

ツ K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（6歳以上15歳未満に限る。） 40,741点  
（生活療養を受ける場合にあつては、40,667点）  
ネ K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（15歳以上に限る。） 50,328点  
（生活療養を受ける場合にあつては、50,254点）  
ナ K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径2センチメートル未満 12,739点  
（生活療養を受ける場合にあつては、12,665点）  
ラ K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 2 長径2センチメートル以上 15,599点  
（生活療養を受ける場合にあつては、15,525点）  
ム K 7 4 3 痔核手術（脱肛を含む。） 2  
硬化療法（四段階注射法によるもの） 11,109点  
（生活療養を受ける場合にあつては、11,035点）  
ウ K 7 6 8 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術（一連につき） 25,597点  
（生活療養を受ける場合にあつては、25,523点）  
キ K 8 6 7 子宮頸部（腔部）切除術 16,249点  
（生活療養を受ける場合にあつては、16,175点）  
（削る）  
ノ M 0 0 1 - 2 ガンマナイフによる定位放射線治療 59,199点  
（生活療養を受ける場合にあつては、59,125点）

注 1～5 （略）

第2章 特掲診療料  
第1部 医学管理等

ツ K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（6歳以上15歳未満に限る。） 44,061点  
（生活療養を受ける場合にあつては、43,988点）  
ネ K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（15歳以上に限る。） 51,719点  
（生活療養を受ける場合にあつては、51,645点）  
ナ K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径2センチメートル未満 14,525点  
（生活療養を受ける場合にあつては、14,451点）  
ラ K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 2 長径2センチメートル以上 18,141点  
（生活療養を受ける場合にあつては、18,068点）  
ム K 7 4 3 痔核手術（脱肛を含む。） 2  
硬化療法（四段階注射法によるもの） 12,383点  
（生活療養を受ける場合にあつては、12,309点）  
ウ K 7 6 8 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術（一連につき） 28,268点  
（生活療養を受ける場合にあつては、28,194点）  
キ K 8 6 7 子宮頸部（腔部）切除術 18,179点  
（生活療養を受ける場合にあつては、18,106点）  
ノ K 8 7 3 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 35,141点  
（生活療養を受ける場合にあつては、35,067点）  
オ M 0 0 1 - 2 ガンマナイフによる定位放射線治療 60,403点  
（生活療養を受ける場合にあつては、60,330点）

注 1～5 （略）

第2章 特掲診療料  
第1部 医学管理等

(削る)

区分

B 0 0 0 特定疾患療養管理料

1～3 (略)

注 1～4 (略)

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A 0 0 3に掲げるオンライン診療料に規定する情報通信機器を用いた診療の際に特定疾患療養管理料を算定す

通則

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、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中の患者以外のもの（初診の患者を除く。）に対して、区分番号B 0 0 0に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号B 0 0 1の5に掲げる小児科療養指導料、区分番号B 0 0 1の6に掲げるてんかん指導料、区分番号B 0 0 1の7に掲げる難病外来指導管理料、区分番号B 0 0 1の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料、区分番号B 0 0 1－2－9に掲げる地域包括診療料、区分番号B 0 0 1－2－10に掲げる認知症地域包括診療料又は区分番号B 0 0 1－3に掲げる生活習慣病管理料（以下この通則において「特定管理料等」という。）を算定すべき医学管理を継続的に行い、当該医学管理と情報通信機器を用いた診察を組み合わせた治療計画を策定し、当該計画に基づき、療養上必要な管理を行った場合は、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間が2月以内の場合に限り、オンライン医学管理料として、100点に当該期間の月数を乗じて得た点数を月1回に限り算定する。ただし、オンライン医学管理料は、今回受診月に特定管理料等の所定点数と併せて算定することとし、オンライン医学管理料に係る療養上必要な管理を行った月において、特定管理料等を算定する場合は、オンライン医学管理料は算定できない。

区分

B 0 0 0 特定疾患療養管理料

1～3 (略)

注 1～4 (略)

(新設)

べき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、特定疾患療養管理料（情報通信機器を用いた場合）として、月1回に限り100点を算定する。

B 0 0 1 特定疾患治療管理料

1 (略)

2 特定薬剤治療管理料

イ・ロ (略)

注1～5 (略)

6 イについては、臓器移植後の患者に対して、免疫抑制剤の投与を行った場合は、臓器移植を行った日の属する月を含め3月に限り、2,740点を所定点数に加算する。

7 イについては、バンコマイシンを投与している患者であって、同一暦月に複数回の血中のバンコマイシンの濃度を測定し、その測定結果に基づき、投与量を精密に管理した場合は、1回目の特定薬剤治療管理料を算定すべき月に限り、530点を所定点数に加算する。

8 イについては、注6及び注7に規定する患者以外の患者に対して、特定薬剤治療管理に係る薬剤の投与を行った場合は、1回目の特定薬剤治療管理料を算定すべき月に限り、280点を所定点数に加算する。

9 イについては、ミコフェノール酸モフェチ

B 0 0 1 特定疾患治療管理料

1 (略)

2 特定薬剤治療管理料

イ・ロ (略)

注1～5 (略)

6 イについては、臓器移植後の患者に対して、免疫抑制剤の投与を行った場合は、臓器移植を行った日の属する月を含め3月に限り、2,740点を所定点数に加算し、免疫抑制剤を投与している臓器移植後の患者以外の患者に対して、特定薬剤治療管理に係る薬剤の投与を行った場合は、1回目の特定薬剤治療管理料を算定すべき月に限り、280点を所定点数に加算する。

(新設)

(新設)

(新設)

ルを投与している臓器移植後の患者であって、2種類以上の免疫抑制剤を投与されているものについて、医師が必要と認め、同一暦月に血中の複数の免疫抑制剤の濃度を測定し、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、6月に1回に限り250点を所定点数に加算する。

10 イについては、エベロリムスを投与している臓器移植後の患者であって、2種類以上の免疫抑制剤を投与されているものについて、医師が必要と認め、同一暦月に血中の複数の免疫抑制剤の濃度を測定し、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、エベロリムスの初回投与を行った日の属する月を含め3月に限り月1回、4月目以降は4月に1回に限り250点を所定点数に加算する。

11 (略)

3 悪性腫瘍特異物質治療管理料

イ・ロ (略)

注1 イについては、悪性腫瘍の患者に対して、尿中B T Aに係る検査を行い、その結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り第1回の検査及び治療管理を行ったときに算定する。

2 ロについては、悪性腫瘍の患者に対して、区分番号D 0 0 9に掲げる腫瘍マーカーに係る検査（注1に規定する検査を除く。）のうち1又は2以上の項目を行い、その結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月

(新設)

7 (略)

3 悪性腫瘍特異物質治療管理料

イ・ロ (略)

注1 イについては、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、悪性腫瘍の患者に対して、尿中B T Aに係る検査を行い、その結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り第1回の検査及び治療管理を行ったときに算定する。

2 ロについては、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、悪性腫瘍の患者に対して、区分番号D 0 0 9に掲げる腫瘍マーカーに係る検査（注1に規定する検査を除く。）のうち1又は2以上の項目を

1回に限り第1回の検査及び治療管理を行ったときに算定する。

3～6 (略)

4 小児特定疾患カウンセリング料

イ 医師による場合

(1) 月の1回目 500点

(2) 月の2回目 400点

ロ 公認心理師による場合 200点

注 小児科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、小児科若しくは心療内科を担当する医師又は医師の指示を受けた公認心理師が、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。

5 小児科療養指導料 (略)

注1 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。

行い、その結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り第1回の検査及び治療管理を行ったときに算定する。

3～6 (略)

4 小児特定疾患カウンセリング料

(新設)

イ 月の1回目 500点

ロ 月の2回目 400点

(新設)

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。

5 小児科療養指導料 (略)

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

2～5 (略)

6 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A003に掲げるオンライン診療料に規定する情報通信機器を用いた診療の際に小児科療養指導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、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、小児科療養指導料（情報通信機器を用いた場合）として、月1回に限り100点を算定する。

6 てんかん指導料 (略)

注1～5 (略)

6 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A003に掲げるオンライン診療料に規定する情報通信機器を用いた診療の際にてんかん指導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、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、てんかん指導料（情報通信機器を用いた場合）として、月1回に限り100点を算定する。

7 難病外来指導管理料 (略)

注1～5 (略)

6 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A003に掲げるオンライン診療料に規定する情報通信機器を用いた診療の際に難病外来指導管理

ている患者については算定しない。

2～5 (略)

(新設)

6 てんかん指導料 (略)

注1～5 (略)

(新設)

7 難病外来指導管理料 (略)

注1～5 (略)

(新設)

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、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、難病外来指導管理料（情報通信機器を用いた場合）として、月1回に限り100点を算定する。

8 (略)

9 外来栄養食事指導料

イ 外来栄養食事指導料1

(1) 初回 260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

ロ 外来栄養食事指導料2

(1) 初回 250点

(2) 2回目以降 190点

注1 イの(1)及びイの(2)の①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、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあつては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。

2 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、外来化学療法を実施している悪性腫瘍を有する当該患者に対して、医師の指示に基づき、第2章第6部の通則第7号に規定する連携充実加算の施設基準に該当する管理栄養士が具体的な献立等によって月2回以上の指導をした場合に限り、月の2回目の指導時にイの(2)の①の点数を算定する。ただし、外来化学療法加算を算定した

8 (略)

9 外来栄養食事指導料

(新設)

イ 初回 260点

ロ 2回目以降 200点

(新設)

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、入院中の患者以外の患者であつて、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあつては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。

(新設)

日と同日であること。

3 イの(2)の②については、医師の指示に基づき当該医療機関の管理栄養士が電話等によって必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

(新設)

4 ロについては、診療所において、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、当該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以外の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあつては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。

(新設)

10 入院栄養食事指導料 (週1回)

イ・ロ (略)

注1 イについては、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、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、入院中2回に限り算定する。

2 ロについては、診療所において、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、当該保険医療機関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具体的な献立等によって指導を行った場合に、入院中2回に限り算定する。

3 別に厚生労働大臣が定める患者に対して、退院後の栄養食事管理について指導するとと

10 入院栄養食事指導料 (週1回)

イ・ロ (略)

注1 イについては、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、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、入院中2回に限り算定する。

2 ロについては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関(診療所に限る。)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、当該保険医療機関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具体的な献立等によって指導を行った場合に、入院中2回に限り算定する。

(新設)



もに、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明し、これを他の保険医療機関、介護老人保健施設等又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律（平成17年法律第123号）第34条第1項に規定する指定障害者支援施設等の医師又は管理栄養士等と共有した場合に、入院中1回に限り、栄養情報提供加算として50点を所定点数に加算する。

11 集団栄養食事指導料 (略)

注 別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とする複数の患者に対して、医師の指示に基づき管理栄養士が栄養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。

12 心臓ペースメーカー指導管理料

イ 着用型自動除細動器による場合 (略)

ロ ペースメーカーの場合 300点

ハ 植込型除細動器又は両室ペーシング機能付き植込型除細動器の場合 520点

注1～4 (略)

5 ロ又はハを算定する患者について、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、前回受診月の翌月から今回受診月の前日までの期間、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、それぞれ260点又は480点到当該期間の月数（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。

11 集団栄養食事指導料 (略)

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、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とする複数の患者に対して、医師の指示に基づき管理栄養士が栄養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。

12 心臓ペースメーカー指導管理料

イ 着用型自動除細動器による場合 (略)

ロ イ以外の場合 360点

(新設)

注1～4 (略)

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点到当該期間の月数（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。

- 13 (略)
- 14 高度難聴指導管理料  
イ・ロ (略)  
注1・2 (略)  
3 区分番号K328に掲げる人工内耳植込術を行った患者に対して、人工内耳用音声信号処理装置の機器調整を行った場合は、人工内耳機器調整加算として6歳未満の乳幼児については3月に1回に限り、6歳以上の患者については6月に1回に限り800点を所定点数に加算する。
- 15 (略)
- 16 喘息治療管理料  
イ・ロ (略)  
注1 イについては、入院中の患者以外の喘息の患者に対して、ピークフローメーターを用い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。
- 2 (略)
- 3 ロについては、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。
- 17 (略)
- 18 小児悪性腫瘍患者指導管理料 (略)  
注1 小児科を標榜する保険医療機関において、

- 13 (略)
- 14 高度難聴指導管理料  
イ・ロ (略)  
注1・2 (略)  
(新設)
- 15 (略)
- 16 喘息治療管理料  
イ・ロ (略)  
注1 イについては、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に対して、ピークフローメーターを用い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。
- 2 (略)
- 3 ロについては、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。
- 17 (略)
- 18 小児悪性腫瘍患者指導管理料 (略)  
注1 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小

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。

2～4 (略)

19～22 (略)

23 がん患者指導管理料

イ～ハ (略)

三 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

注1～3 (略)

4 ニについては、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、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該患者の同意を得て、当該医療機関の保険医が、区分番号D006-18に掲げるBRCA1/2遺伝子検査の血液を検体とするもの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。

5・6 (略)

24 外来緩和ケア管理料 (略)

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、緩和ケアを要する入院中の患者以外の患者（症状緩和を目的と

児科を標榜<sup>ほう</sup>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。

2～4 (略)

19～22 (略)

23 がん患者指導管理料

イ～ハ (略)

(新設)

注1～3 (略)

(新設)

4・5 (略)

24 外来緩和ケア管理料 (略)

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、緩和ケアを要する入院中の患者以外の患者（がん性疼痛の症状

して麻薬が投与されている患者に限る。) に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師等が共同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。

2～4 (略)

25・26 (略)

27 糖尿病透析予防指導管理料 (略)

注1～5 (略)

6 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A003に掲げるオンライン診療料に規定する情報通信機器を用いた診療の際に糖尿病透析予防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、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、糖尿病透析予防指導管理料(情報通信機器を用いた場合)として、月1回に限り100点を算定する。

28 小児運動器疾患指導管理料 (略)

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、入院中の患者以外の患者であって、運動器疾患を有する12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(初回算定日の属する月から起算して6月以内は月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。

緩和を目的として麻薬が投与されている患者に限る。) に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師等が共同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。

2～4 (略)

25・26 (略)

27 糖尿病透析予防指導管理料 (略)

注1～5 (略)

(新設)

28 小児運動器疾患指導管理料 (略)

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。

29 (略)

30 婦人科特定疾患治療管理料 250点

注1 婦人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器質性月経困難症の患者であって、ホルモン剤（器質性月経困難症に対して投与されたものに限る。）を投与している患者に対して、婦人科又は産婦人科を担当する医師が、患者の同意を得て、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、3月に1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。

31 腎代替療法指導管理料 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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、慢性腎臓病の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）であって、入院中の患者以外の患者に対して、当該患者の同意を得て、看護師と共同して、患者と診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき2回に限り算定する。

2 1回の指導時間は30分以上でなければならないものとする。

B001-2 小児科外来診療料（1日につき）

1・2 (略)

注1 小児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（6歳未満の乳幼児に限

29 (略)

(新設)

(新設)

B001-2 小児科外来診療料（1日につき）

1・2 (略)

注1 小児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（3歳未満の乳幼児に限

る。) に対して診療を行った場合に、保険医療機関単位で算定する。

2 (略)

3 注4に規定する加算、区分番号A000に掲げる初診料の注7、注8及び注10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B010に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)、区分番号B011に掲げる診療情報提供料(Ⅲ)及び区分番号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7及び注8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5及び注6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8及び注9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。

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

る。) に対して診療を行った場合に、保険医療機関単位で算定する。

2 (略)

3 注4に規定する加算、区分番号A000に掲げる初診料の注7、注8及び注12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B010に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)及び区分番号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7及び注8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5及び注6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8及び注9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。

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、月1回に限り80点を所定点数に加算する。

B001-2-2 (略)

B001-2-3 乳幼児育児栄養指導料 (略)

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行った場合に算定する。

B001-2-4・B001-2-5 (略)

B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料 (略)

注1・2 (略)

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、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ 救急搬送看護体制加算1 400点

ロ 救急搬送看護体制加算2 200点

B001-2-7・B001-2-8 (略)

B001-2-9 地域包括診療料(月1回)

1・2 (略)

注1 (略)

2 地域包括診療を受けている患者に対して行った注3に規定する加算、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

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。

B001-2-2 (略)

B001-2-3 乳幼児育児栄養指導料 (略)

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、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行った場合に算定する。

B001-2-4・B001-2-5 (略)

B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料 (略)

注1・2 (略)

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。

(新設)

(新設)

B001-2-7・B001-2-8 (略)

B001-2-9 地域包括診療料(月1回)

1・2 (略)

注1 (略)

2 地域包括診療を受けている患者に対して行った注3に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注5から注7まで及び注16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B0

げる診療情報提供料(Ⅱ)、区分番号B0011に掲げる診療情報提供料(Ⅲ)、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(Ⅰ)、区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)、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。）並びに第5部投薬（区分番号F100に掲げる処方料及び区分番号F400に掲げる処方箋料を除く。）を除く費用は、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。

3 (略)

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、区分番号A003に掲げるオンライン診療料に規定する情報通信機器を用いた診療の際に地域包括診療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、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、地域包括診療料（情報通信機器を用いた場合）として、月1回に限り100点を算定する。

B001-2-10 認知症地域包括診療料（月1回）

1・2 (略)

注1 (略)

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注3に規定する加算、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

10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(Ⅰ)、区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)、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。）並びに第5部投薬（区分番号F100に掲げる処方料及び区分番号F400に掲げる処方箋料を除く。）を除く費用は、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。

3 (略)

(新設)

B001-2-10 認知症地域包括診療料（月1回）

1・2 (略)

注1 (略)

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注3に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注5から注7まで及び注16に規定する加算、区分番号B001-2-2に



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)、区分番号B011に掲げる診療情報提供料(Ⅲ)、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(I)、区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)、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。）並びに第5部投薬（区分番号F100に掲げる処方料及び区分番号F400に掲げる処方箋料を除く。）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。

3 (略)

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、区分番号A003に掲げるオンライン診療料に規定する情報通信機器を用いた診療の際に認知症地域包括診療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、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、認知症地域包括診療料（情報通信機器を用いた場合）として、月1回に限り100点を算定する。

B001-2-11 小児かかりつけ診療料（1日につき）

1・2 (略)

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

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(I)、区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)、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。）並びに第5部投薬（区分番号F100に掲げる処方料及び区分番号F400に掲げる処方箋料を除く。）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。

3 (略)

(新設)

B001-2-11 小児かかりつけ診療料（1日につき）

1・2 (略)

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（6歳以上の患者にあっては、6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に対して診療を行った場合に算定する。

2 （略）

3 注4に規定する加算、区分番号A000に掲げる初診料の注7、注8及び注10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)、区分番号B011に掲げる診療情報提供料(III)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。

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

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に対して診療を行った場合に算定する。

2 （略）

3 注4に規定する加算、区分番号A000に掲げる初診料の注7、注8及び注12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。

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、月に1回に限り80点を所定点数に加算する。

B 0 0 1 - 3 生活習慣病管理料

1・2 (略)

注1 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、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、当該患者の同意を得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あつては、区分番号C 1 0 1に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。

2・3 (略)

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、区分番号A 0 0 3に掲げるオンライン診療料に規定する情報通信機器を用いた診療の際に生活習慣病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、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、生活習慣病管理料（情報通信機器を用いた場合）として、月1回に限り100点を算定する。

B 0 0 1 - 3 - 2 ニコチン依存症管理料

1 ニコチン依存症管理料1

イ 初回 230点

ロ 2回目から4回目まで

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。

B 0 0 1 - 3 生活習慣病管理料

1・2 (略)

注1 別に厚生労働大臣が定める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、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、当該患者の同意を得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あつては、区分番号C 1 0 1に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。

2・3 (略)

(新設)

B 0 0 1 - 3 - 2 ニコチン依存症管理料

(新設)

1 初回 230点

2 2回目から4回目まで 184点

(1) 対面で行った場合 184点

(2) 情報通信機器を用いた場合

155点

ハ 5回目

180点

2 ニコチン依存症管理料2（一連につき）

800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、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、当該患者の同意を文書により得た上で、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、1の場合は5回に限り、2の場合は初回時に1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。

2 （略）

3 1のロの(2)を算定する場合は、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A003に掲げるオンライン診療料、区分番号C000に掲げる往診料、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(I)又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(II)は別に算定できない。

B001-4～B001-6 （略）

B001-7 リンパ浮腫指導管理料 （略）

注1 保険医療機関に入院中の患者であって、鼠径

(新設)

(新設)

3 5回目

180点

(新設)

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、当該患者の同意を文書により得た上で、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。

2 （略）

(新規)

B001-4～B001-6 （略）

B001-7 リンパ浮腫指導管理料 （略）

注1 保険医療機関に入院中の患者であって、子宮

部、骨盤部若しくは腋窩<sup>えきか</sup>のリンパ節部郭清を伴う悪性腫瘍に対する手術を行ったもの又は原発性リンパ浮腫と診断されたものに対して、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（原発性リンパ浮腫と診断されたものにあつては、当該診断がされた日の属する月又はその翌月のいずれかをいう。）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。

2 (略)

B001-8 (略)

B001-9 療養・就労両立支援指導料

1 初回 800点  
2 2回目以降 400点

注1 1については、別に厚生労働大臣が定める疾患に罹患している患者に対して、当該患者と当該患者を使用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書の内容を踏まえ、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、当該患者が勤務する事業場において選任されている産業医、総括安全衛生管理者、衛生管理者若しくは安全衛生推進者又は労働者の健康管理等を行う保健師（以下「産業医等」という。）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提供した場合に、月1回に限り算定する。

2 2については、当該保険医療機関において1を算定した患者について、就労の状況を考慮し

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。

2 (略)

B001-8 (略)

B001-9 療養・就労両立支援指導料

1,000点

(新設)  
(新設)

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。

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

て療養上の指導を行った場合に、1を算定した日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り算定する。

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、当該患者に対して、看護師又は社会福祉士が相談支援を行った場合に、相談支援加算として、50点を所定点数に加算する。

4 (略)

B002～B005-6 (略)

B005-6-2 がん治療連携指導料 (略)

注1 (略)

2 注1の規定に基づく計画策定病院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)及び区分番号B011に掲げる診療情報提供料(Ⅲ)の費用は、所定点数に含まれるものとする。

B005-6-3・B005-6-4 (略)

B005-7 認知症専門診断管理料

1・2 (略)

注1・2 (略)

3 注1及び注2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)及び区分番号B011に掲げる診療情報提供料(Ⅲ)の費用は、所定点数に含まれるものとする。

4 (略)

B005-7-2 認知症療養指導料

1～3 (略)

注1～3 (略)

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。

(新設)

3 (略)

B002～B005-6 (略)

B005-6-2 がん治療連携指導料 (略)

注1 (略)

2 注1の規定に基づく計画策定病院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。

B005-6-3・B005-6-4 (略)

B005-7 認知症専門診断管理料

1・2 (略)

注1・2 (略)

3 注1及び注2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。

4 (略)

B005-7-2 認知症療養指導料

1～3 (略)

注1～3 (略)

4 注1及び注2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)及び区分番号B011に掲げる診療情報提供料(Ⅲ)の費用は、所定点数に含まれるものとする。

5 (略)

B005-7-3 認知症サポート指導料 (略)

注1 (略)

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)及び区分番号B011に掲げる診療情報提供料(Ⅲ)の費用は、所定点数に含まれるものとする。

B005-8 (略)

B005-9 外来排尿自立指導料 (略)

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、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、患者1人につき、週1回に限り、区分番号A251に掲げる排尿自立支援加算を算定した期間と通算して12週を限度として算定する。ただし、区分番号C106に掲げる在宅自己導尿指導管理料を算定する場合は、算定できない。

B005-10・B005-10-2 (略)

B005-11 遠隔連携診療料 500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において、対面による診療を行っている患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診断を目的として、当該施設基準を満

4 注1及び注2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。

5 (略)

B005-7-3 認知症サポート指導料 (略)

注1 (略)

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。

B005-8 (略)

B005-9 排尿自立指導料 (略)

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、患者1人につき、週1回に限り6週を限度として算定する。

B005-10・B005-10-2 (略)

(新設)

たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている保険医療機関の医師と情報通信機器を用いて連携して診療を行った場合に、当該診断の確定までの間に3月に1回に限り算定する。

B006～B008-2 (略)

B009 診療情報提供料(I) (略)

注1～6 (略)

7 保険医療機関が、児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者について、診療に基づき当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者が通学する学校教育法（昭和22年法律第26号）に規定する小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部の学校医等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活を送るに当たり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

8～13 (略)

14 保険医療機関が、患者の口腔機能<sup>くわう</sup>の管理の必要を認め、歯科診療を行う他の保険医療機関に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、診療情報を示す文書を添えて、患者の紹介を行った場合は、歯科医療機関連携加算1として、100点を所定点数に加算する。

15 保険医療機関が、周術期等における口腔機能管理の必要を認め、当該患者又はその家族等の同意を得て、歯科を標榜する他の保険医療機関に当該患者が受診する日の予約を行った上で患者の紹介を行った場合は、歯科医療機関連携加算2として100点を所定点数に加算する。

B006～B008-2 (略)

B009 診療情報提供料(I) (略)

注1～6 (略)

(新設)

7～12 (略)

13 保険医療機関が、患者の口腔機能<sup>くわう</sup>の管理の必要を認め、歯科診療を行う他の保険医療機関に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、診療情報を示す文書を添えて、患者の紹介を行った場合は、歯科医療機関連携加算として、100点を所定点数に加算する。

(新設)



16～18 (略)

B 0 0 9 - 2 ~ B 0 1 0 - 2 (略)

B 0 1 1 診療情報提供料(Ⅲ) 150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において、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす他の保険医療機関から紹介された患者又は他の保険医療機関から紹介された別に厚生労働大臣が定める患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号A 0 0 0に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。）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 注1に規定する患者以外の患者については、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、他の保険医療機関から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号A 0 0 0に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。）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。

3 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、別に厚生労働大臣が定める患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要を認め、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合は、注1の

14～16 (略)

B 0 0 9 - 2 ~ B 0 1 0 - 2 (略)  
(新設)

規定にかかわらず、月1回に限り算定する。

4 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。)を算定した月は、別に算定できない。

B011-2～B013 (略)

B014 退院時薬剤情報管理指導料 (略)

注1 (略)

2 保険医療機関が、入院前の内服薬を変更又は中止した患者について、保険薬局に対して、患者又はその家族等の同意を得て、その理由や変更後の患者の状況を文書により提供した場合に、退院時薬剤情報連携加算として、60点を所定点数に加算する。

B015 精神科退院時共同指導料

1 精神科退院時共同指導料1 (外来を担う保険医療機関又は在宅療養担当医療機関の場合)

イ 精神科退院時共同指導料(I) 1,500点

ロ 精神科退院時共同指導料(II) 900点

2 精神科退院時共同指導料2 (入院医療を提供する保険医療機関の場合) 700点

注1 1のイについては、精神保健福祉法第29条若しくは第29条の2に規定する入院措置に係る患者、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(平成15年法律第110号)第42条第1項第1号若しくは第61条第1項第1号に規定する同法による入院若しくは同法第42条第1項第2号に規定する同法による通院をしたことがあるもの又は当該入院の期間が1年以上のもの(以下この区分番号において「措置入院者等」という。)に対して、

B011～B013 (略)

B014 退院時薬剤情報管理指導料 (略)

注 (略)

(新設)

(新設)

当該患者の外来を担う保険医療機関又は在宅療養担当医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関が、当該患者が入院している他の保険医療機関と共同して、当該患者の同意を得て、退院後の療養上必要な説明及び指導を行った上で、支援計画を作成し、文書により情報提供した場合に、入院中に1回に限り算定する。

2 1のロについては、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該患者の外来を担う保険医療機関又は在宅療養担当医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関が、当該患者が入院している他の保険医療機関と共同して、当該患者の同意を得て、退院後の療養上必要な説明及び指導を行った上で、支援計画を作成し、文書により情報提供した場合に、入院中に1回に限り算定する。

3 1について、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A003に掲げるオンライン診療料、区分番号B002に掲げる開放型病院共同指導料(I)、区分番号B004に掲げる退院時共同指導料1、区分番号C000に掲げる往診料、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(I)又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(II)は別に算定できない。

4 2については、精神病棟に入院している患者であって、他の保険医療機関において1を算定するものに対して、当該患者が入院している保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定め

る基準を満たす保険医療機関が、当該患者の外来を担う保険医療機関又は在宅療養担当医療機関と共同して、当該患者の同意を得て、退院後の療養上必要な説明及び指導を行った上で、支援計画を作成し、文書により情報提供した場合に、入院中に1回に限り算定する。ただし、区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料Ⅱ、区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2又は区分番号I011に掲げる精神科退院指導料は、別に算定できない。

B016～B018 (略)

第2部 在宅医療

通則

1～4 (略)

第1節 在宅患者診療・指導料

区分

C000～C001-2 (略)

C002 在宅時医学総合管理料 (月1回)

1～3 (略)

注1～11 (略)

12 1から3までにおいて、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、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、情報通信機器を用いた診察（訪問診療と同日に行う場合を除く。）による医学管理を行っている場合に、オンライン在宅管理料として100点を所定点数に加えて算定できる。

C002-2～C004 (略)

B015～B018 (略)

第2部 在宅医療

通則

1～4 (略)

第1節 在宅患者診療・指導料

区分

C000～C001-2 (略)

C002 在宅時医学総合管理料 (月1回)

1～3 (略)

注1～11 (略)

12 1のイの(3)若しくはロの(3)、2のハ又は3のハの場合であって、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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、情報通信機器を用いた診察（訪問診療と同日に行う場合を除く。）による医学管理を行っている場合に、オンライン在宅管理料として100点を所定点数に加えて算定できる。ただし、連続する3月は算定できない。

C002-2～C004 (略)