別紙１－２　歯科診療報酬点数表

（傍線部分は改正部分）

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

注１～５　（略）

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

７・８　（略）

（削る）

注１～５　（略）

６　著しく歯科診療が困難な者に対して初診を行った場合は、歯科診療特別対応加算として、175点（当該患者が歯科治療環境に円滑に適応できるような技法を用いた場合は、初診時歯科診療導入加算として、250点）を所定点数に加算する。

７・８　（略）

９　１及び２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科外来診療の総合的な歯科医療環境の体制整備に係る取組を行った場合は、それぞれ歯科外来診療環境体制加算１又は歯科外来診療環境体制

	加算２として、初診時１回に限り23点又は25点を所定点数に加算する。
９　１及び２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科外来診療における医療安全対策に係る取組を行った場合は、それぞれ歯科外来診療医療安全対策加算１又は歯科外来診療医療安全対策加算２として、初診時１回に限り12点又は13点を所定点数に加算する。	（新設）
10　１及び２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科外来診療における院内感染防止対策に係る取組を行った場合は、それぞれ歯科外来診療感染対策加算１若しくは歯科外来診療感染対策加算２又は歯科外来診療感染対策加算３若しくは歯科外来診療感染対策加算４として、初診時１回に限り12点若しくは14点又は13点若しくは15点を所定点数に加算する。	（新設）
11　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科診療を実施している他の保険医療機関（診療所に限る。）において注６若しくは区分番号Ａ００２に掲げる再診料の注４に規定する歯科診療特別対応加算１を算定した患者又は著しく歯科診療が困難な者であって注６若しくは区分番号Ａ００２に掲げる再診料の注４に規定する歯科診療特別対応加算２若しくは歯科診療特別対応加算３を算定した患者に対して、当該保険医療機関から文書による	10　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科診療を実施している他の保険医療機関（診療所に限る。）において注６又は区分番号Ａ００２に掲げる再診料の注４に規定する加算を算定した患者に対して、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受けた上で、外来において初診を行った場合は、歯科診療特別対応連携加算として、月１回に限り150点を所定点数に加算する。

診療情報提供を受けた上で、外来において初診を行った場合は、歯科診療特別対応連携加算として、月１回に限り150点を所定点数に加算する。

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

13　削除

（削る）

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

12　削除

13　初診に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす歯科診療を実施している保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算１として、月１回に限り４点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る

	診療情報の提供を受けた場合にあっては、医療情報・システム基盤整備体制充実加算２として、月１回に限り２点を所定点数に加算する。
14　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす歯科診療を実施している保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で初診を行った場合は、医療情報取得加算１として、月１回に限り３点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあっては、医療情報取得加算２として、月１回に限り１点を所定点数に加算する。	（新設）
15　医療ＤＸ推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た歯科診療を実施している保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療ＤＸ推進体制整備加算として、月１回に限り６点を所定点数に加算する。	（新設）
16　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、特に情報通信機器を用いた歯科診療を行うことが必要と認められるものに対して、情報通信機器を用いた初診を行った場合には、注１に規定する届出の有無にかかわらず、１の歯科初診料又は２の地域歯科診療支援病院歯科初診料について、所定点数に代えて、233点を算定する。	（新設）
Ａ００１　（略）	Ａ００１　（略）

第２節　再診料

区分

Ａ００２　再診料

１　歯科再診料　58点

２　地域歯科診療支援病院歯科再診料　75点

注１～３　（略）

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

５・６　（略）

７　患者又はその看護に当たっている者から電話

第２節　再診料

区分

Ａ００２　再診料

１　歯科再診料　56点

２　地域歯科診療支援病院歯科再診料　73点

注１～３　（略）

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

５・６　（略）

７　患者又はその看護に当たっている者から電話

等によって治療上の意見を求められて指示をした場合は、再診料を算定する。ただし、この場合において、注11に規定する加算は算定しない。	等によって治療上の意見を求められて指示をした場合は、再診料を算定する。ただし、この場合において、注10に規定する加算は算定しない。
（削る）	８　１及び２については、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注９に規定する歯科外来診療環境体制加算に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科外来診療の総合的な歯科医療環境の体制整備に係る取組を行った場合は、それぞれ再診時歯科外来診療環境体制加算１又は再診時歯科外来診療環境体制加算２として、３点又は５点を所定点数に加算する。
８　１及び２については、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注９に規定する歯科外来診療医療安全対策加算に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科外来診療における医療安全対策に係る取組を行った場合は、それぞれ歯科外来診療医療安全対策加算１又は歯科外来診療医療安全対策加算２として、２点又は３点を所定点数に加算する。	（新設）
９　１及び２については、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注10に規定する歯科外来診療感染対策加算に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科外来診療における院内感染防止対策に係る取組を行った場合は、それぞれ歯科外来診療感染対策加算１若しくは歯科外来診療感染対策加算２又は歯科外来診療感染対策加算３若しくは歯科外来診療感染対策加算４として、	（新設）

２点若しくは４点又は３点若しくは５点を所定点数に加算する。	
10　個別の費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）を受診した患者については、明細書発行体制等加算として、１点を所定点数に加算する。	9　個別の費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）を受診した患者については、明細書発行体制等加算として、１点を所定点数に加算する。
（削る）	10　再診に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす歯科診療を実施している保険医療機関を受診した患者に対して再診を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算３として、月１回に限り２点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあっては、この限りでない。
11　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす歯科診療を実施している保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で再診を行った場合は、医療情報取得加算３として、３月に１回に限り２点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあっては、医療情報取得加算４として、３月に１回に限り１点を所定点数に加算する。	（新設）
12　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合し	（新設）

ているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、特に情報通信機器を用いた歯科診療を行うことが必要と認められるものに対して、情報通信機器を用いた再診を行った場合には、注１に規定する届出の有無にかかわらず、１の歯科再診料又は２の地域歯科診療支援病院歯科再診料について、所定点数に代えて、51点を算定する。	
第２部　入院料等	第２部　入院料等
通則	通則
１～５　（略）	１～５　（略）
６　入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡（じょくそう）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。	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（じょくそう）対策及び栄養管理体制について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第１節（特別入院基本料等を含む。）及び第３節の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。ただし、歯科診療のみを行う保険医療機関にあっては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、当該入院料の所定点数を算定する。
７　（略）	７　（略）
８　第６号本文に規定する別に厚生労働大臣が定める基準（歯科診療のみを行う保険医療機関にあっては、第６号ただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める基準）のうち、身体的拘束最小化に関する基準を満たすことができない保険医療機関については、第１節（特別入院基本料等を除く。）、第３節及び第４節（短期滞在手術等基本料１を除く。）の各区分に掲げるそれぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数から１日につき40点を減算する。	（新設）
第１節　（略）	第１節　（略）
第２節　入院基本料等加算	第２節　入院基本料等加算

通則

１・２　（略）

区分

Ａ２００～Ａ２０７　（略）

Ａ２０８　特定感染症入院医療管理加算

Ａ２０８－２～Ａ２１６　（略）

Ａ２１６－２　特定感染症患者療養環境特別加算

Ａ２１７～Ａ２２１－３　（略）

Ａ２２１－４　小児緩和ケア診療加算

Ａ２２２　（略）

Ａ２２３　リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算

Ａ２２３－２～Ａ２２７－５　（略）

Ａ２２７－６　医療的ケア児（者）入院前支援加算

Ａ２２８～Ａ２４３　（略）

Ａ２４３－２　バイオ後続品使用体制加算

Ａ２４４～Ａ２４６　（略）

Ａ２５０　地域歯科診療支援病院入院加算　300点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科訪問診療を実施している別の保険医療機関で区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料又は区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注６若しくは区分番号Ａ００２に掲げる再診料の注４に規定する歯科診療特別対応加算１、歯科診療特別対応加算２又は歯科診療特別対応加算３を算定した患者であって、区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号Ｃ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号Ｃ００１－６に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指

通則

１・２　（略）

区分

Ａ２００～Ａ２０７　（略）

Ａ２０８　削除

Ａ２０８－２～Ａ２１６　（略）

Ａ２１６－２　二類感染症患者療養環境特別加算

Ａ２１７～Ａ２２１－３　（略）

（新設）

Ａ２２２　（略）

Ａ２２３　削除

Ａ２２３－２～Ａ２２７－５　（略）

（新設）

Ａ２２８～Ａ２４３　（略）

（新設）

Ａ２４４～Ａ２４６　（略）

Ａ２５０　地域歯科診療支援病院入院加算　300点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科訪問診療を実施している別の保険医療機関で区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料又は区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注６若しくは区分番号Ａ００２に掲げる再診料の注４に規定する加算を算定した患者であって、区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号Ｃ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号Ｃ００１－６に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を入院の月又はその前月に算定しているものについて、当該保険医

導管理料を入院の月又はその前月に算定しているものについて、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受け、求めに応じて入院させた場合に、当該患者（第１節のいずれかの入院基本料（特別入院基本料等を含む。）を現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

第３節　特定入院料

通則

（略）

区分

Ａ３００～Ａ３０６　（略）

Ａ３０７　地域包括医療病棟入院料

第４節　（略）

（削る）

第２章　特掲診療料

第１部　医学管理等

区分

Ｂ０００～Ｂ０００－３　（略）

療機関から文書による診療情報提供を受け、求めに応じて入院させた場合に、当該患者（第１節のいずれかの入院基本料（特別入院基本料等を含む。）を現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

第３節　特定入院料

通則

（略）

区分

Ａ３００～Ａ３０６　（略）

（新設）

第４節　（略）

第５節　看護職員処遇改善評価料

区分

Ａ５００　看護職員処遇改善評価料

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

第２章　特掲診療料

第１部　医学管理等

区分

Ｂ０００～Ｂ０００－３　（略）

Ｂ０００－４　歯科疾患管理料　100点

注１・２　（略）

３　区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料⑴、区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料⑵、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料⑶、区分番号Ｂ０００－９に掲げる周術期等口腔機能管理料⑷、区分番号Ｂ０００－１１に掲げる回復期等口腔機能管理料、区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号Ｃ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、区分番号Ｃ００１－６に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料を算定した患者に対して、当該管理の終了後に療養上の必要があって歯科疾患の継続的な管理を行う場合は、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料⑴、区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料⑵、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料⑶、区分番号Ｂ０００－９に掲げる周術期等口腔機能管理料⑷、区分番号Ｂ０００－１１に掲げる回復期等口腔機能管理料、区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号Ｃ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、区分番号Ｃ００１－６に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正

Ｂ０００－４　歯科疾患管理料　100点

注１・２　（略）

３　区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料⑴、区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料⑵、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料⑶、区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号Ｃ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、区分番号Ｃ００１－６に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料を算定した患者に対して、当該管理の終了後に療養上の必要があって歯科疾患の継続的な管理を行う場合は、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料⑴、区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料⑵、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料⑶、区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号Ｃ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、区分番号Ｃ００１－６に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料を算定した日の属する月の翌月以降から算定する。

管理料を算定した日の属する月の翌月以降から算定する。

４～６　（略）

７　歯科疾患管理料を算定した月において、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料⑴、区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料⑵、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料⑶、区分番号Ｂ０００－９に掲げる周術期等口腔機能管理料⑷、区分番号Ｂ０００－１１に掲げる回復期等口腔機能管理料、区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号Ｃ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、区分番号Ｃ００１－６に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料及び区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料は、算定できない。

８・９　（略）

（削る）

10　（略）

４～６　（略）

７　歯科疾患管理料を算定した月において、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料⑴、区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料⑵、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料⑶、区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号Ｃ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、区分番号Ｃ００１－６に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料及び区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料は、算定できない。

８・９　（略）

10　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所（歯科疾患の管理が必要な患者に対し、定期的かつ継続的な口腔の管理を行う診療所であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）において、エナメル質初期う蝕に罹患している患者に対して、管理及び療養上必要な指導等を行い、その内容について説明を行った場合は、エナメル質初期う蝕管理加算として、260点を所定点数に加算する。

11　（略）

11　初診日の属する月から起算して６月を超えて歯科疾患の管理及び療養上必要な指導を行った場合は、長期管理加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ　区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料の注３に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関の場合　120点 ロ　（略）	12　初診日の属する月から起算して６月を超えて歯科疾患の管理及び療養上必要な指導を行った場合は、長期管理加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の場合　120点 ロ　（略）
Ｂ０００－４－２　小児口腔機能管理料　60点	Ｂ０００－４－２　小児口腔機能管理料　100点
注１　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、口腔機能の発達不全を有する18歳未満の児童に対して、口腔機能の獲得を目的として、当該患者等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、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。	注１　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、口腔機能の発達不全を有する18歳未満の児童に対して、口腔機能の獲得を目的として、当該患者等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り算定する。
２　（略）	２　（略）
３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関において、口腔機能の管理を行った場合は、口腔管理体制強化加算として、50点を所定点数に加算する。	（新設）
４　小児口腔機能管理料を算定した月において、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料⑴、区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料⑵、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料⑶、区分番号Ｂ０００－９に掲げる周術期等口腔機能管理	３　小児口腔機能管理料を算定した月において、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料⑴、区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料⑵、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料⑶、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Ｂ０００－１１に掲げる回復期等口腔機能管理料、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号Ｃ００１－６に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料及び区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料は、算定できない。	料、区分番号Ｃ００１－６に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料及び区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料は、算定できない。
５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、特に情報通信機器を用いた歯科診療を行うことが必要と認められるもの（過去に小児口腔機能管理料を算定した患者に限る。）に対して、小児口腔機能管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、53点を算定する。	（新設）
Ｂ０００－４－３　口腔機能管理料　60点	Ｂ０００－４－３　口腔機能管理料　100点
注１　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、口腔機能の低下を来しているものに対して、口腔機能の回復又は維持を目的として、当該患者等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、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。	注１　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、口腔機能の低下を来しているものに対して、口腔機能の回復又は維持を目的として、当該患者等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り算定する。
２　（略）	２　（略）
３　区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料の注３に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関において、口腔機能の管理を行った場合は、口腔管理体制強化加算として50点を所定点数に加算する。	（新設）

４　口腔機能管理料を算定した月において、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料⑴、区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料⑵、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料⑶、区分番号Ｂ０００－９に掲げる周術期等口腔機能管理料⑷、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。	３　口腔機能管理料を算定した月において、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料⑴、区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料⑵、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料⑶、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号Ｃ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料及び区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料は、算定できない。
５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、特に情報通信機器を用いた歯科診療を行うことが必要と認められるもの（過去に口腔機能管理料を算定した患者に限る。）に対して、口腔機能管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、53点を算定する。	（新設）
Ｂ０００－５　周術期等口腔機能管理計画策定料　300点 注１　がん等に係る手術（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	Ｂ０００－５　周術期等口腔機能管理計画策定料　300点 注１　がん等に係る手術又は放射線治療、化学療法若しくは緩和ケア（以下「手術等」という。）を実施する患者に対して、歯科診療を実施している保険医療機関において、手術等を実施する保険医療機関からの文書による依頼に基づき、当該患者又はその家族の同意を得た上で、周術期等の口腔機能の評価及び一連の管理計画を策定するとともに、その内容について説明を行い、当該管理計画を文書により提供した場合に、当該手術等に係る一連の治療を通じて１回に限

明を行い、当該管理計画を文書により提供した場合に、当該手術等に係る一連の治療を通じて１回に限り算定する。 ２　歯科診療を実施している保険医療機関又は手術等を実施する保険医療機関において、区分番号Ｎ００１に掲げる顎口腔機能診断料を算定した患者に対して、顎離断等の手術に係る注１に規定する管理計画を策定した場合（当該顎離断等の手術に当たって、全身的な管理が必要な患者に対して、当該管理計画を策定した場合を除く。）は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。 ３　区分番号Ｂ００６に掲げる開放型病院共同指導料⑵、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⑴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⑴ １・２　（略） 注１　がん等に係る手術（歯科疾患に係る手術については、入院期間が２日を超えるものに限る。）を実施する患者の周術期における口腔機能の管理を行うため、歯科診療を実施している保険医療機関において、区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注１に規定する管理計画に基づき、当該手術を実施する他の病院である保険医療機関に入院中の患者又は他の病院である保険医療機関若しくは同一の病院である保険医療機関に入院中の患者以外	り算定する。 （新設） ２　区分番号Ｂ００６に掲げる開放型病院共同指導料⑵、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⑴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⑴ １・２　（略） 注１　がん等に係る手術を実施する患者の周術期における口腔機能の管理を行うため、歯科診療を実施している保険医療機関において、区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注１に規定する管理計画に基づき、当該手術を実施する他の病院である保険医療機関に入院中の患者又は他の病院である保険医療機関若しくは同一の病院である保険医療機関に入院中の患者以外の患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、かつ、当該管理内容に

の患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、かつ、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、手術前は１回に限り、手術後は手術を行った日の属する月から起算して３月以内において３回に限り算定する。ただし、区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注２に規定する場合に策定した管理計画に基づき、歯科医師が口腔機能の管理等を行う場合は、算定できない。	係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、手術前は１回に限り、手術後は手術を行った日の属する月から起算して３月以内において３回に限り算定する。
２　周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)を算定した月において、区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｂ０００－４－２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。	２　周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)を算定した月において、区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号Ｂ０００－４－３に掲げる口腔機能管理料、区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号Ｂ００４－６－２に掲げる歯科治療時医療管理料、区分番号Ｂ００６－３－２に掲げるがん治療連携指導料、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号Ｃ００１－４－２に掲げる在宅患者歯科治療時医療管理料及び区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。
Ｂ０００－７　周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)	Ｂ０００－７　周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)
１・２　（略）	１・２　（略）
注１　がん等に係る手術（歯科疾患に係る手術については、入院期間が２日を超えるものに限る。）を実施する患者の周術期における口腔機能の管理を行うため、歯科診療を実施している病院である保険医療機関において、区分番号Ｂ００	注１　がん等に係る手術を実施する患者の周術期における口腔機能の管理を行うため、歯科診療を実施している病院である保険医療機関において、区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注１に規定する管理計画

０－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注１に規定する管理計画に基づき、当該手術を実施する同一の保険医療機関に入院中の患者に対して、当該保険医療機関に属する歯科医師が口腔機能の管理を行い、かつ、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、手術前は１回に限り、手術後は手術を行った日の属する月から起算して３月以内において、月２回に限り算定する。

２　周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)を算定した月において、区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号Ｂ０００－４－３に掲げる口腔機能管理料、区分番号Ｂ０００－１１に掲げる回復期等口腔機能管理料、区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号Ｂ００４－６－２に掲げる歯科治療時医療管理料、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号Ｃ００１－４－２に掲げる在宅患者歯科治療時医療管理料及び区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。

Ｂ０００－８　周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)　200点

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

に基づき、当該手術を実施する同一の保険医療機関に入院中の患者に対して、当該保険医療機関に属する歯科医師が口腔機能の管理を行い、かつ、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、手術前は１回に限り、手術後は手術を行った日の属する月から起算して３月以内において、月２回に限り算定する。

２　周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)を算定した月において、区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号Ｂ０００－４－３に掲げる口腔機能管理料、区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号Ｂ００４－６－２に掲げる歯科治療時医療管理料、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号Ｃ００１－４－２に掲げる在宅患者歯科治療時医療管理料及び区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。

Ｂ０００－８　周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)　200点

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

患者であって、放射線治療等を実施するものに対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から月１回に限り算定する。	患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から月１回に限り算定する。
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。	（新設）
３　周術期等口腔機能管理料Ⅲを算定した月において、区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号Ｂ０００－４－３に掲げる口腔機能管理料、区分番号Ｂ０００－１１に掲げる回復期等口腔機能管理料、区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号Ｂ００４－６－２に掲げる歯科治療時医療管理料、区分番号Ｂ００６－３－２に掲げるがん治療連携指導料、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号Ｃ００１－４－２に掲げる在宅患者歯科治療時医療管理料及び区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。	２　周術期等口腔機能管理料Ⅲを算定した月において、区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号Ｂ０００－４－３に掲げる口腔機能管理料、区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号Ｂ００４－６－２に掲げる歯科治療時医療管理料、区分番号Ｂ００６－３－２に掲げるがん治療連携指導料、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、Ｃ００１－４－２に掲げる在宅患者歯科治療時医療管理料及び区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。
Ｂ０００－９　周術期等口腔機能管理料Ⅳ　200点	（新設）
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(Ⅳ)を算定した月において、区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号Ｂ０００－４－３に掲げる口腔機能管理料、区分番号Ｂ０００－１１に掲げる回復期等口腔機能管理料、区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号Ｂ００４－６－２に掲げる歯科治療時医療管理料、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号Ｃ００１－４－２に掲げる在宅患者歯科治療時医療管理料及び区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。	
Ｂ０００－１０　回復期等口腔機能管理計画策定料　300点 注１　医科点数表の区分番号Ａ１０１に掲げる療養病棟入院基本料、区分番号Ａ３０８に掲げる回		（新設）

	復期リハビリテーション病棟入院料又は区分番号Ａ３０８－３に掲げる地域包括ケア病棟入院料を算定する患者に対して、歯科診療を実施している保険医療機関において、リハビリテーション等を行う保険医療機関からの文書による依頼に基づき、当該患者又はその家族の同意を得た上で、回復期等の口腔機能の評価及び一連の管理計画を策定するとともに、その内容について説明を行い、当該管理計画を文書により提供した場合に、当該リハビリテーション等に係る一連の治療を通じて１回に限り算定する。 ２　区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料、区分番号Ｂ００６に掲げる開放型病院共同指導料⑵、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⑴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	（新設）

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

２　回復期等口腔機能管理料を算定した月において、区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号Ｂ０００－４－３に掲げる口腔機能管理料、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)、区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)、区分番号Ｂ０００－９に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅳ)、区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号Ｂ００４－６－２に掲げる歯科治療時医療管理料、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号Ｃ００１－４－２に掲げる在宅患者歯科治療時医療管理料及び区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。

Ｂ０００－１２　根面う蝕管理料　30点　（新設）

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

限り算定する。 ２　区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料の注３に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関が当該管理を行う場合は、口腔管理体制強化加算として、48点を所定点数に加算する。	
Ｂ０００－１３　エナメル質初期う蝕管理料　30点 注１　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、エナメル質初期う蝕に罹患しているものに対して、当該う蝕の評価に基づく管理計画を作成するとともに、その内容について説明を行い、当該う蝕の管理を行う場合に、月１回に限り算定する。 ２　区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料の注３に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関が当該管理を行う場合は、口腔管理体制強化加算として、48点を所定点数に加算する。	（新設）
Ｂ００１　（略）	Ｂ００１　（略）
Ｂ００１－２　歯科衛生実地指導料 １・２　（略） 注１　（略） ２　２については、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注11に規定する加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号Ａ０００	Ｂ００１－２　歯科衛生実地指導料 １・２　（略） 注１　（略） ２　２については、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注10に規定する加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号Ａ０００

に掲げる初診料の注６又は区分番号Ａ００２に掲げる再診料の注４に規定する歯科診療特別対応加算１、歯科診療特別対応加算２又は歯科診療特別対応加算３を算定している患者であって、歯科疾患に罹患しているものに対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、直接15分以上の実地指導（15分以上の実地指導を行うことが困難な場合にあっては、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。	に掲げる初診料の注６又は区分番号Ａ００２に掲げる再診料の注４に規定する加算を算定している患者であって、歯科疾患に罹患しているものに対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、直接15分以上の実地指導（15分以上の実地指導を行うことが困難な場合にあっては、月２回の実地指導を合わせて15分以上の実地指導）を行い、かつ、当該指導内容に係る情報を文書により提供した場合に、月１回に限り算定する。ただし、歯科衛生実地指導料２を算定した月においては、歯科衛生実地指導料１は算定できない。
３　１及び２について、口腔機能の発達不全を有する患者又は口腔機能の低下を来している患者に対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、注１又は注２に規定する実地指導と併せて口腔機能に係る指導を行った場合は、口腔機能指導加算として、10点を所定点数に加算する。	（新設）
４・５　（略）	３・４　（略）
Ｂ００１－３　（略）	Ｂ００１－３　（略）
Ｂ００２　歯科特定疾患療養管理料　（略）	Ｂ００２　歯科特定疾患療養管理料　（略）
注１～３　（略）	注１～３　（略）
４　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料⑴、区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料⑵、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料⑶、区分番号Ｂ０００－９に掲げる周術期等口腔機能管理料⑷、区分番号Ｂ０００－１１に掲げる回	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⑴、区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料⑵、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料⑶、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号Ｃ００１－５に掲げる在宅患

復期等口腔機能管理料、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号Ｃ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号Ｃ００１－６に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定している患者に対して行った歯科特定疾患療養管理料は、別に算定できない。	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。	（新設）
Ｂ００３・Ｂ００４　（略）	Ｂ００３・Ｂ００４　（略）
Ｂ００４－１－２　がん性疼痛緩和指導管理料　200点	Ｂ００４－１－２　がん性疼痛緩和指導管理料　200点
注１　（略）	注１　（略）
２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がん性疼痛緩和のための専門的な治療が必要な患者に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該保険医療機関の歯科医師が、その必要性及び診療方針等について文書により説明を行った場合に、難治性がん性疼痛緩和指導管理加算として、患者１人につき１回に限り所定点数に100点を加算する。	（新設）
３・４　（略）	２・３　（略）

Ｂ００４－１－３　がん患者指導管理料

１～３　（略）

注１～４　（略）

５　３について、区分番号Ｂ００４－１－８に掲げる外来腫瘍化学療法診療料、区分番号Ｂ００８に掲げる薬剤管理指導料、区分番号Ｆ１００に掲げる処方料の注６に規定する加算及び区分番号Ｆ４００に掲げる処方箋料の注４に規定する加算は、別に算定できない。

Ｂ００４－１－４　入院栄養食事指導料（週１回）

１・２　（略）

注１・２　（略）

（削る）

Ｂ００４－１－５　（略）

Ｂ００４－１－６　外来リハビリテーション診療料

１・２　（略）

注１　（略）

２　外来リハビリテーション診療料１を算定する日から起算して７日以内の期間においては、当

Ｂ００４－１－３　がん患者指導管理料

１～３　（略）

注１～４　（略）

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

Ｂ００４－１－４　入院栄養食事指導料（週１回）

１・２　（略）

注１・２　（略）

３　別に厚生労働大臣が定める患者に対して、退院後の栄養食事管理について指導するとともに、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明し、これを他の保険医療機関、介護老人保健施設等又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律第34条第１項に規定する指定障害者支援施設等若しくは児童福祉法第42条第１号に規定する福祉型障害児入所施設の医師又は管理栄養士と共有した場合に、入院中１回に限り、栄養情報提供加算として50点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ｂ０１５に掲げる退院時共同指導料２は別に算定できない。

Ｂ００４－１－５　（略）

Ｂ００４－１－６　外来リハビリテーション診療料

１・２　（略）

注１　（略）

２　外来リハビリテーション診療料１を算定する日から起算して７日以内の期間においては、当

該リハビリテーションの実施に係る区分番号Ａ０００に掲げる初診料（注14及び注15に規定する加算を除く。）、区分番号Ａ００２に掲げる再診料（注11に規定する加算を除く。）及び外来リハビリテーション診療料２は、算定できない。

３　外来リハビリテーション診療料２を算定する日から起算して14日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号Ａ０００に掲げる初診料（注14及び注15に規定する加算を除く。）、区分番号Ａ００２に掲げる再診料（注11に規定する加算を除く。）及び外来リハビリテーション診療料１は、算定できない。

Ｂ００４－１－７　外来放射線照射診療料　297点

注１・２　（略）

３　外来放射線照射診療料を算定する日から起算して７日以内の期間においては、当該放射線治療の実施に係る区分番号Ａ０００に掲げる初診料（注14及び注15に規定する加算を除く。）及び区分番号Ａ００２に掲げる再診料（注11に規定する加算を除く。）は、算定できない。

Ｂ００４－１－８　外来腫瘍化学療法診療料

１　外来腫瘍化学療法診療料１

イ　抗悪性腫瘍剤を投与した場合

⑴　初回から３回目まで　800点

⑵　４回目以降　450点

ロ　イ以外の必要な治療管理を行った場合　350点

２　外来腫瘍化学療法診療料２

イ　抗悪性腫瘍剤を投与した場合

該リハビリテーションの実施に係る区分番号Ａ０００に掲げる初診料（注13に規定する加算を除く。）、区分番号Ａ００２に掲げる再診料（注10に規定する加算を除く。）及び外来リハビリテーション診療料２は、算定できない。

３　外来リハビリテーション診療料２を算定する日から起算して14日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号Ａ０００に掲げる初診料（注13に規定する加算を除く。）、区分番号Ａ００２に掲げる再診料（注10に規定する加算を除く。）及び外来リハビリテーション診療料１は、算定できない。

Ｂ００４－１－７　外来放射線照射診療料　297点

注１・２　（略）

３　外来放射線照射診療料を算定する日から起算して７日以内の期間においては、当該放射線治療の実施に係る区分番号Ａ０００に掲げる初診料（注13に規定する加算を除く。）及び区分番号Ａ００２に掲げる再診料（注10に規定する加算を除く。）は、算定できない。

Ｂ００４－１－８　外来腫瘍化学療法診療料

１　外来腫瘍化学療法診療料１

イ　抗悪性腫瘍剤を投与した場合　700点

（新設）

（新設）

ロ　抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合　400点

２　外来腫瘍化学療法診療料２

イ　抗悪性腫瘍剤を投与した場合　570点

⑴　初回から３回目まで　600点	（新設）
⑵　４回目以降　320点	（新設）
ロ　イ以外の必要な治療管理を行った場合　220点	ロ　抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合　270点
３　外来腫瘍化学療法診療料３	（新設）
イ　抗悪性腫瘍剤を投与した場合	
⑴　初回から３回目まで　540点	
⑵　４回目以降　280点	
ロ　イ以外の必要な治療管理を行った場合　180点	
注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、悪性腫瘍を主病とする患者であって入院中の患者以外のものに対して、外来化学療法（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の実施その他の必要な治療管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い算定する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料（注５、注７、注８、注14及び注15に規定する加算を除く。）、区分番号Ａ００２に掲げる再診料（注３、注５、注６及び注11に規定する加算を除く。）又は区分番号Ｂ００４－１－３に掲げるがん患者指導管理料の３は、別に算定できない。	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、悪性腫瘍を主病とする患者であって入院中の患者以外のものに対して、外来化学療法（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の実施その他の必要な治療管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い算定する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料（注５、注７、注８及び注13に規定する加算を除く。）、区分番号Ａ００２に掲げる再診料（注３、注５、注６及び注10に規定する加算を除く。）又は区分番号Ｂ００４－１－３に掲げるがん患者指導管理料の３は、別に算定できない。
２　１のイの⑴、２のイの⑴及び３のイの⑴については、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、月３回に限り算定する。	２　１のイ及び２のイについては、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、月３回に限り算定する。
３　１のイの⑵、２のイの⑵及び３のイの⑵については、１のイの⑴、２のイの⑴又は３のイの⑴を算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、週１	３　１のロ及び２のロについては、１のイ又は２のイを算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与その他の必要な治療管理を行った場合に、週１回に限り算定す

回に限り算定する。	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⑴又は⑵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	（新設）
5　２のロ及び３のロについては、２のイの⑴若しくは⑵又は３のイの⑴若しくは⑵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。	（新設）
6・7　（略）	4・5　（略）
8　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、１のイの⑴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。	6　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、１のイを算定した患者に対して、当該保険医療機関の歯科医師又は当該歯科医師の指示に基づき薬剤師が、副作用の発現状況、治療計画等を文書により提供した上で、当該患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合は、連携充実加算として、月１回に限り150点を所定点数に加算する。
（削る）	7　当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して３月を限度として、月１回に限り150点を所定点数に

9　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、１のイの⑴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の提案等を行った場合は、がん薬物療法体制充実加算として、月１回に限り100点を所定点数に加算する。	加算する。 （新設）
Ｂ００４－２～Ｂ００４－４からＢ００４－６まで　（略）	Ｂ００４－２～Ｂ００４－４からＢ００４－６まで　（略）
Ｂ００４－６－２　歯科治療時医療管理料（１日につき） 45点	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。	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、全身的な管理が必要な患者に対し、第８部処置（区分番号Ｉ００９、Ｉ００９－２及びＩ０１０に掲げるものを除く。）、第９部手術又は第12部歯冠修復及び欠損補綴（区分番号Ｍ００１から区分番号Ｍ００３までに掲げるもの（全身麻酔下で行うものを除く。）に限る。）を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合に算定する。
２　（略）	２　（略）
３　歯科治療時医療管理料を算定した月において、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料⑴、区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料⑵、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料⑶、区分	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⑴、区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料⑵又は区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料⑶は、

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

Ｂ００４－７及びＢ００４－８～Ｂ００６－２　（略）

Ｂ００６－３　がん治療連携計画策定料

１・２　（略）

注１・２　（略）

３　注１及び注２の規定に基づく当該別の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)及び区分番号Ｂ０１１に掲げる診療情報等連携共有料の費用は、所定点数に含まれる。

４　区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料、区分番号Ｂ０００－１０に掲げる回復期等口腔機能管理計画策定料、区分番号Ｂ００６に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)又は区分番号Ｂ０１５に掲げる退院時共同指導料２は、別に算定できない。

Ｂ００６－３－２　がん治療連携指導料　300点

注１　（略）

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

３　（略）

Ｂ００６－３－３～Ｂ００６－３－５　（略）

Ｂ００６－４　歯科遠隔連携診療料　500点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、対面診療を行っている入院

別に算定できない。

Ｂ００４－７及びＢ００４－８～Ｂ００６－２　（略）

Ｂ００６－３　がん治療連携計画策定料

１・２　（略）

注１・２　（略）

３　注１及び注２の規定に基づく当該別の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)及び区分番号Ｂ０１１に掲げる診療情報連携共有料の費用は、所定点数に含まれる。

４　区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料、区分番号Ｂ００６に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)又は区分番号Ｂ０１５に掲げる退院時共同指導料２は、別に算定できない。

Ｂ００６－３－２　がん治療連携指導料　300点

注１　（略）

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

３　（略）

Ｂ００６－３－３～Ｂ００６－３－５　（略）

（新設）

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

Ｂ００７・Ｂ００８　（略）

Ｂ００８－２　薬剤総合評価調整管理料　250点

注１　（略）

２　処方の内容の調整に当たって、別の保険医療機関又は保険薬局に対して、照会又は情報提供を行った場合、連携管理加算として、50点を所定点数に加算する。ただし、連携管理加算を算定した場合において、区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料⑴（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⑴　250点

注１～５　（略）

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

Ｂ００７・Ｂ００８　（略）

Ｂ００８－２　薬剤総合評価調整管理料　250点

注１　（略）

２　処方の内容の調整に当たって、別の保険医療機関又は保険薬局に対して、照会又は情報提供を行った場合、連携管理加算として、50点を所定点数に加算する。ただし、連携管理加算を算定した場合において、区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料⑴（当該別の保険医療機関に対して患者の紹介を行った場合に限る。）又は区分番号Ｂ０１１に掲げる診療情報連携共有料（当該別の保険医療機関に対して行った場合に限る。）は同一日には算定できない。

Ｂ００９　診療情報提供料⑴　250点

注１～５　（略）

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

る歯科診療特別対応加算１を算定している患者若しくは著しく歯科診療が困難な者であって区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注６若しくは区分番号Ａ００２に掲げる再診料の注４に規定する歯科診療特別対応加算２若しくは歯科診療特別対応加算３を算定している患者又は区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定している患者について、当該患者又はその家族の同意を得て、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注11に規定する加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関、歯科医業を行わない保険医療機関又は指定居宅介護支援事業者に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合は、100点を所定点数に加算する。	る歯科診療特別対応加算を算定している患者又は区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定している患者について、当該患者又はその家族の同意を得て、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注10に規定する加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関、歯科医業を行わない保険医療機関又は指定居宅介護支援事業者に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合は、100点を所定点数に加算する。
７　区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注11に規定する加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注６若しくは区分番号Ａ００２に掲げる再診料の注４に規定する歯科診療特別対応加算１を算定している患者又は著しく歯科診療が困難な者であって区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注６若しくは区分番号Ａ００２に掲げる再診料の注４に規定する歯科診療特別対応加算２若しくは歯科診療特別対応加算３を算定している患者について、当該患者又はその家族の同意を得て、歯科診療を行う保険医療機関（区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注11に規定する厚生労働	７　区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注10に規定する加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注６又は区分番号Ａ００２に掲げる再診料の注４に規定する加算を算定している患者について、当該患者又はその家族の同意を得て、歯科診療を行う保険医療機関（区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注10に規定する厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を除く。）に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合は、100点を所定点数に加算する。

大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を除く。）に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合は、100点を所定点数に加算する。	
８　（略）	８　（略）
９　保険医療機関が、児童福祉法第６条の２第３項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者又は同法第56条の６第２項に規定する障害児である患者について、診療に基づき当該患者又はその家族の同意を得て、当該患者が通園又は通学する同法第39条第１項に規定する保育所又は学校教育法第１条に規定する学校（大学を除く。）等の学校歯科医等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活等を送るに当たり必要な情報を提供した場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。	（新設）
Ｂ００９－２・Ｂ０１０　（略）	Ｂ００９－２・Ｂ０１０　（略）
Ｂ０１１　診療情報等連携共有料	Ｂ０１１　診療情報連携共有料　120点
１　診療情報等連携共有料１　120点	（新設）
２　診療情報等連携共有料２　120点	（新設）
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	注１　歯科診療を行うに当たり全身的な管理が必要な患者に対し、当該患者の同意を得て、別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）で行った検査の結果、投薬内容等の診療情報について、当該別の保険医療機関に文書により提供を求めた場合に保険医療機関ごとに患者１人につき、診療情報の提供を求めた日の属する月から起算して３月に１回に限り算定する。

た日の属する月から起算して３月に１回に限り算定する。	
２　２については、別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療情報を文書により提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者１人につき、診療情報を提供した日の属する月から起算して３月に１回に限り算定する。	（新設）
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(1)（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。	２　区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料(1)（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。	（新設）
Ｂ０１１－２　（略）	Ｂ０１１－２　（略）
Ｂ０１１－３　薬剤情報提供料　４点	Ｂ０１１－３　薬剤情報提供料　10点
注１～３　（略）	注１～３　（略）
Ｂ０１１－４・Ｂ０１１－５　（略）	Ｂ０１１－４・Ｂ０１１－５　（略）
Ｂ０１１－６　栄養情報連携料　70点	（新設）
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～Ｂ０１３－２　（略）	Ｂ０１２～Ｂ０１３－２　（略）
Ｂ０１３－３　広範囲顎骨支持型補綴物管理料（１口腔につき）	Ｂ０１３－３　広範囲顎骨支持型補綴物管理料（１口腔につき） 480点
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	（新設） （新設）
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	注　区分番号Ｊ１０９に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号Ｍ０２５－２に掲げる広範囲顎骨支持型補綴に係る補綴物（歯冠補綴物、ブリッジ及び有床義歯を除く。以下この表において同じ。）の適合性の確認等を行い、かつ、患者又は家族に対して管理等に係る必要な指導を行った上で、当該指導内容に係る情報を文書により提供した場合に、当該補綴物を装着した日の属する月の翌月以降に月１回に限り算定する。

回に限り算定する。 ２　２について、区分番号Ｊ１０９に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号Ｍ０２５－２に掲げる広範囲顎骨支持型補綴に係る補綴物の適合性の確認等のみ又は広範囲顎骨支持型装置周囲の組織の管理等のみを行い、かつ、患者又は家族に対して管理等に係る必要な指導を行った上で、当該指導内容に係る情報を文書により提供した場合に、当該補綴物を装着した日の属する月の翌月以降に月１回に限り算定する。	（新設）
Ｂ０１４　退院時共同指導料１ １　在宅療養支援歯科診療所１、在宅療養支援歯科診療所２又は在宅療養支援歯科病院（在宅等における療養を歯科医療面から支援する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）の場合　900点 ２　（略） 注１・２　（略）	Ｂ０１４　退院時共同指導料１ １　在宅療養支援歯科診療所１又は在宅療養支援歯科診療所２（在宅等における療養を歯科医療面から支援する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）の場合　900点 ２　（略） 注１・２　（略）
Ｂ０１５～Ｂ０１８　（略）	Ｂ０１５～Ｂ０１８　（略）
第２部　在宅医療	第２部　在宅医療
区分	区分
Ｃ０００　歯科訪問診療料（１日につき）	Ｃ０００　歯科訪問診療料（１日につき）
１　（略）	１　（略）
２　歯科訪問診療２　410点	２　歯科訪問診療２　361点
３　歯科訪問診療３　310点	３　歯科訪問診療３　185点
４　歯科訪問診療４　160点	（新設）
５　歯科訪問診療５　95点	（新設）

注１　（略）

２　２については、在宅等において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を同一日に３人以下の患者に行った場合に算定する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料又は区分番号Ａ００２に掲げる再診料は、算定できない。

イ・ロ　（略）

３　３については、在宅等において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を同一日に４人以上９人以下の患者に行った場合に算定する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料又は区分番号Ａ００２に掲げる再診料は、算定できない。

イ・ロ　（略）

４　４については、在宅等において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を同一日に10人以上19人以下の患者に行った場合に算定する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料又は区分番号Ａ００２に掲げる再診料は、算定できない。

イ　患者の求めに応じた歯科訪問診療

注１　（略）

２　２については、在宅等において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を同一日に９人以下の患者に行った場合に算定する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料又は区分番号Ａ００２に掲げる再診料は、算定できない。

イ・ロ　（略）

３　３については、在宅等において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を同一日に10人以上の患者に行った場合に算定する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料又は区分番号Ａ００２に掲げる再診料は、算定できない。

イ・ロ　（略）

（新設）

ロ　歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する当該患者の同意を得た歯科訪問診療 ５　５については、在宅等において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を同一日に20人以上の患者に行った場合に算定する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料又は区分番号Ａ００２に掲げる再診料は、算定できない。 イ　患者の求めに応じた歯科訪問診療 ロ　歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する当該患者の同意を得た歯科訪問診療 ６　２から５までを算定する患者（歯科訪問診療料の注15に該当する場合を除く。）について、当該患者に対する診療時間が20分未満の場合における歯科訪問診療２、歯科訪問診療３、歯科訪問診療４又は歯科訪問診療５についてはそれぞれ287点、217点、96点又は57点を算定する。ただし、２及び３について、当該患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合は、この限りではない。 （削る） （削る） ７　（略）	（新設） ４　１から３までを算定する患者（歯科訪問診療料の注13に該当する場合を除く。）について、当該患者に対する診療時間が20分未満の場合における歯科訪問診療１、歯科訪問診療２又は歯科訪問診療３についてはそれぞれ880点、253点又は111点を算定する。ただし、次のいずれかに該当する場合は、この限りではない。 イ　１について、当該患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合又は当該患者の状態により20分以上の診療が困難である場合 ロ　２について、当該患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合 ５　（略）

8　著しく歯科診療が困難な者に対して歯科訪問診療を行った場合（歯科診療特別対応加算３を算定する場合を除く。）は、歯科診療特別対応加算１として、175点を所定点数に加算し、著しく歯科診療が困難な者に対して当該患者が歯科治療環境に円滑に適応できるような技法を用いて歯科訪問診療を行った場合は、歯科診療特別対応加算２として、250点を所定点数に加算し、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第６条第７項に規定する新型インフルエンザ等感染症、同条第８項に規定する指定感染症又は同条第９項に規定する新感染症の患者に対して歯科訪問診療を行った場合は、歯科診療特別対応加算３として、500点を所定点数に加算する。	6　著しく歯科診療が困難な者に対して歯科訪問診療を行った場合は、歯科診療特別対応加算として、175点（１回目の歯科訪問診療を行った場合であって、当該患者が歯科治療環境に円滑に適応できるような技法を用いた場合は、初診時歯科診療導入加算として、250点）を所定点数に加算する。
9　別に厚生労働大臣が定める時間であって、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している時間において緊急に歯科訪問診療を行った場合、夜間（深夜を除く。）において歯科訪問診療を行った場合又は深夜において歯科訪問診療を行った場合は、緊急歯科訪問診療加算、夜間歯科訪問診療加算又は深夜歯科訪問診療加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。	7　別に厚生労働大臣が定める時間であって、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している時間において緊急に歯科訪問診療を行った場合、夜間（深夜を除く。）において歯科訪問診療を行った場合又は深夜において歯科訪問診療を行った場合は、緊急歯科訪問診療加算、夜間歯科訪問診療加算又は深夜歯科訪問診療加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。
イ　緊急歯科訪問診療加算	イ　緊急歯科訪問診療加算
⑴　（略）	⑴　（略）
⑵　歯科訪問診療２を算定する場合　159点	⑵　歯科訪問診療２を算定する場合　140点
⑶　歯科訪問診療３を算定する場合　120点	⑶　歯科訪問診療３を算定する場合　70点
⑷　歯科訪問診療４を算定する場合　60点	（新設）
⑸　歯科訪問診療５を算定する場合　36点	（新設）
ロ　夜間歯科訪問診療加算	ロ　夜間歯科訪問診療加算

⑴　（略）	
⑵　歯科訪問診療２を算定する場合	317点
⑶　歯科訪問診療３を算定する場合	240点
⑷　歯科訪問診療４を算定する場合	121点
⑸　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	
⑴　（略）	
⑵　歯科訪問診療２を算定する場合	636点
⑶　歯科訪問診療３を算定する場合	481点
⑷　歯科訪問診療４を算定する場合	249点
⑸　歯科訪問診療５を算定する場合	148点

10～12　（略）

13　歯科訪問診療を実施する保険医療機関の歯科衛生士が、歯科医師と同行の上、歯科訪問診療の補助を行った場合は、歯科訪問診療補助加算として、次に掲げる点数を１日につき所定点数に加算する。

イ　在宅療養支援歯科診療所１、在宅療養支援歯科診療所２、区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔（くう）機能管理料の注３に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関又は在宅療養支援歯科病院の場合

(1)・(2)　（略）

ロ　（略）

14　（略）

15　１から５までについて、在宅療養支援歯科診療所１又は在宅療養支援歯科診療所２以外の診療所であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさないものにおいては、次に掲げる点数により算定する。

⑴　（略）	
⑵　歯科訪問診療２を算定する場合	280点
⑶　歯科訪問診療３を算定する場合	140点
（新設）	
（新設）	
ハ　深夜歯科訪問診療加算	
⑴　（略）	
⑵　歯科訪問診療２を算定する場合	560点
⑶　歯科訪問診療３を算定する場合	280点
（新設）	
（新設）	

８～10　（略）

11　歯科訪問診療を実施する保険医療機関の歯科衛生士が、歯科医師と同行の上、歯科訪問診療の補助を行った場合は、歯科訪問診療補助加算として、次に掲げる点数を１日につき所定点数に加算する。

イ　在宅療養支援歯科診療所１、在宅療養支援歯科診療所２又はかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の場合

(1)・(2)　（略）

ロ　（略）

12　（略）

13　１から３までについて、在宅療養支援歯科診療所１又は在宅療養支援歯科診療所２以外の診療所であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさないものにおいては、次に掲げる点数により算定する。

イ　初診時　267点
ロ　再診時　58点

16　区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注１又は注２に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届出を行っていない保険医療機関については、１から５まで又は注15に規定するそれぞれの所定点数から10点を減算する。

17　１について、当該保険医療機関の外来（歯科診療を行うものに限る。）を受診していた患者であって在宅等において療養を行っているものに対して、歯科訪問診療を実施した場合は、歯科訪問診療移行加算として、次に掲げる点数を所定点数に加算する。なお、この場合において、注14に規定する加算は算定できない。

イ　区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料の注３に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関の場合　150点

ロ　（略）

18　１から３までについて、地域歯科診療支援病院歯科初診料、在宅療養支援歯科診療所１、在宅療養支援歯科診療所２又は在宅療養支援歯科病院に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関の歯科衛生士等が、過去２月以内に区分番号Ｃ００１に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定した患者であって、当該歯科衛生指導の実施時に当該保険医療機関の歯科医師が情報通信機器を用いて口腔内の状態等を観察したものに対して、歯科訪問診療を実施した場合

イ　初診時　264点
ロ　再診時　56点

14　区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注１又は注２に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届出を行っていない保険医療機関については、１から３まで又は注13に規定するそれぞれの所定点数から10点を減算する。

15　１について、当該保険医療機関の外来（歯科診療を行うものに限る。）を受診していた患者であって在宅等において療養を行っているものに対して、歯科訪問診療を実施した場合は、歯科訪問診療移行加算として、次に掲げる点数を所定点数に加算する。なお、この場合において、注12に規定する加算は算定できない。

イ　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の場合　150点

ロ　（略）

16　１及び２について、地域歯科診療支援病院歯科初診料、在宅療養支援歯科診療所１又は在宅療養支援歯科診療所２に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関の歯科衛生士等が、過去２月以内に区分番号Ｃ００１に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定した患者であって、当該歯科衛生指導の実施時に当該保険医療機関の歯科医師が情報通信機器を用いて口腔内の状態等を観察したものに対して、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

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。	して、患者１人につき月１回に限り、30点を所定点数に加算する。
19　１から５までについて、当該保険医療機関と特別の関係にある他の保険医療機関等において療養を行っている患者に対して歯科訪問診療を実施した場合は、次に掲げる点数により算定する。 イ　初診時　267点 ロ　再診時　58点	（新設）
20　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た歯科診療を実施している保険医療機関において健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認等により得られる情報を踏まえて計画的な歯科医学的管理の下に、訪問して診療を行った場合は、在宅医療ＤＸ情報活用加算として、月１回に限り８点を所定点数に加算する。ただし、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注14若しくは区分番号Ａ００２に掲げる再診料の注11にそれぞれ規定する医療情報取得加算又は区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注15に規定する医療ＤＸ推進体制整備加算を算定した月は、在宅医療ＤＸ情報活用加算は算定できない。	（新設）
Ｃ００１　訪問歯科衛生指導料 １　単一建物診療患者が１人の場合　362点 ２　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　326点 ３　１及び２以外の場合　295点 注１　歯科訪問診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士、保健師、看護師又は准看護師	Ｃ００１　訪問歯科衛生指導料 １　単一建物診療患者が１人の場合　360点 ２　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　328点 ３　１及び２以外の場合　300点 注１　歯科訪問診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士、保健師、看護師又は准看護師

が訪問して療養上必要な指導として、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住するもののうち、当該保険医療機関が歯科訪問診療を実施し、歯科衛生士等が同一月に訪問歯科衛生指導を行っているものをいう。）又はその家族等に対して、当該患者の口腔内の清掃（機械的歯面清掃を含む。）、有床義歯の清掃指導又は口腔機能の回復若しくは維持に関する実地指導を行い指導時間が20分以上であった場合は、患者１人につき、月４回に限り算定する。なお、当該歯科衛生指導で実施した指導内容等については、当該患者又はその家族等に対し文書により提供する。	が訪問して療養上必要な指導として、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住するもののうち、当該保険医療機関が歯科訪問診療を実施し、歯科衛生士等が同一月に訪問歯科衛生指導を行っているものをいう。）又はその家族等に対して、当該患者の口腔内の清掃（機械的歯面清掃を含む。）、有床義歯の清掃指導又は口腔機能の回復若しくは維持に関する実地指導を行い指導時間が20分以上であった場合は、患者１人につき、月４回に限り、算定する。なお、当該歯科衛生指導で実施した指導内容等については、患者に対し文書により提供する。
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。	（新設）
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。	（新設）
４・５　（略）	２・３　（略）
Ｃ００１－２　（略）	Ｃ００１－２　（略）
Ｃ００１－３　歯科疾患在宅療養管理料	Ｃ００１－３　歯科疾患在宅療養管理料
１・２　（略）	１・２　（略）
３　在宅療養支援歯科病院の場合　340点	（新設）

４　１から３まで以外の場合　200点	３　１及び２以外の場合　200点
注１～４　（略）	注１～４　（略）
（削る）	５　当該保険医療機関の歯科医師が、他の保険医療機関に入院している患者に対して、当該患者の入院している他の保険医療機関の栄養サポートチーム等の構成員として診療を行い、その結果を踏まえて注１に規定する口腔（くう）機能評価に基づく管理を行った場合は、栄養サポートチーム等連携加算１として、80点を所定点数に加算する。
（削る）	６　当該保険医療機関の歯科医師が、介護保険法第８条第25項に規定する介護保険施設等に入所している患者に対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて注１に規定する口腔（くう）機能評価に基づく管理を行った場合は、栄養サポートチーム等連携加算２として、80点を所定点数に加算する。
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。	（新設）
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	（新設）

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

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

８　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号Ｂ０００－４－３に掲げる口腔機能管理料、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料⑴、区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料⑵、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料⑶、区分番号Ｂ０００－９に掲げる周術期等口腔機能管理料⑷、区分番号Ｂ０００－１１に掲げる回復期等口腔機能管理料、区分

（新設）

７　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号Ｂ０００－４－３に掲げる口腔機能管理料、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料⑴、区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料⑵、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料⑶、区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号Ｃ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指

番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号Ｃ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、区分番号Ｃ００１－６に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料は、別に算定できない。

Ｃ００１－４　（略）

Ｃ００１－４－２　在宅患者歯科治療時医療管理料（１日につき）　45点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、全身的な管理が必要な患者に対し、第８部処置（区分番号Ｉ００９、Ｉ００９－２及びＩ０１０に掲げるものを除く。）、第９部手術又は第12部歯冠修復及び欠損補綴（区分番号Ｍ００１からＭ００３まで、Ｍ００３－３又はＭ００３－４に掲げるものに限る。）を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合（当該処置、手術又は歯冠修復及び欠損補綴を全身麻酔下で行った場合を除く。）に算定する。

２　（略）

３　在宅患者歯科治療時医療管理料を算定した月において、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料⑴、区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料⑵、区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料⑶、区分番号Ｂ０００－９に掲げる周術期等口腔機能管理料⑷又は区分番号Ｂ０００－１１に掲げる回復期等口腔機能管理料は、別に算定で

導管理料、区分番号Ｃ００１－６に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料は、別に算定できない。

Ｃ００１－４　（略）

Ｃ００１－４－２　在宅患者歯科治療時医療管理料（１日につき）　45点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、全身的な管理が必要な患者に対し、第８部処置（区分番号Ｉ００９、Ｉ００９－２及びＩ０１０に掲げるものを除く。）、第９部手術又は第12部歯冠修復及び欠損補綴（区分番号Ｍ００１からＭ００３まで又はＭ００３－３に掲げるもの（全身麻酔下で行うものを除く。）に限る。）を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合に算定する。

２　（略）

３　在宅患者歯科治療時医療管理料を算定した月において、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料⑴、区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料⑵又は区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料⑶は、別に算定できない。

きない。 Ｃ００１－５　在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料 １～３　（略） 注１～３　（略） ４　区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料の注３に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関の歯科医師が当該指導管理を実施した場合は、口腔管理体制強化加算として、75点を所定点数に加算する。 ５　在宅療養支援歯科診療所１、在宅療養支援歯科診療所２又は在宅療養支援歯科病院の歯科医師が、当該指導管理を実施した場合は、在宅療養支援歯科診療所加算１、在宅療養支援歯科診療所加算２又は在宅療養支援歯科病院加算として、それぞれ145点、80点又は145点を所定点数に加算する。ただし、注４に規定する加算を算定している場合は、算定できない。 （削る） （削る）	Ｃ００１－５　在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料 １～３　（略） 注１～３　（略） ４　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の歯科医師が当該指導管理を実施した場合は、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算として、75点を所定点数に加算する。 ５　在宅療養支援歯科診療所１又は在宅療養支援歯科診療所２の歯科医師が、当該指導管理を実施した場合は、在宅療養支援歯科診療所加算１又は在宅療養支援歯科診療所加算２として、それぞれ145点又は80点を所定点数に加算する。ただし、注４に規定する加算を算定している場合は、算定できない。 ６　当該保険医療機関の歯科医師が、他の保険医療機関に入院している患者に対して、当該患者の入院している他の保険医療機関の栄養サポートチーム等の構成員として診療を行い、その結果を踏まえて注１に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、栄養サポートチーム等連携加算１として、80点を所定点数に加算する。 ７　当該保険医療機関の歯科医師が、介護保険法第８条第25項に規定する介護保険施設等に入所している患者に対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて注１に規定する口腔機能評価に基

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

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

Ｃ００１－６　小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料　600点

注１～３　（略）

４　区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料の注３に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関の歯科医師が当該指導管理を実施した場合は、口腔管理体制強化加算として、75点を所定点数に加算する。

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

（削る）

Ｃ００１－６　小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料　600点

注１～３　（略）

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

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

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

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

険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員又は相談支援専門員等であって当該患者に関わる者が電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法を用いて記録した当該患者に係る診療情報等を活用した上で計画的な歯科医学的管理を行った場合に、在宅歯科医療情報連携加算として、月１回に限り、100点を所定点数に加算する。 Ｃ００１―７　在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料 １　在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料１　100点 ２　在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料２　100点 ３　在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料３　100点 注１　１については、当該保険医療機関の歯科医師が、他の保険医療機関に入院している患者であって、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号Ｃ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号Ｃ００１－６に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定しているものに対して、当該患者の入院している他の保険医療機関の栄養サポートチーム等の構成員として診療を行い、その結果を踏まえて口腔機能評価に基づく管理を行った場合に、月１回に限り算定する。 ２　２については、当該保険医療機関の歯科医師が、介護保険法第８条第25項に規定する介護保	（新設）

険施設等に入所している患者であって、区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料又は区分番号Ｃ００１－５に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定しているものに対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて口腔機能評価に基づく管理を行った場合に、月１回に限り算定する。 ３　３については、当該保険医療機関の歯科医師が、児童福祉法第42条に規定する障害児入所施設等に入所している患者であって、区分番号Ｃ００１－６に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定しているものに対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて口腔機能評価に基づく管理を行った場合に、月１回に限り算定する。	
Ｃ００２～Ｃ００４　（略）	Ｃ００２～Ｃ００４　（略）
Ｃ００５　在宅麻薬等注射指導管理料　1,500点 注１　悪性腫瘍の患者であって、入院中の患者以外の末期の患者に対して、在宅における麻薬等の注射に関する指導管理を行った場合に月１回に限り算定する。 ２・３　（略）	Ｃ００５　在宅悪性腫瘍等患者指導管理料　1,500点 注１　在宅における鎮痛療法又は悪性腫瘍の化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の患者に対して、当該療法に関する指導管理を行った場合に月１回に限り算定する。 ２・３　（略）
Ｃ００５－２　在宅腫瘍化学療法注射指導管理料　1,500点 注　悪性腫瘍の患者であって、入院中の患者以外の患者に対して、在宅における抗悪性腫瘍剤等の注射に関する指導管理を行った場合に月１回に限り算定する。	（新設）
Ｃ００５－３　在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料　1,500点 注１　別に厚生労働大臣が定める保険医療機関の保	Ｃ００５－２　在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料　1,500点 注１　別に厚生労働大臣が定める保険医療機関の保

険医が、他の保険医療機関において区分番号Ｃ００５に掲げる在宅麻薬等注射指導管理料又は区分番号Ｃ００５－２に掲げる在宅腫瘍化学療法注射指導管理料を算定する指導管理を受けている患者に対し、当該他の保険医療機関と連携して、同一日に当該患者に対する麻薬等又は抗悪性腫瘍剤等の注射に関する指導管理を行った場合に算定する。

２・３　（略）

Ｃ００６～Ｃ００８　（略）

第３部　検査

通則

（略）

第１節　検査料

区分

（歯科一般検査）

Ｄ０００～Ｄ００２－５　（略）

Ｄ００２－６　口腔細菌定量検査（１回につき）

１　口腔細菌定量検査１　130点

２　口腔細菌定量検査２　65点

注１　１について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、口腔細菌定量検査を行った場合に、月２回に限り算定する。

２　１について、同一の患者につき１月以内に口腔細菌定量検査を２回以上行った場合は、第２回目以後の検査については所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

３　２について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等

険医が、他の保険医療機関において区分番号Ｃ００５に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定する指導管理を受けている患者に対し、当該他の保険医療機関と連携して、同一日に当該患者に対する悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

２・３　（略）

Ｃ００６～Ｃ００８　（略）

第３部　検査

通則

（略）

第１節　検査料

区分

（歯科一般検査）

Ｄ０００～Ｄ００２－５　（略）

Ｄ００２－６　口腔細菌定量検査（１回につき）　130点

（新設）

（新設）

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、口腔細菌定量検査を行った場合に、月２回に限り算定する。

２　同一の患者につき１月以内に口腔細菌定量検査を２回以上行った場合は、第２回目以後の検査については所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

（新設）

に届け出た保険医療機関において、歯の喪失や加齢等により口腔機能の低下を来している患者に対して口腔細菌定量検査を行った場合（口腔細菌定量検査１を算定する場合を除く。）に、３月に１回に限り算定する。	
４　（略）	３　（略）
Ｄ００３からＤ００８まで～Ｄ０１１　（略）	Ｄ００３からＤ００８まで～Ｄ０１１　（略）
Ｄ０１１－２　咀嚼能力検査（１回につき）	Ｄ０１１－２　咀嚼能力検査（１回につき）　140点
１　咀嚼能力検査１　140点	（新設）
２　咀嚼能力検査２　140点	（新設）
注１　１について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯の喪失や加齢等により口腔機能の低下を来している患者に対して、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。	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、咀嚼能力測定を行った場合に６月に１回に限り算定する。
２　２について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、顎変形症に係る手術を実施する患者に対して、咀嚼能力測定を行った場合は、手術前は１回に限り、手術後は６月に１回に限り算定する。	（新設）
３　（略）	２　（略）
４　当該検査を算定した月から起算して３月以内（顎変形症に係る手術後の患者にあっては、６月以内）に行う区分番号Ｄ０１１－３に掲げる咬合圧検査は、別に算定できない。	３　当該検査を算定した月から起算して６月以内に行う区分番号Ｄ０１１－３に掲げる咬合圧検査は、別に算定できない。
５　１及び２は同時に算定できない。	（新設）
Ｄ０１１－３　咬合圧検査（１回につき）	Ｄ０１１－３　咬合圧検査（１回につき）　130点
１　咬合圧検査１　130点	（新設）
２　咬合圧検査２　130点	（新設）

注１　１について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯の喪失や加齢等により口腔機能の低下を来している患者に対して、咬合圧測定を行った場合は、３月に１回に限り算定する。	注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、咬合圧測定を行った場合に、６月に１回に限り算定する。
２　２について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、顎変形症に係る手術を実施する患者に対して、咬合圧測定を行った場合は、手術前は１回に限り、手術後は６月に１回に限り算定する。	（新設）
３　（略）	２　（略）
４　当該検査を算定した月から起算して３月以内（顎変形症に係る手術後の患者にあっては、６月以内）に行う区分番号Ｄ０１１－２に掲げる咀嚼能力検査は、別に算定できない。	３　当該検査を算定した月から起算して６月以内に行う区分番号Ｄ０１１－２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。	（新設）
Ｄ０１１－４～Ｄ０１４　（略）	Ｄ０１１－４～Ｄ０１４　（略）
第２節　（略）	第２節　（略）
第４部　画像診断	第４部　画像診断
通則	通則
（略）	（略）
第１節・第２節　（略）	第１節・第２節　（略）
第３節　基本的エックス線診断料	第３節　基本的エックス線診断料
区分	区分
Ｅ２００　基本的エックス線診断料（１日につき）	Ｅ２００　基本的エックス線診断料（１日につき）
１・２　（略）	１・２　（略）
注１・２　（略）	注１・２　（略）
３　療養病棟に入院している患者及び区分番号Ａ２１６に掲げるＨＩＶ感染者療養環境特別加算	３　療養病棟に入院している患者及び区分番号Ａ２１６に掲げるＨＩＶ感染者療養環境特別加算

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

第４節　（略）

第５部　投薬

通則

（略）

第１節　（略）

第２節　処方料

区分

Ｆ１００　処方料

１・２　（略）

注１～４　（略）

（削る）

５　診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上の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。

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

第４節　（略）

第５部　投薬

通則

（略）

第１節　（略）

第２節　処方料

区分

Ｆ１００　処方料

１・２　（略）

注１～４　（略）

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

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

６　（略）

７　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において投薬を行った場合には、外来後発医薬品使用体制加算として、当該基準に係る区分に従い、１処方につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ　外来後発医薬品使用体制加算１　８点

ロ　外来後発医薬品使用体制加算２　７点

ハ　外来後発医薬品使用体制加算３　５点

（削る）

第３節・第４節　（略）

第５節　処方箋料

区分

Ｆ４００　処方箋料

１　７種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、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・２　（略）

（削る）

７　（略）

８　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において投薬を行った場合には、外来後発医薬品使用体制加算として、当該基準に係る区分に従い、１処方につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ　外来後発医薬品使用体制加算１　５点

ロ　外来後発医薬品使用体制加算２　４点

ハ　外来後発医薬品使用体制加算３　２点

９　注８の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において投薬を行った場合には、外来後発医薬品使用体制加算として、注８に規定する基準に係る区分に従い、１処方につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ　外来後発医薬品使用体制加算１　７点

ロ　外来後発医薬品使用体制加算２　６点

ハ　外来後発医薬品使用体制加算３　４点

第３節・第４節　（略）

第５節　処方箋料

区分

Ｆ４００　処方箋料

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

２　１以外の場合　68点

注１・２　（略）

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

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

４　（略）

５　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付１回につきそれぞれ所定点数に加算する。

イ　一般名処方加算１　10点

ロ　一般名処方加算２　８点

（削る）

６　１及び２について、直近３月に処方箋を交付した回数が一定以上である保険医療機関が、別とするものに限る。）に対して処方箋を交付した場合は、特定疾患処方管理加算１として、月２回に限り処方箋の交付１回につき18点を所定点数に加算する。

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

５　（略）

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

イ　一般名処方加算１　７点

ロ　一般名処方加算２　５点

７　注６の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付１回につきそれぞれ所定点数に加算する。

イ　一般名処方加算１　９点

ロ　一般名処方加算２　７点

（新設）

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

第６節　（略）

第６部　注射

通則

１～６　（略）

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

８・９　（略）

第１節　注射料

通則

（略）

第１款　注射実施料

区分

Ｇ０００　皮内、皮下及び筋肉内注射（１回につき）　25点

注　（略）

Ｇ００１　静脈内注射（１回につき）　37点

注１　（略）

２　６歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、52点を所定点数に加算する。

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

第６節　（略）

第６部　注射

通則

１～６　（略）

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

８・９　（略）

第１節　注射料

通則

（略）

第１款　注射実施料

区分

Ｇ０００　皮内、皮下及び筋肉内注射（１回につき）　22点

注　（略）

Ｇ００１　静脈内注射（１回につき）　34点

注１　（略）

２　６歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、48点を所定点数に加算する。

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

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

Ｇ００２・Ｇ００３　（略）

Ｇ００４　点滴注射（１日につき）

１　６歳未満の乳幼児に対するもの（１日分の注射量が100mＬ以上の場合）　105点

２　１に掲げる者以外の者に対するもの（１日分の注射量が500mＬ以上の場合）　102点

３　その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る。）　53点

注１　（略）

２　６歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、48点を所定点数に加算する。

３　（略）

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

Ｇ００５　中心静脈注射（１日につき）　140点

注１～３　（略）

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

歯科訪問診療料を算定する日に併せて行った静脈内注射の費用は算定しない。

Ｇ００２・Ｇ００３　（略）

Ｇ００４　点滴注射（１日につき）

１　６歳未満の乳幼児に対するもの（１日分の注射量が100mＬ以上の場合）　101点

２　１に掲げる者以外の者に対するもの（１日分の注射量が500mＬ以上の場合）　99点

３　その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る。）　50点

注１　（略）

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

３　（略）

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

Ｇ００５　中心静脈注射（１日につき）　140点

注１～３　（略）

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

。

Ｇ００５－２・Ｇ００５－３　（略）

Ｇ００６　植込型カテーテルによる中心静脈注射（１日につき）　125点

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

２　（略）

Ｇ００７　（略）

Ｇ００８　滑液嚢穿刺（のうせん）後の注入　100点

第２款　（略）

第２節・第３節　（略）

第７部　リハビリテーション

通則

（略）

第１節　リハビリテーション料

区分

Ｈ０００　脳血管疾患等リハビリテーション料

１　脳血管疾患等リハビリテーション料⑴（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⑵（１単位）

Ｇ００５－２・Ｇ００５－３　（略）

Ｇ００６　植込型カテーテルによる中心静脈注射（１日につき）　125点

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

２　（略）

Ｇ００７　（略）

Ｇ００８　滑液嚢穿刺（のうせん）後の注入　80点

第２款　（略）

第２節・第３節　（略）

第７部　リハビリテーション

通則

（略）

第１節　リハビリテーション料

区分

Ｈ０００　脳血管疾患等リハビリテーション料

１　脳血管疾患等リハビリテーション料⑴（１単位）　245点

（新設）

（新設）

（新設）

（新設）

２　脳血管疾患等リハビリテーション料⑵（１単位）　200点

イ　理学療法士による場合　200点	（新設）
ロ　作業療法士による場合　200点	（新設）
ハ　言語聴覚士による場合　200点	（新設）
ニ　歯科医師による場合　200点	（新設）
３　脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅲ（１単位）	３　脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅲ（１単位）　100点
イ　理学療法士による場合　100点	（新設）
ロ　作業療法士による場合　100点	（新設）
ハ　言語聴覚士による場合　100点	（新設）
ニ　歯科医師による場合　100点	（新設）
ホ　イからニまで以外の場合　100点	（新設）
注１　（略）	注１　（略）
２　注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、１単位につき25点を所定点数に加算する。	２　注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、１単位につき30点を所定点数に加算する。
３　（略）	３　（略）
４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者（入院中のものに限る。）であって、リハビリテーションを実施する日において別に厚生労働大臣が定める患者であるものに対してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術又は急性増悪から14日を限度として、急性期リハビリテーション加算として、１単位につき50点を更に所定点数に加算する。	（新設）
５　（略）	４　（略）

6　注１本文の規定にかかわらず、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があってそれぞれ発症、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⑴（１単位）

⑴　理学療法士による場合　147点

⑵　作業療法士による場合　147点

⑶　言語聴覚士による場合　147点

⑷　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⑵（１単位）

⑴　理学療法士による場合　120点

⑵　作業療法士による場合　120点

⑶　言語聴覚士による場合　120点

⑷　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⑶（１単位）

⑴　理学療法士による場合　60点

⑵　作業療法士による場合　60点

⑶　言語聴覚士による場合　60点

⑷　歯科医師による場合　60点

⑸　⑴から⑷まで以外の場合　60点

Ｈ０００－２　（略）

Ｈ０００－３　廃用症候群リハビリテーション料

１　廃用症候群リハビリテーション料⑴（１単位）

5　注１本文の規定にかかわらず、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があってそれぞれ発症、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⑴（１単位）　147点

（新設）

（新設）

（新設）

（新設）

ロ　脳血管疾患等リハビリテーション料⑵（１単位）　120点

（新設）

（新設）

（新設）

（新設）

ハ　脳血管疾患等リハビリテーション料⑶（１単位）　60点

（新設）

（新設）

（新設）

（新設）

（新設）

Ｈ０００－２　（略）

Ｈ０００－３　廃用症候群リハビリテーション料

１　廃用症候群リハビリテーション料⑴（１単位）　180点

イ　理学療法士による場合　180点	（新設）
ロ　作業療法士による場合　180点	（新設）
ハ　言語聴覚士による場合　180点	（新設）
ニ　歯科医師による場合　180点	（新設）
２　廃用症候群リハビリテーション料Ⅱ（１単位）	２　廃用症候群リハビリテーション料Ⅱ（１単位） 146点
イ　理学療法士による場合　146点	（新設）
ロ　作業療法士による場合　146点	（新設）
ハ　言語聴覚士による場合　146点	（新設）
ニ　歯科医師による場合　146点	（新設）
３　廃用症候群リハビリテーション料Ⅲ（１単位）	３　廃用症候群リハビリテーション料Ⅲ（１単位） 77点
イ　理学療法士による場合　77点	（新設）
ロ　作業療法士による場合　77点	（新設）
ハ　言語聴覚士による場合　77点	（新設）
ニ　歯科医師による場合　77点	（新設）
ホ　イからニまで以外の場合　77点	（新設）
注１　（略）	注１　（略）
２　注１本文に規定する患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、当該患者の廃用症候群に係る急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は当該患者の廃用症候群の急性増悪から30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、１単位につき25点を所定点数に加算する。	２　注１本文に規定する患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、当該患者の廃用症候群に係る急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は当該患者の廃用症候群の急性増悪から30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、１単位につき30点を所定点数に加算する。
３　（略）	３　（略）
４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注１本文に規定する患者（入院中のものに限る。）であって、リハビリテーションを実施する日において別に厚生労働	（新設）

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

５　（略）

６　注１本文の規定にかかわらず、注１本文に規定する患者であって、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があ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⑴（１単位）

⑴　理学療法士による場合　108点

⑵　作業療法士による場合　108点

⑶　言語聴覚士による場合　108点

⑷　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⑵（１単位）

⑴　理学療法士による場合　88点

⑵　作業療法士による場合　88点

⑶　言語聴覚士による場合　88点

⑷　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⑶（１単位）

⑴　理学療法士による場合　46点

⑵　作業療法士による場合　46点

４　（略）

５　注１本文の規定にかかわらず、注１本文に規定する患者であって、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があ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⑴（１単位）　108点

（新設）

（新設）

（新設）

（新設）

ロ　廃用症候群リハビリテーション料⑵（１単位）　88点

（新設）

（新設）

（新設）

（新設）

ハ　廃用症候群リハビリテーション料⑶（１単位）　46点

（新設）

（新設）

⑶　言語聴覚士による場合　46点	（新設）
⑷　歯科医師による場合　46点	（新設）
⑸　⑴から⑷まで以外の場合　46点	（新設）
Ｈ００１　摂食機能療法（１日につき）	Ｈ００１　摂食機能療法（１日につき）
１・２　（略）	１・２　（略）
注１～３　（略）	注１～３　（略）
４　治療開始日から起算して３月を超えた場合においては、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。	４　治療開始日から起算して３月を超えた場合に、区分番号Ｈ００１－２に掲げる歯科口腔リハビリテーション料１（２及び３に限る。）を算定した月は、摂食機能療法は算定できない。
Ｈ００１－２　歯科口腔リハビリテーション料１（１口腔につき）	Ｈ００１－２　歯科口腔リハビリテーション料１（１口腔につき）
１～３　（略）	１～３　（略）
注１・２　（略）	注１・２　（略）
３　３については、区分番号Ｍ０２５に掲げる口蓋補綴、顎補綴により算定した装置を装着している患者に対して、月４回に限り算定する。	（新設）
４　（略）	３　（略）
５　２及び３について、区分番号Ｈ００１に掲げる摂食機能療法の治療開始日から起算して３月を超えた場合においては、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。	４　２及び３について、区分番号Ｈ００１に掲げる摂食機能療法の治療開始日から起算して３月を超えた場合において、当該摂食機能療法を算定した月は、歯科口腔リハビリテーション料１は算定できない。
（削る）	５　３については、区分番号Ｍ０２５に掲げる口蓋補綴、顎補綴により算定した装置を装着している患者に対して、月４回に限り算定する。
Ｈ００１－３　（略）	Ｈ００１－３　（略）
Ｈ００１－４　歯科口腔リハビリテーション料３（１口腔につき）	（新設）
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を算定する患者に対して、口腔機能の獲得を目的として、療養上必要な指導及び訓練を行った場合に、月２回に限り算定する。
２　２については、区分番号Ｂ０００－４－３に掲げる口腔機能管理料を算定する患者に対して、口腔機能の回復又は維持を目的として、療養上必要な指導及び訓練を行った場合に、月２回に限り算定する。
３　区分番号Ｈ００１に掲げる摂食機能療法を算定した日は、歯科口腔リハビリテーション料３は算定できない。

Ｈ００２～Ｈ００８　（略）

第２節　（略）

第８部　処置

通則

１　（略）

２　処置に当たって、第２節に掲げる医療機器等、薬剤又は別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合（別に厚生労働大臣が定める薬剤（以下この部において「特定薬剤」という。）にあっては、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

Ｈ００２～Ｈ００８　（略）

第２節　（略）

第８部　処置

通則

１　（略）

２　処置に当たって、第２節に掲げる医療機器等、別に厚生労働大臣が定める薬剤（以下この部において「特定薬剤」という。）又は別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合（特定薬剤にあっては、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、第３節又は第４節の所定点数を合算した点数により算定する。

３　第１節に掲げられていない処置であって簡単なものの費用は、特定薬剤又は特定保険医療材料を使用したときに限り、

節、第４節又は第５節の所定点数のみにより算定する。

４～６　（略）

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

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

イ・ロ　（略）

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

イ・ロ　（略）

第１節　処置料

区分

（歯の疾患の処置）

Ｉ０００～Ｉ０００－３　（略）

Ｉ００１　歯髄保護処置（１歯につき）

１　歯髄温存療法　200点

２　直接歯髄保護処置　154点

３　間接歯髄保護処置　38点

注１・２　（略）

Ｉ００１－２～Ｉ００３　（略）

Ｉ００４　歯髄切断（１歯につき）

第３節又は第４節の所定点数のみにより算定する。

４～６　（略）

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

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

イ・ロ　（略）

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

イ・ロ　（略）

第１節　処置料

区分

（歯の疾患の処置）

Ｉ０００～Ｉ０００－３　（略）

Ｉ００１　歯髄保護処置（１歯につき）

１　歯髄温存療法　190点

２　直接歯髄保護処置　152点

３　間接歯髄保護処置　36点

注１・２　（略）

Ｉ００１－２～Ｉ００３　（略）

Ｉ００４　歯髄切断（１歯につき）

1　生活歯髄切断　233点	1　生活歯髄切断　230点
2　失活歯髄切断　72点	2　失活歯髄切断　70点
注１　永久歯の歯根完成期以前及び乳歯の歯髄につき、１の生活歯髄切断を行った場合は、42点を所定点数に加算する。	注１　永久歯の歯根完成期以前及び乳歯の歯髄につき、１の生活歯髄切断を行った場合は、40点を所定点数に加算する。
２　（略）	２　（略）
Ｉ００５　抜髄（１歯につき）	Ｉ００５　抜髄（１歯につき）
1　単根管　234点	1　単根管　232点
2　２根管　426点	2　２根管　424点
3　３根管以上　600点	3　３根管以上　598点
注１・２　（略）	注１・２　（略）
３　麻酔（通則第７号に規定する麻酔に限る。）の費用（麻酔に当たって使用した薬剤の薬価を除く。）及び特定薬剤の費用は、所定点数に含まれる。	３　麻酔（通則第７号に規定する麻酔に限る。）及び特定薬剤の費用は、所定点数に含まれる。
Ｉ００６　感染根管処置（１歯につき）	Ｉ００６　感染根管処置（１歯につき）
1　単根管　160点	1　単根管　158点
2　２根管　310点	2　２根管　308点
3　３根管以上　450点	3　３根管以上　448点
注　（略）	注　（略）
Ｉ００７　根管貼薬処置（１歯１回につき）	Ｉ００７　根管貼薬処置（１歯１回につき）
1　単根管　33点	1　単根管　32点
2　２根管　41点	2　２根管　40点
3　３根管以上　57点	3　３根管以上　56点
注　（略）	注　（略）
Ｉ００８　（略）	Ｉ００８　（略）
Ｉ００８－２　加圧根管充填処置（１歯につき）	Ｉ００８－２　加圧根管充填処置（１歯につき）
1　単根管　139点	1　単根管　138点
2　２根管　168点	2　２根管　166点
3　３根管以上　213点	3　３根管以上　210点
注１～３　（略）	注１～３　（略）

４　３については、歯科用３次元エックス線断層撮影装置を用いて根管治療を行った場合であって、Ｎｉ－Ｔｉロータリーファイルを用いて根管治療を行った場合に、Ｎｉ－Ｔｉロータリーファイル加算として、150点を所定点数に加算する。なお、第４部に掲げる歯科用３次元エックス線断層撮影の費用は別に算定できる。	４　注３に規定する場合であって、Ｎｉ－Ｔｉロータリーファイルを用いて根管治療を行った場合は、Ｎｉ－Ｔｉロータリーファイル加算として、150点を更に所定点数に加算する。
（外科後処置）	（外科後処置）
Ｉ００９～Ｉ００９－５　（略）	Ｉ００９～Ｉ００９－５　（略）
Ｉ００９－６　摘便　100点	（新設）
Ｉ００９－７　ハイフローセラピー（１日につき）	（新設）
１　15歳未満の患者の場合　282点	
２　15歳以上の患者の場合　192点	
Ｉ００９－８　経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法　200点	（新設）
注　区分番号Ｉ００９－２に掲げる創傷処置、区分番号Ｊ０８４に掲げる創傷処理の費用は所定点数に含まれるものとする。	
Ｉ００９－９　留置カテーテル設置　40点	（新設）
Ｉ００９－１０　超音波ネブライザ（１日につき）　24点	（新設）
（歯周組織の処置）	（歯周組織の処置）
Ｉ０１０　（略）	Ｉ０１０　（略）
Ｉ０１１　歯周基本治療	Ｉ０１１　歯周基本治療
１・２（略）	１・２（略）
注１～５　（略）	注１～５　（略）
（削る）	６　区分番号Ｄ００２－６に掲げる口腔（くう）細菌定量検査に基づく歯周基本治療については、１により算定する。
Ｉ０１１－２　歯周病安定期治療	Ｉ０１１－２　歯周病安定期治療
１～３　（略）	１～３　（略）
注１　（略）	注１　（略）
２　２回目以降の歯周病安定期治療の算定は、前	２　２回目以降の歯周病安定期治療の算定は、前

回実施月の翌月の初日から起算して２月を経過した日以降に行う。ただし、一連の歯周病治療において歯周外科手術を実施した場合等の歯周病安定期治療の治療間隔の短縮が必要とされる場合又は区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料の注３に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関において歯周病安定期治療を開始した場合は、この限りでない。	回実施月の翌月の初日から起算して２月を経過した日以降に行う。ただし、一連の歯周病治療において歯周外科手術を実施した場合等の歯周病安定期治療の治療間隔の短縮が必要とされる場合又はかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所において歯周病安定期治療を開始した場合は、この限りでない。
３　区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料の注３に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関において歯周病安定期治療を開始した場合は、口腔管理体制強化加算として、120点を所定点数に加算する。	３　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所において歯周病安定期治療を開始した場合は、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算として、120点を所定点数に加算する。
４　歯周病の重症化するおそれのある患者に対して歯周病安定期治療を実施した場合は、歯周病ハイリスク患者加算として、80点を所定点数に加算する。	（新設）
５～７　（略）	４～６
Ｉ０１１－２－２　（略）	Ｉ０１１－２－２　（略）
Ｉ０１１－２－３　歯周病重症化予防治療	Ｉ０１１－２－３　歯周病重症化予防治療
１～３　（略）	１～３　（略）
注１　（略）	注１　（略）
２　２回目以降の歯周病重症化予防治療の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して２月を経過した日以降に行う。ただし、区分番号Ｂ０００－４－２に掲げる小児口腔機能管理料の注３に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険	２　２回目以降の歯周病重症化予防治療の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して２月を経過した日以降に行う。

医療機関において、区分番号Ｉ０１１－２に掲げる歯周病安定期治療を算定した患者について、一連の治療終了後の再評価の結果に基づき、当該患者に対して、歯周病重症化予防治療を開始した場合は、この限りでない。	
３　（略）	３　（略）
Ｉ０１１－３　（略）	Ｉ０１１－３　（略）
（その他の処置）	（その他の処置）
Ｉ０１４～Ｉ０１６　（略）	Ｉ０１４～Ｉ０１６　（略）
Ｉ０１７　口腔内装置（１装置につき）	Ｉ０１７　口腔内装置（１装置につき）
１～３　（略）	１～３　（略）
注　顎関節治療用装置、歯ぎしりに対する口腔内装置、口腔粘膜等の保護のための口腔内装置、外傷歯の保護のための口腔内装置又はその他口腔内装置を製作した場合に当該製作方法に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。	注　顎関節治療用装置、歯ぎしりに対する口腔内装置又はその他口腔内装置を製作した場合に当該製作方法に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。
Ｉ０１７－１－２～Ｉ０１７－１－４　（略）	Ｉ０１７－１－２～Ｉ０１７－１－４　（略）
Ｉ０１７－２　口腔内装置調整・修理（１口腔につき）	Ｉ０１７－２　口腔内装置調整・修理（１口腔につき）
１　口腔内装置調整	１　口腔内装置調整
イ　口腔内装置調整１　120点	イ　睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置の場合　120点
ロ　口腔内装置調整２　120点	ロ　歯ぎしりに対する口腔内装置の場合　120点
ハ　口腔内装置調整３　220点	ハ　イ及びロ以外の場合　220点
２　（略）	２　（略）
注１　（略）	注１　（略）
２　１のロについては、区分番号Ｉ０１７に掲げる口腔内装置の注に規定する歯ぎしりに対する口腔内装置、口腔粘膜等の保護のための口腔内装置又は外傷歯の保護のための口腔内装置の調整を行った場合に算定する。	２　１のロについては、区分番号Ｉ０１７に掲げる口腔内装置の注に規定する歯ぎしりに対する口腔内装置の調整を行った場合に算定する。
３～５　（略）	３～５　（略）

Ｉ０１７－３～Ｉ０２６　（略）

Ｉ０２７　人工呼吸

１　30分までの場合　302点

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

３　（略）

注１～３　（略）

Ｉ０２８　（略）

Ｉ０２９　周術期等専門的口腔衛生処置（１口腔につき）

１・２　（略）

注１　１について、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料⑴又は区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料⑵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⑴又は区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料⑵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⑶又は区分番号Ｂ０００－９に掲げる周術期等口腔機能管理料⑷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⑶又は区分番号Ｂ０００－９に掲げる周術期等口腔機能管理料⑷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

Ｉ０１７－３～Ｉ０２６　（略）

Ｉ０２７　人工呼吸

１　30分までの場合　242点

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

３　（略）

注１～３　（略）

Ｉ０２８　（略）

Ｉ０２９　周術期等専門的口腔衛生処置（１口腔につき）

１・２　（略）

注１　１について、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料⑴又は区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料⑵を算定した入院中の患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料⑴又は区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期等口腔機能管理料⑵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⑶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⑶を算定した日の属する月において、月２回に限り算定する。

（新設）

番号Ｂ０００－８に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅲ又は区分番号Ｂ０００－９に掲げる周術期等口腔機能管理料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　（略） ６　周術期等専門的口腔衛生処置１又は周術期等専門的口腔衛生処置２を算定した日の属する月において、区分番号Ｉ０２９－１－２に掲げる回復期等専門的口腔衛生処置、区分番号Ｉ０２９－２に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、区分番号Ｉ０３０に掲げる機械的歯面清掃処置、区分番号Ｉ０３０－２に掲げる非経口摂取患者口腔粘膜処置及び区分番号Ｉ０３０－３に掲げる口腔バイオフィルム除去処置は、別に算定できない。		３　２については、区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注１に規定する管理計画に基づき、口腔機能の管理を行っている患者（がん等に係る放射線治療又は化学療法を実施する患者に限る。）に対して、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が口腔粘膜に対する処置を行い、口腔粘膜保護材を使用した場合に、一連の周術期等口腔機能管理を通じて１回に限り算定する。 ４　（略） ５　周術期等専門的口腔衛生処置１又は周術期等専門的口腔衛生処置２を算定した日の属する月において、区分番号Ｉ０２９－２に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、区分番号Ｉ０３０に掲げる機械的歯面清掃処置及び区分番号Ｉ０３０－２に掲げる非経口摂取患者口腔粘膜処置は、別に算定できない。
Ｉ０２９－１－２　回復期等専門的口腔衛生処置（１口腔につき）　100点	（新設）	

注１　区分番号Ｂ０００－１１に掲げる回復期等口腔機能管理料を算定した入院中の患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、回復期等口腔機能管理料を算定した日の属する月において、月２回に限り算定する。

２　回復期等専門的口腔衛生処置を算定した日の属する月において、区分番号Ｉ０２９に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置、区分番号Ｉ０２９－２に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、区分番号Ｉ０３０に掲げる機械的歯面清掃処置、区分番号Ｉ０３０－２に掲げる非経口摂取患者口腔粘膜処置及び区分番号Ｉ０３０－３に掲げる口腔バイオフィルム除去処置は、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・２　（略）

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

Ｉ０２９－３　（略）

Ｉ０３０　機械的歯面清掃処置（１口腔につき）　72点

注１　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料又は区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定した患者のうち、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生

Ｉ０２９－２　在宅等療養患者専門的口腔衛生処置（１口腔につき）　130点

注１・２　（略）

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

Ｉ０２９－３　（略）

Ｉ０３０　機械的歯面清掃処置（１口腔につき）　72点

注１　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料又は区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定した患者のうち、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生

士が、歯科疾患の管理を行っているもの（区分番号Ｉ０２９に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置、区分番号Ｉ０２９－１－２に掲げる回復期等専門的口腔衛生処置、区分番号Ｃ００１に掲げる訪問歯科衛生指導料又は区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料を算定しているものを除く。）に対して機械的歯面清掃を行った場合は、２月に１回に限り算定する。ただし、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注６、区分番号Ａ００２に掲げる再診料の注４若しくは区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料の注８に規定する歯科診療特別対応加算１、歯科診療特別対応加算２又は歯科診療特別対応加算３を算定する患者、区分番号Ｂ０００－１２に掲げる根面う蝕管理料の注２に規定する加算を算定する患者であって特に機械的歯面清掃が必要と認められる患者、区分番号Ｂ０００－１３に掲げるエナメル質初期う蝕管理料の注２に規定する加算を算定する患者、妊婦又は他の保険医療機関（歯科診療を行う保険医療機関を除く。）から文書による診療情報の提供を受けた糖尿病患者については月１回に限り算定する。

２　区分番号Ｉ０１１－２に掲げる歯周病安定期治療、区分番号Ｉ０１１－２－３に掲げる歯周病重症化予防治療、区分番号Ｉ０２９－２に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、区分番号Ｉ０３０－２に掲げる非経口摂取患者口腔粘膜処置又は区分番号Ｉ０３０－３に掲げる口腔バイオフィルム除去処置を算定した月は算定できない。

Ｉ０３０－２　非経口摂取患者口腔粘膜処置（１口腔につき）

士が、歯科疾患の管理を行っているもの（区分番号Ｉ０２９に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置、区分番号Ｃ００１に掲げる訪問歯科衛生指導料又は区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料を算定しているものを除く。）に対して機械的歯面清掃を行った場合は、２月に１回に限り算定する。ただし、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注６、区分番号Ａ００２に掲げる再診料の注４若しくは区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料の注６に規定する加算を算定する患者、妊婦又は他の保険医療機関（歯科診療を行う保険医療機関を除く。）から文書による診療情報の提供を受けた糖尿病患者については月１回に限り算定する。

２　区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料の注10に規定する加算、区分番号Ｉ０１１－２に掲げる歯周病安定期治療、区分番号Ｉ０１１－２－３に掲げる歯周病重症化予防治療、区分番号Ｉ０２９－２に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置又は区分番号Ｉ０３０－２に掲げる非経口摂取患者口腔粘膜処置を算定した月は算定できない。

Ｉ０３０－２　非経口摂取患者口腔粘膜処置（１口腔につき）

110点 注１　（略） ２　非経口摂取患者口腔粘膜処置を算定した月において、区分番号Ｉ０１０に掲げる歯周病処置、区分番号Ｉ０１１に掲げる歯周基本治療、区分番号Ｉ０１１－２に掲げる歯周病安定期治療、区分番号Ｉ０１１－２－３に掲げる歯周病重症化予防治療、区分番号Ｉ０２９に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置、区分番号Ｉ０２９－１－２に掲げる回復期等専門的口腔衛生処置、区分番号Ｉ０２９－２に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、区分番号Ｉ０３０に掲げる機械的歯面清掃処置及び区分番号Ｉ０３０－３に掲げる口腔バイオフィルム除去処置は別に算定できない。	110点 注１　（略） ２　非経口摂取患者口腔粘膜処置を算定した月において、区分番号Ｉ０１０に掲げる歯周病処置、区分番号Ｉ０１１に掲げる歯周基本治療、区分番号Ｉ０１１－２に掲げる歯周病安定期治療、区分番号Ｉ０１１－２－３に掲げる歯周病重症化予防治療、区分番号Ｉ０２９に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置、区分番号Ｉ０２９－２に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置及び区分番号Ｉ０３０に掲げる機械的歯面清掃処置は別に算定できない。
Ｉ０３０－３　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Ｉ０１０に掲げる歯周病処置、区分番号Ｉ０１１に掲げる歯周基本治療、区分番号Ｉ０１１－２に掲げる歯周病安定期治療、区分番号Ｉ０１１－２－３に掲げる歯周病重症化予防治療、区分番号Ｉ０２９に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置、区分番号Ｉ０２９－１－２に掲げる回復期等専門的口腔衛生処置、区分番号Ｉ０２９－２に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、区分番号Ｉ０３０に掲げ	（新設）

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

Ｉ０３１　フッ化物歯面塗布処置（１口腔につき）

１　（略）

２　初期の根面う蝕に罹患している患者の場合　80点

３　エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合　100点

注１　１については、区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料、区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料又は区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定したう蝕多発傾向者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に、月１回に限り算定する。ただし、２回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して２月を経過した日以降に行った場合に限り、月１回に限り算定する。

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

Ｉ０３１　フッ化物歯面塗布処置（１口腔につき）

１　（略）

２　初期の根面う蝕に罹患している患者の場合　110点

３　エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合　130点

注１　１については、区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定したう蝕多発傾向者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に、月１回に限り算定する。ただし、２回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して２月を経過した日以降に行った場合に限り、月１回に限り算定する。

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

3　３については、区分番号Ｂ０００－１３に掲げるエナメル質初期う蝕管理料を算定した患者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に月１回に限り算定する。ただし、２回目以降のフッ化物歯面塗布処置（エナメル質初期う蝕管理料の注２に規定する加算を算定する患者に対して実施する場合を除く。）の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して２月を経過した日以降に行った場合に限り、月１回に限り算定する。	翌月の初日から起算して２月を経過した日以降に行った場合に限り、月１回に限り算定する。 3　３については、区分番号Ｂ０００－４に掲げる歯科疾患管理料（注10に規定するエナメル質初期う蝕管理加算を算定した場合を除く。）を算定したエナメル質初期う蝕に罹患している患者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に月１回に限り算定する。ただし、２回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して２月を経過した日以降に行った場合に限り、月１回に限り算定する。
Ｉ０３２　口腔リンパ管腫局所注入　1,020点	（新設）
注１　６歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、55点を加算する。	
２　当該処置に当たって使用した薬剤の費用は別に算定できる。	
第２節　（略）	第２節　（略）
第３節　薬剤料	（新設）
区分	
Ｉ０９０　薬剤　薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき１点未満の端数を切り上げて得た点数に１点を加算して得た点数とする。	
第４節・第５節　（略）	第３節・第４節　（略）
第９部　手術	第９部　手術
通則	通則
１～８　（略）	１～８　（略）
9　緊急のために休日に手術を行った場合又は手術の開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜	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

⑴～⑶　（略）

⑷　⑴から⑶までにかかわらず、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注７のただし書に規定する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して、手術の開始時間が同注のただし書に規定する時間である手術を行った場合　　所定点数の100分の80に相当する点数

ロ　（略）

10～13　（略）

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

イ・ロ　（略）

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

イ・ロ　（略）

16・17　（略）

第１節　手術料

区分

Ｊ０００～Ｊ０３８　（略）

Ｊ０３９　上顎骨悪性腫瘍手術

１　掻爬（そうは）　　10,530点

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

イ　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合

⑴～⑶　（略）

⑷　⑴から⑶までにかかわらず、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注７のただし書に規定する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して、手術の開始時間が同注のただし書に規定する時間である手術を行った場合　　所定点数の100分の80に相当する点数

ロ　（略）

10～13　（略）

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

イ・ロ　（略）

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

イ・ロ　（略）

16・17　（略）

第１節　手術料

区分

Ｊ０００～Ｊ０３８　（略）

Ｊ０３９　上顎骨悪性腫瘍手術

１　掻爬（そうは）　　9,160点

２・３　（略）
Ｊ０４０～Ｊ０５２　（略）
Ｊ０５３　唾石摘出術（一連につき）
１　（略）
２　深在性のもの　4,330点
３　（略）
注　（略）
Ｊ０５４～Ｊ０６２　（略）
Ｊ０６３　歯周外科手術
１～５　（略）
６　歯肉歯槽粘膜形成手術
イ～ホ　（略）
ヘ　結合組織移植術　840点
注１・２　（略）
３　区分番号Ｉ０１１－２に掲げる歯周病安定期治療を開始した日以降に実施する場合（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・５　（略）
６　１から５まで及び６のイからハまでについては１歯につき算定し、６のニからヘまでについては手術野ごとに算定する。
Ｊ０６３－２～Ｊ０６６　（略）
Ｊ０６７　上顎骨折非観血的整復術　1,800点
Ｊ０６８～Ｊ０７９　（略）
Ｊ０８０　顎関節授動術
１　徒手的授動術
イ・ロ　（略）
ハ　関節腔洗浄療法を併用した場合　2,760点

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

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

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

１・２　（略）

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

Ｊ１０５～Ｊ１１０　（略）

Ｊ１１１　頭頸部悪性腫瘍光線力学療法　22,100点

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

第２節～第６節　（略）

第10部・第11部　（略）

第12部　歯冠修復及び欠損補綴

通則

１～５　（略）

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

イ・ロ　（略）

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

１・２　（略）

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

Ｊ１０５～Ｊ１１０　（略）

（新設）

第２節～第６節　（略）

第10部・第11部　（略）

第12部　歯冠修復及び欠損補綴

通則

１～５　（略）

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

イ・ロ　（略）

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

イ　（略）

ロ　区分番号Ｍ００９に掲げる充填を行った場合

所定点数の100分の60に相当する点数

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

所定点数の100分の50に相当する点数

８・９　（略）

第１節　歯冠修復及び欠損補綴料

区分

（歯冠修復及び欠損補綴診療料）

Ｍ０００　（略）

Ｍ０００－２　クラウン・ブリッジ維持管理料（１装置につき）

１～３　（略）

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

イ　（略）

（新設）

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

所定点数の100分の50に相当する点数

８・９　（略）

第１節　歯冠修復及び欠損補綴料

区分

（歯冠修復及び欠損補綴診療料）

Ｍ０００　（略）

Ｍ０００－２　クラウン・ブリッジ維持管理料（１装置につき）

１～３　（略）

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

２～４　（略）
Ｍ０００－３　（略）
Ｍ００１　歯冠形成（１歯につき）
１～３　（略）
注１・２　（略）
３　１のイについて、臼歯のレジン前装金属冠のための歯冠形成は、340点を所定点数に加算する。
４～６　（略）
７　２のイについて、臼歯のレジン前装金属冠のための支台歯の歯冠形成は、300点を所定点数に加算する。
８・９　（略）
10　３について、ＣＡＤ／ＣＡＭインレーのための窩洞形成は、150点を所定点数に加算する。
11　（略）
Ｍ００１－２　（略）
Ｍ００１－３　う蝕歯インレー修復形成（１歯につき）　120点
注１　ＣＡＤ／ＣＡＭインレーのための窩洞形成は、150点を所定点数に加算する。
２　（略）
Ｍ００２　支台築造（１歯につき）
１　間接法
イ　メタルコアを用いた場合
⑴　大臼歯　181点
⑵　小臼歯及び前歯　155点
ロ　ファイバーポストを用いた場合
⑴　大臼歯　211点
⑵　小臼歯及び前歯　180点
２　（略）
注１・２　（略）

２～４　（略）
Ｍ０００－３　（略）
Ｍ００１　歯冠形成（１歯につき）
１～３　（略）
注１・２　（略）
３　１のイについて、臼歯のレジン前装金属冠のための歯冠形成は、490点を所定点数に加算する。
４～６　（略）
７　２のイについて、臼歯のレジン前装金属冠のための支台歯の歯冠形成は、470点を所定点数に加算する。
８・９　（略）
（新設）
10　（略）
Ｍ００１－２　（略）
Ｍ００１－３　う蝕歯インレー修復形成（１歯につき）　120点
（新設）
注　（略）
Ｍ００２　支台築造（１歯につき）
１　間接法
イ　メタルコアを用いた場合
⑴　大臼歯　176点
⑵　小臼歯及び前歯　150点
ロ　ファイバーポストを用いた場合
⑴　大臼歯　196点
⑵　小臼歯及び前歯　170点
２　（略）
注１・２　（略）

Ｍ００２－２　（略）	Ｍ００２－２　（略）
Ｍ００３　印象採得	Ｍ００３　印象採得
１～３　（略）	１～３　（略）
注１　１について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号Ｍ０１１に掲げるレジン前装金属冠、区分番号Ｍ０１１－２に掲げるレジン前装チタン冠又は区分番号Ｍ０１５－２に掲げるＣＡＤ／ＣＡＭ冠を製作することを目的として、前歯部の印象採得を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに対面で色調採得及び口腔内の確認等を行い、当該補綴物の製作に活用した場合には、歯科技工士連携加算１として、50点を所定点数に加算する。ただし、同時に２以上の補綴物の製作を目的とした印象採得を行った場合であっても、歯科技工士連携加算１は１回として算定する。	（新設）
２　１について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号Ｍ０１１に掲げるレジン前装金属冠、区分番号Ｍ０１１－２に掲げるレジン前装チタン冠又は区分番号Ｍ０１５－２に掲げるＣＡＤ／ＣＡＭ冠を製作することを目的として、前歯部の印象採得を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに情報通信機器を用いて色調採得及び口腔内の確認等を行い、当該補綴物の製作に活用した場合には、歯科技工士連携加算２として、70点を所定点数に加算する。ただし、同時に２以上の補綴物の製作を目的とした印象採得を行っ	（新設）

た場合であっても、歯科技工士連携加算２は１回として算定する。	
３　注１に規定する加算を算定した場合には、当該補綴物について、注２に規定する加算並びに区分番号Ｍ００６に掲げる咬合採得の注１及び注２並びに区分番号Ｍ００７に掲げる仮床試適の注１及び注２に規定する歯科技工士連携加算１及び歯科技工士連携加算２は別に算定できない。	（新設）
４　注２に規定する加算を算定した場合には、当該補綴物について、注１に規定する加算並びに区分番号Ｍ００６に掲げる咬合採得の注１及び注２並びに区分番号Ｍ００７に掲げる仮床試適の注１及び注２に規定する歯科技工士連携加算１及び歯科技工士連携加算２は別に算定できない。	（新設）
５　（略）	注　（略）
Ｍ００３－２・Ｍ００３－３　（略）	Ｍ００３－２・Ｍ００３－３　（略）
Ｍ００３－４　光学印象（１歯につき）　100点	（新設）
注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号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Ｍ０１５－３に	

掲げるＣＡＤ／ＣＡＭインレーを製作することを目的として、光学印象を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに対面で口腔内の確認等を行い、当該修復物の製作に活用した場合には、光学印象歯科技工士連携加算として、50点を所定点数に加算する。ただし、同時に２以上の修復物の製作を目的とした光学印象を行った場合であっても、光学印象歯科技工士連携加算は１回として算定する。	
Ｍ００４　リテーナー	Ｍ００４　リテイナー
１～３　（略）	１～３　（略）
注　（略）	注　（略）
Ｍ００５・Ｍ００５－２　（略）	Ｍ００５・Ｍ００５－２　（略）
Ｍ００６　咬合採得	Ｍ００６　咬合採得
１・２　（略）	１・２　（略）
注１　２のイ(2)並びにロ(2)及び(3)について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、ブリッジ又は有床義歯を製作することを目的として、咬合採得を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに対面で咬合状態の確認等を行い、当該補綴物の製作に活用した場合には、歯科技工士連携加算１として、50点を所定点数に加算する。	（新設）
２　２のイ(2)並びにロ(2)及び(3)について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、ブリッジ又は有床義歯を製作することを目的として、咬合採得を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに情報通信機器を用いて咬合状態の確認等を行い、当該補綴物	（新設）

の製作に活用した場合には、歯科技工士連携加算２として、70点を所定点数に加算する。	
３　注１に規定する加算を算定した場合には、当該補綴物について、注２に規定する加算並びに区分番号Ｍ００３に掲げる印象採得の注１及び注２並びに区分番号Ｍ００７に掲げる仮床試適の注１及び注２に規定する歯科技工士連携加算１及び歯科技工士連携加算２は別に算定できない。	（新設）
４　注２に規定する加算を算定した場合には、当該補綴物について、注１に規定する加算並びに区分番号Ｍ００３に掲げる印象採得の注１及び注２並びに区分番号Ｍ００７に掲げる仮床試適の注１及び注２に規定する歯科技工士連携加算１及び歯科技工士連携加算２は別に算定できない。	（新設）
５　（略）	注　（略）
Ｍ００７　仮床試適（１床につき）	Ｍ００７　仮床試適（１床につき）
１～３　（略）	１～３　（略）
４　その他の場合　272点	（新設）
注１　２及び３について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、有床義歯等を製作することを目的として、仮床試適を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに対面で床の適合状況の確認等を行い、当該補綴物の製作に活用した場合には、歯科技工士連携加算１として、50点を所定点数に加算する。	（新設）
２　２及び３について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生	（新設）

局長等に届け出た保険医療機関において、有床義歯等を製作することを目的として、仮床試適を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに情報通信機器を用いて床の適合状況の確認等を行い、当該補綴物の製作に活用した場合には、歯科技工士連携加算２として、70点を所定点数に加算する。	
３　注１に規定する加算を算定した場合には、当該補綴物について、注２に規定する加算並びに区分番号Ｍ００３に掲げる印象採得の注１及び注２並びに区分番号Ｍ００６に掲げる咬合採得の注１及び注２に規定する歯科技工士連携加算１及び歯科技工士連携加算２は別に算定できない。	（新設）
４　注２に規定する加算を算定した場合には、当該補綴物について、注１に規定する加算並びに区分番号Ｍ００３に掲げる印象採得の注１及び注２並びに区分番号Ｍ００６に掲げる咬合採得の注１及び注２に規定する歯科技工士連携加算１及び歯科技工士連携加算２は別に算定できない。	（新設）
５　（略）	注　（略）
Ｍ００８・Ｍ００９　（略）	Ｍ００８・Ｍ００９　（略）
Ｍ０１０　金属歯冠修復（１個につき）	Ｍ０１０　金属歯冠修復（１個につき）
１　インレー	１　インレー
イ　単純なもの　192点	イ　単純なもの　190点
ロ　複雑なもの　287点	ロ　複雑なもの　284点
２　４分の３冠（前歯）　372点	２　４分の３冠（前歯）　370点
３　５分の４冠（小臼歯）　312点	３　５分の４冠（小臼歯）　310点
４　全部金属冠（小臼歯及び大臼歯）　459点	４　全部金属冠（小臼歯及び大臼歯）　454点
注　（略）	注　（略）

Ｍ０１０－２・Ｍ０１０－３　（略）	Ｍ０１０－２・Ｍ０１０－３　（略）
Ｍ０１０－４　根面被覆（１歯につき）	Ｍ０１０－４　根面被覆（１歯につき）
１　根面板によるもの　195点	１　根面板によるもの　190点
２　（略）	２　（略）
Ｍ０１１　レジン前装金属冠（１歯につき）	Ｍ０１１　レジン前装金属冠（１歯につき）
１　前歯	１　前歯　1,174点
イ　ブリッジの支台歯の場合　1,174点	（新設）
ロ　イ以外の場合　1,170点	（新設）
２　小臼歯　1,100点	２　小臼歯　1,174点
Ｍ０１１－２～Ｍ０１５　（略）	Ｍ０１１－２～Ｍ０１５　（略）
Ｍ０１５－２　ＣＡＤ／ＣＡＭ冠（１歯につき）	Ｍ０１５－２　ＣＡＤ／ＣＡＭ冠（１歯につき）　1,200点
１　２以外の場合　1,200点	（新設）
２　エンドクラウンの場合　1,450点	（新設）
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。	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、歯冠補綴物（全部被覆冠に限る。）を設計・製作し、装着した場合に限り算定する。
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。	（新設）
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	（新設）

い。

Ｍ０１５－３～Ｍ０１７　（略）

Ｍ０１７－２　高強度硬質レジンブリッジ（１装置につき）　2,800点

注　（略）

Ｍ０１８　有床義歯

１　局部義歯（１床につき）

イ　１歯から４歯まで　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）　2,420点

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　鋳造鉤（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　550点

注　（略）

Ｍ０１５－３～Ｍ０１７　（略）

Ｍ０１７－２　高強度硬質レジンブリッジ（１装置につき）　2,600点

注　（略）

Ｍ０１８　有床義歯

１　局部義歯（１床につき）

イ　１歯から４歯まで　594点

ロ　５歯から８歯まで　732点

ハ　９歯から11歯まで　972点

ニ　12歯から14歯まで　1,402点

２　総義歯（１顎につき）　2,184点

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　630点

ロ　５歯から８歯まで　852点

ハ　９歯から11歯まで　1,064点

ニ　12歯から14歯まで　1,678点

２　総義歯（１顎につき）　2,682点

Ｍ０２０　鋳造鉤（１個につき）

１　双子鉤　255点

２　二腕鉤　235点

Ｍ０２１　線鉤（１個につき）

１　双子鉤　224点

２　二腕鉤（レストつき）　156点

３　レストのないもの　132点

Ｍ０２１－２　コンビネーション鉤（１個につき）　236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　260点

２　キーパー付き根面板を用いる場合　350点

注　（略）

Ｍ０２２～Ｍ０２５　（略）

Ｍ０２５－２　広範囲顎骨支持型補綴（てつ）

１　ブリッジ形態のもの（３分の１顎につき）　25,000点

２　床義歯形態のもの（１顎につき）　20,000点

注１～３　（略）

（その他の技術）

Ｍ０２６・Ｍ０２７及びＭ０２８　（略）

（修理）

Ｍ０２９　有床義歯修理（１床につき）　（略）

注１・２　（略）

３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、患者の求めに応じて、破損した有床義歯を預かった当日に修理を行い、当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算１として、１床につき55点を所定点数に加算する。

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

Ｍ０３０　有床義歯内面適合法

１・２　（略）

注１～３　（略）

４　２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、患者の求めに応じて、有床義歯を預かった当日に間接法

Ｍ０２２～Ｍ０２５　（略）

Ｍ０２５－２　広範囲顎骨支持型補綴（てつ）

１　ブリッジ形態のもの（３分の１顎につき）　20,000点

２　床義歯形態のもの（１顎につき）　15,000点

注１～３　（略）

（その他の技術）

Ｍ０２６・Ｍ０２７及びＭ０２８　（略）

（修理）

Ｍ０２９　有床義歯修理（１床につき）　（略）

注１・２　（略）

３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、患者の求めに応じて、破損した有床義歯を預かった当日に修理を行い、当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算１として、１床につき50点を所定点数に加算する。

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

Ｍ０３０　有床義歯内面適合法

１・２　（略）

注１～３　（略）

４　２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、患者の求めに応じて、有床義歯を預かった当日に間接法

により有床義歯内面適合法を行い、当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算１として、１顎につき55点を所定点数に加算する。 ５　２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、患者の求めに応じて、有床義歯を預かって、間接法により有床義歯内面適合法を行い、預かった日の翌日に当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算２として、１顎につき35点を所定点数に加算する。	により有床義歯内面適合法を行い、当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算１として、１顎につき50点を所定点数に加算する。 ５　２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、患者の求めに応じて、有床義歯を預かって、間接法により有床義歯内面適合法を行い、預かった日の翌日に当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算２として、１顎につき30点を所定点数に加算する。
Ｍ０３１からＭ０３３まで～Ｍ０４１　（略）	Ｍ０３１からＭ０３３まで～Ｍ０４１　（略）
第２節・第３節　（略）	第２節・第３節　（略）
第13部　歯科矯正	第13部　歯科矯正
通則	通則
（略）	（略）
第１節　歯科矯正料	第１節　歯科矯正料
区分	区分
Ｎ０００　（略）	Ｎ０００　（略）
Ｎ００１　顎口腔（くう）機能診断料　2,300点	Ｎ００１　顎口腔（くう）機能診断料　2,300点
注１・２　（略）	注１・２　（略）
３　区分番号Ｎ０００に掲げる歯科矯正診断料の費用及び保険医療材料料は、所定点数に含まれる。	３　区分番号Ｎ０００に掲げる歯科矯正診断の費用及び保険医療材料料は、所定点数に含まれる。
Ｎ００１－２　歯科矯正相談料	（新設）
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（くう）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　（略）

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

Ｎ００２　歯科矯正管理料　240点

注１　（略）

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

機能管理料Ⅲ、区分番号Ｂ０００－９に掲げる周術期等口腔機能管理料Ⅲ、区分番号Ｂ０００－１１に掲げる回復期等口腔機能管理料又は区分番号Ｃ００１－３に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定している患者に対して行った歯科矯正管理の費用は、別に算定できない。

３　（略）

Ｎ００３～Ｎ０１１　（略）

（矯正装置）

Ｎ０１２～Ｎ０２８　（略）

第２節　（略）

第14部　（略）

第15部　その他

通則

１　処遇の費用は、第１節若しくは第２節の各区分の所定点数のみにより、又は第１節及び第２節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。

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

第１節　看護職員処遇改善評価料

区分

Ｐ０００　看護職員処遇改善評価料

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

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

３　（略）

Ｎ００３～Ｎ０１１　（略）

（矯正装置）

Ｎ０１２～Ｎ０２８　（略）

第２節　（略）

第14部　（略）

（新設）

本料（特別入院基本料等を含む。）、同部第３節の特定入院料又は同部第４節の短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料１を除く。）を算定しているものについて、医科点数表の区分番号Ｏ０００に掲げる看護職員処遇改善評価料の例により算定する。

第２節　ベースアップ評価料

区分

Ｐ１００　歯科外来・在宅ベースアップ評価料(1)（１日につき）

１　初診時　10点

２　再診時等　２点

３　歯科訪問診療時

イ　同一建物居住者以外の場合　41点

ロ　同一建物居住者の場合　10点

注１　１については、主として歯科医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下この節において同じ。）の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して初診を行った場合に、所定点数を算定する。

２　２については、主として歯科医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して再診又は短期滞在手術等基本料１を算定すべき手術又は検査を行った場合に、所定点数を算定する。

３　３のイについては、主として歯科医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅等において療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に歯科訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を行った場合に算定する。

イ　患者の求めに応じた歯科訪問診療

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

４　３のロについては、在宅等において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を行った場合に算定する。

イ　患者の求めに応じた歯科訪問診療

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

Ｐ１０１　歯科外来・在宅ベースアップ評価料⑴（１日につき）

１　歯科外来・在宅ベースアップ評価料⑴１

イ　初診又は歯科訪問診療を行った場合　　８点

ロ　再診時等　１点

２　歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)２

イ　初診又は歯科訪問診療を行った場合　16点

ロ　再診時等　２点

３　歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)３

イ　初診又は歯科訪問診療を行った場合　24点

ロ　再診時等　３点

４　歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)４

イ　初診又は歯科訪問診療を行った場合　32点

ロ　再診時等　４点

５　歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)５

イ　初診又は歯科訪問診療を行った場合　40点

ロ　再診時等　５点

６　歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)６

イ　初診又は歯科訪問診療を行った場合　48点

ロ　再診時等　６点

７　歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)７

イ　初診又は歯科訪問診療を行った場合　56点

ロ　再診時等　７点

８　歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)８

イ　初診又は歯科訪問診療を行った場合　64点

ロ　再診時等　８点

注１　主として歯科医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して診療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

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

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

Ｐ１０２　入院ベースアップ評価料（１日につき）

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 注　主として歯科医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、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。 （削る）	第３章　経過措置 １　第１章又は第２章の規定にかかわらず、区分番号Ａ００２の注10、区分番号Ｆ１００の注９及びＦ４００の注７の規定による加算は、令和５年12月31日までの間に限り、算定できるものとする。 ２　第１章の規定にかかわらず、令和５年12月31日までの間、初診に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、区分番号Ａ０００の注13中「４点」とあるのは「６点」とする。