

第2章第1部

指導管理等

(部の名称変更)

歯科口腔衛生指導料

(注の変更)

(継続的歯科口腔衛生指導料と統  
合)

(注の削除)

(注の新設)

(部の名称変更)

第2章第1部

医学管理等

注1 齲蝕又は歯肉炎に罹患している患者（齲蝕に罹患している13歳未満の患者であって、齲蝕多発傾向にあり、齲蝕に対する歯冠修復終了後も齲蝕活動性が高く、継続的な指導管理が必要なもの（以下この表において「齲蝕多発傾向者」という。）を除く。）の口腔の状態、心身の状態等について、当該患者又はその家族等に対し、療養上必要な指導を行った場合に月1回に限り算定する。

注2 区分番号A000に掲げる初診料又は区分番号A001に掲げるかかりつけ歯科医初診料を算定する初診の日から当該初診の日の属する月の末日までに行った指導の費用は、初診料又はかかりつけ歯科医初診料に含まれるものとする。

(新設)

注1 齲蝕又は歯肉炎に罹患している患者の口腔の状態、心身の状態等について、当該患者又はその家族等に対し、病名、症状、治療内容及び治療期間等に関する治療計画を策定し、その内容について説明を行った上で、文書により情報提供を行うとともに、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。

(削除)

注3 齲蝕に罹患している13歳未満の患者であ

って、齲蝕多発傾向にあり、齲蝕に対する歯冠修復終了後も齲蝕活動性が高く、継続的な指導管理が必要な者（以下この表において「齲蝕多発傾向者」という。）に対して、主治の歯科医師又はその指示に基づき歯科衛生士がフッ化物局所応用による指導管理（フッ化物洗口に係るものを除く。）を行った場合は所定点数に80点を加算する。ただし、区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している患者については当該加算を算定しない。

(注の新設)

(新設)

注4 4歳以上の齲蝕多発傾向者又はその家族等に対して、主治の歯科医師又はその指示に基づき歯科衛生士が、フッ化物洗口に係る薬液の取扱い及び洗口法に関する指導を行った場合は、継続的な歯科口腔衛生指導の実施期間中に患者1人につき1回に限り所定点数に40点を加算する。ただし、区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している患者については当該加算を算定しない。

(注の変更)

注4 区分番号B001に掲げる歯周疾患指導管理料又は区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養指導料を算定している患者に対して

注5 区分番号B000-3に掲げる歯科疾患総合指導料、区分番号B001に掲げる歯周疾患指導管理料、区分番号B002に掲げる歯

行った歯科口腔衛生指導の費用は、それぞれの区分の所定点数に含まれるものとする。

科特定疾患療養管理料、区分番号B004-8に掲げる歯科疾患継続指導料、区分番号C006に掲げる老人訪問口腔指導管理料又は区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料を算定している患者に対して行った歯科口腔衛生指導の費用は、それぞれの所定点数に含まれるものとする。

継続的歯科口腔衛生指導料

(削除：歯科口腔衛生指導料へ統合)

105点

削除

注1 齲蝕多発傾向者又はその家族等に対し、口腔の状態、心身の状態等について、療養上必要な指導を継続的に行った場合に、月1回に限り算定する。

注2 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当該退院の日の属する月の末日までに行った指導の費用は、第1章第2部第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれるものとする。ただし、当該患者が歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関の歯科診療以外の診療に係る病棟に入院している場合又は当該病棟に入院していた場合は、この限りでない。

注3 区分番号B001に掲げる歯周疾患指導管

理料又は区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養指導料を算定している患者に対して行った歯科口腔衛生指導の費用は、それぞれの区分の所定点数に含まれるものとする。

注4 主治の歯科医師又はその指示に基づき歯科衛生士がフッ化物局所応用による指導管理（フッ化物洗口に係るものを除く。）を行った場合は所定点数に80点を加算する。ただし、区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している患者についてはこの限りでない。

注5 主治の歯科医師又はその指示に基づき歯科衛生士が、4歳以上の齲蝕多発傾向者又はその家族等に対して、フッ化物洗口に係る薬液の取扱い及び洗口法に関する指導を行った場合は、継続的な歯科口腔衛生指導の実施期間中に患者1人につき1回に限り所定点数に80点を加算する。ただし、区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している患者については算定しない。

注6 初回の歯科口腔衛生指導を行った日から起算して1年間新たな齲蝕の発生が認められなかった場合であって1年間を経過した日以降1回目の歯科口腔衛生指導を行った場合は、所定点数に所定点数の100分の150に相

当する点数を加算する。ただし、区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している患者についてはこの限りでない。

注7 初回の歯科口腔衛生指導を行った日から起算して1年間以内に新たな齲蝕の発生が認められた場合は、当該1年間を経過した日以降1回目の指導を行った日の属する月については、継続的歯科口腔衛生指導料を算定しない。ただし、区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している患者についてはこの限りでない。

(区分の新設)

(新設)

歯科疾患総合指導料

- |   |            |      |
|---|------------|------|
| 1 | 歯科疾患総合指導料1 | 130点 |
| 2 | 歯科疾患総合指導料2 | 110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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、区分番号A000に掲げる初診料を算定した時に、当該保険医療機関において継続的な管理を希望すること等について患者の同意を得て、病名、症状、治療内容及び治療期間等に関する一連の治療

計画を策定し、口腔内写真等を用いて、患者に治療計画に基づき総合的な指導を行った上で、当該指導内容に係る情報を文書により提供した場合に1回に限り算定する。

注2 当該歯科疾患総合指導料に係る治療計画に基づく治療の終了の日から起算して3月を経過するまでの期間は、区分番号A000に掲げる初診料は算定できない。

注3 説明資料として口腔内写真等を用いた場合、それらの費用は歯科疾患総合指導料の所定点数に含まれ、別に算定できない。

注4 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。ただし、区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している患者又は区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料を算定している患者については当該加算を算定しない。

注5 注4に掲げる機械的歯面清掃については、区分番号B001に掲げる歯周疾患指導管理料の注5及び区分番号B004-8

歯周疾患指導管理料 (点数の見直し) (注の変更)	注1 歯周疾患に罹患している患者に対して、計画的な歯科医学的管理を行い、プラークコントロール等に係る療養上必要な指導管理を行った場合に算定する。	110点	100点	注1 歯周疾患に罹患している患者に対して、計画的な歯科医学的管理を行い、プラークコントロール等に係る療養上必要な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算定する。
(注の変更)	注3 区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養指導料を算定している患者については算定しない。			注3 区分番号B002に掲げる歯科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。
(注の新設)		(新設)		注5 主治の歯科医師又はその指示に基づき歯科衛生士が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。ただし、区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している患者又は区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料を算定している患者については当該加算を算定しない。
(注の新設)		(新設)		注6 注5に掲げる機械的歯面清掃について

に掲げる歯科疾患継続指導料の注3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。

(注の新設)

(新設)

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B004-8に掲げる歯科疾患継続指導料の注3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。

注7 区分番号B000-3に掲げる歯科疾患総合指導料、区分番号B004-8に掲げる歯科疾患継続指導料、区分番号C006に掲げる老人訪問口腔指導管理料又は区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料を算定している患者に対して行った歯周疾患指導管理の費用は、それぞれの区分の所定点数に含まれるものとする。

歯科衛生実地指導料

(注の変更)

注1 齲蝕又は歯周疾患に罹患している患者に対して、主治の歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士が直接口腔内で15分以上の実地指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

注1 齲蝕又は歯周疾患に罹患している患者に対して、主治の歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士が直接口腔内で15分以上の実地指導を行った上で、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。

(注の削除)

注2 区分番号A001に掲げるかかりつけ歯科

(削除)



医初診料の注1の届出を行った保険医療機関  
 (以下この表において「かかりつけ歯科医初  
 診料届出保険医療機関」という。)におい  
 て、区分番号A001に掲げるかかりつけ歯  
 科医初診料を算定している患者に対して、区  
 分番号I003に掲げる初期齲蝕小窩裂溝填  
 塞処置を行い、かつ、当該実地指導を行った  
 場合は、所定点数に20点を加算する。

感染予防対策管理料  
 (区分の削除)

50点 → (削除)

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社会保険事務局長に届け  
 出た病院である保険医療機関において感染予防  
 対策が行われた場合に、患者1人につき月1回  
 に限り算定する。

歯科特定疾患療養指導料  
 (名称の変更)

歯科特定疾患療養指導料

注1 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  
 要な指導を行った場合に、月2回に限り算定  
 する。

歯科特定疾患療養管理料

注1 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  
 要な指導を行った上で、説明した治療計画及  
 び指導内容を文書により提供した場合に、月  
 2回に限り算定する。

(注の変更)

注2 指導に先立って、患者の主治医(注1に規  
 定する別に厚生労働大臣が定める疾患に係る

注2 指導に先立って、患者の主治の医師(注1  
 に規定する別に厚生労働大臣が定める疾患に

ものに限る。)と共同して、歯科診療に関する総合的な口腔の療養指導計画を策定し、当該患者に対し、その内容を文書により提供した場合は、1回に限り、所定点数に100点を加算する。

(注の新設)

(新設)

係るものに限る。)と共同して、歯科診療に関する総合的な口腔の療養指導計画を策定し、当該患者に対し、その内容を文書により提供した場合は、1回に限り、所定点数に100点を加算する。

注4 区分番号B000-3に掲げる歯科疾患総合指導料、区分番号B004-8に掲げる歯科疾患継続指導料又は区分番号C006に掲げる老人訪問口腔指導管理料を算定している患者に対して行った歯科特定疾患療養指導料の費用は、それぞれの区分の所定点数に含まれるものとする。

手術前医学管理料  
(点数の見直し)  
(注の新設)

1, 310点

(新設)

1, 192点

注3 手術前医学管理料を算定した同一月に医科点数表の区分番号D208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。

(注の新設)

(新設)

注4 同一の部位につき当該管理料に含まれる区分番号E000に掲げる写真診断及びE100に掲げる撮影と同時に2枚以上のフィルム

(注の変更)	<p>注3 当該所定点数に含まれる検査及び画像診断は医科点数表の区分番号B001-4の注3の例による。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。</p>	<p>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。</p>										
(注の変更)	<p>注5 第1章第2部第3節に規定する特定入院料又は第3部の通則6により医科点数表の例によることとされる基本的検体検査判断料(I)又は基本的検体検査判断料(II)を算定している患者については算定しない。</p>	<p>注5 当該所定点数に含まれる検査及び画像診断は医科点数表の区分番号B001-4の注5の例による。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。</p>										
<p>手術後医学管理料（1日につき） （点数の見直し） （注の新設）</p>	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="683 1181 884 1212">1 病院の場合</td> <td data-bbox="1120 1181 1288 1212">1, 340点</td> </tr> <tr> <td data-bbox="683 1228 907 1260">2 診療所の場合</td> <td data-bbox="1120 1228 1288 1260">1, 190点</td> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="1187 1284 1288 1316">（新設）</td> </tr> </table>	1 病院の場合	1, 340点	2 診療所の場合	1, 190点		（新設）	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="1467 1181 1668 1212">1 病院の場合</td> <td data-bbox="1915 1181 2072 1212">1, 188点</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1467 1228 1691 1260">2 診療所の場合</td> <td data-bbox="1915 1228 2072 1260">1, 056点</td> </tr> </table> <p>注2 同一の手術について、同一月にB004-2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、</p>	1 病院の場合	1, 188点	2 診療所の場合	1, 056点
1 病院の場合	1, 340点											
2 診療所の場合	1, 190点											
	（新設）											
1 病院の場合	1, 188点											
2 診療所の場合	1, 056点											

(注の変更)

注2 当該所定点数に含まれる検査は医科点数表の区分番号B001-5の注2の例による。

所定点数の100分の95に相当する点数を算定する。

注3 当該所定点数に含まれる検査は医科点数表の区分番号B001-5の注3の例による。

(注の変更)

注4 第1章第2部第3節に規定する特定入院料又は第3部の通則6により医科点数表の例によることとされる基本的検体検査判断料(I)又は基本的検体検査判断料(II)を算定している患者については算定しない。

注5 第1章第2部第3節に規定する特定入院料又は第3部の通則6により医科点数表の例によることとされ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。

病院歯科共同治療管理料(I)

320点

(削除)

(区分の削除)

注 かかりつけ歯科医初診料届出保険医療機関が、診療に基づき、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社会保険事務局長に届け出た病院である保険医療機関に対して患者を紹介した場合であって、当該紹介先の保険医療機関において、当該患者に対して手術が行われた場合（当該患者が著しく歯科診療が困難な障害者以外の者である場合は、別に厚生労働大臣が定める手術が行われた場合に限る。）において、当該手術日に、当該紹介先の保険医療機関に赴いて、当該患者に対して療養上必要な治療管理を共同して行った場合に、患者1人1日につき1回に限り算定する。

病院歯科共同治療管理料(Ⅱ)  
(区分の削除)

200点

(削除)

注 区分番号B004-4に掲げる病院歯科共同治療管理料(Ⅰ)の注の届出を行った保険医療機関において、診療に基づき紹介された患者に対して手術を行った場合(当該患者が著しく歯科診療が困難な障害者以外の者である場合は、区分番号B004-4の注に定める別に厚生労働大臣が定める手術を行った場合に限る。)であつて、当該手術日に、当該紹介元保険医療機関(かかりつけ歯科医初診料届出保険医療機関に限る。)の歯科医師と共同して療養上必要な治療管理を行った場合に、患者1人1日につき1回に限り算定する。

歯科治療総合医療管理料  
(点数の見直し)  
(注の変更)

250点

140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社会保険事務局長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疾患を主病とする患者であつて別の保険医療機関(歯科診療を行うものを除く。)から歯科治療における総合的医療管

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社会保険事務局長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疾患を主病とする患者であつて別の保険医療機関(歯科診療を行うものを除く。)から歯科治療における

理が必要であるとして文書により診療情報の提供を受けたものに対し、第8部処置（区分番号I009及びI010に掲げるものを除く。）、第9部手術又は第12部歯冠修復及び欠損補綴（M001からM002に掲げるものに限る。）（全身麻酔下で行うものを除く。）を行うに当たって、必要な医療管理を行った場合（区分番号A001に掲げるかかりつけ歯科医初診料を算定する場合に限る。）に、月1回に限り算定する。

(注の変更)

注3 呼吸心拍監視及び鎮静に係る費用並びに区分番号B001に掲げる歯周疾患指導管理料及び老人歯科診療報酬点数表の6に掲げる歯科口腔疾患指導管理料の費用は、所定点数に含まれるものとする。

総合的医療管理が必要であるとして文書により診療情報の提供を受けたものに対し、第8部処置（区分番号I009、区分番号I009-2及び区分番号I010に掲げるものを除く。）、第9部手術又は第12部歯冠修復及び欠損補綴（区分番号M001から区分番号M002に掲げるもの限り、全身麻酔下で行うものを除く。）を行うに当たって、必要な医療管理を行った上で、当該医療管理の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。

注3 鎮静及び医科点数表の区分番号D220に掲げる呼吸心拍監視に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。

(区分の新設)

(新設)

新製義歯指導料100点

注 新たに製作した有床義歯の装着時又は装着後1月以内に、当該有床義歯の製作を行った保険医療機関において、区分番号M035に掲げる新製義歯調整料の算定に併せて患者に

(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)

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。

300点

(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)

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

220点

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

	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>(新設)</p>	<p>→</p> <p>→</p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
<p>診療情報提供料(B) (区分の再編)</p>	<p>290点</p> <p>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</p>	<p>→</p> <p>→</p>	<p>診療情報提供料(II) 500点</p> <p>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</p>

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。