定した保険医療機関が、それぞれ当該指導管理を実施した場合は、それぞれの保険医療機関において、患者１人につき１回）に限り算定する。ただし、病状の変化に伴って診療方針の変更等について話し合いが必要となった場合は、更に１回に限り算定できる。

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、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の歯科医師、その指示に基づき看護師又は歯科医師と医師との連携の下に公認心理師が患者の心理的不安を軽減するための面接を行った場合に、患者１人につき６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、がんと診断された患者であって継続して抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射を受けているものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の歯科医師又はその指示に基づき、薬剤師が投薬又は注射の前後にその必要性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６回に限り算定する。

４　２について、区分番号Ａ２２１－２に掲げる緩和ケア診療加算、区分番号Ｂ００４－１－２に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料及び区分番号Ｂ００４－１－５に掲げる外来緩和ケア管理料は、別に算定できない。

５　３について、区分番号Ｂ００４－１－８に掲げる外来腫瘍化学療法診療料、区分番号Ｂ００８に掲げる薬剤管理指導料、区分番号Ｆ１００に掲げる処方料の注６に規定する加算及び区分番号Ｆ４００に掲げる処方箋料の注４に規定する加算は、別に算定できない。

Ｂ００４－１－４　入院栄養食事指導料（週１回）

１　入院栄養食事指導料１

イ　初回　260点

ロ　２回目　200点

２　入院栄養食事指導料２

イ　初回　250点

ロ　２回目　190点

注１　１については、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、保険医療機関の歯科医師と医師との連携の下に当該保険医療機関の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、入院中２回に限り算定する。

２　２については、診療所において、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、保険医療機関の歯科医師と医師との連携の下に当該保険医療機関以外の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、入院中２回に限り算定する。

Ｂ００４－１－５　外来緩和ケア管理料　290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、緩和ケアを要する入院中の患者以外の患者（症状緩和を目的として麻薬が投与されている患者に限る。）に対して、当該保険医療機関の歯科医師、看護師、薬剤師等が共同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　当該患者が15歳未満の小児である場合は、小児加算として、150点を所定点数に加算する。

３　区分番号Ｂ００４－１－２に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料又は区分番号Ｂ００４－１－３に掲げるがん患者指導管理料（２に限る。）は、別に算定できない。

Ｂ００４－１－６　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に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料又は区分番号Ｈ０００－３に掲げる廃用症候群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15に規定する加算を除く。）、区分番号Ａ００２に掲げる再診料（注12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、算定できない。

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15に規定する加算を除く。）、区分番号Ａ００２に掲げる再診料（注12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、算定できない。

Ｂ００４－１－７　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15に規定する加算を除く。）及び区分番号Ａ００２に掲げる再診料（注12に規定する加算を除く。）は、算定できない。

Ｂ００４－１－８　外来腫瘍化学療法診療料

１　外来腫瘍化学療法診療料１

イ　抗悪性腫瘍剤を投与した場合

(1)　初回から３回目まで（静注製剤等の場合）　801点

(2)　初回から３回目まで（その他の場合）　351点

(3)　４回目以降（静注製剤等の場合）　451点

(4)　４回目以降（その他の場合）　201点

ロ　イ以外の必要な治療管理を行った場合　351点

２　外来腫瘍化学療法診療料２

イ　抗悪性腫瘍剤を投与した場合

(1)　初回から３回目まで（静注製剤等の場合）　601点

(2)　初回から３回目まで（その他の場合）　261点

(3)　４回目以降（静注製剤等の場合）　321点

(4)　４回目以降（その他の場合）　141点

ロ　イ以外の必要な治療管理を行った場合　221点

３　外来腫瘍化学療法診療料３

イ　抗悪性腫瘍剤を投与した場合

(1)　初回から３回目まで（静注製剤等の場合）　541点

(2)　初回から３回目まで（その他の場合）　241点

(3)　４回目以降（静注製剤等の場合）　281点

(4)　４回目以降（その他の場合）　121点

ロ　イ以外の必要な治療管理を行った場合　181点