

2022年歯科診療報酬改定の主な改定項目

(2月9日中医協総会資料・歯科関連抜粋)

中医協は2月9日、診療報酬改定にむけた答申をまとめた。歯科関連項目から一部を抜粋し、編集の上掲載する。「個別項目」詳細は、改定特集3～6を参照されたい。

基本診療料

【歯科初診料】	261点	→	264点
【歯科再診料】	53点	→	56点

※施設基準が変更された。改定特集3参照

【歯科診療特別対応連携加算】100点 → 150点
※施設基準が変更された。改定特集3参照

(新) 電子的保健医療情報活用加算(初診時)	7点
(新) 電子的保健医療情報活用加算(再診時)	4点

※施設基準は改定特集6参照

医学管理

【フッ化物洗口指導加算(歯科疾患管理料)】	4歳以上13歳未満	→	4歳以上16歳未満	※対象年齢の見直し
【口腔機能管理料】	65歳以上	→	50歳以上	※対象年齢の見直し
【小児口腔機能管理料】	15歳未満の小児	→	18歳未満の児童	※対象年齢の見直し

在宅医療

【歯科訪問診療料1(20分未満)】	770点	→	880点
【歯科訪問診療料2(20分未満)】	253点		253点
【歯科訪問診療料3(20分未満)】	130点		111点

【在宅療養支援歯科診療所】
※施設基準が変更された。改定特集5を参照。

【歯科疾患在宅療養管理料】			
歯援診1	320点	→	340点
歯援診2	250点	→	230点

【在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】			
0～9歯	350点	→	400点
10～19歯	450点		500点
20歯以上	550点		600点
歯援診1	+125点	→	+145点
歯援診2	+100点	→	+80点

※対象患者が拡大された。改定特集5参照

【小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】			
歯援診1	450点	→	600点
歯援診2	+125点		+145点
歯援診3	+100点		+80点

※対象患者が拡大された。改定特集5参照

(新) 通信画像情報活用加算 +30点
※改定特集5を参照

検査

(新) 口腔細菌定量検査(1回につき) 130点

- 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。
- 同一の患者につき1月以内に口腔細菌定量検査を2回以上行った場合は、第2回目以後の検査については所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。
- 区分番号D002に掲げる歯周病検査又は区分番号D002-5に掲げる歯周病部分的再評価検査を算定した月は、別に算定できない。

画像診断

(新) 歯科部分パノラマ断層撮影(1口腔1回につき) 58点

注射

【静脈内注射(1回につき)】			
6歳未満への加算	32点	→	34点
	45点		48点

投薬

【外来後発医薬品使用体制加算】の届出要件の見直し ※改定特集6参照

処置

【歯髄保護処置(1歯につき)】			
歯髄温存療法	188点	→	190点
直接歯髄保護処置	150点		152点
間接歯髄保護処置	34点		36点

【抜髄(1歯につき)】			
単根管	230点	→	232点
2根管	422点		424点
3根管以上	596点		598点

【感染根管処置(1歯につき)】			
単根管	156点	→	158点
2根管	306点		308点
3根管以上	446点		448点

【根管貼薬処置(1歯1回につき)】			
単根管	30点	→	32点
2根管	38点		40点
3根管以上	54点		56点

【加圧根管充填処置(1歯につき)】			
単根管	136点	→	138点
2根管	164点		166点
3根管以上	208点		210点

(新) Ni-Tiロータリーファイル加算 +150点
※Ni-Tiロータリーファイルを用いて根管治療を行った場合は所定点数に加算する

【歯冠修復物又は補綴物の除去(1歯につき)】			
困難なもの	42点	→	48点
著しく困難なもの	70点		80点

※簡単なものは変更なし

【周術期等専門的口腔衛生処置(1口腔につき)】			
術口衛1	92点	→	100点
術口衛2	100点		110点
【在宅等療養患者専門的口腔衛生処置(1口腔につき)】	120点	→	130点

【機械的歯面清掃処置(1口腔につき)】	70点	→	72点
【非経口摂取患者口腔粘膜処置(1口腔につき)】	100点	→	110点

【歯周ポケット搔把(PCur)(1歯につき)】			
前歯部	60点	→	廃止
小臼歯	64点		
大臼歯部	72点		

【フッ化物歯面塗布処置(1口腔につき)】
在宅療養患者の場合110点 → 初期の根面う蝕に罹患している患者の場合110点
※対象患者の変更については、改定特集4参照。

【歯周基本治療処置(1口腔につき)】10点 → 廃止
【歯周疾患処置(1口腔1回につき)】 → 【歯周病処置】※名称を変更する

【歯周安定期治療(I)】			
1～9歯	200点	→	200点
10～19歯	250点		250点
20歯以上	350点		350点
			か強診療加算 +120点

※「か強診」施設基準が変更された。改定特集3参照

【歯周安定期治療(II)】			
1～9歯	380点	→	廃止
10～19歯	550点		
20歯以上	830点		

手術

【抜歯手術 (1歯につき)】

前歯	155点	}	→	[	160点
臼歯	265点				270点
埋伏歯	1,054点				1,080点
難抜歯加算	+210点				+230点
下顎加算	+120点				+130点

【頬、口唇、舌小帯形成術】 560点 → 630点

【口唇腫瘍摘出術】

粘液嚢のう胞摘出術 910点 → 1,020点

【唾石摘出術 (一連につき)】

表在性のもの 640点 → 720点

【歯肉歯槽粘膜形成手術】

歯肉弁根尖せん側移動術 600点 → 770点

歯肉弁歯冠側移動術 600点 → 770点

【創傷処理】

筋肉、臓器に達しないもの (長径5センチメートル未満) 470点 → 530点

【小児創傷処理】

筋肉、臓器に達しないもの (長径2.5センチメートル未満)	450点	}	→	[	500点
(長径2.5センチメートル以上5 センチメートル未満)	500点				560点

麻酔

【歯科麻酔管理料】

(新) 長時間麻酔管理加算 +5,500点

2 区分番号J018の2、J093及びJ096に掲げる手術に当たって、医科点数表の区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の実施時間が8時間を超えた場合は、長時間麻酔管理加算として、5,500点を所定点数に加算する。

(新) 周術期薬剤管理加算 +75点

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入院している患者に対して、当該保険医療機関の薬剤師が、病棟等において薬剤関連業務を実施している薬剤師等と連携して、周術期に必要な薬学的管理を行った場合は、周術期薬剤管理加算として、75点を所定点数に加算する。

歯冠修復及び欠損補綴

【メタルコア加算 (歯冠形成 (1歯につき))】 30点 → 廃止

【支台築造】

間接法

ファイバーポストを用いた場合

(1) 大白歯	176点	}	→	[	196点
(2) 小白歯及び前歯	150点				170点

直接法

ファイバーポストを用いた場合

(1) 大白歯	154点	}	→	[	174点
(2) 小白歯及び前歯	128点				148点

※間接法、直接法それぞれ材料除く

【支台築造印象】 34点 → 50点

【非金属歯冠修復 (1歯につき)】

レジンインレー

単純なもの	124点	}	→	[	128点
複雑なもの	176点				180点

(新) CAD/CAMインレー (1歯につき) 750点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯冠補綴つ物の設計・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、臼歯に対して歯冠修復物 (全部被覆冠を除く。) を設計・製作し、装着した場合に限り算定する。

(新) レジン前装チタン冠 1,800点

【高強度硬質レジンブリッジ (1装置につき)】 2,500点 → 2,600点

有床義歯

【有床義歯】

1歯から4歯まで	588点	}	→	[	594点
5歯から8歯まで	724点				732点
9歯から11歯まで	962点				972点
12歯から14歯まで	1,391点				1,402点
総義歯	2,172点				2,184点

【熱可塑性樹脂有床義歯】

1歯から4歯まで	642点	}	→	[	630点
5歯から8歯まで	866点				852点
9歯から11歯まで	1,080点				1,064点
12歯から14歯まで	1,696点				1,678点
総義歯	2,704点				2,682点

【鑄造鉤 (1個につき)】

双子鉤	251点	}	→	[	255点
二腕鉤	231点				235点

【線鉤 (1個につき)】

双子鉤	220点	}	→	[	224点
二腕鉤	152点				156点

【コンビネーション鉤 (1個につき)】 232点 → 236点

【間接支台装置 (1個につき)】 109点 → 111点

【バー (1個につき)】

鑄造バー	454点	}	→	[	458点
屈曲バー	264点				268点
保持装置	60点				62点

【有床義歯修理】 252点 → 260点

(新) 磁性アタッチメント (1個につき)

1 磁石構造体を用いる場合	260点 (材料除く)
2 キーパー付き根面版を用いる場合	350点 (材料除く)

2022年歯科診療報酬改定の個別項目

(1月28日中医協総会資料・歯科関連抜粋)

中医協は1月28日、4月改定に向けて「個別項目」をまとめた。歯科関連項目は以下の通り。掲載にあたり、要約、順序を組みかえる等の編集を行った。

院内感染防止対策の推進

【Ⅲ-5-① 歯科診療における院内感染防止対策の推進】

第1 基本的な考え方

歯科外来診療における院内感染防止対策を推進し、新興感染症にも適切に対応できる体制を確保する観点から、歯科初診料における歯科医師及び職員を対象とした研修等に係る要件を見直すとともに、基本診療料の評価を見直す。

第2 具体的な内容

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。

現行	改定案
<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>(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、令和2年6月30日までの間に限り、1の(4)の基準を満たしているものとみなす。</p>	<p>【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、令和5年3月31日までの間に限り、1の(3)及び(4)の基準を満たしているものとみなす。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。</p>
<p>【再診料】</p> <p>1 歯科再診料 53点</p>	<p>【再診料】</p> <p>1 歯科再診料 56点</p>

総合医療管理加算の施設基準廃止

【I-7-⑩ 総合医療管理に係る医科歯科連携の推進】

第1 基本的な考え方

HIV感染症等の口腔に症状が発現する疾患に係る医科歯科連携を推進する観点から、総合医療管理加算等について対象疾患及び対象となる医療機関を見直す。

第2 具体的な内容

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。

- 施設基準を廃止し、全ての歯科医療機関を対象とする。
- 対象患者にHIV感染症患者を追加する。

口機能、小機能の対象患者の拡大

【Ⅲ-5-③ ライフステージに応じた口腔機能管理の推進】

第1 基本的な考え方

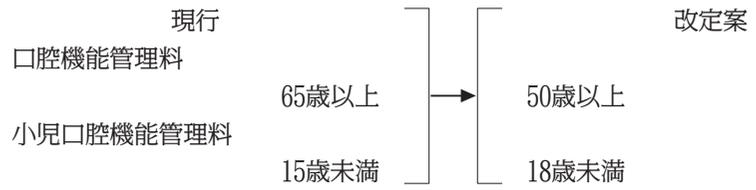
ライフステージに応じた口腔機能管理を推進する観点から、口腔機能管理料及

び小児口腔機能管理料について、口腔機能の低下がみられる年齢等の実態を踏まえ、対象患者を見直す。

第2 具体的な内容

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。

【対象】



特連の届出要件の見直し

【Ⅲ-5-④ 歯科診療所と病院の機能分化・連携の強化】

第1 基本的な考え方

歯科診療所と病院の機能分化・連携の強化を図る観点から、歯科診療特別対応連携加算について、地域における連携状況を踏まえ、評価の在り方を見直す。

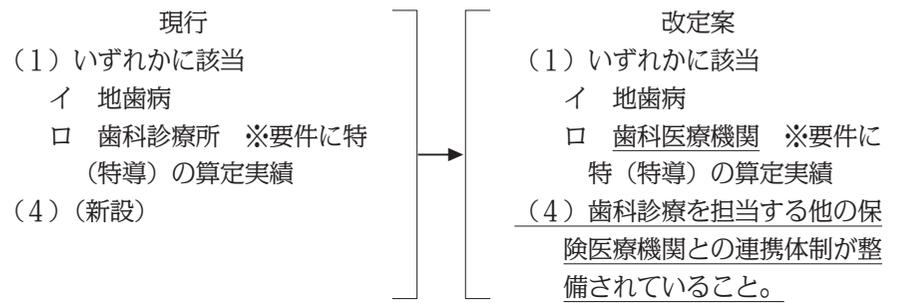
第2 具体的な内容

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。

【点数】



【施設基準】



か強診の届出要件の見直し

【I-5-⑦ かかりつけ歯科医の機能の充実】

第1 基本的な考え方

地域の関係者との連携体制を確保しつつ、口腔疾患の重症化予防や口腔機能の維持・向上を推進する観点から、かかりつけ歯科医の機能の評価について、地域における連携体制に係る要件及び継続的な口腔管理・指導に係る要件を見直す。

第2 具体的な内容

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。

現行	改定案
<p>【かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所】</p> <p>[施設基準]</p> <p>1 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準</p> <p>次の要件のいずれにも該当するものを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。</p> <p>ア 過去1年間に歯周病安定期治療(I)又は歯周病安定期治療(II)をあわせて30回以上算定していること。</p> <p>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。</p> <p>ア~ク (略)</p> <p>(新設)</p> <p>ケ 自治体の実施する事業に協力していること。</p>	<p>【かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所】</p> <p>[施設基準]</p> <p>1 かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準</p> <p>次の要件のいずれにも該当するものを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。</p> <p>ア 過去1年間に歯周病安定期治療又は歯周病重症化予防治療をあわせて30回以上算定していること。</p> <p>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。</p> <p>ア~ク (略)</p> <p>ケ 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</p>

コ・サ (略)	<p>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。</p> <p>コ 自治体が実施する事業(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>
---------	---

SPT(Ⅰ)、(Ⅱ)の廃止統合とF洗、F局の対象変更

【Ⅲ-1-⑭ 歯科口腔疾患の重症化予防の推進】

第1 基本的な考え方

歯科口腔疾患の重症化予防の観点から、歯周病の安定期治療等及びフッ化物洗口指導等について、診療実態を踏まえた見直しを行う。

第2 具体的な内容

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。

現 行	改定案
歯周安定期治療(Ⅱ) 歯周安定期治療(Ⅰ) [算定要件] 2 2回目以降の歯周病安定期治療(Ⅰ)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(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。	削除 歯周安定期治療 [算定要件] 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。
3 (新設)	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。

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。

現 行	改定案
フッ化物洗口指導加算(歯管) [算定要件] 注8 13歳未満のう蝕に罹患している患者であって	フッ化物洗口指導加算(歯管) [算定要件] 注8 16歳未満のう蝕に罹患している患者であって
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 110点 [算定要件] 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、(略)	フッ化物歯面塗布処置(1口腔につき) 2 初期根面う蝕に罹患している患者の場合 110点 [算定要件] 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区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料(注10に規定するエナメル質初期う蝕管理加算を算定した場合を除く。)を算定し、初期の根面う蝕に罹患している65歳以上の患者に対して、(略)

歯科固有の技術に関する項目

【Ⅲ-5-⑤ 歯科固有の技術の評価の見直し】

第1 基本的な考え方

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

第2 具体的な内容

1. 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。

現 行	改定案
メタルコア加算	30点 削除

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。

現 行	改定案
歯周基本治療処置(1口腔につき)	10点 削除

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。

現 行	改定案
【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>臼歯に対して歯冠補綴物(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。	【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。

現 行	改定案
磁性アタッチメント(1個につき) 1 磁石構造体を用いる場合 252点 2 キーパー付き根面板を用いる場合 280点	磁性アタッチメント(1個につき) 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

※現行、改定案ともに材料料を除く点数

(新) チタン冠(1歯につき) 1200点 ※材料料除く

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。

【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) 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料における長時間麻酔管理加算

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) 接着冠(1歯につき)

1 前歯	370点
2 臼歯	310点

②根面被覆

(新) 根面被覆(1歯につき)

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

現 行	改定案
【歯周疾患処置(1口腔1回につき)】	【歯周病処置(1口腔1回につき)】
14点	14点

歯科訪問診療に関する項目

【Ⅰ-6-⑳ 質の高い在宅歯科医療の提供】

第1 基本的な考え方

質の高い在宅歯科医療の提供を推進する観点から、歯科訪問診療や医療機関の実態を踏まえた見直しを行う。

第2 具体的な内容

- 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。

現行	改定案
<p>【歯科訪問診療料(1日につき)】 [算定要件]</p> <p>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、<u>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。</u>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。</p> <p>イ・ロ(略)</p>	<p>【歯科訪問診療料(1日につき)】 [算定要件]</p> <p>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<u>歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3</u>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。</p> <p>イ・ロ(略)</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。

現行	改定案												
<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 border="1"> <tr><td>1 10歳未満</td><td>350点</td></tr> <tr><td>2 10歳以上20歳未満</td><td>450点</td></tr> <tr><td>3 20歳以上</td><td>550点</td></tr> </table> <p>[算定要件]</p> <p>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】</p> <p>450点</p> <p>[算定要件]</p> <p>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 border="1"> <tr><td>1 10歳未満</td><td>400点</td></tr> <tr><td>2 10歳以上20歳未満</td><td>500点</td></tr> <tr><td>3 20歳以上</td><td>600点</td></tr> </table> <p>[算定要件]</p> <p>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】</p> <p>600点</p> <p>[算定要件]</p> <p>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歳に達した日以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。

現行	改定案								
<p>【歯科疾患在宅療養管理料】</p> <table border="1"> <tr><td>1 在宅療養支援歯科診療所1の場合</td><td>320点</td></tr> <tr><td>2 在宅療養支援歯科診療所2の場合</td><td>250点</td></tr> </table> <p>【在宅療養支援歯科診療所】 [施設基準]</p>	1 在宅療養支援歯科診療所1の場合	320点	2 在宅療養支援歯科診療所2の場合	250点	<p>【歯科疾患在宅療養管理料】</p> <table border="1"> <tr><td>1 在宅療養支援歯科診療所1の場合</td><td>340点</td></tr> <tr><td>2 在宅療養支援歯科診療所2の場合</td><td>230点</td></tr> </table> <p>【在宅療養支援歯科診療所】 [施設基準]</p>	1 在宅療養支援歯科診療所1の場合	340点	2 在宅療養支援歯科診療所2の場合	230点
1 在宅療養支援歯科診療所1の場合	320点								
2 在宅療養支援歯科診療所2の場合	250点								
1 在宅療養支援歯科診療所1の場合	340点								
2 在宅療養支援歯科診療所2の場合	230点								

<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 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</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 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>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 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</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 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>
--	---

【Ⅲ-2-⑥ 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】
第1 基本的な考え方

質の高い在宅歯科医療を提供する観点から、訪問歯科衛生指導時に情報通信機器を活用した場合について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

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。

現行	改定案
<p>【歯科訪問診療料(1日につき)】 [算定要件]</p> <p>(新設)</p>	<p>【歯科訪問診療料(1日につき)】 [算定要件]</p> <p>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。</p>

外来後発医薬品使用体制加算の届出要件の見直し

【Ⅳ-1-① 薬局及び医療機関における後発医薬品の使用促進】

第1 基本的な考え方

後発医薬品の更なる使用促進を図る観点から、後発医薬品の調剤数量割合等に応じた評価等について見直しを行う。

後発医薬品の使用数量割合が高い医療機関に重点を置いた評価とするため、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について、後発医薬品の使用数量割合の基準を引き上げる。

こと。
(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。

現 行	改定案
<p>【外来後発医薬品使用体制加算（処方料）】</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 外来後発医薬品使用体制加算1の施設基準</p> <p>イ (略)</p> <p>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八割五分以上であること。</p> <p>ハ・ニ (略)</p> <p>(2) 外来後発医薬品使用体制加算2の施設基準</p> <p>イ (略)</p> <p>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。</p> <p>ハ・ニ (略)</p> <p>(3) 外来後発医薬品使用体制加算3の施設基準</p> <p>イ (略)</p> <p>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以上であること。</p> <p>ハ・ニ (略)</p>	<p>【外来後発医薬品使用体制加算（処方料）】</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 外来後発医薬品使用体制加算1の施設基準</p> <p>イ (略)</p> <p>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。</p> <p>ハ・ニ (略)</p> <p>(2) 外来後発医薬品使用体制加算2の施設基準</p> <p>イ (略)</p> <p>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。</p> <p>(3) 外来後発医薬品使用体制加算3の施設基準</p> <p>イ (略)</p> <p>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。</p> <p>ハ・ニ (略)</p>

オンライン資格確認の推進

【Ⅲ-2-⑬ 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】

(新) 初診料

注14 電子的保健医療情報活用加算 7点

再診料

注18 電子的保健医療情報活用加算 4点

外来診療料

注10 電子的保健医療情報活用加算 4点

[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

[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。

[施設基準]

(1) 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（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。

(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