

## 地域移行を支援する取組に係る評価

骨子【Ⅱ－５－(1)(2)(3)】

### 第1 基本的な考え方

「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（平成16年9月精神保健福祉対策本部）においては、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的な方針を押し進めていくため、国民各層の意識の変革や、精神保健医療福祉体制の再編と基盤強化を今後10年で進めることとしており、患者の状態に応じた地域生活への支援策が求められていることから、この方針に従って、必要な評価を行う。

### 第2 具体的な内容

#### 1 長期入院患者への地域移行支援

- (1) 入院期間が1年以上の長期入院患者等に対して、医師、看護師、作業療法士及び精神保健福祉士が共同して退院後に必要となる保健医療サービス又は福祉サービス等に関する計画を策定し、当該計画に基づく指導を行った上で当該患者が退院した場合に、精神科退院指導料の精神科地域移行支援加算を創設する。

**新** 精神科地域移行支援加算 200点（退院時1回）

- (2) 当該保険医療機関において、地域移行を推進する専門の部門を設置し、当該医療機関の精神病棟における入院期間が5年を超える患者の数を直近の1年間5%以上減少させた実績のある医療機関について、申請時より1年間の期間において当該精神病床の入院患者に係る入院基本料等の加算を創設する。

**新** 精神科地域移行実施加算 5点（1日につき）

[算定要件]

- 1 当該保険医療機関に地域移行を推進する部門を設置し、当該部門に専従の精神保健福祉士が配置されていること
- 2 目標値を達成した場合に、1年間の期間、該当する病棟の全精神病床の入院基本料等に加算する。ただし、算定期間における退院実績が目標値を下回った場合には、加算は1年間で終了とする

- 3 退院実績は、退院後3ヶ月間以内に再入院していない患者について算入するものとする
- 4 死亡・転院による退院については、退院患者に算入しないこととする等

## 2 入院早期からの退院支援

精神科退院前訪問指導料について、入院直後から退院支援が行えるよう、算定要件を緩和する。

現 行	改正案
<p><b>【精神科退院前訪問指導料】</b> 入院期間が3月を超えると見込まれる患者の退院に先立って患家等を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の療養上の指導を行った場合に、当該入院中3回（入院期間が6月を超えると見込まれる患者にあっては、当該入院中6回）に限り算定する</p>	<p><b>【精神科退院前訪問指導料】</b> 入院中の患者の退院に先立って患家等を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の療養上の指導を行った場合に、当該入院中3回（入院期間が6月を超えると見込まれる患者にあっては、当該入院中6回）に限り算定する</p>

改

また、精神病棟入院基本料の181日以上1年以内の加算を引き下げる。

現 行	改正案
<p><b>【精神病棟入院基本料の入院期間に応じた加算】</b> 181日以上1年以内の期間（1日につき） 10点（特別入院基本料は5点）</p> <p><b>【特定機能病院入院基本料の精神病棟の入院期間に応じた加算】</b> 181日以上1年以内の期間（1日につき） 25点</p>	<p><b>【精神病棟入院基本料の入院期間に応じた加算】</b> 181日以上1年以内の期間（1日につき） 5点</p> <p><b>【特定機能病院入院基本料の精神病棟の入院期間に応じた加算】</b> 181日以上1年以内の期間（1日につき） 20点</p>

改

### 3 退院後の支援

地域で生活する精神障害者の支援のため、精神科訪問看護・指導について評価を引き上げ、服薬中断等により急性増悪し、医師が必要と認めた場合は、週7回まで算定可能とする。

現 行	改正案
<p>【精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）】</p> <p style="text-align: right;">550点</p> <p>週3回（当該患者の退院後3月以内の期間において行われる場合にあつては、週5回。）に限り算定</p>	<p>【精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）】</p> <p style="text-align: right;">575点</p> <p>週3回（当該患者の退院後3月以内の期間において行われる場合にあつては、週5回。）  <u>ただし、当該患者が服薬中断等により急性増悪した場合であつて、医師が必要と認め指示した場合に、当該急性増悪した日から7日以内の期間について、1日につき1回に限り算定。ただし書きの患者について、さらに継続した訪問看護が必要と医師が判断した場合には、急性増悪した日から1月以内の医師が指示した7日間については、1日につき1回に限り算定</u></p>

改

## 認知症に係る医療の評価

骨子【Ⅱ－５－(8)(10)(11)】

### 第1 基本的な考え方

平成19年4月に取りまとめられた「新健康フロンティア戦略」においては、認知症のステージに合わせた対策が必要とされており、これに沿った高齢者支援体制整備が急務となっている。この中で、医療体制の役割としては、①鑑別診断、②周辺症状への対応、③身体合併症への対応、に関する体制整備が求められていることから、診療報酬上必要な評価を行う。

#### 1 鑑別診断につなげるための評価

今後、後期高齢者が増加することに伴い、認知症の早期発見が重要な課題となっていることから、かかりつけ医が認知症の疑われる患者を早期に発見し、専門医療機関に紹介した場合を評価する。

#### 2 周辺症状に対する手厚い医療への評価

認知症患者の入院医療については、特に入院早期におけるせん妄等の周辺症状に対して、より手厚い医療が必要とされるため、入院早期の評価を充実し、一方、入院期間が長期に渡る場合には、評価を見直す。

#### 3 身体合併症に対する手厚い医療への評価（後述）

精神病床に入院している精神障害者のうち、身体疾患を併せ持つ患者に対して、一定の身体疾患の治療体制を確保している医療機関における手厚い医療について評価を行う。

### 第2 具体的な内容

#### 1 鑑別診断につなげるための評価

認知症の疑われる患者について、医師が専門医療機関での鑑別診断等の必要を認め、当該患者又はその家族の同意を得て、専門医療機関に対して、診療状況を示す文章等を添えて患者の紹介を行った場合に、診療情報提供料（I）に対する加算を創設する。

**新** 認知症患者紹介加算 100点（1回につき）

## 2 周辺症状に対する手厚い医療への評価

老人性認知症疾患治療病棟入院料1及び2において、周辺症状に対してより手厚い医療が必要な90日以内の入院期間について評価を引き上げ、91日以上入院期間についての評価を引き下げる。また、当該病棟の入院対象となる患者は老人に限られないことから、名称を認知症病棟入院料に改める。

現行	改正案
<b>【老人性認知症疾患治療病棟入院料1】</b> (1日につき) イ 90日以内の期間 1,300点 ロ 91日以上期間 1,190点 <b>【老人性認知症疾患治療病棟入院料2】</b> (1日につき) イ 90日以内の期間 1,060点 ロ 91日以上期間 1,030点	<b>【認知症病棟入院料1】</b> (1日につき) イ 90日以内の期間 <u>1,330点</u> ロ 91日以上期間 <u>1,180点</u> <b>【認知症病棟入院料2】</b> (1日につき) イ 90日以内の期間 <u>1,070点</u> ロ 91日以上期間 <u>1,020点</u>

改

## 3 身体合併症に対する手厚い医療への評価（後述）

「Ⅱ-5-③ 身体合併症に対応した取組に係る評価について」を参照。

## 身体合併症に対応した取組に係る評価

骨子【Ⅱ－5－(6)(8)(9)】

### 第1 基本的な考え方

- 1 精神病床に入院している精神障害者のうち、身体疾患を併せ持つ患者に対して、一定の身体疾患の治療体制を確保している医療機関における手厚い医療について評価を行う。
- 2 結核病棟及び精神病棟において、肺血栓塞栓症の予防を目的として、必要な医学管理を行った場合に評価を行う。

### 第2 具体的な内容

- 1 身体疾患への治療体制を確保している、精神科を標榜する医療機関において、入院治療を要する程度の身体合併症を発症した患者に対し、精神疾患、身体疾患両方について治療を行った場合、特に手厚い医療体制を要する治療開始早期の7日間における加算を創設する。

#### 新 精神科身体合併症管理加算

- (1) 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、認知症病棟入院料を算定している患者の場合 300点（1日につき）
- (2) 精神病棟入院基本料（10対1、15対1）、特定機能病院入院基本料（7対1、10対1、15対1（精神病棟に限る。））を算定している患者の場合 200点（1日につき）

#### [算定要件]

- 1 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、認知症病棟入院料、精神病棟入院基本料（10対1、15対1）又は特定機能病院入院基本料（7対1、10対1、15対1（精神病棟に限る。））を算定している病棟であること
- 2 当該病棟に内科又は外科を専門とする医師が1名以上配置されており、必要に応じて患者の受け入れが可能な精神科以外の診療科の医療体制との連携（他の保険医療機関を含む。）が確保されていること
- 3 対象疾患
  - (1) 呼吸器系疾患（肺炎、喘息発作、肺気腫）
  - (2) 心疾患（New York Heart Associationの心機能分類のⅢ度、Ⅳ度相当の心不全、虚血性心疾患、モニター監視を必要とする不整脈）
  - (3) 手術又は直達・介達牽引を要する骨折 等

2 肺血栓塞栓症の予防を目的として、結核病棟及び精神病棟においても、必要な医学管理を行った場合に肺血栓塞栓症予防管理料の算定が可能となるよう対象を拡大する。

現 行	改正案
<p>【肺血栓塞栓症予防管理料】</p> <p>病院（療養病棟、結核病棟及び精神病棟を除く。）又は診療所（療養病床に係るものを除く。）に入院中の患者であって肺血栓塞栓症を発症する危険性が高いものに対して、肺血栓塞栓症の予防を目的として、必要な機器又は材料を用いて計画的な医学管理を行った場合に、当該入院中1回に限り算定する</p>	<p>【肺血栓塞栓症予防管理料】</p> <p>病院（療養病棟を除く。）又は診療所（療養病床に係るものを除く。）に入院中の患者であって肺血栓塞栓症を発症する危険性が高いもの（<u>結核病棟においては手術を伴うもの、精神病棟においては治療上必要があって身体拘束が行われているものに限る。</u>）に対して、肺血栓塞栓症の予防を目的として、必要な機器又は材料を用いて計画的な医学管理を行った場合に、当該入院中1回に限り算定する</p>

改

## 外来等における精神療法の適正化と評価の充実

骨子【Ⅱ－５－(12)(13)(14)】

### 第1 基本的な考え方

#### 1 通院精神療法の適正化と評価の充実

精神科外来における精神療法については、患者の状態に応じて診療が長時間となる場合もあることから、一律の評価を見直して、診療時間に応じた評価を行う。また、合わせて地域で生活する精神障害者に対する継続的な地域医療を適切に提供するという観点から、精神科医の訪問及び往診診療時における精神療法について評価するとともに、外来における精神障害者の病状の安定化に資するため、頻回の精神医学的援助を評価する。

このほか、20歳未満の場合について、その重要性にかんがみ、加算の算定期間を延長する。

- 2 精神障害者等の社会復帰を支援するため、一部の必要な薬剤について処方日数を見直す。

### 第2 具体的な内容

#### 1 通院精神療法の適正化と評価の充実

- (1) 通院精神療法は、診療に要した時間が5分を超えたときに限り算定することとし、30分を超えた場合については評価を引き上げる。なお、前回改定時と同様に、病院と診療所の評価の格差をさらに是正するため、診療所の評価を引き下げる。

現 行	改正案
1 区分番号 A000 に掲げる初診料を算定する初診の日において精神保健指定医等が通院精神療法を行った場合 500点	1 区分番号 A000 に掲げる初診料を算定する初診の日において精神保健指定医等が通院・在宅精神療法を行った場合 500点
2 1以外の場合	2 1以外の場合
イ 病院の場合 330点	イ 病院の場合 (1) 30分以上 360点 (2) 30分未満 330点
ロ 診療所の場合 360点	ロ 診療所の場合 (1) 30分以上 360点 (2) 30分未満 350点

改



(2) 20歳未満の患者については、子どもの心の診療の充実という観点から、加算の算定が可能な期間を6ヶ月間から1年間に延長する。

(3) 医師の訪問及び往診診療時も、通院精神療法を算定できるものとし、これに伴い、名称を「通院・在宅精神療法」に改める。

2 精神科を担当する医師が、患者又は家族等に対して、病状、服薬状況及び副作用の有無等の確認を主とした支援を行った場合の評価を創設する。

また、医師による支援と併せて、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士が、患者又は家族等に対して、療養生活環境を整備するための支援を行った場合の加算を創設する。

**新** 精神科継続外来支援・指導料 55点（1日につき）

**新** 保健師等による支援加算 40点（1日につき）

3 精神疾患患者等の社会復帰の観点から、経過を予見できる安定した患者に対し、一部の必要な薬剤について30日間の処方をする。なお、処方に当たっては、既に処方されている当該薬剤の残薬と、重複処方の有無について、患者に確認し、カルテに記載することとする。

	現 行	改正案
14日	(1) 麻薬及び向精神薬取締法(昭和二十八年法律第十四号)第2条第一号に規定する麻薬 ※30日分に含まれるものを除く	(1) 麻薬及び向精神薬取締法(昭和二十八年法律第十四号)第2条第一号に規定する麻薬 ※30日分に含まれるものを除く
	(2) 麻薬及び向精神薬取締法第2条第六号に規定する向精神薬 ※30日分、90日分に含まれるものを除く	(2) 麻薬及び向精神薬取締法第2条第六号に規定する向精神薬 ※30日分、90日分に含まれるものを除く
30日	【内服薬】 アルプラゾラム、塩酸メチルフェニデート、オキサゾラム、クロキサゾラム、クロチアゼパム、クロルジアゼポキシド、プラゼパム、フルジアゼパム、プロマゼパム、ペモリン、メダゼパム、ロフラゼプ酸エチル又はロラゼパムを含有する	【内服薬】 アルプラゾラム、塩酸メチルフェニデート、オキサゾラム、クロキサゾラム、クロチアゼパム、クロルジアゼポキシド、プラゼパム、フルジアゼパム、プロマゼパム、ペモリン、メダゼパム、ロフラゼプ酸エチル又はロラゼパムを含有する

**改**

	<p>内服薬並びにクロルプロマジン・プロメ タジン配合剤、臭化メペンゾラート・フ ェノバルビタール配合剤及びプロキシ フィリン・エフェドリン配合剤</p>	<p>内服薬並びにクロルプロマジン・プロメ タジン配合剤、臭化メペンゾラート・フ ェノバルビタール配合剤及びプロキシ フィリン・エフェドリン配合剤、<u>トリア ゾラム、酒石酸ゾルピデム、ロルメタゼ パム、ブロチゾラム、フルニトラゼパム、 エスタゾラム、ニメタゼパム、クアゼパ ム、塩酸フルラゼパム、ハロキサゾラム、 塩酸モルヒネ、硫酸モルヒネ、塩酸オキ シコドン、塩酸オキシコドン水和物</u></p> <p><b>【外用薬】</b> <u>塩酸モルヒネ、フェンタニル</u></p>
--	---	---

## 精神科救急医療に係る評価

骨子【Ⅱ－５－(7)】

### 第1 基本的な考え方

- 1 精神科救急医療体制の整備の普及を図るため、地域の実情をよりきめ細かく反映できる基準とするとともに、精神科救急入院料に係る算定要件を見直し、在宅へ移行した実績に応じた評価を行う。
- 2 精神科救急医療において身体疾患を併せ持つ患者については、身体的な医療体制が充実した精神病床における医療の提供体制が重要であることから、いわゆる総合病院等において実施される身体合併症治療を含めた精神科救急医療を評価し、精神科救急・合併症入院料を創設する。

### 第2 具体的な内容

- 1 精神科救急医療施設の整備状況の地域差の解消のため、精神科救急入院料の時間外、休日又は深夜における診療件数と措置入院等の患者数の要件について、地域の人口規模を考慮した要件の緩和を行う。また、入院早期からの在宅への移行支援を更に推進する観点から、在宅へ移行する患者の割合が高い施設については評価を引き上げる。

現 行	改正案
<b>【精神科救急入院料】（1日につき）</b> 1 30日以内の期間 3, 200点 2 31日以上の期間 2, 800点	<b>【精神科救急入院料 1】（1日につき）</b> 1 30日以内の期間 <u>3, 431点</u> 2 31日以上の期間 <u>3, 031点</u> <b>【精神科救急入院料 2】（1日につき）</b> 1 30日以内の期間 <u>3, 231点</u> 2 31日以上の期間 <u>2, 831点</u>

#### [算定要件]

	現 行	改正案
在宅へ移行する患者の割合	新規患者のうち4割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、在宅へ移行すること	<b>【精神科救急入院料 1】</b> 新規患者のうち <u>6割以上</u> が入院日から起算して3月以内に退院し、在宅へ移行すること <b>【精神科救急入院料 2】</b> 新規患者のうち4割以上が入院日か

		ら起算して3月以内に退院し、在宅へ移行すること
精神科救急医療体制	以下のア及びイのいずれをも満たしていること ア 常時精神科救急外来診療が可能であり、時間外、休日又は深夜における診療件数が年間200件以上であること。 イ 全ての入院形式の患者の受け入れが可能であること	以下のア及びイのいずれをも満たしていること ア 常時精神科救急外来診療が可能であり、時間外、休日又は深夜における診療件数が年間200件以上、又は <u>指定された地域における人口万対2.5件以上</u> であること イ 全ての入院形式の患者の受け入れが可能であること

等

- 2 いわゆる総合病院等における身体合併症治療を含めた精神科救急医療の適切な評価のため、身体合併症ユニット等を要件とし、精神科救急・合併症入院料を創設する。

**新** 精神科救急・合併症入院料（1日につき）

1	30日以内の期間	3,431点
2	31日以上の期間	3,031点

[算定要件]

- 1 都道府県が定める救急医療に関する計画に基づいて運営される救命救急センターを有している病院であり、身体合併症に対応できる施設であること
- 2 精神病棟を単位として、当該病棟に合併症ユニットを有している
- 3 その他、在宅へ移行する患者の割合、時間外等の救急受診件数等の要件については、精神科救急入院料に準じたものとする 等

## 歯科疾患の指導管理体系の見直し

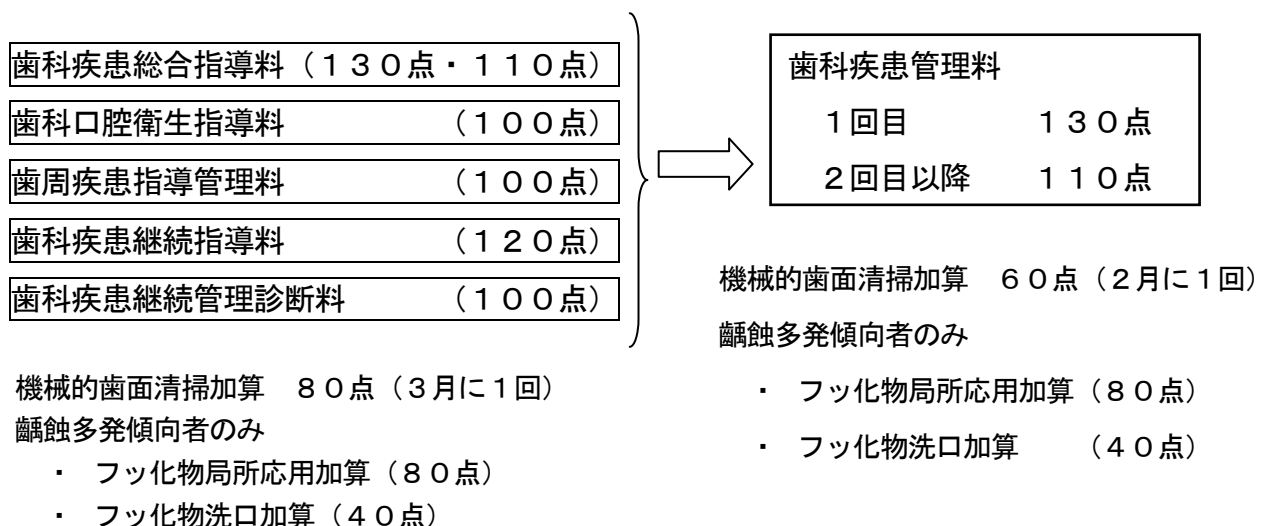
骨子【Ⅱ－6－(1)】

### 第1 基本的な考え方

- 1 現行の歯科診療における指導管理については、初診時における総合的な治療計画の立案と一連の治療終了後の継続的管理を除き、疾患別の指導管理体系となっている。しかしながら、実際の歯科治療においては、口腔を一単位として考え、口腔全体の治療計画の立案や指導管理が実践されている。
- 2 このような歯科医療の特性を踏まえて、口腔全体や歯科疾患の継続管理を含めた歯科診療に係る指導管理体系や患者から見て分かりやすい指導管理体系を構築するため、現行の指導管理体系の見直しを行う。

### 第2 具体的な内容

- 1 現行の歯科疾患総合指導料、歯科口腔衛生指導料、歯周疾患指導管理料、歯科疾患継続指導料及び歯科疾患継続管理診断料を廃止する。
- 2 口腔を一単位としてとらえ、患者との協働により、<sup>うしよく</sup>齲蝕、歯肉炎、歯周病及び歯の欠損等継続的な口腔管理が必要な歯科疾患の治療に加えて、再発防止・重症化予防のための継続管理を新たに評価する。



新	歯科疾患管理料（月1回）	
	1回目	130点
	2回目以降	110点

[算定要件]

- 1 齲蝕、歯肉炎、歯周病及び歯の欠損等継続的な口腔管理が必要な患者を対象とする
- 2 患者又はその家族の同意を得て、管理計画書を作成し、その内容について説明を行い、管理計画書を提供した場合に算定する。なお、1回目の管理計画書の提供は、初診日から起算して1月以内に行う
- 3 管理計画書には、患者の基本情報（全身の状態、基礎疾患の有無、服薬状況等）、口腔内の状態（プラークや歯石の付着状況、歯や歯肉の状態等）、必要に応じて実施した検査結果の要点（エックス線検査及び歯周検査等）、歯や口の病気と関連のある患者の生活習慣と改善目標及び治療予定の内容等を記載する

## 有床義歯の指導・調整等の見直し

骨子【Ⅱ－6－(2)】

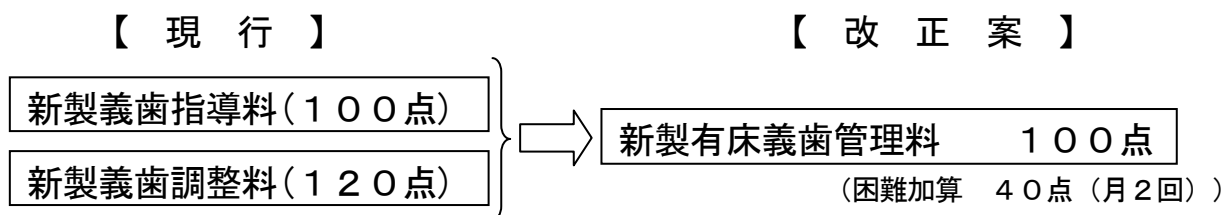
### 第1 基本的な考え方

- 1 新たに製作された有床義歯（入れ歯）や既に製作された有床義歯の調整・指導については、「有床義歯の調整・指導のガイドライン」を参考に、新製義歯指導料、新製義歯調整料及び有床義歯調整料を算定できることとなっている。
- 2 今般、日本歯科医学会において、口腔機能の維持を主眼とした有床義歯の長期的管理の考え方が取り入れられる等、「有床義歯の管理」に係る指針の見直しが行われたことから、有床義歯の管理体系の見直しを行う。

### 第2 具体的な内容

- 1 新たに製作された有床義歯について、現行の新製義歯指導料と新製義歯調整料を新製有床義歯管理料として一体的に評価し、口腔内への調和を目的として行った有床義歯管理（調整・指導）を新たに評価する。なお、総義歯等の咬合機能の回復が困難な症例については、新製有床義歯管理料の加算を創設する。

新製有床義歯管理料 100点（1口腔につき、月2回）



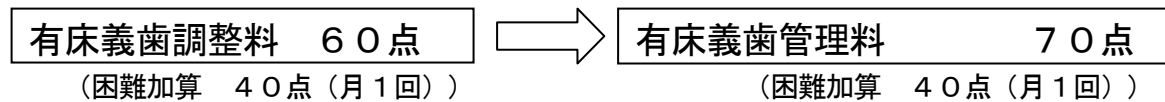
[算定要件]

- 1 新たに製作した有床義歯の装着後1月以内に当該有床義歯を制作した保険医療機関において、当該有床義歯の適合性等について検査を行い、併せて患者等に対して取扱い、保存、清掃方法等について必要な指導を行った上で、その内容を文書により提供した場合に2回に限り算定する
- 2 有床義歯の装着後1月を超え3月以内の期間において、口腔機能の回復を目的として行った有床義歯管理（調整・指導）の評価を新設する。なお、総義歯等の咬合機能の回復が困難な症例について、有床義歯管理料の加算として評価する。

新 有床義歯管理料 70点 (1口腔につき、月1回)

【 現 行 】

【 改 正 案 】



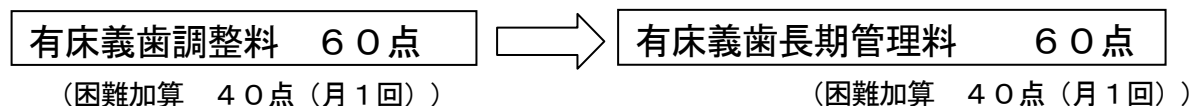
[算定要件]

- 1 有床義歯の離脱・疼痛、嘔吐感・嚥下時痛等の症状の有無に応じて検査を行い、併せて患者に対して義歯の状態を説明し、義歯に係る管理を行った場合に月1回算定する
- 2 別の保険医療機関で製作した有床義歯の管理については、装着後1月以内であっても有床義歯管理料により算定する
- 3 有床義歯の装着の日が属する月から起算して3月を超え1年以内の期間における口腔機能の維持を目的として行った義歯の管理(調整・指導)の評価を新設する。なお、総義歯等の咬合機能の回復が困難な症例について、有床義歯長期管理料の加算を創設する。

新 有床義歯長期管理料 60点 (1口腔につき、月1回)

【 現 行 】

【 改 正 案 】



[算定要件]

- 1 有床義歯の装着の日を含む月から起算して3月を超え1年以内の期間において、義歯を長期的に使用するために必要な管理を行った場合に月1回算定する。
- 2 対象となる有床義歯を製作した保険医療機関においてのみ、算定できる。



## 歯周疾患の治療体系の見直し

骨子【Ⅱ－6－(2)】

### 第1 基本的な考え方

- 1 今般の日本歯科医学会における歯周病に係る指針の見直しを踏まえ、歯周病の治療体系の見直しを行う。
- 2 具体的には、現行の「歯科疾患継続管理診断料」及び「歯科疾患継続指導料」を廃止し、歯周治療における一時的な症状安定後の継続的な治療として歯周病安定期治療を新たに評価するとともに、歯周基本治療及び歯周外科治療の評価について、歯科治療の実態に応じた見直しを行う。

### 第2 具体的な内容

- 1 一連の歯周基本治療等の終了後、歯周組織検査及びその他必要に応じて実施される検査により、一時的に病状が安定した状態であって、継続的な治療が必要と判断された患者に対して、病状の安定を維持し、治癒させることを目的として行う歯周病安定期治療の評価を新設する。

#### 新 歯周病安定期治療（1口腔につき）

- 1 歯周病安定期治療開始日から起算して1年以内に行った場合  
150点
- 2 歯周病安定期治療開始日から起算して1年を越え2年以内に行った場合  
125点
- 3 歯周病安定期治療開始日から起算して2年を越え3年以内に行った場合  
100点

#### [算定要件]

- 1 歯科疾患管理料を算定している患者であって、中等度以上の歯周病を有するものに対して、一連の歯周基本治療等の終了後に、一時的に症状が安定した状態にある患者に対し、歯周組織を維持し、治癒させることを目的としてプラークコントロール、機械的歯面清掃、スケーリング、スケーリング・ルートプレーニング等を主体とした治療を実施した場合に1口腔につき月1回に限り算定する
- 2 歯周病安定期治療の開始に当たっては、上記検査等の結果の要点や歯周病安定期治療の治療方針等について、歯科疾患管理料に係る文書を提供すること
- 3 2回目以降の歯周病安定期治療については、前回実施した月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行うことを基本とする（歯周外科手術を実施した場合等重度の歯周疾患を有する場合を除く。）

2 歯周基本治療において実施されるスケーリング、スケーリング・ルートプレーニング等については、1回目の歯周基本治療終了後においても必要に応じて適時行う必要があることから、歯周病に係る指針の見直しを踏まえ、これらの処置の2回目以降の評価を新たに行うとともに、スケーリング・ルートプレーニング及び歯周ポケット搔爬<sup>もうのう</sup>については、評価の引き下げを行う。

現 行	改正案
<p>【歯周基本治療】</p> <p>1 スケーリング（3分の1顎につき） 64点</p> <p>注 同時に3分の1顎を超えて行った場合は、3分の1顎を増すごとに、所定点数に42点を加算する</p> <p>2 スケーリング・ルートプレーニング（1歯につき）</p> <p>イ 前歯 60点 ロ 小臼歯 64点 ハ 大臼歯 70点</p> <p>3 歯周ポケット搔爬（<sup>もうのう</sup>盲嚢搔爬）（1歯につき）</p> <p>イ 前歯 60点 ロ 小臼歯 64点 ハ 大臼歯 70点</p> <p>注1 同一部位に2回以上同一の歯周基本治療を行った場合における2回目以降の歯周基本治療の費用は、1回目の所定点数に含まれるものとする</p>	<p>【歯周基本治療】</p> <p>1 スケーリング（3分の1顎につき） <u>64点</u></p> <p>注 同時に3分の1顎を超えて行った場合は、3分の1顎を増すごとに、所定点数に42点を加算する</p> <p>2 スケーリング・ルートプレーニング（1歯につき）</p> <p>イ 前歯 <u>58点</u> ロ 小臼歯 <u>62点</u> ハ 大臼歯 <u>68点</u></p> <p>3 歯周ポケット搔爬（盲嚢搔爬）（1歯につき）</p> <p>イ 前歯 <u>58点</u> ロ 小臼歯 <u>62点</u> ハ 大臼歯 <u>68点</u></p> <p>注1 <u>同一部位に2回以上歯周基本治療を行った場合の2回目以降の費用は、所定点数（1は、注加算を含む。）の30/100に相当する点数により算定する</u></p>

改

3 歯周外科手術は、個々の歯の状況に応じて、一歯単位に評価して実施することが重要であることから、歯周治療の実態に合わせた、1歯単位の評価に改める。

現 行	改正案
【歯周外科手術】（3分の1顎につき）	【歯周外科手術】（1歯につき）
1 歯周ポケット搔爬術 200点	1 歯周ポケット搔爬術 <u>75点</u>
2 新付着手術 300点	2 新付着手術 <u>150点</u>
3 歯肉切除術 400点	3 歯肉切除術 <u>300点</u>
4 歯肉剥離搔爬手術 1,000点	4 歯肉剥離搔爬手術 <u>600点</u>

改

4 歯周疾患による急性症状が発現した場合であって、特定薬剤を用いて症状緩解を図った場合の処置の評価を追加する。

現 行	改正案
【歯周疾患処置】（1口腔1回につき） 10点	【歯周疾患処置】（1口腔1回につき） 10点
[適応症]	[適応症]
<ul style="list-style-type: none"> <li>歯周基本治療終了後の歯周組織検査の結果、期待された臨床症状の改善がみられず、かつ歯周ポケットが4ミリメートル以上の部位に対して、十分な薬効が期待できる場合において、計画的に1月間薬剤を注入した場合</li> <li>上記の薬剤注入後、再度の歯周組織検査の結果、臨床症状の改善はあるが、歯周ポケットが4ミリメートル未満に改善されない場合であって、更に1月間継続して薬剤注入をした場合</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>歯周基本治療終了後の歯周組織検査の結果、期待された臨床症状の改善が見られず、かつ歯周ポケットが4ミリメートル以上の部位に対して、十分な薬効が期待できる場合において、計画的に1月間薬剤を注入した場合</li> <li>上記の薬剤注入後、再度の歯周組織検査の結果、臨床症状の改善はあるが、歯周ポケットが4ミリメートル未満に改善されない場合であって、更に1月間継続して薬剤注入をした場合</li> <li><u>歯周疾患による急性症状時に症状の緩解を目的として、歯周ポケット内へ薬剤の注入を行った場合</u></li> </ul>

改

## 病院歯科機能の評価の見直し

骨子【Ⅱ－6－(3)】

### 第1 基本的な考え方

- 1 病院歯科においては、その専門的な診療機能等について評価がなされているが、現行の施設基準は、病院歯科の機能評価を行う上で、必ずしも実態に即したものとなっていないことから、現行の歯科診療報酬における地域歯科診療支援病院の施設基準を見直し、適切な機能評価を行う。
- 2 また、在宅療養を行っている患者に対して、地域において在宅歯科診療を実施している歯科診療所からの求めに応じて、病院歯科等において全身管理下での処置や手術及び入院を伴う歯科診療が必要になる場合があることから、在宅歯科診療を後方支援する病院歯科機能について新たに評価を行う。

### 第2 具体的な内容

- 1 現行の歯科診療報酬における地域歯科診療支援病院の施設基準を緩和し、適切な機能評価を行う。

#### (1) 地域歯科診療支援病院の施設基準の見直し

現 行	改正案
(1) 歯科医師が常勤3名以上配置されていること (2) 看護師及び准看護師（以下「看護職員」という。）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) 次の各号のいずれかに該当すること。 イ 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100分の30以上であること ロ 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100分の20以上であって、別に掲げる手術の1年間の実施件数の総数が30件以上であること (5) 当該地域において、歯科医療を担当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	(1) 常勤の歯科医師が2名以上配置されていること (2) 看護師及び准看護師（以下「看護職員」という。）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) 次の各号のいずれかに該当すること。 イ 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100分の30以上であること ロ 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100分の20以上であって、別に掲げる手術の1年間の実施件数の総数が30件以上であること (5) 当該地域において、歯科医療を担当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

改

- 2 在宅での歯科診療が困難であると判断され、連携している地域の病院歯科等を受診し、入院して歯科診療を行った場合に、在宅歯科診療を担う歯科診療所の後方支援としての病院歯科の機能を評価するため、入院基本料への加算を創設する。

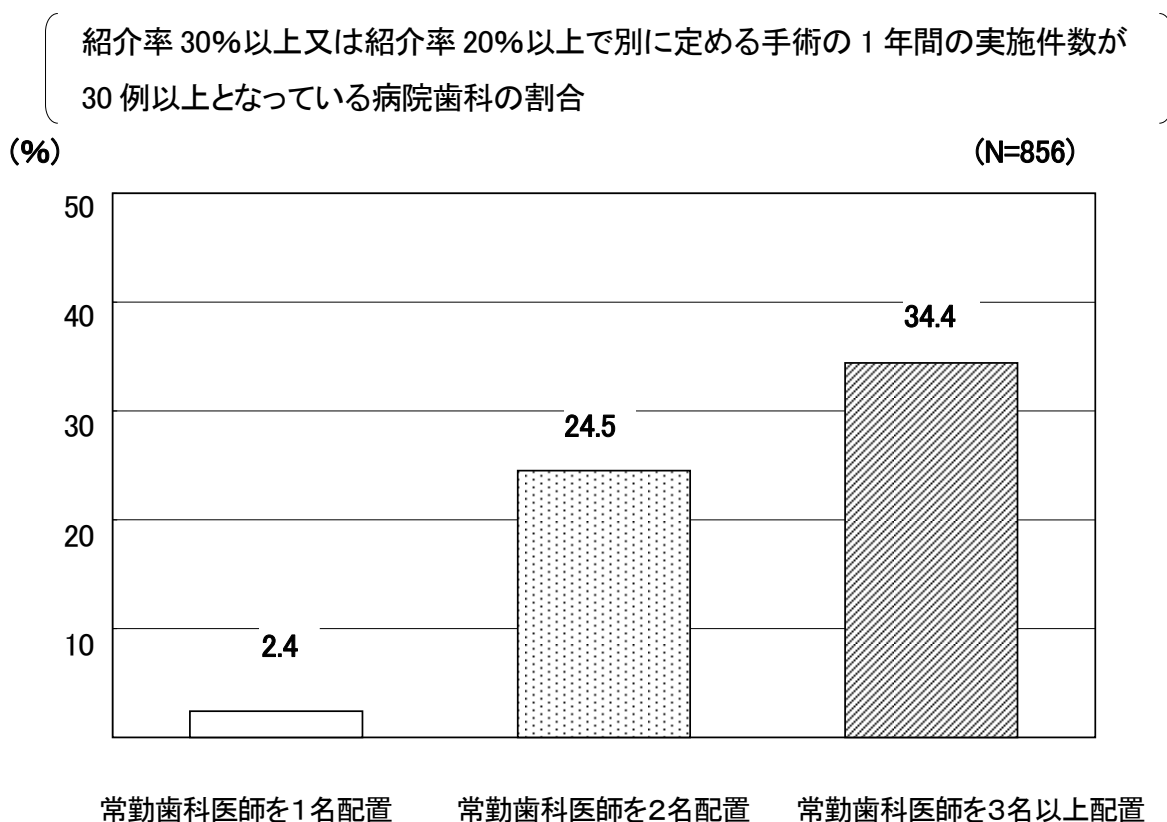
**新** 地域歯科診療支援病院入院加算 300点

[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社会保険事務局長に届け出た病院である保険医療機関において、別の保険医療機関で歯科訪問診療を実施している患者に対して、当該保険医療機関から文書により診療情報の提供を受け、求めに応じて入院させた場合に、入院基本料について入院初日に限り所定点数に加算する

(参考)

### 常勤歯科医師の配置数別の病院歯科機能について



(出典 日本病院歯科口腔外科協議会調べ)

地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る現行の施設基準では、常勤の歯科医師が3名以上配置されていることを要件の1つとしているが、紹介率30%以上又は紹介率20%以上で別に定める手術の1年間の実施件数30例以上といった病院歯科の機能を有する医療機関数の割合をみると、常勤の歯科医師の配置数が1名の場合は2%と極端に低くなっているのに対して、2名の場合と3名以上の場合には各々25%、34%となっており、常勤の歯科医師数が2名の場合であっても、地域歯科診療を支援する機能を有する医療機関が多く存在している状況にある。

## 在宅歯科医療等の推進（後期高齢者医療を含む）

骨子【V－2－(8)】

### 第1 基本的な考え方

- 1 在宅又は社会福祉施設等における療養を歯科医療面から支援する歯科診療所の整備を図る。
- 2 後期高齢者は、生活の質にも影響を及ぼす歯科疾患の重症化や摂食・嚥下障害の発現等が顕著になる時期であることから、疾患の管理に併せて、口腔機能の評価及び管理を適切に行うことが強く求められており、後期高齢者の口腔機能の評価を新設する。
- 3 入院中の患者が退院する際に、在宅療養を支える医療従事者間で情報共有が進むよう、在宅医療を担う医師、訪問看護ステーションの看護師以外の者が、入院中の医療機関との共同指導に参加した場合の評価を新設する。
- 4 在宅療養を行っている患者に対して、医師及び歯科医師等の医療従事者が相互に、在宅において療養を行っている介護サービスを利用しない患者について、利用する医療サービス、福祉サービス等の情報を共有するとともに、それらの情報を踏まえた療養上必要な指導に対する評価を新設する。
- 5 在宅療養を支える医療従事者間での情報共有及び共同指導を促進するための評価を新設する。

### 第2 具体的な内容

#### 1 在宅療養支援歯科診療所の創設

後期高齢者の在宅又は社会福祉施設等における療養を歯科医療面から支援する歯科診療所を「在宅療養支援歯科診療所」と位置付け、その機能の評価を新設する。

#### 新 在宅療養支援歯科診療所の新設

[施設基準]

- 1 所定の研修を受講した常勤の歯科医師が1名以上配置されていること
- 2 歯科衛生士が1名以上配置されていること
- 3 必要に応じて、患者又は家族、在宅医療を担う医師、介護・福祉関係者等に情報提供

できる体制を整えていること

- 4 在宅歯科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

## 2 後期高齢者在宅療養口腔機能管理料の新設

在宅療養支援歯科診療所による後期高齢者の歯科疾患及び口腔機能の管理を評価するため、老人訪問口腔指導管理料を廃止し、後期高齢者在宅療養口腔機能管理料を新設する。

老人訪問口腔指導管理料 430点 ⇒ 廃止

**新** 後期高齢者在宅療養口腔機能管理料 180点（月1回）

[算定要件]

- 1 在宅療養支援歯科診療所に属する歯科医師が、在宅又は社会福祉施設等において療養を行っている通院困難な後期高齢者に対して歯科訪問診療を行った場合であって、患者の歯科疾患の状況及び口腔機能の評価の結果等を踏まえ、歯科疾患及び口腔機能の管理計画を作成し、当該患者又はその家族等に対して文書により提供した場合に算定する
- 2 歯科疾患管理料は別に算定できない

## 3 退院時共同指導料の新設

- (1) 退院後の在宅医療を担う保険医療機関と連携する歯科診療所の歯科医師又は歯科衛生士が、共同指導に参加した場合の評価を新設する。

**新** 退院時共同指導料 1

- |                  |      |
|------------------|------|
| 1 在宅療養支援歯科診療所の場合 | 600点 |
| 2 1以外の場合         | 300点 |

- (2) 入院中の保険医療機関の保険医である歯科医師、看護師、歯科衛生士等が、入院中の患者に対して、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、在宅療養を担う保険医療機関の医師、看護師等と共同して行った場合の評価を新設する。

**新** 退院時共同指導料 2 300点

## 4 在宅患者連携指導料の新設

歯科医師が、歯科訪問診療を行っている患者の利用する医療サービス及び福祉サービス等の情報について、在宅療養を担う医師、訪問看護ステーション



ンの看護師及び保険調剤薬局の薬剤師等と共有し、その情報に基づいて共同で療養上必要な指導を行うことの評価を新設する。

① 新 在宅患者連携指導料 900点（月1回）

5 在宅患者緊急時カンファレンス料の新設

歯科訪問診療を実施している歯科医師が患者の病状の急変に伴い、関係する医療従事者と共同で在宅等に赴いてカンファレンスを行い、療養上必要な指導を共同で行うことの評価を新設する。

② 新 在宅患者緊急時カンファレンス料 200点（月2回）

6 後期高齢者終末期相談支援料の新設

一般的に認められている医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと医師が判断した後期高齢者に対して、患者の同意を得て、医師からの依頼を受けた歯科医師が、医師又は看護師等と共同し、相談支援を行うことの評価を新設する。

③ 新 後期高齢者終末期相談支援料 200点（1回に限る）

## 歯科訪問診療等の見直し

骨子【V－2－(8)】

### 第1 基本的な考え方

- 1 在宅及び社会福祉施設等において療養を行っている通院が困難な患者に対する歯科訪問診療について、平成18年度診療報酬改定結果検証部会の調査結果等も踏まえた文書による情報提供の在り方を見直す。
- 2 適切な歯科訪問診療を提供する観点から、歯科訪問診療を行う際には、慢性的な歯科疾患のみならず、歯科疾患の急性症状の発症時等にも即応できることについての評価を新設する。

### 第2 具体的な内容

- 1 平成18年度診療報酬改定結果検証部会の調査結果を踏まえ、歯科訪問診療料に係る算定要件としての文書提供を廃止する。

現 行	改正案
患者又はその家族に説明した上で文書により情報提供を行った場合に算定する。	患者又はその家族に説明した内容について診療録に記載した場合に算定する。

- 2 歯科訪問診療において常時急性症状の発症時等に即応できる歯科訪問診療の環境を整備する取組を評価するため、従来処置等を行った場合のみに加算としていた周辺装置加算の評価の在り方を見直すとともに、歯科訪問診療料の加算として、在宅患者等急性疾患対応加算を創設し、併せて歯科訪問診療料に伴う初・再診料を廃止する。

#### 新 在宅患者等急性歯科疾患対応加算の創設

現 行	改正案
<p>【周辺装置加算】</p> <p>1 エアタービン及びその周辺装置 200点</p>	<p>歯科訪問診療料を算定した場合は、初・再診料は算定しない</p> <p>【周辺装置加算】</p> <p>1 エアタービン及びその周辺装置 200点</p>

改

2 歯科用電気エンジン及びその周辺装置  
50点

注 区分番号 C000 に掲げる歯科訪問診療料を算定すべき患者又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して歯科訪問診療を行った場合において、<sup>せつさく</sup>切削を伴う処置、手術、<sup>ほてつ</sup>歯冠修復又は欠損補綴（医科、この表においては「処置等」という。）が必要な場合であって切削器具及びその周辺装置等を訪問先に携行して必要な処置等を行った場合には、処置等のうち主たるものの所定点数に加算する。ただし、1又は2のいずれかに限り加算する。

2 歯科用電気エンジン及びその周辺装置  
50点

注 著しく歯科診療が困難な障害者（在宅患者等急性歯科疾患対応加算を算定する患者を除く。）に対して歯科訪問診療を行った場合において、切削を伴う処置等が必要な場合であって切削器具及びその周辺装置等を訪問先に携行して必要な処置等を行った場合には、処置等のうち主たるものの所定点数に加算する。ただし、1又は2のいずれかに限り加算する。

【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、歯冠修復又は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に所定点数に加算する。

イ	1回目	232点
ロ	2回目以降	90点

新

## 歯科医療の特性に配慮した安全で安心できる 総合的歯科医療環境の整備

骨子【Ⅱ－6－(5)】  
【V－2－(8)】

### 第1 基本的な考え方

歯科の外来診療においては、

- ① 誤嚥等のおそれのある細かな根管治療器具等の歯科治療機材やインレーやクラウン等の歯冠修復物が多用されていること
- ② 処置に伴い局所麻酔を行う事例が多いこと
- ③ 高齢社会の進展等に伴い、全身状態の把握・管理が必要な患者に対する歯科診療の機会が増大していること
- ④ 偶発症リスクを高める観血的な処置を行う機会も多いこと

などの特性を有することを踏まえ、患者にとってより安全で安心できる歯科医療の環境の整備を図る。

### 第2 具体的な内容

歯科の特性に配慮した総合的な歯科医療環境の整備に向けた取組を評価するため、歯科初診料及び地域歯科診療支援病院歯科初診料の加算を創設する。

#### 新 歯科外来診療環境体制加算 30点（初診時1回）

[施設基準]

- 1 所定の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 歯科衛生士が1名以上配置されていること
- 3 緊急時の初期対応が可能な医療機器（AED、酸素ボンベ及び酸素マスク、血圧計、パルスオキシメーター）を設置していること
- 4 診療における偶発症等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事前の連携体制が確保されていること
- 5 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
- 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
- 7 歯科ユニット毎に歯牙の切削や義歯の調整、歯の被せ物の調整時等に飛散する細かな物質を吸収できるよう、歯科用吸引装置等を設置していること
- 8 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

(参考) 医療法により規定されている歯科診療に係る主な事項

- 医療安全管理者を配置していること
- 医療事故防止、院内感染防止及び歯科診療時の偶発症等緊急時の対応に係る医療安全マニュアルを作成していること
- 医療事故報告及びヒヤリ・ハット事例を収集し、保管していること
- 医療機器保守点検チェックシートを作成し、記録・保管していること
- 医薬品管理シートを作成し、記録・保管していること
- 毎年1回の医療安全に係る従事者の研修を実施し、研修会報告書を作成・保管していること

## 先進医療技術の保険導入（歯科）

### 第1 基本的な考え方

医療の高度化等に対応する観点から、先進医療専門家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。

### 第2 具体的な内容

歯科医療に係る先進医療13技術のうち、以下の3技術について保険導入を行う。

#### 1 歯周組織再生誘導法に係る技術料の新設

##### 新 歯周組織再生誘導手術（1歯につき）

(1) 1次手術（吸収性膜又は非吸収性膜の固定を伴うもの）	630点
(2) 2次手術（非吸収性膜の除去）	300点

##### [施設基準]

歯科又は歯科口腔外科の経験を5年以上有する歯科医師を1名以上配置していること

##### [適応症]

- 1 歯周病に罹患し、こんぶん きぶ根分岐部病変を有する歯
- 2 歯周病に罹患し、垂直性の骨欠損を有する歯

(参考) 歯周組織再生誘導法

歯周組織再生誘導法は、歯周疾患により歯槽骨が破壊、吸収し、露出した歯根の表面と歯槽骨の欠損部を吸収性又は非吸収性の膜（メンブレン）で被覆することで、歯根と歯根膜の再結合の阻害要因となっている歯肉細胞の侵入を防ぎ、歯根膜由来の細胞を歯根膜表面に優先的に誘導、付着させる歯周外科療法である。

本法を用いることによって、従来極めて困難と考えられていた歯根と歯根膜の再結合や歯槽骨等の再生が促進され、歯周疾患の病状の改善を図ることが可能となる。

吸収性膜の場合

① 歯根面のルートプレーニングと搔爬および洗浄



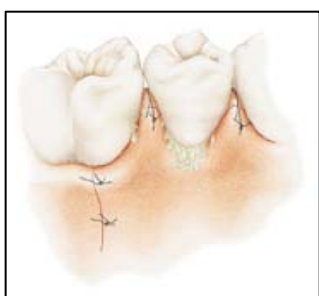
② GTR膜の準備・調整



③ GTR膜の装着・固定



④ 歯肉弁の縫合誘導



歯根膜細胞が選択的に誘導され、歯周組織が再生

## 2 接着ブリッジによる欠損補綴に係る技術料の新設

### 新 接着ブリッジ（支台歯の生活歯歯冠形成の鑄造冠に係る加算） 490点

#### [適応症]

- 1 前歯部の1歯欠損症例に対するブリッジであって、かつ、前歯部に支台歯を求めるものであること
- 2 ブリッジの支台となる歯が歯周疾患に罹患していない場合、若しくは、罹患している場合であって、歯周基本治療等が終了し、歯周組織検査により、動揺及び歯周組織の状態等から、支台歯としての機能を十分維持し得るとの判断がなされたものであること

#### (参考) 接着ブリッジ

歯が欠損した部位に対して、主に接着性レジンセメントの強固な接着力によりブリッジの維持を行う技術。この技術により、ブリッジを支える歯の歯質削除量を従来の方法に比べて大幅に減じることが可能となる。

## 3 レーザー応用による齶蝕除去に係る加算の新設

### 新 齶蝕歯無痛的窩洞形成加算 20点

#### [施設基準]

齶蝕歯に対して、レーザー照射により窩洞形成又は齶蝕歯即時充填形成を行うにつき、必要な機器を設置していること

#### [算定要件]

齶蝕歯に対して、レーザー照射により窩洞形成又は齶蝕歯即時充填形成を行った場合に窩洞形成又は齶蝕歯即時充填形成に係る費用に加算する

#### (参考) レーザー応用による齶蝕除去

レーザー照射によりレーザーを応用して齶蝕の除去時の振動や音並びに痛みを少なくする技術。エアータービン等歯科用切削器具を用いることがなく、多くの場合、齶蝕除去時の疼痛の発現を抑制することが可能となる。



## 新規医療技術の保険導入（歯科）

### 第1 基本的な考え方

医療の高度化等に対応する観点から、診療報酬調査専門組織の医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、新規技術の保険導入を行う。

### 第2 具体的な内容

#### 1 非侵襲性<sup>しずいふくとう</sup>歯髄覆罩法

深在性の齲蝕歯（臨床的に健康な歯髄を有する又は可逆性歯髄炎を伴う齲蝕歯）に対して、感染歯質を残した水酸化カルシウム製剤等による非侵襲性の歯髄覆罩法について、新たに診療報酬上の評価を行う。

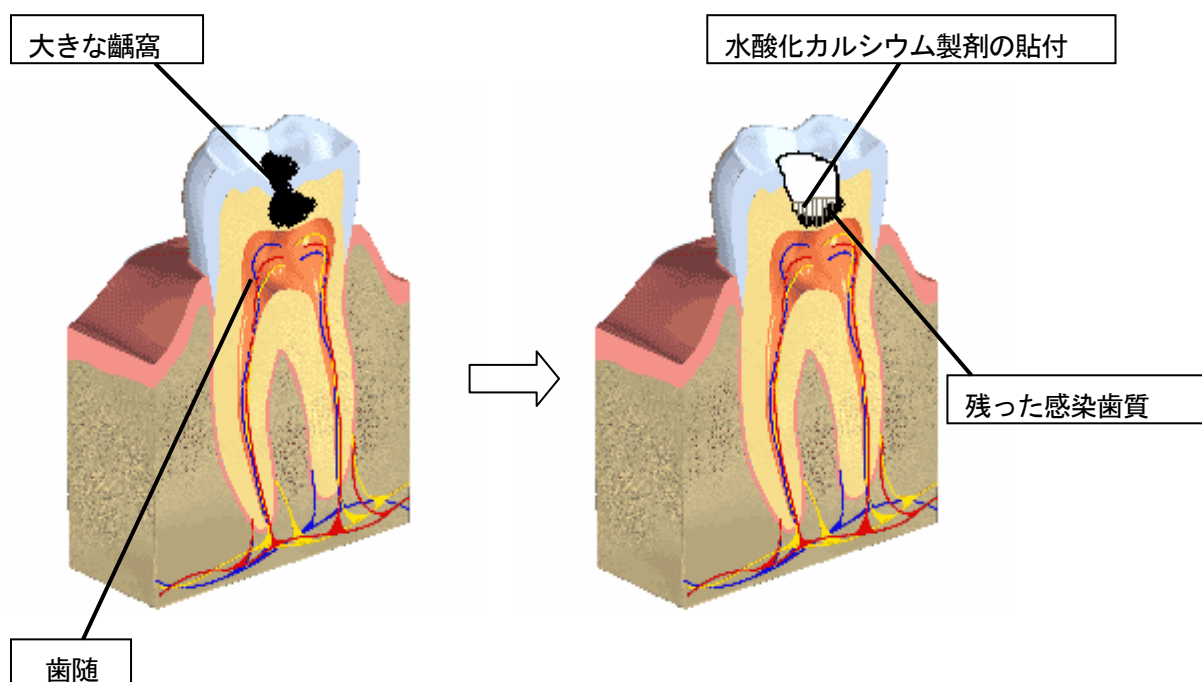
#### 新 非侵襲性歯髄覆罩 150点（1歯につき）

[算定要件]

- 1 感染象牙質を部分的に除去した後、計画的に水酸化カルシウム製剤等を貼付し、歯髄の保存を図った場合に算定する
- 2 非侵襲性歯髄覆罩を行った場合は3か月間の経過観察を行う
- 3 非侵襲性歯髄覆罩を行った歯が<sup>ばっすい</sup>抜髄となった場合は、抜髄に係る費用から低減

（参考）非侵襲性歯髄覆罩法

齲蝕によって発生する<sup>うか</sup>齲窩が大きく、感染した軟化象牙質を全て除去すれば歯髄が露出し、歯髄の除去に至る可能性がある深在性の齲蝕歯（臨床的に健康な歯髄を有する又は可逆性歯髄炎を伴う齲蝕歯）に対して、感染歯質を一部残し、無菌化、再石灰化及び修復象牙質の形成を促すための水酸化カルシウム製剤等を貼付し、感染部の治癒を図る技術。



## 2 静脈内鎮静法

歯科治療に対して協力を得ることが難しい小児患者、歯科治療恐怖症の患者及び歯科治療時に配慮すべき医科的全身疾患を有する患者等を対象とした静脈内鎮静法について、新たに診療報酬上の評価を行う。

### 新 静脈内鎮静法 120点

[算定要件]

- 1 術前・術中・術後の管理を十分に行うこと
- 2 静脈確保の手技、薬剤の投与量と呼吸・循環系など全身状態の把握、鎮静過剰期における対応、意識消失時の気道確保など、的確な全身的管理を行うこと
- 3 吸入鎮静法と併せて算定することはできない

## 3 肺血栓塞栓症予防管理

肺血栓塞栓症を発症する危険性が高い入院中の患者に対して、肺血栓塞栓症の予防を目的として行う計画的な医学管理について、歯科診療報酬においても評価を行う。

### 新 肺血栓塞栓症予防管理料 305点

[算定要件]

- 1 病院等に入院中の患者であって肺血栓塞栓症を発症する危険性が高いものに対して、肺血栓塞栓症の予防を目的として、必要な機器又は材料を用いて計画的な医学管理を行った場合に、入院中1回に限り算定する
- 2 肺血栓塞栓症の予防を目的として使用される弾性ストッキング及び間歇的空気圧迫装置を用いた処置に用いた機器、材料の費用は所定点数に含まれる

## 歯科矯正及び小児義歯の適応症の拡大

### 第1 基本的な考え方

- 1 歯科矯正治療は、疾患としての位置付けが明確なものについて診療報酬上評価している。
- 2 また、現行の診療報酬上においては、小児義歯は原則として認められていないが、後継永久歯が無く著しい言語障害及び咀嚼障害を伴う先天性無歯症児に対する小児義歯に限り認められている。
- 3 これらの技術について、学会からの医療技術評価希望書に基づき、医療技術評価分科会において検討した結果を踏まえ、療養の給付の対象とする歯科矯正及び小児義歯の適応症の拡大を行うとともに、歯科矯正治療について、診療の実態に即したものとなるよう、歯科矯正診断料及び顎口腔機能診断料の評価の在り方を見直す。

### 第2 具体的な内容

- 1 歯科矯正に関する療養の給付の対象とする適応症の拡大  
 歯科矯正治療に係る療養の給付の対象となる厚生労働大臣が定める先天性疾患等の範囲を拡大する。

現 行	改 正 案
[療養の給付の対象とする適応症] <small>しんがくこうがいれつ</small> ・唇顎口蓋裂に起因した咬合異常 <small>がくりだん</small> ・顎離断等の手術を必要とする顎変形症 ・以下の疾患に起因する咬合異常 ゴールデンハー症候群（ <small>さいぎゅう</small> 鰓弓異常症を含む。）、鎖骨・頭蓋異形成症、クルーゾン症候群、トリーチャーコリンズ症候群、ピエールロバン症候群、ダウン症候群、ラッセルシルバー症候群、ターナー症候群、ベックウィズ・ウィードマン症候群、尖頭合指症	[療養の給付の対象とする適応症] ・唇顎口蓋裂に起因した咬合異常 ・顎離断等の手術を必要とする顎変形症 ・以下の疾患に起因する咬合異常 ゴールデンハー症候群（鰓弓異常症を含む。）、鎖骨・頭蓋異形成症、クルーゾン症候群、トリーチャーコリンズ症候群、ピエールロバン症候群、ダウン症候群、ラッセルシルバー症候群、ターナー症候群、ベックウィズ・ウィードマン症候群、尖頭合指症、 <u>ロンベルグ症候群、先天性ミオパチー、顔面半側肥大症、エリス・ヴァン・クレベルド症候群、軟骨形成不全症、外胚葉異形成症、神経線維腫症、基底細胞母斑症候群、ヌーナン症候群、マルファン症候群、プラダーウィリー症候群、顔面裂</u>

## 2 歯科矯正治療の診療実態に即した算定要件等の見直し

歯科矯正治療について、実態に即した評価を行うため、歯科矯正診断料に係る診断を行う時期として、一連の歯科矯正治療における顎切除等の手術を実施するときを追加し、新規に評価する。

現 行	改正案
<p>1 歯科矯正診断料は、歯科矯正を開始したとき、動的処置を開始したとき、マルチブラケット法を開始したとき及び保定を開始したとき、各々につき1回に限り算定する</p> <p>2 顎口腔機能診断料の算定要件 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社会保険事務局に届け出た保険医療機関において、顎変形症の歯科矯正に係る顎口腔機能分析及び歯科矯正診断を行い、病名、症状、治療内容（手術を含む。）、治療期間、治療頻度、保定等について記載した治療計画書を歯科矯正に関する医療を担当する保険医療機関及び口腔に関する医療を担当する保険医療機関が連携して作成し、患者に対し、その内容について検査資料を用いて説明した上で、文書により情報提供を行った場合に算定する</p>	<p>1 歯科矯正診断料は、歯科矯正を開始したとき、動的処置を開始したとき、マルチブラケット法を開始したとき及び<u>一連の歯科矯正治療における顎切除等の手術を実施するとき</u>、各々につき1回に限り算定する</p> <p>2 顎口腔機能診断料の算定要件 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社会保険事務局に届け出た保険医療機関において、顎変形症の歯科矯正に係る顎口腔機能分析を行い、<u>治療計画書を顎離断等の手術を担当する保険医療機関と連携して作成した患者に対し、文書により提供した場合</u>に算定する</p>

## 3 小児義歯に関する療養の給付の適応症の拡大

後継永久歯が無く著しい言語障害及び咀嚼障害を伴う先天性無歯症以外の先天性疾患についても、脆弱な乳歯の早期喪失や崩壊等により総義歯又は局部義歯が必要となる場合があることから、小児義歯の適応症を拡大する。

現 行	改正案
<p>【小児義歯の適応症】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・後継永久歯が無く著しい言語障害及び咀嚼障害を伴う先天性無歯症</li> </ul>	<p>【小児義歯の適応症】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・後継永久歯が無く著しい言語障害及び咀嚼障害を伴う先天性無歯症</li> <li>・<u>脆弱な乳歯の早期喪失や崩壊及び後継永久歯の先天欠損を伴う象牙質形成不全症、象牙質異形成症、エナメル質形成不全症、外胚葉性異形成症、低フォスファターゼ症、パピヨン＝ルフェブル症候群及び先天性好中球機能不全症の小児</u></li> <li>・局部義歯：1床につき算定</li> <li>・総義歯：1顎につき算定</li> </ul>

## 処置等に係る技術の基本診療料における評価

骨子【Ⅱ－6－(6)】

### 第1 基本的な考え方

- 1 平成18年度歯科診療報酬改定においては、平成17年に日本歯科医学会が実施した「歯科診療行為(外来)のタイムスタディー調査」の結果に、重要度、難易度、必要時間等に応じて、歯周基本治療、根管治療及び歯冠修復について評価の見直しを行ったところであるが、他方、歯科医師が行う比較的簡単に短時間で実施できる一部の歯科医療技術についても、適正な評価を行うことが求められている。
- 2 歯科医療技術の適正な評価を行うとともに、歯科診療報酬体系の簡素化を図る観点から、重要度が低い、又は、比較的簡単に必要時間の短い、ラバーダム防湿等一部の処置等に係る既存の技術については、基本診療料において評価することとする。

### 第2 具体的な内容

歯科治療において重要度、難易度、必要時間等に係る調査結果を踏まえ、既存の歯科医療技術の評価の見直しを行うとともに、一部の処置等に係る技術については、基本診療料において評価することとし、併せて初・再診料の評価を引き上げる。

#### 【 現 行 】

- ・ ラバー加算（10点）  
（廃止）
- ・ しにくそくにく 歯肉息肉除去術（54点）  
（廃止）

#### 【 改正案 】

初診料	182点
再診料	40点

## 検査及び画像診断に係る技術の評価の見直し

骨子【Ⅱ－6－(6)】

### 第1 基本的な考え方

- 1 歯科診療報酬体系の簡素化を図る観点から、一つの治療技術として定着している関連性・共通性の高い複数の技術について、一体的な再評価に改める。
- 2 歯科診療報酬においても、医科診療報酬と並行して検討すべき技術について、その評価の見直しを行う。

### 第2 具体的な内容

- 1 補綴関連検査のうち、実施率の低く同様の目的を有する類似の技術である下顎運動路描記法、ゴシックアーチ検査、パントグラフ検査及びチェックバイト検査を顎運動関連検査として一体的に評価する。

#### 新 顎運動関連検査 380点

現 行		改 正 案
1	下顎運動路描記法（MMG） 300点	顎運動関連検査 380点 （一装置につき1回に限り算定）
2	チェックバイト検査 400点	
3	ゴシックアーチ描記法 500点	
4	パントグラフ描記法 600点	

#### [算定要件]

顎運動関連検査は、下顎運動路描記法（MMG）、ゴシックアーチ描記法若しくはパントグラフ描記法により検査を行った場合又はチェックバイト検査を実施した場合に算定する

- 2 平成8年度から導入されているデジタル映像化処理加算の評価を引き下げるとともに、次の段階として画像を電子化して管理及び保存する技術の評価を創設する。また、あわせて臨床診断の基礎となる画像診断報告の体制の評価を引き上げる。



現 行	改正案
<p>【デジタル映像化処理加算】</p> <p>イ 歯科エックス線撮影の場合 10点</p> <p>ロ 歯科パノラマ断層撮影の場合 95点</p> <p>ハ その他の場合 60点</p>	<p>【デジタル映像化処理加算】</p> <p>イ 歯科エックス線撮影の場合 <u>5点</u></p> <p>ロ 歯科パノラマ断層撮影の場合 <u>50点</u></p> <p>ハ その他の場合 <u>30点</u></p> <p>【エックス線診断料】</p> <p>電子画像管理加算</p> <p>イ 歯科エックス線撮影の場合 <u>10点</u></p> <p>ロ 歯科パノラマ断層撮影の場合 <u>95点</u></p> <p>ハ その他の場合 <u>60点</u></p>
<p>【画像診断管理加算】</p> <p>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、月1回に限り所定点数に58点を加算する。</p>	<p>【画像診断管理加算】</p> <p>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、月1回に限り所定点数に<u>70点</u>を加算する。</p>

## 歯科固有の技術に関する評価の見直し

骨子【Ⅱ－6－(6)】

### 第1 基本的な考え方

- 1 歯科固有の医療技術の適正評価を図る観点から、歯科治療において重要度、難易度、必要時間等に係る調査結果を踏まえ、歯科医療技術の評価の見直し等を行う。
- 2 併せて、歯科診療報酬体系の簡素化を図る観点から、一つの治療技術として定着している関連性・共通性の高い複数の技術について、一体的な再評価に改める。

### 第2 具体的な内容

- 1 歯科治療において重要度、難易度、必要時間等に係る調査結果を踏まえ、以下の見直しを行う。
  - ・ 歯科医療技術の評価の見直しを行う。
  - ・ 評価の対象となっている処置の内容が必ずしも歯科診療の実態に即したのものとなっておらず、また、明確なものとなっていない技術について、内容の明確化等を行う。
  - ・ 同一手術野等において実施される複数手術において、必ずしも評価が十分でないとの指摘があった手術について、より適切な評価を行う。

#### (1) 初期齲蝕小窩裂溝<sup>しょうかれつこうてんそく</sup>填塞処置の評価の引き上げ

現 行	改正案
<b>【初期齲蝕小窩裂溝填塞処置】</b> 108点 小窩裂溝の清掃、歯面の前処理及び填塞の費用を含むものとする	<b>【初期齲蝕小窩裂溝填塞処置】</b> 120点 小窩裂溝の清掃、歯面の前処理及び填塞の費用を含むものとする

#### (2) 根管内異物除去の引き上げ

現 行	改正案
<b>【根管内異物除去】</b> （1歯につき） 140点	<b>【根管内異物除去】</b> （1歯につき） 150点

### (3) 加圧根管充填加算の引き上げ

現 行	改 正 案
<b>【根管充填】</b> （1歯につき） 1 単根管 68点 2 2根管 90点 3 3根管以上 110点 加圧根管充填を行った場合は、単根管、 2根管又は3根管以上の所定点数に、11 0点、130点又は150点をそれぞれ加 算する	<b>【根管充填】</b> （1歯につき） 1 単根管 <u>68点</u> 2 2根管 <u>90点</u> 3 3根管以上 <u>110点</u> 加圧根管充填を行った場合は、 <u>単根管、</u> <u>2根管又は3根管以上の所定点数に、11</u> <u>8点、140点又は164点をそれぞれ加</u> <u>算する</u>

### (4) 齶蝕処置の内容の明確化

現 行	改 正 案
<b>【齶蝕処置】</b> （1歯1回につき） 16点 （内容） イ 多数歯にわたる齶蝕歯に同時に齶蝕治療 を行う場合であって、齶蝕の処置を同時に 行うことによって咬合の維持ができない場 合において、やむを得ず齶蝕治療の実施の 順序が後となる齶蝕歯に対して行った軟化 象牙質の除去及び暫間充填 ロ 歯根未完成の永久歯の歯内療法実施中 に、根尖部の閉鎖状態の予後観察のために 行った水酸化カルシウム系糊剤等による暫 間根管充填に併せて行った暫間充填 ハ 歯髄覆罩等を行うにあたっての軟化象牙 質等の除去及び磷酸セメント又はカルボキ シレートセメント等を用いた暫間充填	<b>【齶蝕処置】</b> （1歯1回につき） 16点 （内容） イ <u>齶蝕歯の歯冠部に行った軟化象牙質の</u> <u>除去及び暫間充填</u> ロ 歯根未完成の永久歯の歯内療法実施中 に、根尖部の閉鎖状態の予後観察のために 行った水酸化カルシウム系糊剤等による暫 間根管充填に併せて行った暫間充填 ハ 歯髄覆罩及び歯冠修復物の脱落時の再装 着等を行うにあたっての軟化象牙質等の除 去及び磷酸セメント又はカルボキシレ ートセメント等を用いた暫間充填 ニ <u>抜歯禁忌症で義歯製作の必要上、やむを</u> <u>得ず行う齶蝕等により生じた残根の削合</u>

改

(5) 乳歯・難抜歯・埋伏歯の抜歯に係る評価の引き上げ

現 行	改正案
【抜歯手術】（1歯につき）	【抜歯手術】（1歯につき）
乳歯 120点	乳歯 <u>130点</u>
難抜歯 460点	難抜歯 <u>470点</u>
埋伏歯 1,000点	埋伏歯 <u>1,050点</u>

(6) 歯根嚢胞摘出術に係る評価の引き上げ

現 行	改正案
【歯根嚢胞摘出手術】	【歯根嚢胞摘出手術】（1歯につき）
歯冠大のもの 770点	歯冠大のもの <u>800点</u>
拇指頭大のもの 1,300点	拇指頭大のもの <u>1,350点</u>

(7) 歯根端切除手術に係る評価の引き上げ

現 行	改正案
【歯根端切除手術】（1歯につき）	【歯根端切除手術】（1歯につき）
1,300点	<u>1,350点</u>

(8) 現行の同一手術野等における複数手術について、所定点数の100分の50により評価する手術

現 行	改正案
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・歯根端切除手術及び歯根嚢胞摘出術</li> <li>・歯根端切除手術及び顎骨腫瘍摘出術（顎骨嚢胞（歯根嚢胞を除く。）に限る。）</li> </ul>

新

2 歯科診療報酬体系の簡素化を図る観点から、一つの治療技術として定着している関連性・共通性の高い技術である充填、エナメルエッチング法・エナメルボンディング法及び充填物の研磨については、充填及び窩洞形成の評価を引き上げ、エナメルエッチング法・エナメルボンディング法及び充填物の研磨の評価を廃止した上で、一体的に再評価を行う。

(1) EE+EB 加算、充填、研磨の総合的評価

現 行	改正案
【歯冠形成】（1歯につき）	【歯冠形成】（1歯につき）
窩洞形成	窩洞形成
・単純なもの 44点	・単純なもの <u>54点</u>
・複雑なもの 68点	・複雑なもの <u>80点</u>

<p><b>【充填】（1歯につき）</b></p> <p>1 単純なもの 52点</p> <p>2 複雑なもの 100点</p> <p>注 エナメルエッチング法及びエナメルボンディング法を行った場合は、所定点数に1歯につき43点を加算する。ただし、保険医療材料料を含むものとする。</p> <p><b>【充填物の研磨】（1歯につき） 14点</b></p>	<p><b>【充填】（1歯につき）</b></p> <p>1 単純なもの <u>100点</u></p> <p>2 複雑なもの <u>148点</u></p> <p>注 エナメルエッチング法及びエナメルボンディング法を行った場合の費用を含む。</p> <p><b>【充填物の研磨】（1歯につき） 廃止</b></p>
--	--

## 歯冠修復及び欠損補綴に係る技術料の見直し

### 第1 基本的な考え方

歯冠修復及び欠損補綴に関する適正な技術評価を図る観点から、歯冠修復及び欠損補綴における重要度、難易度、必要時間等に係る調査結果を踏まえ、技術の評価の見直し等を行う。

### 第2 具体的な内容

- 1 現行の歯科診療報酬で築造体の製作料に包括評価されている支台築造製作に係る印象採得の技術料については、平成17年に日本歯科医学会が実施した「歯科診療行為のタイムスタディー調査」の結果において、比較的長時間を要することや印象採得の技術が最終的に精度の高い築造体の製作に寄与することが指摘されていることから、支台築造（メタルコア）における印象採得に係る技術の評価を新設する。

#### 新 支台築造印象 20点（1歯につき）

[算定要件]

- 1 支台築造の製作にあたって、根管を拡大しポスト孔の形成を行い、印象採得を行った場合に算定する
  - 2 保険医療材料に係る費用は含まれるものとする
- 2 現行の歯科診療報酬では、歯冠形成の後、歯冠修復物を装着するまでの間に、当該歯の保護並びに歯周組織の保護等のために装着されるテンポラリークラウンについては、歯冠修復の技術料に包括評価されているが、平成17年に日本歯科医学会が実施した「歯科診療行為のタイムスタディー調査」の結果において、製作に比較的長時間を要することや、その技術や製作物が最終的に精度の高い歯冠修復物の製作に寄与することが指摘されていることから、テンポラリークラウンに係る技術の評価を新設する。

#### 新 テンポラリークラウン 30点（1歯につき）

[算定要件]

- 1 前歯部において、前装<sup>ちゅうぞう</sup>鑄造冠又はジャケット冠、硬質レジンジャケット冠に係る歯冠形成を行った場合に1歯につき1回に限り算定できる

- 2 前装鑄造冠又はジャケット冠、硬質レジンジャケット冠を装着するまでの修理等の費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない
- 3 テンポラリークラウンの製作及び装着に係る保険医療材料等一連の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない

3 歯冠修復及び欠損補綴における重要度、難易度、必要時間等に係る調査結果を踏まえ、技術の評価の見直し等を行う。

(1) 前装鑄造冠の評価の引下げ

現 行	改正案
【前装鑄造冠】 (1 歯につき) 1, 200 点	【前装鑄造冠】 (1 歯につき) <u>1, 174 点</u>

(2) ポンティック (ダミー) 及び前装鑄造冠ポンティック (ダミー) の評価の引き下げ並びに金属裏装ポンティック (ダミー) の評価の新設

現 行	改正案
【ポンティック (ダミー)】 (1 歯につき) 428 点  ・ 前装鑄造ポンティック (ダミー) について、所定点数に772点を加算する	【ポンティック (ダミー)】 (1 歯につき) 428 点  ・ 前装鑄造ポンティック (ダミー) について、所定点数に <u>746</u> 点を加算する ・ <u>金属裏装ポンティック (ダミー)</u> について、所定点数に <u>320</u> 点を加算する

新

(3) 有床義歯の評価の引上げ

現 行	改正案
【有床義歯】 1 局部義歯 (1 床につき) イ 1 歯から4 歯まで 525 点 ロ 5 歯から8 歯まで 650 点	【有床義歯】 1 局部義歯 (1 床につき) イ 1 歯から4 歯まで <u>540 点</u> ロ 5 歯から8 歯まで <u>665 点</u>

(4) 鑄造<sup>こう</sup>鉤の評価の引上げ

現行		改正案	
【鑄造鉤（1個につき）】		【鑄造鉤（1個につき）】	
1 双齒鉤	220点	1 双齒鉤	<u>224点</u>
2 両翼鉤	205点	2 両翼鉤	<u>208点</u>

改

(5) 線鉤の評価の引上げ

現行		改正案	
【線鉤（1個につき）】		【線鉤（1個につき）】	
1 双齒鉤	195点	1 双齒鉤	<u>200点</u>
2 両翼鉤	135点	2 両翼鉤	<u>140点</u>
3 レストのないもの	115点	3 レストのないもの	<u>120点</u>

改

(6) 支台築造の評価の引上げ

現行		改正案	
【支台築造】		【支台築造】	
1 メタルコア		1 メタルコア	
イ 大臼齒	170点	イ 大臼齒	<u>176点</u>
ロ 小臼齒及び前齒	144点	ロ 小臼齒及び前齒	<u>150点</u>
2 その他	120点	2 その他	<u>126点</u>

改



## 歯科診療における患者への文書による 情報提供の在り方

骨子【Ⅱ－6－(4)】

### 第1 基本的な考え方

- 1 歯科診療において文書による情報提供が義務付けられている項目について、診療報酬改定結果検証部会における検証結果等を踏まえ、情報提供の在り方の見直しを行う。
- 2 具体的には、情報提供の時期、情報提供が算定要件となる項目及び提供すべき内容についての見直しを行う。

### 第2 具体的な内容

- 1 情報提供の時期については、口腔内の状況に変化があった場合や、指導管理に変更があった場合など、歯科治療等に進行状況に合わせて行うこととし、3ヶ月に1回以上の交付頻度とする。
- 2 文書による情報提供が算定要件となる項目については、①情報提供を行うことで、患者の療養の質の向上が図られることが期待できる項目、②治療計画を示したり口腔内の図示を行うことで、患者の歯科疾患に関する理解を深め、納得できる歯科医療を進めることが期待できる項目、とする。

（文書による情報提供を算定要件とすることを廃止する項目）

- (1) 歯科訪問診療料
  - (2) 補綴時診断料
  - (3) 矯正装置装着時のフォースシステム加算
  - (4) 歯科治療総合医療管理料
  - (5) 歯科特定疾患療養管理料（治療計画に基づいた療養上必要な指導に係る文書提供）
- 3 情報提供すべき内容については、過不足のない効率的な情報提供を図ることとし、項目間の重複が無いようにすることとし、留意事項通知等において、整理する。

## 調剤料の見直し

骨子【Ⅱ－7－(1)(2)】

### 第1 基本的な考え方

- 1 治療上の必要性から行われている一包化薬の調剤料について、現行では多くの種類の内服薬が処方されていても、服用時点が全て同一の場合には算定できないとされているが、一包化に要する手間にかんがみ、一定の要件を満たした場合には算定できることとするとともに、その評価を見直す。
- 2 また、投薬量、投与日数等にかかわらず1調剤当たりの評価とされている自家製剤加算のうち、錠剤の半割については、他の自家製剤に比し調剤に要する手間が少ないことにかんがみ、投与日数を考慮し、その評価を見直す。

### 第2 具体的な内容

#### 1 一包化薬の見直し

処方された内服薬が3種類以上の場合には、服用時点が全て同一であっても、一包化薬の調剤料を算定できることとするとともに、一包化薬の評価を引き下げる。

現 行	改正案
<p>【調剤料】 一包化薬 97点</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 2剤以上の内服薬を服用時点ごとに一包化薬として調剤した場合は、投与日数が7又はその端数を増すごとに所定点数を算定する</li> </ul>	<p>【調剤料】 一包化薬 89点</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 2剤以上の内服薬又は1剤で3種類以上の内服薬を服用時点ごとに一包化薬として調剤した場合は、投与日数が7又はその端数を増すごとに所定点数を算定する</li> </ul>

改

注：1剤とは、薬剤の種類数にかかわらず、服用時点が同一の内服薬をいう。

#### 2 自家製剤加算における錠剤の半割に係る区分の見直し

自家製剤加算のうち、錠剤の半割を行った場合に算定する区分について、自家製剤に要する手間の少なさを考慮して評価を引き下げ、投与日数に応じた評価とする。

改

現 行	改正案
<p><b>【自家製剤加算】</b>            次の薬剤を自家製剤の上調剤した場合は、各区分の所定点数に1調剤につきそれぞれ次の点数（予製剤による場合は所定点数の100分の20に相当する点数）を加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める薬剤については、この限りでない</p> <p>イ 内服薬及び屯服薬（特別の乳幼児用製剤を行った場合を除く。）</p> <p>(1) 錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤、エキス剤 <span style="float: right;">90点</span></p> <p>(2) 液剤 <span style="float: right;">45点</span></p>	<p><b>【自家製剤加算】</b>            次の薬剤を自家製剤の上調剤した場合は、各区分の所定点数に1調剤につき <u>（イの(1)に掲げる場合にあっては、投与日数が7又はその端数を増すごとに）</u>それぞれ次の点数（予製剤による場合はそれぞれ次に掲げる点数の100分の20に相当する点数）を加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める薬剤については、この限りでない</p> <p>イ 内服薬及び屯服薬（特別の乳幼児用製剤を行った場合を除く。）</p> <p>(1) <u>錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の内服薬</u> <span style="float: right;">20点</span></p> <p>(2) <u>錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤又はエキス剤の屯服薬</u> <span style="float: right;">90点</span></p> <p>(3) 液剤 <span style="float: right;">45点</span></p>

## 患者の薬歴管理及び服薬指導に係る評価の見直し

骨子【Ⅱ－７－(3)】

### 第1 基本的な考え方

薬局における患者に対する必要な服薬指導を充実させ、服薬指導に係る調剤報酬体系の簡素化を図るため、薬剤服用歴管理料の加算である服薬指導加算を廃止するとともに、薬剤服用歴管理料の算定要件に、患者等から収集した服薬状況等の情報に基づき服薬指導することを新たに追加し、その評価を引き上げる。

### 第2 具体的な内容

現 行	改 正 案
<p>【薬剤服用歴管理料】 22点</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書等により患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明及び指導を行った場合に算定</li> <li>服薬指導加算 22点 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指導を行った場合に加算</li> </ul>	<p>【薬剤服用歴管理指導料】 30点</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>患者（後期高齢者を除く。）について、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定</li> <li>① 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書等により患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明を行うこと</li> <li>② 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指導を行うこと</li> </ul>

改

## 長期投薬情報提供料 1 の見直し

骨子【Ⅱ－7－(4)】

### 第1 基本的な考え方

現行の長期投薬情報提供料 1 は、長期投薬に係る薬剤の安全使用の観点から、患者に薬剤を交付した後、服用期間中に重要な情報を薬局が入手した場合に当該患者に連絡することにつき、患者の同意を得た場合に算定することとされているが、その算定回数に比し、実際に患者等に対して情報提供した回数が少ない実態を踏まえ、実際に情報提供した場合のみ算定できることとする。

### 第2 具体的な内容

長期投薬情報提供料 1 について、服用期間中に重要な情報を薬局が入手した場合に当該患者に連絡することにつき、あらかじめ患者の同意を得た上で、実際に情報提供した場合のみ算定できることとする。

現 行	改 正 案
<p>【長期投薬情報提供料】                      長期投薬情報提供料 1（処方せんの受付 1 回につき）                      服薬期間が 1 4 日又はその端数を増すごとに 1 8 点</p> <p>患者又はその家族等の求めに応じ、長期投薬に係る薬剤の使用が適切に行われるよう、処方せん受付時に、当該処方せんに係る服薬期間中に、当該処方せん受付薬局が当該薬剤の使用に係る重要な情報を知ったときは、患者又はその家族等に対し当該情報を提供することにつき患者の同意を得た場合に算定する</p>	<p>【長期投薬情報提供料】                      長期投薬情報提供料 1（<u>情報提供 1 回につき</u>）                      1 8 点</p> <p>患者又はその家族等の求めに応じ、長期投薬に係る薬剤の使用が適切に行われるよう、<u>長期投薬に係る処方せん受付時に、処方せんを受け付けた保険薬局が、当該薬剤の服薬期間中にその使用に係る重要な情報を知ったときは、患者又はその家族等に対し当該情報を提供することにつきあらかじめ患者の同意を得た上で、実際に当該情報を提供した場合であって、当該患者の次回の処方せんの受付時に提供した情報に関する患者の状態等の確認及び必要な指導を行った場合に算定する</u></p>

改

## 放射線治療の質等の充実

骨子【Ⅲ－１－(1)(2)】

### 第1 基本的な考え方

がん医療の中で重要な役割が期待されている放射線治療について、放射線治療機器の保守管理、精度管理、及び治療計画策定の体制について評価を行い、質の向上を図る。

また、療養生活の質の維持向上を図るために、外来で放射線治療を行う体制を整備し、技術の進歩により有効性が明らかになった新しい放射線治療を保険導入する。

### 第2 具体的な内容

- 1 放射線治療の質の向上を図るため、放射線治療機器の保守管理、精度管理及び照射計画策定の体制の評価を新設する。

**新** 医療機器安全管理料2 1,000点（計画策定時1回）

[算定要件]

放射線治療を必要とする患者に対し、治療計画が策定した場合に算定する

[施設基準]

- 1 放射線治療を専ら担当する常勤の医師（放射線治療について相当の経験を有するものに限る。）が1名以上配置されていること
- 2 当該管理を行うにつき必要な体制が整備されていること
- 3 当該管理を行うにつき、十分な機器及び施設を有していること

- 2 放射線治療の外来での提供体制を充実させ、療養生活の質の向上を図るため、外来放射線治療加算を創設する。

**新** 外来放射線治療加算 100点

[算定要件]

放射線治療（体外照射のうち高エネルギー体外照射、強度変調放射線治療）を必要とする悪性腫瘍の入院中の患者以外の患者に対し、当該治療を実施した場合、1人1日につき1回に限り算定できることとする

[施設基準]

外来放射線治療を行うことができる十分な体制、機器及び施設（患者が休憩等でき

るベッドを有している等)を有していること

- 3 従来の放射線治療と比較して正常臓器への副作用が少ない治療法として認められている強度変調放射線治療 (IMRT) について、保険導入を図る。

新 強度変調放射線治療 (IMRT)

ア	放射線治療管理料		5,000点
イ	体外照射	1回目	3,000点
		2回目	1,000点

[算定要件]

原発性の頭頸部腫瘍、前立腺腫瘍、中枢神経腫瘍の患者に対し強度変調放射線治療を実施した場合に算定する

[施設基準]

強度変調放射線治療を安全に行うことができる十分な体制、機器及び施設を有していること

## 化学療法の質等の充実

骨子【Ⅲ－１－(3)】

### 第1 基本的な考え方

外来化学療法の充実が求められている中で、これを担う医療機関は年々増加しているが、化学療法は、昨今、新たな抗悪性腫瘍剤が数多く登場して、高度化・複雑化しつつあり、専門性を有する医師等の関与が求められている。

また、現在、動脈注射による抗悪性腫瘍剤の投与の場合や点滴注射における注射量が少量の場合の無菌製剤処理が評価されていない。

そのため、化学療法について充実した体制を評価することにより、質を確保しつつ、その拡大を図る。

### 第2 具体的な内容

- 1 現行の化学療法を行う体制に係る評価を引き下げ一方、専門の医師、看護師、薬剤師の配置等、より高い外来化学療法を行う体制が整っている医療機関において提供される化学療法について、評価を新設する。また、この加算の評価対象を動脈注射等についても拡大する。

現 行	改正案
【外来化学療法加算】（１日につき） 400点	【外来化学療法加算1】（１日につき） <u>500点</u> 【外来化学療法加算2】（１日につき） <u>390点</u>

改

#### [算定要件]

入院中の患者以外の悪性腫瘍の患者に対して化学療法を行った場合、1日につき加算する

#### [施設基準]

外来化学療法加算1については、以下に掲げる基準

- 1 医師、看護師及び薬剤師について、相当の経験を有する者が配置されていること
- 2 実施される化学療法の治療内容の妥当性を評価し、承認する委員会を開催していること

を満たすこととし、外来化学療法加算2については、従前の外来化学療法加算の基準を満たすこととする



2 注射に際して、抗悪性腫瘍剤等の無菌製剤処理を実施した場合の評価について、その対象を拡大する。

新 無菌製剤処理料

ア 無菌製剤処理料1 50点

(悪性腫瘍に対して用いる薬剤が注射される一部の患者)

イ 無菌製剤処理料2 40点

(ア以外のもの)

[算定要件]

動脈注射、点滴注射、中心静脈注射等を行う際に、無菌製剤処理が行われた場合に、処理が行われた薬剤が注射される患者の区分に応じて算定する

[施設基準]

- 1 病院であること
- 2 無菌製剤処理を行うにつき十分な施設を有し必要な体制が整備されていること