

平成26年度診療報酬改定の概要

東海北陸厚生局(歯科)

目 次

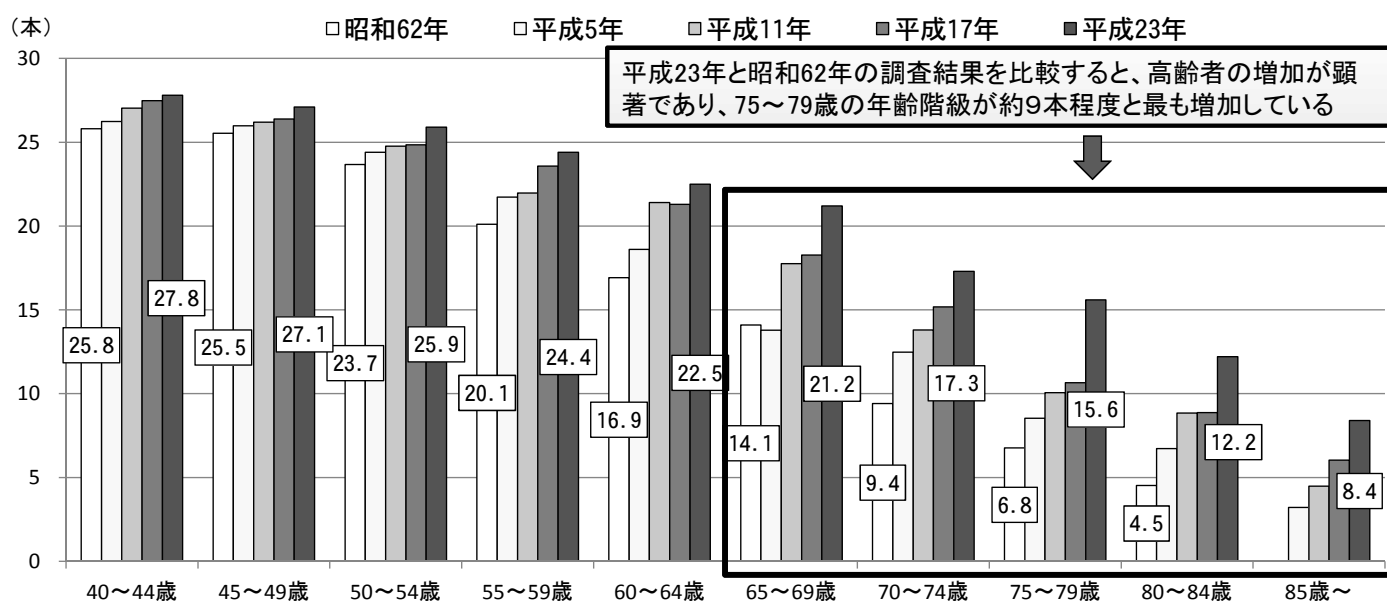
○歯科保健医療を取り巻く現状	(1ページ)
○平成26年度診療報酬改定の大枠	(6ページ)
○個別の診療報酬改定項目の概要	
➤重点課題	
(1)在宅歯科医療の推進等	(9ページ)
(2)周術期における口腔機能の管理等、医療機関相互の連携	(21ページ)
➤4つの視点	
(1)生活の質に配慮した歯科医療の推進	(28ページ)
(2)新規医療技術の保険導入等	(49ページ)
(3)先進医療の保険導入	(55ページ)
(4)患者の視点に立った歯科医療の充実	(60ページ)
(5)消費税8%への引上げに伴う対応	(62ページ)
○その他の項目	(65ページ)
○特定保険医療材料の見直しについて	(70ページ)
○附帯意見	(73ページ)

歯科保健医療を取り巻く現状

1

年齢階級別の一人平均現在歯数の推移

◇各調査年を比較すると、年齢階級別の一人平均現在歯数は増加傾向にあり、特に高齢者における増加が顕著である。



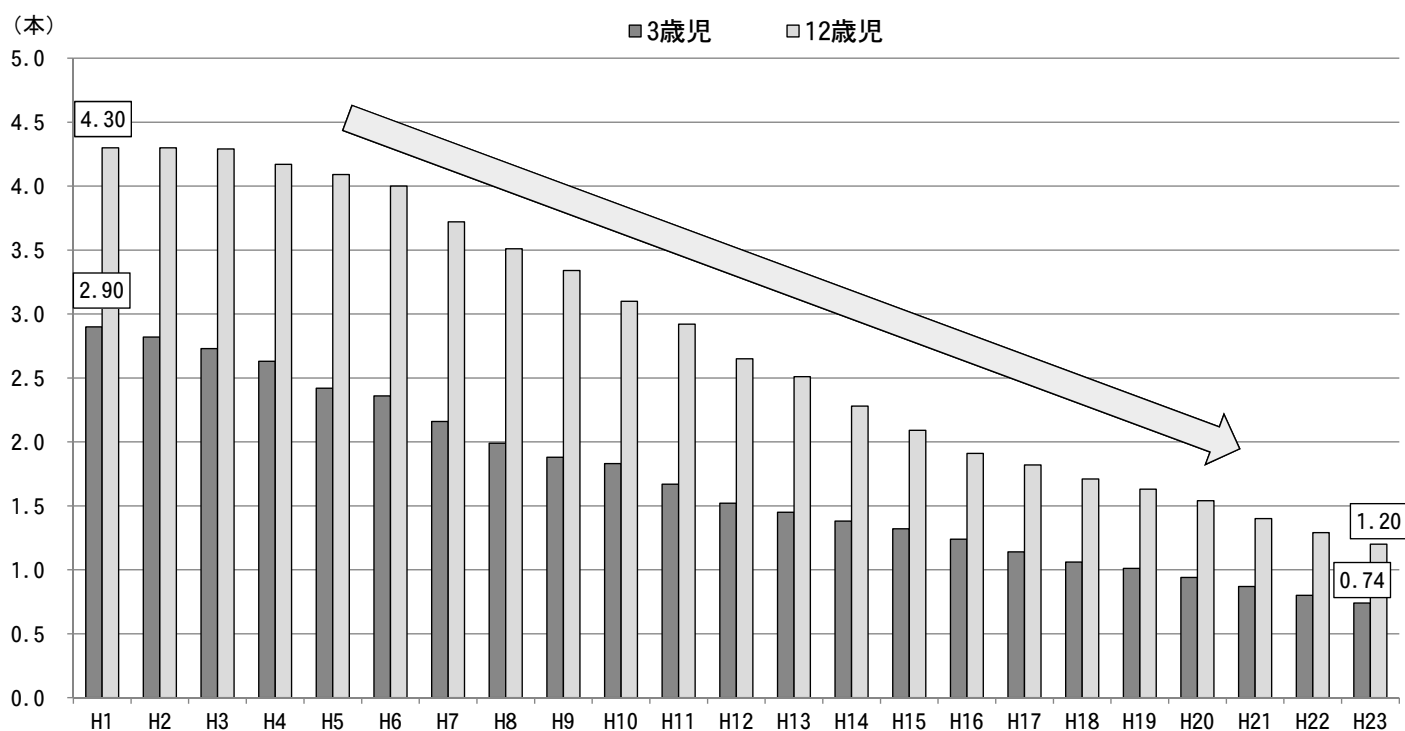
* 昭和62年の80-84の年齢階級は参考値
(80歳以上で一つの年齢階級としているため)

出典：歯科疾患実態調査（昭和32年より6年ごとに実施）

2

3歳児、12歳児の一人平均むし歯数の年次推移

◇3歳児の一人平均むし歯数は、2.90本(H1)→0.74本(H23)へと大きく減少。
 ◇12歳児の一人平均むし歯数は、4.30本(H1)→1.20本(H23)へと大きく減少。



3歳児：母子保健課・歯科保健課調べ、12歳児：学校保健統計調査(文部科学省)

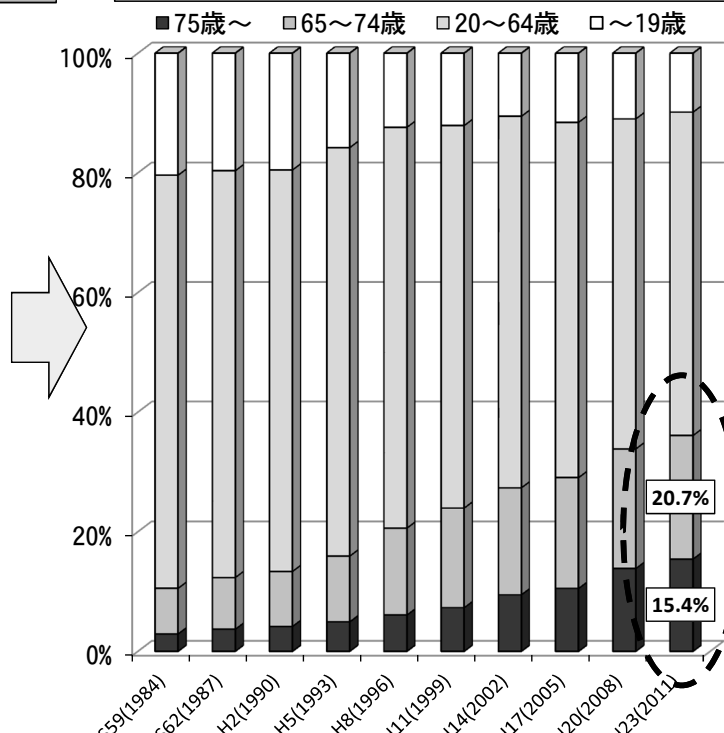
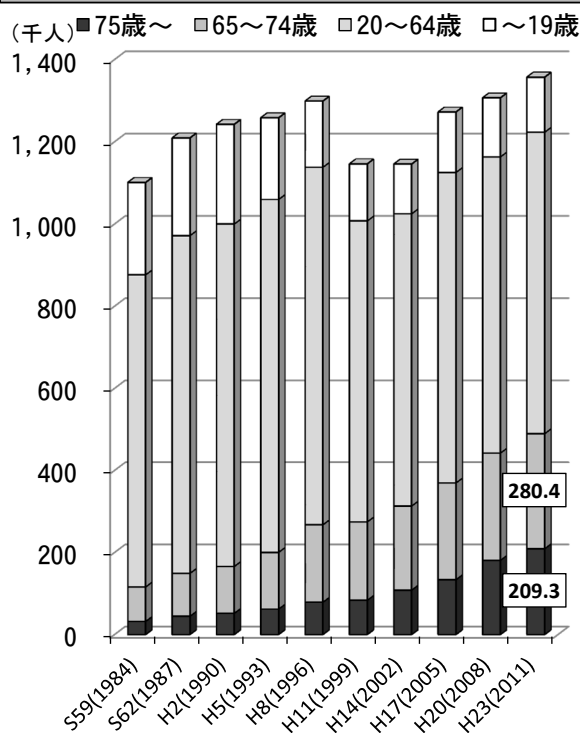
3

年齢(4区分)別の歯科診療所の患者数と割合

◇高齢化の進展に伴い、高齢者の歯科受診患者は増加しており、歯科診療所の受診患者の3人に1人以上が65歳以上。

年齢(4区分)別の歯科診療所の推計患者数の年次推移

歯科診療所の推計患者数の年齢別構成割合の年次推移

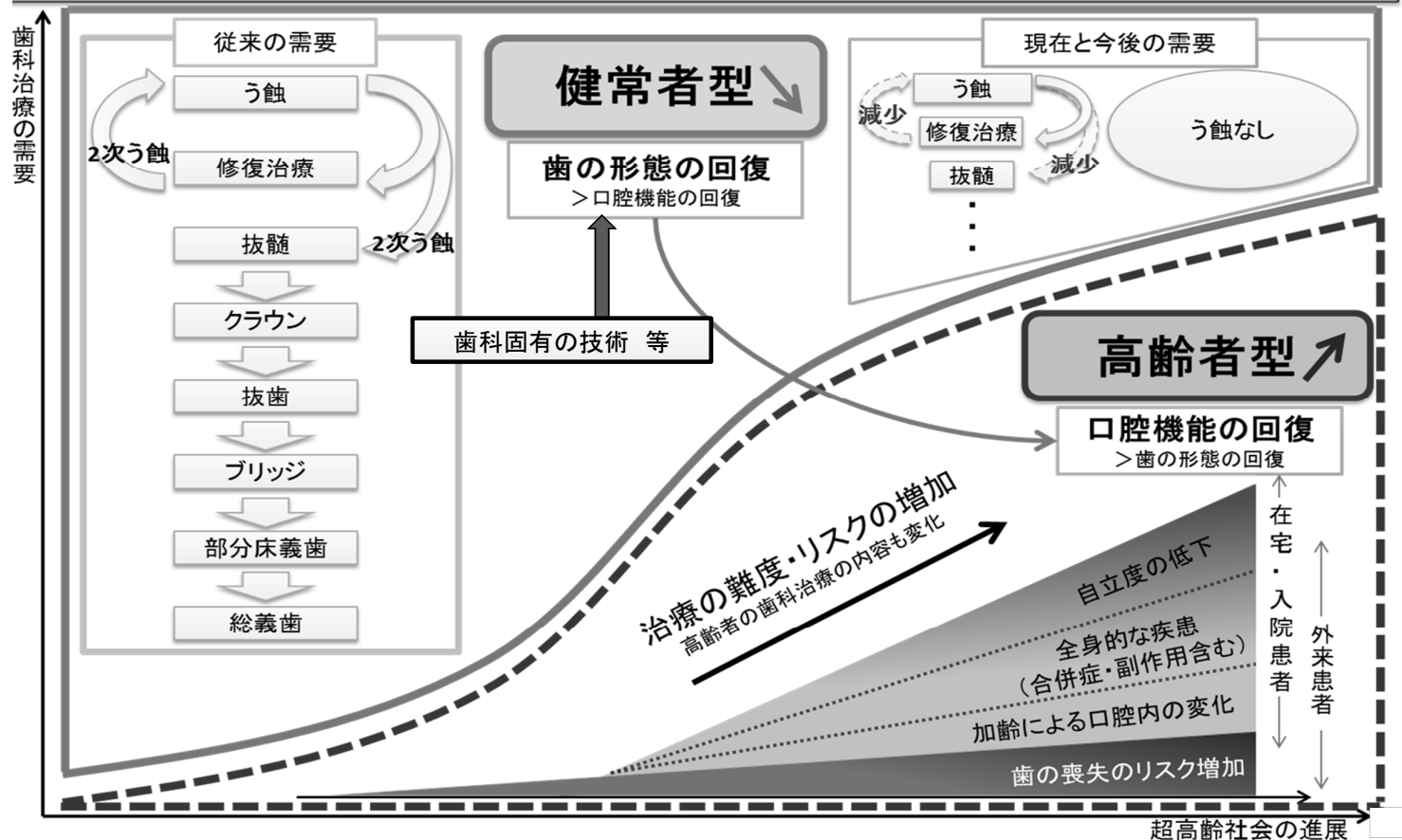


注) 全国の歯科診療所を受診する1日当たりの推計患者数(左表)と全患者数を100%とした場合の割合(右表)

出典：患者調査

4

歯科治療の需要の将来予想(イメージ)



5

平成26年度診療報酬改定の大枠

平成26年度診療報酬改定の概要

- ・ 2025年(平成37)年に向けて、医療提供体制の再構築、地域包括ケアシステムの構築を図る。
- ・ 入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に取り組む。

全体改定率 +0. 10%

※ ()内は、消費税率引上げに伴う医療機関等の課税仕入れにかかるコスト増への対応分

診療報酬(本体) +0. 73%(+0. 63%) 【 約3, 000億円(約2, 600億円)】

医科	【	+0. 82%(+0. 71%)	約2, 600億円(約2, 200億円)】
歯科		+0. 99%(+0. 87%)	約300億円 (約200億円)】
調剤		+0. 22%(+0. 18%)	約200億円 (約100億円)】

薬価改定 ▲0. 58%(+0. 64%) 【 ▲約2, 400億円(約2, 600億円)】

材料価格改定 ▲0. 05%(+0. 09%) 【 ▲ 約200億円 (約400億円)】

※なお、別途、後発医薬品の価格設定の見直し、うがい薬のみの処方の保険適用除外などの措置を講ずる。

7

平成26年度診療報酬改定の概要(歯科)

		主な対応
自立度の低下	在宅歯科医療の充実等	◆在宅療養患者に対する訪問を中心に実施している歯科診療所の評価 ◆在宅歯科医療における医科医療機関と歯科医療機関の連携に係る評価 ◆歯科訪問診療2の見直し及び歯科訪問診療3の新設等 ほか
全身的な疾患	周術期口腔機能管理の充実等	◆周術期口腔機能管理が必要な患者における医科医療機関と歯科医療機関の連携に係る評価 ◆周術期口腔機能管理を実施した患者に対する手術料の加算の新設等、周術期口腔機能管理の充実
生活の質に配慮した歯科医療の推進	加齢による口腔内の変化	◆小児保険装置の評価、小児義歯の適応拡大 ◆舌接触補助床等の訓練の評価及び有床義歯の継続的管理の見直し ◆歯周治療用装置の要件の見直し ほか
	正常な口腔機能の獲得・成長を促すための対応(小児期)	
	口腔機能の維持・向上を図るためにおける対応(成人期)	
歯の喪失リスク増加		◆歯周病安定期治療の評価体系等の見直し ◆フッ化物局所応用に関する評価の見直し ◆口腔機能の維持・向上、回復に資する技術の評価の見直し
歯科医療技術の推進等	新規医療技術の保険導入	◆歯科矯正用アンカースクリューを用いた歯科矯正治療の評価 ◆局部義歯に係るコンビネーション鉤の評価 ◆顎関節治療用装置装着患者に対する訓練等の評価 ほか
	先進医療の保険導入等	◆歯科用CAD/CAM装置を用いて製作された歯冠補綴物の評価 ◆歯科CT撮影装置及び手術用顕微鏡を用いた歯根端切除手術の評価
	患者の視点に立った歯科医療	◆初再診時における歯科外来診療環境体制加算の見直し

8

＜重点課題＞

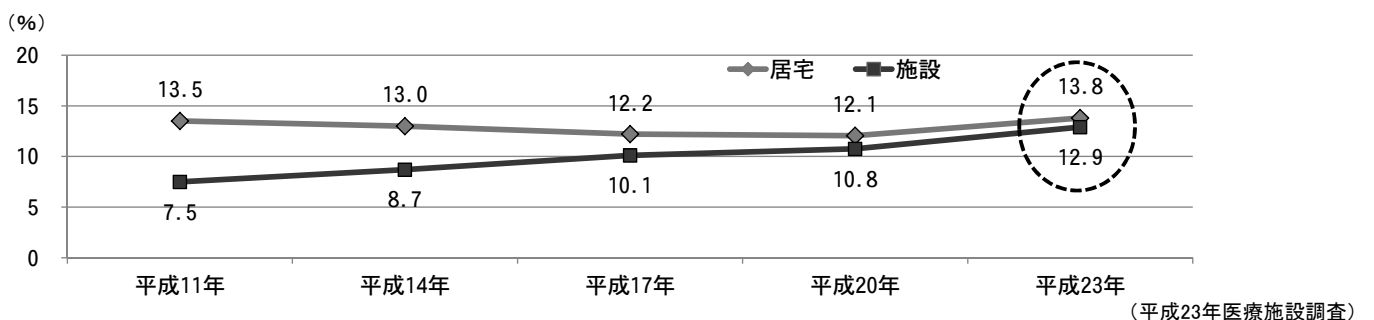
在宅歯科医療の推進等

9

歯科訪問診療を実施している歯科診療所の割合（訪問先別）

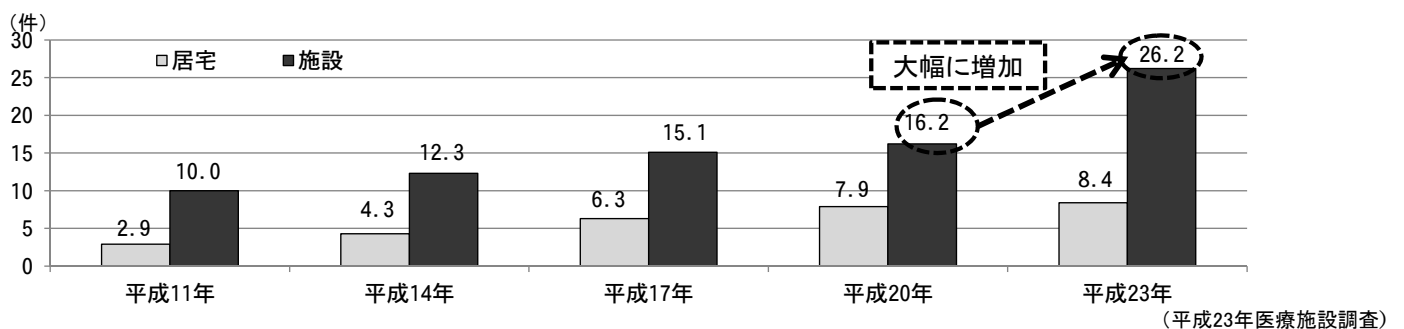
- ・施設において歯科訪問診療を実施している歯科診療所は、調査を重ねるごとに増加している。
- ・居宅において歯科訪問診療を実施している歯科診療所は、減少傾向にあったが、今回調査では増加している。

(改) 中医協 総－3
2 5 . 5 . 2 9



1 歯科診療所当たりの歯科訪問診療実施件数（毎年9月分）

・1歯科診療所当たりの歯科訪問診療実施件数（9月分）は、調査を重ねるごとに増加しており、特に、施設での増加が顕著



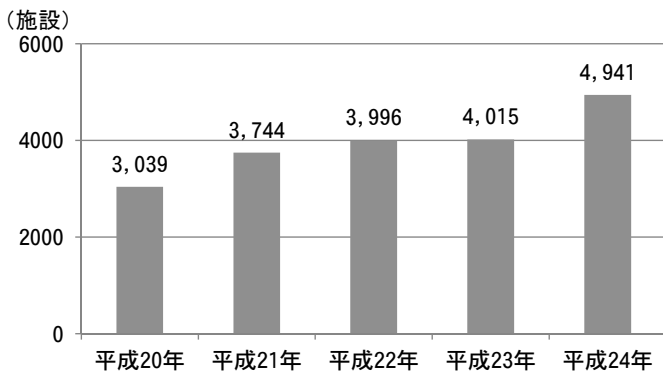
注：平成23年は宮城県の上巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県の全域を除いて算出

◆ 在宅又は社会福祉施設等における療養を歯科医療面から支援する歯科診療所であり、平成20年度改定時に創設

【施設基準】

- 1 歯科訪問診療料を算定していること
- 2 高齢者の心身の特性、口腔機能管理及び緊急時対応に係る研修を修了した常勤の歯科医師が1名以上配置されていること
- 3 歯科衛生士が配置されていること
- 4 必要に応じて、患者又は家族、在宅医療を担う医師、介護・福祉関係者等に情報提供できる体制を整えていること
- 5 在宅歯科医療に係る後方支援の機能を有する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること

＜在宅療養支援歯科診療所の届出医療機関数の推移＞



＜在宅療養支援歯科診療所の診療報酬上の評価＞

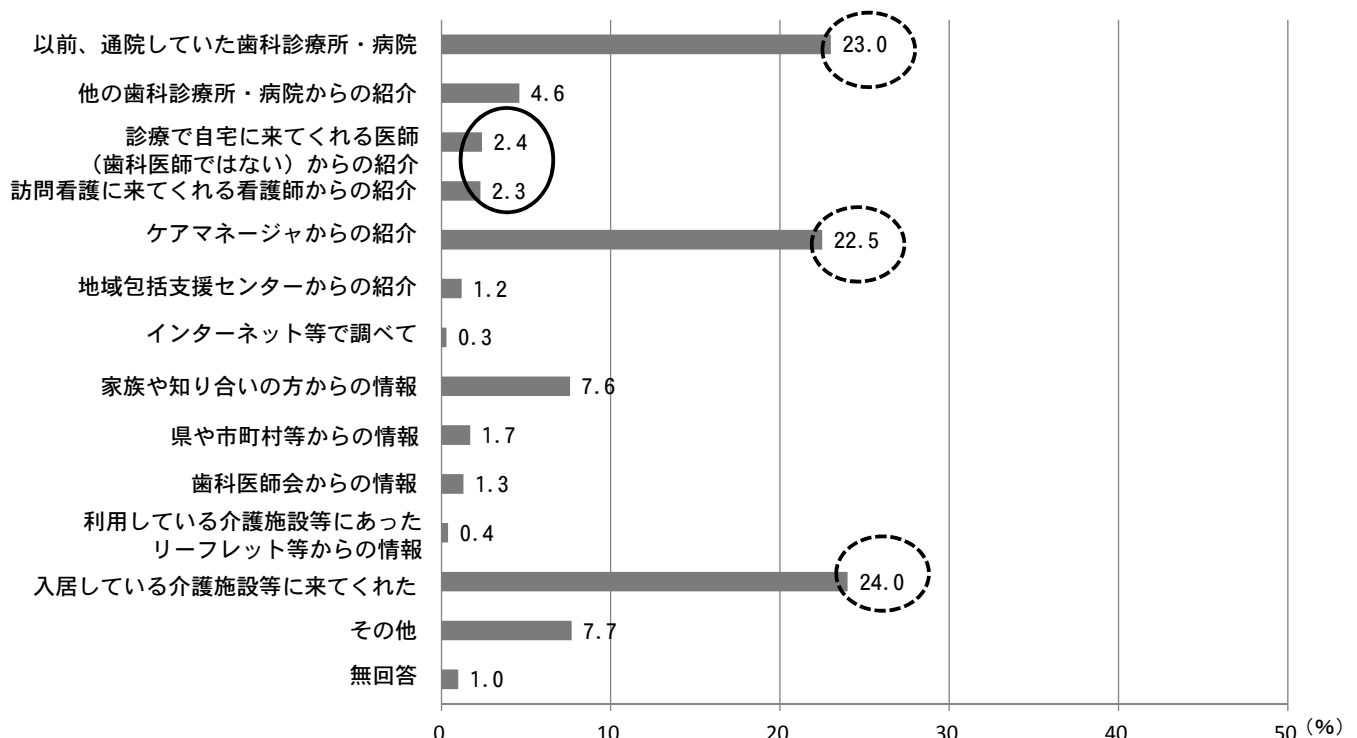
	歯援診	歯援診以外
退院時共同指導料Ⅰ	600点	300点
歯科疾患在宅療養指導管理料 （口腔機能管理加算）	140点 （＋50点）	130点
歯科訪問診療補助加算 【平成24年度改定対応】	同一建物居住者以外の場合：110点 同一居住者の場合：45点	—



在宅療養支援歯科診療所は増えているものの、全歯科診療所の約7%にとどまっている

11

歯科訪問診療を行う歯科医師を知ったきっかけ （平成24年度検証調査・患者調査）

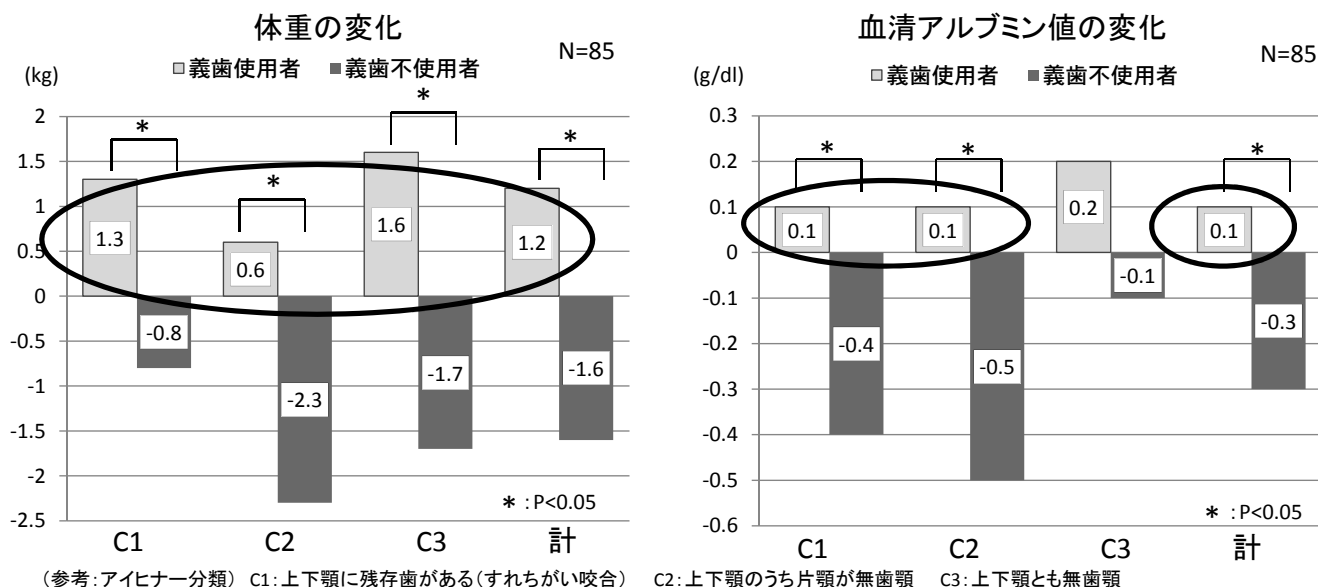


歯科医師を知ったきっかけで、ケアマネジャーからの紹介や通院していた歯科診療所・病院は多いが、医師や看護師からの紹介は少ない。

12

訪問歯科診療による全身状態への影響 (要介護者に対する義歯治療6か月後の体重と血清アルブミン値の変化)

療養型医療施設入院患者で、アイヒナー分類(咬合支持域の分類)のC群(上下奥歯の接触がなく、咬合が不安定な状態)に該当する85名(平均年齢85.2歳)に対して、義歯治療を行って義歯を使用した者(義歯使用者)と義歯治療を行っていない者(義歯不使用者)の6か月後の体重及び血清アルブミン値を測定



C群に該当する者のうち、義歯使用者は義歯不使用者に比べて、体重や血清アルブミン値が、それぞれ有意に増加している。

出典:「健康長寿に与える補綴歯科のインパクト(2012日本補綴歯科学会雑誌 397-402)」

13

在宅歯科医療の推進等①(重点課題)

訪問歯科診療のうち、在宅療養を行っている患者に対する訪問を中心に実施している歯科診療所の評価①

(新)在宅かかりつけ歯科診療所加算 100点 ＜歯科訪問診療1の加算＞

[算定告示]

注12 1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、在宅において療養を行っている患者に対して歯科訪問診療を実施した場合は、在宅かかりつけ歯科診療所加算として、100点を所定点数に加算する。

次ページ参照

[留意事項通知]

(37)「注12」に規定する在宅かかりつけ歯科診療所加算は、在宅療養患者((5)のイ(集合住宅にあっては、高齢者の居住の安定確保に関する法律第5条に該当する住宅に限る。))に入居若しくは入所している患者又は口のサービスを受けている患者以外の患者をいう。以下同じ。)に対して歯科訪問診療1を算定した場合に所定点数に加算する。

[施設基準告示]

- (1) 歯科医療を担当する診療所である保険医療機関であること。
- (2) 当該診療所で行われる歯科訪問診療の延べ患者数が月平均5人以上であり、そのうち8割以上が歯科訪問診療1を算定していること。

14

在宅歯科医療の推進等②(重点課題)

訪問歯科診療のうち、在宅療養を行っている患者に対する訪問を中心に実施している歯科診療所の評価②

(37)に規定する在宅療養患者(下記以外)

下記などに入居又は入所している患者(5)のイ

- 養護老人ホーム
- 軽費老人ホーム
- 有料老人ホーム
- 特別養護老人ホーム
- マンションなどの集合住宅
〔高齢者の居住の安定確保に関する法律第5条に規定する「サービス付き高齢者向け住宅」に限る。〕

下記などのサービスを受けている患者(5)のロ

- 短期入所生活介護
- 小規模多機能型居宅介護
〔指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第63条第5項に規定する宿泊サービスに限る。〕
- 認知症対応型共同生活介護
- 介護予防短期入所生活介護
- 介護予防小規模多機能型居宅介護
〔指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第44条第5項に規定する宿泊サービスに限る。〕
- 介護予防認知症対応型共同生活介護

15

在宅歯科医療の推進等③(重点課題)

在宅歯科医療における医科医療機関と歯科医療機関の連携に係る評価

(新) 歯科医療機関連携加算 100点【医科点数表】

＜診療情報提供料の加算＞

[算定告示]

注13 保険医療機関が、患者の口腔機能の管理の必要を認め、歯科診療を行う他の保険医療機関に対して、患者又はその家族の同意を得て、診療情報を示す文書を添えて、患者の紹介を行った場合は、歯科医療機関連携加算として、100点を所定点数に加算する。

[留意事項通知]

「注13」に規定する歯科医療機関連携加算は、保険医療機関(歯科診療を行う保険医療機関を除く。)が、歯科を標榜する保険医療機関に対して、当該歯科を標榜する保険医療機関において口腔内の管理が必要であると判断した患者に関する情報提供を、以下ア又はイにより行った場合に算定する。なお、診療録に情報提供を行った歯科医療機関名を記載すること。

イ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に属する医師が、訪問診療を行った栄養障害を有する患者について、歯科訪問診療の必要性を認め、在宅療養支援歯科診療所に対して情報提供を行った場合

16

在宅歯科医療の推進等④(重点課題)

歯科訪問診療2の見直し及び歯科訪問診療3の新設等①

(現 行)				(改定後)			
		同一の建物に居住する患者数		同一の建物に居住する患者数			
		1人	2人以上	1人	2人以上9人以下	10人以上	
患者1人につき診療に要した時間	20分以上	歯科訪問診療1 【850点】	歯科訪問診療2 【380点】	歯科訪問診療1 【866点】	歯科訪問診療2 【283点】		
	20分未満	歯科初・再診料 【218点、42点】		歯科訪問診療3 【143点】			

歯科訪問診療料

1	歯科訪問診療1	850点	⇒	866点 (うち、消費税対応分+16点)
2	歯科訪問診療2	380点	⇒	283点 (うち、消費税対応分+3点)
(新) 3	歯科訪問診療3			143点 (うち、消費税対応分+3点)

在宅患者等急性歯科疾患対応加算

イ	同一建物居住者以外の場合	170点	
ロ	同一建物居住者(同一日に5人以下)	85点	⇒ 同一建物居住者 55点
ハ	同一建物居住者(同一日に6人以上)	50点	

17

在宅歯科医療の推進等⑤(重点課題)

歯科訪問診療2の見直し及び歯科訪問診療3の新設等②

[算定告示]

2 歯科訪問診療2

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、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療(診療時間が20分以上の場合に限る。ただし、当該患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合においては、この限りでない。)を行った場合(同一日に9人以下)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・ロ(略)

3 歯科訪問診療3

注3 3については、在宅等において療養を行っている患者(同一建物居住者に限る。)であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、当該保険医療機関が、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を行った場合(同一日に10人以上)又は在宅等において療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、当該保険医療機関が次のいずれかに該当する歯科訪問診療(診療時間が20分未満の場合に限る。)を行った場合に算定する。この場合において、初診料又は再診料は、算定しない

イ・ロ(略)

18

在宅歯科医療の推進等⑥(重点課題)

歯科訪問診療2の見直し及び歯科訪問診療3の新設等③

[留意事項通知]

(38)「2 歯科訪問診療2」又は「3 歯科訪問診療3」を算定した場合であって、在宅療養患者以外の患者に対して歯科訪問診療を実施した場合は、歯科訪問診療を実施した日の属する月に、歯科訪問診療を行った日時及び訪問診療を行った歯科医師の氏名が記載された文書を患者若しくはその家族又は介護施設職員等の関係者のいずれかに提供するとともに、提供文書の写しを保険医療機関に保管する。なお、同一施設において、歯科訪問診療を実施した日の属する月に「2 歯科訪問診療2」又は「3 歯科訪問診療3」を複数回算定した場合であって、患者又はその家族以外の介護施設職員等に当該文書を提供するときは、その提供先を明確にした上で、施設を単位として一覧表で作成しても差し支えない。

(一覧表の例)

介護老人保健施設××苑 ○年○月歯科訪問診療実績表				
	患者氏名	歯科訪問診療日時	担当歯科医師名	備考
1	厚生 一郎	○月○日 ○時○分～○時○分	労働 花子	△△△
2				
3				

19

在宅歯科医療の推進等⑦(重点課題)

歯科訪問診療時の著しく歯科診療が困難な者に対する評価の見直し

改定前	改定後
【処置 通則】 8 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者又は著しく歯科診療が困難な者に対して訪問診療を行った場合に、当該訪問診療に基づき併せて処置(区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者については、区分番号I005に掲げる抜髄及び区分番号I006に掲げる感染根管処置に限る。)を行った場合は、当該処置の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。	【処置 通則】 8 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料及び同注5に規定する加算を算定する患者に対して、 <u>歯科訪問診療時に処置(区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料のみを算定する患者は、区分番号I005に掲げる抜髄及び区分番号I006に掲げる感染根管処置に限る。)</u> を行った場合は、当該処置の所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。 <u>手術、歯冠修復及び欠損補綴の通則についても同様の改正を行う。</u>

20

<重点課題>

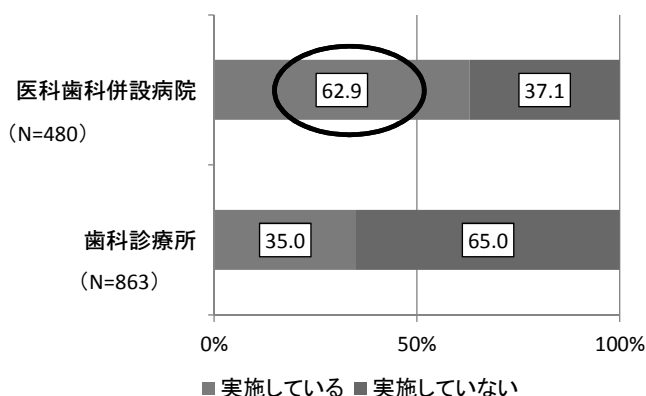
周術期における口腔機能の管理等、 医療機関相互の連携

21

周術期における口腔機能管理の実施状況等

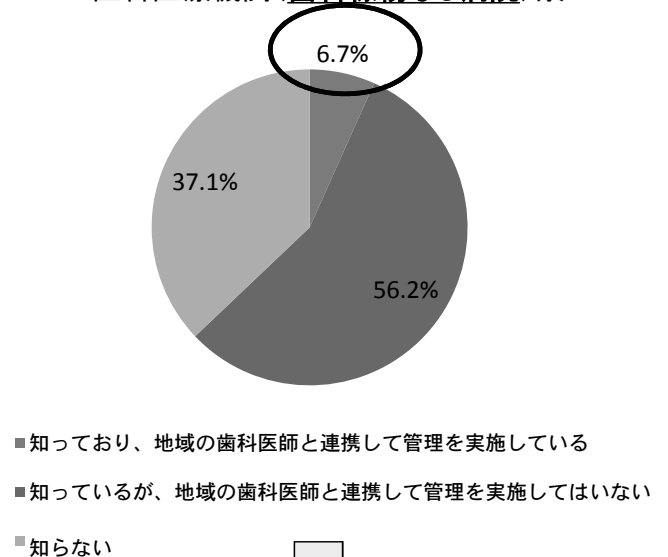
中医協 総-2
25.11.22

歯科医療機関（歯科標榜病院・歯科診療所）票



医科歯科併設病院の方が取り組みが進んでいることが示された。

医科医療機関（歯科標榜なし病院）票

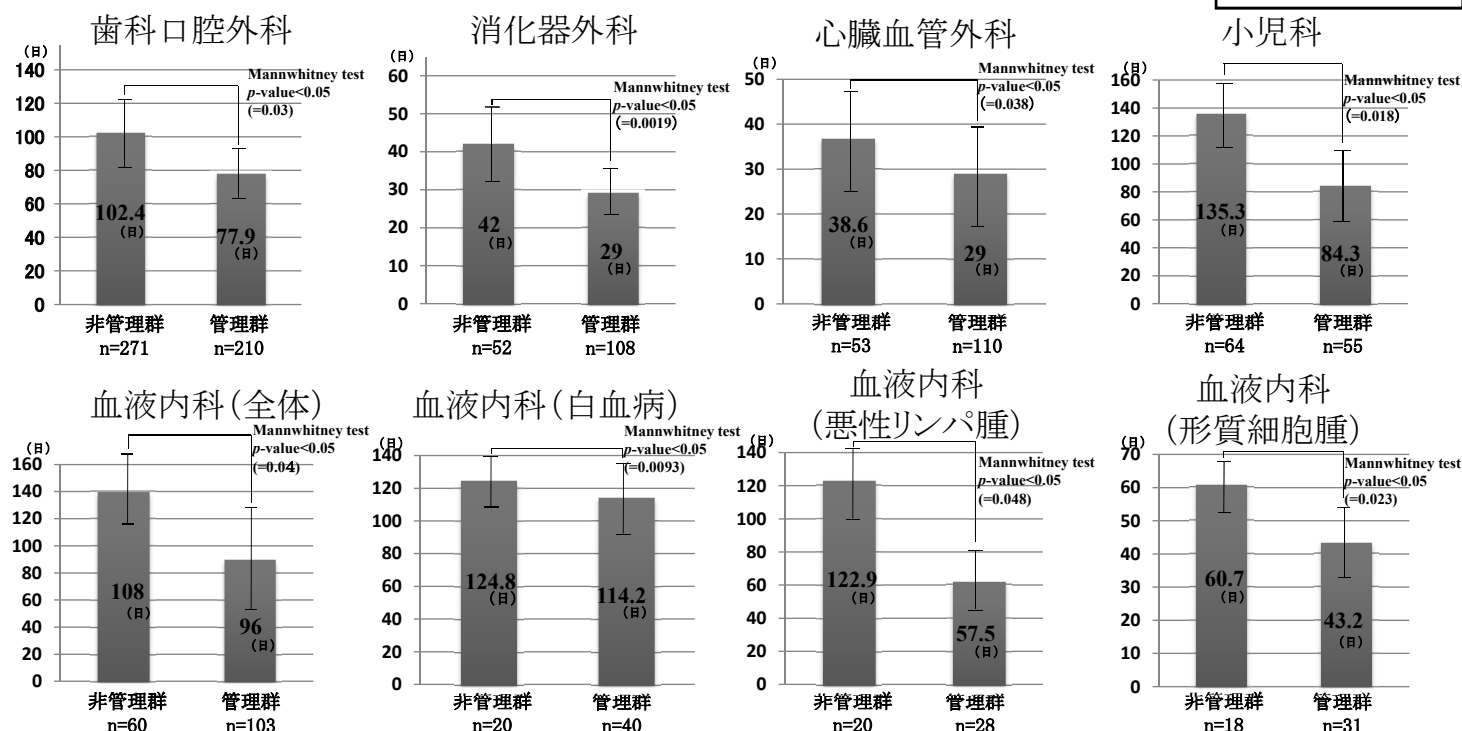


周術期口腔機能管理料を知っており、地域の歯科医療機関と連携して、管理を実施している医科医療機関（歯科標榜なし）は6.7%と少ない。

口腔機能の管理による在院日数に対する削減効果

中医協専門委員提出資料

2 5 . 1 1 . 2 2



- いずれの診療科においても在院日数の削減効果が統計学的に有意に認められ、その効果はほぼ10%以上あることが明らかになった。
- 口腔に近い領域だけではなく、侵襲が大きな治療の際に口腔機能の管理が重要であると考えられる。全身的負担の大きな治療に際して、後述するように、口腔内細菌叢が崩れるのを防いでいるものと推測できる。

23

周術期における口腔機能の管理等、医療機関相互の連携①(重点課題)

周術期口腔機能管理が必要な患者における医科医療機関から歯科医療機関の情報提供に係る評価

(新) 歯科医療機関連携加算 100点【医科点数表、再掲】

<診療情報提供料の加算>

[算定告示]

注13 保険医療機関が、患者の口腔機能の管理の必要を認め、歯科診療を行う他の保険医療機関に対して、患者又はその家族の同意を得て、診療情報を示す文書を添えて、患者の紹介を行った場合は、歯科医療機関連携加算として、100点を所定点数に加算する。

[留意事項通知]

「注13」に規定する歯科医療機関連携加算は、保険医療機関(歯科診療を行う保険医療機関を除く。)が、歯科を標榜する保険医療機関に対して、当該歯科を標榜する保険医療機関において、口腔内の管理が必要であると判断した患者に関する情報提供を、以下ア又はイにより行った場合に算定する。なお、診療録に情報提供を行った歯科医療機関名を記載すること。

ア 歯科を標榜していない病院が、医科点数表第2章第10部の手術の第1節第6款、第7款及び第9款に掲げる悪性腫瘍手術(病理診断により悪性腫瘍であることが確認された場合に限る。)又は第8款に掲げる心・脈管系(動脈・静脈を除く。)の手術若しくは造血幹細胞移植の手術を行う患者について、手術前に歯科医師による周術期口腔機能管理の必要性を認め、歯科を標榜する保険医療機関に対して情報提供を行った場合

24

周術期における口腔機能の管理等、医療機関相互の連携②(重点課題)

周術期口腔機能管理を実施した患者に対する手術料の加算の新設等、周術期口腔機能管理の充実

(新)周術期口腔機能管理後手術加算 100点【医科、歯科点数表】

<手術の部の通則加算>

[算定告示]

【医科点数表】

通則17 歯科医師による周術期口腔機能管理の実施後1月以内に、第6款(顔面・口腔・頸部)、第7款(胸部)及び第9款(腹部)に掲げる悪性腫瘍手術又は第8款(心・脈管(動脈及び静脈は除く。))に掲げる手術をそれぞれ全身麻酔下で実施した場合は、周術期口腔機能管理後手術加算として、100点を手術の所定点数に加算する。

【歯科点数表】

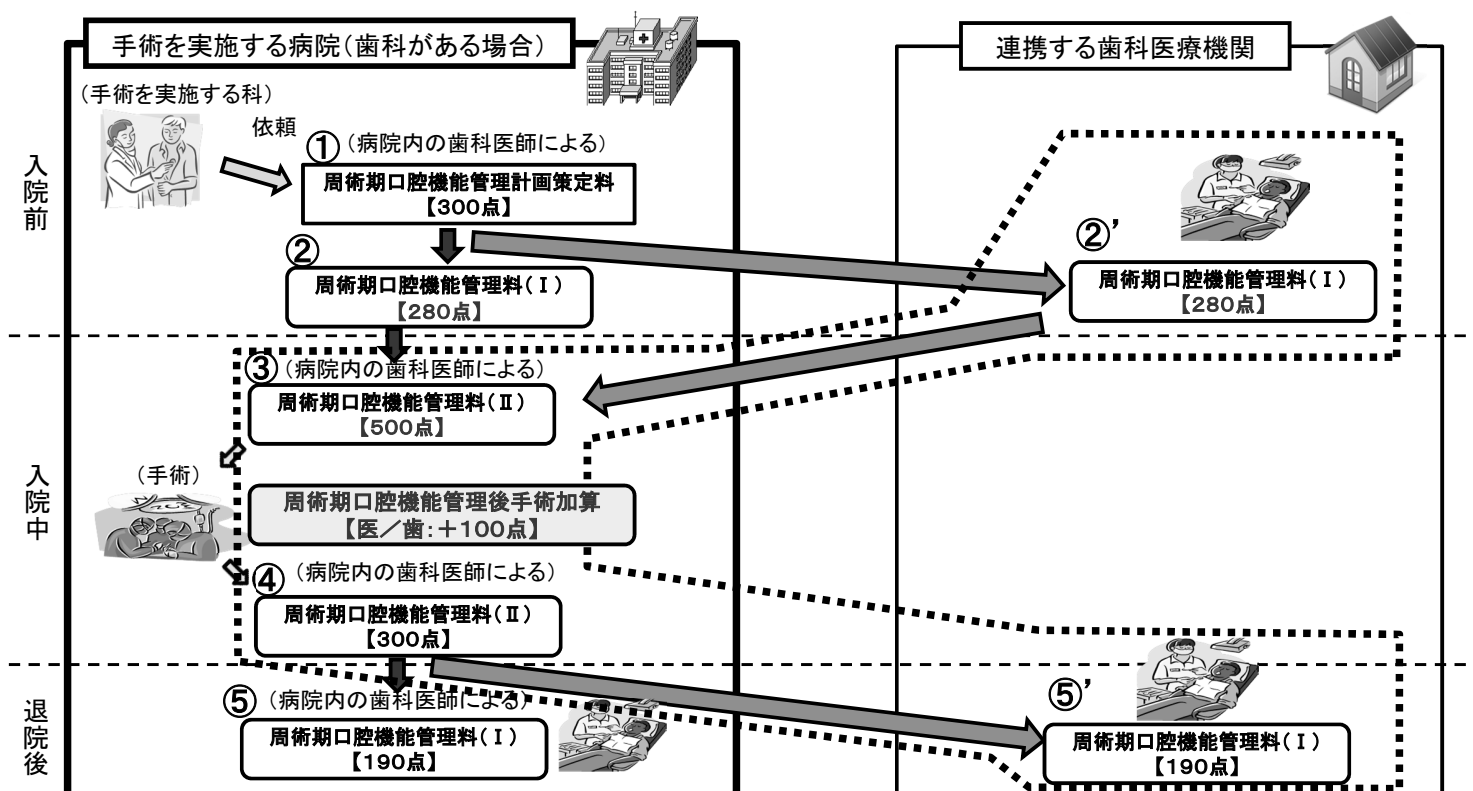
通則15 区分番号B000-6に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅰ)(1に限る。)又はB000-7に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅱ)(1に限る。)を算定した患者に対して、算定後1月以内に悪性腫瘍手術を全身麻酔下で実施した場合は、周術期口腔機能管理後手術加算として、100点をそれぞれ所定点数に加算する。

周術期口腔機能管理料(Ⅰ) 手術前 190点 → 280点

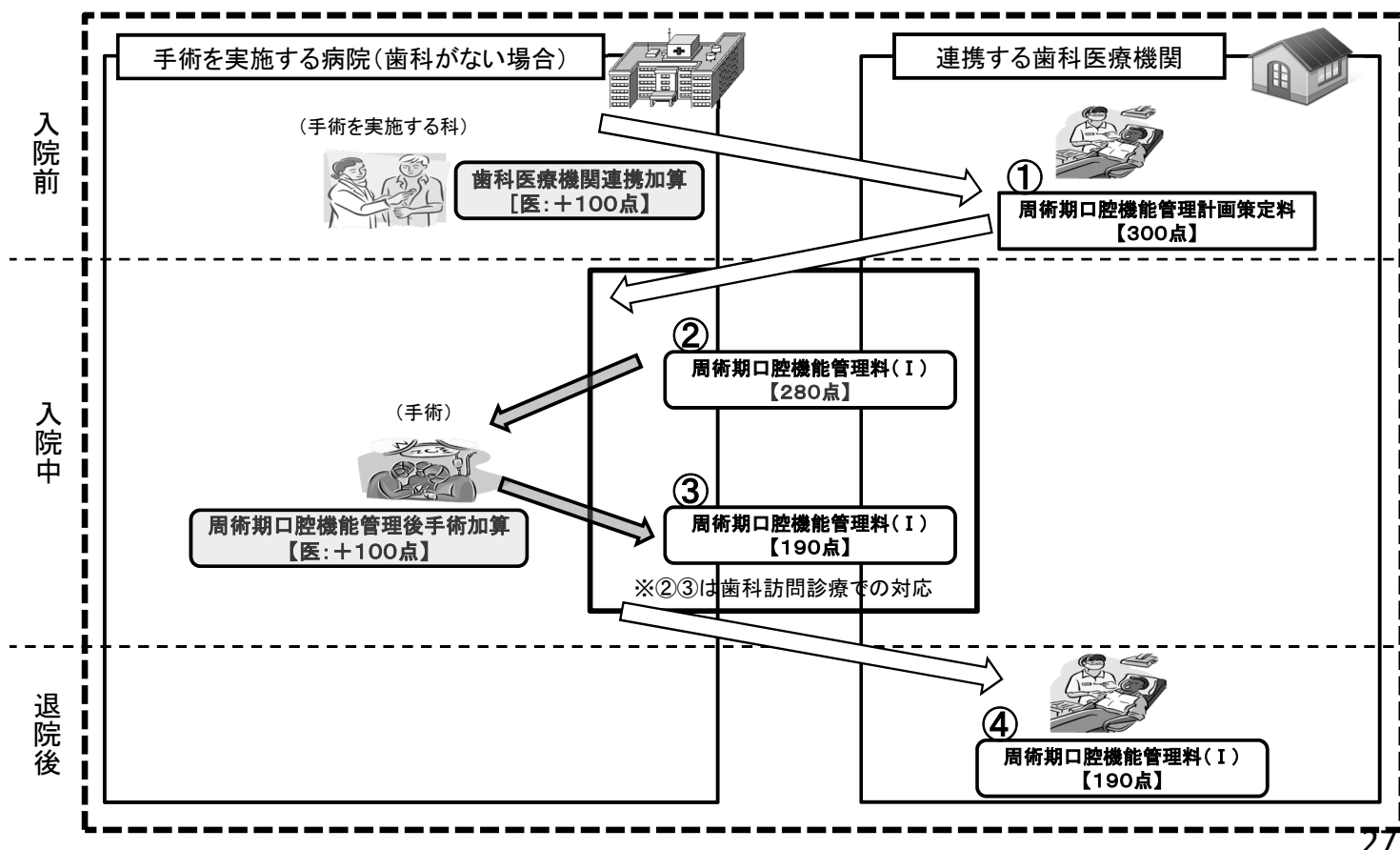
周術期口腔機能管理料(Ⅱ) 手術前 300点 → 500点

25

周術期における口腔機能管理のイメージ



周術期における口腔機能管理のイメージ



27

生活の質に配慮した歯科医療の推進

全身的な疾患を有する者への対応

歯科診療特別対応連携加算の施設基準の見直し

改定前	改定後
【歯科診療特別対応連携加算の施設基準】 (1) 次のいずれかに該当すること。 イ(略) ロ 歯科医療を担当する保険医療機関(診療所(医療法第一条の五第二項に規定する診療所をいう。以下同じ。)に限る。)であり、かつ、当該保険医療機関における歯科点数表の初診料の注6又は再診料の注4に規定する加算を算定した外来患者の月平均患者数が二十人以上であること。 (2) 障害者である患者にとって安心して安全な歯科医療の提供を行うにつき十分な機器等を有していること。	【歯科診療特別対応連携加算の施設基準】 (1) 次のいずれかに該当すること。 イ(略) ロ 歯科医療を担当する診療所である保険医療機関であり、かつ、当該保険医療機関における歯科点数表の初診料の注6又は再診料の注4に規定する加算を算定した外来患者の月平均患者数が<u>十人以上</u>であること。 (2) <u>歯科診療で特別な対応が必要である患者</u>にとって安心して安全な歯科医療の提供を行うにつき十分な機器等を有していること。

29

加齢による口腔機能の変化のイメージ

中医協 総 - 2
2 5 . 7 . 3 1

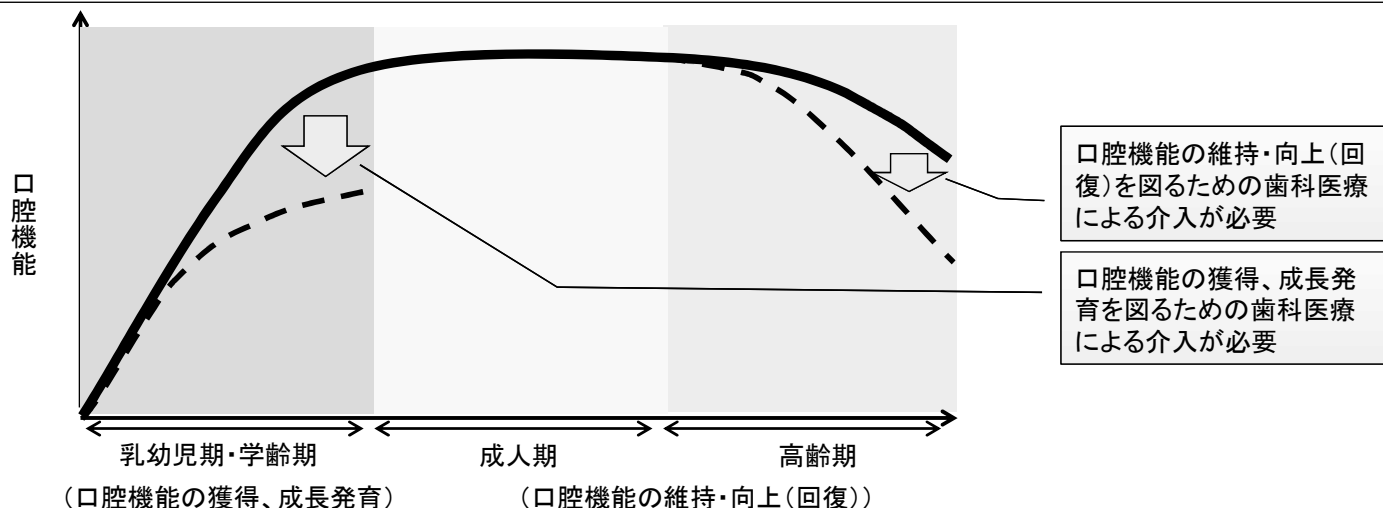
【歯科口腔保健の推進に関する法律(平成23年法律第95号)第12条第1項の規定に基づく基本的事項】

第一 歯科口腔保健の推進のための基本的な方針

三 生活の質の向上に向けた口腔機能の維持・向上

食べる喜び、話す楽しみ等のQOL(生活の質)の向上を図るためには、口腔機能の維持・向上が重要である。

高齢期においては、摂食・嚥下等の口腔機能が低下しやすく、これを防ぐためには、特に、乳幼児期から学齢期(高等学校を含む。)にかけて、良好な口腔・顎・顔面の成長発育及び適切な口腔機能を獲得し、成人期・高齢期にかけて口腔機能の維持・向上を図っていくことが重要である。



- : 乳幼児期・学齢期に適切な口腔機能(咀嚼機能等)を獲得し、成人期に至った後、加齢に伴い(機能)低下していくイメージ
- - - : 乳幼児期・学童期に、歯科疾患や口腔機能の成長発育の遅れ等を生じ、歯科医療による介入が行われないイメージ
- · · : 高齢期に、歯科疾患や全身疾患に伴う口腔(内)症状(合併症)等を生じ、歯科医療による介入が行われないイメージ

各ライフステージの口腔機能の変化への対応(小児期①)

小児保険装置の評価

(新:M016-2)小児保険装置 600点

[算定告示]

注1 クラウンループ又はバンドループを装着した場合に限り算定する。

注2 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。



[留意事項通知]

- (1) 小児保険装置は、う蝕によって乳臼歯1歯が早期に喪失した症例に対して乳臼歯に装着されるループが付与されたクラウン(又はバンド状の装置)を装着した場合に算定する。
- (2) 小児保険装置を装着するに当たっては、次により算定する。
 - イ 歯冠形成(バンドループを除く)を行った場合は1歯につき、生活歯の場合は区分番号M001に掲げる歯冠形成の「1のハ乳歯金属冠」を、失活歯の場合は区分番号M001に掲げる歯冠形成の「2のハ乳歯金属冠」を準用する。
 - ロ 印象採得を行った場合は、1歯につき、区分番号M003に掲げる印象採得の「1のイ単純印象」を算定する。
 - ハ 装着した場合は、1歯につき区分番号M005に掲げる装着の「1 歯冠修復」及び装着に係る特定保険医療材料料を算定する。
 - ニ 当該装置を撤去した場合は、区分番号I019に掲げる歯冠修復物又は補綴物の除去の「1 簡単なもの」に準じて算定する。
- (3) 当該装置の装着の算定は、ヘルマンの咬合発育段階の歯年齢ⅡAからⅢA期に行うこと。

31

各ライフステージの口腔機能の変化への対応(小児期②)

小児義歯の適応拡大

改定前	改定後
【有床義歯(留意事項通知)】 小児義歯は原則として認められないが、後継永久歯が無く著しい言語障害及び咀嚼障害を伴う先天性無歯症、象牙質形成不全症、象牙質異形成症又はエナメル質形成不全症であって脆弱な乳歯の早期崩壊又は後継永久歯の先天欠損を伴う場合、外胚葉性異形成症、低ホスファターゼ症、パピヨン＝ルフェブル症候群及び先天性好中球機能不全症、その他の先天性疾患により後継永久歯が無い場合若しくはこれに準ずる状態であって、小児義歯以外には咀嚼機能の改善・回復が困難な小児に対する小児義歯に限り、有床義歯により算定する。	【有床義歯(留意事項通知)】 小児義歯は原則として認められないが、後継永久歯が無く著しい言語障害及び咀嚼障害を伴う先天性無歯症、象牙質形成不全症、象牙質異形成症又はエナメル質形成不全症であって脆弱な乳歯の早期崩壊又は後継永久歯の先天欠損を伴う場合、外胚葉性異形成症、低ホスファターゼ症、パピヨン＝ルフェブル症候群及び先天性好中球機能不全症、その他の先天性疾患により後継永久歯が無い場合、外傷により歯が喪失した場合若しくはこれに準ずる状態であって、小児義歯以外には咀嚼機能の改善・回復が困難な小児に対する小児義歯の場合はこの限りでない。

32

各ライフステージの口腔機能の変化への対応(成人期①)

舌接触補助床の訓練の評価及び有床義歯の継続的管理の見直し①

(新:H001-2) 歯科口腔リハビリテーション料1

1 有床義歯の場合

イ ロ以外の場合 100点

ロ 困難な場合 120点

2 舌接触補助床の場合 190点

[算定告示]

注1 1については、有床義歯を装着している患者に対して、月1回を限度として算定する。

注2 2については、舌接触補助床を装着している患者に対して、月4回を限度として算定する。

注3 2について、区分番号H001に掲げる摂食機能療法を算定した日は、歯科口腔リハビリテーション料1は算定できない。

注4 2について、区分番号H001に掲げる摂食機能療法の治療開始日から起算して3月を超えた場合において、当該摂食機能療法を算定した月は、歯科口腔リハビリテーション料1は算定できない。

33

各ライフステージの口腔機能の変化への対応(成人期②)

舌接触補助床の訓練の評価及び有床義歯の継続的管理の見直し②

[留意事項通知]

(1)「1 有床義歯の場合」とは、有床義歯による口腔機能の回復又は維持を主眼とした調整又は指導をいい、具体的には、有床義歯を装着している患者に対して、有床義歯の適合性や咬合関係等の検査を行い、患者に対して義歯の状態を説明した上で、義歯に係る調整又は指導を行った場合に、月1回を限度として算定する。この場合において、調整方法及び調整部位又は指導内容の要点を診療録に記載する。(2)「1のロ 困難な場合」とは、区分番号B013に掲げる新製有床義歯管理料の(3)に掲げる場合をいう。

(3)区分番号B013に掲げる新製有床義歯管理料を算定した患者について、当該有床義歯の装着日の属する月の翌月以降の期間において、当該義歯を含めた有床義歯の調整又は指導は、「1 有床義歯の場合」により算定する。

(4)～(8)新製有床義歯管理料と同旨

(9)「2 舌接触補助床の場合」は、区分番号I017に掲げる床副子の「4 摂食機能の改善を目的とするもの(舌接触補助床)」を装着した患者であって、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床を装着した場合又は有床義歯形態の補助床を装着した場合に、当該装置の調整、指導又は修理を行い、口腔機能の回復又は維持・向上を図った際に算定する。なお、同一初診期間中に「2 舌接触補助床の場合」の算定以降は「1 有床義歯の場合」を算定できない。この場合において、調整方法及び調整部位又は指導内容若しくは修理部位及び修理内容の要点を診療録に記載すること。

34

各ライフステージの口腔機能の変化への対応(成人期③)

歯周治療用装置の要件の見直し

改定前	改定後
【歯周治療用装置(算定告示)】 歯周病検査の結果、区分番号J063の3に掲げる歯肉切除手術、区分番号J063の4に掲げる歯肉剥離搔爬手術又は区分番号J063の5に掲げる歯周組織再生誘導手術を行った場合に算定する。 【留意事項通知】 (2)「注1」の「歯周病検査」とは、一連の歯周基本治療が終了した後、区分番号J063に掲げる歯周外科手術の「3 歯肉切除手術」、「4 歯肉剥離搔爬手術」又は「5 歯周組織再生誘導手術」の可否を診断するために行われる区分番号D002に掲げる歯周病検査の「2 歯周精密検査」をいう。	【歯周治療用装置(算定告示)】 <u>区分番号D002に掲げる歯周病検査(2に限る。)</u>を実施した患者に対して算定する。 【留意事項通知】 <u>(2)「注1」の「歯周病検査」とは、一連の歯周基本治療が終了した後、区分番号J063に掲げる歯周外科手術の「3 歯肉切除手術」、「4 歯肉剥離搔爬手術」又は「5 歯周組織再生誘導手術」の可否を診断するために行われる区分番号D002に掲げる歯周病検査の「2 歯周精密検査」をいう。</u>

35

各ライフステージの口腔機能の変化への対応(その他①)

有床義歯の評価の見直し①

改定前	改定後																
【義歯管理料(1口腔につき)】 <table border="1"> <tr> <td>1 新製有床義歯管理料</td><td>150点</td></tr> <tr> <td>2 有床義歯管理料</td><td>70点</td></tr> <tr> <td>3 有床義歯長期管理料</td><td>60点</td></tr> </table> 注 咬合機能の回復が困難な患者に対して有床義歯の管理を行った場合は、それぞれの所定点数に40点を加算する。 【有床義歯調整管理料(1口腔につき)】 30点	1 新製有床義歯管理料	150点	2 有床義歯管理料	70点	3 有床義歯長期管理料	60点	【新製有床義歯管理料(1口腔につき)】 <table border="1"> <tr> <td>1 2以外の場合</td><td>190点</td></tr> <tr> <td>2 困難な場合</td><td>230点</td></tr> </table> 【歯科口腔リハビリテーション料1(1口腔につき)】(※再掲) <table border="1"> <tr> <td>1 有床義歯の場合</td><td></td></tr> <tr> <td>イ ロ以外の場合</td><td>100点</td></tr> <tr> <td>ロ 困難な場合</td><td>120点</td></tr> </table> (注による加算及び有床義歯調整管理料については、新製有床義歯管理料及び歯科口腔リハビリテーション料1に包括)	1 2以外の場合	190点	2 困難な場合	230点	1 有床義歯の場合		イ ロ以外の場合	100点	ロ 困難な場合	120点
1 新製有床義歯管理料	150点																
2 有床義歯管理料	70点																
3 有床義歯長期管理料	60点																
1 2以外の場合	190点																
2 困難な場合	230点																
1 有床義歯の場合																	
イ ロ以外の場合	100点																
ロ 困難な場合	120点																

36

各ライフステージの口腔機能の変化への対応(その他②)

有床義歯の評価の見直し②

新製有床義歯管理料

[算定告示]

注1 新製有床義歯管理料は、新たに製作した有床義歯を装着した日の属する月に、当該有床義歯を製作した保険医療機関において、有床義歯の適合性等について検査を行い、併せて患者又はその家族に対して取扱い、保存、清掃方法等について必要な指導を行った上で、その内容を文書により提供した場合に、1回を限度として算定する。

注2 新製有床義歯管理料を算定した日の属する月は、区分番号H001-2に掲げる歯科口腔リハビリテーション料1(1に限る。)は算定できない。

[留意事項通知]

(1)新製有床義歯管理とは、新製有床義歯の生体との調和を主眼とした義歯の管理をいい、具体的には、当該有床義歯の形態、適合性、咬合関係等の調整及び患者に必要な義歯の取扱い等に係る指導をいう。

(2)新製有床義歯管理料は、当該有床義歯を製作した保険医療機関において、新製した有床義歯の適合性等について検査を行い、併せて患者に対して、新製した有床義歯の取扱い等について必要な指導を行い、患者に対して当該有床義歯の管理に係る情報を文書により提供した場合に算定する。この場合において、当該文書の写しを診療録に添付し、当該文書の内容以外に療養上必要な管理事項がある場合は、診療録にその要点を記載する。

(3)「2 困難な場合」とは、特に咬合の回復が困難な患者に対する義歯管理を評価したものをいい、次のいずれかに該当する場合をいう。

イ 総義歯を新たに装着した患者又は総義歯を装着している患者

ロ 9歯以上の局部義歯を装着し、かつ、当該局部義歯以外は臼歯部で垂直的咬合関係を有しない患者

(4)「注1」に規定する文書とは、欠損の状態、指導内容等の要点、保険医療機関名及び担当歯科医師の氏名を記載したものをいう。

37

各ライフステージの口腔機能の変化への対応(その他③)

有床義歯の評価の見直し③

[留意事項通知]

	ケース	取り扱い (B013 新製有床義歯管理料:義管 H001-2 歯科口腔リハビリテーション料1 「1 有床義歯の場合」:歯リハ1)
(5)	新製有床義歯管理料を算定した患者について、当該有床義歯の装着日の属する月から起算して1年以内の期間において、当該有床義歯の装着部位とは異なる部位に別の有床義歯の新製又は裏装を行った場合	歯リハ1を算定し、義管は算定できない。
(6)	有床義歯の新製を前提に旧義歯の修理を行う場合	同月内であっても、歯リハ1算定後、有床義歯の新製後に義管を算定して差し支えない。
(7)	有床義歯を新製した月と同月に、当該有床義歯とは別の欠損部位の有床義歯の修理又は床裏装を行った場合	義管又は歯リハ1のいずれかにより算定する。
(8)	区分番号I022に掲げる有床義歯床下粘膜調整処置を行い、有床義歯の新製又は床裏装を予定している場合	同月内であっても、当該処置に併せて歯リハ1を算定して差し支えない。なお、歯リハ1を算定した場合は、同月内に義管は算定できない。
(9)	新製有床義歯管理料を算定した患者について、当該管理料を算定した日の属する月から起算して1年を超えた期間において、調整又は指導を行った場合	歯リハ1を算定する。ただし、この場合において、必要があつて新たに製作した有床義歯を装着し、調整又は指導を行った場合は義管を算定する。
(10)	別の保険医療機関で製作した有床義歯の調整又は指導	装着する日の属する月であっても歯リハ1により算定する。

38

各ライフステージの口腔機能の変化への対応(その他④)

歯科疾患管理料の文書提供時期の見直し①

歯科疾患管理料

[留意事項通知]

(5)「注2」に規定する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こととするが、少なくとも前回の管理計画書の提供日から起算して4月を超える日までとする。

(6)(5)にかかわらず、次の場合における2回目以降の継続管理計画書の提供時期は、患者の求めがない限り、前回の管理計画書の提供日から起算して4月を超えても差し支えない。

イ 区分番号IO11-2に掲げる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

ロ 患者又はその家族が、管理計画書(初回用又は継続用)の備考欄に、文書提供が次回来院以降不要である旨の内容(例:次回から文書提供不要)を記載した場合

39

各ライフステージの口腔機能の変化への対応(その他⑤)

歯科疾患管理料の文書提供時期の見直し②

管理計画書(初回用)

別紙様式1

歯科疾患管理料に係る管理計画書(初回用)

[患者記入欄]

年 月 日

患者氏名	性別	男・女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	
問診	【全身の状態(該当項目の□にチェック)】 ☐ 糖尿病 ☐ 高血圧症 ☐ 呼吸器疾患 ☐ 心血管疾患 ☐ 妊娠 ☐ その他() 【服薬歴】薬剤名()	
生活習慣の状況	【生活習慣の状況】 ・1日の歯磨きの回数 () 回 ・歯磨きの時間 ☐ 朝食後 ☐ 昼食後 ☐ 夕食後 ☐ 就寝前 ・習慣的飲料物 ☐ 炭酸飲料 ☐ ジュース ☐ その他() ・間食の取り方 ☐ 不規則 ☐ 規則正しい ☐ しない ・歯口清掃器具の使用 ☐ なし ☐ 歯ブラシ ☐ フロス ☐ 歯間ブラシ ・喫煙習慣 ☐ 有 ☐ 無 ☐ 過去に有り ・睡眠時間 ☐ 不足 ☐ やや不足 ☐ 十分 ・歯磨き方法 ☐ 習ったことがない ☐ 習ったことがある ・その他()	
備考		

[保険医療機関記入欄]

年 月 日

【口腔内の状況】 義歯装着 ☐ 有 ☐ 無	【歯周組織検査の概要】 ・4mm以上の歯周ポケット ☐ 有 ☐ 無 ・歯の動揺 ☐ 重度 ☐ 中重度 ☐ 軽度 ☐ 正常
--	--

継続管理計画書(継続用)

別紙様式2

歯科疾患管理料に係る管理計画書(継続用)

年 月 日

患者氏名	性別	男・女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	
【現在のお口の中の状況】(該当項目の□にチェックしてください) ・痛みについて ☐ 痛い ☐ 時々痛い ☐ 痛くない ・歯肉の出血について ☐ ある ☐ 時々ある ☐ ない ・腫れについて ☐ ある ☐ 時々ある ☐ ない ・食事について ☐ 食べにくい ☐ 変わらない ☐ 食べやすくなった ・その他()		
【生活習慣の状況】 ・1日の歯磨きの回数 () 回 ・歯磨きの時間 ☐ 朝食後 ☐ 昼食後 ☐ 夕食後 ☐ 就寝前 ・習慣的飲料物 ☐ 炭酸飲料 ☐ ジュース ☐ その他() ・間食の取り方 ☐ 不規則 ☐ 規則正しい ☐ しない ・歯口清掃器具の使用 ☐ なし ☐ 歯ブラシ ☐ フロス ☐ 歯間ブラシ ・その他()		
【備考】		

【口腔内の状況】

義歯装着 ☐有 ☐無

【歯周組織検査の概要】

・4mm以上の歯周ポケット ☐有 ☐無

・歯の動揺 ☐重度 ☐中重度 ☐軽度 ☐正常

40

歯の喪失リスク増加への対応①

歯周病安定期治療の評価体系の見直し等

改定前	改定後						
【歯周病安定期治療（一口腔につき）】 300点 [留意事項通知] (1) 歯周病安定期治療は、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定している患者であって、中等度以上の歯周病を有するものに対して、一連の歯周基本治療等の終了後に、一時的に症状が安定した状態にある患者に対し、歯周組織の状態を維持し、治癒させることを目的としてプラークコントロール、機械的歯面清掃、スケーリング、スケーリング・ルートプレーニング等を主体とした治療を実施した場合に1口腔につき月1回に限り算定する。なお、中等度以上の歯周病を有するものとは、骨吸収が根の長さの3分の1以上であり、歯周ポケットは4ミリメートル以上で、根分岐部病変を有するものをいう。	【歯周病安定期治療（一口腔につき）】 <table> <tr> <td>1 1歯以上10歯未満</td><td>200点</td></tr> <tr> <td>2 10歯以上20歯未満</td><td>250点</td></tr> <tr> <td>3 20歯以上</td><td>350点</td></tr> </table> [留意事項通知] (1) 歯周病安定期治療は、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料を算定している患者であって、中等度以上の歯周病を有するものに対して、一連の歯周基本治療等の終了後に、一時的に症状が安定した状態にある患者に対し、歯周組織の状態を維持し、治癒させることを目的としてプラークコントロール、機械的歯面清掃、スケーリング、スケーリング・ルートプレーニング、咬合調整等を主体とした治療を実施した場合に1口腔につき月1回を限度として算定する。なお、中等度以上の歯周病を有するものとは、骨吸収が根の長さの3分の1以上であり、歯周ポケットは4ミリメートル以上で、根分岐部病変を有するものをいう。	1 1歯以上10歯未満	200点	2 10歯以上20歯未満	250点	3 20歯以上	350点
1 1歯以上10歯未満	200点						
2 10歯以上20歯未満	250点						
3 20歯以上	350点						

41

歯の喪失リスク増加への対応②

フッ化物局所応用に関する評価の見直し等

(新:I031)フッ化物歯面塗布処置

- 1 う蝕多発傾向者の場合 80点(現行評価の移行)
- 2 在宅等療養患者の場合 80点

[算定告示]

注1 1については、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料を算定したう蝕多発傾向者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に、月1回を限度として算定する。ただし、2回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行った場合に限り、月1回を限度として算定する。

注2 2については、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定し、初期の根面う蝕に罹患している在宅等で療養を行う患者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に、月1回を限度として算定する。ただし、2回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行った場合に限り、月1回を限度として算定する。

歯の喪失リスク増加への対応③

歯の保存治療等、口腔機能の維持・向上等に資する技術①

改定前	改定後						
【根管貼薬処置(1歯1回につき)】 【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。	【根管貼薬処置(1歯1回につき)】 ※「診療報酬請求書等の記載要領」において、 <u>長期的に行われる同一歯に対する根管貼薬処置に関する取り扱い記載</u> 【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。 【加圧根管充填処置(1歯につき)】 <table> <tr> <td>1 単根管</td><td>130点(新)</td></tr> <tr> <td>2 2根管</td><td>156点(新)</td></tr> <tr> <td>3 3根管以上</td><td>190点(新)</td></tr> </table> 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において算定する。	1 単根管	130点(新)	2 2根管	156点(新)	3 3根管以上	190点(新)
1 単根管	130点(新)						
2 2根管	156点(新)						
3 3根管以上	190点(新)						

43

歯の喪失リスク増加への対応④

歯の保存治療等、口腔機能の維持・向上等に資する技術②

改定前	改定後																
【初期う蝕早期充填処置】 122点	【初期う蝕早期充填処置(1歯につき)】 <u>124点</u>																
【充填(1歯につき)】 充填1(複雑なもの) 152点	【充填(1歯につき)】 充填1(複雑なもの) <u>154点</u>																
【歯周疾患処置(1口腔1回につき)】 10点	【歯周疾患処置(1口腔1回につき)】 <u>14点</u>																
【暫間固定】 <table> <tr> <td>1 簡単なもの</td><td>300点</td></tr> <tr> <td>2 困難なもの</td><td>500点</td></tr> <tr> <td>3 著しく困難なもの</td><td>650点</td></tr> </table>	1 簡単なもの	300点	2 困難なもの	500点	3 著しく困難なもの	650点	【暫間固定】 <table> <tr> <td>1 簡単なもの</td><td><u>200点</u></td></tr> <tr> <td>2 困難なもの</td><td>500点</td></tr> <tr> <td>3 著しく困難なもの</td><td>650点</td></tr> </table>	1 簡単なもの	<u>200点</u>	2 困難なもの	500点	3 著しく困難なもの	650点				
1 簡単なもの	300点																
2 困難なもの	500点																
3 著しく困難なもの	650点																
1 簡単なもの	<u>200点</u>																
2 困難なもの	500点																
3 著しく困難なもの	650点																
【歯周外科手術(1歯につき)】 <table> <tr> <td>4 歯肉剥離搔爬手術</td><td>620点</td></tr> <tr> <td>5 歯周組織再生誘導手術</td><td></td></tr> <tr> <td>イ 一次手術</td><td>760点</td></tr> <tr> <td>ロ 二次手術</td><td>320点</td></tr> </table>	4 歯肉剥離搔爬手術	620点	5 歯周組織再生誘導手術		イ 一次手術	760点	ロ 二次手術	320点	【歯周外科手術(1歯につき)】 <table> <tr> <td>4 歯肉剥離搔爬手術</td><td><u>630点</u></td></tr> <tr> <td>5 歯周組織再生誘導手術</td><td></td></tr> <tr> <td>イ 一次手術</td><td><u>840点</u></td></tr> <tr> <td>ロ 二次手術</td><td><u>380点</u></td></tr> </table>	4 歯肉剥離搔爬手術	<u>630点</u>	5 歯周組織再生誘導手術		イ 一次手術	<u>840点</u>	ロ 二次手術	<u>380点</u>
4 歯肉剥離搔爬手術	620点																
5 歯周組織再生誘導手術																	
イ 一次手術	760点																
ロ 二次手術	320点																
4 歯肉剥離搔爬手術	<u>630点</u>																
5 歯周組織再生誘導手術																	
イ 一次手術	<u>840点</u>																
ロ 二次手術	<u>380点</u>																

44

歯の喪失リスク増加への対応⑤

補綴治療等、口腔機能の回復等に資する技術①

改定前	改定後
【支台築造印象(1歯につき)】 22点	【支台築造印象(1歯につき)】 <u>26点</u>
【テンポラリークラウン(1歯につき)】 30点	【テンポラリークラウン(1歯につき)】 <u>34点</u>
【咬合採得】 欠損補綴 ブリッジ (1)ワンピースキャストブリッジ (一)支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合 70点 (二)支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合 140点 (2)その他のブリッジ 70点	【咬合採得】 欠損補綴 ブリッジ (1)ワンピースキャストブリッジ (1)支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合 <u>74点</u> (2)支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合 <u>148点</u> (2)その他のブリッジ 70点

45

歯の喪失リスク増加への対応⑥

補綴治療等、口腔機能の回復等に資する技術②

改定前	改定後
【有床義歯】 (例) 2 総義歯(1顎につき) 2,100点	【有床義歯】 (例) 2 総義歯(1顎につき) <u>2,110点</u>
【鑄造鉤(1個につき)】 双子鉤 230点 二腕鉤 212点	【鑄造鉤(1個につき)】 双子鉤 <u>234点</u> 二腕鉤 <u>216点</u>
【補綴隙(1個につき)】 30点	【補綴隙(1個につき)】 <u>40点</u>
【有床義歯修理(1床につき)】 224点 歯科技工加算 22点	【有床義歯修理(1床につき)】 <u>228点</u> 歯科技工加算 <u>24点</u>

46

歯の喪失リスク増加への対応⑦

その他、口腔機能の回復等に資する処置や手術に関する技術

(新:J110) 広範囲顎骨支持型装置搔爬術 1,800点

[留意事項通知]

広範囲顎骨支持型装置搔爬術とは、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を装着した患者であって、インプラント体周囲の粘膜組織や骨組織に炎症が認められ、機械的清掃や抗菌薬投与等を行ったにもかかわらず炎症が治まらない場合に、消炎処置として粘膜骨膜弁を剥離し、インプラント体表面の汚染物質や不良肉芽の除去等を行う手術をいい、同一初診期間中1回を限度として算定する。

(新:I009-5) 口腔内分泌物吸引 48点(1日につき)

[留意事項通知]

口腔内分泌物吸引は、歯科診療に係る全身麻酔後や気管切開後の呼吸困難な患者に対し、ネラトンカテーテル及び吸引器を使用して、口腔内及びその周辺部位の唾液等の分泌物の吸引を行った場合に月2回を限度として算定する。

47

歯の喪失リスク増加への対応⑧

位置づけや表現の見直し等

改定前	改定後
【床副子】 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	【床副子】 3 <u>著しく困難なもの</u> 2,000点 4 <u>摂食機能の改善を目的とするもの(舌接触補助床)</u> イ 新たに製作した場合 2,000点 ロ 旧義歯を用いた場合 500点
【病理診断管理加算(口腔病理診断料の加算)】	【<u>口腔</u>病理診断管理加算(口腔病理診断料の加算)】

48

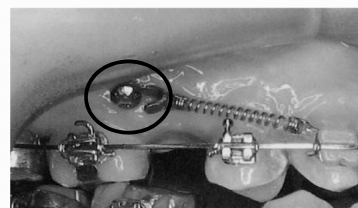
新規医療技術の保険導入等

49

新規医療技術の保険導入等①

歯科矯正用アンカースクリューを用いた歯科矯正治療の評価

(新:N008-2) 植立 500点(1本につき)



[留意事項通知]

植立は、区分番号N000に掲げる歯科矯正診断料又は区分番号N001に掲げる顎口腔機能診断料を算定した患者であって、歯科矯正用アンカースクリューを歯槽部又は口蓋に植立し、当該装置を固定源として、歯科矯正治療を実施した場合に算定する。なお、本規定に関わらず、当該診断料を算定する保険医療機関から診療情報提供料に定める様式に基づく依頼があった場合に限り、当該診断料を算定していなくても、依頼を受けた保険医療機関において実施した場合は、本区分を算定しても差し支えない。この場合において、当該診断料を算定し、診療情報提供を行った保険医療機関名を診療録に記載すること。

<特定保険医療材料>

歯科矯正用アンカースクリュー 3,710円

[定義通知]

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「歯科矯正用アンカースクリュー」であること。
- (2) 歯科矯正治療において矯正力付与の固定源とすることを目的に使用するスクリューであること。

新規医療技術の保険導入等②

局部義歯に係るコンビネーション鉤の評価

(新:M021-2)コンビネーション鉤 220点

[算定告示]

二腕鉤の維持腕と拮抗腕にそれぞれ鑄造鉤と線鉤を組み合わせて製作した場合に算定する。

<特定保険医療材料>

コンビネーション鉤(1個につき)

1 鑄造鉤に金銀パラジウム合金(金12%以上)、線鉤に不銹鋼及び特殊鋼を用いた場合

- (1) 前歯 140点
- (2) 犬歯・小臼歯 148点
- (3) 大臼歯 164点

2 鑄造鉤に鑄造用ニッケルクロム合金又は鑄造用コバルトクロム合金、線鉤に不銹鋼及び特殊鋼を用いた場合

- (1) 前歯 46点
- (2) 犬歯・小臼歯 46点
- (3) 大臼歯 46点

51

新規医療技術の保険導入等③

顎関節症治療用装置(スプリント)装着患者に対する訓練等の評価

(新:H001-3)歯科口腔リハビリテーション料2 50点

[算定告示]

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、顎関節治療用装置を装着している患者に対して、月1回を限度として算定する。

[留意事項通知]

- (1) 顎関節症を有する患者であって、顎関節治療用装置製作のため、区分番号IO17に掲げる床副子の「2 困難なもの」を算定した患者に対して、療養上の指導又は訓練を行い、口腔機能の回復又は維持・向上を図った場合に算定する。なお、当該装置の調整を行う場合にあっては、区分番号IO17-2に掲げる床副子調整により算定する。
- (2) 実施内容等の要点を診療録に記載する。

[施設基準通知]

- (1) 歯科又は歯科口腔外科を標榜し、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歯科医師が1名以上配置されていること。
- (2) 顎関節症の診断に用いる磁気共鳴コンピュータ断層撮影(MRI撮影)機器を設置していること。なお、当該医療機器を設置していない保険医療機関にあっては、当該医療機器を設置している病院と連携が図られていること。

52

新規医療技術の保険導入等④

再評価を行う技術①

改定前	改定後
○歯科矯正の適応症の拡大 [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。)ほか41疾患 ○頬、口唇、頬小帯形成術の算定要件の見直し 【頬、口唇、舌小帯形成術】 (2)頬、口唇、舌小帯形成を、複数の小帯に対して行った場合は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。	[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。)ほか41疾患 ・<u>チャージ症候群、マーシャル症候群、下垂体性小人症、ポリエックス症候群(クラインフェルター症候群)、リング18症候群</u> 【頬、口唇、舌小帯形成術】 (2)(1)に掲げる手術を、<u>2分の1顎の範囲内における複数の頬小帯に対して行った場合は、2箇所以上であっても1箇所として算定する。</u>

53

新規医療技術の保険導入等⑤

再評価を行う技術②

改定前	改定後																																					
○う蝕多発傾向者の判定基準の見直し 〔歯科疾患管理料に係るう蝕多発傾向者の判定基準〕 <table><tr><th rowspan="2">年齢</th><th colspan="2">歯冠修復終了歯</th></tr><tr><th>乳歯</th><th>永久歯</th></tr><tr><td>0～2歳</td><td colspan="2">1歯以上</td></tr><tr><td>3～4歳</td><td colspan="2">3歯以上</td></tr><tr><td>5～7歳</td><td colspan="2">8歯以上 及び 2歯以上</td></tr><tr><td>8～10歳</td><td colspan="2">4歯以上</td></tr><tr><td>11～12歳</td><td colspan="2">6歯以上</td></tr></table> ○手術時歯根面レーザー応用加算（歯周外科手術の加算）の施設基準の見直し 〔施設基準〕 ・当該レーザー治療に係る専門の知識及び5年以上の経験を有する歯科医師が1名以上いること。	年齢	歯冠修復終了歯		乳歯	永久歯	0～2歳	1歯以上		3～4歳	3歯以上		5～7歳	8歯以上 及び 2歯以上		8～10歳	4歯以上		11～12歳	6歯以上		○う蝕多発傾向者の判定基準の見直し 〔歯科疾患管理料に係るう蝕多発傾向者の判定基準〕 <table><tr><th rowspan="2">年齢</th><th colspan="2">歯冠修復終了歯</th></tr><tr><th>乳歯</th><th>永久歯</th></tr><tr><td>0～4歳</td><td colspan="2">1歯以上</td></tr><tr><td>5～7歳</td><td colspan="2">3歯以上 及び 1歯以上</td></tr><tr><td>8～10歳</td><td colspan="2">2歯以上</td></tr><tr><td>11～12歳</td><td colspan="2">3歯以上</td></tr></table> 〔施設基準〕 ・当該レーザー治療に係る専門の知識及び3年以上の経験を有する歯科医師が1名以上いること。 <u>う蝕歯無痛的窩洞形成加算（う蝕歯即時充填形成の加算）も同様の見直しを行う。</u>	年齢	歯冠修復終了歯		乳歯	永久歯	0～4歳	1歯以上		5～7歳	3歯以上 及び 1歯以上		8～10歳	2歯以上		11～12歳	3歯以上	
年齢		歯冠修復終了歯																																				
	乳歯	永久歯																																				
0～2歳	1歯以上																																					
3～4歳	3歯以上																																					
5～7歳	8歯以上 及び 2歯以上																																					
8～10歳	4歯以上																																					
11～12歳	6歯以上																																					
年齢	歯冠修復終了歯																																					
	乳歯	永久歯																																				
0～4歳	1歯以上																																					
5～7歳	3歯以上 及び 1歯以上																																					
8～10歳	2歯以上																																					
11～12歳	3歯以上																																					

54

先進医療の保険導入

55

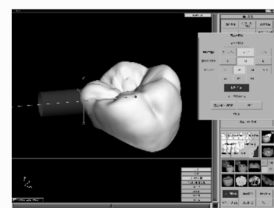
先進医療の保険導入①

歯科用CAD／CAM(コンピュータ支援設計・製造ユニット)装置を用いて製作された歯冠補綴物の評価①

(新:M015-2)CAD／CAM冠 1,200点

[算定告示]

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、歯冠補綴物の設計・製作に要するコンピュータ支援設計・製造ユニット(歯科用CAD／CAM装置)を用いて、小臼歯に対して歯冠補綴物(全部被覆冠に限る。)を設計・製作し、装着した場合に限り算定する。



[留意事項通知]

(1)CAD／CAM冠とは、CAD／CAM冠用材料との互換性が制限されない歯科用CAD／CAM装置を用いて、作業模型で間接法により製作された歯冠補綴物をいう。

(2)CAD／CAM冠を装着する場合は、次により算定する。

イ 歯冠形成を行った場合は、1歯につき、生活歯の場合は区分番号M001に掲げる歯冠形成の「1の口非金属冠」及び区分番号M001に掲げる「注2」の加算を、失活歯の場合は区分番号M001に掲げる歯冠形成の「2の口非金属冠」及び区分番号M001に掲げる歯冠形成の「注6」の加算を算定する。

ロ 印象採得を行った場合は、1歯につき、区分番号M003に掲げる印象採得の「1の口連合印象」を算定する。

ハ 装着した場合は、1歯につき区分番号M005に掲げる装着の「1 歯冠修復」、区分番号M005に掲げる装着の「注1」の加算及び特定保険医療材料料を算定する。

(3)特定保険医療材料料は別に算定する。

56

先進医療の保険導入②

歯科用CAD／CAM(コンピュータ支援設計・製造ユニット)装置を用いて製作された歯冠補綴物の評価②

[施設基準通知]

- (1) 歯科補綴治療に係る専門の知識及び3年以上の経験を有する歯科医師が1名以上配置されていること。
- (2) 保険医療機関内に歯科技工士が配置されていること。なお、歯科技工士を配置していない場合にあっては、歯科技工所との連携が図られていること。
- (3) 保険医療機関内に歯科用CAD／CAM装置が設置されていること。なお、保険医療機関内に設置されていない場合にあっては、当該装置を設置している歯科技工所と連携が図られていること。

<特定保険医療材料>

CAD／CAM冠用材料 4,840円

[定義通知]

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「歯科切削加工用レジン材料」であること。
- (2) シリカ微粉末とそれを除いた無機質フィラーの2種類のフィラーの合計が60%以上であり、重合開始剤として過酸化物を用いた加熱重合により作製されたレジブロックであること。
- (3) 1歯相当分の規格であり、複数歯分の製作ができないこと。
- (4) CAD・CAM冠に用いられる材料であること。

57

先進医療の保険導入③

歯科用CAD／CAM(コンピュータ支援設計・製造ユニット)装置を用いて製作された歯冠補綴物の評価③

2 当該療養に係る歯科技工士の氏名等

氏名	備考



保険医療機関内に歯科技工士が配置
→「氏名欄」に氏名を記載

保険医療機関内に歯科技工士が未配置
→「備考欄」に当該療養の一部を担う歯
科技工所名を記載し、「氏名欄」に当該
技工所の歯科技工士名を記載

3 当該療養に係る医療機関の体制状況等

使用する 歯科用CAD ／CAM装置	概 要	
	医療機器届出番号	
	製品名	
	製造販売業者名	
	特記事項	
その他 (特記事項)		



医療機器として届出た、互換性が制限され
ない(オープンシステム)装置に関する
内容を記載

58

先進医療の保険導入④

歯科CT撮影装置及び手術用顕微鏡を用いた歯根端切除手術の評価

改定前	改定後
【歯根端切除手術】 1,350点	【歯根端切除手術】 1 2以外の場合 1,350点 2 歯科CT撮影装置及び手術用顕微鏡を用いた場合 2,000点

[留意事項通知]

(6)2は、区分番号E000に掲げる写真撮影の「3 歯科用3次元エックス線断層撮影」及び区分番号E100に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織の「3 歯科用3次元エックス線断層撮影」を算定した患者に対し、歯科CT撮影装置を用いて得られた画像診断の結果を踏まえ、手術用顕微鏡を用いて行った場合に算定する。この場合において、使用した手術用顕微鏡の名称を診療録に記載する。

(7)2については、他の医療機関で歯科用3次元エックス線断層撮影を実施した患者に対して行った場合は算定できない。

59

患者の視点に立った歯科医療の充実

患者の視点に立った歯科医療の充実

初・再診時における歯科外来診療環境体制加算の評価の見直し

改定前	改定後
【歯科外来診療環境体制加算（初診料の加算）】 28点	【歯科外来診療環境体制加算（初診料の加算）】 <u>26点</u>
【歯科外来診療環境体制加算（再診料の加算）】 2点	【歯科外来診療環境体制加算（再診料の加算）】 <u>4点</u>

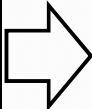
61

消費税8%への引上げに伴う対応

消費税8%への引上げに伴う対応①

- 消費税引上げに伴い、医療機関、薬局等の仕入れに係る消費税負担が増加することから、診療報酬において、基本診療料・調剤基本料に点数を上乗せすることを中心に対応し、補完的に個別項目に上乗せする。

1. 医科診療報酬

現行			改定後		うち、消費税 対応分
初診料	270点		(改)初診料	282点	(+12点)
再診料	69点		(改)再診料	72点	(+3点)
外来診療料	70点		(改)外来診療料	73点	(+3点)
入院基本料 (有床診療所入院基本料を含む。) 特定入院料 短期滞在手術基本料	各点数		(改)入院基本料 (有床診療所入院基本料を含む。) (改)特定入院料 (改)短期滞在手術基本料	平均的に+2% 程度上乗せ	
【個別項目】			【個別項目】		
外来リハビリテーション診療料1	69点		(改)外来リハビリテーション診療料1	72点	(+3点)
外来放射線照射診療料	280点		(改)外来放射線照射診療料	292点	(+12点)
在宅患者訪問診療料1	830点		(改)在宅患者訪問診療料1	833点	(+3点)

63

消費税8%への引上げに伴う対応②

2. 歯科診療報酬

現行		改定後		うち、消費税 対応分
歯科初診料	218点	(改)歯科初診料	234点	(+16点)
歯科再診料	42点	(改)歯科再診料	45点	(+3点)
【個別項目】		【個別項目】		
歯科訪問診療料1	850点	(改)歯科訪問診療料1	866点	(+16点)

3. 調剤報酬

現行		改定後		うち、消費税 対応分
調剤基本料	40点	(改)調剤基本料	41点	(+1点)
【個別項目】		【個別項目】		
一包化加算(56日分以下)	30点	(改)一包化加算(56日分以下)	32点	(+2点)
無菌製剤処理加算 (中心静脈栄養法用輸液)	55点	(改)無菌製剤処理加算 (中心静脈栄養法用輸液)	65点	(+10点)

4. 訪問看護療養費

現行		改定後		うち、消費税 対応分
訪問看護管理療養費 (初日)	7,300円	(改)訪問看護管理療養費 (初日)	7,400円	(+100円)

64

その他の項目

65

いわゆる昭和51年通知の位置づけの見直し

昭和51年7月29日付け保文発352	留意事項通知 (<u>歯冠修復及び欠損補綴 通則21</u>)
歯科領域の差額徴収の廃止に伴い、保険給付外の材料等による歯冠修復及び欠損補綴は保険給付外の治療となるが、この取扱いについては、当該治療を患者が希望した場合に限り、歯冠修復にあつては、歯冠形成(支台築造を含む。)以降、欠損補綴にあつては補綴時診断以降を保険給付外の扱いとするものである。なお、保険医療機関は、当該治療を行った場合は、社会保険に係る歯科診療録の「備考」欄に自費診療への移行等がその旨判るように記載を行う。	保険給付外の材料等による歯冠修復及び欠損補綴は保険給付外の治療となるが、この取扱いは、<u>歯及び口腔に対する治療体系が細分化されている歯科治療の特殊性に鑑み</u>、当該治療を患者が希望した場合に限り、歯冠修復にあつては歯冠形成(支台築造を含む。)以降、欠損補綴にあつては補綴時診断以降を、保険給付外の扱いとする。その際に、当該治療を行った場合は、診療録に自費診療への移行等や当該部位に係る保険診療が完結している旨が判るように明確に記載する。<u>なお、「歯科領域における保険給付外等の範囲について」(昭和51年7月29日保文発第352号)は、平成26年3月31日をもって廃止する。</u>

66

明細書の無料発行の促進①

明細書の無料発行の推進

- 平成24年度改定において、電子請求が義務付けられている400床以上の病院及び薬局については、例外なく、平成26年4月より明細書の発行を義務とした。
- 電子請求が義務付けられている400床未満の病院・診療所は、引き続き、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床未満の病院については、これを平成28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、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

- 400床未満の病院及び診療所であって、「正当な理由」に該当する保険医療機関については、今後、レセプトコンピュータを改修する時期等を届け出ることとする。
- 「正当な理由」に該当する保険医療機関であって、1,000円を超える明細書の発行料金を徴収しているものについては、その料金設定の根拠を明らかにする。

67

明細書の無料発行の促進②

明細書無料発行の義務化の範囲などについて

電子レセプト請求の義務付け対象となっている医療機関及び薬局

		明細書の無料発行体制整備済	明細書の無料発行体制未整備
病 院	400床以上	義務化 (免除規定なし)	平成26年4月以降、義務化 (免除規定なし)
	400床未満		平成26年4月～平成28年3月まで →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 →レセプトコンピュータを改修する時期を届出る。 →1,000円を超える明細書の発行料金を徴収して場合は、その料金設定の根拠を明らかにする。 平成28年4月以降、義務化(免除規定なし)
診療所 (歯科診療所含む)			平成26年4月以降 →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 →レセプトコンピュータを改修する時期を届出る。 →1,000円を超える明細書の発行料金を徴収して場合は、その料金設定の根拠を明らかにする。
薬局			平成26年4月以降、義務化 (免除規定なし)

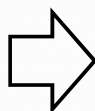
68

うがい薬だけを処方する場合の取扱い

医療費適正化の観点から、治療目的でなく、うがい薬のみが処方される場合については、当該うがい薬に係る処方料、調剤料、薬剤料、処方せん料、調剤技術基本料を算定しない。

現行

【投薬 調剤料・処方料・薬剤料・処方せん料・調剤技術基本料】
(新規)



改定後

【投薬 調剤料・処方料・薬剤料・処方せん料・調剤技術基本料】

入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬（治療目的のものを除く。）のみを投与された場合については、当該うがい薬に係る処方料、調剤料、薬剤料、処方せん料を算定しない。

<留意事項通知にて>

うがい薬のみの投薬が治療を目的としないものである場合には算定しないことを明らかにしたものであり、治療を目的とする場合にあっては、この限りでない。なお、うがい薬とは、薬効分類上の含嗽剤をいう。

特定保険医療材料の見直しについて

特定保険医療材料の見直しについて①

特定保険医療材料の新設(※再掲)

CAD/CAM冠用材料 4,840円(1個)

[定義通知]

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「歯科切削加工用レジン材料」であること。
- (2) シリカ微粉末とそれを除いた無機質フィラーの2種類のフィラーの合計が60%以上であり、重合開始剤として過酸化物を用いた加熱重合により作製されたレジンプロックであること。
- (3) 1歯相当分の規格であり、複数歯分の製作ができないこと。
- (4) CAD・CAM冠に用いられる材料であること。

歯科矯正用アンカースクリュー 3,710円(1本)

[定義通知]

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「歯科矯正用アンカースクリュー」であること。
- (2) 歯科矯正治療において矯正力付与の固定源とすることを目的に使用するスクリューであること。

71

特定保険医療材料の見直しについて②

特定保険医療材料における機能区分の細分化

改定前	改定後
[算定告示]	[算定告示]
046 歯科用合着・接着材料Ⅰ	046 歯科用合着・接着材料Ⅰ
441円(1g)	(034矯 歯科用合着・接着材料Ⅰ)
	レジン系 <u>453円</u> (1g)
	ガラスアイオノマー系 <u>386円</u> (1g)
049 歯科充填用材料Ⅰ	049 歯科充填用材料Ⅰ
704円(1g)	複合レジン系 <u>724円</u> (1g)
	ガラスアイオノマー系 <u>644円</u> (1g)
050 歯科充填用材料Ⅱ	050 歯科充填用材料Ⅱ
270点(1g)	複合レジン系 <u>277円</u> (1g)
	ガラスアイオノマー系 <u>277円</u> (1g)

72

附帯意見

73

平成26年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見①

平成26年2月12日 中央社会保険医療協議会

1. 初再診料、時間外対応加算等について、歯科を含めて、引き続き検討すること。また、主治医機能の評価（地域包括診療料・地域包括診療加算）の影響、大病院の紹介率・逆紹介率や長期処方の状況等を調査・検証し、外来医療の機能分化・連携の推進について引き続き検討すること。
2. 入院医療の機能分化・連携の推進について、次に掲げる事項等の影響を調査・検証し、病床機能報告制度等も踏まえ、引き続き検討すること。
 - (1) 一般病棟入院基本料（7対1、10対1の特定除外制度、「重症度、医療・看護必要度」、短期滞在手術等基本料等）の見直し
 - (2) 特定集中治療室管理料の見直し
 - (3) 総合入院体制加算の見直し
 - (4) 有床診療所入院基本料の見直し
 - (5) 地域包括ケア病棟入院料の創設
3. 医療を提供しているが医療資源の少ない地域に配慮した評価の影響を調査・検証し、その在り方を引き続き検討すること。
4. 療養病棟、障害者病棟、特殊疾患病棟等における長期入院も含めた慢性期入院医療の在り方について検討すること。
5. 在宅医療の適切な推進と介護保険との連携について、次に掲げる事項等を調査・検証し、在宅自己注射指導管理料の在り方、在宅医療を主に行う保険医療機関の外来医療の在り方等を引き続き検討すること。
 - (1) 機能強化型在宅療養支援診療所等の評価見直しの影響
 - (2) 在宅不適切事例の適正化の影響
 - (3) 歯科訪問診療の診療時間等
 - (4) 機能強化型訪問看護ステーションの実態
 - (5) 在宅における薬剤や衛生材料等の供給体制
6. 適切な向精神薬使用の推進を含め、精神医療の実態を調査・検証し、精神医療の推進について引き続き検討すること。

74

平成26年度診療報酬改定に係る答申書附帯意見②

7. 救急医療管理加算の見直し、廃用症候群に対するリハビリテーションの適正化、リハビリテーションの推進等の影響、維持期リハビリテーションの介護サービスへの移行の状況、胃瘻の造設の状況等について調査・検証し、それらの在り方を引き続き検討すること。
8. 新薬創出・適応外薬解消等促進加算について、真に医療の質の向上に貢献する医薬品の国内研究・開発状況や財政影響を確認・検証するとともに、当該加算の対象品目の在り方等現行方式の見直しについても検討すること。また、長期収載品や後発医薬品の薬価の在り方について引き続き検討すること。
9. DPC制度について、医療機関群、機能評価係数Ⅱの見直し等を含め、引き続き調査・検証し、その在り方を引き続き検討すること。
10. 明細書の無料発行の促進の効果を含めた影響を調査・検証するとともに、診療報酬点数表の平易化・簡素化について引き続き検討すること。
11. 夜間の看護要員配置の評価、月平均夜勤時間72時間要件を満たさない場合の緩和措置、チーム医療の推進等を含め、医療従事者の負担軽減措置の影響を調査・検証し、それらの在り方を引き続き検討すること。
12. 後発医薬品の使用促進策、いわゆる門前薬局の評価の見直し、妥結率が低い保険薬局等の適正化等の影響を調査・検証し、調剤報酬等の在り方について引き続き検討すること。
13. 残薬確認の徹底と外来医療の機能分化・連携の推進等のため、処方医やかかりつけ医との連携を含めた分割調剤について引き続き検討すること。
14. 医薬品や医療機器等の保険適用の評価に際して費用対効果の観点を導入することについて、イノベーションの評価との整合性も踏まえつつ、データ・分析結果の収集、評価対象の範囲、評価の実施体制等を含め、平成28年度診療報酬改定における試行的導入も視野に入れながら、引き続き検討すること。
15. ICTを活用した医療情報の共有の評価の在り方を検討すること。

診療報酬改定に伴う届出事項一覧（基本診療料）

（「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」（保医発０３０５第１号）より一部抜粋）

注：下線及び取消線については、東海北陸厚生局にて追記等をしたもの。

第２ 届出に関する手続き

（中略）

- ７ 各月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の１日から当該届出に係る診療報酬を算定する。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の１日から算定する。なお、平成２６年４月１４日までに届出書の提出があり、同月末日までに要件審査を終え届出の受理が行われたものについては、同月１日に遡って算定することができるものとする。

第４ 経過措置等

- １ 第２及び第３の規定にかかわらず、平成２６年３月３１日現在において入院基本料等の届出が受理されている保険医療機関については、次の取扱いとする。

平成２６年３月３１日において現に表１及び表２に掲げる入院基本料等以外の入院基本料等を算定している保険医療機関であって、引き続き当該入院基本料等を算定する場合には、新たな届出を要しないが、平成２６年４月以降の実績により、届出を行っている入院基本料等の施設基準等の内容と異なる事情等が生じた場合は、変更の届出を行うこと。

表１ 新たに施設基準が創設されたことにより、平成２６年４月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの

地域包括診療加算

一般病棟入院基本料の注２に掲げる月平均夜勤時間超過減算（１３対１入院基本料及び１５対１入院基本料に限る。）

一般病棟入院基本料の注１１に掲げる療養病棟入院基本料１（７対１入院基本料又は１０対１入院基本料に限る。）（平成２６年１０月１日以降に限る。）

一般病棟入院基本料の注１２に掲げるＡＤＬ維持向上等体制加算（７対１入院基本料及び１０対１入院基本料に限る。）

療養病棟入院基本料の注２に掲げる月平均夜勤時間超過減算（療養病棟入院基本料２に限る。）

療養病棟入院基本料の注１０に掲げる在宅復帰機能強化加算（療養病棟入院基本料１に限る。）

結核病棟入院基本料の注２に掲げる月平均夜勤時間超過減算

精神病棟入院基本料の注２に掲げる月平均夜勤時間超過減算

精神病棟入院基本料の注７に掲げる精神保健福祉士配置加算

特定機能病院入院基本料の注 9 に掲げる療養病棟入院基本料 1（一般病棟に限る。）（平成 26 年 10 月 1 日以降に限る。）

特定機能病院入院基本料の注 10 に掲げる A D L 維持向上等体制加算（一般病棟に限る。）

専門病院入院基本料の注 8 に掲げる療養病棟入院基本料 1（平成 26 年 10 月 1 日以降に限る。）

専門病院入院基本料の注 9 に掲げる A D L 維持向上等体制加算（7 対 1 入院基本料及び 10 対 1 入院基本料に限る。）

障害者施設等入院基本料の注 2 に掲げる月平均夜勤時間超過減算

有床診療所入院基本料 1・2・3

有床診療所入院基本料の注 6 に掲げる看護補助配置加算 1 又は 2

有床診療所入院基本料の注 10 に掲げる栄養管理実施加算

有床診療所療養病床入院基本料の注 10 に掲げる栄養管理実施加算

総合入院体制加算 1

診療録管理体制加算 1

医師事務作業補助体制加算 1

急性期看護補助体制加算の注 2 に掲げる夜間 25 対 1 急性期看護補助体制加算

看護職員夜間配置加算（平成 26 年 10 月 1 日以降引き続き算定する場合に限る。）

新生児特定集中治療室退院調整加算 3

特定集中治療室管理料 1 又は 2

ハイケアユニット入院医療管理料 1

回復期リハビリテーション病棟入院料の注 5 に掲げる体制強化加算

地域包括ケア病棟入院料

地域包括ケア病棟入院料の注 2（別に厚生労働大臣が定める地域の保険医療機関の場合）

地域包括ケア病棟入院料の注 3 に掲げる看護職員配置加算

地域包括ケア病棟入院料の注 4 に掲げる看護補助者配置加算

精神科救急入院料の注 4 に掲げる院内標準診療計画加算

精神科急性期治療病棟入院料の注 4 に掲げる精神科急性期医師配置加算

精神科急性期治療病棟入院料の注 5 に掲げる院内標準診療計画加算

精神科救急・合併症入院料の注 4 に掲げる院内標準診療計画加算

精神療養病棟入院料の注 6 に掲げる精神保健福祉士配置加算

特定一般病棟入院料の注 7

表 2 施設基準の改正により、平成 26 年 3 月 31 日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であっても、平成 26 年 4 月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの

一般病棟入院基本料（7 対 1 入院基本料に限る。）（平成 26 年 10 月 1 日以降引き続き算定

する場合に限る。)

特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。7対1入院基本料に限る。）（平成26年10月1日以降引き続き算定する場合に限る。）

専門病院入院基本料（7対1入院基本料に限る。）（平成26年10月1日以降引き続き算定する場合に限る。）

一般病棟入院基本料の注6に掲げる看護必要度加算1又は2（平成26年10月1日以降引き続き算定する場合に限る。）

総合入院体制加算2

診療録管理体制加算2

医師事務作業補助体制加算2

急性期看護補助体制加算（平成26年10月1日以降引き続き算定する場合に限る。）

看護補助加算（一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料及び専門病院入院基本料の13対1入院基本料に限る。）（平成26年10月1日以降引き続き算定する場合に限る。）

褥瘡ハイリスク患者ケア加算の注2（別に厚生労働大臣が定める地域の保険医療機関の場合）

退院調整加算の注3（別に厚生労働大臣が定める地域の保険医療機関の場合）

データ提出加算

特定集中治療室管理料3又は4（平成27年4月1日以降も引き続き算定する場合に限る。）

ハイケアユニット入院医療管理料2（平成26年10月1日以降も引き続き算定する場合に限る。）

小児特定集中治療室管理料

新生児特定集中治療室管理料1又は2（平成26年10月1日以降も引き続き算定する場合に限る。）

総合周産期特定集中治療室管理料（新生児集中治療室管理料）（平成26年10月1日以降も引き続き算定する場合に限る。）

回復期リハビリテーション病棟入院料1（平成26年10月1日以降引き続き算定する場合に限る。）

回復期リハビリテーション病棟入院料（回復期リハビリテーション病棟入院料1に限る。）の注2に掲げる休日リハビリテーション提供体制加算

精神科救急入院料

精神科救急・合併症入院料

精神療養病棟入院料

表3 診療報酬の算定項目の名称が変更されたが、平成26年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であれば新たに届出は必要でないもの

有床診療所入院基本料 1	→	有床診療所入院基本料 4
有床診療所入院基本料 2	→	有床診療所入院基本料 5
有床診療所入院基本料 3	→	有床診療所入院基本料 6
新生児特定集中治療室退院調整加算	→	新生児特定集中治療室退院調整加算 1
新生児特定集中治療室退院調整加算	→	新生児特定集中治療室退院調整加算 2
短期滞在手術基本料 1	→	短期滞在手術等基本料 1
短期滞在手術基本料 2	→	短期滞在手術等基本料 2
総合入院体制加算	⇒	総合入院体制加算 2
医師事務作業補助体制加算	→	医師事務作業補助体制加算 2

- 2 精神病棟入院基本料の特別入院基本料の施設基準のうち「当該病棟の入院患者の数が25又はその端数を増すごとに1以上であること」については、看護職員の確保が特に困難であると認められる保険医療機関であって、看護職員の確保に関する具体的な計画が定められているものについては、当該施設基準の規定にかかわらず、なお従前の例によることができる。

診療報酬改定に伴う届出事項一覧（特掲診療料）

（「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」（保医発０３０５第２号）より一部抜粋）

注：下線及び取消線については、東海北陸厚生局にて追記等をしたもの。

第２ 届出に関する手続き

（中略）

- ７ ４に定めるもののほか、各月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の１日から当該届出に係る診療報酬を算定する。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の１日から算定する。なお、平成２６年４月１４日までに届出書の提出があり、同月末日までに要件審査を終え届出の受理が行われたものについては、同月１日に遡って算定することができるものとする。

第４ 経過措置等

第２及び第３の規定にかかわらず、平成２６年３月３１日現在において特掲診療料の届出が受理されている保険医療機関及び保険薬局については、次の取扱いとする。

平成２６年３月３１日において現に表１及び表２に掲げる特掲診療料以外の特掲診療料を算定している保険医療機関又は保険薬局であって、引き続き当該特掲診療料を算定する場合には、新たな届出を要しないが、平成２６年４月以降の実績をもって、該当する特掲診療料の施設基準等の内容と異なる事情等が生じた場合は、変更の届出を行うこと。

表１ 新たに施設基準が創設されたことにより、平成２６年４月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの

心臓ペースメーカー指導管理料の注４に掲げる植込型除細動器移行期加算

がん患者指導管理料２

がん患者指導管理料３

外来緩和ケア管理料の注４（別に厚生労働大臣が定める地域の保険医療機関の場合）
糖尿病透析予防指導管理料の注４（別に厚生労働大臣が定める地域の保険医療機関の場合）

地域包括診療料

在宅療養実績加算

在宅療養後方支援病院

在宅患者訪問褥瘡管理指導料（平成２６年１０月１日以降に限る。）

持続血糖測定器加算

在宅かかりつけ歯科診療所加算
H P V 核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）
光トポグラフィー（抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用する場合の診療料を算定する場合）
ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影
乳房用ポジトロン断層撮影
脳血管疾患等リハビリテーション（Ⅰ）、（Ⅱ）、（Ⅲ）の注5
運動器リハビリテーション（Ⅰ）、（Ⅱ）、（Ⅲ）の注5
経口摂取回復促進加算
認知症患者リハビリテーション料
歯科口腔リハビリテーション料2
精神科重症患者早期集中支援管理料
処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1
磁気による膀胱等刺激法
C A D／C A M冠
脳腫瘍覚醒下マッピング加算
仙骨神経刺激装置植込術
仙骨神経刺激装置交換術
羊膜移植術
緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの））
網膜再建術
内視鏡下鼻・副鼻腔手術V型（拡大副鼻腔手術）
経皮的冠動脈形成術
経皮的冠動脈ステント留置術
胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術
内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術
腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術
腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術
腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術
腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術
腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）
体外衝撃波碎石破碎術
腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術
腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術
腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術
腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）

胎児胸腔・羊水腔シャント術

手術の休日加算 1、時間外加算 1 及び深夜加算 1

胃瘻造設術（内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）

貯血式自己血輸血管理体制加算

胃瘻造設時嚥下機能評価加算

1 回線量増加加算

口腔病理診断管理加算

調剤基本料

表 2 施設基準の改正により、平成 26 年 3 月 31 日において現に当該点数を算定していた保険医療機関及び保険薬局であっても、平成 26 年 4 月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの

腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術

基準調剤加算 1・2

後発医薬品調剤体制加算 1・2

表 3 施設基準等の名称が変更されたが、平成 26 年 3 月 31 日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であれば新たに届出が必要でないもの

がん患者カウンセリング料	→	がん患者指導管理料 1
--------------	---	-------------

ホームページ掲載について

- ・東海北陸厚生局ホームページ ホーム

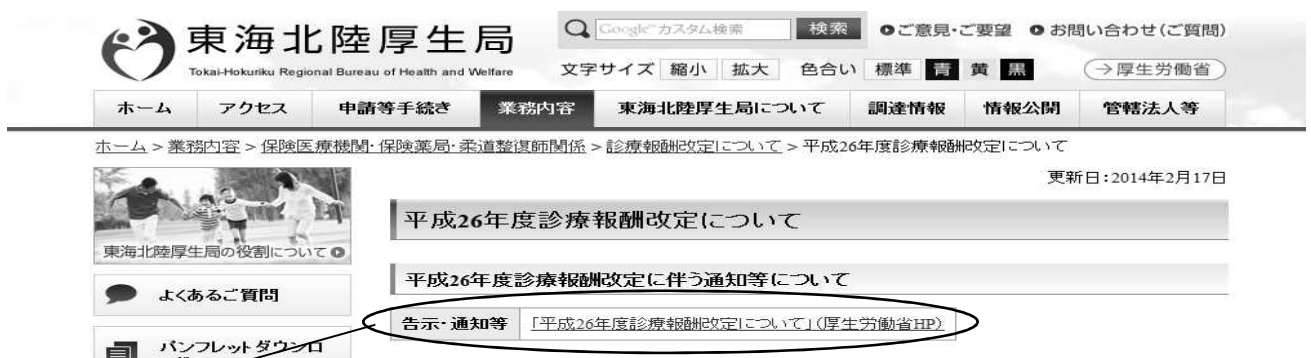
<http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/tokaihokuriku/>



トップページの「平成26年度診療報酬改定情報」より入っていただくと、

- ・平成26年度診療報酬改定に伴う資料
 - ・施設基準の届出様式
- 等がダウンロードできます。

また、当該ページ内において厚生労働省のホームページの平成26年度診療報酬改定についてにもリンクしております。



平成26年度診療報酬改定に関する告示・通知等が掲載されており、随時、変更や疑義解釈資料等が追加掲載されていく予定でありますので、必ずご確認をお願いいたします。

- ・厚生労働省ホームページ 平成26年度診療報酬改定について

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000032996.html>

平成 26 年度診療報酬改定 関係省令・告示一覧表

No.	省令又は告示の名称	公布又は 告示（予定）日	法令番号
1	保険医療機関及び保険医療養担当規則等の一部を改正する省令	3月5日	厚生労働省令第17号
2	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の一部を改正する告示	3月5日	厚生労働省告示第55号
3	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揭示事項等の一部を改正する件	3月5日	厚生労働省告示第56号
4	診療報酬の算定方法の一部を改正する件	3月5日	厚生労働省告示第57号
5	基本診療料の施設基準等の一部を改正する件	3月5日	厚生労働省告示第58号
6	特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件	3月5日	厚生労働省告示第59号
7	酸素及び窒素の価格の一部を改正する件	3月5日	厚生労働省告示第60号
8	使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部を改正する件	3月5日	厚生労働省告示第61号
9	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	3月5日	厚生労働省告示第62号
10	訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部を改正する件	3月5日	厚生労働省告示第63号
11	訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等の一部を改正する件	3月5日	厚生労働省告示第64号
12	複数手術に係る費用の特例を定める件の一部を改正する件	3月19日	（未定）
13	厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法の一部を改正する件	3月19日	（未定）
14	厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法第一項第五号の規定に基づき厚生労働大臣が別に定める者の一部を改正する件	3月19日	（未定）
15	厚生労働大臣が定める傷病名、手術、処置等及び副傷病名の一部を改正する件	3月19日	（未定）
16	厚生労働大臣が指定する病院の病棟並びに厚生労働大臣が定める病院、基礎係数及び暫定調整係数、機能評価係数Ⅰ及び機能評価係数Ⅱの一部を改正する件	3月19日	（未定）

17	保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等の一部を改正する件	3月26日	(未定)
18	厚生労働大臣の定める先進医療及び施設基準の一部を改正する件	3月26日	(未定)
19	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第七条第三項の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式の一部を改正する件	3月26日	(未定)
20	訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第二条の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式の一部を改正する件	3月26日	(未定)
21	要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合の一部を改正する件	3月26日	(未定)

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。