議案第６号

飯能市国民健康保険条例の一部を改正する条例（案）

飯能市国民健康保険条例（昭和３４年条例第１０号）の一部を次のように改正する。

第５条中「注８」を「注９」に改める。

附　則

（施行期日）

１　この条例は、公布の日から施行する。

（経過措置）

２　この条例による改正後の飯能市国民健康保険条例第５条の規定は、平成３０年４月１日以後に歯科訪問診療の給付を受ける場合について適用する。

平成３１年２月２２日提出

飯能市長　　大久保　　勝

飯能市国民健康保険条例新旧対照表

改正後	改正前
（一部負担金） 第５条　被保険者は、往診又は歯科訪問診療（以下「往診等」という。）の給付を受ける場合において、当該往診等が診療報酬の算定方法（平成２０年厚生労働省告示第５９号）別表第１第２章第２部第１節の往診料の項注４又は別表第２第２章第２部の歯科訪問診療料の項<u>注９</u>の規定に該当するものであるときは、当該往診等の給付に要する費用のうち当該往診等がこれらの規定に該当しないものとして算定した額を超える部分については、法第４２条第１項の規定にかかわらず、一部負担金を支払うことを要しない。	（一部負担金） 第５条　被保険者は、往診又は歯科訪問診療（以下「往診等」という。）の給付を受ける場合において、当該往診等が診療報酬の算定方法（平成２０年厚生労働省告示第５９号）別表第１第２章第２部第１節の往診料の項注４又は別表第２第２章第２部の歯科訪問診療料の項<u>注８</u>の規定に該当するものであるときは、当該往診等の給付に要する費用のうち当該往診等がこれらの規定に該当しないものとして算定した額を超える部分については、法第４２条第１項の規定にかかわらず、一部負担金を支払うことを要しない。

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　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分未満の場合は、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。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　歯科訪問診療料を算定する患者について、当該患者に対する診療時間が1時間を超えた場合は、30分又はその端数を増すごとに、100点を所定点数に加算する。

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。

7　別に厚生労働大臣が定める時間において、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している場合に緊急に行う歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3についてはそれぞれ425点、140点又は70点を、夜間（深夜を除く。）における歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3についてはそれぞれ850点、280点又は140点を、深夜における歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3についてはそれぞれ1,700点、560点又は280点を所定点数に加算する。

8　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科訪問診療料を算定する患者について、歯科訪問診療に基づき、当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜における緊急時の診療体制を確保する必要を認め、当該患者に対し、当該保険医療機関が連携する保険医療機関（以下「連携保険医療機関」という。）に関する情報を文書により提供し、かつ、当該患者又はその家族等の同意を得て、連携保険医療機関に対し診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る歯科診療に必要な情報を提供した場合は、地域医療連携体制加算として、1回に限り300点を所定点数に加算する。

9　保険医療機関の所在地と訪問先の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合又は海路による歯科訪問診療を行った場合で、特殊の事情があったときの歯科訪問診療料は、別に厚生労働大臣が定めるところによって算定する。

10　歯科訪問診療に要した交通費は、患家の負担とする。

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)　同一建物居住者以外の場合　115点

(2)　同一建物居住者の場合　50点

ロ　イ以外の保険医療機関の場合

(1)　同一建物居住者以外の場合　90点

(2)　同一建物居住者の場合　30点

12　1について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅において療養を行っている患者に対して歯科訪問診療を実施した場合は、在宅歯科医療推進加算として、100点を所定点数に加算する。

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　237点

ロ　再診時　48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　イ以外の場合　100点

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、患者に対し文書により提供する。

2　訪問歯科衛生指導に要した交通費は、患家の負担とする。

3　区分番号B001－2に掲げる歯科衛生実地指導料を算定している月は算定できない。

C001－2　削除

C001－3　歯科疾患在宅療養管理料

1　在宅療養支援歯科診療所1の場合　320点

2　在宅療養支援歯科診療所2の場合　250点

3　1及び2以外の場合　190点

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

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

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

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。

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　１以外の場合　500点

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

２　注１の場合において、当該患者が別に厚生労働大臣が定める特別な管理を要する状態等にあるときは、特別管理指導加算として、200点を所定点数に加算する。

Ｂ０１５　退院時共同指導料２　400点

注１　入院中の保険医療機関の歯科医師又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士が、入院中の患者に対して、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、在宅療養担当医療機関の歯科医師若しくは医師、当該歯科医師若しくは医師の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士又は在宅療養担当医療機関の医師の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中１回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該患者が入院している保険医療機関の歯科医師又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の歯科医師若しくは医師、当該歯科医師若しくは医師の指示を受けた看護師等又は在宅療養担当医療機関の医師の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）と１回以上、共同して行う場合は、当該入院中２回に限り算定する。

２　注１の場合において、入院中の保険医療機関の歯科医師及び在宅療養担当医療機関の歯科医師又は医師が共同して指導を行った場合に、300点を所定点数に加算する。ただし、注３に規定する加算を算定する場合は、算定できない。

３　注１の場合において、入院中の保険医療機関の歯科医師又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の医師若しくは看護師等、歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員又は相談支援専門員のうちいずれか３者以上と共同して指導を行った場合に、多機関共同指導管理加算として、2,000点を所定点数に加算する。

４　注１の規定にかかわらず、区分番号Ａ２２７－５に掲げる入退院支援加算を算定する患者にあっては、当該保険医療機関において、疾患名、当該保険医療機関の退院基準、退院後に必要とされる診療等在宅での療養に必要な事項を記載した退院支援計画を策定し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、これを当該患者の退院後の治療等を担う別の保険医療機関と共有した場合に限り算定する。

５　区分番号Ｂ００６に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)は、別に算定できない。

Ｂ０１６　削除

Ｂ０１７　肺血栓塞栓症予防管理料　305点

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

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

Ｂ０１８　医療機器安全管理料（一連につき）　1,100点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療が必要な患者に対して、放射線治療計画に基づいて治療を行った場合に算定する。

第２部　在宅医療

区分

Ｃ０００　歯科訪問診療料（１日につき）

１　歯科訪問診療１　1,036点

２　歯科訪問診療２　338点

３　歯科訪問診療３　175点

注１　１については、在宅等において療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に歯科訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を行った場合に算定する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料又は区分番号Ａ００２に掲げる再診料は、算定できない。

イ　患者の求めに応じた歯科訪問診療

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

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

イ　患者の求めに応じた歯科訪問診療

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

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　患者の求めに応じた歯科訪問診療

００に掲げる短期滞在手術等基本料の例により算定する。

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

第２章　特掲診療料

第１部　医学管理等

区分

Ｂ０００からＢ０００－３まで　削除

Ｂ０００－４　歯科疾患管理料　100点

注１　１回目の歯科疾患管理料は、継続的な歯科疾患の管理が必要な患者に対し、当該患者又はその家族等（以下この区分番号において「患者等」という。）の同意を得て管理計画を作成し、その内容について説明を行った場合に、初診日の属する月から起算して２月以内１回に限り算定する。

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

３　区分番号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、歯科疾患管理料は注１及び注２の規定にかかわらず、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。

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

５　初診日から入院（歯科診療に限る。）中の患者について、退院後に歯科疾患の継続的な管理が必要な場合は、注１及び注２の規定にかかわらず、退院した日の属する月の翌月以降から算定する。

６　管理計画に基づく治療終了日から起算して２月を経過するまでの間、区分番号Ａ０００に掲げる初診料は、算定できない。

７　歯科疾患管理料を算定した月において、区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期等口腔機能管理料(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　13歳未満のう蝕に罹患している患者であって、う蝕多発傾向にあり、う蝕に対する歯冠修復終了後もう蝕活動性が高く、継続的な指導管理が必要なもの（以下「う蝕多発傾向者」という。）のうち、４歳以上のう蝕多発傾向者又はその家族等に対して、当該患者の療養を主として担う歯科医師（以下「主治の歯科医師」という。）又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物洗口に係る薬液の取扱い及び洗口法に関する指導を行った場合は、歯科疾患管理の実施期間中に患者１人につき１回に限り、フッ化物洗口指導加算として、40点を所定点数に加算する。ただし、区分番号Ｃ００１に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している患者については、当該加算は算定できない。

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

10　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　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要な患者であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、総合医療管理加算として、50点を所定点数に加算する。

12　口腔機能の発達不全を有している15歳未満の患者に対して、口腔機能の獲得を目的として、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は、小児口腔機能管理加算として、100点を所定点数に加算する。

13　口腔機能の低下を来している患者に対して、口腔機能の回復又は維持を目的として、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は、口腔機能管理加算として、100点を所定点数に加算する。

Ｂ０００－５　周術期等口腔機能管理計画策定料　300点

注１　がん等に係る全身麻酔によ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回に限り算定する。

２　区分番号Ｂ００６に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅰ)、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(Ⅰ)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(Ⅰ)

１　手術前　280点

２　手術後　190点

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

点」とあるのは「210点」とする。

6　旧算定方法別表第一区分番号Ａ３００の注３及び注４の規定については、平成30年３月31日においてこれらの規定に基づく届出を行っている保険医療機関については、平成31年３月31日までの間に限り、なお従前の例による。

7　第２章第２部第２節第１款の通則１及び２の規定にかかわらず、平成32年３月31日までの間に限り、区分番号Ｃ１０６に掲げる在宅自己導尿指導管理料及び区分番号Ｃ１１９に掲げる在宅経肛門的自己洗腸指導管理料を算定すべき指導管理を同一患者につき行った場合は、それぞれ月１回に限り所定点数を算定する。

8　第２章の規定にかかわらず、次に掲げる診療料は、平成32年３月31日までの間に限り、算定できるものとする。

イ　区分番号Ｄ００６の２に掲げるトロンボテスト

ロ　区分番号Ｄ００６－３の２に掲げるｍＲＮＡ定量（１以外のもの）

ハ　区分番号Ｄ００７の９に掲げるムコ蛋白

ニ　区分番号Ｄ００７の24に掲げる膵分泌性トリプシンインヒビター（ＰＳＴＩ）

ホ　区分番号Ｄ００９の６に掲げる前立腺酸ホスファターゼ抗原（ＰＡＰ）

9　第２章の規定にかかわらず、区分番号Ｈ００１の注４の後段及び注５、Ｈ００１－２の注４の後段及び注５並びにＨ００２の注４の後段及び注５に規定する診療料は、平成31年３月31日までの間に限り、算定できるものとする。

別表第二

歯科診療報酬点数表

［目次］

第１章　基本診療料
　第１部　初・再診料
　　第１節　初診料
　　第２節　再診料
　第２部　入院料等
　　第１節　入院基本料
　　第２節　入院基本料等加算
　　第３節　特定入院料
　　第４節　短期滞在手術等基本料
第２章　特掲診療料
　第１部　医学管理等
　第２部　在宅医療
　第３部　検査
　　第１節　検査料
　　第２節　薬剤料
　第４部　画像診断
　　第１節　診断料
　　第２節　撮影料
　　第３節　基本的エックス線診断料
　　第４節　フィルム及び造影剤料
　第５部　投薬
　　第１節　調剤料
　　第２節　処方料
　　第３節　薬剤料
　　第４節　特定保険医療材料料
　　第５節　処方箋料
　　第６節　調剤技術基本料
　第６部　注射
　　第１節　注射料
　　　第１款　注射実施料
　　　第２款　無菌製剤処理料
　　第２節　薬剤料
　　第３節　特定保険医療材料料
　第７部　リハビリテーション
　　第１節　リハビリテーション料
　　第２節　薬剤料
　第８部　処置
　　第１節　処置料
　　第２節　処置医療機器等加算
　　第３節　特定薬剤料
　　第４節　特定保険医療材料料
　第９部　手術
　　第１節　手術料
　　第２節　輸血料
　　第３節　手術医療機器等加算
　　第４節　薬剤料

参考（抜粋）

○厚生労働省告示第四十三号

健康保険法（大正十一年法律第七十号）第七十六条第二項（同法第百四十九条において準用する場合を含む。）及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）第七十一条第一項の規定に基づき、診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）の一部を次のように改正し、平成三十年四月一日から適用する。

平成三十年三月五日　厚生労働大臣　加藤　勝信

別表第一から別表第三までを次のように改める。

別表第一

医科診療報酬点数表

［目次］

第1章　基本診療料
　第1部　初・再診料
　　第1節　初診料
　　第2節　再診料
　第2部　入院料等
　　第1節　入院基本料
　　第2節　入院基本料等加算
　　第3節　特定入院料
　　第4節　短期滞在手術等基本料
第2章　特掲診療料
　第1部　医学管理等
　第2部　在宅医療
　　第1節　在宅患者診療・指導料
　　第2節　在宅療養指導管理料
　　　第1款　在宅療養指導管理料
　　　第2款　在宅療養指導管理材料加算
　　第3節　薬剤料
　　第4節　特定保険医療材料料
　第3部　検査
　　第1節　検体検査料
　　　第1款　検体検査実施料
　　　第2款　検体検査判断料
　　第2節　削除
　　第3節　生体検査料
　　第4節　診断穿刺・検体採取料
　　第5節　薬剤料
　　第6節　特定保険医療材料料
　第4部　画像診断
　　第1節　エックス線診断料
　　第2節　核医学診断料
　　第3節　コンピューター断層撮影診断料
　　第4節　薬剤料
　　第5節　特定保険医療材料料
　第5部　投薬
　　第1節　調剤料
　　第2節　処方料
　　第3節　薬剤料
　　第4節　特定保険医療材料料
　　第5節　処方箋料
　　第6節　調剤技術基本料
　第6部　注射
　　第1節　注射料
　　　第1款　注射実施料
　　　第2款　無菌製剤処理料
　　第2節　薬剤料
　　第3節　特定保険医療材料料
　第7部　リハビリテーション
　　第1節　リハビリテーション料
　　第2節　薬剤料
　第8部　精神科専門療法
　　第1節　精神科専門療法料
　　第2節　薬剤料
　第9部　処置
　　第1節　処置料
　　第2節　処置医療機器等加算
　　第3節　薬剤料
　　第4節　特定保険医療材料料
　第10部　手術
　　第1節　手術料
　　　第1款　皮膚・皮下組織
　　　第2款　筋骨格系・四肢・体幹
　　　第3款　神経系・頭蓋
　　　第4款　眼
　　　第5款　耳鼻咽喉
　　　第6款　顔面・口腔・頸部
　　　第7款　胸部
　　　第8款　心・脈管
　　　第9款　腹部
　　　第10款　尿路系・副腎
　　　第11款　性器
　　　第12款　削除
　　　第13款　臓器提供管理料
　　第2節　輸血料
　　第3節　手術医療機器等加算
　　第4節　薬剤料
　　第5節　特定保険医療材料料
　第11部　麻酔
　　第1節　麻酔料
　　第2節　神経ブロック料
　　第3節　薬剤料
　　第4節　特定保険医療材料料
　第12部　放射線治療
　　第1節　放射線治療管理・実施料
　　第2節　特定保険医療材料料
　第13部　病理診断
　　第1節　病理標本作製料
　　第2節　病理診断・判断料
第3章　介護老人保健施設入所者に係る診療料
　第1部　併設保険医療機関の療養に関する事項
　第2部　併設保険医療機関以外の保険医療機関の療養に関する事項
第4章　経過措置
　　第1章　基本診療料
　　　第1部　初・再診料