

- ・処方箋料
- ・外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)(Ⅱ)
- ・物価対応料(新)
- ・機能強化加算
- ・時間外対応体制加算
- ・特定機能病院等紹介患者受入加算(新)
- ・連携強化診療情報提供料
- ・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

- ・生活習慣病管理料、特定疾患管理料
- ・電子的診療情報連携体制整備加算(新)

医療DX推進体制整備加算(廃止)、医療情報所得加算(廃止)

- ・オンライン診療(情報通信機器を用いて行った場合)

処方箋様式の見直し

〔処方箋様式見直し項目①〕

①リフィル処方箋の定義を記載

※リフィル処方箋とは、症状が安定している患者に発行し最大3回まで反復利用できる処方箋

〔処方箋様式見直し項目②〕

②保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応の欄について、「調剤する薬剤を減量した上で保険医療機関に情報提供する」ことも保険医療機関が指示できるよう見直す。

保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応
(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。)

保険医療機関へ疑義照会した上で調剤

調剤する薬剤を減量した上で保険医療機関に情報提供

〔薬局における減量についての補足〕

○医師が残薬対応について処方箋にチェックした場合に薬局で減量できるのは、内服であれば日数、外用薬であれば量や枚数を減らすのみ。

○1回あたりの数量、1日あたりの回数は減らせない。

○医薬品の品目そのものを減らすことはできない。

The image shows a sample of a Japanese medical prescription form (処方箋) with red boxes and arrows highlighting specific areas. Box 1 points to the '残薬確認' (Residual Drug Confirmation) section, and Box 2 points to the '減量' (Reduction) section. The form includes fields for patient information, doctor information, and medication details.

長期処方・リフィル処方に関する院内掲示について①

〔院内掲示が求められる項目について〕

○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について、

院内掲示が求められる項目は以下の項目が追加となった。

○特定疾患療養管理料 ○皮膚科特定疾患指導管理料 ○婦人科特定疾患治療管理料 ○耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料

○二次性骨折予防継続管理料 ○小児科外来診療料

(※ 地域包括診療加算・診療料、認知症地域包括診療加算・診療料、生活習慣病管理料(Ⅰ)(Ⅱ)については、令和6年度改定で実施済み)

改定前

地域包括診療加算・診療料

※認知症地域包括診療加算・診療料

生活習慣病管理料(Ⅰ)(Ⅱ)



改定後(赤線部分が追加)

地域包括診療加算・診療料

生活習慣病管理料(Ⅰ)(Ⅱ)

特定疾患療養管理料

皮膚科特定疾患指導管理料

婦人科特定疾患治療管理料

耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料

二次性骨折予防継続管理料

小児科外来診療料

※認知症地域包括診療加算・診療料は
地域包括診療加算・診療料へ統合



投薬についての当院からのお知らせ

当院では、患者さんの状態に応じ、

- ・ 28日以上長期処方を行うこと
- ・ リフィル処方せんを発行すること

のいずれも対応も可能です。



※ なお、長期処方やリフィル処方せんの交付が対応可能かは、患者さんの病状に応じて、担当医が判断いたします。

【参考】保険医療機関及び保険医療養担当規則（厚生労働省令）

第20条第2号 投薬

へ 投薬量は、予見することができる必要期間に従ったものでなければならない。この場合において、厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに1回14日分、30日分又は90日分を限度とする。

〇〇医院

日本医師会メンバーズルーム 診療報酬改定に関する情報 令和6年改定

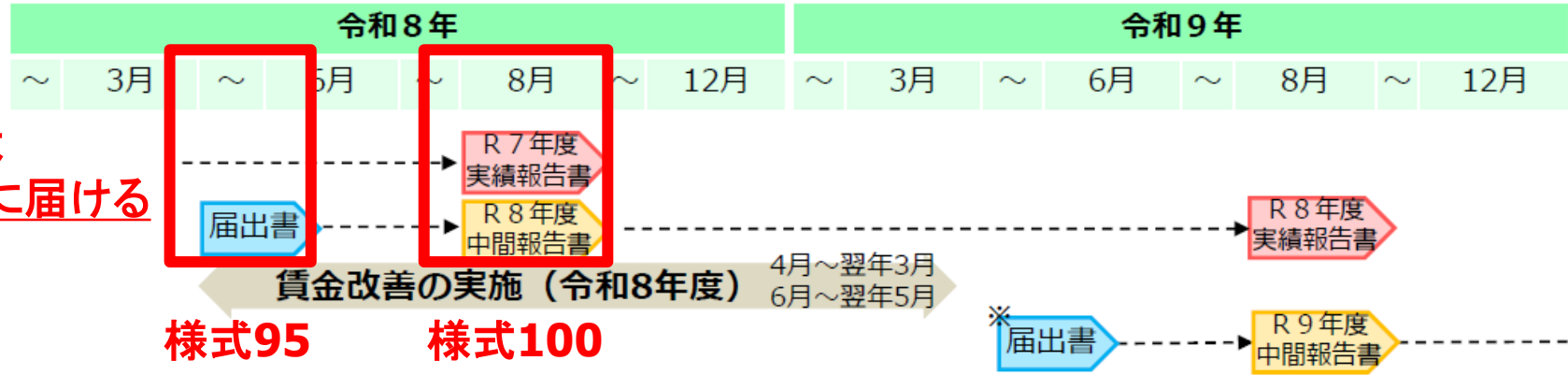
<https://www.med.or.jp/japanese/members/iryu/r06kaitei/index.html>

ベースアップ評価料に関する手続きの概要

ベースアップ評価料を届け出る場合に必要手続きの流れ

- 令和8年度にベースアップ評価料による賃金改善を行う場合には、算定を開始する前月までに届出を行う。
- 算定する年度の8月に賃金改善中間報告書、翌年度の8月に賃金改善実績報告書を提出する必要がある。

令和8年度は
6月1日までに届ける



- 届出書、賃金改善中間報告書、賃金改善実績報告書に記載を要する主な事項は次の通り。
 - 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）のみを届け出る場合は、申請時点では、評価料の対象職員のみが分かれば申請が可能。
 - 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）、入院ベースアップ評価料を届け出る場合であっても、申請時点では「月額賃金総額」や「延べ入院患者数」等が分かれば申請できる。（今改定から、申請時点での「賃金改善計画書」の添付は不要）
- ※ただし、外来ベースアップ評価料（Ⅰ）を令和8年度から継続して算定する場合には、令和9年度の届出書の提出は不要。

届出書

- 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）
 - ・対象職員数
- 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）・入院ベースアップ評価料
 - ・初再診料等の算定回数、延べ入院患者数
 - ・月額賃金総額
 - ・対象職員数

中間報告書

- ・ベースアップ評価料の算定収入額
- ・対象職種ごとの常勤換算数
- ・基本給等総額（給与改善前・後）
- ・賞与の月数の変化

※対象職種を指定して報告：
医師・歯科医師・看護職員・看護補助者・事務職員

報告書

- ・ベースアップ評価料の算定収入額
- ・対象職種ごとの常勤換算数
- ・基本給等総額（給与改善前・後）
- ・賞与の月数の変化

※対象職員の合計及び、一部の対象職種の内訳について報告

- 算定期間内に、区分計算時に必要な項目の大きな変動（対象職員数の1割以上の変動、3月ごとのベースアップ評価料の算定回数の1割以上の変動）があり、再計算をした場合に区分の変化がある場合には、区分変更の届出が必要。

様式95

令和8年度は
6月1日までに
届ける

九州厚生局HP
特掲診療料の届出一覧
(令和8年度)

外来ベースアップ評価料（I）届出様式の見直しについて

様式95

〔 外来・在宅ベースアップ評価料（I）
歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I） 〕の施設基準に係る届出書添付書類

⑩以下について確認の上、必ず☑を記載すること

※項目が未チェックです

忘れずにチェックしてください

誓約書

毎年8月に、①前年度の賃金改善の取組状況について、様式100「賃金改善実績報告書」により報告すること、②算定を行っている年度における賃金改善の取組状況について、様式100「賃金改善中間報告書」により報告することについて、理解しました。

忘れずにチェックしてください

本評価料による収入については全て対象職員の賃上げに充当することについて、誓約します。

年 月 日 開設者名： _____

⑪必要記載項目

1 保険医療機関コード _____
保険医療機関名 _____

2 届出を行う評価料

外来・在宅ベースアップ評価料（I）
 歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）

3 外来医療等の実施の有無

外来医療又は在宅診療を実施している保険医療機関（医科）
 外来医療又は在宅診療を実施している保険医療機関（歯科）

4 対象職員（常勤換算）数

_____人

※ 対象職員とは、自保険医療機関に勤務する職員をいう。

（ただし、40歳以上の医師及び歯科医師並びに業務委託により勤務する者を除く。）

外来・在宅ベースアップ評価料（I）
の届出には「様式95」を使用します。

40歳以上の医師、歯科医師、業務委託により勤務する者を除いた職員数を常勤換算で入力します。

例：常勤1名、パート4名の職員
（パート4名は全員が半日勤務の場合）

常勤1名 + （非常勤4名 × 0.5） = 3名

賃金改善計画書の作成が不要になったため、
必要な記載事項は以上です。

残りの部分は該当する項目にチェックを入れるのみです。

※ 本様式の届出時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。

※ 0より大きい数であればよい。

5 外来・在宅ベースアップ評価料(I)注5に係る算定要件確認

※以下の①～③のいずれかの該当する項目に、チェックを付けてください。

5 ページ

<外来・在宅ベースアップ評価料(I)の注5に該当する医療機関>

- ① 令和8年3月31日時点において、「外来・在宅ベースアップ評価料(I)」を届け出ている保険医療機関
- ② 「外来・在宅ベースアップ評価料(I)」または「入院ベースアップ評価料」を届け出ているが、本様式届出時点において、施設基準通知に記載された給与水準以上の賃上げを行った保険医療機関

<外来・在宅ベースアップ評価料(I)の注5に該当しない医療機関>

- ③ ①・②に該当せず、「外来・在宅ベースアップ評価料(I)」のみを届け出る保険医療機関

(2) 外来・在宅ベースアップ評価料及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料の算定可否

[Redacted area]

【記載上の注意】

- 1 「2」については、届出を行う評価料について☑を記載すること。

なお、いずれにも該当する保険医療機関にあつては、いずれも☑を記載すること。

6 ページ

- 2 「3」については、外来医療等の実施の有無について☑を記載すること。

なお、いずれにも該当する保険医療機関にあつては、いずれも☑を記載すること。

- 3 「4」については、本様式の届出時点における対象職員の人数を常勤換算数で記載すること。

なお、常勤の職員の常勤換算数は1とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数(当該常勤でない職員の常勤換算数が1を超える場合は、1)とする。

注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て地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、継続して賃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。

1 外来・在宅ベースアップ評価料(I)の施設基準

(1) 外来医療又は在宅医療を実施している保険医療機関であること。

(2) 当該保険医療機関に勤務する職員(40歳以上の医師及び歯科医師並びに業務委託により勤務する者を除く。以下、この区分において「対象職員」という。)がいること。

(3) 当該評価料により得られる収入は、対象職員の基本給又は決まって毎月支払われる手当(以下、「基本給等」という。)の引上げ(以下「ベア等」という。)及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む。)等の増加分に用いること。なお、恒常的に夜間を含む交替制勤務をとっている職場の職員に支払われる夜勤手当については、決まって毎月支払われる手当に準じて基本給等に含めて差し支えない。

ただし、ベア等を行った保険医療機関において、患者数等の変動等により当該評価料による収入が上記の増加分に用いた額を上回り、追加でベア等を行うことが困難な場合に限り、賞与等の手当など、ベア等以外の方法による賃金改善を行うことが認められる。(以下 略)

様式98

令和8年度は
6月1日までに
届ける

様式98

外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)
外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)・歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)
医科診療報酬点数表第1章第2部 入院料等 通則第11号
歯科点数表第1章第2部入院料等通則第9号

の注5
の注5・注6

の施設基準に係る届出書添付書類

◎必要記載項目

1 保険医療機関コード

保険医療機関名

2 届出を行う評価項目

- 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)・歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の 注5
- 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)・歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の 注5・6
- 医科診療報酬点数表第1章第2部 入院料等 通則11【入院料減算免除】
- 歯科診療報酬点数表第1章第2部 入院料等 通則9【入院料減算免除】

届出年月日 令和 年 月

3 要件の確認

(1)開設時期 【入院料減算免除】要件

●令和8年6月1日以降に、新規開設した保険医療機関か はい

(該当する場合には(3)の記載は不要です。)

(2)ベースアップ評価料の算定有無(該当する項目1つに☑をしてください)【入院料減算免除】要件

(i)令和8年3月31日時点で入院ベースアップ評価料を届け出ている保険医療機関である。 はい

九州厚生局HP
特掲診療料の届出一覧
(令和8年度)

https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kyushu/iryo_shido/base-up_008.html 下の方



様式100

令和7年度実績報告書
令和8年度中間報告書

8月に報告

様式100

看護職員処遇改善評価料

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（Ⅰ）（Ⅱ）

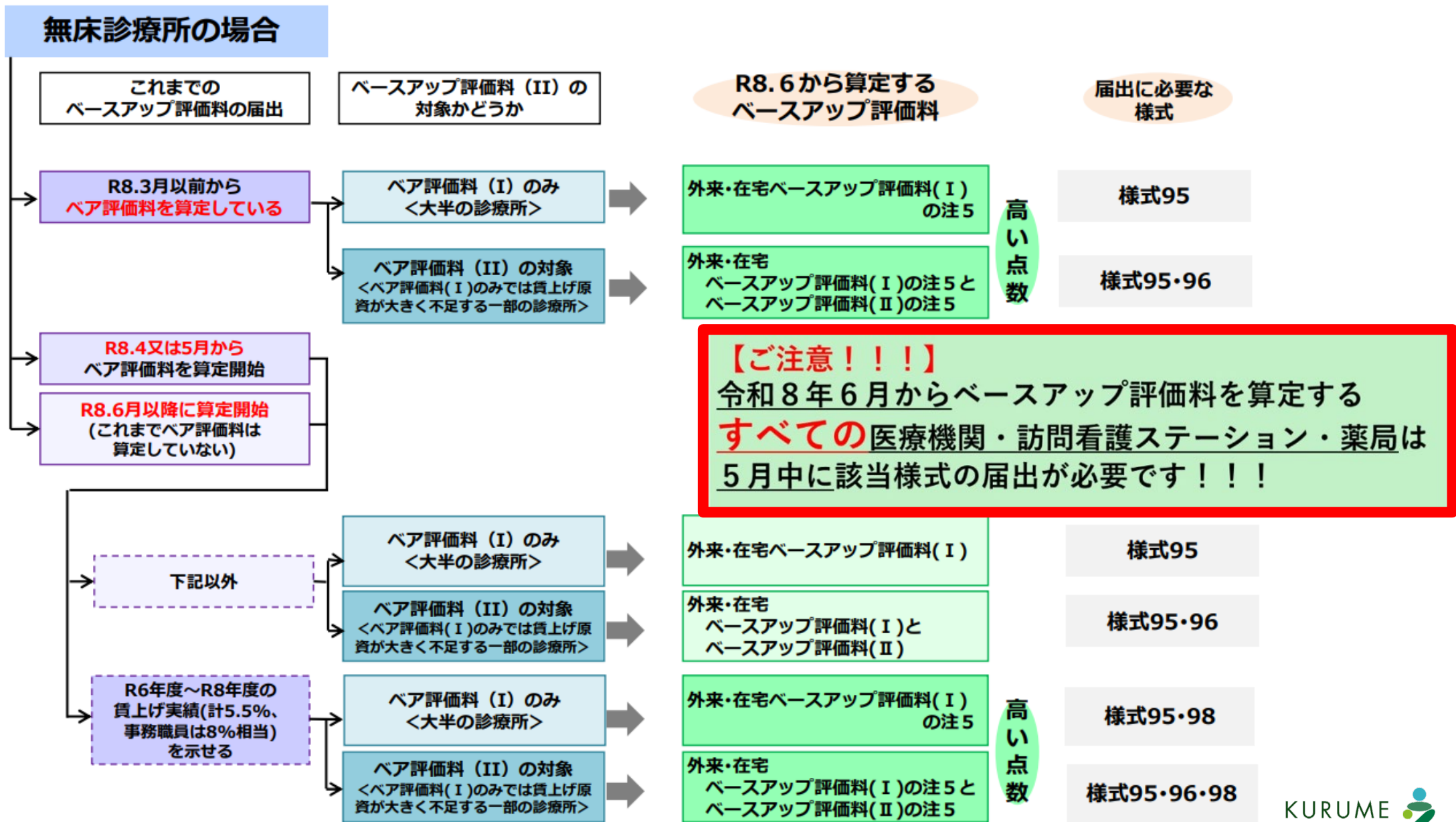
入院ベースアップ評価料

「賃金改善実績報告書
・賃金改善中間報告書」

1 ページ

1. 「看護職員処遇改善評価料」、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」（「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」を含む）、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」（「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」を含む）及び「入院ベースアップ評価料」を算定する医療機関については、別添1の「実績報告書・中間報告書」を提出すること。
2. 法人内の同一の給与体系に基づく複数の保険医療機関において、保険医療機関の「月額賃金総額」及び「対象職員数」を通算して届出を行う場合には、別添2「実績報告書・中間報告書（法人）」を用いること。

ベースアップ評価料の届出に必要な様式 早見表<令和8年度版>



物件費の高騰を踏まえた対応①

物価対応料の新設

- 令和8年度及び令和9年度の物価上昇に段階的に対応するため、基本診療料・調剤基本料等の算定に併せて算定可能な加算として、物価対応料を新設する。

(新) 物価対応料		R8年	R9年
1 外来・在宅物価対応料			
イ 初診時		2点	4点
ロ 再診時等		2点	4点
ハ 訪問診療時		3点	6点
2 入院物価対応料（1日につき）			
イ 急性期病院A一般入院料を算定する場合		66点	132点
ニ 急性期一般入院料1を算定する場合		58点	116点
ヨ 療養病棟入院料1の入院料1を算定する場合		18点	36点
イミ 精神病棟入院基本料の10対1入院基本料を算定する場合		13点	26点
イス 特定機能病院入院基本料の7対1入院基本料（一般病棟の場合）を算定する場合※1		84点	168点
ハケ 地域包括医療病棟入院料1を算定する場合		49点	98点
ハモ 回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合		19点	38点
二八 地域包括ケア病棟入院料1（40日以内の期間）を算定する場合		27点	54点

[算定要件]

- 1のイについては、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。
- 1のロについては、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を算定すべき手術若しくは検査を行った場合に、所定点数を算定する。
- 1のハについては、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に対して、訪問診療を行った場合に、所定点数を算定する。
- 2については、第1章第2部第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、同部第3節の特定入院料又は同部第4節の短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）を算定している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

※1 特定機能病院A入院基本料、特定機能病院B入院基本料及び特定機能病院C入院基本料はいずれも共通の点数を算定。

※2 その他の入院料等を算定する場合についても同様に対応する。

機能強化加算の見直し

機能強化加算の要件の見直し及び名称変更

- ▶ 外来医療における適切な役割分担を図り、専門医療機関への受診の要否の判断等を含むよりの確で質の高い診療機能を評価する趣旨を踏まえ、**機能強化加算について、新たに以下を要件とする。**
 - **外来データ提出加算、在宅データ提出加算の届出**を行っていることが望ましい。
 - **業務継続計画を策定し、当該計画に従い必要な措置を講じること。**また、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うこと。

(参考) 初診料・小児かかりつけ診療料 (初診時)
機能強化加算 **80点**

業務継続計画 (BCP) の策定

経過措置: 来年令和9年5月31日までに

- ▶ 外来医療における適切な役割分担を図り、専門医療機関への受診の要否の判断等を含めた、よりの確で質の高い診療機能を評価する観点から、かかりつけ医機能に係る診療報酬を届け出ている医療機関において、初診時における診療機能を評価する。
(平成30年度診療報酬改定において新設)

[主な算定要件]

- 外来医療における適切な役割分担を図り、専門医療機関への受診の要否の判断等を含むよりの確で質の高い診療機能を評価する観点からかかりつけ医機能を有する医療機関における初診を評価するものであり、(略)初診料を算定する場合に、加算することができる。
- 必要に応じ、患者に対して以下の対応を行うとともに、当該対応を行うことができる旨を院内及びホームページ等に掲示し、必要に応じて患者に対して説明すること。
 - (イ) 患者が受診している他の医療機関及び処方されている医薬品を把握し、必要な服薬管理を行うとともに、診療録に記載すること。なお、必要に応じ、担当医の指示を受けた看護職員等が情報の把握を行うことも可能であること。
 - (ロ) 専門医師又は専門医療機関への紹介を行うこと。
 - (ハ) 健康診断の結果等の健康管理に係る相談に応じること。
 - (ニ) 保健・福祉サービスに係る相談に応じること。
 - (ホ) 診療時間外を含む、緊急時の対応方法等に係る情報提供を行うこと。

[主な施設基準]

- 診療所又は許可病床数が200床未満の病院であること。
- 適切な受診につながるような助言及び指導を行うこと等、質の高い診療機能を有する体制が整備されていること。
- 次のいずれかにおける届出を行っている
 - ア 地域包括診療加算 イ 地域包括診療料 ウ 小児かかりつけ診療料 エ 在宅時医学総合管理料 (在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る)
 - オ 施設入居時等医学総合管理料 (在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る)
- 地域において包括的な診療を担う医療機関であることについて、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示する等の取組を行っていること。
- **健康保険法第六十八条の二第一項の規定により三年以内の期限が付された同法第六十三条第三項第一号の指定を受けた診療所以外の保険医療機関であること。**
- **「医療機関 (災害拠点病院以外) における災害対応のための BCP 作成の手引き」等を参考に、医療機関の実情に応じて、業務継続計画を策定し、当該計画に従い必要な措置を講じること。また、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うこと。**
- **外来データ提出加算、在宅データ提出加算の届出**を行っていることが望ましい。

経過措置について①

	区分番号	項目	期間	経過措置の内容
1	A000	初診料の注1	令和10年5月31日まで	電子処方箋システムを有していない場合には、オンライン資格確認等システム又は医療機関間で電子的に医療情報を共有するネットワークのいずれかを用いて薬剤情報を確認した場合でも要件に該当するものとみなす。
2	A000 A002	初診料の注2及び注3 外来診療料の注2及び注3	令和9年3月31日まで	令和8年3月31日時点で、現に逆紹介割合の基準を満たしていた病院にあっては、当該基準を満たすものとみなす。
3	A000	機能強化加算	令和9年5月31日まで	令和8年3月31日において現に機能強化加算の届出を行っている保険医療機関については、業務継続計画に係る要件に該当するものとみなす。
4	A100等	入院基本料等の通則	令和9年5月31日まで	令和8年3月31日において現に入院基本料又は特定入院料に係る届出を行っている病棟又は病室については、身体的拘束最小化の体制に係る基準のうち身体的拘束を最小化するための指針の内容及び身体的拘束最小化の実績等に係る基準については、満たしているものとみなす。
5	A100等	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の施設基準	令和8年9月30日まで	令和8年3月31日時点で急性期一般入院料1～5、7対1入院基本料（結核、特定機能病院（一般病棟）、専門病院）、看護必要度加算（特定、専門）、急性期看護補助体制加算、看護職員夜間配置加算、看護補助加算1（地域一般入院料1若しくは地域一般入院料2又は十三対一入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関に限る。）、地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟、特定一般病棟入院料の注7を届け出ている病棟又は病室については、「重症度、医療・看護必要度」に係る施設基準を満たしているものとみなす。
6	A100等	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の施設基準	令和8年9月30日まで	令和8年3月31日において、現に急性期一般入院料1に係る届出を行っている病棟であって、現に旧算定方法における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす病棟については、急性期病院一般入院基本料の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなす。

来年令和9年6月1日までにBCP(業務継続計画)作成し届け出る

※ 経過措置は、今後変更になる可能性がございます。最新の告示、通知及び「施設基準届出チェックリスト」も必ずご参照ください。

例

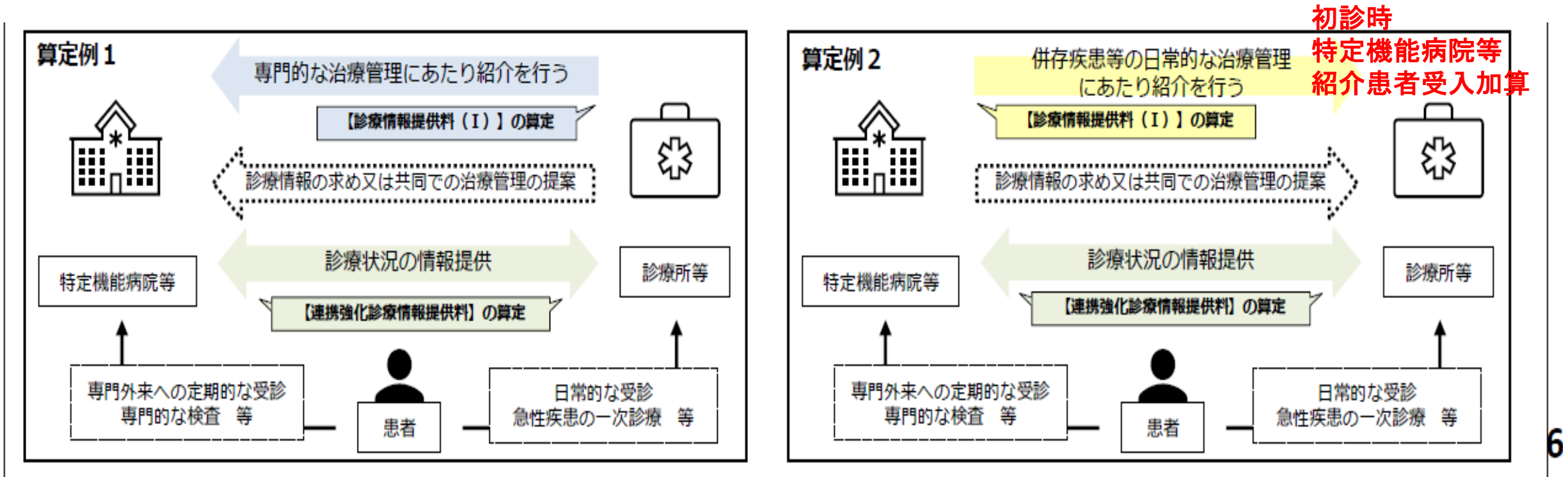
(風邪等で時折受診していた患者さん) 会社検診で癌、大学病院等で治療、定期的なフォローを大学病院から紹介診察、内服薬の投与、3か月後の大学病院等受診を大学病院等から依頼

初診時

3か月後大学病院等へ

初診料＋特定機能病院等紹介患者受入加算

再診料＋連携強化診療情報提供料(3か月に1回のみ)



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

- ▶ 健康診断、検診及び予防接種等（健診等）の受診後に、健診等に関する疾病に対して保険診療を実施する場合について、当該保険診療に係る初再診料等の算定方法を明確化する。
 - 健診等の費用は、「療養の給付と直接関係ないサービス等」として別途徴収できることを明確化する。
 - 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、再診料及び外来診療料（再診料等）は算定できないことを明確化する。
 - 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する。

◆健診等に関する疾病に対して保険診療を実施する場合

（特定の疾病を対象としない健診等については、健診等の結果、診断された疾病又は疑いがあると診断された疾病を含む。）

		健康診断、検診、予防接種等（健診等）を基準として、保険診療を		
		同日に1回の受診で実施	同日別受診で実施	翌日以降に実施
当該保険医療機関において保険診療の受診をしたことのない患者		初診料・再診料等は算定不可(※)	再診料等を算定	
保険医療機関に通院し、 保険診療で精査中・治療中の患者 (例：糖尿病で通院)	精査中・治療中の疾病と関連する健診等 (例：特定健診後に糖尿病の保険診療を実施)	初診料・再診料等は算定不可(※)	再診料等を算定	
	精査中・治療中の疾病と関連しない健診等 (例：〇△がん検診後に〇△がんに関する保険診療を実施)	初診料・再診料等は算定不可(※)	再診料等を算定	

(※) 再診料等の費用が含まれる特掲診療料及び当該費用を併せて算定できない特掲診療料についても算定できない。ただし、第3部検査、第4部画像診断、第5部投薬、第6部注射、第7部リハビリテーション、第9部処置、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部病理診断に掲げる診療を保険診療として実施する場合（当該診療の費用が他の特掲診療料に含まれる場合を含む。）には、この限りではない。

- 健診等の結果、疾病又はその疑いがあると診断された患者について、治療方針を確立する等のために検査を行う必要がある場合には、当該検査が当該健診等の一環としてあらかじめ計画又は予定されていたものではないことが客観的に明らかである場合に限り、当該検査に係る費用について、診療報酬を算定できる。
- 当該健診等の結果、特に治療の必要性を認め治療を開始した場合には、当該治療に係る費用（上記で算定不可とされているものを除く。）について、診療報酬を算定できる。

◆健診等と直接関係のない疾病に対して保険診療を実施する場合

		健康診断、検診、予防接種等（健診等）を基準として、保険診療を		
		同日に1回の受診で実施	同日別受診で実施	翌日以降に実施
当該保険医療機関において保険診療の受診をしたことのない患者		初診料を算定	初診料を算定	
保険医療機関に通院し、 保険診療で精査中・治療中の患者 (例：糖尿病で通院)	精査中・治療中の疾病と関連する健診等 (例：特定健診後に足関節捻挫の保険診療を実施)	再診料等を算定	再診料等を算定	
	精査中・治療中の疾病と関連しない健診等 (例：がん検診に足関節捻挫の保険診療を実施)	再診料等を算定	再診料等を算定	

特定疾患療養管理料の見直し

特定疾患療養管理料の見直し

- ▶ 特定疾患療養管理料及び処方料・処方箋料の特定疾患処方管理加算の対象となる疾病について、消化性潰瘍のある患者への投与が禁忌である非ステロイド性抗炎症薬の投与を受けている場合には、胃潰瘍及び十二指腸潰瘍の対象から除外する。

現行

【特定疾患療養管理料】
 [施設基準]
 別表第一 特定疾患療養管理料並びに処方料及び処方箋料の特定疾患
 処方管理加算に規定する疾患
 (中略)
胃潰瘍
十二指腸潰瘍
 (中略)



改定後

【特定疾患療養管理料】
 [施設基準]
 別表第一 特定疾患療養管理料並びに処方料及び処方箋料の特定疾患
 処方管理加算に規定する疾患
 (中略)
胃潰瘍及び十二指腸潰瘍(消化性潰瘍のある患者への投与が禁忌
 である非ステロイド性抗炎症薬の投与を受けている場合を除
 く。)
 (中略)

レセプトの傷病名に、胃潰瘍、十二指腸潰瘍があり、特定疾患療養管理料(225点)を算定。
 投与薬に、非ステロイド性抗炎症薬(ロキソニン、セレコックス、ボルタレン、ブルフェン、インダシン、
 アスピリン、バファリン、ナイキサン等)がある場合はダメ(査定)
(経口薬と坐剤のみ? 外用薬? 湿布?)



医療DX・オンライン診療に係る全体像



- 医療DX関連施策の進捗等を踏まえ、医療DX推進体制整備加算・医療情報取得加算を廃止し、マイナ保険証の利用、電子処方箋、電子カルテ共有サービス、サイバーセキュリティ対策等に係る新たな評価を新設する。
- オンライン診療について、各種形態のオンライン診療を適正に推進する観点から、情報通信機器を用いた診療の施設基準の見直し、D to P with Nによるオンラインの評価の明確化、遠隔連携診療料の評価の拡大、情報通信機器を用いた医学管理等の評価の新設・見直しを行う。

医療DXに係る評価

- 医療DXやICT連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価

(新) 電子的診療情報連携体制整備加算

初診時 1/2/3	15点/9点/4点
再診時	2点
入院時 1/2	160点/80点



(新) 電子的歯科診療情報連携体制整備加算

初診時 1/2	9点/4点
再診時	2点

(新) 電子的調剤情報連携体制整備加算 8点

- 電子処方箋システムによる重複投薬等チェックや救急時医療情報閲覧機能の利活用の推進

(新) 救急時医療情報取得加算 50点

(新) 遠隔電子処方箋活用加算 10点



オンライン診療に係る評価

- 情報通信機器を用いた診療の施設基準の見直し

- チェックリストのウェブサイトへの掲示
- 医療広告安全ガイドラインの遵守

- D to P with Nのオンライン診療の評価の明確化

(新) 訪問看護遠隔診療補助料 (1日につき)

医師と同一の医療機関の看護師等	265点
訪問看護ステーションの看護師等	2,650円

(新) 看護師等遠隔診療検査実施料・看護師等遠隔診療処置実施料

1種類/2種類以上	100点/150点
-----------	-----------

(新) 看護師等遠隔診療注射実施料 100点

- 遠隔連携診療料の評価の拡大 (D to P with D)

遠隔連携診療料	
外来診療/訪問診療/入院診療	900点/900点/900点

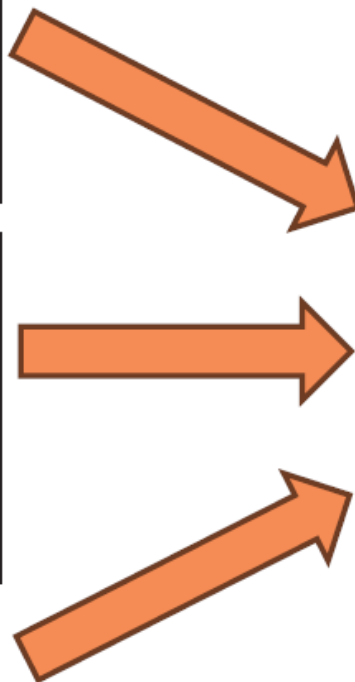
- 情報通信機器を用いた医学管理等の評価の新設・明確化

(新設) 在宅療養指導料、プログラム医療機器等指導管理料
在宅振戦等刺激装置治療指導管理料

(明確化) 外来栄養食事指導料

医療DX推進体制整備加算等の見直し(今回改定のイメージ)

<p>(廃止) 医療DX推進体制整備加算 (医療DXに対応する体制を評価)</p> <p>マイナ保険証の利用率、電子処方箋の導入に応じて、初診料に加算 8~12点(月1回)</p>
<p>(廃止) 医療情報取得加算 (オンライン資格確認を導入している医療機関において診療情報を活用する体制を評価)</p> <p>初診:1点(月1回) 再診:1点(3か月に1回)</p>
<p>明細書発行体制等加算</p> <p>1点(再診料に加算) ※廃止はされないが、電子的診療情報連携体制整備加算の届出医療機関は算定不可</p>



<p>(新設) 電子的診療情報連携体制整備加算</p>		
<p>[初診料](月1回)</p> <p>加算1 加算2 加算3</p>		<p>15点 9点 4点</p>
<p>[再診料・外来診療料] (月1回)</p>		<p>2点</p>

電子的診療情報連携体制整備加算の新設②

電子的診療情報連携体制整備加算の新設②

[施設基準（電子的診療情報連携体制整備加算1）]

- | | | |
|-------------------------------------|------------------|-------------------------------|
| (1) オンライン請求を行っていること。 | 電子的診療情報連携体制整備加算1 | (1)～(10)の全て |
| (2) <u>診療報酬明細書を患者に無償で交付</u> していること。 | 電子的診療情報連携体制整備加算2 | (1)～(7)の全てかつ
(8)～(10)のいずれか |
| (3) オンライン資格確認を行う体制を有していること。 | 電子的診療情報連携体制整備加算3 | (1)～(7)の全て |
- (4) 医師又は歯科医師が、オンライン資格確認等システム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。
- (5) マイナ保険証利用率が、30%以上であること。
- (6) 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。
- (7) 明細書発行に関する事項、医療DX推進の体制に関する事項等について、当該保険医療機関の見やすい場所及びウェブサイトに掲載していること。

(8) 電子処方箋

(9) 厚労省認証電子カルテ (標準型電子カルテ)

(10) 電子カルテ情報共有 サービス

- (8) 電子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子処方箋システムに登録する体制を有していること。
- (9) 以下のアからウの全て又はエを満たす電子カルテを有していること。
 ア 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」に準拠した体制であること。
 イ 電子処方箋管理サービスとの接続インターフェースを有していること。
 ウ 電子カルテ情報共有サービスとの接続インターフェースを有していること。
 エ 厚生労働省が認証する電子カルテ製品であること。
- (10) アを満たす又はイ及びウを満たすこと。
 ア 国等が提供する電子カルテ情報共有サービスにより取得される診療情報等を活用する体制を有していること。
 イ 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であって、以下の(イ)から(ハ)の全てを満たすものを活用する体制を有していること。
 (イ) 当該ネットワークに参加している保険医療機関の数が10以上であり、そのうち診療情報を開示している病院の数が2以上であること。
 (ロ) 登録患者数が1,000人以上であること又は新規登録患者数が年間100人以上であること。
 (ハ) 当該ネットワークの運営主体が連携している医療機関名及び登録患者数をウェブサイトで公表していること。
 ウ 以下の(イ)及び(ロ)を満たすこと。
 (イ) 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施設基準を届け出ていること。
 (ロ) 当該ネットワークに参加していること及び実際に患者の情報を共有している実績のある保険医療機関の名称について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

電子的診療情報連携体制整備加算及び電子的歯科診療情報連携体制整備加算（初・再診料）
の施設基準に係る届出書添付書類

様式1の6

令和8年6月1日までに
届ける

項目	記入欄
1. 届出区分（該当区分に○をつけること）	
ア 電子的診療情報連携体制整備加算	加算1 ・ 加算2 ・ 加算3
イ 電子的歯科診療情報連携体制整備加算	加算1 ・ 加算2
2. 診療体制等の要件 （該当するすべての口に「✓」を記入すること。）	<input type="checkbox"/> 電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っている <input type="checkbox"/> 算定した診療報酬の区分・項目の名称及びその点数又は金額を記載した詳細な明細書を患者に無料で交付している <input type="checkbox"/> 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認（以下オンライン資格確認）を行う体制が整備されている <input type="checkbox"/> 医療DX推進の体制に関する事項及び情報の取得・活用等について、当該保険医療機関の見やすい場所に提示している <input type="checkbox"/> 医療DX推進の体制に関する事項及び情報の取得・活用等についてのウェブサイトへの掲載を行っている <input type="checkbox"/> 診療報酬明細書の無料交付について、当該保険医療機関の見やすい場所に提示している <input type="checkbox"/> 診療報酬明細書の無料交付についてのウェブサイトへの掲載を行っている
3. 電子処方箋に係る要件 （該当するすべての口に「✓」を記入すること。）	<input type="checkbox"/> 「電子処方箋管理サービスの運用について」に基づく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が整備されている
4. 電子カルテに係る要件 （該当するすべての口に「✓」を記入すること。）	<input type="checkbox"/> 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」に準拠した体制が整備されている <input type="checkbox"/> 電子処方箋サービスとの接続インターフェースを有している <input type="checkbox"/> 電子カルテ情報共有サービスとの接続インターフェースを有している <input type="checkbox"/> 厚生労働省が認証する電子カルテ製品である
5. 電子カルテ情報共有サービス等に係る要件	
ア 国等が提供する電子カルテ情報共有サービス （該当する場合、口に「✓」を記入すること。）	<input type="checkbox"/> 国等が提供する電子カルテ情報共有サービスにより取得される診療情報等を活用する体制が整備されている
イ 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	
ネットワーク名	
ネットワークを運営する事務局名	
ネットワークを運営する事務局所在地	
登録患者数	
年間新規登録患者数	
年間新規登録患者数 開始年月（和暦で記載すること）	年 月
年間新規登録患者数 終了年月（和暦で記載すること）	年 月
ネットワークの運営主体による連携医療機関及び登録患者数のウェブサイトでの公表	有 ・ 無
ウ 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施設基準の届出	有 ・ 無
エ ネットワークに係る提示事項 （該当する場合、口に「✓」を記入すること。）	<input type="checkbox"/> ネットワークへの参加及び共有実績のある保険医療機関の名称について、当該保険医療機関の見やすい場所に提示している

【記載上の注意】

- 「2」のウェブサイトへの提示については、自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。
- 「3」から「5」までは、電子的診療情報連携体制整備加算1若しくは2又は電子的歯科診療情報連携体制整備加算1を算定する場合に記載すること。

九州厚生局HP
基本診療料の届出一覧
（令和8年度）

https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kyushu/shinsei/shido_kansa/shitei_kijun/kihon_shinryo_r08.html 上の方

オンライン診療の適正な推進に係る評価の見直し

情報通信機器を用いた診療の施設基準の見直し

- ▶ 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」及び情報通信機器を用いた診療の実態を踏まえ、情報通信機器を用いた診療の施設基準に、チェックリストのウェブサイト等への掲示及び医療広告ガイドラインの遵守等を追加するとともに、向精神薬の処方実態を踏まえ、情報通信機器を用いた診療に当たって、向精神薬を処方する場合には、電子処方箋管理サービスによる重複投薬等チェックを行うことを要件とする。

現行

【情報通信機器を用いた診療】 [施設基準]

- 1 情報通信機器を用いた診療に係る施設基準
 - (1) 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されているものとして、以下のア～ウを満たすこと。
ア～ウ (略)
 - エ 情報通信機器を用いた診療の初診の場合には向精神薬を処方しないことを当該保険医療機関のウェブサイト等に掲示していること。
(新設)
(新設)
(新設)



改定後

【情報通信機器を用いた診療】 [施設基準]

- 1 情報通信機器を用いた診療に係る施設基準
 - (1) 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されているものとして、以下のア～カを満たすこと。
ア～ウ (略)
 - エ 以下について、当該保険医療機関のウェブサイトに掲示していること。
 - (イ) 情報通信機器を用いた診療の初診において向精神薬の処方を行わないこと
 - (ロ) 当該保険医療機関での[対応状況を記入した「オンライン診療指針」の遵守の確認をするためのチェックリスト](#)
 - オ [医療広告ガイドラインを遵守](#)していること。また、当該保険医療機関のウェブサイトを作成する際には、「医療広告規制におけるウェブサイト等の事例解説書」を参考にすること。
 - カ [向精神薬を処方するに当たり、電子処方箋管理サービスの重複投薬等チェック機能を用いること](#)。ただし、電子処方箋を導入していない場合には、令和10年5月31日までの間に限り、オンライン資格確認等システム又は医療機関間で電子的に医療情報を共有するネットワークのいずれかを用いて薬剤情報を確認することとしても差し支えない。

情報通信機器を用いた診療

福岡県(R8.4) 届出

587医療機関

(福岡県医科医療機関 約5300)

D to P with N のオンライン診療の評価に係る全体像（イメージ）

(A) 訪問看護指示書及び訪問看護計画に基づく定期的な訪問（訪問看護）

(B) 予定された訪問看護がない場合

① 医師と同一の医療機関の看護師等の場合

【医療機関で算定】
 ・ 情報通信機器を用いた診療
 ・ **訪問看護の費用**（在宅患者訪問看護・指導料等）

【医療機関で算定】
 ・ 情報通信機器を用いた診療
 ・ **訪問看護遠隔診療補助料**（在宅患者訪問看護・指導料は算定不可）

② 訪問看護の指示を受けた訪問看護STの看護師等の場合

【医療機関で算定】
 ・ 情報通信機器を用いた診療
 【訪看STで算定】
 ・ **指定訪問看護の費用**（訪問看護療養費）

<医療保険の訪問看護対象者>
 ・ 情報通信機器を用いた診療 【医療機関で算定】
 ・ **訪問看護遠隔診療補助料** 【訪看STで算定】

<医療保険の訪問看護対象者以外の場合>
 ・ 情報通信機器を用いた診療 【医療機関で算定】
 ・ **訪問看護遠隔診療補助料** 【医療機関で算定 ※合議精算】

検査：[看護師等遠隔診療検査実施料](#)（第3節生体検査料、第4節診断穿刺・検体採取料） [第1節検体検査料は別途算定可](#)

注射：[看護師等遠隔診療注射実施料](#)

処置：[看護師等遠隔診療処置実施料](#)

薬剤料、特定保険医療材料料は別途算定可



(※) 看護師等が患者の居宅を訪問する場合における、訪問看護との関係

状況	想定される事例
(A) 訪問看護指示書及び訪問看護計画に基づく定期的な訪問（訪問看護）	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 訪問時に緊急に医師の診察が必要であると判断した場合 ✓ 予め訪問看護と医師の診察を同時刻に予定している場合
(B) 予定された訪問看護がない場合	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 医師の診察の補助の目的で訪問した場合

令和8年度
診療報酬改定

令和8年4月
公益社団法人 福岡県医師会

小児科外来診療料・小児かかりつけ診療料の見直し①

初診時(物質対応)

項目		改定前	R8.6~	R9.6~	見直しの概要等
小児科外来診療料	① 処方箋交付	604点	604点(変更なし)		変更なし
	② ①以外	721点	721点(変更なし)		
小児かかりつけ医診療料1	処方箋交付する場合	652点	652点(変更なし)		
	処方箋交付しない場合	796点	796点(変更なし)		
小児かかりつけ医診療料2	処方箋交付する場合	641点	641点(変更なし)		
	処方箋交付しない場合	758点	758点(変更なし)		

+ + +

物質 対応	外来・在宅物価対応料(新設)	—	2点 (+2点)	4点 (+4点)	・大臣折衝※2 ・令和9年度は令和8年度の2倍の評価
	外来・在宅 ベースアップ 評価料(I)	6点	23点 (+17点)	40点 (+34点)	・大臣折衝※1 ・令和9年度は令和8年度の2倍の評価
		—	17点 (+17点)	34点 (+34点)	・大臣折衝※1 ・令和9年度は令和8年度の2倍の評価

小児科外来診療料・小児かかりつけ診療料の見直し②

再診時(物質対応)

項目		改定前	R8.6～	R9.6～	見直しの概要等
小児科外来診療料	① 処方箋交付	410点	411点(+1点)		・大臣折衝※4
	② ①以外	528点	529点(+1点)		
小児かかりつけ医 診療料1	処方箋交付する場合	458点	459点(+1点)		
	処方箋交付しない場合	576点	577点(+1点)		
小児かかりつけ医 診療料2	処方箋交付する場合	447点	448点(+1点)		
	処方箋交付しない場合	565点	566点(+1点)		

+ + +

物質 対応	外来・在宅物価対応料(新設)		—	2点 (+2点)	4点 (+4点)	・大臣折衝※2 ・令和9年度は令和8年度の2倍の評価
	外来・在宅 ベースアップ 評価料(I)	令和7年度以前から 算定している 医療機関の場合	2点	6点 (+4点)	10点 (+8点)	・大臣折衝※1 ・令和9年度は令和8年度の2倍の評価
		令和8年度より 算定する 医療機関の場合	—	4点 (+4点)	8点 (+8点)	・大臣折衝※1 ・令和9年度は令和8年度の2倍の評価

令和8年度(2026年度)診療報酬改定の要点:小児科診療所が備えるべき未来

激変する社会環境と「2040年問題」



2025年の出生数は過去最小の約70万人
国の推計より17年早いペースで進行



「治し、支える医療」への転換:
地域包括ケアシステムの中で「支える医療」を担う機能が求められる

診療所の実務に直結する改定の柱

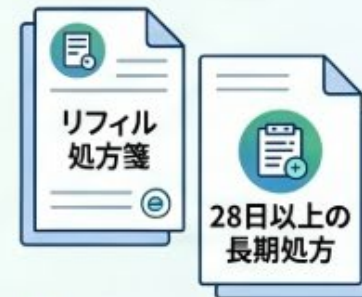


外来・在宅ペースアップ評価料(I)の増点

項目	改定前(現行)	改定後(令和8年8月~)
初診時	6点	17点
再診時	2点	4点
訪問診療時(同一建輸以外)	28点	79点

継続的な賃上げを支援する仕組みが強化

処方箋様式の見直しと情報提供



可能である旨を院内に掲示することが要件化

医療DXと事務負担の軽減



届出手続き簡略化

「様式95」の使用により、賃上げに係る届出手続きが簡略化



医療DX関連の加算は再編・整理される

施設基準の届出について

お願い

- 令和8年6月1日から算定を行うためには、**令和8年5月7日から6月1日まで（必着）**に、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（支）局の都道府県事務所へ届出が必要となりますので、ご注意願います。
- 締切日直前に届出が集中することが予想されますので、できる限り早期にご提出いただくようお願いいたします。

【医科診療所用】施設基準届出チェックリスト(令和8年度診療報酬改定)

更新日 令和8年4月20日

このチェックリストは、更新日時点のもので、今後、厚生労働省の通知の訂正などに伴い変更される場合があります。届出時に変更がないかどうか、改めてご確認をお願いします。

新たに創設された施設基準（新設）及び届出直しが必要な施設基準（要件変更）について

下記の算定項目を算定するためには、各施設基準ごとに要件を満たした上で「届出期限」必着で届出ください。

各届出様式については所管の各地方厚生(支)局HPを参照ください(当該チェックリストを各地方厚生(支)局に提出しても施設基準を届出したことにはなりません)。

項番	届出期限	区分	チェック欄		施設基準	届出状況	備考
			新設 要件変更	届出対象			
1	令和8年6月1日	基本診療料	新設	<input type="checkbox"/>	初診料(医科)の注16に規定する電子的診療情報連携体制整備加算1並びに再診料(医科)の注19及び外来診療料の注10に規定する電子的診療情報連携体制整備加算	<input type="checkbox"/>	
2	令和8年6月1日	基本診療料	新設	<input type="checkbox"/>	初診料(医科)の注16に規定する電子的診療情報連携体制整備加算2並びに再診料(医科)の注19及び外来診療料の注10に規定する電子的診療情報連携体制整備加算	<input type="checkbox"/>	
3	令和8年6月1日	基本診療料	新設	<input type="checkbox"/>	初診料(医科)の注16に規定する電子的診療情報連携体制整備加算3並びに再診料(医科)の注19及び外来診療料の注10に規定する電子的診療情報連携体制整備加算	<input type="checkbox"/>	
4	令和8年6月1日	基本診療料	新設	<input type="checkbox"/>	継続的に賃上げに係る取組を実施している保険医療機関の基準(入院料減算免除)	<input type="checkbox"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(I)の注5等に係る届出(項番51)と同一の様式で届出可能
5	令和9年4月1日	基本診療料	新設	<input type="checkbox"/>	外来データ提出加算	<input type="checkbox"/>	地域包括診療加算
6	令和8年6月1日	基本診療料	新設	<input type="checkbox"/>	口腔管理連携加算	<input type="checkbox"/>	
7	令和8年6月1日	基本診療料	新設	<input type="checkbox"/>	「A207-5」電子的診療情報連携体制整備加算1	<input type="checkbox"/>	有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料
8	令和8年6月1日	基本診療料	新設	<input type="checkbox"/>	「A207-5」電子的診療情報連携体制整備加算2	<input type="checkbox"/>	有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料
9	令和8年6月1日	基本診療料	新設	<input type="checkbox"/>	身体的拘束最小化推進体制加算	<input type="checkbox"/>	有床診療所療養病床入院基本料
10	令和8年6月1日	基本診療料	新設	<input type="checkbox"/>	産科管理加算2	<input type="checkbox"/>	有床診療所入院基本料
11	令和9年6月1日	基本診療料	要件変更	<input type="checkbox"/>	機能強化加算	<input type="checkbox"/>	
12	令和9年6月1日	基本診療料	要件変更	<input type="checkbox"/>	バイオ後継品使用体制加算	<input type="checkbox"/>	有床診療所入院基本料
13	令和8年6月1日	特掲診療料	新設	<input type="checkbox"/>	遠隔電子処方箋活用加算	<input type="checkbox"/>	

【医科診療所用】施設基準届出チェックリスト(令和8年度診療報酬改定)

更新日

令和8年4月20日

このチェックリストは、更新日時点のものです。今後、厚生労働省の通知の訂正などに伴い変更される場合があります。届出時に変更がないかどうか、改めてご確認をお願いします。

新たに創設された施設基準（新設）及び届出直しが必要な施設基準（要件変更）について

下記の算定項目を算定するためには、各施設基準ごとに要件を満たした上で「届出期限」必着で届出ください。

各届出様式については所管の各地方厚生(支)局HPを参照ください(当該チェックリストを各地方厚生(支)局に提出しても施設基準を届出したことにはなりません)。

項番	届出期限	区分	チェック欄		施設基準	チェック欄	
			新設 要件変更	届出対象		届出状況	備考
58	令和8年6月1日	特掲診療料	要件変更	<input type="checkbox"/>	CT撮影及びMRI撮影	<input type="checkbox"/>	128列以上のマルチスライス型の機器によるCT撮影に限る。
59	令和8年6月1日	特掲診療料	要件変更	<input type="checkbox"/>	通院・在宅精神療法の注11に規定する早期診療体制充実加算1	<input type="checkbox"/>	
60	令和8年6月1日	特掲診療料	要件変更	<input type="checkbox"/>	通院・在宅精神療法の注11に規定する早期診療体制充実加算3	<input type="checkbox"/>	
61	令和9年6月1日	特掲診療料	要件変更	<input type="checkbox"/>	医科点数表第2章第9部処置の通則の5に掲げる処置の休日加算1	<input type="checkbox"/>	
62	令和9年6月1日	特掲診療料	要件変更	<input type="checkbox"/>	医科点数表第2章第9部処置の通則の5に掲げる処置の時間外加算1	<input type="checkbox"/>	
63	令和9年6月1日	特掲診療料	要件変更	<input type="checkbox"/>	医科点数表第2章第9部処置の通則の5に掲げる処置の深夜加算1	<input type="checkbox"/>	
64	令和8年6月1日	特掲診療料	要件変更	<input type="checkbox"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)	<input type="checkbox"/>	
65	令和8年6月1日	特掲診療料	要件変更	<input type="checkbox"/>	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)(1~24)	<input type="checkbox"/>	
66	令和8年6月1日	特掲診療料	要件変更	<input type="checkbox"/>	入院ベースアップ評価料(1~500)	<input type="checkbox"/>	
67	令和9年6月1日	特掲診療料	要件変更	<input type="checkbox"/>	BRCA1/2遺伝子検査の腫瘍細胞を検体とするもの	<input type="checkbox"/>	乳癌患者に対して、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として検査を実施する場合に限る。
68	令和8年6月1日	特掲診療料	要件変更	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	