

正 誤 表

「平成 24 年度 歯科診療報酬改定の概要」

標記資料について、次のとおり訂正箇所がありますので修正等をお願いいたします。

頁	誤	正	備 考						
P13 【4 行目】	(Ⅱ)を算定した日の属する月において、術前回、術後 1 回に限り算定する。	(Ⅱ)を算定した日の属する月において、術前 1 回、術後 1 回に限り算定する。	「術前回」 → 「術前 1 回」 に訂正						
P14 表下 【3 行目】	【基本診療料の施設基準(歯科外来診療環境体制加算)】 (～中略～) いること。ただし、 <u>病院である</u> 医科歯科併設の保険医療機関にあつては、当該保険医療機関の医科診療科との連	【基本診療料の施設基準(歯科外来診療環境体制加算)】 (～中略～) いること。ただし、 <u>医科歯科併設の保険医療機関</u> にあつては、当該保険医療機関の医科診療科との連	「 <u>病院である</u> 」を削除						
P71 表中 【5 段目】	<table border="1"> <tr> <td>4</td> <td>病・診</td> <td> 歯科画像診断管理加算 1 歯科画像診断管理加算 2 (H14年改定～、H24年:名称及び取扱一部変更) </td> </tr> </table>	4	病・診	歯科画像診断管理加算 1 歯科画像診断管理加算 2 (H14年改定～、H24年:名称及び取扱一部変更)	<table border="1"> <tr> <td>4</td> <td>病</td> <td> 歯科画像診断管理加算 1 歯科画像診断管理加算 2 (H14年改定～、H24年:名称及び取扱一部変更) </td> </tr> </table>	4	病	歯科画像診断管理加算 1 歯科画像診断管理加算 2 (H14年改定～、H24年:名称及び取扱一部変更)	表中「病・診」 → 「病」 に訂正
4	病・診	歯科画像診断管理加算 1 歯科画像診断管理加算 2 (H14年改定～、H24年:名称及び取扱一部変更)							
4	病	歯科画像診断管理加算 1 歯科画像診断管理加算 2 (H14年改定～、H24年:名称及び取扱一部変更)							

平成24年度 歯科診療報酬改定の概要

各項目(告示)・注・通則は「別表第2 歯科診療報酬点数表」(H24.3.5 厚生労働省告示第76号)

(**通知**)等は「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(H24.3.5 保医発0305 第1号)

「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(H24.3.5保医発0305第2号)

「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(H24.3.5保医発0305第3号)

「特定保険医療材料及びその材料価格(材料価格基準)の一部を改正する件」(H24.3.5厚生労働省告示第80号)

「特定保険医療材料及びその材料価格(材料価格基準)の一部改正に伴う特定保険医療材料料(使用歯科材料料)の算定について」(H24.3.5保医発0305第6号)

『「診療報酬請求書等の記載要領等について」』の一部改正について」(H24.3.5保医発0305第13号)

____は今回の診療報酬改定における改定点等

(新設内容等に関しては____を入れていないこと及び実施上の留意事項等で改定前と取扱いに特に変更がない内容については掲載していないことに留意。)

斜体は診療録への記載等に係る事項

※は留意点等の注釈

本資料の構成について

I. 平成24年度診療報酬改定の概要は、平成24年3月5日に開催された厚生労働省保険局医療課による改定説明会における平成24年度歯科診療報酬改定の概要(一部改変)に沿って、その項目ごとに歯科診療報酬点数表本体の**各項目・注・通則**、取扱・算定要件等を示した(**通知**)及び必要に応じて**※**で注釈を示したものを。

1. 平成24年度診療報酬改定の大枠
2. 重点課題：周術期における口腔機能の管理等、チーム医療の推進
3. 重点課題：在宅歯科医療の推進
4. 充実が求められる分野を適切に評価していく視点
5. 患者から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点
6. その他

II. I以外で告示及び実施上の留意事項通知(算定要件)等が改められた主な内容は、Iの内容以外で新設及び取扱・算定要件等が改められた内容について、療養担当規則及び歯科診療報酬点数表の各部ごとに**各項目・注・通則**、(**通知**)及び必要に応じて**※**で注釈を示したものを。

III. その他、改定等が行われた内容(項目のみ)

IV. 参考

1. 歯科保健医療を取り巻く現状などについて
2. 新規の特定診療報酬算定医療機器の定義等について
3. 中央社会保険医療協議会答申書附帯意見

別添 施設基準届出関係(平成24年度改定関係：歯科単独分)

平成24年度改定に係る質問票

保険診療の理解のために(歯科)

平成24年度改定で新設及び変更された施設基準に係る届出書

I. 平成 24 年度診療報酬改定の概要

1. 平成 24 年度診療報酬改定の大枠

平成24年度診療報酬改定の基本方針のポイント

平成23年12月1日
社会保障審議会医療保険部会
社会保障審議会医療部会

重点課題

「社会保障・税一体改革成案」等を踏まえ、以下の課題について重点的に取り組むべき。

- 救急、産科、小児、外科等の急性期医療を適切に提供していくという観点も踏まえた、病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減
チーム医療の促進、救急外来や外来診療の機能分化の推進 等
- 医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実
在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の推進、看取りに至るまでの医療の充実、在宅歯科、在宅薬剤管理の充実、訪問看護の充実 等

改定の視点

- 充実が求められる分野を適切に評価していく視点
がん医療の充実、認知症対策の促進 等
- 患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で生活の質にも配慮した医療を実現する視点
退院支援の充実等の患者に対する相談支援体制の充実に対する適切な評価 等
- 医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点
急性期、亜急性期等の病院機能にあわせた効率的な入院医療の評価、慢性期入院医療の適正な評価 等
- 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点
後発医薬品の使用促進策 等

将来に向けた課題

来年度の改定のみならず、超高齢社会のあるべき医療の姿を見据えつつ、引き続き、「社会保障と税一体改革成案」において、2025年の姿として描かれた病院・病床機能の分化・強化と連携、在宅医療の充実、重点化・効率化等の推進等に取り組んでいく必要がある。

急性期、亜急性期、慢性期等の病院・病床機能の分化、強化
地域に密着した病床における入院医療等の一体的な対応、
外来診療の役割分担、在宅医療の充実

平成24年度診療報酬改定の概要①

- ・ 「社会保障・税一体改革成案」で示した2025年のイメージを見据えつつ、あるべき医療の実現に向けた第一歩の改定。
- ・ 国民・患者が望む安心・安全で質の高い医療が受けられる環境を整えていくために必要な分野に重点配分

全体改定率	+0.004%
診療報酬(本体)	+1.38% (約5,500億円)
医科	+1.55% (約4,700億円)
歯科	+1.70% (約500億円)
調剤	+0.46% (約300億円)
薬価等	▲1.38% (約5,500億円)

平成24年度診療報酬改定の概要②

医科における重点配分(4,700億円)

I 負担の大きな医療従事者の負担軽減

- ◎ 今後とも急性期医療等を適切に提供し続けるため、病院勤務医をはじめとした医療従事者の負担軽減を講じる。
(1, 200億円)

II 医療と介護等との機能分化や円滑な連携、在宅医療の充実

- ◎ 今回改定は、医療と介護との同時改定であり、超高齢社会に向けて、急性期から在宅、介護まで切れ目のない包括的なサービスを提供する。
(1, 500億円)

III がん治療、認知症治療などの医療技術の進歩の促進と導入

- ◎ 日々進化する医療技術を遅滞なく国民皆が受けることができるよう、医療技術の進歩の促進と導入に取り組む。
(2, 000億円)

歯科における重点配分(500億円)

I チーム医療の推進や在宅歯科医療の充実等

- ◎ 医療連携により、誤嚥性肺炎等の術後合併症の軽減を図り、また、超高齢社会に対応するために在宅歯科医療の推進を図る。

II 生活の質に配慮した歯科医療の適切な評価

- ◎ う蝕や歯周病等の歯科疾患の改善のため、歯の保存に資する技術等の充実を図る。

調剤における重点配分(300億円)

I 在宅薬剤管理指導業務の推進や薬局における薬学的管理及び指導の充実

- ◎ 在宅薬剤関連業務を推進するとともに、残薬確認、お薬手帳を含めた薬剤服用歴管理指導の充実を図る。

II 後発医薬品の使用促進

- ◎ 薬局からの後発医薬品の情報提供等を推進する。

平成24年度診療報酬改定の概要(歯科)

重点課題1 医療従事者負担軽減	チーム医療	◆周術期の口腔機能管理について
重点課題2 医療介護連携等の推進	在宅歯科、薬剤管理	◆在宅歯科医療について
医療技術の導入等	充実が求められる分野	◆生活の質に配慮した歯科医療の推進について ・生活の質に配慮した歯科医療の充実 ・歯科矯正の適応症の拡大 ・歯科固有の技術の評価の見直し ・新規医療技術の保険導入等 ・先進医療の保険導入 ・画像診断に係る評価の新設
	患者の視点等	◆医療安全対策等の推進について ・歯科医療の総合的な環境整備の評価 ◆患者に対する相談支援対策の充実等について ・明細書の無料発行の促進 ◆診療報酬点数表における用語・技術の平易化、簡素化について ・患者の視点に立った歯科医療の充実
	医療機関の機能に応じた評価	◆医療機関間の連携に着目した評価について ・医療機関間の連携に着目した評価

2. 重点課題：周術期における口腔機能の管理等、チーム医療の推進

入院前・退院後における病院と歯科医療機関の取り組み例

国立がん研究センターと日本歯科医師会の連携事業

【連携事業の実施の背景】

抗がん剤治療等を行うがん治療には高い頻度で様々な口腔合併症が発症する。特に、口から喉の周囲の頭頸部がんの放射線治療では100%との報告もある。また、頭頸部がん・食道がんのような侵襲の大きい手術では、局所合併症や肺炎が高い頻度で起こることが分かっており、口腔ケアをがん患者に適切に行うことにより、口腔トラブルの軽減等が報告されている。

【事業概要】

がん治療における口腔内合併症の発症率の低下等を目的とした、がん治療中核施設と歯科医療機関との連携事業を国立がん研究センターと日本歯科医師会が共同で平成22年9月より講習会を実施し、平成23年1月31日より国立がん研究センターから歯科医院への紹介事業を実施するもの。

【具体的内容】

(1) 対象患者

国立がん研究センターにおいて、全身麻酔下での手術を受ける患者(年間約4,000名)のうち、東京都、埼玉県、神奈川県、千葉県、山梨県に居住する患者

(2) 連携講習会の開催

がん患者の歯科治療に関する講習会(対象: 歯科医師)を平成22年9月～12月に開催し、現在、連携拡大のための追加講習会を随時実施している。

(3) がん患者の入院前の受講歯科医への紹介

がん治療前に連携講習会を受講した歯科医への紹介(口腔ケア、歯石除去、ブラッシング指導、処置等)をするもの。

・平成24年度概算要求において、国立がん研究センター委託費として、当該連携事業に係る医療従事者育成と連携体制の構築を図るための予算(10,000千円)が計上。

周術期における口腔機能の管理等、チーム医療の推進(重点課題)

周術期における口腔機能の管理

- がん患者等の周術期等における歯科医師の包括的な口腔機能の管理等を評価(術後の誤嚥性肺炎等の外科的手術後の合併症等の軽減が目的)

(新) 周術期口腔機能管理計画策定料 300点

【周術期における一連の口腔機能の管理計画の策定を評価】

(新) 周術期口腔機能管理料(Ⅰ) 190点

【主に入院前後の口腔機能の管理を評価】

(新) 周術期口腔機能管理料(Ⅱ) 300点

【入院中の口腔機能の管理を評価】

(新) 周術期口腔機能管理料(Ⅲ) 190点

【放射線治療や化学療法を実施する患者の口腔機能の管理を評価】

- 周術期における入院中の患者の歯科衛生士の専門的口腔衛生処置を評価

(新) 周術期専門的口腔衛生処置 80点

周術期における口腔機能の管理

周術期口腔機能管理計画策定料 300点

[告示]

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(以下「手術等」という。)を実施する患者に対して、歯科診療を実施している保険医療機関において、手術等を実施する保険医療機関からの文書による依頼に基づき、当該患者又はその家族の同意を得た上で、**周術期の口腔機能の評価及び一連の管理計画を策定**するとともに、当該管理計画を文書により提供した場合に、当該手術等に係る一連の治療を通じて1回に限り算定する。

[通知]

・管理計画書の内容

- ①基礎疾患の状態・生活習慣
- ②主病の手術等の予定
- ③口腔内の状態等(現症及び手術等によって予測される変化等)
- ④周術期の口腔機能の管理において実施する内容
- ⑤主病の手術等に係る患者の日常的なセルフケアに関する指導方針
- ⑥その他必要な内容
- ⑦保険医療機関名及び当該管理の担当歯科医師名等の情報

・実施に際して

周術期の口腔機能の管理計画の策定を適切に行うため、**定期的に周術期の口腔機能の管理等に関する講習会や研修会等に参加し、必要な知識の習得に努めるものとする。**

周術期口腔機能管理計画策定料【新設】 300点

注1 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(以下「手術等」という。)を実施する患者に対して、歯科診療を実施している保険医療機関において、手術等を実施する保険医療機関からの文書による依頼に基づき、当該患者又はその家族の同意を得た上で、周術期の口腔機能の評価及び一連の管理計画を策定するとともに、当該管理計画を文書により提供した場合に、当該手術等に係る一連の治療を通じて1回に限り算定する。

注2 開放型病院共同指導料(Ⅱ)、がん治療連携計画策定料、診療情報提供料(Ⅰ)の退院時診療状況添付加算及び退院時共同指導料2は、別に算定できない。

(通知①) 周術期口腔機能管理計画策定料は、周術期における患者の口腔機能を管理するため、歯科診療を実施している保険医療機関において、手術を実施する保険医療機関からの文書(以下「依頼文書」という。)による依頼に基づき、患者の同意を得た上で、周術期の口腔機能の評価及び一連の口腔機能の管理計画を策定し、当該管理計画に係る情報を文書(以下「管理計画書」という。)により提供するとともに、周術期の口腔機能の管理を行う保険医療機関に当該患者に係る管理計画書を提供した場合に当該手術に係る一連の治療を通じて1回に限り算定できる。なお、当該管理計画書の内容又はその写しを診療録に記載又は添付すること。

(通知②) ①の規定にかかわらず、歯科診療を実施している保険医療機関において手術を実施する場合であって、当該同一の保険医療機関で管理計画書を策定する場合については、依頼文書は要しないものとする。また、管理計画書を策定する保険医療機関と管理を行う保険医療機関が同一の場合は、当該保険医療機関内での管理計画書の提供は要しないものとする。

(通知③) 「注1」に規定する管理計画書とは、①基礎疾患の状態・生活習慣、②主病の手術等の予定、③口腔内の状態等(現症及び手術等によって予測される変化等)、④周術期の口腔機能の管理において実施する内容、⑤主病の手術等に係る患者の日常的なセルフケアに関する指導方針、⑥その他必要な内容、⑦保険医療機関名及び当該管理

の担当歯科医師名等の情報を記載したものをいう。

(通知④) 周術期の口腔機能の管理計画の策定を適切に行うため、定期的に周術期の口腔機能の管理等に関する講習会や研修会等に参加し、必要な知識の習得に努めるものとする。

(通知⑤) 周術期口腔機能管理計画策定料を算定した保険医療機関は、毎年7月1日現在で名称、開設者、算定状況等を地方厚生（支）局長に報告すること。

周術期における口腔機能の管理

周術期口腔機能管理料（Ⅰ） 190点

[告示]

がん等に係る手術を実施する患者の周術期における口腔機能の管理を行うため、歯科診療を実施している保険医療機関において、周術期口腔機能管理計画に基づき、当該手術を実施する他の病院である保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）に入院中の患者又は他の病院である保険医療機関若しくは同一の病院である保険医療機関に入院中の患者以外の患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、かつ、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合には、当該患者につき、手術前は1回に限り、手術後は手術を行った日の属する月から起算して3月以内において、計3回に限り算定できる。

周術期口腔機能管理料（Ⅱ） 300点

[告示]

がん等に係る手術を実施する患者の周術期における口腔機能の管理を行うため、歯科診療を実施している病院である保険医療機関において、周術期口腔機能管理計画に基づき、当該手術を実施する同一の保険医療機関に入院中の患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、かつ、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合には、当該患者につき、手術前は1回に限り、手術後は手術を行った日の属する月から起算して3月以内において、月2回に限り算定できる。

周術期における口腔機能の管理

周術期口腔機能管理料（Ⅰ）

周術期口腔機能管理料（Ⅱ）

[通知]

・対象患者

周術期口腔機能管理を必要とする手術は、全身麻酔下で実施される、頭頸部領域、呼吸器領域、消化器領域等の悪性腫瘍の手術、臓器移植手術又は心臓血管外科手術等

・管理報告書の内容

- ①口腔内の状態の評価
- ②具体的な実施内容や指導内容
- ③その他必要な内容

・実施に際して

周術期の口腔機能の管理を行うに当たっては、一連の管理中においては、患者の主治の医師と連携し、また、入院中においては、主治の医師や日常の療養上の世話をを行う看護師等との間で実施内容や注意事項等の情報の共有に努めること。

周術期の口腔機能の管理を行うに当たっては、手術前後や放射線治療等の患者の口腔機能の管理を適切に行うため、定期的に周術期の口腔機能の管理に関する講習会や研修会等に参加し、必要な知識の習得に努めるものとする。

周術期口腔機能管理料(Ⅰ)【新設】

1 手術前 190点

2 手術後 190点

注1 がん等に係る手術を実施する患者の周術期における口腔機能の管理を行うため、歯科診療を実施している保険医療機関において、周術期口腔機能管理計画に基づき、当該手術を実施する他の病院である保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）に入院中の患者又は他の病院である保険医療機関若しくは同一の病院である保険医療機関に入院中の患者以外の患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、かつ、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合には、当該患者につき、手術前は1回に限り、手術後は手術を行った日の属する月から起算して3月以内において、計3回に限り算定できる。

注2 周術期口腔機能管理料(Ⅰ)を算定した月において、歯科疾患管理料、周術期口腔機能管理料(Ⅲ)、歯科特定疾患療養管理料、歯科治療総合医療管理料、がん治療連携指導料、がん治療連携管理料、歯科疾患在宅療養管理料、在宅患者歯科治療総合医療管理料及び歯科矯正管理料は算定できない。

周術期口腔機能管理料(Ⅱ)【新設】

1 手術前 300点

2 手術後 300点

注1 がん等に係る手術を実施する患者の周術期における口腔機能の管理を行うため、歯科診療を実施している病院である保険医療機関において、周術期口腔機能管理計画に基づき、当該手術を実施する同一の保険医療機関に入院中の患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、かつ、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合には、当該患者につき、手術前は1回に限り、手術後は手術を行った日の属する月から起算して3月以内において、月2回に限り算定できる。

注2 周術期口腔機能管理料(Ⅱ)を算定した月において、歯科疾患管理料、周術期口腔機能管理料(Ⅲ)、歯科特定疾患療養管理料、歯科治療総合医療管理料、歯科疾患在宅療養管理料、在宅患者歯科治療総合医療管理料及び歯科矯正管理料は算定できない。

(通知①) 周術期口腔機能管理料(Ⅰ)及び周術期口腔機能管理料(Ⅱ)は、がん患者等の周術期等における歯科医師の包括的な口腔機能の管理等を評価したものであり、具体的には、患者の口腔衛生状態や口腔内の状態等の把握、手術に係る主病及びその治療に関連する口腔機能の変化に伴う日常的な指導等を評価したものである。

(通知②) 周術期口腔機能管理を必要とする手術は、全身麻酔下で実施される、頭頸部領域、呼吸器領域、消化器領域等の悪性腫瘍の手術、臓器移植手術又は心臓血管外科手術等をいう。

(通知③) 周術期の口腔機能の管理を実施した場合は、①口腔内の状態の評価、②具体的な実施内容や指導内容、③その他必要な内容を記載した管理報告書を作成し、患者に提供すること。

ただし、以下のような場合においては、それぞれの管理内容がまとめて記載された管理報告書（追記する形式等をいう。）により作成しても差し支えない。

イ 同月に同一の保険医療機関において、手術前に周術期口腔機能管理料(Ⅰ)を算定した患者に対して、手術前の周術期口腔機能管理料(Ⅱ)を算定する場合。この場合において、周術期口腔機能管理料(Ⅱ)に係る管理を実施した際に管理報告書を提供すること。

ロ 同月に同一の保険医療機関において、手術後に周術期口腔機能管理料(Ⅰ)又は周術期口腔機能管理料(Ⅱ)を合計して3回以上算定する場合。この場合において、手術後の1回目の周術期口腔機能管理料に係る管理を実施した際及び当該月に予定する最後の周術期口腔機能管理料に係る管理を実施した際に管理報告書を提供すること。

(通知④) 患者の状態等に変化が生じた場合は、必要な管理計画の修正を行い、管理報告書にその内容を記載の上、患者に提供すること。

周術期における口腔機能の管理

周術期口腔機能管理料(Ⅰ)及び周術期口腔機能管理料(Ⅱ)

		手術を行った(又は予定する)保険医療機関	
		同一の保険医療機関(病院)	他の保険医療機関(病院)
患者の状況	入院外	周術期口腔機能管理料(Ⅰ) (備考欄ロ) ※同一の医科歯科併設病院で外来又は在宅で治療中の患者 ※同一の歯科病院で外来又は在宅で治療中の患者	周術期口腔機能管理料(Ⅰ) (備考欄イ) ※他の病院で外来又は在宅で治療中の患者
	入院中	周術期口腔機能管理料(Ⅱ) (備考欄二) ※同一の医科歯科併設の病院に入院中の患者 ※同一の歯科病院に入院中の患者	周術期口腔機能管理料(Ⅰ) (備考欄ハ) ※他の医科病院に入院中の患者に対して、歯科訪問診療に併せて管理を行う場合

[備考]

- イ 歯科病院(歯科診療のみの診療を行う病院をいう。以下同じ。)、医科歯科併設の病院(歯科診療科に限る。)又は歯科診療所に属する歯科医師が、他の保険医療機関(病院に限る。)において周術期口腔機能管理を必要とする手術(以下この区分番号において「管理を要する手術」という。)を行った(手術を予定する場合を含む。以下同じ。)入院中の患者以外の患者の口腔機能の管理を行う場合
- ロ 歯科病院又は医科歯科併設の病院(歯科診療科に限る。)に属する歯科医師が、同一の保険医療機関において、管理を要する手術を行った入院中の患者以外の患者の口腔機能の管理を行う場合
- ハ 歯科病院、医科歯科併設の病院(歯科診療科に限る。)又は歯科診療所に属する歯科医師が、他の病院である保険医療機関(歯科診療を行う保険医療機関を除くものをいう。以下この区分番号において「医科病院」という。)において、管理を要する手術を行った入院中の患者の口腔機能の管理を行う場合
- ニ 歯科病院又は医科歯科併設の病院(歯科診療科に限る。)に属する歯科医師が、同一の保険医療機関において、管理を要する手術を行った入院中の患者の口腔機能の管理を行う場合

(通知⑤) 周術期口腔機能管理料(Ⅰ)及び周術期口腔機能管理料(Ⅱ)は、周術期口腔機能管理計画策定料に規定する管理計画書に基づき、以下の区分(省略：上記の表を参照)に応じて、歯科医師による周術期における口腔機能の管理を行った場合に算定する。なお、当該管理報告書の内容又はその写しを診療録に記載又は添付すること。

[備考]

- イ 歯科病院(歯科診療のみの診療を行う病院をいう。以下同じ。)、医科歯科併設の病院(歯科診療科に限る。)又は歯科診療所に属する歯科医師が、他の保険医療機関(病院に限る。)において周術期口腔機能管理を必要とする手術(以下この区分番号において「管理を要する手術」という。)を行った(手術を予定する場合を含む。以下同じ。)入院中の患者以外の患者の口腔機能の管理を行う場合
- ロ 歯科病院又は医科歯科併設の病院(歯科診療科に限る。)に属する歯科医師が、同一の保険医療機関において、管理を要する手術を行った入院中の患者以外の患者の口腔機能の管理を行う場合
- ハ 歯科病院、医科歯科併設の病院(歯科診療科に限る。)又は歯科診療所に属する歯科医師が、他の病院である保険医療機関(歯科診療を行う保険医療機関を除くものをいう。以下この区分番号において「医科病院」という。)において、管理を要する手術を行った入院中の患者の口腔機能の管理を行う場合
- ニ 歯科病院又は医科歯科併設の病院(歯科診療科に限る。)に属する歯科医師が、同一の保険医療機関において、管理を要する手術を行った入院中の患者の口腔機能の管理を行う場合

(通知⑥) 管理計画書を策定した保険医療機関と周術期口腔機能管理を実施する保険医療機関が異なる場合は、周術期口腔機能管理料(Ⅰ)及び周術期口腔機能管理料(Ⅱ)を算定する際、管理計画書又はその写しを診療録に添付するとともに、当該管理計画書の内容以外に必要な管理事項がある場合は、その要点を診療録に記載すること。

(通知⑦) 歯科疾患管理料、周術期口腔機能管理料(Ⅲ)、歯科治療総合医療管理料、歯科特定疾患療養管理料、がん治療連携指導料、がん治療連携管理料、歯科疾患在宅療養管理料、在宅患者歯科治療総合医療管理料及び歯科矯正管理料を算定している同一月において、周術期口腔機能管理料(Ⅰ)及び周術期口腔機能管理料(Ⅱ)は、別に算定できない。

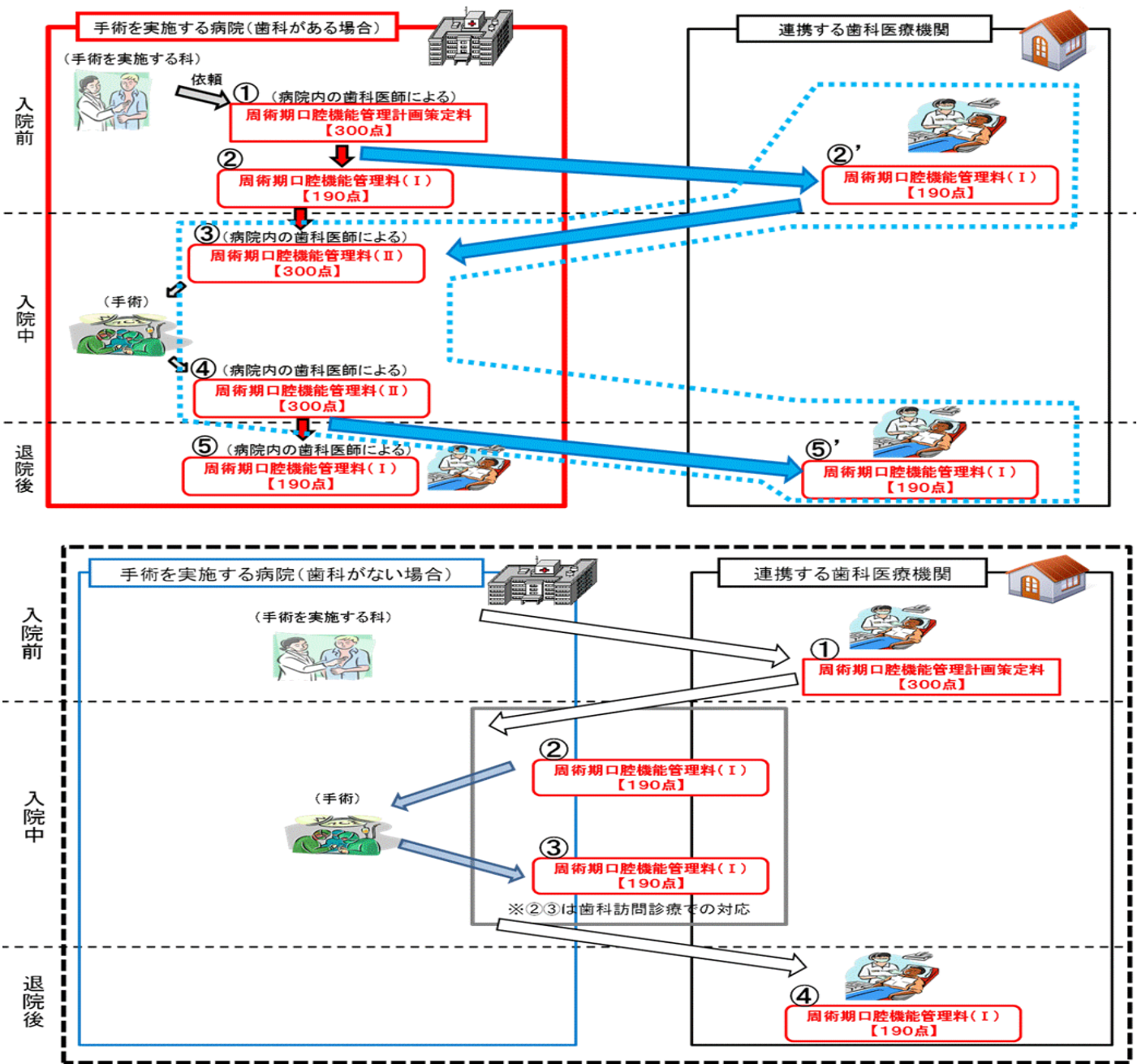
ただし、同一月であっても、手術前に上記管理料を算定し、手術後において周術期口腔機能管理を行う場合は、周術期口腔機能管理料(I)及び周術期口腔機能管理料(II)は別に算定できる。

(通知⑧) 周術期の口腔機能の管理を行うに当たっては、一連の管理中においては、患者の主治の医師と連携し、また、入院中においては、主治の医師や日常の療養上の世話を行う看護師等との間で実施内容や注意事項等の情報の共有に努めること。

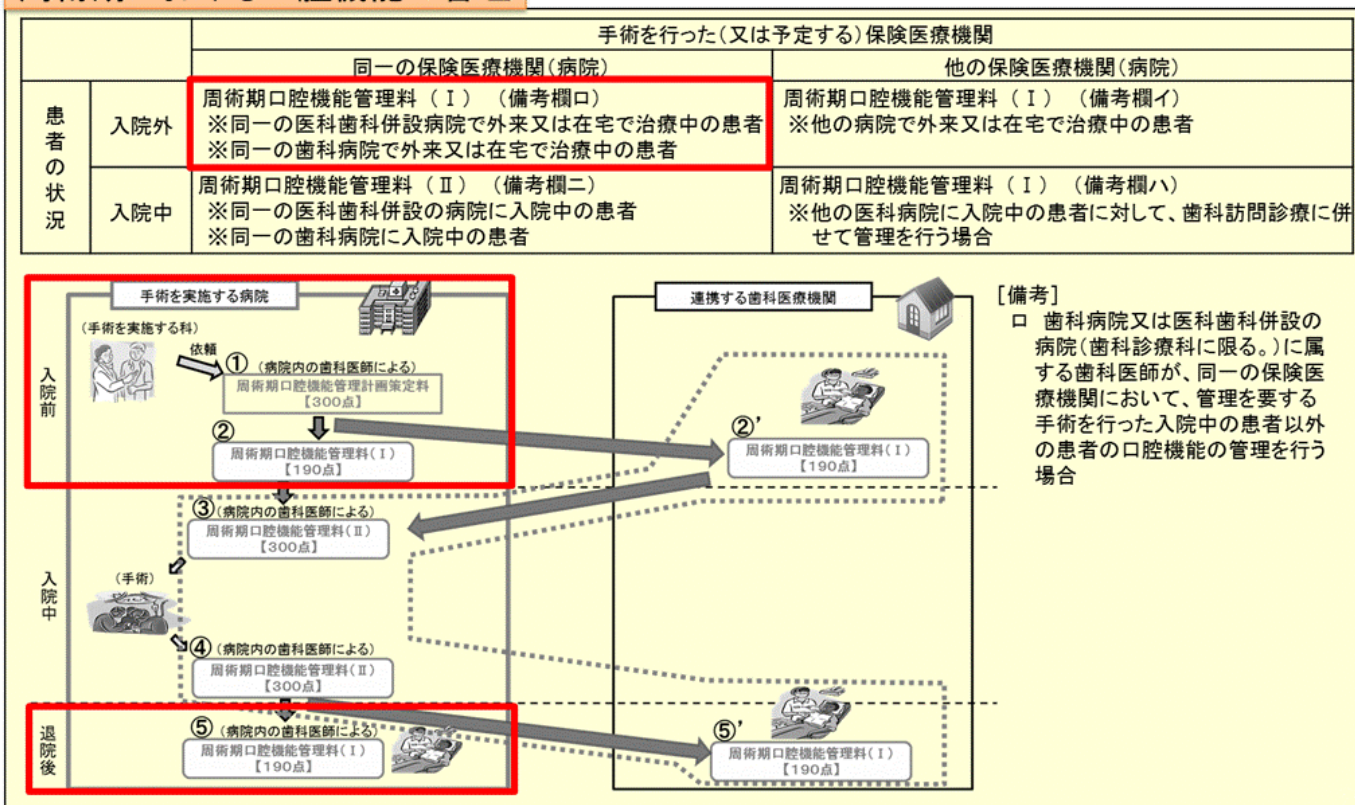
(通知⑨) 周術期の口腔機能の管理を行うに当たっては、手術前後や放射線治療等の患者の口腔機能の管理を適切に行うため、定期的に周術期の口腔機能の管理に関する講習会や研修会等に参加し、必要な知識の習得に努めるものとする。

(通知⑩) 周術期口腔機能管理料(I)及び周術期口腔機能管理料(II)を算定した保険医療機関は、毎年7月1日現在で名称、開設者、算定状況等を地方厚生(支)局長に報告すること。

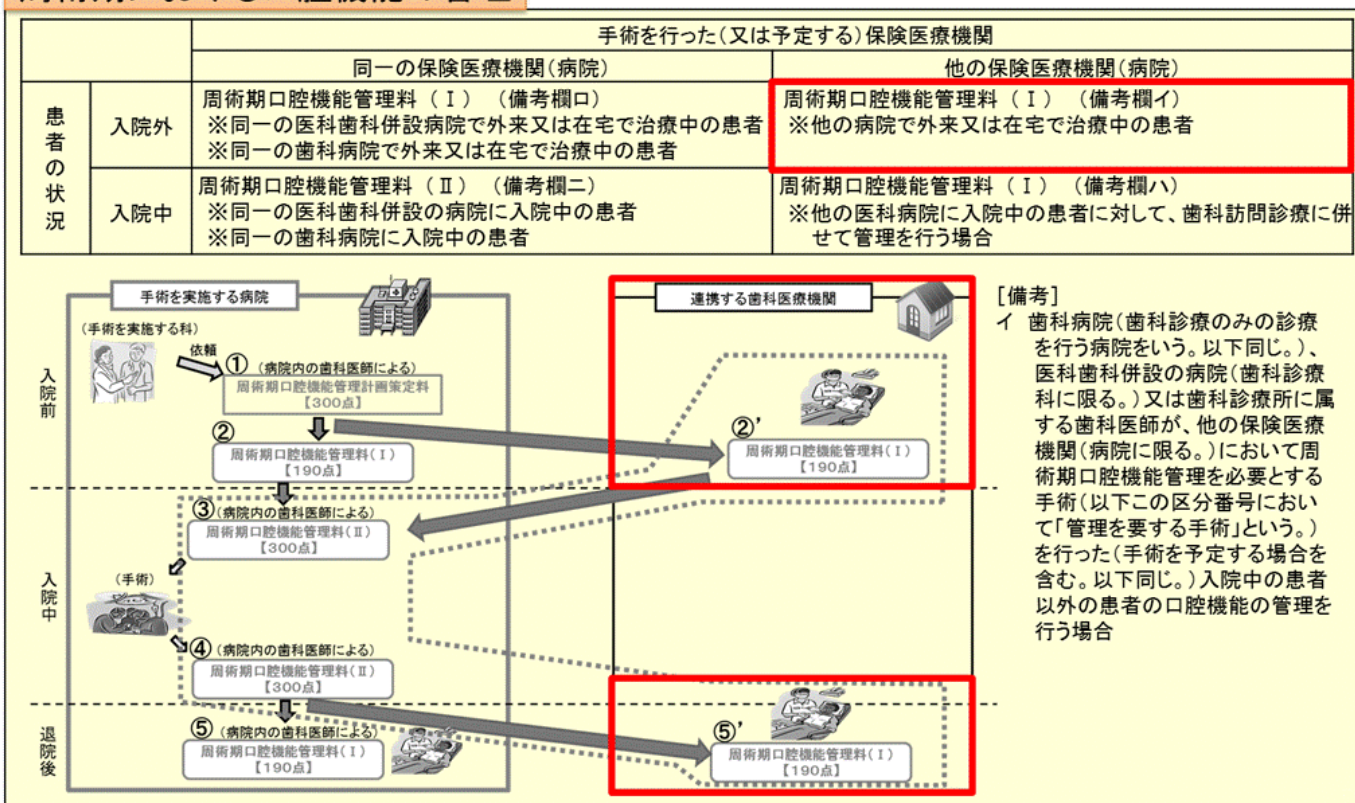
周術期における口腔機能の管理のイメージ



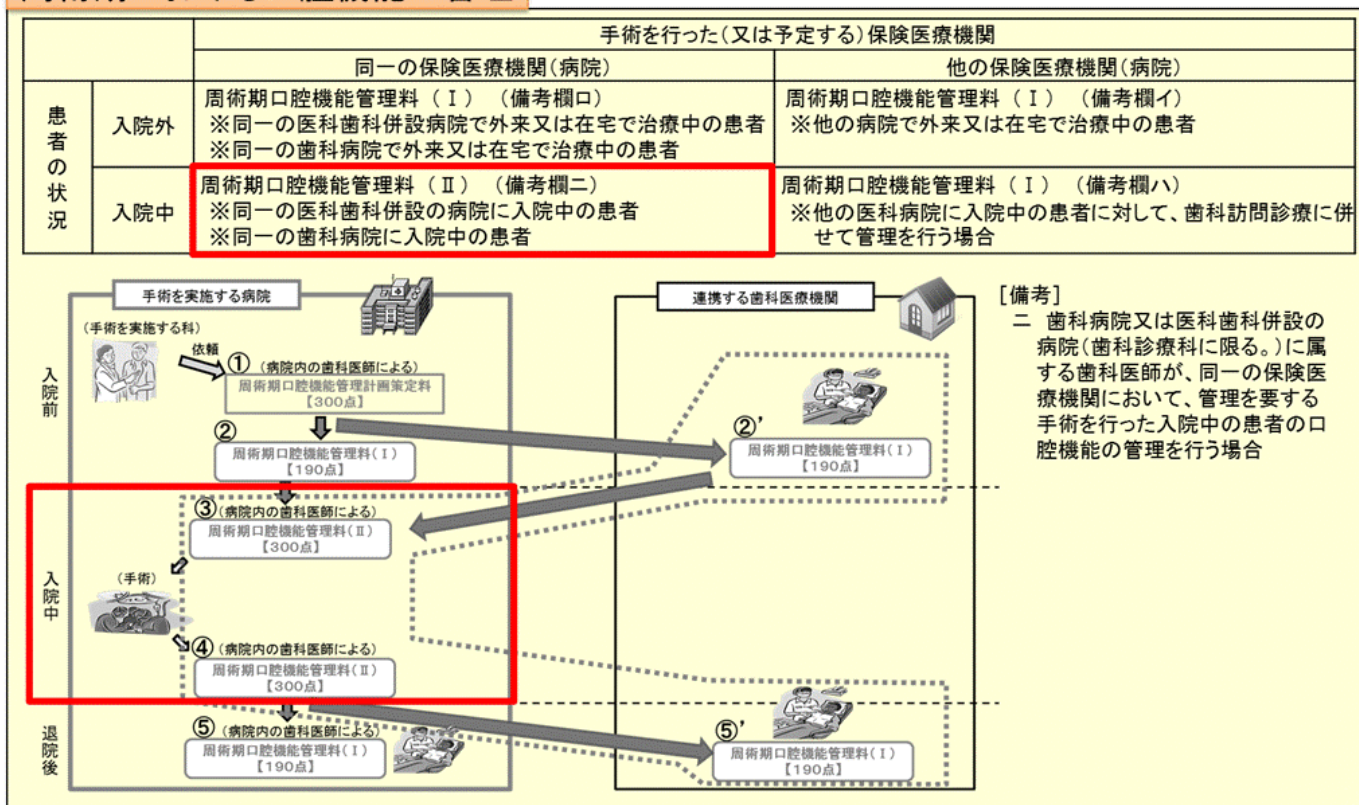
周術期における口腔機能の管理



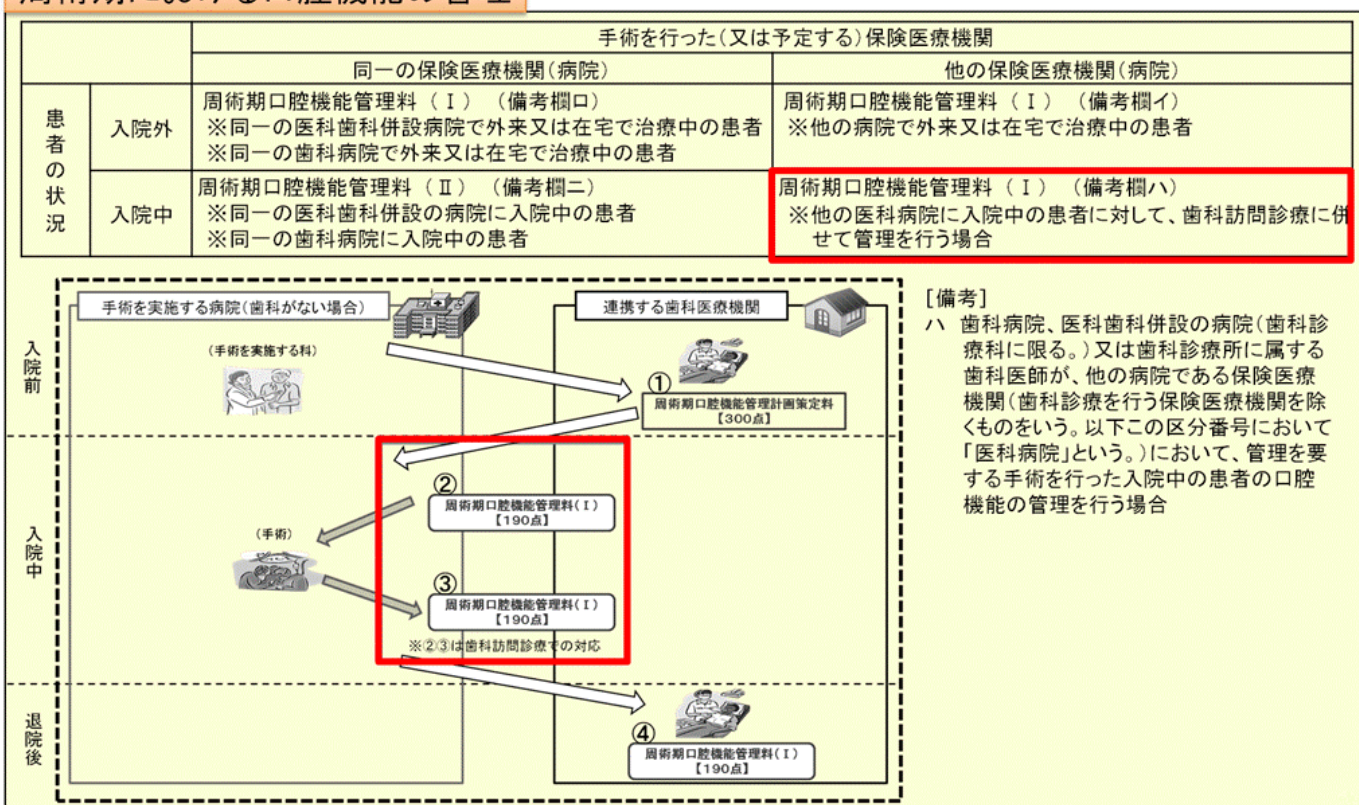
周術期における口腔機能の管理



周術期における口腔機能の管理



周術期における口腔機能の管理



周術期における口腔機能の管理

周術期口腔機能管理料(Ⅲ) 190点

[告示]

がん等に係る放射線治療又は化学療法(以下「放射線治療等」という。)の治療期間中の患者の口腔機能を管理するため、歯科診療を実施している保険医療機関において、周術期口腔機能管理計画に基づき、当該放射線治療等を実施している他の保険医療機関又は同一の保険医療機関の患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行った場合には、当該患者につき、放射線治療等を開始した日の属する月から月1回に限り算定できる。

[通知]

- ・対象患者
放射線治療又は化学療法を受ける患者
- ・管理報告書の内容
 - ①口腔内の状態の評価
 - ②具体的な実施内容や指導内容
 - ③その他必要な内容
- ・その他の項目
周術期口腔機能管理料(Ⅰ)及び周術期口腔機能管理料(Ⅱ)と共通の項目については、周術期口腔機能管理料(Ⅰ)及び周術期口腔機能管理料(Ⅱ)の例により算定

周術期口腔機能管理料(Ⅲ)【新設】 190点

注1 がん等に係る放射線治療又は化学療法(以下「放射線治療等」という。)の治療期間中の患者の口腔機能を管理するため、歯科診療を実施している保険医療機関において、周術期口腔機能管理計画に基づき、当該放射線治療等を実施している他の保険医療機関又は同一の保険医療機関の患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行った場合には、当該患者につき、放射線治療等を開始した日の属する月から月1回に限り算定できる。

注2 周術期口腔機能管理料(Ⅲ)を算定した月において、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)、歯科特定疾患療養管理料、歯科治療総合医療管理料、がん治療連携指導料、がん治療連携管理料、歯科疾患在宅療養管理料、在宅患者歯科治療総合医療管理料及び歯科矯正管理料は算定できない。

(通知①) 周術期口腔機能管理料(Ⅲ)は、放射線治療又は化学療法を受ける患者であって、周術期口腔機能管理計画策定料に規定する管理計画書に基づき、歯科医師による必要な口腔機能の管理を行った場合に算定する。なお、当該管理報告書の内容又はその写しを診療録に記載又は添付すること。

(通知②) 口腔機能の管理を実施した場合は、①口腔内の状態の評価、②具体的な実施内容や指導内容、③その他必要な内容を記載した管理報告書を作成し、患者に提供すること。ただし、患者の状態に大きな変化がない場合においては、少なくとも前回の管理報告書の提供日から起算して3月を超える日までに1回以上提供すること。

(通知③) その他周術期口腔機能管理料(Ⅲ)に係る周術期口腔機能管理料(Ⅰ)及び周術期口腔機能管理料(Ⅱ)と共通の項目については、周術期口腔機能管理料(Ⅰ)及び周術期口腔機能管理料(Ⅱ)の例により算定する。

周術期における口腔機能の管理

周術期専門的口腔衛生処置 80点

[告示]

周術期口腔機能管理料(Ⅰ)又は周術期口腔機能管理料(Ⅱ)を算定した入院中の患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、周術期口腔機能管理料(Ⅰ)又は周術期口腔機能管理料(Ⅱ)を算定した日の属する月において、術前1回、術後1回に限り算定

[通知]

周術期における口腔機能の管理を行う歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、当該患者の口腔の衛生状態にあわせて、口腔清掃用具等を用いて歯面、舌、口腔粘膜等の専門的な口腔清掃又は機械的歯面清掃を行った場合をいう。

周術期専門的口腔衛生処置（1口腔につき）【新設】 80点

注1 周術期口腔機能管理料(I)又は周術期口腔機能管理料(II)を算定した入院中の患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、周術期口腔機能管理料(I)又は周術期口腔機能管理料(II)を算定した日の属する月において、術前回、術後1回に限り算定する。

注2 周術期専門的口腔衛生処置を算定した日の属する月において、機械的歯面清掃処置は、別に算定できない。

(通知①) 周術期専門的口腔衛生処置は、「注」に規定する入院患者に対して、周術期における口腔機能の管理を行う歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、当該患者の口腔の衛生状態にあわせて、口腔清掃用具等を用いて歯面、舌、口腔粘膜等の専門的な口腔清掃又は機械的歯面清掃を行った場合をいう。

(通知②) 周術期における口腔機能の管理を行う歯科医師は、周術期専門的口腔衛生処置に関し、歯科衛生士に指示した内容を診療録に記載すること。また、当該処置を行った歯科衛生士は、歯科衛生士業務記録簿に当該処置内容を記録すること。

(通知③) 機械的歯面清掃処置を算定した日の属する月においては、周術期専門的口腔衛生処置は別に算定できない。ただし、機械的歯面清掃処置を算定した日の属する月において、周術期口腔機能管理を必要とする手術を実施した日以降に周術期専門的口腔衛生処置を実施した場合は、別に算定できる。

歯科治療総合医療管理料・在宅患者歯科治療総合医療管理料の対象疾患の拡大

医科の医療機関との連携

医科の医療機関との連携を評価した歯科治療総合医療管理料及び在宅患者歯科治療総合医療管理料の対象疾患に骨粗鬆症(ビスフォスホネート系薬剤の服用患者)等の口腔内に合併症を引き起こす疾患を追加する。

改定前	改定後
<p>【歯科治療総合医療管理料及び在宅患者歯科治療総合医療管理料】</p> <p>[算定要件]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・歯科治療総合医療管理料及び在宅患者歯科治療総合医療管理料に規定する疾患 ・高血圧性疾患 ほかに12疾患 	<p>【歯科治療総合医療管理料及び在宅患者歯科治療総合医療管理料】</p> <p>[算定要件]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・歯科治療総合医療管理料及び在宅患者歯科治療総合医療管理料に規定する疾患 ・高血圧性疾患 ほかに12疾患 ・骨粗鬆症(ビスフォスホネート系薬剤服用患者に限る。) ・慢性腎臓病(腎透析を受けている患者に限る。)

【特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件】(告示)

別表第6 歯科治療総合医療管理料及び在宅患者歯科治療総合医療管理料に規定する疾患

高血圧性疾患、虚血性心疾患、不整脈、心不全、喘息、慢性気管支炎、糖尿病、甲状腺機能障害、副腎皮質機能不全、脳血管障害、てんかん、甲状腺機能亢進症、自律神経失調症、骨粗鬆症(ビスフォスホネート系薬剤服用患者に限る。)、慢性腎臓病(腎透析を受けている患者に限る。)

基本診療料や指導管理料における医科診療科との連携を評価

医科歯科併設の医療機関の取り組みを評価

医科歯科併設の医療機関の取り組みを評価する観点から、歯科外来診療環境体制加算、歯科診療特別対応連携加算、歯科治療総合医療管理料等の施設基準の要件となっている別の医科診療を行う医療機関との連携体制について、医科歯科併設の医療機関における連携体制も評価するとともに併せて小児入院医療管理についても評価に加える。

改定前	改定後
<p>(例) 【歯科外来診療環境体制加算(初診料の加算)】 [施設基準]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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。 	<p>(例) 【歯科外来診療環境体制加算(初診料の加算)】 [施設基準]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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。なお、医科歯科併設の保険医療機関にあつては医科診療科との連携体制が確保されていればこの限りでない。
<p>< 特定入院料 ></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 特定集中治療室管理料ほか3項目 	<p>< 特定入院料 ></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 特定集中治療室管理料ほか3項目 ・ 小児入院医療管理料

【基本診療料の施設基準(歯科外来診療環境体制加算)】(変更部分のみ)

(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。ただし、病院である医科歯科併設の保険医療機関にあつては、当該保険医療機関の医科診療科との連携体制が確保されている場合は、この限りでない。

【基本診療料の施設基準(歯科診療特別対応連携加算)】(変更部分のみ) ※ 従来の障害者歯科医療連携加算

(3) 緊急時に円滑な対応ができるよう別の医科診療を担当する病院である保険医療機関との連携体制が整備されていること。ただし、病院である医科歯科併設の保険医療機関にあつては、当該保険医療機関の医科診療科との連携体制が整備されている場合は、この限りでない。

【特掲診療料の施設基準(歯科治療総合医療管理料)】(変更部分のみ)

(3) 緊急時に円滑な対応ができるよう病院である別の保険医療機関との連携体制が整備されていること。ただし、病院である医科歯科併設の保険医療機関にあつては、当該保険医療機関の医科診療科との連携体制が整備されている場合は、この限りでない。

【特掲診療料の施設基準(在宅患者歯科治療総合医療管理料)】(変更部分のみ)

(3) 緊急時に円滑な対応ができるよう病院である別の保険医療機関との連携体制が整備されていること。ただし、病院である医科歯科併設の保険医療機関にあつては、当該保険医療機関の医科診療科との連携体制が整備されている場合は、この限りでない。

3. 重点課題：在宅歯科医療の推進

在宅歯科医療の評価(重点課題)

在宅歯科医療の推進

- 歯科訪問診療の対象者の表現の見直し
 常時寝たきりの状態等であって、在宅等において療養を行っており、疾病、傷病のため通院による歯科治療が困難な患者 → 在宅等において療養を行っており、疾病、傷病のため通院による歯科治療が困難な患者
- 歯科訪問診療料の評価の引き上げ
 歯科訪問診療料1 830点 → 850点
 【同一建物居住者(在宅等で2人以上を診療した場合)以外に対する歯科訪問診療をした際の評価】
- 歯科訪問診療の器具の携行に関する評価の見直し
 在宅患者等急性歯科疾患対応加算
 【歯科治療に必要な切削器具等を常時携行している場合の評価】

同一初診期間中		同一建物居住者以外	170点
1回目	232点	→ 同一建物居住者 同一日に5人以下	85点
2回目以降	90点	同一日に6人以上	50点
- 歯科衛生士の歯科訪問診療の補助に関する評価
 (新) 歯科訪問診療補助加算

	同一建物居住者以外	110点
	同一建物居住者	45点

在宅歯科医療の推進

- 歯科訪問診療料の対象者及び患者の容体の急変時の対応
 [通知]

改定前	改定後
<p>・歯科訪問診療は常時寝たきりの状態等であって、在宅等において療養を行っており、疾病、傷病のため通院による歯科治療が困難な患者を対象とし、療養中の当該患者の在宅等から屋外等への移動を伴わない屋内で診療を行った場合に限り算定できる。</p>	<p>・歯科訪問診療は、在宅等において療養を行っており、疾病、傷病のため通院による歯科治療が困難な患者を対象としていることから、通院が容易な者に対して安易に算定してはならない。なお、この場合において、療養中の当該患者の在宅等から屋外等への移動を伴わない屋内で診療を行った場合に限り算定できる。</p> <p>・在宅等において療養を行っている通院が困難な患者に対し、訪問して歯科訪問診療を行った場合、診療に要した時間が当該患者1人につき20分に満たない場合は、歯科訪問診療料を算定せず、区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A002に掲げる再診料及び第2章特掲診療料を算定する。ただし、治療中に患者の容体が急変し、医師の診察を要する場合等やむを得ず治療を中止した場合においては、(5)及び(6)の規定にかかわらず、診療した時間が20分未満であっても歯科訪問診療料を算定することができる。なお、この場合において、必要があって救急搬送を行った場合は、区分番号C002に掲げる救急搬送診療料を算定しても差し支えない。</p>

歯科訪問診療料（1日につき）

1 歯科訪問診療1 850点

2 歯科訪問診療2 380点

注1 1については、在宅等において療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に歯科訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、次のいずれかに該当する歯科訪問診療（診療時間が20分以上の場合に限る。ただし、当該患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合においては、この限りでない。）を行った場合に算定する。この場合において、初診料又は再診料は、算定しない。

イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療

ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する当該患者の同意を得た歯科訪問診療

注2 2については、在宅等において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、次のいずれかに該当する歯科訪問診療（診療時間が20分以上の場合に限る。ただし、当該患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合においては、この限りでない。）を行った場合に算定する。この場合において、初診料又は再診料は、算定しない。

イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療

ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する当該患者の同意を得た歯科訪問診療

(通知) 歯科訪問診療は、在宅等において療養を行っており、疾病、傷病のため通院による歯科治療が困難な患者を対象としていることから、通院が容易な者に対して安易に算定してはならない。この場合において、療養中の当該患者の在宅等から屋外等への移動を伴わない屋内で診療を行った場合に限り算定できる。なお、歯科訪問診療を行うに当たっては、「歯科訪問診療における基本的考え方」（平成16年日本歯科医学会）を参考とすること。

(通知) 在宅等において療養を行っている通院が困難な患者に対し、訪問して歯科訪問診療を行った場合、診療に要した時間が当該患者1人につき20分に満たない場合は、歯科訪問診療料を算定せず、初診料、再診料及び第2章特掲診療料を算定する。ただし、治療中に患者の容体が急変し、医師の診察を要する場合等やむを得ず治療を中止した場合においては、診療した時間が20分未満であっても歯科訪問診療料を算定することができる。なお、この場合において、必要があつて救急搬送を行った場合は、救急搬送診療料を算定しても差し支えない。

(通知) 「著しく歯科診療が困難な者」とは、脳性麻痺等で身体の不随意運動や緊張が強く体幹の安定が得られない状態、知的発達障害により開口保持ができない状態や治療の目的が理解できず治療に協力が得られない状態、重症の喘息患者で頻繁に治療の中断が必要な状態、日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ歯科診療に際して家族等の援助を必要とする状態又はこれらに準ずる状態にある者をいう。なお、歯科診療特別対応加算を算定した日においては、患者の状態（要介護度を含む。）を診療録に記載し、専門的技法を用いた場合はその名称を併せて診療録に記載する。

(通知) 歯科訪問診療を行った場合は、診療録に次の事項を記載すること。ただし、ロに関しては、歯科訪問診療を開始した日に限り記載するものとするが、変更が生じた場合は、その都度記載すること。また、ハに関しては、患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合については、急変後の対応の要点も記載すること。

イ 実施時刻（開始時刻と終了時刻）

ロ 訪問先名（記載例：自宅、〇〇マンション、介護老人保健施設××苑）

ハ 患者の状態等（急変後の対応の要点を含む。）

在宅歯科医療の推進

在宅患者等急性歯科疾患対応加算

改定前		改定後	
【歯科訪問診療料】 注 在宅患者等急性歯科疾患対応加算(1日につき)		【歯科訪問診療料】 注 在宅患者等急性歯科疾患対応加算(1日につき)	
イ 1回目	232点	イ 同一建物居住者以外	170点
ロ 2回目以降	90点	ロ 同一建物居住者(5人以下)	85点
		ハ 同一建物居住者(6人以上)	50点

[通知]

同一建物居住者以外の歯科訪問診療時においては、本区分の「イ 同一建物居住者以外の場合」により算定し、同一建物居住者の歯科訪問診療時においては、本区分の「ロ 同一建物居住者の場合(同一日に5人以下)」又は「ハ 同一建物居住者の場合(同一日に6人以上)」により算定する。また、**ロ及びハの人数については、同一日同一建物において、初診料及び再診料を算定した歯科訪問診療並びに区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した歯科訪問診療に係る人数を合算するものとする。**

注9 歯科訪問診療を行うに当たって、切削を伴う処置、手術、歯冠修復及び欠損補綴が必要な場合に即応できるよう切削器具及びその周辺装置を常時訪問先に携行している場合は、在宅患者等急性歯科疾患対応加算として、次に掲げる点数を、1日につき所定点数に加算する。 ※ 歯科訪問診療料を算定しない場合も同様の取扱い

イ 同一建物居住者以外の場合	170点
ロ 同一建物居住者の場合(同一日に5人以下)	85点
ハ 同一建物居住者の場合(同一日に6人以上)	50点

(通知) 「注9」に規定する在宅患者等急性歯科疾患対応加算は、歯科訪問診療において、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ものであり、具体的には、歯科訪問診療料を算定している場合に、同一建物居住者以外の歯科訪問時においては、本区分の「イ 同一建物居住者以外の場合」により算定し、同一建物居住者の歯科訪問時においては、本区分の「ロ 同一建物居住者の場合(同一日に5人以下)」又は「ハ 同一建物居住者の場合(同一日に6人以上)」により算定する。また、ロ及びハの人数については、同一日同一建物において、初診料及び再診料を算定した歯科訪問診療並びに当該歯科訪問診療料を算定した歯科訪問診療に係る人数を合算するものとする。

(通知) 「注9」に規定する在宅患者等急性歯科疾患対応加算は、切削器具を常時携行した場合に算定する。なお、この場合において、常時携行している切削器具名を診療録に記載すること。

在宅歯科医療の推進

歯科訪問診療補助加算	同一建物居住者以外	110点
	同一建物居住者	45点

[告示]

在宅療養支援歯科診療所に属する歯科衛生士が、歯科医師と同行の上、歯科訪問診療の補助を行った場合

[通知]

歯科訪問診療補助加算は、**歯科訪問診療料を算定した日**において、当該診療が必要な患者に対して、**在宅療養支援歯科診療所**に属する歯科医師と当該診療所に属する歯科衛生士が同行の上、実際に当該歯科衛生士が歯科訪問診療の補助を行った場合に算定する。また、同一建物居住者以外の歯科訪問診療時においては、本区分の「イ 同一建物居住者以外」により算定し、同一建物居住者の歯科訪問診療時においては、本区分の「ロ 同一建物居住者」により算定する

注10 在宅療養支援歯科診療所に属する歯科衛生士が、歯科医師と同行の上、歯科訪問診療の補助を行った場合は、
歯科訪問診療補助加算として、次に掲げる点数を1日につき所定点数に加算する。【新設】

イ 同一建物居住者以外の場合 110点

ロ 同一建物居住者の場合 45点

(通知)「注10」に規定する歯科訪問診療補助加算は、歯科訪問診療料を算定した日において、当該診療が必要な患者に対して、在宅療養支援歯科診療所に属する歯科医師と当該診療所に属する歯科衛生士が同行の上、実際に当該歯科衛生士が歯科訪問診療の補助を行った場合に算定する。また、同一建物居住者以外の歯科訪問診療時においては、本区分の「イ 同一建物居住者以外の場合」により算定し、同一建物居住者の歯科訪問診療時においては、本区分の「ロ 同一建物居住者の場合」により算定すること。なお、当該加算を算定した場合は、診療録に診療の補助を行った歯科衛生士の氏名を記載すること。

4. 充実が求められる分野を適切に評価していく視点

生活の質に配慮した歯科医療の充実

1. 障害者加算の名称の見直し及び対象者の明確化
2. 歯科診療特別対応地域支援加算の新設
3. 著しく歯科診療が困難な患者の歯科治療に係る連携の促進
4. 歯の保存に資する技術の評価

障害者加算の名称の見直し及び対象者の明確化

障害者加算の名称の見直し及び対象者の明確化

「障害者加算」の対象者に、日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、著しく歯科診療が困難な状態を明示し、歯科診療報酬上における「障害者加算」は、本加算の要件を維持しつつ、主旨をより適切に反映する観点から「**歯科診療特別対応加算**」に改める。

改定前	改定後
<p>【障害者加算(初診料・再診料の加算)】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・著しく歯科診療が困難な障害者に対して初診を行った場合は、175点(当該患者が歯科治療環境に円滑に適應できるような技法を用いた場合は、250点)を所定点数に加算する。 <p>[通知]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「著しく歯科診療が困難な障害者」とは、脳性麻痺等で身体の不随意運動や緊張が強く体幹の安定が得られない状態、知的発達障害により開口保持ができない状態や治療の目的が理解できず治療に協力が得られない状態、重症の喘息患者で頻繁に治療の中断が必要な状態又はこれらに準ずる状態にある者をいう。なお、障害者加算を算定した日においては、患者の状態を診療録に記載し、専門的技法を用いた場合はその名称を併せて診療録に記載する。 	<p>【歯科診療特別対応加算(初診料・再診料の加算)】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・著しく歯科診療が困難な者に対して初診を行った場合は、175点(当該患者が歯科治療環境に円滑に適應できるような技法を用いた場合は、250点)を所定点数に加算する。 <p>[通知]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「著しく歯科診療が困難な者」とは、脳性麻痺等で身体の不随意運動や緊張が強く体幹の安定が得られない状態、知的発達障害により開口保持ができない状態や治療の目的が理解できず治療に協力が得られない状態、重症の喘息患者で頻繁に治療の中断が必要な状態、日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、歯科診療に際して家族等の援助を必要とする状態又はこれらに準ずる状態にある者をいう。なお、歯科診療特別対応加算を算定した日においては、患者の状態を診療録に記載し、専門的技法を用いた場合はその名称を併せて診療録に記載する。

歯科診療特別対応地域支援加算の新設

歯科診療特別対応地域支援加算

歯科診療特別対応地域支援加算(初診料の加算、初診時1回) 100点

著しく歯科診療が困難な者に対する歯科医療の充実を図る観点から、著しく歯科診療が困難な患者の状態に応じて、身近な歯科医療機関でも円滑に歯科治療が受けられるよう、専門性の高い歯科医療機関から患者を紹介した場合及び一般の歯科医療機関が患者を受け入れた場合の評価を行う。

[告示]

歯科診療を実施している保険医療機関(診療所(歯科診療特別対応連携加算の施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を除く。))において、他の保険医療機関(歯科診療特別対応連携加算の施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に限る。))にて歯科診療特別対応加算を算定した患者に対して、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受けた上で、外来において初診を行った場合

[通知]

歯科診療所である保険医療機関(歯科診療特別対応連携加算に係る施設基準に適合するものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関は除く。))において、歯科診療特別対応連携加算に係る施設基準に適合するものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関で基本診療料に係る歯科診療特別対応加算を算定した患者について、当該保険医療機関から診療情報提供料に定める様式に基づいた診療情報提供を受けた上で、当該患者に対して初診を行い、基本診療料に係る歯科診療特別対応加算を算定した場合に算定する。

初診料

- 1 歯科初診料 218点
- 2 地域歯科診療支援病院歯科初診料 270点

注11 歯科診療を実施している保険医療機関(診療所(歯科診療特別対応連携加算に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を除く。))において、他の保険医療機関(歯科診療特別対応連携加算に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に限る。))において歯科診療特別対応加算又は再診料の歯科診療特別対応加算を算定した患者に対して、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受けた上で、外来において初診を行った場合には、歯科診療特別対応地域支援加算として、月1回に限り所定点数に100点を加算する。【新設】

(通知)「注11」に規定する歯科診療特別対応地域支援加算は、歯科診療所である保険医療機関(歯科診療特別対応連携加算に係る施設基準に適合するものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関は除く。))において、歯科診療特別対応連携加算に係る施設基準に適合するものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関で基本診療料に係る歯科診療特別対応加算を算定した患者について、当該保険医療機関から診療情報提供料に定める様式に基づいた診療情報提供を受けた上で、当該患者に対して初診を行い、基本診療料に係る歯科診療特別対応加算を算定した場合に算定する。

※ 歯科診療特別対応連携加算とは従来の障害者歯科医療連携加算

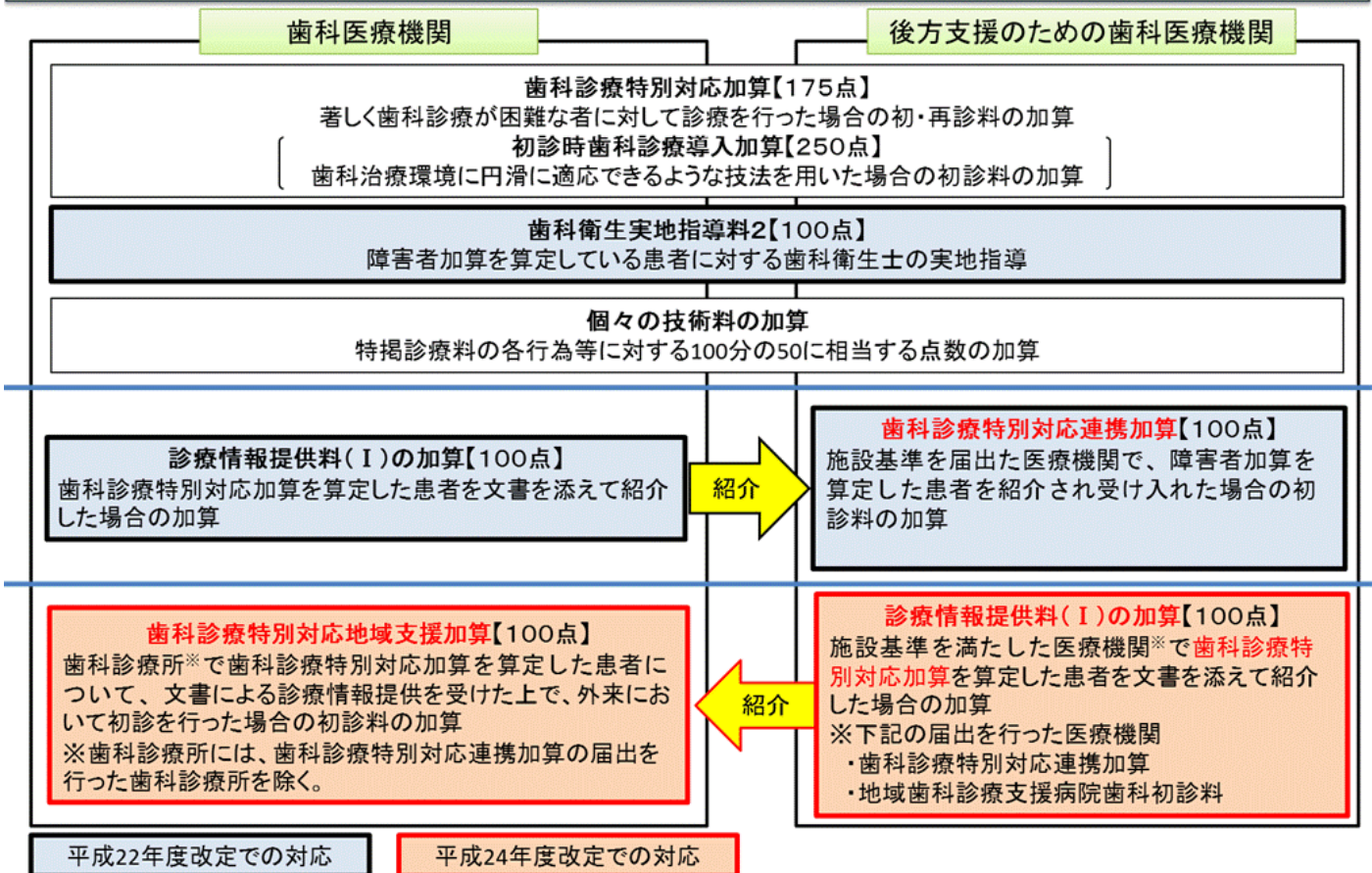
著しく歯科診療が困難な患者の歯科治療に係る連携の促進

診療情報提供料の加算の新設

著しく歯科診療が困難な患者に対する歯科医療を専門的に行う医療機関と地域の歯科診療を担う医療機関との連携促進を図る観点から、これらの医療機関に対して、基本診療料に係る歯科診療特別対応加算を算定している患者に係る情報を提供し、紹介した場合の評価を行う。

改定前	改定後
<p>【診療情報提供料 I】 250点</p>	<p>【診療情報提供料 I】 250点</p> <p style="color: red; font-size: small;">注 歯科診療特別対応連携加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、歯科診療特別対応加算を算定している患者について、当該患者又はその家族の同意を得て、歯科診療を行う保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合は、所定点数に100点を加算する。</p>

著しく歯科診療が困難な患者への診療報酬上の評価



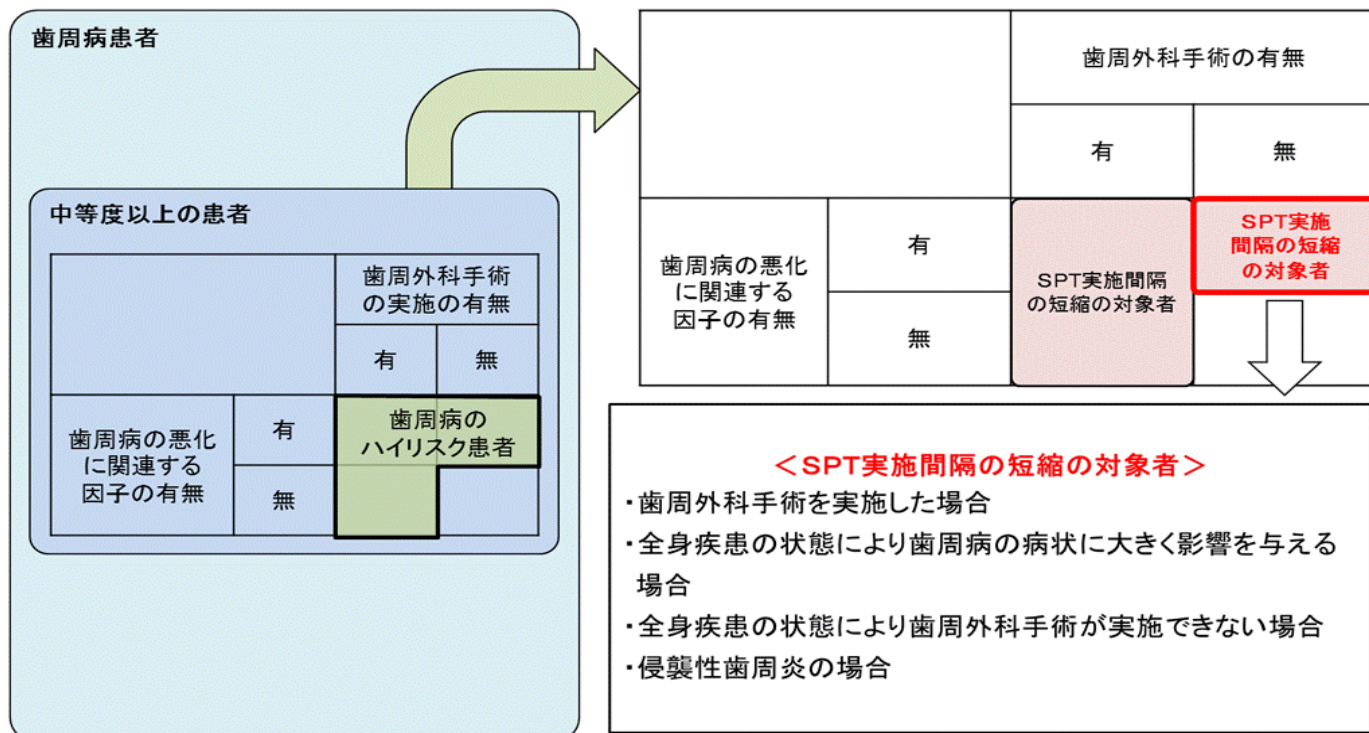
歯の保存に資する技術の評価

歯周病に関する技術の評価の見直し

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に行われる継続的な歯周病安定期治療について、歯周病に対するリスクが高い者に関しては治療間隔期間の短縮を図る等、歯周治療を評価するとともに、歯の保存に資する歯内療法についても併せて評価する。

改定前	改定後
<p>【歯周病安定期治療（1口腔につき）】 300点</p> <p>注 2回目以降の歯周病安定期治療の算定は、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う。ただし、一連の歯周病治療において歯周外科手術を実施した場合は、この限りでない。</p>	<p>【歯周病安定期治療（1口腔につき）】 300点</p> <p>注 2回目以降の歯周病安定期治療の算定は、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う。ただし、一連の歯周病治療において歯周外科手術を実施した場合等の歯周病安定期治療の治療間隔の短縮が必要とされる場合においてはこの限りでない。</p> <p>[通知]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・2回目以降の歯周病安定期治療の算定については、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。ただし、歯周病安定期治療の治療間隔の短縮が必要とされる以下の場合については、3月以内の間隔で実施した歯周病安定期治療の費用は月1回に限り算定できる。なお、この場合、実施する理由(イ 歯周外科手術を実施した場合は除く。)、全身状態等を診療録に記載すること。また、口又はハに関しては主治の医師からの文書を添付すること。 イ 歯周外科手術を実施した場合 ロ 全身疾患の状態により歯周病の病状に大きく影響を与える場合 ハ 全身疾患の状態により歯周外科手術が実施できない場合 ニ 侵襲性歯周炎の場合

「歯周病安定期治療(SPT)」の評価の見直し



(通知) 侵襲性歯周炎とは、若年性歯周炎、急速進行性歯周炎又は特殊性歯周炎をいう。

歯の保存に資する技術の評価

歯周病に関する技術の評価の見直し②

改定前	改定後
【歯周基本治療】 1 スケーリング(3分の1 顎につき) 64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 58点 ロ 小臼歯 62点 ハ 大臼歯 68点 3 歯周ポケット搔爬(盲嚢搔爬) (1 歯につき) イ 前歯 58点 ロ 小臼歯 62点 ハ 大臼歯 68点 【歯周外科手術】(1 歯につき) (例) 4 歯肉剥離搔爬手術 600点 5 歯周組織再生誘導手術 1次手術 730点 2次手術 300点 手術時歯根面レーザー応用加算 40点	【歯周基本治療】 1 スケーリング(3分の1 顎につき) 66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 60点 ロ 小臼歯 64点 ハ 大臼歯 72点 3 歯周ポケット搔爬 (1 歯につき) イ 前歯 60点 ロ 小臼歯 64点 ハ 大臼歯 72点 【歯周外科手術】(1 歯につき) (例) 4 歯肉剥離搔爬手術 620点 5 歯周組織再生誘導手術 1次手術 760点 2次手術 320点 手術時歯根面レーザー応用加算 60点 【歯周病部分的再評価検査】(1 歯につき) 15点 注 歯周外科手術を行った部位に対して、歯周病の治癒の状態を評価することを目的として実施した場合に、手術後に1回に限り算定する。

歯周外科手術 (1 歯につき) ※ 上記図表以外

- 1 歯周ポケット搔爬術 75点⇒ 80点
- 2 新付着手術 150点⇒ 160点
- 3 歯肉切除手術 300点⇒ 320点

歯周病部分的再評価検査 (1 歯につき) 【新設】 15点

注 歯周外科手術を行った部位に対して、歯周病の治癒の状態を評価することを目的として実施した場合に、手術後に1回に限り算定する。

(通知①) 歯周病部分的再評価検査 (以下「部分的再評価」という。) とは、歯周外科手術を行った部位に対して、歯周病の治癒の状態の評価を目的として実施する検査であり、4点以上の歯周ポケット測定、プロービング時の出血の有無並びに必要に応じて歯の動揺度及びプラークチャートを用いてプラークの付着状況を検査した場合に算定する。

(通知②) 部分的再評価は、手術後に1回に限り算定する。

(通知③) 歯周病安定期治療の算定期間中は算定できない。

(通知④) 歯周病検査と同日に行う部分的再評価は、歯周病検査に含まれ別に算定できない。

歯内療法に関する技術の評価の見直し

改定前	改定後
【歯髄保護処置】 (1歯につき) 3 間接歯髄保護処置 25点	【歯髄保護処置】 (1歯につき) 3 間接歯髄保護処置 30点
【抜髄】 (1歯につき) (例) 1 単根管 220点	【抜髄】 (1歯につき) (例) 1 単根管 228点
【感染根管処置】 (1歯につき) (例) 1 単根管 130点	【感染根管処置】 (1歯につき) (例) 1 単根管 144点
【根管貼薬処置】 (1歯1回につき) (例) 1 単根管 20点	【根管貼薬処置】 (1歯1回につき) (例) 1 単根管 26点
【根管充填】 (1歯につき) 注1 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、118点、140点又は164点をそれぞれ加算する。	【根管充填】 (1歯につき) 注1 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、 128点、152点又は184点 をそれぞれ加算する。

抜髄（1歯につき） ※ 上記図表以外

- 2 2根管 406点⇒ 418点
- 3 3根管以上 570点⇒ 588点

注1 歯髄温存療法を行った日から起算して3月以内の期間に当該処置を行った場合は、その区分に従い、78点、268点又は438点を算定する。

注2 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った場合は、その区分に従い、108点、298点又は468点を算定する。

注3 麻酔（通則第7号に規定する麻酔に限る。）及び特定薬剤の費用は、所定点数に含まれるものとする。

※ 通則第7号に規定する麻酔とは、表面麻酔、浸潤麻酔又は簡単な伝達麻酔をいう。

感染根管処置（1歯につき） ※ 上記図表以外

- 2 2根管 276点⇒ 294点
- 3 3根管以上 410点⇒ 432点

根管貼薬処置（1歯1回につき） ※ 上記図表以外

- 2 2根管 22点⇒ 30点
- 3 3根管以上 30点⇒40点

根管充填（1歯につき）

注1 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、128点、152点又は184点をそれぞれ加算する。ただし、クラウン・ブリッジ維持管理料に係る地方厚生局長等への届出を行った保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、この限りでない。

歯科矯正の適応症の拡大

歯科矯正の適応症の拡大

歯科矯正は、唇顎口蓋裂等の先天性疾患に起因する咬合異常等、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が、患者の視点等を踏まえ、唇顎口蓋裂等の先天性疾患に起因する咬合異常に対する歯科矯正の適応症について拡大を行う。

[通知]

改定前	改定後
[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。）他31疾患	[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。）他31疾患 小舌症、頭蓋骨癒合症、骨形成不全症、口笛顔貌症候群、ルビンスタイン-ティビ症候群、常染色体欠失症候群、ラーセン症候群、濃化異骨症、6歯以上の非症候性部分性無歯症

歯科固有の技術の評価の見直し

歯の修復治療に関する技術の評価の見直し

歯の修復に資する技術や歯を喪失した際に早期に口腔機能の維持・回復が図られ、生活の質の向上に資する技術について評価の見直しを行う。

改定前	改定後
【初期う蝕小窩裂溝充填処置】 120点	【初期う蝕早期充填処置】 122点
【歯冠修復物又は補綴物の除去】(1歯につき)	【歯冠修復物又は補綴物の除去】(1歯につき)
1 簡単 15点	1 簡単 16点
2 困難 30点	2 困難 32点
3 根管内ポストを有する鑄造体 50点	3 根管内ポストを有する鑄造体 54点
【歯冠形成】(1歯につき)	【歯冠形成】(1歯につき)
(例) 1 生活歯歯冠形成	(例) 1 生活歯歯冠形成
イ 鑄造冠 300点	イ 金属冠 306点
2 失活歯歯冠形成	2 失活歯歯冠形成
イ 鑄造冠 160点	イ 金属冠 166点
3 窩洞形成	3 窩洞形成
イ 単純なもの 54点	イ 単純なもの 60点
ロ 複雑なもの 80点	ロ 複雑なもの 86点
【う蝕歯即時充填形成】(1歯につき) 120点	【う蝕歯即時充填形成】(1歯につき) 126点
【鑄造歯冠修復】(1個につき)	【金属歯冠修復】(1個につき)
(例) 2 全部鑄造冠 445点	(例) 2 全部金属冠 454点
【咬合採得】	【咬合採得】
1 歯冠修復(1個につき) 14点	1 歯冠修復(1個につき) 16点

歯冠形成（1歯につき） ※ 前頁図表以外

- 1 生活歯歯冠形成 □ ジャケット冠 300点⇒ 306点
- 2 失活歯歯冠形成 □ ジャケット冠 160点⇒ 166点

金属歯冠修復（1個につき） ※ 前頁図表以外

- 1 インレー イ 単純なもの 181点⇒ 190点
- 複雑なもの 275点⇒ 284点

早期に口腔機能の維持・回復が図られる補綴治療に関する技術の評価の見直し①

改定前	改定後
【支台築造印象】(1個につき) 20点 【印象採得】	【支台築造印象】(1個につき) 22点 【印象採得】
1 歯冠修復(1個につき) □ 連合印象 60点	1 歯冠修復(1個につき) □ 連合印象 62点
2 欠損補綴(1装置につき)	2 欠損補綴(1装置につき)
□ 連合印象 225点	□ 連合印象 228点
ハ 特殊印象 265点	ハ 特殊印象 270点
ニ ワンピースキャストブリッジ	ニ ワンピースキャストブリッジ
(1) 支台歯とポンティック(ダミー)の数の合計が5歯以下の 場合 275点	(1) 支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合 280点
(2) 支台歯とポンティック(ダミー)の数の合計が6歯以上 の場合 326点	(2) 支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合 332点
【ポンティック(ダミー)】 (1歯につき) 428点	【ポンティック】 (1歯につき) 434点
【有床義歯】 (例)	【有床義歯】 (例)
2 総義歯(1顎につき) 2,060点	2 総義歯(1顎につき) 2,100点
【鑄造鉤】 (例)	【鑄造鉤】 (例)
1 双歯鉤 224点	1 双子鉤 230点

早期に口腔機能の維持・回復が図られる補綴治療に関する技術の評価の見直し②

改定前	改定後
【フック、スパー】(1個につき) 96点	【フック、スパー】(1個につき) 103点 注 保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。
【バー】(1個につき) (例)	【バー】(1個につき) (例)
1 鑄造バー 430点	1 鑄造バー 438点
【有床義歯修理】(1床につき) 220点	【有床義歯修理】(1床につき) 224点
注3 歯科技工加算 20点	注3 歯科技工加算 22点
【有床義歯内面適合法】 (例)	【有床義歯内面適合法】 (例)
2 総義歯(1顎につき) 750点	2 総義歯(1顎につき) 770点

有床義歯 ※ 前頁図表以外

1 局部義歯（1床につき）	イ 1 歯から4 歯まで	550点⇒ 560点
	ロ 5 歯から8 歯まで	676点⇒ 690点
	ハ 9 歯から11歯まで	900点⇒ 920点
	ニ 12歯から14歯まで	1,310点⇒1,340点

鑄造鉤（1 個につき） ※ 前頁図表以外

2 両翼鉤⇒二腕鉤	208 点⇒ 212 点
-----------	--------------

パー（1 個につき） ※ 前頁図表以外

2 屈曲パー	240 点⇒ 248 点
--------	--------------

有床義歯内面適合法 ※ 前頁図表以外

1 局部義歯（1床につき）	イ 1 歯から4 歯まで	205点⇒ 210点
	ロ 5 歯から8 歯まで	250点⇒ 260点
	ハ 9 歯から11歯まで	340点⇒ 360点
	ニ 12歯から14歯まで	540点⇒ 560点

歯科固有の技術の評価の見直し

その他の技術の評価の見直し①

臨床の実態と歯科診療報酬点数表の位置づけが必ずしも合致していない項目については診療報酬上の位置づけを見直すとともに、歯科治療上必要な処置等については、学会等からの要望も踏まえて診療報酬点数表上に位置づける。

①機械的歯面清掃加算の位置づけの見直し

歯科疾患管理料及び歯科疾患在宅療養管理料の加算である機械的歯面清掃加算については、その位置付けの見直しを行う。

[告示]

改定前	改定後
<p>【機械的歯面清掃加算(歯科疾患管理料又は歯科疾患在宅療養管理料の加算)】 60点</p> <p>注 当該患者の療養を主として担う歯科医師(以下「主治の歯科医師」という。)又はその指示を受けた歯科衛生士が、歯周疾患に罹患している患者であって歯科疾患の管理を行っているもの(訪問歯科衛生指導料を算定しているもの又は歯科矯正管理料を算定しているものを除く。)に対して機械的歯面清掃を行った場合は、月1回に限り所定点数に60点を加算する。ただし、歯周病安定期治療を算定した日又は当該加算を算定した翌月は、算定しない。</p>	<p>【機械的歯面清掃処置】 60点</p> <p>注 歯科疾患管理料又は歯科疾患在宅療養管理料を算定した患者であって当該患者の療養を主として担う歯科医師(以下「主治の歯科医師」という。)又はその指示を受けた歯科衛生士が、歯周疾患に罹患している患者であって歯科疾患の管理を行っているもの(訪問歯科衛生指導料を算定しているもの又は歯科矯正管理料を算定しているものを除く。)に対して機械的歯面清掃を行った場合は、月1回に限り算定できる。ただし、歯周病安定期治療を算定した日又は当該処置を算定した翌月は算定しない。</p>

機械的歯面清掃処置（1口腔につき）【新設】 60点

注 歯科疾患管理料又は歯科疾患在宅療養管理料を算定した患者のうち、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、歯周疾患に罹患している患者であって歯科疾患の管理を行っているもの（周術期専門的口腔衛生処置、訪問歯科衛生指導料又は歯科矯正管理料を算定しているものを除く。）に対して機械的歯面清掃を行った場合は、月1回に限り算定できる。ただし、歯周病安定期治療を算定した日又は当該処置を算定した翌月は算定しない。

(通知) 機械的歯面清掃処置とは、歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、歯科用の切削回転器具及び研磨用ペーストを用いて行う歯垢除去等をいい、歯科疾患管理料又は歯科疾患在宅療養管理料を算定した患者に対して月1回に限り算定する。また、機械的歯面清掃処置を算定する日の属する月の翌月及び歯周病安定期治療を算定した日は算定できない。なお、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、患者に対して機械的歯面清掃を行った場合においては、主治の歯科医師は当該歯科衛生士の氏名を診療録に記載すること。

※ 従来は歯科疾患管理料の加算点数であったため、歯科疾患管理料と同時算定であったが、処置項目として新設されたため、独立して算定できることとなった。

その他の技術の評価の見直し②

②摂食機能の回復を目的とするもの(舌接触補助床)の位置づけの見直し

通知上、床副子の「著しく困難なもの」の1つに位置づけられている舌接触補助床を新たな項目として位置づける。

③その他の処置項目

歯科治療上必要な処置について、診療報酬の歯科点数表に位置付けるとともに、一部の加算等の診療報酬の項目の見直し(残根削合、仮着など)を行う。

(新) 上顎洞洗浄 55点

[通知]

・歯科疾患を原因として発生した上顎洞の炎症等に対して、歯科治療上必要があつて洗浄を行った場合に算定する。

床副子【項目の見直し】

3 著しく困難なもの又は摂食機能の改善を目的とするもの(舌接触補助床) 2,000点

(通知) 「3 著しく困難なもの又は摂食機能の改善を目的とするもの」における「摂食機能の改善を目的とするもの」とは、脳血管疾患や口腔腫瘍等による摂食機能障害を有し、摂食機能療法を現に算定している患者に対して、舌接触状態等を変化させて摂食・嚥下機能の改善を目的とするために装着する床又は有床義歯形態の補助床をいう。

上顎洞洗浄(片側)【新設】 55点

(通知) 上顎洞洗浄は、歯科疾患を原因とした上顎洞の炎症等であつて、急性症状が軽減した慢性期において洞内に膿汁貯留がみられる疾患等に対し、歯科治療上必要があつて洗浄を行った場合に算定する。

仮着【項目として新設】

(通知①) 仮着はワンピースキャストブリッジ1装置につき、装着前に1回に限り算定できる。

なお、仮着物の除去の費用は、算定できない。

(通知②) 同一の患者について、仮着を算定した同一日においては、装着は算定できない。

新規医療技術の保険導入等(歯科)

接着ブリッジの適応範囲の拡大

改定前	改定後
<p>【歯冠形成】(1歯につき) 注 鑄造冠については、前歯の4分の3冠、前歯の前装鑄造冠及び前歯部の接着ブリッジのための前歯部の支台歯の歯冠形成は、所定点数に490点を加算する。</p> <p>【鑄造歯冠修復】 [通知] ・接着冠に係る鑄造歯冠修復及び保険医療材料料は、「4分の3冠」に準じて算定する。</p>	<p>【歯冠形成】(1歯につき) 注 金属冠については、前歯の4分の3冠、前歯のレジン前装金属冠及び接着ブリッジのための支台歯の歯冠形成は、所定点数に490点を加算する。</p> <p>【金属歯冠修復】 [通知] ・接着冠に係る金属歯冠修復及び保険医療材料料は、前歯部については4分の3冠に準じて算定し、臼歯部については5分の4冠に準じて算定する。</p>

歯冠形成 (1歯につき)

1 生活歯歯冠形成 イ 金属冠 306点

注1 1のイについては、前歯の4分の3冠、前歯のレジン前装金属冠及び接着ブリッジのための支台歯の歯冠形成は、所定点数に490点を加算する。

金属歯冠修復 (1個につき)

(通知) 接着冠に係る金属歯冠修復及び保険医療材料料は、前歯部については「4分の3冠」に準じて算定し、臼歯部については「5分の4冠」に準じて算定する。

ポンティック (1歯につき)

(通知) ブリッジについては、次の適用による。

イ ブリッジの給付について

(へ) 接着ブリッジは、1歯欠損症例において、接着ブリッジ支台歯を生活歯に求める場合に認められる。

歯科ドレーン法の新設

(新) 歯科ドレーン法(ドレナージ)(1日につき) 50点

[通知]

- (1) 蜂窩織炎や膿瘍形成等、術後に滲出液、血液等の貯留が予想される患者に対して、部位数、交換の有無にかかわらず、歯科治療上必要があって持続的な吸引を行った場合に、1日につき所定点数により算定し、その他の場合については、区分番号I009に掲げる外科後処置により算定する。
- (2) ドレナージの部位の消毒等の処置料は、所定点数に含まれる。
- (3) ドレーン抜去後に抜去部位の処置が必要な場合は、区分番号I009-2に掲げる創傷処置により手術後の患者に対するものとして算定する。

上顎骨形成手術及び下顎骨形成手術の項目の追加

改定前	改定後
【上顎骨形成術】 【下顎骨形成術】	【上顎骨形成術】 3 骨移動を伴う場合 72,900点 【下顎骨形成術】 4 骨移動を伴う場合 54,210点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、先天異常に対して行われた場合に限り算定する。

【施設基準】

- (1) 歯科口腔外科を標榜している病院であること。
- (2) 上顎骨形成術又は下顎骨形成術を、当該手術に習熟した歯科医師の指導の下に、術者として合わせて5例以上実施した経験を有する常勤の歯科口腔外科の歯科医師(当該診療科について5年以上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。
- (3) 当該保険医療機関において当該手術が5例以上実施されていること。
- (4) 関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

【特掲診療料の施設基準(告示)】【新設】(上記項目に係る部分のみ)

- (1) 緊急事態に対応するための体制その他当該療養を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- (2) 当該療養を行うにつき十分な専用施設を有している病院であること。
- (3) 当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき必要な歯科医師及び看護師が配置されていること。

歯冠修復の充填の見直し

改定前	改定後
【充填】 充填(1歯につき) 1 単純なもの 100点 2 複雑なもの 148点 注 エナメルエッチング法及びエナメルボンディング法に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。	【充填】 充填(1歯につき) 1 充填1 イ 単純なもの 102点 ロ 複雑なもの 152点 2 充填2 イ 単純なもの 57点 ロ 複雑なもの 105点 注1 歯質に対する接着性を付与又は向上させるために歯面処理を行う場合は1により、それ以外は2により算定する。 注2 充填1の歯面処理に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。

先進医療の保険導入(歯科)

広範囲顎骨支持型装置及び広範囲顎骨支持型補綴に関する評価の新設

広範囲顎骨支持型装置とは、広範囲な顎骨欠損等の特殊な症例に対して応用する人工的構造物をいい、広範囲顎骨支持型補綴とは、当該補綴に係る補綴物の印象採得から装着までの一連の行為をいう。

[通知]

以下のいずれかに該当し、従来のブリッジや有床義歯(顎堤形成後の有床義歯を含む)では咀嚼機能の回復が困難な患者に対して実施した場合に算定できる。

- イ 腫瘍、顎骨骨髓炎、外傷等により、広範囲な顎骨欠損若しくは歯槽骨欠損症例(歯周疾患及び加齢による骨吸収は除く。)又はこれらが骨移植等により再建された症例であること。なお、欠損範囲については、上顎にあっては、連続した3分の1顎程度以上の顎骨欠損症例又は上顎洞若しくは鼻腔への交通が認められる顎骨欠損症例であり、下顎にあっては、連続した3分の1顎程度以上の歯槽骨欠損又は下顎区域切除以上の顎骨欠損であること。
- ロ 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。

[施設基準]

- (1) 歯科又は歯科口腔外科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 当該診療科に係る5年以上の経験および当該療養に係る3年以上の経験を有する常勤の歯科医師が2名以上配置されていること。
- (3) 病院であること。
- (4) 当直体制が整備されていること。
- (5) 医療機器保守管理及び医薬品に係る安全確保のための体制が整備されていること。

広範囲顎骨支持型装置及び広範囲顎骨支持型補綴に関する評価の新設

- (新) 広範囲顎骨支持型装置埋入手術(1顎一連につき) 【施設基準あり】
【顎骨内に骨窩を形成してインプラント体を埋入して、アバットメントを連結する為の手術を評価したもの】
 - 1 1回法による手術 14,500点
 - 2 2回法による手術
 - イ 1次手術 11,500点
 - ロ 2次手術 4,500点

注 3分の2顎以上の範囲にわたる場合は所定点数に4,000点を加算する。
- (新) 広範囲顎骨支持型補綴 【施設基準あり】
【広範囲顎骨支持型装置埋入手術後の一連の補綴治療を評価したもの】
 - 1 ブリッジ形態のもの 18,000点(3分の1顎につき)
 - 2 床義歯形態のもの 13,000点(1顎につき)
- (新) 広範囲顎骨支持型補綴物管理料 480点 【施設基準あり】
【広範囲顎骨支持型補綴の治療後の管理を評価したもの】
- (新) 広範囲顎骨支持型補綴診断料 1,800点 【施設基準あり】
【広範囲顎骨支持型補綴に係る診断を評価したもの】
- (新) 広範囲顎骨支持型補綴物修理 1,200点
【広範囲顎骨支持型補綴物の修理を評価したもの】

広範囲顎骨支持型装置埋入手術（1顎一連につき）【新設】

1 1回法によるもの 14,500点

2 2回法によるもの

イ 1次手術 11,500点

ロ 2次手術 4,500点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

注2 1及び2のイについては、3分の2顎以上の範囲にわたる場合は、所定点数に4,000点を加算する。

広範囲顎骨支持型装置埋入手術

[通知]

- ・広範囲顎骨支持型装置埋入手術とは、広範囲な顎骨欠損等の特殊な症例に対して応用する人工的構造物（以下「広範囲顎骨支持型装置」という。）のインプラント体（以下「インプラント体」という。）及びアバットメント（以下「アバットメント」という。）について、顎骨内へインプラント体を埋入する手術又はアバットメントを連結するインプラント体上部を露出させるために軟組織（口腔粘膜）の切除等を行う手術をいう。
- ・「1 1回法によるもの」とは、顎骨内に骨窩を形成してインプラント体を埋入して、アバットメントを軟組織（口腔粘膜）上に露出させることまでを1回で行う手術をいう。
- ・「2 2回法によるもの」の「イ 1次手術」とは、顎骨内に骨窩を形成してインプラント体を埋入して、アバットメントを連結せずに軟組織（口腔粘膜）を一次閉鎖する手術で、2回に分けて行われる手術の1回目に行われる手術をいう。
- ・「2 2回法によるもの」の「ロ 2次手術」とは、埋入したインプラント体周囲の骨組織の治癒を一定期間待った後、アバットメントを連結するインプラント体上部を露出させるために軟組織（口腔粘膜）の切除を行う手術で、2回に分けて行われる手術の2回目に行われる手術をいう。
- ・当該手術の保険医療材料料は別に算定する。

※ 上記図表以外の当該項目に係る通知

(通知) 当該手術は、以下のいずれかに該当し、従来のブリッジや有床義歯（顎堤形成後の有床義歯を含む。）では咀嚼機能の回復が困難な患者に対して実施した場合に算定できる。

イ 腫瘍、顎骨骨髓炎、外傷等により、広範囲な顎骨欠損若しくは歯槽骨欠損症例（歯周疾患及び加齢による骨吸収は除く。）又はこれらが骨移植等により再建された症例であること。なお、欠損範囲については、上顎にあっては、連続した3分の1顎程度以上の顎骨欠損症例又は上顎洞若しくは鼻腔への交通が認められる顎骨欠損症例であり、下顎にあっては、連続した3分の1顎程度以上の歯槽骨欠損又は下顎区域切除以上の顎骨欠損であること。

ロ 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。

(通知) 当該手術を実施した場合は、診療録に症状、手術部位、手術内容及び埋入した材料等を記載すること。また、ロに関しては主治の医師からの文書を添付すること。

【特掲診療料の施設基準(広範囲顎骨支持型装置埋入手術)】【新設】(告示)

- (1) 歯科又は歯科口腔外科を担当する歯科医師として相当の経験を有する常勤の歯科医師が2名以上配置されていること。
- (2) 当該療養を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (3) 当該療養を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。

【特掲診療料の施設基準(広範囲顎骨支持型装置埋入手術)】【新設】(通知)

- (1) 歯科又は歯科口腔外科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 当該診療科に係る5年以上の経験及び当該療養に係る3年以上の経験を有する常勤の歯科医師が2名以上配置されていること。
- (3) 病院であること。
- (4) 当直体制が整備されていること。
- (5) 医療機器保守管理及び医薬品に係る安全確保のための体制が整備されていること。
- (6) 当該療養に必要な検査機器を設置していること。

広範囲顎骨支持型補綴

[告示]

- (1) 広範囲顎骨支持型装置埋入手術に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該補綴に係る補綴物の印象採得から装着までの一連の行為を行った場合に、補綴治療を着手した日において算定する。
- (2) 保険医療材料料は所定点数に含まれる。

[通知]

- ・広範囲顎骨支持型補綴とは、区分番号J109に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術後から当該装置の上部に装着されるブリッジ形態又は床義歯形態の補綴物が装着されるまでの一連の治療をいう。
- ・「1 ブリッジ形態のもの」は、顎骨の欠損範囲に応じて算定する。
- ・当該補綴物がブリッジ形態及び床義歯形態の両方の形態を持ち合わせた補綴物である場合は、主たる形態のものに応じて「1 ブリッジ形態のもの」又は「2 床義歯形態のもの」により算定する。
- ・広範囲顎骨支持型装置埋入手術後、当該補綴に係る補綴物の印象採得から装着までの一連の行為については、当該技術料に含まれ、別に算定できない。

広範囲顎骨支持型補綴【新設】

- | | | |
|---|---------------------|---------|
| 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 |

注1 広範囲顎骨支持型装置埋入手術に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該補綴に係る補綴物の印象採得から装着までの一連の行為を行う場合に、補綴治療を着手した日において算定する。

注2 保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。

※ 上記図表以外の当該項目に係る通知

(通知) 広範囲顎骨支持型補綴に係る補綴物の装着を行った日においては、患者に対して、当該補綴物の装着日、主治の歯科医師名、保険医療機関名及び療養上必要な事項等を記載した文書を提供すること。

(通知) 口蓋補綴、顎補綴は、別に算定できない。

広範囲顎骨支持型補綴診断料

[告示]

- 1 当該診断料は、区分番号J109に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術の施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該手術及び区分番号M025-2に掲げる広範囲顎骨支持型補綴を行うに当たって、病名、症状、治療内容、治療部位及び治療に使用する材料等について、患者に対し説明を行った場合に算定する。
- 2 同一患者につき、当該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。
- 3 保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。
- 4 当該補綴以外の欠損補綴の診断を同時に行った場合は、区分番号M000に掲げる補綴時診断料は、所定点数に含まれ別に算定できない。

広範囲顎骨支持型補綴診断料（1口腔につき）【新設】 1,800点

注1 当該診断料は、広範囲顎骨支持型装置埋入手術の施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該手術及び広範囲顎骨支持型補綴を行うに当たって、病名、症状、治療内容、治療部位及び治療に使用する材料等について、患者に対し説明を行った場合に算定する。

注2 同一患者につき、当該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。

注3 保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。

注4 当該補綴以外の欠損補綴の診断を同時に行った場合は、補綴時診断料は、所定点数に含まれ別に算定できない。

(通知) 当該診断料は、広範囲顎骨支持型装置埋入手術を行う前に、患者に対して説明を行った場合に、手術前に1回に限り算定する。

(通知) 当該診断料の算定に当たっては、欠損部の状態、当該補綴に係る補綴物の設計及び材料等を診療録に記載すること。

広範囲顎骨支持型補綴物管理料及び広範囲顎骨支持型補綴物修理

広範囲顎骨支持型補綴物管理料

[告示]

区分番号J109に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号M025-2に掲げる広範囲顎骨支持型補綴に係る補綴物（歯冠補綴物、ブリッジ及び有床義歯を除く。以下この表において同じ。）の適合性の確認等を行い、かつ、患者又は家族に対して管理等に係る必要な指導を行った上で、当該指導内容に係る情報を文書により提供した場合に、当該補綴物を装着した日の属する月の翌月以降に月1回に限り算定する。

広範囲顎骨支持型補綴物修理

[告示]

保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。

[通知]

当該補綴物の修理については、区分番号M025-2に掲げる広範囲顎骨支持型補綴に係る補綴物の装着を行った日の属する月の翌月以降に月1回に限り算定できる。

広範囲顎骨支持型補綴物修理（1装置につき）【新設】 1,200点

注 保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。

(通知) 当該補綴物の修理については、広範囲顎骨支持型補綴に係る補綴物の装着を行った日の属する月の翌月以降に月1回に限り算定できる。

(通知) 広範囲顎骨支持型補綴物修理の算定に当たっては、修理内容の要点を診療録に記載すること。なお、別の保険医療機関で装着された当該補綴物の修理を行った場合は、装着を実施した保険医療機関名及び装着時期について、患者からの情報等を踏まえ診療録に記載すること。 ※ 修理の対象はあくまでも広範囲顎骨支持型補綴物のみ

画像診断に係る評価の新設

歯科用3次元エックス線断層撮影の新設

従来の歯科用エックス線撮影及びパノラマ断層撮影では診断が困難な症例において、歯科用3次元エックス線断層撮影装置を用いることによって、より精度の高い診断が可能となる画像診断技術の評価を新設する。従来は、医科点数表の準用により算定されている。

(新) 歯科用3次元エックス線断層撮影 撮影料 600点
診断料 450点

[通知]

・歯科用3次元エックス線断層撮影は、歯科用エックス線撮影又は歯科パノラマ断層撮影で診断が困難な場合であって、当該断層撮影の必要性が十分認められる以下のいずれかを3次元的に確認する場合に限り算定する。

イ 埋伏智歯等、下顎管との位置関係

ロ 顎関節症等、顎関節の形態

ハ 顎裂等、顎骨の欠損形態

ニ 腫瘍等、病巣の広がり

ホ その他、歯科用エックス線撮影又は歯科パノラマ断層撮影で確認できない位置関係や病巣の広がり等確認する特段の必要性が認められる場合

・歯科用3次元エックス線断層撮影の診断料は、回数にかかわらず、月1回に限り算定できるものとする。

・歯科用3次元エックス線断層撮影について造影剤を使用した場合は、所定点数に500点を加算する。この場合において、造影剤注入手技料及び麻酔料は所定点数に含まれるものとする。

(通則) 歯科用3次元エックス線断層撮影とは、部位限定エックス線CT診断装置又はアーム型エックス線CT診断装置を用いて局所的な撮影を行い、歯科疾患を3次元的に確認する撮影をいう。

写真診断料

- | | | | |
|-------------------|---|--------------------------|----------|
| 1 単純撮影 | イ | 歯科エックス線撮影 (1)全顎撮影の場合 | 160点 |
| | | (2)全顎撮影以外の場合（1枚につき） | 20点 |
| | ロ | その他の場合 | 85点 |
| 2 特殊撮影 | イ | 歯科パノラマ断層撮影 | 125点 |
| | | ロ 歯科パノラマ断層撮影以外の場合（一連につき） | 96点 |
| 3 歯科用3次元エックス線断層撮影 | | | 450点【新設】 |
| 4 造影剤使用撮影 | | | 72点 |

注1 一連の症状を確認するため、同一部位に対して撮影を行った場合における2枚目以降の撮影に係る写真診断（2及び3に係るものを除く。）の費用については、各区分の所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

注2 3については、撮影の回数にかかわらず、月1回に限り算定できる。【追加】

※ 一連の症状を確認するための特殊撮影における診断料は所定点数で算定できることとなった。

(通知) 歯科用3次元エックス線断層撮影は、歯科用エックス線撮影又は歯科パノラマ断層撮影で診断が困難な場合であって、当該画像撮影の必要性が十分認められる以下のいずれかを3次元的に確認する場合に算定する。

- イ 埋伏智歯等、下顎管との位置関係
- ロ 顎関節症等、顎関節の形態
- ハ 顎裂等、顎骨の欠損形態
- ニ 腫瘍等、病巣の広がり
- ホ その他、歯科用エックス線撮影又は歯科パノラマ断層撮影で確認できない位置関係や病巣の広がり等を確認する特段の必要性が認められる場合

(通知) 歯科用3次元エックス線断層撮影に係る診断料は、実施した撮影の回数にかかわらず、月1回の算定とし、初回の撮影を実施する日に算定する。

(通知) 同一月内において、入院及び外来の両方で、歯科用3次元エックス線断層撮影を実施した場合には、入院又は外来の別にかかわらず、月1回に限り算定する。

(通知) 当該医療機関以外の医療機関で撮影したフィルムについて診断を行った場合には、初診料を算定した日に限り、歯科用3次元エックス線断層撮影に係る診断料を算定できる。

(通知) 写真診断を行った場合は、診断に係る所見を診療録に記載すること。

撮影料（歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織）

1 単純撮影	イ 歯科エックス線撮影	(1)全顎撮影の場合	(一)アナログ撮影	250点
			(二)デジタル撮影	252点
		(2)全顎撮影以外の場合（1枚につき）		
			(一)アナログ撮影	25点
			(二)デジタル撮影	28点
	ロ その他の場合	(1)アナログ撮影		65点
		(2)デジタル撮影		68点
2 特殊撮影	イ 歯科パノラマ断層撮影の場合	(1)アナログ撮影		180点
		(2)デジタル撮影		182点
	ロ 歯科パノラマ断層撮影以外の場合（一連につき）	(1)アナログ撮影		264点
		(2)デジタル撮影		266点
3 歯科用3次元エックス線断層撮影（一連につき）				600点【新設】
4 造影剤使用撮影		イ アナログ撮影		148点
		ロ デジタル撮影		150点

注3 3について、同一月に2回以上行った場合は、当該月の2回目以降の撮影については、所定点数にかかわらず、一連につき所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。【追加】

注4 3について、造影剤を使用した場合は、所定点数に500点を加算する。この場合において、造影剤注入手技料及び麻酔料は、加算点数に含まれるものとする。【追加】

(通知) 歯科用3次元エックス線断層撮影は、疾患の種類等にかかわらず、所定点数のみにより算定する。

(通知) 「注4」に規定する「3 歯科用3次元エックス線断層撮影」における「造影剤を使用した場合」とは、腔内注射等により造影剤使用撮影を行った場合をいう。

(通知) 造影剤を使用しない歯科用3次元エックス線断層撮影を行い、引き続き造影剤を使用して撮影を行った場合は、所定点数及び造影剤の使用による加算点数のみにより算定する。

画像診断

通則5 撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合においては、一連の撮影について次の点数を加算する。ただし、この場合においては、フィルムの費用は算定しない。

- イ 歯科エックス線撮影の場合（1回につき） 10点
- ロ 歯科パノラマ断層撮影の場合 95点
- ハ 歯科用3次元エックス線断層撮影の場合 120点【新設】
- ニ その他の場合 60点

5. 患者から見て分かりやすく納得でき安心・安全で生活の質にも配慮した医療を実現する視点

歯科医療の総合的な環境整備の評価

再診時歯科外来診療環境体制加算の新設及び歯科外来診療環境体制加算の見直し

歯科の外来診療の特性を踏まえつつ、歯科医療の総合的な環境整備を行っている施設基準を満たした歯科医療機関における再診の評価を行う

改定前	改定後
【歯科外来診療環境体制加算(初診料の加算)】 30点	【歯科外来診療環境体制加算(初診料の加算)】 28点
	【再診時歯科外来診療環境体制加算(再診料の加算)】 2点
	注 歯科外来診療環境体制加算に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科外来診療の総合的な歯科医療環境の体制整備に係る取組を行った場合には、再診時歯科外来診療環境体制加算として、所定点数に2点を加算する。

基本的考え方

歯科の外来診療の特性を踏まえ、患者にとってより安全で安心できる歯科医療の環境整備の評価

※ 歯科の外来診療においては、誤飲や誤嚥の恐れのある細小な器具や歯冠修復物が多用されていることや偶発症リスクを高める観血的な処置を行う機会が多いことなどの特性を有している。

再診時歯科外来診療環境体制加算【2点】

当該保険医療機関において、歯科外来診療環境体制加算を算定した患者に対し、歯科外来診療の総合的な歯科医療環境の体制整備に係る取組を行った場合

(参考) [「歯科外来診療環境体制加算」の施設基準]

- 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 歯科用吸引装置等により、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環境を整備していること
- 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

患者の視点に立った歯科医療の充実

保険診療上の歯科用語の平易化及び診療報酬点数表の簡素化

1. 保険診療上の歯科用語の平易化

難解であるとの指摘のある保険診療上の歯科用語については、学会等からの提案も参考として、患者からみてより分かりやすい用語に改める。

改定前	改定後
歯牙	歯
歯周組織検査	歯周病検査
初期う蝕小窩裂溝填塞処置	初期う蝕早期充填処置
鑄造冠	金属冠
前装鑄造冠	レジン前装金属冠

2. 診療報酬点数表の簡素化等

歯科診療報酬において、代替の医療技術に置き換わった、臨床上行われていない治療等については、学会等からの提案も参考として診療報酬点数表の簡素化を図る。

- ・圧迫麻酔
- ・デンタルゼロラジオグラフィー
- ・臼歯金属歯
- ・帯環金属冠修理
- ・金合金鉤修理

※ 圧迫麻酔、デンタルゼロラジオグラフィー、臼歯金属歯、金合金鉤修理を削除。

※ 帯環金属冠修理はブリッジ修理(1歯につき)40点(保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする)に名称及び項目の見直し。

6. その他

明細書無料発行の推進

明細書無料発行の推進

- 平成22年度改定により、電子請求が義務付けられている病院・診療所・薬局は、正当な理由のない限り、原則として明細書を無料で発行することとした。

- ➡ 正当な理由 ① 明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用
② 自動入金機の改修が必要な場合

400床以上の病院については、これを平成26年度以降は認めないこととする。

- 正当な理由を担保するため、病院・診療所・薬局は、毎年行われている他の届出事項と併せて、明細書無料発行の対応の有無、正当な理由に該当する旨等を報告することとする。



その他の取組

- 明細書発行に係る手数料について高額な料金はふさわしくない旨を実例に応じた額を明示しつつ、再度周知する。
- 公費等により一部負担金が発生しない患者に対しても明細書の発行に努めることとする。

保険医療機関及び保険医療養担当規則 第5条の2（領収証等の交付）

2 厚生労働大臣の定める保険医療機関は、前項に規定する領収証を交付するときは、正当な理由がない限り、当該費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書を交付しなければならない。

3 前項に規定する明細書の交付は、無償で行われなければならない。

※ 平成26年4月1日施行 ただし、400床以上の病院を除き、明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由がある場合には、当分の間、患者から求められたときに明細書を交付することで足りる。また、正当な理由がある場合には、当分の間、有償で発行することができる。

「医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について」（主な変更部分のみ）

（保発0305第2号平成24年3月5日）

標記については、保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部を改正する省令（平成22年厚生労働省令第25号）並びに高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準の一部を改正する件（平成22年厚生労働省告示第68号）により、平成22年4月1日より、電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求により療養の給付費等の請求を行うことが義務付けられた保険医療機関及び保険薬局は、領収証を交付するに当たっては、正当な理由がない限り、当該費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書を無償で交付しなければならないこととされたところである。

また、保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部を改正する省令（平成24年厚生労働省令第26号）及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準の一部を改正する件（平成24年厚生労働省告示第74号）により、四百床以上の病院については、平成26年4月1日以降、上記の明細書の無償交付に係る義務について、正当な理由による例外措置の対象としないこととしたところである。（以下、一部省略：変更点のみ）

4 3の「正当な理由」に該当する保険医療機関及び保険薬局については、患者から明細書の発行を求められた場合には明細書を交付しなければならないものであり、「正当な理由」に該当する旨及び希望する患者には明細書を発行する旨（明細書発行の手続き、費用徴収の有無、費用徴収を行う場合の金額を含む。）を院内掲示等で明示するとともに、別紙届出様式により、地方厚生（支）局長に届出を行うこと。院内掲示等の例は別紙様式8を参考とすること。なお、「正当な理由」に該当する保険医療機関及び保険薬局とは、以下に該当する保険医療機関又は保険薬局であること（400床以上の病院にあつては、平成25年度末までに限る。）。

(1) 明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピュータを使用している保険医療機関又は保険薬局であること。

(2) 自動入金機を使用しており、自動入金機で明細書発行を行おうとした場合には、自動入金機の改修が必要な保険医療機関又は保険薬局であること。

9 明細書の発行の際の費用について、仮に費用を徴収する場合にあつても、実費相当とするなど、社会的に妥当適切な範囲とすることが適当であり、実質的に明細書の入手の妨げとなるような高額な料金を設定してはならないものであること。特に、現在の状況等を踏まえれば、例えば、1,000円を超えるような額は、実費相当としてふさわしくないものであること。

10 公費負担医療の対象である患者等、一部負担金等の支払いがない患者についても、患者に対する情報提供等の観点から、可能な限り明細書を発行するよう努めること。

11 明細書の記載内容が毎回同一であるとの理由により、明細書の発行を希望しない患者に対しても、診療内容が変更された場合等、明細書の記載内容が変更される場合には、その旨を患者に情報提供するよう努めること。

12 「正当な理由」に該当する保険医療機関及び保険薬局において着実に明細書の無償発行体制を整備するため、当該保険医療機関及び保険薬局は、4の届出の記載事項について、毎年7月1日現在の状況の報告を行うこと。

後発医薬品(ジェネリック医薬品)の使用促進①

医療機関で後発医薬品を積極的に使用する体制評価の見直し

- 医療機関でも後発医薬品の使用割合に応じた段階的な評価を導入する。

後発医薬品使用体制加算 30点(採用品目割合:20%)

- ➔ **後発医薬品使用体制加算1 35点(採用品目割合:30%以上)**
- 後発医薬品使用体制加算2 28点(採用品目割合:20%以上)**

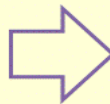
一般名処方(現行)の推進

- 薬局での後発医薬品の調剤をしやすいとするため、医師が後発品のある医薬品について、一般名処方を行った場合の加算を新設する。

(新) 一般名処方加算 2点(処方せん交付1回)

銘柄名処方(現行)

原則、当該銘柄を用いて調剤



一般名処方(改定後)

有効成分が同一であれば、
どの後発医薬品も調剤可能

[算定要件]

後発品のある医薬品について、一般的名称に剤形及び含量を付加した記載(一般名処方)により処方せんを交付した場合、処方せんの交付1回につき2点を加算する。

後発医薬品(ジェネリック医薬品)の使用促進②

処方せん様式の変更

- 諸外国の例にならい、個々の処方薬※ごとに、後発医薬品への変更の可否を明示するよう処方せん様式を見直す。
※ これまでは、処方薬全体で変更の可否を明示。

【現行】

【新たな処方せんの様式】

交付年月日	平成 年 月 日	処方せんの 使用期間	平成 年 月 日	特に記載のある場合 を除き、交付の日を起 りて4日以内に保険医 院に提出すること。
処 方				
備 考				
	後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更が すべて不可の場合、以下に署名又は記名・押印			
		保険医署名		
調剤済年月日	平成 年 月 日	公費負担者番号		



交付年月日	平成 年 月 日	処方せんの 使用期間	平成 年 月 日	特に記載のある場合 を除き、交付の日を起 りて4日以内に保険医 院に提出すること。
処 方	変更不可 個々の処方薬について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更を差し支えがあると判断した場合 には、「変更不可」欄に「√」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。			
備 考				
	保険医署名 「変更不可」欄に「√」又は「×」を記載した 場合は、署名又は記名・押印すること。			
		保険医署名		
調剤済年月日	平成 年 月 日	公費負担者番号		

【処方せんの記載上の注意事項】（以下、一部省略：変更点のみ）

「処方」欄について

(通知) 医薬品名は、一般的名称に剤形及び含量を付加した記載（以下「一般名処方」という。）又は薬価基準に記載されている名称による記載とすること。なお、可能な限り一般名処方を考慮することとし、一般名処方の場合には、会社名（屋号）を付加しないこと。

なお、薬価基準に記載されている名称を用いる場合、当該医薬品が、薬価基準上、2以上の規格単位がある場合には、当該規格単位をも記載すること。

また、保険医療機関と保険薬局との間で約束されたいわゆる約束処方による医薬品名の省略、記号等による記載は認められないものであること。

(通知) 処方医が、処方せんに記載した医薬品の一部又はすべてについて後発医薬品への変更に差し支えがあると判断したときには、「備考」欄中の「保険医署名」欄に署名等を行うとともに、差し支えがあると判断した医薬品ごとに「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載し、患者及び処方せんに基づき調剤を行う保険薬局の保険薬剤師のいずれに対しても変更不可であることが明確に分かるように記載すること。なお、一般名処方の場合からして、一般名処方に対して「変更不可」欄に「✓」又は「×」が記載されることはあり得ないものであること。

(通知) 処方医が、処方せんに記載した医薬品のうち「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載していないもののうち、当該医薬品と含量規格が異なる後発医薬品又は類似する別剤形（※）の後発医薬品への変更に差し支えがあると判断したときには、「備考」欄中の「保険医署名」欄に署名等を行うとともに、当該医薬品の銘柄名の近傍に「含量規格変更不可」又は「剤形変更不可」と記載するなど、患者及び処方せんに基づき調剤を行う保険薬局の保険薬剤師のいずれに対しても含量規格変更不可又は剤形変更不可であることが明確に分かるように記載すること。

※ 類似する別剤形の医薬品とは、内服薬であって、次の各号に掲げる分類の範囲内の他の医薬品をいう。

- ア 錠剤（普通錠）、錠剤（口腔内崩壊錠）、カプセル剤、丸剤
- イ 散剤、顆粒剤、細粒剤、末剤、ドライシロップ剤（内服用固形剤として調剤する場合に限る。）
- ウ 液剤、シロップ剤、ドライシロップ剤（内服用液剤として調剤する場合に限る。）

「備考」欄について

(通知) 処方医が、処方せんに記載した医薬品について後発医薬品に変更することに差し支えがあると判断した場合は、差し支えがあると判断した医薬品ごとに、「処方」欄中の「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載するとともに、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。

※ この欄を追加

ここに「変更不可」の印（「レ」印など）が無い場合は、保険薬局でジェネリック医薬品へ変更することができる。

ここに「変更不可」の印（「レ」印など）がある場合は、ジェネリック医薬品へ変更することができない。

一般名処方の場合、保険薬局でジェネリック医薬品又は先発医薬品を選択可

変更年月日	平成 年 月 日	処方せんの使用期間	平成 年 月 日	特記事項のある後発医薬品、類似する別剤形等については「変更不可」欄に「レ」印を記載し、署名又は記名・押印すること。
変更不可				
		テノーミン錠50mg	1錠	
		ノルバスクOD錠5mg	1錠	
		1日1回 朝食後	7日分	
		【般】ファモチジン錠20mg	2錠	
		1日2回朝食後・就寝前	7日分	
備考		医師署名		

・処方せん料【注の追加】

注6 薬剤の一般的名称を記載する処方せんを交付した場合、処方せんの交付1回につき2点を加算する。

(通知)「注6」に規定する加算は、後発医薬品のある医薬品について、薬価基準に記載されている品名に代えて、一般的名称に剤形及び含量を付加した記載（以下「一般名処方」という。）による処方せんを交付した場合に限り算定できる。

なお、一般名処方とは、単に医師が先発医薬品か後発医薬品かといった個別の銘柄にこだわらずに処方を行っているものであり、交付した処方せんに1品目でも一般名処方されたものが含まれていれば算定できる。

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>明大昭平</small> 年 月 日			電 話 番 号							
	男・女			保 険 医 氏 名 (印)							
区 分		被保険者		被扶養者		都道府県 番号		点数表 番号		医療機関 コード	
交付年月日		平成 年 月 日				処方せんの 使用期間		平成 年 月 日		特に記載のある場合 を除き、交付の日を含 めて4日以内に保険薬 局に提出すること。	
処 方	変更不可 個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更にし支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「√」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。										
	備考 「変更不可」欄に「√」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。										
調剤済年月日		平成 年 月 日				公費負担者番号					
保険薬局の所在 地及び名称 保険薬剤師氏名 (印)				公費負担医療の 受給者番号							

様式第二号
(第二十三条関係)

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。
 2. この用紙は、日本工業規格 A 列5番を標準とすること。
 3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

Ⅱ. I 以外で告示及び実施上の留意事項通知(算定要件)等が改められた主な内容

(1) 保険医療機関及び保険医療養担当規則

・第2条の4の2(経済上の利益の提供による誘引の禁止)【新設】

保険医療機関は、患者に対して、第5条の規定により受領する費用の額に応じて当該保険医療機関が行う収益業務に係る物品の対価の額の値引きをすることその他の健康保険事業の健全な運営を損なうおそれのある経済上の利益の提供により、当該患者が自己の保険医療機関において診療を受けるように誘引してはならない。

※ 平成24年10月1日施行

・第21条(歯科診療の具体的方針)

6 歯冠修復及び欠損補綴

ロ 欠損補綴

(3) 口蓋補綴及び顎補綴並びに広範囲顎骨支持型補綴

口蓋補綴及び顎補綴並びに広範囲顎骨支持型補綴は、必要があると認められる場合に行う。

(2) 基本診療料

・再診料

(通知) 電話等による再診

ロ 電話、テレビ画像等を通じた再診(聴覚障害者以外の患者に係る再診については、ファクシミリ又は電子メール等によるものは含まない。)については、患者の病状の変化に応じ療養について歯科医師の指示を受ける必要のある場合であって、当該患者又はその看護に当たっている者からの歯科医学的な意見の求めに対し治療上必要な適切な指示をした場合に限り算定する。ただし、電話、テレビ画像等を通じた指示等が、同一日における初診又は再診に附随する一連の行為とみなされる場合、時間おきに病状の報告を受ける内容のものである場合等には、再診料を算定できない。また、ファクシミリ又は電子メール等による再診については、再診の求めに速やかに応じた場合に限り算定できるものとし、この場合においては、診療録に当該ファクシミリ等の送受信の時刻を記載するとともに、当該ファクシミリ等の写しを貼付すること。

(3) 医学管理等

・歯科疾患管理料

注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月以内に1回に限り、算定できる。

注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回に限り算定できる。

注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できる。【追加】

注6 歯科疾患管理料を算定した月において、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)、歯科特定疾患療養管理料、歯科疾患在宅療養管理料及び歯科矯正管理料は、算定できない。

(通知) 歯科疾患管理料は、継続的な管理を必要とする歯科疾患を有する患者（歯の欠損症のみを有する患者を除く。）に対して、口腔を一単位（以下「1口腔単位」という。）としてとらえ、患者との協働により行う継続的な口腔管理に加えて、病状が改善した疾患等の再発防止及び重症化予防のための継続管理を評価したものであり、患者又はその家族の同意を得た上で管理計画書を作成し、その内容について説明し、提供した場合に算定できる。

(通知) 1回目に患者又はその家族に対して提供する管理計画書については、初診日の属する月から起算して2月以内に第1回目の管理計画書を作成し、患者又はその家族に対して、その内容について説明を行った上で提供するものとする。なお、歯周病に罹患している患者の管理計画書を作成する場合は、歯周病検査を実施し、その結果を踏まえた上で歯周病に係る治療方針等を含めた管理計画書を作成すること。ただし、1回目に患者の主訴に関する管理を開始し、2回目以降に歯周病やその他の疾患も含めた管理を行う場合においては、その際に新たな検査の結果や管理計画の内容の変更点についての情報を含んだ継続管理計画書を作成し、患者又はその家族に対して、その内容について説明を行った上で提供を行い、当該月より改めて1口腔単位での管理を開始すること。

(通知) 2回目以降の継続管理計画書（当該管理計画書の様式は、「別紙様式2」又はこれに準じた様式とする。）の提供時期については、管理計画の内容に変更があったとき、検査により疾患の症状が一時的に安定したと判断されるとき（歯周病においては、歯周病検査により一時的に病状が安定したと判断されるとき等）、一連の補綴治療が終了したときその他療養上必要な時期に提供するものとするが、少なくとも前回の管理計画書の提供日から起算して4月を超える日までに1回以上提供すること。ただし、歯周病安定期治療を行う患者に対して、歯周病安定期治療を実施する間隔が4月を超える場合は、この限りでない。この場合、継続管理計画書は歯周病安定期治療を実施した際に提供すること。

(通知) 周術期口腔機能管理料(Ⅰ)、周術期口腔機能管理料(Ⅱ)又は掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅲ)を算定した患者にあっては、「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を算定した日の属する月の翌月以降から歯科疾患管理料は算定できる。なお、この場合において、管理計画書を作成して患者又はその家族に提供するものとする。

・**歯科特定疾患療養管理料**

注4 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)又は歯科疾患在宅療養管理料を算定している患者に対して行った歯科特定疾患療養管理料は、別に算定できない。

(通知) 歯科特定疾患療養管理料は、「特掲診療料の施設基準等」の別表第四歯科特定疾患療養管理料に規定する疾患に掲げる疾患を主病とする患者に対して、治療計画に基づき、服薬、栄養等の療養上の指導を行った場合に月2回に限り算定する。なお、当該管理を行った場合は、症状及び管理内容の要点を診療録に記載すること。

・**がん性疼痛緩和指導管理料【項目の見直し】**

1 緩和ケアに係る研修を受けた保険医による場合 200点

2 1以外の場合 100点

注2 当該患者が15歳未満の小児である場合には、小児加算として、所定点数に50点を加算する。**【追加】**

(通知) がん性疼痛緩和指導管理料の「1」は、緩和ケアの経験を有する歯科医師（緩和ケアに係る研修を受けた者に限る。）が当該指導管理を行った場合に算定する。**【追加】**

・がん患者カウンセリング料

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回（当該患者についてがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及びがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該カウンセリングを実施した場合には、それぞれの保険医療機関において、患者1人につき1回）に限り算定する。

(通知) 当該患者についてがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及びがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該カウンセリングを実施した場合には、それぞれの保険医療機関において、患者1人につき1回算定できる。

・入院栄養食事指導料

注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、歯科医師と医師との連携の下に管理栄養士が具体的な献立によって指導を行った場合に、入院中2回を限度として算定する。

(通知) 入院栄養食事指導料は、歯科医師と医師との連携により、当該保険医療機関の管理栄養士が療養のため必要な栄養の指導を行った場合に入院中2回を限度として算定する。ただし、1週間に1回を限度とする。

(通知) 歯科医師は、診療録に連携した医師の氏名及び連携内容の要点を記載すること。また、管理栄養士は、患者ごとに栄養指導記録を作成するとともに、当該栄養指導記録に指導を行った献立又は食事計画の例についての総カロリー、栄養素別の計算及び指導内容の要点を明記すること。

(通知) その他入院栄養食事指導料の医科と共通の項目については、医科点数表の入院栄養食事指導料の例により算定する。

・外来緩和ケア管理料【新設】 300点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、緩和ケアを要する入院中の患者以外の患者（がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬が投与されている患者に限る。）に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師等が共同して療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

注2 当該患者が15歳未満の小児である場合には、小児加算として、所定点数に150点を加算する。

注3 がん性疼痛緩和指導管理料は、別に算定できない。

(通知) 外来緩和ケア管理料については、医師ががん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与している入院中の患者以外のがん患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、当該患者の同意に基づき、外来において、症状緩和に係る専従のチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）による診療が行われた場合に算定する。

(通知) 緩和ケアチームは、身体症状及び精神症状の緩和を提供することが必要である。緩和ケアチームの医師は緩和ケアに関する研修を修了した上で診療に当たること。

(通知) 緩和ケアチームは初回の診療に当たり、当該患者の診療を担う保険医、看護師及び薬剤師などと共同の上、別紙様式3又はこれに準じた緩和ケア診療実施計画書を作成し、その内容を患者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こと。

(通知) 1日当たりの算定患者数は、1チームにつき概ね30人以内とする。

(通知) 症状緩和に係るカンファレンスが週1回程度開催されており、緩和ケア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、看護師などが参加していること。

(通知) 当該保険医療機関に緩和ケアチームが組織上明確に位置づけられていること。

(通知) 院内の見やすい場所に緩和ケアチームによる診療が受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。

(通知) 当該緩和ケアチームは、緩和ケア診療加算の緩和ケアチームと兼任可能である。

・外来放射線照射診療料【新設】 280点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を要する入院中の患者以外の患者に対して、放射線治療の実施に関し必要な診療を行った場合に、7日間に1回に限り算定する。

注2 外来放射線照射診療料を算定する日から起算して7日以内の期間に4日以上放射線治療を予定していない場合には、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

注3 外来放射線照射診療料を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該放射線治療の実施に係る初診料及び再診料は、算定しない。

(通知) 放射線治療医(放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。)が診察を行った日に算定し、算定日から起算して7日間は放射線照射の実施に係る初診料又は再診料は算定できないものとし、当該7日間は、初診料又は再診料を算定せずに、放射線照射の費用は算定できるものとする。

(通知) 外来放射線照射診療料を算定した場合にあつては、第2日目以降の看護師、診療放射線技師等による患者の観察については、照射毎に記録し、医師に報告すること。

(通知) 放射線治療を行う前に、放射線治療により期待される治療効果や成績などとともに、合併症、副作用等についても必ず患者又はその家族に説明し、文書等による同意を得ること。

(通知) 関係学会による放射線精度管理等のガイドラインを遵守すること。

(通知) 算定した日を含め、3日間以内で放射線照射が終了する場合は、本点数の100分の50に相当する点数を算定する。

・歯科治療総合医療管理料

注4 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)は、別に算定できない。【追加】

(通知) 歯科治療総合医療管理料は、当該主病の担当医から歯科治療を行うに当たり、全身状態の把握、管理等が必要であるとして紹介を受けた患者に対し、担当医からの情報提供等に基づき、歯科医師が歯科治療に際して、患者の全身状態の管理を行った場合に算定する。なお、当該医療管理料を算定する場合は、管理内容及び患者の全身状態の要点を診療録に記載すること。

・がん治療連携計画策定料【項目の見直し】

1 **がん治療連携計画策定料1** 750点

2 **がん治療連携計画策定料2** 300点

注1 がん治療連携計画策定料1については、入院中のがん患者の退院後の治療を総合的に管理するため、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関(以下この表において「計画策定病院」という。)が、あらかじめがんの種類やステージを考慮した地域連携診療計画を作成し、がん治療を担う別の保険医療機関と共有し、かつ、患者の同意を得た上で、入院中又は当該保険医療機関を退院した日から起算して30日以内に、当該計画に基づき当該患者の治療計画を作成し、患者に説明し、文書により提供するとともに、退院時又は退院した日から起算して30日以内に当該別の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合(がんと診断されてから最初の入院に係るものに限る。)に、退院時又は退院した日から起算して30日以内に1回に限り所定点数を算定する。

注2 がん治療連携計画策定料2については、当該保険医療機関において注1に規定するがん治療連携計画策定料1を算定した患者であって、他の保険医療機関においてがん治療連携指導料を算定しているものについて、状態の変化等に伴う当該他の保険医療機関からの紹介により、当該患者を診療し、当該患者の診療計画を変更した場合に、患者1人につき月1回に限り所定点数を算定する。【追加】

注4 周術期口腔機能管理計画策定料、開放型病院共同指導料(Ⅱ)又は退院時共同指導料2は、別に算定できない。

(通知) がん治療連携計画策定料1は、がんと診断され、がんの治療目的に初回に入院した際に、地域連携診療計画に沿って治療を行うことについて患者の同意を得た上で、地域連携診療計画に基づく個別の患者ごとの治療計画を作成するとともに、説明し、それを文書にて患者又は家族に提供した場合に、退院時又は退院した日から起算して30日以内に計画策定病院において算定する。その際、患者に交付した治療計画書の写しを診療録に貼付すること。

(通知) がん治療連携計画策定料1は、病理診断の結果が出ない又は退院後一定期間の外来診療を必要とする等の理由で、個別の患者の治療計画を入院中に策定できない場合であっても、退院した日から起算して30日以内に速やかに個別の治療計画を策定するとともに、文書にて患者又は家族に提供した場合にあっては、算定可能とする。その際、交付した治療計画書の写しを診療録に添付すること。

(通知) 計画策定病院は、治療計画に基づき、患者に対して治療を提供するとともに、患者の同意を得て、適切に連携医療機関と情報共有を図るとともに、必要に応じて適宜治療計画を見直すものとする。なお、がん治療連携計画策定料2は、当該患者の状態の変化等により連携医療機関から紹介を受け、当該患者を診療した上で、当該患者の治療計画を変更し、患者又はその家族等に説明するとともに、文書にて提供した場合に計画策定病院において算定する(連携医療機関においてがん治療連携指導料を算定している患者に限る。) その際、交付した治療計画書の写しを診療録に貼付すること。

・がん治療連携指導料

注3 周術期口腔機能管理料(Ⅰ)又は周術期口腔機能管理料(Ⅲ)は、別に算定できない。【追加】

・がん治療連携管理料【新設】 500点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、他の保険医療機関等から紹介された患者であってがんと診断された入院中の患者以外の患者に対して、化学療法又は放射線治療を行った場合に、1人につき1回に限り所定点数を算定する。

注2 周術期口腔機能管理料(Ⅰ)又は周術期口腔機能管理料(Ⅲ)は、別に算定できない。

(通知①) がん診療連携管理料は、キャンサーボードの設置を含めたがんの集学的治療、緩和ケアの提供、地域医療との連携、専門医師その他の専門の医療従事者の配置、院内がん登録の適切な実施、相談支援センター等の体制を備えた、がん診療連携拠点病院として指定された病院を評価したものである。

(通知②) 当該管理料は、別の保険医療機関又は健康診断を実施した医療機関の医師により、悪性腫瘍の疑いがあるとされた患者(最終的に悪性腫瘍と診断された患者に限る。)又は悪性腫瘍と診断された患者に対し、これらの保険医療機関等から紹介を受けたがん診療連携拠点病院が、外来における化学療法又は放射線治療を行った場合に、患者1人につき1回に限り所定点数を算定する。

(通知③) 当該管理料の対象患者は、②に定める患者であり、悪性腫瘍以外の疾患で別の保険医療機関から紹介を受け、当該がん診療連携拠点病院において悪性腫瘍と診断された患者は含まれない。

・退院前訪問指導料 410点⇒ 555点

注1 入院期間が1月を超えると見込まれる患者の円滑な退院のため、患家を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での療養上の指導を行った場合に、当該入院中1回（入院後早期に退院前訪問指導の必要があると認められる場合は、2回）に限り算定する。

・義歯管理料

(通知) 新製有床義歯管理料を算定した患者について、有床義歯長期管理を終了し、新製有床義歯の装着月から起算して1年を超えた期間において、当該有床義歯を継続的に管理する場合又は修理により改めて有床義歯の管理を行った場合は、有床義歯管理料により算定する。

・退院時共同指導料1

注1 保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関と連携する別の保険医療機関の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、当該患者が入院している保険医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後、在宅での療養を行う患者に対して、療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定する。

注2 注1の場合において、当該患者が別に厚生労働大臣が定める特別な管理を要する状態等にあるときは、特別管理指導加算として、所定点数に200点を加算する。**【追加】**

(通知) 退院時共同指導料1の「注2」に規定する加算は、当該患者が厚生労働大臣の定める特別な管理を必要とする者であった場合、1人の患者に対して入院中1回に限り算定できる。ただし、厚生労働大臣が定める疾病等の患者については当該入院中に2回に限り算定できる。

・退院時共同指導料2

注1 入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、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、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等又は当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中1回に限り算定できる。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回までに限り算定する。

注4 注1の規定にかかわらず、退院調整加算を算定する患者にあつては、当該保険医療機関において、疾患名、当該保険医療機関の退院基準、退院後に必要とされる診療等在宅での療養に必要な事項を記載した退院支援計画を策定し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、これを当該患者の退院後の治療等を担う別の保険医療機関と共有した場合に限り算定する。**【追加】**

(通知) 退院時共同指導料2の「注1」は、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、当該患者が入院している保険医療機関の保険医と地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等又は当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が共同して行った場合に算定する。

(通知) 退院時共同指導料2を算定している保険医療機関は、退院調整加算を算定する場合、当該保険医療機関の退院基準、退院後に必要とされる診療、訪問看護等在宅で必要となる事項を当該患者及び家族に文書により説明し、これを当該患者の退院後の治療等を担う他の保険医療機関又は訪問看護ステーションと共有すること。

(4) 在宅医療

・訪問歯科衛生指導料

(通知) 訪問歯科衛生指導を行った場合は、歯科医師は診療録に次の事項を記載すること。ただし、ハに関しては、訪問歯科衛生指導を開始した日に限り記載するものとするが、変更が生じた場合は、その都度記載すること。また、当該訪問歯科衛生指導が歯科訪問診療と併せて行われた場合にあつては、ニについて省略して差し支えない。

イ 歯科衛生士等に指示した内容

ロ 指導の実施時刻（開始時刻と終了時刻）

ハ 訪問先名（記載例：自宅、〇〇マンション、介護老人保健施設××苑）

ニ 患者の状態の要点等

・歯科疾患在宅療養管理料

注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又は歯科矯正管理料は、別に算定できない。

・在宅患者歯科治療総合医療管理料

注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）は、別に算定できない。

(通知) 在宅患者歯科治療総合医療管理料は、当該主病の担当医から歯科治療を行うに当たり、全身状態の把握、管理等が必要であるとして紹介を受けた患者に対し、担当医からの情報提供等に基づき、歯科医師が歯科治療に際して、患者の全身状態の管理を行った場合に算定する。

なお、当該医療管理料を算定する場合は、管理内容及び患者の全身状態の要点を診療録に記載すること。

・救急搬送診療料

注1 患者を救急用の自動車保険医療機関に搬送する際、診療上の必要から当該自動車に同乗して診療を行った場合に算定する。

注2 注1に規定する場合であつて、当該診療に要した時間が30分を超えた場合には、長時間加算として、所定点数に500点を加算する。【追加】

・在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料【新設】 1,500点

注1 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関の保険医が、他の保険医療機関において在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定する指導管理を受けている患者に対し、当該他の保険医療機関と連携して、同一日に当該患者に対する悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

注2 退院した患者に対して退院の日から1月以内に行った指導管理の費用は算定しない。

注3 入院中の患者に対して退院時に指導管理を行った場合においては、当該退院の日に所定点数を算定できるものとし、退院の日の歯科医学的管理に要する費用は、所定点数に含まれるものとする。

(通知) 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料は、在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定する指導管理を受けている患者に対し、当該保険医療機関の保険医と在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定する保険医療機関の保険医とが連携して、同一日に当該患者に対する悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

(通知) 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定する医師は、以下のいずれかの緩和ケアに関する研修を修了している者であること。

ア がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針（平成20年4月1日付け健発第0401016号厚生労働省健康局長通知）に準拠した緩和ケア研修会

イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立がん研究センター主催）等

(5) 検査

・ 歯周病検査

(通知) 歯周精密検査は、4点以上の歯周ポケット測定、プロービング時の出血の有無、歯の動揺度及びプラークチャートを用いてプラークの付着状況を検査した場合に算定する。

(6) 画像診断

・ 通則

(通知) 全顎撮影の場合とは、歯科用エックス線フィルム10枚から14枚を用いて、全顎にわたり歯、歯槽骨等のエックス線撮影を行うものであり、診断料及び撮影料は撮影枚数にかかわらず所定点数で算定する。この場合、使用したフィルムの費用は撮影枚数に応じ14枚を限度とする。なお、デジタル撮影の場合であっても全顎撮影は10回から14回行うものとし、撮影回数にかかわらず所定点数で算定するが、フィルム料は別に算定できない。

・ **通則 2** 同一の部位につき、同時に2以上のエックス線撮影を行った場合における第1節の診断料(写真診断(歯科用3次元エックス線断層撮影)を除く。)は、第1の診断については第1節の各区分の所定点数により、第2の診断以後の診断については、同節の各区分の所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

・ **通則 3** 同一の部位につき、同時に2枚以上同一の方法により、撮影を行った場合における第2節の撮影料(歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織(歯科用3次元エックス線断層撮影)を除く。)は、特に規定する場合を除き、第1枚目の撮影については第2節の各区分の所定点数により、第2枚目から第5枚目までの撮影については同節の各区分の所定点数の100分の50に相当する点数により算定し、第6枚目以後の撮影については算定しない。

・ **通則 6** 写真診断(単純撮影(歯科エックス線撮影)及び歯科用3次元エックス線断層撮影を除く。)及び基本的エックス線診断料については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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1として月1回に限り所定点数に70点を加算する。ただし、歯科画像診断管理加算2を算定する場合はこの限りでない。

・ **通則 7** 写真診断(歯科用3次元エックス線断層撮影に限る。)については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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回に限り所定点数に180点を加算する。【追加】

・ **通則 8** 遠隔画像診断による画像診断(写真診断(単純撮影(歯科エックス線撮影)及び歯科用3次元エックス線断層撮影を除く。)又は基本的エックス線診断料に限る。)を行った場合については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間で行われた場合に限り、算定する。この場合において、受信側の保険医療機関が通則第6号の届出を行った保険医療機関であり、当該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、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、月1回に限り、歯科画像診断管理加算1を算定することができる。ただし、歯科画像診断管理加算2を算定する場合は、この限りでない。

・ **通則 9** 遠隔画像診断による画像診断(写真診断(歯科用3次元エックス線断層撮影)に限る。)を前号に規定する保険医療機関間で行った場合であって、受信側の保険医療機関が通則第7号の届出を行った保険医療機関であり、当該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、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、月1回に限り、歯科画像診断管理加算2を算定することができる。【追加】

(通知) 歯科画像診断管理加算 1は、病院である保険医療機関に勤務し専ら画像診断を担当する歯科医師が、歯科パノラマ断層撮影等の読影結果を文書により当該病院の主治の歯科医師に報告した場合に月の最初の診断の日に算定する。この場合、報告された文書又はその写しを診療録に添付する。歯科画像診断管理加算 2は、歯科用 3次元エックス線断層撮影について、病院である保険医療機関に勤務し専ら画像診断を担当する歯科医師が診断を行い、読影結果を文書により当該病院の主治の歯科医師に報告した場合に、月の最初の診断の日に算定する。この場合、報告された文書又はその写しを診療録に添付する。

(通知) 歯科画像診断管理加算を算定した月にあつては、医科点数表の第 2 章第 4 部通則に規定する画像診断管理加算は算定できない。

(通知) 遠隔画像診断を行った場合は、送信側の保険医療機関において撮影料、診断料及び歯科画像診断管理加算 1又は歯科画像診断管理加算 2（当該加算の算定要件を満たす場合に限り。）を算定できる。受信側の保険医療機関における診断等に係る費用については受信側、送信側の保険医療機関間における相互の合議に委ねるものとする。

【特掲診療料の施設基準（歯科画像診断管理加算）】（通知）

1 歯科画像診断管理加算 1に関する施設基準

- (1) 歯科診療報酬点数表の初診料の注 2 の届出（地域歯科診療支援病院歯科初診料に係るものに限る。）を行った保険医療機関であること。
- (2) 画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が 1 名以上いること。なお、画像診断を専ら担当する歯科医師とは、勤務時間の大部分において画像情報の撮影又は読影に携わっている者をいい、他の診療等を行っている場合はこれに該当しない。
- (3) 画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

2 歯科画像診断管理加算 2に関する施設基準

- (1) 歯科診療報酬点数表の初診料の注 2 の届出（地域歯科診療支援病院歯科初診料に係るものに限る。）を行った保険医療機関であること。
- (2) 画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が 1 名以上いること。なお、画像診断を専ら担当する歯科医師とは、勤務時間の大部分において画像情報の撮影又は読影に携わっている者をいい、他の診療等を行っている場合はこれに該当しない。
- (3) 当該保険医療機関において実施されるすべての歯科用 3次元エックス線断層撮影について、(2)に規定する歯科医師の下に画像情報の管理が行われていること。
- (4) 当該保険医療機関における歯科用 3次元エックス線断層撮影診断のうち、少なくとも 8 割以上の読影結果が、(2)に規定する歯科医師により遅くとも撮影日の翌診療日までに当該患者の診療を担当する歯科医師に報告されていること。
- (5) 画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(7) 注射

・通則 6【見直し】

皮内、皮下及び筋肉内注射、静脈内注射、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、点滴注射、中心静脈注射又は植込型カテーテルによる中心静脈栄養について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であつて悪性腫瘍等の患者であるものに対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ 1 日につき前各号により算定した点数に

加算する。

イ 外来化学療法加算 1	(1) 外来化学療法加算 A (一) 15 歳未満	780 点
	(二) 15 歳以上	580 点
(2) 外来化学療法加算 B	(一) 15 歳未満	630 点
	(二) 15 歳以上	430 点
ロ 外来化学療法加算 2	(1) 外来化学療法加算 A (一) 15 歳未満	700 点
	(二) 15 歳以上	450 点
(2) 外来化学療法加算 B	(一) 15 歳未満	600 点
	(二) 15 歳以上	350 点

・無菌製剤処理料

1 無菌製剤処理料 1 (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 閉鎖式接続器具を使用した場合【項目の見直し】

(1) 揮発性の高い薬剤の場合	150 点
(2) (1)以外の場合	100 点

(8) リハビリテーション

・脳血管疾患等リハビリテーション料

注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、それぞれ発症、手術又は急性増悪から 180 日以内に限り所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、180 日を超えて所定点数を算定することができる。

注 2 注 1 本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から 30 日に限り、早期リハビリテーション加算として、1 単位につき 30 点を所定点数に加算する。

注 3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注 1 本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から 14 日の間に限り、初期加算として、1 単位につき 45 点を更に所定点数に加算する。【追加】

注 4 注 1 本文の規定にかかわらず、注 1 本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があつてそれぞれ発症、手術又は急性増悪から 180 日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1 月 13 単位に限り算定する。この場合において、当該患者が要介護被保険者等である場合には、注 1 に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定する。【注の見直し】

イ 脳血管疾患等リハビリテーション料 (I) (1 単位)	(1) (2) 以外の場合	221 点
	(2) 廃用症候群の場合	212 点
ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料 (II) (1 単位)	(1) (2) 以外の場合	180 点
	(2) 廃用症候群の場合	171 点
ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料 (III) (1 単位)	(1) (2) 以外の場合	90 点
	(2) 廃用症候群の場合	90 点

・摂食機能療法

(通知) 摂食機能療法の実施に当たっては、診療録に当該療法の実施時刻（開始時刻と終了時刻）、療法の内容の要点等を記載すること。

(9) 処置

・第1節 処置料

(通知) 第1節の処置においては、I000に掲げるう蝕処置からI021に掲げる根管内異物除去の処置のために行った浸潤麻酔等の費用については、「通則7」に該当しない場合に限り術野又は病巣単位ごとに算定する。

※ 通則7とは「120点以上の処置又は特に規定する処置」

・咬合調整

(通知) 過重圧を受ける歯の切縁、咬頭の過高部又は別の歯科の保険医療機関において製作された金属歯冠修復物等の過高部の削除を行った場合は、同一初診期間中、「1 1歯以上10歯未満」又は「2 10歯以上」のうち、いずれか1回に限り算定する。

・外科後処置

(通知) 外科後処置とは、腐骨除去手術の「2 顎骨に及ぶもの」、顎堤形成術、顎骨腫瘍摘出術、歯根嚢胞摘出手術の「2 拇指頭大のもの」、「3 鶏卵大のもの」、下顎骨折観血的手術等の大手術の外科後処置であってドレーン（歯科ドレーン法における持続的な吸引を行うものは除く。）を使用した外科後処置をいう。なお、単純な外科後処置については、基本診療料に含まれる。

・床副子

(通知) 「2 困難なもの」とは、次のものをいう。

イ 斜面板

ロ 咬合挙上副子

ハ 乳幼児の顎骨骨折に対してナイトガードとして口腔内に装着するマウスピース

ニ 固定用金属線による囲繞結紮に用いたレジン等で製作した床副子（無歯顎の高齢者や乳歯列を有する幼児などの顎骨骨髓炎において、腐骨摘出後欠損創に歯に結紮固定する副子の応用ができない場合に限る。）

ホ 歯ぎしりに対する咬合床（アクチバートル式のものを除く。）

ヘ 睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床（アクチバートル式を除き、医科の保険医療機関等からの診療情報提供料の算定に基づく場合に限る。）

(通知) 床副子の製作後に患者の都合等により診療を中止した場合の請求については、第12部歯冠修復及び欠損補綴の歯冠修復物又は欠損補綴物の製作後診療を中止した場合の請求と同様とする。

※ 従来、床副子における未来院請求の対象は、咬合床（アクチバートル式のもの）のみであったが、床副子すべてが対象となった。

・根管内異物除去

(通知) 当該費用を算定できる異物とは、根管内で破折しているため除去が著しく困難なもの（リーマー等）をいう。 ※ 従来より、自損行為に対しては算定できない。

(10) 手術

- ・ **通則13** 同一手術野又は同一病巣につき、2以上の手術を同時に行った場合における費用の算定は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、神経移植術、骨移植術、植皮術、動脈（皮）弁術、筋（皮）弁術、遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）、複合組織移植術、自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）又は粘膜移植術と他の手術とを同時に行った場合は、それぞれの所定点数を合算して算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める場合は、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。

(通知) 創傷処理、小児創傷処理（6歳未満）、デブリードマン、上顎洞開窓術、上顎洞根治手術、リンパ節摘出術、血管結紮術、動脈形成術・吻合術及び血管移植術・バイパス移植術について、同一手術野又は同一病巣につき、他の手術と同時に行った場合は、主たる手術の所定点数により算定する。ただし、神経移植術、骨移植術、植皮術、動脈（皮）弁術、筋（皮）弁術、遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）、複合組織移植術、自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）又は粘膜移植術と当該手術とを同時に行った場合はこの限りではない。

- ・ **複数手術に係る費用の特例【2例追加】**

「顎骨腫瘍摘出術（歯根嚢胞を除く。）」及び「抜歯手術（1歯につき。）」

「下顎骨形成術 1 おとがい形成の場合」及び「下顎骨形成術 2 短縮又は伸長の場合」

- ・ **抜歯手術**

注2 抜歯手術（埋伏歯）については、完全埋伏歯（骨性）又は水平埋伏智歯に限り算定する。

- ・ **歯根嚢胞摘出手術 3 鶏卵大のもの 2,040点【項目の見直し】**

※ 従来は、鶏卵大に達した歯根嚢胞を摘出する手術を行った場合は、顎骨嚢胞開窓術により算定する取扱いであったが、項目の見直しにより歯根嚢胞摘出手術の「3 鶏卵大のもの」での算定となったことにより、同一手術野又は同一病巣につき当該手術と歯根端切除手術とを同時に行った場合は、複数手術に係る費用の特例により、主たる手術の所定点数と従たる手術（一つに限る。）の所定点数の100分の50に相当する点数とを合算して算定することができることとなった。

- ・ **歯根端切除手術**

(通知) 歯内治療では治療ができなかった根尖病巣を有する保存が可能な大臼歯であって、解剖学的な理由から歯根端切除手術が困難な症例に対して、歯の再植による根尖病巣の治療を行った場合は、診療録に手術内容の要点を記載し、本区分により算定する。なお、歯の移動を目的に含む場合は算定できない。

- ・ **歯の再植術**

(通知) 外傷による幼若永久前歯の脱臼時に歯の再植術を行い、歯内療法を後日実施した場合には歯内療法に係る費用は別に算定できる。

(通知) 診療録に手術内容の要点を記載すること。

- ・ **歯の移植手術**

(通知) 歯の移植手術と一連で行った抜髄及び根管充填に係る費用は、抜髄、根管貼薬処置及び根管充填の所定点数に限り別に算定できる。

(通知) 診療録に手術内容の要点を記載すること。

- ・ **口腔内消炎手術**

(通知) 本区分の算定に当たっては、手術部位、症状及び手術内容の要点を診療録に記載すること。

- ・ **口腔底腫瘍摘出術 5,230点⇒6,800点**

- ・ **口腔底悪性腫瘍手術 18,500点⇒24,050点**

- ・舌悪性腫瘍手術 1 切除 14,470点⇒ 18,810点
 - 2 亜全摘 49,350点⇒ 64,160点
 - ・口蓋腫瘍摘出術 1 口蓋粘膜に限局するもの 400点⇒ 520点
 - 2 口蓋骨に及ぶもの 6,720点⇒ 8,050点
 - ・顎・口蓋裂形成手術 1 軟口蓋のみのもの 11,170点⇒ 14,520点
 - 2 硬口蓋に及ぶもの 18,590点⇒ 24,170点
 - 3 顎裂を伴うもの イ 片側 19,360点⇒ 25,170点
 - ・口唇裂形成手術（片側） 1 口唇のみの場合 10,140点⇒ 13,180点
 - 2 口唇裂鼻形成を伴う場合 14,470点⇒ 18,810点
 - 3 鼻腔底形成を伴う場合 17,030点⇒ 22,140点
 - ・口唇裂形成手術（両側） 1 口唇のみの場合 14,470点⇒ 18,810点
 - 2 口唇裂鼻形成を伴う場合 18,300点⇒ 23,790点
 - 3 鼻腔底形成を伴う場合 25,610点⇒ 33,290点
 - ・軟口蓋形成手術 7,800点⇒ 9,700点
 - ・鼻咽腔閉鎖術 16,640点⇒ 21,630点
 - ・舌形成手術（巨舌症手術） 5,840点⇒ 7,590点
 - ・口唇悪性腫瘍手術 21,700点⇒ 28,210点
 - ・口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術 59,400点⇒ 89,100点
 - ・頬腫瘍摘出術 2 その他のもの 3,370点⇒ 4,380点
 - ・頬粘膜悪性腫瘍手術 17,300点⇒ 22,490点
 - ・術後性上顎嚢胞摘出術 1 上顎に限局するもの 5,120点⇒ 6,660点
 - ・上顎骨切除術 12,000点⇒ 15,310点
 - ・上顎骨悪性腫瘍手術 1 搔爬 5,880点⇒ 7,640点
 - 2 切除 21,700点⇒ 28,210点
 - 3 全摘 37,420点⇒ 56,130点
 - ・下顎骨部分切除術 9,960点⇒ 14,940点
 - ・下顎骨離断術 15,730点⇒ 23,600点
 - ・下顎骨悪性腫瘍手術 1 切除 21,700点⇒ 32,550点
 - 2 切断 28,940点⇒ 43,410点
 - ・顎骨腫瘍摘出術（歯根嚢胞を除く。） 2 長径3センチメートル以上 8,210点⇒ 11,160点
 - ・がま腫摘出術 4,580点⇒ 5,950点
 - ・唾石摘出術 3 腺体内に存在するもの 5,540点⇒ 7,200点
- （通知）外部より唾石及び唾液腺を併せて摘出したものについては、「3 腺体内に存在するもの」により算定する。
- ・舌下腺腫瘍摘出術 4,610点⇒ 5,990点
 - ・顎下腺摘出術 7,440点⇒ 9,670点
 - ・顎下腺腫瘍摘出術 7,410点⇒ 9,480点
 - ・顎下腺悪性腫瘍手術 21,700点⇒ 28,210点
 - ・耳下腺腫瘍摘出術 1 耳下腺浅葉摘出術 20,930点⇒ 27,210点
 - 2 耳下腺深葉摘出術 23,920点⇒ 31,100点

- ・耳下腺悪性腫瘍手術
 - 1 切除 21,700点⇒ 28,210点
 - 2 全摘 28,940点⇒ 37,620点
- ・唾液腺管形成手術 8,740点⇒ 11,360点
- ・歯周外科手術

(通知) 「5 歯周組織再生誘導手術」を実施した場合は、エックス線撮影等により得られた術前の対象歯の根分岐部病変又は垂直性骨欠損の状態、手術部位及び手術内容の要点を診療録に記載すること。
- ・骨移植術（軟骨移植術を含む。）
 - 1 自家骨移植 口 困難なもの 10,790点⇒ 14,030点
 - 2 同種骨移植（生体） 12,870点⇒ 16,730点
 - 3 同種骨移植（非生体） 11,830点⇒ 14,770点
- ・歯肉歯槽粘膜形成手術

(通知) 「5 口腔前庭拡張術」とは、頬唇側の口腔前庭が浅いために、十分なプラークコントロールが行えない場合又は歯冠修復物を装着するに際して付着歯肉の幅が著しく狭い場合において口腔前庭の拡張を行った場合に限り算定する。

(通知) 実施にあたっては、診療録に手術部位、症状及び手術内容の要点を記載すること。
- ・上顎骨折観血的手術 11,710点⇒ 15,220点
- ・上顎骨形成術
 - 1 単純な場合 16,250点⇒ 21,130点
 - 2 複雑な場合及び2次的再建の場合 32,400点⇒ 41,370点
- ・頬骨骨折観血的整復術 11,610点⇒ 15,090点
- ・頬骨変形治療骨折矯正術 27,000点⇒ 35,100点
- ・下顎骨折非観血的整復術

注 連続した歯に対して三内式線副子以上の結紮法を行った場合は、650点を加算する。
- ・下顎骨折観血的手術
 - 1 片側の場合 10,000点⇒ 13,000点
 - 2 両側の場合 19,110点⇒ 24,840点
- ・下顎関節突起骨折観血的手術
 - 1 片側 21,700点⇒ 28,210点
 - 2 両側 36,170点⇒ 47,020点
- ・下顎骨形成術
 - 1 おとがい形成の場合 4,990点⇒ 6,490点
 - 2 短縮又は伸長の場合 17,160点⇒ 22,310点
 - 3 再建の場合 27,750点⇒ 36,080点
- ・下顎骨延長術【新設】
 - 1 片側 22,310点
 - 2 両側 33,460点

(通知) 仮骨延長法を用いて下顎骨を延長・形成する場合に算定する。
- ・顔面多発骨折観血的手術 26,550点⇒ 34,520点
- ・顎関節脱臼観血的手術 18,330点⇒ 23,830点
- ・顎関節形成術 32,400点⇒ 40,870点
- ・顎関節授動術
 - 2 顎関節鏡下授動術 5,620点⇒ 7,310点
 - 3 開放授動術 17,550点⇒ 22,820点
- ・顎関節円板整位術
 - 1 顎関節鏡下円板整位術 14,470点⇒ 18,810点
 - 2 開放円板整位術 21,700点⇒ 27,300点

・ 歯科インプラント摘出術

(通知) 同一又は他の保険医療機関で埋入した広範囲顎骨支持型装置を撤去した場合は、本区分の所定点数により算定する。

・ 小児創傷処理 (6歳未満)

4 筋肉、臓器に達するもの (長径10センチメートル以上) 2,200点⇒ 2,860点

・ デブリードマン

2 100平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満 2,300点⇒ 2,990点

・ 上顎洞開窓術 2,000点⇒ 2,600点

・ 上顎洞根治手術 5,120点⇒ 6,660点

・ 上顎洞炎術後出血止血法 5,120点⇒ 6,660点

・ 分層植皮術

1 25平方センチメートル未満 3,330点⇒ 3,520点

2 25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満 4,590点⇒ 6,270点

3 100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満 6,660点⇒ 9,000点

4 200平方センチメートル以上 20,150点⇒ 25,820点

・ 全層植皮術

3 100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満 21,700点⇒ 28,210点

4 200平方センチメートル以上 31,350点⇒ 40,290点

・ 皮膚移植術 (生体・培養) 4,700点⇒ 6,110点

・ 皮膚移植術 (死体)

1 200平方センチメートル未満 5,190点⇒ 6,750点

2 200平方センチメートル以上500平方センチメートル未満 6,920点⇒ 9,000点

3 500平方センチメートル以上1,000平方センチメートル未満 10,380点⇒ 13,490点

4 1,000平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満 25,320点⇒ 32,920点

・ 皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術

2 25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満 8,800点⇒ 11,440点

3 100平方センチメートル以上 15,600点⇒ 20,280点

・ 動脈 (皮) 弁術、筋 (皮) 弁術 32,850点⇒ 41,120点

・ 遊離皮弁術 (顕微鏡下血管柄付きのもの) 64,500点⇒ 74,240点

・ 複合組織移植術 11,700点⇒ 15,210点

・ 自家遊離複合組織移植術 (顕微鏡下血管柄付きのもの) 73,800点⇒ 110,700点

・ 粘膜移植術 1 4平方センチメートル未満 5,010点⇒ 6,510点

2 4平方センチメートル以上 5,500点⇒ 7,080点

・ 動脈形成術、吻合術 13,910点⇒ 18,080点

・ 血管移植術、バイパス移植術 2 その他の動脈 23,300点⇒ 30,290点

・ 神経移植術 18,090点⇒ 23,520点

・ 交感神経節切除術 18,200点⇒ 23,660点

・ 過長茎状突起切除術 4,520点⇒ 5,880点

・ 皮膚悪性腫瘍切除術 1 広汎切除 21,700点⇒ 28,210点

・ 瘢痕拘縮形成手術 9,740点⇒ 12,660点

- ・顔面神経麻痺形成手術
 - 1 静的なもの 14,700点⇒ 19,110点
 - 2 動的なもの 39,000点⇒ 58,500点

(11) 放射線治療

・通則3【追加】

新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）、3歳以上6歳未満の幼児又は6歳以上15歳未満の小児に対して放射線治療を行った場合は、小児放射線治療加算として、当該放射線治療の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の60、100分の30、100分の15又は100分の10に相当する点数を加算する。

・体外照射

3 高エネルギー放射線治療

□ 2回目

- (1) 1門照射又は対向2門照射を行った場合 280点⇒ 420点
- (2) 非対向2門照射又は3門照射を行った場合 440点⇒ 660点
- (3) 4門以上の照射、運動照射又は原体照射を行った場合 600点⇒ 900点

4 強度変調放射線治療（IMRT）

□ 2回目

1,000点⇒ 1,500点

・密封小線源治療（一連につき）

注5 使用したコバルトの費用として、購入価格を1,000円で除して得た点数を加算する。【追加】

(12) 歯冠修復及び欠損補綴

・補綴時診断料（1口腔につき）

注4 広範囲顎骨支持型補綴診断料は、別に算定できない。【追加】

（通知）補綴時診断料は、患者の当該初診における受診期間を通じ、新たな欠損補綴及び有床義歯の床裏装等を行う際に、当該治療を開始した日に患者に対して治療等に関する説明を行った場合において1回に限り算定する。

・支台築造

（通知）メタルコアによる支台築造物を再装着した場合は、装着の費用として装着の「1 歯冠修復」及び装着に係る保険医療材料料を算定できる。 ※ 従来の「1の口 30点」は、項目の見直しにより、すべて45点

・テンポラリークラウン

（通知）テンポラリークラウンの修理又は除去に係る費用は、別に算定できない。

・装着【項目の見直し】

1 歯冠修復（1個につき）

- | | | |
|---------------------------|---|-------------------|
| イ 鑄造歯冠修復又は硬質レジンジャケット冠 45点 | } | 1 歯冠修復（1個につき） 45点 |
| ロ その他 30点 | | |

※ 従来は30点での算定であった乳歯金属冠及びジャケット冠等の装着、メタルコアの再装着は、45点での算定となった。

・ポンティック

（通知）矯正・先天性欠如等により、第一小臼歯が既に欠損している患者の第二小臼歯を抜歯した場合あるいは第二小臼歯が舌側に転位しているとき、第一小臼歯及び第二小臼歯を抜歯した場合で、間隙は1歯分しかないような小臼歯2歯の欠損であって間隙が狭い場合のブリッジについては、「ブリッジについての考え方2007」（平成19年11月日本歯科医学会）に従って実際の歯式どおり対応する。

また、同様の理由で第一小臼歯、第二小臼歯、第一大臼歯欠損のブリッジにおいて、欠損歯数は3歯であるが、間隙のほうが1歯分程度小さく2歯分となる場合については、保険適用の有無を確認することになるので、理由書、模型及びエックス線フィルム又はその複製を地方厚生（支）局長に提出してその判断を求めるものとする。また、添付模型の製作の費用は、基本診療料に含まれ、算定できないが、添付フィルム又はその複製については、撮影料及びフィルム料により算定して差し支えない。ただし、算定に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に算定の理由を明記すること。

・口蓋補綴、顎補綴

(通知) 「2 印象採得が著しく困難なもの」とは、以下の場合をいう。

イ 硬口蓋歯槽部の欠損範囲が半側を超える場合

ロ 軟口蓋部の欠損が認められる場合

ハ 歯槽骨を超える下顎骨の辺縁切除を伴う場合であって、口腔粘膜のみでは創を閉鎖できないため皮弁されている場合又は下顎骨区域切除以上の下顎骨欠損が認められる場合

ニ 口蓋補綴、顎補綴を行う場合であって、上下の切歯を有する場合の正中部における切歯間距離又は切歯を有しない場合の正中部における顎堤間距離が30mm未満の開口量である場合

(通知) 広範囲顎骨支持型補綴は、別に算定できない。

・有床義歯修理

(通知) 歯科技工加算は、当該加算に係る施設基準に適合するものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、破損した有床義歯に係る診療を行い、修理のために患者から当該有床義歯を預かった場合であって、当該患者の求めに応じて、当該有床義歯を預かった日（以下「預かり日」という。）から起算して2日以内において、当該保険医療機関内に配置されている歯科技工士を活用して修理（新たに生じた欠損部位に対する有床義歯の増歯を含む。）を行い、装着した場合に所定点数に加算する。なお、当該加算の算定に当たっては、預かり日、修理を担当する歯科技工士名及び修理の内容を診療録に記載すること。

(13) 歯科矯正

・歯科矯正管理料

注2 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)又は歯科疾患在宅療養管理料を算定している患者に対して行った歯科矯正管理の費用は、別に算定できない。

・セパレイティング

(通知) 叢生（クラウディング）について、本通知の第13部通則3に規定する顎変形症及び通則7に規定する別に厚生労働大臣が定める疾患に起因した咬合異常の歯科矯正を行う際に歯の隣接面の削除を行った場合は、I000-2に掲げる咬合調整の各区分により算定する。

・附加装置（1箇所につき）【項目の見直し】

6 **超弾性コイルスプリング 60点**

(14) 病理診断

・口腔病理診断料（歯科診療に係るものに限る。）

1 **組織診断料 500点⇒400点**

2 **細胞診断料 240点⇒200点**

注4 病理診断管理に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、病理診断を専ら担当する常勤の歯科医師が病理診断を行い、その結果を文書

により報告した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。【追加】

イ	病理診断管理加算 1	(1) 組織診断を行った場合	120点
		(2) 細胞診断を行った場合	60点
ロ	病理診断管理加算 2	(1) 組織診断を行った場合	320点
		(2) 細胞診断を行った場合	160点

(15) 特定保険医療材料料等

・金属歯冠修復（1個につき）

1	14カラット金合金	(1) インレー 複雑なもの	455点⇒571点
		(2) 4分の3冠	568点⇒714点
2	金銀パラジウム合金（金12%以上）	(1) 大白歯 イ インレー a 単純なもの	124点⇒126点
		b 複雑なもの	229点⇒234点
		ロ 5分の4冠	288点⇒294点
		ハ 全部金属冠	362点⇒370点
		(2) 小白歯・前歯 イ インレー a 単純なもの	84点⇒86点
		b 複雑なもの	167点⇒171点
		ロ 4分の3冠	207点⇒211点
		ハ 5分の4冠	207点⇒211点
		ニ 全部金属冠	259点⇒265点

3 銀合金

(1) 大白歯	イ	インレー	a 単純なもの	16点⇒18点
			b 複雑なもの	28点⇒31点
		ロ	5分の4冠	36点⇒41点
		ハ	全部金属冠	44点⇒50点
(2) 小白歯・前歯・乳歯	イ	インレー	a 単純なもの	10点⇒11点
			b 複雑なもの	21点⇒23点
		ロ	4分の3冠（乳歯を除く。）	25点⇒29点
		ハ	5分の4冠（乳歯を除く。）	25点⇒29点
		ニ	全部金属冠	32点⇒37点

・前装金属冠（1歯につき）	1	金銀パラジウム合金（金12%以上）を用いた場合	323点⇒330点
	3	銀合金を用いた場合	71点⇒80点

・ポンティック（1歯につき）

1	鑄造ポンティック	(1) 金銀パラジウム合金（金12%以上）	イ 大白歯	417点⇒426点
			ロ 小白歯	314点⇒321点
		(2) 銀合金又はニッケルクロム合金	大白歯・小白歯	37点⇒41点
2	金属裏装ポンティック	(1) 14カラット金合金		427点⇒536点
		(2) 金銀パラジウム合金（金12%以上）	イ 前歯	169点⇒173点
			ロ 小白歯	213点⇒218点
		(3) 銀合金又はニッケルクロム合金	前歯・小白歯	24点⇒27点

- 3 前装金属ポンティック (1) 金銀パラジウム合金 (金12%以上) を用いた場合 250点⇒256点
 (2) 銀合金又はニッケルクロム合金を用いた場合 47点⇒52点
- ・有床義歯 1 局部義歯 (1床につき) (4) 12歯から14歯まで 8点⇒7点
 - ・熱可塑性樹脂有床義歯 (1床につき) 48点⇒46点
 - ・鑄造鉤 (1個につき)
 - 2 金銀パラジウム合金 (金12%以上)
 - (1) 双子鉤 イ 大・小白歯 333点⇒341点
 ロ 犬歯・小白歯 261点⇒267点
 - (2) 二腕鉤 (レストつき) イ 大白歯 229点⇒234点
 ロ 犬歯・小白歯 199点⇒203点
 ハ 前歯 (切歯) 184点⇒189点
 - ・線鉤 (1個につき)
 - 1 不銹鋼及び特殊鋼 10点⇒9点
 - 2 14カラット金合金 (1) 双子鉤 459点⇒345点
 (2) 二腕鉤 (レストつき) 355点⇒266点
 - ・バー (1個につき)
 - 1 鑄造バー (1) 金銀パラジウム合金 (金12%以上) 534点⇒546点
 (2) 鑄造用ニッケルクロム合金、鑄造用コバルトクロム合金 19点⇒18点
 - 2 屈曲バー (1) 不銹鋼及び特殊鋼 46点⇒39点
 (2) 金銀パラジウム合金 (金12%以上) イ パラタルバー 912点⇒589点
 ロ リンガルバー 869点⇒670点
 - ・装着 2 ダイレクトボンドブラケット (1個につき) ダイレクトボンド用ボンディング材料 8点⇒7点
 - ・マルチブラケット (1装置につき) 1 矯正用線 (丸型) 19点⇒18点
 - ・保定装置 (1装置につき) 5 リンガルバー 不銹鋼及び特殊鋼 49点⇒47点
 - ・人工歯 レジン歯 白歯用 (8本1組) 269円⇒263円

Ⅲ. その他、改定等が行われた内容(項目のみ)

(1) 新設項目

- ・入院料等 (療養病棟療養環境改善加算、診療所療養病床療養環境改善加算、有床診療所緩和ケア診療加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、病棟薬剤業務実施加算、小児入院医療管理料、特定一般病棟入院料)
- ・外来リハビリテーション診療料 など

(2) 削除項目

- ・入院料等 (栄養管理実施加算、褥瘡患者管理加算、急性期病棟等退院調整加算)
- ・薬剤管理指導料 (医薬品安全性情報等管理体制加算)
- ・術後専門的口腔衛生処置 など

(3) 見直し項目

- ・入院料等 (通則)
- ・手術前医学管理料 (注) など

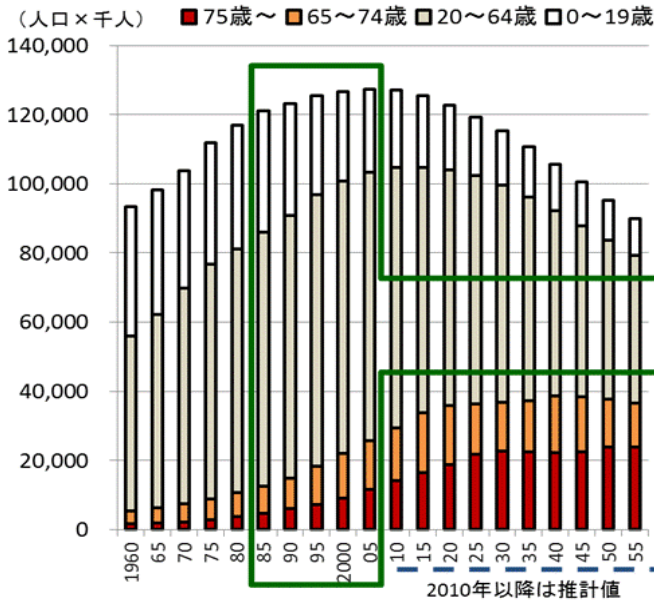
IV. 参考

1. 歯科保健医療を取り巻く現状などについて

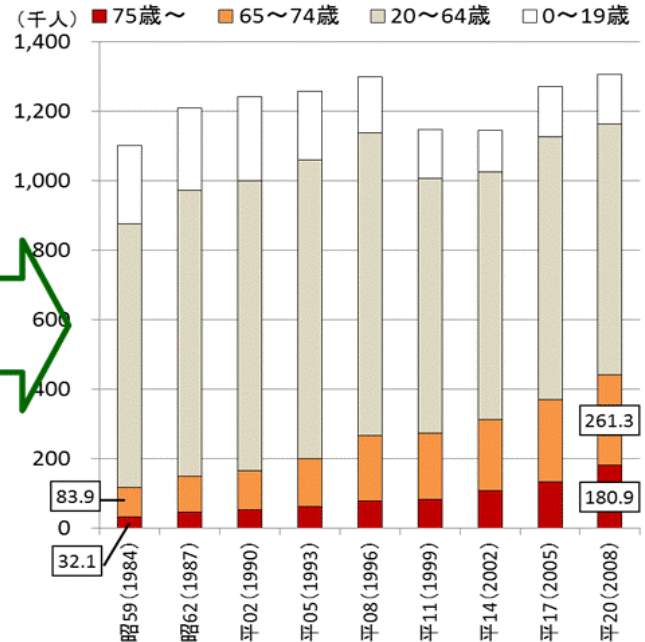
人口の推移・将来推計と歯科診療所の患者数の推移

・歯科診療所の患者数の65歳以上の割合は、約11%（昭和59年）から34%（平成20年）へと上昇しており、人口の65歳以上の割合の上昇（約10%（昭和58年）→約20%（平成17年））以上に大きく上昇。

年齢（4区分）別の人口の推移・将来推計



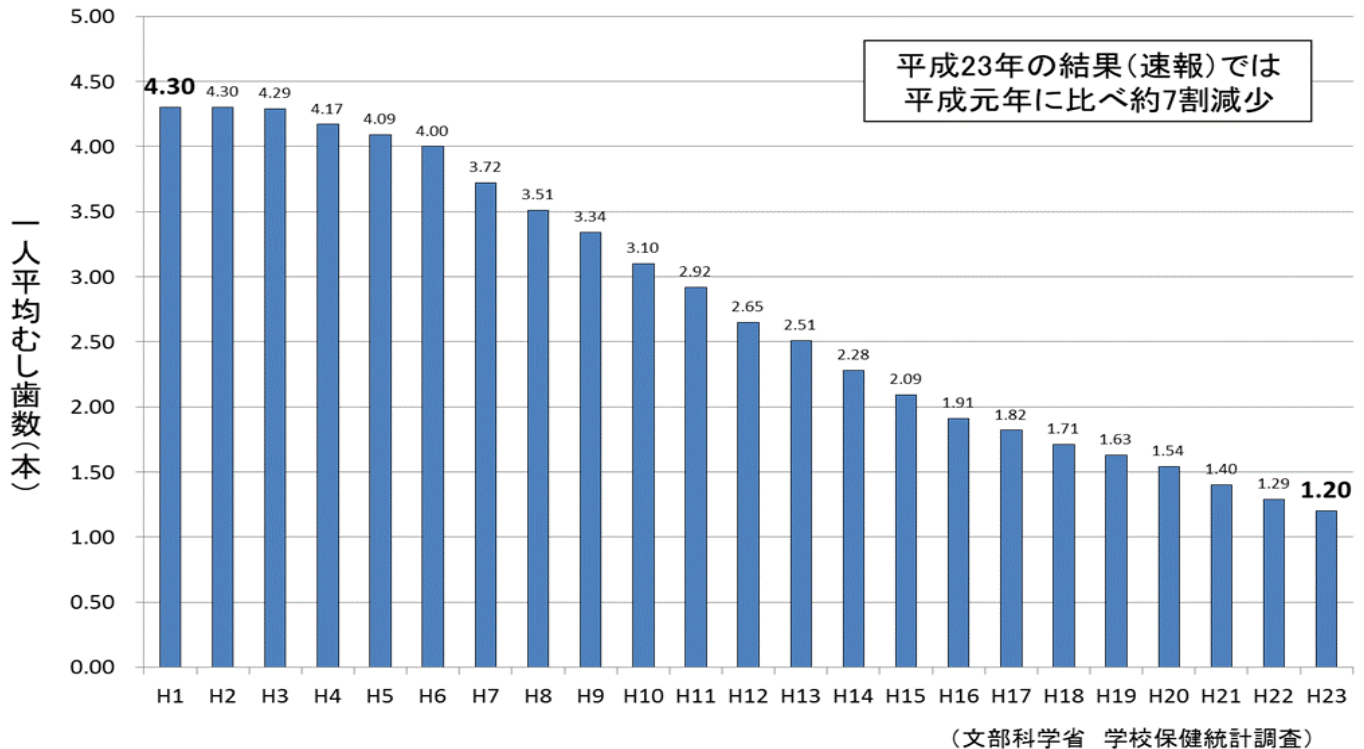
年齢（4区分）別の歯科診療所の患者数の推移



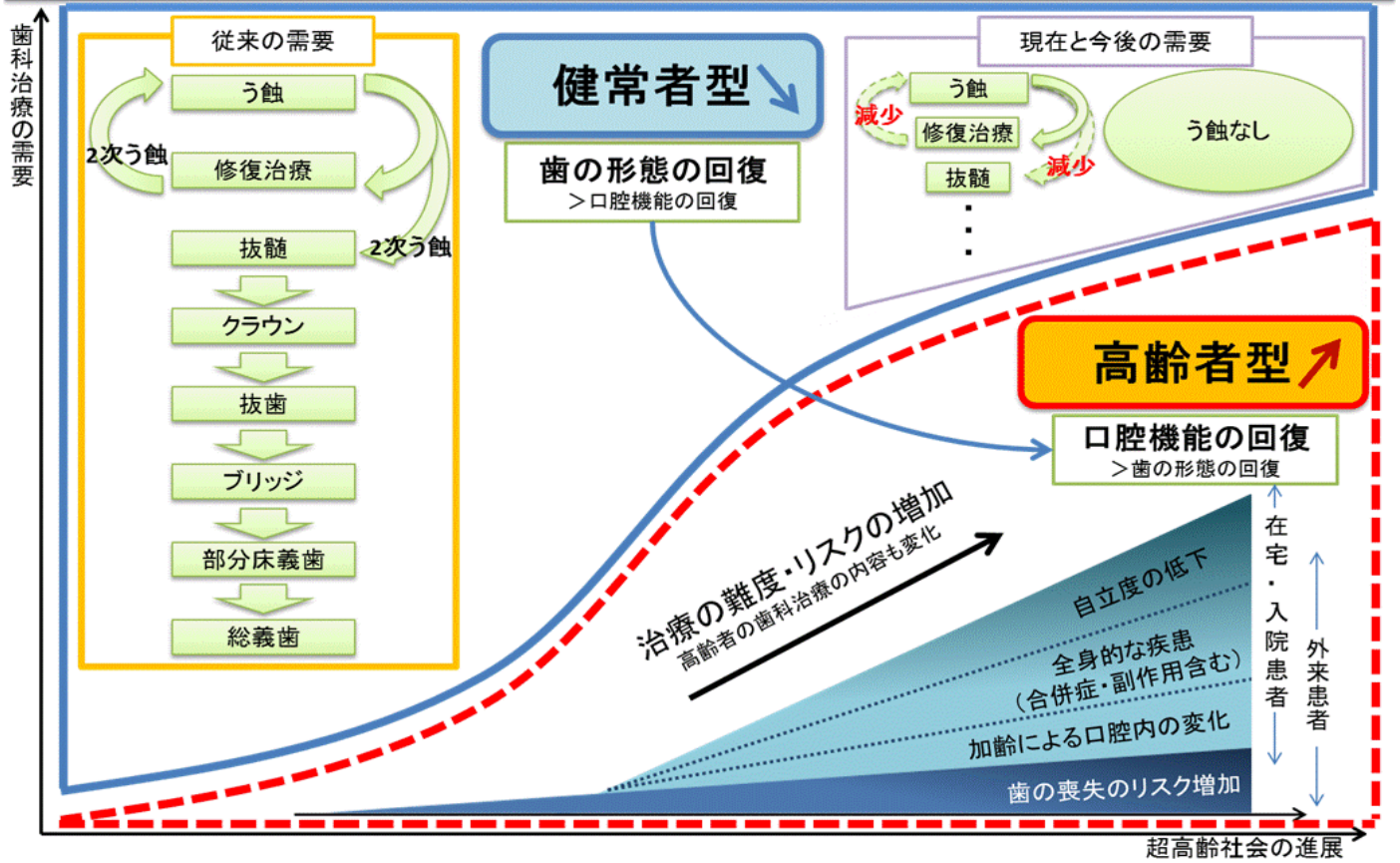
(基礎資料：国立社会保障・人口問題研究所：年齢（4区分）別の人口の推移と将来推計)

注) 全国の歯科診療所を受診する1日当たりの推計患者数 (患者調査)

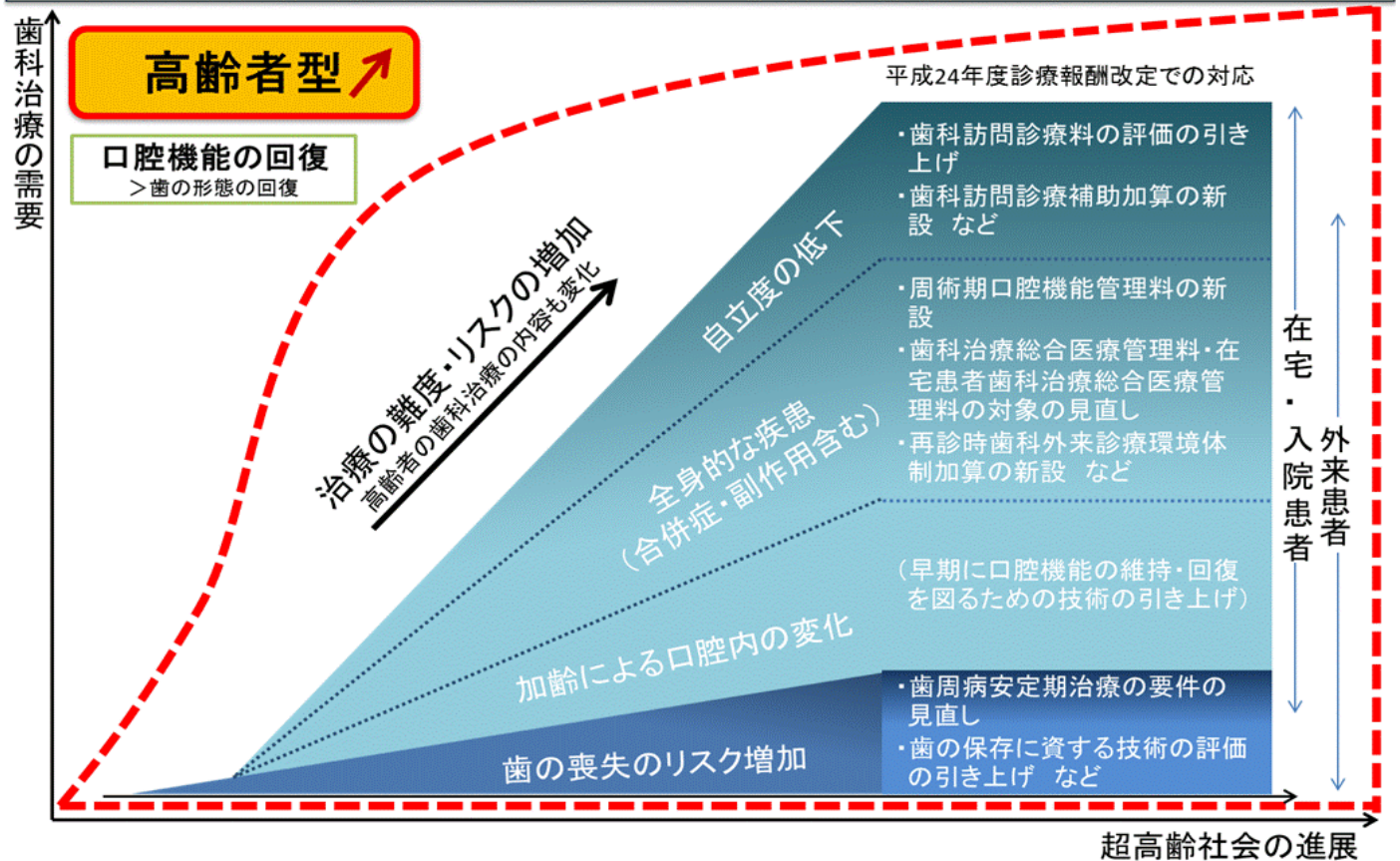
12歳児 一人平均むし歯数等の年次推移



歯科治療の需要の将来予想(イメージ)

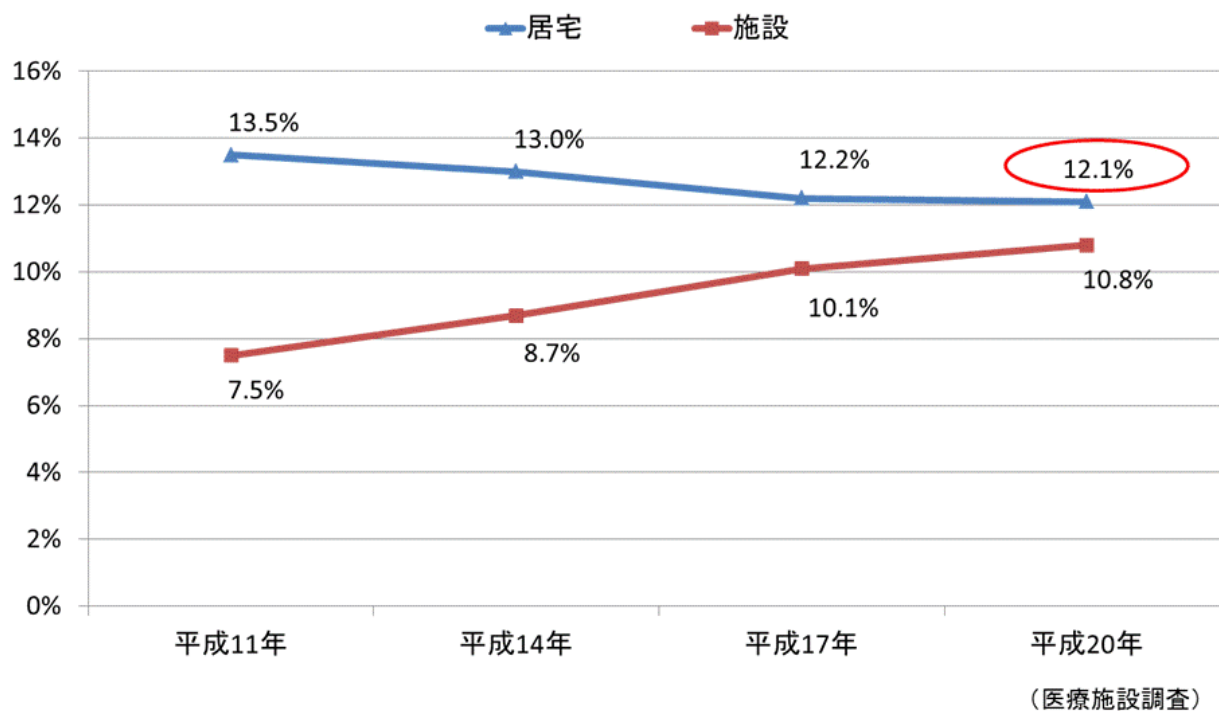


歯科治療の需要の将来予想(イメージ)



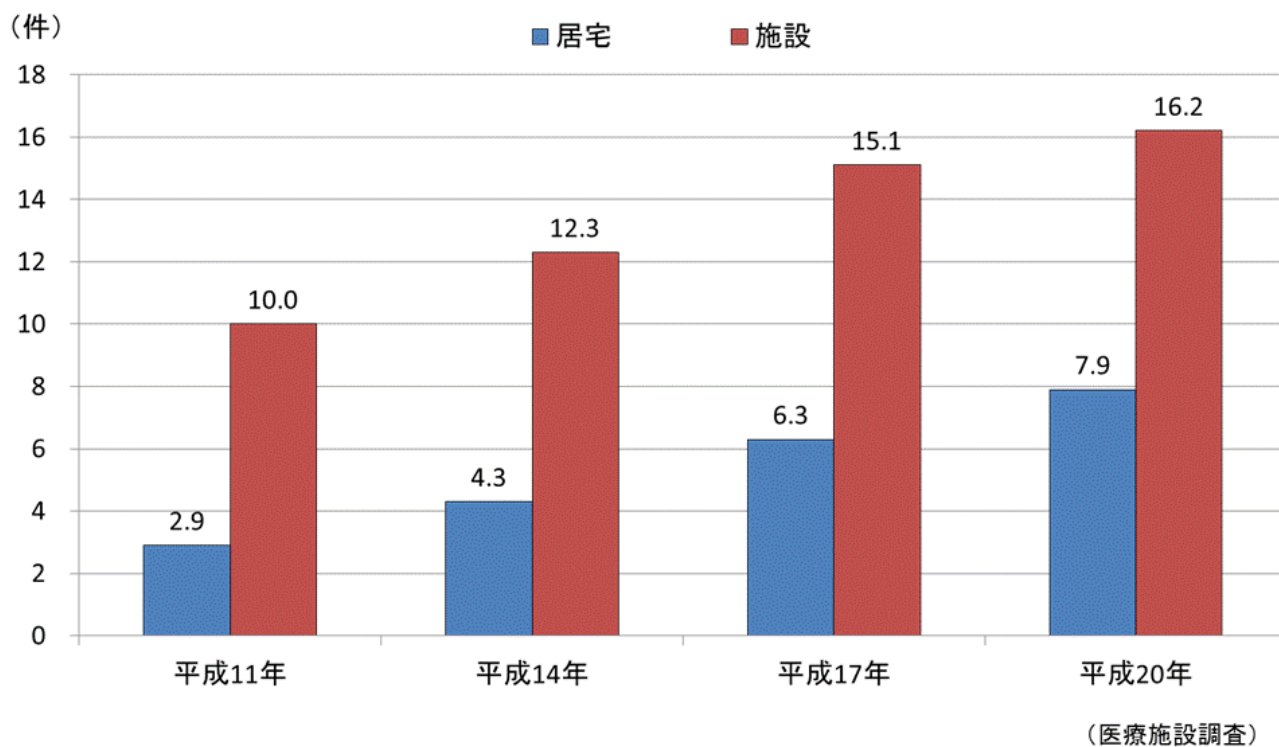
訪問先別の訪問歯科診療を実施している歯科診療所の割合

・施設において訪問歯科診療を実施している歯科診療所は増加しているが、居宅において訪問歯科診療を実施している歯科診療所は減少している。

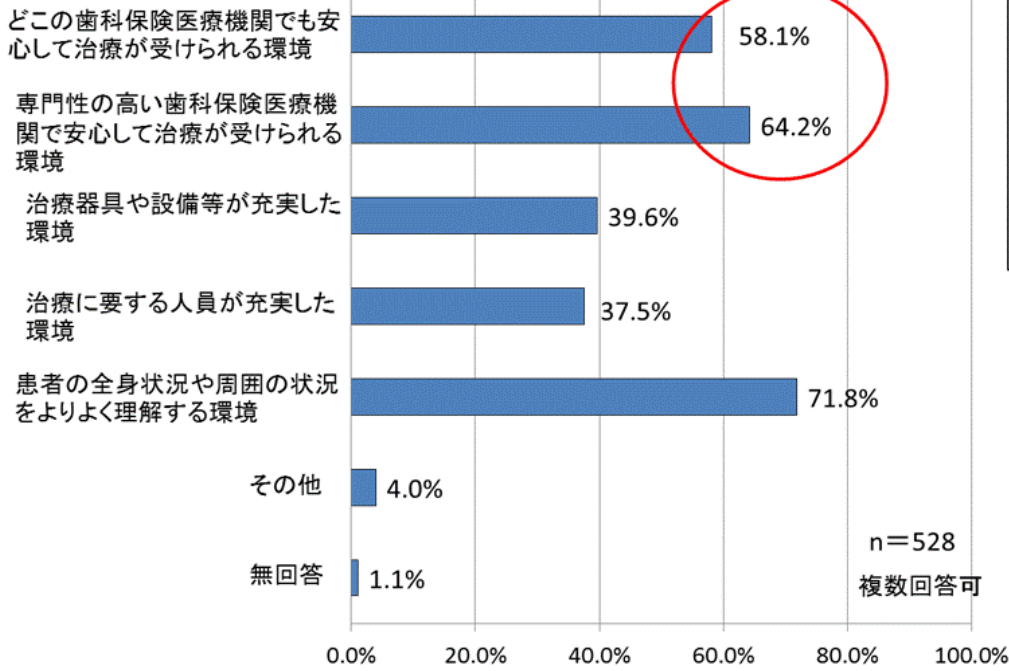


1 歯科診療所当たりの訪問歯科診療実施件数(毎年9月分)

・1歯科診療所当たりの訪問歯科診療実施件数(9月分)は、調査を重ねるごとに増加。



歯科医療を受けるにあたり希望すること

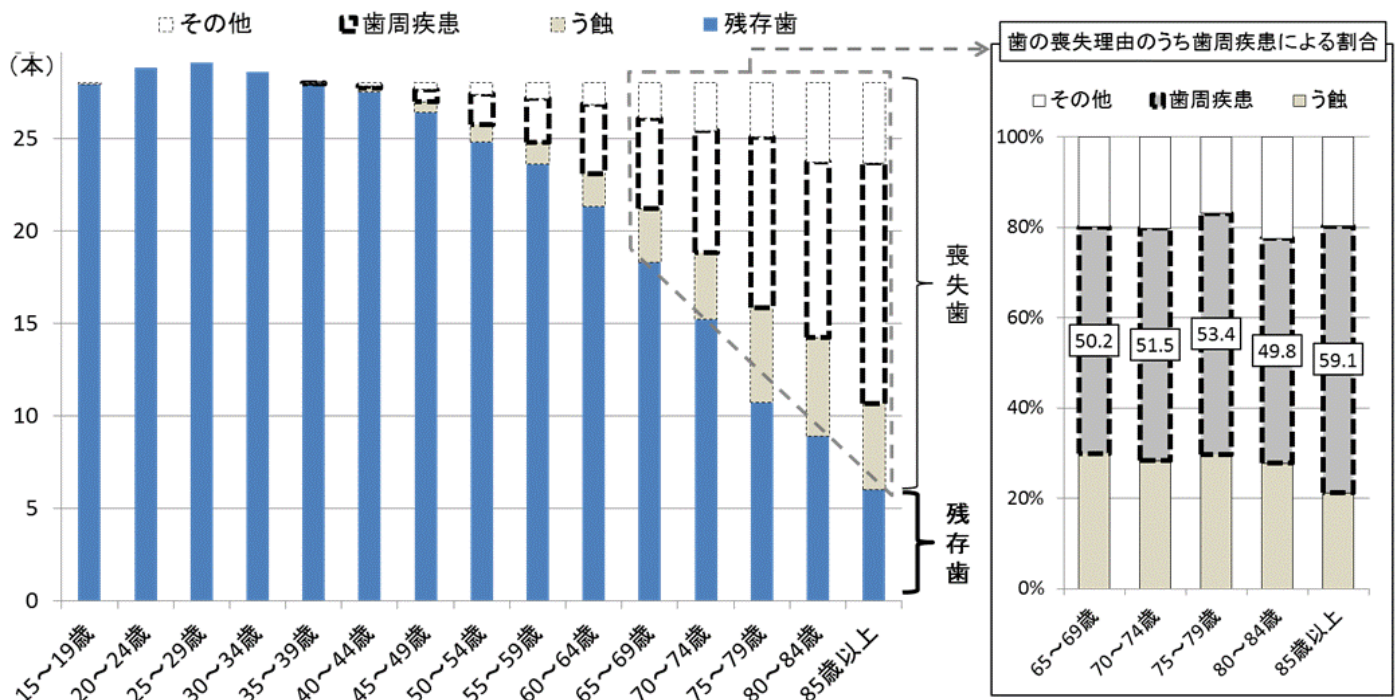


・専門性の高い歯科医療機関で安心して治療が受けられる環境と、どこの歯科保健医療機関でも安心して治療が受けられる環境を希望している者の割合はほぼ同程度であった。

(平成23年度検証調査)

1人平均の現在歯数及び歯の喪失理由別歯数

- ・年齢の増加とともに歯周疾患による歯の喪失本数が顕著に増加
- ・残存歯も歯周疾患に罹患しており、歯周疾患による喪失リスクは年齢とともに増加



永久歯の抜歯原因調査(平成17年、財団法人8020推進財団)及び歯科疾患実態調査(平成17年)をもとに作成

2. 新規の特定診療報酬算定医療機器の定義等について

特定診療報酬算定医療機器の定義等について(歯科関連)

歯科用3次元エックス線断層撮影

定 義				対応する診療報酬項目	
薬事法承認上の位置付け			その他の条件		
区分	類 別	一般的名称			
歯科 CT撮 影装置	機械器具(9)医療用 エックス線装置及び医 療用エックス線装置用 エックス線管	部位限定X線CT診断装置 アーム型X線CT診断装置	断層撮影が可能なもの	E100	歯、歯周組織、顎骨、 口腔軟組織 3 歯科用3次元 エックス線断 層撮影

広範囲顎骨支持型補綴

定 義				対応する診療報酬項目	
薬事法承認上の位置付け			その他の条件		
区分	類 別	一般的名称			
広範囲顎骨 支持型補綴 用金属Ⅰ	歯科材料(1) 歯科用金属	歯科メタルセラミック修復 用貴金属材料 歯科メタルセラミック修復 用金属材料	金又は白金族元素が35%以上若しくは金及び白金族元素の合計が35%以上を含有するもの、若しくは歯科メタルセラミック修復に用いる金属材料で、貴金属材料であること	M025-2	広範囲顎骨支持型補綴
広範囲顎骨 支持型補綴 用金属Ⅱ	歯科材料(1) 歯科用金属	歯科鑄造用金合金 歯科鑄造用低カラット金合金	金が65%以上で、金及び白金族の合計が75%以上を含有する鑄造用合金であるもの、又は金及び白金族の合計が25%以上、75%未満を含有する鑄造用金銀パラジウム合金若しくは鑄造用14カラット金合金以外のもの	M025-2	広範囲顎骨支持型補綴
広範囲顎骨 支持型補綴 用金属Ⅲ	歯科材料(1) 歯科用金属	歯科鑄造用チタン合金 歯科非鑄造用チタン合金	純チタン又はチタンを主成分とする合金であるもの	M025-2	広範囲顎骨支持型補綴
広範囲顎骨 支持型補綴 用金属Ⅳ	歯科材料(1) 歯科用金属	歯科非鑄造用コバルト・クロム合金 歯科メタルセラミック修復 用金属材料	非鑄造用のコバルトクロム合金であること	M025-2	広範囲顎骨支持型補綴

インプラント体

(1) 定義

次のいずれにも該当すること。

- ① 薬事法承認又は認証上、類別が「医療用品(4)整形用品」であって、一般的名称が「歯科用骨内インプラント材」、「歯科用インプラントシステム」又は「歯科用インプラントフィクスチャ」であること。
- ② 顎骨内に埋植する人工歯根の土台部として用いられる材料であること。
- ③ 広範囲顎骨支持型装置埋入手術に用いるものであること。

(2) 機能区分の考え方

構造及び使用方法により、標準型(Ⅰ)、標準型(Ⅱ)、標準型(Ⅲ)及び特殊型の合計4区分に区分する。

区分	定義
①標準型(Ⅰ)	次のいずれにも該当すること。 ア 上顎及び下顎に使用可能な人工歯根の土台部として用いられる材料であること。 イ ②及び③に該当しないものであること。
②標準型(Ⅱ)	次のいずれにも該当すること。 ア 上顎及び下顎に使用可能な人工歯根の土台部として用いられる材料であること。 イ 骨との親和性を高めるため、インプラント体表面に陽極酸化処理が施されているものであること(カバースクリューがセットのものも含む。)
③標準型(Ⅲ)	次のいずれにも該当すること。 ア 上顎及び下顎に使用可能な人工歯根の土台部として用いられる材料であること。 イ アバットメントとの固定性を高めるため、内溝が6度以下の有角構造となっているものであること ウ ②に該当しないこと。
④特殊型	次のいずれにも該当すること。 ア 広範囲にわたる上顎欠損患者に対し、連結を行う際に用いられる、頬骨に達する支台用の人工歯根の土台部として用いられる材料であること(カバースクリューがセットのものも含む。) イ 骨との親和性を高めるため、インプラント体表面に陽極酸化処理が施されているものであること(カバースクリューがセットのものも含む。)

暫間装着体

(1) 定義

次のいずれにも該当すること。

- ① 薬事法承認又は認証上、類別が「医療用品(4)整形用品」であって、一般的名称が「歯科用骨内インプラント材」、「歯科用インプラントシステム」、「歯科用インプラントアバットメント」、「歯科用インプラントフィクスチャ」又は「歯科インプラント用上部構造材」であること。
- ② インプラント体又はアバットメントに暫間的に装着するヒーリングアバットメント又はキャップであること。
- ③ 広範囲顎骨支持型装置埋入手術に用いるものであること。

(2) 機能区分の考え方

構造及び使用方法により、暫間装着体(Ⅰ)、暫間装着体(Ⅱ)、暫間装着体(Ⅲ)及び暫間装着体(Ⅳ)の合計4区分に区分する。

区分	定義
①暫間装着体(Ⅰ)	次のいずれにも該当すること。 ア インプラント体又はアバットメントの内部を保護することを目的として暫間的に使用されるヒーリングアバットメントであること。 イ ②、③及び④に該当しないこと。
②暫間装着体(Ⅱ)	次のいずれにも該当すること。 ア インプラント体又はアバットメントの内部を保護することを目的として暫間的に使用されるヒーリングアバットメントであること。 イ 歯肉に埋没されるヒーリングアバットメントであること。 ウ スクリュー形状のものであること。
③暫間装着体(Ⅲ)	次のいずれにも該当すること。 ア インプラント体又はアバットメントの内部を保護することを目的として暫間的に使用されるヒーリングアバットメントであること。 イ キャップ形状のものであること。 ウ ④に該当しないものであること。
④暫間装着体(Ⅳ)	次のいずれにも該当すること。 ア インプラント体又はアバットメントの内部を保護することを目的として暫間的に使用されるヒーリングアバットメントであること。 イ ポリブチレンテレフタレートでできたヒーリングキャップであること。

スクリュー

次のいずれにも該当すること。

- (1) 薬事法承認又は認証上、類別が「医療用品(4)整形用品」であって、一般的名称が「歯科インプラントシステム」であること。
- (2) アバットメントを固定することを目的としたスクリューであること。
- (3) 広範囲顎骨支持型装置埋入手術に用いるものであること。

シリンダー

次のいずれにも該当すること。

- (1) 薬事法承認又は認証上、類別が「歯科材料(2)歯冠材料」であって、一般的名称が「歯科インプラント用上部構造材」であること。
- (2) アバットメント上に補綴物を構築するための鑄接用の内冠であること。
- (3) 広範囲顎骨支持型装置埋入手術に用いるものであること。

アバットメント

(1) 定義

次のいずれにも該当すること。

- ① 薬事法承認又は認証上、類別が「医療用品(4)整形用品」であって、一般的名称が「歯科用骨内インプラント材」、「歯科用インプラントシステム」、「歯科用インプラントアバットメント」又は「歯科用インプラントフィクスチャ」であること。
- ② 顎骨内に埋植したインプラント体と、上部構造体を繋ぐ連結部分であること。
- ③ 広範囲顎骨支持型装置埋入手術に用いるものであること。

(2) 機能区分の考え方

構造及び使用方法により、アバットメント(Ⅰ)、アバットメント(Ⅱ)、アバットメント(Ⅲ)及びアバットメント(Ⅳ)の合計4区分に区分する。

区分	定 義
①アバットメント(Ⅰ)	次のいずれにも該当すること。 ア 上顎及び下顎に使用可能なインプラント体と上部構造体を繋ぐための連結部として用いられる材料であること。 イ ②及び④に該当しないこと。
②アバットメント(Ⅱ)	次のいずれにも該当すること。 ア 上顎及び下顎に使用可能なインプラント体と上部構造体を繋ぐための連結部として用いられる材料であること。 イ インプラント体との固定力を高めるため、インプラント体との接続部が6度以下の有角構造になっているものであること。 ウ ④に該当しないものであること。
③アバットメント(Ⅲ)	次のいずれにも該当すること。 ア 上顎の両端部にのみ使用可能なインプラント体と上部構造体を繋ぐための連結部として用いられる材料であること。 イ インプラント体(特殊型)と併用されるものであること。
④アバットメント(Ⅳ)	上顎及び下顎における、インプラント体とオーバーデンチャーを繋ぐための連結部として用いられる材料であること。

アタッチメント

(1) 定義

次のいずれにも該当すること。

- ① 薬事法承認又は認証上、類別が「医療用品(4)整形用品」であって、一般的名称が「歯科用インプラントアバットメント」、「歯科用精密パーアタッチメント」又は「歯科インプラント用上部構造材」であること。
- ② 広範囲顎骨支持型装置埋入手術に用いるものであること。

(2) 機能区分の考え方

構造及び使用方法により、アタッチメント(Ⅰ)、アタッチメント(Ⅱ)及びアタッチメント(Ⅲ)の合計3区分に区分する。

区分	定 義
①アタッチメント(Ⅰ)	次のいずれにも該当すること。 ア 上部構造体とアバットメント接合部に用いるアバットメントのキャップ、若しくは、それに係る材料のセット品であること。 イ ②及び③に該当しないこと。
②アタッチメント(Ⅱ)	次のいずれにも該当すること。 ア 上部構造体とアバットメント接合部に用いるアバットメントのキャップ、若しくは、それに係る材料のセット品であること。 イ アバットメントとの固定力を高めるため、内溝が6度以下の有角構造になっているものであること。 ウ ③に該当しないものであること。
③アタッチメント(Ⅲ)	アタッチメントの交換材料であること。

3. 中央社会保険医療協議会答申書附帯意見

答申書(平成24年度診療報酬改定について)

平成24年2月10日

厚生労働大臣

小宮山 洋子 殿

中央社会保険医療協議会

会 長 森田 朗

答 申 書

(平成24年度診療報酬改定について)

平成24年1月18日付け厚生労働省発保0118第1号をもって諮問のあった件について、別紙1から別紙8までの改正案を答申する。

なお、答申に当たっての本協議会の意見は、別添のとおりである。

答申書附帯意見①

平成24年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見

(別添)

(急性期医療の適切な提供に向けた医療従事者の負担軽減等)

- 1 初再診料及び入院基本料等の基本診療料については、コスト調査分科会報告書等も踏まえ、その在り方について検討を行うこと。なお、**歯科は単科で多くは小規模であること等を踏まえ、基本診療料の在り方について別途検討を行うこと。**その上で、財政影響も含め、平成24年度診療報酬改定における見直しの影響を調査・検証し、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。また、医療経済実態調査のさらなる充実・改良等により、医療機関等の協力を得つつ経営データをより広く収集し、診療報酬の体系的見直しを進めること。
- 2 救急医療機関と後方病床との一層の連携推進など、小児救急や精神科救急を含む救急医療の評価について影響を調査・検証するとともに、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。
- 3 病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の勤務体制の改善等の取組に係るさらなる措置(時間外対応加算を含む。)については、その効果を調査・検証するとともに、いわゆるドクターフィーの導入の是非も含め、引き続き、医師や看護師等の勤務の負担軽減に関する検討を行うこと。
- 4 次に掲げるチーム医療に関する評価について、調査・検証を行うこと。
 - ・薬剤師の病棟業務(療養病棟又は精神病棟における業務を含む。)
 - ・**歯科医師等による周術期等の口腔機能の管理**
 - ・糖尿病透析予防指導による生活習慣病対策の推進・普及の実態
 - ・栄養障害を生じている患者への栄養状態改善に向けた取組等

答申書附帯意見②

(医療と介護の連携強化、在宅医療等の充実)

5 在宅医療を担う医療機関の機能分化と連携等による在宅医療のさらなる充実や後方病床機能の評価について検討を行うこと。

6 効率的かつ質の高い訪問看護のさらなる推進について検討を行うこと。

7 維持期のリハビリテーションについては、介護サービスにおけるリハビリテーションの充実状況等を踏まえ、介護保険サービスとの重複が指摘される疾患別リハビリテーションに関する方針について確認を行うこと。また、廃用症候群に対する脳血管疾患等リハビリテーションの実施状況について調査・検証するとともに、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。

(質が高く効率的な医療提供体制)

8 病院機能に合わせた効率的な入院医療を図るため、一般病棟入院基本料、亜急性期入院医療管理料等の見直しについての影響を調査・検証するとともに、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。特に、一般病棟入院基本料(13対1、15対1)算定病棟における特定除外制度の見直しについても、平均在院日数の変化等の影響を調査・検証をすること。さらに、一般病棟(7対1、10対1を含む)、療養病棟、障害者病棟等における長期入院の詳細かつ横断的な実態の調査も含め、慢性期入院医療の適切な評価の見直しについて引き続き検討を行うこと。

9 以下の経過措置については、現場の実態を踏まえた検討を行い、必要な措置を講ずること。

- ・一般病棟における7対1入院基本料の算定要件の見直しに係る経過措置
- ・特殊疾患病棟や障害者施設等から療養病棟に転換した場合に対する経過措置

答申書附帯意見③

10 DPC制度については、医療機関群の設定、機能評価係数Ⅱの見直し等の影響を踏まえながら、今後3回の改定を中途に継続する段階的な調整係数の置換えを引き続き計画的に実施すること。その際、臨床研修制度を含めた他制度への影響についても十分に調査・検証するとともに、見直し等が必要な場合には速やかに適切な措置を講ずること。また、DPC対象の病院と対象外の病院のデータの比較・評価を行うこと。

11 医療提供体制が十分ではなく医療機関の機能分化を進めることが困難な地域に配慮した評価の見直しについて影響を調査・検証するとともに、診療所を含む当該地域全体の医療の状況の把握なども踏まえ、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。

12 平均在院日数の減少や長期入院の是正など、入院医療や外来診療の機能分化の推進や適正化について引き続き検討を行うこと。

13 診療報酬における包括化やIT化の進展等の状況変化を踏まえて、診療報酬の請求方法や、指導・監査等適切な事後チェックに資するための検討を引き続き行うこと。

(患者の視点に配慮した医療の実現)

14 診療報酬項目の実施件数の評価等を踏まえた診療報酬体系のさらなる簡素・合理化(今回改定の医療現場への影響を含む。)、明細書の無料発行のさらなる促進(400床未満の病院や公費負担医療に係る明細書の無料発行を含む。)、医療安全対策や患者サポート体制の評価の効果について検討を行うこと。

(医薬品、医療材料等の適正な評価)

15 長期収載品の薬価のあり方について検討を行い、後発医薬品のさらなる普及に向けた措置を引き続き講ずること。

答申書附帯意見④

16 手術や処置、内科的な診断や検査を含めた医療技術について、医療上の有用性や効率性などを踏まえ患者に提供される医療の質の観点から、物と技術の評価のあり方を含め、診療報酬上の相対的な評価も可能となるような方策について検討を行うこと。

17 革新的な新規医療材料やその材料を用いる新規技術、革新的な医薬品等の保険適用の評価に際し、算定ルールや審議のあり方も含め、費用対効果の観点を可能な範囲で導入することについて検討を行うこと。

(その他の調査・検証事項)

18 上記に掲げるもののほか、今回改定の実施後においては、特に以下の項目について調査・検証を行うこととする。

(1) 在宅医療の実施状況及び医療と介護の連携状況

(2) 在宅における歯科医療と歯科診療で特別対応が必要な者の状況

(3) 慢性期精神入院医療や地域の精神医療、若年認知症を含む認知症に係る医療の状況

(4) 一般名処方の普及状況・加算の算定状況や後発医薬品の処方・調剤の状況

(5) 診療報酬における消費税の取扱い

(6) 医療機関における褥瘡の発生等の状況

なお、上記1～18の事項については、できるだけ早急に取組を開始し、その進捗について報告すること。さらに国民がより質の高い医療を受けることが出来るよう、医療提供体制の機能強化に係る関連施策との連携、また、国民に対する働きかけを含めて幅広い視点に立って、診療報酬のあり方について検討を行うこと。

※ 平成24年度診療報酬改定内容に係る告示・通知・疑義解釈等については、随時、厚生労働省ホームページに掲載されます。

※ 北海道厚生局ホームページにも、本資料や施設基準届出用紙などに関してダウンロードできるように掲載されます。

※ 届出用紙等に関しましては、従来どおりFAXや郵送での取扱もしておりますので、北海道厚生局のホームページよりダウンロードできない場合等におかれましては、下記の北海道厚生局担当課宛にご連絡ください。

厚生労働省ホームページ <http://www.mhlw.go.jp/>

「平成24年度診療報酬改定について」の特設ページ

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuhoken/iryuhoken15/index.html

北海道厚生局ホームページ <http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/hokkaido/index.html>

厚生労働省 北海道厚生局 指導部門

〒060-0807

北海道札幌市北区北7条西2丁目15番1 野村不動産札幌ビル2階

医療課 TEL : 011-796-5105 FAX : 011-796-5133

管理課 TEL : 011-796-5155

施設基準届出関係（平成24年度改定関係）

平成24年度改定で新設・変更される施設基準届出関係（歯科単独分）

No.	届出事項	申請書等の名称	義務者	添付書類	提出先	備考
1	病・診 歯科外来診療環境体制加算 (H20年改定～、H24年:取扱一部変更)	基本診療料の施設基準等に係る届出書 (別添7)	開設者	歯科外来診療環境体制加算の施設基準に係る届出書添付書類 (様式4)	北海道厚生局	H24年～ 医科歯科併設の医療機関における連携体制も評価。
2	病・診 歯科診療特別対応連携加算 (H22年改定～、H24年:名称及び取扱一部変更)	基本診療料の施設基準等に係る届出書 (別添7)	開設者	歯科診療特別対応連携加算の施設基準に係る届出書 (様式4の2)	北海道厚生局	(旧) 障害者歯科医療連携加算で届出済の場合、届出直しは不要。 H24年～ 医科歯科併設の医療機関における連携体制も評価。
3	病・診 在宅患者歯科治療総合医療管理料 (H22年改定～、H24年:取扱一部変更)	特掲診療料の施設基準等に係る届出書 (別添2)	開設者	在宅患者歯科治療総合医療管理料の施設基準に係る届出書 (様式17)	北海道厚生局	H24年～ 医科歯科併設の医療機関における連携体制も評価。
4	病・診 歯科画像診断管理加算1 歯科画像診断管理加算2 (H14年改定～、H24年:名称及び取扱一部変更)	特掲診療料の施設基準等に係る届出書 (別添2)	開設者	歯科画像診断管理加算1、歯科画像診断管理加算2の施設基準届出書添付書類 (様式33)	北海道厚生局	※歯科画像診断管理加算1→ (旧) 画像診断管理加算で届出済の場合、届出直しは不要 ※歯科画像診断管理加算2→ 新設のため届出必要
5	病 上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る）（歯科診療に係るものに限る）、 下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る）（歯科診療に係るものに限る） (H24年改定～)	特掲診療料の施設基準等に係る届出書 (別添2)	開設者	上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。） （歯科診療に係るものに限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療に係るものに限る。）の施設基準に係る届出書添付書類 (様式56の3)	北海道厚生局	【新設】 病院である保険医療機関であって歯科口腔外科を標榜するものに限る。 ・ 歯科医師の勤務の形態等について別添2の様式4を添付。 ・ 当該手術症例一覧を別添2の様式52により添付。
6	病 広範囲顎骨支持型装置埋入手術 (H24年改定～)	特掲診療料の施設基準等に係る届出書 (別添2)	開設者	広範囲顎骨支持型装置埋入手術の施設基準届出書添付書類 (様式74の3)	北海道厚生局	【新設】 病院である保険医療機関であって歯科又は歯科口腔外科を標榜するものに限る。

＜提出時の留意事項等＞

- 施設基準等に係る届出は、事前の届出が必要で、届出の翌月から適用となります。ただし、月の最初の開庁日に届出を受理した場合は、当月から適用となります。

※ 平成24年4月1日から算定を行うための届出は、平成24年4月16日（月）までに届出を受理した場合（必着）に適用となります。

- 施設基準を届出する際は、正副2部提出する必要があります。
- 提出する場合は、封筒に**朱書きで「歯科施設基準在中」**と記載してください。
- 届出した施設基準については、すべて院内掲示が必要となります。

診療報酬改定に関する質問票について

※診療報酬改定に関する質問につきましては、所定様式の質問票「[\(ワード:43KB\)](#)、[\(一太郎:43KB\)](#)、[\(PDF:37KB\)](#)」に内容を記入のうえ、北海道厚生局へ郵送又はファクシミリにて送付願います（ファクシミリの場合、送信票は不要です）。
なお、選別・集計等の都合上、「質問票1枚につき1問」の記入としていただくようご協力願います。

- ・ ファクシミリの場合:011-796-5133
- ・ 郵送の場合:〒060-0807 札幌市北区北7条西2丁目15-1野村不動産札幌ビル2階 北海道厚生局医療課 宛

※質問票の受付は、保険医療機関、保険薬局、訪問看護ステーションに限らせていただきますのでご了承ください。

※ご質問に対する回答は順次行ってまいります。診療報酬改定時期には、ご質問が短期間に集中し膨大な件数になることが予想されます。また、ご質問内容によっては、関係機関との調整が必要なこともあります。

大変恐縮ですが、回答までに相当の期間を要してしまう場合がございます。多々ありますことをご了承願います。

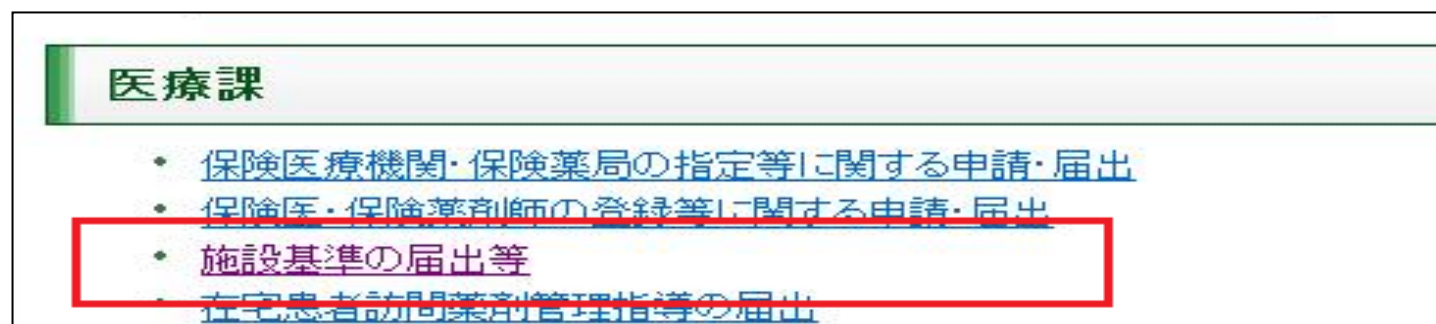
《共通事項》

※各申請・届出・報告等の様式は、「北海道厚生局ホームページ」→「申請・届出等の手続き案内」→「医療課」（施設基準の届出等）からダウンロードすることができます。

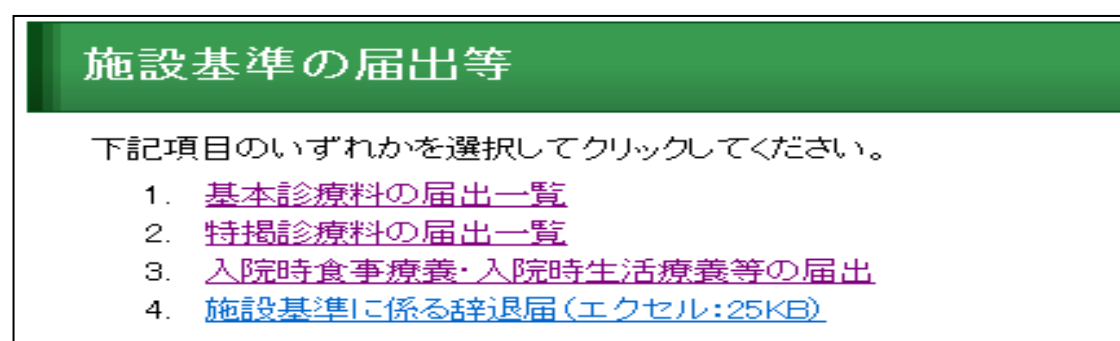
○北海道厚生局ホームページ(<http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/hokkaido/>)「申請・届出等の手続き案内」をクリックする



○医療課の「施設基準の届出等」をクリックする



○該当する項目をクリックして、施設基準の様式をダウンロードする



H 2 4 改定版

区 分 :

※ F A X 送信の場合、送信票は不要です

※上記区分は、厚生局で記載します

北海道厚生局 FAX : 0 1 1 - 7 9 6 - 5 1 3 3

【〒060-0807 札幌市北区北7条西2丁目15-1 野村不動産札幌ビル2階 TEL 011 - 796-5105 (医療課)】

医科・**歯科**・薬局・訪問看護ステーション・施設基準

※上記、該当項目に○を記入願います。

質 問 票

医療機関等名称 :

医療機関等コード :

担当者氏名 : (所属 : ・職名 :)

電話番号 : - - (内 :) FAX番号 - -

提出年月日 : 平成 年 月 日

改定診療報酬点数表

参考資料のページ番号 :

質問項目 :

〈質問項目記載例「A-000 初診料について」等

質問内容 : 下記に詳しく具体的に記載願います。

選別・集計等の都合上、「質問票1枚につき1問」の記入としていただくようご協力願います。

.....

保険診療の理解のために（歯科）

保険医、保険医療機関の責務

○ 保険診療の基本的ルール

- 保険診療は、健康保険法等の各法に基づく、保険者と保険医療機関との間の「公法上の契約」に基づいている。
- 保険医療機関及び保険医であるということは、健康保険法等で規定されている保険診療のルール（契約の内容）を熟知していることが前提となる。
- 保険医が保険診療を行うにあたっては、保険診療のルールを遵守する必要がある。

保険診療として診療報酬が支払われるには、

- ① 保険医が
- ② 保険医療機関において
- ③ 健康保険法、歯科医師法、医療法、薬事法等の各種関係法令の規定を遵守し
- ④ 『保険医療機関及び保険医療養担当規則（療養担当規則）』の規定を遵守し
- ⑤ 歯科医学的に妥当適切な診療を行い
- ⑥ 診療報酬点数表に定められたとおりに請求を行っていること。

○ 診療録（カルテ）

- 診療報酬請求の根拠は、診療録にある。
- 診療録記載は、歯科医師法、療養担当規則に基づく重要な義務である。
- 診断の都度、必要な事項を、診療録に記載すること。

○ 「療養担当規則」の重要性、遵守義務

「療養担当規則」は、保険診療を行う上で保険医療機関と保険医が遵守すべき重要でかつ保険医の根本となる事項が定められているので、今一度、「療養担当規則」を読み返し、遵守に努めること。

特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード	
------------------------	--

連絡先

担当者氏名：

電話番号：

(届出事項)

[] の施設基準に係る届出

- 当該届出を行う前6か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。
- 当該届出を行う前6か月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。
- 当該届出を行う前6か月間において、健康保険法第78条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。
- 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。

平成 年 月 日

保険医療機関・保険薬局の所在地
及び名称

開設者名

印

北海道厚生局長 殿

- 備考 1 [] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。
- 2 □には、適合する場合「√」を記入すること。
- 3 届出書は、正副2通提出のこと。

歯科外来診療環境体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 常勤歯科医師名と医療安全に関する研修の受講歴等

講習名（テーマ）	当該講習会の主催者	受講年月日	受講者名（常勤歯科医師名）

2 歯科衛生士の氏名等（常勤又は非常勤を○で囲むこと）

氏 名（常勤・非常勤）	氏 名（常勤・非常勤）
1. (常勤・非常勤)	3. (常勤・非常勤)
2. (常勤・非常勤)	4. (常勤・非常勤)

3 当該保険医療機関に常時設置されている装置・器具の名称

一般名称	装置・器具等の製品名	台数（セット数）
自動体外式除細動器（AED）		
経皮的酸素飽和度測定器 （パルスオキシメーター）		
酸素ポンプ及び酸素マスク		
血圧計		
救急蘇生キット		
歯科用吸引装置		
そ の 他		

4 緊急時の連携保険医療機関

医療機関の名称：	担当医名：
所在地：	連絡方法：
開設者名：	搬送方法：

5 当該保険医療機関に設置されているユニット数・滅菌器具等

歯科用ユニット数：	台
滅菌器（製品名等）：	

6 院内掲示の例を添付

様式 4 の 2

歯科診療特別対応連携加算の施設基準に係る届出書

1 次の(1)(2)のうち、該当するものに○をつけ、記載すること。

(1) 地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準に係る届出を行っている
保険医療機関

	地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準の届出年月日	年 月 日
--	----------------------------	-------

(2) 歯科診療所である保険医療機関

	基本診療料に係る歯科診療特別対応加算を算定している患者の数	
	届出前3か月間 年 月 ~ 年 月	_____名 (月平均_____名)

2 当該保険医療機関に常時設置されている装置・器具の名称

一般名称	装置・器具等の製品名	台数(セット数)
自動体外式除細動器(AED)		
経皮的酸素飽和度測定器(パルスオキシメーター)		
酸素		
救急蘇生キット		

3 別の医科診療の保険医療機関(医科併設の保険医療機関にあつては医科診療科)との連絡調整を担当する者

氏名	職種等	氏名	職種等

4 緊急時の連絡・対応方法

--

5 緊急時の連携する医科診療の保険医療機関

① 名 称	
② 所在地	
③ 開設者氏名	
④ 担当医師名	
⑤ 調整担当者名	
⑥ 連絡方法	

(注) 医科併設の保険医療機関は④から⑥のみを記入すること。

様式 17

歯科治療総合医療管理料・在宅患者歯科治療総合医療管理料
の施設基準に係る届出書

- 1 該当するものに○をつけること

歯科治療総合医療管理料

在宅患者歯科治療総合医療管理料

- 2 常勤の歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	役職	経験年数

- 3 歯科衛生士等の氏名等（常勤又は非常勤及び歯科衛生士又は看護師を○で囲むこと）

職種等	氏名
常勤・非常勤 / 歯科衛生士・看護師	
常勤・非常勤 / 歯科衛生士・看護師	
常勤・非常勤 / 歯科衛生士・看護師	
常勤・非常勤 / 歯科衛生士・看護師	

- 4 別の保険医療機関（医科併設の保険医療機関にあっては医科診療科）との
連絡調整を担当する者

氏名	職種等

- 5 緊急時の連絡・対応方法

6 緊急時の連携保険医療機関

① 名称	
② 所在地	
③ 開設者氏名	
④ 担当医師名	
⑤ 調整担当者名	
⑥ 連絡方法	

(注) 医科併設の保険医療機関は④から⑥のみを記入すること。

7 当該保険医療機関に常時設置されている装置・器具の名称

一般名称	装置・器具等の固有名	台数
経皮的酸素飽和度測定器 (パルスオキシメーター)		
酸素		
救急蘇生キット		
その他		

〔 歯科画像診断管理加算 1
 歯科画像診断管理加算 2 〕 の施設基準届出書添付書類

1 画像診断を専ら担当する常勤歯科医師の保険医療機関内の所属部署等		
2 画像診断を専ら担当する常勤歯科医師の氏名（複数記入可）（1名以上）		
3 地域歯科診療支援病院歯科初診料の届出年月日		
平成 年 月 日		
4 歯科用 3 次元エックス線断層撮影に係る事項		
当該保険医療 機関における 実施件数	①のうち画像診断を専ら担当 する常勤歯科医師の下に画像 診断の管理を行った件数	①のうち画像診断を専ら担当 する常勤歯科医師が診断を翌 診療日までに行った件数
① 件	② 件	③ 件
読影結果が翌診療日まで読影されている率 = _____ % (③/①×100%)		

[記載上の注意]

- 1 「2」の常勤歯科医師の経歴（画像診断担当の経験、勤務状況等がわかるもの）を添付すること。
- 2 「4」については、届出前3か月間の件数を記入すること。
- 3 歯科画像診断管理加算1の届出を行う場合にあっては、「4」は記載する必要はないこと。

様式 56 の 3

上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療に係るものに限る。）、
 下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療に係るものに限る。）
 の施設基準に係る届出書添付書類

1 上顎骨形成術又は下顎骨形成術について合わせて5例以上の経験を有する常勤の歯科口腔外科の歯科医師の氏名等（1名以上）			
常勤歯科医師の氏名	診療科名	経験年数	上顎骨形成術又は 下顎骨形成術の経験症例数
		年	例
		年	例
		年	例
		年	例
		年	例
2 当該保険医療機関における上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）又は下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）の実施数（合わせて5例以上）			例

[記載上の注意]

- 1 「1」の歯科医師の氏名、勤務の形態及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。
 なお、次のいずれに該当する従事者であるかについて備考欄に記載すること。
 - ・常勤歯科口腔外科の歯科医師
 - ・当該診療科について5年以上の経験を有する常勤の歯科口腔外科の歯科医師
 - ・上顎骨形成術又は下顎骨形成術に熟練した歯科医師の指導の下に、術者として上顎骨形成術又は下顎骨形成術を5例以上実施した経験を有する常勤の歯科口腔外科の歯科医師
- 2 「1」から「2」については当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 3 当該届出は、病院である保険医療機関であって歯科口腔外科を標榜するものに限り可能であること。

[] に勤務する従事者の名簿

No	職 種	氏 名	勤 務 の 態 様	勤 務 時 間	備 考	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専従	{専任 {非専任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専従	{専任 {非専任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専従	{専任 {非専任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専従	{専任 {非専任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専従	{専任 {非専任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専従	{専任 {非専任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専従	{専任 {非専任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専従	{専任 {非専任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専従	{専任 {非専任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専従	{専任 {非専任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専従	{専任 {非専任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専従	{専任 {非専任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専従	{専任 {非専任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専従	{専任 {非専任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専従	{専任 {非専任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専従	{専任 {非専任	
			{常勤 {非常勤	{専従 {非専従	{専任 {非専任	

[記載上の注意]

- 1 [] には、当該届出の施設基準の名称を記入すること。
- 2 病棟（看護単位）・治療室ごと、職種ごとに区分して記入すること。
- 3 職種の欄には、医師、看護師又は准看護師等と記入すること。
- 4 勤務時間には、就業規則等に定める所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

[検査・手術症例一覧]

実施 年月日	検査名・手術名	患者 性別	患者 年齢	主 病 名

様式 74 の 3

広範囲顎骨支持型装置埋入手術の施設基準届出書添付書類

1 当該療養に係る常勤の歯科医師の氏名等

常勤歯科医師の氏名	診療科名	経験年数

2 病床数：_____床

3 当該療養に係る医療機関の体制状況等

	概 要
当直体制	
医療機器の 保守管理状況	
医薬品に係る 安全確保の状況	
その他 (特記事項)	

[記載上の注意]

経験年数については、広範囲顎骨支持型装置埋入手術の実績（先進医療におけるインプラント義歯に係る経験年数を含む。）によるものとする。