

第5部 投薬

<通則>

- 1 投薬の費用は、第1節調剤料、第2節処方料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料及び第6節調剤技術基本料に掲げる所定点数を合算した点数で算定する。ただし、処方せんを交付した場合は第5節処方せん料に掲げる所定点数のみを算定する。
なお、使用薬剤の薬価（薬価基準）に記載されている臨床試用医薬品を使用した場合は、薬剤料は算定せず、調剤料、処方料、特定保険医療材料料、調剤技術基本料のみを算定する。
- 2 別に規定する場合を除き、入院実日数を超えて投薬を算定することができる。退院時の投薬については、服用の日の如何にかかわらず入院患者に対する投薬として扱う。
- 3 投薬時における薬剤の容器は、原則として保険医療機関から患者へ貸与するものとする。なお、患者が希望する場合には、患者にその実費負担を求めて容器を交付できるが、患者が当該容器を返還した場合には、当該容器本体部分が再使用できるものについて当該実費を返還しなければならない。
- 4 患者に直接投薬する目的で製品化されている薬剤入りチューブ及び薬剤入り使い捨て容器のように再使用できない薬剤の容器については、患者に容器代金を負担させることは認められない。
- 5 保険医療機関が患者に喘息治療剤の施用のため小型吸入器及び鼻腔・口腔内治療剤の施用のため噴霧・吸入用器具（散粉器）を交付した場合は、患者にその実費負担を求めることができるが、患者が当該吸入器を返還した場合には当該実費を返還しなければならない。
- 6 入院中の患者に月をまたがって投与した薬剤は、投薬の日の属する月により区分する。
- 7 外来において数日分投与しその薬剤を入院後も服用する場合、この入院後服用の分の請求区分は服用の日の如何にかかわらず、外来投与として扱う。
- 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。

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、リン酸コデイン散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、覚せい剤原料及び毒薬は次の通りである。

ア 毒薬とは薬事法第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) 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料を算定する。

(2) 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2」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「2」で算定する。

(3) 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、F200薬剤の(4)に準じるものとする。

(4) 「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。

(5) 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。

(6) 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日以上の場合は、月1回に限り1処方につき65点を加算する。なお、同一暦月に処方料と処方せん料を算定する場合にあっては、処方料又は処方せん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、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せん料を算定する場合であっても、処方せん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。

第3節 薬剤料

F200 薬剤

- (1) 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が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 固型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

- (2) 「注1」における「その他の特定の疾患」とは、「特定疾患治療研究事業について」(昭和48年4月17日衛発第242号)の別紙の第3に掲げる疾患をいう。

- (3) 特別入院基本料(平成18年6月30日までの間は、療養病棟入院基本料1の特別入院基本料2を含む。以下この項において同じ。)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。

- (4) 多剤投与の場合の算定

ア 「注2」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2」の「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。

ウ 「注2」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。

- (5) ビタミン剤

ア 「注3」に規定するビタミン剤(ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。)と

は、内服薬及び注射薬をいうものであり、また、ビタミンB群又はビタミンC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、具体的には、次のような場合をいう。ただし、薬事法上の承認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、三分がゆ又は五分が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

F400 処方せん料

(1) 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に定められている様式の完備した処方せん（院外処方せん）を交付した場合に限り算定し、その処方せんに処方した剤数、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。

(2) 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枚以上の処方せんを交付した場合は、1回として算定する。

(3) 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せん料を算定することができる。

(4) 処方せん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2」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「2」で算定する。

(5) 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、処方せん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F200薬剤の(4)に準じるものとする。

(6) 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

外処方せん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せんにより投与することは認められない。

(7) 乳幼児加算又は特定疾患処方管理加算は区分番号「F 1 0 0」処方料の(5)又は(6)に準じるものとする。

(8) 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に貼付する。なお、地方社会保険事務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回に限られる。

第6節 調剤技術基本料

F 5 0 0 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せん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「B 0 0 8」薬剤管理指導料又は区分番号「C 0 0 8」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」の院内製剤加算は、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、薬事法上の承認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種類のみ医薬品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 沈降破傷風トキソイド
 - カ ㊦ ガスエソウマ抗毒素
 - キ 乾燥ガスエソウマ抗毒素
 - ク ㊦ 乾燥ジフテリアウマ抗毒素
 - ケ ㊦ 乾燥破傷風ウマ抗毒素
 - コ ㊦ 乾燥はぶウマ抗毒素
 - サ ㊦ 乾燥ボツリヌスウマ抗毒素
 - シ ㊦ 乾燥まむしウマ抗毒素
 - (2) 区分番号「G005」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が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悪性腫瘍の患者に対して、当該抗悪性腫瘍剤による注射の必要性、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、外来化学療法に係る専用室において、悪性腫瘍の治療を目的として抗悪性腫瘍剤等が投与された場合に算定する。
 - (2) 外来化学療法加算は、関節リウマチの患者、クローン病の患者及びベーチェット病の患者に対してインフリキシマブ製剤の注射を行った場合も算定できる。
 - (3) 外来化学療法加算1については、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」、「通則4」及び「通則5」の加算は算定できない。なお、使用薬剤の薬価(薬価基準)に記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、硝子体注入、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部処置又は第10部手術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(2)、(3)及び(5)の例による。
- 7 区分番号「G001」静脈内注射、区分番号「G004」点滴注射又は区分番号「G005」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。
- 8 点滴注射及び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。
- 9 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。

第1款 注射実施料

G000 皮内、皮下及び筋肉内注射

- (1) 入院中の患者以外の患者に対して行った場合にのみ算定し、入院中の患者に行った場合は、1日の薬剤料を合算し、第2節薬剤料のみ算定できる。
- (2) 涙のう内薬液注入、鼓室内薬液注入、局所・病巣内薬液注入、子宮腔部注射、咽頭注射(軟口蓋注射、口蓋ヒヤリー氏点の注射を含む。)、腱鞘周囲注射及び血液注射については、皮内、皮下及び筋肉内注射に準じて算定する。ただし、涙のう内薬液注入については、両眼にそれぞれ異なる薬剤を使用した場合は、片眼ごとに所定点数を算定する。
- (3) 区分番号「C101」在宅自己注射指導管理料又は区分番号「C108」在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者(これらに係る在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料のみを算定している者を含む。)に対して、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料を算定する日に、患者において当該訪問診療と併せて皮内、皮下及び筋肉内注射を行った場合は、当該注射に係る費用は算定しない。

G001 静脈内注射

- (1) 入院中の患者以外の患者に対して行った場合にのみ算定し、入院中の患者に行った場合は、1日の薬剤料を合算し、第2節薬剤料のみ算定する。
- (2) 区分番号「C101」在宅自己注射指導管理料、区分番号「C104」在宅中心静脈栄

養法指導管理料又は区分番号「C108」在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含む。）に対して、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料を算定する日に、患家において当該訪問診療と併せて静脈内注射を行った場合は、当該注射に係る費用は算定しない。

G002 動脈注射

「内臓の場合」とは、肺動脈起始部、大動脈弓及び腹部大動脈等深部動脈に対して行う場合であり、「その他の場合」とは、頸動脈、鎖骨下動脈、股動脈、上腕動脈等に対して行う場合をいう。

G003 抗悪性腫瘍剤局所持続注入

- (1) ポンプを利用して注入する場合におけるポンプの費用及び当該注入に必要なカテーテル等の材料の費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (2) 区分番号「C108」在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定している月においては、当該抗悪性腫瘍剤局所持続注入に係る費用（薬剤料は除く。）は算定できない。

G003-3 肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入

- (1) 抗悪性腫瘍剤注入用肝動脈塞栓材と抗悪性腫瘍剤を混和して肝動脈内に注入する場合に算定できる。なお、当該注入に必要なカテーテル等の材料の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (2) 抗悪性腫瘍剤注入用肝動脈塞栓材の使用量を決定する目的で当該塞栓材のみを注入する場合は、その必要性が高い場合に限り、月1回に限り算定できる。

G004 点滴注射

- (1) 6歳未満の乳幼児に対する1日分の注射量が100mL未満の場合及び6歳以上の者に対する1日分の注射量が500mL未満の場合は、入院中の患者以外の患者に限り、3に掲げる所定点数で算定する。
- (2) 「注射量」は、次のように計算する。
 - ア 点滴回路より薬物を注入するいわゆる「管注」を行った場合には、「管注」に用いた薬剤及び補液に用いた薬剤の総量。
 - イ 同一の者に対して、点滴注射を1日に2回以上行った場合には、それぞれの注射に用いた薬剤の総量。
- (3) 血漿成分製剤加算
 - ア 注3に規定する「文書による説明」とは、1回目の輸注を行う際（当該患者に対して複数回の輸注を行う場合は概ね1週間毎）に、別紙様式20又はこれに準ずる様式により、患者（医師の説明に対して理解が困難と認められる小児又は意識障害者等にあつては、その家族等）に対して、輸注の必要性、副作用、輸注方法及びその他の留意点等について説明することをいう。
 - イ 説明に用いた文書については、患者（医師の説明に対して理解が困難と認められる小児又は意識障害者等にあつては、その家族等）から署名又は押印を得た上で、当該患者に交付するとともに、その文書の写しを診療録に貼付することとする。
 - ウ 緊急その他やむを得ない場合は、輸注後に説明を行った場合も算定できるが、この場合輸注後速やかに行うこととする。
 - エ 注3に規定する血漿成分製剤とは、新鮮液状血漿及び新鮮凍結人血漿等をいい、血漿

分画製剤（アルブミン製剤、グロブリン製剤等）は含まれないが、血漿成分製剤に準じ、患者に対して輸注の必要性等の説明を行うよう努めること。なお、血漿成分製剤及び血漿分画製剤の輸注に当たっては、「「輸血療法の実施に関する指針」及び「血液製剤の使用指針」の改定について」（平成17年9月6日薬食発第0906002号）を遵守するよう努めるものとする。

- (4) 区分番号「C101」、区分番号「C104」又は区分番号「C108」在宅自己注射指導管理料、在宅中心静脈栄養法指導管理料又は在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含む。）に対して、区分番号「C001」に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に、患家において当該訪問診療と併せて点滴注射を行った場合は、当該注射に係る費用は算定しない。

G005 中心静脈注射

- (1) 中心静脈注射により高カロリー輸液を行っている場合であっても、必要に応じ食事療養又は生活療養を行った場合は、入院時食事療養(I)若しくは入院時食事療養(II)又は入院時生活療養(I)の食事の提供たる療養に係る費用若しくは入院時生活療養(II)の食事の提供たる療養に係る費用を別に算定できる。
- (2) 注1に掲げられる血漿成分製剤加算については、区分番号「G004」点滴注射の(3)に規定する血漿成分製剤加算の例による。
- (3) 区分番号「C104」在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定している患者（これに係る在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、中心静脈注射の費用は算定できない。
- (4) 区分番号「C108」在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者（これに係る在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含む。）について、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料を算定する日に、患家において当該訪問診療と併せて中心静脈注射を行った場合は当該注射の費用は算定しない。

G005-2 中心静脈注射用カテーテル挿入

- (1) 中心静脈圧測定の目的でカテーテルを挿入した場合は、中心静脈注射用カテーテル挿入に準じて算定する。中心静脈注射及び中心静脈圧測定を同一の回路より同時に行った場合は、どちらか一方のみを算定する。

ただし、中心静脈注射及び中心静脈圧測定を別の回路から別のカテーテルを用いて同時に行った場合は、それぞれ材料料及び手技料を算定できる。

- (2) カテーテルの詰まり等によりカテーテルを交換する場合は、カテーテルの材料料及び手技料はその都度算定できる。
- (3) カテーテル挿入時の局所麻酔の手技料は別に算定できず、使用薬剤の薬剤料は別に算定できる。
- (4) 区分番号「C104」又は区分番号「C108」在宅中心静脈栄養法指導管理料又は在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含む。）について、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料を算定する日に、患家において当該訪問診療と併せて中心静脈注射用カテーテル挿入を行った場合は、カテーテルの材料料及び手技料は別に算定できる。

G 0 0 9 脳脊髄腔注射

検査、処置を目的とする穿刺と同時に実施した場合は、当該検査若しくは処置又は脳脊髄腔注射のいずれかの所定点数を算定する。

G 0 1 0 関節腔内注射

検査、処置を目的とする穿刺と同時に実施した場合は、当該検査若しくは処置又は関節腔内注射のいずれかの所定点数を算定する。

G 0 1 2 結膜下注射

- (1) 両眼に行った場合は、それぞれに片眼ごとの所定点数を算定する。
- (2) 結膜下注射又は眼球注射の実施時に使用された麻薬については、「通則5」の加算は算定できない。

G 0 1 2 - 2 自家血清の眼球注射

眼球注射に際し、患者の血液を採取する場合は所定点数に採血料を加算して算定する。

第2款 無菌製剤処理料

G 0 2 0 無菌製剤処理料

- (1) 無菌製剤処理とは、無菌室、クリーンベンチ、安全キャビネット等の無菌環境において、無菌化した器具を用いて、製剤処理を行うことをいう。

無菌製剤処理は、常勤の薬剤師が行うとともに、その都度、当該処理に関する記録を整備し、保管しておくこと。

- (2) 無菌製剤処理料1の対象患者は、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関し、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入又は点滴注射が行われる患者であり、この場合において、「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」とは、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法（平成14年法律第192号）第4条第5項第1号の規定に基づき厚生労働大臣が指定した医薬品（平成16年厚生労働省告示第185号）のうち、悪性腫瘍に対して用いる注射剤をいう。

なお、この場合の無菌製剤処理は、常勤の薬剤師が無菌製剤処理を行う薬剤を用いる患者ごとに、投与経路、投与速度、投与間隔等の確認を行った上で行うこととする。

- (3) 無菌製剤処理料2の対象患者は、以下のア又はイに該当する患者である。

ア 動脈注射又は点滴注射が行われる入院中の患者のうち、白血病、再生不良性貧血、骨髓異形成症候群、重症複合型免疫不全症等の患者及び後天性免疫不全症候群の病原体に感染し抗体の陽性反応がある患者であって、無菌治療室管理加算若しくはH I V感染者療養環境特別加算を算定する患者又はこれらの患者と同等の状態にある患者

イ 中心静脈注射又は埋込型カテーテルによる中心静脈栄養が行われる患者

第2節 薬剤料

G 1 0 0 薬剤

アレルギー治療エキス及びアレルギーハウスダストエキス等によるアレルギー疾患減感作療法において使用した薬剤料については、使用量（やむを得ず廃棄した場合の薬液量を含む。）に応じて薬価により算定する。