

有床診療所の評価

骨子【Ⅱ-1-(10)】

第1 基本的な考え方

医療法改正に伴い、入院患者の病状の急変に備えて診療所の医師が速やかに診療を行う体制や48時間を超えた入院医療を行う際の手厚い夜間の看護体制等を評価する。

第2 具体的な内容

新 1 夜間緊急体制確保加算 〇〇〇点 (1日につき)

【算定要件】

入院患者の病状急変に備えて医師が速やかに診療を行う体制を確保し、その体制を入院患者へ文書で説明し、夜間の担当医を院内に掲示していること

新 2 夜間看護配置加算2 (2名以上) 〇〇〇点 (1日につき)

【算定要件】

夜間看護配置について看護要員の数が、看護職員1名を含む2名以上である場合(うち1名は当直者でもよい(看護職員が1名である場合は、当該看護職員についてはこの限りではない。))

改 3 新設する加算と既存の加算との整合性を図るために、既存の注2及び注3の加算要件について整理する。

- ・ 医師配置加算 (2名以上) 〇〇〇点 (1日につき)
- ・ 看護配置加算1 (10名以上) 〇〇〇点 (1日につき)
- ・ 看護配置加算2 (看護師3名以上を含む10名以上) 〇〇〇点 (1日につき)
- ・ 夜間看護配置加算1 (1名以上) 〇〇〇点 (1日につき)

回復期リハビリテーション病棟に対する
質の評価の導入

骨子【Ⅱ-2-(1)】

第1 基本的な考え方

今後の急速な人口高齢化による脳卒中患者の増加等に的確に対応するため、回復期リハビリテーション病棟の要件に、試行的に質の評価に関する要素を導入し、居宅等への復帰率や、重症患者の受入割合に着目した評価を行うとともに、病棟におけるリハビリテーションの実施状況を踏まえて、当該病棟における医師の専従配置を緩和する。

第2 具体的な内容

1 在宅復帰率、重症患者の受入割合等に着目し病棟ごとの質に応じた診療報酬上の評価を行う。

現行	改正案
【回復期リハビリテーション病棟入院料】 1,680点	【回復期リハビリテーション病棟入院料1】 〇〇〇点
【算定要件】 回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させていること	【算定要件】 回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させており、かつ以下の要件を満たすこと 1 当該病棟において新規入院患者のうち1割5分以上が重症の患者であること 2 当該病棟において退院患者のうち、他の保険医療機関への転院した者等を除く者の割合が6割以上であること
【施設基準】 心大血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)若しくは(Ⅱ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)又は呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)の届出を行っていること	【施設基準】 心大血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)若しくは(Ⅲ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)又は呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)の届出を行っていること

医療療養病棟等の評価に係る見直し

骨子【Ⅱ-1-(4)】
【Ⅱ-2-(2)】

第1 基本的な考え方

- 1 平成18年度慢性期入院医療の包括評価分科会における医療区分等の妥当性及び医療療養病棟の役割に係る検討結果を踏まえて、療養病棟入院基本料等の見直しを行う。
- 2 長期入院患者等が、居宅等での療養を希望する場合には、医療機関による円滑な退院を支援するための取組が重要であるため、退院調整のための体制整備の評価を新設する。

第2 具体的な内容

1 療養病棟入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料の基準及び加算の見直し

改 (1) 医療区分・ADL区分の評価方法の簡素化
原則として、患者病態の変化時に、医療区分及びADL区分の評価・記録を行う。

改 (2) 医療区分の評価項目の見直し
ア 「酸素療法」については毎月、酸素療法を必要とする病態かどうか確認を行い、診療録等に記載する。
イ 「うつ症状」及び「他者に対する暴行」については、医師を含めて原因や治療方針等について検討を行い、治療方針に基づく必要なケアについて実施した内容を診療録等に記載する。
ウ 「脱水」及び「おう吐」については、発熱を伴うものとする。

改 (3) 認知機能障害加算の廃止
医療区分2、ADL区分1の患者で、認知機能障害のある場合の加算(1日につき5点)を廃止する。

新 (4) 褥瘡評価実施加算 〇〇〇点 (1日につき)
ADLの低下や、それに伴う長期臥床等の患者については、褥瘡の発症リスクが非常に高いことから、ADL得点が高く褥瘡発症のリスクが高い患者に対して、患者単位で経時的・継続的に褥瘡の発生割合等の測定を行う

	【重症者回復加算】 〇〇〇点 (1日につき)	新
	【算定要件】 重症の患者の3割以上が退院時に日常生活機能が改善していること	
	【施設基準】 回復期リハビリテーション病棟入院料1の届出を行っている病棟であること	
	【回復期リハビリテーション病棟入院料2】 〇〇〇点	改
	【算定要件】 当該病棟において、回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させ、かつ回復期リハビリテーション病棟入院料1の基準を満たさないもの	
	【施設基準】 心大血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)若しくは(Ⅲ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)又は呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)の届出を行っていること	

2 回復期リハビリテーション入院料を算定する施設基準の要件の中で、医師の専従配置要件を見直す。

【施設基準】
(現行)

リハビリテーション科を標榜しており、病棟に専従の医師1名以上、理学療法士2名以上及び作業療法士1名以上の常勤配置を行うこと

改 (改正案)

リハビリテーション科を標榜しており、専任の医師1名以上、病棟に専従の理学療法士2名以上及び作業療法士1名以上の常勤配置を行うこと

3 平成20年3月31日時点で、現行の回復期リハビリテーション料を算定している病棟においては、平成20年9月30日までの間は、現行の点数を算定する。

っていることを評価し、加算を創設する。これにより、各病棟における褥瘡の発症予防等の取組が促進され、医療の質の向上が期待される。

〔算定基準〕

ADL区分3に該当する患者に対して褥瘡の発生割合を患者単位で経時的・継続的に測定・評価し、その記録を診療録等に記載していること

新 (5) 医療の質の評価へ向けた取組の促進

将来的に医療の質による評価を行うことを目的として、病棟単位で治療・ケアの質を反映できる事項について継続的に測定・評価することを義務付ける。

2 療養病棟入院基本料の見直し

医療経済実態調査結果等を踏まえて、療養病棟入院基本料の評価を引き下げる。なお、医療区分1・ADL区分3については、中医協の議論を踏まえて配慮する。

(現行) 医療区分、ADL区分における入院基本料療養病棟入院基本料

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	885点	1,344点	1,740点
ADL区分2	764点	1,344点	1,740点
ADL区分1	764点	1,220点	1,740点



(改正案) 医療区分、ADL区分における入院基本料療養病棟入院基本料

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	000点	000点	000点
ADL区分2	000点	000点	000点
ADL区分1	000点	000点	000点

(※医療区分1・ADL区分3については、中医協の議論を踏まえて配慮する。)

【Ⅱ-3 (医療ニーズに着目した評価について) ①】

7対1入院基本料の基準の見直し

骨子【Ⅱ-3】

第1 基本的な考え方

7対1入院基本料については、平成19年1月の建議を踏まえ、急性期等手厚い看護を必要とする患者の看護必要度を測定する基準を導入するとともに、急性期入院医療に必要な医師等の診療体制に係る基準を導入する。

第2 具体的な内容

- 「看護必要度」基準を満たす場合に算定できる。
 - 当該病棟に入院している患者の状態を「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」を用いて測定し、モニタリング及び処置等に係る得点(A得点)が2点以上、かつ、患者の状況等に係る得点(B得点)が3点以上の基準を満たす患者を1割以上入院させている場合に算定できる。
 - 産科患者、小児科患者は、看護必要度測定の対象から除外する。
 - 救命救急センターを設置する病院は、看護必要度に関する基準にかかわらず、算定できる。
 - 特定機能病院には適用しない(ただし、患者の看護必要度等に係る評価については実施する。)
- 「医師配置」基準を満たさない場合は減算とする。
 - 医師数が当該病棟の入院患者数に対して10分の1以上であり、かつ、医療法標準を満たしている病院以外の病院については、7対1入院基本料の減算措置を講ずる。ただし、へき地等に所在する病院については、特別な配慮を行う。
 - 特定機能病院には適用しない。

〔経過措置〕

- 準備期間を設け、平成20年7月1日実施とする。
- 平成20年3月31日時点で7対1入院基本料を算定する病棟であって、平成20年4月1日以降において10対1入院基本料を算定する病棟に限り、平成22年3月31日までの間看護補助加算を算定できる

3 退院調整加算の新設

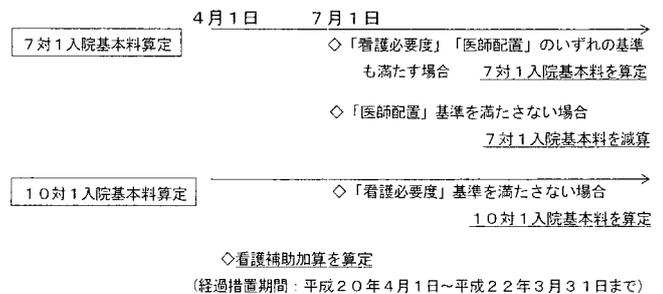
患者の同意の下、退院支援に係る計画を立案した場合及びその計画に基づき退院できた場合の評価を新設する。

- 新 (1) 療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(結核病棟)、有床診療所療養病床入院基本料又は後期高齢者特定入院基本料を算定する病床に入院している患者
ア 計画立案時 000点(ただし、入院中1回に限る。)
イ 退院時 000点
- 新 (2) 障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患療養病棟入院料を算定する病床に入院している患者
ア 計画立案時 000点(ただし、入院中1回に限る。)
イ 退院時 000点
- 新 (3) 平成20年3月31日に障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患療養病棟入院料を算定する病床に入院していた脳卒中の後遺症患者及び認知症の患者
退院時に(2)のイに加えて、000点加算(平成22年3月31日まで)

〔施設基準〕

- 病院では、入院患者の退院に係る調整・支援に関する部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上配置されていること
- 有床診療所では、退院調整に関する経験を有する専任の看護師等又は社会福祉士が1名以上配置されていること
- 退院支援に関して患者の同意のもと、以下を実施していること
 - 入院早期に、退院に関する支援の必要性の評価を行っていること
 - 支援の必要性が高い患者について、具体的な支援計画を作成すること
 - 支援計画に基づいて患者又は家族に支援を行うこと
- その他、退院調整を行うにつき十分な体制が整備されていること

〔7対1入院基本料改正基準の導入と経過措置について〕



< 一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票 >

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1	創傷処置	なし	あり	
2	血圧測定	0から4回	5回以上	
3	時間尿測定	なし	あり	
4	呼吸ケア	なし	あり	
5	点滴ライン同時3本以上	なし	あり	
6	心電図モニター	なし	あり	
7	シリンジポンプの使用	なし	あり	
8	輸血や血液製剤の使用	なし	あり	
9	専門的な治療・処置 (① 抗悪性腫瘍剤の使用、② 麻薬注射薬の使用、 ③ 放射線治療、④ 免疫抑制剤の使用、 ⑤ 昇圧剤の使用、⑥ 抗不整脈剤の使用、 ⑦ ドレナージの管理)	なし		あり
A得点				

B	患者の状況等	0点	1点	2点
1	寝返り	できる	何かにつまればできる	できない
2	起き上がり	できる	できない	
3	座位保持	できる	支えがあればできる	できない
4	移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
5	口腔清潔	できる	できない	
6	食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
7	衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
B得点				

在宅療養支援病院の新設

骨子【Ⅱ-4-(1)】

第1 基本的考え方

診療所のない地域においては、在宅医療の主たる担い手が病院となっている現状に着目し、そのような病院が行う在宅医療について在宅療養支援診療所と同様の評価を行う。

第2 具体的な内容

次のような要件を満たす病院を在宅療養支援病院とし、在宅療養支援診療所と同じように在宅時医学総合管理料1及び在宅末期医療総合診療料の算定を認める。

新 在宅療養支援病院の創設

〔在宅療養支援病院の要件〕

- 1 当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないこと
 - 2 往診を担当する医師は当該保険医療機関の当直体制を担う医師とは別の者であること
 - 3 24時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定し、その連絡先を文書で患者に提供していること
- 以下、在宅療養支援診療所と同様の要件
- 4 当該病院において、又は訪問看護ステーションとの連携により、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患者に提供していること
 - 5 当該病院において、緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保していること
 - 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との連携調整を担当する者と連携していること
 - 7 定期的に、在宅看取り数等を地方社会保険事務局長に報告していること 等

円滑に地域移行を進めるための退院時の情報提供の在り方の見直し

骨子【Ⅱ-1-(5)】

第1 基本的考え方

地域連携の観点から、急性期医療を担う病院から地域の医療機関への転院や外来への引き継ぎを円滑に進めることが重要であることから、退院時に算定される画像等の診療情報の加算の要件を拡大することとする。

第2 具体的な内容

退院時に検査結果等を添付して患者の紹介を行った場合の加算について、退院日の属する月の翌月までに紹介された場合についても算定できるようにする。

現 行	改正案
【診療情報提供料（I）】 250点	【診療情報提供料（I）】 250点
注7 保険医療機関が、患者の退院に際して、添付の必要を認め、患者の同意を得て、別の保険医療機関、精神障害者施設又は介護老人保健施設に対して、退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付して紹介を行った場合は、所定点数に200点を加算する	注7 保険医療機関が、患者の退院日の属する月又はその翌月に、添付の必要を認め、患者の同意を得て、別の保険医療機関、精神障害者施設又は介護老人保健施設に対して、退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付して紹介を行った場合は、所定点数に200点を加算する

改

療養病床から転換した介護老人保健施設における医療の充実

骨子【Ⅱ-4-(2)(3)】

第1 基本的考え方

- 1 「療養病床から転換した介護老人保健施設」においては、これまでの介護老人保健施設と比べ、医療ニーズの高い入所者も多いため、緊急時に必要となる処置等について、他の保険医療機関の医師が行った場合に評価する。
- 2 また、夜間又は休日に施設の医師が対応できず、併設医療機関の医師が往診した場合に、診療報酬上評価する。

第2 具体的な内容

- 1 療養病床から転換した介護老人保健施設において、緊急時に必要となる処置等について、保険医療機関の医師が行った場合に診療報酬上算定できる項目を拡大する。

〔拡大する項目〕

- 創傷処理
- 咽頭異物摘出術（複雑なもの）
- 胸腔穿刺
- 腹腔穿刺
- 顎関節脱臼非靭血的整復術
- 心電図検査（判断料）
- 点滴・注射（手技料） 等

- 2 夜間又は休日に療養病床から転換した介護老人保健施設の医師が対応できず、かつ医師による直接の処置等が必要と判断し、その求めにより併設保険医療機関の医師が往診した場合に評価する。

新 緊急時施設治療管理料 〇〇〇点

〔算定要件〕

- 1 療養病床から転換した介護老人保健施設の入所者が急性増悪し、療養病床から転換した介護老人保健施設の医師が対応できず、かつ医師による直接の処置等が必要と判断し、それに対し併設保険医療機関の医師が往診した場合に算定できる

- 2 患者1人につき1日1回、月4回まで算定できることとする
- 3 患者の病態については、介護保険における緊急時治療管理と同等とする
緊急時施設治療管理料の対象となる入所者
(1) 意識障害又は昏睡
(2) 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪
(3) 急性心不全（心筋梗塞を含む）
(4) ショック
(5) 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病）
(6) その他薬物中毒等で重篤なもの

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推し進めていくため、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 〇〇〇点（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科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、申請日より1年間の期間において当該精神科棟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 〇〇〇点（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、申請日より1年間の期間、該当する病棟の全精神科棟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

56

- 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
【精神科退院前訪問指導料】 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者等を訪問し、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	【精神科退院前訪問指導料】 入院中の患者の退院に先立って患者等を訪問し、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

また、精神科棟入院基本料の181日以上1年以内の加算を引き下げる。

現行	改正案
【精神科棟入院基本料の入院期間に応じた加算】 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）	【精神科棟入院基本料の入院期間に応じた加算】 181日以上1年以内の期間（1日につき） 〇〇〇点
【特定機能病院入院基本料の精神科棟の入院期間に応じた加算】 181日以上1年以内の期間（1日につき） 25点	【特定機能病院入院基本料の精神科棟の入院期間に応じた加算】 181日以上1年以内の期間（1日につき） 〇〇〇点

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）
精神科棟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（1）に対する加算を創設する。

新 認知症患者紹介加算 〇〇〇点（1回につき）

現行	改正案
【精神科訪問看護・指導料（1）】 550点 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っては、週5回。）に限り算定	【精神科訪問看護・指導料（1）】 〇〇〇点 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っては、週5回。） 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って、医師が必要と認め指示した場合に、当該急性増悪の日から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、急性増悪の日から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

58

57

59

身体合併症に対応した取組に係る評価

骨子【Ⅱ-5-(6)(8)(9)】

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、名称を認知症疾患治療病棟入院料に改める。

現行	改正案
【老人性認知症疾患治療病棟入院料1】 (1日につき)	【認知症疾患治療病棟入院料1】 (1日につき)
イ 90日以内の期間 1,300点	イ 90日以内の期間 ○○○点
ロ 91日以上期間 1,190点	ロ 91日以上期間 ○○○点
【老人性認知症疾患治療病棟入院料2】 (1日につき)	【認知症疾患治療病棟入院料2】 (1日につき)
イ 90日以内の期間 1,060点	イ 90日以内の期間 ○○○点
ロ 91日以上期間 1,030点	ロ 91日以上期間 ○○○点

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。

第1 基本的な考え方

- 1 精神病棟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 ○○○点（1日につき）

【算定要件】

- 1 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。）、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料又は認知症疾患治療病棟入院料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・介連牽引を要する骨折 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。

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、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 ○○○点 ② 30分未満 ○○○点
ロ 診療所の場合 360点	ロ 診療所の場合 ① 30分以上 ○○○点 ② 30分未満 ○○○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 〇〇〇点（1日につき）

〔新〕保健師等による援助加算 〇〇〇点（1日につき）

3 精神疾患患者等の社会復帰の観点から、経過を予測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日間の処方をも可能とする。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。

内服薬並びにクロロプロマジン・プロメタジン配合剤、臭化メベンゾラート・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	内服薬並びにクロロプロマジン・プロメタジン配合剤、臭化メベンゾラート・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、トリアゾラム、酒石酸ゾルピデム、ロルメタゼパム、プロチゾラム、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 【外用薬】 塩酸モルヒネ、フェンタニル
---	---

	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 (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	(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
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、クロルジアゼボキシド、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、ロフラゼパム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、クロルジアゼボキシド、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、ロフラゼパムエチル又はロラゼパムを含有する

改

【Ⅱ-5（精神障害者の療養生活支援について）-⑤】

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
【精神科救急入院料】（1日につき） 1 30日以内の期間 3,200点 2 31日以上の期間 2,800点	【精神科救急入院料 1】（1日につき） 1 30日以内の期間 〇〇〇点 2 31日以上の期間 〇〇〇点 【精神科救急入院料 2】（1日につき） 1 30日以内の期間 〇〇〇点 2 31日以上の期間 〇〇〇点

改

【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	【精神科救急入院料 1】 新規患者のうち6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 【精神科救急入院料 2】 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

改

		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、又は指定された地域における人口万対2.5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

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 30日以内の期間 〇〇〇点（1日につき）
- 2 31日以上の期間 〇〇〇点（1日につき）

【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 精神科棟を単位として、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

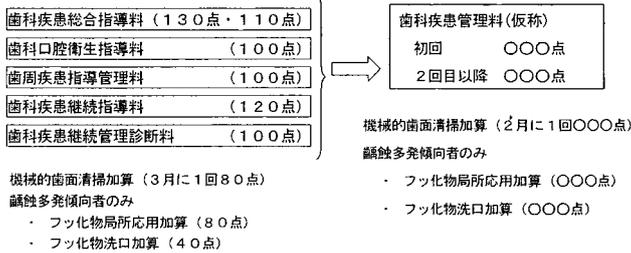
骨子【Ⅱ-6-(1)】

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、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(仮称) (月1回)

初回 〇〇〇点
2回目以降 〇〇〇点

[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、管理計画書を提供了らる場合に算定する。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、新製義歯調整料、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、現行の新製義歯調整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(仮称)の加算を創設する。

新 新製有床義歯管理料(仮称) (1口腔につき、月2回) 〇〇〇点

【現行】

新製義歯調整料(100点)
新製義歯調整料(120点)

【改正案】

新製有床義歯管理料(仮称) 〇〇〇点
(困難加算 月2回 〇〇〇点)

[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(仮称)の加算として評価する。

新 有床義歯管理料(仮称) 〇〇〇点 (1口腔につき、月1回)

【現行】

有床義歯調整料(60点)
(困難加算 月1回 40点)

【改正案】

有床義歯管理料(仮称) 〇〇〇点
(困難加算 月1回 〇〇点)

[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(仮称)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(仮称)の加算として新規に評価する。

新 有床義歯長期管理料(仮称) (1口腔につき、月1回) 〇〇〇点

【現行】

有床義歯調整料(60点)
(困難加算 月1回 40点)

【改正案】

有床義歯長期管理料(仮称) 〇〇〇点
(困難加算 月1回 〇〇点)

[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（仮称）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（仮称）の評価を新設する。

新 歯周病安定期治療（仮称） 〇〇〇点

〔算定要件〕

- 1 歯科疾患管理料（仮称）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ブ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1回に限り算定する
- 2 歯周病安定期治療（仮称）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（仮称）の治療方針等について、歯科疾患管理料（仮称）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（仮称）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掻爬については、評価の引き下げを行う。

現 行	改正案
【歯周基本治療】 1 スケーリング（3分の1顎につき） 6.4点	【歯周基本治療】 1 スケーリング（3分の1顎につき） 〇〇〇点
注 同時に3分の1顎を超えて行った場合は、3分の1顎を増すごとに、所定点数に4.2点を加算する	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、所定点数に〇〇〇点を加算する
2 スケーリング・ルートプレーニング（1歯につき） イ 前歯 6.0点 ロ 小臼歯 6.4点 ハ 大臼歯 7.0点	2 スケーリング・ルートプレーニング（1歯につき） イ 前歯 〇〇〇点 ロ 小臼歯 〇〇〇点 ハ 大臼歯 〇〇〇点
3 歯周ポケット掻爬（盲嚢掻爬）（1歯につき） イ 前歯 6.0点 ロ 小臼歯 6.4点 ハ 大臼歯 7.0点	3 歯周ポケット掻爬（盲嚢掻爬）（1歯につき） イ 前歯 〇〇〇点 ロ 小臼歯 〇〇〇点 ハ 大臼歯 〇〇〇点
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	注1 同一部位に2回以上歯周基本治療を行った場合における2回目以降の費用は、所定点数（1は、注加算を含む。）の〇〇/100で算定する

- 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） 1 歯周ポケット掻爬術 200点 2 新付着手術 300点 3 歯肉切除術 400点 4 歯肉剥離掻爬手術 1,000点	【歯周外科手術】（1歯につき） 1 歯周ポケット掻爬術 〇〇〇点 2 新付着手術 〇〇〇点 3 歯肉切除術 〇〇〇点 4 歯肉剥離掻爬手術 〇〇〇点

- 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。

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	(1) 常勤の歯科医師が〇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	(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	(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	(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	(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

現 行	改正案
【歯周疾患処置】（1口腔1回につき） 1.0点	【歯周疾患処置】（1口腔1回につき） 〇〇〇点
【適応症】 ・ 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週間薬剤を注入した場合 ・ 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週間継続して薬剤注入をした場合	【適応症】 ・ 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週間薬剤を注入した場合 ・ 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週間継続して薬剤注入をした場合 ・ 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

- 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 〇〇〇点

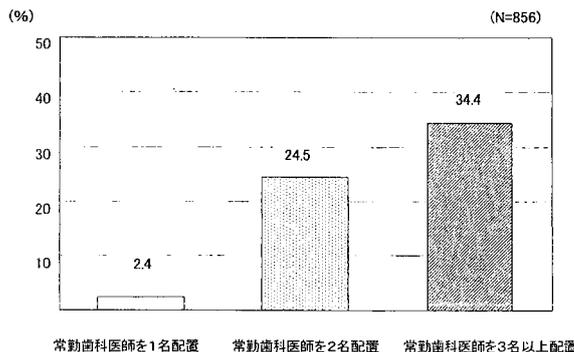
【算定要件】

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

紹介率 30%以上又は紹介率 20%以上で別に定める手術の1年間の実施件数が30例以上となっている病院歯科の割合



(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。

【Ⅱ-6 (歯科医療の充実について) -⑤】

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 〇〇〇点(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(仮称)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 〇〇〇点
- 2 1以外の場合 〇〇〇点

- (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 〇〇〇点

- 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

歯科訪問診療等の見直し

骨子【V-2-(8)】

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。

新 在宅患者連携指導料 〇〇〇点（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。

新 在宅患者緊急時カンファレンス料 〇〇〇点（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。

新 後期高齢者終末期相談支援料 〇〇〇点（月1回）

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診療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
【周辺装置加算】 1 エアタービン及びその周辺装置 200点	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 【周辺装置加算】 1 エアタービン及びその周辺装置 〇〇〇点

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 〇〇〇点（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養歯の調整、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

2 歯科用電気エンジン及びその周辺装置 50点	2 歯科用電気エンジン及びその周辺装置 〇〇〇点
注 区分番号 0000 に掲げる歯科訪問診療料を算定すべき患者又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して歯科訪問診療を行った場合において、切削を伴う処置、手術、歯冠修復又は欠損補綴（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。	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（仮称）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（仮称）】 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 〇〇〇点 ロ 2回目以降 〇〇〇点

先進医療の保険導入（歯科）

（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

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） | ○○○点 |
| 2 2次手術（非吸収性膜の除去） | ○○○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、根分歧部病変を有する歯
- 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 歯根面のルートブリ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

【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ないのであること。
- 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）齶蝕歯無痛の窩洞形成加算（仮称） ○○○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。