定できない。

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（許可病床数が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を行った上で抗悪性腫瘍剤に係る処方せんを交付した場合には、抗悪性腫瘍剤処方管理加算として、月１回に限り、処方せんの交付１回につき70点を加算する。

7　薬剤の一般的名称を記載する処方せんを交付した場合は、当該処方せんの内容に応じ、次に掲げる点数を処方せんの交付１回につきそれぞれ加算する。

イ　一般名処方加算１　３点

ロ　一般名処方加算２　２点

8　入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合には算定しない。

9　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、その理由を処方せん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６節　調剤技術基本料

区分

Ｆ５００　調剤技術基本料

1　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Ｃ００８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。

5　入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合には算定しない。

6　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、その理由を処方せん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80点を加算する。

5　注射に当たって、麻薬を使用した場合は、前各号により算定した点数に５点を加算する。

6　区分番号Ｇ００１に掲げる静脈内注射、Ｇ００２に掲げる動脈注射、Ｇ００３に掲げる抗悪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悪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について、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医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、悪性腫瘍等の患者であるものに対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ１日につき前各号により算定した点数に加算する。この場合において、同一月に区分番号Ｃ１０１に掲げる在宅自己注射指導管理料は算定できない。

イ　外来化学療法加算１

⑴　外来化学療法加算Ａ

①　15歳未満　820点

②　15歳以上　600点

⑵　外来化学療法加算Ｂ

①　15歳未満　670点

②　15歳以上　450点

ロ　外来化学療法加算２

⑴　外来化学療法加算Ａ

①　15歳未満　740点

②　15歳以上　470点

⑵　外来化学療法加算Ｂ

①　15歳未満　640点

②　15歳以上　370点

7　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。

8　注射に伴って行った反応試験の費用は、第１節の各区分の所定点数に含まれるものとする。

第１節　注射料

通則

注射料は、第１款及び第２款の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。

第１款　注射実施料

区分

Ｇ０００　皮内、皮下及び筋肉内注射（１回につき）　20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　区分番号Ｃ１０１に掲げる在宅自己注射指導管理料、区分番号Ｃ１０８に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号Ｃ１０８－２に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、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併せて行った皮内、皮下及び筋肉内注射の費用は算定しない。

Ｇ００１　静脈内注射（１回につき）　32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、45点を加算する。

3　区分番号Ｃ１０１に掲げる在宅自己注射指導管理料、区分番号Ｃ１０４に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料、区分番号Ｃ１０８に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号Ｃ１０８－２に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、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併せて行った静脈内注射の費用は算定しない。

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　抗悪性腫瘍剤局所持続注入（１日につき）　165点

注　皮下植込型カテーテルアクセス等を用いて抗悪性腫瘍剤を動脈内、静脈内又は腹腔（くう）内に局所持続注入した場合に算定する。

Ｇ００３－２　削除

Ｇ００３－３　肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入（１日につき）　165点