

個別改定項目について

I 地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進

I - 1 地域包括ケアシステム構築のための取組の強化

- ① 入退院支援の推進 9
- ② 在宅復帰率の見直し 14
- ③ 歯科医療機関連携加算の対象拡大 20
- ④ 診療情報の共有に対する評価の新設 21
- ⑤ 地域包括診療料等における院外処方に係る服薬管理等の取扱いの
明確化..... 23
- ⑥ 関係機関の連携強化に向けた退院時共同指導料の見直し 24
- ⑦ 退院後の診療等の療養に必要な情報提供に対する評価 28
- ⑧ 入退院（所）時の医療機関等と訪問看護との連携 29
- ⑨ 特別の関係、入退院時の連携強化 30
- ⑩ 障害福祉サービスの相談支援専門員との連携 32
- ⑪ 地域包括ケア病棟入院料の評価体系の見直し 36
- ⑫ 救急・在宅等支援病床初期加算等の見直し 41
- ⑬ 有床診療所の地域包括ケアモデル（医療・介護併用モデル）での
運用の支援 44
- ⑭ 周術期口腔機能管理の推進 48
- ⑮ 介護医療院の創設に伴う対応 56

I - 2 かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の機能 の評価

- ① 地域包括診療料等の見直し 59
- ② 小児かかりつけ診療料の見直し 67
- ③ 小児科療養指導料の見直し 69
- ④ 生活習慣病重症化予防推進に係る要件の見直し 71
- ⑤ かかりつけ歯科医の機能の評価 73
- ⑥ かかりつけ薬剤師の評価 77
- ⑦ 地域医療に貢献する薬局の評価 79

I - 3 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

- ① 一般病棟入院基本料の評価体系の見直し 83

②	重症度、医療・看護必要度の判定基準の見直し	89
③	療養病棟入院基本料の評価体系の見直し	100
④	医療区分の適正化	105
⑤	在宅復帰機能強化加算	107
⑥	療養病棟における夜間看護体制の充実	108
⑦	高度な放射線治療機器の効率的な利用の推進	109
⑧	医療資源の少ない地域に配慮した病床数要件の緩和	114
⑨	結核病棟のユニットに係る見直し	117
⑩	地域包括ケア病棟入院料の評価体系の見直し	118
⑪	有床診療所の地域包括ケアモデル（医療・介護併用モデル）での運用の支援	119
⑫	回復期リハビリテーション病棟入院料の評価体系の見直し	120
⑬	診療実績データの提出への評価	125
⑭	特定集中治療室管理料等の見直し	129
⑮	短期滞在手術等基本料の見直し	133
⑯	DPC制度(DPC/PDPS)の見直し	137
⑰	入院中の患者に対する褥瘡対策	145
⑱	看護補助者の配置に係る加算の見直し	149

I-4 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進

①	大病院の外来機能の分化の推進	150
②	病床数要件の見直し	153
③	かかりつけ医機能を有する医療機関における初診の評価	157
④	未妥結減算の見直し	158
⑤	生活習慣病重症化予防推進に係る要件の見直し	163
⑥	糖尿病の透析予防の推進	164

I-5 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

①	複数医療機関が行う訪問診療の評価	165
②	在支診以外の診療所による訪問診療の提供に係る評価	166
③	併設する介護施設等への訪問診療の整理	167
④	患者の状態に応じたきめ細やかな訪問診療の評価	168
⑤	適切な往診の推進と看取り期の患者に対する往診の評価	177
⑥	入退院（所）時の医療機関等と訪問看護との連携	179

⑦	訪問看護ステーションと関係機関の連携強化	182
⑧	喀痰吸引等を実施する介護職員等との連携の推進	184
⑨	地域支援機能を有する訪問看護ステーションの評価	186
⑩	複数の実施主体による訪問看護の連携強化	188
⑪	機能強化型訪問看護ステーションの要件見直し	192
⑫	24時間対応体制の評価の見直し	194
⑬	理学療法士等の訪問看護の適正化	196
⑭	複数名による訪問看護の見直し	197
⑮	精神科訪問看護基本療養費（Ⅱ）の廃止	202
⑯	精神障害を有する者への重点的支援	203
⑰	医療的ケアが必要な児への対応の評価	206
⑱	過疎地域等の訪問看護の充実	208
⑲	連携する医師による訪問看護指示の見直し	211
⑳	在宅歯科医療の推進等	213
㉑	訪問指導料における居住場所に応じた評価	228
㉒	効率的で質の高い在宅薬剤管理指導業務の推進	231

I-6 国民の希望に応じた看取りの推進

①	患者の希望に応じた看取りの推進	233
②	治療方針に関する意思決定支援体制の評価	238
③	訪問診療の主治医とケアマネジャーの連携強化	239
④	在宅療養中のがん末期の患者に行う酸素療法の評価	240
⑤	特別養護老人ホーム等におけるターミナルケアの評価の見直し	241

I-7 リハビリテーションにおける医療と介護の連携の推進

①	疾患別リハビリテーションにおける算定日数上限の除外対象患者の追加	245
②	回復期リハビリテーション病棟における専従要件の見直し	247
③	維持期・生活期リハビリテーションの介護保険への移行	248
④	医療と介護の連携に資するリハビリテーション計画書の様式等の見直し	251

II 新しいニーズにも対応でき、安心・安全で納得できる質の高い医療の実

現・充実

Ⅱ－１ 重点的な対応が求められる医療分野の充実

Ⅱ－１－１ 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価

- ① 緩和ケア病棟入院料の見直し 254
- ② 緩和ケア診療加算等の要件の見直し 256
- ③ 訪問診療の主治医とケアマネジャーの連携強化 259
- ④ 在宅療養中のがん末期の患者に対する診療の充実 260
- ⑤ がんゲノム医療中核拠点病院の評価 262
- ⑥ 高度な放射線治療機器の効率的な利用の推進 264
- ⑦ がん患者の治療と仕事の両立に向けた支援の充実 265

Ⅱ－１－２ 認知症の者に対する適切な医療の評価

- ① 重症度、医療・看護必要度の判定基準の見直し 267
- ② 地域包括ケア病棟における夜間看護職員体制の充実 268
- ③ 認知症治療病棟に係る評価の見直し 269
- ④ 連携型認知症疾患医療センター等の評価 272

Ⅱ－１－３ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

- ① 精神科措置入院退院支援加算の新設 276
- ② 自治体と連携した措置入院後の通院精神療法等の評価 277
- ③ 精神疾患患者に対する訪問支援の充実 280
- ④ 精神障害を有する者への重点的支援 286
- ⑤ 発達障害に対する診療の評価 287
- ⑥ 認知行動療法の評価の見直し 289
- ⑦ 精神科急性期治療病棟入院料等の在宅移行率の要件の見直し 292
- ⑧ 精神科救急入院料の算定要件の見直し 295
- ⑨ 精神科救急入院料等における夜間看護職員体制の充実 300
- ⑩ 精神療養病棟入院料等におけるクロザピンの包括範囲からの除外
..... 302
- ⑪ 公認心理師の評価 304

Ⅱ－１－４ 難病患者に対する適切な医療の評価

- ① 難病患者に対する適切な医療の評価 305
- ② 難病患者に対する情報通信機器を活用した医学管理の評価 ... 307

Ⅱ－１－５ 小児医療、周産期医療、救急医療の充実

- ① 小児入院医療管理料の包括範囲の見直し 308
- ② 小児慢性特定疾病に罹患する患者に対する小児特定集中治療室管理料の対象年齢の延長 309
- ③ 小児に対する退院支援の充実 310
- ④ かかりつけ医と連携した小児の運動器疾患に対する医学的管理の評価 311
- ⑤ 外来における妊婦加算の新設 312
- ⑥ 精神疾患を合併した妊産婦への指導管理に係る評価 316
- ⑦ 夜間救急における外来看護体制の充実 319
- ⑧ 小規模病院における夜間救急外来対応 320
- ⑨ 救命救急入院料における充実段階評価の見直し 322

Ⅱ－１－６ 感染症対策や薬剤耐性対策、医療安全対策の推進

- ① 感染防止対策加算の要件の見直し 324
- ② 外来診療等における抗菌薬の適正使用の推進 327
- ③ 医療安全対策加算における医療安全対策地域連携加算の新設 329

Ⅱ－１－７ 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進

- ① 歯科外来診療における院内感染防止対策の推進 331
- ② 歯科外来診療環境体制加算の見直し 335
- ③ ライフステージに応じた口腔機能管理の推進 339
- ④ 全身的な疾患を有する患者に対する歯科医療の充実 341
- ⑤ 脳血管疾患等リハビリテーション料の対象患者の見直し 345
- ⑥ 歯科固有の技術の評価の見直し等 347
- ⑦ 特定薬剤料等の算定方法の見直し 366

Ⅱ－１－８ 薬剤師・薬局による対人業務の評価

- ① 薬局における対人業務の評価の充実 368

Ⅱ－２ 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションやICT等の将来の医療を担う新たな技術を含む先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入

- ① 質の高い臨床検査の適切な評価 374
- ② 麻酔科の診療に係る評価の見直し 377

- ③ 高度な放射線治療機器の効率的な利用の推進 381
- ④ デジタル病理画像を用いた病理診断の評価及び保険医療機関間の連携による病理診断の要件の見直し 382
- ⑤ 移植医療の評価の充実 386
- ⑥ 性別適合手術の保険適用 390
- ⑦ 手術等医療技術の適切な評価 391
- ⑧ オンライン診療料・オンライン医学管理料の新設 395
- ⑨ 電話等再診の見直し 400
- ⑩ 在宅患者持続陽圧呼吸療法遠隔モニタリング加算の新設 401
- ⑪ 在宅患者酸素療法指導料遠隔モニタリング加算の新設 403
- ⑫ ICTを利用した死亡診断における連携 405

II-3 データの収集・利活用及びアウトカムに着目した評価の推進

- ① データの収集・利活用及びアウトカムに着目した評価の推進 . 407

II-4 明細書無料発行の推進

- ① 明細書無料発行の推進 408

III 医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進

III-1 チーム医療等の推進(業務の共同化、移管等)等の勤務環境の改善

- ① 医療従事者の勤務環境改善の取組の推進 409
- ② 医師等の従事者の常勤配置に関する要件の緩和 418
- ③ 常勤の薬剤師に係る週当たりの勤務時間の特例 422
- ④ 救命救急入院料等における医師の勤務場所に関する要件の緩和
..... 423
- ⑤ ICTを活用した勤務場所に関する規定の緩和 425
- ⑥ 看護職員と看護補助者との業務分担・共同の推進 428
- ⑦ 専従要件の緩和 433
- ⑧ 地域包括診療料等の見直し 437
- ⑨ 小児科療養指導料の見直し 438
- ⑩ 情報通信技術（ICT）を活用した関係機関連携の推進 439
- ⑪ 麻酔科の診療に係る評価の見直し 443

III-2 業務の効率化・合理化

- ① 事務の効率化・合理化や情報利活用の推進 444

Ⅲ－３	ICT等の将来の医療を担う新たな技術の着実な導入	
①	ICT等の将来の医療を担う新たな技術の着実な導入	446
Ⅲ－４	地域包括ケアシステム構築のための多職種連携による取組の強化	
①	地域包括ケアシステム構築のための多職種連携による取組の強化	447
Ⅲ－５	外来医療の機能分化	
①	外来医療の機能分化	448

IV 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の強化

IV－１ 薬価制度の抜本改革の推進

①	薬価調査が適切に実施される環境の整備	449
---	--------------------	-----

IV－２ 後発医薬品の使用促進

①	薬局における後発医薬品の使用促進	450
②	後発医薬品使用体制加算の見直し	452
③	一般名処方加算の見直し	455
④	DPC対象病院における後発医薬品の使用促進	456

IV－３ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価(再掲)

①	医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価	457
---	-----------------------	-----

IV－４ 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進(再掲)

①	外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進	458
---	-----------------------	-----

IV－６ 医薬品の適正使用の推進

①	入院中等の減薬の取組みの評価	459
②	向精神薬処方の適正化	461
③	抗菌薬の適正使用	463
④	処方料等及び処方箋様式の見直し	464
⑤	多剤投薬の適正化の推進	469

IV－７ 備蓄の効率性や損益状況等に応じた薬局の評価の推進

①	いわゆる門前薬局の評価の見直し	470
---	-----------------	-----

IV－８ 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価

①	実態を踏まえた医療技術等の評価の適正化	477
②	実勢価格等を踏まえた検体検査の適正な評価	480
③	透析医療に係る診療報酬の見直し	481

④	ヘパリンナトリウム、ヘパリン類似物質の処方に係る要件の見直し.....	491
⑤	入院時食事療養費（Ⅱ）の見直し	492

③ 歯科医療機関連携加算の対象拡大

骨子< I - 1 (3) >

第1 基本的な考え方

在宅医療における医科と歯科の連携を推進する観点から、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院に属する医師が、歯科訪問診療の必要性を認め、在宅療養支援歯科診療所に対して情報提供を行った場合を評価している診療情報提供料（I）の歯科医療機関連携加算の在宅医療に関する部分について、見直しを行う。

第2 具体的な内容

歯科訪問診療に関する情報提供を行う場合の情報提供先及び対象患者を拡大する。

現 行	改定案
<p>【歯科医療機関連携加算】 [算定要件]</p> <p>イ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に属する医師が、訪問診療を行った栄養障害を有する患者について、歯科訪問診療の必要性を認め、在宅療養支援歯科診療所に対して情報提供を行った場合</p>	<p>【歯科医療機関連携加算】 [算定要件]</p> <p>イ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に属する医師が、訪問診療を行った栄養障害を有する患者又は<u>摂食機能障害を有する患者（疑われる患者を含む。）</u>について、歯科訪問診療の必要性を認め、<u>在宅歯科医療を行う歯科を標榜する保険医療機関</u>に対して情報提供を行った場合</p>

④ 診療情報の共有に対する評価の新設

骨子<I-1(4)>

第1 基本的な考え方

医科歯科連携を推進する観点から、歯科診療を行う上で必要な診療情報や処方内容等の診療情報をかかりつけ医とかかりつけ歯科医との間で共有した場合の評価をそれぞれ新設する。

第2 具体的な内容

医科点数表及び歯科点数表において、診療情報連携共有料を設ける。

(新) 診療情報連携共有料 120点

【医科点数表、歯科点数表】

[対象患者]

慢性疾患等を有する患者であって、歯科治療を行う上で特に検査値や処方内容等の診療情報を確認する必要がある患者

[算定要件]

【医科点数表】

(1) 歯科診療を担う別の保険医療機関からの求めに応じ、当該患者に係る検査結果、投薬内容等の情報提供について、当該患者の同意を得て、当該別の保険医療機関に対し、当該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3月に1回に限り算定する。

(2) 診療情報提供料(I)(同一の保険医療機関に対して当該患者の紹介を行った場合に限る。)を算定した同一月においては、別に算定できない。

【歯科点数表】

(1) 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依頼した場合に保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。

- (2) 診療情報提供料（I）（同一の保険医療機関に対して当該患者の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。

【医科点数表、歯科点数表共通】

保険医療機関と連携を図り、必要に応じて問合せに対応できる体制（窓口の設置など）を確保していること。

⑭ 周術期口腔機能管理の推進

骨子< I-1 (13) >

第1 基本的な考え方

地域包括ケアシステムの構築に向けて医科歯科連携を推進する観点から、周術期口腔機能管理に係る一連の項目について、対象患者の拡大や明確化などの見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 術前の管理計画策定が困難である脳血管疾患等の手術を実施した患者で、術後の誤嚥性肺炎のリスクが高い患者や低栄養状態等の患者について、術後、早期に口腔機能管理を開始した場合は周術期等口腔機能管理の対象となるなど、対象患者の拡大及び明確化を行う。また、周術期口腔機能管理を実施する患者の中には、手術を実施しない患者も含まれることから、名称の見直しを行う。

現 行	改定案
<p>【周術期口腔機能管理計画策定料、周術期口腔機能管理料（Ⅰ）、周術期口腔機能管理料（Ⅱ）、周術期口腔機能管理料（Ⅲ）】</p> <p>[名称]</p>	<p>【周術期等口腔機能管理計画策定料、周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）、周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）、周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）】</p> <p><u>(名称変更)</u></p>
<p>【周術期口腔機能管理計画策定料】</p> <p>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</p>	<p>【周術期等口腔機能管理計画策定料】</p> <p>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</p>

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回を限度として算定する。

(略)

【周術期口腔機能管理料(I)】

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、周術期口腔機能管理計画に基づき、当該手術を実施する他の病院である保険医療機関に入院中の患者又は他の病院である保険医療機関若しくは同一の病院である保険医療機関に入院中の患者以外の患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、かつ、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、手術前は1回を限度として、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回を限度として算定する。

(略)

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回を限度として算定する。

(略)

【周術期等口腔機能管理料(I)】

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、周術期等口腔機能管理計画策定料の注1に規定する管理計画に基づき、当該手術を実施する他の病院である保険医療機関に入院中の患者又は他の病院である保険医療機関若しくは同一の病院である保険医療機関に入院中の患者以外の患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、かつ、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、手術前は1回を限度として、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回を限度として算定する。

(略)

<p>【周術期口腔機能管理料(Ⅰ)、周術期口腔機能管理料(Ⅱ)】</p> <p>[対象患者]</p> <p>周術期口腔機能管理を必要とする手術は、次のいずれかに該当する手術をいう。</p> <p>イ 全身麻酔下で実施される、頭頸部領域、呼吸器領域、消化器領域等の悪性腫瘍の手術、臓器移植手術又は心臓血管外科手術等</p> <p>ロ 骨髄移植の手術</p>	<p>※ <u>周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)及び周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)の注1についても同様</u></p> <p>【周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)、周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)】</p> <p>[対象患者]</p> <p>周術期口腔機能管理を必要とする手術は、次のいずれかに該当する手術をいう。</p> <p>イ 全身麻酔下で実施される以下の手術</p> <p>① 頭頸部領域、呼吸器領域、消化器領域等の悪性腫瘍の手術</p> <p>② 臓器移植手術</p> <p>③ 心臓血管外科手術</p> <p>④ <u>脳血管外科手術</u></p> <p>⑤ <u>人工股関節置換術等の人工関節置換術</u></p> <p>⑥ <u>口腔内に感染源となり得る病巣がある患者、口腔衛生状態が不良である患者、肺炎の既往がある患者又は低栄養の患者等、術後合併症(術後肺炎等)のリスクが高いと考えられる患者に対して実施される手術</u></p> <p>ロ <u>造血幹細胞移植の手術</u></p> <p><u>なお、脳血管外科手術等において、手術後1月以内に口腔機能管理の依頼を受けた場合については、周術期等口腔機能管理計画策定料及び周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)、</u></p>
---	--

	<p>(Ⅱ)を算定できる。その場合において、1回目の周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)又は周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)は、「2手術後」により算定する。</p>
--	--

2. 周術期口腔機能管理後手術加算について、対象を拡大する。

現 行	改定案
<p>【周術期口腔機能管理後手術加算（医科点数表）】</p> <p>[加算の対象となる手術]</p> <p>歯科医師による周術期口腔機能管理の実施後1月以内に、全身麻酔下で実施した以下に掲げる手術</p> <p>① 第6款（顔面・口腔・頸部）、第7款（胸部）及び第9款（腹部）に掲げる悪性腫瘍手術</p> <p>② 第8款（心・脈管（動脈及び静脈は除く。））に掲げる手術</p>	<p>【周術期口腔機能管理後手術加算（医科点数表）】</p> <p>[加算の対象となる手術]</p> <p>歯科医師による周術期口腔機能管理の実施後1月以内に実施した以下の手術</p> <p>(1) 全身麻酔下で実施した以下の手術</p> <p>① <u>第1節第2款（筋骨格系・四肢・体幹）に掲げる区分番号K082人工関節置換術のうち、股関節の手術</u></p> <p>② <u>第1節第6款（顔面・口腔・頸部）、第7款（胸部）及び第9款（腹部）に掲げる悪性腫瘍手術</u></p> <p>③ <u>第1節第8款（心・脈管（動脈及び静脈は除く。））に掲げる手術</u></p> <p>(2) <u>第2節に掲げるK922造血幹細胞移植</u></p>

3. 地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準について、周術期口腔機能管理の実績を選択可能な要件の一つにする。

現 行	改定案
<p data-bbox="352 315 847 349">【地域歯科診療支援病院歯科初診料】</p> <p data-bbox="352 367 507 400">〔施設基準〕</p> <p data-bbox="343 421 858 510">(1) 常勤の歯科医師が2名以上配置されていること。</p> <p data-bbox="343 530 858 620">(2) 看護職員が2名以上配置されていること。</p> <p data-bbox="343 640 858 730">(3) 歯科衛生士が1名以上配置されていること。</p> <p data-bbox="343 750 858 784">(4) 次のいずれかに該当すること。</p> <p data-bbox="373 804 858 1491">① 歯科医療を担当する病院である保険医療機関における当該歯科医療についての紹介率（別の保険医療機関から文書により紹介等された患者（当該病院と特別の関係にある保険医療機関等から紹介等された患者を除く。）の数を初診患者（当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜に受診した六歳未満の初診患者を除く。）の総数で除して得た数をいう。以下同じ。）が百分の三十以上であること。</p> <p data-bbox="373 1512 858 1816">② 歯科医療を担当する病院である保険医療機関における当該歯科医療についての紹介率が百分の二十以上であって、別表第一に掲げる手術の一年間の実施件数の総数が三十件以上であること。</p> <p data-bbox="373 1836 858 1924">③ 歯科医療を担当する病院である保険医療機関において、歯科医</p>	<p data-bbox="901 315 1396 349">【地域歯科診療支援病院歯科初診料】</p> <p data-bbox="901 367 1056 400">〔施設基準〕</p> <p data-bbox="901 421 1013 454"><u>（削除）</u></p> <p data-bbox="892 530 1385 620"><u>(1)</u> 看護職員が2名以上配置されていること。</p> <p data-bbox="892 640 1385 730"><u>(2)</u> 歯科衛生士が1名以上配置されていること。</p> <p data-bbox="901 750 1013 784"><u>（削除）</u></p>

療を担当する他の保険医療機関において診療報酬の算定方法別表第二歯科診療報酬点数表（以下「歯科点数表」という。）の初診料の注6若しくは再診料の注4に規定する加算又は歯科点数表の歯科訪問診療料を算定した患者であって、当該他の保険医療機関から文書により診療情報の提供を受けて当該保険医療機関の外来診療部門において歯科医療を行ったものの月平均患者数が五人以上であること。

- ④ 歯科医療を担当する病院である保険医療機関において、歯科点数表の初診料の注6又は再診料の注4に規定する加算を算定した患者の月平均患者数が三十人以上であること。

(新設)

(3) 次のア又はイのいずれかに該当すること

ア 常勤の歯科医師が2名以上配置され、かつ①から④までのいずれかに該当すること。

- ① 歯科医療を担当する病院である保険医療機関における当該歯科医療についての紹介率（別の保険医療機関から文書により紹介等された患者（当該病院と特別の関係にある保険医療機関等から紹介等された患者を除く。）の数を初診患者（当該保険医療機関が表示す

る診療時間以外の時間、休日又は深夜に受診した六歳未満の初診患者を除く。）の総数で除して得た数をいう。以下同じ。）が百分の三十以上であること。

② 歯科医療を担当する病院である保険医療機関における当該歯科医療についての紹介率が百分の二十以上であって、別表第一に掲げる手術の一年間の実施件数の総数が三十件以上であること。

③ 歯科医療を担当する病院である保険医療機関において、歯科医療を担当する他の保険医療機関において診療報酬の算定方法別表第二歯科診療報酬点数表（以下「歯科点数表」という。）の初診料の注6若しくは再診料の注4に規定する加算又は歯科点数表の歯科訪問診療料を算定した患者であって、当該他の保険医療機関から文書により診療情報の提供を受けて当該保険医療機関の外来診療部門において歯科医療を行ったものの月平均患者数が五人以上であること。

④ 歯科医療を担当する病院である保険医療機関において、歯科点数表の初診料の注6又は再診料の注4に規定する加算

<p><u>(新設)</u></p> <p>(略)</p>	<p>を算定した患者の月平均患者数が三十人以上であること。</p> <p><u>イ 次のいずれにも該当すること。</u></p> <ul style="list-style-type: none">① <u>常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。</u>② <u>歯科医療を担当する病院である保険医療機関において、歯科点数表の周術期等口腔機能管理計画策定料、周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)、周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)又は周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)のいずれかを算定した患者総数の月平均患者数が20人以上であること。</u> <p>(略)</p>
-------------------------------	--

⑤ かかりつけ歯科医の機能の評価

骨子< I-2 (5) (6) >

第1 基本的な考え方

地域連携及び継続的な口腔機能管理を推進する観点から、かかりつけ歯科医の機能の評価及びかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準の見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準について、う蝕や歯周病の重症化予防に関する継続的な管理実績や地域連携に関する会議等への参加実績を要件に追加し、関連する要件を見直す。
2. かかりつけ歯科医として必要な知識や技術の習得を推進する観点から、要件としている研修内容を見直す。
3. 歯科訪問診療の実績について、かかりつけ歯科医と在宅療養支援歯科診療所との連携実績を選択可能な要件の一つとして追加する。

現 行	改定案
<p>【かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所】</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 過去1年間に歯科訪問診療1又は2、歯周病安定期治療及びクラウン・ブリッジ維持管理料を算定している実績があること。</p>	<p>【かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所】</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 過去1年間において、<u>歯周病安定期治療(I)若しくは(II)及びフッ化物歯面塗布処置若しくはエナメル質初期う蝕管理加算の算定回数</u>がそれぞれ30回以上(歯周病安定期治療(I)又は歯周病安定期治療(II))</p>

	<p><u>の合計）及び10回以上（フッ化物歯面塗布処置又はエナメル質初期う蝕管理加算の合計）であること。また、クラウン・ブリッジ維持管理料を算定する旨を地方厚生局長等に届け出た保険医療機関であること。</u></p>
<p><u>（新設）</u></p>	<p>(2) <u>過去1年間に歯科訪問診療1又は歯科訪問診療2の算定回数と連携する在宅療養支援歯科診療所に歯科訪問診療を依頼した算定回数が併せて5回以上であること。</u></p>
<p><u>（新設）</u></p>	<p>(3) <u>過去1年間の診療情報提供料又は診療情報連携共有料の算定回数があわせて5回以上であること。</u></p>
<p>(2) 次に掲げる研修をいずれも修了した歯科医師が1名以上配置されていること。</p> <p>ア 偶発症に対する緊急時の対応、医療事故及び感染症対策等の医療安全対策に係る研修</p> <p>イ 高齢者の心身の特性、口腔機能の管理及び緊急時対応等に係る研修</p>	<p>(4) <u>当該診療所に、高齢者の心身の特性、口腔機能の管理、緊急時対応及び歯科疾患の継続管理等に関する適切な研修を修了した歯科医師が1名以上在籍していること。</u></p>
<p>(中略)</p>	<p>(中略)</p>
<p>(5) 当該診療所において、迅速に歯科訪問診療が可能な歯科医師をあらかじめ指定するとともに、当該担当医名、当該担当医の連絡先電話番号、診療可能日、緊急時の注意事項等について、事前に患者又は家族に対して説明の上、文書により提供していること。</p>	<p>(7) 当該診療所において<u>歯科訪問診療を行う患者に対し、迅速に歯科訪問診療が可能な歯科医師をあらかじめ指定するとともに、当該担当医名、診療可能日、緊急時の注意事項等について、事前に患者又は家族に対して説明の上、文書により提供していること。</u></p>

<p>(6) 当該地域において、在宅医療を担う保険医療機関と連携を図り、必要に応じて、情報提供できる体制を確保していること。</p> <p>(7) 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスの連携調整を担当する者と連携していること。</p> <p><u>(新設)</u></p>	<p><u>(削除)</u></p> <p><u>(削除)</u></p> <p>(8) (4)に掲げる歯科医師が、以下の項目のうち、3つ以上に該当すること。</p> <p><u>ア 過去1年間に、居宅療養管理指導を提供した実績があること。</u></p> <p><u>イ 地域ケア会議に年1回以上出席していること。</u></p> <p><u>ウ 介護認定審査会の委員の経験を有すること。</u></p> <p><u>エ 在宅医療に関するサービス担当者会議や病院・介護保険施設等で実施される多職種連携に係る会議等に年1回以上出席していること。</u></p> <p><u>オ 過去1年間に、栄養サポートチーム等連携加算等の算定があること。</u></p> <p><u>カ 在宅医療・介護等に関する研修を受講していること。</u></p> <p><u>キ 過去1年間に、退院時共同指導料、退院前在宅療養指導管理料、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料の算定があること。</u></p>
---	---

<p>(8) 口腔内で使用する歯科医療機器等について、患者ごとの交換や、専用の機器を用いた洗浄・滅菌処理を徹底する等十分な感染症対策を講じていること。</p> <p>(9) 感染症患者に対する歯科診療について、ユニットの確保等を含めた診療体制を常時確保していること。</p> <p><u>(新設)</u></p> <p>(略)</p>	<p><u>ク 認知症対応力向上研修等、認知症に関する研修を受講していること。</u></p> <p><u>ケ 自治体等が実施する事業に協力していること。</u></p> <p><u>コ 学校の校医等に就任していること。</u></p> <p><u>サ 過去1年間に、歯科診療特別対応加算の算定があること。</u></p> <p><u>(削除)</u></p> <p><u>(削除)</u></p> <p><u>(9) 初診料の注1に規定する施設基準を届け出ていること。</u></p> <p>(略)</p>
---	--

[経過措置]

平成 30 年 3 月 31 日にかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の届出を行っている歯科診療所については、平成 32 年 3 月 31 日までの間、上記の基準を満たしているものとする。

4. 歯科診療を行う上で必要な診療情報や処方内容等の診療情報をかかりつけ歯科医とかかりつけ医との間で共有した場合の評価をそれぞれ新設する。

「I-1-④」を参照のこと。

㉔ 在宅歯科医療の推進等

骨子< I-5(20) >

第1 基本的な考え方

効率的で質の高い在宅歯科医療の提供体制を確保するため、歯科訪問診療料や訪問歯科衛生指導料の評価の在り方を見直すとともに、入院患者や介護保険施設入所者等や通院困難な小児に対する口腔機能管理を充実する。

第2 具体的な内容

1. 歯科訪問診療料及びその加算について、歯科訪問診療の実態にあわせた評価となるよう、以下の見直しを行う。

- (1) ほとんどの歯科訪問診療料の算定時に算定されている在宅患者等急性歯科疾患対応加算を廃止し、歯科訪問診療料に包括する。
- (2) 歯科訪問診療料について、診療時間が20分未満の場合の評価の見直しを行う。

現 行	改定案
<p>【在宅患者等急性歯科疾患対応加算】</p> <p>歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復及び欠損補綴が必要な場合に即応できるよう切削器具及びその周辺装置を常時訪問先に携行している場合は、在宅患者等急性歯科疾患対応加算として、次に掲げる点数を、1日につき所定点数に加算する。</p> <p>イ 同一建物居住者以外の場合</p>	<p>【在宅患者等急性歯科疾患対応加算】</p> <p><u>(削除)</u></p>

170点																			
<p>□ 同一建物居住者の場合 55点</p> <p>【歯科訪問診療料】</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">1</td> <td style="width: 85%;">歯科訪問診療 1</td> <td style="width: 10%; text-align: right;">866点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>歯科訪問診療 2</td> <td style="text-align: right;">283点</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>歯科訪問診療 3</td> <td style="text-align: right;">120点</td> </tr> </table> <p>[算定要件]</p> <p>(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（診療時間が20分以上（同一日に当該患者に対して複数回の歯科訪問診療を行った場合は、その合計した時間を診療に要した時間とする。以下同じ。）の場合に限る。ただし、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においては、この限りでない。）を行った場合に算定する。</p> <p>(略)</p> <p>(2) 2については、在宅等において療</p>	1	歯科訪問診療 1	866点	2	歯科訪問診療 2	283点	3	歯科訪問診療 3	120点	<p>【歯科訪問診療料】</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">1</td> <td style="width: 85%;">歯科訪問診療 1</td> <td style="width: 10%; text-align: right;"><u>1,036点</u></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>歯科訪問診療 2</td> <td style="text-align: right;"><u>338点</u></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>歯科訪問診療 3</td> <td style="text-align: right;"><u>175点</u></td> </tr> </table> <p>[算定要件]</p> <p>(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、<u>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。</u></p> <p>(略)</p> <p>(2) 2については、在宅等において療</p>	1	歯科訪問診療 1	<u>1,036点</u>	2	歯科訪問診療 2	<u>338点</u>	3	歯科訪問診療 3	<u>175点</u>
1	歯科訪問診療 1	866点																	
2	歯科訪問診療 2	283点																	
3	歯科訪問診療 3	120点																	
1	歯科訪問診療 1	<u>1,036点</u>																	
2	歯科訪問診療 2	<u>338点</u>																	
3	歯科訪問診療 3	<u>175点</u>																	

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（診療時間が20分以上の場合に限る。ただし、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においては、この限りでない。）を同一日に9人以下の患者に行った場合に算定する。

（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又は在宅等において療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、当該患者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（診療時間が20分未満の場合に限る。）を行った場合に算定する。

（略）

（新設）

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。

（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。

（略）

(4) 1、2及び3について、歯科訪問診療の診療時間が20分未満（同一日に当該患者に対して複数回の歯科訪問診療を行った場合は、その合

	<p><u>計した時間を診療に要した時間とする。以下同じ。）の場合は、それぞれ所定点数の 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、その限りではない。</u></p> <p><u>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</u></p> <p><u>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</u></p>
--	--

(3) 歯科訪問診療補助加算について、歯科訪問診療における歯科衛生士の業務を評価する観点から在宅療養支援歯科診療所以外の歯科医療機関の場合の評価を新設する。

現 行	改定案
<p>【歯科訪問診療補助加算】</p> <p>在宅療養支援歯科診療所の歯科衛生士が、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。</p> <p>イ 同一建物居住者以外の場合 110点</p> <p>ロ 同一建物居住者の場合 45点</p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>【歯科訪問診療補助加算】</p> <p><u>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。</u></p> <p><u>(削除)</u></p> <p><u>(削除)</u></p> <p>イ 在宅療養支援歯科診療所 1、在</p>

	<p><u>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</u></p> <p>(1) <u>同一建物居住者以外の場合</u> 115点</p> <p>(2) <u>同一建物居住者の場合</u> 50点</p> <p>ロ <u>イ以外の歯科医療機関</u></p> <p>(1) <u>同一建物居住者以外の場合</u> 90点</p> <p>(2) <u>同一建物居住者の場合</u> 30点</p>
--	---

- (4) 外来を受診していた患者が通院困難になり、歯科訪問診療に移行した場合に、外来受診時のかかりつけ歯科医が継続的に歯科訪問診療を行った場合の評価を新設する。

(新) 歯科訪問診療移行加算

<u>イ かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の場合</u>	150 点
<u>ロ イ以外の場合</u>	100 点

[算定要件]

歯科訪問診療 1 について、当該保険医療機関において外来診療を行っていた患者であって、現在、在宅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、歯科訪問診療移行加算として、イ又はロに掲げる点数を 1 日につき所定点数に加算する。なお、この場合において在宅歯科医療推進加算は算定できない。

2. 在宅歯科医療における関係者との連携を推進する観点から、在宅療養支援歯科診療所の施設基準について、地域の医療機関や介護関係者との連携実績を施設基準に追加する等の見直しを行う。

現 行	改定案
<p data-bbox="352 259 727 293">【在宅療養支援歯科診療所】</p> <p data-bbox="352 315 507 349">〔施設基準〕</p> <p data-bbox="368 371 475 405"><u>（新設）</u></p> <p data-bbox="352 640 858 730">(1) 過去 1 年間に歯科訪問診療料を算定している実績があること。</p> <p data-bbox="352 965 858 1167">(2) 高齢者の心身の特性、口腔機能の管理、緊急時対応等に係る適切な研修を修了した常勤の歯科医師が 1 名以上配置されていること。</p> <p data-bbox="352 1234 443 1267">(中略)</p> <p data-bbox="352 1290 858 1704">(4) 当該診療所において、迅速に歯科訪問診療が可能な保険医をあらかじめ指定するとともに、当該担当医名、当該担当医の連絡先電話番号、診療可能日、緊急時の注意事項等について、事前に患者又は家族に対して説明の上、文書により提供していること。</p> <p data-bbox="352 1727 858 1928">(5) 当該地域において、在宅医療を担う保険医療機関と連携を図り、必要に応じて、情報提供できる体制を確保していること。</p>	<p data-bbox="901 259 1276 293">【在宅療養支援歯科診療所】</p> <p data-bbox="901 315 1056 349">〔施設基準〕</p> <p data-bbox="922 371 1420 573"><u>次の(1)～(8)にすべて該当する場合は在宅療養支援歯科診療所 1、(1)～(6)にすべて該当する場合は在宅療養支援歯科診療所 2 とする。</u></p> <p data-bbox="901 640 1420 954">(1) <u>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 について、過去 1 年間の算定回数の実績が歯科訪問診療 1 又は 2 をあわせて、それぞれ 15 回又は 10 回以上であること。</u></p> <p data-bbox="901 965 1420 1223">(2) 高齢者の心身の特性（<u>認知症に関する内容を含む。</u>）、口腔機能の管理、緊急時対応等に係る適切な研修を修了した常勤の歯科医師が 1 名以上配置されていること。</p> <p data-bbox="901 1234 992 1267">(中略)</p> <p data-bbox="901 1290 1420 1704">(4) 当該診療所において<u>歯科訪問診療を行う患者に対し、迅速に歯科訪問診療が可能な歯科医師をあらかじめ指定するとともに、当該担当医名、診療可能日、緊急時の注意事項等について、事前に患者又は家族に対して説明の上、文書により提供していること。</u></p> <p data-bbox="901 1727 992 1760"><u>（削除）</u></p>

<p>(6) 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスの連携調整を担当する者と連携していること。</p> <p>(7) 歯科訪問診療に係る後方支援の機能を有する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。</p> <p><u>(新設)</u></p>	<p><u>(削除)</u></p> <p>(5) 歯科訪問診療に係る後方支援の機能を有する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。</p> <p>(6) 当該診療所において、過去1年間に在宅医療を担う他の保険医療機関、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所又は介護保険施設等からの依頼による歯科訪問診療の算定回数が5回以上であること。</p>
<p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>(7) 以下のいずれか1つに該当すること。</p> <p><u>ア 当該地域において、地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議又は病院・介護保険施設等で実施される多職種連携に係る会議への年1回以上の出席</u></p> <p><u>イ 病院・介護保険施設等の職員への口腔管理に関する技術的助言や研修等の実施又は口腔管理への協力</u></p> <p><u>ウ 歯科訪問診療に関する他の歯科医療機関との連携実績</u></p> <p>(8) 過去1年間に、以下のいずれかの算定が1つ以上あること。</p> <p><u>ア 栄養サポートチーム等連携加</u></p>

(略)	<p><u>算1又は2の算定があること。</u></p> <p><u>イ 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の算定があること。</u></p> <p><u>ウ 退院時共同指導料、退院前在宅療養指導管理料、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料の算定があること。</u></p> <p>(略)</p>
-----	---

[経過措置]

平成30年3月31日に在宅療養支援歯科診療所の届出を行っている歯科診療所については、平成32年3月31日までの間、在宅療養支援歯科診療所2の基準を満たしているものとする。

3. 訪問歯科衛生指導料について、「1 複雑なもの」と「2 簡単なもの」による区分を廃止するとともに、以下のような見直しを行う。

- (1) 1人の患者に対して1対1で20分以上の指導を行った場合の評価とし、単一建物診療患者の人数に応じた区分を新設する。
- (2) 指導内容に口腔機能に関連する療養上必要な指導を追加する。

現 行	改定案
【訪問歯科衛生指導料】	【訪問歯科衛生指導料】
[区分変更]	[区分変更]
1 複雑なもの 360点	<u>(削除)</u>
2 簡単なもの 120点	<u>(削除)</u>
<u>(新設)</u>	<u>1 単一建物診療患者が1人の場合</u> <div style="text-align: right;">360点</div> <u>2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合</u> <div style="text-align: right;">328点</div>

<p>(新設)</p> <p>[算定要件]</p> <p>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、患者又はその家族等に対して、当該患者の口腔内での清掃（機械的歯面清掃を含む。）、有床義歯の清掃指導に係る実地指導を行った場合</p>	<p>3 1及び2以外の場合 300点</p> <p>[単一建物診療患者の人数]</p> <p>当該患者が居住する建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が訪問歯科衛生指導料を算定する者（当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関において算定するものを含む。以下同じ。）の人数を「単一建物診療患者の人数」という。</p> <p>ただし、当該建築物において当該保険医療機関が訪問歯科衛生指導料を算定する者の数が、当該建築物の戸数の10%以下の場合又は当該建築物の戸数が20戸未満であって、訪問歯科衛生指導料を算定する者の数が2人以下の場合には、それぞれ単一建物診療患者が1人であるものとみなす。</p> <p>[算定要件]</p> <p>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・向上に関する実地指導を行った場合</p>
---	---

(3) 在宅等で療養する患者に歯科衛生士が専門的な口腔衛生処置を行っ

た場合の評価を新設する。

(新) 在宅等療養患者専門的口腔衛生処置 120 点

[算定要件]

- (1) 歯科疾患在宅療養管理料を算定した患者のうち、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃処置を行った場合に、月1回を限度として算定する。
- (2) 訪問歯科衛生指導料を算定した日は算定できない。
- (3) 在宅等療養患者専門的口腔衛生処置を算定した日の属する月において、機械的歯面清掃処置は、別に算定できない。

4. 入院患者や介護保険入所者等に対し、関係者間の連携に基づく口腔機能管理を推進する観点から、歯科疾患在宅療養管理料及び栄養サポートチーム連携加算について、以下のような見直しを行う。

- (1) 在宅療養支援歯科診療所の施設基準の見直しに伴い、歯科疾患在宅療養管理料、栄養サポートチーム連携加算1及び栄養サポートチーム連携加算2の評価を充実する。
- (2) 栄養サポートチームやミールラウンドに限らず、多職種チームや介護保険施設等での関係者会議等に参加し、その結果を踏まえた口腔機能管理の評価及び名称の見直しを行う。
- (3) 要介護被保険者等に対する口腔機能管理を充実させる観点から、栄養サポートチーム連携加算2について、認知症対応型共同生活介護等の利用者を対象に追加する。

現 行	改定案
【歯科疾患在宅療養管理料】 (新設)	【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

<p>1 在宅療養支援歯科診療所の場合 240点</p> <p>2 1以外の場合 180点</p>	<p>2 在宅療養支援歯科診療所2の場合 250点</p> <p>3 1又は2以外の場合 190点</p>
<p>[算定要件]</p> <p>(4) 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、<u>栄養サポートチーム連携加算1</u>として、60点を所定点数に加算する。</p> <p>(5) 当該保険医療機関の歯科医師が、介護保険施設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、<u>栄養サポートチーム連携加算2</u>として、60点を所定点数に加算する。</p>	<p>[算定要件及び名称変更]</p> <p>(4) 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<u>栄養サポートチーム等</u>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、<u>栄養サポートチーム等連携加算1</u>として、<u>80点</u>を所定点数に加算する。</p> <p>(5) 当該保険医療機関の歯科医師が、<u>介護保険施設等</u>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、<u>栄養サポートチーム等連携加算2</u>として、<u>80点</u>を所定点数に加算する。</p>
<p>【<u>栄養サポートチーム連携加算1</u>】</p> <p>[算定要件]</p> <p><u>栄養サポートチーム連携加算1</u>は、当該保険医療機関の歯科医師が、当該患者の入院している他の保険医療機関の<u>栄養サポートチーム</u>の構成員としてカンファレンス及</p>	<p>【<u>栄養サポートチーム等連携加算1</u>】</p> <p>[算定要件]</p> <p><u>栄養サポートチーム等連携加算1</u>は、当該保険医療機関の歯科医師が、当該患者の入院している他の保険医療機関の<u>栄養サポートチーム</u>、<u>口腔ケアチーム</u>又は<u>摂食嚥下チー</u></p>

<p>び回診等に参加し、それらの結果に基づいてカンファレンス等に参加した日から起算して2月以内に「注1」に規定する管理計画を策定した場合に、月に1回を限度に算定する。</p> <p>【栄養サポートチーム連携加算2】 [算定要件]</p> <p>栄養サポートチーム連携加算2は、当該患者が介護福祉施設、介護保険施設又は介護療養施設に入所している場合において、当該保険医療機関の歯科医師が、当該患者の入所施設で行われた、経口による継続的な食事摂取を支援するための食事観察及び会議等に参加し、それらの結果に基づいて食事観察等に参加した日から起算して2月以内に「注1」に規定する管理計画を策定した場合に、月に1回を限度に算定する。</p>	<p><u>ム等の構成員としてカンファレンス及び回診等に参加し、それらの結果に基づいてカンファレンス等に参加した日から起算して2月以内に「注1」に規定する管理計画を策定した場合に、月に1回を限度に算定する。</u></p> <p>【栄養サポートチーム等連携加算2】 [算定要件]</p> <p><u>栄養サポートチーム等連携加算2</u>は、当該患者が介護福祉施設、介護保険施設、<u>介護医療院、認知症対応型グループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護）又は特定施設</u>に入所している場合において、当該保険医療機関の歯科医師が、当該患者の入所施設で行われた、経口による継続的な食事摂取を支援するための食事観察及び会議等に参加し、それらの結果に基づいて食事観察等に参加した日から起算して2月以内に「注1」に規定する管理計画を策定した場合に、月に1回を限度に算定する。</p>
--	--

5. 在宅等で療養する患者の口腔機能管理を推進する観点から、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料について、以下のような見直しを行う。

(1) 在宅療養支援歯科診療所の施設基準の見直しに伴い、在宅患者訪問

口腔リハビリテーション指導管理料の加算について区分の追加及び評価の見直しを行う。

(2) 療養上の指導管理に係る時間の要件を 30 分以上から 20 分以上に緩和する。

現 行	改定案
<p>【在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1) 当該保険医療機関の歯科医師が、歯科訪問診療料を算定した患者であって、摂食機能障害を有し、継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、30分以上必要な指導管理を行った場合に、月4回を限度として算定する。</p> <p>(中略)</p> <p>(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、100点を所定点数に加算する。</p> <p>(5) 在宅療養支援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、在宅療養支援歯科診療所加算として、50点を所定点数に加算する。ただし、(4)に規定する加</p>	<p>【在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1) 当該保険医療機関の歯科医師が、歯科訪問診療料を算定した患者であって、摂食機能障害を有し、継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、<u>20分以上</u>必要な指導管理を行った場合に、月4回を限度として算定する。</p> <p>(中略)</p> <p>(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<u>75</u>点を所定点数に加算する。</p> <p>(5) <u>在宅療養支援歯科診療所1</u>又は<u>在宅療養支援歯科診療所2</u>の歯科医師が、当該指導管理を実施した場合は、<u>それぞれ在宅療養支援歯科診療所加算1</u>又は在宅療養支援歯科</p>

算を算定している場合は、算定できない。	診療所加算2として、125点又は100点を所定点数に加算する。ただし、(4)に規定する加算を算定している場合は、算定できない。
---------------------	---

(3) 栄養サポートチーム等と連携して口腔機能管理を実施した場合の評価を新設する。

(新) 栄養サポートチーム等連携加算1 80点

[算定要件]

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、その結果を踏まえた口腔機能評価に基づく管理を行った場合に、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。

(新) 栄養サポートチーム等連携加算2 80点

[算定要件]

当該保険医療機関の歯科医師が、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、その結果を踏まえた口腔機能評価に基づく管理を行った場合に、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. 通院困難な小児に対する歯科訪問診療を充実させる観点から、口腔衛生指導・管理や口腔機能管理等を包括した評価を新設する。

(新) 小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料 450点

[算定要件]

(1) 当該保険医療機関の歯科医師が歯科訪問診療料を算定した、15歳未満の

在宅等において療養を行っ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、当該患者又はその家族の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、20分以上必要な指導管理を行った場合に、月4回を限度として算定する。

- (2) 歯周病検査、歯周基本治療、歯周基本治療処置、機械的歯面清掃処置、及び摂食機能療法は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (3) 小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定した月において、歯科疾患管理料、歯科特定疾患療養管理料、歯科疾患在宅療養管理料及び在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料は別に算定できない。
- (4) 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、それぞれ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125点又は100点を所定点数に加算する。ただし、(4)に規定する加算を算定している場合は、算定できない。

【Ⅱ－１－７ 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進 －①】

① 歯科外来診療における院内感染防止対策の推進

骨子<Ⅱ－１－７(1)>

第1 基本的な考え方

歯科外来診療においては、日常的に唾液や血液等に触れる環境下で多くの器具・器材を用いて診療を行っているという特徴を踏まえ、歯科医療機関における院内感染防止対策を推進する。

第2 具体的な内容

- 基本診療料（歯科初診料、歯科再診料）及び歯科訪問診療料の注13に規定する点数の引上げを行うとともに、歯科初診料及び歯科再診料に対して院内感染防止対策に関する施設基準を新設する。また、地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準に院内感染防止対策に関する内容を追加する。

現 行		改定案	
【初診料】		【初診料】	
1 歯科初診料	234点	1 歯科初診料	<u>237点</u>
【再診料】		【再診料】	
1 歯科再診料	45点	1 歯科再診料	<u>48点</u>
【歯科訪問診療料】		【歯科訪問診療料】	
[算定要件]		[算定要件]	
注13 1、2及び3について、在宅療養支援歯科診療所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。な		注13 1、2及び3について、在宅療養支援歯科診療所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。な	

<p>おお、この場合において、注10に規定する加算は算定できない。</p> <p>イ 初診時 234点</p> <p>ロ 再診時 45点</p>	<p>おお、この場合において、注10に規定する加算は算定できない。</p> <p>イ 初診時 237点</p> <p>ロ 再診時 48点</p>
<p><u>(新設)</u></p>	<p>【初診料の注1に規定する施設基準】</p> <p>[施設基準]</p> <p>① <u>当該保険医療機関において、院内感染防止対策が行われていること。</u></p> <p>② <u>感染症対策等の院内感染防止対策に係る研修を修了した常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。</u></p> <p>③ <u>口腔内で使用する歯科医療機器等に対する、患者ごとの交換や専用の機器を用いた洗浄・滅菌処理を徹底する等の十分な感染症対策を講じていること。</u></p> <p>④ <u>感染症患者に対する歯科診療に対応する体制を確保していること。</u></p> <p>⑤ <u>院内感染防止対策に関する研修を定期的に受講していること。</u></p> <p>⑥ <u>当該保険医療機関の見やすい場所に、当該医療機関で取り組んでいる院内感染防止対策等、歯科診療に係る医療安全対策を実施している旨の院内掲示を行っていること。</u></p> <p>⑦ <u>院内感染防止対策等の体制を地方厚生局長等に報告していること。</u></p> <p>[経過措置]</p> <p>⑤については平成31年3月31日ま</p>

	<p>では要件を満たしているものとして取り扱う。</p> <p>※ <u>地域歯科診療支援病院歯科初診料については、現行の施設基準に同様の基準を追加</u></p>
--	--

2. 新たに設ける院内感染防止対策に関する施設基準の届出がない医療機関については、初診料及び再診料を減算する。

現 行	改定案
<p>【初診料】 [算定要件]</p> <p>注1 1については、保険医療機関において、初診を行った場合に算定する。</p>	<p>【初診料】 [算定要件]</p> <p>注1 1については、<u>歯科外来診療における院内感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関</u>において、初診を行った場合に算定する。<u>この場合において、当該届出を行っていない保険医療機関については、226点を算定する。</u></p>
<p>【再診料】 [算定要件]</p> <p>注1 1については、保険医療機関において、再診を行った場合に算定する。</p>	<p>【再診料】 [算定要件]</p> <p>注1 1については、<u>区分番号A000に規定する歯科外来診療における院内感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関</u>において、再診を行った場合に算定する。<u>この</u></p>

<p>【歯科訪問診療料】 [算定要件] <u>(新設)</u></p>	<p><u>場合において、当該届出を行っていない保険医療機関については、41点を算定する。</u></p> <p>【歯科訪問診療料】 [算定要件] 注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を届け出していない保険医療機関については、歯科訪問診療1、歯科訪問診療2、歯科訪問診療3又は注13に規定する歯科訪問診療料の所定点数からそれぞれ10点を減算する。</p>
---	--

[経過措置]

(初診料及び再診料)

- 1 平成30年9月30日までの間における区分番号A000の1については、「237点」とあるのは「234点」、同注9については、「23点又は25点」とあるのは「25点」、区分番号A002の1については、「48点」とあるのは、「45点」、同注8については、「3点又は5点」とあるのは「5点」とする。
- 2 旧算定方法別表第二区分番号A000の注1及び区分番号A000の2の注1に係る規定については、平成30年9月30日までの間は、なお従前の例による。

(歯科訪問診療料)

- 3 平成30年9月30日までの間における区分番号C000の注13については、「237点」とあるのは「234点」、「48点」とあるのは「45点」とする。
- 4 区分番号C000の注14に係る規定は、平成30年9月30日までの間は、適用しない。

【Ⅱ－１－７（口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進）－②】

② 歯科外来診療環境体制加算の見直し

骨子＜Ⅱ－１－７（２）＞

第１ 基本的な考え方

歯科初診料及び歯科再診料に対する院内感染防止対策に関する施設基準の新設に伴い、歯科外来診療における歯科治療の総合的な環境整備を評価した歯科外来診療環境体制加算の見直しを行う。

第２ 具体的な内容

1. 歯科外来診療環境体制加算及び再診時歯科外来診療環境体制加算の施設基準について、院内感染防止対策に係る施設基準と重複する要件を削除するとともに、評価の見直しを行う
2. 地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準に院内感染防止対策に係る施設基準が追加されるのに伴い、地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準の届出を行っている病院を対象とした区分を新設する。

現 行	改定案
【歯科外来診療環境体制加算】 [名称] 25点	【<u>歯科外来診療環境体制加算 1</u>】 <u>(名称変更)</u> 23点
【再診時歯科外来診療環境体制加算】 [名称] 5点	【<u>再診時歯科外来診療環境体制加算 1</u>】 <u>(名称変更)</u> 3点
[対象施設] すべての歯科医療機関	[対象施設] 地域歯科診療支援病院初診料の

<p>[施設基準]</p> <p>(1) 偶発症に関する緊急時の対応、医療事故、感染症対策等の医療安全対策に係る研修を修了した常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。</p> <p>(中略)</p> <p>(5) 口腔内で使用する医療歯科医療機器等について、患者ごとの交換や、専用の機器を用いた洗浄・滅菌処理を徹底等十分な感染症対策を講じていること。</p> <p>(6) 感染症患者に対する歯科診療について、ユニットの確保等を含めた診療体制を常時確保していること。</p> <p>(中略)</p> <p>(8) 当該保険医療機関の見やすい場所に、緊急時における連携保険医療機関との連携方法やその対応及び当該医療機関で取り組んでいる院内感染防止対策等、歯科診療に係る医療安全管理対策を実施している旨の院内掲示を行っていること。</p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p>	<p><u>施設基準を届け出ている歯科医療機関</u></p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 偶発症に関する緊急時の対応、<u>医療事故等の医療安全対策に係る研修を修了した常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。</u></p> <p>(中略)</p> <p><u>(削除)</u></p> <p><u>(削除)</u></p> <p>(中略)</p> <p><u>(5) 当該保険医療機関の見やすい場所に、緊急時における連携保険医療機関との連携方法やその対応等、歯科診療に係る医療安全管理対策を実施している旨の院内掲示を行っていること。</u></p> <p>【歯科外来診療環境体制加算2】 25点</p> <p>【再診時歯科外来診療環境体制加算</p>
---	--

<p>[施設基準]</p> <p>(1) 偶発症に関する緊急時の対応、医療事故、感染症対策等の医療安全対策に係る研修を修了した常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。</p> <p>(中略)</p> <p>(5) 口腔内で使用する医療歯科医療機器等について、患者ごとの交換や、専用の機器を用いた洗浄・滅菌処理を徹底等十分な感染症対策を講じていること。</p> <p>(6) 感染症患者に対する歯科診療について、ユニットの確保等を含めた診療体制を常時確保していること。</p> <p>(中略)</p> <p><u>(新設)</u></p> <p>(8) 当該保険医療機関の見やすい場所に、緊急時における連携保険医療機関との連携方法やその対応及び当該医療機関で取り組んでいる</p>	<p>2] 5点</p> <p>[対象施設]</p> <p>地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準を届け出ている歯科医療機関</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 偶発症に関する緊急時の対応、<u>医療事故等の医療安全対策に係る研修を修了した常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。</u></p> <p>(中略)</p> <p><u>(削除)</u></p> <p><u>(削除)</u></p> <p>(中略)</p> <p><u>(5) 歯科外来診療において発生した医療事故、インシデント等を報告・分析し、その改善策を実施する体制を整備していること。</u></p> <p><u>(6) 当該保険医療機関の見やすい場所に、緊急時における連携保険医療機関との連携方法やその対応等、歯科診療に係る医療安全管理対策を</u></p>
---	--

<p>院内感染防止対策等、歯科診療に係る医療安全管理対策を実施している旨の院内掲示を行っていること。</p>	<p>実施している旨の院内掲示を行っていること。</p>
--	------------------------------

[経過措置]

平成30年9月30日までの間における区分番号A000の1については、「237点」とあるのは「234点」、同注9については、「23点又は25点」とあるのは「25点」、区分番号A002の1については、「48点」とあるのは、「45点」、同注8については、「3点又は5点」とあるのは「5点」とする。

【Ⅱ－１－７ 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進 ー③】

③ ライフステージに応じた口腔機能管理の推進

骨子<Ⅱ－１－７(3)>

第1 基本的な考え方

ライフステージに応じた口腔機能管理を推進する観点から、歯科疾患管理料について、口腔機能管理に関する評価を新設する。

第2 具体的な内容

1. 口腔機能の発達不全が認められる小児のうち、特に機能不全が著しく継続的な管理が必要な患者に対する評価の加算を新設する。

(新) 歯科疾患管理料 小児口腔機能管理加算 100点

[算定要件]

口腔機能の発達不全を有する15歳未満の患者に対して、口腔機能の獲得を目的として、当該患者又はその家族の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、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。

[対象患者]

明らかな摂食機能障害の原因疾患は有していないが、咀嚼や嚥下、構音及び呼吸の各機能について、十分に発達していない又は正常に獲得できていない15歳未満の患者

(評価項目)

- ① 咀嚼や嚥下機能の評価項目：歯の萌出遅延、歯列・咬合の異常、
舌の突出癖等
- ② 構音に関する評価項目：構音障害、口唇閉鎖不全、口腔習癖、
舌小帯の異常等

③ 呼吸に関する評価項目：口呼吸、口蓋扁桃・咽頭扁桃の肥大等

2. 老化等に伴い口腔機能の低下が認められる高齢者のうち、特に機能低下が著しく継続的な管理が必要な患者に対する評価の加算を新設する。

(新) 歯科疾患管理料 口腔機能管理加算 100点

[算定要件]

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、当該患者又はその家族の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、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。

[対象患者]

老化等により、次に示す口腔機能の低下示す症状が3項目以上みられる患者のうち、咀嚼機能低下若しくは咬合力低下及び低舌圧が認められるもの

(口腔機能の低下を示す症状と評価方法)

- ① 口腔不潔：舌苔の付着程度
- ② 口腔乾燥：口腔粘膜湿潤度又は唾液量
- ③ 咬合力低下：咬合力検査（感圧シートを用いるもの）
- ④ 舌口唇運動機能低下：オーラルディアドコキネシス
- ⑤ 低舌圧：舌圧検査
- ⑥ 咀嚼機能低下：咀嚼能力検査（グルコース含有グミゼリー咀嚼時のグルコース溶出量を測定するもの）
- ⑦ 嚥下機能低下：嚥下スクリーニング検査（EAT-10）
又は自記式質問票（聖隷式嚥下質問紙）

【Ⅱ－１－７ 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進 ー④】

④ 全身的な疾患を有する患者に対する

歯科医療の充実

骨子<Ⅱ－１－７(4)>

第1 基本的な考え方

全身的な疾患を有する患者に対する歯科医療を充実させる観点から、歯科特定疾患療養管理料や歯科治療総合医療管理料(Ⅱ)等の見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 全身的な医学管理が必要となる特定疾患を有する患者に対する歯科特定疾患療養管理料の対象に、医科との連携が重要な骨吸収抑制薬関連顎骨壊死及び放射線性顎骨壊死を追加する。

現 行	改定案
<p>【歯科特定疾患療養管理料】 [別に厚生労働大臣が定める疾患] 口腔領域の悪性新生物 (エナメル上皮種を含む。) 顎・口腔の先天異常 舌痛症(心因性によるものを含む。) 口腔軟組織の疾患 (難治性のものに限る。) 口腔領域のシェーグレン症候群 尋常性天疱瘡又は類天疱瘡 口腔乾燥症(放射線治療又は化学療法を原因とするものに限る。) 睡眠時無呼吸症候群(口腔内装置を</p>	<p>【歯科特定疾患療養管理料】 [別に厚生労働大臣が定める疾患] 口腔領域の悪性新生物 (エナメル上皮種を含む。) 顎・口腔の先天異常 舌痛症(心因性によるものを含む。) 口腔軟組織の疾患 (難治性のものに限る。) 口腔領域のシェーグレン症候群 尋常性天疱瘡又は類天疱瘡 口腔乾燥症(放射線治療又は化学療法を原因とするものに限る。) 睡眠時無呼吸症候群(口腔内装置を</p>

要するものに限る。)	要するものに限る。) <u>骨吸収抑制薬関連顎骨壊死又は放射線性顎骨壊死(骨露出を伴うものに限る。)</u>
------------	---

2. 歯科治療における総合的医療管理が必要であるとして医師から文書による診療情報を受けた患者に対する必要な医療管理（モニタリングを含む。）を行った場合に月1回を限度に算定可能な歯科治療総合医療管理料（Ⅰ）及び在宅患者歯科治療総合医療管理料（Ⅰ）については廃止する。
3. 高血圧性疾患、虚血性心疾患、不整脈、心不全又は脳血管障害がある患者に対し必要な医療管理（モニタリングを含む。）を行った場合に1日につき算定可能な歯科治療総合医療管理料（Ⅱ）及び在宅患者歯科治療総合医療管理料（Ⅱ）について、対象患者を拡大するとともに名称を変更する。

現 行	改定案
【歯科治療総合医療管理料（Ⅰ）】	<u>（削除）</u>
【在宅患者歯科治療総合医療管理料（Ⅰ）】	<u>（削除）</u>
【歯科治療総合医療管理料（Ⅱ）】 【在宅患者歯科治療総合医療管理料（Ⅱ）】 [名称]	【 <u>歯科治療時医療管理料</u> 】 【 <u>在宅患者歯科治療時医療管理料</u> 】 <u>（名称変更）</u>
[算定要件] (1) 歯科治療総合医療管理料（在宅患者歯科治療総合医療管理料（Ⅱ））は、高血圧性疾患、虚血性心疾患、不整脈、心不全又は脳血管障害がある患	[算定要件] (1) <u>歯科治療時医療管理料（在宅患者歯科治療時医療管理料）</u> は、高血圧性疾患、虚血性心疾患、不整脈、心不全、 <u>脳血管障害、糖尿病、喘息、</u>

<p>者に対して、歯科治療時における患者の全身状態の変化等を把握するため、患者の血圧、脈拍、経皮的酸素飽和度を経時的に監視し、必要な医療管理を行った場合に算定する。</p> <p>(略)</p>	<p><u>慢性気管支炎、甲状腺機能障害、甲状腺機能亢進症、副腎皮質機能不全、てんかん、慢性腎不全（透析患者に限る。）</u>、人工呼吸器を装着している患者又は在宅酸素療法を行っている患者に対して、歯科治療時における患者の全身状態の変化等を把握するため、患者の血圧、脈拍、経皮的酸素飽和度を経時的に監視し、必要な医療管理を行った場合に算定する。</p> <p>(略)</p>
---	---

4. 歯科治療総合医療管理料（I）及び在宅患者歯科治療総合医療管理料（I）の廃止に伴い、歯科治療を行うに当たり総合的医療管理が継続的に必要であるとして医師からの診療情報の提供を受けた患者に対する医療管理（モニタリングは含まない。）の評価について、歯科疾患管理料及び歯科疾患在宅療養管理料の加算を新設する。

(新)	<u>歯科疾患管理料 総合医療管理加算</u>	50 点
(新)	<u>歯科疾患在宅療養管理料 総合医療管理加算</u>	50 点

[算定要件]

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。

[対象疾患]

糖尿病、骨吸収抑制薬服用患者（骨露出を伴う顎骨壊死を生じていない患

者に限る。)、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチ、血液凝固阻止剤投与中の患者

[施設基準]

- (1) 当該療養を行うにつき、十分な経験を有する常勤の歯科医師により、治療前、治療中及び治療後における当該患者の全身状態を管理する体制が整備されていること。
- (2) 歯科医師が複数名配置されていること又は歯科医師1名以上かつ歯科衛生士若しくは看護師が1名以上配置されていること。
- (3) 当該患者の全身状態の管理を行うにつき十分な装置・器具を有していること。
- (4) 緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関との連携体制(病院である医科歯科併設の保険医療機関(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をいう。))にあっては、当該保険医療機関の医科診療科との連携体制)が確保されていること。

【Ⅱ－１－７ 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進 －⑤】

⑤ 脳血管疾患等リハビリテーション料の

対象患者の見直し

骨子<Ⅱ－１－７(5)>

第1 基本的な考え方

脳血管疾患等リハビリテーション料の対象患者について、器質変化による構音障害を有する患者は顎・口腔の先天異常に限定されていることから、後天的な器質変化に起因する構音障害を有する患者も対象となるように見直す。

第2 具体的な内容

対象患者について、舌悪性腫瘍による舌切除等による構音障害を有する患者を追加する。

現 行	改定案
【脳血管疾患等リハビリテーション料】 [対象患者] 1 脳梗塞、脳出血、くも膜下出血その他の急性発症した脳血管疾患又はその手術後の患者 2 脳腫瘍、脳膿瘍、脊髄損傷、脊髄腫瘍その他の急性発症した中枢神経疾患又はその手術後の患者 3 多発性神経炎、多発性硬化症、末梢神経障害その他の神経疾患の患者 4 パーキンソン病、脊髄小脳変性症	【脳血管疾患等リハビリテーション料】 [対象患者] 1 脳梗塞、脳出血、くも膜下出血その他の急性発症した脳血管疾患又はその手術後の患者 2 脳腫瘍、脳膿瘍、脊髄損傷、脊髄腫瘍その他の急性発症した中枢神経疾患又はその手術後の患者 3 多発性神経炎、多発性硬化症、末梢神経障害その他の神経疾患の患者 4 パーキンソン病、脊髄小脳変性症

<p>その他の慢性の神経筋疾患の患者</p> <p>5 失語症、失認、失行並びに高次脳機能障害の患者</p> <p>6 難聴や人工内耳埋込手術等に伴う聴覚・言語機能の障害を有する患者</p> <p>7 顎・口腔の先天異常に伴う構音障害を有する患者</p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>その他の慢性の神経筋疾患の患者</p> <p>5 失語症、失認、失行並びに高次脳機能障害の患者</p> <p>6 難聴や人工内耳埋込手術等に伴う聴覚・言語機能の障害を有する患者</p> <p>7 顎・口腔の先天異常に伴う構音障害を有する患者</p> <p>8 <u>舌悪性腫瘍等の手術に伴う構音障害を有する患者</u></p>
--	--

【Ⅱ－１－７ 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進 －⑥】

⑥ 歯科固有の技術の評価の見直し等

骨子<Ⅱ－１－７(6)>

第1 基本的な考え方

歯科固有の技術について、実態にあわせた見直しを行うとともに、歯科医療の推進に資する技術については、診療報酬調査専門組織医療技術評価分科会等の検討を踏まえつつ、口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応及び生活の質に配慮した歯科医療の推進の観点から適切な評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 口腔内写真検査について、歯周疾患の管理にあたって口腔内写真を活用して指導を行った場合の評価として位置づけを見直す。

現 行	改定案
【口腔内写真検査】	<u>(削除)</u>

(新) 歯周病患者画像活用指導料 10点

[対象患者]

歯周病に罹患している患者

[算定要件]

- (1) 歯周疾患に罹患している患者に対して歯周病検査を実施する場合において、継続的な管理を行うに当たって必要な口腔内カラー写真を撮影し、当該写真を活用して、患者又はその家族等に対し療養上必要な指導を行った場合に算定する。
- (2) 1回につき口腔内カラー写真を2枚以上撮影した場合は、2枚目からは1枚につき10点を所定点数に加算し、5枚目までを限度に算定する。
- (3) 歯科疾患管理料、周術期等口腔機能管理料(I)、周術期等口腔機能管理

料(Ⅱ)、周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)、歯科特定療養管理料、歯科疾患在宅療養管理料、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料のいずれかの管理料を算定していること。

(4) 写真撮影に係る費用は所定点数に含まれ別に算定できない。

(5) 撮影した口腔内カラー写真は、診療録に添付又はデジタル撮影した画像を電子媒体に保存して管理する。

2. 自己管理が困難な患者や妊婦に対する口腔衛生管理を推進する観点から、機械的歯面清掃処置の位置づけを見直す。

現 行	改定案
<p>【機械的歯面清掃処置】 [算定要件] 注1 歯科疾患管理料又は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（周術期専門的口腔衛生処置、訪問歯科衛生指導料又は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処置を行った場合は、月1回を限度として算定する。</p> <p>注2 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料の注10に規定するエナメル質初期う蝕加算、区分番号</p>	<p>【機械的歯面清掃処置】 [算定要件] 注1 歯科疾患管理料又は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（<u>周術期等専門的口腔衛生処置、訪問歯科衛生指導料又は歯科矯正管理料を算定しているものを除く。</u>）に対して機械的歯面清掃処置を行った場合は、<u>2月に1回に限り算定する。ただし、初診料、再診料又は歯科訪問診療料に規定する歯科診療特別対応加算を算定する患者及び妊婦については月1回に限り算定する。</u></p> <p>注2 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料の注10に規定するエナメル質初期う蝕管理加算、区分番号I011-2に掲げる歯周病安定期治療</p>

<p>1011-2に掲げる歯周病安定期治療 (Ⅰ)又は区分番号1011-2-2に掲げる歯周病安定期治療(Ⅱ)を算定した月は算定できない。</p> <p>注3 当該処置を算定した翌月は、算定できない。</p>	<p>(Ⅰ) <u>区分番号1011-2-2に掲げる歯周病安定期治療(Ⅱ)又は区分番号1029-2に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置</u>を算定した月は算定できない。</p> <p><u>(削除)</u></p>
--	--

3. 有床義歯内面適合法の「2 軟質材料を用いる場合」について、義歯を預かった当日又は翌日に床裏装を行い、装着した場合の評価を新設する。

(新)	有床義歯内面適合法 歯科技工加算1	50点
(新)	有床義歯内面適合法 歯科技工加算2	30点

[算定要件]

- (1) 軟質材料を用いる場合について、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、患者の求めに応じて、有床義歯を預かった当日に床裏装を行い、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。
- (2) 軟質材料を用いる場合について、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、患者の求めに応じて、有床義歯を預かって床裏装を行い、預かった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。

[施設基準]

- (1) 歯科技工士を配置していること。
- (2) 歯科技工士室及び歯科技工に必要な機器を整備していること。
- (3) 患者の求めに応じて、迅速に有床義歯を修理する体制が整備されていること。

旨を院内掲示していること。

4. 歯科医療の推進に資する技術について、診療報酬調査専門組織医療技術評価分科会等の検討を踏まえつつ、口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進の観点から適切な評価を行う。

(1) 区分C2(新機能・新技術)で保険適用された新規医療材料について、それぞれ技術料の新設等を行う。

(2) 医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、医療技術の評価及び再評価を行い、優先的に保険導入すべきとされた新規技術の保険導入及び既存技術の診療報酬上の評価を見直す。

① 検査の新設と適応拡大

現 行	改定案
<p>【有床義歯咀嚼機能検査】 [検査の追加と名称変更]</p> <p>1 下顎運動測定と咀嚼能力測定を併せて行う場合(1回につき) 480点</p> <p>2 咀嚼能力測定のみを行う場合(1回につき) 100点 (新設)</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厚生局長等に届け出た保険医</p>	<p>【有床義歯咀嚼機能検査】 [検査の追加と名称変更]</p> <p><u>1 有床義歯咀嚼機能検査1(1回につき)</u></p> <p>イ 下顎運動測定と咀嚼能力測定を併せて行う場合 560点</p> <p>ロ 咀嚼能力測定のみを行う場合 140点</p> <p><u>2 有床義歯咀嚼機能検査2(1回につき)</u></p> <p>イ 下顎運動測定と咬合圧測定を併せて行う場合 550点</p> <p>ロ 咬合圧測定のみを行う場合 130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厚生局長等に届け出た保険医</p>

<p>療機関において、有床義歯装着時の咀嚼機能検査を行った場合に算定する。</p> <p>2 1については、有床義歯又は熱可塑性樹脂有床義歯を新製する場合において、新製有床義歯装着日より前及び当該装着日以降のそれぞれについて、当該検査を実施した場合に算定する。</p> <p>3 1について、新製有床義歯装着日より前に2回以上行った場合は、第1回目の検査を行ったときに限り算定する。</p> <p>4 1について、新製有床義歯装着日以後に行った場合は、新製有床義歯の装着日の属する月から起算して6月以内に限り、月1回を限度として算定する。</p> <p>5 2については、1を算定した患者について、新製有床義歯の装着日の属する月から起算して6月以内に限り、月1回を限度として算定する。</p> <p>6 2については、1を算定した月は算定できない。</p> <p>[対象患者]</p> <p>① 新製有床義歯管理料の「2 困難な場合」に準じる場合に限る。 <u>(新設)</u></p> <p>② 舌接触補助床又は顎補綴・口蓋補</p>	<p>療機関において、<u>咀嚼機能検査</u>を行った場合に算定する。</p> <p>2 <u>有床義歯等を新製する場合において、新製有床義歯等の装着日より前及び当該装着日以後のそれぞれについて、咀嚼機能検査を行った場合に、それぞれの区分により算定する。</u></p> <p>3 <u>新製有床義歯等の装着日より前に2回以上行った場合は、第1回目の検査を行ったときに限り算定する。</u></p> <p>4 <u>新製有床義歯等の装着日以後に行った場合は、新製有床義歯等の装着日の属する月から起算して6月以内を限度として、月1回に限り算定する。</u> <u>(削除)</u></p> <p>5 <u>2については、1を算定した月は算定できない。</u></p> <p>[対象患者]</p> <p>① 新製有床義歯管理料の「2 困難な場合」に準じる場合</p> <p>② <u>臼歯4歯以上の両側遊離端欠損の場合</u></p> <p>③ 舌接触補助床又は顎補綴・口蓋補</p>
--	---

<p>綴による装置を装着する場合 (新設)</p> <p>【舌圧検査】 注 舌圧測定を行った場合に、月2回を限度として算定する。 (新設)</p> <p>[対象患者] 舌接触補助床を装着した患者又は装着することを予定している患者 (新設) (新設) (新設) (新設) (新設)</p>	<p>綴による装置を装着する場合 ④ 広範囲顎骨支持型装置埋入手術を予定している場合、広範囲顎骨支持型補綴による補綴を装着する場合</p> <p>【舌圧検査】 注1 舌圧測定を行った場合は、6月に1回に限り算定する。 注2 注1の規定にかかわらず、舌接触補助床、口蓋補綴、顎補綴又は広範囲顎骨支持型補綴を装着する患者に対して舌圧測定を行った場合は、月2回に限り算定する。</p> <p>[対象患者] 以下のいずれかに該当する患者 (1) 舌接触補助床を装着した患者又は装着することを予定している患者 (2) 顎補綴・口蓋補綴による装置を装着する患者 (3) 広範囲顎骨支持型装置埋入手術を予定している患者又は広範囲顎骨支持型補綴による補綴を装着する患者 (4) 口腔機能の低下を来している患者であって、歯科疾患管理料を算定し、継続的な指導・管理を行うもの</p> <p>[算定要件] (1) 上記(1)から(3)のいずれかに該当する患者については、月に2回を</p>
---	--

	<u>限度として算定する。</u> <u>(2) 上記(4)に該当する患者について</u> <u>は、6月に1回を限度として算定す</u> <u>る。</u>
--	--

(新) 咀嚼能力検査 140 点

[算定要件]

- (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回を限度として算定する。
- (2) 有床義歯咀嚼機能検査を算定した月は別に算定できない。

[対象患者]

口腔機能の低下を来している患者であって、歯科疾患管理料を算定し、継続的な指導・管理を行うもの

[施設基準]

- (1) 当該検査を行うにつき十分な体制を有していること。
- (2) 当該検査を行うにつき十分な機器を有していること。

(新) 咬合圧検査 130 点

[算定要件]

- (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回を限度として算定する。
- (2) 有床義歯咀嚼機能検査を算定した月は別に算定できない。

[対象患者]

口腔機能の低下を来している患者であって、歯科疾患管理料を算定し、継続的な指導・管理を行うもの

[施設基準]

(1) 当該検査を行うにつき十分な体制を有していること。

(2) 当該検査を行うにつき十分な機器を有していること。

(新) 精密触覚機能検査

460 点

[算定要件]

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

[施設基準]

(1) 当該保険医療機関内に当該検査に関する研修を受けた歯科医師が配置されていること。

(2) 当該検査を行うにつき十分な機器を有していること。

② 床副子に関する技術の見直し

現 行	改定案
【床副子】	【口腔内装置】
[名称]	<u>(名称変更)</u>
1 簡単なもの 650点	<u>(削除)</u>
2 困難なもの 1,500点	<u>(削除)</u>
3 著しく困難なもの 2,000点	<u>(削除)</u>
4 摂食機能の改善を目的とするもの(舌接触補助床)	<u>(削除)</u>
イ 新たに製作した場合 2,000点	
ロ 旧義歯を用いた場合 500点	
<u>(新設)</u>	1 <u>口腔内装置 1</u> 1,500点
<u>(新設)</u>	2 <u>口腔内装置 2</u> 800点
<u>(新設)</u>	3 <u>口腔内装置 3</u> 650点
<u>(新設)</u>	注 <u>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算定する。</u>

<p>[算定要件] <u>(新設)</u></p>	<p>[算定要件] <u>(1) 口腔内装置は、次に掲げるいずれかの装置を製作した場合に、使用する材料の種類により「1 口腔内装置 1」、「2 口腔内装置 2」又は「3 口腔内装置 3」のいずれかにより算定する。</u></p> <p><u>イ 顎関節治療用装置</u> <u>ロ 歯ぎしりに対する口腔内装置</u> <u>ハ 顎間固定用に歯科用ベースプレートを用いた床</u> <u>ニ 出血創の保護と圧迫止血を目的としてレジン等で製作した床</u> <u>ホ 手術にあたり製作したサージカルガイドプレート</u> <u>ヘ 腫瘍等による顎骨切除後、手術創（開放創）の保護等を目的として製作するオブチュレーター</u> <u>ト 気管挿管時の歯の保護等を目的として製作する口腔内装置</u> <u>チ 不随意運動によるくいしばり等による咬傷を繰り返す患者に対して、口腔粘膜等の保護を目的として製作する口腔内装置</u></p>
<p><u>(新設)</u></p>	<p><u>(2) 「1 口腔内装置 1」は、義歯床用アクリリックレジン樹脂により製作された口腔内装置をいう。</u></p>
<p><u>(新設)</u></p>	<p><u>(3) 「2 口腔内装置 2」は、熱可塑性シート等を歯科技工用成型器により吸引・加圧して製作又は作業模型に直接常温重合レジンを押接して製作された口腔内装置であり、咬</u></p>

<p><u>(新設)</u></p>	<p><u>合面関係が付与されたものをいう。</u></p> <p><u>(4) 「3 口腔内装置3」は、熱可塑性樹脂シート等を歯科技工用成型器により吸引・加圧して製作又は作業模型に直接常温重合レジンを押接して製作された口腔内装置であり、咬合関係が付与されていないものをいう。</u></p>
<p><u>(新設)</u></p>	<p><u>(5) 「2 口腔内装置2」及び「3 口腔内装置3」を製作するにあたり、咬合採得は所定点数に含まれ別に算定できない。</u></p> <p>【睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置】</p>
<p><u>(新設)</u></p>	<p><u>1 睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置1</u> <u>3,000点</u></p>
<p><u>(新設)</u></p>	<p><u>2 睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置2</u> <u>2,000点</u></p>
<p><u>(新設)</u></p>	<p>【舌接触補助床(1顎につき)】</p> <p><u>1 新たに製作した場合</u> <u>2,500点</u></p>
<p><u>(新設)</u></p>	<p><u>2 旧義歯を用いた場合</u> <u>1,000点</u></p>
<p><u>(新設)</u></p>	<p>【術後即時顎補綴装置(1顎につき)】</p> <p><u>2,500点</u></p>
<p>【床副子調整・修理(1口腔につき)】</p> <p>[名称]</p> <p>1 床副子調整</p> <p>イ 睡眠時無呼吸症候群の治療法と</p>	<p>【口腔内装置調整・修理(1口腔につき)】</p> <p>(名称変更)</p> <p>1 <u>口腔内装置調整</u></p> <p>イ 睡眠時無呼吸症候群に対する口</p>

<p>しての咬合床の場合 120点 (新設)</p> <p>ロ イ以外の場合 220点</p> <p>2 床副子修理 234点</p> <p>注1 1のイについては、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回を限度として算定する。</p> <p>(新設)</p> <p>注2 1のロについては、咬合挙上副子又は術後即時顎補綴装置の調整を行った場合に算定する。</p> <p>注3 同一の患者について1月以内に床副子調整を2回以上行った場合は、第1回の調整を行ったときに算定する。</p> <p>注4 2については、同一の患者について1月以内に床副子修理を2回以上行った場合は、第1回の修理を行ったときに算定する。</p>	<p><u>腔内装置の場合</u> 120点</p> <p><u>ロ 歯ぎしりに対する口腔内装置の場合</u> 220点</p> <p><u>ハ イ、ロ以外の場合</u> 120点</p> <p>2 <u>口腔内装置修理</u> 234点</p> <p>注1 1のイについては、新たに製作した睡眠時無呼吸症候群に対する<u>口腔内装置の装着時又は装着後1月以内に製作を行った保険医療機関において適合を図るための調整</u>を行った場合に、1回を限度として算定する。</p> <p>注2 1のロについては、<u>口腔内装置の注1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。</u></p> <p>注3 1のハについては、<u>口腔内装置の注1に規定する顎関節症治療用装置又は術後即時顎補綴装置の調整</u>を行った場合に算定する。</p> <p>注4 同一の患者について1月以内に<u>口腔内装置調整</u>を2回以上行った場合は、第1回の調整を行ったときに算定する。</p> <p>注5 2については、同一の患者について1月以内に<u>口腔内装置修理</u>を2回以上行った場合は、第1回の修理を行ったときに算定する。</p>
--	--

③ その他、処置や手術に関する技術

現 行	改定案
【暫間固定】	【暫間固定】

1 簡単なもの	200点	1 簡単なもの	<u>200点</u>
2 困難なもの	500点	2 困難なもの	<u>500点</u>
3 著しく困難なもの	650点	<u>(削除)</u>	
【周術期専門的口腔衛生処置（1口腔につき）】		【 <u>周術期等専門的口腔衛生処置</u> 】	
[名称変更及び区分追加]		<u>(名称変更及び区分追加)</u>	
<u>(新設)</u>		1 <u>周術期等専門的口腔衛生処置 1</u>	<u>92点</u>
		2 <u>周術期等専門的口腔衛生処置 2</u>	<u>100点</u>
[算定要件]		[算定要件]	
注1 周術期口腔機能管理料(I)又は周術期口腔機能管理料(II)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、周術期口腔機能管理料(I)又は周術期口腔機能管理料(II)を算定した日の属する月において、術前1回、術後1回を限度として算定する。		注1 <u>1</u> について、周術期等口腔機能管理料(I)又は周術期等口腔機能管理料(II)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、周術期等口腔機能管理料(I)又は周術期等口腔機能管理料(II)を算定した日の属する月において、術前1回、術後1回を限度として算定する。	
注2 周術期口腔機能管理料(III)を算定した患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、周術期口腔機能管理料(III)を算定した日の属する月において、月1回を限度として算定する。		注2 <u>1</u> について、周術期等口腔機能管理料(III)を算定した患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、周術期等口腔機能管理料(III)を算定した日の属する月において、月1回を限度として算定する。	
<u>(新設)</u>		注3 <u>2</u> 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	

<p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>【上顎洞陥入歯除去術】 [名称]</p> <p>【腐骨除去手術】 (新設)</p>	<p><u>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回を限度として算定する。</u></p> <p>注4 <u>2</u>について、<u>1</u>を算定した日は別に算定できない。</p> <p>注5 周術期等専門的口腔衛生処置の1又は2を算定した日の属する月において、機械的歯面清掃処置及び在宅等療養患者専門的口腔衛生処置は、別に算定できない。</p> <p>【上顎洞陥入歯等除去術】 (名称変更)</p> <p>【腐骨除去手術】</p> <p>注 <u>2</u>のイについて、<u>骨吸収抑制薬関連性顎骨壊死又は放射線性顎骨壊死に対して当該手術を行った場合は、1,000点を所定点数に加算する。</u></p>
--	--

(新) 口腔粘膜処置（1口腔につき） 30点

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、レーザー照射により当該処置を行

った場合に月に1回を限度として算定する。

[施設基準]

- (1) 当該療養を行うにつき十分な体制を有していること。
- (2) 当該療養を行うにつき十分な機器を有していること。

(新) 埋伏歯開窓術 2,820 点

(新) 口腔粘膜血管腫凝固術（一連につき） 2,000 点

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、レーザー照射により当該手術を実施した場合に算定する。

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関内に当該療養に関する研修を受けた歯科医師が配置されていること。
- (2) 当該療養を行うにつき十分な機器を有していること。

(新) 1 レーザー機器加算 1 50 点
2 レーザー機器加算 2 100 点
3 レーザー機器加算 3 200 点

[算定要件]

- (1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、レーザー照射により当該手術を実施した場合に算定する。
- (2) 1については、区分番号J008（1に限る。）、J009（1又は2に限る。）、J017（1に限る。）、J019（1に限る。）、J027、J030（1に限る。）、J033（1に限る。）及びJ051に掲げる手術に当たって、レーザー手術装置を使用した場合に算定する。
- (3) 2については、区分番号J008（2に限る。）、J009（3に限る。）

及びJ017（2に限る。）に掲げる手術に当たって、レーザー手術装置を使用した場合に算定する。

(4) 3については、区分番号J015、J019（2に限る。）、J020、J030（2に限る。）、J033（2に限る。）、J034、J052及びJ054に掲げる手術に当たって、レーザー手術装置を使用した場合に算定する。

[施設基準]

- (1) 当該保険医療機関内に当該療養に関する研修を受けた歯科医師が配置されていること。
- (2) 当該療養を行うにつき十分な機器を有していること。

④ 口腔機能の回復等に関する技術

現 行	改定案
<p>【硬質レジンジャケット冠(1歯につき)】</p> <p>[名称]</p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>(新設)</u></p>	<p>【<u>非金属歯冠修復(1個につき)</u>】</p> <p>(名称変更)</p> <p><u>1 レジンインレー</u></p> <p style="padding-left: 20px;"><u>イ 単純なもの</u> 102点</p> <p style="padding-left: 20px;"><u>ロ 複雑なもの</u> 154点</p> <p><u>2 硬質レジンジャケット冠</u> 768点</p>
<p>【ポンティック(1歯につき)】</p> <p>注1 レジン前装金属ポンティックは、746点を所定点数に加算する。</p> <p>2 金属裏装ポンティックは、320点を所定点数に加算する。</p>	<p>【<u>ポンティック(1歯につき)</u>】</p> <p>注 <u>レジン前装金属ポンティックを製作した場合は、部位に応じて次に掲げる点数を所定点数に加算する。</u></p> <p style="padding-left: 20px;"><u>イ 前歯部の場合</u> 746点</p> <p style="padding-left: 20px;"><u>ロ 小臼歯部の場合</u> 200点</p> <p style="padding-left: 20px;"><u>ハ 大臼歯部の場合</u> 50点</p> <p><u>(削除)</u></p>

<p>【フック、スパー(1個につき)】 [名称]</p> <p>【広範囲顎骨支持型補綴】</p> <p>1 ブリッジ形態のもの(3分の1顎につき) 18,000点</p> <p>2 床義歯形態のもの(1顎につき) 13,000点</p> <p>【広範囲顎骨支持型補綴物修理(1装置につき)】</p> <p>注 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。</p> <p>【有床義歯内面適合法】</p> <p>1 硬質材料を用いる場合 (略)</p> <p>2 軟質材料を用いる場合(1顎につき) 1,400点 (略)</p> <p>注3 保険医療材料料(人工歯料を除く。)は、所定点数に含まれる。</p>	<p>【間接支台装置(1個につき)】 <u>(名称変更)</u></p> <p>【広範囲顎骨支持型補綴】</p> <p>1 ブリッジ形態のもの(3分の1顎につき) <u>20,000点</u></p> <p>2 床義歯形態のもの(1顎につき) <u>15,000点</u></p> <p>【広範囲顎骨支持型補綴物修理(1装置につき)】</p> <p>注 保険医療材料料(<u>別に厚生労働大臣が定める保険医療材料料を除く。</u>)は、所定点数に含まれる。</p> <p>【有床義歯内面適合法】</p> <p>1 硬質材料を用いる場合 (略)</p> <p>2 軟質材料を用いる場合(1顎につき) <u>1,200点</u></p> <p>注3 <u>1</u>については、保険医療材料料(人工歯料を除く。)は、所定点数に含まれる。</p>
---	--

⑤ 歯科矯正に関する技術

現 行	改定案
<p>【別に厚生労働大臣が定める疾患】 <u>(新設)</u></p>	<p>【別に厚生労働大臣が定める疾患】</p> <p>① <u>筋ジストロフィー</u></p> <p>② <u>脊髄性筋萎縮症</u></p> <p>③ <u>3歯以上の永久歯萌出不全に起因した咬合異常(前歯部の骨性埋伏</u></p>

<p>(新設)</p>	<p>歯によるものに限る。)</p> <p>④ <u>その他顎・口腔の先天異常に起因した咬合異常</u></p> <p>【スライディングプレート(1装置につき)】</p> <p style="text-align: right;">1,500点</p>
<p>(新設)</p> <p>【リトラクター(1装置につき)】</p> <p>注 スライディングプレートを製作した場合は、1,500点(保険医療材料等を含む。)を所定点数に加算する。</p>	<p>注 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。</p> <p>【リトラクター(1装置につき)】</p> <p>注 スライディングプレートを製作した場合は、1,500点(保険医療材料等を含む。)を所定点数に加算する。ただし、この場合において、<u>区分番号N012-2に掲げるスライディングプレートは別に算定できない。</u></p>

(新) 牽引装置 (1個につき) 500点

[算定要件]

- (1) 埋伏歯開窓術を行った歯に対し、牽引装置を装着した場合に算定する。
- (2) ダイレクトボンドブラケットは所定点数に含まれ別に算定できない。
- (3) 保険医療材料料は所定点数に含まれる。

(3) 医療の高度化等に対応する観点から、先進医療会議における検討結果を踏まえ、先進医療の保険導入を行う。

- ① 金属代替材料としてグラスファイバーで補強された高強度のコンポジットレジンを用いた3ユニットブリッジ治療を評価する。

(新) 高強度硬質レジンブリッジ (1装置につき) 2,500点

[算定要件]

- (1) 高強度硬質レジン及びグラスファイバーを用いてブリッジを製作した場合に算定する。
- (2) 上下顎両側全ての第二大臼歯が残存し、左右の咬合支持が確保されている患者に対し、応分の咬合圧に耐えうる場合等において、第二小臼歯の欠損に対して第一小臼歯及び第一大臼歯を支台歯とする場合に限り算定する。
- (3) (2)に関わらず、歯科用金属を原因とする金属アレルギーを有する患者については、臼歯3歯のブリッジに使用した場合に算定できる。ただし、医科の保険医療機関又は医科歯科併設の医療機関の医師との連携のうえで、診療情報提供（診療情報提供料の様式に準じるもの）に基づく場合に限る。

② 高強度硬質レジンブリッジの治療に関連する項目を見直す。

現 行	改定案
<p>【歯冠形成】 [算定要件]</p> <p>(1) 1のイ、2のイ、及び3のロについて、ブリッジの支台歯として歯冠形成を行った場合は、ブリッジ支台歯形成加算として1歯につき20点を所定点数に加算する。</p> <p>(中略)</p> <p>(4) 1のロについて、CAD/CAM冠のための支台歯の歯冠形成は、490点を所定点数に加算する。</p> <p>(中略)</p> <p>(9) 2のロについて、CAD/CAM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。</p>	<p>【歯冠形成】 [算定要件]</p> <p>(1) 1のイ、<u>1のロ</u>、2のイ、<u>2のロ</u>及び3のロについて、ブリッジの支台歯として歯冠形成を行った場合は、ブリッジ支台歯形成加算として1歯につき20点を所定点数に加算する。</p> <p>(中略)</p> <p>(4) 1のロについて、CAD/CAM冠又は高強度硬質レジンブリッジのための支台歯の歯冠形成は、490点を所定点数に加算する。</p> <p>(中略)</p> <p>(9) 2のロについて、CAD/CAM冠又は高強度硬質レジンブリッジ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。</p>

<p>【装着】</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1) CAD/CAM冠を装着する際に、歯質に対する接着性を向上させることを目的に内面処理を行った場合は、所定点数の100分の100に相当する点数を所定点数に加算する。</p> <p>(略)</p>	<p>【装着】</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1) CAD/CAM冠又は高強度硬質レジンブリッジを装着する際に、歯質に対する接着性を向上させることを目的に内面処理を行った場合は、<u>それぞれについて45点又は90点を所定点数に加算する。</u></p> <p>(略)</p>
--	---

- (4) その他、臨床の実態等を踏まえつつ、口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進の観点から既存技術の評価の見直しを行う。

[評価の見直しを行う技術の例]

- (1) 歯科口腔リハビリテーション料
- (2) 歯周基本治療（スケーリング）
- (3) 感染根管処置
- (4) フッ化物歯面塗布処置
- (5) 抜歯
- (6) 充填
- (7) 印象採得
- (8) 有床義歯
- (9) 鑄造鉤
- (10) バー

【Ⅱ－１－７ 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進 ー⑦】

⑦ 特定薬剤料等の算定方法の見直し

骨子<Ⅱ－１－７(7)>

第1 基本的な考え方

歯科の診療報酬における特定薬剤料等の算定方法について、他の薬剤料と同じ算定方法となるよう見直す。

第2 具体的な内容

1. 歯科診療報酬点数表の第8部処置第3節特定薬剤料及び第9部手術第5節特定薬剤料に規定される特定薬剤の算定方法を見直す。
2. 歯科診療報酬点数表の第10部麻酔第2節薬剤料に規定される薬剤の算定方法を見直す。

現 行	改定案
<p>【処置】</p> <p>第3節 特定薬剤料</p> <p>【手術】</p> <p>第5節 特定薬剤料</p> <p>[算定方法]</p> <p>特定薬剤</p> <p>薬価が40円を超える場合は、薬価から40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</p> <p>注1 薬価が40円以下である場合は、算定できない。</p>	<p>【処置】</p> <p>第3節 特定薬剤料</p> <p>【手術】</p> <p>第5節 特定薬剤料</p> <p>[算定方法]</p> <p>特定薬剤</p> <p><u>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。</u></p> <p>注1 薬価が<u>15円以下</u>である場合は、算定できない。</p>

<p>(略)</p> <p>【麻酔】</p> <p>第2節 薬剤料</p> <p>[算定方法]</p> <p>薬剤</p> <p>薬価が 40円を超える場合は、薬価から 40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</p> <p>注1 薬価が 40円以下である場合は、算定できない。</p> <p>(略)</p>	<p>(略)</p> <p>【麻酔】</p> <p>第2節 薬剤料</p> <p>[算定方法]</p> <p>薬剤</p> <p><u>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。</u></p> <p>注1 薬価が <u>15円以下</u>である場合は、算定できない。</p> <p>(略)</p>
--	--

① 明細書無料発行の推進

骨子<Ⅱ－４>

第1 基本的な考え方

現行、電子レセプト請求が義務付けられている病院、診療所及び保険薬局については、原則として明細書を無償で発行しなければならないこととされているが、公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者（全額公費負担の患者を除く。）については、患者からの求めがあったときに限られている。患者に対する情報提供の観点から、公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者（全額公費負担の患者を除く。）についても、無料発行を原則義務とする。

※ 自己負担がある患者については、診療所及び保険薬局において経過措置あり。

自己負担がない患者については、保険医療機関及び保険薬局において経過措置あり（病院及び保険薬局は平成 30 年 4 月から完全義務化）。

第2 具体的な内容

公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者（全額公費負担の患者を除く。）についても、電子レセプト請求を行っている保険医療機関及び保険薬局については、「保険医療機関及び保険医療養担当規則」、「保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則」及び「高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準」を改正し、自己負担がある患者と同様に、無料発行を原則義務とする。

② 医師等の従事者の常勤配置に関する要件の緩和

骨子<Ⅲ－１(2)>

第1 基本的な考え方

医師等の医療従事者の柔軟な働き方に対応する観点から、一定の領域の診療報酬について、常勤配置に係る要件の緩和を行う。

第2 具体的な内容

1. 医師については、小児科・産婦人科・その他専門性の高い特定の領域や夜間の緊急対応の必要性が低い項目について、週3日以上かつ週24時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能とする。

[対象]

(小児科)

- ・ 新生児治療回復室入院医療管理料
- ・ 小児入院医療管理料
- ・ 小児食物アレルギー負荷検査
- ・ 障害児(者)リハビリテーション料

(産婦人科)

- ・ ハイリスク分娩管理加算

※ 常勤の産婦人科又は産科に従事する医師3名のうち、常勤換算でも配置できるのは、2名までに限る。

(リハビリテーション科)

- ・ 心大血管疾患リハビリテーション料※
- ・ 脳血管疾患リハビリテーション料※
- ・ 廃用症候群リハビリテーション料※
- ・ 運動器リハビリテーション料※
- ・ 呼吸器リハビリテーション料※

※ 初期加算を含む。

- ・ 難病患者リハビリテーション料
- ・ 障害児（者）リハビリテーション料（再掲）
- ・ がん患者リハビリテーション料
- ・ 認知症患者リハビリテーション料
- ・ リンパ浮腫複合的治療料
- ・ 集団コミュニケーション療法料

（精神科）

- ・ 重度アルコール依存症入院医療管理加算
- ・ 摂食障害入院医療管理加算
- ・ 認知症ケア加算
- ・ 通院・在宅精神療法 児童思春期精神科専門管理加算
- ・ 救急患者精神科継続支援料
- ・ 抗精神病特定薬剤治療指導管理料 治療抵抗性統合失調症治療指導管理料
- ・ 医療保護入院等診療料
- ・ 精神科重症患者早期集中支援管理料

（麻酔科）

- ・ 麻酔管理料（Ⅱ）

※ 常勤の麻酔科標榜医5名のうち、常勤換算でも配置できるのは、4名までに限る。

（その他）

- ・ 高度難聴指導管理料
- ・ 糖尿病合併症管理料
- ・ 移植後患者指導管理料
- ・ 遺伝カウンセリング加算
- ・ 長期継続頭蓋内脳波検査
- ・ 脳磁図
- ・ 神経学的検査
- ・ 補聴器適合検査

2. リハビリテーションに係るリハビリ専門職及び看護師については、週

3日以上かつ週 24 時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能とする。ただし、2人以上の常勤職員を要件としているものについては、常勤の職員が配置されているものとみなすことができるのは、一定の人数までに限る（※）。

[対象]

- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料
- ・ 地域包括ケア病棟入院料
- ・ 心大血管疾患リハビリテーション料
- ・ 脳血管疾患等リハビリテーション料
- ・ 廃用症候群リハビリテーション料
- ・ 運動器リハビリテーション料
- ・ 呼吸器リハビリテーション料
- ・ 摂食機能療法 経口摂取回復促進加算
- ・ 難病患者リハビリテーション料
- ・ 障害児（者）リハビリテーション料
- ・ がん患者リハビリテーション料
- ・ 認知症患者リハビリテーション料
- ・ リンパ浮腫複合的治療料
- ・ 集団コミュニケーション療法料

※ 例えば、脳血管疾患等リハビリテーション料（I）については、専従の常勤理学療法士5名、常勤作業療法士3名及び常勤言語聴覚士1名のうち、常勤換算でも配置できるのは、理学療法士4名、作業療法士2名及び言語聴覚士1名までに限る。

3. 管理栄養士については、在宅患者訪問褥瘡管理指導料は、診療所の場合、非常勤職員でも算定可能となっており、この取扱いを病院にも適用する。

4. 看護師については、外来において常勤職員の配置が求められている糖尿病合併症管理料について、非常勤職員でも配置可能とする。

5. 歯科衛生士及び歯科技工士については、常勤職員の配置が求められている歯科治療時医療管理料及び有床義歯修理歯科技工加算 1 及び 2 について、常勤換算でも配置可能とする。

② 後発医薬品使用体制加算の見直し

骨子<IV-2(2)>

第1 基本的な考え方

医療機関における後発医薬品使用体制加算及び外来後発医薬品使用体制加算について、新たな数量シェア目標を踏まえ要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 後発医薬品使用体制加算及び外来後発医薬品使用体制加算について、後発医薬品使用率の向上に伴う評価の見直しを行う。
2. また、DPC制度における後発医薬品係数の見直しに伴い、後発医薬品使用体制加算の対象にDPC対象病棟入院患者を追加する。

現 行		改定案	
【後発医薬品使用体制加算】		【後発医薬品使用体制加算】	
(新設)		後発医薬品使用体制加算 ₁	45点
後発医薬品使用体制加算 ₁	42点	後発医薬品使用体制加算 ₂	40点
後発医薬品使用体制加算 ₂	35点	後発医薬品使用体制加算 ₃	35点
後発医薬品使用体制加算 ₃	28点	後発医薬品使用体制加算 ₄	22点
[施設基準(通知)]		[施設基準(通知)]	
当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価(薬価基準)別表に規定する規格単位ごとに数えた数量(以下「規格単位数量」という。)に占める後発		当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価(薬価基準)別表に規定する規格単位ごとに数えた数量(以下「規格単位数量」という。)に占める後発	

医薬品の規格単位数量の割合が、後発医薬品使用体制加算 1 にあっては 70%以上、後発医薬品使用体制加算 2 にあっては 60%以上 70%未満、後発医薬品使用体制加算 3 にあっては 50%以上 60%未満であること。

(6) DPC 対象病棟に入院している患者については、後発医薬品使用体制加算の対象から除外すること。

【処方料】

注 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加算する。

(新設)

- イ 外来後発医薬品使用体制加算 1
4 点
- ロ 外来後発医薬品使用体制加算 2
3 点

[施設基準 (通知)]

医薬品の規格単位数量の割合が、後発医薬品使用体制加算 1 にあっては 85%以上、後発医薬品使用体制加算 2 にあっては 80%以上 85%未満、後発医薬品使用体制加算 3 にあっては 70%以上 80%未満、後発医薬品使用体制加算 4 にあっては 60%以上 70%未満であること。

(削除)

【処方料】

注 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

[施設基準 (通知)]

(2) 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価(薬価基準)別表に規定する規格単位ごとに数えた数量(以下「規格単位数量」という。)に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、外来後発医薬品使用体制加算1にあっては70%以上、外来後発医薬品使用体制加算2にあっては60%以上70%未満であること。

(2) 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価(薬価基準)別表に規定する規格単位ごとに数えた数量(以下「規格単位数量」という。)に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、外来後発医薬品使用体制加算1にあっては85%以上、外来後発医薬品使用体制加算2にあっては75%以上 85%未満、外来後発医薬品使用体制加算3にあっては70%以上75%未満であること。

③ 一般名処方加算の見直し

骨子<IV-2(3)>

第1 基本的な考え方

一般名処方加算について、一般名による処方が後発医薬品の使用促進に一定の効果があるとの調査結果等を踏まえ、より一般名による処方が推進されるよう、評価を見直す。

第2 具体的な内容

後発医薬品の使用推進の観点から、一般名処方の推進を図るため、一般名処方加算を見直す。

現行		改定案	
【処方箋料】		【処方箋料】	
イ	一般名処方加算 1 3点	イ	一般名処方加算 1 <u>6点</u>
ロ	一般名処方加算 2 2点	ロ	一般名処方加算 2 <u>4点</u>

④ 処方料等及び処方箋様式の見直し

骨子<IV-6 (5) (6)>

第1 基本的な考え方

外来機能の役割分担の推進及び分割調剤に係る医師の指示や分割調剤を行った際の手続きの明確化・合理化を図る観点から、処方に係る加算及び処方箋の様式を見直す。医療機関と薬局の連携による医薬品の適正使用を推進するため、残薬に係る疑義照会の取扱いを明確にする。

第2 具体的な内容

1. 外来機能の役割分担と医薬品の適正使用を進める観点から、処方日数に係る加算を見直す。

- (1) 大病院における外来機能の役割分担と医薬品の適正使用を進める観点から、紹介率の低い大病院の30日以上の処方減算を適正化する。
- (2) (1)に伴い、200床未満の医療機関における特定疾患への処方に関する管理加算を見直す。
- (3) 分割指示の取扱いを明確化する（分割調剤における処方箋様式の追加）。

現 行	改定案
<p>【処方料・処方せん料・薬剤料】</p> <p>注 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上 の投薬を行った場合には、所定点数の100分の60に相当する点数によ</p>	<p>【処方料・処方箋料・薬剤料】</p> <p>注 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上 の投薬を行った場合には、所定点数の100分の40に相当する点数によ</p>

<p>り算定する。</p> <p>【処方料・処方せん料】</p> <p>注 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、月 1 回に限り、1 処方につき 65点を加算する。ただし、この場合において同一月に注 5（編：院外処方注 4）の加算は算定できない。</p>	<p>り算定する。</p> <p>【処方料・処方箋料】</p> <p>注 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、月 1 回に限り、1 処方につき <u>66</u>点を加算する。ただし、この場合において同一月に注 5（編：院外処方注 4）の加算は算定できない。</p>
---	---

2. 分割調剤の手続きの明確化・合理化を図る観点から、分割調剤に係る処方箋様式を追加するとともに、具体的な取扱いを明確にする。

[分割調剤に係る留意事項]

- (1) 分割指示に係る処方箋を発行する場合、分割の回数は 3 回までとすること。
- (2) 分割指示に係る処方箋を発行した場合は、患者に対し、調剤を受ける度に、記載された回数に応じた処方箋及び別紙を保険薬局に提出するよう指導すること。
- (3) 保険薬局の保険薬剤師は、分割指示に係る処方箋の交付を受けた患者に対して、継続的な薬学的管理指導のため、同一の保険薬局で調剤を受けるべきである旨を説明すること。
- (4) 保険薬局の保険薬剤師は、患者の次回の調剤を受ける予定を確認すること。予定される時期に患者が来局しない場合は、電話等により調剤の状況を確認すること。患者が別の保険薬局にて調剤を受けることを申し出ている場合は、当該保険薬局に調剤の状況とともに必要な情報を予め提供すること。

(5) 受付保険薬局情報において、1枚目の処方箋が処方箋の使用期間内に受け付けられたことが確認できない場合は、当該処方箋は無効とすること。

3. あらかじめ医療機関と薬局で合意した方法により、残薬調整の疑義照会に係る取扱いを明確にする。

新たな処方箋様式（案）

処 方 箋													
（この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。）													
分割指示に係る処方箋 　 分割の 　 回目													
公費負担者番号				保 険 者 番 号									
公費負担医療の受給者番号				被保険者証・被保険者手帳の記号・番号									
患 者	氏 名			保険医療機関の所在地及び名称									
	生年月日		男・女	電 話 番 号			保 険 医 氏 名						
	区 分		被保険者	被扶養者	都道府県番号		点数表番号	処方期間					
交付年月日		平成 年 月 日		処方箋の使用期間		平成 年 月 日		特に記載のある場合を除き、交付の日を含まず4日以内に保険薬局に提出すること。					
処 方	変更不可	個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。											
	備 考	保険医署名			「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。								
		保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。） <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供											
調剤済年月日		平成 年 月 日		公費負担者番号									
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名		(印)		公費負担医療の受給者番号									

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。
 2. この用紙は、日本工業規格 A 列5番を標準とすること。
 3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和61年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当氏名」と読み替えるものとする。

様式第二号の二（第二十三条関係）

分割指示に係る処方箋（別紙）

(発行保険医療機関情報)

処方箋発行医療機関の保険薬局からの連絡先

電話番号 _____ F A X 番号 _____

その他の連絡先 _____

(受付保険薬局情報)

1 回目を受け付けた保険薬局

名称 _____

所在地 _____

保険薬剤師氏名 _____ (印)

調剤年月日 _____

2 回目を受け付けた保険薬局

名称 _____

所在地 _____

保険薬剤師氏名 _____ (印)

調剤年月日 _____

3 回目を受け付けた保険薬局

名称 _____

所在地 _____

保険薬剤師氏名 _____ (印)

調剤年月日 _____