

項 目	現 行	改 正 案
第 2 章 第 5 部 投 薬 第 2 節 処方料 F 1 0 0 処方料 (注の見直し) 第 3 節 薬剤料 F 2 0 0 薬剤 (注の見直し)	<p>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、月2回に限り、1処方につき15点を加算する。</p> <p>注1 特別入院基本料を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対する同一月の投薬に係る薬剤料と注射に係る薬剤料とを合算して</p>	<p>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、月2回に限り、1処方につき18点を加算する。</p> <p>注1 特別入院基本料を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対する同一月の投薬に係る薬剤料と注射に係る薬剤料とを合算して</p>

歯科F投薬(1/3)

(注の見直し)	<p>得た点数（以下この表において「合算薬剤料」という。）が、250点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数を超える場合（悪性新生物その他の特定の疾患に罹患している患者に対して投薬又は注射を行った場合を除く。）には、当該合算薬剤料は、所定点数にかかわらず、250点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数により算定する。</p> <p>3 健康保険法第85条第1項及び老人保健法第31条の2第1項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤（ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。）については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、歯科医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断した場合を除き、これを算定しない。</p>	<p>得た点数（以下この表において「合算薬剤料」という。）が、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数を超える場合（悪性新生物その他の特定の疾患に罹患している患者に対して投薬又は注射を行った場合を除く。）には、当該合算薬剤料は、所定点数にかかわらず、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数により算定する。</p> <p>3 健康保険法第85条第1項及び高齢者医療確保法第74条第1項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養若しくは健康保険法第85条の2第1項及び高齢者医療確保法第75条第1項に規定する入院時生活療養費に係る生活療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤（ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。）については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、歯科医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断した場合を除き、これを算定しない。</p>
---------	---	---

歯科F投薬(2/3)

第5節 処方せん料		
F400 処方せん料		
(項目の見直し)	<p>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</p> <p>イ 後発医薬品を含む場合 42点</p> <p>ロ イ以外の場合 40点</p>	<p>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</p>
(項目の見直し)	<p>2 1以外の場合</p> <p>イ 後発医薬品を含む場合 70点</p> <p>ロ イ以外の場合 68点</p>	<p>2 1以外の場合 68点</p>
(注の見直し)	<p>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。）に対して処方せんを交付した場合は、月2回に限り、処方せんの交付1回につき15点を加算する。</p>	<p>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。）に対して処方せんを交付した場合は、月2回に限り、処方せんの交付1回につき18点を加算する。</p>

歯科F投薬(3/3)

項目	現 行	改 正 案
第2章第6部 注射		
通則		
(通則の新設)	(新設)	<p>6 区分番号G002、G003又はG004に掲げる動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入又は点滴注射について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって悪性腫瘍等の患者であるものに対して治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ1日につき前各号により算定した点数に加算する。</p> <p>イ 外来化学療法加算1 500点（15歳未満の患者に対して行った場合は、700点）</p> <p>ロ 外来化学療法加算2 390点（15歳未満の患者に対して行った場合は、700点）</p>

歯科G注射(1/6)

第1節 注射料

(通則の新設)

(新設)

通則

注射の費用は、第1款及び第2款の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。

(新設)

(新設)

第1款 注射実施料

G004 点滴注射(1日につき)

(注の削除)

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又は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日につきそれぞれ50点又は40点を加算する。

(削除)

(注の削除)

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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であつて、悪性腫瘍等の患者であるものに対して、治療を開始するに当たつて、患者に対して注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で、化学療法を行った場合は、外来化学療法加算として、1日につき400点(15歳未満の患者に対して行った場合は、700点)を加算する。

(削除)

G005 中心静脈注射(1日につき)

(注の削除)

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、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。

(削除)

G005-2 中心静脈注射用カテーテル挿入

(注の新設)	(新設)	3 別に厚生労働大臣が定める患者に対して静脈切開法を用いて行った場合は、所定点数に2,000点を加算する。
G006 埋込型カテーテルによる中心静脈栄養(1日につき)		
(注の削除)	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。	(削除)
(新設)	(新設)	第2款 無菌製剤処理料
(新設)	(新設)	G020 無菌製剤処理料 1 無菌製剤処理料1(悪性腫瘍に対して用いる薬剤が注射される一部の患者) 50点 2 無菌製剤処理料2(1以外のもの) 40点

歯科G注射(4/6)

第2節 薬剤料		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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、点滴注射、中心静脈注射及び埋込型カテーテルによる中心静脈栄養を行う際に、別に厚生労働大臣が定める患者に対して使用する薬剤について、必要があつて無菌製剤処理が行われた場合は、当該患者に係る区分に従い1日につき所定点数を算定する。
G100 薬剤		
(注の見直し)	注1 特別入院基本料を算定している病棟を有する病院に入院している患者であつて入院期間が1年を超えるものに対する合算薬剤料が、250点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数を超える場合(悪性新生物その他の特定の疾患に罹患している患者に対して投薬又は注射を行った場合を除く。)には、当該合算薬剤料は、所定点数にかかわらず、250点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数により算定する。	注1 特別入院基本料を算定している病棟を有する病院に入院している患者であつて入院期間が1年を超えるものに対する合算薬剤料が、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数を超える場合(悪性新生物その他の特定の疾患に罹患している患者に対して投薬又は注射を行った場合を除く。)には、当該合算薬剤料は、所定点数にかかわらず、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数により算定する。

歯科G注射(5/6)

(注の見直し)	<p>2 健康保険法第85条第1項及び老人保健法第31条の2第1項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤（ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。）については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であつて、歯科医師が当該ビタミン剤の注射が有効であると判断した場合を除き、これを算定しない。</p>	<p>2 健康保険法第85条第1項及び高齢者医療確保法第74条第1項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養若しくは健康保険法第85条の2第1項及び高齢者医療確保法第75条第1項に規定する入院時生活療養費に係る生活療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤（ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。）については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であつて、歯科医師が当該ビタミン剤の注射が有効であると判断した場合を除き、これを算定しない。</p>
---------	---	---

歯科G注射（6/6）

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章第7部 リハビリテーション</p> <p>第1節 リハビリテーション料</p> <p>H000 脳血管疾患等リハビリテーション料</p> <p>(項目の見直し)</p>	<p>1 脳血管疾患等リハビリテーション料(I) (1単位) 250点</p> <p>2 脳血管疾患等リハビリテーション料(II) (1単位) 100点</p>	<p>1 脳血管疾患等リハビリテーション料(I) (1単位) 235点</p> <p>2 脳血管疾患等リハビリテーション料(II) (1単位) 190点</p> <p>3 脳血管疾患等リハビリテーション料(III) (1単位) 100点</p>
(注の見直し)	<p>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患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、それぞれ発症、手術</p>	<p>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患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、それぞれ発症、手術</p>

	<p>又は急性増悪から180日以内に限り1日6単位を限度として所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者であって、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、180日を超えて1日6単位を限度として所定点数を算定することができる。</p>	<p>又は急性増悪から180日以内に限り所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者であって、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、180日を超えて所定点数を算定することができる。</p>
(注の見直し)	<p>2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者がそれぞれ発症、手術又は急性増悪から140日を超えた場合は、当該超過した日において行ったリハビリテーションの費用は、所定点数にかかわらず、注1本文に規定する基準に係る区分に従って、1単位につきそれぞれ210点又は85点を算定する。</p>	<p>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日に限り、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。</p>
(注の新設)	<p>(新設)</p>	<p>3 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に対して、それぞれ発症、手術又は急性増悪から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り算定する。</p>

歯科Hリハビリ(2/5)

<p>(削除)</p> <p>H000-2 脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料</p> <p>1 脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料 (I) 440点</p> <p>2 脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料 (II) 260点</p> <p>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に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対し、計画的な医学管理の下に定期的なリハビリテーションを行っている場合に、月1回(1月に4日以上計画的な医学管理の下に定期的なリハビリテーションを行った場合にあっては、月2回)に限り算定する。</p> <p>2 脳血管疾患等リハビリテーション医学管理を受けている患者に対して行ったリハビリテーションの費用(当該医学管理を開始した月にあっては、その開始の日以降に行ったものに限る。)は、脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料に含まれるものとする。</p> <p>H002 障害児(者)リハビリテーション料(1単位)</p>	<p>(削除)</p>
---	-------------

歯科Hリハビリ(3/5)

(点数の見直し)	1 6歳未満の患者の場合 190点 2 6歳以上18歳未満の患者の場合 140点 3 18歳以上の患者の場合 100点	220点 190点 150点
(注の見直し)	注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合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、児童福祉法（昭和22年法律第164号）第43条の3及び第43条の4に規定する肢体不自由児施設及び重症心身障害児施設又は同法第27条第2項に規定する国立高度専門医療センター及び独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であって厚生労働大臣の指定するもの入所者又は通所者であって、別に厚生労働大臣の定める患者に対して、個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、患者1人につき1日6単位まで算定する。	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患者に対して、個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、患者1人につき1日6単位まで算定する。
(新設)	(新設)	H008 集団コミュニケーション療法料（1単位） 50点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け

歯科Hリハビリ（4/5）

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

項目	現 行	改 正 案
第2章第8部 処置		
第1節 処置料		
I 0 0 1 歯髄覆罩（1歯につき）		
（項目の見直し）	1 直接歯髄覆罩 120点 2 間接歯髄覆罩 25点	1 非侵襲性歯髄覆罩 150点 2 直接歯髄覆罩 120点 3 間接歯髄覆罩 25点
（注の新設）	（新設）	注1 非侵襲性歯髄覆罩を行った場合の経過観察中の区分番号I 0 0 0に掲げる齶蝕処置の費用は、所定点数に含まれるものとする。
（注の見直し）	注 特定薬剤の費用を含むものとする。	2 特定薬剤及び特定保険医療材料の費用は、所定点数に含まれるものとする。
I 0 0 3 初期齶蝕小窩裂溝充填処置		

歯科 I 処置（1/8）

（点数の見直し）	108点	120点
I 0 0 5 抜髄（1歯につき）		
（注の新設）	（新設）	注1 区分番号I 0 0 1の1に掲げる非侵襲性歯髄覆罩を行った日から起算して3月以内に当該処置を行った場合は、その区分に従い、70点、256点又は420点を算定する。
（注の見直し）	注1 区分番号I 0 0 1の1に掲げる直接歯髄覆罩を行った日から起算して1月以内に当該処置を行った場合は、所定点数から120点を減算する。	2 区分番号I 0 0 1の2に掲げる直接歯髄覆罩を行った日から起算して1月以内に当該処置を行った場合は、その区分に従い、100点、286点又は450点を算定する。
I 0 0 8 根管充填（1歯につき）		
（注の見直し）	注1 加圧根管充填を行った場合は、単根管、2根管又は3根管以上の所定点数に、110点、130点又は150点をそれぞれ加算する。ただし、区分番号M 0 0 0-2に掲げる補綴物維持管理料に係る地方社会保険事務局長への届出を行った保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合はこの限りで	注1 加圧根管充填を行った場合は、単根管、2根管又は3根管以上の所定点数に118点、140点又は164点をそれぞれ加算する。ただし、区分番号M 0 0 0-2に掲げる補綴物維持管理料に係る地方社会保険事務局長への届出を行った保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、この限りでな

歯科 I 処置（2/8）

	ない。		い。
I 0 0 9 - 2 創傷処置			
(点数の見直し)	2 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満 49点	→	55点
	3 500平方センチメートル以上 75点	→	85点
I 0 1 1 歯周基本治療			
(注の削除)	1 スケーリング (3分の1顎につき) 64点		
	注 同時に3分の1顎を超えて行った場合は、3分の1顎を増すごとに、所定点数に42点を加算する。	→	(全体の注へ)
(点数の見直し)	2 スケーリング・ルートプレーニング (1歯につき)		
	イ 前歯 60点	→	58点
	ロ 小臼歯 64点	→	62点
	ハ 大白歯 70点	→	68点
	3 歯周ポケット搔爬 (盲嚢搔爬) (1歯につき)		

歯科 I 処置 (3 / 8)

(点数の見直し)	イ 前歯 60点	→	58点
	ロ 小臼歯 64点	→	62点
	ハ 大白歯 70点	→	68点
(注の新設)	(新設)	→	注1 1については、同時に3分の1顎を超えて行った場合は、3分の1顎を増すごとに、所定点数に42点を加算する。
(注の見直し)	注1 同一部位に2回以上同一の歯周基本治療を行った場合における2回目以降の歯周基本治療の費用は、1回目の所定点数に含まれるものとする。ただし、区分番号B004-8に掲げる歯科疾患継続指導料を算定する場合を除く。	→	2 同一部位に2回以上同一の区分に係る歯周基本治療を行った場合の2回目以降の費用は、所定点数(1については、注1の加算を含む。)の100分の30に相当する点数により算定する。
(注の新設)	(新設)	→	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は、算定できない。
(新設)	(新設)	→	I 0 1 1 - 2 歯周病安定期治療 (1口腔につき)

歯科 I 処置 (4 / 8)

- 1 歯周病安定期治療開始日から起算して1年以内にいった場合 150点
 - 2 歯周病安定期治療開始日から起算して1年を超え2年以内にいった場合 125点
 - 3 歯周病安定期治療開始日から起算して2年を超え3年以内にいった場合 100点
- 注1 一連の歯周病治療終了後、一時的に病状が安定した状態にある患者に対し、歯周組織の状態を維持するためのブラークコントロール、スケーリング、スケーリング・ルートプレーニング、咬合調整及び機械的歯面清掃等の継続的な治療（以下この表において「歯周病安定期治療」という。）を開始した場合は、1口腔につき1回に限り算定する。
- 2 2回目以降の歯周病安定期治療は、前回開始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は、この限りでない。
 - 3 歯周病安定期治療を開始した後、病状の変化により歯周外科手術を実施した場合は、歯周精密検査により再び病状が安定し継続的な治療が必要であると判断されるまでの間は、歯周病安定期治療に係る費用は算定しない。
 - 4 歯周病安定期治療を開始した日以降に歯周外科手術を実施した場合は、所定点数の10

歯科I処置(5/8)

I017-2 床副子調整(1口腔につき)

(注の削除)

(注の新設)

I021 根管内異物除去(1歯につき)

(点数の見直し)

- 1 睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床の場合 120点

注 新たに製作した睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床の装着時又は装着後1月以内に、当該咬合床の製作を行った保険医療機関において、適合を図るための調整を行った場合に1回に限り算定する。

(新設)

0分の30に相当する点数により算定する。

(全体の注へ)

注1 1については、新たに製作した睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床の装着時又は装着後1月以内に、当該咬合床の製作を行った保険医療機関において、適合を図るための調整を行った場合に1回に限り算定する。

140点

150点

歯科I処置(6/8)

I 0 2 7 人工呼吸	(点数の見直し)	1 30分までの場合 220点 2 30分を超えて5時間までの場合 220点に30分又はその端数を増すごと に50点を加算して得た点数 3 5時間を超えた場合(1日につき) 745点	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 5時間を超えた場合(1日につき) 819点
第2節 処置医療機器等加算	(削除)	I 0 8 0 ラバー加算 10点 注 ラバーダム防湿法を行った場合に限り加算する。	(削除)
I 0 8 1 周辺装置加算	(注の見直し)	注 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定すべき患者又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して歯科訪問診療を行った場合において、切削を伴う処置、手術、歯冠修復又は欠損	注 著しく歯科診療が困難な障害者(区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の注9の加算を算定する患者を除く。)に対して歯科訪問診療を行った場合において、切削を伴う処置、手術

歯科 I 処置 (7 / 8)

補綴(以下この表において「処置等」という。)が必要な場合であって切削器具及びその周辺装置を訪問先に携帯して必要な処置等を行った場合には、処置等のうち主たるものの所定点数に加算する。ただし、1又は2のいずれかに限り、加算する。	、歯冠修復又は欠損補綴(以下この表において「処置等」という。)が必要な場合であって切削器具及びその周辺装置を訪問先に携帯して必要な処置等を行った場合には、処置等のうち主たるものの所定点数に加算する。ただし、1又は2のいずれかに限り、加算する。
--	---