

## 令和6年度調剤報酬等改定項目②

○医科点数表（病院・診療所薬剤師関係、処方箋関連を含む（一部抜粋））

（令和6年6月1日施行）

項目	改正後	改正前
<b>第1章 基本診療料</b> <b>第1部 初・再診料</b> <b>通則</b>	<p>1 健康保険法第63条第1項第1号及び高齢者医療確保法第64条第1項第1号の規定による初診及び再診の費用は、第1節又は第2節の各区分の所定点数により算定する。ただし、同時に2以上の傷病について初診を行った場合又は再診を行った場合には、区分番号A000に掲げる初診料の注5のただし書、区分番号A001に掲げる再診料の注3及び区分番号A002に掲げる外来診療料の注5に規定する場合を除き、初診料又は再診料（外来診療料を含む。）は、1回として算定する。</p> <p>2 歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関にあつては、歯科診療及び歯科診療以外の診療につき、それぞれ別に初診料又は再診料（外来診療料を含む。）を算定する。</p> <p>3 入院中の患者（第2部第4節に規定する短期滞在手術等基本料を算定する患者を含む。）に対する再診の費用（区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算並びに区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算を除く。）は、第2部第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれるものとする。</p>	
<b>第1節 初診料</b> <b>A000 初診料</b> 【点数の見直し】 【点数の見直し】	<b>A000 初診料</b> <b>291点</b> 注1 保険医療機関において初診を行った場合に算定する。ただし、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、情報通信機器を用いた初診を行った場合	<b>A000 初診料</b> <b>288点</b> 注1 保険医療機関において初診を行った場合に算定する。ただし、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、情報通信機器を用いた初診を行った場合

<p>【点数の見直し】</p>	<p>には、<b>253点</b>を算定する。</p> <p>注2 病院である保険医療機関（特定機能病院（医療法（昭和23年法律第205号）第4条の2第1項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。））、地域医療支援病院（同法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）（同法第7条第2項第5号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）の数が200未満であるものを除く。）及び外来機能報告対象病院等（同法第30条の18の2第1項に規定する外来機能報告対象病院等をいう。以下この表において同じ。）（同法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限り、一般病床の数が200未満であるものを除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1本文の規定にかかわらず、<b>216点</b>（注1のただし書に規定する場合にあっては、<b>188点</b>）を算定する。</p>	<p>には、<b>251点</b>を算定する。</p> <p>注2 病院である保険医療機関（特定機能病院（医療法（昭和23年法律第205号）第4条の2第1項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。））、地域医療支援病院（同法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）（同法第7条第2項第5号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）の数が200未満であるものを除く。）及び外来機能報告対象病院等（同法第30条の18の2第1項に規定する外来機能報告対象病院等をいう。以下この表において同じ。）（同法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限り、一般病床の数が200未満であるものを除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1本文の規定にかかわらず、<b>214点</b>（注1のただし書に規定する場合にあっては、<b>186点</b>）を算定する。</p>
<p>【点数の見直し】</p>	<p>注3 病院である保険医療機関（許可病床（医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。）の数が400床以上である病院（特定機能病院、地域医療支援病院、外来機能報告対象病院等（同法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限り。）及び一般病床の数が200未満であるものを除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣</p>	<p>注3 病院である保険医療機関（許可病床（医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。）の数が400床以上である病院（特定機能病院、地域医療支援病院、外来機能報告対象病院等（同法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限り。）及び一般病床の数が200未満であるものを除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣</p>

<p>【点数の見直し】</p>	<p>が定める患者に対して初診を行った場合には、注1本文の規定にかかわらず、<u>216点</u>（注1のただし書に規定する場合にあっては、<u>188点</u>）を算定する。</p> <p>注4 医療用医薬品の取引価格の妥結率（当該保険医療機関において購入された使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成20年厚生労働省告示第60号。以下「薬価基準」という。）に記載されている医療用医薬品の薬価総額（各医療用医薬品の規格単位数量に薬価を乗じた価格を合算したものをいう。以下同じ。））に占める卸売販売業者（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）第34条第5項に規定する卸売販売業者をいう。）と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた薬価基準に記載されている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。以下同じ。）に関して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（許可病床数が200床以上である病院に限る。）において初診を行った場合には、注1本文の規定にかかわらず、特定妥結率初診料として、<u>216点</u>（注1のただし書に規定する場合にあっては、<u>188点</u>）を算定する。</p>	<p>が定める患者に対して初診を行った場合には、注1本文の規定にかかわらず、<u>214点</u>（注1のただし書に規定する場合にあっては、<u>186点</u>）を算定する。</p> <p>注4 医療用医薬品の取引価格の妥結率（当該保険医療機関において購入された使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成20年厚生労働省告示第60号。以下「薬価基準」という。）に記載されている医療用医薬品の薬価総額（各医療用医薬品の規格単位数量に薬価を乗じた価格を合算したものをいう。以下同じ。））に占める卸売販売業者（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）第34条第5項に規定する卸売販売業者をいう。）と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた薬価基準に記載されている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。以下同じ。）に関して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（許可病床数が200床以上である病院に限る。）において初診を行った場合には、注1本文の規定にかかわらず、特定妥結率初診料として、<u>214点</u>（注1のただし書に規定する場合にあっては、<u>186点</u>）を算定する。</p>
<p>【点数の見直し】</p>	<p>注5 1 傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は、併せて1回とし、第1回の初診のときに算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、2つ目の診療科に限り <u>146点</u>（注1のただし書に規定する場合にあっては、<u>127点</u>）を、この場合において注2から注4までに規定する場合は、<u>108点</u>（注1のただし書に規定する場合にあっては、<u>94点</u>）を算定できる。ただし書の場合においては、注6から<u>注16</u>までに規定する加算は算定しない。</p>	<p>注5 1 傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は、併せて1回とし、第1回の初診のときに算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、2つ目の診療科に限り <u>144点</u>（注1のただし書に規定する場合にあっては、<u>125点</u>）を、この場合において注2から注4までに規定する場合は、<u>107点</u>（注1のただし書に規定する場合にあっては、<u>93点</u>）を算定できる。ただし書の場合においては、注6から<u>注15</u>までに規定する加算は算定しない。</p>

<p><b>第2節 再診料</b></p> <p><b>A001 再診料</b> 【点数の見直し】</p> <p>【点数の見直し】</p> <p><b>A002 外来診療料</b> 【点数の見直し】 【点数の見直し】</p> <p>【点数の見直し】</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p><b>A001 再診料 75点</b></p> <p>注1 保険医療機関（許可病床のうち一般病床に係るものの数が200以上のものを除く。）において再診を行った場合（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情報通信機器を用いた再診を行った場合を含む。）に算定する。</p> <p>注2 医療用医薬品の取引価格の妥結率に関して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（許可病床数が200床以上である病院に限る。）において再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、特定妥結率再診料として、<b>55点</b>を算定する。</p> <p><b>A002 外来診療料 76点</b></p> <p>注1 許可病床のうち一般病床に係るものの数が200以上である保険医療機関において再診を行った場合に算定する。ただし、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、情報通信機器を用いた再診を行った場合には、<b>75点</b>を算定する。</p> <p>注2 病院である保険医療機関（特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限る。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、<b>56点</b>を算定する。</p> <p>注3 病院である保険医療機関（許可病床数が400床以上である病院（特定機能病</p>	<p><b>A001 再診料 73点</b></p> <p>注2 医療用医薬品の取引価格の妥結率に関して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（許可病床数が200床以上である病院に限る。）において再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、特定妥結率再診料として、<b>54点</b>を算定する。</p> <p><b>A002 外来診療料 74点</b></p> <p>注1 許可病床のうち一般病床に係るものの数が200以上である保険医療機関において再診を行った場合に算定する。ただし、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、情報通信機器を用いた再診を行った場合には、<b>73点</b>を算定する。</p> <p>注2 病院である保険医療機関（特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限る。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、<b>55点</b>を算定する。</p> <p>注3 病院である保険医療機関（許可病床数が400床以上である病院（特定機能病</p>
--	--	--

<p>【点数の見直し】</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院等（医療法第 30 条の 18 の 4 第 1 項第 2 号の規定に基づき、同法第 30 条の 18 の 2 第 1 項第 1 号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限る。）を除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注 1 の規定にかかわらず、<b>56 点</b>を算定する。</p> <p>注 4 医療用医薬品の取引価格の妥結率に関して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再診を行った場合には、注 1 の規定にかかわらず、特定妥結率外来診療料として、<b>56 点</b>を算定する。</p> <p>注 5 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療料を再診として受診した場合は、注 1 の規定にかかわらず、2 つ目の診療料に限り <b>38 点</b>（注 2 から注 4 までに規定する場合にあつては、<b>28 点</b>）を算定する。この場合において、注 6 のただし書及び注 7 から注 11 までに規定する加算は算定しない。</p>	<p>院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院等（医療法第 30 条の 18 の 4 第 1 項第 2 号の規定に基づき、同法第 30 条の 18 の 2 第 1 項第 1 号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限る。）を除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注 1 の規定にかかわらず、<b>55 点</b>を算定する。</p> <p>注 4 医療用医薬品の取引価格の妥結率に関して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再診を行った場合には、注 1 の規定にかかわらず、特定妥結率外来診療料として、<b>55 点</b>を算定する。</p> <p>注 5 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療料を再診として受診した場合は、注 1 の規定にかかわらず、2 つ目の診療料に限り <b>37 点</b>（注 2 から注 4 までに規定する場合にあつては、<b>27 点</b>）を算定する。この場合において、注 6 のただし書及び注 7 から注 10 までに規定する加算は算定しない。</p>
<p><b>第 2 部 入院料等 通則</b></p>	<p>1 健康保険法第 63 条第 1 項第 5 号及び高齢者医療確保法第 64 条第 1 項第 5 号による入院及び看護の費用は、第 1 節から第 5 節までの各区分の所定点数により算定する。この場合において、特に規定する場合を除き、通常必要とされる療養環境の提供、看護及び医学的管理に要する費用は、第 1 節、第 3 節又は第 4 節の各区分の所定点数に含まれるものとする。</p> <p>2 同一の保険医療機関において、同一の患者につき、第 1 節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算、夜勤時間特別入院基本料及び重症患者割合特別入院基本料（以下「特</p>	

	<p>別入院基本料等」という。)を含む。) 、第3節の各区分に掲げる特定入院料及び第4節の各区分に掲げる短期滞在手術等基本料を同一の日に算定することはできない。</p> <p>3 別に厚生労働大臣が定める患者の場合には、特別入院基本料等、区分番号A108に掲げる有床診療所入院基本料又は区分番号A109に掲げる有床診療所療養病床入院基本料を算定する場合を除き、入院日から起算して5日までの間は、区分番号A400の2に掲げる短期滞在手術等基本料3を算定し、6日目以降は第1節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の各区分に掲げる特定入院料のいずれかを算定する。</p> <p>4 歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関にあっては、当該患者の主傷病に係る入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、特定入院料又は短期滞在手術等基本料を算定する。</p> <p>5 第1節から第4節までに規定する期間の計算は、特に規定する場合を除き、保険医療機関に入院した日から起算して計算する。ただし、保険医療機関を退院した後、同一の疾病又は負傷により、当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に入院した場合には、急性増悪その他やむを得ない場合を除き、最初の保険医療機関に入院した日から起算して計算する。</p> <p>6 別に厚生労働大臣が定める入院患者数の基準又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関の入院基本料については、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。</p> <p>7 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策、<u>栄養管理体制、意思決定支援及び身体的拘束最小化</u>について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第1節（特別入院基本料等を含む。）、<u>第3節及び第4節（短期滞在手術等基本料1を除く。）</u>の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。</p>	<p>7 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策<u>及び栄養管理体制</u>について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第1節（特別入院基本料等を含む。）<u>及び第3節</u>の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。</p>
--	--	---



<p>【新設】</p> <p><b>A 244 病棟薬剤業務実施加算</b></p>	<p><u>(削る)</u> <u>(削る)</u> <u>(削る)</u></p> <p><b>A 243-2 バイオ後続品使用体制加算（入院初日） 100 点</b></p> <p><u>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している患者（第 1 節の入院基本料（特別入院基本料等含む。）又は第 3 節の特定入院料のうち、バイオ後続品使用体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって、バイオ後続品のある先発バイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先発バイオ医薬品は除く。）及びバイオ後続品を使用する患者について、バイオ後続品使用体制加算として、入院初日に限り所定点数に加算する。</u></p> <p><b>A 244 病棟薬剤業務実施加算</b></p> <p>1 病棟薬剤業務実施加算 1（週 1 回） 120 点</p> <p>2 病棟薬剤業務実施加算 2（1 日につき） 100 点</p> <p><u>注 1</u> 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、薬剤師が病棟等において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務を実施している場合に、当該患者（第 1 節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）及び第 3 節の特定入院料のうち、病棟薬剤業務実施加算 1 又は病棟薬剤業務実施加算 2 を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、病棟薬剤業務実施加算 1</p>	<p><u>る基準に係る区分に従い、それぞれ入院初日に限り次に掲げる点数を所定点数に加算する。</u></p> <p><u>イ 後発医薬品使用体制加算 1 67 点</u> <u>ロ 後発医薬品使用体制加算 2 62 点</u> <u>ハ 後発医薬品使用体制加算 3 57 点</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><u>注 (略)</u></p>
--	---	---

<p>【注の追加】</p>	<p>にあつては週 1 回に限り、病棟薬剤業務実施加算 2 にあつては 1 日につき所定点数に加算する。この場合において、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算定している患者については、入院した日から起算して 8 週間を限度とする。</p> <p><u>注 2 病棟薬剤業務の質の向上を図るための薬剤師の研修体制その他の事項につき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であつて、病棟薬剤業務実施加算 1 を算定しているものについて、薬剤業務向上加算として、週 1 回に限り 100 点を所定点数に加算する。</u></p> <p><b>A 250 薬剤総合評価調整加算（退院時 1 回）</b> 100 点</p> <p>注 1 入院中の患者について、次のいずれかに該当する場合に、退院時 1 回に限り所定点数に加算する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>イ 入院前に 6 種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていた患者について、当該処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、かつ、療養上必要な指導を行った場合</li> <li>ロ 精神病棟に入院中の患者であつて、入院直前又は退院 1 年前のいずれか遅い時点で抗精神病薬を 4 種類以上内服していたものについて、当該抗精神病薬の処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、かつ、療養上必要な指導を行った場合</li> </ul> <p>注 2 次のいずれかに該当する場合に、薬剤調整加算として 150 点を更に所定点数に加算する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>イ 注 1 のイに該当する場合であつて、当該患者の退院時に処方する内服薬が 2 種類以上減少した場合</li> <li>ロ 注 1 のロに該当する場合であつて、退院日までの間に抗精神病薬の種類数が 2 種類以上減少した場合その他これに準ずる場合</li> </ul>	<p>(新設)</p>
---------------	--	-------------

<p><b>第2章 特掲診療料</b></p> <p><b>第1部 医学管理等</b></p> <p><b>通則</b></p> <p>【通則の見直し】</p> <p>【通則の見直し】</p>	<p>1 医学管理等の費用は、第1節の各区分の所定点数により算定する。</p> <p>2 医学管理等に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、前号により算定した点数及び第3節の所定点数を合算した点数により算定する。</p> <p>3 組織的な感染防止対策につき区分番号A000に掲げる初診料の注11及び区分番号A001に掲げる再診料の注15に規定す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（診療所に限る。）において、第1節の各区分に掲げる医学管理料等のうち次に掲げるものを算定した場合は、外来感染対策向上加算として、月1回に限り6点を所定点数に加算する。<u>ただし、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で、第1節の各区分に掲げる医学管理料等のうち次に掲げるものを算定した場合には、発熱患者等対応加算として、月1回に限り20点を更に所定点数に加算する。</u>この場合において、区分番号A000に掲げる初診料の注11、区分番号A001に掲げる再診料の注15、第2部の通則第5号又は区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料の注13にそれぞれ規定する外来感染対策向上加算を算定した月は、別に算定できない。</p> <p>イ～リ（略）</p> <p>4 感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき区分番号A000に掲げる初診料の注12及び区分番号A001に掲げる再診料の注16に規定す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</p>	<p>2 医学管理等に当たって、<a href="#">プログラム医療機器等の使用に係る医学管理を行った場合又は</a>別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、前号により算定した点数及び第2節又は第3節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。</p> <p>3 組織的な感染防止対策につき区分番号A000に掲げる初診料の注11及び区分番号A001に掲げる再診料の注15に規定す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（診療所に限る。）において、第1節の各区分に掲げる医学管理料等のうち次に掲げるものを算定した場合は、外来感染対策向上加算として、月1回に限り6点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料の注11、区分番号A001に掲げる再診料の注15、第2部の通則第5号又は区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料の注13にそれぞれ規定する外来感染対策向上加算を算定した月は、別に算定できない。</p> <p>イ～リ（略）</p>
--	--	---

<p>【通則の追加】</p>	<p>厚生局長等に届け出た保険医療機関において、前号に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合は、連携強化加算として、月1回に限り3点を更に所定点数に加算する。</p> <p>5 感染防止対策に資する情報を提供する体制につき区分番号A000に掲げる初診料の注13及び区分番号A001に掲げる再診料の注17に規定す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おいて、第3号に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合は、サーベイランス強化加算として、月1回に限り1点を更に所定点数に加算する。</p> <p><u>6 抗菌薬の使用状況につき区分番号A000に掲げる初診料の注14及び区分番号A001に掲げる再診料の注18に規定す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おいて、第3号に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合は、抗菌薬適正使用加算として、月1回に限り5点を更に所定点数に加算する。</u></p>	<p>(新設)</p>
<p>第1節 医学管理料等</p> <p><b>B001 特定疾患治療管理料</b></p> <p>【新設】</p>	<p><b>B000 特定疾患療養管理料</b></p> <p>1 診療所の場合 225点</p> <p>2 許可病床数が100床未満の病院の場合 147点</p> <p>3 許可病床数が100床以上200床未満の病院の場合 87点</p> <p>注1から5 (略)</p> <p><b>B001 特定疾患治療管理料</b></p> <p><u>37 慢性腎臓病透析予防指導管理料</u></p> <p><u>イ 初回の指導管理を行った日から起算して1年以内の期間に行った場合 300点</u></p> <p><u>ロ 初回の指導管理を行った日から起算して1年を超えた期間に行った場合 250点</u></p> <p><u>注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に</u></p>	<p>(新設)</p>

<p><b>B 001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料</b> 【項目の見直し】</p>	<p><u>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、慢性腎臓病の患者（糖尿病患者又は現に透析療法を行っている患者を除き、別に厚生労働大臣が定める者に限る。）であって、医師が透析予防に関する指導の必要性があると認めた入院中の患者以外の患者に対して、当該保険医療機関の医師、看護師又は保健師及び管理栄養士等が共同して必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。</u></p> <p><u>注2 区分番号B001の9に掲げる外来栄養食事指導料及び区分番号B001の11に掲げる集団栄養食事指導料は、所定点数に含まれるものとする。</u></p> <p><u>注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、慢性腎臓病透析予防指導管理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、イ又はロの所定点数に代えて、261点又は218点を算定する。</u></p> <p><b>B 001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料</b></p> <p>1 外来腫瘍化学療法診療料1</p> <p>イ 抗癌性腫瘍剤を投与した場合</p> <p>(1) <u>初回から3回目まで 800点</u></p> <p>(2) <u>4回目以降 450点</u></p> <p>ロ <u>イ以外の必要な治療管理を行った場合 350点</u></p> <p>2 外来腫瘍化学療法診療料2</p> <p>イ 抗癌性腫瘍剤を投与した場合</p> <p>(1) <u>初回から3回目まで 600点</u></p> <p>(2) <u>4回目以降 320点</u></p> <p>ロ <u>イ以外の必要な治療管理を行った場合 220点</u></p> <p>3 外来腫瘍化学療法診療料3</p> <p>イ 抗癌性腫瘍剤を投与した場合</p> <p>(1) <u>初回から3回目まで 540点</u></p> <p>(2) <u>4回目以降 280点</u></p> <p>ロ <u>イ以外の必要な治療管理を行った場合</u></p>	<p>1 外来腫瘍化学療法診療料1</p> <p>イ 抗癌性腫瘍剤を投与した場合 <u>700点</u> (新設)</p> <p>ロ <u>抗癌性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合 400点</u> (新設)</p> <p>2 外来腫瘍化学療法診療料2</p> <p>イ 抗癌性腫瘍剤を投与した場合 <u>570点</u> (新設)</p> <p>ロ <u>抗癌性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合 270点</u> (新設)</p>
---	---	---

<p>【注の見直し】</p>	<p style="text-align: center;"><u>180点</u></p> <p>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、悪性腫瘍を主病とする患者であって入院中の患者以外のものに対して、外来化学療法（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の実施その他の必要な治療管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料（注6から注8まで、<u>注15及び注16</u>に規定する加算を除く。）、区分番号A001に掲げる再診料（注4から注6まで及び<u>注19</u>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7から注10までに規定する加算を除く。）、区分番号B001の23に掲げるがん患者指導管理料の八又は区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は、別に算定できない。</p>	<p>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、悪性腫瘍を主病とする患者であって入院中の患者以外のものに対して、外来化学療法（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の実施その他の必要な治療管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料（注6から注8まで及び注15に規定する加算を除く。）、区分番号A001に掲げる再診料（注4から注6まで及び<u>注18</u>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7から注10までに規定する加算を除く。）、区分番号B001の23に掲げるがん患者指導管理料の八又は区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は、別に算定できない。</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注2 <u>1のイの(1)、2のイの(1)及び3のイの(1)</u>については、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、月3回に限り算定する。</p>	<p>注2 <u>1のイ及び2のイ</u>については、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、月3回に限り算定する。</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注3 <u>1のイの(2)、2のイの(2)及び3のイの(2)</u>については、<u>1のイの(1)、2のイの(1)又は3のイの(1)</u>を算定する日以外の日において、当該患者に対して、<u>抗悪性腫瘍剤を投与した場合</u>に、週1回に限り算定する。</p>	<p>注3 <u>1のロ及び2のロ</u>については、<u>1のイ又は2のイ</u>を算定する日以外の日において、当該患者に対して、<u>抗悪性腫瘍剤の投与その他の必要な治療管理を行った場合</u>に、週1回に限り算定する。</p>
<p>【注の追加】</p>	<p><u>注4 1のロについては、次に掲げるいずれかの治療管理を行った場合に、週1回に限り算定する。</u></p> <p><u>イ 1のイの(1)又は(2)を算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合</u></p> <p><u>ロ 連携する他の保険医療機関が外来化学療法を実施している患者に対し、緊急に抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合</u></p>	<p><u>(新設)</u></p>
<p>【注の追加】</p>	<p><u>注5 2のロ及び3のロについては、2のイの(1)若しくは(2)又は3のイの(1)若しくは(2)を算定</u></p>	<p><u>(新設)</u></p>

<p>【注の見直し】</p> <p>【注の削除】</p> <p>【注の追加】</p> <p><b>B001-3 生活習慣病管理料</b></p> <p>【名称の見直し】</p> <p>【点数の見直し】</p>	<p><u>する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合に、週1回に限り算定する。</u></p> <p><b>注6</b> 退院した患者に対して退院の日から起算して7日以内に行った治療管理の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。</p> <p><b>注7</b> 当該患者が15歳未満の小児である場合には、小児加算として、所定点数に200点を加算する。</p> <p><b>注8</b> 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、<u>1のイの(1)</u>を算定した患者に対して、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、副作用の発現状況、治療計画等を文書により提供した上で、当該患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合は、連携充実加算として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。</p> <p><u>(削る)</u></p> <p><b>注9</b> 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、<u>1のイの(1)</u>を算定する患者に対して、当該保険医療機関の医師の指示に基づき薬剤師が、服薬状況、副作用の有無等の情報の収集及び評価を行い、医師の診察前に情報提供や処方案の提案等を行った場合は、<u>がん薬物療法体制充実加算として、月1回に限り100点を所定点数に加算する。</u></p> <p><b>B001-3 生活習慣病管理料 (I)</b></p> <p>1 脂質異常症を主病とする場合 <u>610点</u></p>	<p><b>注4</b> (略)</p> <p><b>注5</b> (略)</p> <p><b>注6</b> 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、<u>1のイ</u>を算定した患者に対して、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、副作用の発現状況、治療計画等を文書により提供した上で、当該患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合は、連携充実加算として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。</p> <p><b>注7</b> <u>当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。</u></p> <p><u>(新設)</u></p> <p><b>B001-3 生活習慣病管理料</b></p> <p>1 脂質異常症を主病とする場合 <u>570点</u></p>
--	---	---

<p>【注の見直し】</p>	<p>2 高血圧症を主病とする場合 <u>660点</u>  3 糖尿病を主病とする場合 <u>760点</u>  注1 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす</u>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、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。</p>	<p>2 高血圧症を主病とする場合 <u>620点</u>  3 糖尿病を主病とする場合 <u>720点</u>  注1 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、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注2 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った<u>区分番号A001の注8に掲げる医学管理</u>、第2章第1部医学管理等（区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料、<u>区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料及び区分番号B001の37に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料</u>を除く。）、第3部検査、第6部注射及び第13部病理診断の費用は、<u>生活習慣病管理料（I）</u>に含まれるものとする。</p>	<p>注2 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った第2章第1部医学管理等（区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料<u>及び区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料</u>を除く。）、第3部検査、第6部注射及び第13部病理診断の費用は、<u>生活習慣病管理料</u>に含まれるものとする。</p>
<p>【注の追加】</p>	<p>注3から4（略）  <u>注5 区分番号B001-3-3に掲げる生活習慣病管理料（II）を算定した日の属する月から起算して6月以内の期間においては、生活習慣病管理料（I）は、算定できない。</u></p>	<p>注3から4（略）  <u>（新設）</u></p>
<p>【新設】</p>	<p><u>B001-3-3 生活習慣病管理料（II）</u>  <u>333点</u>  注1 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす</u>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、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に</p>	<p><u>（新設）</u></p>

関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。

注2 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った区分番号A001の注8に掲げる医学管理、第2章第1部第1節医学管理等（区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料、区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料、区分番号B001の37に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料又はB005の14に掲げるプログラム医療機器等指導管理料を除く。）の費用は、生活習慣病管理料（Ⅱ）に含まれるものとする。

注3 糖尿病を主病とする患者（2型糖尿病の患者であってインスリン製剤を使用していないものに限る。）に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行った場合は、血糖自己測定指導加算として、年1回に限り所定点数に500点を加算する。

注4 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、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、生活習慣病の治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、外来データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。

注5 区分番号B001-3に掲げる生活習慣病管理料（Ⅰ）を算定した日の属する月から起算して6月以内の期間においては、生活習慣病管理料（Ⅱ）は、算定できない。

注6 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、生活習慣病管理料（Ⅱ）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、所定点数に代えて、290点を算定する。

**B011-3 薬剤情報提供料 10点**

注1から3（略）

<p><b>第5部 投薬 通則</b></p> <p>【通則の見直し】</p>	<p>1 投薬の費用は、第1節から第3節までの各区分の所定点数を合算した点数により算定する。ただし、処方箋を交付した場合は、第5節の所定点数のみにより算定する。</p> <p>2 投薬に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を支給した場合は、前号により算定した点数及び第4節の所定点数により算定する。</p> <p>3 薬剤師が常時勤務する保険医療機関において投薬を行った場合（処方箋を交付した場合を除く。）は、前2号により算定した点数及び第6節の所定点数を合算した点数により算定する。</p> <p>4 入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合には、区分番号 F 000 に掲げる調剤料、区分番号 F 100 に掲げる処方料、区分番号 F 200 に掲げる薬剤、区分番号 F 400 に掲げる処方箋料及び区分番号 F 500 に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。</p> <p>5 入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき 63 枚を超えて貼付剤を投薬した場合は、区分番号 F 000 に掲げる調剤料、区分番号 F 100 に掲げる処方料、区分番号 F 200 に掲げる薬剤（当該超過分に係る薬剤料に限る。）、区分番号 F 400 に掲げる処方箋料及び区分番号 F 500 に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず 63 枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。</p>	<p>5 入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき 63 枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、区分番号 F 000 に掲げる調剤料、区分番号 F 100 に掲げる処方料、区分番号 F 200 に掲げる薬剤（当該超過分に係る薬剤料に限る。）、区分番号 F 400 に掲げる処方箋料及び区分番号 F 500 に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず 63 枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。</p>
<p><b>第1節 調剤料</b></p>	<p><b>F 000 調剤料</b></p> <p>1 入院中の患者以外の患者に対して投薬を行った場合</p> <p>イ 内服薬、浸煎薬及び屯服薬（1回の処方に係る調剤につき） 11点</p>	

	<p>□ 外用薬（1回の処方に係る調剤につき） 8 点</p> <p>2 入院中の患者に対して投薬を行った場合 （1日につき） 7 点</p> <p>注 麻薬、向精神薬、覚醒剤原料又は毒薬を調剤した場合は、麻薬等加算として、1に係る場合には1処方につき1点を、2に係る場合には1日につき1点を、それぞれ所定点数に加算する。</p>	
<p><b>第2節 処方料</b></p>	<p><b>F 100 処方料</b></p> <p>1 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合 18 点</p> <p>2 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A 001に掲げる再診料の注 12 に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。）を行った場合 29 点</p> <p>3 1及び2以外の場合 42 点</p> <p>注1 入院中の患者以外の患者に対する1回の処方について算定する。</p> <p>注2 麻薬、向精神薬、覚醒剤原料又は毒薬を処方した場合は、麻薬等加算として、1処方につき1点を所定点数に加算する。</p> <p>注3 入院中の患者に対する処方を行った場合は、当該処方の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。</p> <p>注4 3歳未満の乳幼児に対して処方を行った</p>	

<p>【注の削除】</p>	<p>場合は、乳幼児加算として、1 処方につき 3 点を所定点数に加算する。</p> <p><u>(削る)</u></p>	<p><u>注 5</u> 診療所又は許可病床数が 200 床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方を行った場合は、<u>特定疾患処方管理加算 1</u>として、月 2 回に限り、1 処方につき 18 点を所定点数に加算する。</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p><u>注 5</u> 診療所又は許可病床数が 200 床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が 28 日以上処方を行った場合は、<u>特定疾患処方管理加算</u>として、月 1 回に限り、1 処方につき <u>56 点</u>を所定点数に加算する。</p> <p><u>注 6</u> 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 床以上の病院に限る。）において、治療の開始に当たり投薬の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で抗悪性腫瘍剤を処方した場合には、<u>抗悪性腫瘍剤処方管理加算</u>として、月 1 回に限り、1 処方につき 70 点を所定点数に加算する。</p> <p><u>注 7</u> 区分番号 A 000 に掲げる初診料の注 2 又は注 3、区分番号 A 002 に掲げる外来診療料の注 2 又は注 3 を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1 処方につき投与期間が 30 日以上の投薬を行った場合には、所定点数の 100 分の 40 に相当する点数により算定する。</p>	<p><u>注 6</u> 診療所又は許可病床数が 200 床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が 28 日以上処方を行った場合は、<u>特定疾患処方管理加算 2</u>として、月 1 回に限り、1 処方につき <u>66 点</u>を所定点数に加算する。<u>ただし、この場合において、同一月に特定疾患処方管理加算 1 は算定できない。</u></p> <p><u>注 7</u> 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 床以上の病院に限る。）において、治療の開始に当たり投薬の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で抗悪性腫瘍剤を処方した場合には、<u>抗悪性腫瘍剤処方管理加算</u>として、月 1 回に限り、1 処方につき 70 点を所定点数に加算する。</p> <p><u>注 8</u> 区分番号 A 000 に掲げる初診料の注 2 又は注 3、区分番号 A 002 に掲げる外来診療料の注 2 又は注 3 を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1 処方につき投与期間が 30 日以上の投薬を行った場合には、所定点数の 100 分の 40 に相当する点数により算定する。</p>
<p>【点数の見直し】</p>	<p><u>注 8</u> 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投薬を行った場合には、<u>外来後発医薬品使用体制加算</u>とし</p>	<p><u>注 9</u> 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投薬を行った場合には、<u>外来後発医薬品使用体制加算</u>とし</p>

<p>【注の削除】</p>	<p>て、当該基準に係る区分に従い、1処方につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p>イ 外来後発医薬品使用体制加算1 <b>8点</b></p> <p>ロ 外来後発医薬品使用体制加算2 <b>7点</b></p> <p>ハ 外来後発医薬品使用体制加算3 <b>5点</b></p> <p><b>注9</b> 抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬又は抗精神病薬（以下この区分番号及び区分番号F400において「抗不安薬等」という。）が処方されていた患者であって、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抗不安薬等の種類数又は投薬量が減少したものについて、薬剤師、看護師又は准看護師に対し、薬剤の種類数又は投薬量が減少したことによる症状の変化等の確認を指示した場合に、向精神薬調整連携加算として、月1回に限り、1処方につき12点を所定点数に加算する。ただし、同一月において、区分番号A250に掲げる薬剤総合評価調整加算及び区分番号B008-2に掲げる薬剤総合評価調整管理料は別に算定できない。</p> <p><b>(削る)</b></p>	<p>て、当該基準に係る区分に従い、1処方につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p>イ 外来後発医薬品使用体制加算1 <b>5点</b></p> <p>ロ 外来後発医薬品使用体制加算2 <b>4点</b></p> <p>ハ 外来後発医薬品使用体制加算3 <b>2点</b></p> <p><b>注10</b> (略)</p> <p><b>注11</b> <u>注9の規定にかかわらず、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投薬を行った場合には、外来後発医薬品使用体制加算として、注9に規定する基準に係る区分に従い、1処方につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</u></p> <p>イ 外来後発医薬品使用体制加算1 <b>7点</b></p> <p>ロ 外来後発医薬品使用体制加算2 <b>6点</b></p> <p>ハ 外来後発医薬品使用体制加算3 <b>4点</b></p>								
<p><b>第3節 薬剤料</b></p>	<p><b>F200 薬剤</b></p> <p>薬剤料は、次の各区分ごとに所定単位につき、薬価が15円以下である場合は1点とし、15円を超える場合は10円又はその端数を増すごとに1点を所定点数に加算する。</p> <table border="0"> <tr> <td>使用薬剤</td> <td>単位</td> </tr> <tr> <td>内服薬及び</td> <td></td> </tr> <tr> <td>浸煎薬</td> <td>1剤1日分</td> </tr> <tr> <td>屯服薬</td> <td>1回分</td> </tr> </table>	使用薬剤	単位	内服薬及び		浸煎薬	1剤1日分	屯服薬	1回分	
使用薬剤	単位									
内服薬及び										
浸煎薬	1剤1日分									
屯服薬	1回分									

	外用薬 1 調剤 注 1 から 6 (略)	
<b>第 4 節 特定保険医療材料</b>	<b>F 300 特定保険医療材料</b> 材料価格を 10 円で除して得た点数注 支給した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。	
<b>第 5 節 処方箋料</b> <b>F 400 処方箋料</b>	<b>F 400 処方箋料</b>	
【点数の見直し】	1 3 種類以上の抗不安薬、3 種類以上の睡眠薬、3 種類以上の抗うつ薬、3 種類以上の抗精神病薬又は 4 種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び 3 種類の抗うつ薬又は 3 種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合 <b>20 点</b>	1 3 種類以上の抗不安薬、3 種類以上の睡眠薬、3 種類以上の抗うつ薬、3 種類以上の抗精神病薬又は 4 種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び 3 種類の抗うつ薬又は 3 種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合 <b>28 点</b>
【点数の見直し】	2 1 以外の場合であって、7 種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が 2 週間以内のもの及び区分番号 A 001 に掲げる再診料の注 12 に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して 1 年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。）を行った場合 <b>32 点</b>	2 1 以外の場合であって、7 種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が 2 週間以内のもの及び区分番号 A 001 に掲げる再診料の注 12 に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して 1 年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。）を行った場合 <b>40 点</b>
【点数の見直し】	3 1 及び 2 以外の場合 <b>60 点</b> 注 1 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付した場合に、交付 1 回につき算定する。 注 2 区分番号 A 000 に掲げる初診料の注 2 又は注 3、区分番号 A 002 に掲げる外来診療料の注 2 又は注 3 を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1 処方につき投与期間が 30 日以上の投薬を行った場合（保険医療機関及び保険医療費担当規則（昭和 32 年厚生省令第 15 号）第 20 条第 3 号口及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による	3 1 及び 2 以外の場合 <b>68 点</b>

	<p>療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和 58 年厚生省告示第 14 号）第 20 条第 4 号ロに規定するリフィル処方箋を交付する場合であって、当該リフィル処方箋の 1 回の使用による投与期間が 29 日以内の投薬を行った場合を除く。）には、所定点数の 100 分の 40 に相当する点数により算定する。</p> <p>注 3 3 歳未満の乳幼児に対して処方箋を交付した場合は、乳幼児加算として、処方箋の交付 1 回につき 3 点を所定点数に加算する。</p>	
【注の削除】	<p><u>(削る)</u></p>	<p><u>注 4 診療所又は許可病床数が 200 床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方箋を交付した場合は、特定疾患処方管理加算 1 として、月 2 回に限り、処方箋の交付 1 回につき 18 点を所定点数に加算する。</u></p>
【注の見直し】	<p><u>注 4 診療所又は許可病床数が 200 床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が 28 日以上処方（リフィル処方箋の複数回の使用による合計の処方期間が 28 日以上を含む。）を行った場合は、特定疾患処方管理加算として、月 1 回に限り、1 処方につき 56 点を所定点数に加算する。</u></p> <p><u>注 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（許可病床数が 200 床以上の病院に限る。）において、治療の開始に当たり投薬の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で抗悪性腫瘍剤に係る処方箋を交付した場合は、抗悪性腫瘍剤処方管理加算として、月 1 回に限り、処方箋の交付 1 回につき 70 点を所定点数に加算する。</u></p>	<p><u>注 5 診療所又は許可病床数が 200 床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が 28 日以上処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算 2 として、月 1 回に限り、1 処方につき 66 点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一月に特定疾患処方管理加算 1 は算定できない。</u></p> <p><u>注 6 (略)</u></p>
【注の見直し】	<p><u>注 6 別に厚生労働大臣が定める施設基準を</u></p>	<p><u>注 7 薬剤の一般的名称を記載する処方箋を</u></p>

	<p><u>満たす保険医療機関において、薬剤の一般的な名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。</u></p> <p>イ 一般名処方加算1 <u>10点</u></p> <p>ロ 一般名処方加算2 <u>8点</u></p> <p><u>注7</u> 抗不安薬等が処方されていた患者であつて、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抗不安薬等の種類数又は投薬量が減少したものについて、薬剤師に対し、薬剤の種類数又は投薬量が減少したことによる症状の変化等の確認を指示した場合に、向精神薬調整連携加算として、月1回に限り、1処方につき12点を所定点数に加算する。ただし、同一月において、区分番号A250に掲げる薬剤総合評価調整加算及び区分番号B008-2に掲げる薬剤総合評価調整管理料は別に算定できない。</p> <p><u>(削る)</u></p>	<p>交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。</p> <p>イ 一般名処方加算1 <u>7点</u></p> <p>ロ 一般名処方加算2 <u>5点</u></p> <p><u>注8</u> (略)</p> <p><u>注9</u> <u>注7の規定にかかわらず、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、薬剤の一般的な名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。</u></p> <p>イ <u>一般名処方加算1 9点</u></p> <p>ロ <u>一般名処方加算2 7点</u></p> <p><u>(新設)</u></p>
<p>【注の削除】</p> <p>【注の追加】</p>	<p><u>注8</u> <u>1、2及び3について、直近3月に処方箋を交付した回数が一定以上である保険医療機関が、別表第三調剤報酬点数表区分番号00調剤基本料に掲げる特別調剤基本料Aを算定する薬局であつて、当該保険医療機関から集中的に処方箋を受け付けているものと不動産取引等その他の特別な関係を有する場合は、1、2又は3の所定点数に代えて、それぞれ18点、29点又は42点を算定する。</u></p>	
<p><b>第6節 調剤技術基本料</b></p>	<p><b>F500 調剤技術基本料</b></p> <p>1 入院中の患者に投薬を行った場合 42点</p> <p>2 その他の患者に投薬を行った場合 14点</p>	

	<p>注1 薬剤師が常時勤務する保険医療機関において投薬を行った場合（処方箋を交付した場合を除く。）に算定する。</p> <p>注2 同一の患者につき同一月内に調剤技術基本料を算定すべき投薬を2回以上行った場合においては、調剤技術基本料は月1回に限り算定する。</p> <p>注3 1において、調剤を院内製剤の上行った場合は、院内製剤加算として10点を所定点数に加算する。</p> <p>注4 区分番号B008に掲げる薬剤管理指導料又は区分番号C008に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。</p>	
<p><b>第2章 特掲診療料</b> <b>第6部 注射</b> <b>通則</b></p>	<p>1 注射の費用は、第1節及び第2節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。</p> <p>2 注射に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、前号により算定した点数及び第3節の所定点数を合算した点数により算定する。</p> <p>3 生物学的製剤注射を行った場合は、生物学的製剤注射加算として、前2号により算定した点数に15点を加算する。</p> <p>4 精密持続点滴注射を行った場合は、精密持続点滴注射加算として、前3号により算定した点数に1日につき80点を加算する。</p> <p>5 注射に当たって、麻薬を使用した場合は、麻薬注射加算として、前各号により算定した点数に5点を加算する。</p> <p>6 区分番号G001に掲げる静脈内注射、G002に掲げる動脈注射、G004に掲げる点滴注射、G005に掲げる中心静脈注射又はG006に掲げる挿入型カテーテルによる中心静脈注射について、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</p>	

<p>【通則の見直し】</p>	<p>て、入院中の患者以外の患者（悪性腫瘍を主病とする患者を除く。）に対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ1日につき前各号により算定した点数に加算する。この場合において、同一月に区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は算定できない。</p> <p>イ 外来化学療法加算1</p> <p>(1) 15歳未満の患者の場合 670点</p> <p>(2) 15歳以上の患者の場合 450点</p> <p>ロ 外来化学療法加算2</p> <p>(1) 15歳未満の患者の場合 640点</p> <p>(2) 15歳以上の患者の場合 370点</p> <p>7 <u>入院中の患者以外の患者に対する注射に当たって</u>、当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。</p> <p>8 第1節に掲げられていない注射であって簡単なものの費用は、第2節の各区分の所定点数のみにより算定し、特殊なものの費用は、第1節に掲げられている注射のうちで最も近似する注射の各区分の所定点数により算定する。</p> <p>9 注射に伴って行った反応試験の費用は、第1節の各区分の所定点数に含まれるものとする。</p>	<p>7 <u>前号に規定する場合であって</u>、当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り150点を<u>更に</u>所定点数に加算する。</p>
<p><b>第1節 注射料</b></p> <p><b>第1款 注射実施料</b></p> <p><b>G000 皮内、皮下及び筋肉内注射（1回につき）</b></p> <p>【点数の見直し】</p>	<p>通則</p> <p>注射料は、第1款及び第2款の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。</p> <p><b>G000 皮内、皮下及び筋肉内注射</b></p>	<p><b>G000 皮内、皮下及び筋肉内注射</b></p>

	(1回につき) <u>25点</u>	(1回につき) <u>22点</u>
【注の見直し】	<p>注1 入院中の患者以外の患者に対して行った場合に算定する。</p> <p>注2 区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料、区分番号C108に掲げる在宅麻薬等注射指導管理料、区分番号C108-2に掲げる在宅腫瘍化学療法注射指導管理料又は区分番号C108-4に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、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）を算定する日に併せて行った皮内、皮下及び筋肉内注射の費用は算定しない。</p>	<p>注2 区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料、区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、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）を算定する日に併せて行った皮内、皮下及び筋肉内注射の費用は算定しない。</p>
<b>G 001 静脈内注射</b> (1回につき)	<b>G001 静脈内注射 (1回につき) <u>37点</u></b>	<b>G001 静脈内注射 (1回につき) <u>34点</u></b>
【点数の見直し】	<p>注1 入院中の患者以外の患者に対して行った場合に算定する。</p>	
【点数の見直し】	<p>注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、<u>52点</u>を所定点数に加算する。</p>	<p>注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、<u>48点</u>を所定点数に加算する。</p>
【注の見直し】	<p>注3 区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料、区分番号C104に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料、区分番号C108に掲げる在宅麻薬等注射指導管理料、区分番号C108-2に掲げる在宅腫瘍化学療法注射指導管理料、区分番号C108-3に掲げる在宅強心剤持続投与指導管理料又は区分番号C108-4に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、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）を算定する日に併せて行った静脈内注射の費用は算定しない。</p>	<p>注3 区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料、区分番号C104に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料、区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、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）を算定する日に併せて行った静脈内注射の費用は算定しない。</p>
	<b>G002 動脈注射 (1日につき)</b>	<b>G002 動脈注射 (1日につき)</b>
	<p>1 内臓の場合 155点</p> <p>2 その他の場合 45点</p>	<p>1 内臓の場合 155点</p> <p>2 その他の場合 45点</p>
	<b>G003 抗悪性腫瘍剤局所持続注入</b> (1日につき) 165点	<b>G003 抗悪性腫瘍剤局所持続注入</b> (1日につき) 165点

<p><b>G 004 点滴注射（1日につき）</b></p> <p>【点数の見直し】</p> <p>【点数の見直し】</p> <p>【点数の見直し】</p> <p>【点数の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p> <p><b>G 005 中心静脈注射（1日につき）</b></p>	<p>注 皮下植込型カテーテルアクセス等を用いて抗悪性腫瘍剤を動脈内、静脈内又は腹腔内に局所持続注入した場合に算定する。</p> <p><b>G003-2 削除</b></p> <p><b>G003-3 肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入（1日につき） 165点</b></p> <p><b>G004 点滴注射（1日につき）</b></p> <p>1 6歳未満の乳幼児に対するもの（1日分の注射量が100mL以上の場合） <b>105点</b></p> <p>2 1に掲げる者以外の者に対するもの（1日分の注射量が500mL以上の場合） <b>102点</b></p> <p>3 その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る。） <b>53点</b></p> <p>注1 点滴に係る管理に要する費用を含む。</p> <p>注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、<b>48点</b>を所定点数に加算する。</p> <p>注3 血漿成分製剤の注射を行う場合であって、1回目の注射に当たって、患者に対して注射の必要性、危険性等について文書による説明を行ったときは、血漿成分製剤加算として、当該注射を行った日に限り、50点を所定点数に加算する。</p> <p>注4 区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料、区分番号C104に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料、区分番号C108に掲げる<b>在宅麻薬等注射指導管理料、区分番号C108-2に掲げる在宅腫瘍化学療法注射指導管理料、区分番号C108-3に掲げる在宅強心剤持続投与指導管理料</b>又は区分番号<b>C108-4</b>に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、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）を算定する日に併せて行った点滴注射の費用は算定しない。</p> <p><b>G005 中心静脈注射（1日につき） 140点</b></p> <p>注1から3（略）</p>	<p>注 皮下植込型カテーテルアクセス等を用いて抗悪性腫瘍剤を動脈内、静脈内又は腹腔内に局所持続注入した場合に算定する。</p> <p><b>G003-2 削除</b></p> <p><b>G003-3 肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入（1日につき） 165点</b></p> <p><b>G004 点滴注射（1日につき）</b></p> <p>1 6歳未満の乳幼児に対するもの（1日分の注射量が100mL以上の場合） <b>101点</b></p> <p>2 1に掲げる者以外の者に対するもの（1日分の注射量が500mL以上の場合） <b>99点</b></p> <p>3 その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る。） <b>50点</b></p> <p>注1 点滴に係る管理に要する費用を含む。</p> <p>注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、<b>46点</b>を所定点数に加算する。</p> <p>注3 血漿成分製剤の注射を行う場合であって、1回目の注射に当たって、患者に対して注射の必要性、危険性等について文書による説明を行ったときは、血漿成分製剤加算として、当該注射を行った日に限り、50点を所定点数に加算する。</p> <p>注4 区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料、区分番号C104に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料、区分番号C108に掲げる<b>在宅悪性腫瘍等患者指導管理料</b>又は区分番号<b>C108-2</b>に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、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）を算定する日に併せて行った点滴注射の費用は算定しない。</p> <p><b>G005 中心静脈注射（1日につき） 140点</b></p> <p>注1から3（略）</p>
--	---	---

<p>【注の見直し】</p> <p><b>G 006 植込型カテーテルによる中心静脈注射（1日につき）</b></p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注4 区分番号C 108 に掲げる在宅麻薬等注射指導管理料、区分番号C 108-2 に掲げる在宅腫瘍化学療法注射指導管理料、区分番号C 108-3 に掲げる在宅強心剤持続投与指導管理料又は区分番号C 108-4 に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C 001 に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号C 001-2 に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を算定する日に併せて行った中心静脈注射の費用は算定しない。</p> <p>注5（略）</p> <p><b>G 005-2 中心静脈注射用カテーテル挿入</b> 1,400 点 注1から3（略）</p> <p><b>G 005-3 末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入</b> 700 点 注1から2（略）</p> <p><b>G 005-4 カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入</b> 2,500 点 注1から2（略）</p> <p><b>G 006 植込型カテーテルによる中心静脈注射（1日につき）</b> 125 点 注1（略） 注2 区分番号C 108 に掲げる在宅麻薬等注射指導管理料、区分番号C 108-2 に掲げる在宅腫瘍化学療法注射指導管理料、区分番号C 108-3 に掲げる在宅強心剤持続投与指導管理料又は区分番号C 108-4 に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C 001 に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号C 001-2 に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を算定する日に併せて行った植込型カテーテルによる中心静脈注射の費用は算定しない。</p> <p>注3（略）</p>	<p>注4 区分番号C 108 に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号C 108-2 に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C 001 に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号C 001-2 に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を算定する日に併せて行った中心静脈注射の費用は算定しない。</p> <p>注5（略）</p> <p><b>G 005-2 中心静脈注射用カテーテル挿入</b> 1,400 点 注1から3（略）</p> <p><b>G 005-3 末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入</b> 700 点 注1から2（略）</p> <p><b>G 005-4 カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入</b> 2,500 点 注1から2（略）</p> <p><b>G 006 植込型カテーテルによる中心静脈注射（1日につき）</b> 125 点 注1（略） 注2 区分番号C 108 に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号C 108-2 に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C 001 に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号C 001-2 に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を算定する日に併せて行った植込型カテーテルによる中心静脈注射の費用は算定しない。</p> <p>注3（略）</p>
--	---	---

<p><b>G007 髄鞘内注射</b> 【点数の見直し】</p> <p><b>G009 脳脊髄腔注射</b> 【点数の見直し】</p> <p><b>G010-2 滑液嚢穿刺後の注入</b> 【点数の見直し】</p> <p><b>G012 結膜下注射</b> 【点数の見直し】</p> <p><b>G014 球後注射</b> 【点数の見直し】</p> <p><b>G015 テノン氏嚢内注射</b> 【点数の見直し】</p> <p><b>G016 硝子体内注射</b> 【点数の見直し】 【注の追加】</p>	<p><b>G007 髄鞘内注射</b> <u>42点</u></p> <p><b>G008 骨髄内注射</b> 1 胸骨 80点 2 その他 90点</p> <p><b>G009 脳脊髄腔注射</b> 1 脳室 300点 2 後頭下 220点 3 腰椎 <u>160点</u></p> <p>注 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、60点を所定点数に加算する。</p> <p><b>G010 関節腔内注射</b> 80点</p> <p><b>G010-2 滑液嚢穿刺後の注入</b> <u>100点</u></p> <p><b>G011 気管内注入</b> 100点</p> <p><b>G012 結膜下注射</b> <u>42点</u> <b>G012-2 自家血清の眼球注射</b> 27点 <b>G013 角膜内注射</b> 35点</p> <p><b>G014 球後注射</b> <u>80点</u></p> <p><b>G015 テノン氏嚢内注射</b> <u>80点</u></p> <p><b>G016 硝子体内注射</b> <u>600点</u> <u>注 未熟児に対して行った場合には、未熟児加算として、600点を所定点数に加算する。</u></p> <p><b>G017 腋窩多汗症注射（片側につき）</b> 200点</p> <p><b>G018 外眼筋注射（ボツリヌス毒素によるもの）</b> 1,500点</p>	<p><b>G007 髄鞘内注射</b> <u>27点</u></p> <p><b>G008 骨髄内注射</b> 1 胸骨 80点 2 その他 90点</p> <p><b>G009 脳脊髄腔注射</b> 1 脳室 300点 2 後頭下 220点 3 腰椎 <u>140点</u></p> <p>注 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、60点を所定点数に加算する。</p> <p><b>G010 関節腔内注射</b> 80点</p> <p><b>G010-2 滑液嚢穿刺後の注入</b> <u>80点</u></p> <p><b>G012 結膜下注射</b> <u>27点</u></p> <p><b>G014 球後注射</b> <u>60点</u></p> <p><b>G015 テノン氏嚢内注射</b> <u>60点</u></p> <p><b>G016 硝子体内注射</b> <u>580点</u> <u>（新設）</u></p>
<p><b>第2款 無菌製剤処理料</b> <b>G020 無菌製剤処理料</b></p>	<p><b>G020 無菌製剤処理料</b> 1 無菌製剤処理料1（悪性腫瘍に対して用いる薬剤が注射される一部の患者） イ 閉鎖式接続器具を使用した場合 180点</p>	

<p>【注の見直し】</p>	<p>□ イ以外の場合 45 点 2 無菌製剤処理料 2 (1 以外のもの) 40 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おいて、皮内注射、皮下注射、筋肉内注射、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、点滴注射、中心静脈注射、<u>植込型カテーテル</u>による中心静脈注射 <u>又は脳脊髄腔注射</u>を行う際に、別に厚生労働大臣が定める患者に対して使用する薬剤について、必要があつて無菌製剤処理が行われた場合は、当該患者に係る区分に従い 1 日につき所定点数を算定する。</p>	<p>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おいて、皮内注射、皮下注射、筋肉内注射、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、点滴注射、中心静脈注射 <u>又は植込型カテーテル</u>による中心静脈注射を行う際に、別に厚生労働大臣が定める患者に対して使用する薬剤について、必要があつて無菌製剤処理が行われた場合は、当該患者に係る区分に従い 1 日につき所定点数を算定する。</p>
<p><b>第 2 節 薬剤料</b></p>	<p><b>G100 薬剤</b> 1 薬価が 1 回分使用量につき 15 円以下である場合 1 点 2 薬価が 1 回分使用量につき 15 円を超える場合 薬価から 15 円を控除した額を 10 円で除して得た点数につき 1 点未満の端数を切り上げて得た点数に 1 点を加算して得た点数 注 1 特別入院基本料等を算定している病棟を有する病院に入院している患者であつて入院期間が 1 年を超えるものに対する合算薬剤料が、220 点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数を超える場合 (悪性新生物その他の特定の疾患に罹患している患者に対して投薬又は注射を行った場合を除く。) には、当該合算薬剤料は、所定点数にかかわらず、220 点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数により算定する。 注 2 健康保険法第 85 条第 1 項及び高齢者医療確保法第 74 条第 1 項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養又は健康保険法第 85 条の 2 第 1 項及び高齢者医療確保法第 75 条第 1 項に規定する入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている患者又は入院中の</p>	

	<p>患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該ビタミン剤の注射が有効であると判断した場合を除き、これを算定しない。</p> <p>注3 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。</p>	
<p><b>第3節 特定保険医療材料料</b></p>	<p><b>G200 特定保険医療材料</b></p> <p>材料価格を10円で除して得た点数</p> <p>注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。</p>	
<p><b>第2章 特掲診療料</b></p> <p><b>第14部 その他</b></p> <p><b>【新設】</b></p> <p><b>通則</b></p>	<p><u>1 処遇の費用は、第1節若しくは第2節の各区分の所定点数のみにより、又は第1節及び第2節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。</u></p> <p><u>2 処遇改善に当たって、歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関にあっては、歯科診療及び歯科診療以外の診療につき、それぞれ別に第2節（入院ベースアップ評価料を除く。）の各区分に掲げるベースアップ評価料を算定する。</u></p>	
<p><b>第2節 ベースアップ評価料</b></p>	<p><b><u>O100 外来・在宅ベースアップ評価料（I）</u></b></p> <p><b><u>（1日につき）</u></b></p> <p><u>1 初診時 6点</u></p> <p><u>2 再診時等 2点</u></p> <p><u>3 訪問診療時</u></p> <p><u>イ 同一建物居住者等以外の場合 28点</u></p> <p><u>ロ イ以外の場合 7点</u></p> <p><u>注1 1については、主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下この節に</u></p>	

	<p><u>において同じ。)の賃金の改善を図る体制につき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に対して初診を行った場合に、所定点数を算定する。</u></p> <p><u>注2 2については、主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき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に対して再診又は短期滞在手術等基本料1を算定すべき手術又は検査を行った場合に、所定点数を算定する。</u></p> <p><u>注3 3のイについては、主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき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、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、次のいずれかに該当する訪問診療を行った場合に算定する。</u></p> <p><u>イ 当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合及び有料老人ホームその他これに準ずる施設（以下この区分番号及び区分番号O101において「有料老人ホーム等」という。）に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。）であって、当該患者が同一建物居住者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問診療を行う場合の当該患者をいう。以下この区分番号及び区分番号O101において同じ。）以外である場合</u></p> <p><u>ロ 区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料又は区</u></p>
--	--

	<p><u>分番号 C 003 に掲げる在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす他の保険医療機関の求めに応じ、当該他の保険医療機関から紹介された患者に対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った場合（有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。）であって、当該患者が同一建物居住者以外である場合</u></p> <p><u>ハ 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（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）において、在宅での療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に総合的な医療を提供した場合（訪問診療を行った場合に限る。）</u></p> <p><u>注4 3のロについては、主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき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、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、次のいずれかに該当する訪問診療を行った場合に算定する。</u></p> <p><u>イ 当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号 A 000 に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合及び有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。）であって、当該患者が同一建物居住者である場合</u></p> <p><u>ロ 区分番号 C 002 に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号 C 002-2 に掲げる施設入居時等医学総合管理料又は区分</u></p>
--	--

	<p>番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす他の保険医療機関の求めに応じ、当該他の保険医療機関から紹介された患者に対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った場合（有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。）であって、当該患者が同一建物居住者である場合</p> <p>ハ 有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して訪問診療を行った場合</p> <p><b><u>O101 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）</u></b> <b><u>（1日につき）</u></b></p> <p><u>1 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 1</u> イ 初診又は訪問診療を行った場合 8点 □ 再診時等 1点</p> <p><u>2 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 2</u> イ 初診又は訪問診療を行った場合 16点 □ 再診時等 2点</p> <p><u>3 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 3</u> イ 初診又は訪問診療を行った場合 24点 □ 再診時等 3点</p> <p><u>4 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 4</u> イ 初診又は訪問診療を行った場合 32点 □ 再診時等 4点</p> <p><u>5 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 5</u> イ 初診又は訪問診療を行った場合 40点 □ 再診時等 5点</p> <p><u>6 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 6</u> イ 初診又は訪問診療を行った場合 48点 □ 再診時等 6点</p> <p><u>7 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 7</u> イ 初診又は訪問診療を行った場合 56点 □ 再診時等 7点</p> <p><u>8 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 8</u> イ 初診又は訪問診療を行った場合 64点 □ 再診時等 8点</p> <p>注1 主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき別に厚生労働大臣が定</p>
--	--

	<p><u>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に対して診療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。</u></p> <p><u>注2 1のイ、2のイ、3のイ、4のイ、5のイ、6のイ、7のイ又は8のイについては、外来・在宅ベースアップ評価料（I）の1又は3を算定する患者に対して診療を行った場合に算定する。</u></p> <p><u>注3 1のロ、2のロ、3のロ、4のロ、5のロ、6のロ、7のロ又は8のロについては、外来・在宅ベースアップ評価料（I）の2を算定する患者に対して診療を行った場合に算定する。</u></p> <p><b><u>O102 入院ベースアップ評価料（1日につき）</u></b></p> <p><u>1 入院ベースアップ評価料1 1点</u></p> <p><u>2 入院ベースアップ評価料2 2点</u></p> <p><u>↓</u></p> <p><u>165 入院ベースアップ評価料165 165点</u></p> <p><u>注 主として医療に従事する職員の賃金の改善を図る体制につき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であって、第1章第2部第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、同部第3節の特定入院料又は同部第4節の短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）を算定しているものについて、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。</u></p>	
--	--	--