

令和 6 年 診療報酬・介護報酬改定 主な変更点

令和 7 年 10 月施行内容	4
令和 7 年 10 月から医療 D X 推進体制整備加算の 算定要件が変更になります	4
後期高齢 2 割の患者さんの窓口負担の配慮措置の終了	4
令和 7 年 4 月施行内容	5
◆医療 DX 推進体制整備加算、在宅医療 DX 情報活用加算	5
◆点数の変更	5
◆薬価改定があります	5
令和 7 年 1 月施行内容	6
◆1 月から医療 D X 推進体制整備加算のパーセンテージが引き上げられます	6
令和 6 年 12 月施行内容	7
◆医療情報取得加算（施設基準あり）	7
◆12 月 2 日以降の医療機関等の窓口における資格確認方法	7
令和 6 年 10 月施行内容	8
◆医療 D X 推進体制整備加算（施設基準あり） 初診時	8
◆後発医薬品のある先発医薬品（長期収載品）の選定療養	9
令和 6 年 6 月施行内容	10
施設基準	10
改正にあたり施設基準が変更となったもの	10
施設基準の主な変更点	10
基本診療料	12
◆初再診料	12
医学管理等	15
◆新設された指導管理料で同月に算定ができない項目	15
◆歯科疾患管理料	15
◆小児口腔機能管理料	15
◆口腔機能管理料	15
◆周術期等口腔機能管理計画策定料	16
◆周術期等口腔機能管理料	16
◆回復期等口腔機能管理計画策定料 300 点（1 回限り）新設	17
◆回復期等口腔機能管理料 200 点（月 1 回） 新設	17
◆根面う蝕管理料 30 点（月 1 回）新設 口腔管理体制強化加算 48 点	17
◆エナメル質初期う蝕管理料 30 点（月 1 回） 新設 口腔管理体制強化加算 48 点	17
◆歯科衛生実地指導料 口腔機能指導加算 10 点 新設	18
◆歯科治療時医療管理料	18
◆歯科遠隔連携診療料 500 点（3 月に 1 回）（施設基準有） 新設	18
◆診療情報提供料（I）	18
◆診療情報等連携共有料（3 月に 1 回）	19
◆新製有床義歯管理料	19
◆広範囲顎骨支持型補綴物管理料（要届出：広範囲顎骨支持型装置埋入手術）	19
◆点数の変更のみの指導管理料	19

在宅医療	20
◆歯科訪問診療料	20
◆訪問歯科衛生指導料	21
◆歯科疾患在宅療養管理料	21
◆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	23
◆在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料（月 1 回）新設	23
検査	25
◆口腔細菌定量検査（要届出）（1 回につき）	25
◆咀嚼能力検査（要届出）（1 回につき）	25
◆咬合圧検査（要届出）（1 回につき）	25
◆舌圧検査、小児口唇閉鎖力検査	25
投薬	26
注射	26
リハビリテーション	27
◆摂食機能療法	27
◆歯科口腔リハビリテーション料	27
処置	28
◆薬剤の算定	28
◆初期う蝕早期充填処置	28
◆加圧根管充填処置	28
◆歯周病処置	28
◆歯周基本治療	28
◆歯周病安定期治療（SPT）	28
◆歯周病重症化予防治療	29
◆口腔内装置	29
◆舌接触補助床	29
◆口腔内装置調整・修理	29
◆周術期等専門的口腔衛生処置	30
◆回復期等専門的口腔衛生処置 100 点（月 2 回）新設	30
◆在宅等療養患者専門的口腔衛生処置	30
◆機械的歯面清掃処置	30
◆非経口摂取患者口腔粘膜処置	31
◆口腔バイオフィルム除去処置 110 点（月 2 回）新設	31
◆フッ化物歯面塗布処置	31
◆点数のみ変更の項目	31
手術	32
◆歯周外科手術 歯肉歯槽粘膜形成手術 結合組織移植術 840 点 新設	32
◆点数のみの変更	32
歯冠修復及び欠損補綴	33
通則 7	33
◆クラウン・ブリッジ維持管理料	33
◆ブリッジ支台歯形成加算	33
◆CAD/CAM インレー窩洞形成加算	33
◆う蝕歯インレー修復形成	33
◆特殊印象	33
◆歯科技工士連携加算（印象採得）	33
◆光学印象（要届出）新設	34
◆リテーナー	34
◆内面処理加算 1、2（装着料）	34
◆歯科技工士連携加算（咬合採得）	35

◆仮床試適	35
◆レジン前装金属冠	35
◆レジン前装チタン冠	35
◆CAD/CAM 冠	36
◆CAD/CAM インレー	37
◆小児保険装置	37
◆ブリッジ（カンチレバーブリッジ）	37
◆高強度硬質レジnbrブリッジ	37
◆磁性アタッチメント	37
◆有床義歯修理	38
◆点数のみ変更になった項目	38
◆歯科充填用材料	39
歯科矯正	40
◆歯科矯正診断料	40
◆歯科矯正相談料 新設	40
◆歯科矯正管理料	40
その他 新設	41
◆歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）（1日につき）（要届出）	41
◆歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）（1日につき）（要届出）	42
介護保険	44
◆居宅療養管理指導費・介護予防居宅療養管理指導費	44
労災保険	45

令和 7 年 10 月施行内容

令和 7 年 10 月から医療 D X 推進体制整備加算の 算定要件が変更になります

レセプト件数ベースマイナ保険証利用率

	現行	令和 7 年 10 月 1 日～ 令和 8 年 2 月 28 日	令和 8 年 3 月 1 日～
医 DX1 / 医 DX4	45%	60%	70%
医 DX2 / 医 DX5	30%	40%	50%
医 DX3 / 医 DX6	15%	25%	30%

令和 8 年 5 月 31 日まで延長された措置（在宅医療 D X 情報活用加算と共通）

- ◆ 1 の(5)「国等が提供する電子カルテ情報共有サービスにより取得される診療情報等を活用する体制を有していること」については基準を満たしているものとみなす
- ◆ 1 の(9)のウ「電子処方箋の発行及び電子カルテ情報共有サービスなどの医療 D X にかかる取組を実施している保険医療機関であること。」の事項について、掲示を行っているものとみなす

後期高齢 2 割の患者さんの窓口負担の配慮措置の終了

令和 4 年 10 月 1 日から後期高齢者で窓口負担割合が 2 割になった方の外来の負担増加を月 3,000 円までに抑える配慮措置が令和 7 年 9 月 30 日で終了します。

令和 7 年 4 月施行内容

◆医療 DX 推進体制整備加算、在宅医療 DX 情報活用加算

	電子処方箋 発行体制有り	電子処方箋 発行体制無し	マイナ保険証利用率 (令和 7 年 4～9 月)
点 数	医 DX 1 11 点	医 DX 4 9 点	45%
	医 DX 2 10 点	医 DX 5 8 点	30%
	医 DX 3 8 点	医 DX 6 6 点	15%
	在 DX 1 9 点	在 DX 2 8 点	-
	電子処方箋を発行する体制又は調剤情報を電子処方箋管理サービスに登録する体制を有している (院外処方を行う場合には、原則として、電子処方箋を発行し、又は引換番号が印字された紙の処方箋を発行し処方情報の登録を行っている) ※院内処方については、一部の医科医療機関でのプレ運用中です	電子処方箋要件なし	利用率実績： 令和 7 年 1 月～
届 出	令和 7 年 4 月 1 日までに新たな様式による 届出直しが必要	届出直しは不要	-
	令和 7 年 3 月 31 日時点で既に医療 DX 推進体制整備加算の施設基準を届け出ている保険医療機関は、マイナ保険証利用率の実績が、加算 1～6 のいずれの基準にも満たない場合であっても、届出直しは不要だが、この場合は当該加算を算定することはできない。		

- ・マイナ保険証利用率は、その時点で算出されている過去 3 か月間で最も高い「レセプト件数ベースマイナ保険証利用率」率を用いて算定が可能
- ・医療 DX 推進体制整備加算を算定する月の 3 月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる

診療月	過去 3 か月間			前々月	その前月
4 月	3 月	2 月	1 月	12 月	11 月


◆点数の変更

改定前	改定後
歯科衛生実地指導 実地指の口腔機能指導加算 10 点	歯科衛生実地指導 実地指の口腔機能指導加算 12 点
歯科技工士連携加算 歯科技工士連携加算 1 (印象採得) 50 点 歯科技工士連携加算 2 (印象採得) 70 点	歯科技工士連携加算 歯科技工士連携加算 1 (印象採得) 60 点 歯科技工士連携加算 2 (印象採得) 80 点
ペリオクリン歯科用軟膏 10mg0.5 g 1 シリンジ 53 点 2 シリンジ 107 点	ペリオクリン歯科用軟膏 10mg0.5 g 1 シリンジ 52 点 2 シリンジ 104 点

◆薬価改定があります

令和7年1月施行内容

◆1月から医療DX推進体制整備加算のパーセンテージが引き上げられます

	令和6年10月～12月		令和7年1月～
医DX1	15%以上		30%以上
医DX2	10%以上		20%以上
医DX3	5%以上		10%以上

※電子処方箋の導入についての経過措置は、令和7年3月31日までです。

電子処方箋を導入していない場合、令和7年4月以降は算定できなくなります。

マイナ保険証利用率について①

ポイント

- マイナ保険証利用率には2種類ある。①（レセプト件数ベース）が基本だが、②の方が迅速に把握できるため、来年1月までに限り、②を用いることも出来る。
- 利用率は支払基金から毎月通知される。
「医療機関等向け総合ポータルサイト」にログインして確認することも可能。

① レセプト件数ベース利用率 （2か月後に把握可能→実績を3か月後から反映可能）

支払基金から毎月、各医療機関・薬局にメールで通知されている

= マイナ保険証の利用者数の合計 ÷ レセプト枚数※

② オンライン資格確認件数ベース利用率 （1か月後に把握可能→実績を2か月後から反映可能）

今後、支払基金から本利用率の数字も通知予定。

= マイナ保険証の利用件数 ÷ オンライン資格確認等システムの利用件数

①が基本だが、来年1月までに限り、①だけでなく、②の利用率を用いることができる

7

マイナ保険証利用率について②

ポイント

- 原則としては、適用時期の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いる。
ただし、令和6年10月～令和7年1月は、適用時期の2月前のオンライン資格確認件数ベースマイナ保険証利用率を用いることもできる。
- 適用月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率 又は 2月前のオンライン資格確認件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月及び前々月のマイナ保険証利用率を用いることも可能であること。

参照可能なマイナ保険証利用率の実績

	レセプト件数ベース	オンライン資格確認件数ベース
10月適用分	5～7月の最高値	6～8月の最高値
11月適用分	6～8月の最高値	7～9月の最高値
12月適用分	7～9月の最高値	8～10月の最高値
1月適用分	8～10月の最高値	9～11月の最高値
2月適用分	9～11月の最高値	（経過措置終了）
3月適用分	10～12月の最高値	（経過措置終了）
...

来年1月適用分までは、2つのうちいずれか高い方を用いることができる

8


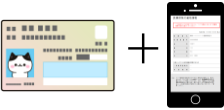

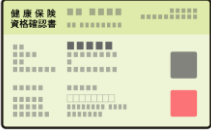
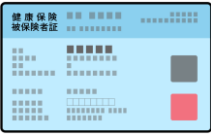
令和 6 年 12 月施行内容

◆医療情報取得加算（施設基準あり）

改定前			改定後	
初診時	医療情報取得加算 1	3 点	➡	初診時 医療情報取得加算 1 点
	医療情報取得加算 2	1 点		
再診時	医療情報取得加算 3 (1 回/3 月)	2 点		再診時 医療情報取得加算 (1 回/3 月) 1 点
	医療情報取得加算 4 (1 回/3 月)	1 点		

施設基準の変更はありません。

◆12 月 2 日以降の医療機関等の窓口における資格確認方法

マイナンバーカード（マイナ保険証）		
	マイナンバーカード	12 月 2 日以降、電子証明書の有効期限が過ぎても 3 か月間は引き続き資格確認を受けることが可能になります。 電子証明書の有効期限の 3 か月前～有効期限後 3 か月まで、アラートが表示されます。 電子証明書の更新手続きはお住まいの市区町村窓口となります。
マイナ保険証で資格確認ができなかった場合 ※ネットワーク障害やカード自体が読み取れない場合など 喪失していない資格情報であることを患者に口頭で確認してください		
	マイナンバーカードとスマホのマイナポータル画面	窓口でスマートフォンの画面（マイナポータルの健康保険証画面）を提示して確認 マイナポータルの健康保険証の資格情報画面からダウンロードされた PDF でも OK です。
	マイナンバーカードと資格情報のお知らせ	「資格情報のお知らせ」だけでは資格確認にはなりません。何らかの理由でマイナンバーカードでの確認ができなかった場合に マイナ保険証と一緒に提示 することで受診可能となります。
マイナンバーカードを持っていない場合		
	資格確認書	資格確認書でも保険証と同様に医療を受けることが可能です。 当面の間はマイナ保険証を持っていない方には現行の健康保険証の期限が切れるまでに、申請がなくても交付されます。OCR で読取り可能です。
	健康保険証	有効期限が記載されていないもの (健康保険・共済組合など) 令和 7 年 12 月 1 日まで有効（1 年間）
		有効期限が記載されているもの (国民健康保険証) 記載された有効期限まで有効

※マイナ保険証がない場合、高齢受給者証、限度額適用・標準負担額減額認定証、限度額適用認定証、特定疾病療養受療証の提示が必要になります。

上記の方法で資格確認が行えない場合、患者さんに 3 割を負担していただき「被保険者資格申立書」に記載してもらうこととなりますが、過去に受診歴がありその時から資格情報が変わっておらず、「被保険者資格申立書」の内容が確認できている場合は記載する必要はありません。

令和 6 年 10 月施行内容

◆医療 D X 推進体制整備加算（施設基準あり） 初診時

改定前		改定後	
医療 D X 推進体制整備加算	6 点	医療 D X 推進体制整備加算 1	9 点
		医療 D X 推進体制整備加算 2	8 点
		医療 D X 推進体制整備加算 3	6 点

疑義解釈が発表されました

（1）届出について

既に届出ている医療機関は改めて届出を行う必要はありませんが、マイナ保険証利用率要件が基準に満たない場合には、10 月 1 日以降、医療 D X 推進体制整備加算を算定できなくなります。

（2）マイナ保険証利用率を適用できる月について

レセプト件数ベースマイナ保険証利用率は 3 か月前の利用率を適用しますが、5～3 か月前の 3 月の間の一番高い利用率を適用して算定が可能です。

例えば令和 6 年 10 月分の当該加算算定におけるマイナ保険証利用率については、同年 7 月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率が適用されるが、同年 5 月あるいは 6 月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることが出来る。

また、令和 6 年 10 月から令和 7 年 1 月までの経過措置期間においては、例えば令和 6 年 10 月分の当該加算算定において、同年 8 月のオンライン資格確認件数ベースの利用率を用いることができるが、同年 6 月あるいは 7 月のオンライン資格確認件数ベースの利用率を用いることが出来る。

（3）マイナ保険証利用率の通知について

社会保険診療報酬支払基金から毎月中旬頃に電子メールにより通知される予定です。なお、「医療機関等向け総合ポータルサイト」にログインして確認することも可能です。

（参考）医療機関等向け総合ポータルサイト <https://iryohokenjyoho.service-now.com/csm>

[施設基準]

以下の項目は変更がなく医 D X 1～医 D X 3 で共通です。

オンライン請求を行っている、オンライン資格確認を行う体制を行う体制を有している、オンライン資格確認等システムの活用により患者の診療情報等を診察室等において医師等が閲覧し又は活用できる体制を有している、電子処方箋により処方箋を発行できる体制を有している、国等が提供する電子カルテ情報共有サービスにより取得される診療情報等を活用する体制を有している、医療 D X 推進の体制について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示し、原則として、ウェブサイトに掲載している。

医 D X 1

- （1）3 月前のマイナ保険証利用率 令和 6 年 10 月 1 日～令和 6 年 12 月 31 日 15%以上
令和 7 年 1 月以降 30%以上
- （2）マイナポータルでの診療情報等に基づき、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。

医 D X 2

- （1）3 月前のマイナ保険証利用率 令和 6 年 10 月 1 日～令和 6 年 12 月 31 日 10%以上
令和 7 年 1 月以降 20%以上
- （2）マイナポータルでの診療情報等に基づき、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。

医 D X 3

- （1）3 月前のマイナ保険証利用率 令和 6 年 10 月 1 日～令和 6 年 12 月 31 日 5%以上
令和 7 年 1 月以降 10%以上

算定の設定について

算定時の設定のしかたについては、9 月のバージョンアップ時に改めてご案内いたします。

◆後発医薬品のある先発医薬品（長期収載品）の選定療養

令和 6 年 10 月から後発医薬品(ジェネリック医薬品)があるお薬で、先発医薬品の処方を患者さんが希望される場合は、特別の料金（価格差の 4 分の 1 相当の料金＋消費税）の支払が発生します。

処方せんの場合は薬局で費用を支払いますが、院内処方の場合でも決められた負担金額の他に「選定療養」として費用が発生します。

※療養上必要な場合、院内に置いてある薬が先発医薬品 1 種類しかない場合などは、費用は発生しません。
（その旨、摘要記載します）

※先発医薬品を処方する場合は、理由の摘要記載が必要になります。

※該当する主な薬剤：

クラビット細粒 10 %、クラビット錠 500 mg、ジスロマック細粒小児用 10 %、ジスロマック錠 250 mg、セフゾン細粒小児用 10 %、セルベックス細粒 10 %、バルタレン錠 25 mg、ロキソニン細粒 10 %

詳細は厚労省の Web サイトでご確認ください。

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_39830.html

令和 6 年 6 月施行内容

施設基準

令和 6 年 6 月診療分の施設基準の届出に係る届出の提出期間は、**令和 6 年 5 月 2 日から 6 月 3 日まで**です。
混雑が予想されるため**可能な限り令和 6 年 5 月 17 日までに**届出をお願いします。

改正にあたり施設基準が変更となったもの

※3 月 31 日に外来環、か強診が届出されている状態であれば、令和 7 年 5 月 31 日まで経過措置があるため令和 6 年 6 月 1 日の提出は不要です。

※新規開業等で令和 6 年 4 月 1 日以降に外来環、か強診の届出を行った場合は令和 6 年 6 月 3 日までの再提出が必要です。

名 称	再届出時期	条件等（令和 6 年 3 月 31 日時点で届出済）
歯科外来診療医療安全対策加算 1	令和 7 年 6 月 1 日	歯科外来診療環境体制加算 1 を届出ている医療機関が令和 7 年 6 月 1 日以降も算定する場合
歯科外来診療医療安全対策加算 2 （病院のみ）		歯科外来診療環境体制加算 2 を届出ている医療機関が令和 7 年 6 月 1 日以降も算定する場合
歯科外来診療感染対策加算 1		歯科外来診療環境体制加算 1 を届出ている医療機関が令和 7 年 6 月 1 日以降も算定する場合
歯科外来診療感染対策加算 3 （病院のみ）		歯科外来診療環境体制加算 2 を届出ている医療機関が令和 7 年 6 月 1 日以降も算定する場合
口腔管理体制強化加算 （口管強の注 3）		かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所を届出ている医療機関が令和 7 年 6 月 1 日以降も算定する場合

施設基準の主な変更点

施設基準全般に「Web サイトへの掲示」が追加されています。

※自身が管理している Web サイトがない場合は不要です。

※歯科外来診療環境体制加算は「歯科外来診療医療安全対策加算」と「歯科外来診療感染対策加算」の 2 つに別れました。

【小児口腔機能管理料の注 3】（旧 か強診）

過去 1 年間の実績

- エナメル質初期う蝕管理料と根面う蝕管理料 **合計 12 回以上**
（初期う蝕と F 局 合計 10 回以上から変更）
- 歯科疾患管理（口腔機能発達不全症または口腔機能低下症の管理）、口腔機能指導加算（実地指）、小児口腔機能管理料、口腔機能管理料、歯科口腔リハビリテーション料 3 **合計 12 回以上**
- 以下の①②のどちらかに該当（①の条件だけだったのが②の条件が追加された）
 - ①過去 1 年間の歯科訪問診療 1、2、3 の算定回数、連携する在宅療養支援歯科診療所 1、2 若しくは在宅療養支援歯科病院に依頼した歯科訪問診療の回数 **合計 5 回以上**
 - ②連携する歯科訪問診療を行う別の医療機関や地域の在宅医療の相談窓口とあらかじめ協議し、歯科訪問診療に係る十分な体制が確保
- 歯科疾患の重症化予防に資する継続管理（エナメル質初期う蝕管理、根面う蝕管理及び口腔機能の管理を含むもの）並びに高齢者・小児の心身の特性及び緊急時対応等に関する適切な研修を修了した歯科医師が 1 名以上在籍（Ce 管、根 C 管、小児の患者が対象として追加された）
- クラウン・ブリッジ維持管理の届は不要となった

※小児口腔機能管理料の注 3 の届出で算定できる「口腔管理体制強化加算」が加算可能な指導管理料

小児口腔機能管理料、口腔機能管理料、根面う蝕管理料、エナメル質初期う蝕管理料、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、SPT

【情報通信機器を用いた診療】

改定後	
情報通信機器を用いた歯科診療の初診料	233 点
情報通信機器を用いた歯科診療の再診料	51 点
情報通信機器を用いた医学管理	
小児口腔機能管理料の加算	53 点
口腔機能管理料の加算	53 点
歯科特定疾患療養管理料の加算	148 点

- インフルエンザ、感染症などで対面の診療が困難な場合に初診料、再診料として算定する
- 原則として、保険医療機関に所属する保険医が保険医療機関内で実施し、診療内容、診療日及び診療時間等の要点を診療録に記載する
- 患者の急変時等の緊急時は、原則として、当該保険医療機関が必要な対応を行う（緊急時については事前に受診可能な医療機関を患者に説明した上で、かかりつけ歯科医がいる場合は歯科医師の所属医療機関名、いない場合は適切な受診医療機関を診療録に記載
- 日本歯科医学会が作成した「歯科におけるオンライン診療に関する基本的な考え方」等を踏まえ、歯科オンライン指針に沿った適切な診療、処方であることを診療録に記載する
- 小児口腔機能管理料、口腔機能管理料、歯科特定疾患療養管理料の加算は、当該管理料を過去に算定した患者で、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患者について診療を行った場合に算定する
- 予約に基づく診察による特別の料金は徴収できない
- 情報通信機器の運用に要する費用は療養の給付とは別に費用を徴収できる

- 【施設基準】
- 歯科オンライン指針に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること
 - 保険医療機関外で診療を実施することがあらかじめ想定される場合においては、実施場所が厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に該当しており、事後的に確認が可能であること
 - 対面診療を適切に組み合わせて行うことが求められていることを踏まえて、対面診療を提供できる体制を有すること
 - 患者の状況によって当該保険医療機関において対面診療を提供することが困難な場合に、他の保険医療機関と連携して対応できること
 - 小児口腔機能管理料、口腔機能管理料、歯科特定疾患療養管理料の加算については初再診についての届出を行っていれば届出の必要はない

※令和 6 年 6 月診療分の施設基準の届出に限っては、「初診料の注 16 及び再診料の注 12 に掲げる情報通信機器を用いた歯科診療の施設基準に係る届出書添付書類」（様式 4 の 3）に受講番号等を記載する代わりに、厚生労働省医政局歯科保健課または日本歯科医師会が実施するオンライン診療に係る研修を 6 月中に受講予定である旨を記載すれば良い。

ただし、令和 6 年 7 月診療分以降も引き続き施設基準を満たす場合には、当該研修を受講の上、再度、施設基準に係る届出を行う必要がある。

基本診療料

◆初再診料

改定前		改定後
歯科初診料	264 点	歯科初診料 267 点 未届出は変更なし
歯科外来診療環境体制加算 1 新設	23 点	① 歯科外来診療医療安全対策加算 1 12 点 ② 歯科外来診療感染対策加算 1 12 点
医療情報・システム基盤整備体制充実加算 1 医療情報・システム基盤整備体制充実加算 2 新設	4 点 2 点	③ 医療情報取得加算 1 3 点 医療情報取得加算 2 1 点 ④ 医療 D X 推進体制整備加算 6 点
歯科再診料	56 点	歯科再診料 58 点 未届出は変更なし
再診時歯科外来診療環境体制加算 1 新設	3 点	① 歯科外来診療医療安全対策加算 1 2 点 ② 歯科外来診療感染対策加算 1 2 点 ③ 医療情報取得加算 3 (1 回/3 月) 2 点 医療情報取得加算 4 (1 回/3 月) 1 点
新設		
歯科診療特別対応加算 175 点 初診時歯科診療導入加算 250 点 新設 新設		初再診 共通の加算 ⑤ 歯科診療特別対応加算 1 175 点 歯科診療特別対応加算 2 250 点 歯科診療特別対応加算 3 500 点 歯科診療特別対応加算 時間加算 1 時間を超えたら 30 分ごとに +100 点
新設		⑥ 情報通信機器を用いた歯科診療 初診 233 点 再診 51 点

「歯科外来診療環境体制加算」が「歯科外来診療医療安全対策加算」と「歯科外来診療感染対策加算」の 2 つに分かれた。初診時に 1 回限りの算定、外来診療のみで在宅診療では算定できない

【①歯科外来診療医療安全対策加算 1】(要届出) 新設 (旧 外来環)

- 歯科外来診療医療安全対策加算 1 は診療所、歯科外来診療医療安全対策加算 2 は病院で算定する

※歯科点数表の初診料の注 1 (感染症対策) の届出と歯科用吸引装置の設置は新設された「歯科外来診療感染対策加算 1」へ移動した

【施設基準】 ● 医療安全管理者の配置

- 公益財団法人日本医療機能評価機構が行う「歯科ヒヤリ・ハット事例収集等事業」へ登録し継続的に医療安全対策等に係る情報収集を行っているか、または歯科外来診療において発生した医療事故、インシデント等を報告・分析し、改善を実施する体制を整備していること
- 院内掲示・ウェブサイトへの掲載が必要

【②歯科外来診療感染対策加算 1】(要届出) 新設 (旧 外来環)

【施設基準】 ● 歯科点数表の初診料の注 1 に係る施設基準の届出を行っていること

- 歯科医師が複数名配置されているか、又は 1 名以上の歯科医師と歯科衛生士若しくは院内感染防止対策に係る研修を受けた者が 1 名以上配置されていること
- 院内感染管理者が配置されていること
- 歯科用吸引装置等により、歯科ユニット毎に歯の切削時等に飛散する細かな物質を吸収できる環境がある

【歯科外来診療感染対策加算 2（主なもの）】（要届出）新設**【施設基準】** ● 歯科外来診療感染対策加算 1 の施設基準を満たしている

- 新型インフルエンザ等感染症等の発生時に、感染症患者の受け入れのために汚染区域や清潔区域のゾーニング等を行うことができる体制があり、受け入れができること
- 新型インフルエンザ等感染症等発生時の事業継続計画を策定していること

【③医療情報取得加算】（旧 医シ加算）（施設基準有）新設

「医シ加算」の名称が変更され、再診時の点数が復活した

- 初診時：オンライン資格確認で情報取得した場合は医情 2、問診表等からは医情 1
- 再診時：オンライン資格確認で情報取得した場合は医情 4、問診表等からは医情 3
- 算定するには再診時にも問診を取る必要があるが、オンライン資格確認で取得できた内容は省いてよい

医療情報取得加算 2、4 を算定する場合	医療情報取得加算 1、3 を算定する場合
①オンライン資格確認で照会したが情報が存在していなかった ②別の医療機関からの情報提供があった	①患者が部分的に同意しなかった場合 ②カードの電子証明書が切れていたり、カードの破損で読み取れなかった場合

- 電話再診の場合は算定できない同月内の算定が認められるケース
初診時に医情 1 または医情 2 を算定し、同月の再診時に医情 3 または医情 4 の算定
医情 3 または医情 4 を算定しその後治療が終了した月に、新たな疾患で初診を算定した場合の医情 1 または医情 2
- 医情 3、医情 4 は 3 か月に 1 回であるため医情 3 を算定して 3 か月未満の場合、医情 4 は算定できない（逆も同じ）

【施設基準】 ● オンライン資格確認、オンライン請求を行っている医療機関

- 服用薬や特定健診などの十分な情報を取得して診療を行った場合
- 届出は必要ないが院内掲示・ウェブサイトへの掲載が必要（管理するウェブサイトがない場合は不要）

【④医療 D X 推進体制整備加算】（要届出）新設**【施設基準】** ● オンライン資格確認、オンライン請求を行っている医療機関

- 薬剤情報などの取得した情報を診療室で歯科医師が閲覧できる体制になっている
- 電子処方箋を発行できる体制を有している※1
- 国等が提供する電子カルテ情報共有サービスの診療情報等を活用する体制を有している※2
- マイナ保険証の利用率が一定割合以上ある（令和 6 年 10 月 1 日から適用）
- 電子処方箋の発行及び電子カルテ情報共有サービスなどの医療 D X にかかる取組を実施している※2
- 院内への掲示、ウェブサイトへの掲載

● 経過措置

※1 令和 7 年 3 月 31 日まで基準を満たしているとみなされ届出時点で未導入であっても算定可能
経過措置終了後も電子処方箋が未導入の場合は算定できない

※2 令和 7 年 9 月 30 日まで基準を満たしているとみなされ、届出時点で具体的な導入予定等が不明であっても算定可能

【⑤歯科診療特別対応加算】

「著しく歯科診療が困難な者」の「歯科診療特別対応加算 175 点」「初診時歯科診療導入加算 250 点」がそれぞれ歯科診療特別対応加算 1、2 として統合され、感染症の患者には歯科診療特別対応加算 3 の 500 点が新設されました。再診時は 175 点の加算しかありませんでしたが、初診・再診とも該当患者に特 1～特 3 の加算が算定できます。

- 「著しく歯科診療が困難な者」な患者に「人工呼吸器を使用している状態又は気管切開等」「強度行動障害の状態」が追加され、「喘息患者等」は「呼吸器疾患等」に変更
- 歯科診療特別対応加算 2 は個室若しくは陰圧室において診療を行った場合も算定できる
- 歯科診療特別対応加算 3 は感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第 6 条第 7 項に規定する新型インフルエンザ等感染症、同条第 8 項に規定する指定感染症又は同条第 9 項に規定する新感染症の患者に対して算定し、カルテに病名を記載する
- 診療時間が 1 時間を超える場合、30 分ごとに 100 点の加算が算定できるようになった

【⑥情報通信機器を用いた歯科診療】（要届出）新設

- インフルエンザ、感染症などで対面の診療が困難な場合に初診料、再診料として算定する
- 厚労省の「歯科オンライン指針」に沿って情報通信機器を用いた診療を行い、診療内容、診療日及び診療時間等の要点を診療録に記載する
- 情報通信機器の運用に要する費用は別に徴収が可能

【施設基準】 ● 歯科オンライン指針に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること

- 初診料の注 16 及び再診料の注 12 に規定する施設基準の届出を行っていること

- 情報通信機器を用いた診療を行うにつき以下のような十分な体制が整備されている
対面診療を提供できる体制を有すること

患者の状況によって対面診療を提供することが困難な場合に、他の保険医療機関と連携して対応できること

医学管理等

◆新設された指導管理料で同月に算定ができない項目

● 周術期等口腔機能管理料（Ⅳ）、回復期等口腔機能管理料と同月に算定不可

歯科疾患管理料、小児口腔機能管理料、口腔機能管理料、周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）～（Ⅳ）、歯科特定疾患療養管理料、歯科治療時医療管理料、歯科疾患在宅療養管理料、在宅患者歯科治療時医療管理料、歯科矯正管理料

● 回復期等口腔機能管理計画策定料と同月に算定不可

周術期等口腔機能管理計画策定料、開放型病院共同指導料（Ⅱ）、がん治療連携計画策定料、診療情報提供料（Ⅰ）の注 5 に規定する加算、退院時共同指導料 2

◆歯科疾患管理料

- 口腔機能低下症又は口腔機能発達不全症の患者の管理計画で、口腔機能の回復もしくは維持・向上又は獲得を目的とした管理を行う場合は、口腔機能の検査の結果を踏まえた治療方針を含むこと

● 総合医療管理加算（医管）

対象の患者に「抗血小板剤投与中」「認知症」「神経難病の患者」「指定感染症」「新興感染症」が追加された

● 長期管理加算

「か強診の場合」の届出が小児口腔機能管理料の注 3 の届出へ変更された

- 歯科矯正相談料を算定したが保険矯正に該当しない場合は、歯科矯正相談料と同日に歯管の算定が可能
- エナメル質初期う蝕管理加算は「エナメル質初期う蝕管理料」へ移行したため廃止された

◆小児口腔機能管理料

改定前			改定後	
小児口腔機能管理料	100 点	➡	小児口腔機能管理料	60 点
新設			口腔管理体制強化加算	50 点
新設			情報通信機器を用いた医学管理	53 点

- 算定要件が「療養上必要な指導」から「当該管理計画に基づき、口腔機能の管理」へ変更

● 口腔管理体制強化加算（月 1 回）（要届出）新設

小児口腔機能管理料の注 3 を届出ている医療機関で口腔機能の管理を行った場合

● 情報通信機器を用いた医学管理（月 1 回）（要届出：初診料の注 16 及び再診料の注 12 の届）

過去に小児口腔機能管理料を算定した患者に対して歯科オンライン指針に沿って診療を行った場合届出をしていれば口腔管理体制強化加算も算定できる

※初診料の注 16、再診料の注 12 は感染防止対策です。

小児口腔機能管理料の注 3 の施設基準については 10 ページを参照

◆口腔機能管理料

改定前			改定後	
口腔機能管理料	100 点	➡	口腔機能管理料	60 点
新設			口腔管理体制強化加算	50 点
新設			情報通信機器を用いた医学管理	53 点

- 算定要件が「療養上必要な指導」から「当該管理計画に基づき、口腔機能の管理」へ変更

- 算定要件の検査は「咀嚼能力検査 1」「咬合圧検査 1」に変更されているが、以前の「咀嚼能力検査」「咬合圧検査」と同様であるため実質的な変更はない
- **口腔管理体制強化加算（要届出）、情報通信機器を用いた医学管理（要届出：初診料の注 16 及び再診料の注 12 の届）**の算定条件は小児口腔機能管理料と同様

◆周術期等口腔機能管理計画策定料

- がん等に係る手術でも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られた
- がん・放射線治療・化学療法・緩和ケア以外の治療に「集中治療室での治療」が追加された
- 顎口腔機能診断料を算定し顎離断等の手術に係る管理計画（顎変形症に係る治療計画書）を策定した場合は、所定点数の 100 分の 50 で算定（当該顎離断等の手術に当たって、全身的な管理が必要な患者に対して、当該管理計画を策定した場合を除く）
- 患者の全身的な疾患及び当該疾患に係る術中や術後の管理上の留意点等について計画書に記載する

◆周術期等口腔機能管理料

改定前		改定後
周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）	➡	周術期等口腔機能管理料（Ⅰ） 点数変更なし
周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）		周術期等口腔機能管理料（Ⅱ） 点数変更なし
周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）		周術期等口腔機能管理料（Ⅲ） 点数変更なし
新設		長期管理加算 50 点
		周術期等口腔機能管理料（Ⅳ） 200 点
		長期管理加算 50 点

- **周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）**
歯科疾患に係るがん手術の場合は入院期間が 2 日を超えないと算定できなくなった
算定要件の「脳卒中等による緊急手術」が「緊急手術」に変更された
顎口腔機能診断料を算定し顎離断等の手術に係る管理計画（顎変形症に係る治療計画書）を策定した歯科医師が口腔管理を行う場合は算定できなくなった
- **周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）**
歯科疾患に係るがん手術の場合は入院期間が 2 日を超えないと算定できなくなった
- **周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）**
がん等に係る放射線治療・化学療法・緩和ケアのほか、集中治療室での治療後の一連の治療を実施している患者も対象となった
- **周術期等口腔機能管理料（Ⅳ）（月 1 回、周計の算定月から 3 月以内は月 2 回）新設**
入院中のがん等に係る放射線治療、化学療法（予定も含む）、緩和ケア、集中治療室での治療後の一連の治療を実施している患者が対象
- **長期管理加算 新設**
周術期等口腔機能管理計画策定料から 6 月以上経過した場合に周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）、（Ⅳ）に対して加算し、診療録へ説明した要点を記載する
他院で周術期等口腔機能管理計画策定料を算定している場合は、周術期等口腔機能管理計画策定料を算定している月から 6 月を起算する（提供文書で起算月を確認する）
入院と外来を行き来するような場合や令和 6 年 5 月 31 までに計画策定料を算定していた場合も、周術期等口腔機能管理計画策定料の算定を起算月とする
- 周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）と周術期等口腔機能管理料（Ⅳ）の同月内の算定は可能

◆回復期等口腔機能管理計画策定料 300 点（1 回限り）新設

- 療養病棟、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟に入院している患者に対して医療機関からの依頼文書に基づき、ADL の向上のためにリハビリテーションや栄養管理に係る医療関係職種等と連携し、患者の口腔機能を管理するため患者の同意を得た上で、回復期等の口腔機能の評価及び一連の口腔機能の管理計画を策定し管理計画書を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
- 歯科診療を実施している保険医療機関において管理計画書を策定し、リハビリテーション等を実施する場合や、管理計画書を策定した保険医療機関が管理を行う場合は、管理計画書の提供は不要
- 管理計画書には①基礎疾患の状態・生活習慣、②口腔内の状態及び口腔機能の状態等、③回復期等の口腔機能の管理において実施する内容、④リハビリテーション等に係る患者の日常的なセルフケアに関する指導方針、⑤その他必要な内容、⑥保険医療機関名及び当該管理を行う歯科医師の氏名等の情報を記載し、当該管理計画書の内容又はその写しを診療録に記載又は添付する
- 回復期等の口腔機能の管理計画の策定を適切に行うため、定期的に回復期等の多職種連携等に関する講習会や研修会等に参加し、必要な知識の習得に努める

◆回復期等口腔機能管理料 200 点（月 1 回）新設

- 療養病棟、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟に入院している、回復期等口腔機能管理計画策定料を算定した患者に対して、管理計画に基づき歯科医師による必要な口腔機能の管理を行い、管理報告書を作成し患者に提供した場合に算定する
- 管理報告書には、①口腔内の状態及び摂食・嚥下機能等の状態の評価、②具体的な実施内容や指導内容、③その他必要な内容を記載して患者に提供し、内容又はその写しを診療録に記載又は添付する。患者の状態に大きな変化がない場合は、3 月に 1 回以上管理報告書を提供する
- 患者の状態等に変化が生じた場合は必要な管理計画の修正を行い、管理報告書にその内容を記載の上、患者に提供する
- 回復期等の口腔機能の管理を行うに当たっては、一連の管理中においては患者の主治医や日常の療養上の世話を行う看護師等との間で実施内容や注意事項等の情報の共有に努める
- う蝕などの歯科病名がない場合は、「回復期口腔機能管理中」の病名で管理する

◆根面う蝕管理料 30 点（月 1 回）新設

口腔管理体制強化加算 48 点

- 初期の根面う蝕とは、露出した歯の根面に生じ、変色を認めるがう窩はない又はあってもごく小さい、表面が硬く、滑沢で光沢がある初期のう蝕のこと
- 65 歳以上または在宅の患者でう蝕の進行抑制を目的として実施した場合に算定する
- 患者等に説明した内容の要点を診療録に記載する
関係学会より示されている「初期根面う蝕の管理に関する基本的な考え方」（令和 6 年 3 月日本歯科医学会）を参考とすること
- 根面う蝕管理料を算定した日に行った機械的歯面清掃処置又はフッ化物歯面塗布処置は別に算定できる
- 口腔管理体制強化加算は、小児口腔機能管理料の注 3（10 ページ参照）の届出を行っている医療機関で算定する

◆エナメル質初期う蝕管理料 30 点（月 1 回）新設

口腔管理体制強化加算 48 点

- 歯管のエナメル質初期う蝕管理加算から変更された処置
- エナメル質初期う蝕とは、エナメル質に限局した表面が粗造な白濁等の脱灰病変をいう

- 歯管または特疾患を算定しているエナメル質初期う蝕を有する患者に対して、治癒又は重症化予防を目的として実施した場合に算定する
- 患者等に説明した内容の要点を診療録に記載する
当該管理を行うに当たっては、関係学会より示されている「エナメル質初期う蝕に関する基本的な考え方」（平成 28 年 3 月日本歯科医学会）を参考とすること
- エナメル質初期う蝕管理料を算定した日に機械的歯面清掃処置又はフッ化物歯面塗布処置を行った場合は、機械的歯面清掃処置、フッ化物歯面塗布処置を別に算定できる
- 口腔管理体制強化加算は、小児口腔機能管理料の注 3（10 ページ参照）の届出を行っている医療機関が算定する

◆歯科衛生実地指導料

口腔機能指導加算 10 点 **新設**

- 患者への文章提供は指導の内容に変化なくとも 6 月に 1 回以上は提供が必要となった
- 地方厚生(支)局長への歯科衛生士数等の報告は、7 月 1 日から 8 月 1 日に変更
- **口腔機能指導加算**
歯科医の指示を受けて以下の実地指導を行った場合に算定する
 - ・ 口腔機能の発達不全を認める患者に対して行う正常な口腔機能の獲得を目的とした実地指導
 - ・ 口腔機能の低下を認める患者に対して行う口腔機能の回復又は維持・向上を目的とした実地指導
- 主治の歯科医師は、歯科衛生士に行った口腔機能に係る指示内容等の要点を診療録に記載する
- 同日に算定した歯科口腔リハビリテーション料 3 と指導・訓練の内容が重複する場合は算定できない

◆歯科治療時医療管理料

- 光学印象が対象処置に追加された
- 対象疾病に感染症とインフルエンザ等が追加された

◆歯科遠隔連携診療料 500 点（3 月に 1 回）（施設基準有） **新設**

- 専門的な診療を行っている他の保険医療機関の歯科医師に事前に診療情報提供（この場合の診療情報提供料の算定は不可）を行った上で、当該患者の来院時にビデオ通話が可能な情報通信機器を用いて、他の保険医療機関の歯科医師と連携して診療を行った場合に、3 月に 1 回に限り算定する
- 診療の内容、診療を行った日、診療時間等の要点を診療録に記載する

- 【施設基準】**
- 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
施設基準を満たしていればよく、届出の必要はない
 - 対象患者（外来・在宅患者）
口腔領域の悪性新生物の術後の経過観察等の専門的な医療を必要とする患者
難治性の口腔軟組織の疾患、又は薬剤関連顎骨壊死の経過観察等の専門的な医療を必要とする患者

◆診療情報提供料（Ⅰ）

- 小児慢性特定疾病や障害児である患者の場合、通園や通学する保育所、学校（大学を除く）等の学校歯科医等に対して、診療状況を示す文書を添えて、患者が学校生活等を送るに当たり必要な情報を提供した場合に患者 1 人につき月 1 回に限り算定できるようになった
- 主治医と学校歯科医等が同一の場合は算定できない
※小児慢性特定疾病：がん、慢性腎疾患、慢性呼吸器疾患、慢性心疾患、内分泌疾患、膠原病など

◆診療情報等連携共有料（3 月に 1 回）

保険薬局に対しても文書提供・文書提供の求めを行えるようになりました。

改定前		改定後	
診療情報等連携共有料	120 点	診療情報等連携共有料 1	120 点
新設		診療情報等連携共有料 2	120 点

●診療情報等連携共有料 1

保険薬局に対しても服用薬の情報等について提供を求めた場合に算定できるようになった
 情報提供を求める手段は文書以外にもメールや Fax で行え、文書で行った場合は文書の写しを診療録に添付し、メールや Fax の場合は求めた内容を診療録に記載する

●診療情報等連携共有料 2 （提供を求めた月から起算して 3 月に 1 回） **新設**

医科や薬局からの求めに応じて診療情報を文書により提供した場合に算定する
 交付した文書の写しを診療録に添付する
 同一の医療機関に対して連携強化診療情報提供料は算定できない

◆新製有床義歯管理料

- 6 月経過後であれば、同部位に新たに製作した有床義歯に対しても新製有床義歯管理料を算定できるようになった

◆広範囲顎骨支持型補綴物管理料（要届出：広範囲顎骨支持型装置埋入手術）

改定前		改定後	
広範囲顎骨支持型補綴物管理料	480 点	広範囲顎骨支持型補綴物管理料 1	500 点
新設		広範囲顎骨支持型補綴物管理料 2	350 点

- 継続的管理を必要とする歯科疾患を有する患者に対する口腔管理や病状が改善した歯科疾患等の再発防止及び重症化予防に係る費用は所定点数に含まれ、歯科疾患管理料は算定できなくなった
- 調整部位、広範囲顎骨支持型装置周囲組織等の状況、確認内容及び管理内容等を診療録に記載する
- **広範囲顎骨支持型補綴物管理料 1** は、以下の要件をいずれも満たす場合に算定する
 ア 当該補綴物に係る適合性等の確認を行うこと
 イ 広範囲顎骨支持型装置周囲の組織等の管理を行うこと
- **広範囲顎骨支持型補綴物管理料 2** **新設**
 上記のア又はイのいずれかを満たす場合に算定する。

◆点数の変更のみの指導管理料

改定前		改定後	
薬剤情報提供料	10 点	薬剤情報提供料	4 点

在宅医療

◆歯科訪問診療料

改定前			改定後		
歯科訪問診療 1 (1 人のみ)	1100 (880) 点		歯科訪問診療 1 (1 人のみ)	1100 点	
歯科訪問診療 2 (2～9 人)	361 (253) 点		歯科訪問診療 2 (2～3 人)	410 (287) 点	
歯科訪問診療 3 (10 人以上)	185 (111) 点		歯科訪問診療 3 (4～9 人)	310 (217) 点	
新設			歯科訪問診療 4 (10～19 人)	160 (96) 点	
新設			歯科訪問診療 5 (20 人以上)	95 (57) 点	
※ () 内は 20 分未満の場合			※ () 内は 20 分未満の場合		
初診時	264 点	※注 13 の要件を	初診時	267 点	※注 15 を満たさない場合
再診時	56 点	満たさない場合	再診時	58 点	※特別な関係の施設
歯科診療特別対応加算	175 点		歯科診療特別対応加算 1	175 点	
初診時歯科診療導入加算	250 点		歯科診療特別対応加算 2	250 点	
新設			歯科診療特別対応加算 3	500 点	
			在宅医療 D X 情報活用加算 (1/月)	8 点	

- 歯科訪問診療 1 は 20 分以上の診療の要件がなくなった
- 歯科訪問診療 2 で「同一建物居住者」の場合、1 人目は訪問診療 1 を算定する
- 歯科訪問診療 2 と 3 のみ、患者の容体が急変しやむを得ず治療を中止した場合でも算定が認められる
- **歯科診療特別対応加算**は初診時・再診時とも共通の点数（初診の項目を参照、14 ページ）
 歯科診療特別対応加算 1、2 を算定する場合で感染症の患者は、疾患名をカルテに記載する
 歯科診療特別対応加算 3 は感染症名をカルテに記載する
- **歯科訪問診療補助加算、歯科訪問診療移行加**
 か強診の施設基準が小児口腔機能管理料の注 3 に変更
- 特別な関係にある施設への訪問の場合は以下の加算の算定ができるようになった
 時間加算、歯科診療特別対応加算、地域医療連携対応加算、歯科訪問診療補助加算、通信画像情報活用加算、医療 D X 推進体制整備加算

【在宅医療 D X 情報活用加算】（月 1 回）要届出 新設

- 初診時に月 1 回の算定
 - 医療情報取得加算（初再診時）、医療 D X 推進体制整備加算（初診時）を算定した月は算定できない
- ※施設基準については「医療 D X 推進体制整備加算」を参照（13 ページ）

【施設基準】 ● オンライン資格確認、オンライン請求、居宅同意取得型（訪問診療）のオンライン資格確認を行っている医療機関

- 電子処方箋を発行できる体制を有している※1
- 国等が提供する電子カルテ情報共有サービスの診療情報等を活用する体制を有している※2
- 電子処方箋の発行及び電子カルテ情報共有サービスなどの医療 D X にかかる取組を実施している※2
- 院内への掲示、ウェブサイトへの掲載

● 経過措置

※1 令和 7 年 3 月 31 日まで基準を満たしているとみなされ届出時点で未導入であっても算定可能
 経過措置終了後も電子処方箋が未導入の場合は算定できない

※2 令和 7 年 9 月 30 日まで基準を満たしているとみなされ、届出時点で具体的な導入予定等が不明であっても算定可能

◆訪問歯科衛生指導料

改定前		改定後	
単一建物診療患者が 1 人の場合	360 点	単一建物診療患者が 1 人の場合	362 点
単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下	328 点	単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下	326 点
単一建物診療患者が 2 人以上 10 人以上	300 点	単一建物診療患者が 2 人以上 10 人以上	295 点
新設		複数名訪問歯科衛生指導加算	150 点

- 緩和ケアの場合は訪問歯科衛生指導料が月 4 回だったのが 8 回算定できるようになった
- 複数名訪問歯科衛生指導加算（居宅のみ、衛生士のための訪問時）
訪問歯科衛生指導が困難な者等に対して同じ医療機関の衛生士が複数人で患家を訪問し、訪問歯科衛生指導を実施した場合は、複数名訪問歯科衛生指導加算として、150 点を所定点数に加算する
複数名訪問歯科衛生指導加算を算定する場合は、複数名訪問歯科衛生指導を必要とする理由もカルテに記載し、同行したすべての歯科衛生士等の氏名が記載された文書を提供するとともに、その文書の写しを診療録に添付する

◆歯科疾患在宅療養管理料

改定前		改定後	
新設		在宅療養支援歯科病院	340 点
新設		在宅歯科医療連携加算 1	100 点
新設		在宅歯科医療連携加算 2	100 点
新設		在宅歯科医療情報連携加算	100 点

- 在宅総合医療管理加算（50 点）の算定要件に追加された疾患
・ 抗血小板剤投与中の患者、神経難病の患者、指定感染症

【在宅歯科医療連携加算】（管理計画の作成又は変更時に 1 回限り） **新設**

- 文書を診療録に添付、または文書以外の情報提供の場合は、情報提供を受けた日時、情報提供の内容、情報提供を行った他の保険医療機関若しくは介護保険施設等の担当歯科医師名若しくは担当者名を診療録に記載する
- 在宅歯科医療連携加算 1
歯科のある他の保険医療機関を退院した患者に対して、継続的な歯科疾患の管理のために退院時に受けた情報提供及び歯科疾患の状況等を踏まえて管理計画を作成した場合に算定する
- 在宅歯科医療連携加算 2
歯科のない保険医療機関を退院した患者、又は介護保険施設等に入所している患者や、訪問介護等の利用で継続的な歯科疾患の管理が必要な場合に、医師、看護師、介護支援専門員等からの情報提供及び当該患者の歯科疾患の状況等を踏まえて管理計画を作成した場合に算定する

【在宅歯科医療情報連携加算】（月 1 回）（要届出） **新設**

- 連携する他の医療機関の医師・歯科医師・薬剤師・訪問看護ステーションの保健師・療法士・介護支援専門員などにオンライン資格確認システムやその他の情報技術を利用する方法で記録された診療情報を活用したうえで患者的な歯科医学的管理を行った場合に算定する

【施設基準】 ● 歯科オンライン指針に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること

- 在宅の患者の診療情報等について、在宅医療情報連携加算又は在宅歯科医療情報連携加算を算定する保険医療機関と連携する他の保険医療機関、介護居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者、施設サービス事業者、指定特定相談支援事業者（障害者）、指定障害児相談支援事業者等と ICT を用いて共有し、当該情報について常に確認できる体制を有している医療機関であること

- 連携する医療機関は特別な関係のものを除き、5 以上であること
- 連携体制を取っている医療機関、連携の実績のある連機関の名称等について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示し、ウェブサイトにも掲載する

◆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

改定前	改定後
かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算 75 点 新設	口腔管理体制強化加算 75 点 (小児) 在宅歯科医療連携加算 1 100 点 (小児) 在宅歯科医療連携加算 2 100 点 (小児) 在宅歯科医療情報連携加算 100 点

●在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料

該当患者に「口腔バイオフィルム感染症」「口腔機能低下症」が追加された

- ・口腔バイオフィルム感染症以外の有歯顎者

歯周病検査を 1 回以上実施（患者の状態等によりポケット深さの測定が困難な場合は、口腔細菌定量検査又は歯肉の発赤・腫脹の状態及び歯石の沈着の有無等により歯周組織の状態の評価を行う）

- ・口腔バイオフィルム感染症の患者

歯、歯周ポケット、義歯等のバイオフィルム並びに舌苔の付着状態等の評価し、口腔細菌定量検査を 1 回以上実施する

歯周病検査を含む歯周病の治療、口腔細菌定量検査 1 を含む口腔バイオフィルム感染症に対する治療を実施している場合は訪問口腔リハの算定できないが、歯周病又は口腔バイオフィルム感染症に対する治療を開始後に摂食機能障害又は口腔機能低下症に対する訓練等が必要となった場合は算定できる

●小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料

新設された口腔バイオフィルム除去処置は当該指導管理料に含まれ別に算定できない

●口腔管理体制強化加算

かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算の名称が変更された

か強診の施設基準が小児口腔機能管理料の注 3 に変更（施設基準は 10 ページ参照）

●在宅歯科医療連携加算、在宅歯科医療情報連携加算 **新設**

小児在宅歯科医療連携加算、小児在宅歯科医療情報連携加算 **新設**

歯在管の加算と条件は同じ。歯在管の項目を参照のこと（21 ページ）

- 栄養サポートチーム等連携加算、小児栄養サポートチーム等連携加算は在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料へ変更された

◆在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料（月 1 回） **新設**

改定前	改定後
栄養サポートチーム等連携加算 1 80 点 栄養サポートチーム等連携加算 2 80 点 小児栄養サポートチーム等連携加算 80 点	在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料 1 100 点 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料 2 100 点 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料 3 100 点

●在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料 1

歯科疾患在宅療養管理料、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を算定した入院患者に対して算定する

入院している保険医療機関の栄養サポートチーム、口腔ケアチーム又は摂食嚥下チーム等の構成員としてカンファレンス及び回診等に参加し、カンファレンス等に参加した日から起算して 2 月以内に口腔機能等に係る指導を行った場合に算定する

●在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料 2

歯科疾患在宅療養管理料、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た介護保険施設等に入所している患者に対して算定する

患者の入所施設で行われた、経口による継続的な食事摂取を支援するための食事観察若しくは介護施設

職員等への口腔管理に関する技術的助言・協力及び会議等に参加し、食事観察等に参加した日から起算して 2 月以内に口腔機能等に係る指導を行った場合に算定する

● **在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料 3**

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た障害児入所施設等に入所している患者に対して算定する

入所施設で行われた、経口による継続的な食事摂取を支援するための食事観察若しくは施設職員等への口腔管理に関する技術的助言・協力及び会議等に参加し、食事観察等に参加した日から起算して 2 月以内に口腔機能等に係る指導を行った場合

検査

◆口腔細菌定量検査（要届出）（1 回につき）

改定前			改定後	
口腔細菌定量検査	130 点	⇒	口腔細菌定量検査 1 (月 2 回まで、2 回目は 50/100)	130 点
新設			口腔細菌定量検査 2 (3 月に 1 回)	65 点

●口腔細菌定量検査 1

脳性麻痺等・知的発達障害等で日常生活に支障をきたし歯科診療に際して家族等の援助を必要とする状態の患者に加えて、人工呼吸器又は気管切開等を行っている患者対しても口腔バイオフィルム感染症の診断を目的として実施できるようになった

●口腔細菌定量検査 2（3 月に 1 回） 新設

口腔機能低下症の診断を目的として行う検査。診断後は歯管、口機能、特疾管、歯在管、訪問口腔リハのどれかを算定して継続的な口腔機能の管理を行っている場合に、3 月に 1 回に限り算定する

◆咀嚼能力検査（要届出）（1 回につき）

改定前			改定後	
咀嚼能力検査（6 月に 1 回）	140 点	⇒	咀嚼能力検査 1（3 月に 1 回）	140 点
新設			咀嚼能力検査 2 (術前 1 回/術後は 6 月に 1 回)	140 点

- 顎変形症に係る手術後の患者以外の場合、算定の期間が 6 月に 1 回から 3 月に 1 回に短縮された

●咀嚼能力検査 1

口腔機能低下症の診断を目的として実施する

●咀嚼能力検査 2 新設

顎変形症に係る手術を実施する患者に対し、咀嚼機能の管理を目的として実施した場合算定する
手術前は 1 回に限り、手術後は 6 月に 1 回算定する

◆咬合圧検査（要届出）（1 回につき）

改定前			改定後	
咬合圧検査（6 月に 1 回）	130 点	⇒	咬合圧検査 1（3 月に 1 回）	130 点
新設			咬合圧検査 2 (術前 1 回/術後は 6 月に 1 回)	130 点

●咬合圧検査 1

算定の期間が 6 月に 1 回から 3 月に 1 回に短縮された。口腔機能低下症の診断を目的として実施する

●咬合圧検査 2 新設

顎変形症に係る手術を実施する患者に対し、咬合圧の管理を目的として実施した場合に算定する
手術前は 1 回に限り、手術後は 6 月に 1 回算定する

◆舌圧検査、小児口唇閉鎖力検査

- 舌圧検査は口腔機能発達不全症が疑われる患者に対して算定できるようになった
- 小児口唇閉鎖力検査は「口腔機能発達不全症の診断後の患者」と対象が明確になった

投薬

改定前		改定後	
外来後発医薬品使用体制加算 1	5 点	外来後発医薬品使用体制加算 1	8 点
外来後発医薬品使用体制加算 2	4 点	外来後発医薬品使用体制加算 2	7 点
外来後発医薬品使用体制加算 3	2 点	外来後発医薬品使用体制加算 3	5 点
処方箋料	68 点	処方箋料	60 点
一般名処方加算 1	7 点	一般名処方加算 1	10 点
一般名処方加算 2	5 点	一般名処方加算 2	8 点

● 一般名処方加算（施設基準有）

1 も 2 も施設基準が必要になったが、満たしていれば届出は必要ない

● 処方箋の様式の変更

「患者希望」欄が増えました。「変更不可」に（医療上必要）が追加されました。

処 方 箋
(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号				保険者番号			
公費負担医療の受給者番号				被保険者証・被保険者手帳の記号・番号 (枝番)			
患 者	氏 名		保険医療機関の所在地及び名称				
	生年月日	男 女 大 小 児 令	電 話 番 号				
	区 分	被保険者	被扶養者	保 険 医 氏 名			
交付年月日		令和 年 月 日	処方箋の使用期間		令和 年 月 日	特記事項 特記事項のある場合を明記し、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に届出すること。	
変更不可 (医療上必要)		患者希望		個々の処方箋について、医療上の必要性があるため、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更が差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。また、患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合には、「患者希望」欄に「レ」又は「×」を記載すること。			
処							

注射

改定前		改定後	
皮内、皮下及び筋肉内注射（1回につき）	22 点	皮内、皮下及び筋肉内注射（1回につき）	25 点
静脈内注射（1回につき）	34 点	静脈内注射（1回につき）	37 点
乳幼児加算（6歳未満）	45 点	乳幼児加算（6歳未満）	52 点
点滴注射（1日につき）		点滴注射（1日につき）	
6歳未満（1日分の注射量が100mL以上）	101 点	6歳未満（1日分の注射量が100mL以上）	105 点
1日分の注射量が500mL以上の場合	99 点	1日分の注射量が500mL以上の場合	102 点
その他（入院以外）	50 点	その他（入院以外）	53 点
乳幼児加算（6歳未満）	46 点	乳幼児加算（6歳未満）	48 点

リハビリテーション

◆摂食機能療法

- 治療開始日から起算して 3 月を超えた場合においては、摂食機能療法と歯科口腔リハビリテーション料 1（舌接触補助床の場合、その他の場合）を合わせて月 6 回に算定できるようになった
※組み合わせに縛りはなく摂食機能療法を 6 回でも可

◆歯科口腔リハビリテーション料

改定前	改定後
新設	歯科口腔リハビリテーション料 3 （月 2 回） （1）口腔機能の発達不全を有する 18 歳未満の患者の場合 50 点 （2）口腔機能の低下を来している患者の場合 50 点

- 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月から起算して 6 月経過後に異なる部位に別の有床義歯の新製を行った場合は新製有床義歯管理料を算定できるようになった
- 歯科口腔リハビリテーション料 1 を算定した日に歯科口腔リハビリテーション料 3 に係る口腔機能に係る指導・訓練を実施した場合は、歯科口腔リハビリテーション料 3 を別に算定できる
- **歯科口腔リハビリテーション料 1（舌接触補助床の場合）**
脳血管疾患、口腔腫瘍又は口腔機能低下症等の患者も対象となり、発音・構音機能の改善を図ることが目的でも算定できる
- **歯科口腔リハビリテーション料 1（その他の場合）**
摂食機能療法を行っている場合は開始から 3 月経過すると歯リハと摂食機能療法を合わせて月 6 回まで算定できるようになった
- **歯科口腔リハビリテーション料 3 口腔機能の発達不全を有する 18 歳未満の患者の場合**
小児口腔機能管理料又は歯科疾患在宅療養管理料を算定する患者に対して、口腔機能の獲得を目的として、療養上必要な指導及び訓練を行った場合に、月 2 回に限り算定する
- **歯科口腔リハビリテーション料 3 口腔機能の低下を来している患者の場合**
口腔機能管理料又は歯科疾患在宅療養管理料を算定する患者に対して、口腔機能の回復又は維持を目的として、療養上必要な指導及び訓練を行った場合に、月 2 回に限り算定する
摂食機能療法を算定した日は、歯科口腔リハビリテーション料 3 は算定できない

処置

◆薬剤の算定

処置料の算定がなくても薬剤料のみの算定が認められるようになりました

- 薬剤又は別に厚生労働大臣が定める保険医療材料を使用した場合は、特に規定する処置や 120 点以上の処置を除き、処置医療機器等加算、薬剤料、特定薬剤、特定保険医療材料を合算した点数により算定する。
- 120 点以上の処置又は特に規定する処置の場合、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が、生活歯髄切断、抜髄を行う場合は薬剤料の算定ができる
- 薬価が 15 円を超える場合は、薬価から 15 円を控除した額を 10 円で除して得た点数につき 1 点未満の端数を切り上げて得た点数に 1 点を加算して得た点数とする

◆初期う蝕早期充填処置

- 1 歯につき 1 回に限りだが、咬耗や歯ぎしり等による摩耗により再度の充填処置が必要になった場合は、歯科疾患管理料又は歯科特定疾患療養管理料を算定している患者に限り、前回の初期う蝕即時充填処置から 6 月を経過すれば再度の初期う蝕早期充填処置の算定ができるようになった

◆加圧根管充填処置

改定前			改定後	
単根管	138 点	➡	単根管	139 点
2 根管	166 点		2 根管	168 点
3 根管以上	210 点		3 根管以上	213 点
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加算	150 点

- 槌状根の場合の加圧根管充填処置については、「3 根管以上」として算定する
- **Ni-Ti ロータリーファイル加算**
手術用顕微鏡加算に係る届出は不要になった
歯科用 3 次元エックス線断層撮影装置を用いて根管治療を行った場合、CT 撮影の費用は別に算定できる

◆歯周病処置

- 算定要件が歯周ポケットに対して特定薬剤を「注入」から「使用」に変更されたため「注入」できない薬剤でも使用可能となった

◆歯周基本治療

- 口腔バイオフィルム感染症の治療を目的とした処置は行えなくなった
新設された「口腔バイオフィルム除去処置」で算定する

◆歯周病安定期治療（SPT）

- 治療間隔の短縮が必要とされる疾患に「糖尿病」が追加されたが主治医からの文書が必要となった
- SPT 開始後に算定できない処置に口腔バイオフィルム除去処置が追加された
- 毎月算定できる施設基準が「か強診」の届出から「小児口腔機能管理料の注 3」の届出へ変更され、「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所加算」が「口腔管理体制強化加算」へ名称変更された

● **歯周病ハイリスク患者加算 80 点 新設**

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に算定するが、主治医からの文書が必要（診療録に添付する）

糖尿病に罹患している者の歯周病の管理を適切に行うため、定期的に糖尿病を踏まえた歯周病の管理等に関する講習会や研修会に参加し、必要な知識の習得に努めること

※歯科疾患管理料の総合医療管理加算を算定している糖尿病の患者は、歯周病ハイリスク患者加算が算定可能です。

◆ **歯周病重症化予防治療**

- SPT と同様に小児口腔機能管理料の注 3 に規定する口腔管理体制強化加算の施設基準の届出を行っている保険医療機関は月 1 回の算定が可能になった
SPT を行っていた患者が病状の改善により歯周病重症化予防治療に移行する場合に、治療間隔の短縮が必要とされる場合は、月 1 回の算定ができる（施設基準については 10 ページ参照）
- 口腔バイオフィilm 除去処置は算定できない

◆ **口腔内装置**

- 「外傷歯の保護のための口腔内装置」の作成ができるようになった
18 歳未満の患者で外傷歯に係る受傷（日）から 1 年以内の暫間固定等を行った患者に対し、日常生活時又は運動時等における当該外傷歯の保護を目的に製作する場合であり「口腔内装置 2」で算定する
- 日常生活時の外傷歯の保護を目的とするものを「口腔内装置 2」を算定した場合は「歯ぎしりに対する口腔内装置」は算定できない
- 外傷の受傷時に口腔内装置を算定する保険医療機関を受診した場合は当該保険医療機関の受診日、それ以外の場合は患者又はその家族から聞き取った受傷日を受傷日とする
受傷日から起算して 1 年以内であれば、受傷日が令和 6 年 5 月以前であっても、「又 外傷歯の保護を目的として製作した口腔内装置」を算定して差し支えない
- 日常時、運動時など口腔内装置の目的が別であればそれぞれ製作できる
- 外傷歯の暫間固定等をエナメルボンドシステム等により固定した患者に対しては「外傷歯の保護のための口腔内装置」の算定が可能。この場合において、その旨を診療録に記載すること。
- 同一手術において「気管挿管時の歯の保護等を目的として製作した口腔内装置」を複数製作し装着する場合でも算定は 1 装置のみ

◆ **舌接触補助床**

- 口腔機能低下症等や発音・構音障害の改善に対して作成が可能になった
- 口腔機能低下症の患者については、関係学会の診断基準により口腔機能低下症と診断されている患者のうち、舌圧検査を算定し低舌圧に該当するものに対して行った場合に算定できる

◆ **口腔内装置調整・修理**

改定前		改定後	
イ 睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置の場合	120 点	→	口腔内装置調整 1 120 点
ロ 歯ぎしりに対する口腔内装置の場合	120 点		口腔内装置調整 2 120 点
イ及びロ以外の場合	220 点		口腔内装置調整 3 220 点
口腔内装置修理	234 点		口腔内装置修理 234 点

- 調整の名称が変更になったが、内容には大きな変更なし

● 口腔内装置調整 1

睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置の調整（変更なし）

● 口腔内装置調整 2

歯ぎしりの他、口腔粘膜等又は外傷歯の保護のための口腔内装置（「口腔内装置 1」又は「口腔内装置 2 のみ」の修理も含まれる

● 口腔内装置修理

口腔粘膜等の保護のための口腔内装置及び外傷歯の保護のための口腔内装置の修理が追加された
顎関節治療用装置、歯ぎしりに対する口腔内装置（口腔内装置 1 のみ）、口腔粘膜等の保護のための口腔内装置又は外傷歯の保護のための口腔内装置について、同一初診期間に当該装置の製作を行っていない場合、又は別の保険医療機関で製作している場合についても算定できるようになった

※「口腔粘膜等の保護のための口腔内装置」は「チ 不随意運動等による咬傷を繰り返す患者に対して、口腔粘膜等の保護を目的として制作する口腔内装置」に該当します。

◆周術期等専門的口腔衛生処置

- 回復期等専門的口腔衛生処置、口腔バイオフィilm除去処置は別に算定できない

● 周術期等専門的口腔衛生処置 1

周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)(Ⅳ)を算定した患者に対して歯科衛生士が専門的口腔清掃を行った場合、緩和ケアを実施している患者は月 4 回、その他の患者は月 2 回算定できる

● 周術期等専門的口腔衛生処置 2

一連の周術期等口腔機能管理を通じて 1 回だったのが月 1 回算定可能となった

◆回復期等専門的口腔衛生処置 100 点（月 2 回）新設

- 回復期等口腔機能管理料を算定した入院中の患者に対して専門的口腔清掃を行った場合に月 2 回の算定
- 周術期等専門的口腔衛生処置、在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、機械的歯面清掃処置、非経口摂取患者口腔粘膜処置、口腔バイオフィilm除去処置を算定した場合は同月に算定できない
- 歯科医師は歯科衛生士の氏名を診療録に記載し、歯科衛生士は業務記録を作成する

◆在宅等療養患者専門的口腔衛生処置

- 同月の口腔バイオフィilm除去処置は、別に算定できない

◆機械的歯面清掃処置

- 算定要件に周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)(Ⅳ)、回復期等口腔機能管理料、根面う蝕管理料の口腔管理体制強化加算を算定する患者であって特に機械的歯面清掃が必要と認められる患者、エナメル質初期う蝕管理料の口腔管理体制強化加算を算定する患者が追加された
- 月 1 回の算定が可能な患者に、歯科診療特別対応加算 1～3 を算定する患者、根面う蝕管理料の口腔管理体制強化加算を算定する患者で特に機械的歯面清掃が必要と認められる患者（多剤服用患者、唾液分泌量の低下が認められる患者等）、エナメル質初期う蝕管理料の口腔管理体制強化加算を算定する患者、糖尿病の患者については歯科以外の医療機関から文書による診療情報の提供を受けた場合が追加された
- 同月に在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、非経口摂取患者口腔粘膜処置、口腔バイオフィilm除去処置を算定している場合は算定できない
- 回復期等専門的口腔衛生処置、訪問歯科衛生指導料、歯科矯正管理料を算定している患者には算定できない

◆非経口摂取患者口腔粘膜処置

- 算定要件の患者に「経口摂取が可能であってもわずかである患者」が追加された
- 同月に算定できない処置に回復期等専門的口腔衛生処置、口腔バイオフィルム除去処置が追加された

◆口腔バイオフィルム除去処置 110点（月2回）新設

- 歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が口腔バイオフィルムの除去を行った場合に月2回の算定
- 同月に算定できない処置
歯周基本治療、歯周病安定期治療、歯周病重症化予防治療、周術期等専門的口腔衛生処置、回復期等専門的口腔衛生処置、在宅等療養患者専門的口腔衛生処置、機械的歯面清掃処置、非経口摂取患者口腔粘膜処置
- 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を算定している場合は口腔バイオフィルム除去処置の費用が管理料に含まれているため算定できない

◆フッ化物歯面塗布処置

改定前			改定後	
う蝕多発傾向者の場合	110点	⇒	う蝕多発傾向者の場合	110点
初期の根面う蝕に罹患している患者の場合	110点		初期の根面う蝕に罹患している患者の場合	80点
エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合	130点		エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合	100点

- う蝕多発傾向者の場合
訪問の場合も算定可能となった
- 初期の根面う蝕に罹患している患者の場合
「根面う蝕管理料を算定している患者」に対して算定できる
(訪問の患者または65歳以上患者の条件は変更なし)
- エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合
「歯管を算定したエナメル質初期う蝕の患者」の算定要件が「エナメル質初期う蝕管理料を算定した患者」に変更になった。口腔管理体制強化加算を算定した患者は毎月算定できる
※同月に管理料を算定していなくても一初診内で算定しており管理を行っていれば算定可能です。

◆点数のみ変更の項目

改定前				改定後		
歯髄保護処置	歯髄温存療法	190点	⇒	歯髄保護処置	歯髄温存療法	200点
歯髄保護処置	直接歯髄保護処置	152点		歯髄保護処置	直接歯髄保護処置	154点
歯髄保護処置	間接歯髄保護処置	36点		歯髄保護処置	間接歯髄保護処置	38点
生活歯髄切断		230点		生活歯髄切断		233点
失活歯歯髄切断		70点		失活歯歯髄切断		72点
乳歯・根未完成歯加算		40点		乳歯・根未完成歯加算		42点
抜髄	単根管	232点		抜髄	単根管	234点
	2根管	424点			2根管	426点
	3根管以上	598点			3根管以上	600点
感染根管処置	単根管	158点		感染根管処置	単根管	160点
	2根管	308点			2根管	310点
	3根管以上	448点			3根管以上	450点

改定前				改定後		
根管貼薬処置	単根管	32 点	➡	根管貼薬処置	単根管	33 点
	2 根管	40 点		2 根管	41 点	
	3 根管以上	56 点		3 根管以上	57 点	
周術期等専門的口腔衛生処置 1		92 点		周術期等専門的口腔衛生処置 1		100 点
周術期等専門的口腔衛生処置 2		100 点	周術期等専門的口腔衛生処置 2		110 点	
在宅等療養患者専門的口腔衛生処置		120 点	在宅等療養患者専門的口腔衛生処置		130 点	
非経口摂取患者口腔粘膜処置		100 点	非経口摂取患者口腔粘膜処置		110 点	

手術

◆歯周外科手術

歯肉歯槽粘膜形成手術 結合組織移植術 840 点 新設

- 歯肉の供給側より採取した結合組織片を、付着させる移植側の骨膜と上皮の間へと移植するものをいい、付着歯肉幅の拡大、露出歯根面の被覆又は歯槽堤形成等を目的に手術を行った場合に算定する
- 歯周病安定期治療を開始した日以降に行った場合は、所定点数（注 1 の加算を含む。）の 100 分の 50 により算定する。ただし、歯周病の治療以外を目的として「6 歯肉歯槽粘膜形成手術」を実施する場合には、所定点数を算定して差し支えない。
- 算定に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に当該手術の目的を記載する。

◆点数のみの変更

改定前		改定後	
上顎骨折非観血的整復術	1570 点	上顎骨折非観血的整復術	1800 点
顎関節授動術 徒手の授動術 関節腔洗浄療法を併用した場合	2400 点	顎関節授動術 徒手の授動術 関節腔洗浄療法を併用した場合	2760 点
顎関節授動術 顎関節鏡下授動術	10520 点	顎関節授動術 顎関節鏡下授動術	12090 点
小児創傷処理（6 歳未満）筋肉、臓器に達するもの （長径 10 センチメートル以上）	2690 点	小児創傷処理（6 歳未満）筋肉、臓器に達するもの （長径 10 センチメートル以上）	3090 点
小児創傷処理（6 歳未満）筋肉、臓器に達するもの （長径 5 センチメートル以上 10 センチメートル未満）	2490 点	小児創傷処理（6 歳未満）筋肉、臓器に達するもの （長径 5 センチメートル以上 10 センチメートル未満）	2860 点
小児創傷処理（6 歳未満）筋肉、臓器に達するもの（長 径 10 センチメートル以上）	3840 点	小児創傷処理（6 歳未満）筋肉、臓器に達するもの（長 径 10 センチメートル以上）	5180 点
デブリードマン 100 平方センチメートル未満	1620 点	デブリードマン 100 平方センチメートル未満	1410 点
上顎洞根治手術	7990 点	上顎洞根治手術	9180 点
皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術 25 平方センチメートル未満	4510 点	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術 25 平方センチメートル未満	5480 点

歯冠修復及び欠損補綴

通則 7

- 歯科訪問診療料算定時に歯科診療特別対応加算を算定する場合、充填の加算が 50/100 から 60/100 に変更

◆クラウン・ブリッジ維持管理料

- 令和 6 年 6 月 1 日以降、前歯 4 分の 3 冠、小臼歯の 5 分の 4 冠、小臼歯及び大臼歯の FMC（単冠）、レジン前装金属冠（単冠）が補管対象外になった（ブリッジ支台は補管対象）
- 令和 6 年 5 月 31 日までにクラウン・ブリッジ維持管理料を算定した歯冠補綴物は現状通り補管対象
- クラウン・ブリッジ維持管理の届を出していない医療機関は維持管理の対象外の補綴物について 100/100 の算定ができる

◆ブリッジ支台歯形成加算

- 隣接歯等の状況からやむをえず切歯（上顎中切歯を除く。）の 1 歯欠損症例において、生活歯を支台歯とする支台歯 1 歯の接着ブリッジによる延長ブリッジの場合も算定できるようになった

◆CAD/CAM インレー窩洞形成加算

改定前	改定後
新設	<div> <div>歯冠形成時</div> <div>150 点</div> </div> <div> <div>う蝕歯インレー修復形成時</div> <div>150 点</div> </div>

- C A D / C A M インレーのための窩洞形成を実施した場合に限り算定できる。

◆う蝕歯インレー修復形成

- 金属歯冠修復によるインレーを除去した場合は、急性症状等がなくても除去の「簡単なもの」の算定が可能となった

◆特殊印象

- 「フレンジテクニックによる印象」が算定要件から削除された

◆歯科技工士連携加算（印象採得）

改定前	改定後
新設	<div> <div>歯科技工士連携加算 1</div> <div>50 点</div> </div> <div> <div>歯科技工士連携加算 2</div> <div>70 点</div> </div>

- 印象採得を行う際に、歯科医師が歯科技工士と共に対面で当該補綴物の製作に係る色調採得及び口腔内の確認等を行った場合に算定する
- 加算できる印象 単純 i m p 32 点、連合 i m p 64 点
- 加算できる補綴物（前歯部のみ） レジン前装金属冠、レジン前装チタン冠、C A D / C A M 冠
- 確認内容及び当該歯科技工士が所属する歯科技工所の名称（当該保険医療機関の歯科技工士以外が行う場合）を診療録に記載する
実際に確認を行った技工士と連携して作成すれば別の技工士が補綴物を作成してもよい

【歯科技工士連携加算 1、光学印象歯科技工士連携加算】（要届出）新設

- 歯科技工士が歯科医師と共に対面で口腔内の確認を行い、印象採得、咬合採得、仮床試適を行った場合にそれぞれに算定する

【施設基準】 ● 保険医療機関内に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図られていること。

【歯科技工士連携加算 2】（要届出）新設

- 歯科技工士がオンラインで歯科医師と共に対面で口腔内の確認を行い、印象採得、咬合採得、仮床試適を行った場合にそれぞれに算定する

【施設基準】 ● 保険医療機関内に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図られていること。

- 保険医療機関内の歯科技工士又は他の歯科技工所との情報通信機器を用いた連携に当たって、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠した体制であること。

※歯科技工士連携加算は印象採得、咬合採得、仮床試適にそれぞれ算定できるが、1 回にまとめて複数の補綴物に対して歯科医師と共に口腔内の確認等を行い、当該補綴物の製作に活用しても算定は 1 日 1 回のみ

※3 歯分の補綴を作成するにあたり、imp、BT、試適をそれぞれ同じ日に 3 本まとめて行った場合、それぞれの日に 1 回のみ算定となる

◆光学印象（要届出）新設

改定前	改定後
新設	<div>光学印象 100 点</div> <div>光学印象歯科技工士連携加算 50 点</div>

- C A D / C A M 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
- 印象採得、咬合印象、咬合採得は別に算定できない

【施設基準】 ● 歯科補綴治療に係る専門の知識及び 3 年以上の経験を有する歯科医師が 1 名以上配置されていること。

- 当該保険医療機関内に光学印象に必要な機器を有していること。

● 光学印象歯科技工士連携加算（要届出）新設

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

※施設基準は歯科技工士連携加算 1 と同じ（35 ページ参照）

◆リテーナー

- 名称が「リテイナー」から「リテーナー」に変更された

◆内面処理加算 1、2（装着料）

- 「シランカップリング処理」が「プライマー処理等」に変更された
- 接着は接着性レジセメントを用いる
- プライマー処理が不要な接着性レジセメントを使用した場合は算定できないが、接着性を高める目的でプライマー処理をした場合は算定可能

◆歯科技工士連携加算（咬合採得）

改定前	改定後
新設	歯科技工士連携加算 1 50 点 歯科技工士連携加算 2 70 点

- 咬合採得を行う際に、歯科医師が歯科技工士とともに咬合関係の確認や口腔内の確認等を行った場合に算定する
歯科技工士連携加算 1 は対面の場合、歯科技工士連携加算 2 はオンラインの場合に算定する
- 加算できる補綴物
支台歯とポンティックの数の合計が 6 歯以上のブリッジ、多数歯欠損、総義歯の有床義歯
- 確認内容及び当該歯科技工士が所属する歯科技工所の名称（当該保険医療機関の歯科技工士以外が行う場合）を診療録に記載する。

※歯科技工士連携加算の施設基準については印象採得を参照（35 ページ）

◆仮床試適

改定前	改定後
新設	仮床試適 その他の場合 272 点 歯科技工士連携加算 1 50 点 歯科技工士連携加算 2 70 点

- 仮床試適 その他の場合
下顎総義歯の製作に当たって、人工歯列弓や義歯床研磨面等の形態を決定するためにフレンジテクニックを行った場合をいう
下顎総義歯の製作に当たり、「総義歯」を行った別の日に「その他の場合」を行った場合はそれぞれ算定して差し支えない
- 歯科技工士連携加算（要届出）新設
「多数歯欠損」又は「総義歯」に係る有床義歯等の製作に当たって、仮床試適を行う際に、歯科医師が歯科技工士とともに対面で義歯の辺縁形態や人工歯の排列位置、咬合関係の確認、口腔内の確認等を行った場合に算定する
歯科技工士連携加算 1 は対面の場合、歯科技工士連携加算 2 はオンラインの場合に算定する

※歯科技工士連携加算の施設基準については印象採得を参照（35 ページ）

◆レジン前装金属冠

改定前	改定後
前歯 イ ブリッジの支台歯の場合 1,174 点 新設	前歯 イ ブリッジの支台歯の場合 1,174 点 ロ イ以外の場合 1,170 点

- 前歯の前装冠はブリッジと単冠で費用が分かれた

◆レジン前装チタン冠

- レジンの前装部分が「唇面または頬面」が「唇面のみ」へ変更された

◆CAD/CAM 冠

改定前		➡	改定後	
CAD/CAM 冠（1 歯につき） 新設	1,200 点		1 2 以外の場合 2 エンドクラウンの場合	1,200 点 1,450 点

- 単冠で 6 または 7 に CAD/CAM 冠用材料（Ⅲ）を使用する場合は CAD/CAM 冠と反対側に大白歯による咬合支持（固定性ブリッジも可）があり、以下の①②のどちらかの条件に当てはまる場合に改められた

①CAD/CAM 冠を装着する部位と同側に大白歯による咬合支持があり、CAD/CAM 冠の部位に過度な咬合圧が加わらない場合等

【例 3】装着部位同側（右側）第一大臼歯+反対側（左側）第二大臼歯咬合支持あり



【例 4】装着部位同側（右側）第一大臼歯+反対側（左側）第一大臼歯咬合支持あり



【例 5】装着部位同側（右側）第一大臼歯に固定性ブリッジ（ボンティック）咬合支持あり

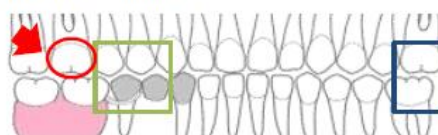


②CAD/CAM 冠を装着する部位の同側に大白歯による咬合支持がない場合は、CAD/CAM 冠の対合歯が欠損（部分床義歯を装着している場合を含む。）であり、CAD/CAM 冠の近心側隣在歯までの咬合支持（固定性ブリッジ又は永久歯代用の乳歯も可）がある場合

【例 6】装着部位（右側）近心隣在歯（小臼歯）まで+反対側（左側）第一大臼歯で咬合あり



【例 7】装着部位（右側）の近心隣在歯（小臼歯）まで固定性ブリッジによる咬合+反対側（左側）第一大臼歯あり



- 金属アレルギーの場合は従来通り医科からの紹介状が必要

● エンドクラウン

CAD/CAM 冠用材料（Ⅲ）を大白歯に使用する場合に算定できる
支台築造の算定はできない

エンドクラウンとは歯科用 CAD/CAM 装置を用いて、歯冠部と髓室保持構造を一塊にした歯冠補綴物を製作した場合をいい、咬合面全体を被覆する形態の CAD/CAM インレー（補助的保持形態を有するものを含む。）は該当しないため算定できない

- 歯槽中隔部に骨吸収及び肉芽を形成している下顎大白歯を保存可能と診断し、近遠心根の中隔部において分離切断して中隔部を搔爬するとともに、各根管に対し歯内療法を行った上で、1 つの CAD/CAM 冠用材料（Ⅲ）から近心根及び遠心根に対する補綴物が連結されている CAD/CAM 冠（エンドクラウンを除く）を製作し、装着する場合は、歯内療法は当該歯を単位として算定し、歯冠修復は製作物ごとに算定する

- 分割抜歯後の CAD/CAM 冠（CAD/CAM 冠用材料（Ⅴ）を使用する場合を除く）の製作については、上顎の第 1 大臼歯又は第 2 大臼歯を 3 根のうち 2 根（口蓋根及び近心頬側根又は遠心頬側根のいずれか）を残して分割抜歯をした場合であって、残った歯冠、歯根の状態が歯科医学的に適切な場合に限り認められる。なお、下顎大臼歯を分割抜歯した場合は認められない
- 歯根分割、分割抜歯後の保険医療材料料は、それぞれ CAD/CAM 冠用材料(Ⅲ) 1 歯分として算定する。

◆CAD/CAM インレー

- 光学印象による CAD/CAM インレーの製作が可能になった
- 大臼歯へ使用する条件は CAD/CAM と同様の変更となる（36 ページ参照）
- 複雑窩洞の形成でう蝕歯インレー修復形成を算定した場合は、CAD/CAM インレー窩洞形成加算 150 点を算定する

◆小児保険装置

- E だけでなく 6 番にもかけられるようになった

◆ブリッジ（カンチレバーブリッジ）

- 上顎の前歯 1、2 のどちらかが欠損の場合に、生活歯の①、②、③を支台とした「支台歯 1 + ポンティック 1」の合計 2 歯のカンチレバーブリッジの製作が可能になった

※「カンチレバーブリッジ」はブリッジに該当し、製作に係る費用として算定可能なものは以下の通り。

- ・形成 生 PZ（金属冠）796 点 ※ブリッジ支台歯形成加算及び接着冠形成加算も算定可能
- ・リテーナー（Br5 歯以下）100 点
- ・連合 i m p（B r 5 歯以下）197 点
- ・B T（B r 5 歯以下）76 点
- ・試適（B r 5 歯以下）40 点
- ・接着冠（前歯）+ レジン前装ポンティック
- ・装着料（ブリッジ 5 歯以下）105 点 ※算定要件を満たせば内面処理加算 2 も算定可能

◆高強度硬質レジンブリッジ

改定前			改定後	
高強度硬質レジンブリッジ	2,600 点	⇒	高強度硬質レジンブリッジ	2,800 点

- ⑤ ⑥ ⑦ のような場合においても、歯科医学的に適切と判断される場合は、高強度硬質レジンブリッジを算定しても差し支えない（適切かどうかは歯科医師の判断となります）

◆磁性アタッチメント

改定前			改定後	
磁石構造体を用いる場合	260 点	⇒	磁石構造体を用いる場合	460 点
キーパー付き根面板を用いる場合	350 点		キーパー付き根面板を用いる場合	550 点

- 磁石構造体の脱離等で有床義歯の修理を行った場合は、有床義歯修理により算定する

◆有床義歯修理

- 鉤歯の抜歯又は鉤の破損等のため不適合となった鉤を連結部から切断又は除去した場合は、義歯の再製、修理又は床裏装を前提とした場合に、除去料「簡単なもの」を算定できる
鉤を切断又は除去した部位の状況によって、義歯調整を行うことにより当該義歯をそのまま使用できる場合は、除去「1 簡単なもの」を算定できる
 - 磁石構造体が装着された有床義歯において、磁石構造体が脱離した際に、再度磁石構造体を有床義歯へ装着した場合には、所定点数により算定する
- ※装着を行う磁石構造体 1 個につき、有床義歯修理を算定する。例えば、2 個の磁石構造体の再装着を行った場合は有床義歯修理×2として算定して差し支えない

◆点数のみ変更になった項目

改定前	改定後
生 PZ レジン前装金属冠加算 490 点	生 PZ レジン前装金属冠加算 340 点
失 PZ レジン前装金属冠加算 470 点	失 PZ レジン前装金属冠加算 300 点
支台築造 間接法 メタルコアを用いた場合	支台築造 間接法 メタルコアを用いた場合
大白歯 176 点	大白歯 181 点
小白歯及び前歯 150 点	小白歯及び前歯 155 点
ファイバーポストを用いた場合	ファイバーポストを用いた場合
大白歯 196 点	大白歯 211 点
小白歯及び前歯 170 点	小白歯及び前歯 180 点
インレー単純 190 点	インレー単純 192 点
インレー複雑 284 点	インレー複雑 287 点
4 分の 3 冠（前歯） 370 点	4 分の 3 冠（前歯） 372 点
5 分の 4 冠（小白歯） 310 点	5 分の 4 冠（小白歯） 312 点
全部金属冠（小白歯及び大白歯） 454 点	全部金属冠（小白歯及び大白歯） 459 点
根面被覆 根面板によるもの 190 点	根面被覆 根面板によるもの 195 点
レジン前装金属冠 小白歯 1,174 点	レジン前装金属冠 小白歯 1,100 点
有床義歯	有床義歯
局部義歯（1 床につき）	局部義歯（1 床につき）
1 歯から 4 歯まで 594 点	1 歯から 4 歯まで 624 点
5 歯から 8 歯まで 732 点	5 歯から 8 歯まで 767 点
9 歯から 11 歯まで 972 点	9 歯から 11 歯まで 1,042 点
12 歯から 14 歯まで 1,402 点	12 歯から 14 歯まで 1,502 点
総義歯（1 顎につき） 2,184 点	総義歯（1 顎につき） 2,420 点
熱可塑性樹脂有床義歯	熱可塑性樹脂有床義歯
局部義歯（1 床につき）	局部義歯（1 床につき）
1 歯から 4 歯まで 630 点	1 歯から 4 歯まで 624 点
5 歯から 8 歯まで 852 点	5 歯から 8 歯まで 767 点
9 歯から 11 歯まで 1,064 点	9 歯から 11 歯まで 1,042 点
12 歯から 14 歯まで 1,678 点	12 歯から 14 歯まで 1,502 点
総義歯（1 顎につき） 2,682 点	総義歯（1 顎につき） 2,500 点

改定前		
鑄造鉤	1 双子鉤	255 点
	2 二腕鉤	235 点
線鉤	1 双子鉤	224 点
	2 二腕鉤（レスト付き）	156 点
コンビネーション鉤		236 点
広範囲顎骨支持型補綴		
ブリッジ形態のもの（3分の1顎につき）		20,000 点
床義歯形態のもの（1顎につき）		15,000 点
歯科技工加算 1		50 点
歯科技工加算 2		30 点

改定後		
鑄造鉤	1 双子鉤	260 点
	2 二腕鉤	240 点
線鉤	1 双子鉤	227 点
	2 二腕鉤（レスト付き）	159 点
コンビネーション鉤		246 点
広範囲顎骨支持型補綴		
ブリッジ形態のもの（3分の1顎につき）		25,000 点
床義歯形態のもの（1顎につき）		20,000 点
歯科技工加算 1		55 点
歯科技工加算 2		35 点

◆歯科充填用材料

- 以下の項目が定義から削除された
 歯科充填用材料Ⅰ 「歯科用多目的ガラスポリアルケノエートセメント」
 「医薬品含有歯科用多目的ガラスポリアルケノエートセメント」
- 材料の定義が構成成分により複合レジン系及びガラスアイオノマー系（2区分）の合計3区分になった

材料名		主たる硬化機序
歯科充填用材料Ⅰ	複合レジン系 複合レジン（充填用）	化学重合のみ
	ガラスアイオノマーセメント（充填用）	化学重合（酸一塩基反応のみ）
	ガラスアイオノマー系 自動練和型 または初期う蝕小窩裂溝填塞材	化学重合もしくは酸一塩基反応
歯科充填用材料Ⅱ	複合レジン系 複合レジン（充填用）	化学重合のみ
	ガラスアイオノマーセメント（充填用）	化学重合（酸一塩基反応のみ）
	ガラスアイオノマー系・自動練和型	酸一塩基反応のみ

歯科矯正

◆歯科矯正診断料

- 歯科矯正相談を行って歯科矯正相談料を算定した患者について、相談のためにレントゲンの単純撮影または特殊撮影を算定した場合は、レントゲン撮影日から起算して 3 月以内は歯科矯正診断のために行ったレントゲン撮影は算定できない

◆歯科矯正相談料 **新設**

改定前	改定後
新設	歯科矯正相談料 1 (要届出) 420 点 歯科矯正相談料 2 420 点

- 歯科矯正相談料 1 は顎口腔機能診断料の注 1 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保険医療機関において算定する
- 歯科矯正相談料 2 は届出を行っていない保険医療機関で算定する
- 歯科矯正を担当する専任の歯科医師が検査等を行い、保険での歯科矯正の適応の可否について診断を行い、診断結果等を文書により提供した場合に当該年度に 1 回に限り算定する

※ 歯科矯正相談料を算定した場合の歯科矯正セファログラムの算定は、歯科矯正診断料の注 1 又は顎口腔機能診断料の注 1 に規定する施設基準に係る届出を行っている歯科医療機関においては別に算定可能です。

◆歯科矯正管理料

- 新設された周術期等口腔機能管理料 (IV)、回復期等口腔機能管理料を算定している患者に対して行った歯科矯正管理の費用は算定できない

その他 新設

◆歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）（1日につき）（要届出）

改定後	
初診時	10 点
再診時等	2 点
歯科訪問診療時	
同一建物居住者以外の場合	41 点
同一建物居住者の場合	10 点

- 対象者：歯科衛生士、歯科技工士、歯科業務補助者
事務作業(歯科業務補助者等の歯科医療を専門とする職員の補助として行う事務作業を除く)だけを行う者は含まれない

[主な施設基準]

- (1) 外来医療又は在宅医療を実施している保険医療機関であること。
- (2) 主として歯科医療に従事する医師及び歯科医師以外の職員が勤務していること。主に歯科業務の補助以外の事務作業を行う職員は該当しない。
- (3) 令和 6 年度及び令和 7 年度に役員・歯科医師を除く職員の定期昇給以外の賃金の改善を実施する。
- (4) ベースアップ等により賃金改善を図るため、評価料は対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む)等の増加分に用いること。
ただし、ベースアップ後に患者数等の変動等により当該評価料による収入がベースアップの金額を上回った場合で、追加でさらにベア等を行うことが困難な場合は、賞与等の手当で改善を行う、または翌年度の賃金の改善のために繰り越し(令和 8 年 12 月までに賃金の改善措置を行う場合に限り)を行なってもよい。いずれの場合においても、賃金の改善の対象とする項目を特定して行うこと。なお、当該評価料によって賃金の改善を実施する項目以外の賃金項目(業績等に応じて変動するものを除く)の水準を低下させてはならない。
また、賃金の改善は、当該保険医療機関における「当該評価料による賃金の改善措置が実施されなかった場合の賃金総額」と、「当該評価料による賃金の改善措置が実施された場合の賃金総額」との差分により判断すること。
- (5) 令和 6 年度に対象職員の基本給等を令和 5 年度と比較して 2 分 5 厘以上引き上げ、令和 7 年度に対象職員の基本給等を令和 5 年度と比較して 4 分 5 厘以上引き上げた場合については、40 歳未満の勤務歯科医及び勤務医並びに事務職員等の当該保険医療機関に勤務する職員の賃金(役員報酬を除く)の改善(定期昇給によるものを除く)を実績に含めることができる。
- (6) 令和 6 年度及び令和 7 年度における勤務する職員の賃金の改善に係る計画(以下「賃金改善計画書」という)を作成する。
- (7) 当該評価料の趣旨を踏まえ、労働基準法等を遵守すること。
- (8) 対象職員に対して、賃金改善を実施する方法等について、2 の届出に当たり作成する「賃金改善計画書」の内容を用いて周知するとともに、就業規則等の内容についても周知する。また、対象職員から当該評価料に係る賃金改善に関する照会を受けた場合には、当該対象者についての賃金改善の内容について、書面を用いて説明すること等により分かりやすく回答すること。

◆歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）（1日につき）（要届出）

改定後			
歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 1	初診又は歯科訪問診療を行った場合	8 点	
	再診時等	1 点	
歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 2	初診又は歯科訪問診療を行った場合	16 点	
	再診時等	2 点	
歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 3	初診又は歯科訪問診療を行った場合	24 点	
	再診時等	3 点	
歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 4	初診又は歯科訪問診療を行った場合	32 点	
	再診時等	4 点	
歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 5	初診又は歯科訪問診療を行った場合	40 点	
	再診時等	5 点	
歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 6	初診又は歯科訪問診療を行った場合	48 点	
	再診時等	6 点	
歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 7	初診又は歯科訪問診療を行った場合	56 点	
	再診時等	7 点	
歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 8	初診又は歯科訪問診療を行った場合	64 点	
	再診時等	8 点	

- 対象者：歯科衛生士、歯科技工士、歯科業務補助者
事務作業(歯科業務補助者等の歯科医療を専門とする職員の補助として行う事務作業を除く)だけを行う者は含まれない
- 外来・在宅での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

[主な施設基準]

- (1) 入院基本料（特別入院基本料等を含む）、特定入院料、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) 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の届出を行っている保険医療機関であること。
- (3) 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される点数の見込みを合算した数に 10 円を乗じた額が、主として歯科医療に従事する医師及び歯科医師以外の職員の給与総額の 1 分 2 厘未満であること。専ら事務作業(歯科業務補助者等が医療を専門とする職員の補助として行う事務作業を除く)を行うものは含まれない。
- (4) 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の保険医療機関ごとの区分については、当該保険医療機関における対象職員の給与総額、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される点数の見込み並びに歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)及び外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の算定回数を見込みを用いて算出した数に基づき、該当するいずれかの区分を届け出ること。ただし、医科歯科併設の保険医療機関であって、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の施設基準についても届出を行う保険医療機関については、同一の区分により届け出ること(例えば歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 2 の届出を行う場合は、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ) 2 を届け出ること。)

【届出について】

歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）

- ・「賃金改善計画書」（別添 2 の様式 95）を新規届出時及び毎年 4 月に作成し、新規届出時及び毎年 6 月において、地方厚生(支)局長に届出ます。
- ・毎年 8 月に前年度における賃金改善の取組状況を評価するため、「賃金改善実績報告書」（別添 2 の様式 98）を地方厚生(支)局長に報告します。

歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）

- ・算定を開始する時期が決められています。
- ・3 か月ごとに算出を行い、変更があった場合は届出で翌月から変更後の点数を算定します。

別表 7

算出を行う月	算出の際に用いる「対象職員の給与総額」の対象となる期間	算出の際に用いる「歯科ベアⅠにより算定される点数の見込み」、「歯科ベアⅡの算定回数の見込み」及び「延べ入院患者数」の対象となる期間	算出した【B】及び【C】に基づき届け出た区分に従って算定を開始する月
3 月	前年 3 月～2 月	前年 12 月～2 月	4 月
6 月	前年 6 月～5 月	3～5 月	7 月
9 月	前年 9 月～8 月	6～8 月	10 月
12 月	前年 12 月～11 月	9～11 月	翌年 1 月

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の計算式

$$\begin{aligned}
 \text{【B】} = & \frac{\left[\text{対象職員の給与総額} \times 1 \text{ 分 } 2 \text{ 厘} - (\text{外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び} \right. \\
 & \left. \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される点数の見込み}) \times 10 \text{ 円} \right]}{\left(\begin{aligned} & \text{外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)イの算定回数} \times 8 \\ & + \text{外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)ロの算定回数} \times 8 \\ & + \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)イの算定回数} \times 8 \\ & + \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)ロの算定回数} \times 8 \end{aligned} \right) \times 10 \text{ 円}}
 \end{aligned}$$

入院ベースアップ評価料の計算式

$$\begin{aligned}
 \text{【C】} = & \frac{\left[\text{対象職員の給与総額} \times 2 \text{ 分 } 3 \text{ 厘} - (\text{外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び} \right. \\
 & \left. \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される点数の見込み}) \times 10 \text{ 円} \right]}{\text{当該保険医療機関の延べ入院患者数} \times 10 \text{ 円}}
 \end{aligned}$$

※ベースアップ評価料についての詳しい内容は、厚生労働省の Web サイトでご確認ください。

ベースアップ評価料等について

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00053.html

「診療報酬オンラインセミナー～500 件超の届出をサポートする現役コンサルが教える ベースアップ評価料の届出と医療 D X 加算のポイント～」

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00255.html

介護保険

◆居宅療養管理指導費・介護予防居宅療養管理指導費

改定前	改定後
歯科医師が行う場合 単一建物居住者 1 人 516 単位 単一建物居住者 2 人以上 9 人以下 486 単位 単一建物居住者 10 人以上 440 単位	歯科医師が行う場合 単一建物居住者 1 人 517 単位 単一建物居住者 2 人以上 9 人以下 487 単位 単一建物居住者 10 人以上 441 単位
歯科衛生士等が行う場合 単一建物居住者 1 人 361 単位 単一建物居住者 2 人以上 9 人以下 325 単位 単一建物居住者 10 人以上 294 単位	歯科衛生士等が行う場合 単一建物居住者 1 人 362 単位 単一建物居住者 2 人以上 9 人以下 326 単位 単一建物居住者 10 人以上 295 単位
管理栄養士が行う場合 居宅療養管理指導費(Ⅰ) 単一建物居住者 1 人 544 単位 単一建物居住者 2 人以上 9 人以下 486 単位 単一建物居住者 10 人以上 443 単位 居宅療養管理指導費(Ⅱ) 単一建物居住者 1 人 524 単位 単一建物居住者 2 人以上 9 人以下 466 単位 単一建物居住者 10 人以上 423 単位	管理栄養士が行う場合 居宅療養管理指導費(Ⅰ) 単一建物居住者 1 人 545 単位 単一建物居住者 2 人以上 9 人以下 487 単位 単一建物居住者 10 人以上 444 単位 居宅療養管理指導費(Ⅱ) 単一建物居住者 1 人 525 単位 単一建物居住者 2 人以上 9 人以下 467 単位 単一建物居住者 10 人以上 424 単位

●歯科衛生士等が行う場合

がん末期の利用者については、1 月に 6 回まで算定可能となった

◆訪問リハビリテーション費

改定前	改定後
訪問リハビリテーション費 307 単位 同一敷地内建物等の利用者 20 人以上 276 単位 リハビリテーションマネジメント加算(A)イ 180 単位 リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ 213 単位 リハビリテーションマネジメント加算(B)イ 450 単位 リハビリテーションマネジメント加算(B)ロ 483 単位	訪問リハビリテーション費 308 単位 同一敷地内建物等の利用者 20 人以上 227 単位 リハビリテーションマネジメント加算(イ) 180 単位 リハビリテーションマネジメント加算(ロ) 213 単位 削除 削除
介護予防訪問リハビリテーション費 307 単位 同一敷地内建物等の利用者 20 人以上 276 単位	介護予防訪問リハビリテーション費 298 単位 同一敷地内建物等の利用者 20 人以上 268 単位

労災保険

改定前		改定後	
歯科初診料（労災）	3,820 円	歯科初診料（労災）	3,850 円
歯科再診料（労災）	1,400 円	歯科再診料（労災）	1,420 円
脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（労災）	250 点	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（労災）	
		理学療法士による場合	250 点
		作業療法士による場合	250 点
		言語聴覚士による場合	250 点
		医師による場合	250 点
脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）（労災）	200 点	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）（労災）	
		理学療法士による場合	200 点
		作業療法士による場合	200 点
		言語聴覚士による場合	200 点
		医師による場合	200 点
脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）（労災）	100 点	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）（労災）	
		理学療法士による場合	100 点
		作業療法士による場合	100 点
		言語聴覚士による場合	100 点
		医師による場合	100 点
		その他の場合	100 点
廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）（労災）	250 点	廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）（労災）	
		理学療法士による場合	250 点
		作業療法士による場合	250 点
		言語聴覚士による場合	250 点
		医師による場合	250 点
廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）（労災）	200 点	廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）（労災）	
		理学療法士による場合	200 点
		作業療法士による場合	200 点
		言語聴覚士による場合	200 点
		医師による場合	200 点
廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）（労災）	100 点	廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）（労災）	
		理学療法士による場合	100 点
		作業療法士による場合	100 点
		言語聴覚士による場合	100 点
		医師による場合	100 点
		その他の場合	100 点