

**第2章第1部
指導管理等**

特定疾患療養指導料
(名称の変更)

(注の変更)

(部の名称変更)

**第2章第1部
指導管理等**

特定疾患療養指導料

特定疾患療養管理料

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

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

特定疾患治療管理料

1 ウイルス疾患指導料

(注の変更)

の指導管理料に含まれるものとする。

それぞれの指導管理料に含まれるものとする。

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指導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、同一曆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。

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

→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

	<p>癌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。</p> <p>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 B 0 0 1 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。</p>	<p>癌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。</p> <p>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 B 0 0 1 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。</p>
6 てんかん指導料 (注の変更)	<p>注 4 区分番号 B 0 0 0 に掲げる特定疾患療養指導料、区分番号 B 0 0 1 の 5 に掲げる小児科療養指導料又は区分番号 B 0 0 1 の 1 8 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。</p> <p>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。</p>	<p>注 4 区分番号 B 0 0 0 に掲げる特定疾患療養指導料、区分番号 B 0 0 1 の 5 に掲げる小児科療養指導料又は区分番号 B 0 0 1 の 1 8 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。</p> <p>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。</p>
7 難病外来指導管理料 (注の変更)	<p>注 4 区分番号 B 0 0 0 に掲げる特定疾患療養指導料又は区分番号 B 0 0 1 の 8 に掲げる皮膚</p>	<p>注 4 区分番号 B 0 0 0 に掲げる特定疾患療養指導料又は区分番号 B 0 0 1 の 8 に掲げる皮膚</p>

1.2 心臓ペースメーカー指導管理料

(項目の変更)

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。

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。

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

(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。

1.3 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HPO₄、総コレステロール、グルタミック・オキサロアセティック

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HPO₄、総コレステロール、グルタミック・オキサロアセティック・トランスマニナーゼ

・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D₃ (1, 25(OH)₂D₃) 、 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、A1、フェリチン

ト 内分泌学的検査

トリヨードサイロニン (T₃) 、サイロキシン (T₄) 、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 (FT₃) 、C-ペプタイド (CPR) 、遊離サイロキシン (FT₄) 、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)

(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D₃ (1, 25(OH)₂D₃) 、 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、A1、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 (T₃) 精密測定、サイロキシン (T₄) 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 (FT₃) 精密測定、C-ペプタイド (CPR) 精密測定、遊離サイロキシン (FT₄) 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。

1.8 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 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 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。

1.9 植込み型補助人工心臓指導管理料
(名称の変更)
(注の変更)

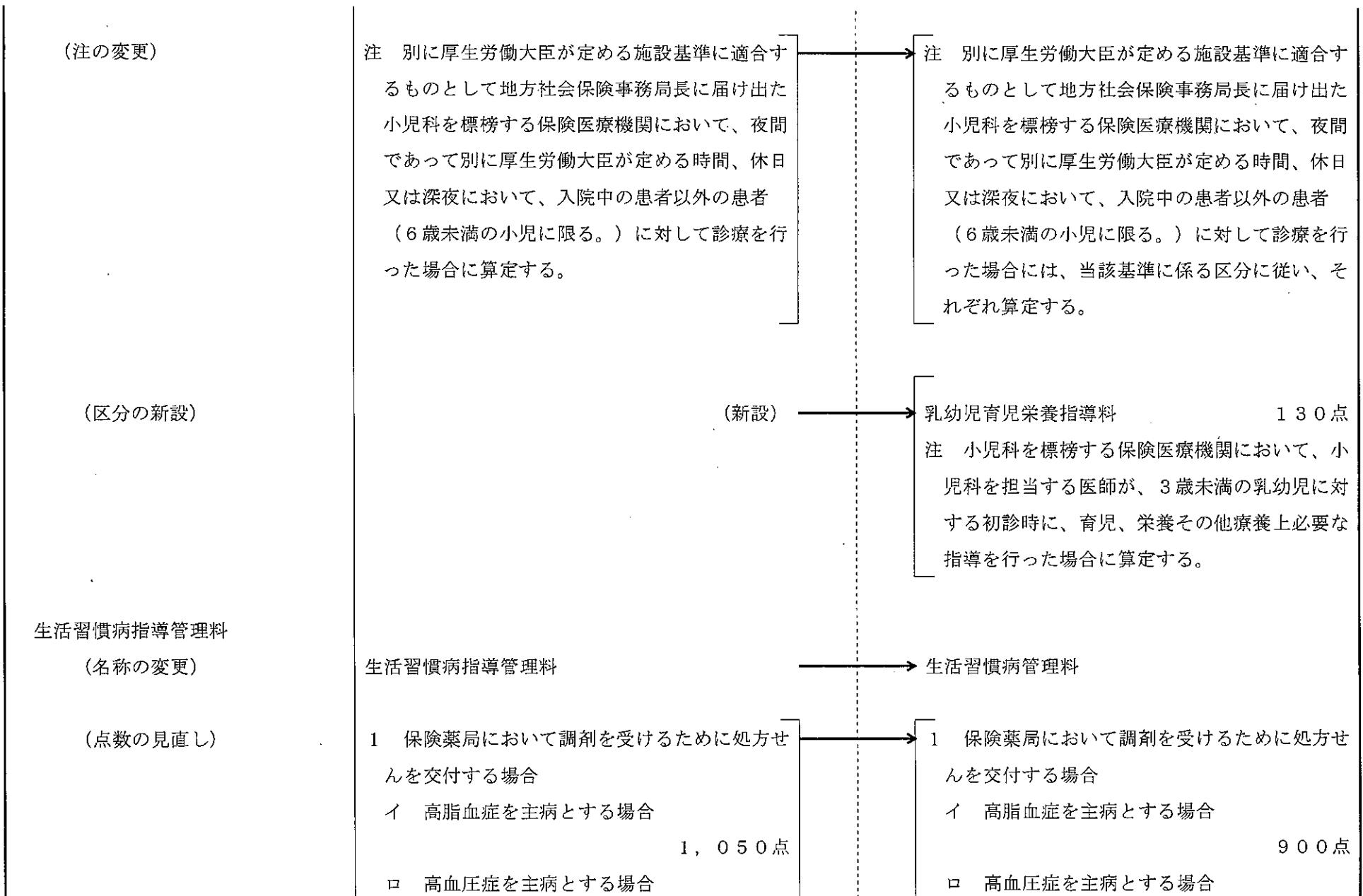
植込み型補助人工心臓指導管理料

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した保険医療機関において、体内植込み型補助人

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

	<p>人工心臓を使用している患者であつ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。</p>	<p>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つ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。</p>
<p>小児科外来診療料（1日につき） (注の変更)</p>	<p>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。</p> <p>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。</p>	<p>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。</p> <p>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。</p>
<p>地域連携小児夜間・休日診療料 (項目の追加) (点数の見直し)</p>	<p>300点</p>	<p>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</p>



	1, 100点	950点
ハ 糖尿病を主病とする場合	1, 200点	ハ 糖尿病を主病とする場合 1, 050点
2 1以外の場合		2 1以外の場合
イ 高脂血症を主病とする場合	1, 550点	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, 400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, 650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 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 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。

(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 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、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患者に対し、診療の必要を認め、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。

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、所定期数の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該管理料に含まれる区

(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週間以内に行つたものに限る。）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）

二 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、アルカリリフォスファターゼ、コリンエステラーゼ（Ch E）、 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

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週間以内に行つたものに限る。）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）

二 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、アルカリリフォスファターゼ、コリンエステラーゼ（Ch E）、 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

レアチニン、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）、クレアチニン・fosfオキナーゼ（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HPO₄、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

レアチニン、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）、クレアチニン・fosfオキナーゼ（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HPO₄、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

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、T P H A 試験（定性）、H I V - 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（T D H）検査、単純ヘルペスウイルス特異抗原、R S ウィルス抗原精密測定及び淋菌同定精密検査

～～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 D 0 2 7 に掲げる基本的検体検査判断料(I)又は区分番号 D 0 2 8 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。

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

（注の新設）

（新設）

（注の変更）

注 2 第 3 部検査のうち次に掲げるもの（当該手

アメーバ抗体価、T P H A 試験（定性）、H I V - 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、R S ウィルス抗原精密測定及び淋菌同定精密検査

～～ヌ（略）

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 D 0 2 7 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。

1 病院の場合 1, 188 点

2 診療所の場合 1, 056 点

注 2 同一の手術について、同一月に B 0 0 1 - 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 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、アルカリリフォスファターゼ、コリンエステラーゼ (Ch E) 、 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HPO₄、総

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、アルカリリフォスファターゼ、コリンエステラーゼ (Ch E) 、 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・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HPO₄、総コレステロール、グルタミック・オキサロ

	<p>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</p> <p>ホ~ヌ (略)</p>	<p>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</p> <p>ホ~ヌ (略)</p>
(注の変更)	<p>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。</p>	<p>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。</p>
開放型病院共同指導料(I) (加算の廃止)	<p>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30点を加算する。</p>	<p>→ (削除)。</p>
(注の新設)	<p>(新設)</p>	<p>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</p>

る往診料及び区分番号C 0 0 1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C 0 0 2に掲げる在宅時医学管理料、区分番号C 0 0 3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C 1 0 1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。

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

在宅患者入院共同指導料(Ⅱ)
(区分の削除・区分の新設)

- 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。

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。

- 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

- 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、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の医師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

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。

(区分の新設)

(新設)

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。

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

(区分の新設)

(新設)

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。

→ 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

(区分の新設)

(新設)

(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。

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、診察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。

(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

→ (削除)

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。

退院時共同指導料

（区分の削除）

150点

→ (削除)

退院前訪問指導料
(点数の見直し)

注 入院中の患者又はその家族に対して、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。

360点 → 410点

診療情報提供料(A)
(区分の再編)

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。

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。

- | | |
|---|--|
| <p>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。</p> <p>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つて通院が困難なものとの同意を得て、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。</p> <p>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。</p> <p>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2項に規定する介護老人保健施設（当該保険</p> | <p>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。</p> <p>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つて通院が困難なものとの同意を得て、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。</p> <p>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。</p> <p>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</p> |
|---|--|

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

一の敷地内にある介護老人保健施設その他これに準ずる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。

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た場合は、所定点数に20点を加算する。

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第三者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

った場合、又は病院（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

付し、診療状況を示す文書を患者に提供することを通じて別の医療機関に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。

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)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

→ (削除)

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。

診療情報提供料(D)

(区分の再編)

520点

→ (削除)

注 地域医療支援病院又は特定機能病院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 1の場合において、患者（老人保健法の規定による医療を受けるものに限る。）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。