

# 「注射薬処方せんの記載について」

— 安全・安心な注射薬投与のために —

処方せん												
(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)												
公費負担者番号			保険者番号			3 9 2 4 2 0 7 8						
公費負担医療の 受給者番号			被保険者証・被保険 者手帳の記号・番号			●●●×××●●●						
患 者	氏名 (すずか たろう) 鈴鹿 太郎			保険医療機関の 所在地及び名称			三重県鈴鹿市●●町●●● ●●●●●クリニック					
	生年月日		明 大 平 9年10月6日	男・女	電話番号		0595-●●-××××					
	区分		被保険者	被扶養者	都道府県 番号		2 4	点数表 番号	1	医療機関 コード		
					保険医氏名		在宅 一郎 (在宅)					
交付年月日			平成29年10月25日			処方せんの 有効期間			平成 年 月 日 (特に記載がある場合を除き、公 の日のを以て4日以内に保険薬局 に提出すること)			
変更不可 (個々の処方箋について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更に差支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄 に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名欄」に署名又は記名・押印すること。)												
処方												
1) エルネオハNF2号輸液2000mL 14袋 ファモチジン 静注20mg/20mL 28本 平成29年10月26日から10:00に1日1回、持続静注(中心静脈)、14日分 エルネオハNF2号輸液2000mL 1袋にファモチジン 静注20mg2本を混注 投与速度 80mL/hr 2) ヘパリンNaロック用100単位/mLシリンジ 10mL(ルアーロックタイプ) 14本 1日1回、静脈内留置ルートに充填、14日分 3) 在宅中心静脈栄養用輸液セット 3セット (1) 本体 (2) 付属品 ① フーバー針 3本 以下余白												
備考												
保険医署名 (「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場 合は、署名又は記名・押印すること。)						訪問指示						
保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。) <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供												
調剤済年月日			平成 年 月 日			公費負担者番号						
保険薬局の所在地 及び名称			保険薬剤師氏名			公費負担医療の 受給者番号						

様式第二号(第二十三条関係)

一般社団法人鈴鹿市医師会・一般社団法人亀山医師会  
一般社団法人鈴鹿亀山薬剤師会

「注射薬処方せんの記事について」

— 安全・安心な注射薬投与のために — 発行にあたって

平素から当会活動にご理解とご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

医薬分業が円滑に行われるよう、また安全・安心に注射薬を投与するため、鈴鹿市医師会長 西城 英郎先生並びに亀山医師会長 落合 仁先生のご理解とご協力を得てこの冊子を発行しました。

先生方におかれましては、この冊子を注射薬処方せん発行の際にご活用いただければ幸いです。

なお、冊子の作成には慎重を期していますが、先進的な内容も含まれているため不適切な記述があるときはご容赦をお願いします。

平成 30 年 3 月

一般社団法人 鈴鹿亀山薬剤師会  
会長 藤本 修嗣

目 次	頁数
はじめに	1
第1 処方せんの記載について	2
第2 厚生労働大臣が定める保険医が投与することができる注射薬	4
第3 鈴鹿亀山薬剤師会の通常備蓄品目	8
1 維持（3号）液：（後発）ソルデム3A輸液500mL	8
2 末梢静脈栄養用輸液製剤：ビーフリード輸液500mL	8
3 注射用抗菌薬：（後発）セフトリアキソンナトリウム点滴用1gバッグ	9
第4 薬局（薬剤師）への診療情報の提供について	11
第5 訪問薬剤管理指導と注射薬院外処方Q&A	14
【全 般】	
Q1：患者宅に訪問し、薬剤管理をしてほしいがどうすればいいか？	14
Q2：薬剤師在宅訪問サポートの費用について教えてください？	14
Q3：薬剤師会の相談窓口と対応内容を教えてください？	15
【注射薬】	
Q4：院外処方可能な注射薬を教えてください？	15
Q5：院外処方不可能な注射薬を使いたいときはどうすればいいか？	15
【無菌調製】	
Q6：無菌調剤は可能ですか？	15
【中心静脈栄養】	
Q7：中心静脈栄養法を行っている入院患者が在宅に移行するが対応できますか？	16
Q8：中心静脈栄養法をしたいが具体的にどうすればいいか？	16
Q9：中心静脈栄養法で使用する輸液セットや医療材料の支給はどうすればいいか？	16
Q10：注入ポンプを使いたいけどどうすればいいか？	17
【医療用麻薬】	
Q11：医療用麻薬は院外処方できますか？	17
Q12：モルヒネ等の持続注入をしたいがどうすればいいか？	17
Q13：モルヒネ等の持続注入時に他の薬剤を混注できますか？	18
Q14：在宅患者が亡くなったときに残った麻薬を回収してもらうことは可能か？	18
【その他の注射薬】	
Q15：末梢輸液を院外処方したいがどうすればいいか？	19
Q16：注射用抗菌薬を院外処方したいがどうすればいいか？	19
Q17：サンドスタチン皮下注用を院外処方したいがどうすればいいか？	19
Q18：皮下輸液をしたいが院外処方可能か？	19
【医療材料・衛生材料】	
Q19：薬局で、衛生材料の提供は可能ですか？	21
Q20：輸液ルート・輸液バッグ・針・注射器などの医療廃棄物はどうすればいいか？	21
【医療保険】	
Q21：院外処方せんで在宅の患者宅に届けた注射薬（電解質輸液及び注射用抗菌薬）の点滴注射は誰が行うのか？	22
Q22：在宅患者訪問点滴注射管理指導料で使用する薬剤は院外処方せんで対応できますか？	23
Q23：在宅患者訪問点滴注射管理指導料と訪問看護指示料（特別訪問看護加算を含む）は、併せて算定できますか？	24
Q24：患者宅で処方せんで発行すると保険薬局にファックス送信できないがどうすればいいか？	24

参 考 資 料

<b>I</b>	<b>注射薬処方せんの記載事例</b>	<b>26</b>
1	記載例 1 : 中心静脈栄養 (TPN) キット製品への混注	26
2	記載例 2 : 中心静脈栄養 (TPN) キット製品への混注 (簡易版)	27
3	記載例 3 : 麻薬 (モルヒネ) 持続皮下注	28
4	記載例 4 : 麻薬 (モルヒネ) 持続皮下注 (簡易版)	29
5	記載例 5 : 末梢静脈栄養 (PPN) 輸液製剤	30
6	記載例 6 : 末梢静脈栄養 (PPN) 輸液製剤 (簡易版)	31
7	記載例 7 : 電解質輸液維持 (3号) 液	32
8	記載例 8 : 電解質輸液維持 (3号) 液 (簡易版)	33
9	記載例 9 : 抗菌薬 (セフトリアキソン) 点滴静注用バッグ	34
10	記載例 10 : 抗菌薬 (セフトリアキソン) 点滴静注用バッグ (簡易版)	35
<b>II</b>	<b>参考文献等一覧</b>	<b>36</b>

## はじめに

通常、医師が施用する注射薬は、処方せん調剤には馴染みません。しかし、在宅医療においては、医師が処方せんを発行し、薬局が調剤して注射薬を患者宅に届け、医師の指示を受けた訪問看護師等が施用することで効率的に注射を実施できます（図1参照）。

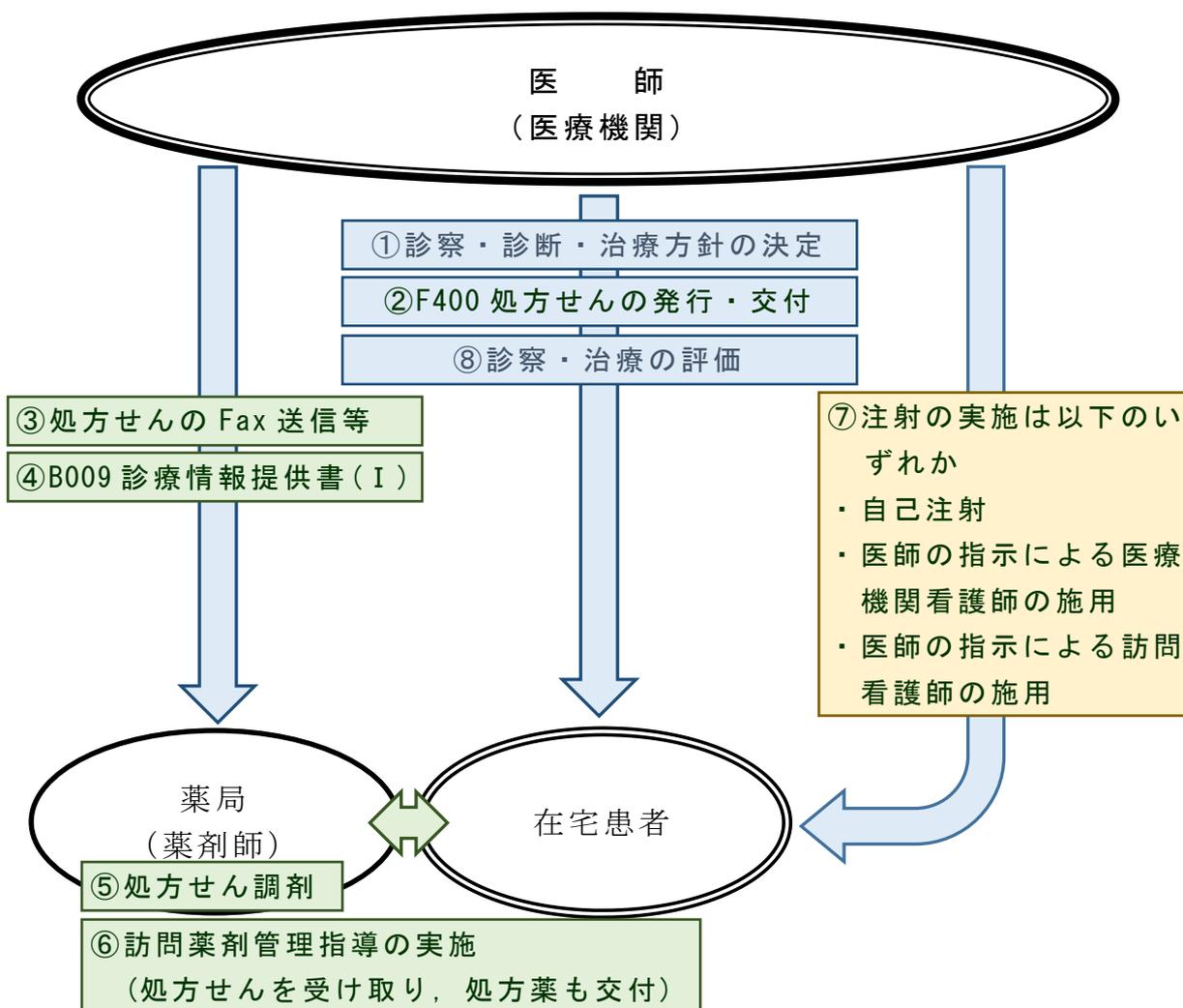
この冊子では、注射薬の処方せんの記載例を示しました。先生方が注射薬の処方せん発行を検討されるときに参考にいただければ幸いです。

また、在宅患者訪問薬剤管理指導又は（介護予防）居宅療養管理指導（以下「訪問薬剤管理指導」という。）を行っている薬局が注射薬の処方せん調剤を行うと、処方薬を円滑に患者宅に届けることができます。注射薬処方せんを発行される在宅患者につきましては、可能な限り、訪問薬剤管理指導の指示をお願いします。

訪問薬剤管理指導は、注射薬だけでなく内服薬や外用薬においても、先生方にとって有益で効率的なシステムです。在宅患者につきましては、是非とも、薬局薬剤師の訪問薬剤管理指導を活用していただきますようお願いいたします。

注）薬剤師会では、在宅患者訪問薬剤管理指導又は（介護予防）居宅療養管理指導を薬剤師在宅訪問サポートと呼んで推進しています。

図1. 在宅患者に対する注射施用における多職種連携



## 第1 処方せんの記載について

次頁に麻薬の注射薬処方せんの「記載例」を例示しました。

以下の記載は、健康保険法に基づく通知「処方せんの記載上の注意事項」に基づく注射薬関連の処方欄及び備考欄の注意事項です。

### 1 「処方」欄について

投薬すべき医薬品名、分量、用法及び用量を記載し、余白がある場合には、斜線あるいは「以下余白」の記載等により余白である旨を表示すること。

- (1) 医薬品名は、一般的名称に剤形及び含量を付加した記載（以下「一般名処方」という。）又は薬価基準に記載されている名称による記載とすること。なお、可能な限り一般名処方を考慮することとし、一般名処方の場合には、会社名（屋号）を付加しないこと。

なお、薬価基準に記載されている名称を用いる場合、当該医薬品が、薬価基準上、2以上の規格単位がある場合には、当該規格単位をも記載すること（記載例の注1）。

また、保険医療機関と保険薬局との間で約束されたいわゆる約束処方による医薬品名の省略、記号等による記載は認められないものであること。

- (2) 分量は、注射薬については投与総量を記載すること（記載例の注2）。
- (3) 用法及び用量は、1回当たりの使用量、1日当たり使用回数及び使用時点、投与日数（回数）並びに使用に際しての留意事項等を記載すること（記載例の注3）。
- (4) 特定保険医療材料（自己注射に用いる自己注射用ディスポーザブル注射器（針を含む。）、万年筆型注入器用注射針、自己連続携行式腹膜灌流に用いる腹膜透析液交換セット、在宅中心静脈栄養法に用いる在宅中心静脈栄養用輸液セット、在宅成分栄養経管栄養法に用いる在宅寝たきり患者処置用栄養用ディスポーザブルカテーテル又は携帯型ディスポーザブル注入ポンプ）を保険薬局より支給させる場合は名称及び本数又はセット数を記載すること（記載例の注4）。

### 2 「備考」欄について

- (1) 麻薬を処方する場合には、麻薬取締法第27条に規定する事項のうち、患者の住所及び麻薬施用者の免許証の番号を記載すること（記載例の注5）。
- (2) 訪問薬剤管理指導（在宅患者訪問薬剤管理指導、（介護予防）居宅療養管理指導）を依頼する場合は、「訪問指示」等と記載すること（記載例の注6）。

注射処方せんを交付するときは、在宅患者が多いと思いますので、訪問指示に併せて、診療情報（薬局宛てB009診療情報提供料（I） 11頁参照）の提供をお願いします。

記載例

処方せん

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

様式第二号（第二十三条関係）

公費負担者番号		保険者番号	2	4	0	1	0	1
公費負担医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	●●●××××-○○○					

患者	氏名	(さかえまち はなこ) 栄町 花子		保険医療機関の所在地及び名称	三重県亀山市●●町●●●-●●●●●●クリニック				
	生年月日	明大昭平	48年3月25日	性別	男(女)	電話番号	059-●●●-××××		
	区分	被保険者	被扶養者		保険医氏名	在宅 二郎 (在宅)			
交付年月日		平成29年10月25日		処方せんの有効期間	平成 年 月 日 (特に記載がある場合を除き、公布の日を含めて4日以内に保険薬局)				

交付年月日	平成29年10月25日	処方せんの有効期間	平成 年 月 日 (特に記載がある場合を除き、公布の日を含めて4日以内に保険薬局)
-------	-------------	-----------	---

処方	変更不可	〔個々の処方薬について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更に差支えがに「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名欄」に署名又は記名・押印すること。〕		注1) 薬剤の名称は「販売名称」+「剤形」+「規格・単位」を記載して下さい。
		1) モルヒネ塩酸塩注射液50mg/5mL 10本 大塚生食注50mL 1本 平成29年10月26日10時から持続皮下注、2回分 モルヒネ塩酸塩注射液5本と大塚生食注25mLをシュアフューザーA(50mL)に充填 投与速度 0.5mL/hr、PCA1回量 0.5mL、ロックアウトタイム 30分 モルヒネ1日持続投与量 60mg	注2) 分量は、投与総量を記載してください。	注3) 用法及び用量は、省略してもかまいません。必要なときは薬局から照会させていただきます。
		2) シュアフューザーA PCAセット(50mL) 2セット	以下余白	

備考	保険医署名	〔「変更署名」〕	訪問指示	注4) 特定保険医療材料(携帯型ディスプレイ注入ポンプ:PCA型)の名称及び本数又はセット数を記載してください。	注6) 在宅患者訪問薬剤管理指導の指示をされるときは「訪問指示」等と記載してください。
	麻薬施用者免許証番号	〇〇-〇〇	患者住所	亀山市〇〇町××〇〇-	注5) 麻薬処方せんには、麻薬施用者免許証番号と患者住所を記載してください。

保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。)  
 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤  保険医療機関へ情報提供

調剤済年月日	平成 年 月 日	公費負担者番号						
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名		公費負担医療の受給者番号						

備考 1.「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。  
 2.この用紙は、日本工業規格A列5番を標準とすること。  
 3.療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令(昭和51年厚生省令第36号)第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

第2 厚生労働大臣が定める保険医が投与することができる注射薬（処方せん交付可） No.1

平成30年2月28日現在

薬局で調剤できる注射薬製剤	薬効	IVH等	自己注射	薬剤名例示
インスリン製剤	血糖降下剤		○	ノボラピッド注
性腺刺激ホルモン製剤	性腺刺激剤		○	フォリスチム注
ヒト成長ホルモン剤	ヒト成長ホルモン		○	ノルデイトロピン S 注
遺伝子組換え活性化型血液凝固第Ⅶ因子製剤	血友病治療薬		○	ノボセブン静注用シリンジ
遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤	血友病治療薬		○	ノボエイト静注用
遺伝子組換え型血液凝固第Ⅸ因子製剤	血友病治療薬		○	リクスビス静注用
乾燥濃縮人血液凝固第Ⅹ因子加活性化第Ⅶ因子製剤	血友病治療薬		○	—
乾燥人血液凝固第Ⅷ因子製剤	血友病治療薬		○	クロスエイト MC 注射用
乾燥人血液凝固第Ⅸ因子製剤	血友病治療薬		○	ノバクト M 静注用
顆粒球コロニー形成刺激因子製剤	好中球減少病治療薬		○	グランシリンジ
性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤	性腺刺激剤		○	ヒポクライン注射液
ソマトスタチンアナログ	先端巨大症/下垂体巨人症治療薬		○	サンドスタチン皮下注用
ゴナドトロピン放出ホルモン誘導體	性腺刺激剤		○	スプレキュア皮下注用
グルカゴン製剤	血糖上昇剤		○	グルカゴン G・ノボ注射用
グルカゴン様ペプチド-1 受容体アゴニスト	血糖降下剤		○	ビクトーザ皮下注
ヒトソマトメジン C 製剤	インスリン受容体異常症改善薬		○	ソマゾン注射用
インターフェロンアルファ製剤	C 型肝炎等		○	スミフェロン注 DS
インターフェロンベータ製剤	多発性硬化症		○	フェロン注射用
エタネルセプト製剤	リウマチ治療薬		○	エンブレル皮下注
ペグビソマント製剤	成長ホルモン受容体拮抗薬		○	ソマバート皮下注
スマトリプタン製剤	片頭痛治療薬		○	イミグランキット皮下注
グリチルリチン酸モノアンモニウム・グリシン・L-システイン塩酸塩配合剤	肝臓疾患治療薬		○	強力ネオミノファーゲンシー静注
アダリムマブ製剤	リウマチ治療薬		○	ヒュミラ皮下注
テリパラチド製剤	骨粗鬆症治療剤		○	フォルテオ皮下注
アドレナリン製剤	アナフィラキシー症状対処薬		○	エピペン注射液
ヘパリンカルシウム製剤	血栓性素因治療薬		○	ヘパリンカルシウム皮下注「モチダ」
アポモルヒネ塩酸塩製剤	パーキンソン病治療薬		○	アポカイン皮下注
セルトリズマブペゴル製剤	リウマチ治療薬		○	シムジア皮下注
トシリズマブ製剤	リウマチ治療薬		○	アクテムラ皮下注
メトレプレチン製剤	脂肪萎縮症治療薬		○	メトレプレチン皮下注
アバタセプト製剤	リウマチ治療薬		○	オレンシア皮下注
pH4 処理酸性人免疫グロブリン(皮下注射)製剤	無又は低 $\gamma$ -グロブリン血症		○	ハイゼントラ 20%皮下注
アスホターゼアルファ剤	低ホスファターゼ治療薬		○	ストレンジック皮下注
グラチラマー酢酸塩製剤	多発性硬化症		○	コパキソン皮下注シリンジ
セクキヌマブ製剤	乾癬治療薬		○	コセンティクス皮下注ペン
エボロクマブ製剤	高コレステロール血症		○	レパーサ皮下注ペン

薬局で調剤できる注射薬製剤	薬効	IVH等	自己注射	薬剤名例示
アリロクマブ製剤	高コレステロール血症		○	プララエント皮下注ペン
プロダルマブ製剤	乾癬治療薬		○	ルミセフ皮下注シリンジ
ベリムマブ製剤	全身性エリテマトーデス		○	ベンリスタ皮下注シリンジ
サリルマブ製剤	リウマチ治療薬		○	ケブサラ皮下注シリンジ
エダラボン製剤 <sup>注1)</sup>	筋委縮性側索硬化症	—	—	ラジカット点滴静注バッグ
プロスタグランジン I <sub>2</sub> 製剤 <sup>注2)</sup>	肺動脈性肺高血圧症	○		トレプロスト注射液
自己連続携行式腹膜灌流用灌流液 <sup>注3)</sup>	腹膜灌流	○		ダイアニール PD-2
人工腎臓用透析液 <sup>注4)</sup>		○		バイフィル透析液
エリスロポエチン <sup>注5)</sup>	人工透析患者用	—	—	エスポー皮下用シリンジ
ダルベポエチン <sup>注5)</sup>	人工透析患者用	—	—	ネस्प注射液プラシリンジ
在宅中心静脈栄養法用輸液 <sup>注6)</sup>	中心静脈栄養補給	○		エルネオ <sup>®</sup> NF1 号・2 号輸液
ベタメタゾニル酸エステルナトリウム製剤	ステロイド系消炎剤	○		リンデロン注
デキサメタゾニル酸エステルナトリウム製剤	ステロイド系消炎剤	○		デカロン注射液
プロトンポンプ阻害剤	潰瘍治療薬	○		タケプロン静注用
H <sub>2</sub> 遮断剤	潰瘍治療薬	○		ガスター注射液
カルバゾクロムスルホン酸ナトリウム製剤	血管強化薬	○		アドナ注
トラネキサム酸製剤	抗プラスミン薬	○		トランサミン注
メトクロプラミド製剤	消化管機能異常	○		プリンペラン注射液
プロクロペラジン製剤	悪心、嘔吐の防止薬	○		ノバミン筋注
ブチルスコポラミン臭化物製剤	鎮痙剤	○		ブスコパン注射液
脂肪乳剤	栄養補給	○		イントラリポス輸液
ブプレノルフィン製剤 <sup>注7)</sup>	鎮痛剤	●		レペタン注
モルヒネ塩酸塩製剤 <sup>注7)</sup>	鎮痛剤(麻薬)	●		塩酸モルヒネ注射液
フェンタニルクエン酸塩製剤 <sup>注7)</sup>	鎮痛剤(麻薬)	●		フェンタニル注射液
複方オキシコドン製剤 <sup>注7)</sup>	鎮痛剤(麻薬)	●		パピナール注
フルビプロフェンアキセチル製剤 <sup>注7)</sup>	鎮痛剤	●		ロピオン静注
オキシコドン塩酸塩製剤 <sup>注7)</sup>	鎮痛剤(麻薬)	●		オキファスト注
抗悪性腫瘍剤 <sup>注8)</sup>	—	●		—
電解質製剤 <sup>注9)</sup>	電解質補給	—	—	ゾルテム 3A, ビーフリード
注射用抗菌薬 <sup>注10)</sup>	感染症治療薬	—	—	ロセフィン点滴静脈注射用 1g バッグ
血液凝固阻止剤	抗凝固作用	—	—	ヘパリンナトリウム注
生理食塩水	—	—	—	
注射用水	—	—	—	

**注) 厚生労働大臣が定める保険医が投与することができる注射薬は、処方せんにより  
交付ができる注射薬となります。**

＜保険医療機関及び保険医療養担当規則抜粋＞

第二十条の第2号投薬のト **注射薬は、患者に療養上必要な事項について適切な注意及び指導を行い、厚生労働大臣の定める注射薬に限り投与することができる**こととし、その投与量は、症状の経過に応じたものでなければならず、厚生労働大臣が定めるものについては当該厚生労働大臣が定めるものごとに一回十四日分、三十日分又は九十日分を限度とする。

第3号処方せんの交付のロ 前イによるほか、**処方せんの交付に関しては、前号に定める投薬の例による。**

備考1 「自己注射」は、在宅C101 在宅自己注射指導管理料の対象注射薬（特掲診療科の施設基準等別表第九に掲げる注射薬）。製剤によっては、対象疾病等の制限があります。

備考2 「IVH等」は、C102在宅自己腹膜灌流指導管理料，C102-2在宅血液透析指導管理料，C104在宅中心静脈栄養法指導管理料，C108 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料，108-2 在宅悪性腫瘍等患者共同指導管理料，C111在宅肺高血圧症患者指導管理料等の対象注射薬

注1) 筋委縮性側索硬化症患者に対して使用する場合に限る。

注2) 「医科点数表C111在宅肺高血圧症患者指導管理料」の対象薬剤。

注3) 「医科点数表C102在宅自己腹膜灌流指導管理料」の対象薬剤。

注4) 「医科点数表C102-2在宅血液透析指導管理料」の対象薬剤。

注5) 在宅血液透析又は在宅腹膜灌流を行っている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して使用する場合に限る。

注6) 「医科点数表C104在宅中心静脈栄養法指導管理料」の対象薬剤。「在宅中心静脈栄養法用輸液」とは、高カロリー輸液をいい、高カロリー輸液以外にビタミン剤、高カロリー用微量元素製剤及び血液凝固阻止剤を投与することができる。

なお、院外処方可能な注射薬のうち、処方医及び保険薬剤師の医学薬学的な判断に基づき適当と認められるものについて、在宅中心栄養法用輸液に添加して投与することは差し支えない。

注7) 及び注8) 「医科点数表C108 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料（在宅における鎮痛療法又は悪性腫瘍の化学療法\*<sup>1)</sup>）」の対象薬剤。

\*<sup>1)</sup> 「在宅における鎮痛療法\*<sup>2)</sup> 又は悪性腫瘍の化学療法\*<sup>3)</sup>」とは、末期\*<sup>4)</sup>の悪性腫瘍又は筋萎縮性側索硬化症若しくは筋ジストロフィーの患者であって、持続性の疼痛があり鎮痛剤の経口投与では疼痛が改善しないため注射による鎮痛剤注入が必要なもの又は注射による抗悪性腫瘍剤の注入が必要なものが、在宅において自ら実施する鎮痛療法又は化学療法をいう。

\*<sup>2)</sup> 「鎮痛療法」とは、ブプレノルフィン製剤，モルヒネ塩酸塩製剤，フェンタニルクエン酸塩製剤，複方オキシコドン製剤，オキシコドン塩酸塩製剤又はフルルビプロフェンアキセチル製剤を注射又は携帯型ディスプレイ注入ポンプ若しくは輸液ポンプを用いて注入する療法をいう。なお、モルヒネ塩酸塩製剤，フェンタニルクエン酸塩製剤，複方オキシコドン製剤又はオキシコドン塩酸塩製剤を使用できるのは、以下の条件を満

たすバルーン式ディスポーザブルタイプの連続注入器等に必要な応じて生理食塩水等で希釈の上充填して交付した場合に限る。

ア 薬液が取り出せない構造であること

イ 患者等が注入速度を変えることができないものであること

\*<sup>3)</sup> 「化学療法」とは、携帯型ディスポーザブル注入ポンプ若しくは輸液ポンプを用いて中心静脈注射若しくは植込型カテーテルアクセスにより抗悪性腫瘍剤を注入する療法又はインターフェロンアルファ製剤を多発性骨髄腫，慢性骨髄性白血病，ヘアリー細胞白血病又は腎癌の患者に注射する療法をいう。

\*<sup>4)</sup> 対象となる患者が末期であるかどうかは在宅での療養を行っている患者の診療を担う保険医の判断によるものとする。なお，化学療法の適応については，末期でない悪性腫瘍の患者も末期の悪性腫瘍の患者に準じて取り扱う。

注9) 「電解質製剤」とは，経口摂取不能又は不十分な場合の水分・電解質の補給・維持を目的とした注射薬（高カロリー輸液を除く。）をいい，電解質製剤以外に電解質補正製剤（電解質製剤に添加して投与する注射薬に限る。），ビタミン剤，高カロリー輸液用微量元素製剤及び血液凝固阻止剤を投与することができる。

注10) 「注射用抗菌薬」とは，病原体に殺菌的又は静菌的に作用する注射薬をいう。

（薬剤に関する事務連絡）

（問）C200薬剤において，「厚生労働大臣の定める注射薬のうち，『注射用抗菌薬』とは，病原体に殺菌的又は静菌的作用する注射薬をいう。」とあるが，抗真菌薬と抗インフルエンザ薬についても該当するか。

（答）該当する。

（平26.4.10 医療課事務連絡）

### 第3 鈴鹿亀山薬剤師会の通常備蓄注射薬

鈴鹿亀山薬剤師会では、次の注射薬を通常備蓄していますので小分け購入や院外処方薬としてご活用ください。

なお、通常備蓄注射薬は、鈴鹿市医師会の在宅登録医会及び地域の中核医療機関を対象とした注射薬実態調査及び保険医療機関及び保険医療養担当規則第20条の四注射のロ「注射を行うに当たっては、後発医薬品の使用を考慮するよう努めなければならない」との規定を踏まえて選定しました。

これ以外の注射薬（C104 在宅中心静脈栄養法指導管理料及びC108 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料等で使用する注射薬を含む）を院外処方される場合は、処方先の薬局と連携して対応していただきますようお願いいたします。

不明な点があるときは、薬剤師在宅訪問サポート相談窓口に照会してください（Q&AのQ3 15頁参照）。

#### 1. 維持（3号）液：（後発）ソルデム3A輸液500mL

##### 【先発品】

ソリターT3号輸液

##### 【後 発】

YD-ソリターT3号輸液，ハルトマン-G3号輸液，ヒシナルク3号輸液  
ユエキンキープ輸液

##### 【効能又は効果】

経口摂取不能又は不十分な場合の水分・電解質の補給・維持

##### 【用法及び用量】

通常成人，1回500～1000mLを点滴静注する。投与速度は通常成人1時間あたり300～500 mL，小児の場合，1時間あたり50～100 mLとする。なお，年齢，症状，体重により適宜増減する。

##### 【禁忌】（次の患者には投与しないこと）

- (1) 乳酸血症の患者〔乳酸血症が悪化するおそれがある。〕
- (2) 高カリウム血症，乏尿，アジソン病，重症熱傷，高窒素血症のある患者〔高カリウム血症が悪化又は誘発されるおそれがある。〕

#### 2. 末梢静脈栄養用輸液製剤：ビーフリード輸液500mL

##### 【効能又は効果】

下記状態時のアミノ酸，電解質，ビタミンB1及び水分の補給

- ・経口摂取不十分で，軽度の低蛋白血症又は軽度の低栄養状態にある場合
- ・手術前後

##### 【用法及び用量】

用時に隔壁を開通して上室液と下室液をよく混合する。通常，成人には1回500mLを末梢静脈内に点滴静注する。投与速度は，通常，成人500mLあたり120分を基準とし，高齢者，重篤な患者には更に緩徐に注入する。

なお，年齢，症状，体重により適宜増減するが，最大投与量は1日2500mL

までとする。

**【禁忌（次の患者には投与しないこと）】**

- (1) 肝性昏睡又は肝性昏睡のおそれのある患者 [アミノ酸の代謝が十分に行われなため、症状が悪化するおそれがある。]
- (2) 重篤な腎障害のある患者又は高窒素血症の患者 [水分、電解質の過剰投与に陥りやすく、症状が悪化するおそれがある。また、アミノ酸の代謝産物である尿素等が滞留し、症状が悪化するおそれがある。]
- (3) うっ血性心不全のある患者 [循環血液量を増すことから心臓に負担をかけ、症状が悪化するおそれがある。]
- (4) 高度のアシドーシス（高乳酸血症等）のある患者 [症状が悪化するおそれがある。]
- (5) 電解質代謝異常のある患者 [症状が悪化するおそれがある。]
  - ① 高カリウム血症（乏尿、アジソン病等）の患者
  - ② 高リン血症（副甲状腺機能低下症等）の患者
  - ③ 高マグネシウム血症（甲状腺機能低下症等）の患者
  - ④ 高カルシウム血症の患者
- (6) 閉塞性尿路疾患により尿量が減少している患者 [水分、電解質の過負荷となり、症状が悪化するおそれがある。]
- (7) アミノ酸代謝異常症の患者 [投与されたアミノ酸が代謝されず、症状が悪化するおそれがある。]
- (8) チアミン塩化物塩酸塩に対し過敏症の既往歴のある患者

**3. 注射用抗菌薬：（後発）セフトリアキソンナトリウム点滴用 1 g バッグ**

**【先発品】**

ロセフィン点滴静注用1gバッグ

**【効能又は効果】**

<適応菌種>

セフトリアキソンに感性のブドウ球菌属，レンサ球菌属，肺炎球菌，淋菌大腸菌，シトロバクター属，クレブシエラ属，エンテロバクター属セラチア属，プロテウス属，モルガネラ・モルガニー，プロビデンシア属インフルエンザ菌，ペプトストレプトコッカス属，バクテロイデス属プレボテラ属（プレボテラ・ビビアを除く）

<適応症>

敗血症，咽頭・喉頭炎，扁桃炎，急性気管支炎，肺炎，肺膿瘍，膿胸慢性呼吸器病変の二次感染，膀胱炎，腎盂腎炎，精巣上体炎（副睾丸炎）尿道炎，子宮頸管炎，骨盤内炎症性疾患，直腸炎，腹膜炎，腹腔内膿瘍胆のう炎，胆管炎，バルトリン腺炎，子宮内感染，子宮付属器炎子宮旁結合織炎，化膿性髄膜炎，角膜炎（角膜潰瘍を含む），中耳炎副鼻腔炎，顎骨周辺の蜂巣炎，顎炎

## 【用法及び用量】

### ○成人

1. 通常，1日1～2g（力価）を1回又は2回に分けて静脈内注射又は点滴静注する。
2. 難治性又は重症感染症には症状に応じて1日量を4g（力価）まで増量し，2回に分けて静脈内注射又は点滴静注する。
3. 淋菌感染症については，下記の通り投与する。
  - 1) 咽頭・喉頭炎，尿道炎，子宮頸管炎，直腸炎：通常，1g（力価）を単回静脈内注射又は単回点滴静注する。
  - 2) 精巣上体炎(副睾丸炎)，骨盤内炎症性疾患：通常，1日1回1g（力価）を静脈内注射又は点滴静注する。

### ○小児

1. 通常，1日20～60mg（力価）/kgを1回又は2回に分けて静脈内注射又は点滴静注する。
2. 難治性又は重症感染症には症状に応じて1日量を120mg（力価）/kgまで増量し，2回に分けて静脈内注射又は点滴静注する。

### ○未熟児，新生児

1. 通常，生後0～3日齢には1回20mg（力価）/kgを1日1回，また，生後4日齢以降には1回20mg（力価）/kgを1日2回静脈内注射又は点滴静注する。
2. 難治性又は重症感染症には症状に応じて1回量を40mg（力価）/kgまで増量し，1日2回静脈内注射又は点滴静注する。ただし，生後2週間以内の未熟児・新生児には1日50mg（力価）/kgまでとする。

注1）バッグ品の投与に際しては，用時，添付の溶解液にて溶解し，静脈内に点滴注射する。

注2）点滴静注は30分以上かけて静脈内に注射すること。

注3）**本剤を投与する場合は，カルシウムを含有する注射剤又は輸液と同時に投与しないこと。**〔国外において，新生児に本剤とカルシウムを含有する注射剤又は輸液を同一経路から同時に投与した場合に，肺，腎臓等に生じたセフトリアキソンを成分とする結晶により，死亡に至った症例が報告されている。〕

カルシウムを含有する注射剤又は輸液との配合により混濁等の変化が認められたとの報告があるので，配合しないこと。

## 【禁忌（次の患者には投与しないこと）】

1. 本剤の成分によるショックの既往歴のある患者
2. 高ビリルビン血症の未熟児，新生児（高ビリルビン血症の未熟児，新生児には投与しないこと。〔in vitroの試験で，セフトリアキソンは他のセファロスポリン系薬剤と同様に血清アルブミンと結合しているビリルビンを遊離させることが報告されています。更に未熟児，新生児は血液脳関門が未熟なため遊離ビリルビンが脳内へ移行し核黄疸をおこすおそれがある。〕）

#### 第4 薬局（薬剤師）への診療情報の提供について

医科点数表のB009 診療情報提供料（I）では、注3で保険医療機関が、保険薬局に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り250点を算定するとなっています。

一方、調剤報酬点数表の第2節 薬学管理料の「15 在宅患者訪問薬剤管理指導料」では、医師の指示に基づき、保険薬剤師が、処方医から提供された診療状況を示す文書等に基づき薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問することとなっています。

従いまして、先生方が診療に基づき保険薬局に在宅患者訪問薬剤管理指導を指示する場合、当該保険薬局に、診療情報を提供していただきますようお願いいたします。また、薬学的管理指導計画は少なくとも月に1回は見直す必要があることから、できれば、診療に基づき毎月提供していただきますようお願いいたします。

B009 診療情報提供料（I）の算定要件をまとめると、以下のとおりです。

- ① 保険医療機関が、診療に基づき在宅患者訪問薬剤管理指導又は（介護予防）居宅療養管理指導の必要を認めた保険薬局に対して、当該在宅患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて、在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な情報を提供すること
- ② 保険薬局に提供する文書の様式は、別紙様式11又はこれに準じた様式（12頁及び13頁参照。別の様式とすることも可能です。）とすること
- ③ 交付した文書の写しは、診療録に添付すること
- ④ 患者一人につき月1回に限り算定できること

注）B009 診療情報提供料（I）の注3（医療機関から薬局への在宅患者訪問薬剤管理指導にかかる情報提供）については、同一月に医師による居宅療養管理指導費・介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合は算定不可となりますので、ご注意ください。（B009注2及び注13の加算についても同様です）（平成28年3月25日付け保医発0325第8号厚生労働省保険局医療課長通知「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について）

(別記様式 11 に準じた様式例 1)

## 診 療 情 報 提 供 書 ( I )

提供先保険薬局名  
担当薬剤師

宛て

平成 年 月 日

提供元医療機関  
所在地  
名 称  
電話番号

医師氏名

⑨

患者氏名	
患者住所	性別 男 ・ 女
電話番号	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳) 職業

傷病名	
提供目的	在宅患者訪問薬剤管理指導[(介護予防)居宅療養管理指導]に必要な情報の提供
既往歴及び 家族歴	
症状経過及 び検査結果	
治療経過	
服用薬剤	<input type="checkbox"/> 処方せん発行又は添付のため省略
備 考	* 注射薬の処方がある場合の施用者 <input type="checkbox"/> 自己注射 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 医療機関看護師 <input type="checkbox"/> 訪問看護師

- 備考 1. この様式は、別記様式 11 を保険薬局への情報提供用に変更しています。  
2. 必要がある場合は続紙に記載して添付してください。  
3. 紹介先が保険薬局ですので、患者住所及び電話番号の記載をお願いします。

(別記様式 11 に準じた様式例 2)

診 療 情 報 提 供 書 ( I )

提供先保険薬局名  
担当薬剤師

宛て

平成 年 月 日

提供元医療機関  
所在地  
名 称  
電話番号

医師氏名

㊞

患者氏名	
患者住所	性別 男 ・ 女
電話番号	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳) 職業

傷病名	
提供目的	在宅患者訪問薬剤管理指導 [(介護予防)居宅療養管理指導] に必要な情報の提供
既往歴	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 骨折 (部位 : ) <input type="checkbox"/> パーキンソン症候群 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> その他 ( )
症状経過 及び検査 結果	
治療経過	
訪問薬剤 管理指導 時の 指示項目	<input type="checkbox"/> コンプライアンス不良 (服薬指導) <input type="checkbox"/> 飲み忘れの対処 (一包化, 剤形の再検討) <input type="checkbox"/> 重複, 相互作用の要チェック <input type="checkbox"/> 薬剤による ADL 低下の可能性 (転倒等) <input type="checkbox"/> 副作用のチェック・再発防止が必要 <input type="checkbox"/> 水分量のチェック <input type="checkbox"/> 処方内容の理解が不足 <input type="checkbox"/> 剤型の要検討 <input type="checkbox"/> その他 ( )
服用薬剤	<input type="checkbox"/> 処方せん発行又は添付のため省略
備 考	* 注射薬の処方がある場合の施行者 <input type="checkbox"/> 自己注射 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 医療機関看護師 <input type="checkbox"/> 訪問看護師

- 備考 1. この様式は, 別記様式 11 を保険薬局への情報提供用に変更しています。  
2. 必要がある場合は続紙に記載して添付してください。  
3. 紹介先が保険薬局ですので, 患者住所及び電話番号の記載をお願いします。

## 第5 訪問薬剤管理指導と注射薬院外処方 Q & A

### 【全般】

#### Q 1 : 患者宅に訪問し、薬剤管理をしてほしいがどうすればいいか？

A 1 : 薬剤師会では、医療保険の「在宅患者訪問薬剤管理指導」若しくは介護保険の「薬剤師による（介護予防）居宅療養管理指導」を薬剤師在宅訪問サポートと呼び、在宅訪問を推進しています。

まずは、患者のかかりつけ薬局を確認して相談してください。かかりつけ薬局がないとき、**薬局から患者への説明が必要**なときなどは、Q 3 に記載の薬剤師会の相談窓口までご連絡いただければ、対応する薬局等を紹介させていただきます。

また、在宅訪問には、以下の条件が必要ですのでご確認ください。

- ・通院が困難な患者であること
- ・医師から依頼する薬局に「訪問指示」を出せること
- ・患者（家族）が薬局の訪問と薬剤管理を希望していること
- ・薬局が介入することによって発生する費用について、患者（家族）の同意を得られていること

#### Q 2 : 訪問薬剤管理指導の費用について教えてください？

A 2 : 費用は以下のとおりです。なお、介護保険をお持ちの患者さんは、介護保険が優先して適用されます。

区分	【介護保険】 （介護予防）居宅療養管理指導費	【医療保険】 在宅患者訪問薬剤管理指導料
薬局の 薬剤師	月 4 回まで 1 回あたり ① 単一建物居住者 1 人に対して行う場合 507 単位 ② 単一建物居住者 2 人以上 9 人以下に対して行う場合 376 単位 ③ 1 及び 2 以外の場合 344 単位	月 4 回まで 1 回あたり ① 単一建物診療患者が 1 人の場合 650 点 ② 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 320 点 ③ 1 及び 2 以外の場合 290 点
麻薬加算	100 単位	100 点
乳幼児 加算	—	6 歳未満の乳幼児 1 回につき 100 点を加算
基本項目	※算定する日の間隔は 6 日以上あけること ※末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者：週 2 回かつ月 8 回に限り算定可 ※医療保険については、1 から 3 までを合わせて保険薬剤師 1 人につき週 40 回に限り算定可 ※医療保険については、保険薬局の所在地と患家の所在地との距離が 16 km を超える訪問薬剤管理指導については、患家の所在地から 16 km の圏域の内側に訪問薬剤管理指導を行う旨を届け出ている薬局が存在しないなどの特殊な事情がある場合しか認められていません	

注) 平成 30 年 4 月 1 日からの費用を掲載しています。



- (4) 前室（ロッカー，手洗い設備，消耗品保管庫等）
- (5) 三段パスボックス，薬用保冷庫，脱気シーラー



### 【中心静脈栄養】

#### Q 7：中心静脈栄養法を行っている入院患者が在宅に移行するが対応できますか？

A 7：無菌調製を含め対応できます。なお，病院の処方内容や無菌調製の手技等で病院の医師や薬剤部との調整が必要なときは，薬局及び無菌調剤室を有する鈴鹿センター薬局で対応させていただきます。

各薬局又はQ 3に記載の薬剤師会の相談窓口にご気軽に連絡してください。

#### Q 8：中心静脈栄養法をしたいが，具体的にどうすればいいか？

A 8：処方せんを受け付ける薬局と事前に協議した上で，26頁の記載例1（簡易版は27頁の記載例2）に例示したような処方せんを発行していただければ対応させていただきます。

なお，依頼する薬局の紹介とか，注入ポンプを使用するときのレンタル方法等がわからないなど不明な点があるときは，ご気軽に各薬局又はQ 3に記載の薬剤師会の相談窓口にご気軽に連絡してください。

#### Q 9：中心静脈栄養法で使用する輸液セットや医療材料の支給はどうすればいいか？

A 9：輸液バッグ，注射器及び輸液ライン等の輸液セットは「C160 在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算」で，アルコール等の消毒薬，衛生材料（脱脂綿，ガーゼ，絆創膏等）などは「C104 在宅中心静脈栄養法指導管理料」で，医療機関から支給していただくことになります。なお，輸液セットは，特定保険医療材料として院外処方も可能ですが，「C160 在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算」を利用した方が有利です。

保険請求の方法に関わらず，薬局からの提供を希望される場合は，有料となり別途請求させていただきますが，各薬局又はQ 3に記載の薬剤師会の相談窓口にご気軽に連絡してください。

診 療 報 酬 項 目	診療報酬	備 考
C104 在宅中心静脈栄養法指導管理料	3,000点/月	
C160 在宅中心静脈栄養法用輸液セット	2,000点/月	6セット/月まで
C161 注入ポンプ加算	1,250点/月	
調剤報酬 005在宅中心静脈栄養法用輸液セット		
(1) 本体	1,490円/個	
(2) 附属品 ① フーバー針	411円/個	
② 輸液バッグ	406円/個	

### Q 10：注入ポンプを使いたいはどうすればいいか？

Q 10：C104 在宅中心静脈栄養法指導管理料及び C108 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料等で使用する C161 注入ポンプ，C111 在宅肺高血圧症患者指導管理料で使用する C168 携帯型精密輸液ポンプは，レンタルにより対応することになります。処方せんを受け付ける薬局と連携して対応していただきますが，不明な点があれば，Q 3 に記載の薬剤師会の相談窓口にご連絡してください。

なお，特定保険医療材料でもある C166 携帯型ディスポーザブル注入ポンプを院外処方せんで対応する方法は，Q 13 をご確認ください。

#### 【医科点数表】

C161 注入ポンプ（加算）・・・「注入ポンプ」とは，在宅で中心静脈栄養法，成分栄養経管栄養法若しくは小児経管栄養法，鎮痛療法若しくは悪性腫瘍の化学療法又は注射薬の精密自己注射を行うに当たって用いる注入ポンプをいいます。

C166 携帯型ディスポーザブル注入ポンプ（加算）・・・悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法を行っている末期の悪性腫瘍の患者に用いる携帯型ディスポーザブル注入ポンプをいいます。

C168 携帯型精密輸液ポンプ（加算）・・・肺高血圧症の在宅患者に用いる携帯型精密輸液ポンプをいいます。

#### 【医療用麻薬】

### Q 11：医療用麻薬は院外処方できますか？

A 11：医療用麻薬は院外処方が可能です。Q 3 に記載の薬剤師会の相談窓口で，医療用麻薬を取り扱っている薬局を紹介しますので，ご連絡してください。

なお，医療用麻薬の注射薬を院外処方するときは，注入器等の準備も必要ですので，事前に連絡をお願いします。

### Q 12：モルヒネ等の持続注入をしたいはどうすればいいか？

A 12：モルヒネ塩酸塩注射液及びオキファスト注は皮下及び静脈，フェンタニル注射液は静脈等への持続注入が可能で，院外処方も可能です。また，以下の在宅療養指導管理料の算定ができます。

注入ポンプは，レンタル又は携帯型ディスポーザブル注入ポンプにより対応

することになります。特定保険医療材料である携帯型ディスポーザブル注入ポンプは、C166 携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算（6個まで/月）を利用して医療機関で用意することができますが、処方せんに記載（28頁の記載例3又は29頁の記載例4）していただくと、同ポンプを薬局で用意し、無菌的に充填（無菌調製）して患者宅にお届け（訪問薬剤管理指導を利用すれば、2回/週、かつ8回/月まで可能）することができます。

また、携帯型ディスポーザブル注入ポンプ（PCA型）を利用するときは、C166 携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算より院外処方の特典保険医療材料で算定した方が有利です。

なお、不明な点がありましたら、Q3に記載の薬剤師会の相談窓口にご連絡してください。医療用麻薬の無菌調製のできる薬局なども紹介させていただきます。

<参考>在宅悪性腫瘍等患者指導管理料関連の診療報酬・調剤報酬上の規定

診療報酬項目	診療報酬	備考
C108 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料	1,500点/月	
C161 注入ポンプ加算	1,250点/月	
C166 携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算	2,500点/月	6個/月まで
(特定保険医療材料)		
008 携帯型ディスポーザブル注入ポンプ		処方せんにより薬局で準備することができます
(1) 化学療法用	3,490円/個	
(2) 標準型	3,210円/個	
(3) PCA型	4,430円/個	

**Q13：モルヒネ等の持続注入時に他の薬剤を混注できますか？**

A13：モルヒネ塩酸塩製剤等は、バルーン式ディスポーザブルタイプの連続注入器等に必要な応じて生理食塩水等で希釈の上充填して、在宅患者に交付します。希釈は、「生理食塩水等」となっていますので、院外処方可能な注射薬（4～6頁参照）のうち、処方医及び薬剤師の医学薬学的な判断に基づき適当と認められるものについては混注できると考えられます。過去に混注した事例として、サンドスタチン（Q18参照）、血液凝固阻止剤があります。

**Q14：在宅患者が亡くなったときに残った麻薬を回収してもらうことは可能か？**

A14：使用済み又は不要となった麻薬は、在宅訪問時に薬剤師が回収し、再利用できない方法で廃棄します。廃棄後は、廃棄した麻薬の品名、廃棄量、廃棄年月日等を保健所に届けます。在宅訪問している薬剤師に相談してください。

また、不明な点があるときは、Q3に記載の薬剤師会の相談窓口にご連絡してください。

## 【その他の注射薬】

### Q 15：末梢静脈輸液を院外処方したいがどうすればいいか？

Q 15：末梢静脈栄養（P P N）用輸液，電解質輸液製剤なども院外処方が可能です。処方せんに記載していただければ，払い出すことができます。

薬剤師会では，ビーフリード，（後発）ソルデム3 Aを通常備蓄しています。これ以外の品目に関しては，処方せんを受ける薬局と協議して対応していただくこととなります。

処方せんの記載方法は，30頁の記載例5（簡易版は31頁の記載例6），32頁の記載例7（簡易版は33頁の記載例8）を参考にしてください。

なお，点滴ルート・翼状針（留置針）・注射器などの医療材料は，医療機関で用意する必要がありますのでご注意ください。薬局からの提供を希望される場合は，有料となりますが，各薬局又はQ 3に記載の薬剤師会の相談窓口にご連絡してください。

### Q 16：注射用抗菌薬を院外処方したいがどうすればいいか？

A 16：注射用抗菌薬も院外処方が可能です。処方せんに記載していただければ払い出すことができます。

薬剤師会では，（後発）セフトリアキソンナトリウム点滴用1gバッグを通常備蓄しています。これ以外の品目に関しては，処方せんを受ける薬局と協議して対応していただくこととなります。

処方せんの記載方法は，34頁の記載例9（簡易版は35頁の記載例10）を参考にしてください。

また，点滴ルート・翼状針（留置針）・注射器などの医療材料等の取り扱いは，Q 15と同じです。

### Q 17：サンドスタチン皮下注用を院外処方したいがどうすればいいか？

A 17：サンドスタチン皮下注用は院外処方可能です。ただし，サンドスタチン皮下注用単独ではC108 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料及びC161 注入ポンプ加算は算定できません。そのため，C108 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を適用できず，用法として皮下投与が可能で，かつサンドスタチン皮下注用と配合変化を起こさない院外処方可能な注射薬であるモルヒネ塩酸塩注射液又はオキファスト注（フェンタニル注射液は持続皮下投与が承認されていません）に混注すれば院外処方でも投与することができます。

また，サンドスタチンをモルヒネ塩酸塩注射液又はオキファスト注に混注して使用すれば，携帯型ディスプレイポンプも使用することができます。

### Q 18：皮下輸液をしたいが院外処方可能か？

A 18：最近，在宅医療における高齢者の脱水治療や終末期の補液として，皮下輸液法が見直されてきました。日本緩和医療学会HPの終末期の輸液療法に関するガイドラインによると，概要は以下のとおりです。

## ○皮下輸液の適応

- ①血管が確認できず針がさせない場合や、精神的な理由で留置針を頻繁に 自己抜去される場合、また在宅・福祉施設入所者など
- ②患者・家族が静脈からの補液を希望しない場合
- ③経静脈カテーテルの留置が医学的に不相当と考えられる場合など

## ○皮下輸液の方法

腹膜や肋間の皮下にプラスチック製の留置針を挿入し、24時間かけて持続的に注入（500～1, 500mL/24時間）することが多い。

## ○皮下輸液の実施法

- ・1mL/分の滴下速度（1.5L/日まで、刺入部が2か所の場合は3.0L/日まで）
- ・500mL/時間の速度を超えない
- ・1～4日毎に注射針、チューブを交換する
- ・刺入部の浮腫、発赤、痛み、感染、液漏れなどを観察

## ○皮下投与可能な薬剤（ゴシック体下線は院外処方可）

等張液（生理食塩液\*、5%ブドウ糖、1, 3号輸液、各種リンゲル液）、ビタミン類\*（C、B<sub>1</sub>、B<sub>2</sub>、B<sub>6</sub>、B<sub>12</sub>、K、葉酸、ニコチン酸）、抗菌薬（βラクタム系、モノバクタム系、クリンダマイシン、アミノグリコシド系）、抗精神病薬（ハロペリドール）、ベンゾジアゼピン系（ミダゾラム、ジアゼパム）、麻薬類（モルヒネ\*、オキファスト\*、ペンタゾシン\*）、抗コリン薬（ブスコパンなど）、メトクロプラミド、抗ヒスタミン薬（クロルフェニラミン\*、ジフェンヒドラミン）、ステロイド、インスリン\*、ヘパリン\*、トラネキサム酸、リドカイン、フロセミドなど

注1) \*印は、添付文書上、皮下投与が可能なもの。その他は経験的に使用されており、安全であることを保証する論文はありません。

注2) 乳酸又は酢酸加リンゲル液⇒電解質異常の悪化の可能性

⇒重炭酸リンゲル（ビカーボン輸液など）を使用（薬価若干高）

注3) 高カロリー輸液は皮下輸液不可

## ○皮下投与が不可である薬剤

上記の投与可能以外の抗菌薬、パミドロネート（アレディア）、ジゴキシン、フェニトイン、ジアゼパムなど

## ○皮下輸液による補液の利点

- ・経静脈栄養（末梢静脈栄養、中心静脈栄養）に比べ、出血や感染などの合併症や副作用の発生が少ない。
- ・在宅患者や福祉施設入所患者にも比較的安全に補液が可能である。
- ・安全性が担保されており管理が容易である。

## ○皮下輸液による補液の欠点

- ・ショックなどの急性期治療には不適切
- ・等張液以外は疼痛や発赤などの副作用をきたすことがあるため、皮下へ注入できる薬剤が制限される。

## 【医療材料・衛生材料】

### Q 19：薬局で、衛生材料の提供は可能ですか？

A 19: 鈴鹿亀山薬剤師会では、平成22年2月から衛生材料等の供給事業を行っています。衛生材料等の提供が必要なときは、在宅訪問を行っている薬局又はQ 3に記載の薬剤師会の相談窓口にご連絡してください。

なお、参考のとおり、当該患者に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行っていることが供給指示の要件となっています。

(参考)

医療機関は保険薬局（当該患者に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行っており、基準調剤加算又は在宅患者調剤加算の届出を行っているものに限る。）に対して、必要な衛生材料等の提供を指示することができます。ただし、費用は医療機関に請求させていただきます。

（診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について(通知) 平成28年3月4日

保医発0304第3号 第2節在宅療養指導管理料の第1款在宅療養指導管理料の3)

### Q 20：輸液ルート・輸液バッグ・針・注射器などの医療廃棄物はどうすればいいか？

A 20：在宅において患者が使用した輸液バッグやガーゼなどは家庭の燃えるごみとして廃棄できますが、針・注射器などの廃棄物は薬局が回収して処理業者に処分を委託しています。

廃棄物別に以下のとおり対応してください。

#### ○使用済みの綿棒・ガーゼ・テープ・フィルム・消毒綿・その他包装材料

一般の燃えるごみとして市のごみ回収時に出してください。薬局では回収いたしません。

#### ○輸液バッグ

個人情報保護のため、患者名の印刷されたラベルをはがしてください。バッグを斜めに切断して残液を捨てて軽くすすいだ後、水を切って、市指定のごみ袋に入れ、市指定のごみ回収時に出してください。

#### ○点滴チューブ

輸液バッグに刺すプラスチックの針の部分をはさみで切って取り除いた後、市指定のごみ袋に入れ、市指定のごみ回収時に出してください。

#### ○注射器

針を取り除いた後、市指示のごみ回収時に出してください。針が取り除けない場合は、そのまま廃棄瓶に入れてください。

#### ●針・針付き注射器・点滴チューブから取り除いた針等

市のごみ回収に出すことはできませんので、ビン、ペットボトルなどの専用の廃棄瓶に入れて、薬局薬剤師の在宅訪問時に廃棄を依頼してください。

## 【医療保険】

### Q21：院外処方せんで在宅の患者宅に届けた注射薬（電解質輸液及び注射用抗菌薬）の点滴注射は誰が行うのか？

A21：点滴注射は、医師の指示の下に看護師等が実施することができます。そのため、医科点数表では、C005-2 在宅患者訪問点滴注射管理指導料で「当該保険医療機関の看護師等に対して指示を行い、その内容を診療録に記載した場合」又は「指定訪問看護事業者が文書に指示内容を記載して指示を行った場合」に看護師等が静脈注射を実施できると規定しています。そのほか、在宅医療では、C007訪問看護指示料（併せて指示する特別訪問看護加算によっても可能です）が設定されており、訪問看護師に注射の指示をすることができると考えられます。それぞれの適用上の違いは、表1及び図2のとおりです。

表1. 医師から看護師への注射指示にかかる診療報酬上の規定

区分	指示の方法	算定要件	
C007訪問看護指示料 (300点)	文書（別紙様式16）	主治医が診療に基づき文書により指示（月1回）をし、原則3日/週（ただし、特定の疾病等は週4日以上可）の訪問看護が可能です。	
	特別訪問看護加算（100点）	文書（別紙様式18）	主治医が診療に基づき、急性増悪、終末期、退院直後の事由により週4日以上頻回の指定訪問看護（原則月1回かつ14日以内）を指示
	衛生材料等提供加算（80点）	—	必要な衛生材料及び保険医療材料を提供（C002、C002-2、C003、C005-2在宅患者訪問点滴注射管理指導料、第2節第1款に規定する在宅療養指導管理料を算定した場合は、算定できない）
C005-2 在宅患者訪問点滴注射管理指導料 (100点)	・当該医療機関の看護師等は、指示の方法規定なし（診療録に記載必要）	主治医が診療に基づき、点滴注射を行う必要を認め指示を行い、3日以上看護師等が患者宅を訪問して点滴注射を実施した場合	
	・訪問看護師は文書（別紙様式16、別紙様式17の2、別紙様式18）を参考に記載		

注）特別訪問看護加算及び衛生材料等提供加算を請求するためには、C007訪問看護指示が必要です。

#### <参考資料>

1. 医師又は歯科医師の指示の下に保健師、助産師、看護師及び准看護師(以下「看護師等」という。)が行う静脈注射は、保健師助産師看護師法第5条に規定する診療の補助行為の範疇として取り扱うものとする。

「看護師等による静脈注射の実施について」平成14年9月30日付け医政発第0930002号各都道府県知事あて厚生労働省医政局長通知）－一部抜粋

2. 医師又は歯科医師の指示の下に行う看護職員が行う静脈注射及び、留置針によるルート確保については、診療の補助の範疇に属するものとして取り扱うことが可能であることを踏ま

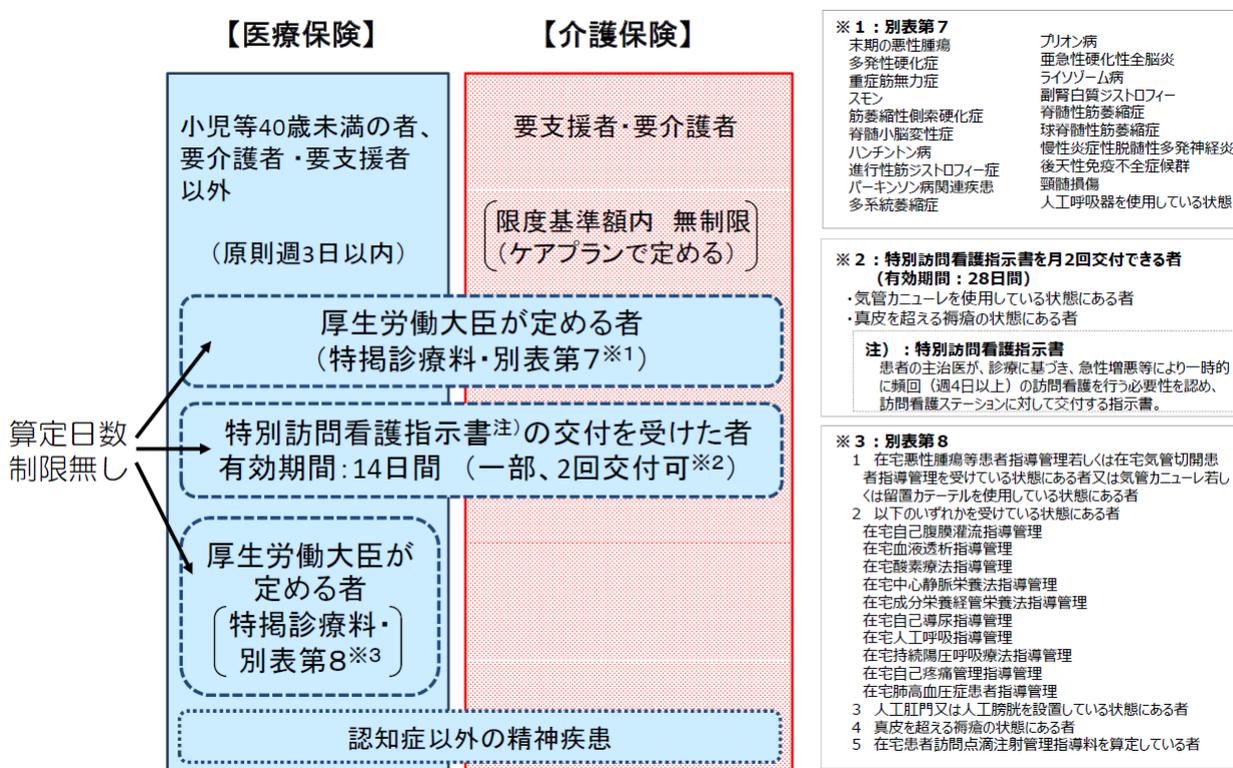
え、看護職員の積極的な活用を図り、医師を専門性の高い業務に集中させ、患者中心の効率的な運用に努められたい。

「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」（平成19年12月28日付け医政発第1228001号通知厚生労働省医政局長通知）－一部抜粋

### 3. C005-2 在宅患者訪問点滴注射管理指導料

在宅での療養を行っている患者であって、通院困難な者について、当該患者の在宅での療養を担う保険医の診療に基づき、週3日以上点滴注射を行う必要を認め、当該保険医療機関の看護師等に対して指示を行い、その内容を診療録に記載した場合又は指定訪問看護事業者に別紙様式16等を参考に作成した在宅患者訪問点滴注射指示書に有効期間（7日以内に限る。）及び指示内容を記載して指示を行った場合において、併せて使用する薬剤、回路等、必要十分な保険医療材料、衛生材料を供与し、1週間（指示を行った日から7日間）のうち3日以上看護師等が患家を訪問して点滴注射を実施した場合に3日目に算定する。

図2 医療保険と介護保険における訪問看護師による訪問対象者のイメージ



(厚生労働省社保審－介護給付費分科会資料－訪問看護－)

**Q22：在宅患者訪問点滴注射管理指導料で使用する薬剤は院外処方せんで対応できますか？**

A22：C005-2 在宅患者訪問点滴注射管理指導料では、「使用する薬剤、回路等、必要十分な保険医療材料、衛生材料を供与すること」となっています。この訪問点滴で使用する薬剤に特に制限はありません。したがって、医療機関から交付するときは点滴注射が可能な注射薬、院外処方では院外処方及び点滴注射が可能な注射薬が供与できるものと考えられます。

Q 23：在宅患者訪問点滴注射管理指導料と訪問看護指示料（特別訪問看護加算を含む）は、併せて算定できますか？

A 23：C007 訪問看護指示（特別訪問看護指示加算及び衛生材料等提供加算を含む）とC005-2 在宅患者訪問点滴注射管理指導料は別の規定です。そのため、それぞれ別に指示する必要があるれば併用して算定することができると考えられます。

Q 24：患者宅で処方せんを発行すると保険薬局にファックス送信できないがどうすればいいか？

A 24：処方せんの電装方法としては、患者等の同意を得て、医療機関や居宅等から薬局に対して、処方せんの内容をファクシミリにより電送する方法のほか、処方せんをスキャナ等により画像情報として電子化したものを電子メール等により電送することも可能です。ただし、次の点に留意してください。

- ① デジタルカメラ画像として電送するときは、処方内容が容易に確認できる画質であること
- ② 電送は、誤送信防止の観点からバイタルリンク等の利用が望ましいことまた、送信の確認が必要ですので、電話による指示を併せてお願いします。  
薬局では、電送された処方せんの情報を基に調剤し、患者宅にお持ちして、医師が交付した処方せんと処方薬を交換し、薬の服薬チェック、残薬確認、副作用の確認等の訪問薬剤管理指導を行います。

<参考資料>

1. 「処方せん受入れ準備体制の整備のためのファクシミリの利用について」（平成元年11月15日付け薬企第48号・保険発第107号厚生省薬務局企画課長・保険局医療課長連名通知）
2. 「薬剤師法施行規則の一部を改正する省令の施行について」（平成26年3月31日付け薬食発0331第3号厚生労働省医薬食品局長通知）
3. 「電子メール等による処方内容の電送等について」（平成26年2月5日付け薬食総発0205第1号厚生労働省医薬食品局総務課長）

# 参 考 资 料

I 注射薬処方せん記載事例

1 記載例1：中心静脈栄養(TPN)キット製品への混注

処 方 せ ん															
(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)															
公費負担者番号				保険者番号				3	9	2	4	2	0	7	8
公費負担医療の受給者番号				被保険者証・被保険者手帳の記号・番号				●●●××××-●●●							
患 者	氏名	(すずか たろう) 鈴鹿 太郎			保険医療機関の所在地及び名称		三重県鈴鹿市●●町●●●-●● ●●●●●クリニック								
	生年月日	明大昭平	9年10月6日	男・女	電話番号		0595-●●●-××××								
	区分	被保険者	被扶養者		保険医氏名		在宅 一郎 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">在宅</span>								
交付年月日		平成29年10月25日			処方せんの有効期間		平成 年 月 日 <small>〔特に記載がある場合を除き、公布の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること〕</small>								
処 方	変更不可	〔個々の処方薬について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更には差支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名欄」に署名又は記名・押印すること。〕													
		1) エルネオパNF2号輸液200mL 14袋 ファモチジン静注20mg/20mL 28本 平成29年10月26日から10:00に1日1回、持続静注(中心静脈)、14日分 エルネオパNF2号輸液200mL 1袋にファモチジン静注20mg2本を混注 投与速度 80mL/hr  2) ヘパリンNaロック用100単位/mLシリンジ 10mL(ルアーロックタイプ) 14本 1日1回、静脈内留置ルートに充填、14日分  3) 在宅中心静脈栄養用輸液セット (1) 本体 3セット (2) 附属品 3本 ① フーバー針  以下余白													
備	保険医署名 <small>〔「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。〕</small>				訪問指示										

様式第二号(第二十三条関係)

- 【チェックポイント】**
- 高カロリー輸液(エルネオパ2号輸液200mL 1袋)にファモチジン静注20mg 2本(40mg)を混注し、1日1回中心静脈から持続注入する処方です。14日分の処方での投与総量を記載しています。投与速度は24時間持続静注として算出しています。
  - ヘパリンNaロック用100単位/mLシリンジ10mLは、ルート内をヘパリンロックするための処方です。投与総量を記載しています。
  - 特定保険医療材料である在宅中心静脈栄養用セットは処方せんにより薬局で払い出すこともできますが、医科点数表のC-160 在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算2,000点(6組/月まで)で対応する方が有利です。なお、3)の(1)にはシユアプラグなどの接続アダプターも含まれます。
  - 訪問薬剤管理指導の指示のため、備考欄に「訪問指示」と記載しています。
  - 保険薬局に衛生材料等の提供を指示するときは、備考欄に記載してください。

2 記載例 2 : 中心静脈栄養(TPN)キット製品への混注 (簡易版)

処方せん											
(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)											
公費負担者番号				保険者番号				3 9 2 4 2 0 7 8			
公費負担医療の受給者番号				被保険者証・被保険者手帳の記号・番号				●●●×××-●●●			
患者	氏名		(すずか たろう) 鈴鹿 太郎		保険医療機関の所在地及び名称		三重県鈴鹿市●●町●●●-●●●●●●●●クリニック				
	生年月日		明大 9年10月6日 (男)・女 昭平		電話番号		0595-●●●-××××				
	区分		被保険者		保険医氏名		在宅 一郎 (在宅)				
都道府県番号		2 4		点数表番号		1		医療機関コード			
交付年月日		平成 29 年 10 月 25 日		処方せんの有効期間		平成 年 月 日 (特に記載がある場合を除き、公布の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること)					
変更不可		〔個々の処方薬について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更には差支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名欄」に署名又は記名・押印すること。〕									
処方		1) エルネオパNF2号輸液2000mL 14袋 ファモチジン静注20mg/20mL 28本 2) ヘパリンNaロック用100単位/mLシリンジ 10mL(ルアーロックタイプ) 14本 3) 在宅中心静脈栄養用輸液セット (1) 本体 3セット (2) 附属品 ① フーバー針 3本 以下余白									
		保険医署名		〔「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。〕							
備考		保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。) <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供									

様式第二号 (第二十三条関係)

**【チェックポイント】**

- この注射処方せんは、記載例1の中心静脈栄養(TPN)キット製品への混注処方せんの簡易版となります。
- この処方では、注射薬の混注が必要ですので、薬剤師が必要な内容を処方医に確認する必要があります。ご協力をお願いいたします。ただし、診療情報提供書で必要な情報を提供していただいている場合は確認の必要はありません。

3 記載例3：麻薬（モルヒネ）持続皮下注

様式第二号（第二十三条関係）

処方せん

(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号		保険者番号	2	4	0	1	0	1
公費負担医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	●●●××××-○○○					

患者	氏名	(さかえまち はなこ) 栄町 花子		保険医療機関の所在地及び名称	三重県亀山市●●町●●●●-●●●●●●●● ●●●●●●●●クリニック			
	生年月日	明大平 昭	48年3月25日	性別	男	電話番号	059-●●●●-××××	
	区分	被保険者	被扶養者	保険医氏名	在宅 二郎	在宅	●	
		都道府県番号	2	4	点数表番号	1	医療機関コード	●●●●●●●●

交付年月日	平成29年10月25日	処方せんの有効期間	平成 年 月 日
-------	-------------	-----------	----------

変更不可 (個々の処方箋について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更には差支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名欄」に署名又は記名・押印すること。)

処方	1)	モルヒネ塩酸塩注射液50mg/5mL	10本
		大塚生食注50mL	1本
	平成29年10月26日10時から持続皮下注、2回分		
	モルヒネ塩酸塩注射液5本と大塚生食注25mLをシュアフューザーA(50mL)に充填		
	投与速度 0.5mL/hr、PCA1回量 0.5mL、ロックアウトタイム 30分		
	モルヒネ1日持続投与量 60mg		
	2)	シュアフューザーA PCAセット(50mL)	2セット
	以下余白		

備考	保険医署名	(「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。)	訪問指示
	麻薬施用者免許証番号	○○-○○	患者住所 亀山市○○町××○○-○

【チェックポイント】

- モルヒネ塩酸塩注射液をシュアフューザーA(PCAセット)に充填し、持続皮下注するときの処方です。2回分の処方箋で投与総量を記載していますが、2セットを同時に調製するため生食注は50mL1本となっています。
- シュアフューザーA(PCAセット)は特定保険医療材料(携帯型ディスプレイ注入ポンプ(PCA型))であるため、処方せんにより薬局で払い出すことができます。薬局で払い出すシュアフューザーAは、用法・用量から50mL容量、投与速度0.5mL/hr、PCA1回量0.5mL、ロックアウトタイム30分の規格のものを選択します。なお、用法用量に併せて多様なシュアフューザーを選択することができます。
- 麻薬処方のため、モルヒネの1日持続投与量及び備考欄に麻薬施用者免許証番号及び患者住所を記載しています。

4 記載例4：麻薬（モルヒネ）持続皮下注（簡易版）

様式第二号（第二十三条関係）

処方せん												
(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)												
公費負担者番号				保険者番号								
				2 4 0 1 0 1								
公費負担医療の受給者番号				被保険者証・被保険者手帳の記号・番号								
				●●●×××-○○○								
患者	氏名	(さかえまち はなこ) 栄町 花子			保険医療機関の所在地及び名称				三重県亀山市●●町●●●-●●●●●●クリニック			
	生年月日	明大(昭平)	48年3月25日	男(女)	電話番号				059-●●●-××××			
	区分	被保険者		被扶養者		保険医氏名		在宅 二郎 (在宅)				
		都道府県番号	2	4	点数表番号	1	医療機関コード					
交付年月日		平成29年10月25日			処方せんの有効期間		平成 年 月 日					
							(特に記載がある場合を除き、公布の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること)					
処方	変更不可	〔個々の処方薬について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更には差支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名欄」に署名又は記名・押印すること。〕										
		1) モルヒネ塩酸塩注射液50mg/5mL 10本 大塚生食注50mL 1本 2) 携帯型ディスポーザブル注入ポンプ(PCA型) 2セット 以下余白										
備考	保険医署名	〔「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。〕				訪問指示						
		麻薬施用者免許証番号		○○-○○		患者住所 亀山市○○町×○○-○						

**【チェックポイント】**

- この注射処方せんは、記載例3の麻薬（モルヒネ）持続皮下注処方せんの簡易版となります。
- 麻薬の混注（希釈を含む）方法及び携帯型ディスポーザブル注入ポンプの規格に関する情報等が必要ですので、薬剤師が必要な内容を処方医に確認する必要があります。ご協力をお願いいたします。ただし、診療情報提供書で必要な情報を提供していただいている場合は確認の必要はありません。

5 記載例5：末梢静脈栄養（PPN）輸液製剤

処方せん												
(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)												
公費負担者番号				保険者番号				2 4 0 0 7 7				
公費負担医療の受給者番号				被保険者証・被保険者手帳の記号・番号				●●●××××-●●●				
患者	氏名			(ひらた つばさ) 平田 翼			保険医療機関の所在地及び名称			三重県鈴鹿市●●町●●●●●● ●●●●●●クリニック		
	生年月日		明大昭 15年12月25日		男・女		電話番号		059-●●●●-××××			
	区分		被保険者		被扶養者		都道府県番号		2 4		点数表番号	
						1		医療機関コード		●●●●●●		
交付年月日		平成29年10月25日		処方せんの有効期間		平成 年 月 日		特に記載がある場合を除き、公布の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること				
変更不可		個々の処方薬について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更に差支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名欄」に署名又は記名・押印すること。										
処方	1) ビーフリード輸液500mL 7袋 平成29年10月26日から9時に1日1回、点滴静注、7日分 投与速度 240mL/hr 2) 生食注シリンジ10mL(ルアーロックタイプ) 7本 1日1回、静脈内留置ルートに充填、7日分 以下余白											
	保険医署名						訪問指示					
「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。												
保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。)												

様式第二号(第二十三条関係)

**【チェックポイント】**

1. ビーフリード輸液500mLを7日間点滴静注するときの処方で、投与総量7袋を記載しています。投与速度は添付文書の「通常、成人500mLあたり120分を基準とし、高齢者、重篤な患者には更に緩徐に注入する。」に準拠して算出しています。
2. 生食注シリンジ10mL(ルアーロックタイプ)はルート内を生食ロックするための処方です。
3. 保険薬局に輸液セット、静脈内留置針、衛生材料等の提供を指示する場合は、備考欄に記載して下さい。費用は医療機関の負担となります。

6 記載例6：末梢静脈栄養（PPN）輸液製剤（簡易版）

様式第二号（第二十三条関係）

処方せん												
(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)												
公費負担者番号			公費負担医療の受給者番号			保険者番号			2 4 0 0 7 7			
公費負担医療の受給者番号			被保険者証・被保険者手帳の記号・番号			●●●××××-●●●						
患者	氏名	(ひらた つばさ) 平田 翼				保険医療機関の所在地及び名称			三重県鈴鹿市●●町●●●-●●●●●●クリニック			
	生年月日	明大昭平	15年12月25日		男・女	電話番号			059-●●●-××××			
	区分	被保険者		被扶養者		保険医氏名			在宅 一郎 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">在宅</span>			
交付年月日		平成29年10月25日				処方せんの有効期間		平成 年 月 日 <small>(特に記載がある場合を除き、公布の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること)</small>				
処方	変更不可	<small>(個々の処方箋について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更には差支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名欄」に署名又は記名・押印すること。)</small>										
		1) ビーフリード輸液500mL 7袋						2) 生食注シリンジ10mL(ルアーロックタイプ) 7本				
		以下余白										
保険医署名 <small>(「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。)</small>					訪問指示							
<small>保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。) □保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 □保険医療機関へ情報提供</small>												

**【チェックポイント】**

1. この注射処方せんは、記載例5の末梢静脈栄養（PPN）輸液製剤処方せんの簡易版となります。
2. 用法及び用量が記載されていないので、薬剤師が必要な内容を処方医に確認することがあります。内容を確認させていただくときは、ご協力をお願いいたします。

7 記載例7：電解質輸液維持（3号）液

様式第二号（第二十三条関係）

処方せん																							
(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)																							
公費負担者番号			保険者番号			2			4			0			1			0			1		
公費負担医療の受給者番号			被保険者証・被保険者手帳の記号・番号			●●●			×××			-●●●											
患者	氏名		(ひらた さぶろう) 平田 三郎				保険医療機関の所在地及び名称		三重県亀山市●●町●●●●●● ●●●●●●クリニック														
	生年月日		明大昭 37年1月5日		男・女 ⊙		電話番号		059-●●●●-××××														
	区分		被保険者		被扶養者		保険医氏名		在宅 二郎 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">在宅</span>														
都道府県番号		2		4		点数表番号		1		医療機関コード		●		●		●		●		●			
交付年月日			平成29年10月25日			処方せんの有効期間			平成 年 月 日			(特に記載がある場合を除き、公布の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること)											
処方			変更不可									(個々の処方薬について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更に差支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名欄」に署名又は記名・押印すること。)											
			1) ソルデム3A輸液 500mL 7袋 平成29年10月26日から9時に1日1回、点滴静注、7日分 投与速度 400mL/hr  2) 生食注シリンジ 10mL(ルアーロックタイプ) 7本 1日1回、静脈内留置ルートに充填、7日分  以下余白																				
保険医署名			(「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。)						訪問指示														

**【チェックポイント】**

1. ソルデム3A輸液500mLを7日間点滴静注するときの処方で、投与総量7袋を記載しています。投与速度は添付文書の「通常、成人1時間当たり300～500mLを基準とする。」に準拠して算出しています。
2. 生食注シリンジ10mL(ルアーロックタイプ)は、末梢静脈ルート内を生食ロックするための処方です。
3. 保険薬局に輸液セット、静脈内留置針、衛生材料等の提供を指示する場合は、備考欄に記載して下さい。費用は医療機関の負担となります。

8 記載例 8 : 電解質輸液維持 ( 3 号 ) 液 ( 簡易版 )

処方せん													
(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)													
公費負担者番号				保険者番号				2 4 0 1 0 1					
公費負担医療の受給者番号				被保険者証・被保険者手帳の記号・番号				●●●××××-●●●					
患者	氏名	(ひらた さぶろう) 平田 三郎			保険医療機関の所在地及び名称				三重県亀山市●●町●●●-●●●●●●●クリニック				
	生年月日	明大昭平	37年1月5日		男・女	電話番号				059-●●●-××××			
	区分	被保険者		被扶養者		都道府県番号		点数表番号		医療機関コード			
						2 4		1		● ● ● ● ● ● ● ● ● ●			
交付年月日				平成 29 年 10 月 25 日				処方せんの有効期間		平成 年 月 日		(特に記載がある場合を除き、公布の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること)	
処方	変更不可 (個々の処方薬について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更に差支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名欄」に署名又は記名・押印すること。)												
	1) ソルデム3A輸液 500mL 7袋 2) 生食注シリンジ 10mL(ルアーロックタイプ) 7本 以下余白												
保険医署名 (「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。)						訪問指示							
保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。) <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供													
調剤済年月日				平成 年 月 日				公費負担者番号					
保険薬局の所在地				公費負担医療の									

様式第二号 (第二十三条関係)

**【チェックポイント】**

- この注射処方せんは、記載例7の電解質輸液処方せんの簡易版となります。
- 用法及び用量は記載されていませんので、薬剤師が必要な内容を処方医に確認することがあります。内容を確認させていただくときは、ご協力をお願いいたします。

9 記載例 9 : 抗菌薬 (セフトリアキソン) 点滴静注用バッグ

処方せん													
(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)													
公費負担者番号			保険者番号			3	9	2	4	2	0	7	8
公費負担医療の受給者番号			被保険者証・被保険者手帳の記号・番号			●●●××××-●●●							
患者	氏名	(しろこ さくら) 白子 さくら			保険医療機関の所在地及び名称			三重県鈴鹿市●●町●●●-●●●●●●●●クリニック					
	生年月日	明大(昭平)	5年12月25日		男(女)	電話番号			059-●●●-××××				
	区分	被保険者		被扶養者		都道府県番号	2	4	点数表番号	1	医療機関コード		●●●●●●
交付年月日		平成29年10月25日			処方せんの有効期間		平成 年 月 日						
変更不可		〔個々の処方箋について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更に差支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名欄」に署名又は記名・押印すること。〕											
処方	1) セフトリアキソンナトリウム点滴静注用1gバッグ 5袋 平成29年10月26日から10時に1日1回、点滴静注、5日分 投与速度 180mL/hrで投与  2) 生食注シリンジ 10mL(ルアーロックタイプ) 10本 1日2回、静脈内留置ルートに充填、5日分 以下余白												
	保険医署名			〔「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。〕			訪問指示						

様式第二号 (第二十三条関係)

【チェックポイント】

1. セフトリアキソンナトリウム点滴静注用1gバッグを1日1回5日間点滴静注するときの処方方で、投与総量5袋を記載しています。
2. 点滴静注を行う場合には、注射用水を用いないこと(溶液が等張にならないため)。点滴静注は30分以上かけて静脈内に注射すること。<sup>注1)</sup>
3. 本剤を投与する場合は、カルシウムを含有する注射剤又は輸液と同時に投与しないこと。[国外において、新生児に本剤とカルシウムを含有する注射剤又は輸液を同一経路から同時に投与した場合に、肺、腎臓等に生じたセフトリアキソンを成分とする結晶により、死亡に至った症例が報告されている。]<sup>注1)</sup>  
 注1)添付文書から引用
4. 生食注シリンジ10mL(ルアーロックタイプ)は末梢静脈ルート内を生食ロックするための処方です。

10 記載例 10：抗菌薬（セフトリアキソン）点滴静注用バッグ（簡易版）

処方せん											
(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)											
公費負担者番号				保険者番号				3 9 2 4 2 0 7 8			
公費負担医療の受給者番号				被保険者証・被保険者手帳の記号・番号				●●●××××-●●●			
患者	氏名		(しろこ さくら) 白子 さくら		保険医療機関の所在地及び名称		三重県鈴鹿市●●町●●●●●● ●●●●●●クリニック				
	生年月日		明大 5年12月25日 男(女) 昭平		電話番号		059-●●●●-××××				
	区分		被保険者		被扶養者		都道府県番号		点数表番号		医療機関コード
		2 4		1		●●●●●●					
交付年月日			平成 29 年 10 月 25 日			処方せんの有効期間		平成 年 月 日 <small>(特に記載がある場合を除き、公布の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること)</small>			
処方	変更不可 <small>(「個々の処方薬について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更に差支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名欄」に署名又は記名・押印すること。)</small>										
	1) セフトリアキソンナトリウム点滴静注用1gバッグ 5袋 2) 生食注シリンジ 10mL(ルアーロックタイプ) 5本 以下余白										
保険医署名				訪問指示							
<small>(「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。)</small>											
<small>保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。)</small> <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供											
調剤済年月日			平成 年 月 日			公費負担者番号					
保険薬局の所在地				公費負担医療の							

様式第二号(第二十三条関係)

**【チェックポイント】**

- この注射処方せんは、記載例9の注射用抗菌薬処方せんの簡易版となります。
- 用法及び用量は記載されていませんので、薬剤師が必要な内容を処方医に確認することがあります。内容を確認させていただくときは、ご協力をお願いいたします。

## II 参考文献等一覧

1. 終末期がん患者の輸液療法に関するガイドライン（2013年版）  
特定非営利活動法人 日本緩和医療学会 緩和医療ガイドライン作成委員会編
2. 調剤指針（第十三改訂 増補版）  
日本薬剤師会編
3. 調剤報酬点数表の解釈（平成28年4月版）  
社会保険研究所編
4. 添付文書
  - (1) ビーフリード輸液  
株式会社大塚製薬工場輸液DIセンター  
株式会社大塚製薬工場輸液DIセンター  
〒101-0048 東京都千代田区神田司町2-2  
TEL：0120-719-814  
FAX：03-5296-8400
  - (2) ソルデム3A輸液  
テルモ株式会社 コールセンター  
〒151-0072 東京都渋谷区幡ヶ谷2丁目44番1号  
TEL 0120-12-8195
  - (3) セフトリアキソンナトリウム点滴用1gバッグ「NP」  
ニプロ株式会社医薬品情報室  
〒531-8510 大阪市北区本庄西3丁目9番3号  
TEL 0120-226-898  
FAX 06-6375-0177

平成30年3月吉日 発行

編集 一般社団法人鈴鹿亀山薬剤師会  
鈴鹿市安塚町638-21

TEL : 059-381-2233, FAX : 059-381-2234

E-mail : [jimu@suzuyaku.or.jp](mailto:jimu@suzuyaku.or.jp)

## 薬剤師在宅訪問サポート相談窓口

鈴鹿亀山薬剤師会事務局内（鈴鹿市安塚町 638-21）

対応日時：祝祭日を除く月～金曜日 9：00～17：00

TEL：059-381-2233, FAX：059-381-2234

E-mail：jimu@suzuyaku.or.jp

鈴鹿亀山薬剤師会が設置・運営する相談窓口で、患者様及びご家族様をはじめ、医師、訪問看護師、介護支援専門員の皆さんから在宅医療における薬に関する相談に応じます。また、薬剤師在宅訪問サポートを応需する薬局を紹介します。

**お気軽にお問い合わせください！！**