あって、入院中の患者以外の患者又は療養病棟に入院している患者に対して、当該保険医療機関において、認知症療養計画に基づいた治療を行うとともに、患者の同意を得た上で、当該他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に、当該治療を行った日の属する月を含め６月に限り、月１回を限度として算定する。

２　注１の規定に基づく他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。

３　区分番号Ｂ０００に掲げる特定疾患療養管理料は、別に算定できない。

Ｂ００５－８　肝炎インターフェロン治療計画料　700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が、長期継続的にインターフェロン治療が必要な肝炎の患者に対して、患者の同意を得た上で、治療計画を作成し、副作用等を含めて患者に説明し、文書により提供するとともに、地域において治療を担う他の保険医療機関に当該患者に係る治療計画及び診療情報を文書により提供した場合に、１人につき１回に限り所定点数を算定する。

２　注１の規定に基づく他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。

Ｂ００５－９　排尿自立指導料　200点

注　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中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、包括的な排尿ケアを行った場合に、週１回に限り、患者１人につき６回を限度として算定する。

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　削除

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、退院後の在宅での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。

Ｂ００７　退院前訪問指導料　580点

注１　入院期間が１月を超えると見込まれる患者の円滑な退院のため、患家を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅で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。

Ｂ００７－２　退院後訪問指導料　580点

注１　当該保険医療機関が、保険医療機関を退院した別に厚生労働大臣が定める状態の患者の地域における円滑な在宅療養への移行及び在宅療養の継続のため、患家等を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、在宅での療養上の指導を行った場合に、当該患者が退院した日から起算して１月以内の期間（退院日を除く。）に限り、５回を限度として算定する。

２　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、必要な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、20点を所定点数に加算する。

３　注１及び注２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

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

２　１の患者以外の患者に対して行う場合　325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入院している患者のうち、１については別に厚生労働大臣が定める患者に対して、２についてはそれ以外の患者に対して、それぞれ投薬又は注射及び薬学的管理指導を行った場合は、当該患者に係る区分に従い、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50点を所定点数に加算する。

Ｂ００８－２　薬剤総合評価調整管理料　250点

注１　入院中の患者以外の患者であって、６種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていたものについて、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者に処方する内服薬が２種類以上減少した場合に、月１回に限り所定点数を算定する。

２　処方の内容の調整に当たって、別の保険医療機関又は保険薬局に対して、照会又は情報提供を行った場合、連携管理加算として、50点を所定点数に加算する。ただし、連携管理加算を算定した場合において、区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)（当該別の保険医療機関に対して患者の紹介を行った場合に限る。）は同一日には算定できない。

Ｂ００９　診療情報提供料(Ⅰ)　250点

注１　保険医療機関が、診療に基づき、別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。

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、在宅での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、精神障害者である患者であって、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホーム（以下「精神障害者施設」という。）に入所している患者又は介護老人保健施設に入所している患者の同意を得て、当該精神障害者施設又は介護老人保健施設に対して、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　保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、介護老人保健施設に対して、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。

６　保険医療機関が、認知症の状態にある患者について、診断に基づき認知症に関する専門の保険医療機関等での鑑別診断等の必要を認め、当該患者又はその家族の同意を得て、認知症に関する専門の保険医療機関等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。

７　保険医療機関が、患者の退院日の属する月又はその翌月に、添付の必要を認め、患者の同意を得て、別の保険医療機関、精神障害者施設又は介護老人保健施設