

(区分の新設)

(新設)

対し新製した義歯の取扱い、保存、清掃等につき必要な指導を行った上で、当該指導の内容に係る情報を文書により提供した場合に、1回に限り算定する。

歯科疾患継続指導料 120点

注1 区分番号B000-3に掲げる歯科疾患総合指導料の注1に規定する治療計画に基づく治療が終了し、区分番号D002-4に掲げる歯科疾患継続管理診断料の注1に規定する継続治療計画に基づき、患者の同意を得て、再診時に指導管理を行った上で、当該指導内容に係る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。ただし、歯科疾患継続指導料を最後に算定した日の属する月の翌月の初日から起算して6月を経過した場合は、算定できない。

注2 歯科疾患継続指導料の算定期間中においては、区分番号B001-2に掲げる歯科衛生実地指導料、区分番号B009に掲げる診療情報提供料1、区分番号D002に掲げる歯周組織検査の1の歯周基本検査、区分番号I003に掲げる初期齲蝕小窩裂溝填塞処置、

区分番号I011に掲げる歯周基本治療の1のスクレーリング及び区分番号M036に掲げる有床義歯調整料に係る費用を除き、第2章の特掲診療料に係る費用は当該所定点数に含まれるものとする。

注3 主治の歯科医師又はその指示に基づき歯科衛生士が歯周疾患の患者に対して機械的歯面清掃を行った場合は、所定点数に80点を加算する。

注4 注3に掲げる機械的歯面清掃については、区分番号B000-3に掲げる歯科疾患総合指導料の注4及び区分番号B001に掲げる歯周疾患指導管理料の注5に規定する機械的歯面清掃を実施し加算を算定した日から3月を経過した日以降に実施した場合に限り算定する。

開放型病院共同指導料(I)

(加算の廃止)

注2 退院に際して当該患者又はその看護に当たっている者に対して、退院後の療養上必要な指導を共同して行った場合は、所定点数に330点を加算する。

(削除)

(注の新設)

(新設)

注2 区分番号A000に掲げる初診料、区分番

号A002に掲げる再診料及び区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料は別に算定できない。

開放型病院共同指導料(II)

(加算の廃止)

注2 退院に際して当該患者又はその看護に当たっている者に対して、退院後の療養上必要な指導を共同して行った場合は、所定点数に430点を加算する。

(削除)

退院指導料

(区分の削除)

300点

注 入院期間が1月を超える患者又はその家族等に対して、歯科医師、看護師等が共同して、退院後に必要となる保健医療サービス又は福祉サービス等に関する計画を策定し、当該計画に基づき必要な指導を行った場合に、当該入院中1回に限り算定する。

(削除)

退院前訪問指導料

(点数の見直し)

360点

410点

診療情報提供料(A)

(区分の再編)

220点

注1 診療所である保険医療機関が、診療に基づき、別の診療所である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

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

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、又は病院である保険医療機関が、診療に基づき、別の病院である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（地域医療支援病院又は特定機能病院が、許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関に対して患者の紹介を行った場合を除く。）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。

注2 保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、当該患者の居住地を管轄する市町村又は介護保険法第46条第1項の規定により都道府県知事が指定する指定居宅介護支援事業者等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

注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、居宅において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

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。

注2 保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、当該患者の居住地を管轄する市町村又は介護保険法第46条第1項の規定により都道府県知事が指定する指定居宅介護支援事業者等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

注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、居宅において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

診療情報提供料(B)  
(区分の再編)

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。

注4 診療所である保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、介護保険法第7条第22項に規定する介護老人保健施設（当該保険医療機関と同一の敷地内にある介護老人保健施設その他これに準ずる介護老人保健施設を除く。）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。

(新設)

290点

注1 診療所である保険医療機関が、診療に基づき、病院である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及び病院（地域医療支援病院及び特定機能病院を除く。）である保険医療機関

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。

注4 保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、介護保険法第8条第25項に規定する介護老人保健施設（当該保険医療機関と同一の敷地内にある介護老人保健施設その他これに準ずる介護老人保健施設を除く。）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。

注5 保険医療機関が、患者の退院に際して、添付の必要を認め、患者の同意を得て、別の保険医療機関に対して、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た場合は、所定点数に200点を加算する。

診療情報提供料(I) 500点

注 保険医療機関が、治療法の選択等に関して第三者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別の医療機関に患者の紹介を行った

が、診療に基づき、診療所である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。

注2 許可病床数が200床以上の病院（地域医療支援病院及び特定機能病院を除く。）である保険医療機関が、診療所である保険医療機関に対して患者の紹介を行った場合には、所定点数に更に230点を加算する。

注3 保険医療機関（介護老人保健施設と同一敷地内にある保険医療機関その他これに準ずる保険医療機関（以下この表において「併設保険医療機関」という。）を除く。）が、介護老人保健施設に入所している患者の同意を得て、当該介護老人保健施設に対して、診療状況を示す文書により当該患者に係る療養上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。

注4 保険医療機関が、認知症の状態にある患者の診断に基づき老人性認知症センターでの鑑別診断等の必要を認め、当該患者又はその家族の同意を得て、当該老人性認知症センターに対して診療状況を示す文書を添えて、患者

場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

診療情報提供料(C)  
(区分の再編)

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。

500点

(削除)

注1 病院である保険医療機関が、患者の退院に  
際して、患者の同意を得て、診療所である保  
険医療機関又は精神障害者社会復帰施設等若  
しく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患者の紹介を行った場合  
に、患者1人につき1回に限り算定する。

注2 許可病床数が200床以上の病院である保  
険医療機関が、診療所である保険医療機関又  
は精神障害者社会復帰施設等若しくは介護老  
人保健施設に対して患者の紹介を行った場合  
は所定点数に更に20点を加算する。

診療情報提供料(D)  
(区分の再編)

520点

(削除)

注 地域医療支援病院又は特定機能病院である保  
険医療機関が、診療に基づき、診療所である保  
険医療機関又は許可病床数が200床未満の病  
院である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。

薬剤情報提供料

(注の新設)

(新設)

注2 1の場合において、患者（老人保健法の規定による医療を受けるものに限る。）に対して、処方した薬剤の名称を当該患者の健康手帳（老人保健法第13条に規定する健康手帳をいう。）に記載するとともに、当該薬剤に係る名称、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）所定点数に5点を加算する。