

・投薬／注射		日本ヘルスケアプランニング株式会社作成 2022年2月1日		
解釈番号	改定後	現行	現行届出済	改定対応済
	【第5部 投薬】 通則 5 入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき 63枚 を超えて湿布薬を投薬した場合は、区分番号F000に掲げる調剤料、区分番号F100に掲げる処方料、区分番号F200に掲げる薬剤(当該超過分に係る薬剤料に限る。)、区分番号F400に掲げる処方箋料及び区分番号F500に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず 63枚 を超えて投薬する場合には、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。	【第5部 投薬】 通則 5 入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき 70枚 を超えて湿布薬を投薬した場合は、区分番号F000に掲げる調剤料、区分番号F100に掲げる処方料、区分番号F200に掲げる薬剤(当該超過分に係る薬剤料に限る。)、区分番号F400に掲げる処方箋料及び区分番号F500に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず 70枚 を超えて投薬する場合には、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。		
00	【調剤基本料】 1・2 (略) 3 調剤基本料3 イ 21点 ロ 16点 ハ 32点 【施設基準】 (4) 調剤基本料3のロの施設基準 処方箋の受付回数の合計が一月に四十万回を超える 又は同一グループの保険薬局の数が300以上 のグループに属する保険薬局(この二の(1)に該当するものを除く。)のうち、次のいずれかに該当する保険薬局であること。 イ・ロ (略) (5) 調剤基本料3のハの施設基準 同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に40万回を超える又は同一グループの保険薬局の数が300以上のグループに属する保険薬局(2)、(4)のロ又はこの二の(1)に該当するものを除く。)のうち、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が●85%以下であること。	【調剤基本料】 1・2 (略) 3 調剤基本料3 イ 同一グループの保険薬局(財務上又は営業上若しくは事業上、緊密な関係にある範囲の保険薬局をいう。以下この表において同じ。)による処方箋受付回数3万5千回を超え 40万回以下の場合 21点 ロ 同一グループの保険薬局による処方箋受付回数40万回を超える場合 16点 (新設) 【施設基準】 (4) 調剤基本料3のロの施設基準 同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に四十万回を超えるグループに属する保険薬局(この二の(1)に該当するものを除く。)のうち、次のいずれかに該当する保険薬局であること。 イ・ロ (略) (新設)		
00	【調剤基本料】 【算定要件】 注2 別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、注1本文の規定にかかわらず、特別調剤基本料として、処方箋の受付1回につき 7点 を算定する。 <調剤技術料> 区分00 調剤基本料 6 次に掲げる調剤基本料に規定する加算及び減算について、これらのうち複数に該当する場合は、最初に所定点数に「注3」(100分の80)及び「注4」(100分の50)のうち該当するものを乗じ、次に「注5」(地域支援体制加算)、「注6」(連携強化加算)、「注7」(後発医薬品調剤体制加算)及び「 注8 」(後発医薬品減算)のうち該当するものの加算等を行い、最後に小数点以下第一位を四捨五入した点数を算定する。 ただし、当該点数が3点未満になる場合は、3点を算定する。	【調剤基本料】 注2 別に厚生労働大臣が定める保険薬局においては、注1本文の規定にかかわらず、特別調剤基本料として、処方箋の受付1回につき 9点 を算定する。 <調剤技術料> 区分00 調剤基本料 6 次に掲げる調剤基本料に規定する加算及び減算について、これらのうち複数に該当する場合は、最初に所定点数に「注3」(100分の80)及び「注4」(100分の50)のうち該当するものを乗じ、次に「注5」(地域支援体制加算)、「注6」(後発医薬品調剤体制加算)及び「注7」(後発医薬品減算)のうち該当するものの加算等を行い、最後に小数点以下第一位を四捨五入した点数を算定する。		
通則	【第6部 注射】 通則 7 前号に規定する場合であって、当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、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150点を更に所定点数に加算する。 ※ 外来腫瘍化学療法診療料(新設)についても同様の加算を設ける。	【第6部 注射】 通則 (新設)		
G020	【無菌製剤処理料】 【施設基準】 三 無菌製剤処理料の施設基準等 (1) 無菌製剤処理料の施設基準 (削除) イ・ロ (略)	【無菌製剤処理料】 【施設基準】 三 無菌製剤処理料の施設基準等 (1) 無菌製剤処理料の施設基準 イ 病院であること。 ロ・ハ (略)		

解釈番号	改定後	現行	現行届出済	改定対応済
新設	(新) 外来腫瘍化学療法診療料 1 外来腫瘍化学療法診療料1 イ 抗癌性腫瘍剤を投与した場合 700点 ロ 抗癌性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合 400点 2 外来腫瘍化学療法診療料2 イ 抗癌性腫瘍剤を投与した場合 570点 ロ 抗癌性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合 270点	連携充実加算は廃止		
	[対象患者] 悪性腫瘍を主病とする患者であって、入院中の患者以外の患者			
	[算定要件] (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、悪性腫瘍を主病とする患者であっ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、7及び8に規定する加算を除く。)、区分番号A001に掲げる再診料(注4、5及び6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、8及び9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。 (2) 1のイ及び2のイについては、当該患者に対して、抗癌性腫瘍剤を投与した場合に、 月3回 に限り算定する。 (3) 1のロ及び2のロについては、1のイ又は2のイを算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗癌性腫瘍剤の投与その他の必要な治療管理を行った場合に、 週1回 に限り算定する。 (4) 退院した患者に対して退院の日から起算して7日以内に行った治療管理の費用は、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。 (5) 当該患者が 15 歳未満の小児である場合には、小児加算として、所定点数に 200点 を加算する。 (6) 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、1のイを算定した患者に対して、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、副作用の発現状況、治療計画等を文書により提供した上で、当該患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合は、連携充実加算として、月1回に限り 150点 を所定点数に加算する。			
	[施設基準] (1) 外来化学療法を実施する体制及び外来化学療法に伴う副作用等が生じた場合に速やかに必要な検査、投薬等を行う体制がそれぞれの診療料に応じて整備されていること。 (2) 外来化学療法を行うにつき必要な機器及び十分な専用施設を有していること。 (3) 外来腫瘍化学療法診療料に規定する別に厚生労働大臣が定める外来化学療法は、入院中の患者以外の患者に対して、区分番号G001に掲げる静脈内注射、G002に掲げる動脈注射、G003に掲げる抗癌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癌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のいずれかにより抗癌性腫瘍剤の投与を行う化学療法とする。 (4) 連携充実加算の算定については、以下のいずれにも該当するものであること。 イ 化学療法を実施している患者の栄養管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。 ロ 他の保険医療機関及び保険薬局との連携体制が確保されていること。			