項　　目	現　　行	改　　正
第2章　特掲診療料		
第1部　指導管理等	（部の名称変更） →	第1部　医学管理等
特定疾患療養指導料 （名称の変更）	特定疾患療養指導料 →	**特定疾患療養管理料**
（注の変更）	注1　別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に対して、治療計画に基づき療養上必要な指導を行った場合に、月2回に限り算定する。 2　区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導管理又は当該初診の日から1月以内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。 3　入院中の患者に対して行った指導又は退院した患者に対して退院の日から起算して1月以内に行った指導の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。 4　第2部第2節在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料又は区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者に対して行った指導の費用は、各区分に掲げるそれぞれの指導管理料に含まれるものとする。	注1　別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に対して、治療計画に基づき療養上必要な管理を行った場合に、月2回に限り算定する。 2　区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った管理又は当該初診の日から1月以内に行った管理の費用は、初診料に含まれるものとする。 3　入院中の患者に対して行った管理又は退院した患者に対して退院の日から起算して1月以内に行った管理の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。 4　第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料又は区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者に対して行った管理の費用は、各区分に掲げるそれぞれの指導管理料に含まれるものとする。

項　　目	現　　行	改　　正
特定疾患治療管理料		
1　ウイルス疾患指導料 (注の変更)	注　イについては、肝炎ウイルス疾患又は成人T細胞白血病に罹患している患者に対して、ロについては、後天性免疫不全症候群に罹患している患者に対して、それぞれ療養上必要な指導及び感染予防に関する指導を行った場合に、イについては患者1人につき1回に限り、ロについては患者1人につき月1回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養指導料を算定している患者については算定しない。	注1　イについては、肝炎ウイルス疾患又は成人T細胞白血病に罹患している患者に対して、ロについては、後天性免疫不全症候群に罹患している患者に対して、それぞれ療養上必要な指導及び感染予防に関する指導を行った場合に、イについては患者1人につき1回に限り、ロについては患者1人につき月1回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。
(加算の新設)	(新設)	注2　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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、ロの指導が行われる場合は、所定点数に220点を加算する。
2　特定薬剤治療管理料 (注の新設)	(新設)	注5　てんかんの患者であって、2種類以上の抗てんかん剤を投与している患者について、同一暦月に血中の複数の抗てんかん剤の濃度を測定し、その測定結果に基づき、個々の投与量を精密に管理した場合は、当該管理を行った月において、2回に限り所定点数を算定できる。

項　　目	現　　行	改　　正
4　小児特定疾患カウンセリング料 （注の変更）	注　小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、15歳未満の喘息、周期性嘔吐症等の患者であって入院中以外のものに対して、療養上必要なカウンセリングを同一月内に1回以上行った場合に、1年を限度として月1回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養指導料を算定している患者については算定しない。	注　小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、15歳未満の喘息、周期性嘔吐症等の患者であって入院中以外のものに対して、療養上必要なカウンセリングを同一月内に1回以上行った場合に、1年を限度として月1回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。
5　小児科療養指導料 （注の変更）	注1　小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、慢性疾患であって生活指導が特に必要なものを主病とする15歳未満の患者であって入院中以外のものに対して、必要な生活指導を継続して行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養指導料又は区分番号B001の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者については算定しない。	注1　小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、慢性疾患であって生活指導が特に必要なものを主病とする15歳未満の患者であって入院中以外のものに対して、必要な生活指導を継続して行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料又は区分番号B001の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者については算定しない。
（注の変更）	注4　第2部第2節在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料又は区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者に対して行っ	注4　第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料又は区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者に対

項　　目	現　　行	改　　正
	た指導の費用は、各区分に掲げるそれぞれの指導管理料に含まれるものとする。	して行った指導の費用は、各区分に掲げるそれぞれの指導管理料に含まれるものとする。
6　てんかんの指導料 （注の変更）	注４　区分番号Ｂ000に掲げる特定疾患療養指導料、区分番号Ｂ001の５に掲げる小児科療養指導料又は区分番号Ｂ001の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者については算定しない。	注４　区分番号Ｂ000に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号Ｂ001の５に掲げる小児科療養指導料又は区分番号Ｂ001の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者については算定しない。
（注の変更）	注５　第２部第２節在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者に対して行った指導の費用は、各区分に掲げるそれぞれの指導管理料に含まれるものとする。	注５　第２部第２節第１款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者に対して行った指導の費用は、各区分に掲げるそれぞれの指導管理料に含まれるものとする。
7　難病外来指導管理料 （注の変更）	注４　区分番号Ｂ000に掲げる特定疾患療養指導料又は区分番号Ｂ001の８に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定している患者については算定しない。	注４　区分番号Ｂ000に掲げる特定疾患療養管理料又は区分番号Ｂ001の８に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定している患者については算定しない。
12　心臓ペースメーカー指導管理料 （項目の変更）	イ　区分番号Ｋ552に掲げるペースメーカー移植術を行った日から起算して３月以内の期間に行った場合　460点	イ　区分番号Ｋ597に掲げるペースメーカー移植術又は区分番号Ｋ598に掲げる両心室ペースメーカー移植術を行った日から起算して３月以内の期間に行った場合　460点

項　　目	現　　行	改　　正
(注の変更)	注２　区分番号Ｂ000に掲げる特定疾患療養指導料を算定している患者については算定しない。	注２　区分番号Ｂ000に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。
13　在宅療養指導料 (項目の変更)	注１　第２部第２節在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者又は器具を装着しておりその管理に配慮を必要とする患者に対して、医師の指示に基づき看護師又は保健師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、患者１人につき月１回（初回の指導を行った月にあっては、月２回）に限り算定する。	注１　第２部第２節第１款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者又は器具を装着しておりその管理に配慮を必要とする患者に対して、医師の指示に基づき看護師又は保健師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、患者１人につき月１回（初回の指導を行った月にあっては、月２回）に限り算定する。
15　慢性維持透析患者外来医学管理料 (点数の見直し)	2,460点	2,305点
(注の変更)	注２　第３部検査及び第４部画像診断のうち次に掲げるものは、所定点数に含まれるものとし、また、区分番号Ｄ026に掲げる尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査(Ⅰ)判断料、生化学的検査(Ⅱ)判断料又は免疫学的検査判断料は別に算定できないものとする。 イ～ホ　(略) ヘ　血液化学検査 総ビリルビン、総	注２　第３部検査及び第４部画像診断のうち次に掲げるものは、所定点数に含まれるものとし、また、区分番号Ｄ026に掲げる尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査(Ⅰ)判断料、生化学的検査(Ⅱ)判断料又は免疫学的検査判断料は別に算定できないものとする。 イ～ホ　(略) ヘ　血液化学検査 総ビリルビン、総

項　　目	現　　行	改　　正
	蛋白、膠質反応、アルブミン、尿素窒素(BUN)、クレアチニン、尿酸、グルコース、乳酸脱水素酵素(LDH)、アルカリフォスファターゼ、コリンエステラーゼ(ChE)、アミラーゼ、γ-グルタミールトランスペプチダーゼ(γ-GTP)、ロイシンアミノペプチダーゼ(LAP)、クレアチン・フォスフォキナーゼ(CPK)、中性脂肪、Na及びCl、K、Ca、鉄、Mg、P及びHPO_4、総コレステロール、グルタミック・オキサロアセティック・トランスアミナーゼ(GOT)、グルタミック・ピルビック・トランスアミナーゼ(GPT)、遊離脂肪酸、シアル酸、フルクトサミン、グリコアルブミン、1,5-アンヒドロ-D-グルシトール(1,5AG)、1,25ジヒドロキシビタミンD_3(1,25 $(OH)_2D_3$)、β-リポ蛋白、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、不飽和鉄結合能(UIBC)、総鉄結合能(TIBC)、蛋白分画測定、血液ガス分析、Al、フェリチン ト　内分泌学的検査 トリヨードサイロニン(T_3)、サイロ	蛋白、膠質反応、アルブミン、尿素窒素(BUN)、クレアチニン、尿酸、グルコース、乳酸脱水素酵素(LDH)、アルカリフォスファターゼ、コリンエステラーゼ(ChE)、アミラーゼ、γ-グルタミールトランスペプチダーゼ(γ-GTP)、ロイシンアミノペプチダーゼ(LAP)、クレアチン・フォスフォキナーゼ(CPK)、中性脂肪、Na及びCl、K、Ca、鉄、Mg、P及びHPO_4、総コレステロール、グルタミック・オキサロアセティック・トランスアミナーゼ(GOT)、グルタミック・ピルビック・トランスアミナーゼ(GPT)、遊離脂肪酸、グリコアルブミン、1,5-アンヒドロ-D-グルシトール(1,5AG)、1,25ジヒドロキシビタミンD_3(1,25 $(OH)_2D_3$)、β-リポ蛋白、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、不飽和鉄結合能(UIBC)、総鉄結合能(TIBC)、蛋白分画測定、血液ガス分析、Al、フェリチン、シスタチンC精密測定、ペントシジン ト　内分泌学的検査 トリヨードサイロニン(T_3)精密測定、

項　　目	現　　行	改　　正
	キシン（T_4）、甲状腺刺激ホルモン（TSH）、副甲状腺ホルモン（PTH）、遊離トリヨードサイロニン（FT_3）、C-ペプタイド（CPR）、遊離サイロキシン（FT_4）、カルシトニン、ヒト心房性ナトリウム利尿ペプチド（HANP）、ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド（BNP） チ～ワ　（略）	サイロキシン（T_4）精密測定、甲状腺刺激ホルモン（TSH）精密測定、副甲状腺ホルモン（PTH）精密測定、遊離トリヨードサイロニン（FT_3）精密測定、C-ペプタイド（CPR）精密測定、遊離サイロキシン（FT_4）精密測定、カルシトニン精密測定、ヒト心房性ナトリウム利尿ペプチド（HANP）精密測定、ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド（BNP）精密測定 チ～ワ　（略）
16　喘息治療管理料 （加算の新設）	（新設）→	注２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、重度喘息である20歳以上の患者（中等度以上の発作により当該保険医療機関に緊急受診（区分番号Ａ000の注４、区分番号Ａ001の注３又はＡ002の注４に規定する加算を算定したものに限る。）した回数が過去１年間に３回以上あるものに限る。）に対して、治療計画を策定する際に、日常の服薬方法、急性増悪時における対応方法について、その指導内容を文書により交付し、週１回以上ピークフローメーターに加え一秒量等計測器を用

項　　目	現　　行	改　　正
		い、検査値等を報告させた上で管理した場合に、次に掲げる点数を月1回に限り加算する。 (1)　1月目　2,525点 (2)　2月目以降6月目まで　1,975点
17　慢性疼痛疾患管理料 (注の変更)	注2　区分番号J118に掲げる介達牽引、J119に掲げる消炎鎮痛等処置及び区分番号H001の4に掲げる理学療法(Ⅳ)の費用は、所定点数に含まれるものとする。	注2　区分番号J118に掲げる介達牽引及び区分番号J119に掲げる消炎鎮痛等処置の費用は、所定点数に含まれるものとする。
18　小児悪性腫瘍患者指導管理料 (注の変更)	注1　小児科を標榜する保険医療機関において、悪性腫瘍を主病とする15歳未満の患者であって入院中の患者以外のものに対して、計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養指導料又は区分番号B001の5に掲げる小児科療養指導料を算定している患者については算定しない。	注1　小児科を標榜する保険医療機関において、悪性腫瘍を主病とする15歳未満の患者であって入院中の患者以外のものに対して、計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料又は区分番号B001の5に掲げる小児科療養指導料を算定している患者については算定しない。
(注の変更)	注4　第2部第2節在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料又は区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者に対して行った指導の費用は、各区	注4　第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料又は区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者に対して行った指導の費用

項　　目	現　　行	改　　正
	分に掲げるそれぞれの指導管理料に含まれるものとする。	は、各区分に掲げるそれぞれの指導管理料に含まれるものとする。
19　植込み型補助人工心臓指導管理料 （名称の変更） （注の変更）	植込み型補助人工心臓指導管理料 注　植込み型補助人工心臓の施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、体内植込み型補助人工心臓を使用している患者であって入院中の患者以外の患者に対して、療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り算定する。	→ 埋込型補助人工心臓指導管理料 → 注　第10部手術の通則４に規定する区分番号Ｋ604に掲げる埋込型補助人工心臓に係る施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、体内埋込型補助人工心臓を使用している患者であって入院中の患者以外の患者に対して、療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り算定する。
小児科外来診療料（１日につき） （注の変更）	注２　区分番号Ａ001に掲げる再診料の注７に規定する場合又は区分番号Ｃ100からＣ112までに掲げる在宅療養指導管理料を算定している場合については、算定しない。 ３　区分番号Ａ000に掲げる初診料の注５から注８までに規定する加算、区分番号Ａ001に掲げる再診料の注３及び注４に規定する加算、区分番号Ａ002に掲げる外来診療料の注４及び注５に規定する加算、区分番号Ｂ001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料及び区分番号Ｃ000に掲げる往診料（注	→ 注２　区分番号Ａ001に掲げる再診料の注６に規定する場合又は区分番号Ｃ100からＣ112までに掲げる在宅療養指導管理料を算定している場合については、算定しない。 → ３　区分番号Ａ000に掲げる初診料の注４及び注５に規定する加算、区分番号Ａ001に掲げる再診料の注３及び注４に規定する加算、区分番号Ａ002に掲げる外来診療料の注４及び注５に規定する加算、区分番号Ｂ001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料及び区分番号Ｃ000に掲げる往診料（注１から注３

項　　目	現　　行	改　　正
	1から3に規定する加算を含む。）を除き、診療に係る費用は、小児科外来診療料に含まれるものとする。	までに規定する加算を含む。）を除き、診療に係る費用は、小児科外来診療料に含まれるものとする。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注4及び注5に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から115点を減じた点数を、区分番号A001に掲げる再診料の注3及び注4に規定する加算並びに区分番号A002に掲げる外来診療料の注4及び注5に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から70点を減じた点数を算定するものとする。
地域連携小児夜間・休日診療料 （項目の追加） （点数の見直し）	300点 →	1　地域連携小児夜間・休日診療料1　300点 2　地域連携小児夜間・休日診療料2　450点
（注の変更）	注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方社会保険事務局長に届け出た小児科を標榜する保険医療機関において、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜において、入院中の患者以外の患者（6歳未満の小児に限る。）に対して診療を行った場合に算定する。 →	注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方社会保険事務局長に届け出た小児科を標榜する保険医療機関において、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜において、入院中の患者以外の患者（6歳未満の小児に限る。）に対して診療を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、それぞれ算定する。
（区分の新設）	（新設） →	**乳幼児育児栄養指導料**　130点 注　小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、3歳未満の乳幼児に対する初診時に、育児、栄養その他療養上必要な指導を

項　　目	現　　行	改　　正
		行った場合に算定する。
生活習慣病指導管理料 （名称の変更）	生活習慣病指導管理料 →	**生活習慣病管理料**
（点数の見直し）	1　保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 イ　高脂血症を主病とする場合　1,050点 ロ　高血圧症を主病とする場合　1,100点 ハ　糖尿病を主病とする場合　1,200点 2　1以外の場合 イ　高脂血症を主病とする場合　1,550点 ロ　高血圧症を主病とする場合　1,400点 ハ　糖尿病を主病とする場合　1,650点 →	1　保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合 イ　高脂血症を主病とする場合　900点 ロ　高血圧症を主病とする場合　950点 ハ　糖尿病を主病とする場合　1,050点 2　1以外の場合 イ　高脂血症を主病とする場合　1,460点 ロ　高血圧症を主病とする場合　1,310点 ハ　糖尿病を主病とする場合　1,560点
（注の変更）	注1　許可病床数が200床未満の病院又は診療所である保険医療機関において、高脂血症、高血圧症又は糖尿病を主病とする入院中の患者以外の患者に対して、治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な指導及び治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合については、区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定している場合は算定できない。 →	注1　許可病床数が200床未満の病院又は診療所である保険医療機関において、高脂血症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者及び老人保健法の規定による医療を受けるものを除く。）に対して、治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合については、区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定している場合は算定できない。
	注2　生活習慣病指導管理を受けている患者に対して行った指導管理等、検査、投薬及び注射の費用は、生活習慣病指導管理料に含まれるものとする。 →	注2　生活習慣病管理を受けている患者に対して行った医学管理等、検査、投薬及び注射の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。

項　　目	現　　行	改　　正
(区分の新設)	(新設) →	**ニコチン依存症管理料** 1　初回　230点 2　2回目から4回目まで　184点 3　5回目　180点 注1　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、禁煙を希望する患者であって、スクリーニングテスト(TDS)等によりニコチン依存症であると診断されたものに対し、治療の必要を認め、治療内容等に係る説明を行い、文書により患者の同意を得た上で、禁煙に関する総合的な指導及び治療管理を行うとともに、その内容を文書により情報提供した場合に、5回に限り算定する。 2　区分番号D200に掲げるスパイログラフィー等検査の4の呼気ガス分析の費用は、所定点数に含まれるものとする。
手術前医学管理料 (点数の見直し)	1,310点 →	1,192点
(注の新設)	(新設) →	注3　手術前医学管理料を算定した同一月に区分番号D208に掲げる心電図検査を算定した場合には、算定の期日にかかわらず、所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。
	(新設) →	注4　同一の部位につき当

項　　目	現　　行	改　　正
		該管理料に含まれる区分番号E001に掲げる写真診断及びE002に掲げる撮影と同時に2枚以上のフィルムを使用して同一の方法により撮影を行った場合における第2枚目から第5枚目までの写真診断及び撮影の費用は、それぞれの所定点数の100分の50に相当する点数で別に算定できる。この場合において、第6枚目以後の写真診断及び撮影の費用については算定できない。
(注の変更)	注3　第3部検査及び第4部画像診断のうち次に掲げるもの（手術を行う前1週間以内に行ったものに限る。）は、所定点数に含まれるものとする。ただし、当該期間において同一の検査又は画像診断を2回以上行った場合の第2回目以降のものについては、別に算定することができる。 イ～ハ　（略） ニ　血液化学検査 総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素(BUN)、クレアチニン、尿酸、アルカリフォスファターゼ、コリンエステラーゼ(ChE)、γ-グルタミールトランスペプチダーゼ（γ-GTP)、中性脂肪、	注5　第3部検査及び第4部画像診断のうち次に掲げるもの（手術を行う前1週間以内に行ったものに限る。）は、所定点数に含まれるものとする。ただし、当該期間において同一の検査又は画像診断を2回以上行った場合の第2回目以降のものについては、別に算定することができる。 イ～ハ　（略） ニ　血液化学検査 総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素(BUN)、クレアチニン、尿酸、アルカリフォスファターゼ、コリンエステラーゼ(ChE)、γ-グルタミールトランスペプチダーゼ（γ-GTP)、中性脂肪、

項　　目	現　　行	改　　正
	Na及びCl、K、Ca、Mg、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸脱水素酵素（LDH）、酸性フォスファターゼ、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP）、クレアチン・フォスフォキナーゼ（CPK）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄、アルブミン・グロブリン比測定、試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極による血中ケトン体・糖・クロール検査、リン脂質、β-リポ蛋白、総脂質、遊離脂肪酸、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、前立腺酸性フォスファターゼ、P及びHPO_4、総コレステロール、グルタミック・オキサロアセティック・トランスアミナーゼ（GOT）、グルタミック・ピルビック・トランスアミナーゼ（GPT）、総鉄結合能（TIBC）、不飽和鉄結合能（UIBC）、過酸化脂質、イオン化カルシウム及び赤血球コプロポルフィ	Na及びCl、K、Ca、Mg、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸脱水素酵素（LDH）、酸性フォスファターゼ、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP）、クレアチン・フォスフォキナーゼ（CPK）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄、試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極による血中ケトン体・糖・クロール検査、リン脂質、β-リポ蛋白、遊離脂肪酸、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、前立腺酸性フォスファターゼ、P及びHPO_4、総コレステロール、グルタミック・オキサロアセティック・トランスアミナーゼ（GOT）、グルタミック・ピルビック・トランスアミナーゼ（GPT）、総鉄結合能（TIBC）、不飽和鉄結合能（UIBC）及びイオン化カルシウム

項　　目	現　　行	改　　正
	リン定性 ホ　感染症血清反応 梅毒脂質抗原使用検査（定性）、抗ストレプトリジンO価（ASO価）、抗ストレプトキナーゼ価（ASK価）、赤痢アメーバ抗体価、TPHA試験（定性）、HIV-1抗体価、髄液又は尿中肺炎球菌抗原、髄液又は尿中ヘモフィルスインフルエンザb型抗原、腸炎ビブリオ菌耐熱性溶血毒（TDH）検査、単純ヘルペスウイルス特異抗原、RSウイルス抗原精密測定及び淋菌同定精密検査 へ～ヌ　（略）	ホ　感染症免疫学的検査 梅毒脂質抗原使用検査（定性）、抗ストレプトリジンO価（ASO価）、抗ストレプトキナーゼ価（ASK価）、赤痢アメーバ抗体価、TPHA試験（定性）、HIV-1抗体価、髄液又は尿中肺炎球菌抗原、髄液又は尿中ヘモフィルスインフルエンザb型抗原、単純ヘルペスウイルス特異抗原、RSウイルス抗原精密測定及び淋菌同定精密検査 へ～ヌ　（略）
（注の変更）	注5　第1章第2部第3節に掲げる特定入院料、区分番号D027に掲げる基本的検体検査判断料（Ⅰ）又は区分番号D028に掲げる基本的検体検査判断料（Ⅱ）を算定している患者については算定しない。	注7　第1章第2部第3節に掲げる特定入院料又は区分番号D027に掲げる基本的検体検査判断料を算定している患者については算定しない。
手術後医学管理料（1日につき） （点数の見直し）	1　病院の場合　1,340点 2　診療所の場合　1,190点	1　病院の場合　1,188点 2　診療所の場合　1,056点
（注の新設）	（新設）	注2　同一の手術について、同一月にB001-4に掲げる手術前医学管理料を算定する場合は、本管理料を算定す

項　　目	現　　行		改　　正
			る3日間については、所定点数の100分の95に相当する点数を算定する。
(注の変更)	注2　第3部検査のうち次に掲げるもの（当該手術に係る手術料を算定した日の翌日から起算して3日以内に行ったものに限る。）は、所定点数に含まれるものとする。 イ～ハ　(略) ニ　血液化学検査 総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素(BUN)、クレアチニン、尿酸、アルカリフォスファターゼ、コリンエステラーゼ(ChE)、γ-グルタミールトランスペプチダーゼ(γ-GTP)、中性脂肪、Na及びCl、K、Ca、Mg、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸脱水素酵素(LDH)、酸性フォスファターゼ、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ(LAP)、クレアチン・フォスフォキナーゼ(CPK)、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄、アルブミン・グロブリン比測定、試験紙法・アンプル法・固定化	→	注3　第3部検査のうち次に掲げるもの（当該手術に係る手術料を算定した日の翌日から起算して3日以内に行ったものに限る。）は、所定点数に含まれるものとする。 イ～ハ　(略) ニ　血液化学検査 総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素(BUN)、クレアチニン、尿酸、アルカリフォスファターゼ、コリンエステラーゼ(ChE)、γ-グルタミールトランスペプチダーゼ(γ-GTP)、中性脂肪、Na及びCl、K、Ca、Mg、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸脱水素酵素(LDH)、酸性フォスファターゼ、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ(LAP)、クレアチン・フォスフォキナーゼ(CPK)、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄、試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極による血中ケトン体・糖・

項　　目	現　　行	改　　正
	酵素電極による血中ケトン体・糖・クロール検査、リン脂質、β-リポ蛋白、総脂質、遊離脂肪酸、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、前立腺酸性フォスファターゼ、P及びHPO_4、総コレステロール、グルタミック・オキサロアセティック・トランスアミナーゼ(GOT)、グルタミック・ピルビック・トランスアミナーゼ(GPT)、総鉄結合能(TIBC)、不飽和鉄結合能(UIBC)、過酸化脂質、イオン化カルシウム、赤血球コプロポルフィリン定性及び血液ガス分析 ホ～ヌ　(略)	クロール検査、リン脂質、β-リポ蛋白、遊離脂肪酸、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、前立腺酸性フォスファターゼ、P及びHPO_4、総コレステロール、グルタミック・オキサロアセティック・トランスアミナーゼ(GOT)、グルタミック・ピルビック・トランスアミナーゼ(GPT)、総鉄結合能(TIBC)、不飽和鉄結合能(UIBC)、イオン化カルシウム及び血液ガス分析 ホ～ヌ　(略)
(注の変更)	注5　第1章第2部第3節に掲げる特定入院料、区分番号D027に掲げる基本的検体検査判断料(Ⅰ)又はD028に掲げる基本的検体検査判断料(Ⅱ)を算定している患者については算定しない。	注5　第1章第2部第3節に掲げる特定入院料又は区分番号D027に掲げる基本的検体検査判断料を算定している患者については算定しない。
開放型病院共同指導料(Ⅰ) (加算の廃止)	注2　退院に際して当該患者又はその看護に当たっている者に対して、退院後の療養上必要な指導を共同して行った場合は、所定点	(削除)

項　　目	現　　行	改　　正
	数に330点を加算する。	
（注の新設）	（新設） →	注２　区分番号Ａ000に掲げる初診料、区分番号Ａ001に掲げる再診料、区分番号Ａ002に掲げる外来診療料、区分番号Ｃ000に掲げる往診料及び区分番号Ｃ001に掲げる在宅患者訪問診療料は別に算定できない。
開放型病院共同指導料（Ⅱ） （加算の廃止）	注２　退院に際して当該患者又はその看護に当たっている者に対して、退院後の療養上必要な指導を共同して行った場合は、所定点数に430点を加算する。 →	（削除）
在宅患者入院共同指導料（Ⅰ） （区分の削除・区分の新設）	310点 注１　診療所である保険医療機関において、区分番号Ｃ002に掲げる在宅時医学管理料、区分番号Ｃ003に掲げる在宅末期医療総合診療料又は第２部第２節の各区分に掲げる在宅療養指導管理料（区分番号Ｃ101に掲げる在宅自己注射指導管理料を除く。）を算定している患者が、病状の急変等に伴い、病院である保険医療機関に入院した場合において、入院先の病院の了解の下に当該病院に赴いて、当該患者に対して療養上必要な指導を共同して行った場合に算定す →	**地域連携退院時共同指導料１** １　在宅療養支援診療所（地域における退院後の患者に対する在宅療養の提供に主たる責任を有する診療所であって、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地方社会保険事務局長に届け出たものをいう（以下この表において同じ。））の場合　1,000点 ２　１以外の場合　600点 注１　保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医が、当該患者が入院している保険医療機関

項　　目	現　　行	改　　正
	る。 2　入院の日から起算して1月以内の期間にあっては月4回、入院の日から起算して1月を超えた期間にあっては、月2回に限り算定する。 3　区分番号B002に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅰ)を算定している患者については算定しない。 4　退院に際して当該患者又はその看護に当たっている者に対して、退院後の療養上必要な指導を共同して行った場合は、所定点数に290点を加算する。	に赴いて、患者の同意を得て、退院後の居宅における療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医、看護師等又は連携する訪問看護ステーションの看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関において算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。 2　区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号B002に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅰ)、区分番号C000に掲げる往診料及び区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料は別に算定できない。
在宅患者入院共同指導料(Ⅱ) (区分の削除・区分の新設)	140点 注1　診療所である保険医療機関において、区分番号C002に掲げる在宅時医学管理料、区分番号C003に掲げる在宅末期医療総合診療料又は第2部第2節の各区分に掲げる在宅療養指導管理料(区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を除	→ **地域連携退院時共同指導料2** 1　在宅療養支援診療所と連携する場合　500点 2　1以外の場合　300点 注1　入院中の保険医療機関の医師、看護師等が、入院中の患者に対して、患者の同意を得て、退院後の居宅における療養上必要な説明及び指導を、地域において

項　　目	現　　行	改　　正
	く。）を算定している患者が、病状の急変等に伴い、病院である保険医療機関に入院した場合において、当該病院において当該患者を診察した当該診療所の医師と共同して療養上必要な指導を行った場合に算定する。 2　入院の日から起算して1月以内の期間にあっては月4回、入院の日から起算して1月を超えた期間にあっては、月2回に限り算定する。 3　区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)を算定している患者については算定しない。 4　退院に際して当該患者又はその看護に当たっている者に対して、退院後の療養上必要な指導を共同して行った場合は、所定点数に360点を加算する。	当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回までに限り算定できる。 2　区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)及び区分番号B005-3に掲げる地域連携診療計画退院時指導料は別に算定できない。
(区分の新設)	(新設) →	**地域連携診療計画管理料** 1,500点 注1　別に厚生労働大臣が定める疾患の患者の入院時に、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社会保険事務局長に届け出た病院である保険医療機関（以下この表において「計画管理病院」という。）が、転院後又は退院後の地域における患者の治療を総合的に管理す

項　　目	現　　行	改　　正
		るため、あらかじめ疾患ごとに地域連携診療計画を作成し、当該疾患に係る治療を担う別の保険医療機関と共有するとともに、当該計画に基づく個別の患者の診療計画を作成し、患者に説明し、患者の同意を得た上で、文書により提供した場合に、計画管理病院において転院時又は退院時に1回に限り所定点数を算定する。 2　区分番号B009に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)の費用は、所定点数に含まれるものとする。 3　区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)及び区分番号B005に掲げる地域連携退院時共同指導料2は別に算定できない。
(区分の新設)	(新設) →	**地域連携診療計画退院時指導料**　1,500点 注1　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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関(計画管理病院を除く。)が、区分番号B005-2に掲げる地域連携診療計画管理料を算定した患者の退院時に、地域連携診療計画に基づく退院後の診療計画を作成し、患者に説明し、患者の同意を得た上で、文書により提供するとともに、計

項　　目	現　　行	改　　正
		画管理病院に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、所定点数を算定する。 2　区分番号B009に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)の費用は、所定点数に含まれるものとする。 3　区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)及び区分番号B005に掲げる地域連携退院時共同指導料2は別に算定できない。
(区分の新設)	(新設) →	**ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)**　500点 注　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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、診療に基づき紹介した患者(別に厚生労働大臣が定める状態等であるものに限る。)が病院である別の保険医療機関(区分番号A237に掲げるハイリスク分娩管理加算の注1に規定する施設基準に適合するものとして届け出た保険医療機関に限る。)に入院(分娩を伴うものに限る。)中である場合において、当該病院に赴いて、当該病院の保険医と共同してハイリスク分娩に関する医学管理を共同して行った場合に、当該患者を紹介した保険医療機関において患者1人につき1回算定する。

項　　目	現　　行	改　　正
（区分の新設）	（新設） →	**ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅱ）** 350点 注　区分番号Ａ237に掲げるハイリスク分娩管理加算の注１に規定する施設基準に適合するものとして届け出た病院である保険医療機関において、ハイリスク分娩に関する医学管理が必要である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地方社会保険事務局長に届け出た別の保険医療機関から紹介された患者（別に厚生労働大臣が定める状態等であるものに限る。）が当該病院に入院（分娩を伴うものに限る。）中である場合において、当該患者を紹介した別の保険医療機関の保険医と共同してハイリスク分娩に関する医学管理を行った場合に、当該病院において、患者１人につき１回算定する。
退院指導料 （区分の削除）	300点 注　入院期間が１月を超える患者又はその家族等に対して、医師、看護師等が共同して、退院後に必要となる保健医療サービス又は福祉サービス等に関する計画を策定し、当該計画に基づき必要な指導を行った場合に、当該入院中１回に限り算定する。 →	（削除）
退院時共同指導料 （区分の削除）	150点 注　入院中の患者又はその	→ （削除）

項　　目	現　　行	改　　正
	家族に対して、医師、看護師等が、退院後の居宅における療養上必要な指導を、訪問看護ステーションの看護師等と共同して行った場合に、当該入院中1回に限り算定する。	
退院前訪問指導料 （点数の見直し）	360点 →	410点
診療情報提供料(A) （区分の再編）	220点 →	診療情報提供料（Ⅰ）250点 注1　保険医療機関が、診療に基づき、別の保険医療機関での診療の必要を認め、これに対して、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、紹介先保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。
	注1　診療所である保険医療機関が、診療に基づき、別の診療所である保険医療機関での診療の必要を認め、これに対して、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合、又は病院である保険医療機関が、診療に基づき、別の病院である保険医療機関での診療の必要を認め、これに対して、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合（地域医療支援病院又は特定機能病院が、許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関に対して患者の紹介を行った場合を除く。）に、紹介先保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。 2　保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、当該患者の居住地を管轄する市町村又は介護保険法第46条	2　保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、当該患者の居住地を管轄する市町村又は介護保険法第46条

項　　目	現　　行	改　　正
	第１項の規定により都道府県知事が指定する指定居宅介護支援事業者等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。 3　保険医療機関が、診療に基づき保険薬局による在宅患者訪問薬剤管理指導の必要を認め、居宅において療養を行っている患者であって通院が困難なものの同意を得て、当該保険薬局に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な情報を提供した場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。 4　保険医療機関が、精神障害者社会復帰施設等に入所している患者の同意を得て、当該精神障害者社会復帰施設等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者の社会復帰の促進に必要な情報を提供した場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。 5　診療所である保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、介護保険法第７条第22項に規定する介護老人保健施設（当該保険医療機関と同一の敷地内にある介護老人保健施	第１項の規定により都道府県知事が指定する指定居宅介護支援事業者等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。 3　保険医療機関が、診療に基づき保険薬局による在宅患者訪問薬剤管理指導の必要を認め、居宅において療養を行っている患者であって通院が困難なものの同意を得て、当該保険薬局に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な情報を提供した場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。 4　保険医療機関が、精神障害者社会復帰施設等に入所している患者の同意を得て、当該精神障害者社会復帰施設等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者の社会復帰の促進に必要な情報を提供した場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。 5　保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、介護保険法第８条第25項に規定する介護老人保健施設（当該保険医療機関と同一の敷地内にある介護老人保健施設その他これ

項　　目	現　　行	改　　正
	介護老人保健施設を除く。）に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。	施設を除く。）に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。 6　保険医療機関が、認知症の状態にある患者の診断に基づき老人性認知症センターでの鑑別診断等の必要を認め、当該患者又はその家族の同意を得て、当該老人性認知症センターに対して診療状況を示す文書を添えて、患者の紹介を行った場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。 7　保険医療機関が、患者の退院に際して、添付の必要を認め、患者の同意を得て、別の保険医療機関、精神障害者社会復帰施設等又は介護老人保健施設に対して、退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付して紹介を行った場合は、所定点数に200点を加算する。
診療情報提供料(B) （区分の再編）	290点 注１　診療所である保険医療機関が、診療に基づき、病院である保険医療機関での診療の必要を認め、これに対して、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合、又は病院（地域医療支援病院及び特定機	→ 診療情報提供料（Ⅱ）500点 注　保険医療機関が、治療法の選択等に関して当該保険医療機関以外の医師の意見を求める患者からの要望を受けて、治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の別の医療機関において必要な情報を添付し、診療状況を示す文書を患者に

項　　目	現　　行	改　　正
	能病院を除く。)である保険医療機関が、診療に基づき、診療所である保険医療機関での診療の必要を認め、これに対して、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、紹介先保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。 2　許可病床数が200床以上の病院（地域医療支援病院及び特定機能病院を除く。）である保険医療機関が、診療所である保険医療機関に対して患者の紹介を行った場合には、所定点数に更に230点を加算する。 3　区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料を算定すべき訪問診療を行っている診療所が、患者の同意を得て、診療の日から2週間以内に、当該患者に対し継続して区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料を算定すべき看護若しくは指導又は区分番号C006に掲げる在宅訪問リハビリテーション指導管理料を算定すべき指導管理を行っている別の保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて当該患者に係る療養上必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。ただし、同一月内に当該診療情報提供と区分番号B009に掲げ	提供することを通じて、患者が当該保険医療機関以外の医師の助言を得るための支援を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

項　　目	現　　行	改　　正
	る診療情報提供料(A)の注1に規定する診療情報提供が併せて行われた場合は、当該診療情報提供料のみにより算定する。 4　区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料を算定すべき看護若しくは指導又は区分番号C006に掲げる在宅訪問リハビリテーション指導管理料を算定すべき指導管理を行っている保険医療機関が、患者の同意を得て、診療の日から2週間以内に、診療所である別の保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて当該患者に係る療養上必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。ただし、当該診療情報提供と区分番号B009に掲げる診療情報提供料(A)を算定すべき診療情報提供が同時に行われた場合は、当該診療情報提供料のみにより算定する。 5　保険医療機関(介護老人保健施設と同一敷地内にある保険医療機関その他これに準ずる保険医療機関（以下この表において「併設保険医療機関」という。)を除く。)が、介護老人保健施設に入所している患者の同意を得て、当該介護老人保健施設に対して、診療状況を示す文書により当該患者に係る療養上必要な情報を	

項　　目	現　　行	改　　正
	提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。 6　保険医療機関が、認知症の状態にある患者の診断に基づき老人性認知症センターでの鑑別診断等の必要を認め、当該患者又はその家族の同意を得て、当該老人性認知症センターに対して診療状況を示す文書を添えて、患者の紹介を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。	
診療情報提供料(C) (区分の再編)	500点 注1　病院である保険医療機関が、患者の退院に際して、患者の同意を得て、診療所である保険医療機関又は精神障害者社会復帰施設等若しくは介護老人保健施設に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、患者1人につき1回に限り算定する。 2　許可病床数が200床以上の病院である保険医療機関が、診療所である保険医療機関又は精神障害者社会復帰施設等若しくは介護老人保健施設に対して患者の紹介を行った場合は、所定点数に更に20点を加算する。	→ (削除)
診療情報提供料(D) (区分の再編)	520点 注　地域医療支援病院又は特定機能病院である保険	→ (削除)

項　　目	現　　行	改　　正
	医療機関が、診療に基づき、診療所である保険医療機関又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関での診療の必要を認め、これに対して、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、紹介先保険医療機関ごとに患者１人につき月１回に限り算定する。	
薬剤情報提供料 （注の移動）	注１　入院中の患者以外の患者に対して、処方した薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書により提供した場合に、月１回に限り（処方の内容に変更があった場合は、その都度）算定する。 ２　保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付した患者については、算定しない。	注１　入院中の患者以外の患者に対して、処方した薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書により提供した場合に、月１回に限り（処方の内容に変更があった場合は、その都度）算定する。 ２　注１の場合において、患者（老人保健法の規定による医療を提供する場合に限る。）に対して、処方した薬剤の名称を当該患者の健康手帳（老人保健法第13条に規定する健康手帳をいう。）に記載するとともに、当該薬剤に係る名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書により提供した場合に、月１回に限り（処方の内容に変更があった場合は、その都度）所定点数に５点を加算する。 ３　保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付した患者については、算定しない。