

全国保険医新聞

発行所
全国保険医
団体連合会
東京都渋谷区
代々木2-5-5
☎ 151-0053
新宿農協会館内
03 (3375) 5121
FAX 03 (3375) 1885
発行人／住江 憲男
振替口座 00160-0-140346
購読料千共1ヵ月750円
(会員の購読料は、会
費に含まれています)
http://hodonren.
doc-net.or.jp/

歯科

答申特集号

4月1日実施

18年診療報酬改定

中医協が答申

中医協は2月7日、総会を開き「平成30年度診療報酬改定」について答申を行った。全国保険医団体連合会の宇佐美宏歯科代表は同日、談話を発表した。全文を掲載する。

歯科医療機関の差別化をやめ、口腔の健康格差解消のために、歯科医療費総枠拡大で歯科医療の抜本的打開を

全国保険医団体連合会 歯科代表 宇佐美 宏

マイナス改定と負担増で自然増圧縮

2018年度診療報酬改定率は、昨年12月18日、加藤勝信厚生労働大臣と麻生太郎財務大臣が合意し、本体がプラス0.55%、薬価等を1.45%（薬価▲1.36%、材料価格▲0.09%）引き下げ、全体では1.19%のマイナス改定とされた。

経営の抜本改善には余りにも低すぎる

この間、医療・社会保険費の削減を重点課題とした「経済・財政再生計画」のもと、2016年

全国保険医団体連合会は、今回改定にむけて、診療報酬の本体10%以上の大幅なプラス改定を強く求めてきたが、歯科診療報酬本体は0.69%

は、今回改定にむけて、診療報酬の本体10%以上の大幅なプラス改定を強く求めてきたが、歯科診療報酬本体は0.69%

は、今回改定にむけて、診療報酬の本体10%以上の大幅なプラス改定を強く求めてきたが、歯科診療報酬本体は0.69%

は、今回改定にむけて、診療報酬の本体10%以上の大幅なプラス改定を強く求めてきたが、歯科診療報酬本体は0.69%

は、今回改定にむけて、診療報酬の本体10%以上の大幅なプラス改定を強く求めてきたが、歯科診療報酬本体は0.69%

は、今回改定にむけて、診療報酬の本体10%以上の大幅なプラス改定を強く求めてきたが、歯科診療報酬本体は0.69%

は、今回改定にむけて、診療報酬の本体10%以上の大幅なプラス改定を強く求めてきたが、歯科診療報酬本体は0.69%

は、今回改定にむけて、診療報酬の本体10%以上の大幅なプラス改定を強く求めてきたが、歯科診療報酬本体は0.69%

は、今回改定にむけて、診療報酬の本体10%以上の大幅なプラス改定を強く求めてきたが、歯科診療報酬本体は0.69%

ある。

今回改定の主な特徴点

今回改定の内容の詳細な分析と評価は、今後の告示や通知を踏まえて改めて行うが、現時点での主な特徴点を指摘したい。

今回の改定では、「地域包括ケアシステムの構築を推進するうえで、かかりつけ歯科医療機能やチーム医療を推進する観点から、医療科連携」、「患者にとって安全で安心でき、より質の高い適切な歯科医療を提供できるよう、口腔機能の評価・管理や、口腔疾患の重症化予防や生活の質に配慮した歯科医療の提供等」にかかわる項目が盛り込まれた。

個別項目では、▽医科歯科連携や在宅歯科医療の推進にかかわる評価▽歯科疾患の継続管理などにかかる点数の整理・評価▽歯科疾患管理料への小児対象の「小児口腔機

今後2025年に向け、歯科においても機能分化がより一層強まり、歯科医療機関が機能毎に区分されるとともに、患者の差別化が図られることが懸念される。

院内感染防止対策が盛り込まれたことは協会・医会、保団連の要求の成果であり評価したい。しかし、初診料・再診料に包摂という形で、低評価で、施設基準を伴い導入されたことは問題である。施設基準が未届出の場合は、基本診療料が減算されることになったが、患者のニーズにこたえるため、すべての歯科医療機関が実効ある感染防止対策がおこなえるようにすべきであり、減算をおこなうべきではない。実態上見合わない点数で導入し、施設基準で縛り、実施責任を歯科保険医療機関に押しつけることは、断固改善を求める。院内感染防止対策は、すべての歯科医療機関が必要な対策を十分に行えるよう、条件付きの基本診療料引き上げと独立した感染防止対策の評価が求められ

保険で良い歯科医療の実現を

全国の協会・医会と保団連は、患者、国民とともに保険で良い歯科医療の実現、診療報酬の大幅引き上げを要求し、厚労省、政党、衆参国会議員、歯科医療関係の団体や学会などに要請、懇談を行い、理解と協力を求めている。また、歯科会員アンケート、受診実態調査、学校歯科治療調査、要介護高齢者の口腔状況調査、歯科技工所アンケートなどを実施し、歯科医療の実態を告発し、その改善を訴えてきた。さらに、2007年以降、診療報酬改定にむけて2年間に一度取り組んだ国会請願署名はのべ約175万筆を集め提出をした。これらの粘り強い運動を通して、2008年度以降では僅かではあるが、毎回の歯科診療報酬の本体部分はプラス改定となっ

ている。しかし限られた財源のなかでは、歯科医療の危機を抜本的に打開することはできない。危機の最大の要因は、長年にわたる低歯科医療費政策と、窓口負担増による患者の歯科受診抑制・治療中断の増加などである。さらに、格差と貧困が拡大する社会的状況のなかで、子どもから高齢者まで口腔の健康悪化や「口腔崩壊」ともいえる実態も放置されたままとなつていて、理解と協力を求めている。いつでも、どこでも、だれもが、お金の心配をせず受診できる保険でよい歯科医療を充実させるため、歯科医療費総枠拡大と診療報酬の抜本的引き上げが喫緊の課題である。

一方、長年、協会・医会、保団連が要求してきた、歯科の麻酔薬剤等の算定方法が一般的な薬剤の算定方法に見直され、▽診療に必要な患者情報との照会についても実態を踏まえた「診療情報連携共有料」の新設▽施設基準での歯科衛生士等回りの歯科診療報酬の本体部分はプラス改定となっ

る。私たち保団連に結果する歯科医師は医科会員とともに、これまでの運動の教訓に学びながら、患者・国民と手を携え、歯科医療の抜本的改善に向け、「保険で良い歯科医療の実現のための運動をこれまで以上に強く進めていく決意である。」

今回の改定では、継続的管理の実施実績とともに、在宅療養支援歯科診療所や医科、他業種との連携の実績を施設基準に導入し、地域包括ケアシステムへの積極的な参加を要件に盛り込んだ。その結果、「か強診」と、それ以外の診療所の機能分化がより明確になった。

今回の改定では、継続的管理の実施実績とともに、在宅療養支援歯科診療所や医科、他業種との連携の実績を施設基準に導入し、地域包括ケアシステムへの積極的な参加を要件に盛り込んだ。その結果、「か強診」と、それ以外の診療所の機能分化がより明確になった。

今回の改定では、継続的管理の実施実績とともに、在宅療養支援歯科診療所や医科、他業種との連携の実績を施設基準に導入し、地域包括ケアシステムへの積極的な参加を要件に盛り込んだ。その結果、「か強診」と、それ以外の診療所の機能分化がより明確になった。

今回の改定では、継続的管理の実施実績とともに、在宅療養支援歯科診療所や医科、他業種との連携の実績を施設基準に導入し、地域包括ケアシステムへの積極的な参加を要件に盛り込んだ。その結果、「か強診」と、それ以外の診療所の機能分化がより明確になった。

今回の改定では、継続的管理の実施実績とともに、在宅療養支援歯科診療所や医科、他業種との連携の実績を施設基準に導入し、地域包括ケアシステムへの積極的な参加を要件に盛り込んだ。その結果、「か強診」と、それ以外の診療所の機能分化がより明確になった。

紙面で割愛した点数一覧は保団連ホームページに

<https://hodonren.doc-net.or.jp>

答 申 書 附 帯 意 見

平成 30 年 2 月 7 日

厚生労働大臣

加藤 勝信 殿

中央社会保険医療協議会

会 長 田 辺 国 昭

答 申 書

(平成 30 年度診療報酬改定について)

平成 30 年 1 月 12 日付け厚生労働省発保 0112 第 1 号をもって諮問のあった件について、別紙 1 から別紙 7 までの改正案を答申する。
なお、答申に当たったての本協議会の意見は、別添のとおりである。

(入院医療)

1 今回改定で再編・統合した急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料、療養病棟入院基本料等（救急医療に関する評価を含む。）に係る、在宅復帰・病床機能連携率、重症度、医療・看護必要度、医療区分、リハビリテーションの実績指数等の指標及び看護職員の配置の状況について調査・検証するとともに、特定機能病院入院基本料等のその他の病棟の評価体系も含めた、入院医療機能のより適切な評価指標や測定方法等、医療機能の分化・強化、連携の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。

2 データに基づくアウトカム評価の推進の観点から、より適切な評価に資するデータ提出項目の追加やデータ提出を要件化する対象病棟の拡大等について引き続き検討すること。

(D P C 制度)

3 調整係数の機能評価係数Ⅱへの置換え完了等を踏まえ、D P C 制度以外の入院医療とともに、D P C 制度の適切かつ安定的な運用について、引き続き推進すること。

(外来医療、在宅医療、かかりつけ機能)

4 外来医療の在り方に係る今後の方向性を踏まえ、紹介状なしで大病院を受診した場合の定額負担の対象医療機関の範囲拡大、地域包括診療料等の見直し、かかりつけ医療能を有する医療機関の新たな評価等の影響を調査・検証し、かかりつけ医療能を有する医療機関と専門医療機関との機能分化・連携強化に資する評価の在り方について引き続き検討すること。

5 かかりつけ医療能を有する医療機関を含む在宅医療の提供体制の確保や、個々の患者の特性に応じた質の高い在宅医療と訪問看護の推進に資する評価の在り方について、歯科訪問診療や在宅薬学管理を含め、引き続き検討すること。

(医薬品の適正使用)

6 向精神薬や抗菌薬等をはじめ、医薬品の適正使用の取組推進と併せて、医薬品の長期処方・多剤処方、処方箋様式や医療機関と薬局の連携等の在り方について引き続き検討すること。

(生活習慣病の医学管理、オンライン診療等)

7 生活習慣病管理料を含む生活習慣病の診断・治療に係る評価の見直しの影響を調査・検証し、エビデンスに基づく生活習慣病の重症化予防のより効率的・効果的な推進の在り方について引き続き検討すること。

(別添)

8 オンラインシステム等の通信技術を用いた診療の評価の新設に係る影響を調査・検証するとともに、対面診療と適切に組み合わせた ICT を活用した効果的・効率的な外来・在宅医療の提供や、遠隔でのモニタリング等に係る評価の在り方について引き続き検討すること。

(医療と介護の連携)

9 介護保険制度における介護療養型医療施設及び老人性認知症患者療養病棟の見直し、介護医療院の創設等の方向性を踏まえつつ、

- ① 医療と介護が適切に連携した患者が望む場所での看取りの実現、
 - ② 維持期・生活期のリハビリテーションの介護保険への移行等を踏まえ、切れ目のないリハビリテーションの推進、
 - ③ 有床診療所をはじめとする地域包括ケアを担う医療機関・訪問看護ステーションと、居宅介護支援専門員や介護保険施設等の関係者・関係機関との連携の推進
- に資する評価の在り方について引き続き検討すること。

(医療従事者の負担軽減、働き方改革)

10 常勤配置や勤務場所等に係る要件の緩和等の影響を調査・検証し、医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。

また、診療報酬請求等に係る業務の効率化・合理化に係る取組について引き続き推進すること。

(データの利活用)

11 診療報酬に関するデータの利活用の推進に係る取組について引き続き推進するとともに、平成 32 年度に向けたレセプト様式や診療報酬コード体系の抜本的な見直しについて、郵便番号の追加を含め、次期診療報酬改定での対応について、引き続き検討すること。

(歯科診療報酬)

- 12 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の評価の見直しによる影響や、歯科疾患管理料に係る加算の新設の影響及び継続的管理の実施状況等を調査・検証し、かかりつけ歯科医の機能の評価や口腔疾患の継続的な管理の在り方について引き続き検討すること。
- 13 院内感染対策に係る初診料・再診料の見直しの影響を把握し、院内感染対策の推進に資する評価の在り方について引き続き検討すること。

(調剤報酬)

14 服薬情報の一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導を行うかかりつけ薬剤師の取組状況やいわゆる大型門前薬局等の評価の適正化による影響を調査・検証し、患者本位の医薬分業を実現するための調剤報酬の在り方について引き続き検討すること。

(後発医薬品の使用促進)

15 後発医薬品の数量シェア 80% 目標の達成に向けて、医療機関や薬局における使用状況を調査・検証し、薬価の在り方や診療報酬における更なる使用促進策について引き続き検討すること。

(薬価制度の抜本改革)

16 「薬価制度の抜本改革について 骨子」に基づき、薬価制度の抜本改革による関係者への影響を検証した上で、必要な対応について引き続き検討すること。

また、基礎的医薬品への対応の在り方について引き続き検討すること。

(費用対効果評価)

17 試行的実施において明らかとなった技術的課題への対応策とともに、本格実施の具体的内容について引き続き検討を行い、平成 30 年度中に結論を得ること。

(明細書の無料発行)

18 現行のレセプト様式の見直しが予定されている平成 32 年度に向けて、明細書の無料発行の更なる促進の取組について引き続き検討すること。

(医療技術の評価)

19 先進医療を含む新規医療技術の評価の在り方について、医療技術評価分科会と先進医療会議との連携・役割分担を含め、引き続き検討すること。また、手術手技をはじめとした技術評価 (分類) について、関係有識者と連携しながら、国際的な動向も踏まえつつ、体系化を引き続き推進すること。

(その他)

20 ニコチン依存症管理料の適切な評価、医療用保湿剤の適正な処方及び精神科入院患者の地域移行の推進等について引き続き検討すること。

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

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

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

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

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

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

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

【 I－1 地域包括ケアシステム構築のための取組の強化 －③】

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
【歯科医療機関連携加算】 [算定要件] 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	【歯科医療機関連携加算】 [算定要件] 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

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。

【 I－1 地域包括ケアシステム構築のための取組の強化 －④】

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	

【 I－1 地域包括ケアシステム構築のための取組の強化 －⑭】

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
【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）】 [名称]	【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）】 <u>（名称変更）</u>
【周術期口腔機能管理計画策定料】 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	【周術期等口腔機能管理計画策定料】 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)	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)	【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、 <u>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</u> 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)

【周術期口腔機能管理料(Ⅰ)、周術期口腔機能管理料(Ⅱ)】 〔対象患者〕 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。 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	※ <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> 【周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)、周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)】 〔対象患者〕 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。 イ 全身麻酔下で実施される以下の手術 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 ② 臓器移植手術 ③ 心臓血管外科手術 ④ <u>脳血管外科手術</u> ⑤ <u>人工股関節置換術等の人工関節置換術</u> 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> ロ <u>造血幹細胞移植の手術</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、 <u>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>
ロ 骨髄移植の手術	

	<u>(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。</u>
--	--

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
【周術期口腔機能管理後手術加算（医科点数表）】 〔加算の対象となる手術〕 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 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 ② 第 8 款（心・脈管（動脈及び静脈は除く。））に掲げる手術	【周術期口腔機能管理後手術加算（医科点数表）】 〔加算の対象となる手術〕 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 (1) 全身麻酔下で実施した以下の手術 ① <u>第 1 節第 2 款（筋骨格系・四肢・体幹）に掲げる区分番号 K 0 8 2 人工関節置換術のうち、股関節の手術</u> 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> 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> (2) <u>第 2 節に掲げる K 9 2 2 造血幹細胞移植</u>

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
【地域歯科診療支援病院歯科初診料】 〔施設基準〕 (1) 常勤の歯科医師が 2 名以上配置されていること。 (2) 看護職員が 2 名以上配置されていること。 (3) 歯科衛生士が 1 名以上配置されていること。 (4) 次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	【地域歯科診療支援病院歯科初診料】 〔施設基準〕 <u>（削除）</u> (1) <u>看護職員が 2 名以上配置されていること。</u> (2) <u>歯科衛生士が 1 名以上配置されていること。</u> <u>（削除）</u>

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。 <u>（新設）</u>	<u>(3) 次のア又はイのいずれかに該当すること</u> <u>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。</u> <u>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</u>
--	---

	<u>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。</u> <u>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。</u> <u>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。</u> <u>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</u>
--	--

<u>（新設）</u>	<u>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。</u> <u>イ 次のいずれにも該当すること。</u> <u>① 常勤の歯科医師が 1 名以上配置されていること。</u> <u>② 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> <u>（略）</u>
-------------	---

【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 ー ⑤】

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

- 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。
- 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。
- 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
【かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所】 〔施設基準〕 (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。	【かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所】 〔施設基準〕 (1) 過去 1 年間に <u>において、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）</u>

	<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>
<u>（新設）</u>	(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>
<u>（新設）</u>	(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>
(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。 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 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 (中略)	<u>(4) 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> (中略)
(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。	(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>

(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。	<u>（削除）</u>
(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。	<u>（削除）</u>
<u>（新設）</u>	<u>(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。</u> <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> <u>イ 地域ケア会議に年 1 回以上出席していること。</u> <u>ウ 介護認定審査会の委員の経験を有すること。</u> <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> <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> <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> <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>

	<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> <u>ケ 自治体等が実施する事業に協力していること。</u> <u>コ 学校の校医等に就任していること。</u> <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>
(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。	<u>（削除）</u>
(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。	<u>（削除）</u>
<u>（新設）</u>	<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>
(略)	(略)

[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。

【Ⅰ－5 質の高い在宅医療・訪問看護の確保 ー⑳】

⑳ 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
【在宅患者等急性歯科疾患対応加算】 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。 イ 同一建物居住者以外の場合	【在宅患者等急性歯科疾患対応加算】 <u>（削除）</u>

170点	
口 同一建物居住者の場合	55点
【歯科訪問診療料】	【歯科訪問診療料】
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
〔算定要件〕	〔算定要件〕
(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。	(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>
(略)	(略)
(2) 2については、在宅等において療	(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（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。	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、 <u>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。</u>
(略)	(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。	(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、 <u>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。</u>
(略)	(略)
<u>(新設)</u>	<u>(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</u>

	<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> <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> <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>
--	---

(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
【歯科訪問診療補助加算】 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。 イ 同一建物居住者以外の場合 110点 ロ 同一建物居住者の場合 45点 <u>(新設)</u>	【歯科訪問診療補助加算】 <u>歯科訪問診療を実施する保険医療機関の</u> 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>(削除)</u> <u>(削除)</u> <u>イ 在宅療養支援歯科診療所 1、在</u>

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

(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
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

〔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
【在宅療養支援歯科診療所】 〔施設基準〕 <u>（新設）</u>	【在宅療養支援歯科診療所】 〔施設基準〕 <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>
(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。	(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>
(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。	(2) 高齢者の心身の特性（認知症に関する内容を含む。）、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。
（中略）	（中略）
(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。	(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>
(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。	<u>（削除）</u>

(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。	<u>（削除）</u>
(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。	(5) <u>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。</u>
<u>（新設）</u>	(6) <u>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。</u>
<u>（新設）</u>	(7) <u>以下のいずれか 1 つに該当すること。</u> <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> <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> <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>
<u>（新設）</u>	(8) <u>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。</u> <u>ア 栄養サポートチーム等連携加</u>

	<u>算 1 又は 2 の算定があること。</u> <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> <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>
（略）	（略）

〔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】 〔区分変更〕	【訪問歯科衛生指導料】 〔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 360点</u> <u>2 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 328点</u>

<u>（新設）</u>	<u>3 1 及び 2 以外の場合 300点</u> 〔単一建物診療患者の人数〕 <u>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。</u> <u>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。</u> 〔算定要件〕 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
	〔算定要件〕 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

- (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】 <u>(新設)</u>	【歯科疾患在宅療養管理料】 <u>1 在宅療養支援歯科診療所 1 の場</u> <u>合</u> 320点

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>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>
【栄養サポートチーム連携加算 2】 [算定要件] 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。	【栄養サポートチーム等連携加算 2】 [算定要件] <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。

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

1 在宅療養支援歯科診療所の場合 240点	<u>2 在宅療養支援歯科診療所 2 の場</u> <u>合</u> 250点
2 1 以外の場合 180点	<u>3 1 又は 2 以外の場合</u> 190点
[算定要件] (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</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連携加算 1</u> として、60 点を所定点数に加算する。 (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。	[算定要件及び名称変更] (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。 (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。
【栄養サポートチーム連携加算 1】 [算定要件] 栄養サポートチーム連携加算 1 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	【栄養サポートチーム等連携加算 1】 [算定要件] <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、口腔ケアチーム又は摂食嚥下チー</u>

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
【在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】 [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。 (中略) (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、100 点を所定点数に加算する。 (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	【在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】 [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</u> 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。 (中略) (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 <u>75 点</u> を所定点数に加算する。 (5) <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</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 又は在宅療養支援歯科</u>

算を算定している場合は、算定できない。	<u>診療所加算 2</u> 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

【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

1. 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】 1 歯科初診料 234点	【初診料】 1 歯科初診料 <u>237点</u>
【再診料】 1 歯科再診料 45点	【再診料】 1 歯科再診料 <u>48 点</u>
【歯科訪問診療料】 〔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	【歯科訪問診療料】 〔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

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。

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。 イ 初診時 234点 ロ 再診時 45点	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。 イ 初診時 <u>237点</u> ロ 再診時 <u>48点</u>
<u>(新設)</u>	【初診料の注 1 に規定する施設基準】 〔施設基準〕 <u>① 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> <u>② 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> <u>③ 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> <u>④ 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> <u>⑤ 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> <u>⑥ 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> <u>⑦ 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> 〔経過措置〕 <u>⑤については平成31年 3 月31日ま</u>

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

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
【初診料】 〔算定要件〕 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。	【初診料】 〔算定要件〕 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</u> 保険医療機関において、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>
【再診料】 〔算定要件〕 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。	【再診料】 〔算定要件〕 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</u> 保険医療機関において、再診を行った場合に算定する。 <u>この</u>

【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> <u>23点</u>
【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> <u>3 点</u>
〔対象施設〕 すべての歯科医療機関	〔対象施設〕 <u>地域歯科診療支援病院初診料の</u>

	<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>
【歯科訪問診療料】 〔算定要件〕 <u>（新設）</u>	【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。

〔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 年 30 日までの間は、適用しない。

	<u>施設基準を届け出していない歯科医療機関</u>
〔施設基準〕 (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。 （中略） (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。 (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。 （中略） (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。 <u>（新設）</u> <u>（新設）</u>	〔施設基準〕 (1) 偶発症に関する緊急時の対応、 <u>医療事故等の</u> 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。 （中略） <u>（削除）</u> <u>（削除）</u> （中略） <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> 【 <u>歯科外来診療環境体制加算 2</u> 】 <u>25点</u> 【再診時歯科外来診療環境体制加算

	2】 <u>5 点</u>
	〔対象施設〕 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
〔施設基準〕 (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。 (中略) (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。 (6) 感染症患者に対する歯科診療につて、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。 (中略) (新設)	〔施設基準〕 (1) 偶発症に関する緊急時の対応、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。 (中略) (削除) (削除) (中略) (5) <u>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> (6) <u>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>

【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 －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)	<u>歯科疾患管理料 小児口腔機能管理加算</u>	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	

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。	実施している旨の院内掲示を行っていること。
---	-----------------------

〔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。

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)	<u>歯科疾患管理料 口腔機能管理加算</u>	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 －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
【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	【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

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、脳血管障害、 <u>糖尿病、喘息、</u>

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。	<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。)、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。</u>
(略)	(略)

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

345

【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)	<u>歯周病患者画像活用指導料</u>	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	

347

その他の慢性の神経筋疾患の患者	その他の慢性の神経筋疾患の患者
5 失語症、失認、失行並びに高次脳機能障害の患者	5 失語症、失認、失行並びに高次脳機能障害の患者
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	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
7 顎・口腔の先天異常に伴う構音障害を有する患者	7 顎・口腔の先天異常に伴う構音障害を有する患者
<u>(新設)</u>	<u>8 舌悪性腫瘍等の手術に伴う構音障害を有する患者</u>

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。

346

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
【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。	【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。)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> 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 <u>管理</u> 加算、区分番号 I011-2 に掲げる歯周病安定期治療

348

I011-2に掲げる歯周病安定期治療 (Ⅰ)又は区分番号I011-2-2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。	(Ⅰ)、<u>区分番号I011-2-2に掲げる歯周病安定期治療(Ⅱ)又は区分番号I029-2に掲げる在宅等療養患者専門の口腔衛生処置</u>を算定した月は算定できない。 <u>(削除)</u>
注3 当該処置を算定した翌月は、算定できない。	

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)	有床義齒内面適合法	齒科技工加算 1	50 点
(新)	有床義齒内面適合法	齒科技工加算 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
【有床義歯咀嚼機能検査】 〔検査の追加と名称変更〕 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 2 咀嚼能力測定のみを行う場合（1回につき）100点 （新設）	【有床義歯咀嚼機能検査】 〔検査の追加と名称変更〕 <u>1 有床義歯咀嚼機能検査 1（1回につき）</u> Ⅰ 下顎運動測定と咀嚼能力測定を併せて行う場合 <u>560点</u> Ⅱ 咀嚼能力測定のみを行う場合 <u>140点</u> <u>2 有床義歯咀嚼機能検査 2（1回につき）</u> Ⅰ 下顎運動測定と咬合圧測定を併せて行う場合 <u>550点</u> Ⅱ 咬合圧測定のみを行う場合 <u>130点</u>
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	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、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。 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。 3 1については、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。 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。 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。 6 2については、1を算定した月は算定できない。 【対象患者】 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。 （新設） ② 舌接触補助床又は顎補綴・口蓋補	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。 2 有床義歯等を新製する場合において、<u>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> 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> 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月以内に限度として、月1回に限り算定する。</u> （削除） 5 2については、1を算定した月は<u>算定できない。</u> 【対象患者】 ① 新製有床義歯管理料の「2 困難な場合」に準じる場合 ② 臼歯4歯以上の両側遊離端欠損の場合 ③ 舌接触補助床又は顎補綴・口蓋補
---	--

綴による装置を装着する場合 <u>(新設)</u> 【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。 <u>(新設)</u> 【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 <u>(新設)</u> <u>(新設)</u> <u>(新設)</u> <u>(新設)</u> <u>(新設)</u>	綴による装置を装着する場合 <u>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</u> 【舌圧検査】 注1 舌圧測定を行った場合は、<u>月に1回に限り算定する。</u> 注2 注1の規定にかかわらず、<u>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。</u> 【対象患者】 <u>以下のいずれかに該当する患者</u> (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 <u>(2) 顎補綴・口蓋補綴による装置を装着する患者</u> <u>(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</u> <u>(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</u> 【算定要件】 <u>(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</u>
---	---

	<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〕	（名称変更）
1 簡単なもの 650点	（削除）
2 困難なもの 1,500点	（削除）
3 著しく困難なもの 2,000点	（削除）
4 摂食機能の改善を目的とするもの（舌接触補助床）	（削除）
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	
（新設）	1 口腔内装置 1 1,500点
（新設）	2 口腔内装置 2 800点
（新設）	3 口腔内装置 3 650点
（新設）	注 顎関節治療用装置、歯ざ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。

〔算定要件〕	〔算定要件〕
（新設）	（新設）
（新設）	（新設）
（新設）	（新設）
（新設）	（新設）
（新設）	（新設）
（新設）	（新設）
（新設）	（新設）
（新設）	（新設）
（新設）	（新設）
（新設）	（新設）
（新設）	（新設）
（新設）	（新設）
（新設）	（新設）
（新設）	（新設）
（新設）	（新設）
（新設）	（新設）
（新設）	（新設）
（新設）	（新設）
（新設）	（新設）
（新設）	（新設）
（新設）	（新設）
（新設）	（新設）
（新設）	（新設）
（新設）	（新設）
（新設）	（新設）
（新設）	（新設）
（新設）	（新設）
（新設）	（新設）
（新設）	（新設）
（新設）	（新設）
（新設）	（新設）
（新設）	（新設）
（新設）	（新設）
（新設）	（新設）
（新設）	（新設）
（新設）	（新設）
（新設）	（新設）
（新設）	（新設）
（新設）	（新設）
（新設）	（新設）

(新設)	合面関係が付与されたものをいう。 (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。
(新設)	(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。 【睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置】 1 睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置1 3,000点 2 睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置2 2,000点 【舌接触補助床(1顎につき)】 1 新たに製作した場合 2,500点 2 旧義歯を用いた場合 1,000点 【術後即時顎補綴装置(1顎につき)】 2,500点
(新設)	
(新設)	
(新設)	
(新設)	
【床副子調整・修理(1口腔につき)】	【口腔内装置調整・修理(1口腔につき)】
[名称]	(名称変更)
1 床副子調整	1 口腔内装置調整
イ 睡眠時無呼吸症候群の治療法と	イ 睡眠時無呼吸症候群に対する口

しての咬合床の場合 (新設)	120点	腔内装置の場合 口 歯ぎしりに対する口腔内装置の 場合	120点 220点
ロ イ以外の場合 2 床副子修理	220点 234点	ハ イ、口以外の場合 2 口腔内装置修理	120点 234点
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。		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 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 を行った場合に、1 回を限度として 算定する。	
(新設)		注 2 1 の口については、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。	
注 2 1 の口については、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。		注 3 1 のハについては、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 整を行った場合に算定する。	
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。		注 4 同一の患者について 1 月以内 に口腔内装置調整を 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。	
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。		注 5 2 については、同一の患者につ いて 1 月以内に口腔内装置修理を 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。	

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】

357

1 簡単なもの 2 困難なもの 3 著しく困難なもの	200点 500点 650点	1 簡単なもの 2 困難なもの (削除)	200点 500点
【周術期専門的口腔衛生処置（1 口腔 につき）】 〔名称変更及び区分追加〕		【周術期等専門的口腔衛生処置】 (名称変更及び区分追加)	
(新設)		1 周術期等専門的口腔衛生処置 1	92点
		2 周術期等専門的口腔衛生処置 2	100点
〔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 1 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 1 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。	
(新設)		注 3 2 については、区分番号 B 0 0 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	

358

	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。
(新設)	注 4 2 について、1 を算定した日は 別に算定できない。
(新設)	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、機械的菌面清掃処置及 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。
【上顎洞陥入歯除去術】 〔名称〕	【上顎洞陥入歯等除去術】 (名称変更)
【腐骨除去手術】 (新設)	【腐骨除去手術】 注 2 のイについて、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。

(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
--

359

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 J 0 0 8（1 に限る。）、J 0 0 9（1 又は 2 に限る。）、J 0 1 7（1 に限る。）、J 0 1 9（1 に限る。）、J 0 2 7、J 0 3 0（1 に限る。）、J 0 3 3（1 に限る。）及び J 0 5 1 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 J 0 0 8（2 に限る。）、J 0 0 9（3 に限る。）
--

360

及び J 0 1 7（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 J 0 1 5、J 0 1 9（2に限る。）、J 0 2 0、J 0 3 0（2に限る。）、J 0 3 3（2に限る。）、J 0 3 4、J 0 5 2 及び J 0 5 4 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
【硬質レジンジャケット冠（1 歯につき）】	【非金属歯冠修復（1 個につき）】
〔名称〕	〔名称変更〕
（新設）	1 レジンインレー
	イ 単純なもの 102点
	ロ 複雑なもの 154点
（新設）	2 硬質レジンジャケット冠 768点
【ポンティック（1 歯につき）】	【ポンティック（1 歯につき）】
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。	注 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。
	イ 前歯部の場合 746点
	ロ 小臼歯部の場合 200点
	ハ 大臼歯部の場合 50点
2 金属裏装ポンティックは、320点を所定点数に加算する。	（削除）

361

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

⑤ 歯科矯正に関する技術

現 行	改定案
【別に厚生労働大臣が定める疾患】 （新設）	【別に厚生労働大臣が定める疾患】
	① 筋ジストロフィー
	② 脊髄性筋萎縮症
	③ 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

362

	歯によるものに限る。）
（新設）	④ その他顎・口腔の先天異常に起因した咬合異常
（新設）	【スライディングプレート（1 装置につき）】
	1,500点
（新設）	注 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。
【リトラクター（1 装置につき）】	【リトラクター（1 装置につき）】
注 スライディングプレートを製作した場合は、1,500点（保険医療材料料等を含む。）を所定点数に加算する。	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、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。

(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) 高強度硬質レジンプリッジ（1 装置につき） 2,500 点

363

〔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 高強度硬質レジンプリッジの治療に関連する項目を見直す。

現 行	改定案
【歯冠形成】	【歯冠形成】
〔算定要件〕	〔算定要件〕
(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。	(1) 1 のイ、1 のロ、2 のイ、2 のロ及び 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。
(中略)	(中略)
(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。	(4) 1 のロについて、CAD/CAM 冠又は高強度硬質レジンプ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。
(中略)	(中略)
(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。	(9) 2 のロについて、CAD/CAM 冠又は高強度硬質レジンプ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。

364

【装着】 〔算定要件〕 (1) C A D／C A M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。 (略)	【装着】 〔算定要件〕 (1) C A D／C A M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</u> を所定点数に加算する。 (略)
---	--

(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) 拔牙
- (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 －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
【処置】 第 3 節 特定薬剤料 【手術】 第 5 節 特定薬剤料 〔算定方法〕 特定薬剤 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 注 1 薬価が 40円以下である場合は、算定できない。	【処置】 第 3 節 特定薬剤料 【手術】 第 5 節 特定薬剤料 〔算定方法〕 特定薬剤 <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> 注 1 薬価が <u>15円以下</u> である場合は、算定できない。

(略)	(略)
【麻酔】 第 2 節 薬剤料 〔算定方法〕 薬剤 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 注 1 薬価が 40円以下である場合は、算定できない。 (略)	【麻酔】 第 2 節 薬剤料 〔算定方法〕 薬剤 <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> 注 1 薬価が <u>15円以下</u> である場合は、算定できない。 (略)

【Ⅱ－２ 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションや I C T 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 －⑦】

⑦ 手術等医療技術の適切な評価

骨子<Ⅱ－２(8)>

第 1 基本的な考え方

- 1. C 2、E 3 区分で保険適用された新規医療材料等について、適切な評価を行う。
- 2. 外科的手術等の医療技術の適正な評価を行うため、外保連試案の評価等を参考に、診療報酬における相対的な評価を見直す。
- 3. 診療報酬調査専門組織医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、医療技術の評価及び再評価を行い、新規技術（先進医療として実施している医療技術を含む。）の保険導入及び既存技術の診療報酬上の評価の見直しを行う。
- 4. その他、必要に応じた新規医療技術の保険導入及び既存技術の評価の見直しを行う。

第 2 具体的な内容

- 1. C 2、E 3 区分で保険適用された新規医療材料、新規体外診断用医薬品等について、それぞれ技術料の新設や削除を行う。

(技術の例)	
<u>経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）（１日につき）</u>	
<u>1 初日</u>	<u>11,100 点</u>
<u>2 ２日目以降</u>	<u>3,680 点</u>

2. 外科系学会社会保険委員連合会「外保連試案 2018」等における、手術等に係る人件費及び材料に係る費用の調査結果等を参考とし、技術料の見直しを行う。

3. 医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、新規技術（先進医療として実施している医療技術を含む。）の保険導入及び既収載技術の再評価（廃止を含む。）を行う。

- [診療報酬改定において対応する優先度が高い技術のうち、学会等から医療技術評価分科会に提案のあったものの例]
- (1) 生体小腸部分移植術
 - (2) ADAMTS13 活性測定
 - (3) 肺葉切除（ロボット支援）
 - (4) バルーン閉塞下逆行性静脈塞栓術（BRT0）
 - (5) ダーモスコピー
 - (6) 人工臓臓検査の施設基準（血液検査）緩和
 - (7) Coombs 試験（間接）
 - (8) 一時的創外固定骨折治療術

- [診療報酬改定において対応する優先度が高い技術のうち、先進医療として実施しているもの]
- (1) 陽子線治療（※ 1）
 - (2) 重粒子線治療（※ 2）
 - (3) EB ウイルス感染症迅速診断（リアルタイム PCR 法）
 - (4) 前眼部三次元画像解析
 - (5) 急性リンパ性白血病細胞の免疫遺伝子再構成を利用した定量的 PCR 法による骨髓微小残存病変（MRD）量の測定
 - (6) 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
 - (7) 内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術
 - (8) 腹腔鏡下広汎子宮全摘術
 - (9) 内視鏡下手術用ロボットを用いた腹腔鏡下胃切除術

- ※ 1：切除非適応の骨軟部腫瘍、頭頸部腫瘍（口腔・咽喉頭の扁平上皮がんを除く）及び限局性前立腺がんに対するもの。
- ※ 2：頭頸部腫瘍（口腔・咽喉頭の扁平上皮がんを除く）及び限局性前立腺がんに対するもの。

- [廃止を行う技術の例]
- (1) 降分泌性トリプシンインヒビター（PSTI）
 - (2) 腹腔鏡下食道噴門部縫縮術

4 (1) 肺血流増加型先天性心疾患の患者に対する低濃度酸素吸入について評価する。

現 行	改定案
【酸素吸入（１日につき）】 65点 <u>（新設）</u>	【酸素吸入（１日につき）】 65点 <u>〔算定要件〕</u> <u>肺血流増加型先天性心疾患の患者に対して低濃度酸素吸入を行った場合にも算定できる。</u>
【酸素加算】 注 1 区分番号J024からJ028まで及びJ045に掲げる処置に当たって酸素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数(酸素と併せて窒素を使用した場合は、それぞれの価格を10円で除して得た点数を合算した点数)を加算する。	【酸素加算】 注 1 区分番号J024からJ028まで及びJ045に掲げる処置に当たって酸素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数(<u>窒素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数</u>)を加算する。

4 (2) 終夜睡眠ポリグラフィー検査について、歯科において睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置を用いた治療を行っている患者についても、効果判定を目的とした検査ができるよう算定要件を見直す。

現 行	改定案
【終夜睡眠ポリグラフィー】 1 携帯用装置を使用した場合 2 多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合 〔算定要件〕 区分番号「C107-2」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定している患者については、治療の効果を判定するため、6月に1回を限度として算定できる。	【終夜睡眠ポリグラフィー】 1 携帯用装置を使用した場合 2 多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合 〔算定要件〕 区分番号「C107-2」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定している患者又は <u>自院からの依頼により睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置を製作した歯科医療機関から検査の依頼を受けた患者</u> については、治療の効果を判定するため、6月に1回を限度として算定できる。

4 (3) 既に製造販売が中止されてから一定期間が経過した医療機器を用いる技術を削除する。

現 行	改定案
【ピンハンマー式尿路結石破碎術】 ピンハンマー式尿路結石破碎術 7,770点	【ピンハンマー式尿路結石破碎術】 <u>（削除）</u>

【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 ー⑨】

⑨ 電話等再診の見直し

骨子＜Ⅱ－2 (10)＞

第 1 基本的な考え方

電話等による再診について、患者等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に算定が可能であるとの取扱いがより明確になるよう、要件を見直す。

第 2 具体的な内容

患者等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に算定が可能であるとの取扱いがより明確になるよう、要件を見直す。

現 行	改定案
【再診料】 〔算定要件〕 当該保険医療機関で初診を受けた患者について、再診以後、当該患者又はその看護に当たっている者から直接又は間接（電話、テレビ画像等による場合を含む。）に、治療上の意見を求められた場合に、必要な指示をしたときには、再診料を算定できる。	【再診料】 〔算定要件〕 当該保険医療機関で初診を受けた患者について、再診以後、当該患者又はその看護に当たっている者から直接又は間接（電話、テレビ画像等による場合を含む。）に、治療上の意見を求められた場合に、必要な指示をしたときには、再診料を算定できる。 <u>ただし、定期的な医学管理を前提として行われる場合は算定できない。</u>

※ただし、平成 30 年 3 月 31 日以前に、電話、テレビ電話等を用いて医学的な管理を行い、当該再診料を算定していた患者については、一連の医学的な管理が終了するまでの間、当該再診料を引き続き算定することができる。

【Ⅱ－４ 明細書無料発行の推進－①】		【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－②】	
① 明細書無料発行の推進		② 医師等の従事者の常勤配置に関する要件の緩和	
骨子＜Ⅱ－４＞		骨子＜Ⅲ－１(2)＞	
第 1 基本的な考え方		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）。		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		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。		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※	
408		418	
※ 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		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。	
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. 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。

【Ⅲ－2 業務の効率化・合理化 ー①】

① 事務の効率化・合理化や情報利活用の推進

骨子<Ⅲ－2>

第 1 基本的な考え方

医療機関等における業務の効率化・合理化や診療報酬に関するデータの利活用推進の観点から、見直しを行う。

第 2 具体的な内容

1. 医療機関等における業務の効率化・合理化の観点から、以下のような見直しを行う。

(1) 入院基本料等に係る施設基準の届出項目や手続き等について、重複した内容の項目などについて、届出の省略や手続きの簡素化を行う。

(2) 医療保険のリハビリテーションから介護保険のリハビリテーションへの円滑な移行を行うため、介護保険のリハビリテーション事業所でもリハビリテーション計画書を活用できるよう、様式の見直しを行う。「Ⅰ－7－④」を参照のこと。

(3) 診療報酬明細書について、「診療報酬請求書等の記載要領等について」等を改正し、添付資料の見直しや算定理由等の摘要欄への記載事項を選択肢とする等の対応を行う。

2. 診療報酬に関するデータの利活用推進の観点から、以下のような見直しを行う。

(1) 電子レセプト等について、「診療報酬請求書等の記載要領等について」等を改正し、患者氏名にカタカナ併記の協力を求めることとする。

(2) 診療実績データの記載項目について、急性期以外の病棟に入院する患者については、その状態を表す項目の記載を求めるとともに、急性期以外の病棟に入院する患者には有用性の乏しい項目については記載を任意とする等の簡素化を行う。

(3) 診療実績データの記載項目に、外科系学会社会保険委員会連合が提供する基幹コードを記載することとする。

(4) 診療報酬の請求にあたって使用する精神疾患の傷病名について、原則として、ICD－10に規定する精神疾患の傷病名を用いることとする。

【Ⅳ－2 後発医薬品の使用促進 ー②】

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】	
<u>（新設）</u>		<u>後発医薬品使用体制加算 1</u>	<u>45 点</u>
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 <u>2</u>	<u>40 点</u>
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 <u>3</u>	<u>35 点</u>
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 <u>4</u>	<u>22 点</u>
【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。	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。
(6) D P C 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。	<u>(削除)</u>
【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。	【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。
<u>(新設)</u>	<u>イ 外来後発医薬品使用体制加算 1</u>
イ 外来後発医薬品使用体制加算 1 4 点	<u>ロ 外来後発医薬品使用体制加算 2</u> 4 点
ロ 外来後発医薬品使用体制加算 2 3 点	<u>ハ 外来後発医薬品使用体制加算 3</u> 2 点
〔施設基準（通知）〕	〔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、 <u>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</u> であること。
--	---

【Ⅳ－2 後発医薬品の使用促進 －③】

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 6 点
ロ 一般名処方加算 2 2 点	ロ 一般名処方加算 2 4 点

別紙 4

保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十五号）
【平成30年 4 月 1 日施行】

改 正 案	現 行
（一部負担金等の受領） 第五条 （略） 2 （略） 3 保険医療機関のうち、医療法（昭和三十二年法律第二百五号）第四条第一項に規定する地域医療支援病院（同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床（第十一条第二項において「許可病床」という。）の数が四百以上であるものに限る。）及び同法第四条の二第一項に規定する特定機能病院であるものは、法第七十条第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。 一・二 （略） 第五条の二の二 前条第二項の厚生労働大臣の定める保険医療機関は、公費負担医療（厚生労働大臣の定めるものに限る。）	（一部負担金等の受領） 第五条 （略） 2 （略） 3 保険医療機関のうち、医療法（昭和三十二年法律第二百五号）第四条第一項に規定する地域医療支援病院（同法第七条第二項第五号に規定する一般病床（児童福祉法（昭和三十二年法律第百六十四号）第六条の二の二第三項に規定する指定発達支援医療機関及び同法第四十二条第二号に規定する医療型障害児入所施設に係るものを除く。）の数が五百以上であるものに限る。）及び医療法第四条の二第一項に規定する特定機能病院であるものは、法第七十条第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。 一・二 （略） 第五条の二の二 前条第二項の厚生労働大臣の定める保険医療機関は、公費負担医療（厚生労働大臣の定めるものに限る。）
）を担当した場合（第五条第一項の規定により患者から費用の支払を受ける場合を除く。）において、正当な理由がない限り、当該公費負担医療に関する費用の請求に係る計算の基礎となつた項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。 2 （略） （入院） 第十一条 （略） 2 保険医療機関は、病院にあつては、<u>許可病床数の範囲内で、診療所にあつては、医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は通知をした病床数の範囲内で、それぞれ患者を入院させなければならない。ただし、災害その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。</u> （<u>処方箋</u>の交付） 第二十三条 保険医は、<u>処方箋</u>を交付する場合には、様式第二号<u>若しくは第二号の二又はこれらに準ずる様式の処方箋</u>に必要な事項を記載しなければならない。 2 保険医は、その交付した<u>処方箋</u>に関し、保険薬剤師から疑義の照会があつた場合には、これに適切に対応しなければならない。	）を担当した場合（第五条第一項の規定により患者から費用の支払を受ける場合を除く。）において、<u>患者から求めがあつたときは</u>、正当な理由がない限り、当該公費負担医療に関する費用の請求に係る計算の基礎となつた項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。 2 （略） （入院） 第十一条 （略） 2 保険医療機関は、病院にあつては、<u>医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床数の範囲内で、診療所にあつては、同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は通知をした病床数の範囲内で、それぞれ患者を入院させなければならない。ただし、災害その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。</u> （<u>処方せん</u>の交付） 第二十三条 保険医は、<u>処方せん</u>を交付する場合には、様式第二号<u>又はこれに準ずる様式の処方せん</u>に必要な事項を記載しなければならない。 2 保険医は、その交付した<u>処方せん</u>に関し、保険薬剤師から疑義の照会があつた場合には、これに適切に対応しなければならない。

様式第二号の次に次の様式を加える。

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	明 大 昭 平	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	医療機関コード											
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、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。					
変更不可		個々の処方箋について、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。															
方																	
保険医署名		「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合、署名又は記名・押印すること。															
備考		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。) □保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 □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						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51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医氏名」と読み替えるものとする。

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 _____

別紙 6

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（昭和五十八年厚生省告示第十四号）

【平成30年 4 月 1 日施行】

改 正 案	現 行
（一部負担金の受領等） 第五条 （略） 2 （略） 3 保険医療機関のうち、医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第四条第一項に規定する地域医療支援病院（<u>同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床（第十一条第二項において「許可病床」という。）の数</u>が四百以上であるものに限る。）及び同法第四条の二第一項に規定する特定機能病院であるものは、健康保険法第七十条第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。 一・二 （略） 4 （略） 第五条の二の二 前条第二項の厚生労働大臣	（一部負担金の受領等） 第五条 （略） 2 （略） 3 保険医療機関のうち、医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第四条第一項に規定する地域医療支援病院（<u>同法第七条第二項第五号に規定する一般病床（児童福祉法（昭和二十二年法律第百六十四号）第六条の二の二第三項に規定する指定発達支援医療機関及び同法第四十二条第二号に規定する医療型障害児入所施設に係るものを除く。）の数</u>が五百以上であるものに限る。）及び医療法第四条の二第一項に規定する特定機能病院であるものは、健康保険法第七十条第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。 一・二 （略） 4 （略） 第五条の二の二 前条第二項の厚生労働大臣
臣の定める保険医療機関は、公費負担医療（厚生労働大臣の定めるものに限る。）を担当した場合（第五条第一項の規定により患者から費用の支払を受ける場合を除く。）において、正当な理由がない限り、当該公費負担医療に関する費用の請求に係る計算の基礎となつた項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。 2 （略） （入院） 第十一条 （略） 2 保険医療機関は、病院にあつては、<u>許可病床数の範囲内で、診療所にあつては、医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は通知をした病床数の範囲内で、それぞれ患者を入院させなければならない。</u>ただし、災害その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。 3 （略） 第二十六条の五の二 前条第二項の厚生労働大臣の定める保険薬局は、公費負担医療（厚生労働大臣の定めるものに限る。）を担当した場合（第二十六条の四第一項の規定により患者から費用の支払を受ける場合を除く。）において、正当な理	臣の定める保険医療機関は、公費負担医療（厚生労働大臣の定めるものに限る。）を担当した場合（第五条第一項の規定により患者から費用の支払を受ける場合を除く。）において、<u>患者から求めがあつたときは、正当な理由がない限り、当該公費負担医療に関する費用の請求に係る計算の基礎となつた項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。</u> 2 （略） （入院） 第十一条 （略） 2 保険医療機関は、病院にあつては、<u>医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床数の範囲内で、診療所にあつては、同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は通知をした病床数の範囲内で、それぞれ患者を入院させなければならない。</u>ただし、災害その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。 3 （略） 第二十六条の五の二 前条第二項の厚生労働大臣の定める保険薬局は、公費負担医療（厚生労働大臣の定めるものに限る。）を担当した場合（第二十六条の四第一項の規定により患者から費用の支払を受ける場合を除く。）において、<u>患者から</u>

由がない限り、当該公費負担医療に関する費用の請求に係る計算の基礎となつた項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。	<u>求めがあつたときは</u> 、正当な理由がない限り、当該公費負担医療に関する費用の請求に係る計算の基礎となつた項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。
2 (略)	2 (略)

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の一部を改正する件（平成二十四年厚生労働省告示第七十四号）
【平成30年 4 月 1 日施行】

改 正 案	現 行
ただし、保険医療機関（病院を除く。）において、領収証を交付するに当たり明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由がある場合は、この告示による改正後の第五条の二第二項又は第二十六条の五第二項の規定にかかわらず、当分の間、患者から求められたときに明細書を交付することで足りるものとし、明細書の交付を無償で行うことが困難であることについて正当な理由がある場合は、この告示による改正後の第五条の二第三項又は第二十六条の五第三項の規定にかかわらず、当分の間、明細書の交付を有償で行うことができるものとする。	ただし、保険医療機関（病院を除く。） <u>及び保険薬局</u> において、領収証を交付するに当たり明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由がある場合は、この告示による改正後の第五条の二第二項又は第二十六条の五第二項の規定にかかわらず、当分の間、患者から求められたときに明細書を交付することで足りるものとし、明細書の交付を無償で行うことが困難であることについて正当な理由がある場合は、この告示による改正後の第五条の二第三項又は第二十六条の五第三項の規定にかかわらず、当分の間、明細書の交付を有償で行うことができるものとする。

平成30年度診療報酬改定

【外来症例④】 75歳女性 口腔機能低下の疑い

- 75歳女性。 高血圧、糖尿病、骨粗鬆症で内科通院中
- 5年前より上下部分入れ歯を使用しているが、半年くらい前から入れ歯がなんとなくあわず、硬いものが咬みにくいときがある。
- また、お茶やお味噌汁などを飲むときに時々むせる。
- 約1年ぶりに歯科を受診
- 自己負担 1割

【改定のポイント】

必要な院内感染防止対策が講じられた歯科医療機関で安心・安全な歯科治療を受けることができる。
かかりつけ歯科医とかかりつけ医が治療状況や服薬内容等を情報共有することにより、適切な歯科治療を受けることができる。

- ・ 研修を受けた歯科医師のもと、院内感染防止対策が講じられた歯科医療機関で安心・安全な歯科治療を受けることができる。(歯科初診料)
- ・ かかりつけ歯科医とかかりつけ医に高血圧等の治療状況や服薬情報等を問合わせた情報をもとに、適切な歯科医学管理をうけることができる。(診療情報連携共有料、歯科疾患管理料総合医療管理加算)
- ・ 咬合力の検査等に基づいて口腔機能を評価し、適切な歯科医学管理をうけることができる。(咬合圧検査)

9

平成30年度診療報酬改定

これまでの場合		H30年4月以降	
<歯科診療所>		<歯科診療所>	
歯科初診料	234点	歯科初診料	237点
歯科疾患管理料	100点	咬合圧検査	130点
歯科口腔リハビリテーション料1	100点	歯科疾患管理料	100点
	小計434点	情報連携共有料	120点
			小計587点
(翌月)		(※ 医科診療所においても、情報連携共有料を算定可能。)	
歯科再診料	45点	(翌月)	
歯科疾患管理料	100点	歯科再診料	48点
	小計145点	歯科疾患管理料	100点
		総合医療管理加算	50点
			小計198点
※その他、投薬等		※その他、投薬等	
(1月当たり) 計	579点	(1月当たり) 計	785点
自己負担額	579円	自己負担額	785円

10