

# 令和8年度診療報酬改定について

R8.5.15 仙台歯科医師会 社保講習会

一社) 仙台歯科医師会 社会保障委員会 委員長

佐藤 繁久

資料：福岡県歯科医師会 医療社保部 作成資料一部改変

# 施設基準のまとめ

- 再届出（新たに届出）が必要なもの
- 新設された施設基準
- 要件変更あるが届出直しが不要なもの

# 要件等変更により再届出が必要な主な施設基準

R8年6月1日から算定を行うには

①紙で郵送の場合：R8年5月7日～R8年6月1日(必着)までに東北厚生局に届出が必要。

\*可能な限り5月18日まで提出(集中回避)

②オンライン申請の場合：R8年5月25日から受付開始(数日しかないので注意)。

R8年4月2日時点での扱い

施設基準名(基本診療料)	要件の概要
電子的歯科診療情報連携体制整備加算1・2 (歯医療DX1・2) *医療情報取得加算(医情)：廃止 *医療DX推進体制整備加算(医療DX)：廃止	<b>新規で届出必要</b> *旧「医情」「医療DX」からの経過措置なし <ul style="list-style-type: none"> <li>・レセプトのオンライン請求</li> <li>・明細書の無償発行</li> <li>・オン資格確認の導入</li> <li>・マイナ保険証利用率<b>30%以上</b></li> <li>・患者からの健康管理に係る相談に応じる体制</li> <li>・電子処方箋導入→加算1、未導入→加算2</li> <li>・<b>電子カルテ関連は現状未導入でも届出可能</b></li> </ul>
施設基準名(特掲診療料)	要件の概要
地域支援・医薬品供給対応体制加算1・2・3(地外薬供1・2・3) *外来後発医薬品使用体制加算(外後発使)：廃止	<b>新規で届出必要</b> 旧「外後発使」からの経過措置なし <ul style="list-style-type: none"> <li>・旧「外後発使」の要件(ジェネリックの使用率等)に+α</li> <li>・<b>医薬品の流通の効率化、安定供給の確保への対応</b></li> </ul>

# 要件等変更により再届出が必要な施設基準

R8年4月2日時点での扱い

施設基準名（特掲診療料）	要件の概要
<p>歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ） の注5に関する施設基準（歯外在Ⅰ注）</p> <p>* 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）届出済み 継続的な賃上げを行っている医療機関を対象とした届出</p> <p>* R8年4,5月に算定開始した医療機関は、対象外 →歯外在Ⅰの再届出が必要</p>	<p>新規で届出必要</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ R8年3月31日までに「歯外在Ⅰ」の算定を開始している医療機関</li><li>・ 上記以外でR6年3月時点の対象職員の基本給等の合計と比較し<ol style="list-style-type: none"><li>① R8年度の算定開始月時点で以下のペア実施 対象職員の基本給等の合計で5.5%以上 看護補助者、事務職員の基本給等の合計で8%以上</li><li>② R9年度の算定開始月時点で以下のペア実施 対象職員の基本給等の合計で8.7%以上 看護補助者、事務職員の基本給等の合計で13.7%以上</li></ol></li></ul> <p>届出後は毎年8月に賃金改善の中間報告(同年度)、実績報告(前年度)が必要</p>
<p>歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） の注5及び注6に関する施設基準（歯外在Ⅱ注）</p> <p>* 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）届出済み 継続的な賃上げを行っている医療機関を対象とした届出</p> <p>* R8年4,5月に算定開始した医療機関は、対象外 →歯外在Ⅰ+歯外在Ⅱの再届出が必要</p>	<p>新規で届出必要(区分の見直しがあるため年度ごと届出必要)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ R8年3月31日までに「歯外在Ⅱ」の算定を開始している医療機関</li><li>・ 上記以外でR6年3月時点の対象職員の基本給等の合計と比較し<ol style="list-style-type: none"><li>① R8年度の算定開始月時点で以下のペア実施 対象職員の基本給等の合計で5.5%以上 看護補助者、事務職員の基本給等の合計で8%以上</li><li>② R9年度の算定開始月時点で以下のペア実施 対象職員の基本給等の合計で8.7%以上 看護補助者、事務職員の基本給等の合計で13.7%以上</li></ol></li></ul> <p>届出後は毎年8月に賃金改善の中間報告(同年度)、実績報告(前年度)が必要</p>
<p>入院ベースアップ評価料（入べ） * 入院ベースアップ評価料 届出済み</p>	<p>新規で届出必要(区分の見直しがあるため年度ごと届出必要) 届出後は毎年8月に賃金改善の中間報告(同年度)、実績報告(前年度)が必要</p>

# 新設された施設基準

R8年4月2日時点での扱い

施設基準名（特掲診療料）	要件の概要
<p>歯科疾患管理料の注12に規定する特別管理加算（特管）</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 障害者歯科治療の経験が5年以上かつ60症例以上経験しているDrを1名以上配置</li> <li>・ 障害者歯科治療に係る診療補助を60症例以上経験しているDHを1名以上配置</li> <li>・ 障害者歯科診療を実施する時間があらかじめ決まっており、専用のユニットが確保されている</li> <li>・ パルスオキシメーター、血圧計等がある</li> <li>・ 病院（歯科標榜あり）との連携</li> </ul>
<p>口腔機能実地指導料（口実地）</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 口腔機能発達不全症及び口腔機能低下症の機能、口機能の概要、検査、訓練、実地指導に関する研修を受講したDHの配置 → R9年5月31日まで経過措置あり（研修前に届出した場合、期間中に再届出）</li> <li>・ 口腔機能実地指導の時間とユニットの確保</li> <li>・ DHへの処遇改善の取組を実施</li> </ul>
<p>歯科訪問診療の注7に規定する基準（歯訪問）</p> <p>* 歯科訪問診療4，5の算定に必要な施設基準</p> <p>* 歯援診1，2、歯援病の施設基準届出済みならば不要</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 以下のいずれかを満たす             <ol style="list-style-type: none"> <li>① 歯科訪問診療1，2の算定実績が12回以上等</li> <li>② 自宅、入院先への歯科訪問診療の実績が6回以上</li> <li>③ 特定の施設における定期的な歯科健診への協力 or 県等が実施する事業に協力 or 学校歯科医</li> </ol> </li> <li>・ 歯科訪問診療の実施状況が把握できる体制、施設等の担当者に治療内容、治療計画を必要に応じ共有できる体制</li> </ul> <p>R9年5月31日まで経過措置あり</p> <p>届出不要</p>

# 新設された施設基準

R8年4月2日時点での扱い

施設基準名（特掲診療料）	要件の概要
歯科訪問診療料の注22 に規定する医科連携体制加算（医連）	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 連携する保険医療機関（歯科標榜なし）に入院中の患者について依頼に基づき、訪問診療を実施できる体制</li><li>・ 連携機関から歯科訪問診療の依頼を受ける方法の取り決めを行い、文書により提供を受けていること</li><li>・ 連携体制を構築していること及び連携保険機関名の院内掲示 <b>届出不要</b></li></ul>
3次元プリント有床義歯（3DFD）	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 補綴治療3年以上のDrの配置</li><li>・ 専用の機器設置＋院内技工士の配置 もしくは専用の機器を設置している技工所との連携</li></ul>
歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔（II）（歯麻酔II）	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 歯科麻酔管理料の施設基準届出もしくは 全身麻酔を50症例以上経験した常勤歯科医師の配置</li><li>・ 緊急時対応の連携体制</li></ul>
歯科技工所ベースアップ支援料（歯技べ）	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 外注先の技工所の技工士の賃上げ等、補綴物製作を後方から支援</li><li>・ 外注先の当該技工所と連携の上で届出を行い、当該支援料を全て技工委託費の増額に充てること <b>届出後は毎年8月に実績報告必要</b></li></ul>

# 要件等変更あるが再届出不要な施設基準

R8年4月2日時点での扱い

施設基準名（基本診療料）	
歯科点数表の初診料の注1（歯初診）	
地域歯科診療支援病院歯科初診料（病初診）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・研修内容追加（抗菌薬の適正使用）</li> <li>・研修受講を確認できるものを保管</li> <li>・例年8月の定例報告不要</li> </ul>
歯科外来診療感染対策加算2・4（外感染2・4）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・研修受講を確認できるものを保管</li> <li>・例年8月の定例報告不要</li> </ul>
歯科点数表の初診料の注16及び再診料の注1312に規定する施設基準（歯情報通信）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・名称変更</li> <li>・例年8月の定例報告不要</li> </ul>
施設基準名（特掲診療料）	
小児口腔機能管理料の注53に規定する口腔管理体制強化加算（口管強）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・名称変更</li> <li>・算定実績の算定項目の変更                      SPT+P重防→歯周病継続支援治療                      実地指の口腔機能指導加算→口腔衛生指導管理料</li> </ul>

# 要件等変更あるが再届出不要な施設基準

R8年4月2日時点での扱い

施設基準名（特掲診療料）	
在宅療養支援歯科診療所1（歯援診1）	<ul style="list-style-type: none"><li>・以下のいずれかに該当（選択肢の拡大）<ul style="list-style-type: none"><li>①過去1年間の歯科訪問診療1～3の算定実績が合計18回以上 →直近1か月に歯科訪問診療1～3の算定実績が合計10回以上</li><li>②直近1か月に歯科訪問診療2～5のいずれかの算定が5回以上、そのうち20分以上での算定が6割以上</li><li>③直近1か月に訪問口腔リハ又は小訪問口腔リハの算定が合計10回以上</li><li>④研修歯科医に歯科訪問診療に係る教育を実施している臨床研修施設 上記に関し、R9年5月31日まで経過措置（R8年3月31日までに届出済（算定開始）の場合）</li></ul></li><li>・例年8月の定例報告不要</li></ul>
在宅療養支援歯科診療所2（歯援診2）	<ul style="list-style-type: none"><li>・以下のいずれかに該当（選択肢の拡大）<ul style="list-style-type: none"><li>①過去1年間に歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3を合計4回以上算定していること。</li><li>②研修歯科医に歯科訪問診療に係る教育を実施している臨床研修施設 上記に関し、R9年5月31日まで経過措置（R8年3月31日までに届出済（算定開始）の場合）</li></ul></li><li>・例年8月の定例報告不要</li></ul>
在宅療養支援歯科病院（歯援病）	<ul style="list-style-type: none"><li>・以下のいずれかに該当（選択肢の拡大）<ul style="list-style-type: none"><li>①過去1年間の歯科訪問診療1～3の算定実績及び他の医療機関から歯科訪問診療が困難な患者の受け入れ実績が合計18回以上</li><li>②直近1か月に歯科訪問診療2～5のいずれかの算定が5回以上、そのうち20分以上での算定が6割以上</li><li>③直近1か月に訪問口腔リハ又は小訪問口腔リハの算定が合計10回以上</li><li>④研修歯科医に歯科訪問診療に係る教育を実施している臨床研修施設 上記に関し、R9年5月31日まで経過措置（R8年3月31日までに届出済（算定開始）の場合）</li></ul></li><li>・例年8月の定例報告不要</li></ul>

# 要件変更あるが再届出不要な施設基準

R8年4月2日時点での扱い

施設基準名（特掲診療料）	
在宅医療DX情報活用加算（在宅DX）	<ul style="list-style-type: none"><li>・電子カルテ情報共有サービスの導入に関しては当分の間、経過措置</li><li>・研修受講を確認できるものを保管</li><li>・例年8月の定例報告不要</li></ul>
在宅歯科医療情報連携加算（歯医情連）	<ul style="list-style-type: none"><li>・ICTを用いて連携機関と共有し情報について常に確認できる体制に関し、一元的に管理されたサーバーで保管する等の要件が追加</li></ul>
歯科訪問診療の注1615に規定する施設基準（歯訪診）	<ul style="list-style-type: none"><li>・名称変更</li></ul>
歯科技工士連携加算1・2（歯技連1・2）	<ul style="list-style-type: none"><li>・加算1とセットだった光学印象歯科技工士連携加算が廃止</li><li>・院内掲示項目追加（連携実績のある技工士名、技工所名）</li><li>・歯科技工士の負担の軽減及び処遇改善に資する体制整備</li></ul>
歯科麻酔管理料（歯麻管）	<ul style="list-style-type: none"><li>・静脈内鎮静法を50症例→静脈内鎮静法又は歯科静脈麻酔を100症例の常勤歯科医師が1名以上配置されていること。なお、無床診療所の場合、同等の経験を有する非常勤の麻酔に従事する歯科医師が複数名配置でも可</li><li>・無床診療所の場合、緊急時の連携体制を確保し、連携病院の名称をあらかじめ届け出ていること</li></ul>

# 廃止となった施設基準

R8年4月2日時点での扱い

施設基準名（基本診療料）	
医療情報取得加算（医情）	電子的歯科診療情報連携体制整備加算（歯医療DX）が新設
医療DX推進体制整備加算（医療DX）	電子的歯科診療情報連携体制整備加算（歯医療DX）が新設
施設基準名（特掲診療料）	
在宅歯科医療推進加算（在推診）：廃止	在推進加算廃止 → 歯援診1・2、歯援病に対する加算に要件変更
口腔細菌定量検査（口菌検）：廃止	機器があれば即算定可能
咀嚼能力検査（咀嚼能力）：廃止	機器があれば即算定可能
咬合圧検査（咬合圧）：廃止	機器があれば即算定可能
外来後発医薬品使用体制加算（外後発使）	地域支援・医薬品供給対応体制加算（地外薬供）が新設

# 施設基準に関する注意点

各施設基準の要件の詳細や届出様式は  
宮歯社保部会作成の『保険診療の手引き3』を参照  
\* 届出様式は東北厚生局HPからダウンロード可能

- R8年6月1日から算定を行うにはR8年6月1日(必着)までに届出が必要 (再届出注意)。
- 院内掲示が必要な事項はウェブサイト等に掲載が必要 (義務化)。
  - \* 自ら管理するHP等を有しない場合は不要
- 届出後の受理番号は東北厚生局のHPで確認。
  - \* 受理番号の文書による郵送は既に終了 (R7年8月～)
- オンライン申請も可能な施設基準あり。
- 主要な定例報告がほぼ不要となり、負担軽減 (ベア関連は報告必要)。

# 基本診療料

# 初診料・再診料

## 改定前

歯科初診料	267点
注1の届け出を行っていない医療機関	240点
情報通信機器を用いた場合	233点



## 改定後

歯科初診料	<b>272点</b>
注1の届け出を行っていない医療機関	<b>245点</b>
情報通信機器を用いた場合	<b>237点</b>

## 改定前

歯科再診料	58点
注1の届け出を行っていない医療機関	44点
情報通信機器を用いた場合	51点



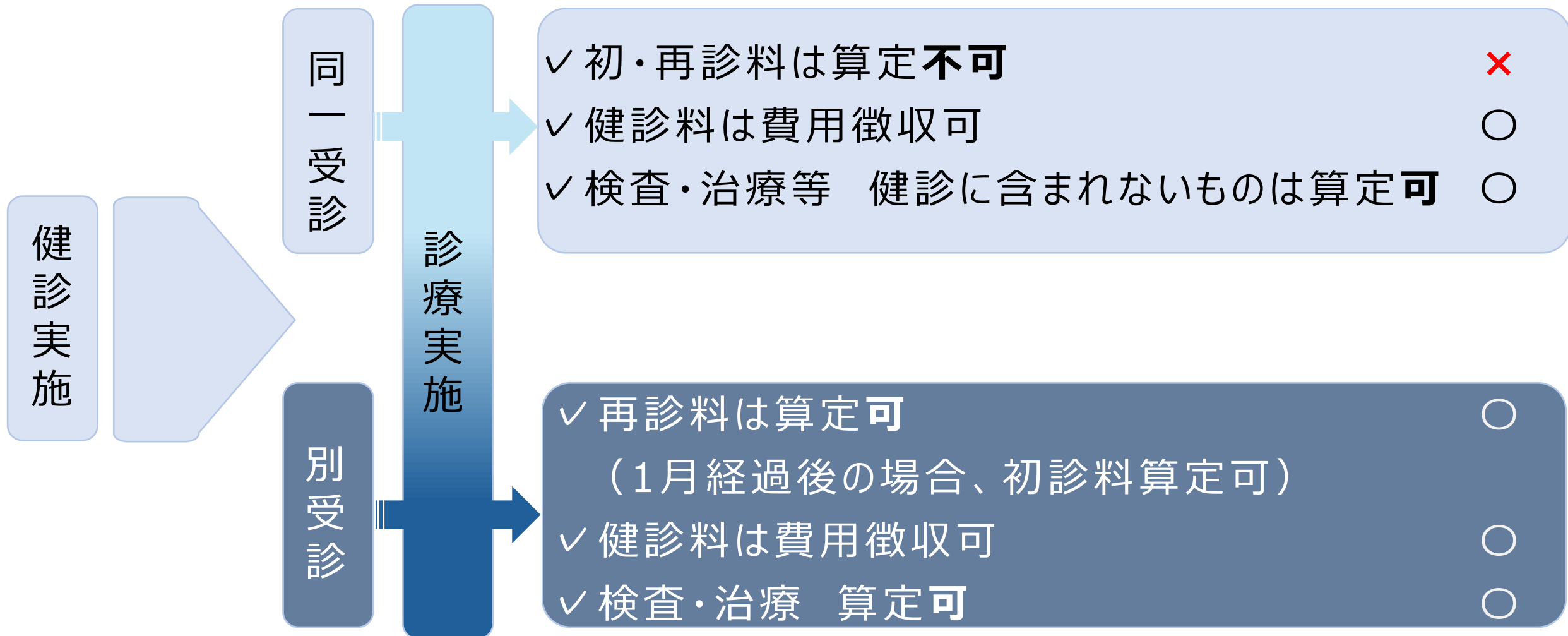
## 改定後

歯科再診料	<b>59点</b>
注1の届け出を行っていない医療機関	<b>45点</b>
情報通信機器を用いた場合	51点

- 健診等の費用は、「療養の給付と直接関係ないサービス等」として別途徴収できることが明確化された。
- 健診等受診後に、健診等に関する疾病について、同日に1回の受診で保険診療を行う場合、初診料と同様に、再診料等は算定できないことが明確化された。別日の受診であれば、再診料の算定は可。

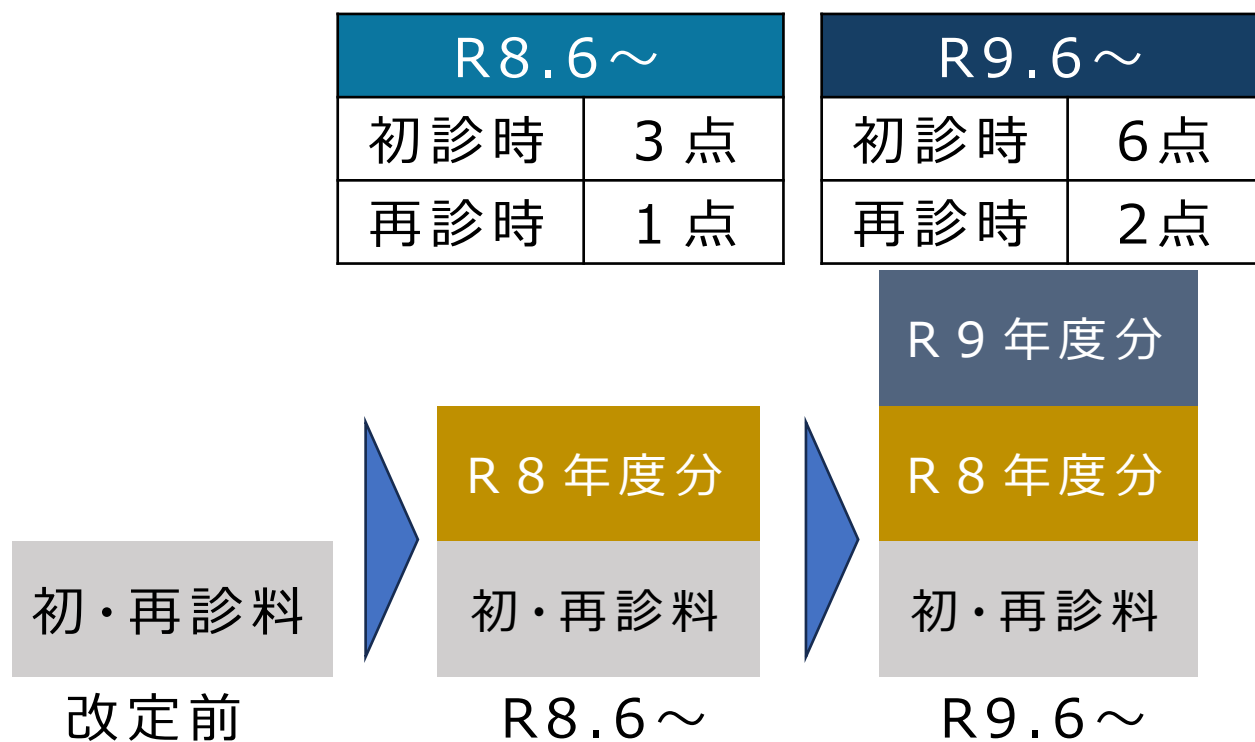
# 初診料・再診料

健診後の診療における基本診療料の算定



## 歯科物価対応料【歯物価】

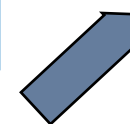
- ・ 初再診料を算定した場合に算定する。訪問診療実施時は算定不可。
- ・ 令和9年6月以降は、100分の200の点数を算定。



## 初診料の加算

改定前	
医療DX推進体制整備加算 1	11点
医療DX推進体制整備加算 2	10点
医療DX推進体制整備加算 3	8点
医療DX推進体制整備加算 4	9点
医療DX推進体制整備加算 5	8点
医療DX推進体制整備加算 6	6点
医療情報取得加算	1点

廃止  
統合



明細書発行体制加算の併算定不可

新設	
電子的歯科診療情報連携体制整備加算 1	9点
電子的歯科診療情報連携体制整備加算 2	4点

電子処方箋導入済

電子処方箋未導入

## 再診料の加算

3月に1回

改定前	
医療情報取得加算	1点



新設	
電子的歯科診療情報連携体制整備加算	2点

月1回

	電子的歯科診療情報連携体制整備加算	1	2
イ	オンライン請求	○	○
ロ	明細書の無償発行 ※1	○	○
ハ	オンライン資格確認	○	○
ニ	オン資による診療情報閲覧	○	○
ホ	オン資の実績 <b>マイナ保険証の利用率が30%以上</b>	○	○
ヘ	院内掲示	○	○
ト	HP掲載 ※2	○	○
チ	患者からの相談に応じる体制	○	○
リ	電子処方箋	△	×
ヌ	電子カルテ	△	×
ル	電カル共有サービス	△	×

リ～ルのどれか一つで加算1  
現状、歯科では電子処方箋のみ

# ～歯科巡回診療～

## 新設

地域歯科医療加算【地歯】

100点

歯科用ユニット等を搭載した  
診療車(歯科用巡回車)➡



厚生労働省資料より

- ・巡回診療でなければ、住民の歯科医療の確保が困難である地域等にて、自治体等と連携（下記イ～ハのいずれかに該当）し、巡回診療実施計画を提出した保険医療機関が、歯科医療の確保を目的として行う巡回診療を評価。
- ・歯科巡回診療車内で歯科診療を実施した場合に「初・再診料」に加算。
- ・カルテとレセプトの摘要欄に以下のいずれかを記載。
  - イ 自治体等が設置している保険医療機関が歯科巡回診療車を所有している。
  - ロ 都道府県の定める医療計画等の自治体の計画に基づく巡回診療である。
  - ハ その他イまたはロに準ずるものである。 ➡

・都道府県等からの委託等により行う巡回診療。  
・都道府県等が実施する歯科保健医療活動に歯科巡回診療車が活用されているもの。

## ～歯科巡回診療～

## 新設

処置・手術・歯冠修復及び欠損補綴	30/100の加算
------------------	-----------

## 【処置（通則）】

10 区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料の注 9 または区分番号 A 0 0 2 に掲げる再診料の注 7 に掲げる**地域歯科医療加算を算定した患者**に対して、巡回診療時に**処置を行った場合は、所定点数の100分の30に相当する点数を、当該処置の所定点数に加算**する。ただし、通則第 5 号に掲げる加算を算定する場合は、この限りでない。

※ 手術、歯冠修復および欠損補綴も同様。

・巡回診療車内で診療を行った場合、処置、手術、歯冠修復及び欠損補綴に30/100の点数を加算

※ 6歳未満の乳幼児または著しく歯科診療が困難なものに対する加算との併算定はできない。

# 医学管理

# 歯科疾患管理料【歯管】

改定前	→	改定後
100点（初診月：80点）		<b>90点</b>

## [算定要件 変更部分]

注1 1回目の歯科疾患管理料は、歯科疾患の管理が必要な患者に対し、当該患者またはその家族等（以下この部において「患者等」という。）の同意を得て管理計画を作成し、その内容について説明を行った場合に算定する。~~なお、初診日の属する月に算定する場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。~~

- ・ 初再診月どちらも**90点**で算定する。

# 歯科疾患管理料【歯管】

## [算定要件 変更部分]

- (1) 歯科疾患管理料は、継続的管理を必要とする歯科疾患を有する患者~~（有床義歯に係る治療のみを行う患者を除く。）~~に対して、口腔を一単位（以下「1口腔単位」という。）としてとらえ、患者との協働により行う継続的な口腔管理に加えて、病状が改善した歯科疾患等の再発防止および重症化予防を評価したものである。なお当該患者に対して、継続的な管理の必要性について説明を行うこと。
- (19) 有床義歯に係る口腔管理のみを行った場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその旨を記載する。

- ・ 「継続的な管理の必要性について説明する」ことについて明記された。
- ・ **有床義歯に係る治療のみを行う患者**の取り扱いが見直され、**【歯管】**が**算定できる**ようになった。**MT、義歯不適合等、義歯関連のみの病名でも可**
- ・ 有床義歯に係る管理のみを行った場合は**レセプト摘要欄にその旨を記載**する。

<b>新設</b>	
特別管理加算	80点

障がい者の歯科治療を専門に担う医療機関における特別な歯科医学的管理を評価する加算の新設

### 【対象患者】

次に掲げる状態またはこれらに準ずる状態にある患者

- イ 脳性麻痺等で身体の不随意運動や緊張が強く体幹の安定が得られない状態
- ロ 知的発達障害等により開口保持ができない状態または治療の目的が理解できず治療に協力が得られない状態
- ハ 重症の呼吸器疾患等で頻繁に治療の中断が必要な状態
- ニ 人工呼吸器を使用している状態または気管切開等を行っており歯科治療に際して管理が必要な状態
- ホ 強度行動障害の状態であって、日常生活に支障を来すような症状・行動が頻繁に見られ、歯科治療に協力が得られない状態

新設

特別管理加算

80点

「障害者歯科治療」とは  
 障害又は難病を有する患者に対する治療が該当  
 \* 公益社団法人日本障害者歯科学会の  
 「日本障害者歯科学会研修カリキュラム」を参考

### 特別管理加算の施設基準

- (1) 障害者歯科治療に係る専門の知識および5年以上の経験を有し、障害者歯科治療を60症例以上経験している歯科医師を1名以上配置していること。
- (2) 障害者歯科治療に係る診療の補助を60症例以上経験している歯科衛生士を1名以上配置していること。
- (3) 障害者歯科医診療を実施する時間があらかじめ定められていること。
- (4) (3) の時間においては、障害者歯科診療を実施するための歯科用ユニットが確保されていること。
- (5) 患者にとって安心して安全な歯科医療環境の提供を行うにつき、経皮的動脈血酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）および血圧計等を有していること。
- (6) 障害者歯科治療について、都道府県等と連携が図られている保険医療機関であること。ただし、歯科診療所においては、歯科を標榜する病院との連携が図られていること。

# 小児口腔機能管理料【小機能】

改定前	
小児口腔機能管理料	60点



改定後	
小児口腔機能管理料 1	90点
小児口腔機能管理料 2	50点

新設

情報通信機器を用いた場合

改定前	
小児口腔機能管理料	53点



改定後	
小児口腔機能管理料 1	78点
小児口腔機能管理料 2	44点

新設

## 口腔機能発達不全症「口腔機能の評価項目」において

3項目以上に該当する

小児口腔機能管理料 1 を算定

2項目に該当する

小児口腔機能管理料 2 を算定

- ・小児口腔機能管理料の評価が1と2に分けられた。
- ・口腔機能の評価項目の該当する数で評価が分けられている。

# 「口腔機能発達不全症」の診断基準チェックシート

## 離乳完了前のチェックリスト

A 機能	B 分類	C 項目	D 該当項目	管理の 必要性
食べる	哺乳	C-1 先天性歯がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		C-2 口唇、歯槽の形態に異常がある(裂奇形など)	<input type="checkbox"/>	
		C-3 舌小帯に異常がある	<input type="checkbox"/>	
		C-4 乳首をしっかり口にふくむことができない	<input type="checkbox"/>	
		C-5 授乳時間が長すぎる、短すぎる	<input type="checkbox"/>	
		C-6 哺乳量・授乳回数が多すぎたり少なすぎたりムラがあるなど	<input type="checkbox"/>	
	離乳	C-7 開始しているが首の据わりが確認できない	<input type="checkbox"/>	
		C-8 スプーンを舌で押し出す状態がみられる	<input type="checkbox"/>	
		C-9 離乳が進まない	<input type="checkbox"/>	
話す	構音機能	C-10 口唇の閉鎖不全がある(安静時に口唇閉鎖を認めない)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他	栄養 (体格)	C-11 やせ、または肥満である (カウプ指数: [体重(g)/身長(cm) <sup>2</sup> ] × 10 で評価)* 現在 体重 g 身長 cm 出生時 体重 g 身長 cm カウプ指数:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		C-12 口腔周囲に過敏がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	その他	C-13 上記以外の問題点 ( )	<input type="checkbox"/>	

\*「上記以外の問題点」とは口腔機能発達評価マニュアルのステージ別チェックリストの該当する項目がある場合に記入する。

赤枠内 1 つ以上かつ  
青枠内 2 つ以上

『口腔機能発達不全症』：確定診断  
・小児口腔機能管理料 2 算定可能

赤枠内 1 つ以上かつ  
青枠内 2 つ以上かつ  
緑枠内 3 つ以上

『口腔機能発達不全症』：確定診断  
・小児口腔機能管理料 1 算定可能

参考

カウプ指数	判定
22 以上	肥満
19～22 未満	肥満傾向
15～19 未満	正常範囲
13～15 未満	やせぎみ
10～13 未満	やせ

# 「口腔機能発達不全症」の診断基準チェックシート

## 離乳完了後のチェックリスト

A 機能	B 分類	C 項目	D 該当項目	管理の 必要性
食べる	咀嚼機能	C-1 歯の萌出に遅れがある	<input type="checkbox"/>	□
		C-2 機能的因子による歯列・咬合の異常がある	<input type="checkbox"/>	
		C-3 咀嚼に影響するう蝕がある	<input type="checkbox"/>	
		C-4 強く咬みしめられない	<input type="checkbox"/>	
		C-5 咀嚼時間が長すぎる、短すぎる	<input type="checkbox"/>	
		C-6 偏咀嚼がある	<input type="checkbox"/>	
	嚥下機能	C-7 舌の突出(乳児嚥下の残存)がみられる(離乳完了後)	<input type="checkbox"/>	□
	食行動	C-8 哺乳量・食べる量、回数が多すぎたり少なすぎたりムラがあるなど	<input type="checkbox"/>	□
話す	構音機能	C-9 構音に障害がある(音の置換、省略、歪みなどがある)	<input type="checkbox"/>	□
		C-10 口唇の閉鎖不全がある(安静時に口唇閉鎖を認めない)	<input type="checkbox"/>	□
		C-11 口腔習癖がある	<input type="checkbox"/>	□
		C-12 舌小帯に異常がある	<input type="checkbox"/>	□
その他	栄養 (体格)	C-13 やせ、または肥満である (カウプ指数、ローレル指数 <sup>*)</sup> で評価) 現在 体重 _____ kg 身長 _____ cm カウプ指数・ローレル指数:	<input type="checkbox"/>	□
	その他	C-14 口呼吸がある	<input type="checkbox"/>	□
		C-15 口蓋扁桃等に肥大がある	<input type="checkbox"/>	
		C-16 睡眠時のいびきがある	<input type="checkbox"/>	
		C-17 舌を口蓋に押しつける力が弱い(低舌圧である)	<input type="checkbox"/>	
	C-18 上記以外の問題点 ( _____ )	<input type="checkbox"/>		
口唇閉鎖力検査 ( _____ N)	<input type="checkbox"/>	□		
舌圧検査 ( _____ kPa)	<input type="checkbox"/>	□		

赤枠内 1 つ以上かつ  
青枠内 2 つ以上

『口腔機能発達不全症』：確定診断  
・小児口腔機能管理料 2 算定可能

赤枠内 1 つ以上かつ  
青枠内 2 つ以上かつ  
緑枠内 3 つ以上

『口腔機能発達不全症』：確定診断  
・小児口腔機能管理料 1 算定可能

参考

カウプ指数(6歳未満の幼児)  $[\text{体重}(\text{g})/\text{身長}(\text{cm})^2] \times 10$

ローレル指数(6歳以上の学童)  $[\text{体重}(\text{g})/\text{身長}(\text{cm})^3] \times 10^4$

カウプ指数	判定
22 以上	肥満
19~22 未満	肥満傾向
15~19 未満	正常範囲
13~15 未満	やせぎみ
10~13 未満	やせ

ローレル指数	判定
160 以上	肥満
145~160 未満	肥満気味
115~145 未満	標準
100~115 未満	やせぎみ
100 未満	やせ

# 口腔機能管理料【口機能】

改定前		→	改定後	
口腔機能管理料	60点		口腔機能管理料 1	90点
			口腔機能管理料 2	50点 <b>新設</b>

改定前	情報通信機器を用いた場合	改定後	
口腔機能管理料	53点	口腔機能管理料 1	78点
		口腔機能管理料 2	44点 <b>新設</b>

## 口腔機能低下症と診断した患者

口腔細菌定量検査 2、咀嚼能力検査 1、咬合圧検査 1、舌圧検査、**口腔粘膜湿潤度検査**のいずれかを算定している場合

**口腔機能管理料 1** を算定

上記 5 つの検査のいずれも算定していない場合

**口腔機能管理料 2** を算定

- ・ 口腔機能管理料の評価が 1 と 2 に分けられた。
- ・ 口腔細菌定量検査 2、咀嚼能力検査 1、咬合圧検査 1、舌圧検査、**口腔粘膜湿潤度検査**の算定がない場合においても、口腔機能検査により口腔機能低下症と診断される患者に対し、口腔機能管理料 2 が算定可能となった。

# 口腔機能低下症の診断基準

## 【口腔機能低下症の確定診断】

50歳以上の口腔機能の低下を認める患者のうち、以下7項目中3項目以上に該当

## 【口腔機能管理料1】

咀嚼能力検査1、咬合力検査1、舌圧検査、口腔細菌定量検査2、口腔粘膜湿潤度検査のうち、1つ以上の検査を算定し、3項目以上に該当。

## 【口腔機能管理料2】

検査の算定なしで3項目以上に該当。

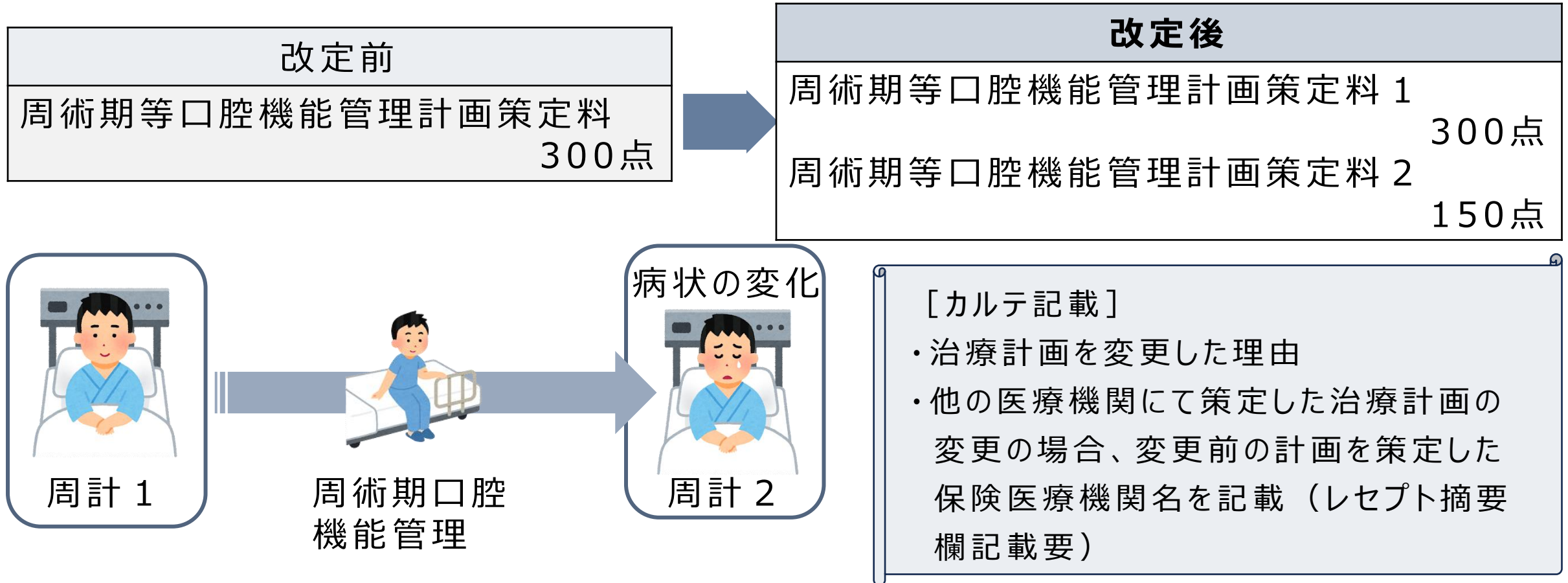
**\* 検査に関し  
施設基準不要**

口腔機能低下症の診断基準項目	保険収載（個別評価）されている検査による評価	その他の評価方法等
① 口腔衛生状態不良	口腔細菌定量検査2：口腔細菌カウンタ	Tongue Coating Indexによる舌苔の付着程度
② 口腔乾燥	口腔粘膜湿潤度検査：ムーカス	サクソンテスト
③ 咬合力低下	咬合圧検査1：デンタルプレスケール	20歯未満の残存歯数（残根および動揺度3の歯を除く）
④ 舌口唇運動機能低下		オーラルディアドコキネシス（パタカ）
⑤ 低舌圧	舌圧検査：JMS舌圧測定器	
⑥ 咀嚼機能低下	咀嚼能力検査1：グルコセンサーGS-II	咀嚼能率スコア法（咀嚼能率検査用グミゼリー）
⑦ 嚥下機能低下		嚥下スクリーニング検査（EAT-10）又は自記式質問票（聖隷式嚥下質問紙）

**\* 咀嚼能力検査1、咬合圧検査1は併算定不可**

「口腔機能低下症」に関する基本的な考え方」（令和6年3月 日本歯科医学会）参照

# 周術期等口腔機能管理計画策定料 【周計】



- ・【周計 2】が新設。
- ・患者の状態の変化等により、治療計画を変更した場合に【周計 2】を患者 1 人につき 1 回算定。

# 回復期等口腔機能管理計画策定料【回計】

改定前
回復期等口腔機能管理計画策定料 300点



改定後	
回復期等口腔機能管理計画策定料 1	300点
回復期等口腔機能管理計画策定料 2	150点



回復期口腔  
機能管理

[カルテ記載]

- ・治療計画を変更した旨
- ・他の医療機関にて策定した治療計画の変更の場合、変更前の計画を策定した保険医療機関名を記載（レセプト摘要欄記載要）

- ・【回計 2】が新設。
- ・患者の状態の変化等により、治療計画を変更した場合に【回計 2】を患者 1 人につき 1 回算定。

改定前		改定後
歯科衛生実地指導料【実地指】 口腔機能指導加算 +12点	➔	口腔機能実地指導料 46点
	廃止	

- ・【実地指】の口腔機能指導加算が廃止され、口腔機能実地指導料として新設された。
- ・口腔機能低下症、口腔機能発達不全症の患者に対して研修を受講した**歯科衛生士**が、歯科医師の指示を受けて**口腔機能に係る指導**を行った場合に、**月1回**算定。
- ・**文書提供が必要**（初回は必須）。同日【実地指】を併せて行った場合、【実地指】の提供文書に追記する形でよい（状況に変化がない場合においても**6月に1回以上**の文書提供が必要）。患者に提供した文書は、その写しをカルテに添付する。
- ・歯科衛生士は、業務録を作成する。
- ・担当歯科医師は歯科衛生士に行った指示内容等の要点を診療録に記載する。
- ・同日、歯科口腔リハビリテーション料3【歯リハ3】を算定する場合において、【**歯リハ3**】の**指導内容と重複する場合は算定できない**。

## 口腔機能実地指導料の施設基準

- (1) 歯科医師または歯科衛生士を主体とする団体または学会等が主催する口腔機能発達不全症および口腔機能低下症の概要、検査法、訓練法および実地指導方法等（入院患者や在宅・施設療養患者への対応を含むものであること。）に係る**研修を受講した歯科衛生士が1名以上**配置されていること。
- (2) 口腔機能実地指導を実施する時間が定められていること。
- (3) (2)の時間においては、口腔機能実地指導を実施するための歯科用ユニットが確保されていること。
- (4) 当該指導を行う**歯科衛生士の処遇の改善に係る取組**を行っていること。

・ 研修要件は、令和9年5月31日までの経過措置あり。

**\* 研修受講前に届出は可能。その際は届出用紙の受講歴に『R9年5月までに研修受講予定』等記載すること。ただし、上記期間までに受講し、再度届出が必要。**

# 歯周病患者画像活用指導料【口画像・顕画像】

改定前
歯周病患者画像活用指導料 10点（1回につき5枚）



改定後		
歯周病患者画像活用指導料		
1	口腔内画像【口画像】	50点
2	顕微鏡画像【顕画像】	50点

新設

## 1 口腔内画像について

（改定前） 10点（2枚以上撮影した場合は2枚目から1枚につき10点を加算。  
1回につき5枚に限り算定。）

（改定後） 口腔内カラー写真を撮影し必要な指導を行った場合に  
（撮影枚数にかかわらず）50点算定。

## 2 顕微鏡画像について

・位相差顕微鏡による画像を用いて指導を行った場合に  
患者1人につき1回に限り算定。

※1, 2ともに歯周病検査を実施する場合において算定。

\*実施＝検査後。検査前は不可となった



レイマー顕微鏡オンラインショップより引用

# 新製有床義歯管理料【義管】

## 改定前

新製有床義歯管理料（1口腔につき）

1	2 以外の場合	190点
2	困難な場合	230点



## 改定後

新製有床義歯管理料（**1装置につき**）

1	局部義歯の場合	140点
2	総義歯の場合	140点

注 1 新製有床義歯管理料は、新たに製作した有床義歯を装着した日の属する月に、当該有床義歯を製作した保険医療機関において、~~有床義歯の適合性等について検査を行い、併せて患者またはその家族等に対して、当該有床義歯の取扱い、保存、清掃方法等~~について必要な指導説明を行った上で、その内容を文書により提供した場合に、1回に限り算定する。

~~2 新製有床義歯管理料を算定した日の属する月は、区分番号H001-2に掲げる歯科口腔リハビリテーション料1（1に限る。）は算定できない。~~

- ・従来の「**1口腔**」単位から「**装置**」単位に取り扱いが変更。**別装置ならば別途算定可**
  - ・【義管】算定月における【歯リハ1（1）】の算定ができることになった。**同日算定も可**
- 【義管】：義歯の着脱方法や取り扱いの説明  
 【歯リハ1（1）】：口腔機能の回復または維持を主眼とした調整・指導

# 在宅医療

# 歯科訪問診療に係る施設基準の変更点

- ・ 訪問診療 4, 5 を実施する医療機関に関する施設基準

新設

( 歯科訪問診療料の注 7 に規定する施設基準【歯訪問】 )

届出不要

## 歯科訪問診療料の注 7 に規定する施設基準 の概要

( 1 ) 次のいずれかに該当すること。

イ 歯科訪問診療料 1 または歯科訪問診療料 2 を行っていること。

( 1, 2 合わせて 12 回以上、自宅療養患者または入院患者に 6 回以上 )

ロ 当該地域において、保険医療機関、介護・福祉施設等と連携していること。

( 2 ) 歯科訪問診療が適切に実施できる体制を有すること。

※ 令和 9 年 5 月 31 日まで経過措置あり

※ 歯援診 1・2、歯援病、歯訪問のいずれかの施設基準の要件を満たしていない医療機関は所定点数の**50/100の点数**となる。

# 歯科訪問診療料【歯訪】

		20分以上		20分未満	
訪問診療 1	1人のみ	1,100点 + 施設基準			
訪問診療 2	2、3人	410点		287点	
訪問診療 3	4～9人	310点		217点	
施設基準		あり	なし	あり	なし
訪問診療 4	10～19人	160点	80点※	96点	48点※
訪問診療 5	20人以上	95点	48点※	57点	29点※

【歯援診 1】	+ 100
【歯援診 2】	+ 50
【歯援病】	+ 100

訪問診療 1 に施設基準に応じて加算する。

※【歯援診 1、2】【歯援病】、歯科訪問診療料の注 7 に規定する診療所以外の場合

注 15 → 注 16 特別の関係

イ 初診時	267点	→	272点
ロ 再診時	58点		59点

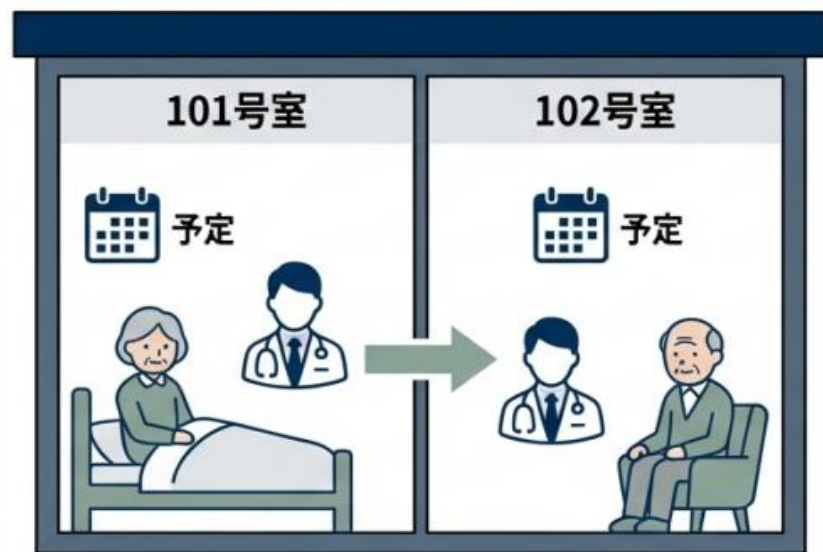
・在宅歯科医療推進加算【在推進】は廃止

# 歯科訪問診療料【歯訪】

- ・同一建物に居住する**予定以外の患者**に対して、**急遽診療を行うこと**となった場合

例: いずれも20分以上の診療を行った場合

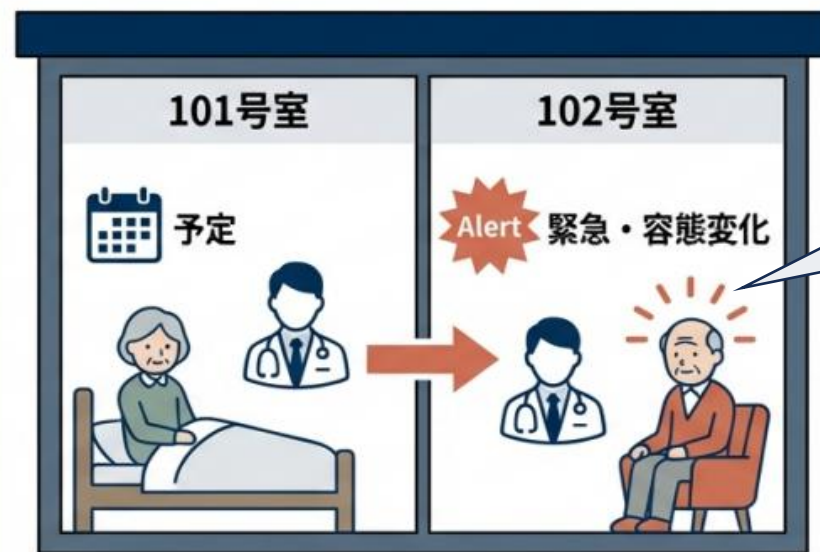
## 予定して行った診療



【歯訪2】:410点 【歯訪2】:410点

同一建物の2名を予定して訪問診療を行った場合は従前どおり、いずれも「訪問診療2」で算定

## 緊急に2名診療することになった場合



【歯訪1】:1,100点 【歯訪1】:1,100点

1名の予定であったが、緊急に予定外の患者に対して診療を行うことになった場合、いずれも「訪問診療1」で算定

- (カルテ記載)
- ・緊急に診療を行うことになった理由
  - ・2回目の訪問診療までに治療計画等を記載

## 新設

届出不要

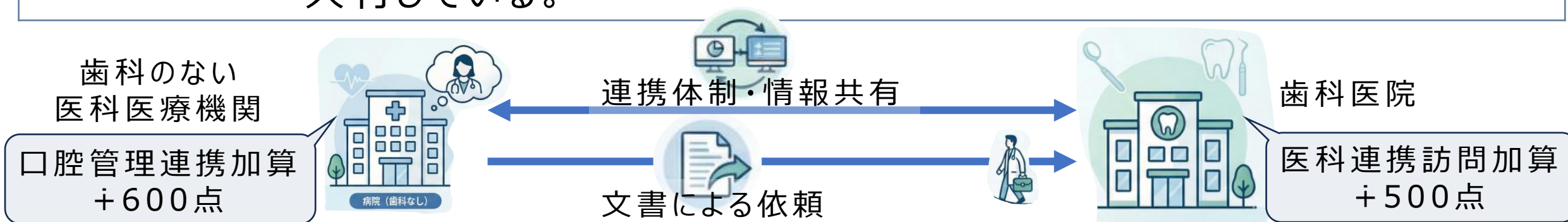
医科連携訪問診療加算	+ 500点
------------	--------

- ・ 歯科のない病院に入院している患者に対し、連携している歯科医院の歯科医師が歯科訪問診療を行った場合の評価が新設された。
- ・ 以下の要件を満たした場合に、歯科訪問診療料の点数に初回に限り加算する。

依頼元	歯科診療を行っていない病院（医科保険医療機関）
依頼先	連携体制を構築している歯科医院
患者の状態	入院中の患者で、口腔状態に係る課題が原因で、医科の治療に支障が出ている状態
依頼	医科の保険医療機関からの文書による依頼

## 医科連携訪問加算の施設基準の概要

- ・連携体制の構築：病院と歯科医院の間で、入院患者の歯科診療依頼に関する連携体制ができています。
- ・情報の共有：依頼があった際にスムーズに対応できるように、必要な患者情報を共有しています。



## 算定における注意点

- ・【周計】、周術期等口腔機能管理料【周Ⅰ～Ⅳ】、【回計】、回復期等口腔機能管理料【回管】の併算定不可。

# 訪問歯科衛生指導料【訪衛指】

単一建物 診療患者	1人	2人～9人	10人以上
	訪衛指 1 362点 → <b>380点</b>	訪衛指 2 326点 → <b>330点</b>	訪衛指 3 295点 → <b>260点</b>
<b>新設</b> 特別の関係	<b>140点</b>		

- ・特別の関係にある医療機関への訪衛指が新たに評価された。
- ・特別の関係にある医療機関への【訪衛指】は単一建物診療患者の数によらず、140点を算定する。この場合において、必要に応じて実施した複数名訪問歯科衛生指導加算は算定できる。
- ・勤務している衛生士の数等で1日に算定できる【訪衛指】の数が規定された。

# 訪問歯科衛生指導料【訪衛指】

衛生士1人当たりの1日に算定できる【訪衛指】の数

常勤の衛生士	<b>15人</b>
非常勤の衛生士	$\frac{\text{(勤務日の) 非常勤の衛生士の所定労働時間}}{\text{常勤の衛生士の所定労働時間}} \times 15人$

## 計算例

勤務形態	常勤 Aさん	非常勤 Bさん	非常勤 Cさん
勤務時間	7時間	4時間	8時間
1日の算定患者数上限	<b>15人</b>	4時間 ÷ 7時間 × 15人 = 8.57人 → <b>8人</b> (小数点以下切り捨て)	8時間 ÷ 7時間 × 15人 = 17.14人 → <b>17人</b> (小数点以下切り捨て)

15人を超えた場合も計算式で求めた人数を上限とする

# 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料【NST】

項目	点数	対象患者
NST 1	100点	他の医療機関に入院中の患者
NST 2		介護保険施設等に入所中の患者
NST 3		障害児入所施設等に入所中の患者
<b>NST 4</b>		<b>自宅で療養している患者</b>

新設

- ・歯科医師の**指示を受けた歯科衛生士が行った指導**にて算定できるようになった。
- ・【NST 4】が新設され、自宅で療養している患者に対して対象が拡大された。
- ・オンラインのみで指導を行った場合でも算定できるようになった。
- ・口腔機能実地指導料との併算定はできない。

# 検査

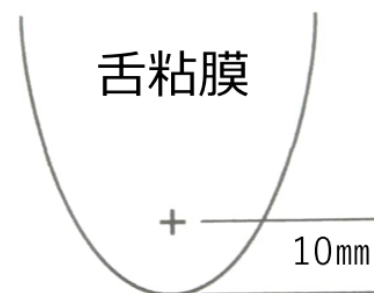
## 口腔粘膜湿潤度検査【湿潤】

新設

口腔粘膜湿潤度検査 100点

## 〈検査の目的〉

- ① 口腔機能低下症の診断
- ② 放射線治療または化学療法を原因とした口腔乾燥の診断



- 先端から10mmの舌背部分に垂直に当てる。
- 200mg程度の加圧。
- 27.0未満で口腔乾燥。

- 口腔水分計による計測を評価。
- 3か月に1回算定可。
- ②については、レセプト摘要欄に病名を記載。

# 画像診断

# 画像診断

- 歯科点数表で解釈が示されていない言葉の定義が明確化された。

<b>同一部位</b>	同一フィルムに撮影しうる範囲
<b>同時に</b>	診断するため予定されるもの。ただし、 <b>処置・手術後の評価は同時に該当しない。</b>
<b>同一の方法</b>	単純撮影（デンタル等）、特殊撮影（パノラマ等）、歯科用3次元エックス線断層撮影、造影剤使用撮影のそれぞれの撮影方法をさす。アナログ、デジタルの別は問わない。
<b>2枚以上の</b>	撮影方法の別によらず、2枚以上のX線撮影を行った場合。

# 画像診断

- 診断料を100分の50で算定する場合

改定前	改定後
<ul style="list-style-type: none"><li>• 同一部位につき、同時に2枚以上の撮影を行った場合（デンタル等）</li></ul> ※ 歯CTを除く	<ul style="list-style-type: none"><li>• 同一部位につき、同時に2枚以上の撮影を行った場合（デンタル等）</li></ul> ※ パノラマ、顎関節規格撮影、歯CTを除く
※ 1枚目の撮影で診断困難な疾患については、それぞれ所定点数で算定可。	
症状確認：50/100で算定	症状確認：100/100で算定

- 撮影料を100分の50で算定する場合

改定前	改定後
同一部位につき、同時に2枚以上、同一の方法により撮影を行った場合	従前どおり

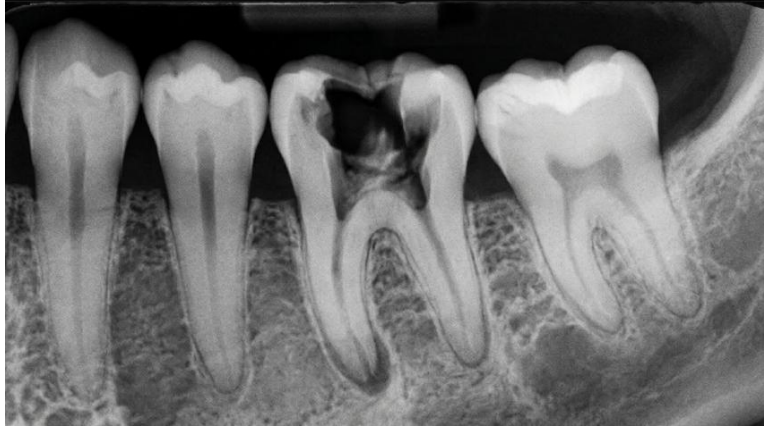

# 画像診断

## 取扱変更

(算定例) 術前デンタル→根充後デンタル

「同時に」に該当しないもの

従前の症状確認

	術前	術後
		
診断料	20点	10点→ <b>20点</b>
撮影料	28点	28点
電子画像管理加算	10点	10点
合計点数	58点	48点→ <b>58点</b>



※途中、リーマーや根充材の試適時の撮影も、それぞれ所定点数で算定可（同日でも）。

# 画像診断

取扱変更

「同時に」に該当しないもの

(算定例) Pのためパノラマ撮影→カリエス精査のためデンタル

	パノラマ 	デンタル 
診断料	125点	10点→ <b>20点</b>
撮影料	182点	28点
電子画像管理加算	95点	10点
合計点数	402点	48点→ <b>58点</b>

※ 1枚目の撮影で診断困難な疾患については、それぞれ所定点数で算定可。

# 投 藥

# 処方料

名称変更

要 施設基準

外来後発医薬品使用体制加算 1 ～ 3



**地域支援・外来医薬品供給対応体制  
加算 1 ～ 3**

改めて届出が必要

## [ 算定要件 ]

後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定し、実際に後発医薬品を一定割合以上調剤する体制および医薬品の流通改善に向けて医薬品の安定供給に資する取組を実施する体制が整備されている保険医療機関において算定する。

# 処方箋料

	改定前		改定後
一般名処方加算 1	10点	➔	8点
一般名処方加算 2	8点		6点

- ・ 処方箋と院内処方ですら同日投薬する場合（緊急やむをえない場合に限る）、**処方料、調剤料は算定せず、薬剤料と処方せん料のみで算定する。**
- ・ 上記の方法で投薬する場合、**レセプト摘要欄に日付とその理由**（下記①or②）を記載。
  - ① 常時処方箋で投薬している患者に臨時的に院内投薬
  - ② 常時院内投薬している患者に常用していない薬剤を臨時的に処方箋で投薬

# 長期収載品の選定療養について

- ・患者の希望により長期収載品を使用する場合、長期収載品と後発医薬品の価格差の4分の1相当を患者負担とされていたが、これを**価格差の2分の1相当**に引き上げられた。



# リハビリテーション

# 歯科口腔リハビリテーション料 1【歯リハ1】

改定前	
1 有床義歯の場合	
イ □以外の場合	104点
ロ □ 困難な場合	124点
2 舌接触補助床の場合	194点
3 その他の場合	189点



改定後	
1 有床義歯の場合	114点
削除	
削除	
2 舌接触補助床の場合	194点
3 小児保隙装置の場合	180点
4 その他の場合	189点

【歯リハ1】は従前どおり、**1 口腔単位**での算定

- ・困難な場合は削除され、**義歯**に関しては、**一つの区分**に変更。
- ・【義管】算定月にも【歯リハ1（1）】が算定可能になった。  
同月の【T.コンデ】【歯リハ1（1）】【義管】の併算定も可。
- ・小児保隙装置の調整（【歯リハ1（3）】）が新設。月1回。カルテには、調整または修理内容の要点を記載する。

# 【義管】と【歯リハ1（1）】

## 【義管】と【歯リハ1（1）】の比較まとめ

	【義管】	【歯リハ1（1）】
単位	<b>1 装置につき</b>	1 口腔につき
主な行為	<ul style="list-style-type: none"><li>・新製した義歯の着脱や補管の方法等の取扱説明</li><li>・文書提供</li></ul>	義歯に係る調整・指導
記録	提供文書の写しをカルテ添付	調整・指導内容の要点をカルテに記載
算定時期	装着日（1回）	調整・指導を行った場合に月1回

# 歯科口腔リハビリテーション料 2【歯リハ2】

要 施設基準

改定前
54点



改定後	
1 口腔内装置を装着している場合	54点
2 1以外の場合	70点

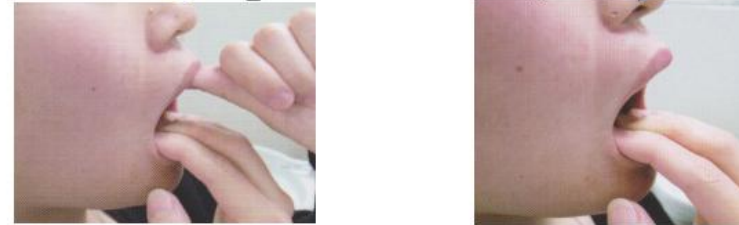
新設

1は従来の【歯リハ2】。2が新設。

[カルテ記載]

- ・開始時刻および終了時刻
- ・実施内容の要点

← [開口訓練] →



- ・口腔内装置を装着していない顎関節症に対する指導等の評価が加えられた。
- ・月1回の算定。

処置

# 名称の変更

- う蝕処置 → 単純処置
- 歯髄切断 → 生活歯髄切断（失活歯髄切断は廃止）
- 歯周病ハイリスク患者加算 → 重症化予防連携強化加算

## 削除された項目

- 歯周病重症化予防治療 → 歯周病継続支援治療に整理
- 歯周治療用装置 → 暫間歯冠補綴装置・口腔内装置へ
- 暫間固定装置修理 } → レジン連続冠固定法
- 暫間固定装置の除去 } → 暫間歯冠補綴装置へ整理

# 咬合調整【咬調】

- 「咬合調整」から「矯正のための歯のディスクング」と「レスト製作のための歯の削合」が、それぞれ独立した項目として新設され、評価が明確にされた。

改定前	改定後
咬合調整	咬合調整
イ 一次性咬合性外傷の場合	イ 一次性咬合性外傷の場合
ロ 二次性咬合性外傷の場合	ロ 二次性咬合性外傷の場合
ハ 歯冠形態修正の場合	ハ 歯冠形態修正の場合
ニ レスト製作の場合	M001-4 補綴前処置 * 1装置につき1回：40点
ホ 第13部 歯科矯正に伴うディスクングの場合	N010-2 ディスクング

# 象牙質レジンコーティング処置【Rコート】

注 区分番号M001の1に掲げる生活歯歯冠形成を行った場合、当該補綴に係る補綴物の歯冠形成から**装着印象採得**までの一連の行為につき1回に限り算定する。

・ Rコートの算定が、

改定前
「形成から装着まで」



<b>改定後</b>
「形成から <b>印象採得</b> まで」

の期間に変更され、形成から印象採得までの行為として整理された。

# 加圧根管充填処置【加圧根充】

	改定前		改定後
1 単根管	139点	➔	<b>150点</b>
2 2根管	168点		<b>180点</b>
3 3根管以上	213点		<b>230点</b>

- 4 3については、~~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であって、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に、Ni-Tiロータリーファイル加算として、150点を所定点数に加算する。なお、第4部に掲げる歯科用3次元エックス線断層撮影の費用は別に算定できる。~~



## Ni-Tiロータリーファイル加算の算定要件の見直し

- ・【歯CT】の撮影が要件から外され、**【歯CT】による診断がない場合でも、**Ni-Tiロータリーファイルにより、根管治療を行った場合は、加圧根充に加算することができるようになった。

# 歯周病継続支援治療【SPT】

	改定前		→	改定後
	歯周病安定期治療【SPT】	歯周病重症化予防治療【P重防】		歯周病継続支援治療【SPT】
1歯～9歯	200点	150点		<b>170点</b>
10歯～19歯	250点	200点		<b>200点</b>
20歯以上	350点	300点		<b>350点</b>

- ・ 歯周病安定期治療と歯周病重症化予防治療が歯周病継続支援治療に整理・統合された。

# 歯周病継続支援治療【SPT】

- ・ 歯周病安定期治療と歯周病重症化予防治療が歯周病継続支援治療に整理・統合された。
- ・ 【周 I ~ IV】、【回管】にて管理を行う患者に対しても算定可となった。

## 対象患者

【歯管】、【歯在管】、【周 I ~ IV】、【回管】、【特疾管】で管理を行っている、**2回目の歯周病検査の結果**、以下のいずれかに該当する状態の患者

- イ 歯周組織の多くの部分は健康であるが、一部分に病変の進行が停止し症状が安定していると考えられる4mm以上の歯周ポケットが認められる状態  
(従前の【SPT】の対象となる状態)
- 全ての歯周ポケットが4mm未満だが、部分的な歯肉の炎症またはプロービング時の出血が認められる状態  
(従前の【P重防】の対象となる状態)

# 歯周病継続支援治療【SPT】

## 期間を短縮する場合の変更点

期間を短縮して算定できる場合（3月以内）に、以下の患者が追加された。

△ 特別管理加算を算定した場合

△ 地域歯科診療支援病院歯科再診料を算定した患者であって、以下の遺伝疾患の状態により、歯周病が重症化するおそれのある場合

(イ) 家族性周期性好中球減少症	(ト) 小児遺伝性無顆粒球症
(ロ) Down症候群	(チ) グリコーゲン代謝疾患
(ハ) 白血球接着能不全症候群	(リ) Cohen症候群
(ニ) Papillon-Lefevre 症候群	(ヌ) Ehlers-Danlos 症候群(Ⅳ・Ⅷ型)
(ホ) Chediak-Higashi 症候群	(ル) 低ホスファターゼ症
(ヘ) 組織球症症候群	

# 歯周病継続支援治療【SPT】

## SPTの中断に関する変更点

- 歯周病継続支援治療の**実施後に行う歯周外科手術**について、所定点数（100分の100）で算定できる場合に、以下の状態が追加された。
  - 全身的な疾患の状態により歯周病の病状に大きく影響を与える場合
  - ハ 糖尿病の状態により、歯周病が重症化するおそれのある場合
  - ト 地域歯科診療支援病院歯科再診料を算定した患者であって、遺伝疾患（前頁参照）の状態により、歯周病が重症化するおそれのある場合
- 【SPT】を開始後、歯周病検査を実施した結果、【SPT】の対象となる状態に該当しなくなったことにより、**別の治療を行う必要がある場合、その旨レセプト摘要欄に記載する。**

□・ハ：医師からの文書をカルテに添付

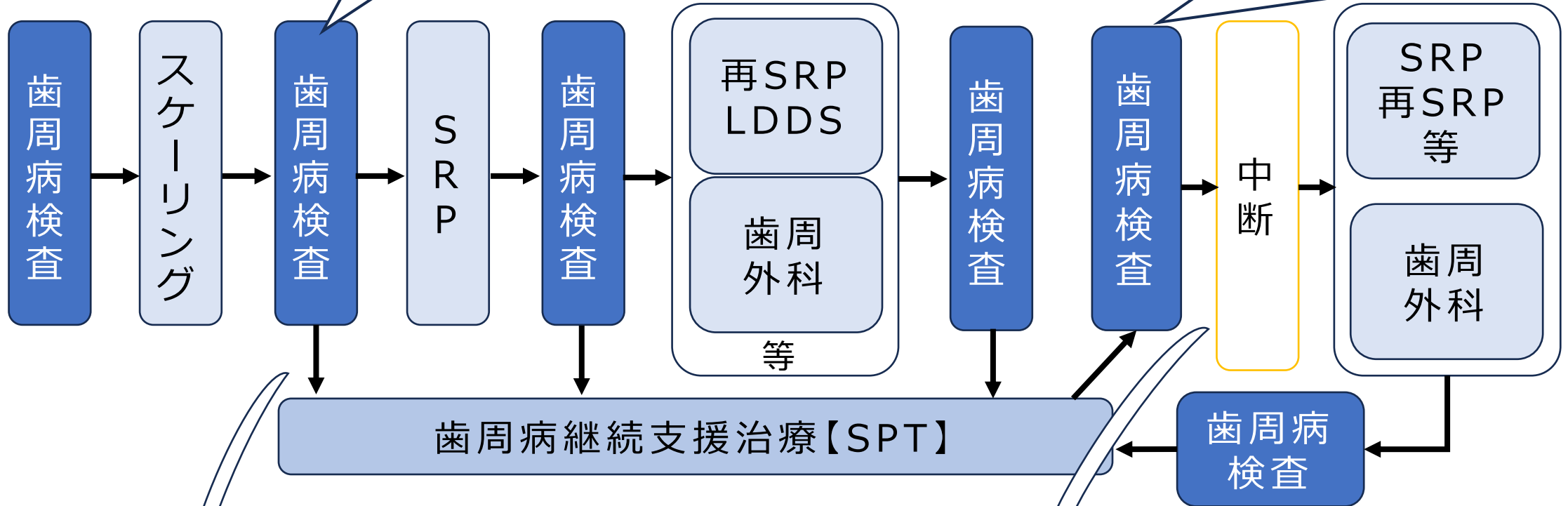
【SPT】を中断する際は、その旨摘要欄に記載

# 歯周病継続支援治療【SPT】

[治療の流れ]

SPT移行を判断  
P基検でも可

中断を診断した歯周病検査算定時に  
「SPTの中断年月日」を摘要欄に記載

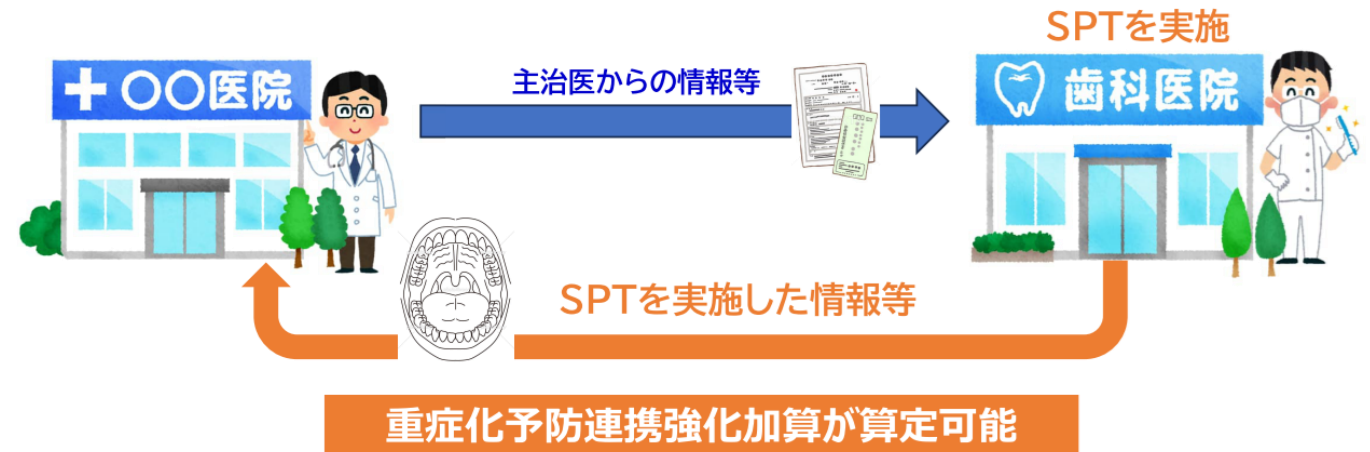


スケーリング後、SRPの算定なく  
【SPT】の算定可。

【SPT】の開始後の検査にて、対象となる状態に  
該当しなくなったことにより別の治療を行う場合、  
レセプト摘要欄にその旨記載し、治療へ移行する。

【図解】重症化予防連携強化加算の仕組み

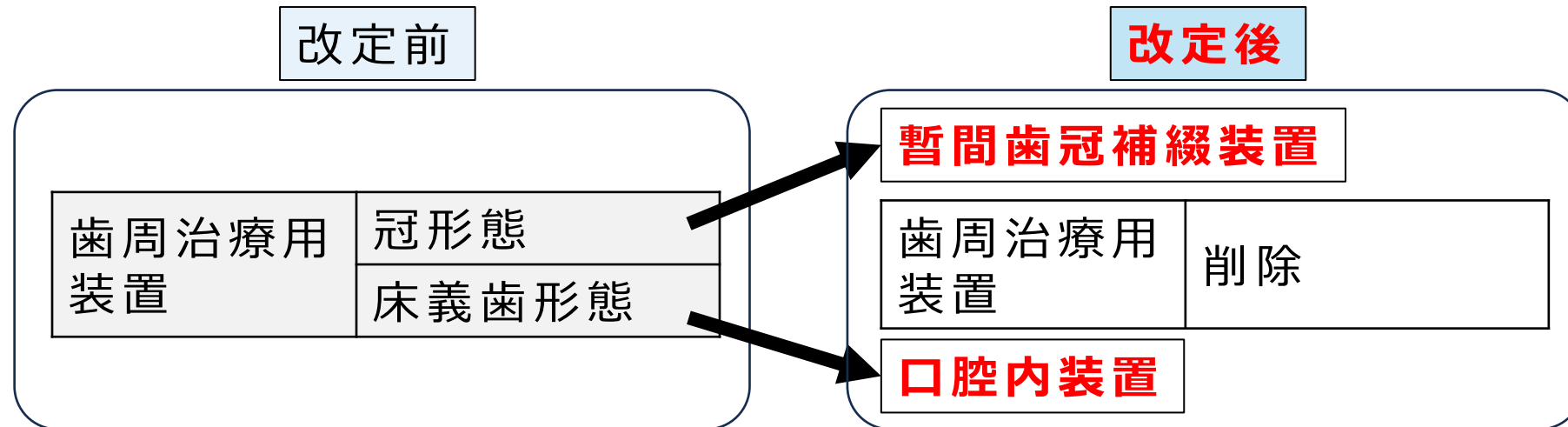
- 歯周病ハイリスク患者加算【リスク】  
➡重症化予防連携強化加算へ
- 医科の主治医への情報提供が算定要件に加えられた。



- 歯周病が重症化するおそれのある患者に対して、医科からの情報に基づき、**【SPT】を実施し、医科の主治医に情報提供を行った場合に、100点を【SPT】に加算。**
- 医科の主治医には、「治療した内容」、「今後の治療方針」等について情報提供を行う。
- カルテには、医科の医療機関からの依頼文書を添付する。

# 歯周治療用装置

- ・歯周治療用装置は削除され、冠形態は暫間歯冠補綴装置へ、床義歯形態は口腔内装置へ整理された。



## 口腔内装置【O A p】

(1) 「注」に規定する口腔内装置は、次に掲げるいずれかの装置をいう。

イ～ヌ (略)

**ル 歯周治療用装置 (床義歯形態)**

変更点

- ・印象、調整、修理が算定可
- ・人工歯、鉤、バー等が算定不可

# 口腔内装置 歯周治療用装置（床義歯形態）

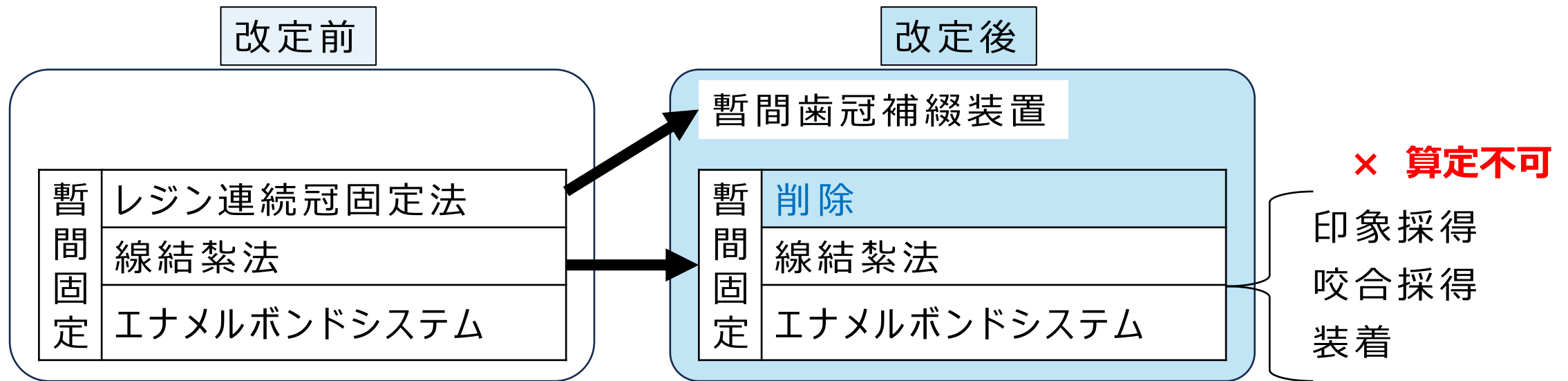
- ・**歯周精密検査**を実施し、重度の歯周病で長期の治療期間が予測される歯周病の患者に対して装着する。調整、修理が算定可に

## 算定のイメージ

6/8	P精検		略
	印象	印象は口腔内装置42点 咬合採得は算定不可	42点
	咬合採得		—
6/15	口腔内装置 2 (ル 歯周治療用装置)	人工歯、鉤、バー等は 別途算定不可	800点
	装着	装着と同時の調整、装着月の修理は算定不可	30点
6/18	口腔装置調整 2 (歯周治療用装置)	調整は【OAp調2】	120点
	省略		略
9/14	口腔内装置修理 (歯周治療用装置)	修理は【OAp修】 修理と同日の調整は 修理のみの算定	234点

# 暫間固定【T-Fix】

- ・暫間固定の方法から、レジン連続冠固定法が削除され、レジン連続冠固定法は、暫間歯冠補綴装置に整理された。
- ・暫間固定に際し実施した印象採得、咬合採得、装着は算定できない。
- ・暫間固定装置修理、暫間固定装置の除去は削除された。



× 修理、除去、材料料は算定不可

# 歯冠修復物又は補綴物の除去（1歯につき）

## 【 困難なもの】

- ・エンドクラウン
- ・他の医療機関で装着した歯冠修復物又は補綴物（自費）
- ・キーパー付き根面板（ポストなし）

## 【著しく困難なもの】

- ・支台築造用レジンを含むファイバーポスト
- ・メタルコア
- ・歯冠継続歯
- ・ポストを有するキーパー付き根面板
- ・チタンブリッジ

歯根の長さ1/3以上→文言削除  
長さ関係なく、著しく困難なもの  
で算定可能

# 手術

# 抜歯手術

下顎埋伏智歯加算

130点 → 230点

- ・下顎埋伏智歯加算の点数が見直された。
- ・歯の破折片除去の新設に伴い、通知が整理された。

## (処置) 歯の破折片除去

歯の破折片除去

30点

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

- ・準用点数であった歯の破折片除去が、処置の項目として新設された。

# 歯科インプラント摘出術

(3) 当該手術を行うに当たり、検査を行った場合は、D002-5 に掲げる歯周病部分的再評価検査により算定する。なお、当該検査を行った場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその旨を記載すること。

- ・手術を行うにあたって、検査を実施した場合、歯周病部分的再評価検査【P部検】により算定する。
- ・検査を行った場合、カルテに結果を記載し、レセプト摘要欄にその旨記載する。

## 算定のイメージ

6/10	・ ・	<b>P部検</b>	15×2	30点
		浸麻 (OA + キシロCt1.8ml)		10点
		歯科インプラント摘出術	460×2	920点

摘要欄	・ ・ インプラント部 P部検 実施
-----	--------------------

麻 醉

# 浸潤麻酔

## 麻酔薬剤料が算定できる項目について

- (1) 第9部手術、所定点数が120点以上の処置、特に規定する処置、M001に掲げる歯冠形成、M001-2に掲げる~~う蝕歯~~即時充填形成およびM0001-3に掲げる~~う蝕歯~~インレー修復形成は、浸潤麻酔が含まれ別に算定できない。ただし、I001-1に掲げる歯髄温存療法、I001-2に掲げる直接歯髄保護処置、I004~~の~~±に掲げる生活歯髄切断、~~または~~I005に掲げる抜髄またはM001-1に掲げる生活歯冠形成を行う場合の浸潤麻酔に当たって使用した薬剤の薬価についてはこの限りではない。

- ・麻酔薬剤料の算定できる項目が拡大された。

麻酔薬剤料が算定可能な項目（赤字が追加されたもの）

歯髄温存療法【AIPC】、直接歯髄保護処置【直保護】、生活歯髄切断【生切】、  
抜髄、生活歯冠形成【生PZ】

# 齒冠修復及び欠損補綴

# 名称の変更

う蝕歯即時充填形成



即時充填形成

う蝕歯インレー修復形成



インレー修復形成

## 削除された項目

テンポラリークラウン

リテーナー



削除

暫間歯冠補綴装置に整理された。

# 保険適用の判断に係る取り扱いの見直し

## 事前承認を要する補綴物の見直し

- 【補管】中の部位を抜歯し、当該部位にブリッジを作製する事例は、事前承認から削除。

補管中の部位を以下の理由で抜歯	事前承認	当該部位を含むブリッジ
C、P、Per	対象外	算定不可 * C、Per起因の抜歯も不可と明記
外傷、腫瘍等	不要	算定可 摘要欄に算定の理由記載

# 保険適用の判断に係る取り扱いの見直し

## 事前承認を要する補綴物の見直し

- ・ 小児義歯は、事前承認から削除

小児義歯	事前承認	当該部位を含むブリッジ
先天性疾患により 後継永久歯がない場合	<b>不要</b>	<b>算定可</b> カルテと摘要欄に小児義歯が 必要となった理由を記載
外傷、腫瘍等		
上記以外の場合		小児保隙装置 <b>可撤式保隙装置</b> <b>新設</b> (算定要件あり)

# 通則 その他

- 人工歯の材料料は1歯単位での算定となった。

	現行の機能区分	改定後の機能区分
歯冠*027, 歯矯*028 陶歯 前歯用 (真空焼成歯)	6本1組 : 1,870円	<b>1歯 : 312円</b>
歯冠*028, 歯矯*029 陶歯 臼歯用 (真空焼成歯)	8本1組 : 1,010円	<b>1歯 : 126円</b>
歯冠*031, 歯矯*030 レジン歯 前歯用 (J I S適合品)	6本1組 : 241円	<b>1歯 : 40円</b>
歯冠*032, 歯矯*031 レジン歯 臼歯用 (J I S適合品)	8本1組 : 235円	<b>1歯 : 29円</b>
歯冠*033 スルフォン樹脂レジン歯 前歯用	6本1組 : 620円	<b>1歯 : 103円</b>
歯冠*034 スルフォン樹脂レジン歯 臼歯用	8本1組 : 866円	<b>1歯 : 108円</b>
歯冠*035 硬質レジン歯 前歯用	6本1組 : 582円	<b>1歯 : 97円</b>
歯冠*036 硬質レジン歯 臼歯用	8本1組 : 733円	<b>1歯 : 92円</b>

※ 歯冠：歯科点数表の第2章第12部に規定する特定保険医療材料

※ 歯矯：歯科点数表の第2章第13部に規定する特定保険医療材料

# クラウン・ブリッジ維持管理料【補管】

- 補管対象の補綴物が以下のように整理された。（赤字が今改定対応）

【補管】対象	【補管】対象外
<ul style="list-style-type: none"><li>・チタン冠</li><li>・レジン前装チタン冠</li><li>・HJC</li><li>・CAD/CAM冠</li></ul> <p><b>（金属アレルギー患者含む）</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ブリッジ（高強度レジンブリッジ、 チタンブリッジを含む）</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>・FMC</li><li>・3/4冠</li><li>・4/5冠</li><li>・レジン前装金属冠</li><li>・乳歯（後継永久歯が先天性に欠如している乳歯を除く）に対する歯冠修復</li><li>・歯科用金属アレルギー患者に対する高強度レジンブリッジ</li><li>・すべての支台をインレーとするブリッジ</li><li>・永久歯に対する既成の金属冠</li></ul>

# 補綴時診断料【補診】 歯科技工士連携加算【歯技連】

**新設**

歯科技工士連携加算 1【歯技連 1】

**60点**

歯科技工士連携加算 2【歯技連 2】

**80点**

【歯技連1】	対面で行った場合
【歯技連2】	情報通信機器を用いて行った場合
対象となる補綴物	高強度レジンブリッジ【HRBr】、チタンブリッジ【TiBr】、3次元プリント有床義歯【3DFD】

(カルテ記載)

- ・技工士の意見
- ・院外の技工士であれば、歯科技工所の名称

- ・対象となる補綴物を製作するために、**技工士に意見**を求め、その内容を踏まえて【補診】を行った場合に算定。
- ・同時に2つ以上の欠損補綴の説明を行った場合は1回の算定。
- ・印象の【歯技連】は【補診】の【歯技連】と同日算定不可だが、**別日であれば、算定可。**
- ・1装置につき【歯技連1】と【歯技連2】の併算定は不可。

**2装置の補診算定が**

**同日：補診×2、歯技連×1**

**別日：補診×2、歯技連×2**

**補診と印象の算定が**

**同日：補診か印象の片方に歯技連**

**別日：補診と印象の両方に歯技連**

**\*対象：前歯部チタンブリッジ**<sup>86</sup>

# 印象採得 歯科技工士連携加算【歯技連】

## 改定前

〔対象〕	前歯部の レジン前装冠 レジン前装チタン冠 CAD/CAM冠
------	---



## 改定後

〔対象〕	前歯部の レジン前装冠 レジン前装チタン冠 CAD/CAM冠 <b>ブリッジ</b>
------	--

### 〈算定について〉

- ・ 同一装置の製作において、印象の【歯技連】を算定する場合、同日に【補診】、咬合採得の【歯技連】は算定不可。**別日に実施した場合はそれぞれ算定可。**
- ・ 1装置に対して印象の【歯技連1】と【歯技連2】の併算定は不可。（従来通り、同時に2つ以上の補綴物を同時に印象した場合、1回の算定。）

同一装置で印象とBTの算定が  
同日：印象かBTの片方に歯技連  
**別日：印象とBTの両方に歯技連**  
\*対象：前歯部含む6歯以上のBr

例) ①右上1番のレジン前装冠  
②左下3番のCAD/CAM冠  
上記2つの装置の印象の算定が  
同日：歯技連×1のみ  
**別日：歯技連、両方算定可**

# 咬合採得【BT】

## 新設

### 八 口蓋補綴、顎補綴

( 1 ) 咬合採得が困難なもの	260点
( 2 ) 咬合採得が著しく困難なもの	360点

「2 のハの( 2 )咬合採得が著しく困難なもの」とは、次の場合をいう。

- ① 硬口蓋歯槽部の欠損範囲が半側を超える場合
- ② 軟口蓋部の欠損が認められる場合
- ③ 歯槽骨を超える下顎骨の辺縁切除を伴う場合であって、口腔粘膜のみでは創を閉鎖できないため皮弁されている場合または下顎骨区域切除以上の下顎骨欠損が認められる場合
- ④ 口蓋補綴、顎補綴を行う場合であって、上下の切歯を有する場合の正中部における切歯間距離または切歯を有しない場合の正中部における顎堤間距離が30mm未満の開口量である場合

### 【歯技連】について通知が整理された。

- ・ 同一の補綴物に対して、印象、試適の【歯技連】の同日併算定は不可。別日であれば、それぞれ算定可。
- ・ 1装置に対して【歯技連1】と【歯技連2】の併算定は不可。

同一装置で印象とBTの算定が  
同日：印象かBTの片方に歯技連  
別日：印象とBTの両方に歯技連  
\*対象：前歯部含む6歯以上のBr

# 仮床試適 歯科技工士連携加算【歯技連】

【歯技連】について通知が整理された。

- ・ 咬合採得の【歯技連】と同日併算定不可。別日であれば、それぞれ算定可。
- ・ 1装置に対して【歯技連1】と【歯技連2】の併算定は不可。

例：9歯以上の有床義歯製作過程

別日の場合

1日  
咬合採得

歯技連

8日  
仮床試適

歯技連

同日の場合

1日  
咬合採得  
仮床試適

\* 院内技工で同日実施等

歯技連

\* 一回のみ

# (参考) 歯科技工士連携加算【歯技連】

算定項目	対象となる技工物
【補診】	高強度レジンブリッジ、チタンブリッジ、3次元プリント有床義歯
印象採得	前歯部の歯冠修復物またはブリッジ
光学印象	CAD/CAM冠、CAD/CAMインレー
咬合採得	6歯以上のブリッジ、9歯以上の有床義歯、口蓋補綴および顎補綴
仮床試適	9歯以上の有床義歯

同一装置において、【歯技連】を日を異にして実施した場合にそれぞれ算定が可能なケース  
 前歯部TiBr（補診＋印象）、前歯部含む6歯以上のBr（印象＋BT）、9歯以上の有床義歯（BT＋TF）

後日実施 →	印象採得	咬合採得	仮床試適
先に実施↓			
補診	前歯部のTiBr	対象無	対象無
印象採得		6歯以上のBr(前歯含む)	対象無
咬合採得	対象無		9歯以上の有床義歯

# 光学印象【光imp】

改定前	
光学印象	100点
光学印象歯科技工士連携加算	50点
対象：CAD/CAMインレー	



新設

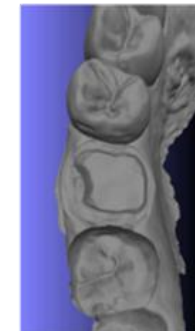
改定後	
光学印象	<b>150点</b>
歯科技工士連携加算 1	<b>60点</b>
歯科技工士連携加算 2	<b>80点</b>
対象：CAD/CAMインレー <b>CAD/CAM冠</b>	

〈算定について〉

- ・【歯技連1】：対面 【歯技連2】：情報通信機器にて歯科技工士とともに口腔内を確認した場合。
- ・【歯技連1, 2】は同時に2以上の製作物について光学印象を行う場合は1回の加算。
- ・1装置につき【歯技連1】と【歯技連2】の併算定は不可。



口腔内スキャナー



スキャン画像



治療前



治療後

# 補綴前処置【前処】

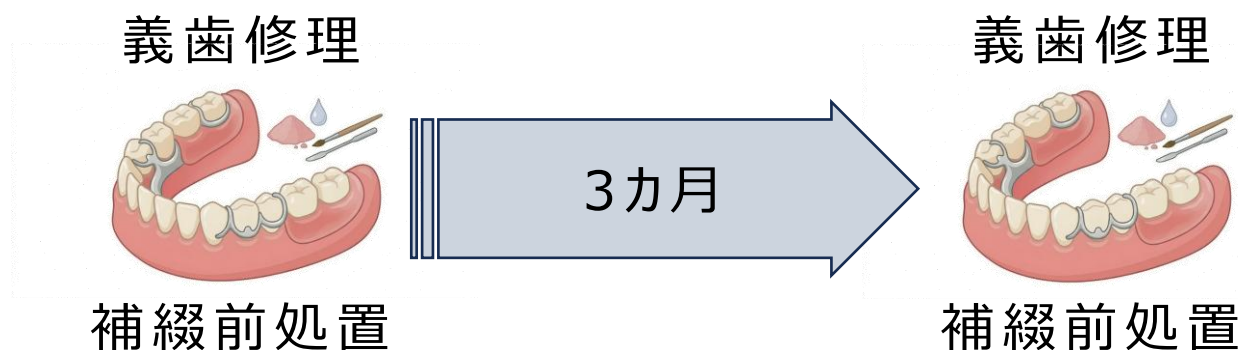
改定前		
咬合調整 (ニレスト形成)	1歯～10歯未満	40点
	10歯以上	60点



新設	
補綴前処置 (1装置につき)	40点

- ・ 新たな義歯の製作または義歯修理を行うにあたり、鉤歯や対合歯を削除した場合に算定。
- ・ 新義歯の製作または義歯修理にあたって、**1装置につき1回に限り。**

(摘要欄記載)  
・ 実施した前処置の内容



再算定可

(摘要欄記載)  
・ 実施した前処置の内容

# 暫間歯冠補綴装置【TeC】

## 改定前

イ	TeC	34点
	リテーナー（5歯以下）	100点
	（6歯以上）	300点
ロ	歯周治療用装置（冠形態）	50点
ハ	レジン連続冠固定法	200点
		500点

## 暫間歯冠補綴装置

- イ 支台歯の保護のために暫間的に装着する**テンポラ**  
**リークラウン**または**リテーナー** 白歯も可
- ロ 重度の歯周病で長期の治療期間が予測される歯周病  
病者に使用される**冠形態**の装置
- ハ **レジン連続冠固定法**での暫間固定
- ニ 前歯部1歯欠損症例に対して、暫間被覆冠形成品を  
暫間的に隣在歯（天然歯に限る）にエナメルボンドシステムにより連結固定した場合（算定は1歯で隣在歯は歯数に含めず算定する。）

新設

## 新設

暫間歯冠補綴装置 （1歯につき）	48点
---------------------	-----

〈算定について〉

- ・処置開始～最終補綴装着までの間に**1歯につき1回に限り**算定。
- ・装置数、部位にかかわらず、1歯につき算定（ニは隣在歯は歯数に含めない）。
- ・**ロ 冠形態**は【P 精検】を実施した患者に対し算定し、**算定後3 月経過後**に必要があれば、**再算定可**。

〈算定不可〉

印象、咬合採得、仮着、調整・指導、修理、除去

# 暫間歯冠補綴装置【TeC】

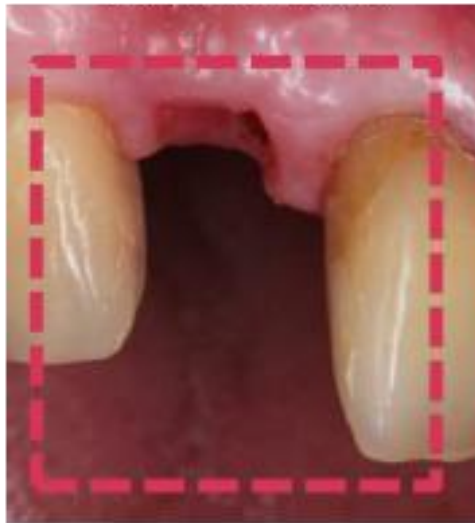
## 暫間歯冠補綴装置

新設

二 前歯部1歯欠損症例に対して、暫間被覆冠形成品を暫間的に隣在歯（天然歯に限る）にエナメルボンドシステムにより連結固定した場合（算定は1歯で隣在歯は歯数に含めず算定する。）

## 暫間被覆冠形成品の連結

前歯部1歯欠損



暫間被覆冠形成品



エナメルボンドシステム

〈算定について〉

- ・1歯での算定。（隣在歯は数に含めない。）
- ・隣在歯は天然歯に限る。
- ・義歯用人工歯使用は不可

『二』で算定後、『イ』のリテーナーを算定する場合  
欠損部のTeC、再算定可能。

例：2番欠損で最終的に③②①のBrとなる場合

暫間被覆冠形成品：欠損の2番のみ → TeC × 1

リテーナー： ③②①の3歯分 → TeC × 3

# CAD/CAM冠【歯CAD】・CAD/CAMインレー【CADIn】

## 改定前

以下のいずれかに該当する場合に算定する。

- イ 前歯又は小臼歯に使用する場合
- 第一大臼歯または第二大臼歯にCAD/CAM冠用材料（Ⅲ）を使用する場合（当該CAD/CAM冠を装着する部位の対側に大臼歯による咬合支持がある患者であって、以下のいずれかに該当する場合に限る。）
  - ① 当該CAD/CAM冠を装着する部位と同側に大臼歯による咬合支持があり、当該補綴部位に過度な咬合圧が加わらない場合等
  - ② 当該CAD/CAM冠を装着する部位の同側に大臼歯による咬合支持がない場合は、当該補綴部位の対合歯が欠損であり、当該補綴部位の近心側隣在歯までの咬合支持がある場合
- ハ 歯科用金属を原因とする金属アレルギーを有する患者において、CAD/CAM冠用材料（Ⅲ）を大臼歯に使用する場合
- ニ 大臼歯にCAD/CAM冠用材料（Ⅴ）を使用する場合

## 改定後

以下のいずれかに該当する場合に算定する。

- イ 前歯又は小臼歯に使用する場合
- 大臼歯にCAD/CAM冠用材料（Ⅲ）またはCAD/CAM冠用材料（Ⅴ）を使用する場合

イ 前歯・小臼歯

□ 大臼歯（材料はⅢまたはⅤ）

ハ 後継永久歯のない乳歯

\* 永久歯に準じた材料で算定可

冠は『乳歯』：A～E全て対象

インレーは『乳臼歯』：A,B,Cは対象外

ハ 後継永久歯が先天的に欠如している乳歯に使用する場合

ニ （削除）

# CAD/CAM冠【歯CAD】・CAD/CAMインレー【CADIn】

改定前

CAD/CAMインレー

750点



改定後

CAD/CAMインレー

770点

## 〈変更点〉

- ・ 大臼歯にCAD/CAM冠、CAD/CAMインレーを使用する際の、その他の咬合に関する要件は削除された。（金属アレルギーに対して使用する場合の記載も削除。）

## （使用可能となった例）

- 8番にも使用可。
- 対側の大臼歯がない事例においても使用可。
- **後継永久歯のない乳歯**にも使用が拡大された。

冠：乳歯

インレー：乳臼歯

# 小児保隙装置【保隙】

改定前	
小児保隙装置	600点



改定後	
小児保隙装置	
1 固定式保隙装置【保隙(固)】	850点
2 可撤式保隙装置【保隙(可)】	1,200点

新設

・小児保隙装置の算定は、ヘルマンの咬合発育段階の歯年齢Ⅱ A（乳歯咬合完成期）からⅢ B（側方歯群交換期）期（改定前はⅢ A 期まで）とされた。

- ・可撤式保隙装置は、以下のイ～ホいずれかに該当する症例に装着
- イ 両側の乳臼歯を喪失
  - ロ 片側2 歯以上の乳臼歯喪失
  - ハ 片側乳臼歯1 歯欠損で支台歯に過重負担をきたす事例
  - ニ 乳前歯の喪失
  - ホ 永久歯の早期喪失

〈カルテ・レセプト  
摘要欄記載〉  
いずれに該当する  
かを記載

# チタンブリッジ【TiBr】

- ・純チタン 2 種を用いて全部鋳造方式で製作する、**1 歯中間欠損部に対するポンティックを含む、3 歯ブリッジ。**
- ・前歯・小臼歯および大臼歯のポンティックには、レジン前装が使用できる。

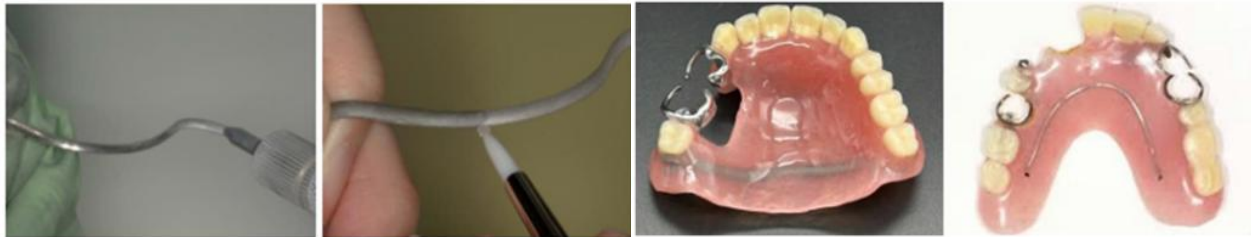
歯冠形成	生PZ			失PZ		
	306点			166点		
レジン前装加算	前歯	小臼歯	大臼歯	前歯	小臼歯	大臼歯
	+490点	+470点		+340点	+300点	
ブリッジ支台歯形成加算	+20点			+20点		
印象採得	282点					
咬合採得	76点					
ブリッジ（1装置）	2,800点（レジン前装 +600点/1歯）					
装着料	150点					

# 有床義歯 有床義歯補強加算【芯補強】

改定前	
2 総義歯	2,420点



改定後	
2 総義歯の場合	2,500点
新設	
有床義歯補強加算	+150点



(金属芯)

- ・アルミナ・サンドブラスト処理および金属接着性プライマー処理等を行う。
- ・幅2.0mm 以上、厚さ1.0mm 以上

(補強加算算定時)

- ・【義管】：製作過程もしくは製作後の補強部位のカラー写真を用いて説明し、**カラー写真をカルテに添付**。
- ・院内歯科技工士の氏名または歯科技工所の名称をカルテに記載

- ・ **9歯以上の局部義歯および総義歯**について、歯科用金属芯（補強線）を埋入した場合は、有床義歯補強加算として150点を加算する。
- ・ **新製時のみ算定可**。修理時の補強線は算定不可。
- ・ 補強線を複数本使用した場合においても、1回の算定。

# 鑄造鉤、線鉤、コンビネーション鉤、大連結子

改定前		改定後	
鑄造バー	458点	大連結子	468点

## 〈変更点〉

- バー = 大連結子として明確化された。
- **原則、コバルトクロム合金で作製**するよう明記された。

## 〈算定について〉

- 金パラ、14Kを使用する **特段の理由がある場合カルテに記載。**

**\* 鉤歯の状態により、CoCrでは鉤の破折が起こり得る等の歯科医学的理由**

\* 14K：2歯欠損まで…文言削除 → 理由があれば3歯以上でも可

# 3次元プリント有床義歯【3DFD】

新設

(1顎につき) **4,000点**

印象、咬合採得、仮床試適は、算定不可（包括）

片顎での作製・算定も可  
装着料も包括

臨床操作



①

②

③

技工操作



修理、床裏装は  
通常の有床義歯と  
同様に算定可

# 有床義歯修理【床修理】

(4) ~~総義歯又は9歯以上の局部義歯において、~~咬合高径を調整する  
目的で人工歯の咬合面にレジンを添加し咬合の再形成を行った場合又  
は当該義歯の床縁形態を修正する目的で当該義歯の床縁全周にわたり  
レジンを追加し床延長する場合は、1回に限り所定点数により算定する。

## 変更点

**9歯未満の義歯でも**

咬合面再形成や床縁延長(全周)で修理が算定可能

# 齒科矯正

## 【対象の追加】

- 原発性低リン血症性くる病
- ロイス・ディーツ症候群
- 18歳未満の患者であって、連続した3歯以上の先天性欠如歯に起因した咬合異常

# 模型調製における光学印象及びデジタル模型

## 模型調製における3次元デジタル加算

- 模型調製において、デジタル印象採得装置を用いた場合の評価を新設する。

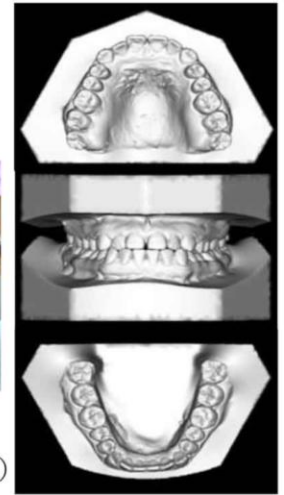
**(新) 3次元デジタル加算 150点**

[算定要件]

- ・デジタル印象採得装置を用いて3次元デジタル模型の製作又は調整を行った場合に所定点数に加算する。
- ・デジタル印象採得装置により取得したデータの取扱いについては、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」を遵守すること。



(医療技術評価分科会資料)



## 歯の移動の管理についての見直し

- 歯科矯正管理料に係る歯の移動の管理において写真を追加する。

### 現行

【歯科矯正管理料】

[算定要件] (抜粋)

注1 歯科矯正診断料又は顎口腔機能診断料に規定する治療計画書に基づき、計画的な歯科矯正管理を継続して行った場合であって、当該保険医療機関において動的治療が開始された患者に対し、療養上必要な指導を行うとともに経過模型による歯の移動等の管理を行った上で、具体的な指導管理の内容について文書により提供したときに、初診料を算定した日の属する月の翌月以降月1回に限り算定する。

### 改定後

【歯科矯正管理料】

[算定要件] (抜粋)

注1 歯科矯正診断料又は顎口腔機能診断料に規定する治療計画書に基づき、計画的な歯科矯正管理を継続して行った場合であって、当該保険医療機関において動的治療が開始された患者に対し、療養上必要な指導を行うとともに模型又は写真による歯の移動等の管理を行った上で、具体的な指導管理の内容について文書により提供したときに、初診料を算定した日の属する月の翌月以降月1回に限り算定する。

# 歯科矯正相談料

別紙様式7

## 歯科矯正相談における結果報告書様式

患者氏名:	年齢・性別: 歳 月 日 男・女	
検査日: 年 月 日	学校歯科健診の実施日または通知日: 年 月 日	
ヘルマンの歯齢	<input type="checkbox"/> I A:乳歯未萌出期	<input type="checkbox"/> I C:乳歯萌出開始期
	<input type="checkbox"/> II A:乳歯萌出完了期	<input type="checkbox"/> II C:第一大臼歯、前歯萌出開始期
	<input type="checkbox"/> III A:第一大臼歯、前歯萌出完了期	<input type="checkbox"/> III B:側方歯群交換期
	<input type="checkbox"/> III C:第二大臼歯萌出開始期	<input type="checkbox"/> IV A:第二大臼歯萌出完了期
	<input type="checkbox"/> IV C:第三大臼歯萌出開始期	<input type="checkbox"/> V A:第三大臼歯萌出完了期
検査項目および所見(実施した項目および該当する項目は○または□で囲んでいます)	エックス線写真	<input type="checkbox"/> デンタル <input type="checkbox"/> パノラマ <input type="checkbox"/> セファロ
	写真	<input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 顔面
	顔面(正面)	<input type="checkbox"/> 左右対称 <input type="checkbox"/> 左右非対称
	顔面(側面)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 凸型(上顎が出ている)
		<input type="checkbox"/> 凹型(下顎が出ている)
	歯型の模型	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	かみ合わせの異常	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし(経過観察を含む)
		<input type="checkbox"/> 反対咬合(受け口) <input type="checkbox"/> 上顎前突(出っ歯) <input type="checkbox"/> 開咬(上下の前歯が開いている) <input type="checkbox"/> その他( )
	歯並びの異常	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし(経過観察を含む) <input type="checkbox"/> 叢生 <input type="checkbox"/> その他( )
	永久歯の先天欠如	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 前歯 <input type="checkbox"/> 小臼歯 <input type="checkbox"/> 大臼歯
萌出に問題のある永久歯	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 前歯 <input type="checkbox"/> 小臼歯 <input type="checkbox"/> 大臼歯	
口の機能の問題	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	<input type="checkbox"/> 口の習癖 <input type="checkbox"/> 咀嚼 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 発音 <input type="checkbox"/> 呼吸 <input type="checkbox"/> その他( )	
保険診療の対象となる疾患	<input type="checkbox"/> あり・疑いあり(疾患名: ) ※□なし ※□なしの場合でも、精密検査を行っていないため確定診断ではありません。	
結果	□上記項目で「○あり・疑いあり」の場合は、保険適用の可能性がありますので、施設基準を取得している専門医療機関をご紹介します。 (紹介医療機関名: ) □今後、矯正治療が必要になる可能性があります。なお、現時点では保険適用ではありませんので、自費診療になります。	

※上記は 年 月時点での診断結果です。今後、お子様の成長や発育に伴って、将来的に歯並びやかみ合わせ等が変わり矯正治療が必要になる場合があります。この場合は、再度精密な検査・診断が必要になります。

保険医療機関名(担当歯科医師): ( )

デンタル、パノラマ、セファロ、口腔内写真、顔貌写真等の撮影、スタディモデルの製作等を必要に応じ行う

- ・説明に用いる様式が明確化。  
様式7(または準じた様式)を患者等に提供。

カルテに写しを添付

**要 施設基準**

# 歯科外来・在宅ベースアップ評価料

# ベースアップ(ベア)評価料とは

要 施設基準

## スタッフの賃金引上げを目的とした点数

- ・ 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I) 【歯外在ベ(I)】 ← **新規届出はここから**
- 新設** ・ 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)の注5 【歯外在ベ(I)注】 : **継続賃上げ実施**
- ・ 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(II) 【歯外在ベ(II)】
- 新設** ・ 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(II)の注5・注6【歯外在ベ(II)注】: **継続賃上げ実施**
- ・ 入院ベースアップ評価料 【入ベ】

- ①初診料
- ②再診料
- ③歯科訪問診療料 (同一訪問診療時以外)
- ④歯科訪問診療料 (同一訪問診療時)

左記4項目算定時に加算される

# ベースアップ(ベア)評価料とは

算定により得た収益(算定点数×10円)は  
全てスタッフの賃上げに使用しなければならない  
\* 賃上げにより増加した法定福利費等の医院負担増加分にも使用可能

算定後にスタッフに賃上げ(配分)するのではなく  
1か月あたりの算定金額を予測して先に(同時に)  
賃上げを行い、ベアの点数で補填する形

賃上げ水準を維持することが大原則(減額不可)

# ベースアップ(ベア)評価料とは

## 【メリット】

- ・従業員に**無償(少ない負担)**で賃上げ可能

\* 法人の役員、40歳以上の歯科医師、業務委託職員(請負業務を行う職員)は対象外

- ・R9年度までは積み上げ方式で点数アップ → R9年は点数が倍に

\* 以前より継続の場合、旧点数も上乘せ

- ・賃上げ促進税制活用(**税額控除**)の一助になる(経営者にもメリット)

# ベースアップ評価料の対象職員

対象が医療機関に勤務するすべての職員に拡大。

改定前

歯科衛生士 歯科技工士 歯科助手



\* 経営者、法人役員  
歯科医師及び事務職員(受付のみ等)  
は対象外

改定後

保険医療機関に勤務する職員



・40歳未満の歯科医師  
・事務職員  
も対象へ追加

\* 経営者、法人役員  
40歳以上の歯科医師  
業務委託により勤務する者(請負業務を行う職員)  
は対象外

# ベースアップ評価料による賃上げ可能な項目

ベースアップ評価料による賃金改善分に含めることができるのは以下の項目です

## 基本給等（基本給又は決まって毎月支払われる手当）のベースアップによる引上げ分

基本給

※定期昇給による給与の引き上げのように、従来から予定されている基本給の引き上げは、該当しません。

住居手当

調整手当

夜間手当も可となった  
(恒常的な夜間を含む交代制勤務の場合)

家族手当

役職手当

通勤手当

※同じ職位の資格手当が以前よりも引き上がった場合は該当します。単に昇格により個人の資格手当が増加した場合は該当しません。

資格手当

その他決まって毎月支払われる手当

「決まって毎月支払われる手当」として、例えば「ベースアップ評価手当」を新設し、毎月決まった額を従来の基本給に上乗せして支給することも可能です

『ベースアップ手当』として別枠設定がオススメ

## 以下のうち、基本給等の引上げに連動して引き上がる部分※

賞与

※業績に連動して引き上がる賞与は対象外です

時間外手当

法定福利費等の事業主負担分

※給与の引き上げ分の16.5%として簡便に計算することもできます。

賃上げ分の16.5%としてOK

ベースアップ評価料による賃金改善分に含めることができないもの（例）

- ・ 一時的に支払われる臨時手当の支給
- ・ 特定の業務等に付随する手当の増額・新設
- ・ 労働時間の増加に伴う時間外手当等の増額分

専従者給与は対象  
役員報酬は対象外

# 継続的に賃上げを行っている医療機関とは

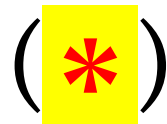
R8年3月31日時点で届出済み＝算定開始済の医療機関（4月、5月算定開始は対象外）

\* 上記以外でも以下の（2）の要件を満たせば同等の扱い

[継続的に賃上げをしている保険医療機関に対する施設基準]

- (1) 令和8年3月31日時点において歯科外来・在宅ベースアップ評価料(\*)を届け出していた保険医療機関
- (2) 令和6年3月時点と比較して、対象職員の基本給等が下記表水準以上に引き上げていること

令和8年度	対象職員（医師・歯科医師除く）	5.5%以上
	看護補助者・事務職員	8.0%以上
令和9年度	対象職員（医師・歯科医師除く）	8.7%以上
	看護補助者・事務職員	13.7%以上



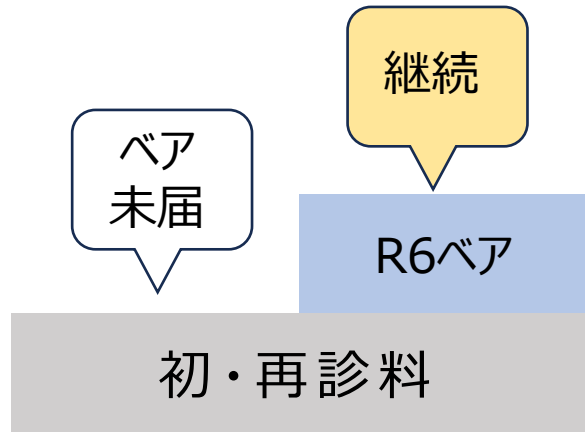
歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)の注5の場合： (I)  
歯科外来・在宅ベースアップ評価料(II)の注5・注6の場合： (II)

# 歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (I)

要 施設基準

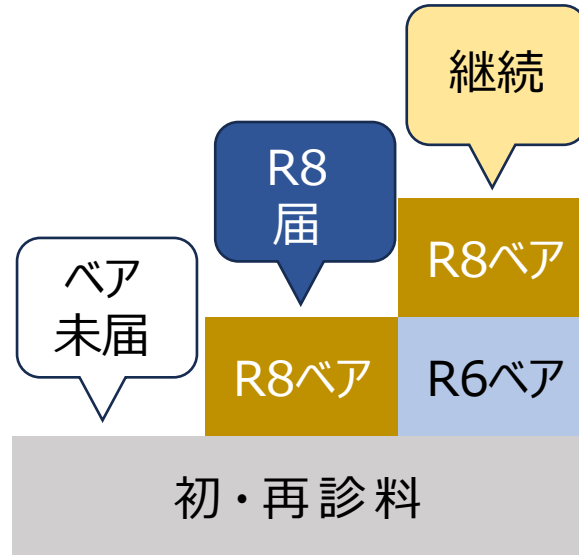
継続的に賃上げ実施医療機関：赤枠

それ以外の医療機関：青枠



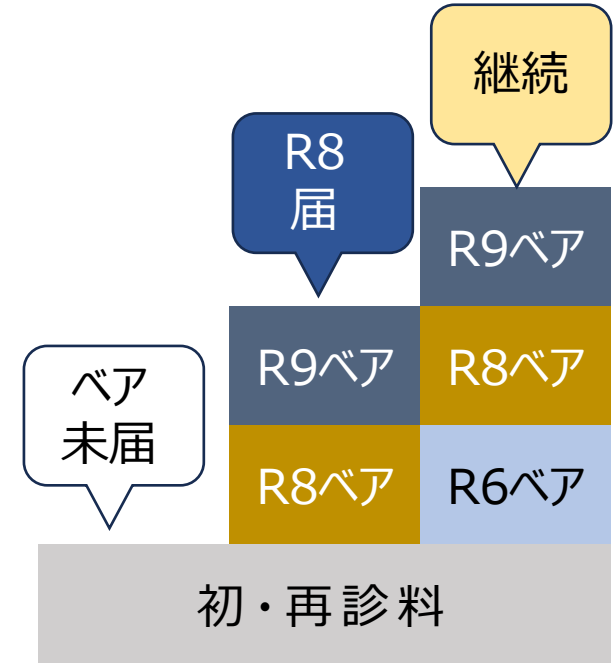
改定前 (R8.5月末まで)

	ベア I 届出	
	無	有
初診時	/	10点
再診時	/	2点
訪問 1	/	41点
訪問1以外	/	10点



R8.6～

	賃上げ取組継続	
	無	有
未届	21点	31点
/	4点	6点
/	66点	107点
/	11点	21点



R9.6～

	賃上げ取組継続	
	無	有
未届	42点	52点
/	8点	10点
/	132点	173点
/	22点	32点 <sup>114</sup>

# 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）

要 施設基準

- 対象となる医療機関の算出方法が変更された。

改定前

【歯外ベア（Ⅰ）】にて算定する額  
対象職員の給与総額の12 / 1000未満



改定後

【歯外ベア（Ⅰ）】にて算定する額  
医療機関に勤務する職員の賃金改善に**必要な額の50 / 100未満**

【歯外ベア（Ⅰ）】にて算定する額

（継続的に賃上げに取り組んでいる医療機関以外の点数で算出）

$\times \frac{1}{2} <$  賃金改善算定基礎額

下表の（A）×（B）の額の合計金額

別表3 賃金改善算定基礎額の算出に用いる数

職種ごとの基礎額・数（A）	算定期間ごとの「別表3に定める数」（B）	
	令和8年6月～	令和9年6月～
対象職員（医師、歯科医師、看護補助者および事務職員を除く。）の月額賃金総額	1.29×3.2%	1.29×6.4%
看護補助者および事務職員の月額賃金総額	1.29×5.7%	1.29×11.4%
40歳未満の常勤の医師および歯科医師（事業主及び役員を除く。）の数	27,021 円／人	54,042 円／人
40歳未満の週22時間以上勤務する非常勤の医師および歯科医師（事業主及び役員を除く。）の数	9,244 円／人	18,487 円／人

# 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）

要 施設基準

## 改定前

1 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 1	
イ 初診または訪問診療を行った場合	8点
□ 再診時等	1点
2～7（略）	
8 イ 初診または訪問診療を行った場合	64点
□ 再診時等	8点



## 改定後

1 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 1	
イ 初診または訪問診療を行った場合	8点
□ 再診時等	1点
2～ <b>11</b> （略）	
<b>12</b> イ 初診または訪問診療を行った場合	96点
□ 再診時等	12点

※ 令和9年6月以降は24区分に拡大

### 年度ごとの段階的な評価

- ・ 令和8年6月～令和9年5月までは、1～12の該当する区分を算定。
- ・ 令和9年6月～令和10年5月までは、13～24の該当する区分で算定。

### R8.6～R9.5

	新たに届出を行う		継続的に実施	
	イ	□	イ	□
区分 1	8点	1点	16点	2点
区分 12	96点	12点	160点	20点
区分 24	—	—	—	—



### R9.6～R10.5

	新たに届出を行う		継続的に実施	
	イ	□	イ	□
区分 1	8点	1点	16点	2点
区分 12	96点	12点	160点	20点
区分 24	192点	24点	256点	32点

# 賃上げ促進税制の概要

## 中小規模の 医療法人立又は個人立の 医療機関・薬局

青色申告書を提出する、中小企業者等（資本金1億円以下の法人、協同組合等）又は従業員数1,000人以下の個人事業主

### 全雇用者の 給与等支給額 (前年度比)

### 税額控除率

+1.5%

15%

+2.5%

30%

- ・ベア評価料も含めることができる
- ・給与等支給額の前年度比に応じて所定の税額控除
- ・対象等の条件がベア評価料とは多少異なる
- ・上乗せ要件達成で最大45%の税額控除。
  - \*くるみん認定・えるぼし認定の取得で+5%（中小企業）
  - \*教育訓練費+10%・・・R8年度で廃止（中小企業）
- ・中小企業は継続しているが、大企業、中堅企業は廃止の流れ

# ベースアップ(ベア)評価料 届出の準備

初・再診料、歯科訪問診療（同一訪問診療時以外、同一訪問診療時）算定時に加算

- ① 自院の過去の算定履歴を元に1ヶ月のベア算定点数（金額）を予測
- ② 上記の予測金額から対象スタッフへの賃上げ金額・配分を事前に決定 → **\*重要**
- ③ **施設基準の届出後、翌月1日から算定開始**
  - \*対象スタッフへ賃上げは『**毎月ベースアップ手当（年度内定額）**』で設定
  - \*賃上げはベア算定開始前か同時（同月）に実施が必要。
  - \*ベアIは届出は1回のみで可。ベアIIは年度ごと届出必要（区分変更のため）
- ④ 毎年8月に**2つの報告**が必要
  - ・賃金改善中間実績報告書（当年度6,7月分の中間報告）
  - ・賃金改善実績報告書（前年度1年間の実績報告）

**届出は原則メール  
関係書類は3年間保管**

# 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)の届出

## 継続的な賃上げを行っている医療機関

① R8年3月31日までに歯外ベアI  
算定開始済

別添2：歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)の注5

様式95：歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)

② 上記①以外（以下の③と同等）  
だが下表の（2）の要件クリア

(2) 令和6年3月時点と比較して、対象職員の基本給等が下表水準以上に引き上げていること

令和8年度	対象職員（医師・歯科医師除く）	5.5%以上
	看護補助者・事務職員	8.0%以上
令和9年度	対象職員（医師・歯科医師除く）	8.7%以上
	看護補助者・事務職員	13.7%以上

別添2：歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)の注5

様式95：歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)

様式98：歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)の注5

③ R8年4月1日以降に歯外ベアI  
算定開始

または

R8年改定で新規で歯外ベアI届出  
(6月以降に算定開始予定)

別添2：歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)

様式95：歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)

一番高い点数

# 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(II)の届出

## 継続的な賃上げを行っている医療機関

① R8年3月31日までに歯外ベアII  
算定開始済

② 上記①以外（以下の③と同等）  
だが下表の（2）の要件クリア

(2) 令和6年3月時点と比較して、対象職員の基本給等が下  
記表水準以上に引き上げていること

令和8年度	対象職員（医師・歯科医師除く）	5.5%以上
	看護補助者・事務職員	8.0%以上
令和9年度	対象職員（医師・歯科医師除く）	8.7%以上
	看護補助者・事務職員	13.7%以上

別添2：歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)の注5  
別添2：歯科外来・在宅ベースアップ評価料(II)の注5,6

様式95：歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)  
様式96：歯科外来・在宅ベースアップ評価料(II)

別添2：歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)の注5  
別添2：歯科外来・在宅ベースアップ評価料(II)の注5,6

様式95：歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)  
様式96：歯科外来・在宅ベースアップ評価料(II)  
様式98：歯科外来・在宅ベースアップ評価料(II)の注5,6

③ R8年4月1日以降に歯外ベアII  
算定開始

または

R8年改定で新規で歯外ベアII届出  
(6月以降に算定開始予定)

別添2：歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)  
別添2：歯科外来・在宅ベースアップ評価料(II)

様式95：歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)  
様式96：歯科外来・在宅ベースアップ評価料(II)

一番高い点数

# ベースアップ評価料に関する手続きの概要

## ベースアップ評価料を届け出る場合に必要な手続きの流れ

- 令和8年度にベースアップ評価料による賃金改善を行う場合には、算定を開始する前月までに届出を行う。
- 算定する年度の8月に賃金改善中間報告書、翌年度の8月に賃金改善実績報告書を提出する必要がある。



- 届出書、賃金改善中間報告書、賃金改善実績報告書に記載を要する主な事項は次の通り。
  - 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）のみを届け出る場合は、申請時点では、評価料の対象職員のみが分かれば申請が可能。
  - 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）、入院ベースアップ評価料を届け出る場合であっても、申請時点では「月額賃金総額」や「延べ入院患者数」等が分かれば申請できる。（今改定から、申請時点での「賃金改善計画書」の添付は不要）
- ※ただし、歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）を令和8年度から継続して算定する場合には、令和9年度の届出書の提出は不要。

**届出書**

- 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）
  - ・対象職員数
- 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）・入院ベースアップ評価料
  - ・初再診料等の算定回数、延べ入院患者数
  - ・**月額賃金総額**
  - ・対象職員数

**中間報告書**

- ・ベースアップ評価料の算定収入額
- ・対象職種ごとの常勤換算数
- ・**基本給等総額（給与改善前・後）**
- ・賞与の月数の変化

※対象職種を指定して報告：  
歯科医師・歯科衛生士・事務職員 等

**報告書**

- ・ベースアップ評価料の算定収入額
- ・対象職種ごとの常勤換算数
- ・**基本給等総額（給与改善前・後）**
- ・賞与の月数の変化

※対象職員の合計及び、一部の対象職種の内訳について報告

- 算定期間内に、区分計算時に必要な項目の大きな変動（**対象職員数の1割以上の変動**、3月ごとのベースアップ評価料の**算定回数**の**1割以上の変動**）があり、**再計算をした場合に区分の変化がある場合**には、区分変更の届出が必要。

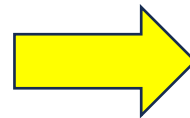
# 重要

## スタッフへのベア配分について(例:基本給等のみ)

ポイント!

先に③を除いた金額を計算  
 $10,000円 \div 1.165 = 8,584円$

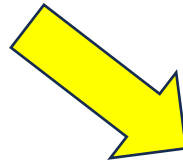
① ベースアップ評価料による  
予想収益(1ヶ月分)  
**1,000点 → 10,000円の場合**



② スタッフへの賃上げ額面総額  
(毎月のベースアップ手当)  
**8,584円**  
(スタッフ複数の場合、上記金額を配分)

① 10,000円をそのまま②にしてしまうと③が自腹

+



③ ベースアップ手当による  
法定福利費の事業者負担増加分  
**1,416円**  
 $② \times 0.165$



実際の賃上げ総額  
**② + ③ = 10,000円**

### 大原則

ベースアップ評価料① ≦ 実際の賃上げ(② + ③)

### 注意点

①のベースアップ評価料を  
②のみに使用してしまうと③は自腹  
\* ③を考慮して②を設定

① ≦ ② + ③が原則

① > ② + ③となった場合、年度末にスタッフに配分

# スタッフへのベア配分について(例:賞与3か月、時間外月1/10)

**ポイント!**

$$10,000円 \div 1.165 = 8,584円 (② + ③)$$

①ベースアップ評価料による  
予想収益(1ヶ月分)

**1,000点 → 10,000円の場合**

② スタッフへの賃上げ額面総額  
(毎月のベースアップ手当)

**6,358円**

(スタッフ複数の場合、上記金額を配分)

+

③ ベースアップ手当による賞与、  
時間外等の増加分(1ヶ月分)

**2,226円**

賞与(計3ヶ月):  $6,358円 \times 3ヶ月 \div 12か月 = 1,590円$   
時間外手当(月に約1/10): 636円

+

④ ベースアップ手当による  
法定福利費の事業者負担増加分

**1,416円**

$(② + ③) \times 0.165$

**実際の賃上げ総額**

$$② + ③ + ④ = 10,000円$$

①10,000円を  
そのまま②に  
してしまうと  
③④が自腹

不明な場合は  
0円で計算

**大原則**

ベースアップ評価料①  $\leq$  実際の賃上げ  
(② + ③ + ④)

**注意点**

ベースアップ評価料①を  
②のみに使用してしまうと③、④は自腹

\*③、④分も考慮して②を設定

①  $\leq$  ② + ③が原則

① > ② + ③の場合、  
年度末にスタッフに配分

# 算定を開始後、年度末付近での注意点

【賃上げ期間】 : 6月～翌年5月まで or 4月～翌年3月まで

【ベア算定期間】 : 6月～翌年5月まで

6月以降の算定分を  
前倒して賃上げも可能

- その年度で【賃上げ総額 < ベア評価料の算定金額】となり余剰金発生した場合  
→ 年度末（5月分まで）に全てスタッフに分配（年度内に使い切ること）
  - \* 最低でも8月の前年度の賃金改善実績報告書作成まで
  - \* 翌年に繰越は不可となった。
- 年度ごとの賃金改善計画書の作成は不要となったが・・・  
翌年のR9年度算定開始前（3月末 or 5月末）に、R9年度のベア点数に対応した賃上げの計画立案を各医療機関で行うこと。『ベア手当』の金額再設定

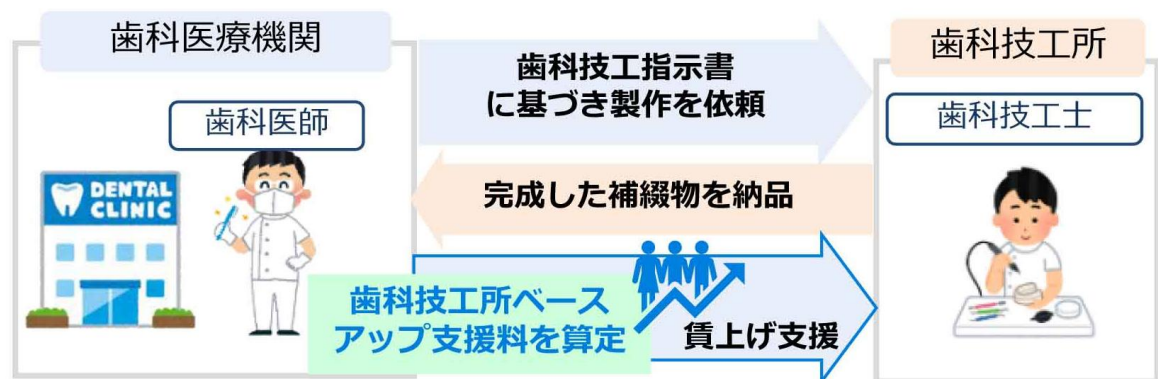
要 施設基準

# 歯科技工所ベースアップ支援料

委託先の技工所に所属する技工士の賃上げを目的

## 歯科技工所ベースアップ支援料の新設

- 歯科技工所に所属する歯科技工士の確実な賃上げを図る観点から、**歯科技工所ベースアップ支援料を新設する。**
- また、**令和9年6月以降においては、所定点数の100分の200に相当する点数により算定する。**



**(新) 歯科技工所ベースアップ支援料 (1装置につき) 15点 → 30点 (R9年)**

### [算定要件(通知)]

- (1) 歯科技工所ベースアップ支援料は、当該保険医療機関の歯科医師から交付された歯科技工指示書に基づき、歯科医療の用に供する補綴物等の製作等の委託を受けた歯科技工所に所属する歯科技工士の賃金の改善を実施することについて評価したものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、**補綴物等の製作等の委託**を行った場合に、所定点数を算定する。
- (2) 歯科医師から交付された歯科技工指示書や歯科医師の直接の指示に基づき、当該保険医療機関内の歯科技工士が補綴物等の製作や修理を行う場合には算定できない。
- (3) 本区分は、M005に掲げる装着又はN008に掲げる**装着の算定時に算定**する。  
※装着の費用が含まれる支台築造、暫間歯冠補綴装置、3次元プリント有床義歯等については、各区分の算定日に本区分を算定する。

**院内技工では算定不可**

### [施設基準(通知)]

- (1) 歯科技工所に補綴物等の製作等を委託しており、**当該歯科技工所の歯科技工士の賃上げ等、補綴物の製作を後方から支援する保険医療機関であること。**
- (2) 当該保険医療機関は、当該支援料の趣旨を踏まえ、**製作等を委託する歯科技工所が当該支援料による賃金改善の意向を有する場合に、当該歯科技工所と連携の上で届出を行うとともに、当該支援料を全て歯科技工所への委託費として支払うこと。**

**未来院請求時も算定可**

### 届出に関する事項(概要)

- 毎年8月において、前年度における賃金改善の取組状況を評価するため「実績報告書」を地方厚生(支)局長に届け出ること。
- 保険医療機関は、歯科技工所ベースアップ支援料の算定に係る書類(「実績報告書」等)を、当該支援料を算定する年度の終了後3年間保管すること。

**委託費増額に伴う消費税の増額分も当該支援料で充当可**

# 歯科技工所ベースアップ支援料 算定可能項目

## 【歯冠修復・欠損補綴】 M005 装着

1 歯冠修復（1個につき）45点

2 欠損補綴（1装置につき）

イブリッジ

（1）支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合 150点

（2）支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合300点

ロ有床義歯

（1）少数歯欠損 60点

（2）多数歯欠損 120点

（3）総義歯 230点

ハ有床義歯修理

（1）少数歯欠損30点

（2）多数歯欠損60点

（3）総義歯 115点

ニ口蓋補綴、顎補綴

（1）印象採得が困難なもの 150点

（2）印象採得が著しく困難なもの 300点

3 口腔内装置等の装着の場合（1装置につき）30点

## 【歯科矯正】 N008 装着

1 装置（1装置につき）

イ可撤式装置 300点

ロ固定式装置 400点

2 帯環（1個につき）80点

3 ダイレクトボンドブラケット（1個につき）100点

装着の費用が含まれる以下の項目も対象

### 【歯冠修復・欠損補綴】

- ・支台築造
- ・暫間歯冠補綴装置
- ・3次元プリント有床義歯
- ・広範囲顎骨支持型補綴

### 【歯科矯正】

- ・保定装置（フィックスドリテーナーに限る。）
- ・トルキングアーチ

# 歯科技工所ベースアップ支援料

届出は原則メール  
関係書類は3年間保管

【届出時】 6月から算定開始するには5月中に届出

- 外注先の歯科技工所名
- 外注先の歯科技工所における賃金引き上げの方法  
≡ ベア支援料の算定金額の支払方法

\* 歯科技工所と連携し、可能な限り具体的に記載が必要

【例】 毎月、技工料と合わせて当該支援料を含めた請求書を作成してもらい、月ごとにまとめて支払う・・・等

【報告時】 翌年8月に前年度1年分の報告（R8年度はR9年8月に報告）

- 総算定回数と金額
- 各歯科技工所ごとの算定回数（可能な範囲で記載）