

医学管理等

【IV-6 (効率化等による制度の持続可能性の向上/医薬品等の適正評価) -①】

実勢価格等を踏まえた臨床検査の適正な評価 骨子【IV-6 (1) (2)】

●実勢価格等を踏まえた臨床検査の適正な評価

現 行	改 定
<p>【 B001-4 手術前医学管理料 】 【 B001-5 手術後医学管理料 】</p> <p>[包括される検査]</p> <p>二 血液化学検査</p>	<p>【 B001-4 手術前医学管理料 】 【 B001-5 手術後医学管理料 】</p> <p>[包括される検査]</p> <p>二 血液化学検査 <u>不飽和鉄結合能(UIBC)(比色法)、</u> <u>総鉄結合能(TIBC)(比色法)</u> が追加</p>

医学管理等

【1-3-3（医療機能の分化・強化／地域包括ケアシステムの推進）-②】
医療機関間の連携と退院支援に向けた評価の充実 骨子【1-3-3(1)】

●医療機関間の連携と退院支援に向けた評価の充実

現 行	改 定
【 B005-1-2 介護支援連携指導料 】	【 B005-1-2 介護支援連携指導料 】
介護支援連携指導料 300点	介護支援連携指導料 <u>400点</u>
【 B004、B005 退院時共同指導料 】	【 B004、B005 退院時共同指導料 】
退院時共同指導料1	退院時共同指導料1
1 在宅療養支援診療所の場合 1,000点	1 在宅療養支援診療所の場合 <u>1,500点</u>
2 1以外の場合 600点	2 1以外の場合 <u>900点</u>
退院時共同指導料2 300点	退院時共同指導料2 <u>400点</u>

●B005-6-4 外来がん患者在宅連携指導料

新設

B005-6-4

外来がん患者在宅連携指導料 500点（1人につき1回に限る。）

[算定要件]

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、**患者の同意を得た上で、在宅で緩和ケアを実施する別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。

◆参考

在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院において加算が新設。

(往診・訪問診療・在宅時医学総合診療料等に「在宅緩和ケア充実診療所・病院加算」)

- 1、緩和ケア等の研修を受けた常勤医師がいること。
- 2、過去1年間の実績
 - ①緊急往診15件以上
 - ②看取り20件以上、
 - ③緩和ケア病棟又は在宅での看取りが10件以上の医療機関は、3か月以上の勤務歴がある在宅医療を担当する常勤の医師がいること
 - ④患者が自ら注射によるオピオイド系の注入を行う鎮痛療法を2件以上

【Ⅲ－1(重点的な対応が求められる分野／がん医療の推進)－②】
がん治療中の外来患者の在宅医療への連携の充実 骨子【Ⅱ－3(12)】

●B005-6-4 外来がん患者在宅連携指導料

[保険医療機関の基準]

外来緩和ケア管理料又は外来化学療法加算2の届出を行っていること。

[届出に関する事項]

**外来緩和ケア管理料又は外来化学療法加算2の届出を行っていればよく、
外来がん患者在宅連携指導料として、特に地方厚生(支)局長に対して、
届出を行う必要はないこと。**

医学管理等

【Ⅲ－２（重点的な対応が求められる分野／認知症対策の推進）－②】

診療所型認知症疾患医療センターの評価 骨子【Ⅲ－２（２）】

●B005-7 認知症専門診断管理料

現 行		改 定	
【認知症専門診断管理料】		【認知症専門診断管理料】	
1 認知症専門診断管理料1	700点	1 認知症専門診断管理料1	
<u>（新設）</u>		イ 基幹型または地域型	700点
		<u>ロ 診療所型</u>	<u>500点（新）</u>
2 認知症専門診断管理料2	300点	2 認知症専門診断管理料2	300点

[施設基準]

1 認知症専門診断管理料1に関する施設基準

「認知症疾患医療センター運営事業実施要綱について」(平成26年7月9日老発0709第3号)における認知症疾患医療センターであること。

2 認知症専門診断管理料2に関する施設基準

1の認知症疾患医療センターのうち、基幹型又は地域型であること。

※認知症専門診断管理料の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと

- 下部尿路機能障害の患者に、病棟でのケアや多職種チームによる尿路機能の回復のための包括的排尿ケアを評価する。

新設

届出

B005-9 排尿自立指導料

200点（週1回）

[主な算定要件]

- ① 対象患者：
 - **入院中の患者**
 - 尿道カテーテル抜去後に、尿失禁、尿閉等の**下部尿路機能障害の症状を有する患者。**
 - 尿道カテーテル留置中の患者であって、尿道カテーテル抜去後に**下部尿路機能障害を生ずると見込まれる者。**
- ② 算定回数：**週1回、計6回を限度として算定。排尿ケアチーム及び病棟の看護師等のいずれか一方しか関与しなかった週は算定できない。**

① 下部尿路機能障害の症状（尿失禁、尿閉等）を有する患者の抽出

排尿自立の可能性の評価

病棟看護師

② 下部尿路機能評価のための情報収集

・排尿日誌
・残尿測定 等

③ 下部尿路機能障害を評価し、排尿自立に向けた計画策定

包括的排尿ケアの計画

病棟看護師
＋ケアチーム

④ 包括的排尿ケアの実施、評価

・排尿誘導
・生活指導
・排尿に関連する動作訓練
・薬物療法 等

病棟の看護師等

病棟の看護師等
＋
排尿ケアチーム

[施設基準]

① 以下から構成される**排尿ケアチーム**が設置されていること。

ア 下部尿路機能障害を有する患者の診療について**経験を有する医師**
⇒**3年以上の勤務経験を有する泌尿器科の医師又は排尿ケアに係る適切な研修を修了したもの。**

※他の保険医療機関を主たる勤務先とする泌尿器科の医師の対診による当該チーム参画でもよい。

イ 下部尿路機能障害を有する患者の看護に従事した**経験を3年以上有し、所定の研修（16時間以上）を修了した専任の常勤看護師**

ウ 下部尿路機能障害を有する患者のリハビリテーション等の経験を有する**専任の常勤理学療法士**

② 排尿ケアチームは、

対象患者抽出のためのスクリーニング及び下部尿路機能評価のための情報収集（排尿日誌、残尿測定）等の排尿ケアに関するマニュアルを作成し、保険医療機関内に配布するとともに、院内研修を実施すること。

● 排尿自立指導料 届出に係る医師と看護師の適切な研修

	排尿ケアの研修を修了した医師	経験3年以上の専任の常勤看護師
【主催】	国、都道府県又は医療関係団体等	国又は医療関係団体等
【具体的な研修内容】	下部尿路機能障害の病態、診断、治療、予防及びケアの内容が含まれるものであること。	<p>・次の事項に該当する研修</p> <p>①下部尿路機能障害の病態生理、その治療と予防、評価方法、排尿ケア及び事例分析の内容が含まれること。</p> <p>②排尿日誌による評価、エコーを用いた残尿測定、排泄用具の使用、骨盤底筋訓練及び自己導尿に関する指導を含む内容であり、下部尿路機能障害患者の排尿自立支援について十分な知識及び経験のある医師及び看護師が行う演習が含まれていること。</p>
【研修期間等】	通算して6時間以上のものであること。	通算して16時間以上のものであること。

様式13の4

排尿自立指導料の施設基準に係る届出書添付書類

1 排尿自立指導に係るチームの構成員

(□には、適合する場合「✓」を記入すること。)

区 分	氏 名	備 考
ア 医師		<input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 他院 <input type="checkbox"/> 3年以上の経験 <input type="checkbox"/> その他の診療科 () <input type="checkbox"/> 研修受講
イ 専任の常勤看護師		<input type="checkbox"/> 研修受講 <input type="checkbox"/> 3年以上の経験
ウ 専任の常勤理学療法士		

2 排尿ケアに関するマニュアルの作成

(□には、適合する場合「✓」を記入すること。)

作成/周知	マニュアルに含まれている内容
<input type="checkbox"/> 作成	<input type="checkbox"/> スクリーニングの方法
<input type="checkbox"/> 周知	<input type="checkbox"/> 膀胱機能評価の方法

3 職員を対象とした院内研修の実施

(□には、適合する場合「✓」を記入すること。)

実施	内容
<input type="checkbox"/> 実施	実施日 ()
<input type="checkbox"/> 実施予定	実施予定日 ()

【記載上の注意】

1 「1」については、備考欄の該当するものに「✓」を記入すること。アに掲げる医師が、泌尿器科以外の医師の場合は担当する診療科を()内に記載し、3年以上の下部尿路機能障害を有する患者の診療経験又は適切な研修を修了したことが確認できる文書を添付すること。イに掲げる看護師については、下部尿路機能障害の看護に3年以上従事した経験を有し、及び所定の研修を修了したことが確認できる文書を添付すること。ウについては、下部尿路機能障害を有する患者のリハビリテーション等の経験が確認できる文書を添付すること。

2 「3」については、予定されている場合の記載でもよい。

「排尿自立指導料」 (様式13の4)

●退院直後の在宅療養支援に関する評価

新設

医師または医師の指示を受けた保健師、助産師、看護師が訪問
⇒患家、介護保険施設、指定障害者施設等
※介護老人保健施設入所中や他の医療機関の入院中は算定不可

B007-2	退院後訪問指導料	580点(1回につき)
注2	訪問看護同行加算	20点

次ページ

[算定要件]

- (1) 特掲診療料の施設基準等の別表第八に掲げる状態の患者若しくは認知症高齢者の日常生活自立度判定基準Ⅲ以上の患者又はその家族に対して、在宅での療養内容等の指導を行った場合に、算定する。
- (2) 入院医療機関を退院した日から起算して1月以内の期間に限り、5回を限度として算定する。ただし、退院日は除く。
- (3) 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看護師等と同行し、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、所定点数に加算する。

別表第8(現行)

1. 在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
2. 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者
3. 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
4. 真皮を越える褥瘡の状態にある者
5. 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

【1-3-2 (医療機能の分化・強化／地域包括ケアシステムの推進) - ①】
 特定集中治療室等における薬剤師配置に対する評価 骨子【1-3-2 (1)】

薬剤管理指導料 1 は
 H28年9月30日まで経過措置
 ただし、病棟薬剤業務実施加算 2
 との併算定不可

●救命救急入院料等における薬剤管理指導料

B008 薬剤管理指導料

現 行	改 定
<p>【B008 薬剤管理指導料】</p> <p>1 救命救急入院料等を算定している 患者に対して行う場合 430点</p> <p>2 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に 対して行う場合 (1に該当する場合を除く。) 380点</p> <p>3 1及び2の患者以外の患者に 対して行う場合 325点</p>	<p>【B008 薬剤管理指導料】</p> <p><u>(削除)</u></p> <p>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に 対して行う場合 380点</p> <p>2 1の患者以外の患者に対して行う場合 325点</p>

6日以上の間隔で算定
 →週1回につき月4回限度で算定可能

追加

●多剤投薬の患者の減薬を伴う指導の評価

新設

外来

B008-2
注2

薬剤総合評価調整管理料
連携管理加算

250点（月1回に限り）
50点

[算定要件]

当該保険医療機関で処方されている薬剤が2種類以上減少し、その状態が4週間以上見込まれる場合に算定

(1) 薬剤総合評価調整管理料

保険医療機関が、入院中の患者以外の患者であって、**6種類以上の内服薬**（受診時において当該患者が処方されている内服薬のうち、**頓用薬及び服用を開始して4週間以内の薬剤を除く。**）が**処方されていたもの**について、処方内容を総合的に評価したうえで調整し、当該患者に処方される**内服薬が2種類以上減少**した場合は、所定点数を算定する

他の医療機関と合わせた種類数から2種類以上減少した場合は、1か所の医療機関に限り算定ができる。その場合レセプトに記載。

基本的には、指示した日ではなく実際に実施した日に算定するものと考えている。
(3/4厚労省説明会質疑応答より)

同一医療機関で当該点数を算定してから1年以内に算定するときは、前回の算定にあたって減少した後の種類数から、さらに2種類以上減少しているときに限られている。
(3/5日本医師会Q&Aより)

(2) 連携管理加算

処方内容の調整に当たって、**別の保険医療機関又は保険薬局との間で照会又は情報提供**を行った場合は、連携管理加算として所定点数を加算する。

ただし、連携管理加算を算定した**同一日**においては、同一の別の保険医療機関に対して、B009 **診療情報提供料（Ⅰ）**は算定できない。

B009 診療情報提供料(Ⅰ)

項目		点数	算定要件
診療情報提供料(Ⅰ) (紹介先ごとに1人につき月1回)		250	別の保険医療機関での受診の必要性を認め、患者の同意を得て、診療状況を示す文書で紹介した場合に算定
加 算	注7 退院時加算 	+200	<ul style="list-style-type: none"> ●退院日の属する月又はその翌月に、検査結果及び画像情報等を添付した場合に加算 ●算定対象が介護老人保健施設である場合は、当該加算を算定した患者にあっては、その後6ヶ月間、当該加算は算定不可
	注8 ハイリスク妊産婦紹介加算 (妊娠中1回に限り)	+200	ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)の医療機関から(Ⅱ)の医療機関に紹介した場合に加算
	注9 認知症患者紹介加算 (1回につき)	+100	<ul style="list-style-type: none"> ●認知症の疑われる患者 →専門医療機関での鑑別診断等のため紹介した場合に加算
	注10 認知症専門医療機関連携加算 (外来のみ)	+50	<ul style="list-style-type: none"> ●認知症の専門医療機関にて ●すでに認知症と診断された患者 →症状増悪時に文書により専門医療機関へ紹介した場合に加算

【1-3-3（医療機能の分化・強化／地域包括ケアシステムの推進）-①】

退院支援に関する評価の充実 骨子【1-3-3(1)】

●退院支援に関する評価の充実

B009 注14 診療情報提供料(Ⅰ)(地域連携診療計画加算)

新設

診療情報提供料(Ⅰ)

届出

地域連携診療計画加算

50点

[算定要件]

地域連携診療計画加算(診療情報提供料(Ⅰ))

- (1) 対象患者は、あらかじめ地域連携診療計画が作成され、連携する保険医療機関において地域連携診療計画加算(退院支援加算)を算定して当該保険医療機関を退院した患者であって、**入院中の患者以外の者**。
- (2) 連携する保険医療機関とあらかじめ共有されている地域連携診療計画に基づく療養を提供するとともに、**患者の同意を得た上で**、退院時の患者の状態や、在宅復帰後の患者の状況等について、**退院の属する月又はその翌月までに地域連携診療計画加算(退院支援加算)を算定した連携する保険医療機関に文書により情報提供する**。

【1-3-3（医療機能の分化・強化／地域包括ケアシステムの推進）-①】
退院支援に関する評価の充実 骨子【1-3-3(1)】

●退院支援に関する評価の充実

別添7の様式12

B009 注14 診療情報提供料(Ⅰ)(地域連携診療計画加算)

[施設基準]

地域連携診療計画加算(診療情報提供料(Ⅰ))

- (1) あらかじめ疾患や患者の状態等に応じた地域連携診療計画が作成され、連携する保険医療機関と共有されていること。
- (2) 連携している保険医療機関と3回／年以上の頻度で面会し、診療情報の共有、地域連携診療計画の評価と見直し等が適切に行われていること。

「地域連携診療計画加算」

(様式12、12の2)

様式 12

地域連携診療計画加算の施設基準に係る届出書添付書類

1. 地域連携診療計画に係る事項

地域連携診療計画を策定している疾患名	担当医師

2. 連携保険医療機関等に係る事項

(1) 最初入院を受け入れる保険医療機関

保険医療機関の名称	連絡先

(2) (1)の保険医療機関から転院後の入院医療を担う保険医療機関

連携先 () 件	
連携施設の名称	連絡先

(3) (2)の保険医療機関を退院した後の外来医療等を担う連携保険医療機関等

連携先 () 件	
連携施設の名称	連絡先

3. 地域連携診療計画に係る情報交換のための会合に係る事項

連携先 () 件	
連携施設の名称	過去1年間の面会日

【記載上の注意】

- 1 連携保険医療機関等において共有された地域連携診療計画を添付すること。
- 2 地域連携診療計画書の作成に当たっては、様式12の2を参考にすること。

様式 12 の 2

地域連携診療計画書 (様式例)

説明日 _____ 殿
患者氏名 _____
病名 (検査・手術名): _____

月日	1日目	2日目	3日目	4日目		〇日目	1日目	〇日目		〇日目
経過 (日又は週・月単位)										
日時 (手術日・退院日など)	入院日					転院日				退院日
達成目標						(転院基準)				(退院基準)
治療薬剤 (点滴・内服)										
処置										
検査										
安静度・リハビリ (O・T・P・Tの指導を含む。)										
食事 (栄養士の指導を含む。)										
清潔										
患者様及びご家族への説明										
退院時情報	【退院時患者状態】 病院名					【退院時患者状態】 病院名				
	平成 年 月 日 主治医					平成 年 月 日 主治医				

- ※1 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにたがって変わり得るものである。
- ※2 入院期間については現時点で予想されるものである。
- ※3 転院先退院時に本計画書の写し等を紹介元病院へ送付する。
- ※4 当該様式については、年に1回、毎年7月1日時点のものについて届け出ること。

【II-2（患者の視点等／ICTの活用）-①】

診療情報提供書等の電子的な送受に関する評価 骨子【II-2(1)】

●診療情報提供書等の電子的な送受に関する評価

B009 診療情報提供料(Ⅰ)

情報システムにおいて個人情報を守るための基準が書いてある。
そのため、ネットワークのセキュリティについても記述があり、
どのようなネットワークであれば安全に医療情報が交換できるかの基準が書かれている。
(3/5 日本医師会Q&Aより)

[算定要件]

- (1) 電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を他の保険医療機関等に提供する場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」(平成25年10月)を遵守し、安全な通信環境を確保する。
- (2) 署名又は記名・押印を要する文書については、電子的な署名を含む。その場合、厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野の公開鍵基盤(HPKI:Healthcare Public Key Infrastructure)による電子署名を施すこと。

日医認証局の医師資格証を使って電子署名した場合は要件を満たす

(3/5 日本医師会Q&Aより)

【II-2(患者の視点等/ICTの活用)-①】

診療情報提供書等の電子的な送受に関する評価 骨子【II-2-(1)】

●検査・画像情報提供加算

B009 診療情報提供料(Ⅰ)注15

【経過措置】

当該加算のイ(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)を算定する場合、平成30年3月31日までは、退院時要約を含まなくてよいものとする。

新設

検査・画像情報提供加算

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

[算定要件]

保険医療機関が、患者の紹介を行う際に、過去の主要な診療記録を、他の保険医療機関に電子的方法で閲覧可能なように提供した場合に加算する。ただし、イについては、注7に規定する加算を算定する場合は算定しない。

- 電子的に発行した診療情報提供書に、検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容等の診療記録のうち主要なものを電子的方法により埋め込み(貼り付け)を行い、タイムスタンプ付き電子署名を付与し安全な通信環境を確保した上で送付した場合も算定できる。
- 電子的に発行した診療情報提供書に、診療記録のうち主要な、検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容等のファイルを電子的方法により添付した電子紹介状に、タイムスタンプ付き電子署名を付与し安全な通信環境を確保した上で送付した場合、算定できる。

医学管理等

【II-2（患者の視点等／ICTの活用）-①】
診療情報提供書等の電子的な送受に関する評価 骨子【II-2(1)】

●診療情報提供書等の電子的な送受に関する評価

B009-2 電子的診療情報評価料

【経過措置】

検査結果等の閲覧により評価する場合であって、当該患者が入院患者である場合は、平成30年3月31日までは、退院時要約を含まなくてよいものとする。

新設

B009-2

電子的診療情報評価料

30点

[算定要件]

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ついて、過去の主要な診療記録を電子的方法により閲覧でき、当該診療記録を診療に活用した場合に算定する。

診療情報提供料(Ⅱ)を算定できる診療情報提供に対して1回算定できる。月に複数回の算定は事実上ない。
(3/4厚労省説明会質疑応答より)

診療情報提供料(Ⅰ)の検査・画像情報提供加算 及び電子的診療情報評価料に関する施設基準

[施設基準]

- (1) 他の保険医療機関等と連携し、患者の医療情報に関する電子的な送受信が可能なネットワークを構築していること。
- (2) 別の保険医療機関と標準的な方法により安全に情報の共有を行う体制が具備されていること。

様式 14 の 2

検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料 の施設基準に係る届出書添付書類

1	届出を行う点数	検査・画像情報提供加算	電子的診療情報評価料
		(該当するものを○で囲むこと)	
2	診療情報提供書の送付・受信	イ) 電子的な方法による送受を実施する ロ) 電子的な方法による送受を実施しない	
3	HPKIを有する医師数及び歯科医師数(人)	人	※2がロ)の場合は記入不要
4	検査結果・画像情報等の電子的な送受信・共有の方法	イ) 電子的な診療情報提供書に添付して送受信 ロ) 検査結果・画像情報等を、ネットワークを通じ他医療機関に閲覧許可 ハ) 他医療機関の検査結果・画像情報等を、ネットワークを通じ閲覧 (実施するものを全てを○で囲むこと)	
5	ネットワーク名		
6	ネットワークに所属する医療機関名	以下に5つの医療機関名を記載。ネットワーク内の医療機関数が5つに満たない場合は、所属する全医療機関名を記載する。 イ) ロ) ハ) ニ) ホ)	
7	ネットワークを運営する事務局	事務局名 : 事務局所在地 :	
8	安全な通信環境の確保状況	チャネル・セキュリティ : オブジェクト・セキュリティ :	
9	個人単位の情報の閲覧権限の管理体制	有 ・ 無 (該当するものを○で囲むこと)	
10	ストレージ	有 ・ 無 (該当するものを○で囲むこと)	
		(「有」の場合) 厚生労働省標準規格に基づくストレージ機能	有 ・ 無 (該当するものを○で囲むこと)

※HPKI：厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野の公開鍵基盤 (HPKI：Healthcare Public Key Infrastructure)

※ネットワーク：他の医療機関等と連携し、患者の医療情報に関する電子的な送受信又は閲覧が可能なネットワーク

【記載上の注意】

3 表の8は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」(平成25年10月)の「外部と

「検査・画像情報提供加算 及び電子的診療情報評価料」 (様式14の2)