

第2章 特掲診療料

算定回数が「週」又は「月」と記載されているものについては、特に定めのない限り「週」は日曜日から土曜日までの1週間（暦週）。「月」は月の初めから月の末日までの1か月（暦月）単位として算定する。

第1部 医学管理等

○ 指導内容、治療計画等の診療録への記載など、算定要件を満たしていなければ算定できない。

医学管理料とは、処置や投薬等の技術と異なり、医師による患者指導や医学管理そのものを評価する診療報酬項目である。いわば「見えない技術料」である。項目ごとの算定要件や算定回数制限などがある。

【B000 特定疾患療養管理料】

	現行の対面診療における評価	情報通信機器を用いた場合の評価
B000 特定疾患療養管理料		
1 診療所の場合	225点	196点
2 許可病床数が100床未満の病院の場合	147点	128点
3 許可病床数が100床以上200床未満の病院の場合	87点	76点

厚生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、服薬、運動、栄養等の療養上の管理を行った場合に月に2回に限り算定する。主病とは患者の全身的な医学管理の中心となっている特定疾患をいい、実際に主病を中心とした療養上必要な管理が行われていない場合又は実態的に主病に対する治療が行われていない場合には算定できない。

診療録に主病とする特定疾患の管理に関して記載されていることが必要である。指導時においてもっとも多く指摘される事項である。漫然と算定されることがないように注意を要する。

特定疾患療養管理料並びに処方料及び処方せん料に規定する疾患

結核、悪性新生物、甲状腺障害、処置後甲状腺機能低下症、スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害、ムコ脂質症、リポ蛋白代謝障害及びその他の脂（質）血症（家族性高コレステロール血症等の遺伝性疾患に限る。）、リポジストロフィー、ローノア・ベンソード腺脂肪腫症、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管疾患、一過性脳虚血発作及び関連症候群、単純性慢性気管支炎及び粘液膿性慢性気管支炎、詳細不明の慢性気管支炎、その他の慢性閉塞性肺疾患、肺気腫、喘息、喘息発作重積状態、気管支拡張症、胃潰瘍及び十二指腸潰瘍（消化性潰瘍のある患者への投与が禁忌である非ステロイド性抗炎症薬の投与を受けている場合を除く。）、胃炎及び十二指腸炎、肝疾患（経過が慢性なものに限る。）、慢性ウイルス肝炎、アルコール性慢性肝炎、その他の慢性肝炎、思春期早発症、性染色体異常、アナフィラキシー、ギラン・バレー症候群

R6年度の改定で特定疾患治療管理料の対象疾患より脂質異常症、高血圧症、糖尿病を除外

【B001 3 悪性腫瘍特異物質治療管理料】

イ 尿中BTAに係るもの 220点

ロ その他のもの

第2章 特掲診療料 第1部 医学管理等一②

(1) 1項目の場合 360点

(2) 2項目以上の場合 400点

悪性腫瘍と既に確定診断がされた患者について、腫瘍マーカー検査を行い、当該検査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回に限り算定する。腫瘍マーカー検査の結果及び治療計画の要点を診療録に記載する。

- ・遊離型PSA比 (PSA F/T比)、S2, 3 PSA%およびPHIは前立腺癌治療の経過観察時に行っても悪性腫瘍特異物質治療管理料の算定は不能である。
- ・腫瘍マーカーのI型コラーゲン-C-テロペプチド (ICTP) のみではなく、生化学的検査のI型コラーゲン架橋-N-テロペプチド (NTX)、酒石酸抵抗性酸性フォスファターゼ (TRACP-5b)、デオキシピリジノリン (DPD) (尿) についても、前立腺癌と既に確定診断された患者について骨転移の診断のために行った時には、悪性腫瘍特異物質治療管理料で算定する。

【癌と確定している臓器以外の癌を疑った時の取り扱い】

例外規定を除き、すでに悪性腫瘍の確定診断病名があるときには、他の腫瘍に対して腫瘍マーカー検査を行った場合でも悪性腫瘍特異物質治療管理料で算定する。しかし腫瘍マーカー検査が必要であることが確認できる病名を傷病名欄に記載し、検査結果および治療計画を診療録に記載しないと算定要件は満たさない。

- ※ 他の悪性腫瘍の既往がある場合 (レセプトに悪性腫瘍の記載がある場合) でPSAを測定する場合は、悪性腫瘍特異物質治療管理料で算定する。ただし「前立腺癌疑い」の病名が必要。前立腺癌が確定している場合、PSA F/T、S2, 3 PSA%およびPHIの請求は不可

【B001 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又は器具を装着しておりその管理に配慮を必要とする患者に対して、医師の指示に基づき看護師又は保健師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、患者1人につき月1回 (初回の指導を行った月にあっては、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。

- ※ 在宅療養指導管理料を算定している患者又は入院中の患者以外の患者であって、器具 (人工肛門、人工膀胱、気管カニューレ、留置カテーテル、ドレーン等) を装着しており、その管理に配慮を要する患者に対し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。

- ※ 「医師は診療録に保健師、助産師または看護師への指示事項を記載する」の文言が削除された。

【B001 22 がん性疼痛緩和指導管理料】

緩和ケアに係る研修を受けた保険医による場合のみ算定可 200点

【B001 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

【B001 24 外来緩和ケア管理料】 290点

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。

医師が症状緩和を目的として麻薬を投与している入院中の患者以外の悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群、末期心不全、末期呼吸器疾患又は末期腎不全の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、当該患者の同意に基づき、症状緩和に係るチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）による診療が行われた場合に算定する。

※ R8年改定で末期腎不全患者が追加された。

【B005-6-3 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

【B005-6-4 外来がん患者在宅連携指導料】 500点

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。

【B005-9 外来排尿自立指導料】 200点

入院患者の尿道カテーテル抜去を目的としたチーム医療による取り組みを評価

排尿に関するケアに係る専門的知識を有した多職種からなるチーム（排尿ケアチーム）を設置し、当該患者の診療を担う医師、看護師、理学療法士等が、排尿ケアチームと連携して、当該患者の排尿

第2章 特掲診療料 第1部 医学管理等－④

自立の可能性及び下部尿路機能を評価し、排尿誘導等の保存療法、リハビリテーション、薬物療法等を組み合わせるなど、下部尿路機能の回復のための包括的なケアを実施することを評価する

「排尿自立指導料」に関する手引き 日本創傷・オストミー・失禁管理学会編を参照

※ 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。

【B009 診療情報提供料（Ⅰ）】250点

他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。（患者の受診を伴わない単なる経過報告や患者紹介の「お返事」等については算定できない）

情報提供に関して算定できる範囲が拡大。以前は指定居宅事業者に対しては退院後2週間以内であったが、期間がなくなり他の介護機関への情報提供に関しても算定可能となった。

どの機関に対して	何のために	何を提供したとき
別の保険医療機関	診療の必要を認め	診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合
指定居宅介護支援事業者 指定介護予防支援事業者 指定特定相談支援事業者 指定障害児相談支援事業者		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
保険薬局	在宅患者訪問薬剤管理指導の必要を認め	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
精神障害者施設 介護老人保健施設		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
介護老人保健施設 介護医療院		診療状況を示す文書を添えて患者の紹介
認知症に関する専門の保険医療機関等	認知症の状態にある患者について鑑別診断等の必要を認め	診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合
通園又は通学する保育所 学校（大学を除く。）等の学校医等		小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者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、は食物アレルギー患者について学校生活等を送るに当たり必要な情報を提供した場合

★ 急病等で患者治療上の必要性から、休日夜間における救急医療の確保のために診療を行っている
と認められる次に掲げる医療機関の受診を指示・必要な診療情報を文書で提供した場合はB009
診療情報提供料Ⅰが算定可とされた。

※ 対象となる保険医療機関（イ）地域支援病院（ロ）救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院または救急診療所（ハ）「救急医療の整備事業について」に規定された病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所または共同利用病院

★ 入院中の診療情報提供料（Ⅰ）（退院に際しては除く）は入院基本料に含まれ算定できない。ただし、専門的な診療料を必要として他医療機関を受診した際に、他医療機関から入院先医療機関への診療情報提供料（Ⅰ）は、入院中の患者であっても認められる。また、セカンドオピニオンに係わる診療情報提供料Ⅱは、入院中でも算定できる。

★ 受診先医療機関不明の情報提供書は、算定要件を満たさず、算定できない

★ 診療情報提供料（Ⅰ）は紹介先医療機関ごとに月一回の算定となる。

【B010 診療情報提供料（Ⅱ）】 500点

治療法の選択等に関して他の医療機関の医師の助言（セカンドオピニオン）を求める患者、家族に対して診療情報を提供したときに算定する。

★ 診療情報提供料（Ⅱ）を算定すべき診療情報の提供にあたっては、患者又はその家族からの希望があった旨を診療録に記載する。

【B010－2 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

提供する保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定可となった。

診療情報提供料（Ⅰ）は「別の医療機関での診療の必要性を認め、患者の紹介を行った場合に算定し、連携強化診療情報提供料は「紹介元の保険医療機関からの求めに応じ、患者の診療状況を示す文書を提供した場合」算定するとされた。算定できる医療機関はかかりつけ医機能を持つ医療機関である。かかりつけ医機能を持たない医療機関ではかかりつけ医機能をもつ医療機関から紹介された患者に対して算定できる。

★ 泌尿器科は多くはかかりつけ医機能を持つ医療機関（※）には当たらないと考えられるため、泌尿器科では主にかかりつけ機能を持つ医療機関（※）から紹介された患者にたいして算定することになる。

【B013 療養費同意書交付料】 100点

療養費の支給対象

はりきゅう：神経痛、リウマチ、頸腕症候群、五十肩、腰痛症、頸椎捻挫後遺症

マッサージ：麻痺、拘縮

療養費同意書交付料は原則として当該疾病に係わる主治の医師が、診察に基づき、診療の給付を行うことが困難であると認めた患者に対し、あん摩・マッサージ・指圧、はり、きゅうの施術に係わる同意書または診断書を交付した場合に算定する。

「レセプト摘要欄に交付年月日に加え、同意書または診断書の病名欄に記載した病名を記載する。」

はり、きゅうについて、同一疾患で、医療機関で治療中の患者は保険診療での給付（診察、検査および療養費同意書を除く）の対象とはならない。

柔道整復師への情報提供は「B009 診療情報提供料（Ⅰ）、B013療養費同意書交付料」では算定できない。（療担規則6条）

療担規則（17条）で「保険医は、患者の疾病又は負傷が自己の専門外にわたるものであるという理由によって、みだりに、施術業者の施術を受けることに同意を与えてはならない」とされているため泌尿器科医が交付するときには注意が必要である。