５－２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Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定する日に併せて行った点滴注射の費用は算定できない。

Ｇ００５　中心静脈注射（１日につき）　140点

注１　血漿成分製剤の注射を行う場合であって、１回目の注射に当たって、患者に対して注射の必要性、危険性等について文書による説明を行ったときは、当該注射を行った日に限り、50点を所定点数に加算する。

２　中心静脈注射の費用を算定した患者については、同一日に行われた区分番号Ｇ００４に掲げる点滴注射の費用は算定できない。

３　６歳未満の乳幼児に対して行った場合は、50点を所定点数に加算する。

４　区分番号Ｃ００５に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号Ｃ００５－２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Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定する日に併せて行った中心静脈注射の費用は算定できない。

Ｇ００５－２　中心静脈注射用カテーテル挿入　1,400点

注１　カテーテルの挿入に伴う検査及び画像診断の費用は、所定点数に含まれる。

２　６歳未満の乳幼児に対して行った場合は、500点を所定点数に加算する。

３　別に厚生労働大臣が定める患者に対して静脈切開法を用いて行った場合は、2,000点を所定点数に加算する。

Ｇ００５－３　末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入　700点

注１　カテーテルの挿入に伴う検査及び画像診断の費用は、所定点数に含まれる。

２　６歳未満の乳幼児に対して行った場合は、500点を所定点数に加算する。

Ｇ００６　植込型カテーテルによる中心静脈注射（１日につき）　125点

注１　区分番号Ｃ００５に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号Ｃ００５－２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Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定する日に併せて行った植込型カテーテルによる中心静脈注射の費用は算定できない。

２　６歳未満の乳幼児に対して行った場合は、50点を所定点数に加算する。

Ｇ００７　関節腔内注射　80点

Ｇ００８　滑液嚢穿刺後の注入　80点

第２款　無菌製剤処理料

区分

Ｇ０２０　無菌製剤処理料

１　無菌製剤処理料１（悪性腫瘍に対して用いる薬剤が注射される一部の患者）

イ　閉鎖式接続器具を使用した場合　180点

ロ　イ以外の場合　45点

２　無菌製剤処理料２（１以外のもの）　40点

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おいて、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、点滴注射、中心静脈注射及び植込型カテーテルによる中心静脈注射を行う際に、別に厚生労働大臣が定める患者に対して使用する薬剤について、必要があって無菌製剤処理が行われた場合は、当該患者に係る区分に従い１日につき所定点数を算定する。

第２節　薬剤料

区分

Ｇ１００　薬剤

１　薬価が１回分使用量につき15円以下である場合　１点

２　薬価が１回分使用量につき15円を超える場合　薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき１点未満の端数を切り上げて得た点数に１点を加算して得た点数

注１　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に対して投薬又は注射を行った場合を除く。）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。

２　健康保険法第85条第１項及び高齢者医療確保法第74条第１項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養又は健康保険法第85条の２第１項及び高齢者医療確保法第75条第１項に規定する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、歯科医師が当該ビタミン剤の注射が有効であると判断したときを除き、これを算定しない。

３　使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第３節　特定保険医療材料料

区分

Ｇ２００　特定保険医療材料　材料価格を10円で除して得た点数

注　使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第７部　リハビリテーション

通則

１　リハビリテーションの費用は、特に規定する場合を除き、疾病、部位又は部位数にかかわらず、１日につき第１節の各区分の所定点数により算定する。

２　リハビリテーションに当たって薬剤を使用した場合は、前号により算定した点数及び第２節の所定点数を合算した点数により算定する。

３　第１節に掲げられていないリハビリテーションであって特殊なリハビリテーションの費用は、第１節に掲げられているリハビリテーションのうちで最も近似するリハビリテーションの各区分の所定点数により算定する。

４　脳血管疾患等リハビリテーション料又は廃用症候群リハビリテーション料については、患者の疾患等を勘案し、適当な区分１つに限り算定できる。この場合、患者の疾患、状態等を総合的に勘案し、治療上有効であると医学的に判断される場合であって、患者１人につき１日６単位（別に厚生労働大臣が定める患者については１日９単位）に限り算定できるものとする。

第１節　リハビリテーション料

区分

Ｈ０００　脳血管疾患等リハビリテーション料

１　脳血管疾患等リハビリテーション料⑴（１単位）　245点

２　脳血管疾患等リハビリテーション料⑵（１単位）　200点

３　脳血管疾患等リハビリテーション料⑶（１単位）　100点

注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、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、それぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から180日以内に限り所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、180日を超えて所定点数を算定することができる。

２　注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対