

第1部 個別改定項目について (抄) / 1

第2部 点数表 新旧対照表 / 95

① 歯科診療報酬点数表

第1章 基本診療料..... 96

第2章 特掲診療料..... 108

<参考> 医科点数表の改正 (抄)..... 263

② 療養担当規則等..... 281

(1)保険医療機関及び保険医療養担当規則..... 281

(2)高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準..... 287

(3)厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養..... 290

(4)保険外併用療養費に係る療養についての費用の額の算定方法..... 291

(5)入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準..... 292

第3部 関係告示 / 293

①厚生労働大臣が定める揭示事項等..... 294

②基本診療料の施設基準等 (抄)..... 295

③特掲診療料の施設基準等 (抄)..... 302

④特定保険医療材料及びその材料価格 (材料価格基準) (抄)..... 315

第4部 関係通知 / 323

①診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について (抄)..... 324

②基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて (抄)..... 513

③特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて (抄)..... 536

④特定保険医療材料及びその材料価格 (材料価格基準) の一部改正に伴う特定保険医療材料 (使用歯科材料) の算定について..... 633

⑤特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について (抄)..... 644

⑥特定保険医療材料の定義について (抄)..... 652

令和8年3月5日公布・告示・発出の主な法令・通知

- (●)を付したものを本書に収載
(省令) ●保険医療機関及び保険医療養担当規則等の一部を改正する省令 (厚生労働省令第21号)
(告示) ●高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準の一部を改正する件 (厚生労働省告示第67号)
(告示) ●療担規則及び養担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等の一部を改正する告示 (厚生労働省告示第68号)
(通知) 医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について (保医発0305第18号)
(通知) 保険医の使用医薬品 (揭示事項等告示第6関係) 及び保険薬剤師の使用医薬品 (揭示事項等告示第14関係) に係る留意事項について (保医発0305第11号)
(通知) 保険医療機関及び保険医療養担当規則等の一部改正に伴う実施上の留意事項について (保医発0305第5号)
(告示) ●診療報酬の算定方法の一部を改正する件 (厚生労働省告示第69号) [医科及び調剤・新旧対照表形式]
(通知) ●診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について (保医発0305第6号)
(告示) ●基本診療料の施設基準等の一部を改正する件 (厚生労働省告示第70号)
(通知) ●基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて (保医発0305第7号)
(告示) ●特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件 (厚生労働省告示第71号)
(通知) ●特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて (保医発0305第8号)
(告示) 使用薬剤の薬価 (薬価基準) の一部を改正する件 (厚生労働省告示第72号)
(通知) 使用薬剤の薬価 (薬価基準) の一部改正等について (保医発0305第10号)
(告示) ●特定保険医療材料及びその材料価格 (材料価格基準) の一部を改正する件 (厚生労働省告示第73号)
(通知) ●特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について (保医発0305第1号)
(通知) ●特定保険医療材料及びその材料価格 (材料価格基準) の一部改正に伴う特定保険医療材料 (使用歯科材料) の算定について (保医発0305第2号)
(通知) 特定診療報酬算定医療機器の定義等について (保医発0305第3号)
(通知) ●特定保険医療材料の定義について (保医発0305第4号)
(告示) ●入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準の一部を改正する件 (厚生労働省告示第76号)
(告示) 入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養の基準等の一部を改正する件 (厚生労働省告示第77号)
(告示) 健康保険及び国民健康保険の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額及び後期高齢者医療の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額の一部を改正する告示 (厚生労働省告示第66号)
(通知) 入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の実施上の留意事項について (保医発0305第16号)
(通知) 入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養の基準等に係る届出に関する手続きの取扱いについて (保医発0305第17号)

本年6月1日から診療報酬が改定されます。本書は、今回の改定に関する資料をとり急ぎまとめたものです。今後、変更がありうるため、官報及び厚生労働省が発出する通知の内容を適宜確認する必要がありますことにご留意ください。

ウェブコンテンツのご案内

今回紙幅の関係により収載できなかった情報を、『診療報酬点数表改正点の解説 歯科 令和8年6月版』ウェブコンテンツとして、以下のサイトに掲載いたします。下記URLまたは二次元バーコードよりアクセスしてご利用ください。

https://media.shaho.co.jp/n/n5ae9a455c608

【主な掲載内容】

- ①医科診療報酬点数表に関する事項 (抄)
②基本診療料の施設基準の届出様式 (通知・別添7)
③特掲診療料の施設基準の届出様式 (通知・別添2)



# 第1部

## 個別改定項目について（抄）

（令和8年2月13日・中央社会保険医療協議会資料）

### 歯科固有項目〔抜粋〕

II-1-2-③ 歯科巡回診療に係る適切な推進	4
II-2-3-④ 入院患者の口腔管理における医科 歯科連携の推進	5
II-3-⑥ 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	6
II-3-⑦ 継続的・効果的な歯周病治療の推進	8
II-5-1-⑪ 質の高い在宅歯科医療の提供の推 進	9
II-6-④ 歯科巡回診療に係る適切な推進〔略→ II-1-2-③参照〕	
III-7-① 障害者歯科治療における歯科医学的管 理の新たな評価	15
III-7-② 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 〔略→II-3-⑥参照〕	
III-7-③ 有床義歯管理の評価体系の見直し	16
III-7-④ 継続的・効果的な歯周病治療の推進 〔略→II-3-⑦参照〕	
III-7-⑤ 小児の咬合機能獲得に向けた対応の充 実	17
III-7-⑥ 歯科矯正に係る患者の対象等の見直し	18
III-7-⑦ 周術期及び回復期等の口腔機能管理の 推進	20
III-7-⑧ 歯科衛生士による口腔機能に関する実 地指導の推進	22
III-7-⑨ 歯科医師と歯科技工士の連携の推進	23
III-7-⑩ 歯科治療のデジタル化等の推進	27
III-7-⑪ 有床義歯の新たな製作法に係る評価の 新設	30
III-7-⑫ 歯科診療の実態に応じた評価の見直 し・明確化	31
III-7-⑬ 歯科固有の技術の評価の見直し	37

### I 現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改 革等の推進

I-1 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	
① 物件費の高騰を踏まえた対応〔抄〕……………	40
② 入院時の食費及び光熱水費の基準の見直し…	41
③ 入院時の食事療養に係る見直し……………	42
I-2 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	
I-2-1 医療従事者の処遇改善	
① 賃上げに向けた評価の見直し〔抄〕……………	43
I-2-2 業務の効率化に資するICT、AI、IoT等 の利活用の推進	
③ 医療機関等における事務等の簡素化・効率化 〔抄〕……………	52
I-2-3 タスク・シェアリング／タスク・シフト リング、チーム医療の推進〔略〕	
I-2-4 医師の働き方改革の推進／診療科偏在対 策	
② 処置及び手術の休日・時間外・深夜加算1の見 直し……………	54
I-2-5 診療報酬上求める基準の柔軟化	
④ 質の高い摂食嚥下機能回復に係る取組の推進 〔抄〕……………	55
⑤ 疾患別リハビリテーション料や特定入院料にお いて配置された療法士による専門性を生かした指 導等の更なる推進〔抄〕……………	56

### II 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

II-1 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	
II-1-1 患者のニーズ、病院の機能・特性、地域 医療構想を踏まえた、医療提供体制の整備〔略〕	
II-1-2 人口の少ない地域の実情を踏まえた評価	
③ 歯科巡回診療に係る適切な推進	4
II-2 「治し、支える医療」の実現	
II-2-1 在宅療養患者や介護保険施設等入所者の 後方支援（緊急入院等）を担う医療機関の評価 〔略〕	
II-2-2 円滑な入退院の実現	

② 介護支援等連携指導料の見直し ……………58	
II-2-3 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	
② 質の高い摂食嚥下機能回復に係る取組の推進 〔略→I-2-5-④参照〕	
④ 入院患者の口腔管理における医科歯科連携の推進 → 5	
II-3 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	
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 → 6	
⑦ 継続的・効果的な歯周病治療の推進 → 8	
II-4 外来医療の機能分化と連携	
II-4-1 大病院と地域のかかりつけ医機能を担う医療機関との連携による大病院の外来患者の逆紹介の推進	
③ 連携強化診療情報提供料の見直し〔抄〕 ……59	
II-5 質の高い在宅医療・訪問看護の確保	
③ 保険医療機関及び保険医療費担当規則の見直し ……………62	
II-5-1 地域において重症患者の訪問診療や在宅看取り等を積極的に担う医療機関・薬局の評価	
⑪ 質の高い在宅歯科医療の提供の推進 → 9	
II-5-2 重症患者等の様々な背景を有する患者への訪問看護の評価〔略〕	
II-6 人口・医療資源の少ない地域への支援	
④ 歯科巡回診療に係る適切な推進〔略→II-1-2-③参照〕	
II-7 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	
II-7-1 業務の効率化に資するICT、AI、IoT等の利活用の推進〔略→I-2-2参照〕	
II-7-2 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〔略〕	
II-8 医師の地域偏在対策の推進〔略〕	

### III 安心・安全で質の高い医療の推進

III-1 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	
① 療養・就労両立支援指導料の見直し〔抄〕 …63	
② 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 ……………65	
III-1-1 身体的拘束の最小化の推進〔略〕	
III-1-2 医療安全対策の推進〔略〕	
III-2 アウトカムにも着目した評価の推進〔略〕	
III-2-1 アウトカムにも着目した評価の推進〔略〕	
III-3 医療DXやICT連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価	
① 医療DX推進体制整備加算等の見直し〔抄〕 ……………66	

III-3-1 電子処方箋システムによる重複投薬等チェックの利活用の推進〔略〕	
III-3-2 外来、在宅医療等、様々な場面におけるオンライン診療の推進〔略〕	
III-4 質の高いリハビリテーションの推進	
② 医療機関外における疾患別リハビリテーション料の上限単位数の見直し ……………69	
③ 疾患別リハビリテーション料の算定単位数上限緩和対象患者の見直し ……………70	
④ 疾患別リハビリテーション料の訓練内容に応じた評価の見直し ……………71	
III-4-1 発症早期からのリハビリテーション介入の推進	
① 発症早期のリハビリテーションの更なる推進及び休日のリハビリテーションの適切な評価 ……72	
III-4-2 土日祝日のリハビリテーション実施体制の充実	
① 発症早期のリハビリテーションの更なる推進及び休日のリハビリテーションの適切な評価〔略→III-4-1-①参照〕	
III-5 重点的な対応が求められる分野への適切な評価	
III-5-1 救急医療の充実〔略〕	
III-5-2 小児・周産期医療の充実〔略〕	
III-5-3 質の高いがん医療及び緩和ケアの評価	
① 外来腫瘍化学療法診療料の見直し ……………74	
② がんゲノムプロファイリング検査及びがんゲノムプロファイリング評価提供料に係る要件の見直し ……………76	
③ 人口減少地域におけるIMRTの施設基準の見直し ……………77	
④ がん患者指導管理料の見直し ……………80	
⑥ 閉鎖式接続器具を用いた抗がん剤投与時の評価の新設 ……………81	
⑦ 非がん患者に対する緩和ケアの評価の見直し〔抄〕 ……………81	
III-5-4 質の高い精神医療の評価	
⑮ 臨床心理技術者に係る経過措置の見直し ……83	
III-5-5 難病患者等に対する適切な医療の評価〔略〕	
III-6 感染症対策や薬剤耐性対策の推進〔略〕	
III-7 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	
① 障害者歯科治療における歯科医学的管理の新たな評価 → 15	
② 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〔略→II-3-⑥参照〕	
③ 有床義歯管理の評価体系の見直し → 16	
④ 継続的・効果的な歯周病治療の推進〔略→II-	

3-⑦参照

- ⑤ 小児の咬合機能獲得に向けた対応の充実 → 17
- ⑥ 歯科矯正に係る患者の対象等の見直し → 18
- ⑦ 周術期及び回復期等の口腔機能管理の推進  
→ 20
- ⑧ 歯科衛生士による口腔機能に関する実地指導の  
推進 → 22
- ⑨ 歯科医師と歯科技工士の連携の推進 → 23
- ⑩ 歯科治療のデジタル化等の推進 → 27
- ⑪ 有床義歯の新たな製作法に係る評価の新設  
→ 30
- ⑫ 歯科診療の実態に応じた評価の見直し・明確化  
→ 31
- ⑬ 歯科固有の技術の評価の見直し → 37

Ⅲ-8 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〔略〕

Ⅲ-9 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

Ⅳ 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

Ⅳ-1 後発医薬品・バイオ後続品の使用促進

- ③ 医薬品の安定供給に資する体制に係る評価の新設〔抄〕……………84
- ⑤ バイオ後続品使用促進に係る薬局体制整備の推進〔抄〕……………85
- ⑥ 長期収載品の選定療養の更なる活用……………87

Ⅳ-2 費用対効果評価制度の活用

Ⅳ-3 市場実勢価格を踏まえた適正な評価

Ⅳ-3-1 市場実勢価格を踏まえた適正な評価〔略〕

Ⅳ-4 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

Ⅳ-4-1 重複投薬、ポリファーマシー、残薬、適正使用のための長期処方への在り方への対応

- ① 薬剤総合評価調整加算の見直し〔抄〕……………88
- ⑤ 長期処方・リフィル処方箋の活用に係る医学管理料等の見直し〔抄〕……………88

Ⅳ-4-2 医師及び薬剤師の適切な連携による医薬品の効率的かつ安全で有効な使用の促進

- ① 薬剤総合評価調整加算の見直し〔略→Ⅳ-4-1-①参照〕

Ⅳ-4-3 医学的妥当性や経済性の視点も踏まえた処方の推進〔略〕

Ⅳ-4-4 電子処方箋システムによる重複投薬等チェックの利活用の推進〔略〕

Ⅳ-5 外来医療の機能分化と連携〔略→Ⅱ-4参照〕

Ⅳ-6 医療DXやICT連携を活用する医療機関・薬

局の体制の評価〔略〕

資料

- ① 諮問書（令和8年1月14日）……………89
- ② 答申書（令和8年2月13日）……………89
- 〔参考・改定のあらし〕 令和8年度診療報酬改定について……………92

※ 第1部における「改正案」欄外の区分番号及び〔 〕内の区分番号等は編注です。

【Ⅱ-1-2 人口の少ない地域の実情を踏まえた評価-③】

### ③ 歯科巡回診療に係る適切な推進

#### 第1 基本的な考え方

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診療を適切に推進するため、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ついて、新たな評価を行う。

#### 第2 具体的な内容

1. 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を新設する。

(新) 地域歯科医療加算〔A.000・注9／A.002・注7〕 100点

【算定要件（告示）】

歯科医療提供が困難である地域等において、自治体等と連携し、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点を所定点数に加算する。

※ 再診療についても同様。

【算定要件（通知）】

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、自治体等と連携し、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、「自治体等と連携」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か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 自治体等が設置している保険医療機関が歯科巡回診療車を所有している。  
ロ 都道府県の定める医療計画等の自治体の計画に基づく巡回診療である。  
ハ その他イ又はロに準ずるものである。

2. 巡回診療により処置等を行った場合の加算を新設する。

改定案	現行
<p>【処置（通則）】 【算定要件】 10 区分番号A000に掲げる初診料の注9又は区分番号A002に掲げる再診料の注7に掲げる地域歯科医療加算を算定した患者に対して、巡回診療時に処置を行った場合は、巡回診療時の100分の30に相当する点数を、当該処置の所定点数に加算する。ただし、通則第5号に掲げる加算を算定する場合は、この限りでない。</p> <p>※ 手術の通則、歯冠修復及び欠損補綴の通則についても同様。</p>	<p>【処置（通則）】 【算定要件】 (新設)</p>

【Ⅱ-2-3 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-④】

#### ④ 入院患者の口腔管理における 医科歯科連携の推進

##### 第1 基本的な考え方

医科歯科連携を推進し入院患者の口腔管理を充実させる観点から、医科点数表により診療報酬を算定する保険医療機関からの依頼に基づき入院患者に対して歯科訪問診療を実施した場合について、新たな評価を行う。

##### 第2 具体的な内容

保険医療機関の歯科医師が、連携体制を構築している他の保険医療機関からの依頼に基づき、口腔状態に係る課題を抱える入院患者に対して、歯科訪問診療を行った場合の評価を新設する。

(新) 医科連携訪問加算 [C000・注22] 500点

##### 【対象患者】

口腔状態に係る課題により、医科における治療の上の課題が生じているとして、連携する歯科診療以外の診療のみを行う他の保険医療機関から依頼のあった入院中の患者

##### 【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。ただし、B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料、B000-6に掲げる周術期等口腔機能管理料(I)、B000-7に掲げる周術期等口腔機能管理料(II)、B000-8に掲げる周術期等口腔機能管理料(III)、B000-9に掲げる周術期等口腔機能管理料(IV)、B000-10回復期等口腔機能管理計画策定料及びB000-11に掲げる回復期等口腔機能管理料は別に算定できない。

##### 【施設基準】

- (1) 他の保険医療機関に入院中の口腔状態に課題を抱える患者について、当該保険医療機関の依頼に基づき対応に係る連携体制を構築していること。
- (2) 連携する保険医療機関の依頼に円滑に対応するために必要な情報を共有していること。

【Ⅱ-3 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-⑥】

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

第1 基本的な考え方

かかりつけ歯科医による歯科疾患・口腔機能の管理等といった生活の質に配慮した歯科医療を推進するため、歯科疾患管理料、小児口腔機能管理料並びに口腔機能管理料の要件及び評価を見直すとともに、小児口腔機能管理料及び口腔機能管理料の対象となる患者の範囲を拡大する。

第2 具体的な内容

1. 歯科疾患管理料の初診時及び再診時の評価を見直す。

改定案	現行
<p><b>B000-4</b></p> <p>【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。</p> <p>2～11 (略)</p>	<p>【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、初診日の属する月の90に相当する点数により算定する。</p> <p>2～11 (略)</p>

2. 小児口腔機能管理料及び口腔機能管理料の対象となる患者の範囲を拡大する。

改定案	現行
<p><b>B000-4-2</b></p> <p>【小児口腔機能管理料】 小児口腔機能管理料 90点 1. 小児口腔機能管理料1 (新設)</p>	<p>【小児口腔機能管理料】 小児口腔機能管理料 60点 (新設)</p>

307

2. 小児口腔機能管理料2	50点	(新設)
<p>【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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>4～6 (略)</p> <p>7. 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、1又は2の所定点数に代えて、それぞれ78点又は44点を算定する。</p>	<p>【算定要件】 注1 区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料又は区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定した患者であって、口腔機能の発達不全を有する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。</p> <p>(新設)</p>	<p>【口腔機能管理料】 口腔機能管理料 60点 (新設)</p>

308

した患者に対して、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する。  
 食下調整食

2. 入院患者の多様なニーズに対応できるように、特別料金の支払を受けられることができる食事について、以下の見直しを行う。

- (1) 基本メニュー以外のメニューを準備するためにかかる追加的な費用について標準額を削除し、保険医療機関が柔軟に適切な額を設定できることとする。
- (2) 患者の自由な選択と同意に基づき、行事食やハラール食等の宗教に配慮した食事を提供した場合も、特別の料金の支払いを受けられることができることを明確化する。

【1-2-1-1 医療従事者の処遇改善①】

① 賃上げに向けた評価の見直し〔抄〕

第1 基本的な考え方

看護職員、病院薬剤師その他医療関係職種の確実な賃上げを更に推進するとともに、令和6年度診療報酬改定で入院基本料や初・再診料により賃上げ原資が配分された職種についても他の職種と同様に賃上げ措置の実効性が確保される仕組みを構築する観点から、賃上げに係る評価を見直す。

第2 具体的な内容

- 1. 入院医療、外来医療及び在宅医療等の医療提供体制を支える、保険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、賃上げの対象となる職員に係る要件及び評価を見直す。
- 2. 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び(Ⅱ)並びに歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び(Ⅱ)について、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。  
 また、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。

医科O001

改定案	現行
【外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)】 1 初診時 17点 2 再診時等 4点 3 訪問診療時 イ 同一建物居住者等以外の場合 79点 ロ イ以外の場合 19点	【外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)】 1 初診時 6点 2 再診時等 2点 3 訪問診療時 イ 同一建物居住者等以外の場合 28点 ロ イ以外の場合 7点
[算定要件] 注1 1については、当該保険医療機関において勤務する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療	[算定要件] 注1 1については、主として医療に従事する職員(医師及び歯科医師を除く。以下この節において同じ。)の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合している

<p>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。</p> <p>2 2については、当該保険医療機関において勤務する職員の賞金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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を算定すべき手術又は検査を行った場合に、所定点数を算定する。</p> <p>3 3のイについては、当該保険医療機関において勤務する職員の賞金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者に対して再診又は短期滞在手術等基本料1を算定すべき手術又は検査を行った場合に、所定点数を算定する。</p> <p>4 3のロについては、当該保険医療機関において勤務する職員の賞金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものである場合に該当する訪問診療を行った場合に算定する。</p> <p>イ～ハ (略)</p> <p>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</p>	<p>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、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。</p> <p>2 2については、主として医療に従事する職員の賞金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、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を算定すべき手術又は検査を行った場合に、所定点数を算定する。</p> <p>3 3のイについては、主として医療に従事する職員の賞金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものである場合に該当する訪問診療を行った場合に算定する。</p> <p>イ～ハ (略)</p> <p>4 3のロについては、主として医療に従事する職員の賞金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものである場合に該当する訪問診療を行った場合に算定する。</p> <p>イ～ハ (略)</p> <p>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</p>
---	--

<p>で地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、継続して賞上げに係る取組を実施した保険医療機関については、1、2並びに3のイ及びロの所定点数に代えて、それぞれ23点、6点、107点及び26点を算定する。</p> <p>6 1から3までに規定する点数について、令和9年6月以降の点において、それぞれ所定点数の100分の200に相当する点数により算定する。</p> <p>7 注5に規定する点数については、令和9年6月以降においては、1、2並びに3のイ及びロの所定点数に代えて、それぞれ40点、10点、186点及び45点を算定する。</p>	<p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>【施設基準】 二 外来・在宅ベースアスアツ評価料 (1)の施設基準 (1) (略) (2) 主として医療に従事する職員(医師及び歯科医師を除く。この号において「対象職員」という。)が勤務していること。 (3) (略) (新設)</p> <p>【施設基準】 二 外来・在宅ベースアスアツ評価料 (1)の施設基準 (1) (略) (2) 当該保険医療機関に勤務する職員(以下「対象職員」という。)がいること。 (3) (略) (新設)</p> <p>二の二 外来・在宅ベースアスアツ評価料(1)の注5に規定する施設基準 継続的に賞上げを行っている保険医療機関であること。</p> <p>【歯科外来・在宅ベースアスアツ評価料(1)】 1 初診時 21点 2 再診時等 4点 3 歯科訪問診療時 イ 同一建物居住者以外の場合 66点 ロ 同一建物居住者の場合 11点</p>
---	--

P001

# ① 歯科診療報酬点数表 新旧対照表

## 第1章 基本診療料 第1部 初・再診料

項 目	改 正 後	改 正 前
<p><b>通 則</b></p>	<p>1 健康保険法第63条第1項第1号及び高齢者医療確保法第64条第1項第1号の規定による初診及び再診の費用は、第1節又は第2節の各区分の所定点数により算定する。ただし、同時に2以上の傷病について初診を行った場合又は再診を行った場合は、初診料又は再診料は1回として算定する。</p> <p>2 歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関にあっては、歯科診療及び歯科診療以外の診療につき、それぞれ別に初診料又は再診料を算定する。</p> <p>3 入院中の患者（区分番号A400に掲げる短期滞在手術等基本料を算定する患者を含む。）に対する再診の費用（区分番号A002に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算を除く。）は、第2部第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれる。</p>	
<p><b>第1節 初 診 料</b></p> <p><b>A000 初診料</b></p> <p>【点数の見直し】</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p><b>A000 初診料</b></p> <p>1 歯科初診料 <u>272点</u></p> <p>2 地域歯科診療支援病院歯科初診料 <u>296点</u></p> <p>注1 1については、歯科外来診療における院内感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、初診を行った場合に算定する。この場合において、当該届出を行っていない保険医療機関については、<u>245点</u>を算定する。</p> <p>注2 2については、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病院である保険医療機関において初診を行った場合に算定する。この場合において、1の歯科初診料は算定できない。</p> <p>注3 1傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は併せて1回とし、第1回の初診時に算定する。</p> <p>注4 同一の患者について1月以内に初診料を算定すべき初診を2回以上行った場合は、初診料は1回とし、第1回の初診時に算定する。</p> <p>注5 6歳未満の乳幼児に対して保険医療機関が初診を行った場合は、乳幼児加算として、40点を所定点数に加算する。ただし、注8に規定する加算を算定する場合は算定できない。</p> <p>注6 著しく歯科診療が困難な者に対して初診を行った場合（歯科診療特別対応加算3を算定する場合を除く。）は、歯科診療特別対応加算1として、175点を所定点数に加算し、著しく歯科診療が困難な者に対して</p>	<p>1 歯科初診料 <u>267点</u></p> <p>2 地域歯科診療支援病院歯科初診料 <u>291点</u></p> <p>注1 1については、歯科外来診療における院内感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、初診を行った場合に算定する。この場合において、当該届出を行っていない保険医療機関については、<u>240点</u>を算定する。</p>

項 目	改 正 後	改 正 前
<p>【注の追加】</p>	<p>当該患者が歯科治療環境に円滑に適応できるような技法を用いて初診を行った場合又は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対して個室若しくは陰圧室において初診を行った場合（歯科診療特別対応加算3を算定する場合を除く。）は、歯科診療特別対応加算2として、250点を所定点数に加算し、感染症法第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初診を行った場合は、歯科診療特別対応加算3として、500点を所定点数に加算する。ただし、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を算定する患者について、当該患者に対する診療時間が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。</p> <p>注7 6歳以上の患者に対して保険医療機関が表示する診療時間以外の時間（深夜（午後10時から午前6時までの間をいう。以下この表において同じ。）及び休日を除く。以下この表において同じ。）、休日（深夜を除く。以下この表において同じ。）又は深夜において初診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、85点、250点又は480点をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、専ら夜間における救急医療の確保のために設けられている保険医療機関において、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間に初診を行った場合は、230点を所定点数に加算する。</p> <p>注8 6歳未満の乳幼児に対して保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において初診を行った場合は、乳幼児時間外加算、乳幼児休日加算又は乳幼児深夜加算として、125点、290点又は620点をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、注7のただし書に規定する保険医療機関において、同注のただし書に規定する時間に初診を行った場合は、270点を所定点数に加算する。</p> <p>注9 <u>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点を所定点数に加算する。</u></p> <p>注10 1及び2については、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、<u>歯科外来診療における医療安全対策に係る取組を行った場合は、それぞれ歯科外来診療医療安全対策加算1又は歯科外来診療医療安全対策加算2として、初診時1回に限り12点又は13点を所定点数に加算する。</u></p> <p>注11 1及び2については、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、<u>歯科外来診療における院内感染防止対策に係る取組を行った場合は、それぞれ歯科外来診療感染対策加算1若しくは歯科外来診療感染対策加算2又は歯科外来診療感染対策加算3若しくは歯科外来診療</u></p>	<p>(新設)</p> <p>注9</p> <p>注10</p>

21  
歯科診療報酬点数表

## 〈参考〉 医科点数表の改正(抄)

### 第2章 特掲診療料 第1部 医学管理等

項 目	改 正 後	改 正 前
	<p><b>B001 特定疾患治療管理料</b></p> <p>3 悪性腫瘍特異物質治療管理料</p> <p>イ 尿中B T Aに係るもの 220点</p> <p>ロ その他のもの</p> <p>(1) 1項目の場合 360点</p> <p>(2) 2項目以上の場合 400点</p> <p>注1 イについては、悪性腫瘍の患者に対して、尿中B T Aに係る検査を行い、その結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り第1回の検査及び治療管理を行ったときに算定する。</p> <p>注2 ロについては、悪性腫瘍の患者に対して、区分番号D009に掲げる腫瘍マーカーに係る検査(注1に規定する検査を除く。)のうち1又は2以上の項目を行い、その結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り第1回の検査及び治療管理を行ったときに算定する。</p> <p>注3 注2に規定する悪性腫瘍特異物質治療管理に係る腫瘍マーカーの検査を行った場合は、1回目の悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定すべき月に限り、150点をロの所定点数に加算する。ただし、当該月の前月に腫瘍マーカーの所定点数を算定している場合は、この限りでない。</p> <p>注4 注1に規定する検査及び治療管理並びに注2に規定する検査及び治療管理を同一月に行った場合にあっては、ロの所定点数のみにより算定する。</p> <p>注5 腫瘍マーカーの検査に要する費用は所定点数に含まれるものとする。</p> <p>注6 注1及び注2に規定されていない腫瘍マーカーの検査及び計画的な治療管理であって特殊なものに要する費用は、注1又は注2に掲げられている腫瘍マーカーの検査及び治療管理のうち、最も近似するものの所定点数により算定する。</p>	
<p><b>B 001-4 手術前医学管理料</b></p> <p>【注の見直し】</p>	<p><b>B001-4 手術前医学管理料</b> 1,192点</p> <p>注5 第3部検査及び第4部画像診断のうち次に掲げるもの(手術を行う前1週間以内に行ったものに限る。)は、所定点数に含まれるものとする。ただし、当該期間において同一の検査又は画像診断を2回以上行った場合の第2回目以降のものについては、別に算定することができる。</p> <p>イ 尿中一般物質定性半定量検査</p> <p>ロ 血液形態・機能検査 末梢血液像(自動機械法)、末梢血液像(鏡検法)及び末梢血液一般検査</p> <p>ハ 出血・凝固検査 出血時間、プロトロンビン時間(P T)及び活性化部分トロンボプラスチン時間(A P T T)</p> <p>ニ 血液化学検査 総ビリルビン、直接ビリルビン又は抱</p>	<p>ニ 血液化学検査 総ビリルビン、直接ビリルビン又は抱</p>

21

〈参考〉 医科診療報酬点数表

## 2 療養担当規則等

### (1) 保険医療機関及び保険医療養担当規則 (昭和32年4月30日厚生省令第15号) 【令和8年6月1日施行】

改 正 後	改 正 前
<p><b>(財産上の利益の收受による特定の事業者等への誘導の禁止)</b></p> <p><b>第2条の5の2</b> 保険医療機関は、患者に対して、次に掲げる事業者及び施設（以下この条において「事業者等」という。）を利用すべき旨の指示等を行うことの対償として、当該事業者等から金品その他の財産上の利益を收受してはならない。</p> <p>一 指定訪問看護事業者（健康保険法（大正11年法律第70号。以下「法」という。）第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者並びに介護保険法（平成9年法律第123号）第41条第1項本文に規定する指定居宅サービス事業者（同法第8条第4項に規定する訪問看護の事業を行う者に限る。）及び同法第53条第1項に規定する指定介護予防サービス事業者（同法第8条の2第3項に規定する介護予防訪問看護の事業を行う者に限る。）をいう。以下同じ。）</p> <p>二 介護保険法第41条第1項本文に規定する指定居宅サービス事業者（介護保険法第8条第11項に規定する特定施設入居者生活介護の事業を行う者に限る。）</p> <p>三 介護保険法第42条の2第1項に規定する指定地域密着型サービス事業者（同法第8条第20項に規定する認知症対応型共同生活介護、同条第21項に規定する地域密着型特定施設入居者生活介護及び同条第22項に規定する地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の事業を行う者に限る。）</p> <p>四 介護保険法第8条第25項に規定する介護保険施設</p> <p>五 介護保険法第53条第1項に規定する指定介護予防サービス事業者（介護保険法第8条の2第9項に規定する介護予防特定施設入居者生活介護の事業を行う者に限る。）</p> <p>六 介護保険法第54条の2第1項に規定する指定地域密着型介護予防サービス事業者（同法第8条の2第15項に規定する介護予防認知症対応型共同生活介護の事業を行う者に限る。）</p> <p>七 介護保険法第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者</p> <p>八 介護保険法第58条第1項に規定する指定介護予防支援事業者</p> <p>九 前各号に掲げる事業者等と併せて利用する事業者であつて、当該事業者等と特別の関係にある事業者</p> <p><b>(受給資格の確認等)</b></p> <p><b>第3条</b> 保険医療機関は、患者から療養の給付を受けることを求められた場合には、次に掲げるいずれかの方法によって療養の給付を受ける資格があることを確認しなければならない。ただし、緊急やむを得ない事由によつて当該確認を行うことができない患者であつて、療養の給付を受ける資格が明らかなものについては、この限りでない。</p> <p>一 法第3条第13項に規定する電子資格確認（以下「電子資格確認」という。）</p> <p>二～四（略）</p> <p>2～4（略）</p> <p><b>(要介護被保険者等の確認)</b></p> <p><b>第3条の2</b> 保険医療機関等は、患者に対し、訪問看護、訪問リハビリテーションその他の介護保険法第8条第1項に規定する居宅サービス又は同法第8条の2第1項に規定する介護予防サービスに相当する療養の給付を行うに当たつては、同法第12条第3項に規定する被保険者証の提示を求</p>	<p>(新設)</p> <p><b>(受給資格の確認等)</b></p> <p><b>第3条</b> 保険医療機関は、患者から療養の給付を受けることを求められた場合には、次に掲げるいずれかの方法によって療養の給付を受ける資格があることを確認しなければならない。ただし、緊急やむを得ない事由によつて当該確認を行うことができない患者であつて、療養の給付を受ける資格が明らかなものについては、この限りでない。</p> <p>一 健康保険法（大正11年法律第70号。以下「法」という。）第3条第13項に規定する電子資格確認（以下「電子資格確認」という。）</p> <p>二～四（略）</p> <p>2～4（略）</p> <p><b>(要介護被保険者等の確認)</b></p> <p><b>第3条の2</b> 保険医療機関等は、患者に対し、訪問看護、訪問リハビリテーションその他の介護保険法（平成9年法律第123号）第8条第1項に規定する居宅サービス又は同法第8条の2第1項に規定する介護予防サービスに相当する療養の給付を行うに当たつては、同法第12条第3項に規定</p>

## 2 基本診療料の施設基準等（抄） （平成20年厚生労働省告示第62号）【令和8年6月1日適用】

※基本診療料の施設基準等の一部改正（令和8年3月5日厚生労働省告示第70号）による改正後

### 第一 届出の通則

- 一 保険医療機関（健康保険法（大正十一年法律第七十号）第六十三条第三項第一号に規定する保険医療機関をいう。以下同じ。）は、第二から第十までに規定する施設基準に従い、適正に届出を行わなければならないこと。
- 二 保険医療機関は、届出を行った後に、当該届出に係る内容と異なる事情が生じた場合には、速やかに届出の内容の変更を行わなければならないこと。
- 三 届出の内容又は届出の変更の内容が第二から第十までに規定する施設基準に適合しない場合には、当該届出又は届出の変更は無効であること。
- 四 届出については、届出を行う保険医療機関の所在地を管轄する地方厚生局長又は地方厚生支局長（以下「地方厚生局長等」という。）に対して行うこと。ただし、当該所在地を管轄する地方厚生局又は地方厚生支局の分室がある場合には、当該分室を経由して行うこととする。

### 第二 施設基準の通則

- 一 地方厚生局長等に対して当該届出を行う前六月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。
- 二 地方厚生局長等に対して当該届出を行う前六月間において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揭示事項等（平成十八年厚生労働省告示第百七号）第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。
- 三 地方厚生局長等に対して当該届出を行う前六月間において、健康保険法第七十八条第一項及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号。以下「高齢者医療確保法」という。）第七十二条第一項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。
- 四 地方厚生局長等に対して当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法（平成十八年厚生労働省告示第百四号）に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

### 第三 初・再診料の施設基準等

- 一 医科初診料の注7及び注8、医科再診料の注6、外来診療料の注9並びに歯科初診料の注7の時間外加算等に係る厚生労働大臣が定める時間
 

当該地域において一般の保険医療機関がおおむね診療応需の態勢を解除した後、翌日に診療応需の態勢を再開するまでの時間（深夜（午後十時から午前六時までの時間をいう。）及び休日を除く。）
- 三の七 医科初診料、再診料及び外来診療料の電子的診療情報連携体制整備加算並びに歯科初診料及び再診料の電子的歯科診療情報連携体制整備加算の施設基準
  - (1) 電子的診療情報連携体制整備加算1の施設基準
    - イ 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令（昭和五十一年厚生省令第三十六号）第一条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。
    - ロ 保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和三十一年厚生省令第十五号。以下「療担規則」という。）第

五条の二第二項及び第五条の二の二第一項に規定する明細書並びに高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和五十八年厚生省告示第十四号。以下「療担基準」という。）第五条の二第二項及び第五条の二の二第一項に規定する明細書を患者に無償で交付していること。ただし、保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部を改正する省令（平成二十八年厚生労働省令第二十七号）附則第三条又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準の一部を改正する件（平成二十八年厚生労働省告示第五十号）附則第二条に規定する正当な理由に該当する場合は、療担規則第五条の二の二第一項及び療担基準第五条の二の二第一項に規定する明細書を無償で交付することを要しない。

- ハ 健康保険法第三条第十三項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。
  - ニ 医師又は歯科医師が、健康保険法第三条第十三項に規定する電子資格確認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。
  - ホ 健康保険法第三条第十三項に規定する電子資格確認に係る十分な実績を有していること。
  - ヘ ロの体制に関する事項、医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
  - ト ヘの揭示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。
  - チ 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。
  - リ 電磁的記録をもって作成された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磁的記録として登録する体制を有していること。
  - ヌ 電磁的方法により診療情報を共有し、活用する体制を有していること。
- (2) 電子的診療情報連携体制整備加算2及び電子的歯科診療情報連携体制整備加算1の施設基準
- (1)のイからチまでを満たし、かつ、リ又はヌのいずれかを満たすものであること。
  - (3) 医科初診料の電子的診療情報連携体制整備加算3、医科再診料及び外来診療料の電子的診療情報連携体制整備加算並びに歯科初診料の電子的歯科診療情報連携体制整備加算2及び歯科再診料の電子的歯科診療情報連携体制整備加算の施設基準
    - (1)のイからチまでを満たすものであること。

### 三の八 削除

### 六 明細書発行体制等加算の施設基準

- (1) 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令第一条に規定する電子情報処理組織の使用による請求又は同令附則第三条の二に規定する光ディスク等を用いた請求を行っていること。
- (2) 療担規則第五条の二第二項及び第五条の二の二第一項に規定する明細書並びに療担基準第五条の二第二項及び第五条の二の二第一項に規定する明細書を患者に無償で交付していること。ただし、保険医療機関及び保

312

揭示事項等告示／基本診療料の施設基準等（告示）

### 3 特掲診療料の施設基準等（抄）（平成20年厚生労働省告示第63号）【令和8年6月1日適用】

※特掲診療料の施設基準等の一部改正（令和8年3月5日厚生労働省告示第71号）による改正後

#### 第一 届出の通則

- 一 保険医療機関（健康保険法（大正十一年法律第七十号）第六十三条第三項第一号に規定する保険医療機関をいう。以下同じ。）及び保険薬局（同号に規定する保険薬局をいう。以下同じ。）（以下「保険医療機関等」という。）は、第二から第十五までに規定する施設基準に従い、適正に届出を行わなければならないこと。
- 二 保険医療機関等は、届出を行った後に、当該届出に係る内容及び異なる事情が生じた場合には、速やかに届出の内容の変更を行わなければならないこと。
- 三 届出の内容又は届出の変更の内容が第二から第十五までに規定する施設基準に適合しない場合は、当該届出又は届出の変更は無効であること。
- 四 届出については、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局長又は地方厚生支局長（以下「地方厚生局長等」という。）に対して行うこと。ただし、当該所在地を管轄する地方厚生局又は地方厚生支局の分室がある場合には、当該分室を経由して行うこと。

#### 第二 施設基準の通則

- 一 地方厚生局長等に対して当該届出を行う前六月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。
- 二 地方厚生局長等に対して当該届出を行う前六月間において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揭示事項等（平成十八年厚生労働省告示第一百七号）第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。
- 三 地方厚生局長等に対して当該届出を行う前六月間において、健康保険法第七十八条第一項及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）第七十二条第一項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。
- 四 地方厚生局長等に対して当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法（平成十八年厚生労働省告示第四百号）に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

#### 第三 医学管理等

##### 二 特定疾患治療管理料に規定する施設基準等

- (2) 特定薬剤治療管理料1の対象患者  
別表第二の一に掲げる患者
- (6)の2 外来栄養食事指導料、入院栄養食事指導料及び退院後訪問栄養食事指導料の対象患者  
疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する別表第三に掲げる特別食を必要とする患者、がん患者、摂食機能若しくは嚥下機能が低下した患者又は低栄養状態にある患者
- (11) がん性疼痛緩和指導管理料の施設基準  
当該保険医療機関内に緩和ケアを担当する医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、医師又は歯科医師）（緩和ケアに係る研修を受けたものに限る。）が配置されていること。

- (11)の2 がん性疼痛緩和指導管理料の注2に規定する施設基準  
がん患者に対するがん性疼痛の症状緩和を目的とした放射線治療及び神経ブロックを実施する体制及び実績を有していること。
- (12) がん患者指導管理料の施設基準等  
イ がん患者指導管理料のイの施設基準  
① がん患者に対して指導管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。  
② 当該保険医療機関において、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。
- ロ がん患者指導管理料のロからニまでの施設基準  
イの①を満たすものであること。
- (13) 外来緩和ケア管理料の施設基準等  
イ 外来緩和ケア管理料の注1に規定する施設基準  
① 緩和ケア診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。  
② 当該体制において、身体症状の緩和を担当する医師、精神症状の緩和を担当する医師、緩和ケアに関する相当の経験を有する看護師及び薬剤師が適切に配置されていること。

#### 四の六 外来リハビリテーション診療料の施設基準

- (1) 理学療法士、作業療法士等が適切に配置されていること。
- (2) リハビリテーションを適切に実施するための十分な体制が確保されていること。

#### 四の七 外来放射線照射診療料の施設基準

- (1) 放射線治療を行うにつき必要な医師、看護師及び診療放射線技師等が適切に配置されていること。
- (2) 緊急時における放射線治療を担当する医師との連絡体制等放射線治療を適切に実施するための十分な体制が確保されていること。

#### 四の八の四 外来腫瘍化学療法診療料の施設基準等

- (1) 外来腫瘍化学療法診療料1の施設基準  
イ 外来化学療法及び当該外来化学療法に伴う副作用等に係る検査又は投薬等を行うにつき十分な体制が整備されていること。  
ロ 外来化学療法を行うにつき必要な機器及び十分な専用施設を有していること。  
ハ 外来化学療法の評価に係る委員会を設置していること。
- ニ 当該保険医療機関内に外来化学療法を担当する医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、医師又は歯科医師）であって、緩和ケアに関する適切な研修を受けたものが配置されていること。
- ホ がん患者に対して指導管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (2) 外来腫瘍化学療法診療料2の施設基準  
イ 外来化学療法及び当該外来化学療法に伴う副作用等に係る検査又は投薬等を行うにつき必要な体制が整備されていること。  
ロ (1)のロを満たすものであること。
- (3) 外来腫瘍化学療法診療料3の施設基準  
イ 外来化学療法及び当該外来化学療法に伴う副作用等に係る検査又は投薬等を行う体制が整備されていること。  
ロ 外来化学療法及び当該外来化学療法に伴う副作用等

## 4 特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）（抄）

（平成20年厚生労働省告示第61号）

〔特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）の一部を改正する件（令和8年3月5日厚生労働省告示第73号）による改正〕

### 【令和8年6月1日適用】

別表

Ⅲ 医科点数表の第2章第4部及び別表第二歯科診療報酬点数表（以下「歯科点数表」という。）の第2章第4部に規定するフィルム及びその材料価格

規	格	1枚当たり材料価格
001	半切	120円
002	大角	115円
003	大四ツ切	76円
004	四ツ切	62円
005	六ツ切	48円
006	八ツ切	46円
007	カビネ	38円
008	30 cm×35 cm	87円
009	24 cm×30 cm	68円
010	18 cm×24 cm	46円
011	標準型（3 cm×4 cm）	29円
012	咬合型（5.7 cm×7.6 cm、5.5 cm×7.5 cm又は5.4 cm×7 cm）	27円
013	咬翼型（4.1 cm×3 cm又は2.1 cm×3.5 cm）	40円
014	オルソパントモ型	
	20.3 cm×30.5 cm	103円
	15 cm×30 cm	120円
015	小児型	
	2.2 cm×3.5 cm	31円
	2.4 cm×3 cm	23円
016	間接撮影用フィルム	
	10 cm×10 cm	29円
	7 cm×7 cm	22円
	6 cm×6 cm	15円
017	オデルカ用フィルム	
	10 cm×10 cm	33円
	7 cm×7 cm	22円
018	マンモグラフィー用フィルム	
	24 cm×30 cm	135円
	20.3 cm×25.4 cm	135円
	18 cm×24 cm	121円
019	画像記録用フィルム	
	(1) 半切	226円
	(2) 大角	188円
	(3) 大四ツ切	186円
	(4) B 4	149円
	(5) 四ツ切	135円
	(6) 六ツ切	115円
	(7) 24 cm×30 cm	145円

Ⅳ 歯科点数表の第2章第6部に規定する特定保険医療材料及びその材料価格

- 001 削除
- 002 中心静脈用カテーテル

34

材料価格基準  
（告示）

## 歯科診療報酬点数表に関する事項

## 通則

- 1 1人の患者について療養の給付に要する費用は、第1章基本診療料及び第2章特掲診療料の規定に基づき算定された点数の総計に10円を乗じて得た額とする。
- 2 基本診療料には、簡単な診療行為が包括されており、消炎、鎮痛を目的とする理学療法、口腔軟組織の処置、単純な外科後処置、口角びらの処置は、再診料にも包括されている。
- 3 特掲診療料には、特に規定する場合を除き、当該医療技術に伴い必要不可欠な衛生材料等の費用を含んでいる。
- 4 基本診療料に係る施設基準、届出等の取扱いは、「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件」(令和8年厚生労働省告示第70号)による改正後の「基本診療料の施設基準等」(平成20年厚生労働省告示第62号)に基づくものとし、その具体的な取扱いは別途通知する。
- 5 特掲診療料に係る施設基準、届出等の取扱いは、「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件」(令和8年厚生労働省告示第71号)による改正後の「特掲診療料の施設基準等」(平成20年厚生労働省告示第63号)に基づくものとし、その具体的な取扱いは別途通知する。
- 6 基本診療料及び特掲診療料の算定に当たっては、「診療報酬請求書等の記載要領等について」(昭和51年8月7日保険発第82号)を踏まえて、必要な事項を診療報酬明細書に記載する。
- 7 署名又は記名・押印を要する文書については、自筆の署名(電子的な署名を含む。)がある場合には印は不要である。
- 8 文書による提供等を行うこととされている個々の患者の診療に関する情報等を、電磁的方法によって、患者、他の保険医療機関、保険薬局、指定訪問看護事業者等に提供等する場合は、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」を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、本ガイドラインに定められた電子署名(厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野PKI認証局の発行する電子証明書を用いた電子署名、認定認証事業者(電子署名及び認証業務に関する法律(平成12年法律第102号)第2条第3項に規定する特定認証業務を行う者をいう。)又は認証事業者(同条第2項に規定する認証業務を行う者(認定認証事業者を除く。)をいう。)の発行する電子証明書を用いた電子署名、電子署名等に係る地方公共団体情報システム機構の認証業務に関する法律(平成14年法律第153号)に基づき、平成16年1月29日から開始されている公的個人認証サービスを用いた電子署名等)を施すこと。
- 9 所定点数は、特に規定する場合を除き、注に規定する加算を含まない点数を指す。
- 10 区分番号は、「A000」初診料における「A000」を指す。なお、以下区分番号という記載は省略し、「A000」のみ記載する。
- 11 施設基準の取扱いに関する通知について、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(令和8年3月5日保医発 0305 第7号)を「基本診療料施設基準通知」、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(令和8年3月5日保医発 0305 第8号)を「特掲診療料施設基準通知」という。

- (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（病原体がバルボウイルス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
- (マ) クロストリジオイデス・ディフィシル感染症
- (ミ) 基質特異性拡張型βラクタマーゼ産生腸内細菌目細菌感染症

- (17) 「注6」に規定する歯科診療特別対応加算2（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対して個室若しくは陰圧室において初診を行った場合を除く。）を算定するにあつては、「歯科治療環境に円滑に適応できるような技法」を用いた場合に算定する。また、「歯科治療環境に円滑に適応できるような技法」とは、歯科診療の開始に当たり、患者が歯科治療の環境に円滑に適応できるための方法として、Tell-Show-Do法などの系統的脱感作法並びにそれに準拠した方法、オペラント法、モデリング法、TEACCH法、遊戯療法、ボイスコントロール法等の患者の行動を調整する専門的技法をいう。なお、当該加算を算定した場合は、患者の状態及び用いた専門的技法の名称を診療録に記載する。
- (18) 「注6」に規定する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つて、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。なお、当該加算を算定した場合は、当該患者の病名（(16)のトの(ア)から(ミ)までのいずれか）を診療録に記載する。
- (19) 「注6」に規定する歯科診療特別対応加算3は、新型インフルエンザ等感染症等の患者に対して、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。なお、当該加算を算定した場合は、病名を診療録に記載する。
- (20) 「注6」に規定する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。
- (21) 「注7」及び「注8」の医科と共通の項目は、医科点数表の第1章第1部第1節A000に掲げる初診料の例により算定する。
- (22) 「注9」の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か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。

第4部④ 使用歯科材料料算定（通知）

（別紙1）

材料料

M002 支台築造

（支台築造の保険医療材料料（1歯につき））

ファイバーポストを用いた場合は次の材料料と使用した本数分のファイバーポスト料との合計により算定する。

1 間接法

(1) メタルコアを用いた場合

- イ 大白歯 139点
- ロ 小白歯・前歯 86点

(2) ファイバーポストを用いた場合

- イ 大白歯 27点
- ロ 小白歯・前歯 15点

2 直接法

(1) ファイバーポストを用いた場合

- イ 大白歯 27点
- ロ 小白歯・前歯 15点

(2) その他の場合

- イ 大白歯 33点
- ロ 小白歯・前歯 21点

（ファイバーポスト）

1本につき 58点

M005 装着

1 歯冠修復物（1歯につき）

(1) 歯科用合着・接着材料Ⅰ

- イ 標準型 17点
- ロ 自動練和型 36点

(2) 歯科用合着・接着材料Ⅱ

- イ 標準型 10点
- ロ 自動練和型 12点

(3) 歯科用合着・接着材料Ⅲ

12点

(4) 歯科用合着・接着材料Ⅳ

4点

2 仮着（1歯につき）

4点

3 口腔内装置等の装着の場合（1歯につき）

(1) 歯科用合着・接着材料Ⅰ

- イ 標準型 17点
- ロ 自動練和型 36点

(2) 歯科用合着・接着材料Ⅱ

- イ 標準型 10点
- ロ 自動練和型 12点

(3) 歯科用合着・接着材料Ⅲ

12点

(4) 歯科用合着・接着材料Ⅳ又は歯科充填用即時硬化レジン

4点

M009 充填（1窩洞につき）

1 歯科充填用材料Ⅰ

(1) 複合レジン系		
イ 単純なもの		12 点
ロ 複雑なもの		31 点
(2) グラスアイオノマー系		
イ 標準型		
a 単純なもの		7 点
b 複雑なもの		18 点
ロ 自動練和型		
a 単純なもの		8 点
b 複雑なもの		21 点
2 歯科充填用材料 II		
(1) 複合レジン系		
イ 単純なもの		4 点
ロ 複雑なもの		11 点
(2) グラスアイオノマー系		
イ 標準型		
a 単純なもの		3 点
b 複雑なもの		8 点
ロ 自動練和型		
a 単純なもの		6 点
b 複雑なもの		17 点
M010 金属歯冠修復 (1 個につき)		
1 14 カラット金合金		
(1) インレー		
複雑なもの		2,562 点
(2) 4 分の 3 冠		3,201 点
2 金銀パラジウム合金 (金 12%以上)		
(1) 大白歯		
イ インレー		
a 単純なもの		574 点
b 複雑なもの		1,062 点
ロ 5 分の 4 冠		1,337 点
ハ 全部金属冠		1,682 点
(2) 小臼歯・前歯		
イ インレー		
a 単純なもの		391 点
b 複雑なもの		778 点
ロ 4 分の 3 冠		961 点
ハ 5 分の 4 冠		961 点
ニ 全部金属冠		1,204 点
3 銀合金		
(1) 大白歯		
イ インレー		
a 単純なもの		36 点