

第1部 医学管理等

点数の見直し

区分 番号	項目	点数		備考
		旧	新	
B001 5	小児科療養指導料	250	270	
B001-2-6	夜間休日救急搬送医学管理料	200	600	
B004	退院時共同指導料1（在宅療養支援診療所）	1,000	1,500	
B004	退院時共同指導料1（1以外）	600	900	
B005	退院時共同指導料2	300	400	
B005-1-2	介護支援連携指導料	300	400	
B007	退院前訪問指導料	555	580	

B001 特定疾患治療管理料

5 小児科療養指導料

[包括範囲]

難病外来指導管理料が追加された。

栄養食事指導の対象及び指導内容の拡充

9 外来栄養食事指導料、10 入院栄養食事指導料

[改定内容]

指導には長時間を要することが多く、より充実した指導を適切に評価する観点から、外来・入院栄養食事指導料について、指導時間の要件及び点数の見直しを行う。

現 行	改 正
<p>【外来栄養食事指導料】</p> <p>外来栄養食事指導料 130点</p> <p>[算定要件]</p> <p>①当該保険医療機関の管理栄養士が医師の指示に基づき、患者ごとにその生活条件、嗜好を勘案した食事計画案等を必要に応じて交付し、概ね15分以上、療養のため必要な栄養の指導を行った場合に算定する。</p> <p>②管理栄養士への指示事項は、当該患者ごとに適切なものとし、少なくとも熱量・熱量構成、蛋白質量、脂質量についての具体的な指示を含まなければならない。</p>	<p>【外来栄養食事指導料】</p> <p>イ 初回 260点(新)</p> <p>ロ 2回目以降 200点(新)</p> <p>[算定要件]</p> <p>①当該保険医療機関の管理栄養士が医師の指示に基づき、患者ごとにその生活条件、嗜好を勘案した食事計画案等を必要に応じて交付し、初回にあつては概ね30分以上、2回目以降にあつては概ね20分以上、療養のため必要な栄養の指導を行った場合に算定する。</p> <p>②管理栄養士への指示事項は、当該患者ごとに適切なものとし、熱量・熱量構成、蛋白質、脂質その他栄養素の量、病態に応じた食事の形態等に係る情報のうち医師が必要と認めるものに関する具体的な指示を含まなければならない。</p>
<p>【入院栄養食事指導料】</p> <p>イ 入院栄養食事指導料1 130点</p>	<p>【入院栄養食事指導料】</p> <p>1 入院栄養食事指導料1</p> <p>イ 初回 260点(新)</p>

□ 入院栄養食事指導料 2 125 点 [算定要件] 外来栄養食事指導料と同様	□ 2回目 200 点(新) 2 入院栄養食事指導料 2 イ 初回 250 点(新) □ 2回目 190 点(新) [算定要件] 外来栄養食事指導料と同趣旨の改正を行う。
--	---

[点数マスタ]

113017410	外来栄養食事指導料（初回）	260 点	（新設）
113017510	外来栄養食事指導料（2回目以降）	200 点	（新設）
113001010	外来栄養食事指導料	130 点	（廃止）
113017610	入院栄養食事指導料 1（初回）	260 点	（新設）
113017710	入院栄養食事指導料 1（2回目）	200 点	（新設）
113017810	入院栄養食事指導料 2（初回）	250 点	（新設）
113017910	入院栄養食事指導料 2（2回目）	190 点	（新設）
113014810	入院栄養食事指導料 1	130 点	（廃止）
113014910	入院栄養食事指導料 2	125 点	（廃止）

※現行のマスタが廃止されます。廃止コードの引継ぎは行いません。

1.2 心臓ペースメーカー指導管理料

【項目の見直し、注の見直し、注の追加】

現 行	改 正
イ 遠隔モニタリングによる場合 550 点 □ 着用型自動除細動器による場合 360 点 ハ イ又は□以外の場合 360 点 注 1 体内植込式心臓ペースメーカー等を使用している患者（イ及びハについては入院中の患者以外のものに限る。）に対して、療養上必要な指導を行った場合に、イにあつては4月に1回に限り、□及びハにあつては1月に1回に限り算定する。ただし、イを算定する患者について、算定した月以外の月において、当該患者の急性増悪により必要な指導を行った場合には、1月に1回に限りハを算定する。 注 4 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、当該患者（□を算定する場合に限る。）に対して、植込型除細動器の適応の可否が確定するまでの期間等に使用する場合に限り、初回算定日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り、植込型除細動器移行期加算として、	イ 着用型自動除細動器による場合 360 点 □ イ以外の場合 360 点 注 1 体内植込式心臓ペースメーカー等を使用している患者（□については入院中の患者以外のものに限る。）に対して、療養上必要な指導を行った場合に、1月に1回に限り算定する。 注 4 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、当該患者（イを算定する場合に限る。）に対して、植込型除細動器の適応の可否が確定するまでの期間等に使用する場合に限り、初回算定日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り、植込型除細動器移行期加算として、31,510点を所定点数に加算する。

23,830点を所定点数に加算する。	注5 ロを算定する患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合は、遠隔モニタリング加算として、60点に当該期間の月数（当該指導を行った月に限り、11月を限度とする。）を乗じて得た点数を、所定点数に加算する。
--------------------	--

[点数マスタ] (新設)

113018070	遠隔モニタリング加算	60点
-----------	------------	-----

16 喘息治療管理料

【項目の見直し、注の追加】

現 行		改 正	
イ 1月目	75点	1 喘息治療管理料1 イ 1月目	75点
ロ 2月目以降	25点	ロ 2月目以降	25点
		2 喘息治療管理料2	280点
		注3 2については、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者以外の喘息の患者（6歳未満又は65歳以上のものに限る。）であって、吸入ステロイド薬を服用する際に吸入補助器具を必要とするものに対して、吸入補助器具を用いた服薬指導等を行った場合に、初回に限り算定する。	

[点数マスタ] (新設)

113018110	喘息治療管理料2（6歳未満）	280点
113018210	喘息治療管理料2（65歳以上）	280点

27 糖尿病透析予防指導管理料

【注の追加】

現 行	改 正
	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、腎不全期の糖尿病性腎症の患者に対して医師が必要な指導を行った場合には、腎不全期患者指導加算として、100点を所定点数に加算する。

[点数マスタ] (新設)

113018370	腎不全期患者指導加算	100点
-----------	------------	------

[算定方法]

①腎不全期患者指導加算の届出が必要です。

システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3466	腎不全期患者指導加算
------	------------

B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料

【注の見直し】

現 行	改 正
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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間（土曜日に限る。）、休日又は深夜において、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者に対して必要な医学管理を行った場合に、区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に限り算定する。	注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間（土曜日以外の日（休日を除く。）にあつては、夜間に限る。）、休日又は深夜において、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者に対して必要な医学管理を行った場合に、区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に限り算定する。

B001-2-10 認知症地域包括診療料（月1回）

【新設】

改 正	
B001-2-10 認知症地域包括診療料（月1回）	1,515点
注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、認知症の患者（認知症以外に1以上の疾患（疑いのものを除く。）を有する入院中の患者以外のものであつて、1処方につき5種類を超える内服薬の投薬を行った場合及び1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬又は睡眠薬を合わせて3種類を超えて投薬を行った場合のいずれにも該当しないものに限る。）に対して、患者又はその家族等の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合（初診の日を除く。）に、患者1人につき月1回に限り算定する。	
注2 認知症地域包括診療を受けている患者に対して行った区分番号A001に掲げる再診料の注5から注7までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)、第2章第2部在宅医療（区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料を除く。）及び第5部投薬（区分番号F100に掲げる処方料及び区分番号F400に掲げる処方せん料を除く。）を除く費用は、認知症地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。	

[算定要件]

認知症患者であつて以下の全てを満たすものに対して、患者又はその家族等の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合（初診の日に行った場合を除く。）に、患者1人に

つき月1回に限り算定する。

- (1) 認知症以外に1以上の疾患（疑いは除く。）を有する、入院中の患者以外の患者であること。
- (2) 当該保険医療機関において以下のいずれの投薬も受けていないこと。
 - ① 1処方につき5種類を超える内服薬があるもの。
 - ② 1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬、睡眠薬を合わせて3種類を超えて含むもの。
- (3) 疾患及び投薬の種類数に関する要件を除き、地域包括診療料の算定要件を満たすこと。

[施設基準]

地域包括診療料の届出を行っていること。

[点数マスタ] (新設)

113018410	認知症地域包括診療料	1,515点
113018570	認知症地域包括診療料（再診時時間外）加算	65点
113018670	認知症地域包括診療料（再診時休日）加算	190点
113018770	認知症地域包括診療料（再診時深夜）加算	420点
113018870	認知症地域包括診療料（再診時乳幼児時間外）加算	135点
113018970	認知症地域包括診療料（再診時乳幼児休日）加算	260点
113019070	認知症地域包括診療料（再診時乳幼児深夜）加算	590点
113019170	認知症地域包括診療料（再診時時間外特例医療機関）加算	180点
113019270	認知症地域包括診療料（再診時乳幼児時間外特例医療機関）加算	250点
113019370	小児科認知症地域包括診療料（再診時乳幼児夜間）加算	135点
113019470	小児科認知症地域包括診療料（再診時乳幼児休日）加算	260点
113019570	小児科認知症地域包括診療料（再診時乳幼児深夜）加算	590点
113019670	認知症地域包括診療料（再診時夜間・早朝等）加算	50点

[算定方法]

- ① 地域包括診療料の届出が必要です。
システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3339	地域包括診療料
------	---------

 ※3195: 地域包括診療加算とはどちらか一方しか届出ができませんが、設定済のチェックはしません。
- ② システム管理の「1014 包括診療行為設定情報」から「207 地域包括診療料」を設定します。
包括算定方法を「1 包括算定する（会計データ作成）」で設定します。
- ③ 診療行為入力から算定するコードを入力します。
月1回の算定チェックを行います。
- ⑤ 投薬の種類数に関する要件のチェックは行いません。
- ⑥ 時間外加算等は時間加算区分の入力により該当コードを自動発生します。
- ⑦ 再診料が算定された状態で、地域包括診療料の診療行為コードを入力すると再診料、外来管理加算及び時間外対応加算等は自動消去します。
- ⑧ 同月内に初診料を算定（当管理料より前）した会計では出来高算定が可能となるため、訂正により、「099999905 出来高算定（合計）」を入力します。
※自動で出来高算定とすることはできません。
- ⑨ 当月認知症地域包括診療料の算定がある場合は再診料ダミーを自動発生します。

⑩包括項目については、電子点数表のルールに従って包括算定します。

B001-2-11 小児かかりつけ診療料（1日につき）

【新設】

改 正	
B001-2-11 小児かかりつけ診療料（1日につき）	
1 処方せんを交付する場合	
イ 初診時	602点
ロ 再診時	413点
2 処方せんを交付しない場合	
イ 初診時	712点
ロ 再診時	523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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、未就学児（3歳以上の患者にあっては、3歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る。）の患者であって入院中の患者以外のものであって診療を行った場合に算定する。	
注2 区分番号A001に掲げる再診料の注9に規定する場合については、算定しない。	
注3 区分番号A000に掲げる初診料の注7及び注8に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9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、区分番号B001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号B001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号B009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）、区分番号B009-2に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）並びに区分番号C000に掲げる往診料（同区分番号の注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、小児かかりつけ診療料に含まれるものとする。	

[包括範囲]

下記以外は包括とする。

- (1) 初診料、再診料及び外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算
- (2) 地域連携小児夜間・休日診療料
- (3) 院内トリアージ実施料
- (4) 夜間休日救急搬送医学管理料
- (5) 診療情報提供料（Ⅰ）（Ⅱ）
- (6) 往診料（往診料の加算を含む。）

[算定要件]

- (1) 対象患者は、継続的に受診している3歳未満の患者（3歳未満で当該診療料を算定したことがある患者については未就学児まで算定できる。）であって、主治医として、緊急時や明らかに専門外の場合等を除き最初に受診する保険医療機関であることについて同意を得ている患者とし、原則として1か所の保険医療機関が算定する。
- (2) 当該診療料を算定する患者からの電話等による問い合わせに対して、原則として当該保険医療機関において、常時対応を行うこと。
- (3) 急性疾患を発症した際の対応の仕方や、アトピー性皮膚炎・喘息等乳幼児期に頻繁にみられる慢性疾患の管理等について、かかりつけ医として必要な指導及び診療を行うこと。
- (4) 児の健診歴及び健診結果を把握するとともに、発達段階に応じた助言・指導を行い、保

護者からの健康相談に応じること。

- (5) 児の予防接種歴を把握するとともに、予防接種の有効性・安全性に関する指導やスケジュール管理等に関する助言等を行うこと。
- (6) 他の保険医療機関と連携の上、患者が受診している保険医療機関を全て把握するとともに、必要に応じて専門的な医療を要する際の紹介等を行うこと。
- (7) 上記の指導・健康相談等を行う旨を、患者に分かるように院内に掲示すること。

[施設基準]

- (1) 小児科外来診療料の届出を行っている保険医療機関であること。
- (2) 時間外対応加算1又は2の届出保険医療機関であること。
- (3) 小児科又は小児外科を専任する常勤の医師がいること。
- (4) 以下の要件のうち3つ以上に該当すること。
 - ① 初期小児救急への参加
 - ② 自治体による集団又は個別の乳幼児健診の実施
 - ③ 定期接種の実施
 - ④ 小児に対する在宅医療の提供
 - ⑤ 幼稚園の園医又は保育所の嘱託医への就任

[点数マスタ] (新設)

113019710	小児かかりつけ診療料（処方せんを交付）（初診時）	602点
113019810	小児かかりつけ診療料（処方せんを交付）（再診時）	413点
113019910	小児かかりつけ診療料（処方せんを交付しない）（初診時）	712点
113020010	小児かかりつけ診療料（処方せんを交付しない）（再診時）	523点
113020170	小児かかりつけ診療料（初診時乳幼児時間外）加算	200点
113020270	小児かかりつけ診療料（初診時乳幼児休日）加算	365点
113020370	小児かかりつけ診療料（初診時乳幼児深夜）加算	695点
113020470	小児かかりつけ診療料（初診時時間外特例医療機関）加算	345点
113020570	小児科小児かかりつけ診療料（初診時乳幼児夜間）加算	200点
113020670	小児科小児かかりつけ診療料（初診時乳幼児休日）加算	365点
113020770	小児科小児かかりつけ診療料（初診時乳幼児深夜）加算	695点
113020870	小児かかりつけ診療料（再診時乳幼児時間外）加算	135点
113020970	小児かかりつけ診療料（再診時乳幼児休日）加算	260点
113021070	小児かかりつけ診療料（再診時乳幼児深夜）加算	590点
113021170	小児かかりつけ診療料（再診時時間外特例医療機関）加算	250点
113021270	小児科小児かかりつけ診療料（再診時乳幼児夜間）加算	135点
113021370	小児科小児かかりつけ診療料（再診時乳幼児休日）加算	260点
113021470	小児科小児かかりつけ診療料（再診時乳幼児深夜）加算	590点
113021570	小児かかりつけ診療料（外来診療料乳幼児時間外）加算	135点
113021670	小児かかりつけ診療料（外来診療料乳幼児休日）加算	260点
113021770	小児かかりつけ診療料（外来診療料乳幼児深夜）加算	590点
113021870	小児かかりつけ診療料（外来診療料時間外特例医療機関）加算	250点
113021970	小児科小児かかりつけ診療料（外来診療料乳幼児夜間）加算	135点
113022070	小児科小児かかりつけ診療料（外来診療料乳幼児休日）加算	260点
113022170	小児科小児かかりつけ診療料（外来診療料乳幼児深夜）加算	590点

[算定方法]

- ①小児かかりつけ診療料の届出が必要です。

システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3467	小児かかりつけ診療料
------	------------

- ②システム管理の「1014 包括診療行為設定情報」から「209 小児かかりつけ診療料」を設定します。

包括算定方法を「1 包括算定する（会計データ作成）」で設定します。

- ③算定する患者については、患者登録で小児かかりつけ診療料の設定をします。

患者登録の「その他」タブ画面に項目を新設しました。

地域包括診療対象疾病	
<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 糖尿病
<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 認知症
<input type="checkbox"/> 認知症地域包括診療料算定	
<input type="checkbox"/> 小児かかりつけ診療料算定	

- ④小児かかりつけ診療料の設定がある場合以下の要件で自動発生します。

3歳未満の場合は自動発生します。

3歳以上の場合

- ・ 3歳未満の期間に算定があれば自動発生します。
- ・ 3歳未満の期間に算定歴がない場合でも手入力により算定すると次回からは自動発生します。

小児科外来診療料より小児かかりつけ診療料を優先します。

- ⑤小児かかりつけ診療料を手入力した場合は過去算定済みのチェックは行いません。

B001-3-2 ニコチン依存症管理料

【注の見直し】

現 行	改 正
<p>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厚生局長等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。</p>	<p>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厚生局長等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。ただし、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。</p>

[算定要件]

ニコチン依存症管理料の算定対象となる患者は、次の全てに該当するものであって、医師がニコチン依存症の管理が必要であると認めたものであること。

- ① 「禁煙治療のための標準手順書」に記載されているニコチン依存症に係るスクリーニングテスト（TDS）で、ニコチン依存症と診断されたものであること。
- ② 35歳以上の者については、1日の喫煙本数に喫煙年数を乗じて得た数が200以上であること。
- ③ （略）

[別に厚生労働大臣が定める基準]

当該保険医療機関における過去一年のニコチン依存症管理料の平均継続回数が2回以上であること。但し、過去一年にわたりニコチン依存症管理料の算定の実績が無い場合は、基準を満たしているものとみなす。

[経過措置]

当該保険医療機関における過去一年間のニコチン依存症管理料の平均継続回数が2回未満である場合の減算については、初回は平成28年4月1日から平成29年3月31日までの1年間の実績を踏まえ、平成29年7月1日より算定を行う。

[対応予定]

基準未適合の減算は平成29年7月1日より適用となりますので、対応は平成29年6月を予定しています。

B001-7 リンパ浮腫指導管理料

【注の見直し】

現 行	改 正
注1 保険医療機関に入院中の患者であって、子宮悪性腫瘍、子宮附属器悪性腫瘍、前立腺悪性腫瘍又は腋窩部郭清を伴う乳腺悪性腫瘍に対する手術を行ったものに対して、当該手術を行った日の属する月又はその前月若しくは翌月のいずれかに、医師又は医師の指示に基づき看護師又は理学療法士が、リンパ浮腫の重症化等を抑制するための指導を実施した場合に、入院中1回に限り算定する。	注1 保険医療機関に入院中の患者であって、子宮悪性腫瘍、子宮附属器悪性腫瘍、前立腺悪性腫瘍又は腋窩部郭清を伴う乳腺悪性腫瘍に対する手術を行ったものに対して、当該手術を行った日の属する月又はその前月若しくは翌月のいずれかに、医師又は医師の指示に基づき看護師、理学療法士若しくは作業療法士が、リンパ浮腫の重症化等を抑制するための指導を実施した場合に、入院中1回に限り算定する。

B005-2 地域連携診療計画管理料

【削除】

B005-3 地域連携診療計画退院時指導料（I）

【削除】

B005-3-2 地域連携診療計画退院時指導料（II）

【削除】

B005-6-3 がん治療連携管理料

【項目の見直し、注の見直し】

現 行	改 正
がん治療連携管理料 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厚生局長等に届け出た保険医療機関が、他の保険医療機関等から紹介された患者であってがんと診断された入院中の患者以外の患者に対して、化学療法又は放射線治療を行った場合に、1人につき1回に限り所定点数を算定する。	1 がん診療連携拠点病院の場合 500点 2 地域がん診療病院の場合 300点 3 小児がん拠点病院の場合 750点 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関が、他の保険医療機関等から紹介された患者であってがんと診断された入院中の患者以外の患者に対して、化学療法又は放射線治療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、1人につき1回に限り所定点数を算定する。

[点数マスタ] (新設)

113022210	がん治療連携管理料 (がん診療連携拠点病院)	500点
113022310	がん治療連携管理料 (地域がん診療病院)	300点
113022410	がん治療連携管理料 (小児がん拠点病院)	750点

B005-6-4 外来がん患者在宅連携指導料

【新設】

改 正
B005-6-4 外来がん患者在宅連携指導料 500点 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関が、外来で化学療法又は緩和ケアを実施している進行がんの患者であって、在宅での緩和ケアに移行が見込まれるものについて、患者と診療の方針等について十分に話し合い、患者の同意を得た上で、在宅で緩和ケアを実施する他の保険医療機関に対して文書で紹介を行った場合に、1人につき1回に限り所定点数を算定する。 注2 注1の規定に基づく他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号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。

[点数マスタ] (新設)

113022510	外来がん患者在宅連携指導料	500点
-----------	---------------	------

[算定方法]

①外来がん患者在宅連携指導料の届出が必要です。

システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

【0729、3047、3335】

0729	外来化学療法加算2
3047	外来緩和ケア管理料
3335	外来緩和ケア管理料 (特定地域)

B005-7 認知症専門診断管理料

【項目の見直し、注の見直し】

現 行	改 正
-----	-----

1	認知症専門診断管理料 1	700 点	1	認知症専門診断管理料 1 イ 基幹型又は地域型の場合	700 点
				ロ 診療所型の場合	500 点
2	認知症専門診断管理料 2	300 点	2	認知症専門診断管理料 2	300 点

[点数マスタ] (新設)

113022610	認知症専門診断管理料 1 (基幹型又は地域型)	700 点
113022710	認知症専門診断管理料 1 (診療所型)	500 点

B005-9 排尿自立指導料

【新設】

改 正	
B005-9	排尿自立指導料 200 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厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、包括的な排尿ケアを行った場合に、週1回に限り、患者1人につき6回を限度として算定する。	

[点数マスタ] (新設)

113022810	排尿自立指導料	200 点
-----------	---------	-------

[算定方法]

①排尿自立指導料の届出が必要です。

システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3470	排尿自立指導料
------	---------

B007-2 退院後訪問指導料

【新設】

改 正	
B007-2	退院後訪問指導料 580 点
注1 当該保険医療機関が、保険医療機関を退院した別に厚生労働大臣が定める状態の患者の地域における円滑な在宅療養への移行及び在宅療養の継続のため、患家等を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、在宅での療養上の指導を行った場合に、当該患者が退院した日から起算して1月以内の期間（退院日を除く。）に限り、5回を限度として算定する。	
注2 在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の看護師等と同行し、必要な指導を行った場合には、訪問看護同行加算として、退院後1回に限り、20点を所定点数に加算する。	
注3 注1及び注2に掲げる指導に要した交通費は、患家の負担とする。	

[点数マスタ] (新設)

113022910	退院後訪問指導料	580 点
113023070	訪問看護同行加算	20 点

B008 薬剤管理指導料

【項目の見直し】

現 行	改 正
1 救命救急入院料等を算定している患者 に対して行う場合 430点	1 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又 は注射されている患者に対して行う場合 380点
2 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又 は注射されている患者に対して行う場合 (1に該当する場合を除く。) 380点	2 1の患者以外の患者に対して行う場合 325点
3 1及び2の患者以外の患者に対して行 う場合 325点	

B008-2 薬剤総合評価調整管理料

【新設】

改 正
B008-2 薬剤総合評価調整管理料 250点
注1 入院中の患者以外の患者であって、6種類以上の内服薬(特に規定するものを除く。)が処方されていたものについて、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者に処方する内服薬が2種類以上減少した場合に、月1回に限り所定点数を算定する。
注2 処方の内容の調整に当たって、別の保険医療機関又は保険薬局に対して、照会又は情報提供を行った場合、連携管理加算として、50点を所定点数に加算する。ただし、連携管理加算を算定した場合において、区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)(当該別の保険医療機関に対して患者の紹介を行った場合に限る。)は同一日には算定できない。

[点数マスタ] (新設)

113023110	薬剤総合評価調整管理料	250点
113023270	連携管理加算	50点

B009 診療情報提供料 (I)

【注の追加】

改 正
注14 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が、患者の退院日の属する月又はその翌月に、連携する保険医療機関において区分番号A246の注4に掲げる地域連携診療計画加算を算定して当該連携保険医療機関を退院した患者(あらかじめ共有されている地域連携診療計画に係る入院中の患者以外の患者に限る。)の同意を得て、当該連携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の地域連携診療計画に基づく療養に係る必要な情報を提供した場合に、地域連携診療計画加算として、50点を所定点数に加算する。
注15 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が、患者の紹介を行う際に、検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容、退院時要約等の診療記録のうち主要なものについて、他の保険医療機関に対し、電子的方法により閲覧可能な形式で提供した場合又は電子的に送受される診療情報提供書に添付した場合に、検査・画像情報提供加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、イについては、注7に規定する加算を算定する場合は算定しない。

イ 退院する患者について、当該患者の退院日の属する月又はその翌月に、必要な情報を提供した場合	200点
ロ 入院中の患者以外の患者について、必要な情報を提供した場合	30点

[点数マスタ] (新設)

113023370	地域連携診療計画加算	50点
113023470	検査・画像情報提供加算（退院する患者について、必要な情報を提供）	200点
113023570	検査・画像情報提供加算（入院外の患者について、必要な情報を提供）	30点

[算定方法]

①地域連携診療計画加算等の届出が必要です。

システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3471	地域連携診療計画加算
3472	検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料

B009-2 電子的診療情報評価料

【新設】

改 正	
B009-2	電子的診療情報評価料 30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厚生局長等に届け出た保険医療機関が、別の保険医療機関から診療情報提供書の提供を受けた患者に係る検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容、退院時要約等の診療記録のうち主要なものについて、電子的方法により閲覧又は受信し、当該患者の診療に活用した場合に算定する。	

[点数マスタ] (新設)

113023610	電子的診療情報評価料	30点
-----------	------------	-----

[算定方法]

①電子的診療情報評価料の届出が必要です。

システム管理の「1006 施設基準情報」から施設基準を設定します。

3472	検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料
------	-------------------------

廃止される点数マスタ

[点数マスタ] (廃止)

B001-00	113001510	心臓ペースメーカー指導管理料（遠隔モニタリング）	550点
B005-02	113009010	地域連携診療計画管理料	900点
B005-03	113009110	地域連携診療計画退院時指導料（1）	600点
B005-03	113011870	地域連携診療計画退院計画加算	100点
B005-03	113011910	地域連携診療計画退院時指導料（2）	300点
B005-06	113014510	がん治療連携管理料	500点
B005-07	113012210	認知症専門診断管理料1	700点