

初 診 料

1 一般・高齢者

時 間 内	288点
時 間 外 (+ 85点)	373
休 日 (+250点)	538
深 夜 (+480点)	768
時間外特例医療機関における厚生労働大臣が定める時間 (+230点)	518
夜間・早朝等加算 (診療所に限る) (+50点)	338
機能加算 (施設基準適合として地方厚生局長等に届出した保険医療機関) (+80点)	368

2 乳幼児 (6歳未満)

時 間 内 (+ 75点)	363点
時 間 外 (+200点)	488
休 日 (+365点)	653
深 夜 (+695点)	983
時間外特例医療機関における厚生労働大臣が定める時間 (+345点)	633
夜間・早朝等加算 (診療所に限る) (+75点及び+50点)	413
機能加算 (施設基準適合として地方厚生局長等に届出した保険医療機関) (+75点及び+80点)	443

(注) 6歳未満の乳幼児は、所定点数 (288点) に上記 () 内の点数をそれぞれ加算する。

注1. 時間外特例医療機関とは、客観的に専ら夜間における救急医療の確保のために診療を行っていると思われる次に掲げる保険医療機関であって、都道府県が作成する医療計画に記載されている救急医療機関をいう。

- ① 地域医療支援病院
- ② 救急病院又は救急診療所
- ③ 病院群輪番制病院，病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院

【時間外特例医療機関における厚生労働大臣が定める時間】

午後6時 (土曜日は正午) から午前8時までのうち深夜 (午後10時から午前6時) を除いた時間

2. 地域医療支援病院 (一般病床に係るものの数が400以上) であって、紹介患者の割合等が低いものは、214点で算定する。
3. 時間外加算，休日加算，深夜加算，時間外特例医療機関の加算及び夜間・早朝等加算の重複算定はできない。
4. 許可病床数が200床以上である病院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において初診を行った場合には、214点を算定する。
5. 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では、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を算定する。
6. 前5を除き、同一保険医療機関で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、その新たに発生した傷病に係る初診料は算定できない。ただし、同一日に他の傷病について新たに別の診療料を初診として受診した場合は、2つ目の診療料に限り144点 (注2から4に規定する場合にあっては107点) を算定できる。
7. 小児科標榜保険医療機関 (時間外特例医療機関を除く。) にあっては、夜間であって厚生労働大臣が定める時間 (午後6時 (土曜日にあっては正午) から午前8時までのうち深夜を除く時間)、休日又は深夜 (当該保険医療機関が表示する診療時間に限る。) において6歳未満の乳幼児に対して初診を行った場合は、それぞれ所定点数 (288点) に、夜間であって厚生労働大臣が定める時間200点、休日365点、深夜695点を加算する。

8. 施設基準適合保険医療機関（1週当たりの診療時間が30時間以上である診療所に限る。）が、午後6時（土曜日にあっては正午）から午前8時までの間（深夜及び休日を除く。）、休日又は深夜であって、当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間において初診を行った場合は、**夜間・早朝等加算**として、**所定点数に50点を加算**する。
9. 施設基準適合保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において初診を行った場合は、**機能強化加算**として、**80点**を所定点数に加算する。なお、**機能強化加算**は、外来医療における適切な役割分担を図り、よりの確で質の高い診療機能を評価する観点から、かかりつけ医機関における初診を評価するものである。

投 薬 料

1. 通 則

- 1 投薬の費用は、調剤料、処方料、薬剤料、特定保険医療材料料を合算した点数により算定する。
- 2 薬剤師が常時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は、月1回に限り調剤技術基本料を算定する。
- 3 処方箋を交付した場合は処方箋料のみ算定する。

(注) 入院時食事療養費に係る食事療養又は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、算定できない。

2. 外来患者の場合

区 分	算定単位	内服薬・浸煎薬	屯服薬	外用薬
F000 調 剤 料	1回の処方に係る調剤につき	<u>11点</u>		<u>8点</u>
麻薬・向精神薬・覚せい剤原料・毒薬加算	1処方につき	+ 1点		
F100 処 方 料	1回の処方につき	1 3種類以上の抗不安薬・睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、抗精神病薬の投薬、4種類以上の抗不安薬・睡眠薬（臨時の投薬等のものを除く）の場合	18点	
2 1以外の場合であって7種類以上の内服薬投薬の場合（臨時投薬で、投薬期間が2週間以内のもの等を除く）		29点		
3 1及び2以外の場合		42点		
乳幼児加算（3歳未満）	1処方につき	+ 3点		
麻薬・向精神薬・覚せい剤原料・毒薬加算	1処方につき	+ 1点		
特定疾患処方管理加算1 （※1）	1処方につき	処方期間が27日以下の場合	+18点（月2回限り）	
特定疾患処方管理加算2 （※1）		処方期間が28日以上の場合 （同一月に1と2を合せて算定することはできない）	+66点（月1回限り）	
抗悪性腫瘍剤処方管理加算 （※2）	1処方につき	+70点（月1回限り）		

区 分	算定単位	内服薬・浸煎薬	屯服薬	外用薬
外来後発医薬品使用体制加算 イ 外来後発医薬品使用体制加算1 ロ 外来後発医薬品使用体制加算2 ハ 外来後発医薬品使用体制加算3	1処方につき		+ 5 点 + 4 点 + 2 点	
F200 薬 剤 料	(内服薬・浸煎薬) 1 剤 1 日分	15円以下の場合 15円を超える場合	1 点 10円又はその端数を増すごとに1点を加算する	
	(屯服薬) 1 回 分	$\left[\frac{\text{薬価} - 15\text{円}}{10\text{円}} \text{ 点} + 1 \text{ 点 (1点未満切り上げ)} \right]$		
	(外用薬) 1 調 剤			
F500 調剤技術基本料 (※3)		14点 (月1回限り)		

(※1) 診療所又は許可病床数が200床未満の病院において、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に対して処方を行った場合に加算する。

【厚生労働大臣が定める疾患】……「特掲診療料の施設基準等(抜粋)」の頁を参照

(※2) 施設基準適合保険医療機関(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した上で抗悪性腫瘍剤を処方した場合に加算する。

(※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)に算定する。ただし、薬剤管理指導料又は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。

3. F400 処方箋料(処方箋の交付1回につき)

1. 3種類以上の抗不安薬・睡眠薬・抗うつ薬・抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬・睡眠薬の投薬(臨時の投薬等のものを除く)の場合	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(臨時投薬で、投薬期間が2週間以内のもの等を除く)の場合	40点
3. 1及び2以外の場合	68点

薬剤の一般的名称の記載加算(※3)	乳幼児加算(3歳未満)		+3点
	特定疾患処方管理加算1(※1)	処方期間が27日以下の場合	+18点(月2回限り)
	特定疾患処方管理加算2(※1)	処方期間が28日以上の場合	+66点(月1回限り)
	抗悪性腫瘍剤処方管理加算(※2)	1回につき	+70点(月1回限り)
	① 一般名処方加算1		+7点
	② 一般名処方加算2		+5点

(※1) 診療所又は許可病床数が200床未満の病院において、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に対して処方箋を交付した場合に加算する。

【厚生労働大臣が定める疾患】……「特掲診療料の施設基準等(抜粋)」の頁を参照

(※2) 施設基準適合保険医療機関(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した上で抗悪性腫瘍剤に係る処方箋を交付した場合に加算する。

(※3) 一般名処方加算1……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

一般名処方加算2……1品目でも一般名処方されたものが含まれている場合

4. 入院患者の場合

区 分	算定単位	内服薬・浸煎薬	屯服薬	外用薬
F000 調 剤 料	1日につき	7点		
麻薬・向精神薬・覚せい剤原料・毒薬加算	1日につき	+1点		
F100 処 方 料	—	入院基本料に含まれ算定できない		
F200 薬 剤 料	(内服薬・浸煎薬) 1剤1日分	15円以下の場合	1点	
	(屯服薬) 1回分	15円を超える場合	10円又はその端数を増すごとに1点を加算する	
	(外用薬) 1調剤	$\left[\frac{\text{薬価} - 15\text{円}}{10\text{円}} \text{点} + 1\text{点} \text{ (1点未満切り上げ)} \right]$		
F500 調剤技術基本料 (※)		42点(月1回限り)		
院内製剤加算		+10点		

(※) 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に算定する。ただし、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。

注1. 外泊期間中及び入院実日数を越えた部分について、調剤料は算定できない。

2. 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た点数(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。

【その他の特定の疾患】……「特定疾患治療研究事業について」の別紙の第3に掲げる疾患。(「特掲診療料の施設基準等(抜粋)」の頁の別表第2を参照)

5. 1処方につき7種類以上の内服薬の投薬を行った場合の薬剤料の算定方法

(告示)

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週間以内のもの等を除く。）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。

(通知)

1. 本算定は、外来の場合の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、錠剤、カプセル剤は1銘柄ごとに1種類とする。また、散剤、顆粒剤及び液剤については、1銘柄ごとに1種類とするが、これら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種類として計算する。
2. 1処方とは、処方料の算定単位となる処方をいう。
3. 所定点数とは、1処方のうちの全ての内服薬の薬剤料をいう。
4. 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種類として計算する。

(留意点)

通知にいう「1処方のうちの全ての内服薬の薬剤料」とは、1処方のうちの全ての内服薬にかかる総薬剤点数のことである。100分の90はこの総薬剤点数に乘じるものであり、各調剤単位ごとの薬価や薬剤点数に対して乘じるものではない。なお、各調剤単位ごとの薬剤点数の算定方法については、従前の通りである。

また、総薬剤点数の100分の90に端数が生じる場合には、端数は四捨五入とする。

(具体的算定例)

（	A 1mg 3 T	
	B 3 T	
	C 50mg 3 T	21点×7日=147点

（	D 5mg 2 T	
	E 2 T	
	F 2g	22点×7日=154点

（	G 1 T	
	H 1 T	
	I 1.5g	19点×7日=133点

(G, H, Iは1剤1日分の薬価が205円以下の薬剤なので1種類とする。)

* 薬価が175円以下の薬剤（薬剤名等の省略は届出保険医療機関） 6点×4日=24点

総薬剤点数 458点

したがって、この場合は8種類となり、請求点数は、90/100を乗じると
458点×90/100=412.2点 なので412点 となる。

6. 投薬期間に上限が設けられている医薬品，保険医が投与することができる注射薬

〔療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等〕（平成18年厚生労働省告示第107号）抜粋）（改正 令和2年3月5日 厚生労働省告示第56号）

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）－抜粋－

第20条

二 投薬

- ヘ 投薬量は、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こととし、厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに1回14日分、30日分又は90日分を限度とする。
- ト 注射薬は、患者に療養上必要な事項について適切な注意及び指導を行い、厚生労働大臣の定める注射薬に限り投与することができることとし、その投与量は、症状の経過に応じたものでなければならないが、厚生労働大臣が定めるものについては当該厚生労働大臣が定めるものごとに1回14日分、30日分又は90日分を限度とする。

(1) 14日分を限度とされる内服薬及び外用薬並びに注射薬

- イ 麻薬及び向精神薬取締法（昭和28年法律第14号）第2条第1号に規定する麻薬（2に掲げるものを除く。）
- ロ 麻薬及び向精神薬取締法第2条第6号に規定する向精神薬（2及び3に掲げるものを除く。）
- ハ 新医薬品（薬事法第14条の4第1項第1号に規定する新医薬品をいう。）であって、使用薬剤の薬価（薬価基準）への収載の日の属する月の翌月の初日から起算して1年（厚生労働大臣が指定するものにあつては、厚生労働大臣が指定する期間）を経過していないもの

(2) 30日分を限度とされる内服薬及び外用薬並びに注射薬

イ 内服薬

アルプラゾラム， エスタゾラム， エチゾラム， オキシコドン塩酸塩， オキシコドン塩酸塩水和物， オキサゾラム， クアゼパム， クロキサゾラム， クロチアゼパム， クロルジアゼポキシド， コデインリン酸塩， ジヒドロコデインリン酸塩， ゴピクロン， ゾルピデム酒石酸塩， タベンタドール， トリアゾラム， ニメタゼパム， ハロキサゾラム， ヒドロモルフォン塩酸塩， プラゼパム， フルジアゼパム， フルニトラゼパム， フルラゼパム塩酸塩， プロチゾラム， プロマゼパム， ペモリン， メダゼパム， メチルフェニデート塩酸塩， モダフィニル， モルヒネ塩酸塩， モルヒネ硫酸塩， ロフラゼパ酸エチル， ロラゼパム又はロルメタゼパムを含有する内服薬並びにメベンゾラート臭化物・フェノバルビタール配合剤及びプロキシフィリン・エフェドリン配合剤

ロ 外用薬

フェンタニル， フェンタニルクエン酸塩又はモルヒネ塩酸塩を含有する外用薬

ハ 注射薬

フェンタニルクエン酸塩， プレノルフィン塩酸塩又はモルヒネ塩酸塩を含有する注射薬

(3) 90日分を限度とされる内服薬

ジアゼパム、ニトラゼパム、フェノバルビタール、クロナゼパム又はクロバザムを含有する内服薬及びフェニトイン・フェノバルビタール配合剤

(4) 保険医が投与することができる注射薬

インスリン製剤、ヒト成長ホルモン製剤、遺伝子組換え活性型血液凝固第Ⅶ因子製剤、乾燥濃縮人血液凝固第Ⅹ因子加活性化第Ⅶ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅷ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅸ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅸ因子製剤、活性化プロトロンビン複合体、乾燥人血液凝固因子抗体迂回活性複合体、性腺刺激ホルモン放出ホルモン製剤、性腺刺激ホルモン製剤、ゴナドトロピン放出ホルモン誘導体、ソマトスタチンアナログ、顆粒球コロニー形成刺激因子製剤、自己連続携行式腹膜灌流用灌流液、在宅中心静脈栄養法用輸液、インターフェロンアルファ製剤、インターフェロンベータ製剤、ブプレノルフィン製剤、モルヒネ塩酸塩製剤、抗悪性腫瘍剤、グルカゴン製剤、グルカゴン様ペプチド-1受容体アゴニスト、ヒトソマトメジンC製剤、人工腎臓用透析液、血液凝固阻止剤、生理食塩液、プロスタグランジンI₂製剤、エタネルセプト製剤、注射用水、ベグビソマント製剤、スマトリプタン製剤、フェンタニルクエン酸塩製剤、複方オキシコドン製剤、オキシコドン塩酸塩製剤、ベタメタゾンリン酸エステルナトリウム製剤、デキサメタゾンリン酸エステルナトリウム製剤、デキサメタゾンメタスルホ安息香酸エステルナトリウム製剤、プロトンポンプ阻害剤、H₂遮断剤、カルバゾクロムスルホン酸ナトリウム製剤、トラネキサム酸製剤、フルルビプロフェンアキセチル製剤、メトクロプラミド製剤、プロクロルペラジン製剤、ブチルスコポラミン臭化物製剤、グリチルリチン酸モノアンモニウム・グリシン・L-システイン塩酸塩配合剤、アダリムマブ製剤、エリスロポエチン、ダルベポエチン、テリパラチド製剤、アドレナリン製剤、ヘパリンカルシウム製剤、アポモルヒネ塩酸塩製剤、セルトリズマブペゴル製剤、トシリズマブ製剤、メトレレプチン製剤、アバタセプト製剤、pH4処理酸性人免疫グロブリン（皮下注射）製剤、電解質製剤、注射用抗菌薬、エグラボン製剤、アスホターゼ、アルファ製剤、グラチラマー酢酸塩製剤、脂肪乳剤、セクキヌマブ製剤、エボロクマブ製剤、プロダルマブ製剤、アリロクマブ製剤、ベリムマブ製剤、イキセキズマブ製剤、ゴリムマブ製剤、エミシズマブ製剤、イカチバント製剤、サリルマブ製剤、デュピルマブ製剤、ヒドロモルフォン塩酸塩製剤、インスリン・グルカゴン様ペプチド-I受容体アゴニスト配合剤及びヒドロコルチゾンコハク酸エステルナトリウム製剤