

医療DX キーワードと 関連診療報酬 一問一答

1章	医療DXキーワード	15
1	医療DX概要.....	16
2	オンライン資格確認関連.....	46
3	電子処方箋関連.....	75
4	電子カルテ情報共有サービス関連.....	92
2章	医療DX関連診療報酬	111
1	医科診療報酬関連.....	112
2	DPC関連.....	156



Q009 【穴埋め問題】

◆電子カルテについては、「遅くとも2030年には概ね全ての医療機関において必要な患者の医療情報を共有するための電子カルテの導入を目指す」とこととされている。この目標達成に向け、【 】で、かつ、カスタマイズしている現行のものから、いわゆるクラウドネイティブを基本とする廉価なものへと移行することを図ることとされている。



解説

現在、電子カルテを既に導入している医療機関には、次回のシステム更改時に、電子カルテ情報共有サービスおよび電子処方箋に対応するシステム改修等を実施し、電子カルテ未導入の医療機関には、電子カルテ情報共有サービスおよび電子処方箋に対応できる標準化された電子カルテの導入を進めることとしている。

なお、この対象は医科診療所と病院となっており、歯科医療機関については、現場に求められる電子カルテ・電子処方箋の機能に関し、令和7度から検討を行い、令和8年度中に具体的な対応方針が決定される予定となっている。

また、「医療法等の一部を改正する法律（令和7年12月12日法律第87号）」において、「政府は、令和12年12月31日までに、電子カルテの普及率が約100%となることを達成するよう、（中略）医療機関の業務における情報の電子化を実現しなければならない」と規定された。

A009 【オンプレミス型電子カルテ】





Q010 【穴埋め問題】

◆デジタル庁で開発中の【 】については、本格運用の具体的内容を令和7年度中に示した上で、必要な支援策の具体化を検討するとともに、令和8年度中目途の完成を目指すこととされている。



解説

標準型電子カルテの要件としては、小規模な医療機関でも過度な負担なく導入が可能となるよう、①電子カルテ情報共有サービス・電子処方箋管理サービスへの対応、②ガバメントクラウドへの対応が可能となり、1つのシステムを複数の医療機関で共同利用することで廉価なサービス提供が可能となるマルチテナント方式（SaaS型）のクラウド型サービスとする、③関係システムへの標準APIを搭載する、④データ引き継ぎが可能な互換性を確保すること等を要件とする方向で進められている。

なお、上記要件を参考として、**医科診療所向け電子カルテの標準仕様（基本要件）**が令和7年度中に策定されるとともに、令和8年夏までに、**電子カルテ・電子カルテ情報共有サービスの具体的な普及計画**が策定される予定となっている。

また、電子カルテ未導入の医科無床診療所向けに、国がクラウドベースの標準型電子カルテを開発中で、令和7年3月末より、一部医療機関でモデル事業が実施され、令和8年度中に「導入版」の完成が目指されている。

A010 【標準型電子カルテ】



Q015 【穴埋め問題】

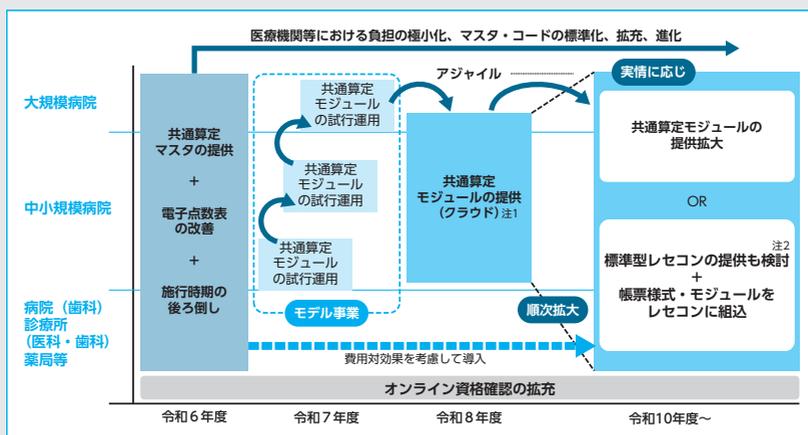


◆共通算定モジュールについて、診療所向けには一部の計算機能より、総合的なシステム提供による支援の方がコスト削減効果を高く得られるため、標準型電子カルテと一体型の算定モジュールを組み入れた【 】をクラウド上に構築して、利用可能な環境を提供する予定となっている。



解説

標準型レセコンの提供開始時期は、現時点では令和10年度くらいからの予定となっている。



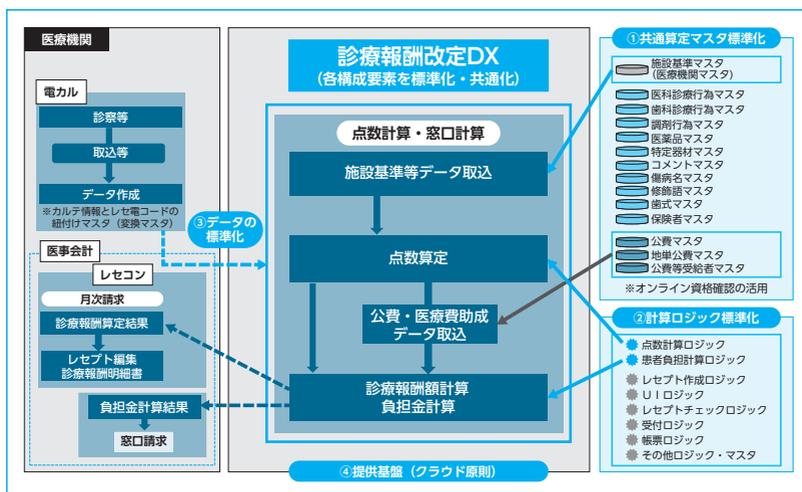
注1 全国医療情報プラットフォームと連携

注2 標準型レセコンは、標準型電子カルテ（帳票様式を含む）と一体的に提供することも検討

A015 【標準型レセコン】



◆共通算定モジュールの構成要素と標準化・共通化（DX）



◆参考；診療報酬改定DX対応方針（4つのテーマ）

① 共通算定モジュールの開発・運用

- ・診療報酬の算定と患者負担金の計算を実施
- ・次の感染症危機等に備えて情報収集できる仕組みも検討
- ・モジュールとの接続は、クラウド型レセコンとのクラウド間連携による提供を基本^{※1}
- ・レセプトの作成・請求をできるように支援する機能を追加実装

② 共通算定マスタ・コードの整備と電子点数表の改善

- ・基本マスタを充足化し共通算定マスタ・コードを整備
- ・地単公費マスタの作成と運用ルールを整備

③ 標準様式データ項目の構造化とデータ連携

- ・各種帳票様式^{※2}データの標準マスタ作成とコード化・構造化、統一的なAPI仕様等の作成による互換性確保^{※3}
- ・施設基準届出等の電子申請をシステム改修により更に推進^{※4}

④ 診療報酬改定施行時期の後ろ倒し等

- ・診療報酬改定の施行時期を後ろ倒しし、システム改修コストを低減

1 医療DX概要

・診療報酬点数表のルールの特化・簡素化

- ※1 オンプレミス型レセコンの医療機関等への対応は、当該レセコンベンダにオンプレミス型レセコン向けモジュールの提供から開始。
- ※2 医療機関で作成する診療計画書や同意書など。
- ※3 一環として、点数表留意事項通知で示す76様式について、データテーブルが作成された。本データテーブルでは、76様式の記載項目（約3,000）が、どの様式でどのような項目名で使用されているか、どの項目が共通しているかなどが整理されている（診療報酬改定DXに関する調査研究）。
- ※4 施設基準等の届出（令和6年度診療報酬改定時：約1,100件）のオンライン化については、令和4年4月から段階的に実施されており、施設基準届出等の電子化に関するワーキンググループでの検討結果や、診療報酬改定に係る告示・通知等に基づき、令和10年度の全届出オンライン化に向けて改修が進められていく予定。
 - ・令和4年度：オンライン届出機能の構築（19届出）
 - ・令和6年度：オンライン化対象届出拡大（+97届出追加）
 - ・令和7年度：オンライン化対象届出拡大（+210届出追加予定）
⇒令和8年1月末リリース予定
 - ・令和10年度：原則全ての届出をオンライン化予定

◆参考：疑義解釈検索ツール

「規制改革推進に関する答申～利用者起点の社会変革～（令和6年5月31日規制改革推進会議）」において、「厚生労働省が発出する疑義解釈の電子データについて、検索性、一覧性および視認性をもって確認できるように整理した上で公表する（令和7年度結論・措置）」とされたことを踏まえ、厚生労働省の診療報酬関連情報サイトに疑義解釈検索ツールが掲載されている。



Q022 【穴埋め問題】

◆令和8年1月から報告開始となった【 】制度は、特定機能病院と歯科医療機関を除く、全ての病院・診療所が、毎年1月から3月までの間に、都道府県知事に報告を行うものである。



解説

この制度では、各医療機関における**かかりつけ医機能**の内容について、①報告、②院内掲示、③患者説明の実施が必要となる。

上記①については、かかりつけ医機能の内容について都道府県に、原則、**医療機関等情報支援システム（G-MIS（Gathering Medical Information System））**により報告する。都道府県知事は報告内容を確認し、地域関係者との**協議の場**において、かかりつけ医機能を確保するための具体的な方策を検討することとなる。

上記②については、**1号機能（40頁参照）**を有する医療機関の要件として、報告したかかりつけ医機能の一定の内容を院内掲示するものである。

上記③については、**概ね4か月以上継続**して医療を提供することが見込まれる場合で、患者・家族から求めがあったときは、治療計画等について説明をする必要がある（かかりつけ医機能を有する医療機関は、原則、医療法に基づく患者への説明が努力義務）。

A022 【かかりつけ医機能報告】





Q026 【穴埋め問題】

◆介護情報基盤の活用のための**介護事業所・介護サービス提供医療機関**向け支援や、**主治医意見書作成医療機関**向け支援があるが、この助成金については、国保中央会が開設している【 】を経由しての申請受付、国保中央会経由での補助となっている。



解説

介護事業所・介護サービス提供医療機関向け助成金は、①カードリーダーの購入経費、②**介護情報基盤**との接続サポート等経費（**介護保険資格確認等WEBサービス（介護WEBサービス）**）を利用する際に必要となるクライアント証明書の搭載等の端末設定について、技術的支援を受ける場合に要する経費）となっている。なお、介護WEBサービスで**主治医意見書を作成・送信**する介護事業所や医療機関は、**介護WEBサービスの利用に必要となる端末設定のみで主治医意見書の電子的送信が可能**となる。

主治医意見書作成医療機関向け支援助成金の対象は、主治医意見書の電子的送信機能の追加経費で、保険医療機関において、主治医意見書を**オンライン資格確認等システム**に接続する回線および**介護情報基盤**経由で電子的に送信するために必要となる電子カルテや文書作成ソフト等の改修に係る経費となっている。

令和7年10月時点の助成額等については、**45頁**参照。

A026

【**介護情報基盤ポータルサイト（介護情報基盤ポータル）**】





解説

介護情報基盤ポータルサイトおよび**介護WEBサービス**は、令和7年8月7日に国保中央会において開設・公開された。当サイトでは「医療機関のみなさまが実現できること」として、以下のことが挙げられている。

①紙の作業を削減

主治医意見書や請求書類などをオンラインで扱えるようになり、印刷・郵送の手間やコストが削減される。

②即座にオンライン確認

居宅療養管理指導などに必要な情報が連携され、現場でスピーディに確認し対応できるようになる。

③サービスの質向上

ケアプランやLIFE情報の一部などを通じて、患者の状態をより細やかに把握できるため、気づきにつながり、長い目で寄り添ったサービスの提供が可能となる。

なお、令和7年10月17日から、**①**介護事業所や医療機関のユーザ登録機能（マイページ）、**②**各市町村の介護情報基盤への対応状況の閲覧機能、**③**助成金申請機能、**④**電話・チャットボットによる問い合わせ機能が追加されている。

③の助成金の申請受付期間は、令和7年度は令和7年10月17日から令和8年3月13日（予定）までとなっており、令和8年度以降の助成金申請については、現時点では未定である（助成金の申請にあたっては、「助成金申請の手引き（令和7年11月版）」が国保中央会から公開されているので参照）。

◆介護事業所・介護サービス提供医療機関向け助成金

対象 (介護サービス種別)	カードリーダー の助成限度台数	助成限度額（43頁①② を合算した限度額）
訪問・通所・短期滞在系	3台まで	6.4万円
居住・入所系	2台まで	5.5万円
その他	1台まで	4.2万円

- ※43頁の①・②について、同一事業所で複数のサービスを提供する場合には、介護サービス種別に応じた助成限度額の合計を助成限度額とすることが可能。
- ※43頁の②の対象経費について、介護事業所が導入支援事業者から、介護情報基盤の接続サポートとケアプランデータ連携システムの接続サポートに必要な支援を一体的に受ける場合は、その費用も対象（令和7年12月4日事務連絡）。
- ※上記の介護事業所には、**みなし介護事業所**を含む。みなし介護事業所とは、介護保険法に基づく正式な指定を受けていなくても、健康保険法など他の法令で指定を受けている医療機関や薬局が、介護保険サービスの提供者として認められる制度（みなし介護事業所に該当するかは「**介護サービス情報公表システム**」で確認可能）。

◆主治医意見書作成医療機関向け支援助成金

対象	補助率	助成限度額
200床以上の病院	1 / 2	55万円
199床以下の病院・診療所	3 / 4	39.8万円

- ※助成金の交付にあたっては、予算額が設定されており、予算額を超えた場合には、申請を締め切ることがある。また、状況によっては、審査期間中に予算額を超えてしまう等の事情によって、申請後であっても、助成金が交付できないこともあるとされている。



Q036 【○×問題】

◆Q035の場合（マイナ保険証での受付の際に「資格（無効）」や「資格情報なし」と表示される場合）における資格確認方法としては、資格情報のお知らせ（52頁参照）によるもののほか、マイナポータル画面によることも可能である。



解説

上記設問の場合（「資格（無効）」等が表示される場合）については、マイナポータルでも最新の有効な資格情報は確認できない。

そのため、**資格情報のお知らせ**での資格確認が必要となるが、それでも資格確認ができない場合は、**再診の場合**は、**口頭確認**（施設側で資格確認に必要な情報を把握していれば、職員による口頭での確認）により、**初診の場合**は、**被保険者資格申立書**（53頁参照）によることとなる。

資格情報のお知らせで資格確認ができた場合は、資格情報のお知らせで確認した被保険者番号等を入力してレセプト請求を行うこととなる。

それ以外の場合のレセプト請求方法は**56頁**を参照。

A036 【×】





Q047 【穴埋め問題】

◆【 】とは、顔認証付きカードリーダーが設置・使用できない以下の場合に、**マイナ資格確認アプリ**等を用いて、薬剤情報等の提供に関する同意取得や、マイナンバーカードによる本人確認を行える仕組みのことである。

- ①訪問診療・訪問服薬指導等
- ②オンライン診療・オンライン服薬指導
- ③通常とは異なる動線での外来診療等、機器故障時等



解説

居宅同意取得型のオンライン資格確認による**本人確認**方法については、上記設問の①～③について以下の通りとなっている。

- ①医療機関・薬局のモバイル端末やノートパソコンで、**マイナ在宅受付Web**または**マイナ資格確認アプリ（居宅同意取得型）**にアクセス
- ②患者のモバイル端末やパソコンで**マイナ在宅受付Web**にアクセス
- ③医療機関・薬局または患者のモバイル端末やノートパソコンで**マイナ在宅受付Web**または**マイナ資格確認アプリ（居宅同意取得型）**にアクセス（マイナ資格確認アプリの場合は医療機関・薬局の端末のみで利用可能）

なお、レセコンの改修等に係る補助金の申請期限は、**令和8年1月31日**までとなっている。

A047

【居宅同意取得型オンライン資格確認】





Q055 【穴埋め問題】

◆【 】に登録されている1.2億件の加入者情報のうち、約550万件（4.4%）の加入者の氏名で、医療機関等のレセコンやマイナポータルで表示したときに、黒丸「●」になる文字が含まれているが、「●」表記のままでもレセプト請求は可能である。



解説

今後、自治体システムの標準化の取組みにおいて、戸籍、住基、地方税、国保、後期、生保等で文字の標準化が進められる。これに併せて、**中間サーバー**で扱える文字を広げつつ、保険者で登録している外字を標準文字に置き換えることで、黒丸「●」で表示される文字を減らし、**令和8年度中を目途に大多数の文字の「●」表示の解消を目指す**こととされている。

具体的には、①保険者で使用している拡張文字への対応（「高」「崎」など）として、中間サーバー側で表示可能な文字種別を追加し、保険者から登録があった際に「●」にならずに表示可能にする。また、②保険者で独自に使用しているユーザー外字への対応（「吉」など）として、中間サーバー側で、簡易な標準文字か共通の文字コードで対応できる文字への置き換えを行っていき、加入者には**マイナポータル**で標準文字に変換した旨を案内する。なお、国保・後期・生保は、保険者で使用するユーザー外字が行政標準文字へ順次置換されていく。

A055 【医療保険者等向け中間サーバー】





Q070 【○×問題】

◆電子処方箋の導入補助については、もともと令和7年9月末までに電子処方箋を導入することが要件となっていたが、令和7年10月以降についても、**医療情報化支援基金（ICT基金）**による補助が行われることとなった。具体的には、補助対象とする導入期限を、**令和8年9月まで延長**した上で、令和7年10月以降に導入した施設に対しても補助を実施する。また、補助対象の機能について、従来の院外処方機能に加えて、**院内処方機能も補助対象**に追加された。



解説

令和8年10月以降の補助の取扱いについては、令和8年夏までにとりまとめられる**電子カルテおよび電子カルテ情報共有サービスの普及計画（23頁参照）**を踏まえて、電子処方箋と電子カルテおよび電子カルテ情報共有サービスの導入が一体的に進むよう、改めて補助の取扱いが検討される。

ただし、**薬局**については、令和7年10月時点において、概ね全ての薬局に導入されることが見込まれていることから、補助対象とする導入期限としては**令和8年9月までの延長を最後**とし、未導入薬局に対しては導入期限までの導入を促すこととされている。

補助金額等については**90頁**参照。

A070 【○】



◆電子処方箋の導入補助（令和7年9月まで）

	院外処方機能（基本機能）	院外処方機能 （基本機能＋追加機能）
大規模病院	162.2万円上限（事業額 486.6万円上限に1/3）	200.7万円上限（事業額 602.2万円上限に1/3）
病院	108.6万円上限（事業額 325.9万円上限に1/3）	135.3万円上限（事業額 405.9万円上限に1/3）
診療所	19.4万円上限（事業額 38.7万円上限に1/2）	27.1万円上限（事業額 54.2万円上限に1/2）
大型チェーン薬局	9.7万円上限（事業額 38.7万円上限に1/4）	13.8万円上限（事業額 55.3万円上限に1/4）
薬局	19.4万円上限（事業額 38.7万円上限に1/2）	27.7万円上限（事業額 55.3万円上限に1/2）

◆電子処方箋の導入補助（令和7年10月以降）

	院外処方機能 （基本機能＋追加機能）	院外処方機能＋院内処方機能 （基本機能＋追加機能＋ 院内処方機能）
大規模病院	200.7万円上限（事業額 602.2万円上限に1/3）	247.7万円上限（事業額 743.2万円上限に1/3）
病院	135.3万円上限（事業額 405.9万円上限に1/3）	169.6万円上限（事業額 508.8万円上限に1/3）
診療所	27.1万円上限（事業額 54.2万円上限に1/2）	35.9万円上限（事業額 71.7万円上限に1/2）
大型チェーン薬局	13.8万円上限（事業額 55.3万円上限に1/4）	15.1万円上限（事業額 60.3万円上限に1/4）
薬局	27.7万円上限（事業額 55.3万円上限に1/2）	30.2万円上限（事業額 60.3万円上限に1/2）

- ・大規模病院：病床数が200床以上の病院
- ・大型チェーン薬局：グループで処方箋の受付が月4万回以上の薬局
- ・追加機能：リフィル処方箋、口頭同意による重複投薬等チェック結果閲覧、マイナンバーカードによる電子署名対応、処方箋ID検索

4 電子カルテ情報共有サービス関連



Q072 【穴埋め問題】

◆**電子カルテ情報共有サービス**とは、医療機関で記録された【 】の一部についてマイナ保険証を利用することで、全国の医療機関や薬局などで閲覧可能とするものであり、**全国医療情報プラットフォーム**の仕組みの1つである。



解説

電子カルテ情報共有サービスを活用することにより、他の医療機関で診断された傷病名やアレルギー、検査結果などのデータが医療機関等において、迅速かつ正確に把握できるようになり、より安全で質の高い医療の提供に役立つことが期待されている。

また、電子カルテ情報共有サービスに登録された情報は、**マイナポータル**を使って患者自身も確認することが可能である。

なお、医療機関等で閲覧できる情報は、患者が同意した範囲に限られ、医療機関等では、利用目的外で患者の医療情報を閲覧することは認められていない。

電子カルテ情報共有サービスの**モデル事業**は、令和7年2月3日から3医療機関で実施され、その後、全国10程度の病院・地域に拡大し、その結果も踏まえて、令和7年度中に本格運用（全国展開）を行う予定となっている（**178頁**参照）。

A072 【電子カルテ情報】





Q082 【穴埋め問題】

◆電子カルテ情報共有サービスに係る補助金について、令和13年3月31日までに既にオンライン資格確認等システムおよび電子処方箋管理サービスを導入（電子処方箋管理サービスにあっては、導入する旨の申し出がある場合は導入しているとみなす）した上で、電子カルテ情報共有サービスに接続することを前提に、電子カルテ情報・文書を【 】に基づいた形式に変換し、電子的に送受信するために必要な改修等を完了した上で、令和13年9月30日までに申請すれば、補助金交付の対象となる。



解説

FHIR (Fast Healthcare Interoperability Resources) とは、一般的なWeb技術を用いて医療情報をやり取りできる、次世代の医療情報交換フレームワークである。アメリカのHL7協会 (Health Level Seven International) が開発した規格であり、HL7 FHIRとも呼ばれる。

この規格の普及により、電子カルテをはじめとする医療情報の標準化が進み、患者の現在の服薬状況や過去の検査結果などのデータを、医療機関同士で容易に共有・交換できるようになる。

A082 【FHIR (Fast Healthcare Interoperability Resources)】



1 医科診療報酬関連

Q083 【穴埋め問題】



◆①**オンライン資格確認**により取得した診療情報・薬剤情報を診療に活用できる体制を整備していることと、②**電子処方箋**や**電子カルテ情報共有サービス**を導入し、質の高い医療を提供する体制を確保していることへの評価として、令和6年度診療報酬改定において、**医療DX推進体制整備加算**が新設された。令和6年10月からは経過措置であった【 】の要件が適用されたが、**電子カルテ情報共有サービス**要件については、経過措置期間が、令和8年5月31日までに延長されている。



解説

A000初診料の加算である医療DX推進体制整備加算（**医療DX**）に係る点数等と要件の1つであるマイナ保険証利用率の変遷については、**113頁**の通り。令和7年7月23日の中医協総会において、令和7年10月からと令和8年3月からの利用率のほか、電子カルテ情報共有サービス要件の経過措置延長についても了承された（マイナ保険証利用率等は通知規定のため諮問・答申ではなく総会での承認のみとなった）。

A083 【マイナ保険証利用率】



◆医療DX推進体制整備加算

適用時期	令和6年6月～9月	令和6年10月～ 令和7年3月	令和7年4月～令和8年5月	
医科	8点	加算1 11点	加算1 12点 (電子処方箋登録体制)	
		加算2 10点	加算2 11点 (電子処方箋登録体制)	
		加算3 8点	加算3 10点 (電子処方箋登録体制)	
	電子処方箋発行体制は令和7年3月31日までは経過措置		加算4 10点	加算4 10点 (電子処方箋要件なし)
			加算5 9点	加算5 9点 (電子処方箋要件なし)
			加算6 8点	加算6 8点 (電子処方箋要件なし)

※ 電子カルテ情報共有サービスの施設基準に係る経過措置は、「令和7年9月30日まで」から「令和8年5月31日まで」に延長（令和7年10月1日適用）

◆マイナ保険証利用率

適用時期	令和6年10月1日～12月31日	令和7年1月1日～3月31日
利用率実績	令和6年7月～	令和6年10月～
加算1	15%	30%
加算2	10%	20%
加算3	5%	10%

適用時期	令和7年4月1日～ 9月30日	令和7年10月1日～ 令和8年2月28日	令和8年3月1日～ 5月31日
利用率実績	令和7年1月～*1	令和7年7月～*1	令和7年12月～*1
加算1・4	45%	60%	70%
加算2・5	30%	40%	50%
加算3・6	15%*2	25%*2	30%*2

*1 過去3か月間で最も高い「レセプト件数ベースマイナ保険証利用率」を用いて算定可

*2 医科の小児科外来診療料算定医療機関で、かつ令和6年1月1日～12月31日までの延べ外来患者数のうち「6歳未満患者割合」が3割以上の医療機関【小児科特例】

⇒令和7年4月1日～9月30日までの間に限り、「12%」

⇒令和7年10月1日～令和8年2月28日までの間に限り、「22%」

⇒令和8年3月1日～5月31日までの間に限り、「27%」

Q095 【穴埋め問題（同じキーワードが入る）】



◆【 】の適切な実施に関する指針は、平成30年3月に策定され、新型コロナウイルスの特例的な取扱いを実施するなか、令和4年1月に一部が改定された。それを踏まえ、令和4年度診療報酬改定により、平時においても初診からの【 】が可能となった。



解説

オンライン診療の適切な実施に関する指針（オンライン指針）の策定時は、再診でのオンライン診療は可能だが、原則、初診は不可となっていた。平成30年度診療報酬改定では、**オンライン診療料**が新設されたが、対象は再診のみで、かつ、対象疾病は限定的であり、緊急時対応の要件など厳しい条件もあった。しかし、その後、新型コロナウイルス感染が拡大するなか、令和2年4月に**新型コロナの時限的・特例的取扱い**として、初診からのオンライン診療・電話診療が認められた（**新型コロナの診療報酬の特例措置**は同年4月10日事務連絡）。令和4年1月にはオンライン指針が一部改定され、それを踏まえ、**令和4年度診療報酬改定において、初診におけるオンライン診療が新設**され、再診については、対象者の制限を緩和し、緊急時対応の要件等が撤廃された。

なお、診療報酬の告示・通知上では、オンライン診療（オン診）の評価は、**情報通信機器を用いた初診料・再診料・外来診療料**として記載されている。

また、「**医療法等の一部を改正する法律（令和7年12月12日法律第87号）**」により、オンライン診療が**医療法**で定義され、手続やオンライン診療を受ける場所を提供する施設に係る規定が整備された（**令和8年4月1日施行**）（183頁参照）。

A095 【オンライン診療（オン診）】





Q096 【穴埋め問題】

◆情報通信機器を用いた通院精神療法を行う際には、**オンライン診療の適切な実施に関する指針（オンライン指針）** および【 】に沿った診療および処方を行うこととされている。



解説

I002の**情報通信機器を用いた通院精神療法（オンライン通院精神療法）**（施設基準あり）は、令和6年度診療報酬改定において新設され、対象患者は、「情報通信機器を用いた精神療法を実施する当該保険医療機関の精神科を担当する医師が、同一の疾病に対して、過去1年以内の期間に対面診療を行ったことがある患者」とされた。

また、「当該患者に対して、1回の処方において3種類以上の抗うつ薬または3種類以上の抗精神病薬を投与した場合には、算定できない」旨も規定された。

なお、情報通信機器を用いた精神療法に係る指針（**オンライン精神療法指針**）は、厚生労働省令和4年度障害者総合福祉推進事業「情報通信機器を用いた精神療法を安全・適切に実施するための指針の策定に関する検討」において作成されたものであるが、令和7年12月1日に開催された「第12回精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会」において、同指針の改訂版（案）が示されている。

A096 【情報通信機器を用いた精神療法に係る指針】





Q097 【○×問題】

◆**オンライン診療の適切な実施に関する指針（オンライン指針）** および情報通信機器を用いた診療（**オンライン診療・オン診**）の実態を踏まえ、令和6年度診療報酬改定において、情報通信機器を用いた診療の施設基準に、「情報通信機器を用いた診療の再診においても、**向精神薬の処方を行わないことを当該保険医療機関のホームページ等に掲示していること**」が追加された。



解説

オンライン診療の適切な実施に関する指針（平成30年3月（令和5年3月一部改訂））において、**初診の場合には、以下の処方は行わないこととされている。**

- ・麻薬および**向精神薬**の処方
- ・基礎疾患等の情報が把握できていない患者に対する、特に安全管理が必要な薬品（診療報酬における薬剤管理指導料の「1」の対象となる薬剤）の処方
- ・基礎疾患等の情報が把握できていない患者に対する8日分以上の処方

上記を踏まえ、令和6年度診療報酬改定において、「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は行わないことを当該保険医療機関のホームページ等に掲示していること**」が施設基準に追加された。なお、厚生労働省の検討会において、一定条件下における「初診による情報通信機器を用いた精神療法の活用」について、引き続き議論がなされている（情報通信機器を用いた精神療法の適切な実施に関する指針の改訂版（案）については、[127頁](#)参照）。

A097 【×】





Q108 【穴埋め問題】

◆令和6年度診療報酬改定から、文書により提供等することとされている個々の患者の診療情報等を、電磁的方法によって、他の保険医療機関、保険薬局または患者等に提供等する場合は、**医療情報システムの安全管理に関するガイドライン（安全管理ガイドライン）**に定められた**電子署名**を施すことと明確化（138頁参照）されているが、**診療情報提供書**については、【 】を用いて提供する場合には、一定のセキュリティが確保されていることから**電子署名を行わなくても共有可能**である。



解説

令和6年度診療報酬改定において、点数表留意事項通知の別添1の2の「通則」に「様式11および11の2（診療情報提供書）について、電子カルテ情報共有サービスを用いて提供する場合には、一定のセキュリティが確保されていることから電子署名を行わなくても共有可能とする」が追加された。

A108 【電子カルテ情報共有サービス】





Q126 【穴埋め問題】

◆DPC対象病院の基準のうち、**退院患者調査**の様式1における【 】の使用割合が2%未満であることについては、**令和8年度診療報酬改定より制度参加・退出に係る判定に用いられる。**



解説

令和8年度診療報酬改定よりDPC制度の参加・退出に係る判定に用いられるものとしては、上記設問の要件のほかに、①退院患者調査の様式1（医療資源病名）における「**部位不明・詳細不明コード**」の使用割合が10%未満、②退院患者調査の様式間で記載矛盾のあるデータが1%未満、③調査期間1月あたりの**データ数が90以上**であることが追加される。

上記のほか、DPC対象病院の基準については以下のものがある。

- ・急性期一般入院基本料、特定機能病院等の7対1・10対1入院基本料の届出
- ・A207診療録管理体制加算の届出
- ・退院患者調査、特別調査に適切に参加
- ・**適切なコーディングに関する委員会**を年4回以上開催（コーディング委員会開催時には、**DPC/PDPS傷病名コーディングテキスト**（厚生労働省保険局医療課）を活用することが望ましい）

A126 【未コード化傷病名】





Q137 【○×問題】

◆DPC制度においては、入院中の患者に対して使用する薬剤は、入院する病院において入院中に処方することが原則であり、「入院の契機となった傷病」に対する持参薬の使用は、特別な理由がある場合を除き認めないこととされている。



解説

上記設問の持参薬に係るルールについては、令和7年9月11日の中医協・診療報酬調査専門組織（入院・外来医療等の調査・評価分科会）の「DPC/PDPS等作業グループからの最終報告について」において、「入院の契機となる傷病」に対する持参薬の使用に係る**現行ルールの更なる周知徹底を図るべき**との指摘があった。具体的には、入院の契機となった傷病に対して使用する医薬品は、院内で処方されるのが原則であることや、DPC算定を行う場合の入院料の中には、一般的に入院の契機となった傷病に対して使用する医薬品の薬剤料が含まれていることについて、**患者への説明を求め**るべきとされた。

また、「入院の契機となった傷病」以外の傷病に対する持参薬の使用の可否は、令和10年度診療報酬改定に向けて引き続き議論する必要があるが、まずは、持参薬を使用する理由や、使用される頻度が高い持参薬および診断群分類等について、調査を行う必要があるとの指摘があった。

A137 【○】



INDEX

- ・本文のQ & Aで色付きとなっているキーワードをINDEXとした。
- ・以下のINDEXで色付きの頁番号はA（答え）の該当頁を指す。

A～Z

A-DROPスコア	161	Dファイル	152
BCP	124	e-learning	137
BI	160	FHIR (Fast Healthcare Interoperability Resources)	110
Burn Index	160	G-MIS (Gathering Medical Information System)	35、37、39
C-CAT (シーキャット)	149	GAF	160
CCPマトリックス	167	Global Assessment of Func- tioning	160
Child-Pugh分類	162	GS1コード	27
Diagnosis Procedure Combina- tion	156	HIC	33
Diagnosis Related Group	156	HL7	110
DPC	156	HL7 FHIR	110、125
DPC/PDPS	156	HPKIカード	83
DPC/PDPS傷病名コーディン グテキスト	157	HPKIセカンド電子証明書	83
DPCDB	33	Hファイル	152
DPCコード	158、159	ICD-10	158
DPCの評価・検証等に係る調 査 (DPC調査)	151、170	ICT基金	26、89
DRG	156	Japan Coma Scale	160
DRG/PPS	156	JCS	160
D to P with D	133	JLAC10	28
D to P with N	132	JLAC11	28
		JLACセンター	28

Join	146
Kコード	158
Kファイル	152
LIS (Laboratory Information Systems)	125
LOINC	28
Major Diagnostic Category	158
MCDB (Medical Corporation Financial Database System)	34
MDC	158
MIST (Medical Information Security Training)	36
NDB (National Database of Health Insurance Claims)	33
nodoca	147
PACS (Picture Archiving and Communication System)	125
PMH (Public Medical Hub)	21
SOAP	93
WAM NET	34
YJコード	27、86、87

数字

1号機能	39、40
2号機能	40
4情報	69
6情報	99

あ～お

アルコール依存症飲酒量低減治療補助アプリ	144
アレルギー等情報	103
安全管理ガイドライン	124、138、139
医科点数表算定コード	159
一括照会機能	58
一般名コード	27、86
医薬品コード	27
医薬品マスタ	27、86
医用画像管理システム	125
医療・介護データ等解析基盤 (HIC)	33
医療DX (Digital Transformation)	16
医療DX推進体制整備加算	112
医療DX推進本部	17、18
医療DXの推進に関する工程表	16、20、21、23、84
医療DX令和ビジョン2030	16、18、23
医療DX令和ビジョン2030厚生労働省推進チーム	16、18
医療機関等情報支援システム	35、37、39
医療機関等向け総合ポータルサイト	65
医療機関別係数	164、165、166
医療機関向けセキュリティ教育	

外来Kファイル	155
外来医療、在宅医療、リハビリ	
テーション医療の影響評価	
に係る調査	153、154
外来医療等調査	153、154、155
外来機能報告	37、38
外来データ提出加算	153
外来様式1	155
外来様式3	155
顔写真なしマイナンバーカード	50
顔認証付きカードリーダー	22、48
かかりつけ医機能	39
かかりつけ医機能報告	39
カバー率指数	165
がんゲノム情報管理センター	149
がんゲノムプロファイリング検	
査	149
がんゲノムプロファイリング評	
価提供料	149
看護師等遠隔診療補助加算	132
患者サマリー	107
感染症発生届	183
カンファレンス	136
緩和ケア病棟緊急入院初期加	
算	121
疑義解釈検索ツール	32
基礎係数	164
機能強化係数Ⅰ	164
機能強化係数Ⅱ	164、165、166
基盤機構	4、183

救急時医療情報閲覧機能	
	69、70、73、123
救急補正係数	164
救急用サマリー	69
協議の場	38、39
共通算定マスタ	29
共通算定モジュール	29、30
居宅同意取得型オンライン資格	
確認	66、115
経済財政運営と改革の基本方針	
(骨太の方針)	17、18
激変緩和係数	164
健康診断結果報告書	93、97
限度額適用・標準負担額減額認	
定証	62、180
限度額適用認定証	61、62、180
限度額適用認定証情報	61、180
コーディングデータ	169
高額薬剤	171
高額薬剤判定	171
高額療養費	61、62
高血圧治療補助アプリ	141、143
公費負担医療(電子資格確認)	183
公費負担医療制度	72
効率性指数	165
さへそ	
災害時医療情報閲覧機能	68
在宅医療DX情報活用加算	115
在宅医療情報連携加算	116

在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料	116
在宅データ提出加算	154
サイバーセキュリティ対策	124
資格確認限定型オンライン資格確認	64
資格確認書	49、180
資格情報のお知らせ	52、55、56
事業継続計画（BCP）	124
自己負担限度額	61、62
紹介受診重点医療機関	38
情報通信機器（ICT）を利用した死亡診断等ガイドライン	122
情報通信機器を用いた初診料・再診料・外来診療料	126
情報通信機器を用いた精神療法に係る指針	127
情報通信機器を用いた通院精神療法	127
処方内容（控え）	76、81、82
身体的拘束	170
診断群分類	156
診断群分類区分	158、159
診断群分類番号	160、161、162
診療記録管理者	151
診療情報提供書	93、94
診療報酬改定DX	16、17、18、20
診療報酬改定DX対応方針	31
スマホ保険証	52、57

全国医療情報プラットフォーム	16、17、18、19、20、41、92
その他アレルギー等情報	103

た〜と

退院患者調査	151、157
退院時サマリー	93、94、96
体制評価指数	165、166
ダミーコード	27、86
地域医療指数	165、166
中間サーバー	74
調剤済み電子処方箋の保存サーバー	85
重複投薬等チェック	77、78、79、80
ツリー図	158、159
データ提出加算	150、151、152
データヘルス改革	19
定義テーブル	158、159
定量評価指数	166
適切なコーディングに関する委員会	151、157
電子カルテ	19
電子カルテ情報	92、183
電子カルテ情報共有サービス	92、112、115、139、183
電子カルテ情報共有サービスに関する検討事項	178
電子カルテ情報の標準化	16、17、18、20

電子カルテの普及率	24、183
電子資格確認(公費負担医療)	183
電子証明書	138、182
電子処方箋	19、75、112、115
電子処方箋管理サービス	78
電子署名	83、138、139
電子診療録等情報	183
特定器材マスタ	86
特定疾病療養受療証	61、62
匿名医療保険等関連情報データ ベース	33

な～の

ナビイ	35
ニコチン依存症治療補助アプリ 	141、142
入院EF統合ファイル	152
ノドカ	147

は～ほ

ハウスコード	27、28、86
引換番号	76、81、82
被保険者資格申立書	53、55、56
標準型電子カルテ	25、30
標準型レセコン	30
病床機能報告	37
標準負担額減額認定証	62
病変検出支援プログラム加算	145
複雑性指数	165
不詳レセプト	56、182

プログラム医療機器 	141、142、143、144
プログラム医療機器等指導管理 料	141
訪問看護医療DX情報活用加算	117
骨太の方針	17、18

ま～も

マイナ救急	70
マイナ在宅受付Web	66、67
マイナ資格確認アプリ	65、66
マイナ資格確認アプリ(居宅同 意取得型)	66、67
マイナ診察券	71
マイナ保険証	20、22、180
マイナ保険証利用率	112
マイナ保険証を基本とする仕組 みへの移行	179
マイナポータル	22、67、92
マイナンバークード	46、182
マイナンバークードの特急発 行・交付	51
未コード化傷病名	157
目視確認モード	48
目視確認用パスコード	48

や～よ

夜間看護体制加算等	119
様式1	152
様式3	152

様式4	152	臨床検査コード	28
		臨床検査部門システム	125
		レセ電コード	27、86
		レセプト電算処理システム	169
		レセプト振替機能	53、56、59
		レセプト分割機能	59
		ローカル署名	83
利用者証明用電子証明書	47		

5～3

リハビリテーションデータ提出

加算 155

リフィル処方箋 84

リモート署名 83

利用者証明用電子証明書 47

臨床検査コード 28

臨床検査部門システム 125

レセ電コード 27、86

レセプト電算処理システム 169

レセプト振替機能 53、56、59

レセプト分割機能 59

ローカル署名 83

◆電子カルテ情報共有サービスに関する検討事項（抜粋）

（令和7年12月10日健康・医療・介護情報利活用検討会医療等情報利活用ワーキンググループ）

1. 電子カルテ情報共有サービスの今後の対応方針

- 全国での運用開始に向け、現在モデル事業で確認されている課題への対応を行う必要がある。
- モデル事業で明らかになった課題への対応を行うためには、電子カルテ情報共有サービス、対応する電子カルテ両者のシステムに一部改修を加えた上で、改めてシステムの動作確認、現場運用の検証を行うことが想定される。改修後に改めて検証にご協力いただく地域を選定し、検証を行うこととする。
- この検証を経て、致命的な課題がないことを確認の上、**3文書6情報のうち臨床現場で支障なく運用が可能な文書・情報から、来年度（令和8年度）の冬頃をメドに全国で利用可能な状態にすること（運用開始）を目指す。**

2. 処方情報について

- 処方情報については、**電子カルテ情報共有サービスにおける診療情報提供書からの抽出は行わないこととし、電子処方箋管理サービスに登録された情報とする。**

（注）抽出を行わない場合（抽出した処方情報を参照用のデータとして保存しない場合）でも、診療情報提供書に処方情報を記載することは可能。