労働者の健康管理等を行う保健師（以下「産業医等」という。）に対し、病状、治療計画、就労上の措置に関する意見等当該患者の就労と療養の両立に必要な情報を提供した場合に、月１回に限り算定する。

２　２については、当該保険医療機関において１を算定した患者について、就労の状況を考慮して療養上の指導を行った場合に、１を算定した日の属する月又はその翌月から起算して６月を限度として、月１回に限り算定する。

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、看護師、社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師が相談支援を行った場合に、相談支援加算として、400点を所定点数に加算する。

４　注１の規定に基づく産業医等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)又は区分番号Ｂ０１０に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)の費用は、所定点数に含まれるものとする。

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、療養・就労両立支援指導料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、１又は２の所定点数に代えて、それぞれ740点又は435点を算定する。

Ｂ００１－10　心不全再入院予防継続管理料

１　心不全再入院予防継続管理料１　1,000点

２　心不全再入院予防継続管理料２

イ　６回目まで　700点

ロ　７回目以降　225点

３　心不全再入院予防継続管理料３

イ　６回目まで　400点

ロ　７回目以降　225点

注１　１については、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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であって、慢性心不全の急性増悪を含む急性心不全で入院したものに対して、心不全による再入院の予防を目的として、心不全の計画的な評価及び治療等を行った場合に、当該入院中１回に限り算定する。

２　２については、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、入院中の患者以外の患者であって、１を算定したものに対して、継続して心不全の計画的な評価及び治療等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して１年を限度として、月１回に限り算定する。

３　３については、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、入院中の患者以外の患者であって、１を算定したものに対して、継続して心不全の計画的な評価及び治療等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して１年を限度として、月１回に限り算定する。

４　区分番号Ｂ０００に掲げる特定疾患療養管理料（心不全を主病とする患者に限る。）及び区分番号Ｂ００１－２－９に掲げる地域包括診療料（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を除く。）は、別に算定できない。また、２については、同一の患者につき、区分番号Ｂ００１の９に掲げる外来栄養食事指導料、区分番号Ｂ００１の11に掲げる集団栄養食事指導料、区分番号Ｂ００１の13に掲げる在宅療養指導管理料及び区分番号Ｈ０００に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料を同一の日に算定することはできない。

Ｂ００１－11　遺伝性疾患療養指導管理料

１　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

２　医師が遺伝子検査の結果に基づき療養上必要な指導を行った場合

イ　初回　700点

ロ　２回目　200点

注１　１については、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、難病に関する検査（区分番号Ｄ００６－４に掲げる遺伝学的検査、区分番号Ｄ００６－20に掲げる角膜ジストロフィー遺伝子検査、区分番号Ｄ００６－26に掲げる染色体構造変異解析及び区分番号Ｄ００６－30に掲げる遺伝性網膜ジストロフィ遺伝子検査をいう。以下同じ。）又は遺伝性腫瘍に関する検査（区分番号Ｄ００６－19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査を除く。以下同じ。）若しくは病理診断を実施する前にその必要性及び診療方針等について文書により説明を行った場合に、患者１人につき１回に限り算定する。

２　２のイについては、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、難病に関する検査又は遺伝性腫瘍に関する検査若しくは病理診断の結果に基づき療養上必要な指導を行った場合に、患者１人につき１回に限り算定する。

３　２のロについては、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、過去に難病に関する検査又は遺伝性腫瘍に関する検査若しくは病理診断を実施した患者に対して、当該検査又は病理診断の結果に基づき療養上必要な指導を行った場合に、患者１人につき１回に限り算定する。

４　遠隔連携遺伝性疾患療養指導管理（注１から注３までに掲げる行為のうち、情報通信機器を用いて、他の保険医療機関と連携して行われるもの（難病に関する検査に係るものに限る。）をいう。）を行う場合は、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行う場合に限り算定する。

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、区分番号Ｄ００６－19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査について、注１から注３までに掲げる行為を行った場合は、患者１人につき１回に限り、それぞれ１又は２のイ若しくはロに掲げる所定点数を算定する。

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Ａ００１に掲げる再診料、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料、区分番号Ｃ０００に掲げる往診料、区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅰ)又は区分番号Ｃ００１－２に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)は別に算定できない。

Ｂ００３　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。

Ｂ００４　退院時共同指導料１

１　在宅療養支援診療所（地域における退院後の患者に対する在宅療養の提供に主たる責任を有する診療所であって、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ものをいう。以下この表において同じ。）の場合　1,500点

２　１以外の場合　900点

注１　保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関（以下区分番号Ｂ００５及び区分番号Ｂ０１５において「在宅療養担当医療機関」という。）の保険医又は当該保険医の指示を受けた保