

MMPG 診療報酬改定レポート

発行：MMPG (メディカル・マネジメント・プランニング・グループ) 作成：MMPG医療・福祉・介護経営研究所

発行：メディカル・マネジメント・プランニング・グループ (MMPG)
 発行者：(株)ユアーズブレイン 広島市中区国泰寺町1-3-29 デルタビル3階 TEL 082-243-7331

—速報【歯科】—

本日開催された中央社会保険医療協議会総会で、10時11分頃に、平成28年度診療報酬改定が中
 医協より厚生労働大臣に答申されました(本速報は10時11分頃の答申時点の資料に基づいていま
 す)。**【歯科】**における主だった改定項目は以下の通りです。

周術期口腔機能管理等の医科歯科連携の推進

悪性腫瘍手術等に先立ち歯科医師が周術期口腔機能管理を実施した場合に算定できる周術期口腔機能
 管理後手術加算について、周術期における医科と歯科の連携を推進するよう評価を充実する。

旧	新
<p>【手術 通則】【医科点数表】 歯科医師による周術期口腔機能管理の実施後 1月以内に悪性腫瘍手術等を全身麻酔下で実施 した場合は 100点を所定点数に加算する。</p> <p>【手術 通則】【歯科点数表】 周術期口腔機能管理料を算定した患者に対し て、算定後1月以内に悪性腫瘍手術を全身麻酔下 で実施した場合は 100点を所定点数に加算する。</p>	<p>【手術 通則】【医科点数表】 歯科医師による周術期口腔機能管理の実施後 1月以内に悪性腫瘍手術等を全身麻酔下で実施 した場合は <u>200点</u>を所定点数に加算する。</p> <p>【手術 通則】【歯科点数表】 周術期口腔機能管理料を算定した患者に対し て、算定後1月以内に悪性腫瘍手術を全身麻酔下 で実施した場合は <u>200点</u>を所定点数に加算する。</p>

病院における周術期口腔機能管理を推進する観点から、歯科診療所の歯科医師が歯科を標榜している
 病院に訪問して歯科診療ができるよう歯科訪問診療料の要件の見直しを行う。

旧	新
<p>【歯科訪問診療料】 [算定要件] 歯科訪問診療1、歯科訪問診療2、歯科訪問診 療3に規定する「在宅等」は、介護老人保健施設、 特別養護老人ホームのほか、歯科、小児歯科、矯 正歯科又は歯科口腔外科を標榜する保険医療機 関以外の保険医療機関も含まれ、これらに入院す る患者についても算定する。</p>	<p>【歯科訪問診療料】 [算定要件] 歯科訪問診療1、歯科訪問診療2、歯科訪問診 療3に規定する「在宅等」は、介護老人保健施設、 特別養護老人ホームのほか、歯科、小児歯科、矯 正歯科又は歯科口腔外科を標榜する保険医療機 関以外の保険医療機関も含まれ、これらに入院す る患者についても算定する。<u>ただし、歯科、小児 歯科、矯正歯科又は歯科口腔外科を標榜する保険 医療機関に入院する患者について、当該保険医療 機関の歯科医師が当該患者の入院する病院の歯 科医師と連携の下に周術期口腔機能管理及び周 術期口腔機能管理に伴う治療行為を行う場合 については歯科訪問診療料及びその他の特掲診療 料を算定できる。</u></p>

がん等に係る放射線治療又は化学療法の治療期間中の患者に対する周術期口腔機能管理計画策定料、
 周術期口腔機能管理料(Ⅲ)、周術期専門的口腔衛生処置について、対象患者や対象期間の見直しを行
 う。また、周術期専門的口腔衛生処置の評価を充実する。

旧	新
【周術期口腔機能管理計画策定料】	【周術期口腔機能管理計画策定料】

<p>[算定要件] がん等に係る全身麻酔による手術又は放射線治療若しくは化学療法を実施する患者に対して、周術期の口腔機能の評価及び一連の管理計画を策定し、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算定する。</p> <p>【周術期口腔機能管理料(Ⅲ)】</p> <p>[算定要件] がん等に係る放射線治療又は化学療法の治療期間中の患者を対象として、周術期口腔機能管理計画に基づき、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合に月1回を限度として算定する。</p> <p>【周術期専門的口腔衛生処置】</p> <p style="text-align: right;">80点</p> <p>[算定要件] 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術前1回、術後1回を限度として算定する。</p> <p>（新設）</p>	<p>[算定要件] 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を実施する患者に対して、周術期の口腔機能の評価及び一連の管理計画を策定し、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算定する。</p> <p>【周術期口腔機能管理料(Ⅲ)】</p> <p>[算定要件] がん等に係る放射線治療、化学療法又は緩和ケアを実施する患者を対象として、周術期口腔機能管理計画に基づき、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合に月1回を限度として算定する。</p> <p>【周術期専門的口腔衛生処置】</p> <p style="text-align: right;">92点</p> <p>[算定要件] ① 周術期口腔機能管理料(Ⅰ)、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術前1回、術後1回を限度として算定する。 ② <u>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。</u></p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

歯科医師と連携した栄養サポートチームに対する評価

<p>入院基本料等加算の栄養サポートチーム加算に、院内又は院外の歯科医師が参加した場合の評価を新設する。</p>	
<p>栄養サポートチーム加算 歯科医師連携加算 ※入院基本料の加算</p>	<p>50点【医科点数表】(新)</p>
<p>[算定要件] (1) 院内又は院外の歯科医師が、栄養サポートチームの構成員として、以下に掲げる栄養サポートチームとしての診療に従事した場合に算定する。 ① 栄養状態の改善に係るカンファレンス及び回診が週1回程度開催されており、栄養サポートチームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担当する保険医、看護師等が参加している。 ② カンファレンス及び回診の結果を踏まえて、当該患者の診療を担当する保険医、看護師等と共同の上で、栄養治療実施計画を作成し、その内容を患者等に説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付する。 ③ 栄養治療実施計画に基づいて適切な治療を実施し、適宜フォローアップを行う。 ④ 治療終了時又は退院・転院時に、治療結果の評価を行い、それを踏まえてチームで終了時指導又は退院時指導を行い、その内容を栄養治療実施報告書として記録し、その写しを患者</p>	

等に交付するとともに診療録に添付する。

- ⑤ 当該患者の退院・転院時に、紹介先保険医療機関等に対して診療情報提供書を作成した場合は、当該報告書を添付する。

かかりつけ歯科医機能の評価

う蝕の重症化を予防し、歯の喪失リスクの低減を図る観点から、エナメル質初期う蝕に対する積極的な再石灰化を促進するため、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の歯科医師が行うエナメル質初期う蝕に対する定期的・継続的な管理を評価する。

エナメル質初期う蝕管理加算 260点(月1回)(新)
(歯科疾患管理料の加算)

[算定要件]

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所において、エナメル質初期う蝕に罹患している患者に対して、管理及び療養上必要な指導等を実施し、その内容について説明を行った場合、歯科疾患管理料に260点を加算する。

[包括範囲]

エナメル質初期う蝕管理加算を算定した場合、以下の項目は包括され別に算定できない。

- ・フッ化物歯面塗布処置
- ・機械的歯面清掃処置
- ・口腔内写真検査
- ・歯科疾患管理料のフッ化物洗口に関する加算

[かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準]

- (1) 歯科診療所であること。
- (2) 歯科医師が複数名配置されていること、あるいは、歯科衛生士が一名以上配置されていること。
- (3) 歯科外来診療における医療安全対策に係る研修、高齢者の口腔機能管理に係る研修を受けた常勤の歯科医師が一名以上配置されていること。
- (4) 歯科訪問診療料、歯科疾患管理料、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こと。
- (5) 緊急時の対応を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- (6) 当該地域において、在宅療養を担う保険医、介護・福祉関係者等との連携体制が整備されていること。
- (7) 医療安全対策につき十分な体制が整備されていること。

歯周疾患の重症化を予防し、歯の喪失リスクの低減を図る観点から、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の歯科医師が行う歯周基本治療等終了後の病状安定期にある患者に対する定期的・継続的な歯周病安定期治療による管理を評価する。

歯周病安定期治療(Ⅱ)(月1回) (新)

1	1歯以上 10歯未満	380点
2	10歯以上 20歯未満	550点
3	20歯以上	830点

※現行の歯周病安定期治療を、歯周病安定期治療(Ⅰ)として、新たに歯周病安定期治療(Ⅱ)を創設

[算定要件]

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所において、一連の歯周病治療終了後、一時的に病状が安

定した状態にある患者に対し、歯周組織の状態を維持するためのプラークコントロール、歯周病検査、口腔内写真検査、スケーリング、スケーリング・ルートプレーニング、咬合調整及び機械的歯面清掃等の継続的な治療を開始した場合は、それぞれの区分に従い、月 1 回を限度として算定する。

歯周病安定期治療(Ⅱ)を開始した日以降に歯周外科手術を実施した場合は、所定点数の 100 分の 50 に相当する点数により算定する。

[包括範囲]

歯周病安定期治療(Ⅱ)を算定した場合、以下の項目は包括され別に算定できない。

- ・ 歯周病検査
- ・ 口腔内写真検査
- ・ 機械的歯面清掃処置
- ・ 歯周基本治療
- ・ 歯周疾患処置
- ・ 歯周基本治療処置

[かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準]

エナメル質初期う蝕管理加算 の施設基準と同じ

口腔機能の回復及び口腔疾患の重症化予防を目的として、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の歯科医師が行う、在宅等で療養を行っている患者に対する摂食機能障害及び歯科疾患に対する包括的で継続的な管理の評価を行う。

在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の加算 100 点 (月 4 回) (新)

※ 新たに在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を創設し、当該指導管理料の加算として評価

[算定要件]

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所において当該指導管理を実施した場合は、100 点を所定点数に加算する。

[包括範囲]

在宅患者訪問口腔リハビリテーション料指導管理料を算定した場合、以下の項目は包括され別に算定できない。

- ・ 歯周病検査
- ・ 歯周病部分的再評価検査
- ・ 歯周基本治療
- ・ 歯周病安定期治療(Ⅰ)
- ・ 歯周病安定期治療(Ⅱ)
- ・ 歯周基本治療処置
- ・ 機械的歯面清掃処置
- ・ 摂食機能療法

[かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準]

エナメル質初期う蝕管理加算 の施設基準と同じ

在宅医療専門の医療機関に関する評価

1. 健康保険法第 63 条第 3 項に基づく開放性の観点から、保険医療機関について、外来応需の体制を有していることが原則であることを明確化した上で、例外として、在宅医療を専門に実施する場合であって、以下の要件を満たす場合には保険医療機関として開設を認めることとする。

[開設要件]

- (1) 無床診療所であること。
- (2) 在宅医療を提供する地域をあらかじめ規定していること。
- (3) 外来診療が必要な患者が訪れた場合に対応できるよう、地域医師会（歯科医療機関にあっては地域歯科医師会）から協力の同意を得ている又は（2）の地域内に協力医療機関を2か所以上確保していること。
- (4) 規定した地域内において在宅医療を提供していること、在宅医療導入に係る相談に随時応じていること、及び医療機関の連絡先等を広く周知していること。
- (5) 往診や訪問診療を求められた場合、医学的に正当な理由等なく断ることがないこと。
- (6) 診療所において、患者・家族等からの相談に応じる設備・人員等の体制を整えていること。
- (7) 緊急時を含め、随時連絡に応じる体制を整えていること。

2～4 略

5. 在宅歯科医療を専門に実施する在宅療養支援歯科診療所に対する評価を新設する。

[在宅歯科医療を専門に実施する在宅療養支援歯科診療所の施設基準]

歯科診療所であって、現行の在宅療養支援歯科診療所の施設基準に加え、以下の要件を満たしていること。

- (1) 在宅歯科医療を提供した患者数を、在宅歯科医療及び外来歯科医療を提供した患者の合計数で除した値が0.95以上であること。
- (2) 過去1年間に、5か所以上の保険医療機関から初診患者の診療情報提供を受けていること。
- (3) 当該診療所で行われる歯科訪問診療のうち、6割以上が歯科訪問診療1を算定していること。
- (4) 在宅歯科医療に係る3年以上の経験を有する歯科医師が勤務していること。
- (5) 歯科用ポータブルユニット、歯科用ポータブルバキューム及び歯科用ポータブルレントゲンを有していること。
- (6) 歯科訪問診療において、過去1年間に、抜髄又は感染根管処置、抜歯手術、有床義歯装着、有床義歯修理及び有床義歯内面適合法をそれぞれ20件以上実施していること。

6. 在宅歯科医療を専門に実施する保険医療機関であって、在宅療養支援歯科診療所の指定を受けていないものは、歯科訪問診療1、2又は3とは別に規定する歯科訪問診療料（初診料・再診料に相当する点数）により算定する。

7. 現行の在宅療養支援歯科診療所について、在宅歯科医療を提供した患者数を、在宅歯科医療及び外来歯科医療を提供した患者の合計数で除した値が0.95未満であることを施設基準として追加する。

[経過措置]

平成28年3月31日時点で在宅療養支援歯科診療所として届け出ている保険医療機関については、平成29年3月31日までの間、基準を満たしているものとする。

在宅歯科医療の推進等

口腔機能が低下し摂食機能障害を有する患者に対する口腔機能の管理について、包括的な評価を行う。

在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料		(新)
1	10 歯未満	350 点
2	10 歯以上 20 歯未満	450 点
3	20 歯以上	550 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場合であって、摂食機能障害及

び継続的な歯科疾患の管理が必要な者に対して、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、30分以上行った場合に限り、1月に4回を限度として算定する。

- (2) 歯周病検査、歯周病部分的再評価検査、歯周基本治療、歯周病安定期治療、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) 歯科疾患管理料、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）、歯科特定疾患療養管理料及び歯科疾患在宅療養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、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、50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を除く）。

歯科の標榜がない病院に入院中又は介護保険施設に入所中の患者に対して、歯科訪問診療を行う歯科医師が栄養サポートチーム等に加わり、その評価に基づいて歯科訪問診療を行った場合の評価を行う。

栄養サポートチーム連携加算 1 60点(新)
 ※歯科疾患在宅療養管理料の加算

[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連携加算1として、60点を所定点数に加算する。

栄養サポートチーム連携加算 2 60点(新)
 ※歯科疾患在宅療養管理料の加算

[算定要件]

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連携加算2として、60点を所定点数に加算する。

在宅を中心としつつ、地域の病院等とも連携して歯科訪問診療を実施している歯科診療所を評価する観点から、在宅かかりつけ歯科診療所加算の施設基準及び名称の見直しを行う。

旧	新
<p>【在宅かかりつけ歯科診療所加算】 [名称]</p> <p>[算定要件] 施設基準に適合した保険医療機関において、在宅において療養を行っている患者に対して歯科訪問診療を実施した場合は、在宅かかりつけ歯科診療所加算として、100点を所定点数に加算する。</p> <p>[施設基準] ① 歯科診療所であること。 ② 当該歯科診療所で実施される直近3か月の歯科訪問診療の実績が、月平均5人以上であり、そのうち少なくとも8割以上が歯科訪問診療1を算定していること。</p>	<p>【在宅歯科医療推進加算】 (名称変更)</p> <p>[算定要件] 施設基準に適合した保険医療機関において、在宅において療養を行っている患者に対して歯科訪問診療を実施した場合は、在宅歯科医療推進加算として、100点を所定点数に加算する。</p> <p>[施設基準] ① 歯科診療所であること。 ② 当該歯科診療所で実施される直近3か月の歯科訪問診療の実績が、月平均5人以上であり、そのうち少なくとも6割以上が歯科訪問診療1を算定していること。</p>

同一建物で1人に対して歯科訪問診療を行う場合において、患者の全身状態等により診療時間が20分未満となる場合の評価の見直しを行う。

旧	新
<p>【歯科訪問診療1】 [算定要件] (新設)</p>	<p>【歯科訪問診療1】 [算定要件] 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も算定を認める。 当該患者が「著しく歯科診療が困難な者」に準じる状態等であり、20分以上の診療が困難である場合においては、診療時間が20分未満であっても「歯科訪問診療1」を算定して差し支えない。 なお、この場合においては、20分以上の診療が困難である理由を含めた患者の状態(要介護度を含む。)を診療録に記載する。</p>

同居する同一世帯の複数の患者に対して診療をした場合など、同一の患家において2人以上歯科訪問診療を行った場合の評価について見直しを行う。

旧	新
<p>【歯科訪問診療】 [算定要件] (新設)</p>	<p>【歯科訪問診療】 [算定要件] 同居する同一世帯の複数の患者に対して診察をした場合など、同一の患家において2人以上の患者を診察した場合には、1人目は、歯科訪問診療1を算定し、2人目以降の患者については歯科訪問診療2を算定する。</p>

歯科訪問診療を行う歯科医療機関と「特別の関係」にある施設等に訪問して歯科訪問診療を行った場合の評価について見直しを行う。

旧	新
<p>【歯科訪問診療】 [算定要件] 保険医療機関と他の保険医療機関の関係において、開設者が同一等、特別の関係にある施設等に訪問して歯科診療を行った場合は、歯科訪問診療料は算定できない。</p>	<p>【歯科訪問診療】 [算定要件] ① 保険医療機関と他の保険医療機関の関係において、開設者が同一等、特別の関係にある施設等に訪問して歯科診療を行った場合は、<u>歯科訪問診療1、2又は3とは別に規定する歯科訪問診療料(初診料・再診料に相当する点数)により算定する。</u> ② 「特別の関係にある施設等」に規定する「施設等」とは、<u>養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、特別養護老人ホーム等をいう。</u></p>

歯科訪問診療で求められる診療の重要性及び困難性を考慮し、歯科訪問診療で行う処置等について、評価の見直しを行う。また、この見直しに併せて、6歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な者に対する評価の見直しを行う。

旧	新
<p>【処置 通則】 ① 「歯科訪問診療料のみを算定する患者」の場合</p>	<p>【処置 通則】 ① 歯科訪問診療料のみを算定する患者の場合</p>

<p>「抜髄の単根管、2根管及び3根管以上」、 「感染根管処置の単根管、2根管及び3根管以上」 100分の50加算</p>	<p>1 「<u>抜髄の単根管及び2根管</u>」、<u>「感染根管処置の単根管及び2根管」</u> 100分の30加算 2 「<u>抜髄及び感染根管処置の3根管以上</u>」 100分の50加算</p>
<p>② 「6歳未満の乳幼児又は著しく歯科治療が困難な者」、「歯科訪問診療料及び著しく歯科治療が困難な者」の場合の処置（全身麻酔の場合を除く） 100分の50加算</p>	<p>② 「6歳未満の乳幼児又は著しく歯科治療が困難な者」、「歯科訪問診療料及び著しく歯科治療が困難な者」の場合 1 「<u>抜髄及び感染根管処置の単根管及び2根管</u>」 100分の30加算 2 1以外の処置（床副子は除く。） 100分の50加算</p>
<p>【手術 通則】 ① 「歯科訪問診療料のみを算定する患者」の場合 「<u>抜歯の乳歯、前歯及び臼歯</u>」、「<u>口腔内消炎処置の歯肉膿瘍</u>」 100分の50加算</p>	<p>【手術 通則】 ① 「歯科訪問診療料のみを算定する患者」の場合 1 「<u>口腔内消炎処置の歯肉膿瘍</u>」 100分の30加算 2 「<u>抜歯の乳歯、前歯及び臼歯</u>」 100分の50加算</p>
<p>② 「6歳未満の乳幼児又は著しく歯科治療が困難な者」、「歯科訪問診療料及び著しく歯科治療が困難な者」の場合 手術（全身麻酔の場合、中心静脈注射用植込型カテーテル設置の加算を算定した場合を除く） 100分の50加算</p>	<p>② 「6歳未満の乳幼児又は著しく歯科治療が困難な者」、「歯科訪問診療料及び著しく歯科治療が困難な者」の場合 1 「<u>口腔内消炎手術の智歯周囲炎の歯肉弁切除、歯肉膿瘍</u>」 100分の30加算 2 1以外の手術（全身麻酔の場合、中心静脈注射用植込型カテーテル設置の加算を算定した場合を除く） 100分の50加算</p>
<p>【歯冠修復及び欠損補綴 通則】 ① 「歯科訪問診療料のみを算定する患者」の場合 「<u>有床義歯修理</u>」 100分の50加算</p>	<p>【歯冠修復及び欠損補綴 通則】 ① 「歯科訪問診療料のみを算定する患者」の場合 1 「<u>印象採得の欠損補綴の連合印象及び特殊印象</u>」、「<u>有床義歯の咬合採得</u>」、「<u>有床義歯内面適合法</u>」 100分の70加算 2 「<u>有床義歯修理</u>」 100分の50加算</p>
<p>② 「6歳未満の乳幼児又は著しく歯科治療が困難な者」、「歯科訪問診療料及び著しく歯科治療が困難な者」の場合 歯冠修復及び欠損補綴 100分の50加算</p>	<p>② 「6歳未満の乳幼児又は著しく歯科治療が困難な者」、「歯科訪問診療料及び著しく歯科治療が困難な者」の場合 1 「<u>印象採得の欠損補綴の連合印象及び特殊印象</u>」、「<u>有床義歯の咬合採得</u>」、「<u>有床義歯内面適合法</u>」 100分の70加算 2 1以外の歯冠修復及び欠損補綴 100分の50加算</p>

ただし、金属歯冠修復、レジン前装金属冠等を除く。	ただし、金属歯冠修復、レジン前装金属冠等を除く。
--------------------------	--------------------------

同一建物において同一日に複数の患者に対して歯科訪問診療を行った場合等について、歯科訪問診療料の適正化を行う。

旧		新	
【歯科訪問診療料（1日につき）】		【歯科訪問診療料（1日につき）】	
1 歯科訪問診療 1	866点	1 歯科訪問診療 1	866点
2 歯科訪問診療 2	283点	2 歯科訪問診療 2	283点
3 歯科訪問診療 3	143点	3 歯科訪問診療 3	120点

診療情報提供書等の電子的な送受に関する評価

診療情報提供料（I） 検査・画像情報提供加算の新設

検査・画像情報提供加算	
イ 退院する患者について、当該患者の退院日の属する月又はその翌月に、必要な情報を提供した場合	200点(新)
ロ 入院中の患者以外の患者について、必要な情報を提供した場合	30点(新)
[算定要件] 保険医療機関が、患者の紹介を行う際に、過去の主要な診療記録を、他の保険医療機関に電子的方法で閲覧可能なように提供した場合に加算する。ただし、イについては、注7に規定する加算を算定する場合は算定しない。	

電子的診療情報評価料の新設

電子的診療情報評価料	30点(新)
[算定要件] 保険医療機関が、別の保険医療機関から診療情報提供書の提供を受けた患者について、過去の主要な診療記録を電子的方法により閲覧でき、当該診療記録を診療に活用した場合に算定する。	
[2及び3に係る施設基準] (1) 他の保険医療機関等と連携し、患者の医療情報に関する電子的な送受信が可能なネットワークを構築していること。 (2) 別の保険医療機関と標準的な方法により安全に情報の共有を行う体制が具備されていること。	

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充実

全身的な疾患を有する患者に対する歯科医療の充実を図る観点から、以下の対応を行う。初再診時における歯科外来診療環境体制加算の評価の見直しを行う。

旧	新
【歯科外来診療環境体制加算（初診料の加算）】 26点	【歯科外来診療環境体制加算（初診料の加算）】 25点
【歯科外来診療環境体制加算（再診料の加算）】 4点	【歯科外来診療環境体制加算（再診料の加算）】 5点

全身的な疾患を有する患者の歯科治療を行う際に、治療内容等の必要に応じてバイタルサインのモニタリングを行った場合を評価する。
 ※ 現行の歯科治療総合医療管理料を、歯科治療総合医療管理料(I)として、新たに歯科治療総合医療管理料(II)を新設

歯科治療総合医療管理料(II) 45点(1日につき)(新)

[算定要件]

- ① 施設基準に適合した保険医療機関において、全身的な管理が必要な患者に対し、第8部処置(区分番号I009からI009-4、区分番号I010及びI011-3に掲げるものを除く。)、第9部手術又は第12部歯冠修復及び欠損補綴(区分番号M001から区分番号M003までに掲げるものに限り、全身麻酔下で行うものを除く。)を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合に算定する。
- ② 医科点数表の呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ(ハートスコープ)、カルジオタコスコープを算定した日は、当該管理料は算定できない。
- ③ 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)、歯科治療総合医療管理料(I)を算定した月は算定できない。

[施設基準]

現行の歯科治療総合医療管理料と同じ

旧	新
<p>【歯科治療総合医療管理料】 [名称] [算定要件] 施設基準に適合した保険医療機関において、全身的な管理が必要な患者に対し、第8部処置(区分番号I009からI009-4、区分番号I010及びI011-3に掲げるものを除く。)、第9部手術又は第12部歯冠修復及び欠損補綴(区分番号M001から区分番号M002までに掲げるものに限り、全身麻酔下で行うものを除く。)を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合に算定する。</p> <p>【在宅患者歯科治療総合医療管理料】 [名称] (新設)</p>	<p>【歯科治療総合医療管理料(I)】 (名称変更) [算定要件] 施設基準に適合した保険医療機関において、全身的な管理が必要な患者に対し、第8部処置(区分番号I009からI009-4、区分番号I010及びI011-3に掲げるものを除く。)、第9部手術又は第12部歯冠修復及び欠損補綴(区分番号M001から区分番号M003までに掲げるものに限り、全身麻酔下で行うものを除く。)を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合に算定する。</p> <p>【在宅患者歯科治療総合医療管理料(I)】 (名称変更)</p> <p>【在宅患者歯科治療総合医療管理料(II)】 (1日につき) 45点(新) 施設基準に適合した保険医療機関において、全身的な管理が必要な患者に対し、第8部処置(区分番号I009からI009-4、区分番号I010及びI011-3に掲げるものを除く。)、第9部手術又は第12部歯冠修復及び欠損補綴(区分番号M001から区分番号M003までに掲げるものに限り、全身麻酔下で行うものを除く。)を行うに当たって、心拍等の監視を行い、必要な医療管理を行った場合に算定する。 医科点数表の呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ(ハートスコープ)、カルジオタコスコープを算定した日は、当該管理料は算定できない。 在宅患者歯科治療総合医療管理料(II)を算</p>

	<p>定した月において、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)又は在宅歯科治療総合医療管理料(Ⅰ)を算定した月は、別に算定できない。</p> <p>[施設基準] 現行の在宅患者歯科治療総合医療管理料と同じ。</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

糖尿病を有する患者の歯周病治療において、歯周組織の炎症の改善を図り、歯周基本治療をより効果的に行う観点から、歯周基本治療に先行して局所抗菌剤の投与が可能となるように歯周疾患処置の3艇要件の見直しを行う。

旧	新
<p>【歯周疾患処置】 [算定要件] (新設)</p>	<p>【歯周疾患処置】 [算定要件] 糖尿病を有する患者であって、歯周ポケットが4ミリメートル以上の歯周病を有するものに対して、歯周基本治療に先行して計画的に特定薬剤の注入を行った場合は、本区分により算定する。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からの診療情報提供(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。</p>

口腔疾患の重症化を予防し、歯の喪失リスクを低減する観点から、以下の対応を行う。
 エナメル質初期う蝕の積極的な再石灰化を促進し、う蝕の重症化を予防する観点から、フッ化物歯面塗布処置の評価の見直しを行う。また、う蝕多発傾向者、在宅等療養患者に対するフッ化物歯面塗布処置について評価の拡充を行う。

<p><u>フッ化物歯面塗布処置</u> エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合</p>		120点(1口腔につき)
<p>[算定要件] 歯科疾患管理料を算定したエナメル質初期う蝕に罹患している患者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に月1回を限度として算定する。ただし、2回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、前回実施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った場合に限り、月1回を限度として算定する。</p>		
旧	新	
<p>【フッ化物歯面塗布処置(1口腔につき)】</p>	<p>【フッ化物歯面塗布処置(1口腔につき)】</p>	
<p>1 う蝕多発傾向者の場合 80点</p>	<p>1 う蝕多発傾向者の場合 100点</p>	
<p>2 在宅等療養患者の場合 80点</p>	<p>2 在宅等療養患者の場合 100点</p>	

歯周病の重症化を予防する観点から、歯周基本治療等終了後の病状安定期にある患者に対する管理である歯周病安定期治療の算定要件の見直しを行う。

旧	新
<p>【歯周病安定期治療】 [名称]</p>	<p>【歯周病安定期治療(Ⅰ)】 (名称変更)</p>
<p>[算定要件] 歯周病安定期治療は、歯科疾患管理料又は歯</p>	<p>[算定要件] 歯周病安定期治療は、歯科疾患管理料又は歯</p>

<p>科疾患在宅療養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、歯周組織の状態を維持し、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、スクレーリング、スクレーリング・ルートプレーニング、咬合調整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回を限度として算定する。なお、中等度以上の歯周病を有するものとは、骨吸収が根の長さの3分の1以上であり、歯周ポケットは4ミリメートル以上を有するものをいう。中等度以上の歯周病を有するものとは、骨吸収が根の長さの3分の1以上であり、歯周ポケットは4ミリメートル以上を有するものをいう。</p> <p>歯周病安定期治療を開始した日以降に歯周外科手術を実施した場合は、所定点数の100分の30に相当する点数により算定する。</p>	<p>科疾患在宅療養管理料を算定している患者であって、4ミリメートル以上の歯周ポケット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する処置等を評価したものをいう。なお、一時的に症状が安定した状態とは、<u>歯周基本治療等の終了後の再評価のための検査結果において、病変の進行が停止し症状が安定していると考えられる深い歯周ポケット又は歯の動揺が認められる状態をいう。</u></p> <p>歯周病安定期治療(I)を開始した日以降に歯周外科手術を実施した場合は、<u>所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。</u></p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

各ライフステージの口腔機能の変化に着目して、以下の対応を行う。
舌接触補助床を装着した患者に対して、舌圧検査を実施した場合の評価を新設する。

旧	新
(新設)	<p>【舌圧検査】 140点(新)</p> <p><u>【算定要件】</u> 舌接触補助床を算定した患者に対して、舌圧測定を行った場合に月2回を限度として算定する。</p>

口唇口蓋裂患者に対するホッツ床等の口腔内装置の装着を行った患者に対して、当該装置に係る調整及び指導等を実施した場合の評価を行う。

旧	新
<p>【歯科口腔リハビリテーション料1 (1口腔につき)】</p> <p>1 有床義歯の場合 イ ロ以外の場合 100点 ロ 困難な場合 120点</p> <p>2 舌接触補助床の場合 190点</p> <p>(新設)</p>	<p>【歯科口腔リハビリテーション料1 (1口腔につき)】</p> <p>1 有床義歯の場合 イ ロ以外の場合 100点 ロ 困難な場合 120点</p> <p>2 舌接触補助床の場合 190点</p> <p>3 その他の場合 185点(新)</p> <p><u>【算定要件】</u> 口蓋補綴、顎補綴により算定した装置を装着している患者に対して、月4回を限度として算定する。</p>

歯科固有の技術の評価について、以下の対応を行う。
4根管又は槌状根に対して、マイクロスコープ(歯科用実体顕微鏡)及び歯科用3次元エックス線断層撮影を用いて歯の根管の数や形態を正確に把握した上で根管治療を実施した場合の評価を行うとともに、加圧根管充填の評価の拡充を行う。

旧	新
【加圧根管充填処置(1歯につき)】	【加圧根管充填処置(1歯につき)】

単根管	130点	単根管	136点
2根管	156点	2根管	164点
3根管以上	190点	3根管以上	200点
[算定要件] (新設)		[算定要件] 4根管又は槌状根に対して歯科用3次元エックス線断層撮影装置及び手術用顕微鏡を用いて根管治療を行った場合は、400点を所定点数に加算する。なお、歯科用3次元エックス線断層撮影の費用は別に算定できる。	

<p>歯科疾患管理料を含む医学管理等において、文書提供等の要件を見直し、文書提供を行った場合を評価する。</p>	
旧	新
<p>【歯科疾患管理料】 110点 [算定要件]</p> <p>① 1回目の歯科疾患管理料は、継続的な歯科疾患の管理が必要な患者に対し、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、初診日の属する月から起算して2月以内1回を限度として、算定する。</p> <p>② 2回目以降の歯科疾患管理料は、1回目の歯科疾患管理料を算定した患者に対して提供した管理計画書に基づく継続的な管理を行っている場合であって、歯科疾患の管理及び療養上必要な指導について、継続管理計画書を作成し、その内容について説明を行い、当該管理計画書を提供したときに、1回目の歯科疾患管理料を算定した日の属する月の翌月以降月1回を限度として算定する。</p> <p>③ 周術期口腔機能管理料(I)、周術期口腔機能管理料(II)又は周術期口腔機能管理料(III)を算定した患者に対して、周術期口腔機能管理の終了後に療養上の必要があつて歯科疾患の継続的な管理を行う場合は、歯科疾患管理料は注1及び注2の規定にかかわらず、周術期口腔機能管理料(I)、周術期口腔機能管理料(II)又は周術期口腔機能管理料(III)を算定した日の属する月の翌月以降から算定する。</p> <p>④ 管理計画書に基づく治療終了日から起算して2月を経過するまでの間、初診料は算定できない。</p>	<p>【歯科疾患管理料】 100点 [算定要件]</p> <p>① 1回目の歯科疾患管理料は、継続的な歯科疾患の管理が必要な患者に対し、患者又はその家族等(以下、「患者等」という。)の同意を得て管理計画を作成し、その内容について説明を行った場合に、初診日の属する月から起算して2月以内1回を限度として、算定する。</p> <p>② 2回目以降の歯科疾患管理料は、1回目の歯科疾患管理料を算定した患者に対して、<u>管理計画に基づく継続的な管理を行っている場合であつて、歯科疾患の管理及び療養上必要な指導について、その内容について説明を行ったときに</u>、1回目の歯科疾患管理料を算定した日の属する月の翌月以降月1回を限度として算定する。</p> <p>③ 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)、<u>歯科特定疾患療養管理料、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及び歯科矯正管理料</u>を算定した患者に対して、当該管理の終了後に療養上の必要があつて歯科疾患の継続的な管理を行う場合は、歯科疾患管理料は注1及び注2の規定にかかわらず、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)、<u>歯科特定疾患療養管理料、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及び歯科矯正管理料</u>を算定した日の属する月の翌月以降から算定する。</p> <p>④ <u>管理計画</u>に基づく治療終了日から起算して2月を経過するまでの間、初診料は算定できない。</p>

<p>(新設)</p> <p>【歯科疾患在宅療養管理料】</p> <p>1 在宅療養支援歯科診療所の場合 140点</p> <p>2 1以外の場合 130点</p> <p>[算定要件]</p> <p>① 当該保険医療機関の歯科医師が、歯科訪問診療料を算定した患者であって継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該患者等又はその家族の同意を得て、当該患者の歯科疾患の状況等を踏まえて作成した管理計画書を提出した場合に、月1回を限度として算定する。</p> <p>② 在宅療養支援歯科診療所の歯科医師が、当該患者の口腔機能の評価を行い、当該評価結果を踏まえて管理計画書を作成し、当該患者又はその家族に対して文書により提供した場合は、口腔機能管理加算として、月1回を限度として50点を所定点数に加算する。</p> <p>(新設)</p>	<p>⑤ ①の規定による管理計画に基づき、当該患者等に対し、歯科疾患の管理に係る内容を文書により提供した場合は、10点を所定点数に加算する。</p> <p>【歯科疾患在宅療養管理料】</p> <p>1 在宅療養支援歯科診療所の場合 240点</p> <p>2 1以外の場合 180点</p> <p>[算定要件]</p> <p>① 当該保険医療機関の歯科医師が、歯科訪問診療料を算定した患者であって継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該患者等の同意を得て、当該患者の歯科疾患の状況及び併せて実施した口腔機能評価の結果等を踏まえて管理計画を作成し、その内容について説明を行った場合に、月1回を限度として算定する。</p> <p>(削除)</p> <p>③ 2回目以降の歯科疾患在宅療養管理料は、①の規定による管理計画に基づく継続的な管理を行っている場合であって、歯科疾患の管理及び療養上必要な指導について、その内容について説明を行ったときに、1回目の歯科疾患在宅療養管理料を算定した日の属する月の翌以降月1回を限度として算定する。</p> <p>④ ①の規定による管理計画に基づき、当該患者等に対し、歯科疾患の管理及び口腔機能に係る内容を文書により提供した場合は10点を所定点数に加算する。</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>抜歯手術について、抜歯部位に応じた評価となるように難抜歯の評価の見直しを行う。</p>	
<p>旧</p>	<p>新</p>
<p>【抜歯手術（1歯につき）】</p> <p>1 乳歯 130点</p> <p>2 前歯 150点</p> <p>3 臼歯 260点</p> <p>4 難抜歯 470点</p> <p>5 埋伏歯 1,050点</p> <p>[算定要件]</p> <p>4については、歯根肥大、骨の癒着歯等に対する骨の開さく又は歯根分離術を行った場合に限り算定する。</p>	<p>【抜歯手術（1歯につき）】</p> <p>1 乳歯 130点</p> <p>2 前歯 150点</p> <p>3 臼歯 260点</p> <p>(削除)</p> <p>4 埋伏歯 1,050点</p> <p>[算定要件]</p> <p>2又は3については、歯根肥大、骨の癒着歯等に対する骨の開さく又は歯根分離術を行った場合に限り、難抜歯加算として210点を所定の点数に加算する。</p>

補綴時診断料及び平行測定検査について、臨床の実態に即した評価となるように見直しを行う。	
旧	新
<p>【補綴時診断料（1口腔につき）】</p> <p style="text-align: right;">100点</p> <p>[算定要件] 同一患者につき、補綴時診断料を算定すべき診断を2回以上行った場合は、1回目の診断を行ったときに限り算定する。</p> <p>【平行測定検査】</p> <p>（新設）</p>	<p>【補綴時診断料（1装置につき）】</p> <p>1 補綴時診断（新製の場合）</p> <p style="text-align: right;">90点（新）</p> <p>2 補綴時診断（1以外の場合）</p> <p style="text-align: right;">70点（新）</p> <p>[算定要件] 1については、欠損補綴物を新たに製作する<u>場合に算定する。</u> 2については、有床義歯修理又は有床義歯内面適合法を実施した場合に算定する。 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。</p> <p>（削除）</p> <p>【ブリッジ支台歯形成加算（歯冠形成の加算）】</p> <p>[算定要件] 生活歯歯冠形成の金属冠、失活歯歯冠形成の金属冠、窩洞形成の複雑なものについて、ブリッジの支台歯として歯冠形成を行った場合は、ブリッジ支台歯形成加算として1歯につき20点を所定点数に加算する。</p>

義歯新製から6ヶ月以内に実施する有床義歯内面適合法について、有床義歯修理の評価と整合性を図るとともに、軟質材料を用いた場合を評価する。	
旧	新
<p>【有床義歯内面適合法】</p> <p>1 局部義歯（1床につき）</p> <p>イ 1歯から4歯まで 210点</p> <p>ロ 5歯から8歯まで 260点</p> <p>ハ 9歯から11歯まで 360点</p> <p>ニ 12歯から14歯まで 560点</p> <p>2 総義歯（1顎につき） 770点</p>	<p>【有床義歯内面適合法】</p> <p>1 硬質材料を用いる場合（1床につき）</p> <p>イ 局部義歯（1床につき）</p> <p>(1) 1歯から4歯まで 210点</p> <p>(2) 5歯から8歯まで 260点</p> <p>(3) 9歯から11歯まで 360点</p> <p>(4) 12歯から14歯まで 560点</p> <p>ロ 総義歯（1顎につき） 770点</p> <p>2 軟質材料を用いる場合（1床につき）</p> <p style="text-align: right;">1,400点（新）</p> <p>① 2については、<u>下顎総義歯に限る。</u></p> <p>② <u>新たに製作した有床義歯を装着した日から起算して6月以内に当該有床義歯の有床義歯内面適合法を行った場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。</u></p>
<p>歯科用アマルガム等、歯科医療技術の進歩に伴い実施頻度が減少している技術や新たな材料の普及により使用頻度が減少している特定保険医療材料について、廃止を含めて見直しを行う。なお、現行のジャケット冠については、3ヶ月間の経過措置を設けた上で廃止する。</p>	
旧	新
<p>（特定保険医療材料）</p> <p>【充填】</p> <p>銀錫アマルガム</p> <p>金属小釘</p>	<p>（特定保険医療材料）</p> <p>【充填】</p> <p>（削除）</p> <p>（一部廃止）一般的名称の歯科用保持ピンのみを</p>

<p>【バー】 屈曲バー 金銀パラジウム合金（金12%以上） イ パラタルバー ロ リンガルバー</p> <p>（技術） 【ジャケット冠】</p>	<p><u>廃止</u></p> <p>【バー】</p> <p><u>（削除）</u> <u>（削除）</u></p> <p><u>（削除）</u></p>
<p>[経過措置] 現行のジャケット冠については、平成 28 年 6 月 30 日までの間は、従前の例による。</p>	

その他、診断、口腔機能を維持・向上等に資する技術については、医療技術評価分科会等の検討や現場の実態を踏まえつつ、適切な評価を行うとともに、一部の項目について評価体系等を見直す。

診断、歯の喪失リスクの低減等に資する技術

旧	新
<p>【歯科画像診断管理加算 2】 [算定要件] 写真診断(歯科用3次元エックス線断層撮影に係るものに限る。)については、施設基準に適合し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、歯科画像診断管理加算2として、月1回を限度として180点を所定点数に加算する。</p>	<p>【歯科画像診断管理加算 2】 [算定要件] 写真診断(歯科用3次元エックス線断層撮影に係るものに限る。)又は医科点数表のコンピュータ断層診断の例によることとされた画像診断については、施設基準に適合し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、歯科画像診断管理加算2として、月1回を限度として180点を所定点数に加算する。</p>
<p>【歯科衛生実地指導料】 訪問歯科衛生指導料を算定している患者は算定できない。</p>	<p>【歯科衛生実地指導料】 訪問歯科衛生指導料を算定している<u>月</u>は算定できない。</p>
<p>【機械的歯面清掃処置】 60点</p>	<p>【機械的歯面清掃処置】 <u>68点</u></p>
<p>【歯髄保護処置】 歯髄温存療法 150点 直接歯髄保護処置 120点</p>	<p>【歯髄保護処置】 歯髄温存療法 <u>188点</u> 直接歯髄保護処置 <u>150点</u></p>
<p>【抜髄】 単根管 228点 2根管 418点 3根管以上 588点 歯髄温存療法を行った日から起算して3月以内に当該処置を行う場合は、その区分に従い、78点、268点又は438点を算定する。 直接歯髄保護処置を行った日から起算して1月以内に当該処置を行う場合は、その区分に従い、108点、298点又は468点を算定する。</p>	<p>【抜髄】 単根管 228点 2根管 418点 3根管以上 588点 歯髄温存療法を行った日から起算して3月以内に当該処置を行う場合は、その区分に従い、<u>40点、230点又は400点</u>を算定する。 直接歯髄保護処置を行った日から起算して1月以内に当該処置を行う場合は、その区分に従い、<u>78点、268点又は438点</u>を算定する。</p>

<p>【根管貼薬処置】</p> <p>単根管 26点 2根管 30点 3根管以上 40点</p> <p>【乳幼児う蝕薬物塗布処置】 [名称] 3歯まで 40点 4歯以上 50点</p> <p>【知覚過敏処置】 3歯まで 40点 4歯以上 50点</p> <p>【初期う蝕早充填処置】 124点</p> <p>【暫間固定】 [算定要件] 手術を行った歯の本数等、算定要件が必ずしも明確ではない場合がある。</p>	<p>【根管貼薬処置】</p> <p>単根管 28点 2根管 34点 3根管以上 46点</p> <p>【う蝕薬物塗布処置】 <u>(名称変更)</u> 3歯まで 46点 4歯以上 56点</p> <p>【知覚過敏処置】 3歯まで 46点 4歯以上 56点</p> <p>【初期う蝕早充填処置】 134点</p> <p>【暫間固定】 [算定要件] <u>手術歯数、術前・術中・術後に分けて算定要件を明確化する。</u></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>術前</th> <th>術中</th> <th>術後1回目</th> <th>術後2回目以降</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>手術歯数4歯未満</td> <td>簡単なもの ※1</td> <td>手術に含まれる</td> <td>簡単なもの ※2</td> <td>簡単なもの ※3</td> </tr> <tr> <td>手術後歯数4歯以上</td> <td>簡単なもの ※1</td> <td>困難なもの</td> <td>困難なもの ※2</td> <td>困難なもの ※4</td> </tr> </tbody> </table> <p>※1 歯周外科手術の術前に行った場合は、固定した歯数にかかわらず「簡単なもの」により1回に限り算定できる。 ※2 歯周外科手術を行った後に、必要があって暫間固定を行う場合(術後1回目の暫間固定)、術前又は術中における暫間固定の有無にかかわらず、歯周外科手術を行った歯数が4歯未満である場合は「簡単なもの」により算定し、歯周外科手術を行った歯数が4歯以上である場合は「困難なもの」により算定する。 ※3 術後に暫間固定を行ったにもかかわらず、6月を経過した後に再度必要があって暫間固定を行う場合(術後2回目以降の暫間固定)、歯周外科手術を行った歯数が4歯未満の場合は「簡単なもの」により1回に限り算定できる。また、同日又は他日にかかわらず1顎に2箇所以上行っても1回の算定とする。 ※4 術後に暫間固定を行ったにもかかわらず、6月を経過した後に再度必要があって暫間固定を行う場合(術後2回目以降の暫間固定)、歯周外科手術を行った歯数が4歯以上の場合には「困難なもの」により算定する。なお、術後に暫間固定を行った日から起算して6月を経</p>		術前	術中	術後1回目	術後2回目以降	手術歯数4歯未満	簡単なもの ※1	手術に含まれる	簡単なもの ※2	簡単なもの ※3	手術後歯数4歯以上	簡単なもの ※1	困難なもの	困難なもの ※2	困難なもの ※4
	術前	術中	術後1回目	術後2回目以降												
手術歯数4歯未満	簡単なもの ※1	手術に含まれる	簡単なもの ※2	簡単なもの ※3												
手術後歯数4歯以上	簡単なもの ※1	困難なもの	困難なもの ※2	困難なもの ※4												

	<p>過した後に、必要があつて行う場合は、1顎につき6月に1回に限り算定する。</p>
--	---------------------------------------------

補綴治療等、口腔機能の回復等に資する技術					
旧	新				
<p>【硬質レジンジャケット冠、CAD/CAM冠】 [算定要件] (新設)</p>	<p>【硬質レジンジャケット冠、CAD/CAM冠】 [算定要件] 適応を小臼歯だけでなく、大臼歯へ拡大するが、大臼歯については、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限り算定できる。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上で、診療情報提供（診療情報提供料の様式に準ずるもの）に基づく場合に限る。</p>				
<p>【装着】 CAD/CAM冠を装着した場合は、所定点数に相当する点数を所定点数に加算する。</p>	<p>【装着】 CAD/CAM冠を装着する際に、歯質に対する接着性を向上させることを目的に内面処理を行った場合は、所定点数の100分の100に相当する点数を所定点数に加算する。</p>				
<p>【歯科技工加算】 [算定要件] (新設)</p>	<p>【歯科技工加算】 [算定要件]</p>				
<p>施設基準に適合した保険医療機関において、患者の求めに応じて、破損した有床義歯を預かった日から起算して2日以内に修理を行い、当該義歯を装着した場合は、歯科技工加算として、1床につき24点を所定点数に加算する。</p>	<p>施設基準に適合した保険医療機関において、患者の求めに応じて、破損した有床義歯を預かった当日に修理を行い、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。</p> <p>施設基準に適合した保険医療機関において、患者の求めに応じて、破損した有床義歯を預かって修理を行い、預かった日の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。</p>				
<p>【支台築造印象（1歯につき）】 26点</p>	<p>【支台築造印象（1歯につき）】 30点</p>				
<p>【硬質レジンジャケット冠（1歯につき）】 750点</p>	<p>【硬質レジンジャケット冠（1歯につき）】 768点</p>				
<p>【乳歯金属冠（1歯につき）】 [名称] 200点</p>	<p>【乳歯冠（1歯につき）】 (名称変更)</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>1 乳歯金属冠の場合</td> <td style="text-align: right;">200点</td> </tr> <tr> <td>2 1以外の場合</td> <td style="text-align: right;">390点</td> </tr> </table>	1 乳歯金属冠の場合	200点	2 1以外の場合	390点
1 乳歯金属冠の場合	200点				
2 1以外の場合	390点				
<p>【有床義歯】</p> <p>1 局部義歯（1床につき）</p> <p>イ 1歯から4歯まで 570点</p> <p>ロ 5歯から8歯まで 700点</p> <p>ハ 9歯から11歯まで 930点</p> <p>ニ 12歯から14歯まで 1,350点</p> <p>2 総義歯（1顎につき） 2,110点</p>	<p>【有床義歯】</p> <p>1 局部義歯（1床につき）</p> <p>イ 1歯から4歯まで 576点</p> <p>ロ 5歯から8歯まで 708点</p> <p>ハ 9歯から11歯まで 940点</p> <p>ニ 12歯から14歯まで 1,364点</p> <p>2 総義歯（1顎につき） 2,132点</p>				

<p>【熱可塑性樹脂有床義歯】</p> <p>1 局部義歯（1床につき）</p> <p>イ 1歯から4歯まで 670点</p> <p>ロ 5歯から8歯まで 900点</p> <p>ハ 9歯から11歯まで 1,120点</p> <p>ニ 12歯から14歯まで 1,750点</p> <p>2 総義歯（1顎につき） 2,780点</p> <p>【鑄造鉤】</p> <p>双子鉤 234点</p> <p>二腕鉤 216点</p> <p>【線鉤】</p> <p>双子鉤 200点</p> <p>二腕鉤（レストつき） 140点</p> <p>レストのないもの 120点</p> <p>【コンビネーション鉤】 220点</p> <p>【バー】</p> <p>鑄造バー 438点</p> <p>屈曲バー 248点</p> <p>【補綴隙】 40点</p> <p>【有床義歯修理】 228点</p>	<p>【熱可塑性樹脂有床義歯】</p> <p>1 局部義歯（1床につき）</p> <p>イ 1歯から4歯まで 662点</p> <p>ロ 5歯から8歯まで 890点</p> <p>ハ 9歯から11歯まで 1,108点</p> <p>ニ 12歯から14歯まで 1,732点</p> <p>2 総義歯（1顎につき） 2,752点</p> <p>【鑄造鉤】</p> <p>双子鉤 240点</p> <p>二腕鉤 222点</p> <p>【線鉤】</p> <p>双子鉤 206点</p> <p>二腕鉤（レストつき） 146点</p> <p>レストのないもの 126点</p> <p>【コンビネーション鉤】 226点</p> <p>【バー】</p> <p>鑄造バー 444点</p> <p>屈曲バー 254点</p> <p>【補綴隙】 50点</p> <p>【有床義歯修理】 234点</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

その他、口腔機能の回復等に資する処置や手術に関する技術	
旧	新
<p>【歯周外科手術】</p> <p>1 歯周ポケット搔爬術 80点</p> <p>2 新付着手術 160点</p> <p>3 歯肉切除手術 320点</p> <p>4 歯肉剥離搔爬手術 630点</p> <p>5 歯周組織再生誘導手術</p> <p>イ 1次手術（吸収性又は非吸収性膜の固定を伴うもの） 840点</p> <p>ロ 2次手術（非吸収性膜の除去） 380点</p> <p><u>（新設）</u></p> <p>【歯肉歯槽粘膜形成手術】</p> <p>1 歯肉弁根尖側移動術 600点</p>	<p>【歯周外科手術】</p> <p>1 歯周ポケット搔爬術 80点</p> <p>2 新付着手術 160点</p> <p>3 歯肉切除手術 320点</p> <p>4 歯肉剥離搔爬手術 630点</p> <p>5 歯周組織再生誘導手術</p> <p>イ 1次手術（吸収性又は非吸収性膜の固定を伴うもの） 840点</p> <p>ロ 2次手術（非吸収性膜の除去） 380点</p> <p>6 歯肉歯槽粘膜形成手術</p> <p>イ 歯肉弁根尖側移動術 600点</p> <p>ロ 歯肉弁歯冠側移動術 600点</p> <p>ハ 歯肉弁側方移動術 770点</p> <p>ニ 遊離歯肉移植術 770点</p> <p>ホ 口腔前庭拡張術 2,820点</p> <p><u>（削除）</u></p>

2 歯肉弁歯冠側移動術	600点		
3 歯肉弁側方移動術	770点		
4 遊離歯肉移植術	770点		
5 口腔前庭拡張術	2,820点		
【上顎結節形成術】		【上顎結節形成術】	
上顎結節形成術	3,000点	上顎結節形成術	
(新設)		1 簡単なもの	2,000点(新)
		2 困難なもの	3,000点
【神経再生誘導術】	12,640点	【神経再生誘導術】	12,640点
【甲状舌管嚢胞摘出術】	8,520点	【甲状舌管嚢胞摘出術】	8,520点
(医科準用)		※これらは医科点数表の技術を準用していたが、 歯科点数表に新設	
(新設)		【直線加速器による放射線治療(一連につき)】	
		1 定位放射線治療の場合	63,000点(新)
		2 1以外の場合	8,000点(新)
(新設)		【血液照射】	110点(新)

新規医療技術の保険導入等(歯科)

レジン前装金属冠の小臼歯への適応範囲の拡大(ブリッジの支台歯に限る)	
レジン前装金属冠 小臼歯	1,174点(新)
(ブリッジの支台歯となる第一小臼歯に限る)	
[算定要件]	
レジン前装金属冠とは、全部鋳造方式で製作された歯冠修復物の唇面を硬質レジンで前装したものをいい、臼歯部においてはブリッジの支台歯となる第一小臼歯に限り認められる。	
※現行では前歯部に限定	
旧	新
【歯冠形成】	【歯冠形成】
生活歯歯冠形成 金属冠	生活歯歯冠形成 金属冠
306点	306点
失活歯歯冠形成 金属冠	失活歯歯冠形成 金属冠
166点	166点
(新設)	臼歯のレジン前装金属冠のための歯冠形成は、生活歯の場合490点を、失活歯の場合470点を所定点数に加算する。

歯冠補綴物の色調採得に関する評価

歯冠補綴時色調採得検査(1枚につき)	10点
[算定要件]	
レジン前装金属冠及び硬質レジンジャケット冠(前歯部に限る。)を製作する場合において、レジン前装部の色調を決定することを目的として、色調見本とともに当該歯冠補綴歯の口腔内写真を撮影した場合に、1装置につき1枚を限度として算定する。	
ファイバーポスト導入に伴う技術	

旧	新
【支台築造（1歯につき）】 1 メタルコア イ 大臼歯 176点 ロ 小臼歯及び前歯 150点 2 その他 126点	【支台築造（1歯につき）】 1 間接法 イ メタルコア (1) 大臼歯 176点 (2) 小臼歯及び前歯 150点 ロ ファイバーポストを用いた場合 (1) 大臼歯 176点(新) (2) 小臼歯及び前歯 150点(新) 2 直接法 イ ファイバーポストを用いた場合 (1) 大臼歯 154点(新) (2) 小臼歯及び前歯 128点(新) ロ その他 126点

広範囲顎骨支持型装置の適応範囲の拡大	
旧	新
【広範囲顎骨支持型装置埋入手術】 [算定要件] 医科の保険医療機関(医科歯科併設の保険医療機関にあっては医科診療科)の主治の医師の診断に基づく外胚葉異形成症等の先天性疾患で、連続した3分の1顎程度以上の多数歯欠損又は顎堤形成不全であること。 【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 2床義歯形態のもの(1顎につき) 13,000点 (新設)	【広範囲顎骨支持型装置埋入手術】 [算定要件] ① 医科の保険医療機関(医科歯科併設の保険医療機関にあっては医科診療科)の主治の医師の診断に基づく唇顎口蓋裂等の先天性疾患であり、顎堤形成不全であること。 ② 医科の保険医療機関(医科歯科併設の保険医療機関にあっては医科診療科)の主治の医師の診断に基づく外胚葉異形成症等の先天性疾患であり、連続した3分の1顎程度以上の多数歯欠損であること。 【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 2床義歯形態のもの(1顎につき) 13,000点 広範囲顎骨支持型装置埋入手術の実施範囲が3分の1顎未満である場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

診断、歯の喪失リスクの低減等に資する技術	
旧	新
【混合歯列期歯周病検査】 40点 【充填】 [算定要件] 前歯部5級窩洞、臼歯部歯質くさび状欠損又は歯の根面部のう蝕等に対する充填は、いずれも「イ単純なもの」により算定する。	【混合歯列期歯周病検査】 80点 【充填】 [算定要件] 前歯部5級窩洞、又は臼歯部歯質くさび状欠損等に対する充填は、いずれも「イ単純なもの」により算定する。なお、前歯部5級窩洞を除く歯の根面部のう蝕に対する充填は「ロ複雑なもの」

により算定する。

補綴治療等、口腔機能の回復等に資する技術	
旧	新
<p>【口蓋補綴、顎補綴】 印象採得が困難なもの 1,500点 印象採得が著しく困難なもの 4,000点</p> <p>[算定要件] 口腔外科領域における悪性腫瘍摘出術の術後、ラジウム照射を行うため、その保持と防禦を兼ねた特別な装置を製作し装着した場合は、当該所定点数の各区分により算定する。</p> <p>【床副子】 困難なもの 1,500点 著しく困難なもの 2,000点</p> <p>【床副子調整】 1 睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床の場合 120点</p> <p>2 咬合挙上副子の場合 220点</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>	<p>【口蓋補綴、顎補綴】 印象採得が困難なもの 1,500点 印象採得が著しく困難なもの 4,000点</p> <p>[算定要件] 口腔外科領域における悪性腫瘍に対して、密封小線源治療を行う際に、小線源の保持又は周囲の正常組織の防禦を目的とする特別な装置を製作し装着した場合は、当該所定点数の各区分により算定する。</p> <p>【床副子】 困難なもの 1,500点 著しく困難なもの 2,000点 <u>困難なものに、腫瘍等による顎骨切除後、手術創の保護等を目的として製作するシーネ(オブチュレーター)を、著しく困難なものに、腫瘍等により顎骨切除を予定する患者に対する即時顎補綴装置を追加。</u></p> <p>【床副子調整・修理】 1 床副子調整 <u>イ 睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床の場合 120点</u> <u>ロ イ以外の場合 220点</u></p> <p>2 床副子修理 234点(新)</p> <p><u>1のロについては、咬合挙上副子又は術後即時顎義歯の調整を行った場合に算定する。</u></p> <p><u>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。</u></p>

その他、口腔機能の回復等に資する処置や手術に関する技術	
旧	新
<p>【顎関節授動術】</p> <p>1 徒手的授動術（パンピングを併用した場合） 990点</p> <p>（新設）</p> <p>2 顎関節鏡下授動術 7,310点</p> <p>3 開放授動術 22,820点</p> <p>【上顎骨形成術】</p> <p>単純な場合 21,130点</p> <p>（新設）</p> <p>【口蓋隆起形成術、下顎隆起形成術】</p> <p>[算定要件]</p> <p>義歯の装着に際して著しい障害となるような症例に対して、口蓋隆起又は下顎隆起を切除、整形した場合に算定する。</p> <p>【歯科矯正の適応症の拡大及び整理】</p> <p>①クルーゾン症候群</p> <p>②尖頭合指症</p> <p>③先天性ミオパチー</p> <p>④筋ジストロフィー</p> <p>⑤頭蓋骨癒合症</p> <p>⑥6歯以上の非症候性部分性無歯症</p> <p>⑦下垂体性小人症</p> <p>⑧ポリエックス症候群（クラインフェルター症候群）</p> <p>⑨ほか39疾患（略）</p> <p>【保定装置（1装置につき）】</p> <p>（新設）</p> <p>【歯科矯正の床装置修理（1装置につき）】</p> <p>200点</p> <p>（新設）</p> <p>【歯科矯正診断料】</p>	<p>【顎関節授動術】</p> <p>1 徒手的授動術 イ パンピングを併用した場合 990点</p> <p>ロ 関節腔洗浄療法を併用した場合 2,000点(新)</p> <p>2 顎関節鏡下授動術 8,770点</p> <p>3 開放授動術 25,100点</p> <p>【上顎骨形成術】</p> <p>単純な場合 23,240点</p> <p>上顎骨を複数に分割して移動させた場合に5,000点を所定の点数に加算する。</p> <p>【口蓋隆起形成術、下顎隆起形成術】</p> <p>[算定要件]</p> <p>次の場合において、口蓋隆起又は下顎隆起を切除、整形した場合に算定する。なお、診療録に理由及び要点を記載すること。</p> <p>イ 義歯の装着に際して著しい障害となるような場合</p> <p>ロ 咀嚼又は発音の際に著しい障害となるような場合</p> <p>【歯科矯正の適応症の拡大及び整理】</p> <p>①（削除）</p> <p>②（削除）</p> <p>③先天性ミオパチー（先天性筋ジストロフィーを含む）</p> <p>④（削除）</p> <p>⑤頭蓋骨癒合症（クルーゾン症候群、尖頭合指症を含む）</p> <p>⑥6歯以上の先天性部分（性）無歯症</p> <p>⑦成長ホルモン分泌不全性低身長症</p> <p>⑧（削除）</p> <p>⑨リンパ管腫</p> <p>⑩全前脳（胞）症</p> <p>⑪クラインフェルター症候群</p> <p>⑫偽性低アルドステロン症（ゴードン症候群）</p> <p>⑬ソトス症候群</p> <p>⑭グリコサミノグリカン代謝障害（ムコ多糖症）</p> <p>⑮ほか39疾患（略）</p> <p>【保定装置（1装置につき）】</p> <p>フィクスドリテーナー 1,000点(新)</p> <p>【歯科矯正の床装置修理（1装置につき）】</p> <p>234点</p> <p>印象採得、咬合採得は所定点数に含まれる。</p> <p>【歯科矯正診断料】</p>

<p>[算定要件] 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、保定を開始したとき及び顎切除等の手術を実施するときに、それぞれ1回を限度として算定する。</p> <p>【顎口腔機能診断料】 [算定要件] 顎口腔機能診断料は、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、顎離断等の手術を開始したとき及び保定を開始したときに、それぞれ1回を限度として算定する。</p>	<p>[算定要件] 歯科矯正診断料は、歯科矯正を開始するとき、動的処置を開始するとき、マルチブラケット法を開始するとき、保定を開始するとき及び顎切除等の手術を実施するときに、それぞれ1回を限度として算定する。</p> <p>【顎口腔機能診断料】 [算定要件] 顎口腔機能診断料は、歯科矯正を開始するとき、動的処置を開始するとき、マルチブラケット法を開始するとき、顎離断等の手術を開始するとき及び保定を開始するときに、それぞれ1回を限度として算定する。</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

先進医療技術の保険導入（歯科）

有床義歯補綴治療における総合的な咬合・咀嚼機能検査を評価する。

有床義歯咀嚼機能検査（1口腔につき）	(新)
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

[算定要件]
 (1) 施設規準に適合し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装着日以後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、新製有床義歯装着日より前に2回以上行った場合は、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より後に行った場合は、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、1を算定した患者において、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。

[施設基準]
 (1) 当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。
 (2) 当該検査を行うにつき十分な機器を有していること。

後発医薬品使用体制加算の指標の見直し

後発医薬品使用体制加算における、後発医薬品の割合に「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」で示された新指標を用いるとともに、後発医薬品使用率の向上に伴う基準の見直しを行う。

旧	新
【後発医薬品使用体制加算】 (新設)	【後発医薬品使用体制加算】 後発医薬品使用体制加算 1
	42点(新)
後発医薬品使用体制加算 1	後発医薬品使用体制加算 2

<p>後発医薬品使用体制加算 2</p> <p style="text-align: right;">35点 28点</p> <p>[施設基準]</p> <p>① 当該保険医療機関における全ての医薬品の採用品目数のうち、後発医薬品の採用品目数の割合が、後発医薬品使用体制加算 1 にあつては 30%以上、後発医薬品使用体制加算 2 にあつては 20%以上 30%未満であること。</p> <p>(新設)</p>	<p>後発医薬品使用体制加算 3</p> <p style="text-align: right;">35点 28点</p> <p>[施設基準]</p> <p>① 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 にあつては70%以上、後発医薬品使用体制加算 2 にあつては60%以上70%未満、後発医薬品使用体制加算 3 にあつては50%以上60%未満であること。</p> <p>② 当該保険医療機関において調剤した薬剤の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が50%以上であること。</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

院内処方外来における後発医薬品使用体制の評価

院内処方を行っている診療所であつて、後発医薬品の使用割合の高い診療所について、後発医薬品の使用体制に係る評価を新設する。

<p>処方料</p> <p>外来後発医薬品使用体制加算 1 4点(新)</p> <p style="text-align: right;">加算 2 3点(新)</p>	
<p>[施設基準]</p> <p>(1) 薬剤部門又は薬剤師が後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ、後発医薬品の採用を決定する体制が整備された保険医療機関(診療所に限る。)であること。</p> <p>(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 にあつては 70%以上、外来後発医薬品使用体制加算 2 にあつては 60%以上であること。</p> <p>(3) 当該保険医療機関において調剤した薬剤の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が 50%以上であること。</p> <p>(4) 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該保険医療機関の受付及び支払窓口等の見やすい場所に掲示していること。</p>	

一般名処方加算の見直し

後発医薬品が存在する全ての医薬品が一般名処方されている場合の評価を新設する。

旧	新
<p>【処方せん料】</p> <p>(新設)</p> <p>一般名処方加算 2点</p> <p>[算定要件]</p>	<p>【処方せん料】</p> <p>一般名処方加算 1 3点(新)</p> <p>一般名処方加算 2 2点</p> <p>[算定要件]</p>

<p>(新設)</p> <p>交付した処方せんに1品目でも一般名処方された医薬品が含まれている場合に算定する。</p>	<p>一般名処方加算1</p> <p>交付した処方せんに含まれる医薬品のうち、後発医薬品が存在する全ての医薬品が一般名処方されている場合に算定できる。</p> <p>一般名処方加算2</p> <p>交付した処方せんに1品目でも一般名処方された医薬品が含まれている場合に算定する。</p>
-------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

処方時に後発医薬品の銘柄を記載した上で変更不可とする場合には、処方せんにその理由を記載する。

多剤投薬の患者の減薬を伴う指導の評価

外来受診時又は在宅医療受診時において6種類以上の内服薬（頓用薬及び服用を開始して4週間以内の薬剤は除く。）を処方されていた外来患者又は在宅患者について、複数の薬剤の投与により期待される効果と副作用の可能性等について総合的に評価を行い、処方内容を検討した結果、受診時に2種類以上減少した場合の評価を新設する。

薬剤総合評価調整管理料	250点（月1回に限り）（新）
連携管理加算	50点

[算定要件]

(1) 薬剤総合評価調整管理料

保険医療機関が、入院中の患者以外の患者であって、6種類以上の内服薬（受診時において当該患者が処方されている内服薬のうち、頓用薬及び服用を開始して4週間以内の薬剤を除く。）が処方されていたものについて、処方内容を総合的に評価したうえで調整し、当該患者に処方される内服薬が2種類以上減少した場合は、所定点数を算定する。

(2) 連携管理加算

処方内容の調整に当たって、別の保険医療機関又は保険薬局との間で照会又は情報提供を行った場合は、連携管理加算として所定点数を加算する。ただし、連携管理加算を算定した同一日においては、同一の別の保険医療機関に対して、区分番号B009 診療情報提供料（I）は算定できない。

医薬品の適正使用の推進

残薬、重複投薬、不適切な多剤投薬・長期投薬を減らすための取組等、薬物療法の安全性・有効性の向上や医療費適正化の観点から、医師と薬剤師が連携して、患者の処方薬剤を適正化する取組を評価する。

(1)～(4)略

(5) 保険医療機関と保険薬局が連携して、円滑に残薬確認と残薬に伴う日数調整を実施できるよう、処方等の仕組みを見直す。

① 処方医と薬局の薬剤師が連携して、円滑に患者の残薬確認と残薬に伴う調剤数量調整等が実施できるよう、処方せん様式に、調剤時に残薬を確認した場合の対応を記載する欄を設ける。（別紙）。

② 当該欄にチェックがある場合は、薬局において患者の残薬の有無を確認し、残薬が確認された場合には、当該記載欄に基づいて、
 i) 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤
 ii) 保険医療機関へ情報提供
 のいずれかの対応を行う。

(6)略

(7) 医師が処方する投薬量については、予見することができる必要期間に従ったものでなけれ

ばならないこととされており、長期の投薬に当たっては、以下のような取扱いとする。

- ① 30日を超える投薬を行う際には、長期の投薬が可能な程度に病状が安定し、服薬管理が可能である旨を医師が確認する。病状が変化した際の対応方法等を患者に周知する。
- ② ①の要件を満たさない場合には、原則として以下のいずれかの対応を行うこととする。
 - ・30日以内に再診する
 - ・200床以上の保険医療機関にあっては、200床未満の保険医療機関又は診療所に文書による紹介を行う旨の申出を行う
 - ・患者の病状は安定しているが服薬管理が難しい場合には、分割指示処方せんを交付する

(別紙) 新たな処方せんの様式(案)

処 方 せ ん									
《この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。》									
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 <small>西暦 年 月 日</small>			男・女			電話番号		
	区 分		被保険者		被扶養者		保険医氏名 (印)		
交付年月日		平成 年 月 日			処方せんの使用期間		平成 年 月 日		
処 方	変更不可 <small>※この処方箋に於いて、後述医薬品(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。</small>								
	備考 保険医署名 <small>「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。</small> 保険薬局が調剤時に投薬を確認した場合は(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。) <input type="checkbox"/> 保険医療機関一統調剤とした上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関一任調剤								
調剤年月日		平成 年 月 日			公費負担者番号				
保険薬局の所在地及び名称 保険薬局代表名					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 JIS による標準用紙とする。

3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の徴収に関する法令(昭和44年厚生省令第20号)第1条の公費負担医療については、「保険医署名欄」にあるのは「公費負担医療の給付医療機関」名、「保険医氏名」にあるのは「公費負担医療の処方医氏名」名を記入するものとする。