

個別改定項目について

I 現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進

I-1 医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組

- ① 賃上げに向けた評価の新設 ※ 今回は資料なし
- ② 入院基本料等の見直し
- ③ 初再診料等の評価の見直し
- ④ 歯科医療における初再診料等の評価の見直し
- ⑤ 地域医療に貢献する薬局の体制確保に係る調剤基本料等の見直し

I-2 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進

- ① 医師事務作業補助体制加算の見直し
- ② 特定集中治療室管理料等の見直し
- ③ 入院中の薬物療法の適正化に対する取組の推進
- ④ 薬剤師の養成強化による病棟薬剤業務の向上
- ⑤ 外来腫瘍化学療法診療料の見直し

I-3 業務の効率化に資する ICT の利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価

- ① ICT、AI、IoT 等の活用による業務負担軽減の取組の推進
- ② 医療機関・薬局における事務等の簡素化・効率化

I-4 地域医療の確保及び機能分化を図る観点から、労働時間短縮の実効性担保に向けた見直しを含め、必要な救急医療体制等の確保

- ① 地域医療体制確保加算の見直し
- ② 勤務医の働き方改革の取組の推進

I-5 多様な働き方を踏まえた評価の拡充

- ① 特定集中治療室管理料等の見直し
- ② 看護補助体制充実加算に係る評価の見直し
- ③ 感染対策向上加算等における専従要件の明確化
- ④ ICT、AI、IoT 等の活用による業務負担軽減の取組の推進
- ⑤ 訪問看護ステーションにおける持続可能な 24 時間対応体制確保の推進

I-6 医療人材及び医療資源の偏在への対応

- ① 時間外対応加算の見直し
- ② 特定集中治療室管理料等の見直し
- ③ 超急性期脳卒中加算の見直し

- ④ 脳梗塞の患者に対する血栓回収療法における遠隔連携の評価
- ⑤ DPC／PDPS の見直し
- ⑥ 医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し
- ⑦ 医療資源の少ない地域の対象地域の見直し

II ポスト 2025 を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や医療 DX を含めた医療機能の分化・強化、連携の推進

II-1 医療 DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進

- ① 医療情報・システム基盤整備体制充実加算の見直し
- ② 医療 DX 推進体制整備加算の新設
- ③ 在宅医療における医療 DX の推進
- ④ 訪問看護医療 DX 情報活用加算の新設
- ⑤ 救急時医療情報閲覧機能の導入の推進
- ⑥ へき地診療所等が実施する D to P with N の推進
- ⑦ 難病患者の治療に係る遠隔連携診療料の見直し
- ⑧ 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料における情報通信機器を用いた診療に係る評価の新設
- ⑨ 小児特定疾患カウンセリング料の見直し
- ⑩ 情報通信機器を用いた通院精神療法に係る評価の新設
- ⑪ 情報通信機器を用いた歯科診療に係る評価の新設
- ⑫ 歯科遠隔連携診療料の新設
- ⑬ 超急性期脳卒中加算の見直し
- ⑭ 脳梗塞の患者に対する血栓回収療法における遠隔連携の評価
- ⑮ 診療録管理体制加算の見直し
- ⑯ プログラム医療機器の使用に係る指導管理の評価
- ⑰ 診療報酬における書面要件の見直し
- ⑱ 書面掲示事項のウェブサイトへの掲載
- ⑲ 医療機関・薬局における事務等の簡素化・効率化

II-2 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組

- ① 地域で救急患者等を受け入れる病棟の評価
- ② 介護保険施設入所者の病状の急変時の適切な入院受入れの推進
- ③ 医療機関と介護保険施設の連携の推進
- ④ 介護保険施設及び障害者支援施設における医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し

- ⑤ リハビリテーションに係る医療・介護情報連携の推進
- ⑥ 退院時におけるリハビリテーションに係る医療・介護連携の推進
- ⑦ 就労支援に係る医療機関と障害福祉サービスの連携の推進
- ⑧ 入退院支援加算 1・2の見直しについて
- ⑨ 在宅療養指導料の見直し
- ⑩ 認知症ケア加算の見直し
- ⑪ 入院基本料等の見直し
- ⑫ 地域包括ケア病棟入院料の評価の見直し
- ⑬ 地域包括ケア病棟の施設基準の見直し
- ⑭ 有床診療所における医療・介護・障害連携の推進
- ⑮ リハビリテーションに係る医療・介護・障害福祉サービス連携の推進

II-3 リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進

- ① 急性期におけるリハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の取組の推進
- ② 病態に応じた早期からの疾患別リハビリテーションの推進
- ③ 疾患別リハビリテーション料の実施者別区分の創設
- ④ 呼吸器リハビリテーション料の見直し
- ⑤ 療養病棟入院基本料の見直し
- ⑥ 入院基本料等の見直し
- ⑦ 医療と介護における栄養情報連携の推進
- ⑧ 回復期等の患者に対する口腔機能管理の推進

II-4 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価

- ① 急性期充実体制加算の見直し
- ② 総合入院体制加算の見直し
- ③ 急性期一般入院料 1 における平均在院日数の基準の見直し
- ④ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目及び施設基準の見直し
- ⑤ 特定集中治療室管理料等の見直し
- ⑥ ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の見直し
- ⑦ 重症度、医療・看護必要度Ⅱの要件化
- ⑧ 重症患者対応体制強化加算の要件の見直し
- ⑨ 短期滞在手術等基本料の評価の見直し
- ⑩ 地域で救急患者等を受け入れる病棟の評価
- ⑪ 主としてケアを担う看護補助者の評価の新設
- ⑫ 地域包括ケア病棟の在宅患者支援病床初期加算の見直し

- ⑬ 回復期リハビリテーション病棟入院料の評価及び要件の見直し
- ⑭ 療養病棟入院基本料の見直し
- ⑮ 有床診療所療養病床入院基本料の施設基準の見直し
- ⑯ 児童・思春期精神科入院医療管理料における不適切な養育等が疑われる小児患者に対する支援体制の評価の新設
- ⑰ 障害者施設等入院基本料等の患者割合に係る要件の見直し
- ⑱ 障害者施設等入院基本料等の見直し
- ⑲ 緩和ケア病棟における在宅療養支援の充実
- ⑳ 医療資源の少ない地域に配慮した評価の見直し
- ㉑ 医療資源の少ない地域の対象地域の見直し
- ㉒ DPC／PDPS の見直し
- ㉓ 血友病患者の治療の評価の見直し

II－5 外来医療の機能分化・強化等

- ① 生活習慣病に係る医学管理料の見直し
- ② 特定疾患処方管理加算の見直し
- ③ 地域包括診療料等の見直し

II－6 新興感染症等に対応できる地域における医療提供体制の構築に向けた取組

- ① 感染対策向上加算の見直し
- ② 外来感染対策向上加算の見直し
- ③ 感染症の入院患者に対する感染対策及び個室管理の評価
- ④ サーベイランス強化加算等の見直し
- ⑤ 新興感染症等に対応可能な歯科医療提供体制の構築
- ⑥ 連携強化加算（調剤基本料）の見直し
- ⑦ 新興感染症等に対応した在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の見直し

II－7 かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価

- ① 地域包括診療料等の見直し
- ② 時間外対応加算の見直し
- ③ 小児かかりつけ診療料の見直し
- ④ 継続的・定期的な口腔管理による歯科疾患の重症化予防の取組の推進
- ⑤ かかりつけ薬剤師指導料の見直し
- ⑥ 服薬管理指導料の特例（かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合）の見直し
- ⑦ 薬学的なフォローアップに関する評価の見直し

II－8 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

- ① 介護保険施設入所者の病状の急変時の適切な往診の推進
- ② 地域における 24 時間の在宅医療提供体制の構築の推進
- ③ 往診に関する評価の見直し
- ④ 在宅医療における ICT を用いた医療情報連携の推進
- ⑤ 在宅療養移行加算の見直し
- ⑥ 在宅における注射による麻薬の投与に係る評価の新設
- ⑦ 在宅における質の高い緩和ケアの提供の推進
- ⑧ 在宅ターミナルケア加算等の見直し
- ⑨ 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の見直し
- ⑩ 在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院における訪問栄養食事指導の推進
- ⑪ 包括的支援加算の見直し
- ⑫ 訪問診療の頻度が高い医療機関の在宅患者訪問診療料の見直し
- ⑬ 頻回訪問加算の見直し
- ⑭ 訪問看護ステーションにおける管理者の責務の明確化
- ⑮ 虐待防止措置及び身体的拘束等の適正化の推進
- ⑯ 訪問看護ステーションの機能に応じた訪問看護管理療養費の見直し
- ⑰ 訪問看護ステーションにおける持続可能な 24 時間対応体制確保の推進
- ⑱ 緊急訪問看護加算の評価の見直し
- ⑲ 医療ニーズの高い利用者の退院支援の見直し
- ⑳ 母子に対する適切な訪問看護の推進
- ㉑ 訪問看護療養費明細書の電子化に伴う訪問看護指示書の記載事項及び様式見直し
- ㉒ 訪問看護医療DX情報活用加算の新設
- ㉓ ICT を活用した遠隔死亡診断の補助に対する評価の新設
- ㉔ 質の高い在宅歯科医療の提供の推進
- ㉕ 訪問歯科衛生指導の推進
- ㉖ 小児に対する歯科訪問診療の推進
- ㉗ 入院患者の栄養管理等における歯科専門職の連携の推進
- ㉘ 多様な在宅ニーズに対応した薬局の高度な薬学的管理に係る体制評価の見直し
- ㉙ 在宅医療における薬学的管理に係る評価の新設
- ㉚ 医療用麻薬における無菌製剤処理加算の要件の見直し
- ㉛ 高齢者施設における薬学的管理に係る評価の見直し

Ⅲ 安心・安全で質の高い医療の推進

Ⅲ－１ 食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰を踏まえた対応

- ① 入院時の食費の基準の見直し

Ⅲ－２ 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価

- ① 一般不妊治療管理料及び胚凍結保存管理料の見直し
- ② 外来腫瘍化学療法診療料の見直し
- ③ 遺伝学的検査の見直し
- ④ 抗HLA抗体検査の算定要件の見直し
- ⑤ 人工腎臓に係る導入期加算の見直し
- ⑥ 入院基本料等の見直し
- ⑦ 看護補助体制充実加算に係る評価の見直し
- ⑧ 医療安全対策の推進
- ⑨ 手術等の医療技術の適切な評価
- ⑩ 質の高い臨床検査の適切な評価
- ⑪ 医療機関・訪問看護ステーションにおける明細書発行の推進
- ⑫ 新興感染症等に対応可能な歯科医療提供体制の構築

Ⅲ－３ アウトカムにも着目した評価の推進

- ① データ提出加算及びデータ提出加算に係る届出を要件とする入院料の見直し
- ② 回復期リハビリテーション病棟の評価及び要件の見直し
- ③ 回復期リハビリテーション病棟における運動器リハビリテーション料の算定単位数の見直し

Ⅲ－４ 重点的な対応が求められる分野への適切な評価（小児医療、周産期医療、救急医療等）

Ⅲ－４－１ 高齢者の救急医療の充実及び適切な搬送の促進

- ① 初期診療後の救急患者の転院搬送に対する評価
- ② 救急医療管理加算の見直し

Ⅲ－４－２ 小児医療、周産期医療の充実

- ① 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料の新設
- ② 小児特定疾患カウンセリング料の見直し
- ③ 小児緩和ケア診療加算の新設
- ④ 小児かかりつけ診療料の見直し
- ⑤ 小児特定集中治療室管理料における算定上限日数の見直し
- ⑥ 小児抗菌薬適正使用支援加算及び小児科外来診療料の見直し
- ⑦ 医療的ケア児（者）に対する入院前支援の評価の新設

- ⑧ 入退院支援加算 3 の見直し
- ⑨ 一般病棟と一体的に運用する小児入院医療管理料 3 の見直し
- ⑩ 小児入院医療管理料における保育士・看護補助者の評価の新設
- ⑪ 母体・胎児集中治療室管理料の見直し
- ⑫ ハイリスク妊娠管理加算の見直し

Ⅲ－４－３ 質の高いがん医療及び緩和ケアの評価

- ① がん性疼痛緩和指導管理料の見直し
- ② 緩和ケア病棟における在宅療養支援の充実
- ③ 在宅における注射による麻薬の投与に係る評価の新設
- ④ 在宅における質の高い緩和ケアの提供の推進
- ⑤ 小児緩和ケア診療加算の新設
- ⑥ 外来腫瘍化学療法診療料の見直し
- ⑦ がん拠点病院加算の見直し

Ⅲ－４－４ 認知症の者に対する適切な医療の評価

- ① 入院基本料等の見直し
- ② 認知症ケア加算の見直し
- ③ 地域包括診療料等の見直し
- ④ 認知症患者に対するかかりつけ歯科医と医師等との連携による歯科医療の推進

Ⅲ－４－５ 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

- ① 精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に向けた重点的な支援を提供する病棟の評価の新設
- ② 地域移行機能強化病棟入院料の継続と要件の見直し
- ③ 精神科入退院支援加算の新設
- ④ 療養生活環境整備指導加算及び療養生活継続支援加算の見直し
- ⑤ 通院・在宅精神療法の見直し及び早期診療体制充実加算の新設
- ⑥ 児童思春期支援指導加算の新設
- ⑦ 心理支援加算の新設
- ⑧ 精神科在宅患者支援管理料の見直し

Ⅲ－４－６ 難病患者に対する適切な医療の評価

- ① 難病患者の治療に係る遠隔連携診療料の見直し
- ② 遺伝学的検査の見直し

Ⅲ－５ 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進

- ① 生活習慣病に係る医学管理料の見直し
- ② 特定疾患処方管理加算の見直し
- ③ 地域包括診療料等の見直し
- ④ 慢性腎臓病の透析予防指導管理の評価の新設
- ⑤ 薬学的なフォローアップに関する評価の見直し

Ⅲ－６ 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進

- ① 医科歯科連携の推進
- ② 回復期等の患者に対する口腔機能管理の推進
- ③ 歯科疾患に対する周術期等口腔機能管理の見直し
- ④ 医歯薬連携の推進
- ⑤ ライフステージに応じた口腔機能管理の推進
- ⑥ 客観的な評価に基づく歯科医療や口腔機能管理の推進
- ⑦ 認知症患者に対するかかりつけ歯科医と医師等との連携による歯科医療の推進
- ⑧ かかりつけ歯科医と学校関係者等の連携の促進
- ⑨ 歯科治療環境への適応が困難な患者に対する評価の見直し
- ⑩ う蝕の重症化予防の推進
- ⑪ 歯周病の重症化予防の推進
- ⑫ 歯科衛生士による実地指導の推進
- ⑬ 情報通信機器を用いた歯科診療に係る評価の新設
- ⑭ 歯科遠隔連携診療料の新設
- ⑮ 歯科固有の技術の評価の見直し

Ⅲ－７ 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病院薬剤師業務の評価

- ① 薬局薬剤師の業務実態及び多職種連携のニーズに応じた薬学管理料の見直し
- ② 薬学的なフォローアップに関する評価の見直し
- ③ 薬局における嚥下困難者製剤加算及び自家製剤加算の薬剤調製に係る評価の見直し
- ④ 外来腫瘍化学療法診療料の見直し
- ⑤ 入院中の薬物療法の適正化に対する取組の推進
- ⑥ 薬剤師の養成強化による病棟薬剤業務の向上

Ⅲ－８ 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進

の所定点数を算定する。

8 (略)

9 7に規定する別に厚生労働大臣が定める基準のうち、身体的拘束最小化に関する基準を満たすことができない保険医療機関については、第1節（特別入院基本料等を除く。）、第3節及び第4節（短期滞入手術等基本料1を除く。）の各区分に掲げるそれぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞入手術等基本料の所定点数から1日につき●●点を減算する。

歯科診療報酬点数表第1章第2部
入院料等
通則

6 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策、栄養管理体制、意思決定支援及び身体的拘束最小化について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第1節（特別入院基本料等を含む。）、第3節及び第4節（短期滞入手術等基本料1を除く。）の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。ただし、歯科診療のみを行う保険医療機関にあっては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、当該入院料の所定点数を算定する。

7 (略)

8 6に規定する別に厚生労働大臣が定める基準のうち、身体的拘束最小化に関する基準を満たすことができない保険医療機関については、第1節（特別入院基本料等を除く。）、第3節及び第4節（短期滞入手術等基本

8 (略)

(新設)

歯科診療報酬点数表第1章第2部
入院料等
通則

6 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第1節（特別入院基本料等を含む。）及び第3節の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。ただし、歯科診療のみを行う保険医療機関にあっては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、当該入院料の所定点数を算定する。

7 (略)

(新設)

料1を除く。)の各区分に掲げるそれぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞入手術等基本料の所定点数から1日につき●●点を減算する。

[施設基準]

第四 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策、栄養管理体制、意思決定支援及び身体的拘束最小化の基準

一～六 (略)

七 意思決定支援の基準

当該保険医療機関において、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。(小児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、小児入院医療管理料又は児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟のみを有するものを除く。)

八 身体的拘束最小化の基準

身体的拘束の最小化を行うにつき十分な体制が整備されていること。

第四の二 歯科点数表第一章第二部入院料等通則第6号ただし書に規定する基準

一 第四の一から四まで及び八のいずれにも該当するものであること。

二 (略)

別添2 入院基本料等の施設基準等
第1 入院基本料(特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算、夜勤時間特別入院基本料及び重症患者割合特別入院基本料(以下「特

[施設基準]

第四 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制の基準

一～六 (略)

(新設)

(新設)

第四の二 歯科点数表第一章第二部入院料等通則第6号ただし書に規定する基準

一 第四の一から四までのいずれにも該当するものであること。

二 (略)

別添2 入院基本料等の施設基準等
第1 入院基本料(特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算、夜勤時間特別入院基本料及び重症患者割合特別入院基本料(以下「特

④ 歯科医療における初再診料等の評価の見直し

第1 基本的な考え方

歯科診療にかかる評価について、標準的な感染防止対策を日常的に講じることが必要となっていること、医療機関の職員や歯科技工所で従事する者の賃上げを実施すること等の観点から、初再診料や歯冠修復及び欠損補綴物の製作に係る項目について評価を見直す。

第2 具体的な内容

1. 初診料及び再診料を引き上げる。

改定案	現行
【初診料】 1 歯科初診料 <u>●●点</u> 2 地域歯科診療支援病院歯科初診料 <u>●●点</u> 【再診料】 1 歯科再診料 <u>●●点</u> 2 地域歯科診療支援病院歯科再診料 <u>●●点</u>	【初診料】 1 歯科初診料 <u>264点</u> 2 地域歯科診療支援病院歯科初診料 <u>288点</u> 【再診料】 1 歯科再診料 <u>56点</u> 2 地域歯科診療支援病院歯科再診料 <u>73点</u>

2. 歯冠修復及び欠損補綴物の製作に係る項目の評価を引き上げる。

改定案	現行
【支台築造（1歯につき）】 1 間接法 イ メタルコアを用いた場合 (1) 大臼歯 <u>●●点</u> (2) 小臼歯及び前歯 <u>●●点</u> ロ ファイバーポストを用いた場合 (1) 大臼歯 <u>●●点</u> (2) 小臼歯及び前歯 <u>●●点</u> 【金属歯冠修復（1個につき）】 1 インレー	【支台築造（1歯につき）】 1 間接法 イ メタルコアを用いた場合 (1) 大臼歯 <u>176点</u> (2) 小臼歯及び前歯 <u>150点</u> ロ ファイバーポストを用いた場合 (1) 大臼歯 <u>196点</u> (2) 小臼歯及び前歯 <u>170点</u> 【金属歯冠修復（1個につき）】 1 インレー

イ 単純なもの	●●点	イ 単純なもの	190点
ロ 複雑なもの	●●点	ロ 複雑なもの	284点
2 4分の3冠（前歯）	●●点	2 4分の3冠（前歯）	370点
3 5分の4冠（小臼歯）	●●点	3 5分の4冠（小臼歯）	310点
4 全部金属冠（小臼歯及び大臼歯）	●●点	4 全部金属冠（小臼歯及び大臼歯）	454点
【根面被覆（1歯につき）】		【根面被覆（1歯につき）】	
1 根面板によるもの	●●点	1 根面板によるもの	190点
【高強度硬質レジnbrリッジ（1装置につき）】		【高強度硬質レジnbrリッジ（1装置につき）】	
	●●点		2,600点
【有床義歯】		【有床義歯】	
1 局部義歯（1床につき）		1 局部義歯（1床につき）	
イ 1歯から4歯まで	●●点	イ 1歯から4歯まで	594点
ロ 5歯から8歯まで	●●点	ロ 5歯から8歯まで	732点
ハ 9歯から11歯まで	●●点	ハ 9歯から11歯まで	972点
ニ 12歯から14歯まで	●●点	ニ 12歯から14歯まで	1,402点
2 総義歯（1顎につき）	●●点	2 総義歯（1顎につき）	2,184点
【鑄造鉤（1個につき）】		【鑄造鉤（1個につき）】	
1 双子鉤	●●点	1 双子鉤	255点
2 二腕鉤	●●点	2 二腕鉤	235点
【線鉤（1個につき）】		【線鉤（1個につき）】	
1 双子鉤	●●点	1 双子鉤	224点
2 二腕鉤（レストつき）	●●点	2 二腕鉤（レストつき）	156点
3 レストのないもの	●●点	3 レストのないもの	132点
【コンビネーション鉤（1個につき）】		【コンビネーション鉤（1個につき）】	
	●●点		236点
【磁性アタッチメント（1個につき）】		【磁性アタッチメント（1個につき）】	
2 キーパー付き根面板を用いる場合	●●点	2 キーパー付き根面板を用いる場合	350点

② 医療 DX 推進体制整備加算の新設

第 1 基本的な考え方

オンライン資格確認の導入による診療情報・薬剤情報の取得・活用の推進に加え、「医療 DX の推進に関する工程表」に基づき、利用実績に応じた評価、電子処方箋の更なる普及や電子カルテ情報共有サービスの整備を進めることとされていることを踏まえ、医療 DX を推進する体制について、新たな評価を行う。

第 2 具体的な内容

オンライン資格確認により取得した診療情報・薬剤情報を実際に診療に活用可能な体制を整備し、また、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスを導入し、質の高い医療を提供するため医療 DX に対応する体制を確保している場合の評価を新設する。

(新) 医療 DX 推進体制整備加算 ●●点

[算定要件]

医療 DX 推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療 DX 推進体制整備加算として、月●回に限り●●点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号●●に掲げる在宅医療 DX 情報活用加算又は区分番号●●に掲げる訪問看護医療 DX 情報活用加算は同一月においては、別に算定できない。

[施設基準]

- (1) 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命令(昭和 51 年厚生省令第 36 号) 第 1 条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。
- (2) 健康保険法第 3 条第 13 項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。
- (3) 医師が、電子資格確認を利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。
- (4) 電磁的記録をもって作成された処方箋を発行する体制を有していること。
- (5) 電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること。

- (6) マイナンバーカードの健康保険証利用について、実績を一定程度有していること。
- (7) 医療 DX 推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (8) (7) の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。

[経過措置]

- (1) 令和●●年●●月●●日までの間に限り、(4)に該当するものとみなす。
- (2) 令和●●年●●月●●日までの間に限り、(5)に該当するものとみなす。
- (3) (6)については、令和●●年●●月●●日から適用する。
- (4) 令和●●年●●月●●日までの間に限り、(8)に該当するものとみなす。

(新) 医療 DX 推進体制整備加算
(歯科初診料・地域歯科診療支援病院歯科初診料) ●●点

[算定要件]

医療 DX 推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療 DX 推進体制整備加算として、月●回に限り●●点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号●●に掲げる在宅医療 DX 情報活用加算は同一月においては、別に算定できない。

[施設基準]

- (1) 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命令(昭和 51 年厚生省令第 36 号) 第 1 条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。
- (2) 健康保険法第 3 条第 13 項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。
- (3) 歯科医師が、電子資格確認を利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。
- (4) 電磁的記録をもって作成された処方箋を発行する体制を有していること。
- (5) 電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること。
- (6) マイナンバーカードの健康保険証利用について、実績を一定程度

有していること。

- (7) 医療 DX 推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (8) (7) の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。

[経過措置]

- (1) 令和●●年●●月●●日までの間に限り、(4) に該当するものとみなす。
- (2) 令和●●年●●月●●日までの間に限り、(5) に該当するものとみなす。
- (3) (6) については、令和●●年●●月●●日から適用する。
- (4) 令和●●年●●月●●日までの間に限り、(8) に該当するものとみなす。

(新) 医療 DX 推進体制整備加算 (調剤基本料) ●●点

[算定要件]

医療 DX 推進に係る体制とし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薬局において調剤を行った場合は、医療 DX 推進体制整備加算として、月●回に限り●●点を所定点数に加算する。この場合において、注2に規定する特別調剤基本料Bを算定する保険薬局は当該加算を算定できない。

[施設基準]

- (1) 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命令(昭和51年厚生省令第36号)第1条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。
- (2) 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。
- (3) 保険薬剤師が、電子資格確認の仕組みを利用して取得した診療情報を閲覧又は活用し、調剤できる体制を有していること。
- (4) 電磁的記録をもって作成された処方箋を受け付ける体制を有していること。
- (5) 電磁的記録による調剤録及び薬剤服用歴の管理の体制を有していること。
- (6) 電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること。
- (7) マイナンバーカードの健康保険証利用について、実績を一定程度有していること。

- (8) 医療 DX 推進の体制に関する事項及び質の高い調剤を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して調剤を行うことについて、当該保険薬局の見やすい場所に掲示していること。
- (9) (8) の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。

[経過措置]

- (1) 令和●●年●●月●●日までの間に限り、(4) に該当するものとみなす。
- (2) 令和●●年●●月●●日までの間に限り、(6) に該当するものとみなす。
- (3) (7) については、令和●●年●●月●●日から適用する。
- (4) 令和●●年●●月●●日までの間に限り、(9) に該当するものとみなす。

(4)(3)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲示していること。

[経過措置]

令和●年●月●日までの間に限り、(4)に該当するものとみなす。

4. 歯科訪問診療料について、居宅同意取得型のオンライン資格確認等システム、電子カルテ情報共有サービス及び電子処方箋により得られる情報を活用して質の高い医療を提供することに係る評価を新設する。

(新) 在宅医療DX情報活用加算（歯科訪問診療料） ●●点

[対象患者]

歯科訪問診療料を算定する患者

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認等により得られる情報を踏まえて計画的な歯科医学管理の下に、訪問して診療を行った場合は、在宅医療DX情報活用加算として、月1回に限り所定点数に加算する。ただし、区分番号●●に掲げる医療情報取得加算又は区分番号●●に掲げる医療DX推進体制整備加算を算定した月は、在宅医療DX情報活用加算は算定できない。

[施設基準]

- (1)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命令(昭和51年厚生省令第36号)第1条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。
- (2)健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。
- (3)電磁的記録をもって作成された処方箋を発行する体制を有していること。
- (4)電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること。
- (5)(2)の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (6)(5)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲示していること。

[経過措置]

⑪ 情報通信機器を用いた歯科診療に係る評価の新設

第1 基本的な考え方

これまでの情報通信機器を用いた歯科診療の実態も踏まえ、継続的な口腔機能管理を行う患者及び新興感染症等に罹患している患者で歯科疾患による急性症状等を有する者に対する情報通信機器を用いた歯科診療を行う場合について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

初診料及び再診料等について、情報通信機器を用いて歯科診療を行った場合の評価を新設する。

- | | | |
|-----|--------------------------|-----|
| (新) | <u>初診料（情報通信機器を用いた場合）</u> | ●●点 |
| (新) | <u>再診料（情報通信機器を用いた場合）</u> | ●●点 |

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、特に情報通信機器を用いた歯科診療を行うことが必要と認められる者に対して、情報通信機器を用いた初診を行った場合は、院内感染防止対策に関する届出の有無にかかわらず、歯科初診料又は地域歯科診療支援病院歯科初診料について、所定点数に代えて、●●点を算定する。

- | | | |
|-----|----------------------------------|-----|
| (新) | <u>歯科特定疾患療養管理料（情報通信機器を用いた場合）</u> | ●●点 |
|-----|----------------------------------|-----|

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、特に情報通信機器を用いた歯科診療を行うことが必要と認められる者（過去に歯科特定疾患療養管理料を算定した患者に限る。）に対して、歯科特定疾患療養管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて●●点を算定する。

- | | | |
|-----|--------------------------------|-----|
| (新) | <u>小児口腔機能管理料（情報通信機器を用いた場合）</u> | ●●点 |
|-----|--------------------------------|-----|

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方

厚生局長等に届け出た保険医療機関において、特に情報通信機器を用いた歯科診療を行うことが必要と認められる者（過去に小児口腔機能管理料を算定した患者に限る。）に対して、小児口腔機能管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて●●点を算定する。

(新) 口腔機能管理料（情報通信機器を用いた場合） ●●点

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、特に情報通信機器を用いた歯科診療を行うことが必要と認められる者（過去に口腔機能管理料を算定した患者に限る。）に対して、口腔機能管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて●●点を算定する。

[施設基準] ※再診料、歯科特定疾患療養管理料、小児口腔機能管理料及び口腔機能管理料についても同様。

情報通信機器を用いた歯科診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

⑫ 歯科遠隔連携診療料の新設

第1 基本的な考え方

口腔がんの経過観察等、専門性の観点等から近隣の医療機関では対応が困難な場合において、近隣の歯科医療機関の歯科医師と連携して遠隔地の歯科医師が情報通信機器を用いた歯科診療を行う場合について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

口腔がん手術後の経過観察等、専門性が求められる疾患の患者の診療について、事前に診療情報を共有した上で、近隣の歯科医師と連携して遠隔地の歯科医師が情報通信機器を用いて診療を行った場合の評価を新設する。

(新) 歯科遠隔連携診療料

●●点

[対象患者]

以下のいずれかに該当する患者

- (1) 口腔領域の悪性新生物の術後の経過観察等の専門的な医療を必要とする患者
- (2) 口腔軟組織の疾患（難治性のものに限る。）又は薬剤関連顎骨壊死の経過観察等の専門的な医療を必要とする患者

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、症状の確認等を目的として、患者の同意を得て、当該施設基準を満たす当該疾患に関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の歯科医師と事前に診療情報を共有した上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の歯科医師と連携して診療を行った場合に、●●月に●●回に限り算定する。

[施設基準]

情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

⑰ 診療報酬における書面要件の見直し

第1 基本的な考え方

医療DXを推進する観点から、診療報酬上、書面での検査結果その他の書面の作成又は書面を用いた情報提供等が必要とされる項目について、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」の遵守を前提に、電磁的方法による作成又は情報提供等が可能であることについて明確化する。

第2 具体的な内容

1. 文書による提供等を行うこととされている個々の患者の診療に関する情報等を、電磁的方法によって、他の保険医療機関、保険薬局又は患者等に提供等する場合は、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、本ガイドラインに定められた電子署名を施すこととする。

改 定 案	現 行
<p>[算定要件]</p> <p>別添1 医科診療報酬点数表に関する事項</p> <p><通則></p> <p><u>9 文書による提供等を行うこととされている個々の患者の診療に関する情報等を、電磁的方法によって、患者、他の保険医療機関、保険薬局、指定訪問看護事業者等に提供等する場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、本ガイドラインに定められた電子署名（厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野PKI認証局の発行する電子証明書を用いた電子署名、認定認証事業者（電子署名及び認証業務に関する</u></p>	<p>[算定要件]</p> <p>別添1 医科診療報酬点数表に関する事項</p> <p><通則></p> <p>(新設)</p>

法律（平成12年法律第102号）第2条第3項に規定する特定認証業務を行う者をいう。）又は認証事業者（同条第2項に規定する認証業務を行う者（認定認証事業者を除く。）をいう。）の発行する電子証明書を用いた電子署名、電子署名等に係る地方公共団体情報システム機構の認証業務に関する法律（平成14年法律第153号）に基づき、平成16年1月29日から開始されている公的個人認証サービスを用いた電子署名等）を施すこと。

※ 別添2 歯科診療報酬点数表に関する事項、別添3 調剤報酬点数表に関する事項についても同様。

[施設基準]

第1 基本診療料の施設基準等

7 診療等に要する書面等は別添6のとおりであること。

なお、当該書面による様式として示しているものは、参考として示しているものであり、示している事項が全て記載されている様式であれば、別添6の様式と同じでなくても差し支えないものであること。

また、当該様式の作成や保存方法等に当たっては、医師事務作業の負担軽減等の観点から各保険医療機関において工夫されたい。

文書による提供等をすることとされている個々の患者の診療に関する情報等を、電磁的方法によつて、患者、他の保険医療機関、保険薬局、指定訪問看護事業者等に提供等する場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、本ガイドラインに定められた電子

[施設基準]

第1 基本診療料の施設基準等

7 診療等に要する書面等は別添6のとおりであること。

なお、当該書面による様式として示しているものは、参考として示しているものであり、示している事項が全て記載されている様式であれば、別添6の様式と同じでなくても差し支えないものであること。

また、当該様式の作成や保存方法等に当たっては、医師事務作業の負担軽減等の観点から各保険医療機関において工夫されたい。

（新設）

<p><u>署名（厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野PKI認証局の発行する電子証明書を用いた電子署名、認定認証事業者（電子署名及び認証業務に関する法律（平成12年法律第102号）第2条第3項に規定する特定認証業務を行う者をいう。）又は認証事業者（同条第2項に規定する認証業務を行う者（認定認証事業者を除く。）をいう。）の発行する電子証明書を用いた電子署名、電子署名等に係る地方公共団体情報システム機構の認証業務に関する法律（平成14年法律第153号）に基づき、平成16年1月29日から開始されている公的個人認証サービスを用いた電子署名等）を施すこと。</u></p> <p>※ <u>別添6の通則についても同様。</u></p>	
---	--

2. 診療情報提供書については、電子カルテ情報共有サービスを用いて提供する場合には、一定のセキュリティが確保されていることから電子署名を行わなくても共有可能とする。

改 定 案	現 行
<p>[算定要件] 別添1の2 <通則> (略) <u>様式 ●について、電子カルテ情報共有サービスを用いて提供する場合には、一定のセキュリティが確保されていることから電子署名を行わなくても共有可能とする。</u></p>	<p>[算定要件] 別添1の2 <通則> (略) (新設)</p>

⑱ 書面揭示事項のウェブサイトへの掲載

第1 基本的な考え方

デジタル原則に基づき書面揭示についてインターネットでの閲覧を可能な状態にすることを原則義務づけよう求められていることを踏まえ、保険医療機関、保険薬局及び指定訪問看護事業者における書面揭示について、原則として、ウェブサイトに掲載しなければならないこととする。

第2 具体的な内容

保険医療機関及び保険医療養担当規則等について、書面揭示することとされている事項について、原則として、ウェブサイトに掲載しなければならないこととする。

改 定 案	現 行
<p>【保険医療機関及び保険医療養担当規則】 (揭示)</p> <p>第二条の六 保険医療機関は、その病院又は診療所内の見やすい場所に、第五条の三第四項、第五条の三の二第四項及び第五条の四第二項に規定する事項のほか、別に厚生労働大臣が定める事項を揭示しなければならない。</p> <p><u>2 保険医療機関は、原則として、前項の厚生労働大臣が定める事項をウェブサイトに掲載しなければならない。</u></p> <p>(食事療養)</p> <p>第五条の三 (略)</p> <p>2 (略)</p> <p>3 保険医療機関は、第五条第二項の規定による支払を受けて食事療養を行う場合には、当該療養にふさわしい内容のものとするほか、当該療養を行うに当たり、あらかじめ、患者に対しその内容及び費</p>	<p>【保険医療機関及び保険医療養担当規則】 (揭示)</p> <p>第二条の六 保険医療機関は、その病院又は診療所内の見やすい場所に、第五条の三第四項、第五条の三の二第四項及び第五条の四第二項に規定する事項のほか、別に厚生労働大臣が定める事項を揭示しなければならない。</p> <p>(新設)</p> <p>(食事療養)</p> <p>第五条の三 (略)</p> <p>2 (略)</p> <p>3 保険医療機関は、第五条第二項の規定による支払を受けて食事療養を行う場合には、当該療養にふさわしい内容のものとするほか、当該療養を行うに当たり、あらかじめ、患者に対しその内容及び費</p>

用に関して説明を行い、その同意を得なければならない。

4 保険医療機関は、その病院又は診療所の病棟等の見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。

5 保険医療機関は、原則として、第4項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。

(保険外併用療養費に係る療養の基準等)

第五条の四 保険医療機関は、評価療養、患者申出療養又は選定療養に関して第五条第二項又は第三項第二号の規定による支払を受けようとする場合において、当該療養を行うに当たり、その種類及び内容に応じて厚生労働大臣の定める基準に従わなければならないほか、あらかじめ、患者に対しその内容及び費用に関して説明を行い、その同意を得なければならない。

2 保険医療機関は、その病院又は診療所の見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。

3 保険医療機関は、原則として、第2項の療養の内容及び費用に関する事項をウェブサイトに掲載しなければならない。

用に関して説明を行い、その同意を得なければならない。

4 保険医療機関は、その病院又は診療所の病棟等の見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。

(新設)

(保険外併用療養費に係る療養の基準等)

第五条の四 保険医療機関は、評価療養、患者申出療養又は選定療養に関して第五条第二項又は第三項第二号の規定による支払を受けようとする場合において、当該療養を行うに当たり、その種類及び内容に応じて厚生労働大臣の定める基準に従わなければならないほか、あらかじめ、患者に対しその内容及び費用に関して説明を行い、その同意を得なければならない。

2 保険医療機関は、その病院又は診療所の見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。

(新設)

【保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則】

(揭示)

第二条の四 保険薬局は、その薬局内の見やすい場所に、別に厚生労働大臣が定める事項を揭示しなければならない。

2 保険薬局は、原則として、前項の厚生労働大臣が定める事項をウェブサイトに掲載しなければならない。

※ 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についても同様。

※ 「厚生労働大臣が定める事項」については、「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」において、次のとおりとされている。

- ・ 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、機能評価係数Ⅰ、機能評価係数Ⅱ及び激変緩和係数別表第一から別表第三までの病院の欄に掲げる病院であること
- ・ 診療報酬の算定方法及び入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準に基づき、地方厚生局長又は地方厚生支局長に届け出た事項に関する事項
- ・ 保険医療機関及び保険薬局の明細書の発行状況に関する揭示
- ・ 役務の提供及び物品の販売等であって患者から費用の支払を受けるものに関する事項(当該費

【保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則】

(揭示)

第二条の四 保険薬局は、その薬局内の見やすい場所に、別に厚生労働大臣が定める事項を揭示しなければならない。

(新設)

用の支払が法令の規定に基づくものを除く。)

- ・ 予約診察を行う日時及び予約料
- ・ 金属床による総義歯に係る費用徴収その他必要な事項
- ・ う蝕に罹患している患者の指導管理に係る費用徴収その他必要な事項
- ・ 金属歯冠修復指導管理に係る費用徴収その他必要な事項
- ・ 眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給に係る特別の料金その他必要な事項
- ・ 調剤管理料及び服薬管理指導料に関する事項等
- ・ 調剤点数表に基づき地方厚生局長等に届け出た事項に関する事項

【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】

(揭示)

第二十四条 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションの見やすい場所に、運営規程の概要、看護師等の勤務の体制その他の利用申込者の指定訪問看護の選択に資すると認められる重要事項(次項において単に「重要事項」という。)を揭示しなければならない。

2 指定訪問看護事業者は、原則として、重要事項をウェブサイトに掲載しなければならない。

【後発医薬品使用体制加算】

[施設基準]

三十五の三 後発医薬品使用体制加算の施設基準

- (1) 後発医薬品使用体制加算1の施設基準
イ～ハ (略)

【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】

(揭示)

第二十四条 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションの見やすい場所に、運営規程の概要、看護師等の勤務の体制その他の利用申込者の指定訪問看護の選択に資すると認められる重要事項を揭示しなければならない。

(新設)

【後発医薬品使用体制加算】

[施設基準]

三十五の三 後発医薬品使用体制加算の施設基準

- (1) 後発医薬品使用体制加算1の施設基準
イ～ハ (略)

ニ 後発医薬品の使用に積極的
に取り組んでいる旨を、当該
保険医療機関の見やすい場所
に掲示していること。

ハ ニの後発医薬品の使用に積
極的に取り組んでいる旨につ
いて、原則として、ウェブサ
イトに掲載していること。

※ 算定告示別表第一医科診療報酬
点数表のうち、明細書発行体制等
加算、第二部入院料等第一節入院
基本料の一般病棟入院基本料、療
養病棟入院基本料、結核病棟入院
基本料、精神病棟入院基本料、特
定機能病院入院基本料、専門病院
入院基本料、障害者施設等入院基
本料、有床診療所入院基本料及び
有床診療所療養病床入院基本料
（以下「一般病棟入院基本料等」
という。）、ハイリスク分娩等管
理加算、後発医薬品使用体制加
算、特定一般病棟入院料、外来後
発医薬品使用体制加算、院内トリ
アージ実施料、ハイリスク妊産婦
共同管理料（Ⅰ）、ハイリスク妊産
婦共同管理料（Ⅱ）、コンタクトレ
ンズ検査料及び特掲診療料の施設
基準等第12第2の医科点数表第2
章第10部手術通則第5号及び第6
号並びに歯科点数表第2章第9部
手術通則第4号に掲げる手術につ
いても同様。

算定告示別表第二歯科診療報酬
点数表のうち、第一章第一部初・
再診料第一節初診料の注1、地域
歯科診療支援病院歯科初診料、初
診料及び地域歯科診療支援病院歯
科初診料の注10、第二部入院料等
第一節入院基本料の一般病棟入院
基本料等、有床義歯修理及び有床
義歯内面適合法の歯科技工加算1
及び2についても同様。

ニ 後発医薬品の使用に積極的
に取り組んでいる旨を、当該
保険医療機関の見やすい場所
に掲示していること。

[経過措置]

本改正に際し、令和●年●月●日までの経過措置を設ける。

⑧ 回復期等の患者に対する口腔機能管理の推進

第1 基本的な考え方

回復期医療・慢性期医療を担う病院における歯科の機能を評価し、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の一体的な取組を推進する観点から、口腔機能管理に係る評価体系を見直す。

第2 具体的な内容

1. 回復期リハビリテーション病棟等に入院する患者に対する口腔機能管理等の実施について、管理計画を策定した場合、歯科医師が口腔機能管理を行う場合及び歯科衛生士が口腔衛生管理を行う場合の評価を新設する。

(新) 回復期等口腔機能管理計画策定料 ●●点

[算定要件]

- (1) 医科点数表の区分番号A101に掲げる療養病棟入院基本料、区分番号A308に掲げる回復期リハビリテーション病棟入院料又は区分番号A308-3に掲げる地域包括ケア病棟入院料を算定する患者に対して、歯科診療を実施している保険医療機関において、リハビリテーション等を行う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、回復期等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、その内容について説明を行い、当該管理計画を文書により提供した場合に、当該リハビリテーション等に係る一連の治療を通じて●●回に限り算定する。
- (2) 区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料、区分番号B006に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)、区分番号B006-3に掲げるがん治療連携計画策定料、区分番号B009に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)の注5に規定する加算及び区分番号B015に掲げる退院時共同指導料2は、別に算定できない。

(新) 回復期等口腔機能管理料 ●●点

[算定要件]

- (1) 医科点数表の区分番号A101に掲げる療養病棟入院基本料、区分番号A308に掲げる回復期リハビリテーション病棟入院料又

は区分番号A308-3に掲げる地域包括ケア病棟入院料を算定す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、区分番号B●●に掲げる回復期等口腔機能管理計画策定料の注1に規定する管理計画に基づき、リハビリテーション等を行う他の保険医療機関又は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は、当該患者につき、区分番号B●●に掲げる回復期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から月●●回に限り算定する。

- (2) 回復期等口腔機能管理料を算定した月において、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号B000-4-3に掲げる口腔機能管理料、区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）、区分番号B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号B004-6-2に掲げる歯科治療時医療管理料、区分番号B006-3-2に掲げるがん治療連携指導料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-4-2に掲げる在宅患者歯科治療時医療管理料及び区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。

(新) 回復期等専門的口腔衛生処置 ●●点

[算定要件]

- (1) 区分番号B●●に掲げる回復期等口腔機能管理料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、回復期等口腔機能管理料を算定した日の属する月において、月●●回に限り算定する。
- (2) 回復期等専門的口腔衛生処置を算定した日の属する月において、区分番号I029に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置、区分番号I029-2に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、区分番号I030に掲げる機械的歯面清掃処置及び区分番号I030-2に掲げる非経口摂取患者口腔粘膜処置は、別に算定できない。

2. 地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準について、回復期等の患者に対する口腔機能管理の実績を選択可能な要件として加える。

改 定 案	現 行
-------	-----

<p>【地域歯科診療支援病院歯科初診料】</p> <p>[施設基準]</p> <p>九 地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準</p> <p>(1)～(6) (略)</p> <p>(7) 次のイ、ロ又はハのいずれかに該当すること。</p> <p>イ・ロ (略)</p> <p>ハ <u>次のいずれにも該当すること。</u></p> <p>① <u>常勤の歯科医師が●●名以上配置されていること。</u></p> <p>② <u>歯科医療を担当する病院である保険医療機関において、<u>歯科点数表の回復期等口腔機能管理計画策定料又は回復期等口腔機能管理料のいずれかを算定した患者の月平均患者数が●●人以上であること。</u></u></p> <p>(8) (略)</p>	<p>【地域歯科診療支援病院歯科初診料】</p> <p>[施設基準]</p> <p>九 地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準</p> <p>(1)～(6) (略)</p> <p>(7) 次のイ又はロのいずれかに該当すること。</p> <p>イ・ロ (略)</p> <p>(新設)</p> <p>(8) (略)</p>
---	--

① 生活習慣病に係る医学管理料の見直し

第1 基本的な考え方

生活習慣病に対する質の高い疾病管理を推進する観点から、生活習慣病管理料について要件及び評価を見直すとともに、特定疾患療養管理料について対象患者を見直す。

第2 具体的な内容

1. 生活習慣病管理料の評価及び要件について、以下のとおり見直すとともに、名称を生活習慣病管理料（Ⅰ）とする。
 - （１）生活習慣病管理料における療養計画書を簡素化するとともに、令和7年から運用開始される予定の電子カルテ情報共有サービスを活用する場合、血液検査項目についての記載を不要とする。あわせて、療養計画書について、患者の求めに応じて、電子カルテ情報共有サービスにおける患者サマリーに、療養計画書の記載事項を入力した場合、療養計画書の作成及び交付をしているものとみなす。
 - （２）診療ガイドライン等を参考として疾病管理を行うことを要件とする。
 - （３）生活習慣病の診療の実態を踏まえ、少なくとも1月に1回以上の総合的な治療管理を行う要件を廃止する。
 - （４）歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等の多職種と連携することを望ましい要件とするとともに、糖尿病患者に対して歯科受診を推奨することを要件とする。

改 定 案	現 行
【生活習慣病管理料（Ⅰ）】 [算定要件] B001—3 <u>生活習慣病管理料（Ⅰ）</u> 1 脂質異常症を主病とする場合 ●●●点 2 高血圧症を主病とする場合 ●●●点 3 糖尿病を主病とする場合 ●●●点	【生活習慣病管理料】 [算定要件] B001—3 <u>生活習慣病管理料</u> 1 脂質異常症を主病とする場合 570点 2 高血圧症を主病とする場合 620点 3 糖尿病を主病とする場合 720点
注1 別に厚生労働大臣が定める施	注1 保険医療機関（許可病床数

設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし糖尿病を主病とする場合にあっては、区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。

- 2 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った区分番号A001の注8に掲げる医学管理、第2章第1部医学管理等（区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料、区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料及び区分番号B●●に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料を除く。）、第3部検査、第6部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料(I)に含まれるものとする。

3・4 （略）

- 5 生活習慣病管理料(II)を算定した日の属する月から起算して6月以内の期間においては、生活習慣病管理料(I)は、算定できない。

が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。

- 2 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った第2章第1部医学管理等（区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料及び区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料を除く。）、第3部検査、第6部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。

3・4 （略）
（新設）

- | | |
|--|---|
| <p>(1) <u>生活習慣病管理料(I)</u>は、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者の治療においては生活習慣に関する総合的な治療管理が重要であることから設定されたものであり、治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、許可病床数が200床未満の病院及び診療所である保険医療機関において算定する。この場合において、当該治療計画に基づく総合的な治療管理は、<u>歯科医師、薬剤師、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい</u>。なお、区分番号「A000」初診料を算定した日の属する月においては、本管理料は算定しない。</p> <p>(2) <u>生活習慣病管理料(I)</u>は、服薬、運動、休養、栄養、喫煙及び飲酒等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、患者に対して療養計画書（療養計画書の様式は、別紙様式9又はこれに準じた様式とする。）により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受けた場合に算定できるものである。また、交付した療養計画書の写しは診療録に添付しておくものとする。なお、療養計画書は、当該患者の治療管理において必要な項目のみを記載することで差し支えないが、糖尿病の患者については血糖値及びHbA1cの値を、高血圧症の患者については血圧の値を必ず記載すること。<u>なお、血液検査結果を療養計画書とは別に</u></p> | <p>(1) <u>生活習慣病管理料</u>は、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者の治療においては生活習慣に関する総合的な治療管理が重要であることから設定されたものであり、治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、許可病床数が200床未満の病院及び診療所である保険医療機関において算定する。この場合において、当該治療計画に基づく総合的な治療管理は、<u>看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施しても差し支えない</u>。なお、区分番号「A000」初診料を算定した日の属する月においては、本管理料は算定しない。</p> <p>(2) <u>生活習慣病管理料</u>は、服薬、運動、休養、栄養、喫煙及び飲酒等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、患者に対して療養計画書（療養計画書の様式は、別紙様式9又はこれに準じた様式とする。）により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受けた場合に算定できるものである。また、交付した療養計画書の写しは診療録に添付しておくものとする。なお、療養計画書は、当該患者の治療管理において必要な項目のみを記載することで差し支えないが、糖尿病の患者については血糖値及びHbA1cの値を、高血圧症の患者については血圧の値を必ず記載すること。</p> |
|--|---|

手交している場合又は患者の求めに応じて、電子カルテ情報共有サービスを活用して共有している場合であって、その旨を診療録に記載している場合は、療養計画書の血液検査項目についての記載を不要とする。

- (3) 生活習慣病管理料(I)については、当該患者の診療に際して行った「A001」の注8に掲げる医学管理、第2章第1部医学管理等（「B001」の「20」糖尿病合併症管理料、同「22」がん性疼痛緩和指導管理料、同「24」外来緩和ケア管理料、同「27」糖尿病透析予防指導管理料及び同「●●」腎臓病透析予防指導管理料を除く。）、第3部検査、第6部注射及び第13部病理診断の費用は全て所定点数に含まれる。

(削除)

- (4) 生活習慣病管理料を算定する月においては、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒、特定健診・特定保健指導に係る情報提供及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理に係る療養計画書（療養計画書の様式は、別紙様式9の2又はこれに準じた様式とする。）を交付するものとするが、当該療養計画書の内容に変更がない場合はこの限りでない。ただし、その場合においても、患者又はその家族等から求めがあった場合にも交付するものとするとともに、概ね4月に1回以上は交付するものとする。なお、交付した当該療養計画書の写しは診療録に添付しておく

- (3) 当該患者の診療に際して行った第1部医学管理等（「B001」の「20」糖尿病合併症管理料、同「22」がん性疼痛緩和指導管理料、同「24」外来緩和ケア管理料及び同「27」糖尿病透析予防指導管理料を除く。）、第3部検査、第6部注射及び第13部病理診断の費用は全て所定点数に含まれる。

- (4) 生活習慣病管理料を算定している患者に対しては、少なくとも1月に1回以上の総合的な治療管理が行われなければならない。

- (5) 生活習慣病管理料を算定する月においては、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒、特定健診・特定保健指導に係る情報提供及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理に係る療養計画書（療養計画書の様式は、別紙様式9の2又はこれに準じた様式とする。）を交付するものとするが、当該療養計画書の内容に変更がない場合はこの限りでない。ただし、その場合においても4月に1回以上は交付するものとする。なお、交付した当該療養計画書の写しは診療録に添付しておくものとする。

<p>ものとする。</p> <p><u>(5) (2)及び(4)について、患者の求めに応じて、電子カルテ情報共有サービスにおける患者サマリーに、療養計画書での記載事項を入力し、診療録にその記録及び患者の同意を得た旨を残している場合は、療養計画書の作成及び交付をしているものとみなすものとする。ただし、この場合においても、(2)のとおり、生活習慣病管理料(I)を算定するにあたっては、服薬、運動、休養、栄養、喫煙及び飲酒等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、丁寧に説明を行い、患者の同意を得ることとする。</u></p> <p>(削除)</p> <p><u>(6)・(7) (略)</u></p> <p><u>(8) 学会等の診療ガイドライン等や診療データベース等の診療支援情報を参考にする。</u></p> <p><u>(9) 患者の状態に応じ、28日以上の長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示するとともに、患者から求められた場合に適切に対応すること。</u></p> <p>(10) (略)</p> <p><u>(11) 糖尿病の患者については、患者の状態に応じて、年1回程度眼科の医師の診察を受けるよう指導を行うこと。また、糖尿病の患者について、歯周病の診断と治療のため、歯科受診の推奨を行うこと。</u></p> <p><u>(12)～(14) (略)</u></p>	<p>(新設)</p> <p><u>(6) 当該月に生活習慣病管理料を算定した患者の病状の悪化等の場合には、翌月に生活習慣病管理料を算定しないことができる。</u></p> <p><u>(7)・(8) (略)</u></p> <p><u>(9) 学会等の診療ガイドライン等や診療データベース等の診療支援情報を、必要に応じて、参考にする。</u></p> <p>(新設)</p> <p>(10) (略)</p> <p><u>(11) 糖尿病の患者については、患者の状態に応じて、年1回程度眼科の医師の診察を受けるよう指導を行うこと。</u></p> <p><u>(12)～(14) (略)</u></p>
---	---

<p>[施設基準] 四の九 <u>生活習慣病管理料（Ⅰ）の施設基準</u> (1) <u>生活習慣病管理料（Ⅰ）の注1に規定する施設基準</u> <u>生活習慣病管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。</u> (2) <u>生活習慣病管理料（Ⅰ）の注4に規定する施設基準</u> イ 外来患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されていること。 ロ データ提出加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。</p> <p>第6の9 <u>生活習慣病管理料</u> 1 <u>生活習慣病管理料（Ⅰ）の注1に規定する施設基準</u> (1) <u>患者の状態に応じ、28日以上の長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること。</u> (2) <u>治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましいこと。</u> <u>2～4</u> (略)</p>	<p>[施設基準] 四の九 <u>生活習慣病管理料の注4に規定する施設基準</u> (新設)</p> <p>(1) 外来患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されていること。 (2) データ提出加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。</p> <p>第6の9 <u>生活習慣病管理料</u> (新設)</p> <p><u>1～3</u> (略)</p>
---	---

2. 検査等を包括しない生活習慣病管理料（Ⅱ）を新設する。

(新) 生活習慣病管理料（Ⅱ） ●●点

[算定要件]

(1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可

病床数が●●床未満の病院又は診療所に限る。)において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者(入院中の患者を除く。)に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月●●回に限り算定する。

- (2) 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った区分番号A001の注8に掲げる医学管理及び第2章第1部医学管理等(区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料、区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料及び区分番号B●●に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料を除く。)の費用は、生活習慣病管理料(Ⅱ)に含まれるものとする。
- (3) 生活習慣病管理料(Ⅰ)を算定した日の属する月から起算して●月以内の期間においては、生活習慣病管理料(Ⅱ)は算定できない。

[施設基準]

- (1) 生活習慣病管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- (2) 患者の状態に応じ、28日以上 of 長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること。
- (3) 治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましいこと。

(新) 血糖自己測定指導加算 ●●点

[算定要件]

糖尿病を主病とする患者(2型糖尿病の患者であってインスリン製剤を使用していないものに限る。)に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行った場合は、血糖自己測定指導加算として、年●●回に限り所定点数に●●点を加算する。

(新) 外来データ提出加算 ●●点

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、生活習慣病の治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、外来データ提出加算として、●●点を所定点数に加算する。

[施設基準]

- (1) 外来患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されていること。
- (2) データ提出加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。

3. 特定疾患療養管理料の対象疾患から、生活習慣病である、糖尿病、脂質異常症及び高血圧を除外する。

- (※1) 処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算についても同様。
- (※2) 糖尿病が対象疾患から除外されたことに伴い、糖尿病透析予防指導管理料における算定要件「注3」を削除する。

改 定 案	現 行
<p>【特定疾患療養管理料】 [施設基準] 別表第一 特定疾患療養管理料並びに処方料並びに処方箋料の特定疾患処方管理加算1及び特定疾患処方管理加算2に規定する疾患 結核 悪性新生物 甲状腺障害 処置後甲状腺機能低下症 (削除) スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害 ムコ脂質症 <u>リポ蛋白代謝障害及びその他の脂(質)血症(家族性高コレステロール血症等の遺伝性疾患に限る。)</u> リポジストロフィー ローノア・ベンソード腺脂肪腫症 (削除) 虚血性心疾患 (中略)</p>	<p>【特定疾患療養管理料】 [施設基準] 別表第一 特定疾患療養管理料並びに処方料並びに処方箋料の特定疾患処方管理加算1及び特定疾患処方管理加算2に規定する疾患 結核 悪性新生物 甲状腺障害 処置後甲状腺機能低下症 <u>糖尿病</u> スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害 ムコ脂質症 <u>リポ蛋白代謝障害及びその他の脂(質)血症</u> リポジストロフィー ローノア・ベンソード腺脂肪腫症 <u>高血圧性疾患</u> 虚血性心疾患 (中略)</p>

② 特定疾患処方管理加算の見直し

第1 基本的な考え方

リフィル処方箋による処方及び長期処方の活用並びに医療 DX の活用による効率的な医薬品情報の管理を適切に推進する観点から、特定疾患処方管理加算について、要件及び評価を見直す。

第2 具体的な内容

処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算について、特定疾患処方管理加算1を廃止するとともに、特定疾患処方管理加算2の評価を見直す。また、特定疾患処方管理加算2について、リフィル処方箋を発行した場合も算定を可能とする。

改 定 案	現 行
<p>【処方料】 [算定要件] (削除)</p> <p>5 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上の場合、特定疾患処方管理加算として、月1回に限り、1処方につき●●点を所定点数に加算する。</p>	<p>【処方料】 [算定要件]</p> <p>注5 <u>診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算1として、月2回に限り、1処方につき18点を所定点数に加算する。</u></p> <p>6 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上の場合、特定疾患処方管理加算2として、月1回に限り、1処方につき66点を所定点数に加算する。<u>ただし、この場合において、同一月に特定疾患処方管理</u></p>

<p>6～8 (略)</p> <p>【処方箋料】 [算定要件] (削除)</p> <p>4 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上<u>の処方（リフィル処方箋の複数回の使用による合計の処方期間が28日以上</u>の処方を含む。）を行った場合は、特定疾患処方管理加算として、月●回に限り、1処方につき●●点を所定点数に加算する。</p> <p>【処方料及び処方箋料】 [施設基準]</p> <p>一の二 処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算1及び特定疾患処方管理加算2に規定する疾患</p> <p>(1) 医科点数表の処方料並びに処方箋料の<u>特定疾患処方管理加算</u>に規定する疾患</p> <p>分類表に規定する疾病のうち別表第一に掲げる疾病</p> <p>(2) 歯科点数表の処方料及び処方箋料の<u>特定疾患処方管理加算</u>に規定する疾患</p> <p>分類表に規定する疾病のうち</p>	<p><u>加算1は算定できない。</u></p> <p>7～9 (略)</p> <p>【処方箋料】 [算定要件]</p> <p>4 <u>診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方箋を交付した場合は、特定疾患処方管理加算1として、月2回に限り、処方箋の交付1回につき18点を所定点数に加算する。</u></p> <p>5 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上<u>の処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算2として、月1回に限り、1処方につき66点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一月に特定疾患処方管理加算1は算定できない。</u></p> <p>【処方料及び処方箋料】 [施設基準]</p> <p>一の二 処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算1及び特定疾患処方管理加算2に規定する疾患</p> <p>(1) 医科点数表の処方料並びに処方箋料の<u>特定疾患処方管理加算1及び特定疾患処方管理加算2</u>に規定する疾患</p> <p>分類表に規定する疾病のうち別表第一に掲げる疾病</p> <p>(2) 歯科点数表の処方料及び処方箋料の<u>特定疾患処方管理加算1及び特定疾患処方管理加算2</u>に規定する疾患</p> <p>分類表に規定する疾病のうち</p>
--	--

<p style="text-align: center;">ち別表第四に掲げる疾病</p> <p>別表第一 特定疾患療養管理料並びに処方料並びに処方箋料の<u>特定疾患処方管理加算</u>に規定する疾患</p> <p>(中略)</p>	<p style="text-align: center;">ち別表第四に掲げる疾病</p> <p>別表第一 特定疾患療養管理料並びに処方料並びに処方箋料の<u>特定疾患処方管理加算 1 及び特定疾患処方管理加算 2</u>に規定する疾患</p> <p>(中略)</p>
--	---

【Ⅱ－6 新興感染症等に対応できる地域における医療提供体制の構築に向けた取組－
⑤】

⑤ 新興感染症等に対応可能な歯科医療提供体制の 構築

第1 基本的な考え方

新興感染症が発生・まん延した場合に対応できる歯科医療提供体制の構築を進める観点から、新興感染症等の患者に対応可能な体制の整備についての新たな評価等を行う。

第2 具体的な内容

1. 歯科外来診療における医療安全対策についての体制を確保した場合の評価を新設する。

(新) 歯科外来診療医療安全対策加算1（歯科初診料） ●●点

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科外来診療における医療安全対策に係る取組を行った場合は、歯科外来診療医療安全対策加算1として、初診時1回に限り●●点を所定点数に加算する。

(新) 歯科外来診療医療安全対策加算1（歯科再診料） ●●点

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科外来診療における医療安全対策に係る取組を行った場合は、歯科外来診療医療安全対策加算1として、●●点を所定点数に加算する。

[施設基準] ※初診・再診共通

- (1) 歯科医療を担当する保険医療機関（歯科点数表の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を除く。）であること。
- (2) 歯科外来診療における医療安全対策に係る研修を受けた常勤の歯科医師が●●名以上配置されていること。
- (3) 歯科医師が複数名配置されていること、又は歯科医師及び歯科衛

- 生士がそれぞれ●●名以上配置されていること。
- (4) 医療安全管理者が配置されていること。ただし、病院である医科歯科併設の保険医療機関（歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関をいう。以下同じ。）にあつては、歯科の外来診療部門に医療安全管理者が配置されていること。
 - (5) 緊急時の対応を行うにつき必要な体制が整備されていること。
 - (6) 医療安全対策につき十分な体制が整備されていること。
 - (7) 歯科診療に係る医療安全対策に係る院内掲示を行っていること。
 - (8) (7)の掲示事項について、原則としてウェブサイトに掲載していること。

[経過措置] ※初診・再診共通

- (1) 令和6年3月31日時点において現に歯科外来診療環境体制加算1に係る届出を行っている保険医療機関については、令和●●年●●月●●日までの間に限り、(4)、(6)及び(7)に該当するものとみなす。
- (2) 令和●●年●●月●●日までの間に限り、(8)に該当するものとみなす。

(新) 歯科外来診療医療安全対策加算2 (地域歯科診療支援病院歯科初診料) ●●点

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科外来診療における医療安全対策に係る取組を行った場合は、歯科外来診療医療安全対策加算2として、初診時1回に限り●●点を所定点数に加算する。

(新) 歯科外来診療医療安全対策加算2 (地域歯科診療支援病院歯科再診料) ●●点

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科外来診療における医療安全対策に係る取組を行った場合は、歯科外来診療医療安全対策加算2として、●●点を所定点数に加算する。

[施設基準] ※初診・再診共通

- (1) 歯科点数表の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であ

- ること。
- (2) 歯科外来診療における医療安全対策に係る研修を受けた常勤の歯科医師が●●名以上配置されていること。
 - (3) 歯科医師が複数名配置されていること、又は歯科医師が●●名以上配置されており、かつ、歯科衛生士若しくは看護職員が●●名以上配置されていること。
 - (4) 歯科の外来診療部門に医療安全管理者が配置されていること。
 - (5) 緊急時の対応を行うにつき必要な体制が整備されていること。
 - (6) 医療安全対策につき十分な体制が整備されていること。
 - (7) 歯科診療に係る医療安全対策に係る院内掲示を行っていること。
 - (8) (7)の掲示事項について、原則としてウェブサイトに掲載していること。

[経過措置] ※初診・再診共通

- (1) 令和6年3月31日時点において現に歯科外来診療環境体制加算2に係る届出を行っている保険医療機関については、令和●●年●●月●●日までの間に限り、(4)及び(7)に該当するものとみなす。
- (2) 令和●●年●●月●●日までの間に限り、(8)に該当するものとみなす。

2. 歯科外来診療における院内感染防止対策について、新興感染症等の患者に対応可能な体制を確保した場合の評価を新設する。

(新) 歯科外来診療感染対策加算1(歯科初診料) ●●点

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科外来診療における院内感染防止対策に係る取組を行った場合は、歯科外来診療感染対策加算1として、初診時1回に限り●●点を所定点数に加算する。

(新) 歯科外来診療感染対策加算1(歯科再診料) ●●点

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科外来診療における院内感染防止対策に係る取組を行った場合は、歯科外来診療感染対策加算1として、●●点を所定点数に加算する。

[施設基準] ※初診・再診共通

- (1) 歯科医療を担当する保険医療機関（歯科点数表の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を除く。）であること。
- (2) 歯科点数表の初診料の注1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であること。
- (3) 歯科医師が複数名配置されていること、又は歯科医師が●●名以上配置されており、かつ、歯科衛生士若しくは院内感染防止対策に係る研修を受けた者が●●名以上配置されていること。
- (4) 院内感染管理者が配置されていること。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、歯科の外来診療部門に院内感染管理者が配置されていること。
- (5) 歯科外来診療における院内感染防止対策につき十分な体制が整備されていること。

[経過措置] ※初診・再診共通

令和6年3月31日時点において現に歯科外来診療環境体制加算1に係る届出を行っている保険医療機関については、令和●●年●●月●●日までの間に限り、(4)に該当するものとみなす。

(新) 歯科外来診療感染対策加算2（歯科初診料） ●●点

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科外来診療における院内感染防止対策に係る取組を行った場合は、歯科外来診療感染対策加算2として、初診時1回に限り●●点を所定点数に加算する。

(新) 歯科外来診療感染対策加算2（歯科再診料） ●●点

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科外来診療における院内感染防止対策に係る取組を行った場合は、歯科外来診療感染対策加算2として、●●点を所定点数に加算する。

[施設基準] ※初診・再診共通

- (1) 歯科医療を担当する保険医療機関（歯科点数表の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を除く。）であること。
- (2) 歯科点数表の初診料の注1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であること。

- (3) 歯科医師が複数名配置されていること、又は歯科医師及び歯科衛生士がそれぞれ●●名以上配置されていること。
- (4) 院内感染管理者が配置されていること。ただし、病院である医科歯科併設の保険医療機関にあっては、歯科の外来診療部門に院内感染管理者が配置されていること。
- (5) 歯科外来診療における院内感染防止対策につき十分な体制が整備されていること。
- (6) 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第6条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症、同条第8項に規定する指定感染症又は同条第9項に規定する新感染症（以下「新型インフルエンザ等感染症等」という。）の患者又はそれらの疑似症患者に対して歯科外来診療が可能な体制を確保していること。
- (7) 新型インフルエンザ等感染症等に係る事業継続計画を策定していること。ただし、病院である医科歯科併設の保険医療機関にあっては、歯科外来部門の事業継続計画を策定していること。
- (8) 歯科外来診療を円滑に実施できるよう、新型インフルエンザ等感染症等に係る医科診療を担当する他の保険医療機関との連携体制（歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関にあっては、当該保険医療機関の医科診療科との連携体制）が整備されていること。
- (9) 当該地域において歯科医療を担当する別の保険医療機関から新型インフルエンザ等感染症等の患者又はそれらの疑似症患者を受け入れるため、当該別の保険医療機関との連携体制を確保していること。

[経過措置] ※初診・再診共通

令和6年3月31日時点において現に歯科外来診療環境体制加算1に係る届出を行っている保険医療機関については、令和●●年●●月●●日までの間に限り、(4)から(9)までに該当するものとみなす。

(新) 歯科外来診療感染対策加算3
(地域歯科診療支援病院歯科初診料) ●●点

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科外来診療における院内感染防止対策に係る取組を行った場合は、歯科外来診療感染対策加算3として、初診時1回に限り●●点を所定点数に加算する。

(新) 歯科外来診療感染対策加算3
(地域歯科診療支援病院歯科再診料) ●●点

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科外来診療における院内感染防止対策に係る取組を行った場合は、歯科外来診療感染対策加算3として、●●点を所定点数に加算する。

[施設基準] ※初診・再診共通

- (1) 歯科点数表の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であること。
- (2) 歯科医師が複数名配置されていること、又は歯科医師が●●名以上配置されており、かつ、歯科衛生士若しくは看護職員が●●名以上配置されていること。
- (3) 歯科の外来診療部門に院内感染管理者が配置されていること。
- (4) 歯科外来診療における院内感染防止対策につき十分な体制が整備されていること。

[経過措置] ※初診・再診共通

令和6年3月31日時点において現に歯科外来診療環境体制加算2に係る届出を行っている保険医療機関については、令和●●年●●月●●日までの間に限り、(3)に該当するものとみなす。

- (新) 歯科外来診療感染対策加算4
(地域歯科診療支援病院歯科初診料) ●●点

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科外来診療における院内感染防止対策に係る取組を行った場合は、歯科外来診療感染対策加算4として、初診時1回に限り●●点を所定点数に加算する。

- (新) 歯科外来診療感染対策加算4
(地域歯科診療支援病院歯科再診料) ●●点

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科外来診療における院内感染防止対策に係る取組を行った場合は、歯科外来診療感染対策加算4として、●●点を所定点数に加算する。

[施設基準] ※初診・再診共通

- (1) 歯科点数表の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であること。
- (2) 歯科医師が複数名配置されていること、又は歯科医師が●●名以上配置されており、かつ、歯科衛生士若しくは看護職員が●●名以上配置されていること。
- (3) 歯科の外来診療部門に院内感染管理者を配置していること。
- (4) 歯科外来診療における院内感染防止対策につき十分な体制が整備されていること。
- (5) 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第6条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症、同条第8項に規定する指定感染症又は同条第9項に規定する新感染症（以下「新型インフルエンザ等感染症等」という。）の患者又はそれらの疑似症患者に対して歯科外来診療が可能な体制を確保していること。
- (6) 新型インフルエンザ等感染症等に係る歯科外来部門の事業継続計画を策定していること。
- (7) 当該地域において歯科医療を担当する別の保険医療機関から新型インフルエンザ等感染症等の患者又はそれらの疑似症患者を受け入れるため、当該別の保険医療機関との連携体制を確保していること。

[経過措置] ※初診・再診共通

令和6年3月31日時点において現に歯科外来診療環境体制加算2に係る届出を行っている保険医療機関については、令和●●年●●月●●日までの間に限り、(3)から(7)までに該当するものとみなす。

3. 1及び2を踏まえ、歯科外来診療環境体制加算は廃止する。

4. 歯科診療特別対応加算について、患者の状態像を踏まえて評価体系を見直すとともに、新興感染症等の患者へ歯科治療を実施する場合の評価を新設する。

改 定 案	現 行
<p>【歯科診療特別対応加算（初診料）】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注6 著しく歯科診療が困難な者に</p>	<p>【歯科診療特別対応加算（初診料）】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注6 著しく歯科診療が困難な者に</p>

対して初診を行った場合（歯科診療特別対応加算3を算定する場合を除く。）は、歯科診療特別対応加算1として、●●点を所定点数に加算し、著しく歯科治療が困難な者に対して、当該患者が歯科治療環境に円滑に適応できるような技法を用いて初診を行った場合又は個室若しくは陰圧室において初診を行った場合（個室又は陰圧室において診療を行う必要性が特に高い患者に対して初診を行った場合）に限り、歯科診療特別対応加算3を算定する場合を除く。）は、歯科診療特別対応加算2として、●●点を所定点数に加算し、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第6条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症、同条第8項に規定する指定感染症又は同条第9項に規定する新感染症の患者に対して初診を行った場合は、歯科診療特別対応加算3として、●●点を所定点数に加算する。ただし、歯科診療特別対応加算1、歯科診療特別対応加算2又は歯科診療特別対応加算3を算定する患者について、当該患者に対する診療時間が1時間を超えた場合は、30分又はその端数を増すごとに、●●点を更に所定点数に加算する。

(14) 歯科診療特別対応加算1及び歯科診療特別対応加算2

「注6」の「著しく歯科治療が困難な者」とは、次に掲げる状態又はこれらに準ずる状態をいう。なお、歯科診療特別対応加算1又は歯科診療特別対応加算2を算定した場合は、当該加算を算定した日の患者の

対して初診を行った場合は、歯科診療特別対応加算として、175点（当該患者が歯科治療環境に円滑に適応できるような技法を用いた場合は、初診時歯科診療導入加算として、250点）を所定点数に加算する。

(14) 歯科診療特別対応加算

「注6」の「著しく歯科治療が困難な者」とは、次に掲げる状態又はこれらに準ずる状態をいう。なお、歯科診療特別対応加算を算定した場合は、当該加算を算定した日の患者の状態を診療録に記載する。

<p>状態を診療録に記載する。 イ～ニ (略) ホ <u>感染対策が特に必要な状態</u></p> <p>(15) <u>歯科診療特別対応加算3</u> <u>歯科診療特別対応加算3を算定した場合は、当該患者の病名を診療録に記載する。</u></p> <p>※ <u>再診料及び歯科訪問診療料についても同様。</u></p>	<p>イ～ニ (略) (新設)</p> <p>(新設)</p>
--	-------------------------------------

5. 歯科治療時医療管理料等について、新興感染症等の患者を対象患者に追加する。

改 定 案	現 行
<p>【歯科治療時医療管理料】 [算定要件] (1) 歯科治療時医療管理料は、高血圧性疾患、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管障害、喘息、慢性気管支炎、糖尿病、甲状腺機能低下症、甲状腺機能亢進症、副腎皮質機能不全、てんかん、慢性腎臓病（腎代替療法を行う患者に限る。）の患者、人工呼吸器を装着している患者、<u>在宅酸素療法を行っている患者又は感染対策が特に必要な患者</u>に対して、歯科治療時における患者の全身状態の変化等を把握するため、患者の血圧、脈拍、経皮的動脈血酸素飽和度を経時的に監視し、必要な医療管理を行った場合に算定する。</p> <p>※ <u>在宅患者歯科治療時医療管理料についても同様。</u></p> <p>【歯科疾患管理料総合医療管理加算】 [算定要件] (16)「注11」の総合医療管理加算</p>	<p>【歯科治療時医療管理料】 [算定要件] (1) 歯科治療時医療管理料は、高血圧性疾患、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管障害、喘息、慢性気管支炎、糖尿病、甲状腺機能低下症、甲状腺機能亢進症、副腎皮質機能不全、てんかん、慢性腎臓病（腎代替療法を行う患者に限る。）の患者、人工呼吸器を装着している患者<u>又は在宅酸素療法を行っている患者</u>に対して、歯科治療時における患者の全身状態の変化等を把握するため、患者の血圧、脈拍、経皮的動脈血酸素飽和度を経時的に監視し、必要な医療管理を行った場合に算定する。</p> <p>【歯科疾患管理料総合医療管理加算】 [算定要件] (16)「注11」の総合医療管理加算</p>

は、糖尿病の患者、骨吸収抑制薬投与中の患者、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチの患者、血液凝固阻止剤投与中の患者、H I V感染症の患者又は感染対策が特に必要な患者であって、別の医科の保険医療機関の当該疾患の担当医から歯科治療を行うに当たり、診療情報提供料に定める様式に基づいた文書により患者の全身状態や服薬状況等についての必要な診療情報の提供を受け、適切な総合医療管理を実施した場合に算定する。なお、算定に当たっては当該疾患の担当医からの情報提供に関する内容及び担当医の保険医療機関名等について診療録に記載又は提供文書の写しを添付する。

【歯科疾患在宅療養管理料】

[算定要件]

- (7) 「注4」の在宅総合医療管理加算は、糖尿病の患者、骨吸収抑制薬投与中の患者、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチの患者、血液凝固阻止剤投与中の患者、H I V感染症の患者又は感染対策が特に必要な患者であって、別の医科の保険医療機関の当該疾患の担当医から歯科治療を行うに当たり、診療情報提供料に定める様式に基づいた文書により患者の全身状態や服薬状況等についての必要な診療情報の提供を受け、適切な総合医療管理を実施した場合に算定する。なお、算定に当たっては当該疾患の担当医からの情報提供に関する内容及び担当医の保険医療機関名等について診療録に記載又は提供文書の写しを添付する。

は、糖尿病の患者、骨吸収抑制薬投与中の患者、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチの患者、血液凝固阻止剤投与中の患者又はH I V感染症の患者であって、別の医科の保険医療機関の当該疾患の担当医から歯科治療を行うに当たり、診療情報提供料に定める様式に基づいた文書により患者の全身状態や服薬状況等についての必要な診療情報の提供を受け、適切な総合医療管理を実施した場合に算定する。なお、算定に当たっては当該疾患の担当医からの情報提供に関する内容及び担当医の保険医療機関名等について診療録に記載又は提供文書の写しを添付する。

【歯科疾患在宅療養医療料】

[算定要件]

- (7) 「注4」の在宅総合医療管理加算は、糖尿病の患者、骨吸収抑制薬投与中の患者、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチの患者、血液凝固阻止剤投与中の患者又はH I V感染症の患者であって、別の医科の保険医療機関の当該疾患の担当医から歯科治療を行うに当たり、診療情報提供料に定める様式に基づいた文書により患者の全身状態や服薬状況等についての必要な診療情報の提供を受け、適切な総合医療管理を実施した場合に算定する。なお、算定に当たっては当該疾患の担当医からの情報提供に関する内容及び担当医の保険医療機関名等について診療録に記載又は提供文書の写しを添付する。

【Ⅱ－７ かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価－①】

① 地域包括診療料等の見直し

「Ⅱ－５－③」を参照のこと。

【Ⅱ－７ かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価－②】

② 時間外対応加算の見直し

「Ⅰ－６－①」を参照のこと。

③ 小児かかりつけ診療料の見直し

第1 基本的な考え方

小児に対する継続的な診療を一層推進する観点から、小児かかりつけ診療料について、要件及び評価を見直す。

第2 具体的な内容

1. 発達障害を疑う児の診察等を行うこと、不適切な養育にも繋がりを育児不安等の相談に乗ること、医師が発達障害等に関する適切な研修及び虐待に関する適切な研修を受講していることが望ましいことを要件に追加する。
2. 上記の見直し、新型コロナウイルスの検査の取扱いの変更及び処方等に係る評価体系の見直し等を踏まえ、小児かかりつけ診療料の評価を見直す。

改 定 案	現 行
<p>【小児かかりつけ診療料】</p> <p>1 小児かかりつけ診療料 1</p> <p>イ 処方箋を交付する場合</p> <p>(1) 初診時 <u>●●点</u></p> <p>(2) 再診時 <u>●●点</u></p> <p>ロ 処方箋を交付しない場合</p> <p>(1) 初診時 <u>●●点</u></p> <p>(2) 再診時 <u>●●点</u></p> <p>2 小児かかりつけ診療料 2</p> <p>イ 処方箋を交付する場合</p> <p>(1) 初診時 <u>●●点</u></p> <p>(2) 再診時 <u>●●点</u></p> <p>ロ 処方箋を交付しない場合</p> <p>(1) 初診時 <u>●●点</u></p> <p>(2) 再診時 <u>●●点</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>(1)～(5) (略)</p> <p>(6) 小児かかりつけ診療料の算定に当たっては、以下の指導等を行うこと。</p>	<p>【小児かかりつけ診療料】</p> <p>1 小児かかりつけ診療料 1</p> <p>イ 処方箋を交付する場合</p> <p>(1) 初診時 <u>641点</u></p> <p>(2) 再診時 <u>448点</u></p> <p>ロ 処方箋を交付しない場合</p> <p>(1) 初診時 <u>758点</u></p> <p>(2) 再診時 <u>566点</u></p> <p>2 小児かかりつけ診療料 2</p> <p>イ 処方箋を交付する場合</p> <p>(1) 初診時 <u>630点</u></p> <p>(2) 再診時 <u>437点</u></p> <p>ロ 処方箋を交付しない場合</p> <p>(1) 初診時 <u>747点</u></p> <p>(2) 再診時 <u>555点</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>(1)～(5) (略)</p> <p>(6) 小児かかりつけ診療料の算定に当たっては、以下の指導等を行うこと。</p>

<p>ア～エ (略)</p> <p><u>オ 発達障害の疑いがある患者について、診療及び保護者からの相談に対応するとともに、必要に応じて専門的な医療を要する際の紹介等を行うこと。</u></p> <p><u>カ 不適切な養育にも繋がりうる育児不安等の相談に適切に対応すること。</u></p> <p><u>キ かかりつけ医として、上記アからカまでに掲げる指導等を行う旨を患者に対して書面（別紙様式10を参考とし、各医療機関において作成すること。）を交付して説明し、同意を得ること。また、小児かかりつけ医として上記アからカまでに掲げる指導等を行っている旨を、当該保険医療機関の外来受付等の見やすい場所に掲示していること。</u></p> <p>[施設基準]</p> <p>1 小児かかりつけ診療料1に関する施設基準 (1)～(3) (略) <u>(4) (1)に掲げる医師は、発達障害等に関する適切な研修及び虐待に関する適切な研修を修了していることが望ましい。</u></p> <p>2 小児かかりつけ診療料2に関する施設基準 (1) 1の(1)、(3)及び(4)の基準を満たしていること。 (2) (略)</p>	<p>ア～エ (略) (新設)</p> <p>(新設)</p> <p><u>オ かかりつけ医として、上記アからエまでに掲げる指導等を行う旨を患者に対して書面（別紙様式10を参考とし、各医療機関において作成すること。）を交付して説明し、同意を得ること。また、小児かかりつけ医として上記アからエまでに掲げる指導等を行っている旨を、当該保険医療機関の外来受付等の見やすい場所に掲示していること。</u></p> <p>[施設基準]</p> <p>1 小児かかりつけ診療料1に関する施設基準 (1)～(3) (略) (新設)</p> <p>2 小児かかりつけ診療料2に関する施設基準 (1) 1の(1)及び(3)の基準を満たしていること。 (2) (略)</p>
--	---

④ 継続的・定期的な口腔管理による歯科疾患の重症化予防の取組の推進

第1 基本的な考え方

地域における連携体制を確保しつつ、ライフコースを通じた継続的・定期的な口腔管理による歯科疾患の重症化予防の取組を推進する観点から、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所について、名称、要件及び評価を見直す。これを踏まえつつ、小児期及び高齢期のライフステージに応じた口腔機能管理を推進する観点から、小児口腔機能管理料及び口腔機能管理料について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

1. かかりつけ歯科医による歯科疾患の管理について、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所による実施を評価しているが、これを見直し、口腔機能管理に関する実績要件等も満たす診療所による実施を評価することとする。
2. 小児口腔機能管理料及び口腔機能管理料にかかりつけ歯科医による口腔機能管理に関する評価を新設する。
3. エナメル質初期う蝕管理加算を廃止する。

改 定 案	現 行
<p>【歯科疾患管理料】 [算定要件] (削除)</p>	<p>【歯科疾患管理料】 [算定要件] 注10 <u>かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所（歯科疾患の管理が必要な患者に対し、定期的かつ継続的な口腔の管理を行う診療所であって、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ものをいう。以下この表において同じ。）において、エナメル質初期う蝕に罹患している患者に対して、管理及び療養上必要な指導等を行い、その</u></p>

<p>10 (略)</p> <p>11 初診日の属する月から起算して6月を超えて歯科疾患の管理及び療養上必要な指導を行った場合は、長期管理加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p>イ <u>区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料の注3に規定す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診療所である保険医療機関の場合</u> 120点</p> <p>ロ イ以外の保険医療機関の場合 100点</p> <p>【歯周病安定期治療】 [算定要件]</p> <p>注2 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又は<u>区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料の注3に規定す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診療所である保険医療機関において歯周病安定期治療を開始した場合は、この限りでない。</u></p> <p>3 <u>区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料の注3に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長</u></p>	<p><u>内容について説明を行った場合は、エナメル質初期う蝕管理加算として、260点を所定点数に加算する。</u></p> <p>11 (略)</p> <p>12 初診日の属する月から起算して6月を超えて歯科疾患の管理及び療養上必要な指導を行った場合は、長期管理加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p>イ <u>かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の場合</u> 120点</p> <p>ロ イ以外の保険医療機関の場合 100点</p> <p>【歯周病安定期治療】 [算定要件]</p> <p>注2 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又は<u>かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所において歯周病安定期治療を開始した場合は、この限りでない。</u></p> <p>3 <u>かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所において歯周病安定期治療を開始した場合は、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診</u></p>
--	---

等に届け出た診療所である保険医療機関において歯周病安定期治療を開始した場合は、口腔管理体制強化加算として、120点を所定点数に加算する。

【歯科訪問診療料】

[算定要件]

注11 歯科訪問診療を実施する保険医療機関の歯科衛生士が、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。

イ 在宅療養支援歯科診療所

- 1、在宅療養支援歯科診療所
- 2又は区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料の注3に規定す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診療所である保険医療機関の場合

(1)・(2) (略)

ロ (略)

15 1について、当該保険医療機関の外来（歯科診療を行うものに限る。）を受診していた患者であって在宅等において療養を行っているものに対して、歯科訪問診療を実施した場合は、歯科訪問診療移行加算として、次に掲げる点数を所定点数に加算する。なお、この場合において、注12に規定する加算は算定できない。

イ 区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料の注3に規定す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診療所である保険医療機関の場合

療所加算として、120点を所定点数に加算する。

【歯科訪問診療料】

[算定要件]

注11 歯科訪問診療を実施する保険医療機関の歯科衛生士が、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。

イ 在宅療養支援歯科診療所

- 1、在宅療養支援歯科診療所
- 2又はかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の場合

(1)・(2) (略)

ロ (略)

15 1について、当該保険医療機関の外来（歯科診療を行うものに限る。）を受診していた患者であって在宅等において療養を行っているものに対して、歯科訪問診療を実施した場合は、歯科訪問診療移行加算として、次に掲げる点数を所定点数に加算する。なお、この場合において、注12に規定する加算は算定できない。

イ かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の場合 150点

150点	
□ (略)	□ (略)
<p>【在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】 [算定要件]</p> <p>注4 <u>区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料の注3に規定す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診療所である保険医療機関の歯科医師が当該指導管理を実施した場合は、口腔管理体制強化加算として、75点を所定点数に加算する。</u></p>	<p>【在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】 [算定要件]</p> <p>注4 <u>かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の歯科医師が当該指導管理を実施した場合は、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算として、75点を所定点数に加算する。</u></p>
<p>【小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】 [算定要件]</p> <p>注4 <u>区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料の注3に規定す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診療所である保険医療機関の歯科医師が当該指導管理を実施した場合は、口腔管理体制強化加算として、75点を所定点数に加算する。</u></p>	<p>【小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】 [算定要件]</p> <p>注4 <u>かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の歯科医師が当該指導管理を実施した場合は、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算として、75点を所定点数に加算する。</u></p>
<p>【小児口腔機能管理料】 [算定要件]</p> <p>注3 <u>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診療所である保険医療機関において、口腔機能の管理を行った場合は、口腔管理体制強化加算として、●●点を所定点数に加算する。</u></p>	<p>【小児口腔機能管理料】 [算定要件] (新設)</p>
<p>【口腔機能管理料】 [算定要件]</p> <p>注3 <u>区分番号B000-4-2に</u></p>	<p>【口腔機能管理料】 [算定要件] (新設)</p>

掲げる小児口腔機能管理料の注3に規定す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診療所である保険医療機関において、口腔機能の管理を行った場合は、口腔管理体制強化加算として、●●点を所定点数に加算する。

[施設基準]

六の二の三 小児口腔機能管理料の注3に規定する口腔管理体制強化加算の施設基準

(1)～(3) (略)

(4) 口腔機能管理に関する実績があること。

(5) 次のいずれかに該当すること。

イ 歯科訪問診療料を算定していること。

ロ 在宅療養支援歯科診療所

1、在宅療養支援歯科診療所2又は在宅療養支援歯科病院との連携の実績があること。

ハ 在宅歯科医療に係る連携体制が確保されていること。

(6)～(9) (略)

[経過措置]

令和6年3月31日において現にかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所に係る届出を行っている保険医療機関については、令和●●年●●月●●日までの間に限り、(4)に該当するものとみなす。

[施設基準]

六の二の三 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準

(1)～(3) (略)

(新設)

(4) 歯科訪問診療料の算定又は在宅療養支援歯科診療所1若しくは在宅療養支援歯科診療所2との連携の実績があること。

(5)～(8) (略)

④ 在宅医療における ICT を用いた 医療情報連携の推進

第1 基本的な考え方

在宅での療養を行っている患者に対して、医師・歯科医師が計画的な医学管理を行う際に当該患者の医療・ケアに携わる関係職種が ICT を用いて記録した診療情報等を活用した場合について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料について、他の保険医療機関等の関係職種が ICT を用いて記録した患者に係る診療情報等を活用した上で、医師が計画的な医学管理を行った場合の評価を新設する。

(新) 在宅医療情報連携加算（在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料） ●●点

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの同意を得て、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員又は相談支援専門員等であって当該患者に関わる者が ICT を用いて記録した当該患者に係る診療情報等を活用した上で計画的な医学管理を行った場合に、在宅医療情報連携加算として、月●●回に限り、●●点を所定点数に加算する。

[施設基準]

- (1) 在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの診療情報等について、ICT を用いて常時確認できる体制を有し、関係機関と平時からの連携体制を構築していること。
- (2) 診療情報等を活用した上で計画的な医学管理を行うにつき十

分な体制が整備されていること。

(3) (1) に規定する連携体制を構築している医療機関であることについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

(4) (3) の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。

[経過措置]

令和●年●月●日までの間に限り、(4) に該当するものとみなす。

2. 在宅がん医療総合診療料について、他の保険医療機関等の関係職種が ICT を用いて記録した患者に係る診療情報等を活用した上で、医師が計画的な医学管理を行った場合の評価を新設する。

(新) 在宅医療情報連携加算（在宅がん医療総合診療料） ●●点

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの同意を得て、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員又は相談支援専門員等であって当該患者に関わる者が ICT を用いて記録した当該患者に係る診療情報等を活用した上で計画的な医学管理を行った場合に、在宅医療情報連携加算として、月●●回に限り、●●点を所定点数に加算する。

[施設基準]

(1) 在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの診療情報等について、ICT を用いて常時確認できる体制を有し、関係機関と平時からの連携体制を構築していること。

(2) 診療情報等を活用した上で計画的な医学管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(3) (1) に規定する連携体制を構築している医療機関であることについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

(4) (3) の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。

[経過措置]

令和●年●月●日までの間に限り、(4)に該当するものとみなす。

3. 歯科疾患在宅療養管理料について、他の保険医療機関等の関係職種が ICT を用いて記録した患者に係る診療情報等を活用した上で、歯科医師が計画的な医学管理を行った場合の評価を新設する。

(新) 在宅歯科医療情報連携加算 ●●点

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た歯科訪問診療を実施している保険医療機関の歯科医師が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの同意を得て、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医、他の保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員又は相談支援専門員等であって当該患者に関わる者が ICT を用いて記録した当該患者に係る診療情報等を活用した上で計画的な歯科医学的管理を行った場合に、在宅歯科医療情報連携加算として、月●●回に限り、●●点を所定点数に加算する。

[施設基準]

- (1) 在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの診療情報等について、ICT を用いて常時確認できる体制を有し、関係機関と平時からの連携体制を構築していること。
- (2) 診療情報等を活用した上で計画的な歯科医学的管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (3) (1) に規定する連携体制を構築している医療機関であることについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (4) (3) の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。

[経過措置]

令和●年●月●日までの間に限り、(4)に該当するものとみなす。

⑦ 在宅における質の高い緩和ケアの提供の推進

第1 基本的な考え方

在宅で療養を行う末期の悪性腫瘍の患者について、質の高い緩和ケアを提供する観点から、患者の急変時等に、ICT の活用によって当該患者に関わる医療従事者等の間で共有されている人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を踏まえ、医師が当該患者に対して療養上必要な指導を行った場合について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

在宅で療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者の病状の急変時に、ICT の活用によって、医療従事者等の間で共有されている人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を踏まえ医師が療養上必要な指導を行った場合の評価を新設する。

(新) 在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料

●●点

[対象患者]

在宅医療情報連携加算を算定している患者であって、在宅での療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者

[算定要件]

- (1) 訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの同意を得て、末期の悪性腫瘍の患者の病状の急変等に伴い、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員又は相談支援専門員等が ICT を用いて記録した当該患者に係る人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を取得した上で療養上必要な指導を行った場合に、月●回に限り算定する。
- (2) 在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料は、他の保険医療機関等の関係職種が ICT を用いて記録した患者に係る診療情報等を活用した上で、医師が計画的な医学管理を行っている患者に対し、共有されている当該患者の人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を取得した上で療養上必要な指導を行った場合に、当該指導を行

った日に限り算定できる。

②④ 質の高い在宅歯科医療の提供の推進

第1 基本的な考え方

質の高い在宅歯科医療の提供を推進する観点から、歯科訪問診療料の評価を見直すとともに、歯科訪問診療の後方支援等を行う病院について新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 歯科訪問診療1における20分未満の場合の評価を見直すとともに、歯科訪問診療2及び歯科訪問診療3について、同一建物居住者に対して歯科訪問診療を実施する場合の区分を見直す。

改 定 案	現 行																								
<p>【歯科訪問診療料】</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">1</td> <td style="width: 85%;">歯科訪問診療1</td> <td style="width: 10%; text-align: right;">1,100点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>歯科訪問診療2</td> <td style="text-align: right;">●●点</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>歯科訪問診療3</td> <td style="text-align: right;">●●点</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>歯科訪問診療4</td> <td style="text-align: right;">●●点</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>歯科訪問診療5</td> <td style="text-align: right;">●●点</td> </tr> </table> <p>[算定要件]</p> <p>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を同一日に●●人以下の患者に行った場合に算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料又は区分番号A002に掲げる再診料は、算定できない。</p> <p style="padding-left: 20px;">イ・ロ （略）</p> <p>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</p>	1	歯科訪問診療1	1,100点	2	歯科訪問診療2	●●点	3	歯科訪問診療3	●●点	4	歯科訪問診療4	●●点	5	歯科訪問診療5	●●点	<p>【歯科訪問診療料】</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">1</td> <td style="width: 85%;">歯科訪問診療1</td> <td style="width: 10%; text-align: right;">1,100点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>歯科訪問診療2</td> <td style="text-align: right;">361点</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>歯科訪問診療3</td> <td style="text-align: right;">185点</td> </tr> </table> <p>[算定要件]</p> <p>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を同一日に9人以下の患者に行った場合に算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料又は区分番号A002に掲げる再診料は、算定できない。</p> <p style="padding-left: 20px;">イ・ロ （略）</p> <p>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</p>	1	歯科訪問診療1	1,100点	2	歯科訪問診療2	361点	3	歯科訪問診療3	185点
1	歯科訪問診療1	1,100点																							
2	歯科訪問診療2	●●点																							
3	歯科訪問診療3	●●点																							
4	歯科訪問診療4	●●点																							
5	歯科訪問診療5	●●点																							
1	歯科訪問診療1	1,100点																							
2	歯科訪問診療2	361点																							
3	歯科訪問診療3	185点																							

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同一日に●●人以上●●人以下の患者に行った場合に算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料又は区分番号A002に掲げる再診料は、算定できない。

イ・ロ (略)

- 4 4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同一日に●●人以上●●人以下の患者に行った場合に算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料又は区分番号A002に掲げる再診料は、算定できない。

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

- 5 5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同一日に●●人以上の患者に行った場合に算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料又は区分番号A002に掲げる再診料は、算定できない。

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同一日に10人以上の患者に行った場合に算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料又は区分番号A002に掲げる再診料は、算定できない。

イ・ロ (略)

(新設)

(新設)

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

- 6 2から5までを算定する患者（歯科訪問診療料の注15に該当する場合を除く。）について、当該患者に対する診療時間が20分未満の場合における歯科訪問診療2、歯科訪問診療3、歯科訪問診療4又は歯科訪問診療5についてはそれぞれ●●点、●●●点、●●●点又は●●●点を算定する。ただし、2及び3について、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は、この限りではない。

7・8 （略）

- 9 別に厚生労働大臣が定める時間であって、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している時間において緊急に歯科訪問診療を行った場合、夜間（深夜を除く。）において歯科訪問診療を行った場合又は深夜において歯科訪問診療を行った場合は、緊急歯科訪問診療加算、夜間歯科訪問診療加算又は深夜歯科訪問診療加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ 緊急歯科訪問診療加算

- (1) 歯科訪問診療1を算定する場合 425点
(2) 歯科訪問診療2を算定

- 4 1から3までを算定する患者（歯科訪問診療料の注13に該当する場合を除く。）について、当該患者に対する診療時間が20分未満の場合における歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3についてはそれぞれ880点、253点又は111点を算定する。ただし、次のいずれかに該当する場合は、この限りではない。

イ 1について、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又は当該患者の状態により20分以上の診療が困難である場合

ロ 2について、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

5・6 （略）

- 7 別に厚生労働大臣が定める時間であって、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している時間において緊急に歯科訪問診療を行った場合、夜間（深夜を除く。）において歯科訪問診療を行った場合又は深夜において歯科訪問診療を行った場合は、緊急歯科訪問診療加算、夜間歯科訪問診療加算又は深夜歯科訪問診療加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ 緊急歯科訪問診療加算

- (1) 歯科訪問診療1を算定する場合 425点
(2) 歯科訪問診療2を算定

<p>する場合 <u>●●点</u></p> <p>(3) 歯科訪問診療 3 を算定 する場合 <u>●●点</u></p> <p>(4) 歯科訪問診療 4 を算定 する場合 <u>●●点</u></p> <p>(5) 歯科訪問診療 5 を算定 する場合 <u>●●点</u></p> <p>□ 夜間歯科訪問診療加算</p> <p>(1) 歯科訪問診療 1 を算定 する場合 850点</p> <p>(2) 歯科訪問診療 2 を算定 する場合 <u>●●点</u></p> <p>(3) 歯科訪問診療 3 を算定 する場合 <u>●●点</u></p> <p>(4) 歯科訪問診療 4 を算定 する場合 <u>●●点</u></p> <p>(5) 歯科訪問診療 5 を算定 する場合 <u>●●点</u></p> <p>ハ 深夜歯科訪問診療加算</p> <p>(1) 歯科訪問診療 1 を算定 する場合 1,700点</p> <p>(2) 歯科訪問診療 2 を算定 する場合 <u>●●点</u></p> <p>(3) 歯科訪問診療 3 を算定 する場合 <u>●●点</u></p> <p>(4) 歯科訪問診療 4 を算定 する場合 <u>●●点</u></p> <p>(5) 歯科訪問診療 5 を算定 する場合 <u>●●点</u></p> <p>10~14 (略)</p> <p>15 1から5までについて、在宅療養支援歯科診療所 1 又は在宅療養支援歯科診療所 2 以外の診療所であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさないものにおいては、次に掲げる点数により算定する。</p> <p>イ 初診時 <u>●●点</u></p> <p>ロ 再診時 <u>●●点</u></p> <p>16 区分番号 A O O O に掲げる初診料の注 1 又は注 2 に規定す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出を行</p>	<p>する場合 <u>140点</u></p> <p>(3) 歯科訪問診療 3 を算定 する場合 <u>70点</u> (新設)</p> <p>(新設)</p> <p>□ 夜間歯科訪問診療加算</p> <p>(1) 歯科訪問診療 1 を算定 する場合 850点</p> <p>(2) 歯科訪問診療 2 を算定 する場合 <u>280点</u></p> <p>(3) 歯科訪問診療 3 を算定 する場合 <u>140点</u> (新設)</p> <p>(新設)</p> <p>ハ 深夜歯科訪問診療加算</p> <p>(1) 歯科訪問診療 1 を算定 する場合 1,700点</p> <p>(2) 歯科訪問診療 2 を算定 する場合 <u>560点</u></p> <p>(3) 歯科訪問診療 3 を算定 する場合 <u>280点</u> (新設)</p> <p>(新設)</p> <p>8~12 (略)</p> <p>13 1から3までについて、在宅療養支援歯科診療所 1 又は在宅療養支援歯科診療所 2 以外の診療所であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさないものにおいては、次に掲げる点数により算定する。</p> <p>イ 初診時 <u>264点</u></p> <p>ロ 再診時 <u>56点</u></p> <p>14 区分番号 A O O O に掲げる初診料の注 1 又は注 2 に規定す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出を行</p>
--	--

っていない保険医療機関については、1から5まで又は注15に規定するそれぞれの所定点数から10点を減算する。

- 17 1について、当該保険医療機関の外来（歯科診療を行うものに限る。）を受診していた患者であって在宅等において療養を行っているものに対して、歯科訪問診療を実施した場合は、歯科訪問診療移行加算として、次に掲げる点数を所定点数に加算する。なお、この場合において、注14に規定する加算は算定できない。

イ・ロ（略）

- 18 1から3までについて、地域歯科診療支援病院歯科初診料、在宅療養支援歯科診療所1又は在宅療養支援歯科診療所2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において、当該保険医療機関の歯科衛生士等が、過去2月以内に区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定した患者であって、当該歯科衛生指導の実施時に当該保険医療機関の歯科医師が情報通信機器を用いて口腔内の状態等を観察したものに対して、歯科訪問診療を実施した場合は、通信画像情報活用加算として、患者1人につき月1回に限り、30点を所定点数に加算する。

- 19 1から5までについて、当該保険医療機関と特別の関係にある他の保険医療機関等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、次に掲げる点数により算定する。

イ 初診時 ●●点

っていない保険医療機関については、1から3まで又は注13に規定するそれぞれの所定点数から10点を減算する。

- 15 1について、当該保険医療機関の外来（歯科診療を行うものに限る。）を受診していた患者であって在宅等において療養を行っているものに対して、歯科訪問診療を実施した場合は、歯科訪問診療移行加算として、次に掲げる点数を所定点数に加算する。なお、この場合において、注12に規定する加算は算定できない。

イ・ロ（略）

- 16 1及び2について、地域歯科診療支援病院歯科初診料、在宅療養支援歯科診療所1又は在宅療養支援歯科診療所2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において、当該保険医療機関の歯科衛生士等が、過去2月以内に区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定した患者であって、当該歯科衛生指導の実施時に当該保険医療機関の歯科医師が情報通信機器を用いて口腔内の状態等を観察したものに対して、歯科訪問診療を実施した場合は、通信画像情報活用加算として、患者1人につき月1回に限り、30点を所定点数に加算する。

（新設）

<u>口 再診時</u>	●●点
<p>[施設基準] 六の三 在宅療養支援歯科診療所の施設基準 (1) 在宅療養支援歯科診療所 1 の施設基準 イ 保険医療機関である歯科診療所であって、<u>歯科訪問診療 1、歯科訪問診療 2 又は歯科訪問診療 3</u>を算定していること。</p>	<p>[施設基準] 六の三 在宅療養支援歯科診療所の施設基準 (1) 在宅療養支援歯科診療所 1 の施設基準 イ 保険医療機関である歯科診療所であって、<u>歯科訪問診療 1 又は歯科訪問診療 2</u>を算定していること。</p>

2. 歯科訪問診療の後方支援や地域の歯科診療所と連携した口腔機能評価等を含む歯科訪問診療を行う在宅療養支援歯科病院を新設し、当該医療機関が在宅において歯科疾患の管理を行う場合等の評価を行う。

改 定 案	現 行
<p>【退院時共同指導料 1】 [算定要件] 1 在宅療養支援歯科診療所 1、在宅療養支援歯科診療所 2 <u>又は在宅療養支援歯科病院</u>（在宅等における療養を歯科医療面から支援する保険医療機関であって、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ものをいう。以下この表において同じ。）の場合 900点 2 （略）</p> <p>【歯科訪問診療料】 [算定要件] 注11 歯科訪問診療を実施する保険医療機関の歯科衛生士が、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。 イ 在宅療養支援歯科診療所 1、在宅療養支援歯科診療所 2、<u>かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所又は在宅療養</u></p>	<p>【退院時共同指導料 1】 [算定要件] 1 在宅療養支援歯科診療所 1 <u>又は在宅療養支援歯科診療所 2</u>（在宅等における療養を歯科医療面から支援する保険医療機関であって、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ものをいう。以下この表において同じ。）の場合 900点 2 （略）</p> <p>【歯科訪問診療料】 [算定要件] 注11 歯科訪問診療を実施する保険医療機関の歯科衛生士が、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。 イ 在宅療養支援歯科診療所 1、在宅療養支援歯科診療所 2 <u>又はかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の場合</u></p>

支援歯科病院の場合

(1)・(2) (略)

□ (略)

16 1及び2について、地域歯科診療支援病院歯科初診料、在宅療養支援歯科診療所1、在宅療養支援歯科診療所2又は在宅療養支援歯科病院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において、当該保険医療機関の歯科衛生士等が、過去2月以内に区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定した患者であって、当該歯科衛生指導の実施時に当該保険医療機関の歯科医師が情報通信機器を用いて口腔内の状態等を観察したものに対して、歯科訪問診療を実施した場合は、通信画像情報活用加算として、患者1人につき月1回に限り、30点を所定点数に加算する。

【歯科疾患在宅療養管理料】

[算定要件]

1・2 (略)

3 在宅療養支援歯科病院の場合

●●点

4 1から3まで以外の場合 200点

【在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】

[算定要件]

注5 在宅療養支援歯科診療所1、在宅療養支援歯科診療所2又は在宅療養支援歯科病院の歯科医師が、当該指導管理を実施した場合は、在宅療養支援歯科診療所加算1、在宅療養支援歯科診療所加算2又は在宅療養支援歯科病院加算として、それぞれ145点、80点又は●●点を所定点数に加算する。ただ

(1)・(2) (略)

□ (略)

16 1及び2について、地域歯科診療支援病院歯科初診料、在宅療養支援歯科診療所1又は在宅療養支援歯科診療所2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において、当該保険医療機関の歯科衛生士等が、過去2月以内に区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定した患者であって、当該歯科衛生指導の実施時に当該保険医療機関の歯科医師が情報通信機器を用いて口腔内の状態等を観察したものに対して、歯科訪問診療を実施した場合は、通信画像情報活用加算として、患者1人につき月1回に限り、30点を所定点数に加算する。

【歯科疾患在宅療養管理料】

[算定要件]

1・2 (略)

(新設)

3 1及び2以外の場合 200点

【在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】

[算定要件]

注5 在宅療養支援歯科診療所1又は在宅療養支援歯科診療所2の歯科医師が、当該指導管理を実施した場合は、在宅療養支援歯科診療所加算1又は在宅療養支援歯科診療所加算2として、それぞれ145点又は80点を所定点数に加算する。ただし、注4に規定する加算を算定している場合は、算定できな

<p>し、注4に規定する加算を算定している場合は、算定できない。</p> <p>【小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注5 <u>在宅療養支援歯科診療所1、在宅療養支援歯科診療所2又は在宅療養支援歯科病院の歯科医師が、当該指導管理を実施した場合は、在宅療養支援歯科診療所加算1、在宅療養支援歯科診療所加算2又は在宅療養支援歯科病院加算として、それぞれ145点、80点又は●●点を所定点数に加算する。ただし、注4に規定する加算を算定している場合は、算定できない。</u></p> <p>【小児口腔機能管理料】</p> <p>[施設基準]</p> <p>六の二の三 <u>小児口腔機能管理料の注3に規定する口腔管理体制強化加算の施設基準</u></p> <p>(4) <u>次のいずれかに該当すること。</u></p> <p>イ <u>歯科訪問診療料を算定していること。</u></p> <p>ロ <u>在宅療養支援歯科診療所1、在宅療養支援歯科診療所2又は在宅療養支援歯科病院との連携の実績があること。</u></p> <p>ハ <u>在宅歯科医療に係る連携体制が確保されていること。</u></p> <p>(5)～(9) (略)</p>	<p>い。</p> <p>【小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注5 <u>在宅療養支援歯科診療所1又は在宅療養支援歯科診療所2の歯科医師が、当該指導管理を実施した場合は、在宅療養支援歯科診療所加算1又は在宅療養支援歯科診療所加算2として、それぞれ145点又は80点を加算する。ただし、注4に規定する加算を算定している場合は、算定できない。</u></p> <p>【かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所】</p> <p>[施設基準]</p> <p>六の二の三 <u>かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準</u></p> <p>(4) <u>歯科訪問診療料の算定又は在宅療養支援歯科診療所1若しくは在宅療養支援歯科診療所2との連携の実績があること。</u></p> <p>(5)～(9) (略)</p>
---	--

[在宅療養支援歯科病院の施設基準]

- (1) 保険医療機関である歯科診療を行う病院であって、歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3を算定していること。
- (2) 高齢者の口腔機能管理に係る研修を受けた常勤の歯科医師が●●名以上配置されていること。
- (3) 歯科衛生士が●●名以上配置されていること。
- (4) 在宅歯科診療に係る後方支援の機能を有していること。

- (5) 定期的に、在宅患者等の口腔機能管理を行っている患者数等を地方厚生局長等に報告していること。
- (6) 当該地域において、保険医療機関、介護・福祉施設等との十分な連携の実績があること。

②⑤ 訪問歯科衛生指導の推進

第1 基本的な考え方

在宅患者等の訪問歯科衛生指導を推進する観点から、訪問歯科衛生指導料について要件及び評価を見直す。

第2 具体的な内容

1. 終末期の悪性腫瘍の患者等、緩和ケアを受けている患者に対して、訪問歯科衛生指導を行う場合の訪問歯科衛生指導料の算定回数制限を見直す。
2. 訪問歯科衛生指導が困難な者に対して、歯科衛生士等が複数名で訪問する場合の評価を新設する。
3. 訪問歯科衛生指導の実態を踏まえ、訪問歯科衛生指導料の評価を見直す。

改 定 案	現 行
<p>【訪問歯科衛生指導料】</p> <p>1 単一建物診療患者が1人の場合 <u>●●点</u></p> <p>2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <u>●●点</u></p> <p>3 1及び2以外の場合 <u>●●点</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 歯科訪問診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士、保健師、看護師又は准看護師が訪問して療養上必要な指導として、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住するもののうち、当該保険医療機関が歯科訪問診療を実施し、歯科衛生士等が同一月に訪問歯科衛生指導を行っているものをいう。）又はその家族等に対して、当該患者の口腔内の清掃（機械的歯面清掃を含む。）、</p>	<p>【訪問歯科衛生指導料】</p> <p>1 単一建物診療患者が1人の場合 <u>360点</u></p> <p>2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <u>328点</u></p> <p>3 1及び2以外の場合 <u>300点</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 歯科訪問診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士、保健師、看護師又は准看護師が訪問して療養上必要な指導として、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住するもののうち、当該保険医療機関が歯科訪問診療を実施し、歯科衛生士等が同一月に訪問歯科衛生指導を行っているものをいう。）又はその家族等に対して、当該患者の口腔内の清掃（機械的歯面清掃を含む。）、</p>

<p>有床義歯の清掃指導又は口腔機能の回復若しくは維持に関する実地指導を行い指導時間が20分以上であった場合は、患者1人につき、月4回に限り算定する。なお、当該歯科衛生指導で実施した指導内容等については、<u>当該患者又はその家族等</u>に対し文書により提供する。</p> <p><u>2 区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者であって緩和ケアを実施するもの</u>に対して行った場合には、<u>注1の規定にかかわらず、月●●回に限り算定する。</u></p> <p><u>3 1については、訪問歯科衛生指導が困難な者等</u>に対して、<u>保険医療機関の歯科衛生士等が、当該保険医療機関の他の歯科衛生士等と同時に訪問歯科衛生指導を行うこと</u>について、<u>当該患者又はその家族等の同意を得て、訪問歯科衛生指導を実施した場合（区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定する日を除く。）</u>には、<u>複数名訪問歯科衛生指導加算として、●●点を所定点数に加算する。</u></p> <p><u>4・5</u> (略)</p>	<p>有床義歯の清掃指導又は口腔機能の回復若しくは維持に関する実地指導を行い指導時間が20分以上であった場合は、患者1人につき、月4回に限り、算定する。なお、当該歯科衛生指導で実施した指導内容等については、<u>患者</u>に対し文書により提供する。</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p><u>2・3</u> (略)</p>
--	---

②⑥ 小児に対する歯科訪問診療の推進

第1 基本的な考え方

医療的ケア児等をはじめとした小児に対する歯科訪問診療を推進する観点から、歯科診療特別対応加算及び初診時歯科診療導入加算の名称及び要件を見直す。

第2 具体的な内容

歯科診療特別対応加算の算定対象に、医療的ケア児等を追加する。

改 定 案	現 行
<p>【<u>歯科診療特別対応加算1</u>（歯科訪問診療料）】</p> <p>【<u>歯科診療特別対応加算2</u>（歯科訪問診療料）】</p> <p>[算定要件]</p> <p>(22) 歯科診療特別対応加算</p> <p>「注6」の「著しく歯科診療が困難な者」とは、次に掲げる状態又はこれらに準ずる状態をいう。なお、<u>歯科診療特別対応加算1</u>又は<u>歯科診療特別対応加算2</u>を算定した場合は、当該加算を算定した日の患者の状態を診療録に記載する。</p> <p>イ～ニ （略）</p> <p>ホ <u>人工呼吸器を使用している状態</u> <u>又は気管切開等を行っており歯科治療に際して管理が必要な状態</u></p>	<p>【<u>歯科診療特別対応加算</u>（歯科訪問診療料）】</p> <p>【<u>初診時歯科診療導入加算</u>（歯科訪問診療料）】</p> <p>[算定要件]</p> <p>(22) 歯科診療特別対応加算</p> <p>「注6」の「著しく歯科診療が困難な者」とは、次に掲げる状態又はこれらに準ずる状態をいう。なお、<u>歯科診療特別対応加算</u>を算定した場合は、当該加算を算定した日の患者の状態を診療録に記載する。</p> <p>イ～ニ （略）</p> <p>（新設）</p>

⑰ 入院患者の栄養管理等における歯科専門職の連携の推進

第1 基本的な考え方

歯科の標榜がない病院の入院患者や介護保険施設等の入所者、在宅で療養する患者の栄養管理への歯科専門職の参画を推進する観点から、栄養サポートチーム等連携加算の評価を見直す。

第2 具体的な内容

1. 他の保険医療機関の入院患者等に対する多職種での栄養管理等に、歯科医師が参画し、それを踏まえて在宅歯科医療に係る管理を行う場合の評価を新設する。

(新) 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料

<u>1</u>	<u>在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料 1</u>	●●点
<u>2</u>	<u>在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料 2</u>	●●点
<u>3</u>	<u>在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料 3</u>	●●点

[算定要件]

- (1) 1については、当該保険医療機関の歯科医師が、他の保険医療機関に入院している患者であって、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号C001-6に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定しているものに対して、当該患者の入院している他の保険医療機関の栄養サポートチーム等の構成員として診療を行い、その結果を踏まえて口腔機能評価に基づく管理を行った場合に、月●●回に限り算定する。
- (2) 2については、当該保険医療機関の歯科医師が、介護保険法第8条第25項に規定する介護保険施設等に入所している患者であって、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料又は区分番号C001-5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定しているものに対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて口腔機能評価に基づく管理を行った場合に、月●●回に限り算

定する。

- (3) 3については、当該保険医療機関の歯科医師が、児童福祉法第42条に規定する障害児入所施設等に入所している患者であって、区分番号C001-6に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定しているものに対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて口腔機能評価に基づく管理を行った場合に、月●●回に限り算定する。

2. 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料の新設を踏まえ、歯科疾患在宅療養管理料及び在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の栄養サポートチーム等連携加算並びに小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の小児栄養サポートチーム等連携加算を削除するとともに、歯科疾患在宅療養管理料等について、他の保険医療機関等からの情報提供に基づき在宅歯科医療に係る管理を行う場合の評価を新設する。

改 定 案	現 行
<p>【歯科疾患在宅療養管理料】 [算定要件] (削除)</p> <p>(削除)</p>	<p>【歯科疾患在宅療養管理料】 [算定要件]</p> <p><u>注5 当該保険医療機関の歯科医師が、他の保険医療機関に入院している患者に対して、当該患者の入院している他の保険医療機関の栄養サポートチーム等の構成員として診療を行い、その結果を踏まえて注1に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、栄養サポートチーム等連携加算1として、80点を所定点数に加算する。</u></p> <p><u>6 当該保険医療機関の歯科医師が、介護保険法第8条第25項に規定する介護保険施設等に入所している患者に対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて注1に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、栄養サポートチーム等連携加算2として、80点を所</u></p>

<p><u>注5 他の保険医療機関を退院した患者であって継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該他の保険医療機関の歯科医師から患者の退院時に受けた情報提供及び当該患者の歯科疾患の状況等を踏まえて管理計画を作成した場合は、在宅歯科医療連携加算1として●●点を所定点数に加算する。</u></p> <p><u>6 他₆の保険医療機関を退院した患者又は介護保険法第8条第25項に規定する介護保険施設等に入所している患者若しくは同法第8条第2項に規定する訪問介護等の利用者であって、継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、医師、看護師、介護支援専門員等からの情報提供及び当該患者の歯科疾患の状況等を踏まえて管理計画を作成した場合は、在宅歯科医療連携加算2として●●点を所定点数に加算する。</u></p> <p>※ <u>在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料についても同様</u></p> <p>【小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】 [算定要件] (削除)</p>	<p><u>定点数に加算する。</u> (新設)</p> <p>(新設)</p> <p>【小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】 [算定要件] <u>注6 当該保険医療機関の歯科医師が、他の保険医療機関に入院している患者に対して、当該患者の入院している他の保険医療機関の栄養サポートチーム等の構成員として診療を行い、その結果を踏まえて注1に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、小児栄養サポートチーム等連携加算1として、80点を所定点数に加算する。</u></p>
---	--

<p>(削除)</p> <p>注6 <u>他の保険医療機関を退院した患者であって継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該他の保険医療機関の歯科医師から患者の退院時に受けた情報提供及び当該患者の歯科疾患の状況等を踏まえて管理計画を作成した場合は、小児在宅歯科医療連携加算1として●●点を所定点数に加算する。</u></p> <p>7 <u>他の保険医療機関を退院した患者又は児童福祉法第42条に規定する障害児入所施設等に入所している患者であって、継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、医師、看護師、相談支援専門員等からの情報提供及び当該患者の歯科疾患の状況等を踏まえて管理計画を作成した場合は、小児在宅歯科医療連携加算2として●●点を所定点数に加算する。</u></p>	<p>7 <u>当該保険医療機関の歯科医師が、児童福祉法第42条に規定する障害児入所施設等に入所している患者に対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて注1に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、小児栄養サポートチーム等連携加算2として、80点を所定点数に加算する。</u></p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>
---	--

⑪ 医療機関・訪問看護ステーションにおける 明細書発行の推進

第1 基本的な考え方

患者・利用者から見て分かりやすい医療を実現する観点から、令和6年6月より、指定訪問看護事業者による明細書の無料発行を義務化するとともに、診療所（医科・歯科）における明細書無料発行の義務の免除規定について、全ての医療機関において発行可能な環境を整備した上で、廃止する。

第2 具体的な内容

- 1 指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準を改正し、訪問看護ステーションにおける明細書の無料発行について義務付ける。義務化にあたっては、既に交付が義務づけられている領収証において個別の項目ごとの金額等の記載が求められていることを踏まえ、現在の領収証を領収証兼明細書とする。

また、本改正に際し、領収証兼明細書に変更するシステム改修に必要な期間を考慮し、令和●●年●●月●●日までの経過措置期間を設ける。

改 定 案	現 行
<p>【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】 （明細書の交付）</p> <p><u>第十三条の二 指定訪問看護事業者は、前条の規定により利用者から利用料の支払を受けるときは、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。</u></p> <p><u>2 指定訪問看護事業者は、公費負担医療（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命令（平成4年厚生省令第5号）第1条各号に掲げる医療に関する給付（当該給付に関する費用の負担の全額が公費により行われ</u></p>	<p>【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】</p> <p>（新設）</p> <p>（新設）</p>

<p><u>るものを除く。）に限る。）を担当した場合（前項の規定により利用者から利用料の支払を受ける場合を除く。）において、当該公費負担医療に関する費用の請求に係る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。</u></p>	
---	--

- 2 診療所（医科・歯科）における明細書無料発行の免除規定について、標準型レセコンの提供等により、全ての医療機関において明細書の発行が可能になった時期を目処として廃止する。

改 定 案	現 行
<p>【医療費の内容が分かる領収証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】</p> <p>1～9 （略）</p> <p>10 指定訪問看護事業者においては、<u>領収証兼明細書を無償で交付すること。なお、令和7年5月31日までの間に限り、現行の領収証を交付することで足りる。</u></p> <p>11～13 （略）</p> <p>14 <u>「正当な理由」については、令和10年以降の標準型レセプトコンピュータ提供が実施される時期を目途に廃止する予定であることに留意すること。</u></p>	<p>【医療費の内容が分かる領収証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】</p> <p>1～9 （略）</p> <p>10 指定訪問看護事業者においても、<u>患者から求められたときは、明細書の発行に努めること。</u></p> <p>11～13 （略） （新設）</p>

【Ⅲ－２ 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価－⑫】

⑫ 新興感染症等に対応可能な歯科医療提供体制の構築

「Ⅱ－６－⑤」を参照のこと。

③ 小児緩和ケア診療加算の新設

第1 基本的な考え方

小児に対する適切な緩和ケアの提供を推進する観点から、小児に対する緩和ケアについて、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

緩和ケアを要する小児患者に対して、小児科経験を有する医師及び看護師を含む緩和ケアチームによる診療及びその家族へのケアを行った場合の評価を新設する。

(新) 小児緩和ケア診療加算（1日につき） ●●点

[対象患者]

- (1) 悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群又は末期心不全の患者のうち、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患者。
- (2) 末期心不全の患者とは、以下のアとイの基準及びウからオまでのいずれかの基準に該当するものをいう。
 - ア 心不全に対して適切な治療が実施されていること。
 - イ 器質的な心機能障害により、適切な治療にかかわらず、慢性的に NYHA 重症度分類Ⅳ度の症状に該当し、頻回又は持続的に点滴薬物療法を必要とする状態であること。
 - ウ 左室駆出率が20%以下であること。
 - エ 医学的に終末期であると判断される状態であること。
 - オ ウ又はエに掲げる状態に準ずる場合であること。

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方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●●歳未満の小児に対して、必要な診療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、小児緩和ケア診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。以下この区分番号において同じ。）について、所定点数に加算する。

[施設基準]

- (1) ●●歳未満の小児患者に対する緩和ケア診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (2) 当該体制において、緩和ケアに関する研修を受けた医師（歯科診療を担当する保険医療機関にあっては、医師又は歯科医師）が配置されていること（当該保険医療機関において小児緩和ケア診療加算を算定する悪性腫瘍又は末期心不全の患者に対して緩和ケアを行う場合に限る。）。
- (3) がん診療の拠点となる病院若しくは公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれらに準ずる病院であること。

(新) 小児個別栄養食事管理加算（1日につき） ●●点

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、緩和ケアを要する●●歳未満の小児に対して、緩和ケアに係る必要な栄養食事管理を行った場合には、小児個別栄養食事管理加算として、●●点を更に所定点数に加算する。

[施設基準]

- (1) 緩和ケアを要する●●歳未満の小児患者の個別栄養食事管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (2) 当該体制において、緩和ケアを要する患者に対する個別栄養食事管理に係る必要な経験を有する管理栄養士が配置されていること。

④ 認知症患者に対するかかりつけ歯科医と医師等との連携による歯科医療の推進

第1 基本的な考え方

認知症患者について、かかりつけ歯科医と医師をはじめとした関係者との情報共有・連携による歯科医療を推進する観点から、歯科疾患管理料総合医療管理加算の対象患者を見直す。

第2 具体的な内容

歯科疾患管理料における総合医療管理加算の対象患者に、認知症の患者を追加する。

改 定 案	現 行
<p>【総合医療管理加算】 [算定要件] (16)「注11」の総合医療管理加算 は、糖尿病の患者、骨吸収抑制薬投与中の患者、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチの患者、血液凝固阻止剤投与中の患者、<u>H I V感染症の患者又は認知症の患者</u>であって、別の医科の保険医療機関の当該疾患の担当医から歯科治療を行うに当たり、診療情報提供料に定める様式に基づいた文書により患者の全身状態や服薬状況等についての必要な診療情報の提供を受け、適切な総合医療管理を実施した場合に算定する。なお、算定に当たっては当該疾患の担当医からの情報提供に関する内容及び担当医の保険医療機関名等について診療録に記載又は提供文書の写しを添付する。</p>	<p>【総合医療管理加算】 [算定要件] (16)「注11」の総合医療管理加算 は、糖尿病の患者、骨吸収抑制薬投与中の患者、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチの患者、血液凝固阻止剤投与中の患者<u>又はH I V感染症の患者</u>であって、別の医科の保険医療機関の当該疾患の担当医から歯科治療を行うに当たり、診療情報提供料に定める様式に基づいた文書により患者の全身状態や服薬状況等についての必要な診療情報の提供を受け、適切な総合医療管理を実施した場合に算定する。なお、算定に当たっては当該疾患の担当医からの情報提供に関する内容及び担当医の保険医療機関名等について診療録に記載又は提供文書の写しを添付する。</p>

【Ⅲ－6 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した
 歯科医療の推進－①】

① 医科歯科連携の推進

第1 基本的な考え方

医科歯科連携を推進する観点から、周術期等口腔機能管理の在り方を見直す。

第2 具体的な内容

1. 手術を行わない急性期脳梗塞患者等、集中治療室における治療が必要な患者を、周術期等口腔機能管理計画策定料の対象に追加するとともに、周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)について、放射線治療等を実施する患者の区分を見直す。
2. 終末期の悪性腫瘍の患者等に対して周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)及び周術期等専門的口腔衛生処置を行う場合の算定回数制限を見直す。

改 定 案	現 行
<p>【周術期等口腔機能管理計画策定料】 [算定要件] 注1 <u>がん等に係る手術又は放射線治療、化学療法、集中治療室における治療若しくは緩和ケア</u>（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、周術期等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、その内容について説明を行い、当該管理計画を文書により提供した場合に、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。</p>	<p>【周術期等口腔機能管理計画策定料】 [算定要件] 注1 <u>がん等に係る手術又は放射線治療、化学療法若しくは緩和ケア</u>（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、周術期等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、その内容について説明を行い、当該管理計画を文書により提供した場合に、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。</p>

【周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）】

[算定要件]

注1 がん等に係る放射線治療、化学療法、集中治療室における治療又は緩和ケア（以下「放射線治療等」という。）を実施す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、区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注1に規定する管理計画に基づき、他の保険医療機関又は同一の保険医療機関に入院中の患者以外の患者であって、放射線治療等を実施するものに対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から月1回に限り算定する。

2 区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から起算して●●月を超えて、注1に規定する管理を行った場合は、長期管理加算として●●点を所定点数に加算する。

【周術期等口腔機能管理料（Ⅳ）】

●●点

注1 放射線治療等を実施する患者の口腔機能を管理するため、区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注1に規定する管理計画に基づき、他の保険医療機関又は同一の保険医療機関に入院中の患者であって、放射線治療等を実施するものに対して、歯科医師

【周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）】

[算定要件]

注1 がん等に係る放射線治療、化学療法又は緩和ケアを実施する患者（以下「放射線治療等を実施する患者」という。）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、区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注1に規定する管理計画に基づき、他の保険医療機関又は同一の保険医療機関において放射線治療等を実施する患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から月1回に限り算定する。

（新設）

（新設）

<p>が口腔機能の管理を行い、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、<u>区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から起算して●●月以内においては月●●回に限り、その他の月においては月●●回に限り算定する。</u></p>	
<p>2 <u>区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から起算して●●月を超えて注1に規定する管理を行った場合は、長期管理加算として●●点を所定点数に加算する。</u></p>	<p>(新設)</p>
<p>3 <u>周術期等口腔機能管理料(Ⅳ)を算定した月において、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号B000-4-3に掲げる口腔機能管理料、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号B004-6-2に掲げる歯科治療時医療管理料、区分番号B006-3-2に掲げるがん治療連携指導料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、C001-4-2に掲げる在宅患者歯科治療時医療管理料及び区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。</u></p>	<p>(新設)</p>
<p>【周術期等専門的口腔衛生処置】 [算定要件] 注1 1について、区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)又は区分番号B000-7に掲げる周術期等口</p>	<p>【周術期等専門的口腔衛生処置】 [算定要件] 注1 1について、区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)又は区分番号B000-7に掲げる周術期等口</p>

腔機能管理料（Ⅱ）を算定した患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）又は区分番号B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）を算定した日の属する月において、術前1回、術後1回に限り算定する。

2 1について、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）又は区分番号B●●に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅳ）を算定した患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）又は区分番号B●●に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅳ）を算定した日の属する月において、月2回に限り算定する。

3 1について、注2の規定にかかわらず、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）又は周術期等口腔機能管理料（Ⅳ）を算定した緩和ケアを実施している患者に対して、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、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）又は周術期等口腔機能管理料（Ⅳ）を算定した日の属する月において、月●●回に限り算定する。

4 2については、区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注1に規定する管理計画に基づき、口腔

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、区分番号B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）又は区分番号B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）を算定した日の属する月において、術前1回、術後1回に限り算定する。

2 1について、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）を算定した患者に対して、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合に、区分番号B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）を算定した日の属する月において、月2回に限り算定する。

（新設）

3 2については、区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注1に規定する管理計画に基づき、口腔

機能の管理を行っている患者
（がん等に係る放射線治療又は
化学療法を実施する患者に限
る。）に対して、歯科医師又は
歯科医師の指示を受けた歯科衛
生士が口腔粘膜に対する処置を
行い、口腔粘膜保護材を使用し
た場合に、●●月に●●回に限
り算定する。

5・6 （略）

機能の管理を行っている患者
（がん等に係る放射線治療又は
化学療法を実施する患者に限
る。）に対して、歯科医師又は
歯科医師の指示を受けた歯科衛
生士が口腔粘膜に対する処置を
行い、口腔粘膜保護材を使用し
た場合に、一連の周術期等口腔
機能管理を通じて1回に限り算
定する。

4・5 （略）

【Ⅲ－6 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進－②】

② 回復期等の患者に対する口腔機能管理の推進

「Ⅱ－3－⑧」を参照のこと。

【Ⅲ－6 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した
歯科医療の推進－③】

③ 歯科疾患に対する周術期等口腔機能管理の 見直し

第1 基本的な考え方

入院前から外来診療において歯科疾患について口腔管理を受けていて、当該疾患に係る予定された手術を行う患者に対する周術期等口腔機能管理について、対象患者及び評価を見直す。

第2 具体的な内容

歯科疾患に係る予定された手術を行う患者に対する周術期等口腔機能管理計画策定料、周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）及び周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）の要件及び評価を見直す。

<p>【周術期等口腔機能管理計画策定料】 [算定要件] 注1 <u>がん等に係る手術（歯科疾患に係る手術については、入院期間が●●日を超えるものに限る。）又は放射線治療、化学療法若しくは緩和ケア（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、周術期等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、その内容について説明を行い、当該管理計画を文書により提供した場合に、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。</u> 2 <u>歯科診療を実施している保険</u></p>	<p>【周術期等口腔機能管理計画策定料】 [算定要件] 注1 <u>がん等に係る手術又は放射線治療、化学療法若しくは緩和ケア（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、周術期等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、その内容について説明を行い、当該管理計画を文書により提供した場合に、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。</u> (新設)</p>
---	---

医療機関又は手術等を実施する保険医療機関において、区分番号N001に掲げる顎口腔機能診断料を算定した患者に対して、顎離断等の手術に係る注1に規定する管理計画を策定した場合（当該顎離断等の手術に当たって、全身的な管理が必要な患者に対して、当該管理計画を策定した場合を除く。）は、所定点数の100分の●●に相当する点数により算定する。

【周術期等口腔機能管理料（I）】
[算定要件]

注1 がん等に係る手術（歯科疾患に係る手術については、入院期間が●●日を超えるものに限る。）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、区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注1に規定する管理計画に基づき、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3回に限り算定する。ただし、区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注2に規定する場合に策定した管理計画等に基づき、歯科医師が口腔機能の

【周術期等口腔機能管理料（I）】
[算定要件]

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、区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注1に規定する管理計画に基づき、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3回に限り算定する。

管理等を行う場合は、算定できない。

【周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）】

[算定要件]

注1 がん等に係る手術（歯科疾患に係る手術については、入院期間が●●日を超えるものに限る。）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、区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注1に規定する管理計画に基づき、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、当該保険医療機関に属する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回に限り算定する。

【周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）】

[算定要件]

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、区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注1に規定する管理計画に基づき、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、当該保険医療機関に属する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回に限り算定する。

【Ⅲ－6 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した
 歯科医療の推進－④】

④ 医歯薬連携の推進

第1 基本的な考え方

医歯薬連携を推進する観点から、医科からの依頼に基づく歯科診療情報の提供や患者の服薬状況等に関する歯科医療機関と薬局との情報連携・共有が可能となるよう、診療情報連携共有料について名称及び要件を見直す。

第2 具体的な内容

診療情報連携共有料について、名称を変更するとともに、保険薬局に対して情報提供を求めた場合及び医科医療機関からの依頼に基づく情報提供を行った場合にも算定可能とする。

改 定 案	現 行
<p>【診療情報等連携共有料】 [算定要件]</p> <p>1 診療情報等連携共有料 1 ●●点 2 診療情報等連携共有料 2 ●●点</p> <p>注1 1については、歯科診療を行うに当たり全身的な管理が必要な患者に対し、当該患者の同意を得て、別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）で行った検査の結果若しくは投薬内容等の診療情報又は保険薬局が有する服用薬の情報等（以下この区分番号において「診療情報等」という。）について、当該別の保険医療機関又は保険薬局に文書等により提供を求めた場合に、当該別の保険医療機関又は保険薬局ごとに患者1人につき、診療情報等の提供を求めた日の属する月から起算して3月に1回に限り算定する。</p> <p>2 2については、別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除</p>	<p>【診療情報連携共有料】 [算定要件]</p> <p>診療情報等連携共有料 120点</p> <p>注1 歯科診療を行うに当たり全身的な管理が必要な患者に対し、当該患者の同意を得て、別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）で行った検査の結果、投薬内容等の診療情報について、当該別の保険医療機関に文書により提供を求めた場合に保険医療機関ごとに患者1人につき、診療情報の提供を求めた日の属する月から起算して3月に1回に限り算定する。</p> <p>(新設)</p>

く。)からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療情報を文書により提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき、診療情報を提供した日の属する月から起算して●月に●回に限り算定する。

3 1及び2について、区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)(同一の保険医療機関に対して紹介を行った場合に限る。)を算定した月は、別に算定できない。

4 2について、区分番号B011-2に掲げる連携強化診療情報提供料(同一の保険医療機関に対して文書を提供した場合に限る。)を算定した月は、別に算定できない。

2 区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)(同一の保険医療機関に対して紹介を行った場合に限る。)を算定した月は、別に算定できない。

(新設)

【Ⅲ－6 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した
 歯科医療の推進－⑤】

⑤ ライフステージに応じた口腔機能管理の推進

第1 基本的な考え方

ライフステージに応じた口腔機能管理を推進する観点から、口腔機能管理料及び小児口腔機能管理料について、指導訓練が実施されるようになってきた診療実態を踏まえて、評価の在り方を見直すとともに、指導訓練に係る評価を新設する。

第2 具体的な内容

1. 小児口腔機能管理料及び口腔機能管理料について、指導訓練が実施されるようになってきた診療実態を踏まえて、要件及び評価を見直す。

改 定 案	現 行
<p>【小児口腔機能管理料】 ●●点</p> <p>[算定要件] 注1 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、口腔機能の発達不全を有する18歳未満の児童に対して、口腔機能の獲得を目的として、当該患者等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、<u>当該管理計画に基づき、口腔機能の管理</u>を行った場合に、月1回に限り算定する。</p> <p>【口腔機能管理料】 ●●点</p> <p>[算定要件] 注1 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であ</p>	<p>【小児口腔機能管理料】 100点</p> <p>[算定要件] 注1 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、口腔機能の発達不全を有する18歳未満の児童に対して、口腔機能の獲得を目的として、当該患者等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、<u>療養上必要な指導</u>を行った場合に、月1回に限り算定する。</p> <p>【口腔機能管理料】 100点</p> <p>[算定要件] 注1 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であ</p>

<p>って、口腔機能の低下を来しているものに対して、口腔機能の回復又は維持を目的として、当該患者等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、<u>当該管理計画に基づき、口腔機能の管理</u>を行った場合に、月1回に限り算定する。</p>	<p>って、口腔機能の低下を来しているものに対して、口腔機能の回復又は維持を目的として、当該患者等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、<u>療養上必要な指導</u>を行った場合に、月1回に限り算定する。</p>
--	--

2. 口腔機能発達不全症の患者及び口腔機能低下症の患者に対して、口腔機能の獲得や、口腔機能の回復又は維持を目的として指導訓練を実施した場合の評価を新設する。

(新) 歯科口腔リハビリテーション料3 (1口腔につき)

1 口腔機能の発達不全を有する18歳未満の患者の場合

●●点

2 口腔機能の低下を来している患者の場合

●●点

[算定要件]

- (1) 1については、区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料を算定する患者に対して、口腔機能の獲得を目的として、療養上必要な指導及び訓練を行った場合に、月●回に限り算定する。
- (2) 2については、区分番号B000-4-3に掲げる口腔機能管理料を算定する患者に対して、口腔機能の回復又は維持を目的として、療養上必要な指導及び訓練を行った場合に、月●回に限り算定する。
- (3) 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3は算定できない。

【Ⅲ－6 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した
 歯科医療の推進－⑥】

⑥ 客観的な評価に基づく歯科医療や口腔機能管理 の推進

第1 基本的な考え方

客観的な評価に基づく歯科医療や口腔機能管理を推進する観点から、
 口腔機能の評価に関する検査について、要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 咀嚼能力検査及び咬合圧検査の算定対象となる患者に、顎変形症に係る手術を実施する患者や有床義歯等を新製する患者を追加する。
2. 口腔機能低下症の診断を目的とする患者又は口腔機能低下症の患者に咀嚼能力検査又は咬合圧検査を行う場合について、要件を見直す。

改 定 案	現 行
<p>【咀嚼能力検査（1回につき）】</p> <p>1 咀嚼能力検査1 ●●点</p> <p>2 咀嚼能力検査2 ●●点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 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、<u>歯の喪失や加齢等により口腔機能の低下を来している患者に対して咀嚼能力測定を行った場合は、●●月に1回に限り算定する。</u></p> <p>2 2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、<u>顎変形症に係る手術を実施する患者に対して、咀嚼能力測定を行った場合は、手術前は●</u></p>	<p>【咀嚼能力検査（1回につき）】</p> <p style="text-align: right;">140点</p> <p>[算定要件]</p> <p>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、咀嚼能力測定を行った場合に<u>6月に1回に限り算定する。</u></p> <p style="text-align: center;">（新設）</p>

●回に限り、手術後は●●月に
1回に限り算定する。

3 (略)

4 当該検査を算定した月から起
算して●●月以内(顎変形症に
係る手術後の患者にあっては、
●●月以内)に行う区分番号D
011-3に掲げる咬合圧検査
は、別に算定できない。

5 1及び2は同時に算定できな
い。

【咬合圧検査(1回につき)】

1 咬合圧検査1 ●●点

2 咬合圧検査2 ●●点

[算定要件]

注1 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、歯の喪失や加齢等により口
腔機能の低下を来している患者
に対して咬合圧検査を行った場
合は、●●月に1回に限り算定
する。

2 2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、顎変形症に係る手術を実施
する患者に対して、咬合圧検査
を行った場合は、手術前は●●
回に限り、手術後は●●月に1
回に限り算定する。

3 (略)

4 当該検査を算定した月から起
算して●●月以内(顎変形症に
係る手術後の患者にあっては、
●●月以内)に行う区分番号D
011-2に掲げる咀嚼能力検
査は、別に算定できない。

5 1及び2は同時に算定できな
い。

2 (略)

3 当該検査を算定した月から起
算して6月以内に行う区分番号
D011-3に掲げる咬合圧検
査は、別に算定できない。

(新設)

【咬合圧検査(1回につき)】

130点

[算定要件]

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、咬合圧測
定を行った場合に、6月に1回
に限り算定する。

(新設)

2 (略)

3 当該検査を算定した月から起
算して6月以内に行う区分番号
D011-2に掲げる咀嚼能力
検査は、別に算定できない。

(新設)

【Ⅲ－6 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進－⑦】

⑦ 認知症患者に対するかかりつけ歯科医と医師等との連携による歯科医療の推進

「Ⅲ－4－4－④」を参照のこと。

【Ⅲ－6 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した
 歯科医療の推進－⑧】

⑧ かかりつけ歯科医と学校関係者等の連携の促進

第1 基本的な考え方

医療的ケア児が安心して安全に学校等に通うことができるよう、かかりつけ歯科医と学校関係者等の連携を促進する観点から、診療情報提供料（Ⅰ）の情報提供先を見直す。

第2 具体的な内容

診療情報提供料（Ⅰ）の情報提供先に学校歯科医等を追加する。

改定案	現行
<p>【診療情報提供料（Ⅰ）】 [算定要件] 注9 <u>保険医療機関が、児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者及び同法第56条の6第2項に規定する障害児である患者について、当該患者又はその家族の同意を得て、当該患者が通園又は通学する児童福祉法第39条第1項に規定する保育所又は学校教育法第1条に規定する学校（大学を除く。）等の学校歯科医等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活等を送るに当たり必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月●●回に限り算定する。</u></p>	<p>【診療情報提供料（Ⅰ）】 [算定要件] （新設）</p>

【Ⅲ－6 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した
 歯科医療の推進－⑨】

⑨ 歯科治療環境への適応が困難な患者に対する 評価の見直し

第1 基本的な考え方

強度行動障害を含む歯科治療環境への適応が困難な患者の歯科診療時に特別な対応が必要な患者に対して、歯科治療環境への円滑な導入を支援するとともに、患者の状態に応じた評価となるよう、歯科診療特別対応加算及び初診時歯科診療導入加算の名称及び要件を見直す。

第2 具体的な内容

歯科診療特別対応加算の算定対象に、強度行動障害の患者等を追加する。

改 定 案	現 行
<p>【<u>歯科診療特別対応加算1</u>（初診料）】 【<u>歯科診療特別対応加算2</u>（初診料）】 [算定要件] (14) 歯科診療特別対応加算 「注6」の「著しく歯科診療が困難な者」とは、次に掲げる状態又はこれらに準ずる状態をいう。なお、<u>歯科診療特別対応加算1</u>又は<u>歯科診療特別対応加算2</u>を算定した場合は、当該加算を算定した日の患者の状態を診療録に記載する。 イ～ニ （略） ホ <u>強度行動障害の状態であって、日常生活に支障を来すような症状・行動が頻繁に見られ、歯科治療に協力が得られない状態</u></p> <p>※ <u>再診料及び歯科訪問診療料についても同様。</u></p>	<p>【<u>歯科診療特別対応加算</u>（初診料）】 【<u>初診時歯科診療導入加算</u>（初診料）】 [算定要件] (14) 歯科診療特別対応加算 「注6」の「著しく歯科診療が困難な者」とは、次に掲げる状態又はこれらに準ずる状態をいう。なお、<u>歯科診療特別対応加算</u>を算定した場合は、当該加算を算定した日の患者の状態を診療録に記載する。</p> <p>イ～ニ （略） （新設）</p>

⑩ う蝕の重症化予防の推進

第1 基本的な考え方

う蝕の重症化予防を推進する観点から、フッ化物歯面塗布処置等の見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. フッ化物歯面塗布処置について、う蝕多発傾向者に、歯科訪問診療を行う患者を追加する。
2. フッ化物歯面塗布処置について、初期の根面う蝕に罹患している患者及びエナメル質初期う蝕に罹患している患者に対して実施する場合の評価を見直す。

改定案	現行
<p>【フッ化物歯面塗布処置】 [算定要件]</p> <p>1 う蝕多発傾向者の場合 110点</p> <p>2 初期の根面う蝕に罹患している患者の場合 ●●点</p> <p>3 エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合 ●●点</p> <p>[算定要件]</p> <p>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、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料又は区分番号C000に掲げる歯科訪問診療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回に限り算定する。ただし、2回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定</p>	<p>【フッ化物歯面塗布処置】 [算定要件]</p> <p>1 う蝕多発傾向者の場合 110点</p> <p>2 初期の根面う蝕に罹患している患者の場合 110点</p> <p>3 エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合 130点</p> <p>[算定要件]</p> <p>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又は区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養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回に限り算定する。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</p>

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回に限り算定する。

2 2については、区分番号B●●に掲げる根面う蝕管理料を算定した患者であって、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65歳以上の患者に対して、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回に限り算定する。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回に限り算定する。

3 3については、区分番号B●●に掲げるエナメル質初期う蝕管理料を算定した患者に対して、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回に限り算定する。ただし、2回目以降のフッ化物歯面塗布処置（エナメル質初期う蝕管理料の注に規定する加算を算定する患者に対して実施する場合を除く。）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回に限り算定する。

月を経過した日以降に行った場合に限り、月1回に限り算定する。

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又は区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料（注10に規定するエナメル質初期う蝕管理加算を算定した場合を除く。）を算定し、初期の根面う蝕に罹患している65歳以上の患者に対して、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回に限り算定する。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回に限り算定する。

3 3については、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料（注10に規定するエナメル質初期う蝕管理加算を算定した場合を除く。）を算定したエナメル質初期う蝕に罹患している患者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に月1回に限り算定する。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回に限り算定する。

3. 65歳以上の初期の根面う蝕に対する非接触による指導管理及びエナメル質初期う蝕の管理に対する評価を新設し、歯科疾患管理料のエナメル質初期う蝕管理加算を削除する。

(新) エナメル質初期う蝕管理料 ●●点

[算定要件]

- (1) 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、エナメル質初期う蝕に罹患しているものに対して、当該う蝕の評価に基づく管理計画を作成するとともに、その内容について説明を行い、当該う蝕の管理を行う場合に、月●●回に限り算定する。
- (2) 区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料の注3に規定す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診療所である保険医療機関が当該管理を行う場合は、口腔管理体制強化加算として、●●点を所定点数に加算する。

(新) 根面う蝕管理料 ●●点

[算定要件]

- (1) 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、初期の根面う蝕に罹患している65歳以上のものに対して、当該う蝕の評価に基づく管理計画を作成するとともに、その内容について説明を行い、非切削による当該う蝕の管理を行う場合に、月●●回に限り算定する。
- (2) 区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料の注3に規定す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診療所である保険医療機関が当該管理を行う場合は、口腔管理体制強化加算として、●●点を所定点数に加算する。

【Ⅲ－6 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した
 歯科医療の推進－⑪】

⑪ 歯周病の重症化予防の推進

第1 基本的な考え方

歯周病の重症化予防を推進する観点から、歯周病安定期治療及び歯周病重症化予防治療について見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 糖尿病患者に対して歯周病安定期治療を行う場合の評価を新設する。

改定案	現行
【歯周病安定期治療】 [算定要件] <u>注4 歯周病の重症化するおそれのある患者に対して歯周病安定期治療を実施した場合は、歯周病ハイリスク患者加算として、●●点を所定点数に加算する。</u>	【歯周病安定期治療】 [算定要件] (新設)

2. 歯周病重症化予防治療について、歯周病安定期治療を行っている患者が、再評価の結果に基づき歯周病重症化予防治療に移行する場合には、2回目以降の実施であっても、初回実施の翌月から月1回算定可能とする。

改定案	現行
【歯周病重症化予防治療】 [算定要件] <u>注2 2回目以降の歯周病重症化予防治療の算定は、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、区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料の注3に規定す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診療所である保険医療機関において、区分番号</u>	【歯周病重症化予防治療】 [算定要件] 注2 2回目以降の歯周病重症化予防治療の算定は、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。

I O 1 1 - 2 に掲げる歯周病安
定期治療を算定した患者につい
て、一連の歯周病治療終了後の
再評価の結果に基づき、当該患
者に対して、歯周病重症化予防
治療を開始した場合は、この限
りでない。

【Ⅲ－6 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した
歯科医療の推進－⑫】

⑫ 歯科衛生士による実地指導の推進

第1 基本的な考え方

歯科衛生士による実地指導を推進する観点から、歯科衛生士が口腔機能に関する指導を実施した場合について、新たに評価を行う。

第2 具体的な内容

歯科衛生実地指導料について、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が口腔機能に係る指導を行った場合の評価を新設する。

改 定 案	現 行
【歯科衛生実地指導料】 [算定要件] 注3 <u>1及び2について、口腔機能の発達不全を有する患者又は口腔機能の低下を来している患者に対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、注1及び注2に規定する実地指導と併せて口腔機能に係る指導を行った場合は、口腔機能指導加算として、●●点を所定点数に加算する。</u>	【歯科衛生実地指導料】 [算定要件] (新設)

【Ⅲ－6 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進－⑬】

⑬ 情報通信機器を用いた歯科診療に係る評価の新設

「Ⅱ－1－⑪」を参照のこと。

【Ⅲ－6 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進－⑭】

⑭ 歯科遠隔連携診療料の新設

「Ⅱ－1－⑫」を参照のこと。

【Ⅲ－6 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した
 歯科医療の推進－⑮】

⑮ 歯科固有の技術の評価の見直し

第1 基本的な考え方

歯科固有の技術について、実態に合わせた見直しを行うとともに、歯科医療の推進に資する技術については、医療技術評価分科会等における検討を踏まえつつ、口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応及び生活の質に配慮した歯科医療の推進の観点から適切な評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 小児の外傷歯に対して用いる、歯・歯列の保護を目的とした口腔内装置の製作を評価する。

改 定 案	現 行
<p>【口腔内装置（1装置につき）】 [算定要件] 注 <u>顎関節治療用装置、歯ぎしりに対する口腔内装置、口腔粘膜等の保護のための口腔内装置、外傷歯の保護のための口腔内装置</u>又はその他口腔内装置を製作した場合に当該製作方法に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。</p>	<p>【口腔内装置（1装置につき）】 [算定要件] 注 顎関節治療用装置、歯ぎしりに対する口腔内装置又はその他口腔内装置を製作した場合に当該製作方法に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。</p>

2. 舌接触補助床の算定対象となる患者に、舌の筋力や運動機能の低下等がみられる口腔機能低下症の患者を追加する。

改 定 案	現 行
<p>【舌接触補助床（1装置につき）】 [算定要件] (1) <u>舌接触補助床とは、脳血管疾患、口腔腫瘍又は口腔機能低下症等の患者であって、当該疾患による摂食機能障害又は発音・構音障害を有するものに対して、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</u></p>	<p>【舌接触補助床（1装置につき）】 [算定要件] (1) 舌接触補助床とは、脳血管疾患や口腔腫瘍等による摂食機能障害を有する患者に対して、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。<u>なお、「2 旧義歯を用いた場合」とは、既に製作している</u></p>

<p>をいう。<u>口腔機能低下症の患者については、関係学会の診断基準により口腔機能低下症と診断されている患者のうち、低舌圧（区分番号D012に掲げる舌圧検査を算定した患者に限る。）に該当するものに対して行った場合に算定できる。</u></p> <p>(2) 「<u>2 旧義歯を用いた場合</u>」とは、<u>既に製作している有床義歯の形態修正等を行って製作した場合をいう。</u></p> <p>(3)・(4) (略)</p>	<p><u>有床義歯の形態修正等を行った場合をいう。</u></p> <p>(新設)</p> <p>(2)・(3) (略)</p>
---	---

3. 口腔細菌定量検査の算定対象となる患者に、入院中の患者を加える。

改 定 案	現 行
<p>【<u>口腔細菌定量検査（1回につき）</u>】</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 当該検査は、次のいずれかに該当する患者に対して口腔バイオフィルム感染症の診断を目的として実施した場合に算定できる。</p> <p>イ (略)</p> <p><u>ロ イ又はハ以外の患者であって、入院中のもの</u></p> <p>ハ (略)</p>	<p>【<u>口腔細菌定量検査（1回につき）</u>】</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 当該検査は、次のいずれかに該当する患者に対して口腔バイオフィルム感染症の診断を目的として実施した場合に算定できる。</p> <p>イ (略)</p> <p>(新設)</p> <p>ロ (略)</p>

4. 非経口摂取患者口腔粘膜処置の算定対象となる患者に、経口摂取は可能であるが、ごく少量に限られる患者を加える。

改 定 案	現 行
<p>【<u>非経口摂取患者口腔粘膜処置（1口腔につき）</u>】</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 当該処置の対象患者は、経管栄養等を必要とする、<u>経口摂取が困難又は可能であってもわずかであり、患者自身による口腔清掃が困難な療養中の患者であって、口腔</u></p>	<p>【<u>非経口摂取患者口腔粘膜処置（1口腔につき）</u>】</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 当該処置の対象患者は、経管栄養等を必要とする、<u>経口摂取及び患者自身による口腔清掃が困難な療養中の患者であって、口腔内に剥離上皮膜の形成を伴うものをい</u></p>

内に剥離上皮膜の形成を伴うものをいう。 (3) (略)	う。 (3) (略)
--------------------------------	---------------

5. 口腔バイオフィルム感染症の患者に対して、口腔バイオフィルムの除去を行った場合の評価を新設するとともに、歯周基本治療の評価対象を見直す。

(新) 口腔バイオフィルム除去処置 ●●点

[算定要件]

- (1) 口腔バイオフィルムの除去が必要な患者に対して、歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が口腔バイオフィルムの除去を行った場合に、月●●回に限り算定する。
- (2) 口腔バイオフィルム除去処置を算定した月において、区分番号 I 0 1 0 に掲げる歯周病処置、区分番号 I 0 1 1 に掲げる歯周基本治療、区分番号 I 0 1 1 - 2 に掲げる歯周病安定期治療、区分番号 I 0 1 1 - 2 - 3 に掲げる歯周病重症化予防治療、区分番号 I 0 2 9 に掲げる周術期等専門的口腔衛生処置、区分番号 I 0 2 9 - 2 に掲げる在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、区分番号 I 0 3 0 に掲げる機械的歯面清掃処置、I 0 3 0 - 2 に掲げる非経口摂取患者口腔粘膜処置及び区分番号 I ●● に掲げる回復期等専門的口腔衛生処置は別に算定できない。

改 定 案	現 行
<p>【歯周基本治療】 [算定要件] (1)～(6) (略) (削除)</p>	<p>【歯周基本治療】 [算定要件] (1)～(6) (略) (7) (1)の規定に関わらず、D 0 0 2 - 6 に掲げる口腔細菌定量検査を行った場合、有歯顎患者に限り口腔バイオフィルム感染症の治療を目的として、「1 スケーリング」に限り算定して差し支えない。なお、「口腔バイオフィルム感染症に対する口腔細菌定量検査に関する基本的な考え方」（令和4年3月日本歯科医学会）を参考とし、歯周病と口腔バイオフィルム感染症の治療を目的として、それぞれの疾患につき当該処置を行った場合においても、歯周基本治療はどちらか一方の主たる疾患に対してのみ算定する。</p>

6. 口腔リンパ管腫局所注入等の医科点数表において評価されている処置について、診療実態を踏まえて歯科点数表においても評価するとともに、第8部処置に薬剤料の節を新設する。

(新) 口腔リンパ管腫局所注入 ●●点

[算定要件]

6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、●●点を加算する。

(新) 摘便 ●●点

(新) ハイフローセラピー（1日につき）
 1 15歳未満の患者の場合 ●●点
 2 15歳以上の患者の場合 ●●点

(新) 経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法 ●●点

[算定要件]

区分番号1009-2に掲げる創傷処置、区分番号J084に掲げる創傷処理の費用は所定点数に含まれるものとする。

(新) 留置カテーテル設置 ●●点

(新) 超音波ネブライザ（1日につき） ●●点

改定案	現行
<p>【処置】 <u>薬剤料</u> <u>薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。</u></p>	(新設)

7. 歯冠補綴物及び欠損補綴物の製作にあたり、ICTの活用を含め歯科医師と歯科技工士が連携して色調採得等を行った場合の評価を新設する。

改 定 案	現 行
<p>【印象採得】 [算定要件]</p> <p>注1 <u>1</u>について、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、<u>区分番号M011に掲げるレジン前装金属冠、区分番号M011-2に掲げるレジン前装チタン冠又は区分番号M015-2に掲げるCAD/CAM冠を製作することを目的として、前歯部の印象採得を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに対面で色調採得及び口腔内の確認等を行い、当該補綴物の製作に活用した場合には、歯科技工士連携加算1として、●●点を所定点数に加算する。ただし、同時に2以上の補綴物の製作を目的とした印象採得を行った場合であっても、歯科技工士連携加算1は1回として算定する。</u></p> <p><u>2</u> <u>1</u>について、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、<u>区分番号M011に掲げるレジン前装金属冠、区分番号M011-2に掲げるレジン前装チタン冠又は区分番号M015-2に掲げるCAD/CAM冠を製作することを目的として、前歯部の印象採得を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに情報通信機器を用いて色調採得及び口腔内の確認等を行い、当該補綴物の製作に活用した場合には、歯科技工士連携加算2として、●●点を所定点数に加算する。ただし、同時に2以上の補綴物の製作を目的とし</u></p>	<p>【印象採得】 [算定要件] (新設)</p> <p>(新設)</p>

<p><u>た印象採得を行った場合であっても、歯科技工士連携加算2は1回として算定する。</u></p> <p><u>3 注1に規定する加算を算定した場合には、当該補綴物について、注2に規定する加算並びに区分番号M006に掲げる咬合採得の注1及び注2並びに区分番号M007に掲げる仮床試適の注1及び注2に規定する歯科技工士連携加算1及び歯科技工士連携加算2は別に算定できない。</u></p> <p><u>4 注2に規定する加算を算定した場合には、当該補綴物について、注1に規定する加算並びに区分番号M006に掲げる咬合採得の注1及び注2並びに区分番号M007に掲げる仮床試適の注1及び注2に規定する歯科技工士連携加算1及び歯科技工士連携加算2は別に算定できない。</u></p> <p><u>5 (略)</u></p>	<p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>注 (略)</p>
<p>【咬合採得】 [算定要件] <u>注1 2のイ(2)並びにロ(2)及び(3)について、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、ブリッジ又は有床義歯を製作することを目的として、咬合採得を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに対面で咬合状態の確認等を行い、当該補綴物の製作に活用した場合には、歯科技工士連携加算1として、●●点を所定点数に加算する。</u></p> <p><u>2 2のイ(2)及びロ(2)(3)について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合す</u></p>	<p>【咬合採得】 [算定要件] (新設)</p> <p>(新設)</p>

<p><u>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、ブリッジ又は有床義歯を製作することを目的として、咬合採得を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに情報通信機器を用いて咬合状態の確認等を行い、当該補綴物の製作に活用した場合には、歯科技工士連携加算2として、●●点を所定点数に加算する。</u></p>	
<p>3 <u>注1に規定する加算を算定した場合には、当該補綴物について、注2に規定する加算並びに区分番号M003に掲げる印象採得の注1及び注2並びに区分番号M007に掲げる仮床試適の注1及び注2に規定する歯科技工士連携加算1及び歯科技工士連携加算2は別に算定できない。</u></p>	<p>(新設)</p>
<p>4 <u>注2に規定する加算を算定した場合には、当該補綴物について、注1に規定する加算並びに区分番号M003に掲げる印象採得の注1及び注2並びに区分番号M007に掲げる仮床試適の注1及び注2に規定する歯科技工士連携加算1及び歯科技工士連携加算2は別に算定できない。</u></p>	<p>(新設)</p>
<p>5 (略)</p>	<p>注 (略)</p>
<p>【仮床試適】 [算定要件] <u>注1 2及び3について、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、有床義歯等を製作することを目的として、仮床試適を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに対面で床の適合状況の確認等を行い、当該補綴</u></p>	<p>【仮床試適】 [算定要件] (新設)</p>

<p>物の製作に活用した場合には、 <u>歯科技工士連携加算 1</u>として、 <u>●●点を所定点数に加算する。</u></p> <p><u>2 2 及び 3</u>について、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、有床義歯等を製作するこ とを目的として、仮床試適を行 うに当たって、歯科医師が歯科 技工士とともに情報通信機器を 用いて床の適合状況の確認等 を行い、当該補綴物の製作に活 用した場合には、歯科技工士連 携加算 2 として、●●点を所定 点数に加算する。</p> <p><u>3 注 1</u>に規定する加算を算定し た場合には、当該補綴物につい て、<u>注 2</u>に規定する加算並びに 区分番号 M003 に掲げる印象 採得の注 1 及び注 2 並びに区 分番号 M006 に掲げる注 1 及 び注 2 に規定する歯科技工士連 携加算 1 及び歯科技工士連携 加算 2 は別に算定できない。</p> <p><u>4 注 2</u>に規定する加算を算定し た場合には、当該補綴物につい て、<u>注 1</u>に規定する加算並びに 区分番号 M003 に掲げる印象 採得の注 1 及び注 2 並びに区 分番号 M006 に掲げる咬合採得 の注 1 及び注 2 に規定する歯科 技工士連携加算 1 及び歯科技 工士連携加算 2 は別に算定でき ない。</p> <p><u>5</u> (略)</p> <p>【印象採得】 [施設基準] 一の二の二 <u>印象採得、咬合採得及 び仮床試適の歯科技工士連携加 算 1 及び歯科技工士連携加算 2 の施 設基準</u> (1) 歯科技工士連携加算 1 の施設基</p>	<p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>注 (略)</p> <p>【印象採得】 [施設基準] (新設)</p>
--	--

<p><u>準</u> <u>歯科技工士を配置していること又は他の歯科技工所との連携が確保されていること。</u></p> <p>(2) <u>歯科技工士連携加算2の施設基準</u></p> <p><u>イ 歯科技工所との連携が確保されていること。</u></p> <p><u>ロ 情報通信機器を用いた歯科診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。</u></p> <p>※ <u>咬合採得及び仮床試適についても同様。</u></p>	
---	--

8. 大臼歯CAD/CAM冠について、要件を見直す。

改 定 案	現 行
<p>【CAD/CAM冠（1歯につき）】</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) CAD/CAM冠は以下のいずれかに該当する場合に算定する。</p> <p>イ 前歯又は小臼歯に使用する場合</p> <p>ロ 大臼歯にCAD/CAM冠用材料（Ⅴ）を使用する場合</p> <p>ハ 第一大臼歯又は第二大臼歯にCAD/CAM冠用材料（Ⅲ）を使用する場合</p> <p><u>なお、ハの場合は、当該CAD/CAM冠を装着する部位の対側に大臼歯による咬合支持（固定性ブリッジ又は乳歯（後継永久歯が先天性に欠如している乳歯を含む。）による咬合支持を含む。以下、咬合支持という。）がある患者であって、以下のいずれかに該当する場合をいう。</u></p> <p>① 当該CAD/CAM冠を装着する部位と同側に大臼歯に</p>	<p>【CAD/CAM冠（1歯につき）】</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) CAD/CAM冠は以下のいずれかに該当する場合に算定する。</p> <p>イ 前歯又は小臼歯に使用する場合 （新設）</p> <p>ロ <u>上下顎両側の第二大臼歯が全て残存し、左右の咬合支持がある患者に対し、過度な咬合圧が加わらない場合等において、CAD/CAM冠用材料（Ⅲ）を第一大臼歯に使用する場合</u></p>

<p><u>よる咬合支持があり、当該補綴部位に過度な咬合圧が加わらない場合等</u></p> <p>② <u>当該CAD/CAM冠を装着する部位の同側に大臼歯による咬合支持がなく、当該補綴部位の対合歯が欠損（部分床義歯を装着している場合を含む。）であり、当該補綴部位の近心側隣在歯までの咬合支持がある場合</u></p> <p><u>三・ホ</u> (略)</p> <p>(3)～(5) (略)</p> <p>(削除)</p> <p>【装着】 [算定要件]</p> <p>(6) 「注1」の内面処理加算1とは、CAD/CAM冠、CAD/CAMインレー又は高強度硬質レジブリッジを装着する際に、歯質に対する接着力を向上させるために行うアルミナ・サンドブラスト処理及びプライマー処理等をいう。なお、当該処理に係る保険医療材料等の費用は、所定点数に含まれる。</p> <p>(7) (略)</p> <p>(8) 「注1」の内面処理加算1又は「注2」の内面処理加算2を算定する場合は、<u>接着性レジセメントを用いて装着すること。</u></p>	<p><u>ハ・ニ</u> (略)</p> <p>(3)～(5) (略)</p> <p>(6) <u>CAD/CAM冠用材料（V）を使用したCAD/CAM冠を装着する場合、歯質に対する接着力を向上させるためにサンドブラスト処理及びプライマー処理を行い接着性レジセメントを用いて装着すること。</u></p> <p>【装着】 [算定要件]</p> <p>(6) 「注1」の内面処理加算1とは、CAD/CAM冠、CAD/CAMインレー又は高強度硬質レジブリッジを装着する際に、歯質に対する接着力を向上させるために行うアルミナ・サンドブラスト処理及びシランカップリング処理等をいう。なお、当該処理に係る保険医療材料等の費用は、所定点数に含まれる。</p> <p>(7) (略)</p> <p>(新設)</p>
--	--

9. クラウン・ブリッジ維持管理料について、対象となる歯冠補綴物を見直す。

改 定 案	現 行
【クラウン・ブリッジ維持管理料	【クラウン・ブリッジ維持管理料

<p style="text-align: center;">(1装置につき)】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 クラウン・ブリッジ維持管理料を保険医療機関単位で算定する旨を地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、<u>歯冠補綴物(区分番号M010の2に掲げる4分の3冠(前歯)、区分番号M010の3に掲げる5分の4冠(小臼歯)、区分番号M010の4に掲げる全部金属冠(小臼歯及び大臼歯)及び区分番号M011に掲げるレジ前装金属冠を除く。)</u>又はブリッジを製作し、当該補綴物を装着した患者に対して、当該維持管理の内容に係る情報を文書により提供した場合に算定する。</p>	<p style="text-align: center;">(1装置につき)】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 クラウン・ブリッジ維持管理料を保険医療機関単位で算定する旨を地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、<u>歯冠補綴物又はブリッジを製作し、当該補綴物を装着した患者に対して、当該維持管理の内容に係る情報を文書により提供した場合に算定する。</u></p>
---	--

10. 学校歯科健診で不正咬合の疑いがあると判断され、歯科医療機関を受診した患者に対して、歯科矯正治療の保険適用の可否を判断するために必要な検査・診断等を行う場合について、新たな評価を行う。

(新) 歯科矯正相談料

- | | | |
|---|------------------|-----|
| 1 | <u>歯科矯正相談料 1</u> | ●●点 |
| 2 | <u>歯科矯正相談料 2</u> | ●●点 |

[算定要件]

- (1) 第13部に掲げる歯科矯正の適応となる咬合異常又は顎変形症が疑われる患者に対し、歯・歯列の状態、咬合状態又は顎骨の形態等の分析及び診断を行い、当該患者に対し、診断結果等を文書により提供した場合に、年度に●●回に限り算定する。
- (2) 区分番号E000の1に掲げる単純撮影若しくは2に掲げる特殊撮影又は区分番号E100の1に掲げる単純撮影若しくは2に掲げる特殊撮影は別に算定できる。
- (3) 保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

11. 歯科点数表第8部「処置」の抜髄等において、歯科麻酔薬を使用した場合の薬剤の費用の算定方法を見直す。

改 定 案	現 行
-------	-----

<p>【処置（通則）】 [算定要件] 7 120点以上の処置又は特に規定する処置の所定点数は、当該処置に当たって、表面麻酔、浸潤麻酔又は簡単な伝達麻酔を行った場合の費用を含む。<u>ただし、区分番号1004の1に掲げる生活歯髄切断又は区分番号1005に掲げる抜髄を行う場合の麻酔に当たって使用した薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣の定めるところにより算定できる。</u></p>	<p>【処置（通則）】 [算定要件] 7 120点以上の処置又は特に規定する処置の所定点数は、当該処置に当たって、表面麻酔、浸潤麻酔又は簡単な伝達麻酔を行った場合の費用を含む。</p>
---	--

12. 区分C2（新機能・新技術）で保険適用された新規医療技術について、技術料の新設等を行う。

（新） 頭頸部悪性腫瘍光線力学療法

●●点

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、頭頸部悪性腫瘍の患者に対して、光線力学療法を実施した場合に算定する。

[施設基準]

- (1) 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。
- (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を有していること。

13. 医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、医療技術の評価及び再評価を行い、優先的に保険導入すべきとされた新規技術の保険導入及び既存技術の診療報酬上の評価を行う。

[診療報酬改定において対応する優先度が高い技術のうち、学会等から医療技術評価分科会に提案があったものの例]

- (1) 結合組織移植術
- (2) 小児保隙装置
- (3) ブリッジの支台装置としての第二小臼歯レジン前装冠
- (4) CAD/CAMインレー修復に対する光学印象法
- (5) 小児の舌圧検査

14. 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進及び臨床の実態等の観点から、既存技術の評価の見直しを行う。

[評価の見直しを行う技術の例]

- (1) 歯髄保護処置
- (2) 歯髄切断
- (3) 抜髄
- (4) 感染根管処置
- (5) 根管貼薬処置
- (6) 加圧根管充填処置
- (7) レジン前装金属冠
- (8) 熱可塑性樹脂有床義歯
- (9) 有床義歯修理
- (10) 有床義歯内面適合法

【Ⅳ－１ 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進、長期収載品の保険給付の在り方の見直し等－①】

① 医療 DX 及び医薬品の安定供給に資する取組の推進に伴う処方等に係る評価の再編

第 1 基本的な考え方

医療 DX 及び医薬品の安定供給に資する取組を更に推進する観点から処方等に係る評価体系の見直しを行う。

第 2 具体的な内容

1. 一般名処方加算について、医薬品の供給不足等の場合における治療計画の見直し等に対応できる体制の整備並びに患者への説明及び院内掲示にかかる要件を設けるとともに、評価を見直す。

改 定 案	現 行
<p>F400 処方箋料 [算定要件] 注 7 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付 1 回につきそれぞれ所定点数に加算する。</u></p> <p>イ 一般名処方加算 1 <u>●●点</u> ロ 一般名処方加算 2 <u>●●点</u></p> <p>[施設基準] 第七 投薬 五 <u>医科点数表区分番号 F 4 0 0 に掲げる処方箋料の注 7 及び歯科点数表区分番号 F 4 0 0 に掲げる処方箋料の注 6 に規定する一般名処方加算の施設基準</u> (1) <u>薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付する場合には、医薬品の供給状況等を踏まえつつ、一般名処方の趣旨を患者に</u></p>	<p>F400 処方箋料 [算定要件] 注 7 薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付 1 回につきそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p>イ 一般名処方加算 1 <u>7 点</u> ロ 一般名処方加算 2 <u>5 点</u></p> <p>[施設基準] 第七 投薬 (新設)</p>