

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

通則

- 1 医学管理等の費用は、
第1節の各区分の所定点数により算定する。
- 2 医学管理等に当たって、
別に厚生労働大臣が定める保険医療材料
(以下この部において「特定保険医療材料」という。)
を使用した場合は、
前号により算定した点数及び第3節の所定点数を
合算した点数により算定する。
- 3 組織的な感染防止対策につき
区分番号A000に掲げる初診料の注11及び
区分番号A001に掲げる再診料の注15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
(診療所に限る。)
において、
第1節の各区分に掲げる医学管理料等のうち
次に掲げるものを算定した場合は、

外来感染対策向上加算として、

月1回に限り6点を所定点数に加算する。

ただし、

発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で、

第1節の各区分に掲げる医学管理料等のうち

次に掲げるものを算定した場合については、

発熱患者等対応加算として、

月1回に限り20点を更に所定点数に加算する。

この場合において、

区分番号A000に掲げる初診料の注11、

区分番号A001に掲げる再診料の注15、

第2部の通則第5号又は

区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料の注14に

それぞれ規定する外来感染対策向上加算を算定した月は、

別に算定できない。

イ 小児科外来診療料

ロ 外来リハビリテーション診療料

ハ 外来放射線照射診療料

ニ 地域包括診療料

ホ 小児かかりつけ診療料

ヘ 外来腫瘍化学療法診療料

ト 救急救命管理料

チ 退院後訪問指導料

- 4 感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき
区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料の注 12 及び
区分番号 A 0 0 1 に掲げる再診料の注 16 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、
前号に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合は、
連携強化加算として、
月 1 回に限り 3 点を更に所定点数に加算する。

- 5 感染防止対策に資する情報を提供する体制につき
区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料の注 13 及び
区分番号 A 0 0 1 に掲げる再診料の注 17 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 3 号に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合は、
サーベイランス強化加算として、
月 1 回に限り 1 点を更に所定点数に加算する。

- 6 抗菌薬の使用状況につき
区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料の注 14 及び
区分番号 A 0 0 1 に掲げる再診料の注 18 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3号に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合は、
抗菌薬適正使用体制加算として、
月1回に限り5点を更に所定点数に加算する。

- 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。

- 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。

第1節 医学管理料等

区分

B000 特定疾患療養管理料

- 1 診療所の場合 225点
- 2 許可病床数が100床未満の病院の場合 147点
- 3 許可病床数が100床以上200床未満の病院の場合 87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、各区分に掲げるそれぞれの指導管理料に含まれるものとする。
- 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、特定疾患療養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、1、2又は3の所定点数に代えて、それぞれ196点、128点又は76点を算定する。

B001 特定疾患治療管理料

1 ウイルス疾患指導料

イ ウイルス疾患指導料1 240点

ロ ウイルス疾患指導料2 330点

- 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管理料を算定している患者については算定しない。

- 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保険医療機関において、
ロの指導が行われる場合は、
220点を所定点数に加算する。

- 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、
ウイルス疾患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、
イ又はロの所定点数に代えて、
それぞれ209点又は287点を算定する。

2 特定薬剤治療管理料

イ 特定薬剤治療管理料1 470点

ロ 特定薬剤治療管理料2 100点

注1 イについては、
ジギタリス製剤又は抗てんかん剤を投与している患者、

免疫抑制剤を投与している臓器移植後の患者その他別に厚生労働大臣が定める患者に対して、薬物血中濃度を測定して計画的な治療管理を行った場合に算定する。

- 2 イについては、同一の患者につき特定薬剤治療管理料を算定すべき測定及び計画的な治療管理を月2回以上行った場合においては、特定薬剤治療管理料は1回に限り算定することとし、第1回の測定及び計画的な治療管理を行ったときに算定する。
- 3 イについては、ジギタリス製剤の急速飽和を行った場合又はてんかん重積状態の患者に対して、抗てんかん剤の注射等を行った場合は、所定点数にかかわらず、1回に限り740点を特定薬剤治療管理料1として算定する。
- 4 イについては、抗てんかん剤又は免疫抑制剤を投与している患者以外の患者に対して行った薬物血中濃度の測定及び計画的な治療管理のうち、4月目以降のものについては、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。
- 5 イについては、

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されているものについて、
同一暦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。

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、
入院中の患者であって、
バンコマイシンを投与しているものに対して、
血中のバンコマイシンの濃度を複数回測定し、
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 ロについては、
サリドマイド及びその誘導体を投与している患者について、
服薬に係る安全管理の遵守状況を確認し、
その結果を所定の機関に報告する等により、
投与の妥当性を確認した上で、
必要な指導等を行った場合又は
カルタヘナ法に基づく管理が必要な薬剤を投与している患者について、
自宅等における管理に必要な指導等を行った場合に
月1回に限り所定点数を算定する。

3 悪性腫瘍特異物質治療管理料

- イ 尿中B T Aに係るもの 220点
- ロ その他のもの
 - (1) 1項目の場合 360点
 - (2) 2項目以上の場合 400点

- 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D009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 注2に規定する悪性腫瘍特異物質治療管理に係る腫瘍マーカーの検査を行った場合は、
1回目の悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定すべき月に限り、
150点をロの所定点数に加算する。
ただし、
当該月の前月に腫瘍マーカーの所定点数を算定している場合は、この限りでない。

- 4 注1に規定する検査及び治療管理並びに
注2に規定する検査及び治療管理を同一月に行った場合にあっては、
ロの所定点数のみにより算定する。

- 5 腫瘍マーカーの検査に要する費用は所定点数に含まれるものとする。

- 6 注1及び注2に規定されていない腫瘍マーカーの検査及び計画的な治療管理であって
特殊なものに要する費用は、
注1又は注2に掲げられている腫瘍マーカーの検査及び治療管理のうち、

最も近似するものの所定点数により算定する。

4 小児特定疾患カウンセリング料

イ 医師による場合

- (1) 初回 800 点
- (2) 初回のカウンセリングを行った日後1年以内の期間に行った場合
 - ① 月の1回目 600 点
 - ② 月の2回目 500 点
- (3) 初回のカウンセリングを行った日から起算して2年以内の期間に行った場合
((2)の場合を除く。)
 - ① 月の1回目 500 点
 - ② 月の2回目 400 点
- (4) 初回のカウンセリングを行った日から起算して4年以内の期間に行った場合
((2)及び(3)の場合を除く。) 400 点

ロ 公認心理師による場合 200 点

注1 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、
初回のカウンセリングを行った日から起算して、
2年以内の期間においては月2回に限り、
2年を超える期間においては、

4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、

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。

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保険医療機関において、

小児特定疾患カウンセリング料イの(1)、(2)、(3)又は(4)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、

イの(1)、(2)の①若しくは②、(3)の①若しくは②又は(4)の所定点数に代えて、

それぞれ696点、522点若しくは435点、435点若しくは348点又は348点を算定する。

5 小児科療養指導料 270点

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。

- 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の同月内に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。
- 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。
- 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、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、

所定点数に代えて、235点を算定する。

6 てんかん指導料 250点

- 注1 小児科、神経科、神経内科、精神科、脳神経外科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、その標榜する診療科を担当する医師が、てんかん（外傷性のものを含む。）の患者であって入院中以外のものに対して、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。
 - 3 退院した患者に対して退院の日から起算して1月以内に指導を行った場合における当該指導の費用は、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 区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号B001の5に掲げる小児科療養指導料又は区分番号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。
 - 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。

- 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、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、所定点数に代えて、218点を算定する。

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。

- 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。

- 3 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。
- 4 退院した患者に対して退院の日から起算して1月以内に指導を行った場合における当該指導の費用は、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。
- 5 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8に掲げる皮膚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。
- 6 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。

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、
難病外来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、235点を算定する。

8 皮膚科特定疾患指導管理料

| | |
|-------------------|------|
| イ 皮膚科特定疾患指導管理料（Ⅰ） | 250点 |
| ロ 皮膚科特定疾患指導管理料（Ⅱ） | 100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、
皮膚科又は皮膚泌尿器科を担当する医師が、
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、
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、
当該疾患の区分に従い、
それぞれ月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。

- 3 入院中の患者に対して指導を行った場合又は
退院した患者に対して退院の日から1月以内に指導を行った場合における
当該指導の費用は、
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 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、
皮膚科特定疾患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、
イ又はロの所定点数に代えて、
それぞれ218点又は87点を算定する。

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 イの(1)の①及び(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、

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っては月2回に限り、

その他の月にあっては月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、

外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対して、

医師の指示に基づき

当該保険医療機関の管理栄養士が具体的な献立等によって

月2回以上の指導を行った場合に限り、

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、

区分番号B001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料を算定した日と同日であること。

- 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、
外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対して、
医師の指示に基づき
当該保険医療機関の専門的な知識を有する管理栄養士が
具体的な献立等によって指導を行った場合に限り、
月1回に限り260点を算定する。

- 4 イの(1)の②及び(2)の②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によって
必要な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。

- 5 ロの(1)の①及び(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、
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。

- 6 ロの(1)の②及び(2)の②については、
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、
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によつて
必要な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。
- 7 イの(2)の③については、
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、
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つて
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。
- 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。

10 入院栄養食事指導料（週１回）

- イ 入院栄養食事指導料１
 - （１） 初回 260 点
 - （２） ２回目 200 点
- ロ 入院栄養食事指導料２
 - （１） 初回 250 点
 - （２） ２回目 190 点

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、
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、
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。

11 集団栄養食事指導料 80点

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、
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 360点
- 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 体内植込式心臓ペースメーカー等を使用している患者
(ロ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。

- 2 区分番号K597に掲げるペースメーカー移植術、
区分番号K598に掲げる両心室ペースメーカー移植術、
区分番号K599に掲げる植込型除細動器移植術又は
区分番号K599-3に掲げる両室ペーシング機能付き植込型除細動器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には、
導入期加算として、
140点を所定点数に加算する。
- 3 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。
- 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。

- 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、
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、
それぞれ 260 点又は 480 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。

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つては、イとロを合算して月2回)

に限り算定する。

2 1回の指導時間は30分を超えるものでなければならないものとする。

14 高度難聴指導管理料

イ 区分番号K328に掲げる人工内耳植込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 500点

ロ イ以外の場合 420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、高度難聴の患者に対して必要な療養上の指導を行った場合に算定する。

2 区分番号K328に掲げる人工内耳植込術を行った患者については月1回に限り、その他の患者については年1回に限り算定する。

- 3 区分番号K 3 2 8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 慢性維持透析患者外来医学管理料 2,211点

注1 入院中の患者以外の慢性維持透析患者に対して
検査の結果に基づき計画的な医学管理を行った場合に、
月1回に限り算定する。

- 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D 0 2 6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 尿中一般物質定性半定量検査
- ロ 尿沈渣（鏡検法）
- ハ 糞便検査
糞便中ヘモグロビン定性

ニ 血液形態・機能検査

赤血球沈降速度 (E S R)、網赤血球数、末梢血液一般検査、
末梢血液像 (自動機械法)、末梢血液像 (鏡検法)、ヘモグロビン A 1 c (H b A 1 c)

ホ 出血・凝固検査

出血時間

ヘ 血液化学検査

総ビリルビン、総蛋白、アルブミン (B C P改良法)、尿素窒素、
クレアチニン、尿酸、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ (L D)、
アルカリホスファターゼ (A L P)、コリンエステラーゼ (C h E)、
アミラーゼ、 γ -グルタミルトランスフェラーゼ (γ -G T)、
ロイシンアミノペプチダーゼ (L A P)、クレアチンキナーゼ (C K)、
中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、鉄 (F e)、
マグネシウム、無機リン及びリン酸、総コレステロール、
アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ (A S T)、
アラニンアミノトランスフェラーゼ (A L T)、グリコアルブミン、
1, 5-アンヒドロ-D-グルシトール (1, 5 A G)、
1, 25-ジヒドロキシビタミンD 3、HDL-コレステロール、
LDL-コレステロール、不飽和鉄結合能 (U I B C) (比色法)、
総鉄結合能 (T I B C) (比色法)、蛋白分画、血液ガス分析、
アルミニウム (A I)、フェリチン半定量、フェリチン定量、
シスタチンC、ペントシジン

ト 内分泌学的検査

トリヨードサイロニン (T 3)、サイロキシシン (T 4)、

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-ペプチド (CPR)、
遊離サイロキシニン (FT4)、カルシトニン、心房性Na利尿ペプチド (ANP)、
脳性Na利尿ペプチド (BNP)

チ 感染症免疫学的検査

梅毒血清反応 (STS) 定性、梅毒血清反応 (STS) 半定量、
梅毒血清反応 (STS) 定量

リ 肝炎ウイルス関連検査

HBs抗原、HBs抗体、HCV抗体定性・定量、
HCV抗体・HCVコア蛋白同時検出定性

ヌ 血漿蛋白免疫学的検査

C反応性蛋白 (CRP)、血清補体価 (CH50)、免疫グロブリン、
C3、C4、トランスフェリン (Tf)、 β 2-マイクログロブリン

ル 心電図検査

ヲ 写真診断

単純撮影 (胸部)

ワ 撮影

単純撮影 (胸部)

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。

16 喘息治療管理料

イ 喘息治療管理料1

(1) 1月目 75点

(2) 2月目以降 25点

ロ 喘息治療管理料2 400点

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 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、
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に掲げる初診料の注7、

区分番号A001に掲げる再診料の注5又は

区分番号A002に掲げる外来診療料の注8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、
重度喘息患者治療管理加算として、
次に掲げる点数を月1回に限り加算する。

イ 1月目 2,525点

ロ 2月目以降6月目まで 1,975点

- 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 慢性疼痛疾患管理料 130点

注1 診療所である保険医療機関において、
入院中の患者以外の慢性疼痛に係る疾患を主病とする患者に対して、
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。

- 2 区分番号 J 1 1 8 に掲げる介達牽引、
区分番号 J 1 1 8 - 2 に掲げる矯正固定、
区分番号 J 1 1 8 - 3 に掲げる変形機械矯正術、
区分番号 J 1 1 9 に掲げる消炎鎮痛等処置、
区分番号 J 1 1 9 - 2 に掲げる腰部又は胸部固定帯固定、
区分番号 J 1 1 9 - 3 に掲げる低出力レーザー照射及び
区分番号 J 1 1 9 - 4 に掲げる肛門処置の費用
(薬剤の費用を除く。)
は、所定点数に含まれるものとする。

18 小児悪性腫瘍患者指導管理料 550 点

- 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 B 0 0 0 に掲げる特定疾患療養管理料又は
区分番号 B 0 0 1 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 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の同月内に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。
- 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、小児悪性腫瘍患者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、479点を算定する。

19 削除

20 糖尿病合併症管理料 170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、
糖尿病足病変ハイリスク要因を有し、
医師が糖尿病足病変に関する指導の必要性があると認めた
入院中の患者以外の患者に対して、
医師又は医師の指示に基づき看護師が当該指導を行った場合に、
月1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。

21 耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料 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、
耳鼻咽喉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、
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、
月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。
- 3 退院した患者に対して退院の日から起算して1月以内に指導を行った場合における

当該指導の費用は、
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。

22 がん性疼痛緩和指導管理料 200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、
がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与している患者に対して、
WHO方式のがん性疼痛の治療法に基づき、
当該保険医療機関の緩和ケアに係る研修を受けた保険医が
計画的な治療管理及び療養上必要な指導を行い、
麻薬を処方した場合に、
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、
がん性疼痛緩和のための専門的な治療が必要な患者に対して、
当該患者又はその家族等の同意を得て、
当該保険医療機関の保険医が、
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、
難治性がん性疼痛緩和指導管理加算として、
患者1人につき1回に限り
所定点数に100点を加算する。

- 3 当該患者が15歳未満の小児である場合には、
小児加算として、
所定点数に50点を加算する。

- 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、
がん性疼痛緩和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、174点を算定する。

23 がん患者指導管理料

- イ 医師が看護師と共同して診療方針等について話し合い、
その内容を文書等により提供した場合 500点
- ロ 医師、看護師又は公認心理師が
心理的不安を軽減するための面接を行った場合 200点
- ハ 医師又は薬剤師が
抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射の必要性等について
文書により説明を行った場合 200点
- ニ 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 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、
がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、
当該患者の同意を得て、
当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、
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又は
末期の悪性腫瘍の患者に対して、
当該患者の同意を得て、
当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、
診療方針等について十分に話し合った上で、
当該診療方針等に関する当該患者の意思決定に対する支援を行い、
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1回

(当該患者について区分番号B005-6に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び
区分番号B005-6-2に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、
それぞれ当該指導管理を実施した場合には、
それぞれの保険医療機関において、
患者1人につき1回)

に限り算定する。

ただし、
病状の変化に伴って診療方針の変更等について話し合いが必要となった場合は、
更に1回に限り算定できる。

2 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、
がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、
当該患者の同意を得て、
当該保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示に基づき
看護師若しくは公認心理師が、
患者の心理的不安を軽減するための面接を行った場合に、
患者1人につき6回に限り算定する。

3 ハについては、

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、
がんと診断された患者であって継続して抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射を受けているものに対して、
当該患者の同意を得て、
当該保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示に基づき薬剤師が、
投薬又は注射の前後にその必要性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6回に限り算定する。

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、
当該保険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 ロについて、
区分番号A226-2に掲げる緩和ケア診療加算、
区分番号B001の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料、
区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料又は
区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料は、
別に算定できない。

6 ハについて、
区分番号B001の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料、
区分番号B001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料、
区分番号B008に掲げる薬剤管理指導料、
区分番号F100に掲げる処方料の注6に規定する加算又は
区分番号F400に掲げる処方箋料の注5に規定する加算は、
別に算定できない。

7 ニについて、

区分番号 B 0 0 1 - 11 に掲げる遺伝性疾患療養指導管理料の 1 は、別に算定できない。

- 8 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、がん患者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、イ、ロ、ハ又はニの所定点数に代えて、それぞれ 435 点、174 点、174 点又は 261 点を算定する。

24 外来緩和ケア管理料 290 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、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 当該患者が 15 歳未満の小児である場合には、小児加算として、所定点数に 150 点を加算する。
- 3 区分番号 B 0 0 1 の 22 に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料は、

別に算定できない。

4 医療提供体制の確保の状況に鑑み

別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、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ものについては、注1に規定する届出の有無にかかわらず、所定点数に代えて、外来緩和ケア管理料（特定地域）として、150点を算定する。

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、外来緩和ケア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、252点

（注4に規定する外来緩和ケア管理料（特定地域）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にあっては、131点）を算定する。

25 移植後患者指導管理料

イ 臓器移植後の場合 300点

ロ 造血幹細胞移植後の場合 300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、

臓器移植後又は造血幹細胞移植後の患者であって、
入院中の患者以外の患者に対して、
当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師等が共同して
計画的な医学管理を継続して行った場合に、
月1回に限り算定する。

- 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。
- 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、
移植後患者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、
イ又はロの所定点数に代えて、
それぞれ261点を算定する。

26 植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料 810点

注1 植込型輸液ポンプ持続注入療法

(髄腔内投与を含む。)

を行っている入院中の患者以外の患者に対して、
当該療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

- 2 植込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には、
導入期加算として、140点を所定点数に加算する。

27 糖尿病透析予防指導管理料 350 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、
糖尿病の患者
(別に厚生労働大臣が定める者に限る。)
であって、
医師が透析予防に関する指導の必要性があると認めた
入院中の患者以外の患者に対して、
当該保険医療機関の医師、看護師又は保健師及び管理栄養士等が共同して
必要な指導を行った場合に、
月1回に限り算定する。
- 2 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B001の11に掲げる集団栄養食事指導料は、
所定点数に含まれるものとする。
- 3 医療提供体制の確保の状況に鑑み
別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、
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ものについては、
注1に規定する届出の有無にかかわらず、

所定点数に代えて、
糖尿病透析予防指導管理料（特定地域）として、175点を算定する。

- 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、
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。

- 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、
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、
所定点数に代えて、305点
（注3に規定する糖尿病透析予防指導管理料（特定地域）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にあっては、152点）
を算定する。

28 小児運動器疾患指導管理料 250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20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、
かつ、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。

29 乳腺炎重症化予防ケア・指導料

イ 乳腺炎重症化予防ケア・指導料1

(1) 初回 500点

(2) 2回目から4回目まで 150点

ロ 乳腺炎重症化予防ケア・指導料2

(1) 初回 500点

(2) 2回目から8回目まで 200点

注1 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、
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。

2 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、

入院中の患者以外の患者であって、

乳腺炎が悪化し区分番号K472に掲げる乳腺膿瘍切開術を行ったことに伴い

母乳育児に困難を来しているものに対し、

医師又は助産師が乳腺膿瘍切開術の管理を含む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8回に限り算定する。

30 婦人科特定疾患治療管理料 250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、

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の同月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、
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に対して、
当該患者の同意を得て、
看護師と共同して、
当該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。
 - 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、
腎代替療法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、
435点を算定する。

32 一般不妊治療管理料 250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、
入院中の患者以外の不妊症の患者であって、
一般不妊治療を実施しているものに対して、
当該患者の同意を得て、
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。

ただし、

区分番号B001の33に掲げる生殖補助医療管理料を算定している患者については算定しない。

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
当該初診の日の同月内に行った指導の費用は、
初診料に含まれるものとする。

33 生殖補助医療管理料

イ 生殖補助医療管理料1 300点

ロ 生殖補助医療管理料2 250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、
入院中の患者以外の不妊症の患者であって、
生殖補助医療を実施しているものに対して、
当該患者の同意を得て、
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、
当該基準に係る区分に従い、
月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
当該初診の日の同月内に行った指導の費用は、
初診料に含まれるものとする。

34 二次性骨折予防継続管理料

- イ 二次性骨折予防継続管理料1 1,000点
- ロ 二次性骨折予防継続管理料2 750点
- ハ 二次性骨折予防継続管理料3 500点

注1 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
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、
大腿骨近位部骨折に対する手術を行ったものに対して、
二次性骨折の予防を目的として、
骨粗鬆症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。

2 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
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、
他の保険医療機関において
イを算定したものに対して、
継続して骨粗鬆症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。

3 ハについては、
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、
イを算定したものに対して、
継続して骨粗鬆症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。

35 アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料

イ 1月目 280点

ロ 2月目以降 25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、
入院中の患者以外のアレルギー性鼻炎の患者に対して、
アレルギー免疫療法による治療の必要を認め、
治療内容等に係る説明を文書を用いて行い、
当該患者の同意を得た上で、
アレルギー免疫療法による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。

36 下肢創傷処置管理料 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において、
入院中の患者以外の患者であって、
下肢の潰瘍を有するものに対して、
下肢創傷処置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、
かつ、療養上必要な指導を行った場合に、
区分番号 J 0 0 0 - 2 に掲げる下肢創傷処置を算定した日の属する月において、

月1回に限り算定する。

ただし、

区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料は、別に算定できない。

37 慢性腎臓病透析予防指導管理料

イ 初回の指導管理を行った日から起算して1年以内の期間に行った場合 300点

ロ 初回の指導管理を行った日から起算して1年を超えた期間に行った場合 250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

(糖尿病患者又は現に透析療法を行っている患者を除き、

別に厚生労働大臣が定める者に限る。)

であって、

医師が透析予防に関する指導の必要性があると認めた

入院中の患者以外の患者に対して、

当該保険医療機関の医師、看護師又は保健師及び管理栄養士等が

共同して必要な指導を行った場合に、

月1回に限り算定する。

2 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B001の11に掲げる集団栄養食事指導料は、

所定点数に含まれるものとする。

- 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、
慢性腎臓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、
イ又はロの所定点数に代えて、
261点又は218点を算定する。

B001-2 小児科外来診療料（1日につき）

- 1 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合
 - イ 初診時 604点
 - ロ 再診時 411点

- 2 1以外の場合
 - イ 初診時 721点
 - ロ 再診時 529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、
入院中の患者以外の患者
（6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 区分番号 A 0 0 1 に掲げる再診料の注 9 に規定する場合、
区分番号 B 0 0 1 - 2 - 11 に掲げる小児かかりつけ診療料を算定する場合、
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している場合又は
別に厚生労働大臣が定める薬剤を投与している場合については、
算定しない。

- 3 注 4 に規定する加算、
区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料の注 7、注 8、注 10、注 15 及び注 16 に規定する加算、
区分番号 A 0 0 1 に掲げる再診料の注 5、注 6 及び注 19 に規定する加算、
区分番号 A 0 0 2 に掲げる外来診療料の注 8 から注 10 までに規定する加算、
通則第 3 号から第 6 号までに規定する加算、
区分番号 B 0 0 1 - 2 - 2 に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、
区分番号 B 0 0 1 - 2 - 6 に掲げる救急外来医学管理料、
区分番号 B 0 1 0 に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）、
区分番号 B 0 1 1 に掲げる連携強化診療情報提供料、
区分番号 C 0 0 0 に掲げる往診料及び第 14 部その他を除き、
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 A 0 0 0 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 A 0 0 1 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 A 0 0 2 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、急性中耳炎、急性副鼻腔炎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。

B 0 0 1 - 2 - 2 地域連携小児夜間・休日診療料

1 地域連携小児夜間・休日診療料 1 450 点

2 地域連携小児夜間・休日診療料 2 600 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小児科を標榜する保険医療機関において、
夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、
休日又は深夜において、

入院中の患者以外の患者

(6歳未満の小児に限る。)

に対して診療を行った場合に、
当該基準に係る区分に従い、
それぞれ算定する。

- 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。

B 0 0 1 - 2 - 3 乳幼児育児栄養指導料 130点

- 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、
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。
- 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保険医療機関において、
乳幼児育児栄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、
所定点数に代えて、113点を算定する。

B 0 0 1 - 2 - 4 地域連携夜間・休日診療料 200 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、
夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、
休日又は深夜において、
入院中の患者以外の患者

(区分番号B 0 0 1 - 2 - 2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料を算定する患者を除く。)

に対して診療を行った場合に算定する。

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。

B 0 0 1 - 2 - 5 削除

B 0 0 1 - 2 - 6 救急外来医学管理料

1 救急搬送医学管理料

イ 救急搬送医学管理料1 800点

ロ 救急搬送医学管理料2 600点

ハ 救急搬送医学管理料3 200点

2 夜間休日救急医学管理料

イ 夜間休日救急医学管理料1 600点

ロ 夜間休日救急医学管理料2 400点

ハ 夜間休日救急医学管理料3 50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、
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、
当該基準に係る区分に従い、
それぞれ算定する。

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、
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。)
にあっては、夜間に限る。)、
休日又は深夜において救急外来を受診した患者

(救急用の自動車等により緊急に搬送された患者を除く。)
に対して必要な医学管理を行った場合に、
当該基準に係る区分に従い、
それぞれ算定する。

- 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、
診療に基づき検査、画像診断、処置又は注射を実施する必要性を認め、
区分番号D006に掲げる出血・凝固検査、
区分番号D007に掲げる血液化学検査、
区分番号D011に掲げる免疫血液学的検査、
区分番号D018に掲げる細菌培養同定検査、
区分番号E200に掲げるコンピューター断層撮影
(CT撮影)、
区分番号E202に掲げる磁気共鳴コンピューター断層撮影
(MRI撮影)、
第6部第1節第1款注射実施料
(区分番号G000に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射並びに
区分番号G001に掲げる静脈内注射を除く。)
又は第9部第1節処置料
(区分番号J063に掲げる留置カテーテル設置、
区分番号J119に掲げる消炎鎮痛等処置及び

区分番号 J 1 1 9 - 2 に掲げる腰部又は胸部固定帯固定を除く。)を算定する場合は、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 救急外来緊急検査対応加算 1 300 点

ロ 救急外来緊急検査対応加算 2 200 点

4 急性薬毒物中毒

(アルコール中毒を除く。)

と診断された患者又は過去 6 月以内に精神科受診の既往がある患者に対して必要な医学管理を行った場合には、精神科疾患患者等受入加算として、400 点を所定点数に加算する。

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、注 1 又は注 2 に規定する患者であって、意識障害の患者に対し、救急時医療情報閲覧機能及び電子処方箋の仕組みを用いて診療情報を取得した場合に、救急時医療情報取得加算として、月に 1 回に限り、

50点を所定点数に加算する。

6 1について、

土曜日、日曜日若しくは祝日又は夜間において、
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は、
当該患者が受診した時間の区分に従い、
時間外救急搬送加算として、
次に掲げる点数を所定点数に加算する。

- イ 土曜日、日曜日又は祝日における夜間の場合 300点
- ロ 土曜日、日曜日又は祝日以外の日における夜間の場合 250点
- ハ 土曜日、日曜日又は祝日における夜間以外の時間の場合 200点

7 2について、

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。

この場合において、

区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料の注2に規定する
院内トリアージ実施体制加算及び
区分番号B001-2-4に掲げる地域連携夜間・休日診療料の注2に規定する
院内トリアージ実施体制加算は

別に算定できない。

B 0 0 1 - 2 - 7 外来リハビリテーション診療料

1 外来リハビリテーション診療料1 74点

2 外来リハビリテーション診療料2 111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、
リハビリテーション

(区分番号H 0 0 0に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、
区分番号H 0 0 1に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、
区分番号H 0 0 1 - 2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、
区分番号H 0 0 2に掲げる運動器リハビリテーション料又は
区分番号H 0 0 3に掲げる呼吸器リハビリテーション料を算定するものに限る。
以下この区分番号において同じ。)

を要する入院中の患者以外の患者に対して、
リハビリテーションの実施に関し必要な診療を行った場合に、
外来リハビリテーション診療料1については7日間に1回に限り、
外来リハビリテーション診療料2については14日間に1回に限り算定する。

2 外来リハビリテーション診療料1を算定する日から起算して
7日以内の期間においては、

当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料

(注16に規定する加算を除く。)、

区分番号A001に掲げる再診料

(注19に規定する加算を除く。)、

区分番号A002に掲げる外来診療料

(注10に規定する加算を除く。)

及び外来リハビリテーション診療料2は、算定しない。

3 外来リハビリテーション診療料2を算定する日から起算して

14日以内の期間においては、

当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料

(注16に規定する加算を除く。)、

区分番号A001に掲げる再診料

(注19に規定する加算を除く。)、

区分番号A002に掲げる外来診療料

(注10に規定する加算を除く。)

及び外来リハビリテーション診療料1は、算定しない。

B001-2-8 外来放射線照射診療料 298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、

放射線治療を要する入院中の患者以外の患者に対して、

放射線治療の実施に関し必要な診療を行った場合に、
7日間に1回に限り算定する。

- 2 外来放射線照射診療料を算定する日から起算して
7日以内の期間に4日以上放射線治療を予定していない場合には、
所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

- 3 外来放射線照射診療料を算定する日から起算して
7日以内の期間においては、
当該放射線治療の実施に係る区分番号A000に掲げる初診料
(注16に規定する加算を除く。)、
区分番号A001に掲げる再診料
(注19に規定する加算を除く。)
及び区分番号A002に掲げる外来診療料
(注10に規定する加算を除く。)
は、算定しない。

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 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

(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、

入院中の患者以外の患者に対して、

当該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、当該基準に係る区分に従い、

それぞれ患者 1 人につき月 1 回に限り算定する。

2 地域包括診療を受けている患者に対して行った

注3に規定する加算並びに

区分番号 A 0 0 1 に掲げる再診料の注5から注7まで及び注19に規定する加算、

通則第3号から第6号までに規定する加算、

区分番号 B 0 0 1 - 2 - 2 に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、

区分番号 B 0 0 1 - 10 に掲げる心不全再入院予防管理料

(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に限る。)、

区分番号 B 0 1 0 に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)及び

区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料並びに

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。)、

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。)

及び第14部その他を除く費用は、
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 他の保険医療機関に入院した患者、
介護老人保健施設に入所した患者又は
他の保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者について、
当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設に対して、
薬剤の服用状況や薬剤服用歴に関する情報提供を行い、
適切な連携を実施するとともに、

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、
退院後若しくは退所後1月以内又は
当該情報提供から3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
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、
3月に1回に限り、
30点を所定点数に加算する。

- 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。

B001-2-10 削除

B001-2-11 小児かかりつけ診療料（1日につき）

1 小児かかりつけ診療料1

イ 処方箋を交付する場合

- (1) 初診時 652 点
- (2) 再診時 459 点
- ロ 処方箋を交付しない場合
 - (1) 初診時 769 点
 - (2) 再診時 577 点

2 小児かかりつけ診療料2

- イ 処方箋を交付する場合
 - (1) 初診時 641 点
 - (2) 再診時 448 点
- ロ 処方箋を交付しない場合
 - (1) 初診時 758 点
 - (2) 再診時 566 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

(6歳以上の患者にあつては、
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。)
の患者であつ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、
当該基準に係る区分に従い、
それぞれ算定する。

- 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。

- 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、注10、注15及び注16に規定する加算、
区分番号A001に掲げる再診料の注5、注6及び注19に規定する加算、
区分番号A002に掲げる外来診療料の注8から注10までに規定する加算並びに通則第3号から第6号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B001-2-6に掲げる救急外来医学管理料、
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に掲げる連携強化診療情報提供料、
区分番号C000に掲げる往診料及び第14部その他を除き、
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 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、急性中耳炎、急性副鼻腔炎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

(初診時に限る。)

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。

B 0 0 1 - 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

- (3) 4回目以降
 - (その他の場合) 261点
 - (4) 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、
悪性腫瘍を主病とする患者であって入院中の患者以外のものに対して、
外来化学療法

(別に厚生労働大臣が定めるものに限る。)
の実施その他の必要な治療管理を行った場合に、
当該基準に係る区分に従い算定する。

この場合において、

区分番号A000に掲げる初診料

(注6から注8まで、注15及び注16に規定する加算を除く。)、

区分番号A001に掲げる再診料

(注4から注6まで及び注19に規定する加算を除く。)、

区分番号A002に掲げる外来診療料

(注7から注10までに規定する加算を除く。)、

区分番号B001の23に掲げるがん患者指導管理料のハ又は

区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は、

別に算定できない。

- 2 1のイの(1)、2のイの(1)及び3のイの(1)については、
当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤を投与した場合

(区分番号G000に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射のうち
皮下注射による場合を除く。)

に、1のイの(2)、2のイの(2)及び3のイの(2)については、
当該患者に対して、

区分番号G000に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射のうち

皮下注射により、抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、

月3回に限り算定する。

3 1のイの(3)、2のイの(3)及び3のイの(3)については、
1のイの(1)若しくは(2)、2のイの(1)若しくは(2)又は
3のイの(1)若しくは(2)を算定する日以外の日において、
当該患者に対して、
区分番号G000に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射のうち
皮下注射以外の方法により抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、
1のイの(4)、2のイの(4)及び3のイの(4)については、
1のイの(1)若しくは(2)、2のイの(1)若しくは(2)又は
3のイの(1)若しくは(2)を算定する日以外の日において、
当該患者に対して、
区分番号G000に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射のうち
皮下注射により抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、
週1回に限り算定する。

4 1のロについては、
次に掲げるいずれかの治療管理を行った場合に、
週1回に限り算定する。
イ 1のイを算定する日以外の日において、
当該患者に対して、
抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合
ロ 連携する他の保険医療機関が外来化学療法を実施している患者に対し、
緊急に抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合

- 5 2のロ及び3のロについては、
2のイ又は3のイを算定する日以外の日において、
当該患者に対して、
抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合に、
週1回に限り算定する。
- 6 退院した患者に対して退院の日から起算して7日以内に行った治療管理の費用は、
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。
- 7 当該患者が15歳未満の小児である場合には、
小児加算として、所定点数に200点を加算する。
- 8 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、
1のイの(1)又は(2)を算定した患者に対して、
当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、
副作用の発現状況、治療計画等を文書により提供した上で、
当該患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合は、
連携充実加算として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。
- 9 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、

1のイの(1)又は(2)を算定する患者に対して、
当該保険医療機関の医師の指示に基づき薬剤師が、
服薬状況、副作用の有無等の情報の収集及び評価を行い、
医師の診察前に情報提供や処方案の提案等を行った場合は、
がん薬物療法体制充実加算として、月1回に限り100点を所定点数に加算する。

B001-3 生活習慣病管理料(Ⅰ)

1 脂質異常症を主病とする場合 610点

2 高血圧症を主病とする場合 660点

3 糖尿病を主病とする場合 760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、

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っては、

別に厚生労働大臣が定める薬剤を投与している場合であって、

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ときは、

算定できない。

2 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った

区分番号A001の注8に掲げる医学管理、

第2章第1部医学管理等

(区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、

区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、

区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料、

区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料及び

区分番号B001の37に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料を除く。)、

第3部検査、第6部注射及び第13部病理診断の費用は、

生活習慣病管理料(I)に含まれるものとする。

3 糖尿病を主病とする患者

(2型糖尿病の患者であってインスリン製剤を使用していないものに限る。)

に対して、

血糖自己測定値に基づく指導を行った場合は、

血糖自己測定指導加算として、

年1回に限り所定点数に500点を加算する。

- 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

- 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。

- 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。

B001-3-2 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
 - (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 区分番号D200に掲げるスパイログラフィー等検査の4の呼気ガス分析の費用は、
所定点数に含まれるものとする。
- 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。

B001-3-3 生活習慣病管理料（Ⅱ） 333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、

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っては、

別に厚生労働大臣が定める薬剤を投与している場合であって、

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ときは、

算定できない。

2 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った

区分番号A001の注8に掲げる医学管理、

第2章第1部第1節医学管理料等

- (区分番号B001の2に掲げる特定薬剤治療管理料、
- 区分番号B001の3に掲げる悪性腫瘍特異物質治療管理料、
- 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14に掲げる高度難聴指導管理料、
- 区分番号B001の16に掲げる喘息治療管理料、
- 区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、
- 区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、
- 区分番号B001の23に掲げるがん患者指導管理料、
- 区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料、
- 区分番号B001の26に掲げる植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料、
- 区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料、
- 区分番号B001の29に掲げる乳腺炎重症化予防ケア・指導料、
- 区分番号B001の34に掲げる二次性骨折予防継続管理料、
- 区分番号B001の36に掲げる下肢創傷処置管理料、
- 区分番号B001の37に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料、
- 区分番号B001-2-4に掲げる地域連携夜間・休日診療料、
- 区分番号B001-2-6に掲げる救急外来医学管理料、
- 区分番号B001-2-8に掲げる外来放射線照射診療料、
- 区分番号B001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料、

区分番号B 0 0 1 - 3 - 2に掲げるニコチン依存症管理料、
区分番号B 0 0 1 - 9に掲げる療養・就労両立支援指導料、
区分番号B 0 0 5 - 6に掲げるがん治療連携計画策定料、
区分番号B 0 0 5 - 6 - 2に掲げるがん治療連携指導料、
区分番号B 0 0 5 - 7に掲げる認知症専門診断管理料、
区分番号B 0 0 5 - 7 - 3に掲げる認知症サポート指導料、
区分番号B 0 0 5 - 8に掲げる肝炎インターフェロン治療計画料、
区分番号B 0 0 5 - 14に掲げるプログラム医療機器等指導管理料、
区分番号B 0 0 6に掲げる救急救命管理料、
区分番号B 0 0 9に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）、
区分番号B 0 0 9 - 2に掲げる電子的診療情報評価料、
区分番号B 0 1 0に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）、
区分番号B 0 1 0 - 2に掲げる診療情報連携共有料、
区分番号B 0 1 1に掲げる連携強化診療情報提供料、
区分番号B 0 1 1 - 3に掲げる薬剤情報提供料、
区分番号B 0 1 2に掲げる傷病手当金意見書交付料及び
区分番号B 0 1 3に掲げる療養費同意書交付料を除く。）

の費用は、

生活習慣病管理料（Ⅱ）に含まれるものとする。

3 糖尿病を主病とする患者

（2型糖尿病の患者であってインスリン製剤を使用していないものに限る。）

に対して、

血糖自己測定値に基づく指導を行った場合は、
血糖自己測定指導加算として、
年1回に限り所定点数に500点を加算する。

- 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

- 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。

- 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。
- 7 区分番号B001-3に掲げる生活習慣病管理料（Ⅰ）を算定した日の属する月から
起算して6月以内の期間においては、
生活習慣病管理料（Ⅱ）は、算定できない。
- 8 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、
生活習慣病管理料（Ⅱ）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、290点を算定する。

B 0 0 1 - 4 手術前医学管理料 1,192点

- 注1 手術前に行われる検査の結果に基づき
計画的な医学管理を行う保険医療機関において、
手術の実施に際して区分番号L 0 0 2に掲げる硬膜外麻酔、
区分番号L 0 0 4に掲げる脊椎麻酔又は
区分番号L 0 0 8に掲げる声門上器具又は
気管挿管による気道確保を伴う閉鎖循環式全身麻酔を行った場合に、
当該手術に係る手術料を算定した日に算定する。
- 2 同一の患者につき1月以内に
手術前医学管理料を算定すべき医学管理を2回以上行った場合は、
第1回目の手術前医学管理に係る手術料を算定した日に
1回に限り、手術前医学管理料を算定する。
- 3 手術前医学管理料を算定した同一月に
区分番号D 2 0 8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、
所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。
- 4 同一の部位につき

当該管理料に含まれる区分番号E 0 0 1に掲げる写真診断及び
区分番号E 0 0 2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。

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週間以内に行ったものに限る。)

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 尿中一般物質定性半定量検査
- ロ 血液形態・機能検査
末梢血液像(自動機械法)、
末梢血液像(鏡検法)及び末梢血液一般検査
- ハ 出血・凝固検査

出血時間、プロトロンビン時間（PT）及び
活性化部分トロンボプラスチン時間（APTT）

ニ 血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン、
総蛋白、アルブミン（BCP改良法）、尿素窒素、クレアチニン、
尿酸、アルカリホスファターゼ（ALP）、コリンエステラーゼ（ChE）、
γ-グルタミルトランスフェラーゼ（γ-GT）、中性脂肪、
ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、
クレアチン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（LD）、アミラーゼ、
ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP）、クレアチンキナーゼ（CK）、
アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄（Fe）、
血中ケトン体・糖・クロール検査

（試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極によるもの）、
不飽和鉄結合能（UIBC）（比色法）、総鉄結合能（TIBC）（比色法）、
リン脂質、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、
無機リン及びリン酸、総コレステロール、
アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（AST）、
アラニンアミノトランスフェラーゼ（ALT）並びに
イオン化カルシウム

ホ 感染症免疫学的検査

梅毒血清反応（STS）定性、抗ストレプトリジンO（ASO）定性、
抗ストレプトリジンO（ASO）半定量、抗ストレプトリジンO（ASO）定量、
抗ストレプトキナーゼ（ASK）定性、抗ストレプトキナーゼ（ASK）半定量、

梅毒トレポネーマ抗体定性、H I V - 1 抗体、
肺炎球菌抗原定性（尿・髄液）、ヘモフィルス・インフルエンザ b 型（H i b）抗原定性（尿・髄液）、
単純ヘルペスウイルス抗原定性、R S ウイルス抗原定性及び淋菌抗原定性

へ 肝炎ウイルス関連検査

H B s 抗原定性・半定量、H C V 抗体定性・定量及び

H C V 抗体・H C V コア蛋白同時検出定性

ト 血漿蛋白免疫学的検査

C 反応性蛋白（C R P）定性及びC 反応性蛋白（C R P）

チ 心電図検査

区分番号D 2 0 8 の 1 に掲げるもの

リ 写真診断

区分番号E 0 0 1 の 1 のイに掲げるもの

ヌ 撮影

区分番号E 0 0 2 の 1 に掲げるもの

6 区分番号D 0 2 6 に掲げる血液学的検査判断料、
生化学的検査（I）判断料又は免疫学的検査判断料を算定している患者については算定しない。

7 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。

B 0 0 1 - 5 手術後医学管理料（1 日につき）

1 病院の場合 1,188 点

2 診療所の場合 1,056 点

注1 病院

(療養病棟、結核病棟及び精神病棟を除く。)

又は診療所

(療養病床に係るものを除く。)

に入院している患者について、

入院の日から起算して 10 日以内に行われた

区分番号 L 0 0 8 に掲げる声門上器具又は

気管挿管による気道確保を伴う

閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術後に

必要な医学管理を行った場合に、

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 日に限り算定する。

2 同一の手術について、

同一月に区分番号 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。

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 尿中一般物質定性半定量検査

ロ 尿中特殊物質定性定量検査

尿蛋白及び尿グルコース

ハ 血液形態・機能検査

赤血球沈降速度 (E S R)、

末梢血液像 (自動機械法)、

末梢血液像 (鏡検法) 及び

末梢血液一般検査

ニ 血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン、

総蛋白、アルブミン (B C P改良法)、尿素窒素、

クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ (A L P)、

コリンエステラーゼ (C h E)、 γ -グルタミルトランスフェラーゼ (γ -G T)、

中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、

クレアチン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ (L D)、

アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ (L A P)、

クレアチンキナーゼ (C K)、アルドラーゼ、遊離コレステロール、

鉄 (F e)、血中ケトン体・糖・クロール検査

(試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極によるもの)、

不飽和鉄結合能（U I B C）（比色法）、
総鉄結合能（T I B C）（比色法）、リン脂質、
H D L - コレステロール、L D L - コレステロール、
無機リン及びリン酸、総コレステロール、
アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（A S T）、
アラニンアミノトランスフェラーゼ（A L T）、
イオン化カルシウム並びに
血液ガス分析

ホ 心電図検査

へ 呼吸心拍監視

ト 経皮的動脈血酸素飽和度測定

チ 終末呼気炭酸ガス濃度測定

リ 中心静脈圧測定

ヌ 動脈血採取

4 区分番号D 0 2 6 に掲げる尿・糞便等検査判断料、
血液学的検査判断料又は生化学的検査（I）判断料を
算定している患者については算定しない。

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。

- 6 区分番号 A 3 0 0 の救命救急入院料又は
区分番号 A 3 0 1 の特定集中治療室管理料に係る
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入院している患者については算定しない。

B 0 0 1 - 6 肺血栓塞栓症予防管理料 305 点

注 1 病院

(療養病棟を除く。)

又は診療所

(療養病床に係るものを除く。)

に入院中の患者であって

肺血栓塞栓症を発症する危険性が高いもの

(結核病棟に入院中の患者においては手術を伴うもの、
精神病棟に入院中の患者においては治療上必要があって
身体拘束が行われているものに限る。)

に対して、

肺血栓塞栓症の予防を目的として、

必要な機器又は材料を用いて計画的な医学管理を行った場合に、
当該入院中 1 回に限り算定する。

- 2 肺血栓塞栓症の予防を目的として行った処置に用いた
機器及び材料の費用は、所定点数に含まれるものとする。

B 0 0 1 - 7 リンパ浮腫指導管理料 100 点

- 注 1 保険医療機関に入院中の患者であって、
鼠径部、骨盤部若しくは腋窩部のリンパ節郭清を伴う
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)
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 注 1 に基づき当該点数を算定した患者であつて
当該保険医療機関を退院したものに対して、
当該保険医療機関又は当該患者の退院後において
区分番号 B 0 0 5 - 6 の注 1 に規定する地域連携診療計画に基づいた治療を担う
他の保険医療機関
(当該患者について区分番号 B 0 0 5 - 6 - 2 に掲げる
がん治療連携指導料を算定した場合に限る。)
において、

退院した日の属する月又はその翌月に注1に規定する指導を再度実施した場合に、当該指導を実施した、いずれかの保険医療機関において、1回に限り算定する。

B 0 0 1 - 8 臍ヘルニア圧迫指導管理料 100 点

注 保険医療機関において、
医師が1歳未満の乳児に対する臍ヘルニアについて
療養上の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。

B 0 0 1 - 9 療養・就労両立支援指導料

1 初回 850 点

2 2回目以降 500 点

注1 1については、
疾患の増悪防止等のための反復継続した治療が必要な
入院中の患者以外の患者であって、
就業の継続に配慮が必要なものに対して、
当該患者と当該患者を雇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
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、
同法第 10 条第 1 項に規定する総括安全衛生管理者、
同法第 12 条に規定する衛生管理者若しくは
同法第 12 条の 2 に規定する安全衛生推進者若しくは衛生推進者又は
同法第 13 条の 2 の規定により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
当該患者の就労と療養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又はその翌月から起算して
6 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、社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師が
相談支援を行った場合に、
相談支援加算として、400点を所定点数に加算する。

- 4 注1の規定に基づく産業医等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。
- 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、
療養・就労両立支援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、
1又は2の所定点数に代えて、
それぞれ740点又は435点を算定する。

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。

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。

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。

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。

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。

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。

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。

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。

- 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。

B002 開放型病院共同指導料(Ⅰ) 350点

注1 診察に基づき紹介された患者が、
別に厚生労働大臣が定める開放利用に係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
(以下この表において「開放型病院」という。)
に入院中である場合において、
当該開放型病院に赴いて、
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、

患者1人1日につき1回算定する。

- 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。

B003 開放型病院共同指導料（Ⅱ） 220点

注 診察に基づき紹介された患者が
開放型病院に入院中である場合において、
当該開放型病院において、
当該患者を診察した保険医療機関の医師と共同して
療養上必要な指導を行った場合に、
患者1人1日につき1回算定する。

B004 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
地方厚生局長等に届け出たものをいう。
以下この表において同じ。）

の場合 1,500 点

2 1 以外の場合 900 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
(以下区分番号B005及び区分番号B015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、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。

- 2 注1の場合において、
当該患者が別に厚生労働大臣が定める特別な管理を要する状態等にあるときは、
特別管理指導加算として、
所定点数に200点を加算する。
- 3 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、
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。

B005 退院時共同指導料2 400点

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。

- 2 注1の場合において、
入院中の保険医療機関の保険医及び
在宅療養担当医療機関の保険医が共同して指導を行った場合に、
300点を所定点数に加算する。
ただし、
注3に規定する加算を算定する場合は、算定できない。
- 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人員及び運営に関する基準

(平成 24 年厚生労働省令第 28 号)

第 3 条第 1 項又は児童福祉法に基づく

指定障害児相談支援の事業の人員及び運営に関する基準

(平成 24 年厚生労働省令第 29 号)

第 3 条第 1 項に規定する相談支援専門員をいう。

以下同じ。)

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、
多機関共同指導加算として、
2,000 点を所定点数に加算する。

- 4 注 1 の規定にかかわらず、
区分番号 A 2 4 6 に掲げる入退院支援加算を算定する患者にあつては、
当該保険医療機関において、
疾患名、当該保険医療機関の退院基準、
退院後に必要とされる診療等の療養に必要な事項を記載した
退院支援計画を策定し、
当該患者に説明し、文書により提供するとともに、
これを在宅療養担当医療機関と共有した場合に限り算定する。
- 5 区分番号 B 0 0 3 に掲げる開放型病院共同指導料 (II) は
別に算定できない。

B 0 0 5 - 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 介護支援等連携指導料1については、
当該保険医療機関に入院中の患者に対して、
当該患者の同意を得て、
医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が
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2回に限り算定する。
この場合において、
同一日に、区分番号B 0 0 5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。
また、当該入院中、
介護支援等連携指導料1を算定した場合は、
介護支援等連携指導料2は算定できない。

- 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。

B005-1-3 介護保険リハビリテーション移行支援料 500点

- 注 入院中の患者以外の患者
（区分番号H001の注6、
区分番号H001-2の注6又は
区分番号H002の注6の規定により所定点数を算定する者に限る。）
に対して、

当該患者の同意を得て、
医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が
介護支援専門員等と連携し、
当該患者を介護保険法第8条第5項に規定する訪問リハビリテーション、
同条第8項に規定する通所リハビリテーション、
同法第8条の2第4項に規定する介護予防訪問リハビリテーション又は
同条第6項に規定する介護予防通所リハビリテーション
（以下「介護リハビリテーション」という。）
に移行した場合に、
患者1人につき1回に限り算定する。

B005-2からB005-3-2まで 削除

B005-4 ハイリスク妊産婦共同管理料（I） 800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おいて、
診療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A236-2に掲げるハイリスク妊娠管理加算の注又は
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
施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関に限る。）

に入院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
ハイリスク妊娠又は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。

B 0 0 5 - 5 ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅱ） 500点

注 区分番号A 2 3 6 - 2に掲げるハイリスク妊娠管理加算の注又は
区分番号A 2 3 7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、
ハイリスク妊娠又は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
地方厚生局長等に届け出た別の保険医療機関から紹介された患者
（区分番号B 0 0 5 - 4に掲げるハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）の注に規定する
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
ハイリスク妊娠又は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。

B 0 0 5 - 6 がん治療連携計画策定料

1 がん治療連携計画策定料 1 750 点

2 がん治療連携計画策定料 2 300 点

注 1 がん治療連携計画策定料 1 については、

入院中のがん患者の退院後の治療を総合的に管理するため、
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病院である保険医療機関

(以下この表において「計画策定病院」という。)

が、あらかじめがんの種類やステージを考慮した地域連携診療計画を作成し、
がん治療を担う別の保険医療機関と共有し、

かつ、当該患者の同意を得た上で、

入院中又は当該保険医療機関を退院した日から起算して 30 日以内に、

当該計画に基づき当該患者の治療計画を作成し、

患者に説明し、文書により提供するとともに、

退院時又は退院した日から起算して 30 日以内に

当該別の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合

(がんと診断されてから最初の入院に係るものに限る。)

に、退院時又は退院した日から起算して 30 日以内に

1 回に限り所定点数を算定する。

2 がん治療連携計画策定料 2 については、

当該保険医療機関において

注1に規定する

がん治療連携計画策定料1を算定した患者であって、

他の保険医療機関において

区分番号B005-6-2に掲げる

がん治療連携指導料を算定しているものについて、

状態の変化等に伴う当該他の保険医療機関からの紹介により、

当該患者を診療し、当該患者の治療計画を変更した場合に、

患者1人につき月1回に限り所定点数を算定する。

3 注1及び注2の規定に基づく

当該別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 区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料（II）又は

区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2は、

別に算定できない。

5 がん治療連携計画策定料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、

がん治療連携計画策定料2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、261点を算定する。

B 0 0 5 - 6 - 2 がん治療連携指導料 300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
(計画策定病院を除く。)
が、区分番号B 0 0 5 - 6に掲げる
がん治療連携計画策定料1又はがん治療連携計画策定料2を算定した患者であって
入院中の患者以外のものに対して、
地域連携診療計画に基づいた治療を行うとともに、
当該患者の同意を得た上で、
計画策定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、
月1回に限り算定する。

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B 0 0 9に掲げる診療情報提供料(I)及び
区分番号B 0 1 1に掲げる連携強化診療情報提供料の費用は、
所定点数に含まれるものとする。

B 0 0 5 - 6 - 3 がん治療連携管理料

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。

B 0 0 5 - 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、当該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。

- 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。

- 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、外来がん患者在宅連携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、所定点数に代えて、435点を算定する。

B005-7 認知症専門診断管理料

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 連携型の場合 500点

2 認知症専門診断管理料2

- イ 基幹型又は地域型の場合 300点
- ロ 連携型の場合 280点

注1 認知症専門診断管理料1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が、

他の保険医療機関から紹介された認知症の疑いのある患者であって、
入院中の患者以外のもの又は
当該他の保険医療機関の療養病棟に入院している患者に対して、
当該患者又はその家族等の同意を得て、
認知症の鑑別診断を行った上で療養方針を決定するとともに、
認知症と診断された患者については認知症療養計画を作成し、
これらを患者に説明し、文書により提供するとともに、
地域において療養を担う他の保険医療機関に
当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、
1人につき1回に限り所定点数を算定する。

- 2 認知症専門診断管理料2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が、
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患者であって
認知症の症状が増悪したもの
（入院中の患者以外の患者又は
当該他の保険医療機関の療養病棟に入院している患者に限る。）
に対して、
当該患者又はその家族等の同意を得て、
診療を行った上で今後の療養計画等を患者に説明し、
文書により提供するとともに、
当該他の保険医療機関に
当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、

3月に1回に限り所定点数を算定する。

- 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に掲げる連携強化診療情報提供料の費用は、
所定点数に含まれるものとする。
- 4 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。

B005-7-2 認知症療養指導料

- 1 認知症療養指導料1 350点
- 2 認知症療養指導料2 300点
- 3 認知症療養指導料3 300点

注1 1については、
当該保険医療機関の紹介により
他の保険医療機関において
認知症の鑑別診断を受け、
区分番号B005-7に掲げる認知症専門診断管理料1を算定した患者であって、

入院中の患者以外の患者又は療養病棟に入院している患者に対して、
当該保険医療機関において、
認知症療養計画に基づいた治療を行うとともに、
当該患者又はその家族等の同意を得た上で、
当該他の保険医療機関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、
当該治療を行っ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。

- 2 2については、
当該保険医療機関の紹介により
他の保険医療機関において
区分番号B005-7-3に掲げる認知症サポート指導料を算定した患者であって、
入院中の患者以外のものに対して、
当該他の保険医療機関から認知症の療養方針に係る助言を得て、
当該保険医療機関において、
認知症療養計画に基づいた治療を行うとともに、
当該患者又はその家族等の同意を得た上で、
当該他の保険医療機関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、
当該治療を行っ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。

- 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に対して、
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。

- 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に掲げる連携強化診療情報提供料の費用は、
所定点数に含まれるものとする。

- 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。

B 0 0 5 - 7 - 3 認知症サポート指導料 450 点

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。

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B 0 0 9に掲げる診療情報提供料（I）及び
区分番号B 0 1 1に掲げる連携強化診療情報提供料の費用は、
所定点数に含まれるものとする。

B 0 0 5 - 8 肝炎インターフェロン治療計画料 700 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が、
長期継続的にインターフェロン治療が必要な肝炎の患者に対して、
当該患者の同意を得た上で、

治療計画を作成し、
副作用等を含めて患者に説明し、
文書により提供するとともに、
地域において治療を担う他の保険医療機関に
当該患者に係る治療計画及び診療情報を文書により提供した場合に、
1人につき1回に限り算定する。

- 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。
- 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、
入院中の患者以外の患者に対して、
肝炎インターフェロン治療計画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、609点を算定する。

B005-9 外来排尿自立指導料 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 ハイリスク妊産婦連携指導料1 1,000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、
精神疾患を有する又は精神疾患が疑われるものとして
精神科若しくは心療内科を担当する医師への紹介が必要であると判断された
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。

- 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。

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、
精神疾患を有する又は精神疾患が疑われるものとして
産科若しくは産婦人科を担当する医師から紹介された
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。

- 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。

B 0 0 5 - 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 1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、
対面診療を行っている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、
診断又は治療管理を行うことを目的として、
患者の同意を得て、
当該施設基準を満たす別に厚生労働大臣が定めるものに関する
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、
当該患者の来院時に、
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。

2 2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、
在宅で療養を行っている患者であって通院が困難な患者のうち、
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、
計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った時に、
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。

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。

B 0 0 5 - 12 こころの連携指導料（Ⅰ） 350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おいて、
入院中の患者以外の患者であって、
地域社会からの孤立の状況等により、
精神疾患が増悪するおそれがあると認められるもの又は
精神科若しくは心療内科を担当する医師による療養上の指導が必要であると判断されたものに対して、
診療及び療養上必要な指導を行い、
当該患者の同意を得て、
精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関に対して
当該患者に係る診療情報の文書による提供等を行った場合に、
初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、
患者1人につき月1回に限り算定する。

B 0 0 5 - 13 こころの連携指導料（Ⅱ） 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において、
入院中の患者以外の患者であって、

区分番号B005-12に掲げるこころの連携指導料（I）を算定し、当該保険医療機関に紹介されたものに対して、精神科又は心療内科を担当する医師が、診療及び療養上必要な指導を行い、当該患者の同意を得て、当該患者を紹介した医師に対して当該患者に係る診療情報の文書による提供等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して1年を限度として、患者1人につき月1回に限り算定する。

B005-14 プログラム医療機器等指導管理料 90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、主に患者自らが使用するプログラム医療機器等（特定保険医療材料に限る。）に係る指導管理を行った場合は、プログラム医療機器等指導管理料として、月に1回に限り算定する。
- 2 プログラム医療機器等に係る初回の指導管理を行った場合は、当該初回の指導管理を行った月に限り、導入期加算として、50点を更に所定点数に加算する。

- 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、
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。

B 0 0 6 救急救命管理料 500点

- 注1 患者の発生した現場に
保険医療機関の救急救命士が赴いて必要な処置等を行った場合において、
当該救急救命士に対して必要な指示を行った場合に算定する。
- 2 救急救命士が行った処置等の費用は、
所定点数に含まれるものとする。

B 0 0 6 - 2 削除

B 0 0 6 - 3 退院時リハビリテーション指導料 300点

- 注 患者の退院時に当該患者
(当該保険医療機関での入院中に、
区分番号A 2 3 3に掲げるリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、

区分番号A301の注4に掲げる早期離床・リハビリテーション加算、
区分番号A301-2の注3に掲げる早期離床・リハビリテーション加算、
区分番号A301-3の注3に掲げる早期離床・リハビリテーション加算、
区分番号A301-4の注3に掲げる早期離床・リハビリテーション加算、
区分番号A304の注11に掲げるリハビリテーション・栄養・口腔連携加算又は
第7部リハビリテーションの第1節の各区分のいずれかを算定したものに限る。)

又はその家族等に対して、

退院後の在宅での基本的動作能力若しくは応用的動作能力又は
社会的適応能力の回復を図るための訓練等について
必要な指導を行った場合に算定する。

この場合において、

同一日に、区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2

(注1の規定により、

入院中の保険医療機関の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が
指導等を行った場合に限る。)

は、別に算定できない。

B007 退院前訪問指導料 580点

注1 入院期間が1月を超えると見込まれる患者の円滑な退院のため、
患家を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、
退院後の在宅での療養上の指導を行った場合に、
当該入院中1回に限り算定する。

ただし、

入院後早期に退院前訪問指導の必要があると認められる場合は、
2回算定することができる。

この場合において、

区分番号H003-2に掲げるリハビリテーション総合計画評価料の注3に規定する
入院時訪問指導加算は算定できない。

- 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。

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
(退院日を除く。)

を限度として、5回に限り算定する。

- 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保健師、助産師、看護師又は准看護師と同行し、
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。

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。

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。

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。

B008 薬剤管理指導料

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の場合 380 点

2 1 の患者以外の患者の場合 325 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入院している患者のうち、
1 については別に厚生労働大臣が定める患者に対して、
2 についてはそれ以外の患者に対して、
それぞれ投薬又は注射及び薬学的管理指導を行った場合は、
当該患者に係る区分に従い、
患者 1 人につき週 1 回かつ月 4 回に限り算定する。

2 麻薬の投薬又は注射が行われている患者に対して、
麻薬の使用に関し、必要な薬学的管理指導を行った場合は、
麻薬管理指導加算として、1 回につき 50 点を所定点数に加算する。

B 0 0 8 - 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。

- 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。

- 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、
薬剤総合評価調整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、218点を算定する。

B009 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。

- 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
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。
- 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、
在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの同意を得て、
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。
- 4 保険医療機関が、精神障害者である患者であって、

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規定する
障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホーム

(以下「精神障害者施設」という。)

に入所若しくは通所しているもの又は
介護老人保健施設に入所しているものの同意を得て、
当該精神障害者施設又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、
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。

- 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。

- 6 保険医療機関が、認知症の状態にある患者について、
診断に基づき認知症に関する専門の保険医療機関等での鑑別診断等の必要を認め、
当該患者又はその家族等の同意を得て、
認知症に関する専門の保険医療機関等に対して
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、児童福祉法第6条の2第3項に規定する

小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者、
同法第 56 条の 6 第 2 項に規定する障害児である患者又は
アナフィラキシーの既往歴のある患者若しくは食物アレルギー患者について、
診療に基づき当該患者又はその家族等の同意を得て、
当該患者が通園又は通学する同法第 39 条第 1 項に規定する保育所又は
学校教育法（昭和 22 年法律第 26 号）第 1 条に規定する学校
（大学を除く。）等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等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 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。
- 9 区分番号 B 0 0 5 - 4 に掲げるハイリスク妊産婦共同管理料（I）の
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、
ハイリスク妊産婦共同管理料（I）に規定する
別に厚生労働大臣が定める状態等の患者の同意を得て、
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

ハイリスク妊産婦共同管理料（I）に規定する別の保険医療機関に対して紹介を行った場合は、ハイリスク妊婦紹介加算として、当該患者の妊娠中1回に限り200点を所定点数に加算する。

- 10 保険医療機関が、認知症の疑いのある患者について
専門医療機関での鑑別診断等の必要を認め、
当該患者又はその家族等の同意を得て、
当該専門医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて、
患者の紹介を行った場合は、
認知症専門医療機関紹介加算として、
100点を所定点数に加算する。
- 11 保険医療機関が、認知症の専門医療機関において
既に認知症と診断された患者であって入院中の患者以外のものについて
症状が増悪した場合に、当該患者又はその家族等の同意を得て、
当該専門医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて
当該患者の紹介を行った場合は、
認知症専門医療機関連携加算として、
50点を所定点数に加算する。
- 12 精神科以外の診療科を標榜する保険医療機関が、
入院中の患者以外の患者について、
うつ病等の精神障害の疑いによりその診断治療等の必要性を認め、

当該患者の同意を得て、
精神科を標榜する別の保険医療機関に
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、
精神科医連携加算として、
200点を所定点数に加算する。

- 13 保険医療機関が、治療計画に基づいて
長期継続的にインターフェロン治療が必要な肝炎の患者であって
入院中の患者以外のもの同意を得て、
当該保険医療機関と連携して治療を行う肝疾患に関する専門医療機関に対して、
治療計画に基づく診療状況を示す文書を添えて
当該患者の紹介を行った場合は、
肝炎インターフェロン治療連携加算として、
50点を所定点数に加算する。

- 14 保険医療機関が、患者の口腔機能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、
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、
当該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、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当該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。
- 16 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する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、
当該連携する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。
- 17 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。

- 18 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8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

B 0 0 9 - 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。

B 0 1 0 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当該保険医療機関以外の医師の意見を求める
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
別の保険医療機関において
必要な情報を添付し、
診療状況を示す文書を患者に提供することを通じて、
患者が当該保険医療機関以外の医師の助言を得るための支援を行った場合に、
患者 1 人につき月 1 回に限り算定する。

B 0 1 0 - 2 診療情報連携共有料 120 点

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。

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。

B011 連携強化診療情報提供料 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、
又は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へ紹介した患者について、
当該他の保険医療機関からの求めに応じて、
又は当該他の保険医療機関と共同して
当該患者の治療管理を継続的に行う旨の合意に基づき、
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A000に掲げる初診料を算定する日を除く。
ただし、
当該保険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に該当しない場合であって、

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、

他の保険医療機関から紹介され、

又は他の保険医療機関へ紹介した難病の患者に対する医療等に関する法律

(平成26年法律第50号)第5条第1項に規定する指定難病の患者

(当該疾病が疑われる患者を含む。

以下この区分番号において単に「指定難病の患者」という。)

又はてんかんの患者

(当該疾病が疑われる患者を含む。

以下この区分番号において同じ。)

について、

当該他の保険医療機関からの求めに応じて、

又は当該他の保険医療機関と共同して

当該患者の治療管理を継続的に行う旨の合意に基づき、

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A000に掲げる初診料を算定する日を除く。

ただし、

当該保険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 注1及び注2に該当しない場合であって、

他の保険医療機関

(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限る。

以下この注において同じ。)

から紹介され、

又は他の保険医療機関へ紹介した指定難病の患者又はてんかんの患者について、

当該他の保険医療機関からの求めに応じて、

又は当該他の保険医療機関と共同して

当該患者の治療管理を継続的に行う旨の合意に基づき、

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A000に掲げる初診料を算定する日を除く。

ただし、

当該保険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。

4 注1から注3までのいずれにも該当しない場合であって、

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、

他の保険医療機関から紹介され、

又は他の保険医療機関へ紹介した妊娠中の患者について、

当該他の保険医療機関からの求めに応じて、

又は当該他の保険医療機関と共同して

当該患者の治療管理を継続的に行う旨の合意に基づき、

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、

当該保険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。

5 注1から注4までのいずれにも該当しない場合であって、

他の保険医療機関

(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限る。

以下この注において同じ。)

から紹介され、

又は他の保険医療機関へ紹介した妊娠中の患者について、

当該他の保険医療機関からの求めに応じて、

又は当該他の保険医療機関と共同して

当該患者の治療管理を継続的に行う旨の合意に基づき、

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、

当該保険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。

- 6 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 削除

B011-3 薬剤情報提供料 4点

- 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 注1の場合において、
処方した薬剤の名称を当該患者の求めに応じて
患者の薬剤服用歴等を経時的に記録する手帳
（以下単に「手帳」という。）
に記載した場合には、
手帳記載加算として、3点を所定点数に加算する。

- 3 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付した患者については、算定しない。

B 0 1 1 - 4 医療機器安全管理料

- 1 臨床工学技士が配置されている保険医療機関において、生命維持管理装置を用いて治療を行う場合
(1月につき) 100点
- 2 放射線治療機器の保守管理、精度管理等の体制が整えられている保険医療機関において、放射線治療計画を策定する場合
(一連につき) 1,100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、生命維持管理装置を用いて治療を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

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、放射線治療が必要な患者に対して、

放射線治療計画に基づいて治療を行った場合に算定する。

B 0 1 1 - 5 がんゲノムプロファイリング評価提供料 12,000 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、
区分番号D 0 0 6 -19 に掲げるがんゲノムプロファイリング検査により得られた
包括的なゲノムプロファイルの結果について、
当該検査結果を医学的に解釈するためのがん薬物療法又は遺伝医学に関する
専門的な知識及び技能を有する医師、
遺伝カウンセリング技術を有する者等による検討会での検討を経た上で患者に提供し、
かつ、
治療方針等について文書を用いて当該患者に説明した場合に、
患者 1 人につき 1 回に限り算定する。

B 0 1 1 - 6 栄養情報連携料 70 点

注 1 区分番号B 0 0 1 の 10 に掲げる入院栄養食事指導料を算定する患者に対して、
退院後の栄養食事管理について指導を行った内容及び
入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて説明し、
これを他の保険医療機関、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム又は
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第 34 条第 1 項に規定する
指定障害者支援施設等若しくは児童福祉法第 42 条第 1 号に規定する福祉型障害児入所施設
(以下この区分番号において「保険医療機関等」という。)

の医師又は管理栄養士に情報提供し、共有した場合に、
入院中1回に限り算定する。

- 2 注1に該当しない場合であって、
当該保険医療機関を退院後に他の保険医療機関等に転院又は入所する患者であって
栄養管理計画が策定されているものについて、
患者又はその家族等の同意を得て、
入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて
当該他の保険医療機関等の管理栄養士に情報提供し、共有した場合に、
入院中に1回に限り算定する。
- 3 区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2は、
別に算定できない。

B012 傷病手当金意見書交付料 100点

注 健康保険法第99条第1項の規定による傷病手当金に係る意見書を交付した場合に算定する。

B013 療養費同意書交付料 100点

注 健康保険法第87条の規定による療養費
(柔道整復以外の施術に係るものに限る。)
に係る同意書を交付した場合に算定する。

B 0 1 4 退院時薬剤情報管理指導料 90 点

注 保険医療機関が、
患者の入院時に当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、
当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称
（副作用が発現した場合については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。）
に関して当該患者の手帳に記載した上で、
退院に際して当該患者又はその家族等に対して、
退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に、
退院の日に1回に限り算定する。
この場合において、
同一日に、
区分番号B 0 0 5に掲げる退院時共同指導料2
（注1の規定により、入院中の保険医療機関の薬剤師が指導等を行った場合に限る。）
は、別に算定できない。

B 0 1 5 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、
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、

療養生活環境の整備のため重点的な支援を要する患者に対して、

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、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、

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からB018まで 削除

第2節 削除

第3節 特定保険医療材料料

区分

B 2 0 0 特定保険医療材料

材料価格を 10 円で除して得た点数

注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。