



診療報酬改定レポート

発行：MMPG（メディカル・マネジメント・プランニング・グループ） 作成：株式会社日本医療企画

発行：メディカル・マネジメント・プランニング・グループ（MMPG）
 発信者：(株)佐々木総研 福岡県北九州市八幡東区石坪町10-13 TEL.093-651-5533

—速報【歯科版】—

本日開催された中央社会保険医療協議会総会で、令和4年度診療報酬改定が中医協より厚生労働大臣に答申されました（本速報は答申時点の資料に基づいています）。【歯科版】における主だった改定項目は以下の通りです。

令和4年度診療報酬改定におけるコロナ特例等に係る対応

1. 新型コロナウイルス感染症患者等に対する診療等について、外来、入院、在宅等において講じてきた特例的な評価について、引き続き実施する。
2. 「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（その26）」（令和2年8月31日厚生労働省保険局医療課事務連絡）等で示している施設基準や患者及び利用者の診療実績等の要件に係る臨時的な取扱いを継続する。
3. 令和4年度診療報酬改定において、改定項目ごとに当面必要な経過措置（※1）を設けるとともに、令和2年度診療報酬改定における経過措置を終了する。
（※1）具体的な経過措置の内容は各改定項目の内容を参照のこと。
4. 令和4年度診療報酬改定前の施設基準等のうち、1年間の実績を求めるものについて、現在講じている特例的な対応（※2）も終了する。
（※2）新型コロナウイルス感染症患者の受入病床を割り当てられている保険医療機関においては、令和4年3月31日までの間、令和元年（平成31年）の実績（年度単位の実績を求めるものについては、令和元年度（平成31年度）の実績）を用いても差し支えないこととしている。

紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し

紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収する仕組みについて、以下の見直しを行う。

1. 紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲について、現行の特定機能病院及び一般病床200床以上の地域医療支援病院から、「紹介受診重点医療機関（医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関）」（※）のうち一般病床200床以上の病院にも拡大する。

（※）令和3年改正後の医療法（昭和23年法律第205号）に基づき、紹介患者への外来を基本とする医療機関として新たに明確化されるもの。

旧	新
<p>【保険医療機関及び保険医療養担当規則】 （一部負担金等の受領）</p> <p>第五条</p> <p>3 保険医療機関のうち、医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第七条第二項第五号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）を有する同法第四条第一項に規定する地域医療支援病院（一般病床の数が二百未満であるものを除く。）及び同法第四条の二第一項に規定する特定機能病院であるものは、法第七十条第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。</p>	<p>【保険医療機関及び保険医療養担当規則】 （一部負担金等の受領）</p> <p>第五条</p> <p>3 保険医療機関のうち、医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第七条第二項第五号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）を有する同法第四条第一項に規定する地域医療支援病院（一般病床の数が二百未満であるものを除く。）、同法第四条の二第一項に規定する特定機能病院及び同法第三十条の十八の二第一項に規定する外来機能報告対象病院等（同法第三十条の十八の四第一項第二号の規定に基づき、同法第三十条の十八の二第一項第一号の厚</p>

	<p>生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限り、一般病床の数が二百未満であるものを除く。)であるものは、法第七十条第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。</p>
<p>2. 定額負担を求める患者の初診・再診について、以下の点数を保険給付範囲から控除する。 【初診の場合】 医科：200点/歯科：200点 【再診の場合】 医科：50点/歯科：40点</p>	
<p>3. 定額負担の金額を以下のとおり変更する。 【初診の場合】 医科：7,000円/歯科：5,000円 【再診の場合】 医科：3,000円/歯科：1,900円</p>	
<p>旧</p>	<p>新</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揭示事項等】 第一の三 療担規則第五条第三項第二号及び療担基準第五条第三項第二号の厚生労働大臣の定める金額 一 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第二条第四号の初診に係る厚生労働大臣が定める金額 (一) 医師である保険医による初診の場合 <u>五千円</u> (二) 歯科医師である保険医による初診の場合 <u>三千円</u> 二 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第二条第五号の再診に係る厚生労働大臣が定める金額 (一) 医師である保険医による再診の場合 <u>二千五百円</u> (二) 歯科医師である保険医による再診の場合 <u>一千五百円</u></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揭示事項等】 第一の三 療担規則第五条第三項第二号及び療担基準第五条第三項第二号の厚生労働大臣の定める金額 一 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第二条第四号の初診に係る厚生労働大臣が定める金額 (一) 医師である保険医による初診の場合 <u>七千円</u> (二) 歯科医師である保険医による初診の場合 <u>五千円</u> 二 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第二条第五号の再診に係る厚生労働大臣が定める金額 (一) 医師である保険医による再診の場合 <u>三千円</u> (二) 歯科医師である保険医による再診の場合 <u>一千九百円</u></p>
<p>4. 除外要件（定額負担を求めないことができる患者の要件）について、以下のとおり見直す。 【初診・再診共通】 ○「その他、保険医療機関が当該医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者」について、急を要しない時間外の受診、単なる予約受診等、患者の都合により受診する場合は認められないことを明確化する。 【初診の場合】 ○「自施設の他の診療科を受診している患者」を「自施設の他の診療科から院内紹介されて受診する患者」に見直す。 【再診の場合】 ○「自施設の他の診療科を受診している患者」、「医科と歯科との間で院内紹介された患者」、「特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者」、「地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者」及び「治験協力者である患者」を削除する。</p> <p>[施行日等]</p>	

- (1) 令和4年10月1日から施行・適用する。
- (2) 公立医療機関に係る自治体による条例制定に要する期間等を考慮し、新たに紹介受診重点医療機関となってから6か月の経過措置設ける。

紹介受診重点医療機関における入院診療の評価の新設

「紹介受診重点医療機関（医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関）」における入院医療の提供に係る評価を新設する。

(新) 紹介受診重点医療機関入院診療加算（入院初日） 800点

[算定要件]

- (1) 外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたものに限り、一般病床の数が200未満であるものを除く。）である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除く。）のうち、紹介受診重点医療機関入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。
- (2) 区分番号A204に掲げる地域医療支援病院入院診療加算は別に算定できない。

かかりつけ歯科医の機能の充実

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準について、地域における連携体制に係る要件として、介護施設等における歯科健診への協力を追加するとともに、継続的な口腔管理・指導に係る実績要件に、歯周病重症化予防治療の実績を算入可能とする。

旧	新
<p>【かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所】 [施設基準]</p> <p>1 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準 次の要件のいずれにも該当するものがかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所という。</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 次のいずれにも該当すること。 ア 過去1年間に<u>歯周病安定期治療(I)又は歯周病安定期治療(II)</u>をあわせて30回以上算定していること。 イ～エ (略)</p> <p>(3)～(7) (略)</p> <p>(8) (5)に掲げる歯科医師が、以下の項目のうち、3つ以上に該当すること。 ア～ク (略)</p> <p>(新設)</p> <p>ケ 自治体を実施する事業に協力していること。</p> <p>コ・サ (略)</p>	<p>【かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所】 [施設基準]</p> <p>1 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準 次の要件のいずれにも該当するものがかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所という。</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 次のいずれにも該当すること。 ア 過去1年間に<u>歯周病安定期治療又は歯周病重症化予防治療</u>をあわせて30回以上算定していること。 イ～エ (略)</p> <p>(3)～(7) (略)</p> <p>(8) (5)に掲げる歯科医師が、以下の項目のうち、3つ以上に該当すること。 ア～ク (略)</p> <p>ケ <u>過去1年間に福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設、介護老人福祉施設又は介護老人保健施設等における定期的な歯科健診に協力していること。</u></p> <p>コ 自治体を実施する事業（ケに該当するものを除く。）に協力していること。</p> <p>サ・シ (略)</p>

質の高い在宅歯科医療の提供の推進													
<p>1. 歯科訪問診療の実態を踏まえ、診療時間が20分未満の歯科訪問診療を行った場合の減算（100分の70）について、歯科訪問診療1から3までについてはそれぞれ 所定点数の 100 分の80、100分の70、100分の60に相当する点数を算定することとする。</p>													
旧	新												
<p>【歯科訪問診療料（1日につき）】 [算定要件] 注4 1から3までを算定する患者（歯科訪問診療料の注13に該当する場合を除く。）について、当該患者に対する診療時間が20分未満の場合は、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。ただし、次のいずれかに該当する場合は、この限りではない。 イ・ロ（略）</p>	<p>【歯科訪問診療料（1日につき）】 [算定要件] 注4 1から3までを算定する患者（歯科訪問診療料の注13に該当する場合を除く。）について、当該患者に対する診療時間が20分未満の場合における歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3についてはそれぞれ880点、253点又は111点を算定する。ただし、次のいずれかに該当する場合は、この限りではない。 イ・ロ（略）</p>												
<p>2. 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の対象疾患に口腔機能低下症が含まれることを明確化する。また、小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料について、対象患者の年齢を15歳未満から18歳未満に引き上げるとともに、18歳に達した日以後も継続的な歯科疾患の管理が必要な者を対象患者に追加し、評価を見直す。</p>													
旧	新												
<p>【在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">1 10歳未満</td> <td style="text-align: right; width: 20%;">350点</td> </tr> <tr> <td>2 10歳以上20歳未満</td> <td style="text-align: right;">450点</td> </tr> <tr> <td>3 20歳以上</td> <td style="text-align: right;">550点</td> </tr> </table> <p>[算定要件] 注1 当該保険医療機関の歯科医師が、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者であって、摂食機能障害を有し、継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、20分以上必要な指導管理を行った場合に、月4回に限り算定する。</p> <p>【小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】 450点</p> <p>[算定要件] 注1 当該保険医療機関の歯科医師が、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した15歳未満の患者であって、継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該患者又はその家族の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、20分以上必要な指導管理を行った場合に、月4回に限り算定する。</p>	1 10歳未満	350点	2 10歳以上20歳未満	450点	3 20歳以上	550点	<p>【在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">1 10歳未満</td> <td style="text-align: right; width: 20%;">400点</td> </tr> <tr> <td>2 10歳以上20歳未満</td> <td style="text-align: right;">500点</td> </tr> <tr> <td>3 20歳以上</td> <td style="text-align: right;">600点</td> </tr> </table> <p>[算定要件] 注1 当該保険医療機関の歯科医師が、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者であって、摂食機能障害又は口腔機能低下症を有し、継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、20分以上必要な指導管理を行った場合に、月4回に限り算定する。</p> <p>【小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】 600点</p> <p>[算定要件] 注1 当該保険医療機関の歯科医師が、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定した18歳未満の患者であって、継続的な歯科疾患の管理が必要なもの又は18歳に達した日前に当該管理料を算定した患者であって、同日以後も継続的な歯科疾患の管理が必要なものに対して、当該患者又はその家族の同意を得て、当該患者の口腔機能評価に基づく管理計画を作成し、20分以上必要な指導管理を行った場合に、月4回に限り算定する。</p>	1 10歳未満	400点	2 10歳以上20歳未満	500点	3 20歳以上	600点
1 10歳未満	350点												
2 10歳以上20歳未満	450点												
3 20歳以上	550点												
1 10歳未満	400点												
2 10歳以上20歳未満	500点												
3 20歳以上	600点												

3. 在宅療養支援歯科診療所1及び2の施設基準について、歯科訪問診療の実績要件を変更するとともに、当該施設基準に関連する項目の評価を見直す。

旧	新
<p>【歯科疾患在宅療養管理料】</p> <p>1 在宅療養支援歯科診療所1の場合 <u>320点</u></p> <p>2 在宅療養支援歯科診療所2の場合 <u>250点</u></p> <p>【在宅療養支援歯科診療所】</p> <p>[施設基準]</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 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 過去1年間に歯科訪問診療料1及び歯科訪問診療2を合計15回以上を算定していること。</p> <p>イ～オ (略)</p> <p>カ 当該診療所において、過去1年間の在宅医療を担う他の保険医療機関、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所又は介護保険施設等からの依頼による歯科訪問診療料の算定回数の実績が5回以上であること。</p> <p>キ～コ (略)</p> <p>(2) 在宅療養支援歯科診療所2の施設基準 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 過去1年間に歯科訪問診療1及び歯科訪問診療2を合計10回以上算定していること。</p> <p>イ・ウ (略)</p> <p>(新設)</p>	<p>【歯科疾患在宅療養管理料】</p> <p>1 在宅療養支援歯科診療所1の場合 <u>340点</u></p> <p>2 在宅療養支援歯科診療所2の場合 <u>230点</u></p> <p>【在宅療養支援歯科診療所】</p> <p>[施設基準]</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 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 過去1年間に歯科訪問診療料1及び歯科訪問診療2を合計18回以上算定していること。</p> <p>イ～オ (略)</p> <p>カ 当該診療所において、過去1年間の在宅医療を担う他の保険医療機関、保険薬局、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所又は介護保険施設等からの依頼による歯科訪問診療料の算定回数の実績が5回以上であること。</p> <p>キ～コ (略)</p> <p>(2) 在宅療養支援歯科診療所2の施設基準 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 過去1年間に歯科訪問診療1及び歯科訪問診療2を合計4回以上算定していること。</p> <p>イ・ウ (略)</p> <p>(3) 令和4年3月31日において、現に在宅療養支援歯科診療所1の届出を行っている保険医療機関については、令和5年3月31日までの間に限り、1の(1)のアの基準を満たしているものとみなす。</p> <p>※ 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料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についても同様</p>

在宅医療における医科歯科連携の推進

診療情報提供料(I)における歯科医療機関連携加算1について、情報提供を行う医師の所属及び患者の状態に係る要件を廃止し、「医師が歯科訪問診療の必要性を認めた患者」を対象とする。

旧	新
<p>【歯科医療機関連携加算1(診療情報提供料(I))】</p> <p>[算定要件]</p> <p>(25) 「注14」に規定する歯科医療機関連携加算1は、保険医療機関(歯科診療を行う保険医療</p>	<p>【歯科医療機関連携加算1(診療情報提供料(I))】</p> <p>[算定要件]</p> <p>(25) 「注14」に規定する歯科医療機関連携加算1は、保険医療機関(歯科診療を行う保険医療</p>

<p>機関を除く。)が、歯科を標榜する保険医療機関に対して、当該歯科を標榜する保険医療機関において口腔内の管理が必要であると判断した患者に関する情報提供を、以下のア又はイにより行った場合に算定する。なお、診療録に情報提供を行った歯科医療機関名を記載すること。</p> <p>ア (略)</p> <p>イ <u>在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に属する医師が、訪問診療を行った栄養障害を有する患者又は摂食機能障害を有する患者について、歯科訪問診療の必要性を認め、在宅歯科医療を行う、歯科を標榜する保険医療機関に対して情報提供を行った場合</u></p>	<p>機関を除く。)が、歯科を標榜する保険医療機関に対して、当該歯科を標榜する保険医療機関において口腔内の管理が必要であると判断した患者に関する情報提供を、以下のア又はイにより行った場合に算定する。なお、診療録に情報提供を行った歯科医療機関名を記載すること。</p> <p>ア (略)</p> <p>イ <u>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が、歯科訪問診療の必要性を認めた患者について、在宅歯科医療を行う、歯科を標榜する保険医療機関に対して情報提供を行った場合</u></p>
--	--

総合的医療管理に係る医科歯科連携の推進	
総合医療管理加算及び在宅総合医療管理加算について、以下のとおり見直す。	
<ol style="list-style-type: none"> 1. 施設基準を廃止し、全ての歯科医療機関を対象とする。 2. 対象患者にHIV感染症患者を追加する。 	
旧	新
<p>【総合医療管理加算（歯科疾患管理料）】 [算定要件]</p> <p>注11 <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、別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要な患者であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、総合医療管理加算として、50点を所定点数に加算する。</u></p> <p>(16) 「注11」の総合医療管理加算は、糖尿病の患者、骨吸収抑制薬投与中の患者、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチの患者又は血液凝固阻止剤投与中の患者であって、別の医科の保険医療機関の当該疾患の担当医から歯科治療を行うに当たり、診療情報提供料に定める様式に基づいた文書により患者の全身状態や服薬状況等についての必要な診療情報の提供を受け、適切な総合医療管理を実施した場合に算定する。なお、算定に当たっては当該疾患の担当医からの情報提供に関する内容及び担当医の保険医療機関名等について診療録に記載又は提供文書の写しを添付する。</p> <p>[施設基準] 六の二の四 <u>歯科疾患管理料の注11に規定する総合医療管理加算及び歯科治療時医療管理料の施設基準</u> (1)～(4) (略)</p>	<p>【総合医療管理加算（歯科疾患管理料）】 [算定要件]</p> <p>注11 別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）から歯科治療における総合的医療管理が必要な患者であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、総合医療管理加算として、50点を所定点数に加算する。</p> <p>(16) 「注11」の総合医療管理加算は、糖尿病の患者、骨吸収抑制薬投与中の患者、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチの患者、血液凝固阻止剤投与中の患者又はHIV感染症の患者であって、別の医科の保険医療機関の当該疾患の担当医から歯科治療を行うに当たり、診療情報提供料に定める様式に基づいた文書により患者の全身状態や服薬状況等についての必要な診療情報の提供を受け、適切な総合医療管理を実施した場合に算定する。なお、算定に当たっては当該疾患の担当医からの情報提供に関する内容及び担当医の保険医療機関名等について診療録に記載又は提供文書の写しを添付する。</p> <p>[施設基準] 六の二の四 <u>歯科治療時医療管理料の施設基準</u> (1)～(4) (略)</p>

<p>【在宅総合医療管理加算(歯科疾患在宅療養管理料)】</p> <p>注4 <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、別の保険医療機関(歯科診療を行うものを除く。)</u>から歯科治療における総合的医療管理が必要な患者であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、在宅総合医療管理加算として、50点を所定点数に加算する。</p> <p>(7) 「注4」の在宅総合医療管理加算は、糖尿病の患者、骨吸収抑制薬投与中の患者、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチの患者又は血液凝固阻止剤投与中の患者であって、別の医科の保険医療機関の当該疾患の担当医から歯科治療を行うに当たり、診療情報提供料に定める様式に基づいた文書により患者の全身状態や服薬状況等についての必要な診療情報の提供を受け、適切な総合医療管理を実施した場合に算定する。なお、算定に当たっては当該疾患の担当医からの情報提供に関する内容及び担当医の保険医療機関名等について診療録に記載又は提供文書の写しを添付する。</p> <p>〔施設基準〕</p> <p>八 <u>歯科疾患在宅療養管理料の注4に規定する在宅総合医療管理加算及び在宅患者歯科治療時医療管理料の施設基準</u></p> <p>(1)～(4) (略)</p>	<p>【在宅総合医療管理加算(歯科疾患在宅療養管理料)】</p> <p>注4 別の保険医療機関(歯科診療を行うものを除く。)から歯科治療における総合的医療管理が必要な患者であるとして文書による診療情報の提供を受けたものに対し、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合は、在宅総合医療管理加算として、50点を所定点数に加算する。</p> <p>(7) 「注4」の在宅総合医療管理加算は、糖尿病の患者、骨吸収抑制薬投与中の患者、感染性心内膜炎のハイリスク患者、関節リウマチの患者、血液凝固阻止剤投与中の患者又はHIV感染症の患者であって、別の医科の保険医療機関の当該疾患の担当医から歯科治療を行うに当たり、診療情報提供料に定める様式に基づいた文書により患者の全身状態や服薬状況等についての必要な診療情報の提供を受け、適切な総合医療管理を実施した場合に算定する。なお、算定に当たっては当該疾患の担当医からの情報提供に関する内容及び担当医の保険医療機関名等について診療録に記載又は提供文書の写しを添付する。</p> <p>〔施設基準〕</p> <p>八 在宅患者歯科治療時医療管理料の施設基準</p> <p>(1)～(4) (略)</p>
---	---

<p>歯科口腔疾患の重症化予防の推進</p>	
<p>1. 全身の健康にもつながる歯周病の安定期治療及び重症化予防治療を更に推進する観点から、歯周病安定期治療(Ⅰ)及び(Ⅱ)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。</p>	
<p>旧</p>	<p>新</p>
<p>【<u>歯周病安定期治療(Ⅰ)</u>】</p> <p>〔算定要件〕</p> <p>注1 一連の歯周病治療終了後、一時的に病状が安定した状態にある患者に対し、歯周組織の状態を維持するためのプラークコントロール、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(Ⅰ)</u>」という。)を開始した場合は、それぞれの区分に従い月1回に限り算定する。</p> <p>2 2回目以降の<u>歯周病安定期治療(Ⅰ)</u>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</p>	<p>【<u>歯周病安定期治療</u>】</p> <p>〔算定要件〕</p> <p>注1 一連の歯周病治療終了後、一時的に病状が安定した状態にある患者に対し、歯周組織の状態を維持するためのプラークコントロール、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、それぞれの区分に従い月1回に限り算定する。</p> <p>2 2回目以降の<u>歯周病安定期治療</u>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</p>

<p>た場合等の歯周病安定期治療（Ⅰ）の治療間隔の短縮が必要とされる場合は、この限りでない。</p> <p>（新設）</p> <p>3 歯周病安定期治療（Ⅰ）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（Ⅰ）は算定できない。</p> <p>4 歯周病安定期治療（Ⅰ）を開始した日以降に歯周外科手術を実施した場合は、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>【歯周病安定期治療（Ⅱ）】</p>	<p>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かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所において歯周病安定期治療を開始した場合は、この限りでない。</p> <p>3 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所において歯周病安定期治療を開始した場合は、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算として、120点を所定点数に加算する。</p> <p>4 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> <p>5 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>（削除）</p>
<p>2. フッ化物洗口指導及びフッ化物歯面塗布処置について、現在の罹患状況等を踏まえ、対象患者の範囲を見直す。</p>	
<p style="text-align: center;">旧</p>	<p style="text-align: center;">新</p>
<p>【フッ化物洗口指導加算（歯科疾患管理料）】 [算定要件]</p> <p>注8 13歳未満のう蝕に罹患している患者であって、う蝕多発傾向にあり、う蝕に対する歯冠修復終了後もう蝕活動性が高く、継続的な指導管理が必要なもの（以下「う蝕多発傾向者」という。）のうち、4歳以上のう蝕多発傾向者又はその家族等に対して、当該患者の療養を主として担う歯科医師（以下「主治の歯科医師」という。）又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物洗口に係る薬液の取扱い及び洗口法に関する指導を行った場合は、歯科疾患管理の実施期間中に患者1人につき1回に限り、フッ化物洗口指導加算として、40点を所定点数に加算する。ただし、区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している患者については、当該加算は算定できない。</p> <p>【フッ化物歯面塗布処置（1口腔につき）】 2 在宅等療養患者の場合 <u>110点</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>注2 2については、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定し、初期の根面う蝕に罹患している在宅等で療養を行う患者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、</p>	<p>【フッ化物洗口指導加算（歯科疾患管理料）】 [算定要件]</p> <p>注8 13歳未満のう蝕に罹患している患者であって、う蝕多発傾向にあり、う蝕に対する歯冠修復終了後もう蝕活動性が高く、継続的な指導管理が必要なもの（以下「う蝕多発傾向者」という。）のうち、4歳以上のう蝕多発傾向者又はその家族等に対して、当該患者の療養を主として担う歯科医師（以下「主治の歯科医師」という。）又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物洗口に係る薬液の取扱い及び洗口法に関する指導を行った場合は、歯科疾患管理の実施期間中に患者1人につき1回に限り、フッ化物洗口指導加算として、40点を所定点数に加算する。ただし、区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している患者については、当該加算は算定できない。</p> <p>【フッ化物歯面塗布処置（1口腔につき）】 2 初期の根面う蝕に罹患している患者の場合 <u>110点</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>注2 2については、区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料を算定し、初期の根面う蝕に罹患している在宅等で療養を行う患者又は<u>区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料（注10に規定するエナメル質初期う蝕管理加算を算定した場合を除く。）</u>を算定し、</p>

<p>2回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行った場合に限り、月1回に限り算定する。</p>	<p><u>初期の根面う蝕に罹患している65歳以上の患者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、2回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行った場合に限り、月1回に限り算定する。</u></p>
--	---

訪問歯科衛生指導の実施時における ICT の活用に係る評価の新設	
<p>歯科衛生士等による訪問歯科衛生指導の実施時に、歯科医師が情報通信機器を用いて状態を観察した患者に対して、歯科訪問診療を実施し、当該観察の内容を診療に活用した場合の評価を新設する。</p>	
旧	新
<p>【歯科訪問診療料（1日につき）】 [算定要件] (新設)</p>	<p>【歯科訪問診療料（1日につき）】 [算定要件] <u>注16 1及び2について、地域歯科診療支援病院 歯科初診料、在宅療養支援歯科診療所1又は在宅療養支援歯科診療所2に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関の歯科衛生士等が、過去2月以内に区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定した患者であって、当該歯科衛生指導の実施時に当該保険医療機関の歯科医師が情報通信機器を用いて口腔内の状態等を観察したものに対して、歯科訪問診療を実施した場合は、通信画像情報活用加算として、患者1人につき月1回に限り、30点を所定点数に加算する。</u></p>

オンライン資格確認システムを通じた患者情報等の活用に係る評価の新設	
<p>1. オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等を取得し、当該情報を活用して診療等を実施することに係る評価を新設する。</p>	
<p>(新) 初診料 注14 電子的保健医療情報活用加算 再診料 注18 電子的保健医療情報活用加算 外来診療料 注10 電子的保健医療情報活用加算</p>	<p>7点 4点 4点</p>
<p>[対象患者] オンライン資格確認システムを活用する保険医療機関を受診した患者</p>	
<p>[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を受診した患者に対して、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で診療を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月1回に限りそれぞれ所定点数に加算する。</p>	
<p>(※) 初診の場合であって、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等の取得が困難な場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合等にあつては、令和6年3月31日までの間に限り、3点を所定点数に加算する。</p>	

<p>[施設基準]</p> <p>(1) 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令(昭和51年厚生省令第36号)第1条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。</p> <p>(2) 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。</p> <p>(3) 電子資格確認に関する事項について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。</p>
<p>2. 保険薬局において、オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等を取得し、当該情報を活用して調剤等を実施することに係る評価を新設する。</p>
<p>(新) 調剤管理料</p> <p style="text-align: center;">注5 電子的保健医療情報活用加算 3点</p>
<p>[対象患者]</p> <p>オンライン資格確認システムを活用する保険薬局において調剤が行われた患者</p>
<p>[算定要件]</p> <p>別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局において、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、患者に係る薬剤情報等を取得した上で調剤を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月1回に限り所定点数に加算する。</p> <p>(※) 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る薬剤情報等の取得が困難な場合等にあつては、令和6年3月31日までの間に限り、3月に1回に限り1点を所定点数に加算する。</p>
<p>[施設基準]</p> <p>(1) 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令(昭和51年厚生省令第36号)第1条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。</p> <p>(2) 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。</p> <p>(3) 電子資格確認に関する事項について、当該保険薬局の見やすい場所に掲示していること。</p>

歯科診療における院内感染防止対策の推進	
<p>歯科初診料の施設基準である歯科医師等が受講する研修について、飛沫感染防止対策等の新興感染症の対策に係る研修を追加するとともに、歯周基本治療処置等の廃止に併せて歯科初診料及び歯科再診料の評価を見直す。</p>	
旧	新
<p>【初診料】</p> <p>1 歯科初診料 261点</p> <p>[施設基準]</p> <p>1 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 感染症患者に対する歯科診療に対応する体制を確保していること。</p> <p>(3) 歯科外来診療の院内感染防止対策に係る研修を4年に1回以上、定期的に受講している常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。</p> <p>(4) 職員を対象とした院内感染防止対策にかかる標準予防策等の院内研修等を実施していること。</p> <p>(5)・(6) (略)</p>	<p>【初診料】</p> <p>1 歯科初診料 264点</p> <p>[施設基準]</p> <p>1 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 感染症患者に対する歯科診療を円滑に実施する体制を確保していること。</p> <p>(3) 歯科外来診療の院内感染防止に係る標準予防策及び新興感染症に対する対策の研修を4年に1回以上、定期的に受講している常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。</p> <p>(4) 職員を対象とした院内感染防止にかかる標準予防策及び新興感染症に対する対策等の院内研修等を実施していること。</p> <p>(5)・(6) (略)</p>

<p>(7) 令和2年3月31日において、現に歯科点数表の初診料の注1の届出を行っている保険医療機関については、<u>令和2年6月30日</u>までの間に限り、1の(4)の基準を満たしているものとみなす。</p> <p>【再診料】 1 歯科再診料 53点</p> <p>[算定要件] 注1 1については、区分番号A000に掲げる初診料の注1に規定する歯科外来診療における院内感染防止対策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、再診を行った場合に算定する。この場合において、当該届出を行っていない保険医療機関については、44点を算定する。</p>	<p>(7) 令和4年3月31日において、現に歯科点数表の初診料の注1の届出を行っている保険医療機関については、<u>令和5年3月31日</u>までの間に限り、1の(3)及び(4)の基準を満たしているものとみなす。<u>ただし、令和3年4月1日から令和4年3月31日の間に(3)の研修を受講した者については、当該研修を受けた日から2年を経過する日までは当該基準を満たしているものとみなす。</u></p> <p>【再診料】 1 歯科再診料 56点</p> <p>[算定要件] 注1 1については、区分番号A000に掲げる初診料の注1に規定する歯科外来診療における院内感染防止対策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、再診を行った場合に算定する。この場合において、当該届出を行っていない保険医療機関については、44点を算定する。</p>
---	---

ライフステージに応じた口腔機能管理の推進	
口腔機能管理料及び小児口腔機能管理料について、対象患者の年齢の範囲をそれぞれ拡大する。	
旧	新
<p>【口腔機能管理料】 [算定要件] (1) 口腔機能管理料とは、<u>65歳</u>以上の歯の喪失や加齢、これら以外の全身的な疾患等により口腔機能の低下を認める患者に対して、口腔機能の回復又は維持・向上を目的として行う医学管理を評価したものをいい、関係学会の診断基準により口腔機能低下症と診断されている患者のうち、咀嚼機能低下(区分番号D011-2に掲げる咀嚼能力検査を算定した患者に限る。)、咬合力低下(区分番号D011-3に掲げる咬合圧検査を算定した患者に限る。)又は低舌圧(区分番号D012に掲げる舌圧検査を算定した患者に限る。)のいずれかに該当するものに対して、継続的な指導及び管理を実施する場合に当該管理料を算定する。(中略)</p> <p>【小児口腔機能管理料】 [算定要件] 注1 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、口腔機能の発達不全を有する<u>15歳未満の小児</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</p>	<p>【口腔機能管理料】 [算定要件] (1) 口腔機能管理料とは、<u>50歳</u>以上の歯の喪失や加齢、これら以外の全身的な疾患等により口腔機能の低下を認める患者に対して、口腔機能の回復又は維持・向上を目的として行う医学管理を評価したものをいい、関係学会の診断基準により口腔機能低下症と診断されている患者のうち、咀嚼機能低下(区分番号D011-2に掲げる咀嚼能力検査を算定した患者に限る。)、咬合力低下(区分番号D011-3に掲げる咬合圧検査を算定した患者に限る。)又は低舌圧(区分番号D012に掲げる舌圧検査を算定した患者に限る。)のいずれかに該当するものに対して、継続的な指導及び管理を実施する場合に当該管理料を算定する。(中略)</p> <p>【小児口腔機能管理料】 [算定要件] 注1 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、口腔機能の発達不全を有する<u>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</p>

づく管理計画を作成し、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。	づく管理計画を作成し、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。
--	--

歯科診療所と病院の機能分化・連携の強化	
著しく歯科診療が困難な者に対する歯科診療所と病院が連携した歯科診療を推進する観点から、歯科診療特別対応連携加算の対象となる医療機関に、一定の実績を有する病院を追加するとともに、当該加算の施設基準において、他の歯科医療機関との連携体制の整備を求めることを明確化する。	
旧	新
<p>【歯科診療特別対応連携加算(初診料)】 [算定要件]</p> <p>注10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科診療を実施している他の保険医療機関(診療所に限る。)において注6又は区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する加算を算定した患者に対して、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受けた上で、外来において初診を行った場合は、歯科診療特別対応連携加算として、月1回に限り100点を所定点数に加算する。</p> <p>[施設基準]</p> <p>十一 歯科診療特別対応連携加算の施設基準 (1) 次のいずれかに該当すること。 イ (略) ロ 歯科医療を担当する診療所である保険医療機関であり、かつ、当該保険医療機関における歯科点数表の初診料の注6又は再診料の注4に規定する加算を算定した外来患者の月平均患者数が十人以上であること。 (2)・(3) (略) (新設)</p>	<p>【歯科診療特別対応連携加算(初診料)】 [算定要件]</p> <p>注10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科診療を実施している他の保険医療機関(診療所に限る。)において注6又は区分番号A002に掲げる再診料の注4に規定する加算を算定した患者に対して、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受けた上で、外来において初診を行った場合は、歯科診療特別対応連携加算として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。</p> <p>[施設基準]</p> <p>十一 歯科診療特別対応連携加算の施設基準 (1) 次のいずれかに該当すること。 イ (略) ロ 歯科医療を担当する保険医療機関であり、かつ、当該保険医療機関における歯科点数表の初診料の注6又は再診料の注4に規定する加算を算定した外来患者の月平均患者数が十人以上であること。 (2)・(3) (略) (4) 歯科診療を担当する他の保険医療機関との連携体制が整備されていること。</p>

歯科固有の技術の評価の見直し	
1. 歯冠形成のメタルコア加算について、診療の実態を踏まえ、廃止する。	
旧	新
<p>【メタルコア加算(歯冠形成(1歯につき))】 [算定要件]</p> <p>注7 2のイについて、メタルコアにより支台築造した歯に対するものについては、30点を所定点数に加算する。 8 2のロについて、メタルコアにより支台築造した歯に対するものについては、30点を所定点数に加算する。 9~11 (略)</p>	<p>【メタルコア加算(歯冠形成(1歯につき))】 [算定要件] (削除) (削除) 7~9 (略)</p>
2. 歯周基本治療処置について、診療の内容等も踏まえて廃止するとともに、基本診療料の評価の見直し等を行う。	
旧	新
<p>【歯周基本治療処置(1口腔につき)】 10点</p>	<p>【歯周基本治療処置(1口腔につき)】 (削除)</p>

3. 区分C2(新機能・新技術)で保険適用された新規医療技術について、それぞれ技術料の新設等を行う。	
旧	新
<p>【CAD/CAM冠(1歯につき)】 [算定要件] 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯冠補綴物の設計・製作に要するコンピュータ支援設計・製造ユニット(歯科用CAD/CAM装置)を用いて、<u>臼歯</u>に対して歯冠補綴物(全部被覆冠に限る。)を設計・製作し、装着した場合に限り算定する。</p>	<p>【CAD/CAM冠(1歯につき)】 [算定要件] 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯冠補綴物の設計・製作に要するコンピュータ支援設計・製造ユニット(歯科用CAD/CAM装置)を用いて、<u>歯冠補綴物(全部被覆冠に限る。)</u>を設計・製作し、装着した場合に限り算定する。</p>
<p>(新) <u>チタン冠(1歯につき)</u> 1,200点 (新) <u>磁性アタッチメント(1個につき)</u> 1 磁石構造体を用いる場合 260点 2 キーパー付き根面板を用いる場合 350点</p>	
[算定要件] 有床義歯(区分番号M018に掲げる有床義歯又は区分番号M019に掲げる熱可塑性樹脂有床義歯に限り、区分番号M030の2に掲げる軟質材料を用いる場合において義歯床用軟質裏装材を使用して床裏装を行った場合に係る有床義歯を除く。)に対して、磁性アタッチメントを装着した場合に限り算定する。	
4. 医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、医療技術の評価及び再評価を行い、優先的に保険導入すべきとされた新規技術の保険導入及び既存技術の診療報酬上の評価を行う。	
【診療報酬改定において対応する優先度が高い技術のうち、学会等から医療技術評価分科会に提案があったものの例】	
<p>(1) CAD/CAMインレー (2) 口腔細菌定量検査 (3) 歯科部分パノラマ断層撮影 (4) 広範囲顎骨支持型補綴装置埋入手術における画像等手術支援加算 (5) 顎補綴等の症例に対する直接法における軟質材料の適用拡大 (6) 先天性疾患等に起因した歯科矯正の適応症の拡大 (7) 永久歯萌出不全に起因した咬合異常に対する歯科矯正の適用基準の拡大 (8) チタンによる前歯部レジン前装金属冠 (9) 歯科麻酔管理料における長時間麻酔管理加算</p>	
5. 歯科用貴金属の基準材料価格について、素材価格の変動状況を踏まえ、随時改定の方法などを見直す。	
6. 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した歯科医療の推進及び臨床の実態等の観点から、既存技術の評価の見直しを行う。	
①接着冠	
(新) <u>接着冠(1歯につき)</u>	
1 前歯	370点
2 臼歯	310点
②根面被覆	
(新) <u>根面被覆(1歯につき)</u>	
1 根面板によるもの	190点
2 レジン充填によるもの	106点
③歯周疾患処置	
旧	新

<p>【<u>歯周疾患処置</u>（1口腔1回につき）】</p> <p style="text-align: right;">14点</p>	<p>【<u>歯周病処置</u>（1口腔1回につき）】</p> <p style="text-align: right;">14点</p>
<p>【その他、評価の見直しを行う技術の例】</p> <p>(1) 支台築造印象</p> <p>(2) 有床義歯</p>	