



週刊WEB
マガジン



医業経営

2026.5.26

医療情報ヘッドライン

医療用手袋5000万枚
の備蓄を放出

**18日から
医療機関の
要請受付スタート**

▶厚生労働省

**出来高制から
成果連動型報酬
への転換**

**医師の機能的定年制
の導入も主張**

▶日本医師会

経営TOPICS

統計調査資料 医科・歯科医療費の動向

(電算処理分・令和7年度11月号)

経営データベース

ジャンル: 機能選択 > サブジャンル: 病床機能選択
200床以上の病院の生き残り戦略
専門病院の経営ポイント

週刊 医療情報

2026年5月22日号
診療報酬改定の影響8項目
調査へ、急性期医療など

経営情報レポート

2040年を見据えた
歯科医院経営の転換点
令和8年度 診療報酬改定
の基本方針と改定の概要

医療用手袋5000万枚の備蓄を放出 18日から医療機関の要請受付スタート

厚生労働省

厚生労働省は5月14日、都道府県と医療関係団体に向けて「中東情勢を踏まえた医療用手袋の備蓄放出について」と題した事務連絡を発出。パンデミックの発生に備えて国が備蓄している約4億9000万枚の医療用手袋のうち、ニトリル素材の手袋5000万枚の放出を決定し、5月18日より医療機関からの要請受付を開始することを通知した。

希望する医療機関はG-MIS（医療機関等情報支援システム）の週次調査に回答し手袋を要請した上で、アスクルの購入サイトから必要情報の登録が必須となる。

1セット1000枚（10箱）を最小の販売単位として5,980円で購入でき、今後は毎週水曜17時要請締切のスケジュールで随時受付予定だ。

■上野厚労相「5月下旬のできる限り

早い時期にお届けを」

中東情勢の緊迫化に伴うナフサの供給不安を受けて、医療用手袋は現在通常通りの発注に概ね対応できている一方、通常量を大幅に超える発注も見られ、一部の医療機関で確保が困難となっている。

こうした状況から、確保が困難となっている医療機関に向けて、まずは5000万枚（全国の一般診療所および歯科診療所の約1カ月分の需要は9000万枚程度と推計）の放出を決定した。

上野賢一郎厚生労働大臣は5月15日の記者会見で、「5月下旬のできる限り早い時期に医療機関にお届けできるようにしたい」とコメントしている。

■G-MIS上の要請だけでなくアスクルの登録を

今回の事務連絡で厚労省は放出スキームを説明。購入を希望する医療機関は、まずG-MISにログインの上、医療用手袋の「①在庫量、②1週間の想定消費量、③1週間の購入見込み量を問う週次調査に回答し、G-MIS上で緊急配布要請を行う。G-MIS上の手続きだけでは手袋は配送されず、要請後は速やかにアスクルの「厚生労働省指定ニトリル手袋購入申込フォーム」から必要情報の登録が不可欠であり、情報登録が遅れると配送が遅れる可能性がある点も注意が必要だ。

都道府県はG-MIS上で各医療機関の要請内容を確認するとともに、配送要否や枚数などの必要事項を入力。それを厚労省が確認し、要請を承認した上で、手袋を販売する必要がある医療機関のリストが国からアスクルに送付される。

その後、アスクルから医療機関が登録したメールアドレス宛に連絡が届き、該当メールに記載されたURLから購入手続を行うことで、手袋が配送されることとなる。

なお、緊急配布が「要」となる条件について、厚労省は週次調査で回答する「①在庫量<（②今後1週間あたり想定消費量-③今後1週間に購入できる見込み量）×4」と定義。

各医療機関に対して要請を行う際に、「緊急配布要請条件チェックシート」を活用し、必ず自身が条件を満たしているか確認するよう求めている。販売枚数は、「想定消費量の2週間分（1週間の想定消費量×2）の数値に応じて、1000枚単位で繰り上げた数が、医療機関の購入可能数」となる。

出来高制から成果連動型報酬への転換 医師の機能的定年制の導入も主張

日本医師会

日本医師会の笹本洋一常任理事は5月13日の定例記者会見で、未来医師会ビジョン委員会が取りまとめた答申「2050年の日本～未来の医療のあるべき姿、未来の医師のあるべき姿、未来の医師会のあるべき姿～」を公表。その中で秋田県医師会理事の細谷拓真氏は2050年に向けて、報酬体系を従来の診療行為の量を評価する出来高制から、判断の質・責任・貢献を評価する「成果連動型」や「リスク連動型」の評価に転換する案を提示した。ほかにも、医師の供給過剰と年齢構成のバランスを適正化するために「機能的定年制」を導入する必要性を訴えている。

■量だけでなく「どう貢献したか」の評価を

未来医師会ビジョン委員会は日本医師会内に設置されている委員会の一つであり、今期は30代から40代を中心とする若手医師19名から構成されている。

本答申では人口減少や超高齢化、社会保障、地域医療、AI進展など、2050年に予想される変化に向けて、「日本・医療・医師・医師会」の4章をテーマに、具体的な政策への意見がまとめられた。

第3章「2050年の医師」では、細谷氏が「2050年、『医師余り』時代の医療制度再設計」と題した報酬・制度改革について提案。

2050年の医療界は、人口減少による需要縮小と、AI・ロボティクスによる生産性の飛躍的向上により、「医師余り」の時代への転換が想定されるため、制度の抜本的な再設計が不可欠だと指摘した。

まず、働き方改革の構造について、自院で

対面診療を行う「個人開業医」と、法人組織の中でオンライン診療や在宅医療の指示を担う「勤務医」の、どちらの役割も併せ持つ「ハイブリッド医師」という形態の標準化を提言。日常診療の多くをAIが支援する中、医師は人間にしか担えない領域における「最終判断者」としての役割に特化していくべきだと記した。

これに伴い、報酬体系も従来の「どれだけ診たか」という診療行為の量を評価する出来高制だけでなく、AIや多職種チームと連携して成果を上げる「成果連動型報酬」や、救急・外科など身体知と即時判断を要する領域に対する「リスク連動型報酬」など、「どう貢献したか」という判断の質・責任・貢献を評価する多層的な評価の仕組みを求めている。

■AIと人間の協働を前提とした制度設計に

さらに、医師の「機能的定年制」の導入を提言。これは単なる引退勧告ではなく、機能に応じて役割を段階的にシフトさせることで、ベテラン医師の知見を社会に還元し続ける仕組みであると主張した。

臨床の第一線からは退きつつも、AI診療の監督や若手教育、地域医療連携の統括、生命倫理の判断といった内容をベテラン医師が担うべき役割の例として示した。

細谷氏は最後に、「AIと人間の協働を前提とした診療構造、成果連動型報酬による公正な評価、そして機能的定年制による世代間の循環を組み合わせることこそが、2050年の持続可能な医療の形である」と総括。制度の改革に向けた検討を訴えた。

医療情報①
 中央社会保険
 医療協議会

診療報酬改定の影響8項目 調査へ、急性期医療など

厚生労働省は 14 日、2026 年度診療報酬改定の影響を検証するため、急性期入院医療など 8 項目を 27 年度にかけて調査する案を中央社会保険医療協議会の「入院・外来医療等の調査・評価分科会」に示した。

調査結果は、28 年度に予定されている診療報酬改定に向けた中医協の議論に活用する。分科会からは、地域医療体制確保加算 2 や外科医療確保特別加算の新設で医師の集約や地域医療の再編がどれだけ進んだか把握するよう求める意見があり、厚労省は対応を検討する。

26 年度と 27 年度には急性期・高度急性期・包括期・慢性期医療に対する評価の見直しや、入院医療に共通する医療従事者の負担軽減を促す評価の見直しの影響など 6 つの調査を行う。

地域医療体制確保加算 2 や外科医療確保特別加算の新設の効果など医療資源が少ない地域の医療機関の実態調査は 27 年度に実施する。ベースアップ評価料の引き上げによる医療従事者の賃上げの状況は医療機関が 27 年 8 月に提出する実績報告を使って把握する。

急性期入院医療に関しては、急性期病院一般入院基本料や急性期総合体制加算の新設による影響などを調べる。また、入院医療の共通事項に関する調査では、看護・多職種協働加算の新設やリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の見直しの影響を把握する。

厚労省のスケジュール案によると、26 年度の調査票は 7-10 月に決めて年末にかけて実施する。調査結果の集計・分析がまとまるのは 27 年 3 月ごろになる見通し。

また、27 年度の調査は 5-7 月に行い、中医協に 8 月ごろ集計・分析結果を報告する。28 年度診療報酬改定の議論はそれ以降に本格化する。

分科会の津留英智委員（全日本病院協会常任理事）は 14 日の意見交換で、看護・多職種協働加算の調査について、対象職種（看護職員・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・管理栄養士・臨床検査技師）の拡大を検討できる内容にするよう求めた。

医療情報②
 中央社会保険
 医療協議会

中長期検討のDPC持参薬 「通知で制限を」

中央社会保険医療協議会の「入院・外来医療等の調査・評価分科会」が 14 日に開いた会合では、DPC の「持参薬ルール」など 2026 年度の診療報酬改定後に検討する中長期的な 3 つの課題への対応を求める意見があった。持参薬に関しては、薬剤料が DPC の点数に包括されるのを防ぐため、外来で薬を処方して患者の入院時に持参させる病院があるとされる。

分科会の津留英智委員（全日本病院協会常任理事）は「薬剤費の金額的にも決して小さくない課題だと思う」と指摘し、「非常に複雑な問題もあって解決が難しいかもしれないが、駄目なものは駄目だ」と述べた。その上で、通知で制限するなどルールの特典化を求めた。

26年度の改定に向けた分科会の議論では、以下が中長期の検討課題とされた。

- ▼DPCの持参薬ルール
- ▼より良い入院医療への評価を実現するための「重症度、医療・看護必要度」（看護必要度）の見直し
- ▼地域包括医療病棟など包括期医療への患者別評価の導入

委員の見解が異なったり、データの解析に技術的に限界があったりしたため、厚労省は改定後に行う実態調査や研究班での議論を経て検討するのが望ましいとしている。DPCの持参薬に関しては、公平な支払いを実現させるためできるだけ統一した運用を検討する。

鳥海弥寿雄委員（東京慈恵会医科大・医療保険指導室前室長）は14日の意見交換で、持参薬の選定が病棟薬剤師の業務負担の増大につながっているため、規制が必要だと指摘する一方、1泊や2泊の短期入院は対象外にするなどの対応を求めた。

また、柏木聖代委員（東京科学大大学院教授）は、看護必要度の適切な評価項目の検討を求めた。自分で寝返りを打てるかなど患者の状態を評価する「B項目」のデータに関しては「病棟のマネジメントにも活用されている」と重要性を強調した。

看護必要度は、入院中の看護の必要量を予測するため、08年度の診療報酬改定で「重症度、看護必要度」として導入された。それから20年近くが経ち、入院患者の高齢化や電子カルテなどICTの開発が進んだため、現在の指標が実際の必要量を適切に推測できているかを検証する。

一方、津留委員は包括期への患者別評価の導入について、高齢化によってマルチモビディティ（多疾病併存状態）が増える中、疾患やケアの複雑性をどう評価するかなどが課題だと指摘した。

医療情報③
 厚生労働省
 訂正

在宅医療充実体制加算 の基準を見直し

厚生労働省は、2026年度の診療報酬改定で新設される往診料などの在宅医療充実体制加算の施設基準を見直した。重度認知症患者の割合の要件を新たに規定し、医療機関がそれをクリアしたら重症・終末期の患者割合の基準を緩和する。診療報酬改定に先立ち3月に出した特掲診療料の施設基準に関する通知を、5月1日付で訂正した。

重度の認知症患者への診療を考慮した。在宅医療充実体制加算は、従来の在宅緩和ケア充実診療所・病院加算を見直して新設する。在宅医療の役割を積極的に担う医療機関への評価を手厚くするため、重症な在宅患者に質の高い診療を行える体制整備と相当の実績を求める。

（以降、続く）

週刊医療情報（2026年5月22日号）の全文は、当事務所のホームページよりご確認ください。

医科・歯科医療費の動向 (電算処理分・令和7年度11月号)

厚生労働省 2026年3月31日公表

最近の医科医療費(電算処理分)の動向 令和7年度11月号

【調査結果のポイント】

- 1** 令和7年度 11 月の医科医療費（電算処理分に限る。以下同様。）の伸び率（対前年同月比。以下同様。）は+0.6%で、受診延日数の伸び率は▲2.9%、1日当たり医療費の伸び率は+3.6%であった。

■診療種類別 医科医療費の伸び率

	医療費	受診延日数	1日当たり医療費
総数	0.6 %	▲2.9 %	3.6 %
入院	1.1 %	0.0 %	1.1 %
入院外	▲0.1 %	▲3.7 %	3.7 %

- 2** 制度別に医科医療費の伸び率をみると、被用者保険は+2.0%、国民健康保険は▲3.8%、後期高齢者医療制度は+1.9%、公費は▲1.3%であった。

■制度別 医科医療費の伸び率

	被用者保険	国民健康保険	後期高齢者医療制度	公費
総数	2.0 %	▲3.8 %	1.9 %	▲1.3 %
入院	1.2 %	▲3.0 %	3.0 %	▲1.0 %
入院外	2.6 %	▲4.7 %	▲0.1 %	▲2.0 %

- 3** 医療機関種類別に医科医療費の伸び率をみると、医科病院の大学病院は+4.3%、公的病院は+0.3%、法人病院は▲0.5%で、医科病院において病床数 200 床未満は+0.6%、200 床以上は+0.4%で、医科診療所は+0.8%であった。

■医療機関種類別 医科医療費の伸び率

	大学病院	公的病院	法人病院	(再) 200 床未満 の医科病院	(再) 200 床以上 の医科病院	医科診療所
総数	4.3 %	0.3 %	▲0.5 %	0.6 %	0.4 %	0.8 %
入院	5.2 %	1.2 %	0.2 %	1.5 %	1.0 %	▲3.2 %
入院外	2.7 %	▲1.8 %	▲3.1 %	▲2.2 %	▲1.3 %	▲1.2 %

- 4** 都道府県別に医科医療費の伸び率をみると、東京都が+2.5%と最も大きく、奈良県が▲2.0%と最も小さかった。

■都道府県別 医科医療費の伸び率

	伸び率が最も大きい都道府県	伸び率が最も小さい都道府県
総数	東京都 (2.5%)	奈良県 (▲2.0%)
入院	島根県 (3.9%)	鳥取県 (▲2.0%)
入院外	埼玉県 (2.0%)	鹿児島県 (▲2.8%)

5 年齢階級別（5 歳階級）に医科医療費の伸び率をみると、15 歳以上 20 歳未満が +12.9%と最も大きく、70 歳以上 75 歳未満が▲5.3%と最も小さかった。

■年齢階級別 医科医療費の伸び率

	伸び率が最も大きい年齢階級	伸び率が最も小さい年齢階級
総数	15 歳以上 20 歳未満 (12.9%)	70 歳以上 75 歳未満 (▲5.3%)
入院	75 歳以上 80 歳未満 (7.7%)	40 歳以上 45 歳未満 (▲4.3%)
入院外	10 歳以上 15 歳未満 (19.1%)	70 歳以上 75 歳未満 (▲6.9%)

6 疾病分類別に前年度の医療費の割合が高かった傷病の医科医療費の伸び率をみると、循環器系の疾患が▲0.2%、新生物が+0.1%、筋骨格系及び結合組織の疾患が+1.5%、腎尿路生殖器系の疾患が▲1.8%、損傷、中毒及びその他の外因の影響が+2.0%、また、呼吸器系の疾患が+9.3%であった。

■疾病分類別 医科医療費の伸び率(総数)

	循環器系の疾患	新生物	筋骨格系及び結合組織の疾患	腎尿路生殖器系の疾患	損傷、中毒及びその他の外因の影響	呼吸器系の疾患
総数	▲0.2 %	0.1 %	1.5 %	▲1.8 %	2.0 %	9.3 %

■疾病分類別 医科医療費の伸び率(入院)

	循環器系の疾患	新生物	損傷、中毒及びその他の外因の影響	精神及び行動の障害	筋骨格系及び結合組織の疾患	呼吸器系の疾患
入院	1.0 %	0.2 %	2.6 %	▲1.4%	4.2 %	2.7 %

■疾病分類別 医科医療費の伸び率(入院外)

	循環器系の疾患	新生物	腎尿路生殖器系の疾患	内分泌、栄養及び代謝疾患	筋骨格系及び結合組織の疾患	呼吸器系の疾患
入院外	▲2.4 %	▲0.2 %	▲3.3 %	▲1.2 %	▲1.6 %	14.8 %

7 診療内容別に前年度の医療費の割合が高かった診療内容の医科医療費の伸び率をみると、入院基本料、特定入院料等が+1.8%、DPC 包括部分が+1.6%、薬剤料が+1.9%、検査・病理診断が+2.5%、手術・麻酔が▲1.2%であった。

■診療内容別 医科医療費の伸び率(総数)

	入院基本料、 特定入院料等	DPC 包括部分	薬剤料	検査・病理診断	手術・麻酔
総数	1.8 %	1.6 %	1.9 %	2.5 %	▲1.2 %

■診療内容別 医科医療費の伸び率(入院)

	入院基本料、 特定入院料等	DPC 包括部分	手術・麻酔	特定保険 医療材料	リハビリ テーション
入院	1.8 %	1.6 %	▲2.0 %	1.1 %	▲1.2 %

■診療内容別 医科医療費の伸び率(入院外)

	薬剤料	検査・病理診断	医学管理	再診	処置
入院外	1.0 %	2.9 %	▲2.3 %	▲5.1 %	▲6.3 %

最近の歯科医療費(電算処理分)の動向 令和7年度11月号

【調査結果のポイント】

- 令和7年度 11月の歯科医療費（入院・入院外の合計で、電算処理分に限る。以下同様。）の伸び率（対前年同月比。以下同様。）は▲1.5%で、受診延日数の伸び率は▲4.1%、1日当たり医療費の伸び率は+2.7%であった。
- 制度別に歯科医療費の伸び率をみると、被用者保険は+0.3%、国民健康保険は▲6.8%、後期高齢者医療制度は▲0.8%、公費は▲2.6%であった。
- 医療機関種類別に歯科医療費の伸び率をみると、歯科病院では▲2.5%、歯科診療所では▲1.4%であった。
- 都道府県別に歯科医療費の伸び率をみると、神奈川県が▲0.1%と最も大きく、岩手県が▲5.1%と最も小さかった。
- 年齢階級別（5歳階級）に歯科医療費の伸び率をみると、100歳以上が+8.2%と最も大きく、70歳以上75歳未満が▲7.7%と最も小さかった。
- 歯科疾病分類別に前年度の医療費の割合が高かった傷病の歯科医療費の伸び率をみると、歯周炎等が▲0.8%、歯肉炎が+0.7%、う蝕が▲3.4%、補綴関係（歯の補綴）が▲7.2%、根尖性歯周炎(歯根膜炎)等が▲6.4%であった。

医科・歯科医療費の動向（電算処理分・令和7年度11月号）の全文は
 当事務所のホームページの「医業経営 TOPICS」よりご確認ください。



経営情報
レポート
要約版



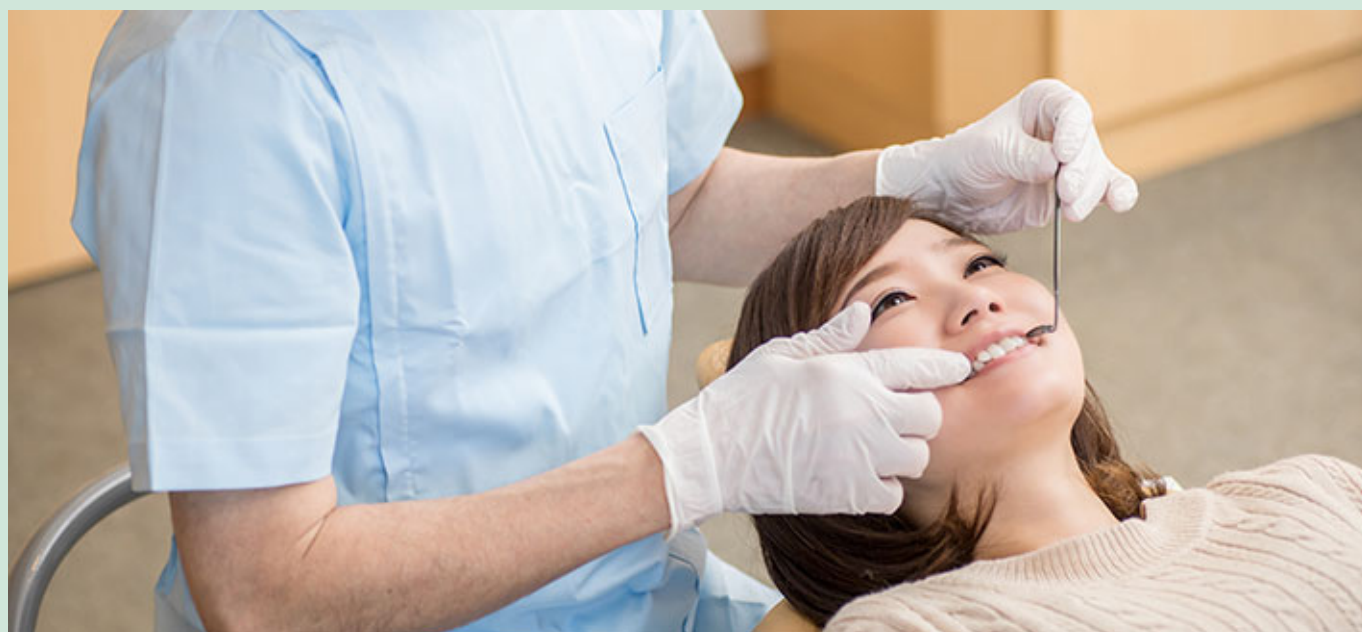
歯科医院

2040年を見据えた歯科医院経営の転換点

令和8年度

診療報酬改定の基本 方針と改定の概要

1. 令和8年度診療報酬改定の基本方針
2. 物件費高騰への対応と賃上げに向けた評価の見直し
3. 歯科医療の評価の見直しや新設項目
4. 医療DXと歯科治療のデジタル化等の推進



■参考資料

【厚生労働省】：令和8年度診療報酬改定の概要

1

医業経営情報レポート

令和8年度診療報酬改定の基本方針

令和8年度の歯科診療報酬改定は、本体3.09%のプラス改定となり、6月1日より施行されます。今回の改定は、過去に実施された内容と異なり、単なる点数の変更ではなく、これからの歯科医療のあり方そのものを見直す大きな転換点ともなっています。

特に、賃上げ、物価対応など、令和6年改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分が反映されたと同時に、「予防」「高齢化対応」「医療の質の向上」といったキーワードが色濃く打ち出されています。

■ 令和8年度診療報酬改定率

令和8年度診療報酬の改定率は診療報酬本体ではプラス3.09%です。このなかには、賃上げ分、物価対応分、食費・光熱水費分、経営悪化緊急対応分が盛り込まれているのが特徴です。

■ 令和8年度診療報酬改定～改定率～

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%）のペ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

2

医業経営情報レポート

物件費高騰への対応と賃上げに向けた評価の見直し

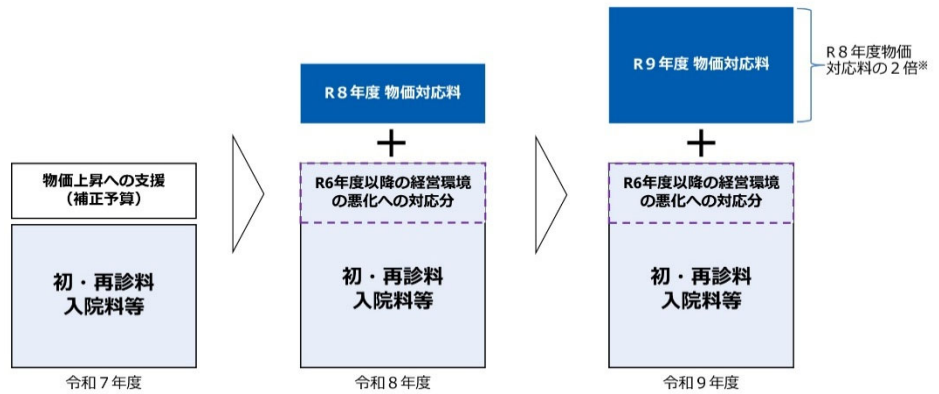
今次の診療報酬改定項目のうち、第1章で示した基本的視点と具体的方向性に挙げられているのが、物価や賃金、人手不足等の医療機関等を取り巻く環境変化への対応です。

物価高騰による医療機関の物件費増加を踏まえ、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が行われました。

■ 物件費の高騰を踏まえた対応の全体像

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と同時に算定できる物価対応料が新設されます。

■ 物件費の高騰を踏まえた対応の全体像



※ 実際の経済・物価の動向がR8年時点の見通しから大きく変動した場合には、加減算を含めた調整を実施

厚生労働省：令和8年度診療報酬改定の概要

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こととしました。

■ 歯科初・再診料の見直しと歯科物価対応料の新設

歯科初診料、地域歯科診療支援病院歯科初診料、歯科再診料、地域歯科診療支援病院歯科再診料の見直しの内容は次のとおりです。

■ 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	1 歯科初診料	272点
2 地域歯科診療支援病院歯科初診料	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	1 歯科再診料	59点
2 地域歯科診療支援病院歯科再診料	2 地域歯科診療支援病院歯科再診料	76点

厚生労働省：令和8年度診療報酬改定の概要

3

医業経営情報レポート

歯科医療の評価の見直しや新設項目

今次の改定の基本方針にある「安心・安全で質の高い医療の推進」という項目の中で、歯科関係では、口腔疾患の重症化予防に対応するため、管理料の要件や評価の見直しが行われています。

また、歯周病に対する継続的・効果的な治療の推進への取組みとして要件の見直しや評価の新設が行われています。

他にも歯科衛生士による口腔機能に関する実地指導の推進として、口腔機能実地指導料が新設されます。

■ 小児口腔機能管理料及び口腔機能管理料の改定と歯科疾患管理料の見直し

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が拡大されています。

また、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ことになりました。

■ 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	改定後
【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	【小児口腔機能管理料】 1 小児口腔機能管理料 1 90点 2 小児口腔機能管理料 2 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	改定後
【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。	【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。

4

医業経営情報レポート

医療DXと歯科治療のデジタル化等の推進

医療 DX 関連施策の進展や、歯科治療におけるデジタル化推進を図る目的から、医療 DX 推進体制整備加算の評価の見直しや CAD/CAM インレーの適応拡大、光学印象の対象拡充等の見直しが行われました。

■ 電子的診療情報連携体制整備加算の新設

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、更に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、施設基準の名称の変更と医療情報取得加算及び医療 DX 推進体制整備加算の評価の見直し、また、新設がなされました。

■ 電子的診療情報連携体制整備加算の見直しと新設

現行				改定後	
【医療DX推進体制整備加算】				【電子的診療情報連携体制整備加算】	
初診時 (月に1回)	(医科)	(歯科)	(調剤)	初診時 (月に1回)	
・医療DX推進体制整備加算1	12点	11点	10点	・電子的診療情報連携体制整備加算1 / 2 / 3	15点 / 9点 / 4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		再診時 (月に1回)	
・医療DX推進体制整備加算5	9点	8点		・電子的診療情報連携体制整備加算	2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				【電子的歯科診療情報連携体制整備加算】	
【医療情報取得加算】				初診時 (月に1回)	
初診時				・電子的歯科診療情報連携体制整備加算1 / 2	9点 / 4点
・医療情報取得加算	1点			再診時 (月に1回)	
再診時 (3月に1回に限り算定)				・電子的歯科診療情報連携体制整備加算	2点
・医療情報取得加算	1点				
調剤時 (12月に1回に限り算定)				【電子的調剤情報連携体制整備加算】	
・医療情報取得加算	1点			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

厚生労働省：令和8年度診療報酬改定の概要

■ 口腔機能の管理の推進と口腔疾患等への取組の推進

歯科治療のデジタル化が進む中、今回の診療報酬改定でも CAD/CAM 冠及び CAD/CAM インレーの活用がさらに進むよう、評価及び大臼歯の咬合支持等の要件の見直しが行われました。

光学印象については、新たに CAD/CAM 冠を対象にするとともに、評価の引き上げが行われました。また、クラウンブリッジ維持管理料の対象範囲を見直し、全ての CAD/CAM 冠を対象にすることとなりました。

レポート全文は、当事務所のホームページの「医業経営情報レポート」よりご覧ください。



ジャンル:機能選択 > サブジャンル:病床機能選択

200床以上の病院の 生き残り戦略

**200床を超える病床を有していますが、これからの
病院生き残りに必要な視点を教えてください。**

200床以上の病院が生き残るための戦略を策定するに当たっては、第一に医業経営環境を把握することが必要となります。この数年では、外来機能を分離し、サテライト化する病院も珍しくなくなってきました。

これをはじめ、意思決定と生き残り戦略策定に求められる視点とは、次のようなものと考えられます。

(1) 医業経営の環境変化に対する認識向上の視点

1. 医療・福祉を取り巻く環境についての前提

- ① 社会とその構造
- ② 市場と消費者（患者・要介護者）のニーズとデマンド
- ③ 技術の動向

2. 医療・福祉の変革についての前提の自覚

- ① 医療の変化 : 量から質へ
- ② 福祉の変化 : 措置から契約へ

(2) 地域において担うべき役割の調査資料データ

競合する医療機関の動向・機能レベル、評価等のマーケティング・リサーチ

(3) 専門医師の確保手段

住民ニーズに合致した病院機能（診療科目等）を担うことのできる専門医師の確保

(4) スタッフの確保手段

看護師、PT・OT・STほかコ・メディカルスタッフの確保

(5) 管理職の確保手段

病院運営に求められるマネジメント・スキルを有した管理職の確保



ジャンル:機能選択 > サブジャンル:病床機能選択

専門病院の経営ポイント

**産婦人科病院の経営ポイント及び
 糖尿病センターの運営方法について教えてください。**

■産婦人科病院の経営のポイント

現代は少子高齢化の波が押し寄せており、産婦人科の需要が減少することを危惧される病院もあるでしょう。産科と婦人科に分けて、今後の病院経営を検討するポイントは次のように考えられます。

(1)産科

周産期医療に関する機能強化は、正常分娩の妊産婦を含めて患者の信頼を得る効果的な方策のひとつです。それには、他の診療科との技術的・人材的な連携を深め、提供する診療体制そのものに対する信頼を向上させ、総合病院における診療科目はないという不安材料を除去することが必要です。また、妊産婦に対しては、分娩のための入院環境・アメニティの整備によって、総合病院や競合病院との差別化をはかるべきです。

さらに、助産婦外来や不妊外来等も専門性をアピールできるといえます。

(2)婦人科

成人女性、あるいは仕事を持つ女性を対象とした女性外来を設置し、ストレスを原因とする婦人科疾患への対応・相談を専門的に扱うことは、大きな誘引効果があるものと考えられます。

その際には、心療内科や神経科との連携も密にし、カウンセリング機能に重点を置くことも有効でしょう。さらに、骨代謝疾患を扱う専門医や整形外科、リハビリ科との連携によって専門性を際立たせることも検討すべきです。

■糖尿病センターの運営方法のポイント

糖尿病を対象とする治療の専門性を高め、糖尿病センターとしての機能を備えるための体制づくり、経営面と患者を集めるポイントは、次に挙げるようなものです。

① 人材	①専門医の確保（複数が望ましい） ②看護師の確保（日常生活指導、教育入院等の実施に必要な指導力） ③OTの確保
②ハード面の拡充	①人工透析装置の導入（5～10基程度） ②理学療法（Ⅱ）以上の施設設備（リハビリ訓練室）
③運営	教育入院のシステム・プログラムの整備
④患者確保	関連機関（診療所等）との連携、アプローチ