令和４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）　（令和４年４月１日施行）

項目	改正前	改正後
第１章　基本診療料 **通則**		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。 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、それぞれ別に初診料又は再診料（外来診療料を含む。）を算定する。 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。
第１節　初診料 **Ａ０００　初診料** 【点数の見直し】	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。 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。）及	**Ａ000　初診料**　288 点 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には、251 点を算定する。 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。）、

	び地域医療支援病院（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。）に係るものの数が 200 未満の病院を除く。）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の規定にかかわらず、214 点を算定する。	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、214 点（注１のただし書に規定する場合にあっては、186 点）を算定する。
第２部　入院料等 **通則**		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４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。 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。 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３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。 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。 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。 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。 7　入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制について、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。）及び第３節の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。 8　７に規定する別に厚生労働大臣が定める基準のうち、栄養管理体制に関する基準を満たすことができない保険医療機関（診療所を除き、別に厚生労働大臣が定める基準を満たすものに限る。）については、第１節（特別入院基本料等を除く。）、第３節及び第

		４節（短要な診療を行った場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、呼吸ケアチーム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、週１回に限り所定点数に加算する。ただし、区分番号Ｂ011-4 に掲げる医療機器安全管理料の１は別に算定できない。
【新設】	（新設）	**Ａ**242-2 **術後疼痛管理チーム加算（１日につき）** 100 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、区分番号Ｌ008 に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術を行った患者であって、継続して手術後の疼痛管理を要するものに対して、当該保険医療機関の麻酔に従事する医師、看護師、薬剤師等が共同して疼痛管理を行った場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、術後疼痛管理チーム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、手術日の翌日から起算して３日を限度として所定点数に加算する。 **Ａ**243 **後発医薬品使用体制加算（入院初日）** １　後発医薬品使用体制加算１　47 点 ２　後発医薬品使用体制加算２　42 点 ３　後発医薬品使用体制加算３　37 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。 **Ａ**244 **病棟薬剤業務実施加算** １　病棟薬剤業務実施加算１（週１回）

		120 点 2　病棟薬剤業務実施加算２（1 日につき） 100 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にあっては週１回に限り、病棟薬剤業務実施加算２にあっては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。 **A**245 **データ提出加算** 1　データ提出加算１（入院初日） イ　許可病床数が 200 床以上の病院の場合 140 点 ロ　許可病床数が 200 床未満の病院の場合 2,070 点 注１　重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を主として入院させる病室に関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（療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院施設管理加算又は特殊疾患病棟入院料を算定する病棟を有しないものに限る。）に入院している患者について、所定点数を算定する。 注２　当該病室に入院している患者が人工呼吸器を使用している場合は、１日につき所定点数に 600 点を加算する。

		注３　当該患者が、他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号Ａ246に掲げる入退院支援加算３を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。 注４　当該病室に入院する重度の意識障害（脳卒中の後遺症であるものに限る。）の患者であって、基本診療料の施設基準等第５の３⑴のロに規定する医療区分２の患者又は第５の３⑵のトに規定する医療区分１の患者に相当するものについては、注１の規定にかかわらず、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。 イ　医療区分２の患者に相当するもの　1,909点 ロ　医療区分１の患者に相当するもの　1,743点
【注の見直し】	注５　診療に係る費用（注２及び注３に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のロ及び２のロに限る。）、認知症ケア加算、排尿自立支援加算並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患入院医療管理料に含まれるものとする。	注５　診療に係る費用（注２及び注３に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のロ及び２のロに限る。）、認知症ケア加算、排尿自立支援加算並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患入院医療管理料に含まれるものとする。
【注の追加】	（新設）	注６　当該病室に入院する脳卒中又は脳卒中の後遺症の患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第５の３⑴のロに規定する医療区分２の患者又は第５の３⑵のトに規定する医療区分１の患者に相当するものについては、注１の規定にかかわらず、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。 イ　医療区分２の患者に相当するもの

		1,717 点 ロ 医療区分１の患者に相当するもの 1,569 点 **A307 小児入院医療管理料（１日につき）** 1 小児入院医療管理料１ 4,750 点 2 小児入院医療管理料２ 4,224 点 3 小児入院医療管理料３ 3,803 点 4 小児入院医療管理料４ 3,171 点 5 小児入院医療管理料５ 2,206 点
【注の見直し】	注１ 別に厚生労働大臣の定める小児を入院させる病棟又は施設に関する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小児科を標榜する保険医療機関の病棟（療養病棟を除く。）に入院している 15 歳未満の小児（児童福祉法第６条の２第２項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20 歳未満の者）について、当該基準に係る区分に従い、所定点数を算定する。ただし、小児入院医療管理料５を算定する病棟において、当該入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が当該病棟（精神病棟に限る。）に入院した場合は、区分番号Ａ103 に掲げる精神病棟入院基本料の 15 対１入院基本料の例により算定する。	注１ 別に厚生労働大臣の定める小児を入院させる病棟又は施設に関する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小児科を標榜する保険医療機関の病棟（療養病棟を除く。）に入院している 15 歳未満の小児（児童福祉法第６条の２第３項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20 歳未満の者）について、当該基準に係る区分に従い、所定点数を算定する。ただし、小児入院医療管理料５を算定する病棟において、当該入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が当該病棟（精神病棟に限る。）に入院した場合は、区分番号Ａ103 に掲げる精神病棟入院基本料の 15 対１入院基本料の例により算定する。 注２ 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の病棟において小児入院医療管理が行われた場合は、１日につき 100 点を所定点数に加算する。 注３ 当該病棟に入院している患者が人工呼吸器を使用している場合は、人工呼吸器使用加算として、１日につき 600 点を所定点数に加算する。 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入院している患者（小児入院医療管理料３、小児入院医療管理料４又は小児入院医療管理料５を算定している患者に限る。）について、重症児受入体制加算として、１日につき 200 点を

		所定点数に加算する。
	（新設）	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の病室において、造血幹細胞移植を実施する患者に対して、治療上の必要があって無菌治療室管理が行われた場合は、当該基準に係る区分に従い、90 日を限度として、１日につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、区分番号Ａ221-2 小児療養環境特別加算を算定する場合は算定しない。 イ　無菌治療管理加算１　2,000 点 ロ　無菌治療管理加算２　1,500 点
【注の追加】	（新設）	注６　当該病棟に入院している児童福祉法第６条の２第３項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者又は同法第 56 条の６第２項に規定する障害児である患者について、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、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った上で、保険薬局に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者に係る調剤に際して必要な情報等を文書により提供した場合は、退院時薬剤情報管理指導連携加算として、退院の日に１回に限り、150 点を所定点数に加算する。
【注の追加】	（新設）	注７　患者に対する支援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の病棟に入院している患者について、養育支援体制加算として、入院初日に限り 300 点を所定点数に加算する。
【注の追加】	（新設）	注８　当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、緊急に入院を必要とする小児患者を受け入れる体制の確保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の病棟に入院している患者（小児入院医療管理料１又は小児入院医療管理料２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、入院初日に限り、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。 イ　時間外受入体制強化加算１　300 点 ロ　時間外受入体制強化加算２　180 点
	（新設） （新設）	
【注の見直し】	注５　診療に係る費用（注２及び注３に規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、第３節薬剤料、第４節特定保険医療材料料、第５部投薬、第６部注射、第 10 部手術、第 11 部麻酔、第 12 部放射線治療及び第 13 部第２節病理診断・判断料の費用並びに第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、緩和ケア診療加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料１及び小児入院医療管理料２に含まれるものとする。	注９　診療に係る費用（注２、注３及び注５から注８までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、第３節薬剤料、第４節特定保険医療材料料、第５部投薬、第６部注射、第 10 部手術、第 11 部麻酔、第 12 部放射線治療及び第 13 部第２節病理診断・判断料の費用並びに第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、緩和ケア診療加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算１、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料１及び小児入院医療管理料２に含まれるものとする。
【注の見直し】	注６　診療に係る費用（注２から注４までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、第３節薬剤料、第４節特定保険医療材料料、第５部投薬、第６部注射、第 10 部手術、第 11 部麻酔、第 12 部放射線治療及び第 13 部第２節病理診断・判断料の費用並びに第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、	注 10　診療に係る費用（注２から注７までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、第３節薬剤料、第４節特定保険医療材料料、第５部投薬、第６部注射、第 10 部手術、第 11 部麻酔、第 12 部放射線治療及び第 13 部第２節病理診断・判断料の費用並びに第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、

	地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料３及び小児入院医療管理料４に含まれるものとする。	地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算１、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料３及び小児入院医療管理料４に含まれるものとする。
【注の見直し】	注７　診療に係る費用（注２から注４までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、第３節薬剤料、第４節特定保険医療材料料、第５部投薬、第６部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第２節病理診断・判断料の費用並びに第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）　入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、精神疾患診療体制加算（精神病棟を除く。）及び排尿自立支援加算を除く。）は、小児入院医療管理料５に含まれるものとする。	注11　診療に係る費用（注２から注７までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、第３節薬剤料、第４節特定保険医療材料料、第５部投薬、第６部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第２節病理診断・判断料の費用並びに第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算１、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、精神疾患診療体制加算（精神病棟を除く。）及び排尿自立支援加算を除く。）は、小児入院医療管理料５に含まれるものとする。
Ａ308　回復期リハビリテーション病棟入院料（１日につき）		**Ａ308　回復期リハビリテーション病棟入院料（１日につき）**
【項目の見直し】		１　回復期リハビリテーション病棟入院料１

		2 ,129 点 （ 生活療養を受ける場合にあっては、 2,115 点） 2　回復期リハビリテーション病棟入院料２ 2 ,066 点 （ 生活療養を受ける場合にあっては、 2,051 点） 3　回復期リハビリテーション病棟入院料３ 1 ,899 点 （ 生活療養を受ける場合にあっては、 1,884 点） 4　回復期リハビリテーション病棟入院料４ 1 ,841 点 （ 生活療養を受ける場合にあっては、 1,827 点）
	5　回復期リハビリテーション病棟入院料５ 1,736 点 （ 生活療養を受ける場合にあっては、 1,721 点） 6　回復期リハビリテーション病棟入院料６ 1,678 点 （生活療養を受ける場合にあっては、 1,664 点）	（削る） 5　回復期リハビリテーション病棟入院料５ 1,678 点 （ 生活療養を受ける場合にあっては、 1,664 点） 注１　主として回復期リハビリテーションを行う病棟に関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、別に厚生労働大臣が定める回復期リハビリテーションを要する状態にあるものについて、当該基準に係る区分に従い、当該病棟に入院した日から起算して、それぞれの状態に応じて別に厚生労働大臣が定める日数を限度として所定点数を算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、当該病棟が一般病棟であるときには区分番号Ａ100 に掲げる一般病棟入院基本料の注２に規定する特別入院基本料の例により、当該病棟が療養病棟であるときには区分番号Ａ101 に掲げる療養病棟入院料１の入院料Ｉ又は療養病棟入院料２の入院料

		Ｉの例により、それぞれ算定する。
第２章　特掲診療料 **第１部　医学管理等** 【新設】 【通則の追加】 【通則の追加】 【通則の追加】 【通則の追加】	（新設）	**通則** 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。 ２　医学管理等に当たって、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。 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。 イ　小児科外来診療料 ロ　外来リハビリテーション診療料 ハ　外来放射線照射診療料 ニ　地域包括診療料 ホ　認知症地域包括診療料 ヘ　小児かかりつけ診療料 ト　外来腫瘍化学療法診療料 チ　救急救命管理料 リ　退院後訪問指導料 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

【通則の追加】		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。 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。
【新設】 【注の見直し】	（新設） （新設） ロ　再診時　438点 （新設） （新設） ２　処方箋を交付しない場合 イ　初診時　748点 （新設） （新設） ロ　再診時　556点 （新設） （新設） 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、未就学児（６歳以上の患者にあっては、６歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る。）の患者であって入院中の患者以外のものに対して診療を行った場合に算定する。	第１節　医学管理料等 (2)　再診時　448点 ロ　処方箋を交付しない場合 (1)　初診時　758点 (2)　再診時　566点 ２　小児かかりつけ診療料２ イ　処方箋を交付する場合 (1)　初診時　630点 (2)　再診時　437点 ロ　処方箋を交付しない場合 (1)　初診時　747点 (2)　再診時　555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、未就学児（６歳以上の患者にあっては、６歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る。）の患者であって入院中の患者以外のもの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、それぞれ算定する。 注２　区分番号Ａ001に掲げる再診料の注９に規定する場合については、算定しない。

【注の見直し】	注３　注４に規定する加算、区分番号Ａ000に掲げる初診料の注７、注８及び注10に規定する加算、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、区分番号Ａ002に掲げる外来診療料の注８及び注９に規定する加算並びに区分番号Ｂ001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号Ｂ001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号Ｂ001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号Ｂ009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）、区分番号Ｂ009-2に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号Ｂ010に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）、区分番号Ｂ011に掲げる診療情報提供料（Ⅲ）及び区分番号Ｃ000に掲げる往診料（同区分番号の注１から注３までに規定する加算を含む。）を除き、診療に係る費用は、小児かかりつけ診療料に含まれるものとする。 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、月１回に限り80点を所定点数に加算する。	注３　注４に規定する加算、区分番号Ａ000に掲げる初診料の注７、注８及び注10に規定する加算、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、区分番号Ａ002に掲げる外来診療料の注８及び注９に規定する加算並びに通則第３号から第５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Ｂ001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号Ｂ001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号Ｂ009に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）、区分番号Ｂ009-2に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号Ｂ010に掲げる診療情報提供料（Ⅱ）、区分番号Ｂ011に掲げる連携強化診療情報提供料及び区分番号Ｃ000に掲げる往診料（同区分番号の注１から注３までに規定する加算を含む。）を除き、診療に係る費用は、小児かかりつけ診療料に含まれるものとする。 注４　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（初診時に限る。）は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、月１回に限り80点を所定点数に加算する。
【新設】	（新設）	**Ｂ001-2-12　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　700点 ロ　抗悪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 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　570点 ロ　抗悪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 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９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ハ又は区分番号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。 注２　１のイ及び２のイについては、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。 注３　１のロ及び２のロについては、１のイ又は２のイ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その他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。 注４　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。 注５　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。 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、１のイ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

B001-3 **生活習慣病管理料** 【項目の見直し】	1　保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合 イ　脂質異常症を主病とする場合 650 点 ロ　高血圧症を主病とする場合 700 点 ハ　糖尿病を主病とする場合 800 点 2　1 以外の場合 イ　脂質異常症を主病とする場合 1,175 点 ロ　高血圧症を主病とする場合 1,035 点 ハ　糖尿病を主病とする場合 1,280 点 （新設）	数に加算する。 注 7　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。 **B**001-3 **生活習慣病管理料** 1　脂質異常症を主病とする場合 570 点 （削る） （削る） （削る） 2　高血圧症を主病とする場合 620 点 （削る） （削る） （削る） 3　糖尿病を主病とする場合 720 点 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 C 101 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。
第 5 部　投薬 **通則**		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。 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。 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。 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。
【通則の見直し】	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。	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。
第１節　調剤料		調剤料 1　入院中の患者以外の患者に対して投薬を行った場合 イ　内服薬、浸煎薬及び頓服薬（１回の処方に係る調剤につき） 11点 ロ　外用薬（１回の処方に係る調剤につき） 8点 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 注（略）
第２節　処方料		**Ｆ100　処方料** 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 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 ３　１及び２以外の場合 42 点 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。 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。 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。 注４　３歳未満の乳幼児に対して処方を行った場合は、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。 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。）に対して処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算１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。 注６　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 日以上の処

		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。 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（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、抗悪性腫瘍剤処方管理加算として、月１回に限り、１処方につき 70 点を所定点数に加算する。 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 40 に相当する点数により算定する。 注９　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、外来後発医薬品使用体制加算として、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。 イ 外来後発医薬品使用体制加算 15 点 ロ 外来後発医薬品使用体制加算 24 点 ハ 外来後発医薬品使用体制加算 32 点 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。
第３節　薬剤料		**F** 200 **薬剤** 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。 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　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って入院期間が１年を超えるものに対する同一月の投薬に係る薬剤料と注射に係る薬剤料とを合算して得た点数（以下この表において「合算薬剤料」という。）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　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。

		注３　注２以外の場合であって、１処方につき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Ａ001 に掲げる再診料の注 12 に掲げる地域包括診療加算又は区分番号Ｂ001-2-9 に掲げる地域包括診療料を算定するものを除く。）を行った場合には、所定点数の 100 分の 90 に相当する点数により算定する。 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 40 に相当する点数により算定する。 注５　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投与が有効であると判断したときを除き、これを算定しない。 注６　使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。
第４節　特定保険医療材料料		**Ｆ**300 **特定保険医療材料** 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。
第５節　処方箋料 **Ｆ400 処方箋料**		**Ｆ**400 **処方箋料** 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 28 点 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 40 点 ３　１及び２以外の場合 68 点 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。
【通則の見直し】	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 40 に相当する点数により算定する。	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（保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和 32 年厚生省令第 15 号）第 20 条第３号ロ及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による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。 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。 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。 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 日以上の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。 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（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には、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。 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回につきそれぞれ所定点数に加算する。 イ　一般名処方加算１　７点 ロ　一般名処方加算２　５点 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。
第６節　調剤技術基本料		**F**500 **調剤技術基本料** １　入院中の患者に投薬を行った場合 42 点 ２　その他の患者に投薬を行った場合 14 点 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。 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。 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。 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。
第２章　特掲診療料 **第６部　注　射** **通則**		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。 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。 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。 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。 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。
【通則の見直し】	6　区分番号Ｇ001 に掲げる静脈内注射、Ｇ002 に掲げる動脈注射、Ｇ003 に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、Ｇ003-3 に掲げる肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、Ｇ004 に掲げる点滴注射、Ｇ005 に掲げる中心静脈注射又はＧ006 に掲げる植込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て、入院中の患者以外の患者であって、悪性腫瘍等の患者であるものに対して、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。 イ　外来化学療法加算１ (1)　抗悪性腫瘍剤を注射した場合 ①　15 歳未満　820 点 ②　15 歳以上　600 点 (2)　抗悪性腫瘍剤以外の薬剤を注射した場合 ①　15 歳未満　670 点 ②　15 歳以上　450 点 ロ　外来化学療法加算２ (1)　抗悪性腫瘍剤を注射した場合 ①　15 歳未満　740 点 (2)　15 歳以上　470 点 (2)　抗悪性腫瘍剤以外の薬剤を注射した場合 ①　15 歳未満　640 点 ②　15 歳以上　370 点	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 に掲げる植込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。 イ　外来化学療法加算１ (1)　15 歳未満の患者の場合　670 点 （削る） （削る） (2)　15 歳以上の患者の場合　450 点 （削る） （削る） ロ　外来化学療法加算２ (1)　15 歳未満の患者の場合　640 点 （削る） （削る） (2)　15 歳以上の患者の場合　370 点 （削る） （削る）

【通則の削除】	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おいて、前号のイの(1)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に、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。	（削る）
【通則の追加】	（新設）	7　前号に規定する場合であって、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 点を更に所定点数に加算する。 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。 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。
第１節　注射料 **第１款　注射実施料** **Ｇ000　皮内、皮下及び筋肉内注射（１回につき）** 【点数の見直し】	 Ｇ000　皮内、皮下及び筋肉内注射（１回につき）　20 点	通則 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。 Ｇ000　皮内、皮下及び筋肉内注射（１回につき）　22 点 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。 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。
Ｇ 001 静脈内注射（１回につき） 【点数の見直し】	Ｇ001 静脈内注射（１回につき） 32 点	Ｇ001 静脈内注射（１回につき） 34 点 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。
【点数の見直し】	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、45 点を所定点数に加算する。	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、48 点を所定点数に加算する。 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。 Ｇ002 動脈注射（１日につき） １ 内臓の場合 155 点 ２ その他の場合 45 点 Ｇ003 抗悪性腫瘍剤局所持続注入（１日につき） 165 点 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。 Ｇ003-2 削除 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
Ｇ004 点滴注射（１日につき） 【点数の見直し】	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） 99 点	Ｇ004 点滴注射（１日につき） 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） 101

		点
【点数の見直し】	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）98点	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）99点
【点数の見直し】	3　その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る。）　49点	3　その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る。）　50点 注1　点滴に係る管理に要する費用を含む。
【点数の見直し】	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、45点を所定点数に加算する。	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、46点を所定点数に加算する。 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。 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点滴注射の費用は算定しない。 G005 中心静脈注射（1日につき）140点 注1　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。 注2　中心静脈注射の費用を算定した患者については、同一日に行われた区分番号G004に掲げる点滴注射の費用は算定しない。 注3　区分番号C104に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定している患者に対して行った中心静脈注射の費用は算定し

		ない。 注４　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中心静脈注射の費用は算定しない。 注５　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、50 点を所定点数に加算する。 Ｇ005-2 中心静脈注射用カテーテル挿入 1,400 点 注１　カテーテルの挿入に伴う検査及び画像診断の費用は、所定点数に含まれるものとする。 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、500 点を所定点数に加算する。 注３　別に厚生労働大臣が定める患者に対して静脈切開法を用いて行った場合は、静脈切開法加算として、2,000 点を所定点数に加算する。 Ｇ005-3 末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入 700 点 注１　カテーテルの挿入に伴う検査及び画像診断の費用は、所定点数に含まれるものとする。 注２　６歳未満の乳幼児に対して行った場合には、乳幼児加算として、500 点を所定点数に加算する。 Ｇ005-4 カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入 2,500 点 注１　カテーテルの挿入に伴う検査及び画像診断の費用は、所定点数に含まれるものとする。 注２　６歳未満の乳幼児に対して行った場合には、乳幼児加算として、500 点を所定点数に加算する。

		G006 植込型カテーテルによる中心静脈注射（１日につき） 125 点 注１ 区分番号Ｃ104 に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定している患者に対し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。 注２ 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。 注３ ６歳未満の乳幼児に対して行った場合には、乳幼児加算として、50 点を所定点数に加算する。 G007 腱鞘内注射 27 点 G008 骨髄内注射 １ 胸骨 80 点 ２ その他 90 点 G009 脳脊髄腔注射 １ 脳室 300 点 ２ 後頭下 220 点 ３ 腰椎 140 点 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。 G010 関節腔内注射 80 点 G010-2 滑液嚢穿刺後の注入 80 点 G011 気管内注入 100 点 G012 結膜下注射 27 点 G012-2 自家血清の眼球注射 27 点 G013 角膜内注射 35 点 G014 球後注射 60 点 G015 テノン氏嚢内注射 60 点 G016 硝子体内注射 580 点 G017 腋窩多汗症注射（片側につき） 200 点 G018 外眼筋注射（ボツリヌス毒素によるも

		の）1,500 点
第２款　無菌製剤処理料		G020 無菌製剤処理料 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 ロ 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、必要があっ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。
第２節　薬剤料		G100 薬剤 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って入院期間が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。 注3　使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。
第3節　特定保険医療材料料		G200 特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数注　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。
第2章　特掲診療料 **第9部　処　置** **通則**		1　処置の費用は、第1節の各区分の所定点数により算定する。この場合において、処置に当たって通常使用される保険医療材料の費用は、第1節の各区分の所定点数に含まれるものとする。 2　処置に当たって、第2節に掲げる医療機器等、薬剤又は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、第3節又は第4節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。 3　第1節に掲げられていない処置であって簡単なものの費用は、薬剤又は特定保険医療材料を使用したときに限り、第3節又は第4節の各区分の所定点数のみにより算定する。 4　第1節に掲げられていない処置であって特殊なものの費用は、同節に掲げられている処置のうちで最も近似する処置の各区分の所定

		点数により算定する。 5　緊急のために休日に処置を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である処置を行った場合において、当該処置の費用は、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算した点数により算定する。 イ　処置の所定点数が 1,000 点以上の場合であって、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保険医療機関において行われる場合 ⑴ 休日加算１ 所定点数の 100 分の 160 に相当する点数 ⑵　時間外加算１（入院中の患者以外の患者に対して行われる場合に限る。）所定点数の 100 分の 80 に相当する点数 ⑶ 深夜加算１ 所定点数の 100 分の 160 に相当する点数 ⑷　⑴から⑶までにかかわらず、区分番号Ａ000 に掲げる初診料の注７のただし書に規定する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、その開始時間が同注のただし書に規定する時間である処置を行った場合 所定点数の 100 分の 80 に相当する点数 ロ　処置の所定点数が 150 点以上の場合であって、入院中の患者以外の患者に対して行われる場合（イに該当する場合を除く。） ⑴ 休日加算２ 所定点数の 100 分の 80 に相当する点数 ⑵ 時間外加算２ 所定点数の 100 分の 40 に相当する点数 ⑶ 深夜加算２ 所定点数の 100 分の 80 に相当する点

		数 ⑷　⑴から⑶までにかかわらず、区分番号Ａ000に掲げる初診料の注７のただし書に規定する保険医療機関において、その開始時間が同注のただし書に規定する時間である処置を行った場合限度として加算する。 **Ｊ**028 **インキュベーター（**1**日につき）** 120点 注　使用した精製水の費用及びインキュベーターと同時に行った酸素吸入の費用は、所定点数に含まれるものとする。 **Ｊ**029 **鉄の肺（**1**日につき）** 260点 **Ｊ**029-2 **減圧タンク療法** 260点 **Ｊ**030 **食道ブジー法** 120点 **Ｊ**031 **直腸ブジー法** 120点 **Ｊ**032 **肛門拡張法（徒手又はブジーによるもの）** 150点 注　３歳未満の乳幼児であって、直腸又は肛門疾患に係る手術の前後の場合は、周術期乳幼児加算として、初回の算定日から起算して３月以内に限り、100点を所定点数に加算する。 **Ｊ**033 **削除** **Ｊ**034 **イレウス用ロングチューブ挿入法** 730点 **Ｊ**034-2 **経鼻栄養･薬剤投与用チューブ挿入術** 180点 **Ｊ**034-3 **内視鏡的結腸軸捻転解除術（一連につき）** 5,360点 **Ｊ**035 **削除** **Ｊ**036 **非還納性ヘルニア徒手整復法** 290点 注　新生児又は３歳未満の乳幼児の場合は、新生児加算又は乳幼児加算として、それぞれ110点又は55点を加算する。 **Ｊ**037 **痔核嵌頓整復法（脱肛を含む。）** 290点
Ｊ038 人工腎臓（１日につき） 【項目の見直し】		**Ｊ**038 **人工腎臓（**1**日につき）**

	1　慢性維持透析を行った場合１ イ　４時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。）1,924 点 ロ　４時間以上５時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。）2,084 点 ハ　５時間以上の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。）2,219 点 ニ　４時間未満の場合（イを除く。）1,798 点 ホ　４時間以上５時間未満の場合（ロを除く。）1,958 点 ヘ　５時間以上の場合（ハを除く。）2,093 点 2　慢性維持透析を行った場合２ イ　４時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。）1,884 点 ロ　４時間以上５時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。）2,044 点 ハ　５時間以上の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。）2,174 点 ニ　４時間未満の場合（イを除く。）1,758 点 ホ　４時間以上５時間未満の場合（ロを除く。）1,918 点 ヘ　５時間以上の場合（ハを除く。）2,048 点 3　慢性維持透析を行った場合３ イ　４時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。）1,844 点 ロ　４時間以上５時間未満の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。）1,999 点 ハ　５時間以上の場合（別に厚生労働大臣が定める患者に限る。）2,129 点 ニ　４時間未満の場合（イを除く。）1,718 点 ホ　４時間以上５時間未満の場合（ロを除く。）1,873 点 ヘ　５時間以上の場合（ハを除く。）	1　慢性維持透析を行った場合１ イ　４時間未満の場合 1,885 点 ロ　４時間以上５時間未満の場合 2,045 点 ハ　５時間以上の場合 2,180 点 （削る） （削る） （削る） 2　慢性維持透析を行った場合２ イ　４時間未満の場合 1,845 点 ロ　４時間以上５時間未満の場合 2,005 点 ハ　５時間以上の場合 2,135 点 （削る） （削る） （削る） 3　慢性維持透析を行った場合３ イ　４時間未満の場合 1,805 点 ロ　４時間以上５時間未満の場合 1,960 点 ハ　５時間以上の場合 2,090 点 （削る） （削る） （削る）

	2,003 点	4　その他の場合 1,580 点 注１　入院中の患者以外の患者に対して、午後５時以降に開始した場合若しくは午後９時以降に終了した場合又は休日に行った場合は、時間外・休日加算として、380 点を所定点数に加算する。
【項目の見直し】	注２　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行った場合には、導入期加算として、導入期１月に限り１日につき、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。 イ　（略） ロ　導入期加算２　500 点 （新設）	注２　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行った場合には、導入期加算として、導入期１月に限り１日につき、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。 イ　導入期加算１　200 点 ロ　導入期加算２　400 点 ハ　導入期加算３　800 点 注３　著しく人工腎臓が困難な障害者等に対して行った場合は、障害者等加算として、１日につき 140 点を加算する。 注４　カニュレーション料を含むものとする。 注５　区分番号Ｃ102 に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理料又は区分番号Ｃ102-2 に掲げる在宅血液透析指導管理料を算定している患者に対して行った場合には、週１回（在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者にあっては、区分番号Ｊ042 に掲げる腹膜灌流（１に限る。）の実施回数と併せて週１回）に限り算定する。 注６　１から３までの場合にあっては、透析液、血液凝固阻止剤、生理食塩水及び別に厚生労働大臣が定める薬剤の費用は所定点数に含まれるものとする。 注７　人工腎臓を夜間に開始し、午前０時以降に終了した場合は、１日として算定する。 注８　区分番号Ｊ038-2 に掲げる持続緩徐式血液濾過の実施回数と併せて１月に 14 回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者にあってはこの限りで

		ない。 注９　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行った場合には、透析液水質確保加算として、所定点数に 10 点を加算する。 注 10　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、人工腎臓を実施している患者に係る下肢末梢動脈疾患の重症度等を評価し、療養上必要な指導管理を行った場合には、下肢末梢動脈疾患指導管理加算として、月１回に限り所定点数に 100 点を加算する。 注 11　通常の人工腎臓では管理が困難な兆候を有する患者に対して、６時間以上の人工腎臓を行った場合には、長時間加算として、１回につき 150 点を加算する。 注 12　１及び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行った場合には、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。 注 13　１から３までについては、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慢性維持透析濾過（複雑なものに限る。）を行った場合には、慢性維持透析濾過加算として、所定点数に 50 点を加算する。
【注の追加】	（新設）	注 14　人工腎臓を実施している患者に対して、医師、看護師、理学療法士又は作業療法士が、療養上必要な訓練等について指導を行った場合には、透析時運動指導等加算として、当該指導を開始した日から起算して 90 日を限度として、75 点を所定点数に加算する。 **Ｊ**038-2 **持続緩徐式血液濾過（**１**日につき）**1,990 点 注１　入院中の患者以外の患者に対して、午

		後５時以降に開始した場合若しくは午後９時以降に終了した場合又は休日に行った場合は、時間外・休日加算として、300点を所定点数に加算する。 注２　著しく持続緩徐式血液濾過が困難な障害者等に対して行った場合は、障害者等加算として、１日につき120点を加算する。 注３　持続緩徐式血液濾過を夜間に開始し、午前０時以降に終了した場合は、１日として算定する。 注４　区分番号Ｊ038に掲げる人工腎臓の実施回数と併せて１月に14回に限り算定する。ただし、区分番号Ｊ038に掲げる人工腎臓の注８に規定する別に厚生労働大臣が定める患者にあってはこの限りでない。
Ｊ039　血漿交換療法（１日につき）		**Ｊ**039　**血漿交換療法（**１**日につき）** 4,200点
	注　（略）	注１　血漿交換療法を夜間に開始し、午前０時以降に終了した場合は、１日として算定する。
【注の追加】	（新設）	注２　難治性高コレステロール血症に伴う重度尿蛋白を呈する糖尿病性腎症に対するＬＤＬアフェレシス療法については、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行われる場合に限り算定する。
	（新設）	注３　移植後抗体関連型拒絶反応治療における血漿交換療法については、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行われる場合に限り算定する。 **Ｊ**040　**局所灌流（**１**日につき）** １　悪性腫瘍に対するもの　4,300点 ２　骨膜・骨髄炎に対するもの　1,700点 注　局所灌流を夜間に開始し、午前０時以降

		に終了した場合は、1日として算定する。 **J041 吸着式血液浄化法（1日につき）** 2,000点 注　吸着式血液浄化法を夜間に開始し、午前0時以降に終了した場合は、1日として算定する。 **J041-2 血球成分除去療法（1日につき）** 2,000点 注　血球成分除去療法を夜間に開始し、午前0時以降に終了した場合は、1日として算定する。 **J042 腹膜灌流（1日につき）** 1　連続携行式腹膜灌流 330点 注1　導入期の14日の間に限り、導入期加算として、1日につき500点を加算する。 注2　6歳未満の乳幼児の場合は、導入期の14日の間又は15日目以降30日目までの間に限り、注1の規定にかかわらず、乳幼児加算として、それぞれ1日につき1,100点又は550点を加算する。 注3　区分番号Ｃ１０２に掲げる在宅自己腹膜灌かん流指導管理料を算定している患者に対して行った場合には、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓の実施回数と併せて週1回に限り、算定する。 2 その他の腹膜灌流 1,100点
第2章 特掲診療料 **第11部 麻 酔** **通則**		1　麻酔の費用は、第1節及び第2節の各区分の所定点数により算定する。ただし、麻酔に当たって、薬剤又は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、第1節及び第2節の各区分の所定点数に第3節又は第4節の所定点数を合算した点数により算定する。 2　未熟児、新生児（未熟児を除く。）、乳児又は1歳以上3歳未満の幼児に対して麻酔を行った場合は、未熟児加算、新生児加算、乳児加算又は幼児加算として、当該麻

		酔の所定点数にそれぞれ所定点数の 100 分の 200、100 分の 200、100 分の 50 又は 100 分の 20 に相当する点数を加算する。 3　入院中の患者以外の患者に対し、緊急のために、休日に手術を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である手術を行った場合の麻酔料及び神経ブロック料は、それぞれ所定点数の 100 分の 80 又は 100 分の 40 若しくは 100 分の 80 に相当する点数を加算した点数により算定し、入院中の患者に対し、緊急のために、休日に手術を行った場合又はその開始時間が深夜である手術を行った場合の麻酔料及び神経ブロック料は、それぞれ所定点数の 100 分の 80 に相当する点数を加算した点数により算定する。ただし、区分番号Ａ000 に掲げる初診料の注７のただし書に規定する保険医療機関にあっては、入院中の患者以外の患者に対し、同注のただし書に規定する厚生労働大臣が定める時間に手術を開始した場合に限り、所定点数の 100 分の 40 に相当する点数を加算した点数により算定する。 4　同一の目的のために２以上の麻酔を行った場合の麻酔料及び神経ブロック料は、主たる麻酔の所定点数のみにより算定する。 5　第１節に掲げられていない麻酔であって特殊なものの費用は、同節に掲げられている麻酔のうちで最も近似する麻酔の各区分の所定点数により算定する。 6　第１節に掲げられていない表面麻酔、浸潤麻酔又は簡単な伝達麻酔の費用は、薬剤を使用したときに限り、第３節の所定点数のみにより算定する。
第１節　麻酔料		Ｌ000 迷もう麻酔 31 点 Ｌ001 筋肉注射による全身麻酔、注腸による麻酔 120 点 Ｌ001-2 静脈麻酔 1　短時間のもの 120 点 2　十分な体制で行われる長時間のもの（単

		純な場合） 600 点 3 十分な体制で行われる長時間のもの（複雑な場合） 1,100 点 注１ 3 歳以上 6 歳未満の幼児に対して静脈麻酔を行った場合は、幼児加算として、所定侵襲的血行動態モニタリングを実施した場合に、非侵襲的血行動態モニタリング加算として、500 点を所定点数に加算する。 注 11 区分番号 K 609 に掲げる動脈血栓内膜摘出術（内頸動脈に限る。）又は人工心肺を用いる心臓血管手術において、術中に非侵襲的に脳灌流のモニタリングを実施した場合に、術中脳灌流モニタリング加算として、1,000 点を所定点数に加算する。
L 008-2 体温維持療法（1 日につき）		
【名称の見直し】 【注の見直し】 【注の見直し】	**L** 008-2 **低体温療法（1 日につき）** 12,200 点 注１ 低体温療法を開始してから 3 日間を限度として算定する。 注２ 心肺蘇生中に咽頭冷却装置を使用して低体温療法を開始した場合は、低体温迅速導入加算として、5,000 点を所定点数に加算する。	L 008-2 体温維持療法（1 日につき） 12,200 点 注１ 体温維持療法を開始してから 3 日間を限度として算定する。 注２ 心肺蘇生中に咽頭冷却装置を使用して体温維持療法を開始した場合は、体温維持迅速導入加算として、5,000 点を所定点数に加算する。 L 008-3 経皮的体温調節療法（一連につき）5,000 点
L 009 麻酔管理料（Ⅰ）		L 009 麻酔管理料(Ⅰ) 1 硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合 250 点 2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合 1,050 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、当該保険医療機関の麻酔に従事する医師（麻酔科につき医療法第 6 条の 6 第 1 項に規定する厚生労働大臣の許可を受け

		た者に限る。）が行った場合に算定する。 注２　１について、帝王切開術の麻酔を行った場合は、帝王切開術時麻酔加算として、700 点を所定点数に加算する。 注３　区分番号Ｌ010 に掲げる麻酔管理料（Ⅱ）を算定している場合は算定できない。 注４　区分番号Ｋ017、Ｋ020、Ｋ136-2、Ｋ142-2 の１、Ｋ151-2、Ｋ154-2、Ｋ169 の１、Ｋ172、Ｋ175 の２、Ｋ177、Ｋ314 の２、Ｋ379-2 の２、Ｋ394 の２、Ｋ395、Ｋ403 の２、Ｋ415 の２、Ｋ514 の９、Ｋ514-4、Ｋ519、Ｋ529 の１、Ｋ529-2 の１、Ｋ529-2 の２、Ｋ552、Ｋ553 の３、Ｋ553-2 の２、Ｋ553-2 の３、Ｋ555 の３、Ｋ558、Ｋ560 の１のイからＫ560 の１のハまで、Ｋ560 の２、Ｋ560 の３のイからＫ560 の３のニまで、Ｋ560 の４、Ｋ560 の５、Ｋ560-2 の２のニ、Ｋ567 の３、Ｋ579-2 の２、Ｋ580 の２、Ｋ581 の３、Ｋ582 の２、Ｋ582 の３、Ｋ583、Ｋ584 の２、Ｋ585、Ｋ586 の２、Ｋ587、Ｋ592-2、Ｋ605-2、Ｋ605-4、Ｋ610 の１、Ｋ645、Ｋ675 の４、Ｋ675 の５、Ｋ677-2 の１、Ｋ695 の４から７まで、Ｋ697-5、Ｋ697-7、Ｋ703、Ｋ704、Ｋ801 の１、Ｋ803 の２、Ｋ803 の４及びＫ803-2 に掲げる手術に当たって、区分番号Ｌ008 に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の実施時間が８時間を超えた場合は、長時間麻酔管理加算として、7,500 点を所定点数に加算する。
【注の追加】	（新設）	注５　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入院している患者に対して、当該保険医療機関の薬剤師が、病棟等において薬剤関連業務を実施している薬剤師等と連携して、周術期に必要な薬学的管理を行った場合は、周術期薬剤管理加算として、75

L 010 麻酔管理料(Ⅱ) 【注の追加】	注（略） （新設）	点を所定点数に加算する。 **L**010 **麻酔管理料(Ⅱ)** 1　硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合 150 点 2　マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合 450 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行った場合に算定する。 注２　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入院している患者に対して、当該保険医療機関の薬剤師が、病棟等において薬剤関連業務を実施している薬剤師等と連携して、周術期に必要な薬学的管理を行った場合は、周術期薬剤管理加算として、75 点を所定点数に加算する。
第２節　神経ブロック料		L 100 神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用） 1　トータルスパイナルブロック、三叉神経半月神経節ブロック、胸部交感神経節ブロック、腹腔神経叢ブロック、頸・胸部硬膜外ブロック、神経根ブロック、下腸間膜動脈神経叢ブロック、上下腹神経叢ブロック 1,500 点 2　眼神経ブロック、上顎神経ブロック、下顎神経ブロック、舌咽神経ブロック、蝶形口蓋神経節ブロック、腰部硬膜外ブロック 800 点 3　腰部交感神経節ブロック、くも膜下脊髄神経ブロック、ヒッチコック療法、腰神経叢ブロック 570 点 4　眼瞼痙攣、片側顔面痙攣、痙性斜頸、上肢痙縮又は下肢痙縮の治療目的でボツリヌス毒素を用いた場合 400 点 5　星状神経節ブロック、仙骨部硬膜外ブロック、顔面神経ブロック 340 点 6　腕神経叢ブロック、おとがい神経ブロック、舌神経ブロック、迷走神経ブロック、副神経ブ

		ロック、横隔神経ブロック、深頸神経叢ブロック、眼窩上神経ブロック、眼窩下神経ブロック、滑車神経ブロック、耳介側頭神経ブロック、浅頸神経叢ブロック、肩甲背神経ブロック、肩甲上神経ブロック、外側大腿皮神経ブロック、閉鎖神経ブロック、不対神経節ブロック、前頭神経ブロック 170 点 7　頸・胸・腰傍脊椎神経ブロック、上喉頭神経ブロック、肋間神経ブロック、腸骨下腹神経ブロック、腸骨鼠径神経ブロック、大腿神経ブロック、坐骨神経ブロック、陰部神経ブロック、経仙骨孔神経ブロック、後頭神経ブロック、筋皮神経ブロック、正中神経ブロック、尺骨神経ブロック、腋窩神経ブロック、橈骨神経ブロック、仙腸関節枝神経ブロック、頸・胸・腰椎後枝内側枝神経ブロック、