する。	
M022	間接支台装置（1個につき）	111点
注	保険医療材料料は、所定点数に含まれる。	
M023	大連結子（1個につき）	
1	鑄造バー	468点
2	屈曲バー	268点
注	鑄造バー又は屈曲バーに保持装置を装着した場合は、62点を所定点数に加算する。ただし、保険医療材料料は、所定点数に含まれる。	
M024	削除	
M025	口蓋補綴、顎補綴（1顎につき）	
1	印象採得が困難なもの	1,500点
2	印象採得が著しく困難なもの	4,000点
注1	義歯を装着した口蓋補綴又は顎補綴は、所定点数に区分番号M018に掲げる有床義歯から区分番号M023に掲げる大連結子及び区分番号M026に掲げる補綴隙の所定点数を加算した点数とする。	
2	保険医療材料料は、所定点数に含まれる。	

- 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 区分番号J109に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該補綴に係る補綴物の印象採得から装着までの一連の行為を行う場合に、補綴治療を着手した日において算定する。
- 2 区分番号J109に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術の実施範囲が3分の1顎未満である場合は、1の所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。
  - 3 保険医療材料料（別に厚生労働大臣が定める特定保険医療材料を除く。）は、所定点数に含まれる。
- （その他の技術）
- M026 補綴隙（1個につき） 65点
- 注 保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。
- M027及びM028 削除  
（修理）
- M029 有床義歯修理（1床につき） 260点
- 注1 新たに製作した有床義歯を装着した日から起算して6月以内に当該有床義歯の修理を行った場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。
- 2 保険医療材料料（人工歯料を除く。）は、所定点数に含まれる。
  - 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 硬質材料を用いる場合
    - イ 局部義歯（1床につき）
      - (1) 1歯から4歯まで 216点
      - (2) 5歯から8歯まで 268点
      - (3) 9歯から11歯まで 370点
      - (4) 12歯から14歯まで 572点
    - ロ 総義歯（1顎につき） 790点
  - 2 軟質材料を用いる場合（1顎につき） 1,200点
- 注1 2については、下顎総義歯又は区分番号M025に掲げる口蓋補綴、顎補綴に限る。
- 2 新たに製作した有床義歯を装着した日から起算して6月以内に当該有床義歯の有床義歯内面適合法を行った場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。
  - 3 1については、保険医療材料料（人工歯料を除く。）は、所定点数に含まれる。
  - 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 削除

M034 歯冠補綴物修理（1 歯につき）

70 点

注 保険医療材料料（人工歯料を除く。）は、所定点数に含まれる。

M035 から M040 まで 削除

M041 広範囲顎骨支持型補綴物修理（1 装置につき）

1,200 点

注 保険医療材料料（別に厚生労働大臣が定める特定保険医療材料を除く。）は、所定点数に含まれる。

#### 第 2 節 薬剤料

#### 区分

M100 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。

注 1 薬価が 15 円以下である場合は、算定できない。

2 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

#### 第 3 節 特定保険医療材料料

#### 区分

M200 特定保険医療材料

材料価格を 10 円で除して得た点数

注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

#### 第 13 部 歯科矯正

#### 通則

1 歯科矯正の費用は、特に規定する場合を除き、第 1 節の各区分の所定点数及び第 2 節に掲げる特定保険医療材料（別に厚生労働大臣が定める保険医療材料をいう。以下この部において同じ。）の所定点数を合算した点数により算定する。

2 第 13 部に掲げられていない歯科矯正であって特殊なものの費用は、第 13 部に掲げられている歯科矯正のうちで最も近似する歯科矯正の各区分の所定点数により算定する。

#### 第 1 節 歯科矯正料

#### 区分

N000 歯科矯正診断料

1,500 点

注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、治療計画書を作成し、患者に対し文書により提供した場合に算定する。

2 歯科矯正診断料は、歯科矯正を開始するとき、動的処置を開始するとき、マルチブラケット法を開始するとき、保定を開始するとき及び顎切除等の手術を実施するときに、それぞれ 1 回に限り算定する。

3 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

N001 顎口腔機能診断料

2,300 点

注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、顎変形症に係る顎口腔機能診断を行い、治療計画書を顎離断等の手術を担当する保険医療機関と連携して作成し、患者に対し文書により提供した場合に算定する。

2 顎口腔機能診断料は、歯科矯正を開始するとき、動的処置を開始するとき、マルチブラケット法を開始するとき、顎離断等の手術を開始するとき及び保定を開始するときに、それぞれ 1 回に限り算定する。

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 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に規定する治療計画書に基づき、計画的な歯科矯正管理を継続して行った場合であって、当該保険医療機関において動的治療が開始された患者に対し、療養上必要な指導を行うとともに模型又は写真による歯の移動等の管理を行った上で、具体的な指導管理の内容について文書により提供したときに、区分番号A000に掲げる初診料を算定した日の属する月の翌月以降月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、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 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

N003 歯科矯正セファログラム（一連につき） 300点

注 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

N004 模型調製（1組につき）

1 平行模型 500点

2 予測模型 300点

注1 1については、歯科矯正を開始するとき、動的処置を開始するとき、マルチブラケット法を開始するとき、顎離断等の手術を開始するとき及び保定を開始するときに、それぞれ1回に限り算定する。

2 1について、顎態模型を調製した場合は、200点を所定点数に加算する。

3 2については、予測歯1歯につき60点を所定点数に加算する。

4 1及び2について、デジタル印象採得装置を用いて行った場合は、3次元デジタル加算として、150点を所定点数に加算する。

5 印象採得料、咬合採得料及び保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

N005 動的処置（1口腔1回につき）

1 動的処置の開始の日又はマルチブラケット法の開始の日から起算して2年以内に行った場合

イ 同一月内の第1回目 250点

ロ 同一月内の第2回目以降 100点

2 動的処置の開始の日又はマルチブラケット法の開始の日から起算して2年を超え

	た後に行った場合	
	イ 同一月内の第1回目	200点
	ロ 同一月内の第2回目以降	100点
	注 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。	
N006	印象採得（1装置につき）	
	1 マルチブラケット装置	40点
	2 その他の装置	
	イ 印象採得が簡単なもの	143点
	ロ 印象採得が困難なもの	265点
	ハ 印象採得が著しく困難なもの	400点
	注 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。	
N007	咬合採得（1装置につき）	
	1 簡単なもの	70点
	2 困難なもの	140点
	3 構成咬合	400点
	注 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。	
N008	装着	
	1 装置（1装置につき）	
	イ 可撤式装置	300点
	ロ 固定式装置	400点
	2 帯環（1個につき）	80点
	3 ダイレクトボンドブラケット（1個につき）	100点
	注1 1のイについて、矯正装置に必要なフォースシステムを行い、力系に関するチャートを作成し、患者に対してその内容について説明した場合は、400点を所定点数に加算する。	
	2 1のロについては、固定式装置の帯環及びダイレクトボンドブラケットの装着料を除く。	
	3 1のロについて、矯正装置に必要なフォースシステムを行い、力系に関するチャートを作成し、患者に対してその内容について説明した場合は、400点を所定点数に加算する。	
	4 3について、エナメルエッチング及びブラケットボンドに係る費用は、所定点数に含まれる。	
N008-2	植立（1本につき）	500点
N009	撤去	
	1 帯環（1個につき）	30点
	2 ダイレクトボンドブラケット（1個につき）	60点
	3 歯科矯正用アンカースクリュー（1本につき）	100点
	注 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。	
N010	セパレイティング（1箇所につき）	40点
	注 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。	
N010-2	ディスクング（1歯につき）	40点
N011	結紮（1顎1回につき）	50点
	注 結紮線の除去の費用及び保険医療材料料は、所定点数に含まれる。	
	（矯正装置）	
N012	床装置（1装置につき）	
	1 簡単なもの	1,500点
	2 複雑なもの	2,000点
N012-2	スライディングプレート（1装置につき）	1,500点
	注 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。	
N013	リトラクター（1装置につき）	2,000点
	注 スライディングプレートを製作した場合は、1,500点（保険医療材料料を含む）。	

	を所定点数に加算する。ただし、この場合において、区分番号N012-2に掲げるスライディングプレートは別に算定できない。	
N014	プロトラクター（1装置につき）	2,000点
N014-2	牽引装置（1歯につき）	500点
	注1 区分番号J044-2に掲げる埋伏歯開窓術を行った歯に対し牽引装置を装着した場合に算定する。	
	2 区分番号N022に掲げるダイレクトボンドブラケットは所定点数に含まれ別に算定できない。	
	3 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。	
N015	拡大装置（1装置につき）	2,500点
	注 スケルトンタイプの場合は、500点を所定点数に加算する。	
N016	アクチバートル（FKO）（1装置につき）	3,000点
N017	リングルアーチ（1装置につき）	
	1 簡単なもの	1,500点
	2 複雑なもの	2,500点
N018	マルチブラケット装置（1装置につき）	
	1 ステップⅠ	
	イ 3装置目までの場合	600点
	ロ 4装置目以降の場合	250点
	2 ステップⅡ	
	イ 2装置目までの場合	800点
	ロ 3装置目以降の場合	250点
	3 ステップⅢ	
	イ 2装置目までの場合	1,000点
	ロ 3装置目以降の場合	300点
	4 ステップⅣ	
	イ 2装置目までの場合	1,200点
	ロ 3装置目以降の場合	300点
	注 装着料は、ステップⅠ、ステップⅡ、ステップⅢ及びステップⅣのそれぞれ最初の1装置に限り算定する。	
N019	保定装置（1装置につき）	
	1 プレートタイプリテーナー	1,500点
	2 メタルリテーナー	6,000点
	3 スプリングリテーナー	1,500点
	4 リングルアーチ	1,500点
	5 リングルバー	2,500点
	6 ツースポジショナー	3,000点
	7 フィクスドリテーナー	1,000点
	注1 1について、人工歯を使用して製作した場合の費用は、所定点数に含まれる。	
	2 2について、鈎等の費用及び人工歯を使用して製作した場合の費用は、所定点数に含まれる。	
N020	鈎（1個につき）	
	1 簡単なもの	90点
	2 複雑なもの	160点
	注 メタルリテーナーに使用した場合を除く。	
N021	帯環（1個につき）	200点
	注 帯環製作のろう着の費用は、所定点数に含まれる。	
N022	ダイレクトボンドブラケット（1個につき）	200点
N023	フック（1個につき）	70点
	注 ろう着の費用及び保険医療材料料は、所定点数に含まれる。	
N024	弾線（1本につき）	160点

N025	トルキングアーチ（1本につき）	350点
N026	附加装置（1箇所につき）	
	1 パワーチェーン	20点
	2 コイルスプリング	20点
	3 ピグテイル	20点
	4 アップライトスプリング	40点
	5 エラスティクス	20点
	6 超弾性コイルスプリング	60点
	注 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。	
N027	矯正用ろう着（1箇所につき）	60点
	注 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。	
N028	床装置修理（1装置につき）	234点
	注 保険医療材料料（人工歯料を除く。）は、所定点数に含まれる。	
	第2節 特定保険医療材料料	

区分

N100	特定保険医療材料	材料価格を10円で除して得た点数
	注 特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。	
	第14部 病理診断	

通則

- 1 病理診断の費用は、各区分の所定点数により算定する。
- 2 第14部に掲げる病理診断・判断料以外の病理診断の費用の算定は、医科点数表の例による。

区分

O000	口腔 <sup>くわう</sup> 病理診断料（歯科診療に係るものに限る。）	
	1 組織診断料	520点
	2 細胞診断料	200点
	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又は病理診断を専ら担当する常勤の歯科医師若しくは医師が勤務する診療所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（医科点数表の区分番号N000に掲げる病理組織標本作製又は医科点数表の区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製により作製された組織標本のデジタル病理画像を含む。）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（当該保険医療機関以外の保険医療機関で医科点数表の区分番号N000に掲げる病理組織標本作製又は医科点数表の区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製により作製された組織標本のデジタル病理画像を含む。）に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。	
	2 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又は病理診断を専ら担当する常勤の歯科医師若しくは医師が勤務する診療所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に掲げる迅速細胞診、医科点数表の区分番号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回に限り算定する。	
	3 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き診断を行った場合は、医科点数表の区分番号N000からN004までに掲げる病理標本作製料は別に算定できない。	
	4 口腔 <sup>くわう</sup> 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 138点
  - (2) 細胞診断を行った場合 69点
- ロ 口腔病理診断管理加算 2
  - (1) 組織診断を行った場合 368点
  - (2) 細胞診断を行った場合 184点

5 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、悪性腫瘍に係る手術の検体から医科点数表の区分番号N000に掲げる病理組織標本作製の1又は医科点数表の区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製により作製された組織標本に基づく診断を行った場合は、悪性腫瘍病理組織標本加算として、150点を所定点数に加算する。

0001 口腔病理判断料（歯科診療に係るものに限る。） 130点

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

2 区分番号0000に掲げる口腔病理診断料を算定した場合は、算定できない。

第15部 その他

#### 通則

- 1 処遇の費用は、第1節の各区分の所定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1節（看護職員処遇改善評価料及び入院ベースアップ評価料を除く。）及び医科点数表第14部第1節（看護職員処遇改善評価料及び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等を算定する。
- 3 物価対応の費用は、第2節の各区分の所定点数により算定する。
- 4 物価対応に係る費用について、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（歯科入院物価対応料を除く。）及び医科点数表第14部第2節（入院物価対応料を除く。）の各区分の所定点数により算定する。
- 5 歯科技工所に所属する歯科技工士の賃金の改善に資する費用は、第3節の所定点数により算定する。

#### 第1節 ベースアップ評価料等

#### 区分

P000 看護職員処遇改善評価料（1日につき）

注 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。

#### 区分

P001 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(1)

- 1 初診時 21点
  - 2 再診時等 4点
  - 3 歯科訪問診療時
- イ 同一建物居住者以外の場合 66点

- ロ 同一建物居住者の場合 11点
- 注1 1については、当該保険医療機関において勤務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、当該保険医療機関において勤務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、当該保険医療機関において勤務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、当該保険医療機関において勤務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（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
- 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、継続して賃上げに係る取組を実施した保険医療機関については、1、2並びに3のイ及びロの所定点数に代えて、それぞれ31点、6点、107点及び21点を算定する。
- 6 1から3までに規定する点数について、令和9年6月以降においては、それぞれ所定点数の100分の200に相当する点数により算定する。
- 7 注5に規定する点数について、令和9年6月以降においては、1、2並びに3のイ及びロの所定点数に代えて、それぞれ52点、10点、173点及び32点を算定する。

P002 歯科外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ

- 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
9	歯科外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ 9	
	イ 初診又は歯科訪問診療を行った場合	72点
	ロ 再診時等	9点
10	歯科外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ 10	
	イ 初診又は歯科訪問診療を行った場合	80点
	ロ 再診時等	10点
11	歯科外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ 11	
	イ 初診又は歯科訪問診療を行った場合	88点
	ロ 再診時等	11点
12	歯科外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ 12	
	イ 初診又は歯科訪問診療を行った場合	96点
	ロ 再診時等	12点
13	歯科外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ 13	
	イ 初診又は歯科訪問診療を行った場合	104点
	ロ 再診時等	13点
14	歯科外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ 14	
	イ 初診又は歯科訪問診療を行った場合	112点
	ロ 再診時等	14点
15	歯科外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ 15	
	イ 初診又は歯科訪問診療を行った場合	120点
	ロ 再診時等	15点
16	歯科外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ 16	
	イ 初診又は歯科訪問診療を行った場合	128点
	ロ 再診時等	16点
17	歯科外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ 17	
	イ 初診又は歯科訪問診療を行った場合	136点
	ロ 再診時等	17点
18	歯科外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ 18	
	イ 初診又は歯科訪問診療を行った場合	144点
	ロ 再診時等	18点
19	歯科外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ 19	
	イ 初診又は歯科訪問診療を行った場合	152点
	ロ 再診時等	19点
20	歯科外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ 20	
	イ 初診又は歯科訪問診療を行った場合	160点

ロ	再診時等	20点
21	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)21	
イ	初診又は歯科訪問診療を行った場合	168点
ロ	再診時等	21点
22	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)22	
イ	初診又は歯科訪問診療を行った場合	176点
ロ	再診時等	22点
23	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)23	
イ	初診又は歯科訪問診療を行った場合	184点
ロ	再診時等	23点
24	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)24	
イ	初診又は歯科訪問診療を行った場合	192点
ロ	再診時等	24点
注1	当該保険医療機関において勤務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。	
2	各区分のイについては、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	各区分のロについては、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。	
4	13から24までに規定する点数については、令和9年6月以降に算定する。	
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、継続して賃上げに係る取組を実施した保険医療機関については、所定点数に代えて、次に掲げる点数を算定する。	
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	16点
ロ	再診時等	2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	24点
ロ	再診時等	3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	40点
ロ	再診時等	5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	56点
ロ	再診時等	7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	64点
ロ	再診時等	8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	80点
ロ	再診時等	10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	96点
ロ	再診時等	12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	104点
ロ	再診時等	13点
9	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)9	

イ	初診又は歯科訪問診療を行った場合	120点
ロ	再診時等	15点
10	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)10	
イ	初診又は歯科訪問診療を行った場合	136点
ロ	再診時等	17点
11	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)11	
イ	初診又は歯科訪問診療を行った場合	144点
ロ	再診時等	18点
12	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)12	
イ	初診又は歯科訪問診療を行った場合	160点
ロ	再診時等	20点
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、継続して賃上げに係る取組を実施した保険医療機関については、令和9年6月以降は、注5に掲げる所定点数に代えて、次に掲げる点数を算定する。	
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	16点
ロ	再診時等	2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	24点
ロ	再診時等	3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	32点
ロ	再診時等	4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	48点
ロ	再診時等	6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	56点
ロ	再診時等	7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	64点
ロ	再診時等	8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	80点
ロ	再診時等	10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	88点
ロ	再診時等	11点
9	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)9	
イ	初診又は歯科訪問診療を行った場合	96点
ロ	再診時等	12点
10	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)10	
イ	初診又は歯科訪問診療を行った場合	112点
ロ	再診時等	14点
11	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)11	
イ	初診又は歯科訪問診療を行った場合	120点
ロ	再診時等	15点
12	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)12	
イ	初診又は歯科訪問診療を行った場合	128点
ロ	再診時等	16点

13	歯科外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ13	
	イ 初診又は歯科訪問診療を行った場合	144点
	ロ 再診時等	18点
14	歯科外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ14	
	イ 初診又は歯科訪問診療を行った場合	152点
	ロ 再診時等	19点
15	歯科外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ15	
	イ 初診又は歯科訪問診療を行った場合	160点
	ロ 再診時等	20点
16	歯科外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ16	
	イ 初診又は歯科訪問診療を行った場合	176点
	ロ 再診時等	22点
17	歯科外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ17	
	イ 初診又は歯科訪問診療を行った場合	184点
	ロ 再診時等	23点
18	歯科外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ18	
	イ 初診又は歯科訪問診療を行った場合	192点
	ロ 再診時等	24点
19	歯科外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ19	
	イ 初診又は歯科訪問診療を行った場合	208点
	ロ 再診時等	26点
20	歯科外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ20	
	イ 初診又は歯科訪問診療を行った場合	216点
	ロ 再診時等	27点
21	歯科外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ21	
	イ 初診又は歯科訪問診療を行った場合	224点
	ロ 再診時等	28点
22	歯科外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ22	
	イ 初診又は歯科訪問診療を行った場合	240点
	ロ 再診時等	30点
23	歯科外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ23	
	イ 初診又は歯科訪問診療を行った場合	248点
	ロ 再診時等	31点
24	歯科外来・在宅ベースアップ評価料Ⅱ24	
	イ 初診又は歯科訪問診療を行った場合	256点
	ロ 再診時等	32点

P003 入院ベースアップ評価料（1日につき）

1	入院ベースアップ評価料1	1点
2	入院ベースアップ評価料2	2点
3	入院ベースアップ評価料3	3点
4	入院ベースアップ評価料4	4点
5	入院ベースアップ評価料5	5点
6	入院ベースアップ評価料6	6点
7	入院ベースアップ評価料7	7点
8	入院ベースアップ評価料8	8点
9	入院ベースアップ評価料9	9点
10	入院ベースアップ評価料10	10点
11	入院ベースアップ評価料11	11点
12	入院ベースアップ評価料12	12点
13	入院ベースアップ評価料13	13点

14	入院ベースアップ評価料14	14点
15	入院ベースアップ評価料15	15点
16	入院ベースアップ評価料16	16点
17	入院ベースアップ評価料17	17点
18	入院ベースアップ評価料18	18点
19	入院ベースアップ評価料19	19点
20	入院ベースアップ評価料20	20点
21	入院ベースアップ評価料21	21点
22	入院ベースアップ評価料22	22点
23	入院ベースアップ評価料23	23点
24	入院ベースアップ評価料24	24点
25	入院ベースアップ評価料25	25点
26	入院ベースアップ評価料26	26点
27	入院ベースアップ評価料27	27点
28	入院ベースアップ評価料28	28点
29	入院ベースアップ評価料29	29点
30	入院ベースアップ評価料30	30点
31	入院ベースアップ評価料31	31点
32	入院ベースアップ評価料32	32点
33	入院ベースアップ評価料33	33点
34	入院ベースアップ評価料34	34点
35	入院ベースアップ評価料35	35点
36	入院ベースアップ評価料36	36点
37	入院ベースアップ評価料37	37点
38	入院ベースアップ評価料38	38点
39	入院ベースアップ評価料39	39点
40	入院ベースアップ評価料40	40点
41	入院ベースアップ評価料41	41点
42	入院ベースアップ評価料42	42点
43	入院ベースアップ評価料43	43点
44	入院ベースアップ評価料44	44点
45	入院ベースアップ評価料45	45点
46	入院ベースアップ評価料46	46点
47	入院ベースアップ評価料47	47点
48	入院ベースアップ評価料48	48点
49	入院ベースアップ評価料49	49点
50	入院ベースアップ評価料50	50点
51	入院ベースアップ評価料51	51点
52	入院ベースアップ評価料52	52点
53	入院ベースアップ評価料53	53点
54	入院ベースアップ評価料54	54点
55	入院ベースアップ評価料55	55点
56	入院ベースアップ評価料56	56点
57	入院ベースアップ評価料57	57点
58	入院ベースアップ評価料58	58点
59	入院ベースアップ評価料59	59点
60	入院ベースアップ評価料60	60点

61	入院ベースアップ評価料61	61点
62	入院ベースアップ評価料62	62点
63	入院ベースアップ評価料63	63点
64	入院ベースアップ評価料64	64点
65	入院ベースアップ評価料65	65点
66	入院ベースアップ評価料66	66点
67	入院ベースアップ評価料67	67点
68	入院ベースアップ評価料68	68点
69	入院ベースアップ評価料69	69点
70	入院ベースアップ評価料70	70点
71	入院ベースアップ評価料71	71点
72	入院ベースアップ評価料72	72点
73	入院ベースアップ評価料73	73点
74	入院ベースアップ評価料74	74点
75	入院ベースアップ評価料75	75点
76	入院ベースアップ評価料76	76点
77	入院ベースアップ評価料77	77点
78	入院ベースアップ評価料78	78点
79	入院ベースアップ評価料79	79点
80	入院ベースアップ評価料80	80点
81	入院ベースアップ評価料81	81点
82	入院ベースアップ評価料82	82点
83	入院ベースアップ評価料83	83点
84	入院ベースアップ評価料84	84点
85	入院ベースアップ評価料85	85点
86	入院ベースアップ評価料86	86点
87	入院ベースアップ評価料87	87点
88	入院ベースアップ評価料88	88点
89	入院ベースアップ評価料89	89点
90	入院ベースアップ評価料90	90点
91	入院ベースアップ評価料91	91点
92	入院ベースアップ評価料92	92点
93	入院ベースアップ評価料93	93点
94	入院ベースアップ評価料94	94点
95	入院ベースアップ評価料95	95点
96	入院ベースアップ評価料96	96点
97	入院ベースアップ評価料97	97点
98	入院ベースアップ評価料98	98点
99	入院ベースアップ評価料99	99点
100	入院ベースアップ評価料100	100点
101	入院ベースアップ評価料101	101点
102	入院ベースアップ評価料102	102点
103	入院ベースアップ評価料103	103点
104	入院ベースアップ評価料104	104点
105	入院ベースアップ評価料105	105点
106	入院ベースアップ評価料106	106点
107	入院ベースアップ評価料107	107点

108	入院ベースアップ評価料108	108点
109	入院ベースアップ評価料109	109点
110	入院ベースアップ評価料110	110点
111	入院ベースアップ評価料111	111点
112	入院ベースアップ評価料112	112点
113	入院ベースアップ評価料113	113点
114	入院ベースアップ評価料114	114点
115	入院ベースアップ評価料115	115点
116	入院ベースアップ評価料116	116点
117	入院ベースアップ評価料117	117点
118	入院ベースアップ評価料118	118点
119	入院ベースアップ評価料119	119点
120	入院ベースアップ評価料120	120点
121	入院ベースアップ評価料121	121点
122	入院ベースアップ評価料122	122点
123	入院ベースアップ評価料123	123点
124	入院ベースアップ評価料124	124点
125	入院ベースアップ評価料125	125点
126	入院ベースアップ評価料126	126点
127	入院ベースアップ評価料127	127点
128	入院ベースアップ評価料128	128点
129	入院ベースアップ評価料129	129点
130	入院ベースアップ評価料130	130点
131	入院ベースアップ評価料131	131点
132	入院ベースアップ評価料132	132点
133	入院ベースアップ評価料133	133点
134	入院ベースアップ評価料134	134点
135	入院ベースアップ評価料135	135点
136	入院ベースアップ評価料136	136点
137	入院ベースアップ評価料137	137点
138	入院ベースアップ評価料138	138点
139	入院ベースアップ評価料139	139点
140	入院ベースアップ評価料140	140点
141	入院ベースアップ評価料141	141点
142	入院ベースアップ評価料142	142点
143	入院ベースアップ評価料143	143点
144	入院ベースアップ評価料144	144点
145	入院ベースアップ評価料145	145点
146	入院ベースアップ評価料146	146点
147	入院ベースアップ評価料147	147点
148	入院ベースアップ評価料148	148点
149	入院ベースアップ評価料149	149点
150	入院ベースアップ評価料150	150点
151	入院ベースアップ評価料151	151点
152	入院ベースアップ評価料152	152点
153	入院ベースアップ評価料153	153点
154	入院ベースアップ評価料154	154点

155	入院ベースアップ評価料155	155点
156	入院ベースアップ評価料156	156点
157	入院ベースアップ評価料157	157点
158	入院ベースアップ評価料158	158点
159	入院ベースアップ評価料159	159点
160	入院ベースアップ評価料160	160点
161	入院ベースアップ評価料161	161点
162	入院ベースアップ評価料162	162点
163	入院ベースアップ評価料163	163点
164	入院ベースアップ評価料164	164点
165	入院ベースアップ評価料165	165点
166	入院ベースアップ評価料166	166点
167	入院ベースアップ評価料167	167点
168	入院ベースアップ評価料168	168点
169	入院ベースアップ評価料169	169点
170	入院ベースアップ評価料170	170点
171	入院ベースアップ評価料171	171点
172	入院ベースアップ評価料172	172点
173	入院ベースアップ評価料173	173点
174	入院ベースアップ評価料174	174点
175	入院ベースアップ評価料175	175点
176	入院ベースアップ評価料176	176点
177	入院ベースアップ評価料177	177点
178	入院ベースアップ評価料178	178点
179	入院ベースアップ評価料179	179点
180	入院ベースアップ評価料180	180点
181	入院ベースアップ評価料181	181点
182	入院ベースアップ評価料182	182点
183	入院ベースアップ評価料183	183点
184	入院ベースアップ評価料184	184点
185	入院ベースアップ評価料185	185点
186	入院ベースアップ評価料186	186点
187	入院ベースアップ評価料187	187点
188	入院ベースアップ評価料188	188点
189	入院ベースアップ評価料189	189点
190	入院ベースアップ評価料190	190点
191	入院ベースアップ評価料191	191点
192	入院ベースアップ評価料192	192点
193	入院ベースアップ評価料193	193点
194	入院ベースアップ評価料194	194点
195	入院ベースアップ評価料195	195点
196	入院ベースアップ評価料196	196点
197	入院ベースアップ評価料197	197点
198	入院ベースアップ評価料198	198点
199	入院ベースアップ評価料199	199点
200	入院ベースアップ評価料200	200点
201	入院ベースアップ評価料201	201点
202	入院ベースアップ評価料202	202点
203	入院ベースアップ評価料203	203点
204	入院ベースアップ評価料204	204点

205	入院ベースアップ評価料205	205点
206	入院ベースアップ評価料206	206点
207	入院ベースアップ評価料207	207点
208	入院ベースアップ評価料208	208点
209	入院ベースアップ評価料209	209点
210	入院ベースアップ評価料210	210点
211	入院ベースアップ評価料211	211点
212	入院ベースアップ評価料212	212点
213	入院ベースアップ評価料213	213点
214	入院ベースアップ評価料214	214点
215	入院ベースアップ評価料215	215点
216	入院ベースアップ評価料216	216点
217	入院ベースアップ評価料217	217点
218	入院ベースアップ評価料218	218点
219	入院ベースアップ評価料219	219点
220	入院ベースアップ評価料220	220点
221	入院ベースアップ評価料221	221点
222	入院ベースアップ評価料222	222点
223	入院ベースアップ評価料223	223点
224	入院ベースアップ評価料224	224点
225	入院ベースアップ評価料225	225点
226	入院ベースアップ評価料226	226点
227	入院ベースアップ評価料227	227点
228	入院ベースアップ評価料228	228点
229	入院ベースアップ評価料229	229点
230	入院ベースアップ評価料230	230点
231	入院ベースアップ評価料231	231点
232	入院ベースアップ評価料232	232点
233	入院ベースアップ評価料233	233点
234	入院ベースアップ評価料234	234点
235	入院ベースアップ評価料235	235点
236	入院ベースアップ評価料236	236点
237	入院ベースアップ評価料237	237点
238	入院ベースアップ評価料238	238点
239	入院ベースアップ評価料239	239点
240	入院ベースアップ評価料240	240点
241	入院ベースアップ評価料241	241点
242	入院ベースアップ評価料242	242点
243	入院ベースアップ評価料243	243点
244	入院ベースアップ評価料244	244点
245	入院ベースアップ評価料245	245点
246	入院ベースアップ評価料246	246点
247	入院ベースアップ評価料247	247点
248	入院ベースアップ評価料248	248点
249	入院ベースアップ評価料249	249点
250	入院ベースアップ評価料250	250点
251	入院ベースアップ評価料251	251点
252	入院ベースアップ評価料252	252点
253	入院ベースアップ評価料253	253点
254	入院ベースアップ評価料254	254点
255	入院ベースアップ評価料255	255点

256	入院ベースアップ評価料256	256点
257	入院ベースアップ評価料257	257点
258	入院ベースアップ評価料258	258点
259	入院ベースアップ評価料259	259点
260	入院ベースアップ評価料260	260点
261	入院ベースアップ評価料261	261点
262	入院ベースアップ評価料262	262点
263	入院ベースアップ評価料263	263点
264	入院ベースアップ評価料264	264点
265	入院ベースアップ評価料265	265点
266	入院ベースアップ評価料266	266点
267	入院ベースアップ評価料267	267点
268	入院ベースアップ評価料268	268点
269	入院ベースアップ評価料269	269点
270	入院ベースアップ評価料270	270点
271	入院ベースアップ評価料271	271点
272	入院ベースアップ評価料272	272点
273	入院ベースアップ評価料273	273点
274	入院ベースアップ評価料274	274点
275	入院ベースアップ評価料275	275点
276	入院ベースアップ評価料276	276点
277	入院ベースアップ評価料277	277点
278	入院ベースアップ評価料278	278点
279	入院ベースアップ評価料279	279点
280	入院ベースアップ評価料280	280点
281	入院ベースアップ評価料281	281点
282	入院ベースアップ評価料282	282点
283	入院ベースアップ評価料283	283点
284	入院ベースアップ評価料284	284点
285	入院ベースアップ評価料285	285点
286	入院ベースアップ評価料286	286点
287	入院ベースアップ評価料287	287点
288	入院ベースアップ評価料288	288点
289	入院ベースアップ評価料289	289点
290	入院ベースアップ評価料290	290点
291	入院ベースアップ評価料291	291点
292	入院ベースアップ評価料292	292点
293	入院ベースアップ評価料293	293点
294	入院ベースアップ評価料294	294点
295	入院ベースアップ評価料295	295点
296	入院ベースアップ評価料296	296点
297	入院ベースアップ評価料297	297点
298	入院ベースアップ評価料298	298点
299	入院ベースアップ評価料299	299点
300	入院ベースアップ評価料300	300点
301	入院ベースアップ評価料301	301点
302	入院ベースアップ評価料302	302点
303	入院ベースアップ評価料303	303点
304	入院ベースアップ評価料304	304点
305	入院ベースアップ評価料305	305点
306	入院ベースアップ評価料306	306点

307	入院ベースアップ評価料307	307点
308	入院ベースアップ評価料308	308点
309	入院ベースアップ評価料309	309点
310	入院ベースアップ評価料310	310点
311	入院ベースアップ評価料311	311点
312	入院ベースアップ評価料312	312点
313	入院ベースアップ評価料313	313点
314	入院ベースアップ評価料314	314点
315	入院ベースアップ評価料315	315点
316	入院ベースアップ評価料316	316点
317	入院ベースアップ評価料317	317点
318	入院ベースアップ評価料318	318点
319	入院ベースアップ評価料319	319点
320	入院ベースアップ評価料320	320点
321	入院ベースアップ評価料321	321点
322	入院ベースアップ評価料322	322点
323	入院ベースアップ評価料323	323点
324	入院ベースアップ評価料324	324点
325	入院ベースアップ評価料325	325点
326	入院ベースアップ評価料326	326点
327	入院ベースアップ評価料327	327点
328	入院ベースアップ評価料328	328点
329	入院ベースアップ評価料329	329点
330	入院ベースアップ評価料330	330点
331	入院ベースアップ評価料331	331点
332	入院ベースアップ評価料332	332点
333	入院ベースアップ評価料333	333点
334	入院ベースアップ評価料334	334点
335	入院ベースアップ評価料335	335点
336	入院ベースアップ評価料336	336点
337	入院ベースアップ評価料337	337点
338	入院ベースアップ評価料338	338点
339	入院ベースアップ評価料339	339点
340	入院ベースアップ評価料340	340点
341	入院ベースアップ評価料341	341点
342	入院ベースアップ評価料342	342点
343	入院ベースアップ評価料343	343点
344	入院ベースアップ評価料344	344点
345	入院ベースアップ評価料345	345点
346	入院ベースアップ評価料346	346点
347	入院ベースアップ評価料347	347点
348	入院ベースアップ評価料348	348点
349	入院ベースアップ評価料349	349点
350	入院ベースアップ評価料350	350点
351	入院ベースアップ評価料351	351点
352	入院ベースアップ評価料352	352点
353	入院ベースアップ評価料353	353点
354	入院ベースアップ評価料354	354点
355	入院ベースアップ評価料355	355点
356	入院ベースアップ評価料356	356点
357	入院ベースアップ評価料357	357点

358	入院ベースアップ評価料358	358点
359	入院ベースアップ評価料359	359点
360	入院ベースアップ評価料360	360点
361	入院ベースアップ評価料361	361点
362	入院ベースアップ評価料362	362点
363	入院ベースアップ評価料363	363点
364	入院ベースアップ評価料364	364点
365	入院ベースアップ評価料365	365点
366	入院ベースアップ評価料366	366点
367	入院ベースアップ評価料367	367点
368	入院ベースアップ評価料368	368点
369	入院ベースアップ評価料369	369点
370	入院ベースアップ評価料370	370点
371	入院ベースアップ評価料371	371点
372	入院ベースアップ評価料372	372点
373	入院ベースアップ評価料373	373点
374	入院ベースアップ評価料374	374点
375	入院ベースアップ評価料375	375点
376	入院ベースアップ評価料376	376点
377	入院ベースアップ評価料377	377点
378	入院ベースアップ評価料378	378点
379	入院ベースアップ評価料379	379点
380	入院ベースアップ評価料380	380点
381	入院ベースアップ評価料381	381点
382	入院ベースアップ評価料382	382点
383	入院ベースアップ評価料383	383点
384	入院ベースアップ評価料384	384点
385	入院ベースアップ評価料385	385点
386	入院ベースアップ評価料386	386点
387	入院ベースアップ評価料387	387点
388	入院ベースアップ評価料388	388点
389	入院ベースアップ評価料389	389点
390	入院ベースアップ評価料390	390点
391	入院ベースアップ評価料391	391点
392	入院ベースアップ評価料392	392点
393	入院ベースアップ評価料393	393点
394	入院ベースアップ評価料394	394点
395	入院ベースアップ評価料395	395点
396	入院ベースアップ評価料396	396点
397	入院ベースアップ評価料397	397点
398	入院ベースアップ評価料398	398点
399	入院ベースアップ評価料399	399点
400	入院ベースアップ評価料400	400点
401	入院ベースアップ評価料401	401点
402	入院ベースアップ評価料402	402点
403	入院ベースアップ評価料403	403点
404	入院ベースアップ評価料404	404点
405	入院ベースアップ評価料405	405点
406	入院ベースアップ評価料406	406点
407	入院ベースアップ評価料407	407点
408	入院ベースアップ評価料408	408点

409	入院ベースアップ評価料409	409点
410	入院ベースアップ評価料410	410点
411	入院ベースアップ評価料411	411点
412	入院ベースアップ評価料412	412点
413	入院ベースアップ評価料413	413点
414	入院ベースアップ評価料414	414点
415	入院ベースアップ評価料415	415点
416	入院ベースアップ評価料416	416点
417	入院ベースアップ評価料417	417点
418	入院ベースアップ評価料418	418点
419	入院ベースアップ評価料419	419点
420	入院ベースアップ評価料420	420点
421	入院ベースアップ評価料421	421点
422	入院ベースアップ評価料422	422点
423	入院ベースアップ評価料423	423点
424	入院ベースアップ評価料424	424点
425	入院ベースアップ評価料425	425点
426	入院ベースアップ評価料426	426点
427	入院ベースアップ評価料427	427点
428	入院ベースアップ評価料428	428点
429	入院ベースアップ評価料429	429点
430	入院ベースアップ評価料430	430点
431	入院ベースアップ評価料431	431点
432	入院ベースアップ評価料432	432点
433	入院ベースアップ評価料433	433点
434	入院ベースアップ評価料434	434点
435	入院ベースアップ評価料435	435点
436	入院ベースアップ評価料436	436点
437	入院ベースアップ評価料437	437点
438	入院ベースアップ評価料438	438点
439	入院ベースアップ評価料439	439点
440	入院ベースアップ評価料440	440点
441	入院ベースアップ評価料441	441点
442	入院ベースアップ評価料442	442点
443	入院ベースアップ評価料443	443点
444	入院ベースアップ評価料444	444点
445	入院ベースアップ評価料445	445点
446	入院ベースアップ評価料446	446点
447	入院ベースアップ評価料447	447点
448	入院ベースアップ評価料448	448点
449	入院ベースアップ評価料449	449点
450	入院ベースアップ評価料450	450点
451	入院ベースアップ評価料451	451点
452	入院ベースアップ評価料452	452点
453	入院ベースアップ評価料453	453点
454	入院ベースアップ評価料454	454点
455	入院ベースアップ評価料455	455点
456	入院ベースアップ評価料456	456点
457	入院ベースアップ評価料457	457点
458	入院ベースアップ評価料458	458点
459	入院ベースアップ評価料459	459点

460	入院ベースアップ評価料460	460点
461	入院ベースアップ評価料461	461点
462	入院ベースアップ評価料462	462点
463	入院ベースアップ評価料463	463点
464	入院ベースアップ評価料464	464点
465	入院ベースアップ評価料465	465点
466	入院ベースアップ評価料466	466点
467	入院ベースアップ評価料467	467点
468	入院ベースアップ評価料468	468点
469	入院ベースアップ評価料469	469点
470	入院ベースアップ評価料470	470点
471	入院ベースアップ評価料471	471点
472	入院ベースアップ評価料472	472点
473	入院ベースアップ評価料473	473点
474	入院ベースアップ評価料474	474点
475	入院ベースアップ評価料475	475点
476	入院ベースアップ評価料476	476点
477	入院ベースアップ評価料477	477点
478	入院ベースアップ評価料478	478点
479	入院ベースアップ評価料479	479点
480	入院ベースアップ評価料480	480点
481	入院ベースアップ評価料481	481点
482	入院ベースアップ評価料482	482点
483	入院ベースアップ評価料483	483点
484	入院ベースアップ評価料484	484点
485	入院ベースアップ評価料485	485点
486	入院ベースアップ評価料486	486点
487	入院ベースアップ評価料487	487点
488	入院ベースアップ評価料488	488点
489	入院ベースアップ評価料489	489点
490	入院ベースアップ評価料490	490点
491	入院ベースアップ評価料491	491点
492	入院ベースアップ評価料492	492点
493	入院ベースアップ評価料493	493点
494	入院ベースアップ評価料494	494点
495	入院ベースアップ評価料495	495点
496	入院ベースアップ評価料496	496点
497	入院ベースアップ評価料497	497点
498	入院ベースアップ評価料498	498点
499	入院ベースアップ評価料499	499点
500	入院ベースアップ評価料500	500点

注1 当該保険医療機関において勤務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って、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。

2 251から500までに規定する点数については、令和9年6月以降において算定する。

## 第2節 物価対応料

区分

P100 歯科物価対応料

1 歯科外来物価対応料

イ 初診時	3点
ロ 再診時等	1点

2 歯科入院物価対応料（1日につき）

イ 急性期病院A一般入院料を算定する場合	66点
ロ 急性期病院B一般入院料を算定する場合（ハの場合を除く。）	58点
ハ 急性期病院B一般入院料及び看護・多職種協働加算を算定する場合	58点
ニ 急性期一般入院料1を算定する場合	58点
ホ 急性期一般入院料2を算定する場合	45点
へ 急性期一般入院料3を算定する場合	45点
ト 急性期一般入院料4を算定する場合（チの場合を除く。）	45点
チ 急性期一般入院料4及び看護・多職種協働加算を算定する場合	58点
リ 急性期一般入院料5を算定する場合	36点
ヌ 急性期一般入院料6を算定する場合	34点
ル 地域一般入院料1を算定する場合	32点
ヲ 地域一般入院料2を算定する場合	32点
ワ 地域一般入院料3を算定する場合	23点
カ 特別入院基本料（一般病棟）を算定する場合	17点
ヨ 療養病棟入院料1の入院料1を算定する場合	18点
タ 療養病棟入院料1の入院料2を算定する場合	18点
レ 療養病棟入院料1の入院料3を算定する場合	15点
ソ 療養病棟入院料1の入院料4を算定する場合	16点
ツ 療養病棟入院料1の入院料5を算定する場合	15点
ネ 療養病棟入院料1の入院料6を算定する場合	12点
ナ 療養病棟入院料1の入院料7を算定する場合	15点
ラ 療養病棟入院料1の入院料8を算定する場合	15点
ム 療養病棟入院料1の入院料9を算定する場合	12点
ウ 療養病棟入院料1の入院料10を算定する場合	17点
キ 療養病棟入院料1の入院料11を算定する場合	16点
ク 療養病棟入院料1の入院料12を算定する場合	14点
コ 療養病棟入院料1の入院料13を算定する場合	13点
ケ 療養病棟入院料1の入院料14を算定する場合	13点
カ 療養病棟入院料1の入院料15を算定する場合	12点
マ 療養病棟入院料1の入院料16を算定する場合	13点
ケ 療養病棟入院料1の入院料17を算定する場合	12点
フ 療養病棟入院料1の入院料18を算定する場合	11点
コ 療養病棟入院料1の入院料19を算定する場合	17点
エ 療養病棟入院料1の入院料20を算定する場合	16点
テ 療養病棟入院料1の入院料21を算定する場合	14点
ア 療養病棟入院料1の入院料22を算定する場合	13点
サ 療養病棟入院料1の入院料23を算定する場合	13点
キ 療養病棟入院料1の入院料24を算定する場合	12点
ユ 療養病棟入院料1の入院料25を算定する場合	9点
メ 療養病棟入院料1の入院料26を算定する場合	8点
ミ 療養病棟入院料1の入院料27を算定する場合	8点
シ 療養病棟入院料1の入院料28を算定する場合	17点
エ 療養病棟入院料1の入院料29を算定する場合	16点
ヒ 療養病棟入院料1の入院料30を算定する場合	14点
モ 療養病棟入院料2の入院料1を算定する場合	16点
セ 療養病棟入院料2の入院料2を算定する場合	16点

ス	療養病棟入院料 2 の入院料 3 を算定する場合	13点
シ	療養病棟入院料 2 の入院料 4 を算定する場合	14点
スイ	療養病棟入院料 2 の入院料 5 を算定する場合	13点
イロ	療養病棟入院料 2 の入院料 6 を算定する場合	11点
イハ	療養病棟入院料 2 の入院料 7 を算定する場合	14点
イニ	療養病棟入院料 2 の入院料 8 を算定する場合	13点
イホ	療養病棟入院料 2 の入院料 9 を算定する場合	11点
イヘ	療養病棟入院料 2 の入院料10を算定する場合	15点
イト	療養病棟入院料 2 の入院料11を算定する場合	15点
イチ	療養病棟入院料 2 の入院料12を算定する場合	12点
イリ	療養病棟入院料 2 の入院料13を算定する場合	12点
イヌ	療養病棟入院料 2 の入院料14を算定する場合	12点
イル	療養病棟入院料 2 の入院料15を算定する場合	10点
イヲ	療養病棟入院料 2 の入院料16を算定する場合	11点
イワ	療養病棟入院料 2 の入院料17を算定する場合	11点
イカ	療養病棟入院料 2 の入院料18を算定する場合	10点
イヨ	療養病棟入院料 2 の入院料19を算定する場合	15点
イタ	療養病棟入院料 2 の入院料20を算定する場合	15点
イレ	療養病棟入院料 2 の入院料21を算定する場合	12点
イソ	療養病棟入院料 2 の入院料22を算定する場合	12点
イツ	療養病棟入院料 2 の入院料23を算定する場合	12点
イネ	療養病棟入院料 2 の入院料24を算定する場合	10点
イナ	療養病棟入院料 2 の入院料25を算定する場合	8点
イラ	療養病棟入院料 2 の入院料26を算定する場合	7点
イム	療養病棟入院料 2 の入院料27を算定する場合	6点
イウ	療養病棟入院料 2 の入院料28を算定する場合	15点
イキ	療養病棟入院料 2 の入院料29を算定する場合	15点
イノ	療養病棟入院料 2 の入院料30を算定する場合	12点
イオ	特別入院基本料（療養病棟）を算定する場合	6点
イク	結核病棟入院基本料の 7 対 1 入院基本料を算定する場合	33点
イヤ	結核病棟入院基本料の10対 1 入院基本料を算定する場合	28点
イマ	結核病棟入院基本料の13対 1 入院基本料を算定する場合	23点
イケ	結核病棟入院基本料の15対 1 入院基本料を算定する場合	20点
イフ	結核病棟入院基本料の18対 1 入院基本料を算定する場合	17点
イコ	結核病棟入院基本料の20対 1 入院基本料を算定する場合	16点
イエ	特別入院基本料（結核病棟）を算定する場合	12点
イテ	急性期病院A精神病棟入院料の10対 1 入院基本料を算定する場合	18点
イア	急性期病院A精神病棟入院料の13対 1 入院基本料を算定する場合	13点
イサ	急性期病院A精神病棟入院料の15対 1 入院基本料を算定する場合	9点
イキ	急性期病院B精神病棟入院料の10対 1 入院基本料を算定する場合	15点
イユ	急性期病院B精神病棟入院料の13対 1 入院基本料を算定する場合	13点
イメ	急性期病院B精神病棟入院料の15対 1 入院基本料を算定する場合	8点
イミ	精神病棟入院基本料の10対 1 入院基本料を算定する場合	13点
イシ	精神病棟入院基本料の13対 1 入院基本料を算定する場合	10点
イエ	精神病棟入院基本料の15対 1 入院基本料を算定する場合	8点
イヒ	精神病棟入院基本料の18対 1 入院基本料を算定する場合	6点
イモ	精神病棟入院基本料の20対 1 入院基本料を算定する場合	6点
イセ	特別入院基本料（精神病棟）を算定する場合	4点
イス	特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合）の 7 対 1 入院基本料を算定する場合	84点
イン	特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合）の10対 1 入院基本料を算定する	

場合	67点
ロイ 特定機能病院入院基本料（結核病棟の場合）の7対1入院基本料を算定する場合	50点
ロロ 特定機能病院入院基本料（結核病棟の場合）の10対1入院基本料を算定する場合	40点
ロハ 特定機能病院入院基本料（結核病棟の場合）の13対1入院基本料を算定する場合	34点
ロニ 特定機能病院入院基本料（結核病棟の場合）の15対1入院基本料を算定する場合	29点
ロホ 特定機能病院入院基本料（精神病棟の場合）の7対1入院基本料を算定する場合	39点
ロヘ 特定機能病院入院基本料（精神病棟の場合）の10対1入院基本料を算定する場合	34点
ロト 特定機能病院入院基本料（精神病棟の場合）の13対1入院基本料を算定する場合	31点
ロチ 特定機能病院入院基本料（精神病棟の場合）の15対1入院基本料を算定する場合	28点
ロリ 専門病院入院基本料の7対1入院基本料を算定する場合	63点
ロス 専門病院入院基本料の10対1入院基本料を算定する場合	38点
ロル 専門病院入院基本料の13対1入院基本料を算定する場合	32点
ロヲ 障害者施設等入院基本料の7対1入院基本料を算定する場合	22点
ロヅ 障害者施設等入院基本料の10対1入院基本料を算定する場合	19点
ロカ 障害者施設等入院基本料の13対1入院基本料を算定する場合	16点
ロコ 障害者施設等入院基本料の15対1入院基本料を算定する場合	14点
ロタ 特定入院基本料（障害者施設等）を算定する場合	13点
ロレ 障害者施設等入院基本料（注6のイの(1)）を算定する場合	21点
ロソ 障害者施設等入院基本料（注6のイの(2)）を算定する場合	19点
ロツ 障害者施設等入院基本料（注6のロの(1)）を算定する場合	18点
ロネ 障害者施設等入院基本料（注6のロの(2)）を算定する場合	17点
ロナ 障害者施設等入院基本料（注6のハの(1)）を算定する場合	17点
ロラ 障害者施設等入院基本料（注6のハの(2)）を算定する場合	15点
ロム 障害者施設等入院基本料（注13のイの(1)）を算定する場合	18点
ロウ 障害者施設等入院基本料（注13のイの(2)）を算定する場合	17点
ロキ 障害者施設等入院基本料（注13のロの(1)）を算定する場合	17点
ロノ 障害者施設等入院基本料（注13のロの(2)）を算定する場合	15点
ロオ 障害者施設等入院基本料（注13のハの(1)）を算定する場合	15点
ロク 障害者施設等入院基本料（注13のハの(2)）を算定する場合	14点
ロヤ 障害者施設等入院基本料（注14のイ）を算定する場合	21点
ロマ 障害者施設等入院基本料（注14のロ）を算定する場合	19点
ロケ 障害者施設等入院基本料（注14のハ）を算定する場合	18点
ロフ 有床診療所入院基本料1（14日以内の期間）を算定する場合	72点
ロコ 有床診療所入院基本料1（15日以上30日以内の期間）を算定する場合	56点
ロエ 有床診療所入院基本料1（31日以上）の期間）を算定する場合	48点
ロテ 有床診療所入院基本料2（14日以内の期間）を算定する場合	65点
ロア 有床診療所入院基本料2（15日以上30日以内の期間）を算定する場合	49点
ロサ 有床診療所入院基本料2（31日以上）の期間）を算定する場合	44点
ロキ 有床診療所入院基本料3（14日以内の期間）を算定する場合	48点
ロユ 有床診療所入院基本料3（15日以上30日以内の期間）を算定する場合	45点
ROME 有床診療所入院基本料3（31日以上）の期間）を算定する場合	42点
ロミ 有床診療所入院基本料4（14日以内の期間）を算定する場合	65点
ロシ 有床診療所入院基本料4（15日以上30日以内の期間）を算定する場合	51点

ロエ	有床診療所入院基本料 4 (31日以上の期間) を算定する場合	43点
ロヒ	有床診療所入院基本料 5 (14日以内の期間) を算定する場合	58点
ロモ	有床診療所入院基本料 5 (15日以上30日以内の期間) を算定する場合	44点
ロセ	有床診療所入院基本料 5 (31日以上の期間) を算定する場合	40点
ロス	有床診療所入院基本料 6 (14日以内の期間) を算定する場合	43点
ロン	有床診療所入院基本料 6 (15日以上30日以内の期間) を算定する場合	40点
ハイ	有床診療所入院基本料 6 (31日以上の期間) を算定する場合	38点
ハロ	有床診療所療養病床入院基本料 A を算定する場合	28点
ハハ	有床診療所療養病床入院基本料 B を算定する場合	25点
ハニ	有床診療所療養病床入院基本料 C を算定する場合	22点
ハホ	有床診療所療養病床入院基本料 D を算定する場合	17点
ハヘ	有床診療所療養病床入院基本料 E を算定する場合	15点
ハト	特別入院基本料 (有床診療所療養病床) を算定する場合	13点
ハチ	救命救急入院料 1 (3日以内の期間) を算定する場合	223点
ハリ	救命救急入院料 1 (4日以上7日以内の期間) を算定する場合	202点
ハヌ	救命救急入院料 1 (8日以上) の期間) を算定する場合	177点
ハル	救命救急入院料 2 (3日以内の期間) を算定する場合	167点
ハヲ	救命救急入院料 2 (4日以上7日以内の期間) を算定する場合	151点
ハワ	救命救急入院料 2 (8日以上) の期間) を算定する場合	129点
ハカ	特定集中治療室管理料 1 (7日以内の期間) を算定する場合	262点
ハヨ	特定集中治療室管理料 1 (8日以上) の期間) を算定する場合	233点
ハタ	特定集中治療室管理料 2 (7日以内の期間) を算定する場合	206点
ハレ	特定集中治療室管理料 2 (8日以上) の期間) を算定する場合	173点
ハソ	特定集中治療室管理料 3 (7日以内の期間) を算定する場合	186点
ハツ	特定集中治療室管理料 3 (8日以上) の期間) を算定する場合	153点
ハネ	ハイケアユニット入院医療管理料 1 を算定する場合	129点
ハナ	ハイケアユニット入院医療管理料 2 又はハイケアユニット入院医療管理料 (注5) を算定する場合	93点
ハラ	脳卒中ケアユニット入院医療管理料を算定する場合	100点
ハム	小児特定集中治療室管理料 (7日以内の期間) を算定する場合	252点
ハウ	小児特定集中治療室管理料 (8日以上) の期間) を算定する場合	220点
ハキ	新生児特定集中治療室管理料 1 を算定する場合	124点
ハノ	新生児特定集中治療室管理料 2 を算定する場合	98点
ハオ	新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料を算定する場合	257点
ハク	総合周産期特定集中治療室管理料 (母体・胎児集中治療室管理料) を算定する場合	87点
ハヤ	総合周産期特定集中治療室管理料 (新生児集中治療室管理料) を算定する場合	124点
ハマ	新生児治療回復室入院医療管理料を算定する場合	64点
ハケ	地域包括医療病棟入院料 1 を算定する場合	49点
ハフ	地域包括医療病棟入院料 2 を算定する場合	48点
ハコ	一類感染症患者入院医療管理料を算定する場合	50点
ハエ	特殊疾患入院医療管理料を算定する場合	15点
ハテ	特殊疾患入院医療管理料 (注4のイ) を算定する場合	14点
ハア	特殊疾患入院医療管理料 (注4のロ) を算定する場合	13点
ハサ	特殊疾患入院医療管理料 (注6のイ) を算定する場合	12点
ハキ	特殊疾患入院医療管理料 (注6のロ) を算定する場合	11点
ハユ	特殊疾患入院医療管理料 (注7) を算定する場合	14点
ハメ	小児入院医療管理料 1 を算定する場合	79点
ハミ	小児入院医療管理料 2 を算定する場合	70点
ハシ	小児入院医療管理料 3 を算定する場合	56点

ハエ	小児入院医療管理料 4 を算定する場合	48点
ハヒ	小児入院医療管理料 5 を算定する場合	33点
ハモ	回復期リハビリテーション病棟入院料 1 を算定する場合	19点
ハセ	回復期リハビリテーション病棟入院料 2 を算定する場合	18点
ハス	回復期リハビリテーション病棟入院料 3 を算定する場合	16点
ハン	回復期リハビリテーション病棟入院料 4 を算定する場合	15点
ニイ	回復期リハビリテーション病棟入院料 5 を算定する場合	15点
ニロ	回復期リハビリテーション入院医療管理料を算定する場合	15点
ニハ	地域包括ケア病棟入院料 1 (40日以内の期間) 又は地域包括ケア入院医療管理料 1 (40日以内の期間) を算定する場合	27点
ニニ	地域包括ケア病棟入院料 1 (41日以上)の期間) 又は地域包括ケア入院医療管理料 1 (41日以上)の期間) を算定する場合	26点
ニホ	地域包括ケア病棟入院料 2 (40日以内の期間) 又は地域包括ケア入院医療管理料 2 (40日以内の期間) を算定する場合	26点
ニヘ	地域包括ケア病棟入院料 2 (41日以上)の期間) 又は地域包括ケア入院医療管理料 2 (41日以上)の期間) を算定する場合	25点
ニト	地域包括ケア病棟入院料 3 (40日以内の期間) 又は地域包括ケア入院医療管理料 3 (40日以内の期間) を算定する場合	22点
ニチ	地域包括ケア病棟入院料 3 (41日以上)の期間) 又は地域包括ケア入院医療管理料 3 (41日以上)の期間) を算定する場合	21点
ニリ	地域包括ケア病棟入院料 4 (40日以内の期間) 又は地域包括ケア入院医療管理料 4 (40日以内の期間) を算定する場合	19点
ニヌ	地域包括ケア病棟入院料 4 (41日以上)の期間) 又は地域包括ケア入院医療管理料 4 (41日以上)の期間) を算定する場合	18点
ニル	地域包括ケア病棟入院料 1 (40日以内の期間) (特定地域) 又は地域包括ケア入院医療管理料 1 (40日以内の期間) (特定地域) を算定する場合	23点
ニヲ	地域包括ケア病棟入院料 1 (41日以上)の期間) (特定地域) 又は地域包括ケア入院医療管理料 1 (41日以上)の期間) (特定地域) を算定する場合	22点
ニワ	地域包括ケア病棟入院料 2 (40日以内の期間) (特定地域) 又は地域包括ケア入院医療管理料 2 (40日以内の期間) (特定地域) を算定する場合	22点
ニカ	地域包括ケア病棟入院料 2 (41日以上)の期間) (特定地域) 又は地域包括ケア入院医療管理料 2 (41日以上)の期間) (特定地域) を算定する場合	21点
ニヨ	地域包括ケア病棟入院料 3 (40日以内の期間) (特定地域) 又は地域包括ケア入院医療管理料 3 (40日以内の期間) (特定地域) を算定する場合	19点
ニタ	地域包括ケア病棟入院料 3 (41日以上)の期間) (特定地域) 又は地域包括ケア入院医療管理料 3 (41日以上)の期間) (特定地域) を算定する場合	18点
ニレ	地域包括ケア病棟入院料 4 (40日以内の期間) (特定地域) 又は地域包括ケア入院医療管理料 4 (40日以内の期間) (特定地域) を算定する場合	16点
ニソ	地域包括ケア病棟入院料 4 (41日以上)の期間) (特定地域) 又は地域包括ケア入院医療管理料 4 (41日以上)の期間) (特定地域) を算定する場合	15点
ニツ	特殊疾患病棟入院料 1 を算定する場合	15点
ニネ	特殊疾患病棟入院料 2 を算定する場合	12点
ニナ	特殊疾患病棟入院料 1 (注 4 のイの(1)) を算定する場合	14点
ニラ	特殊疾患病棟入院料 1 (注 4 のイの(2)) を算定する場合	13点
ニム	特殊疾患病棟入院料 2 (注 4 のロの(1)) を算定する場合	12点
ニウ	特殊疾患病棟入院料 2 (注 4 のロの(2)) を算定する場合	11点
ニキ	特殊疾患病棟入院料 1 (注 6 のイの(1)) を算定する場合	12点
ニノ	特殊疾患病棟入院料 1 (注 6 のイの(2)) を算定する場合	11点
ニオ	特殊疾患病棟入院料 2 (注 6 のロの(1)) を算定する場合	11点
ニク	特殊疾患病棟入院料 2 (注 6 のロの(2)) を算定する場合	10点
ニヤ	特殊疾患病棟入院料 1 (注 7 のイ) を算定する場合	14点

ニマ	特殊疾患病棟入院料 2 (注 7 のロ) を算定する場合	11点
ニケ	緩和ケア病棟入院料 1 (30日以内の期間) を算定する場合	38点
ニフ	緩和ケア病棟入院料 1 (31日以上60日以内の期間) を算定する場合	34点
ニコ	緩和ケア病棟入院料 1 (61日以上) の期間) を算定する場合	25点
ニエ	緩和ケア病棟入院料 2 (30日以内の期間) を算定する場合	36点
ニテ	緩和ケア病棟入院料 2 (31日以上60日以内の期間) を算定する場合	33点
ニア	緩和ケア病棟入院料 2 (61日以上) の期間) を算定する場合	24点
ニサ	精神科救急急性期医療入院料 (30日以内の期間) を算定する場合	22点
ニキ	精神科救急急性期医療入院料 (31日以上60日以内の期間) を算定する場合	19点
ニユ	精神科救急急性期医療入院料 (61日以上90日以内の期間) を算定する場合	17点
ニメ	精神科急性期治療病棟入院料 1 (30日以内の期間) を算定する場合	14点
ニミ	精神科急性期治療病棟入院料 1 (31日以上60日以内の期間) を算定する場合	12点
ニシ	精神科急性期治療病棟入院料 1 (61日以上90日以内の期間) を算定する場合	11点
ニエ	精神科急性期治療病棟入院料 2 (30日以内の期間) を算定する場合	11点
ニヒ	精神科急性期治療病棟入院料 2 (31日以上60日以内の期間) を算定する場合	9点
ニモ	精神科急性期治療病棟入院料 2 (61日以上90日以内の期間) を算定する場合	9点
ニセ	精神科救急・合併症入院料 (30日以内の期間) を算定する場合	24点
ニス	精神科救急・合併症入院料 (31日以上60日以内の期間) を算定する場合	22点
ニン	精神科救急・合併症入院料 (61日以上90日以内の期間) を算定する場合	21点
ホイ	児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する場合	17点
ホロ	精神療養病棟入院料を算定する場合	7点
ホハ	認知症治療病棟入院料 1 (30日以内の期間) を算定する場合	11点
ホニ	認知症治療病棟入院料 1 (31日以上60日以内の期間) を算定する場合	10点
ホホ	認知症治療病棟入院料 1 (61日以上) の期間) を算定する場合	8点
ホヘ	認知症治療病棟入院料 2 (30日以内の期間) を算定する場合	8点
ホト	認知症治療病棟入院料 2 (31日以上60日以内の期間) を算定する場合	7点
ホチ	認知症治療病棟入院料 2 (61日以上) の期間) を算定する場合	6点
ホリ	特定一般病棟入院料 1 を算定する場合	27点
ホヌ	特定一般病棟入院料 2 を算定する場合	23点
ホル	特定一般病棟入院料 (地域包括ケア入院医療管理料 1 に該当) (40日以内の期間) を算定する場合	23点
ホヲ	特定一般病棟入院料 (地域包括ケア入院医療管理料 1 に該当) (41日以上60日以内の期間) を算定する場合	22点
ホワ	特定一般病棟入院料 (地域包括ケア入院医療管理料 2 に該当) (40日以内の期間) を算定する場合	22点
ホカ	特定一般病棟入院料 (地域包括ケア入院医療管理料 2 に該当) (41日以上60日以内の期間) を算定する場合	21点
ホヨ	特定一般病棟入院料 (地域包括ケア入院医療管理料 3 に該当) (40日以内の期間) を算定する場合	19点
ホタ	特定一般病棟入院料 (地域包括ケア入院医療管理料 3 に該当) (41日以上60日以内の期間) を算定する場合	18点
ホレ	特定一般病棟入院料 (地域包括ケア入院医療管理料 4 に該当) (40日以内の期間) を算定する場合	16点

ホソ	特定一般病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料4に該当）（41日以上60日以内の期間）を算定する場合	15点
ホツ	地域移行機能強化病棟入院料を算定する場合	10点
ホネ	特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する場合	44点
ホナ	短期滞在手術等基本料3（D237 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合イ 安全精度管理下で行うもの）を算定する場合	68点
ホラ	短期滞在手術等基本料3（D237 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合ロ 保険医療機関内で又は訪問して実施するもの）を算定する場合	68点
ホム	短期滞在手術等基本料3（D237-2 反復睡眠潜時試験（MSLT））を算定する場合	71点
ホウ	短期滞在手術等基本料3（D287 内分泌負荷試験 1 下垂体前葉負荷試験 イ 成長ホルモン（GH）（一連として））を算定する場合	82点
ホキ	短期滞在手術等基本料3（D291-2 小児食物アレルギー負荷検査）を算定する場合	36点
ホノ	短期滞在手術等基本料3（D413 前立腺針生検法 2 その他のもの）を算定する場合	80点
ホオ	短期滞在手術等基本料3（K007-2 経皮的放射線治療用金属マーカー留置術）を算定する場合	98点
ホク	短期滞在手術等基本料3（K030 四肢・ <sup>く</sup> 軀幹軟部腫瘍摘出術 7 手軟部腫瘍摘出術）を算定する場合	98点
ホヤ	短期滞在手術等基本料3（K046 骨折観血的手術 6 手舟状骨折観血的手術）を算定する場合	156点
ホマ	短期滞在手術等基本料3（K048 骨内異物（挿入物を含む。）除去術 6 前腕骨骨内異物除去術）を算定する場合	115点
ホケ	短期滞在手術等基本料3（K048 骨内異物（挿入物を含む。）除去術 8 鎖骨骨内異物除去術）を算定する場合	122点
ホフ	短期滞在手術等基本料3（K048 骨内異物（挿入物を含む。）除去術 10 手根骨骨内異物除去術）を算定する場合	95点
ホコ	短期滞在手術等基本料3（K048 骨内異物（挿入物を含む。）除去術 11 中手骨骨内異物除去術）を算定する場合	95点
ホエ	短期滞在手術等基本料3（K070 ガングリオン摘出術 1 手部ガングリオン摘出術）を算定する場合	105点
ホテ	短期滞在手術等基本料3（K093-2 手根管開放手術（内視鏡下））を算定する場合	118点
ホア	短期滞在手術等基本料3（K196-2 胸腔鏡下交感神経節切除術（両側））を算定する場合	69点
ホサ	短期滞在手術等基本料3（K202 涙管チューブ挿入術 1 涙道内視鏡を用いるもの（片側））を算定する場合	70点
ホキ	短期滞在手術等基本料3（K202 涙管チューブ挿入術 1 涙道内視鏡を用いるもの（両側））を算定する場合	71点
ホユ	短期滞在手術等基本料3（K217 眼 <sup>けん</sup> 瞼内反症手術 2 皮膚切開法（片側））を算定する場合	61点
ホメ	短期滞在手術等基本料3（K217 眼 <sup>けん</sup> 瞼内反症手術 2 皮膚切開法（両側））を算定する場合	78点
ホミ	短期滞在手術等基本料3（K219 眼 <sup>けん</sup> 瞼下垂症手術 1 眼 <sup>けん</sup> 瞼挙筋前転法（片側））を算定する場合	73点
ホシ	短期滞在手術等基本料3（K219 眼 <sup>けん</sup> 瞼下垂症手術 1 眼 <sup>けん</sup> 瞼挙筋前転法（両側））を算定する場合	82点
ホエ	短期滞在手術等基本料3（K219 眼 <sup>けん</sup> 瞼下垂症手術 3 その他のもの（片側））を算定する場合	63点

ホヒ	短期滞在手術等基本料	3	(K 2 1 9	眼瞼下垂症手術	3	その他のもの(両側))を算定する場合	85点
ホモ	短期滞在手術等基本料	3	(K 2 2 4	翼状片手術(弁の移植を要するもの(片側))を算定する場合			86点
ホセ	短期滞在手術等基本料	3	(K 2 2 4	翼状片手術(弁の移植を要するもの(両側))を算定する場合			101点
ホス	短期滞在手術等基本料	3	(K 2 4 2	斜視手術	2	後転法(片側))を算定する場合	90点
ホン	短期滞在手術等基本料	3	(K 2 4 2	斜視手術	2	後転法(両側))を算定する場合	99点
ヘイ	短期滞在手術等基本料	3	(K 2 4 2	斜視手術	3	前転法及び後転法の併施(片側))を算定する場合	90点
ヘロ	短期滞在手術等基本料	3	(K 2 4 2	斜視手術	3	前転法及び後転法の併施(両側))を算定する場合	119点
ヘハ	短期滞在手術等基本料	3	(K 2 5 4	治療的角膜切除術	1	エキシマレーザーによるもの(角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。)(片側))を算定する場合	107点
ヘニ	短期滞在手術等基本料	3	(K 2 5 4	治療的角膜切除術	1	エキシマレーザーによるもの(角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。)(両側))を算定する場合	126点
ヘホ	短期滞在手術等基本料	3	(K 2 6 8	緑内障手術	6	水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術(片側))を算定する場合	76点
ヘヘ	短期滞在手術等基本料	3	(K 2 6 8	緑内障手術	6	水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術(両側))を算定する場合	133点
ヘト	短期滞在手術等基本料	3	(K 2 8 2	水晶体再建術	1	眼内レンズを挿入する場合	80点
ヘチ	短期滞在手術等基本料	3	(K 2 8 2	水晶体再建術	1	眼内レンズを挿入する場合	155点
ヘリ	短期滞在手術等基本料	3	(K 2 8 2	水晶体再建術	2	眼内レンズを挿入しない場合(片側))を算定する場合	84点
ヘヌ	短期滞在手術等基本料	3	(K 2 8 2	水晶体再建術	2	眼内レンズを挿入しない場合(両側))を算定する場合	84点
ヘル	短期滞在手術等基本料	3	(K 3 1 8	鼓膜形成手術		を算定する場合	110点
ヘヲ	短期滞在手術等基本料	3	(K 3 3 3	鼻骨骨折整復固定術		を算定する場合	102点
ヘワ	短期滞在手術等基本料	3	(K 3 8 9	喉頭・声帯ポリープ切除術	2	直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの)を算定する場合	204点
ヘカ	短期滞在手術等基本料	3	(K 4 7 4	乳腺腫瘍摘出術	1	長径5センチメートル未満)を算定する場合	115点
ヘヨ	短期滞在手術等基本料	3	(K 4 7 4	乳腺腫瘍摘出術	2	長径5センチメートル以上)を算定する場合	144点
ヘタ	短期滞在手術等基本料	3	(K 6 1 6 - 4	経皮的シャント拡張術・血栓除去術	1	初回(透析シャント閉塞又は高度狭窄の場合))を算定する場合	87点
ヘレ	短期滞在手術等基本料	3	(K 6 1 6 - 4	経皮的シャント拡張術・血栓除去術	1	初回(その他の場合))を算定する場合	87点
ヘソ	短期滞在手術等基本料	3	(K 6 1 6 - 4	経皮的シャント拡張術・血栓除去術	2	1の実施後3月以内に実施する場合)を算定する場合	97点
ヘツ	短期滞在手術等基本料	3	(K 6 1 7	下肢静脈瘤手術	1	抜去切除術)を算定する場合	83点
ヘネ	短期滞在手術等基本料	3	(K 6 1 7	下肢静脈瘤手術	2	硬化療法(一連として))を算定する場合	43点

ヘナ	短期滞在手術等基本料 3 (K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術)	を算定する場合	63点
ヘラ	短期滞在手術等基本料 3 (K 6 1 7 - 2 大伏在静脈抜去術)	を算定する場合	65点
ヘム	短期滞在手術等基本料 3 (K 6 1 7 - 4 下肢静脈瘤血管内焼灼術)	を算定する場合	67点
ヘウ	短期滞在手術等基本料 3 (K 6 1 7 - 6 下肢静脈瘤血管内塞栓術)	を算定する場合	50点
ヘキ	短期滞在手術等基本料 3 (K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア (3歳未満に限る。))	を算定する場合	78点
ヘノ	短期滞在手術等基本料 3 (K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア (3歳以上6歳未満に限る。))	を算定する場合	75点
ヘオ	短期滞在手術等基本料 3 (K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア (6歳以上15歳未満に限る。))	を算定する場合	84点
ヘク	短期滞在手術等基本料 3 (K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア (15歳以上に限る。))	を算定する場合	184点
ヘヤ	短期滞在手術等基本料 3 (K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側) (3歳未満に限る。))	を算定する場合	105点
ヘマ	短期滞在手術等基本料 3 (K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側) (3歳以上6歳未満に限る。))	を算定する場合	108点
ヘケ	短期滞在手術等基本料 3 (K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側) (6歳以上15歳未満に限る。))	を算定する場合	107点
ヘフ	短期滞在手術等基本料 3 (K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側) (15歳以上に限る。))	を算定する場合	156点
ヘコ	短期滞在手術等基本料 3 (K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径2センチメートル未満)	を算定する場合	79点
ヘエ	短期滞在手術等基本料 3 (K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 2 長径2センチメートル以上)	を算定する場合	106点
ヘテ	短期滞在手術等基本料 3 (K 7 4 3 痔核手術 (脱肛を含む。)) 2 硬化療法 (四段階注射法によるもの)	を算定する場合	73点
ヘア	短期滞在手術等基本料 3 (K 7 4 7 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術 (肛門ポリープ切除術に限る。))	を算定する場合	104点
ヘサ	短期滞在手術等基本料 3 (K 7 4 7 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術 (肛門尖圭コンジローム切除術に限る。))	を算定する場合	75点
ヘキ	短期滞在手術等基本料 3 (K 7 6 8 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術 (一連につき))	を算定する場合	70点
ヘユ	短期滞在手術等基本料 3 (K 8 2 3 - 6 尿失禁手術 (ボツリヌス毒素によるもの))	を算定する場合	80点
ヘメ	短期滞在手術等基本料 3 (K 8 3 4 - 3 顕微鏡下精索静脈瘤手術)	を算定する場合	41点
ヘミ	短期滞在手術等基本料 3 (K 8 6 7 子宮頸部 (腔部) 切除術)	を算定する場合	93点
ヘシ	短期滞在手術等基本料 3 (K 8 7 2 - 3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切除術、子宮内膜ポリープ切除術 1 電解質溶液利用のもの)	を算定する場合	76点
ヘエ	短期滞在手術等基本料 3 (K 8 7 2 - 3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切除術、子宮内膜ポリープ切除術 2 組織切除回収システム利用によるもの)	を算定する場合	67点
ヘヒ	短期滞在手術等基本料 3 (K 8 7 2 - 3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切除術、子宮内膜ポリープ切除術 3 その他のもの)	を算定する場合	72点
ヘモ	短期滞在手術等基本料 3 (K 8 7 3 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 1 電解質		

- 溶液利用のもの)を算定する場合 88点
- ヘセ 短期滞在手術等基本料3 (K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 2 その他  
のもの)を算定する場合 87点
- ヘス 短期滞在手術等基本料3 (K890-3 腹腔鏡<sup>くつ</sup>下卵管形成術)を算定する  
場合 140点
- ヘン 短期滞在手術等基本料3 (M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治  
療)を算定する場合 118点
- 注1 1のイについては、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 1のロについては、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を算定すべき手術若しくは検査を行った場合に  
、所定点数を算定する。
- 3 2については、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。)を算定している患者について、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。
- 4 1及び2の点数について、令和9年6月以降は、所定点数の100分の200に相当  
する点数を算定する。

### 第3節 支援料

#### 区分

- P200 歯科技工所ベースアップ支援料(1装置につき) 15点
- 注1 歯科技工所に所属する歯科技工士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、補綴物<sup>てつ</sup>等の製作等の委託を行った場合に、所定点数を算定  
する。
- 2 令和9年6月以降においては、所定点数の100分の200に相当する点数により算  
定する。