

歯科 2026 年度 診療報酬改定の主な内容

【基本診療料】

物価高騰を踏まえた対応として、歯科初診料は 5 点引き上げられ 272 点、再診料は 1 点引き上げられ 59 点とされた。院内感染防止対策（初診料注 1）の施設基準を届け出していない医療機関についても初診料が 5 点引き上げられ 245 点、再診料も 1 点引き上げられ 45 点とされた。

【歯科外来物価対応料】

歯科物価外来対応料が新設され、初診時 3 点、再診時 1 点を 1 日につき算定する。段階的引き上げとして 2027 年 6 月からは初診時 6 点、再診時 2 点を算定する。なお、医科にある訪問診療時の物価対応料は、歯科には設定されていない。

【医学管理等】

歯科疾患管理料の初診月減算規定が削除され、初診時・再診時を問わず 90 点を算定することとされた。

小児口腔機能管理料（小機能）が小児口腔機能管理料 1、2 に再編され、それぞれ 90 点、50 点を算定することとなった。対象患者が見直され、口腔機能の評価項目で 3 項目以上該当する患者は小児口腔機能管理料 1 を、2 項目に該当する患者は 2 を算定する。

口腔機能管理料（口機能）が口腔機

能管理料 1、2 に再編され、それぞれ 90 点、50 点を算定することとなった。いずれも口腔機能低下症の患者が対象で、口機能 1 は口腔細菌定量検査、咀嚼能力検査、咬合圧検査、舌圧検査、新設の口腔粘膜検査湿潤度検査のいずれかを実施した患者が対象。従前は点数のある検査項目でいずれか一つ機能低下が認められないと口機能は算定できなかったが、改定後は点数のない検査項目だけでも口機能 2 の算定が可能になる。

歯科衛生実地指導料の口腔機能指導加算（12 点）が廃止され、独立した本体点数として口腔機能実地指導料（46 点）が新設される。施設基準を届け出た保険医療機関で、口腔機能の発達不全を有する患者または口腔機能の低下を来している患者に対して、必要な研修を受講した歯科衛生士が、歯科医師の指示を受けて口腔機能に係る指導を行い、指導内容を文書で提供した場合に、月 1 回に限り算定する。

新製有床義歯管理料（義管）の算定単位が従来の 1 口腔単位から 1 装置単位へ変更され、装置ごとに管理料を算定できるようになる。義管と歯科口腔リハビリテーション料 1（1）の説明・指導内容が整理され、義管と歯リハ 1（1）は同日であっても併算定できることとなった。

や抜髄を行ってしまうケースがある」として、歯科医師が口腔顔面痛の知識を身に付ける必要があると指摘。講演では、実際の症例を紹介しながら非歯原性歯痛のそれぞれの特徴や診断方法について解説が行われた。

筋・筋膜痛では、咀嚼筋・僧帽筋に生じると、部位が明示できない漠然とした軽度の「歯痛」として感じられることや、群発頭痛では上顎最後臼歯の激しい痛みを生じ、誤診による抜歯が多いことなどが示された。群発頭痛は視床下部（体内時計）が発生源であるため、同じ周期、同じ季節、同じ時間に発症するという周期性についても解説された。群発頭痛患者が診断前に受診したところは歯科が 34%を占め、診断前に受けた治療は抜歯が 16%にのぼり、診断の遅れにつながっていることも指摘された。

また、三叉神経痛は最も誤診が多い疾患の一つであり、ほとんどの患者は歯の痛みだと思って最初に歯科を受診するが、多くのケースで初診時に正し

【在宅医療】

同一建物に居住する 1 人の患者に対して歯科訪問診療を行った際に、その患者と同一の建物に居住する他の患者に対して、患者などの求めに応じて緊急に歯科訪問診療をする必要を認め、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、どちらの患者にも歯科訪問診療 1 を算定できることとされた。

在宅療養支援歯科診療所 1 および 2（歯援診 1、2）について、施設基準が変更された。選択項目に研修歯科医を受け入れ歯科訪問診療教育を実施している臨床研修施設であることなどが追加される。

【検査】

口腔細菌定量検査、咀嚼能力検査、咬合圧検査の施設基準が廃止される。口腔粘膜湿潤度検査が新設され、加齢などにより口腔機能の低下を来している患者または放射線治療や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、3 月に 1 回に限り 130 点を算定する。

【処置】

歯髄温存療法（AIPC）と直接歯髄保護処置（直 PCap）を行う際に使用した麻酔の薬剤料が算定できることになった。

歯周病安定期治療（SPT）および歯周病予防治療（P 重防）が歯周病継続支援治療に整理・統合された。

【歯冠修復・欠損補綴】

歯科技工所に勤務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が新設された。施設基準を届け出た保険医療機関において、補綴物等の製作等の委託

い診断を受けられずに抜歯や根管治療などの不必要な歯科治療を受けていることが紹介された。

さらに、驚いたときや不安や恐怖を感じたとき、または歯科医師への不信任によって特発性疼痛（原因不明の疼痛）や不定愁訴が発現することもある。歯科治療の際には患者を安心させる説明が必要であり、治療中に患者の不安を煽る言動をしないだけでなく、歯科医師が自覚的に「有能で親切的な歯科医師を演じる」ことが求められるとした。

最後に、非歯原性歯痛の部位や頻度などのそれぞれの特徴をおさえた問診が大切であり、不必要な抜歯や抜髄などによる患者とのトラブルを未然に防ぐためにも診断

を行った場合に、1 装置につき 15 点を算定する。段階的引き上げとして、2027 年 6 月以降は 30 点を算定する。

補綴時診断料（新製の場合）への加算として歯科技工士連携加算 1（歯技連 1）60 点、歯科技工士連携加算 2（歯技連 2）80 点が新設された。施設基準を届け出た保険医療機関に限り、高強度硬質レジンブリッジ、チタンブリッジ、3 次元プリント有床義歯を製作する場合、補綴時診断を行う際に算定する。

第一大臼歯、第二大臼歯に CAD/CAM 冠材料（Ⅲ）を使用する場合に求められていた咬合支持の要件が全て廃止され、第三大臼歯を含む全ての大臼歯に適用できることになった。

鑄造鉤、線鉤、コンビネーション鉤は原則としてコバルトクロム合金を使用することとなった。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、使用した理由をカルテに記載する。

【ベースアップ評価料】

歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の初診時が 11 点引き上げられ 21 点、再診時等が 2 点引き上げられ 4 点とされた。歯科訪問診療時は、同一建物居住者以外の場合が 25 点引き上げられ 66 点、同一建物居住者の場合が 1 点引き上げられ 11 点とされた。改定前から評価料を算定している医療機関は初診時 31 点、再診時 6 点と新規で届け出る場合より高い点数を算定する。段階的引き上げとして 2027 年 6 月にはさらに引き上げが行われる。また、対象職員について、従前は歯科衛生士、歯科技工士、歯科業務補助者に限定されていたが、改定後は「当該保険医療機関において勤務する職員」とされ、対象が拡大する。

方法と鑑別方法を知ることが重要と締めくり、「診断する上で困った時はひとりで抱え込まず、周りの人に相談してほしい」と強調した。

表. 非歯原性歯痛の分類（2019）

1. 筋・筋膜痛による歯痛
2. 神経障害性疼痛による歯痛
①発作性：三叉神経痛など
②持続性：帯状疱疹性神経痛、帯状疱疹後神経痛など
3. 神経血管性頭痛による歯痛（片頭痛、群発頭痛など）
4. 上顎洞疾患による歯痛
5. 心臓疾患による歯痛（狭心症など）
6. 精神疾患または心理社会的要因による歯痛（身体症状症、統合失調症、うつ病など）
7. 特発性歯痛（非定型歯痛を含む）
8. その他の様々な疾患による歯痛

1 月 18 日、保険医協会はオンラインセミナー「その痛み、本当に歯が原因ですか？～原因不明の歯痛・顔面痛を生じさせる身体疾患～」と題して講演会を開催し、13 名の歯科会員が参加した。講師は、静岡市立清水病院歯科口腔外科口腔顔面痛外来の井川雅子氏が務めた。

通常の歯痛（歯原性歯痛）に対し「非歯原性歯痛」は歯が原因ではない歯痛を指し、日本口腔顔面痛学会では右表のように分類している。井川氏は、「歯痛や顎関節症のように見えても、実際は医科領域の全く別の疾患であるということが少なくないが、歯科医師が歯科疾患であると誤診して不必要な抜歯

歯痛・顔面痛セミナー
不必要な歯科治療をしないために