

- 5 腫瘍マーカーの検査に要する費用は所定点数に含まれるものとする。
- 6 注1及び注2に規定されていない腫瘍マーカーの検査及び計画的な治療管理であって特殊なものに要する費用は、注1又は注2に掲げられている腫瘍マーカーの検査及び治療管理のうち、最も近似するものの所定点数により算定する。
- 4 小児特定疾患カウンセリング料 710点  
注 小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、15歳未満の喘息、周期性嘔吐症等の患者であって入院中以外のものに対して、療養上必要なカウンセリングを同一月内に1回以上行った場合に、1年を限度として月1回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる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。
- 5 小児科療養指導料 250点  
注1 小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、慢性疾患であって生活指導が特に必要なものを主病とする15歳未満の患者であって入院中以外のものに対して、必要な生活指導を継続して行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養指導料又は区分番号B001の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者については算定しない。
- 2 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日の同月内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。
- 3 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起算して1月以内に行った指導の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。
- 4 第2部第2節在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料又は区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者に対して行った指導の費用は、各区分に掲げるそれぞれの指導管理料に含まれるものとする。
- 6 てんかん指導料 250点  
注1 小児科、神経科、神経内科、精神科、脳神経外科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、その標榜する診療科を担当する医師が、てんかん（外傷性のものを含む。）の患者であって入院中以外のものに対して、治療計画に基づき療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。
- 2 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日から1月以内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。
- 3 退院した患者に対して退院の日から起算して1月以内に指導を行った場合における当該指導の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。
- 4 区分番号B000に掲げる特定疾患療養指導料、区分番号B001の5に掲げる小児科療養指導料又は区分番号B001の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者については算定しない。
- 5 第2部第2節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に対して行った指導の費用は、各区分に掲げるそれぞれの指導管理料に含まれるものとする。
- 7 難病外来指導管理料 250点  
注1 入院中の患者以外の患者であって別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、治療計画に基づき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。
- 2 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日から1月以内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。
- 3 退院した患者に対して退院の日から起算して1月以内に指導を行った場合における当該指導の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれる

ものとする。

4 区分番号B000に掲げる特定疾患療養指導料又は区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定している患者については算定しない。

8 皮膚科特定疾患指導管理料

イ 皮膚科特定疾患指導管理料(I) 250点

ロ 皮膚科特定疾患指導管理料(II) 100点

注1 皮膚科又は皮膚泌尿器科を標榜する保険医療機関において、皮膚科又は皮膚泌尿器科を担当する医師が、別に厚生労働大臣が定める疾患に罹患している患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、当該疾患の区分に従い、それぞれ月1回に限り算定する。

2 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日から1月以内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。

3 入院中の患者に対して指導を行った場合又は退院した患者に対して退院の日から1月以内に指導を行った場合における当該指導の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。

9 外来栄養食事指導料 130点

注 入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあつては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。

10 入院栄養食事指導料 130点

注 入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立によって指導を行った場合に、入院中2回を限度として算定する。

11 集団栄養食事指導料 80点

注 別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とする複数の患者に対して、医師の指示に基づき管理栄養士が栄養指導を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

12 心臓ペースメーカー指導管理料

イ 区分番号K552に掲げるペースメーカー移植術を行った日から起算して3月以内の期間に行った場合 460点

ロ イ以外の場合 320点

注1 体内埋込式心臓ペースメーカーを使用している患者であつて入院中の患者以外のものに対して、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。

2 区分番号B000に掲げる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。

13 在宅療養指導料 170点

注1 第2部第2節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つては、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。

14 高度難聴指導管理料

イ 区分番号K328に掲げる人工内耳埋込術を行った日から起算して3月以内の期間に行った場合 480点

ロ イ以外の場合 400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、高度難聴の患者に対して必要な療養上の指導を行った場合に算定する。

- 2 区分番号K328に掲げる人工内耳埋込術を行った患者については月1回に限り、その他の患者については1回に限り算定する。
- 15 慢性維持透析患者外来医学管理料 2,670点
- 注1 入院中の患者以外の慢性維持透析患者に対して検査の結果に基づき計画的な医学管理を行った場合に、月1回に限り算定する。
- 2 第3部検査及び第4部画像診断のうち次に掲げるものは、所定点数に含まれるものとし、また、区分番号D026に掲げる尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査(I)判断料、生化学的検査(II)判断料又は免疫学的検査判断料は別に算定できないものとする。
- イ 尿中一般物質定性半定量検査
- ロ 尿沈渣顕微鏡検査
- ハ 糞便検査  
潜血反応検査、ヘモグロビン
- ニ 血液形態・機能検査  
赤血球沈降速度測定、網赤血球数、末梢血液一般検査、末梢血液像、ヘモグロビンA<sub>1c</sub> (HbA<sub>1c</sub>)
- ホ 出血・凝固検査  
出血時間測定、凝固時間測定
- ヘ 血液化学検査  
総ビリルビン、総蛋白、膠質反応、アルブミン、尿素窒素 (BUN)、クレアチニン、尿酸、グルコース、乳酸脱水素酵素 (LDH)、アルカリフォスファターゼ、コリンエステラーゼ (ChE)、アミラーゼ、γ-グルタミールトランスペプチダーゼ (γ-GTP)、ロイシンアミノペプチダーゼ (LAP)、クレアチン・フォスフォキナーゼ (CPK)、中性脂肪、Na及びCl、K、Ca、鉄、Mg、P及びHPO<sub>4</sub>、総コレステロール、グルタミン・オキサロアセティック・トランスアミナーゼ (GOT)、グルタミン・ピルビック・トランスアミナーゼ (GPT)、遊離脂肪酸、シアル酸、フルクトサミン、グリコアルブミン、1, 5-アンヒドロ-D-グルシトール (1, 5AG)、1, 25ジヒドロキシビタミンD<sub>3</sub> (1, 25(OH)<sub>2</sub>D<sub>3</sub>)、β-リポ蛋白、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、不飽和鉄結合能 (UIBC)、総鉄結合能 (TIBC)、蛋白分画測定、血液ガス分析、A1、フェリチン
- ト 内分泌学的検査  
トリヨードサイロニン (T<sub>3</sub>)、サイロキシン (T<sub>4</sub>)、甲状腺刺激ホルモン (TSH)、副甲状腺ホルモン (PTH)、遊離トリヨードサイロニン (FT<sub>3</sub>)、C-ペプチド (CPR)、遊離サイロキシン (FT<sub>4</sub>)、カルシトニン、ヒト心房性ナトリウム利尿ペプチド (HANP)、ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド (BNP)
- チ 感染症血清反応  
梅毒脂質抗原使用検査
- リ 肝炎ウイルス関連検査  
HBs抗原、HBs抗体価、HCV抗体価
- ヌ 血漿蛋白免疫学的検査  
C反応性蛋白 (CRP)、血清補体価 (CH<sub>50</sub>)、免疫グロブリン、補体蛋白 (C<sub>3</sub>)、補体蛋白 (C<sub>4</sub>)、トランスフェリン、β<sub>2</sub>-マイクログロブリン (β<sub>2</sub>-m)
- ル 心電図検査
- ヲ 写真診断  
単純撮影 (胸部)
- ワ 撮影

単純撮影（胸部）

- 16 喘息治療管理料
- イ 1月目 75点
  - ロ 2月目以降 25点

注 入院中の患者以外の喘息の患者に対して、ピークフローメーターを用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。

- 17 慢性疼痛疾患管理料 130点

注1 診療所である保険医療機関において、入院中の患者以外の慢性疼痛に係る疾患を主病とする患者に対して、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。

2 区分番号J119に掲げる消炎鎮痛等処置及び区分番号H001の4に掲げる理学療法(N)の費用は所定点数に含まれるものとする。

- 18 小児悪性腫瘍患者指導管理料 500点

注1 小児科を標榜する保険医療機関において、悪性腫瘍を主病とする15歳未満の患者であって入院中の患者以外のものに対して、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。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養指導料又は区分番号B001の5に掲げる小児科療養指導料を算定している患者については算定しない。

2 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日の同月内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。

3 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起算して1月以内に行った指導の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。

4 第2部第2節在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料又は区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者に対して行った指導の費用は、各区分に掲げるそれぞれの指導管理料に含まれるものとする。

B001-2 小児科外来診療料（1日につき）

- 1 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合
  - イ 初診時 550点
  - ロ 再診時 370点
- 2 1以外の場合
  - イ 初診時 660点
  - ロ 再診時 480点

注1 小児科を標榜する保険医療機関であって地方社会保険事務局長に届け出たものにおいて、入院中の患者以外の患者（3歳未満の乳幼児に限る。）に対して診療を行った場合に、保険医療機関単位で算定する。

2 区分番号A001に掲げる再診料の注6に規定する場合又は区分番号C100からC111までに掲げる在宅療養指導管理料を算定している場合については、算定しない。

3 区分番号A000に掲げる初診料の注5から注7までに規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注3に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注4に規定する加算及び区分番号C000に掲げる往診料（注1から3に規定する加算を含む。）を除き、診療に係る費用は、小児科外来診療料に含まれるものとする。

B001-2-2 地域連携小児夜間・休日診療料 300点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方社会保険事務局長に届け出た小児科を標榜する保険医療機関において、主たる勤務先が当該保険医療機関以外の保険医療機関である医師が、当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、入院中の患者以外の患者（6歳未満の小児に限る）

。)に対して診療を行った場合に算定する。

B001-3 生活習慣病指導管理料

- 1 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付する場合
  - イ 高脂血症を主病とする場合 1,050点
  - ロ 高血圧症を主病とする場合 1,100点
  - ハ 糖尿病を主病とする場合 1,200点
- 2 1以外の場合
  - イ 高脂血症を主病とする場合 1,550点
  - ロ 高血圧症を主病とする場合 1,400点
  - ハ 糖尿病を主病とする場合 1,650点

注1 許可病床数が200床未満の病院又は診療所である保険医療機関において、高脂血症、高血圧症又は糖尿病を主病とする入院中の患者以外の患者に対して、治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な指導及び治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合については、区分番号C001に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定している場合は算定できない。

2 生活習慣病指導管理を受けている患者に対して行った指導管理等、検査、投薬及び注射の費用は、生活習慣病指導管理料に含まれるものとする。

B001-4 手術前医学管理料

1,420点

注1 手術前に行われる検査の結果に基づき計画的な医学管理を行う旨を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、手術の実施に際して区分番号L002に掲げる硬膜外麻酔、区分番号L004に掲げる脊椎麻酔又は区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合に、当該手術に係る手術料を算定した日に算定する。

2 同一の患者につき1月以内に手術前医学管理料を算定すべき医学管理を2回以上行った場合は、第1回目の手術前医学管理に係る手術料を算定した日1回に限り、手術前医学管理料を算定する。

3 第3部検査及び第4部画像診断のうち次に掲げるもの(手術を行う前1週間以内に行ったものに限る。)は、所定点数に含まれるものとする。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。

イ 尿中一般物質定性半定量検査

ロ 血液形態・機能検査

末梢血液像及び末梢血液一般検査

ハ 出血・凝固検査

出血時間測定、プロトロンビン時間測定、凝固時間測定及び活性化部分トロンボプラスチン時間測定

ニ 血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素(BUN)、クレアチニン、尿酸、アルカリフォスファターゼ、コリンエステラーゼ(ChE)、γ-グルタミールトランスぺプチダーゼ(γ-GTP)、中性脂肪、Na及びCl、K、Ca、Mg、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸脱水素酵素(LDH)、酸性フォスファターゼ、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ(LAP)、クレアチン・フォスフォキナーゼ(CPK)、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄、アルブミン・グロブリン比測定、試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極による血中ケトン体・糖・クロール検査、リン脂質、β-リポ蛋白、総脂質、遊離脂肪酸、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、前立腺酸性フォスファターゼ、P及びHPO<sub>4</sub>、総コレステロール、グルタミン・オキサロアセティック・トランスアミナーゼ(GOT)、グルタミン・ピ

ルビック・トランスアミナーゼ (GPT)、総鉄結合能 (TIBC)、不飽和鉄結合能 (UIBC)、過酸化脂質、イオン化カルシウム及び赤血球コプロポルフィリン定性

ホ 感染症血清反応

梅毒脂質抗原使用検査 (定性)、抗ストレプトリジンO価 (ASO価)、抗ストレプトキナーゼ価 (ASK価)、赤痢アメーバ抗体価、TPHA試験 (定性)、HIV-1抗体価、髄液又は尿中肺炎球菌抗原、髄液又は尿中ヘモフィルスインフルエンザb型抗原、腸炎ビブリオ菌耐熱性溶血毒 (TDH) 検査、単純ヘルペスウイルス特異抗原、RSウイルス抗原精密測定及び淋菌同定精密検査

ヘ 肝炎ウイルス関連検査

HBs抗原及びHCV抗体価精密測定

ト 血漿蛋白免疫学的検査

C反応性蛋白 (CRP) 定性及びC反応性蛋白 (CRP) 定量

チ 心電図検査

区分番号D208の1に掲げるもの

リ 写真診断

区分番号E001の1のイに掲げるもの

ヌ 撮影

区分番号E002の1に掲げるもの

4 区分番号D026に掲げる血液学的検査判断料、生化学的検査(I)判断料又は免疫学的検査判断料を算定している患者については算定しない。

5 第1章第2部第3節に掲げる特定入院料、区分番号D027に掲げる基本的検体検査判断料(I)又は区分番号D028に掲げる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。

B001-5 手術後医学管理料 (1日につき)

- |          |        |
|----------|--------|
| 1 病院の場合  | 1,410点 |
| 2 診療所の場合 | 1,250点 |

注1 病院 (療養病棟、結核病棟、精神病棟及び老人病棟を除く。) 又は診療所 (療養病床に係るものを除く。) に入院している患者について、入院の日から起算して10日以内に行われた区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術後に必要な医学管理を行った場合に、当該手術に係る手術料を算定した日の翌日から起算して3日に限り算定する。

2 第3部検査のうち次に掲げるもの (当該手術に係る手術料を算定した日の翌日から起算して3日以内に行ったものに限る。) は、所定点数に含まれるものとする。

イ 尿中一般物質定性半定量検査

ロ 尿中特殊物質定性定量検査

蛋白定量及び糖定量

ハ 血液形態・機能検査

赤血球沈降速度測定、末梢血液像及び末梢血液一般検査

ニ 血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、尿素窒素 (BUN)、クレアチニン、尿酸、アルカリフォスファターゼ、コリンエステラーゼ (ChE)、 $\gamma$ -グルタミルトランスペプチダーゼ ( $\gamma$ -GTP)、中性脂肪、Na及びCl、K、Ca、Mg、膠質反応、クレアチン、グルコース、乳酸脱水素酵素 (LDH)、酸性フォスファターゼ、エステル型コレステロール、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ (LAP)、クレアチン・フォスフォキナーゼ (CPK)、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄、アルブミン・グロブリン比測定、試験紙法・アンブル法・固定化酵素電極に

よる血中ケトン体・糖・クロール検査、リン脂質、 $\beta$ -リポ蛋白、総脂質、遊離脂肪酸、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、前立腺酸性フォスファターゼ、P及びHPO<sub>4</sub>、総コレステロール、グルタミン・オキサロアセティック・トランスアミナーゼ（GOT）、グルタミン・ピルビック・トランスアミナーゼ（GPT）、総鉄結合能（TIBC）、不飽和鉄結合能（UIBC）、過酸化脂質、イオン化カルシウム、赤血球コプロポルフィリン定性及び血液ガス分析

- ホ 心電図検査
- ヘ 呼吸心拍監視
- ト 経皮的動脈血酸素飽和度測定
- チ 終末呼気炭酸ガス濃度測定
- リ 中心静脈圧測定
- ヌ 動脈血採取

- 3 区分番号D026に掲げる尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料又は生化学的検査(I)判断料を算定している患者については算定しない。
- 4 第1章第2部第3節に掲げる特定入院料、区分番号D027に掲げる基本的検体検査判断料(I)又はD028に掲げる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。
- 5 区分番号A300の救命救急入院料又は区分番号A301の特定集中治療室管理料に係る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入院している患者については算定しない。

**B002 開放型病院共同指導料(I) 350点**

注1 診察に基づき紹介された患者が、別に厚生労働大臣が定める開放利用に係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（以下この表において「開放型病院」という。）に入院中である場合において、当該開放型病院に赴いて、当該患者に対して療養上必要な指導を共同して行った場合に、患者1人1日につき1回算定する。

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。

**B003 開放型病院共同指導料(II) 220点**

注1 診察に基づき紹介された患者が開放型病院に入院中である場合において、当該開放型病院において、当該患者を診察した保険医療機関の医師と共同して療養上必要な指導を行った場合に、患者1人1日につき1回算定する。

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。

**B004 在宅患者入院共同指導料(I) 310点**

注1 診療所である保険医療機関において、区分番号C002に掲げる在宅時医学管理料、区分番号C003に掲げる在宅末期医療総合診療料又は第2部第2節の各区分に掲げる在宅療養指導管理料（区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を除く。）を算定している患者が、病状の急変等に伴い、病院である保険医療機関に入院した場合において、入院先の病院の了解の下に当該病院に赴いて、当該患者に対して療養上必要な指導を共同して行った場合に算定する。

2 入院の日から起算して1月以内の期間にあっては月4回、入院の日から起算して1月を超えた期間にあっては、月2回に限り算定する。

3 区分番号B002に掲げる開放型病院共同指導料(I)を算定している患者については算定しない。

4 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290点を加算する。

**B005 在宅患者入院共同指導料(II) 140点**

- 注1 診療所である保険医療機関において、区分番号C002に掲げる在宅時医学管理料、区分番号C003に掲げる在宅末期医療総合診療料又は第2部第2節の各区分に掲げる在宅療養指導管理料（区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を除く。）を算定している患者が、病状の急変等に伴い、病院である保険医療機関に入院した場合において、当該病院において当該患者を診察した当該診療所の医師と共同して療養上必要な指導を行った場合に算定する。
- 2 入院の日から起算して1月以内の期間にあつては月4回、入院の日から起算して1月を超えた期間にあつては、月2回に限り算定する。
- 3 区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)を算定している患者については算定しない。
- 4 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360点を加算する。

**B006 救急救命管理料** 500点

- 注1 患者の発生した現場に保険医療機関の救急救命士が赴いて必要な処置等を行った場合において、当該救急救命士に対して必要な指示を行った場合に算定する。
- 2 救急救命士が行った処置等の費用は、所定点数に含まれるものとする。

**B006-2 退院指導料** 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、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。

**B006-3 退院時リハビリテーション指導料** 300点

- 注 患者の退院時に当該患者又はその家族等に対して、退院後の居宅における基本的動作能力若しくは応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るための訓練等について必要な指導を行った場合に算定する。

**B006-4 退院時共同指導料** 150点

- 注 入院中の患者又はその家族に対して、医師、看護師等が、退院後の居宅における療養上必要な指導を、訪問看護ステーションの看護師等と共同して行った場合に、当該入院中1回に限り算定する。

**B007 退院前訪問指導料** 360点

- 注1 入院期間が1月を超えると見込まれる患者の退院に先立って患家を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の療養上の指導を行った場合に、当該入院中1回（入院後早期に退院前訪問指導の必要があると認められる場合は、2回）に限り算定する。
- 2 注1に掲げる指導に要した交通費は、患家の負担とする。

**B008 薬剤管理指導料** 350点

- 注1 病院である保険医療機関であつて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ものに入院している患者に対して投薬又は注射及び薬学的管理指導を行った場合は、患者1人につき週1回に限り、月4回を限度として算定する。
- 2 麻薬の投薬又は注射が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、必要な薬学的管理指導を行った場合は、1回につき所定点数に50点を加算する。
- 3 患者の退院時に当該患者又はその家族等に対して、退院後の居宅における薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合は退院の日1回に限り、所定点数に50点を加算する。

**B009 診療情報提供料(A)** 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。

- 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。
- 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。
- 4 保険医療機関が、精神障害者社会復帰施設等に入所している患者の同意を得て、当該精神障害者社会復帰施設等に対して、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に、患者1人につき月1回に限り算定する。
- 5 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。

#### B010 診療情報提供料(B)

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、又は病院（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。
- 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。
  - 3 区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料を算定すべき訪問診療を行っている診療所が、患者の同意を得て、診療の日から2週間以内に、当該患者に対し継続して区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料を算定すべき看護若しくは指導又は区分番号C006に掲げる在宅訪問リハビリテーション指導管理料を算定すべき指導管理を行っている別の保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて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。ただし、同一月に当該診療情報提供と区分番号B009に掲げる診療情報提供料(A)の注1に規定する診療情報提供が併せて行われた場合は、当該診療情報提供料のみにより算定する。
  - 4 区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料を算定すべき看護若しくは指導又は区分番号C006に掲げる在宅訪問リハビリテーション指導管理料を算定すべき指導管理を行っている保険医療機関が、患者の同意を得て、診療の日から2週間以内に、診療所である別の保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて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。ただし、当該診療情報提供と区分番号B009に掲げる診療情報提供料(A)を算定すべき診療情報提供が同時に行われた場合は、当該診療