中央社会保険医療協議会 総会（第 616 回）議事次第

令和７年９月 10 日（水）
10:00～

議　題

〇歯科医療について（その１）
〇調剤について（その１）
〇費用対効果評価専門組織からの報告について

歯科医療その１

1　歯科医療を取り巻く現状及び歯科医療提供体制

2　今後の歯科治療の需要や歯科医療提供体制等を踏まえた次期診療報酬改定に向けた論点

○在宅歯科医療

○障害者歯科医療

○歯科疾患・口腔機能の管理等の生活の質に配慮した歯科医療

○へき地等歯科医療

○多職種連携

○歯科衛生士・歯科技工士の定着・確保

○歯科治療のデジタル化等

※「在宅歯科医療」は「在宅」シリーズの中で議論

1　歯科医療を取り巻く現状及び歯科医療提供体制

2　今後の歯科治療の需要や歯科医療提供体制等を踏まえた次期診療報酬改定に向けた論点

○在宅歯科医療

○障害者歯科医療

○歯科疾患・口腔機能の管理等の生活の質に配慮した歯科医療

○へき地等歯科医療

○多職種連携

○歯科衛生士・歯科技工士の定着・確保

○歯科治療のデジタル化等

※「在宅歯科医療」は「在宅」シリーズの中で議論

歯科医療提供体制等に関する検討会　中間とりまとめ（令和６年５月27日）

第10回歯科医療提供体制等に関する検討会
（令和６年12月25日）資料２（改）

（１）かかりつけ歯科医の役割

○住民・患者ニーズへのきめ細やかな対応、切れ目のない提供体制の確保、他職種との連携の確保
○訪問歯科診療や障害児・者への対応、患者の基礎疾患や認知症の有無、多剤服用に係る状況等への理解、ライフステージに応じた歯科疾患の予防や口腔の管理への対応
○かかりつけ歯科医を持つことができる歯科医療提供体制の構築や、かかりつけ歯科医を持つ意義についての普及啓発等の推進
○新興感染症発生・拡大時における歯科医療提供体制の整備

（２）歯科医療機関の機能分化と連携

○各歯科医療機関の機能の把握・見える化の推進
○国民・患者からの多様化するニーズへの対応や高い専門性を有することが求められるため、診診連携・病診連携の推進により、地域においてカバーできる体制づくりの必要性
○ICTの利活用等の推進
○歯科医療資源に応じた機能分化や連携の在り方等、地域特性に応じた歯科医療提供体制の構築の検討

（３）病院歯科等の役割

○それぞれの地域における役割の明確化
○歯科医療従事者の配置状況や機能等の把握・分析
○果たす役割を認識し、歯科診療所等との連携の推進
○医科歯科連携の推進（入院患者等に対する口腔の管理等）
○歯科医療資源の再構成による機能分化や連携体制の構築等、既存の歯科診療所や有床診療所等の効果的な活用について併せて検討することの重要性

（４）地域包括ケアシステムにおける医科歯科連携・多職種連携

○他職種の口腔の管理への関心を高めるため、他職種からの歯科医療に対するニーズを把握し、相互理解を深めることの重要性
○対応が可能な歯科医療機関の機能を含めた歯科医療資源の見える化
○他職種等に対し、口腔に関する理解を深めてもらうため、学部・専門分野の教育の段階から、口腔の管理の重要性等を学ぶ機会の充実
○人生の最終段階における口腔の管理に対する歯科専門職が関与することの重要性

（５）障害児・者等への歯科医療提供体制

○障害の内容や重度別の分析に加え、対応が可能な歯科医療機関の機能の見える化
○いわゆる口腔保健センターや規模・特性の多様化を踏まえた歯科診療所に求められる役割の整理
○ハード（設備整備等）及びソフト（人材育成、多職種連携等）の両面での取組の充実
○医療的ケア児を含め障害児・者等が、地域の歯科医療ネットワーク等、地域で支えられ歯科医療を受けることができる歯科医療提供体制の構築

（６）歯科専門職種の人材確保・育成等

○歯科専門職が健康に働き続けることのできる環境を整備することの重要性
○学部教育から臨床研修、生涯研修におけるシームレスな歯科医師育成
○円滑な多職種連携の推進のため、学部教育の段階から他職種の役割等を継続的に学び、交流を行いながら理解を促進
○歯科衛生士及び歯科技工士の確保（人材確保、職場環境の整備等）
○行政、教育機関、関係団体や関係学会等が特性を活かし合い、連携しながら、知識や技術をスキルアップするのための取組の実施

（７）都道府県等行政における歯科医療提供体制の検討の進め方について

○地域ごとの歯科医療資源や住民ニーズの把握・見える化、PDCAサイクルに基づく取組の推進、計画的な評価の実施
○歯科医療提供体制の目指す姿を設定し、バックキャストで考えることの重要性
○地域の関係団体等と連携し、目指す姿や目標等の共通認識を深めながら取り組むことの重要性

目指す歯科医療提供体制の方向性（案）

第10回歯科医療提供体制等に関する検討会
（令和６年12月25日）資料２

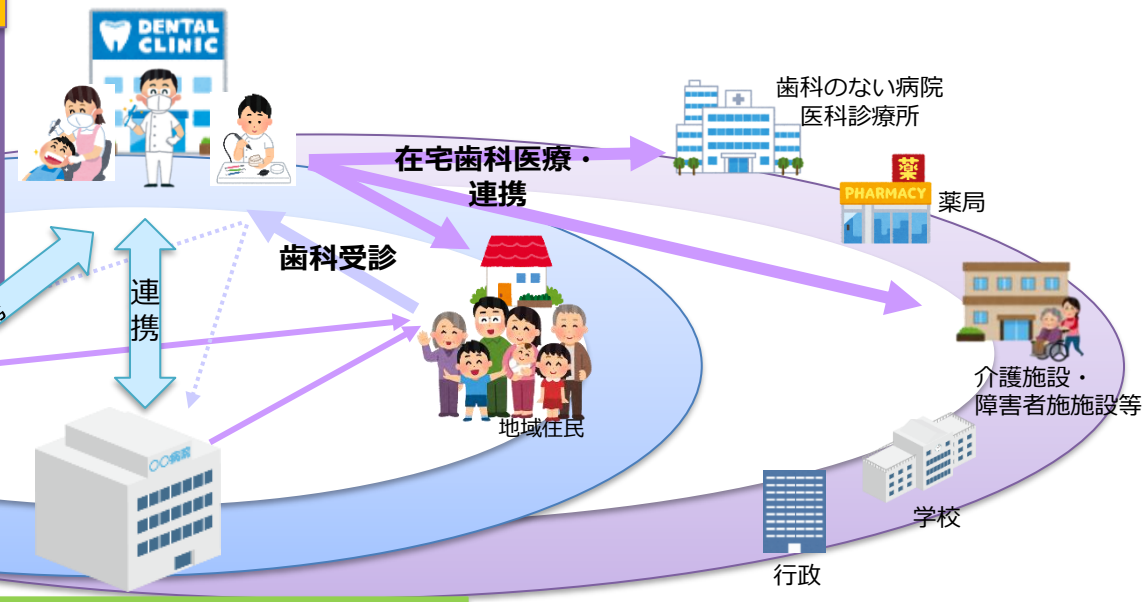
○　多様化するニーズや歯科医療資源を含め、地域の特性を踏まえた、その地域に必要な歯科医療を提供する仕組みの構築が必要である。

○　また、歯科医師の高齢化や偏在により、歯科医師の確保が課題になっている地域も出始めている。

○　都道府県においては、地域住民のニーズに応じて、歯科医療機関の機能分化（かかりつけの歯科診療所、専門性機能を持つ歯科診療所、大学病院・病院歯科等）も踏まえつつ、それぞれの機能に応じた歯科医療資源を確保するとともに、歯科医療提供体制を構築することが求められる。

かかりつけの歯科診療所

○ ライフコースを通じた口腔健康管理を行い、歯・口腔に関する相談に応じてくれる身近な存在
○ ライフステージに応じた歯科疾患の予防・重症化予防、歯科治療、口腔機能管理
○ 在宅歯科医療
○ 障害児・者への歯科医療
○ 医歯薬連携、介護関係者等の他職種との連携　等



専門的な機能を持つ歯科診療所

○ 専門性が高い歯科医療の提供機能
- 専門性が高い外来歯科医療（歯科保存、歯周病、補綴歯科、小児歯科、矯正歯科、口腔外科科等）
- 障害児・者等の歯科医療（全身麻酔・静脈内鎮静等）
- 専門性が高い在宅歯科医療　等

歯科大学病院・病院歯科等

○ 人材育成の拠点	○ 病院歯科の機能や専門性を活用した歯科医療の提供機能	○ 過疎地域を含め地域の歯科医療機関の後方支援機能	○ 大規模災害や新興感染症等のパンデミック発生時の対応	○ 入院患者の口腔管理【急性期】 ・ 周術期や化学療法・放射線治療等の口腔衛生管理・口腔機能管理	○ 入院患者の口腔管理【回復期(包括期)・慢性期】 ・ 口腔機能の回復 ・ リハビリテーション・栄養との連携

地域歯科医療提供体制の拠点的な役割

等

地域特性に応じた歯科医療提供体制構築の具体的検討のために、今後の必要量や歯科医師の適切な配置について検討することが必要。

＜骨太の方針＞経済財政運営と改革の基本方針

「経済財政運営と改革の基本方針2025」（令和７年６月13日閣議決定）（歯科関連）

（注：下線は次期診療報酬改定関連箇所）

糖尿病と歯周病との関係など全身の健康と口腔の健康に関するエビデンスの活用、生涯を通じた歯科健診（いわゆる国民皆歯科健診）に向けた具体的な取組、オーラルフレイル対策・疾病の重症化予防につながる歯科専門職による口腔健康管理の充実、**歯科医療機関・医歯薬連携などの多職種連携**、**歯科衛生士・歯科技工士の離職対策を含む人材確保**、歯科技工所の質の担保、歯科領域のＩＣＴ活用、**歯科医師の不足する地域の分析等を含めた適切な配置の検討を含む歯科保健医療提供体制構築**の推進・強化に取り組むとともに、**有効性・安全性が認められたデジタル化等の新技術・新材料の保険導入を推進する。**

（参考）「経済財政運営と改革の基本方針2024」（令和６年６月21日閣議決定）（抜粋）

全身の健康と口腔の健康に関する科学的根拠の活用と国民への適切な情報提供、生涯を通じた歯科健診（いわゆる国民皆歯科健診）に向けた具体的な取組の推進、オーラルフレイル対策・疾病の重症化予防につながる歯科専門職による口腔健康管理の充実、歯科医療機関・医歯薬連携を始めとする多職種間の連携、歯科衛生士・歯科技工士等の人材確保の必要性を踏まえた対応、歯科領域におけるＩＣＴの活用の推進、各分野等における歯科医師の適切な配置の推進により、歯科保健医療提供体制の構築と強化に取り組むとともに、有効性・安全性が認められた新技術・新材料の保険導入を推進する。

市場価格に左右されない歯科用材料（新歯科医療機器・歯科医療技術産業ビジョン2022版から抜粋）

- **市場価格が大きく変動する貴金属素材に依存している現状は、臨床家への安定供給の面から決して好ましいとは言えない。**
- 市場価格の変動が少なく、かつ安価な素材を活用して、歯科用貴金属合金の用途に用いることができる新たな歯科材料の開発の必要性はかねてより指摘されてきた。
- CAD/CAM 用歯科切削加工用レジンの機械的強度をさらに高めて、ブリッジにも適用可能にする開発も今後指向されると考えられる

歯科治療の需要や歯科医療提供体制等を踏まえて次期診療報酬改定で対応する内容

「歯科医療提供体制等に関する検討会（R6.5中間取りまとめ）」、「経済財政運営と改革の基本方針2025」による提言等を踏まえつつ、限られた医療資源（歯科医療機関、歯科専門職）を最大限活用し、各地域の多様化する患者ニーズに応えるために、下記の内容について重点的に対応を行う。

訪問歯科診療や障害児・者への対応、患者の基礎疾患や認知症の有無、多剤服用に係る状況等への理解、ライフステージに応じた歯科疾患や口腔管理への対応	在宅歯科医療 障害者歯科医療 歯科疾患・口腔機能の管理等の生活の質に配慮した歯科医療
歯科医療資源に応じた機能分化や連携の在り方等、地域特性に応じた歯科医療提供体制の構築	在宅歯科医療 へき地等歯科医療
医科歯科連携の推進（入院患者等に対する口腔の管理等）	多職種連携
歯科衛生士及び歯科技工士の確保（人材確保、職場環境の整備等）	歯科衛生士・歯科技工士の定着・確保
有効性・安全性が認められたデジタル化等の新技術・新材料の保険導入の推進	歯科治療のデジタル化等

：「歯科医療提供体制等に関する検討会(R6.5中間とりまとめ)」の提言

：「経済財政運営と改革の基本方針2025」の提言

：「歯科医療提供体制等に関する検討会(R6.5中間とりまとめ)」及び「経済財政運営と改革の基本方針2025」の提言

1　歯科医療を取り巻く現状及び歯科医療提供体制

2　今後の歯科治療の需要や歯科医療提供体制等を踏まえた次期診療報酬改定に向けた論点

○在宅歯科医療

○障害者歯科医療

○歯科疾患・口腔機能の管理等の生活の質に配慮した歯科医療

○へき地等歯科医療

○多職種連携

○歯科衛生士・歯科技工士の定着・確保

○歯科治療のデジタル化等

※「在宅歯科医療」は「在宅」シリーズの中で議論

障害児(者)歯科診療の課題

○ 障害児(者)は、障害の程度や内容によって、一般に口腔内の衛生状態を困難にする要因を多数持っており、**歯科疾患の重症化及び再発リスクが高いため、口腔内の管理に際して配慮すべき点が多く、様々な対応が必要**とされる。

歯科疾患の管理上の課題

1. 歯数、歯の形態、歯質

胎生期あるいは出生前後の異常や障害が原因で、歯質、歯数や形態の異常などが多く、歯科疾患の重症化、再発リスクが高い。

2. 歯列・咬合

顎顔面の成長・発育に、先天性または後天的な異常、顎顔面周囲筋の異常緊張、運動の異常、口腔習癖に関連した歯列・咬合の異常がみられるため、歯科疾患の重症化、再発リスクが高い。

3. う蝕、歯周病

① 適切な歯科保健習慣の定着が困難で、歯口清掃不良の状態の期間が長く、う蝕や歯周病が重症化しやすい。

② 歯科治療終了後も口腔内管理の継続が難しく、う蝕や歯周病が再発しやすい。

③ 障害および合併症の治療のための薬物の長期使用が、特異的な歯科疾患の発生、増悪を助長する要因となることがある。

（出典：学建書院、小児の口腔科学第5版、P.324を改変）

歯科治療上の課題

1. 協力性確保の困難性

認知能力、環境変化への適応能力が未熟で恐怖や不安が強く、診療を拒否する患者などに対する対応法（行動調整法）の工夫が必要である。

2. 姿勢、異常反射、筋の異常緊張の制御の困難性

脳性麻痺にみられるような、診療時の筋の異常緊張・反射、不随意運動の緩和・抑制のための工夫および苦痛の少ない安定した診療姿勢を確保する工夫が必要である。

3. コミュニケーションの困難性

コミュニケーションには言語理解能力と言語表出能力が必要である。障害の種類・程度により、そのいずれか一方、あるいは両者に障害がみられる場合があり、コミュニケーションの方法に工夫が必要である。

4. 歯科治療時の医学的管理の困難性

障害者は、定型発達児に比べて重篤な合併症をもつことが多く、特に先天性心疾患、てんかんなどを合併しやすい。また、脳性麻痺、重症心身障害児などは、歯科診療時に呼吸が抑制されやすいため、注意が必要である。

（出典：学建書院、小児の口腔科学第5版、P.325を改変）

＜補綴物装着者年齢の比較＞

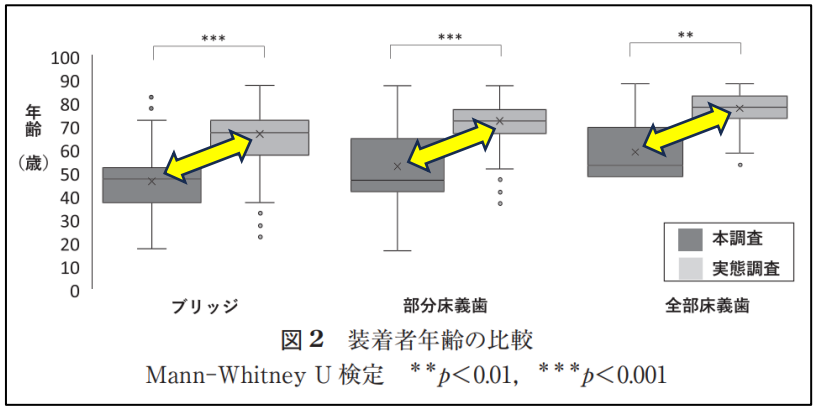
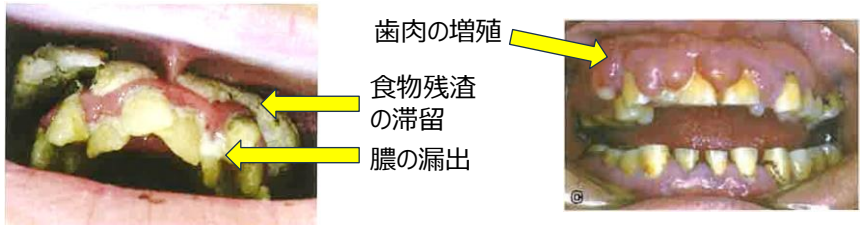


図２　装着者年齢の比較

Mann-Whitney U 検定　$^{**}p<0.01$，$^{***}p<0.001$

障害者(本調査群)の補綴物装着者率は、若い年齢階級から高い事が明らかであったため、障害の内容や程度により、歯科疾患の再発・重症化リスクが高いことが示唆されている。

＜障害を有する者の口腔内状況の一例＞



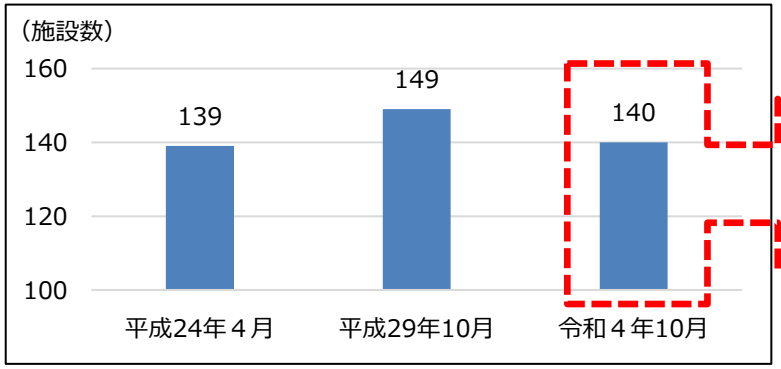
出典：「障害者における補綴物装着率の加齢変化に対する検討」尾田ら、障歯誌43：26-33，2022

出典：「障害者歯科学」（永末書店）

障害者歯科治療を専門に行う医療機関（いわゆる口腔保健センター）

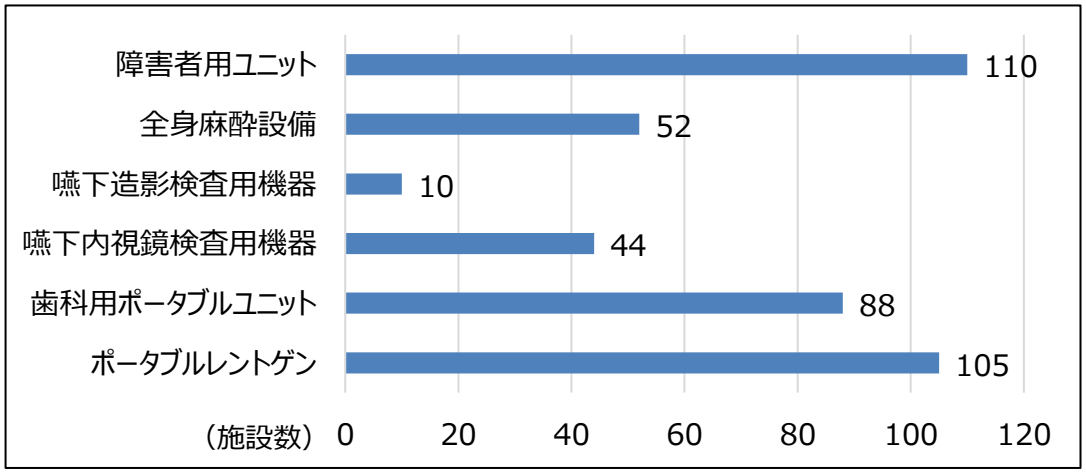
○ **障害者歯科治療を専門に行う歯科医療機関は少なく**、その代表例である地方自治体等により運営されている「口腔保健センター」は、地域の障害者歯科医療を担う拠点となっており、障害者の歯科治療や口腔内の管理を行うために、障害者用ユニットなどの特別な設備を有している施設が多い。

＜障害者歯科治療を行っている口腔保健センター数＞



注：日本歯科医師会が全国調査にあたって
各都道府県歯科医師会等を通じて調査・集計した数

＜障害者歯科治療を行っている口腔保健センターの主な設備状況＞



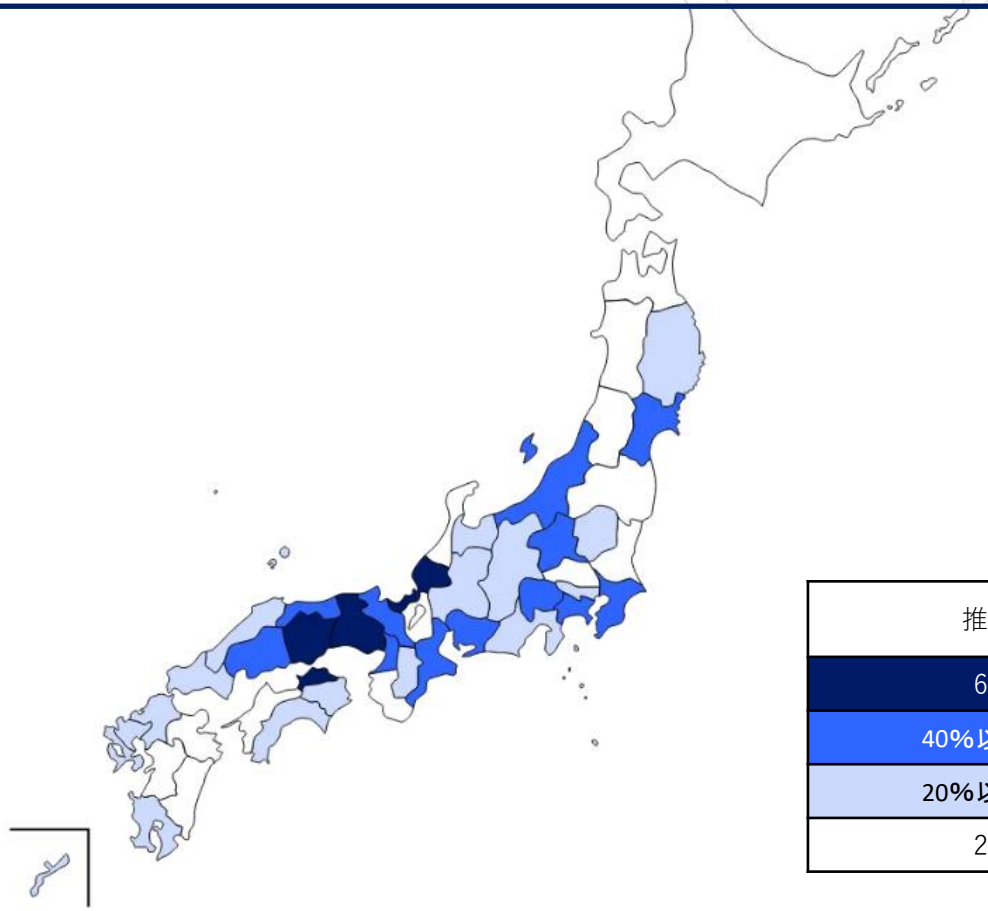
出典：口腔（歯科）保健センター等業務内容報告書（日本歯科医師会調べ）

出典：障害者歯科学会から写真提供

出典：あぜりあ歯科診療所（豊島区口腔保健センター）HP

障害者歯科診療を行っている専門歯科医療機関の状況

○障害者歯科診療を行っている専門歯科医療機関の推定供給率に都道府県差があり、必ずしも十分ではない。



推定供給率	都道府県数
60％以上	4
40％以上60％未満	12
20％以上40％未満	17
20％未満	14

推定供給率：①推定供給数/（②要治療者数/12か月）で算出

①推定供給数：Ｈ25年11月22日中医協資料より歯科診療特別対応連携加算を届出している施設において、当該加算算定人数が月80～90名のため、おおよそ１施設当たり月100名受診していると仮定し、専門歯科医療機関数※×100名を推定供給として算出

※「口腔（歯科）保健センター等業務内容調査報告書」及び日本障害者歯科学会の認定医・専門医所属医療機関から専門歯科医療機関数を集計

②要治療者数：身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、療育手帳交付台帳の登録数の合計を算出※1し、そのうち約半数※2が歯科治療が必要な者と仮定

※１　重複して手帳を保有している者もいるため延べ人数　　※２「障害者歯科医療の推進に向けた調査報告書（表7）」（東京都）

出典：「口腔（歯科）保健センター等業務内容調査報告書」（令和4年10月1日時点）の調査結果を日本歯科医師会日本歯科総合研究機構より提供、
日本障害者歯科学会ＨＰ、「障害者歯科医療の推進に向けた調査報告書（R2.3）」（東京都）

歯科診療時に特別な対応が必要な患者に対する歯科医療の主な改定内容の変遷

改定年度	基本診療料部分	特掲診療料部分
平成22年	➢「障害者歯科医療連携加算」（歯科医療機関からの紹介に基づき、専門性の高い歯科医療機関で受け入れ、外来診療を行った場合）の新設【100点】	歯科衛生実地指導料２（障害者の身心の特性に応じた指導）の新設【100点】
平成24年	➢「障害者加算」の趣旨をより適切に反映する観点から「歯科診療特別対応加算」に改称 ※その他の項目に関しても、全て「歯科診療特別対応●●」に改称 ➢「歯科診療特別対応地域支援加算」（専門性の高い歯科医療機関からの紹介に基づき歯科医療機関で受け入れ、外来診療を行った場合）の新設【100点】	－
平成30年		特別な対応を要する者に対する機械的歯面清掃処置の算定回数の見直し【2月に１回 → 月１回】
令和４年	➢「歯科診療特別対応連携加算」の評価の引き上げ、要件見直し【100点 → 150点】	－
令和６年	➢「歯科診療特別対応加算」の評価体系を１～３に細分化し、対象患者（医療的ケア児、強度行動障害を含む歯科治療環境への適応が困難な患者）を追加 ➢「初診時歯科診療導入加算」の名称及び要件の見直し	－

＜主な評価内容＞

診療内容

歯科診療特別対応加算１～３　【175点、250点、500点】
著しく歯科診療が困難な患者に対して歯科診療を行った場合の**初・再診料、歯科訪問診療料の加算**

歯科衛生実地指導料２　【100点】
歯科診療特別対応加算を算定している患者に対する歯科衛生士の実地指導

個々の技術料の加算
処置、手術、麻酔、歯冠修復及び欠損補綴の各行為に対する100分の30～70に相当する点数**の加算**

連携

歯科医療機関(歯特連※届出医療機関以外)

診療情報提供料(Ⅰ)　注６加算　【100点】
自院で歯科診療特別対応加算を算定した患者を文書を添えて紹介した場合の加算

歯科診療特別対応地域支援加算【100点】
歯特連の届出を行っている歯科医療機関で歯科診療特別対応加算を算定した患者について、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の初診料の加算（診療所に限る）

紹介

紹介

後方支援をおこなう歯科医療機関(歯特連※届出医療機関等)

⑤歯科診療特別対応連携加算【150点】
他の歯科医療機関で歯科診療特別対応加算を算定した患者を紹介され、受け入れた場合の初診料の加算

診療情報提供料(Ⅰ)　注７の加算【100点】
自院で歯科診療特別対応加算を算定した患者を文書を添えて紹介した場合の加算

※歯特連：歯科診療特別対応連携加算

1　歯科医療を取り巻く現状及び歯科医療提供体制

2　今後の歯科治療の需要や歯科医療提供体制等を踏まえた次期診療報酬改定に向けた論点

○在宅歯科医療

○障害者歯科医療

○歯科疾患・口腔機能の管理等の生活の質に配慮した歯科医療

○へき地等歯科医療

○多職種連携

○歯科衛生士・歯科技工士の定着・確保

○歯科治療のデジタル化等

※「在宅歯科医療」は「在宅」シリーズの中で議論

かかりつけ歯科医の役割（イメージ）

令和6年度診療報酬改定説明資料

○　ライフコースを通じて、継続的・定期的な歯科疾患（う蝕、歯周病等）の重症化予防や口腔機能の問題に対応することにより**生涯を通じた口腔の健康の維持に寄与**する。

口腔疾患の管理

- **口腔機能の獲得** → **口腔機能の維持** → **口腔機能の回復**
- **う蝕の重症化予防（エナメル質初期う蝕）** → **う蝕の重症化予防（根面う蝕）**
- **歯周病の重症化予防**

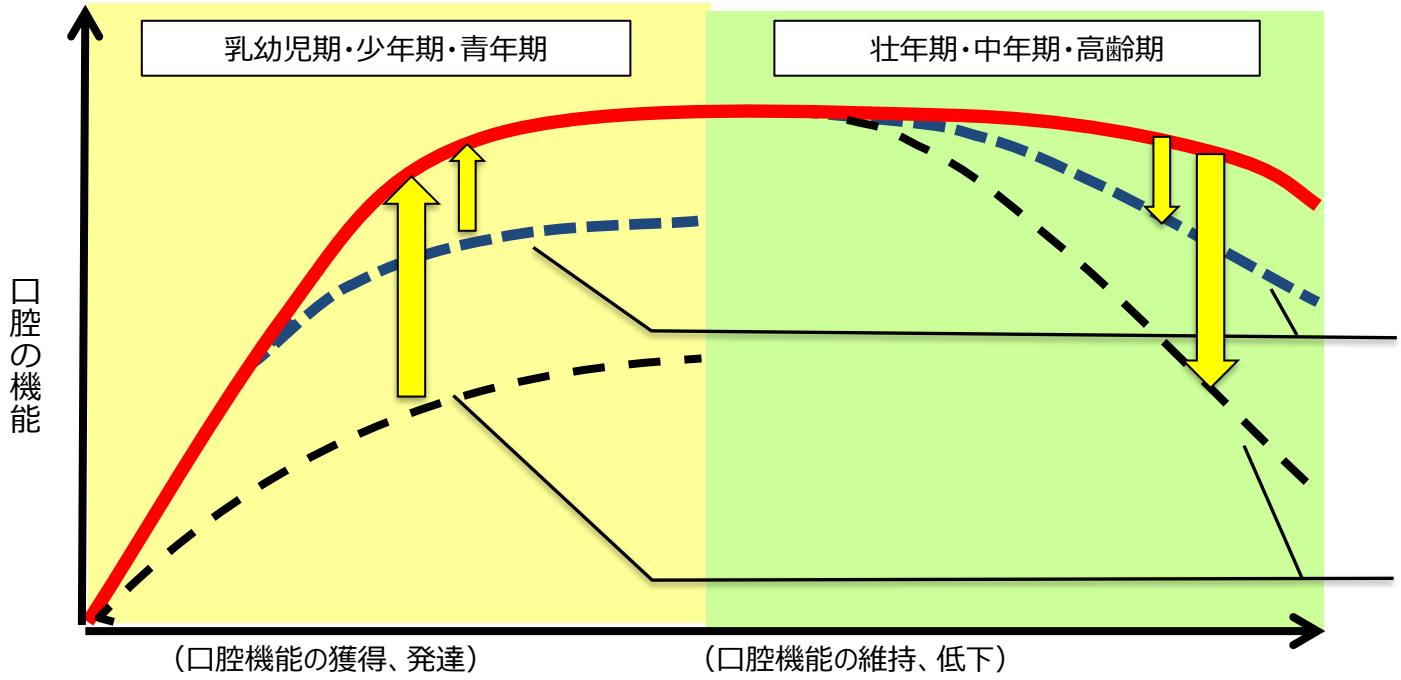
加齢による口腔機能の変化のイメージ

【歯科口腔保健の推進に関する法律（平成23年法律第95号）第12条第１項の規定に基づく基本的事項】

第一　歯科口腔保健の推進のための基本的な方針

三　生活の質の向上に向けた口腔機能の維持・向上

食べる喜び、話す楽しみ等の生活の質の向上等のために、口腔機能の獲得・維持・向上を図るためには、各ライフステージにおける適切な取組が重要である。特に**乳幼児期から青年期にかけては、良好な口腔・顎・顔面の成長発育及び適切な口腔機能の獲得を図る必要がある。壮年期から高齢期においては、口腔機能の維持を図るとともに、口腔機能が低下した際には回復及び向上を図っていくことが重要である。**



口腔機能に何らかの問題が生じているため、歯科疾患の管理と併せて口腔機能の歯科医学的管理が必要

学会の診断基準に基づき、口腔機能に著しい問題が生じているため、口腔機能に特化した特別な歯科医学的管理が必要

：乳幼児期から青年期にかけて、適切に口腔機能が獲得・発達し、加齢等に伴い、生理的に口腔機能が低下していく状態

：乳幼児期から高齢期において、口腔機能に問題が生じ、歯科医学的管理が行われない状態

：乳幼児期から高齢期において、学会が定める口腔機能発達不全症や口腔機能低下症の診断基準に基づき、口腔機能に著しい問題が生じ、口腔機能に特化した特別な管理が行われない状態

口腔機能が十分に獲得・発達しない場合の影響（例：口唇閉鎖不全）

○ 口腔機能発達不全症の診断を実施するためのチェックリストに「口唇閉鎖不全」があるが、口唇閉鎖不全は不正咬合と有意に関連していたとの報告があるため、口腔機能に特化した特別な早期診断、介入は重要である。

対象：3～6歳の日本人児童503名（男児258名、女児245名）
方法：口唇閉鎖等の口腔習慣（指しゃぶり、唇しゃぶりまたは唇噛み、爪噛み、顎を手に乗せる）および鼻と喉の状態（鼻閉傾向、アレルギー性鼻炎、口蓋扁桃肥大）等と不正咬合の関連を評価した。

Table 4 Related factors and characteristics of malocclusion compared with normal occlusion

	Normal (n=191)	Malocclusion (n=312)	*P*
Boy ratio	51.8%	51.0%	n.s.
Incompetent lip seal	19.9%	32.7%	<0.01
Severe incompetent lip seal	8.9%	19.9%	<0.001
Nail biting	23.6%	16.0%	<0.05
Finger sucking	5.2%	9.3%	n.s.†
Lip sucking or lip biting	2.1%	3.5%	n.s.†
Chin resting on a hand	4.2%	3.5%	n.s.†
Nasal obstruction	25.1%	32.7%	n.s.
Allergic rhinitis	17.3%	17.0%	n.s.
Palatine tonsil hypertrophy	1.0%	5.1%	<0.05†
Mandibular midline deviation	35.1%	43.6%	n.s.
Unspaced dentitions	23.6%	38.8%	<0.001

†: Fisher's exact test
n.s.: not significant

口唇閉鎖不全の有無は正常咬合群と不正咬合群とで有意に差があった。

Table 5 Binary logistic regression analysis of related factors and malocclusion

	B	SE	Adjusted OR (95% CI)	*P*
Age	-0.025	0.097	0.975 (0.806–1.180)	0.797
Sex	-0.051	0.192	0.950 (0.653–1.383)	0.790
Incompetent lip seal	0.609	0.222	1.838 (1.189–2.841)	0.006
Nail biting	-0.470	0.237	0.625 (0.393–0.994)	0.047
Finger sucking	0.548	0.388	1.730 (0.809–3.701)	0.158
Lip sucking or lip biting	0.199	0.623	1.220 (0.360–4.139)	0.749
Chin resting on a hand	0.264	0.587	1.302 (0.412–4.115)	0.653
Nasal obstruction	0.352	0.211	1.422 (0.940–2.152)	0.095
Palatine tonsil hypertrophy	1.449	0.771	4.260 (0.940-19.308)	0.060

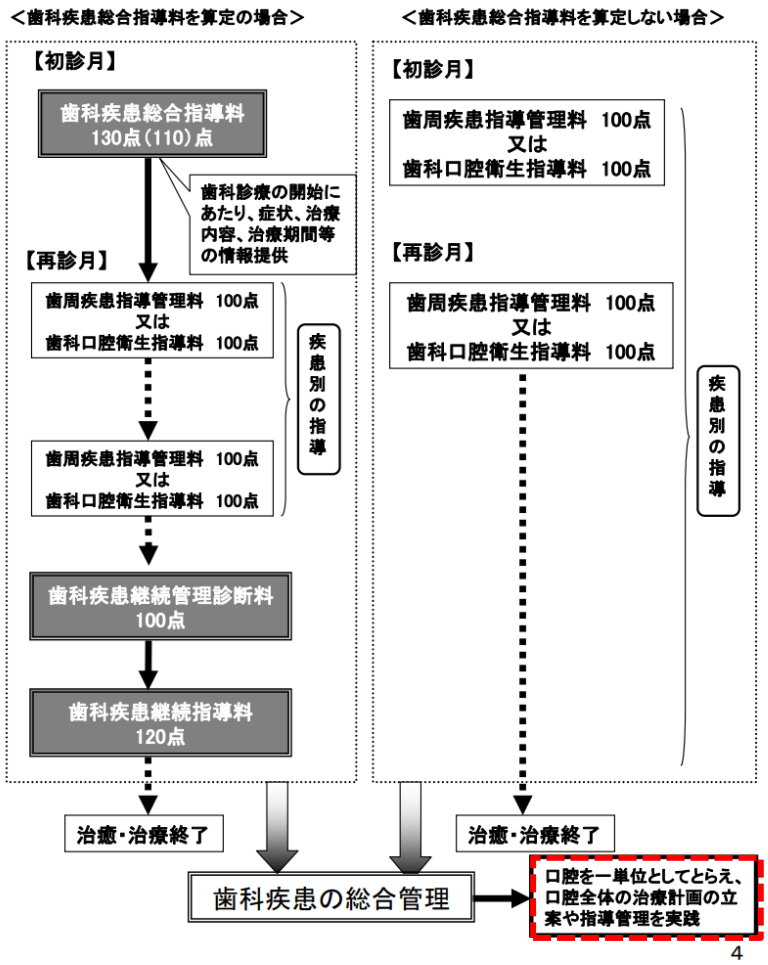
Adjusted by age, sex, incompetent lip seal, finger sucking, lip sucking or lip biting, nail biting, chin resting on a hand, stuffy nose, and palatine tonsil hypertrophy

ロジスティック回帰分析の結果、口唇閉鎖不全は不正咬合の発生に影響を与えている可能性が示唆された。

出典：「Incompetent lip seal and nail biting as risk factors for malocclusion in Japanese preschool children aged 3-6 years（Masatoshi O et al）．」BMC Pediatr. 2023 Oct 26;23(1):532.

歯科疾患や口腔機能の管理に係る診療報酬上の評価の考え方

現行の歯科疾患の指導管理体系

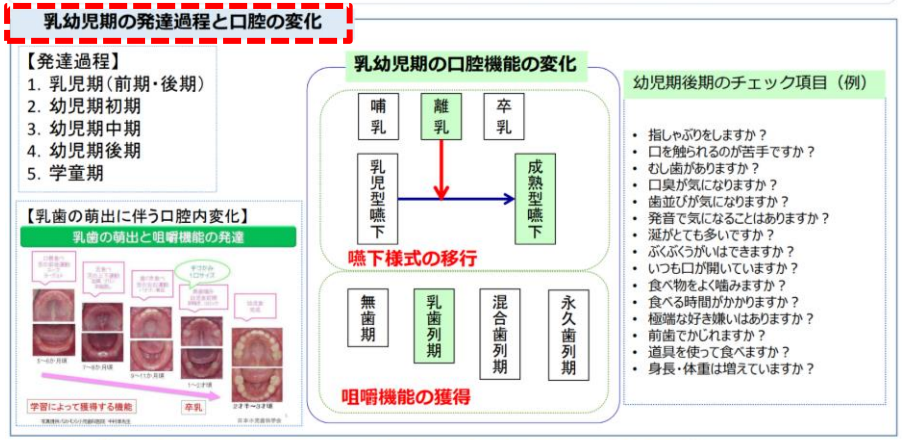


4

小児の口腔の変化

○ 乳児期から学童期の発達過程において、歯の萌出と乳歯列から永久歯列への交換（形態の変化）がおこる。
○ 同時に、口腔機能については、嚥下様式が変化するとともに咀嚼機能を獲得していく。

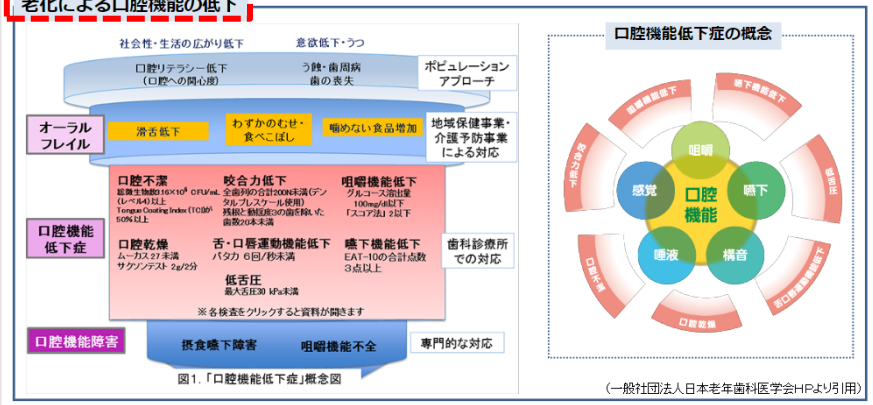
乳幼児期の発達過程と口腔の変化



⇒ 発達過程にあわせたステージ別の評価と口腔機能管理が必要

口腔機能低下症（日本老年歯科医学会）

老化による口腔機能の低下



（一般社団法人日本老年歯科医学会HPより引用）

口腔機能低下症の診断基準：以下の7項目中、3項目を満たした場合
①口腔不潔　②口腔乾燥　③咬合力低下　④舌口唇運動機能低下　⑤低舌圧
⑥咀嚼機能低下　⑦嚥下機能低下

⇒単一の口腔機能ではなく、各口腔機能低下の複合的要因によってあらわれる病態

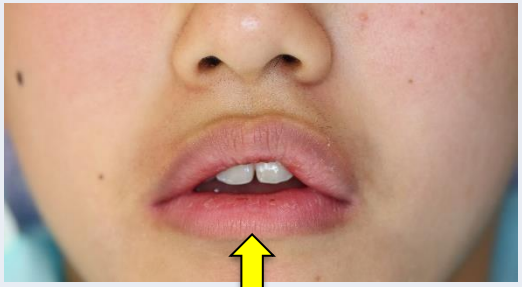
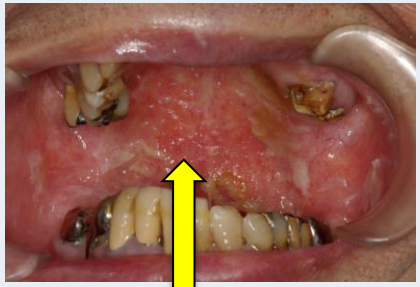
口腔内の管理は、歯科疾患と口腔機能の両面で対応

出典：「中央社会保険医療協議会基本問題総委員会」資料（平成19年11月）
「中央社会保険医療協議会総会」資料（平成29年11月）

歯科疾患や口腔機能の管理に係る主な改定内容の変遷

改定年度	歯科疾患管理料等の主な改定内容		
	歯科疾患管理料	小児口腔機能管理料、口腔機能管理料	その他
平成20年	➢ 「歯科疾患管理料」【１回目:130点、２回目以降:110点】の新設 → 「歯科疾患総合指導料」、「歯科口腔衛生指導料」、「歯周疾患指導管理料」等を廃止し、**疾患別管理体系を一本化**		
平成22年	➢ 点数の一本化【110点】		
平成24年	➢ 「機械的歯面清掃加算」の廃止（「機械的歯面清掃処置」として処置に位置付け）		
平成26年	➢ 「フッ化物局所応用加算」の廃止（「フッ化物歯面塗布処置　う蝕多発傾向者の場合」として処置に位置付け）		
平成28年	➢ 点数の引き下げ【110点 → 100点】 ➢ 「文書提供加算」【10点】の新設（文書要件の見直し） ➢ 「エナメル質初期う蝕管理加算」【260点】の新設		
平成30年	➢ **「小児口腔機能管理加算」【100点】」及び「口腔機能管理加算」【100点】の新設**		
令和２年	➢ 点数の細分化（初診月:80/100　再診月:100/100） ➢ 「長期管理加算」【100点】の新設	➢ **「小児口腔機能管理料」及び「口腔機能管理料」を加算から本体に位置付け**	
令和４年		➢ 「小児口腔機能管理料」及び「口腔機能管理料」の年齢要件の見直し	
令和６年		➢ 「小児口腔機能管理料」及び「口腔機能管理料」の引き下げ【100点→60点】 ➢ **口腔機能管理体制強化加算【50点】及び施設基準の新設**	➢ 「エナメル質初期う蝕管理料」【30点】の新設（「エナメル質初期う蝕管理加算」【260点】の廃止） ➢ 「根面う蝕管理料」【30点】の新設

口腔機能発達不全症および口腔機能低下症の概要

	口腔機能発達不全症	口腔機能低下症
病態	明らかな摂食機能障害の原因がなく、「食べる」機能や「話す」機能などが発達段階で正常に機能が獲得できていない疾患。個人因子あるいは環境因子に専門的関与が必要な病態。 出典：口腔機能発達不全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)	加齢に加え、様々な要因によって、口腔機能が複合的に低下（唾液量の減少、咬合力・舌の筋力低下等）している疾患。放置していると摂食嚥下障害などに陥り、また、低栄養やフレイル、サルコペニアを進展させるため、専門的関与が必要な病態。 出典：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)
症状	 口唇の筋力が十分に発達せず、口唇の閉鎖が不十分（お口ポカン） 写真：日本歯科大学付属病院口腔リハビリテーション科　田村教授よりご提供	 唾液量の減少に伴い口腔乾燥が進行し、粘膜上皮が剥離 咬合力・舌の筋力低下等による食物残渣の沈着 写真：陵北病院　阪口副病院長よりご提供
診断基準	チェックリストのA項目（食べる機能、話す機能等）のうち、C項目（先天性歯あり、口唇閉鎖不全等）において２つ以上該当する場合に「口腔機能発達不全症」と診断。 なお、離乳完了前はC-1～C-9を、離乳完了後はC-1～C-6のC項目を1つ含む。	口腔機能低下症の７つの下位症状（口腔衛生状態不良、口腔乾燥、咬合力低下、舌口唇運動機能低下、低舌圧、咀嚼機能低下、嚥下機能低下）のうち、3 項目以上該当する場合に口腔機能低下症と診断。
推計患者数	約180万人（18歳以下） 算出方法：18歳以下の人口数（各年10月１日時点）に参考文献より口腔機能発達不全症に該当する割合を乗算 出典：Nogami Y, et al, Prevalence of an incompetent lip seal during growth periods throughout Japan: a large-scale, survey-based, cross-sectional study. Environ Health Prev Med. 2021 Jan 21;26(1):11. doi:10.1186/s12199-021-00933-5. , 総務省「人口推計」（2020~2024年）	約1、500万人（65歳以上） 算出方法：各年齢層の人口数に参考文献により口腔機能低下症に該当する割合を乗算 出典：Kugimiya, Yoshihiro et al. “Rate of oral frailty and oral hypofunction in rural community-dwelling older Japanese individuals.” Gerodontology vol. 37,4 (2020):342-352. 総務省「人口統計」（2024年）

歯科疾患及び口腔機能の管理に係る診療報酬上の位置づけ

○ 歯科疾患及び口腔機能の管理に係る管理については、歯科疾患や口腔機能の症状や状態に応じて、歯科疾患管理料、小児口腔機能管理料又は口腔機能管理料で主に評価している。なお、**関連学会が示している口腔機能管低下症や口腔機能発達不全症の診断基準に該当しているものの、口腔機能に特化した特別な管理が行われていない者が存在している。**

歯科疾患または口腔機能の維持や発達に係る管理が必要な患者

関連学会の診断基準に該当し、口腔機能の特別な管理が必要な患者

歯科疾患管理料で評価

歯科疾患の管理を必要とする患者
歯科疾患の継続的管理を必要とする患者
（有床義歯に係る治療のみを行う患者を除く）

口腔機能の維持等に係る管理を必要とする患者
学会の診断基準を満たさないが、
口腔機能の維持等の管理を必要とする患者

口腔機能の発達等に係る管理を必要とする患者
学会の診断基準を満たさないが、
口腔機能の発達等の管理を必要とする患者

関連学会の診断基準に該当しているものの、口腔機能管理料または小児口腔機能管理料に該当しない患者

口腔機能管理料で評価

50歳以上の口腔機能低下症※の患者であって、咀嚼能力検査、咬合圧検査、舌圧検査、口腔細菌定量検査のいずれかの算定実績がある患者

※７つの症状（口腔乾燥、咬合力低下等）のうち、
３項目以上該当した者

小児口腔機能管理料で評価

18歳未満の口腔機能発達不全症※の患者であって、評価項目において３項目以上該当する患者

※チェックリストA項目（食べる機能、話す機能等）のうち、
C項目（先天性歯あり、口唇閉鎖不全等）において
２つ以上該当した者

＋α

歯科医学的管理に係る専門性

歯科疾患管理料等の管理の概要について

○ 歯科疾患管理料は、歯科疾患に関連した口腔機能の確認等により管理【左票】が行われているが、**口腔機能低下症等の管理は、口腔機能に関する様々な検査結果等により特別な管理【右票】が行われている**。

初回用

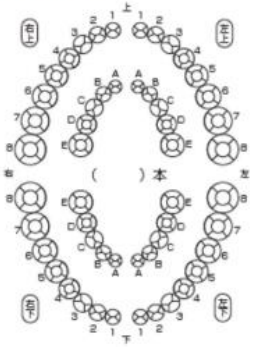
歯科疾患管理料に係る管理計画書

年　月　日

患者氏名

【基礎疾患】□高血圧症　□心血管疾患　□呼吸器疾患　□糖尿病　□骨粗鬆症
□その他（　　）
【服　　薬】□無　□有（薬剤の種類・薬剤名　　）
【生活習慣】□喫煙　□その他（　　）
【そ の 他】（　　）

【口腔内の状況】



【歯や歯肉の状態】
・4㎜以上の歯周ポケット　□有　□無
・歯の動揺　□有　□無
・歯肉の腫れ　□有　□無
・プラーク・歯石の付着状況
□多い　□少ない　□無
【むし歯】　□有　□無
【その他】（　　）

【口腔機能の問題】□無
□口腔衛生状態　□口腔乾燥　□咬合力
□舌口唇運動機能　□舌圧　□咀嚼機能
□嚥下機能
【小児口腔機能の問題】□無
□咀嚼機能　□嚥下機能　□食行動
□構音機能　□栄養　□その他

【その他・特記事項】

改善目標	□歯磨きの習慣　□歯ブラシ・フロス・歯間ブラシの使用 □喫煙習慣　□食習慣の改善（飲料物の習慣　・　間食の習慣） □口腔機能の改善・獲得 □その他（　　）
治療の予定	□むし歯（つめる・冠・根の治療）　□ブリッジ　□義歯 □歯肉炎・歯周炎の治療 □その他（　　）

この治療の予定は治療開始時の方針であり、実際の治療内容や進み方により、変更することがあります。

医療機関名
（担当歯科医師）

管理計画書

患者氏名		年齢　歳	性別　男・女

年　月　日

【全身の状態】

1	基礎疾患	心疾患・肝炎・糖尿病・高血圧症・脳血管疾患・その他（　　）
2	服用薬剤	1．なし　2．あり　（薬剤名：　　）
3	肺炎の既往	1．なし　2．あり　3．繰り返しあり
4	栄養状態	体重：　Kg，　身長：　m
		体格指数（BMI）：　1．正常範囲内　2．低体重（やせ）　3．肥満
5	体重の変化	1．なし　2．あり　（　か月で　Kgの　増・減　）
6	食事形態	1.常食　2.やわらかい食事　3.その他（　　）
7	食欲	1．あり　2．なし（理由：　　）

【口腔機能の状態】

1	口腔内の衛生状態	検査結果　（基準値　）	1．正常範囲内　2．低下
2	口腔内の乾燥程度	検査結果　（基準値　）	1．正常範囲内　2．低下
3	咬む力の程度	検査結果　（基準値　）	1．正常範囲内　2．低下
4	口唇の動きの程度	パ発音速度　回/秒（基準値 6.0 回/秒未満）	1．正常範囲内　2．低下
5	舌尖の動きの程度	タ発音速度　回/秒（基準値 6.0 回/秒未満）	1．正常範囲内　2．低下
6	奥舌の動きの程度	カ発音速度　回/秒（基準値 6.0 回/秒未満）	1．正常範囲内　2．低下
7	舌の力の程度	舌　圧　kPa（基準値 30kPa 未満）	1．正常範囲内　2．低下
8	咀嚼の機能の程度	検査結果　（基準値　）	1．正常範囲内　2．低下
9	嚥下の機能の程度	検査結果　（基準値　）	1．正常範囲内　2．低下
10	歯・歯肉の状態	プラーク（なし・あり）　歯肉の炎症（なし・あり）　歯の動揺（なし・あり）	
11	口腔内・義歯の状態		

【口腔機能管理計画】

1	口腔内の衛生	1．問題なし　2．機能維持を目指す　3．機能向上を目指す
2	口腔内の乾燥	1．問題なし　2．機能維持を目指す　3．機能向上を目指す
3	咬む力	1．問題なし　2．機能維持を目指す　3．機能向上を目指す
4	口唇の動き	1．問題なし　2．機能維持を目指す　3．機能向上を目指す
5	舌尖の動き	1．問題なし　2．機能維持を目指す　3．機能向上を目指す
6	奥舌の動き	1．問題なし　2．機能維持を目指す　3．機能向上を目指す
7	舌の力	1．問題なし　2．機能維持を目指す　3．機能向上を目指す
8	咀嚼の機能	1．問題なし　2．機能維持を目指す　3．機能向上を目指す
9	嚥下の機能	1．問題なし　2．機能維持を目指す　3．機能向上を目指す

【管理方針・目標（ゴール）・治療予定等】

【再評価の時期・治療期間】

再評価の時期：約（　　）か月後

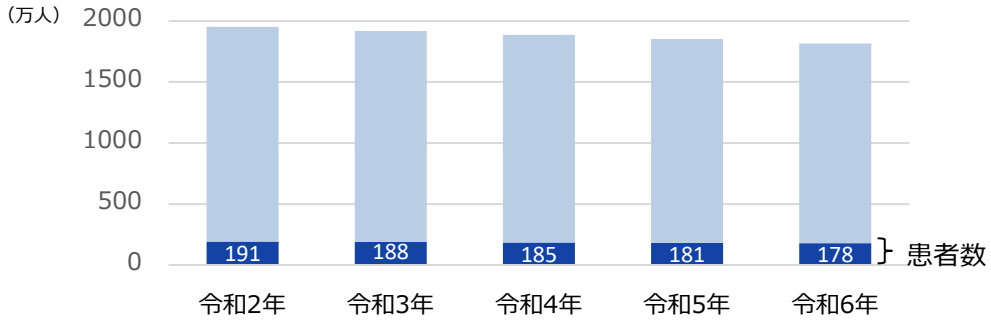
: 口腔機能に関する事項

小児における口腔機能発達不全症に係る管理の需要と供給

○18歳以下における口腔機能発達不全に係る管理は、供給率が微増しているものの約10%である。

口腔機能発達不全症に係る管理の需要推計

表１：18歳以下人口と口腔機能発達不全症の推計患者数

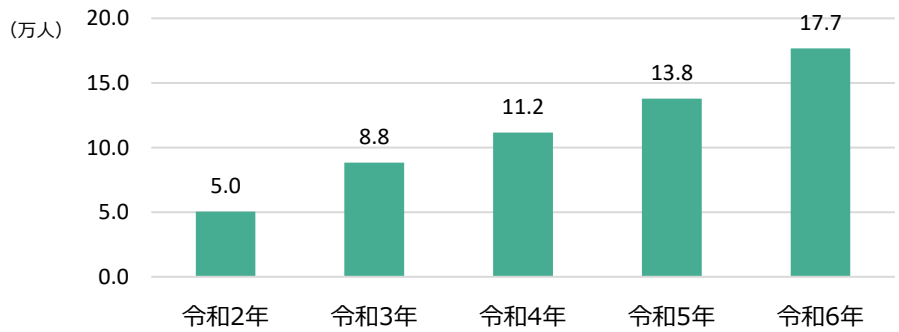


算出方法：18歳以下の人口数（各年10月１日時点）に参考文献より口腔機能発達不全症に該当する割合を乗算

出典：Nogami Y, Saitoh I, Inada E, et al, Prevalence of an incompetent lip seal during growth periods throughout Japan: a large-scale, survey-based, cross-sectional study. Environ Health Prev Med. 2021 Jan 21;26(1):11. doi: 10.1186/s12199-021-00933-5. , 総務省「人口推計」（2020~2024年）

口腔機能発達不全症に係る管理の供給

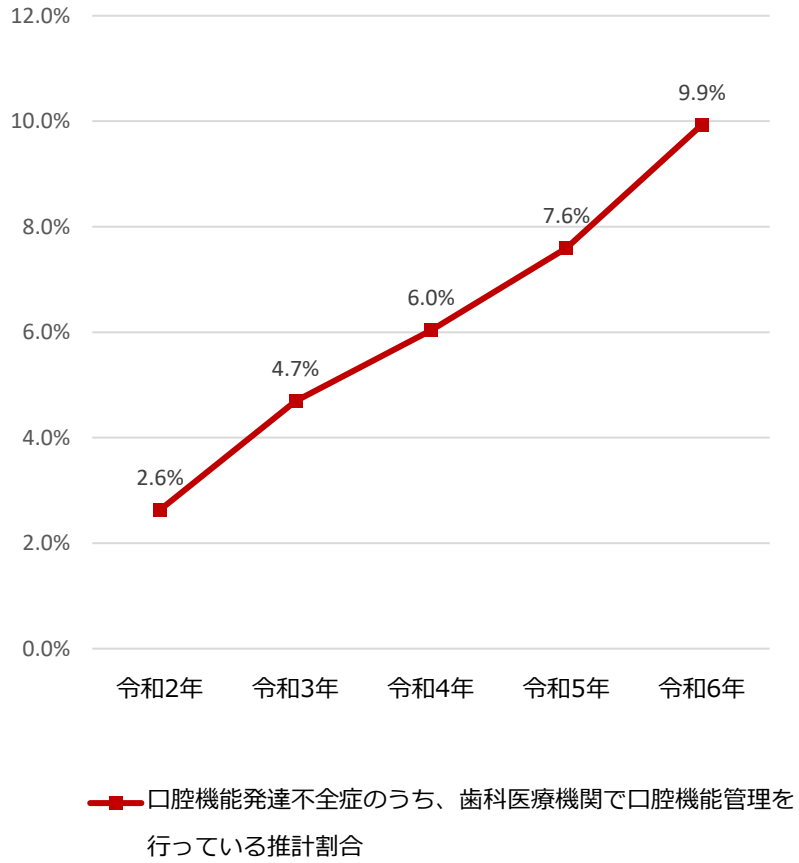
表２：口腔機能発達不全症（18歳以下）に係る管理を行っている年間患者数



算出方法：ＮＤＢ特別集計にて、小児口腔機能管理料を算定している件数と口腔機能発達不全症と診断され歯科疾患管理料のみ算定している件数を合算出（各年５月分）

口腔機能発達不全症に係る管理の推定需要に対する供給の状況

表３：口腔機能発達不全症の管理状況（推計）



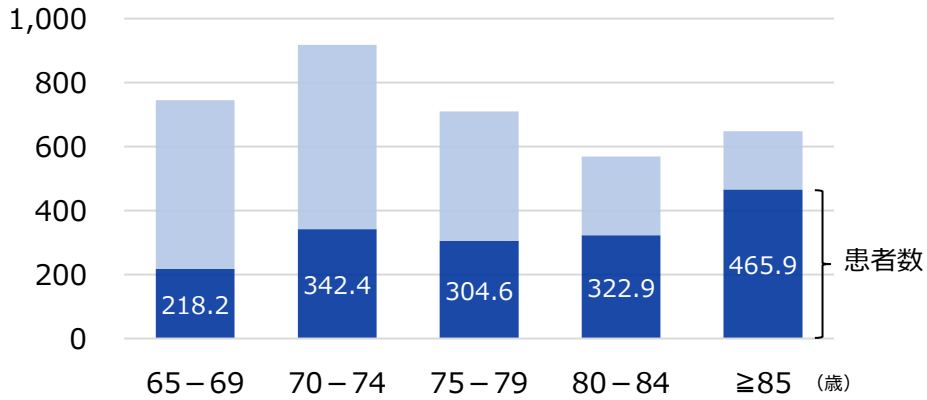
算出方法：口腔機能発達不全に係る管理の需要推計（表１）と歯科医療機関における管理の供給（表２）を基に算出

高齢者における口腔機能低下症に係る管理の需要と供給

○　高齢者における口腔機能低下症に係る管理は、需要推計に対して供給が大きく下回っている。

口腔機能低下症に係る管理の需要推計

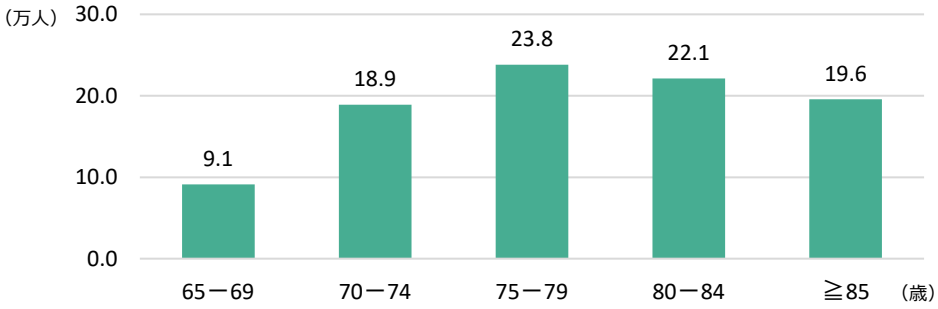
表１：65歳以上人口と口腔機能低下症の推計患者数



算出方法：各年齢層の人口数に参考文献により口腔機能低下症に該当する割合を乗算
出典：Kugimiya, Yoshihiro et al. “Rate of oral frailty and oral hypofunction in rural community-dwelling older Japanese individuals.” Gerodontology vol. 37,4 (2020): 342-352. 総務省「人口統計」（2024年）

口腔機能低下症に係る管理の供給

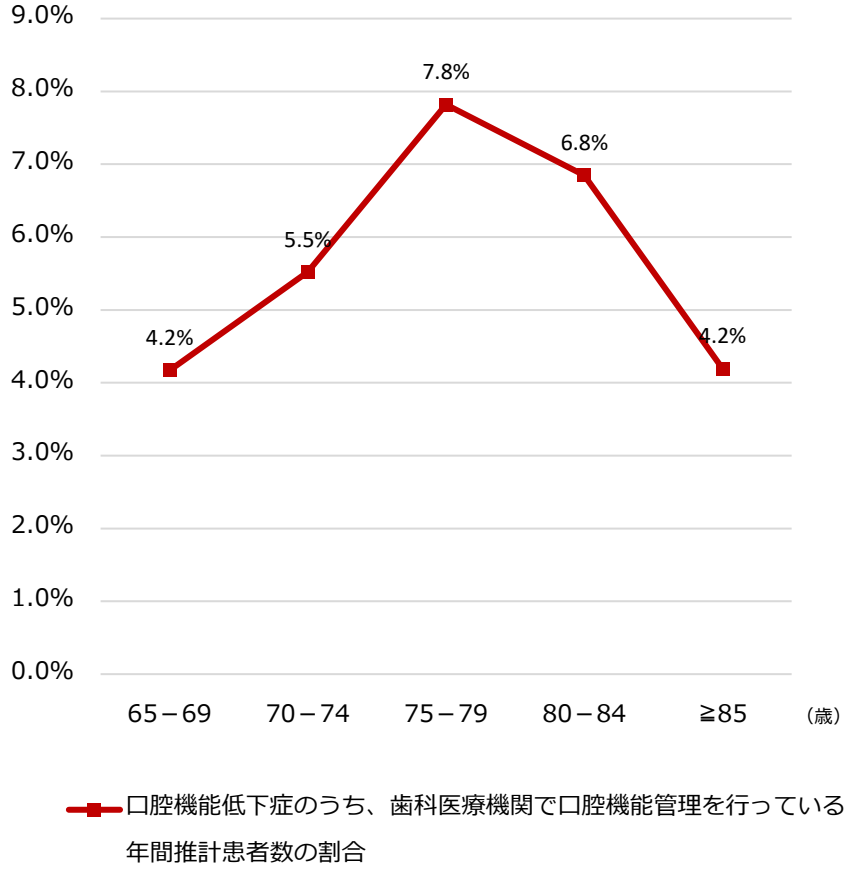
表２：口腔機能低下症に係る管理を行っている年間患者数



算出方法：ＮＤＢ特別集計にて、口腔機能管理料算定している件数と口腔機能低下症と診断され歯科疾患管理料のみ算定している件数を合算（令和５年度１年分）

口腔機能低下症に係る管理の推定需要に対する供給の状況

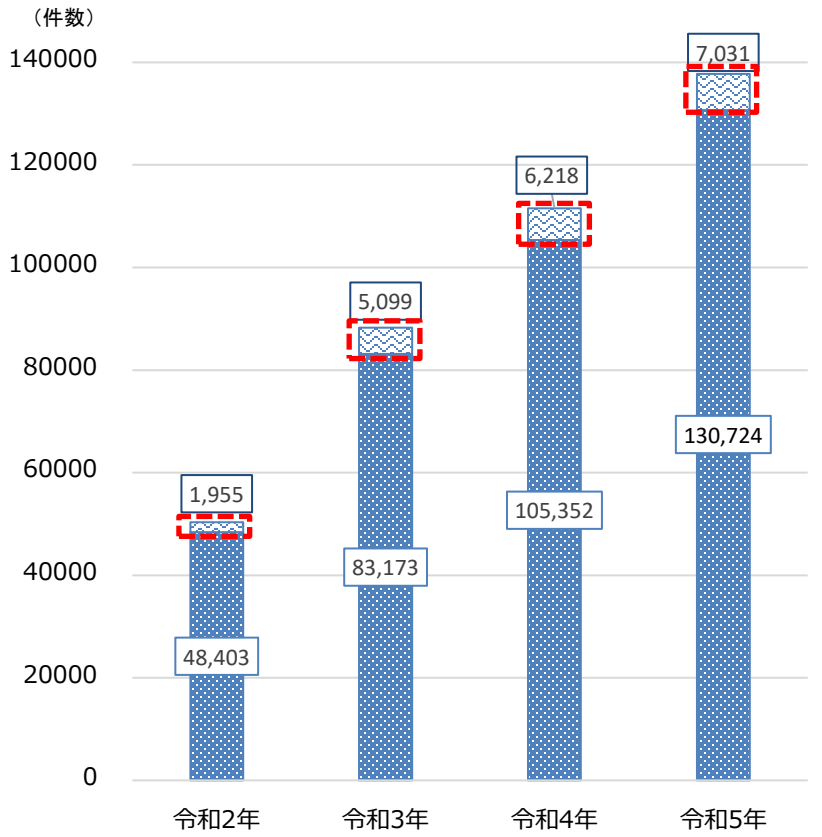
表３：口腔機能低下症の管理状況（推計）



算出方法：口腔機能管理の需要推計（表１）と歯科医療機関における口腔機能管理の供給（表２）を基に算出

小児口腔機能管理料及び口腔機能管理料の算定状況

○ 18歳未満の口腔機能発達不全症又は50歳以上の口腔機能低下症と診断されている者に対して、特別な管理が必要にも関わらず、小児口腔機能管理料又は口腔機能管理料が算定出来ていない患者が一定数存在している。



口腔機能発達不全症で、歯科疾患管理料のみの算定件数

小児口腔機能管理料の算定件数

口腔機能低下症で、歯科疾患管理料のみの算定件数

口腔機能管理料の算定件数

出典：NDBオープンデータ（各年５月分）を特別集計

小児の咬合機能の獲得

○ 小児の正常な咬合関係の獲得を行うため、乳歯が早期に喪失した場合等に、後継永久歯の萌出スペースを確保するために保隙装置を用いて咬合誘導を図る方法があるが、算定実績は少ない。

保隙装置名	写真	適応	保険収載の有無
クラウンループ （バンドループ）		片側性乳臼歯１歯早期喪失で、喪失部の後方に歯が存在する症例	○
ディスタルシュー		第一大臼歯萌出前で、片側性第二乳臼歯の早期喪失症例	×
リンガルアーチ		①左右の第一大臼歯にバンドの適用が可能な症例 ②２歯以上の乳臼歯を早期喪失した症例 ③第一大臼歯を固定しておいて、乳臼歯の適時抜去を行う症例 ④可撤保隙装置の使用が不可能な患児	×
Nanceの ホールディングアーチ		リンガルアーチと同様であるが、上顎のみに使用	×
可撤式保隙装置 （小児義歯）		①両側性の乳臼歯を早期喪失した症例 ②片側性の２歯以上の乳臼歯を早期喪失した症例 ③片側性乳臼歯１歯欠損であっても、支台歯に加重負担をきたす可能性がある症例 ④乳前歯を早期喪失した症例 ⑤永久歯を早期喪失し、将来の補綴処置に備えて保隙を行う必要がある症例	△ 一部の症例を除き、 原則認められない

（参考）小児保隙装置（クラウンループ、バンドループ）の算定回数

令和１年	令和２年	令和３年	令和４年	令和５年	令和６年
755	782	763	751	703	1,063

出典：「小児の口腔科学」（学建書院）
社会医療診療行為別統計（各年６月審査分、８月審査分【R6】）

歯科矯正相談の流れ

○ 令和６年度診療報酬改定において、学校歯科健診で咬合異常等を指摘された場合の専門医療機関における相談等に関する評価が新設されたものの、歯科矯正相談料２の算定が多いため、どの保険医療機関においても、患者に対して適切に説明ができるよう質の担保が必要である。

学校歯科健康診断で「歯列・咬合」を指摘され、「歯科健康診断結果のお知らせ」を持参した児童・生徒に対する対応

初　診

「歯科健康診断の結果のお知らせ」から、健康診断の実施日または通知日、結果、学校名を診療録に記載するか、「歯科健康診断結果のお知らせ」を複写して診療録に添付する。

↓

医療面接及び検査

・医療面接（別に厚生労働大臣が定める疾患の有無・家族歴・口腔習癖等）
・必要に応じて顔貌写真
・必要に応じて口腔内写真
・必要に応じてエックス線撮影（パノラマ・セファロ）、歯列模型等

↓

下記に該当するかどうかを診断する

・別に厚生労働大臣が定める疾患に起因した咬合異常
・３歯以上の永久歯萌出不全（前歯及び小臼歯の永久歯のうち３歯以上の萌出不全がある場合に限る。）に起因した咬合異常（埋伏歯開窓術を必要とするものに限る。）
・顎変形症

↓

歯科矯正の保険適用の可否の判断

↓

結果を「学校歯科健康診断に伴う歯科矯正相談における結果報告書（説明書）」に記載して提供する。
文書の複写を取り、要点をカルテに記載する。

（参考）歯科矯正相談料の算定回数

令和6年	歯科矯正相談料１	歯科矯正相談料２
	1,254	5,062

※相談料１は顎口腔機能診断料の施設基準を満たした医療機関

出典：「歯科矯正相談料に関する基本的な考え方」（令和７年６月16日　日本矯正歯科学会・日本小児歯科学会）

有床義歯の管理等に係る評価の考え方

有床義歯に係る管理体系

【 現 行 指 針 】

有床義歯の新製

1ヶ月以内

義歯を新製した患者に対して、義歯の取扱い、義歯の保存法、義歯の清掃その他義歯の使用に当たって必要な指導や適合を図るための調整を評価

- ・新製義歯指導料　100点
- ・新製義歯調整料　120点

↓

2ヶ月以降

有床義歯の適合を図るための調整を評価

- ・有床義歯調整料　60点

【 新 た な 指 針 】

有床義歯の新製

1ヶ月以内

生体調和を主眼とした義歯の管理（調整及び指導）

- ・着脱性・形態
- ・適合性
- ・咬合関係
- ・装着感等の調整
- ・食事方法
- ・義歯の取り扱い
- ・清掃方法指導

↓

2～3ヶ月

咬合機能回復を主眼とした義歯の管理（調整及び指導）

- ・咬合機能の回復が困難な患者又は適合性が極めて悪い患者に対する調整
- ・機能回復に着目した指導

↓

3ヶ月以降

義歯による口腔機能の回復と維持を主眼とした*長期的管理*

- ・義歯の生体適合性に着目した長期的管理（調整も含む）
- ・義歯による口腔機能の回復・維持に着目した管理

有床義歯の評価の見直し①

改定前	改定後
【義歯管理料（1口腔につき）】 1　新製有床義歯管理料　150点 2　有床義歯管理料　70点 3　有床義歯長期管理料　60点	【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 【歯科口腔リハビリテーション料1（1口腔につき）】（※再掲） 1　有床義歯の場合 イ　ロ以外の場合　100点 ロ　困難な場合　120点
注　咬合機能の回復が困難な患者に対して有床義歯の管理を行った場合は、それぞれの所定点数に40点を加算する。 【有床義歯調整管理料（1口腔につき）】30点	（注による加算及び有床義歯調整管理料については、新製有床義歯管理料及び歯科口腔リハビリテーション料1に包括）

36

有床義歯の管理に係る評価は、管理期間の評価から、新製義歯の指導と義歯装着後の調整等の目的に応じた評価体系に見直し

出典：「中央社会保険医療協議会基本問題総委員会」資料（平成19年11月）
「平成26年度診療報酬改定説明会」資料

有床義歯の管理等に係る主な改定内容の変遷

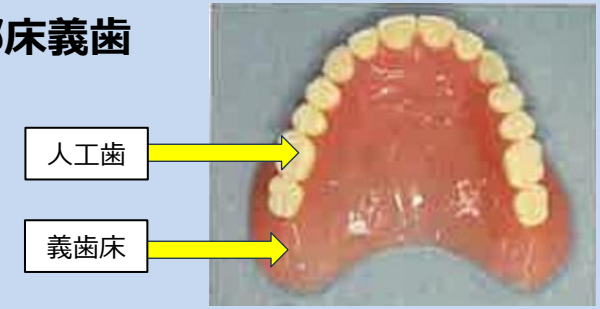
改定年度	有床義歯の管理等の主な改定内容
平成20年	➢ 新製義歯指導料と新製義歯調整料を廃止し、**「新製有床義歯管理料」**（装着後１月以内【100点】及び困難加算【40点】を新設 ➢ 有床義歯調整料を廃止し、**「有床義歯管理料」**（装着後１～３月）【70点】を新設 ➢ 有床義歯調整料を廃止し、**「有床義歯長期管理料」**（装着後３月～１年）【60点】を新設
平成22年	➢ 「新製有床義歯管理料」の点数の引き上げ【100点 → 150点】
平成26年	➢ 有床義歯管理の評価体系を**「新製有床義歯管理料」**と**「歯科口腔リハビリテーション料１（有床義歯の場合）」**に改組

新製有床義歯管理料（１口腔につき）
新製有床義歯の適合性等について検査を行い、併せて患者又はその家族等に対して取扱い、保存、清掃方法等について必要な指導を行った上で、その内容を文書により提供した場合に１回に限り算定

歯科口腔リハビリテーション料１（１口腔につき）　有床義歯の場合
有床義歯による口腔機能の回復又は維持を主眼とした調整又は指導（有床義歯の適合性や咬合関係等の検査を行い、患者に対して義歯の状態を説明）を行った場合に月１回に限り算定

新製有床義歯の管理等に係る内容について

○ 有床義歯の構造や形態は、欠損範囲や欠損部位に応じて多種多様であり、**新たな有床義歯製作時の確認・指導事項は装置や装着部位によって内容が異なる実態がある。**

各ステージの確認・指導事項	**全部床義歯**  	**部分床義歯**
装着前	✓ 義歯床 • 粘膜面、辺縁の鋭縁の有無	✓ フレームワーク • 鋳造欠陥の有無、クラスプ鉤尖部の鋭縁の有無 ✓ 義歯床 • 粘膜面、辺縁の鋭縁の有無
試適時	✓ 義歯床 • 粘膜面、辺縁の適合・維持 ✓ 咬合 • 人工歯	✓ 義歯床 • 粘膜面、辺縁の適合、アンダーカット ✓ 支台装置・維持装置 • レスト、レストシート、クラスプ、バーの適合 ✓ 咬合 • 人工歯
装着時	✓ 義歯の着脱・清掃方法、食事の摂取方法、就寝時の義歯の取扱方法など	✓ 義歯の着脱・清掃方法、食事の摂取方法、就寝時の義歯の取扱方法など
装着直後	✓ 義歯床 ✓ 咬合	✓ 義歯床 ✓ 咬合 ✓ 支台歯、粘膜の疼痛 ✓ 食物残渣の貯留

出典：「有床義歯補綴学　第1版」（永松書店）を改変、写真出典：「無歯顎補綴治療学　第４版」、「歯学生のパーシャルデンチャー」（医歯薬出版）

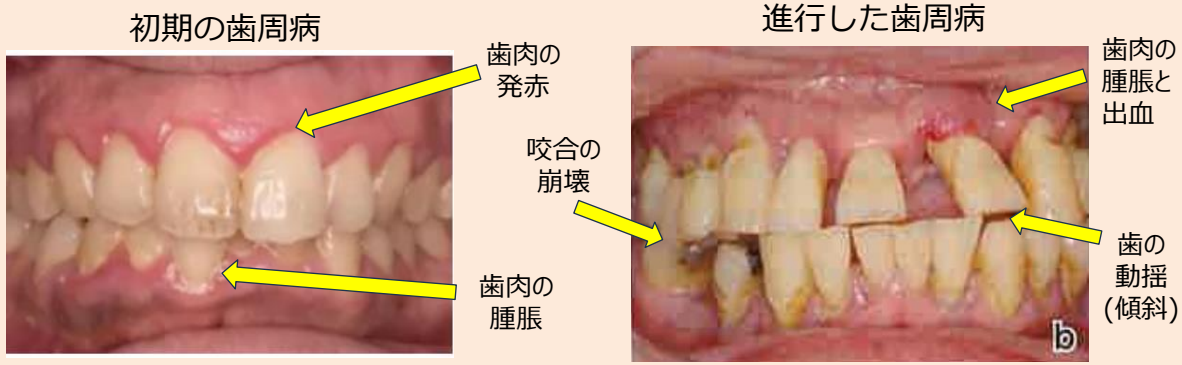
歯周病について

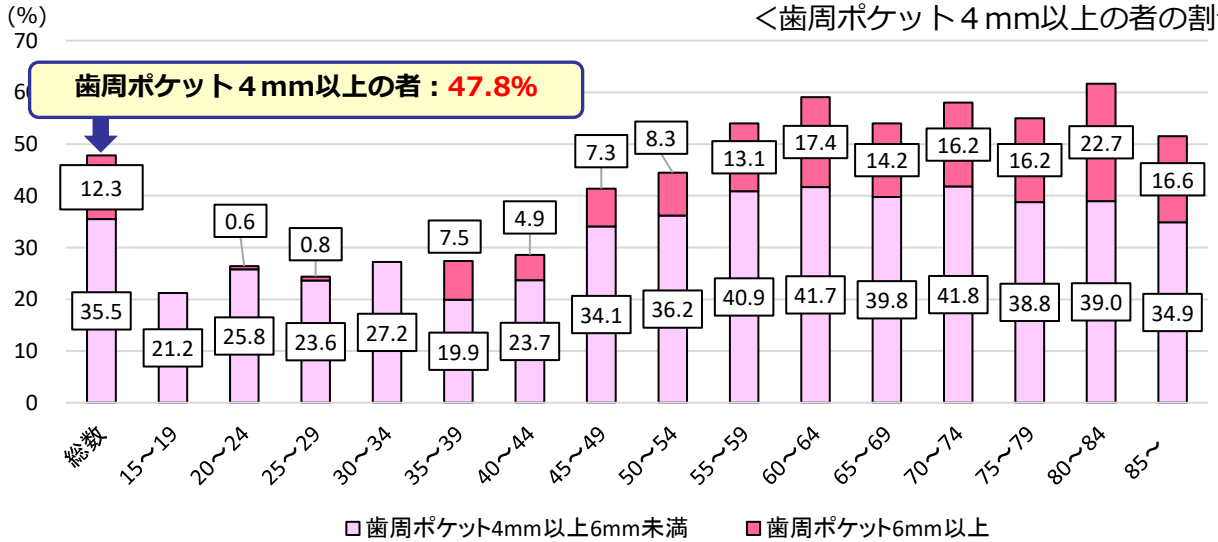
○ **歯周病は、歯と歯ぐきの境目（歯周ポケット）に細菌が侵入し、歯を支えている歯肉や歯槽骨が破壊されていく疾患。**歯周ポケットの深さは、歯周病の進行度を診断する重要な指標であり、健康な歯肉の状態であれば3mm以内であるが、4～5mmで初期の歯周病、6mm以上で重度の進行した歯周病と診断される。また、近年、糖尿病等の医科疾患との関連が報告されている。

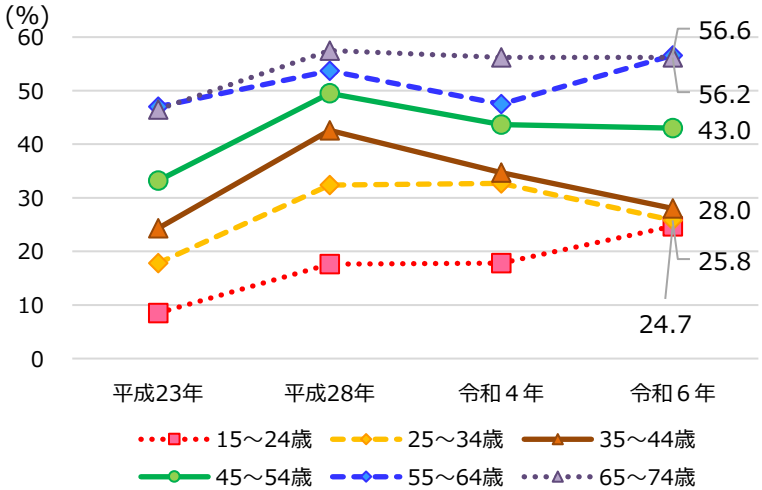
○ 歯周病は自覚症状に乏しく、進行度は患者の生活習慣や口腔内環境に大きく左右されるため早期受診による治療が極めて重要である。**なお、進行した歯周病は、静止期と活動期を繰り返しながら重症化するため、症状を静止期で安定させることが重要である。**

歯周組織の構造（図）

歯周病の進行過程





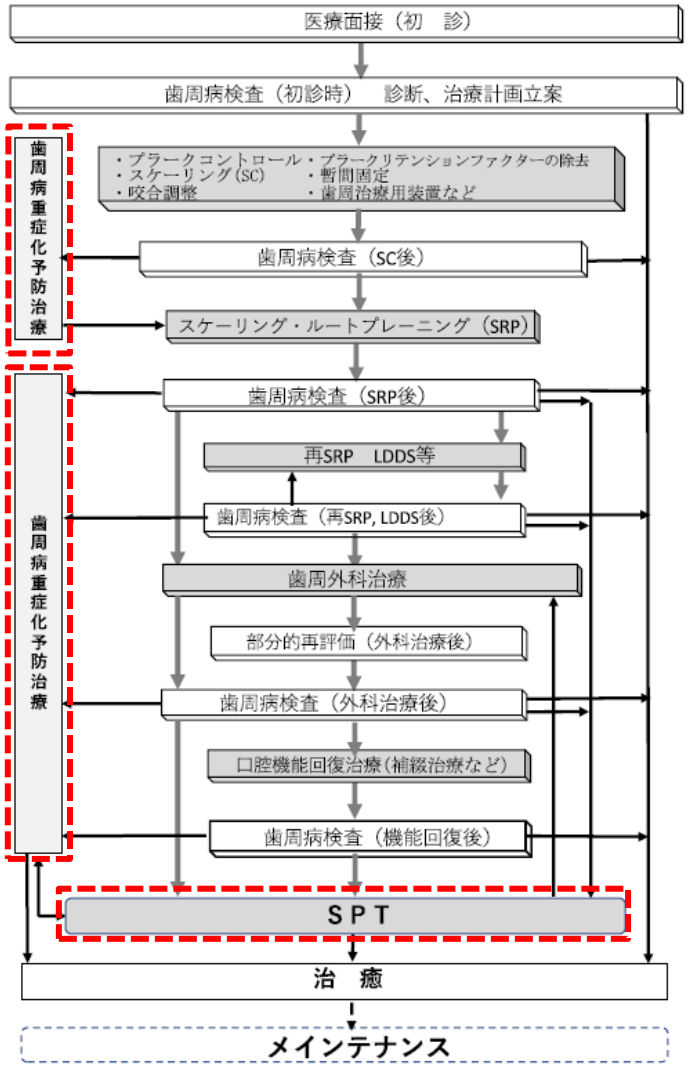


出典：令和６年歯科疾患実態調査　写真（図）出典：日本臨床歯周病学会HP 、「ザ・ペリオドントロジー」永末書店

歯周病における継続治療の考え方

歯周病は進行・再発しやすい疾患であることから重症化を予防し、安定した歯周組織を維持できるように患者のモチベーションを高め、歯科医学的な立場からプラークコントロールを中心とした**継続的な疾患管理を行うことが重要である。継続管理は歯科医療従事者が行うプラークコントロール、SC、SRP、PMTCまたはPTC、咬合調整などを主体とした定期的な治療からなる**。
臨床的に歯周組織の健康が回復し、治癒と判断できた場合は、継続管理は終了となりメインテナンスに移行する。

「歯周病の治療に関する基本的な考え方」(令和２年３月 日本歯科医学会)



継続管理

歯周病安定期治療（SPT）

SRP後あるいは歯周外科治療後の歯周病検査の結果において4 mm以上の歯周ポケットが散在するが、歯肉に炎症が認められない場合、あるいはBOPが認められない場合に病状安定と判定する。この状態を維持するために歯周病の進行度と関係なくSPTを行い管理していくことで歯周炎の重症化を抑制し歯周組織を維持安定できる。SPT期間中に病状の悪化が認められた場合には、必要に応じて歯周外科治療を行うことができる。

歯周病重症化予防治療

SCやSRP後あるいは歯周外科治療後の歯周病検査の結果、ポケット深さが4 mm未満に改善したが、歯肉に炎症又はBOPが認められる場合には、歯肉炎から歯周炎への移行や歯周炎の重症化を抑制するために継続的管理である歯周病重症化予防治療を行う。
これにより歯肉炎から歯周炎への移行や歯周炎の重症化を抑制できる。歯周病重症化予防治療期間中に病状の悪化が認められた場合には歯周病重症化予防治療を中断しSRPを行うか、歯周病安定期治療へ移行することがある。

出典：「歯周病の治療に関する基本的な考え方」(令和２年３月 日本歯科医学会)

歯周病の継続治療（包括評価）に係る主な改定内容の変遷

改定年度	歯周病安定期治療等の主な改定内容	
	歯周病安定期治療＜SPT＞	歯周病重症化予防治療＜P重防＞
平成20年	➢ **「歯周病安定期治療」**【開始日から１年以内：150点、１年超から２年以内：125点、２年超から３年以内：100点】**の新設**	
平成22年	➢ 点数の一本化【300点】	
平成24年	➢ 歯周病の悪化リスクが高い事例（全身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等）の治療期間の短縮（毎月）の取り扱いの追加	
平成26年	➢ 歯数に応じた点数に細分化【１歯以上10歯未満：200点、10歯以上20歯未満：250点、20歯以上：350点】	
平成28年	➢ **「歯周病安定期治療(Ⅱ)」**【１歯以上10歯未満：380点、10歯以上20歯未満：550点　20歯以上：830点】**の新設** ➢ 対象患者の明確化（中等度以上の歯周病　→　４mm以上の歯周ポケット）	
平成30年	➢ 対象患者の拡大（歯科特定疾患療養管理料算定患者の追加）	
令和２年		➢ **「歯周病重症化予防治療」**【１歯以上10歯未満：150点 10歯以上20歯未満：250点 20歯以上：350点】**の新設**
令和４年	➢ **「歯周病安定期治療(Ⅰ)」及び「歯周病安定期治療(Ⅱ)」の統合**（かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所※届出医療機関は加算【120点】で評価） ※令和６年度改定により「口腔管理体制強化加算」に名称変更	
令和６年	➢ 歯周病の重症化のおそれのある患者に対する歯周病ハイリスク患者加算【80点】の新設 ➢ 治療期間の短縮（毎月）の取り扱いの追加（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）	

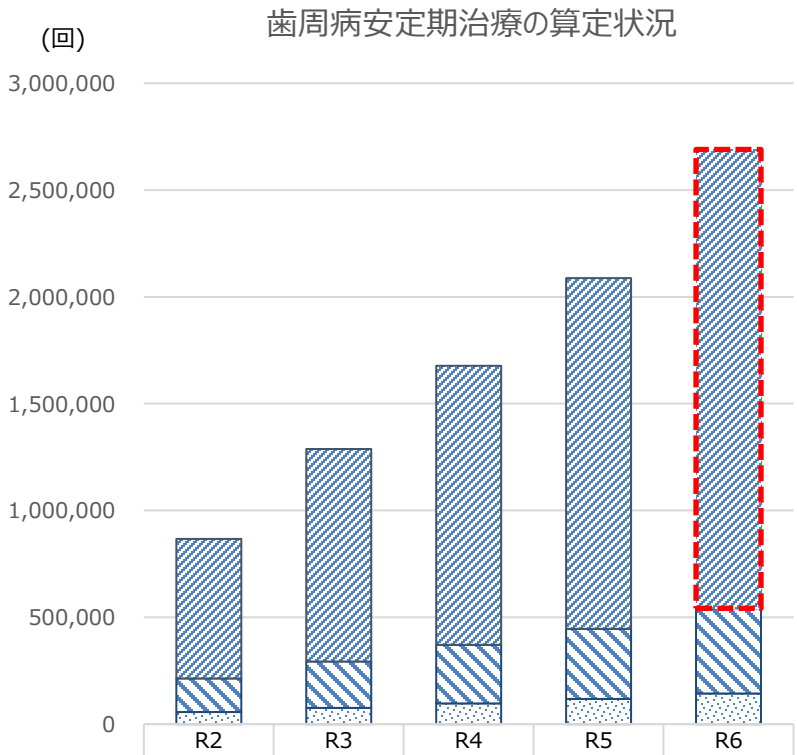
「歯周病安定期治療」及び「歯周病重症化予防治療」の比較

○ 歯周病安定期治療及び歯周病重症化予防治療の対象となる歯周組織の状態は異なるものの、内容は類似している。

	歯周病安定期治療		歯周病重症化予防治療	
略称	SPT		P重防	
点数	1歯以上10歯未満	200点	1歯以上10歯未満	150点
	10歯以上20歯未満	250点	10歯以上20歯未満	200点
	20歯以上	350点	20歯以上	300点
対象患者	歯科疾患管理料、歯科疾患在宅療養管理料、歯科特定疾患療養管理料を算定している患者			
歯周組織の状態	**4mm以上の歯周ポケットを有するもの**に対して、一連の歯周基本治療等の終了後に、一時的に症状が安定した状態にある患者		2回目以降の歯周病検査の結果、**歯周ポケットが4mm未満の患者で、部分的な歯肉の炎症又はプロービング時の出血が認められる状態**	
包括内容	I000-2	咬合調整（ロ 二次性咬合性外傷の場合）	C001-5	在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料
	I010	歯周病処置	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
	I011	歯周基本治療	I000-2	咬合調整（ロ 二次性咬合性外傷の場合）
	I029-2	在宅等療養患者専門的口腔衛生処置	I010	歯周病処置
	I030	機械的歯面清掃処置	I011	歯周基本治療
	I030-3	口腔バイオフィルム除去処置	I029-2	在宅等療養患者専門的口腔衛生処置
			I030	機械的歯面清掃処置
			I030-2	非経口摂取患者口腔粘膜処置
			I030-3	口腔バイオフィルム除去処置
算定頻度	3月に1回 ※治療間隔の短縮が必要とされる場合は月1回 ※口腔管理体制強化加算の施設基準の届出を行っている歯科診療所においては月1回		3月に1回 ※口腔管理体制強化加算の施設基準の届出を行っている歯科診療所において、歯周病安定期治療後の再評価に基づき歯周病重症化予防治療を開始した場合は、月1回	

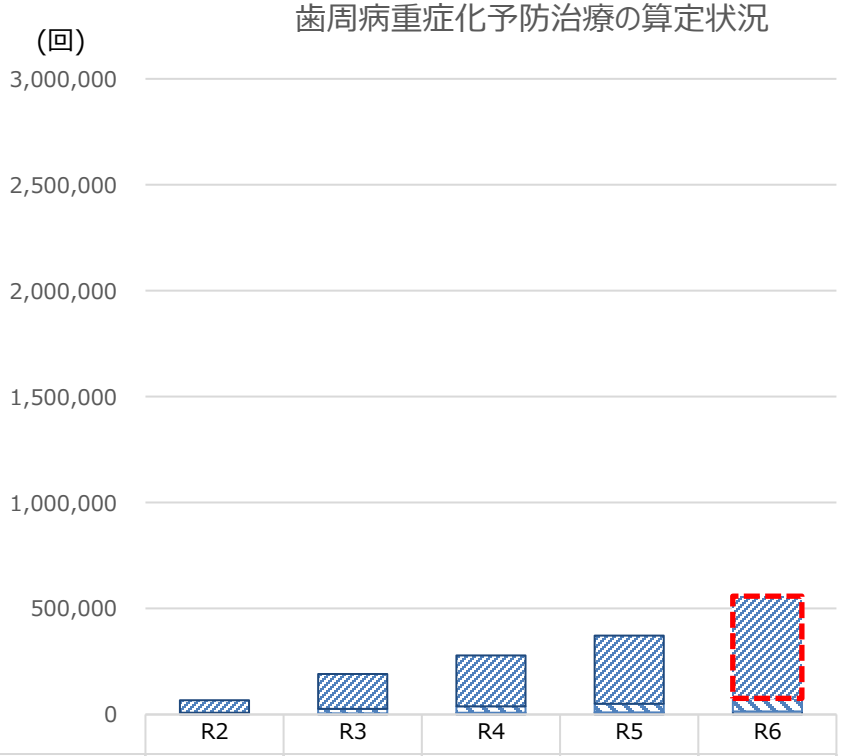
「歯周病安定期治療」及び「歯周病重症化予防治療」の算定状況

○ 歯周病安定期治療及び歯周病重症化予防治療の算定回数は年々増加しており、各々「20歯以上」が多くを占める。



	R2	R3	R4	R5	R6
歯周病安定期治療 20歯以上	653,326	994,858	1,306,214	1,642,966	2,147,496
歯周病安定期治療 10歯以上20未満	157,084	216,722	274,013	327,780	398,083
歯周病安定期治療 10歯未満	56,241	76,742	97,468	117,721	144,198

注：R2及びR3は、Ⅰ及びⅡを合算して算出



	R2	R3	R4	R5	R6
歯周病重症化予防治療 20歯以上	58,098	163,943	241,088	321,681	482,282
歯周病重症化予防治療 10歯以上20歯未満	6,485	20,985	30,139	40,306	62,431
歯周病重症化予防治療 1歯以上10歯未満	2,431	5,667	7,933	10,056	13,618

出典：社会医療診療行為別統計（各年６月審査分、８月審査分【R6】）

1　歯科医療を取り巻く現状及び歯科医療提供体制

2　今後の歯科治療の需要や歯科医療提供体制等を踏まえた次期診療報酬改定に向けた論点

○在宅歯科医療

○障害者歯科医療

○歯科疾患・口腔機能の管理等の生活の質に配慮した歯科医療

○へき地等歯科医療

○多職種連携

○歯科衛生士・歯科技工士の定着・確保

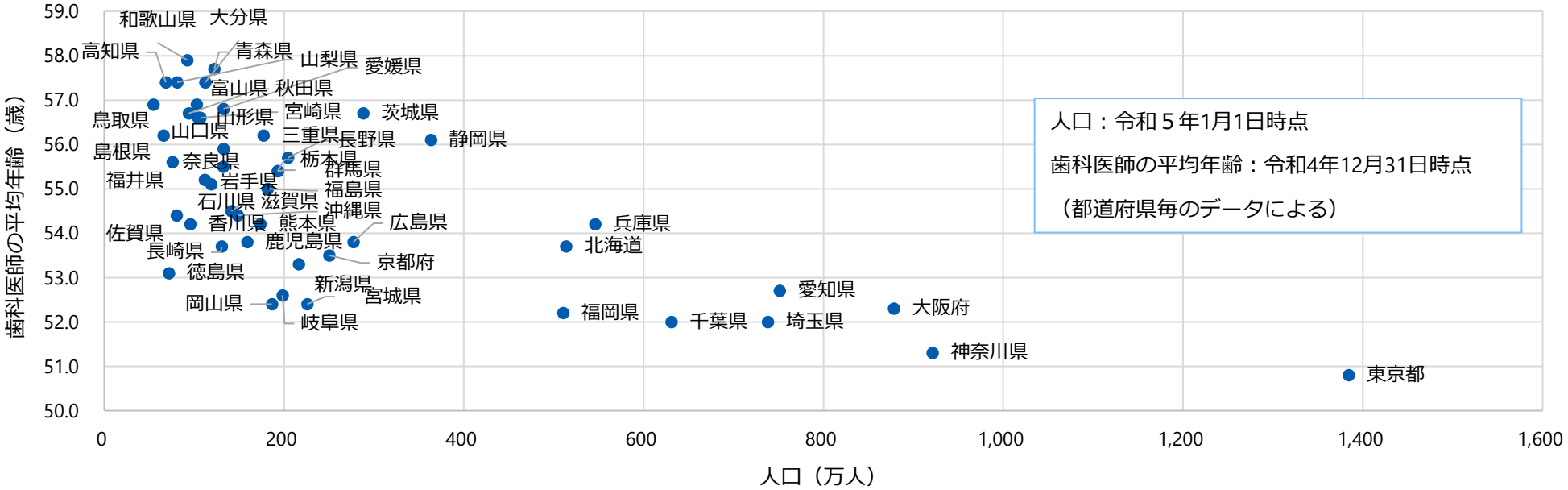
○歯科治療のデジタル化等

※「在宅歯科医療」は「在宅」シリーズの中で議論

人口規模と歯科医師の平均年齢

○　人口が少ない地域ほど、歯科医師の平均年齢は高く、高齢化が顕著である。
○　20年間の比較においても、人口減少地域ほど歯科医師の高齢化の進行も顕著である。

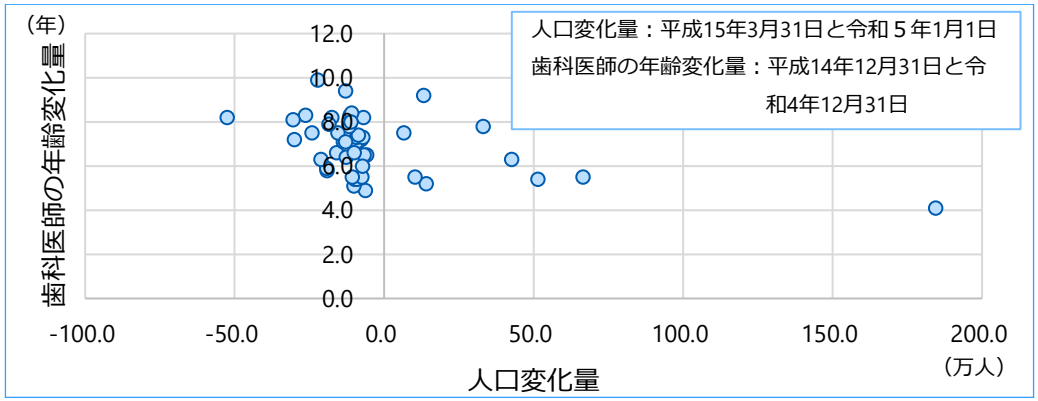
人口と歯科医師の平均年齢



○令和4年度の人口規模と歯科医師の平均年齢については、都道府県ごとのデータによる相関分析の結果、負の相関※がみられた。
（Spearmanの順位相関係数:R =－0.673, p<0.01）　　※人口規模が小さいほど歯科医師の平均年齢は高い。

20年間の人口と歯科医師の平均年齢の変化の相関

○令和4年度と平成14年度の人口の変化量、歯科医師の平均年齢の変化量について、都道府県ごとのデータによる相関分析の結果、負の相関※がみられた。
（Spearmanの順位相関係数:R =－0.431, p<0.01）
※人口減少が進行した地域ほど歯科医師の高齢化も進行している。



出典：医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）、住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査（総務省）

歯科医師数（人口10万対医療施設従事者数）の地域差（令和４年）【二次医療圏別】

第１回歯科医師の適切な配置等に関するワーキンググループ

○　同一都道府県内の二次医療圏における歯科医師数（人口10万対医療施設従事者数）の最大値と最小値の比較について、最もその差（倍率）が大きいのは東京都の7.65倍である。

(標記内容)

都道府県名	二次医療圏（最大） 二次医療圏（最小）	歯科医師数 歯科医師数	最大と最小の差（倍率）

北海道	札幌	99.0	2.59
	宗谷	38.2	
青森県	青森地域	62.8	1.90
	下北地域	33.1	
岩手県	盛岡	113.7	2.61
	宮古	43.5	
宮城県	仙台	93.5	1.86
	石巻・登米・気仙沼	50.2	
秋田県	湯沢・雄勝	74.8	1.66
	由利本荘・にかほ	45.2	
山形県	村山	72.7	1.66
	最上	43.9	
福島県	県中	98.3	2.10
	相双	46.9	
茨城県	つくば	83.6	1.71
	鹿行	49.0	
栃木県	宇都宮	82.4	1.65
	県北	50.1	
群馬県	桐生	81.3	2.14
	吾妻	38.1	
埼玉県	川越比企	103.7	1.78
	南西部	58.1	
千葉県	千葉	90.6	1.74
	印旛	52.0	
東京都	区中央部	436.1	7.65
	島しょ	57.0	
神奈川県	横須賀・三浦	107.4	2.05
	県央	52.4	
新潟県	新潟	120.6	2.55
	魚沼	47.4	
富山県	富山	59.7	1.15
	砺波	51.9	

石川県	石川中央	67.6	1.56
	能登北部	43.5	
福井県	福井・坂井	65.8	1.36
	丹南	48.3	
山梨県	中北	78.8	1.42
	峡南	55.6	
長野県	松本	118.1	2.51
	木曽	47.1	
岐阜県	岐阜	112.9	2.48
	飛騨	45.5	
静岡県	静岡	75.3	1.57
	賀茂	48.1	
愛知県	名古屋・尾張中部	106.7	2.10
	西三河南部西	50.8	
三重県	南勢志摩	68.1	1.17
	北勢	58.3	
滋賀県	大津	66.8	1.31
	東近江	50.9	
京都府	京都・乙訓	83.8	1.80
	丹後	46.5	
大阪府	豊能	116.0	1.97
	泉州	58.8	
兵庫県	神戸	85.1	1.50
	但馬	56.7	
奈良県	奈良	79.0	1.59
	南和	49.6	
和歌山県	新宮	92.3	1.63
	那賀	56.7	
鳥取県	東部	70.4	1.30
	中部	54.1	
島根県	益田	67.4	1.62
	隠岐	41.5	

岡山県	県南東部	114.2	2.02
	真庭	56.4	
広島県	広島	101.9	1.78
	広島中央	57.2	
山口県	下関	77.2	1.56
	長門	49.5	
徳島県	東部	123.3	1.79
	西部	69.0	
香川県	東部	74.3	1.83
	小豆	40.5	
愛媛県	今治	73.1	1.44
	宇摩	50.9	
高知県	安芸	66.7	1.12
	高幡	59.7	
福岡県	福岡・糸島	131.8	1.84
	朝倉	71.8	
佐賀県	中部	85.1	1.58
	西部	53.7	
長崎県	長崎	121.1	2.87
	五島	42.2	
熊本県	熊本・上益城	89.7	1.64
	阿蘇	54.7	
大分県	中部	68.0	1.45
	南部	46.8	
宮崎県	宮崎東諸県	78.9	1.69
	日南串間	46.8	
鹿児島県	鹿児島	115.7	2.42
	熊毛	47.8	
沖縄県	宮古	67.2	1.50
	北部	44.7	

（出典：医師・歯科医師・薬剤師統計に基づく歯科医師数・住民基本台帳に基づく人口から医政局歯科保健課において算出）

歯科巡回診療車内の診療について

○歯科医療機関が少ない地域や専門医療機関がない地域では、歯科医療が十分に提供できないケースがあり、こうした地域に対して、歯科巡回診療車（治療機材等が備えられた車両）を使用した巡回診療が行われている。

○こうした診療を保険診療として行う場合は、保険医療機関である医療機関が保健所に巡回診療の手続きを届出た上で、外来診療と同様の取扱いで保険請求することができる。

（参考）歯科訪問診療車内で保険診療を行っている主な事例

（宮崎県より写真提供）

自治体名	対象地域	対象者	稼働日数
岩手県岩泉町	町内全域	町内の歯科医療機関が無い地区	約４日／週
東京都	多摩地区	障害児者施設	施設ごと１～３ヶ月単位で週１回
岐阜県	県内全域	障害児者施設	約80日／年
愛媛県	県内全般	児童発達支援センター、障害児者支援施設等	約１日／週
長崎県	県内全域	障害児者施設	約40日／年
宮崎県	離島	へき地住民	約10日／年
鹿児島県	離島（屋久島町等）	へき地住民（高齢者、障害者含む）	約40日／年

（出典：保険局医療課調べ）

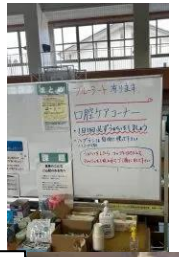
【〇能登地域等に対する復旧・復興の支援、医療施設等の耐災害性強化等】
施策名：**災害時歯科保健医療提供体制整備事業**

令和6年度補正予算額　10億円

令和６年度　厚生労働省の主要施策集より作成

施策の目的

- 大規模災害時には、医療提供能力が長期間かつ広範囲にわたり低下することが想定される。
  加えて、給水制限等により日常の口腔ケアも困難になること等により、高齢者の誤嚥性肺炎等のリスクが高まるとの指摘もあることから、避難所等で歯科保健医療提供体制を確保することは重要である。
- 令和6年能登半島地震においても、JDAT（日本災害歯科支援チーム）が避難所等で活動するとともに、被害が大きかった地域においては歯科診療車を活用し臨時の歯科診療所を開設する等、被災者の口腔管理の支援が行われた。
- また、「骨太方針2024」においても、災害時における「歯科巡回診療」等の推進による医療の継続性確保に取り組む旨が明記された。
- 災害時においても、適切な歯科保健医療提供体制を確保できるよう、必要な設備整備を行う。



施策の概要、施策のスキーム図、実施要件（対象、補助率等）等

- 災害時に避難所等において歯科医療又は口腔ケア等の歯科保健医療活動の実施に必要な車両及びポータブルユニット（携帯型歯科用ユニット）等の診療に必要な器具・器材の整備を支援。
  （災害時以外は、在宅歯科医療や過疎地域等の巡回歯科診療等、平時に使用可能な状態で維持する）
- 実施主体 ： 都道府県（都道府県において補助対象先を決定）

＜車両（例）＞
- 歯科医療機器等を搬送する移動車
- 歯科巡回診療車

＜歯科医療機器等（例）＞
- ポータブルユニット
- ポータブルレントゲン
- オートクレーブ
- 浄水装置
- 発電機

（ポータブルユニット）

（ポータブルレントゲン）

（参考：DENTAPAC KOKOROリーフレット）

（参考：石川県歯科医師会HP）

（参考：石川県歯科医師会HP）

成果イメージ（経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む）

- 補正予算成立後、速やかに実施要綱等を発出し、都道府県へ交付
- 新たな災害に備え、円滑に歯科専門職を被災地に派遣できるよう、全ての都道府県で災害時の体制を整備

1　歯科医療を取り巻く現状及び歯科医療提供体制

2　今後の歯科治療の需要や歯科医療提供体制等を踏まえた次期診療報酬改定に向けた論点

○在宅歯科医療

○障害者歯科医療

○歯科疾患・口腔機能の管理等の生活の質に配慮した歯科医療

○へき地等歯科医療

○多職種連携

○歯科衛生士・歯科技工士の定着・確保

○歯科治療のデジタル化等

※「在宅歯科医療」は「在宅」シリーズの中で議論

医科歯科連携に係る診療報酬上の評価の端緒

1．重点課題

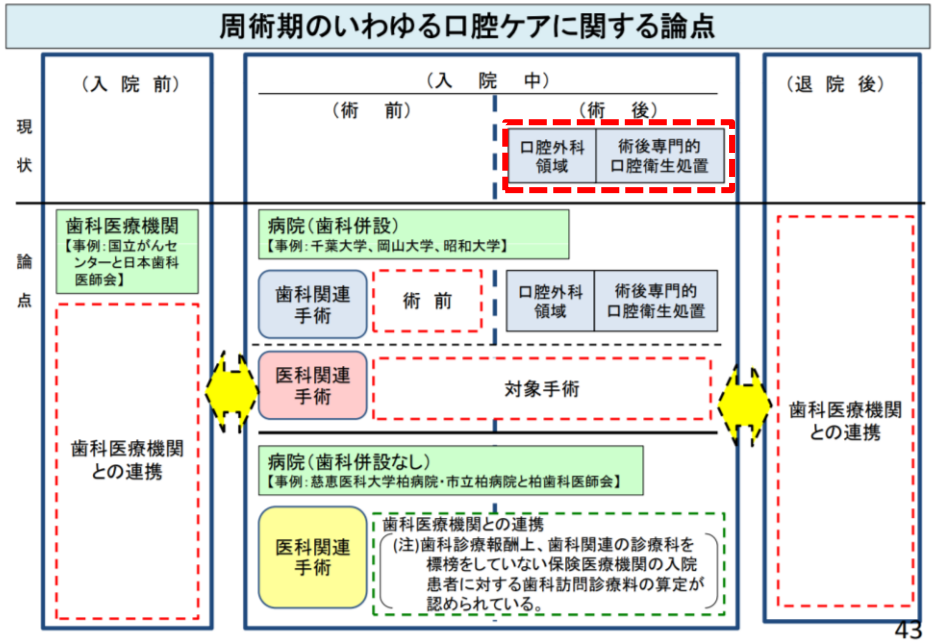
（1）病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減

○ 今後とも引き続き、救急、産科、小児、外科等の急性期医療を適切に提供していくことが重要であり、こうした観点からも、病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減に取り組んでいくべきで療を適切に提供していくことが重要であり、こうした観点からも、病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減に取り組んでいくべきである。

○ このため、勤務体制の改善等の取組、救急外来や外来診療の機能分化の推進、病棟薬剤師や**歯科等を含むチーム医療の促進などに対する適切な評価について検討するべきである。**

「平成24年度診療報酬改定の基本方針」

基本方針の重点課題に「歯科」に関する内容が初めて明記



各病院等における取組を評価

周術期における口腔機能の管理等、チーム医療の推進（重点課題）

周術期における口腔機能の管理

- がん患者等の周術期等における歯科医師の包括的な口腔機能の管理等を評価
  （術後の誤嚥性肺炎等の外科的手術後の合併症等の軽減が目的）
  - （新） 周術期口腔機能管理計画策定料 300点
    【周術期における一連の口腔機能の管理計画の策定を評価】
  - （新） 周術期口腔機能管理料（Ⅰ） 190点
    【主に入院前後の口腔機能の管理を評価】
  - （新） 周術期口腔機能管理料（Ⅱ） 300点
    【入院中の口腔機能の管理を評価】
  - （新） 周術期口腔機能管理料（Ⅲ） 190点
    【放射線治療や化学療法を実施する患者の口腔機能の管理を評価】
- 周術期における入院中の患者の歯科衛生士の専門的口腔衛生処置を評価
  - （新） 周術期専門的口腔衛生処置 80点

周術期口腔機能管理に係る評価等を中心に医科歯科連携等を推進

出典：「中央社会保険医療協議会総会」資料（平成23年11月）
「平成24年度診療報酬改定説明会資料(歯科)」

歯科医療提供体制の確保（第８次医療計画の見直しのポイント）

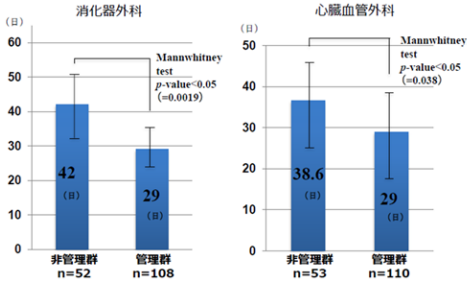
概　　要

- 地域の歯科医療提供体制の状況や、歯科専門職の配置状況の把握を行った上で、医科歯科連携における歯科の果たす役割を認識し、病院の規模や機能に応じて地域の歯科医療従事者を病院において活用することや、病院と歯科診療所の連携を推進することなど、地域の実情を踏まえた取組を推進する。
- 歯科専門職確保のため、地域医療介護総合確保基金を積極的に活用する。

医科歯科連携の重要性

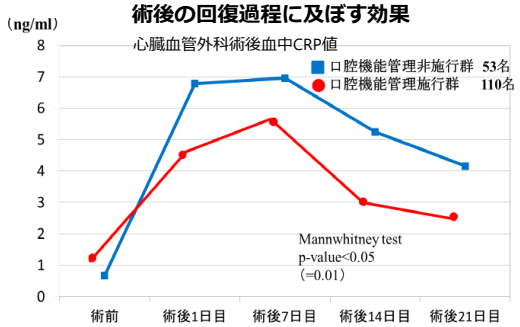
歯科医師が入院患者の口腔の管理を行うことによって、在院日数の短縮や肺炎発症の抑制に資することが明らかとなる等、口腔と全身の関係について広く知られるようになり、医科歯科連携の重要性が増している。

入院患者に対する在院日数削減効果



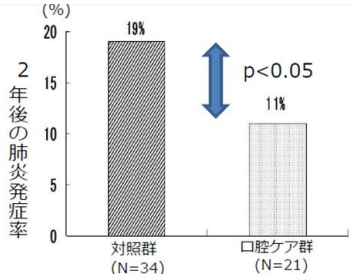
出典：第84回社会保障審議会医療保険部会（H26.11）
堀憲郎委員提出資料
千葉大学医学部附属病院における介入試験結果

術後の回復過程に及ぼす効果



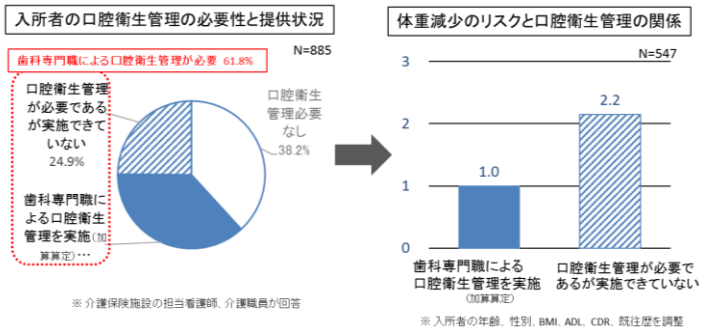
出典：第84回社会保障審議会医療保険部会（H26.11）
堀憲郎委員提出資料
千葉大学医学部附属病院における介入試験結果

要介護者に対する肺炎発症の抑制効果



Yoneyama *et al*. :*Lancet*;1999

体重減少のリスクと口腔衛生管理の関係

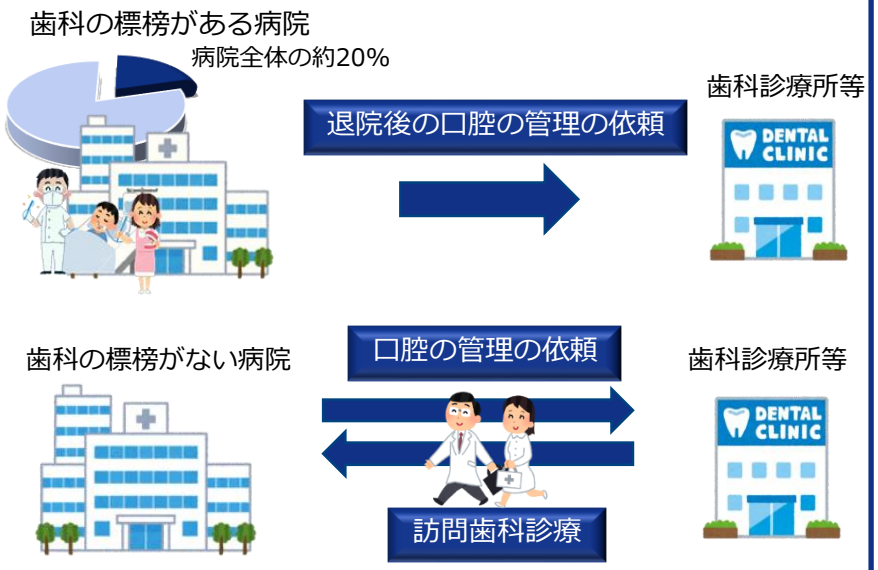


出典：令和元年度　老人保健健康増進等事業「介護保険施設等における口腔の健康管理等に関する調査研究事業報告書」の数値を再分析

地域の実情に応じた歯科医療体制の確保

地域の実情を踏まえて、病院に歯科専門職を配置することや、病院と地域の歯科専門職の連携が重要。

病院と地域の歯科診療所等の連携のイメージ



病院で求められる歯科医療（イメージ）

急性期 医療

回復期医療

慢性期医療

入院

口腔機能管理、口腔衛生管理

周術期等の口腔衛生管理、口腔機能管理

化学療法、放射線治療時等の口腔衛生管理、口腔機能管理

口腔機能の回復を目的とした歯科治療

非経口摂取患者の口腔衛生管理

摂食嚥下障害への対応（摂食嚥下リハビリテーション）

栄養サポート

気管内挿管時の口腔内装置等

リハビリテーション・栄養との連携

外来

・地域からの紹介による患者（全身管理が必要な患者等）に対する歯科治療
・障害児者や医療的ケア児に対する歯科治療
・歯科口腔外科領域の手術・処置（入院が必要なものも含む）　　等

リハビリテーション患者に対する口腔管理の必要性

○　退院時に口腔衛生・口腔機能の改善がみられる群（良好群）と、口腔衛生・口腔機能の改善が見られない群（非良好群）を比較すると、良好群は、FIMの運動項目、認知項目、合計点数、FIM効率、FIM利得が有意に高かった。

項目	全体 (n=492)	退院時ROAGスコア （口腔衛生・口腔機能の状態）		p値
		良好群 (n=126)	非良好群 (n=366)	
ROAG、中央値（四分位範囲）		1(0-2)	1(0-2)	0.019
在院日数、中央値（四分位範囲）	109(77-154)	101(71-151)	114(79-155)	0.31
リハ実施単位	963(665-1,350)	886(605-1,339)	1013(687-1,352)	0.27
FIM、中央値（四分位範囲）				
運動項目	69(41-85)	83(65-89)	61(34-81)	<0.001
認知項目	25(18-31)	30(26-34)	23(16-29)	<0.001
総合計	95(60-114)	112(94-121)	82(53-109)	<0.001
FIM効率	0.27(0.14-0.40)	0.32(0.24-0.44)	0.24(0.13-0.39)	<0.001
FIM利得	27(15-40)	32(22-45)	24(13-38)	<0.001
転帰先				
自宅	337(68.5)	106(84.1)	231(63.1)	
施設	135(27.4)	18(14.3)	117(32.0)	
老健	6(1.2)	1(0.8)	5(1.4)	
療養病床	13(2.6)	1(0.8)	12(3.3)	
その他	1(0.2)	0(0)	1(0.3)	
FILS、中央値（四分位範囲）	9(8-10)	10(9-10)	9(8-10)	<0.001
退院時ROAG、中央値（四分位範囲）	9(8-11)	8(8-8)	10(9-11)	<0.001

FIM：Functional independence measure、 機能的自立度評価表

対象：A病院に2018年１月１日から2020年12月31日に脳卒中後の回復期リハビリテーション目的で入退院した患者で、入院時に口腔内に問題があると評価された患者のうち、脳卒中患者492名を対象。
方法：口腔内の状態は歯科衛生士によりROAG（Revised Oral Assessment Guide）、ADLはFIM（functional independence measure）を用いて看護師、介護福祉士を中心として評価を行った。対象者を退院時ROAG8 点未満の群（口腔内良好群）と 9 点以上の群（口腔内非良好群）に分け、2 群間の退院時FIM合計点等を単変量解析で比較した。

出典：大石他「回復期脳卒中患者の口腔衛生・口腔機能と退院時ADLとの関連」 Jpn J Compr Rehabil Sci Vol 13, 2022

周術期口腔機能管理等に係る改定内容の主な変遷

改定年度	周術期等口腔機能管理に係る改定内容	回復期等口腔機能管理に係る改定内容
平成24年	➢ **「周術期口腔機能管理計画策定料」【300点】の新設** ➢ **「周術期口腔機能管理料(Ⅰ)」【手術前：190点、手術後：190点】、「周術期口腔機能管理料(Ⅱ)」【手術前：300点、手術後：300点】、「周術期口腔機能管理料(Ⅲ)」【190点】の新設** ➢ 「周術期専門的口腔衛生処置」【80点】の新設（「術後専門的口腔衛生処置」の廃止）	
平成26年	➢ 「周術期口腔機能管理料(Ⅰ)」及び「周術期口腔機能管理料(Ⅱ)」の手術前の点数引き上げ【(Ⅰ)190点 → 280点、(Ⅱ)300点 → 500点】 ➢ **「歯科医療機関連携加算(診療情報提供料、医科点数表)」【100点】の新設** ➢ 「周術期口腔機能管理後手術加算(手術、医科・歯科点数表)」【100点】の新設	
平成28年	➢ 「周術期口腔機能管理計画策定料」の対象拡大（緩和ケアを実施した患者の追加） ➢ 「周術期口腔機能管理後手術加算(手術、医科・歯科点数表)」の点数引き上げ【100点→200点】 ➢ 歯科診療所の歯科医師が歯科を標榜している病院に訪問して周術期口腔機能管理が実施できるよう歯科訪問診療料の要件の見直し ➢ 「周術期専門的口腔衛生処置」の対象拡大（周管(Ⅲ)算定患者を追加）	
平成30年	➢ 名称変更（周術期 → 周術期等） ➢ 「周術期口腔機能管理後手術加算」の対象拡大（造血幹細胞移植等）	
令和２年	➢ 「周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)」の点数引き上げ【190点 → 200点】 ➢ 「周術期等専門的口腔衛生処置」の算定回数の見直し（月１回 → 月２回） ➢ 「歯科医療機関連携加算２」【100点】の新設（歯科を標榜する別の保険医療機関に予約をとった上で紹介した場合）	
令和４年	➢ 「歯科医療機関連携加算１」の対象医療機関及び患者の拡充	
令和６年	➢ 「周術期口腔機能管理計画策定料」の対象拡大（集中治療室での治療を実施した患者の追加） ➢ **「周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)」を、「周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)」(入院外)及び「周術期等口腔機能管理料(Ⅳ)」（入院中）に細分化**	➢ **回復期等口腔機能管理計画策定料【300点】の新設** ➢ **回復期等口腔機能管理料【200点】の新設**

周術期口腔機能管理及び回復期口腔機能管理に係る評価体系について

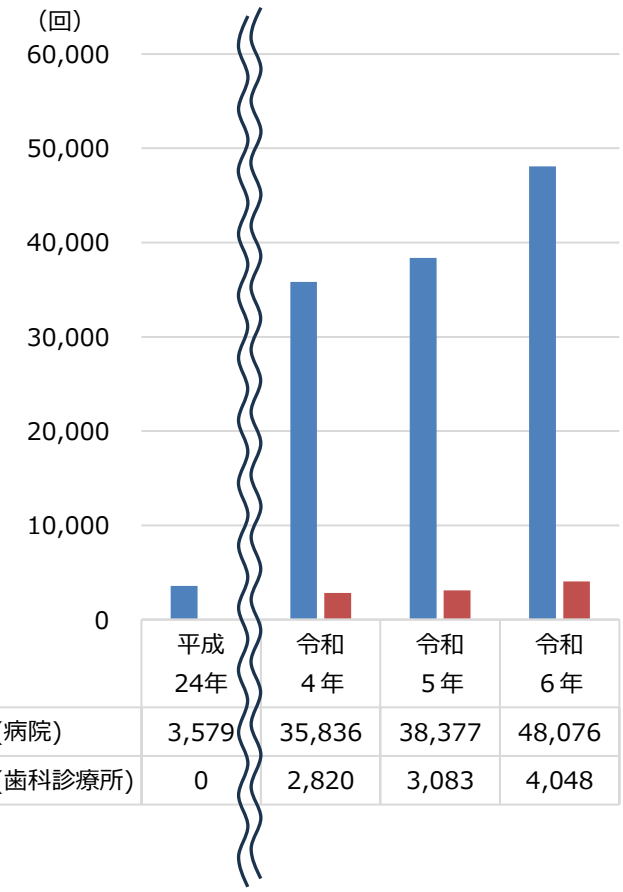
	周術期等口腔機能管理に係る評価		回復期等口腔機能管理に係る評価
創設年度	平成24年度診療報酬改定		令和６年度診療報酬改定
管理計画策定に係る評価	**周術期等口腔機能管理計画策定料** 周術期等の口腔機能の評価及び一連の管理計画を策定し、その内容について説明を行い、当該管理計画を文書により提供した場合		**回復期等口腔機能管理計画策定料** 回復期等の口腔機能の評価及び一連の管理計画を策定し、その内容について説明を行い、当該管理計画を文書により提供した場合
管理に係る評価	**手術を実施する患者に対する管理** **周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)** ①又は②のいずれか ①他病院においてがん等に係る※手術を実施した患者であって、入院中、外来又は在宅で治療中の患者に対する管理 ②同一病院においてがん等に係る手術※を実施した患者であって、外来又は在宅で治療中の患者に対する管理 **周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)** 同一病院においてがん等に係る※手術を実施した患者であって、入院中の患者に対する管理	**放射線治療、化学療法、集中治療室における治療又は緩和ケアを実施する患者に対する管理** **周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)** 他保険医療機関又は同一保険医療機関において、がん等に係る放射線治療、化学療法、集中治療室における治療又は緩和ケアを行っている外来患者に対する管理 **周術期等口腔機能管理料(Ⅳ)** 他保険医療機関又は同一保険医療機関において、がん等に係る放射線治療、化学療法、集中治療室における治療又は緩和ケアを行っている入院患者に対する管理	**回復期等口腔機能管理料** 療養病棟入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料又は地域包括ケア病棟入院料を算定する患者に対する管理

※対象となる手術の例
頭頸部領域、呼吸器領域、消化器領域等の悪性腫瘍の手術、心臓血管外科手術、人工股関節置換術等の整形外科手術、臓器移植手術、造血幹細胞移植、脳卒中に対する手術

周術期等口腔機能管理計画策定料及び周術期等口腔機能管理料の算定状況

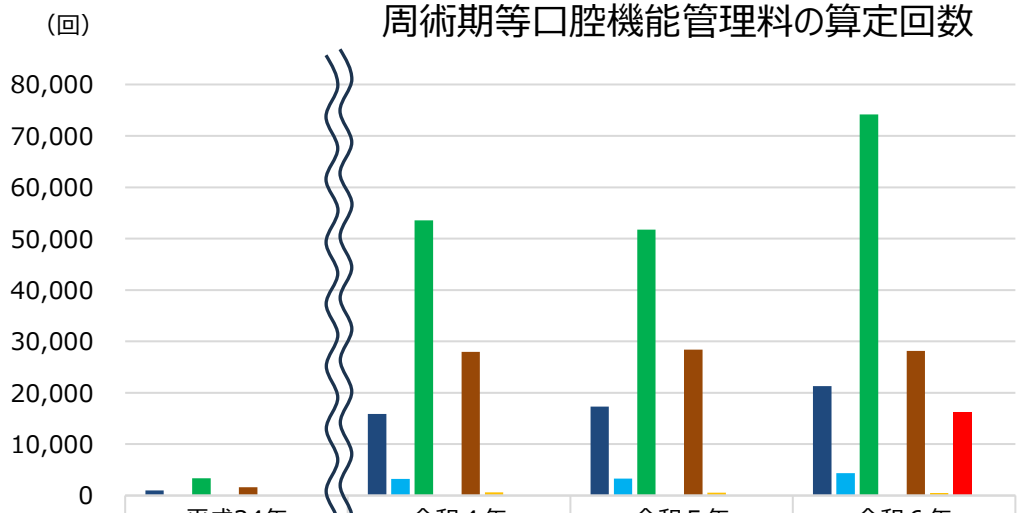
○ 周術期等口腔機能管理策定料については、歯科診療所及び病院ともに増加しているが、周術期等口腔機能管理料の多くは病院で算定されている。

周術期口腔機能管理計画策定料の算定回数



	平成24年	令和4年	令和5年	令和6年
周計(病院)	3,579	35,836	38,377	48,076
周計(歯科診療所)	0	2,820	3,083	4,048

周術期等口腔機能管理料の算定回数



	平成24年	令和4年	令和5年	令和6年
周管Ⅰ(病院)	989	15,896	17,293	21,309
周管Ⅰ(歯科診療所)	0	3,244	3,325	4,377
周管Ⅱ(病院)	3,375	53,547	51,738	74,148
周管Ⅱ(歯科診療所)	0	2	0	0
周管Ⅲ(病院)	1,599	27,984	28,402	28,127
周管Ⅲ(歯科診療所)	0	603	531	503
周管Ⅳ(病院)				16,278
周管Ⅳ(歯科診療所)				127

周管Ⅰ(病院)　周管Ⅰ(歯科診療所)　周管Ⅱ(病院)　周管Ⅱ(歯科診療所)
周管Ⅲ(病院)　周管Ⅲ(歯科診療所)　周管Ⅳ(病院)　周管Ⅳ(歯科診療所)

出典：社会医療診療行為別統計（各年６月審査分、８月審査分【R6】）

周術期等口腔機能管理に係る計画書について

○　周術期等口腔機能管理に係る計画書の作成については、周術期等口腔機能管理計画策定料で評価されており、周術期等口腔機能管理計画策定料で手術等に係る一連の治療を通じて１回の算定となっている。

○　当該計画書の記載内容は、①基礎疾患の状態・生活習慣、②主病の手術等の予定（又は実績）、③口腔内の状態等（現症及び手術等によって予測される（又は生じた）変化等）、④周術期等の口腔機能の管理において実施する内容、⑤主病の手術等に係る患者の日常的なセルフケアに関する指導方針等となっている。

周術期口腔機能管理計画書　　記入日 H　・　・

提供元医療機関の名称　○○○○○○○○○○○○○

提供先歯科医療機関名

所在地 ○○○○○○○○○○○○○

歯科・歯科医院・歯科クリニック　先生　　電話 ○○○－○○○－○○○○（代表）

医科歯科連携専用 相談・連絡窓口：内線○○○○

歯科医師名

（　）は記入または選択、□は✓を入れる

＜患者基本情報＞

歯科初診日（H　.　.　）

ID＿＿＿＿＿＿

名前＿＿＿＿＿＿　（男・女）　年　月　日　生まれ　年齢＿＿＿＿

①

＜基礎疾患の状態・生活習慣＞

次のデータは、歯科治療を安全におこなうために、大変重要なものです。 特に抜歯をするときに必要になります。 お酒とたばこは、手術前に必ずやめるように努めましょう。

全身状態：良好 ・ 普通 ・ 不良　（PS：　）

血液データ：白血球数：　血小板数：　（検査日H　.　.　）

全身基礎疾患：なし ・ あり

高血圧症（　/　）・糖尿病 ・ 脳血管障害 ・ 心臓疾患・その他（　）

服用薬（　）

抗凝固薬　使用：なし・あり　：薬剤名（　）

ステロイド剤　使用：なし・あり　：薬剤名（　）

生活習慣 飲酒 なし・（焼酎・日本酒 1回 合、ビール ml：週 回：　歳から　歳・現在まで）

たばこ　なし・（　本/日　歳～　歳・現在まで）

②

＜主病の手術等の予定＞

手術や放射線、化学療法の治療の流れは、下記の通りです。

病名：

病気に対する治療予定：

□手術　手術予定日　年　月　日　頃・未定

□がん化学療法（抗がん剤治療）治療開始日　年　月　日　頃・未定

治療内容：　レジメン　療法　使用する抗がん剤：

□放射線治療　治療開始日　年　月　日　頃・未定

放射線治療　放射線量　Gy（グレイ）、照射回数　回

周術期口腔機能管理計画書　　記入日 H　・　・

③

＜口腔内の状態等（現症及び手術等によって予測される変化等）＞

図は、口の状態を表しています。

歯科初診時所見

衛生状態：（良好・普通・不良）

歯周炎の部位（　歯頸部ライン記入）

粘膜の変化（直接記入）

ケアの回数：　回/日　（朝・昼・夕・寝る前）

義歯の使用（なし・あり：部分床（（上・下）全部床（上・下））

義歯の適合状態（良い ・ 問題なし ・ 悪い（修理必要））

手術等によって予測される変化

口腔内の変化：（あり ・ なし）

○手術による口腔内の変化

口の欠損（歯の並び・顎の骨・粘膜やその周囲・その他）

（顎のずれ ・ 口が開かない ・ 咀嚼しにくい ・ 嚥下しにくい ・ 義歯があわない）

○放射線・化学療法・化学放射線療法）による口腔内の変化

（口内炎・口の乾燥・味覚の異常・カビ/ウイルスの感染・顎の感染や壊死 ・多数のう歯・口が開かない）

全身的な変化：（あり ・ なし）

⑤

＜主病の手術に係る患者の日常的なセルフケアに関する指導方針＞

周術期に係る口腔管理の指導事項

患者・家族の口腔管理を受けることに関する同意は（□あり ・□なし）です。

手術前から手術後の継続的な口腔管理について流れを説明します。

□治療開始前のセルフケアは（□連携歯科・□当院）で行います。

□セルフケア目的・必要性の説明　（傷の感染予防・肺炎予防・ その他）

□連携医受診または手術等実施施設での口のケアに関する説明

連携歯科・または手術等実施する施設の歯科で行う処置

□歯周病の検査

□歯石の除去

□衛生士の口のケアの説明

□動揺する歯の固定　（部位

④

以下は今後の口腔管理のスケジュールです。

□入院中の口腔管理は（□連携歯科・□当院） でおこないます。

口の清掃方法やケアの仕方は、入院時にも確認のために、歯科医師、歯科衛生士より説明いたします。

□退院後の口腔管理は（□連携歯科・□当院）でおこなう予定です。

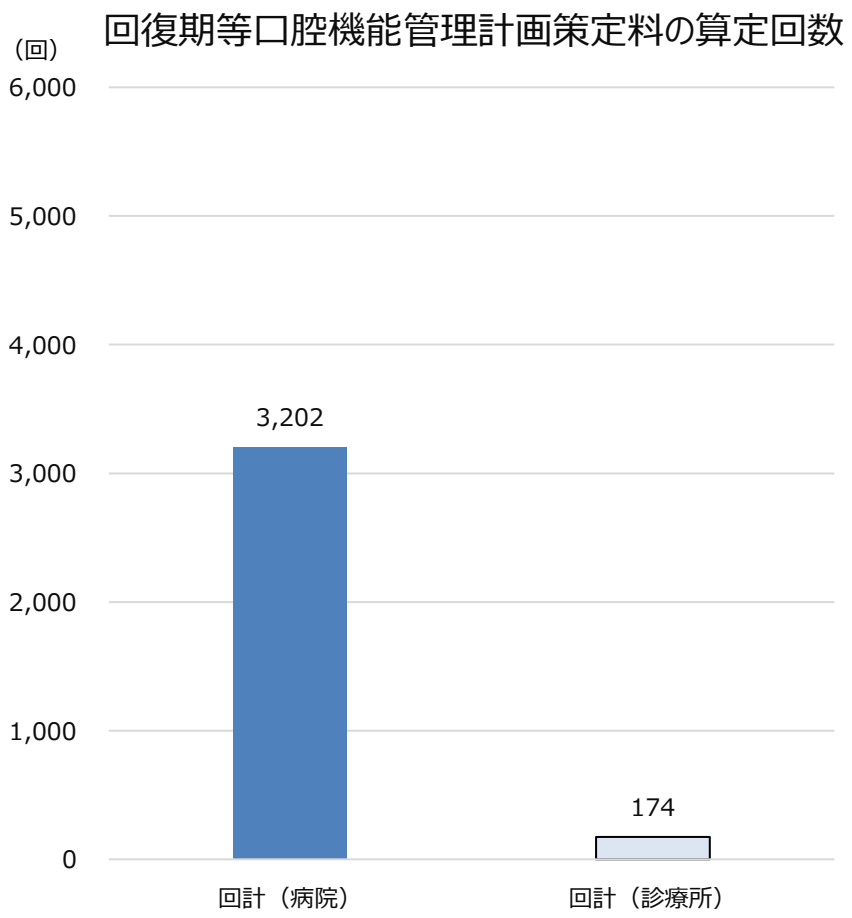
手術後の口腔内の状況により、退院後継続して口腔管理が必要かの判断がなされます。

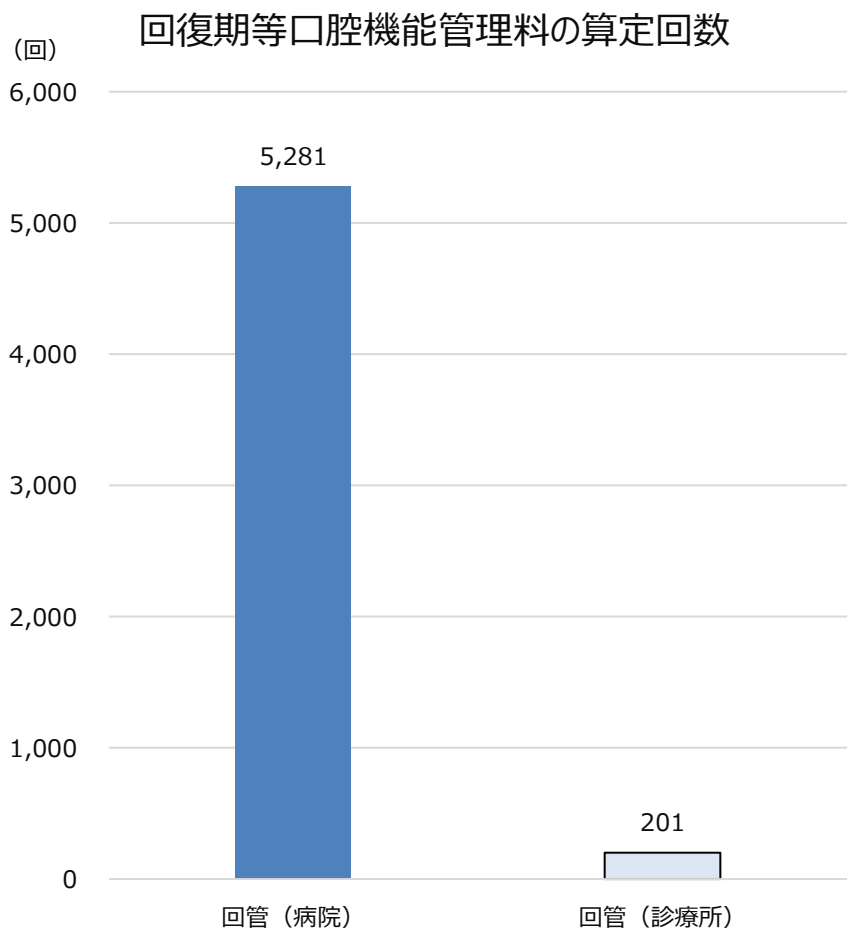
□化学療法や放射線治療時、口腔管理の指導は（□連携歯科・□当院）で行います。

出典：静岡がんセンターHP

回復期等口腔機能管理計画策定料及び回復期等口腔機能管理料の算定状況

○ 回復期等口腔機能管理計画策定料及び管理料に関しては多くは病院で算定されている。





出典：R6社会医療診療行為別統計（８月審査分 ）

多職種連携による診療報酬上の評価

○医科点数表において、歯科医療機関や歯科医師との連携による評価が多くを占めている。さらに、令和６年度診療報酬改定では、生活習慣病管理料の通知で糖尿病患者に対する歯科受診の推奨が追加された。

○調剤点数表においても、一部の項目で歯科医療機関との連携に関して評価されている。

○医科点数表にて評価されている、歯科医療機関や歯科医師との連携に関する主な項目

区分番号	項目名		内容	算定件数
Ａ２３３－２	栄養サポートチーム加算	注３　歯科医療機関連携加算	栄養障害に対する治療を歯科医師が保険医と共同して診療した場合の評価	10063
Ｂ００１－３	生活習慣病管理料（Ⅰ）	通知（10）	糖尿病患者について、歯周病治療のために歯科受診の推奨を要件化	176698
Ｂ００１－３－３	生活習慣病管理料（Ⅱ）			
Ｂ００９	診療情報提供料（ Ⅰ ）	注14　歯科医療機関連携加算１	周術期口腔機能管理又は歯科訪問診療が必要な患者に関する情報提供を歯科医療機関に行った場合の評価	3608
		注15　歯科医療機関連携加算２	歯科医療機関連携加算１の患者について歯科医療機関の予約をした場合の評価	534
Ｂ０１０－２	診療情報連携共有料		歯科医療機関からの求めに応じ患者の診療情報を提供した場合の評価	132
Ｃ００２	在宅時医学総合管理料	注15　在宅医療情報連携加算	他の保険医療機関等の関係職種と電子情報処理組織もしくは、情報通信を利用して診療情報等を活用し、医学管理を行った場合の評価	150119
Ｃ００５	在宅患者訪問看護・指導料	注８　在宅患者連携指導加算	歯科医療機関と文書等により患者の情報共有を行うとともに、共有を踏まえて指導を行った場合の評価	98
		注９　在宅患者緊急時等カンファレンス加算	患者の状態の急変等に伴い、歯科医師等と共同でカンファレンスに参加し、療養上必要な指導を行った場合の評価	43
Ｃ０１０	在宅患者連携指導料		歯科医療機関と文書等により情報共有を行い、共有された情報を踏まえて指導を行った場合の評価	19
手術通則	注17　周術期口腔機能管理後手術加算		歯科医師による周術期口腔機能管理後に、手術を実施した場合の評価	17080

○調剤点数表にて評価されている、歯科医療機関や歯科医師との連携に関する項目

区分番号	項目名	内容	算定件数
１５の３	在宅患者緊急時等共同指導料	患者の状態の急変等に伴い、関係する医療関係職種等と共同でカンファレンスに参加し、薬学的管理指導を行った場合の評価	335
１５の５	服薬情報等提供料１	歯科医療機関に対して患者の服用薬、服薬状況等の情報提供を行った場合の評価	84614

算定件数：令和６（２０２４）年　社会医療診療行為別統計　令和６年８月審査分

なお、項目全体の算定件数であり、項目によっては、歯科以外の連携も含まれている。

生活習慣病対策

○　生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組を推進するため、主に以下の見直しを行う。

1．生活習慣病管理料（Ⅱ）の新設（Ⅱ－５－①）

- **検査等を包括しない生活習慣病管理料（Ⅱ）（333点、月１回に限る。）を新設**する。

2．生活習慣病管理料の評価及び要件の見直し（Ⅱ－５－①）

- 生活習慣病管理料における**療養計画書を簡素化**するとともに、令和７年から運用開始される予定の**電子カルテ情報共有サービスを活用する場合、血液検査項目についての記載を不要とする**。
- 診療ガイドライン等を参考として疾病管理を行うことを要件とする。
- 生活習慣病の診療の実態を踏まえ、**少なくとも１月に１回以上の総合的な治療管理を行う要件を廃止**する。
- 歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等の**多職種と連携することを望ましい要件とする**とともに、**糖尿病患者に対して歯科受診を推奨することを要件とする**。

3．特定疾患療養管理料の見直し（Ⅱ－５－①）

- 特定疾患療養管理料の対象疾患から、生活習慣病である、**糖尿病、脂質異常症及び高血圧を除外**する。

4．特定疾患処方管理加算の見直し（Ⅱ－５－②）

- リフィル処方及び長期処方の活用並びに医療DXの活用による効率的な医薬品情報の管理を適切に推進する観点から、処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算について、28日未満の処方を行った際の**特定疾患処方管理加算１を廃止**し、特定疾患処方管理加算２の評価を見直す。また、**特定疾患処方管理加算について、リフィル処方箋を発行した場合も算定を可能とする**。

5．地域包括診療料等の見直し（Ⅱ－５－③）

- かかりつけ医機能の評価である地域包括診療料等について、リフィル処方及び長期処方の活用を推進する観点から、患者の状況等に合わせて医師の判断により、**リフィル処方や長期処方を活用することが可能であることを、患者に周知することを要件に追加**する。

6．慢性腎臓病の透析予防指導管理の評価の新設（Ⅲ－５－④）

- 慢性腎臓病に対する重症化予防を推進する観点から、**慢性腎臓病の患者に対して**、透析予防診療チームを設置し、日本腎臓学会の「エビデンスに基づくCKD 診療ガイドライン」等に基づき、**患者の病期分類、食塩制限及び蛋白制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を必要に応じて個別に実施した場合の評価を新設**する。

薬局の歯科医療機関への情報提供

➢ 保険医療機関からの求めによる情報提供に歯科医療機関が含まれることを明確化。

現行

【服薬情報等提供料】

（２）　服薬情報等提供料１は、保険医療機関から（５）のアから又はウに掲げる情報提供の求めがあった場合にその理由とともに、患者の同意を得て、現に患者が受診している保険医療機関に対して、当該患者の服薬状況等について文書等により提供した場合に算定できる。これには、次に掲げる場合が含まれる。なお、残薬に係る情報提供に関しては、その後の残薬が生じないために必要な内容とすべきであり、情報提供後の当該患者の服薬状況を継続して把握しておくこと。

（３）～（７）　略

（８）保険医療機関への情報提供については、患者１人につき同一月に２回以上服薬情報等の提供を行った場合においても、月１回のみの算定とする。ただし、複数の保険医療機関又は診療科に対して服薬情報等の提供を行った場合は、当該保険医療機関又は診療科ごとに月１回に限り算定できる。

改定後

【服薬情報等提供料】

（２）　服薬情報等提供料１は、保険医療機関から（５）のアから又はウに掲げる情報提供の求めがあった場合にその理由とともに、患者の同意を得て、現に患者が受診している保険医療機関に対して、当該患者の服薬状況等について文書等により提供した場合に算定できる。これには、次に掲げる場合が含まれる。なお、残薬に係る情報提供に関しては、その後の残薬が生じないために必要な内容とすべきであり、情報提供後の当該患者の服薬状況を継続して把握しておくこと。

（３）～（７）　略

（８）保険医療機関への情報提供については、次の場合に算定する。

ア　略

イ　**複数の保険医療機関の医師、歯科医師に対して服薬情報等の提供を行った場合は、当該保険医療機関の医師、歯科医師ごとに月１回に限り算定できる。**

ウ　**処方箋を発行していない保険医療機関の医師、歯科医師に対して服薬情報等の提供を行った場合は、必要に応じて処方箋を発行した医療機関の医師、歯科医師に対して同様の服薬情報等を提供すること。この場合においては、当該保険医療機関の医師、歯科医師ごとに月１回に限り算定できる。**

歯科診療報酬

（新）診療情報等連携共有料１

歯科診療を行うに当たり全身的な管理が必要な患者に対し、当該患者の同意を得て、保険薬局が有する服用薬の情報等について、当該保険薬局に文書等により提供を求めた場合の評価

（保険薬局該当箇所のみ掲載）

歯科医療機関

①歯科医師からの受診する患者の服用薬等の情報の求め

②情報提供

例：抗血小板薬の内服状況

ビスフォスフォネート製剤の内服状況　等

調剤報酬

服薬情報等提供料１

薬局

1　歯科医療を取り巻く現状及び歯科医療提供体制

2　今後の歯科治療の需要や歯科医療提供体制等を踏まえた次期診療報酬改定に向けた論点

○在宅歯科医療

○障害者歯科医療

○歯科疾患・口腔機能の管理等の生活の質に配慮した歯科医療

○へき地等歯科医療

○多職種連携

○歯科衛生士・歯科技工士の定着・確保

○歯科治療のデジタル化等

※「在宅歯科医療」は「在宅」シリーズの中で議論

参考　歯科衛生士の業務

予防処置

- 人が歯を失う原因の90%が「むし歯」と「歯周病」である。
- 歯・口腔の疾患を予防する処置として、「フッ化物塗布」等の薬物塗布、歯垢（プラーク）や歯石など、口腔内の汚れを専門的に除去する「機械的歯面清掃」などを実施する。
- 歯科衛生士は、このような歯科予防処置の専門家である。

歯科診療の補助

- 歯科衛生士は歯科医師の診療を補助するとともに、歯科医師の指示を受けて歯科治療の一部を担当するなど、歯科医師との協働で患者さんの診療にあたる。
- 歯科診療補助の範囲は多岐にわたり、歯科診療を円滑に行うために大切な役割を果たしている。また、歯科医師と患者さんとのコミュニケーションに配慮し、信頼関係にもとづく心優しい歯科医療を行うためにも、歯科衛生士の役割が期待されている。

手術室での協働・補助

歯科医師との協働・補助

歯科保健指導

- むし歯や歯周病は生活習慣病。そのため、正しい生活習慣やセルフケアを実行するための専門的な支援（指導）が不可欠。
- 歯科保健指導は、幼児期から高年期までの各ライフステージにおいて、また、健康な人、病気や障害のある人など、すべての人に必要な支援。
- 歯磨き指導を中心とした歯口清掃法の指導は、セルフケアのスキルアップを専門的に支援する大切な仕事。
- 寝たきり者や要介護者等に対する訪問口腔ケアも重視されている。
- 最近では、食べ物の食べ方や噛み方を通した食育支援、高齢者や要介護者の咀嚼や飲み込み力を強くする摂食・嚥下機能訓練も新たな歯科保健指導の分野として注目されている。

訪問口腔ケア（居宅）

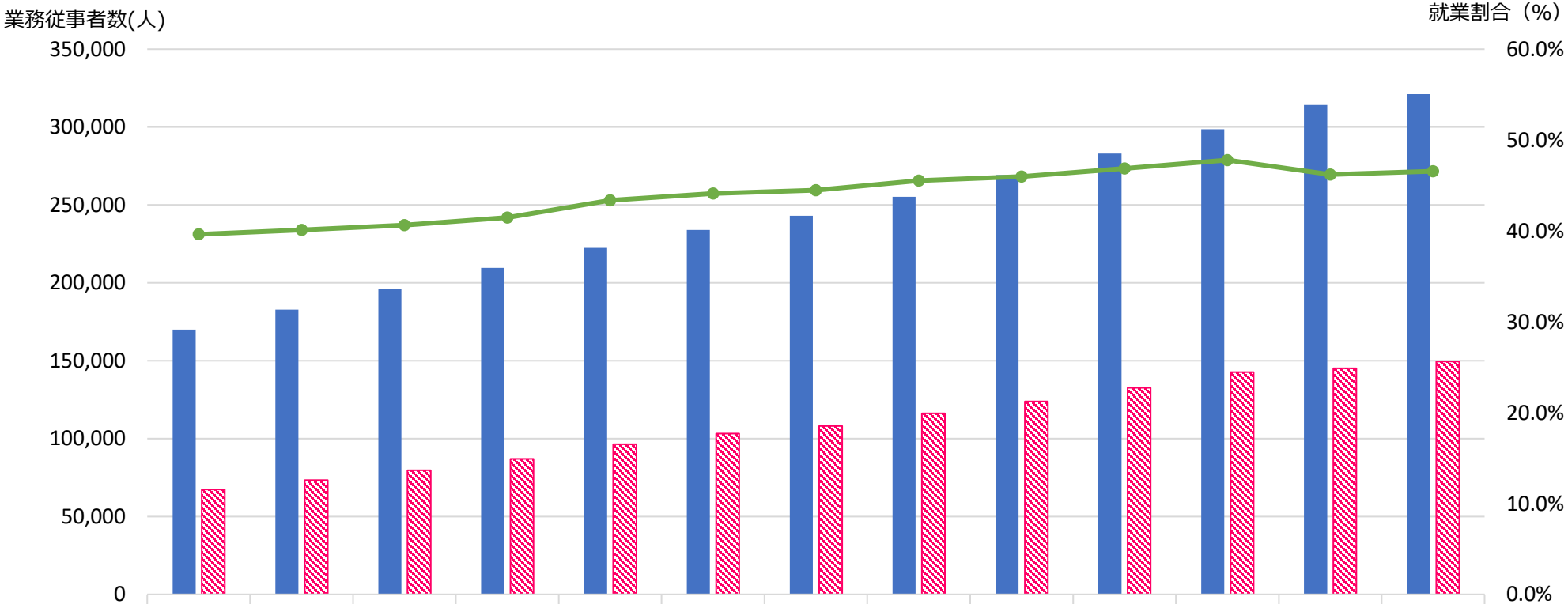
小学校で歯科保健指導

出典：日本歯科衛生士会ウェブサイト（日本歯科衛生士会 | 歯科衛生士とは TOP）一部改変

歯科衛生士免許登録者数、就業歯科衛生士数の年次推移

○　令和６年の歯科衛生士免許登録者数は321,241人（対R4年7,098人増）であり、就業歯科衛生士数は149,579人（対R4年4,396人増）である。

○　歯科衛生士免許登録者数のうち就業者の割合（就業割合）は、令和6年では46.6%となっている。



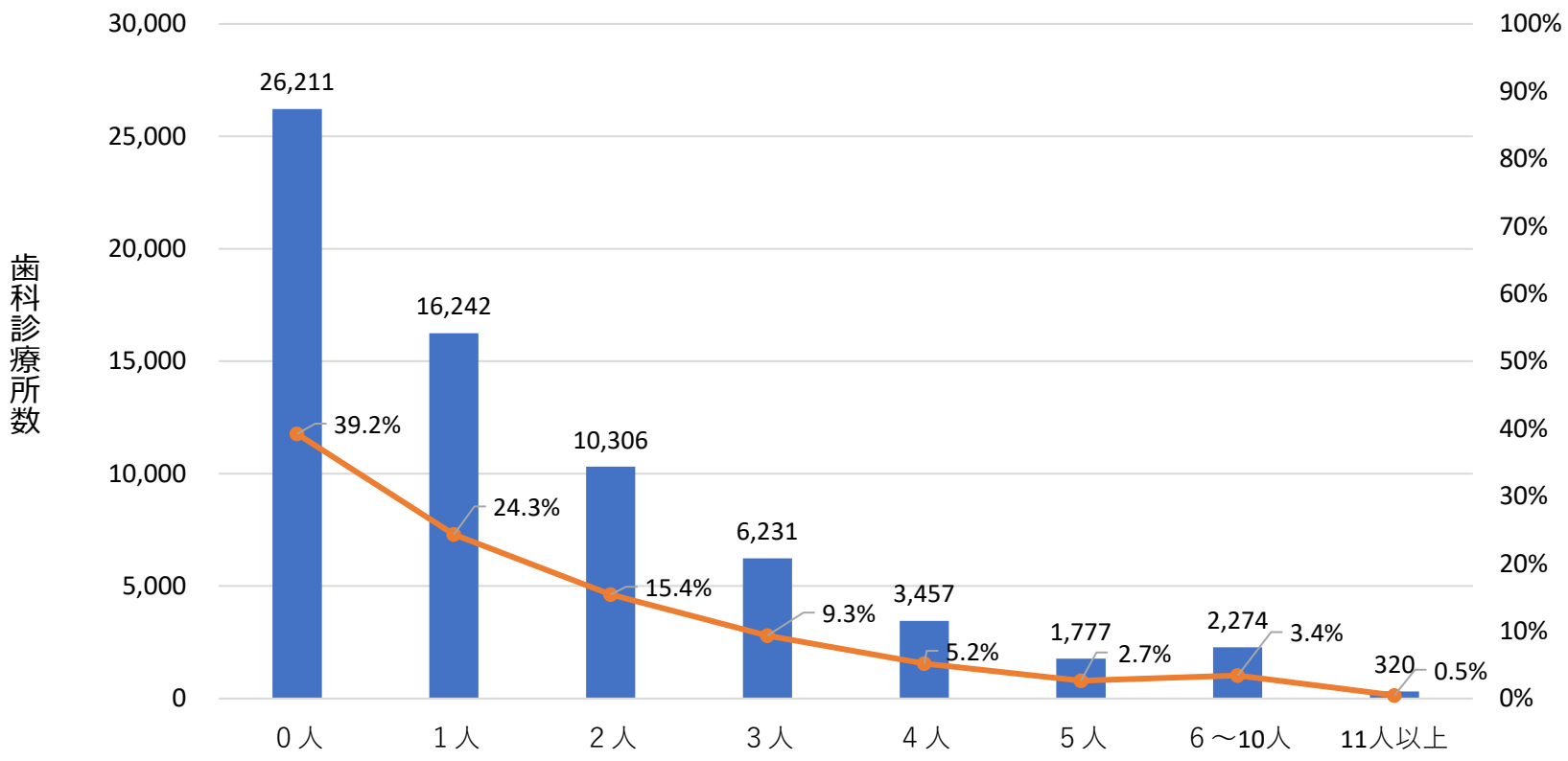
	平成12年	平成14年	平成16年	平成18年	平成20年	平成22年	平成24年	平成26年	平成28年	平成30年	令和２年	令和４年	令和６年
免許登録者数	170,035	182,794	196,143	209,649	222,381	233,906	243,028	255,317	269,226	282,988	298,644	314,143	321,241
業務従事者数	67,376	73,297	79,695	86,939	96,442	103,180	108,123	116,299	123,831	132,629	142,760	145,183	149,579
就業割合	39.6%	40.1%	40.6%	41.5%	43.4%	44.1%	44.5%	45.6%	46.0%	46.9%	47.8%	46.2%	46.6%

（出典：衛生行政報告例、歯科医療振興財団調べ）

歯科衛生士（常勤）の従事者数別の歯科診療所数及び割合

○　**常勤の歯科衛生士**の人数別に歯科診療所数をみると、「０人」が最も多く、39.2%である。

＜常勤歯科衛生士数別の歯科診療所数＞



出典：「令和５年医療施設調査」（医政局歯科保健課による特別集計）
注：従事者数０人の階級には、その職種の従事者数が空欄であった施設数を含む。

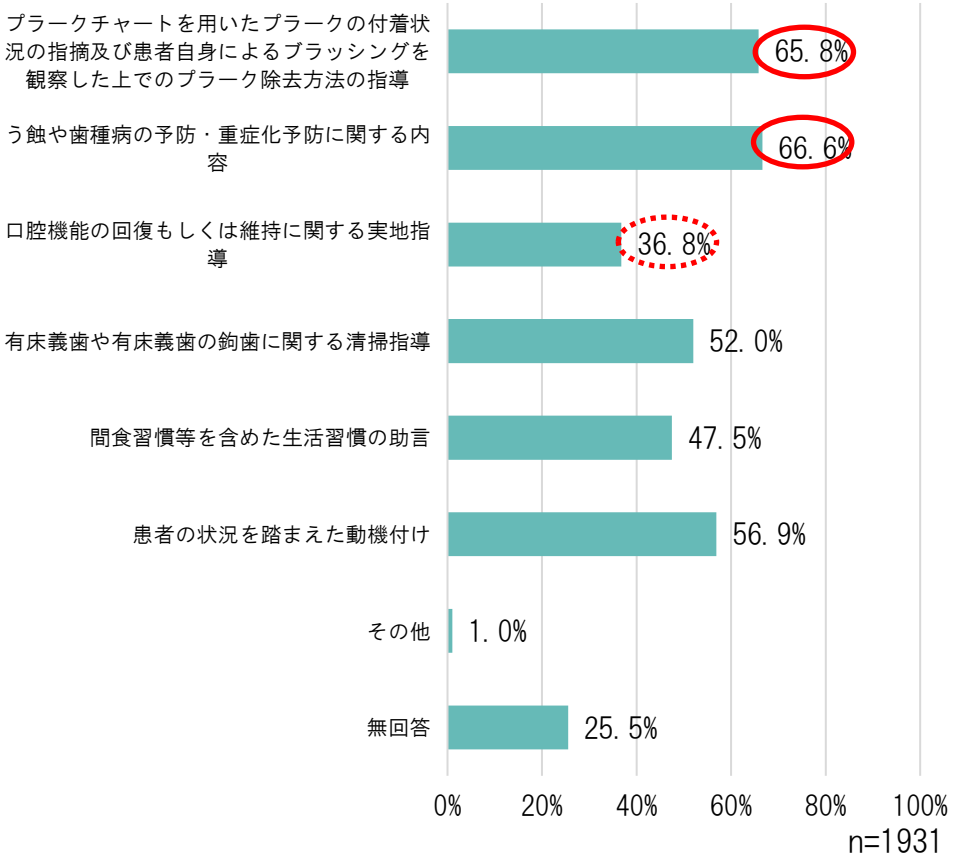
歯科衛生実地指導の実施内容

○ 歯科衛生実地指導の内容は、「う蝕や歯周病の予防・重症化予防に関する内容」「プラークチャートを用いたプラークの付着状況の指導及び患者自身によるブラッシング指導を観察した上でのプラーク除去方法の指導」がいずれも約7割であった。「口腔機能の回復又は維持に関する実地指導」も36.8%で行われていた。

○ 一方で、十分に実施できていないと考える内容は「プラークチャートの作成やブラッシング観察等の時間が足りない」が64.5%で最も多かった。また、「口腔機能等の指導ができていない」も36.5%であった。

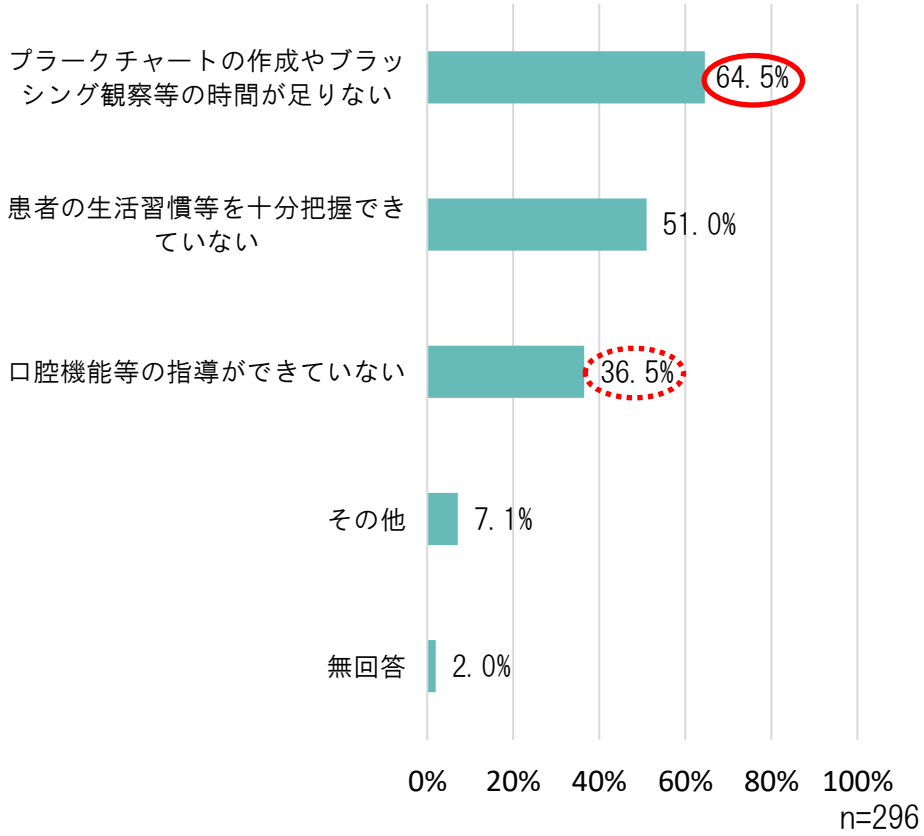
■歯科衛生実地指導の内容（複数回答）

※令和5年6月に実施指導を行った歯科衛生士による回答



■1回の歯科衛生実地指導の時間内に十分実施できていないと考える内容（複数回答）

※令和5年6月に実施指導を行った歯科衛生士による回答



出典：令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（歯科医療機関における院内感染防止対策の評価等に関する実施状況調査）

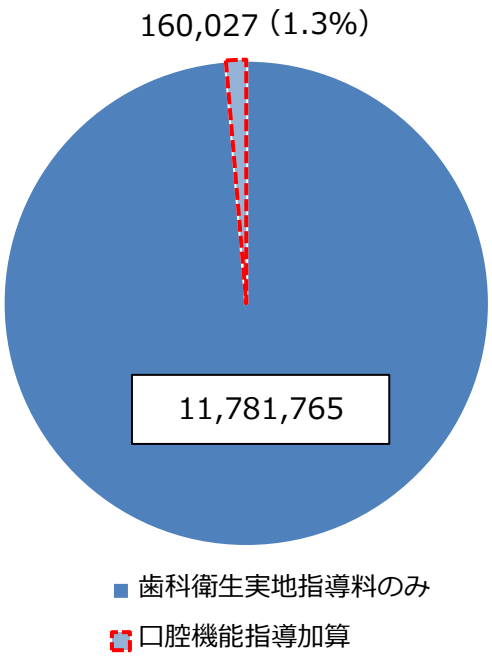
口腔機能指導加算の概要及び算定状況

○ 歯科衛生実地指導料を算定した患者のうち、口腔機能指導加算※を算定した割合は約1.3%と低い。

※口腔機能指導加算は歯科衛生実地指導料の加算

	口腔機能指導加算	（参考）歯科衛生実地指導料
対象者	口腔機能の発達不全を認める患者又は口腔機能の低下を認める患者	歯科疾患（う蝕、歯周病等）に罹患している患者であって、歯科衛生士による実地指導が必要な者
指導内容	①又は② ①正常な口腔機能の獲得を目的とした実地指導 ②口腔機能の回復又は維持・向上を目的とした実地指導	①及び② ①歯及び歯肉等口腔状況の説明 ②プラークチャート等を用いたプラークの付着状況の指摘及び患者自身によるブラッシングを観察した上でのプラーク除去方法の指導又は患者の状態に応じて必要な事項に関する15分以上の実施指導
評価	口腔機能指導加算：12点	歯科衛生実施指導料１：80点 歯科衛生実地指導料２：100点 ※２は歯科診療特別対応加算を算定している患者

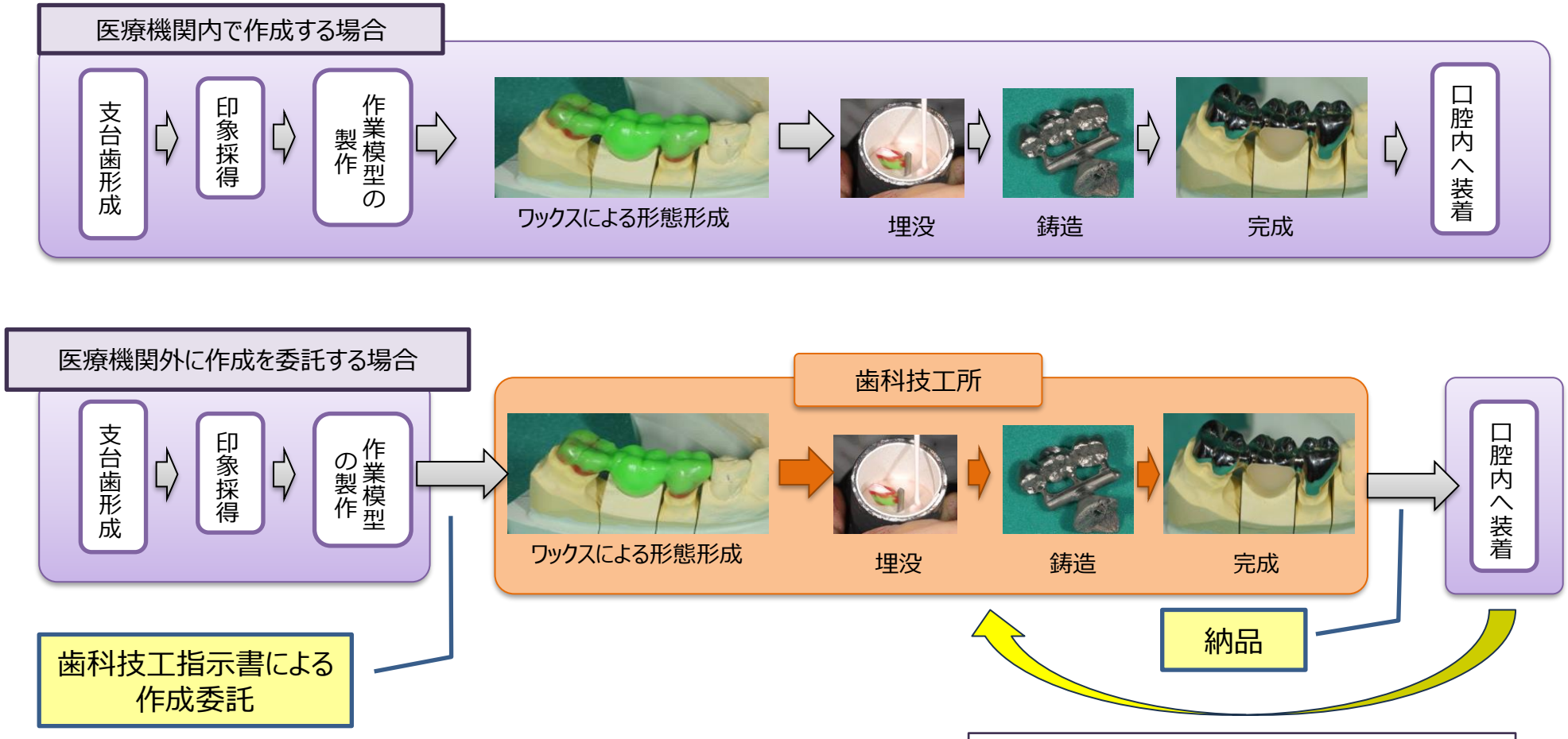
算定回数



出典：R6社会医療診療行為別統計（８月審査分）

歯科技工士と補綴物の製作工程

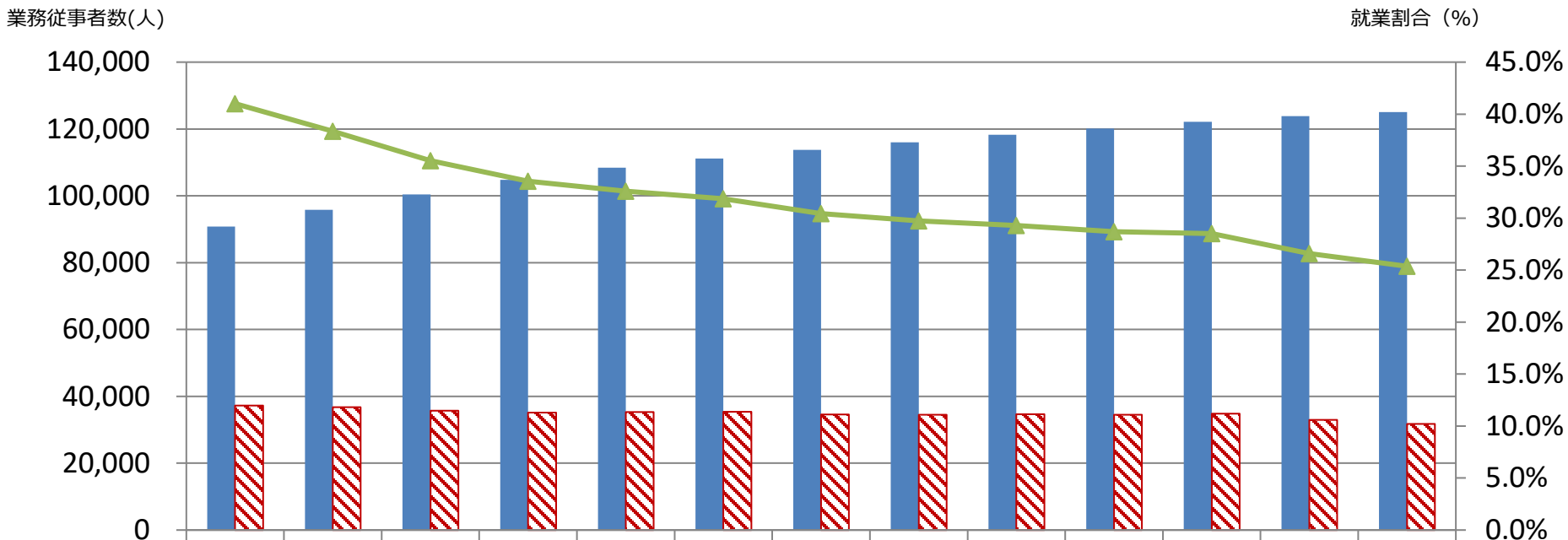
○　「歯科技工士」とは、歯科技工（患者に対する補てつ物等の作成、修理または加工）を行う者をいう。
○　なお、補綴物の製作工程には、医療機関内で製作する場合と医療機関外（歯科技工所）で製作する場合がある。



歯科技工士免許登録者数、業務従事者数の年次推移

○　令和６年の歯科技工士免許登録者数は125,093人であり、そのうち業務従事者数は31,733人である。

○　免許登録者数に占める業務従事者数の割合（就業割合）は減少傾向であり、令和6年では25.4%である。



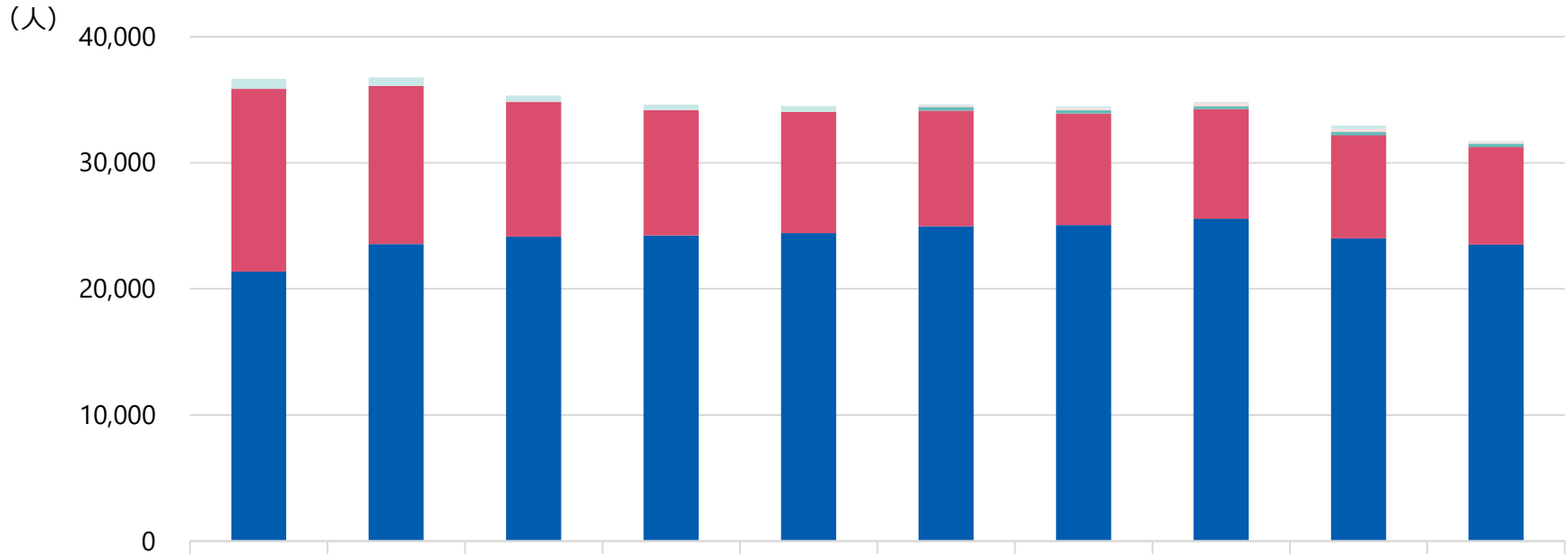
	H12年	14年	16年	18年	20年	22年	24年	26年	28年	30年	R2年	R4年	R6年
免許登録者数	90,825	95,838	100,381	104,794	108,406	111,191	113,726	116,006	118,271	120,157	122,139	123,870	125,093
業務従事者数	37,244	36,765	35,668	35,147	35,337	35,413	34,613	34,495	34,640	34,468	34,826	32,942	31,733
就業割合（%）	41.0%	38.4%	35.5%	33.5%	32.6%	31.8%	30.4%	29.7%	29.3%	28.7%	28.5%	26.6%	25.4%

（出典：衛生行政報告例、歯科医療振興財団調べ）

就業歯科技工士数（就業場所別）の推移

○　歯科技工士の就業場所は、「歯科技工所」が最も多く、令和６年では23,521人であり約74%となっている。

○　「病院・診療所」は減少傾向であり、平成８年の14,492人から令和６年では7,723人となっている。



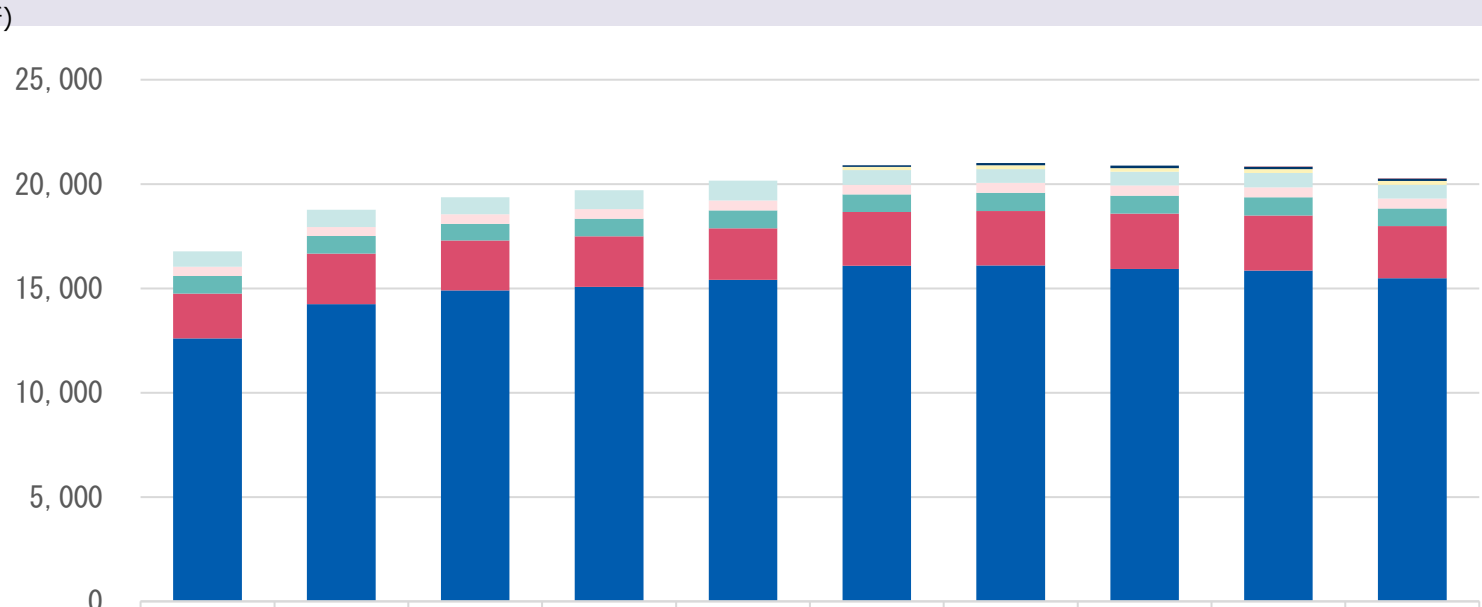
	平成８年	平成14年	平成20年	平成24年	平成26年	平成28年	平成30年	令和２年	令和４年	令和６年
その他	783	679	501	437	440	93	101	92	242	77
事業所	※平成28年より「歯科技工士学校または養成所、事業所」の項目を追加					118	176	224	249	146
歯科技工士学校又は養成所						291	274	258	280	266
病院・診療所	14,492	12,534	10,694	9,932	9,630	9,166	8,861	8,691	8,159	7,723
歯科技工所	21,377	23,552	24,142	24,244	24,425	24,972	25,056	25,561	24,012	23,521

（出典：衛生行政報告例）

規模別歯科技工所数の推移

○　歯科技工所数は近年ほぼ横ばいにあり、令和６年で20,278箇所である。

○　規模としては、「1人」が7割以上であり、「10～19人」、「20人～49人」、「50人以上」が微増傾向である。



	平成８年	平成14年	平成20年	平成24年	平成26年	平成28年	平成30年	令和２年	令和４年	令和６年
50人以上									19	20
20～49人						86	107	110	99	102
10～19人						157	176	179	188	188
５～９人	740	826	823	903	957	693	672	656	686	670
４人	450	442	451	469	474	463	468	486	484	461
３人	845	842	802	835	851	852	875	869	870	847
２人	2,139	2,423	2,394	2,426	2,475	2,564	2,604	2,647	2,647	2504
１人	12,605	14,239	14,899	15,073	15,409	16,091	16,102	15,932	15,848	15,486
合計	16,779	18,772	19,369	19,706	20,166	20,906	21,004	20,879	20,841	20,278

（出典：衛生行政報告例）

歯科医師と歯科技工士の連携

○ 厚生労働科学特別研究事業において、歯科技工士不足の解決に向けて労働環境改善の提言が作成され、歯科医療機関と歯科技工所の間を結ぶためのICTの活用が具体例として示されている。

○ 令和3年度の検証事業においてICTの導入による歯科医療機関・歯科技工所間連携の推進の取組が検証された。

「歯科技工業の多様な業務モデルに関する研究」厚生労働科学研究

■ 目的：将来の歯科技工士不足の問題を解決するため、歯科技工業の労働実態の把握と労働環境改善の提言を作成する。

■ 本研究の結果を踏まえた提言

＜歯科技工業の労働環境等の改善に資する提言＞

① 歯科医師と歯科技工士は歯科技工に関する認識と情報を共有する
② 歯科医師と歯科技工士が十分連携できる体制を整備する
③ 歯科技工士の職業内容に関する意識を改善させる
④ 労働契約書や就業規則を作成する
⑤ 歯科技工業を効率化する
⑥ 歯科技工士や歯科技工に関する社会の認知を向上させる

※③意識改善の取り組みの具体例

- 卒直後の歯科技工士が経済 的に支えられながら歯科医療機関における臨床現場での研修が可能となる制度の設計や環境の整備
- 歯科医療機関と歯科技工所の間を結ぶためのICT の活用
- 患者に歯科技工 物が試適・装着された際の状況を歯科技工士にフィードバックできる仕組みの考案

出典：平成30年年厚生労働科学研究「歯科技工業の多様な業務モデルに関する研究」

ICTを活用した歯科診療所と歯科技工士所の連携の例

◆ タブレット端末と色測計の導入による歯科技工所の働き方改革と歯科医療機関・歯科技工所間連携の推進の取組例

課題

- 長時間労働の原因のひとつに、歯冠技工物のシェード（色調）の修正や再製作が多い。
- 歯科医療機関への歯科技工物の受け渡しや指示内容の確認等に時間がかかり、歯科医療機関に出向くことに1日の1/3程度の時間を費やすことがある。

取組内容

- 歯科医療機関において色測計を用いて色調を測定し、リアルタイムで歯科技工所とつなぐ。
- 歯科技工所において、シェードガイドをみながら、歯科医師に色調や形態を確認する。

【歯科医療機関】

【歯科技工所】

効果と課題

- 修正・再製作数の減少傾向が認められた。
- タブレット端末や色測計の導入等に関するコストの課題がある。

出典：令和3年度歯科技工所業務形態改善等調査に係る検証事業報告書（日本歯科技工士会）を元に保険局医療課にて作成

歯科技工士連携加算の概要及び算定状況について

○ 歯科技工士連携加算は、歯冠補綴物及び欠損補綴物の製作にあたり、歯科医師と歯科技工士が対面または情報通信機器を用いて連携を行った場合の評価であり、印象採得（光学印象含む）、咬合採得、仮床試適が対象となっている。

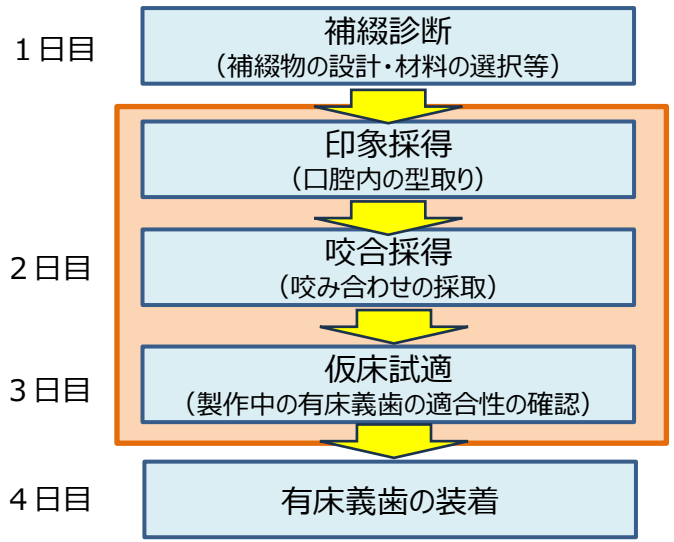
○ 歯科技工士連携加算の算定状況は、印象採得が最も多く、次いで光学印象となっている。

＜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。

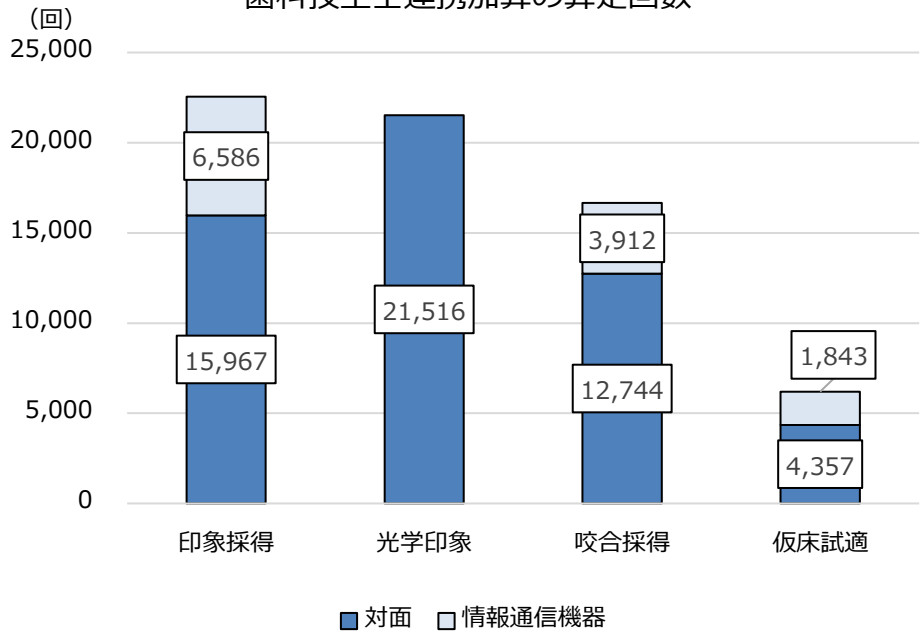
○保険医療機関内の歯科技工士又は他の歯科技工所との情報通信機器を用いた連携に当たって、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠した体制であること。（情報通信機器を用いる場合のみ）

補綴診断から装着までの流れ（有床義歯の場合）



：歯科技工士連携加算の対象となる行為

歯科技工士連携加算の算定回数



※１　歯科技工士連携加算は、補綴物の製作工程につき１回の算定
※２　光学印象は対面のみ算定可能

出典：R6社会医療診療行為別統計（８月審査分）

1　歯科医療を取り巻く現状及び歯科医療提供体制

2　今後の歯科治療の需要や歯科医療提供体制等を踏まえた次期診療報酬改定に向けた論点

○在宅歯科医療

○障害者歯科医療

○歯科疾患・口腔機能の管理等の生活の質に配慮した歯科医療

○へき地等歯科医療

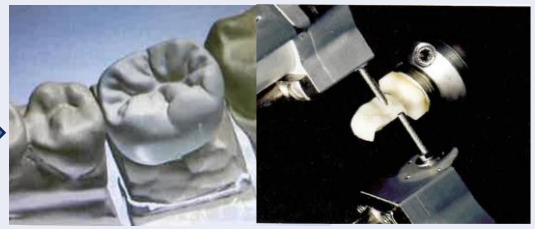
○多職種連携

○歯科衛生士・歯科技工士の定着・確保

○歯科治療のデジタル化等

※「在宅歯科医療」は「在宅」シリーズの中で議論

歯科治療のデジタル化の例

診療行為	アナログ	デジタル
クラウン(被せ物)やインレー(詰め物)を設計するための歯型を取る	歯型形状の器に流動性のある印象材を流し込んで歯型を採取【印象採得】 器(トレー)や歯に印象材を流し込む 	専用のカメラでスキャニングして、歯型の画像をパソコンに取り込む【光学印象】 口腔内スキャナーで画像を取得 スキャナーに取り込み転送された画像
クラウン(被せ物)やインレー(詰め物)を製作する	模型上で被せ物や詰め物を蝋で製作し、蝋形に金属を流し込む【鋳造】 蝋で製作したクラウン 鋳型に溶解した金属を流し込む	コンピュータ上でクラウン(被せ物)やインレー(詰め物)をデザインして機械で削る【※CAD/CAM】 ※Computer aided design/Computer aided manufacturing 原材料(ブロック)  コンピュータ上で設計した形状に切削

出典：「クラウンブリッジ補綴学第6版（医歯薬出版株式会社）」

上記の光学印象やCAD/CAM（CAD/CAM冠、CAD/CAMインレー）は保険導入済み（適応症例は限定）

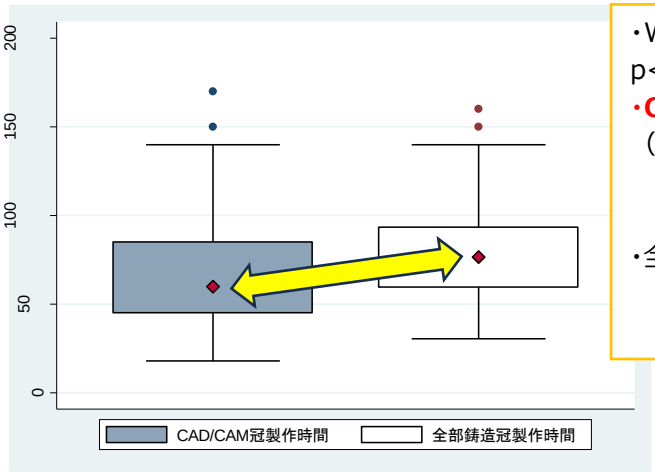
歯科治療のデジタル化による効果

○ デジタル技術を用いた歯科治療（CAD/CAM冠や光学印象）は、**作業時間の短縮（歯科治療の効率化）や業務負担軽減が報告されている。**

・CAD/CAM冠は全部鋳造(金属)冠と比較して、製作時間が約15分短く、技工業務の効率化・負担軽減を感じる者が多かった。【左欄】

・デジタル(光学)印象は従来の印象法と比較して、当該行為に係る診療時間が６分程度有意に短くなった。【右欄】

＜CAD/CAM冠と全部鋳造冠の製作時間(分) ＞



・Wilcoxon符号順位検定、p<0.001

・CAD/CAM冠製作時間（n=92）

：**中央値60分**

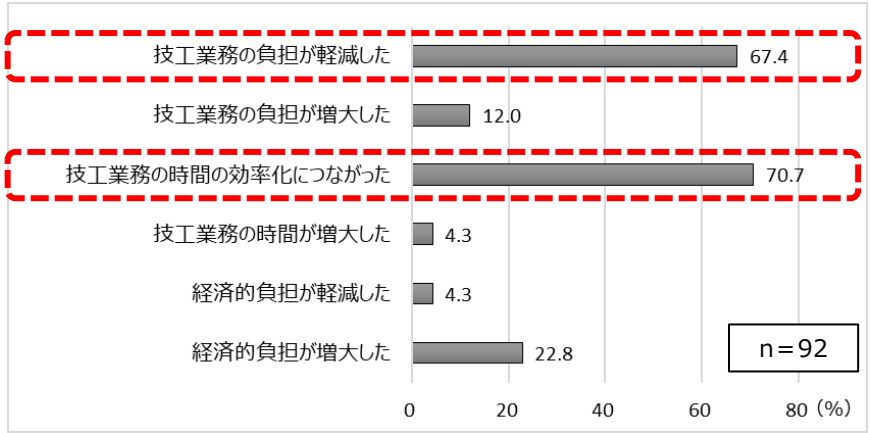
平均値66.7分（SD 29.1）

・全部鋳造冠製作時間（n=92）

：中央値77分

平均値78.0分（SD 26.8）

＜CAD/CAM システム導入による日常の歯科技工業務への変化＞ （複数回答）



出典：「CAD/CAM冠の製作に要する時間および業務状況の評価 タイムスタディ調査による分析」竹井利香，大島克郎，三浦宏子：日口腔保健誌, 12: 34-40, 2022.

＜従来の印象と光学印象の作業時間(秒)＞

対象及び調査方法
：従来の印象法やデジタル(光学)印象を経験したことがないイスタンブール大学の医歯学部の学生24人が、それぞれの方法を実施

Efficiency ※括弧左は従来、右はデジタル	Conventional (従来:アナログ)	**Digital (デジタル)**	P-value
Tray selection /Patient information (トレーの選択/患者情報の入力)	18,87 ± 2,42	19,08 ± 3,57	>0.05
Adhesive application /Laboratory prescription (トレーに接着剤塗布/技工指示内容の入力)	27,75 ± 3,12	13,63 ± 1,98	<0.001*
Upper impression /Upper scan (上顎印象/上顎スキャン)	240,70 ± 16,38	102,14 ± 17,77	<0.001*
Lower impression /Lower scan (下顎印象/下顎スキャン)	226,10 ± 10,89	98,94 ± 10,56	<0.001*
Bite registration /Bite scan (咬合採得/咬合スキャン)	91,96 ± 10,74	14,68 ± 3,82	<0.001*
Total treatment time （合計診療時間）	605,38秒 ± 23,66	**248,48秒 ± 23,22**	<0.001*

出典：「Comparison of digital and conventional impression techniques: evaluation of patients' perception, treatment comfort,effectiveness and clinical outcomes」
Yuzbasioglu E, Kurt H, Turunc R, Bilir H : BMC Oral Health2014; 14: 10

金属材料の使用の有無による比較

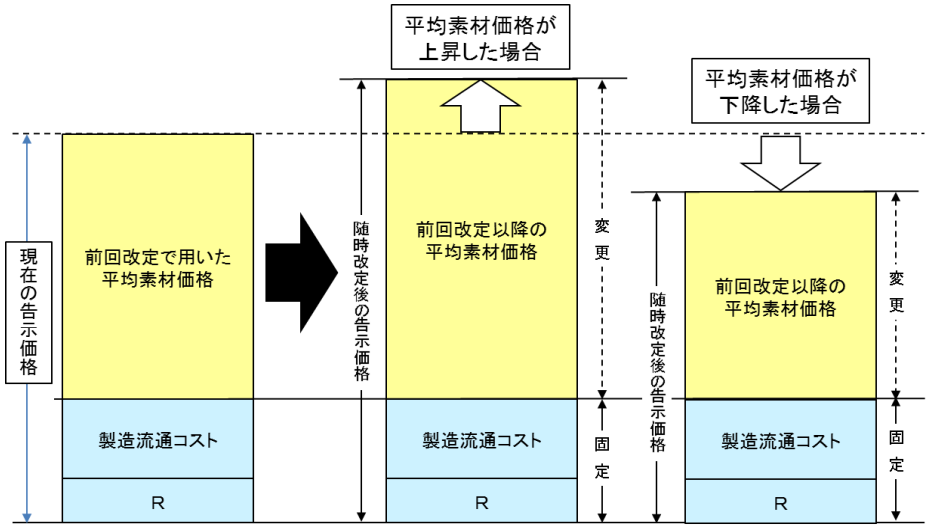
○ 歯科治療に用いられる補綴物に関しては、金属材料を使用しない場合と金属材料を使用する場合の両者があり、いずれの場合も一長一短あることから、患者の希望や口腔内の状態に応じて治療が選択されている。

	金属を使用しない場合 【レジン(強化プラスチック)等】	金属を使用する場合 【歯科用金銀パラジウム合金等】
長所	・**デジタル技術（CAD/CAM等）が比較的応用しやすく、**歯科医療従事者の製作に要する負担が少ない ・歯に近い色調であるため**審美性が良好**	・**耐久性が高く**、どの歯種や構造にも対応可能 ・**多くは保険診療の対象**である
短所	・**耐久性が金属より劣る**ため、咬合力が強くかかる歯種や連結した被せ物の形状の構造等に耐えられない場合は破損するおそれがある ・被せ物の厚みを確保しなければいけないため、天然歯を多く削る必要がある ・**保険診療の対象とならない材料や適応範囲がある**	・金属色であるため**審美性が悪い** ・多くは鋳造方式（金属を溶かして鋳型に流し込む）により製作されるため、**技工作業等に時間を要する** ・金属自体の**取引価格が変動しやすい**(市場価格の変動をできるだけ保険償還価格に反映するための独自ルールを設定) ・**金属アレルギー患者に対して使用できない**

歯科用貴金属価格の随時改定制度の変遷

○ 歯科治療で頻用されるクラウン(被せ物)等に用いられる歯科用貴金属材料を構成している金やパラジウム等は、取引価格が産出国の供給動向や景気の変動を受けやすいため、**市場価格の変動を速やかに保険償還価格に反映するために独自のルールを制定。**

改定年度	改定内容	通常改定時点での 歯科鋳造用金銀パラジウム合金告示価格 （金12%以上　ＪＩＳ適合品）
平成12年	**歯科用貴金属材料の随時方式が導入** 随時改定前の基準材料価格と随時改定時の基準材料価格に**±10%以上変動があった場合は６か月（４、10月）ごとに見直し**	510円／１ｇ
平成22年	随時改定前の基準材料価格と随時改定時の基準材料価格に**±５%以上変動があった場合は６か月ごとに見直し**	619円／１ｇ
令和２年	**随時改定方式ＩとⅡに細分化**、これまでの方式（Ⅰ）**を踏襲しつつ**、随時改定前の基準材料価格と随時改定時の基準材料価格に**±15%以上変動があった場合（Ⅱ）は別途３か月（４、７、10、１月）ごとに見直し**	2,083円／１ｇ
令和４年	**変動幅によらず、随時改定を３か月ごとに見直し**	3,413円／１ｇ
令和６年	随時改定の時期を診療報酬改定の施行にあわせ、**６、９、12、３月に見直し**	2,760円／１ｇ



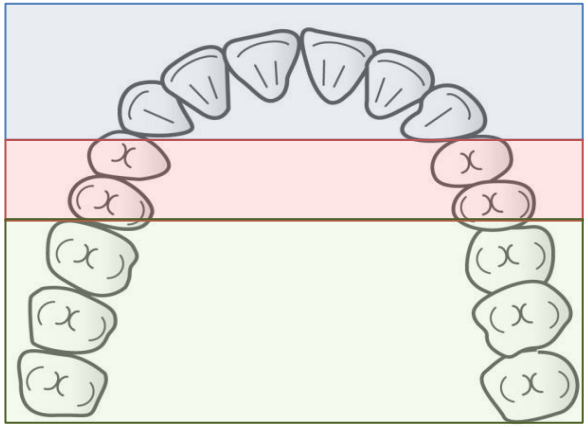
※平均素材価格は金、銀、パラジウムのそれぞれの取引価格平均値に含有比率を乗じて算出

※平均素材価格の算出には前回改定以降、改定２カ月前までの期間の取引価格を用いる

非金属材料を用いた補綴治療の主な改定内容の変遷

改定年度	改定内容			
	CAD/CAM冠	CAD/CAMインレー	高強度硬質レジンブリッジ	その他
平成20年	先進医療（平成21年5月～） 「歯科用CAD・CAMシステムを用いたハイブリッドレジンによる歯冠修復」			
平成22年				
平成24年			先進医療（平成24年12月～） 「金属代替材料としてグラスファイバーで補強された高強度のコンポジットレジンを用いた三ユニットブリッジ治療」	
平成26年	➢ 小臼歯部の保険適用			
平成28年	➢ 大臼歯部の保険適用（金属アレルギーの患者に限る）			➢ ファイバーポストを用いた支台築造の保険適用【平成28年1月～】
平成30年	➢ 大臼歯部の適用拡大（上下７が残存し、咬合支持がある下顎６に限る）		➢ 高強度硬質レジンブリッジの保険導入	➢ レジンインレー、硬質レジンジャケット冠を非金属歯冠修復に統合
令和２年	➢ 大臼歯部の適用拡大（上下７が残存し、咬合支持がある６に限る） ➢ 前歯部の保険適用【令和２年9月～】			
令和４年		➢ 保険適用（対象範囲は臼歯部でCAD/CAM冠と同様）		
令和６年	➢ エンドクラウンとそれ以外に細分化 ➢ 大臼歯の適用拡大（CAD/CAM冠を装着する対側や同側の咬合支持の要件を緩和、ただし、CAD/CAM冠用材料Ｖは条件なし）			

歯の部位と歯冠修復の種類（金属材料・非金属材料別）



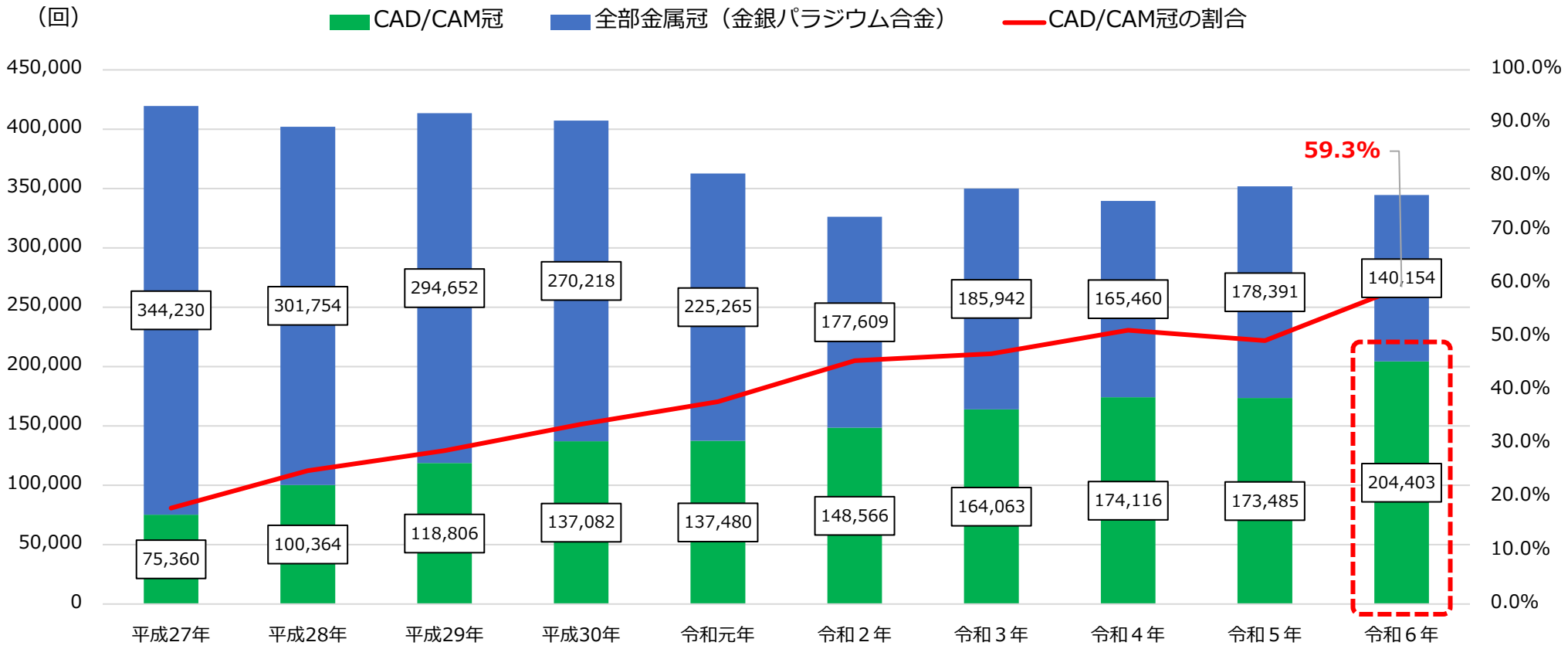
前歯	金属材料	アナログ	○４分の３冠 ○レジン前装金属冠 ○レジン前装チタン冠（R4.4～）
	非金属材料	アナログ	○硬質レジンジャケット冠
		デジタル	○CAD/CAM冠（R2.9～）
小臼歯	金属材料	アナログ	○５分の４冠 ○全部金属冠
	非金属材料	アナログ	○硬質レジンジャケット冠
		デジタル	○CAD/CAM冠（H26.4～）
大臼歯	金属材料	アナログ	○全部金属冠 ○チタン冠（R2.6～）
	非金属材料	アナログ	○硬質レジンジャケット冠 ・金属アレルギー患者：全ての大臼歯（H28.4～）
		デジタル	○CAD/CAM冠 ・金属アレルギー患者：全ての大臼歯（H28.4～） ・金属アレルギー患者以外 ①CAD/CAM冠用材料Ⅴ：全ての大臼歯（R5.12～） ②CAD/CAM冠用材料Ⅲ（R6.4～） ：第一大臼歯又は第二大臼歯にを使用する場合であって、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、いずれかに該当する場合 ✓ CAD/CAM冠装着部位の同側に大臼歯に咬合支持がある場合 ✓ 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

（参考）<u>冠形態以外</u>の非金属材料を用いる補綴治療
：支台築造（ファイバーポスト）
CAD/CAMインレー（小臼歯・第一大臼歯）
高強度硬質レジンブリッジ（第２小臼歯欠損の場合の臼歯３歯ブリッジ）

歯冠修復（小臼歯）の算定状況

○　小臼歯の歯冠修復は、経年的には減少傾向であるが近年は横ばいとなっている。
○　全部金属冠（金銀パラジウム合金）は減少傾向にある一方で、CAD/CAM冠は大きく増加しており、令和６年にはCAD/CAM冠の算定回数が、約59%を占めている。

＜CAD/CAM冠、全部金属冠（小臼歯）の算定回数＞



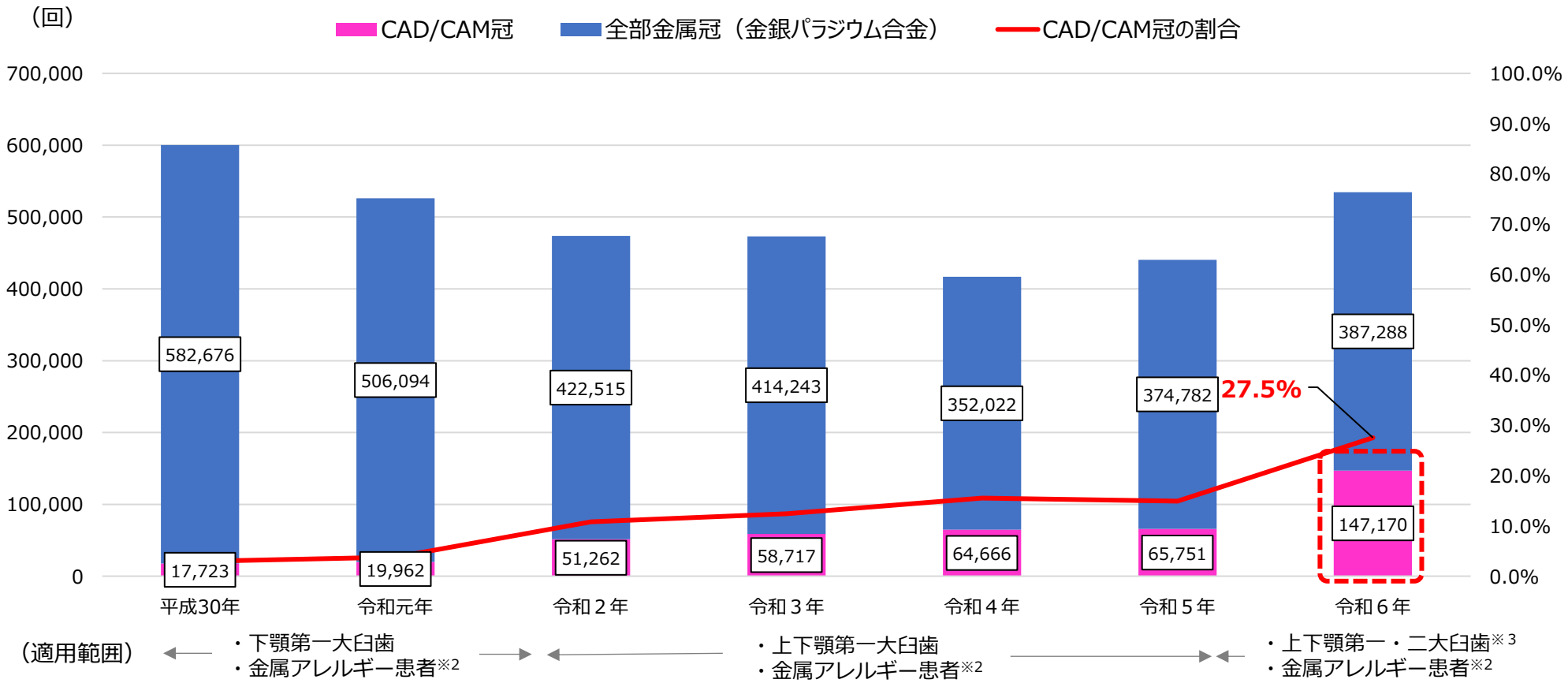
※全部金属冠にはブリッジの支台装置も含まれる。

出典：社会医療診療行為別統計（各年６月審査分、８月審査分【R6】）

歯冠修復（大臼歯）の算定状況

○ 大臼歯の歯冠修復は、平成30年以降、減少傾向にある。
○ 全部金属冠（金銀パラジウム合金）は減少傾向である一方で、CAD/CAM冠は増加しており、令和６年は約28%となっている。

<CAD/CAM冠、全部金属冠（大臼歯）の算定回数>



※1　全部金属冠にはブリッジの支台装置も含まれる。
※2　金属アレルギー患者は全ての大臼歯が保険適用となる。
※3　材料の種類により咬合支持等の条件が設定されている。

出典：社会医療診療行為別統計（各年６月審査分、８月審査分【R6】）

現状と課題

（障害者歯科医療について）

○障害者は歯科疾患に対する再発・重症化リスクが高いものの、障害者歯科医療を専門的に行う歯科医療機関は全国的に十分ではなく、専門歯科医療機関できめ細やかな歯科医学的管理が必要とされる。

（歯科疾患・口腔機能の管理等の生活の質に配慮した歯科医療について）

○需要に対する供給が十分ではない口腔機能に係る管理・治療や、「食べる」「話す」等の生活に直結する有床義歯の管理や歯周病の治療等について、臨床の実態を踏まえた評価体系や要件等を見直す必要がある。

（へき地等歯科医療について）

○歯科医師の高齢化の進展等により歯科医療が提供できない地域や施設に対しては巡回診療車により歯科医療を提供する等、歯科医療を効率的に提供する必要がある。

（多職種連携について）

○基礎疾患を有する患者等に対する歯科医療の介入により効果が認められることから、引き続き医科歯科連携を始めとする多職種連携を進めて行く必要がある。

（歯科衛生士･歯科技工士の定着･確保について）

○高齢患者の増加等のニーズが多様化する一方で、歯科医療機関の人員が限られていることを踏まえ、歯科医療機関等での役割分担を図るため、歯科衛生士や歯科技工士の定着や確保を行っていく必要がある。

（歯科治療のデジタル化等について）

○歯科医療機関における歯科専門職の人員や業務量は限られているため歯科治療の効率化が求められ、また、経営面からも安定的に歯科治療が提供できる歯科材料を用いた治療技術を推進していく必要がある。

論　点

（障害者歯科医療について）

○いわゆる「口腔保健センター」等の障害者歯科治療の専門歯科医療機関に受診する患者の歯科医学的管理を推進するために、専門歯科医療機関で行った歯科医学的管理に関する評価についてどのように考えるか。

（歯科疾患・口腔機能の管理等の生活の質に配慮した歯科医療について）

○患者のライフコースに沿った歯科疾患や口腔機能の管理を推進するために、「歯科疾患管理料」、「小児口腔機能管理料」及び「口腔機能管理料」の対象患者や評価についてどのような対応が考えられるか。また、小児の健全な咬合の育成や歯科矯正相談の適切な説明を行うために、「小児保隙装置」や「歯科矯正相談料」の評価についてどのように考えるか。

○「食べる」・「話す」等の生活に直結する新製有床義歯の管理や、内容が類似している歯周病の継続治療である「歯周病安定期治療」及び「歯周病重症化予防治療」の評価についてどのように考えるか。

○その他、生活の質に配慮した歯科医療の提供を推進するために、歯科固有の技術の評価についてどのように考えるか。

（へき地等歯科医療について）

○歯科医療が十分に提供されていない地域等において歯科巡回診療を適切に推進するために、地方自治体等と連携して実施する歯科巡回診療車を用いた巡回診療に関する評価についてどのように考えるか。

（多職種連携について）

○医科や調剤等との連携を更に推進するために、周術期口腔機能管理等の評価や多職種連携による評価についてどのように考えるか。

（歯科衛生士・歯科技工士の定着・確保について）

○歯科医療機関等の歯科衛生士及び歯科技工士の定着・確保を図るために、「口腔機能指導加算」や「歯科技工士連携加算」等の歯科衛生士や歯科技工士の業務の評価についてどのように考えるか。

（歯科治療のデジタル化等について）

○効率的かつ安定的な歯科治療の提供に資する歯科用貴金属材料を用いないデジタル技術を更に推進するために、「CAD/CAM冠」や「光学印象」等の適応や評価についてどのように考えるか。

中医協　総－１参考
７．９．１０

歯科医療（その１）
参考資料

1　歯科医療を取り巻く現状及び歯科医療提供体制

2　今後の歯科治療の需要や歯科医療提供体制等を踏まえた次期診療報酬改定に向けた論点

○在宅歯科医療

○障害者歯科医療

○歯科疾患・口腔機能の管理等の生活の質に配慮した歯科医療

○へき地等歯科医療

○多職種連携

○歯科衛生士・歯科技工士の定着・確保

○歯科治療のデジタル化等

※「在宅歯科医療」は「在宅」シリーズの中で議論

1　歯科医療を取り巻く現状及び歯科医療提供体制

2　今後の歯科治療の需要や歯科医療提供体制等を踏まえた次期診療報酬改定に向けた論点

○在宅歯科医療

○障害者歯科医療

○歯科疾患・口腔機能の管理等の生活の質に配慮した歯科医療

○へき地等歯科医療

○多職種連携

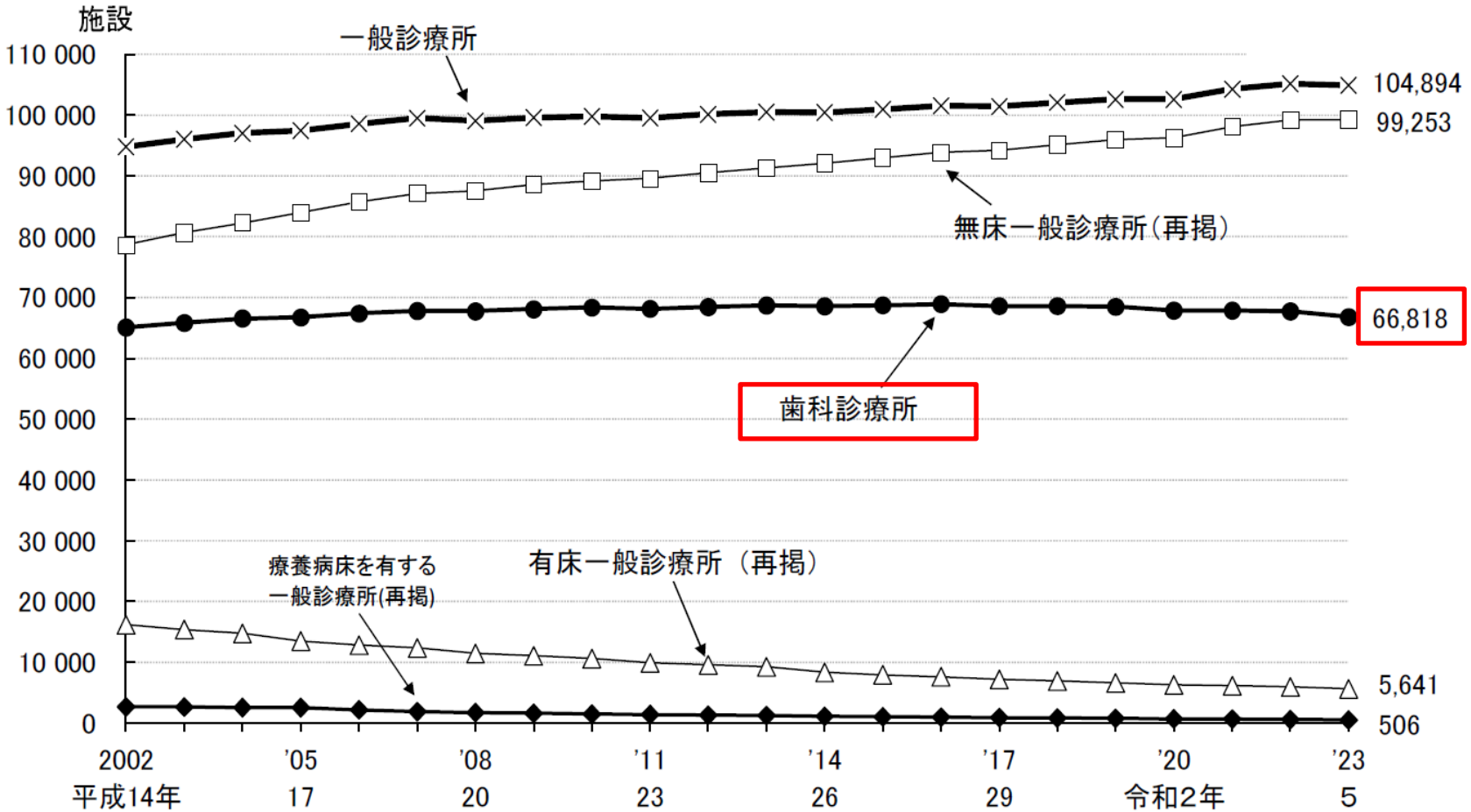
○歯科衛生士・歯科技工士の定着・確保

○歯科治療のデジタル化等

※「在宅歯科医療」は「在宅」シリーズの中で議論

医療施設数（歯科診療所）の年次推移

歯科診療所の施設数は52,216施設（平成2年）から68,384施設（平成22年）と20年間で増加していたが、平成23年医療施設調査では廃止・休止の歯科診療所が開設・再開を上回り228施設減少、その後ほぼ横ばいに推移しており、**令和５年は66,818施設（対前年：937施設減）**である。



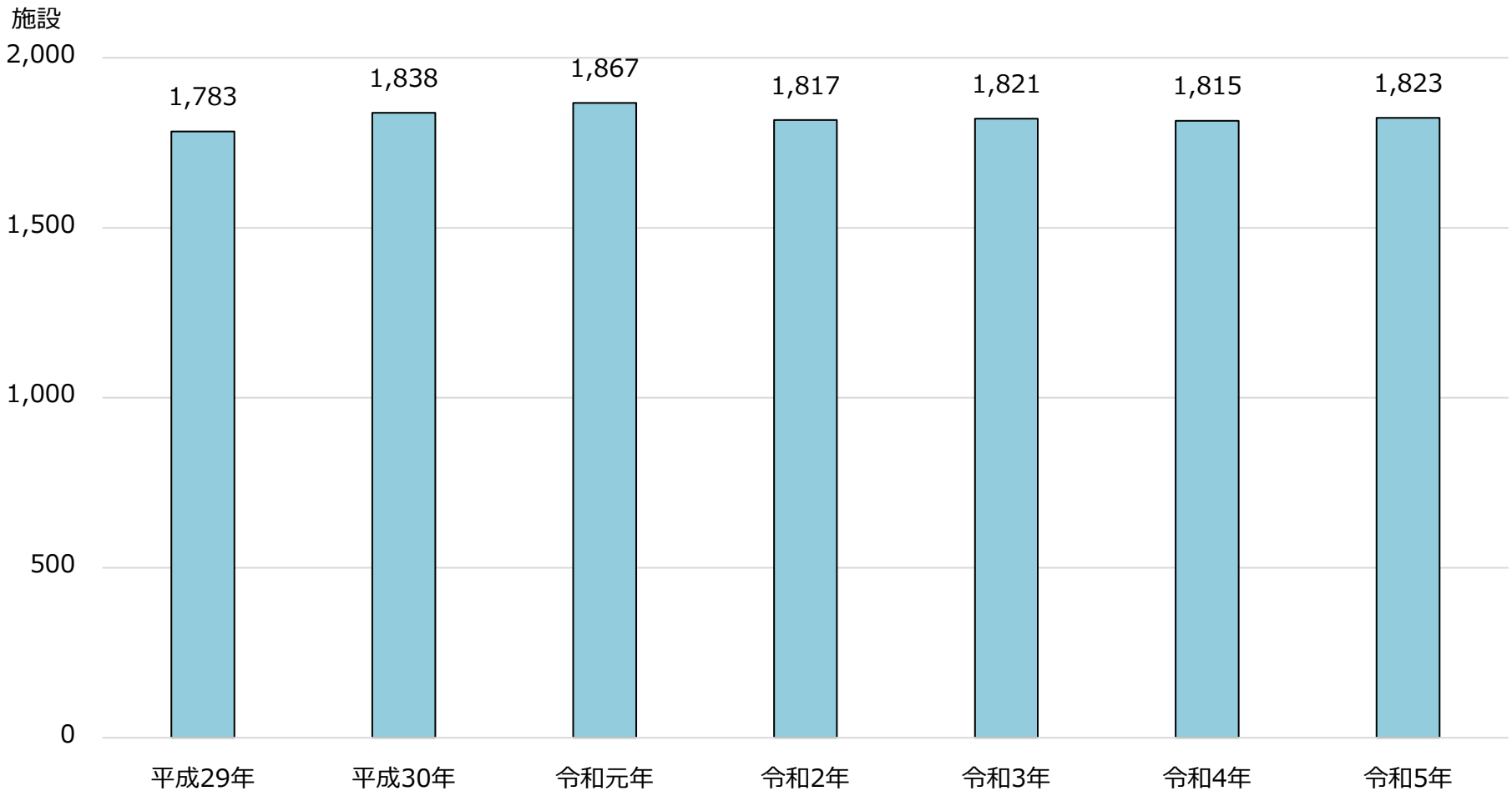
注：1）「療養病床」は、平成 14 年は「療養病床」及び「経過的旧療養型病床群」である。
2）平成 20 年までの「一般診療所」には「沖縄県における介輔診療所」を含む。

（出典：令和５年医療施設調査）

歯科系の診療科を標榜する病院の年次推移

○　令和５年において、歯科系の診療科（歯科、歯科口腔外科、小児歯科、矯正歯科のいずれか）を標榜する病院は1,823施設であり、病院全体の約２割である。

○　平成29年からの年次推移については、ほぼ横ばい傾向にある。

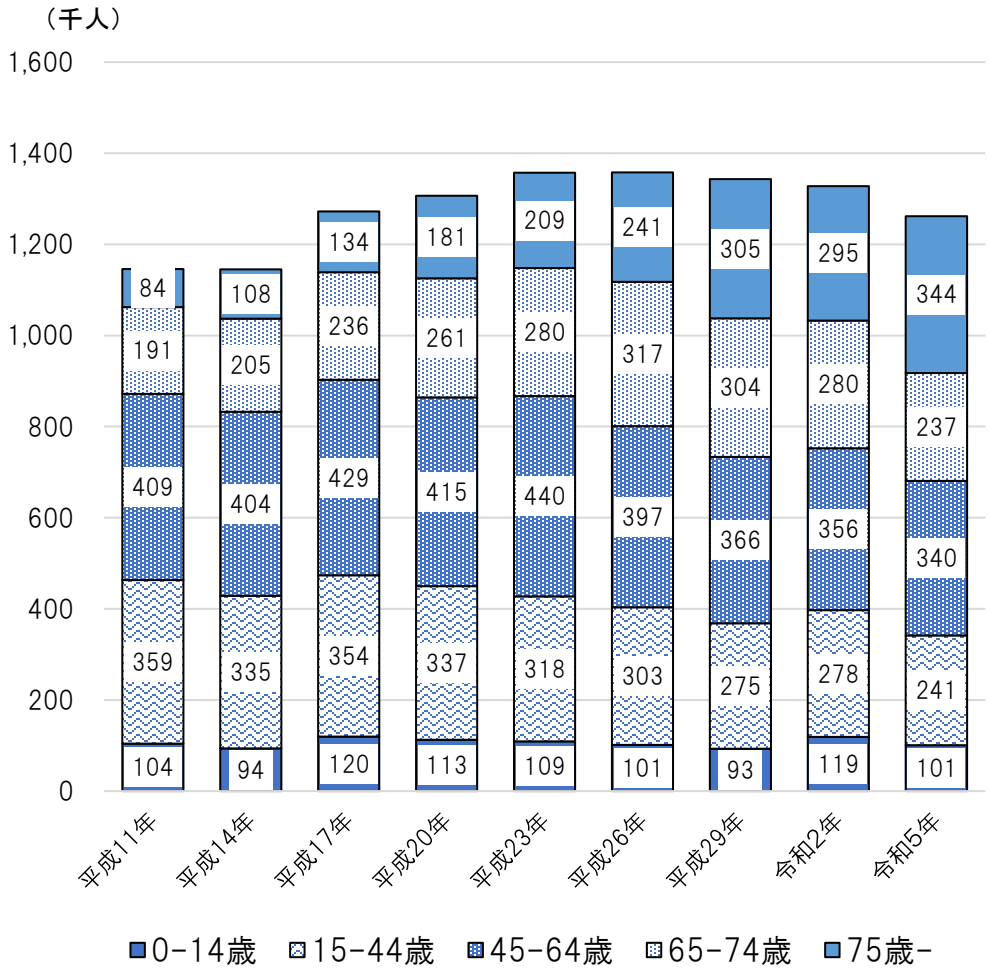


出典：歯科系の診療科を標榜する病院数は厚生労働省「医療施設調査」について、医政局歯科保健課において特別集計

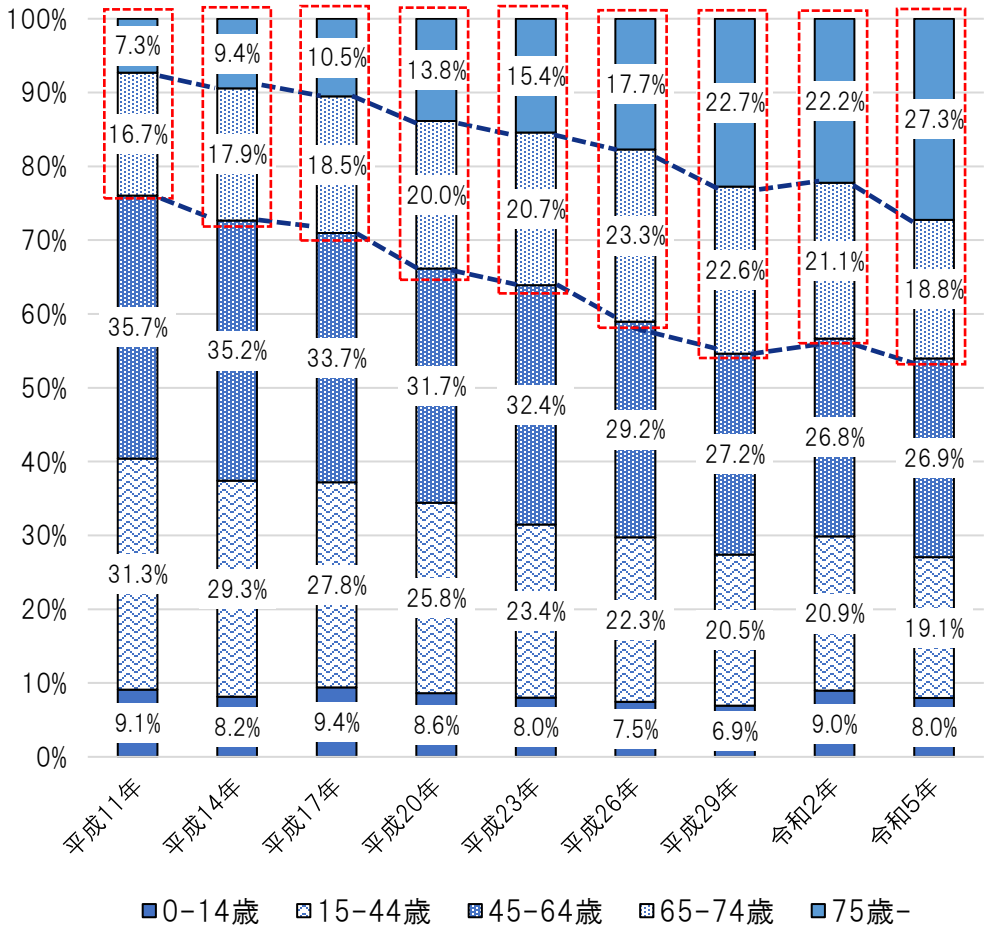
年齢階級別の推計患者数の年次推移

○　推計患者数は、平成26年をピークに緩やかに減少している。
○　年齢階級別の推計患者の割合は、65歳以上が増加している。

＜歯科診療所の年齢階級別推計患者数＞



＜歯科診療所の年齢階級別推計患者割合＞



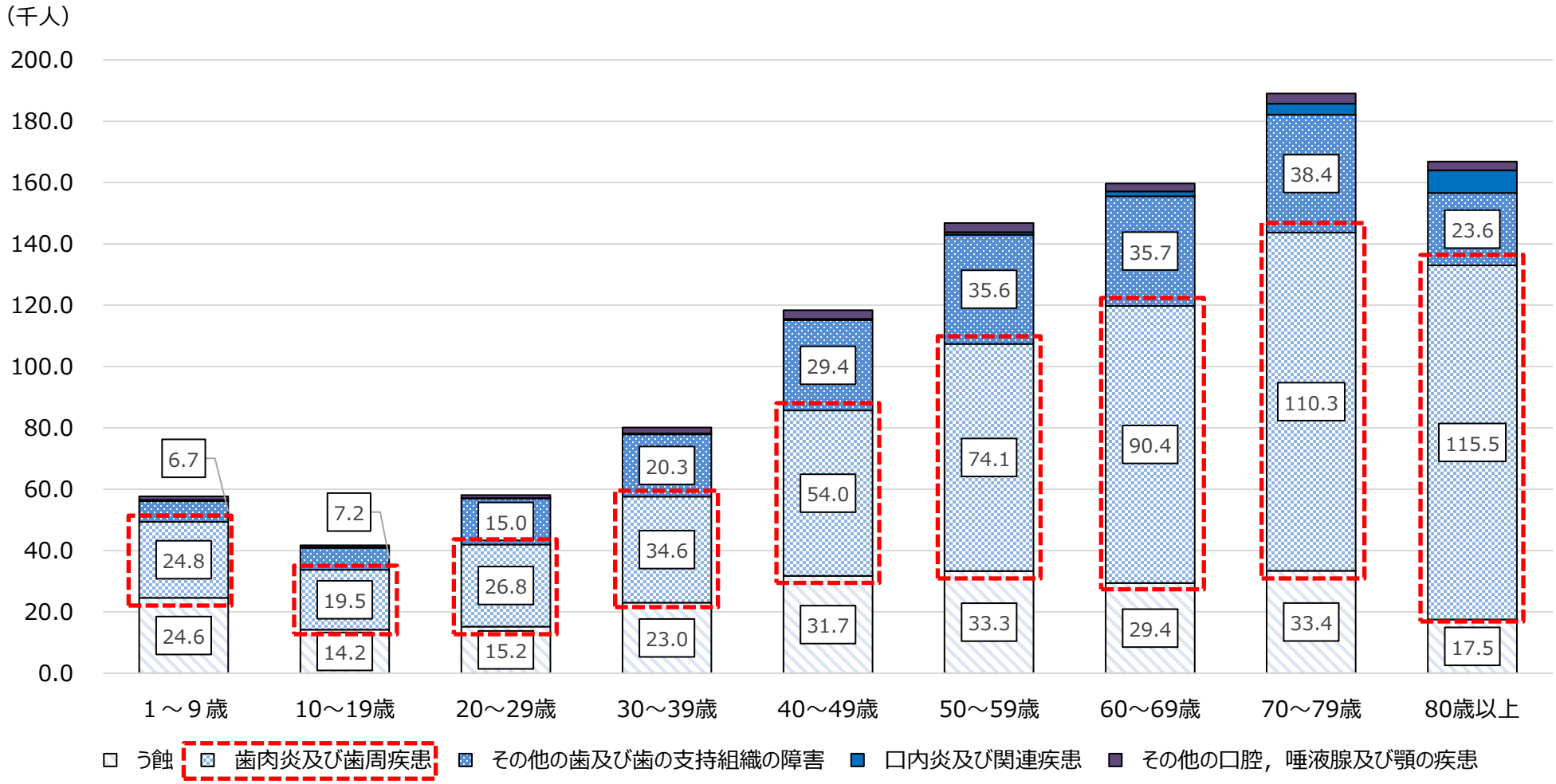
※推計患者：調査日当日に、歯科診療所で受療した患者の推計数
※不詳は除いた数又は割合

（出典：患者調査）

歯科疾患に係る患者数（１日あたり・総数）

○　歯科疾患に係る患者数は、年齢とともに増加し、70～79歳でピークとなり、その内訳は、「歯肉炎及び歯周疾患」（歯周病）が全ての年齢階級において最も多くなっている。

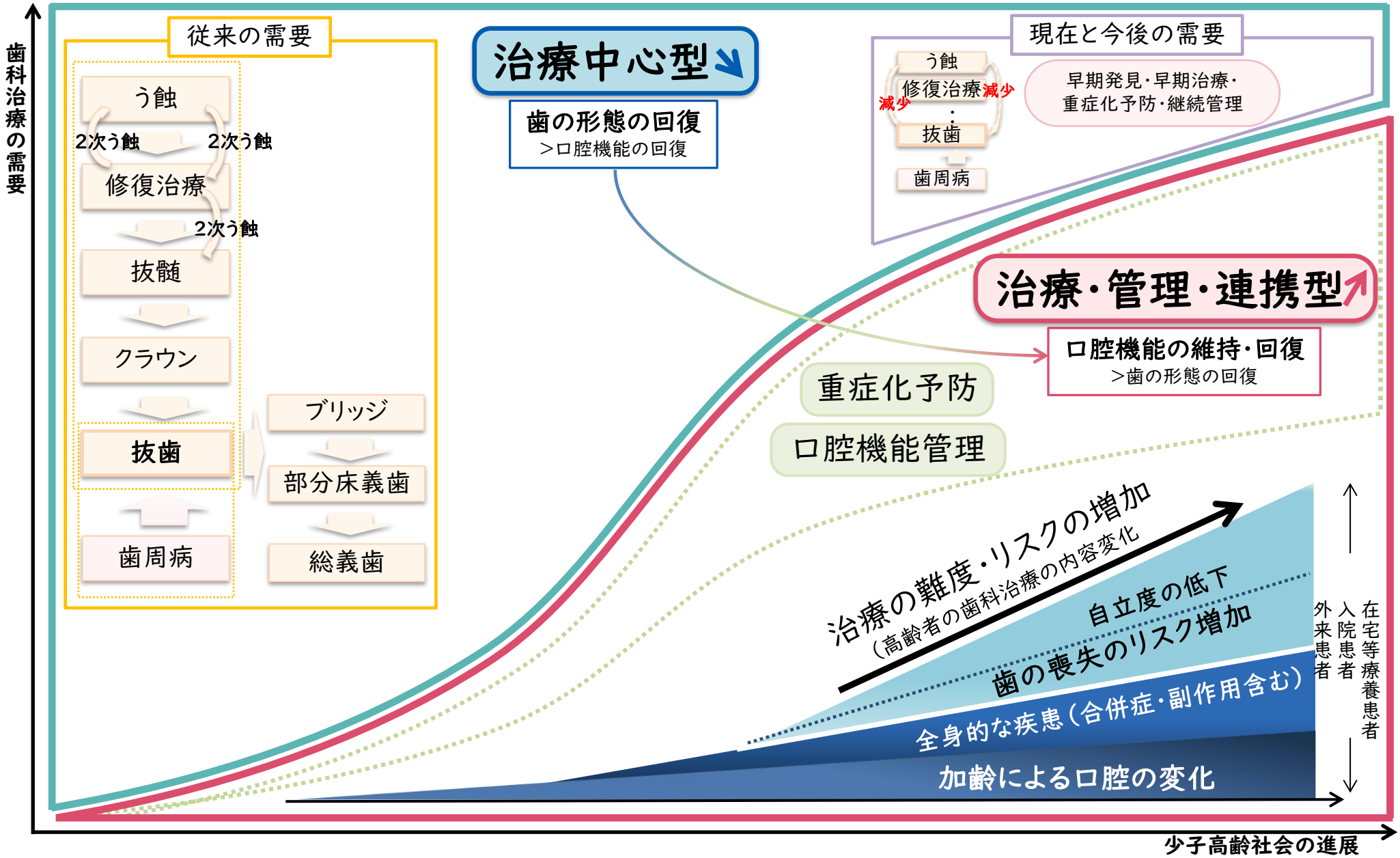
○　50歳以降では、歯周病に次いで、「その他の歯及び歯の支持組織の障害」が多い。



※「その他の歯及び歯の支持組織の障害」：（例）歯の発育異常及び萌出障害、不正咬合　等
※「その他の口腔、唾液腺及び顎の疾患」：（例）顎嚢胞、顎骨骨髄炎、唾液腺炎、舌炎　等

（出典：令和５年患者調査）

歯科治療の需要の将来予想（イメージ）

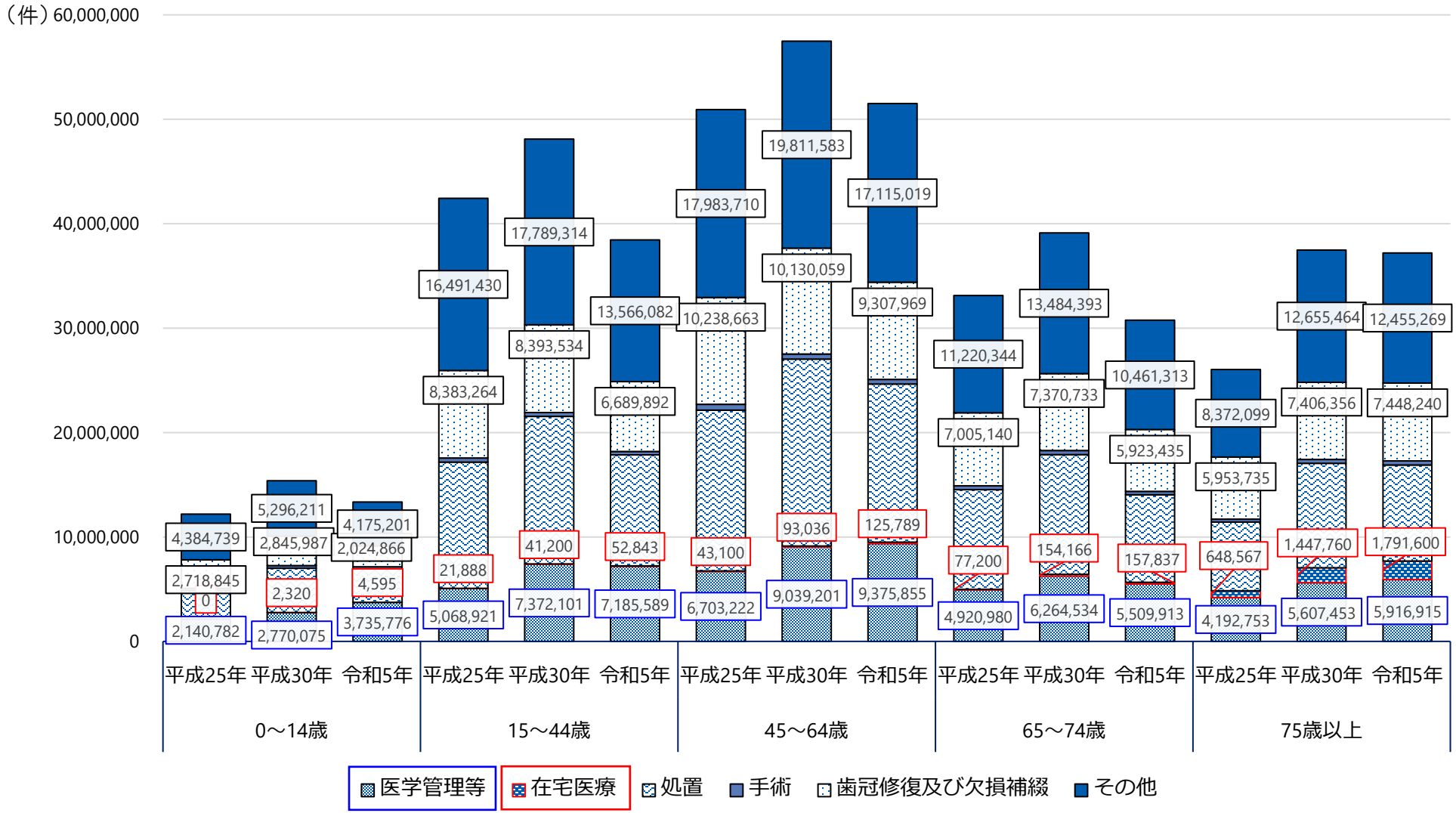


診療行為別件数（年齢階級別）

○　各年齢階級とも、「在宅医療」の件数は近年増加している。※在宅医療：歯科訪問診療料、訪問歯科衛生指導料　等

○　乳幼児期から成人期（０～64歳）において、「医学管理等」の占める割合が近年増加している。

※医学管理等：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、診療情報等連携共有料　等



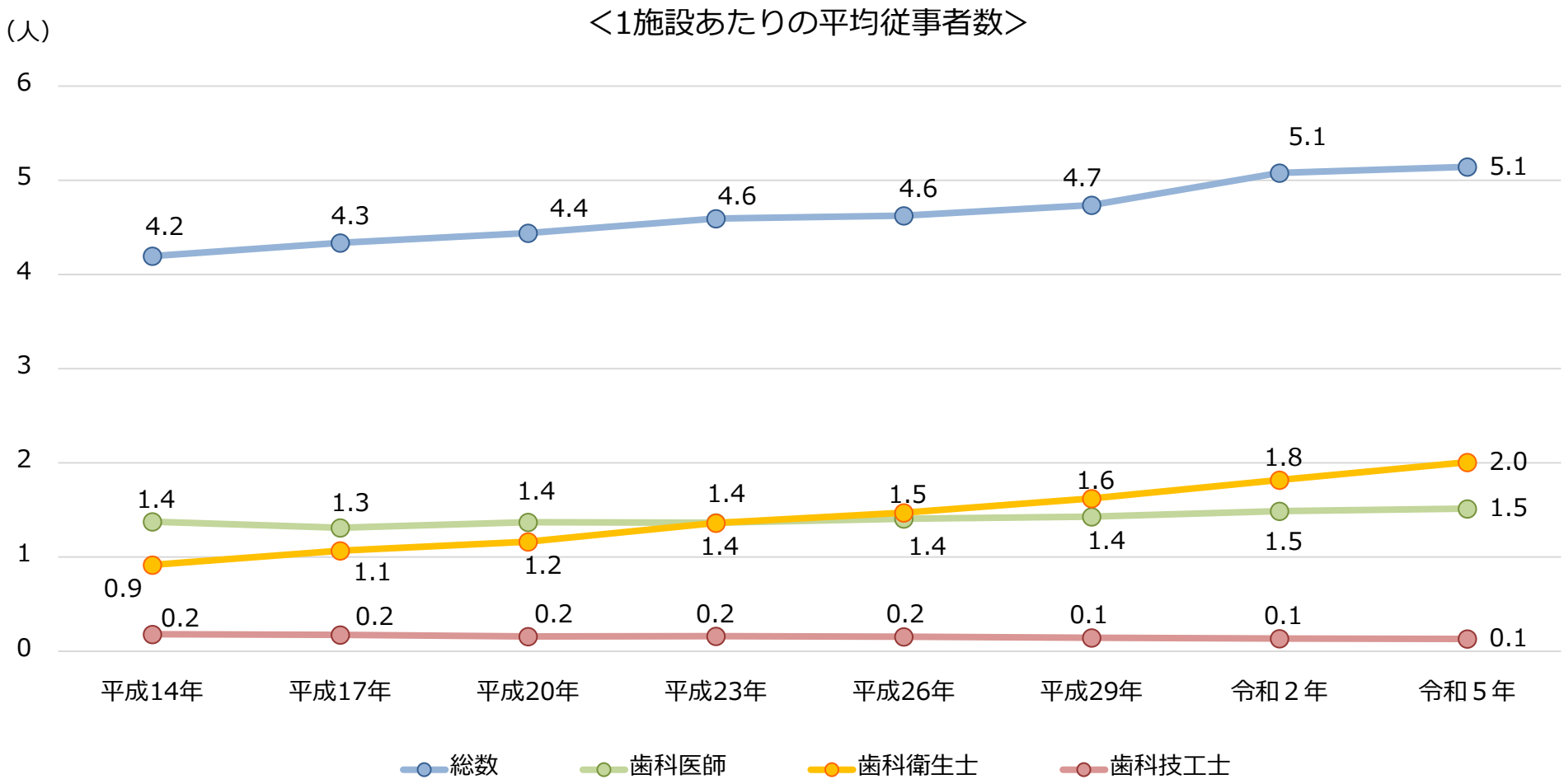
出典：社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（令和5年まで）（各年６月審査分）

歯科診療所の従事者数の推移

○　令和５年の歯科診療所の常勤換算の従事者数（総数）の平均は5.1人であり、小規模事業所が多い。

○　１診療所あたりの平均歯科医師数は1.5人であり、近年横ばいである。

○　一方、平均歯科衛生士数は2.0人であり、平成14年の0.9人から約２倍に増加している。



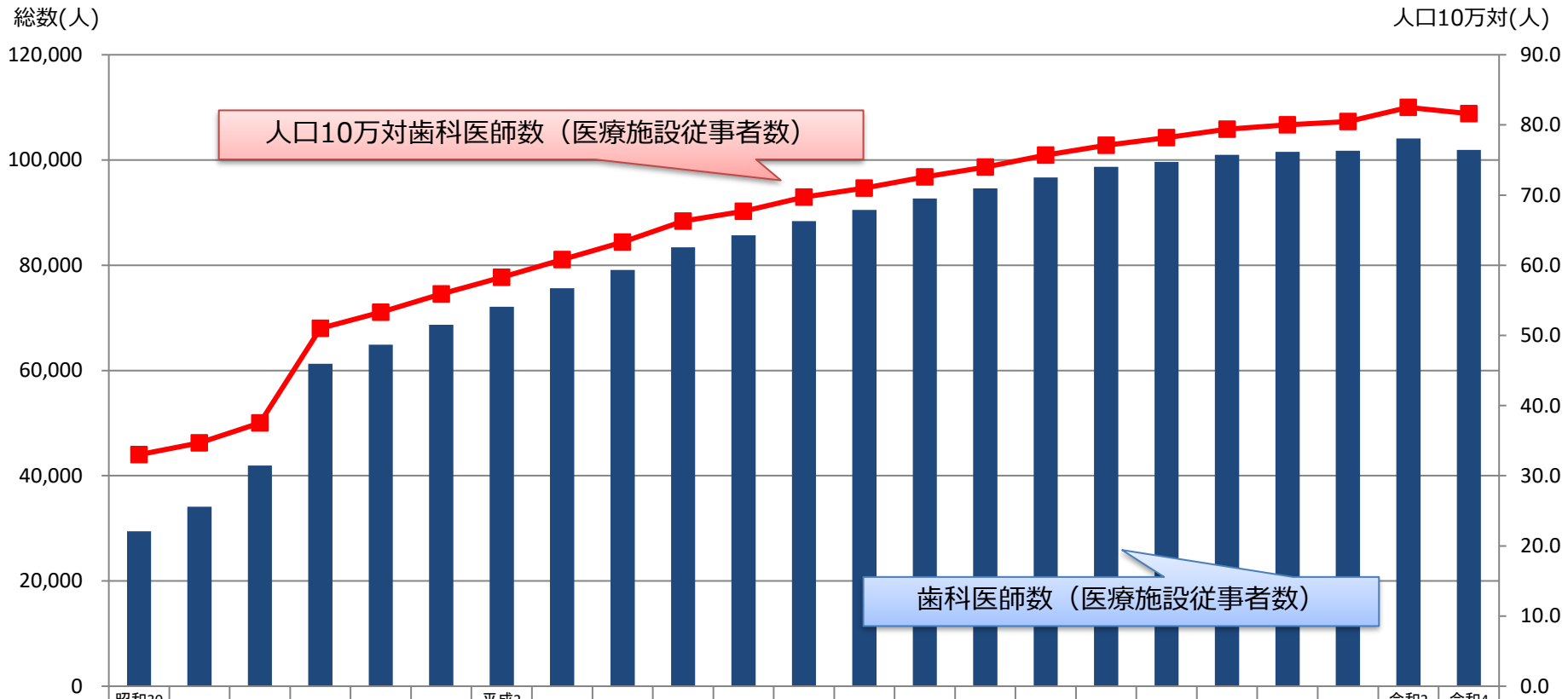
（出典：医療施設調査）

歯科医師数（医療施設従事者数）の年次推移

第10回歯科医療提供体制等に関する検討会
（令和６年12月25日）資料１

○　令和４年の**歯科医師総数は105,267人**、そのうち**医療施設従事者数は101,919人**

○　人口10万対歯科医師数（医療施設従事者数）は、
昭和50年：**37.5人**→平成２年：**58.3人**→平成12年：**69.7人**→平成22年：**77.1人**→令和４年：**81.6人**



	昭和30年	40年	50年	59年	61年	63年	平成2年	4年	6年	8年	10年	12年	14年	16年	18年	20年	22年	24年	26年	28年	30年	令和2年	令和4年
歯科医師数（医療施設従事者数）	29,422	34,127	41,951	61,283	64,904	68,692	72,087	75,628	79,091	83,403	85,669	88,410	90,499	92,696	94,593	96,674	98,723	99,659	100,965	101,551	101,777	104,118	101,919
【参考】歯科医師数（総数）	31,109	35,558	43,586	63,145	66,797	70,572	74,028	77,416	81,055	85,518	88,061	90,857	92,874	95,197	97,198	99,426	101,576	102,551	103,972	104,533	104,908	107,443	105,267
人口10万対歯科医師数（医療施設従事者数）	33.0	34.7	37.5	51.0	53.3	55.9	58.3	60.8	63.3	66.3	67.7	69.7	71.0	72.6	74.0	75.7	77.1	78.2	79.4	80.0	80.5	82.5	81.6

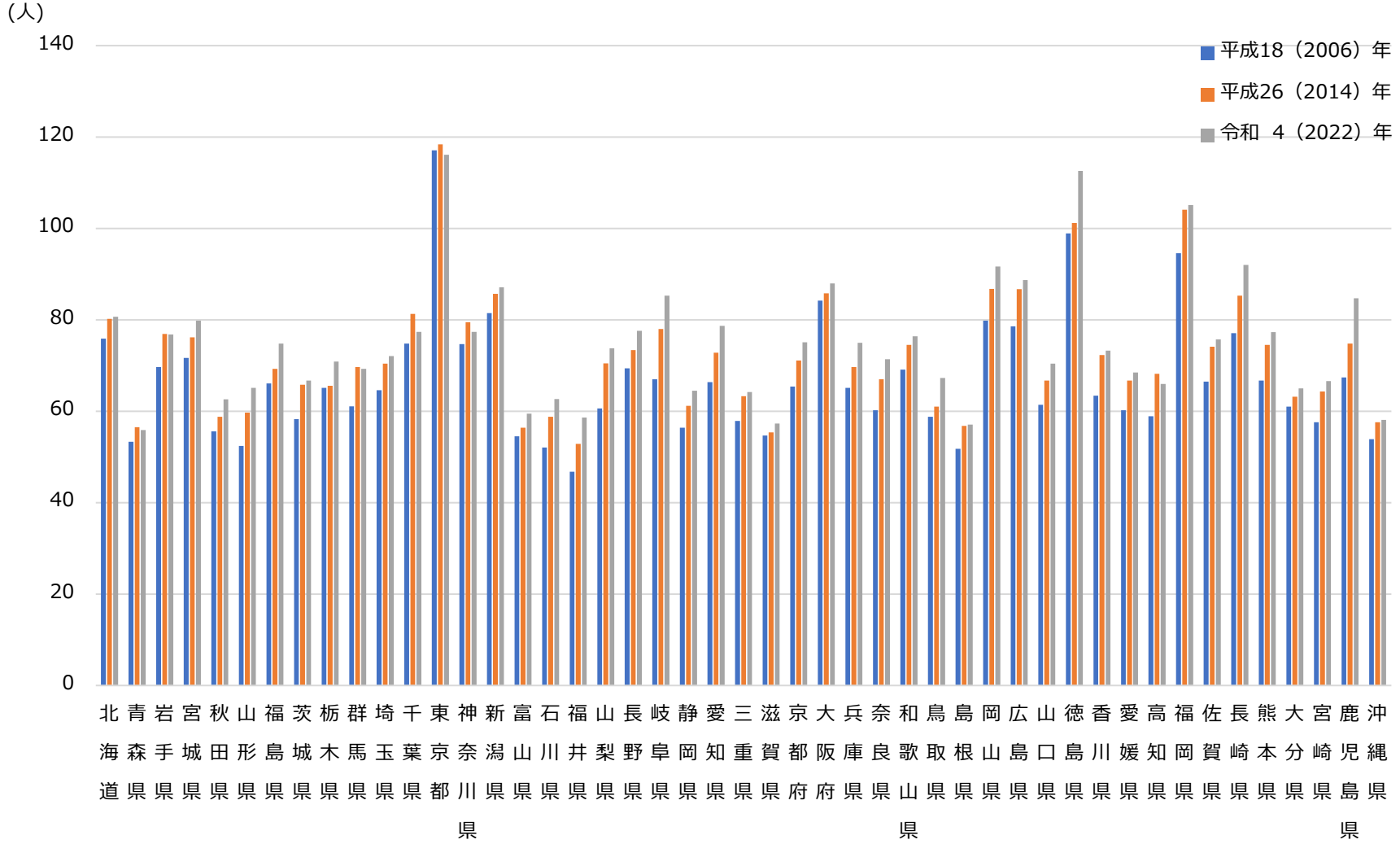
（出典：医師・歯科医師・薬剤師統計）

歯科医師数（人口10万対医療施設従事者数）の年次推移【都道府県別】

第10回歯科医療提供体制等に関する検討会
（令和６年12月25日）資料１

○　令和４年において、歯科医師数（人口10万体医療施設従事者）が最も多い都道府県は東京都の116.1人、最も少ない都道府県は青森県の55.9人と都道府県間で差がある。

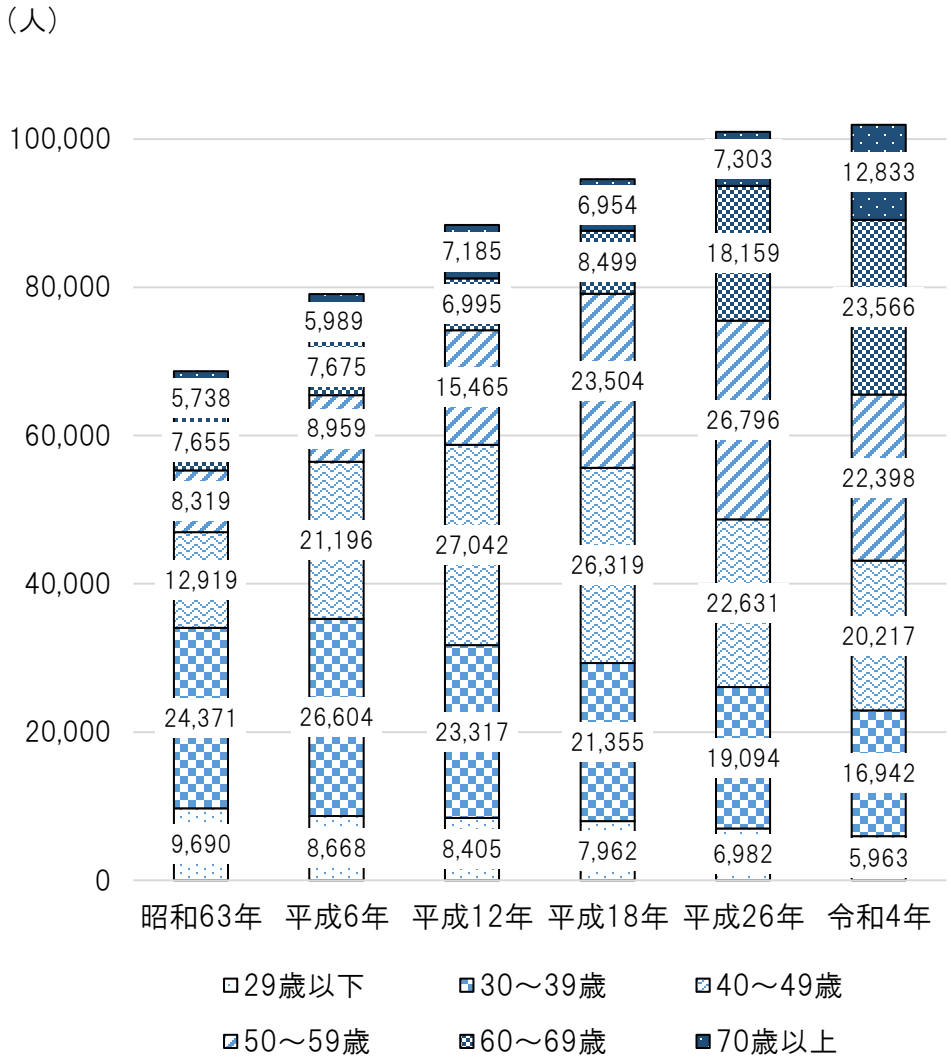
○　年次推移については、全体的に増加傾向にあるが、一部減少している都道府県もある。

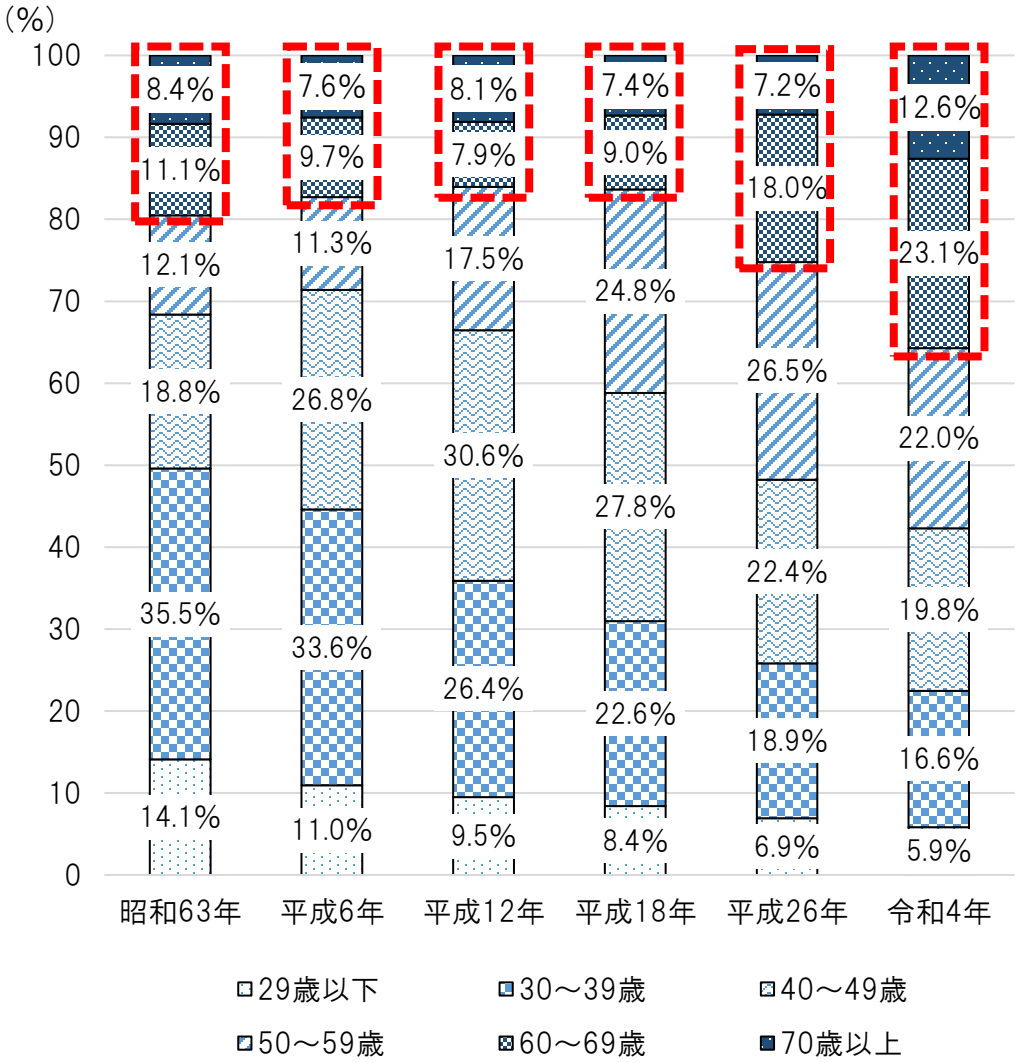


（出典：医師・歯科医師・薬剤師統計）

歯科医師（総数）の年齢階級別の年次推移

○　近年、60歳以上の歯科医師数の割合が増加傾向であり、令和４年においては、歯科医師総数の35.7%を占める。（70歳以上は12.6%）



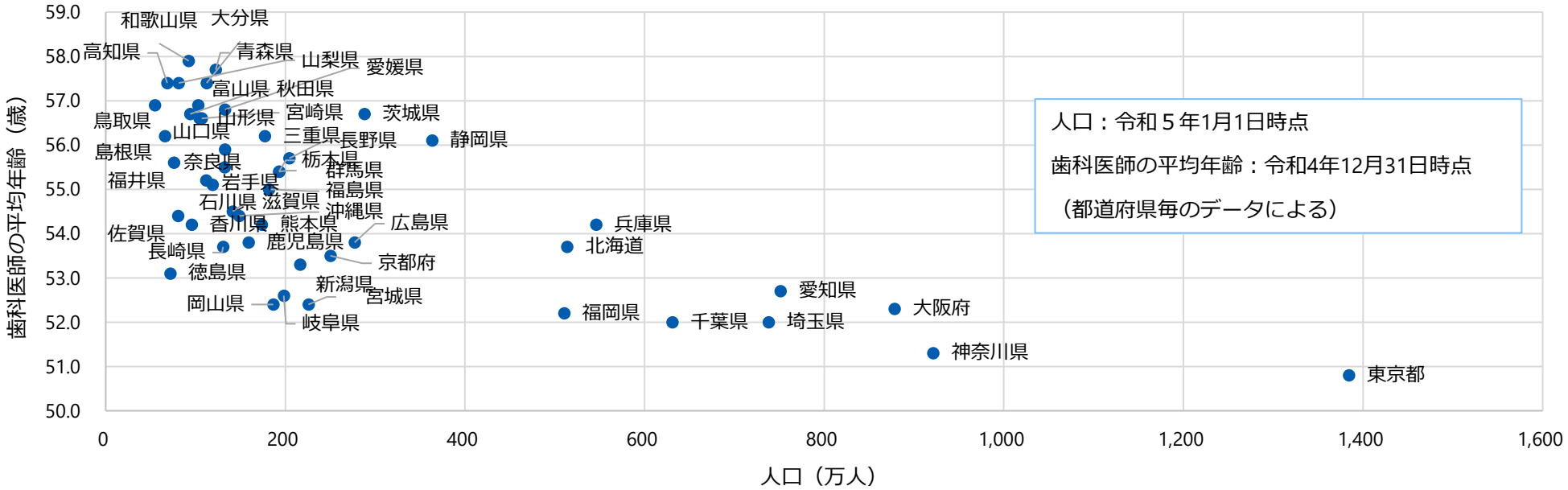


（出典：医師・歯科医師・薬剤師統計）

人口規模と歯科医師の平均年齢

○　人口が少ない地域ほど、歯科医師の平均年齢は高く、高齢化が顕著である。
○　20年間の比較においても、人口減少地域ほど歯科医師の高齢化の進行も顕著である。

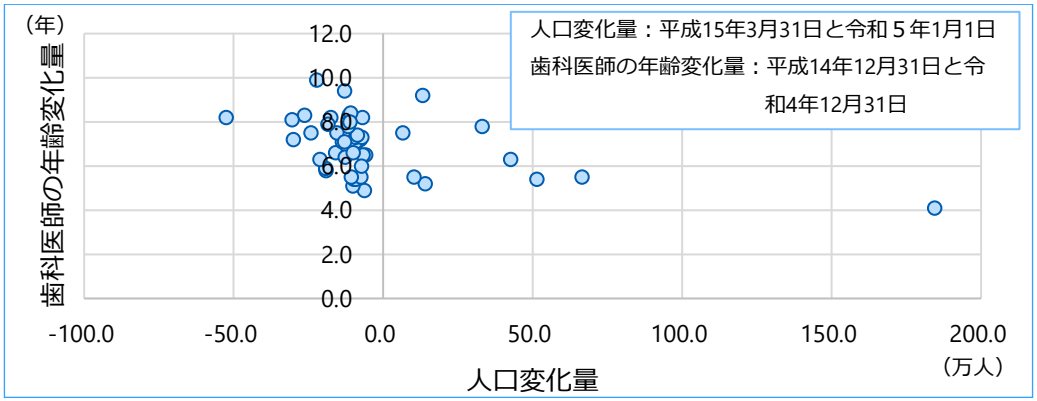
人口と歯科医師の平均年齢



○令和4年度の人口規模と歯科医師の平均年齢については、都道府県ごとのデータによる相関分析の結果、負の相関※がみられた。
（Spearmanの順位相関係数:R =－0.673, p<0.01）　　※人口規模が小さいほど歯科医師の平均年齢は高い。

20年間の人口と歯科医師の平均年齢の変化の相関

○令和4年度と平成14年度の人口の変化量、歯科医師の平均年齢の変化量について、都道府県ごとのデータによる相関分析の結果、負の相関※がみられた。
（Spearmanの順位相関係数:R =－0.431, p<0.01）
※人口減少が進行した地域ほど歯科医師の高齢化も進行している。

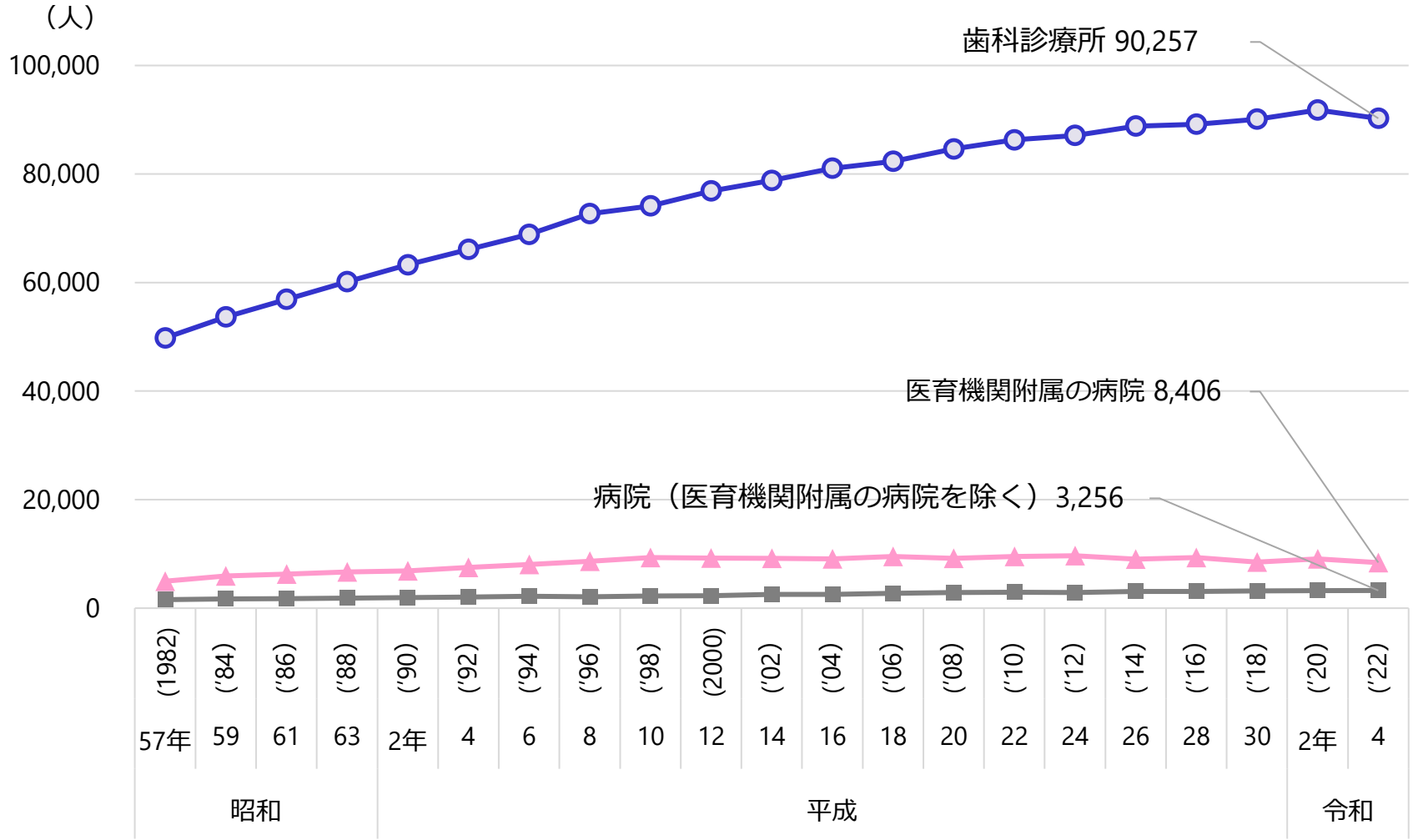


出典：医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）、住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査（総務省）

施設の種別にみた歯科医師数の年次推移

○　主に従事している施設の種別に歯科医師数をみると、「歯科診療所」90,257 人が最も多く、「医育機関附属の病院」8,406 人、「病院（医育機関附属の病院を除く）」3,256 人となっている。

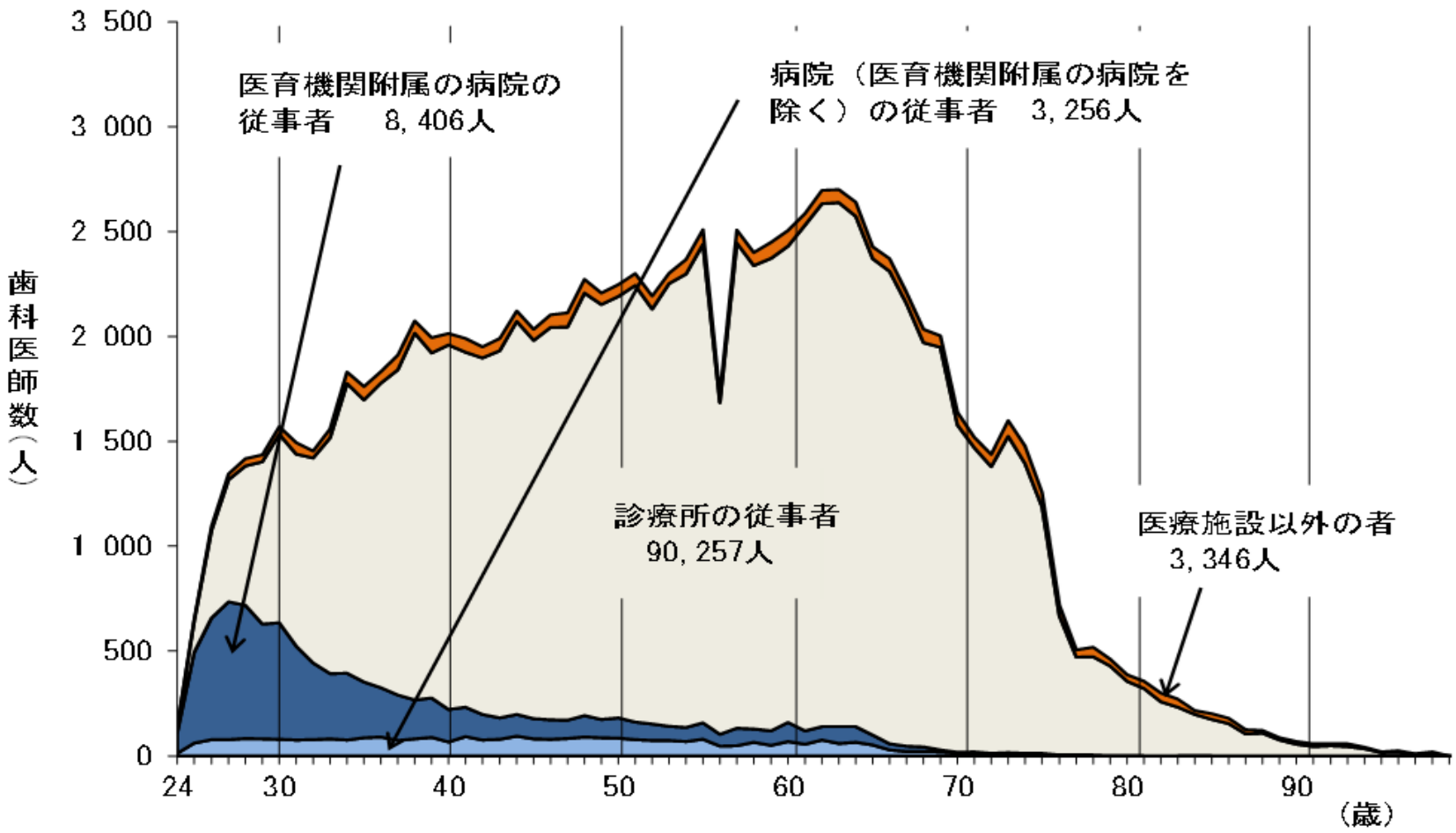
○　年次推移でみても、「歯科診療所」を主たる従事先とする歯科医師が最も多い。



出典：医師・歯科医師・薬剤師統計
（各年12月31日現在）

施設の種別・年齢別にみた歯科医師数（R4）

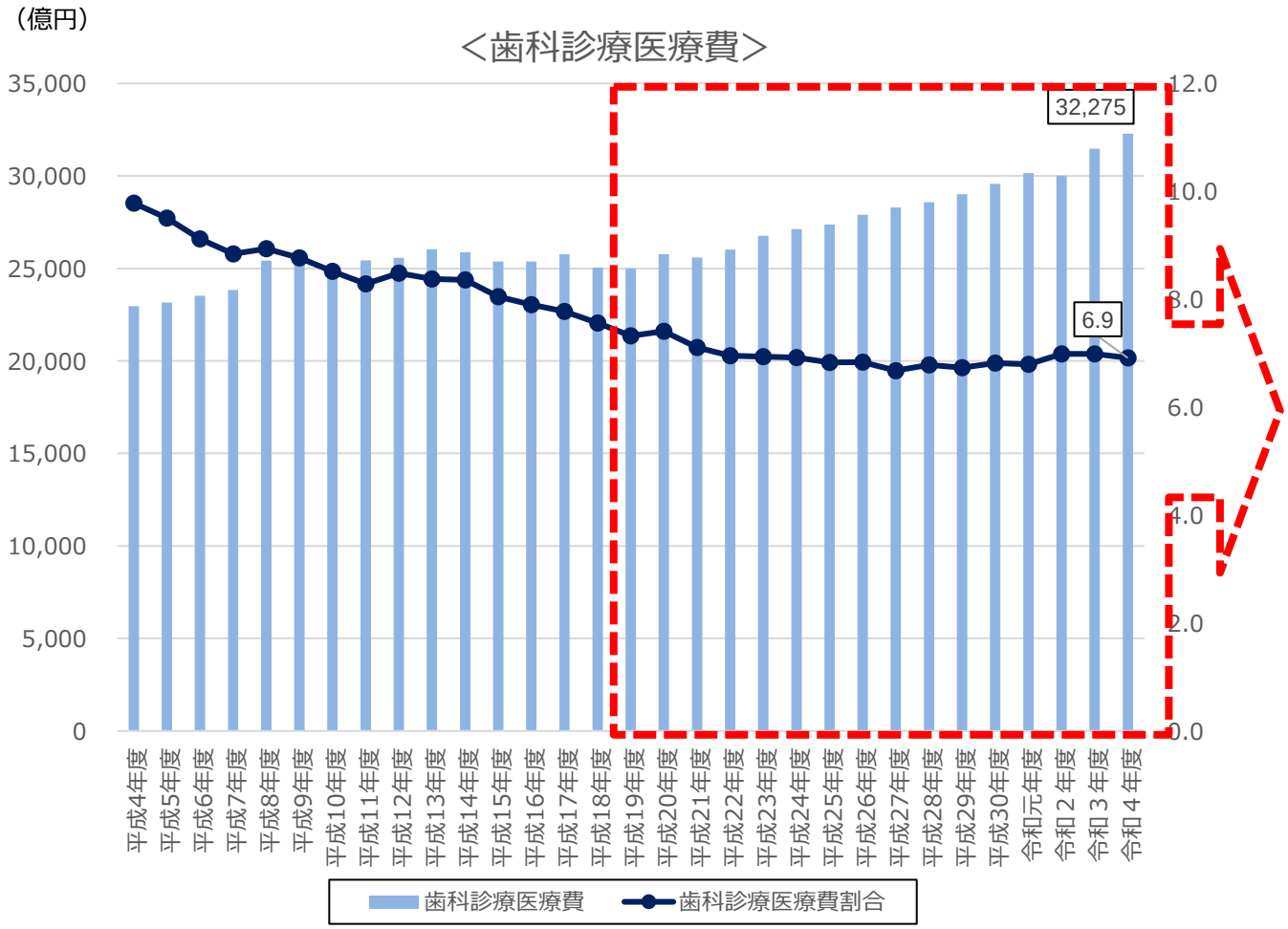
○　歯科診療所の従事者で最も多い年齢層は60～69歳、病院（医育機関附属の病院を除く）の従事者で最も多い年齢層は40～49歳である。歯科診療所の従事者数は、76歳以降になると大きく減少する。

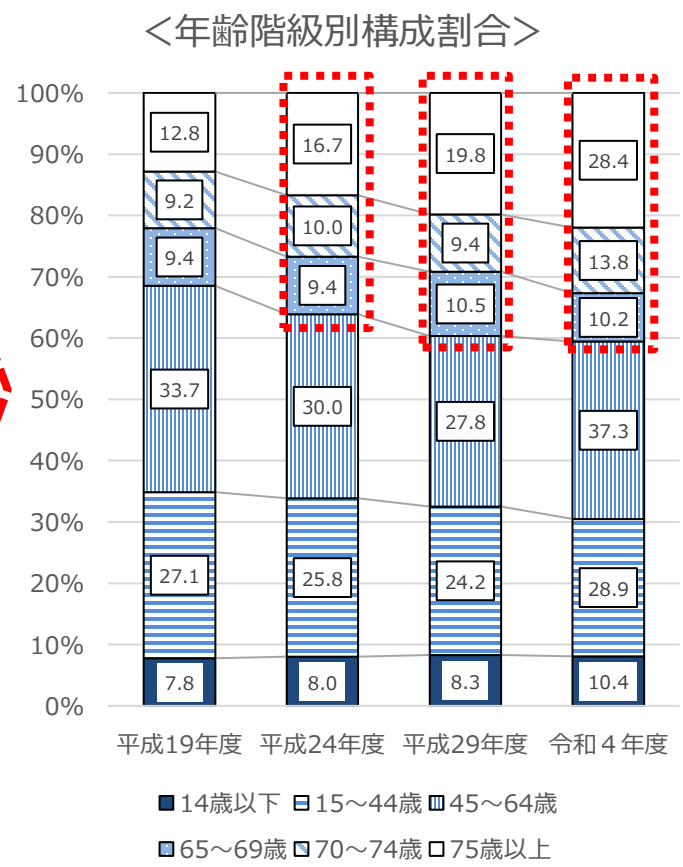


出典：令和4(2022)年医師・歯科医師・薬剤師統計　参考表
https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/22/xls/R04_sankou.xlsx

歯科診療医療費の推移

○　歯科診療医療費は**約３.２兆円（令和４年度）で、65歳以上の高齢者における歯科医療費は増加傾向**である。
○　国民医療費に占める歯科診療医療費は、約6.9%（令和４年度）となっている。

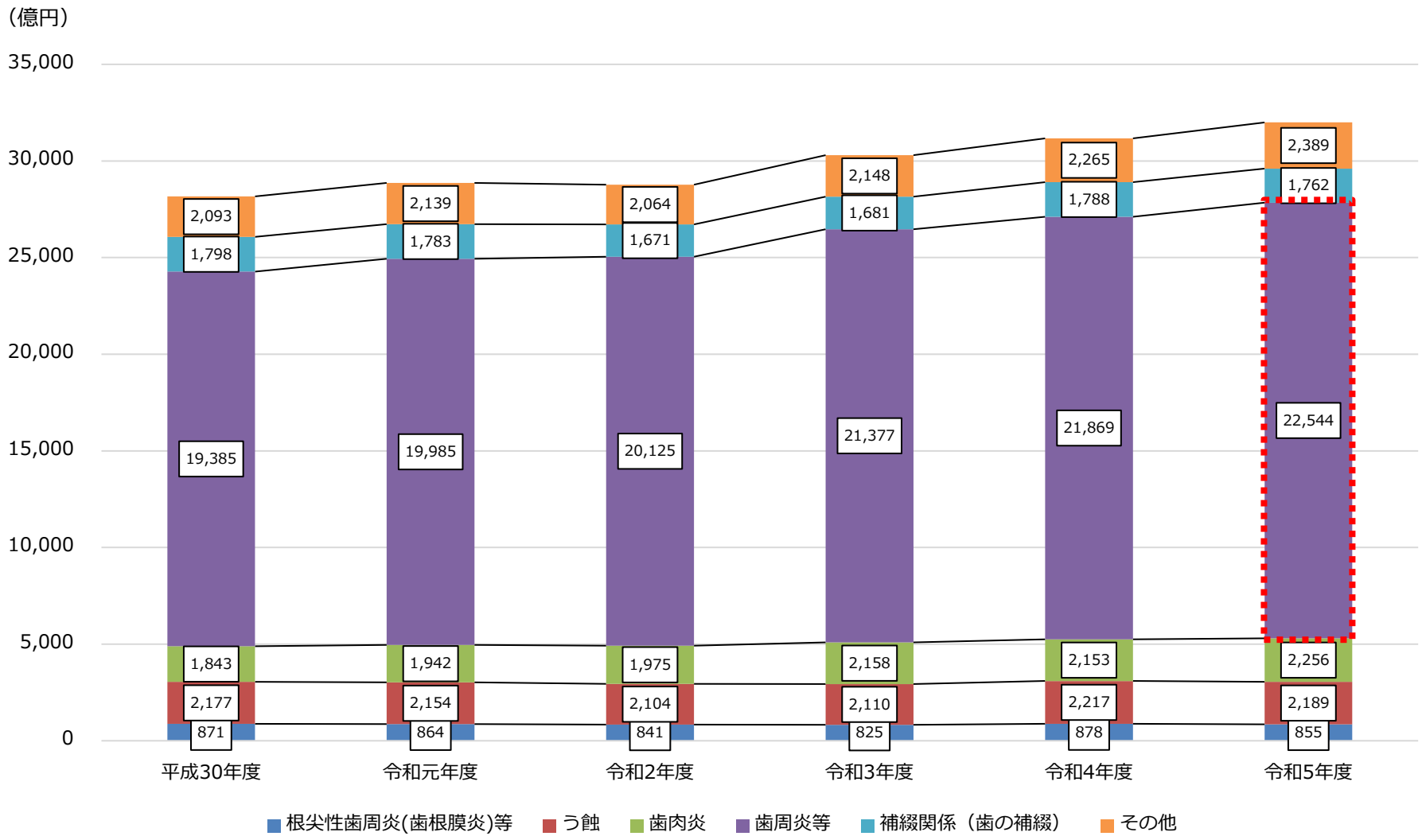




出典：国民医療費

疾患別歯科診療医療費の推移

○　疾患別歯科医療費をみると、歯周病（歯肉炎、歯周炎等）の歯科診療医療費が増加しており、歯周炎等は歯科診療医療費全体の約７割を占めている。



出典：歯科医療費（電算処理分）の動向（令和４年度･令和５年度）

1　歯科医療を取り巻く現状及び歯科医療提供体制

2　今後の歯科治療の需要や歯科医療提供体制等を踏まえた次期診療報酬改定に向けた論点

○在宅歯科医療

○障害者歯科医療

○歯科疾患・口腔機能の管理等の生活の質に配慮した歯科医療

○へき地等歯科医療

○多職種連携

○歯科衛生士・歯科技工士の定着・確保

○歯科治療のデジタル化等

※「在宅歯科医療」は「在宅」シリーズの中で議論

歯科診療時に特別な対応が必要な患者の評価の見直し

歯科診療特別対応加算の見直し④

◆　歯科診療特別対応加算

［算定要件（通知抜粋）］※初診料（（20）以外は初診料・再診料、歯科訪問診療料共通、（20）は初診料・再診料のみ）

（16）「著しく歯科治療が困難な患者」とは、次に掲げる状態又は準ずる状態をいう。

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や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　日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ歯科診療に際して家族等の援助を必要とする状態

ホ　人工呼吸器を使用している状態又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

ヘ　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

ト　次に掲げる感染症※の患者であって、標準予防策に加えて、空気感染対策、飛沫感染対策、接触感染対策など当該感染症の感染経路等の性質に応じて必要な感染対策を講じた上で歯科診療を行う必要があるもの

※歯科診療特別対応加算の「ト」に該当する感染症

ア　狂犬病、　イ　鳥インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く。）、　ウ　エムポックス、
エ　重症熱性血小板減少症候群（病原体がフレボウイルス属ＳＦＴＳウイルスであるものに限る。）、
オ　腎症候性出血熱、　カ　ニパウイルス感染症、　キ　ハンタウイルス肺症候群、　ク　ヘンドラウイルス感染症、
ケ　インフルエンザ（鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。）、　コ　後天性免疫不全症候群（ニューモシスチス肺炎に限る。）、　サ　麻しん、　シ　メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症、　ス　ＲＳウイルス感染症、
セ　カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症、ソ　感染性胃腸炎（病原体がノロウイルスであるものに限る。）、
タ　急性弛緩性麻痺（急性灰白髄炎を除く。病原体がエンテロウイルスによるものに限る。）、
チ　新型コロナウイルス感染症、　ツ　侵襲性髄膜炎菌感染症、　テ　水痘、　ト　先天性風しん症候群、
ナ　バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症、　ニ　バンコマイシン耐性腸球菌感染症、　ヌ　百日咳、　ネ　風しん、
ノ　ペニシリン耐性肺炎球菌感染症、　ハ　無菌性髄膜炎（病原体がパルボウイルスＢ19 によるものに限る。）、
ヒ　薬剤耐性アシネトバクター感染症、　フ　薬剤耐性緑膿菌感染症、　ヘ　流行性耳下腺炎、
ホ　感染症法第６条第３項に規定する二類感染症

（18）**歯科診療特別対応加算２**の**「個室若しくは陰圧室において診療を行う必要性が特に高い患者」**については、（16）のトに規定する感染症の患者であって、**医学的に他者へ感染させるおそれがあると認められるもの**をいう。

（19）**歯科診療特別対応加算３**は、**感染症法律第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、感染対策を実施した上で歯科診療を行った場合に加算する。

（20）歯科診療特別対応加算１、歯科診療特別対応加算２又は歯科診療特別対応加算３を算定する場合において、当該患者の診療に要した時間が１時間を超えた場合は、30分又はその端数を増すごとに、100点を更に所定点数に加算する。

1　歯科医療を取り巻く現状及び歯科医療提供体制

2　今後の歯科治療の需要や歯科医療提供体制等を踏まえた次期診療報酬改定に向けた論点

○在宅歯科医療

○障害者歯科医療

○歯科疾患・口腔機能の管理等の生活の質に配慮した歯科医療

○へき地等歯科医療

○多職種連携

○歯科衛生士・歯科技工士の定着・確保

○歯科治療のデジタル化等

※「在宅歯科医療」は「在宅」シリーズの中で議論

ライフステージに応じた口腔機能管理の推進

小児口腔機能管理料の見直し

- 小児口腔機能管理料について、指導訓練が実施されるようになってきた診療実態を踏まえて、要件及び評価を見直す。

現行

【小児口腔機能管理料】

100点

［算定要件］

注１　歯科疾患管理料又は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18歳未満の児童に対して、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。

（新設）

（新設）

改定後

【小児口腔機能管理料】

60点

［算定要件］

注１　歯科疾患管理料又は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18歳未満の児童に対して、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、**当該管理計画に基づき、口腔機能の管理**を行った場合に、月１回に限り算定する。

３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関において、口腔機能の管理を行った場合は、口腔管理体制強化加算として、50点を所定点数に加算する。

５ 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、特に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もの（過去に小児口腔機能管理料を算定した患者に限る。）に対して、小児口腔機能管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、53点を算定する。

ライフステージに応じた口腔機能管理の推進

口腔機能管理料の見直し

- 小児口腔機能管理料について、指導訓練が実施されるようになってきた診療実態を踏まえて、要件及び評価を見直す。

現行

【口腔機能管理料】

100点

［算定要件］

注１　歯科疾患管理料又は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18歳未満の児童に対して、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。

（新設）

（新設）

改定後

【口腔機能管理料】

60点

［算定要件］

注１　歯科疾患管理料又は歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、口腔機能の低下を来しているものに対して、口腔機能の回復又は維持を目的として、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、**当該管理計画に基づき、口腔機能の管理**を行った場合に、月１回に限り算定する。

３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関において、口腔機能の管理を行った場合は、口腔管理体制強化加算として、50点を所定点数に加算する。

５ 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、特に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もの（過去に口腔機能管理料を算定した患者に限る。）に対して、口腔機能管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、53点を算定する。

歯科固有の技術の評価の見直し

小児保隙装置の適用拡大

➢ 小児保隙装置について、第二乳臼歯が早期喪失した場合に第一大臼歯を支台とするものを適用に追加する。

現行

【小児保隙装置】

［算定要件（通知）］

（１）　小児保隙装置は、う蝕等によって乳臼歯１歯が早期に喪失した症例に対して乳臼歯に装着されるループが付与されたクラウン（又はバンド状の装置）を装着した場合に算定する。

改定後

【小児保隙装置】

［算定要件（通知）］

（１）　小児保隙装置は、う蝕等によって乳臼歯１歯が早期に喪失した症例に対して乳臼歯**又は第一大臼歯**に装着されるループが付与されたクラウン（又はバンド状の装置）を装着した場合に算定する。

第一乳臼歯を支台とした装置

第一大臼歯を支台とした装置

歯科固有の技術の評価の見直し

歯科矯正相談料の新設

- 学校歯科健診で不正咬合の疑いがあると判断され、歯科医療機関を受診した患者に対して、歯科矯正治療の保険適用の可否を判断するために必要な検査・診断等を行う場合について、新たな評価を行う。

（新）　歯科矯正相談料

１　歯科矯正相談料１	**420点**
２　歯科矯正相談料２	**420点**

［算定要件］

注１　１については、**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、**第13部に掲げる歯科矯正の適応となる咬合異常又は顎変形症が疑われる患者**に対し、歯・歯列の状態、咬合状態又は顎骨の形態等の分析及び診断を行い、当該患者に対し、診断結果等を文書により提供した場合に、年度に１回に限り算定する。

２　２については、**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以外の保険医療機関**において、**第13部に掲げる歯科矯正の適応となる咬合異常又は顎変形症が疑われる患者**に対し、歯・歯列の状態、咬合状態又は顎骨の形態等の分析及び診断を行い、当該患者に対し、診断結果等を文書により提供した場合に、年度に１回に限り算定する。

３　区分番号Ｅ０００の１に掲げる単純撮影若しくは２に掲げる特殊撮影又は区分番号Ｅ１００の１に掲げる単純撮影若しくは２に掲げる特殊撮影は別に算定できる。

４　保険医療材料料は、所定点数に含まれる。

1　歯科医療を取り巻く現状及び歯科医療提供体制

2　今後の歯科治療の需要や歯科医療提供体制等を踏まえた次期診療報酬改定に向けた論点

○在宅歯科医療

○障害者歯科医療

○歯科疾患・口腔機能の管理等の生活の質に配慮した歯科医療

○へき地等歯科医療

○多職種連携

○歯科衛生士・歯科技工士の定着・確保

○歯科治療のデジタル化等

※「在宅歯科医療」は「在宅」シリーズの中で議論

医科歯科連携の推進

周術期等口腔機能管理の推進③

➢ 放射線治療等を実施する入院中の患者に対する評価として、周術期等口腔機能管理料（Ⅳ）を新設し、入院中の患者に対する算定回数制限を見直す。

（新）　周術期等口腔機能管理料（Ⅳ）　200点

［算定要件］

注１　放射線治療等を実施する患者の口腔機能を管理するため、周術期等口腔機能管理計画策定料の注１に規定する管理計画に基づき、他の保険医療機関又は同一の保険医療機関に**入院中の患者であって、放射線治療等を実施するもの**に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、**周術期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から起算して３月以内においては月２回に限り**、その他の月においては月１回に限り算定する。

2　周術期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から起算して６月を超えて注１に規定する管理を行った場合は、長期管理加算として50点を所定点数に加算する。

3　周術期等口腔機能管理料(Ⅳ)を算定した月において、歯科疾患管理料、小児口腔機能管理料、口腔機能管理料、回復期等口腔機能管理料、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及び歯科矯正管理料は算定できない。

回復期等の患者に対する口腔機能管理の推進

回復期リハビリテーション病棟等に入院する患者に対する口腔機能管理等の評価①

➢ 回復期医療・慢性期医療を担う病院における歯科の機能を評価し、リハビリテーション、栄養管理、口腔管理の一体的な取組を推進する観点から、リハビリテーション病棟等に入院する患者に対する口腔機能管理・口腔衛生管理についての評価を新設する。

（新）　回復期等口腔機能管理計画策定料　300点

［算定要件］

注１　**療養病棟入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料又は地域包括ケア病棟入院料を算定する患者**に対して、歯科診療を実施している保険医療機関において、リハビリテーション等を行う保険医療機関からの文書による依頼に基づき、当該患者又はその家族の同意を得た上で、回復期等の口腔機能の評価及び一連の管理計画を策定するとともに、その内容について説明を行い、当該管理計画を文書により提供した場合に、**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。

２　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に規定する加算及び退院時共同指導料２は、別に算定できない。

（新）　回復期等口腔機能管理料　200点

［算定要件］

注１　**療養病棟入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料又は地域包括ケア病棟入院料を算定する患者**の口腔機能を管理するため、歯科診療を実施している保険医療機関において、回復期等口腔機能管理計画策定料の注１に規定する管理計画に基づき、リハビリテーション等を行う他の保険医療機関又は同一の保険医療機関に入院中の患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、かつ、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は、当該患者につき、**回復期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から月１回**に限り算定する。

２　回復期等口腔機能管理料を算定した月において、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）、周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）、周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）、歯科特定疾患療養管理料、歯科治療時医療管理料、がん治療連携指導料、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及び歯科矯正管理料は算定できない。

1　歯科医療を取り巻く現状及び歯科医療提供体制

2　今後の歯科治療の需要や歯科医療提供体制等を踏まえた次期診療報酬改定に向けた論点

○在宅歯科医療

○障害者歯科医療

○歯科疾患・口腔機能の管理等の生活の質に配慮した歯科医療

○へき地等歯科医療

○多職種連携

○歯科衛生士・歯科技工士の定着・確保

○歯科治療のデジタル化等

※「在宅歯科医療」は「在宅」シリーズの中で議論

歯科衛生士及び歯科技工士の定着・確保について

○ 令和７年度の期中改定において、歯科診療所等において、より専門的な業務を行う歯科衛生士及び歯科技工士を確保し、限られた人材で歯科医療を効率的に提供する観点から、歯科衛生士及び歯科技工士の業務に係る評価を引き上げ。

○具体的な対応

（現行）歯科衛生実地指導料　口腔機能指導加算　10点　→　12点（＋２点）

［主な算定要件］

- 口腔機能の発達不全を有する患者又は口腔機能の低下を来している患者に対して、主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、実地指導と併せて口腔機能に係る指導を行った場合は、口腔機能指導加算として所定点数に加算する。

（現行）歯科技工士連携加算１（印象採得）50点　→　60点（＋10点）

（現行）歯科技工士連携加算２（印象採得）70点　→　80点（＋10点）

※咬合採得及び仮床試適の同加算についても同様の評価の見直しを行う。

［主な算定要件］

- 別に厚生労働大臣が定め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、レジン前装金属冠、レジン前装チタン冠又はＣＡＤ／ＣＡＭ冠を製作することを目的として、前歯部の印象採得を行うに当たって、**歯科医師が歯科技工士とともに対面で色調採得及び口腔内の確認等を行い、当該補綴物の製作に活用した場合**には、歯科技工士連携加算１として所定点数に加算する。ただし、同時に２以上の補綴物の製作を目的とした印象採得を行った場合であっても、歯科技工士連携加算１は１回として算定する。
- 別に厚生労働大臣が定め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、レジン前装金属冠、レジン前装チタン冠又はＣＡＤ／ＣＡＭ冠を製作することを目的として、前歯部の印象採得を行うに当たって、**歯科医師が歯科技工士とともに情報通信機器を用いて色調採得及び口腔内の確認等を行い、当該補綴物の製作に活用した場合**には、歯科技工士連携加算２として所定点数に加算する。ただし、同時に２以上の補綴物の製作を目的とした印象採得を行った場合であっても、歯科技工士連携加算２は１回として算定する。

1　歯科医療を取り巻く現状及び歯科医療提供体制

2　今後の歯科治療の需要や歯科医療提供体制等を踏まえた次期診療報酬改定に向けた論点

○在宅歯科医療

○障害者歯科医療

○歯科疾患・口腔機能の管理等の生活の質に配慮した歯科医療

○へき地等歯科医療

○多職種連携

○歯科衛生士・歯科技工士の定着・確保

○歯科治療のデジタル化等

※「在宅歯科医療」は「在宅」シリーズの中で議論

歯科固有の技術の評価の見直し

CAD/CAM冠の算定要件の見直し①

➢ 大臼歯CAD/CAM冠について、要件を見直す。

現行

【CAD/CAM冠（１歯につき）】

［算定要件（通知）］
（２）　ＣＡＤ/ＣＡＭ冠は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

（新設）

ロ　上下顎両側の第二大臼歯が全て残存し、左右の咬合支持がある患者に対し、過度な咬合圧が加わらない場合等において、ＣＡＤ/ＣＡＭ冠用材料（Ⅲ）を第一大臼歯に使用する場合

(6) CAD/CAM冠用材料（Ｖ）を使用したCAD/CAM冠を装着する場合、歯質に対する接着力を向上させるためにサンドブラスト処理及びプライマー処理を行い接着性レジンセメントを用いて装着すること。

改定後

【 CAD/CAM冠（１歯につき】

［算定要件（通知）］
（２）　ＣＡＤ/ＣＡＭ冠は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

ロ　大臼歯にCAD/CAM冠用材料（Ｖ）を使用する場合

ハ　第一大臼歯又は第二大臼歯にCAD/CAM冠用材料（Ⅲ）を使用する場合

なお、ハの場合は、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（固定性ブリッジ又は乳歯（後継永久歯が先天性に欠如している乳歯を含む。）による咬合支持を含む。以下、咬合支持という。）がある患者であって、以下のいずれかに該当する場合をいう。

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く、当該補綴部位の対合歯が欠損（部分床義歯を装着している場合を含む。）であり、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

（削除）

歯科固有の技術の評価の新設

光学印象の新設

➢ デジタル印象採得装置（口腔内スキャナ）を用いて、窩洞を直接印象採得・咬合採得した場合の評価を新設する。

（新）　光学印象（１歯につき）　100点
光学印象歯科技工士連携加算　50点

［算定要件］

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適応している者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、ＣＡＤ／ＣＡＭインレーを製作する場合であって、デジタル印象採得装置を用いて、印象採得及び咬合採得を行った場合に算定する。

２　区分番号Ｍ００３に掲げる印象採得、Ｍ００３－３に掲げる咬合印象及びＭ００６に掲げる咬合採得は別に算定できない。

３　ＣＡＤ／ＣＡＭインレーを製作することを目的として、光学印象を行うに当たって、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］

（１）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。

（２）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。

<口腔内スキャナ>

調剤について（その１）

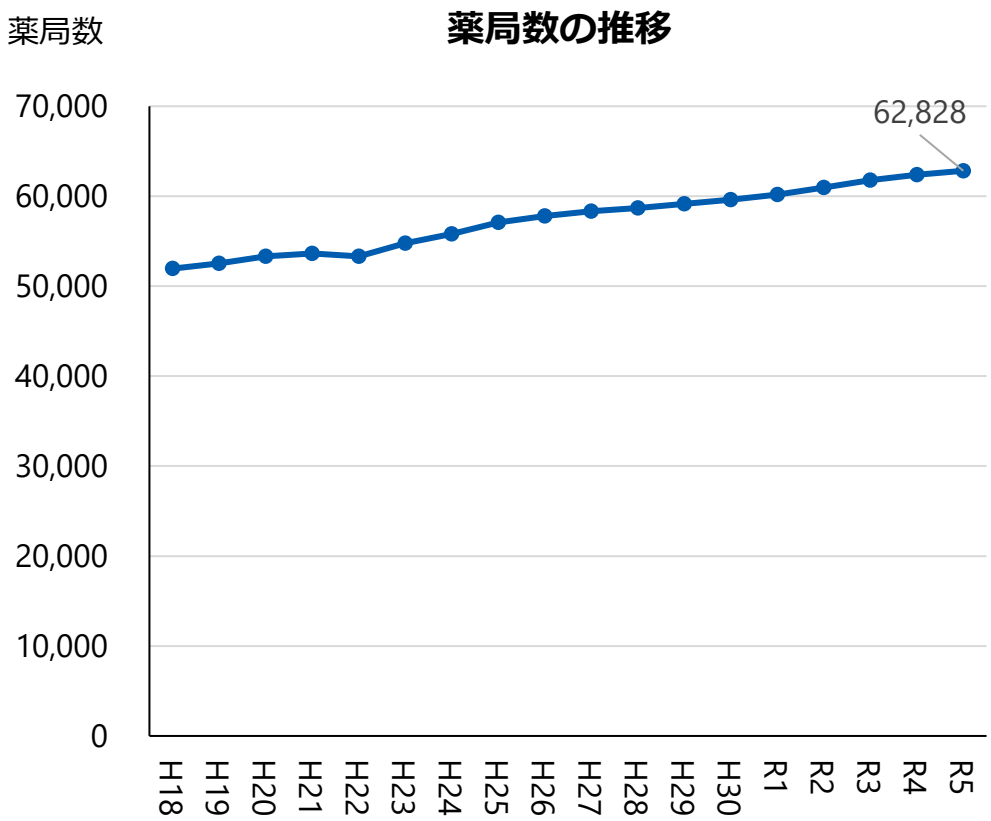
1．薬局、薬剤師を取り巻く状況

2．調剤医療費

3．調剤に係る診療報酬上の評価

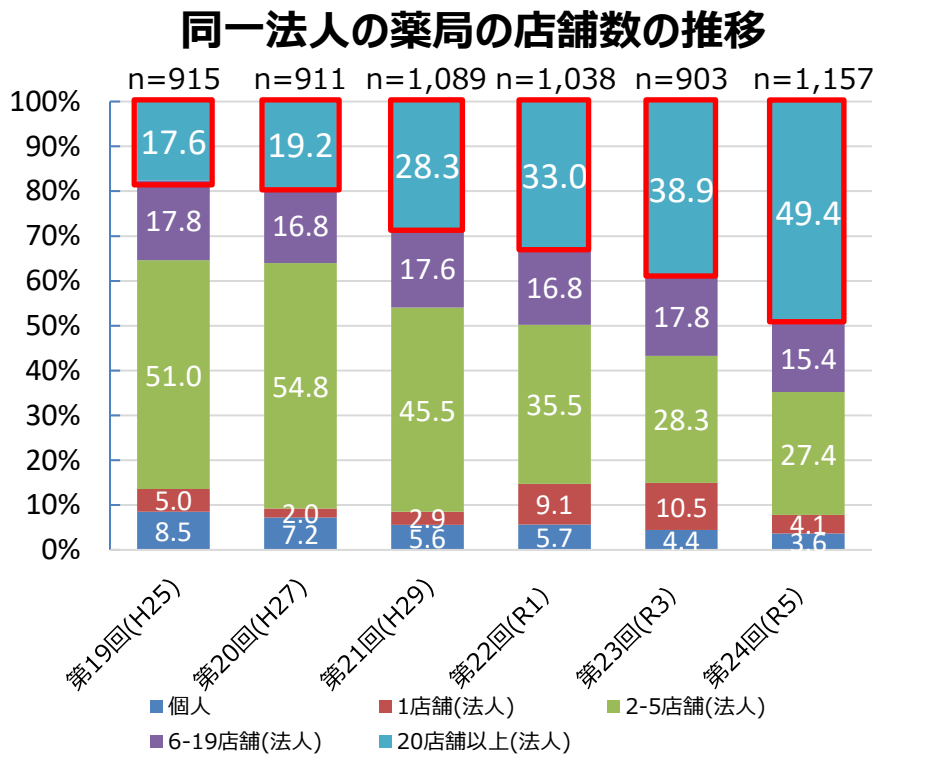
薬局数の推移等

○　薬局数は年々増加しており、令和５年度は約6.3万。
○　20店舗以上の薬局の割合は増加傾向。

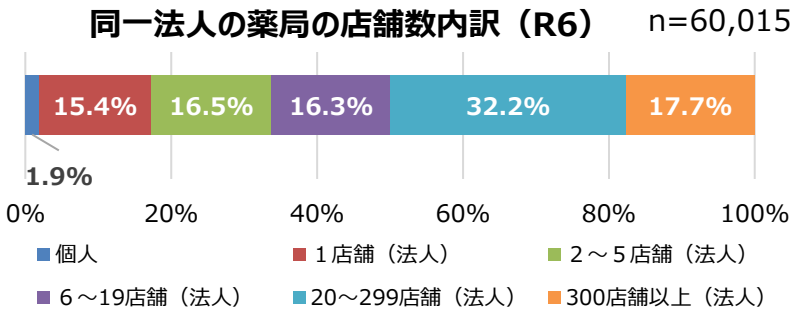


※平成22年度は、東日本大震災の影響により、宮城県及び福島県の一部は集計されていない。

出典）衛生行政報告例



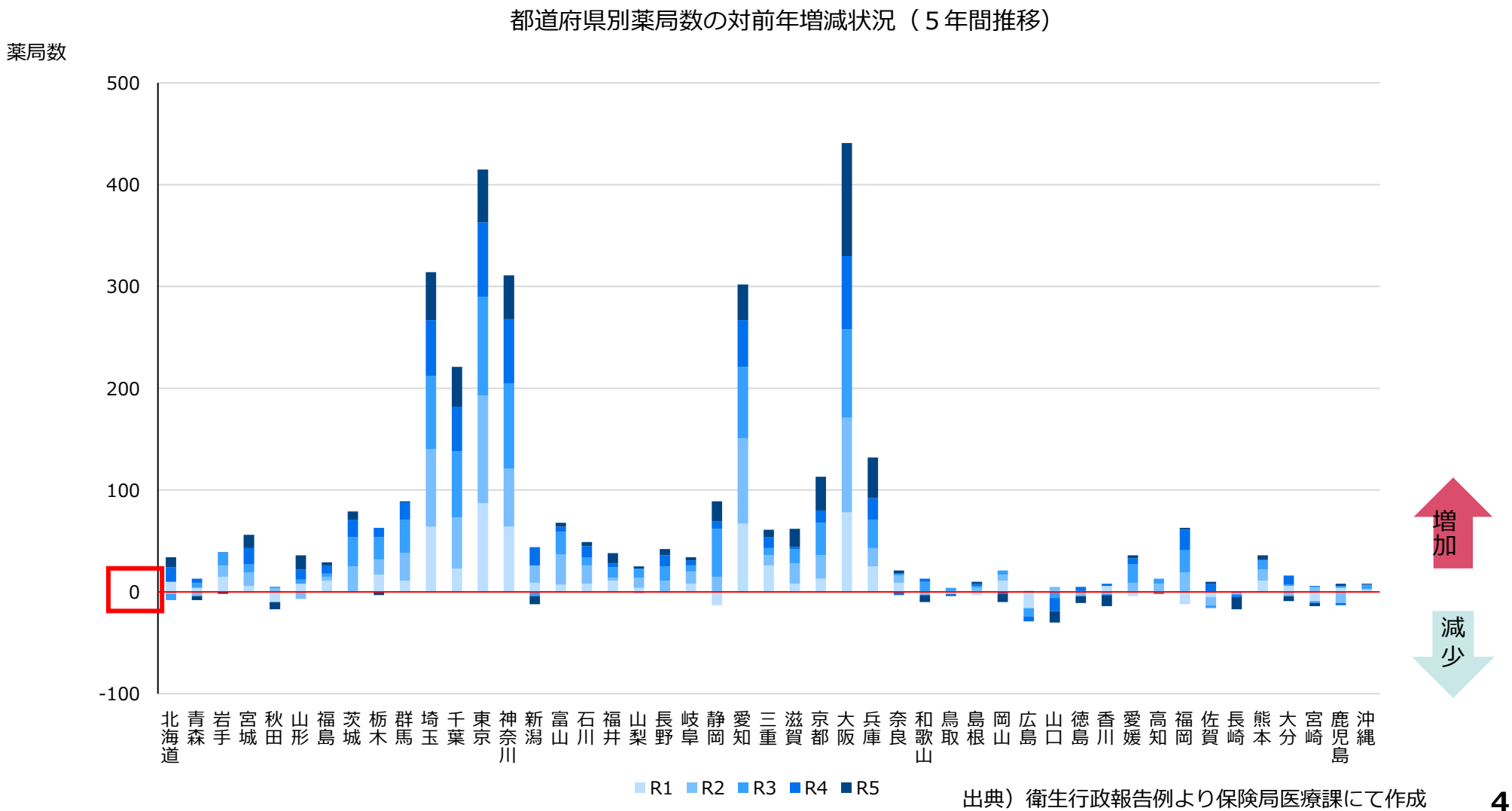
出典）第19回～第24回医療経済実態調査



出典）施設基準の届出状況の報告（保険局医療課調べ）

薬局数の各都道府県の増減

○　薬局数は、東京都や大阪府などで増加しているが、都道府県によっては減少しているところもある。



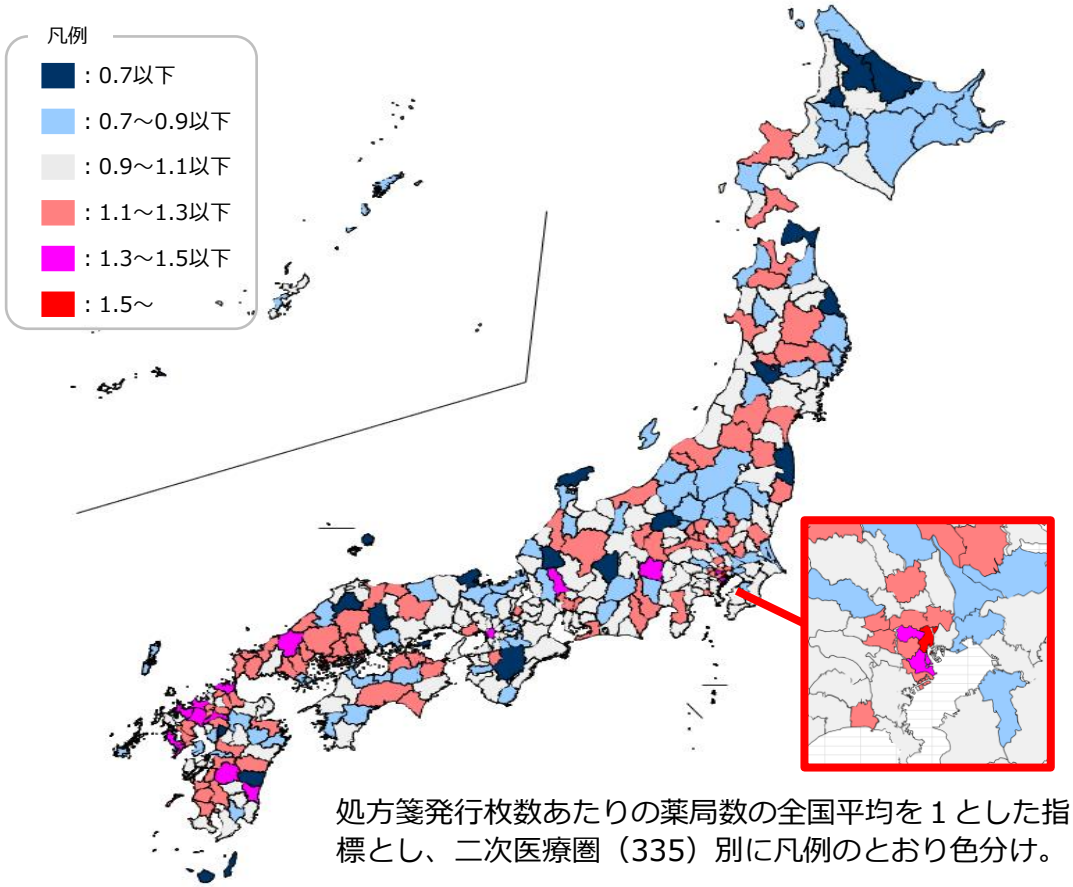
出典）衛生行政報告例より保険局医療課にて作成

二次医療圏別にみた薬局数（処方箋発行枚数あたり）

○　二次医療圏で比較した場合、処方箋発行枚数（処方箋を発行した医療機関の所在地ごと）あたりの薬局数（薬局の所在地ごと）には最大約6倍の差がある。

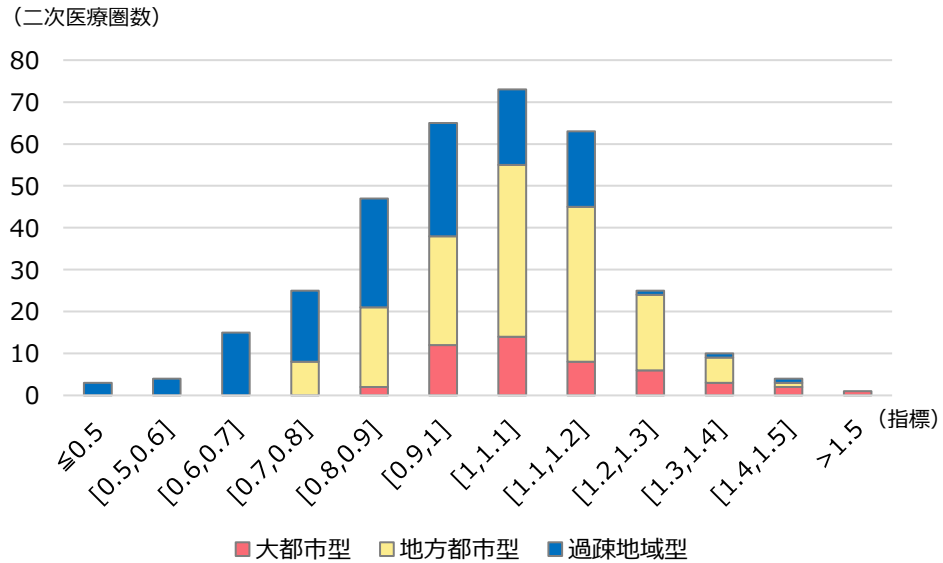
○　二次医療圏を大都市型、地方都市型、過疎地域型の地域区分に分けた場合、過疎地域型は、他の地域区分に比べ、処方箋発行枚数あたりの薬局数は、全国平均を下回る地域が多い傾向がある。

二次医療圏別



処方箋発行枚数あたりの薬局数の全国平均を１とした指標とし、二次医療圏（335）別に凡例のとおり色分け。

地域区分別（二次医療圏数）

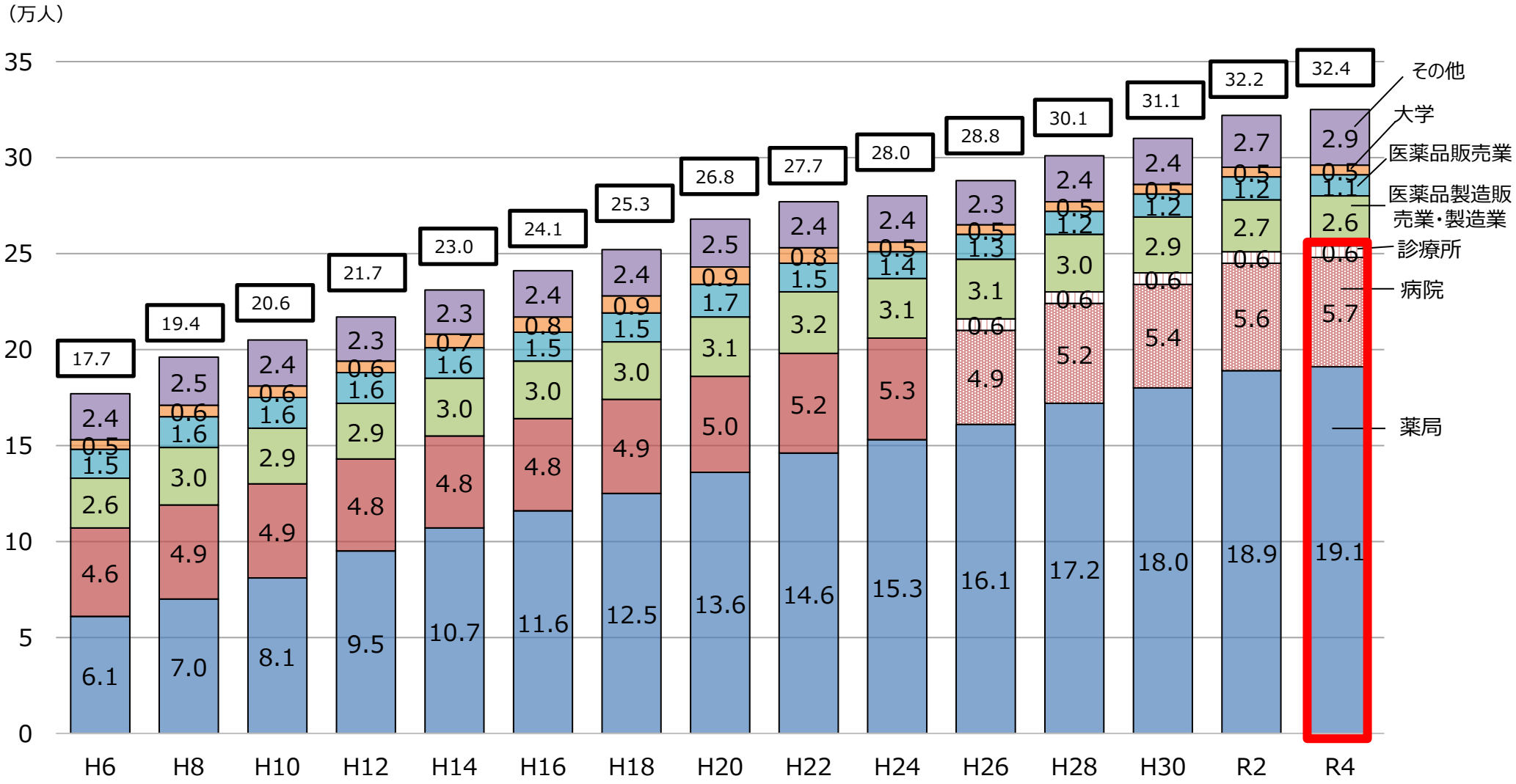


大都市型　：人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km^{2}以上
地方都市型：人口が20万人以上（又は）人口10～20万人
（かつ）人口密度が200人/km^{2}以上
過疎地域型：上記以外

薬局数：地方厚生局公表データ、
処方箋発行枚数：NDBデータより保険局医療課にて作成

薬剤師数の推移

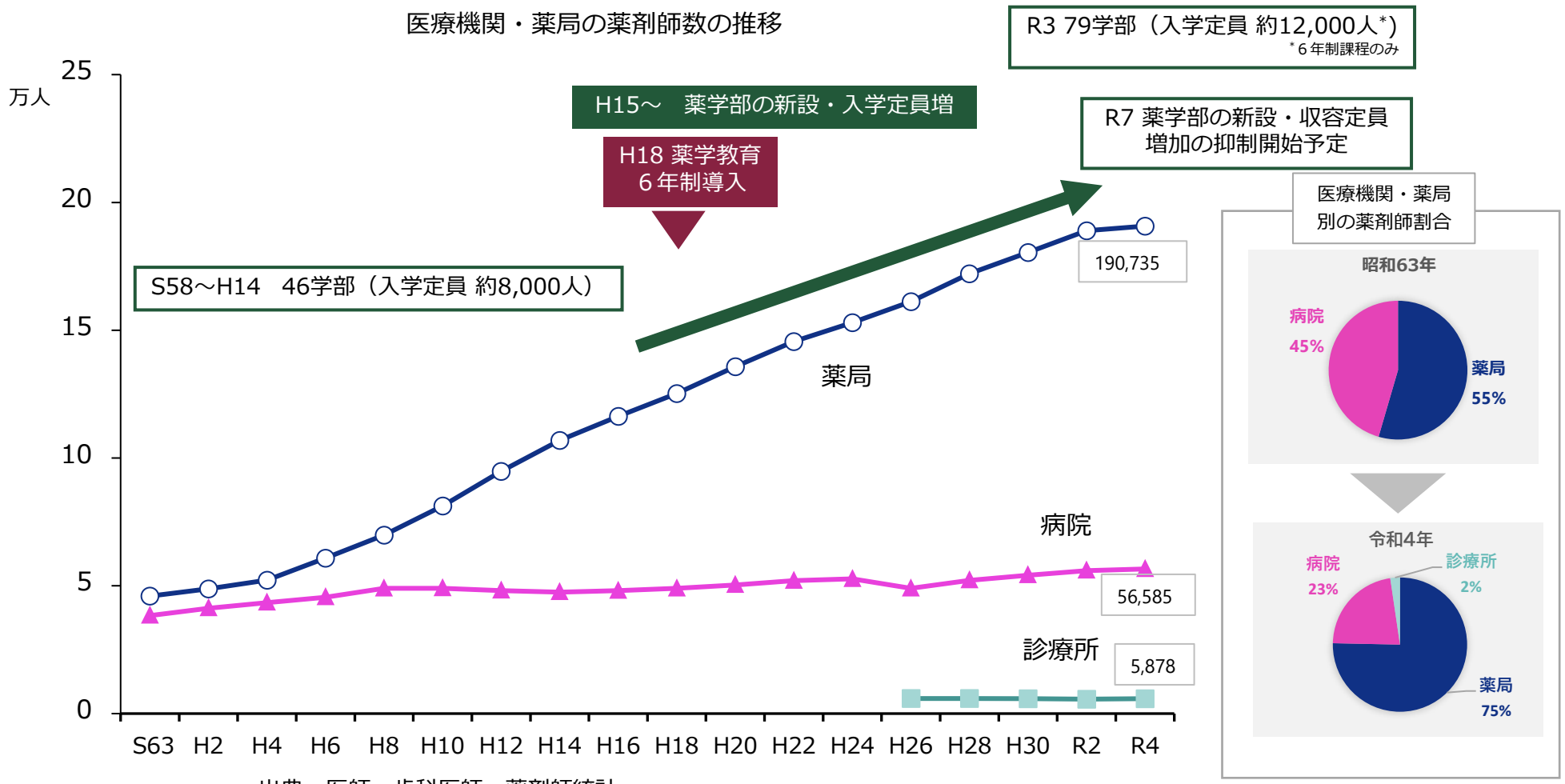
○　令和４年12月31日現在における届出薬剤師数は32.4万人、このうち薬局薬剤師数は19.1万人、医療施設（病院・診療所）の薬剤師は6.2万人である。



（出典）医師、歯科医師、薬剤師統計
※　平成26年より病院・診療所それぞれの従事者数も調査している

医療機関・薬局に従事する薬剤師数の推移

○　医療機関・薬局に従事する薬剤師の総数は増加している。特に、薬局薬剤師は年々増加しており、令和４年には、医療機関・薬局に従事する薬剤師の75%を占めている。

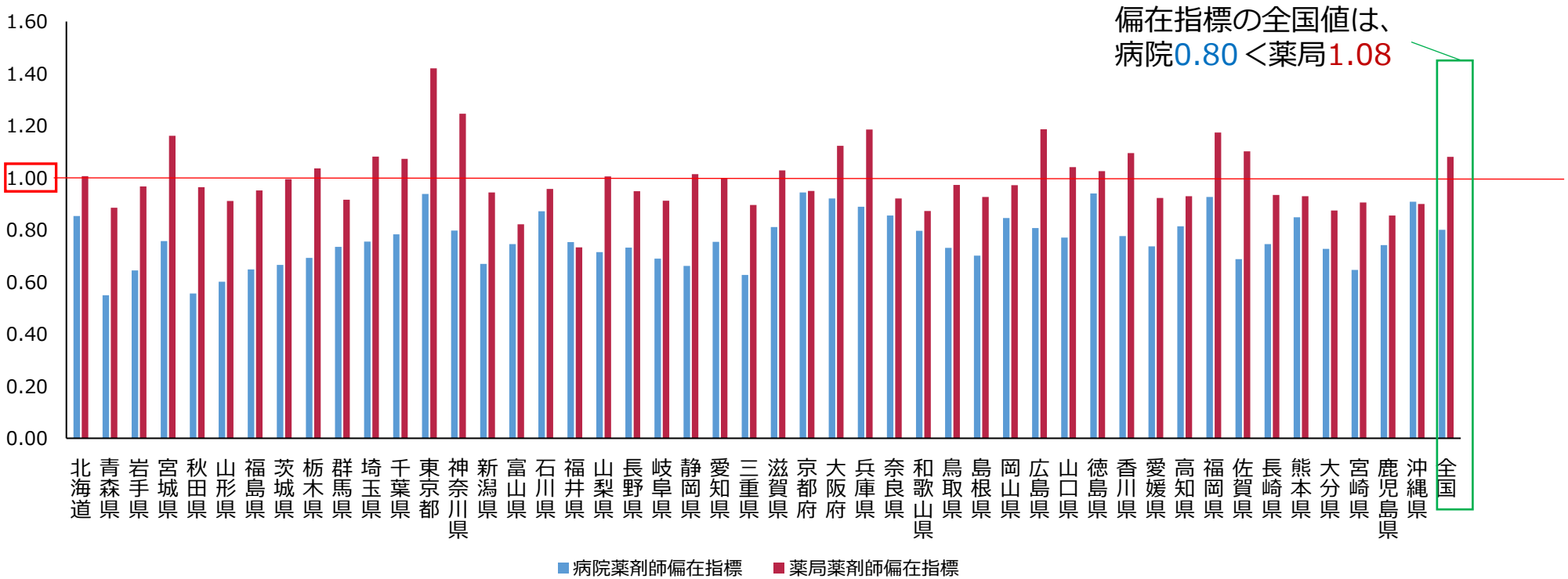


出典：医師、歯科医師、薬剤師統計
※　平成26年より病院・診療所それぞれの従事者数も調査

現在の人口比率を用いた偏在指標（現在の医療需要の反映）

○　薬剤師偏在指標が1.0を超える病院薬剤師数を確保している都道府県はなかった。

○　薬局薬剤師数に関しては、18都道府県で偏在指数が1.0を超えていた。



$$\text{薬剤師偏在指数} = \frac{\text{地域ごとに業種や年齢を考慮した地域で提供されている薬剤師の労働量（現在の労働量）}}{\text{地域住民の年齢構成等で推計した地域に必要な薬剤師サービスを提供するための業務量（必要な業務量）}}$$

※薬剤師偏在指数：上記計算に従い、必要な業務量に対する現在の労働量の割合。目標偏在指標は**1.0**となる。

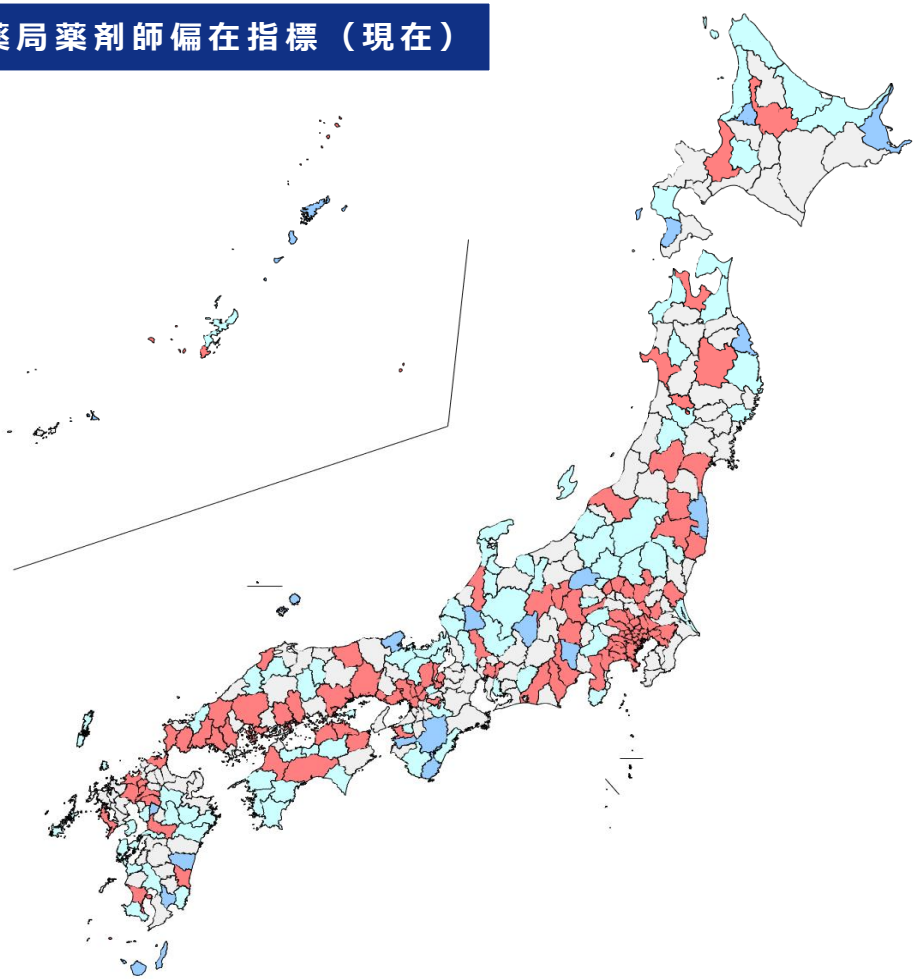
医薬局「薬剤師偏在指標等について」（令和５年６月９日）のデータより保険局医療課にて作成

薬剤師偏在指標（現在）

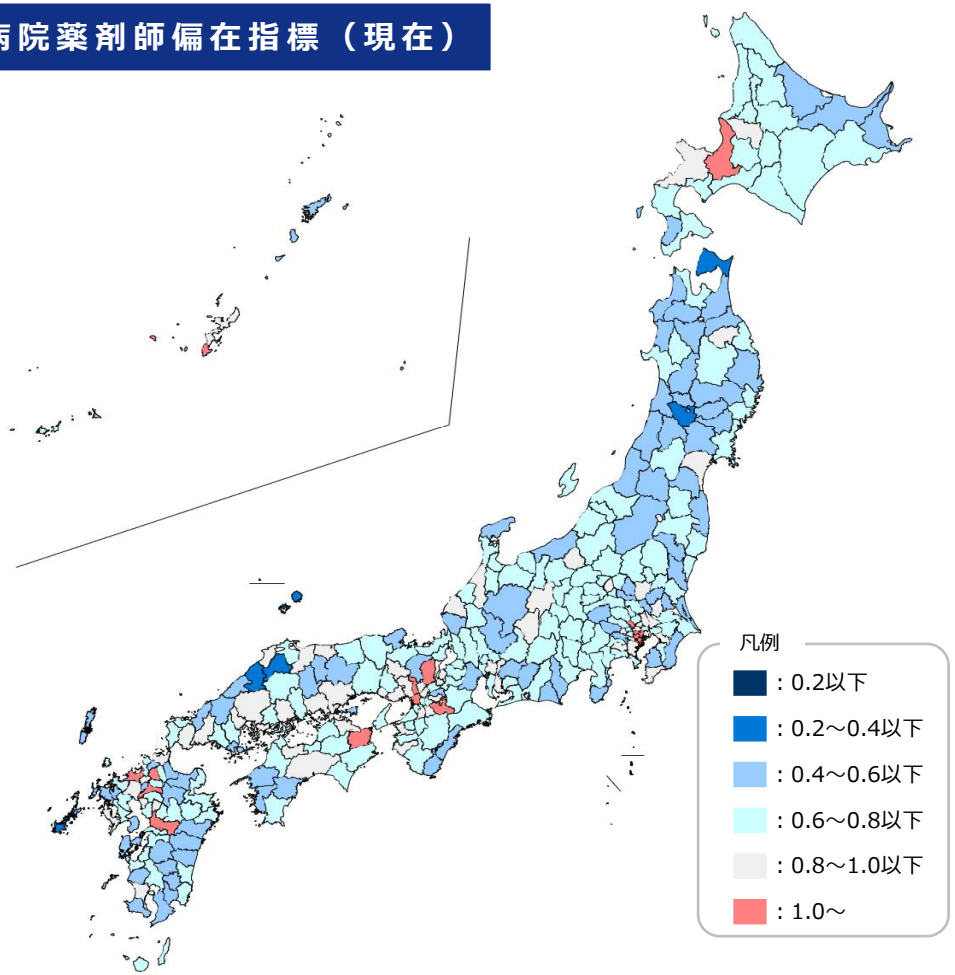
○ 全国に335ある二次医療圏のうち、薬剤師偏在指標1.0を超える医療圏は、薬局薬剤師は107、病院薬剤師は17であった。

○同一都道府県内においても、偏在指標に差があり、薬剤師の従事先には、業態、地域偏在があることが分かる。

薬局薬剤師偏在指標（現在）



病院薬剤師偏在指標（現在）

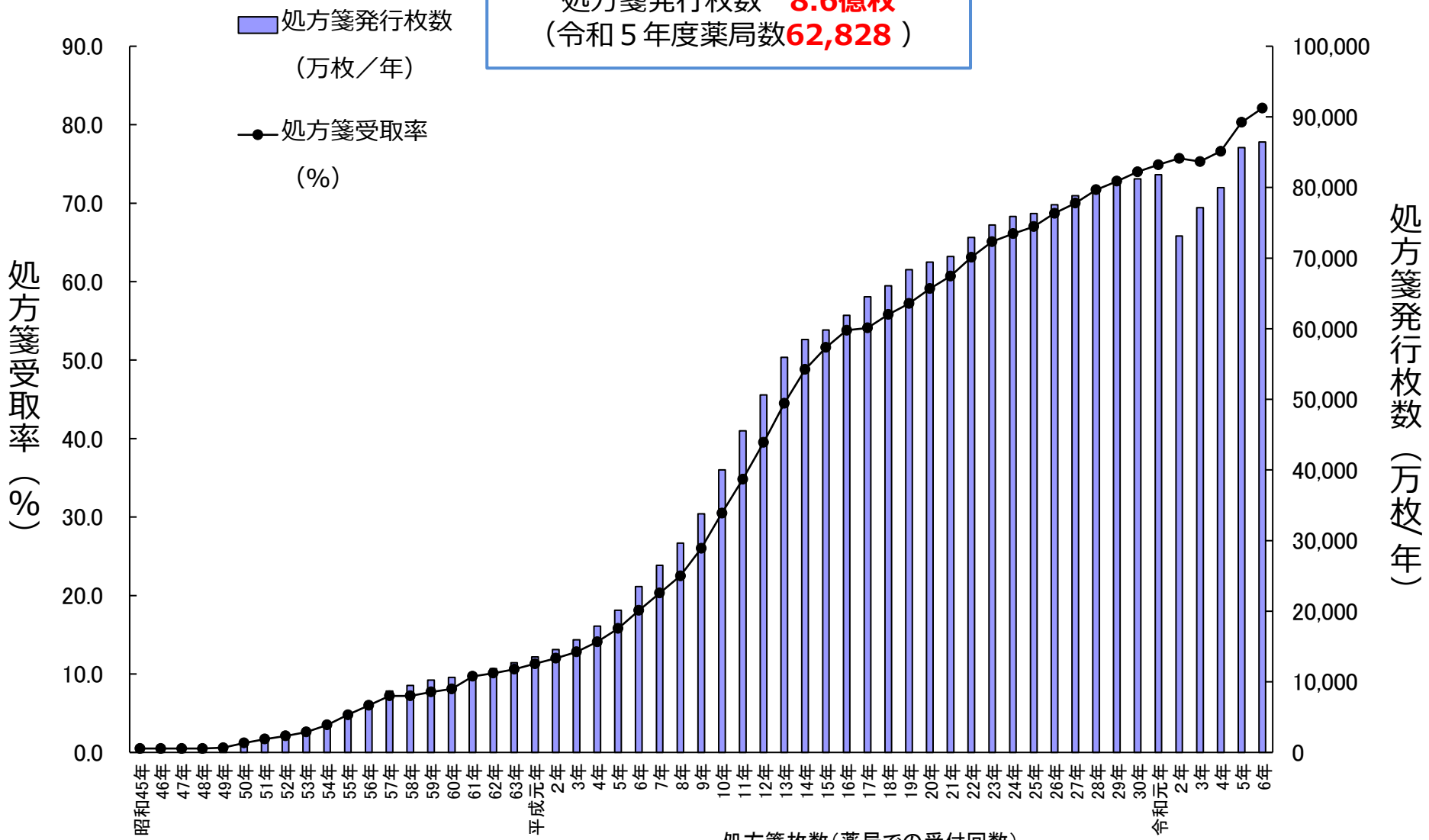


医薬局「薬剤師偏在指標等について」（令和５年６月９日）のデータより保険局医療課にて作成

処方箋受取率の年次推移

○　令和６年度の処方箋発行枚数は約8.6億枚で、処方箋受取率は82.1% であった。

令和６年度処方箋受取率**82.1%**
処方箋発行枚数　**8.6億枚**
（令和５年度薬局数**62,828** ）



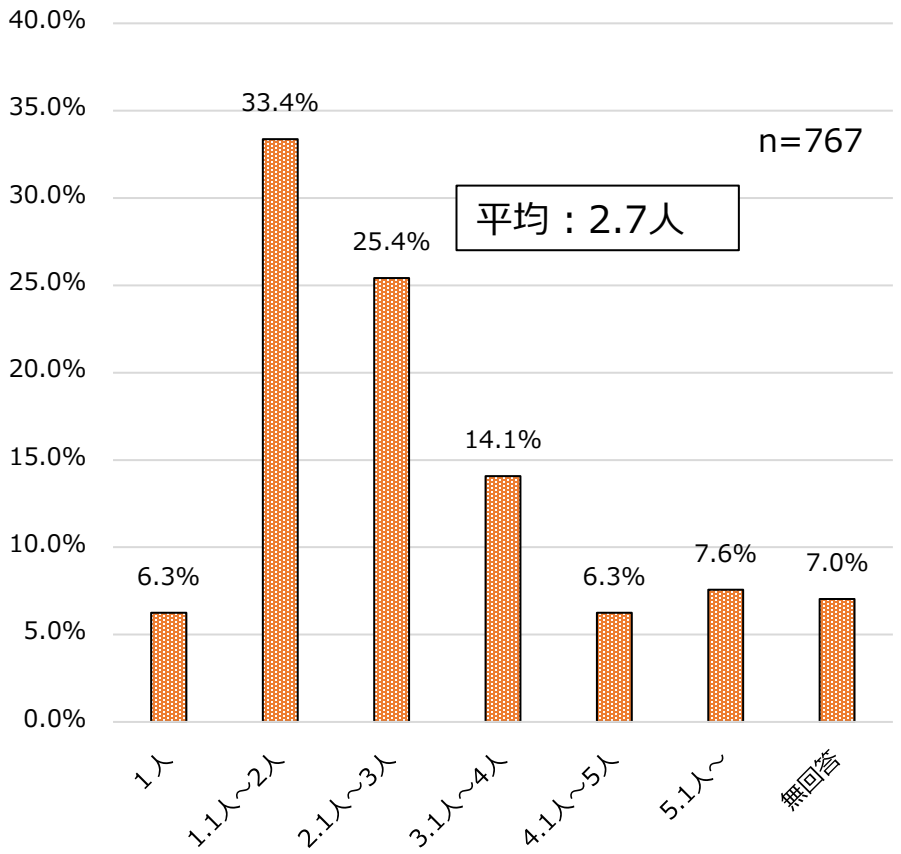
（出典）保険調剤の動向（日本薬剤師会）
各年度衛生行政報告

※処方箋受取率（%）＝ 処方箋枚数（薬局での受付回数） ／ 医科診療（入院外）日数×医科投薬率＋歯科診療日数×歯科投薬率 × １００

薬局の１日あたりの勤務薬剤師数、1ヶ月間の処方箋受付回数

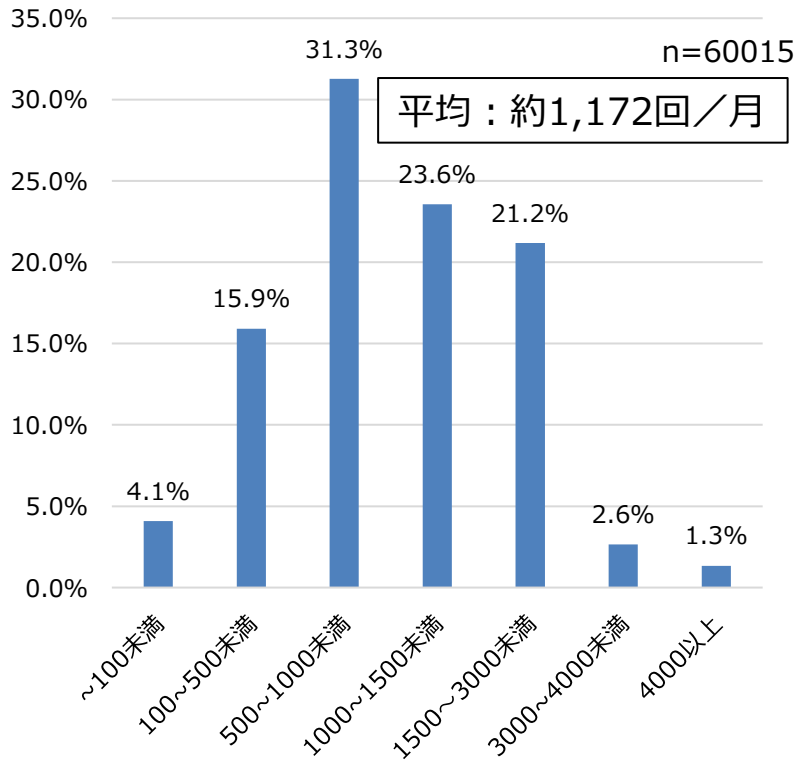
○　１店舗における1日当たりの勤務薬剤師数は平均で2.7人で、「1.1～2人」の割合が最も多かった。
○　１ヶ月間の処方箋受付回数は平均で約1,172回で、「500～1,000回未満」の割合が最も多かった。

■　**薬局に勤務する薬剤師の１日当たりの平均人数※1**



■　**令和６年度処方箋受付回数※2**

（参考）令和３年度届出：平均約1,047回/月
令和４年度届出：平均約1,052回/月
令和５年度届出：平均約1,118回/月



出典：※１　令和３年度厚生労働省保険局医療課委託調査「薬局の機能に係る実態調査」
※２　施設基準の届出状況の報告（保険局医療課調べ）

薬剤師・薬局関連の動き

○薬局に関しては、平成27年の「患者のための薬局ビジョン」策定以降、法改正も経て、かかりつけ薬剤師・薬局の推進等の政策が進められている。
○病院薬剤師はチーム医療やタスクシフト／タスクシェアによる業務を推進している。
○薬剤師数については、令和３年に薬剤師の将来的な需給推計を公表して以降、薬剤師の偏在解消を含む薬剤師確保対策が進められている。

年度	薬局関連	病院薬剤師	薬剤師　需給・確保関連
H27	患者のための薬局ビジョン策定（10月）		
H28	健康サポート薬局届出開始（10月）		
H29		医師・看護師等の働き方ビジョン検討会報告書（4月）	
H30			薬剤師の需給推計（厚生科学研究費）
R1	調剤業務のあり方に関する通知（4月） 薬機法改正公布（12月） ※継続的服薬指導、認定薬局など		
R2	継続的服薬指導義務　施行（9月）		薬剤師の需給動向把握事業（予算）
R3	認定薬局　施行（8月）	現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト/シェアの推進について通知（9月） 病院薬剤師の勤務実態調査（予算）	薬剤師の将来需給推計公表（6月） 薬剤師検討会※1とりまとめ（6月） 地域医療介護総合確保基金の薬剤師確保用途の明確化（12月）
R4	薬局薬剤師WG※2とりまとめ（7月）		
R5			薬剤師偏在指標公表（6月） 薬剤師確保計画ガイドライン公表（6月）
R6			第8次医療計画（薬剤師確保）
R7	薬機法改正（健康増進支援薬局など）		

※1　薬剤師検討会：薬剤師の養成及び資質向上等に関する検討会　　※2　薬局薬剤師WG：薬局薬剤師の業務及び薬局の機能に関するワーキンググループ

薬局の役割（薬機法における定義等）

○　薬局薬剤師が他の医療提供施設の医師・歯科医師・薬剤師に情報提供を行い連携することが規定され、薬局開設者は、必要な薬剤及び医薬品の安定的な供給を図ることや情報提供が円滑になされるよう配慮することが求められている。
○　また、調剤の業務以外に、情報提供や薬学的知見に基づく指導の業務を行う場所であることが規定されるとともに、医薬品の販売業を薬局で併せ行うことを前提としたものとされている。

■医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律145号）

（医薬関係者の責務）
第一条の五
２　薬局において調剤又は調剤された薬剤若しくは医薬品の販売若しくは授与の業務に従事する薬剤師は、薬剤又は医薬品の適切かつ効率的な提供に資するため、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（平成元年法律第六十四号）第十二条の二第三項の規定による情報の提供その他の厚生労働省令で定める方法によつて、医療を受ける者の薬剤又は医薬品の使用に関する情報を他の医療提供施設（医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第一条の二第二項に規定する医療提供施設をいう。以下同じ。）において**診療又は調剤に従事する医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供**することにより、医療提供施設相互間の業務の連携の推進に努めなければならない。
３　薬局開設者は、医療を受ける者に必要な**薬剤及び医薬品の安定的な供給を図る**とともに、当該薬局において薬剤師による前項の**情報の提供が円滑になされるよう配慮**しなければならない。

（注）「薬剤」は調剤後のものであり、「医薬品」は医療用医薬品のほか、要指導医薬品・一般用医薬品を含む

(定義)
第二条
１２　この法律で「薬局」とは、薬剤師が販売又は授与の目的で**調剤の業務並びに薬剤及び医薬品の適正な使用に必要な情報の提供及び薬学的知見に基づく指導の業務を行う場所**（その開設者が併せ行う**医薬品の販売業に必要な場所を含む。**）をいう。ただし、病院若しくは診療所又は飼育動物診療施設の調剤所を除く。

「患者のための薬局ビジョン」 ～「門前」から「かかりつけ」、そして「地域」へ～

平成27年10月23日公表

健康サポート薬局

健康サポート機能

☆ 国民の**病気の予防や健康サポートに貢献**

・要指導医薬品等を適切に選択できるような供給機能や助言の体制

・健康相談受付、受診勧奨・関係機関紹介 等

高度薬学管理機能

☆ **高度な薬学的管理ニーズ**への対応

・専門機関と連携し抗がん剤の副作用対応や抗HIV薬の選択などを支援　等

かかりつけ薬剤師・薬局

服薬情報の一元的・継続的把握とそれに基づく薬学的管理・指導

☆ **副作用や効果**の継続的な確認

☆ **多剤・重複投薬や相互作用の防止**

○ ＩＣＴ（電子版お薬手帳等）を活用し、

・患者がかかる**全ての医療機関の処方情報を把握**

・一般用医薬品等を含めた服薬情報を一元的・継続的に把握し、薬学的管理・指導

24時間対応・在宅対応

☆ **夜間・休日、在宅医療**への対応

・24時間の対応

・在宅患者への薬学的管理・服薬指導

※ 地域の薬局・地区薬剤師会との連携のほか、へき地等では、相談受付等に当たり地域包括支援センター等との連携も可能

医療機関等との連携

☆処方内容の照会・処方提案

☆ 副作用・服薬状況のフィードバック

☆ 医療情報連携ネットワークでの情報共有

☆ 医薬品等に関する相談や健康相談への対応

☆ 医療機関への受診勧奨

「患者のための薬局ビジョン」～「門前」から「かかりつけ」、そして「地域」へ～

○かかりつけ薬剤師としての役割の発揮に向けて

～対物業務から対人業務へ～

患者中心の業務

薬中心の業務

・処方箋受取・保管

・調製(秤量、混合、分割)

・薬袋の作成

・報酬算定

・薬剤監査・交付

・在庫管理

- 医薬関係団体・学会等で、専門性を向上するための研修の機会の提供
- 医療機関と薬局との間で、患者の同意の下、検査値や疾患名等の患者情報を共有
- 医薬品の安全性情報等の最新情報の収集

専門性＋コミュニケーション能力の向上

患者中心の業務

・処方内容チェック（重複投薬、飲み合わせ）

・医師への疑義照会

・丁寧な服薬指導

・在宅訪問での薬学管理

・副作用・服薬状況のフィードバック

・処方提案

・残薬解消

薬中心の業務

かかりつけ薬剤師・薬局

かかりつけ薬剤師

日頃から患者と継続的に関わることで信頼関係を構築し、薬に関していつでも気軽に相談できる薬剤師

＜かかりつけ薬剤師・薬局に求められること＞

- 地域における必要な医薬品（要指導医薬品等を含む。）の供給拠点であること
- 医薬品、薬物治療等に関して、安心して相談できる身近な存在であること
- 患者からの選択に応えられるよう、かかりつけ医との連携の上で、在宅医療も含め、患者に安全で安心な薬物療法を提供すること
- **地域における総合的な医療・介護サービス（地域包括ケア）を提供する一員**として、患者ごとに最適な薬学的管理・指導を行うこと

「患者のための薬局ビジョン」より

かかりつけ薬剤師・薬局が必要となる患者像

「患者のための薬局ビジョン」から抜粋・要約

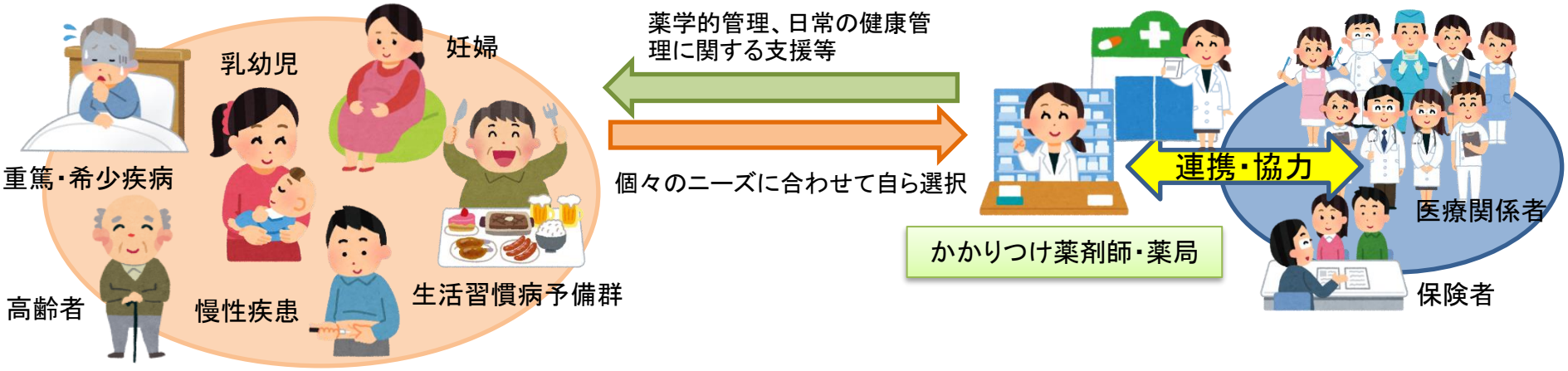
（１）特にかかりつけ薬剤師・薬局が重要な場合

以下のような服薬情報の一元的・継続的な把握の必要性が高い患者

① 高齢者
② 生活習慣病などの慢性疾患を有する患者
③ 重篤あるいは希少な疾患等の患者
④ 妊婦
⑤ 乳幼児　など

（２）かかりつけ薬剤師・薬局を選ぶことが望ましい場合（日頃からの健康管理に関する支援等として）

① 生活習慣病の予備群
② 日常の健康管理が求められる層



服薬情報の一元的・継続的な把握の必要性が高い患者、日常の健康管理が求められる層

地域における薬局・薬剤師の役割・機能

薬局・薬剤師の機能強化等に関する検討会「これまでの議論のまとめ（地域における薬局・薬剤師のあり方）（R6.9.30）」における「地域における薬局・薬剤師の役割・機能」の全体像（R7.８.29時点版）

地域における薬局・薬剤師の主な役割

- 医療・介護関係者等との連携による地域の住民の薬物治療（外来・在宅医療）の提供
- 医薬品の適正使用の推進など公衆衛生の向上・増進
- 薬剤師の資質向上
- セルフケア・セルフメディケーションの推進など、地域住民の健康維持・増進の取組等の支援　等

地域における薬局の機能＊

地域・拠点で確保すべき機能

災害・新興感染症対応　※ 拠点となる薬局による対応

高度薬学管理機能　※ 拠点となる薬局による対応

個々の薬局に必要な機能

健康相談・関係機関との連携
- 健康・介護相談対応
- 行政や地域包括支援センター等の関係機関との連携
- 薬教育等

医療用麻薬調剤　※ 薬局間連携による対応

無菌製剤処理　※ 拠点となる薬局による対応（対応可能な薬局との連携を含む）

夜間・休日対応（外来）
※ 輪番制又は拠点となる薬局で対応
※ 夜間・休日対応医療機関と連携

在宅対応
- **臨時対応**
- **ターミナルケアを受ける患者対応**

※ 医療機関、訪問看護事業所、居宅介護支援事業所等と連携
※ 薬局間連携による対応または拠点となる薬局による対応

OTC医薬品の販売等
- 要指導医薬品・一般用医薬品等の相談受付・販売
- 受診勧奨、関係機関紹介

調剤・服薬指導（外来）
- 服薬情報の一元的・継続的把握、それに基づく薬学的管理・指導、服薬支援
- 患者情報の共有、医薬品等に係る情報提供、情報共有、副作用報告等

在宅対応
- **可能な限り、自薬局で対応**
  ※医療機関、訪問看護事業所、居宅介護支援事業所等と連携
- **在宅対応に向けた連絡調整**
  ※在宅対応可能な薬局と連携し、紹介等を実施
  ※利用者・患者情報の共有、医薬品等に係る情報提供、情報共有

薬剤師の教育・研修

・医療機関・薬局・訪問看護・介護支援専門員（ケアマネジャー）等と連携し、入院・外来と在宅の移行が円滑にできるよう必要な対応を実施

対象	住民（未病の方含む）	患者（外来）	患者（在宅）	その他

＊地域のすべての薬局が「個々の薬局に必要な機能」を持つことを前提に、薬局間連携による対応や医療機関等の関係機関との連携体制の構築など、その機能ごとに地域の状況に応じ、地域の薬局全体で実効性のある体制を構築・維持することが必要。

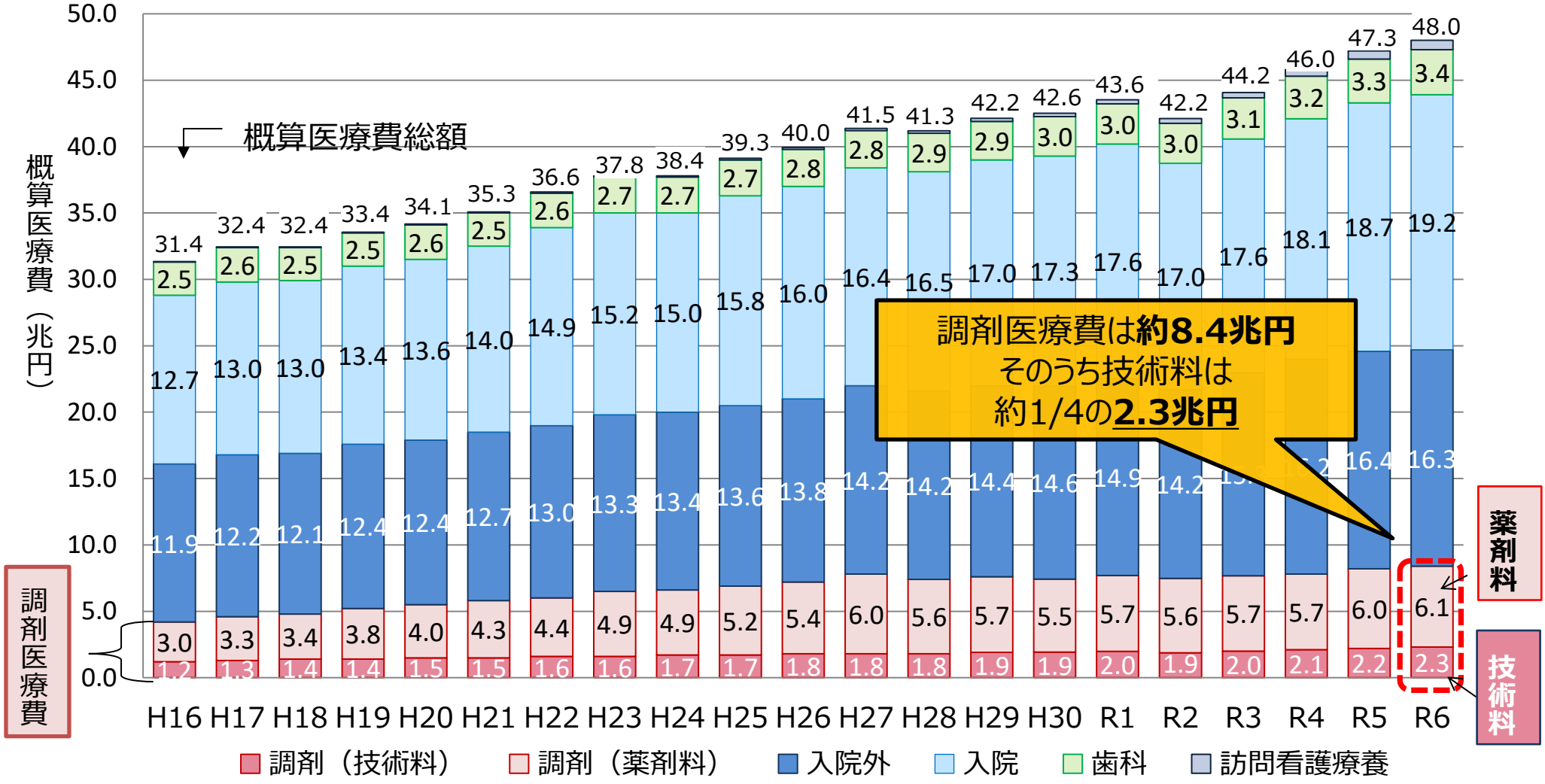
1．　薬局、薬剤師を取り巻く状況

2．　調剤医療費

3．　調剤に係る診療報酬上の評価

調剤医療費の推移

○　令和６年度の概算医療費は約48兆円であった。
○　調剤医療費は約8.4兆円で、その内訳は、薬剤料が約6.1兆円、技術料が約2.3兆円であった。



※医科（入院外、入院）及び歯科には、薬剤料が含まれる。

「医療費の動向」、「調剤医療費（電算処理分）の動向」（厚生労働省保険局調査課）を基に作成

調剤報酬の体系

○　調剤報酬は、調剤技術料、薬学管理料、薬剤料、特定保険医療材料料から構成されている。

＜調剤報酬の構成＞

調剤技術料

- **調剤基本料**
  - 医薬品の備蓄（廃棄、損耗を含む）、建物、調剤用機器等の体制整備に関する経費
  - （加算料）
    - ・地域支援体制加算
    - ・後発医薬品調剤体制加算
    - ・連携強化加算
    - ・在宅薬学総合体制加算
    - ・医療DX推進体制整備加算
- **薬剤調製料**
  - 薬剤調製や取り揃え・監査業務等の業務に係る技術料
  - （加算料）
    - ・自家製剤加算
    - ・計量混合調剤加算　など

薬剤料

特定保険医療材料料

薬学管理料

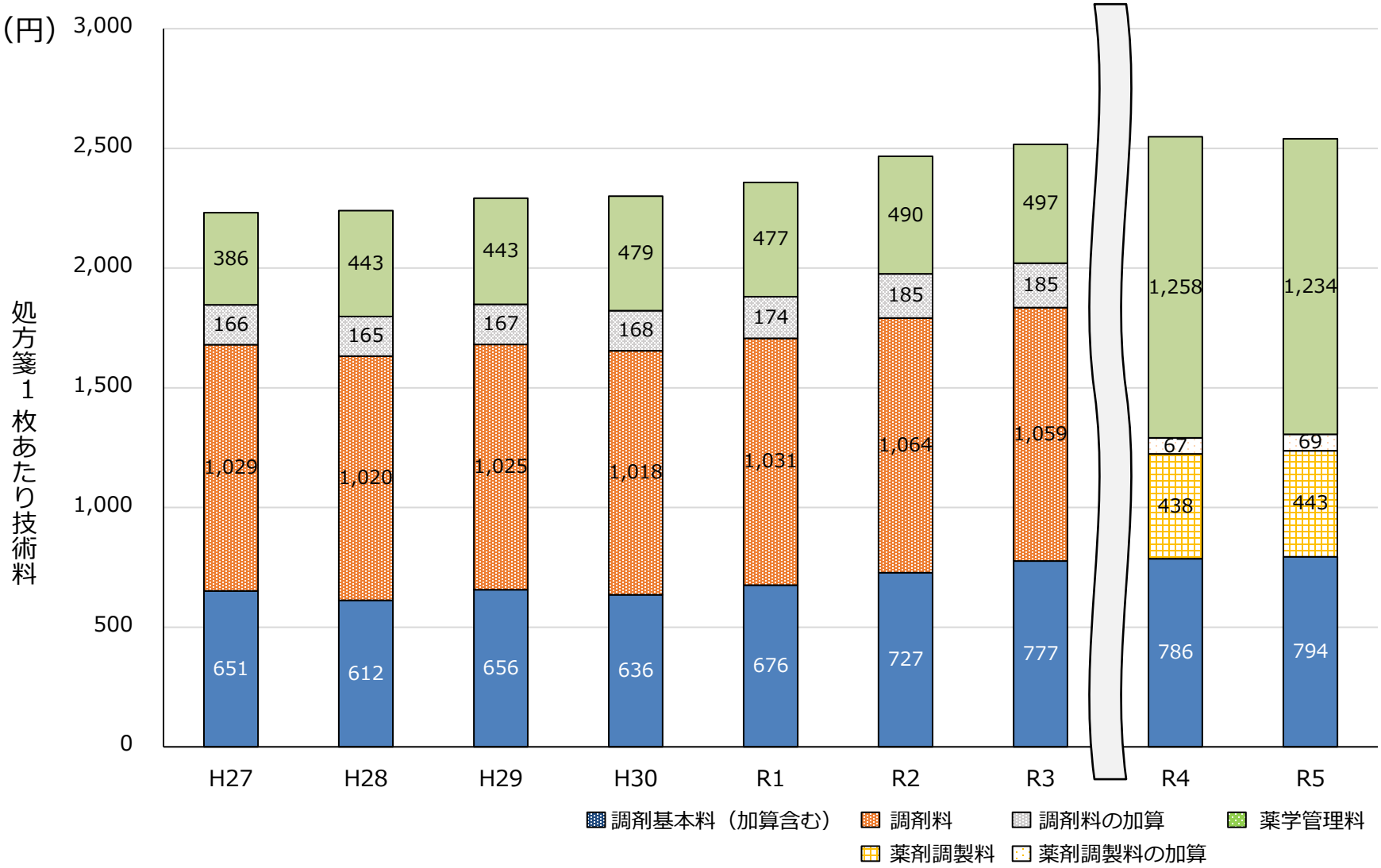
薬剤師の対人業務（患者や医療関係者とのやり取り）などを評価したもの

- **調剤管理料**
  - 患者ごとの処方内容の薬学的分析、調剤設計、調剤録・薬剤服用歴の記録・保存、残薬の整理など
  - （加算料）
    - ・医療情報取得加算
    - ・重複投薬・相互作用等防止加算　など
- **服薬管理指導料**
  かかりつけ薬剤師指導料
  - 患者の薬剤服用歴・服薬状況に基づいた薬剤服用に関する説明、継続的服薬指導、後発医薬品の説明など
  - （加算料）
    - ・麻薬指導加算
    - ・乳幼児服薬指導加算
    - ・特定薬剤管理指導加算　など
- **調剤後薬剤管理指導料**
- **服薬情報等提供料**
- **在宅患者訪問薬剤管理指導料**

など

技術料の内訳（処方箋１枚あたり）の推移

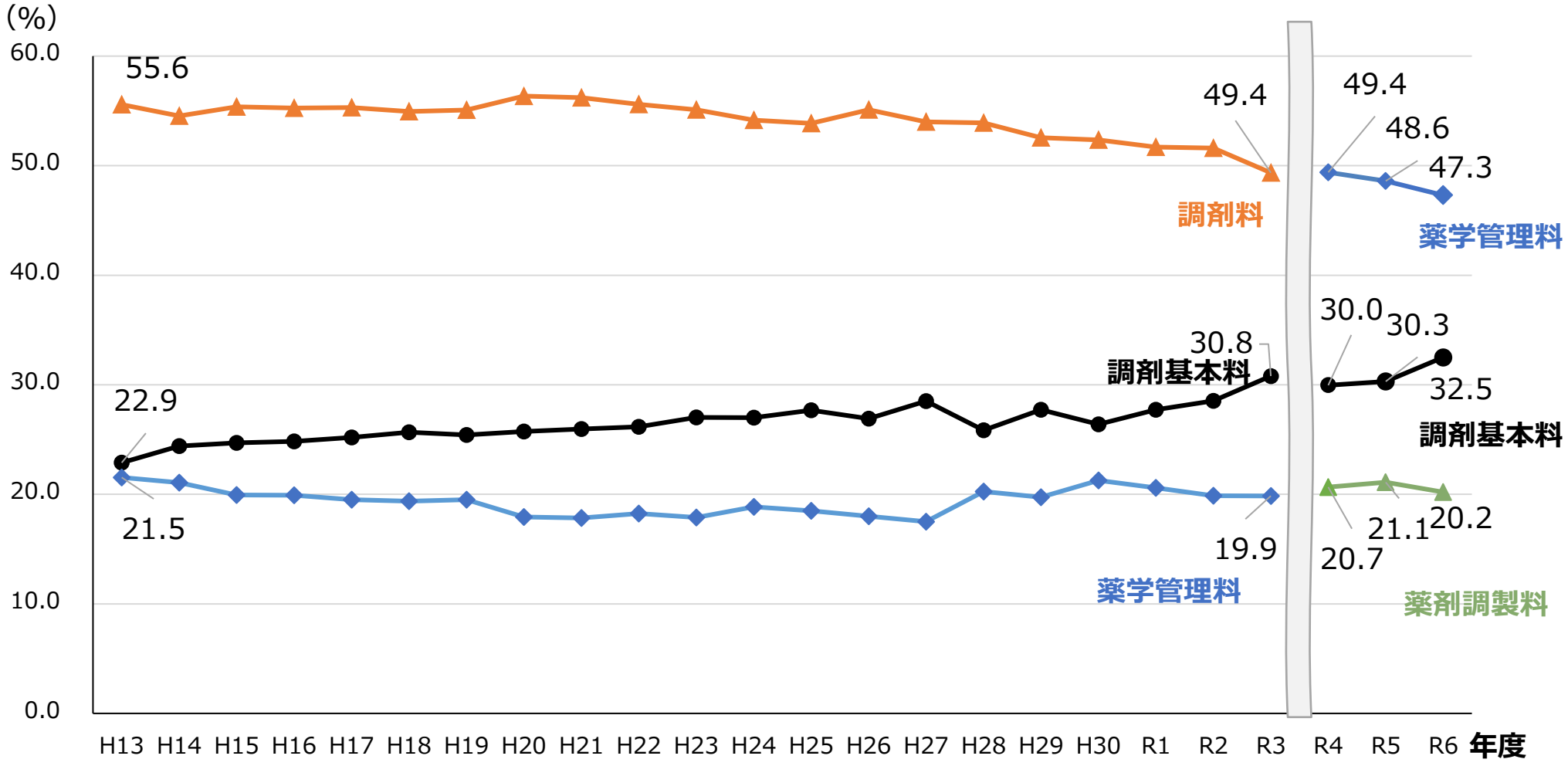
○　処方箋１枚あたりの技術料における調剤基本料、調剤料／薬剤調製料、薬学管理料の推移は以下のとおり。



出典）調剤医療費の動向

技術料の内訳（割合）の推移

○　技術料における調剤基本料、調剤料／薬剤調製料、薬学管理料の割合の推移は以下のとおり。
○　令和４年度改定において評価体系の見直しがあり、調剤料の一部が薬学管理料に再編されたため、令和３年度以前との比較には留意が必要であるが、対人業務の評価のシフトが進んでいる。



出典）社会医療診療行為別統計に基づき医療課が作成

1．薬局、薬剤師を取り巻く状況

2．調剤医療費

3．調剤に係る診療報酬上の評価

３．調剤に係る診療報酬上の評価

① 服薬指導に関する評価

② かかりつけ薬剤師に関する評価

③ 重複投薬・多剤投与、残薬解消等に関する評価

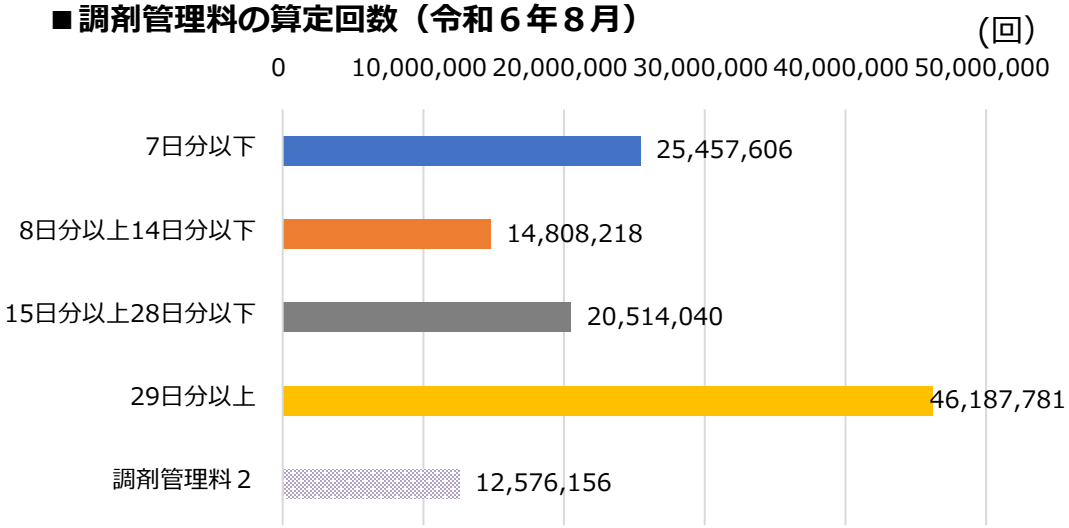
④ 医療機関等への情報提供、連携等に関する評価

⑤ 薬局の体制に関する評価

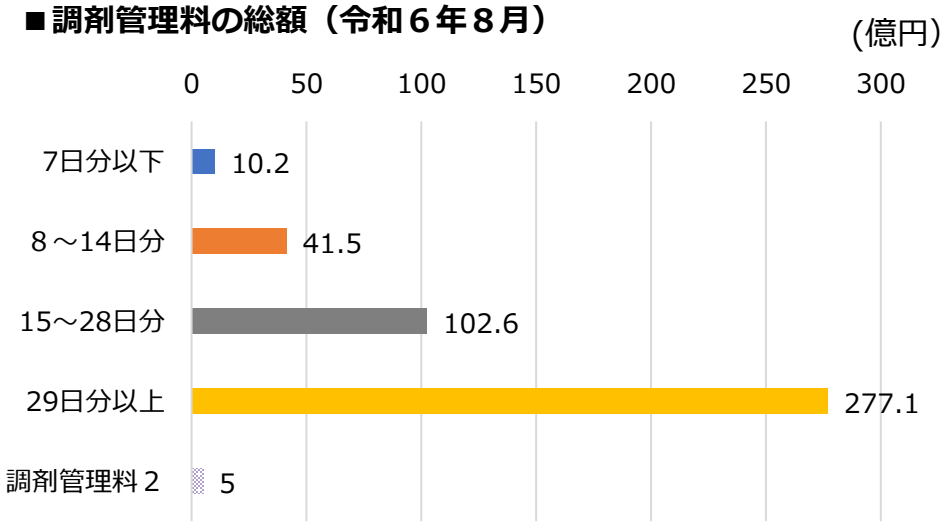
調剤管理料の算定状況

○　令和４年度改定で薬学管理料として新設された調剤管理料の日数別の算定回数及び総額は、調剤日数が多くなるほど大きくなっている。

■調剤管理料の算定回数（令和６年８月）



■調剤管理料の総額（令和６年８月）



	調剤管理料の算定点数及び算定要件
内服薬	１．内服薬（内服用滴剤、浸煎薬、湯薬及び頓服薬であるものを除く。）を調剤した場合（１剤につき） イ　７日分以下の場合　4点 ロ　８日分以上14日分以下の場合　28点 ハ　15日分以上28日分以下の場合　50点 ニ　29日分以上の場合　60点 ２．１以外の場合　４点 ※１については、服用時点が同一である内服薬については、投与日数にかかわらず１剤として算定。４剤分以上の部分については算定しない。

出典：令和６年度社会医療診療行為別統計

調剤管理加算

○　令和４年度改定で新設された調剤管理加算の算定回数は、令和６年度に増加していた。

➢ 複数の医療機関から６種類以上の内服薬が処方された患者が、薬局を初めて利用する場合又は２回目以降の利用において処方内容が変更された場合であって、当該患者が服用中の薬剤について必要な薬学的分析を行った場合の評価。

調剤管理料　調剤管理加算

イ　初めて処方箋を持参した場合　３点

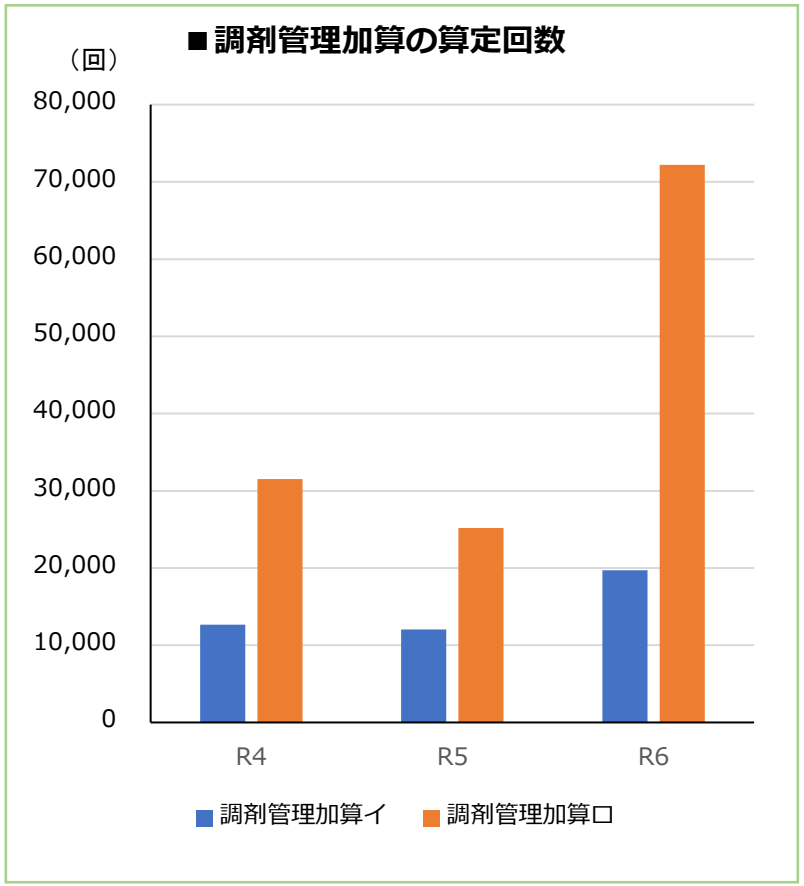
ロ　２回目以降に処方箋を持参した場合であって処方内容の変更により薬剤の変更又は追加があった場合　３点

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める保険薬局において、複数の保険医療機関から６種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されている患者又はその家族等に対して、当該患者が服用中の薬剤について、服薬状況等の情報を一元的に把握し、必要な薬学的管理を行った場合は、調剤管理加算として、上記の点数をそれぞれ調剤管理料の所定点数に加算する。

[施設基準]

重複投薬等の解消に係る取組の実績（過去一年間に服用薬剤調整支援料を１回以上算定した実績）を有している保険薬局であること。

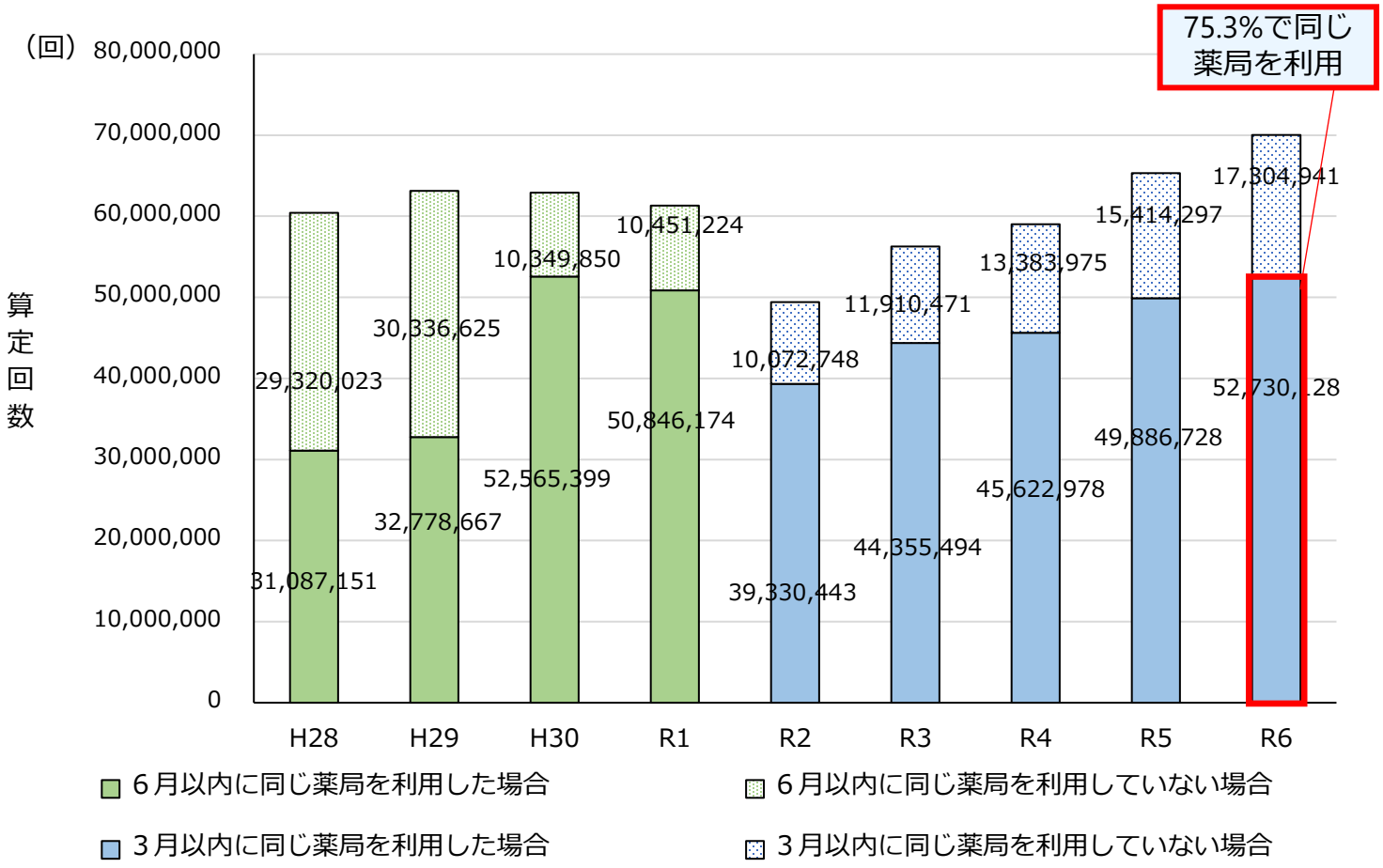


出典：社会医療診療行為別統計（令和5年まで６月審査分、令和６年８月審査分）

服薬管理指導料の算定状況

○　服薬管理指導料の算定回数の推移は、処方箋枚数の推移と同様の傾向であり、患者が３月以内に同じ薬局を利用した場合の算定回数は全体の約75%であった。

■　**服薬管理指導料の算定推移**　※R3までは薬剤服用歴管理指導料



出典：社会医療診療行為別統計　（令和５年まで６月審査分、令和６年８月審査分）

特定薬剤管理指導加算１の算定状況

○　令和６年度診療報酬改定の要件見直しにより、ハイリスク薬の薬学的管理・指導に関する算定（特定薬剤管理指導加算1）の回数は減少した。

R6改定前

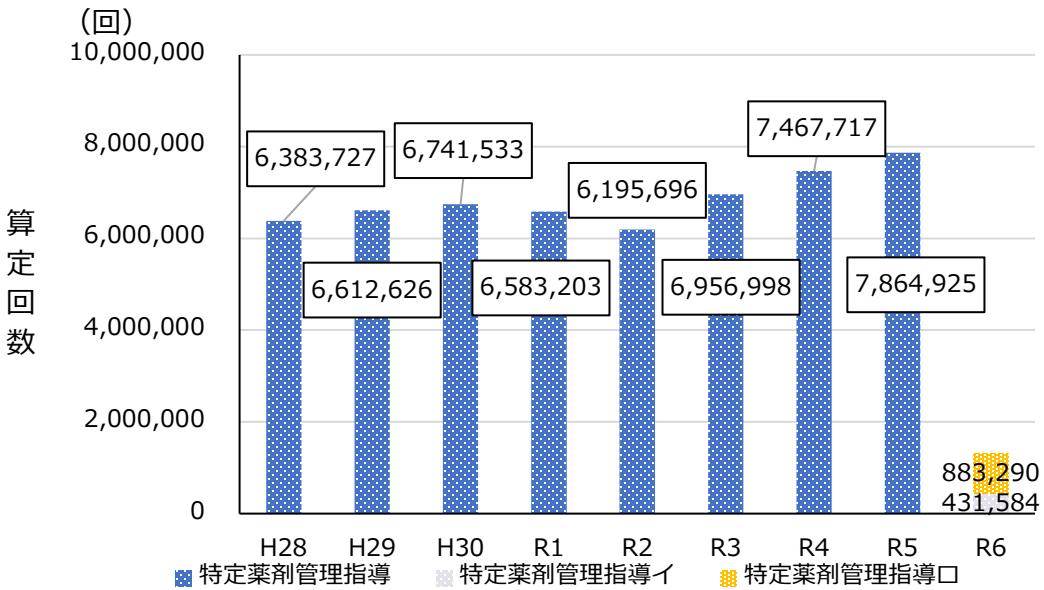
【特定薬剤管理指導加算１】
特定薬剤管理指導加算１　10点

R6改定後

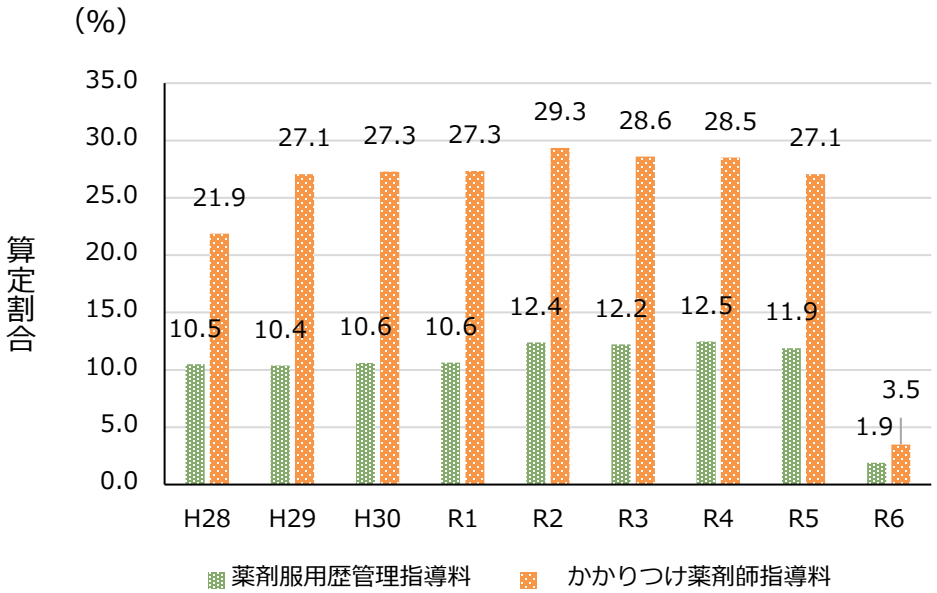
【特定薬剤管理指導加算１】
特定薬剤管理指導加算１
イ　特に安全管理が必要な医薬品が新たに処方された患者に対して必要な指導を行った場合　10点

ロ　特に安全管理が必要な医薬品に係る用法又は用量の変更、患者の副作用の発現状況等に基づき薬剤師が必要と認めて指導を行った場合　５点

■　**特定薬剤管理指導加算１の算定回数**



■　**服薬管理指導料・かかりつけ薬剤師指導料に占める特定薬剤管理指導加算１の算定割合**

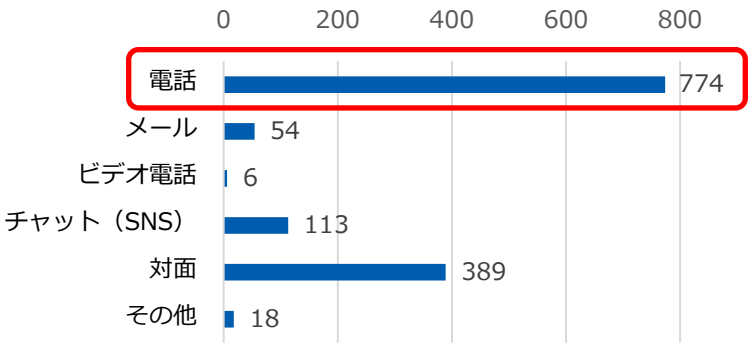


出典：社会医療診療行為別統計（令和５年まで６月審査分、令和６年８月審査分）

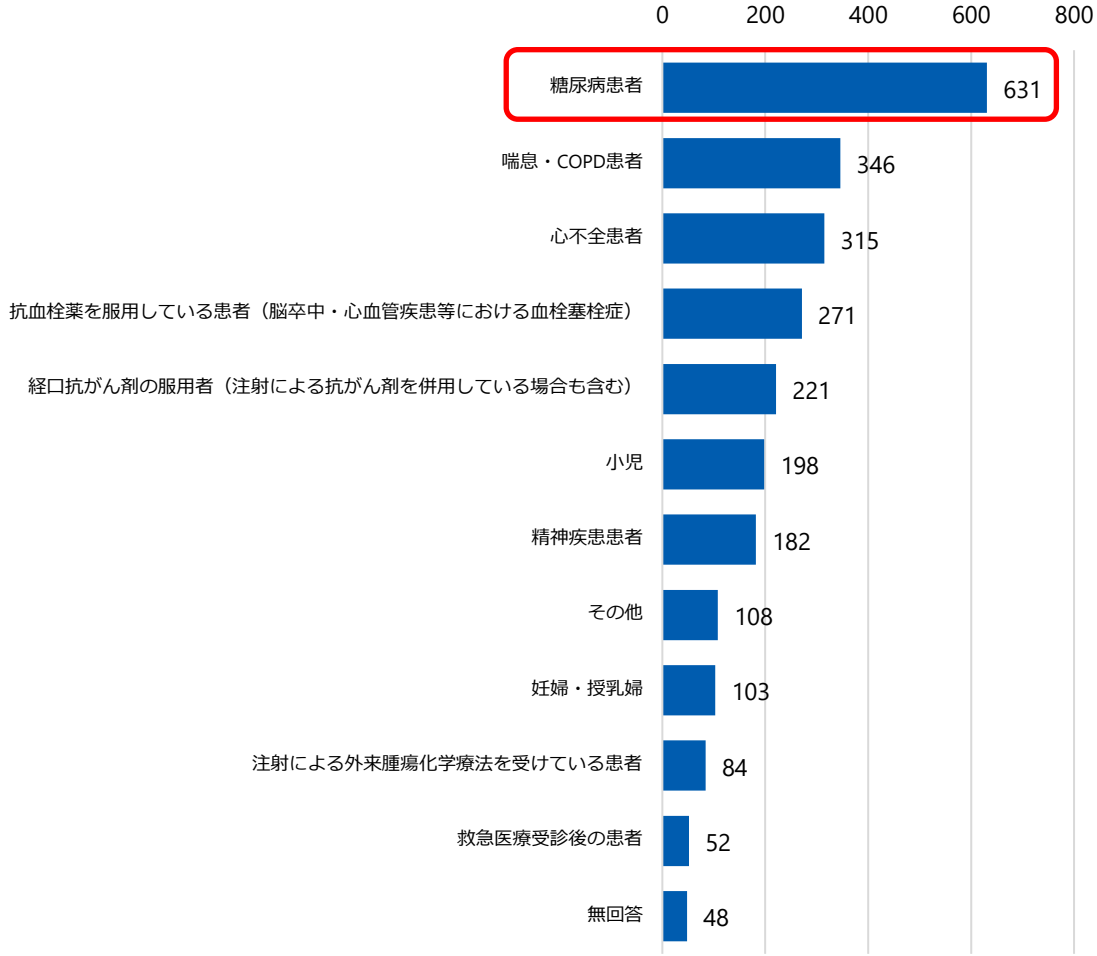
継続的な服薬指導（薬局調査）

○　薬局薬剤師による患者フォローアップの方法は、「電話」という回答が最も多かった。
○　フォローアップを実施することが多いのは、「糖尿病患者」との回答が最も多かった。

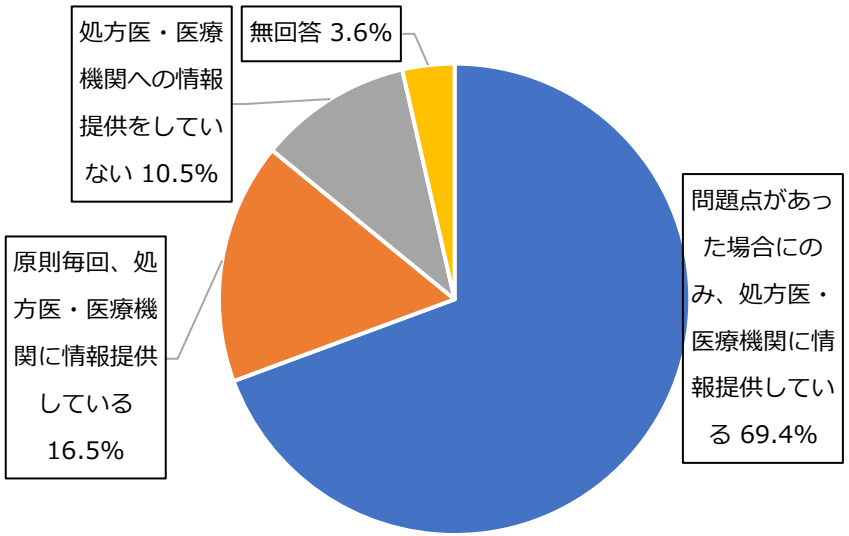
■　**患者へのフォローアップ方法(複数選択可)(n=1064)**



■　**フォローアップを実施している患者の疾患や薬剤　（複数回答）(n=1064)**



■　**フォローアップの情報を処方医・医療機関に情報提供しているか。　(n=1064)**



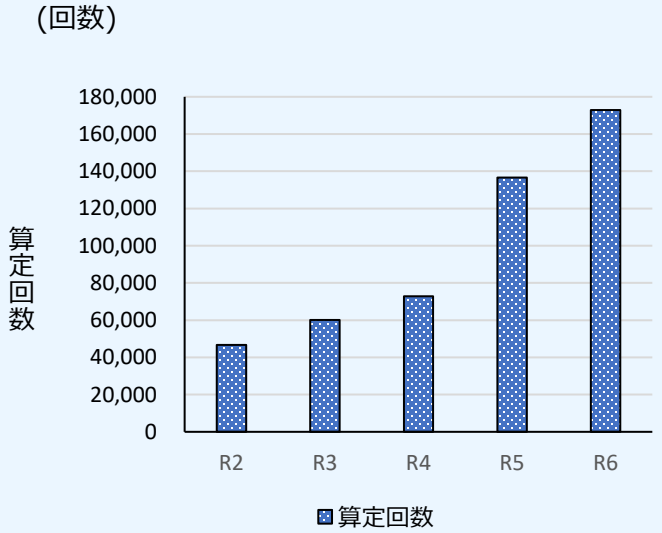
出典：令和６年度厚生労働省保険局医療課委託調査「薬局の薬剤師における業務実態調査」

フォローアップに関する薬剤管理指導の算定状況

○　患者の薬剤服用後の状況確認が必要な吸入薬指導加算、特定薬剤管理指導加算２、調剤後薬剤管理指導料の算定回数は、以下のとおり。

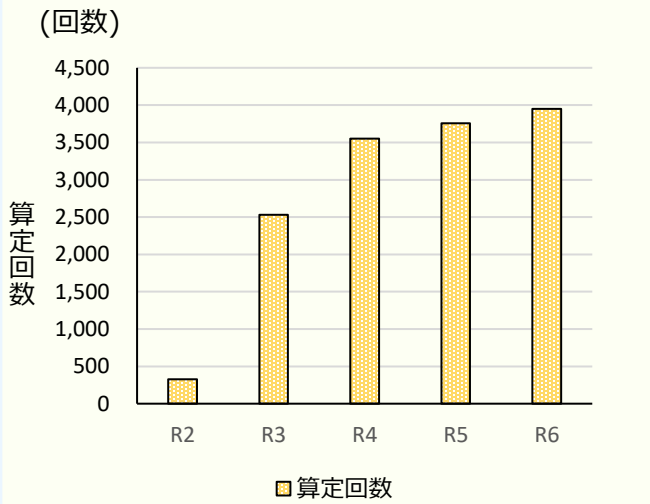
■　**吸入薬の手技の確認・指導**

吸入薬指導加算
※医師に指導結果を報告する



■　**がん患者の副作用等のフォローアップ**

特定薬剤管理指導加算２
（がん患者に対する質の高い医療の提供の評価 ）
※次回の診療時までの患者の状況を医療機関に情報提供する



■　**糖尿病・慢性心不全患者のフォローアップ**

調剤後薬剤管理指導料
（糖尿病患者、慢性心不全（※R6新設）に対する調剤後の状況の確認）
※電話等で服用状況や副作用等を確認し、医師に結果を報告する

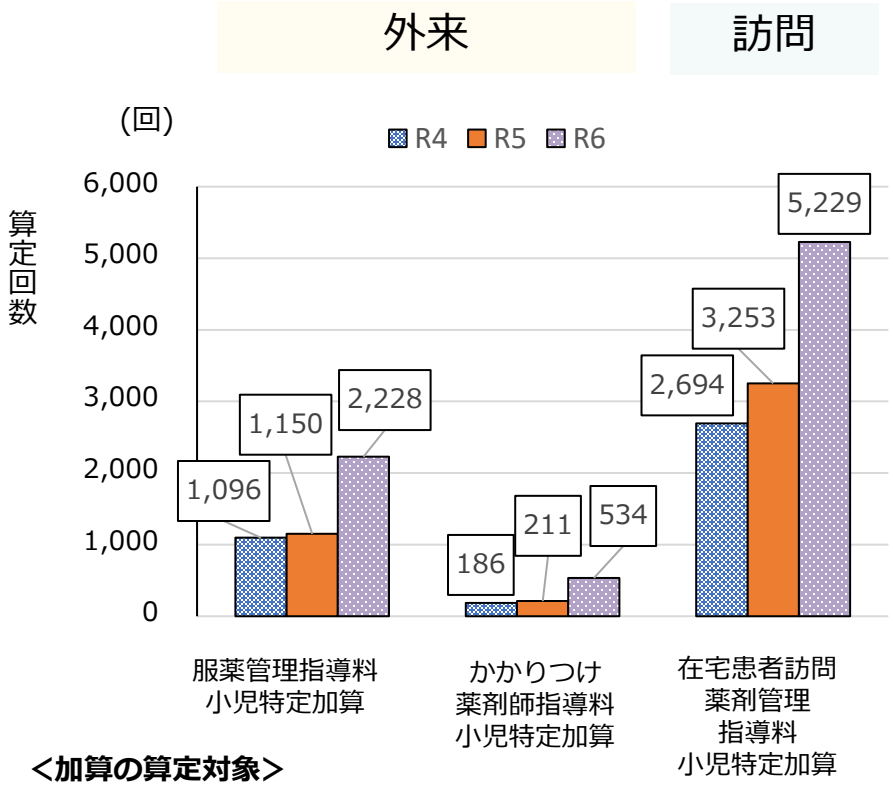
※R５以前は調剤後薬剤管理加算

出典：社会医療診療行為別統計（令和５年度まで６月審査分、令和６年度８月分）

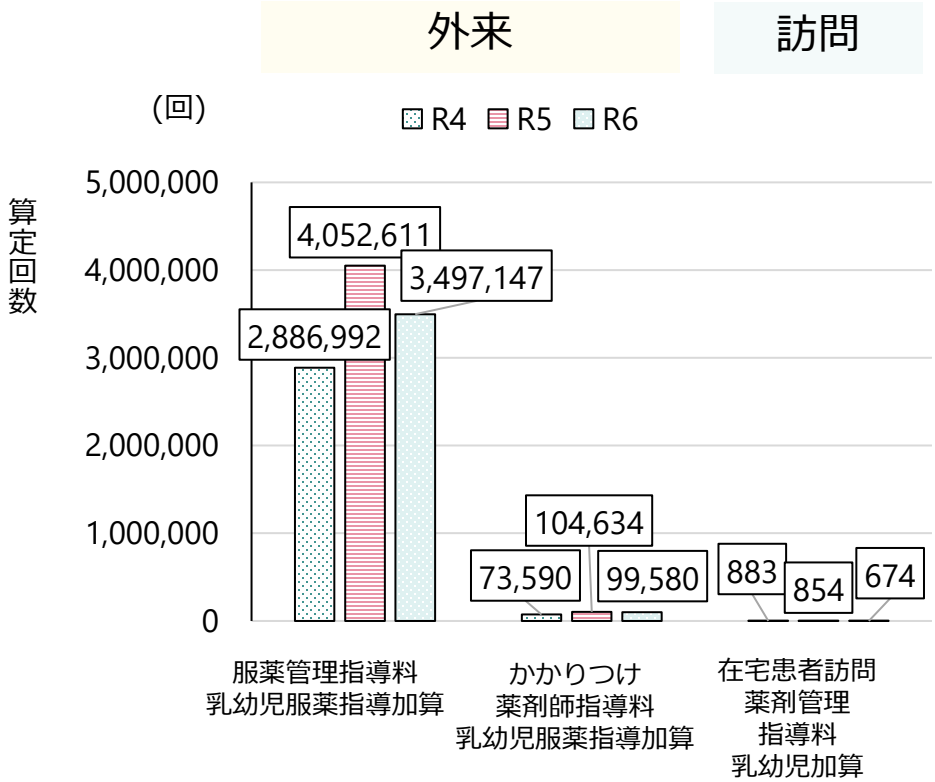
小児特定加算の算定状況

○　令和４年度改定で新設された小児特定加算は、訪問薬剤管理指導における算定が約７割を占めている。
○　一方、従来から評価されている乳幼児に対する服薬指導では外来における算定が大半である。

■　小児特定加算の算定状況



■　乳幼児服薬指導加算・乳幼児加算の算定状況



＜加算の算定対象＞

小児特定加算	児童福祉法第56条の６第２項に規定する障害児である患者（18歳未満の患者）
乳幼児服薬指導加算・乳幼児加算	６歳未満の乳幼児

出典：社会医療診療行為別統計（令和５年まで６月審査分、令和６年８月審査分）

３．調剤に係る診療報酬上の評価

① 服薬指導に関する評価

② かかりつけ薬剤師に関する評価

③ 重複投薬・多剤投与、残薬解消等に関する評価

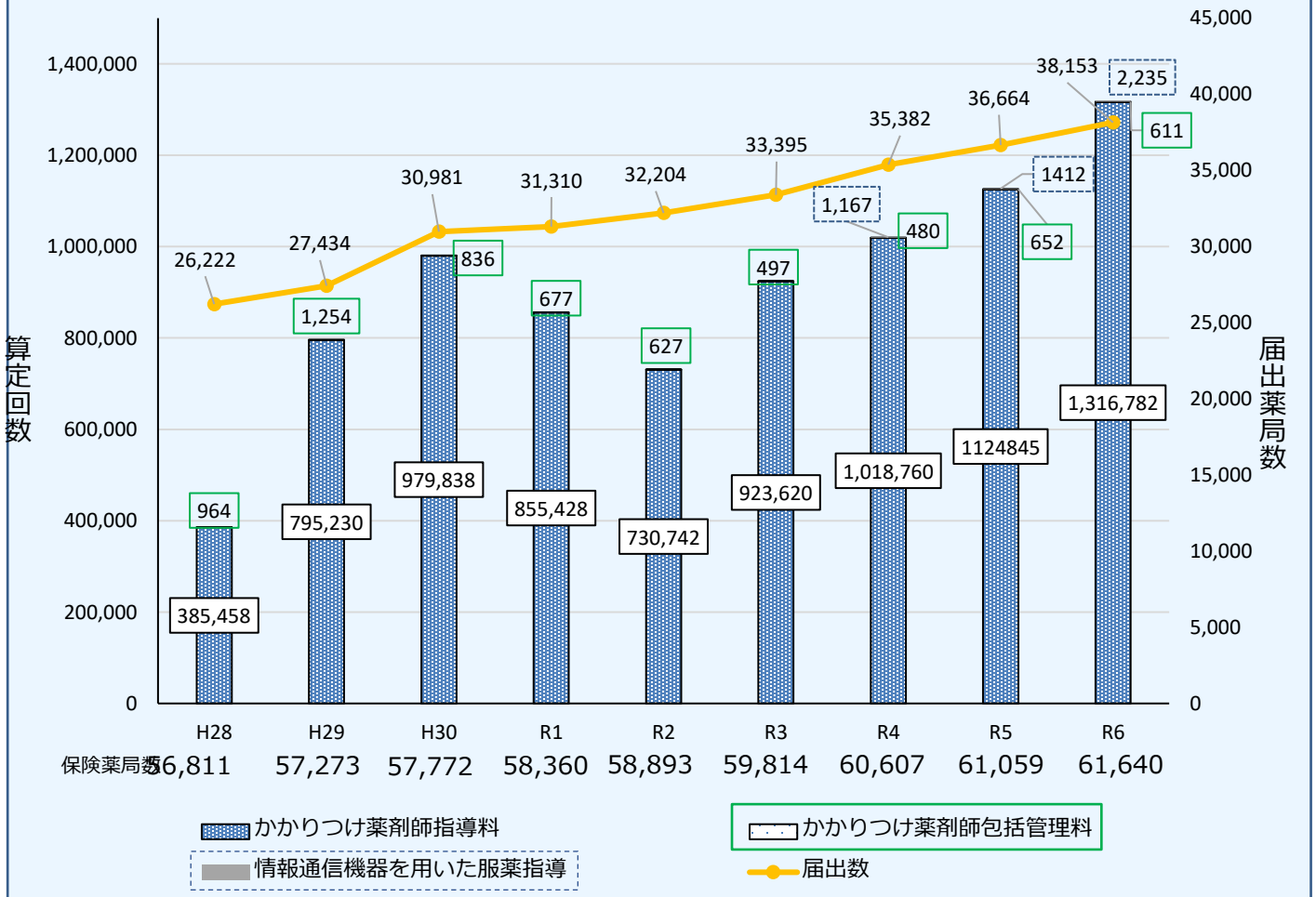
④ 医療機関等への情報提供、連携等に関する評価

⑤ 薬局の体制に関する評価

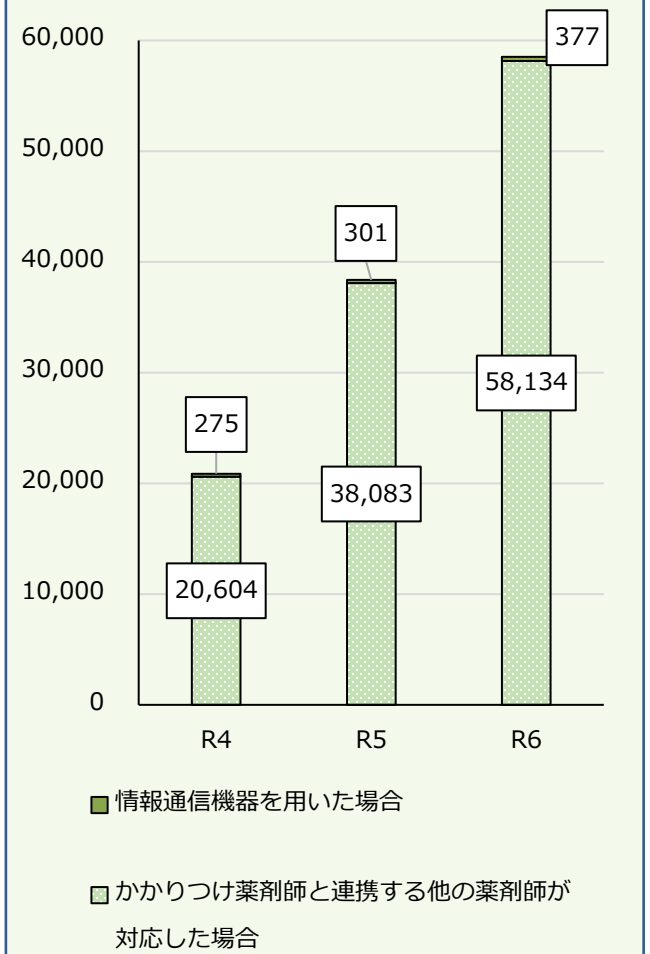
かかりつけ薬剤師指導料等の算定状況

○　かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の算定回数・届出薬局数は増加傾向。
○　届出薬局数は保険薬局全体の約６割であった。

■　かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の算定回数・届出薬局数



■　かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合における算定状況

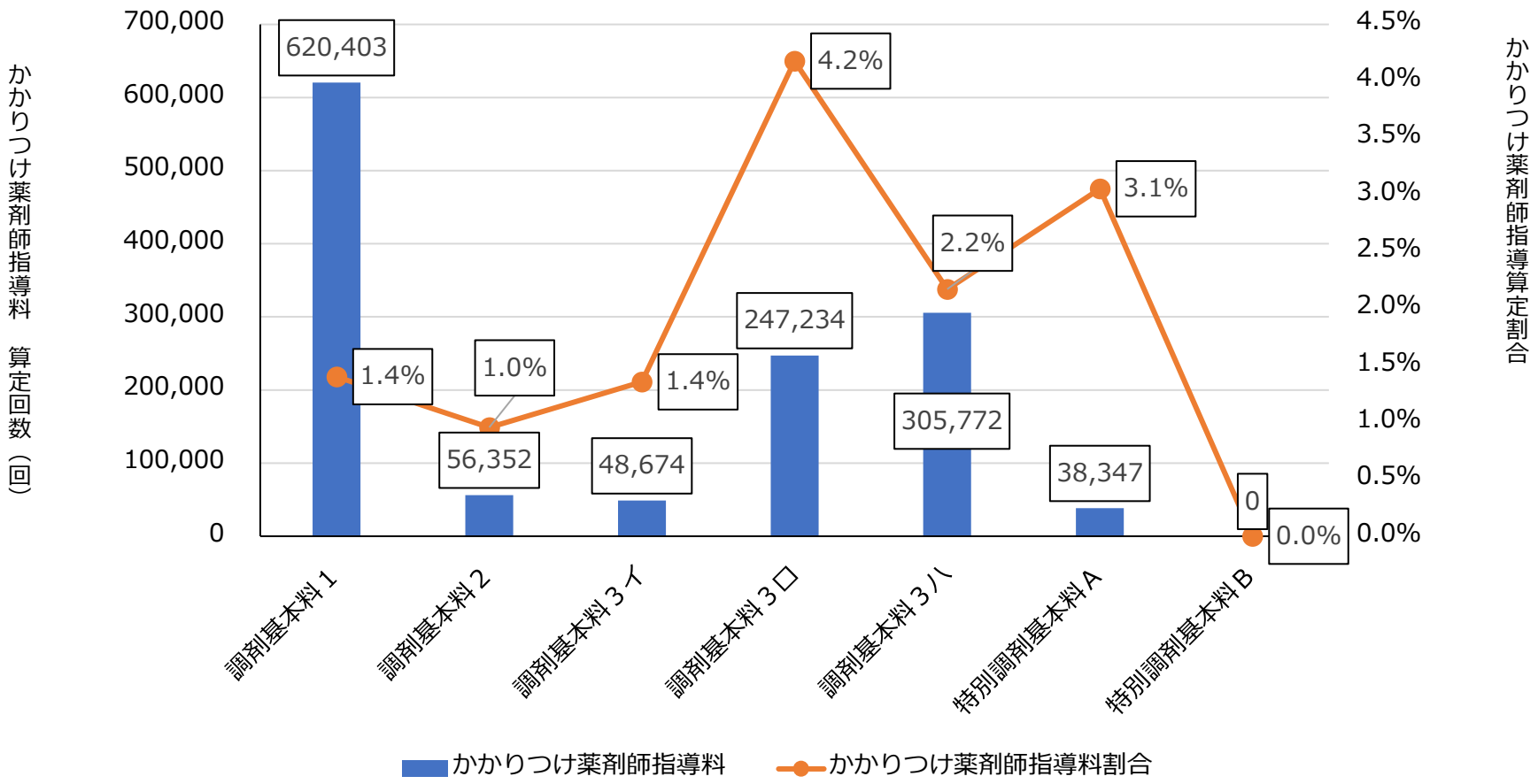


出典：社会医療診療行為別統計（令和５年まで６月審査分、令和６年８月審査分）
施設基準の届出状況の報告、保険局医療課調べ

かかりつけ薬剤師指導料の算定割合

○　処方箋受付回数における、かかりつけ薬剤師指導料の算定割合は、調剤基本料３ロ、ハ、特別調剤基本料Aの届出施設が高かった。

■　かかりつけ薬剤師指導料の算定割合（調剤基本料別）



出典：社会医療診療行為別統計（令和６年８月審査分）

３．調剤に係る診療報酬上の評価

① 服薬指導に関する評価

② かかりつけ薬剤師に関する評価

③ 重複投薬・多剤投与、残薬解消等に関する評価

④ 医療機関等への情報提供、連携等に関する評価

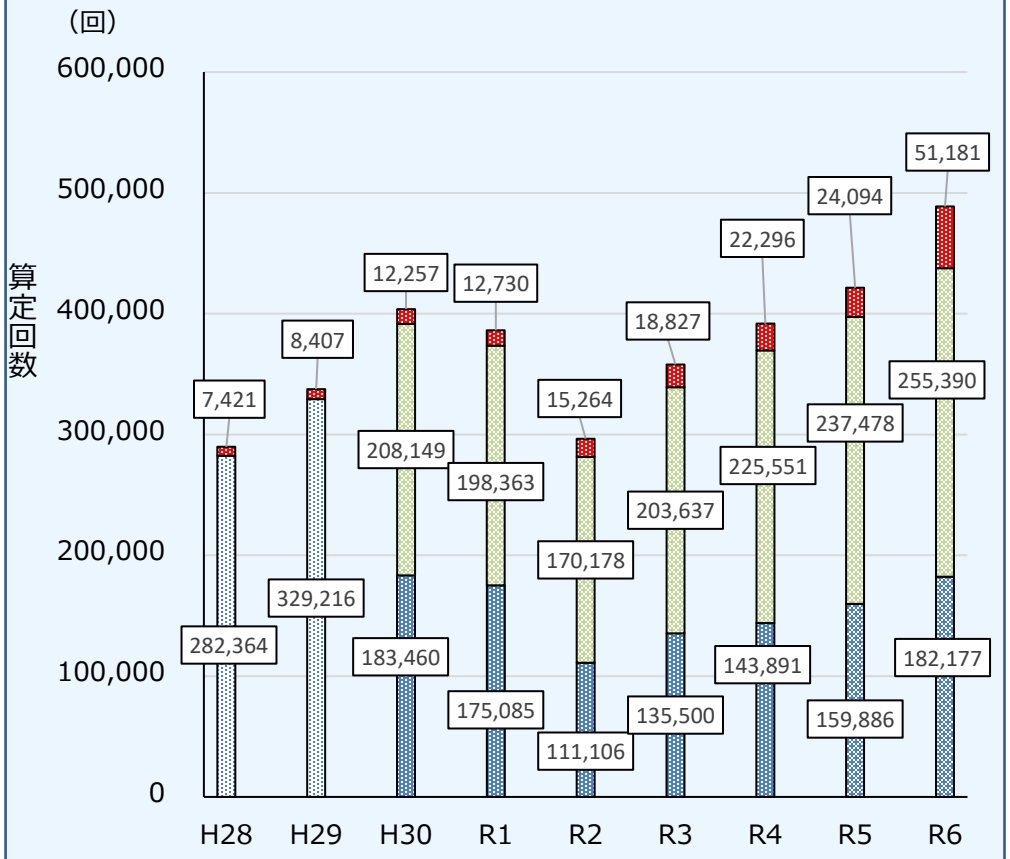
⑤ 薬局の体制に関する評価

重複投薬・相互作用等防止加算の算定状況

○　医師への疑義照会により処方内容が変更され、重複投薬・相互作用等防止加算を算定した割合は、平成30年以降同程度で推移。

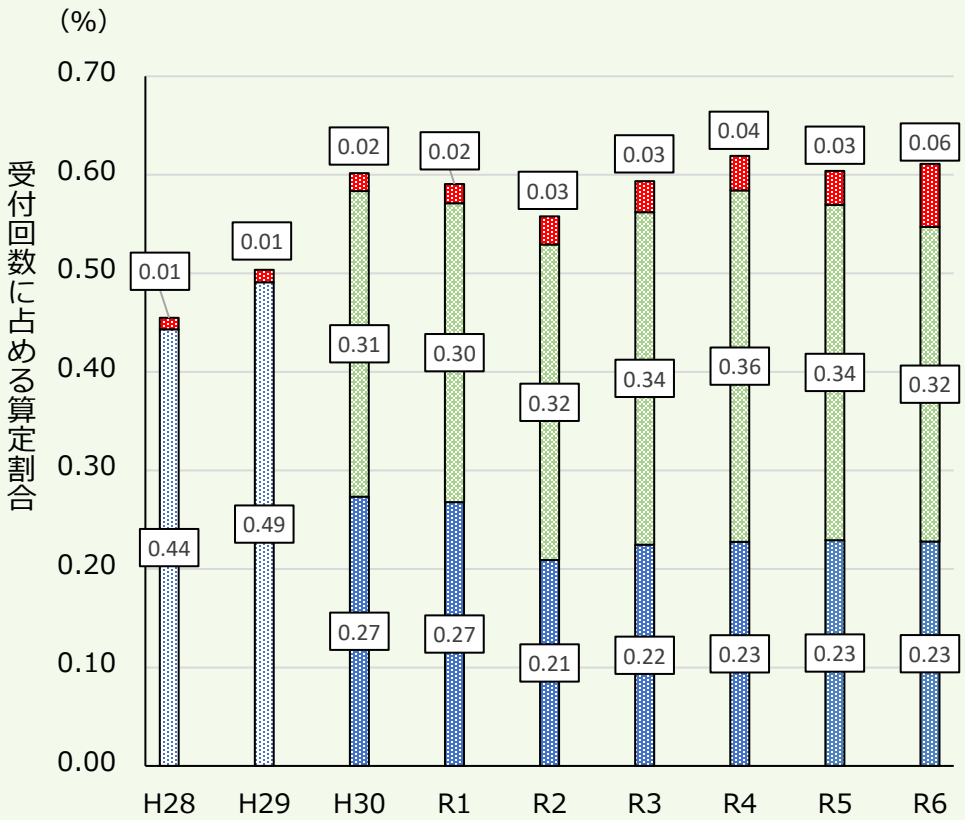
■　重複投薬・相互作用等防止加算※の算定回数

※　在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料を含む



■　重複投薬・相互作用等防止加算※の算定割合

※　在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料を含む



処方変更あり　処方変更なし　残薬調整以外　残薬調整

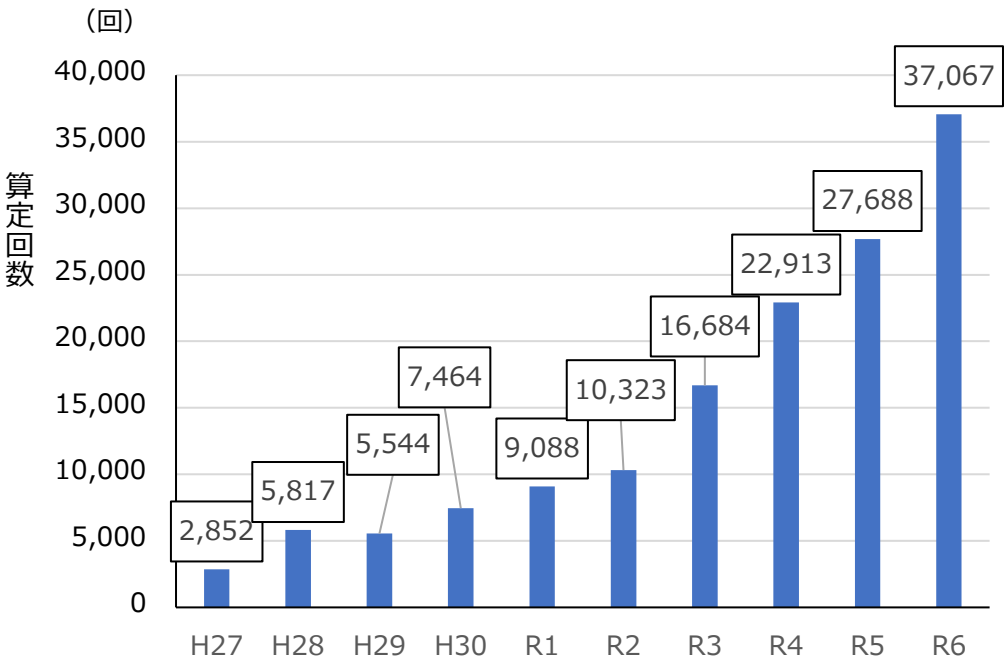
在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料（「平成30年度～令和６年度」は残薬調整の有無を問わない）

出典：社会医療診療行為別統計（令和５年まで６月審査分、令和６年８月審査分）

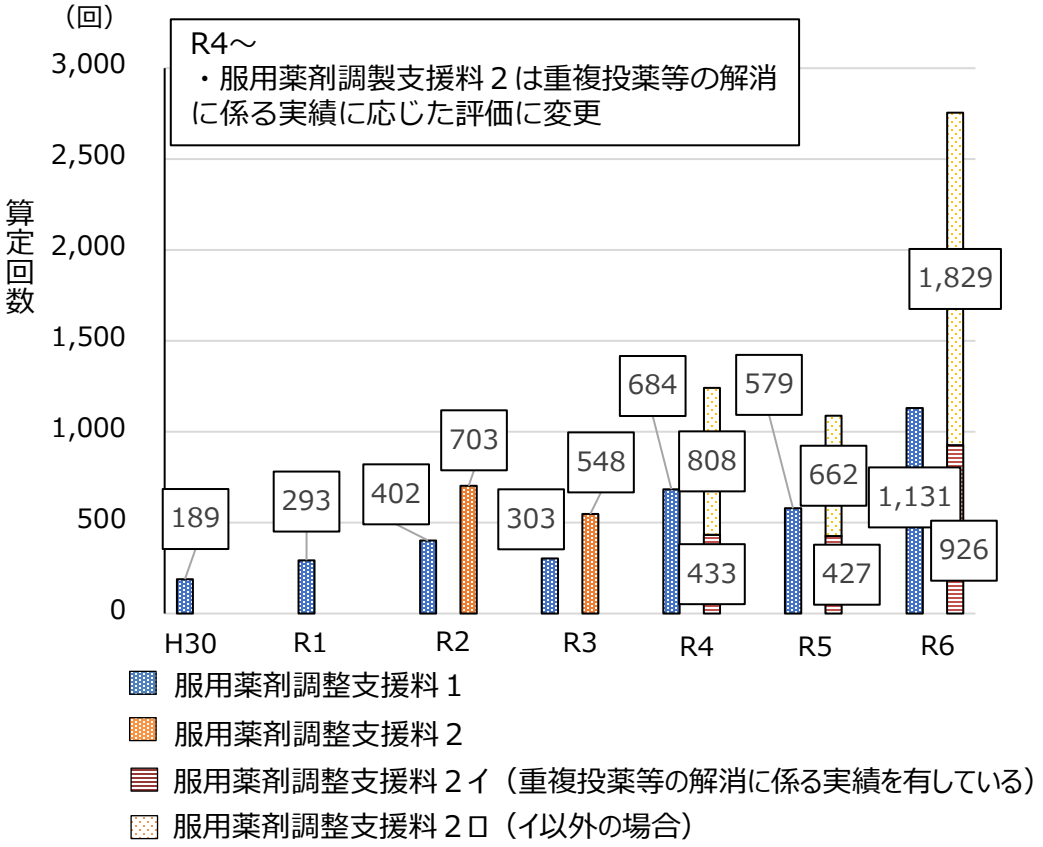
薬局における残薬・多剤投与の解消に関する取組

○　外来服薬支援料１（残薬解消等の服薬支援）、服用薬剤調整支援料（減薬の取組）の算定回数は増加傾向にある。

■　外来服薬支援料１の算定回数



■　服用薬剤調整支援料の算定回数



出典：社会医療診療行為別統計（令和５年まで６月審査分、令和６年８月審査分）

３．調剤に係る診療報酬上の評価

① 服薬指導に関する評価

② かかりつけ薬剤師に関する評価

③ 重複投薬・多剤投与、残薬解消等に関する評価

④ 医療機関等への情報提供、連携等に関する評価

⑤ 薬局の体制に関する評価

薬局から医療機関等への情報提供に係る評価（服薬情報等提供料）

○　服薬情報等提供料は、全体としては令和３年度以降の算定回数が増加しているが、服薬情報等提供料２について令和６年度改定時の算定要件の見直しを行い、伸びが鈍化した。

○ **服薬情報等提供料１**　　**30点**
- 医療機関（医科、歯科）からの求めによる医療機関への情報提供

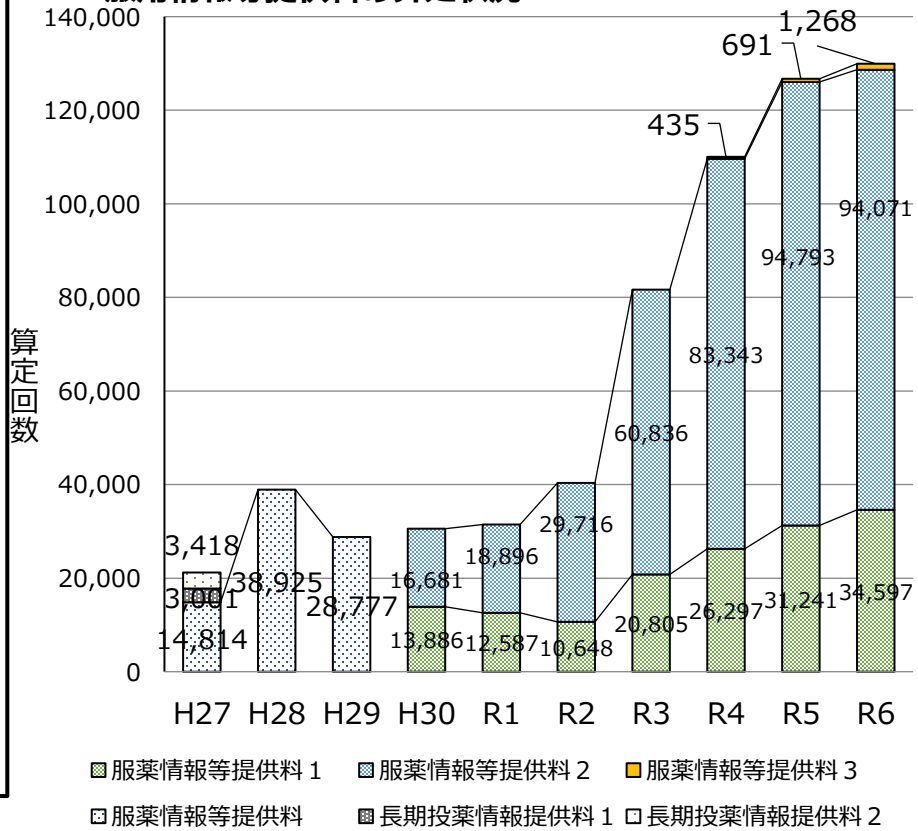
※服薬情報等提供料２は、令和６年度改定時に患者等に対する情報提供に伴う評価を廃止

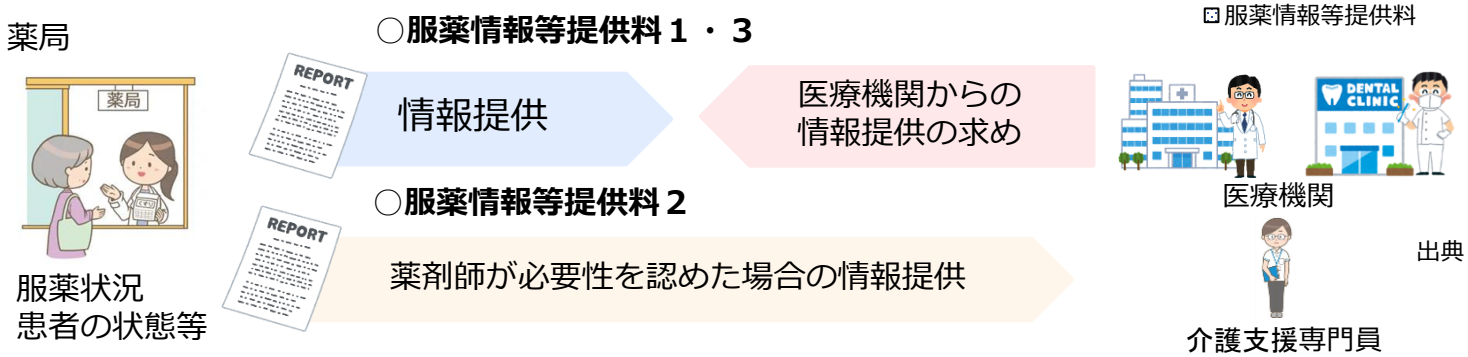
○ **服薬情報等提供料２**
- 薬剤師が必要性を認めた場合における以下に対する情報提供
  - イ　医療機関（医科、歯科）への情報提供　**20点**
  - ロ　リフィル処方箋調剤に伴う処方医への情報提供　**20点**
  - ハ　介護支援専門員への情報提供　**20点**

○ **服薬情報等提供料３**　　**50点**
- 入院前の患者に関する医療機関への情報提供

（残薬に係る情報提供の留意点）
　残薬に係る情報提供に関しては、単に確認された残薬の状況を記載するだけではなく、その後の残薬が生じないために必要な内容を併せて記載するとともに、情報提供後の当該患者の服薬状況を継続して把握しておくこと。

■服用情報等提供料の算定状況





出典：社会医療診療行為別統計
（令和５年まで６月審査分、令和６年８月審査分）

３．調剤に係る診療報酬上の評価

① 服薬指導に関する評価

② かかりつけ薬剤師に関する評価

③ 重複投薬・多剤投与、残薬解消等に関する評価

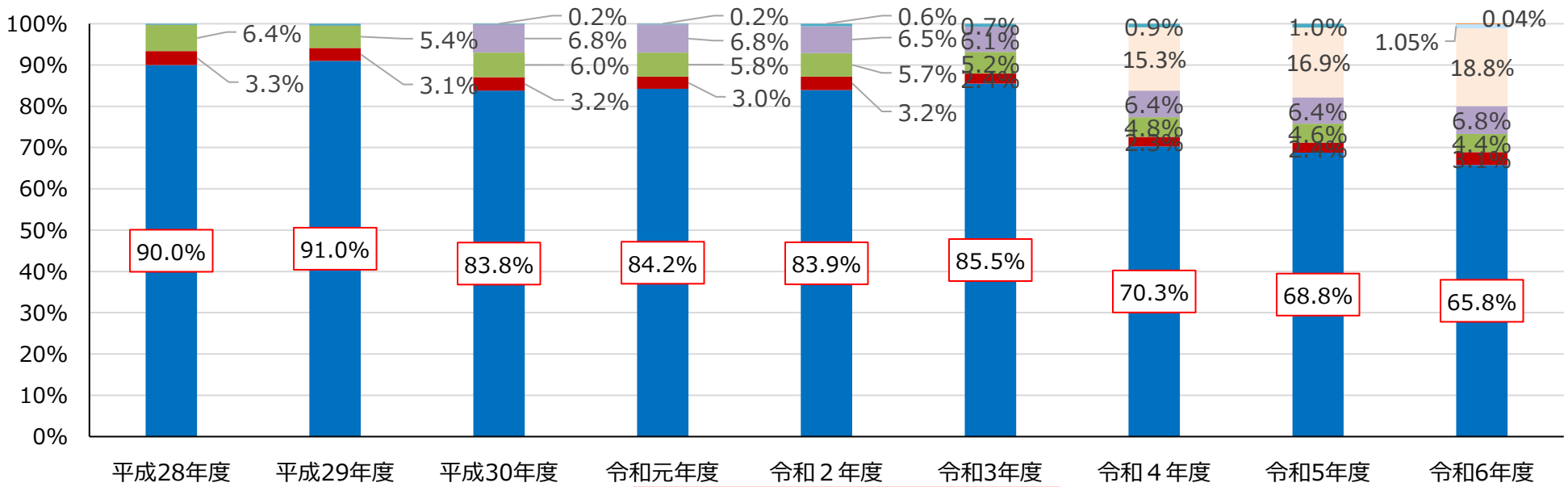
④ 医療機関等への情報提供、連携等に関する評価

⑤ 薬局の体制に関する評価

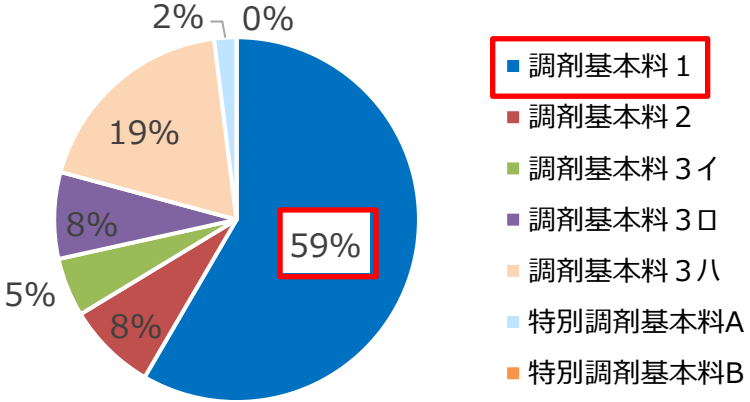
調剤基本料の構成比の推移等

○　令和４年度改定により新設された基本料３ハの割合が、令和６年度に18.8%になったことや、調剤基本料２の処方箋受付枚数要件の見直しに伴い、基本料１以外の薬局は34.2%となった。
○　算定回数については、調剤基本料１の占める割合は令和６年度では約59%であった。

➢ **各調剤基本料の構成比の推移**（平成28年度～平成29年度：各年度末時点の施設基準の届出状況、平成30年度～令和６年度：各年度６月の算定薬局数）



➢ **各調剤基本料の算定回数の割合**（令和６年８月審査分）



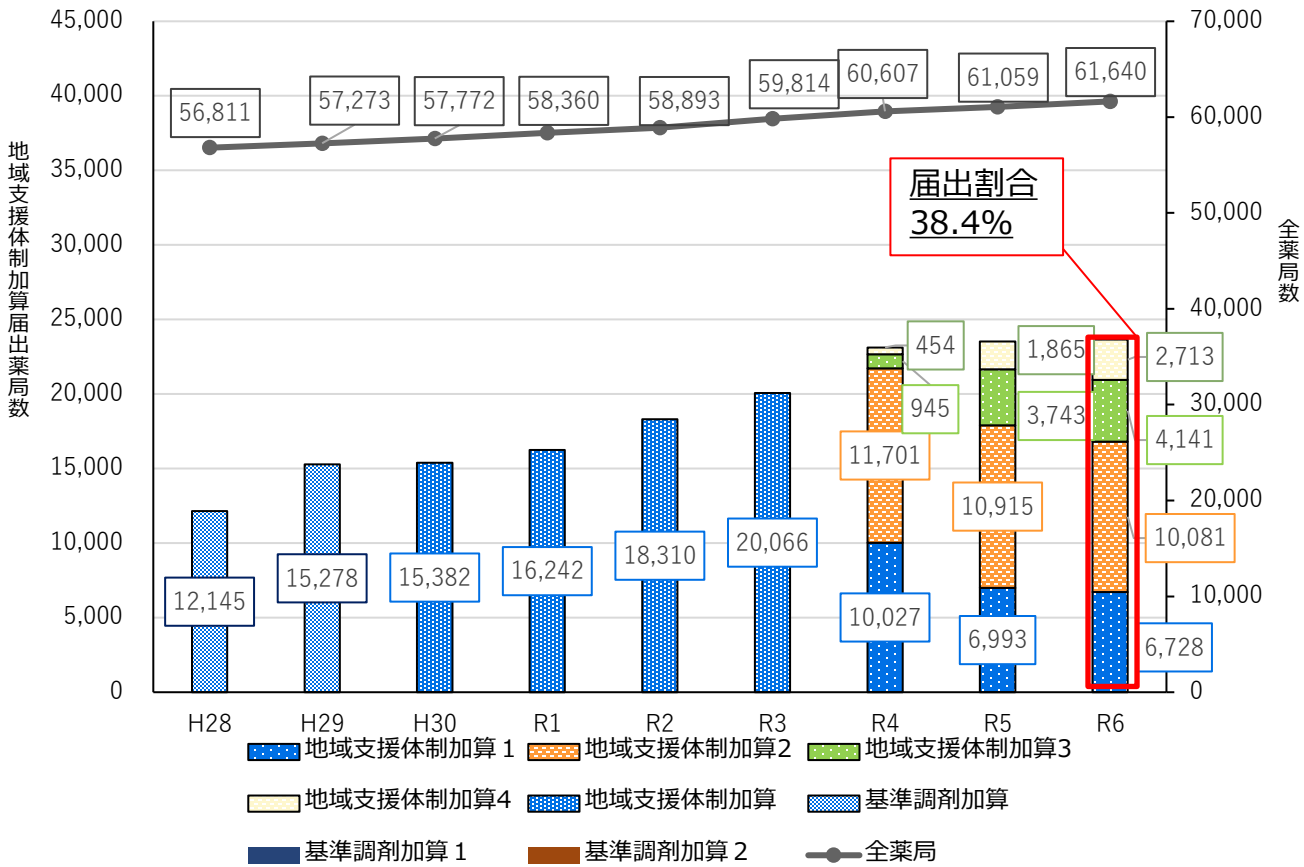
- 調剤基本料１　（平成28年度～）
- 調剤基本料２　（平成28年度～）
- 調剤基本料３　（平成28年度～29年度）／調剤基本料３イ　（平成30年度～）
- 調剤基本料３ロ　（平成30年度～）
- 調剤基本料３ハ　（令和４年度～）
- 特別調剤基本料　（平成28年度～）
- 特別調剤基本料A　（令和６年度～）／ 特別調剤基本料B（令和６年度～）

出典：
○各調剤基本料の構成比の推移
・平成28年度から平成29年度：保険局医療課調べ（各年度3月31日時点の届出状況）
・平成30年度から令和６年度：NDBデータ（各年６月時点の算定薬局数）
○算定回数の割合：社会医療診療行為別統計（令和６年８月審査分）

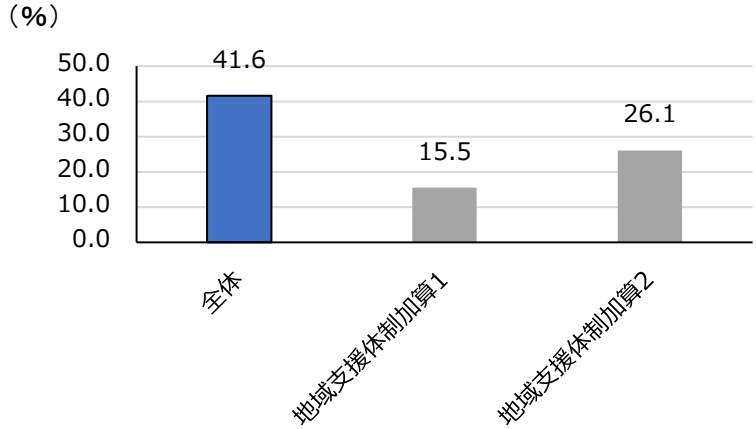
地域支援体制加算の現状等

○　地域支援体制加算１～４のいずれかを届け出ている薬局は令和６年度で38.4%である。
○　調剤基本料１の薬局では約４割、調剤基本料１以外の薬局では約３割が届出をしている。

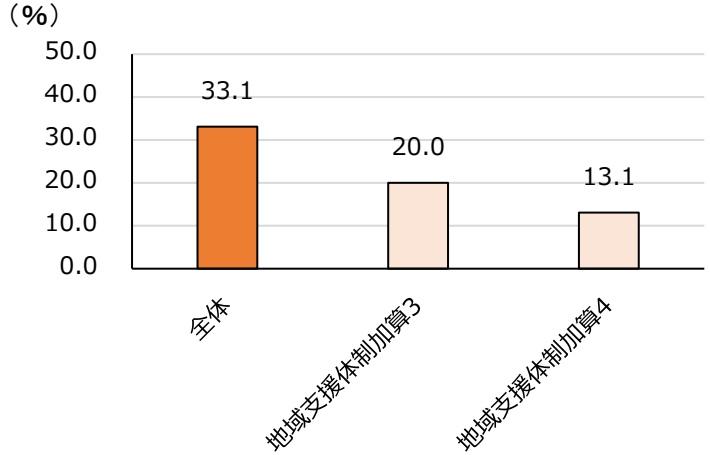
■　**地域支援体制加算の構成比の推移**　※H29までは基準調剤加算



■　**調剤基本料１の届出状況**



■　**調剤基本料１以外の届出状況**



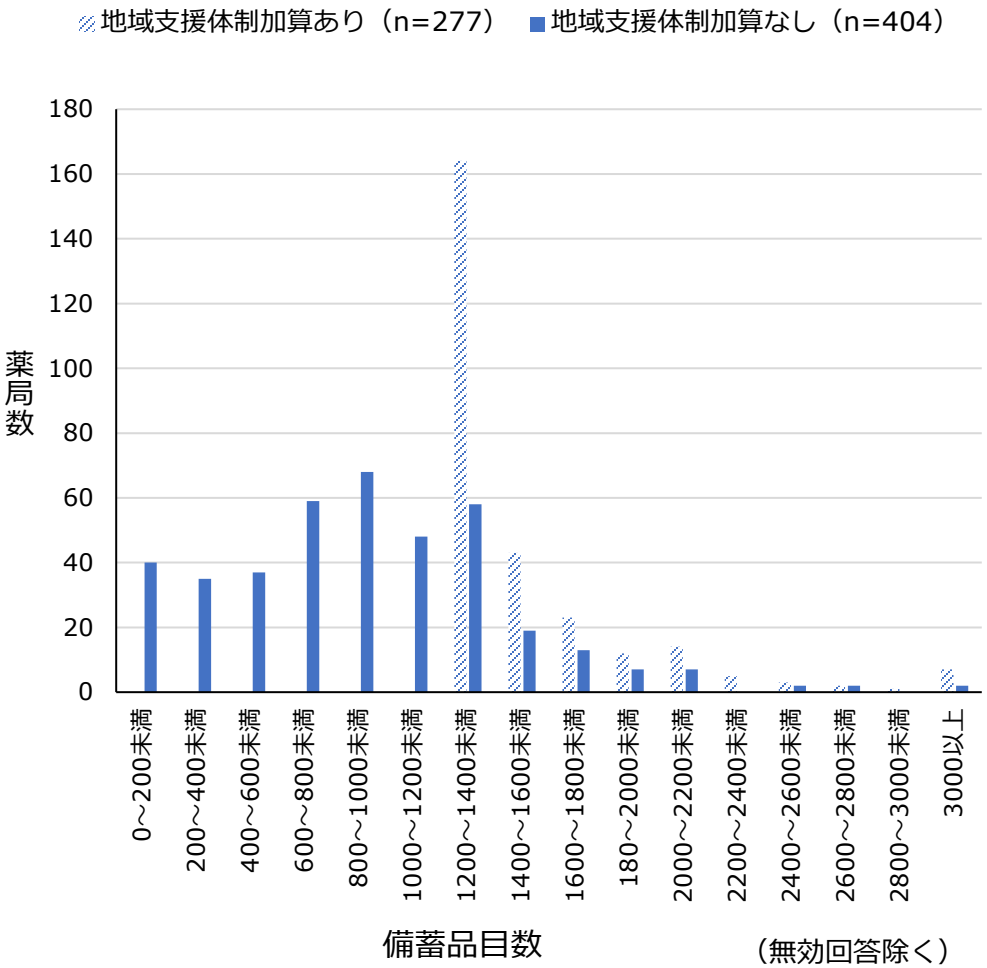
（令和６年８月１日定例報告において無回答の項目については集計から除外）

出典：施設基準の届出状況等の定例報告、保険局医療課調べ

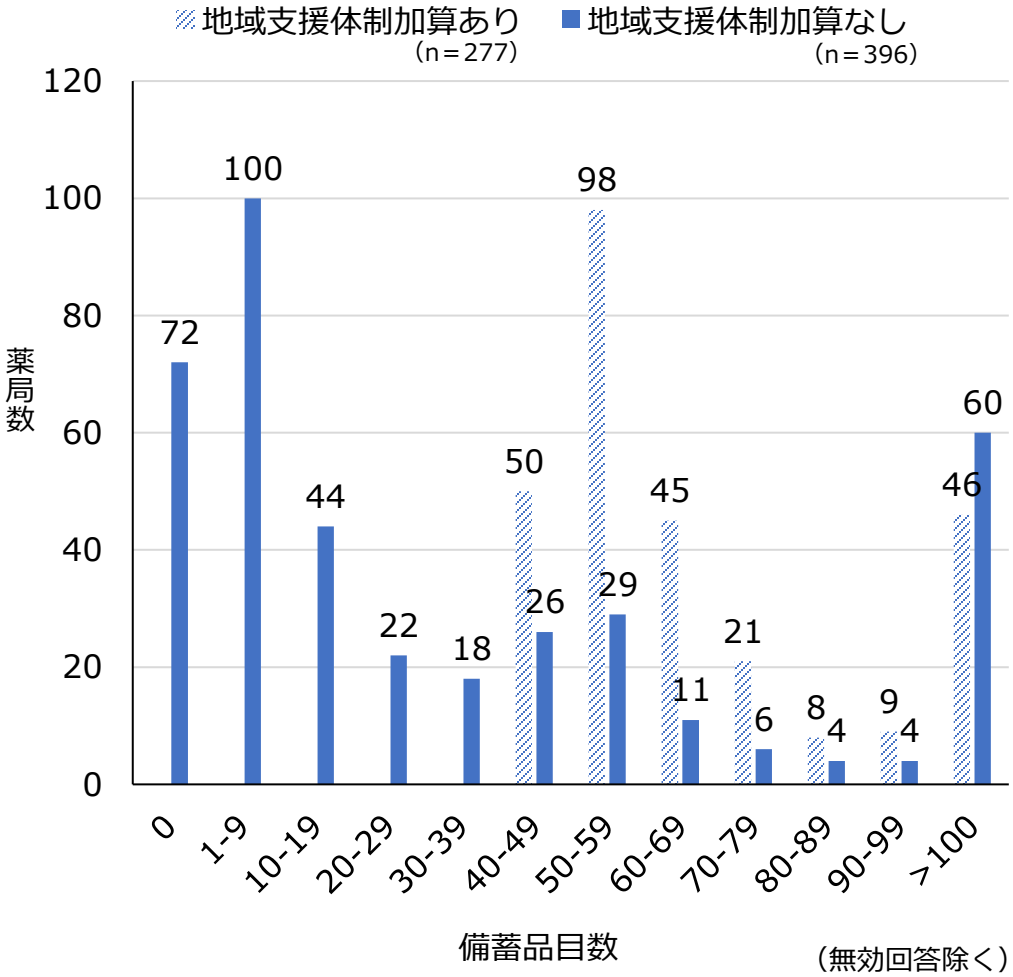
薬局における医薬品の備蓄状況

○　医療用医薬品の備蓄品目数は、地域支援体制加算の算定薬局の方が多い傾向があった。
○　要指導医薬品・一般用医薬品の備蓄品目数は、以下のとおり。

■ **医療用医薬品の備蓄品目数の分布（無回答含む）**



■ **要指導医薬品･一般用医薬品の備蓄品目数の分布**



出典：令和６年度厚生労働省保険局医療課委託調査「薬局の機能に係る実態調査」

薬局の体制に係る情報の周知に関する要件

地域の行政機関や薬剤師会等を通じた薬局情報の周知を求める要件（施設基準）

【地域支援体制加算】

- 地域の行政機関、保険医療機関、訪問看護ステーション及び福祉関係者等に対して、休日、夜間を含む開局時間外であっても調剤及び在宅業務に対応できる体制（地域医療の確保の観点から、救急医療対策の一環として設けられている輪番制に参加している場合も含む。）に係る周知を**自局及び同一グループで十分に対応すること。また、同様の情報の周知は地域の行政機関又は薬剤師会等を通じて十分に行っていること。**

【連携強化加算】

- 災害や新興感染症発生時における対応可能な体制を確保していることについて、当該保険薬局及び同一グループののほか 、**地域の行政機関、薬剤師会等のホームページ等で広く周知していること。**

【在宅薬学総合体制加算】

- 地域の行政機関、保険医療機関、訪問看護ステーション及び福祉関係者等に対して、急変時等の開局時間外における在宅業務に対応できる体制（医療用麻薬の対応等の在宅業務に係る内容を含む。） に係る周知を自局及び同一グループで十分に対応すること。また、**同様の情報の周知は地域の行政機関又は薬剤師会等を通じて十分に行っていること。**

＜参考＞

上記に該当する内容について、薬局ごとの情報提供のほか、わかりやすい情報提供の観点から地図を用いた方法などの活用も考えられる。

（夜間対応薬局を地図で表示）

（該当箇所をクリックすると対応薬局一覧や個別の薬局の情報を表示）

夜間応需可能薬局一覧（※平日19：00～翌8：00、土曜日13：00～で開局している薬局です。電話応対のみや緊急時のみ対応は含みません。）

所属地区薬剤師会	薬局名	管理薬剤師名	電話番号	夜間及び土曜日の応需体制
福岡市薬剤師会	イオン薬局ショッパーズ福岡店	[illegible]	092-726-0571	平日、土曜日 9:00~19:00
福岡市薬剤師会	そうごう薬局天神中央店	中村泰朗	092-734-7311	土曜日も18:30まで営業
福岡市薬剤師会	タオ薬局	藤堂ヒトミ	092-713-3661	土曜日 9:00~17:30
福岡市薬剤師会	どんぐり薬局	田中泰三	092-721-1310	平日・土曜日19:00~翌8:00、日祭日8:00~翌8:00
福岡市薬剤師会	なごみ薬局天神店	島津大郎	092-791-6401	第三土曜日は9-16
福岡市薬剤師会	日本調剤福岡中央薬局	[illegible]	092-738-3188	土曜日13:00~18:30
福岡市薬剤師会	日本調剤福岡天神薬局	佐藤春菜子	092-726-5301	土曜日 13:00~19:00
福岡市薬剤師会	薬局白十字	平嶋貴子	092-771-8921	元日以外 9:30~19:30

※ 福岡県薬剤師会のホームページでは、夜間・休日が可能な薬局を地図上に表記しており、クリックすると個別の薬局の情報が表示される。

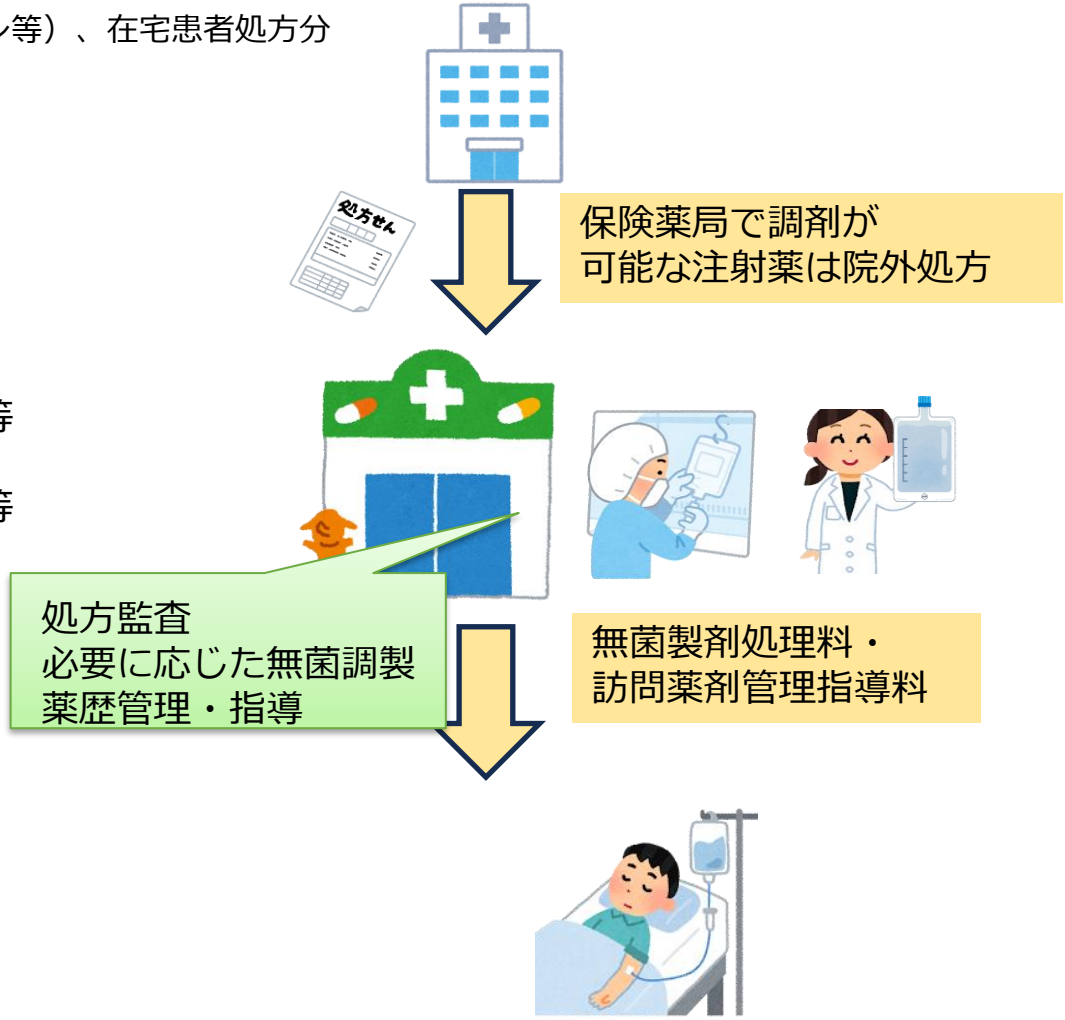
保険薬局で調剤が可能な注射薬

○「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等」にて厚生労働大臣が定める注射薬等により、院外処方することができる注射薬が規定されている。

保険薬局での調剤が認められている注射薬：自己注射（インスリン等）、在宅患者処方分

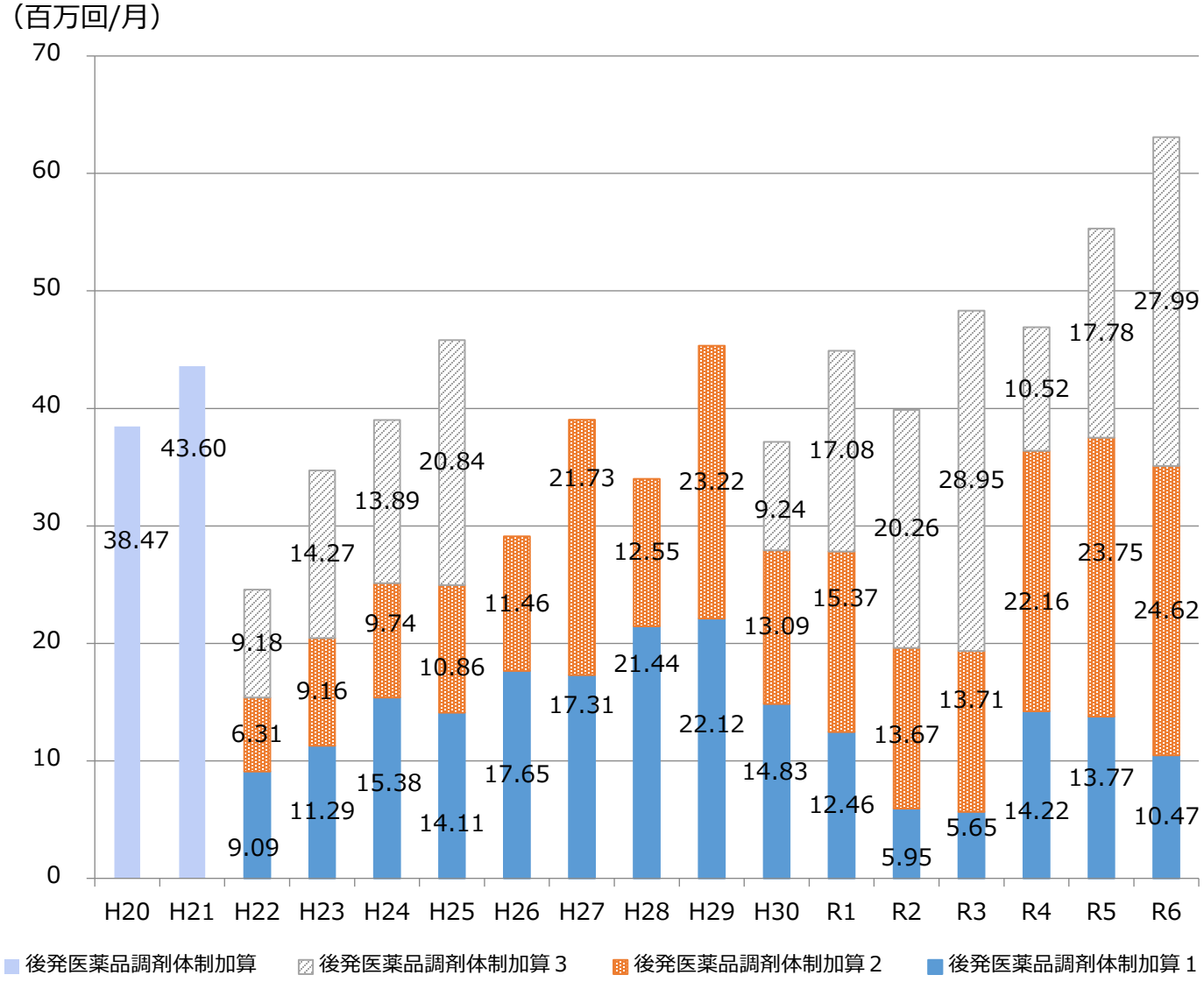
保険薬局での調剤が可能な注射薬の一例

ホルモン・内分泌製剤
　（例）インスリン製剤、ヒト成長ホルモン剤等
中心静脈栄養
　（例）在宅中心静脈栄養法用輸液等
麻薬および類似薬：
　（例）ブプレノルフィン製剤、モルヒネ塩酸塩製剤等
ステロイド剤
　（例）ベタメタゾンリン酸エステルナトリウム製剤等
消化管作用薬剤
　（例）H2遮断剤、メトクロプラミド製剤等
抗凝固薬剤
　（例）ヘパリンカルシウム製剤等
カテコラミン製剤
　（例）アドレナリン製剤、ドブタミン、ドパミン等
抗菌剤・抗ウイルス剤
　（例）注射用抗菌薬、レムデシビル製剤等
その他
　（例）電解質製剤･･･等



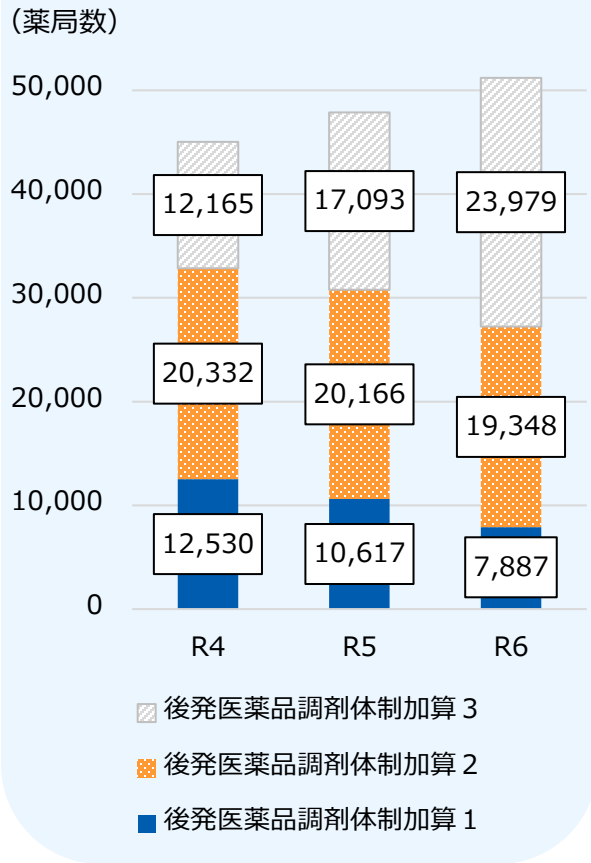
後発医薬品に係る診療報酬の算定状況（調剤）

○　後発医薬品調剤体制加算の算定回数は増加傾向にあり、特に、後発医薬品調剤体制加算３の算定回数・届出薬局数は増加している。



（参考）

■後発医薬品調剤体制加算の届出状況

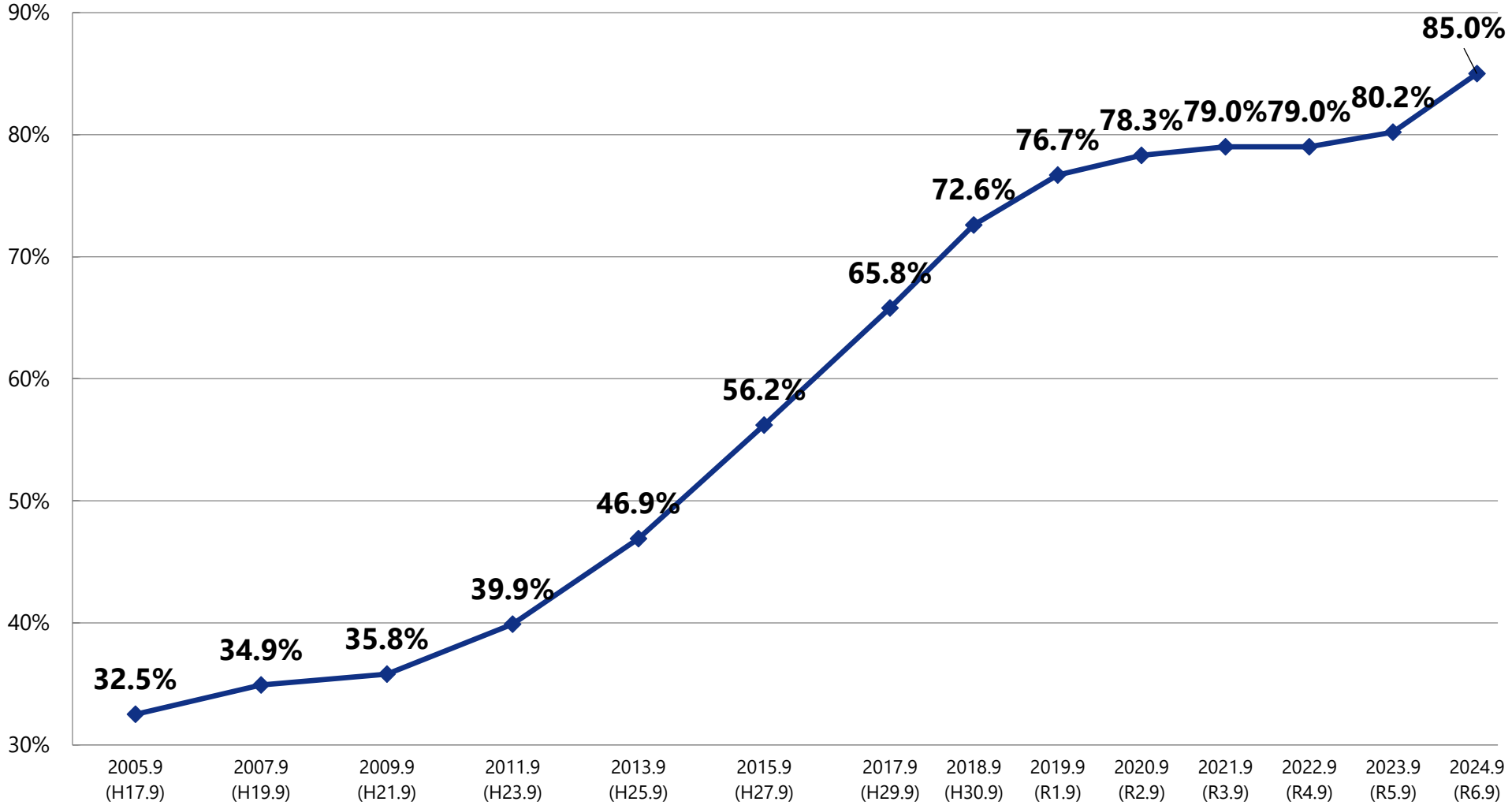


出典：施設基準の届出状況等の定例報告、保険局医療課調べ

出典：社会医療診療行為別調査（平成26年まで）、社会医療診療行為別統計（平成27年から令和５年まで６月審査分、令和６年８月審査分）

後発医薬品使用促進の推移・現状

薬価調査における後発医薬品の使用割合（数量ベース）の推移

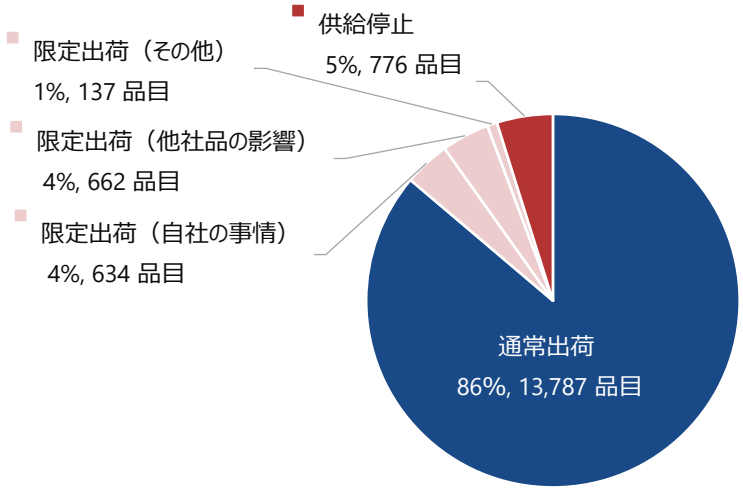


薬価調査結果より保険局医療課にて作成

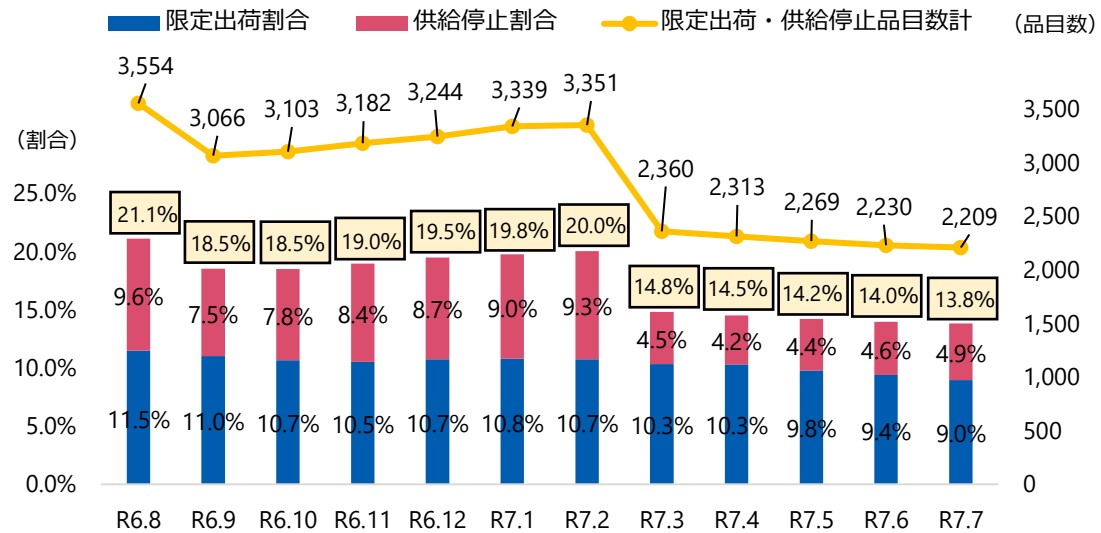
医療用医薬品の限定出荷・供給停止の状況の推移（令和６年～７年度）（供給（限定出荷・供給停止）の状況）

薬価削除予定品目含む

医薬品全体の対応状況（令和７年７月）

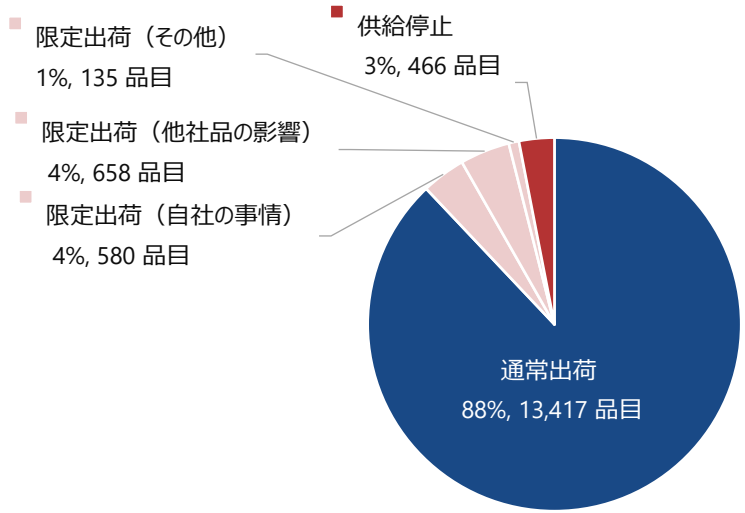


医療用医薬品の限定出荷・供給停止の推移

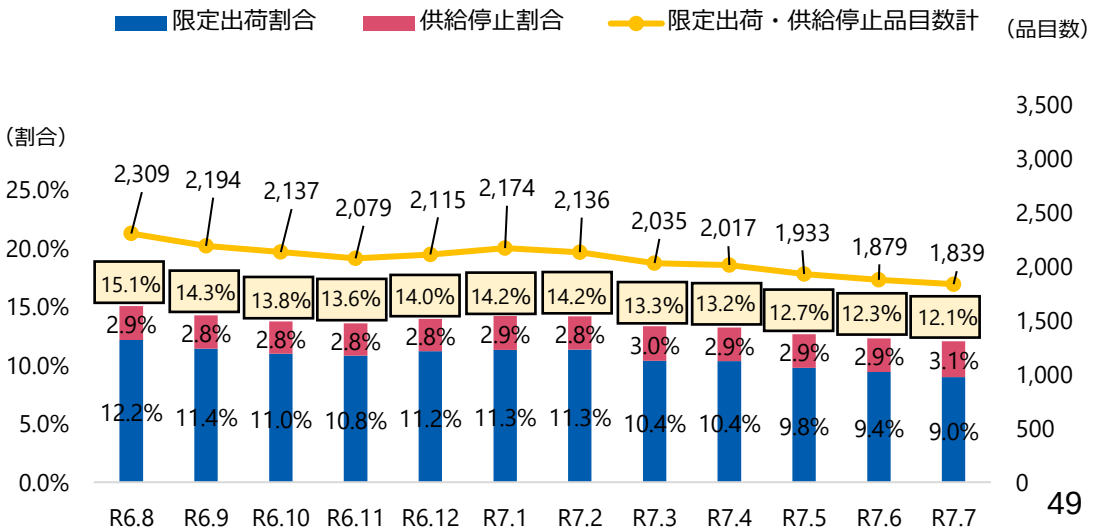


薬価削除予定品目除く

医薬品全体の対応状況（令和７年７月）



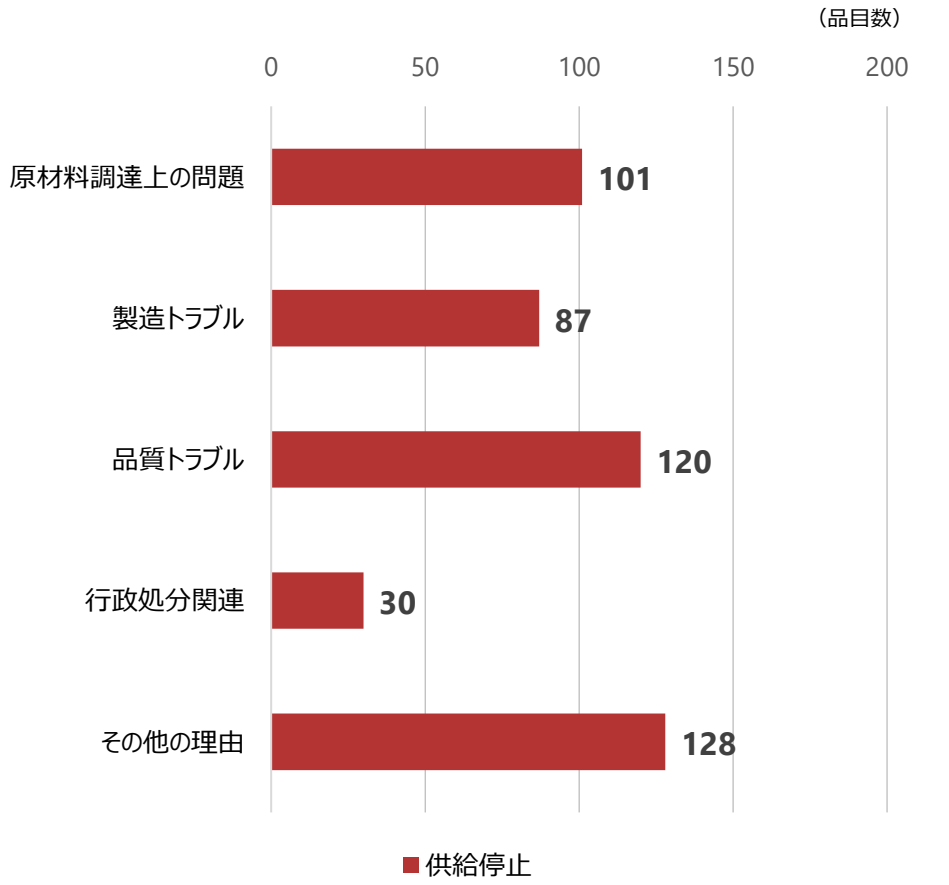
医療用医薬品の限定出荷・供給停止の推移



供給停止・限定出荷の理由（令和７年７月）

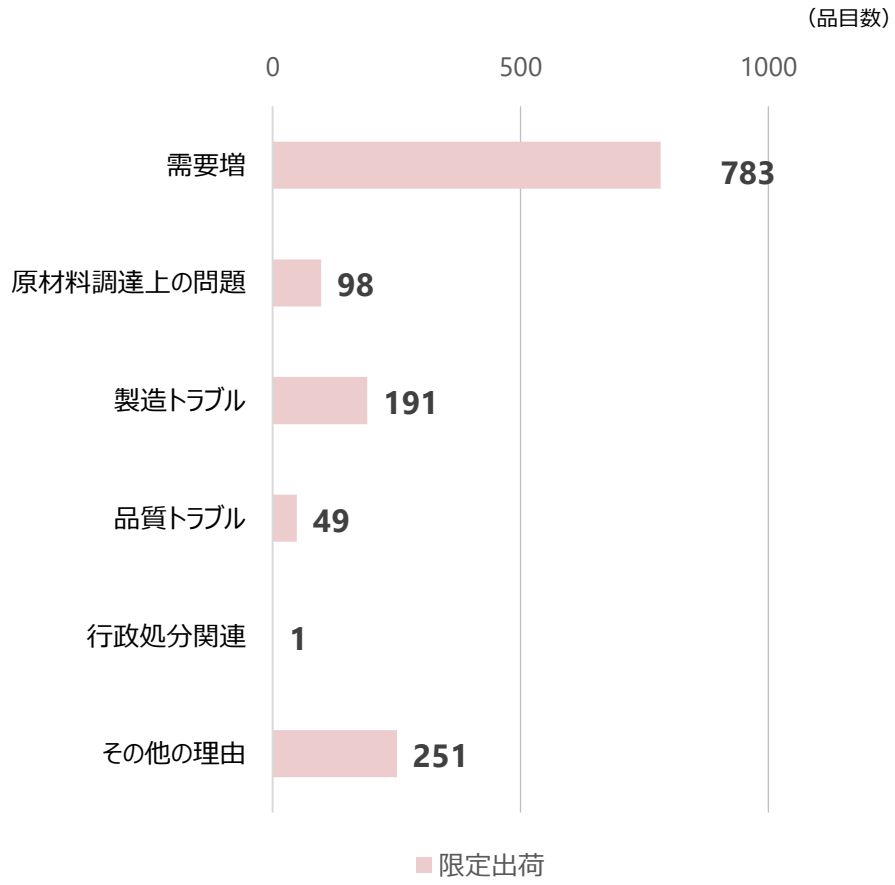
○　供給停止776品目、限定出荷1,433品目について、供給停止・限定出荷の理由の回答を得た。**供給停止の理由は「その他の理由」が最も多く、限定出荷の理由は「需要増」が最多**であった。

1　供給停止の理由 ※1



※1　薬価削除が理由である310品目は除く。

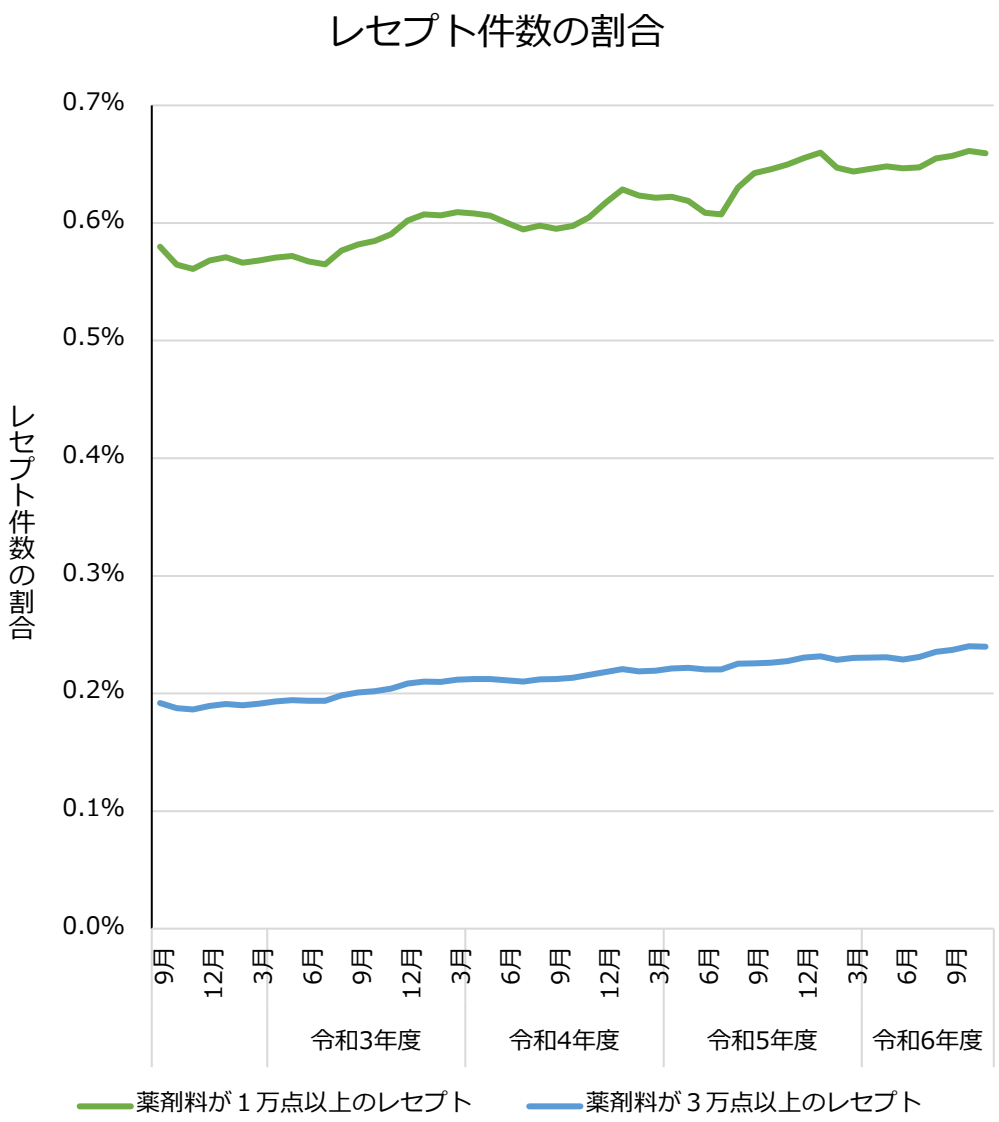
2　限定出荷の理由 ※2

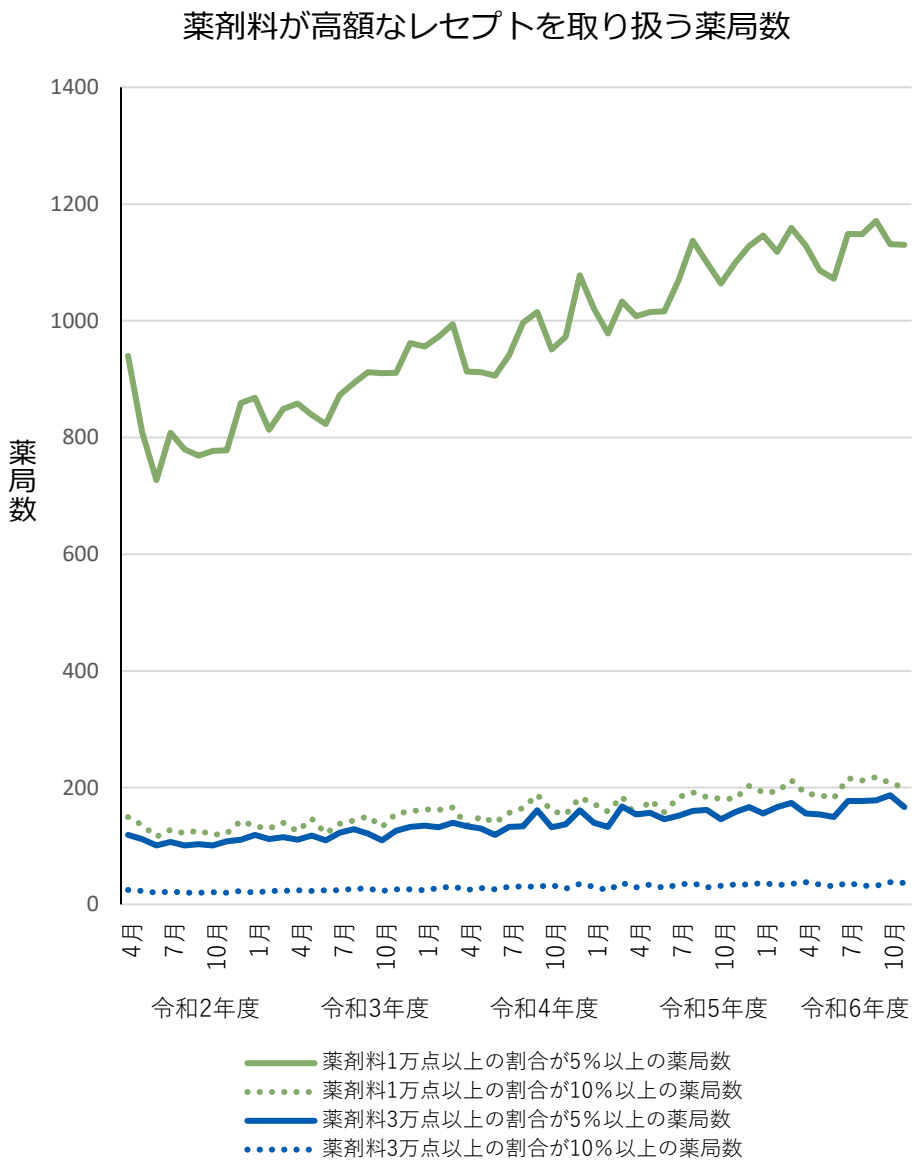


※2　薬価削除が理由である60品目は除く。

薬剤料が高額なレセプトの推移

○　薬剤料が高額なレセプトは増加傾向にある。





調剤についての現状

（薬局、薬剤師を取り巻く状況）
・薬局数について、減少している地域もある一方で、本邦全体の薬局数は増加しており、特に、処方箋発行枚数に対する薬局数に着目すると、大都市に集中している傾向がある。
・薬局薬剤師数については、18都道府県で偏在指数が1.0を超えていたが、病院薬剤師数については、薬剤師偏在指標が1.0を超える都道府県はなかった。
・「薬局・薬剤師の機能強化等に関する検討会」において、地域における薬局・薬剤師の役割が整理され、地域における薬局の機能としては、「地域・拠点で確保すべき機能」と「個々の薬局に必要な機能」に大別され、地域の医療提供体制を担う医療提供施設である薬局のあり方が示された。（令和７年６月25日　総－4再掲）

（調剤医療費）
・令和６年度の概算医療費について、調剤医療費のうち、技術料は約2.３兆円であった。
・令和4年度に調剤報酬の評価体系の見直しを行い、調剤料の一部が薬学管理料に再編されたため、直接的な比較はできないが、見直し後は技術料の約5割が薬学管理料で占められ、対人業務へのシフトが進んでいるものと考えられる。

（服薬指導に関する評価）
・令和4年度の調剤報酬の評価体系の見直しにより、薬学管理料において新設された「調剤管理料」について、算定回数や総額は、調剤日数の区分が大きくなるほど多くなっており、29日分以上の区分が最も多い。
・患者の薬剤服用後の状況確認（フォローアップ）が必要な吸入薬指導加算、特定薬剤管理指導加算２、調剤後薬剤管理指導加算の算定回数は、新設された令和２年度以降、概ね増加している。

（かかりつけ薬剤師に関する評価）
・かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の算定回数・届出薬局数は増加傾向であるが、全処方箋の受付回数に占める割合は、約1.8%である。

調剤についての現状

（重複投薬・多剤投与、残薬解消等に関する評価）
・残薬解消等の服薬支援である外来服薬支援料１、減薬の取組である服用薬剤調整支援料の算定回数は増加傾向にある。

（医療機関等への情報提供、連携等に関する評価）
・服薬情報等提供料は、全体としては令和３年度以降の算定回数が増加しているが、服薬情報等提供料２については、令和６年度改定時の算定要件の見直しにより、伸びが鈍化した。

（薬局の体制に関する評価）
・これまでの大型門前薬局の見直し、大規模グループ薬局の店舗数に応じた基本料の見直し、調剤基本料２の処方箋受付枚数要件の見直しを行ったことにより、基本料１以外の薬局は34.2%となった。また、これまでの改定での見直しにより、調剤基本料の種類は増加している。
・地域支援体制加算１～４のいずれかを届け出ている薬局は38.4%であり、調剤基本料１の薬局では約４割、調剤基本料１以外の薬局では約３割が届出をしている。
・後発医薬品の使用促進に伴い、後発医薬品調剤体制加算の算定回数は増加傾向にあり、特に、後発医薬品調剤体制加算３の算定回数・届出薬局数は増加している。

【論点】

○　現状を踏まえ、地域の医薬品供給拠点の役割を一層充実させる観点から、調剤技術料（調剤基本料、地域支援体制加算、後発医薬品調剤体制加算等）における評価について、どのように考えるか。
○　現状を踏まえ、薬剤師の対人業務を拡充させる観点から、薬学管理料（調剤管理料、かかりつけ薬剤師指導料等）における評価について、どのように考えるか。

中医協　総－２参考
７．　９．　１０

調剤について（その１）
参考資料

1．薬局、薬剤師を取り巻く状況

2．調剤医療費

3．調剤に係る診療報酬上の評価

薬局・薬剤師の機能強化等に関する検討会における議論のまとめ（案）
地域の状況に応じた在宅医療における薬剤提供体制に係る課題への対応

地域における在宅患者への薬剤提供体制の構築・強化

令和７年３月10日	第13回 薬局・薬剤師の機能強化等に関する検討会	資料２（改）

在宅患者への薬剤提供体制構築の推進　都道府県・二次医療圏等の広域での協議を想定

- 地域の医療機関、薬局による在宅医療に係る医薬品提供体制の把握。
- 薬剤提供体制を構築するための課題の抽出、行政、関係機関、関係職種において協議、連携体制の構築推進等を実施。

✓ 在宅医療における薬剤提供等に係る連携体制について、医療職、介護職を含めた体制構築が必要。

✓ 地域における薬剤提供体制の構築状況を踏まえて、適宜、対応策を見直すなど継続的な対応が必要。

✓ 地域薬剤師会、地域の薬局の連携により、夜間・休日や臨時の訪問指示への対応、医薬品の提供が可能な薬局の確保も含め、必要な体制を構築することが重要（ただし、医療機関が地域の薬剤提供を担っている場合は当該医療機関も含めた体制の検討が必要）。

✓ 連携体制構築に当たっては、地域の在宅医療の協議の場を活用することが考えられる。

体制構築の推進支援等

個別の対応も含めた地域における対応状況等のフィードバック

地域における薬剤提供体制の構築　地域レベルでの協議を想定

- 地域の課題を踏まえた在宅患者への薬剤提供体制の構築。
- 地域において、個別患者への課題への対応検討のための方法等について、行政含めた関係者により協議。
- 関係者における必要な情報共有等。

✓ 地域薬剤師会等による相談応需・協議体制の整備、関係者への相談方法・連絡先等の情報共有が考えられる。

個別の在宅患者において薬剤提供の課題が生じた場合の対応

- 個別の患者の状況に応じて、当該患者の在宅療養を担う医師、薬剤師、訪問看護師等により対応方法を協議、実施。

✓ 薬局が訪問して対応していない患者の場合は、まずは訪問薬剤管理指導の対象にする等の調整を実施することが考えられる。

✓ まずは、患者の在宅療養を担う医師、薬剤師、訪問看護師が連携した対応を検討する。具体的には、あらかじめ処方、調剤して配置しておくことや臨時対応できる薬局の確保等が考えられる（薬局との連携が必要な場合は、地域の体制を踏まえ、薬剤師会等に連絡・相談）。それでも対応が困難な場合には、臨時的な対応（次ページ参照）の実施を検討。

✓ 臨時的な対応ありきではなく、まずは通常の対応の検討が必要。臨時的な対応を実施する場合であっても、それを継続して実施しなくて済むよう、改善策を検討する。

✓ 臨時的な対応を実施する場合は、行政機関、地域の関係団体等にあらかじめ情報を共有するとともに実績を報告することが必要。

1．薬局、薬剤師を取り巻く状況

2．調剤医療費

3．調剤に係る診療報酬上の評価

３．調剤に係る診療報酬上の評価

① 服薬指導に関する評価

② かかりつけ薬剤師に関する評価

③ 重複投薬・多剤投与、残薬解消等に関する評価

④ 医療機関等への情報提供、連携等に関する評価

⑤ 薬局の体制に関する評価

服薬管理指導料の経緯①

（服薬管理指導料の改正経緯）

年度	経緯
H20～24	● 薬剤服用歴管理指導料（30点） ● 薬剤情報提供料（15点）
H24	● 上記の評価を「薬剤服用歴管理指導料」に統合（41点）
H26	● お薬手帳を持参しない場合の点数新設（持参あり41点、持参なし34点）
H28	● 来局頻度、お薬手帳の持参の有無の評価の見直し、調剤基本料に応じた点数新設、特別養護老人ホームへ訪問した場合の評価新設 ➢ 過去6月以内に処方箋を持参した場合38点、それ以外の場合50点 ➢ 手帳を持参しない場合の点数変更（持参なし50点） ➢ 特別養護老人ホームへの訪問（38点） ➢ 調剤基本料1以外の薬局が行う場合（50点）
H30	● 評価の充実 ➢ 過去6月以内に処方箋を持参した場合41点、それ以外の場合53点 ➢ 手帳を持参しない場合の点数変更（持参なし53点） ➢ 特別養護老人ホームへの訪問（41点） ➢ 調剤基本料1以外の薬局が行う場合（53点）
R2	● 来局頻度を3月に改正、調剤基本料1以外の場合でも来局頻度の規定適用、情報通信機器を用いた服薬指導（オンライン服薬指導）の規定新設、評価の充実 ➢ 過去3月以内に処方箋を持参した場合43点、それ以外の場合57点 ➢ 手帳を持参しない場合の点数変更（持参なし57点） ➢ 特別養護老人ホームへの訪問（43点） ➢ 情報通信機器を用いた服薬指導（43点）

服薬管理指導料の経緯②

（服薬管理指導料の改正経緯②）

R4	●「服薬管理指導料」に名称変更、評価の充実 ➢ 継続的服薬指導について要件化（一律＋２点） ➢ 過去3月に処方箋を持参した場合45点、それ以外の場合59点 ➢ 手帳を持参しない場合の点数変更（持参なし59点） ➢ 特別養護老人ホームへの訪問（45点） ➢ 情報通信機器を用いた服薬指導でも来局頻度について同様の規定（45点/59点）
R６	● 服薬管理指導料 ➢ 服薬管理指導料３（特別養護老人ホームへの訪問）についてショートステイを明確化 ● 薬剤服用歴の記載について、服薬管理指導料から薬学管理料の通則へ移設

（服薬管理指導料の個別事項に関する評価：服薬管理指導料の加算）

年度	経緯
R2	● 吸入薬指導加算（30点）、調剤後薬剤管理指導加算（糖尿病）（30点）新設 ● 特定薬剤管理指導加算２（抗がん剤）新設（加算１はハイリスク加算　H22年新設）
R4	● 医療的ケア児への評価新設（小児特定加算350点／450点） ● 調剤後薬剤管理指導加算の評価見直し（30点→60点）
R6	● 特定薬剤管理指導加算１（ハイリスク薬）見直し（10点→10点/５点） ● 特定薬剤管理指導加算３ イ（RMP）／ロ（医薬品の選択に係る説明・指導）新設（５点） （※R７年４月より、ロは10点）

薬局における服薬指導等の業務の評価の主な見直し項目

かかりつけ薬剤師業務の見直し

● **24時間対応に係る要件の見直し**

・**休日・夜間等のやむを得ない場合は薬局単位での対応でも可能**となるよう見直し

➡ **かかりつけ薬剤師指導料（76点）**

➡ **かかりつけ薬剤師包括管理料（291点）**

● **服薬管理指導料の特例（かかりつけ薬剤師と連携する薬剤師の場合）の見直し**

・ かかりつけ薬剤師以外がやむを得ず対応する場合には、当該保険薬局に勤務する**複数の常勤の保険薬剤師（かかりつけ薬剤師指導料等の施設基準を満たす薬剤師）**が対応可能となるよう見直し

➡ **服薬管理指導料の特例（59点）**

● **かかりつけ薬剤師が通常行う業務の範囲の見直し**

・ 吸入薬指導加算が算定可能となるよう見直し

➡ **吸入薬指導加算（30点／３月に１回まで）**

・ 調剤後のフォローアップを行う調剤後薬剤管理指導料が算定可能となるよう見直し

➡ **調剤後薬剤管理指導料１・２（60点／月１回まで）**

調剤後のフォローアップ業務の推進

● **糖尿病患者へのフォローアップの充実（対象薬剤の拡大）**

・ 糖尿病患者に対するフォローアップ業務の対象薬剤をインスリン製剤等から糖尿病用剤に拡大

➡ **調剤後薬剤管理指導料１（60点／月１回まで）**

● **慢性心不全患者へのフォローアップの拡大**

・ 作用機序の異なる複数の循環器用治療薬の処方を受けている慢性心不全患者に対するフォローアップ業務の評価の新設

➡ **調剤後薬剤管理指導料２（60点／月１回まで）**

多職種との連携の充実

● **医療及び介護に関わる多職種への情報提供の評価**

保険薬局の薬剤師が医療機関等へ情報提供を行った評価の見直し（服薬情報等提供料２の評価内容の見直し）

・医療機関への情報提供を行った場合の評価（従来どおり）

➡**服薬情報等提供料２　イ（20点／月１回まで）**

・リフィル処方箋を処方した医師へ情報提供を行った場合の評価（明確化）

➡**服薬情報等提供料２　ロ（20点／月１回まで）**

・介護支援専門員に対して情報提供した場合の評価（新設）

➡**服薬情報等提供料２　ハ（20点／月１回まで）**

メリハリを付けた服薬指導の充実

● **ハイリスク薬の服薬指導の評価の見直し**

特に安全管理が必要な医薬品（ハイリスク薬）の服薬指導に対する評価の見直し（新規処方時、用量変更時等に限り算定可能とする）

・ **新たに処方された患者**に対して必要な指導を行った場合

➡ **特定薬剤管理指導加算１ イ（10点／１回につき）**

・ **用法又は用量の変更、患者の副作用の発現状況等に応じて**必要な指導を行った場合

➡ **特定薬剤管理指導加算１ ロ（5点／１回につき）**

● **重点的な服薬指導・説明が必要な場合の評価**

・ 特に医薬品の**安全性に関する説明・指導**を行った場合（医薬品リスク管理計画に基づく説明資料、緊急安全性情報等の情報に基づく説明・指導）

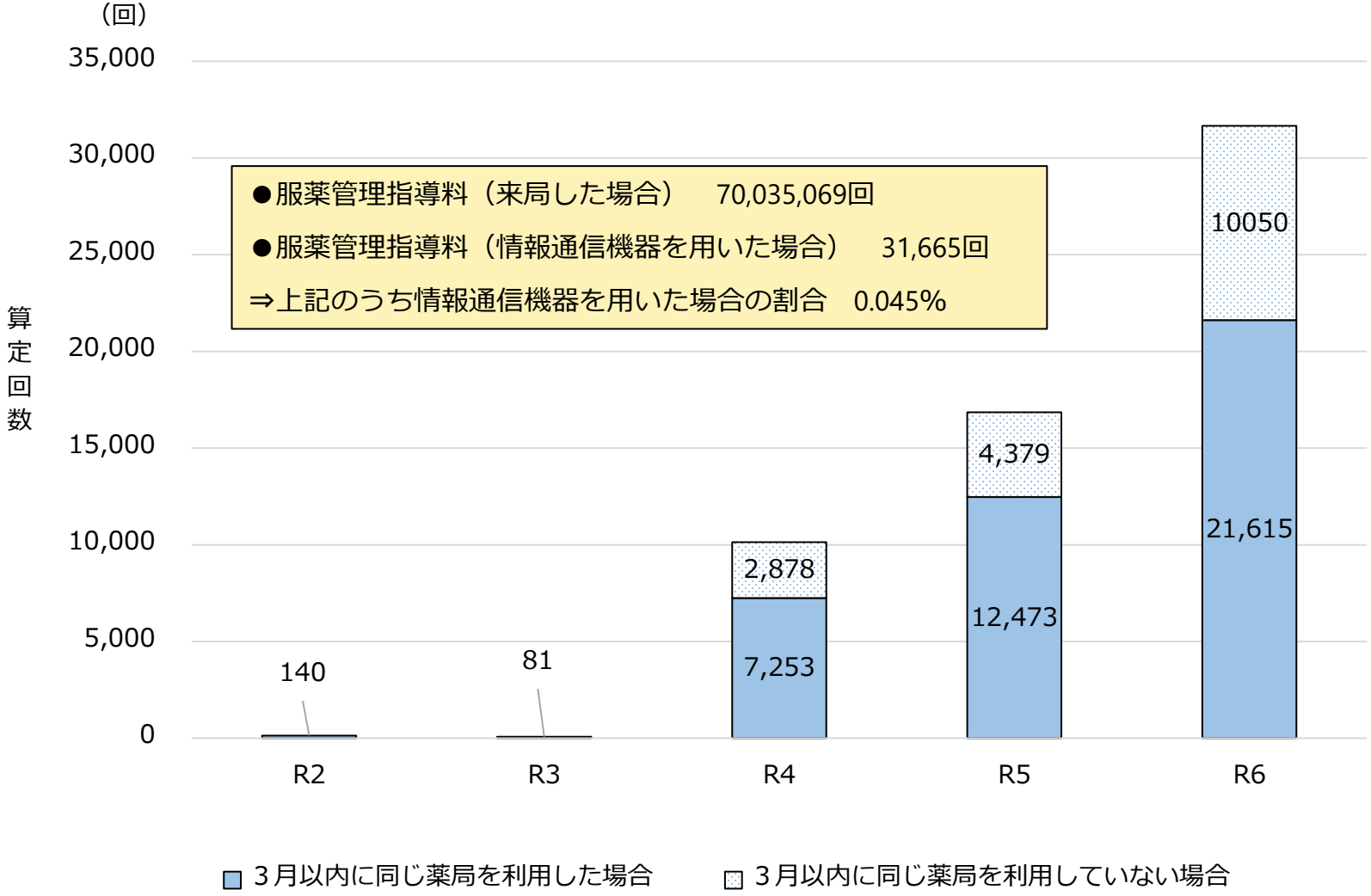
➡ **特定薬剤管理指導加算３　イ（５点／１回につき）**

・ 調剤前に**医薬品の選択に係る情報の説明・指導**を行った場合（選定療養の対象となる先発医薬品を選択する患者、医薬品の供給状況により調剤する医薬品を変更する必要がある患者への説明・指導）

➡ **特定薬剤管理指導加算３　ロ（５点／１回につき）**

情報通信機器を用いた服薬指導の算定状況

○　情報通信機器を用いた服薬指導（オンライン服薬指導）の算定回数は以下のとおり。



出典：社会医療診療行為別統計（令和２～５年６月審査分、令和６年８月審査分）

継続的服薬指導（フォローアップ）の考え方①

○　継続的服薬指導を適切に行うために、日本薬剤師会において実施のための手引きを作成しており、それをより効果的に実施するための考え方がとりまとめられている。（厚生労働科学研究費補助金）

■特にフォローアップの必要がある患者の例

①新規処方・処方変更時
②服薬アドヒアランス不良
③ハイリスク薬処方時（副作用の問題や患者に不安がある ケース等）
④手技不良時（自己注射や吸入器等）
⑤副作用等発現時（自覚症状を含む）
⑥ポリファーマシー・相互作用の可能性
⑦服薬に関する不安
⑧退院時
⑨新薬（承認又は効能追加された５年以内のもの）処方時

■患者等への確認事項

薬剤等の服薬状況（残薬の状況、服用しづらくないか、服用において不便なことはないか等）
副作用発現の有無
使用中の薬剤の効果
薬剤使用中の体調の変化
患者基本情報の変化
併用薬や食品・嗜好品との相互作用による影響
生活機能への影響
生活の特性の変化
使用中の薬剤に対する認識（先入観、不安感等）
その他（　　）

■フォローアップを実施後に対応すべきこと

①処方医への処方提案
②処方医や医療機関の薬剤師にトレーシングレポート等による情報提供（在宅医療への参画、外来化学療法実施病院との情報共有等）
③受診勧奨
④他職種との連携（病院薬剤師、ケアマネジャー、訪問看護師、行政等との連携）
⑤医薬品・医療機器等安全性報告制度による副作用報告
⑥患者へのフィードバック（副作用チェックシート配布、メディケーションレビュー、フォローアップ前後比較説明等）

フォローアップからその後の対応を実施することによる効果
①副作用・症状悪化予防（薬の効きすぎ・効果不十分・薬の悪影響）
②服薬アドヒアランス改善
③患者の不都合・不安感解消・患者の薬物療法への理解向上

※令和4年度厚生労働科学研究費補助金「薬剤師の職能のための薬学的知見に基づく継続的な指導等の方策についての調査研究」（研究代表者：東京薬科大学　益山光一）より

継続的服薬指導（フォローアップ）の考え方②

○　継続的服薬指導を行うべき課題（プロブレム）や薬剤師が対処するためのフォローアップ例が、疾患ごとにまとめられており、フォローアップを行う際に活用できるツールとなっている。（厚生労働科学補助金）

＜課題（プロブレム）＞

①アドヒアランス不良となる可能性がある又は不良である

②副作用出現又は薬の効果等に問題がでる可能性がある又は問題がある。

③患者の特性で注意する点がある。

＜具体的疾患＞

（１）心不全
（２）心筋梗塞
（３）脳卒中
（４）うつ病
（５）統合失調症
（６）睡眠障害
（７）糖尿病
（８）がん悪心嘔吐
（９）がん性疼痛
（１０）認知症

■心不全フォローアップとして示されている例（来局早期）

プロブレム	プロブレムの原因	対処（薬剤師のアクション）	ゴール
アドヒアランス不良となる可能性がある	服薬を妨げる因子（飲みにくい、服薬の必要性を感じていない等）があり、アドヒアランス不良になる可能性がある	服薬を妨げる因子の改善を行う。（飲みにくい場合は剤形変更、服用の必要性の説明等）	アドヒアランス向上
	処方された薬が自分には必要ないと思って服用をやめてしまう可能性がある	特にSGLT2阻害薬はや薬剤情報提供文書や市販されている書籍などに糖尿病薬として説明されていることが多く、そのため自分は血糖値が高くないと自己判断で中止する例もあり注意を要する。慢性心不全にも適応があること、SGLT2阻害薬の作用機序を正しく説明し、患者にとって必要である薬ということを理解してもらう。薬剤情報提供書の説明文にも注意し、必要であれば書き換える。	薬の必要性を理解し、アドヒアランス良好が保たれている
患者の特性で注意する点がある	腎機能低下がある	ジギタリス製剤は腎排泄性薬剤なので、腎機能低下者、高齢者など生理的要因に合わせた用量・用法になっていることを確認する。	患者の腎機能に応じた用量・用法になっている

■認知症フォローアップとして示されている例（来局早期）

プロブレム	プロブレムの原因	対処（薬剤師のアクション）	ゴール
アドヒアランス不良となる可能性がある	認知機能障害ゆえに比較的初期から服薬管理が困難になる可能性がある	薬剤師の方から家族あるいは居宅を訪問する介護職（ヘルパーやケアマネージャー）、訪問看護師、施設スタッフ等に積極的にアプローチし、情報を収集する。 内服回数を極力少なくする、一包化する、服薬管理ボックス等を利用して服薬管理を視覚化し、本人と介護者が共有できる環境整備を行う。介護者には、服薬が正しく行われているかチェックしてもらい、できていなければ声掛け等服薬を勧めてもらう。薬剤師は介護職の人にも服薬に関して興味を持ってもらうよう働きかける。	アドヒアランスが良好に保てる環境が整備されており、正しい服薬が維持されている
	服薬管理ができないことで、意図せぬ過量投与などの事故が起こりうる可能性がある	独居や老々介護等の場合、デイサービスや訪問看護、ヘルパーの利用が必要となるが、それらの利用できる時間は限られており、患者が正しく確実に服薬したかを他者が確認することは困難。従って、患者自身が混乱しないで服用でき、また関わるスタッフが確認しやすいように①1日の服用回数を減らす②一包化する③定期的に処方を見直し、不必要な薬剤は中止、可能であれば合剤にするなど服薬数を減らす④個人にあった剤形を選択する（錠剤、散剤、液剤、口腔内崩壊錠、ゼリー、貼付剤等）⑤電話等での声かけにより服薬につなげる⑥受け取った数日分の薬剤を適切に毎日服用していくために、服薬カレンダーやピルケース、服薬確認表等を利用する等により患者に合わせた方法で支援していく	アドヒアランスが良好に保てる環境が整備されており、正しい服薬が維持されている

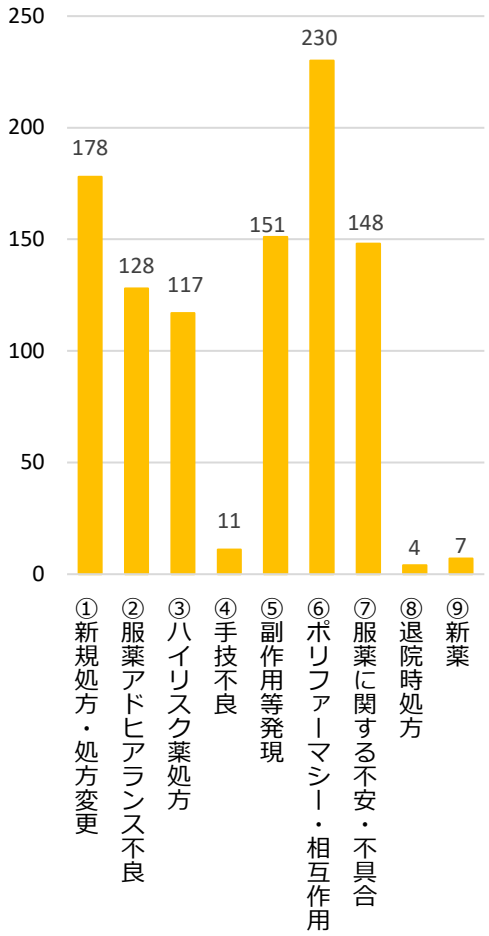
※令和4年度厚生労働科学研究費補助金「薬剤師の職能のための薬学的知見に基づく継続的な指導等の方策についての調査研究」（研究代表者：東京薬科大学　益山光一）より

継続的服薬指導（フォローアップ）の実施・効果等

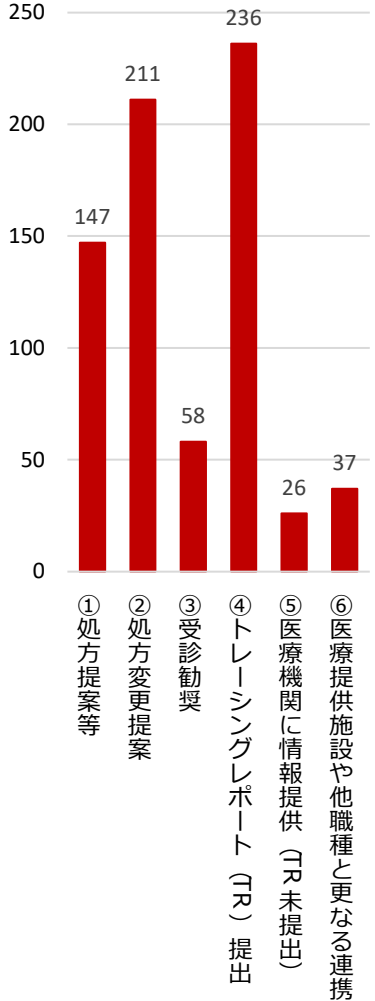
○　継続的服薬指導を行った事例を分析したところ、副作用の確認により処方変更された事例など、特に安全性の観点での対応がなされており、薬剤師が介入することによる効果が認められている。

■フォローアップを行った事例（355例の分析）

（フォローアップ内容）



（薬剤師が行った対応）



■副作用の観点で分類した効果等（355例の分析）

フォローアップを行い、副作用を確認した結果、処方変更された事例（38.3%）

副作用	処方変更	カテゴリー	件数
あり	あり	①重大な副作用の回避または重篤化の回避	42
		②がん化学療法への介入	26
		③ハイリスク薬への介入	27
		④その他の薬物療法への介入	41
	なし	⑤がん化学療法への介入	11
		⑥ハイリスク薬への介入	7
		⑦その他の薬物療法への介入	19
なし	あり	⑧一包化のみ変更	19
		⑨薬剤師の介入の記述確認できず	4
		⑩副作用の発現がなく、処方変更があったもの ・薬剤効果不十分で処方提案したもの ・受診勧奨して入院につなげたもの ・疾患、症状に対しての処方がなく処方提案（追加）したもの ・これ以上使用すると副作用の発現の危険性があり処方提案（減量・中止・変更）したもの ・薬剤師のアクションにより別疾患の発見にむすびついたもの	66
	なし	⑪副作用の発現がなく、処方変更がなかったもの ・アドヒアランス向上に寄与 ・副作用が発現していないことをモニタリング　等	93

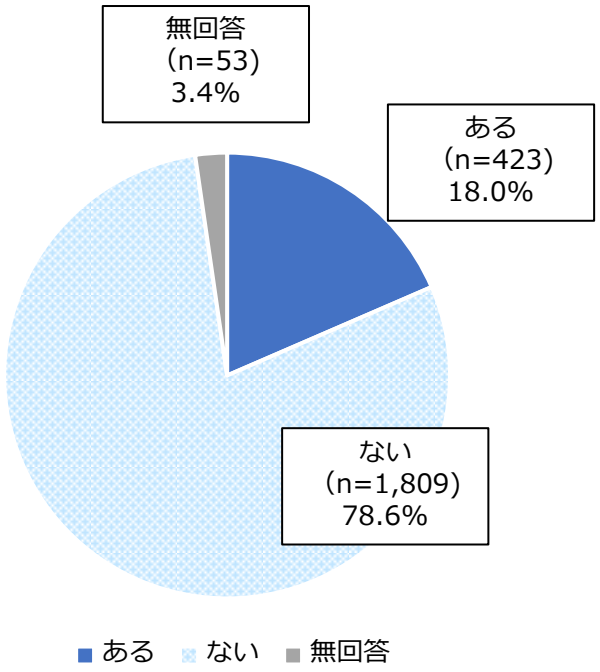
副作用以外で処方の変更が必要になった事例（25%）

※令和4年度厚生労働科学研究費補助金「薬剤師の職能のための薬学的知見に基づく継続的な指導等の方策についての調査研究」（研究代表者：東京薬科大学　益山光一）より

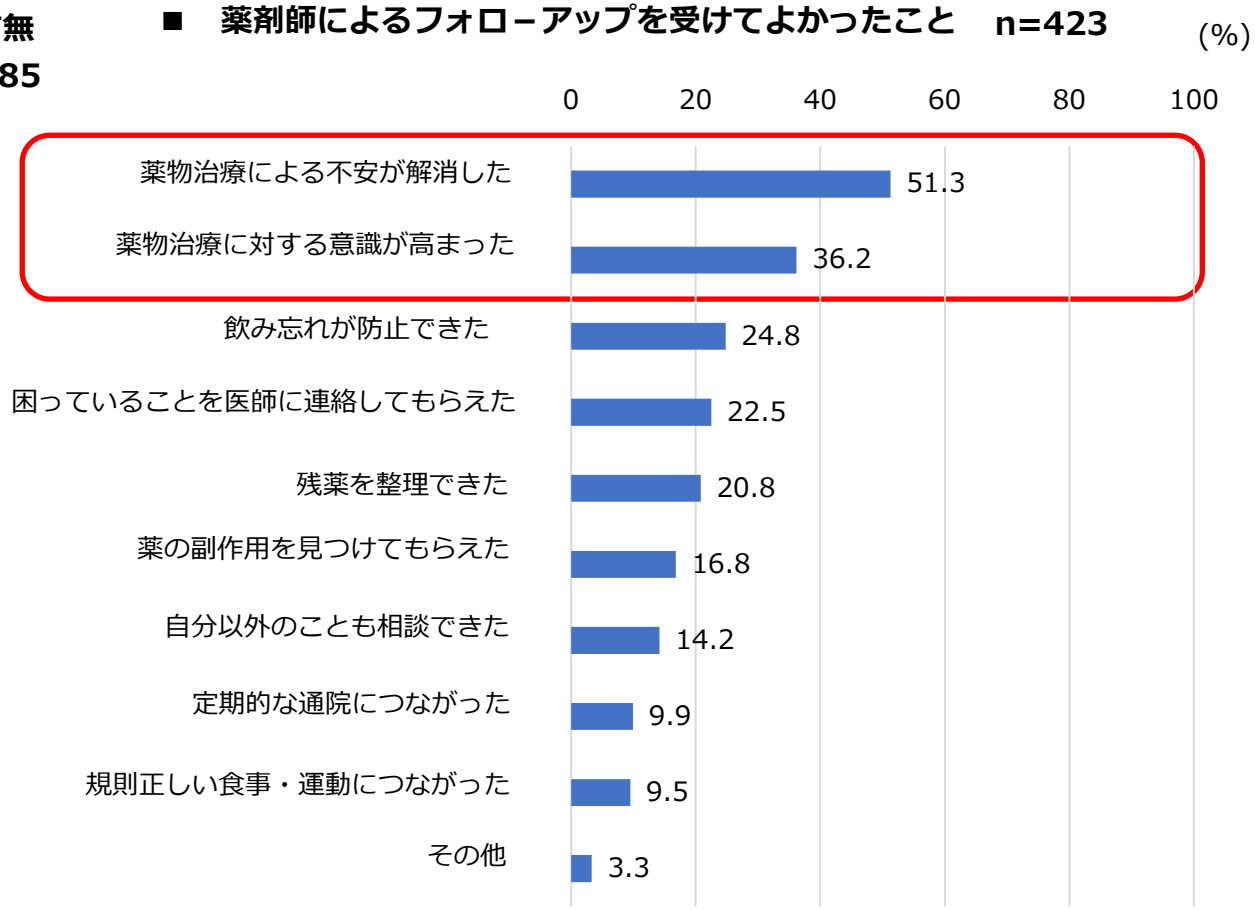
継続的な服薬指導（患者調査）

○　薬を受け取った後、薬局の薬剤師からフォローアップを受けたことがあると回答した患者は18%であった。
○　「ある」と回答した患者のうち、薬剤師によるフォローアップを受けてよかったことは「薬物治療に対する不安が解消した」、「薬物治療に対する意識が高まった」が多く挙げられ、「困っていることを医師に連絡してもらえた」との回答も挙げられていた。

■　**薬剤師によるフォローアップを受けた経験の有無**　**n=2,285**



■　**薬剤師によるフォローアップを受けてよかったこと**　**n=423**



出典：令和4年度厚生労働省保険局医療課委託調査「薬局の機能に係る実態調査」

長期収載品の選定療養等に係る説明等に係る評価の見直し（案）

中医協　総－５参考
７．１．１５

○　特定薬剤管理指導加算３ロについて、令和６年10月１日から長期収載品の選定療養が施行され、患者への説明など保険薬局の業務負担が更に増加していること等を踏まえ、評価の見直しを行う。

○診療報酬上の特別措置の具体

（現行）特定薬剤管理指導加算３ ロ※　５点　→　（見直し案）10点（＋５点）

※服薬管理指導料の加算であり、かかりつけ薬剤師指導料における同加算についても同様の見直しを行う。

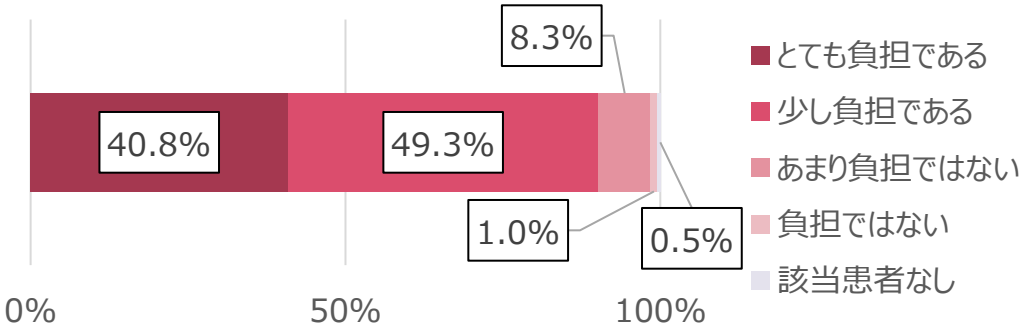
［主な算定要件］

- 服薬管理指導料を算定するに当たって行った薬剤の管理及び指導等に加えて、処方された医薬品について、保険薬剤師が患者に重点的な服薬指導が必要と認め、必要な説明及び指導を行ったときに患者１人につき当該医薬品に関して最初に処方された１回に限り算定する。
- 「ロ」については、以下の場合をいう。
  - 後発医薬品が存在する先発医薬品であって、一般名処方又は銘柄名処方された医薬品について、選定療養の対象となる先発医薬品を選択しようとする患者に対して説明を行った場合
  - 医薬品の供給の状況が安定していないため、調剤時に前回調剤された銘柄の必要な数量が確保できず、前回調剤された銘柄から別の銘柄の医薬品に変更して調剤された薬剤の交付が必要となる患者に対して説明を行った場合

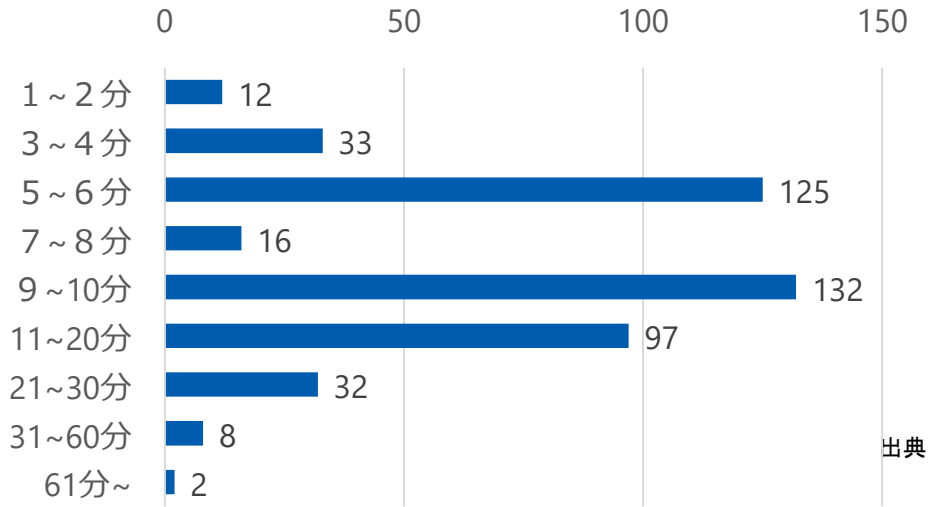
薬局における長期収載品の選定療養等の対応状況

保険薬局における長期収載品の選定療養に関する患者への対応については、約９割の薬局が負担感を訴えている。患者への説明に長時間を要する場合があるほか、業務に支障が出た等の対応困難事例が公表されている。

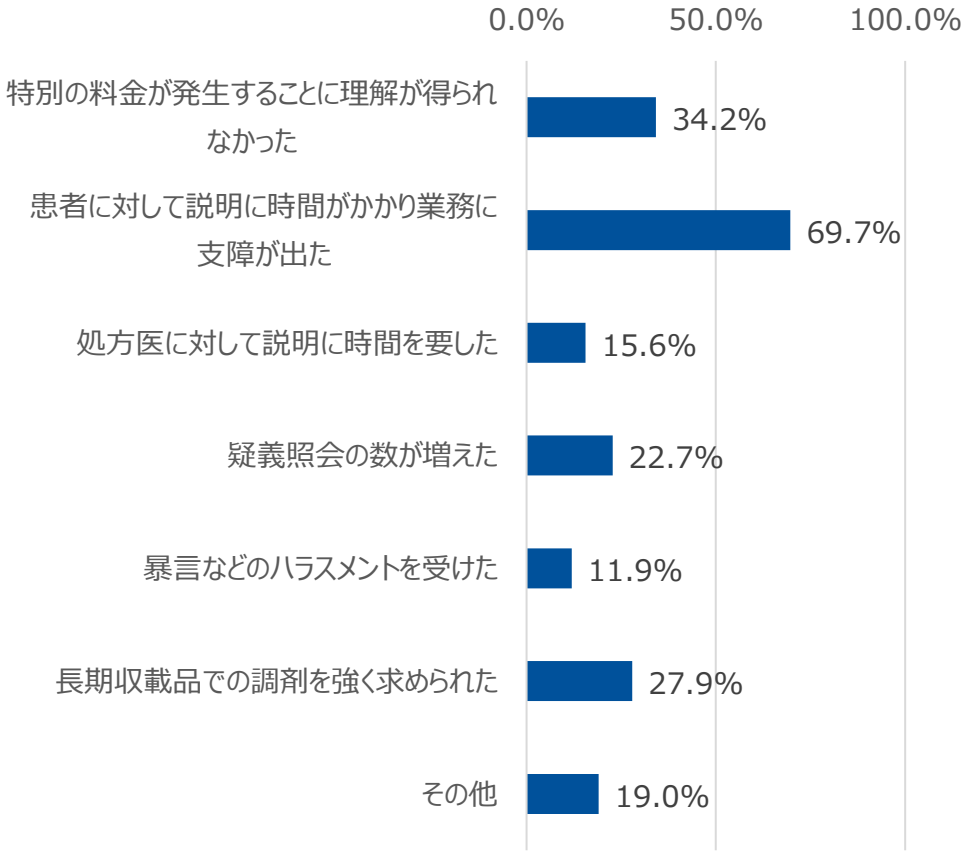
● **長期収載品の選定療養に関する患者への対応の負担感（n=4,551）※1**



● **長期収載品の選定療養に関する患者への説明に要した時間（最も長くかかった場合、n=457）※2**



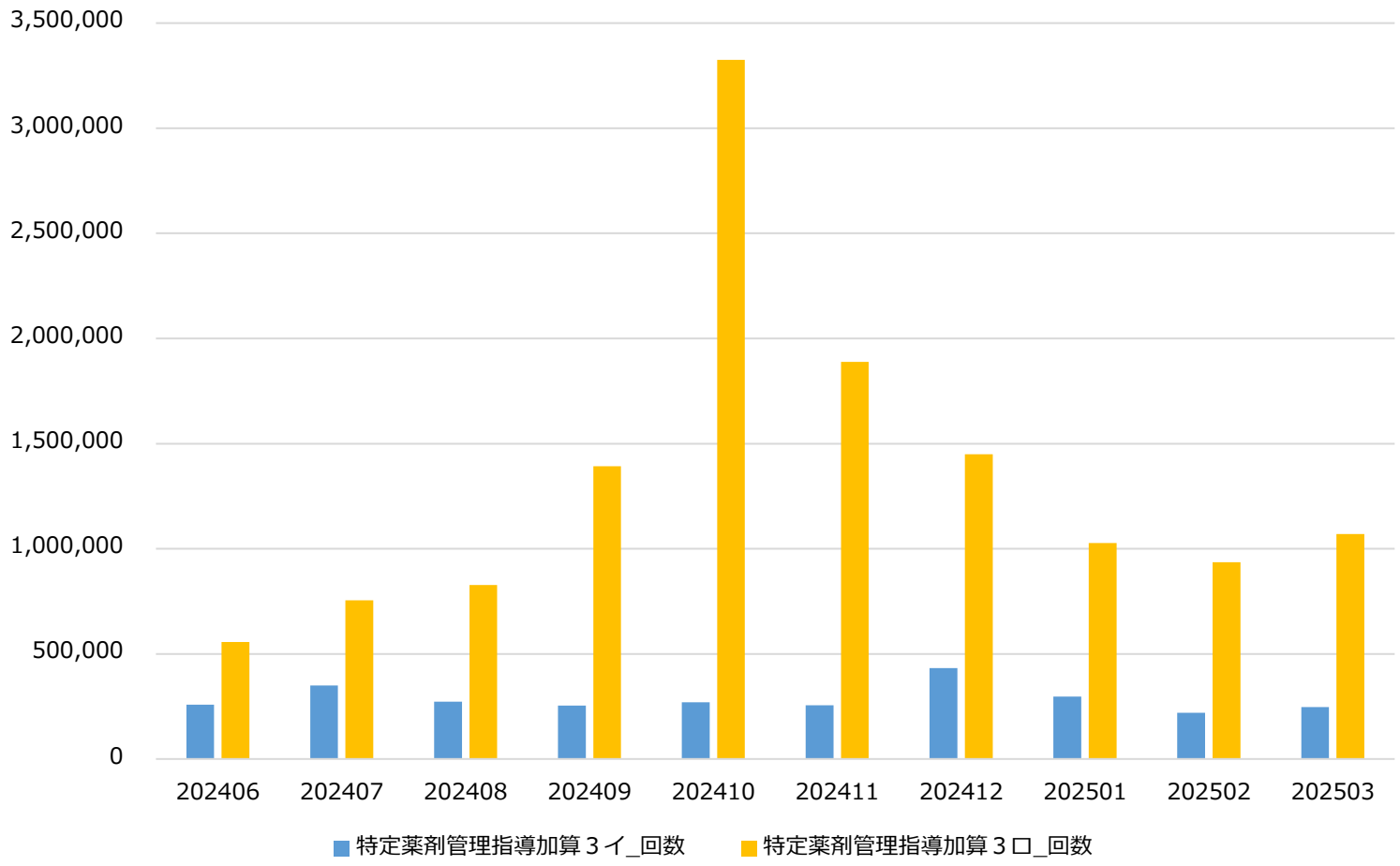
● **長期収載品の選定療養に関する対応困難事例等（複数回答可、n=462）※2**



出典：※1長期収載品に係る選定療養について施行直後の対応状況報告書（2024年12月、日本保険薬局協会、回答期間：11月1日～12月4日）、※2「長期収載品の選定療養に関する薬局での対応状況調査委」の集計結果報告（2024年10月、東京都薬剤師会協会、回答期間：10月15日～10月21日）

特定薬剤管理指導加算３の算定状況

○　特定薬剤管理指導加算イの算定回数は概ね横ばいであった。
○　特定薬剤管理指導加算ロの算定回数は選定療養が始まった2024年10月に多く算定されていた。



出典：NDB令和6年度集計データより保険局医療課作成

３．調剤に係る診療報酬上の評価

① 服薬指導に関する評価

② かかりつけ薬剤師に関する評価

③ 重複投薬・多剤投与、残薬解消等に関する評価

④ 医療機関等への情報提供、連携等に関する評価

⑤ 薬局の体制に関する評価

かかりつけ薬剤師指導料の経緯

年度	経緯
H28	● かかりつけ薬剤師指導料（70点）、かかりつけ薬剤師包括指導料（270点）の新設
H30	● 点数の充実（70点→73点、270点→280点） ● 算定する薬剤師の当該薬局の在籍要件改正（半年→1年） ● 算定する薬剤師の勤務時間について、育児・介護休業法の短時間勤務を行う際の例外規定を追加
R元	● 消費税増税に伴う点数の改正（280点→281点）
R2	● 点数の充実（73点→76点、281点→291点） ● 施設基準にプライバシーへの配慮の規定を追加 （R2より個別業務の評価として吸入薬指導加算、調剤後服薬管理指導加算が新設されたが同様に算定不可となっている）
R4	● かかりつけ薬剤師指導料を算定できる患者に対して薬局内の他の薬剤師（１名まで）が対応した場合の評価を新設（服薬管理指導料の特例　59点）
R6	● かかりつけ薬剤師指導料を算定できる患者に対して薬局内の他の薬剤師（１名まで）が対応した場合の評価の見直し（服薬管理指導料の特例　59点）→対応する薬剤師を複数名可とした。 ● 吸入薬指導加算、調剤後薬剤管理指導料１（糖尿病）２（心不全）の算定を可とした。 ● 同意書の見直し ● 24時間対応に係る要件を休日・夜間等ののやむを得ない場合は薬局単位での対応へ見直し

○かかりつけ薬剤師指導料は、調剤後の服用期間中のフォローアップ、医師への情報提供を行うことを前提に評価している算定項目のため、服薬情報等提供料などの算定項目は併算定不可としている。

かかりつけ薬剤師指導料の業務に係る評価の見直し

- かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の薬剤師としての24時間対応に係る要件について、休日・夜間等のやむを得ない場合は薬局単位での対応でも可能となるよう見直しを行う。

現行

【かかりつけ薬剤師指導料】

(6) かかりつけ薬剤師は、担当患者に対して、以下の服薬指導等を行う

エ　患者から24時間相談に応じる体制をとり、開局時間外の連絡先を伝えるとともに、勤務表を作成して患者に渡すこと。この場合において、当該薬局のかかりつけ薬剤師以外の別の保険薬剤師が相談等に対応する場合があるときは、その旨を患者にあらかじめ説明するとともに、当該保険薬剤師の連絡先を患者に伝えることにより、当該薬局の別の保険薬剤師が対応しても差し支えない。

改定後

【かかりつけ薬剤師指導料】

(6) かかりつけ薬剤師は、担当患者に対して、以下の服薬指導等を行う

エ　**患者がかかりつけ薬剤師からの服薬指導等を受けられるよう、当該薬局における勤務日等の必要な情報を伝えること。**

オ　患者から**休日、夜間を含む時間帯の**相談に応じる体制をとり、開局時間外の連絡先を伝えること。**原則として、かかりつけ薬剤師が相談に対応することとするが、**当該**薬局のかかりつけ**薬剤師以外の別の保険薬剤師が相談等に対応しても差し支えない。**ただし、当該薬局のかかりつけ薬剤師以外の別の保険薬剤師が対応した場合においては、かかりつけ薬剤師指導料は算定できない。また、やむを得ない事由により、患者からの電話等による問い合わせに応じることができなかった場合は、速やかに折り返して連絡することができる体制がとられていること。なお、自宅等の当該保険薬局以外の場所で対応する場合にあっては、必要に応じて薬剤服用歴等が閲覧できる体制が整備されていることが望ましい。**

- 吸入薬に係る情報提供、服薬指導は、かかりつけ薬剤師が通常行う業務の内容とは異なることから、かかりつけ薬剤師指導料を算定している患者に対して吸入指導を実施した場合でも吸入薬指導加算を算定可能とする。

（新）　かかりつけ薬剤師指導料　吸入薬指導加算　　30点（３月に１回）

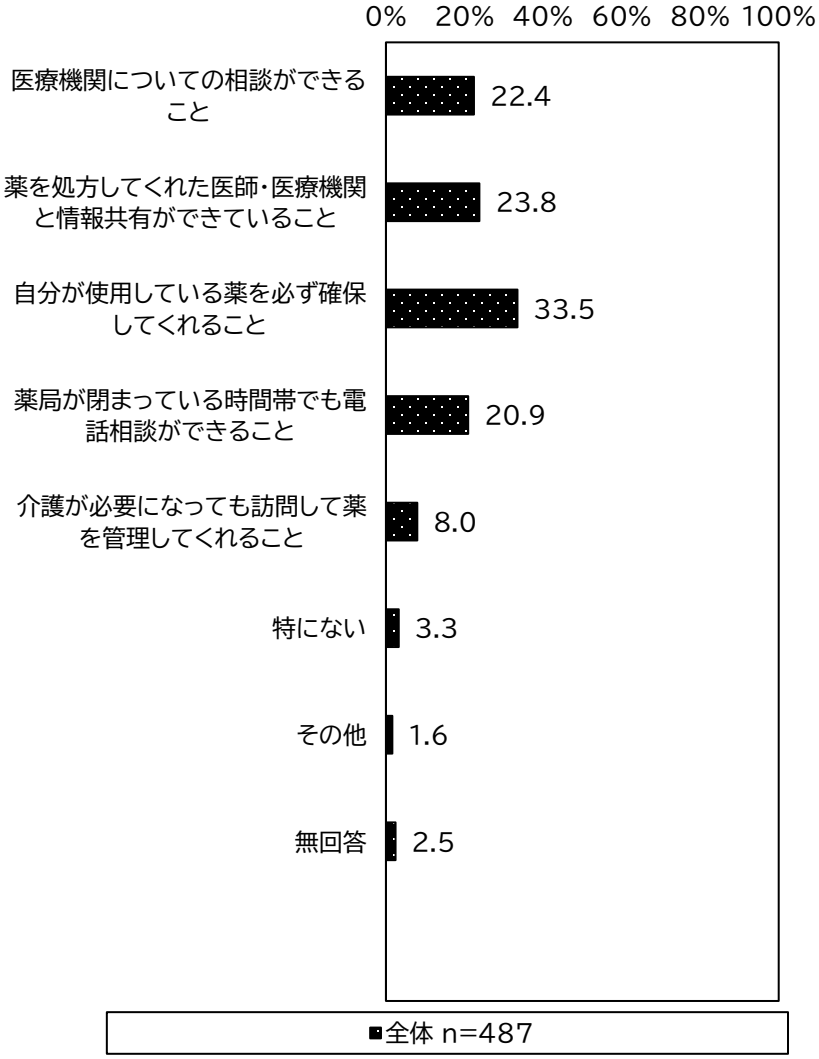
- 調剤後薬剤管理指導料（新設）で必要とされる対応は、かかりつけ薬剤師が通常行う業務の範囲と異なることから、かかりつけ薬剤師指導料の算定患者に対して実施した場合でも算定可能とする。

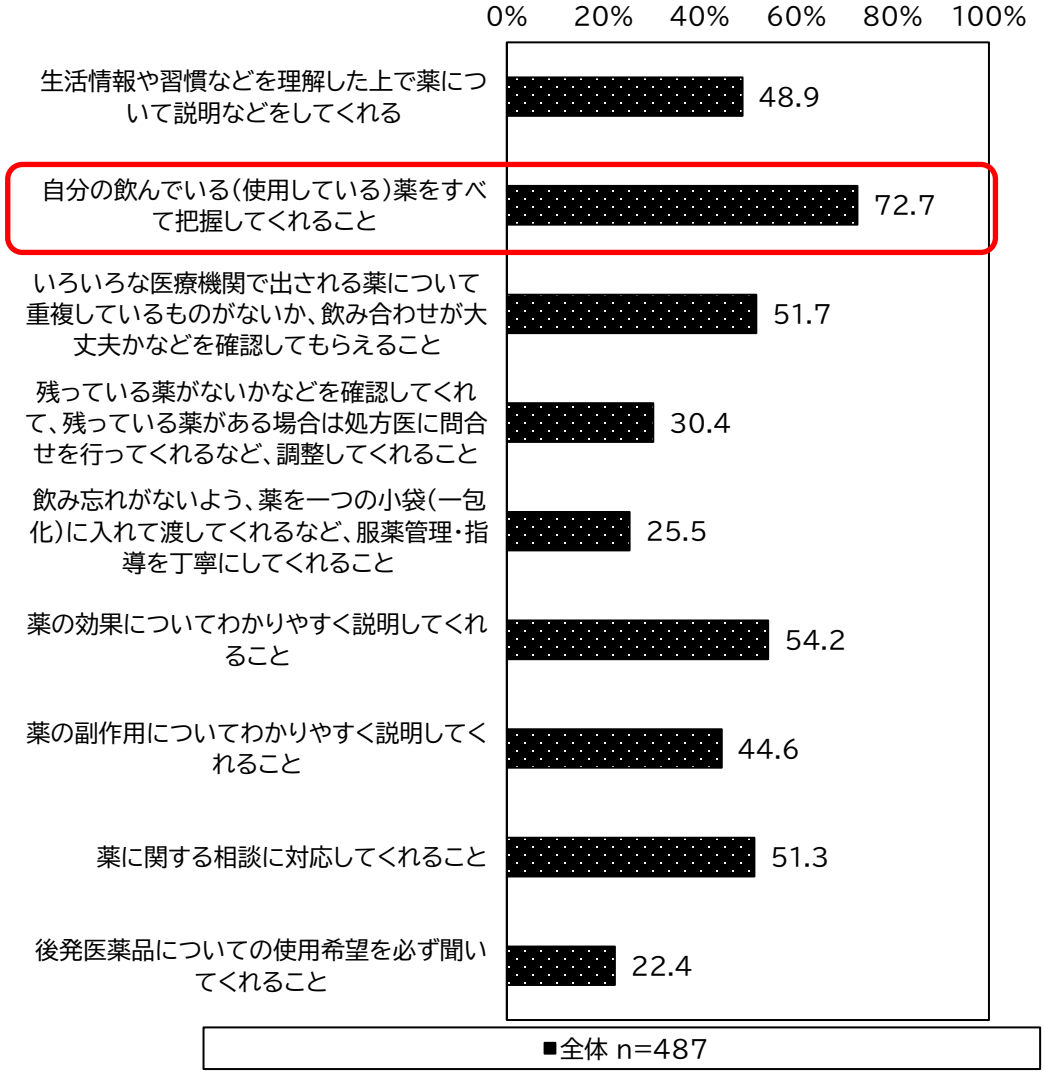
（新）　調剤後薬剤管理指導料１（糖尿病患者）　　60点（月に１回）
（新）　調剤後薬剤管理指導料２（慢性心不全患者）　　60点（月に１回）

かかりつけ薬剤師について

○　かかりつけ薬剤師がいる患者について、かかりつけ薬剤師がいてよかったと実感した経験は、「自分の飲んでいる（使用している）薬をすべて把握してくれること」が72.7%と最も多かった。

■　かかりつけ薬剤師がいてよかったと実感した経験



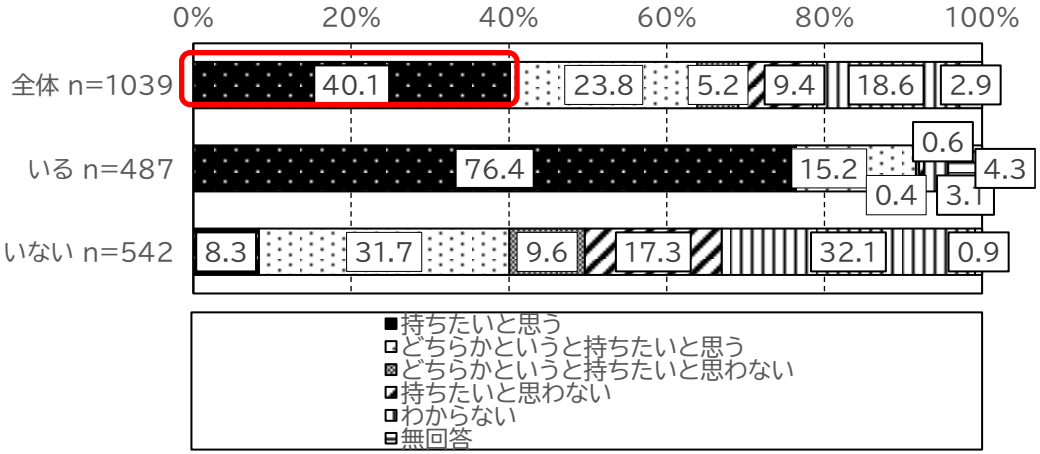


出典：令和４年度診療報酬改定の結果検証に係る検証調査「かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む調剤報酬改定の影響及び実施状況調査」（患者票）

かかりつけ薬剤師について

○　患者においてかかりつけ薬剤師についての意向は「持ちたいと思う」が40.1%で最も多かった。

■　かかりつけ薬剤師についての意向



■　かかりつけ薬剤師・薬局についての意見等（自由回答）

・いつも丁寧にわかりやすく確認しながらわからない時も教えてもらいながら接してくれる
・かかりつけ薬剤師でなくても、どの薬剤師さんにもできれば同じような対応をお願いしたい
・薬の製造メーカーが変更になった理由と効能についてもきちんと説明頂いているので安心して服薬できている
・医者より薬剤師と話した方が安心できている
・体調の変化とか、他の病院の薬もきちんと管理してくれている
・大型のチェーン薬局だから、内部異動があってある日からいなくなっている人がいるので、自分の担当かどうかははっきりしていない
・お金が高くなるのは理解しがたい　等

出典：令和４年度診療報酬改定の結果検証に係る検証調査「かかりつけ薬剤師・薬局の評価を含む調剤報酬改定の影響及び実施状況調査」（患者票）

調剤後フォローアップに関する評価

年度	経緯
R2	● 調剤後薬剤管理指導加算（糖尿病：SU剤及びインスリンのみ対象）（30点）新設
R4	● 調剤後薬剤管理指導加算の評価見直し（30点→60点）
R6	● 調剤後薬剤管理指導加算（糖尿病）の指導料への評価の見直し及び対象薬剤の拡大（60点） ● 調剤後薬剤管理指導料２（心不全）の新設（60点）

	対象者	医療機関と連携する内容
調剤後薬剤管理指導料１（６０点）	糖尿病治療薬を新たに処方された者	• 糖尿病治療薬の使用状況、副作用の有無等について患者に確認する等、必要な薬学的管理指導の結果について医療機関へ情報提供
調剤後薬剤管理指導料２（６０点）	入院歴を有する複数の治療薬を服用する心不全患者	• 再入院の防止のため療養状況を含め、心不全治療薬の使用状況、副作用の有無等について患者に確認する等、必要な薬学的管理指導の結果について医療機関へ情報提供

３．調剤に係る診療報酬上の評価

① 服薬指導に関する評価

② かかりつけ薬剤師に関する評価

③ 重複投薬・多剤投与、残薬解消等に関する評価

④ 医療機関等への情報提供、連携等に関する評価

⑤ 薬局の体制に関する評価

重複投薬・多剤投与、残薬解消等の評価に関する経緯

年度	経緯
H28まで	● 重複投薬・相互作用防止加算（疑義照会した場合の評価：処方変更あり20点、処方変更なし10点）
H28	● 疑義照会した場合の評価の改正（算定可能範囲拡大、処方変更があった場合のみに限定、名称を「重複投薬・相互作用等防止加算」に変更、在宅訪問時の「在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料」を新設） ● 外来服薬支援料（185点）に患者が持参した残薬バッグによる服薬管理等の評価を新設 ● 処方箋に残薬日数調整チェック欄の新設
H30	● 服用薬剤調製支援料新設（処方医に減薬の提案を行い、内服薬が減少した場合の評価：125点）
R2	● 服用薬剤調製支援料２の新設（処方医に処方提案の報告書を行った場合の評価：100点）
R4	● 服用薬剤調製支援料２について、実績の有無に応じた評価に改正（重複投薬等の解消に係る実績を有している場合110点、有していない場合90点） ● 一包化及び必要な服薬指導を行い、患者の服薬管理を支援した場合の評価を外来服薬指導料２として新設（従来の外来服薬支援料は、外来服薬支援料１とした）
R6	● 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料について、薬剤師が医師に対して処方提案を行い、当該提案が反映された処方箋を受け付けた場合を新たに評価（残薬調整に係るもの以外の場合：40点、残薬調整に係るものの場合：20点） ● 患者重複投薬・相互作用等防止加算について、算定要件を含めて見直し（残薬調整に係るもの以外の場合：40点、残薬調整に係るものの場合：20点）

項目	点数
重複投薬・相互作用等防止加算	残薬調整に係るもの以外　40点 残薬調整に係るもの　20点
在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料１ (処方箋に基づき処方医に処方内容を照会し、処方内容が変更された場合)	残薬調整に係るもの以外　40点 残薬調整に係るもの　20点
在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料２ (患者へ処方箋を交付する前に処方医と処方内容を相談し、処方に係る提案が反映された処方箋を受け付けた場合)	残薬調整に係るもの以外　40点 残薬調整に係るもの　20点
外来服薬支援料１	185点／月1回まで
外来服薬支援料２	34点／7日分ごと、240点／43日以上
服用薬剤調製支援料１	125点
服用薬剤調製支援料２	重複投薬等の実績あり　110点 重複投薬等の実績なし　90点

医師と連携して処方内容を調整した場合の評価

在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料

- 在宅医療において、薬剤師が、医師とともに患家を訪問したり、ICTの活用等により医師等の多職種と患者情報を共有する環境等において、薬剤師が医師に対して処方提案を行い、当該提案が反映された処方箋を受け付けた場合の評価を設ける。
- 残薬調整に係る処方変更がなされた場合の評価を見直す（※）。

現行

【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】
1　残薬調整に係るもの以外の場合　40点
2　残薬調整に係るものの場合　30点

改定後

【在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料】
1　処方箋に基づき処方医に処方内容を照会し、処方内容が変更された場合
　イ　残薬調整に係るもの以外の場合　40点
　ロ　残薬調整に係るものの場合　**20点**

2　患者へ処方箋を交付する前に処方医と処方内容を相談し、処方に係る提案が反映された処方箋を受け付けた場合
イ　残薬調整に係るもの以外の場合　40点
ロ　残薬調整に係るものの場合　20点

［主な算定要件］

（１）「残薬調整に係るものの場合」は、残薬に関し、受け付けた処方箋について、処方医に対して連絡・確認を行い、処方の変更が行われた場合には「１」の「ロ」を算定し、処方箋の交付前に処方医への残薬に関連する処方に係る提案を行い、当該提案が反映された処方箋を受け付けた場合には「２」の「ロ」を算定する。なお、当該加算を算定する場合においては、残薬が生じる理由を分析するとともに、必要に応じてその理由を処方医に情報提供すること。

（２）患者へ処方箋を交付する前に処方内容に係る提案を実施した場合は、**処方箋の交付前に行った処方医への処方提案の内容（具体的な処方変更の内容、提案に至るまでに検討した薬学的見地から検討した内容及び理由等）の要点及び実施日時を薬剤服用歴等に記載**する。

（３）医療従事者間のICTを活用した服薬状況等の情報共有等により対応した場合には、処方提案等の行為を行った日時が記録され、必要に応じてこれらの内容を随時確認できることが望ましい。

※調剤管理料の重複投薬・相互作用等防止加算の「ロ　残薬調整に係るものの場合」についても同様の見直しを実施（30点→20点）。

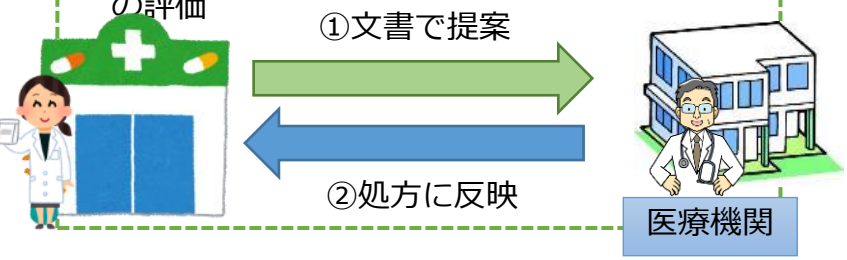
薬局におけるポリファーマシー対策（減薬等）の評価

■　減薬の取組

【提案後】
２種類以上減少が４週間継続
→**125点**

服用薬剤調製支援料１

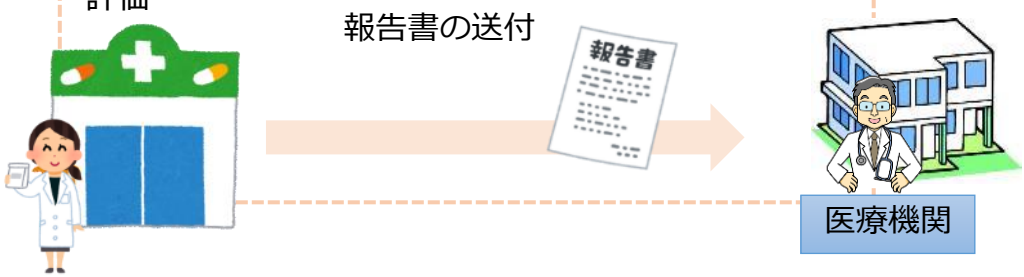
・　薬局が医師に減薬の提案を行い、その結果処方される内服薬が減少した場合の評価



服用薬剤調製支援料２

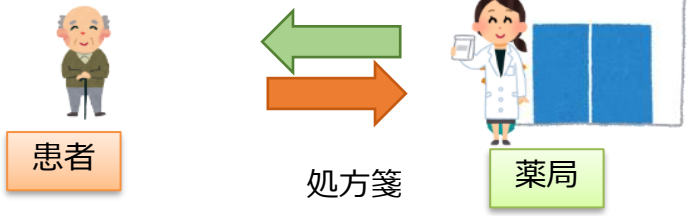
・　薬局が医師に服用薬の一覧表を作成し、重複投薬等の解消の提案した場合の評価

・重複投薬等の解消に係る実績を有している保険薬局　**１１０点**
・それ以外の保険薬局　**90点**



■　重複投薬、残薬の解消の取組

【対象患者】
全ての外来患者



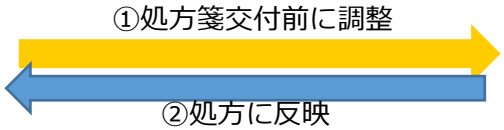
重複投薬・相互作用防止加算

・重複投薬、相互作用の防止等の目的で、処方医に対して照会を行い、処方に変更が行われた場合の評価

【処方変更後】
・残薬調整以外　**40点**
・残薬調整　**20点**

在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料

・薬剤師が、医師とともに患家を訪問したり、ICTの活用等により医師等の多職種と患者情報を共有する環境等において、処方箋交付前に医師と処方内容を調整した場合の評価



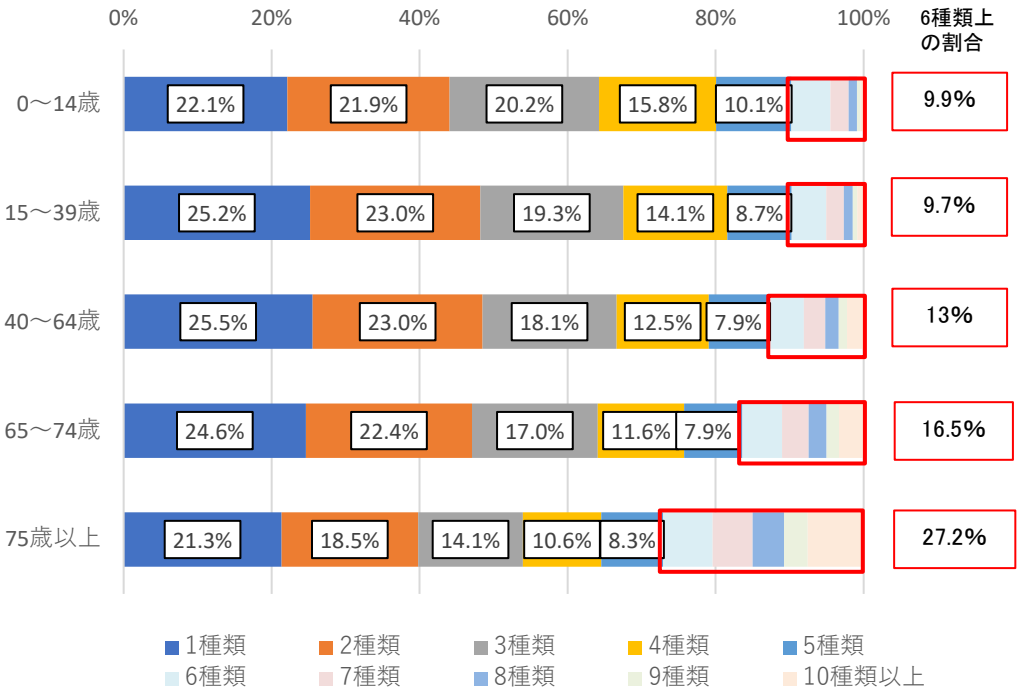
【処方変更後】
・残薬調整以外　**40点**
・残薬調整　**20点**

年齢階級別にみた薬剤種類数

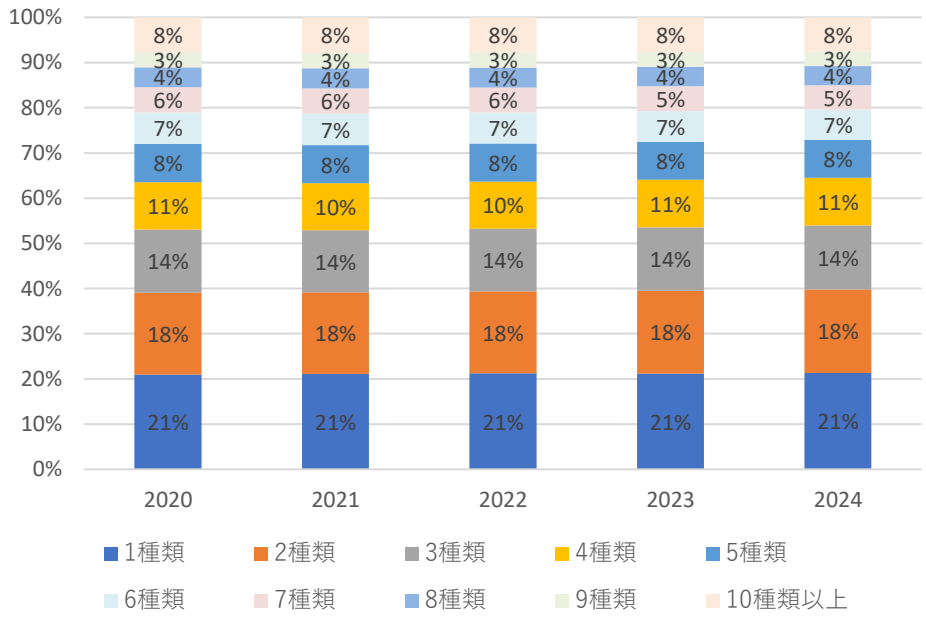
診調組　入－１
７．７．１７

○　高齢になるほど、服用薬剤種類数の多い患者の割合が増加する傾向がある。
○　年次推移をみると、 75歳以上で6種類以上服用している患者の割合は変化がみられなかった。

2024年７月における
年齢別服用薬剤種類数



75歳以上の服用薬剤種類内訳の推移

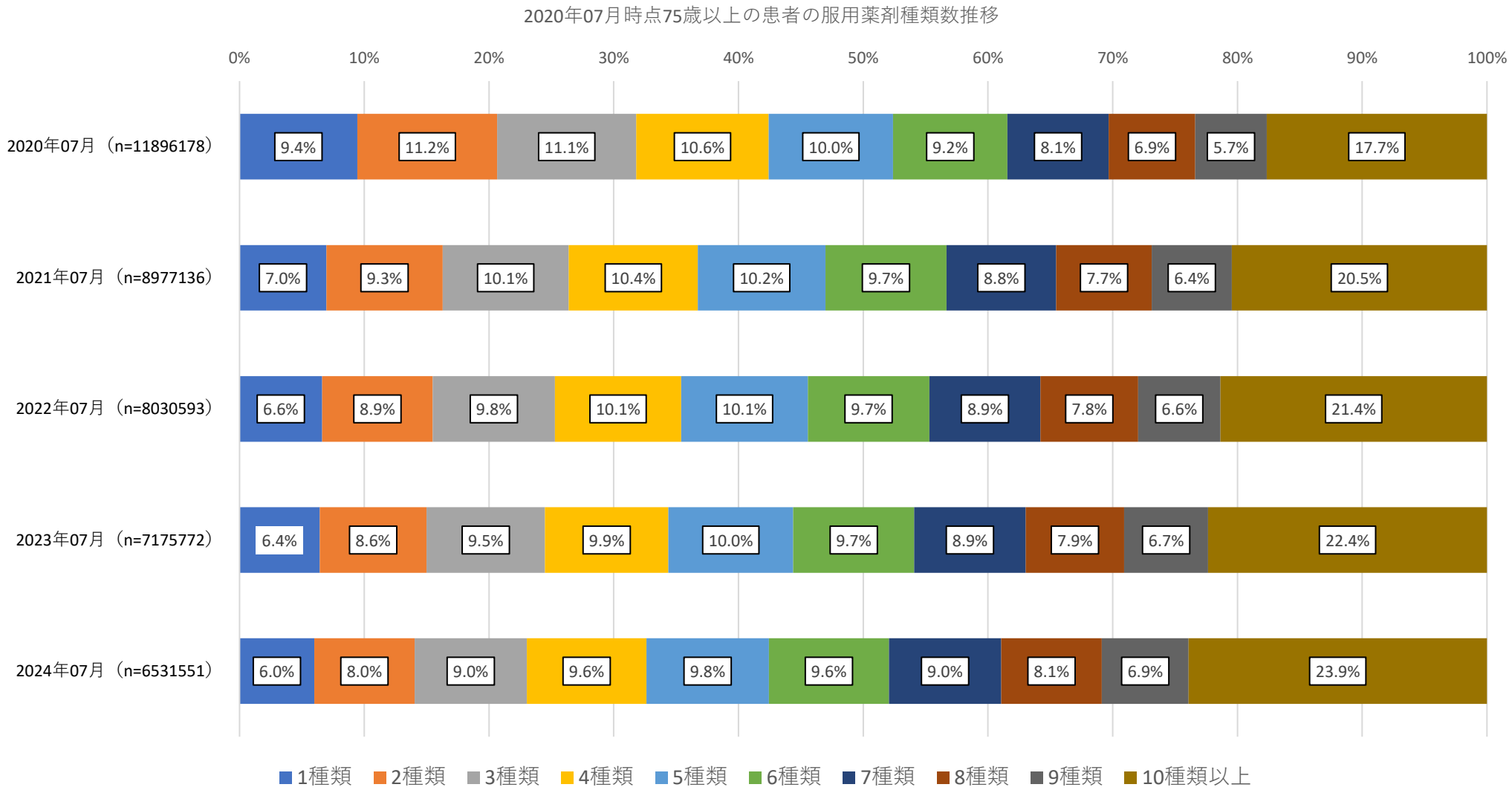


各年７月における１患者あたりの服用薬剤数

出典：NDB各年７月時点集計データより保険局医療課作成

75歳以上の服薬薬剤種類内訳

○　2020年７月時点で75歳以上である患者に着目し、その服用薬剤種類数の推移をみると、服用薬剤種類数は増えていた。



出典：NDB各年７月時点集計データより保険局医療課作成

３．調剤に係る診療報酬上の評価

① 服薬指導に関する評価

② かかりつけ薬剤師に関する評価

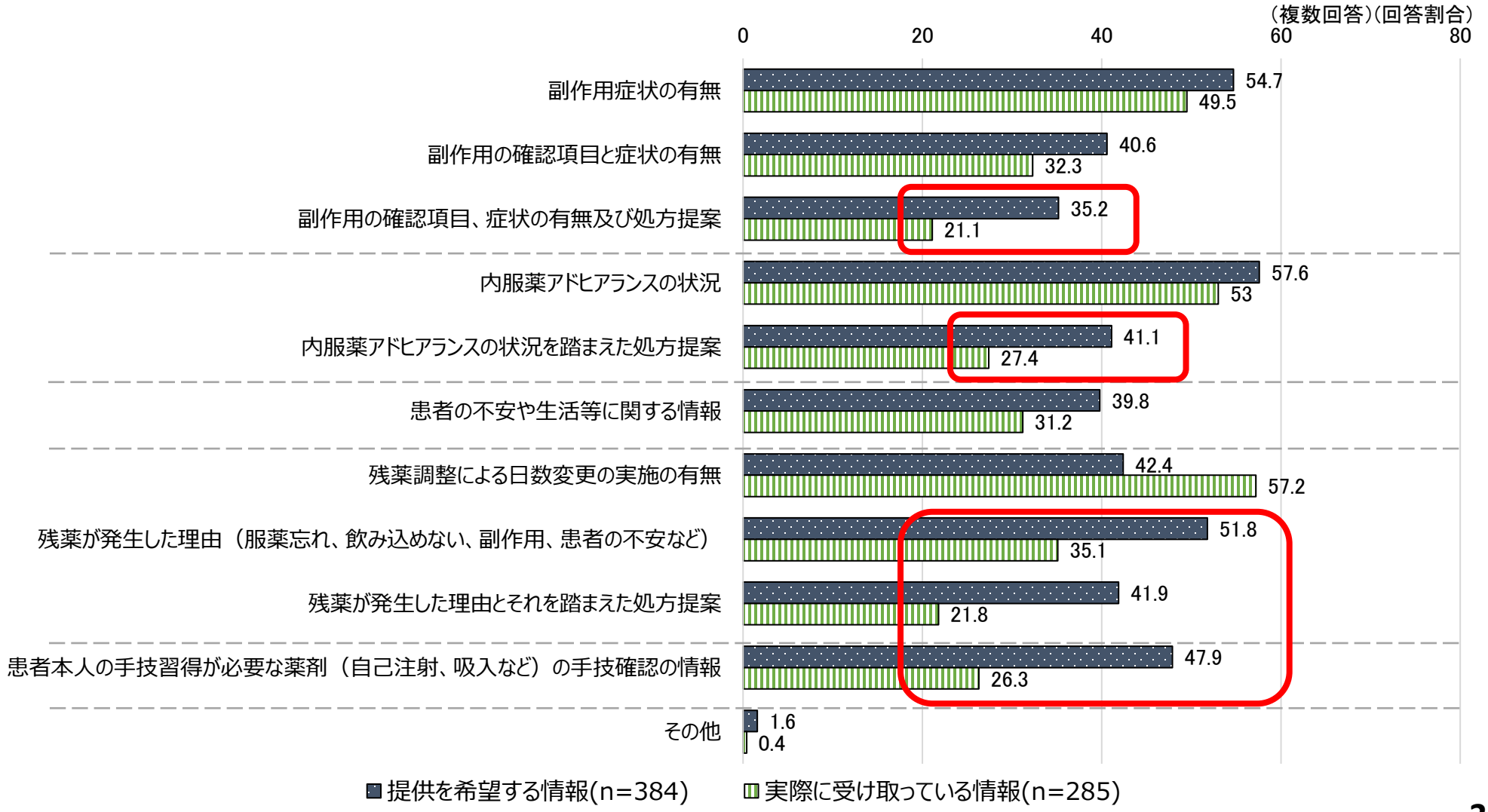
③ 重複投薬・多剤投与、残薬解消等に関する評価

④ 医療機関等への情報提供、連携等に関する評価

⑤ 薬局の体制に関する評価

医療機関における薬局から提供された服薬情報等の利活用状況

○　医療機関の薬剤師による調査では、薬局から提供される情報には副作用、内服薬アドヒアランス、残薬調整等について記載されていることが多いが、医療機関が希望するのは処方提案に関するもの等であり、医療機関が希望する情報と差が一部ある。



出典：厚生労働省委託事業　令和4年度「医療機関の薬剤師における業務実態調査報告書」

変更調剤に係る取扱い

○　処方薬の変更調剤については、現下の医療用医薬品の供給状況を踏まえ、当面の間の取扱いとして、医薬品の入手が限定されること等により必要量が用意できないようなやむを得ない状況においては、これまでの範囲に加え、患者の同意を得ることで、（処方医への確認がなくても）変更調剤による対応を柔軟に取り扱うことを可能とした。　（令和６年３月１５日事務連絡）

【具体例】　※患者の同意を得ることで、処方医への確認がなくても変更調剤可能。（処方した保険医療機関への情報提供は必要）

(1)　先発品への変更

・後発品の銘柄名処方（変更不可ではない）　→先発品への変更

(2)　薬剤料が高い場合を含む、後発品への変更

①後発品の銘柄名処方（変更不可ではない）　→薬剤料が高い後発品への変更

②含量規格が異なる後発品への変更（10mg錠 → 5mg錠×2）

③類似する別剤形への変更（錠剤→OD錠、錠剤→カプセル剤　等）

④内服薬のうち、剤形分類間の別剤形への変更（錠剤→散剤、顆粒剤→錠剤　等）

※④は類似する別剤形の後発医薬品への変更調剤がやむを得ずできない場合

（内服薬の剤形区分）
・ア/イの区分内は「類似する別剤形」
・アとイの区分間は「分類間の別剤形」
　ア　錠剤（普通錠）、錠剤（口腔内崩壊錠）、カプセル剤、丸剤
　イ　散剤、顆粒剤、細粒剤、末剤、ドライシロップ剤（内服用固形剤として調剤する場合に限る。）

（注）「現下の医療用医薬品の供給状況における変更調剤の取扱いについて」（令和6年3月15日厚生労働省保険局医療課事務連絡）より。

３．調剤に係る診療報酬上の評価

① 服薬指導に関する評価

② かかりつけ薬剤師に関する評価

③ 重複投薬・多剤投与、残薬解消等に関する評価

④ 医療機関等への情報提供、連携等に関する評価

⑤ 薬局の体制に関する評価

調剤基本料、地域支援体制加算の経緯

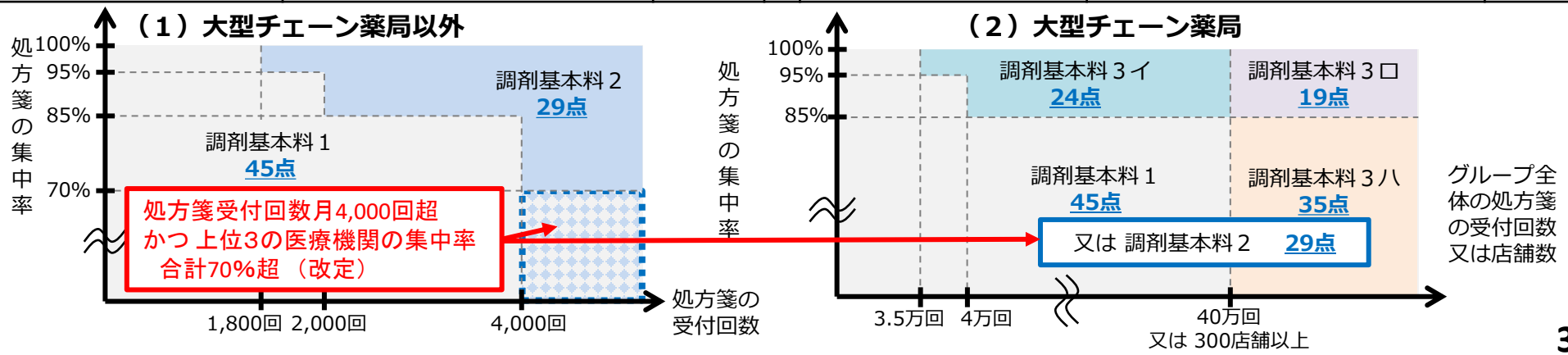
年度	調剤基本料の経緯	基準調剤加算／地域支援体制加算の経緯
H26	● 基本料1（41点）、基本料の特例（基本料2：25点） ● 特例の解除要件（24時間開局）	● 基準調剤加算１（12点）、加算２（36点）
H28	● 特例（基本料2）範囲の拡大 ● 大型門前薬局の特例新設（基本料3：20点） ● 特例の解除要件改正（かかりつけ薬剤師指導料の回数） ● 構造設備規制見直し（10月施行）	● 基準調剤加算の統合（32点）
H30	● 特例範囲の拡大（基本料2）、大型門前薬局の特例範囲の拡大（基本料３イ（20点）、ロ（15点）） ● 特例解除要件の廃止（地域支援体制加算で対応） ● 敷地内の特例（特別調剤基本料10点）新設 ● 医療資源が少ない地域の取扱い新設（特例対象から除外）	● 地域支援体制加算新設（35点） ● 基本料１と特例の基本料で別の算定要件
R元	● 消費税増税に伴う見直し（基本料１（41点→42点）、基本料２（25点→26点）、基本料３イ（20点→21点）、基本料３ロ（15点→16点）、特別調剤基本料（10点→11点）	
R2	● 特例範囲の拡大（基本料2）、大型門前の特例範囲の拡大（基本料３イロ） ● 特別調剤基本料引下げ（11点→9点）	● 点数の充実（35点→38点） ● 基本料１の算定要件引上げ ● 特例の基本料の算定要件引下げ
R4	● 大規模グループ薬局（300店舗以上）の特例新設（基本料３ロ（16点）、ハ（32点）） ● 特別調剤基本料引下げ（9点→7点）	● 地域支援体制加算の細分化（4分類）
R6	● 基本料２の対象範囲の拡大（処方箋受付回数が月4,000回超かつ上位3の医療機関の処方箋集中率の合計70%超を対象） ● 特別調剤基本料についてA（いわゆる同一敷地内薬局：５点）及びB（調剤基本料の届出がない薬局：３点）の区分を設け、評価の見直し	● 基本料１の要件強化 ● 一律７点引下げ

調剤基本料の見直し

調剤基本料の見直し

➢ 調剤基本料２の算定対象となる薬局に、１月における処方箋の受付回数が4,000回を超え、かつ、処方箋受付回数が多い上位３の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が7割を超える薬局を加える。

		処方箋受付回数等及び処方箋集中率	点数
調剤基本料1		調剤基本料2･3、特別調剤基本料以外	45点
調剤基本料2		① 処方箋受付回数が月2,000回超～4000回かつ処方箋集中率85%超 ② 処方箋受付回数が月4,000回超かつ上位3の医療機関の処方箋集中率の合計70%超 ③ 処方箋受付回数が1,800回超～2,000回かつ処方箋集中率95%超 ④ 特定の医療機関からの処方箋受付枚数が4,000回超	29点
調剤基本料3	イ	同一グループで処方箋受付回数が月3万5千回超～4万回かつ処方箋集中率95%超	24点
		同一グループで処方箋受付回数が月4万回超～40万回かつ処方箋集中率85%超	
	ロ	同一グループで処方箋受付回数が月40万回超又は同一グループの保険薬局の数が300以上かつ処方箋集中率85%超	19点
	ハ	同一グループで処方箋受付回数が月40万回超又は同一グループの保険薬局の数が300以上かつ処方箋集中率85%以下	35点
特別調剤基本料A		いわゆる同一敷地内薬局　5点	
特別調剤基本料B		基本料の届出がない薬局	3点



地域支援体制加算の見直し

青字：変更・新規の要件

○地域支援体制加算の施設基準　（（４）のウは薬局当たりの年間の回数）

（１）地域医療に貢献する体制を有することを示す実績（下記の要件）

（２）地域における医薬品等の供給拠点としての対応
- ア　十分な数の医薬品の備蓄、周知（医療用医薬品1200品目）
- **イ　薬局間連携による医薬品の融通等**
- ウ　医療材料及び衛生材料を供給できる体制
- **エ　麻薬小売業者の免許**
- オ　集中率85%超の薬局は、後発品の調剤割合**70%**以上
- カ　取り扱う医薬品に係る情報提供体制

（３）休日、夜間を含む薬局における調剤・相談応需体制
- ア　一定時間以上の開局
- イ　休日、夜間の開局時間外の調剤・在宅業務に対応できる体制
- ウ　当該薬局を利用する患者からの相談応需体制
- **エ　夜間・休日の調剤、在宅対応体制（地域の輪番体制含む）の周知**

（４）在宅医療を行うための関係者との連携体制等の対応
- ア　診療所又は病院及び訪問看護ステーションと円滑な連携
- イ　保健医療・福祉サービス担当者との連携体制
- **ウ　在宅薬剤管理の実績　　24回以上**
- エ　在宅に係る研修の実施

（５）医療安全に関する取組の実施
- ア　プレアボイド事例の把握・収集
- イ　医療安全に資する取組実績の報告
- ウ　副作用報告に係る手順書を作成

（６）**かかりつけ薬剤師の届出**

（７）管理薬剤師要件

（８）患者毎に服薬指導の実施、薬剤服用歴の作成

（９）研修計画の作成、学会発表などの推奨

（10）患者のプライバシーに配慮、椅子に座った状態での服薬指導

（11）地域医療に関連する取組の実施
- **ア　一般用医薬品及び要指導医薬品等（基本的な48薬効群）の販売**
- イ　健康相談、生活習慣に係る相談の実施
- **ウ　緊急避妊薬の取扱いを含む女性の健康に係る対応**
- **エ　当該保険薬局の敷地内における禁煙の取扱い**
- **オ　たばこの販売禁止（併設する医薬品店舗販売業の店舗を含む）**

○上記の（１）地域医療に貢献する体制を有することを示す実績　（①～⑨は処方箋１万枚当たりの年間回数、⑩は薬局当たりの年間の回数）

要件	基本料1	基本料1以外
①夜間・休日等の対応実績	40回以上	400回以上
②麻薬の調剤実績	1回以上	10回以上
③重複投薬・相互作用等防止加算等の実績	20回以上	40回以上
④かかりつけ薬剤師指導料等の実績	20回以上	40回以上
⑤外来服薬支援料１の実績	１回以上	12回以上
⑥服用薬剤調整支援料の実績	１回以上	1回以上
⑦単一建物診療患者が１人の在宅薬剤管理の実績	24回以上	24回以上
⑧服薬情報等提供料に相当する実績	30回以上	60回以上
⑨小児特定加算の算定実績	１回以上	１回以上
⑩薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議への出席	１回以上	５回以上

【調剤基本料１の薬局】
- **地域支援体制加算１**　**32点**
  - **④を含む３つ以上**
- **地域支援体制加算２**　**40点**
  - **①～⑩のうち８つ以上**

【調剤基本料１以外の薬局】
- **地域支援体制加算３**　**10点**
  - ④、⑦を含む３つ以上
- **地域支援体制加算４**　**32点**
  - ①～⑩のうち８つ以上

薬局の体制に係る情報の周知に関する項目

➢ 具体的に周知すべき情報の項目として、以下の項目を示した。

（令和６年３月28日事務連絡　疑義解釈資料の送付について（その１））

【地域支援体制加算】　休日、夜間を含む開局時間外であっても調剤及び在宅業務に対応できる体制に係る情報

・休日、夜間に対応できる薬局の名称、所在地、対応できる日時（開局日、開局時間）、連絡先等

（地域ごとに、輪番制の対応も含め、具体的な日付における休日、夜間対応できる薬局の情報を示すこと）

【連携強化加算】　災害や新興感染症発生時における対応可能な体制に係る情報

・改正感染症法に基づく第二種協定指定医療機関としての指定に係る情報

・オンライン服薬指導の対応の可否

・要指導医薬品・一般用医薬品の取扱いに係る情報

・検査キット（体外診断用医薬品）の取扱いに係る情報

【在宅薬学総合体制加算】　急変時等の開局時間外における在宅業務に対応できる体制に係る情報

・開局時間外の在宅業務への対応の可否（対応可能な時間帯を含む。）

・医療用麻薬（注射薬を含む。）の取扱いに係る情報

・高度管理医療機器の取扱いの可否

・無菌製剤処理の対応の可否（自局での対応の可否を含む。）

・小児在宅（医療的ケア児等）の対応の可否

・医療材料・衛生材料の取扱いの可否など

連携強化加算（調剤基本料）の見直し

➢ 連携強化加算について、改正感染症法の第二種協定指定医療機関の指定要件を踏まえて要件及び評価を見直すとともに、当該加算の地域支援体制加算の届出にかかる要件については求めないこととする。

現行	改定後
調剤基本料　連携強化加算　２点 ※地域支援体制加算に該当する場合に算定可能	調剤基本料　連携強化加算　**５点** **※地域支援体制加算の該当の要件は廃止**

［算定要件］

連携強化加算は、他の保険薬局、保険医療機関及び都道府県等との連携により、災害又は新興感染症の発生時等の非常時に必要な体制が整備されている保険薬局において、調剤を行った場合に算定できる。この場合において、災害又は新興感染症の発生時等において対応可能な体制を確保していることについて**当該保険薬局のほか、当該保険薬局の所在地の行政機関、薬剤師会等のホームページ等で広く周知すること。**

［主な施設基準］

(1)　都道府県知事より**第二種協定指定医療機関の指定**を受けていること
(2)　感染症対応に係る当該保険薬局の保険薬剤師に対する研修、訓練を年１回以上実施
(3)　個人防護具を備蓄
(4)　新型インフルエンザ等感染症等の発生時等において、要指導医薬品及び一般用医薬品の提供、感染症に係る体外診断用医薬品（検査キット）の提供、マスク等の感染症対応に必要な衛生材料等の提供ができる体制を新型インフルエンザ等感染症等の発生等がないときから整備し、これらを提供している
(5)　自治体からの要請に応じて、避難所・救護所等における医薬品の供給又は調剤所の設置に係る人員派遣等の協力等を行う体制が整備
(6)　災害対応に係る当該保険薬局の保険薬剤師に対する研修、訓練を年１回以上実施
(7)　災害や新興感染症発生時における薬局の体制や対応について、それぞれの状況に応じた手順書等の作成
(8)　情報通信機器を用いた服薬指導を行う体制が整備されている
(9)　要指導医薬品及び一般用医薬品の販売、検査キット（体外診断用医薬品）の取扱い

後発医薬品の使用促進に関する診療報酬上の評価の経緯①

	医療機関			薬局	
	処方	体制	その他	調剤・その他	体制
2002年（H14）	処方箋料（後発医薬品を含む場合２点加算）			後発医薬品調剤加算（内服薬１剤につき２点加算等）	
2004年（H16）					
2006年（H18）			処方箋様式の変更（変更可欄の新設）	後発医薬品情報提供料：10点	
2008年（H20）			処方箋様式の変更（変更不可欄に変更）	変更調剤時に分割調剤とした場合の調剤基本料を設定（お試し調剤:5点）	後発医薬品調剤体制加算 後発医薬品を調剤した処方箋受付回数の割合 30%以上：4点
2010年（H22）		後発医薬品使用体制加算（入院） 後発医薬品採用割合 20%以上：30点		含量違いの後発医薬品等の変更の明確化	数量ベースでの後発医薬品の使用割合 20%以上：6点 25%以上：13点 30%以上：17点
2012年（H24）	一般名処方加算：２点加算	20%以上：28点 30%以上：35点	処方箋様式の変更（処方薬ごとに変更の可否を明示）	薬剤服用歴管理指導料の算定要件化	22%以上：5点 30%以上：15点 35%以上：19点
2013年（H25）	新指標（後発医薬品の数量シェア*）の導入 *後発医薬品に置き換えられる先発医薬品及び後発医薬品をベースとした数量				
2014年（H26）				要件追加（一般名処方時に後発医薬品を調剤しない場合、理由を明細書に記載）	（新指標） 55%以上：18点 65%以上：22点

後発医薬品の使用促進に関する診療報酬上の評価の経緯②

	医療機関				薬局	
	処方	体制		その他	調剤・その他	体制
2016年 （H28）	（一般名処方加算） 全品目：３点 １品目以上：２点	（後発医薬品使用体制加算（入院））： 後発医薬品使用割合 50%以上：28点 60%以上：35点 70%以上：42点	外来後発医薬品使用体制加算（診療所のみ）： 後発医薬品使用割合 60%以上：3点 70%以上：4点			（後発医薬品調剤体制加算） 65%以上：18点 75%以上：22点
2018年 （H30）	全品目：6点 １品目以上：4点	60%以上：22点 70%以上：35点 80%以上：40点 85%以上：45点	70%以上：2点 75%以上：4点 85%以上：5点			75%以上：18点 80%以上：22点 85%以上：26点 20%以下（調剤基本料から2点減点）
2020年 （R2）	全品目：7点 １品目以上：5点	70%以上：37点 80%以上：42点 85%以上：47点				75%以上：15点 80%以上：22点 85%以上：28点 40%以下（調剤基本料から2点減点）
2022年 （R4）		75%以上：37点 85%以上：42点 90%以上：47点	75%以上：2点 85%以上：4点 90%以上：5点			80%以上：21点 85%以上：28点 90%以上：30点 50%以下（調剤基本料から５点減点）
2024年 （R６）	全品目：10点 １品目以上：8点	75%以上：77点 85%以上：82点 90%以上：87点	75%以上：5点 85%以上：7点 90%以上：8点			80%以上：21点 85%以上：28点 90%以上：30点 50%以下（調剤基本料から５点減点）

（参考） 令和6年度診療報酬改定の答申書附帯意見より

（全般的事項）

1　近年、診療報酬体系が複雑化していること及び医療 DX の推進において簡素化が求められていることを踏まえ、患者をはじめとする関係者にとって分かりやすい診療報酬体系となるよう検討すること。

（調剤報酬）

21　調剤報酬に関しては、地域の医薬品供給拠点としての役割を担い、かかりつけ機能を発揮して地域医療に貢献する薬局の整備を進めるため、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、薬局・薬剤師業務の専門性をさらに高め、質の高い薬学的管理の提供への転換を推進するための調剤報酬の在り方について引き続き検討すること。

（敷地内薬局）

22　いわゆる同一敷地内薬局については、同一敷地内の医療機関と薬局の関係性や当該薬局の収益構造等も踏まえ、当該薬局及び当該薬局を有するグループとしての評価の在り方に関して、引き続き検討すること。

（長期処方やリフィル処方）

23　長期処方やリフィル処方に係る取組について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、適切な運用や活用策について引き続き検討すること。

（後発医薬品の使用促進）

24　バイオ後続品を含む後発医薬品の使用促進について、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、後発医薬品の供給状況や医療機関や薬局における使用状況等も踏まえ、診療報酬における後発医薬品の使用に係る評価について引き続き検討すること。