

令和8年度診療報酬改定の概要 【歯科】

厚生労働省保険局医療課

- ※ 本資料は現時点での改定の概要をご紹介するためのものであり、算定要件・施設基準等の詳細については、今後正式に発出される告示・通知等をご確認ください。
- ※ 本資料は、HP掲載時に適宜修正する場合がありますのでご注意ください。

改定に当たっての基本認識

- ▶ 日本経済が新たなステージに移行しつつある中での物価・賃金の上昇、人口構造の変化や人口減少の中での人材確保、現役世代の負担の抑制努力の必要性
- ▶ 2040年頃を見据えた、全ての地域・世代の患者が適切に医療を受けることが可能かつ、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制の構築
- ▶ 医療の高度化や医療DX、イノベーションの推進等による、安心・安全で質の高い医療の実現
- ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

改定の基本的視点と具体的方向性

（１）物価や賃金、人手不足等の医療機関等を取りまく環境の変化への対応

【重点課題】

【具体的方向性】

- 医療機関等が直面する人件費や、医療材料費、食材料費、光熱水費及び委託費等といった物件費の高騰を踏まえた対応
- 賃上げや業務効率化・負担軽減等の業務改善による医療従事者の人材確保に向けた取組
 - ・医療従事者の処遇改善
 - ・業務の効率化に資する ICT、AI、IoT等の利活用の推進
 - ・タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進
 - ・医師の働き方改革の推進／診療科偏在対策
 - ・診療報酬上求める基準の柔軟化

等

（２）2040年頃を見据えた医療機関の機能の分化・連携と地域における医療の確保、地域包括ケアシステムの推進

【具体的方向性】

- 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価
- 「治し、支える医療」の実現
 - ・在宅療養患者や介護保険施設等入所者の後方支援機能（緊急入院等）を担う医療機関の評価
 - ・円滑な入退院の実現
 - ・リハビリテーション・栄養管理・口腔管理等の高齢者の生活を支えるケアの推進
- かかりつけ医機能、かかりつけ歯科医機能、かかりつけ薬剤師機能の評価
- 外来医療の機能分化と連携
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- 人口・医療資源の少ない地域への支援
- 医療従事者確保の制約が増す中で必要な医療機能を確保するための取組
- 医師の地域偏在対策の推進

等

（３）安心・安全で質の高い医療の推進

【具体的方向性】

- 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価
- アウトカムにも着目した評価の推進
- 医療DXやICT連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価
- 質の高いリハビリテーションの推進
- 重点的な対応が求められる分野（救急、小児・周産期等）への適切な評価
- 感染症対策や薬剤耐性対策の推進
- 口腔疾患の重症化予防等の生活の質に配慮した歯科医療の推進、口腔機能発達不全及び口腔機能低下への対応の充実、歯科治療のデジタル化の推進
- 地域の医薬品供給拠点としての薬局に求められる機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対人業務の充実化
- イノベーションの適切な評価や医薬品の安定供給の確保等

等

（４）効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

【具体的方向性】

- 後発医薬品・バイオ後続品の使用促進
- OTC類似薬を含む薬剤自己負担の在り方の見直し
- 費用対効果評価制度の活用
- 市場実勢価格を踏まえた適正な評価
- 電子処方箋の活用や医師・病院薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進
- 外来医療の機能分化と連携（再掲）
- 医療DXやICT連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価（再掲）

等

令和8年度診療報酬改定について（令和7年12月24日大臣折衝事項）

1. 診療報酬 +3.09%（R8年度及びR9年度の2年度平均。R8年度+2.41%、R9年度+3.77%）（R8年6月施行）

※1 うち、賃上げ分 **+1.70%**（2年度平均。R8年度+1.23%、R9年度+2.18%）

- ・医療現場での生産性向上の取組と併せ、R8・R9にそれぞれ3.2%（看護補助者、事務職員は5.7%）のベアを実現するための措置
- ・うち、改定率の0.28%分は、医療機関等における賃上げ余力の回復・確保を図りつつ幅広い職種での賃上げを確実にするための特例的な対応

※2 うち、物価対応分 **+0.76%**（2年度平均。R8年度+0.55%、R9年度+0.97%）

- ・特に、R8以降の物価上昇への対応として+0.62%（R8年度+0.41%、R9年度+0.82%）を充て、施設類型ごとの費用関係データ等に基づき配分。（病院+0.49%、医科診療所+0.10%、**歯科診療所+0.02%**、保険薬局+0.01%）
- ・また、改定率の0.14%分は、高度医療機能を担う病院（大学病院を含む）が物価高の影響を受けやすいこと等を踏まえた特例的な対応

※3 うち、食費・光熱水費分 **+0.09%**（入院時の食費基準額の引上げ（40円/食）、光熱水費基準額の引上げ（60円/日））

- ・患者負担の引上げ：食費は原則40円/食（低所得者は所得区分等に応じて20～30円/食）、光熱水費は原則60円（指定難病患者等は据え置き）

※4 うち、R6改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分 **+0.44%**

- ・配分に当たっては、R7補正予算の効果を減じることのないよう、施設類型ごとのメリハリを維持（病院+0.40%、医科診療所+0.02%、**歯科診療所+0.01%**、保険薬局+0.01%）

※5 うち、後発医薬品への置換えの進展を踏まえた処方や調剤に係る評価の適正化、実態を踏まえた在宅医療・訪問看護関係の評価の適正化、長期処方・リフィル処方の取組強化等による効率化 **▲0.15%**

※6 うち、※1～5以外の分 **+0.25%** 各科改定率：医科+0.28%、**歯科+0.31%**、調剤+0.08%

2. 薬価等

薬価： **▲0.86%**（R8年4月施行）
材料価格： **▲0.01%**（R8年6月施行）
合計： **▲0.87%**

3. 診療報酬制度関連事項

- ① R9年度における更なる調整及びR10年度以降の経済・物価動向等への対応の検討
- ② 賃上げの実効性確保のための対応
- ③ 医師偏在対策のための対応
- ④ 更なる経営情報の見える化のための対応

4. 薬価制度関連事項

- ① R8年度薬価制度改革及びR9年度の薬価改定の実施
- ② 費用対効果評価制度の更なる活用

令和8年度歯科診療報酬改定の主なポイント(歯科)

1. 物価や賃金、人材確保等への対応

- 物件費の高騰を踏まえた対応
 - ・物価高騰による医療機関の物件費負担の増加を踏まえ、歯科初再診料等の評価の引き上げや物価高騰に対応する評価の新設
- 賃上げに向けた評価の見直し
 - ・歯科医療従事者の賃上げを更に推進するとともに、歯科技工所に所属する歯科技工士の確実な賃上げを図る評価の新設

2. かかりつけ歯科医機能の評価

- かかりつけ歯科医による歯科疾患・口腔機能の管理等の推進
 - ・初診時及び再診時における歯科疾患管理料の評価の統一
 - ・小児口腔機能管理料及び口腔機能管理料の評価の引上げ及び対象患者の拡大
 - ・口腔粘膜湿潤度検査の導入
- 継続的・効果的な歯周病治療の推進
 - ・歯周基本治療後の包括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統合
 - ・主治医から紹介された糖尿病患者の歯周病治療に係る加算の運用の見直し

3. リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の更なる推進

- 入院患者の口腔管理における医科歯科連携の推進
 - ・連携を行っている歯科標榜のない病院等の依頼により、入院患者に歯科訪問診療を実施した場合の加算の新設

4. 地域において訪問診療等を積極的に担う医療機関の評価

- 質の高い在宅歯科医療の提供の推進
 - ・在宅支援歯科診療所及び在宅療養支援歯科病院における歯科訪問診療1を実施した場合の加算の新設
 - ・同一建物に居住する多数の患者に対する歯科訪問診療を適切に提供するため、歯科訪問診療4及び歯科訪問診療5の施設基準を新設 等
- 訪問歯科衛生指導の適切な推進
 - ・指導を実施した人数に応じた評価の見直し 等
- 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料の充実
 - ・対象患者の拡大及び歯科医の指示を受けた歯科衛生士による指導の評価の新設 等

5. 人口・医療資源の少ない地域への支援

- 歯科巡回診療に係る適切な推進
 - ・都道府県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の評価の新設

6. 生活の質に配慮した歯科医療の推進、口腔機能発達不全及び口腔機能低下への対応の充実、歯科治療のデジタル化の推進

- 障害者歯科治療における歯科医学的管理の新たな評価
 - ・障害者治療を専門に行う歯科医療機関の特別な歯科医学的管理の評価の新設
- 小児口腔機能管理料及び口腔機能管理料の見直し
- 継続的・効果的な歯周病治療の推進
- 有床義歯管理の評価体系の見直し
 - ・新製有床義歯管理料の算定単位や評価体系の見直し 等
- 小児の咬合機能獲得に向けた対応の充実
 - ・小児保険装置に対する調整や修理の評価の新設 等
- 歯科矯正に係る患者の対象等の見直し
 - ・連続する3歯以上の先天性欠損歯を有する者の追加 等
- 周術期及び回復期等の口腔機能管理の推進
 - ・周術期及び回復期等における管理計画の修正を行った場合の評価の新設 等
- 歯科衛生士による実地指導の推進
 - ・歯科衛生士が口腔機能に関する実地指導を行った場合の評価の新設 等
- 歯科医師と歯科技工士の連携の推進
 - ・歯科技工士連携加算における評価の範囲の拡大や施設基準の見直し 等
- 歯科治療のデジタル化の推進、歯科用貴金属材料の価格状況への対応
 - ・CAD/CAM冠及びCAD/CAMインレーに係る大臼歯の咬合支持要件の見直し 等
 - ・光学印象の対象に係るCAD/CAM冠の拡充
 - ・部分床義歯のクラスプやバーの材料に係る運用（歯科用貴金属材料以外の材料を使用）の見直し
 - ・3次元プリント有床義歯や鑄造チタンブリッジの評価の新設
- 歯科固有の技術の評価
 - ・テンポラリークラウンや歯周治療用装置（冠形態）等を統合した評価の新設
 - ・麻酔薬剤料の算定項目の拡充
 - ・歯科吸入麻酔や歯科静脈麻酔の評価の新設
 - ・加圧根管充填処置や拔牙手術の加算（下顎水平埋伏智歯等）の評価の引上げ 等

歯科診療報酬改定の概要

- 1. 物件費の高騰を踏まえた対応【Ⅰ－１①】・・・P5
- 2. 賃上げに向けた評価の見直し【Ⅰ－２－１①】・・・P8
- 3. 医療機関等における事務等の簡素化・効率化【Ⅰ－２－２③】・・・P16
- 4. 歯科巡回診療に係る適切な推進【Ⅱ－１－２③】・・・P18
- 5. 入院患者の口腔管理における医科歯科連携の推進【Ⅱ－２－３④】・・・P20
- 6. 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要件並びに評価の見直し【Ⅱ－３⑥】・・・P22
- 7. 継続的・効果的な歯周病治療の推進【Ⅱ－３⑦】・・・P25
- 8. 質の高い在宅歯科医療の提供の推進【Ⅱ－５－１⑪】・・・P28
- 9. 健康診断等の受診後における初再診料等の算定方法の明確化【Ⅲ－１②】・・・P35
- 10. 医療DX推進体制整備加算等の見直し【Ⅲ－３①】・・・P37
- 11. 障害者歯科治療における歯科医学的管理の新たな評価【Ⅲ－７①】・・・P40
- 12. 有床義歯管理の評価体系の見直し【Ⅲ－７③】・・・P42
- 13. 小児の咬合機能獲得に向けた対応の充実【Ⅲ－７⑤】・・・P44
- 14. 歯科矯正に係る患者の対象等の見直し【Ⅲ－７⑥】・・・P46
- 15. 周術期及び回復期等の口腔機能管理の推進【Ⅲ－７⑦】・・・P48
- 16. 歯科衛生士による口腔機能に関する実地指導の推進【Ⅲ－７⑧】・・・P50
- 17. 歯科医師と歯科技工士の連携の推進【Ⅲ－７⑨】・・・P52
- 18. 歯科治療のデジタル化等の推進【Ⅲ－７⑩】・・・P54
- 19. 有床義歯の新たな製作法に係る評価の新設【Ⅲ－７⑪】・・・P58
- 20. 歯科診療の実態に応じた評価の見直し・明確化【Ⅲ－７⑫】・・・P60
- 21. 歯科固有の技術の評価の見直し【Ⅲ－７⑬】・・・P76
- 22. 特定診療報酬算定医療機器の見直し・・・P91
- 23. 特定保険医療材料の機能区分の見直し・・・P93
- 24. その他改定事項・・・P96
- 25. 答申書附帯意見・・・P103
- 26. 地方厚生局への届出と報告・・・P105

- 20-1 歯科点数表で解釈が示されていない項目の明確化
- 20-2 内容が類似する項目や複数年にわたり算定実績がない項目の整理
- 20-3 算定告示と算定要件が一致していない項目の整理
- 20-4 麻酔薬剤料が算定できない項目の整理
- 20-5 施設基準の一部撤廃や定例報告の廃止等
- 20-6 情報連携に係る評価の併算定できる項目の見直し
- 21-1 医療技術評価分科会等における検討結果を踏まえた評価や運用の見直し
- 21-2 歯科技工料調査の結果等を踏まえた歯冠修復及び欠損補綴等の評価の見直し
- 21-3 臨床現場の実態等を踏まえた評価の見直し

※【 】は令和8年度診療報酬改定の基本方針を踏まえた個別改定項目の項目番号

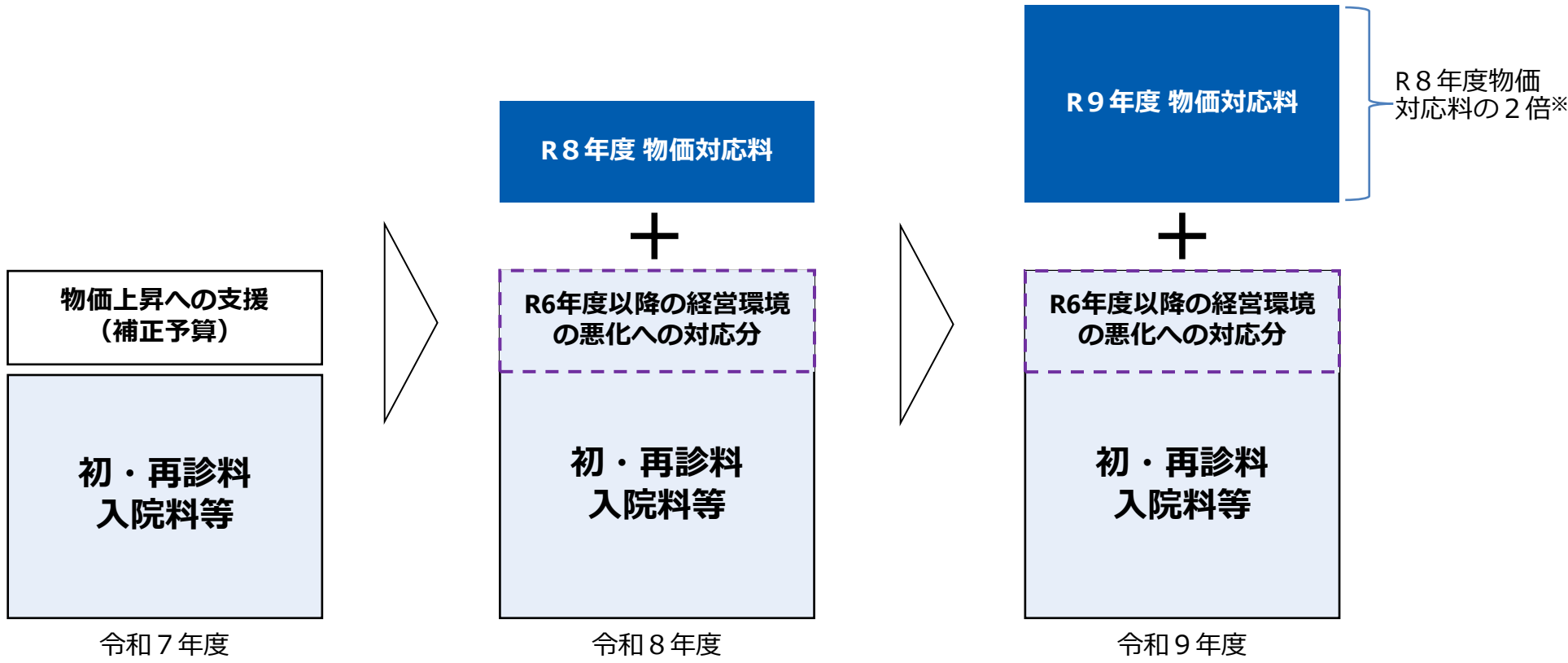
令和 8 年度診療報酬改定

1. 物件費の高騰を踏まえた対応

物件費の高騰を踏まえた対応の全体像

基本的な方針

- 令和 8 年度以降の物価上昇への対応については、段階的に対応する必要があることを踏まえ、初・再診料等及び入院料等とは別に、初・再診時等及び入院料等の算定時に算定できる、物価対応料を新設する。
- 令和 6 年度診療報酬改定以降の経営環境の悪化への対応分については、令和 8 年度改定時に、初・再診料等及び入院料等の評価に含める。



※ 実際の経済・物価の動向がR 8 年時点の見通しから大きく変動した場合等には、加減算を含めた調整を実施

物件費の高騰を踏まえた対応

歯科初再診料の見直し

- 物価高騰による医療機関の物件費負担の増加を踏まえ、歯科初・再診料等を引き上げる。

現行		改定後	※主な項目を掲載
【初診料】		【初診料】	
1 歯科初診料	267点	1 歯科初診料	272点
2 地域歯科診療支援病院歯科初診料	291点	2 地域歯科診療支援病院歯科初診料	296点
【再診料】		【再診料】	
1 歯科再診料	58点	1 歯科再診料	59点
2 地域歯科診療支援病院歯科再診料	75点	2 地域歯科診療支援病院歯科再診料	76点

歯科外来物価対応料の新設

- 令和 8 年度及び令和 9 年度の物価上昇に段階的に対応するため、基本診療料等の算定に併せて算定可能な加算として、歯科外来物価対応料を新設する。

(新)	1 歯科外来物価対応料（1日につき）	R8年	R9年
	イ 初診時	3点	6点
	ロ 再診時等	1点	2点
	2 歯科入院物価対応料（1日につき）		

〔算定要件〕

- (1) 1のイについては、保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して初診を行った場合に、所定点数を算定する。
- (2) 1のロについては、保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して再診又は短期滞在手術等基本料1を算定すべき手術若しくは検査を行った場合に、所定点数を算定する。
- (3) 2については、第1章第2部第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、同部第3節の特定入院料又は同部第4節の短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）を算定している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。
- (4) (1) 及び (2) の点数について、令和 9 年 6 月以降は、所定点数の100分の200に相当する点数を算定する。

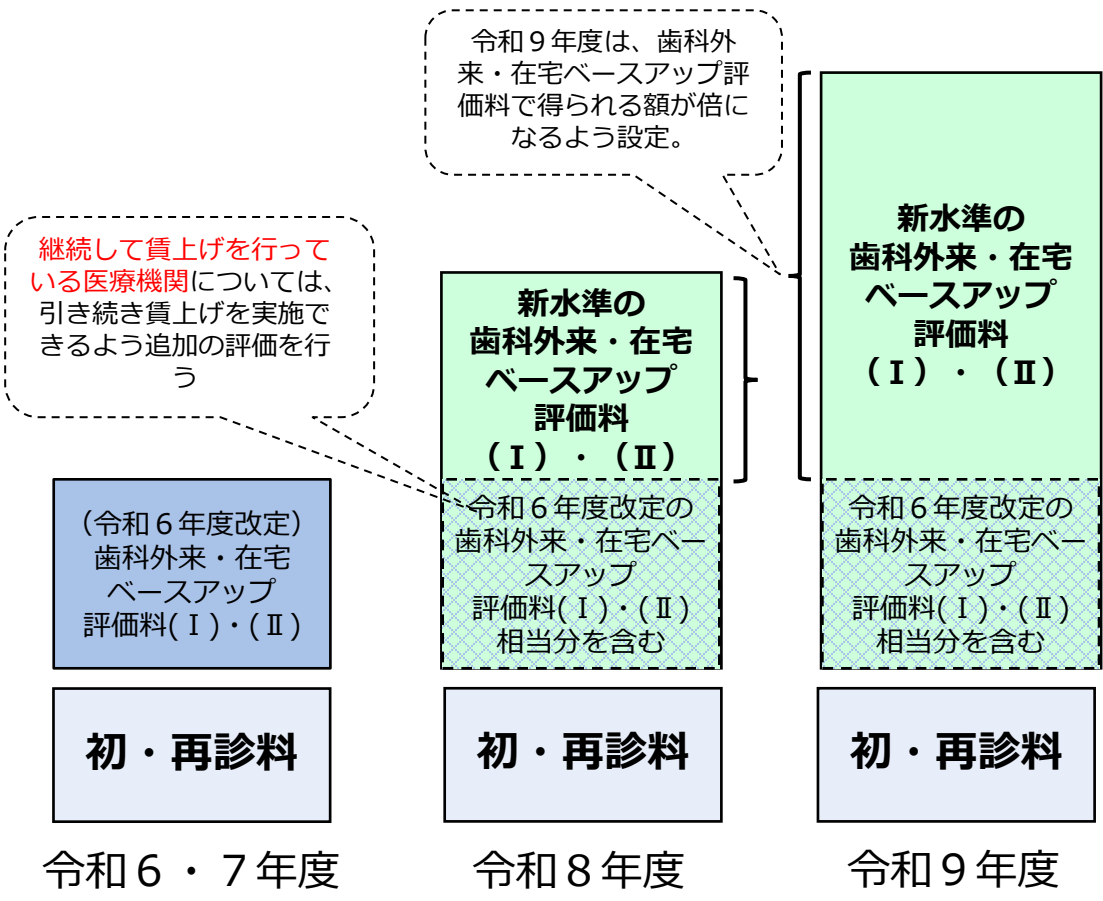
令和 8 年度診療報酬改定

2. 賃上げに向けた評価の見直し

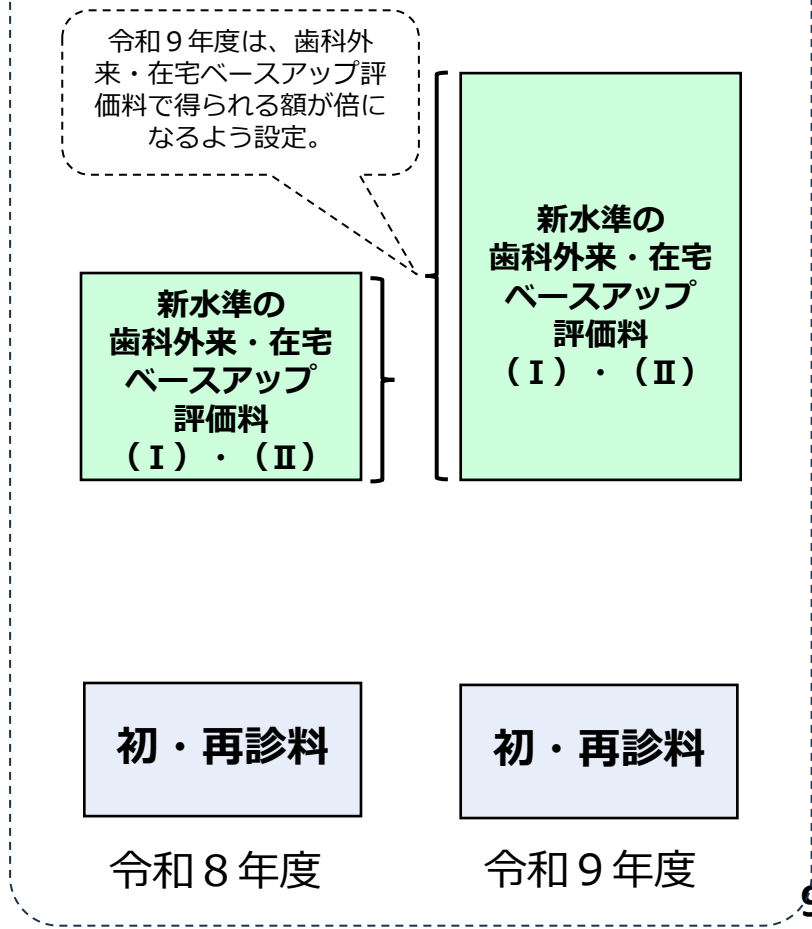
令和 8 年度改定における賃上げに係る評価のイメージ【歯科外来・在宅】

- 歯科外来医療又は在宅医療を実施している医療機関における賃上げ対応は、①新たな賃上げ目標に対応するための歯科外来・在宅ベースアップ評価料の水準等の見直し、②令和 6 年度改定の歯科外来・在宅ベースアップ評価料に相当する追加的評価の新設の 2 つの観点から、対応を行う。
- 令和 9 年度においては、①に相当する点数を倍増する。

令和 7 年度以前から継続して賃上げを行っている医療機関



令和 8 年度から賃上げを行う医療機関



ベースアップ評価料に関する主な変更点①（内容）

➤ ベースアップ評価料の算定要件・施設基準について、以下の変更を行う。

現行

- 賃上げの目標
令和6年度に2.5%、令和7年度に2.0%、計4.5%の賃上げを目指す
(ベースアップ評価料は対象職種の給与総額の2.3%相当となるように設定)
- 対象となる施設
保険医療機関、訪問看護ステーション
- 対象となる職員
主として医療に従事する職員（医師、歯科医師、専ら事務作業を行う事務職員等を除く。）
例）薬剤師・看護師・看護補助者 等
- ベースアップ評価料により評価される総額の算出方法
(入院B U評価料の場合)
12か月の対象職員の給与総額（賞与、法定福利費等を含む）の1月あたりの平均値の2.3%

(歯科外来・在宅B U評価料(Ⅱ))
12か月の対象職員の給与総額（賞与、法定福利費等を含む）の1月あたりの平均値の1.2%
- ベースアップ評価料を充てて良い給与の範囲
基本給等の引上げ及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む)等の増加分
- 賃金の改善（賃上げ実績）の判断材料
「当該評価料による賃金の改善措置が実施されなかった場合の賃金総額」と、「当該評価料による賃金の改善措置が実施された場合の賃金総額」との差分

改定後

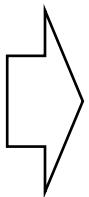
- 賃上げの目標
令和8年度に3.2%（看護補助者・事務職員は5.7%）、令和9年度にさらに3.2%（看護補助者・事務職員は5.7%）の賃上げを目指す
- 対象となる施設
保険医療機関、保険薬局、訪問看護ステーション
※歯科技工所に関しては、保険医療機関（歯科）が支援
- 対象となる職員
当該保険医療機関に勤務する職員（40歳以上の医師・歯科医師・薬局薬剤師、業務委託により勤務する者を除く。経営者、法人役員を含まない。）
例）左記の対象職員に加え、40歳未満の医師・歯科医師・薬局薬剤師、事務職員、歯科技工所に所属する歯科技工士 等
- ベースアップ評価料により評価される総額の算出方法
(入院B U評価料の場合) 以下を合計したもの
◆医師・歯科医師以外
「月額賃金総額」（基本給等と、時間外手当等の月ごとに変動して支払われる手当の合計）に、定められた率（賃上げ目標×1.29）を乗じた額
◆40歳未満の医師・歯科医師
常勤・非常勤（22時間以上）ごとの人数に、定められた額を乗じた額
(歯科外来・在宅B U評価料(Ⅱ))
上記を2で割ったもの
- ベースアップ評価料を充てて良い給与の範囲
基本給等の引上げ及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む)等の増加分
※恒常的に夜間を含む交代制勤務を取っている職員に支払う夜勤手当は、毎月支払われる手当に準じて、基本給等に含めて良いこととする。
- 賃金の改善（賃上げ実績）の判断材料
※現行と同様の考え方だが、次のように明確化する。
「原則として、令和8年3月時点の給与体系を、当該年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の基本給等総額」と、「当該評価料を算定した年度に勤務している職員の基本給等総額」との差分

賃上げに向けた評価の見直し①

歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）の見直し

- 歯科外来医療又は在宅医療を実施している医療機関において、勤務する幅広い職員の人材確保及び確実な賃上げを実施する観点から、ベースアップ評価料の対象となる職員を拡大した上で、評価を見直す。

現行		
【歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）】		
1 初診時		10点
2 再診時等		2点
3 歯科訪問診療時		
イ 同一建物居住者等以外の場合		41点
ロ イ以外の場合		10点
[算定要件]（抜粋）		
主として歯科医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき、（中略）所定点数を算定する。		
[施設基準]（抜粋）		
主として医療に従事する職員が勤務していること。		



改定後		
【歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）】		
1 初診時		<u>21点</u>
2 再診時等		<u>4点</u>
3 歯科訪問診療時		
イ 同一建物居住者等以外の場合		<u>66点</u>
ロ イ以外の場合		<u>11点</u>
[算定要件]（抜粋）		
<u>当該保険医療機関において勤務する職員</u> の賃金の改善を図る体制につき、（中略）所定点数を算定する。		
[施設基準]（抜粋）		
<u>当該保険医療機関に勤務する職員</u> がいること。		

- 全てのベースアップ評価料について、令和8年度及び令和9年度において段階的な評価とする。
- 継続的に賃上げを実施している保険医療機関とそれ以外の保険医療機関において異なる評価を行う。

[継続的に賃上げをしている保険医療機関に対する施設基準]

(1) 令和8年3月31日時点において歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)を届け出していた保険医療機関

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

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

	令和8年6月～令和9年5月			令和9年6月～	
	新たに賃上げを行う施設	継続的賃上げ実施施設		新たに賃上げを行う施設	継続的賃上げ実施施設
初診時	<u>21点</u>	<u>31点</u>		<u>42点</u>	<u>52点</u>
再診時等	<u>4点</u>	<u>6点</u>		<u>8点</u>	<u>10点</u>
歯科訪問診療時 (同一訪問診療時以外)	<u>66点</u>	<u>107点</u>		<u>132点</u>	<u>173点</u>
歯科訪問診療時 (同一訪問診療時)	<u>11点</u>	<u>21点</u>		<u>22点</u>	<u>32点</u>

賃上げに向けた評価の見直し②

歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の見直し

- 歯科外来医療又は在宅医療を実施している医療機関において、賃金のさらなる改善が必要である医療機関に勤務する幅広い職員の人材確保及び確実な賃上げを実施する観点から、評価を見直す。

現行	改定後
【歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）】 1 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 1 イ 初診又は歯科訪問診療を行った場合 8点 □ 再診時等 1点 ～ 8 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 8 イ 初診又は歯科訪問診療を行った場合 64点 □ 再診時等 8点	【歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）】 1 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 1 イ 初診又は歯科訪問診療を行った場合 8点 □ 再診時等 1点 ～ <u>12※</u> 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） <u>12</u> イ 初診又は歯科訪問診療を行った場合 <u>96点</u> □ 再診時等 <u>12点</u> <u>※令和9年6月以降は、24区分まで拡大する。</u>

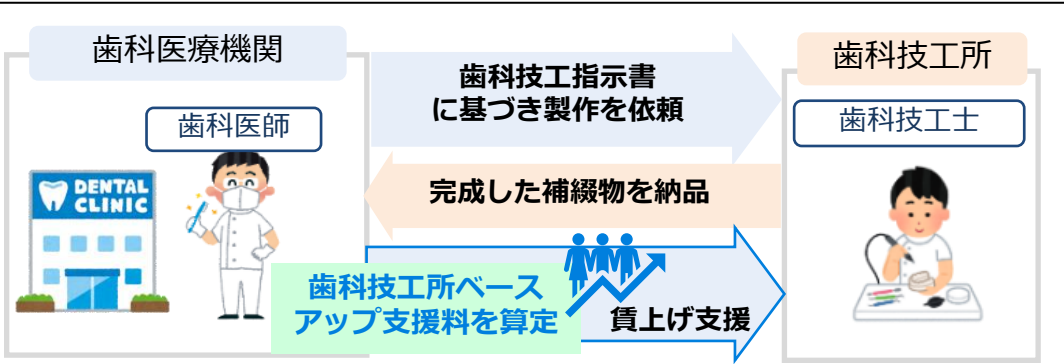
- 継続的に賃上げを実施している保険医療機関とそれ以外の保険医療機関において異なる評価を行う。
➤ 全てのベースアップ評価料について、令和8年度及び令和9年度において段階的な評価とする。

	令和8年6月～令和9年5月				令和9年6月～			
	新たに賃上げを行う施設		継続的賃上げ実施施設		新たに賃上げを行う施設		継続的賃上げ実施施設	
	イ	□	イ	□	イ	□	イ	□
区分1	<u>8点</u>	<u>1点</u>	<u>16点</u>	<u>2点</u>	<u>8点</u>	<u>1点</u>	<u>16点</u>	<u>2点</u>
...	...	...	...	...	...	...	...	...
区分12	<u>96点</u>	<u>12点</u>	<u>160点</u>	<u>20点</u>	<u>96点</u>	<u>12点</u>	<u>128点</u>	<u>16点</u>
...	-	-	-	-	...	...	...	...
区分24	-	-	-	-	<u>192点</u>	<u>24点</u>	<u>256点</u>	<u>32点</u>

賃上げに向けた評価の見直し③

歯科技工所ベースアップ支援料の新設

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



(新) 歯科技工所ベースアップ支援料 (1装置につき) 15点

[算定要件 (通知)]

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

[施設基準(通知)]

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

届出に関する事項 (概要)

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

ベースアップ評価料に関する主な変更点②（手続き）

➤ ベースアップ評価料を届け出る際の様式や運用面について、以下の変更を行う。

現行

- 届出時の提出書類
保険医療機関に勤務する職員の賃金の改善に係る計画(賃金改善計画書)を作成し、新規届出時及び毎年 6 月において地方厚生(支)局に届出を行う
- 区分変更時の届出
毎年 3、6、9、12 月に区分計算を新たに算出を行い、区分に変更がある場合は算出を行った月内に地方厚生(支)局長に届出を行う
- 実績等の報告
毎年 8 月に、前年度における賃金改善の取組状況を評価するために「賃金改善実績報告書」を作成し、地方厚生(支)局長に報告
- 同一法人内の複数医療機関の通算
(新設)
- 届出様式の統合
【様式 93】看護職員処遇改善評価料
【様式 97】入院ベースアップ評価料
それぞれの評価料において、様式の届出が必要

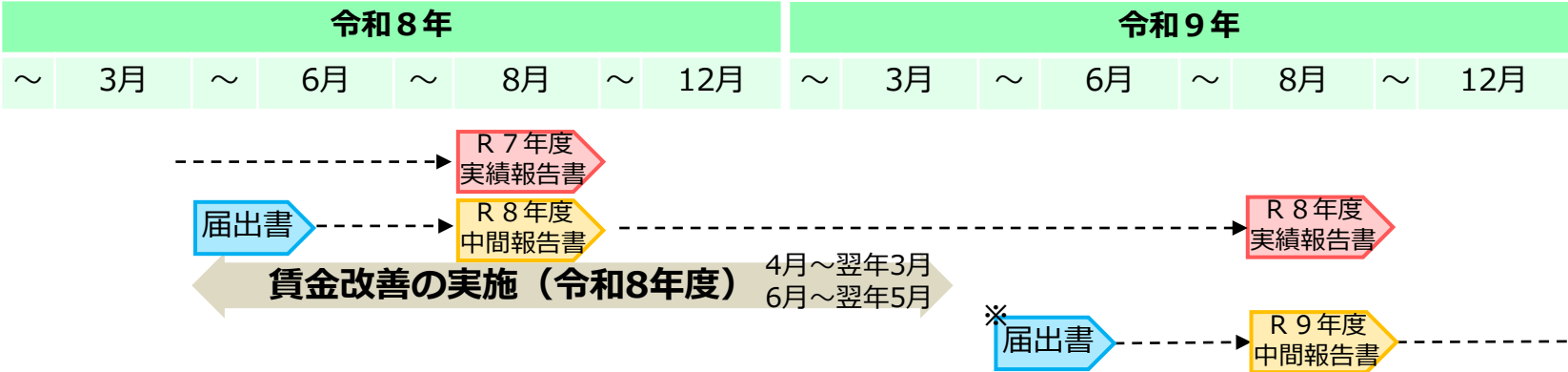
改定後

- 届出時の提出書類
各評価料に必要な情報（対象職員・評価区分の算出）のみを入力する届出書添付書類の作成・提出のみ
（賃金改善計画書は作成不要）
- 区分変更時の届出
「**対象職員の数**」又は「**3 月毎の外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の算定回数**」が 1 割以上変動し、**区分再計算をした場合に区分の変化がある場合のみ**
- 実績等の報告
毎年 8 月に、**当該年度における賃金改善の状況**を評価するため「**賃金改善中間報告書**」を作成し、地方厚生(支)局長に報告
算定した年度の翌年の 8 月に、**前年度における賃金改善の取組状況**を評価するために「**賃金改善実績報告書**」を作成し、地方厚生(支)局長に報告
- 同一法人内の複数医療機関の通算
同一の給与体系に基づく保険医療機関を複数有している法人においては、**法人内の複数保険医療機関を通算**して、区分計算に必要な「賃金改善算定基礎額」の算出や実績報告時に提出する「賃金改善実績報告書」及び「賃金改善中間報告書」の作成が可能とする
- 届出様式の統合
【様式 97】看護職員処遇改善評価料及び入院ベースアップ評価料
 - ・様式を 1 つに統一
 - ・様式内で**各評価料における区分計算も自動で算出**できる

ベースアップ評価料に関する手続きの概要

ベースアップ評価料を届け出る場合に必要手続きの流れ

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



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

届出書

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

中間報告書

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

※対象職種を指定して報告：
歯科医師・歯科衛生士・事務職員 等

報告書

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

※対象職員の合計及び、一部の対象職種の内訳について報告

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

令和 8 年度診療報酬改定

3. 医療機関等における事務等の簡素化・効率化

医療機関等における事務等の簡素化・効率化

保険適用の判断に係る取扱いの見直し

- 保険適用についての事前承認を求めることとされているもののうち、通知等で明確化されているものを、事前承認の対象から除外する。

現行

【歯冠修復及び欠損補綴 通則】

20 次の場合において、ブリッジ又は小児義歯を適応する場合は、予め理由書、模型、エックス線フィルム又はその複製を地方厚生（支）局長に提出し、保険適応の有無について判断を求める。なお、それぞれの取扱いは、各区分の規定に従う。ただし、イからホまで

以外の場合であって、実際の欠損歯を反映した歯式では保険給付外となるブリッジであって、欠損歯の間隙が1歯分少ないようなブリッジを算定する場合は同様の取扱いとする。

イ M000-2に掲げるクラウン・ブリッジ維持管理料の（10）により、「歯冠補綴物又はブリッジ」を保険医療機関において装着した場合において、外傷、腫瘍等（歯周病が原因である場合を除く。）によりやむを得ず当該「歯冠補綴物又はブリッジ」の支台歯、隣在歯又は隣在歯及び当該「歯冠補綴物又はブリッジ」の支台歯を抜歯しブリッジを装着する場合

ロ M017に掲げるポンティックの（15）により、有床義歯では目的が達せられないか又は誤嚥等の事故を起こす恐れが極めて大きい場合であってブリッジを行う以外に方法がない場合

ハ M017に掲げるポンティックの（19）により、矯正・先天性欠如等により第一小臼歯、第二小臼歯、第一大臼歯欠損のブリッジにおいて、欠損歯数は3歯であるが、間隙のほうが1歯分程度小さく2歯分となる場合

ニ M017に掲げるポンティックの（19）により、移植歯を支台歯とするブリッジを製作する場合

ホ M018に掲げる有床義歯の（10）により、先天性疾患以外の疾患により後継永久歯がない場合に準ずる状態であって、小児義歯以外は咀嚼機能の改善・回復が困難な小児に対して小児義歯を適用する場合

改定後

【歯冠修復及び欠損補綴 通則】

20 次の場合において、ブリッジを適応する場合は、予め理由書、模型、エックス線フィルム又はその複製を地方厚生（支）局長に提出し、保険適用の可否について判断を求める。なお、それぞれの取扱いは、各区分の規定に従う。ただし、イからハまで以外の場合であって、実際の欠損歯を反映した歯式では保険給付外となるブリッジであって、欠損歯の間隙が1歯分少ないようなブリッジを算定する場合は同様の取扱いとする。

（削除）

イ M017に掲げるポンティックの（15）により、有床義歯では目的が達せられないか又は誤嚥等の事故を起こす恐れが極めて大きい場合であってブリッジを行う以外に方法がない場合

ロ M017に掲げるポンティックの（19）により、矯正・先天性欠如等により第一小臼歯、第二小臼歯、第一大臼歯欠損のブリッジにおいて、欠損歯数は3歯であるが、間隙のほうが1歯分程度小さく2歯分となる場合

ハ M017に掲げるポンティックの（19）により、移植歯を支台歯とするブリッジを製作する場合

（削除）

令和 8 年度診療報酬改定

4. 歯科巡回診療に係る適切な推進

歯科巡回診療に係る適切な推進

歯科巡回診療車を用いて巡回診療を実施した場合の評価の新設

➤ 都道府県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ついて新たな評価を行う。

(新) 地域歯科医療加算 100点

[算定要件]

歯科医療提供が困難である地域等において、都道府県等と連携し、歯科巡回診療車を用いて歯科診療を行った場合は、地域歯科医療加算として、100点を初再診料の所定点数に加算する。

地域歯科医療加算については、巡回診療によらなければ住民の歯科医療の確保が困難である地域又は専門歯科医療機関が身近にない地域の患者に対して、都道府県等と連携し、巡回診療実施計画を提出した保険医療機関が、歯科医療の確保を目的として行う巡回診療を評価するものであり、具体的には当該地域に居住する患者に対して、歯科用ユニット等を搭載した診療車（以下「歯科巡回診療車」という。）内で歯科診療を実施した場合に加算する。なお、「都道府県等と連携」とは、次に掲げるいずれかのことをいい、地域歯科医療加算を算定する場合は、イからハまでのいずれに該当するかを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

- イ 都道府県等が設置している保険医療機関が歯科巡回診療車を所有している。
- ロ 都道府県の定める医療計画等に基づく巡回診療である。
- ハ その他イ又はロに準ずるものである。



(宮崎県より写真提供（中央社会保険医療協議会総会資料（令和7年9月10日））)

※地域歯科医療加算を算定した患者に対して、巡回診療時に処置、手術、歯冠修復及び欠損補綴を行った場合は、各項目の所定点数の100分の30に相当する点数を加算する。

令和8年度診療報酬改定

5. 入院患者の口腔管理における医科歯科連携の推進

入院患者の口腔管理における医科歯科連携の推進

入院患者の口腔管理における医科歯科連携の推進

- 連携を行っている歯科標榜のない病院等の依頼により、入院患者に歯科訪問診療を実施した場合の加算を新設する。

(新) 医科連携訪問加算 500点

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、連携する歯科診療以外の診療のみを行う保険医療機関からの依頼に基づき、当該保険医療機関に入院中の口腔状態に係る課題のために医科における治療上の課題が生じている患者に対して、歯科訪問診療を実施した場合は、医科連携訪問加算として、所定点数に500点を加算する。

(通知)

連携する保険医療機関からの依頼に基づき歯科訪問診療し、依頼された文書の写しを診療録に添付した場合に、初回の歯科訪問診療時に1回に限り算定する。この場合において、当該患者の同意を得て入院中の口腔管理及び退院後の受診に係る指導内容等を連携する保険医療機関の保険医等に情報を共有すること。なお、診療情報提供に係る費用は、所定点数に含まれており別に算定できない。

[施設基準]

- (1) 入院中の口腔状態に課題を抱える患者について連携する他の保険医療機関の依頼に基づき対応できる体制を構築していること。
- (2) (1)に規定する連携機関から歯科訪問診療の依頼を受ける方法について取り決めを行い、連絡先や連絡方法について文書により提供を受けていること。
- (3) (1)に規定する連携体制を構築していること及び連携機関の名称等について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (4) (3)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。(略)



(医科点数表) 歯科標榜のない保険医療機関において、口腔状態の課題を抱える入院患者に対し、連携している歯科医療機関に手配を行い、入院患者が歯科診療を受けた場合の評価を新設

(新) 口腔管理連携加算 (入院中1回) 600点

令和 8 年度診療報酬改定

6. 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要件並びに評価の見直し

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要件並びに評価の見直し

歯科疾患管理料の見直し

- 歯科疾患管理料の初診時と再診時の評価を見直し、継続管理の必要性を明確化するとともに、有床義歯に係る治療のみを行う患者の取扱いを見直す。

現行

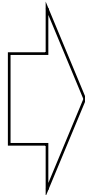
【歯科疾患管理料】

歯科疾患管理料 100点

[算定要件]

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

(1) 歯科疾患管理料は、継続的管理を必要とする歯科疾患を有する患者（有床義歯に係る治療のみを行う患者を除く。）に対して、口腔を一単位（以下「1口腔単位」という。）としてとらえ、患者との協働により行う口腔管理に加えて、病状が改善した歯科疾患等の再発防止及び重症化予防を評価したものである。



改定後

【歯科疾患管理料】

歯科疾患管理料 90点

[算定要件]

注1 1回目の歯科疾患管理料は、歯科疾患の管理が必要な患者に対し、当該患者又はその家族等（以下この部において「患者等」という。）の同意を得て管理計画を作成し、その内容について説明を行った場合に算定する。

(1) 歯科疾患管理料は、継続的管理を必要とする歯科疾患を有する患者に対して、口腔を一単位（以下「1口腔単位」という。）としてとらえ、患者との協働により行う継続的な口腔管理に加えて、病状が改善した歯科疾患等の再発防止及び重症化予防を評価したものである。なお、当該患者に対して、継続的な管理の必要性について説明を行うこと。

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要件並びに評価の見直し

小児口腔機能管理料及び口腔機能管理料の評価の引上げ及び対象患者の拡大

➤ 小児口腔機能管理料及び口腔機能管理料の要件及び評価を見直すとともに、対象となる患者の範囲を拡大する。

現行

【小児口腔機能管理料】

小児口腔機能管理料

60点

[対象患者]

評価項目において3項目以上に該当する小児

改定後

【小児口腔機能管理料】

1 小児口腔機能管理料 1

2 小児口腔機能管理料 2

90点

50点

[対象患者]

1については、評価項目において3項目以上に該当する患者

2については、評価項目において2項目に該当する患者



[算定要件]

注1 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、**口腔機能発達不全症の18歳未満の患者**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。

2 1については、**口腔機能の評価項目において3項目以上に該当する者に対して、注1に規定する管理をする場合に**当該管理料を算定する。

3 2については、**口腔機能の評価項目において2項目に該当する者に対して、注1に規定する管理をする場合に**当該管理料を算定する。

現行

【口腔機能管理料】

口腔機能管理料

60点

[対象患者]

学会の診断基準により口腔機能低下症と診断されている患者のうち、咀嚼能力検査、咬合圧検査、舌圧検査又は口腔細菌定量検査のいずれかを算定した患者に限る。

改定後

【口腔機能管理料】

1 口腔機能管理料 1

2 口腔機能管理料 2

90点

50点

[対象患者]

学会の診断基準により口腔機能低下症と診断されている患者のうち、1については、咀嚼能力検査、咬合圧検査、**口腔粘膜湿度検査**、舌圧検査又は口腔細菌定量検査のいずれかを算定した患者。

2については、1に該当しない患者



[算定要件]

注1 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、**口腔機能低下症の患者**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。

2 1については、D002-6に掲げる**口腔細菌定量検査**（2に限る。）、D011-2に掲げる**咀嚼能力検査**（1に限る。）、D011-3に掲げる**咬合圧検査**（1に限る。）、**D011-5に掲げる口腔粘膜湿度検査**又はD012に掲げる舌圧検査のいずれかを実施した**口腔機能低下症の患者**に対し**注1に規定する管理をする場合に**当該管理料を算定する。

3 2については、**口腔機能低下症の患者（注2に規定する患者を除く。）に対して注1に規定する管理をする場合に**当該管理料を算定する。

令和 8 年度診療報酬改定

7. 継続的・効果的な歯周病治療の推進

継続的・効果的な歯周病治療の推進①

歯周病安定期治療及び歯周病重症化予防治療の統合

- ライフコースを通じた継続的・効果的な歯周病治療を推進する観点から、歯周病安定期治療及び歯周病重症化予防治療を統合し、歯周病継続支援治療に改称するとともに、評価を見直す。

現行		
【歯周病安定期治療】		
1	1 歯以上10歯未満	<u>200点</u>
2	10歯以上20歯未満	<u>250点</u>
3	20歯以上	<u>350点</u>
[算定要件]		
○次の場合は、3 月以内の間隔で実施した歯周病安定期治療は月 1 回に限り算定する。		
イ～ホ (追加)		
○歯周病安定期治療の実施後に行う歯周外科手術は、所定点数の100分の50により算定する。		
【歯周病重症化予防治療】		
1	1 歯以上10歯未満	<u>150点</u>
2	10歯以上20歯未満	<u>200点</u>
3	20歯以上	<u>300点</u>



改定後		
【歯周病 <u>継続支援</u> 治療】		
1	1 歯以上10歯未満	<u>170点</u>
2	10歯以上20歯未満	<u>200点</u>
3	20歯以上	<u>350点</u>
[算定要件]		
○次の場合は、3 月以内の間隔で実施した歯周病継続支援治療は月 1 回に限り算定する。		
イ～ホ		
<u>ハ 特別管理加算を算定した場合</u>		
<u>ト 地域歯科診療支援病院歯科再診料を算定した患者であって、遺伝疾患の状態により、歯周病が重症化するおそれのある場合</u>		
○歯周病継続支援治療の実施後に行う歯周外科手術は、所定点数の100分の50により算定する。 <u>ただし、以下の場合、この限りではない。</u>		
・ <u>全身的な疾患の状態により歯周病の病状に大きく影響を与える場合</u>		
・ <u>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</u>		
・ <u>地域歯科診療支援病院歯科再診料を算定した患者であって、遺伝疾患の状態により、歯周病が重症化するおそれのある場合</u>		
<u>(廃止)</u>		

継続的・効果的な歯周病治療の推進②

糖尿病患者の歯周病治療の推進

- 糖尿病患者に対して効果的な歯周病の継続治療を行う観点から、歯周病ハイリスク患者加算について名称を見直すとともに、主治医に対して歯科診療の情報提供を行うことを要件に追加する。

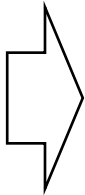
現行

【歯周病安定期治療】

[算定要件]

○歯周病ハイリスク患者加算

糖尿病の病態によって歯周病の重症化を引き起こすおそれのある患者に対して、歯周病安定期治療を行った場合に、80点を所定点数に加算する。



改定後

【歯周病継続支援治療】

[算定要件]

○重症化予防連携強化加算

糖尿病の病態によって歯周病の重症化を引き起こすおそれのある患者に対して、他の保険医療機関（歯科診療のみを行う保険医療機関を除く。）からの情報に基づき歯周病継続支援治療を実施し、治療した内容と今後の治療方針等について情報提供を行った場合に100点を加算する。

生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の見直し

<医科点数表>

（新） 歯科医療機関連携強化加算 60点（年1回）

[算定要件]

糖尿病を主病とする患者に対して、診療に基づき、歯周病の予防、診断又は治療を目的とする歯科診療の必要を認め、患者の同意を得て、患者が歯科を標榜する他の保険医療機関への受診を行うに当たり必要な連携を行った場合に算定する。

令和 8 年度診療報酬改定

8. 質の高い在宅歯科医療の提供の推進

質の高い在宅歯科医療の提供の推進①

歯科訪問診療料の見直し①

- 在宅で療養する患者に対する歯科訪問診療の内容を充実させる観点から、**在宅療養支援歯科診療所及び在宅療養支援歯科病院における歯科訪問診療 1 を実施した場合の加算を新設**する。

現行	改定後
【歯科訪問診療料】 [算定要件] (新設) 14 1について、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、在宅において療養を行っている患者に対して歯科訪問診療を実施した場合は、在宅歯科医療推進加算として、100点を所定点数に加算する。	【歯科訪問診療料】 [算定要件] 14 1について、在宅療養支援歯科診療所 1、在宅療養支援歯科診療所 2 又は在宅療養支援歯科病院に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科訪問診療 1 を実施した場合は、在宅療養支援歯科診療所加算 1、在宅療養支援歯科診療所加算 2 又は在宅療養支援歯科病院加算として、それぞれ100点、50点又は100点を所定点数に加算する。 <u>(削除)</u>

- 訪問先の依頼により、診療を予定していなかった患者を急遽診療する必要性が生じた場合の歯科訪問診療 1 の運用を明確化する。

現行	改定後
【歯科訪問診療料】 [算定要件 (通知)] (新設)	【歯科訪問診療料】 [算定要件 (通知)] (9) 1人の同一建物居住者である患者に対して歯科訪問診療を実施した際に、当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して、患者等の求めに応じて緊急に歯科訪問診療を実施する必要性を認め、結果として2人の同一建物居住者への歯科訪問診療となった場合、いずれの患者も歯科訪問診療 1 を算定して差し支えない。ただし、緊急に歯科訪問診療を実施する必要があった理由について、診療録に記載する。

質の高い在宅歯科医療の提供の推進②

歯科訪問診療料の見直し②

- 同一建物に居住する多数の患者に対する歯科訪問診療を適切に提供する観点から、**歯科訪問診療 4 及び歯科訪問診療 5 の施設基準を新設**する。

現行	改定後
【歯科訪問診療料】 [算定要件] (新設)	【歯科訪問診療料】 [算定要件] 7 4 及び 5 については、在宅療養支援歯科診療所 1、在宅療養支援歯科診療所 2 又は在宅療養支援歯科病院に係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及び別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関以外の保険医療機関においては、所定点数及び注 6 に定める所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

- [注 7 に規定する施設基準（通知）]
- (1) 次のいずれかに該当すること。
- ア 歯科訪問診療料 1 又は歯科訪問診療料 2 の算定実績が12回以上あること。
 - イ 患家で療養している患者又は入院患者に対する歯科訪問診療の実績が 6 回以上あること。
 - ウ 次のいずれかに該当すること。
 - (イ) 福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設、介護老人福祉施設又は介護老人保健施設における定期的な歯科健診に協力していること。
 - (ロ) 都道府県等が実施する事業に協力していること。
 - (ハ) 学校歯科医等の業務を行っていること。
- (2) 当該保険医療機関の歯科訪問診療の実施状況等が把握できる体制並びに他の保険医療機関、介護保険法第 8 条第25項に規定する介護保険施設等及び児童福祉法第42条に規定する障害児入所施設等の施設における歯科訪問診療の担当者に、治療内容、治療計画を必要に応じて共有できる体制を確保していること。

質の高い在宅歯科医療の提供の推進③

在宅療養支援歯科病院の施設基準の見直し

- 在宅療養支援歯科病院について、病院歯科等での診療実態を踏まえ、施設基準を見直し、歯科診療所からの依頼により患者を受け入れた場合の実績等を要件に加える。

現行

[施設基準通知]

1 在宅療養支援歯科病院の施設基準

(1) 次のいずれにも該当し、在宅等の療養に関して歯科医療面から支援できる体制等を確保していること。

ア 過去1年間に歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3を合計18回以上算定していること。

(新設)

(新設)

(新設)

(新設)

改定後

[施設基準通知]

1 在宅療養支援歯科病院の施設基準

(1) 次のいずれにも該当し、在宅等の療養に関して歯科医療面から支援できる体制等を確保していること。

ア 以下のいずれかに該当すること。

(イ) 過去1年間に歯科訪問診療1、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3の算定件数及び他の保険医療機関からの要請により歯科訪問診療による歯科治療が困難な患者の受入れを行った実績が合計18回以上であること。

(ロ) 直近1か月に歯科訪問診療2から5までのいずれかを算定した回数が5回以上であり、そのうち20分以上の歯科訪問診療を算定した回数の割合が6割以上であること。

(ハ) 直近1か月に在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を合計10回以上算定していること。

(ニ) 研修歯科医を受け入れており、当該研修歯科医に対して歯科訪問診療に係る教育を実施している臨床研修施設であること。

※上記の見直しに伴い、連携に関する要件等も一部見直し

質の高い在宅歯科医療の提供の推進④

在宅療養支援歯科診療所の施設基準の見直し

- ▶ 在宅療養支援歯科診療所について、歯科医師臨床研修施設における歯科訪問診療の研修・教育体制を評価に加える等、施設基準を見直す。

現行

[施設基準通知]

1 在宅療養支援歯科診療所 1 及び在宅療養支援歯科診療所 2 の施設基準

(1) 在宅療養支援歯科診療所 1 の施設基準

次のいずれにも該当し、在宅等の療養に関して歯科医療面から支援できる体制等を確保していること。

ア 過去 1 年間に歯科訪問診療 1、歯科訪問診療 2 又は歯科訪問診療 3 を合計 18 回以上算定していること。

(新設)

(新設)

(新設)

(新設)

改定後

[施設基準通知]

1 在宅療養支援歯科診療所 1 及び在宅療養支援歯科診療所 2 の施設基準

(1) 在宅療養支援歯科診療所 1 の施設基準

次のいずれにも該当し、在宅等の療養に関して歯科医療面から支援できる体制等を確保していること。

ア 以下のいずれかに該当すること。

(イ) 直近 1 か月に歯科訪問診療 1、歯科訪問診療 2 又は歯科訪問診療 3 を合計 10 回以上算定していること。

(ロ) 直近 1 か月に歯科訪問診療 2 から 5 までのいずれかを算定した回数が 5 回以上であり、そのうち 20 分以上の歯科訪問診療を算定した回数の割合が 6 割以上であること。

(ハ) 直近 1 か月に在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を合計 5 回以上算定していること。

(ニ) 研修歯科医を受け入れており、当該研修歯科医に対して歯科訪問診療に係る教育を実施している臨床研修施設であること。

※ 1 上記の見直しに伴い、連携に関する要件等も一部見直し

※ 2 在宅療養支援歯科診療所 2 についても歯科医師臨床研修施設の要件を追加

質の高い在宅歯科医療の提供の推進⑤

訪問歯科衛生指導の適切な推進

➤ 訪問歯科衛生指導料について、指導を実施した人数に応じた評価を見直す。

現行		改定後
【訪問歯科衛生指導料】		【訪問歯科衛生指導料】
1 単一建物診療患者が1人の場合	362点	1 単一建物診療患者が1人の場合 380点
2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	326点	2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 330点
3 1及び2以外の場合	295点	3 1及び2以外の場合 260点

➤ 特別の関係の施設に対する評価を設定する。

現行		改定後
【訪問歯科衛生指導料】		【訪問歯科衛生指導料】
[算定要件]		[算定要件]
(新設)		4 <u>1から3までについて、当該保険医療機関と特別の関係にある他の保険医療機関等において療養を行っている患者に対して訪問歯科衛生指導を実施した場合は、140点を算定する。</u>

質の高い在宅歯科医療の提供の推進⑥

在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料の見直し

- 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料について、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士による指導の実施についても算定を可能とする等、要件を見直す。

現行

【在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料】
(新設)

【算定要件】

注1 1については、当該保険医療機関の歯科医師が、他の保険医療機関に入院している患者であって、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号C001-6に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定しているものに対して、当該患者の入院している他の保険医療機関の栄養サポートチーム等の構成員として診療を行い、その結果を踏まえて歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が口腔機能評価に基づく指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

※注2～注3 2、3についても同様。

4 4については、当該保険医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、自宅での療養を行っている患者であって、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、区分番号C001-5に掲げる在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は区分番号C001-6に掲げる小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定しているものに対して、食事観察等を行い、その結果を踏まえて患者又はその看護に当たっている者に口腔機能評価に基づく指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

5 1から4までについて、区分番号B001-2-2に掲げる口腔機能実地指導料を算定している月は算定できない。

- 多職種カンファレンスへの参席や、食事観察及び指導を、オンラインのみでの実施も可能とする。

現行

【在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料】
【算定要件（通知）】
(5) カンファレンス等は、ビデオ通話が可能な機器を用いて参加することができる。ただし、この場合においても1回以上は対面で参加すること。

改定後

【在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料】
4 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料 4 100点

【在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料】
【算定要件】
(6) カンファレンス、食事観察、会議等及び口腔機能等にかかる指導は、ビデオ通話が可能な機器を用いて参加することができる。



（提供：東京科学大学大学院医歯学総合研究科
摂食嚥下リハビリテーション学分野
中川量晴先生より提供）

令和8年度診療報酬改定

9. 健康診断等の受診後における初再診料等の 算定方法の明確化

健康診断等の受診後における初再診料等の算定方法の明確化

- 健康診断、検診及び予防接種等（健診等）の受診後に、健診等に関する疾病に対して保険診療を実施する場合について、当該保険診療に係る初再診料等の算定方法を明確化する。
- ・ **健診等の費用は、「療養の給付と直接関係ないサービス等」として別途徴収できる**ことを明確化する。
 - ・ 健診等受診後に、**健診等に関する疾病について、同日に1回の受診で保険診療を行う場合、現行の初診料の取扱いと同様に、再診料及び外来診療料（再診料等）は算定できない**ことを明確化する。
 - ・ 健診等受診後に、**健診等に関する疾病について、別受診で保険診療を行う場合には、現行の保険診療における再診料の取扱いと同様に、再診料等を算定する**ことを明確化する。

◆ 健診等に関する疾病に対して保険診療を実施する場合
（特定の疾病を対象としない健診等については、健診等の結果、診断された疾病又は疑いがあると診断された疾病を含む。）

		健康診断、検診、予防接種等（健診等）を基準として、保険診療を		
		同日に1回の受診で実施	同日別受診で実施	翌日以降に実施
当該保険医療機関において保険診療の受診をしたことのない患者		初診料・再診料等は算定不可(※)	再診料等を算定	
保険医療機関に通院し、 保険診療で精査中・治療中の患者	精査中・治療中の疾病と関連する健診等	初診料・再診料等は算定不可(※)	再診料等を算定	
	精査中・治療中の疾病と関連しない健診等	初診料・再診料等は算定不可(※)	再診料等を算定	

- （※）再診料等の費用が含まれる特掲診療料及び当該費用を併せて算定できない特掲診療料についても算定できない。ただし、第3部検査、第4部画像診断、第5部投薬、第6部注射、第7部リハビリテーション、第8部処置、第9部手術、第10部麻酔、第11部放射線治療、第12部歯冠修復及び欠損補綴、第13部歯科矯正及び第14部病理診断に掲げる診療を保険診療として実施する場合（当該診療の費用が他の特掲診療料に含まれる場合を含む。）には、この限りではない。
- ・ 健診等の結果、疾病又はその疑いがあると診断された患者について、治療方針を確立する等のために検査を行う必要がある場合には、当該検査が当該健診等の一環としてあらかじめ計画又は予定されていたものではないことが客観的に明らかである場合に限り、当該検査に係る費用について、診療報酬を算定できる。
 - ・ 当該健診等の結果、特に治療の必要性を認め治療を開始した場合には、当該治療に係る費用（上記で算定不可とされているものを除く。）について、診療報酬を算定できる。

◆ 健診等と直接関係のない疾病に対して保険診療を実施する場合

		健康診断、検診、予防接種等（健診等）を基準として、保険診療を		
		同日に1回の受診で実施	同日別受診で実施	翌日以降に実施
当該保険医療機関において保険診療の受診をしたことのない患者		初診料を算定	初診料を算定	
保険医療機関に通院し、 保険診療で精査中・治療中の患者	精査中・治療中の疾病と関連する健診等	再診料等を算定	再診料等を算定	
	精査中・治療中の疾病と関連しない健診等	再診料等を算定	再診料等を算定	

令和8年度診療報酬改定

10. 医療DX推進体制整備加算等の見直し

電子的診療情報連携体制整備加算の新設①

電子的歯科診療情報連携体制整備加算の新設①

- 医療DX関連施策の進捗状況を踏まえ、普及した関連サービスの活用を基本としつつ、更なる関連サービスの活用による質の高い医療の提供を評価する観点から、医療情報取得加算及び医療DX推進体制整備加算の評価を見直す。



現行

【医療DX推進体制整備加算】			
初診時（月に 1 回）	（医科）	（歯科）	（調剤）
・ 医療DX推進体制整備加算 1	12点	11点	10点
・ 医療DX推進体制整備加算 2	11点	10点	8点
・ 医療DX推進体制整備加算 3	10点	8点	6点
・ 医療DX推進体制整備加算 4	10点	9点	
・ 医療DX推進体制整備加算 5	9点	8点	
・ 医療DX推進体制整備加算 6	8点	6点	
※ 医科・歯科は初診料、調剤は調剤基本料			
【医療情報取得加算】			
初診時			
・ 医療情報取得加算	1点		
再診時（3月に1回に限り算定）			
・ 医療情報取得加算	1点		
調剤時（12月に1回に限り算定）			
・ 医療情報取得加算	1点		

使ってみよう！
マイナ保険証



改定後

【電子的診療情報連携体制整備加算】	
初診時（月に 1 回）	
・ 電子的診療情報連携体制整備加算 1 / 2 / 3	15点 / 9点 / 4点
再診時（月に 1 回）	
・ 電子的診療情報連携体制整備加算	2点
【電子的歯科診療情報連携体制整備加算】	
初診時（月に 1 回）	
・ 電子的歯科診療情報連携体制整備加算 1 / 2	9点 / 4点
再診時（月に 1 回）	
・ 電子的歯科診療情報連携体制整備加算	2点
【電子的調剤情報連携体制整備加算】	
調剤基本料（月に 1 回）	
・ 電子的調剤情報連携体制整備加算	8点

電子的診療情報連携体制整備加算の新設②

電子的歯科診療情報連携体制整備加算の新設②

[施設基準（電子的診療情報連携体制整備加算）]

- (1) オンライン請求を行っていること。
- (2) [診療報酬明細書を患者に無償で交付](#)していること。
- (3) オンライン資格確認を行う体制を有していること。
- (4) 医師又は歯科医師が、[オンライン資格確認等システム](#)を利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。
- (5) [マイナ保険証利用率](#)が、[30%以上](#)であること。
- (6) マイナポータルの医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じる体制を有していること。
- (7) 明細書発行に関する事項、医療DX推進の体制に関する事項等について、当該保険医療機関の見やすい場所及びウェブサイトに掲載していること。
- (8) [電子処方箋](#)を発行する体制又は調剤した薬剤に関する情報を電子処方箋システムに登録する体制を有していること。
- (9) 以下のアからウの全て又はエを満たす[電子カルテを有していること](#)。
 - ア 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。
 - イ 電子処方箋サービスとの接続インターフェースを有していること。
 - ウ 電子カルテ情報共有サービスとの接続インターフェースを有していること。
 - エ 厚生労働省が認証する電子カルテ製品であること。
- (10) ア又はイのいずれか及びウを満たすこと。
 - ア 国等が提供する[電子カルテ情報共有サービス](#)により取得される診療情報等を活用する体制を有していること。
 - イ [地域の複数の医療機関間で検査結果や画像情報等を含む診療情報を共有又は閲覧できるネットワーク](#)であって、以下の（イ）から（ロ）の全てを満たすものを活用する体制を有していること。
 - (イ) 当該ネットワークに参加している保険医療機関の数が10以上であり、そのうち診療情報を開示している病院の数が2以上であること。
 - (ロ) 登録患者数が1,000人以上であること又は新規登録数が年間100人以上であること。
 - (ハ) 当該ネットワークの運営主体が連携している医療機関名及び登録患者数をウェブサイトで公表していること。
 - (ニ) 診療情報提供料（Ⅰ）の検査・画像情報提供加算又は電子的診療情報評価料の施設基準を届け出ていること。
 - ウ イに規定するネットワークに参加していること及び実際に患者の情報を共有している実績のある保険医療機関の名称について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

電子的診療情報連携体制整備加算 1	(1) ～ (10)の全て
電子的診療情報連携体制整備加算 2 電子的歯科診療情報連携体制整備加算 1	(1) ～ (7)の全てかつ (8) ～ (10)のいずれか
電子的診療情報連携体制整備加算 3 電子的歯科診療情報連携体制整備加算 2	(1) ～ (7)の全て

令和8年度診療報酬改定

11. 障害者歯科治療における歯科医学的管理 の新たな評価

障害者歯科治療における歯科医学的管理の新たな評価

障害者歯科治療における歯科医学的管理の新設

- 歯科疾患管理料について、障害者の歯科治療を専門に担う歯科医療機関における特別な歯科医学的管理を行った場合の加算を新設する。

(新) 特別管理加算 80点

[対象患者]

次に掲げる状態又はこれらに準ずる状態にある患者

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

[施設基準（通知）]

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



出典：日本障害者歯科学会から写真提供

令和 8 年度診療報酬改定

12. 有床義歯管理の評価体系の見直し

有床義歯管理の評価体系の見直し

新製有床義歯管理料と歯科口腔リハビリテーション1の見直し

- **新製有床義歯管理料**の算定単位を、**1口腔単位から1装置単位とし、評価を見直す**とともに、**歯科口腔リハビリテーション料1の算定要件や評価等を見直す**。
- 歯科口腔リハビリテーション料1における義歯の指導及び調整について、新製有床義歯管理料における指導との違いを明確化し、**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との併算定を可能とする**等の運用を見直す。

現行

【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

[算定要件]

注1 新製有床義歯管理料は、新たに製作した有床義歯を装着した日の属する月に、当該有床義歯を製作した保険医療機関において、有床義歯の適合性等について検査を行い、併せて患者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回に限り算定する。

【歯科口腔リハビリテーション料1（1口腔につき）】

1 有床義歯の場合	
イ 口以外の場合	104点
ロ 困難な場合	124点

[算定要件]

(1) 「1 有床義歯の場合」とは、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をいい、具体的には、有床義歯を装着している患者に対して、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した上で、義歯に係る調整又は指導を行った場合に、月1回に限り算定する。この場合において、調整部位又は指導内容等の要点を診療録に記載する。

(3) B013に掲げる新製有床義歯管理料を算定した患者について、当該有床義歯の装着日の属する月の翌月以降の期間において、当該義歯を含めた有床義歯の調整又は指導は、「1 有床義歯の場合」により算定する。



改定後

【新製有床義歯管理料（1装置につき）】

1 局部義歯の場合	140点
2 総義歯の場合	140点

[算定要件]

注 新製有床義歯管理料は、新たに製作した有床義歯を装着した日の属する月に、当該有床義歯を製作した保険医療機関において、患者又はその家族等に対して、**当該有床義歯**の取扱いについて必要な**説明**を行った上で、その内容を文書により提供した場合に、1回に限り算定する。

【歯科口腔リハビリテーション料1（1口腔につき）】

1 有床義歯の場合	114点
-----------	------

(削除)

(削除)

[算定要件]

(1) 「1 有床義歯の場合」とは、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（**B013に掲げる新製有床義歯管理料における、新製した有床義歯の着脱や保管の方法等の取扱いについての説明を除く。**）をいい、**1口腔単位で**義歯に係る調整又は指導を行った場合に、月1回に限り算定する。この場合において、**調整又は指導内容**等の要点を診療録に記載する。

(2) B013に掲げる新製有床義歯管理料を算定した**月と同日に、当該義歯の調整又は指導を行った場合は、同日であつても本区分を算定して差し支えない。**

令和8年度診療報酬改定

13. 小児の咬合機能獲得に向けた対応の充実

小児の咬合機能獲得に向けた対応の充実

可撤式保険装置の新設

- 小児義歯による可撤式保険装置を小児保険装置に位置づけるとともに、評価を見直す。

現行

【小児保険装置】 600点
(新設)
(新設)
[算定要件]
注1 クラウンループ又はバンドループを装着した場合に限り算定する。
2 (略)
(新設)

改定後

【小児保険装置】
1 固定式保険装置 850点
2 可撤式保険装置 1,200点
[算定要件]
注1 1については、クラウンループ又はバンドループを装着した場合に限り算定する。
2 (略)

(3)「2 可撤式保険装置」は、以下のいずれかに該当する症例に対して、床義歯形態の装置を装着した場合に算定する。なお、算定に当たっては、以下のいずれに該当するかを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
イ 両側性の乳臼歯を早期喪失した場合
ロ 片側性の2歯以上の乳臼歯を早期喪失した場合
ハ 片側性の乳臼歯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場合
ニ 乳前歯を早期喪失した場合
ホ 永久歯を早期喪失し、将来の補綴処置に備えて保険を行う必要がある場合

＜クラウンループ＞



＜可撤式保険装置＞



小児保険装置に対する調整や修理の評価の新設

- 小児保険装置に対する調整や修理の評価を新設する。

現行

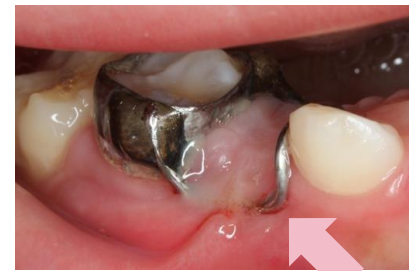
【歯科口腔リハビリテーション料1 (1口腔につき)】
3 (新設)
[算定要件]
注3 (新設)
(新設)

改定後

【歯科口腔リハビリテーション料1 (1口腔につき)】
3 小児保険装置の場合 180点
[算定要件]
注3 3については、区分番号M016-2に掲げる小児保険装置を装着している患者に対して、月1回に限り算定する。

(7)「3 小児保険装置の場合」は、小児保険装置を装着している患者に対して、正常な咬合関係の獲得を目的として、当該装置の調整又は修理を行った場合に月1回に限り算定する。この場合において、調整又は修理内容等の要点を診療録に記載すること。

＜装置の調整等が必要な主な事例＞



ループが歯肉に埋入

令和8年度診療報酬改定

14. 歯科矯正に係る患者の対象等の見直し

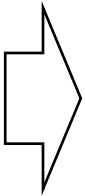
歯科矯正に係る患者の対象等の見直し

歯科矯正の対象患者の追加

- 連続する3歯以上の先天性欠損歯を有する患者と咬合異常を来す疾患を歯科矯正に係る保険給付の対象に追加する。

現行

【歯科矯正の対象となる疾患】（揭示事項告示）
（追加）



改定後

【歯科矯正の対象となる疾患】（揭示事項告示）

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

歯科矯正相談料の標準様式

- 歯科矯正相談料について、説明に用いる標準様式を定める。

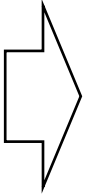
現行

【歯科矯正相談料】

[算定要件]

歯科矯正相談料を算定した場合は、診療録に、健康診断の実施日、結果、学校名及び患者又はその家族等に説明した診断結果等の要点を記載する。

（新設）



改定後

【歯科矯正相談料】

[算定要件]
（削除）

患者等に提供する文書の様式は、「別紙様式7」又はこれに準じた様式とし、その写しを診療録に添付する。

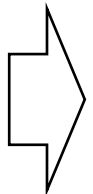
令和8年度診療報酬改定

15. 周術期及び回復期等の口腔機能管理の推進

周術期及び回復期等の口腔機能管理の推進

周術期及び回復期等の口腔機能管理の推進

- 周術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計画策定料について、管理計画の修正を行った場合の評価を新設する。

現行			改定後	
【周術期等口腔機能管理計画策定料】			【周術期等口腔機能管理計画策定料】	
周術期等口腔機能管理計画策定料	300点		周術期等口腔機能管理計画策定料 1	300点
(新設)			<u>周術期等口腔機能管理計画策定料 2</u>	<u>150点</u>
【回復期等口腔機能管理計画策定料】			【回復期等口腔機能管理計画策定料】	
回復期等口腔機能管理計画策定料	300点		回復期等口腔機能管理計画策定料 1	300点
(新設)			<u>回復期等口腔機能管理計画策定料 2</u>	<u>150点</u>
			[算定要件]	
			2 については、 <u>患者の状態の変化等により、当該患者の治療計画を変更した場合に、患者 1 人につき 1 回に限り算定する。</u>	

- 歯周病継続支援治療の算定要件に、周術期等口腔機能管理料又は回復期等口腔機能管理料を算定した場合を追加する。

現行		改定後
【歯周病安定期治療】 ○歯周病に関する管理計画を策定している場合に算定できる管理料 ・ 歯科特定疾患療養管理料		【歯周病継続支援治療】 ○歯周病に関する管理計画を策定している場合に算定できる管理料 ・ 歯科特定疾患療養管理料 ・ <u>周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）～（Ⅳ）</u> ・ <u>回復期等口腔機能管理料</u>

令和8年度診療報酬改定

16. 歯科衛生士による口腔機能に関する実地指導の推進

歯科衛生士による口腔機能に関する実地指導の推進

口腔機能に関する実地指導を行った場合の評価

- 従来、歯科衛生実地指導料の加算としていた、歯科衛生士による口腔機能に関する実地指導を行った場合の評価を、**口腔機能実地指導料として新設**する。

(新) 口腔機能実地指導料 46点

[対象患者]

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

[算定要件]

注 **口腔機能に係る研修を受講した歯科衛生士**が、主治の歯科医師の指示を受けて**口腔機能に係る指導**を行い、**情報を文書により提供した場合**に、**月1回に限り算定**する。

通知（抜粋）

- (2)「注」に規定する文書とは、(1)に掲げる**指導等の内容、保険医療機関名並びに主治の歯科医師の氏名及び当該指導を行った歯科衛生士の氏名**が記載されたものをいう。なお、B001-2に掲げる歯科衛生実地指導料に規定する説明及び指導と併せて行った場合は、歯科衛生実地指導料の「注1」及び「注2」に規定する文書に併せて記載しても差し支えない。
- (3)患者に対する当該指導の内容の情報提供は、**当該指導の初回時**に行う。このほか、指導の内容に変化があったとき又は指導による改善が認められないとき等に必要なに応じて行うこととするが、この場合においても6月に1回以上は当該指導の内容を文書により提供する。
- (4)主治の歯科医師は、歯科衛生士に患者の療養上必要な指示を十分に行うとともに、**歯科衛生士に行った指示内容等の要点を診療録に記載**する。
- (5)当該指導を行った歯科衛生士は、主治の歯科医師に報告するとともに患者に提供した文書の写しを提出し、業務に関する記録を作成する。主治の歯科医師は、**歯科衛生士から提出を受けた患者に提供した文書の写しを診療録に添付**する。
- (6)H001-4に掲げる歯科口腔リハビリテーション料3を算定した日において、口腔機能に係る指導を実施する場合であって、その指導内容が歯科口腔リハビリテーション料3で行う指導・訓練の内容と重複する場合は、算定できない。
- (7)入院中の患者に対して当該指導を行った場合は、算定しても差し支えない。

[施設基準]

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



唾液腺マッサージの指導



口腔の筋肉を動かす指導

「日本歯科医師会ビデオ：生涯研修ライブラリー」

令和8年度診療報酬改定

17. 歯科医師と歯科技工士の連携の推進

歯科医師と歯科技工士の連携の推進

歯科医師と歯科技工士の連携の推進

- 歯科技工士連携加算について、**補綴時診断料の算定時に算定可能**とするとともに、**印象採得**時の対象補綴物に、**ブリッジを追加**する。また、**一連の診療において**、別項目に規定される歯科技工士連携加算との**併算定を可能**とする。
- **施設基準の見直し**を行うことで、歯科医師と歯科技工士の連携の更なる推進を図る。

現行

【印象採得】
〔算定要件（抜粋）〕

注2 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、80点を所定点数に加算する。

注3 当該補綴物について、咬合採得並びに仮床試適に規定する歯科技工士連携加算は別に算定できない。
※光学印象、咬合採得、仮床試適についても同様

〔施設基準（抜粋）〕
(新設)

(新設)

改定後

【印象採得】
〔算定要件（抜粋）〕

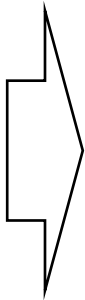
注2 **前歯部の歯冠補綴物又はブリッジ**を製作することを目的として、前歯部の印象採得を行うに当たって、歯科医師が歯科技工士とともに情報通信機器を用いて色調採得及び口腔内の確認等を行い、当該補綴物の製作に活用した場合には、歯科技工士連携加算2として、80点を所定点数に加算する。

注3 歯科技工士連携加算について、同一の補綴物の製作に当たって、補綴時診断料並びに咬合採得に規定する歯科技工士連携加算は、同日に行った場合を除き、**別に算定する。**
※**補綴時診断料**、光学印象、咬合採得、仮床試適についても同様

〔施設基準（抜粋）〕

□ 歯科技工士の**負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備**されていること。

ハ イの**連携体制に関する事項**等について、**保険医療機関の見やすい場所に掲示**していること。



歯科医療機関



歯科技工所



＜一連の診療における歯科技工士連携加算の併算定について＞

	補綴時診断	印象採得	光学印象	咬合採得	仮床試適
補綴時診断		○ (前歯部のTiBr)			
印象採得	○ (前歯部のTiBr)			○ (前歯部の6歯以上のBr)	
光学印象					
咬合採得		○ (前歯部の6歯以上のBr)			○ (9歯以上の義歯)
仮床試適				○ (9歯以上の義歯)	

令和 8 年度診療報酬改定

18. 歯科治療のデジタル化等の推進

歯科治療のデジタル化等の推進①

CAD/CAM冠及びCAD/CAMインレーの適応拡大

➤ CAD/CAM冠及びCAD/CAMインレーの活用が更に進むよう、評価及び大臼歯の咬合支持等の要件を見直す。

現行

【CAD/CAM冠】

〔算定要件（抜粋）〕

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 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（当該CAD/CAM冠を装着する部位の対側に大臼歯による咬合支持がある患者であって、以下のいずれかに該当する場合に限る。）

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

② 当該CAD/CAM冠を装着する部位の同側に大臼歯による咬合支持がない場合は、当該補綴部位の対合歯が欠損であり、当該補綴部位の近心側隣在歯までの咬合支持がある場合

ハ 歯科用金属を原因とする金属アレルギーを有する患者において、CAD/CAM冠用材料（Ⅲ）を大臼歯に使用する場合

ニ 大臼歯にCAD/CAM冠用材料（Ⅴ）を使用する場合

【CAD/CAMインレー（1歯につき）】 750点

改定後

【CAD/CAM冠】

〔算定要件（抜粋）〕

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（Ⅲ）又はCAD/CAM冠用材料（Ⅴ）を使用する場合

（削除）

（削除）

ハ 後継永久歯が先天的に欠如している乳歯に使用する場合

ニ （削除）

【CAD/CAMインレー（1歯につき）】 770点

※咬合支持要件：CAD/CAM冠と同様の見直しを行う。



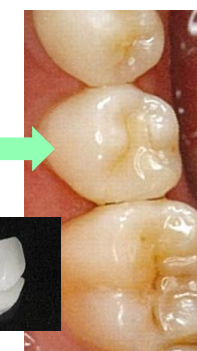
全部金属冠



CAD/CAM冠



〔窩洞形成〕



〔インレー装着〕

CAD/CAMインレー

（保存修復学第7版（医歯薬出版株式会社））

歯科治療のデジタル化等の推進②

光学印象の対象拡充

- 光学印象について、新たに、**CAD／CAM冠を対象**するとともに、**評価の引き上げ**を行う。

現行	
【光学印象】 〔算定要件（抜粋）〕 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。	100点

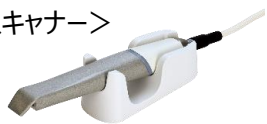


改定後	
【光学印象】 〔算定要件（抜粋）〕 CAD／CAM冠又はCAD／CAMインレー を製作する場合であって、デジタル印象採得装置を用いて、印象採得及び咬合採得を行った場合に算定する。	150点

＜スキャナー画像＞



＜口腔内スキャナー＞



クラウンブリッジ維持管理料の対象範囲の見直し

- クラウン・ブリッジ維持管理料の対象範囲を見直し、**CAD／CAM冠を対象に追加**する。

現行	
【クラウン・ブリッジ維持管理料】 〔算定要件（抜粋）〕 (4) (略) 次に掲げるものはクラウン・ブリッジ維持管理の対象としない。 □ 歯科用金属を原因とする金属アレルギーを有する患者に対するM015に掲げる非金属歯冠修復（（6）のイに規定する場合を含む。）、M015-2に掲げるCAD／CAM冠（（2）のイ、ロ及びニ並びに（3）に規定する場合を含む。）及びM017-2に掲げる高強度硬質レジンブリッジ（（2）のイに規定する場合を含む。）	

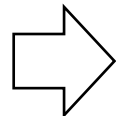


改定後	
【クラウン・ブリッジ維持管理料】 〔算定要件（抜粋）〕 (4) (略) 次に掲げるものはクラウン・ブリッジ維持管理の対象としない。 □ 歯科用金属を原因とする金属アレルギーを有する患者に対するM017-2に掲げる高強度硬質レジンブリッジ（（2）のイに規定する場合を含む。）	

（参考）歯科固有の技術の見直し：内面処理加算の評価の引き上げ

- CAD／CAM冠及びCAD／CAMインレーの装着時に算定される内面処理加算について、歯科技工料調査の結果等を踏まえて、評価を引き上げる。

現行	
【装着】 内面処理加算1（CAD／CAM冠） 内面処理加算1（CAD／CAMインレー）	45点 45点



改定後	
【装着】 内面処理加算1（CAD／CAM冠） 内面処理加算1（CAD／CAMインレー）	55点 55点

歯科治療のデジタル化等の推進③

局部義歯における歯科用貴金属の使用の見直し

- ▶ 局部義歯に附属されるクラスプやバーについては、製作の実態に即して、原則、歯科用貴金属材料以外の材料を使用する運用に見直す。

現行	改定後
【鋳造鉤】 [算定要件] (新設)	【鋳造鉤】 [算定要件] (2) <u>鋳造鉤を算定する場合の特定保険医療材料は、基本的に鋳造用コバルトクロム合金を使用することとする。ただし、14カラット金合金及び金銀パラジウム合金を使用する特段の理由がある場合は、使用した理由を診療録に記載すること。</u>
【線鉤】 [算定要件] (新設)	【線鉤】 [算定要件] (2) <u>線鉤を算定する場合の保険医療材料は、基本的に不銹鋼及び特殊鋼を使用することとする。ただし、14カラット金合金を使用する特段の理由がある場合は、使用した理由を診療録に記載すること。</u>
【コンビネーション鉤】 [算定要件] (新設)	【コンビネーション鉤】 [算定要件] (4) <u>コンビネーション鉤を算定する場合に、鋳造鉤又はレストに用いる保険医療材料は、基本的に鋳造用コバルトクロム合金を使用することとする。ただし、金銀パラジウム合金を使用する特段の理由がある場合は、使用した理由を診療録に記載すること。</u>
【大連結子】 [算定要件] (新設)	【大連結子】 [算定要件] (2) <u>「1 鋳造バー」を算定する場合の特定保険医療材料は、基本的に鋳造用コバルトクロム合金を使用することとする。ただし、金銀パラジウム合金を使用する特段の理由がある場合は、使用した理由を診療録に記載すること。</u>

令和8年度診療報酬改定

19. 有床義歯の新たな製作法に係る評価の新設

有床義歯の新たな製法に係る評価の新設

3次元プリント有床義歯に係る評価の新設

- 歯科治療のデジタル化を推進する観点から、新規医療機器等として保険適用され、現在準用点数で行われている3次元プリント有床義歯について、新たな評価を行う。

(新) 3次元プリント有床義歯（1顎につき） 4,000点

[算定要件]

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、有床義歯の設計・製作に要する歯科技工室設置型コンピュータ支援設計・製造ユニット及び歯科技工用重合装置（液槽光重合方式3次元プリント有床義歯製作装置）を用いて、有床義歯を設計・製作し、装着した場合に限り算定する。

- (1) 3次元プリント有床義歯とは、コンピュータ支援設計・製造ユニット及び歯科技工用重合装置（液槽光重合方式3次元プリント有床義歯製作装置）を用いて、作業模型で間接法により造形製作された有床義歯をいう。
- (2) 本区分を算定する場合は、1顎単位で算定する。
- (3) 3次元プリント有床義歯の製作時に実施した印象採得、咬合採得、仮床試適及び装着等の基本的な技術料は、所定点数に含まれ別に算定できない。
- (4) 製作後に義歯修理や床裏装等を実施する場合は、M018に掲げる有床義歯の例により算定する。

[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) 保険医療機関内に液槽光重合方式3次元プリント有床義歯製作装置が設置されている場合は、専任の歯科技工士を配置していること。
- (3) 保険医療機関内に液槽光重合方式3次元プリント有床義歯製作装置が設置されていない場合は、当該装置を設置している歯科技工所との連携が図られていること。



令和8年度診療報酬改定

20. 歯科診療の実態に応じた評価の見直し

令和8年度診療報酬改定

20-1 歯科点数表で解釈が示されていない項目の明確化

歯科点数表で解釈が示されていない項目の明確化①

診断料及び撮影料の2枚目以降の算定方法を明確化

➤ 画像診断における**診断料及び撮影料の2枚目以降の算定方法を明確化**する。

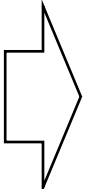
現行

【写真診断】

注1 **一連の症状を確認するため、同一部位に対して撮影を行った場合における2枚目以降の撮影に係る写真診断（2のイ及びハ並びに3に係るものを除く。）の費用については、各区分の所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。**

【画像診断（通則）】

2 同一の部位につき、同時に**2以上**のエックス線撮影を行った場合における第1節の診断料（区分番号E000に掲げる写真診断（3に係るものに限る。）を除く。）は、第1の診断については第1節の各区分の所定点数により、第2の診断以後の診断については、同節の各区分の所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。



改定後

【写真診断】

（削除）

【画像診断（通則）】

2 同一の部位につき、同時に**2枚以上**のエックス線撮影を行った場合における第1節の診断料（区分番号E000に掲げる写真診断（**2のイ及びハ並びに3**に係るものに限る。）を除く。）は、第1の診断については第1節の各区分の所定点数により、第2の診断以後の診断については、同節の各区分の所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

<新たに示した定義（留意事項通知 通則）>

- 1 「同一の部位」とは、部位的な一致に加え、**通常同一フィルム面に撮影し得る範囲**をいう。
- 2 「同時に」とは、診断するため予定されるものをいう。ただし、**処置又は手術後の評価を目的として撮影した場合は「同時」に該当しない。**
- 3 「2枚以上」とは、特に規定する場合を除き、撮影方法の別によらず**2枚以上のエックス線写真を撮影した場合**をいう。
- 4 「同一の方法」による**撮影とは、単純撮影、特殊撮影、歯科用3次元エックス線断層撮影又は造影剤使用撮影のそれぞれの撮影方法をいい、デジタル撮影及びアナログ撮影については「同一の方法」として扱う。**
- 5 第1枚目の撮影では診断困難な**異なる疾患に対する診断を目的に撮影した場合においては、各区分の所定点数により算定**する。

歯科点数表で解釈が示されていない項目の明確化②

口腔を1臓器とする取扱い

- 病理診断における、口腔の単位を明確化する。

現行

【病理診断（通則）】

注1 第14部に規定する病理診断以外の病理診断の算定は、医科点数表の例による。



改定後

【写真診断】

注1 第14部に規定する病理診断以外の病理診断の算定は、医科点数表の例による。なお、医科点数表のN000からN002までについては、口腔を1臓器として算定する。ただし、別の原因で病変が独立して生じており、組織学的形態が異なる場合は、2回を限度として算定する。

歯肉剥離搔爬手術における術式の明確化

- 歯肉剥離搔爬手術における術式を明確化する。

現行

【歯周外科手術】

(新設)



改定後

【歯周外科手術】

(10) 「4 歯肉剥離搔爬手術」とは、歯肉弁を歯槽骨から剥離して明視下で不良肉芽を除去し、汚染歯根面のスケーリング・ルートプレーニングを行い、歯肉弁を適切な位置に復位縫合し、歯周ポケットの除去又は減少を目的として行った場合に算定する。



令和8年度診療報酬改定

20-2 内容が類似する項目や複数年にわたり 算定実績がない項目の整理

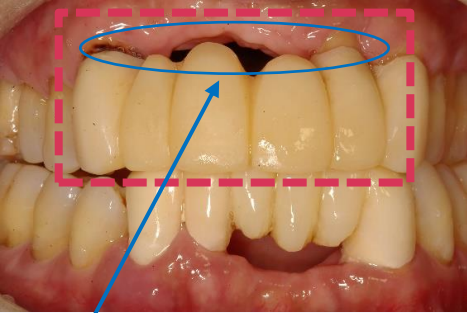
内容が類似する項目の整理

暫間歯冠補綴装置の新設

- テンポラリークラウン、リテーナー、歯周治療用装置（冠形態）、暫間固定（レジン連結冠固定法）、1歯欠損症例に対する暫間被覆冠成形品の連結について、暫間歯冠補綴装置に統一し、評価を新設する。

（新） 暫間歯冠補綴装置（1歯につき） 48点

- [算定要件]
- （1） 暫間歯冠補綴装置は、次に掲げるいずれかの場合に算定する。
- イ 歯冠補綴物又はブリッジ（接着ブリッジを含む。）の製作過程において、支台歯の保護等のために、テンポラリークラウン又はリテーナーを暫間的に装着した場合
 - ロ 歯周治療用装置として、重度の歯周病で長期の治療期間が予測される歯周病の患者に対して、治療中の咀嚼機能の回復及び残存歯への咬合の負担の軽減等を目的として、冠形態の装置を装着した場合 ※歯周病検査を実施した患者に対して算定し、3月を経過した以降に、再製作して差し支えない。
 - ハ 暫間固定として、歯の支持組織の負担を軽減し、歯槽骨の吸収を防止して、その再生治癒を促進させるため、暫間的に歯冠をレジン連続冠固定法により連結固定した場合
 - ニ 抜歯や外傷等による前歯部1歯欠損症例に対して、歯科用暫間被覆冠成形品を暫間的に隣在歯（天然歯に限る。）にエナメルボンドシステムにより連結固定した場合
- （2） 暫間歯冠補綴装置の歯数の数え方は、歯数及び欠損歯数により、装置数や部位にかかわらず、1歯につき算定する。ただし、（1）の二の場合は、隣在歯は歯数に含めない。
- （3） 印象採得、咬合採得、仮着、調整指導、修理、除去等の基本的な技術料及び保険医療材料料は所定点数に含まれ別に算定できない。

テンポラリークラウン	歯周治療用装置	暫間被覆冠成形品の連結
		
支台歯の保護等のため装着	重度の歯周病	エナメルボンドシステム

複数年にわたり算定実績がない項目の整理

算定実績がない項目の廃止

➤ 算定実績がない項目を廃止する。

現行

- 【救急搬送診療料】
- 【退院前在宅療養指導管理料】
- 【在宅麻薬等注射指導管理料】
- 【在宅腫瘍化学療法注射指導管理料】
- 【在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料】
- 【歯髄切断】
 - 1 生活歯髄切断 233点
 - 2 失活歯髄切断 72点



改定後

- （廃止）
- （廃止）
- （廃止）
- （廃止）
- （廃止）
- 【生活歯髄切断】
 - 生活歯髄切断 233点
- （廃止）

令和8年度診療報酬改定

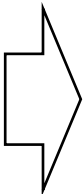
20-3 算定告示と算定要件が一致していない 項目の整理

算定告示と算定要件が一致していない項目の整理①

算定告示と算定要件が一致していない項目の整理

- 口腔内写真の枚数に応じた評価ではなく、歯周病患者に対する画像活用による指導の評価に見直し、位相差顕微鏡を用いた指導も評価する。

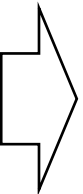
現行	
【歯周病患者画像活用指導料】	
歯周病患者画像活用指導料	10点
[算定要件]	
注1 2枚以上撮影した場合は、2枚目から1枚につき10点を所定点数に加算し、1回につき5枚に限り算定する。 (新設)	



改定後	
【歯周病患者画像活用指導料】	
1 口腔内画像	50点
2 顕微鏡画像	50点
[算定要件]	
注1 <u>削除</u>	
2 <u>2については、歯周病に罹患している患者に対して区分番号D002に掲げる歯周病検査を実施する場合において、動機付けを目的として位相差顕微鏡により描写された画像等を用いて指導を行った場合は、患者1人につき1回に限り算定する。</u>	

- 現行でう蝕以外も対象となっていることから、名称を見直す。

現行	
【う蝕処置】	
【う蝕歯即時充填形成】	
【う蝕歯インレー修復形成】	



改定後	
【 <u>単純処置</u> 】	
【 <u>即時充填形成</u> 】	
【 <u>インレー修復形成</u> 】	

- 準用となっている歯の破折片除去を新設する。

(新) 歯の破折片除去 (1歯につき) 30点

算定告示と算定要件が一致していない項目の整理②

ディスキング、補綴前処置の新設

➤ 咬合調整の対象となっていた診療行為の一部 **(ディスキング、レスト製作)** について、**新たな評価に位置付ける。**

(新) ディスキング (1 歯につき) 40点 歯科矯正の部



[算定要件]

ディスキングとは、歯の隣接面を削除することをいい、叢生（クラウディング）について、ディスキングを行った場合は、歯数に応じて算定する。

(新) 補綴前処置 (1 装置につき) 40点 歯冠修復及び欠損補綴の部



[算定要件]

- (1) 補綴前処置は、新たな義歯の製作又は義歯修理（鉤等の追加）を行うに当たり、レストシートやガイドプレーンの付与、リカントウアリング等により、鉤歯や鉤歯の対合歯を除した場合に算定する。
- (2) 本区分は、新たな義歯の製作又は義歯修理に当たって、補綴前処置を行った日に、1 装置につき 1 回に限り算定する。

出典) スタンダードパーシャルデンチャー補綴学 (学建書院)

処置の部	現行	改定後
	【咬合調整】 【算定留意事項】 (8) (1) の「<u>ニレスト製作の場合</u>」とは、<u>新たな義歯の製作又は義歯修理（鉤等の追加）を行うに当たり、鉤歯と鉤歯の対合歯をレスト製作のために削除した場合をいい、新たな義歯の製作又は義歯修理の実施 1 回につき、「1 1 歯以上10歯未満」又は「2 10歯以上」のうち、いずれか 1 回に限り算定する。ただし、修理を行った有床義歯に対して、再度、義歯修理を行う場合については、前回算定した日から起算して 3 月以内は算定できない。</u> (9) (1) の「<u>ホ 第13部 歯科矯正に伴うディスキングの場合</u>」とは、<u>本通知の第13部通則 3 に規定する顎変形症又は通則 7 に規定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の歯科矯正を行う際に歯の隣接面の削除を行う場合をいい、歯数に応じ各区分により算定する。</u>	【咬合調整】 【算定留意事項】 (削除) (削除)

令和 8 年度診療報酬改定

20-4 麻酔薬剤料が算定できない項目の整理

麻酔薬剤料が算定できない項目の整理

歯科麻酔薬の薬剤の費用の算定方法の見直し

- 第8部「処置」の歯髄保護処置、第12部「歯冠修復及び欠損補綴」の生活歯歯冠形成において、歯科麻酔薬を使用した場合に薬剤の費用を算定可能とする。

現行

【処置の部（通則）】
7 120点以上の処置又は特に規定する処置の所定点数は、当該処置に当たって、表面麻酔、浸潤麻酔又は簡単な伝達麻酔を行った場合の費用を含む。ただし、区分番号I 0 0 4の1に掲げる生活歯髄切断又は区分番号I 0 0 5に掲げる抜髄を行う場合の当該麻酔に当たって使用した薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣の定めるところにより算定できる。

【歯冠修復及び欠損補綴の部（通則）】
(新設)

改定後

【処置の部（通則）】
7 120点以上の処置又は特に規定する処置の所定点数は、当該処置に当たって、表面麻酔、浸潤麻酔又は簡単な伝達麻酔を行った場合の費用を含む。ただし、区分番号I 0 0 1に掲げる歯髄保護処置（1又は2に限る）、区分番号I 0 0 4に掲げる生活歯髄切断又は区分番号I 0 0 5に掲げる抜髄、を行う場合の当該麻酔に当たって使用した薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣の定めるところにより算定できる。

【歯冠修復及び欠損補綴の部（通則）】
10 歯冠修復及び欠損補綴の所定点数は、当該歯冠修復及び欠損補綴に当たって、表面麻酔、浸潤麻酔又は簡単な伝達麻酔を行った場合の費用を含む。ただし、区分番号M 0 0 1に掲げる歯冠形成（1に限る。）を行う場合の当該麻酔に当たって使用した薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣の定めるところにより算定できる。



令和 8 年度診療報酬改定

20-5 施設基準の一部撤廃や定例報告の廃止等

施設基準の一部撤廃や定例報告の廃止等

検査の施設基準の撤廃

- 歯科診療で一般的に行われている検査の施設基準を撤廃する。

現行

〔施設基準〕
十五の三 口腔細菌定量検査の施設基準
十七 咀嚼能力検査の施設基準
十八 咬合圧検査の施設基準



改定後

〔施設基準〕
十五の三 削除
十七 削除
十八 削除

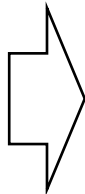
定例報告の廃止や様式の簡素化

- 毎年、地方厚生（支）局長や厚生労働省に報告を求めている様式について、他に代替方法がないものや次期報酬改定に必要なものを限定するとともに、添付書類の省略等の簡素化を図る。

現行

〔定例報告〕
選定療養及び歯科衛生実地指導等の実施状況報告書（歯科）
情報通信機器を用いた診療（歯科）に係る報告書
歯科点数表の初診料の注 1 の施設基準に係る報告書（新設）

〔施設基準通知で定めている定例報告〕
・情報通信機器を用いた診療（歯科）
・歯科点数表の初診料の注 1
・地域歯科診療支援病院歯科初診料
・歯科外来診療感染対策加算 2 及び 4
・在宅療養支援歯科診療所 1、2 及び病院



改定後

〔定例報告〕
削除

・在宅療養支援歯科診療所 1、2 及び病院

〔施設基準通知で定めている定例報告〕
廃止

令和8年度診療報酬改定

20-6 情報連携に係る評価の併算定できる項目の見直し

情報連携に係る評価の併算定できる項目の見直し

ICTを用いた情報連携の見直し

- 情報連携に係る評価について、併算定できる項目と在宅患者連携指導料の要件の見直しを行う。

【歯科疾患在宅療養管理料】

注7 施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関の歯科医師が、患者の同意を得て連携する他の保険医療機関の保険、歯科医師、その他の職種であって当該患者に関わる者が、電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を利用する方法を用いて記録した当該患者に係る診療情報等を活用した上で、計画的な歯科医学的管理を行った場合に、在宅歯科医療情報連携加算として、月1回に限り、100点を所定点数に加算する。ただし、在宅患者連携指導料は別に算定できない。

※（小児）在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料に規定する在宅歯科医療情報連携加算についても同様

- なお、在宅歯科医療情報連携加算について、適切な情報連携体制を整備する観点から、使用することができるICTの要件等について明確化する。

【在宅歯科医療情報連携加算】

〔施設基準〕

- (1) 連携機関とICTを用いて共有し、当該情報について常に確認できる体制を有している医療機関であること。
- (2) (1)の体制は、以下の全ての要件を満たすものであること。
 - ア 記録された患者の診療情報等については、連携機関間の協議に基づき、一元的に管理されたサーバーで保管されていること。
 - イ 診療情報等の共有について、患者、その家族又は連携機関（以下「参加者」という。）のうち、患者が同意した者のみにおいて、保管された当該情報の共有がICTを用いて行われるものであること。
 - ウ 参加者の範囲を随時設定することが可能であること。なお、情報の内容に応じて、参加者のうち情報共有される者の範囲を任意に設定できるICTを用いることが望ましい。
 - エ 参加者が、保管された当該情報について、常時、閲覧・取得を行うことが可能であること。なお、保管された当該情報が、患者ごとに、時系列で速やかに表示されるICTを用いること。
 - オ 参加者が、常時、必要な診療情報等を共有できること。なお、文字情報の共有だけではなく、画像・映像の共有等の機能を有するICTを用いることが望ましい。
 - カ 体制の整備にあたっては、一般社団法人保健医療福祉情報安全管理適合性評価協会（HISPRO）が公表している「医療情報連携において、SNSを利用する際に気を付けるべき事項」におけるプライベートSNSに係る事項を参考とすること。
 - キ 安全な通信環境を確保するために、厚生労働省の定める「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を参考とすること。
- (4) 地域において、連携機関以外の保険医療機関等が、当該ICTを用いた情報を共有する連携体制への参加を希望した場合には当該体制を運営する関係者の間で定めた取り決めに基づき、連携体制を構築すること。なお、連携体制が煩雑なものとならないよう、地域で同一の連携体制を構築することが望ましい。 (3)・(5)・(6) (略)



令和 8 年度診療報酬改定

21. 歯科固有の技術の評価の見直し

令和 8 年度診療報酬改定

21-1 医療技術評価分科会等における検討結果 を踏まえた評価や運用の見直し

模型調製における光学印象及びデジタル模型

模型調製における3次元デジタル加算

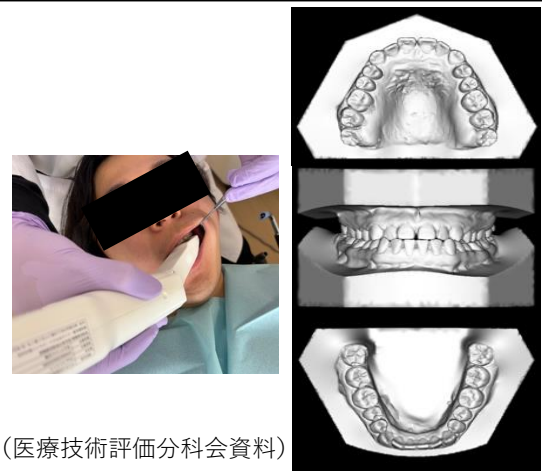
- 模型調製において、**デジタル印象採得装置を用いた場合の評価を新設**する。

(新) 3次元デジタル加算 150点

[算定要件]

- ・デジタル印象採得装置を用いて3次元デジタル模型の製作又は調整を行った場合に所定点数に加算する。
- ・デジタル印象採得装置により取得したデータの取扱いについては、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守すること。

(医療技術評価分科会資料)



歯の移動の管理についての見直し

- 歯科矯正管理料に係る**歯の移動の管理において写真を追加**する。

現行

【歯科矯正管理料】

[算定要件] (抜粋)

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



改定後

【歯科矯正管理料】

[算定要件] (抜粋)

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

情報通信機器を用いた歯科診療の見直し

歯科遠隔連携診療料の適応拡大

- 歯科遠隔連携診療料の適応として、顎変形症の術後経過観察を追加する。

現行

- 【歯科遠隔連携診療料】
- [対象患者]
- ・口腔領域の悪性新生物の術後の患者
 - ・難治性の口腔軟組織の疾患
 - ・薬剤関連顎骨壊死の経過観察中等の患者
- (新設)



改定後

- 【歯科遠隔連携診療料】
- [対象患者]
- ・口腔領域の悪性新生物の術後の患者
 - ・難治性の口腔軟組織の疾患
 - ・薬剤関連顎骨壊死の経過観察中等の患者
 - ・顎変形症に伴う顎離断等の術後の患者

災害発生時の情報通信機器を用いた歯科診療

- 情報通信機器を用いた歯科診療に災害発生時の取扱いを追加する。

現行

- 【初診料】
- [対象]
- ・新型インフルエンザ等感染症の発生時
 - ・指定感染症の発生時
 - ・新感染症の発生時
- (新設)



改定後

- 【初診料】
- [対象]
- ・新型インフルエンザ等感染症の発生時
 - ・指定感染症の発生時
 - ・新感染症の発生時
 - ・災害が発生した地域にて、別に診療報酬上の措置が講じられた場合

歯科医療の推進に資する技術の見直し①

超音波切削機器加算の対象の見直し

- 上顎骨悪性腫瘍手術及び下顎骨悪性腫瘍手術において、超音波骨切削機器を用いて骨切削を行った場合、超音波切削機器加算として新たに評価する。

現行

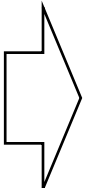
【超音波切削機器加算】

[対象手術]

- ・上顎骨形成術
- ・下顎骨形成術
- ・下顎骨延長術

(新設)

(新設)



改定後

【超音波切削機器加算】

[対象手術]

- ・上顎骨形成術
- ・下顎骨形成術
- ・下顎骨延長術
- ・上顎骨悪性腫瘍手術
- ・下顎骨悪性腫瘍手術

Ni-Tiロータリーファイル加算の要件の見直し

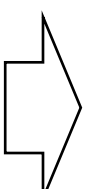
- Ni-Tiロータリーファイルを用いた根管治療における歯科用3次元エックス線断層撮影の要件を撤廃する。

現行

【加圧根管充填処置（1歯につき）】

[算定要件]

3根管以上については、歯科用3次元エックス線断層撮影装置を用いて根管治療を行った場合であって、Ni-Tiロータリーファイルを用いて根管治療を行った場合に、Ni-Tiロータリーファイル加算として、150点を所定点数に加算する。なお、第4部に掲げる歯科用3次元エックス線断層撮影の費用は別に算定できる。



改定後

【加圧根管充填処置（1歯につき）】

[算定要件]

3根管以上については、Ni-Tiロータリーファイルを用いて根管治療を行った場合に、Ni-Tiロータリーファイル加算として、150点を所定点数に加算する。

歯科医療の推進に資する技術の見直し②

口腔粘膜湿度検査の新設

➤ 口腔粘膜湿度検査を実施した場合の評価を新設する。

(新)

口腔粘膜湿润度検査（1回につき）

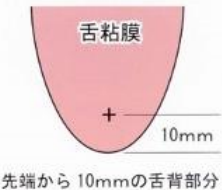
130点

[算定要件]

- 口腔粘膜湿润度検査とは、口腔粘膜の乾燥状態を数値化する体成分分析装置を用いて、舌背部の口腔粘膜湿润度を測定する検査をいう。
- 加齢等により口腔機能の低下を来している患者に対して、口腔粘膜湿润度検査を行った場合は、3月に1回に限り算定する。
- 放射線治療又は化学療法を原因とした口腔乾燥を来している患者に対して口腔粘膜湿润度検査を行った場合は、3月に1回に限り算定する。

② 口腔乾燥の評価法

② - 1 口腔水分計による計測



先端から10mmの舌背部分

「口腔機能低下症 保険診療における検査と診断」（日本老年歯科医学会）

現行

【口腔機能管理料】

口腔機能管理料 60点

[対象患者]

学会の診断基準により口腔機能低下症と診断されている患者のうち、咀嚼能力検査、咬合圧検査、舌圧検査又は口腔細菌定量検査のいずれかを算定した患者に限る。

改定後

【口腔機能管理料】

- 1

口腔機能管理料 1

90点
- 2

口腔機能管理料 2

50点

[対象患者]

学会の診断基準により口腔機能低下症と診断されている患者のうち、**1については**、咀嚼能力検査、咬合圧検査、口腔粘膜湿润度検査、舌圧検査又は口腔細菌定量検査のいずれかを算定した患者。**2については、1に該当しない患者**

歯科麻酔管理料

歯科麻酔管理料の見直し

➤ 静脈内鎮静法等を実施する際の麻酔管理に係る評価を新設するとともに、非常勤の歯科医師の配置により施設基準を満たすこととする。

現行	
【歯科麻酔管理料】	750点
(新設)	
(新設)	
[算定要件]	
注1 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、当該保険医療機関の麻酔に従事する歯科医師（地方厚生局長等に届け出た者に限る。）が行った場合に算定する。	
(新設)	

改定後	
【歯科麻酔管理料】	
<u>1 歯科麻酔管理料 1</u>	<u>750点</u>
<u>2 歯科麻酔管理料 2</u>	<u>600点</u>
[算定要件]	
注1 <u>1については</u> 、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、当該保険医療機関の麻酔に従事する歯科医師（地方厚生局長等に届け出た者に限る。）が、 <u>医科点数表の区分番号L008に掲げる声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴う閉鎖循環式全身麻酔</u> を行った場合に算定する。	
<u>2 2については</u> 、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、当該保険医療機関の麻酔に従事する歯科医師（地方厚生局長等に届け出た者に限る。）が、 <u>K002に掲げる吸入鎮静法、K003に掲げる静脈内鎮静法、K005に掲げる歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔（Ⅰ）又はK006に掲げる歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔（Ⅱ）を行った場合に算定する。</u>	
※施設基準に以下を追加（抜粋）	
・ <u>非常勤の麻酔に従事する歯科医師が複数名配置されている場合においても、当該基準を満たしていることとみなす</u> ことができる。	

歯科麻酔に関する評価の新設

歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔の新設

- 歯科診療時に実施する、吸入麻酔や静脈麻酔に係る評価を新設する。

(新) 歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔（Ⅰ）

<u>1 10分未満のもの</u>	<u>120点</u>
<u>2 10分以上20分未満のもの</u>	<u>310点</u>

(新) 歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔（Ⅱ）

<u>1 麻酔に従事する歯科医師が専従で実施する場合</u>	<u>2,600点</u>
<u>2 麻酔に従事する歯科医師の指導下で麻酔を専従で実施する場合</u>	<u>1,700点</u>
<u>3 麻酔を専従で実施する場合</u>	<u>900点</u>
<u>4 1から3まで以外の場合</u>	<u>600点</u>



[算定要件]

歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔（Ⅱ）

- 注1 1について、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、当該保険医療機関の麻酔に従事する歯科医師（歯科麻酔に係る専門の知識及び2年以上の経験を有し、当該療養に習熟した医師又は歯科医師の指導の下に、主要な麻酔手技を自ら実施する者として全身麻酔を200症例以上及び静脈内鎮静法又は歯科静脈麻酔を100症例以上経験している麻酔に従事する歯科医師に限る。以下「歯科麻酔科医」という。）が行った場合に算定する。
- 2 2について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科麻酔科医の指導の下に麻酔を担当するもの（以下この区分において単に「担当歯科医師」という。）が行った場合に算定する。

[施設基準]

歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔（Ⅱ）

- 麻酔に従事する歯科医師が専従で実施する場合及び麻酔に従事する歯科医師の指導下で麻酔を専従で実施する場合の施設基準
歯科麻酔管理料の施設基準を届け出ていること。
- 1以外の場合の施設基準
 - 当該療養に習熟した医師又は歯科医師の指導の下に、主要な麻酔手技を自ら実施する者として全身麻酔を50症例以上経験した常勤歯科医師が1名以上配置されていること。
 - 無床歯科診療所である保険医療機関においては、病院との連携により、緊急時の連携体制を確保し、受入医療機関の名称等をあらかじめ地方厚生（支）局長に届け出ていること。
 - 病院である保険医療機関においては、関係する診療科との連携の上で、緊急時の対応についての連携体制を確保すること。

歯科口腔リハビリテーション料 2

歯科口腔リハビリテーション料 2 の見直し

➤ 顎関節症に対する、口腔内装置を用いない指導又は訓練を新たに評価する。

現行

【歯科口腔リハビリテーション料 2】

歯科口腔リハビリテーション料 2（1 口腔につき） 54点
(新設)
(新設)

[算定要件]

注 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、顎関節治療用装置を装着している患者に対して、月 1 回に限り算定する。

(3) 実施内容等の要点を診療録に記載する。

改定後

【歯科口腔リハビリテーション料 2】

歯科口腔リハビリテーション料 2（1 口腔につき）
1 口腔内装置を装着している場合 54点
2 1 以外の場合 70点

[算定要件]

注 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、顎関節症を有する患者に対して、療養上必要な指導又は訓練を行った場合に、月 1 回に限り算定する。

(3) 指導又は訓練の実施時刻（開始時刻及び終了時刻）及び実施内容等の要点を診療録に記載する。



顎関節症に対する指導・訓練（自己開口訓練に係る指導等）

ブリッジ関連

チタンブリッジの新設

- 金銀パラジウム合金の価格状況や、医療技術評価分科会等における検討結果を踏まえて、**チタンブリッジを新たに保険適用**する。

(新) チタンブリッジ（1装置につき） 2,800点

[算定要件]

- 注1 純チタンを用いてブリッジを製作し、装着した場合に限り算定する。
- 2 硬質レジンによる前装を行った場合は、レジン前装加算として、1歯につき600点を所定点数に加算する。
- (1) チタンブリッジとは、純チタン2種を用いて**全部鋳造方式**で製作する、1歯中間欠損部に対するポンティックを含む、**3歯ブリッジ**をいう。
- (2) 「注2」に規定するレジン前装加算は、純チタン2種を用いて全部鋳造方式で製作された、歯冠修復物やポンティックの唇面又は頬面を硬質レジンで前装した場合に、前歯又は小臼歯に限り算定する。大臼歯を前装する場合は、咬合面を金属で製作し頬面を硬質レジンで前装したポンティックに限り算定する。



＜チタンブリッジ＞（実際は3歯ブリッジが保険適用）



＜鋳造機＞

高強度硬質レジnbrリッジの評価の引き上げ

- 歯科技工料調査の結果等を踏まえて、高強度硬質レジnbrリッジと装着時に算定される内面処理加算の評価を引き上げる。

現行	
高強度硬質レジnbrリッジ（1装置につき）	2,800点
【装着】	
内面処理加算 1（高強度硬質レジnbrリッジ）	90点



改定後	
高強度硬質レジnbrリッジ（1装置につき）	3,000点
【装着】	
内面処理加算 1（高強度硬質レジnbrリッジ）	110点



有床義歯関連

床補強のための接着芯

➤ 有床義歯製作時における、歯科用金属芯による補強した場合の評価を新設する。

(新) 有床義歯補強加算 150点

〔算定要件〕
有床義歯に歯科用金属芯を埋入した場合は、有床義歯補強加算として150点を所定点数に加算する。ただし、保険医療材料料は所定点数に含まれる。

「注」に掲げる有床義歯補強加算は、有床義歯（「1のハ 9歯から11歯まで」、「1のニ 12歯から14歯まで」又は「2 総義歯」に限る。）の製作に際して、義歯の破損防止のために、歯科技工士が、アルミナ・サンドブラスト処理及び金属接着性プライマー処理等を行った、幅2.0mm以上、厚さ1.0mm以上の歯科用金属芯を有床義歯に埋入した場合に算定する。
有床義歯補強加算の算定に当たっては、主治の歯科医師は、金属芯の埋入を行った保険医療機関内に配置されている歯科技工士の氏名又は歯科技工所の名称を診療録に記載すること。



＜アルミナ・サンドブラスト処理＞



＜金属接着性プライマー処理＞



＜歯科用金属芯を埋入した有床義歯＞

口蓋補綴及び顎補綴の咬合採得

➤ 総義歯に準じて算定することとしていた口蓋補綴及び顎補綴の咬合採得について、算定項目として位置づけを明確化する。

現行

- 【咬合採得】
2 欠損補綴（1装置につき）
□ 有床義歯
（3） 総義歯 **283点**
口蓋補綴及び顎補綴の咬合採得は、本区分の「2の口の(3) 総義歯」の所定点数により算定する。



改定後

- 【咬合採得】
2 欠損補綴（1装置につき）
ハ 口蓋補綴、顎補綴
（1）咬合採得が困難なもの **260点**
（2）咬合採得が著しく困難なもの **360点**

令和 8 年度診療報酬改定

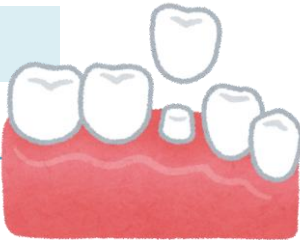
21-2 歯科技工料調査の結果等を踏まえた歯冠修復 及び欠損補綴等の評価の見直し

歯科固有の技術の見直し

歯冠修復及び欠損補綴等の評価の見直し

➤ 歯冠修復及び欠損補綴等の評価について、[歯科技工料調査の結果等を踏まえて、評価を見直す](#)。

歯冠修復			現行	改定後
支台築造（間接法）	ファイバーポストを用いた場合	大臼歯	211点	221点
支台築造（間接法）	ファイバーポストを用いた場合	小臼歯及び前歯	180点	190点
レジンインレー	イ	単純なもの	128点	148点
レジンインレー	ロ	複雑なもの	180点	200点



欠損補綴			現行	改定後
有床義歯	総義歯		2,420点	2,500点
大連結子	鋳造バー		458点	468点
根面被覆	根面版によるもの		195点	225点
磁性アタッチメント	キーパー付き根面板を用いる場合		550点	580点



令和8年度診療報酬改定

21-3 臨床現場の実態等を踏まえた評価の見直し

個別の評価の見直し

個別の評価評価の見直し

➤ 個別の評価について臨床現場の実態等を踏まえ、評価を引き上げる。

算定項目		現行	改定後
加圧根管充填処置	単根管／2根管／3根管以上	139点／168点／213点	<u>150点／180点／230点</u>
抜歯手術 4 埋伏歯	下顎完全埋伏智歯（骨性）又は下顎水平埋伏智歯の場合の加算	130点	<u>230点</u>
顎骨腫瘍摘出術（歯根嚢胞を除く）	1 長径3センチメートル未満	2,820点	<u>4,020点</u>
腐骨除去手術 2 顎骨に及ぶもの	イ 片側の3分の1未満の範囲のもの	1,300点	<u>1,560点</u>
	ロ 片側の3分の1以上の範囲のもの	3,420点	<u>4,100点</u>
骨吸収抑制薬関連顎骨壊死又は放射線性顎骨壊死の場合の加算		1,000点	<u>1,200点</u>
がま腫切開術		820点	<u>1,230点</u>
唾石摘出術（一連につき）	1 表在性のもの	720点	<u>1,080点</u>
顎骨内異物（挿入物を含む）除去術	イ 手術範囲が顎骨の2分の1顎程度未満の場合	850点	<u>1,500点</u>
1 簡単なもの	ロ 手術範囲が全顎にわたる場合	1,680点	<u>2,000点</u>
2 困難なもの	イ 手術範囲が顎骨の3分の2顎程度未満の場合	2,900点	<u>4,000点</u>
	ロ 手術範囲が全顎にわたる場合	4,180点	<u>5,500点</u>
顎関節脱臼非観血的整復術		410点	<u>800点</u>
広範囲顎骨支持型装置埋入手術（1顎一連につき）	1 1回法によるもの	14,500点	<u>16,000点</u>
	2 2回法によるもの	イ 1次手術	<u>13,000点</u>
		ロ 2次手術	<u>6,000点</u>
広範囲顎骨支持型装置搔爬術（1顎につき）		1,800点	<u>3,300点</u>

令和8年度診療報酬改定

22. 特定診療報酬算定医療機器の見直し

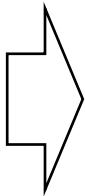
特定診療報酬算定医療機器の定義の見直し

3次元デジタル加算

- 3次元デジタル加算の新設に伴い、デジタル印象採得装置のその他条件に追加する。

現行

【デジタル印象採得装置】
特定診療報酬算定医療機器（A 2）の定義
種別：機械器具(60)歯科用エンジン
一般名称：デジタル印象採得装置
その他の条件：デジタル手法により、歯科修復物等のコンピュータ支援設計(CAD)及びコンピュータ支援製造(CAM)に用いるための三次元形状データを取得するもの
対応する診療報酬項目：M 003-4 光学印象



改定後

【デジタル印象採得装置】
特定診療報酬算定医療機器（A 2）の定義
種別：機械器具(60)歯科用エンジン
一般名称：デジタル印象採得装置
その他の条件：デジタル手法により、歯科修復物等のコンピュータ支援設計(CAD)及びコンピュータ支援製造(CAM)に用いるため並びに歯列模型を製作するための三次元形状データを取得するもの
対応する診療報酬項目：M 003-4 光学印象
N 004 模型調製
注 4 3次元デジタル加算

令和8年度診療報酬改定

23. 特定保険医療材料の機能区分の見直し

特定保険医療材料の機能区分の見直し①

合理化（人工歯）

➤ 診療報酬の請求において、臨床現場における使用方法を踏まえ、1 歯あたりの償還価格に変更する。

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

※ 歯冠：歯科点数表の第 2 章第 1 2 部に規定する特定保険医療材料
※ 歯矯：歯科点数表の第 2 章第 1 3 部に規定する特定保険医療材料

特定保険医療材料の機能区分の見直し②

定義変更（歯科用合着・接着材料Ⅰ）①

- 歯科用合着・接着材料Ⅰには、接着性モノマーを含むレジンセメントとそれ以外のセメントがあり、それらが各製品の主たる特徴を踏まえて適切に機能区分を選択できるよう、各製品の構造や原理に基づき定義を明確化し、機能区分の考え方について整理する。

現行の機能区分	改定後の機能区分
歯冠※046，歯矯※034 歯科用合着・接着材料Ⅰ	歯冠※046，歯矯※034 歯科用合着・接着材料Ⅰ
①レジン系・標準型	①標準型
②レジン系・自動練和型	②自動練和型
③ガラスアイオノマー系・標準型	歯冠※047，歯矯※035 歯科用合着・接着材料Ⅱ
④ガラスアイオノマー系・自動練和型	①標準型
	②自動練和型
	改定後の定義の考え方
	歯冠※046，歯矯※034 歯科用合着・接着材料Ⅰ
	➤ 現行の一般的名称の「歯科合着用グラスポリアルケノエート系レジンセメント」及び「医薬品含有歯科合着用グラスポリアルケノエート系レジンセメント」を削除
	➤ <u>接着性モノマーを含むMMA系レジンセメント又はコンポジット系レジンセメントであること。</u>
	歯冠※047，歯矯※035 歯科用合着・接着材料Ⅱ
	➤ 一般的名称は、現行の歯科用合着・接着材料Ⅰを踏襲
	➤ <u>歯科用合着・接着材料Ⅰに該当しない、接着性レジンセメント又は接着性ガラスアイノマー系レジンセメントであること。</u>

※ 歯冠：歯科点数表の第 2 章第 1 2 部に規定する特定保険医療材料
※ 歯矯：歯科点数表の第 2 章第 1 3 部に規定する特定保険医療材料

令和8年度診療報酬改定

24. その他改定事項

その他、留意事項通知の見直し①

区分番号	項目名	種別	留意事項通知	概要
A002	再診料	修正	(14)「注 9」に規定する歯科外来診療医療安全対策加算 1 及び歯科外来診療医療安全対策加算 2 は、(略)。なお、「注 8」に規定する電話等による再診又は「注 13」に規定する情報通信機器を用いた再診の場合は、当該加算は算定できない。	電話再診では算定できない旨を明記 ※外感染も同様の対応
D002	歯周病検査	新規	(10) I0112-に掲げる歯周病継続支援治療を開始した患者について、 <u>歯周病検査を実施した結果、I011-2に掲げる歯周病継続支援治療の（１）に規定する状態に該当しなくなったことにより、別の治療を行う必要がある場合は、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</u>	歯周病継続支援治療の状態に該当しなくなった場合の取扱いを明記
D011-3	咬合圧検査	修正	(1)咬合圧検査とは、歯科用咬合力計を用いて、咬合力又は咬合圧の分布等を測定する検査をいう。	咬合圧検査は、咬合力又は咬合圧のいずれかを測定する検査に修正
I019	歯冠修復物又は補綴物の除去	修正	(7)「 2 困難なもの」により算定するものは、(6)の他、次のものをいう。 <u>リ エンドクラウン の除去</u> <u>又 他の医療機関で装着した歯冠修復物又は補綴物（本区分に規定されているものを除く。）の除去</u> (9)「 3 著しく困難なもの」の「著しく困難なもの」とは、M010-2に掲げるチタン冠、M011-2に掲げるレジン前装チタン冠、M017-3に掲げるチタンブリッジ若しくはM002に掲げるメタルコア又は支台築造用レジンを含むファイバーポストであって歯根の長さの3分の1以上のポストを有するものをいう。	除去に、エンドクラウンや他院で装着された本区分に記載されていない歯冠修復物又は補綴物を追加 メタルコア及びファイバーポストはポストの長さに関わらず、著しく困難で算定する取扱いに見直し

注：本スライドは説明会資料に掲載されていないオリジナルスライドであり、主な改正内容を掲載

その他、留意事項通知の見直し②

区分番号	項目名	種別	留意事項通知	概要
J082	歯科インプラント摘出術	新規	(3)当該手術を行うに当たり、検査を行った場合は、D002-5に掲げる <u>歯周病部分的再評価検査により算定する。なお、当該検査を行った場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその旨を記載すること。</u>	歯科インプラント摘出前のインプラント周囲歯周組織の検査の取扱いを明記
M	通則	修正	22 麻酔の部に規定するK001に掲げる浸潤麻酔は、所定点数に含まれ別に算定できない。(略) また、M001に掲げる歯冠形成及びM001-3に掲げるインレー修復形成の完了後、完了した日とは別の日に当該歯に行われる麻酔は、「通則10」の規定に関わらず、別に算定する。	Mの部の歯冠形成及び修形後の浸潤麻酔の取扱いを明確化
M029	有床義歯修理	修正	(4)総義歯又は <u>9歯以上の局部義歯において、</u> 咬合高径を調整する目的で人工歯の咬合面にレジンを追加し咬合の再形成を行った場合又は当該義歯の床縁形態を修正する目的で当該義歯の床縁全周にわたりレジンを追加し床延長する場合は、1回に限り所定点数により算定する。	人工歯の咬合面レジン添加又は床縁携帯の修正時のレジン追加の対象の見直し
N008-2	植立	修正	植立は、N000に掲げる歯科矯正診断料又はN001に掲げる顎口腔機能診断料を算定した患者であって、歯科矯正用アンカースクリューを歯槽部又は口蓋に植立し、当該装置を固定源として、歯科矯正治療を実施した場合に算定する。この場合において、 <u>浸潤麻酔の下に歯科矯正用アンカースクリューを植立した場合は、K001に掲げる浸潤麻酔料及び使用麻酔薬剤料のそれぞれを算定する。(略)</u>	植立時の浸潤麻酔の取扱いを明確化

注：本スライドは説明会資料に掲載されていないオリジナルスライドであり、主な改正内容を掲載

リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の一体的取組の全体像

	A233 リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算		A304 地域包括医療病棟 リハビリテーション・栄養・ 口腔連携加算		(新) A308-3 地域包括ケア病棟 リハビリテーション・栄養・ 口腔連携加算
	加算 1	(新) 加算 2	加算 1	(新) 加算 2	
対象病棟	急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料、 専門病院入院基本料		地域包括医療病棟		地域包括ケア病棟
専従・専任配置	専従の療法士 1 名、専任の療法士 1 名 専任の管理栄養士 1 名		病棟の配置職員のみ (療法士 専従 2 名、 管理栄養士 専任 1 名)		専任の管理栄養士 1 名 + 病棟の配置職員 (療法士 専従 1 名)
専従者の 兼務規定	専従者は、他の業務の 専従者との兼務は不可	専従者は、原則他の業務 との専従者との兼務不可 だが、 <u>チームに係る加算 の専従者との兼務は可能</u>	病棟内の入院医療管理料を 算定する病床の専従者との兼務可		病棟内の入院医療管理料を 算定する病床の専従者との兼務可 入院医療管理料の場合、病棟のリ ハ栄養口腔体制加算との兼務可
業務内容	48時間以内の評価、リハビリテーション・栄養管理・口腔管理の評価と計画についての定期的なカンファレンス 口腔管理を提供する体制と歯科診療との連携体制（望ましい要件）、指導内容を診療録に記録				
3日以内 リハ実施割合	疾患別リハを実施した患者のうち、3日以内に開始した患者が8割以上				<u>入棟患者のうち、3日以内に 開始した患者が6割以上</u>
休日リハ 実施割合	8割以上	<u>7割</u> 以上	8割以上	<u>7割</u> 以上	<u>7割</u> 以上
ADL低下割合	3%未満	<u>5%</u> 未満	3%未満	<u>5%</u> 未満	—（要件なし）
褥瘡	2.5%未満				
疾患別リハの 算定制限	専従・専任：9単位まで		専従：6単位まで		×（病棟の専従者のため算定不可）
点数 (14日間)	<u>150点</u>	<u>90点</u>	<u>110点</u>	<u>50点</u>	<u>30点</u>

生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の見直し（全体概要）

- 生活習慣病に対する質の高い疾病管理を推進する観点から、生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）を以下のとおり見直す。
 - 1. **包括範囲の見直し**
 - 生活習慣病管理料(Ⅱ)は、生活習慣に関する総合的な治療管理を行うことを評価したものであることを踏まえ、医学管理の実施を適切に推進する観点から、医学管理料等に関する包括範囲を見直す。
 - 生活習慣病管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)について、糖尿病を主病とする患者に対して、併存する糖尿病以外の疾患に関する在宅自己注射指導管理を適切に推進する観点から、糖尿病に対する適応のある薬剤以外の薬剤にかかる在宅自己注射指導管理料の算定を可能とする。
 - 2. **糖尿病患者の眼科・歯科連携に係る評価の新設**
 - 生活習慣病管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)について、糖尿病の重症化予防を推進する観点から、眼科又は歯科を標榜する他の医療機関との連携を行う場合の評価を新設する。
 - (新) 眼科医療機関連携強化加算 60点（年1回）
- [算定要件]

糖尿病を主病とする患者に対して、診療に基づき、糖尿病合併症の予防、診断又は治療を目的とする眼科診療の必要を認め、患者の同意を得て、患者が眼科を標榜する他の保険医療機関への受診を行うに当たり必要な連携を行った場合に算定する。

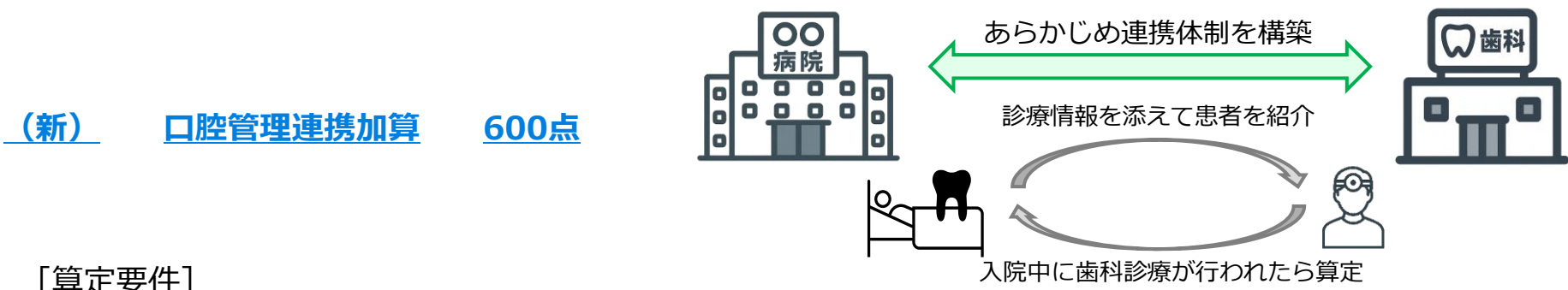
 - (新) 歯科医療機関連携強化加算 60点（年1回）
- [算定要件]

糖尿病を主病とする患者に対して、診療に基づき、歯周病の予防、診断又は治療を目的とする歯科診療の必要を認め、患者の同意を得て、患者が歯科を標榜する他の保険医療機関への受診を行うに当たり必要な連携を行った場合に算定する。
- 3. **生活習慣病管理料(Ⅰ)の要件見直し**
 - 生活習慣病管理料(Ⅰ)について、原則として、必要な血液検査等を少なくとも6月に1回以上は行うことを要件とする。
- 4. **療養計画書の負担軽減**
 - 生活習慣病管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)の療養計画書について、患者及び医療機関の負担を軽減する観点から、患者の署名を受けるとを不要とする。
- 5. **外来データ提出加算の見直し**
 - 外来データ提出加算について、生活習慣病に関連するガイドライン等に沿った診療を行う医療機関を高く評価する観点から、診療報酬の請求状況、治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを提出した医療機関のうち、質の高い生活習慣病管理に係る実績を有する医療機関に対する評価を新設するとともに、提出を求めるデータの簡素化等を踏まえ評価等を見直す。

歯科医療機関との連携の推進

口腔管理連携加算の新設

- 入院患者が有する口腔状態の課題への質の高い対応を推進する観点から、医科点数表により診療報酬を算定する保険医療機関が、歯科医療機関とあらかじめ連携体制を構築し、口腔状態の課題を有する入院患者が歯科診療を受けられるよう連携を行った場合の評価として、口腔管理連携加算を新設する。



[算定要件]

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に入院している患者のうち、口腔状態に係る課題のために医科における治療上の課題を生じており、医師等が入院中の歯科受診が必要と判断した者について、連携体制を構築している他の歯科医療機関に対し、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行い、入院中に歯科診療が行われた場合に、歯科診療が行われた日に入院中1回に限り算定する。この場合において、区分番号B009診療情報提供料（I）は、所定点数に含まれるものとする。

[施設基準]

- 歯科診療を行わない保険医療機関であって、歯科診療を行う別の保険医療機関と入院中の患者に対する歯科訪問診療に係る連携体制を構築していること。歯科訪問診療を依頼する方法等について文書により提供を受けていること。
- 連携体制を構築していることについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示及びウェブサイトに掲載していること。
- 過去1年間に以下の実績を有すること。
 - ア 入院中の患者に対し、連携歯科医療機関から歯科訪問診療を受けた実績が3件以上
 - イ 退院時に「B009」の注14に規定する歯科医療機関連携加算1を算定した実績が3件以上
- 入院後速やかに口腔状態に係る課題を評価する体制や、口腔状態に問題があれば、入院中の受診を必要としない場合であっても、退院後に歯科への受診を促す体制が整備されていることが望ましい。

処方箋料の見直し

処方箋料の見直し

- 後発医薬品の置き換えの進展等を踏まえ、一般名処方加算の評価を見直す。

現行

【処方箋料】

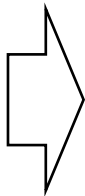
注 1～5 (略)

6 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付 1 回につきそれぞれ所定点数に加算する。

イ 一般名処方加算 1 10点

ロ 一般名処方加算 2 8点

7・8 (略)



改定後

【処方箋料】

注 1～5 (略)

6 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付 1 回につきそれぞれ所定点数に加算する。

イ 一般名処方加算 1 8点

ロ 一般名処方加算 2 6点

7・8 (略)

- バイオ後続品の使用促進の観点から、一般名処方加算について、バイオ後続品のあるバイオ医薬品の一般名処方を行う場合も評価の対象とする。
- 同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を院外処方箋により投薬することは原則として認められていないが、緊急やむを得ずこのような投薬を行った場合の取扱いについて、明確化する。

現行

【処方箋料】

【算定要件】

(9) 同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を院外処方箋により投薬することは、原則として認められない。
また、注射器、注射針又はその両者のみを処方箋により投与することは認められない。



改定後

【処方箋料】

【算定要件】

(9) 同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を院外処方箋により投薬することは、原則として認められない。ただし、緊急やむを得ない事態が生じ、このような方法による投薬を行った場合は、「F000」調剤料及び「F100」処方料は算定せず、院内投薬に係る「F200」薬剤及び処方箋料を算定し、当該診療報酬明細書の「摘要欄」に、その日付並びに理由を記載すること。ここでいう「緊急やむを得ない事態」とは、常時院外処方箋による投薬を行っている患者に対して、患者の症状等から緊急に投薬の必要性を認めて臨時的に院内投薬を行った場合又は常時院内投薬を行っている患者に対して、当該保険医療機関で常用していない薬剤を緊急かつ臨時的に院外処方箋により投薬した場合をいう。

また、注射器、注射針又はその両者のみを処方箋により投与することは認められない。

医薬品の安定供給に資する体制に係る評価の新設

地域支援・医薬品供給対応体制加算、地域支援・外来医薬品供給対応体制加算の新設

➤ 後発医薬品の使用が定着しつつある一方、主に後発医薬品において不安定な供給が発生することが課題となっており、これにより医療機関において追加的な業務が生じている状況を踏まえ、医薬品の安定供給に資する体制を有している医療機関に対する評価を新設するとともに、後発医薬品使用体制加算及び外来後発医薬品使用体制加算を廃止する。

○ 病院・有床診療所

(新) 地域支援・医薬品供給対応体制加算 (入院初日)

<u>地域支援・医薬品供給対応体制加算 1</u>	<u>87点</u>
<u>地域支援・医薬品供給対応体制加算 2</u>	<u>82点</u>
<u>地域支援・医薬品供給対応体制加算 3</u>	<u>77点</u>

○ 診療所

(新) 地域支援・外来医薬品供給対応体制加算 (1 処方につき)

<u>地域支援・外来医薬品供給対応体制加算 1</u>	<u>8点</u>
<u>地域支援・外来医薬品供給対応体制加算 2</u>	<u>7点</u>
<u>地域支援・外来医薬品供給対応体制加算 3</u>	<u>5点</u>



[算定要件]

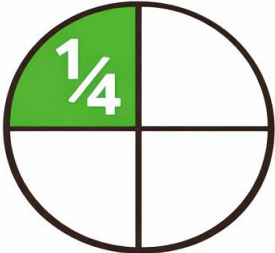
後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定し、実際に後発医薬品を一定割合以上調剤する体制及び医薬品の流通改善に向けて医薬品の安定供給に資する取組を実施する体制が整備されている保険医療機関において算定する。

[主な施設基準]

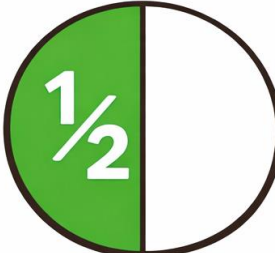
- ・ 病院では、薬剤部門において後発医薬品の品質、安全性及び安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ薬事委員会等で後発医薬品の採用を決定する体制が整備されていること。診療所では、薬剤部門又は薬剤師が後発医薬品の品質、安全性及び安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制が整備されていること。
- ・ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、加算 1 にあっては90%以上、加算 2 にあっては85%以上90%未満、加算 3 にあっては75%以上85%未満であること。
- ・ 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用に積極的に取り組んでいる旨を掲示していること。
- ・ 医薬品の供給が不足した場合に、医薬品の処方等の変更等に関して適切な対応ができる体制が整備されていること。当該体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤が変更となる可能性があること及び変更する場合には患者に十分に説明することについて掲示していること。
- ・ 個々の医薬品の価値及び流通コストを無視した値引き交渉を慎むこと。また、原則として全ての品目について単品単価交渉とすること。
- ・ 医薬品の流通の効率化及び安定供給の確保のため、卸売販売業者への頻回配送、休日夜間配送及び急配に係る過度な依頼を慎むこと。
- ・ 厳格な温度管理を要する医薬品及び在庫調整を目的とした医薬品等については卸売販売業者への返品を慎むこと。
- ・ 医薬品の流通改善及び安定供給の観点から、平時から地域の保険医療機関、保険薬局及び医療関係団体と連携し、取り扱う医薬品の品目について情報共有や事前の合意等に取り組むことが望ましい。

選定療養（薬剤師及び薬局に関係があるもの）

- 長期収載品の選定療養について、後発医薬品の供給状況や患者負担の変化にも配慮しつつ、創薬イノベーションの推進や後発医薬品の更なる使用促進に向けて、患者負担の見直しを行う。

現行		改定後
【長期収載品の選定療養の患者負担額】 後発医薬品のある先発医薬品の薬価から当該先発医薬品の後発医薬品の薬価を控除して得た価格に四分の一を乗じて得た価格を用いて診療報酬の算定方法の例により算定した点数に十円を乗じて得た額		【長期収載品の選定療養の患者負担額】 後発医薬品のある先発医薬品の薬価から当該先発医薬品の後発医薬品の薬価を控除して得た価格に二分の一を乗じて得た価格を用いて診療報酬の算定方法の例により算定した点数に十円を乗じて得た額

- 時間外の選定療養について、薬局においても特別の料金の徴収を可能とする。

現行		改定後
【厚生労働大臣が定める評価療養、患者申出療養及び選定療養】 3 保険医療機関が表示する診療時間以外における診療		【厚生労働大臣が定める評価療養、患者申出療養及び選定療養】 3 保険医療機関又は保険薬局が表示する診療時間又は開店時間以外の時間における診察等

令和 8 年度診療報酬改定

25. 答申書附帯意見

答申書附帯意見（歯科分抜粋）

（全般的事項）

- 1 近年、診療報酬体系が複雑化し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。また、施設基準届出のオンライン化や共通算定モジュールの活用を進めるなど、診療報酬の請求手続きの負担軽減を図ること。

（物価対応）

- 2 物価対応に係る評価について、医療機関等の経営状況等を把握した上で、実際の経済・物価の動向を踏まえて必要な場合には、令和9年度における更なる対応について検討すること。また、物価対応に関する基本料・技術料を含めた今後の評価のあり方について検討すること。

（賃上げ）

- 3 賃上げに係る評価について、40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、歯科技工士等を含む幅広い医療関係職種において賃上げが適切に実施されているか、実態を迅速かつ詳細に把握した上で、医療機関等の経営状況及び実際の経済・物価の動向を踏まえて必要な場合には、令和9年度における更なる対応について検討すること。

（在宅医療・訪問看護）

- 14 在宅医療、在宅歯科医療、在宅訪問薬剤管理及び訪問看護の質の向上に向け、今回改定による影響の調査・検証を行うとともに、地域における医療提供体制の実態等も踏まえつつ、往診、訪問診療、歯科訪問診療、訪問薬剤管理指導、訪問看護等における適切な評価の在り方を引き続き検討すること。

（医療 DX・オンライン診療）

- 17 医療 DX（電子処方箋、電子カルテ共有サービス等）、オンライン診療（D to P with D、D to P with N など）、改正医療法に基づくオンライン診療受診施設の活用状況等について調査・検証を行うとともに、適切な評価の在り方について引き続き検討すること。

（歯科診療報酬）

- 19 かかりつけ歯科医による歯科疾患・口腔機能の管理等の評価の見直しや歯科治療のデジタル化の実施状況、入院患者等に対する医科歯科連携の評価の影響等を調査・検証し、口腔管理や治療の在り方や多職種連携の評価の在り方について引き続き検討すること。

令和 8 年度診療報酬改定

26. 地方厚生局への届出と報告

施設基準の届出について（新規）

令和 8 年6月以降に当該点数を算定するために届出が必要
(歯科遠隔連携診療料を除く。)

届出事項	区分番号	主な届出内容	留意点
電子的歯科診療情報連携体制整備加算	A000 注15 A002 注12	◆ レセプト件数ベースマイナ保険証利用率が、30%以上であること。 ◆ 算定した診療報酬の明細書を患者に無料で交付していること。	
特別管理加算 (歯科疾患管理料)	B000-4 注12	◆ 障害者歯科治療の経験を有する歯科医師 ◆ 障害者歯科治療の診療の補助の経験を有する歯科衛生士	
口腔機能実地指導料	B001-2-2	◆ 口腔機能発達不全症及び口腔機能低下症（入院患者や在宅・施設療養患者への対応を含む）の実地指導に係る研修を受講した歯科衛生士 ◆ 歯科衛生士に関する処遇改善の取組状況	研修受講要件については、1年間の経過措置を設定
歯科吸入麻酔 又は歯科静脈麻酔（Ⅱ）	K006	◆ 歯科麻酔管理料の届出 ◆ 全身麻酔を50症例以上の経験を有する常勤の歯科医師の氏名	
3次元プリント有床義歯	M018-2	◆ 本治療に係る歯科医師、歯科技工士 ◆ 本治療に用いる3次元プリント有床義歯製作装置	装置は保険医療材料【A1】として届出が必要
歯科技工所ベースアップ支援料	P200	◆ 委託を行っている歯科技工所名	実績報告（毎年8月）が必要

保険医療機関等電子申請・届出等システム 施設基準等届出のオンライン申請

- 各厚生(支)局あての申請・届出の一部については、オンライン申請が可能となっています。オンライン申請のメリットをご確認いただき、ぜひご利用をお願いします。

オンライン申請の特徴

- **いつでも申請可能で、即時受付されます。**
サービス時間内（月曜日～土曜日（8時～21時））であれば、いつでも提出可能です。
また、オンライン申請した内容は即時に受付され、審査状況の確認が可能です。
- **時間・費用が効率化できます。**
紙の申請様式を作成する時間や郵送にかかる時間が削減できます。
郵送費用が節約でき、ペーパーレス化を図ることができます。
- **再提出のリスクを軽減できます。**
システムが入力漏れや入力誤り等の最低限の入力チェック機能を備えているため、申請を行う前の点検が容易になり、差戻し等のリスクを軽減できます。

[歯科診療報酬においてオンライン申請可能なもの]

- ・ 初診料（歯科）の注1に掲げる基準
- ・ 地域歯科診療支援病院歯科初診料
- ・ 歯科外来診療医療安全対策加算1・2
- ・ 歯科外来診療感染対策加算1～4
- ・ CAD／CAM冠及びCAD／CAMインレー 等

保険医療機関等の指定に係る各種届出、324施設基準の届出がオンライン申請可能です

※R8.1.26時点

➤ 実際の画面イメージ（ログイン→届出選択）

ログイン

ログイン情報を入力してください。

ユーザID

45M00002X

パスワード

.....

ログイン

※ パスワードを忘れた方はこちら

トップ > 施設基準の届出等

施設基準の届出等

届出・申請書を選択する

種類

☐ 保険医療機関・保険薬局の指定等に関する申請・届出
 ☒ 施設基準等の届出
 ☐ 施設基準に係る辞退届
 ☐ 酸素の購入価格の届出

対象

1. 種別

☒ 医科
 ☐ 歯科
 ☐ 薬局

2. 届出名称 必須

「施設基準名を入力」またはプルダウンで選択する

保存されたデータ

情報通信機器を用いた診療に係る基準
機能強化加算
外来感染対策向上加算
連携強化加算
サーベイランス強化加算
抗菌薬適正使用体制加算

➤ 専用画面からログインし、申請したい届出等を検索後、作成する様式等を選択をします。

➤ 様式によっては添付にて申請を行っていただくものもございます。

トップ > 施設基準の届出等 > 時間外対応加算 1

時間外対応加算 1

届出状況

作成中

様式を選択する

順番	届出書種	提出する	状態	操作
1	別添7 基本診療料の施設基準等に係る届出書	☒	未入力	入力
2	様式2 時間外対応加算の施設基準に係る届出書添付書類	☐	未入力	入力

添付書類を選択する

順番	届出書種	操作	ファイル名
1	添付書類	ファイル選択	
2	添付書類	ファイル選択	

110

➤ 実際の画面イメージ（時間外対応加算の届出）

様式 2

時間外対応加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出 ※該当するものに○	・時間外対応加算 1 ・時間外対応加算 2 ・時間外対応加算 3 ・時間外対応加算 4	
2 標榜診療科		
3 当該診療所の対応 医師の氏名		
4 対応する常勤の職 員数	() 名	
5 当該診療所の標榜 診療時間		
6 あらかじめ患者に 伝えてある電話に応 答できない場合の体 制 ※該当するものに○ (複数可)	医師の携帯・自宅電話へ転送	
	留守録による応答後、速やかにコールバック	
7 他の医療機関との 連携 ※ 3	連携 医療 機関 名	
	その他	
8 患者への周知方法 (電話番号、連携医療機関 等)		
8 備考		

トップ > 施設基準の届出等 > 時間外対応加算 1 > 様式2 時間外対応加算の施設基準に係る届出書添付書類

様式2 時間外対応加算の施設基準に係る届出書添付書類

前回の届出情報をコピーする

※このボタンを押下すると、以前にオンライン上で申請して受理された同一施設基準の届出情報を入力欄に自動表示します。
なお、診療報酬改定等により様式が変更された場合、届出情報を自動表示することはできません。
様式変更後にオンライン上で申請を行い受理されていれば、それ以降のオンライン申請時は届出情報を自動表示が可能です。

2 標榜診療科

標榜診療科 1 お選びください

標榜診療科 2 お選びください

標榜診療科 3 お選びください

標榜診療科 4 お選びください

標榜診療科 5 お選びください

3 当該診療所の対応医師の氏名

氏名 1

氏名 2

氏名 3

氏名 4

氏名 5

4 対応する常勤の職員数

職員数 名

5 当該診療所の標榜診療時間

標榜診療時間 1

標榜診療時間 2

6 あらかじめ患者に伝えてある電話に
応答できない場合の体制
※該当するものに「✓」（複数可）

医師の携帯・自宅電話へ転送
該当する場合「✓」をする

留守録による応答後、速やかにコールバック

- 紙の届出様式と同じものをオンライン申請画面にて作成いただき、そのまま各厚生（支）局へ届出を行うことが可能なため、郵送等のご負担が解消されます。
- 申請内容が電子で保管されるため、申請書の控えを紙で保存する必要はなくなります。

保険医療機関等電子申請・届出等システム 施設基準等届出のオンライン申請

- オンライン申請を行う「保険医療機関等電子申請・届出等システム」の利用方法は、各厚生（支）局のホームページに詳細を示しておりますので、ご参照ください。

オンライン申請の利用方法

- 「保険医療機関等電子申請・届出等システム」の利用にあたっては、オンライン請求ネットワークへ接続された端末と、専用のID・パスワードが必要です。ID・パスワードが分からない場合、再発行が可能ですので各厚生（支）局のホームページのチャットボットからお問い合わせください。

↓ ↓詳しくは、管轄の各厚生（支）局のホームページをご参照ください↓ ↓



システム解説動画

- 厚生労働省のYoutube公式チャンネル内の再生リスト「保険医療機関等電子申請・届出等システムについて」では、システム利用のためのセットアップ手順を動画形式で確認できます。また、よく使われる手続きを例に、オンライン申請の詳細な手順を、実際の操作画面と併せて解説しております。

↓ ↓下記のURLからぜひ動画をご覧ください↓ ↓

<https://www.youtube.com/playlist?list=PLMG33RKISnWgSb6dLP4zmNropige5BoOp>



施設基準の届出について

お願い

- 令和8年6月1日から算定を行うためには、**令和8年5月7日から6月1日まで（必着）**に、届出を行う保険医療機関等の所在地を管轄する地方厚生（支）局の都道府県事務所へ届出が必要となりますので、ご注意願います。
- 締切日直前に届出が集中することが予想されますので、できる限り早期にご提出いただくようお願いいたします。