Ｂ００４－３　手術後医学管理料（１日につき）
１　病院の場合　1,188点
２　診療所の場合　1,056点
注１　病院（療養病棟、結核病棟及び精神病棟を除く。）又は診療所に入院している患者について、第10部の通則第５号により医科点数表の例によることとされ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（入院の日から起算して10日以内に行われたものに限る。）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日を限度として算定する。
２　同一の手術について、同一月に区分番号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、所定点数の100分の95に相当する点数により算定する。
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に掲げる手術後医学管理料の注３の例による。
４　第３部の通則第５号により医科点数表の例によることとされる尿・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。
５　第１章第２部第３節に掲げる特定入院料又は第３部の通則第５号により医科点数表の例によることとされる医科点数表の区分番号Ｄ０２７に掲げ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。
６　第１章第２部第３節に掲げる特定入院料のうち、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厚生局長等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。
Ｂ００４－４及びＢ００４－５　削除
Ｂ００４－６　歯科治療総合医療管理料　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厚生局長等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っ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、区分番号Ｉ０１０及びＩ０１１－３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までに掲げるものに限り、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場合に、月１回に限り算定する。
２　同一の患者につき同一月に歯科治療総合医療管理料を算定すべき医療管理を２回以上行った場合においては、第１回目の医療管理を行ったときに算定する。
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。
４　区分番号Ｂ０００－６に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅰ)、区分番号Ｂ０００－７に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅱ)又は区分番号Ｂ０００－８に掲げる周術期口腔機能管理料(Ⅲ)は、別に算定できない。
Ｂ００４－７及びＢ００４－８　削除
Ｂ００４－９　介護支援連携指導料　300点
注　当該保険医療機関に入院中の患者に対して、患者の同意を得て、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士、看護師等が介護支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービスや退院後に利用可能な介護サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中２回に限り算定する。ただし、この場合において、同一日に、区分番号Ｂ０１５の注３に掲げる加算（居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同して指導を行った場合に限る。）は別に算定できない。
Ｂ００５　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厚生局長等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　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。
Ｂ００６　開放型病院共同指導料(Ⅱ)　220点
注　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又は歯科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。
Ｂ００６－２　削除
Ｂ００６－３　がん治療連携計画策定料
１　がん治療連携計画策定料１　750点
２　がん治療連携計画策定料２　300点
注１　がん治療連携計画策定料１については、入院中のがん患者の退院後の治療を総合的に管理するため、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病院である保険医療機関(以下この表において「計画策定病院」という。)が、あらかじめがんの種類やステージを考慮した地域連携診療計画を作成し、がん治療を担う別の保険医療機関と共有し、かつ、患者の同意を得た上で、入院中又は当該保険医療機関を退院した日から起算して30日以内に、当該計画に基づき当該患者の治療計画を作成し、患者に説明し、文書により提供するとともに、退院時又は退院した日から起算して30日以内に当該別の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合（がんと診断されてから最初の入院に係るものに限る。）に、退院時又は退院した日から起算して30日以内に１回に限り所定点数を算定する。
２　がん治療連携計画策定料２については、当該保険医療機関において注１に規定するがん治療連携計画策定料１を算定した患者であって、他の保険医療機関において区分番号Ｂ００６－３－２に掲げるがん治療連携指導料を算定しているものについて、状態の変化等に伴う当該他の保険医療機関からの紹介により、当該患者を診療し、当該患者の診療計画を変更した場合に、患者１人につき月１回に限り所定点数を算定する。
３　注１及び注２の規定に基づく当該別の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)の費用は、所定点数に含まれるものとする。
４　区分番号Ｂ０００－５に掲げる周術期口腔機能管理計画策定料、区分番号Ｂ００６に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)又は区分番号Ｂ０１５に掲げる退院時共同指導料２は、別に算定できない。