

同して、退院後に必要となる保健医療サービス又は福祉サービス等に関する計画を策定し、当該計画に基づき必要な指導を行った場合に、当該入院中1回に限り算定する。

B 0 0 7 退院前訪問指導料 360点

注1 入院期間が1月を超えると見込まれる患者の退院に先立って患家を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の療養上の指導を行った場合に、当該入院中1回（入院後早期に退院前訪問指導の必要があると認められる場合は、2回）に限り算定する。

2 注1に掲げる指導に要した交通費は、患家の負担とする。

B 0 0 8 薬剤管理指導料 350点

注1 病院であ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社会保険事務局長に届け出たもの入院している患者に対して投薬又は注射及び薬学的管理指導を行った場合は、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、退院後の居宅における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。

B 0 0 9 診療情報提供料(A) 220点

注1 診療所である保険医療機関が、診療に基づき、別の診療所である保険医療機関での診療の必要を認め、これに対して、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合、又は病院である保険医療機関が、診療に基づき、別の病院である保険医療機関での診療の必要を認め、これに対して、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合（地域医療支援病院又は特定機能病院が、許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関に対して患者の紹介を行った場合を除く。）に、紹介先保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。

2 保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、当該患者の居住地を管轄する市町村又は介護保険法第46条第1項の規定により都道府県知事が指定する指定居宅介護支援事業者等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

3 保険医療機関が、診療に基づき保険薬局による在宅患者訪問薬剤管理指導の必要を認め、居宅において療養を行っている患者であって通院が困難なものの同意を得て、当該保険薬局に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

4 診療所である保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、介護保険法第7条第22項に規定する介護老人保健施設（当該保険医療機関と同一の敷地内にある介護老人保健施設その他これに準ずる介護老人保健施設を除く。）に対して診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

B 0 1 0 診療情報提供料(B) 290点

注1 診療所である保険医療機関が、診療に基づき、病院である保険医療機関での診療の必要を認め、これに対して、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合及び病院（地域医療支援病院及び特定機能病院を除く。）である保険医療機関が、診療に基づき、診療所である保険医療機関での診療の必要を認め、これに対して、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、紹介先保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に

限り算定する。

- 2 許可病床数が200床以上の病院（地域医療支援病院及び特定機能病院を除く。）である保険医療機関が、診療所である保険医療機関に対して患者の紹介を行った場合には、所定点数に更に230点を加算する。
- 3 保険医療機関（介護老人保健施設と同一敷地内にある保険医療機関その他これに準ずる保険医療機関（以下この表において「併設保険医療機関」という。）を除く。）が、介護老人保健施設に入所している患者の同意を得て、当該介護老人保健施設に対して、診療状況を示す文書により当該患者に係る療養上必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。
- 4 保険医療機関が、痴呆状態にある患者の診断に基づき老人性痴呆疾患センターでの鑑別診断等の必要を認め、当該患者又はその家族の同意を得て、当該老人性痴呆疾患センターに対して診療状況を示す文書を添えて、患者の紹介を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

B011 診療情報提供料(C) 500点

- 注1 病院である保険医療機関が、患者の退院に際して、患者の同意を得て、診療所である保険医療機関又は精神障害者社会復帰施設等若しくは介護老人保健施設に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、患者1人につき1回に限り算定する。
- 2 許可病床数が200床以上の病院である保険医療機関が、診療所である保険医療機関又は精神障害者社会復帰施設等若しくは介護老人保健施設に対して患者の紹介を行った場合は所定点数に更に20点を加算する。

B011-2 診療情報提供料(D) 520点

- 注 地域医療支援病院又は特定機能病院である保険医療機関が、診療に基づき、診療所である保険医療機関又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関での診療の必要を認め、これに対して、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、紹介先保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。

B011-3 薬剤情報提供料 10点

- 注1 入院中の患者以外の患者に対して、処方した薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書により提供した場合に、月1回に限り（処方の内容に変更があった場合は、その都度）算定する。
- 2 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患者については、算定しない。

B012 傷病手当金意見書交付料 100点

- 注 健康保険法第45条の規定による傷病手当金に係る意見書を交付した場合に算定する。

第2部 在宅医療

区分

C000 歯科訪問診療料（1日につき）

- 1 歯科訪問診療1 830点
- 2 歯科訪問診療2 380点

注1 歯科訪問診療1は、居宅又は社会福祉施設等において療養を行っている通院が困難な患者1人に対し、当該居宅又は社会福祉施設等の屋内において次のいずれかに該当する歯科訪問診療を行った場合に、当該患者について算定する。

イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療

ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する、患者の同意を得た歯科訪問診療

2 歯科訪問診療2は、社会福祉施設等において療養を行っている通院が困難な複数の患者に対し、当該社会福祉施設等の屋内において次のいずれかに該当する歯科訪問診療を行った場合に、当該患者について算定する。

- イ 患者の求めに応じた歯科訪問診療（1人に限る。）
- ロ 歯科訪問診療に基づき継続的な歯科診療が必要と認められた患者に対する、患者の同意を得た歯科訪問診療（1人に限る。）
- ハ 当該患者について診療時間が30分を超えた歯科訪問診療（イ及びロを除く。）
- 3 歯科訪問診療料を算定する患者について、当該患者に対する診療時間が1時間を超えた場合は、30分又はその端数を増すごとに、所定点数に100点を加算する。
- 4 別に厚生労働大臣が定める時間において、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している場合に緊急に行う歯科訪問診療については、所定点数の100分の50に相当する点数を、夜間（深夜を除く。）の歯科訪問診療については所定点数の100分の100に相当する点数を、深夜の歯科訪問診療については所定点数の100分の200に相当する点数を加算する。
- 5 保険医療機関の所在地と訪問先の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合又は海路による歯科訪問診療を行った場合で、特殊の事情があったときの歯科訪問診療料は、別に厚生労働大臣が定めるところによって算定する。
- 6 歯科訪問診療に要した交通費は、患家の負担とする。

C001 訪問歯科衛生指導料

- 1 複雑なもの
 - イ 1回目 550点
 - ロ 2回目以降 300点
- 2 簡単なもの 80点
- 注1 訪問歯科診療を行った患者又はその家族等に対して、当該訪問歯科診療を行った歯科医師の指示及び当該歯科医師の策定した訪問指導計画に基づき、歯科衛生士、保健師、看護師又は准看護師が訪問して療養上必要な指導として、患者の口腔内での清掃又は有床義歯の清掃に係る実地指導を行った場合は、患者1人につき、月4回（同一月内に1及び2を行った場合は併せて月4回）に限り算定する。
- 2 「複雑なもの」は、患者と1対1で20分以上行った場合に算定し、「簡単なもの」は、1人又は複数の患者に対して療養上必要な歯科衛生指導を適切に行った場合に算定する。
- 3 訪問歯科衛生指導に要した交通費は、患家の負担とする。

C002 救急搬送診療料 650点

注 患者を救急用の自動車ですべて保険医療機関に搬送する際、診療上の必要から当該自動車に同乗して診療を行った場合に算定する。

C003 在宅患者訪問薬剤管理指導料 550点

- 注1 居宅において療養を行っている患者であって、通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な歯科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、月2回に限り算定する。
- 2 麻薬の投薬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100点を加算する。
- 3 在宅患者訪問薬剤管理指導に要した交通費は、患家の負担とする。

C004 退院前在宅療養指導管理料 120点

注 入院中の患者が在宅療養に備えて一時的に外泊するに当たり、当該在宅療養に関する指導管理を行った場合に月1回に限り算定する。

C005 在宅悪性腫瘍患者指導管理料 1,500点

- 注1 在宅における悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、当該療法に関する指導管理を行った場合に月1回に限り算定する。
- 2 注入ポンプ又は携帯型ディスプレイ注入ポンプを使用した場合は、所定点数にそれぞれ1,000点又は2,500点を加算する。
- 3 退院した患者に対して退院の日から1月以内に行った指導管理の費用は算定しない。

- 4 入院中の患者に対して退院時に指導管理を行った場合においては、当該退院の日に所定点数を算定できるものとし、退院の日の歯科医学的管理に要する費用は所定点数に含まれるものとする。

第3部 検査

通則

- 1 検査の費用は、第1節の各区分の所定点数により算定する。ただし、検査に当たって患者に対し薬剤を施用した場合は、特に規定する場合を除き、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 第1節に掲げられていない検査であって特殊な検査の検査料は、同節に掲げられている検査のうちで最も近似する検査の各区分の所定点数により算定する。
- 3 対称器官に係る検査の各区分の所定点数は、特に規定する場合を除き、両側の器官の検査料に係る点数とする。
- 4 保険医療機関が、患者の人体から排出され、又は採取された検体について、当該保険医療機関以外の施設に臨床検査技師、衛生検査技師等に関する法律第2条第2項に規定する検査を委託する場合における検査に要する費用については、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。
- 5 学校教育法に基づく大学又はその医学部若しくは歯学部の附属の教育研究施設としての附属病院その他の高度専門病院のうち別に厚生労働大臣が定める基準に該当するものである保険医療機関における検査に要する費用については、厚生労働大臣が別に算定方法を定めた場合にあつては、この表の規定にかかわらず、当該算定方法により算定するものとする。
- 6 第3部に規定する検査料以外の検査料の算定は、医科点数表の例による。

第1節 検査料

区分

(歯科一般検査)

- | | | |
|--------|---|------|
| D000 | 電氣的根管長測定検査 | 30点 |
| | 注 2根管以上の歯に対して実施した場合は、2根管目からは1根管を増すごとに所定点数に15点を加算する。 | |
| D001 | 細菌簡易培養検査 | 70点 |
| | 注 感染根管処置後の根管貼薬処置期間中に行つた場合に算定する。 | |
| D002 | 歯周組織検査 | |
| | 1 歯周基本検査 | |
| | イ 1歯以上10歯未満 | 50点 |
| | ロ 10歯以上20歯未満 | 110点 |
| | ハ 20歯以上 | 200点 |
| | 2 歯周精密検査 | |
| | イ 1歯以上10歯未満 | 100点 |
| | ロ 10歯以上20歯未満 | 220点 |
| | ハ 20歯以上 | 400点 |
| | 注1 同一の患者につき1月以内に歯周組織検査を算定する検査を2回以上行つた場合は、第2回目以後の検査については所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。 | |
| | 2 区分番号A004に掲げる歯周疾患継続総合診療料を算定した日と同一月に行つた歯周組織検査に係る費用は、歯周疾患継続総合診療料に含まれるものとする。 | |
| D002-2 | 歯周疾患継続治療診断料 | 100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おいて、初診の日から起算して3月を経過した患者に対し、区分番号D002に掲げる歯周組織検査を最後に算定した日から起算して1月を経過した後に歯周組織検査を行い、病状が安定期にあることを確認し、継続した治療の必要性を認め、患者の同意を得て継続治療計画を策定し、患者に対し、その内容を文書により提供した場合に算定する。 | |

2 歯周疾患継続治療診断料を1回算定した後、当該診断料を算定した日の属する月の初日から起算して1年を経過するまでは再度算定できない。

D003 スタディモデル（1組につき） 50点

D003-2 口腔内写真検査（1枚につき） 10点

注 区分番号D002に掲げる歯周組織検査を行った場合において、プラークコントロールの動機付けを目的として、歯周疾患の状態を患者に示した場合に、5枚を限度として算定する。

（補綴関連検査）

D004 平行測定（1装置につき）

1 支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が5歯以下の場合 50点

2 支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が6歯以上の場合 100点

D005 下顎運動路描記法（MMG） 300点

D006 チェックバイト検査 400点

D007 ゴシックアーチ描記法 500点

D008 パントグラフ描記法 600点

第2節 薬剤料

区分

D100 薬剤 薬価が15円を超える場合は、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とする。

注1 薬価が15円以下である場合は、算定しない。

2 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第4部 画像診断

通則

1 画像診断の費用は、第1節の各区分の所定点数により、又は第1節、第2節及び第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。

2 同一の部位につき、同時に2以上のエックス線撮影を行った場合における第1節の診断料は、第1の診断については第1節の各区分の所定点数により、第2の診断以後の診断については、同節の各区分の所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

3 同一の部位につき、同時に2枚以上のフィルムを使用して同一の方法により、撮影を行った場合における第2節の撮影料は、特に規定する場合を除き、第1枚目の撮影については第2節の各区分の所定点数により、第2枚目以後の撮影については同節の各区分の所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

4 デジタル映像化処理を伴う歯科エックス線撮影又は歯科パノラマ断層撮影を行った場合においては、前3号の規定により算定した点数に次に掲げる点数を加算する。

イ 歯科エックス線撮影の場合（1回につき） 10点

ロ 歯科パノラマ断層撮影の場合 95点

5 区分番号E000（1のイに係るものを除く。）及びE200に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合す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、画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、月1回に限り所定点数に48点を加算する。

6 遠隔画像診断による画像診断（区分番号E000（1のイに係るものを除く。）又はE200に限る。）を行った場合については、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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関間で行われた場合に限り、算定する。この場合において、受信側の保険医療機関が通則5の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書により報告した場合は、月1回に限り所定点数に48点を加算する。

7 学校教育法に基づく大学又はその医学部若しくは歯学部の附属の教育研究施設としての附属病院その他の高度専門病院のうち別に厚生労働大臣が定める基準に該当するものである保険医療機関における画像診断に要する費用については、厚生労働大臣が別に算定方法を定めた場合にあっては、この表の規定にかかわらず、当該算定方法により算定するものとする。

- 8 特定機能病院である保険医療機関における入院中の患者に係る診断料及び撮影料は、第3節の所定点数及び当該所定点数に含まれない各項目の所定点数により算定する。
- 9 第4部に規定する画像診断料以外の画像診断料の算定は、医科点数表の例による。

第1節 診断料

区分

E000 写真診断

1 単純撮影

イ 歯科エックス線撮影

- (1) 全顎撮影の場合 160点
- (2) 全顎撮影以外の場合（1枚につき） 20点

ロ その他の場合 85点

2 特殊撮影

イ 歯科パノラマ断層撮影 125点

ロ 歯科パノラマ断層撮影以外の場合（一連につき） 96点

3 造影剤使用撮影 72点

注1 1の歯科エックス線撮影について、咬翼型フィルム又は咬合型フィルムを使用した場合は、所定点数に10点を加算する。

2 1の歯科エックス線撮影について、一連の症状を確認するため、同一部位に対し単純撮影を行った場合における第2枚目以後の撮影に係るイ(2)の所定点数及び注1に規定する加算については、それぞれの所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

第2節 撮影料

区分

E100 歯牙、歯周組織、顎骨、口腔軟組織

1 単純撮影

イ 歯科エックス線撮影

- (1) 全顎撮影の場合 250点

- (2) 全顎撮影以外の場合（1枚につき） 25点

ロ その他の場合 65点

2 特殊撮影

イ 歯科パノラマ断層撮影 180点

ロ 歯科パノラマ断層撮影以外の場合（一連につき） 264点

3 造影剤使用撮影 148点

注 新生児（生後28日未満の者とする。以下この表において同じ。）又は3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して撮影を行った場合は、当該撮影の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の30又は100分の15に相当する点数を加算する。

E101 造影剤注入手技 120点

第3節 基本的エックス線診断料

区分

E200 基本的エックス線診断料（1日につき）

1 入院の日から起算して4週間以内の期間 55点

2 入院の日から起算して4週間を超えた期間 40点

注1 特定機能病院である保険医療機関において、入院中の患者に対して行ったエックス線診断について算定する。

2 次に掲げるエックス線診断の費用は所定点数に含まれるものとする。

イ 区分番号E000に掲げる写真診断の1に掲げるもの

ロ 区分番号E100に掲げる歯牙、歯周組織、顎骨、口腔軟組織の1に掲げるもの

3 療養病棟に入院している患者及び第1章第2部第2節に規定するHIV感染者療養環境特別加算若しくは重症者等療養環境特別加算又は同部第3節に規定する

特定入院料を算定している患者については適用しない。

第4節 フィルム及び造影剤料

区分

E300 フィルム 材料価格を10円で除して得た点数

注1 6歳未満の乳幼児に対して撮影を行った場合は、材料価格に1.1を乗じて得た額を10円で除して得た点数とする。

2 使用したフィルムの材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

E301 造影剤 薬価が15円を超える場合は、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とする。

注1 薬価が15円以下である場合は算定しない。

2 使用した造影剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第5部 投薬

通則

- 1 投薬の費用は、第1節、第2節及び第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。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は除く。）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 内服薬、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

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15点を加算する。

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、使用薬剤の薬価が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2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、250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、250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（臨時の投薬であつて、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43条ノ17第1項に規定する入院時食事療養費に係る食事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、歯科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

F300 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

F400 処方せん料

1 7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であつて、投薬期間が2週間以内のものを除く。）を行った場合

イ 後発医薬品を含む場合 43点

ロ イ以外の場合 41点

2 1以外の場合

イ 後発医薬品を含む場合 71点

ロ イ以外の場合 69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を行った場合は、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15点を加算する。

第6節 調剤技術基本料

区分

F500 調剤技術基本料

1 病院に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行った場合は、所定点数に10点を加算する。
- 4 区分番号B008に掲げる薬剤管理指導料又は区分番号C003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100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4号により算定した点数に5点を加算する。
- 6 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。
- 7 注射に伴って行った反応試験の費用は、第1節の区分の所定点数に含まれるものとする。

第1節 注射料

区分

- | | | |
|------|--|------|
| G000 | 皮下、筋肉内注射（1回につき） | 18点 |
| | 注 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。 | |
| 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、21点を加算する。 | |
| 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 | 抗悪性腫瘍剤動脈内持続注入（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 区分番号G005に掲げる中心静脈注射の注1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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、悪性腫瘍に対して用いる薬剤であって細胞毒性を有するものについて必要があつて無菌製剤処理が行われた場合は、1日につき40点を加算する。 | |
| | 3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合す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つて、悪性腫瘍の患者であるものに対して化学療法を行った場合は、外来化学療法加算として、1日につき300点（15歳未満の患者に対して行った場合は、500点）を加算する。 | |
| | 4 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、21点を加算する。 | |
| | 5 血漿成分製剤の注射を行う場合であつて、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。 | |