緊急に搬送された患者を除く。）に対して必要な医学管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ算定する。

３　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、当該患者に対して、診療に基づき検査、画像診断、処置又は注射を実施する必要性を認め、区分番号Ｄ００６に掲げる出血・凝固検査、区分番号Ｄ００７に掲げる血液化学検査、区分番号Ｄ０１１に掲げる免疫血液学的検査、区分番号Ｄ０１８に掲げる細菌培養同定検査、区分番号Ｅ２００に掲げるコンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）、区分番号Ｅ２０２に掲げる磁気共鳴コンピューター断層撮影（ＭＲＩ撮影）、第６部第１節第１款注射実施料（区分番号Ｇ０００に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射並びに区分番号Ｇ００１に掲げる静脈内注射を除く。）又は第９部第１節処置料（区分番号Ｊ０６３に掲げる留置カテーテル設置、区分番号Ｊ１１９に掲げる消炎鎮痛等処置及び区分番号Ｊ１１９－２に掲げる腰部又は胸部固定帯固定を除く。）を算定する場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ　救急外来緊急検査対応加算１　300点

ロ　救急外来緊急検査対応加算２　200点

４　急性薬毒物中毒（アルコール中毒を除く。）と診断された患者又は過去６月以内に精神科受診の既往がある患者に対して必要な医学管理を行った場合には、精神科疾患患者等受入加算として、400点を所定点数に加算する。

５　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、注１又は注２に規定する患者であって、意識障害の患者に対し、救急時医療情報閲覧機能及び電子処方箋の仕組みを用いて診療情報を取得した場合に、救急時医療情報取得加算として、月に１回に限り、50点を所定点数に加算する。

６　１について、土曜日、日曜日若しくは祝日又は夜間において、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者に対して必要な医学管理を行った場合には、当該患者が受診した時間の区分に従い、時間外救急搬送加算として、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ　土曜日、日曜日又は祝日における夜間の場合　300点

ロ　土曜日、日曜日又は祝日以外の日における夜間の場合　250点

ハ　土曜日、日曜日又は祝日における夜間以外の時間の場合　200点

７　２について、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厚生局長等に届け出た保険医療機関においては、院内トリアージ実施体制加算として、50点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ｂ００１－２－２に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料の注２に規定する院内トリアージ実施体制加算及び区分番号Ｂ００１－２－４に掲げる地域連携夜間・休日診療料の注２に規定する院内トリアージ実施体制加算は別に算定できない。

Ｂ００１－２－７　外来リハビリテーション診療料

１　外来リハビリテーション診療料１　74点

２　外来リハビリテーション診療料２　111点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、リハビリテーション（区分番号Ｈ０００に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号Ｈ００１に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号Ｈ００１－２に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、区分番号Ｈ００２に掲げる運動器リハビリテーション料又は区分番号Ｈ００３に掲げる呼吸器リハビリテーション料を算定するものに限る。以下この区分番号において同じ。）を要する入院中の患者以外の患者に対して、リハビリテーションの実施に関し必要な診療を行った場合に、外来リハビリテーション診療料１については７日間に１回に限り、外来リハビリテーション診療料２については14日間に１回に限り算定する。

２　外来リハビリテーション診療料１を算定する日から起算して７日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号Ａ０００に掲げる初診料（注16に規定する加算を除く。）、区分番号Ａ００１に掲げる再診料（注19に規定する加算を除く。）、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料（注10に規定する加算を除く。）及び外来リハビリテーション診療料２は、算定しない。

３　外来リハビリテーション診療料２を算定する日から起算して14日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号Ａ０００に掲げる初診料（注16に規定する加算を除く。）、区分番号Ａ００１に掲げる再診料（注19に規定する加算を除く。）、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料（注10に規定する加算を除く。）及び外来リハビリテーション診療料１は、算定しない。

Ｂ００１－２－８　外来放射線照射診療料　298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、放射線治療を要する入院中の患者以外の患者に対して、放射線治療の実施に関し必要な診療を行った場合に、７日間に１回に限り算定する。

２　外来放射線照射診療料を算定する日から起算して７日以内の期間に４日以上の放射線治療を予定していない場合には、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

３　外来放射線照射診療料を算定する日から起算して７日以内の期間においては、当該放射線治療の実施に係る区分番号Ａ０００に掲げる初診料（注16に規定する加算を除く。）、区分番号Ａ００１に掲げる再診料（注19に規定する加算を除く。）及び区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料（注10に規定する加算を除く。）は、算定しない。

Ｂ００１－２－９　地域包括診療料（月１回）

１　地域包括診療料１

イ　認知症を有する患者等の場合　1,682点

ロ　その他の慢性疾患等を有する患者の場合　1,661点

２　地域包括診療料２

イ　認知症を有する患者等の場合　1,614点

ロ　その他の慢性疾患等を有する患者の場合　1,601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（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、入院中の患者以外の患者に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合（初診の日を除く。）に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ患者１人につき月１回に限り算定する。

２　地域包括診療を受けている患者に対して行った注３に規定する加算並びに区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注５から注７まで及び注19に規定する加算、通則第３号から第６号までに規定する加算、区分番号Ｂ００１－２－２に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号Ｂ００１－10に掲げる心不全再入院予防管理料（慢性心不全以外の慢性疾患等も有する患者について算定する場合に限る。）、区分番号Ｂ０１０に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)及び区分番号Ｂ０１１に掲げる連携強化診療情報提供料並びに第２章第２部在宅医療（区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅰ)、区分番号Ｃ００１－２に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)、区分番号Ｃ００２に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号Ｃ００２－２に掲げる施設入居時等医学総合管理料を除く。）、第５部投薬（区分番号Ｆ１００に掲げる処方料及び区分番号Ｆ４００に掲げる処方箋料を除く。）及び第14部その他を除く費用は、地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。

３　他の保険医療機関に入院した患者、介護老人保健施設に入所した患者又は他の保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者について、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設に対して、薬剤の服用状況や薬剤服用歴に関する情報提供を行い、適切な連携を実施するとともに、当該他の保険医療機関又