

厚生関連資料

今月の資料 (法律, 閣政省令, 告示, 通知, 事務連絡, その他)

通	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正 (保医発 1227・2, 0131・3) … p.65
通	検査料の点数の取扱い (保医発 1227・4) … p.65
告	厚生労働大臣の定める先進医療及び患者申出療養並びに施設基準の一部改正 (12/27 告示 379, 1/31 告示 6) … p.66
告	難病の患者に対する医療等に関する法律第 5 条第 1 項の規定に基づき厚生労働大臣が指定する指定難病等の一部改正 (12/27 告示 382) … p.66
他	支払基金における審査の一般的な取扱い (医科) (12/27, 1/31 支払基金) … p.66
事	ベースアップ評価料に係る届出様式 (1/10 保険局医療課) … p.69
事	疑義解釈資料の送付 (その 18, 19) (1/16, 30, 保険局医療課) … p.70
他	医療 DX に係る診療報酬上の評価の取扱い等 (1/29 中医協) … p.71
告	厚生労働大臣が指定する病院の病棟並びに厚生労働大臣が定める病院, 基礎係数, 機能評価係数 I, 機能評価係数 II, 救急補正係数及び激変緩和係数の一部改正 (12/27 告示 378, 1/31 告示 5) … p.73
* * *	
他	令和 5 年度における保険医療機関等の指導・監査等の実施状況 (1/28 保険局医療課医療指導監査室) … p.74

* 本欄で示す“p.00”は, 原則“診療点数早見表 (DPC 点数早見表) 2024 年度”ページ数です。



通

「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正

令和 6 年 12 月 27 日 保医発 1227 第 2 号,
令和 7 年 1 月 31 日 保医発 0131 第 3 号

【解説】「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」等が改正され, 保医発 1227 第 2 号は 1 月 1 日から, 保医発 0131 第 3 号は 2 月 1 日から適用されます。

保医発 1227 第 2 号 (12 月 27 日)

(p.468 左段 13 ~ 14 行目, 下線部訂正)

→ BRCA1/2 遺伝子検査

(1) 「1」腫瘍細胞を検体とするものについては, 初発の進行卵巣癌患者, 転移性去勢抵抗性前立腺癌患者又は転移性, 再発若しくは HER2 陰性の術後薬物療法の適応となる乳癌患者の腫瘍細胞を検体とし, (以下略) (令 6 保医発 0305・4, 1227・2)

(p.539 右段下から 13 ~ 12 行目, 下線部訂正)

→ 認知機能検査その他の心理検査の「1」

「イ」の簡易なものとは, MAS 不安尺度, (中略) 長谷川式知能評価スケール,

MMSE 及び神経心理検査用プログラム (視線の情報を連続的に収集し神経心理検査を行うもの) を用いる検査のことをいい, (以下略) (令 6 保医発 0305・4, 1227・2)

(p.996 左段下から 33 行目, 下線部訂正)

→ 骨セメントの定義

【機能区分の定義】

③ 脊椎・大腿骨頸部用: 次のいずれにも該当。

ア 次のいずれかに該当する。

イ 悪性脊椎腫瘍又は原発性骨粗鬆症による (以下略)

(p.1026 右段下から 21 ~ 19 行目, 下線部訂正・追加)

→ 椎体形成用材料セットの算定

イ 椎体形成用材料セットは, 骨粗鬆症, 多発性骨髄腫又は転移性骨腫瘍に対して使用した場合に, 1 回の手術で 3 セット

を限度として算定できる。なお, 続発性骨粗鬆症に対して使用する場合は, 関連学会の定める適正使用指針に従って使用した場合に限り算定できる。

ウ 骨粗鬆症に対して, 1 回の手術で 2 セット以上使用した場合は, 医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

保医発 0131 第 3 号 (1 月 31 日)

(p.882 右段下から 18 行目, 下線部訂正)

→ ミスマッチ修復タンパク免疫染色 (免疫抗体法) 病理組織標本作製

(1) ミスマッチ修復タンパク免疫染色 (免疫抗体法) 病理組織標本作製は, (中略) ア~ウ (略)

エ 子宮体癌における PARP 阻害剤の適応判定の補助

(令 6 保医発 0305・4, 令 7 保医発 0131・3)

通

検査料の点数の取扱い

令和 6 年 12 月 27 日
保医発 1227 第 4 号

(p.506 左段 14 行目の次に挿入)

→ マイコプラズマ・ジェニタリウム核酸及びマクロライド耐性変異同時検出

マイコプラズマ・ジェニタリウム核酸及びマクロライド耐性変異同時検出は, 以下のいずれかに該当する場合であって, リアルタイム PCR 法により測定した場合に, 本区分の「12」の膿トリコモナス及びマイコプラズマ・ジェニタリウム核酸同時検出

の所定点数を準用して算定する。

ア マイコプラズマ・ジェニタリウム感染症を疑う患者に対して, 治療法の選択を目的として行った場合。

イ マイコプラズマ・ジェニタリウム感染症の患者に対して, 治療効果判定を目的として行った場合。 (令 6 保医発 1227・4)

(p.881 右段 15 行目の次に挿入)

→ 免疫染色 (免疫抗体法) 病理組織標本作製

(11) p16 タンパクは, 子宮頸部上皮内腫瘍 (CIN) が疑われる患者であって, HE 染色で腫瘍性病変の鑑別が困難なものに対して HQ リンカーを用いて免疫染色病理標本作製を行った場合に, 本区分の「1」エストロゲンレセプターを準用して算定する。 (令 6 保医発 0305・4, 1227・4)

告

厚生労働大臣の定める先進医療及び患者申出療養並びに施設基準の一部改正

令和6年12月27日 告示第379号、
令和7年1月31日 告示第6号

【解説】先進医療及び患者申出療養並びに施設基準の告示が更新されました。告示第379号は1月1日から、告示第6号は2月1日からの適用です。

告示第379号(令和6年12月27日)

(p.1603 右段下から18～17行目, 下線部訂正, 削除)

22 削除(偽腔拡大に対する血管内治療)

(p.1604 右段下から16～13行目, 下線部訂正, 削除, (2024年12月号p.85の訂正に追加))

4 削除(ダブルフェニブ経口投与及びトラメチニブ経口投与の併用療法)

告示第6号(令和7年1月31日)

(p.1599 右段17行目～p.1600 左段4行目, 削除)

16 削除(細胞診検体を用いた遺伝子検査)

(p.1602 右段下から14行目, 下線部訂正)

26 血中循環腫瘍DNAを用いた微小残存病変量の測定

□ 施設基準

(1) 主として実施する医師に係る基準

① (略)

② 外科専門医(一般社団法人日本専門医機構又は一般社団法人日本外科学会が認定したものをいう)である。

(p.1604 右段3行目の次に挿入)

55 アナモレリン塩酸塩経口投与〔体重減少(食道がんに対する食道全摘胃管再建術又は胃がんに対する噴門側胃切除術若しくは胃全摘術を実施したものに限り)〕

告

難病の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が指定する指定難病及び同法第7条第1項第1号の規定に基づき厚生労働大臣が定める病状の程度の一部改正

令和6年12月27日
告示第382号

【解説】難病外来指導管理料の対象疾病等となる「指定難病」の一部改正があり、全348疾病となりました。4月1日から適用です。

(p.252～p.253, 参考「指定難病」(全341疾病), 下線部訂正・追加)

免疫性血小板減少症 (63)

睡眠時棘徐波活性化を示す発達性てんかん性脳症及びてんかん性脳症 (154)

LMNB1 関連大脳白質脳症 (342)

PURA 関連神経発達異常症 (343)

極長鎖アシル-CoA 脱水素酵素欠損症(344)

乳児発症 STING 関連血管炎 (345)

原発性肝外門脈閉塞症 (346)

出血性線溶異常症 (347)

口ウ症候群 (348)

他

支払基金における審査の一般的な取扱い(医科)

令和6年12月27日, 令和7年1月31日
社会保険診療報酬支払基金

【解説】「支払基金における審査の一般的な取扱い(医科)」が12月27日に30事例, 1月31日に19事例が示され, これまでの事例と合わせて442事例となりました。

令和6年12月27日(第19回:30事例)

【検査】

394. 一般検査(初診時, 入院時)の算定

① 初診時の一般検査として次の検査の算定は, 原則として認められる。

- (1) D000 尿中一般物質定性半定量検査
- (2) D005 「5」末梢血液一般検査

② 初診時の一般検査として次の検査の算定は, 原則として認められない。

- (1) D002 尿沈渣(鏡検法), D002-2 尿沈渣(フローサイトメトリー法)
- (2) D005 「2」網赤血球数(レチクロ)
- (3) D006 「1」出血時間, 「2」プロトロンビン時間(PT), 「7」活性化部分トロンボプラスチン時間(APTT)
- (4) D006 「4」フィブリノゲン半定量, フィブリノゲン定量
- (5) フィブリン・フィブリノゲン分解産物(FDP) ※1

物(FDP) ※1

(6) D ダイマー ※2

(7) D011 「1」ABO 血液型, Rh (D) 血液型

(8) D208 心電図検査「1」四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低12誘導

③ 入院時一般検査として次の検査の算定は, 原則として認められる。

- (1) D000 尿中一般物質定性半定量検査
- (2) D005 「3」末梢血液像(自動機械法), 「6」末梢血液像(鏡検法)
- (3) D005 「5」末梢血液一般検査
- (4) D015 「1」C 反応性蛋白(CRP) 定性, C 反応性蛋白(CRP)
- (5) D208 心電図検査「1」四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低12誘導

④ 入院時一般検査として次の検査の算定は, 原則として認められない。

- (1) D003 「5」糞便中ヘモグロビン定性, 「7」糞便中ヘモグロビン
- (2) D005 「2」網赤血球数(レチクロ)

※1 D001 「7」フィブリン・フィブリノ

ゲン分解産物(FDP)(尿), D006 「11」フィブリン・フィブリノゲン分解産物(FDP) 定性, フィブリン・フィブリノゲン分解産物(FDP) 半定量, フィブリン・フィブリノゲン分解産物(FDP) 定量

※2 D006 「14」D ダイマー定性, 「15」D ダイマー半定量, 「17」D ダイマー

395. 一般検査(内視鏡検査前)の算定

① 内視鏡検査前の一般検査としてD005 「5」末梢血液一般検査の算定は, 原則として認められる。

② 内視鏡検査前の一般検査として次の検査の算定は, 原則として認められない。

- (1) D006 「4」フィブリノゲン半定量, フィブリノゲン定量
- (2) D011 「1」ABO 血液型, Rh (D) 血液型
- (3) D015 「1」C 反応性蛋白(CRP) 定性, C 反応性蛋白(CRP)
- (4) D208 心電図検査「1」四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低12誘導



396. 一般検査（心臓カテーテル検査前）の算定

① 心臓カテーテル検査前の一般検査として次の検査の算定は、原則として認められる。

- (1) D005「5」末梢血液一般検査
- (2) D208心電図検査「1」四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低12誘導

② 心臓カテーテル検査前の一般検査として次の検査の算定は、原則として認められない。

- (1) D006「4」フィブリノゲン半定量、フィブリノゲン定量
- (2) D007「36」血液ガス分析

397. マイコプラズマ抗体（肺炎、気管支炎等）の算定

マイコプラズマ感染症（疑い含む）のない次の傷病名に対するD012「4」マイコプラズマ抗体定性又はマイコプラズマ抗体半定量の算定は、原則として認められない。

- (1) 肺炎（成人）、(2) 気管支炎、(3) 慢性呼吸不全、(4) 肺結核、(5) 肺気腫、(6) 気管支喘息

398. マイコプラズマ抗原、核酸検出（肺炎、気管支炎等）の算定

マイコプラズマ感染症（疑い含む）のない次の傷病名に対するD012「26」マイコプラズマ抗原定性（免疫クロマト法）、「34」マイコプラズマ抗原定性（FA法）又はD023「6」マイコプラズマ核酸検出の算定は、原則として認められない。

- (1) 肺炎、(2) 気管支炎、(3) 慢性呼吸不全、(4) 肺結核、(5) 肺気腫、(6) 気管支喘息

399. ヘリコバクター・ピロリ関連検査〔胃潰瘍（癒痕含む）等のない場合〕の算定

ヘリコバクター・ピロリ関連検査^{*1}の算定については、次の傷病名がなく、ヘリコバクター・ピロリ感染症（疑い含む）の傷病名がある場合であっても、原則として認められない。

- (1) 胃潰瘍（癒痕含む）、(2) 十二指腸潰瘍（癒痕含む）、(3) 胃MALTリンパ腫、(4) 特発性血小板減少性紫斑病、(5) 早期胃癌（内視鏡的治療後）、(6) 胃炎

^{*1} ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて（平成12年10月31日保険発第180号、最終改正：令和4年10月31日保医発1031第5号）において、除菌前の感染診断の検査法として掲げられている次の検査

- ①迅速ウレアーゼ試験、②鏡検法、③培養法、④抗体測定、⑤尿素呼吸試験、⑥糞便中抗原測定、⑦核酸増幅法

400. 嫌気性培養加算（ヘリコバクター・ピロリ感染症）の算定

ヘリコバクター・ピロリ感染症に対する嫌気性培養加算の算定は、原則として認められない。

401. 抗酸菌分離培養の液体培地法とそれ以外のものの算定回数

結核に対する同日に採取した検体によるD020「1」抗酸菌分離培養（液体培地法）又は「2」抗酸菌分離培養（それ以外のもの）の算定は、原則として1回のみ認められる。

402. 超音波検査の算定（稽留流産確定後の進行流産）

稽留流産確定後の進行流産（不全流産・完全流産）の診断時のD215超音波検査（断層撮影法）（胸腹部）の算定は、原則として認められる。

403. 精密眼圧測定（眼精疲労、白内障）の算定

次の傷病名に対するD264精密眼圧測定の算定は、原則として認められる。

- (1) 眼精疲労（再診時）、(2) 白内障

404. 胃腸機能整腸薬（下部消化管における内視鏡検査又は内視鏡手術時の前処置）の算定

下部消化管における内視鏡検査又は内視鏡手術時の前処置として次の薬剤の算定は、原則として認められない。

- (1) イトブリド塩酸塩（ガトン錠等）、(2) ドンペリドン（ナウゼリン錠等）、(3) トリメプチンマレイン酸塩（セレキノン錠等）、(4) メトクロプラミド（プリンペラン錠等）

405. 狭帯域光強調加算（胃静脈瘤等）の算定

次の傷病名に対する狭帯域光強調加算の算定は、原則として認められない。

- (1) 胃静脈瘤、食道静脈瘤、(2) 逆流性食道炎、(3) 慢性胃炎、(4) 胃炎、(5) 十二指腸潰瘍

406. 狭帯域光強調加算と粘膜点墨法加算の併算定

悪性腫瘍（疑い含む）に対する胃・十二指腸ファイバーにおける狭帯域光強調加算と粘膜点墨法加算の併算定は、原則として認められる。

407. 粘膜点墨法加算と色素内視鏡法加算

（逆流性食道炎、急性胃炎）の算定

① 逆流性食道炎に対するD306食道ファイバースコープ時の粘膜点墨法加算又は色素内視鏡法加算の算定は、原則として認められない。

② 急性胃炎に対するD308胃・十二指腸ファイバースコープ時の粘膜点墨法加算又は色素内視鏡法加算の算定は、原則として認められない。

【投薬】

408. 硝酸イソソルビド【内服薬・外用薬】（不整脈等）の算定

次の傷病名に対する硝酸イソソルビド【内服薬・外用薬】（フランドル錠、フランドルテープ等）の算定は、原則として認められない。

- (1) 不整脈、(2) 心房細動、(3) 上室性期外収縮

409. ニコランジル錠（狭心症のない心筋症等）の算定

狭心症のない次の傷病名に対するニコランジル錠（シグマート錠2.5mg等）の算定は、原則として認められない。

- (1) 心筋症、(2) 特発性拡張型心筋症、(3) 心不全

410. プロピオン酸系抗炎症薬（適応傷病名と潰瘍治療薬投与中の胃潰瘍又は十二指腸潰瘍）の算定

適応傷病名と潰瘍治療薬投与中の胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の傷病名がある患者に対するプロピオン酸系抗炎症薬〔ロキソプロフェンナトリウム錠（ロキソニン錠等）又はプラノプロフェン（プラノプロフェンカプセル等）〕の算定は、原則として認められる。

411. 抗ウイルス薬の併用投与（ヘルペス角膜炎）

ヘルペス角膜炎に対する次の抗ウイルス薬の併用投与は、原則として認められる。

- (1) アシクロビル【眼軟膏】（ゾビラックス眼軟膏等）とアシクロビル【内服薬】（ゾビラックス錠等）
- (2) アシクロビル【眼軟膏】（ゾビラックス眼軟膏等）とアシクロビル【注射薬】（ゾビラックス点滴静注用等）

412. アプレピタントカプセルの算定（投与期間）

成人に対するアプレピタントカプセル（イメンドカプセル80mg、125mg）1処方あたりの投与期間は、原則として5日間

で認められる。

413. アシクロビルとピダラビンの併用投与（口唇ヘルペス等）

口唇ヘルペス又は外陰部ヘルペスに対するアシクロビル【内服薬】（ゾピラックス錠等）とピダラビン【外用薬】（アラセナ-A軟膏等）の併用投与は、原則として認められる。

414. イトラコナゾールの算定（使用量）

爪白癬に対するイトラコナゾール（イトリゾールカプセル）のパルス療法1日400mg未満の算定は、原則として認められる。

415. 適応傷病名と胃潰瘍等がある患者に対するチクロピジン塩酸塩製剤の算定

- ① 適応傷病名と出血を伴う胃潰瘍又は十二指腸潰瘍がある患者に対するチクロピジン塩酸塩製剤（パナルジン錠等）の算定は、原則として認められない。
- ② 適応傷病名と出血を伴わない胃潰瘍又は十二指腸潰瘍がある患者に対するチクロピジン塩酸塩製剤（パナルジン錠等）の算定は、原則として認められる。

【注射】

416. 注射用ガベキサートメシル酸塩とナファモスタットメシル酸塩製剤の併用投与

注射用ガベキサートメシル酸塩（注射用エフオーワイ等）とナファモスタットメシル酸塩製剤（注射用フサン等）の併用投与は、原則として認められない。

417. 注射用ガベキサートメシル酸塩又はナファモスタットメシル酸塩製剤とウリナスタチンの2剤の併用投与

膝炎かつ播種性血管内凝固症候群に対して注射用ガベキサートメシル酸塩（注射用エフオーワイ等）又はナファモスタットメシル酸塩製剤（注射用フサン等）とウリナスタチン（ミラクリッド注射液）の2剤の併用投与は、原則として認められる。

【処置】

418. ハイフローセラピー時の酸素の使用量

J026-4ハイフローセラピー時の酸素は、原則として1日86,400Lまで認められる。

419. 耳垢栓塞除去（耳垢）の算定

耳垢に対するJ113耳垢栓塞除去（複雑なもの）の算定は、原則として認められない。

【手術】

420. 注射用ランジオロール塩酸塩（手術時）の算定

手術時に不整脈等の傷病名がない場合の注射用ランジオロール塩酸塩（オノアクト点滴静注用）の算定は、原則として認められない。

【麻酔】

421. 静脈麻酔（小児の骨髄穿刺等）の算定

小児における次の診療行為に対するL001-2静脈麻酔の算定は、原則として認められる。

- (1) 骨髄穿刺, (2) 腰椎穿刺, (3) CT撮影, (4) MRI撮影

422. リドカインテープ剤（脊椎麻酔時等）の算定

次の場合のリドカインテープ剤（ペンレストテープ等）の算定は、原則として認められない。

- (1) L004脊椎麻酔時, (2) ゴセリン酢酸塩デボ（ゾラデックスデボ等）投与時

【病理診断】

423. 病理組織標本作製「1」組織切片の算定

次の傷病名に対するN000病理組織標本作製「1」組織切片によるものの算定は、原則として認められる。

- (1) 胃潰瘍, (2) 十二指腸潰瘍

令和7年1月31日(第20回：19事例)

【検査】

424. C₃, C₄（慢性糸球体腎炎）の算定

慢性糸球体腎炎に対するD015「8」C₃, C₄の算定は、原則として認められる。

425. 眼底カメラ（糖尿病網膜症）の算定

糖尿病網膜症に対するD256眼底カメラ撮影（「1」通常の方法の場合）又は（「2」蛍光眼底法の場合）の算定は、原則として認められる。

426. 眼底カメラ（網膜前膜）の算定

網膜前膜に対するD256眼底カメラ撮影（「1」通常の方法の場合）の算定は、原則として認められる。

427. 精密眼底検査（眼疾患がない場合）の算定

他の診療科からの依頼に眼疾患がない次の傷病名等に対するD255精密眼底検査（片側）の算定は、原則として認められる。

- (1) 糖尿病, (2) 高血圧症, (3) 脳血管疾患, (4) 脳血管疾患手術後

428. 眼底三次元画像解析（うっ血乳頭等）の算定

① 次の傷病名に対するD256-2眼底三次元画像解析の算定は、原則として認められる。

- (1) うっ血乳頭, (2) 視神経萎縮, (3) 緑内障（初診時）

② 次の傷病名に対するD256-2眼底三次元画像解析の算定は、原則として認められない。

- (1) 網膜動脈硬化症, (2) 白内障

【投薬】

429. カルベジロール（不整脈）の算定

単なる不整脈の傷病名に対するカルベジロール（アーチスト錠等）の算定は、原則として認められない。

430. 低用量アスピリン投与時におけるランソプラゾール及びエソメプラゾールマグネシウム水和物の算定

低用量アスピリン投与時における、胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の既往がレセプトで確認できない場合の次の薬剤の算定は、原則として認められない。

- (1) ランソプラゾール【内服薬】（タケプロンカプセル等）
- (2) エソメプラゾールマグネシウム水和物【内服薬】（ネキシウムカプセル等）

431. チクロピジン塩酸塩（冠動脈疾患等）の算定

① 次の傷病名に対するチクロピジン塩酸塩（パナルジン錠等）の算定は、原則として認められる。

- (1) 冠動脈疾患（不安定狭心症, 安定狭心症, 狭心症, 虚血性心疾患）, (2) 内頸動脈狭窄症, 脳動脈狭窄症, (3) 慢性動脈閉塞症〔閉塞性血栓血管炎（バージャー病）又は閉塞性動脈硬化症〕, (4) 冠動脈瘤のある川崎病

② K546経皮的冠動脈形成術後におけるチクロピジン塩酸塩（パナルジン錠等）の算定は、原則として認められる。

③ 次の傷病名等に対するチクロピジン塩酸塩（パナルジン錠等）の算定は、原則として認められない。

- (1) 心房細動, (2) 不整脈, (3) 心筋症, 心不全, (4) 心臓弁膜症（僧帽弁膜症）, (5) 心肥大, (6) 血栓性静脈炎, (7) ペースメーカー装着患者, (8) ネフローゼ症



候群, (9) 肺血栓塞栓症

- ④ K555 弁置換術後におけるチクロピジン塩酸塩（パナルジン錠等）の算定は、原則として認められない。

432. アスピリン（虚血性心疾患等）の算定

- ① 次の傷病名に対するアスピリン（バイアスピリン錠等）の算定は、原則として認められる。
- (1) 虚血性心疾患, (2) 内頸動脈狭窄症, 脳動脈狭窄症, (3) 慢性動脈閉塞症〔閉塞性血栓血管炎（バージャー病）又は閉塞性動脈硬化症〕
- ② 次の傷病名に対するアスピリン（バイアスピリン錠等）の算定は、原則として認められない。
- (1) 心房細動, (2) 不整脈, (3) 心筋症, 心不全, (4) 心臓弁膜症（僧帽弁膜症）, (5) 心肥大, (6) 血栓性静脈炎, (7) ペースメーカー装着患者, (8) ネフローゼ症候群, (9) 肺血栓塞栓症

433. イコサペント酸エチルカプセル、ベラプロストナトリウム錠及びアルプロスタジル注射液（閉塞性動脈硬化症）の併用投与

閉塞性動脈硬化症に対するイコサペント酸エチルカプセル（エパデールカプセル等）、ベラプロストナトリウム錠（ドルナー錠等）及びアルプロスタジル注射液（パルクス注、リプル注等）の3剤の併用投与は、原則として認められる。

434. ヘリコバクター・ピロリ菌除菌薬とH₂ブロッカー【内服薬】の併用投与

ヘリコバクター・ピロリ胃炎に対するヘリコバクター・ピロリ菌除菌薬とH₂ブロッカー【内服薬】の併用投与は、原則として認められない。

435. 抗ウイルス薬（再発の記載がない带状疱疹、カポジ水痘様発疹症）の算定

診療開始日から一定期間経過後、再発の記載がない次の傷病名（免疫機能の低下を来す基礎疾患のない患者）に対する抗ウイルス薬（ヘルペスウイルス感染症治療薬※に限る）の算定は、原則として認められない。

- (1) 带状疱疹
(2) カポジ水痘様発疹症

※ アシクロビル（アシクロビル錠等）、ビダラビン（アラセナ-A軟膏等）、バラシクロビル塩酸塩（バルトレックス錠等）、ファムシクロビル（ファミル錠等）等

436. 抗ウイルス薬の併用投与（単純疱疹）

- ① 単純疱疹に対する次の抗ウイルス薬の併用投与は、原則として認められる。
- (1) ビダラビン（アラセナ-A軟膏等）【外用薬】とアシクロビル（ゾビラックス錠等）【内服薬】
- (2) ビダラビン（アラセナ-A軟膏等）【外用薬】とアシクロビル（ゾビラックス点滴静注用）【注射薬】
- ② 単純疱疹に対する次の抗ウイルス薬の併用投与は、原則として認められない。
- (1) アシクロビル（ゾビラックス錠等）【内服薬】とアシクロビル（ゾビラックス点滴静注用等）【注射薬】
- (2) アシクロビル（ゾビラックス錠等）【内服薬】とビダラビン（アラセナ-A点滴静注用）【注射薬】

437. 抗ウイルス薬の併用投与（带状疱疹）

带状疱疹に対する次の抗ウイルス薬の併用投与は、原則として認められる。

- (1) ビダラビン（アラセナ-A軟膏等）【外用薬】とアシクロビル（ゾビラックス錠等）【内服薬】
- (2) ビダラビン（アラセナ-A軟膏等）【外用薬】とバラシクロビル塩酸塩（バルトレックス錠等）【内服薬】
- (3) ビダラビン（アラセナ-A軟膏等）【外用薬】とアシクロビル（ゾビラックス点

点滴静注用）【注射薬】

- (4) ビダラビン（アラセナ-A軟膏等）【外用薬】とビダラビン（アラセナ-A点滴静注用）【注射薬】

438. タクロリムス水和物【内服薬】（慢性腎不全）の算定

慢性腎不全に対するタクロリムス水和物【内服薬】（プログラフカプセル等）の算定は、原則として認められない。

439. 成分栄養剤（食欲不振）の算定

食欲不振（寝たきり及び高齢者以外の患者）に対する成分栄養剤（エレンタール配合内用剤等）の算定は、原則として認められない。

440. 半消化態栄養剤（摂食嚥下機能障害）の算定

摂食嚥下機能障害に対する半消化態栄養剤（エンシュア・リキッド等）の算定は、原則として認められる。

【手術】

441. トロンビン【内服薬】の算定

K533 食道・胃静脈瘤硬化療法（内視鏡によるもの）又はK533-2内視鏡的食道・胃静脈瘤結紮術時におけるトロンビン【内服薬】（経口用トロンビン細粒等）の算定は、原則として認められる。

【病理診断】

442. 病理組織標本作製「1」組織切片（痔瘻、痔核）の算定

- ① 痔瘻に対するN000病理組織標本作製「1」組織切片によるものの算定は、原則として認められる。
- ② 痔核に対するN000病理組織標本作製「1」組織切片によるものの算定は、原則として認められない。

事

ベースアップ評価料に係る届出様式

令和7年1月10日
保険局医療課事務連絡

【解説】ベースアップ評価料の届出様式に関する改定が行われました。届出様式については、弊社HPに掲載しています。

「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法」における「06」訪問看護ベースアップ評価料に係る施設基準及びその届出に関する手続きについては、「訪問看護ステーションの基準に係る届出

に関する手続きの取扱いについて」（令和6年3月5日保医発0305第7号厚生労働省保険局医療課長通知）により、その取扱いをお示ししてきたところであるが、今般別添1（略）のとおり届出様式を改定するとともに、「診療報酬の算定方法」別表第1医科診療報酬点数表における「O100」外来・在宅ベースアップ評価料（I）、同別

表第2歯科診療報酬点数表における「P100」歯科外来・在宅ベースアップ評価料（I）及び「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法」における「06」訪問看護ベースアップ評価料（I）のみを届け出る場合の届出添付書類については、別添2（略）及び別添3（略）に代えることができるものとしたので、貴管下の保険医

療機関に周知徹底を図り、その取扱いに遺漏のないよう特段の御配慮を願いたい。

なお、届出等に関する取扱いについては、別添4を参考にされたい。

(別添4)

【ベースアップ評価料】

問1 従来どおり「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添2の様式95及び「賃金改善計画書」を用いて、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)の届出を行うことは可能か。

答 可能。訪問看護ステーションについても、同様である。

問2 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)と同時に外来・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)又は入院ベースアップ評価料の届出を新たに行う場合、本事務連絡の別添2を用いて、届出を行うことは可能か。

答 不可。この場合には「ベースアップ評価料に係る届出様式の改定について」(令和6年9月11日事務連絡)別添1に定める以下の書類の提出が必要。

- 「特掲診療料の施設基準等に係る届出書」
- 「外来・在宅ベースアップ評価料(I)に係る届出書添付書類」又は「歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)に係る届出書添付書類」(様式95)
- 「外来・在宅ベースアップ評価料(II)に係る届出書添付書類」「歯科外来・在宅ベースアップ評価料(II)に係る届出書添付書類」(様式96)又は「入院ベースアップ評価料に係る届出書添付書類」(様式97)
- 「賃金改善計画書」
また、訪問看護ベースアップ評価料(I)と同時に訪問看護ベースアップ評

価料(II)を届け出る場合には、本事務連絡の別添1に定める以下の書類の提出が必要。

- 「訪問看護ベースアップ評価料(I)の施設基準に係る届出添付書類」(別紙様式11)
- 「訪問看護ベースアップ評価料(II)の施設基準に係る届出添付書類」(別紙様式11)
- 「賃金改善計画書」

問3 別添2により、外来・在宅ベースアップ評価料(I)又は歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)を届け出た医療機関が、その翌月以降に外来・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)又は入院ベースアップ評価料の届出を新たに行う場合も、問2と同様の取扱いとなるのか。

答 そのとおり。訪問看護ステーションについても、同様である。

問4 令和7年1月以降に「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添2の様式95及び「賃金改善計画書」を用いて、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)の届出を行った医療機関が、その翌月以降に外来・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)又は入院ベースアップ評価料の届出を新たに行う場合はどのような書類が必要となるのか。

答 問2に記載されている書類が必要となる。訪問看護ステーションについても、同様である。

ただし、令和7年2月より前に外来・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)の算定を開始している医療機関又は訪問看護ベースアップ評価料(I)の算定を開始している訪問看護ステーションは、「ベースアップ評価料に係る届出様式の改定について」(令和6年9月11日事務

連絡)別添2の問3のとおりである。

なお、修正した「賃金改善計画書」の提出は必須ではないが、再度地方厚生(支)局長に提出しても差し支えない。

(参考) 令和6年9月11日事務連絡別添2の問3
問3 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)を届け出ている医療機関又は訪問看護ベースアップ評価料(I)を届け出ている訪問看護ステーションが、その翌月以降に外来・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)、入院ベースアップ評価料又は訪問看護ベースアップ評価料(II)の届出を新たに行う場合は、どのような届出が必要か。

- 答 それぞれ以下のとおり。
- 保険医療機関(医科)については、「特掲診療料の施設基準等に係る届出書」及び「外来・在宅ベースアップ評価料(II)に係る届出書添付書類」又は「入院ベースアップ評価料に係る届出書添付書類」の届出が必要
 - 保険医療機関(歯科)については、「特掲診療料の施設基準等に係る届出書」及び「歯科外来・在宅ベースアップ評価料(II)に係る届出書添付書類」又は「入院ベースアップ評価料に係る届出書添付書類」の届出が必要
 - 訪問看護ステーションについては、「訪問看護ベースアップ評価料(II)の施設基準に係る届出添付書類」の届出が必要

問5 本事務連絡による訪問看護ベースアップ評価料の届出様式の改定趣旨如何。

答 届出を行う訪問看護ステーションの負担を軽減し、円滑な届出を可能とする観点から、以下について改定を行った。

- 「賃金改善計画書」の基本給等総額における、「医療保険の利用者割合」を乗じる計算処理の削除。
- 「賃金改善計画書」のベースアップ評価料対象外職種の基本給等に係る事項における、給与総額の記載項目の削除。
- 「賃金改善計画書」の基本給等に係る事項における、職種グループ別の記載項目の削除。
- その他、記載上の注意等の文言に係る修正。

なお、既に届出を行った訪問看護ステーションは、改定後の様式で改めて届出を行う必要はない。また、改定前の様式で届出を行うことも可能である。

事

疑義解釈資料の送付(その18, 19)

令和7年1月16日、30日
保険局医療課事務連絡

その18(令和7年1月16日)

【院内製剤加算】

問1 インフルエンザが流行している状況下で、オセルタミビルリン酸塩のドライ

シロップ製剤の供給が限定されているため、保険医療機関において同製剤が不足し、処方が困難な際に、入院中の患者に対して、カプセル剤を脱カプセルし、賦

形剤を加えるなどして調剤した上で投薬を行った場合、F500調剤技術基本料の「注3」院内製剤加算を算定できるのか。

答 「オセルタミビルリン酸塩製剤の適正



な使用と発注について（協力依頼）」（令和7年1月8日付け厚生労働省医政局医薬産業振興・医療情報企画課事務連絡）の記の4において、「医療機関及び薬局におかれては、オセルタミビルリン酸塩ドライシロップが不足している状況にあっても、当該品目を処方又は調剤する必要がある場合には、オセルタミビルリン酸塩カプセルを脱カプセルし、賦形剤を加えるなどの調剤上の工夫を行った上での調剤を検討いただきたいこと」とされているなか、やむをえず当該対応を実施した場合には、院内製剤加算を算定して差し支えない。なお、このような場合には、レセプトの摘要欄に「オセルタミビルリン酸塩ドライシロップ製剤の不足のため」等のやむを得ない事情を記載する。

また、この場合の薬剤料については、オセルタミビルリン酸塩カプセルの実際の投与量に相当する分（例えば、5日間でオセルタミビルとして合計262.5mg投与する場合は、オセルタミビルリン酸塩カプセル75mgの3.5カプセル分）を請求するものとする。

問2 問1における「オセルタミビルリン酸塩ドライシロップが不足している状況」に該当するか否かは、出荷停止、出荷調整等の安定供給に支障が生じている品目かどうかで判断するのではなく、あ

くまで、現に、当該保険医療機関において、オセルタミビルリン酸塩ドライシロップを提供することが困難かどうかで判断するのか。

答 そのとおり。

なお、長期収載品の処方等又は調剤において、当該薬剤を提供することが困難な場合に該当するか否かについても、令和6年7月12日付け厚生労働省保険局医療課事務連絡「長期収載品の処方等又は調剤の取扱いに関する疑義解釈資料の送付について（その1）」問10に示す解釈と同様であることに留意されたい。

（参考）「長期収載品の処方等又は調剤の取扱いに関する疑義解釈資料の送付について（その1）」問10「当該保険医療機関又は保険薬局において、後発医薬品の在庫状況等を踏まえ、後発医薬品を提供することが困難な場合」について、出荷停止、出荷調整等の安定供給に支障が生じている品目かどうかで判断するのではなく、あくまで、現に、当該保険医療機関又は保険薬局において、後発医薬品を提供することが困難かどうかで判断するというのでよい。

（答） そのとおり

その19（令和7年1月30日）

【診断群分類点数表等により算定される診療報酬について】

問1 「疑義解釈資料の送付について（その1）」（令和6年3月28日付事務連絡）別添4問6-1及び問6-2において、「月1回のみ算定することとなっている点数

（診断群分類点数表により包括される点数に限る）」とあるが、医科点数表において、例えば3月に1回算定することとなっている点数は含まれるのか。

答 当該解釈は、「月1回のみ算定することとなっている点数」に限られ、例示のように3月に1回算定することとなっている点数等については、診断群分類点数表による算定の有無により外来における算定の可否が変わるものではない。

（参考）「疑義解釈資料の送付について（その1）」令和6年3月28日付事務連絡

問6-1 診断群分類点数表による算定を行った患者が退院した場合、退院した月と同じ月に外来において月1回のみ算定することとなっている点数（診断群分類点数表により包括される点数に限る）を別に算定することができるのか。（例：検体検査判断料等）

（答） 算定することができない。

問6-2 外来で月1回のみ算定することとなっている点数（診断群分類点数表により包括される点数に限る）を算定した後、同じ月に入院となり診断群分類点数表による算定を行った場合に、入院前に実施した月1回のみ算定することとなっている点数（診断群分類点数表により包括される点数に限る）について算定することができるのか。（例：検体検査判断料等）

（答） 算定することができる。

問6-3 問6-1及び問6-2において、「月1回のみ算定することとなっている点数（診断群分類点数表により包括される点数に限る）」とあるが、医科点数表において、月1回のみ算定することとなっている点数であって、診断群分類点数表により包括されるすべての点数を指すのか。

（答） そのとおり。

他

医療DXに係る診療報酬上の評価の取扱い等

令和7年1月29日
中央社会保険医療協議会

【解説】医療DXに係る診療報酬上の評価の取扱いや、入院時食事基準額の引上げ等につき、1月29日に中医協に諮問・答申されました。今後、正式告示・通知が発出され、4月1日に施行となります。

〔p.34 右段28行目、下線部訂正・追加、（2024年9月号 p.53の訂正に追加）〕

A000 初診料 291点

注16 医療DX推進に係る体制として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（中略）

- イ 医療DX推進体制整備加算1 12点
- ロ 医療DX推進体制整備加算2 11点
- ハ 医療DX推進体制整備加算3 10点
- ニ 医療DX推進体制整備加算4 10点
- ホ 医療DX推進体制整備加算5 9点
- ヘ 医療DX推進体制整備加算6 8点

（p.361 左段下から22～10行目、下線部訂正・追加）

CO01 在宅患者訪問診療料（I）（1日につき）

注13 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、（中略）、在宅医療DX情報活用加算として、月1回に限り、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。（中略）

- イ 在宅医療DX情報活用加算1 11点
- ロ 在宅医療DX情報活用加算2 9点

（p.379 右段下から4行目～p.380 左段10行目、下線部訂正・追加）

CO03 在宅がん医療総合診療料（1日につき）

注8 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、（中略）、在宅医療DX情報活用加算として、月1回に限り、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。（中略）

- イ 在宅医療DX情報活用加算1 11点
- ロ 在宅医療DX情報活用加算2 9点

（p.1037 左段下から20行目～右段最下行、下線部訂正）

第1 食事療養

- 1 入院時食事療養（I）（1食につき）
 - （1）（2）以外の食事療養を行う場合 690円
 - （2）流動食のみを提供する場合 625円

- 2 入院時食事療養（Ⅱ）（1食につき）
 (1) (2)以外の食事療養を行う場合

556円

- (2) 流動食のみを提供する場合 510円

第2 生活療養

1 入院時生活療養（Ⅰ）

- (1) 健康保険法第63条第2項第2号イ及び高齢者の医療の確保に関する法律第64条第2項第2号イに掲げる療養（以下「食事の提供たる療養」という）（1食につき）

- イ 口以外の食事の提供たる療養を行う場合 604円

- ロ 流動食のみを提供する場合 550円

2 入院時生活療養（Ⅱ）

- (1) 食事の提供たる療養（1食につき） 470円

[p.1054 右段下から4行目～p.1055 左段15行目、下線部訂正・追加、(2024年9月号 p.53～54の訂正に追加)]

3の8 医療DX推進体制整備加算の施設基準

- (1) 医療DX推進体制整備加算1の施設基準

イ～ハ（略）

ニ 電磁的記録をもって作成された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磁的記録として登録する体制を有していること。

ホ～リ（略）

- (2)・(3)（略）

- (4) 医療DX推進体制整備加算4の施設基準

(1)のイからハまで及びホからリまでに掲げる施設基準を満たすものであること。

- (5) 医療DX推進体制整備加算5の施設基準

イ (1)のイからハまで、ホ及びトからリまでに掲げる施設基準を満たすものであること。

ロ 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認に係る必要な実績を有していること。

- (6) 医療DX推進体制整備加算6の施設基準

イ (1)のイからハまで、ホ、ト及びチまでに掲げる施設基準を満たすものであること。

ロ 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認に係る実績を有してい

ること。
 (7)～(11)（略）

[p.1055 左段下から24行目～p.1055 右段9行目、下線部訂正・追加、(2024年9月号 p.54の訂正に追加)]

→ 1 医療DX推進体制整備加算1に関する施設基準

- (4) 「電子処方箋管理サービスの運用について」（中略）に基づき、電子処方箋管理サービスに処方情報を登録できる体制（原則として院外処方を行う場合には電子処方箋又は引換番号が印字された紙の処方箋を発行すること）を有している。

(5)（略）

- (6) 医療DX推進体制整備加算1を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率（中略）が、45%以上である。

(7) (6)について、（後略）

(8) 医療DX推進の体制に関する（後略）

(9) (8)の掲示事項について、（後略）

(10) マイナポータル上の医療情報等（後略）

2 医療DX推進体制整備加算2に関する施設基準

- (1) 1の(1)から(5)まで及び(8)から(10)までの基準を満たす。

- (2) 医療DX推進体制整備加算2を算定する月の3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。

(3) (2)について、（後略）

3 医療DX推進体制整備加算3に関する施設基準

- (1) 1の(1)から(5)まで、(8)及び(9)の基準を満たす。

- (2) 医療DX推進体制整備加算3を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率が、15%以上である。

- (3) (2)について、小児科外来診療料を算定している医療機関であって、かつ前年（令和6年1月1日から同年12月31日まで）の延外来患者数のうち6歳未満の患者の割合が3割以上の医療機関においては、令和7年4月1日から同年9月30日までの間に限り、レセプト件数ベースマイナ保険証利用率として「15%」とあるのは「12%」とする。

(4)（略）

4 医療DX推進体制整備加算4に関する施設基準 新

- (1) 1の(1)から(3)まで、(5)及び(8)から(10)ま

で〔(8)のウの電子処方箋に係る事項を除く〕の基準を満たす。

- (2) 医療DX推進体制整備加算4を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率が、45%以上である。

- (3) (2)について、医療DX推進体制整備加算4を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。

5 医療DX推進体制整備加算5に関する施設基準 新

- (1) 1の(1)から(3)まで、(5)及び(8)から(10)まで〔(8)のウの電子処方箋に係る事項を除く〕の基準を満たす。

- (2) 医療DX推進体制整備加算5を算定する月の3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。

- (3) (2)について、医療DX推進体制整備加算5を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。

6 医療DX推進体制整備加算6に関する施設基準 新

- (1) 1の(1)から(3)まで、(5)、(8)（ウの電子処方箋に係る事項を除く）及び(9)の基準を満たす。

- (2) 医療DX推進体制整備加算6を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率が、15%以上である。

- (3) (2)について、小児科外来診療料を算定している医療機関であって、かつ前年（令和6年1月1日から同年12月31日まで）の延外来患者数のうち6歳未満の患者の割合が3割以上の医療機関においては、令和7年4月1日から同年9月30日までの間に限り、レセプト件数ベースマイナ保険証利用率として「15%」とあるのは「12%」とする。

- (4) (2)について、医療DX推進体制整備加算6を算定する月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。

【届出に関する事項】

- (2) 1の(4)については、令和7年3月31日までの間に限り、1の(5)については令



- 和7年9月30日までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。
- (3) 医療DX推進体制整備加算の施設基準のうち、1の(6)、(7)及び(10)、2の(1)のうち1の(10)に係る基準及び2の(2)及び(3)、3の(2)及び(4)、4の(1)のうち1の(10)に係る基準及び4の(2)及び(3)、5の(1)のうち1の(10)に係る基準及び5の(2)及び(3)並びに6の(2)及び(4)については、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生(支)局長への届出を行う必要はない。
- (4) 令和7年9月30日までの間に限り、1の(8)のウの事項について、(後略)
- (5) 1の(9)については、(後略)
- (6)・(7) (削る)

(p.1342左段下から20～5行目,下線部訂正)

1の5の3 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の注13〔在宅患者訪問診療料(Ⅱ)の注6の規定により準用する場合を含む〕、在宅がん医療総合診療料の注8及び歯科訪問診療料の注20に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準

(1) 在宅医療DX情報活用加算1の施設基準

- イ 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令(昭和51年厚生省令第36号)第1条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。
- ロ 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。
- ハ 電磁的記録をもって作成された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磁的記録として登録する体制を有していること。
- ニ 電磁的方法により診療情報を共有し、活用する体制を有していること。
- ホ 医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- ヘ ホの掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。
- (2) 在宅医療DX情報活用加算2の施設基準
- (1)のイ、ロ及びニからへまでに掲げ

る施設基準を満たすものであること。
(3)～(6) (削る)

(p.1342左段下から3行目～右段下から29行目,下線部訂正・追加)

→ 1 在宅医療DX情報活用加算1に関する施設基準

- (4) 「電子処方箋管理サービスの運用について」(中略)に基づき、電子処方箋管理サービスに処方情報を登録できる体制(原則として院外処方を行う場合には電子処方箋又は引換番号が印字された紙の処方箋を発行すること)を有している。
- (5)～(7) (略)

2 在宅医療DX情報活用加算2に関する施設基準 新

- (1) 1の(1)から(3)まで及び(5)から(7)まで〔(6)のウの電子処方箋に係る事項を除く〕の基準を満たす。

【届出に関する事項】

- (2) 1の(4)については、令和7年3月31日までの間に限り、1の(5)については令和7年9月30日までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。
- (3)・(4) (略)