



4 小児特定疾患カウンセリング料

現 行	改 正
<p>注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす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、別に厚生労働大臣が定める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、2年を限度として月2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。</p> <p>[対象患者] 15歳未満の気分障害、神経症性障害、ストレス関連障害及び身体的要因に関連した行動症候群、心理的発達障害又は小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害の患者</p>	<p>注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、小児科又は心療内科を担当する医師が、別に厚生労働大臣が定める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、2年を限度として月2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、区分番号I002に掲げる通院・在宅精神療法又は区分番号I004に掲げる心身医学療法を算定している患者については算定しない。</p> <p>[対象患者] 18歳未満の気分障害、神経症性障害、ストレス関連障害及び身体的要因に関連した行動症候群、心理的発達障害又は小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害の患者</p>

[算定チェック]

- ①15歳未満から18歳未満へ対象を拡大された。

5 小児科療養指導料

現 行	改 正
<p>注1 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす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、区分番号B001の7に掲げる難病外来指導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。</p> <p style="text-align: right;">(追加)</p> <p>[対象疾患] (15歳未満の患者) 脳性麻痺、先天性心疾患、ネフローゼ症候群、ダウン症等の染色体異常、川崎病で冠動脈瘤のあるもの、脂質代謝障害、腎炎、溶血性貧血、再生不良性貧血、血友病及び血小板減少性紫斑病並びに児童福祉法第6条の2第1項に規定する小児慢性特定疾病(同条第2項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象に相当する状態のものに限る。)</p>	<p>注1 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科を標榜する保険医療機関において、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、区分番号B001の7に掲げる難病外来指導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。</p> <p>注5 人工呼吸器管理の適応となる患者と病状、治療方針等について話し合い、当該患者に対し、その内容を文書により提供した場合は、人工呼吸器導入時相談支援加算として、当該内容を文書により提供した日の属する月から起算して1月を限度として、1回に限り、500点を所定点数に加算する。</p> <p>[対象疾患] (15歳未満の患者) 脳性麻痺、先天性心疾患、ネフローゼ症候群、ダウン症等の染色体異常、川崎病で冠動脈瘤のあるもの、脂質代謝障害、腎炎、溶血性貧血、再生不良性貧血、血友病及び血小板減少性紫斑病並びに児童福祉法第6条の2第1項に規定する小児慢性特定疾病(同条第2項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象に相当する状態のものに限る。)並びに同法第56条の6第</p>

(6歳未満の患者) (略) [算定要件]  (略)	2項に規定する医療的ケア児に該当する状態 (6歳未満の患者) (略) [算定要件] 必要に応じ、患者の通学する学校との情報共有・連携を行うこと。 (略)
---------------------------------------	---

対象疾患に医療的ケア児を追加するとともに、患児が通学する場合には学校と情報共有・連携を行うことを明確化する

小児科医が作成した治療計画に基づき、小児科医以外の医療従事者が指導を行う場合

113024070	人工呼吸器導入時相談支援加算（小児科療養指導料）	500点
-----------	--------------------------	------

**7 難病外来指導管理料**

現 行	改 正
(追加)	注5 人工呼吸器管理の適応となる患者と病状、治療方針等について話し合い、当該患者に対し、その内容を文書により提供した場合は、人工呼吸器導入時相談支援加算として、当該内容を文書により提供した日の属する月から起算して1月を限度として、1回に限り、500点を所定点数に加算する。

113024170	人工呼吸器導入時相談支援加算（難病外来指導管理料）	500点
-----------	---------------------------	------

**12 心臓ペースメーカー指導管理料**

現 行	改 正
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。	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、320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。

**15 慢性維持透析患者外来医学管理料**

現 行	改 正
(追加)  [施設基準]  (新設)	注3 腎代替療法に関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厚生局長等に届け出た保険医療機関においては、腎代替療法実績加算として、100点を所定点数に加算する。 [施設基準] 導入期加算2の施設基準を全て満たしていること。

113024270	腎代替療法実績加算	100点
-----------	-----------	------

◆腎代替療法実績加算【要届出】

[算定方法]

- ①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。

3582	腎代替療法実績加算、導入期加算2（人工腎臓）
------	------------------------

**24 外来緩和ケア管理料**

現 行	改 正
300点	290点 ★施設基準？

**27 糖尿病透析予防指導管理料**

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。	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、高度腎機能障害の患者に対して医師が必要な指導を行った場合には、高度腎機能障害患者指導加算として、100点を所定点数に加算する。

**28 小児運動器疾患指導管理料 250点（6月に1回）【新設】**

改 正
<p>小児運動器疾患指導管理料 250点</p> <p>注 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、地域において診療を担う他の保険医療機関から紹介された入院中の患者以外の患者であって、運動器疾患を有する6歳未満のものに対し、小児の運動器疾患に関する専門の知識を有する医師が、計画的な医学管理を継続して行い、療養上必要な指導を行った場合に、6月に1回に限り算定する。ただし、同一月に区分番号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、算定できない。</p> <p>〔算定要件〕 かかりつけの医師からの紹介を受けて受診した6歳未満の患者であって、脊柱側弯症や先天性股関節脱臼等の運動器疾患を有する者に対し、小児の運動器疾患について専門的な知識を有する医師が療養上の指導を実施した場合</p> <p>〔施設基準〕 以下の全ての要件を満たす常勤医師が1名以上配置されていること。</p> <p>(1) 5年以上の整形外科の診療に従事していること。 (2) 小児の運動器疾患に係る適切な研修を修了していること。 (3) 小児の運動器疾患の診断・治療に必要な機器・設備を有していること。 (4) 必要に応じて、自施設又は連携にて入院可能な体制を有していること。</p>

113024310	小児運動器疾患指導管理料	250点
-----------	--------------	------

**29 乳腺炎重症化予防ケア・指導料【新設】【要届出】**

改 正
<p>乳腺炎重症化予防ケア・指導料</p> <p>イ 初回 500点 ロ 2回目から4回目まで 150点</p> <p>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おいて、入院中の患者以外の患者であって、乳腺炎が原因となり母乳育児に困難を来しているものに対して、医師又は助産師が乳腺炎に係る包括的なケア及び指導を行った場合に、1回の分娩につき4回に限り算定する。</p>

113024410	乳腺炎重症化予防ケア・指導料（初回）	500点
113024510	乳腺炎重症化予防ケア・指導料（2回目から4回目まで）	150点

◆乳腺炎重症化予防ケア・指導料【要届出】

[算定方法]

①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。

3583	乳腺炎重症化予防ケア・指導料
------	----------------

**B001-2 小児科外来診療料（1日につき）**

現 行	改 正
(追加)	<p>注4 1のイ又は2のイについて、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、急性気道感染症又は急性下痢症により受診した患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、80点を所定点数に加算する。</p> <p>[算定要件] 急性上気道感染症又は急性下痢症により受診した小児であって、初診の場合に限り、診察の結果、抗菌薬投与の必要性が認められず抗菌薬を使用しないものに対して、抗菌薬の使用が必要でない説明など療養上必要な指導を行った場合に算定する。なお、基礎疾患のない学童期以降の患者については、「抗微生物薬適正使用の手引き」に則した療養上必要な説明及び治療を行っていること。</p> <p>[施設基準] 感染症の研修会等に定期的に参加していること。 病院においては、データ提出加算2を算定していること。</p>

113024670	小児抗菌薬適正使用支援加算（小児科外来診療料）	80点
113028870	機能強化加算（初診）（小児科外来診療料）	80点

**B001-2-5 院内トリアージ実施料**

現 行	改 正
100点	300点

**B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料**

現 行	改 正
【要届出】(追加)	<p>注3 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、必要な医学管理を行った場合は、救急搬送看護体制加算として、200点を所定点数に加算する。</p> <p>[施設基準] (1) 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で200件以上であること。 (2) 専任の看護師が配置されていること。</p>

113024770	救急搬送看護体制加算	200点
-----------	------------	------

◆救急搬送看護体制加算【要届出】

[算定方法]

①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。

3584	救急搬送看護体制加算
------	------------

B001-2-9 地域包括診療料（月1回）

現 行	改 正
地域包括診療料（月1回） 1,503点  （追加）	地域包括診療料（月1回） 1 地域包括診療料1 1,560点 2 地域包括診療料2 1,503点 注3 他の保険医療機関に入院した患者又は介護老人保健施設に入所した患者について、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設と連携して薬剤の服用状況や薬剤服用歴に関する情報共有等を行うとともに、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設において処方した薬剤の種類数が減少した場合であって、退院後又は退所後1月以内に当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設から入院中又は入所中の処方内容について情報提供を受けた場合には、薬剤適正使用連携加算として、退院日又は退所日の属する月から起算して2月目までに1回に限り、30点を所定点数に加算する。

113024810	地域包括診療料1	1,560点
113025670	薬剤適正使用連携加算（地域包括診療料）	30点

妊婦加算については◆妊婦加算を参照してください。

◆地域包括診療料1【要届出】

[算定方法]

①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。

3585	地域包括診療料1、認知症地域包括診療料1
------	----------------------

B001-2-10 認知症地域包括診療料（月1回）

現 行	改 正
認知症地域包括診療料（月1回） 1,515点  （追加）	認知症地域包括診療料（月1回） 1 認知症地域包括診療料1 1,580点 2 認知症地域包括診療料2 1,515点 注3 他の保険医療機関に入院した患者又は介護老人保健施設に入所した患者について、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設と連携して薬剤の服用状況や薬剤服用歴に関する情報共有等を行うとともに、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設において処方した薬剤の種類数が減少した場合であって、退院後又は退所後1月以内に当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設から入院中又は入所中の処方内

	容について情報提供を受けた場合には、薬剤適正使用連携加算として、退院日又は退所日の属する月から起算して2月目までに1回に限り、30点を所定点数に加算する。
--	---

113025710	認知症地域包括診療料 1	1,580点
113026570	薬剤適正使用連携加算（認知症地域包括診療料）	30点

妊婦加算については◆妊婦加算を参照してください。

◆認知症地域包括診療料 1【要届出】

[算定方法]

①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。

3585	地域包括診療料 1、認知症地域包括診療料 1
------	------------------------

B001-2-11 小児かかりつけ診療料（1日につき）

現 行	改 正
<p style="text-align: right;">（追加）</p> <p>[算定要件] 当該診療料を算定する患者からの電話等による緊急の相談等に対しては、原則として当該保険医療機関において、常時対応を行う。 （新設）</p> <p>（略）</p>	<p>注4 1のイ又は2のイについて、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、急性気道感染症又は急性下痢症により受診した患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、80点を所定点数に加算する。</p> <p>[算定要件] 当該診療料を算定する患者からの電話等による緊急の相談等に対しては、原則として当該保険医療機関において、常時対応を行う。 <u>ただし、以下のいずれかの要件を満たす医師が配置された保険医療機関については、夜間・休日の相談等について、地域において夜間・休日の小児科外来診療を担当する輪番医療機関又はいわゆる「#8000事業」における電話相談を案内することも可能であること。</u> <u>(1) 在宅当番医制等により地域における夜間・休日の小児科外来診療に月1回以上の頻度で協力する常勤の小児科医であること。</u> <u>(2) 直近1年間に、いわゆる「#8000事業」において、相談対応者として1回以上協力したことのある常勤の小児科医であること。</u> （略）</p>

113027870	小児抗菌薬適正使用支援加算（小児かかりつけ診療料）	80点
113028970	機能強化加算（初診）（小児かかりつけ診療料）	80点
113026670	時間外加算（初診）（小児かかりつけ診療料）	85点
113026770	休日加算（初診）（小児かかりつけ診療料）	250点
113026870	深夜加算（初診）（小児かかりつけ診療料）	480点
113026970	時間外特例医療機関加算（初診）（小児かかりつけ診療料）	230点

113027070	時間外加算（再診）（小児かかりつけ診療料）	65点
113027170	休日加算（再診）（小児かかりつけ診療料）	190点
113027270	深夜加算（再診）（小児かかりつけ診療料）	420点
113027370	時間外特例医療機関加算（再診）（小児かかりつけ診療料）	180点
113027470	時間外加算（外来診療料）（小児かかりつけ診療料）	65点
113027570	休日加算（外来診療料）（小児かかりつけ診療料）	190点
113027670	深夜加算（外来診療料）（小児かかりつけ診療料）	420点
113027770	時間外特例医療機関加算（外来診療料）（小児かかりつけ診療料）	180点

**B001-9 療養・就労両立支援指導料（6月に1回）【新設】【要届出】**

改 正	
<p>B001-9 療養・就労両立支援指導料 1,000点</p> <p>注1 がんと診断された患者（産業医（労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）第13条第1項に規定する産業医をいう。以下同じ。）が選任されている事業場において就労しているものに限る。）について、就労の状況を考慮して療養上の指導を行うとともに、当該患者の同意を得て、産業医に対し、病状、治療計画、就労上の措置に関する意見等当該患者の就労と治療の両立に必要な情報を文書により提供した上で、当該産業医から助言を得て、治療計画の見直しを行った場合に、6月に1回に限り算定する。</p> <p>注2 別に厚生労働大臣が定める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は、相談体制充実加算として、500点を所定点数に加算する。</p> <p>注3 注1の規定に基づく産業医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）又は区分番号B010に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）の費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>[算定要件]</p> <p>就労中のがん患者であって、入院中の患者以外のものに対し、以下の全てを行った場合に算定する。</p> <p>(1) 医師が病状、治療計画、就労上必要な配慮等について、産業医あてに文書で診療情報を提供</p> <p>(2) 医師又は医師の指示を受けた看護師若しくは社会福祉士が病状や治療による状態変化等に応じた就労上の留意点に係る指導</p> <p>(3) 産業医から治療継続等のための助言の取得</p> <p>(4) 産業医による助言を踏まえ、医師が治療計画を見直し・再検討</p> <p>[相談体制充実加算の施設基準]</p> <p>(1) 療養環境の調整に係る相談窓口を設置し、専任の看護師又は社会福祉士を配置していること。</p> <p>(2) 就労を含む療養環境の調整について、相談窓口等において患者からの相談に応じる体制があることを周知していること。</p>	

113027910	療養・就労両立支援指導料	1,000点
113028070	相談体制充実加算	500点

◆相談体制充実加算【要届出】

[算定方法]

①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。

3586	相談体制充実加算
------	----------

**B004 退院時共同指導料 1**

現 行	改 正
<p>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又は当該保険医の指示を受けた看護師等が、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、退院後の在宅での療養上必要</p>	<p>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（以下この区分番号及び区分番号B005において「在宅療養担当医療機関」という。）の保険医又は当該保険医の指示を受けた保健師、助産師、看護師、</p>

<p>な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は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。</p>	<p>准看護師（以下この区分番号及び区分番号B005において「看護師等」という。）、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士が、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での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又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士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、在宅療養担当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、在宅療養担当医療機関の保険医又は当該保険医の指示を受けた看護師等が、当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等と1回以上共同して行う場合は、当該入院中2回に限り算定できる。</p>
--	--

**B005 退院時共同指導料2**

現 行	改 正
<p>注1 入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、入院中の患者に対して、患者の同意を得て、退院後の在宅での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保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等又は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の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）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回に限り算定できる。</p> <p>注3 注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医が、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若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、2,000点を所定点数に加算する。</p>	<p>注1 保険医療機関に入院中の患者について、当該保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士が、入院中の患者に対して、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士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、当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）と1回以上、共同して行う場合は、当該入院中2回に限り算定できる。</p> <p>注3 注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員（介護保険法第7条第5項に規定する介護支援専門員をいう。以下同じ。）又は相談支援専門員（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定計画相談支援の事業の</p>



<p>(追加)</p> <p>注3 区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料は、別に算定できない。</p>	<p>注3 3については、新たに認知症と診断された患者又は認知症の病状変化により認知症療養計画の再検討が必要な患者であって、入院中の患者以外のもので、認知症患者に対する支援体制の確保に協力している医師が、当該患者又はその家族等の同意を得て、療養方針を決定し、認知症療養計画を作成の上、これらを当該患者又はその家族等に説明し、文書により提供するとともに、当該保険医療機関において当該計画に基づく治療を行う場合に、当該治療を開始した日の属する月を含め6月を限度として、月1回に限り算定する。</p> <p>注5 1から3までは同時に算定できず、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料及び区分番号I002に掲げる通院・在宅精神療法は、別に算定できない。</p>
--	---

113028110	認知症療養指導料2	300点
113028210	認知症療養指導料3	300点

**B005-7-3 認知症サポート指導料【新設】**

改 正
<p>B005-7-3 認知症サポート指導料 450点</p> <p>注1 認知症患者に対する支援体制の確保に協力している医師が、他の保険医療機関からの求めに応じ、認知症を有する入院中の患者以外の患者に対し、当該患者又はその家族等の同意を得て療養上の指導を行うとともに、当該他の保険医療機関に対し、療養方針に係る助言を行った場合に、6月に1回に限り算定する。</p> <p>注2 注1の規定に基づく他の保険医療機関への助言に係る区分番号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。</p> <p>[施設基準]</p> <p>以下の要件を満たす常勤の医師が配置されていること。</p> <p>ア 認知症サポート医に係る研修等を修了していること。</p> <p>イ 認知症サポート医として地域の認知症患者に対する支援体制構築のための役割・業務を担っていること</p>

113028310	認知症サポート指導料	450点
-----------	------------	------

**B005-10 ハイリスク妊産婦連携指導料1【新設】【要届出】**

改 正
<p>B005-10 ハイリスク妊産婦連携指導料1 1,000点</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産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有する妊婦又は出産後2月以内であるものに対して、当該患者の同意を得て、産科又は産婦人科を担当する医師及び保健師、助産師又は看護師が共同して精神科又は心療内科及び市町村（特別区を含む。）又は都道府県と連携し、診療及び療養上必要な指導を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p> <p>注2 同一の保険医療機関において、区分番号B005-10-2に掲げるハイリスク妊産婦連携指導料2を同一の患者について別に算定できない。</p> <p>[算定要件]</p> <p>(1) 精神疾患の妊婦又は出産後2月以内の精神疾患の患者に対して、当該患者の同意を得て、産科又は産婦人科を担当する医師及び保健師、助産師又は看護師が共同して精神科又は心療内科及び市町村又は都道府県（以下「市町村等」という。）と連携し、診療及び療養上必要な指導を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p>

り算定する。

(2) 精神疾患の妊婦又は出産後の精神疾患の患者は、当該保険医療機関で精神療法を実施されている者又は他の保険医療機関で精神療法を実施している者であって当該保険医療機関に対して診療情報が文書により提供されている者に限る。

(3) 精神療法が他の保険医療機関で実施されている場合については、患者の同意を得て、当該他の保険医療機関と診療情報を相互かつ定期的に提供していること。

(4) 必要に応じて小児科と適切に連携して診療する体制を有していること。

(5) 産科又は産婦人科を担当する医師又は当該医師の指示に基づき保健師、助産師又は看護師が、概ね月に1回の頻度で、患者の心理的不安を軽減するための面接及び療養上の指導を行うこと。

(6) 当該患者への診療方針などに係るカンファレンスが概ね2ヶ月に1回程度の頻度で開催されており、当該患者の診療を担う産科又は産婦人科を担当する医師、当該患者の診療を担う精神科又は心療内科を担当する医師、保健師、助産師又は看護師、市町村等の担当者及び必要に応じて精神保健福祉士、公認心理師などが参加していること。

(7) 当該患者について、出産後の養育について支援を行うことが特に必要と認められる場合、患者に説明し、その同意を得た上で、市町村、児童福祉法第25条の2に基づき設置された要保護児童対策地域協議会又は母子保健法第22条第1項に基づき設置された母子健康包括支援センター等に相談し、情報提供を行うこと。

(8) 関係学会から示されている指針に基づき、以上が適切に実施されていること。

(9) 同一の保険医療機関において、同一の患者につき、ハイリスク妊産婦連携指導料1とハイリスク妊産婦連携指導料2を算定することはできない。

【施設基準】

(1) 産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であること。

(2) 精神疾患の妊産婦について、直近1年間の市町村等との連携実績が1件以上であること。

(3) 原則として当該保険医療機関を受診する全ての妊産婦を対象に、メンタルヘルスのスクリーニングを適切に実施していること。

113028410	ハイリスク妊産婦連携指導料1	1,000点
-----------	----------------	--------

◆ハイリスク妊産婦連携指導料1【要届出】

【算定方法】

①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。

3587	ハイリスク妊産婦連携指導料1
------	----------------

B005-10-2 ハイリスク妊産婦連携指導料2【新設】【要届出】

改正

B005-10-2 ハイリスク妊産婦連携指導料2 750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精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有する妊婦又は出産後6月以内であるものに対して、当該患者の同意を得て、精神科又は心療内科を担当する医師が産科又は産婦人科及び市町村（特別区を含む。）又は都道府県と連携し、診療及び療養上必要な指導を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

注2 同一の保険医療機関において、区分番号B005-10に掲げるハイリスク妊産婦連携指導料1を同一の患者について別に算定できない。

【算定要件】

(1) 精神疾患の妊婦又は出産後6月以内の精神疾患の患者に対して、当該患者の同意を得て、精神科又は心療内科を担当する医師が産科又は産婦人科及び市町村等と連携し、診療及び療養上必要な指導を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。ただし、同一の保険医療機関において、同一の患者につき、ハイリスク妊産婦連携指導料2とハイリスク妊産婦連携指導料1を算定することはできない。

(2) 精神疾患の妊婦又は出産後の精神疾患の患者は、当該保険医療機関で精神療法を実施されている者に限る。

(3) 産科又は産婦人科に係る診療が他の保険医療機関で実施されている場合については、患者の同意を得て、当該他の保険医療機関と診療情報を相互かつ定期的に提供していること。特に、向精神薬が投与されている患者については、当該薬剤が妊娠、出産等に与える影響についても適切に情報を提供していること。

(4) 必要に応じて小児科と適切に連携して診療する体制を有していること。

(5) 精神疾患及びその治療が妊娠、出産等に与える影響について患者に説明し、療養上の指導を行うこと。

(6) 当該患者への診療方針などに係るカンファレンスが概ね2ヶ月に1回程度の頻度で開催されており、当該患者の診療を担う産科又は産婦人科を担当する医師、当該患者の診療を担う精神科又は心療内科を担当する医師、保健師、助産師又は看護師、市町村等の担当者及び必要に応じて精神保健福祉士、公認心理師などが参加していること。

(7) 当該患者について、出産後の養育について支援を行うことが特に必要と認められる場合、患者に説明し、その同意を得た上で、市町村、児童福祉法第25条の2に基づき設置された要保護児童対策地域協議会又は母子保健法第22条第1項に基づき設置された母子健康包括支援センターに相談し、情報提供を行うこと。

[施設基準]

(1) 精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関であること。

(2) 精神疾患の妊婦について、直近1年間の他の保険医療機関又は市町村等との連携実績が1件以上であること。

113028510	ハイリスク妊産婦連携指導料2	750点
-----------	----------------	------

◆ハイリスク妊産婦連携指導料2【要届出】

[算定方法]

①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。

3588	ハイリスク妊産婦連携指導料2
------	----------------

**B009 診療情報提供料 (I)**

現 行	改 正
<p>注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>注5 保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、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人につき月1回に限り算定する。</p> <p>注7 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、添付の必要を認め、患者の同意を得て、別の保険医療機関、精神障害者施設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、200点を所定点数に加算する。</p>	<p>注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項に規定する指定居宅介護支援事業者、同法第58条第1項に規定する指定介護予防支援事業者、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）第51条の17第1項第1号に規定する指定特定相談支援事業者、児童福祉法第24条の26第1項第1号に規定する指定障害児相談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>注5 保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、介護老人保健施設又は介護医療院に対して、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。</p> <p>注7 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、添付の必要を認め、当該患者の同意を得て、別の保険医療機関、精神障害者施設又は介護老人保健施設若しくは介護医療院に対して、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、200点を所定点数に加算する。</p>

	(追加)	注15 保険医療機関が、患者の同意を得て、当該患者が入院又は入所する保険医療機関又は介護老人保健施設若しくは介護医療院に対して文書で診療情報を提供する際、当該患者に対して定期的に訪問看護を行っている訪問看護ステーションから得た療養に係る情報を添付して紹介を行った場合は、療養情報提供加算として、50点を所定点数に加算する。
--	------	---

113028670	療養情報提供加算	50点
-----------	----------	-----

**B010-2 診療情報連携共有料【新設】**

改 正	
	<p>B010-2 診療情報連携共有料 120点</p> <p>注1 歯科診療を担う別の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、検査結果、投薬内容等を文書により提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。</p> <p>注2 区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)(同一の保険医療機関に対して紹介を行った場合に限る。)を算定した同一月においては、別に算定できない。</p> <p>[対象患者] 慢性疾患等を有する患者であって、歯科治療を行う上で特に検査値や処方内容等の診療情報を確認する必要がある患者</p> <p>[算定要件] (1) 歯科診療を担う別の保険医療機関からの求めに応じ、当該患者に係る検査結果、投薬内容等の情報提供について、当該患者の同意を得て、当該別の保険医療機関に対し、当該情報を文書により提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。 (2) 診療情報提供料(I)(同一の保険医療機関に対して当該患者の紹介を行った場合に限る。)を算定した同一月においては、別に算定できない。 (3) 保険医療機関と連携を図り、必要に応じて問合せに対応できる体制(窓口の設置など)を確保していること。</p>

113028710	診療情報連携共有料	120点
-----------	-----------	------