

令和4年度版「医科診療報酬点数表(早見表付)」の追補について(第14報)

以下の告示・通知等により、本書の内容に補正が生じたのでお知らせします。

- ・令和5年1月31日 厚生労働省告示第16号 診療報酬の算定方法の一部を改正する件 (令和5年4月1日から適用する。)
- ・令和5年1月31日 保医発0131第3号 「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について」等の一部改正について
- ・令和5年1月31日 保医発0131第4号 検査料の点数の取扱について
- ・令和5年1月31日 事務連絡 官報掲載事項の一部訂正について

頁	欄	行	訂正後	訂正前	備考
早8		下から1行目	<b>再診料</b> 注1～16 (略) <u>17 再診に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して再診を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算3として、月1回に限り2点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあっては、この限りでない。</u>	<b>再診料</b> 注1～16 (略) (新設)	字句挿入
早11		下から1行目	<b>外来診療料</b> 注1～9 (略) <u>10 再診に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して再診を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算3として、月1回に限り2点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあっては、この限りでない。</u>	<b>外来診療料</b> 注1～9 (略) (新設)	字句挿入
早363		上から7行目	<b>II 医科点数表の第2章第1部、第3部から第6部まで及び第9部から第12部までに規定する特定保険医療材料(フィルムを除く。)及びその材料価格</b> 001～072 (略) <b>073 髄内釘</b> (1) 髄内釘 ① (略) ② <b>大腿骨頸部型</b> <b>ア 標準型</b> <b>151,000円</b>	<b>II 医科点数表の第2章第1部、第3部から第6部まで及び第9部から第12部までに規定する特定保険医療材料(フィルムを除く。)及びその材料価格</b> 001～072 (略) <b>073 髄内釘</b> (1) 髄内釘 ① (略) ② <b>大腿骨頸部型</b> <b>ア 標準型</b> <b>151,000円</b>	官報掲載事項の訂正

			<p>イ X線透過型 <b>159,000円</b></p> <p>③～⑤ (略)</p> <p>(2) 横止めスクリュー</p> <p>① (略)</p> <p>② 大腿骨頸部型</p> <p>ア 標準型 <b>34,000円</b></p> <p>イ X線透過型 <b>38,100円</b></p> <p>③ (略)</p> <p>(3)・(4) (略)</p> <p>074～129 (略)</p>	<p>イ X線透過型 <b>162,000円</b></p> <p>③～⑤ (略)</p> <p>(2) 横止めスクリュー</p> <p>① (略)</p> <p>② 大腿骨頸部型</p> <p>ア 標準型 <b>34,000円</b></p> <p>イ X線透過型 <b>36,600円</b></p> <p>③ (略)</p> <p>(3)・(4) (略)</p> <p>074～129 (略)</p>	
早376	下から8行目	<p><b>130 心臓手術用カテーテル</b></p> <p>(1)～(6) (略)</p> <p>注ア (略)</p> <p>イ 経皮的冠動脈形成術用カテーテル・再狭窄抑制型は、冠動脈ステント内再狭窄病変又は新規冠動脈病変に対して使用された場合に算定できる。ただし、対照血管径が3.0mm以上の新規冠動脈病変に対しては関連学会が定めるステートメントに沿って使用した場合に限り算定できる。</p> <p>ウ～ケ (略)</p> <p>131～219 (略)</p>	<p><b>130 心臓手術用カテーテル</b></p> <p>(1)～(6) (略)</p> <p>注ア (略)</p> <p>イ 経皮的冠動脈形成術用カテーテル・再狭窄抑制型は、冠動脈ステント内再狭窄病変又は対照血管径が3.0mm未満の新規冠動脈病変に対して使用された場合に限り算定できる。</p> <p>ウ～ケ (略)</p> <p>131～219 (略)</p>	字句訂正	
早398	下から9行目	<p><b>220 経消化管胆道ドレナージステント</b> <b>289,000円</b></p> <p>221 (略)</p>	<p><b>220 経消化管胆道ドレナージステント</b> <b>290,000円</b></p> <p>221 (略)</p>	官報掲載事項の訂正	
13	左 上から20行目	<p><b>A000 初診料</b> <b>288点</b></p> <p>注1～4 (略)</p> <p>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<b>144点</b>(注1のただし書に規定する場合にあっては、<b>125点</b>)を、この場合において注2から注4までに規定する場合は、<b>107点</b>(注1のただし書に規定する場合にあっては、<b>93点</b>)を算定できる。ただし書の場合においては、注6から注15までに規定する加算は算定しない。</p>	<p><b>A000 初診料</b> <b>288点</b></p> <p>注1～4 (略)</p> <p>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<b>144点</b>(注1のただし書に規定する場合にあっては、<b>125点</b>)を、この場合において注2から注4までに規定する場合は、<b>107点</b>(注1のただし書に規定する場合にあっては、<b>93点</b>)を算定できる。ただし書の場合においては、注6から注14までに規定する加算は算定しない。</p>	字句訂正	

24	左 下から19行目	<p><b>A001 再診料</b> <span style="float:right">73点</span></p> <p>注1・2 (略)</p> <p>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、<b>37点</b>(注2に規定する場合にあっては、<b>27点</b>)を算定する。この場合において、注4から注8まで及び注10から<b>注18</b>までに規定する加算は算定しない。</p> <p>4～8 (略)</p> <p>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、注12、注13及び注15から<b>注18</b>までに規定する加算は算定しない。</p> <p>10～17 (略)</p> <p><b>18</b> <u>再診に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して再診を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算3として、月1回に限り<b>2点</b>を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあっては、この限りでない。</u></p>	<p><b>A001 再診料</b> <span style="float:right">73点</span></p> <p>注1・2 (略)</p> <p>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、<b>37点</b>(注2に規定する場合にあっては、<b>27点</b>)を算定する。この場合において、注4から注8まで及び注10から<b>注17</b>までに規定する加算は算定しない。</p> <p>4～8 (略)</p> <p>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、注12、注13及び注15から<b>注17</b>までに規定する加算は算定しない。</p> <p>10～17 (略)</p> <p><b>(新設)</b></p>	字句訂正
26	左 上から2行目	<p>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、注12、注13及び注15から<b>注18</b>までに規定する加算は算定しない。</p>	<p>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、注12、注13及び注15から<b>注17</b>までに規定する加算は算定しない。</p>	字句訂正
28	左 下から1行目	<p><b>18</b> <u>再診に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して再診を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算3として、月1回に限り<b>2点</b>を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあっては、この限りでない。</u></p>	<p><b>(新設)</b></p>	字句挿入
34	左 上から11行目	<p><b>A002 外来診療料</b> <span style="float:right">74点</span></p> <p>注1～4 (略)</p> <p>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<b>37点</b>(注2から注4までに規定する場合にあっては、<b>27点</b>)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<b>注10</b>までに規定する加算は算定しない。</p> <p>6～9 (略)</p>	<p><b>A002 外来診療料</b> <span style="float:right">74点</span></p> <p>注1～4 (略)</p> <p>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<b>37点</b>(注2から注4までに規定する場合にあっては、<b>27点</b>)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<b>注9</b>までに規定する加算は算定しない。</p> <p>6～9 (略)</p>	字句訂正

35	左	下から1行目	<p><u>10 再診に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して再診を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算3として、月1回に限り2点を所定点数に加算する。ただし、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により当該患者に係る診療情報を取得等した場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合にあつては、この限りでない。</u></p>	(新設)	字句挿入
134	左	下から6行目	<p><b>A243 後発医薬品使用体制加算</b>(入院初日) 1～3 (略) 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(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。))又は第3節の特定入院料のうち、後発医薬品使用体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。<u>以下この区分番号において同じ。</u>)について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ入院初日に限り所定点数に加算する。<u>ただし、この注本文の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に入院している患者については、この注本文に規定する基準に係る区分に従い、それぞれ入院初日に限り次に掲げる点数を所定点数に加算する。</u> イ 後発医薬品使用体制加算1 <b>67点</b> ロ 後発医薬品使用体制加算2 <b>62点</b> ハ 後発医薬品使用体制加算3 <b>57点</b></p>	<p><b>A243 後発医薬品使用体制加算</b>(入院初日) 1～3 (略) 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(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。))又は第3節の特定入院料のうち、後発医薬品使用体制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、当該基準に係る区分に従い、それぞれ入院初日に限り所定点数に加算する。</p>	字句挿入
273	左	上から23行目	<p><b>B001-2 小児科外来診療料</b>(1日につき) 1・2 (略) 注1・2 (略) 3 注4に規定する加算、区分番号A000に掲げる初診料の注7、注8、<u>注10及び注15</u>に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注5、<u>注6及び注18</u>に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注8<u>から注10まで</u>に規定する加算、通則第3号から第5号までに規定する加算、区分番号B00</p>	<p><b>B001-2 小児科外来診療料</b>(1日につき) 1・2 (略) 注1・2 (略) 3 注4に規定する加算、区分番号A000に掲げる初診料の注7、注8、<u>注10及び注15</u>に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注5<u>及び注6</u>に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注8<u>及び注9</u>に規定する加算、通則第3号から第5号までに規定する加算、区分番号B001-2-</p>	字句訂正

			<p>1-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号B001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)、区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料及び区分番号C000に掲げる往診料(同区分番号の注1から注3までに規定する加算を含む。)を除き、診療に係る費用は、小児科外来診療料に含まれるものとする。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7及び注8に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から<b>115点</b>を減じた点数を、区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算並びに区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から<b>70点</b>を減じた点数を算定するものとする。</p> <p>4 (略)</p>	<p>2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号B001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)、区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料及び区分番号C000に掲げる往診料(同区分番号の注1から注3までに規定する加算を含む。)を除き、診療に係る費用は、小児科外来診療料に含まれるものとする。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7及び注8に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から<b>115点</b>を減じた点数を、区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算並びに区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から<b>70点</b>を減じた点数を算定するものとする。</p> <p>4 (略)</p>	
278	左	上から23行目	<p><b>B001-2-7 外来リハビリテーション診療料</b></p> <p>1・2 (略)</p> <p><b>注1 (略)</b></p> <p>2 外来リハビリテーション診療料1を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料(注15に規定する加算を除く。)、区分番号A001に掲げる再診料(注18に規定する加算を除く。)、区分番号A002に掲げる外来診療料(注10に規定する加算を除く。)及び外来リハビリテーション診療料2は、算定しない。</p> <p>3 外来リハビリテーション診療料2を算定する日から起算して14日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料(注15に規定する加算を除く。)、区分番号A001に掲げる再診料(注18に規定する加算を除く。)、区分番号A002に掲げる外来診療料(注10に規定する加算を除く。)及び外来リハビリテーション診療料1は、算定しない。</p>	<p><b>B001-2-7 外来リハビリテーション診療料</b></p> <p>1・2 (略)</p> <p><b>注1 (略)</b></p> <p>2 外来リハビリテーション診療料1を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料(注15に規定する加算を除く。)、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料及び外来リハビリテーション診療料2は、算定しない。</p> <p>3 外来リハビリテーション診療料2を算定する日から起算して14日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料(注15に規定する加算を除く。)、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料及び外来リハビリテーション診療料1は、算定しない。</p>	字句挿入

279	左	上から14行目	<p><b>B001-2-8 外来放射線照射診療料</b> <b>297点</b></p> <p>注1・2 (略)</p> <p>3 外来放射線照射診療料を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該放射線治療の実施に係る区分番号A000に掲げる初診料(注15に規定する加算を除く。)、区分番号A001に掲げる再診料(注18に規定する加算を除く。)<u>及び</u>区分番号A002に掲げる外来診療料(注10に規定する加算を除く。)は、算定しない。</p>	<p><b>B001-2-8 外来放射線照射診療料</b> <b>297点</b></p> <p>注1・2 (略)</p> <p>3 外来放射線照射診療料を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該放射線治療の実施に係る区分番号A000に掲げる初診料(注15に規定する加算を除く。)、区分番号A001に掲げる再診料<u>及び</u>区分番号A002に掲げる外来診療料は、算定しない。</p>	字句挿入
279	左	下から7行目	<p><b>B001-2-9 地域包括診療料</b>(月1回)</p> <p>1・2 (略)</p> <p>注1 (略)</p> <p>2 地域包括診療を受けている患者に対して行った注3に規定する加算並びに区分番号A001に掲げる再診料の注5から注7まで<u>及び注18</u>に規定する加算、通則第3号から第5号までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)及び区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料並びに第2章第2部在宅医療(区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅰ)、区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料を除く。)<u>及び</u>第5部投薬(区分番号F100に掲げる処方料及び区分番号F400に掲げる処方箋料を除く。)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<b>550点</b>未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。</p> <p>3 (略)</p>	<p><b>B001-2-9 地域包括診療料</b>(月1回)</p> <p>1・2 (略)</p> <p>注1 (略)</p> <p>2 地域包括診療を受けている患者に対して行った注3に規定する加算並びに区分番号A001に掲げる再診料の注5から注7までに規定する加算、通則第3号から第5号までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)及び区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料並びに第2章第2部在宅医療(区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅰ)、区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料を除く。)<u>及び</u>第5部投薬(区分番号F100に掲げる処方料及び区分番号F400に掲げる処方箋料を除く。)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<b>550点</b>未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。</p> <p>3 (略)</p>	字句挿入
283	左	上から17行目	<p><b>B001-2-10 認知症地域包括診療料</b>(月1回)</p> <p>1・2 (略)</p> <p>注1 (略)</p> <p>2 認知症地域包括診療を受けている患者に対して行った注3に規定する加算並びに区分番号A001に掲げる再診料の注5から注7まで<u>及び注18</u>に規定する加算、通則第3号から第5号までに規定する加算、通則第3号から第5号までに規定する加算、</p>	<p><b>B001-2-10 認知症地域包括診療料</b>(月1回)</p> <p>1・2 (略)</p> <p>注1 (略)</p> <p>2 認知症地域包括診療を受けている患者に対して行った注3に規定する加算並びに区分番号A001に掲げる再診料の注5から注7までに規定する加算、通則第3号から第5号までに規定する加算、区</p>	字句挿入

			<p>算、区分番号B001—2—2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)及び区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料並びに第2章第2部在宅医療(区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅰ)、区分番号C001—2に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号C002—2に掲げる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F100に掲げる処方料及び区分番号F400に掲げる処方箋料を除く。)を除く費用は、認知症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<b>550点</b>未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。</p> <p>3 (略)</p>	<p>分番号B001—2—2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)及び区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料並びに第2章第2部在宅医療(区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅰ)、区分番号C001—2に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号C002—2に掲げる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F100に掲げる処方料及び区分番号F400に掲げる処方箋料を除く。)を除く費用は、認知症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<b>550点</b>未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。</p> <p>3 (略)</p>	
285	左	上から4行目	<p><b>B001-2-11 小児かかりつけ診療料</b>(1日につき)</p> <p>1・2 (略)</p> <p><b>注</b>1・2 (略)</p> <p>3 注4に規定する加算、区分番号A000に掲げる初診料の注7、注8、注10及び注15に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注5、<b>注6及び注18</b>に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注8<b>から注10まで</b>に規定する加算並びに通則第3号から第5号までに規定する加算、区分番号B001—2—2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B001—2—5に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号B001—2—6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号B009に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)、区分番号B009—2に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)、区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料及び区分番号C000に掲げる往診料(同区分番号の注1から注3までに規定する加算を含む。)を除き、診療に係る費用は、小児かかりつけ診療料に含まれるものとする。</p> <p>4 (略)</p>	<p><b>B001-2-11 小児かかりつけ診療料</b>(1日につき)</p> <p>1・2 (略)</p> <p><b>注</b>1・2 (略)</p> <p>3 注4に規定する加算、区分番号A000に掲げる初診料の注7、注8、注10及び注15に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注5<b>及び注6</b>に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注8<b>及び注9</b>に規定する加算並びに通則第3号から第5号までに規定する加算、区分番号B001—2—2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B001—2—5に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号B001—2—6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号B009に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)、区分番号B009—2に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)、区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料及び区分番号C000に掲げる往診料(同区分番号の注1から注3までに規定する加算を含む。)を除き、診療に係る費用は、小児かかりつけ診療料に含まれるものとする。</p> <p>4 (略)</p>	字句挿入

286	左 上から25行目	<p><b>B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料</b></p> <p>1・2 (略)</p> <p><b>注1</b> 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、悪性腫瘍を主病とする患者であつて入院中の患者以外のものに対して、外来化学療法(別に厚生労働大臣が定めるものに限る。)の実施その他の必要な治療管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料(注6から注8まで及び注15に規定する加算を除く。)、区分番号A001に掲げる再診料(注4から注6まで及び注18に規定する加算を除く。)、区分番号A002に掲げる外来診療料(注7から注10までに規定する加算を除く。)、区分番号B001の23に掲げるがん患者指導管理料のハ又は区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は、別に算定できない。</p> <p>2～7 (略)</p>	<p><b>B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料</b></p> <p>1・2 (略)</p> <p><b>注1</b> 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、悪性腫瘍を主病とする患者であつて入院中の患者以外のものに対して、外来化学療法(別に厚生労働大臣が定めるものに限る。)の実施その他の必要な治療管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料(注6から注8まで及び注15に規定する加算を除く。)、区分番号A001に掲げる再診料(注4から注6までに規定する加算を除く。)、区分番号A002に掲げる外来診療料(注7から注9までに規定する加算を除く。)、区分番号B001の23に掲げるがん患者指導管理料のハ又は区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は、別に算定できない。</p> <p>2～7 (略)</p>	字句挿入
497	(通知) 右 上から16行目	<p><b>D007 血液化学検査</b></p> <p>(1)～(40) (略)</p> <p>(41) オートタキシン</p> <p>ア 「48」のオートタキシンは、サンドイッチ法を用いた蛍光酵素免疫測定法、化学発光酵素免疫測定法又は酵素法により、慢性肝炎又は肝硬変の患者(疑われる患者を含む。)に対して、肝臓の線維化進展の診断補助を目的に実施した場合に算定する。</p> <p>イ (略)</p> <p>(42)～(54) (略)</p>	<p><b>D007 血液化学検査</b></p> <p>(1)～(40) (略)</p> <p>(41) オートタキシン</p> <p>ア 「48」のオートタキシンは、サンドイッチ法を用いた蛍光酵素免疫測定法又は化学発光酵素免疫測定法により、慢性肝炎又は肝硬変の患者(疑われる患者を含む。)に対して、肝臓の線維化進展の診断補助を目的に実施した場合に算定する。</p> <p>イ (略)</p> <p>(42)～(54) (略)</p>	字句挿入
522	(通知) 右 下から1行目	<p><b>D012 感染症免疫学的検査</b></p> <p>(1)～(57) (略)</p> <p><u>(58) 単純ヘルペスウイルス抗原定性(皮膚)は、単純ヘルペスウイルス感染症が疑われる皮膚病変を認めた初発の患者に対し、イムノクロマト法により実施した場合に本区分「37」単純ヘルペスウイルス抗原定性を準用して算定できる。なお、当該検査を2回目以降行う場合においては、本検査を実施した医学的な必要性を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。ただし、本区分「37」単純ヘルペスウイルス抗原定性及び「44」単純ヘルペスウイルス抗原定性(角膜)、単純ヘルペスウイルス抗原定性(性器)は併せて算定できない。</u></p>	<p><b>D012 感染症免疫学的検査</b></p> <p>(1)～(57) (略)</p> <p><b>(新設)</b></p>	字句挿入



546	右	(通知) 下から17行目	<b>D023 微生物核酸同定・定量検査</b> (1)～(36) (略) <u>(37) 結核菌群リファンピシン耐性遺伝子及びイソニアジド耐性遺伝子同時検出</u> <u>ア 結核菌群リファンピシン耐性遺伝子及びイソニアジド耐性遺伝子同時検出は、塗抹検査又はその他の検査所見で結核菌感染の診断が確定した患者を対象として、薬剤耐性結核菌感染を疑う場合に、本区分「20」ウイルス・細菌核酸多項目同時検出の所定点数を準用して算定する。</u> <u>イ 結核菌群リファンピシン耐性遺伝子及びイソニアジド耐性遺伝子同時検出と本区分「19」の結核菌群リファンピシン耐性遺伝子検出及び結核菌群イソニアジド耐性遺伝子検出を併用した場合は、主たるもののみ算定する。</u>	<b>D023 微生物核酸同定・定量検査</b> (1)～(36) (略) (新設)	字句挿入
666	左	下から1行目	<b>第5部 投薬</b> <b>F100 処方料</b> 1～3 (略) 注1～10 (略) <u>11 注9の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において投薬を行った場合には、外来後発医薬品使用体制加算として、注9に規定する基準に係る区分に従い、1処方につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。</u> <u>イ 外来後発医薬品使用体制加算1 7点</u> <u>ロ 外来後発医薬品使用体制加算2 6点</u> <u>ハ 外来後発医薬品使用体制加算3 4点</u>	<b>第5部 投薬</b> <b>F100 処方料</b> 1～3 (略) 注1～10 (略) (新設)	字句挿入
675	左	下から11行目	<b>F400 処方箋料</b> 1～3 (略) 注1～8 (略) <u>9 注7の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算</u>	<b>F100 処方料</b> 1～3 (略) 注1～8 (略) (新設)	字句挿入

		<p>する。</p> <p>イ 一般名処方加算1 9点</p> <p>ロ 一般名処方加算2 7点</p>																				
1141	下から1行目	<p><b>第4章 経過措置</b></p> <p>1～4 (略)</p> <p>5 <u>第1章又は第2章の規定にかかわらず、区分番号A001の注18、区分番号A002の注10、区分番号A243の注ただし書、区分番号F100の注11及び区分番号F400の注9の規定による加算は、令和5年12月31日までの間に限り、算定できるものとする。</u></p> <p>6 <u>第1章の規定にかかわらず、令和5年12月31日までの間、初診に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して初診を行った場合は、区分番号A000の注15中「4点」とあるのは「6点」とする。</u></p>	<p><b>第4章 経過措置</b></p> <p>1～4 (略)</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>	<p>字句挿入</p> <p>字句挿入</p>																		
調3	下から2行目	<p>(第3)</p> <p><b>調剤報酬点数表</b></p> <p><b>調剤報酬点数早見表</b></p> <p><b>I 調剤技術料</b></p> <p><b>1 調剤基本料</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>区 分</th> <th>点数</th> <th>摘 要</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>後発医薬品分割調剤 (略)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>イ <u>地域支援体制加算1</u></td> <td></td> <td rowspan="3">(新設)</td> </tr> <tr> <td>(1) <u>後発医薬品調剤体制加算1又は2に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合</u></td> <td>+40</td> </tr> <tr> <td>(2) <u>後発医薬品調剤体制加算3に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合</u></td> <td>+42</td> </tr> <tr> <td>ロ <u>地域支援体制加算2</u></td> <td></td> <td rowspan="2">(新設)</td> </tr> <tr> <td>(1) <u>後発医薬品調剤体制加算1又は2に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合</u></td> <td>+48</td> </tr> </tbody> </table>	区 分	点数	摘 要	後発医薬品分割調剤 (略)			イ <u>地域支援体制加算1</u>		(新設)	(1) <u>後発医薬品調剤体制加算1又は2に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合</u>	+40	(2) <u>後発医薬品調剤体制加算3に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合</u>	+42	ロ <u>地域支援体制加算2</u>		(新設)	(1) <u>後発医薬品調剤体制加算1又は2に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合</u>	+48	<p>(新設)</p>	<p>字句挿入</p>
区 分	点数	摘 要																				
後発医薬品分割調剤 (略)																						
イ <u>地域支援体制加算1</u>		(新設)																				
(1) <u>後発医薬品調剤体制加算1又は2に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合</u>	+40																					
(2) <u>後発医薬品調剤体制加算3に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合</u>	+42																					
ロ <u>地域支援体制加算2</u>		(新設)																				
(1) <u>後発医薬品調剤体制加算1又は2に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合</u>	+48																					

			<p>(2) <u>後発医薬品調剤体制加算3に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合</u> <b>+50</b></p> <p>ハ <u>地域支援体制加算3</u></p> <p>(1) <u>後発医薬品調剤体制加算1又は2に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合</u> <b>+18</b></p> <p>(2) <u>後発医薬品調剤体制加算3に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合</u> <b>+20</b></p> <p>ニ <u>地域支援体制加算4</u></p> <p>(1) <u>後発医薬品調剤体制加算1又は2に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合</u> <b>+40</b></p> <p>(2) <u>後発医薬品調剤体制加算3に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合</u> <b>+42</b></p> <p><u>連携強化加算・・・注12に係る加算</u> <b>+2</b></p>		
			<p>・上記表中にある注1, 2, 5, <u>12</u>については本紙区分「00」調剤基本料の項参照</p>		
調16	左	上から12行目	<p><b>調剤報酬</b></p> <p><b>第1節 調剤技術料</b></p> <p><b>00 調剤基本料(処方箋の受付1回につき)</b></p> <p>1～3 (略)</p> <p><b>注1～5 (略)</b></p> <p>6 <u>注5又は注12に該当する場合であって、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保険薬局において調剤を行った場合は、連携強化加算として、2点を更に所定点数に加算する。</u></p>	<p><b>調剤報酬</b></p> <p><b>第1節 調剤技術料</b></p> <p><b>00 調剤基本料(処方箋の受付1回につき)</b></p> <p>1～3 (略)</p> <p><b>注1～5 (略)</b></p> <p>6 <u>注5に該当する場合であって、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保険薬局において調剤を行った場合は、連携強化加算として、2点を更に所定点数に加算する。</u></p>	字句挿入
調17	左	下から1行目	<p><u>7～11 (略)</u></p> <p><u>12 注5の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局において調剤した場合には、注5に規定する基準に係る区分に従い、次に掲げる点数(注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の100分の80に相当する点数)を所定点数に加算する。</u></p> <p><u>イ 地域支援体制加算1</u></p>	<p><u>7～11 (略)</u></p> <p><b>(新設)</b></p>	字句挿入

			<p>(1) <u>後発医薬品調剤体制加算1又は2に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合</u> <b>40点</b></p> <p>(2) <u>後発医薬品調剤体制加算3に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合</u> <b>42点</b></p> <p>ロ <u>地域支援体制加算2</u></p> <p>(1) <u>後発医薬品調剤体制加算1又は2に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合</u> <b>48点</b></p> <p>(2) <u>後発医薬品調剤体制加算3に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合</u> <b>50点</b></p> <p>ハ <u>地域支援体制加算3</u></p> <p>(1) <u>後発医薬品調剤体制加算1又は2に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合</u> <b>18点</b></p> <p>(2) <u>後発医薬品調剤体制加算3に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合</u> <b>20点</b></p> <p>ニ <u>地域支援体制加算4</u></p> <p>(1) <u>後発医薬品調剤体制加算1又は2に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合</u> <b>40点</b></p> <p>(2) <u>後発医薬品調剤体制加算3に係る届出を行った保険薬局において調剤した場合</u> <b>42点</b></p>		
調92	左	上から8行目	<p><b>第5節 経過措置</b></p> <p><u>1 平成24年3月31日以前に区分番号15の注1に規定する医師の指示があった患者については、区分番号15の注8、区分番号15の2の注7及び区分番号15の3の注7の規定は適用しない。</u></p> <p><u>2 区分番号00の注12の規定による加算は、令和5年12月31日までの間に限り、算定できるものとする。</u></p> <p><u>3 第2節の規定にかかわらず、令和5年12月31日までの間、調剤に係る十分な情報を取得する体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局(区分番号10の2の注3に規定する別に厚</u></p>	<p><b>第5節 経過措置</b></p> <p>平成24年3月31日以前に区分番号15の注1に規定する医師の指示があった患者については、区分番号15の注8、区分番号15の2の注7及び区分番号15の3の注7の規定は適用しない。</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>	<p>字句挿入</p> <p>字句挿入</p> <p>字句挿入</p>

		<p><u>生労働大臣が定める保険薬局を除く。)において調剤を行った場合は、同区分番号の注6中「3点」とあるのは「4点」とする。</u></p>	
--	--	--------------------------------------------------------------------------	--