診療報酬改定 告示・通知発出

「継続的に賃上げを行う医療機関」は より高いベア評価料を算定可

3月5日、厚生労働省は点数表を告示。同日に留意事項通知及び基本診療料・特掲診療料の施設基準に関する告示・通知が発出され、本年6月1日施行の診療報酬改定の全貌が明らかになった。以下に影響の大きいと思われるものを紹介する。

医科歯科共通

ベースアップ評価料未届出でも「継続的に賃上げを行う医療機関」に

中医協の答申で、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）、（Ⅱ）（歯科外来・在宅ベースアップ評価料含む。以下「ベア評価料」）について「継続的に賃上げを行う医療機関」は通常の点数よりも高い点数が算定できることが示されていた（保険医新聞2月25日号参照）。

告示・通知によれば、これらは①2026年3月末時点でベア評価料を届け出ていた保険医療機関、②26年度の当該評価料算定月時点の基本給等の合計と24年3月時点の給与体系に当てはめた場合と比較して5・5％（看護補助者、事務職員は8％）に相当する水準以上のベースアップを行った保険医療機関等（表1）とされた。25年度までにベア評価料を届け出ていなかった医療機関であっても、②の要件を満たせば通常より高い点数を算定できる。

また、新規届出時と毎年6月に提出を求められていた「賃金改善計画書」が今次改定より廃止された。一方で新たに、当該年度の賃金改善実施状況を報告する「賃金改善中間報告書」を毎年8月に報告することが義務付けられた。既存の「賃金改善実施報告書」と同時期に提出することとなる。

なお、今次改定よりベア評価料は「1日につき」の規定が廃止された。改定以降は同日再診料や2科目初（再）診料を算定した場合でも、その都度算定することができる。

〈表1〉「継続的に賃上げを行う医療機関」の定義

①2026年3月31日時点において各種ベースアップ評価料を届け出ていた医療機関

②2026年度の対象職員（医師及び歯科医師を除く）の、当該評価料を算定する月時点の基本給等を合計し、当該対象職員を2024年3月時点の給与体系に当てはめた場合と比較した場合に、5.5％（看護補助者、事務職員については、8％）に相当する水準以上のベア等を行った医療機関

③2027年度の対象職員（医師及び歯科医師を除く）の、当該評価料を算定する月時点の基本給等を合計し、当該対象職員を2024年3月時点の給与体系に当てはめた場合と比較した場合に、8.7％（看護補助者、事務職員については、13.7％）に相当する水準以上のベア等を行った医療機関

医科

電子的診療情報連携体制整備加算、届出医療機関は明細書発行体制加算が算定不可に

現行の医療DX推進体制整備加算（以下、医DX加算）及び医療情報取得加算が廃止され、初診料・再診料・外来診療料に新設された「電子的診療情報連携体制整備加算」の算定要件と施設基準も判明した。当該点数の届出を行った医療機関では、再診料の「明細書発行体制等加算」が算定できなくなることが示された。

電子的診療情報連携体制整備加算は、医科点数表においては1～3の3段階が設定されているが、一番高い点数である「1」を算定するには、厚労省の定める要件を満たす電子カルテを有していること、電子処方箋を発行する体制又は調剤情報を電子処方箋管理サービスに登録する体制を有していることに加え、①電子カルテ情報共有サービスを活用する体制を持つ、②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を活用する体制を持つ、③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届出及び院内掲示を行っている―のうち①を満たすか、②及び③を満たす必要がある。運用の始まっていない①については当面の間基準を満たすものとみなされるが、運用が始まった際は速やかに導入に努める必要がある。

また、医DX加算では加算の区分ごとに求められるマイナ保険証の利用率の実績が異なっていたが、電子的診療情報連携体制整備加算においては「30％以上」に一本化され、現行の医DX加算3・6の要件に揃えられた形だ。

なお、医DX加算を届け出ている医療機関であっても、6月以降に電子的診療情報連携体制整備加算を算定するには改めて届出が必要となる。

生活習慣病管理料 療養計画書の患者署名欄は削除

生活習慣病管理料（Ⅰ）（Ⅱ）は療養計画書の様式が見直され、初回用と継続用で書式が統合されたほか、患者の署名欄が削除。算定にあたり患者の同意は必要だが、署名は不要となる。

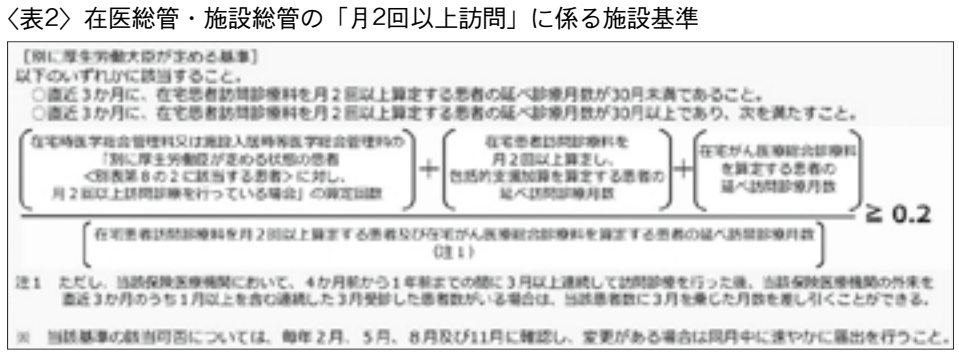
また、現行の外来データ提出加算（50点）が「充実管理加算」に再編される。疾病ごとに3段階の点数となるが、現行の外来データ提出加算を届け出ている医療機関は、6月以降は新たに届け出ることなく「充実管理加算3（10点）」を算定することができるとされた。

在医総管・施設総管 施設基準満たさなければ「月2回の訪問」が算定不可に

既報の通り、在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料（以下、在医総管等）では「月2回以上訪問診療を行っている場合（難病等を除く）」は施設基準を満たせなければ算定ができなくなる。

告示・通知で示された施設基準は、①直近3カ月に在宅患者訪問診療料を月2回以上算定する患者の延べ診療月数が30月以上であり、表2で示した計算の結果が20％以上であること。①か②のいずれかを満たさなければ、当該点数は算定できなくなる。毎年2月、5月、8月、11月に適否を確認する必要がある。

〈表2〉在医総管・施設総管の「月2回以上訪問」に係る施設基準



歯科

歯管、算定対象拡大も 点数は引き下げ

既報の通り、今次改定で特に影響が大きいものとしては歯科疾患管理料（歯管）100点が90点（初診月・再診月ともに）に引き下げられることが挙げられる。

この管理料は「継続的管理を必要とする歯科疾患を有する患者」とされており、継続治療が必要なほとんどの患者に算定されている点数であるため、点数引き下げの影響は甚大だ。ただし、算定対象が拡大される。「有床義歯に係る治療のみを行う患者（有床義歯を原因とする疾患に係る治療を含む）」に対しても歯管の算定が可能となる。

電子的歯科診療情報連携体制整備加算が新設 医情・医DX加算は廃止

今次改定で、医療情報取得加算（医情）および医療DX推進体制整備加算（医DX加算）が廃止される。それに伴い新設される電子的歯科診療情報連携体制整備加算1・2の施設基準が明らかになった。同加算2の施設基準は①オンライン請求を行っている、②明細書を無償発行している、③オンライン資格確認を行う体制を有している、④同加算を算定する月の3カ月前の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、⑤マイナポータル（4面へ）