

## 医学管理等

### 通則

7 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、情報通信機器を用いた診療の際に地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（平成元年法律第64号）に基づく電磁的記録をもって作成された処方箋（以下この部において「電子処方箋」という。）を発行した場合、遠隔電子処方箋活用加算として、月に1回に限り10点を所定点数に加算する。

### システム対応

- ① 遠隔電子処方箋活用加算の施設基準  
4228 遠隔電子処方箋活用加算
- ② 遠隔電子処方箋活用加算を算定可能な診療行為の入力がない時は警告メッセージを表示
- ③ 電子処方箋の発行についてはノンチェック

### マスタ

113708490 遠隔電子処方箋活用加算 10点

### 通則

8 区分番号A254に掲げる医療提供機能連携確保加算の注に規定する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、第1節医学管理等に掲げる医学管理を、情報通信機器を用いて行った場合は、医療提供機能連携確保加算として、月1回に限り50点を所定点数に加算する。

### システム対応

- ① 医療提供機能連携確保加算を算定可能な診療行為の入力がない時は警告メッセージを表示

### マスタ

113708590 医療提供機能連携確保加算 50点

## 医学管理等

### 7 難病外来指導管理料

イ 難病外来指導管理料 1 270点

ロ 難病外来指導管理料 2 270点

注1 イについては、入院中の患者以外の患者であって別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、治療計画に基づき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。

注2 ロについては、小児科を標榜する保険医療機関以外の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入院中の患者以外の患者（小児科を標榜する他の保険医療機関から紹介を受けた患者であって、当該紹介を受けて初診を行った日から起算して5年以内の患者に限る。）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。

注3（以下省略）

マスタ

113708610 難病外来指導管理料 2 270点

### 9 外来栄養食事指導料

イ 外来栄養食事指導料 1

(1) 初回

① 対面で行った場合 260点

② 情報通信機器を用いた場合 235点

(2) 2回目以降

① 対面で行った場合 200点

② 情報通信機器を用いた場合 180点

③ (1)の①又は②の追加的な指導を行った場合 50点

ロ 外来栄養食事指導料 2

(1) 初回

① 対面で行った場合 250点

② 情報通信機器を用いた場合 225点

(2) 2回目以降

① 対面で行った場合 190点

② 情報通信機器を用いた場合 170点

③ (1)の①又は②の追加的な指導を行った場合 45点

注1から6（省略）

## 医学管理等

注7 イの(2)の③については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が情報通信機器又は電話によってイの(1)の①又は②に追加して必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、イの(2)の①又は②を算定した同一月は算定しない。

注8 ロの(2)の③については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関（診療所に限る。）の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が情報通信機器又は電話によってロの(1)の①又は②に追加して必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、ロの(2)の①又は②を算定した同一月は算定しない。

### マスタ

113708710	外来栄養食事指導料1（2回目以降）（初回の追加的な指導）	50点
113708810	外来栄養食事指導料2（2回目以降）（初回の追加的な指導）	45点

### 13 在宅療養指導料

#### イ 初回

対面で行った場合 170点

#### ロ 2回目以降

(1) 対面で行った場合 170点

(2) 情報通信機器を用いた場合 148点

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、器具を装着しておりその管理に配慮を必要とする患者又は退院後1月以内の慢性心不全の患者（ロの(2)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患者又は退院後1月以内の慢性心不全の患者に限る。）に対して、医師の指示に基づき保健師、助産師又は看護師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、ロについては月1回（イを算定する月にあっては、イとロを合算して月2回）に限り算定する。

注2 （省略）

### マスタ

113709110	在宅療養指導料（初回）（対面で行った場合）	170点
113709210	在宅療養指導料（2回目以降）（対面で行った場合）	170点
113709310	在宅療養指導料（2回目以降）（情報通信機器を用いた場合）	148点

## 医学管理等

B001-2-2 地域連携小児夜間・休日診療料  
 B001-2-4 地域連携夜間・休日診療料

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厚生局長等に届け出た小児科を標榜する保険医療機関においては、院内トリアージ実施体制加算として、50点を所定点数に加算する。

システム対応

① 院内トリアージ実施体制加算の施設基準  
 4229 院内トリアージ実施体制加算

マスタ

113708470 院内トリアージ実施体制加算（夜間休日救急医学管理料） 50点  
 113709470 院内トリアージ実施体制加算（地域連携小児夜間・休日診療料） 50点  
 113716670 院内トリアージ実施体制加算（地域連携夜間・休日診療料） 50点

B001-2-6 救急外来医学管理料

# 医学管理等

## B001-2-9 地域包括診療料（月1回）

### 1 地域包括診療料1

- イ 認知症を有する患者等の場合 1,682点
- ロ その他の慢性疾患等を有する患者の場合 1,661点

### 2 地域包括診療料2

- イ 認知症を有する患者等の場合 1,614点
- ロ その他の慢性疾患等を有する患者の場合 1,601点

注1から3（省略）

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、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況及び診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、外来データ提出加算として、月1回に限り10点を所定点数に加算する。

## システム対応

### ① 施設基準

- 3585 地域包括診療料1
- 3339 地域包括診療料2
- 4234 外来データ提出加算（地域包括診療料注4）

### ② 新設コードについて時間外等加算の自動算定

## マスタ

113025710	地域包括診療料1（認知症を有する患者等の場合）	1682点
113710810	地域包括診療料1（その他の慢性疾患等を有する患者の場合）	1661点
113018410	地域包括診療料2（認知症を有する患者等の場合）	1614点
113710910	地域包括診療料2（その他の慢性疾患等を有する患者の場合）	1601点
113711070	外来データ提出加算（地域包括診療料）	10点

## 医学管理等

### B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料

#### 1 外来腫瘍化学療法診療料 1

##### イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合

- (1) 初回から3回目まで（静注製剤等の場合） 801点
- (2) 初回から3回目まで（その他の場合） 351点
- (3) 4回目以降（静注製剤等の場合） 451点
- (4) 4回目以降（その他の場合） 201点

##### ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合 351点

#### 2 外来腫瘍化学療法診療料 2

##### イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合

- (1) 初回から3回目まで（静注製剤等の場合） 601点
- (2) 初回から3回目まで（その他の場合） 261点
- (3) 4回目以降（静注製剤等の場合） 321点
- (4) 4回目以降（その他の場合） 141点

##### ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合 221点

#### 3 外来腫瘍化学療法診療料 3

##### イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合

- (1) 初回から3回目まで（静注製剤等の場合） 541点
- (2) 初回から3回目まで（その他の場合） 241点
- (3) 4回目以降（静注製剤等の場合） 281点
- (4) 4回目以降（その他の場合） 121点

##### ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合 181点

注（省略）

### システム対応

- ① 新設コードについて入力時に初・再診料の削除
- ② 4回目以降のコードは初回から3回目算定済みでない時は警告メッセージを表示

## 医学管理等

## マスタ

113704610	外来腫瘍化学療法診療料 1	(イ)	(1)	(静注製剤等の場合)	801点
113711110	外来腫瘍化学療法診療料 1	(イ)	(2)	(その他の場合)	351点
113704510	外来腫瘍化学療法診療料 1	(イ)	(3)	(静注製剤等の場合)	451点
113711210	外来腫瘍化学療法診療料 1	(イ)	(4)	(その他の場合)	201点
113038110	外来腫瘍化学療法診療料 1	(イ以外の必要な治療管理を行った場合)			351点
113704810	外来腫瘍化学療法診療料 2	(イ)	(1)	(静注製剤等の場合)	601点
113711310	外来腫瘍化学療法診療料 2	(イ)	(2)	(その他の場合)	261点
113704710	外来腫瘍化学療法診療料 2	(イ)	(3)	(静注製剤等の場合)	321点
113711410	外来腫瘍化学療法診療料 2	(イ)	(4)	(その他の場合)	141点
113038310	外来腫瘍化学療法診療料 2	(イ以外の必要な治療管理を行った場合)			221点
113705010	外来腫瘍化学療法診療料 3	(イ)	(1)	(静注製剤等の場合)	541点
113711510	外来腫瘍化学療法診療料 3	(イ)	(2)	(その他の場合)	241点
113704910	外来腫瘍化学療法診療料 3	(イ)	(3)	(静注製剤等の場合)	281点
113711610	外来腫瘍化学療法診療料 3	(イ)	(4)	(その他の場合)	121点
113705110	外来腫瘍化学療法診療料 3	(イ以外の必要な治療管理を行った場合)			181点

## 医学管理等

### B001-3 生活習慣病管理料（I）

注1から3（省略）

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は、当該基準に係る区分及び患者の主病に応じて、以下に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ 充実管理加算（脂質異常症を主病とする場合）

- (1) 充実管理加算1 30点
- (2) 充実管理加算2 20点
- (3) 充実管理加算3 10点

ロ 充実管理加算（高血圧症を主病とする場合）

- (1) 充実管理加算1 30点
- (2) 充実管理加算2 20点
- (3) 充実管理加算3 10点

ハ 充実管理加算（糖尿病を主病とする場合）

- (1) 充実管理加算1 30点
- (2) 充実管理加算2 20点
- (3) 充実管理加算3 10点

注5 糖尿病を主病とする患者に対して、診療に基づき、糖尿病合併症の予防、診断又は治療を目的とする眼科診療の必要を認め、患者の同意を得て、患者が眼科を標榜する他の保険医療機関への受診を行うに当たり必要な連携を行った場合は、眼科医療機関連携強化加算として、患者1人につき年1回に限り所定点数に60点を加算する。

注6 糖尿病を主病とする患者に対して、診療に基づき、歯周病の予防、診断又は治療を目的とする歯科診療の必要を認め、患者の同意を得て、患者が歯科を標榜する他の保険医療機関への受診を行うに当たり必要な連携を行った場合は、歯科医療機関連携強化加算として、患者1人につき年1回に限り所定点数に60点を加算する。

### システム対応

① 充実管理加算はシステム管理マスタの施設基準設定により自動算定

4235	充実管理加算1（脂質異常症を主病）	4239	充実管理加算1（糖尿病を主病）
4236	充実管理加算2（脂質異常症を主病）	4240	充実管理加算2（糖尿病を主病）
4241	充実管理加算3（脂質異常症を主病）	4243	充実管理加算3（糖尿病を主病）
4237	充実管理加算1（高血圧症を主病）		
4238	充実管理加算2（高血圧症を主病）		
4242	充実管理加算3（高血圧症を主病）		

## 医学管理等

## マスタ

113712470	充実管理加算 1	(生活習慣病管理料 1)	(脂質異常症)	30点
113712870	充実管理加算 2	(生活習慣病管理料 1)	(脂質異常症)	20点
113712670	充実管理加算 3	(生活習慣病管理料 1)	(脂質異常症)	10点
113712570	充実管理加算 1	(生活習慣病管理料 1)	(高血圧症)	30点
113712970	充実管理加算 2	(生活習慣病管理料 1)	(高血圧症)	20点
113713070	充実管理加算 3	(生活習慣病管理料 1)	(高血圧症)	10点
113712370	充実管理加算 1	(生活習慣病管理料 1)	(糖尿病)	30点
113712270	充実管理加算 2	(生活習慣病管理料 1)	(糖尿病)	20点
113712770	充実管理加算 3	(生活習慣病管理料 1)	(糖尿病)	10点
113713170	眼科医療機関連携強化加算	(生活習慣病管理料 1)		60点
113713270	歯科医療機関連携強化加算	(生活習慣病管理料 1)		60点

## 医学管理等

### B001-3-3 生活習慣病管理料（Ⅱ）

注1から3（省略）

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は、当該基準に係る区分及び患者の主病に応じて、以下に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ 充実管理加算（脂質異常症を主病とする場合）

- (1) 充実管理加算 1 30点
- (2) 充実管理加算 2 20点
- (3) 充実管理加算 3 10点

ロ 充実管理加算（高血圧症を主病とする場合）

- (1) 充実管理加算 1 30点
- (2) 充実管理加算 2 20点
- (3) 充実管理加算 3 10点

ハ 充実管理加算（糖尿病を主病とする場合）

- (1) 充実管理加算 1 30点
- (2) 充実管理加算 2 20点
- (3) 充実管理加算 3 10点

注5 糖尿病を主病とする患者に対して、診療に基づき、糖尿病合併症の予防、診断又は治療を目的とする眼科診療の必要を認め、患者の同意を得て、患者が眼科を標榜する他の保険医療機関への受診を行うに当たり必要な連携を行った場合は、眼科医療機関連携強化加算として、患者1人につき年1回に限り所定点数に60点を加算する。

注6 糖尿病を主病とする患者に対して、診療に基づき、歯周病の予防、診断又は治療を目的とする歯科診療の必要を認め、患者の同意を得て、患者が歯科を標榜する他の保険医療機関への受診を行うに当たり必要な連携を行った場合は、歯科医療機関連携強化加算として、患者1人につき年1回に限り所定点数に60点を加算する。

### システム対応

① 充実管理加算の施設基準（自動算定はしない）

4235	充実管理加算 1（脂質異常症を主病）	4239	充実管理加算 1（糖尿病を主病）
4236	充実管理加算 2（脂質異常症を主病）	4240	充実管理加算 2（糖尿病を主病）
4241	充実管理加算 3（脂質異常症を主病）	4243	充実管理加算 3（糖尿病を主病）
4237	充実管理加算 1（高血圧症を主病）		
4238	充実管理加算 2（高血圧症を主病）		
4242	充実管理加算 3（高血圧症を主病）		

## 医学管理等

## マスタ

113708970	充実管理加算 1 (生活習慣病管理料 2)	(脂質異常症)	30点
113708870	充実管理加算 2 (生活習慣病管理料 2)	(脂質異常症)	20点
113709070	充実管理加算 3 (生活習慣病管理料 2)	(脂質異常症)	10点
113709170	充実管理加算 1 (生活習慣病管理料 2)	(高血圧症)	30点
113709270	充実管理加算 2 (生活習慣病管理料 2)	(高血圧症)	20点
113709370	充実管理加算 3 (生活習慣病管理料 2)	(高血圧症)	10点
113716370	充実管理加算 1 (生活習慣病管理料 2)	(糖尿病)	30点
113709570	充実管理加算 2 (生活習慣病管理料 2)	(糖尿病)	20点
113709670	充実管理加算 3 (生活習慣病管理料 2)	(糖尿病)	10点
113709770	眼科医療機関連携強化加算 (生活習慣病管理料 2)		60点
113709870	歯科医療機関連携強化加算 (生活習慣病管理料 2)		60点

## 医学管理等

## B001-10 心不全再入院予防継続管理料

- 1 心不全再入院予防継続管理料 1 1,000点
- 2 心不全再入院予防継続管理料 2
  - イ 6回目まで 700点
  - ロ 7回目以降 225点
- 3 心不全再入院予防継続管理料 3
  - イ 6回目まで 400点
  - ロ 7回目以降 225点

注1 1については、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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であって、慢性心不全の急性増悪を含む急性心不全で入院したものに対して、心不全による再入院の予防を目的として、心不全の計画的な評価及び治療等を行った場合に、当該入院中1回に限り算定する。

注2 2については、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、1を算定したものに対して、継続して心不全の計画的な評価及び治療等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り算定する。

注3 3については、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、1を算定したものに対して、継続して心不全の計画的な評価及び治療等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、月1回に限り算定する。

注4 区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料（心不全を主病とする患者に限る。）及び区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料（慢性心不全以外の慢性疾患等も有する患者について算定する場合を除く。）は、別に算定できない。また、2については、同一の患者につき、区分番号B001の9に掲げる外来栄養食事指導料、区分番号B001の11に掲げる集団栄養食事指導料、区分番号B001の13に掲げる在宅療養指導管理料及び区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料を同一の日に算定することはできない。

## システム対応

## ① 施設基準

- 4245 心不全再入院予防継続管理料 1 及び 2
- 4246 心不全再入院予防継続管理料 3

## マスタ

113713310	心不全再入院予防継続管理料 1	1000点	
113713410	心不全再入院予防継続管理料 2	(6回目まで)	700点
113713510	心不全再入院予防継続管理料 2	(7回目以降)	225点
113713610	心不全再入院予防継続管理料 3	(6回目まで)	400点
113713710	心不全再入院予防継続管理料 3	(7回目以降)	225点

## 医学管理等

### B001-11 遺伝性疾患療養指導管理料

1 医師が遺伝子検査の必要性等について文書により説明を行った場合 300点

2 医師が遺伝子検査の結果に基づき療養上必要な指導を行った場合

イ 初回 700点

ロ 2回目 200点

注1 1については、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、難病に関する検査（区分番号D006-4に掲げる遺伝学的検査、区分番号D006-20に掲げる角膜ジストロフィー遺伝子検査、区分番号D006-26に掲げる染色体構造変異解析及び区分番号D006-30に掲げる遺伝性網膜ジストロフィー遺伝子検査をいう。以下同じ。）又は遺伝性腫瘍に関する検査（区分番号D006-19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査を除く。以下同じ。）若しくは病理診断を実施する前にその必要性及び診療方針等について文書により説明を行った場合に、患者1人につき1回に限り算定する。

注2 2のイについては、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、難病に関する検査又は遺伝性腫瘍に関する検査若しくは病理診断の結果に基づき療養上必要な指導を行った場合に、患者1人につき1回に限り算定する。

注3 2のロについては、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、過去に難病に関する検査又は遺伝性腫瘍に関する検査若しくは病理診断を実施した患者に対して、当該検査又は病理診断の結果に基づき療養上必要な指導を行った場合に、患者1人につき1回に限り算定する。

注4 遠隔連携遺伝性疾患療養指導管理（注1から注3までに掲げる行為のうち、情報通信機器を用いて、他の保険医療機関と連携して行われるもの（難病に関する検査に係るものに限る。）をいう。）を行う場合は、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行う場合に限り算定する。

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、区分番号D006-19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査について、注1から注3までに掲げる行為を行った場合は、患者1人につき1回に限り、それぞれ1又は2のイ若しくはロに掲げる所定点数を算定する。

### システム対応

#### ① 施設基準

3698 遺伝性疾患療養指導管理料（がんゲノム）

0697 遺伝性疾患療養指導管理料

### マスタ

113713910 遺伝性疾患療養指導管理料（必要性等を文書により説明） 300点

113714410 遺伝性疾患療養指導管理料（療養上必要な指導）（初回） 700点

113714510 遺伝性疾患療養指導管理料（療養上必要な指導）（2回目） 200点

## 医学管理等

113714010	遺伝性疾患療養指導管理料（遠隔連携）（必要性等を文書により説明）	300点
113714110	遺伝性疾患療養指導管理料（遠隔連携）（療養上必要な指導・初回）	700点
113714210	遺伝性疾患療養指導管理料（遠隔連携）（療養上必要な指導・2回目）	200点
113713810	遺伝性疾患療養指導管理料（がんゲノム・必要性等を文書により説明）	300点
113714310	遺伝性疾患療養指導管理料（がんゲノム・療養上必要な指導・初回）	700点
113714610	遺伝性疾患療養指導管理料（がんゲノム・療養上必要な指導・2回目）	200点

### B005-1-2 介護支援等連携指導料

1 介護支援等連携指導料 1 400点

2 介護支援等連携指導料 2 500点

注1（省略）

注2 介護支援等連携指導料2については、当該保険医療機関に入院中の患者（入退院支援加算1の届出を行っている病棟に入院中の患者に限る。）に対して、当該患者の同意を得て、入退院支援及び地域連携業務を担う部門の担当者が、平時から連携体制を構築している介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービス又は障害福祉サービス等や退院後に利用可能な介護サービス又は障害福祉サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中に2回に限り算定する。なお、同一日に、区分番号B005の注3に掲げる加算（介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して指導を行った場合に限る。）は、別に算定できない。

### マスタ

113011710 介護支援等連携指導料 1 400点

113714710 介護支援等連携指導料 2 500点

## 医学管理等

### B005-11 遠隔連携診療料

- 1 外来診療の場合 900点
- 2 訪問診療の場合 900点
- 3 入院診療の場合 900点

注1、2（省略）

注3 3については、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、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、治療管理を行うことを目的として、患者の同意を得て、別に厚生労働大臣が定める患者に関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の入院中に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、3月に1回に限り算定する。

#### マスタ

113714810	遠隔連携診療料（外来診療の場合）	900点
113714910	遠隔連携診療料（訪問診療の場合）	900点
113715010	遠隔連携診療料（入院診療の場合）	900点

### B005-14 プログラム医療機器等指導管理料

注1、2（省略）

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、プログラム医療機器等指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、78点を算定する。

#### システム対応

- ① 情報通信機器を用いて行った場合の施設基準
- 3825 情報通信機器を用いた診療に係る基準

#### マスタ

113715110	プログラム医療機器等指導管理料（ニコチン依存症）（情報通信機器）	78点
113715210	プログラム医療機器等指導管理料（高血圧症）（情報通信機器）	78点
113715310	プログラム医療機器等指導管理料（アルコール依存症・情報通信機器）	78点

## 医学管理等

B007-3 退院後訪問栄養食事指導料（1回につき） 530点

注1 保険医療機関を退院した別に厚生労働大臣が定めるものに対して、円滑な在宅療養への移行及び在宅療養の継続のため、保険医療機関の医師の指示に基づき、当該保険医療機関の管理栄養士が患家等を訪問し、具体的な献立等によって栄養管理に係る指導を行った場合に、当該保険医療機関を退院した日から起算して1月以内（退院日を除く。）の期間に限り、4回を限度として算定する。この場合において、区分番号B001の9に掲げる外来栄養食事指導料及び区分番号C009に掲げる在宅患者訪問栄養食事指導料は別に算定できない。

注2 注1に掲げる指導に要した交通費は、患家の負担とする。

マスタ

113715410 退院後訪問栄養食事指導料 530点