

別紙 1

診療報酬の算定方法

1 医科診療報酬点数表

項 目	現 行	改 正 案
<p>第 1 章 基本診療料</p> <p>第 1 部 初・再診料</p> <p>第 1 節 初診料</p> <p>A 0 0 0 初診料</p> <p>【点数の見直し】</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>270点</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。）及び許可病床（同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。）のうち同法第 7 条第 2 項第 5 号に規定する一般病床に係るものの数が 500 以上であ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。）に限る。）</p>	<p>282点</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。）及び許可病床（同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 500 以上であ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。）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</p>

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、200点を算定する。

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、209点を算定する。

【注の追加】

(追加)

注3 病院である保険医療機関（許可病床数が500床以上である病院（特定機能病院、地域医療支援病院及び医療法第7条第2項第5号に規定する一般病床に係るものの数が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、209点を算定する。

【注の追加】

(追加)

注4 当該保険医療機関（許可病床数が200床以上である病院に限る。）における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495号。以下「薬価基準」という。）に収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（薬事法（昭和35年法律第145号）第34条

【注の見直し】

注3 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135点（注2に規定する場合にあっては、100点）を算定できる。ただし書の場合においては、注4から注7までに規定する加算は算定しない。

第3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。）が5割以下の保険医療機関において初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、209点を算定する。

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141点（注2から注4までに規定する場合にあっては、104点）を算定できる。ただし書の場合においては、注6から注9までに規定する加算は算定しない。

第2節 再診料

A001 再診料

【点数の見直し】

69点 → 72点

【注の追加】

(追加)

注2 当該保険医療機関（許可病床数が200床以上である病院に限る。）における医療用医薬

【注の見直し】

注2 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科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つ目の診療科に限り、34点を算定する。この場合において、注3から注7まで、注9及び注10に規定する加算は算定しない。

品の取引価格の妥結率が5割以下の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、53点を算定する。

注3 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科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つ目の診療科に限り、36点（注2に規定する場合にあっては、26点）を算定する。この場合において、注4から注8まで、注10から注12までに規定する加算は算定しない。

【注の見直し】

注8 患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合においても、再診料を算定することができる。ただし、この場合において、注7の外来管理加算は算定しない。

注9 患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合においても、再診料を算定することができる。ただし、この場合において、注8の外来管理加算及び注12の地域包括診療加算は算定しない。

【注の追加】

(追加)

注12 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、脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち2以上の疾患を有する患者に対して、患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、地域包括診療加算として、10点を所定点数に加算する。

A002 外来診療料

【点数の見直し】

70点 → 73点

【注の見直し】

注2 病院である保険医療機関（特定機能病院及び許可病床のうち医療法第7条第2項第5号に規定する一般病床に係るものの数が500以上である地域医療支援病院に限る。）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、52点を算定する。

注2 病院である保険医療機関（特定機能病院及び許可病床数が500床以上である地域医療支援病院に限る。）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、54点を算定する。

【注の追加】

(追加)

注3 病院である保険医療機関（許可病床数が500床以上である病院（特定機能病院及び地域医療支援病院を除く。）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再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、54点を算定する。

【注の追加】

(追加)

注4 当該保険医療機関における医療用医薬品の取引価格の妥結率が5割以下の保険医療機関

【注の見直し】

注3 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科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つ目の診療科に限り34点（注2に規定する場合にあつては、25点）を算定する。この場合において、注4のただし書及び注5から注7までに規定する加算は算定しない。

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、54点を算定する。

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、別の診療科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つ目の診療科に限り36点（注2から注4までに規定する場合にあつては、26点）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9までに規定する加算は算定しない。

A 2 4 4 病棟薬剤業務実施加算（週1回）

【注の見直し】

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。）のうち、病棟薬剤業務実施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。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4週間を限度とする。

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。）のうち、病棟薬剤業務実施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。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 2 4 5 データ提出加算（入院中1回）

【注の見直し】

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、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、手術の実施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に、当該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除く。）又は第3節の特定入院料

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、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、手術の実施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に、当該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除く。）又は第3節の特定入院料

23 がん患者カウンセリング料

【名称の見直し】

がん患者カウンセリング料

→ **がん患者指導管理料**

【項目の見直し】

500点

- 1 医師が看護師と共同して診療方針等について話し合い、その内容を文書等により提供した場合 500点
- 2 医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合 200点
- 3 医師又は薬剤師が抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射の必要性等について文書により説明を行った場合 200点**

【注の見直し】

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、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回（当該患者について区分番号B005-6に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号B005-6-2に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該カウンセリングを実施した場合には、それぞれの保険医療機関に

注1 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回（当該患者について区分番号B005-6に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号B005-6-2に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該指導管理を実施した場合には、それぞれの保険医



において、患者1人につき1回)に限り算定する。

【注の追加】

(追加)

療機関において、患者1人につき1回)に限り算定する。

注2 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示に基づき看護師が、患者の心理的不安を軽減するための面接を行った場合に、患者1人につき6回に限り算定する。

【注の追加】

(追加)

注3 3については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射を受けているものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示に基づき薬剤師が、投薬又は注射の前後にその必要性等について文書により説明を行った場合に、患者1人につき6回に限り算定する。

【注の追加】

(追加)

注4 2について、区分番号A226-2に掲げる緩和ケア診療加算、区分番号B001の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料、区分

		<p>番号B 0 0 1 の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料又は区分番号B 0 0 1 の24に掲げる外来緩和ケア管理料は、別に算定できない。</p>
<p>24 外来緩和ケア管理料</p> <p>【注の追加】</p>	<p>(追加) →</p>	<p>注5 3について、区分番号B 0 0 1 の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料、区分番号B 0 0 8 に掲げる薬剤管理指導料、区分番号F 1 0 0 に掲げる処方料の注7に規定する加算又は区分番号F 4 0 0 に掲げる処方せん料の注6に規定する加算は、別に算定できない。</p>
<p>27 糖尿病透析予防指導管理料</p> <p>【注の追加】</p>	<p>(追加) →</p>	<p>注4 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、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ものについては、注1に規定する届出の有無にかかわらず、所定点数に代えて、外来緩和ケア管理料（特定地域）として、150点を算定する。</p>

B001-2-6 夜間休日救急搬送  
医学管理料

【注の追加】

(追加)

注2 急性薬毒物中毒（アルコール中毒を除く。）と診断された患者又は過去6月以内に精神科受診の既往がある患者に対して必要な医学管理を行った場合には、精神科疾患患者等受入加算として、400点を所定点数に加算する。

B001-2-7 外来リハビリテーション診療料

【点数の見直し】

- 1 外来リハビリテーション診療料1
- 2 外来リハビリテーション診療料2

69点  
104点

72点  
109点

B001-2-8 外来放射線照射診療料

【点数の見直し】

280点

292点

【新設】

(新設)

**B001-2-9 地域包括診療料（月1回）**  
**1,503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（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、糖尿病又は認知症のうち2

B 0 0 1 - 3 生活習慣病管理料

【注の見直し】

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1部医学管理等（区分番号B 0 0 1の20に掲げる糖尿病合併症管理料及び区分番

以上の疾患を有する入院中の患者以外の患者に対して、患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合（初診の日を除く。）に、患者1人につき月1回に限り算定する。

注2 地域包括診療を受けている患者に対して行った区分番号A 0 0 1に掲げる再診料の注5から注8までに規定する加算、区分番号B 0 0 1 - 2 - 2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B 0 1 0に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)、第2章第2部在宅医療（区分番号C 0 0 1に掲げる在宅患者訪問診療料、区分番号C 0 0 2に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号C 0 0 2 - 2に掲げる特定施設入居時等医学総合管理料を除く。）及び第5部投薬（区分番号F 1 0 0に掲げる処方料及び区分番号F 4 0 0に掲げる処方せん料を除く。）を除く費用は、地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。

注2 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った第2章第1部医学管理等（区分番号B 0 0 1の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区

C008 在宅患者訪問薬剤管理指導料

【点数の見直し】

- 1 同一建物居住者以外の場合 550点
- 2 同一建物居住者の場合 385点

- 650点
- 300点

【注の見直し】

注1 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、1と2を合わせて月2回に限り算定する。

注1 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、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1日につき5回に限り算定できる。

項 目	現 行	改 正 案
第2章 特掲診療料 第5部 投薬 第1節 調剤料 F000 調剤料 【注の追加】 第2節 処方料 F100 処方料 【項目の見直し】	(追加) 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 29点	注2 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算定しない。 1 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬の投薬（臨時の投薬等のものを除く。）を行った場合 20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 29点

	2	1 以外の場合	42点		3	1 及び 2 以外の場合	42点
【注の追加】			(追加)	→	注 8	区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料の注 2 又は注 3、区分番号 A 0 0 2 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 60 に相当する点数により算定する。
【注の追加】			(追加)	→	注 9	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算定しない。	
第 3 節 薬剤料							
F 2 0 0 薬剤							
【注の追加】			(追加)	→	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、4 種類以上の抗うつ薬又は 4 種類以上の抗精神病薬の投薬（臨時の投薬等のものを除く。）を行った場合には、所定点数の 100 分の 80 に相当する点数により算定する。	
【注の見直し】	注 2	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		→	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	

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。

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。

【注の追加】

(追加)

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日以上投薬を行った場合には、所定点数の100分の60に相当する点数により算定する。

【注の追加】

(追加)

注7 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算定しない。

第5節 処方せん料

F400 処方せん料

【項目の見直し】

1 7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であ

- 1 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬の投薬（臨時の投薬等のものを除く。）を行った場合 30点
- 2 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬



	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		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 40点 3 1 及び2 以外の場合 68点
【注の追加】	(追加)	→	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日以上投薬を行った場合には、所定点数の100分の60に相当する点数により算定する。
【注の追加】	(追加)	→	注8 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算定しない。
第6節 調剤技術基本料 F500 調剤技術基本料 【注の追加】	(追加)	→	注5 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算定しない。

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第6部 注射</p> <p>通則</p> <p>【通則の見直し】</p>	<p>6 区分番号G000に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射、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栄養について、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。</p> <p>(略)</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、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。</p> <p>(略)</p>

G 0 2 0 無菌製剤処理料

【注の見直し】

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、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。

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、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。

## 正誤表

下記の通り、誤記がありましたので訂正いたします。

正誤箇所	誤	正
医科－初・再診料－4/6 【注の追加】	注12 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、脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち2以上の疾患を有する患者に対して、患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、地域包括診療加算として、10点を所定点数に加算する。	注12 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、脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち2以上の疾患を有する患者に対して、患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、地域包括診療加算として、20点を所定点数に加算する。
医科－入院料等－19/71 【注の見直し】	注5 当該病棟に入院している特定患者（当該病棟に90日を超えて入院する患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。）をいう。）に該当する者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、注1から注3までの規定にかかわらず、特定入院基本料として966点を算定する。ただし、月平均夜勤時間超過減算として所定点数の100分の20に相当する点数を減算する病棟に入院している患者については、812点を算定する。	注5 当該病棟に入院している特定患者（当該病棟に90日を超えて入院する患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。）をいう。）に該当する者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、注1から注3までの規定にかかわらず、特定入院基本料として966点を算定する。ただし、月平均夜勤時間超過減算として所定点数の100分の20に相当する点数を減算する病棟に入院している患者については、812点を算定する。 <u>この場合において、特定入院基本料を算定する患者に対して行った第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断並びに第4部画像診断及び第9部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、別に厚生労働大臣が定める薬剤及び注射薬（以下この表において「除外薬剤・注射薬」という。）の費用を除く。）は、所定点数に含まれるものとする。</u>