

初・再診料は引き上げへ 算定要件の見直しや厳格化が目立つ改定

文責：長崎県保険医協会（電話095-825-3829）

1月23日・28日の中医協で「個別改定項目(その1・その2)」が提示されました。これは2026年度診療報酬改定に向けて、新旧点数表を比較したもので、「短冊」と呼ばれています。点数欄が○○点のように空白で確定していません。中医協における議論によって、算定要件なども変更される場合がありますが、外来点数で注目される項目をご紹介します。

個別改定項目(その2)は、協会HPのトップページ「特設サイト」又は
<https://qr.paps.jp/N49wf>、QRコードで確認できます。



【主な改定項目】

(基本診療料)

- ・診療所：初・再診料、有床診入院基本料等の引き上げ。病院も同様、入院料もプラスへ。
- ・(新設)物価対応料：26年及び27年の物価上昇に対応。基本診療料・訪問診療等に併せて算定可
- ・ベースアップ評価料の対象職員を全員に拡大し、継続的に賃上げを実施している場合とそれ以外で点数に格差をつけ、入院では継続的に賃上げを実施していない場合の減算規定設ける。
- ・機能強化加算の要件を見直し：「医療機関における災害対応のためのBCP作成の手引き」等を参考に、患者に対する医療の提供を継続的に実施することを追加。外来データ提出加算の算定を努力義務へ。
- ・地域包括診療加算及び同診療料：認知症地域包括診療加算及び同診療料を統合した評価体系に見直す。外来データ提出加算を新設。診療の際、残薬を確認・服薬管理を要件化。
- ・時間外対応加算：休日・夜間等の問い合わせや受診対応を推進する観点から評価を見直す。

(医学管理等)

- ・生活習慣病管理料(Ⅰ)について、原則必要な血液検査等を6月に1回以上は行うことを要件化。(Ⅰ)(Ⅱ)とも、療養計画書は患者署名は不要。包括範囲も見直しへ(悪性腫瘍特異物質治療管理料は算定可へ)。外来データ提出加算は、充実管理加算1・2・3の3区分に再編。提出データの質を評価。

(在宅医療)

- ・連携型の機能強化型在援診について、平時から訪問診療を行っている医師により、時間外往診体制を確保している施設と、それ以外の施設に評価を分ける。
- ・在宅療養支援診療所・病院の施設基準に業務継続計画の策定及び定期的な見直しを行うことを追加。
- ・在宅時医学総合管理料(施医総管)の「月2回以上訪問診療を行っている場合(難病等を除く。)」の算定に当たって、末期の悪性腫瘍、真皮を超える褥瘡等の患者、要介護3の状態、重度の認知症、麻薬の投与等の患者、いずれかに該当する患者割合が一定程度以上であることを要件化。患者における残薬を確認した上で適切な服薬管理を行う。
- ・支援診及び支援病の24時間往診体制は、第三者(民間企業のコールセンター等)利用でも可能とする。
- ・自己注等に限らず、全ての在宅療養指導管理材料加算で算定要件を「3月に3回」に統一。

(健康診断等の受診後における初再診料等の算定)

- ・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、再診料等は算定できないことを明確化。
- ・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。

(医療情報取得加算及び医療DX推進体制整備加算の改編)

- ・初・再診料及び入院料加算として、電子的診療情報連携体制整備加算を新設。

(投薬・長期処方及びリフィル処方箋)

- ・医師の判断により、長期処方やリフィル処方箋による処方に対応可能であることを患者に周知することについて、特定疾患療養管理料等の要件に追加
- ・一般名処方加算の点数の変更