

第2章特掲診療料

第1部 医学管理等

区分

B008 薬剤管理指導料

- 1 救命救急入院料等を算定している患者に対して行う場合430点
- 2 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者に対して行う場合（1に該当する場合を除く。） 380点
- 3 1及び2の患者以外の患者に対して行う場合325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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関に入院している患者のうち、1及び2については別に厚生労働大臣が定める患者に対して、3についてはそれ以外の患者に対して、それぞれ投薬又は注射及び薬学的管理指導を行った場合は、当該患者に係る区分に従い、患者1人につき週1回に限り、月4回を限度として算定する。

2 麻薬の投薬又は注射が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、必要な薬学的管理指導を行った場合は、1回につき所定点数に50点を加算する。

3 患者の退院時に当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合は退院の日1回に限り、所定点数に50点を加算する。ただし、区分番号B014に掲げる後期高齢者退院時薬剤情報提供料を算定している場合については算定しない。

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、処方せんを交付した場合は、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（処方せん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。

第1節 調剤料

区分

F000 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 服薬、浸煎薬及び屯服薬（1回の処方に係る調剤につき） 9点
  - ロ 外用薬（1回の処方に係る調剤につき） 6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 麻薬、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬を調剤した場合は、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点をそれぞれ加算する。

## 第2節 処方料

### 区分

#### F100 処方料

- 1 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週間以内のものを除く。）を行った場合 29点
- 2 1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。

- 2 麻薬、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬を処方した場合は、1処方につき1点を加算する。
- 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。
- 4 3歳未満の乳幼児に対して処方を行った場合は、1処方につき3点を加算する。
- 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、月2回に限り、1処方につき18点を加算する。
- 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5の加算は算定できない。

## 第3節 薬剤料

### 区分

#### F200 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。

- 2 1処方につき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。
- 3 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（ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。）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場合を除き、これを算定しない。

4 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

区分

F 3 0 0 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 処方せん料

区分

F 4 0 0 処方せん料

- |   |     |
|---|-----|
| 1 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週間以内のものを除く。）を行った場合 | 40点 |
| 2 1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せんを交付した場合に、交付1回につき算定する。

2 3歳未満の乳幼児に対して処方せんを交付した場合は、処方せんの交付1回につき3点を加算する。

3 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。）に対して処方せんを交付した場合は、月2回に限り、処方せんの交付1回につき18点を加算する。

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3の加算は算定できない。

#### 第6節 調剤技術基本料

区分

F 5 0 0 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 | 8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（処方せんを交付した場合を除く。）に算定する。

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。

3 1において、調剤を院内製剤の上を行った場合は、所定点数に10点を加算する。

4 区分番号B 0 0 8に掲げる薬剤管理指導料又は区分番号C 0 0 8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、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、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、前各号により算定した点数に5点を加算する。
- 6 区分番号G002、G003、G003-3又はG004に掲げる動脈注射、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又は点滴注射について、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社会保険事務局長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。
  - イ 外来化学療法加算1 500点（15歳未満の患者に対して行った場合は、700点）
  - ロ 外来化学療法加算2 390点（15歳未満の患者に対して行った場合は、700点）
- 7 第1節に掲げられていない注射であって簡単な注射の費用は、第2節の各区分の所定点数のみにより算定する。
- 8 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

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。

#### 第1款 注射実施料

##### 区分

- G000 皮内、皮下及び筋肉内注射（1回につき） 18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。
- 2 区分番号C101又はC108に掲げる在宅自己注射指導管理料又は在宅悪性腫瘍患者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。
- G001 静脈内注射（1回につき） 30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。  
2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、42点を加算する。  
3 区分番号C101、C104又はC108に掲げる在宅自己注射指導管理料、在宅中心静脈栄養法指導管理料又は在宅悪性腫瘍患者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
注皮下埋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）	
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）	95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）	95点
3 その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る。）	47点
注1 点滴に係る管理に要する費用を含む。	
2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、42点を加算する。	
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場合は、当該注射を行った日に限り、50点を加算する。	
4 区分番号C101、C104又はC108に掲げる在宅自己注射指導管理料、在宅中心静脈栄養法指導管理料又は在宅悪性腫瘍患者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場合は、当該注射を行った日に限り、50点を加算する。	
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。	
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。	
4 区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍患者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。	
5 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、50点を加算する。	
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。	
2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、500点を加算する。	
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、所定点数に2,000点を加算する。	
G006 埋込型カテーテルによる中心静脈栄養（1日につき）	125点
G007 腱鞘内注射	25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、60点を加算する。

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25点	
G012—2 自家血清の眼球注射	25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

## 第2款 無菌製剤処理科

### 区分

#### G020 無菌製剤処理科

- 1 無菌製剤処理科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） 50点
- 2 無菌製剤処理科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社会保険事務局長に届け出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、中心静脈注射又は埋込型カテーテルによる中心静脈栄養を行う際に、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。

## 第2節 薬剤料

### 区分

#### 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。

- 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（ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。）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つて、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。
- 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

区分

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。