

個別改定項目

【B 特掲診療料】⑬ 医学管理等

医学管理等

● 栄養食事指導の対象及び指導内容の拡充

改定

【外来・入院・在宅患者訪問栄養食事指導料】

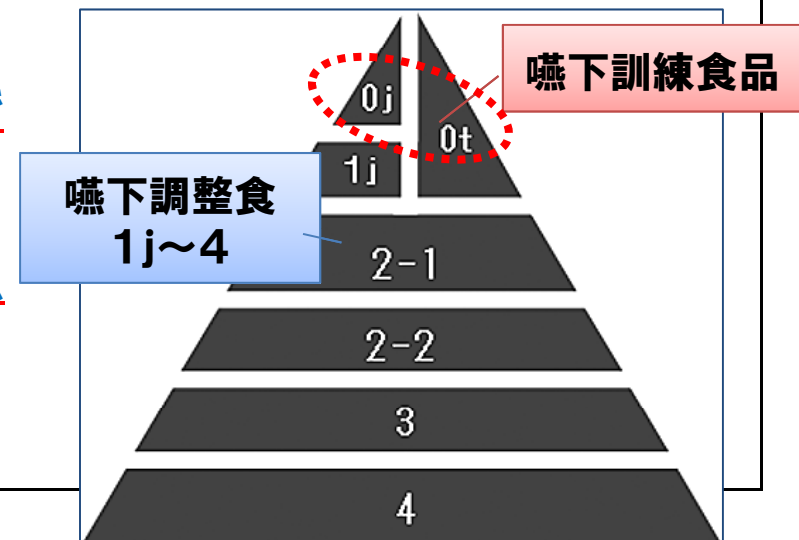
[対象者]

厚生労働大臣が定めた特別食を必要とする患者、又はがん患者、摂食機能若しくは嚥下機能が低下した患者(※1)又は低栄養状態にある患者(※2)

※1 医師が、硬さ、付着性、凝集性などに配慮した嚥下調整食(日本摂食嚥下リハビリテーション学会の分類に基づく。)に相当する食事を要すると判断した患者であること。

※2 次のいずれかを満たす患者であること。

- ① 血中アルブミンが 3.0g/dl以下である患者
- ② 医師が栄養管理により低栄養状態の改善を要すると判断した患者



てんかん食(難治性てんかん(外傷性のものを含む。)、グルコーストランスポーター1欠損症又はミトコンドリア脳筋症の患者に対する治療食であって、グルコースに代わりケトン体を熱量源として供給することを目的に炭水化物量の制限と脂質量の増加が厳格に行われたものに限る。)を含む。

医学管理等

【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）-②】
栄養食事指導の対象及び指導内容の拡充 骨子【1-3-2(2)】

●栄養食事指導の対象 及び指導内容の拡充

改 定

【B001・9 外来栄養食事指導料】

<u>イ 初回</u>	260点(新)
<u>ロ 2回目以降</u>	200点(新)

[算定要件]

- ① 当該保険医療機関の管理栄養士が医師の指示に基づき、患者ごとにその生活条件、し好を勘案した食事計画案等を必要に応じて交付し、初回にあっては概ね30分以上、2回目以降にあっては概ね20分以上、療養のため必要な栄養の指導を行った場合に算定する。

医学管理等

【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）-②】

栄養食事指導の対象及び指導内容の拡充 骨子【1-3-2(2)】

●栄養食事指導の対象及び指導内容の拡充

改定

- ② 管理栄養士への指示事項は、当該患者ごとに適切なものとし、**熱量・熱量構成、蛋白質、脂質その他栄養素の量、病態に応じた食事の形態等に係る情報のうち医師が必要と認めるもの**に関する具体的な指示を含まなければならない。

【B001・10 入院栄養食事指導料】

1 入院栄養食事指導料1

イ 初回 260点(新)

ロ 2回目 200点(新)

2 入院栄養食事指導料2

イ 初回 250点(新)

ロ 2回目 190点(新)

【算定要件】

外来栄養食事指導料と同趣旨の改正を行う。

医師が必要と認めるものが熱量のみで、熱量のみの指示があった場合には、疾患の種類等にもよるが、その疾患に係る食事の指導として適正なものであれば、その指示の内容は医師が必要と認めるものということで(算定できる)。

例えば、**熱量のみの指示という質問だが、その指示の内容は、医師が必要なものを選んで指示をすること**でよい。

(3/4 厚労省説明会 質疑応答より)

【レセプト記載要領】

入院栄養食事指導料1・2
又は集団栄養食事指導料を
算定した場合は、算定日を記載する。

【栄養食事指導料】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 同一の保険医療機関において、ある疾病に係る治療食の外来栄養食事指導を継続的に実施している患者について、医師の指示により、**他の疾病の治療食に係る外来栄養食事指導を実施することとなった場合、「初回」の指導料を新たに算定できるか。**

A 算定できない。同一の保険医療機関において診療を継続している患者については、他の疾病に係るものであるかにかかわらず、**「初回」の外来栄養食事指導料を算定できるのは1回に限られる。**

なお、当該保険医療機関における診療（複数の疾病について診療を受けている場合はその全ての診療）が終了した後、他の疾病の診療を開始し、当該疾病に係る外来栄養食事指導を実施した場合には、「初回」の指導料を新たに算定することができる。

Q 入院栄養食事指導を実施した患者が**退院し**、同一の保険医療機関において外来栄養食事指導を実施することとなった場合、**その最初の外来指導時に「初回」の指導料を算定することはできるか。**

A 外来栄養食事指導の実施が初めてであれば、**「初回」の指導料を算定できる。**

Q 栄養サポートチーム加算と入院栄養食事指導料は同一週に算定できるか。

A 算定できない。

糖尿病透析予防指導管理料

- 糖尿病性腎症の患者に対し、透析予防のための指導を行った場合に診療報酬上の評価が設けられている。

B001 27 糖尿病透析予防指導管理料（月1回 350点）

施設基準に適合した保険医療機関において、糖尿病の患者（※1）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（※2）を行った場合に、月1回に限り算定する。

（※1）HbA1cがJDS値で6.1%以上又は内服薬やインスリン製剤を使用しているものであって、糖尿病性腎症第2期以上

（※2）日本糖尿病学会の「糖尿病治療ガイド」等に基づき、患者の病期分類、食塩制限及びタンパク制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を必要に応じて個別に実施

医学管理等

【Ⅳ－5(効率化等による制度の持続可能性の向上／重症化予防の推進)－①】
進行した糖尿病性腎症に対する運動指導の評価 骨子【Ⅳ－5(1)】

●進行した糖尿病性腎症に対する運動指導の評価

1. 糖尿病透析予防指導管理料に、腎不全期の糖尿病性腎症の患者に運動指導を行い、一定水準以上の成果を出している保険医療機関に対する加算を設ける。

新設

B001・27 注5

届出

糖尿病透析予防指導管理料 腎不全期患者指導加算 (月1回) 100点

[算定要件]

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、**腎不全期(eGFR (ml/分/1.73m²)が 30未満)**の患者に対し、**専任の医師が**、当該患者が腎機能を維持する観点から必要と考えられる運動について、**その種類、頻度、強度、時間、留意すべき点等**について指導し、また既に運動を開始している患者についてはその状況を確認し、必要に応じてさらなる指導を行った場合に、**腎不全期患者指導加算として100点を所定点数に加算する。**

運動指導については

「日本腎臓リハビリテーション学会」から

「保存期CKD患者に対する腎臓リハビリテーションの手引き」

医学管理等

【IV-5(効率化等による制度の持続可能性の向上/重症化予防の推進)-①】
進行した糖尿病性腎症に対する運動指導の評価 骨子【IV-5(1)】

●進行した糖尿病性腎症に対する運動指導の評価

B001・27 注5 糖尿病透析予防指導管理料 腎不全期患者指導加算

4月前から3か月とは？

別添2の様式5の8

[施設基準]

次に掲げる②の①に対する割合が5割を超えていること。

① 4月前から3月前までの間に糖尿病透析予防指導管理料を算定した患者で、同期間内に測定した eGFR_{Cr}又は eGFR_{Cys}(ml/分/1.73m²)が 30 未満であったもの(死亡したもの、透析を導入したもの、腎臓移植を受けたものを除き6人以上の場合に限る。)

算出

② ①の算定時点(複数ある場合は最も早いもの。以下同じ。)から3月以上経過した時点で以下のいずれかに該当している患者。

ア) 血清クレアチニン又はシスタチン C が①の算定時点から不変又は低下している。

イ) 尿たんぱく排泄量が①の算定時点から 20%以上低下している。

ウ) ①で eGFR_{Cr}又は eGFR_{Cys}を測定した時点から前後3月時点の eGFR_{Cr}又は eGFR_{Cys}を比較し、その1月あたりの低下が 30%以上軽減している。

算出

「糖尿病透析予防指導管理料 腎不全期患者指導加算」 (様式5の8)

様式5の8

糖尿病透析予防指導管理料 腎不全期患者指導加算に係る **届出書添**

付書類報告書

報告年月日： 年 月 日

本指導管理料を算定した患者数 (期間： 年 月～ 年 月)	①	名
①のうち、eGFR _{Cr} 又はeGFR _{Cys} (ml/分/1.73m ²)が30未満であったもの	②	名
②のうち、①の算定時点から3か月以上経過した時点で、血清クレアチニン又はシスタチンCが①の算定時点から不変又は低下しているもの	③	名
②のうち、①の算定時点から3か月以上経過した時点で、尿たんぱく排泄量が①の算定時点から20%以上低下しているもの	④	名
②のうち、①でeGFR _{Cr} 又はeGFR _{Cys} を算出算定した時点から前後3月時点のeGFR _{Cr} 又はeGFR _{Cys} を比較し、その1月あたりの低下が30%以上軽減しているもの	⑤	名
③、④、⑤のいずれかに該当する実患者数	⑥	名
②/⑥		%

【記載上の注意点】

1. ①の期間は、報告月年月日の4月前までの3か月間とする。

例：平成28年10月1日の届出報告

↓

平成28年4月1日～28年6月30日

2. ⑤の計算は、以下の例を参考にされたい。

例1：

算出測定年月日	2月19日	5月19日	8月19日
eGFR _{Cr} (ml/分/1.73m ²)	33.7	28.6	25.6

→前3月では (33.6-28.6) / 3月=1.67/月、

報告年月の4月前までの3か月
例：H28年10月1日報告



H28年4月1日～H28年6月30日

後3月では (28.6-25.6) / 3月=1.00/月
(1.67-1.00)/(1.67)=40%で、**1月あたりの低下が30%以上軽減20%以上**となるため該当。

なお、日付は±1週間の範囲で変動しても差し支えない。

例2

算出測定年月日	2月12日	5月19日	8月12日
eGFR _{Cr} (ml/分/1.73m ²)	33.7	28.6	25.6

→2月12日から5月19日は3月より長く、5月19日から8月12日は3月より短いですが、±1週間の範囲であるため、例2と同様に計算する。

【CKDの重症度分類】

原疾患		蛋白尿区分		A1	A2	A3
糖尿病	尿アルブミン定量 (mg/日) 尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)	正常		正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
		30未満		30~299		300以上
高血圧 腎炎 多発性嚢胞腎 移植腎 不明 その他	尿蛋白定量 (g/日) 尿蛋白/Cr比 (g/gCr)	正常		正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿
		0.15未満		0.15~0.49		0.50以上
GFR区分 (mL/分/ 1.73m ²)	G1	正常または 高値	≥90			
	G2	正常または 軽度低下	60~89			
G3a	軽度~ 中等度低下	45~59	30~44			
G4	高度低下	15~29				
G5	末期腎不全 (ESKD)	<15				

重症度は原疾患・GFR区分・蛋白尿区分を合わせたステージにより評価する。CKDの重症度は死亡、末期腎不全、心血管死亡発症のリスクを緑■のステージを基準に、黄■，オレンジ■，赤■の順にステージが上昇するほどリスクは上昇する。(KDIGO CKD guideline 2012を日本人用に改変)

医学管理等

【CKDステージに対する運動のメッツ表】

CKD ステージ	運動強度
G1	5-6 メッツ以下
G2	
G3a	4-5 メッツ以下
G3b	
G4	3-4 メッツ以下
G5	

運動のメッツ表	
メッツ	3 メッツ以上の運動の例
3.0	ボウリング、バレーボール、社交ダンス（ワルツ、サンバ、タンゴ）、ピラティス、太極拳
3.5	自転車エルゴメーター（30～50ワット）、自体重を使った軽い筋力トレーニング（軽・中等度）、体操（家で、軽・中等度）、ゴルフ（手引きカートを使って）、カヌー
3.8	全身を使ったテレビゲーム（スポーツ・ダンス）
4.0	卓球、パワーヨガ、ラジオ体操第1
4.3	やや速歩（平地、やや速めに＝93 m/分）、ゴルフ（クラブを担いで運ぶ）
4.5	テニス（ダブルス）*、水中歩行（中等度）、ラジオ体操第2
4.8	水泳（ゆっくりとした背泳）
5.0	かなり速歩（平地、速く＝107 m/分）、野球、ソフトボール、サーフィン、バレエ（モダン、ジャズ）
5.3	水泳（ゆっくりとした平泳ぎ）、スキー、アクアビクス
5.5	バドミントン
6.0	ゆっくりとしたジョギング、ウェイトトレーニング（高強度、パワーリフティング、ボディビル）、バスケットボール、水泳（のんびり泳ぐ）
6.5	山を登る（0～4.1 kgの荷物を持って）
6.8	自転車エルゴメーター（90～100ワット）
7.0	ジョギング、サッカー、スキー、スケート、ハンドボール*
7.3	エアロビクス、テニス（シングルス）*、山を登る（約4.5～9.0 kgの荷物を持って）
8.0	サイクリング（約20 km/時）
8.3	ランニング（134 m/分）、水泳（クロール、ふつうの速さ、46 m/分未満）、ラグビー*
9.0	ランニング（139 m/分）
9.8	ランニング（161 m/分）
10.0	水泳（クロール、速い、69 m/分）
10.3	武道・武術（柔道、柔術、空手、キックボクシング、テコンドー）
11.0	ランニング（188 m/分）、自転車エルゴメーター（161～200ワット）
メッツ	3 メッツ未満の運動の例
2.3	ストレッチング、全身を使ったテレビゲーム（バランス運動、ヨガ）
2.5	ヨガ、ビリヤード
2.8	座って行うラジオ体操

（「日本腎臓病学会 慢性腎臓病生活・食事指導マニュアルより引用）

医学管理等

【Ⅳ－5(効率化等による制度の持続可能性の向上／重症化予防の推進)－①】

進行した糖尿病性腎症に対する運動指導の評価 骨子【Ⅳ－5(1)】

[レセプト記載要領]

ヘモグロビンA1cの値又は内服薬や
インスリン製剤を使用している旨を記載。

● 進行した糖尿病性腎症に対する運動指導の評価

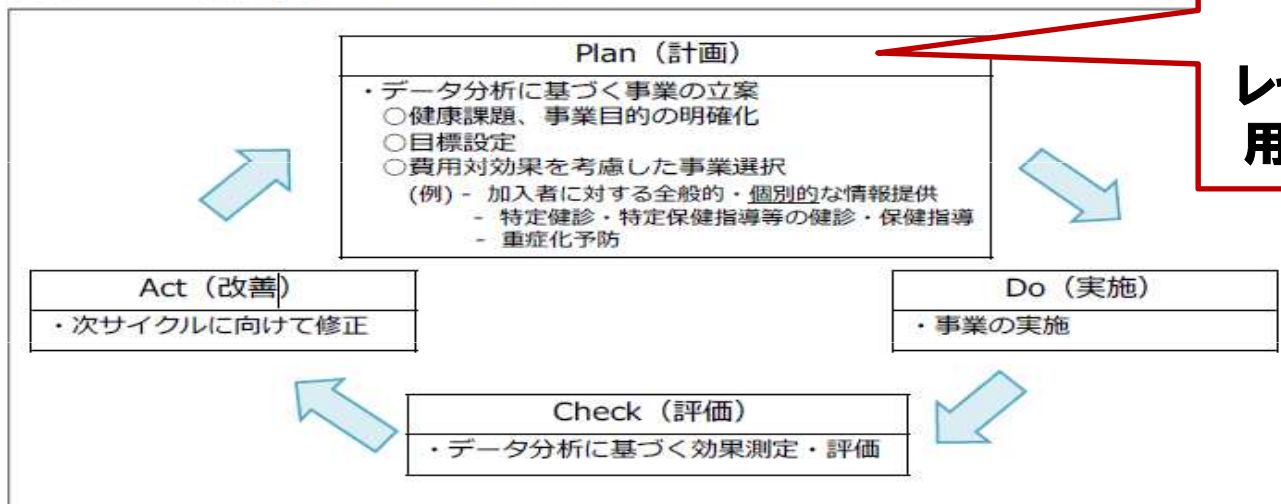
改定

【糖尿病透析予防指導管理料】 届出

[算定要件]

保険者から保健指導を行う目的で情報提供等の協力の求めがある場合に、患者の同意を得て、必要な協力を行うこと。(新設)

図表 1－3 保健事業のPDCAサイクル



データヘルス計画
レセプトと健診データ等活用し
保険事業につなげる

レセプト・健診データの突合分析による糖尿病の重症化予防事業
（サノフィ・アベンティス健康保険組合）

◆レセプトデータと特定健診結果データを突合を行い対象者を抽出

- ①健診結果データ数値が悪くても医療機関受診が見受けられないケース
- ②受診をしても治療効果が見受けられないケース

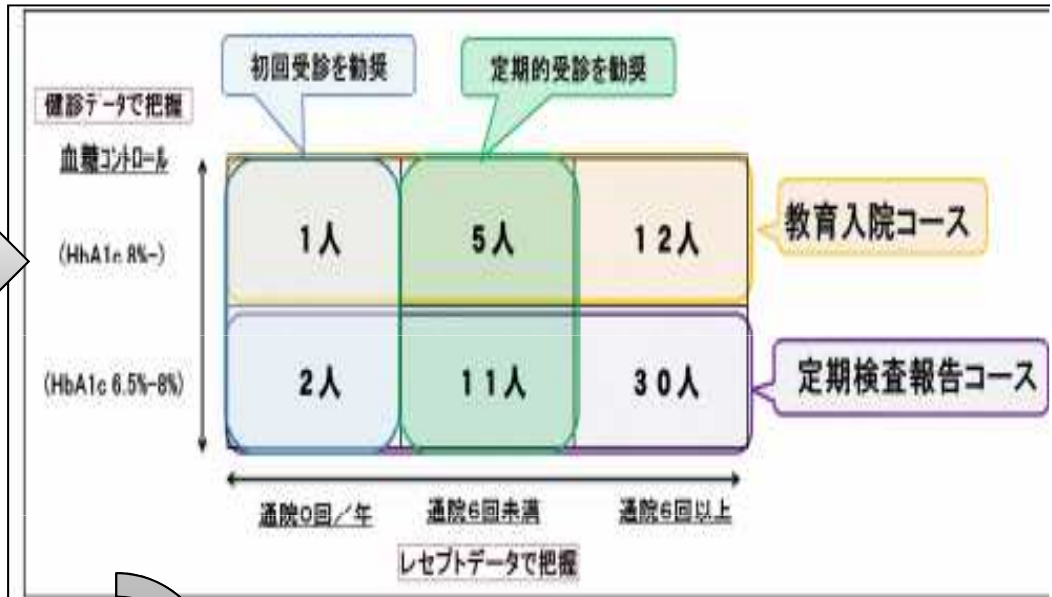
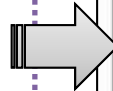


図2. 糖尿病サポート概要図

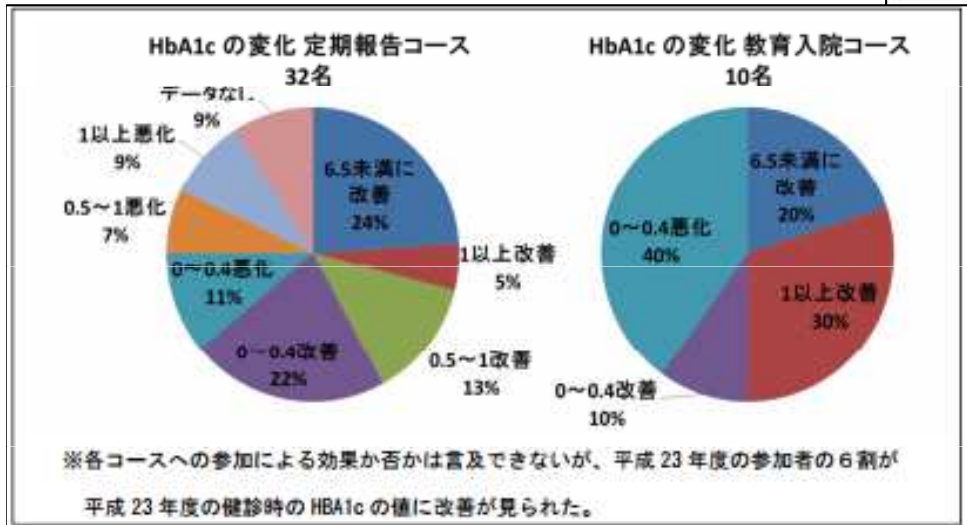
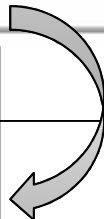
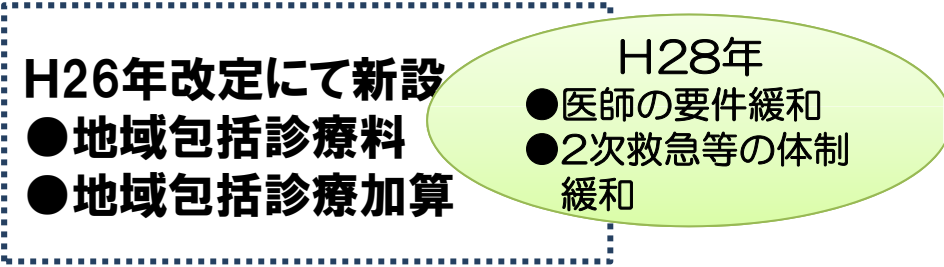
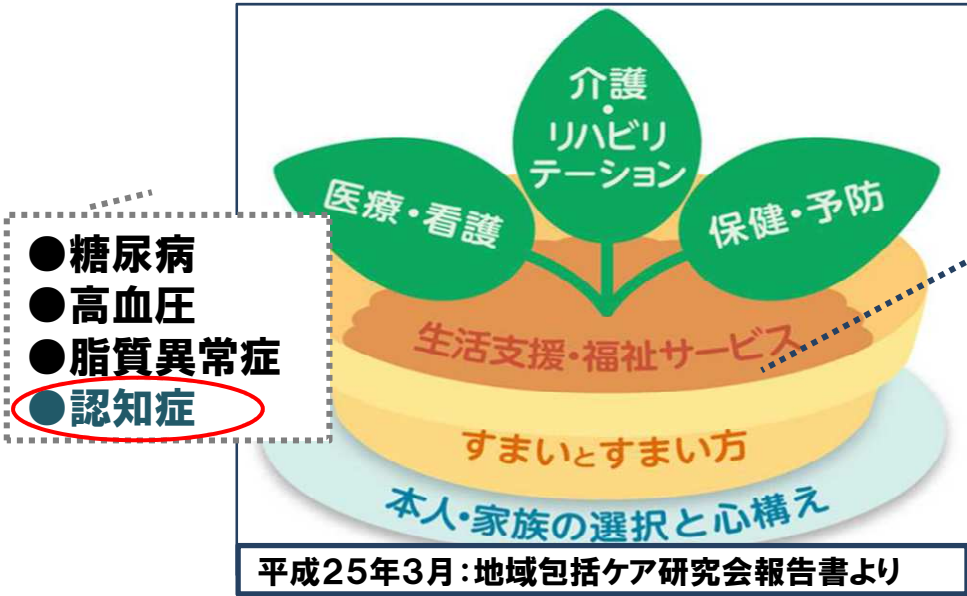
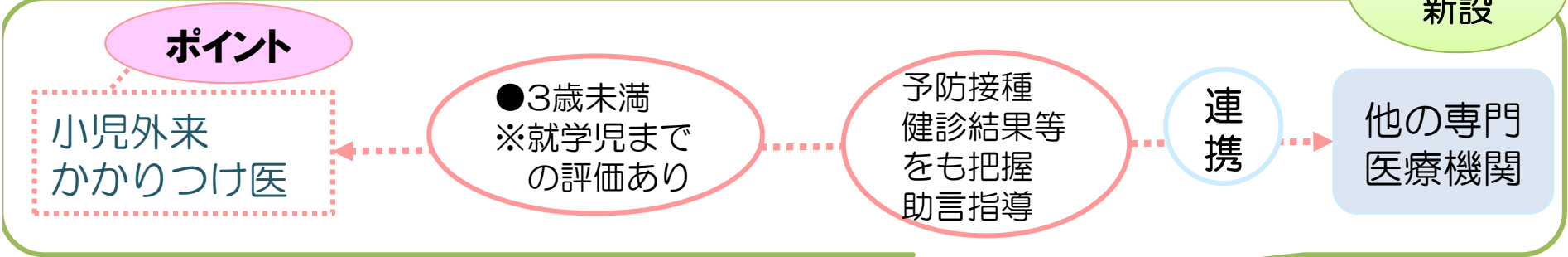


図3. 「糖尿病治療サポート」プログラム参加者のHbA1cの変化（平成22~23年度）

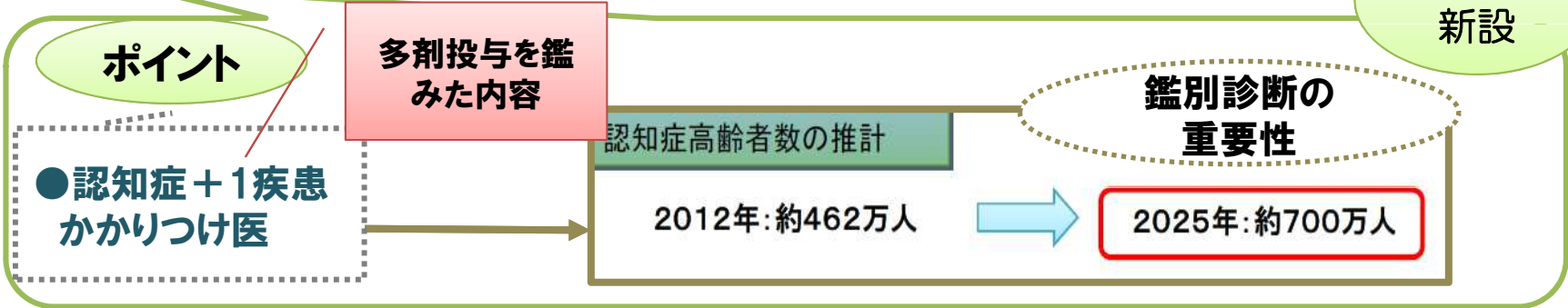
HbA1cの値に改善が見受けられたケースもある

I 地域包括ケアシステムの推進と機能分化・強化、連携に関する視点

H28年
新設



H28年
新設



14日以内の臨時投薬は除く

	対象疾患	診療内容	内服薬	主な施設基準
新	認知症地域包括診療料 1,515点(1月につき※1)	認知症+1疾患以上	内服薬 5種類以下 うち向精神薬 3種類以下	○診療所又は200床未満の病院 ○ ○病院の場合以下の全て(※2) ・地域包括ケア病棟の届出 ・在宅療養支援病院であること
	地域包括診療料 1,503点(1月につき※1)	下記のうち2疾患以上 ・高血圧症 ・脂質異常症 ・糖尿病 ・認知症	(要件なし)	○診療所の場合以下の全て ・時間外対応加算1の届出 ・常勤医師が2人以上(※3) ・在宅療養支援診療所であること
新	認知症地域包括診療加算 30点(再診料に加算)	認知症+1疾患以上	内服薬 5種類以下 うち向精神薬 3種類以下	○診療所 ○ ○以下のいずれか一つ ・時間外対応加算1又は2の届出 ・常勤医師が2人以上(※3) ・在宅療養支援診療所であること
	地域包括診療加算 20点(再診料に加算)	下記のうち2疾患以上 ・高血圧症 ・脂質異常症 ・糖尿病 ・認知症	(要件なし)	

※1 当該月の薬剤料、550点以上の検査、画像診断、処置等以外の費用は、当該点数に含まれる。
 ※2 地域包括診療料に係る2次救急指定病院等の施設基準については、平成28年度改定で廃止し、要件を緩和。
 ※3 地域包括診療料・加算に係る常勤医師の施設基準については、平成28年度改定において3人から2人へ緩和。

平成28年度診療報酬改定 厚労省3月4日
改定説明会資料 追記

医学管理等

当該保険医療機関を4回以上
受診した患者(予防接種含む)

小児かかりつけ医
と地域医療連携

【1-3-1 (医療機能の分化・強化/地域包括ケアシステムの推進) - ③】
小児かかりつけ医の評価 骨子【1-3-1 (2)】

●B001-2-11 小児かかりつけ診療料

新設

届出

B001-2-11 小児かかりつけ診療料 (1日につき)

1 処方せんを交付する場合

イ 初診時 602点

ロ 再診時 413点

2 処方せんを交付しない場合

イ 初診時 712点

ロ 再診時 523点

[レセプト記載要領]

・院外処方せんを交付している者に対し、**夜間緊急の受診等やむを得ない場合**において**院内投薬**を行った場合は、**その理由**を記載する。

・月の途中で転医した場合など、やむを得ず2か所の保険医療機関で算定する場合には、その理由を記載する。

[包括範囲]

下記以外は包括とする。

- (1) 初診料、再診料及び外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算
- (2) 地域連携小児夜間・休日診療料
- (3) 院内トリアージ実施料
- (4) 夜間休日救急搬送医学管理料
- (5) **診療情報提供料(I)(II)**
- (6) **電子的診療情報評価料**
- (7) **往診料(往診料の加算を含む。)**

専門の診療が必要となり、小児かかりつけ診療料の算定患者を診療情報提供書を添えて他の医療機関に紹介した場合には、小児科外来診療料とは異なり、別途算定できる。(3/5 日本医師会Q&Aより)

算定は「1」で良い

医学管理等

例外として、月の途中で転院した場合。やむを得ず2カ所の保険医療機関で算定する場合には、明細書の摘要欄に理由を記載することとしている。理由がなければいけないということになる。(3/4 厚労省説明会 質疑応答より)

[算定要件]

- (1) 対象患者は、継続的に受診している**3歳未満の患者**(3歳未満で当該診療料を算定したことのある患者については**未就学児まで算定できる**。)であって、主治医として、緊急時や明らかに専門外の場合等を除き**最初に受診する保険医療機関であることについて同意を得ている患者**とし、原則として**1か所の保険医療機関が算定する**。
- (2) 当該診療料を算定する患者からの**電話等による問い合わせ**に対して、原則として当該保険医療機関において、**常時対応を行うこと**。
- (3) 急性疾患を発症した際の対応の仕方や、アトピー性皮膚炎・喘息等乳幼児期に頻繁にみられる慢性疾患の管理等について、**かかりつけ医として必要な指導及び診療**を行うこと。
- (4) **児の健診歴及び健診結果を把握**するとともに、発達段階に応じた助言・指導を行い、**保護者からの健康相談に応じる**こと。
- (5) **児の予防接種歴を把握**するとともに、予防接種の有効性・安全性に関する指導やスケジュール管理等に関する**助言等**を行うこと。
- (6) 他の保険医療機関と連携の上、**患者が受診している保険医療機関を全て把握**するとともに、必要に応じて専門的な医療を要する際の紹介等を行うこと。
- (7) **上記の指導・健康相談等を行う旨を、患者に分かるように院内に掲示**すること。

患者の健診の受診状況や予防接種歴の把握は、様式の中に参考例として入れているが、**母子手帳の提示を受けて確認する**といったことが考えられる。その上で、必要な事項等は診療録に記載した上で指導することになる。(3/4 厚労省説明会 質疑応答より)

診療を伴わない助言・指導や健康相談のみが行われる場合については**算定できない**。
(3/5 日本医師会Q&Aより)

医学管理等

【1-3-1 (医療機能の分化・強化／地域包括ケアシステムの推進) - ③】

小児かかりつけ医の評価 骨子【1-3-1 (2)】

●小児かかりつけ診療料

別添2の様式7の8

B001-2小児科外来診療料
を算定していること

[施設基準]

(1) 小児科外来診療料の届出を行っている保険医療機関であること。

(2) 時間外対応加算1又は2の届出保険医療機関であること。

時間外対応加算は
診療所のみ

(3) 小児科又は小児外科を専任する常勤の医師が1名以上いること。

(4) 以下の要件のうち3つ以上に該当すること。

休日又は夜間の診療
を月1回以上の
頻度で行っていること

① 初期小児救急への参加

② 自治体による集団又は個別の乳幼児健診の実施

③ 定期接種の実施

④ 小児に対する在宅医療の提供

⑤ 幼稚園の園医又は保育所の嘱託医への就任

過去1年間に15歳未満の
超重症児又は準超重症児

- ・ 内科・小児科や外科・小児科を標榜し、医師1人の場合でも算定できる。ただし、小児科外来診療料を算定している保険医療機関であって、当該医師は、専ら小児科又は小児外科を担当する常勤の医師であること
- ・ 小児科を含めて複数の診療科を標榜する医療機関で、小児科以外の診療科のみを受診した場合も小児かかりつけ診療料で算定すること
- ・ 小児かかりつけ診療料は小児科外来診療料と同様に、届出した医療機関では対象患者すべてに算定ではなく、医療機関が説明を行い、同意を得た患者のみ算定となる。
- ・ 再診電話等により行われた場合、再診料や乳幼児加算の点数を算定する。

(3/5 日本医師会Q&Aより)

【 B001-2-11 小児かかりつけ診療料 】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 過去1年間に15歳未満の超重症児又は準超重症児に対して在宅医療を提供した実績を有していることが要件となっているが、1度でも往診に行っていれば実績として数えることができるか。

A 実績とは数えられない。3回以上定期的な訪問診療を実施し、区分番号「C002」在宅時医学総合管理料又は区分番号「C002-2」施設入居時等医学総合管理料を算定していることが必要。

Q 小児かかりつけ診療料について、「当該診療料を算定する患者からの電話等による緊急の相談等に対しては、原則として当該保険医療機関において、常時対応すること」とされているが、深夜帯において、#8000等の利用を勧めてはならないのか。

A 深夜帯において、小児救急電話相談事業（#8000）等の利用を勧めることを妨げるものではない。患者から緊急に連絡のあった場合には可能な限り対応を行うこととし、対応できなかった場合にあっては、可能な限り速やかに患者にコールバックすること。

様式7の8

小児かかりつけ診療料に係る届出書

小児かかりつけ診療料に係る施設基準（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

①	専ら小児科又は小児外科を担当する常勤医師の氏名	
②	小児科外来診療料を算定しての届出を行っていること	<input type="checkbox"/>
	時間外対応加算1又は2の届出を行っていること	<input type="checkbox"/>
③	以下の項目のうち、3つ以上に該当すること	<input type="checkbox"/>
	ア 初期小児救急医療に参加していること	<input type="checkbox"/>
	イ 市町村を実施主体とする乳幼児の健康診査を実施していること	<input type="checkbox"/>
	ウ 定期予防接種を実施していること	<input type="checkbox"/>
	エ 過去1年間に15歳未満の超重症児又は準超重症児に対して在宅医療を提供した実績を有していること	<input type="checkbox"/>
	オ 幼稚園の園医又は保育所の嘱託医に就任していること	<input type="checkbox"/>

【記載上の注意】

- ②について、確認できる資料の写し（小児科外来診療料については、例えば診療報酬明細書の写し等）を添付のこと。
- ③について、確認できる資料の写しを添付のこと。なお、③のエに規定する実績については、3回以上定期的な訪問診療を実施し、在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定している場合に限る。

「小児かかりつけ診療料」
（様式7の8）

医学管理等

病棟看護師等
と
チーム連携

- 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。

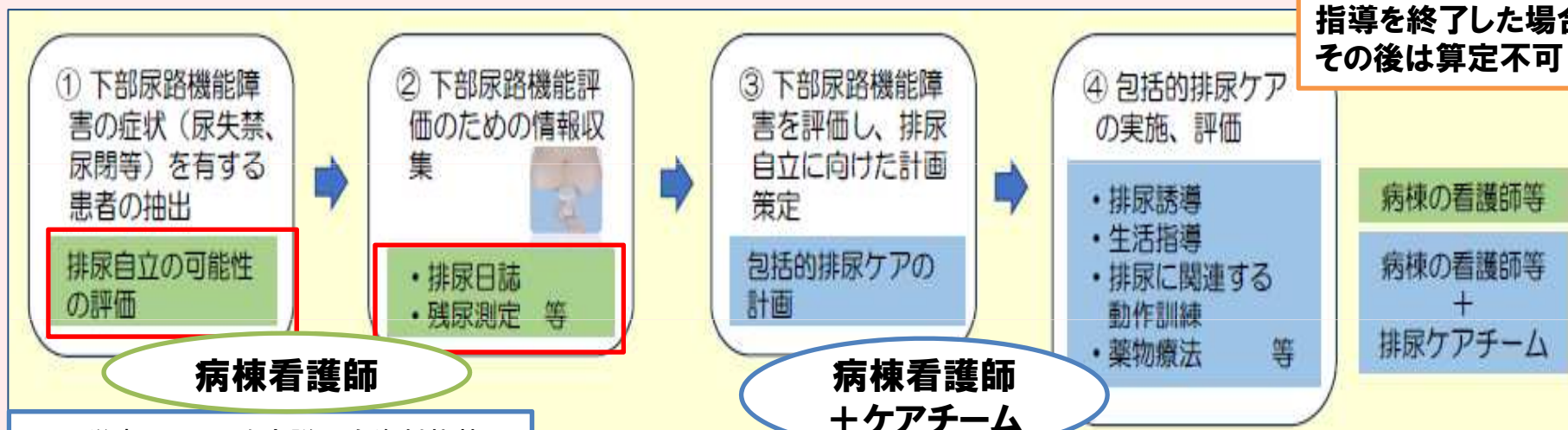
○尿道カテーテル留置中の患者であって、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害を生ずると見込まれる者。

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。

[レセプト記載要領]

当該指導の初回算定日及び初回からの通算算定回数(当該月に実施されたものを含む。)を記載する。

排尿が自立し
指導を終了した場合
その後は算定不可



[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。

医学管理等

● 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】	<p>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> <p>日本慢性期医療協会 「排尿機能回復のための治療とケア講座」</p> <p>① 日本看護協会認定看護師教育課程 「皮膚・排泄ケア」の研修 ② 日本創傷・オストミー・失禁管理学会、日本老年泌尿器科学会、日本排尿機能学会 「下部尿路症状の排尿ケア講習会」 ③ 日本慢性期医療協会 「排尿機能回復のための治療とケア講座」</p>	<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。

医学管理等

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」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。
- 「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)

★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

医学管理等

●退院直後の在宅療養支援に関する評価

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

新設

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**

[レセプト記載要領]
退院日を記載する。

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

在宅悪性腫瘍等患者指導管理

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

【 B007-2 退院後訪問指導料】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 病棟の看護師等が退院後訪問指導をした時間は、入院基本料の看護職員の数として算入してよいか。

A 算入できない。

Q 区分番号「B007-2」退院後訪問指導料の訪問看護同行加算を入院していた医療機関が算定した場合、同行訪問した訪問看護ステーション又は他の保険医療機関は訪問看護療養費又は在宅患者訪問看護・指導料を算定できるのか。

A 同行した訪問看護ステーション又は他の保険医療機関は、訪問看護療養費又は在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料若しくは精神科訪問看護・指導料を算定できる。

Q 患者が入院していた病棟以外の病棟又は外来等に従事する看護師等が訪問した場合でも算定は可能か。

A 算定可。（当該病棟の退院支援職員、退院調整部門の看護師等が想定される）

医学管理等

[レセプト記載要領]

当該保険医療機関及び他の保険医療機関で処方された内服薬を合計した種類数から2種類以上減少した場合には、当該他の保険医療機関名及び各保険医療機関における調整前後の薬剤の種類数を記載する。

外来

新設

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]

(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

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

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。

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）-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**。

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 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)

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)】

● 検査・画像情報提供加算

B009 診療情報提供料(Ⅰ)注15

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**

【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。

[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。

(3/5 日本医師会Q&Aより)

【検査・画像情報提供加算】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

保険医療機関が、他の保険医療機関に対し診療情報提供書及び検査結果等を別々の日に提供した場合は算定可能か。

A

診療情報提供書及び検査結果等は、原則同日に提供する必要がある。検査結果等を提供する側の保険医療機関が、電子的に医療情報を共有するネットワークを通じ電子的に常時閲覧可能なよう提供する場合は、他の保険医療機関が閲覧できるよう速やかに提供する必要がある。なお、当該保険医療機関が、当該検査結果等に関する情報を電子的な診療情報提供書に添付する場合には、必然的に診療情報提供書及び検査結果等を同日に提供することとなる。

Q

検査結果等をCD-ROMで提供した場合は算定可能か。

A

算定不可。

【検査・画像情報提供加算】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

以下の場合、電子的に送受される診療情報提供書に添付した場合に該当するか。

- ① 電子的に提供する診療情報提供書に、検査結果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、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。
- ② 電子的に提供する診療情報提供書に、検査結果等の診療記録のうち主要なもののファイルを添付し、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。

A

いずれも該当する。

Q

以下の場合、医療機関間で電子的に医療情報を共有するネットワークを通じ他の保険医療機関に常時閲覧可能なよう提供した場合に該当するか。電子的に提供する診療情報提供書に電子署名を付与し、安全な通信環境を確保して送付した上で、検査結果等の診療記録のうち主要なもののデータについては、当該保険医療機関が参加している医療機関間で電子的に医療情報を共有するネットワークの有するシステムへアップロードし、当該診療情報提供書及び検査結果等の提供を受ける別の保険医療機関が常時閲覧できるようにした場合。

A

該当する。

電子化

全日本病院協会 事務連絡（その1）平成28年4月8日

Q

電子的な送受とは、電子的記録媒体（CDR等）で提供する場合でも該当するの
か。

A

該当しない。

Q

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とされたが、当該基
準を満たす電子署名を施すことが出来るものとして、どのようなものが該当するの
か。

A

平成28年3月時点において、一般社団法人医療情報システム開発センター（MEDIS）
HPKI電子認証局の発行するHPKI署名用電子証明書及び日本医師会の発行する医師
資格証が該当する。

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。

【 B009-2 電子的診療情報評価料 】

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q 別の保険医療機関より、検査結果等をCD-ROMで提供された保険医療機関が、当該検査結果等を当該医療機関の診療情報を開覧するシステムに取り込み、当該検査結果等を診療に活用した場合も算定可能か。

A 算定不可。

Q 保険医療機関が、同一月に同一患者について、同一の紹介先保険医療機関に診療情報提供書を複数回提供した場合には、月1回に限り診療情報提供料(Ⅰ)の算定が可能だが、例えば月2回目以降の情報提供など、当該保険医療機関において診療情報提供料(Ⅰ)が算定できない場合であっても、診療情報提供書の提供を受ける際に検査結果等の診療情報のうち主要なものを電子的方法により提供された紹介先保険医療機関において、当該検査結果等を診療に活用した場合には、その都度、電子的診療情報評価料を算定できるか。

A 算定不可。検査結果等の電子的な方法による開覧等の回数にかかわらず、区分番号「B009」に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)を算定する他の保険医療機関からの1回の診療情報提供に対し、1回限り算定する。

【C 特掲診療料】⑭ 在宅医療

在宅医療／精神科専門療法

【1-4 (医療機能の分化・強化／在宅医療の確保) - ⑩】 衛生材料等の提供についての評価 骨子【1-4 (7)】

●衛生材料等提供加算

新設

C007 訪問看護指示料 / I012-2 精神科訪問看護指示料

注3 衛生材料等提供加算

80点 (月1回)

[算定要件]

訪問看護指示書又は精神科訪問看護指示書を交付した患者のうち、
衛生材料及び保険医療材料が必要な者に対して、在宅療養において必要かつ十分な
量の衛生材料及び保険医療材料を提供した場合に

訪問看護指示料又は精神科訪問看護指示料に加算する。

訪問看護指示料を算定した月のみ算定できる。
(3/4 厚労省説明会質疑応答より)

※ C002 在宅時医学総合管理料、C002-2 施設入居時等医学総合管理料、
C003在宅がん医療総合診療料、第2節第1款 在宅療養指導管理料等を算定している場合は、
当該管理料に包括される。

衛生材料としては、例えばガーゼ、テープとか、使い捨ての手袋といった
もの、保険医療材料としては、点滴用のルートや注射針といったものが考
えられる。

主治医は必要な衛生材料等の
量の把握に
努めることが記載されています

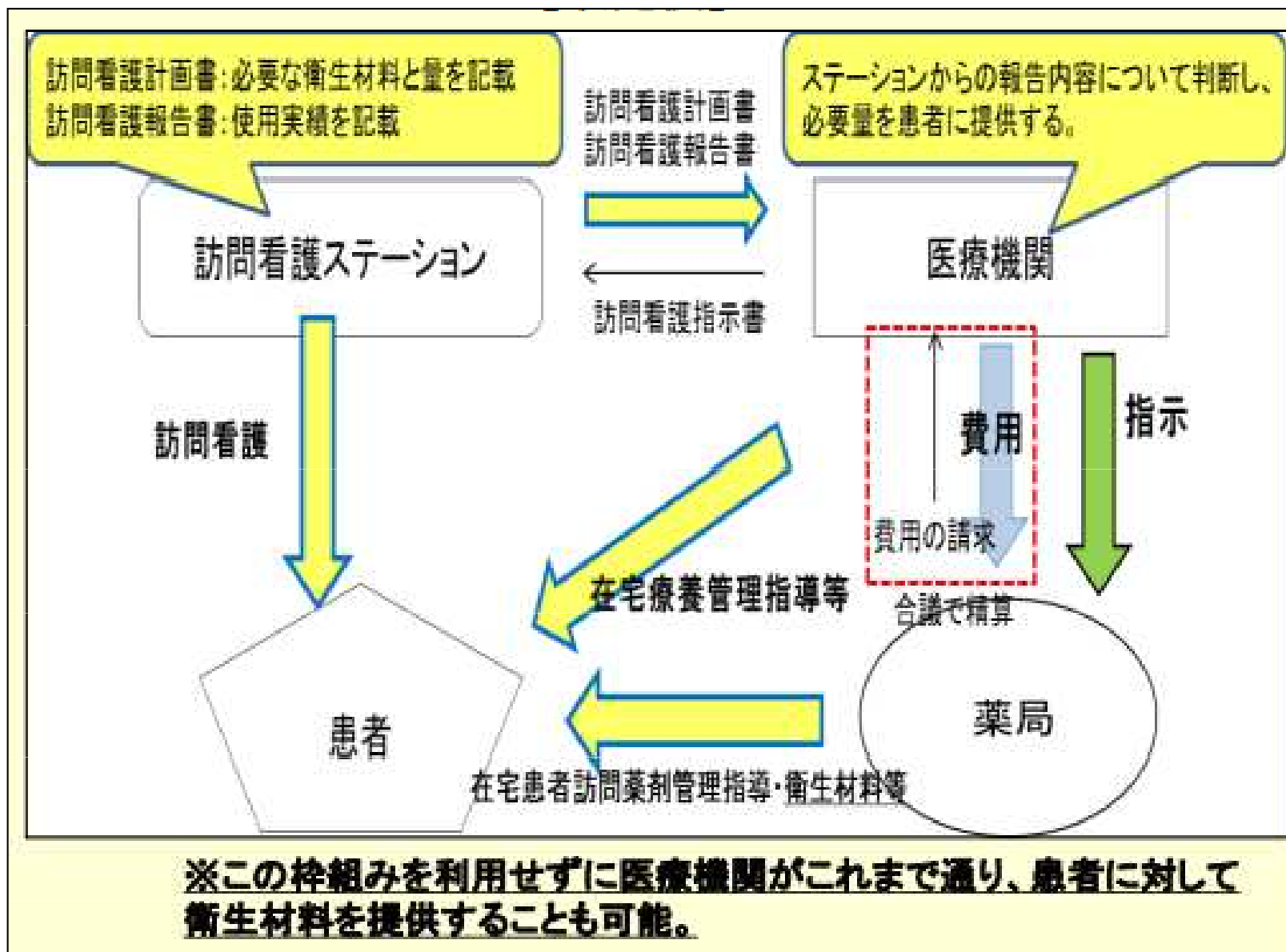
なお、看護師自身が使う防護具は、訪問看護側の経費に含まれる。
医療機関が負担しなくてはならないものの中には含まれない。

(3/4 厚労省説明会質疑応答より)

●医師の診療日以外の特定保険医療材料等の取扱い

1. 主治医の指示に基づき、**主治医の診療日以外**に訪問看護ステーションの看護師等が処置
を実施する際、又は特別養護老人ホームの配置医師の指示に基づき、**配置医師の診療日
以外**に配置看護師等が処置を実施する際に用いる薬剤及び特定保険医療材料について
も、使用量を**主治医又は配置医師が患者に処方できることを明確にする。**
2. 検体検査については、**検査を指示・実施する保険医療機関において、検体検査実施料を
算定できることとする。**

在宅における衛生材料の供給体制について



別紙様式1 訪問看護計画書

患者氏名	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)									
要介護認定の状況	自立 要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5)									
住 所										
看護・リハビリテーションの目標										
年月日	問題点・解決策	評価								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">衛生材料等が必要な処置の有無</td> <td style="text-align: center;">有</td> <td style="text-align: center;">無</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">処置の内容</td> <td style="text-align: center;">衛生材料(種類・サイズ)等</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">必要量</td> </tr> </table>			衛生材料等が必要な処置の有無		有	無	処置の内容	衛生材料(種類・サイズ)等	必要量	
衛生材料等が必要な処置の有無		有	無							
処置の内容	衛生材料(種類・サイズ)等	必要量								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">衛生材料等が必要な処置の有無</td> <td style="text-align: center;">有</td> <td style="text-align: center;">無</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">処置の内容</td> <td style="text-align: center;">衛生材料(種類・サイズ)等</td> <td style="text-align: center;">必要量</td> </tr> </table>			衛生材料等が必要な処置の有無	有	無	処置の内容	衛生材料(種類・サイズ)等	必要量		
衛生材料等が必要な処置の有無	有	無								
処置の内容	衛生材料(種類・サイズ)等	必要量								
備考										

上記の訪問看護計画書に基づき指定訪問看護又は看護サービスの提供を実施いたします。

平成 年 月 日

事業所名
管理者氏名 印
殿

「訪問看護計画書」
(別紙様式1)

(H26.3.26 厚生労働省保険局医療課長
「訪問看護計画書等の記載要領等について」の一部改正について) より

「訪問看護報告書」
(別紙様式2)

別紙様式2 訪問看護報告書

患者氏名	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	
要介護認定の状況	自立 要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5)	
住 所		
訪 問 日	平成 年 月	平成 年 月
	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
	8 9 10 11 12 13 14	8 9 10 11 12 13 14
	15 16 17 18 19 20 21	15 16 17 18 19 20 21
	22 23 24 25 26 27 28	22 23 24 25 26 27 28
	29 30 31	29 30 31
<p>訪問日を○で囲むこと。特別訪問看護指示書に基づく訪問看護を実施した場合は△で囲むこと。1日に2回以上訪問した日は◎で、長時間訪問看護加算を算定した日を□で囲むこと。 なお、右表は訪問日が2月にわたる場合使用すること。</p>		
病状の経過		
看護・リハビリテーションの内容		
家庭での介護の状況		
衛生材料等の使用量および使用状況	<p>衛生材料等の名称:() 使用及び交換頻度:() 使用量:()</p>	
衛生材料等の種類・量の変更	<p>衛生材料等(種類・サイズ・必要量等)の変更の必要性: 有 ・ 無 変更内容</p>	
特記すべき事項(欄)	<p>衛生材料等の使用料および使用状況</p> <p>衛生材料等の名称:() 使用及び交換頻度:() 使用量:()</p>	
上記のとおり、指定	<p>衛生材料等(種類・サイズ・必要量等)の変更の必要性: 有 ・ 無</p> <p>変更内容</p>	
平成 年 月 日		

(赤字部分のみ抜粋)
特別訪問看護指示書に基づく訪問看護を実施した場合は△で囲むこと。

(H26.3.26 厚生労働省保険局医療課長「訪問看護計画書等の記載要領等について」の一部改正について) より

**【 C007 訪問看護指示料、I012-2 精神科訪問看護指示料
衛生材料等提供加算】**

厚労省 疑義解釈（その1）平成28年3月31日

Q

訪問看護指示料又は精神科訪問看護指示料を算定していない月においても、必要かつ十分な量の衛生材料又は保険医療材料を提供した場合は衛生材料等提供加算の算定が可能か。

A

衛生材料等提供加算は、訪問看護指示料又は精神科訪問看護指示料を算定した月にのみ算定可能である。