

## 2 歯科診療報酬点数表

項目	現 行	改 正 案
<b>第 1 章</b> <b>基本診療料</b> <b>第 1 部</b> <b>初・再診料</b>  初診料 (点数の見直し)  かかりつけ歯科医初診料 (点数の見直し)  かかりつけ歯科医再診料 (点数の見直し)  歯周疾患継続総合診療料 (点数の見直し)	2 病院歯科初診料 1       1 10 歯未満 2 10 歯以上 20 歯未満 3 20 歯以上	250 点 → 255 点       310 点 → 315 点 450 点 → 455 点 620 点 → 625 点

(項目の新設)

※混合歯列期における歯肉炎等の重症化予防治療技術の評価

(新設)

歯科口腔継続管理総合診療料 325点

注1 区分番号D002-3に掲げる歯科口腔継続管理治療診断料の注1に規定する継続治療計画に基づき、再診時に口腔内検査、機械的歯面清掃及び指導管理等を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、歯科口腔継続管理総合診療料を最後に算定した日の属する月の翌月の初日から起算して3月を経過した場合は、算定できない。

2 区分番号A002に掲げる歯科再診料及び区分番号A003に掲げるかかりつけ歯科医再診料(歯科口腔継続管理総合診療料を算定する日に算定すべきものに限る。)並びに区分番号I010に掲げる歯周疾患の処置及び第2章第1部に掲げる指導管理等(区分番号B009及びB010に掲げるものを除く。)に係る費用(歯科口腔継続管理総合診療料を算定する日の属する月に算定すべきものに限る。)は、歯科口腔継続管理総合診療料に含まれるものとする。

## 第2部 入院料等

### 第3節 特定入院料

(通則の新設)

(新設)

- 1 本節各区分に掲げる入院基本料は、それぞれの算定要件を満たす患者について、医科点数表の特定入院料の例により算定する。
- 2 本節各区分に掲げる特定入院料に係る算定要件は、医科点数表の特定入院料に係る算定要件の例による。
- 3 本節各区分に掲げる特定入院料について、加算要件又は減算要件を満たす場合は、医科点数表の特定入院料に係る加算及び減算の例により、本節各区分に掲げる入院基本料の所定点数に加算し、又は所定点数から減算する。
- 4 本節各区分に係る特定入院料に係る加算要件及び減算要件は、医科点数表の特定入院料に係る加算要件及び減算要件の例による。
- 5 本節各区分に掲げる特定入院料に含まれる費用の範囲は、医科点数表の特定入院料の例による。
- 6 本節各区分に掲げる特定入院料を算定する保険医療機関においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。

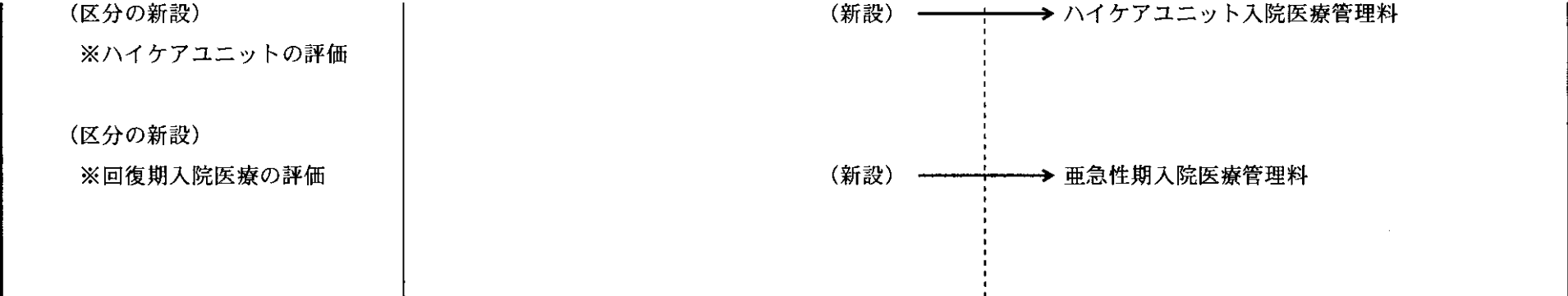
特定集中治療室管理料

(注の削除：通則の新設に伴うもの)

- 注1 医科点数表の特定集中治療室の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において必要があって特定集中治療室管理が行われた場合に、医科点数表の特定集中治療室管理料の例により算定する。
- 2 減算要件を満たす場合は、医科点数表の特定集中治療室管理料に係る減算の例により、所定点数から減算する。
- 3 注2の減算要件は、医科点数表の特定集中治療室管理料に係る減算要件の例による。
- 4 特定集中治療室管理料に含まれる費用の範囲は、医科点数表の特定集中治療室管理料の例による。

7 6の規定により算定できる入院基本料等加算の範囲は、医科点数表の特定入院料につき算定できる医科点数表の入院基本料等加算の例による。ただし、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算に限られるものとする。

(削除)



第2章  
特掲診療料  
第1部  
指導管理等

歯科衛生実地指導料  
(注の変更：取扱いの明確化)

注2 区分番号A001に掲げるかかりつけ歯科医初診料の注1の届出を行った保険医療機関（以下この表において「かかりつけ歯科医初診料届出保険医療機関」という。）において、区分番号I003に掲げる初期齲蝕小窩裂溝填塞処置を行い、かつ、当該患者に対して当該実地指導を行った場合は、所定点数に20点を加算する。

注2 区分番号A001に掲げるかかりつけ歯科医初診料の注1の届出を行った保険医療機関（以下この表において「かかりつけ歯科医初診料届出保険医療機関」という。）において、区分番号A001に掲げるかかりつけ歯科医初診料を算定している患者に対して、区分番号I003に掲げる初期齲蝕小窩裂溝填塞処置を行い、かつ、当該実地指導を行った場合は、所定点数に20点を加算する。

歯科特定疾患療養指導料  
(注の削除)

注2 区分番号A000に掲げる初診料又は区分番号A001に掲げるかかりつけ歯科医初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日から1月以内に行った指導の費用は、初診料又はかかりつけ歯科医初診料に含ま

(削除)

<p>(注の新設)</p> <p>※高次歯科医療を担う病院歯科機能の充実及び連携の推進</p>	<p>れるものとする。</p>	<p>(新設)</p>	<p>注2 指導に先立って、患者の主治医（注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾患に係るものに限る。）と共同して、歯科診療に関する総合的な口腔の療養指導計画を策定し、当該患者に対し、その内容を文書により提供した場合は、1回に限り、所定点数に100点を加算する。</p>
<p>特定薬剤治療管理料</p> <p>(点数の見直し)</p>	<p>500点</p>	<p>470点</p>	
<p>(注の変更：取扱いの明確化)</p>	<p>注1 アミノ配糖体抗生物質等を投与している入院中の患者に対して、薬物血中濃度を測定して計画的な治療管理を行った場合に算定する。</p>	<p>注1 別に厚生労働大臣が定める患者に対して、薬物血中濃度を測定して計画的な治療管理を行った場合に算定する。</p>	
<p>(注の変更：点数の見直し)</p>	<p>注4 特定薬剤治療管理に係る薬剤の投与を行った場合は、1回目の特定薬剤治療管理料を算定すべき月に限り、所定点数に300点を加算する。</p>	<p>注4 特定薬剤治療管理に係る薬剤の投与を行った場合は、1回目の特定薬剤治療管理料を算定すべき月に限り、所定点数に280点を加算する。</p>	
<p>(注の削除)</p>	<p>注5 注1に掲げられていない薬物血中濃度の測定</p>	<p>(削除)</p>	

及び計画的な治療管理であって特殊なものに要する費用は、注1に掲げられている測定及び治療管理のうち、最も近似するものの所定点数により算定する。

悪性腫瘍特異物質治療管理料

(点数の見直し)

イ	測定方法が一般的なもの	240点	→	220点
ロ	測定方法が精密なもの			
(1)	1項目の場合	390点		360点
(2)	2項目以上の場合	430点		400点

(注の変更：点数の見直し)

注3	注2に規定する悪性腫瘍特異物質治療管理に係る腫瘍マーカーの検査を行った場合は、1回目の悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定すべき月に限り、ロの所定点数に160点を加算する。ただし、当該月の前月に腫瘍マーカーの所定点数を算定している場合はこの限りでない。	→	注3	注2に規定する悪性腫瘍特異物質治療管理に係る腫瘍マーカーの検査を行った場合は、1回目の悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定すべき月に限り、ロの所定点数に150点を加算する。ただし、当該月の前月に腫瘍マーカーの所定点数を算定している場合はこの限りでない。
----	--	---	----	--

手術前医学管理料

(点数の見直し)

1,420点 → 1,310点



手術後医学管理料（1日につき）

（点数の見直し）

- 1 病院の場合
- 2 診療所の場合

1, 410点  
1, 250点

1, 340点  
1, 190点

（項目の新設）

※全身疾患を有する患者に対する総合的医療管理の評価

（新設）

歯科治療総合医療管理料 250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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者であって別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要であるとして文書により診療情報の提供を受けたものに対し、第8部処置（区分番号I009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（M001からM002に掲げるものに限る。）（全身麻酔下で行うものを除く。）を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合（区分番号A001に掲げるかかりつけ歯科医初診料を算定する場合に限る。）に、月1回に限り算定する。

2 同一の患者につき同一月に歯科治療総合医療管理料を算定すべき医療管理を2回以上行った場合においては、第1回目の医療管理を

行ったときに算定する。

3 呼吸心拍監視及び鎮静に係る費用並びに区分番号B001に掲げる歯周疾患指導管理料及び老人歯科診療報酬点数表の6に掲げる歯科口腔疾患指導管理料の費用は、所定点数に含まれるものとする。

第2部  
在宅医療

歯科訪問診療料（1日につき）

（注の新設）

※歯科訪問診療の質の向上と適  
正化

（注の新設）

※訪問歯科衛生指導の適正評価

（新設）

（新設）

注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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、歯科訪問診療料を算定する患者について、歯科訪問診療に基づき、当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜における緊急時の診療体制を確保する必要を認め、当該患者に対し、当該保険医療機関が連携する保険医療機関（以下「連携保険医療機関」という。）に関する情報を文書により提供し、かつ、当該患者又はその家族等の同意を得て、連携保険医療機関に対し診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る歯科診療に必要な情報を提供した場合は、地域医療連携体制加算として、月1回に限り所定点数に300点を加算する。

6 歯科訪問診療に基づき訪問歯科衛生指導が必要と認められた患者について、訪問指導計画を策定し、当該指導計画に基づき、訪問歯科衛生指導を担当する歯科衛生士、保健師、

<p>訪問歯科衛生指導料 (項目の組み替え)</p>	<p>1 複雑なもの イ 1回目 550点 ロ 2回目 300点 2 簡単なもの 80点</p>	<p>看護師又は准看護師に対し、文書により当該訪問歯科衛生指導に係る指示を行った場合は、所定点数に100点を加算する。</p>
<p>(注の新設：取扱いの明確化)</p>	<p>注1 訪問歯科診療を行った患者又はその家族等に対して、当該訪問歯科診療を行った歯科医師の指示及び当該歯科医師の策定した訪問指導計画に基づき、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、患者の口腔内での清掃又は有床義歯の清掃に係る実地指導を行った場合は、患者1人につき、月4回（同一月内に1及び2を行った場合は併せて月4回）に限り算定する。</p>	<p>注1 歯科訪問診療を行った患者又はその家族等に対して、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の注6に規定する訪問指導計画を策定した歯科医師の文書による指示に基づき、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、患者の口腔内での清掃又は有床義歯の清掃に係る実施指導を行った場合は、患者1人につき、月4回（同一月内に1及び2を行った場合は併せて月4回）に限り算定する。</p>

第3部  
検査

細菌簡易培養検査  
(点数の見直し)

(項目の新設)  
※混合歯列期における歯肉炎等  
の重症化予防治療技術の評価

70点 → 60点

(新設)

歯科口腔継続管理治療診断料 80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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、歯肉炎等に罹患している混合歯列期の患者であって初診の日から起算して3月を経過したものに対し、口腔内の状態の検査を行い、病状が安定期にあることを確認し、継続した治療の必要性を認め、患者の同意を得て、継続治療計画を策定し、患者に対し、その内容を文書により提供した場合に算定する。

2 歯科口腔継続管理治療診断料を1回算定した後、当該診断料を算定した日の属する月の初日から起算して1年を経過するまでは再度算定できない。

## 第4部 画像診断

### 通則

(通則の変更：点数の見直し)

(通則の変更：点数の見直し)

5 区分番号E000(1のイに係るものを除く。)及びE200に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、月1回に限り所定点数に48点を加算する。

6 遠隔画像診断による画像診断(区分番号E000(1のイに係るものを除く。)又はE200に限る。)を行った場合については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関間で行われた場合に限り、算定する。この場合において、受信側の保険医療機関が通則5の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書により報告した場合は、月1回に限り所定点数に48点を加算する。

5 区分番号E000(1のイに係るものを除く。)及びE200に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、月1回に限り所定点数に58点を加算する。

6 遠隔画像診断による画像診断(区分番号E000(1のイに係るものを除く。)又はE200に限る。)を行った場合については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関間で行われた場合に限り、算定する。この場合において、受信側の保険医療機関が通則5の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書により報告した場合は、月1回に限り所定点数に58点を加算する。

第5部  
投薬

第2節 処方料

処方料

(注の新設)

※長期投薬に係る技術の評価

(新設)

注6 注5に規定する場合であって、処方期間が28日以上の場合、月1回に限り、1処方につき45点を加算する。ただし、この場合において、同一月に注5の加算は算定できない。

第5節 処方せん料

(注の新設)

※長期投薬に係る技術の評価

(新設)

注4 注3に規定する場合であって、処方期間が28日以上の場合、月1回に限り、処方せんの交付1回につき45点を加算する。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。

第6節 調剤技術基本料

(項目の変更)

※有床診療所における入院医療の評価

調剤技術基本料

1 病院に入院中の患者に投薬を行った場合  
42点

調剤技術基本料

1 入院中の患者に投薬を行った場合 42点

第 6 部  
注射

点滴注射（1日につき）

（注の変更）

※入院医療における安全対策等  
の評価の見直し

注2 区分番号G005に掲げる中心静脈注射の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、悪性腫瘍に対して用いる薬剤であって細胞毒性を有するものについて必要があつて無菌製剤処理が行われた場合は、1日につき40点を加算する。

注2 区分番号G005に掲げる中心静脈注射の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、悪性腫瘍に対して用いる薬剤であつて細胞毒性を有するもの及び別に厚生労働大臣が定める入院患者に対して使用する薬剤について必要があつて無菌製剤処理が行われた場合は、1日につき40点を加算する。



第 7 部

リハビリテーション

言語聴覚療法

(項目の分割)

※言語聴覚療法の見直し

1	言語聴覚療法(I)	
イ	個別療法 (1 単位)	250 点
ロ	集団療法 (1 単位)	100 点
2	言語聴覚療法(II)	
イ	個別療法 (1 単位)	180 点
ロ	集団療法 (1 単位)	80 点

(注の変更)

※リハビリテーション等に関する  
逓減制及び算定制限の見直し

注 3 集団療法については、患者 1 人につき 1 日  
2 単位、かつ、1 月合計 8 単位に限り算定す  
る。

(注の追加)

※言語聴覚療法の見直し

(新設)

1	言語聴覚療法(I)	
イ	個別療法 (1 単位)	250 点
ロ	集団療法 (1 単位)	100 点
2	言語聴覚療法(II)	
イ	個別療法 (1 単位)	180 点
ロ	集団療法 (1 単位)	80 点
3	言語聴覚療法(III)	
イ	個別療法 (1 単位)	100 点
ロ	集団療法 (1 単位)	40 点

注 3 集団療法については、患者 1 人につき 1 日  
2 単位、かつ、1 月に合計 8 単位に限り算定  
する。ただし、急性発症した脳血管疾患等の  
疾患の患者であって発症後 180 日以内のも  
のについては、1 日 2 単位、かつ、1 月に合  
計 12 単位に限り算定する。

注 5 急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者に  
対して、リハビリテーション計画を作成し、  
当該リハビリテーション計画に基づき、言語

聴覚療法(I) (個別療法に限る。) 又は言語聴覚療法(II) (個別療法に限る。) を行った場合は、次に掲げる区分に応じ、早期リハビリテーション加算として、それぞれ次に定める点数 (15歳未満の患者に対して行った場合は、それぞれ次に定める点数の100分の200に相当する点数) を所定点数に加算する。

イ 発症後14日以内に行われた場合 (1単位につき) 100点

ロ 発症後15日以上30日以内の期間に行われた場合 (1単位につき) 80点

ハ 発症後31日以上90日以内の期間に行われた場合 (1単位につき) 30点