

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	医療機関等が直面する人件費や、医療材料費、食材料費、光熱水費及び委託費等といった物件費の高騰を踏まえた対応	2
①	物件費の高騰を踏まえた対応	2
②	入院時の食費及び光熱水費の基準の見直し	14
③	入院時の食事療養に係る見直し	16
I - 2	賃上げや業務効率化・負担軽減等の業務改善による医療従事者の人材確保に向けた取組	
I - 2 - 1	医療従事者の処遇改善	18
①	賃上げに向けた評価の見直し	18
②	夜勤を含む負担の軽減及び処遇改善に資する計画の明確化	44
I - 2 - 2	業務の効率化に資する ICT、AI、IoT 等の利活用の推進	46
①	ICT 等の活用による看護業務効率化の推進	46
②	医師事務作業補助体制加算の見直し	52
③	医療機関等における事務等の簡素化・効率化	58
④	様式 9 の見直し	63
I - 2 - 3	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	65
①	多職種が専門性を発揮して 病棟において協働する体制に係る評価の新設	65
I - 2 - 4	医師の働き方改革の推進／診療科偏在対策	67
①	医師の働き方改革及び診療科偏在対策の推進	67
②	処置及び手術の休日・時間外・深夜加算 1 の見直し	76
I - 2 - 5	診療報酬上求める基準の柔軟化	79
①	やむを得ない事情における施設基準等に関する取扱いの見直し	79
②	感染対策向上加算等における専従要件の見直し	82
③	常勤職員の常勤要件に係る勤務時間数の見直し	88
④	質の高い摂食嚥下機能回復に係る取組の推進	92

⑤ 疾患別リハビリテーション料や特定入院料において配置された療法士による専門性を生かした指導等の更なる推進	95
---	----

II 2040年頃を見据えた医療機関の機能の分化・連携と地域における医療の確保、地域包括ケアシステムの推進

II-1 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

II-1-1 患者のニーズ、病院の機能・特性、地域医療構想を踏まえた、医療提供体制の整備

① 急性期病院一般入院基本料等の新設	105
② 重症度、医療・看護必要度の見直し	121
③ 急性期総合体制加算の新設	129
④ 特定機能病院入院基本料の見直し	138
⑤ 特定集中治療室管理料の見直し	144
⑥ ハイケアユニット入院医療管理料の見直し	156
⑦ 救命救急入院料の見直し	161
⑧ 脳卒中ケアユニット入院医療管理料の見直し	171
⑨ 地域包括医療病棟の見直し	173
⑩ 回復期リハビリテーション病棟入院料等の評価体系及び要件の見直し	177
⑪ 療養病棟入院基本料の見直し	187
⑫ 障害者施設等入院基本料等の見直し	194
⑬ 障害者施設等入院基本料における看護補助者に係る加算の見直し	195
⑭ 入院料に包括されない 除外薬剤・注射薬の範囲の見直し	197
⑮ DPC/PDPSの見直し	206
⑯ 短期滞在手術等基本料の見直し	216
⑰ 地域加算の見直し	230
⑱ 看護補助者に係る加算の名称の見直し	231
II-1-2 人口の少ない地域の実情を踏まえた評価	232
① 医療資源の少ない地域の対象地域の見直し	232

②	人口の少ない地域で医療を提供する機能を連携して確保する評価 の新設.....	236
③	歯科巡回診療に係る適切な推進	244
II-2	「治し、支える医療」の実現	
II-2-1	在宅療養患者や介護保険施設等入所者の後方支援(緊急入院 等)を担う医療機関の評価	246
①	協力医療機関が協力対象施設と行うカンファレンス等に係る施 設基準の見直し	246
②	包括期入院医療における充実した後方支援の評価	250
③	地域包括ケア病棟における初期加算等の評価の見直し	252
II-2-2	円滑な入退院の実現	255
①	入退院支援加算等の見直し	255
②	介護支援等連携指導料の見直し	262
③	回復期リハビリテーション病棟における高次脳機能障害者に対す る退院支援の推進	264
④	感染対策向上加算等における専従要件の見直し	267
II-2-3	リハビリテーション・栄養管理・口腔管理等の高齢者の生活 を支えるケアの推進	268
①	リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取組の更な る推進.....	268
②	質の高い摂食嚥下機能回復に係る取組の推進	278
③	口腔状態に係る課題を抱えた患者についての歯科医療機関との連 携の推進.....	279
④	入院患者の口腔管理における医科歯科連携の推進	281
II-3	かかりつけ医機能、かかりつけ歯科医機能、かかりつけ薬剤師機 能の評価.....	283
①	機能強化加算の見直し	283
②	生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の見直し	286
③	特定疾患療養管理料の見直し	291
④	地域包括診療加算等の見直し	293
⑤	時間外対応体制加算の充実	306

⑥ 歯科疾患管理料、小児口腔機能管理料及び口腔機能管理料の要件並びに評価の見直し	307
⑦ 継続的・効果的な歯周病治療の推進	311
⑧ かかりつけ薬剤師の推進	314
II-4 外来医療の機能分化と連携	
II-4-1 大病院と地域のかかりつけ医機能を担う医療機関との連携による大病院の外来患者の逆紹介の推進	323
① 初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し	323
② 特定機能病院等からの紹介を受けて行う初診に対する評価の新設	328
③ 連携強化診療情報提供料の見直し	329
II-5 質の高い在宅医療・訪問看護の確保	337
① 適正な訪問看護の推進	337
② 指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準の見直し ...	340
③ 保険医療機関及び保険医療費担当規則の見直し	344
II-5-1 地域において重症患者の訪問診療や在宅看取り等を積極的に担う医療機関・薬局の評価	347
① 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の見直し	347
② 往診時医療情報連携加算の見直し	351
③ 退院直後の訪問栄養食事指導に関する評価の新設	353
④ 連携型機能強化型在宅療養支援診療所の見直し	355
⑤ 在宅療養支援診療所・病院の見直し	361
⑥ 在宅時医学総合管理料等及び在宅療養支援診療所等の見直し .	362
⑦ 在宅療養指導管理材料加算の算定要件の見直し	367
⑧ 医師と薬剤師の同時訪問の推進	369
⑨ 残薬対策に係る地域包括診療料等の見直し	371
⑩ へき地診療所における在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の見直し	375
⑪ 質の高い在宅歯科医療の提供の推進	377
⑫ 在宅薬学総合体制加算の見直し	388

⑬	在宅患者訪問薬剤管理指導料の見直し	394
II-5-2	重症患者等の様々な背景を有する患者への訪問看護の評価	397
①	過疎地域等に配慮した評価の見直し	397
②	難治性皮膚疾患を持つ利用者への訪問看護に係る評価の見直し	399
③	訪問看護における ICT を用いた医療情報連携の推進	400
④	地域と連携して精神科訪問看護を提供する訪問看護ステーション の評価.....	402
⑤	乳幼児加算の評価の見直し	404
⑥	訪問看護管理療養費の見直し	405
⑦	同一建物に居住する利用者への訪問看護の評価の見直し	408
⑧	包括型訪問看護療養費の新設	418
II-6	人口・医療資源の少ない地域への支援	422
①	医療資源の少ない地域の対象地域の見直し	422
②	人口の少ない地域で医療を提供する機能を連携して確保する評価 の新設.....	423
③	へき地診療所における在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学 総合管理料の見直し	424
④	歯科巡回診療に係る適切な推進	425
II-7	医療従事者確保の制約が増す中で必要な医療機能を確保するた めの取組	
II-7-1	業務の効率化に資する ICT、AI、IoT 等の利活用の推進	426
II-7-2	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.....	427
①	多職種が専門性を発揮して 病棟において協働する体制に係る評 価の新設.....	427
II-8	医師の地域偏在対策の推進	428
①	医療資源の少ない地域の対象地域の見直し	428
②	人口の少ない地域で医療を提供する機能を連携して確保する評価 の新設.....	429

③ 外来医師過多区域に関する対応	430
------------------------	-----

Ⅲ 安心・安全で質の高い医療の推進

Ⅲ－１ 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	432
① 療養・就労両立支援指導料の見直し	432
② 健康診断等の受診後における初再診料等の算定方法の明確化 ..	435
③ 手術等の医療技術の適切な評価	438
④ 高度急性期病院におけるロボット手術の評価の新設	442
⑤ 全身麻酔の評価の見直し	444
⑥ 遺伝性疾患に係る療養指導に対する評価の見直し	448
⑦ 遺伝学的検査の見直し	453
⑧ 迅速なフィブリノゲン測定に係る評価の新設	459
⑨ 質の高い臨床検査の適切な評価	460
⑩ 骨塩定量検査の算定要件の見直し	461
⑪ 近視進行抑制薬の処方に係る検査の見直し	463
⑫ 検体検査管理加算の見直し	464
⑬ カルタヘナ法に基づく医学管理の推進	466
⑭ 慢性心不全の再入院予防の評価の新設	468
⑮ 人工腎臓の評価の見直し	471
⑯ 経皮的シャント拡張術・血栓除去術の適正化	475
⑰ 医療機関間連携による腹膜透析管理の推進	477
Ⅲ－１－１ 身体的拘束の最小化の推進	479
① 身体的拘束最小化の取組の更なる推進	479
② 認知症ケア加算の見直し	487
Ⅲ－１－２ 医療安全対策の推進	488
① 医療安全対策加算の見直し	488
Ⅲ－２ アウトカムにも着目した評価の推進	489
① リハビリテーション実績指数の算出方法及び除外対象患者等の見直し.....	489
② 入院基本料等における各種基準の計算方法の明確化	496

Ⅲ－２－１	アウトカムにも着目した評価の推進	501
①	データ提出加算の届出を要件とする入院料の見直し	501
②	診療実績データの提出に係る評価の見直し	504
③	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料及び 終夜睡眠ポリグラフィー の見直し	508
Ⅲ－３	医療 DX や ICT 連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価	510
①	医療 DX 推進体制整備加算等の見直し	510
Ⅲ－３－１	電子処方箋システムによる重複投薬等チェックの利活用の 推進	520
①	オンライン診療の適正な推進に係る評価の見直し	521
②	オンライン診療における電子処方箋の活用の推進	523
Ⅲ－３－２	外来、在宅医療等、様々な場面におけるオンライン診療の推 進	525
①	オンライン診療の適正な推進に係る評価の見直し	525
②	D to P with N のオンライン診療の評価の明確化	526
③	遠隔連携診療料の評価の拡大	532
④	オンライン診療の適正な推進に係る評価の見直し	539
⑤	オンライン診療における電子処方箋の活用の推進	540
⑥	情報通信機器等を用いた外来栄養食事指導料の見直し	541
⑦	情報通信機器を用いた医学管理等の評価の新設	545
⑧	情報通信機器を用いた療養指導の見直し	547
⑨	情報通信機器を用いた医学管理等の評価の新設	549
Ⅲ－４	質の高いリハビリテーションの推進	550
①	退院時リハビリテーション指導料の算定要件の見直し	550
②	医療機関外における疾患別リハビリテーション料の上限単位数の 見直し	552
③	疾患別リハビリテーション料の算定単位数上限緩和対象患者の見 直し	554
④	疾患別リハビリテーション料の訓練内容に応じた評価の見直し	555
⑤	リハビリテーション総合実施計画評価料の見直し	558

⑥	リンパ浮腫複合的治療料の評価の見直し	560
Ⅲ－４－１	発症早期からのリハビリテーション介入の推進	561
①	発症早期のリハビリテーションの更なる推進及び休日のリハビリテーションの適切な評価	561
Ⅲ－４－２	土日祝日のリハビリテーション実施体制の充実	564
①	発症早期のリハビリテーションの更なる推進及び休日のリハビリテーションの適切な評価	564
Ⅲ－５	重点的な対応が求められる分野への適切な評価	
Ⅲ－５－１	救急医療の充実	565
①	救急外来医療に係る評価の再編	565
②	救急患者連携搬送料の見直し	583
Ⅲ－５－２	小児・周産期医療の充実	587
①	母体・胎児集中治療室管理料の見直し	587
②	新生児特定集中治療室管理料の見直し	591
③	小児の成人移行期医療に係る受入の推進	592
④	小児医療に係る高額な検査・薬剤への対応	594
⑤	産科管理加算の新設	596
⑥	療養病棟入院基本料の見直し	597
⑦	無菌製剤処理加算の見直し	598
Ⅲ－５－３	質の高いがん医療及び緩和ケアの評価	599
①	外来腫瘍化学療法診療料の見直し	599
②	がんゲノムプロファイリング検査及びがんゲノムプロファイリング評価提供料に係る要件の見直し	604
③	人口減少地域におけるIMRTの施設基準の見直し	606
④	がん患者指導管理料の見直し	611
⑤	遺伝性乳癌卵巣癌症候群に係る評価の見直し	613
⑥	閉鎖式接続器具を用いた抗がん剤投与時の評価の新設	615
⑦	非がん患者に対する緩和ケアの評価の見直し	616
⑧	療養病棟入院基本料の見直し	623
Ⅲ－５－４	質の高い精神医療の評価	624
①	精神病床における多職種協働の推進	624

② 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に貢献する 小規模多機能病院に係る評価の新設	629
③ 精神科リエゾンチーム加算の見直し	633
④ 精神科慢性身体合併症管理加算の新設	635
⑤ 精神疾患の特定入院料における包括範囲の見直し	636
⑥ 精神科救急医療体制加算の見直し	638
⑦ 精神科救急急性期医療入院料等の新規入院患者割合要件の見直し	641
⑧ 精神科救急急性期医療入院料等の見直し	642
⑨ 精神病棟入院基本料の見直し	645
⑩ 精神科急性期医師配置加算の見直し	646
⑪ 通院・在宅精神療法の見直し	649
⑫ 精神保健福祉士の病棟の専従要件の見直し	651
⑬ 心理支援加算の見直し	653
⑭ 認知療法・認知行動療法の見直し	655
⑮ 臨床心理技術者に係る経過措置の見直し	661
⑯ 児童思春期支援指導加算の見直し	663
⑰ 早期診療体制充実加算の見直し	667
⑱ 情報通信機器を用いた精神療法の見直し	669
Ⅲ－５－５ 難病患者等に対する適切な医療の評価	671
① 脳死臓器提供管理料の見直し	671
② 臓器移植手術に係る評価の新設	673
③ 臍帯血移植の見直し	674
④ 抗HLA抗体検査の算定要件の見直し	675
Ⅲ－６ 感染症対策や薬剤耐性対策の推進	676
① 感染症に係る検査の見直し	676
② 感染対策向上加算の見直し	680
③ 結核に係る入院医療提供体制の確保	682
④ 特定感染症入院医療管理加算及び特定感染症患者療養環境特別加 算の見直し	686
Ⅲ－７ 口腔疾患の重症化予防等の生活の質に配慮した歯科医療の推進、	

口腔機能発達不全及び口腔機能低下への対応の充実、歯科治療のデジタル化の推進	690
① 障害者歯科治療における歯科医学的管理の新たな評価	690
② 歯科疾患管理料、小児口腔機能管理料及び口腔機能管理料の要件並びに評価の見直し	692
③ 有床義歯管理の評価体系の見直し	693
④ 継続的・効果的な歯周病治療の推進	695
⑤ 小児の咬合機能獲得に向けた対応の充実	696
⑥ 歯科矯正に係る患者の対象等の見直し	699
⑦ 周術期及び回復期等の口腔機能管理の推進	703
⑧ 歯科衛生士による口腔機能に関する実地指導の推進	706
⑨ 歯科医師と歯科技工士の連携の推進	708
⑩ 歯科治療のデジタル化等の推進	716
⑪ 有床義歯の新たな製法に係る評価の新設	723
⑫ 歯科診療の実態に応じた評価の見直し・明確化	724
⑬ 歯科固有の技術の評価の見直し	737
Ⅲ－８ 地域の医薬品供給拠点としての薬局に求められる機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対人業務の充実化	742
① 調剤基本料の見直し	742
② 特別調剤基本料Aの見直し	751
③ 地域支援体制加算の見直し	754
④ 調剤管理料の見直し	757
⑤ 重複投薬・相互作用等防止加算等の見直し	759
⑥ かかりつけ薬剤師の推進	763
⑦ 吸入薬管理指導加算の見直し	764
⑧ 服用薬剤調整支援料の見直し	765
⑨ 調剤報酬体系の簡素化に向けた見直し	767
Ⅲ－９ イノベーションの適切な評価や医薬品の安定供給の確保等	

Ⅳ 効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

Ⅳ－１ 後発医薬品・バイオ後続品の使用促進	776
-----------------------	-----

① 処方箋料の見直し	776
② バイオ後続品使用体制加算の見直し	779
③ 医薬品の安定供給に資する体制に係る評価の新設	784
④ 医薬品の安定供給に資する体制に係る評価の新設及び後発医薬品 調剤体制加算の廃止	790
⑤ バイオ後続品使用促進に係る薬局体制整備の推進	793
⑥ 長期収載品の選定療養の更なる活用	800
IV-2 費用対効果評価制度の活用	
IV-3 市場実勢価格を踏まえた適正な評価	
IV-3-1 市場実勢価格を踏まえた適正な評価	802
① 実勢価格等を踏まえた検体検査等の評価の適正化	802
IV-4 電子処方箋の活用や医師・病院薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組 による医薬品の適正使用等の推進	
IV-4-1 重複投薬、ポリファーマシー、残薬、適正使用のための長期処 方の在り方への対応	803
① 薬剤総合評価調整加算の見直し	803
② オンライン診療の適正な推進に係る評価の見直し	805
③ オンライン診療における電子処方箋の活用の推進	806
④ 残薬対策の推進に向けた処方箋様式の見直し	807
⑤ 長期処方・リフィル処方箋の活用に係る医学管理料等の見直し	808
IV-4-2 医師及び薬剤師の適切な連携による医薬品の効率的かつ安 全で有効な使用の促進	810
① 薬剤総合評価調整加算の見直し	810
② 病棟薬剤業務実施加算の評価の見直し	811
③ 医師と薬剤師の同時訪問の推進	814
IV-4-3 医学的妥当性や経済性の視点も踏まえた処方の推進 ...	815
① 栄養保持を目的とした医薬品の保険給付の適正化	815
IV-4-4 電子処方箋システムによる重複投薬等チェックの利活用の 推進.....	817
IV-5 外来医療の機能分化と連携	818

【I-1 医療機関等が直面する人件費や、医療材料費、食材料費、光熱水費及び委託費等といった物件費の高騰を踏まえた対応-①】

① 物件費の高騰を踏まえた対応

第1 基本的な考え方

これまでの物価高騰による医療機関等の物件費負担の増加を踏まえ、初・再診料等及び入院基本料等について必要な見直しを行う。また、令和8年度及び令和9年度における物件費の更なる高騰に対応する観点から、その担う医療機能も踏まえつつ、物価高騰に対応した新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 医科診療報酬

- (1) 診療所については、初・再診料、有床診療所入院基本料等について、所要の点数の引上げを行う。
- (2) 病院については、診療所の初・再診料の引上げと同じ点数を病院の初・再診料において引き上げるとともに、入院料はその機能に応じて、所要の点数を引き上げる。

	改定後 点数	現行 点数
【初診料】		
初診料	291点	291点
注1 情報通信機器を用いた場合	253点	253点
注2 特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院等であって、紹介割合等が低い場合	216点	216点
(注2のうち、情報通信機器を用いた場合)	188点	188点
注3 400床以上の特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院等であって、紹介割合等が低い場合	216点	216点
(注3のうち、情報通信機器を用いた場合)	188点	188点

	改定後 点数	現行 点数
注4 妥結率が低い場合	216点	216点
(注4のうち、情報通信機器を用いた場合)	188点	188点
注5 同一日に2科目目を初診として受診した場合	146点	146点
(注5のうち、情報通信機器を用いた場合)	127点	127点
(注5のうち、注2から注4に該当する場合)	108点	108点
(注5のうち、注2から注4に該当し、情報通信機器を用いた場合)	94点	94点
【再診料】		
再診料	<u>76点</u>	<u>75点</u>
注2 妥結率が低い場合	<u>56点</u>	<u>55点</u>
注3 同一日に2科目目を再診として受診した場合	<u>39点</u>	<u>38点</u>
(注3のうち、注2に該当する場合)	<u>29点</u>	<u>28点</u>
【一般病棟入院基本料】		
1 急性期一般入院基本料		
イ 急性期一般入院料1	<u>1,874点</u>	<u>1,688点</u>
ロ 急性期一般入院料2	<u>1,779点</u>	<u>1,644点</u>
ハ 急性期一般入院料3	<u>1,704点</u>	<u>1,569点</u>
ニ 急性期一般入院料4	<u>1,597点</u>	<u>1,462点</u>
ホ 急性期一般入院料5	<u>1,575点</u>	<u>1,451点</u>

	改定後 点数	現行 点数
へ 急性期一般入院料 6	1,523 点	1,404 点
2 地域一般入院基本料		
イ 地域一般入院料 1	1,290 点	1,176 点
ロ 地域一般入院料 2	1,282 点	1,170 点
ハ 地域一般入院料 3	1,097 点	1,003 点
特別入院基本料	704 点	612 点

※ 初再診料が包括されるその他の点数、訪問診療料及びその他の入院料等についても同様に対応する。

(3) 高度機能医療等を担う特定機能病院及び急性期病院一般入院基本料等については、(2)に加えて、物価高の影響を受けやすいことを踏まえた点数とする。

(新) 急性期病院一般入院基本料 (1日につき)

イ 急性期病院 A 一般入院料	1,930 点
ロ 急性期病院 B 一般入院料	1,643 点

(新) 急性期病院精神病棟入院基本料 (1日につき)

イ 急性期病院 A 精神病棟入院料	
(1) 10 対 1 入院基本料	1,519 点
(2) 13 対 1 入院基本料	1,162 点
(3) 15 対 1 入院基本料	966 点
ロ 急性期病院 B 精神病棟入院料	
(1) 10 対 1 入院基本料	1,502 点
(2) 13 対 1 入院基本料	1,145 点
(3) 15 対 1 入院基本料	949 点

改 定 案	現 行
【特定機能病院入院基本料】 [算定要件]	【特定機能病院入院基本料】 [算定要件]
1 特定機能病院 A 入院基本料	(新設)
イ 一般病棟の場合	1 一般病棟の場合
(1) 7 対 1 入院基本料	イ 7 対 1 入院基本料

	<u>2,146点</u>		<u>1,822点</u>
<u>(2)</u> 10対1入院基本料	<u>1,771点</u>	<u>ロ</u> 10対1入院基本料	<u>1,458点</u>
<u>ロ</u> 結核病棟の場合		<u>2</u> 結核病棟の場合	
<u>(1)</u> 7対1入院基本料	<u>2,125点</u>	<u>イ</u> 7対1入院基本料	<u>1,822点</u>
<u>(2)</u> 10対1入院基本料	<u>1,757点</u>	<u>ロ</u> 10対1入院基本料	<u>1,458点</u>
<u>(3)</u> 13対1入院基本料	<u>1,526点</u>	<u>ハ</u> 13対1入院基本料	<u>1,228点</u>
<u>(4)</u> 15対1入院基本料	<u>1,350点</u>	<u>ニ</u> 15対1入院基本料	<u>1,053点</u>
<u>ハ</u> 精神病棟の場合		<u>3</u> 精神病棟の場合	
<u>(1)</u> 7対1入院基本料	<u>1,851点</u>	<u>イ</u> 7対1入院基本料	<u>1,551点</u>
<u>(2)</u> 10対1入院基本料	<u>1,692点</u>	<u>ロ</u> 10対1入院基本料	<u>1,393点</u>
<u>(3)</u> 13対1入院基本料	<u>1,336点</u>	<u>ハ</u> 13対1入院基本料	<u>1,038点</u>
<u>(4)</u> 15対1入院基本料	<u>1,245点</u>	<u>ニ</u> 15対1入院基本料	<u>948点</u>
<u>2</u> <u>特定機能病院B入院基本料</u>		(新設)	
<u>イ</u> 一般病棟の場合			
<u>(1)</u> 7対1入院基本料	<u>2,136点</u>		
<u>(2)</u> 10対1入院基本料	<u>1,760点</u>		
<u>ロ</u> 結核病棟の場合			
<u>(1)</u> 7対1入院基本料	<u>2,115点</u>		
<u>(2)</u> 10対1入院基本料	<u>1,746点</u>		
<u>(3)</u> 13対1入院基本料	<u>1,514点</u>		
<u>(4)</u> 15対1入院基本料	<u>1,337点</u>		
<u>ハ</u> 精神病棟の場合		(新設)	
<u>(1)</u> 7対1入院基本料	<u>1,841点</u>		
<u>(2)</u> 10対1入院基本料	<u>1,681点</u>		
<u>(3)</u> 13対1入院基本料			

	<u>1,324点</u>		
(4)	<u>15対1入院基本料</u>		
		<u>1,232点</u>	
3	<u>特定機能病院C入院基本料</u>		
イ	<u>一般病棟の場合</u>		
(1)	<u>7対1入院基本料</u>		
		<u>2,016点</u>	
(2)	<u>10対1入院基本料</u>		
		<u>1,642点</u>	
ロ	<u>結核病棟の場合</u>		
(1)	<u>7対1入院基本料</u>		
		<u>1,995点</u>	
(2)	<u>10対1入院基本料</u>		
		<u>1,628点</u>	
(3)	<u>13対1入院基本料</u>		
		<u>1,398点</u>	
(4)	<u>15対1入院基本料</u>		
		<u>1,223点</u>	
ハ	<u>精神病棟の場合</u>		
(1)	<u>7対1入院基本料</u>		
		<u>1,721点</u>	
(2)	<u>10対1入院基本料</u>		
		<u>1,563点</u>	
(3)	<u>13対1入院基本料</u>		
		<u>1,208点</u>	
(4)	<u>15対1入院基本料</u>		
		<u>1,118点</u>	
	【小児入院医療管理料】		【小児入院医療管理料】
	[算定要件]		[算定要件]
1	小児入院医療管理料 1	<u>5,216点</u>	1 小児入院医療管理料 1 <u>4,807点</u>

2. 歯科診療報酬

初・再診料（地域歯科診療支援病院歯科初・再診料を含む。）を引き上げる。

	改定後 点数	現行 点数
【初診料】		
1 歯科初診料	<u>272 点</u>	<u>267 点</u>
注 1 歯科初診料について、別に厚生労働大臣が定める基準に係る届出を行っていない場合	<u>245 点</u>	<u>240 点</u>
注 16 情報通信機器を用いた場合	<u>237 点</u>	<u>233 点</u>
2 地域歯科診療支援病院歯科初診料	<u>296 点</u>	<u>291 点</u>
【再診料】		
1 歯科再診料	<u>59 点</u>	<u>58 点</u>
注 1 歯科再診料について、別に厚生労働大臣が定める基準に係る届出を行っていない場合	<u>45 点</u>	<u>44 点</u>
注 12 情報通信機器を用いた場合	51 点	51 点
2 地域歯科診療支援病院歯科再診料	<u>76 点</u>	<u>75 点</u>

※ 入院料については、医科診療報酬と同様に対応する。

※ 歯科初診料又は歯科再診料相当で評価されている項目についても、同様に対応する。

5. 物価対応料

令和8年度及び令和9年度の物価上昇に段階的に対応するため、基本診療料・調剤基本料等の算定に併せて算定可能な加算として、物価対応料を新設する。

(新)	<u>物価対応料（1日につき）</u>	
	<u>1 外来・在宅物価対応料</u>	
	イ 初診時	2点
	ロ 再診時等	2点
	ハ 訪問診療時	3点
	<u>2 入院物価対応料</u>	
	イ <u>急性期病院A一般入院料を算定する場合</u>	66点
	ロ <u>急性期病院B一般入院料を算定する場合（ハの場合を除く。）</u>	58点
	ハ <u>急性期病院B一般入院料及び看護・多職種協働加算を算定する場合</u>	58点
	ニ <u>急性期一般入院料1を算定する場合</u>	58点
	ホ <u>急性期一般入院料2を算定する場合</u>	45点
	ヘ <u>急性期一般入院料3を算定する場合</u>	45点
	ト <u>急性期一般入院料4を算定する場合（チの場合を除く。）</u>	45点
	チ <u>急性期一般入院料4及び看護・多職種協働加算を算定する場合</u>	58点
	リ <u>急性期一般入院料5を算定する場合</u>	36点
	ヌ <u>急性期一般入院料6を算定する場合</u>	34点
	ル <u>地域一般入院料1を算定する場合</u>	32点
	ヲ <u>地域一般入院料2を算定する場合</u>	32点
	ワ <u>地域一般入院料3を算定する場合</u>	23点
	カ <u>特別入院基本料（一般病棟）を算定する場合</u>	17点

※ その他の入院料等を算定する場合についても同様に対応する。

[算定要件]

- (1) 1のイについては、保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して初診を行った場合に、所定点数を算定する。
- (2) 1のロについては、保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して再診又は短期滞在手術等基本料1を算定すべき手術

若しくは検査を行った場合に、所定点数を算定する。

- (3) 1のハについては、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、訪問診療を行った場合に、所定点数を算定する。
- (4) 2については、第1章第2部第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、同部第3節の特定入院料又は同部第4節の短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）を算定している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。
- (5) 1及び2の点数について、令和9年6月以降は、所定点数の100分の200に相当する点数を算定する。

(新) 歯科外来物価対応料（1日につき）

<u>1</u>	<u>初診時</u>	<u>3点</u>
<u>2</u>	<u>再診時</u>	<u>1点</u>

[算定要件]

- (1) 1については、保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して初診を行った場合に、所定点数を算定する。
- (2) 2については、保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して再診を行った場合に、所定点数を算定する。
- (3) 1及び2の点数について、令和9年6月以降は、所定点数の100分の200に相当する点数を算定する。

※ 歯科診療に関しても、入院中の患者については、上記の「物価対応料」の「2 入院物価対応料」と同様に対応する。

(新) 調剤物価対応料 1点

[算定要件]

保険薬局において、処方箋を提出した患者に対して調剤した場合に、3月に1回に限り、所定点数を算定する。ただし、令和9年6月以降は、所定点数の100分の200に相当する点数を算定する。

(新) 訪問看護物価対応料（1日につき）

<u>1</u>	<u>訪問看護物価対応料 1</u>	
	<u>イ</u> <u>月の初日の訪問の場合</u>	<u>60円</u>
	<u>ロ</u> <u>月の2日目以降の訪問の場合</u>	<u>20円</u>
<u>2</u>	<u>訪問看護物価対応料 2</u>	<u>20円</u>

[算定要件]

- (1) 1については、訪問看護ステーションが、区分番号02を算定している利用者1人につき、訪問看護物価対応料1として、区分に従い、それぞれ所定額を算定する。
- (2) 2については、訪問看護ステーションが、区分番号04を算定している利用者1人につき、訪問看護物価対応料2として、所定額を算定する。
- (3) 1及び2については、令和9年6月以降は、所定額の100分の200に相当する額を算定する。

① 賃上げに向けた評価の見直し

第1 基本的な考え方

看護職員、病院薬剤師その他医療関係職種の実質的な賃上げを更に推進するとともに、令和6年度診療報酬改定で入院基本料や初・再診料により賃上げ原資が配分された職種についても他の職種と同様に賃上げ措置の実効性が確保される仕組みを構築する観点から、賃上げに係る評価を見直す。

第2 具体的な内容

1. 入院医療、外来医療及び在宅医療等の医療提供体制を支える、保険医療機関に勤務する幅広い職員の人材確保及び実質的な賃上げを実施する観点から、賃上げの対象となる職員に係る要件及び評価を見直す。
2. 外来・在宅ベースアップ評価料(I)及び(II)並びに歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)及び(II)について、継続的に賃上げを実施している保険医療機関とそれ以外の保険医療機関において異なる評価を行う。
また、令和8年度及び令和9年度において段階的な評価とする。

改 定 案	現 行
<p>【外来・在宅ベースアップ評価料 (I)】</p> <p>1 初診時 <u>17点</u></p> <p>2 再診時等 <u>4点</u></p> <p>3 訪問診療時</p> <p style="padding-left: 20px;">イ 同一建物居住者等以外の場合 <u>79点</u></p> <p style="padding-left: 20px;">ロ イ以外の場合 <u>19点</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 1については、<u>当該保険医療機関において勤務する職員の賃金の改善を図る体制につき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</u></p>	<p>【外来・在宅ベースアップ評価料 (I)】</p> <p>1 初診時 <u>6点</u></p> <p>2 再診時等 <u>2点</u></p> <p>3 訪問診療時</p> <p style="padding-left: 20px;">イ 同一建物居住者等以外の場合 <u>28点</u></p> <p style="padding-left: 20px;">ロ イ以外の場合 <u>7点</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 1については、<u>主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下この節において同じ。）の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合している</u></p>

機関において、入院中の患者以外の患者に対して初診を行った場合に、所定点数を算定する。

2 2については、当該保険医療機関において勤務する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して再診又は短期滞在手術等基本料1を算定すべき手術又は検査を行った場合に、所定点数を算定する。

3 3のイについては、当該保険医療機関において勤務する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、次のいずれかに該当する訪問診療を行った場合に算定する。

イ～ハ (略)

4 3のロについては、当該保険医療機関において勤務する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、次のいずれかに該当する訪問診療を行った場合に算定する。

イ～ハ (略)

5 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

ものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して初診を行った場合に、所定点数を算定する。

2 2については、主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して再診又は短期滞在手術等基本料1を算定すべき手術又は検査を行った場合に、所定点数を算定する。

3 3のイについては、主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、次のいずれかに該当する訪問診療を行った場合に算定する。

イ～ハ (略)

4 3のロについては、主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、次のいずれかに該当する訪問診療を行った場合に算定する。

イ～ハ (略)

(新設)

<p><u>て地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、継続して賃上げに係る取組を実施した保険医療機関については、1、2並びに3のイ及びロの所定点数に代えて、それぞれ23点、6点、107点及び26点を算定する。</u></p> <p><u>6 1から3までに規定する点数について、令和9年6月以降においては、それぞれ所定点数の100分の200に相当する点数により算定する。</u></p> <p><u>7 注5に規定する点数について、令和9年6月以降においては1、2並びに3のイ及びロの所定点数に代えて、それぞれ40点、10点、186点及び45点を算定する。</u></p> <p>[施設基準]</p> <p>ニ 外来・在宅ベースアップ評価料（I）の施設基準</p> <p>（1）（略）</p> <p>（2）<u>当該保険医療機関に勤務する職員（以下「対象職員」という。）がいること。</u></p> <p>（3）（略）</p> <p>ニのニ <u>外来・在宅ベースアップ評価料（I）の注5に規定する施設基準</u></p> <p><u>継続的に賃上げを行っている保険医療機関であること。</u></p> <p>【歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）】</p> <table border="0"> <tr> <td>1 初診時</td> <td style="text-align: right;"><u>21点</u></td> </tr> <tr> <td>2 再診時等</td> <td style="text-align: right;"><u>4点</u></td> </tr> <tr> <td>3 歯科訪問診療時</td> <td></td> </tr> <tr> <td>イ 同一建物居住者以外の場合</td> <td style="text-align: right;"><u>66点</u></td> </tr> <tr> <td>ロ 同一建物居住者の場合</td> <td style="text-align: right;"><u>11点</u></td> </tr> </table>	1 初診時	<u>21点</u>	2 再診時等	<u>4点</u>	3 歯科訪問診療時		イ 同一建物居住者以外の場合	<u>66点</u>	ロ 同一建物居住者の場合	<u>11点</u>	<p>（新設）</p> <p>（新設）</p> <p>[施設基準]</p> <p>ニ 外来・在宅ベースアップ評価料（I）の施設基準</p> <p>（1）（略）</p> <p>（2）<u>主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。この号において「対象職員」という。）が勤務していること。</u></p> <p>（3）（略）</p> <p>（新設）</p> <p>【歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）】</p> <table border="0"> <tr> <td>1 初診時</td> <td style="text-align: right;"><u>10点</u></td> </tr> <tr> <td>2 再診時等</td> <td style="text-align: right;"><u>2点</u></td> </tr> <tr> <td>3 歯科訪問診療時</td> <td></td> </tr> <tr> <td>イ 同一建物居住者以外の場合</td> <td style="text-align: right;"><u>41点</u></td> </tr> <tr> <td>ロ 同一建物居住者の場合</td> <td style="text-align: right;"><u>10点</u></td> </tr> </table>	1 初診時	<u>10点</u>	2 再診時等	<u>2点</u>	3 歯科訪問診療時		イ 同一建物居住者以外の場合	<u>41点</u>	ロ 同一建物居住者の場合	<u>10点</u>
1 初診時	<u>21点</u>																				
2 再診時等	<u>4点</u>																				
3 歯科訪問診療時																					
イ 同一建物居住者以外の場合	<u>66点</u>																				
ロ 同一建物居住者の場合	<u>11点</u>																				
1 初診時	<u>10点</u>																				
2 再診時等	<u>2点</u>																				
3 歯科訪問診療時																					
イ 同一建物居住者以外の場合	<u>41点</u>																				
ロ 同一建物居住者の場合	<u>10点</u>																				

[算定要件]

注1 1については、当該保険医療機関において勤務する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して初診を行った場合に、所定点数を算定する。

2 2については、当該保険医療機関において勤務する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して再診又は短期滞在手術等基本料1を算定すべき手術又は検査を行った場合に、所定点数を算定する。

3 3のイについては、当該保険医療機関において勤務する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅等において療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に歯科訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を行った

[算定要件]

注1 1については、主として歯科医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下この節において同じ。）の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して初診を行った場合に、所定点数を算定する。

2 2については、主として歯科医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して再診又は短期滞在手術等基本料1を算定すべき手術又は検査を行った場合に、所定点数を算定する。

3 3のイについては、主として歯科医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅等において療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に歯科訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を行った場合に

<p>場合に算定する。 イ・ロ (略)</p> <p>4 3のロについては、<u>当該保険医療機関において勤務する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅等において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を行った場合に算定する。</u> イ・ロ (略)</p> <p>5 <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保険医療機関において、継続して賃上げに係る取組を実施した保険医療機関については、1、2並びに3のイ及びロの所定点数に代えて、それぞれ31点、6点、107点及び21点を算定する。</u></p> <p>6 <u>1から3までに規定する点数について、令和9年6月以降においては、それぞれ所定点数の100分の200に相当する点数により算定する。</u></p> <p>7 <u>注5に規定する点数について、令和9年6月以降においては1、2並びに3のイ及びロの所定点数に代えて、それぞれ52点、10点、173点及び32点を算定する。</u></p> <p>[施設基準] 三 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）の施設基準 （1） (略)</p>	<p>算定する。 イ・ロ (略)</p> <p>4 3のロについては、<u>主として歯科医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅等において療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、次のいずれかに該当する歯科訪問診療を行った場合に算定する。</u> イ・ロ (略) (新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>[施設基準] 三 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）の施設基準 （1） (略)</p>
---	---

<p>(2) <u>対象職員がいること。</u></p> <p>(3) (略)</p> <p><u>三の二 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の注5に規定する施設基準</u> <u>継続的に賃上げを行っている保険医療機関であること。</u></p> <p>【外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）】</p> <p>1 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）1</p> <p>イ 初診又は訪問診療を行った場合 <u>8点</u></p> <p>ロ 再診時等 <u>1点</u></p> <p>2～23 (略)</p> <p>24 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）24</p> <p>イ 初診又は訪問診療を行った場合 <u>192点</u></p> <p>ロ 再診時等 <u>24点</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 <u>当該保険医療機関において勤務する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して診療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。</u></p> <p>2 <u>各区分のイについては、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の1又は3を算定する患者に対して診療を行った場合に算定する。</u></p>	<p>(2) <u>主として歯科医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。この号において「対象職員」という。）が勤務していること。</u></p> <p>(3) (略)</p> <p>(新設)</p> <p>【外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）】</p> <p>1 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）1</p> <p>イ 初診又は訪問診療を行った場合 <u>8点</u></p> <p>ロ 再診時等 <u>1点</u></p> <p>2～7 (略)</p> <p>8 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）8</p> <p>イ 初診又は訪問診療を行った場合 <u>64点</u></p> <p>ロ 再診時等 <u>8点</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 <u>主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して診療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。</u></p> <p>2 <u>1のイ、2のイ、3のイ、4のイ、5のイ、6のイ、7のイ又は8のイについては、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の1又は3を算定する患者に対</u></p>
---	--

<p>3 <u>各区分の口については、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の2を算定する患者に対して診療を行った場合に算定する。</u></p> <p>4 <u>13から24までに規定する点数については、令和9年6月以降に算定する。</u></p> <p>5 <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保険医療機関において、継続して賃上げに係る取組を実施した保険医療機関については、所定点数に代えて、次に掲げる点数を算定する。</u></p> <p>1 <u>外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）1</u></p> <p>イ <u>初診又は訪問診療を行った場合</u> 16点</p> <p>ロ <u>再診時等</u> 2点</p> <p>2 <u>外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）2</u></p> <p>イ <u>初診又は訪問診療を行った場合</u> 24点</p> <p>ロ <u>再診時等</u> 3点</p> <p>3 <u>外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）3</u></p> <p>イ <u>初診又は訪問診療を行った場合</u> 40点</p> <p>ロ <u>再診時等</u> 5点</p> <p>4 <u>外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）4</u></p> <p>イ <u>初診又は訪問診療を行った場合</u> 56点</p> <p>ロ <u>再診時等</u> 7点</p> <p>5 <u>外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）5</u></p> <p>イ <u>初診又は訪問診療を行</u></p>	<p>して診療を行った場合に算定する。</p> <p>3 <u>1の口、2の口、3の口、4の口、5の口、6の口、7の口又は8の口については、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の2を算定する患者に対して診療を行った場合に算定する。</u> (新設)</p> <p>(新設)</p>
--	---

	<u>った場合</u>	<u>64点</u>
	<u>□ 再診時等</u>	<u>8点</u>
<u>6</u>	<u>外来・在宅ベースアップ</u>	
	<u>評価料（Ⅱ）6</u>	
	<u>イ 初診又は訪問診療を行</u>	
	<u>った場合</u>	<u>80点</u>
	<u>□ 再診時等</u>	<u>10点</u>
<u>7</u>	<u>外来・在宅ベースアップ</u>	
	<u>評価料（Ⅱ）7</u>	
	<u>イ 初診又は訪問診療を行</u>	
	<u>った場合</u>	<u>96点</u>
	<u>□ 再診時等</u>	<u>12点</u>
<u>8</u>	<u>外来・在宅ベースアップ</u>	
	<u>評価料（Ⅱ）8</u>	
	<u>イ 初診又は訪問診療を行</u>	
	<u>った場合</u>	<u>104点</u>
	<u>□ 再診時等</u>	<u>13点</u>
<u>9</u>	<u>外来・在宅ベースアップ</u>	
	<u>評価料（Ⅱ）9</u>	
	<u>イ 初診又は訪問診療を行</u>	
	<u>った場合</u>	<u>120点</u>
	<u>□ 再診時等</u>	<u>15点</u>
<u>10</u>	<u>外来・在宅ベースアップ</u>	
	<u>評価料（Ⅱ）10</u>	
	<u>イ 初診又は訪問診療を行</u>	
	<u>った場合</u>	<u>136点</u>
	<u>□ 再診時等</u>	<u>17点</u>
<u>11</u>	<u>外来・在宅ベースアップ</u>	
	<u>評価料（Ⅱ）11</u>	
	<u>イ 初診又は訪問診療を行</u>	
	<u>った場合</u>	<u>144点</u>
	<u>□ 再診時等</u>	<u>18点</u>
<u>12</u>	<u>外来・在宅ベースアップ</u>	
	<u>評価料（Ⅱ）12</u>	
	<u>イ 初診又は訪問診療を行</u>	
	<u>った場合</u>	<u>160点</u>
	<u>□ 再診時等</u>	<u>20点</u>

6 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、継続して賃上げに係る取組を実施した保

除医療機関については、令和9年6月以降は、注5に掲げる所定点数に代えて、次に掲げる点数を算定する。

- 1 外来・在宅ベースアップ
評価料（Ⅱ）1
イ 初診又は訪問診療を行った場合 16点
ロ 再診時等 2点
- 2 外来・在宅ベースアップ
評価料（Ⅱ）2
イ 初診又は訪問診療を行った場合 24点
ロ 再診時等 3点
- 3 外来・在宅ベースアップ
評価料（Ⅱ）3
イ 初診又は訪問診療を行った場合 32点
ロ 再診時等 4点
- 4 外来・在宅ベースアップ
評価料（Ⅱ）4
イ 初診又は訪問診療を行った場合 48点
ロ 再診時等 6点
- 5 外来・在宅ベースアップ
評価料（Ⅱ）5
イ 初診又は訪問診療を行った場合 56点
ロ 再診時等 7点
- 6 外来・在宅ベースアップ
評価料（Ⅱ）6
イ 初診又は訪問診療を行った場合 64点
ロ 再診時等 8点
- 7 外来・在宅ベースアップ
評価料（Ⅱ）7
イ 初診又は訪問診療を行った場合 80点
ロ 再診時等 10点
- 8 外来・在宅ベースアップ
評価料（Ⅱ）8
イ 初診又は訪問診療を行

	った場合	88点
	□ 再診時等	11点
9	外来・在宅ベースアップ	
	評価料（Ⅱ）9	
	イ 初診又は訪問診療を行	
	った場合	96点
	□ 再診時等	12点
10	外来・在宅ベースアップ	
	評価料（Ⅱ）10	
	イ 初診又は訪問診療を行	
	った場合	112点
	□ 再診時等	14点
11	外来・在宅ベースアップ	
	評価料（Ⅱ）11	
	イ 初診又は訪問診療を行	
	った場合	120点
	□ 再診時等	15点
12	外来・在宅ベースアップ	
	評価料（Ⅱ）12	
	イ 初診又は訪問診療を行	
	った場合	128点
	□ 再診時等	16点
13	外来・在宅ベースアップ	
	評価料（Ⅱ）13	
	イ 初診又は訪問診療を行	
	った場合	144点
	□ 再診時等	18点
14	外来・在宅ベースアップ	
	評価料（Ⅱ）14	
	イ 初診又は訪問診療を行	
	った場合	152点
	□ 再診時等	19点
15	外来・在宅ベースアップ	
	評価料（Ⅱ）15	
	イ 初診又は訪問診療を行	
	った場合	160点
	□ 再診時等	20点
16	外来・在宅ベースアップ	
	評価料（Ⅱ）16	
	イ 初診又は訪問診療を行	
	った場合	176点
	□ 再診時等	22点

- 17 外来・在宅ベースアップ
評価料（Ⅱ）17
 イ 初診又は訪問診療を行
った場合 184点
 ロ 再診時等 23点
- 18 外来・在宅ベースアップ
評価料（Ⅱ）18
 イ 初診又は訪問診療を行
った場合 192点
 ロ 再診時等 24点
- 19 外来・在宅ベースアップ
評価料（Ⅱ）19
 イ 初診又は訪問診療を行
った場合 208点
 ロ 再診時等 26点
- 20 外来・在宅ベースアップ
評価料（Ⅱ）20
 イ 初診又は訪問診療を行
った場合 216点
 ロ 再診時等 27点
- 21 外来・在宅ベースアップ
評価料（Ⅱ）21
 イ 初診又は訪問診療を行
った場合 224点
 ロ 再診時等 28点
- 22 外来・在宅ベースアップ
評価料（Ⅱ）22
 イ 初診又は訪問診療を行
った場合 240点
 ロ 再診時等 30点
- 23 外来・在宅ベースアップ
評価料（Ⅱ）23
 イ 初診又は訪問診療を行
った場合 248点
 ロ 再診時等 31点
- 24 外来・在宅ベースアップ
評価料（Ⅱ）24
 イ 初診又は訪問診療を行
った場合 256点
 ロ 再診時等 32点

[施設基準]

[施設基準]

四 外来・在宅ベースアップ評価料
(Ⅱ)の施設基準

(1) 医科点数表又は歯科点数表第一章第二部第一節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。)、同部第三節の特定入院料又は同部第四節の短期滞在手術等基本料(短期滞在手術等基本料1を除く。)を算定していない又は算定回数が著しく少ない保険医療機関であること。

(2) (略)

(3) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定する見込みの点数を合算した点数に十円を乗じて得た額が、対象職員の適切な賃金改善に必要な額の百分の五十未満であること。

(4)~(6) (略)

四の二 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の注5及び注6に規定する施設基準

継続的に賃上げを行っている保険医療機関であること。

※ 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)についても同様。

【入院ベースアップ評価料】

1 入院ベースアップ評価料 1 1点

2~499 (略)

500 入院ベースアップ評価料500
500点

[算定要件]

注1 当該保険医療機関において勤務する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が

四 外来・在宅ベースアップ評価料
(Ⅱ)の施設基準

(1) 医科点数表又は歯科点数表第一章第二部第一節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。)、同部第三節の特定入院料又は同部第四節の短期滞在手術等基本料(短期滞在手術等基本料1を除く。)を算定していない保険医療機関であること。

(2) (略)

(3) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定する見込みの点数を合算した点数に十円を乗じて得た額が、主として医療に従事する職員(医師及び歯科医師を除く。この号において「対象職員」という。)の給与総額の一分二厘未満であること。

(4)~(6) (略)

(新設)

【入院ベースアップ評価料】

1 入院ベースアップ評価料 1 1点

2~164 (略)

165 入院ベースアップ評価料165
165点

[算定要件]

注 主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に

<p>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入院している患者であって、第1章第2部第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、同部第3節の特定入院料又は同部第4節の短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）を算定しているものについて、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。</p> <p><u>2 251から500までに規定する点数については、令和9年6月以降において算定する。</u></p> <p>[施設基準] 六 入院ベースアップ評価料の施設基準</p> <p>(1)・(2) (略)</p> <p>(3) 外来・在宅ベースアップ評価料（I）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）により算定する見込みの点数を合算した点数に十円を乗じて得た額が、<u>対象職員の適切な賃金改善に必要な額未満</u>であること。</p> <p>(4) <u>当該保険医療機関における常勤の対象職員の数</u>が、<u>二以上</u>であること。ただし、<u>基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関</u>にあっては、この限りでない。</p> <p>(5)・(6) (略)</p>	<p>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入院している患者であって、第1章第2部第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、同部第3節の特定入院料又は同部第4節の短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）を算定しているものについて、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。</p> <p>(新設)</p> <p>[施設基準] 六 入院ベースアップ評価料の施設基準</p> <p>(1)・(2) (略)</p> <p>(3) 外来・在宅ベースアップ評価料（I）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）により算定する見込みの点数を合算した点数に十円を乗じて得た額が、<u>主として医療又は歯科医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。この号において「対象職員」という。）の給与総額の二分三厘未満</u>であること。</p> <p>(新設)</p> <p>(4)・(5) (略)</p>
--	---

3. 夜勤職員の確保を行う観点から、看護職員処遇改善評価料及びベー

スアツ評価料による収入を、夜勤手当の増額に用いることを可能とする。

改 定 案	現 行
<p>【看護職員処遇改善評価料】 [施設基準]</p> <p>(1)～(4) (略)</p> <p>(5) (3)について、安定的な賃金改善を確保する観点から、当該評価料による賃金改善の合計額の3分の2以上は、基本給又は決まって毎月支払われる手当（以下「基本給等」という。）の引上げ（以下「ベア等」という。）により改善を図ること。</p> <p><u>なお、恒常的に夜間を含む交替勤務制をとっている職場の職員に支払われる夜勤手当については、毎月支払われる手当に準じて基本給等に含めて差し支えない。</u></p> <p>(6)～(10) (略)</p> <p>※ <u>外来・在宅ベースアツ評価料(I)及び(II)、歯科外来・在宅ベースアツ評価料(I)及び(II)並びに入院ベースアツ評価料においても同様。</u></p>	<p>【看護職員処遇改善評価料】 [施設基準]</p> <p>(1)～(4) (略)</p> <p>(5) (3)について、安定的な賃金改善を確保する観点から、当該評価料による賃金改善の合計額の3分の2以上は、基本給又は決まって毎月支払われる手当（以下「基本給等」という。）の引上げ（以下「ベア等」という。）により改善を図ること。</p> <p><u>ただし、令和6年度及び令和7年度に、翌年度以降のベア等の改善のために繰り越しを行った場合においては、当該評価料の算定額から当該繰り越しを行った額を控除した額のうち3分の2以上をベア等により改善を図ることで足りるものとする。</u></p> <p>(6)～(10) (略)</p>

4. 継続的な賃上げに係る評価を行う観点から、入院基本料等の評価を見直す。

(各入院基本料等の見直しについては、「I-1 物件費の高騰を踏まえた対応」を参照。)

5. 令和6年度及び令和7年度において賃上げを実施している保険医療機関とそれ以外の保険医療機関を区別する観点から、入院基本料等に減算規定を新設する。

改 定 案	現 行
-------	-----

<p>【入院料等】 [算定要件] 医科診療報酬点数表第1章第2部 入院料等 通則</p> <p>10 <u>継続的に賃上げに係る取組を実施している保険医療機関であつて、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以外の保険医療機関については、第1節（特別入院基本料等を含む。）、第3節及び第4節（短期滞在手術等基本料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在手術等基本料の所定点数から、1日につき次に掲げる点数を減算する。</u></p> <p><u>イ 急性期病院A一般入院料、急性期一般入院料1、急性期病院B一般入院料（看護・多職種協働加算を算定する場合）、急性期一般入院料4（看護・多職種協働加算を算定する場合）</u> 121点</p> <p><u>ロ 急性期病院B一般入院料、急性期一般入院料2から6まで（看護・多職種協働加算を算定する場合を除く。）</u> 85点</p> <p><u>ハ 地域一般入院基本料、一般病棟入院基本料の特別入院基本料、特定一般病棟入院料（注7に規定する場合を除く。）</u> 65点</p> <p><u>ニ 療養病棟入院基本料</u> 42点</p> <p><u>ホ 結核病棟入院基本料</u> 64点</p> <p><u>ヘ 急性期病院精神病棟入院基本料、精神病棟入院料（10対1入院基本料、13対1入院基本料及び精神病棟看護・多職種協働加算を算定する15対1入院基本料の場合）</u> 106点</p>	<p>【入院料等】 [算定要件] 医科診療報酬点数表第1章第2部 入院料等 通則 (新設)</p>
--	---

ト	急性期病院精神病棟入院基本料（精神病棟看護・多職種協働加算を算定する場合を除く15対1入院基本料の場合）、精神病棟入院料（精神病棟看護・多職種協働加算を算定する場合を除く15対1入院基本料、18対1入院基本料、20対1入院基本料及び特別入院基本料の場合）	39点
チ	特定機能病院入院基本料、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料	141点
リ	専門病院入院基本料	88点
ヌ	障害者施設等入院基本料	58点
ル	有床診療所入院基本料	95点
ヲ	有床診療所療養病床入院基本料	58点
ワ	救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料、総合周産期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、一類感染症患者入院医療管理料	171点
カ	地域包括医療病棟入院料	113点
ヨ	特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患入院	53点
タ	小児入院医療管理料、児童・思春期精神科入院医療管理料	97点
レ	回復期リハビリテーション病棟入院料	76点
ソ	地域包括ケア病棟入院料、特定一般病棟入院料（注7に規定する場合）	69点
ツ	緩和ケア病棟入院料	99点

<p><u>ネ 精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料</u> 42点</p> <p><u>ナ 精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料</u> 35点</p> <p><u>ウ 短期滞在手術等基本料3</u> 189点</p>	
<p>歯科診療報酬点数表第1章第2部 入院料等 通則</p> <p><u>9 継続的に賃上げに係る取組を実施している保険医療機関であつて、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以外の保険医療機関については、第1節（特別入院基本料等を含む。）、第3節及び第4節（短期滞在手術等基本料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在手術等基本料の所定点数から、1日につき次に掲げる点数を減算する。</u></p> <p><u>イ 急性期病院A一般入院料、急性期一般入院料1、急性期病院B一般入院料（看護・多職種協働加算を算定する場合）、急性期一般入院料4（看護・多職種協働加算を算定する場合）</u> 121点</p> <p><u>ロ 急性期病院B一般入院料、急性期一般入院料2から6まで（看護・多職種協働加算を算定する場合を除く。）</u> 85点</p> <p><u>ハ 地域一般入院基本料、一般病棟入院基本料の特別入院基本料、特定一般病棟入院料（注7に規定する場合を除く。）</u> 65点</p>	<p>歯科診療報酬点数表第1章第2部 入院料等 通則 (新設)</p>

ニ	療養病棟入院基本料	42点
ホ	結核病棟入院基本料	64点
ヘ	急性期病院精神病棟入院基本料、精神病棟入院料（10対1入院基本料、13対1入院基本料及び精神病棟看護・多職種協働加算を算定する15対1入院基本料の場合）	106点
ト	急性期病院精神病棟入院基本料（精神病棟看護・多職種協働加算を算定する場合を除く15対1入院基本料の場合）、精神病棟入院料（精神病棟看護・多職種協働加算を算定する場合を除く15対1入院基本料、18対1入院基本料、20対1入院基本料及び特別入院基本料の場合）	39点
チ	特定機能病院入院基本料、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料	141点
リ	専門病院入院基本料	88点
ヌ	障害者施設等入院基本料	58点
ル	有床診療所入院基本料	95点
ヲ	有床診療所療養病床入院基本料	58点
ワ	救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料、総合周産期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、一類感染症患者入院医療管理料	171点
カ	地域包括医療病棟入院料	113点
コ	特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料	53点
ク	小児入院医療管理料、児童・	

<p>思春期精神科入院医療管理料) 97点</p> <p>レ 回復期リハビリテーション病棟入院料 76点</p> <p>ソ 地域包括ケア病棟入院料、特定一般病棟入院料（注7に規定する場合） 69点</p> <p>ツ 緩和ケア病棟入院料 99点</p> <p>ネ 精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料 42点</p> <p>ナ 精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料 35点</p> <p>ラ 短期滞入手術等基本料3 189点</p> <p>[施設基準]</p> <p>第四の三 医科点数表第1章第2部入院料等通則第10号及び歯科点数表第1章第2部入院料等通則第9号に掲げる厚生労働大臣が定める基準</p> <p>以下のいずれかに該当する保険医療機関であること。</p> <p>一 令和8年3月31日時点において、入院ベースアップ評価料の届出を行っていること。</p> <p>二 令和6年3月と比較して、継続的に賃上げを行っている保険医療機関であること。</p> <p>三 令和8年6月1日以降に新規開設した保険医療機関であること。</p>	<p>[施設基準]</p> <p>(新設)</p>
--	---------------------------

6. 歯科診療報酬において、歯科技工所の歯科技工士の確実な賃上げを図る観点から、歯科技工所ベースアップ支援料を新設する。
また、令和8年度及び令和9年度において段階的な評価とする。

(新) 歯科技工所ベースアップ支援料（1装置につき） 15点

[算定要件]

- (1) 歯科技工所に従事する歯科技工士の賃金の改善を図る体制につき、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、補綴物等の製作等の委託を行った場合に、所定点数を算定する。
- (2) 令和9年6月以降においては、所定点数の100分の200に相当する点数により算定する。

[施設基準]

- (1) 歯科技工士が所属する歯科技工所に補綴物等の製作等の委託を行っている保険医療機関であること。
- (2) 歯科技工所に勤務する歯科技工士の賃金の改善について十分に支援していること。

7. 調剤報酬において、薬局の薬剤師及び事務職員等の確実な賃上げを図る観点から、調剤ベースアップ評価料を新設する。
また、令和8年度及び令和9年度において段階的な評価とする。

(新) 調剤ベースアップ評価料（処方箋の受付1回につき） 4点

[算定要件]

- (1) 当該保険薬局において勤務する職員の賃金の改善を図る体制につき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した場合には、処方箋の受付1回につき、所定点数を算定する。
- (2) 令和9年6月以降においては、所定点数の100分の200に相当する点数により算定する。

[施設基準]

- (1) 当該保険薬局に勤務する職員（以下この号において「対象職員」という。）がいること。
- (2) 対象職員の賃金の改善を実施するにつき必要な体制が整備されていること。

8. 訪問看護ステーションに勤務する幅広い職員の人材確保及び確実な賃上げを実施する観点から、訪問看護ベースアップ評価料について、評価を見直す。
また、令和8年度及び令和9年度において段階的な評価とする。

改 定 案	現 行
<p>【訪問看護ベースアップ評価料】</p> <p>1 訪問看護ベースアップ評価料 (Ⅰ) <u>1,050円</u></p> <p>2 訪問看護ベースアップ評価料 (Ⅱ)</p> <p>イ 訪問看護ベースアップ評価料 (Ⅱ) 1 <u>30円</u></p> <p>ロ～テ (略)</p> <p>ア 訪問看護ベースアップ評価料 (Ⅱ) 36 <u>1,080円</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>注 1 1については、別に厚生労働大臣が定める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看護ステーションが、<u>当該訪問看護ステーションに勤務する職員の賃金の改善を図る体制にある場合には、区分番号02の1又は区分番号04を算定している利用者1人につき、訪問看護ベースアップ評価料(Ⅰ)として、月1回に限り算定する。</u></p> <p>2 2については、別に厚生労働大臣が定める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看護ステーションが、<u>当該訪問看護ステーションに勤務する職員の賃金の改善を図る体制にある場合には、訪問看護ベースアップ評価料(Ⅰ)を算定している利用者1人につき、訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)として、当該基準に係る区分に従い、月1回に限り、それぞれ所定額を算定する。</u></p> <p>3 <u>1については、別に厚生労働大臣が定める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看護ステーション</u></p>	<p>【訪問看護ベースアップ評価料】</p> <p>1 訪問看護ベースアップ評価料 (Ⅰ) <u>780円</u></p> <p>2 訪問看護ベースアップ評価料 (Ⅱ)</p> <p>イ 訪問看護ベースアップ評価料 (Ⅱ) 1 <u>10円</u></p> <p>ロ～レ (略)</p> <p>ソ 訪問看護ベースアップ評価料 (Ⅱ) 18 <u>500円</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>注 1 1については、別に厚生労働大臣が定める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看護ステーションが、<u>主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制にある場合には、区分番号02の1を算定している利用者1人につき、訪問看護ベースアップ評価料(Ⅰ)として、月1回に限り算定する。</u></p> <p>2 2については、別に厚生労働大臣が定める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看護ステーションが、<u>主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制にある場合には、訪問看護ベースアップ評価料(Ⅰ)を算定している利用者1人につき、訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)として、当該基準に係る区分に従い、月1回に限り、それぞれ所定額を算定する。</u> (新設)</p>

<p><u>において、継続して賃上げに係る取組を実施した訪問看護ステーションについては、所定額に代えて1,830円を算定する。</u></p>	(新設)
<p><u>4 1 について、令和9年6月以降においては、所定額の100分の200に相当する額により算定する。</u></p>	(新設)
<p><u>5 注3に規定する額について、令和9年6月以降においては1の所定額に代えて、2,880円を算定する。</u></p>	(新設)
<p><u>6 2のツからアまでに規定する額については、令和9年6月以降に算定する。</u></p>	(新設)
<p><u>7 2については、別に厚生労働大臣が定める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看護ステーションにおいて、継続して賃上げに係る取組を実施した訪問看護ステーションについては、所定額に代えて、次に掲げる額を算定する。</u></p>	
<p><u>イ 訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ) 1 40円</u></p>	
<p><u>ロ 訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ) 2 80円</u></p>	
<p><u>ハ 訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ) 3 120円</u></p>	
<p><u>ニ 訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ) 4 160円</u></p>	
<p><u>ホ 訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ) 5 200円</u></p>	
<p><u>ヘ 訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ) 6 240円</u></p>	
<p><u>ト 訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ) 7 280円</u></p>	
<p><u>チ 訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ) 8 320円</u></p>	
<p><u>リ 訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ) 9 360円</u></p>	

ヌ	訪問看護ベースアップ評 価料（Ⅱ）10	400円
ル	訪問看護ベースアップ評 価料（Ⅱ）11	480円
ヲ	訪問看護ベースアップ評 価料（Ⅱ）12	560円
ワ	訪問看護ベースアップ評 価料（Ⅱ）13	640円
カ	訪問看護ベースアップ評 価料（Ⅱ）14	720円
ソ	訪問看護ベースアップ評 価料（Ⅱ）15	800円
タ	訪問看護ベースアップ評 価料（Ⅱ）16	880円
レ	訪問看護ベースアップ評 価料（Ⅱ）17	960円
ソ	訪問看護ベースアップ評 価料（Ⅱ）18	1,040円

8 2については、別に厚生労働大臣が定める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看護ステーションにおいて、継続して賃上げに係る取組を実施した訪問看護ステーションについては、令和9年6月以降は、注7に掲げる所定額に代えて、次に掲げる額を算定する。

イ	訪問看護ベースアップ評 価料（Ⅱ）1	40円
ロ	訪問看護ベースアップ評 価料（Ⅱ）2	70円
ハ	訪問看護ベースアップ評 価料（Ⅱ）3	110円
ニ	訪問看護ベースアップ評 価料（Ⅱ）4	140円
ホ	訪問看護ベースアップ評 価料（Ⅱ）5	180円
ヘ	訪問看護ベースアップ評 価料（Ⅱ）6	210円
ト	訪問看護ベースアップ評 価料（Ⅱ）7	250円

（新設）

チ	訪問看護ベースアップ評 価料（Ⅱ） 8	280円
リ	訪問看護ベースアップ評 価料（Ⅱ） 9	320円
ヌ	訪問看護ベースアップ評 価料（Ⅱ） 10	350円
ル	訪問看護ベースアップ評 価料（Ⅱ） 11	390円
ヲ	訪問看護ベースアップ評 価料（Ⅱ） 12	420円
ワ	訪問看護ベースアップ評 価料（Ⅱ） 13	460円
カ	訪問看護ベースアップ評 価料（Ⅱ） 14	490円
ソ	訪問看護ベースアップ評 価料（Ⅱ） 15	530円
タ	訪問看護ベースアップ評 価料（Ⅱ） 16	560円
レ	訪問看護ベースアップ評 価料（Ⅱ） 17	600円
ソ	訪問看護ベースアップ評 価料（Ⅱ） 18	630円
ツ	訪問看護ベースアップ評 価料（Ⅱ） 19	670円
ネ	訪問看護ベースアップ評 価料（Ⅱ） 20	700円
ナ	訪問看護ベースアップ評 価料（Ⅱ） 21	780円
ラ	訪問看護ベースアップ評 価料（Ⅱ） 22	810円
ム	訪問看護ベースアップ評 価料（Ⅱ） 23	890円
ウ	訪問看護ベースアップ評 価料（Ⅱ） 24	920円
キ	訪問看護ベースアップ評 価料（Ⅱ） 25	1,000円
ノ	訪問看護ベースアップ評 価料（Ⅱ） 26	1,030円
オ	訪問看護ベースアップ評 価料（Ⅱ） 27	1,110円
ク	訪問看護ベースアップ評 価料（Ⅱ） 28	1,140円

ヤ	訪問看護ベースアップ評 価料（Ⅱ）29	1,220円
マ	訪問看護ベースアップ評 価料（Ⅱ）30	1,250円
ケ	訪問看護ベースアップ評 価料（Ⅱ）31	1,330円
フ	訪問看護ベースアップ評 価料（Ⅱ）32	1,360円
コ	訪問看護ベースアップ評 価料（Ⅱ）33	1,440円
エ	訪問看護ベースアップ評 価料（Ⅱ）34	1,470円
テ	訪問看護ベースアップ評 価料（Ⅱ）35	1,550円
ア	訪問看護ベースアップ評 価料（Ⅱ）36	1,580円

[施設基準]

(1) 訪問看護ベースアップ評価料
(Ⅰ)

次のいずれにも該当するものであること。

イ 当該訪問看護ステーションに勤務する職員（以下「対象職員」という。）がいること。

ロ （略）

(2) 訪問看護ベースアップ評価料
(Ⅱ)

次のいずれにも該当するものであること。

イ （略）

ロ 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定する見込みの金額が、対象職員の適切な賃金改善に必要な額に当該訪問看護ステーションの利用者の数に占める医療保険制度の給付の対象となる訪問看護を受けた者の割合を乗じた数の百分の五十未満であること。

ハ～ホ （略）

(3) 訪問看護ベースアップ評価料

[施設基準]

(1) 訪問看護ベースアップ評価料
(Ⅰ)

次のいずれにも該当するものであること。

イ 主として医療に従事する職員（以下「対象職員」という。）が勤務していること。

ロ （略）

(2) 訪問看護ベースアップ評価料
(Ⅱ)

次のいずれにも該当するものであること。

イ （略）

ロ 訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定する見込みの金額が、対象職員の給与総額に当該訪問看護ステーションの利用者の数に占める医療保険制度の給付の対象となる訪問看護を受けた者の割合を乗じた数の一分二厘未満であること。

ハ～ホ （略）

(新設)

<p><u>の注3、注7及び注8に規定する 基準</u> <u>継続的に賃上げを行っている訪 問看護ステーションであること。</u></p>	
--	--

③ 医療機関等における事務等の簡素化・効率化

第 1 基本的な考え方

医療機関等における医療 DX への対応及び業務の簡素化を図る観点から、診療に係る様式の簡素化や署名・記名押印の見直し、施設基準等に係る届出や報告事項を見直す。

第 2 具体的な内容

1. 医療 DX への対応を見据え、既存の様式も含め、各種様式の共通項目については、可能な範囲で記載の統一を図る。
2. 入院診療計画書のような業務負担の大きい計画書やその他煩雑な計画書について、様式の簡素化や運用の見直しを行うとともに、各種様式の署名又は記名・押印について、代替方法で担保できるものは廃止する。
3. 施設基準等届出のオンライン化を引き続き進めるとともに、円滑にオンライン化が進むよう、届出様式の削減や届出項目を最小化する。
4. 施設基準等の適合性や診療報酬に関する実績を確認するために、毎年、地方厚生（支）局長や厚生労働省に報告を求めている様式について、他に代替方法がないものや次期報酬改定に必要なものを限定するとともに、添付書類の省略等の簡素化を図る。
5. 歯科診療報酬において保険適用について事前承認を求めることとされているもののうち、通知等で明確化されているものを、事前承認の対象から除外する。

改 定 案	現 行
○入院診療計画書の策定等に係る見直し [施設基準（通知）] 別添 2 入院基本料等の施設基準等 第 1 1 入院診療計画の基準	○入院診療計画書の策定等に係る見直し [施設基準（通知）] 別添 2 入院基本料等の施設基準等 第 1 1 入院診療計画の基準

<p>(1)・(2) (略)</p> <p><u>(3) 入院診療計画について、入院前に外来で文書を提供し、説明した場合も、入院後7日以内に行ったものと同様の取扱いとする。</u></p> <p><u>また、入院期間が2日以内であると見込まれる場合又は3日以上入院が見込まれていたものの入院期間が2日以内となった場合であって、診療並びに退院後の治療及び生活に支障がないと認められる患者に対して入院診療に関する必要な説明を行った場合は、総合的な入院診療計画の策定並びに患者への文書を用いた説明及び交付は行わなくても差し支えない。この場合は、診療録にその旨を記載すること。</u></p> <p>(4)・(5) (略)</p> <p><u>(6) 説明に用いた文書は、患者（説明に対して理解できないと認められる患者についてはその家族等）に交付し、その写しを診療録に添付するとともに、説明日及び説明者を診療録に記載すること。</u></p> <p><u>なお、医師及び患者等の署名は不要であるが、署名がある場合は、説明日及び説明者を診療録に記載する必要はない。</u></p> <p>(7) (略)</p> <p>別添6の別紙2・別紙2の3 (削除)</p> <p>○歯科診療報酬における保険適用の判断に係る取扱いの見直し [歯冠修復及び欠損補綴 通則（通</p>	<p>(1)・(2) (略) (新設)</p> <p>(3)・(4) (略)</p> <p><u>(5) 説明に用いた文書は、患者（説明に対して理解できないと認められる患者についてはその家族等）に交付するとともに、その写しを診療録に添付するものとする。</u></p> <p>(6) (略)</p> <p>別添6の別紙2・別紙2の3 <u>(本人・家族)の署名欄</u></p> <p>○歯科診療報酬における保険適用の判断に係る取扱いの見直し [歯冠修復及び欠損補綴 通則（通</p>
---	--

知)]

20 次の場合において、ブリッジを適応する場合は、予め理由書、模型、エックス線フィルム又はその複製を地方厚生(支)局長に提出し、保険適用の可否について判断を求める。なお、それぞれの取扱いは、各区分の規定に従う。ただし、イからハまで以外の場合であって、実際の欠損歯を反映した歯式では保険給付外となるブリッジであって、欠損歯の間隙が1歯分少ないようなブリッジを算定する場合は同様の取扱いとする。

(削除)

イ～ハ (略)
(削除)

[クラウン・ブリッジ維持管理料
(1装置につき)]

(1)～(9) (略)

(10) 「注1」の「歯冠補綴物又はブリッジ」を保険医療機関において装着した日から起算して2年を

知)]

20 次の場合において、ブリッジ又は小児義歯を適応する場合は、予め理由書、模型、エックス線フィルム又はその複製を地方厚生(支)局長に提出し、保険適応の有無について判断を求める。なお、それぞれの取扱いは、各区分の規定に従う。ただし、イからホまで以外の場合であって、実際の欠損歯を反映した歯式では保険給付外となるブリッジであって、欠損歯の間隙が1歯分少ないようなブリッジを算定する場合は同様の取扱いとする。

イ M000-2に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料の(10)により、「歯冠補綴物又はブリッジ」を保険医療機関において装着した場合において、外傷、腫瘍等(歯周病が原因である場合を除く。)によりやむを得ず当該「歯冠補綴物又はブリッジ」の支台歯、隣在歯又は隣在歯及び当該「歯冠補綴物又はブリッジ」の支台歯を抜歯しブリッジを装着する場合

ロ～三 (略)

ホ M018に掲げる有床義歯の(10)により、先天性疾患以外の疾患により後継永久歯がない場合に準ずる状態であって、小児義歯以外は咀嚼機能の改善・回復が困難な小児に対して小児義歯を適用する場合

[クラウン・ブリッジ維持管理料
(1装置につき)]

(1)～(9) (略)

(10) 「注1」の「歯冠補綴物又はブリッジ」を保険医療機関において装着した日から起算して2年を

経過するまでの間に、外傷、腫瘍等（う蝕、歯周病又は根尖性歯周炎が原因である場合を除く。）によりやむを得ず当該「歯冠補綴物又はブリッジ」の支台歯、隣在歯又は隣在歯及び当該「歯冠補綴物又はブリッジ」の支台歯を抜歯し、ブリッジを製作する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に算定の理由を記載する。

(11) (略)

[有床義歯]

(1)～(9) (略)

(10) 小児義歯はM016-2に掲げる小児保険装置（「2 可撤式保険装置」に限る。）を除き、原則として認められないが、後継永久歯が無く著しい言語障害及び咀嚼障害を伴う先天性無歯症、象牙質形成不全症、象牙質異形成症若しくはエナメル質形成不全症であって脆弱な乳歯の早期崩壊又は後継永久歯の先天欠損を伴う場合、外胚葉異形成症、低ホスファターゼ症、パピヨン・ルフェブル症候群及び先天性好中球機能不全症その他の先天性疾患により後継永久歯が無い場合、外傷や腫瘍等により歯が喪失した場合又はこれらに準ずる状態であって、小児義歯以外は咀嚼機能の改善・回復が困難

経過するまでの間に、外傷、腫瘍等（歯周病が原因である場合を除く。）によりやむを得ず当該「歯冠補綴物又はブリッジ」の支台歯、隣在歯又は隣在歯及び当該「歯冠補綴物又はブリッジ」の支台歯を抜歯し、ブリッジを製作する場合は、着手するまでの間に予めその理由書、模型、エックス線フィルム又はその複製を地方厚生（支）局長に提出しその判断を求める。また、添付模型の製作は基本診療料に含まれ算定できないが、添付フィルム又はその複製は区分番号E100に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織及び区分番号E300に掲げるフィルムに準じて算定する。ただし、算定に当たっては診療報酬明細書の摘要欄に算定の理由を記載する。

(11) (略)

[有床義歯]

(1)～(9) (略)

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

な小児に対する小児義歯の場合はこの限りでない。この場合において、小児義歯を算定する場合は、診療録及び診療報酬明細書に小児義歯が必要となった理由を記載する。

(11)～(13) (略)

を算定する場合は、診療録に小児義歯が必要となった疾患名を記載する。なお、先天性疾患以外の疾患により後継永久歯がない場合に準ずる状態であって、小児義歯以外に咀嚼機能の改善・回復が困難な小児に対して小児義歯を適用する場合は、あらかじめ理由書、模型及びエックス線フィルム又はその複製を地方厚生（支）局長に提出し、保険適用の判断を求める。なお、模型の製作は基本診療料に含まれ算定できないが、エックス線フィルム又はその複製は、区分番号E100に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織及び区分番号E300に掲げるフィルムにより算定する。ただし、算定に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に算定の理由を記載する。

(11)～(13) (略)

た場合であって、一時的に看護職員の確保ができない場合においては、一部の看護要員へ過度な業務負担とならないよう、保険医療機関は看護要員の適正な労働時間管理を行い、体制の整備を図るよう努めること。

③ 歯科巡回診療に係る適切な推進

第1 基本的な考え方

歯科医療が十分に提供されていない地域等において歯科診療を適切に推進するため、地方自治体等と連携して実施する歯科巡回診療車を用いた巡回診療について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 歯科巡回診療車を用いて巡回診療を実施した場合の評価を新設する。

(新) 地域歯科医療加算 100点

[算定要件（告示）]

歯科医療提供が困難である地域等において、自治体等と連携し、歯科巡回診療車を用いて歯科診療を行った場合は、地域歯科医療加算として、100点を所定点数に加算する。

※ 再診料についても同様。

[算定要件（通知）]

地域歯科医療加算については、巡回診療によらなければ住民の歯科医療の確保が困難である地域又は専門歯科医療機関が身近にない地域の患者に対して、自治体等と連携し、巡回診療実施計画を提出した保険医療機関が、歯科医療の確保を目的として行う巡回診療を評価するものであり、具体的には当該地域に居住する患者に対して、歯科ユニット等を搭載した診療車（以下「歯科巡回診療車」という。）内で歯科診療を実施した場合に加算する。なお、「自治体等と連携」とは、次に掲げるいずれかのことをいい、地域歯科医療加算を算定する場合は、イからハまでのいずれに該当するかを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

イ 自治体等が設置している保険医療機関が歯科巡回診療車を所有している。

ロ 都道府県の定める医療計画等の自治体の計画に基づく巡回診療である。

ハ その他イ又はロに準ずるものである。

2. 巡回診療により処置等を行った場合の加算を新設する。

改 定 案	現 行
<p>【処置（通則）】 [算定要件]</p> <p><u>10 区分番号A000に掲げる初診料の注9又は区分番号A002に掲げる再診料の注7に掲げる地域歯科医療加算を算定した患者に対して、巡回診療時に処置を行った場合は、所定点数の100分の30に相当する点数を、当該処置の所定点数に加算する。ただし、通則第5号に掲げる加算を算定する場合は、この限りでない。</u></p> <p>※ <u>手術の通則、歯冠修復及び欠損補綴の通則についても同様。</u></p>	<p>【処置（通則）】 [算定要件] (新設)</p>

【Ⅱ－２－３ リハビリテーション・栄養管理・口腔管理等の高齢者の生活を支えるケアの推進－①】

① リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取組の更なる推進

第1 基本的な考え方

リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取組を更に推進する観点から、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定要件を見直す。また、地域包括医療病棟のリハビリテーション・栄養・口腔連携加算についても同様の見直しを行う。更に、地域包括ケア病棟においてもリハビリテーション・栄養・口腔連携加算を算定可能とする。

第2 具体的な内容

1. リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の算定要件及び施設基準を見直すとともに、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算2を新設する。あわせて、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算についても同様の見直しを行う。

改 定 案	現 行
<p>【リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算】</p> <p><u>1</u> リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算<u>1</u>（1日につき） 150点</p> <p><u>2</u> リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算<u>2</u>（1日につき） 90点</p> <p>[算定要件] 注 リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理を連携・推進する体制につき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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（急性期病院一般入院基本料、急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に</p>	<p>【リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算】</p> <p>リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算（1日につき）<u>120点</u></p> <p>（新設）</p> <p>[算定要件] 注 リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理を連携・推進する体制につき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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本</p>

限る。)又は専門病院入院基本料(7対1入院基本料又は10対1入院基本料に限る。)を現に算定している患者に限る。)について、当該基準に係る区分に従い、リハビリテーション、栄養管理及び口腔(く)管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。この場合において、区分番号A233-2に掲げる栄養サポートチーム加算は別に算定できない。

- (1) リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算1及び2は、急性期医療において、当該病棟に入院中の患者のADLの維持、向上等を目的に、早期からの離床や経口摂取が図られるよう、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る多職種による評価と計画に基づき、医師、看護師、当該病棟に専従及び専任理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士(以下この項において「専従の理学療法士等」という。)、当該病棟に専任の管理栄養士及びその他必要に応じた他の職種により、以下のアからエまでに掲げる取組を行った場合に、患者1人につきリハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度に算定できる。ただし、やむを得ない理由により、入棟後48時間を超えて計画を策定した場合には、当該計画の策定日にかかわらず、入棟後3日目を起算日とする。

ア～エ (略)

[施設基準]

- (1) リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算1の施設基準イ 当該病棟に入院中の患者に対

料(7対1入院基本料又は10対1入院基本料に限る。)を現に算定している患者に限る。)について、リハビリテーション、栄養管理及び口腔(く)管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。この場合において、区分番号A233-2に掲げる栄養サポートチーム加算は別に算定できない。

- (1) リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算は、急性期医療において、当該病棟に入院中の患者のADLの維持、向上等を目的に、早期からの離床や経口摂取が図られるよう、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る多職種による評価と計画に基づき、医師、看護師、当該病棟に専従及び専任の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士(以下この項において「専従の理学療法士等」という。)、当該病棟に専任の管理栄養士及びその他必要に応じた他の職種により、以下のアからエまでに掲げる取組を行った場合に、患者1人につきリハビリテーション・栄養管理・口腔管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度に算定できる。ただし、やむを得ない理由により、入棟後48時間を超えて計画を策定した場合には、当該計画の策定日にかかわらず、入棟後3日目を起算日とする。

ア～エ (略)

[施設基準]

(新設)

- (1) 当該病棟に入院中の患者に対

して、ADL等の維持、向上、及び栄養管理等に資する十分な体制が整備されていること。

ロ 当該病棟に専従の常勤の理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が二名以上配置されていること、又は当該病棟に専従の常勤の理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が一名以上配置されており、かつ、当該病棟に専任の常勤の理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が一名以上配置されていること。

ハ 当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が一名以上配置されていること。

ニ 口腔管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

(2) リハビリテーション・栄養・

口腔連携体制加算2の施設基準

イ 当該病棟に入院中の患者に対して、ADL等の維持、向上、及び栄養管理等に資する必要な体制が整備されていること。

ロ (1)の口から二までを満たすこと。

第18の2 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算

1 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算1に関する施設基準

(1)～(5) (略)

(6) プロセス・アウトカム評価として、以下のア～エの基準を全て満たすこと。

ア～エ (略)

(7)～(9) (略)

(10) 当該保険医療機関におい

して、ADL等の維持、向上、及び栄養管理等に資する十分な体制が整備されていること。

(2) 当該病棟に専従の常勤の理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が二名以上配置されていること、又は当該病棟に専従の常勤の理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が一名以上配置されており、かつ、当該病棟に専任の常勤の理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が一名以上配置されていること。

(3) 当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が一名以上配置されていること。

(4) 口腔管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

(新設)

第18の2 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算

1 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算に関する施設基準

(1)～(5) (略)

(6) プロセス・アウトカム評価として、以下のア～エの基準を全て満たすこと。なお、ア～ウについては、新規に届出をする場合は、直近3月間の実績が施設基準を満たす場合、届出することができる。

ア～エ (略)

(7)～(9) (略)

(10) 当該保険医療機関におい

て、B Iの測定に関わる職員を対象としたB Iの測定に関する研修会を年1回以上開催すること。なお、当該職員研修会においては、併せて機能的自立度評価法 (Functional Independence Measure) (以下「F I M」という。) の測定に関する内容も含むことが望ましい。

2 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算2に関する施設基準

(1) 1の(1)、(3)から(5)まで及び(7)から(10)までの基準を満たしていること。

(2) 当該病棟に、専従の常勤理学療法士等が2名以上配置されている。なお、うち1名は専従の従事者でも差し支えない。複数の病棟において当該加算の届出を行う場合には、病棟ごとにそれぞれ専従の理学療法士等が配置されていること。また、当該理学療法士等(専従のものに限る。)は、「H000」心大血管疾患リハビリテーション料、「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料、「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料、「H002」運動器リハビリテーション料、「H003」呼吸器リハビリテーション料、「H004」摂食機能療法、「H005」視能訓練、「H006」難病患者リハビリテーション料、「H007」障害児(者)リハビリテーション料、「H007-2」がん患者リハビリテーション料、「H007-3」認知症患者リハビリテーション料及び「H008」集団コミュニケーション療法料(以下「疾患別リハビリ

て、B Iの測定に関わる職員を対象としたB Iの測定に関する研修会を年1回以上開催すること。

(新設)

テーション等」という。)を担
当する専従者との兼務はできな
いものであること。

ただし、当該病棟内に「A3
08」回復期リハビリテーシ
ョン入院医療管理料又は「A30
8-3」地域包括ケア入院医療
管理料1から4までのいずれか
を算定する病室がある場合に
は、当該病室における理学療法
士等の業務について兼務しても
差し支えない。また、リハビリ
テーション・栄養・口腔連携体
制加算2における専従の理学療
法士等においては、「A25
1」排尿自立支援加算、「A2
30-4」精神科リエゾンチ
ーム加算及び「H004」摂食嚥
下機能回復体制加算における理
学療法士等の業務についても兼
務して差し支えない。

(3) プロセス・アウトカム評価
として、以下のアからウまでの
基準を全て満たすこと。

ア 1の(6)のア及びエを満
たすこと。

イ 直近1年間に、当該病棟の
入棟患者に対する土曜日、日
曜日又は祝日における1日あ
たりの疾患別リハビリテーシ
ョン料の提供単位数から、当
該病棟の入棟患者に対する平
日における1日あたりの疾患
別リハビリテーション料の提
供単位数を除いた割合が7割
以上であること。

ウ 直近1年間に、当該病棟を
退院又は転棟した患者(死亡
退院及び終末期のがん患者等
を除く。)のうち、退院又は
転棟時におけるADLが入院
時と比較して低下した患者の
割合が5%未満であること。

3 届出に関する事項

2 届出に関する事項

<p>リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算1及び2の施設基準に係る届出は、別添7の様式5の5を用いること。1の(6)のアからウまで及び2の(3)のアからウまで(1の(6)のエに係るものを除く。)の実績については、新規に届出をする場合は、直近3月間の実績が施設基準を満たす場合、届出することができる。また、施設基準を満たさなくなったため所定点数を加算できなくなった後、再度届出を行う場合には該当しない。また、届出以降は、前年度1年間の1の(6)のアからエまで又は2の(3)のアからウまでの実績を毎年8月に別添7の様式5の5の2を用いて、地方厚生(支)局長に報告すること。</p> <p>※ <u>地域包括医療病棟入院料の注10に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算についても同様</u></p>	<p>リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式5の5を用いること。1の(6)のア～ウの実績については、新規に届出をする場合は、直近3月間の実績が施設基準を満たす場合、届出することができる。また、施設基準を満たさなくなったため所定点数を加算できなくなった後、再度届出を行う場合には該当しない。また、届出以降は、前年度1年間の1の(6)のアからエの実績を毎年8月に別添7の様式5の5の2を用いて、地方厚生(支)局長に報告すること。</p>
--	--

2. 地域包括ケア病棟における質の高いリハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的な取組を推進する観点から、地域包括ケア病棟においてもリハビリテーション・栄養・口腔連携加算を算定可能とする。また、当該加算を算定する患者について、入院栄養食事指導料及び栄養情報連携料の算定を可能とする。

改 定 案	現 行
<p>【地域包括ケア病棟入院料】 [算定要件] 注1～6 (略) 7 診療に係る費用(注3から注6まで及び注8に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島</p>	<p>【地域包括ケア病棟入院料】 [算定要件] 注1～6 (略) 7 診療に係る費用(注3から注6まで及び注8に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島</p>

加算、特定感染症患者療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、医療的ケア児（者）入院前支援加算、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び協力対象施設入所者入院加算、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料（注14に掲げる加算を算定する患者に限る。）、区分番号B011の6に掲げる栄養情報連携料（注14に掲げる加算を算定する患者に限る。）、区分番号B001の34に掲げる二次性骨折予防継続管理料（口に限る。）、第2章第2部在宅医療、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流及び区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔、第14部その他並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、地域包括ケア病棟入院料1、地域包括ケア入院医療管理料1、地域包括ケア病棟入院料2、地域包括ケア入院医療管理料2、地域包括ケア病棟入院料3、地域包括ケア入院医療管理料3、地域包括ケア病棟入院料4及び地域包括ケア入院医療管理料4に含まれるものとする。

8～13

14 リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理を連携・推進す

加算、特定感染症患者療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、医療的ケア児（者）入院前支援加算、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び協力対象施設入所者入院加算、区分番号B001の34に掲げる二次性骨折予防継続管理料（口に限る。）、第2章第2部在宅医療、区分番号H004に掲げる摂食機能療法、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流及び区分番号J400に掲げる特定保険医療材料（区分番号J038に掲げる人工腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔、第14部その他並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、地域包括ケア病棟入院料1、地域包括ケア入院医療管理料1、地域包括ケア病棟入院料2、地域包括ケア入院医療管理料2、地域包括ケア病棟入院料3、地域包括ケア入院医療管理料3、地域包括ケア病棟入院料4及び地域包括ケア入院医療管理料4に含まれるものとする。

8～13

（新設）

る体制につき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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、リハビリテーション・栄養・口腔連携加算として、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画を作成した日から起算して14日を限度として30点を所定点数に加算する。

[施設基準]

十一の二 地域包括ケア病棟入院料の施設基準等

(1)～(24) (略)

(25) 地域包括ケア病棟入院料の注14に規定するリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の施設基準

イ 当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が一名以上配置されていること。

ロ 当該病棟に入院中の患者に対して、ADL等の維持、向上及び栄養管理等に資する十分な体制が整備されていること。

ハ 口腔管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

1～13 (略)

14 地域包括ケア病棟入院料の「注14」に掲げるリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の施設基準

(1) 当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。なお、当該専任の管理栄養士として配置される病棟は、1名につき1病棟に限る。

(2) 当該保険医療機関において、以下のいずれも満たす常勤

[施設基準]

十一の二 地域包括ケア病棟入院料の施設基準等

(1)～(24) (略)

(新設)

1～13 (略)

(新設)

医師が1名以上勤務していること。

ア リハビリテーション医療に関する3年以上の経験を有していること。

イ 適切なリハビリテーション、栄養管理、口腔管理に係る研修を修了していること。

(3) (2)の要件のうちイにおけるリハビリテーション、栄養管理、口腔管理に係る研修とは、医療関係団体等が開催する急性期のリハビリテーション医療等に関する理論及び評価法等に関する総合的な内容を含む研修であり、2日以上かつ12時間以上の研修期間で、修了証が交付されるものである。

ア～シ (略)

(4) プロセス・アウトカム評価として、以下の基準を全て満たすこと。

ア 当該病棟に入棟した患者のうち、当該病棟への入棟後3日（入棟日の翌々日）までに疾患別リハビリテーションを実施した患者の割合が直近1年間で6割以上であること。

イ 直近1年間に、当該病棟の入棟患者に対する土日祝日における1日あたりの疾患別リハビリテーションの提供単位数から、当該病棟の入棟患者に対する平日における1日あたりの疾患別リハビリテーション料の提供単位数を除いた割合が7割以上であること。

ウ 当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡（DESIGN-R2020分類d2以上とする。）を保有している入院患者の割合が2.5%未満であること。なお、その割合は、次の(イ)に掲げる数を

(ロ)に掲げる数で除して算出する。ただし、届出時の直近月の初日（以下この項において「調査日」という。）における当該病棟の入院患者数が80人以下の場合は、本文の規定にかかわらず、当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡を保有している入院患者が2人以下であること。

(イ)・(ロ) (略)

(5) 当該病棟の入院患者に対し、適切な口腔ケアを提供するとともに、口腔状態に係る課題（口腔衛生状態の不良や咬合不良等）を認めた場合は、必要に応じて当該保険医療機関の歯科医師等へ連携する又は歯科診療を担う他の保険医療機関への受診を促す体制が整備されていること。

(6) 当該保険医療機関において、基本的日常生活活動度（Barthel Index）（以下「BI」という。）の測定に関わる職員を対象としたBIの測定に関する研修会を年1回以上開催すること。

【Ⅱ－２－３ リハビリテーション・栄養管理・口腔管理等の高齢者の生活を支えるケアの推進－③】

③ 口腔状態に係る課題を抱えた患者についての 歯科医療機関との連携の推進

第1 基本的な考え方

入院患者が有する口腔状態の課題への質の高い対応を推進する観点から、医科点数表により診療報酬を算定する保険医療機関が歯科医療機関とあらかじめ連携体制を構築し、口腔状態の課題を有する入院患者が歯科診療を受けられるよう連携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

歯科医療機関との連携体制を構築している保険医療機関において、入院中の治療が必要と判断された口腔状態の課題を抱える患者に対し、連携している歯科医療機関との間で手配を行い、患者が入院中に歯科診療を受けた場合の評価を新設する。

(新) 口腔管理連携加算 600点

[対象患者]

入院中の患者であって、医師が入院中の歯科治療が必要と判断した口腔状態の課題を抱える患者

[算定要件]

注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（歯科診療を併せて行う保険医療機関を除く。）に入院している患者のうち、口腔状態に係る課題のために医科における治療上の課題を生じており、医師等が入院中の歯科受診が必要と判断した者について、連携体制を構築している他の歯科医療機関に対し、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行い、入院中に歯科診療が行われた場合に、歯科診療が行われた日に入院中1回に限り算定する。この場合において、区分番号B009診療情報提供料（I）は、所定点数に含まれるものとする。

[施設基準]

- (1) 歯科診療を行わない保険医療機関であって、歯科診療を行う別の保険医療機関と入院中の患者に対する歯科訪問診療に係る連携体制を構築していること。
- (2) (1)に規定する連携体制を構築していることについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (3) (2)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。
- (4) 口腔管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

【Ⅱ－２－３ リハビリテーション・栄養管理・口腔管理等の高齢者の生活を支えるケアの推進－④】

④ 入院患者の口腔管理における 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し入院患者の口腔管理を充実させる観点から、医科点数表により診療報酬を算定する保険医療機関からの依頼に基づき入院患者に対して歯科訪問診療を実施した場合について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

保険医療機関の歯科医師が、連携体制を構築している他の保険医療機関からの依頼に基づき、口腔状態に係る課題を抱える入院患者に対して、歯科訪問診療を行った場合の評価を新設する。

(新) 医科連携訪問加算 500点

[対象患者]

口腔状態に係る課題により、医科における治療上の課題が生じているとして、連携する歯科診療以外の診療のみを行う他の保険医療機関から依頼のあった入院中の患者

[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、連携する歯科診療以外の診療のみを行う保険医療機関からの依頼に基づき、当該保険医療機関に入院中の口腔状態に係る課題のために医科における治療上の課題が生じている患者に対して、歯科訪問診療を実施した場合は、医科連携訪問加算として、所定点数に500点を加算する。ただし、B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料、B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料(I)、B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料(II)、B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料(III)、B000-9に掲げる周術期等口腔機能管理料(IV)、B000-10回復期等口腔機能管理計画策定料及びB000-11に掲げる回復期等口腔機能管理料は別に算定できない。

[施設基準]

- (1) 他の保険医療機関に入院中の口腔状態に課題を抱える患者について、当該保険医療機関の依頼に基づく対応に係る連携体制を構築していること。
- (2) 連携する保険医療機関の依頼に円滑に対応するために必要な情報を共有していること。

② 生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）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（Ⅰ）及び（Ⅱ）を見直す。

第2 具体的な内容

- 生活習慣病管理料（Ⅱ）は、生活習慣に関する総合的な治療管理を行うことを評価したものであることを踏まえ、当該治療管理の範囲を超えて必要な患者に別途行われるべき医学管理や、生活習慣病とは直接的な関係の乏しい疾患に関する医学管理、時間外対応・救急対応に関する医学管理、情報提供等に関連する評価については、その実施を適切に推進する観点から、当該管理料の包括範囲から除く。
- 生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）について、糖尿病を主病とする患者に対して、併存する糖尿病以外の疾患に関する在宅自己注射指導管理を適切に推進する観点から、糖尿病に対する適応のある薬剤以外の薬剤にかかる在宅自己注射指導管理料の算定を可能とする。

改 定 案	現 行
<p>【生活習慣病管理料（Ⅰ）】 [算定要件]</p> <p>注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、別に厚生労働大臣が定める薬剤を投与している場合であって、区</p>	<p>【生活習慣病管理料（Ⅰ）】 [算定要件]</p> <p>注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</p>

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。

【生活習慣病管理料（Ⅱ）】

注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、別に厚生労働大臣が定める薬剤を投与している場合であって、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部第1節医学管理料等（区分番号B001の2に掲げる特定薬剤治療管理料、区分番号B001の3に掲げる悪性腫瘍特異物質治療管理料、区分番号B001の9に掲げる外来栄養食事指導料、区分番号B001の11に掲げる集団栄養食事指導料、区分番号B001の14に掲げる高度難聴指導管理料、区分番号B001の16に掲げる喘息治療管理料、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23に掲げるがん患者指導管理料、区分番号B001の24に掲げる外

るときは、算定できない。

【生活習慣病管理料（Ⅱ）】

注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部第1節医学管理料等（区分番号B001の9に掲げる外来栄養食事指導料、区分番号B001の11に掲げる集団栄養食事指導料、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、区分番号B001の37に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料、区分番号B001-3-2に掲げるニコチン依存症管理料、区分番号B001-9に掲げる療養・就労両立支援指導料、区分

来緩和ケア管理料、区分番号B001の26に掲げる植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料、区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料、区分番号B001の29に掲げる乳腺炎重症化予防ケア・指導料、区分番号B001の34に掲げる二次性骨折予防継続管理料、区分番号B001の36に掲げる下肢創傷処置管理料、区分番号B001の37に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料、区分番号B001-2-4に掲げる地域連携夜間・休日診療料、区分番号B001-2-6に掲げる救急外来医学管理料、区分番号B001-2-8に掲げる外来放射線照射診療料、区分番号B001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料、区分番号B001-3-2に掲げるニコチン依存症管理料、区分番号B001-9に掲げる療養・就労両立支援指導料、区分番号B005-6に掲げるがん治療連携計画策定料、区分番号B005-6-2に掲げるがん治療連携指導料、区分番号B005-7に掲げる認知症専門診断管理料、区分番号B005-7-3に掲げる認知症サポート指導料、区分番号B005-8に掲げる肝炎インターフェロン治療計画料、区分番号B005-14に掲げるプログラム医療機器等指導管理料、区分番号B006に掲げる救急救命管理料、区分番号B009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）、区分番号B009-2に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）、区分番号B010-2に掲げる診

番号B005の14に掲げるプログラム医療機器等指導管理料、区分番号B009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）、区分番号B009-2に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）、区分番号B010-2に掲げる診療情報連携共有料、区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料及び区分番号B011-3に掲げる薬剤情報提供料を除く。）の費用は、生活習慣病管理料（Ⅱ）に含まれるものとする。

<p>療情報連携共有料、区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料、区分番号B011-3に掲げる薬剤情報提供料、区分番号B012に掲げる傷病手当金意見書交付料及び区分番号B013に掲げる療養費同意書交付料を除く。)の費用は、生活習慣病管理料(Ⅱ)に含まれるものとする。</p> <p>[施設基準] 四の九 生活習慣病管理料(Ⅰ)及び生活習慣病管理料(Ⅱ)の施設基準(略)</p> <p>(●) <u>生活習慣病管理料(Ⅰ)及び生活習慣病管理料(Ⅱ)の注1に規定する厚生労働大臣が定める薬剤</u> <u>インスリン製剤</u> <u>グルカゴン様ペプチド-1受容体アゴニスト</u> <u>インスリン・グルカゴン様ペプチド-1受容体アゴニスト配合剤</u></p>	<p>[施設基準] 四の九 生活習慣病管理料(Ⅰ)及び生活習慣病管理料(Ⅱ)の施設基準(略)</p> <p>(新設)</p>
--	--

3. 生活習慣病管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)について、糖尿病の重症化予防を推進する観点から、眼科又は歯科を標榜する他の医療機関との連携を行う場合の評価を新設する。

(新) 眼科医療機関連携強化加算 60点

[算定要件]

糖尿病を主病とする患者に対して、診療に基づき、糖尿病合併症の予防、診断又は治療を目的とする眼科診療の必要を認め、患者の同意を得て、患者が眼科を標榜する他の保険医療機関への受診を行うに当たり必要な連携を行った場合は、眼科医療機関連携強化加算として、患者1人につき年1回に限り所定点数に60点を加算する。

(新) 歯科医療機関連携強化加算 60点

[算定要件]

糖尿病を主病とする患者に対して、診療に基づき、歯周病の予防、診断又は治療を目的とする歯科診療の必要を認め、患者の同意を得て、患者が歯科を標榜する他の保険医療機関への受診を行うに当たり必要な連携を行った場合は、歯科医療機関連携強化加算として、患者1人につき年1回に限り所定点数に60点を加算する。

4. 生活習慣病管理料(Ⅰ)について、原則として、必要な血液検査等を少なくとも6月に1回以上は行うことを要件とする。
5. 生活習慣病管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)の療養計画書について、患者及び医療機関の負担を軽減する観点から、患者の署名を受けることを不要とする。

⑥ 歯科疾患管理料、小児口腔機能管理料 及び口腔機能管理料の要件並びに評価の見直し

第1 基本的な考え方

かかりつけ歯科医による歯科疾患・口腔機能の管理等といった生活の質に配慮した歯科医療を推進するため、歯科疾患管理料、小児口腔機能管理料並びに口腔機能管理料の要件及び評価を見直すとともに、小児口腔機能管理料及び口腔機能管理料の対象となる患者の範囲を拡大する。

第2 具体的な内容

1. 歯科疾患管理料の初診時及び再診時の評価を見直す。

改定案	現行
<p>【歯科疾患管理料】 歯科疾患管理料 <u>90点</u> [算定要件] 注1 1回目の歯科疾患管理料は、 歯科疾患の管理が必要な患者に 対し、当該患者又はその家族等 (以下この部において「患者 等」という。)の同意を得て管 理計画を作成し、その内容につ いて説明を行った場合に算定す る。 2～11 (略)</p>	<p>【歯科疾患管理料】 歯科疾患管理料 <u>100点</u> [算定要件] 注1 1回目の歯科疾患管理料は、 歯科疾患の管理が必要な患者に 対し、当該患者又はその家族等 (以下この部において「患者 等」という。)の同意を得て管 理計画を作成し、その内容につ いて説明を行った場合に算定す る。<u>なお、初診日の属する月に 算定する場合は、所定点数の100 分の80に相当する点数により算 定する。</u> 2～11 (略)</p>

2. 小児口腔機能管理料及び口腔機能管理料の対象となる患者の範囲を 拡大する。

改定案	現行
<p>【小児口腔機能管理料】 小児口腔機能管理料 <u>1 小児口腔機能管理料 1</u> <u>90点</u></p>	<p>【小児口腔機能管理料】 小児口腔機能管理料 <u>60点</u> (新設)</p>

<p><u>2 小児口腔機能管理料 2</u> <u>50点</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 <u>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、<u>口腔機能発達不全症の18歳未満の患者</u>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、当該管理計画に基づき、口腔機能の管理を行った場合に、月1回に限り算定する。</u></p> <p><u>2 1については、口腔機能の評価項目において3項目以上に該当する者に対して、注1に規定する管理をする場合に当該管理料を算定する。</u></p> <p><u>3 2については、口腔機能の評価項目において2項目に該当する者に対して、注1に規定する管理をする場合に当該管理料を算定する。</u></p> <p><u>4～6</u> (略)</p> <p><u>7 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もの（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、<u>1又は2の所定点数に代えて、それぞれ78点又は44点を算定する。</u></u></p> <p>【口腔機能管理料】 口腔機能管理料 1 <u>口腔機能管理料 1</u> <u>90点</u></p>	<p>(新設)</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 <u>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、<u>口腔機能の発達不全を有する18歳未満の児童</u>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、当該管理計画に基づき、口腔機能の管理を行った場合に、月1回に限り算定する。</u></p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p><u>2～4</u> (略)</p> <p><u>5 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もの（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、<u>所定点数に代えて、53点を算定する。</u></u></p> <p>【口腔機能管理料】 口腔機能管理料 <u>60点</u> (新設)</p>
--	---

<p><u>2 口腔機能管理料 2</u> <u>50点</u></p> <p>注1 <u>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、口腔機能低下症の患者に対して、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、当該管理計画に基づき、口腔機能の管理を行った場合に、月1回に限り算定する。</u></p> <p><u>2 1については、D002-6に掲げる口腔細菌定量検査（2に限る。）、D011-2に掲げる咀嚼能力検査（1に限る。）、D011-3に掲げる咬合圧検査（1に限る。）、D011-5に掲げる口腔粘膜湿润度検査又はD012に掲げる舌圧検査のいずれかを実施した口腔機能低下症の患者に対して注1に規定する管理をする場合に当該管理料を算定する。</u></p> <p><u>3 2については、口腔機能低下症の患者（注2に規定する患者を除く。）に対して注1に規定する管理をする場合に当該管理料を算定する。</u></p> <p><u>4～6</u> （略）</p> <p><u>7</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もの（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、<u>1又は2の所定</u></p>	<p>（新設）</p> <p>注1 <u>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、当該管理計画に基づき、口腔機能の管理を行った場合に、月1回に限り算定する。</u></p> <p>（新設）</p> <p>（新設）</p> <p><u>2～4</u> （略）</p> <p><u>5</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もの（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、<u>所定点数に代え</u></p>
--	--

点数に代えて、それぞれ78点又は44点を算定する。

て、53点を算定する。

⑦ 継続的・効果的な歯周病治療の推進

第1 基本的な考え方

ライフコースを通じた継続的・効果的な歯周病治療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評価体系を見直す。

第2 具体的な内容

1. 全身の健康に繋がる歯周病の安定期治療及び重症化予防治療を継続的・効果的に推進する観点から、歯周病安定期治療及び歯周病重症化予防治療について、歯科診療の実態を踏まえ、整理・統合し、評価を見直す。
2. 糖尿病患者に対して効果的な歯周病の継続治療を行う観点から、主治医から紹介を受けた患者に対して歯周病治療を実施したことに対する評価である歯周病ハイリスク患者加算について、名称を見直すとともに、主治医に対して歯科診療の情報の提供を行うことを要件に追加する。

改定案		現行	
【歯周病継続支援治療】		【歯周病安定期治療】	
歯周病継続支援治療		歯周病安定期治療	
1	1歯以上10歯未満 170点	1	1歯以上10歯未満 200点
2	10歯以上20歯未満 200点	2	10歯以上20歯未満 250点
3	20歯以上 350点	3	20歯以上 350点
[算定要件]		[算定要件]	
注1 一連の歯周病治療終了後、 <u>継続支援が必要な患者</u> に対し、 <u>歯周組織の状態維持又は重症化予防</u> を目的として、 <u>プラークコントロール、スケーリング、スケーリング・ルートプレーニング、咬合調整、機械的歯面清掃</u> 等の継続的な治療（以下この表において「 <u>歯周病継続支援治療</u> 」という。）を開始した場合		注1 一連の歯周病治療終了後、 <u>一時的に病状が安定した状態にある患者</u> に対し、 <u>歯周組織の状態を維持するためのプラークコントロール、スケーリング、スケーリング・ルートプレーニング、咬合調整、機械的歯面清掃</u> 等の継続的な治療（以下この表において「 <u>歯周病安定期治療</u> 」という。）を開始した場合は、	

は、それぞれの区分に従い月1回に限り算定する。

- 2 2回目以降の歯周病継続支援治療の算定は、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継続支援治療の治療間隔の短縮が必要とされる場合又は区分番号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において歯周病継続支援治療を開始した場合は、この限りでない。
- 3 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継続支援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。
- 4 歯周病の重症化するおそれのある患者に対して他の保険医療機関（歯科診療のみを行う保険医療機関を除く。）からの情報に基づき歯周病継続支援治療を実施し、診療情報を当該他の保険医療機関に提供した場合は、重症化予防連携強化加算として、100点を所定点数に加算する。
- 5 歯周病継続支援治療を開始した後、病状の変化により歯周外科手術を実施した場合は、歯周精密検査により再び病状が安定し継続的な治療が必要であると判断されるまでの間は、歯周病継続支援治療は算定できない。

それぞれの区分に従い月1回に限り算定する。

- 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。
- 3 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、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。
- 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、80点を所定点数に加算する。
- 5 歯周病安定期治療を開始した後、病状の変化により歯周外科手術を実施した場合は、歯周精密検査により再び病状が安定し継続的な治療が必要であると判断されるまでの間は、歯周病安定期治療は算定できない。

<p>6 歯周病継続支援治療を開始した日以降に歯周外科手術を実施した場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。 (削除)</p> <p>【歯周病重症化予防治療】 (削除)</p>	<p>6 歯周病安定期治療を開始した日以降に歯周外科手術を実施した場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。</p> <p><u>7 歯周病重症化予防治療を算定した月は算定できない。</u></p> <p>【歯周病重症化予防治療】 <u>歯周病重症化予防治療</u></p>
---	---

⑪ 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ため、以下の見直しを行う。

- 1 在宅で療養する患者に対する歯科訪問診療の内容を充実させる観点から、歯科訪問診療1の評価を見直すとともに、患者又はその家族等の依頼により、診療を予定していなかった患者を急遽診療する必要性が生じた場合の歯科訪問診療1の運用を明確化する。
- 2 同一建物に居住する多数の患者に対する歯科訪問診療を適切に提供する観点から、歯科訪問診療4及び歯科訪問診療5の施設基準を新たに設ける。
- 3 在宅療養支援歯科病院について、病院歯科等での診療実態を踏まえ、施設基準を見直し、歯科診療所からの依頼により患者を受け入れた場合の実績を要件に加える。
- 4 在宅療養支援歯科診療所及び在宅療養支援歯科病院について、今後の在宅歯科医療体制の確保に資するよう、施設基準を見直し、歯科医師臨床研修施設における歯科訪問診療の研修・教育体制を要件に加える。
- 5 訪問歯科衛生指導料について、指導を実施した人数に応じた評価を見直すとともに、特別の関係の施設等に対する評価を適正化する観点から、歯科訪問診療料を踏まえた運用に見直す。
- 6 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料について、効率的な歯科医療を提供する観点から、要件を見直す。

第2 具体的な内容

- 1 歯科訪問診療1の評価を見直すとともに、訪問先の依頼により、診療を予定していなかった患者を急遽診療する必要性が生じた場合の歯科訪問診療1の運用を明確化する。

改 定 案	現 行
<p>【歯科訪問診療料】 [算定要件] 注1～13 (略) (削除)</p>	<p>【歯科訪問診療料】 [算定要件] 注1～13 (略) 14 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</p>

<p>14 <u>1</u>について、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、<u>歯科訪問診療1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100点、50点又は100点を所定点数に加算する。</u></p> <p>15～20 (略)</p> <p>[算定留意事項] <u>(9) 1人の同一建物居住者である患者に対して歯科訪問診療を実施した際に、当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して、患者等の求めに応じて緊急に歯科訪問診療を実施する必要性を認め、結果として2人の同一建物居住者への歯科訪問診療となった場合、いずれの患者も歯科訪問診療1を算定して差し支えない。ただし、緊急に歯科訪問診療を実施する必要があった理由について、診療録に記載する。</u></p>	<p><u>に届け出た保険医療機関において、在宅において療養を行っている患者に対して歯科訪問診療を実施した場合は、在宅歯科医療推進加算として、100点を所定点数に加算する。</u></p> <p>(新設)</p> <p>15～20 (略)</p> <p>[算定留意事項] (新設)</p>
---	---

2. 同一建物に居住する多数の患者に対する歯科訪問診療を適切に提供する観点から、歯科訪問診療4及び歯科訪問診療5の施設基準を新設する。

改定案	現行
【歯科訪問診療料】	【歯科訪問診療料】

<p>[算定要件] 注1～6 (略)</p> <p><u>7 4及び5については、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以外の保険医療機関及び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以外の保険医療機関においては、所定点数及び注6に定める所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。</u></p> <p>8～21 (略)</p>	<p>[算定要件] 注1～6 (略) (新設)</p> <p>7～20 (略)</p>
--	---

[施設基準]

- (1) 次のいずれかに該当すること。
- イ 歯科訪問診療料1又は歯科訪問診療料2を行っていること。
 - ロ 当該地域において、保険医療機関、介護・福祉施設等と連携していること。
- (2) 歯科訪問診療が適切に実施できる体制を有すること。

[経過措置]

令和九年五月三十一日までの間に限り、第七の一の二に該当するものとみなす。

3. 在宅療養支援歯科病院について、歯科診療所からの依頼により患者を受け入れた場合の実績等を施設基準の評価に加える。

改 定 案	現 行
<p>[施設基準] 六の四 在宅療養支援歯科病院の施設基準</p> <p>(1) 保険医療機関である歯科診療を行う病院であって、<u>歯科訪問診療に関する実績又は在宅歯科診療に係る後方支援の機能を有していること。</u></p> <p>(2)～(6) (略)</p>	<p>[施設基準] 六の四 在宅療養支援歯科病院の施設基準</p> <p>(1) 保険医療機関である歯科診療を行う病院であって、<u>歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3を算定していること。</u></p> <p>(2)～(6) (略)</p>

<p>[施設基準通知]</p> <p>1 在宅療養支援歯科病院の施設基準</p> <p>(1) 次のいずれにも該当し、在宅等の療養に関して歯科医療面から支援できる体制等を確保していること。</p> <p>ア <u>以下のいずれかに該当すること。</u></p> <p>(イ) <u>過去1年間に歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3の算定件数及び他の保険医療機関からの要請により歯科訪問診療による歯科治療が困難な患者の受入れを行った実績が合計18回以上であること。</u></p> <p>(ロ) <u>直近1か月に歯科訪問診療2から5までのいずれかを算定した回数が5回以上であり、そのうち20分以上の歯科訪問診療を算定した回数の割合が6割以上であること。</u></p> <p>(ハ) <u>直近1か月に在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は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合計10回以上算定していること。</u></p> <p>(ニ) <u>研修歯科医を受け入れており、当該研修歯科医に対して歯科訪問診療に係る教育を実施している臨床研修施設であること。</u></p> <p>イ～オ (略)</p> <p>カ 以下のいずれかに該当すること。</p> <p>(イ)～(ハ) (略)</p> <p>(二) <u>過去1年間に在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料(1から3までに限</u></p>	<p>[施設基準通知]</p> <p>1 在宅療養支援歯科病院の施設基準</p> <p>(1) 次のいずれにも該当し、在宅等の療養に関して歯科医療面から支援できる体制等を確保していること。</p> <p>ア <u>過去1年間に歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3を合計18回以上算定していること。</u></p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>イ～オ (略)</p> <p>カ 以下のいずれかに該当すること。</p> <p>(イ)～(ハ) (略)</p> <p>(新設)</p>
--	---

<p>る。)、退院時共同指導料 <u>1、医科連携訪問加算、在宅 歯科医療連携加算 1、在宅 歯科医療連携加算 2、小 児在宅歯科医療連携加算 1、小児在宅歯科医療連携 加算 2、在宅歯科医療情報 連携加算、退院前在宅療養 指導管理料、在宅患者連携 指導料又は在宅患者緊急時 等カンファレンス料の算定 件数が 1 回以上であるこ と。</u> (削除)</p> <p>ク (略) (2) (略)</p>	<p>キ <u>過去 1 年間に、以下のいずれ かの算定が 1 つ以上あること。</u> (イ) <u>在宅歯科栄養サポートチ ーム等連携指導料の算定が あること。</u> (ロ) <u>在宅患者訪問口腔リハビ リテーション指導管理料、 小児在宅患者訪問口腔リハ ビリテーション指導管理料 の算定があること。</u> (ハ) <u>退院時共同指導料 1、在宅 歯科医療連携加算 1、在宅 歯科医療連携加算 2、小 児在宅歯科医療連携加算 1、小児在宅歯科医療連携 加算 2、在宅歯科医療情報 連携加算、退院前在宅療養 指導管理料、在宅患者連携 指導料又は在宅患者緊急時 等カンファレンス料の算定 があること。</u></p> <p>ク (略) (2) (略)</p>
---	--

4. 在宅療養支援歯科診療所について、歯科医師臨床研修施設における
歯科訪問診療の研修・教育体制を評価に加える等、施設基準を見直す。

改 定 案	現 行
<p>[施設基準] 六の三 在宅療養支援歯科診療所の</p>	<p>[施設基準] 六の三 在宅療養支援歯科診療所の</p>

<p>施設基準</p> <p>(1) 在宅療養支援歯科診療所1の施設基準</p> <p>イ 保険医療機関である歯科診療所であって、<u>歯科訪問診療に関する実績を有すること。</u></p> <p>ロ～チ (略)</p> <p>(2) 在宅療養支援歯科診療所2の施設基準</p> <p>イ～ロ (略)</p> <p>[施設基準通知]</p> <p>1 在宅療養支援歯科診療所1及び在宅療養支援歯科診療所2の施設基準</p> <p>(1) 在宅療養支援歯科診療所1の施設基準</p> <p>次のいずれにも該当し、在宅等の療養に関して歯科医療面から支援できる体制等を確保していること。</p> <p>ア <u>以下のいずれかに該当すること。</u></p> <p>(イ) <u>直近1か月に歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療料3を合計10回以上算定していること。</u></p> <p>(ロ) <u>直近1か月に歯科訪問診療2から5までのいずれかを算定した回数が5回以上であり、そのうち20分以上の歯科訪問診療を算定した回数の割合が6割以上であること。</u></p> <p>(ハ) <u>直近1か月に在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は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合計5回以上算定していること。</u></p> <p>(ニ) <u>研修歯科医を受け入れて</u></p>	<p>施設基準</p> <p>(1) 在宅療養支援歯科診療所1の施設基準</p> <p>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を算定していること。</u></p> <p>ロ～チ (略)</p> <p>(2) 在宅療養支援歯科診療所2の施設基準</p> <p>イ～ロ (略)</p> <p>[施設基準通知]</p> <p>1 在宅療養支援歯科診療所1及び在宅療養支援歯科診療所2の施設基準</p> <p>(1) 在宅療養支援歯科診療所1の施設基準</p> <p>次のいずれにも該当し、在宅等の療養に関して歯科医療面から支援できる体制等を確保していること。</p> <p>ア <u>過去1年間に歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療料3を合計18回以上算定していること。</u></p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>
---	--

おり、当該研修歯科医に対して歯科訪問診療に係る教育を実施している臨床研修施設であること。

イ～カ (略)

キ 以下のいずれかに該当すること。

(イ) 当該地域において、地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議又は病院・診療所・介護保険施設等が実施する多職種連携に係る会議等に年1回以上出席していること。

(ロ) 過去1年間に、病院・診療所・介護保険施設等の職員への口腔管理に関する技術的助言や研修等の実施又は口腔管理への協力を行っていること。

(ハ) 歯科訪問診療に関する他の歯科医療機関との連携実績が年1回以上あること。

(ニ) 過去1年間に在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料(1から3までに限る。)、退院時共同指導料1、医科連携訪問加算、在宅歯科医療連携加算1、在宅歯科医療連携加算2、小児在宅歯科医療連携加算1、小児在宅歯科医療連携加算2、在宅歯科医療情報連携加算、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料の算定件数が1回以上であること。

(削除)

イ～カ (略)

キ 以下のいずれかに該当すること。

(イ) 当該地域において、地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議又は病院・診療所・介護保険施設等が実施する多職種連携に係る会議等に年1回以上出席していること。

(ロ) 過去1年間に、病院・診療所・介護保険施設等の職員への口腔管理に関する技術的助言や研修等の実施又は口腔管理への協力を行っていること。

(ハ) 歯科訪問診療に関する他の歯科医療機関との連携実績が年1回以上あること。

(新設)

ク 過去1年間に、以下のいずれかの算定が1つ以上あること。

(イ) 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料の算定があること。

(ロ) 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、

<p>ク・ケ (略)</p> <p>(2) 在宅療養支援歯科診療所 2 の施設基準</p> <p>次のいずれにも該当し、在宅等の療養に関して歯科医療面から支援できる体制等を確保していること。</p> <p>ア <u>以下のいずれかに該当すること。</u></p> <p>(イ) <u>過去 1 年間に歯科訪問診療 1、歯科訪問診療 2 又は歯科訪問診療 3 を合計 4 回以上算定していること。</u></p> <p>(ロ) <u>研修歯科医を受け入れており、当該研修歯科医に対して歯科訪問診療に係る教育を実施している臨床研修施設であること。</u></p> <p>イ～エ (略)</p>	<p><u>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算定があること。</u></p> <p>(ハ) <u>退院時共同指導料 1、在宅歯科医療連携加算 1、在宅歯科医療連携加算 2、小児在宅歯科医療連携加算 1、小児在宅歯科医療連携加算 2、在宅歯科医療情報連携加算、退院前在宅療養指導管理料、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料の算定があること。</u></p> <p>ケ・コ (略)</p> <p>(2) 在宅療養支援歯科診療所 2 の施設基準</p> <p>次のいずれにも該当し、在宅等の療養に関して歯科医療面から支援できる体制等を確保していること。</p> <p>ア <u>過去 1 年間に歯科訪問診療 1、歯科訪問診療 2 又は歯科訪問診療 3 を合計 4 回以上算定していること。</u> (新設)</p> <p>(新設)</p> <p>イ～エ (略)</p>
--	---

5. 訪問歯科衛生指導料について指導を実施した人数に応じた評価を見直すとともに、特別の関係の施設に対する要件を設定する。

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 380点</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 362点</p>

<p>2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <u>330点</u></p> <p>3 1及び2以外の場合 <u>260点</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>注1～3 (略)</p> <p>4 <u>1から3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訪問歯科衛生指導を実施した場合は、140点を算定する。</u></p> <p>5・6 (略)</p>	<p>2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 <u>326点</u></p> <p>3 1及び2以外の場合 <u>295点</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>注1～3 (略)</p> <p>(新設)</p> <p>4・5 (略)</p>
--	---

6. 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料について、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士による指導の実施についても算定を可能とする等、要件を見直す。

改 定 案	現 行
<p>【在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料】</p> <p>1～3 (略)</p> <p>4 <u>在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料</u> 4 <u>100点</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 1については、当該保険医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、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</p>	<p>【在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料】</p> <p>1～3 (略)</p> <p>(新設)</p> <p>[算定要件]</p> <p>注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1回に</p>

基づく指導を行った場合に、月1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又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、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指導を行った場合に、月1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又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、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指導を行った場合に、月1回に限り算定する。
- 4 4については、当該保険医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、自宅での療養を行っ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

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1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1回に限り算定する。

(新設)

<p><u>るものに対して、食事観察等を行いその結果を踏まえて、患者又はその看護に当たっている者に口腔機能評価に基づく指導を行った場合に、月1回に限り算定する。</u></p> <p><u>5 1から4までについて、区分番号B001-2-2に掲げる口腔機能実地指導料を算定している月は算定できない。</u></p>	<p>(新設)</p>
---	-------------

② 健康診断等の受診後における初再診料等の算定方法の明確化

第１ 基本的な考え方

健康診断、検診及び予防接種等（健診等）の受診後に、健診等に関する疾病に対して保険診療を実施する場合について、当該保険診療に係る初再診料等の算定方法を明確化する。

第２ 具体的な内容

1. 健診等の費用は、「療養の給付と直接関係ないサービス等」として別途徴収できることを明確化する。
2. 健診等受診後に、健診等に関する疾病について、同日に1回の受診で保険診療を行う場合、現行の初診料の取扱いと同様に、再診料及び外来診療料（再診料等）は算定できないことを明確化する。
3. 健診等受診後に、健診等に関する疾病について、別受診で保険診療を行う場合には、現行の保険診療における再診料の取扱いと同様に、再診料等を算定することを明確化する。

改 定 案	現 行
<p>【通則】 [算定要件（通知）] <通則> 1～12 （略） 13 <u>健康診断、検診及び予防接種等（以下この通則において「健診等」という。）の費用は、「療養の給付と直接関係ないサービス等」として別途徴収できる。</u> 14 <u>健診等に関する疾病（特定の疾病を対象としない健診等については、健診等の結果、診断された疾病又は疑いがあると診断された疾病を含む。）に対して、健診等を実施した保険医の属する保険医療</u></p>	<p>【通則】 [算定要件（通知）] <通則> 1～12 （略） (新設) (新設)</p>

機関において、同一日に1回の受診で保険診療を行う場合の初診料及び再診料（外来診療料を含む。）は算定できない。また、当該疾病に対して、当該保険医療機関において、別の受診として保険診療を行う場合には、初診料は算定できないが、「A001」再診料又は「A002」外来診療料は、それぞれの規定に従い算定できる。

15 14に規定する場合においては、14の規定により算定できない費用が含まれる特掲診療料及び当該費用を併せて算定できない特掲診療料についても算定できない。ただし、第3部検査、第4部画像診断、第5部投薬、第6部注射、第7部リハビリテーション、第9部処置、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部病理診断に掲げる診療を保険診療として実施する場合（当該診療の費用が他の特掲診療料に含まれる場合を含む。）には、この限りではない。

16 健診等の結果、疾病又はその疑いがあると診断された患者について、治療方針を確立する等のために検査を行う必要がある場合には、当該検査が当該健診等の一環としてあらかじめ計画又は予定されていたものではないことが客観的に明らかである場合に限り、当該検査に係る費用について、医療保険給付対象として診療報酬を算定できる。

17 当該健診等の結果、特に治療の必要性を認め治療を開始した場合には、当該治療に係る費用（14及び15の規定により算定できないこととされているものを除く。）について、医療保険給付対象として診療報酬を算定できる。

（新設）

（新設）

（新設）

※ <u>歯科においても同様の改定を行</u> <u>う。</u>	
--------------------------------------	--

① 医療DX推進体制整備加算等の見直し

第1 基本的な考え方

医療DX関連施策の進捗状況を踏まえ、普及した関連サービスの活用を基本としつつ、更なる関連サービスの活用による質の高い医療の提供を評価する観点から、診療録管理体制加算、医療情報取得加算及び医療DX推進体制整備加算の評価を見直す。

第2 具体的な内容

1. 医療情報取得加算及び医療DX推進体制整備加算を廃止し、診療録管理体制加算におけるサイバーセキュリティ対策に係る要件を見直した上で、初診料、再診料、外来診療料及び入院料加算として、電子的診療情報連携体制整備加算を新設する。

改定案	現行
<p>医科診療報酬点数表 【A000 初診料】 [算定要件] 注1～14 (略)</p> <p>15 <u>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医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、電子的診療情報連携体制整備加算として、月1回に限り、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号A001に掲げる再診料の注11に規定する明細書発行体制等加算は別に算定できない。</u></p> <p>イ <u>電子的診療情報連携体制整備加算1</u> 15点</p> <p>ロ <u>電子的診療情報連携体制整備加算2</u> 9点</p> <p>ハ <u>電子的診療情報連携体制整備</u></p>	<p>医科診療報酬点数表 【A000 初診料】 [算定要件] 注1～14 (略)</p> <p>15 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十分な情報を取得した上で初診を行った場合は、<u>医療情報取得加算として、月1回に限り1点を所定点数に加算する。</u></p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>

<p style="text-align: center;"><u>備加算 3</u> <u>4 点</u></p> <p>(削除)</p> <p>【A001 再診料】 [算定要件] 注1～10 (略)</p> <p>11 個別の費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行等につき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（診療所に限る。）を受診した患者については、明細書発行体制等加算として、1点を所定点数に加算する。<u>この場合において、区分番号A000に掲げる初診料の注15及び区分番号A001に掲げる再診料の注19に規定する電子的診療情報連携体制整備加算は別に算定できない。</u></p> <p>12～18 (略)</p> <p>19 <u>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医療機関を受診した患者に対して再診を行った場合は、電子的診療情報連携体制整備加算として、月に1回に限り2点を所定点数に加算する。この場合において、注11に規定する明細書発行体制等加算は別に算定できない。</u></p> <p>20 (略)</p> <p>【A002 外来診療料】</p>	<p>16 <u>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1回に限り、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</u> <u>イ～ハ (略)</u></p> <p>【A001 再診料】 [算定要件] 注1～10 (略)</p> <p>11 個別の費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行等につき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（診療所に限る。）を受診した患者については、明細書発行体制等加算として、1点を所定点数に加算する。</p> <p>12～18 (略)</p> <p>19 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十分な情報を取得した上で再診を行った場合は、<u>医療情報取得加算として、3月に1回に限り1点を所定点数に加算する。</u></p> <p>20 (略)</p> <p>【A002 外来診療料】</p>
--	---

<p>[算定要件] 注1～9 (略)</p> <p>10 <u>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医療機関を受診した患者に対して再診を行った場合は、電子的診療情報連携体制整備加算として、月に1回に限り2点を所定点数に加算する。</u></p> <p>11 (略)</p>	<p>[算定要件] 注1～9 (略)</p> <p>10 <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を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で再診を行った場合は、医療情報取得加算として、3月に1回に限り1点を所定点数に加算する。</u></p> <p>11 (略)</p>
<p>歯科診療報酬点数表 【A000 初診料】 [算定要件] 注1～13 (略)</p> <p>14 <u>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歯科診療を実施する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、電子的歯科診療情報連携体制整備加算として、月1回に限り、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号A002に掲げる再診料の注10に規定する明細書発行体制等加算は別に算定できない。</u></p> <p>イ <u>電子的歯科診療情報連携体制整備加算1</u> <u>9点</u></p> <p>ロ <u>電子的歯科診療情報連携体制整備加算2</u> <u>4点</u> (削除)</p>	<p>歯科診療報酬点数表 【A000 初診料】 [算定要件] 注1～13 (略)</p> <p>14 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす歯科診療を実施している保険医療機関を受診した患者に対して十分な情報を取得した上で初診を行った場合は、医療情報取得加算として、月1回に限り1点を所定点数に加算する。</u></p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>15 <u>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歯科診療を実施している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1回に限</u></p>

<p>15 (略)</p> <p>【A002 再診料】 注1～9 (略)</p> <p>10 個別の費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行等につき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(診療所に限る。)を受診した患者については、明細書発行体制等加算として、1点を所定点数に加算する。この場合において、<u>区分番号A000に掲げる初診料の注14及び区分番号A002に掲げる再診料の注11に規定する電子的歯科診療情報連携体制整備加算は別に算定できない。</u></p> <p>11 <u>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歯科診療を実施する保険医療機関を受診した患者に対して再診を行った場合は、電子的歯科診療情報連携体制整備加算として、月に1回に限り2点を所定点数に加算する。この場合において、注10に規定する明細書発行体制等加算は別に算定できない。</u></p> <p>12 (略)</p> <p>[施設基準] (削除)</p> <p>三の七 <u>医科初診料、再診料及び外来診療料の電子的診療情報連携体制整備加算並びに歯科初診料及び再</u></p>	<p><u>り、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</u></p> <p><u>イ～ハ</u> (略)</p> <p>16 (略)</p> <p>【A002 再診料】 注1～9 (略)</p> <p>10 個別の費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行等につき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(診療所に限る。)を受診した患者については、明細書発行体制等加算として、1点を所定点数に加算する。</p> <p>11 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす歯科診療を実施している保険医療機関を受診した患者に対して<u>十分な情報を取得した上で再診を行った場合は、医療情報取得加算として、3月に1回に限り1点を所定点数に加算する。</u></p> <p>12 (略)</p> <p>[施設基準] 三の七 <u>医療情報取得加算の施設基準</u></p> <p>(新設)</p>
---	--

診料の電子的歯科診療情報連携体制整備加算の施設基準

(1) 電子的診療情報連携体制整備加算1の施設基準

イ 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第一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。

ロ 保険医療機関及び保険医療養担当規則(昭和三十二年厚生省令第十五号。以下「療担規則」という。)第五条の二第二項及び第五条の二の二第一項に規定する明細書並びに高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準(昭和三十八年厚生省告示第十四号。以下「療担基準」という。)第五条の二第二項及び第五条の二の二第一項に規定する明細書を患者に無償で交付していること。ただし、保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部を改正する省令(平成二十八年厚生労働省令第二十七号)附則第三条又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準の一部を改正する件(平成二十八年厚生労働省告示第五十号)附則第二条に規定する正当な理由に該当する場合は、療担規則第五条の二の二第一項及び療担基準第五条の二の二第一項に規定する明細書を無償で交付することを要しない。

ハ 健康保険法第三条第十三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。

ニ 医師又は歯科医師が、健康保

険法第三条第十三項に規定する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。

ホ 健康保険法第三条第十三項に規定する電子資格確認に係る十分な実績を有していること。

ヘ ロの体制に関する事項、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。

ト へ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。

チ マイナポータルの医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じる体制を有していること。

リ 電磁的記録をもって作成された処方箋を発行する体制又は調剤した薬剤に関する情報を電磁的記録として登録する体制を有していること。

又 電磁的方法により診療情報を共有し、活用する体制を有していること。

(2) 電子的診療情報連携体制整備加算2及び電子的歯科診療情報連携体制整備加算1の施設基準

(1) のイからチまで及びリ又は又のいずれかを満たすものであること。

(3) 医科初診料の電子的診療情報連携体制整備加算3、医科再診料及び外来診療料の電子的診療情報連携体制整備加算並びに歯

科初診料の電子的歯科診療情報連携体制整備加算2及び歯科再診料の電子的歯科診療情報連携体制整備加算の施設基準

(1)のイからホまでを満たすものであること。

(削除)

【A207 診療録管理体制加算】

[算定要件]

医科診療報酬点数表

1	診療録管理体制加算1	<u>100点</u>
2	診療録管理体制加算2	<u>30点</u>

(削除)

[施設基準]

七 診療録管理体制加算の施設基準

(1) 診療録管理体制加算1

イ 患者に対し診療情報の提供が現に行われていること。

ロ 診療記録の全てが保管及び管理されていること。

ハ 診療記録管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

ニ 中央病歴管理室等、診療記録管理を行うにつき適切な施設及び設備を有していること。

ホ 入院患者について疾病統計及び退院時要約が適切に作成されていること。

(削除)

(2) 診療録管理体制加算2

イ (1)のイ、ロ及びニを満たすものであること。

ロ 診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

ハ 入院患者について疾病統計及び退院時要約が作成されて

三の八 医療DX推進体制整備加算の施設基準

【A207 診療録管理体制加算】

[算定要件]

医科診療報酬点数表

1	診療録管理体制加算1	<u>140点</u>
2	診療録管理体制加算2	<u>100点</u>
3	診療録管理体制加算3	<u>30点</u>

[施設基準]

七 診療録管理体制加算の施設基準

(1) 診療録管理体制加算1

イ 患者に対し診療情報の提供が現に行われていること。

ロ 診療記録の全てが保管及び管理されていること。

ハ 診療記録管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

ニ 中央病歴管理室等、診療記録管理を行うにつき適切な施設及び設備を有していること。

ホ 入院患者について疾病統計及び退院時要約が適切に作成されていること。

ヘ 非常時における対応につき十分な体制が整備されていること。

(2) 診療録管理体制加算2

(1)のイからホまでを満たすものであること。

(新設)

(新設)

<p style="text-align: center;"><u>いること。</u> (削除)</p> <p>【A207-5 電子的診療情報連携体制整備加算】 [算定要件]</p> <p>1 <u>電子的診療情報連携体制整備加算1</u> 160点</p> <p>2 <u>電子的診療情報連携体制整備加算2</u> 80点</p> <p>注 <u>電子的診療情報連携体制その他の事項につき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入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、電子的診療情報連携体制整備加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。</u></p> <p>[施設基準]</p> <p><u>七の五 電子的診療情報連携体制整備加算</u></p> <p>(1) <u>電子的診療情報連携体制整備加算1の施設基準</u></p> <p>イ <u>第三の三の七の(1)のイからチまでを満たすものであること。</u></p> <p>ロ <u>非常時における対応につき十分な体制が整備されていること。</u></p> <p>(2) <u>電子的診療情報連携体制整備加算2の施設基準</u></p> <p>イ <u>第三の三の七の(1)のイからチまでを満たすものであること。</u></p> <p>ロ <u>非常時における対応につき必要な体制が整備されていること。</u></p>	<p style="text-align: center;">(3) <u>診療録管理体制加算3</u></p> <p>【A207-5 電子的診療情報連携体制整備加算】 [算定要件]</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>[施設基準] (新設)</p>
---	--

2. 在宅医療DX情報活用加算の電子カルテ情報共有サービスに係る要件の経過措置を延長する。

改 定 案	現 行
<p>【在宅医療DX情報活用加算】 [施設基準（通知）] 第14の5 在宅医療DX情報活用加算 1・2 (略) 3 届出に関する事項 (1) (略) (2) 1の(5)については、<u>当 面の間、当該基準を満たして いるものとみなす。ただし、 保険医療機関は、国等が全国 で電子カルテ情報共有サー ビスの運用を開始した場合 には、速やかに導入するよう に努めること。</u> (削除)</p>	<p>【在宅医療DX情報活用加算】 [施設基準（通知）] 第14の5 在宅医療DX情報活用加算 1・2 (略) 3 届出に関する事項 (1) (略) (2) 1の(5)については<u>令和 8年5月31日までの間に限 り、当該基準を満たしている ものとみなす。</u> (3) <u>令和8年5月31日までの 間に限り、1の(6)のウの事 項について、掲示を行ってい るものとみなす。</u></p>

3. 調剤報酬における医療情報取得加算を廃止する。

改 定 案	現 行
<p>【調剤管理料】 [算定要件] 注1～5 (略) (削除)</p>	<p>【調剤管理料】 [算定要件] 注1～5 (略) 6 <u>調剤に係る十分な情報を取得 す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 険薬局（注3に規定する別に厚生 労働大臣が定める保険薬局を除 く。）において調剤を行った場合 は、医療情報取得加算として、1 年に1回に限り1点を所定点数 に加算する。</u></p>

4. 調剤報酬における医療DX推進体制整備加算を電子的調剤情報連携体制整備加算に改称し、評価区分を1つにするとともに、電子処方箋

システムによる重複投薬等チェックを行う体制を有することを要件に追加する。

改 定 案	現 行
<p>【調剤基本料】 [算定要件] 注1～12 (略)</p> <p>13 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（注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において調剤を行った場合は、<u>電子的調剤情報連携体制整備加算</u>として、月1回に限り、<u>8点</u>を所定点数に加算する。</p> <p>(削除)</p> <p>(削除)</p> <p>(削除)</p> <p>[施設基準] 五の四 <u>電子的調剤情報連携体制整備加算の施設基準</u> (1) <u>電子的調剤情報連携体制整備加算の施設基準</u> イ～ハ (略) ニ <u>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、調剤した薬剤に関する情報を電磁的記録として登録する体制及び患者の服用する薬剤における有効成分の重複その他薬学的知見の観点から不適切な組合せの有無を電磁的記録に基づいて確認する体制</u>を有していること。 ホ～ヌ (略)</p>	<p>【調剤基本料】 [算定要件] 注1～12 (略)</p> <p>13 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（注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局を除く。）において調剤を行った場合は、<u>医療DX推進体制整備加算</u>として、月1回に限り、<u>当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数</u>に加算する。</p> <p>イ <u>医療DX推進体制整備加算</u> <u>1</u> <u>10点</u></p> <p>ロ <u>医療DX推進体制整備加算</u> <u>2</u> <u>8点</u></p> <p>ハ <u>医療DX推進体制整備加算</u> <u>3</u> <u>6点</u></p> <p>[施設基準] 五の四 <u>医療DX推進体制整備加算の施設基準</u> (1) <u>医療DX推進体制整備加算1の施設基準</u> イ～ハ (略) ニ <u>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及び調剤した薬剤に関する情報を電磁的記録として登録する体制</u>を有していること。 ホ～ヌ (略)</p>

(削除)	(2) <u>医療DX推進体制整備加算 2の施設基準</u>
(削除)	(3) <u>医療DX推進体制整備加算 3の施設基準</u>

5. 調剤報酬の電子的調剤情報連携体制整備加算（現在の医療DX推進体制整備加算）の電子カルテ情報共有サービスに係る要件の経過措置を延長する。

改定案	現行
<p>【電子的調剤情報連携体制整備加算】 [施設基準（通知）] 第95の2 <u>電子的調剤情報連携体制整備加算</u></p> <p>1 <u>電子的調剤情報連携体制整備加算に関する施設基準</u> (1)～(13) (略) (削除) (削除)</p> <p>2 届出に関する事項 (1) (略) (2) 1の(6)については、<u>当面の間、当該基準を満たしているものとみなす。ただし、保険薬局は、国等が全国で電子カルテ情報共有サービスの運用を開始した場合には、速やかに導入するように努めること。</u> (3) (略) (削除)</p>	<p>【医療DX推進体制整備加算】 [施設基準（通知）] 第95の2 <u>医療DX推進体制整備加算</u></p> <p>1 <u>医療DX推進体制整備加算1に関する施設基準</u> (1)～(13) (略)</p> <p>2 <u>医療DX推進体制整備加算2に関する施設基準</u></p> <p>3 <u>医療DX推進体制整備加算3に関する施設基準</u></p> <p>4 届出に関する事項 (1) (略) (2) 1の(6)については<u>令和8年5月31日までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。</u></p> <p>(3) (略) (4) <u>令和8年5月31日までの間に限り、1の(10)の(ハ)の事項について、掲示を行っているものとみなす。</u></p>

① オンライン診療の適正な推進に係る評価の見直し

第1 基本的な考え方

1. 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」及び情報通信機器を用いた診療の実態を踏まえ、情報通信機器を用いた診療の施設基準に、チェックリストのウェブサイト等への掲示及び医療広告ガイドラインの遵守等を追加する。
2. 向精神薬の処方実態を踏まえ、情報通信機器を用いた診療に当たって、向精神薬を処方する場合には、電子処方箋管理サービスによる重複投薬等チェックを行うことを要件とする。

第2 具体的な内容

情報通信機器を用いた診療の施設基準に、チェックリストのウェブサイト等への掲示、医療広告ガイドラインの遵守及び向精神薬処方時の電子処方箋管理サービスによる重複投薬等チェック等による薬剤情報の把握を追加する。

改 定 案	現 行
<p>【医科初診料、医科再診料及び外来診療料】</p> <p>[施設基準]</p> <p>一の三 医科初診料、医科再診料及び外来診療料の情報通信機器を用いた診療に係る施設基準</p> <p>(1) 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。</p> <p>(2) <u>向精神薬を適正に使用するために必要な体制が整備されていること。</u></p> <p>[施設基準（通知）]</p> <p>第1 情報通信機器を用いた診療</p> <p>1 情報通信機器を用いた診療に係る施設基準</p> <p>(1) 情報通信機器を用いた</p>	<p>【医科初診料、医科再診料及び外来診療料】</p> <p>[施設基準]</p> <p>一の三 医科初診料、医科再診料及び外来診療料の情報通信機器を用いた診療に係る施設基準</p> <p>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。</p> <p>(新設)</p> <p>[施設基準（通知）]</p> <p>第1 情報通信機器を用いた診療</p> <p>1 情報通信機器を用いた診療に係る施設基準</p> <p>(1) 情報通信機器を用いた</p>

<p>診療を行うにつき十分な体制が整備されているものとして、以下のアからカを満たすこと。</p> <p>ア～ウ (略)</p> <p>エ <u>以下について、当該保険医療機関のウェブサイトに掲示していること。</u></p> <p>(イ) <u>情報通信機器を用いた診療の初診において向精神薬の処方を行わないこと</u></p> <p>(ロ) <u>当該保険医療機関での対応状況を記入した「オンライン診療指針」の遵守の確認をするためのチェックリスト</u></p> <p>オ <u>医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関する広告等に関する指針(医療広告ガイドライン)を遵守していること。また、当該保険医療機関のウェブサイトを作成する際には、「医療広告規制におけるウェブサイト等の事例解説書」を参考にすること。</u></p> <p>カ <u>向精神薬を処方するに当たり、電子処方箋管理サービスによる重複投薬等チェックを行うこと。ただし、電子処方箋システムを有していない場合には、令和10年5月31日までの間に限り、オンライン資格確認等システム又は医療機関間で電子的に医療情報を共有するネットワークのいずれかを用いて薬剤情報を確認することとしても差し支えない。</u></p>	<p>診療を行うにつき十分な体制が整備されているものとして、以下のア～エを満たすこと。</p> <p>ア～ウ (略)</p> <p>エ <u>情報通信機器を用いた診療の初診において向精神薬の処方を行わないことを当該保険医療機関のホームページ等に掲示していること。</u> (新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>
---	--

【Ⅲ－7 口腔疾患の重症化予防等の生活の質に配慮した歯科医療の推進、口腔機能発達不全及び口腔機能低下への対応の充実、歯科治療のデジタル化の推進－①】

① 障害者歯科治療における 歯科医学的管理の新たな評価

第1 基本的な考え方

障害者の歯科治療を推進する観点から、障害者歯科治療を専門に担う歯科医療機関が歯科医学的管理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

歯科疾患管理料について、障害者の歯科治療を専門に担う歯科医療機関における特別な歯科医学的管理を行った場合の加算を新設する。

(新) 特別管理加算 80点

[対象患者]

次に掲げる状態又はこれらに準ずる状態にある患者

- イ 脳性麻痺等で身体の不随意運動や緊張が強く体幹の安定が得られない状態
- ロ 知的発達障害等により開口保持ができない状態又は治療の目的が理解できず治療に協力が得られない状態
- ハ 重症の呼吸器疾患等で頻繁に治療の中断が必要な状態
- ニ 人工呼吸器を使用している状態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
- ホ 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

[算定要件]

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、注1又は注2に規定する管理に加えて、特別な歯科医学的管理を行った場合は、特別管理加算として、80点を所定点数に加算する。

[施設基準]

- (1) 障害者歯科治療に従事する歯科医師が配置されていること。
- (2) 障害者歯科治療を行うにつき十分な設備及び体制が整備されていること。

【Ⅲ－７ 口腔疾患の重症化予防等の生活の質に配慮した歯科医療の推進、口腔機能発達不全及び口腔機能低下への対応の充実、歯科治療のデジタル化の推進－②】

② 歯科疾患管理料、小児口腔機能管理料 及び口腔機能管理料の要件並びに評価の見直し

「Ⅱ－３－⑥」を参照のこと。

【Ⅲ－7 口腔疾患の重症化予防等の生活の質に配慮した歯科医療の推進、口腔機能発達不全及び口腔機能低下への対応の充実、歯科治療のデジタル化の推進－③】

③ 有床義歯管理の評価体系の見直し

第1 基本的な考え方

新製有床義歯管理料について、有床義歯の構造や形態によって指導方法が異なることを踏まえ、装置ごとに管理が実施できるよう、算定単位を見直すとともに、義歯の指導及び調整について要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 新製有床義歯管理料の算定単位を、1口腔単位から1装置単位に見直し、評価を見直すとともに、歯科口腔リハビリテーション料1の算定要件を見直す。
2. 歯科口腔リハビリテーション料1における義歯の指導及び調整について、新製有床義歯管理料における義歯の指導との違いを明確化し、歯科口腔リハビリテーション料1との併算定を可能とする等の運用を見直す。

改 定 案	現 行
<p>【新製有床義歯管理料（1装置につき）】</p> <p>1 局部義歯の場合 140点</p> <p>2 総義歯の場合 140点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注 新製有床義歯管理料は、新たに製作した有床義歯を装着した日の属する月に、当該有床義歯を製作した保険医療機関において、患者又はその家族等に対して、<u>当該有床義歯の取扱いについて必要な説明</u>を行った上で、その内容を文書により提供した場合に、1回に限り算定する。</p> <p>(削除)</p>	<p>【新製有床義歯管理料（1口腔につき）】</p> <p>1 2以外の場合 190点</p> <p>2 困難な場合 230点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 新製有床義歯管理料は、新たに製作した有床義歯を装着した日の属する月に、当該有床義歯を製作した保険医療機関において、<u>有床義歯の適合性等について検査を行い、併せて患者又はその家族等に対して取扱い、保存、清掃方法等について必要な指導</u>を行った上で、その内容を文書により提供した場合に、1回に限り算定する。</p> <p>2 新製有床義歯管理料を算定した日の属する月は、<u>区分番号H001-2に掲げる歯科口腔リ</u></p>

<p>【<u>歯科口腔リハビリテーション料 1</u> (1口腔につき)】</p> <p>1 有床義歯の場合 <u>114点</u> (削除) (削除)</p> <p>2・3 (略)</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1) 「1 有床義歯の場合」とは、有床義歯による口腔機能の回復又は維持を主眼とした調整又は指導 (<u>B013に掲げる新製有床義歯管理料における、新製した有床義歯の着脱や保管の方法等の取扱いについての説明を除く。)</u> をいい、<u>1口腔単位で義歯に係る調整又は指導を行った場合に、月1回に限り算定する。この場合において、調整又は指導内容等の要点を診療録に記載する。</u></p> <p>(削除)</p> <p>(2) <u>B013に掲げる新製有床義歯管理料を算定した月と同月に、当該義歯の調整又は指導を行った場合は、同日であっても本区分を算定して差し支えない。</u></p>	<p><u>ハビリテーション料 1 (1に限る。)</u> は算定できない。</p> <p>【<u>歯科口腔リハビリテーション料 1</u> (1口腔につき)】</p> <p>1 有床義歯の場合</p> <p>イ <u>口以外の場合</u> <u>104点</u></p> <p>ロ <u>困難な場合</u> <u>124点</u></p> <p>2・3 (略)</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1) 「1 有床義歯の場合」とは、有床義歯による口腔機能の回復又は維持を主眼とした調整又は指導をいい、<u>具体的には、有床義歯を装着している患者に対して、有床義歯の適合性や咬合関係等の検査を行い、患者に対して義歯の状態を説明した上で、義歯に係る調整又は指導を行った場合に、月1回に限り算定する。この場合において、調整部位又は指導内容等の要点を診療録に記載する。</u></p> <p>(2) 「1のロ 困難な場合」とは、<u>B013に掲げる新製有床義歯管理料の(3)に掲げる場合をいう。</u></p> <p>(3) <u>B013に掲げる新製有床義歯管理料を算定した患者について、当該有床義歯の装着日の属する月の翌月以降の期間において、当該義歯を含めた有床義歯の調整又は指導は、「1 有床義歯の場合」により算定する。</u></p>
---	---

【Ⅲ－７ 口腔疾患の重症化予防等の生活の質に配慮した歯科医療の推進、口腔機能発達不全及び口腔機能低下への対応の充実、歯科治療のデジタル化の推進－④】

④ 継続的・効果的な歯周病治療の推進

「Ⅱ－３－⑦」を参照のこと。

【Ⅲ－７ 口腔疾患の重症化予防等の生活の質に配慮した歯科医療の推進、口腔機能発達不全及び口腔機能低下への対応の充実、歯科治療のデジタル化の推進－⑤】

⑤ 小児の咬合機能獲得に向けた対応の充実

第1 基本的な考え方

小児の咬合機能の獲得の観点から、診療実態を踏まえ、小児保隙装置に対する調整及び修理並びに可撤式保隙装置の製作について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 小児保隙装置に対する調整や修理の評価を新設するとともに、小児保隙装置の評価を見直す。

改 定 案	現 行
<p>【歯科口腔リハビリテーション料 1（1口腔につき）】</p> <p>1・2 （略）</p> <p><u>3</u> <u>小児保隙装置の場合</u> <u>180点</u></p> <p><u>4</u> （略）</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1・2 （略）</p> <p><u>3</u> <u>3については、区分番号M016-2に掲げる小児保隙装置を装着している患者に対して、月1回に限り算定する。</u></p> <p><u>4</u> <u>4については、区分番号M025に掲げる口蓋補綴、顎補綴により算定した装置を装着している患者に対して、月4回に限り算定する。</u></p> <p><u>5</u> <u>2及び4について、区分番号H001に掲げる摂食機能療法を算定した日は、歯科口腔リハビリテーション料1は算定できない。</u></p> <p><u>6</u> <u>2及び4について、区分番号H001に掲げる摂食機能療法の治療開始日から起算して3月を超えた場合においては、当該</u></p>	<p>【歯科口腔リハビリテーション料 1（1口腔につき）】</p> <p>1・2 （略）</p> <p>（新設）</p> <p><u>3</u> （略）</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1・2 （略）</p> <p>（新設）</p> <p><u>3</u> <u>3については、区分番号M025に掲げる口蓋補綴、顎補綴により算定した装置を装着している患者に対して、月4回に限り算定する。</u></p> <p><u>4</u> <u>2及び3について、区分番号H001に掲げる摂食機能療法を算定した日は、歯科口腔リハビリテーション料1は算定できない。</u></p> <p><u>5</u> <u>2及び3について、区分番号H001に掲げる摂食機能療法の治療開始日から起算して3月を超えた場合においては、当該</u></p>

<p>摂食機能療法と歯科口腔リハビリテーション料1を合わせて月6回に限り算定する。</p> <p>(7) 「3 小児保隙装置の場合」は、<u>小児保隙装置を装着している患者に対して、正常な咬合関係の獲得を目的として、当該装置の調整又は修理を行った場合に月1回に限り算定する。この場合において、調整又は修理内容等の要点を診療録に記載すること。</u></p>	<p>摂食機能療法と歯科口腔リハビリテーション料1を合わせて月6回に限り算定する。</p> <p>(新設)</p>
--	---

2. 小児義歯による可撤式保隙装置を小児保隙装置に位置づける。

改 定 案	現 行
<p>【小児保隙装置】 小児保隙装置</p> <p>1 固定式保隙装置 850点</p> <p>2 可撤式保隙装置 1,200点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 1については、<u>クラウンループ又はバンドループを装着した場合に限り算定する。</u></p> <p>2 (略)</p> <p>(3) 「2 可撤式保隙装置」は、<u>以下のいずれかに該当する症例に対して、床義歯形態の装置を装着した場合に算定する。なお、算定に当たっては、以下のいずれに該当するかを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</u></p> <p>イ <u>両側性の乳臼歯を早期喪失した症例</u></p> <p>ロ <u>片側性の2歯以上の乳臼歯を早期喪失した症例</u></p> <p>ハ <u>片側性乳臼歯1歯欠損であっても、支台歯に加重負担をきたす可能性がある症例</u></p> <p>ニ <u>乳前歯を早期喪失した症例</u></p>	<p>【小児保隙装置】 小児保隙装置 600点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 <u>クラウンループ又はバンドループを装着した場合に限り算定する。</u></p> <p>2 (略)</p> <p>(新設)</p>

<p><u>ホ</u> 永久歯を早期喪失し、将来の補綴処置に備えて保険を行う必要がある症例</p>	
---	--

【Ⅲ－7 口腔疾患の重症化予防等の生活の質に配慮した歯科医療の推進、口腔機能発達不全及び口腔機能低下への対応の充実、歯科治療のデジタル化の推進－⑥】

⑥ 歯科矯正に係る患者の対象等の見直し

第1 基本的な考え方

保険診療における歯科矯正を適切に推進する観点から、歯科矯正治療の対象患者について、連続する3歯以上の先天性欠損歯を有する者を追加するとともに、歯科矯正相談料に係る説明書の標準様式を示す。

第2 具体的な内容

1. 連続する3歯以上の先天性欠損歯を有する患者を歯科矯正に係る保険給付の対象に追加する。

改 定 案	現 行
<p>【療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等】</p> <p>第十一 療担規則第二十一条第九号ただし書の矯正に係る厚生労働大臣が定める場合</p> <p>一 (略)</p> <p>二 歯科点数表の第2章第13部区分番号N000に掲げる歯科矯正診断料の規定により別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行うゴールデンハー症候群（鰓弓異常症を含む。）、鎖骨頭蓋骨異形成、トリーチャ・コリンズ症候群、ピエール・ロバン症候群、ダウン症候群、ラッセル・シルバー症候群、ターナー症候群、ベックウィズ・ウイデーマン症候群、顔面半側萎縮症、先天性ミオパチー、筋ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、顔面半側肥大症、エリス・ヴァ</p>	<p>【療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等】</p> <p>第十一 療担規則第二十一条第九号ただし書の矯正に係る厚生労働大臣が定める場合</p> <p>一 (略)</p> <p>二 歯科点数表の第2章第13部区分番号N000に掲げる歯科矯正診断料の規定により別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行うゴールデンハー症候群（鰓弓異常症を含む。）、鎖骨頭蓋骨異形成、トリーチャ・コリンズ症候群、ピエール・ロバン症候群、ダウン症候群、ラッセル・シルバー症候群、ターナー症候群、ベックウィズ・ウイデーマン症候群、顔面半側萎縮症、先天性ミオパチー、筋ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、顔面半側肥大症、エリス・ヴァ</p>

ンクレベルド症候群、軟骨形成不全症、外胚葉異形成症、神経線維症、基底細胞母斑症候群、ヌーナン症候群、マルファン症候群、プラダー・ウィリー症候群、顔面裂（横顔裂、斜顔裂及び正中顔裂を含む。）、大理石骨病、色素失調症、口腔・顔面・指趾症候群、メビウス症候群、歌舞伎症候群、クリッペル・トレノネー・ウェーバー症候群、ウイリアムズ症候群、ビンダー症候群、スティックラー症候群、小舌症、頭蓋骨癒合症（クルーゾン症候群及び尖頭合指症を含む。）、骨形成不全症、フリーマン・シェルドン症候群、ルビンスタイン・ティビ症候群、染色体欠失症候群、ラーセン症候群、濃化異骨症、六歯以上の先天性部分無歯症、CHARGE症候群、マーシャル症候群、成長ホルモン分泌不全性低身長症、ポリエックス症候群（XXX症候群、XXXX症候群及びXXXXX症候群を含む。）、リング18症候群、リンパ管腫、全前脳胞症、クラインフェルター症候群、偽性低アルドステロン症、ソトス症候群、線維性骨異形成症、スタージ・ウェーバ症候群、ケルビズム、偽性副甲状腺機能低下症、Ekman—Westborg—Julin症候群、常染色体重複症候群、グリコサミノグリカン代謝障害（ムコ多糖症）、巨大静脈奇形（頸部口腔咽頭びまん性病変）、毛髪・鼻・指節症候群（Tricho—Rhino—Phalangeal症候群）、クリッペル・ファイル症候群（先天性頸椎癒合症）、アラジール症候群、高IgE症候群、エーラス・ダンロス症候群、ガードナー症候群（家族性

ンクレベルド症候群、軟骨形成不全症、外胚葉異形成症、神経線維症、基底細胞母斑症候群、ヌーナン症候群、マルファン症候群、プラダー・ウィリー症候群、顔面裂（横顔裂、斜顔裂及び正中顔裂を含む。）、大理石骨病、色素失調症、口腔・顔面・指趾症候群、メビウス症候群、歌舞伎症候群、クリッペル・トレノネー・ウェーバー症候群、ウイリアムズ症候群、ビンダー症候群、スティックラー症候群、小舌症、頭蓋骨癒合症（クルーゾン症候群及び尖頭合指症を含む。）、骨形成不全症、フリーマン・シェルドン症候群、ルビンスタイン・ティビ症候群、染色体欠失症候群、ラーセン症候群、濃化異骨症、六歯以上の先天性部分無歯症、CHARGE症候群、マーシャル症候群、成長ホルモン分泌不全性低身長症、ポリエックス症候群（XXX症候群、XXXX症候群及びXXXXX症候群を含む。）、リング18症候群、リンパ管腫、全前脳胞症、クラインフェルター症候群、偽性低アルドステロン症、ソトス症候群、線維性骨異形成症、スタージ・ウェーバ症候群、ケルビズム、偽性副甲状腺機能低下症、Ekman—Westborg—Julin症候群、常染色体重複症候群、グリコサミノグリカン代謝障害（ムコ多糖症）、巨大静脈奇形（頸部口腔咽頭びまん性病変）、毛髪・鼻・指節症候群（Tricho—Rhino—Phalangeal症候群）、クリッペル・ファイル症候群（先天性頸椎癒合症）、アラジール症候群、高IgE症候群、エーラス・ダンロス症候群、ガードナー症候群（家

<p>大腸ポリポーシス)、<u>原発性低リン血症性くる病、ロイス・ディーツ症候群若しくはその他顎・口腔の先天異常に起因した咬合異常、三歯以上の永久歯萌出不全に起因した咬合異常又は十八歳未満の患者であって、連続した三歯以上の先天性欠如歯に起因した咬合異常</u>における療養であって歯科矯正の必要が認められる場合</p> <p>三 (略)</p>	<p>族性大腸ポリポーシス) 若しくはその他顎・口腔の先天異常に起因した咬合異常<u>又は三歯以上の永久歯萌出不全に起因した咬合異常</u>における療養であって歯科矯正の必要が認められる場合</p> <p>三 (略)</p>
--	--

2. 歯科矯正相談料について、対象を見直すとともに、説明に用いる標準様式を定める。

改 定 案	現 行
<p>【歯科矯正相談料】</p> <p>[留意事項通知]</p> <p>(1)～(2) 略</p> <p>(3) 歯科矯正相談料は、学校保健安全法第13条第1項に規定する健康診断の結果より、別に厚生労働大臣が定める疾患に起因した咬合異常、3歯以上の永久歯萌出不全に起因した咬合異常、<u>連続した3歯以上の先天性欠損歯に起因した咬合異常(18歳未満に限る。)</u>又は顎離断等の手術を必要とする顎変形症が疑われる患者の口腔状態、顎骨の形態等について、<u>E000に掲げる写真診断の「1 単純撮影」若しくは「2 特殊撮影」又はE100に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織の「1 単純撮影」若しくは「2 特殊撮影」</u>による画像、口腔内写真、顔面写真等の撮影、スタディモデルの製作等を必要に応じて行い、これらの分析や評価を行った上で、患者又はその家族</p>	<p>【歯科矯正相談料】</p> <p>[留意事項通知]</p> <p>(1)～(2) 略</p> <p>(3) 歯科矯正相談料は、学校保健安全法第13条第1項に規定する健康診断の結果より、別に厚生労働大臣が定める疾患に起因した咬合異常、3歯以上の永久歯萌出不全に起因した咬合異常又は顎離断等の手術を必要とする顎変形症が疑われる患者の口腔状態、顎骨の形態等について、<u>歯科エックス線画像、口腔内写真、顔面写真等の撮影、スタディモデルの製作等</u>を行い、これらの分析や評価を行った上で、患者又はその家族等に対して、その内容について説明し、文書により提供した場合に算定する。</p>

<p>等に対して、その内容について説明し、文書により提供した場合に算定する。<u>なお、患者等に提供する文書の様式は、「別紙様式●」又はこれに準じた様式とし、その写しを診療録に添付する。</u></p> <p>(4) (略) (削除)</p> <p>(6) (略)</p>	<p>(4) (略)</p> <p>(5) 歯科矯正相談料を算定した場合は、診療録に、健康診断の実施日、結果、学校名及び患者又はその家族等に説明した診断結果等の要点を記載する。</p> <p>(6) (略)</p>
--	---

【Ⅲ－７ 口腔疾患の重症化予防等の生活の質に配慮した歯科医療の推進、口腔機能発達不全及び口腔機能低下への対応の充実、歯科治療のデジタル化の推進－⑦】

⑦ 周術期及び回復期等の口腔機能管理の推進

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計画策定料等について、評価を見直すとともに、歯周病安定期治療の算定要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 周術期等口腔機能管理計画策定料及び回復期等口腔機能管理計画策定料について、管理計画の修正を行った場合の評価を新設する。

改 定 案	現 行
<p>【周術期等口腔機能管理計画策定料】</p> <p>周術期等口腔機能管理計画策定料</p> <p>1 周術期等口腔機能管理計画策定料1 300点</p> <p>2 周術期等口腔機能管理計画策定料2 150点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注1 1については、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2日を超えるものに限る。）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（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</p>	<p>【周術期等口腔機能管理計画策定料】</p> <p>周術期等口腔機能管理計画策定料 <u>300点</u></p> <p>（新設）</p> <p>（新設）</p> <p>[算定要件]</p> <p>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2日を超えるものに限る。）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（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</p>

<p>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><u>2</u> <u>2</u>については、<u>注1</u>に規定する管理計画を策定した患者の状態の変化等により、当該患者の治療計画を変更した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。</p> <p><u>3・4</u> (略)</p> <p>【回復期等口腔機能管理計画策定料】 回復期等口腔機能管理計画策定料</p> <p><u>1</u> <u>回復期等口腔機能管理計画策定料1</u> <u>300点</u></p> <p><u>2</u> <u>回復期等口腔機能管理計画策定料2</u> <u>150点</u></p> <p>[算定要件] 注1 <u>1</u>については、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1回に限り算定する。</p> <p><u>2</u> <u>2</u>については、<u>注1</u>に規定す</p>	<p>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>(新設)</p> <p><u>2・3</u> (略)</p> <p>【回復期等口腔機能管理計画策定料】 回復期等口腔機能管理計画策定料 <u>300点</u></p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>[算定要件] 注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1回に限り算定する。</p> <p>(新設)</p>
---	---

<p><u>る管理計画を策定した患者の状態の変化等により、当該患者の治療計画を変更した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。</u></p> <p><u>3</u> (略)</p>	<p><u>2</u> (略)</p>
--	---------------------

2. 歯周病継続支援治療の算定要件に、周術期等口腔機能管理料又は回復期等口腔機能管理料を算定した場合を追加する。

改 定 案	現 行
<p>【歯周病継続支援治療】</p> <p>[留意事項通知]</p> <p>(2) <u>B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）、B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）、B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）、B000-9に掲げる周術期等口腔機能管理料（Ⅳ）、B000-11に掲げる回復期等口腔機能管理料又はB002に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定している患者であって、各区分に規定する治療計画に歯周病に関する管理計画が含まれ、(1)と同様の状態にある患者については、歯周病継続支援治療を算定できる。</u></p>	<p>【歯周病安定期治療】</p> <p>[留意事項通知]</p> <p>(2) B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定している患者であって、<u>当該管理料の「注1」に規定する治療計画に歯周病に関する管理計画が含まれ、(1)と同様の状態にある患者については、歯周病安定期治療を算定できる。</u></p>

【Ⅲ－７ 口腔疾患の重症化予防等の生活の質に配慮した歯科医療の推進、口腔機能発達不全及び口腔機能低下への対応の充実、歯科治療のデジタル化の推進－⑧】

⑧ 歯科衛生士による口腔機能に関する 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更に推進する観点から、口腔機能指導加算について、患者の口腔内の状況に応じて指導を行うとともに、口腔機能低下症等に対する指導を効果的に行うために、評価体系や要件を見直す。

第2 具体的な内容

歯科衛生士による口腔機能に関する実地指導を行った場合の評価を新設する。

(新) 口腔機能実地指導料 46点

[算定要件]

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であって、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、口腔機能発達不全症及び口腔機能低下症の実地指導に係る研修を受講した歯科衛生士が、主治の歯科医師の指示を受けて口腔機能に係る指導を行い、かつ、当該指導内容に係る情報を文書により提供した場合に、月1回に限り算定する。

[施設基準]

- (1) 口腔機能の指導等に係る適切な研修を受けた歯科衛生士が一名以上配置されていること。
- (2) 歯科衛生士が口腔機能の指導を行うための設備及び体制を有していること。

改定案	現行
【歯科衛生実地指導料】 [算定要件] 注1・2(略) (削除)	【歯科衛生実地指導料】 [算定要件] 注1・2(略) <u>3</u> <u>1</u> 及び <u>2</u> について、口腔機能

<p><u>3</u>・<u>4</u> (略)</p>	<p><u>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又は注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、12点を所定点数に加算する。</u></p> <p><u>4</u>・<u>5</u> (略)</p>
------------------------------	---

【Ⅲ－７ 口腔疾患の重症化予防等の生活の質に配慮した歯科医療の推進、口腔機能発達不全及び口腔機能低下への対応の充実、歯科治療のデジタル化の推進－⑨】

⑨ 歯科医師と歯科技工士の連携の推進

第1 基本的な考え方

歯科医師と歯科技工士の連携を更に推進する観点から、歯科技工士連携加算の評価の範囲や施設基準を見直すとともに、補綴物が円滑に製作・委託できるよう、歯冠修復及び欠損補綴の評価や取扱いを見直し、明確化する。

第2 具体的な内容

1. 歯科技工士連携加算の評価の範囲や施設基準を見直す。

改 定 案	現 行
<p>【補綴時診断料】 [算定要件] 注1・2 (略)</p> <p>3 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、区分番号M017-2に掲げる高強度硬質レジブリッジ、区分番号M017-3に掲げるチタンブリッジ又は区分番号M018-2に掲げる3次元プリント有床義歯を製作することを目的として、歯科医師が歯科技工士に対面で意見を求め、その内容を踏まえて、補綴時診断を行った場合には、歯科技工士連携加算1として、60点を所定点数に加算する。ただし、同時に2以上の新たな欠損補綴について説明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。</p> <p>4 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</p>	<p>【補綴時診断料】 [算定要件] 注1・2 (略) (新設)</p> <p>(新設)</p>

いるものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号M017-2に掲げる高強度硬質レジブリッジ、区分番号M017-3に掲げるチタンブリッジ又は区分番号M018-2に掲げる3次元プリント有床義歯を製作することを目的として、歯科医師が歯科技工士に情報通信機器を用いて意見を求め、その内容を踏まえて、補綴時診断を行った場合には、歯科技工士連携加算2として、80点を所定点数に加算する。ただし、同時に2以上の新たな欠損補綴について説明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。

5 注3及び注4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について、同一の補綴物の製作に当たって、区分番号M003に掲げる印象採得の注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、同日に行った場合を除き、別に算定する。

6 注3及び注4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、1装置につき、いずれか1つのみ算定する。

7・8 (略)

【印象採得】

[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、前歯部の歯冠補綴物又はブリッジを製作することを目的として、前歯部の印象採得を行う

(新設)

(新設)

3・4 (略)

【印象採得】

[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、区分番号M011に掲げるレジ前装金属冠、区分番号M011-2に掲げるレジ前装

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、60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。

- 2 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、前歯部の歯冠補綴物又はブリッジ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、80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2は1回として算定する。

(削除)

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、60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。

- 2 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、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、80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2は1回として算定する。

- 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

3 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について、同一の補綴物の製作に当たって、区分番号M000に掲げる補綴時診断料の注3及び注4並びに区分番号M006に掲げる咬合採得の注1並びに注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、同日に行った場合を除き、別に算定する。

(削除)

4 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、1装置につき、いずれか1つのみ算定する。

【光学印象】

[算定要件]

注1・2 (略)

3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号M015-2に掲げるCAD/CAM冠又は区分番号M015-3に掲げるCAD/CAMインレーを製作することを目的として、光学印象を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに対面で口腔内の確認等を行

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。

(新設)

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。

(新設)

【光学印象】

[算定要件]

注1・2 (略)

3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号M015-3に掲げるCAD/CAMインレーを製作することを目的として、光学印象を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに対面で口腔内の確認等を行い、当該修復物の製作に活用した場合には、光学印象

い、当該修復物又は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、60点を所定点数に加算する。ただし、同時に2以上の修復物又は補綴物の製作を目的とした光学印象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。

4 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、区分番号M015-2に掲げるCAD/CAM冠又は区分番号M015-3に掲げるCAD/CAMインレーを製作することを目的として、光学印象を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに情報通信機器を用いて口腔内の確認等を行い、当該修復物又は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、80点を所定点数に加算する。ただし、同時に2以上の修復物又は補綴物の製作を目的とした光学印象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。

5 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、1装置につき、いずれか1つのみ算定する。

【咬合採得】

[算定要件]

注1・2 (略)

(削除)

歯科技工士連携加算として、50点を所定点数に加算する。ただし、同時に2以上の修復物の製作を目的とした光学印象を行った場合であっても、光学印象歯科技工士連携加算は1回として算定する。

(新設)

(新設)

【咬合採得】

[算定要件]

注1・2 (略)

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

3 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について、同一の補綴物の製作に当たって、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並びに注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、同日に行った場合を除き、別に算定する。

(削除)

4 注1並びに注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、1装置につき、いずれか1つのみ算定する。

【仮床試適】

[算定要件]

注1・2 (略)

(削除)

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。

(新設)

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。

(新設)

【仮床試適】

[算定要件]

注1・2 (略)

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><u>3 注1並びに注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について、同一の補綴物の製作に当たって、区分番号M006に掲げる咬合採得の注1並びに注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、同日に行った場合を除き、別に算定する。</u></p> <p>(削除)</p> <p><u>4 注1並びに注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、1装置につき、いずれか1つのみ算定する。</u></p> <p>[施設基準]</p> <p><u>三の二 補綴時診断料、印象採得、光学印象、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></p> <p>(1) 歯科技工士連携加算1の施設基準</p> <p><u>イ 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体制が確保されていること。</u></p> <p><u>ロ 歯科技工士の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。</u></p> <p><u>ハ イの連携体制に関する事項等について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示して</u></p>	<p>(新設)</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。</u></p> <p>(新設)</p> <p>[施設基準]</p> <p><u>二の二 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></p> <p>(1) 歯科技工士連携加算1及び光学印象歯科技工士連携加算の施設基準</p> <p>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。</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>
--	---

<p><u>いること。</u></p> <p><u>ニ ハ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。</u></p> <p>(2) 歯科技工士連携加算2の施設基準</p> <p>イ <u>(1)のイからニまでの全てを満たしていること。</u></p> <p>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。</p>	<p>(新設)</p> <p>(2) 歯科技工士連携加算2の施設基準</p> <p>イ <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>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。</p>
--	---

2. 補綴物が円滑に製作・委託できるように、歯冠修復及び欠損補綴の通則5について、保険医療機関と歯科技工所の相互の連携に基づき行う旨を明確化する。

改 定 案	現 行
<p>【歯冠修復及び欠損補綴（通則）】</p> <p>[算定留意事項]</p> <p>1～4（略）</p> <p>（削除）</p> <p><u>5～8（略）</u></p> <p><u>9 「通則5」について、保険医療機関においては、その趣旨を踏まえ、歯科技工の委託に当たって、製作技工に要する費用及び製作管理に要する費用の決定については、保険医療機関と歯科技工所の相互の連携に基づき行うこと。</u></p> <p>10～21（略）</p>	<p>【歯冠修復及び欠損補綴（通則）】</p> <p>[算定留意事項]</p> <p>1～4（略）</p> <p><u>5（略）</u></p> <p><u>6～9（略）</u></p> <p>（新設）</p> <p>10～21（略）</p>

【Ⅲ－7 口腔疾患の重症化予防等の生活の質に配慮した歯科医療の推進、口腔機能発達不全及び口腔機能低下への対応の充実、歯科治療のデジタル化の推進－⑩】

⑩ 歯科治療のデジタル化等の推進

第1 基本的な考え方

昨今における歯科用貴金属材料の価格状況やデジタル技術の普及状況等を踏まえ、患者にとって安心・安全な補綴治療を進めるため、以下の見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. CAD/CAM冠及びCAD/CAMインレーの活用が更に進むよう、評価及び大臼歯の咬合支持等の要件を見直すとともに、当該対象患者を含め、クラウン・ブリッジ維持管理料の対象範囲を見直す。

改 定 案	現 行
<p>【CAD/CAM冠】 [算定要件] (1) (略) (2) 「1 2以外の場合」は以下のいずれかに該当する場合に算定する。また、<u>口及びハは、その他の歯冠補綴物との選択について、「CAD/CAM冠に関する基本的な考え方」(令和8年3月日本歯科医学会)を参考とすること。</u> イ 前歯又は小臼歯に使用する場合 ロ 大臼歯にCAD/CAM冠用材料(Ⅲ)又はCAD/CAM冠用材料(V)を使用する場合</p> <p>(削除)</p>	<p>【CAD/CAM冠】 [算定要件] (1) (略) (2) 「1 2以外の場合」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 ロ <u>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</u> (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(固定性ブリッジによる咬合支持を含む。以下、大臼歯による咬合支持という。))がある患者であって、<u>以下のいずれかに該当する場合に限る。</u>) ① 当該CAD/CAM冠を装</p>

<p>(削除)</p> <p>ハ <u>後継永久歯が先天的に欠如している乳歯に使用する場合</u></p> <p>(削除)</p> <p>(3)～(6) (略)</p> <p>(7) 特定保険医療材料料は別に算定する。なお、<u>(2)のハについて、CAD/CAM冠用材料は永久歯に準じて算定し、(5)及び(6)については、CAD/CAM冠用材料(Ⅲ)1歯分として算定する。</u></p> <p>【CAD/CAMインレー】 CAD/CAMインレー（1歯につき） <u>770点</u> [算定要件] (1)～(2) (略) (3) CAD/CAMインレーは以下のいずれかに該当する場合に</p>	<p><u>着する部位と同側に大臼歯に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い場合は、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（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。）がある場合</u></p> <p>ハ <u>歯科用金属を原因とする金属アレルギーを有する患者において、CAD/CAM冠用材料(Ⅲ)を大臼歯に使用する場合（医科の保険医療機関又は医科歯科併設の保険医療機関の医師との連携の上で、診療情報提供（診療情報提供料の様式に準ずるもの）に基づく場合に限る。）</u></p> <p>三 <u>大臼歯にCAD/CAM冠用材料(V)を使用する場合</u></p> <p>(3)～(6) (略)</p> <p>(7) 特定保険医療材料料は別に算定する。なお、(5)及び(6)については、CAD/CAM冠用材料(Ⅲ)1歯分として算定する。</p> <p>【CAD/CAMインレー】 CAD/CAMインレー（1歯につき） <u>750点</u> [算定要件] (1)～(2) (略) (3) CAD/CAMインレーは以下のいずれかに該当する場合に</p>
--	---

算定する。また、口及びハは、その他の歯冠修復物との選択について、「CAD/CAMインレーに関する基本的な考え方」（令和8年3月日本歯科医学会）を参考とすること。

- イ 小臼歯に使用する場合
- ロ 大臼歯に使用する場合

ハ 後継永久歯が先天性に欠如している乳歯に使用する場合

- (4) (略)
- (5) 特定保険医療材料料は別に算

算定する。

- イ 小臼歯に使用する場合
- ロ 第一大臼歯又は第二大臼歯に使用する場合

（当該CAD/CAMインレーを装着する部位の対側に大臼歯による咬合支持（固定性ブリッジによる咬合支持を含む。以下、大臼歯による咬合支持という。）がある患者であって、以下のいずれかに該当する場合に限る。）

① 当該CAD/CAMインレーを装着する部位と同側に大臼歯に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

② 当該CAD/CAMインレーを装着する部位の同側に大臼歯による咬合支持がない場合は、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（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。）がある場合

ハ 歯科用金属を原因とする金属アレルギーを有する患者において、大臼歯に使用する場合（医科の保険医療機関又は医科歯科併設の保険医療機関の医師との連携の上で、診療情報提供（診療情報提供料の様式に準ずるもの）に基づく場合に限る。）

- (4) (略)
- (5) 特定保険医療材料料は別に算

<p>定する。<u>なお、(2)のハについて、CAD/CAM冠用材料は永久歯に準じて算定する。</u></p> <p>【クラウン・ブリッジ維持管理料】 [算定要件]</p> <p>(1)・(2) (略)</p> <p>(3) 「2支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合」には、M017-2に掲げる高強度硬質レジンブリッジ及びM017-3に掲げるチタンブリッジが含まれる。</p> <p>(4) 永久歯（ブリッジの支台歯の場合を除く。）に対するM010の2に掲げる4分の3冠（前歯）、M010の3に掲げる5分の4冠（小臼歯）、M010の4に掲げる全部金属冠（小臼歯及び大臼歯）及びM011に掲げるレジン前装金属冠による歯冠修復のほか、次に掲げるものはクラウン・ブリッジ維持管理の対象としない。</p> <p>イ 乳歯（後継永久歯が先天性に欠如している乳歯を除く。）に対する歯冠修復</p> <p>ロ 歯科用金属を原因とする金属アレルギーを有する患者に対するM017-2に掲げる高強度硬質レジンブリッジ（(2)のイに規定する場合を含む。）</p> <p>ハ・ニ (略)</p>	<p>定する。</p> <p>【クラウン・ブリッジ維持管理料】 [算定要件]</p> <p>(1)・(2) (略)</p> <p>(3) 「2支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合」には、M017-2に掲げる高強度硬質レジンブリッジが含まれる。</p> <p>(4) 永久歯（ブリッジの支台歯の場合を除く。）に対するM010の2に掲げる4分の3冠（前歯）、M010の3に掲げる5分の4冠（小臼歯）、M010の4に掲げる全部金属冠（小臼歯及び大臼歯）及びM011に掲げるレジン前装金属冠による歯冠修復のほか、次に掲げるものはクラウン・ブリッジ維持管理の対象としない。</p> <p>イ 乳歯（後継永久歯が先天性に欠如している乳歯を除く。）に対する歯冠修復</p> <p>ロ 歯科用金属を原因とする金属アレルギーを有する患者に対するM015に掲げる非金属歯冠修復（(6)のイに規定する場合を含む。）、M015-2に掲げるCAD/CAM冠（(2)のイ、ロ及びニ並びに(3)に規定する場合を含む。）及びM017-2に掲げる高強度硬質レジンブリッジ（(2)のイに規定する場合を含む。）</p> <p>ハ・ニ (略)</p>
--	--

2. 局部義歯に附属されるクラスプやバーについては、製作の実態に即して、原則、歯科用貴金属材料以外の材料を使用する運用に見直す。

改 定 案	現 行
<p>【鑄造鉤】 [算定要件] (削除)</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) <u>鑄造鉤を算定する場合の特定保険医療材料は、基本的に鑄造用コバルトクロム合金を使用することとする。ただし、14カラット金合金及び金銀パラジウム合金を使用する特段の理由がある場合は、使用した理由を診療録に記載すること。</u></p> <p>【線鉤】 [算定要件]</p> <p>(1) <u>保険医療材料は、別に定める線鉤の使用材料により算定する。</u></p> <p>(2) <u>線鉤を算定する場合の保険医療材料は、基本的に不銹鋼及び特殊鋼を使用することとする。ただし、14カラット金合金を使用する特段の理由がある場合は、使用した理由を診療録に記載すること。</u></p> <p>(3) (略) (削除)</p> <p>(4)・(5) (略)</p> <p>【コンビネーション鉤】 [算定要件]</p> <p>(1)・(2) (略)</p> <p>(3) <u>保険医療材料は、別に定めるコンビネーション鉤の使用材料により算定する。</u></p> <p>(4) <u>コンビネーション鉤を算定する場合に、鑄造鉤又はレストに用いる保険医療材料は、基本的</u></p>	<p>【鑄造鉤】 [算定要件]</p> <p>(1) 14カラット金合金による鑄造鉤は2歯欠損までの有床義歯の場合に限り算定する。</p> <p>(2) (略) (新設)</p> <p>【線鉤】 [算定要件] (新設)</p> <p>(新設)</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) <u>14カラット金合金による線鉤は2歯欠損までの有床義歯の場合に限り算定する。</u></p> <p>(3)・(4) (略)</p> <p>【コンビネーション鉤】 [算定要件]</p> <p>(1)・(2) (略) (新設)</p> <p>(新設)</p>

<p><u>に鑄造用コバルトクロム合金を使用することとする。ただし、金銀パラジウム合金を使用する特段の理由がある場合は、使用した理由を診療録に記載すること。</u></p> <p>【大連結子】 大連結子（１個につき） １・２（略） 〔算定要件〕 （１） <u>大連結子とは、離れた位置にある義歯床同士若しくは義歯床と間接支台装置を連結する際に用いる鑄造バー又は屈曲バーをいう。</u> （２） <u>「１ 鑄造バー」を算定する場合の特定保険医療材料は、基本的に鑄造用コバルトクロム合金を使用することとする。ただし、金銀パラジウム合金を使用する特段の理由がある場合は、使用した理由を診療録に記載すること。</u> （３）～（７）（略）</p>	<p>【バー】 バー（１個につき） １・２（略） 〔算定要件〕 （新設） （新設） （１）～（６）（略）</p>
---	---

3. 光学印象の対象について、CAD/CAM冠に拡充する。

改 定 案	現 行
<p>【光学印象】 〔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、<u>区分番号MO15-2に掲げるCAD/CAM冠又は区分番号MO15-3に掲げるCAD/CAMインレーを製作する場合であって、デジタル印象採得装置を用いて、印象採得及び咬合採得を行った場合に算定する。</u> ２・３（略）</p>	<p>【光学印象】 〔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、<u>区分番号MO15-3に掲げるCAD/CAMインレーを製作する場合であって、デジタル印象採得装置を用いて、印象採得及び咬合採得を行った場合に算定する。</u> ２・３（略）</p>

(3) 光学印象は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において、CAD/CAM冠又はCAD/CAMインレーを製作するに当たって、デジタル印象採得装置を用いて、直接法により印象採得及び咬合採得を行った場合に、製作物ごとに算定する。なお、M003に掲げる印象採得、M003-3に掲げる咬合印象及びM006に掲げる咬合採得は別に算定できない。

(3) 光学印象は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において、CAD/CAMインレーを製作するに当たって、デジタル印象採得装置を用いて、直接法により印象採得及び咬合採得を行った場合に、製作物ごとに算定する。なお、M003に掲げる印象採得、M003-3に掲げる咬合印象及びM006に掲げる咬合採得は別に算定できない。

【Ⅲ－７ 口腔疾患の重症化予防等の生活の質に配慮した歯科医療の推進、口腔機能発達不全及び口腔機能低下への対応の充実、歯科治療のデジタル化の推進－⑪】

⑪ 有床義歯の新たな製法に係る評価の新設

第1 基本的な考え方

歯科治療のデジタル化を推進する観点から、新規医療機器等として保険適用され、現在準用点数で行われている3次元プリント有床義歯について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

(新) 3次元プリント有床義歯（1顎につき） 4,000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、有床義歯の設計・製作に要する歯科技工室設置型コンピュータ支援設計・製造ユニット及び歯科技工用重合装置（液槽光重合方式3次元プリント有床義歯製作装置）を用いて、有床義歯を設計・製作し、装着した場合に限り算定する。

- (1) 3次元プリント有床義歯とは、コンピュータ支援設計・製造ユニット及び歯科技工用重合装置（液槽光重合方式3次元プリント有床義歯製作装置）を用いて、作業模型で間接法により造形製作された有床義歯をいう。
- (2) 本区分を算定する場合は、1顎単位で算定する。
- (3) 3次元プリント有床義歯の製作時に実施した印象採得、咬合採得、仮床試適及び装着等の基本的な技術料は、所定点数に含まれ別に算定できない。
- (4) 製作後に義歯修理や再製作等を実施する場合は、MO18に掲げる有床義歯の例により算定する。

[施設基準]

- (1) 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。
- (2) 当該療養を行うにつき十分な機器及び設備を有していること又は十分な機器及び設備を有している歯科技工所との連携が確保されていること。

【Ⅲ－7 口腔疾患の重症化予防等の生活の質に配慮した歯科医療の推進、口腔機能発達不全及び口腔機能低下への対応の充実、歯科治療のデジタル化の推進－⑫】

⑫ 歯科診療の実態に応じた評価の見直し・明確化

第1 基本的な考え方

歯科点数表において、歯科診療の実態を踏まえつつ、以下の項目について整理する。

第2 具体的な内容

1. 歯科点数表で解釈が示されていない項目を明確化する。

① 画像診断における診断料及び撮影料の2枚目以降の算定方法を明確化する。

改 定 案	現 行
<p>【画像診断（通則）】</p> <p>1 (略)</p> <p>2 同一の部位につき、同時に2枚以上のエックス線撮影を行った場合（<u>11の規定により医科点数表の例による場合を含む。</u>）における第1節の診断料（区分番号E000に掲げる写真診断（<u>2のイ及びハ並びに3に係るものに限る。</u>）を除く。）は、第1の診断については第1節の各区分の所定点数により、第2の診断以後の診断については、同節の各区分の所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。</p> <p>3 同一の部位につき、同時に2枚以上同一の方法により、撮影を行った場合（<u>11の規定により医科点数表の例による場合を含む。</u>）における第2節の撮影料（区分番号E100に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織（3に係るものに限る。）を除く。）は、特に規定する場合を除き、第1枚目の撮</p>	<p>【画像診断（通則）】</p> <p>1 (略)</p> <p>2 同一の部位につき、同時に2以上のエックス線撮影を行った場合における第1節の診断料（区分番号E000に掲げる写真診断（3に係るものに限る。）を除く。）は、第1の診断については第1節の各区分の所定点数により、第2の診断以後の診断については、同節の各区分の所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。</p> <p>3 同一の部位につき、同時に2枚以上同一の方法により、撮影を行った場合における第2節の撮影料（区分番号E100に掲げる歯、歯周組織、顎骨、口腔軟組織（3に係るものに限る。）を除く。）は、特に規定する場合を除き、第1枚目の撮影については第2節の各区分の所定点数により、第2枚</p>

影については第2節の各区分の所定点数により、第2枚目から第5枚目までの撮影については同節の各区分の所定点数の100分の50に相当する点数により算定し、第6枚目以後の撮影については算定できない。

4～11 (略)

【写真診断】

(削除)

注1 (略)

[算定留意事項]

第4部 画像診断

1 「通則2」又は「通則3」の「同一の部位」とは、部位的な一致に加え、通常同一フィルム面に撮影し得る範囲をいう。

2 「通則2」又は「通則3」の「同時に」とは、診断するため予定されるものをいう。ただし、処置又は手術後の評価を目的として撮影した場合は「同時」に該当しない。

3 「通則2」の「2枚以上」とは、特に規定する場合を除き、撮影方法の別によらず2枚以上のエックス線写真を撮影した場合をいう。

4 「通則3」の「同一の方法」による撮影とは、単純撮影、特殊撮影、歯科用3次元エックス線断層撮影又は造影剤使用撮影のそれぞれの撮影方法をいい、デジタル撮影及びアナログ撮影については「同一の方法」として扱う。

目から第5枚目までの撮影については同節の各区分の所定点数の100分の50に相当する点数により算定し、第6枚目以後の撮影については算定できない。

4～11 (略)

【写真診断】

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

2 (略)

[算定留意事項]

第4部 画像診断

(新設)

(新設)

(新設)

(新設)

5 「通則2」及び「通則3」において、第1枚目の撮影では診断困難な異なる疾患に対する診断を目的に撮影した場合においては、各区分の所定点数により算定する。	(新設)
6～19 (略)	1～14 (略)

- ② 病理診断において、口腔を1臓器とする取扱いを明確にする。
 ※ 留意事項通知の第14部病理診断の通則1において以下のような内容を規定する予定。
 1 第14部に規定する病理診断以外の病理診断の算定は、医科点数表の例による。なお、医科点数表のN000からN002までについては、口腔を1臓器として算定する。ただし、別の原因で病変が独立して生じており、組織学的形態が異なる場合は、2回を限度として算定する。
- ③ 歯肉剥離搔爬手術における術式の明確化を行う。
 ※ 歯肉剥離搔爬手術における術式における具体的内容等については、留意事項通知において以下のような内容を規定する予定。
 ○ 「4 歯肉剥離搔爬手術」とは、歯肉弁を歯槽骨から剥離して明視下で不良肉芽を除去し、汚染歯根面のスクレーピング・ルートプレーニングを行い、歯肉弁を適切な位置に復位縫合し、歯周ポケットの除去又は減少を目的として行った場合に算定する。

2. 内容が類似する項目や複数年にわたり算定実績がない項目を整理する。

- ① テンポラリークラウン、歯周治療用装置（冠形態）、リテーナー等を暫間歯冠補綴装置に統一し、評価を新設する。

(新) 暫間歯冠補綴装置（1歯につき） 48点

[算定要件]

- (1) 暫間歯冠補綴装置は、次に掲げるいずれかの場合に算定する。
 イ 歯冠補綴物又はブリッジ（接着ブリッジを含む。）の製作過程において、支台歯の保護等のために、テンポラリークラウン又はリテーナーを暫間的に装着した場合
 ロ 歯周治療用装置として、重度の歯周病で長期の治療期間が予測される歯周病の患者に対して、治療中の咀嚼機能の回復及び残存歯への咬合の負担の軽減等を目的として、冠形態の装置を装着し

た場合

- ハ 暫間固定として、歯の支持組織の負担を軽減し、歯槽骨の吸収を防止して、その再生治癒を促進させるため、暫間的に歯冠をレジン連続冠固定法により連結固定した場合
 - ニ 抜歯や外傷等による前歯部 1 歯欠損症例に対して、歯科用暫間被覆冠成形品を暫間的に隣在歯（天然歯に限る。）にエナメルボンドシステムにより連結固定した場合
- (2) 暫間歯冠補綴装置の歯数の数え方は、歯数及び欠損歯数により、装置数や部位にかかわらず、1 歯につき算定する。ただし、(1) の二の場合は、隣在歯は歯数に含めない。
- (3) 印象採得、咬合採得、仮着、調整指導、修理、除去等の基本的な技術料及び保険医療材料料は所定点数に含まれ別に算定できない。
- (4) 「注 1」の規定に関わらず、区分番号 J 1 0 9 に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術を行った場合であって、区分番号 M 0 2 5 - 2 に掲げる広範囲顎骨支持型補綴の「1 ブリッジ形態のもの（3 分の 1 顎につき）」を行う患者に対して、リテーナーを製作し使用した場合に、当該部位に係る手術を行った日（区分番号 J 1 0 9 に掲げる広範囲顎骨支持型装置埋入手術の「2 のイ 1 次手術」を除く。）から区分番号 M 0 2 5 - 2 に掲げる広範囲顎骨支持型補綴の「1 ブリッジ形態のもの（3 分の 1 顎につき）」を装着するまでの期間において、1 回に限り算定し、特定保険医療材料料はスクリュー、アバットメント及びシリンダーに限り、別に算定する。

※ 上記の改正に伴い、下記の事項を改正する。

改 定 案	現 行
<p>【暫間固定】 [算定留意事項] (1) 暫間固定とは、<u>歯周病や外傷等によって動揺した歯に対して、当該歯の支持組織の負担を軽減し、歯槽骨の吸収を防止して、その再生治癒を促進させるため、暫間的に歯冠を線結紮法（帯冠使用を含む。）又はエナメルボンドシステムにより連結固定することをいう。</u></p> <p>【暫間固定装置修理】 (削除)</p>	<p>【暫間固定】 [算定留意事項] (1) 暫間固定とは、歯の支持組織の負担を軽減し、歯槽骨の吸収を防止して、その再生治癒を促進させるため、暫間的に歯冠を<u>レジン連続冠固定法、線結紮法（帯冠使用を含む。）</u>又はエナメルボンドシステムにより連結固定することをいう。</p> <p>【暫間固定装置修理】 暫間固定装置修理 70点</p>

<p>【口腔内装置】 [算定留意事項] (1) 「注」に規定する口腔内装置は、次に掲げるいずれかの装置をいう。 イ～ヌ (略) <u>ル 歯周治療用装置 (床義歯形態)</u></p> <p>【口腔内装置調整・修理】 [算定要件] 注1 (略) 2 1の口については、区分番号I017に掲げる口腔内装置の注に規定する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、<u>外傷歯の保護のための口腔内装置又はその他口腔内装置の調整を行った場合に算定する。</u> 3～5 (略)</p> <p>【歯周治療用装置】 (削除)</p> <p>【暫間固定装置の除去】 (削除)</p> <p>【テンポラリークラウン】 (削除)</p> <p>【リテーナー】 (削除)</p>	<p>【口腔内装置】 [算定留意事項] (1) 「注」に規定する口腔内装置は、次に掲げるいずれかの装置をいう。 イ～ヌ (略) (新設)</p> <p>【口腔内装置調整・修理】 [算定要件] 注1 (略) 2 1の口については、区分番号I017に掲げる口腔内装置の注に規定する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<u>又は外傷歯の保護のための口腔内装置の調整を行った場合に算定する。</u> 3～5 (略)</p> <p>【歯周治療用装置】 <u>歯周治療用装置</u> <u>1・2 (略)</u></p> <p>【暫間固定装置の除去】 <u>暫間固定装置の除去 (1装置につき)</u> <u>30点</u></p> <p>【テンポラリークラウン】 <u>テンポラリークラウン (1歯につき)</u> <u>34点</u></p> <p>【リテーナー】 <u>リテーナー</u> <u>1～3 (略)</u></p>
--	---

② 算定実績がない項目を廃止する。

改 定 案	現 行
<p>【救急搬送診療料】 (削除)</p>	<p>【救急搬送診療料】 <u>救急搬送診療料</u> <u>1,300点</u></p>

<p>【退院前在宅療養指導管理料】 (削除)</p> <p>【在宅麻薬等注射指導管理料】 (削除)</p> <p>【在宅腫瘍化学療法注射指導管理料】 (削除)</p> <p>【在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料】 (削除)</p> <p>【生活歯髄切断】 生活歯髄切断 <u>233点</u> (削除) (削除)</p> <p>注1 永久歯の歯根完成期以前及び乳歯の歯髄につき、生活歯髄切断を行った場合は、42点を所定点数に加算する。</p> <p>2 (略)</p>	<p>【退院前在宅療養指導管理料】 退院前在宅療養指導管理料 <u>120点</u></p> <p>【在宅麻薬等注射指導管理料】 在宅麻薬等注射指導管理料 <u>1,500点</u></p> <p>【在宅腫瘍化学療法注射指導管理料】 在宅腫瘍化学療法注射指導管理料 <u>1,500点</u></p> <p>【在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料】 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料 <u>1,500点</u></p> <p>【歯髄切断】 歯髄切断</p> <p>1 生活歯髄切断 <u>233点</u></p> <p>2 失活歯髄切断 <u>72点</u></p> <p>注1 永久歯の歯根完成期以前及び乳歯の歯髄につき、<u>1</u>の生活歯髄切断を行った場合は、42点を所定点数に加算する。</p> <p>2 (略)</p>
--	--

3. 算定告示と算定要件が一致していない項目を整理する。

- ① 歯周病患者画像活用指導料について、口腔内写真の枚数に応じた評価ではなく、歯周病患者に対する画像活用による指導の評価に見直す。

改定案	現行
<p>【歯周病患者画像活用指導料】 歯周病患者画像活用指導料</p> <p>1 口腔内画像 <u>50点</u></p> <p>2 顕微鏡画像 <u>50点</u></p> <p>注1 <u>1</u>については、歯周病に罹患している患者に対して区分番号D002に掲げる歯周病検査を実施する場合において、継続的な管理を行うに当たって必要な口腔内写真を撮影し、当該患者</p>	<p>【歯周病患者画像活用指導料】 歯周病患者画像活用指導料 <u>10点</u> (新設) (新設)</p> <p>注 歯周病に罹患している患者に対して区分番号D002に掲げる歯周病検査を実施する場合において、継続的な管理を行うに当たって必要な口腔内写真を撮影し、当該患者又はその家族等に対し療養</p>

<p>又はその家族等に対し療養上必要な指導を行った場合に算定する。</p> <p><u>2 2については、歯周病に罹患している患者に対して区分番号D002に掲げる歯周病検査を実施する場合において、動機付けを目的として位相差顕微鏡により描写された画像を用いて指導を行った場合は、患者1人につき1回に限り算定する。</u></p>	<p>上必要な指導を行った場合に算定する。<u>なお、2枚以上撮影した場合は、2枚目から1枚につき10点を所定点数に加算し、1回につき5枚に限り算定する。</u></p> <p>(新設)</p>
---	---

- ② う蝕処置、う蝕歯即時充填形成及びう蝕歯インレー修復形成について、現行でう蝕以外も対象となっていることから、名称を見直す。

改 定 案	現 行
<p>【<u>単純処置</u>】 単純処置（1歯1回につき） 18点</p>	<p>【<u>う蝕処置</u>】 う蝕処置（1歯1回につき） 18点</p>
<p>【<u>即時充填形成</u>】 即時充填形成（1歯につき） 128点</p>	<p>【<u>う蝕歯即時充填形成</u>】 う蝕歯即時充填形成（1歯につき） 128点</p>
<p>【<u>インレー修復形成</u>】 インレー修復形成（1歯につき） 120点</p>	<p>【<u>う蝕歯インレー修復形成</u>】 う蝕歯インレー修復形成（1歯につき） 120点</p>

- ③ 咬合調整の対象となる診療行為の一部について、新たな評価に位置付ける。

(新) ディスクング（1歯につき） 40点

[算定要件]

ディスクングとは、歯の隣接面を削除することをいい、叢生（クラウディング）について、ディスクングを行った場合は、歯数に応じて算定する。

(新) 補綴前処置（1装置につき） 40点

[算定要件]

- (1) 補綴前処置は、新たな義歯の製作又は義歯修理（鉤等の追加）を行うに当たり、レストシートやガイドプレーンの付与、リカントウアリング等により、鉤歯や鉤歯の対合歯を削除した場合に算定する。
- (2) 本区分は、新たな義歯の製作又は義歯修理に当たって、補綴前処置を行った日に、1装置につき1回に限り算定する。
- (3) 補綴前処置算定に当たっては、前処置の内容の要点を診療録に記載すること。

※ 上記の改正に伴い、下記の事項を改正する。

改 定 案	現 行
<p>【咬合調整】 [算定留意事項] (1) 次に掲げる場合に算定する。 イ 一次性咬合性外傷の場合 ロ 二次性咬合性外傷の場合 ハ 歯冠形態修正の場合 (削除) (削除) (削除)</p> <p>(削除)</p>	<p>【咬合調整】 [算定留意事項] (1) 次に掲げる場合に算定する。 イ 一次性咬合性外傷の場合 ロ 二次性咬合性外傷の場合 ハ 歯冠形態修正の場合 ニ <u>レスト製作の場合</u> ホ <u>第13部 歯科矯正に伴うディスクキングの場合</u> (8) <u>(1)の「ニ レスト製作の場合」とは、新たな義歯の製作又は義歯修理（鉤等の追加）を行うに当たり、鉤歯と鉤歯の対合歯をレスト製作のために削除した場合をいい、新たな義歯の製作又は義歯修理の実施1回につき、「1 1歯以上10歯未満」又は「2 10歯以上」のうち、いずれか1回に限り算定する。ただし、修理を行った有床義歯に対して、再度、義歯修理を行う場合については、前回算定した日から起算して3月以内は算定できない。</u> (9) <u>(1)の「ホ 第13部 歯科矯正に伴うディスクキングの場合」とは、本通知の第13部通則3に規定する顎変形症又は通則7に規定する別に厚生労働大臣が定める疾患に起因した咬合異常の歯科矯正を行う際に歯の隣</u></p>

	接面の削除を行う場合をいい、 歯数に応じ各区分により算定する。
--	------------------------------------

- ④ 口腔内軟組織異物（人工物）除去術の準用となっている歯の破折片除去を新設する。

(新) 歯の破折片除去（1歯につき） 30点

[算定要件]

- (1) 歯の破折片除去とは、一部残存した歯の破折片を非観血的あるいは簡単な切開で除去を行った場合（う蝕除去に伴うものを除く。）に歯数に応じて算定する。
- (2) 浸潤麻酔の下に破折片を除去した場合は、K001に掲げる浸潤麻酔料及び使用麻酔薬剤料のそれぞれを算定する。

※ 上記の改正に伴い、下記の事項を改正する。

改 定 案	現 行
<p>【抜歯手術】 [算定留意事項]</p> <p>(2) 歯の破折片の除去に要する費用は、<u>I021-1</u>に掲げる歯の破折片除去の所定点数により算定する。この場合において、浸潤麻酔の下に破折片を除去した場合は、K001に掲げる浸潤麻酔料及び使用麻酔薬剤料のそれぞれを算定する。</p> <p>【口腔内軟組織異物（人工物）除去術】 [算定留意事項]</p> <p>(1) 「簡単なもの」とは、異物（人工物）が比較的浅い組織内にあり、非観血的あるいは簡単な切開で除去できるものをいう。</p>	<p>【抜歯手術】 [算定留意事項]</p> <p>(2) 歯の破折片の除去に要する費用は、<u>J073</u>に掲げる口腔内軟組織異物（人工物）除去術「<u>1 簡単なもの</u>」の所定点数により算定する。この場合において、浸潤麻酔のもとに破折片を除去した場合は、K001に掲げる浸潤麻酔料及び使用麻酔薬剤料のそれぞれを算定する。</p> <p>【口腔内軟組織異物（人工物）除去術】 [算定留意事項]</p> <p>(1) 「簡単なもの」とは、異物（人工物）が比較的浅い組織内にあり、非観血的あるいは簡単な切開で除去できるものをいう。<u>なお、歯の破折片の除去（う蝕除去に伴うものを除く。）に係る費用は、「1 簡単なもの」により算定する。こ</u></p>

	<p>の場合において、浸潤麻酔の下に破折片を除去した場合は、K001に掲げる浸潤麻酔料及び使用麻酔薬剤料のそれぞれを算定する。</p>
--	---

4. 歯科治療に伴い麻酔を行った場合に、麻酔薬剤料が算定できない項目の一部を整理する。

改 定 案	現 行
<p>【処置の部（通則）】 1～6 （略） 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。ただし、<u>区分番号I001に掲げる歯髄保護処置（1又は2に限る）</u>、<u>区分番号I004の1に掲げる生活歯髄切断又は区分番号I005に掲げる抜髄、を行う場合の当該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> 8・9（略）</p> <p>【歯冠修復及び欠損補綴の部（通則）】 1～10 （略） 11 <u>歯冠修復及び欠損補綴の所定点数は、当該歯冠修復及び欠損補綴に当たって、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。ただし、区分番号M001に掲げる歯冠形成（1に限る。）を行う場合の当該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> 12 （略）</p>	<p>【処置の部（通則）】 1～6 （略） 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。ただし、<u>区分番号I004の1に掲げる生活歯髄切断又は区分番号I005に掲げる抜髄を行う場合の当該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> 8・9（略）</p> <p>【歯冠修復及び欠損補綴の部（通則）】 1～10 （略） (新設)</p> <p>(新設)</p>

5. 歯科診療で一般的に行われている口腔機能に係る検査の施設基準を

撤廃する。

改 定 案	現 行
<p>【口腔細菌定量検査】 [算定要件] 注1 1について、口腔細菌定量検査を行った場合に、月2回に限り算定する。</p> <p>2 (略)</p> <p>3 2について、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口腔細菌定量検査を行った場合（口腔細菌定量検査1を算定する場合を除く。）に、3月に1回に限り算定する。</p> <p>4 (略)</p> <p>[施設基準] (削除)</p> <p>【咀嚼能力検査】 [算定要件] 注1 1について、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、咀嚼能力測定を行った場合は、3月に1回に限り算定する。</p> <p>2 2について、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、</p>	<p>【口腔細菌定量検査】 [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、口腔細菌定量検査を行った場合に、月2回に限り算定する。</p> <p>2 (略)</p> <p>3 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、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口腔細菌定量検査を行った場合（口腔細菌定量検査1を算定する場合を除く。）に、3月に1回に限り算定する。</p> <p>4 (略)</p> <p>[施設基準] <u>十五の三 口腔細菌定量検査の施設基準</u></p> <p>【咀嚼能力検査】 [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、咀嚼能力測定を行った場合は、3月に1回に限り算定する。</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</p>

<p>手術前は1回に限り、手術後は6月に1回に限り算定する。</p> <p>3～5 (略)</p> <p>[施設基準] 十七 削除</p> <p>【咬合圧検査】 [算定要件]</p> <p>注1 1について、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、咬合圧測定を行った場合は、3月に1回に限り算定する。口腔機能の低下を来している患者に対して、咬合圧測定を行った場合は、3月に1回に限り算定する。</p> <p>2 2について、顎変形症に係る手術を実施する患者に対して、咬合圧測定を行った場合は、手術前は1回に限り、手術後は6月に1回に限り算定する。</p> <p>3～5 (略)</p> <p>[施設基準] 十八 削除</p>	<p>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、咀嚼能力測定を行った場合は、手術前は1回に限り、手術後は6月に1回に限り算定する。</p> <p>3～5 (略)</p> <p>[施設基準] 十七 咀嚼能力検査の施設基準</p> <p>【咬合圧検査】 [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、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、咬合圧測定を行った場合は、3月に1回に限り算定する。口腔機能の低下を来している患者に対して、咬合圧測定を行った場合は、3月に1回に限り算定する。</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、顎変形症に係る手術を実施する患者に対して、咬合圧測定を行った場合は、手術前は1回に限り、手術後は6月に1回に限り算定する。</p> <p>3～5 (略)</p> <p>[施設基準] 十八 咬合圧検査の施設基準</p>
---	---

6. 情報連携に係る評価について、併算定できる項目の見直しを行う。

改定案	現行
【歯科疾患在宅療養管理料】	【歯科疾患在宅療養管理料】

[算定要件]

注1～6 (略)

7 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、電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法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1回に限り、100点を所定点数に加算する。ただし、C007に掲げる在宅患者連携指導料は別に算定できない。

8 (略)

※ 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の注8及び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注8に規定する在宅歯科医療情報連携加算についても同様。

[算定要件]

注1～6 (略)

7 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、電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法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1回に限り、100点を所定点数に加算する。

8 (略)

【Ⅲ－7 口腔疾患の重症化予防等の生活の質に配慮した歯科医療の推進、口腔機能発達不全及び口腔機能低下への対応の充実、歯科治療のデジタル化の推進－⑬】

⑬ 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、以下の見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 歯科医療の推進に資する技術について、医療技術評価分科会等における検討結果を踏まえて、評価や運用を見直す。

[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) 歯科口腔リハビリテーション料2
- (2) 口蓋補綴及び顎補綴の咬合採得
- (3) 模型調製における光学印象及びデジタル模型
- (4) 歯科遠隔連携診療
- (5) 厚生労働大臣が定める疾患に起因した咬合異常に係る適応症の拡大
- (6) 歯科矯正管理料
- (7) 上顎骨悪性腫瘍手術及び下顎骨悪性腫瘍手術における超音波切削機器加算
- (8) Ni-Tiロータリーファイル加算
- (9) 歯科麻酔管理料
- (10) 静脈麻酔
- (11) チタン及びチタン合金によるブリッジ
- (12) 歯科用暫間被覆冠成形品を用いた暫間的ダイレクトボンディングブリッジ
- (13) 床補強のための接着芯
- (14) 後継永久歯の無い乳臼歯へのCAD/CAM冠
- (15) 位相差顕微鏡による歯周病患者画像活用指導
- (16) 口腔粘膜湿潤度検査

※(10) 静脈麻酔については、医科点数表の見直しも踏まえ、歯科点数表において、「歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔」を新設する。

2. 歯冠修復及び欠損補綴等の評価について、歯科技工料調査の結果等を踏まえて、評価や運用を見直す。

改 定 案	現 行
<p>【光学印象】 光学印象（1歯につき） <u>150点</u></p> <p>【装着】 [算定要件] 注1 区分番号M015-2に掲げるCAD/CAM冠、区分番号M015-3に掲げるCAD/CAMインレー又は区分番号M017-2に掲げる高強度硬質レジブリッジを装着する際に、歯質に対する接着性を向上させることを目的に内面処理を行った場合は、内面処理加算1として、それぞれについて<u>55点</u>、<u>55点</u>又は<u>110点</u>を所定点数に加算する。 2～3（略）</p> <p>【有床義歯】 1（略） 2 総義歯（1顎につき） <u>2500点</u></p> <p>【大連結子】 <u>大連結子</u>（1個につき） 1 鋳造バー <u>468点</u> 2（略）</p> <p>【支台築造】 支台築造（1歯につき） 1 間接法 イ（略） ロ ファイバーポストを用いた場合 (1) 大臼歯 <u>221点</u> (2) 小臼歯及び前歯 <u>190点</u> 2（略）</p> <p>【根面被覆】 根面被覆（1歯につき）</p>	<p>【光学印象】 光学印象（1歯につき） <u>100点</u></p> <p>【装着】 [算定要件] 注1 区分番号M015-2に掲げるCAD/CAM冠、区分番号M015-3に掲げるCAD/CAMインレー又は区分番号M017-2に掲げる高強度硬質レジブリッジを装着する際に、歯質に対する接着性を向上させることを目的に内面処理を行った場合は、内面処理加算1として、それぞれについて<u>45点</u>、<u>45点</u>又は<u>90点</u>を所定点数に加算する。 2～3（略）</p> <p>【有床義歯】 1（略） 2 総義歯（1顎につき） <u>2,420点</u></p> <p>【バー】 <u>バー</u>（1個につき） 1 鋳造バー <u>458点</u> 2（略）</p> <p>【支台築造】 支台築造（1歯につき） 1 間接法 イ（略） ロ ファイバーポストを用いた場合 (1) 大臼歯 <u>211点</u> (2) 小臼歯及び前歯 <u>180点</u> 2（略）</p> <p>【根面被覆】 根面被覆（1歯につき）</p>

1 根面板によるもの	225 点	1 根面板によるもの	195 点
2 (略)		2 (略)	
【非金属歯冠修復】 非金属歯冠修復 (1 個につき)		【非金属歯冠修復】 非金属歯冠修復 (1 個につき)	
1 レジンインレー		1 レジンインレー	
イ 単純なもの	148 点	イ 単純なもの	128 点
ロ 複雑なもの	200 点	ロ 複雑なもの	180 点
2 (略)		2 (略)	
【高強度硬質レジンブリッジ】 高強度硬質レジンブリッジ (1 装置につき)		【高強度硬質レジンブリッジ】 高強度硬質レジンブリッジ (1 装置につき)	
	3000 点		2800 点
【磁性アタッチメント】 磁性アタッチメント (1 個につき)		【磁性アタッチメント】 磁性アタッチメント (1 個につき)	
1 (略)		1 (略)	
2 キーパー付き根面板を用いる場合	580 点	2 キーパー付き根面板を用いる場合	550 点

3. その他、個別の評価について臨床現場の実態等を踏まえつつ、評価や運用を見直す。

改 定 案	現 行
【象牙質レジンコーティング】 [算定要件] 注 区分番号M001の1に掲げる生活歯歯冠形成を行った場合、当該補綴に係る補綴物の歯冠形成から印象採得までの一連の行為につき1回に限り算定する。	【象牙質レジンコーティング】 [算定要件] 注 区分番号M001の1に掲げる生活歯歯冠形成を行った場合、当該補綴に係る補綴物の歯冠形成から装着までの一連の行為につき1回に限り算定する。
【加圧根管充填処置】 加圧根管充填処置 (1 歯につき)	【加圧根管充填処置】 加圧根管充填処置 (1 歯につき)
1 単根管	1 単根管
2 2 根管	2 2 根管
3 3 根管以上	3 3 根管以上
150点	139点
180点	168点
230点	213点
【抜歯手術】 抜歯手術 (1 歯につき) [算定要件] 注1・2 (略)	【抜歯手術】 抜歯手術 (1 歯につき) [算定要件] 注1・2 (略)

<p>3 4については、下顎完全埋伏智歯（骨性）又は下顎水平埋伏智歯の場合は、<u>230点</u>を所定点数に加算する。</p> <p>4 （略）</p>	<p>3 4については、下顎完全埋伏智歯（骨性）又は下顎水平埋伏智歯の場合は、<u>130点</u>を所定点数に加算する。</p> <p>4 （略）</p>
<p>【顎骨腫瘍摘出術】 顎骨腫瘍摘出術（歯根嚢胞を除く。）</p> <p>1 長径3センチメートル未満 <u>4,020点</u></p> <p>2 （略）</p>	<p>【顎骨腫瘍摘出術】 顎骨腫瘍摘出術（歯根嚢胞を除く。）</p> <p>1 長径3センチメートル未満 <u>2,820点</u></p> <p>2 （略）</p>
<p>【腐骨除去手術】 腐骨除去手術</p> <p>1 （略）</p> <p>2 顎骨に及ぶもの</p> <p>イ 片側の3分の1未満の範囲のもの <u>1,560点</u></p> <p>ロ 片側の3分の1以上の範囲のもの <u>4,100点</u></p>	<p>【腐骨除去手術】 腐骨除去手術</p> <p>1 （略）</p> <p>2 顎骨に及ぶもの</p> <p>イ 片側の3分の1未満の範囲のもの <u>1,300点</u></p> <p>ロ 片側の3分の1以上の範囲のもの <u>3,420点</u></p>
<p>[算定要件] 注 2のイについて、骨吸収抑制薬関連顎骨壊死又は放射線性顎骨壊死に対して当該手術を行った場合は、<u>1,200点</u>を所定点数に加算する。</p>	<p>[算定要件] 注 2のイについて、骨吸収抑制薬関連顎骨壊死又は放射線性顎骨壊死に対して当該手術を行った場合は、<u>1,000点</u>を所定点数に加算する。</p>
<p>【がま腫切開術】 がま腫切開術 <u>1,230点</u></p>	<p>【がま腫切開術】 がま腫切開術 <u>820点</u></p>
<p>【唾石摘出術】 唾石摘出術（一連につき）</p> <p>1 表在性のもの <u>1,080点</u></p> <p>2・3 （略）</p>	<p>【唾石摘出術】 唾石摘出術（一連につき）</p> <p>1 表在性のもの <u>720点</u></p> <p>2・3 （略）</p>
<p>【顎骨内異物（挿入物を含む。）除去術】 顎骨内異物（挿入物を含む。）除去術</p> <p>1 簡単なもの</p> <p>イ 手術範囲が顎骨の2分の1顎程度未満の場合 <u>1,500点</u></p> <p>ロ 手術範囲が全顎にわたる場合</p>	<p>【顎骨内異物（挿入物を含む。）除去術】 顎骨内異物（挿入物を含む。）除去術</p> <p>1 簡単なもの</p> <p>イ 手術範囲が顎骨の2分の1顎程度未満の場合 <u>850点</u></p> <p>ロ 手術範囲が全顎にわたる場合</p>

2,000点	1,680点
2 困難なもの	2 困難なもの
イ 手術範囲が顎骨の3分の2程度未満の場合 4,000点	イ 手術範囲が顎骨の3分の2程度未満の場合 2,900点
ロ 手術範囲が全顎にわたる場合 5,500点	ロ 手術範囲が全顎にわたる場合 4,180点
【顎関節脱臼非観血的整復術】 顎関節脱臼非観血的整復術 800点	【顎関節脱臼非観血的整復術】 顎関節脱臼非観血的整復術 410点
【広範囲顎骨支持型装置埋入手術】 広範囲顎骨支持型装置埋入手術（1顎一連につき）	【広範囲顎骨支持型装置埋入手術】 広範囲顎骨支持型装置埋入手術（1顎一連につき）
1 1回法によるもの 16,000点	1 1回法によるもの 14,500点
2 2回法によるもの	2 2回法によるもの
イ 1次手術 13,000点	イ 1次手術 11,500点
ロ 2次手術 6,000点	ロ 2次手術 4,500点
【広範囲顎骨支持型装置搔爬術】 広範囲顎骨支持型装置搔爬術（1顎につき）	【広範囲顎骨支持型装置搔爬術】 広範囲顎骨支持型装置搔爬術（1顎につき）
3,300点	1,800点

① 処方箋料の見直し

第1 基本的な考え方

後発医薬品の使用促進等の観点から、処方等に係る評価体系を見直す。

第2 具体的な内容

1. 後発医薬品の置き換えの進展等を踏まえ、一般名処方加算の評価を見直す。
2. バイオ後続品の使用促進の観点から、一般名処方加算について、バイオ後続品のあるバイオ医薬品の一般名処方を行う場合も評価の対象とする。
3. 同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を院外処方箋により投薬することは原則として認められていないが、緊急やむを得ずこのような投薬を行った場合の取扱いについて、明確化する。

改 定 案	現 行
<p>【処方箋料】 注1～5 (略)</p> <p>6 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。</p> <p>イ 一般名処方加算1 <u>8点</u> ロ 一般名処方加算2 <u>6点</u></p> <p>7・8 (略)</p> <p>(1)～(8) (略)</p> <p>(9) 同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を院外処</p>	<p>【処方箋料】 注1～5 (略)</p> <p>6 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。</p> <p>イ 一般名処方加算1 <u>10点</u> ロ 一般名処方加算2 <u>8点</u></p> <p>7・8 (略)</p> <p>(1)～(8) (略)</p> <p>(9) 同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を院外処</p>

方箋により投薬することは、原則として認められない。ただし、緊急やむを得ない事態が生じ、このような方法による投薬を行った場合は、「F000」調剤料及び「F100」処方料は算定せず、院内投薬に係る「F200」薬剤及び処方箋料を算定し、当該診療報酬明細書の「摘要欄」に、その日付並びに理由を記載すること。ここでいう「緊急やむを得ない事態」とは、常時院外処方箋による投薬を行っている患者に対して、患者の症状等から緊急に投薬の必要性を認めて臨時的に院内投薬を行った場合又は常時院内投薬を行っている患者に対して、当該保険医療機関で常用していない薬剤を緊急かつ臨時的に院外処方箋により投薬した場合をいう。

また、注射器、注射針又はその両者のみを処方箋により投与することは認められない。

(10)・(11) (略)

(12) 「注6」に規定する一般名処方加算は、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が、後発医薬品のある医薬品及びバイオ後続品のあるバイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先行バイオ医薬品は除く。以下この項において同じ。）について、薬価基準に収載されている品名に代えて、一般的名称に剤形及び含量を付加した記載（以下「一般名処方」という。）による処方箋を交付した場合に限り算定できるものである。交付した処方箋に含まれる医薬品のうち、後発医薬品のある全ての医薬品及びバイオ後続品のある

方箋により投薬することは、原則として認められない。

また、注射器、注射針又はその両者のみを処方箋により投与することは認められない。

(10)・(11) (略)

(12) 「注6」に規定する一般名処方加算は、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が、後発医薬品のある医薬品について、薬価基準に収載されている品名に代えて、一般的名称に剤形及び含量を付加した記載（以下「一般名処方」という。）による処方箋を交付した場合に限り算定できるものである。交付した処方箋に含まれる医薬品のうち、後発医薬品のある全ての医薬品（2品目以上の場合に限る。）が一般名処方されている場合には一般名処方加算1を、1品目でも一般名処方されたものが含まれている場合には一般名処方加算2を、処

バイオ医薬品（2品目以上の場合に限る。）が一般名処方されている場合には一般名処方加算1を、1品目でも一般名処方されたものが含まれている場合には一般名処方加算2を、処方箋の交付1回につきそれぞれ加算する。品目数については、一般的名称で計算する。ただし、投与経路が異なる場合は、一般的名称が同一であっても、別品目として計算する。

なお、一般名処方とは、単に医師が先発医薬品若しくは後発医薬品又は先行バイオ医薬品若しくはバイオ後続品といった個別の銘柄にこだわらずに処方を行っているものである。

また、一般名処方を行った場合の(6)の取扱いにおいて、「種類」の計算に当たっては、該当する医薬品の薬価のうち最も低いものの薬価とみなすものとする。

(13)～(16) (略)

方箋の交付1回につきそれぞれ加算する。品目数については、一般的名称で計算する。ただし、投与経路が異なる場合は、一般的名称が同一であっても、別品目として計算する。

なお、一般名処方とは、単に医師が先発医薬品か後発医薬品かといった個別の銘柄にこだわらずに処方を行っているものである。

また、一般名処方を行った場合の(6)の取扱いにおいて、「種類」の計算に当たっては、該当する医薬品の薬価のうち最も低いものの薬価とみなすものとする。

(13)～(16) (略)

③ 医薬品の安定供給に資する体制に係る評価の新設

第1 基本的な考え方

後発医薬品の使用が定着しつつある一方、主に後発医薬品において不安定な供給が発生することが課題となっており、これにより医療機関及び薬局において追加的な業務が生じている状況を踏まえ、医薬品の安定供給に資する体制について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

「医療用医薬品の流通改善に向けて流通関係者が遵守すべきガイドライン」等の内容を踏まえ、医薬品の安定供給に資する体制を有している医療機関に対する評価を新設するとともに、後発医薬品使用体制加算及び外来後発医薬品使用体制加算を廃止する。

(新) 地域支援・医薬品供給対応体制加算

地域支援・医薬品供給対応体制加算1	87点
地域支援・医薬品供給対応体制加算2	82点
地域支援・医薬品供給対応体制加算3	77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入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、地域支援・医薬品供給対応体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ入院初日に限り所定点数に加算する。

[施設基準]

(1) 地域支援・医薬品供給対応体制加算1の施設基準

イ 後発医薬品の使用を促進するための体制が整備されていること。

ロ 当該保険医療機関において調剤した保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十六号。以下「薬担規則」という。）第七条の二に規定する後発医薬品（以下単に「後

発医薬品」という。)のある薬担規則第七条の二に規定する新医薬品(以下「先発医薬品」という。)及び後発医薬品を合算した薬剤の使用薬剤の薬価(薬価基準)(平成二十年厚生労働省告示第六十号)別表に規定する規格単位ごとに数えた数量(以下「規格単位数量」という。)に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が九割以上であること。

ハ 医薬品の供給が不足等した場合に当該保険医療機関における治療計画等の見直しを行う等、適切に対応する体制を有していること。

ニ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨、ハの体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤を変更する可能性があること及び変更する場合には入院患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

ホ ニ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。

ヘ 地域における医薬品の安定供給を確保するために必要な体制を有していること。

(2) 地域支援・医薬品供給対応体制加算2の施設基準

イ 後発医薬品の使用を促進するための体制が整備されていること。

ロ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が八割五分以上であること。

ハ (1)のハからへまでの要件を満たしていること。

(3) 地域支援・医薬品供給対応体制加算3の施設基準

イ 後発医薬品の使用を促進するための体制が整備されていること。

ロ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が七割五分以上であること。

ハ (1)のハからへまでの要件を満たしていること。

[施設基準(通知)]

(1) 病院では、薬剤部門において後発医薬品の品質、安全性及び安

定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ薬事委員会等で後発医薬品の採用を決定する体制が整備されていること。

有床診療所では、薬剤部門又は薬剤師が後発医薬品の品質、安全性及び安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制が整備されていること。

- (2) 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成 20 年厚生労働省告示第 60 号）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、地域支援・医薬品供給対応体制加算 1 にあつては 90%以上、地域支援・医薬品供給対応体制加算 2 にあつては 85%以上 90%未満、地域支援・医薬品供給対応体制加算 3 にあつては 75%以上 85%未満であること。
- (3) 入院及び外来において後発医薬品（ジェネリック医薬品）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入院受付、外来受付及び支払窓口の見やすい場所に掲示していること。
- (4) 医薬品の供給が不足した場合に、医薬品の処方等の変更等に関して適切な対応ができる体制が整備されていること。
- (5) (4) の体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤が変更となる可能性があること及び変更する場合には患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (6) (3) 及び (5) 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。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。
- (7) 個々の医薬品の価値及び流通コストを無視した値引き交渉を慎むこと。また、原則として全ての品目について単品単価交渉とすること。
- (8) 医薬品の流通の効率化及び安定供給の確保のため、卸売販売業者への頻回配送、休日夜間配送及び急配に係る過度な依頼を慎むこと。
- (9) 厳格な温度管理を要する医薬品及び在庫調整を目的とした医薬品等については卸売販売業者への返品を慎むこと。
- (10) 医薬品の流通改善及び安定供給の観点から、平時から地域の保険医療機関、保険薬局及び医療関係団体と連携し、取り扱う医薬品の品目について情報共有や事前の合意等に取り組むことが望ましい。

(新) 地域支援・外来医薬品供給対応体制加算

地域支援・外来医薬品供給対応体制加算 1	8 点
地域支援・外来医薬品供給対応体制加算 2	7 点
地域支援・外来医薬品供給対応体制加算 3	5 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投薬を行った場合には、地域支援・外来医薬品供給対応体制加算として、当該基準に係る区分に従い、1 処方につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

[施設基準]

(1) 地域支援・外来医薬品供給対応体制加算 1 の施設基準

イ 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十六号。以下「薬担規則」という。）第七条の二に規定する後発医薬品（以下単に「後発医薬品」という。）の使用を促進するための体制が整備されている診療所であること。

ロ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある薬担規則第七条の二に規定する新医薬品（以下「先発医薬品」という。）及び後発医薬品を合算した薬剤の使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成二十年厚生労働省告示第六十号）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が九割以上であること。

ハ 医薬品の供給が不足した場合に、医薬品の処方等の変更等に関して適切な対応ができる体制が整備されていること。

ニ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨、ハの体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤を変更する可能性があること及び変更する場合には患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

ホ ニ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。

ヘ 地域における医薬品の安定供給を確保するために必要な体制を有していること。

(2) 地域支援・外来医薬品供給対応体制加算 2 の施設基準

イ 後発医薬品の使用を促進するための体制が整備されている診

療所であること。

- ロ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数に占める後発医薬品の規格単位数の割合が八割五分以上であること。
- ハ (1)のハからへまでの要件を満たしていること。

(3) 地域支援・外来医薬品供給対応体制加算3の施設基準

- イ 後発医薬品の使用を促進するための体制が整備されている診療所であること。
- ロ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数に占める後発医薬品の規格単位数の割合が七割五分以上であること。
- ハ (1)のハからへまでの要件を満たしていること。

[施設基準（通知）]

- (1) 診療所であって、薬剤部門又は薬剤師が後発医薬品の品質、安全性及び安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制が整備されていること。
- (2) 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成20年厚生労働省告示第60号）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数」という。）に占める後発医薬品の規格単位数の割合が、地域支援・外来医薬品供給対応体制加算1にあっては90%以上、地域支援・外来医薬品供給対応体制加算2にあっては85%以上90%未満、地域支援・外来医薬品供給対応体制加算3にあっては75%以上85%未満であること。
- (3) 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該保険医療機関の受付及び支払窓口の見やすい場所に掲示していること。
- (4) 医薬品の供給が不足した場合に、医薬品の処方等の変更等に関して適切な対応ができる体制が整備されていること。
- (5) (4)の体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤が変更となる可能性があること及び変更する場合には患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (6) (3)及び(5)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。自ら管理するホームページ等を有しな

い場合については、この限りではないこと。

- (7) 個々の医薬品の価値及び流通コストを無視した値引き交渉を慎むこと。また、原則として全ての品目について単品単価交渉とすること。
- (8) 医薬品の流通の効率化及び安定供給の確保のため、卸売販売業者への頻回配送、休日夜間配送及び急配に係る過度な依頼を慎むこと。
- (9) 厳格な温度管理を要する医薬品及び在庫調整を目的とした医薬品等については卸売販売業者への返品を慎むこと。
- (10) 医薬品の流通改善及び安定供給の観点から、平時から地域の保険医療機関、保険薬局及び医療関係団体と連携し、取り扱う医薬品の品目について情報共有や事前の合意等に取り組むことが望ましい。

【IV-4-1 重複投薬、ポリファーマシー、残薬、適正使用のための長期処方への在り方への対応-④】

④ 残薬対策の推進に向けた処方箋様式の見直し

第1 基本的な考え方

保険薬局において、患家に残薬があることを確認した場合に、保険医療機関と保険薬局が連携して円滑に処方内容を調整することができるよう、処方箋様式を見直す。

第2 具体的な内容

1. 処方箋様式の備考欄のうち、保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応の欄について、「調剤する薬剤を減量した上で保険医療機関に情報提供する」ことも保険医療機関が指示できるよう見直す。
2. 残薬対策に係る保険医療機関と保険薬局との連携を強化する観点から、留意事項通知の調剤報酬点数表に関する事項において、以下の内容を規定する。
 - 薬局において薬剤を減量して調剤した場合は、
 - ・患者の残薬の状況、その理由及び実際に患者へ交付した薬剤の数量並びに患者への説明内容等について、原則、翌営業日までに保険医療機関に情報提供すること。
 - ・数量を減じて調剤した旨を、手帳に記載すること。