

解釈番号	改定後	現行	現行届出済	改定対応済
A000	【初診料】 1 歯科初診料 <b>264点</b>	【初診料】 1 歯科初診料 261点		
	【施設基準】 1 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準 (1) (略) (2) 感染症患者に対する歯科診療を <b>円滑に実施</b> する体制を確保していること。 (3) 歯科外来診療の院内感染防止に係る <b>標準予防策及び新興感染症に対する対策</b> の研修を4年に1回以上、定期的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。 (4) 職員を対象とした院内感染防止にかかる標準予防策 <b>及び新興感染症に対する対策</b> 等の院内研修等を実施していること。 (5)・(6) (略) (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、 <b>令和5年3月31日</b> 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。 <b>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。</b>	【施設基準】 1 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準 (1) (略) (2) 感染症患者に対する歯科診療に <b>対応</b> する体制を確保していること。 (3) 歯科外来診療の院内感染防止に係る研修を4年に1回以上、定期的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。 (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。 (5)・(6) (略) (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、 <b>令和2年6月30日</b> 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。		
A002	【再診料】 1 歯科再診料 <b>56点</b>	【再診料】 1 歯科再診料 53点		
	【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。	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。		
B000-4-3	【口腔機能管理料】	【口腔機能管理料】		
	【算定要件】 (1) 口腔機能管理料とは、 <b>50歳</b> 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。) <b>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。)</b> 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)	(1) 口腔機能管理料とは、 <b>65歳</b> 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。) <b>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。)</b> 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)		
B000-4-2	【小児口腔機能管理料】	【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 <b>18歳未満の児童</b> 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、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。	【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 <b>15歳未満の小児</b> 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、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。		
A000 注10	【歯科診療特別対応連携加算(初診料)】	【歯科診療特別対応連携加算(初診料)】		
	【算定要件】 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 <b>150点</b> を所定点数に加算する。	【算定要件】 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 <b>100点</b> を所定点数に加算する。		
	【施設基準】 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 歯科診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) <b>(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。</b>	【施設基準】 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 歯科診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)		
M001注	【メタルコア加算(歯冠形成(1歯につき))】	【メタルコア加算(歯冠形成(1歯につき))】		
	【算定要件】 (削除) (削除) <b>7~9</b> (略)	【算定要件】 注7 2のイについては、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、 <b>30点を所定点数に加算する。</b> 8 2のロについては、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、 <b>30点を所定点数に加算する。</b> <b>9~11</b> (略)		
I011-3	【歯周基本治療処置(1口腔につき)】 (削除)	【歯周基本治療処置(1口腔につき)】 10点		
M015-2	【CAD/CAM冠(1歯につき)】	【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、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。	【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、 <b>白歯</b> 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。		
新設	<b>(新) チタン冠(1歯につき) 1,200点</b>			

解釈番号	改定後	現行	現行届出済	改定対応済
新設	(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 2 キーバー付き根面板を用いる場合 350点			
	【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間接法により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】 (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 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。			
新設	① 接着冠 (新) 接着冠(1歯につき) 1 前歯 370点 2 臼歯 310点			
新設	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			
I010	③ 歯周疾患処置 【歯周病処置(1口腔1回につき)】 14点 【その他、評価の見直しを行う技術の例】 (1)支台築造印象 (2)有床義歯	【歯周疾患処置(1口腔1回につき)】 14点		
I010-2	【歯周病安定期治療】	【歯周病安定期治療(Ⅰ)】		
	【算定要件】 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ブ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「歯周病安定期治療」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。 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 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。 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。 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。  (削除)	【算定要件】 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ブ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「歯周病安定期治療(Ⅰ)」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。 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。 (新設) 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。 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。  【歯周病安定期治療(Ⅱ)】		
B000-4	【フッ化物洗口指導加算(歯科疾患管理料)】	【フッ化物洗口指導加算(歯科疾患管理料)】		
	【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、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。	【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、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。		
I031	【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 110点	【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又は区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料(注10に規定するエナメル質初期う蝕管理加算を算定した場合を除く。)を算定し、初期の根面う蝕に罹患している65歳以上の患者に対して、主治の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、フッ化物歯面塗布処置を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、2回目以降のフッ化物歯面塗布処置の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行った場合に限り、月1回に限り算定する。	【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、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。		

解釈番号	改定後	現行	現行届出済	改定対応済
B000-4	<p>【総合医療管理加算(歯科疾患管理料)】</p> <p>【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】</p> <p>六の二の四 歯科治療時医療管理料の施設基準</p> <p>(1)～(4)(略)</p>	<p>【総合医療管理加算(歯科疾患管理料)】</p> <p>【算定要件】</p> <p>注11 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。</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】</p> <p>六の二の四 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</p> <p>(1)～(4)(略)</p>		
C001-3	<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>【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、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 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</p> <p>(1)～(4)(略)</p>		
歯科	<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、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>ク～シ (略)</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(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 自治体を実施する事業に協力していること。</p> <p>ク～シ (略)</p>		
C000	<p>【歯科訪問診療料(1日につき)】</p> <p>【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1回に限り、30点を所定点数に加算する。</p>	<p>(新設)</p>		
C000	<p>【歯科訪問診療料(1日につき)】</p> <p>【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。</p> <p>イ・ロ (略)</p>	<p>【歯科訪問診療料(1日につき)】</p> <p>【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、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。</p> <p>イ・ロ (略)</p>		
C001-5	<p>【在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】</p> <p>1 10歯未満 400点</p> <p>2 10歯以上20歯未満 500点</p> <p>3 20歯以上 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>【在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】</p> <p>1 10歯未満 350点</p> <p>2 10歯以上20歯未満 450点</p> <p>3 20歯以上 550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>		

解釈番号	改定後	現行	現行届出済	改定対応済
C001-6	【小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】 <b>600点</b>	【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		
	【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 <b>18歳未満の患者</b> であって、継続的な歯科疾患の管理が必要なもの又は <b>18歳に達した日</b> 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。	【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。		
C001-3	【歯科疾患在宅療養管理料】 1 在宅療養支援歯科診療所1の場合 <b>340点</b> 2 在宅療養支援歯科診療所2の場合 <b>230点</b>	【歯科疾患在宅療養管理料】 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		
C001-3	【在宅療養支援歯科診療所】 【施設基準】 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 (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。 ア 過去1年間に歯科訪問診療料1及び歯科訪問診療料2を合計 <b>18回以上</b> 算定していること。  イ～オ(略) 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、 <b>保険薬局</b> 、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。 キ～コ(略) (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。 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 <b>4回以上</b> 算定していること。  イ～ウ(略) (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。 <b>※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</b>	【在宅療養支援歯科診療所】 【施設基準】 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 (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。 ア 過去1年間に歯科訪問診療料1及び歯科訪問診療料2を合計 <b>15回以上</b> を算定していること。  イ～オ(略) 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。 キ～コ(略) (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。 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 <b>10回以上</b> 算定していること。 イ～ウ(略) (新設)		
B009	【歯科医療機関連携加算1(診療情報提供料(I))】 【算定要件】 (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。  ア(略) イ <b>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、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</b>	【歯科医療機関連携加算1(診療情報提供料(I))】 【算定要件】 (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。  ア(略) イ <b>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</b>		