

平成 30 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）

（平成 30 年 4 月 1 日施行予定）

項目	改正前	改正後
第 1 章 基本診療料 第 2 節 再診料 A001 再診料 【注の追加】	注 13 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（診療所に限る。）において、認知症の患者（認知症以外に 1 以上の疾患（疑いのものを除く。）を有するものであって、1 処方につき 5 種類を超える内服薬の投薬を行った場合及び 1 処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬又は睡眠薬を合わせて 3 種類を超えて投薬を行った場合のいずれにも該当しないものに限る。）に対して、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には、認知症地域包括診療加算として、 <u>30 点を所定点数に加算する。</u>	注 13 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（診療所に限る。）において、認知症の患者（認知症以外に 1 以上の疾患（疑いのものを除く。）を有するものであって、1 処方につき 5 種類を超える内服薬の投薬を行った場合及び 1 処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬又は睡眠薬を合わせて 3 種類を超えて投薬を行った場合のいずれにも該当しないものに限る。）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には、 <u>認知症地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</u> <u>イ 認知症地域包括診療加算 1 35 点</u> <u>ロ 認知症地域包括診療加算 2 28 点</u>
	(追加)	注 14 <u>注 12 又は注 13 の場合において、他の保険医療機関に入院した患者又は介護保険法第 8 条第 28 項に規定する介護老人保健施設（以下「介護老人保健施設」という。）に入所した患者について、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設と連携して薬剤の服用状況や薬剤服用歴に関する情報共有等を行うとともに、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設において処方した薬剤の種類数が減少した場合であって、退院後又は退所後 1 月以内に当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設から入院中又は入所中の処方内容について情報提供を受けた場合には、薬剤適正使用連携加算として、退院日又は退所日の属する月から起算して 2 月目までに 1 回に限り、30 点を更に所定点数に加算する。</u>
A234 医療安全体制加算（入院初日） 【点数の見直し】 【注の追加】	1 医療安全体制加算 1 85 点 2 医療安全体制加算 2 <u>35 点</u>	1 医療安全体制加算 1 85 点 2 医療安全体制加算 2 <u>30 点</u>
	(追加)	注 2 <u>医療安全対策に関する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施</u>

		<p><u>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（特定機能病院を除く。）に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。</u></p> <p><u>イ 医療安全対策地域連携加算 1 50点</u> <u>ロ 医療安全対策地域連携加算 2 20点</u></p>
A234-2 感染防止対策加算 （入院初日） 【注の追加】	（追加）	<p><u>注 3 感染防止対策地域連携加算を算定する場合について、抗菌薬の適正な使用の支援に関す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については、抗菌薬適正使用支援加算として、100点を更に所定点数に加算する。</u></p>
A243 後発医薬品使用体制加算 （入院初日） 【項目の見直し】 【注の見直し】	<p>1 後発医薬品使用体制加算 1 <u>42点</u></p> <p>2 後発医薬品使用体制加算 2 <u>35点</u></p> <p>3 後発医薬品使用体制加算 3 <u>28点</u></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入院している患者（別に厚生労働大臣が定める患者を除き、第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、後発医薬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。）について、当該施設基準に係る区分に従い、それぞれ入院初日に限り所定点数に加算する。</p>	<p>1 後発医薬品使用体制加算 1 <u>45点</u></p> <p>2 後発医薬品使用体制加算 2 <u>40点</u></p> <p>3 後発医薬品使用体制加算 3 <u>35点</u></p> <p><u>4 後発医薬品使用体制加算 4 22点</u></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（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、後発医薬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。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ入院初日に限り所定点数に加算する。</p>
A246 退院支援加算 （退院時1回） 【名称の見直し】 【注の追加】	退院支援加算（退院時1回） （追加）	<p><u>入退院支援加算（退院時1回）</u></p> <p><u>注7 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別に厚生労働大臣が定めるものに対して、入院前に支援を行った場合に、入院時支援加算として、200点を更に所定点数に加算する。</u></p>
第2章 特掲診療料 第1部 医学管理等 B001 特定疾患治療管理料	特定薬剤治療管理料 <u>470点</u> （追加）	<p>特定薬剤治療管理料</p> <p><u>イ 特定薬剤治療管理料 1 470点</u></p> <p><u>ロ 特定薬剤治療管理料 2 100点</u></p> <p><u>注7ロについては、サリドマイド及びその誘導体を</u></p>

<p>【項目の見直し】 【注の追加】</p>		<p><u>投与している患者について、服薬に係る安全管理の遵守状況を確認し、その結果を所定の機関に報告する等により、投与の妥当性を確認した上で、必要な指導等を行った場合に月1回に限り所定点数を算定する。</u></p>
<p>B001-2 小児科外来診療料（1日につき） 【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p><u>注4 1のイ又は2のイについて、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、急性気道感染症又は急性下痢症により受診した患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、80点を所定点数に加算する。</u></p>
<p>B001-2-9 地域包括診療料（月1回） 【点数の追加】 【注の追加】</p>	<p>地域包括診療料 <u>1,503点</u> (追加)</p>	<p>地域包括診療料 <u>1 地域包括診療料1 1,560点</u> <u>2 地域包括診療料2 1,503点</u> <u>注3 他の保険医療機関に入院した患者又は介護老人保健施設に入所した患者について、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設と連携して薬剤の服用状況や薬剤服用歴に関する情報共有等を行うとともに、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設において処方した薬剤の種類数が減少した場合であって、退院後又は退所後1月以内に当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設から入院中又は入所中の処方内容について情報提供を受けた場合には、薬剤適正使用連携加算として、退院日又は退所日の属する月から起算して2月目までに1回に限り、30点を所定点数に加算する。</u></p>
<p>B001-2-10 認知症地域包括診療料 【項目の見直し】 【注の追加】</p>	<p>認知症地域包括診療料（月1回） <u>1,515点</u> (追加)</p>	<p>認知症地域包括診療料（月1回） <u>1 認知症地域包括診療料1 1,580点</u> <u>2 認知症地域包括診療料2 1,515点</u> <u>注3 他の保険医療機関に入院した患者又は介護老人保健施設に入所した患者について、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設と連携して薬剤の服用状況や薬剤服用歴に関する情報共有等を行うとともに、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設</u></p>

		<p><u>設において処方した薬剤の種類数が減少した場合であって、退院後又は退所後 1 月以内に当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設から入院中又は入所中の処方内容について情報提供を受けた場合には、薬剤適正使用連携加算として、退院日又は退所日の属する月から起算して 2 月目までに 1 回に限り、30 点を所定点数に加算する。</u></p>
<p>B001-2-11 小児かかりつけ診療料 (1 日につき) 【注の追加】</p>	(追加)	<p><u>注 4 1 のイ又は 2 のイについて、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、急性気道感染症又は急性下痢症により受診した患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、80 点を所定点数に加算する。</u></p>
<p>B004 退院時共同指導料 1 【注の見直し】</p>	<p>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の保険医又は当該保険医の指示を受けた看護師等が、当該患者が入院している保険医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中 1 回に限り、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において算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中 2 回に限り算定できる。</p>	<p>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（以下この区分番号及び区分番号 B 005 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健師、助産師、看護師、准看護師（以下この区分番号及び区分番号 B 005 において「看護師等」という。）、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士が、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中 1 回に限り、在宅療養担当医療機関において算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、在宅療養担当医療機関の保険医又は当該保険医の指示を受けた看護師等が、当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等と 1 回以上共同して</p>

		<p>行う場合は、当該入院中 2 回に限り算定できる。</p>
<p>B004 退院時共同指導料 2 【注の見直し】</p>	<p>注 1 入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、入院中の患者に対して、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、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の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等又は当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中 1 回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中 2 回に限り算定できる。</p>	<p>注 1 <u>保険医療機関に入院中の患者について、当該保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士</u>が、入院中の患者に対して、<u>当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士</u>又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）<u>、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士</u>と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中 1 回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、<u>当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）と 1 回以上、共同して行う場合は、当該入院中 2 回に限り算定できる。</u></p>
<p>第 2 部 在宅医療 第 1 節 在宅患者診療 ・指導料 C008 在宅患者訪問 薬剤管理指導料 【項目の見直し】 【注の見直し】</p>	<p>在宅患者訪問薬剤管理指導料</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 <u>同一建物居住者以外の場合 650 点</u> 2 <u>同一建物居住者以外の場合 300 点</u> <p>注 1 <u>1 については、在宅で療養を行っている患者（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薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2 については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限</u></p>	<p>在宅患者訪問薬剤管理指導料</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 <u>単一建物診療患者が 1 人の場合 650 点</u> 2 <u>単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 320 点</u> 3 <u>1 及び 2 以外の場合 290 点</u> <p>注 1 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、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、<u>単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険医療機関の薬剤師が訪問し薬学的管理指導を行っているものをいう。）の人数に従い、患者 1 人</u></p>

	<p>る。) であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、<u>1と2を合わせて患者1人につき月4回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回）に限り算定する。この場合において、1と2を合わせて薬剤師1人につき週40回に限り算定できる。</u></p> <p style="text-align: right;">(追加)</p>	<p>につき月4回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回）に限り算定する。この場合において、<u>1から3までを合わせて薬剤師1人につき週40回に限り算定できる。</u></p> <p><u>注4 6歳未満の乳幼児に対して、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合には、乳幼児加算として、100点を所定点数に加算する。</u></p>
<p>第5部 投薬 通則</p>	<p style="text-align: right;">(新設)</p> <p style="text-align: right;">(新設)</p>	<p><u>注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F000に掲げる調剤料、区分番号F100に掲げる処方料、区分番号F200に掲げる薬剤、区分番号F400に掲げる処方箋料及び区分番号F500に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。</u></p> <p><u>注5 入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき70枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、区分番号F000に掲げる調剤料、区分番号F100に掲げる処方料、区分番号F200に掲げる薬剤（当該超過分に係る薬剤料に限る。）、区分番号F400に掲げる処方箋料及び区分番号F500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70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。</u></p>
<p>第5部 投薬 第2節 処方料 F100 処方料 【項目の見直し】</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又は3種類以上の抗精神病薬の投薬（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 <u>20点</u></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</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<u>又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬</u>（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 <u>18点</u></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</p>

	<p>が2週間以内のもの及び区分番号 A001 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 29点</p> <p>3 1及び2以外の場合 42点</p>	<p>が2週間以内のもの及び区分番号 A001 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>
【注の見直し】	<p>注8 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002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<u>60</u>に相当する点数により算定する。</p>	<p>注8 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002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<u>40</u>に相当する点数により算定する。</p>
【注の追加】	(追加)	<p><u>注10 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。</u></p>
<p>第3節 薬剤料 F200 薬剤 【注の見直し】</p>	<p>注2 1処方につき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又は3種類以上の抗精神病薬の投薬 (臨時的投薬等のもの及び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</p>	<p>注2 1処方につき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 (臨時的投薬等のもの及び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</p>

	<p>行った場合には、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬に係る薬剤料に限り、所定点数の 100 分の 80 に相当する点数により算定する。</p> <p>注4 区分番号A000 に掲げる初診料の注2 又は注3、区分番号A002 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 <u>60</u> に相当する点数により算定する。</p>	<p>やむを得ず投与するものを除く。) を行った場合には、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬に係る薬剤料に限り、所定点数の 100 分の 80 に相当する点数により算定する。</p> <p>注4 区分番号A000 に掲げる初診料の注2 又は注3、区分番号A002 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 <u>40</u> に相当する点数により算定する。</p>
<p>第5節 処方せん料 F400 処方せん料 【項目の見直し】</p>	<p>処方せん料</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又は 3 種類以上の抗精神病薬の投薬（臨時的投薬等のもの及び 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 <u>30点</u></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（臨時的投薬であって、投薬期間が 2 週間以内のもの及び区分番号 A001 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 40 点</p> <p>3 1 及び 2 以外の場合 68 点</p>	<p>処方箋料</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 <u>又は 4 種類以上の抗不安薬及び睡眠薬</u>の投薬（臨時的投薬等のもの及び 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 <u>28点</u></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（臨時的投薬であって、投薬期間が 2 週間以内のもの及び区分番号 A001 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 <u>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 40点</u></p> <p>3 1 及び 2 以外の場合 68 点</p>
<p>【注の見直し】</p>	<p>注2 区分番号A000 に掲げる初診料の注2 又は注3、区分番号A002 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 <u>60</u> に相当する点数により算定</p>	<p>注2 区分番号A000 に掲げる初診料の注2 又は注3、区分番号A002 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 <u>40</u> に相当する点数により算定</p>

	<p>する。</p> <p>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、月 1 回に限り、1 処方につき 65 点を加算する。ただし、この場合において、同一月に注4の加算は算定できない。</p> <p>注7 薬剤の一般的名称を記載する処方せんを交付した場合は、当該処方せんの内容に応じ、次に掲げる点数を処方せんの交付 1 回につきそれぞれ加算する。</p> <p>イ 一般名処方加算 1 3点 ロ 一般名処方加算 2 2点</p>	<p>する。</p> <p>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、<u>特定疾患処方管理加算 2 として</u>、月 1 回に限り、1 処方につき <u>66 点を所定点数</u>に加算する。ただし、この場合において、同一月に<u>特定疾患処方管理加算 1</u>は算定できない。</p> <p>注7 薬剤の一般的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<u>所定点数</u>に加算する。</p> <p>イ 一般名処方加算 1 <u>6点</u> ロ 一般名処方加算 2 <u>4点</u></p>
【注の追加】	(追加)	<p><u>注8 抗不安薬等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 A 250 に掲げる薬剤総合評価調整加算及び区分番号 B 008-2 に掲げる薬剤総合評価調整管理料は別に算定できない。</u></p>
<p>第 1 節 注射料 第 2 款 無菌製剤処理料 G020 無菌製剤処理料 【注の見直し】</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た保険医療機関において、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、中心静脈注射又は植込型カテーテル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>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た保険医療機関において、<u>皮内注射、皮下注射、筋肉内注射</u>、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、中心静脈注射又は植込型カテーテル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>