

保医発 0304 第 1 号  
令和 4 年 3 月 4 日

地方厚生（支）局医療課長  
都道府県民生主管部（局）  
国民健康保険主管課（部）長 殿  
都道府県後期高齢者医療主管部（局）  
後期高齢者医療主管課（部）長

厚生労働省保険局医療課長  
（公 印 省 略）

厚生労働省保険局歯科医療管理官  
（公 印 省 略）

診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について

標記については、本日、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（令和 4 年厚生労働省告示第 5 4 号）等が公布され、令和 4 年 4 月 1 日より適用されることとなったところであるが、実施に伴う留意事項は、医科診療報酬点数表については別添 1、歯科診療報酬点数表については別添 2 及び調剤報酬点数表については別添 3 のとおりであるので、その取扱いに遺漏のないよう貴管下の保険医療機関等及び審査支払機関に対し、周知徹底を図られたい。

従前の「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和 2 年 3 月 5 日保医発 0305 第 1 号）は、令和 4 年 3 月 31 日限り廃止する。

急搬送患者地域連携受入加算も同様とする。

A 2 3 8 - 8 削除

A 2 3 8 - 9 削除

A 2 4 0 削除

A 2 4 2 呼吸ケアチーム加算

- (1) 呼吸ケアチーム加算は、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届け出た保険医療機関に入院している患者であって、当該加算の要件を満たすものについて算定する。
- (2) 呼吸ケアチーム加算の算定対象となる患者は、48 時間以上継続して人工呼吸器を装着している患者であって、人工呼吸器を装着している状態で当該病棟に入院した日から1月以内の患者又は当該病棟に入院した後人工呼吸器を装着し、装着日から1月以内の患者であること。ただし、人工呼吸器離脱の過程において、一時的に短時間、人工呼吸器を装着していない時間については、継続して装着しているものとみなす。
- (3) 呼吸ケアチーム加算は、人工呼吸器離脱のための呼吸ケアに係る専任のチーム（以下「呼吸ケアチーム」という。）による診療が行われた場合に週1回に限り算定する。
- (4) 呼吸ケアチームは初回の診療に当たり、当該患者の診療計画書を作成し、その内容に基づき、人工呼吸器離脱のために当該患者の状態に応じたチームによる診療を行い、その評価を行うこと。なお、必要に応じて呼吸ケアチーム以外の医師、看護師等に人工呼吸器の管理や呼吸ケア等の指導を行うこと。
- (5) 呼吸ケアチームは当該患者の診療を担う保険医、看護師等と十分に連携を図ること。

A 2 4 2 - 2 術後疼痛管理チーム加算

- (1) 術後疼痛管理チーム加算は、質の高い疼痛管理による患者の疼痛スコアの減弱、生活の質の向上及び合併症予防等を目的として、術後疼痛管理に係る専門的知識を有した多職種からなるチーム（以下「術後疼痛管理チーム」という。）が必要な疼痛管理を実施することを評価したものである。
- (2) 術後疼痛管理チーム加算は、区分番号「L 0 0 8」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受けた患者であって、手術後に継続した硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続的注入、神経ブロックにおける麻酔剤の持続的注入又は麻薬を静脈内注射により投与しているもの（覚醒下のものに限る。）に対して、術後疼痛管理チームが必要な疼痛管理を行った場合に、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。
- (3) 術後疼痛管理チームは、術後疼痛管理プロトコルを作成し、その内容に基づき、術後疼痛管理が必要な患者の状態に応じた疼痛管理及びその評価を行い、その内容を診療録に記載すること。なお、必要に応じて当該患者の診療を行う医師及び術後疼痛管理チーム以外の医師、看護師等と連携して対応すること。

A 2 4 3 後発医薬品使用体制加算

- (1) 後発医薬品使用体制加算は、後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制が整備されている保険医療機関を評価したものである。
- (2) 後発医薬品使用体制加算は、当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発

医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が75%以上、85%以上又は90%以上であるとともに、入院及び外来において後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用を積極的に行っている旨を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している保険医療機関に入院している患者について、入院期間中1回に限り、入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

#### A 2 4 4 病棟薬剤業務実施加算

- (1) 病棟薬剤業務実施加算は、当該保険医療機関の病棟等において、薬剤師が医療従事者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業務（以下「病棟薬剤業務」という。）を実施していることを評価したものであり、病棟専任の薬剤師が病棟薬剤業務を1病棟又は治療室1週間につき20時間相当以上（複数の薬剤師が一の病棟又は治療室において実施する場合には、当該薬剤師が実施に要した時間を全て合算して得た時間が20時間相当以上）実施している場合に、病棟薬剤業務実施加算1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。ただし、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週を限度として加算できる。なお、ここでいう入院した日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される入院の初日のことをいう。
- (2) 病棟薬剤業務実施加算の「1」については、区分番号「A100」一般病棟入院基本料、区分番号「A101」療養病棟入院基本料、区分番号「A102」結核病棟入院基本料、区分番号「A103」精神病棟入院基本料、区分番号「A104」特定機能病院入院基本料、区分番号「A105」専門病院入院基本料又は区分番号「A307」小児入院医療管理料のいずれかを算定している患者に対して、病棟薬剤業務実施加算の「2」については、区分番号「A300」救命救急入院料、区分番号「A301」特定集中治療室管理料、区分番号「A301-2」ハイケアユニット入院医療管理料、区分番号「A301-3」脳卒中ケアユニット入院医療管理料、区分番号「A301-4」小児特定集中治療室管理料、区分番号「A302」新生児特定集中治療室管理料又は区分番号「A303」総合周産期特定集中治療室管理料のいずれかを算定している患者に対して、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算定する。
- (3) 病棟薬剤業務とは、次に掲げるものであること。
  - ア 過去の投薬・注射及び副作用発現状況等を患者又はその家族等から聴取し、当該保険医療機関及び可能な限り他の保険医療機関における投薬及び注射に関する基礎的事項を把握すること。
  - イ 医薬品医療機器情報配信サービス（PMDAメディナビ）によるなど、インターネットを通じて常に最新の医薬品緊急安全性情報、医薬品・医療機器等安全性情報、製造販売業者が作成する医薬品リスク管理計画（RMP：Risk Management Plan）に関する情報、医薬品・医療機器等の回収等の医薬品情報の収集を行うとともに、重要な医薬品情報については、医療従事者へ周知していること。
  - ウ 当該保険医療機関において投薬される医薬品について、以下の情報を知ったときは、

速やかに当該患者の診療を担当する医師に対し、当該情報を文書により提供すること。

- i 緊急安全性情報、安全性速報
- ii 医薬品・医療機器等安全性情報
- iii 医薬品・医療機器等の回収等

エ 入院時に、持参薬の有無、薬剤名、規格、剤形等を確認し、服薬計画を書面で医師等に提案するとともに、その書面の写しを診療録等に添付すること。

オ 当該病棟に入院している患者に対し2種以上（注射薬及び内用薬を各1種以上含む。）の薬剤が同時に投与される場合には、治療上必要な応急の措置として薬剤を投与する場合等を除き、投与前に、注射薬と内用薬との間の相互作用の有無等の確認を行うこと。

カ 患者又はその家族に対し、治療方針に係る説明を行う中で、特に安全管理が必要な医薬品等の説明を投与前に行う必要がある場合には、病棟専任の薬剤師がこれを行うこと。なお、ここでいう特に安全管理が必要な医薬品とは、薬剤管理指導料の対象患者に規定する医薬品のことをいう。

キ 特に安全管理が必要な医薬品等のうち、投与の際に流量又は投与量の計算等が必要な場合は、治療上必要な応急の措置として薬剤を投与する場合等を除き、投与前に病棟専任の薬剤師が当該計算等を実施すること。

ク アからキまでに掲げる業務のほか、「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」（平成22年4月30日医政発0430第1号）の記の2の（1）（③、⑥及び⑧を除く。）に掲げる業務についても、可能な限り実施するよう努めること。

ケ 退院時の薬学的管理指導について、可能な限り実施すること。

（4）病棟薬剤業務の実施に当たっては、次の点に留意すること。

ア 医薬品情報の収集、抗がん剤の無菌調製など、病棟薬剤業務の内容によっては、必ずしも病棟において実施されるものではないものであること。

イ 病棟専任の薬剤師は、別紙様式30又はこれに準じた当該病棟に係る病棟薬剤業務日誌を作成・管理し、記入の日から5年間保存しておくこと。また、患者の薬物療法に直接的に関わる業務については、可能な限り、その実施内容を診療録等にも記録すること。

ウ 病棟薬剤業務実施加算を算定できない病棟又は治療室においても病棟薬剤業務を実施するよう努めること。

#### A 2 4 5 データ提出加算

（1）厚生労働省が毎年実施する「DPC導入の影響評価に係る調査（特別調査を含む。）」（以下この区分番号において「DPC調査」という）に準拠したデータを正確に作成し、継続して提出されることを評価したものである。

提出されたデータについては、特定の患者個人を特定できないように集計し、医療機関毎に公開されるものである。

また、提出されたデータは、入院医療等を担う保険医療機関の機能や役割の分析・評価等や「匿名診療等関連情報の提供に関するガイドライン」に従い厚生労働省が行うDPCデータの第三者提供のために適宜活用されるものである。

（2）当該加算は、データ提出の実績が認められた保険医療機関において、データ作成対象病棟（以下「対象病棟」という。）に入院している患者について算定する。データ提出加算1及び2は入院初日、データ提出加算3及び4は入院期間が90日を超えるごとに1回算定





殊疾患入院医療管理料に含まれ、別に算定できない。

- (3) 特殊疾患入院医療管理料を算定している患者に対して、1日5時間を超えて体外式陰圧人工呼吸器を使用した場合は、「注2」の加算を算定できる。
- (4) 「注2」に掲げる加算を算定する際に使用した酸素及び窒素の費用は、「酸素及び窒素の価格」（平成2年厚生省告示第41号）に定めるところによる。
- (5) 「注3」に掲げる重症児（者）受入連携加算は、集中治療を経た新生児等を急性期の保険医療機関から受け入れ、病態の安定化のために密度の高い医療を提供することを評価したものであり、入院前の保険医療機関において入退院支援加算3が算定された患者を、特殊疾患入院医療管理料を算定する病床において受け入れた場合に入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。
- (6) 「注4」に定める脳卒中を原因とする重度の意識障害によって当該病室に入院するもの及び「注6」に定め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。）については、区分番号「A101」の療養病棟入院基本料における医療区分（1日に2つ以上の区分に該当する場合には、該当するもののうち最も高い点数の区分）に従い、当該患者ごとに各医療区分に相当する所定点数を算定する。その際、当該患者の疾患及び状態の該当する医療区分の項目について、保険医療機関において診療録等に記録する。
- (7) 平成28年3月31日時点で、継続して6か月以上脳卒中を原因とする重度の意識障害によって特殊疾患入院医療管理料を算定する病室に入院している患者であって、引き続き同病室に入院しているもの及び令和4年3月31日時点で脳卒中又は脳卒中の後遺症により特殊疾患入院医療管理料を算定する病棟に入院している患者（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、引き続き同病棟に入院しているものについては、医療区分3に相当するものとみなす。なお、脳卒中を原因とする重度の意識障害によって特殊疾患入院医療管理料を算定する病室に入院している患者であって、その疾患及び状態等が医療区分3に規定する疾患及び状態等に相当するものについては、注4によらず、特殊疾患入院医療管理料に規定する所定点数を算定すること。

#### A307 小児入院医療管理料

- (1) 小児入院医療管理料は、届け出た保険医療機関における入院中の15歳未満の患者（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歳未満の患者）を対象とする。ただし、当該患者が他の特定入院料を算定できる場合は、小児入院医療管理料は算定しない。

なお、小児慢性特定疾病医療支援の対象患者については、当該病棟の対象となる年齢以降を見据えた診療体制の構築や診療計画の策定等に留意すること。
- (2) 「注2」に掲げる加算については、当該入院医療管理料を算定する病棟において算定するものであるが、小児入院医療管理料5を算定する医療機関にあっては、院内の当該入院医療管理料を算定する患者の全てについて算定できる。
- (3) 「注3」に掲げる加算を算定する際に使用した酸素及び窒素の費用は、「酸素及び窒素の価格」に定めるところによる。
- (4) 「注4」に規定する重症児受入体制加算は、高度急性期の医療機関から集中治療を経た

新生児の受入れを行う等、重症児の受入機能が低い病棟を評価したものである。

- (5) 小児入院医療管理料を算定している患者に対して、1日5時間を超えて体外式陰圧人工呼吸器を使用した場合は、「注3」の加算を算定できる。
- (6) 小児入院医療管理料1から4までにおいて、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に入院した場合には、当該医療機関が算定している入院基本料等を算定する。この際、入院基本料等を算定する場合の費用の請求については、区分番号「A300」の救命救急入院料の(16)と同様であること。
- (7) 小児入院医療管理料5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、精神病棟入院基本料の15対1入院基本料を算定する。
- (8) (7)により、区分番号「A103」の精神病棟入院基本料の例により算定する場合の費用の請求については、当該保険医療機関に入院した日を入院初日として、以下のとおりとする。
- ア 区分番号「A103」精神病棟入院基本料の「注4」に規定する重度認知症加算は算定することができない。
- イ 区分番号「A103」精神病棟入院基本料の「注5」に規定する救急支援精神病棟初期加算は算定することができない。
- ウ 区分番号「A103」精神病棟入院基本料の「注6」に規定する加算について、当該病棟において各加算の要件を満たしている場合に算定できる。
- エ 区分番号「A103」精神病棟入院基本料の「注7」に規定する精神保健福祉士配置加算は算定することができない。
- (9) 「注5」に規定する無菌治療管理加算1及び2については、保険医療機関において、造血幹細胞移植を実施する患者に対して、必要があつて無菌治療室管理を行った場合に、一連の治療につき、90日を限度として算定する。
- なお、無菌治療室管理とは、当該治療室において、医師等の立入等の際にも無菌状態が保たれるよう必要な管理をいう。
- (10) 「注6」に規定する退院時薬剤情報管理指導連携加算は、当該保険医療機関の医師又は医師の指示に基づき薬剤師が、小児慢性特定疾病の児童等又は医療的ケア児の退院時に、当該患者又はその家族等に対し退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行い、当該患者又はその家族等の同意を得て、患者又はその家族等が選択する保険薬局に対して当該患者の調剤に関して必要な情報等を文書により提供した場合に、退院の日に1回に限り算定する。保険薬局への情報提供に当たっては、「薬剤管理サマリー（小児版）」（日本病院薬剤師会）等の様式を参照して、以下の事項を記載した情報提供文書を作成し、作成した文書の写しを診療録等に添付すること。
- ア 患者の状態に応じた調剤方法
- イ 服用状況に合わせた剤形変更に関する情報
- ウ 服用上の工夫
- エ 入院前の処方薬の変更又は中止に関する情報や変更又は中止後の患者の状態等に関する情報
- (11) 当該文書の交付方法は、患者又はその家族等が選択する保険薬局に直接送付することに

代えて、患者又はその家族等に交付し、患者又はその家族等が保険薬局に持参することでも差し支えない。

- (12) 患者1人につき複数の保険薬局に対し情報提供を行った場合においても、1回のみ算定とする。また、死亡退院の場合は算定できない。
- (13) 「注7」に規定する養育支援体制加算は、虐待等不適切な養育が行われていることが疑われる小児患者に対する必要な支援体制を評価するものであり、当該病棟に入院している患者について、入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。
- (14) 「注8」に規定する時間外受入体制強化加算は、保険医療機関において、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を確保していることを評価するものであり、当該病棟に入院している患者について、入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

#### A308 回復期リハビリテーション病棟入院料

- (1) 回復期リハビリテーション病棟は、脳血管疾患又は大腿骨頸部骨折等の患者に対して、ADLの向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行うための病棟であり、回復期リハビリテーションを要する状態の患者が常時8割以上入院している病棟をいう。なお、リハビリテーションの実施に当たっては、医師は定期的な機能検査等をもとに、その効果判定を行いリハビリテーション実施計画書を作成する必要がある。
- (2) 医療上特に必要がある場合に限り回復期リハビリテーション病棟から他の病棟への患者の移動は認められるが、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載する。
- (3) 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれ、別に算定できない。
- (4) 回復期リハビリテーション病棟入院料に係る算定要件に該当しない患者が、当該病棟に入院した場合には、当該病棟が一般病棟である場合は特別入院基本料を、当該病棟が療養病棟である場合は療養病棟入院基本料の入院料Iを算定する。

この場合において、当該病棟が回復期リハビリテーション病棟入院料1から4までを算定する病棟である場合は、療養病棟入院料1の入院料Iにより、回復期リハビリテーション病棟入院料5を算定する病棟である場合は、療養病棟入院料2の入院料Iにより算定する。

この際、区分番号「A100」の注2に規定する特別入院基本料を算定する場合の費用の請求については、同「注4」に規定する重症児（者）受入連携加算、同「注5」に規定する救急・在宅等支援病床初期加算、同「注12」に規定するADL維持向上等体制加算は算定できず、同「注10」に規定する加算（特別入院基本料において算定できるものに限る。）は、当該病棟において要件を満たしている場合に算定できる。また、区分番号「A101」の療養病棟入院基本料を算定する場合の費用の請求については、区分番号「A100」一般病棟入院基本料の(9)に準ずるものとする。

- (5) 必要に応じて病棟等における早期歩行、ADLの自立等を目的とした理学療法又は

め、できる限り分類表上の名称を用いることが望ましい。

- (12) 「注5」に規定する情報通信機器を用いた医学管理については、オンライン指針に沿って診療を行った場合に算定する。

## B001 特定疾患治療管理料

### 1 ウイルス疾患指導料

- (1) 肝炎ウイルス、HIV又は成人T細胞白血病ウイルスによる疾患に罹患しており、かつ、他人に対し感染させる危険がある者又はその家族に対して、療養上必要な指導及びウイルス感染防止のための指導を行った場合に、肝炎ウイルス疾患又は成人T細胞白血病については、患者1人につき1回に限り算定し、後天性免疫不全症候群については、月1回に限り算定する。
- (2) ウイルス疾患指導料は、当該ウイルス疾患に罹患していることが明らかにされた時点以降に、「注1」に掲げる指導を行った場合に算定する。なお、ウイルス感染防止のための指導には、公衆衛生上の指導及び院内感染、家族内感染防止のための指導等が含まれる。
- (3) HIVの感染者に対して指導を行った場合には、「ロ」を算定する。
- (4) 同一の患者に対して、同月内に「イ」及び「ロ」の双方に該当する指導が行われた場合は、主たるもの一方の所定点数のみを算定する。
- (5) 「注2」に掲げる加算は、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（支）局長に届け出た保険医療機関において、後天性免疫不全症候群に罹患している患者又はHIVの感染者に対して療養上必要な指導及び感染予防に関する指導を行った場合に算定する。
- (6) 指導内容の要点を診療録に記載する。
- (7) 「注3」に規定する情報通信機器を用いた医学管理については、オンライン指針に沿って診療を行った場合に算定する。

### 2 特定薬剤治療管理料

#### (1) 特定薬剤治療管理料1

ア 特定薬剤治療管理料1は、下記のものに対して投与薬剤の血中濃度を測定し、その結果に基づき当該薬剤の投与量を精密に管理した場合、月1回に限り算定する。

- (イ) 心疾患患者であってジギタリス製剤を投与しているもの
- (ロ) てんかん患者であって抗てんかん剤を投与しているもの
- (ハ) 臓器移植術を受けた患者であって臓器移植における拒否反応の抑制を目的として免疫抑制剤を投与しているもの
- (ニ) 気管支喘息、喘息性（様）気管支炎、慢性気管支炎、肺気腫又は未熟児無呼吸発作の患者であってテオフィリン製剤を投与しているもの
- (ホ) 不整脈の患者であって不整脈用剤を継続的に投与しているもの
- (ヘ) 統合失調症の患者であってハロペリドール製剤又はブロムペリドール製剤を投与しているもの
- (ト) 躁うつ病の患者であってリチウム製剤を投与しているもの
- (チ) 躁うつ病又は躁病の患者であってバルプロ酸ナトリウム又はカルバマゼピンを投与しているもの

- (リ) ベーチェット病の患者であって活動性・難治性眼症状を有するもの又はその他の非感染性ぶどう膜炎（既存治療で効果不十分で、視力低下のおそれのある活動性の中間部又は後部の非感染性ぶどう膜炎に限る。）、再生不良性貧血、赤芽球癆、尋常性乾癬、膿疱性乾癬、乾癬性紅皮症、関節症性乾癬、全身型重症筋無力症、アトピー性皮膚炎（既存治療で十分な効果が得られない患者に限る。）、ネフローゼ症候群若しくは川崎病の急性期の患者であってシクロスポリンを投与しているもの
  - (ヌ) 全身型重症筋無力症、関節リウマチ、ループス腎炎、潰瘍性大腸炎又は間質性肺炎（多発性筋炎又は皮膚筋炎に合併するものに限る。）の患者であってタクロリムス水和物を投与しているもの
  - (ル) 若年性関節リウマチ、リウマチ熱又は慢性関節リウマチの患者であってサリチル酸系製剤を継続的に投与しているもの
  - (ヲ) 悪性腫瘍の患者であってメトトレキサートを投与しているもの
  - (ワ) 結節性硬化症の患者であってエベロリムスを投与しているもの
  - (カ) 入院中の患者であってアミノ配糖体抗生物質、グリコペプチド系抗生物質又はトリアゾール系抗真菌剤を数日間以上投与しているもの
  - (コ) 重症又は難治性真菌感染症又は造血幹細胞移植の患者であってトリアゾール系抗真菌剤を投与（造血幹細胞移植の患者にあっては、深在性真菌症の予防を目的とするものに限る。）しているもの
  - (タ) イマチニブを投与しているもの
  - (レ) リンパ脈管筋腫症の患者であってシロリムス製剤を投与しているもの
  - (ソ) 腎細胞癌の患者であって抗悪性腫瘍剤としてスニチニブを投与しているもの
  - (ツ) 片頭痛の患者であってバルプロ酸ナトリウムを投与しているもの
  - (ネ) 統合失調症の患者であって治療抵抗性統合失調症治療薬を投与しているもの
- イ 特定薬剤治療管理料1を算定できる不整脈用剤とはプロカインアミド、N-アセチルプロカインアミド、ジソピラミド、キニジン、アブリンジン、リドカイン、ピルジカイニド塩酸塩、プロパフェノン、メキシレチン、フレカイニド、シベンゾリンコハク酸塩、ピルメノール、アミオダロン、ソタロール塩酸塩及びベプリジル塩酸塩をいう。
- ウ 特定薬剤治療管理料1を算定できるグリコペプチド系抗生物質とは、バンコマイシン及びテイコプラニンをいい、トリアゾール系抗真菌剤とは、ポリコナゾールをいう。
- エ 特定薬剤治療管理料1を算定できる免疫抑制剤とは、シクロスポリン、タクロリムス水和物、エベロリムス及びミコフェノール酸モフェチルをいう。
- オ **特定薬剤治療管理料1を算定できる治療抵抗性統合失調症治療薬とは、クロザピンをいう。**
- カ 当該管理料には、薬剤の血中濃度測定、当該血中濃度測定に係る採血及び測定結果に基づく投与量の管理に係る費用が含まれるものであり、1月のうちに2回以上血中濃度を測定した場合であっても、それに係る費用は別に算定できない。ただし、別の疾患に対して別の薬剤を投与した場合（例えば、てんかんに対する抗てんかん剤と気管支喘息に対するテオフィリン製剤の両方を投与する場合）及び同一疾患についてア

の(イ)から(ネ)までのうち同一の区分に該当しない薬剤を投与した場合（例えば、発作性上室性頻脈に対してジギタリス製剤及び不整脈用剤を投与した場合）はそれぞれ算定できる。

キ 薬剤の血中濃度、治療計画の要点を診療録に添付又は記載する。

ク ジギタリス製剤の急速飽和を行った場合は、1回に限り急速飽和完了日に「注3」に規定する点数を算定することとし、当該算定を行った急速飽和完了日の属する月においては、別に特定薬剤治療管理料1は算定できない。なお、急速飽和とは、重症うっ血性心不全の患者に対して2日間程度のうちに数回にわたりジギタリス製剤を投与し、治療効果が得られる濃度にまで到達させることをいう。

ケ てんかん重積状態のうち算定の対象となるものは、全身性けいれん発作重積状態であり、抗てんかん剤を投与している者について、注射薬剤等の血中濃度を測定し、その測定結果をもとに投与量を精密に管理した場合は、1回に限り、重積状態が消失した日に「注3」に規定する点数を算定することとし、当該算定を行った重積状態消失日の属する月においては、別に特定薬剤治療管理料1は算定できない。

コ 「注3」に規定する点数を算定する場合にあっては、「注8」に規定する加算を含め別に特定薬剤治療管理料1は算定できない。

サ 「注4」に規定する「抗てんかん剤又は免疫抑制剤を投与している患者」には、躁うつ病又は躁病によりバルプロ酸又はカルバマゼピンを投与している患者が含まれ、当該患者は4月目以降においても減算対象とならない。また、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する「4月目以降」とは、初回の算定から暦月で数えて4月目以降のことである。

シ免疫抑制剤を投与している臓器移植後の患者については、臓器移植を行った日の属する月を含め3月に限り、臓器移植加算として「注6」に規定する加算を算定し、「注8」に規定する初回月加算は算定しない。また、「注6」に規定する加算を算定する場合には、「注9」及び「注10」に規定する加算は算定できない。

ス 「注7」に規定する加算は、入院中の患者であって、バンコマイシンを数日間以上投与しているものに対して、バンコマイシンの安定した血中至適濃度を得るため頻回の測定を行った場合は、1回に限り、初回月加算（バンコマイシンを投与した場合）として「注7」に規定する加算を算定し、「注8」に規定する加算は別に算定できない。

セ 「注8」に規定する初回月加算は、投与中の薬剤の安定した血中至適濃度を得るため頻回の測定が行われる初回月に限り算定できるものであり、薬剤を変更した場合においては算定できない。

ソ 「注9」に規定する加算を算定する場合は、ミコフェノール酸モフェチルの血中濃度測定の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に詳細を記載すること。

タ 「注10」に規定する加算を算定する場合は、エベロリムスの初回投与から3月の間に限り、当該薬剤の血中濃度測定の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に詳細を記載すること。

チ 「注9」及び「注10」に規定する加算は同一月内に併せて算定できない。

ツ 特殊な薬物血中濃度の測定及び計画的な治療管理のうち、特に本項を準用する必要

- エ 患者について、予防接種の実施状況を把握するとともに、予防接種の有効性・安全性に関する指導やスケジュール管理等に関する指導を行うこと。
- オ かかりつけ医として、上記アからエまでに掲げる指導等を行う旨を患者に対して書面（別紙様式 10 を参考とし、各医療機関において作成すること。）を交付して説明し、同意を得ること。また、小児かかりつけ医として上記アからエまでに掲げる指導等を行っている旨を、当該保険医療機関の外来受付等の見やすい場所に掲示していること。
- (7) 小児かかりつけ診療料を算定した場合は、区分番号「B001-2」小児科外来診療料は算定できない。
- (8) 小児かかりつけ診療料を算定する場合、抗菌薬の適正な使用を推進するため、「抗微生物薬適正使用の手引き」（厚生労働省健康局結核感染症課）を参考に、抗菌薬の適正な使用の普及啓発に資する取組を行っていること。
- (9) 「注4」に規定する小児抗菌薬適正使用支援加算は、急性気道感染症又は急性下痢症により受診した基礎疾患のない患者であって、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に、小児科を担当する専任の医師が診療を行った初診時に、月に1回に限り算定する。なお、インフルエンザウイルス感染の患者又はインフルエンザウイルス感染の疑われる患者については、算定できない。

#### 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は、入院中の患者以外の悪性腫瘍を主病とする患者に対して、患者の同意を得た上で、化学療法の経験を有する医師、化学療法に従事した経験を有する専任の看護師及び化学療法に係る調剤の経験を有する専任の薬剤師が必要に応じてその他の職種と共同して、注射による外来化学療法の実施その他の必要な治療管理を行った場合に算定する。
- (2) 「1」の「ロ」及び「2」の「ロ」に規定する点数は、注射による外来化学療法の実施その他必要な治療管理を実施中の期間に、当該外来化学療法を実施している保険医療機関において、当該外来化学療法又は治療に伴う副作用等で来院した患者に対し、診察（視診、聴診、打診及び触診等の身体診察を含む）の上、必要に応じて速やかに検査、投薬等を行う体制を評価したものである。

なお、「外来化学療法の実施その他必要な治療管理を実施中の期間」とは、当該化学療法のレジメンの期間内とする。

- (3) 外来化学療法の実施及びその他必要な治療管理を行うに当たっては、患者の心理状態に十分配慮された環境で、以下の説明及び指導等を行うこと。

なお、患者の十分な理解が得られない場合又は患者を除く家族等にのみ説明を行った場合は算定できない。

ア 初回、レジメンを変更した際、及び必要に応じて、患者に対して、抗悪性腫瘍剤の効能・効果、投与計画、副作用の種類とその対策、副作用に対する薬剤や医療用麻薬等の使い方、他の薬を服用している場合は薬物相互作用、日常生活での注意点、抗悪性腫瘍剤ばく露の予防方法等について文書により説明を行うこと。

なお、抗悪性腫瘍剤ばく露の予防方法については、関係学会から示されている抗悪性腫瘍剤ばく露対策の指針に基づき、患者及びその家族等に対して指導を行うこと。

イ アについては、医師の指示を受けた、抗悪性腫瘍剤に係る業務に従事した経験を有する専任の薬剤師が実施しても差し支えない。ただし、その場合、アに加えて、指導を行った薬剤師が、当該患者の診療を担当する医師に対して、指導内容、過去の治療歴に関する患者情報（患者の投薬歴、副作用歴、アレルギー歴等）、服薬状況、患者からの症状及び不安等の訴えの有無等について医師に報告するとともに、必要に応じて、副作用に対応する薬剤、医療用麻薬等又は抗悪性腫瘍剤の処方に関する提案等を行うこと。

ウ 指導内容等の要点を診療録若しくは薬剤管理指導記録に記載又は説明に用いた文書の写しを診療録等に添付すること。

- (4) 抗悪性腫瘍剤の注射による投与を行うに当たっては、外来化学療法に係る専用室において、投与を行うこと。
- (5) 当該診療料を算定する患者からの電話等による緊急の相談等に対して24時間対応できる体制を確保し、連絡先電話番号及び緊急時の注意事項等について、文書により提供すること。
- (6) 外来腫瘍化学療法診療料1は、当該保険医療機関で実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会（他の保険医療機関と連携し、共同で開催する場合を含む。）において、承認され、登録されたレジメンを用いて治療を行ったときのみ算定でき、それ以外の場合には、算定できない。
- (7) 「注6」に規定する連携充実加算については、外来腫瘍化学療法診療料1を届け出た保険医療機関において、外来腫瘍化学療法診療料1を算定する日に、次に掲げる全ての業務を実施した場合に月1回に限り算定する。

ア 化学療法の経験を有する専任の医師又は化学療法に係る調剤の経験を有する専任の薬剤師が必要に応じてその他の職種と共同して、患者に注射又は投薬されている抗悪性腫瘍剤等の副作用の発現状況の評価するとともに、副作用の発現状況を記載した治療計画等の治療の進捗に関する文書を患者に交付すること。なお、当該文書に次に掲げる事項が記載されていること。

(イ) 患者に実施しているレジメン

(ロ) 当該レジメンの実施状況

(ハ) 患者に投与した抗悪性腫瘍剤等の投与量

(ニ) 主な副作用の発現状況（「有害事象共通用語規準 v5.0 日本語訳 JCOG 版」に基づく副作用の重篤度のスケール（Grade）及び関連する血液・生化学的検査の結果等）

(ホ) その他医学・薬学的管理上必要な事項

イ 治療の状況等を共有することを目的に、交付した治療計画等の治療の進捗に関する文書を他の保険医療機関の医師若しくは薬剤師又は保険薬局の薬剤師に提示するよう患者に指導を行うこと。

ウ 他の保険医療機関又は保険薬局から服薬状況、抗悪性腫瘍剤等の副作用等に関する情報が提供された場合には、必要な分析又は評価等を行うこと。

エ 悪性腫瘍の治療を担当する医師の診察に当たっては、あらかじめ薬剤師、看護師等と連携して服薬状況、抗悪性腫瘍剤等の副作用等に関する情報を収集し、診療に活用することが望ましい。

オ 療養のため必要な栄養の指導を実施する場合には、管理栄養士と連携を図ること。

- (8) 「注7」に規定するバイオ後続品導入初期加算については、当該患者に対して、バイオ後続品の有効性や安全性等について説明した上で、バイオ後続品を使用した場合に、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月に限り、月1回に限り算定する。

#### B001-3 生活習慣病管理料

- (1) 生活習慣病管理料は、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者の治療においては生活習慣に関する総合的な治療管理が重要であることから設定されたものであり、治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、許可病床数が200床未満の病院及び診療所である保険医療機関において算定する。この場合において、当該治療計画に基づく総合的な治療管理は、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施しても差し支えない。なお、区分番号「A000」初診料を算定した日の属する月においては、本管理料は算定しない。
- (2) 生活習慣病管理料は、服薬、運動、休養、栄養、喫煙及び飲酒等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、患者に対して療養計画書（療養計画書の様式は、別紙様式9又はこれに準じた様式とする。）により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受けた場合に算定できるものである。また、交付した療養計画書の写しは診療録に添付しておくものとする。なお、療養計画書は、当該患者の治療管理において必要な項目のみを記載することで差し支えないが、糖尿病の患者については血糖値及びHbA1cの値を、高血圧症の患者については血圧の値を必ず記載すること。
- (3) 当該患者の診療に際して行った第1部医学管理等（「B001」の「20」糖尿病合併症管理料、同「22」がん性疼痛緩和指導管理料、同「24」外来緩和ケア管理料及び同「27」糖尿病透析予防指導管理料を除く。）、第3部検査、第6部注射及び第13部病理診断の費用は全て所定点数に含まれる。
- (4) 生活習慣病管理料を算定している患者に対しては、少なくとも1月に1回以上の総合的な治療管理が行われなければならない。
- (5) 生活習慣病管理料を算定する月においては、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒、特定健診・特定保健指導に係る情報提供及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理に係る療養計画書（療養計画書の様式は、別紙様式9の2又はこれに準じた様式とする。）を交付するものとするが、当該療養計画書の内容に変更がない場合はこの限りでない。ただし、その場合においても4月に1回以上は交付するものとする。なお、交付した当該療養計画書の写しは診療録に添付しておくものとする。
- (6) 当該月に生活習慣病管理料を算定した患者の病状の悪化等の場合には、翌月に生活習慣病管理料を算定しないことができる。
- (7) 同一保険医療機関において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者について、生活習慣病管理料を算定するものと算定しないものが混在するような算定を行うことができるものとする。
- (8) 糖尿病又は高血圧症の患者については、治療効果が十分でない等のため生活習慣に関する

2 「3」に規定する画像を電子化して管理及び保存した場合とは、デジタル撮影した画像を電子媒体に保存して管理した場合をいい、フィルムへのプリントアウトを行った場合にも当該加算を算定することができるが、本加算を算定した場合には当該フィルムの費用は算定できない。

3 ラジオアイソトープの費用

ラジオアイソトープの費用を算定する場合は、「使用薬剤の薬価（薬価基準）」の定めるところによる。

**E100 シンチグラム（画像を伴うもの）**

「注3」の加算における所定点数には「注2」による加算は含まれない。

**E101 シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影**

(1) シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影は、同一のラジオアイソトープを使用した一連の検査につき、撮影の方向、スライスの数、撮影の部位数及び疾病の種類等にかかわらず所定点数のみにより算定する。

(2) 「注2」の加算における所定点数とは、「注1」及び「注3」の加算を含まない点数である。

(3) 「注3」の加算における所定点数とは、「注1」及び「注2」の加算を含まない点数である。

**E101-2 ポジトロン断層撮影**

(1) ポジトロン断層撮影は、撮影の方向、スライスの数、撮影の部位数及び疾患の種類等にかかわらず所定点数のみにより算定する。

(2) <sup>18</sup>F D Gを用いたポジトロン断層撮影については、てんかん、心疾患若しくは血管炎の診断又は悪性腫瘍（早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む。）の病期診断若しくは転移・再発の診断を目的とし、次の表に定める要件を満たす場合に限り算定する。

1. てんかん	難治性部分てんかんで外科切除が必要とされる患者に使用する。
2. 心疾患	虚血性心疾患による心不全患者における心筋組織のバイアビリティ診断（他の検査で判断のつかない場合に限る。）、心サルコイドーシスの診断（心臓以外で類上皮細胞肉芽腫が陽性でサルコイドーシスと診断され、かつ心臓病変を疑う心電図又は心エコー所見を認める場合に限る。）又は心サルコイドーシスにおける炎症部位の診断が必要とされる患者に使用する。
3. 悪性腫瘍（早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む。）	他の検査又は画像診断により病期診断又は転移若しくは再発の診断が確定できない患者に使用する。
4. 血管炎	高安動脈炎等の大型血管炎において、他の検査で病変の局在又は活動性の判断のつかない患者に使用する。

(3) <sup>18</sup>F D G製剤を医療機関内で製造する場合は、<sup>18</sup>F D G製剤の製造に係る衛生管理、品質管理等については、関係学会の定める基準を参考として、十分安全な体制を整備した上で実施すること。なお、高安動脈炎等の大型血管炎の診断に用いる<sup>18</sup>F D G製剤については、当該診断のために用いるものとして薬事承認を得ている<sup>18</sup>F D G製剤を使用した場合に限り

算定する。

- (4) 当該画像診断を実施した同一月内に悪性腫瘍の診断の目的で区分番号「E100」シンチグラム（画像を伴うもの）（ガリウムにより標識された放射性医薬品を用いるものに限る。）を実施した場合には、主たるもののみを算定する。
- (5) ポジトロン断層撮影と同時に同一の機器を用いて行ったコンピューター断層撮影の費用はポジトロン断層撮影の所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (6)  $^{15}\text{O}$ 標識ガス剤を用いた場合に当該画像診断に伴って行われる血液ガス分析の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (7) ターゲットガス（窒素、酸素、二酸化炭素）等の  $^{15}\text{O}$ 標識ガス剤の合成及び吸入に係る費用並びに  $^{18}\text{F}$  D G 並びに  $^{13}\text{N}$ 標識アンモニア剤の合成及び注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (8)  $^{13}\text{N}$ 標識アンモニア剤を用いたポジトロン断層撮影については、他の検査で判断のつかない虚血性心疾患の診断を目的として行った場合に算定する。負荷に用いる薬剤料は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (9) 放射性医薬品の管理に当たっては、専門の知識及び経験を有する放射性医薬品管理者を配置することが望ましい。

#### E101-3 ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影

- (1) ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影は、X線CT組合せ型ポジトロンCT装置を用いて、診断用の画像としてポジトロン断層撮影画像、コンピューター断層撮影画像及び両者の融合画像を取得するものをいい、ポジトロン断層撮影画像の吸収補正用としてのみコンピューター断層撮影を行った場合は該当しない。また、撮影の方向、スライスの数、撮影の部位数及び疾患の種類等にかかわらず所定点数により算定する。
- (2) 同一月に、区分番号「E200」コンピューター断層撮影（CT撮影）を行った後にポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影を行う場合は、本区分は算定せず、区分番号「E101-2」ポジトロン断層撮影により算定する。この場合においては、区分番号「E101-2」の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（支）局長に届け出ていなくても差し支えない。
- (3)  $^{18}\text{F}$  D G を用いたポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影については、てんかん若しくは血管炎の診断又は悪性腫瘍（早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む。）の病期診断若しくは転移・再発の診断を目的とし、次の表に定める要件を満たす場合に限り算定する。ただし、表中の「画像診断」からは、コンピューター断層撮影を除く。次の表に定める要件は満たさないが、区分番号「E101-2」ポジトロン断層撮影に定める要件を満たす場合は、区分番号「E101-2」により算定する。

1. てんかん	難治性部分てんかんで外科切除が必要とされる患者に使用する。
2. 悪性腫瘍（早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む。）	他の検査又は画像診断により病期診断又は転移若しくは再発の診断が確定できない患者に使用する。
3. 血管炎	高安動脈炎等の大型血管炎において、他の検査で病変の局在又は活動性の判断のつかない患者に使用する。

- (4)  $^{18}\text{F}$  D G 製剤を医療機関内で製造する場合は、 $^{18}\text{F}$  D G 製剤の製造に係る衛生管理、品質

管理等については、関係学会の定める基準を参考として、十分安全な体制を整備した上で実施すること。なお、高安動脈炎等の大型血管炎の診断に用いる<sup>18</sup>F D G製剤については、当該診断のために用いるものとして薬事承認を得ている<sup>18</sup>F D G製剤を使用した場合に限り算定する。

- (5) 撮影に当たって造影剤を使用した場合は、区分番号「E 2 0 0」コンピューター断層撮影（C T撮影）の「注3」の加算を本区分に対する加算として併せて算定する。
- (6) 当該画像診断を実施した同一月内に悪性腫瘍の診断の目的で区分番号「E 1 0 0」シンチグラム（画像を伴うもの）（ガリウムにより標識された放射性医薬品を用いるものに限る。）又は区分番号「E 1 0 1 - 4」ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影を実施した場合には、主たるもののみを算定する。
- (7) <sup>15</sup>O標識ガス剤を用いた場合に当該画像診断に伴って行われる血液ガス分析の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (8) ターゲットガス（窒素、酸素、二酸化炭素）等の<sup>15</sup>O標識ガス剤の合成及び吸入に係る費用並びに<sup>18</sup>F D Gの合成及び注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (9) 放射性医薬品の管理に当たっては、専門の知識及び経験を有する放射性医薬品管理者を配置することが望ましい。

#### E 1 0 1 - 4 ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）

- (1) ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影は、P E T装置とM R I装置を組み合わせた装置を用いて、診断用の画像としてポジトロン断層撮影画像、磁気共鳴コンピューター断層撮影画像及び両者の融合画像を取得するものをいう。また、画像のとり方、画像処理法の種類、スライスの数、撮影の部位数、疾病の種類等にかかわらず、所定点数により算定する。
- (2) 同一月に、区分番号「E 2 0 2」磁気共鳴コンピューター断層撮影（M R I撮影）を行った後にポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影を行う場合は、本区分は算定せず、区分番号「E 1 0 1 - 2」ポジトロン断層撮影により算定する。この場合においては、区分番号「E 1 0 1 - 2」の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（支）局長に届け出ていなくても差し支えない。
- (3) <sup>18</sup>F D Gを用いて、悪性腫瘍（脳、頭頸部、縦隔、胸膜、乳腺、直腸、泌尿器、卵巣、子宮、骨軟部組織、造血器、悪性黒色腫）の病期診断及び転移・再発の診断を目的とし、他の検査、画像診断により病期診断及び転移・再発の診断が確定できない患者に使用した場合に限り算定する。ただし、この画像診断からは磁気共鳴コンピューター断層撮影を除く。
- (4) 撮影に当たって造影剤を使用した場合は、区分番号「E 2 0 2」磁気共鳴コンピューター断層撮影（M R I撮影）の「注3」の加算を本区分に対する加算として併せて算定する。
- (5) 当該画像診断を実施した同一月内に悪性腫瘍の診断の目的で区分番号「E 1 0 0」シンチグラム（画像を伴うもの）（ガリウムにより標識された放射性医薬品を用いるものに限る。）又は区分番号「E 1 0 1 - 3」ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影を実施した場合には、主たるもののみを算定する。
- (6) <sup>18</sup>F D G製剤を医療機関内で製造する場合は、<sup>18</sup>F D G製剤の製造に係る衛生管理、品質管理等については、関係学会の定める基準を参考として、十分安全な体制を整備した上で実施すること。<sup>18</sup>F D Gの合成及び注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

- (7) 放射性医薬品の管理に当たっては、専門の知識及び経験を有する放射性医薬品管理者を配置することが望ましい。

#### E101-5 乳房用ポジトロン断層撮影

- (1) 乳房用ポジトロン断層撮影とは、乳房専用のPET装置を用いて、診断用の画像としてポジトロン断層撮影画像を撮影するものをいう。また、画像の方向、スライスの数、撮影の部位数、疾病の種類等にかかわらず、所定点数により算定する。
- (2)  $^{18}\text{F}$ FDGを用いて、乳がんの病期診断及び転移又は再発の診断を目的とし、他の検査又は画像診断により病期診断又は転移若しくは再発の診断が確定できない患者に使用した場合に限り算定する。
- (3) 区分番号「E101-2」ポジトロン断層撮影の「2」 $^{18}\text{F}$ FDGを用いた場合（一連の検査につき）、区分番号「E101-3」ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）の「2」 $^{18}\text{F}$ FDGを用いた場合（一連の検査につき）又は区分番号「E101-4」のポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（一連につき）と併せて同日に行った場合に限り算定する。
- (4)  $^{18}\text{F}$ FDG製剤を医療機関内で製造する場合は、 $^{18}\text{F}$ FDG製剤の製造に係る衛生管理、品質管理等については、関係学会の定める基準を参考として、十分安全な体制を整備した上で実施すること。 $^{18}\text{F}$ FDGの合成及び注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (5) 放射性医薬品の管理に当たっては、専門の知識及び経験を有する放射性医薬品管理者を配置することが望ましい。

#### E102 核医学診断

- (1) 核医学診断料は、実施した区分番号「E100」から区分番号「E101-5」までに掲げる各区分の種類又は回数にかかわらず、月1回の算定とし、初回のシンチグラム（画像を伴うもの）、シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影、ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影又は乳房用ポジトロン断層撮影を実施する日に算定する。
- (2) 同一月内において入院及び外来の両方又は入院中に複数の診療科においてシンチグラム（画像を伴うもの）、シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影、ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影又は乳房用ポジトロン断層撮影を実施した場合においては、入院若しくは外来又は診療科の別にかかわらず、月1回に限り算定する。

### 第3節 コンピューター断層撮影診断料

#### 1 コンピューター断層撮影と磁気共鳴コンピューター断層撮影を行う際の取扱い

- (1) 同一月に区分番号「E101-3」ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影又は区分番号「E101-4」ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影を行った後に区分番号「E200」コンピューター断層撮影（CT撮影）又は区分番号「E202」磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）を行った場合には、当該コンピューター断層撮影又は磁気共鳴コンピューター断層撮影については、2回目以降として「2」の例により算定する。
- (2) 開設者が同一である複数の保険医療機関又は検査施設提供の契約を結んだ複数の医療機

- 8 被保険者が保険医より薬品の授与を受け、持ち帰りの途中又は自宅において薬品を紛失したために（天災地変の他やむを得ない場合を除く。）保険医が再交付した場合は、その薬剤の費用は、被保険者の負担とする。
- 9 「通則4」については、うがい薬のみの投薬が治療を目的としないものである場合には算定しないことを明らかにしたものであり、治療を目的とする場合にあっては、この限りでない。なお、うがい薬とは、薬効分類上の含嗽剤をいう。
- 10 「通則5」の湿布薬とは、貼付剤のうち、薬効分類上の鎮痛、鎮痒、収斂、消炎剤（ただし、専ら皮膚疾患に用いるものを除く。）をいう。
- 11 入院中の患者以外の患者に対して、血行促進・皮膚保湿剤（ヘパリンナトリウム又はヘパリン類似物質に限る。）を処方された場合で、疾病の治療を目的としたものであり、かつ、医師が当該保湿剤の使用が有効であると判断した場合を除き、これを算定しない。

## 第1節 調剤料

### F000 調剤料

- (1) 入院中の患者以外の患者に係る調剤料の所定単位については、1回の処方に係る調剤料として、その剤数・日数又は調剤した量にかかわらず「1」の所定点数を処方料算定時にまとめて算定する。ただし、2以上の診療科で異なる医師が処方した場合は、それぞれの処方につき、調剤料を算定できる。
- (2) トローチ剤又は亜硝酸アミル等の嗅薬、噴霧吸入剤については外用薬として、投薬に係る費用を算定する。例えば、トローチ剤の1日量6錠3日分は、18錠分を1調剤の薬剤料として算定する。
- (3) 外泊期間中及び入院実日数を超えた部分について、調剤料は算定できない。
- (4) 「注」の加算については、内服薬、浸煎薬及び屯服薬、外用薬等の区分、剤数、用法用量等の如何にかかわらず、入院中の患者以外の患者に対して投薬を行う場合は1処方につき1点を、また、入院中の患者に対して投薬を行う場合は1日につき1点を所定点数に加算する。なお、コデインリン酸塩散1%のように、当該薬剤の基剤が麻薬等に属していても、稀釈度により麻薬等の取扱いを受けていないものを調剤又は処方した場合には対象とならない。
- (5) 「注」にいう麻薬、向精神薬、覚醒剤原料及び毒薬は次のとおりである。
  - ア 毒薬とは医薬品医療機器等法第44条第1項の規定（同施行規則第204条、別表第3）による毒薬をいう。
  - イ 向精神薬とは、麻薬及び向精神薬取締法第2条第6号の規定（同法別表第3）による向精神薬をいう。

## 第2節 処方料

### F100 処方料

- (1) 医師が処方する投薬量については、予見することができる必要期間に従ったものでなければならず、30日を超える長期の投薬を行うに当たっては、長期の投薬が可能な程度に病状が安定し、服薬管理が可能である旨を医師が確認するとともに、病状が変化した際の対応方法及び当該保険医療機関の連絡先を患者に周知する。

なお、上記の要件を満たさない場合は、原則として次に掲げるいずれかの対応を行うこと。

ア 30日以内に再診を行う。

イ 許可病床数が200床以上の保険医療機関にあっては、患者に対して他の保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）に文書による紹介を行う旨の申出を行う。

ウ 患者の病状は安定しているものの服薬管理が難しい場合には、分割指示に係る処方箋を交付する。

(2) 複数の診療科を標榜する保険医療機関において、2以上の診療科で異なる医師が処方した場合、それぞれの処方につき処方料を算定する。

(3) 「1」について

ア 当該保険医療機関が、1回の処方において、抗不安薬を3種類以上、睡眠薬を3種類以上、抗うつ薬を3種類以上、抗精神病薬を3種類以上又は抗不安薬と睡眠薬を合わせて4種類以上投与（以下この部において「向精神薬多剤投与」という。）した場合に算定する。ただし、以下の(イ)から(ハ)までのいずれかに該当する場合、又は抗うつ薬を3種類若しくは抗精神病薬を3種類投与する場合であって(ニ)に該当する場合には、「1」の所定点数は算定せず、「2」又は「3」により算定する。なお、この場合においては、診療報酬明細書の摘要欄に向精神薬多剤投与に該当するが「1」の所定点数を算定しない理由を記載すること。

なお、「臨時の投薬等のもの」とは(イ)から(ハ)までのいずれかを満たすことをいい、「患者の病状等によりやむを得ず投与するもの」とは、(ニ)を満たすことをいう。

(イ) 精神疾患を有する患者が、当該疾患の治療のため、当該保険医療機関を初めて受診した日において、他の保険医療機関で既に向精神薬多剤投与されている場合の連続した6か月間。この場合、診療報酬明細書の摘要欄に、当該保険医療機関の初診日を記載すること。

(ロ) 向精神薬多剤投与に該当しない期間が1か月以上継続しており、向精神薬が投与されている患者について、当該患者の症状の改善が不十分又はみられず、薬剤の切り替えが必要であり、既に投与されている薬剤と新しく導入する薬剤を一時的に併用する場合の連続した3か月間。（年2回までとする。）この場合、診療報酬明細書の摘要欄に、薬剤の切り替えの開始日、切り替え対象となる薬剤名及び新しく導入する薬剤名を記載すること。

(ハ) 臨時に投与した場合（臨時に投与した場合とは、連続する投与期間が2週間以内又は14回以内のものをいう。1回投与量については、1日量の上限を超えないよう留意すること。なお、投与中止期間が1週間以内の場合は、連続する投与とみなして投与期間を計算する。）なお、抗不安薬及び睡眠薬については、臨時に投与する場合についても種類数に含める。この場合、診療報酬明細書の摘要欄に、臨時の投与の開始日を記載すること。

(ニ) 抗うつ薬又は抗精神病薬に限り、精神科の診療に係る経験を十分に有する医師として別紙様式39を用いて地方厚生(支)局長に届け出たものが、患者の病状等によりやむを得ず投与を行う必要があると認めた場合。なお、ここでいう精神科の診療に

係る経験を十分に有する医師とは以下のいずれにも該当するものであること。

- ① 臨床経験を5年以上有する医師であること。
- ② 適切な保険医療機関において3年以上の精神科の診療経験を有する医師であること。なお、ここでいう適切な保険医療機関とは、医師に対する適切な研修を実施するため、常勤の指導責任者を配置した上で、研修プログラムの策定、医師に対する精神科医療に係る講義の提供、症例検討会の実施等を満たす保険医療機関を指す。
- ③ 精神疾患に関する専門的な知識と、ICD-10（平成21年総務省告示第176号（統計法第28条及び附則第3条の規定に基づき、疾病、傷害及び死因に関する分類の名称及び分類表を定める件）の「3」の「(1) 疾病、傷害及び死因の統計分類基本分類表」に規定する分類をいう）においてF0からF9までの全てについて主治医として治療した経験を有すること。
- ④ 精神科薬物療法に関する適切な研修を修了していること。

イ 抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の種類数は一般名で計算する。また、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の種類については、別紙36を参考にすること。

ウ 向精神薬多剤投与を行った保険医療機関は、毎年度4月、7月、10月、1月に、前月までの3か月間の向精神薬多剤投与の状況を別紙様式40を用いて地方厚生(支)局長に報告すること。

- (4) 「2」において、処方料における内服薬の種類については、区分番号「F200」薬剤の「注3」における内服薬の種類と同様の取扱いとする。なお、当該処方に係る内服薬の投薬が6種類以下の場合又は外用薬、屯服薬のみの投薬の場合は「3」で算定する。
- (5) 「2」において、臨時的に内服薬の追加投与等を行った場合の取扱いについては、区分番号「F200」薬剤の(6)に準じるものとする。
- (6) 「2」において、「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を行った場合（以下「向精神薬長期処方」という。）」とは、薬効分類上の抗不安剤、催眠鎮静剤、精神神経用剤又はその他の中枢神経系用薬のいずれかに該当する医薬品のうち、ベンゾジアゼピン受容体作動薬を1年以上にわたって、同一の成分を同一の1日当たり用量で連続して処方している場合をいう。なお、定期処方と屯服間の変更については、同一の1日当たり用量には該当しない。また、以下のいずれかに該当する医師が行った処方又は当該処方の直近1年以内に精神科の医師からの助言を得て行っている処方については、向精神薬長期処方に該当せず、「3」を算定すること。

ア 不安又は不眠に係る適切な研修を修了した医師であること。

イ 精神科薬物療法に係る適切な研修を修了した医師であること。

- (7) 「注2」の加算は、内服薬、浸煎薬及び屯服薬、外用薬等の区分、剤数、用法用量等の如何にかかわらず、1処方につき1点を所定点数に加算する。
- (8) 複数の診療科を標榜する保険医療機関において、2以上の診療科で、異なる医師が3歳未満の乳幼児に対して処方を行った場合は、それぞれの処方について「注4」による乳幼児加算を算定することができる。
- (9) 特定疾患処方管理加算

ア 特定疾患処方管理加算は、生活習慣病等の厚生労働大臣が別に定める疾患を主病とす

る患者について、プライマリ機能を担う地域のかかりつけ医師が総合的に病態分析を行い、それに基づく処方管理を行うことを評価したものであり、診療所又は許可病床数が200床未満の病院においてのみ算定する。

イ 処方期間が28日以上の場合、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点を加算する。なお、同一暦月に区分番号「F100」処方料と区分番号「F400」処方箋料を算定する場合にあつては、区分番号「F100」処方料又は区分番号「F400」処方箋料のいずれか一方の加算として月1回に限り算定する。

ウ 処方期間が28日以上の場合の加算は、長期投薬の際の病態分析及び処方管理の評価の充実を図るものであり、特定疾患に対する薬剤の処方期間が28日以上の場合に算定する。ただし、当該患者に処方された薬剤の処方期間が全て28日以上である必要はない。

エ イに該当する場合以外の場合には、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点を算定する。なお、同一暦月に処方料と処方箋料を算定する場合であっても、処方箋料の当該加算と合わせて2回を限度とする。

オ 主病とは、当該患者の全身的な医学管理の中心となっている特定疾患をいうものであり、2以上の診療科にわたり受診している場合においては、主病と認められる特定疾患の治療に当たっている診療科においてのみ算定する。

カ 特定疾患処方管理加算は初診料を算定した初診の日においても算定できる。

キ 投薬は本来直接本人を診察した上で適切な薬剤を投与すべきであるが、やむを得ない事情で看護等に当たっている者から症状を聞いて薬剤を投与した場合においても算定できる。

#### (10) 抗悪性腫瘍剤処方管理加算

ア 「注7」に規定する抗悪性腫瘍剤処方管理加算については、入院中の患者以外の悪性腫瘍の患者に対して、抗悪性腫瘍剤による投薬の必要性、副作用、用法・用量、その他の留意点等について文書で説明し同意を得た上で、抗悪性腫瘍剤の適正使用及び副作用管理に基づく処方管理のもとに悪性腫瘍の治療を目的として抗悪性腫瘍剤が処方された場合に算定する。

イ 同一暦月に区分番号「F100」処方料と区分番号「F400」処方箋料を算定する場合にあつては、区分番号「F100」処方料又は区分番号「F400」処方箋料のいずれか一方の加算として月1回に限り算定する。

ウ 加算対象となる抗悪性腫瘍剤は、薬効分類上の腫瘍用薬とする。

#### (11) 「注8」については、区分番号「A000」初診料の「注2」又は「注3」、区分番号「A002」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、以下のアからコまでに定める薬剤を除き、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40に相当する点数により算定する。

ア 薬効分類が抗てんかん剤のもので、てんかんに対して用いた場合

イ 薬効分類の小分類が甲状腺ホルモン製剤のもので、甲状腺の障害に対して用いた場合

ウ 薬効分類が副腎ホルモン剤のもので、副腎性器障害又は副腎皮質機能不全に対して用いた場合

エ 薬効分類が卵胞ホルモン及び黄体ホルモン剤のもので、卵巣除去後機能不全その他の卵巣機能不全に対して用いた場合

- オ 薬効分類の小分類が合成ビタミンD製剤のもので、副甲状腺機能低下症又は偽性副甲状腺機能低下症に対して用いた場合
- カ 薬効分類が乳幼児用剤のもので、フェニルケトン尿症、楓糖尿症、ホモシスチン尿症又はガラクトース血症に対して用いた場合
- キ 薬効分類が抗ウイルス剤のもので、後天性免疫不全症候群の病原体に感染している者に対して用いた場合
- ク 薬効分類が血液製剤類のもので、血友病の者に対して用いた場合
- ケ 薬効分類がその他の腫瘍用薬のもので、慢性骨髄性白血病に対して用いた場合
- コ アからケまでの内服薬と併用する薬効分類が健胃消化剤のもので、アからケまでに該当する疾患に対して用いた場合
- (12) 「注9」に規定する外来後発医薬品使用体制加算は、後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制が整備されている保険医療機関を評価したものであり、診療所においてのみ算定する。
- (13) 「注10」に規定する向精神薬調整連携加算については、直近の処方に向精神薬多剤投与又は向精神薬長期処方に該当する患者であって、当該処方において直近の処方から抗不安薬等の種類数又は1日当たり用量が減少したものについて、薬剤師又は看護職員に処方内容の変更に伴う心身の状態の変化について確認を指示した場合に算定する。指示に当たっては、処方の変更点を説明するとともに、独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）による「PMDAからの医薬品適正使用のお願い（No.11 2017年3月）」又は睡眠薬の適正使用及び減量・中止のための診療ガイドラインに関する研究班（平成24年度厚生労働科学研究・障害者対策総合研究事業）が作成した「睡眠薬の適正な使用と休薬のための診療ガイドライン」等を参考に特に留意すべき症状等について具体的に指示をすること。
- (14) (13)における「抗不安薬等の種類数の減少」については、一般名で種類数を計算した場合に抗不安薬等の種類数が減少している場合をいう。また、「抗不安薬等の1日当たり用量の減少」には、一般名で用量を計算した場合に抗不安薬等の用量が減少している場合をいい、定期処方を屯服に変更した場合が含まれること。
- (15) 外来後発医薬品使用体制加算は、当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が75%以上、85%以上又は90%以上であるとともに、外来において後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用を積極的に行っている旨を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している保険医療機関において、1処方につき2点、4点又は5点を所定点数に加算する。

### 第3節 薬剤料

#### F200 薬剤

- (1) 「注2」については、区分番号「F100」処方料の(3)に準じるものとする。
- (2) 「注2」の算定は、外来の場合に限る。なお、1処方とは処方料の算定単位となる処方をいう。
- (3) 1回の処方において、2種類以上の内服薬を調剤する場合には、それぞれの薬剤を個別の薬包等に調剤しても、服用時点及び服用回数と同じであるものについては、次の場合を

除き1剤として算定する。

ア 配合不適等調剤技術上の必要性から個別に調剤した場合

イ 固形剤と内用液剤の場合

ウ 内服錠とチュアブル錠等のように服用方法が異なる場合

(4) 「注1」における「その他の特定の疾患」とは、難病の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項に規定する指定難病（同法第7条第4項に規定する医療受給者証を交付されている患者（同条第1項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。）に係るものに限る。）又は「特定疾患治療研究事業について」に掲げる疾患（当該疾患に罹患しているものとして都道府県知事から受給者証の交付を受けているものに限る。ただし、スモンについては過去に公的な認定を受けたことが確認できる場合等を含む。）をいう。

(5) 特別入院基本料等を算定する病棟を有する病院の長期入院患者に係る入院期間の算定は、当該特別入院基本料等を算定する病棟を有する病院となる以前からの入院期間を通算する。また、入院期間の算定は第1章第2部入院料等の通則の例に準じる。

(6) 「注3」の多剤投与の場合の算定

ア 「注3」の算定は、外来の場合に限り、1処方のうち、内服薬についてのみ対象とする。この場合の「種類」については、次のように計算する。なお、1処方とは処方料の算定単位となる処方をいう。

(イ) 錠剤、カプセル剤については、1銘柄ごとに1種類と計算する。

(ロ) 散剤、顆粒剤及び液剤については、1銘柄ごとに1種類と計算する。

(ハ) (ロ)の薬剤を混合して服薬できるよう調剤を行ったものについては、1種類とする。

(ニ) 薬剤料に掲げる所定単位当たりの薬価が205円以下の場合には、1種類とする。

イ 「注3」の「所定点数」とは、1処方うちの全ての内服薬の薬剤料をいう。

ウ 「注3」の算定は、常態として投与する内服薬が7種類以上の場合に行い、臨時に投与する薬剤については対象としない。

エ ウの臨時に投与する薬剤とは連続する投与期間が2週間以内のものをいい、2週間を超える投与期間の薬剤にあつては常態として投与する薬剤として扱う。なお、投与中止期間が1週間以内の場合は、連続する投与とみなして投与期間を計算する。

オ 臨時的に内服薬の追加投与等を行った結果、1処方につき内服薬が7種類以上となる場合において、傷病名欄からその必要性が明らかでない場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその必要性を記載する。

(7) 「注4」については、区分番号「F100」処方料の(11)に準じるものとする。

(8) ビタミン剤

ア 「注5」に規定するビタミン剤とは、内服薬及び注射薬をいうものであり、また、ビタミンを含有する配合剤を含むものである。

イ ビタミン剤に係る薬剤料が算定できるのは、医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断し、適正に投与された場合に限られるものであり、医師が疾患の特性により投与の必要性を認める場合のほか、具体的には、次のような場合をいう。ただし、薬事承認の内容に従って投与された場合に限る。

- (イ) 患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝障害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（例えば、悪性貧血のビタミンB12の欠乏等、診察及び検査の結果から当該疾患又は症状が明らかでない場合）
  - (ロ) 患者が妊産婦、乳幼児等（手術後の患者及び高カロリー輸液療法実施中の患者を含む。）であり、診察及び検査の結果から食事からのビタミンの摂取が不十分であると診断された場合
  - (ハ) 患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝障害であると推定され、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
  - (ニ) 重湯等の流動食及び軟食のうち、一分がゆ、三分がゆ又は五분이ゆを食している場合
  - (ホ) 無菌食、フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシスチン尿症食又はガラクトース血症食を食している場合
- ウ ビタミン剤に係る薬剤料を算定する場合には、当該ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断した趣旨を具体的に診療録及び診療報酬明細書に記載しなければならない。ただし、病名によりビタミン剤の投与が必要、かつ、有効と判断できる場合は趣旨を診療報酬明細書に記載することは要しない。

## 第5節 処方箋料

### F400 処方箋料

- (1) 医師が処方する投薬量については、予見することができる必要期間に従ったものでなければならないが、30日を超える長期の投薬を行うに当たっては、長期の投薬が可能な程度に病状が安定し、服薬管理が可能である旨を医師が確認するとともに、病状が変化した場合の対応方法及び当該保険医療機関の連絡先を患者に周知する。  
 なお、上記の要件を満たさない場合は、原則として次に掲げるいずれかの対応を行うこと。  
 ア 30日以内に再診を行う。  
 イ 許可病床数が200床以上の保険医療機関にあっては、患者に対して他の保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）に文書による紹介を行う旨の申出を行う。  
 ウ 患者の病状は安定しているものの服薬管理が難しい場合には、分割指示に係る処方箋を交付する。
- (2) 保険薬局で保険調剤を受けさせるために、患者に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）に定められている様式の完備した処方箋（院外処方箋）を交付した場合に限り算定し、その処方箋に処方した剤数、投与量（日分数）等の如何にかかわらず、1回として算定する。なお、分割指示に係る処方箋を発行する場合は、保険医療機関及び保険医療養担当規則に定められている様式第二号の二を用いることとし、分割の回数は3回までとする。また、患者に対し、調剤を受ける度に別紙を含む分割指示に係る処方箋の全てを保険薬局に提出するよう指導する。
- (3) 同一の保険医療機関が一連の診療に基づいて、同時に、同一の患者に2枚以上の処方箋

を交付した場合は、1回として算定する。

(4) 複数の診療科を標榜する保険医療機関において、2以上の診療科で、異なる医師が処方した場合は、それぞれの処方につき処方箋料を算定することができる。

(5) 「1」については、区分番号「F100」処方料の(3)に準じるものとする。

(6) 「2」において、処方箋料における内服薬の種類については、区分番号「F200」薬剤の「注3」における内服薬の種類と同様の取扱いとする。なお、当該処方に係る内服薬の投薬が6種類以下の場合又は外用薬、屯服薬のみの投薬の場合は「3」で算定する。

(7) 「2」において、臨時的に内服薬の追加投与等を行った結果、1処方につき内服薬が7種類以上となる場合には、処方箋の備考欄にその必要性を記載する。

その他、臨時的に内服薬の追加投与を行った場合の取扱いについては区分番号「F200」薬剤の(6)に準じるものとする。

(8) 「2」において、「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を行った場合」については、区分番号「F100」処方料の(6)に準じるものとする。

(9) 同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を院外処方箋により投薬することは、原則として認められない。

また、注射器、注射針又はその両者のみを処方箋により投与することは認められない。

(10) 「注2」については、区分番号「F100」処方料の(11)に準じるものとする。

(11) 乳幼児加算、特定疾患処方管理加算及び抗悪性腫瘍剤処方管理加算は区分番号「F100」処方料の(8)、(9)又は(10)に準じるものとする。

(12) 「注7」に規定する一般名処方加算は、後発医薬品のある医薬品について、薬価基準に収載されている品名に代えて、一般的名称に剤形及び含量を付加した記載（以下「一般名処方」という。）による処方箋を交付した場合に限り算定できるものである。交付した処方箋に含まれる医薬品のうち、後発医薬品のある全ての医薬品（2品目以上の場合に限る。）が一般名処方されている場合には一般名処方加算1を、1品目でも一般名処方されたものが含まれている場合には一般名処方加算2を、処方箋の交付1回につきそれぞれ加算する。品目数については、一般的名称で計算する。ただし、投与経路が異なる場合は、一般的名称が同一であっても、別品目として計算する。

なお、一般名処方とは、単に医師が先発医薬品か後発医薬品かといった個別の銘柄にこだわらずに処方を行っているものである。

また、一般名処方を行った場合の(6)の取扱いにおいて、「種類」の計算に当たっては、該当する医薬品の薬価のうち最も低いものの薬価とみなすものとする。

(13) 「注8」については、区分番号「F100」処方料の(13)及び(14)に準じるものとする。

(14) 訪問薬剤管理指導との関係

保険薬局に訪問薬剤管理指導を依頼している場合は、当該保険医療機関は区分番号「C008」在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定できない。保険薬局から情報提供があった場合は、当該保険医療機関は文書を診療録等に添付する。なお、地方厚生（支）局長に届出を行った保険薬局が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定できるのは月に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）に限られる。

(15) 保険医療機関及び保険医療費担当規則において、投与量に限度が定められている医薬品

及び湿布薬については、リフィル処方箋による処方を行うことはできない。

## 第6節 調剤技術基本料

### F500 調剤技術基本料

- (1) 調剤技術基本料は、重複投薬の防止等保険医療機関内における調剤の管理の充実を図るとともに投薬の適正を確保することを目的としており、薬剤師が常態として勤務する保険医療機関において、薬剤師の管理のもとに調剤が行われた場合に、患者1人につき、月1回に限り算定する。
- (2) 同一医療機関において同一月内に処方箋の交付がある場合は、調剤技術基本料は算定できない。
- (3) 同一月に区分番号「B008」薬剤管理指導料又は区分番号「C008」在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している場合には、調剤技術基本料は算定しない。
- (4) 院内製剤加算
  - ア 「注3」に規定する院内製剤加算は、薬価基準に記載されている医薬品に溶媒、基剤等の賦形剤を加え、当該医薬品とは異なる剤形の医薬品を院内製剤の上調剤した場合に、次の場合を除き算定できる。
    - (イ) 調剤した医薬品と同一規格を有する医薬品が薬価基準に記載されている場合
    - (ロ) 散剤を調剤した場合
    - (ハ) 液剤を調剤する場合であって、薬事承認の内容が用時溶解して使用することとなっている医薬品を交付時に溶解した場合
  - (ニ) 1種類のみを水に溶解して液剤とする場合（安定剤、溶解補助剤、懸濁剤等製剤技術上必要と認められる添加剤を使用した場合及び調剤技術上、ろ過、加温、滅菌行為をなす必要があつて、これらの行為を行った場合を除く。）
- イ 上記アにかかわらず、剤形が変わらない場合であっても、次に該当する場合には、院内製剤加算が算定できる。ただし、調剤した医薬品と同一規格を有する医薬品が薬価基準に記載されている場合を除く。
  - (イ) 同一剤形の2種類以上の既製剤（賦形剤、矯味矯臭剤等を除く。）を混合した場合（散剤及び顆粒剤を除く。）
  - (ロ) 安定剤、溶解補助剤、懸濁剤等製剤技術上必要と認められる添加剤を加えて調剤した場合
  - (ハ) 調剤技術上、ろ過、加温、滅菌行為をなす必要があつて、これらの行為を行った場合
- ウ ア、イにかかわらず調剤した医薬品を、原料とした医薬品の承認内容と異なる用法・用量あるいは効能・効果で用いる場合は院内製剤加算は算定できない。

## 第6部 注射

### <通則>

- 1 注射に係る費用は、第1節注射料、第2節薬剤料及び第3節特定保険医療材料料（別に厚生労働大臣が定める保険医療材料のうち注射に当たり使用したものの費用に限る。）に掲げる所定点数を合算した点数によって算定する。

## 2 生物学的製剤注射加算

- (1) 「通則3」の生物学的製剤注射加算を算定できる注射薬は、トキソイド、ワクチン及び抗毒素であり、注射の方法にかかわらず、次に掲げる薬剤を注射した場合に算定できる。
- ア ㊦乾燥組織培養不活化狂犬病ワクチン
  - イ 組換え沈降B型肝炎ワクチン（酵母由来）
  - ウ 組換え沈降B型肝炎ワクチン（チャイニーズ・ハムスター卵巣細胞由来）
  - エ 肺炎球菌ワクチン
  - オ 髄膜炎菌ワクチン
  - カ 沈降破傷風トキソイド
  - キ ㊦ガスエソウマ抗毒素
  - ク 乾燥ガスエソウマ抗毒素
  - ケ ㊦乾燥ジフテリアウマ抗毒素
  - コ ㊦乾燥破傷風ウマ抗毒素
  - サ ㊦乾燥はぶウマ抗毒素
  - シ ㊦乾燥ボツリヌスウマ抗毒素
  - ス ㊦乾燥まむしウマ抗毒素
- (2) 区分番号「G005」中心静脈注射又は区分番号「G006」植込型カテーテルによる中心静脈注射の回路より生物学的製剤を注入した場合は、「通則3」の加算を算定できる。

## 3 精密持続点滴注射加算

- (1) 「通則4」の精密持続点滴注射は、自動輸液ポンプを用いて1時間に30mL以下の速度で体内（皮下を含む。）又は注射回路に薬剤を注入することをいう。
- (2) 1歳未満の乳児に対して精密持続点滴注射を行う場合は、注入する薬剤の種類にかかわらず算定できるが、それ以外の者に対して行う場合は、緩徐に注入する必要のあるカテコールアミン、βブロッカー等の薬剤を医学的必要性があつて注入した場合に限り算定する。
- (3) 区分番号「G003」抗悪性腫瘍剤局所持続注入の実施時に精密持続点滴を行った場合は、「通則4」の加算を算定できる。
- (4) 区分番号「G005」中心静脈注射又は区分番号「G006」植込型カテーテルによる中心静脈注射の回路より精密持続点滴注射を行った場合は、「通則4」の加算を算定できる。

## 4 外来化学療法加算

- (1) 「通則6」に規定する外来化学療法加算については、入院中の患者以外の関節リウマチ等の患者に対して、注射による化学療法の必要性、副作用、用法・用量、その他の留意点等について文書で説明し同意を得た上で、外来化学療法に係る専用室において、注射により薬剤等が投与された場合に加算する。
- (2) 外来化学療法加算1を届け出た保険医療機関において外来化学療法加算1を算定するに当たり、当該保険医療機関で実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会（他の保険医療機関と連携し、共同で開催する場合を含む。）において、承認され、登録されたレジメンを用いて治療を行ったときのみ算定でき、それ以外の場合には、外来化学療法加算1及び2は算定できない。
- (3) 外来化学療法加算は、次に掲げるいずれかの投与を行った場合に限り算定する。なお、

この場合において、引き続き次に掲げる製剤を用いて、入院中の患者以外の患者に対して在宅自己注射指導管理に係る自己注射に関する指導管理を行った場合であっても、同一月に区分番号「C101」在宅自己注射指導管理料は算定できない。

ア 関節リウマチ、クローン病、ベーチェット病、強直性脊椎炎、潰瘍性大腸炎、尋常性乾癬、関節症性乾癬、膿疱性乾癬又は乾癬性紅皮症の患者に対してインフリキシマブ製剤を投与した場合

イ 関節リウマチ、多関節に活動性を有する若年性特発性関節炎、全身型若年性特発性関節炎又はキャッスルマン病の患者に対してトシリズマブ製剤を投与した場合

ウ 関節リウマチの患者に対してアバタセプト製剤を投与した場合

エ 多発性硬化症の患者に対してナタリズマブ製剤を投与した場合

オ 全身性エリテマトーデスの患者に対してベリムマブ製剤を投与した場合

(4) 「通則7」に規定するバイオ後続品導入初期加算については、外来化学療法加算1又は2を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、バイオ後続品の有効性や安全性等について説明した上で、バイオ後続品を使用した場合に、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回に限り算定する。

5 特定入院料等注射の手技料を含む点数を算定した場合は、「通則3」から「通則5」までの加算は算定できない。なお、薬価基準に収載されている臨床試用医薬品を使用した場合は、第2節薬剤料は算定せず、第1節注射料及び第3節特定保険医療材料料のみ算定する。

6 心臓内注射及び痔核注射等の第1節に掲げられていない注射のうち簡単なものに係る費用については、第2節薬剤料に掲げる所定点数のみ算定する。ただし、胸腔注入、前房注射、副鼻腔注入及び気管支カテーテル薬液注入法については、第2章第9部処置に掲げる所定点数をそれぞれ算定し、これらに係る薬剤料の算定に関しては第2章第5部投薬の区分番号「F200」薬剤の(4)、(5)及び(8)の例による。

7 第1節に掲げられていない注射のうち、特殊なもの(点数表にあっても、手技が従来注射と著しく異なる場合等を含む。)の費用は、その都度当局に内議し、最も近似する注射として準用が通知された算定方法により算定する。

8 区分番号「G001」静脈内注射、区分番号「G004」点滴注射、区分番号「G005」中心静脈注射又は区分番号「G006」植込型カテーテルによる中心静脈注射のうち2以上を同一日に併せて行った場合は、主たるものの所定点数のみ算定する。

9 区分番号「G004」点滴注射、区分番号「G005」中心静脈注射及び区分番号「G006」植込型カテーテルによる中心静脈注射の回路に係る費用並びに穿刺部位のガーゼ交換等の処置料及び材料料については、それぞれの所定点数に含まれ、別に算定できない。

10 人工腎臓の回路より注射を行った場合は、当該注射に係る費用は別に算定できない。

## 第1節 注射料

### <通則>

注射料は、第1款注射実施料及び第2款無菌製剤処理料に掲げる点数を合算した所定点数により算定する。なお、6歳未満の乳幼児である入院患者に対する1日分の注射量が100mL未満の点滴注射等、注射実施料が算定できないこととされる場合であっても、無菌製剤処理料を算定できる。

持を行った場合に算定できる。体温維持迅速導入加算の算定に当たっては、診療報酬明細書に症状詳記を添付する。

- (5) 中心静脈留置型経皮的体温調節装置システムを用いる場合、G005-2に掲げる中心静脈注射用カテーテル挿入は所定点数に含まれ、別に算定できない。

### L008-3 経皮的体温調節療法

経皮的体温調節療法は、集中治療室等において、くも膜下出血、頭部外傷又は熱中症による急性重症脳障害を伴う発熱患者に対して、中心静脈留置型経皮的体温調節装置を用いて体温調節を行った場合に、一連につき1回に限り算定する。

### L009 麻酔管理料(I)

- (1) 当該点数は、麻酔科標榜医により、質の高い麻酔が提供されることを評価するものである。
- (2) 麻酔管理料(I)は厚生労働大臣が定める施設基準に適合している麻酔科を標榜する保険医療機関において、当該保険医療機関の常勤の麻酔科標榜医(地方厚生(支)局長に届け出ている医師に限る。以下この項において同じ。)が麻酔前後の診察を行い、かつ専ら当該保険医療機関の常勤の麻酔科標榜医が区分番号「L002」硬膜外麻酔、区分番号「L004」脊椎麻酔又は区分番号「L008」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に算定する。なお、この場合において、緊急の場合を除き、麻酔前後の診察は、当該麻酔を実施した日以外に行われなければならない。
- (3) 麻酔科標榜医が、麻酔科標榜医以外の医師と共同して麻酔を実施する場合においては、麻酔科標榜医が、当該麻酔を通じ、麻酔中の患者と同室内で麻酔管理に当たり、主要な麻酔手技を自ら実施した場合に算定する。
- (4) 麻酔管理料(I)を算定する場合には、麻酔前後の診察及び麻酔の内容を診療録に記載すること。なお、麻酔前後の診察について記載された麻酔記録又は麻酔中の麻酔記録の診療録への添付により診療録への記載に代えることができる。
- (5) 麻酔管理料(I)について、「通則2」及び「通則3」の加算は適用しない。
- (6) 「注5」に規定する周術期薬剤管理加算は、専任の薬剤師が周術期における医療従事者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周術期薬剤管理を病棟等において薬剤関連業務を実施している薬剤師等(以下この区分番号において「病棟薬剤師等」という。)と連携して実施した場合に算定する。
- (7) 周術期薬剤管理とは、次に掲げるものであること。なお、ア及びイについて、その内容を診療録等に記載すること。
- ア 「現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト/シェアの推進について(令和3年9月30日医政発0930第16号)」の3の3)①等に基づき、周術期の薬学的管理等を実施すること。
- イ アについては病棟薬剤師等と連携して実施すること。ウ 時間外、休日及び深夜においても、当直等の薬剤師と連携し、安全な周術期薬剤管理が提供できる体制を整備していること。
- また、病棟薬剤師等と連携した周術期薬剤管理の実施に当たっては、「根拠に基づいた周術期患者への薬学的管理ならびに手術室における薬剤師業務のチェックリスト」(日本病院薬剤師会)等を参考にすること。

## L 0 1 0 麻酔管理料(Ⅱ)

- (1) 当該点数は、複数の麻酔科標榜医により麻酔の安全管理体制が確保され、質の高い麻酔が提供されることを評価するものである。
- (2) 麻酔管理料(Ⅱ)は厚生労働大臣が定める施設基準に適合している麻酔科を標榜する保険医療機関において、当該保険医療機関において常態として週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている医師であって、当該保険医療機関の常勤の麻酔科標榜医の指導の下に麻酔を担当するもの(以下この区分番号において単に「担当医師」という。)又は当該保険医療機関の常勤の麻酔科標榜医が、麻酔前後の診察を行い、担当医師が、区分番号「L 0 0 2」硬膜外麻酔、区分番号「L 0 0 4」脊椎麻酔又は区分番号「L 0 0 8」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に算定する。なお、この場合において、緊急の場合を除き、麻酔前後の診察は、当該麻酔を実施した日以外に行われなければならない。また、麻酔前後の診察を麻酔科標榜医が行った場合、当該麻酔科標榜医は、診察の内容を担当医師に共有すること。
- (3) 主要な麻酔手技を実施する際には、麻酔科標榜医の管理下で行わなければならない。この場合、当該麻酔科標榜医は、麻酔中の患者と同室内にいる必要があること。
- (4) 担当医師が実施する一部の行為を、麻酔中の患者の看護に係る適切な研修を修了した常勤看護師が実施しても差し支えないものとする。また、この場合において、麻酔前後の診察を行った担当医師又は麻酔科標榜医は、当該診察の内容を当該看護師に共有すること。
- (5) 麻酔管理料(Ⅱ)を算定する場合には、麻酔前後の診察及び麻酔の内容を診療録に記載すること。なお、麻酔前後の診察について記載された麻酔記録又は麻酔中の麻酔記録の診療録への添付により診療録への記載に代えることができる。
- (6) 麻酔管理料(Ⅱ)について、「通則2」及び「通則3」の加算は適用しない。
- (7) 同一の患者について、麻酔管理料(Ⅰ)及び麻酔管理料(Ⅱ)を併算定することはできないが、同一保険医療機関において麻酔管理料(Ⅰ)及び麻酔管理料(Ⅱ)の双方を異なる患者に算定することは可能であること。
- (8) 「注2」に規定する周術期薬剤管理加算の取扱いは、区分番号「L 0 0 9」麻酔管理料(Ⅰ)の(6)及び(7)と同様であること。

## 第2節 神経ブロック料

### L 1 0 0 神経ブロック(局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用)、L 1 0 1 神経ブロック(神経破壊剤、高周波凝固法又はパルス高周波法使用)

- (1) 神経ブロックとは、疼痛管理に専門的知識を持った医師が行うべき手技であり、疾病の治療又は診断を目的とし、主として末梢の脳脊髄神経節、脳脊髄神経、交感神経節等に局所麻酔剤、ボツリヌス毒素若しくはエチルアルコール(50%以上)及びフェノール(2%以上)等の神経破壊剤の注入、高周波凝固法又はパルス高周波法により、神経内の刺激伝達を遮断することをいう。
- (2) 神経ブロックは、疼痛管理を専門としている医師又はその経験のある医師が、原則として局所麻酔剤、ボツリヌス毒素若しくは神経破壊剤、高周波凝固法又はパルス高周波法を使用した場合に算定する。ただし、医学的な必要性がある場合には、局所麻酔剤又は神経破壊剤とそれ以外の薬剤を混合注射した場合においても神経ブロックとして算定できる。なお、この場合において、医学的必要性について診療報酬明細書に記載すること。