

別紙 1

診療報酬の算定方法

1 医科診療報酬点数表

項 目	現 行	改 正 案
<p>第 1 章 基本診療料</p> <p>第 1 部 初・再診料</p> <p>第 1 節 初診料</p> <p>A 0 0 0 初診料</p> <p>【注の見直し】</p> <p>【注の削除】</p>	<p>注 3 6歳未満の乳幼児に対して初診を行った場合は、所定点数に72点を加算する。ただし、注4又は注5に規定する加算を算定する場合は算定しない。</p> <p>注 7 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、療養の給付等に係る事務を電子的に行うための体制整備に係る取組を行った場合には、電子化加算として、所定点数に3点を加算する。</p>	<p>注 3 6歳未満の乳幼児に対して初診を行った場合は、所定点数に75点を加算する。ただし、注4又は注5に規定する加算を算定する場合は算定しない。</p> <p>(削除)</p>

【新設】

A 2 3 2 がん診療連携拠点病院加算
(入院初日)

【点数の見直し】

(新設)

入院医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。) であって別に厚生労働大臣が定める者に対して必要な治療を行った場合に、入院した日から起算して60日を限度として、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。

A 2 3 1-4 摂食障害入院医療管理加算 (1日につき)

1	30日以内	200点
2	31日以上60日以内	100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入院している患者 (第1節の入院基本料 (特別入院基本料等を除く。) 又は第3節の特定入院料のうち、摂食障害入院医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。) であって別に厚生労働大臣が定める者に対して必要な治療を行った場合に、入院した日から起算して60日を限度として、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。

400点 → 500点

【新設】

(新設)

A 2 3 3 - 2 栄養サポートチーム加算 (週 1 回
200点)

注 栄養管理体制その他の事項につき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、栄養管理を要する患者として別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合に、当該患者 (第 1 節の入院基本料 (特別入院基本料等を除く。)) のうち、栄養サポートチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。) について、週 1 回に限り所定点数に加算する。ただし、この場合において、区分番号 B 0 0 1 の 10 に掲げる入院栄養食事指導料、区分番号 B 0 0 1 の 11 に掲げる集団栄養食事指導料及び区分番号 B 0 0 1 - 2 - 3 に掲げる乳幼児育児栄養指導料は別に算定できない。

A 2 3 4 医療安全対策加算 (入院初
日)

【項目の見直し】

50点

1	医療安全対策加算 1	85点
2	医療安全対策加算 2	35点

【注の追加】

【注の追加】

A 2 3 7 ハイリスク分娩管理加算
(1日につき)

【点数の見直し】

A 2 3 8 退院調整加算

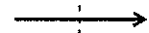
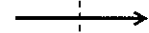
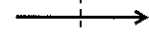
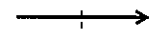
【名称の見直し】

退院調整加算

(追加)

(追加)

2,000点



注1 別に厚生労働大臣が定める組織的な医療安全対策に係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入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術基本料のうち、医療安全対策加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限りそれぞれ所定点数に加算する。

注2 組織的な感染防止対策に係る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入院している患者については、感染防止対策加算として、更に所定点数に100点を加算する。

3,000点

慢性期病棟等退院調整加算

【新設】

第3節 特定入院料

A300 救命救急入院料（1日につき）

【項目の見直し】

1 3日以内の期間
イ 救命救急入院料 1 9,700点

(新設)

看護師、臨床工学技士、理学療法士等が共同して、人工呼吸器の離脱のために必要な診療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、呼吸ケアチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、週1回に限り所定点数に加算する。ただし、区分番号B011-4に掲げる医療機器安全管理料の1は別に算定できない。

A243 後発医薬品使用体制加算（入院初日）
30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入院している患者（別に厚生労働大臣が定める患者を除き、第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、後発医薬品使用体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

1 救命救急入院料 1
イ 3日以内の期間 9,700点

A 3 1 0 緩和ケア病棟入院料（1日につき）

【注の見直し】

A 3 1 1 精神科救急入院料（1日につき）

超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、退院調整加算及び後期高齢者外来患者緊急入院診療加算（一般病棟に限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患病棟入院料に含まれるものとする。

注2 診療に係る費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん診療連携拠点病院加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算、退院時に当該指導管理を行ったことにより算定できる区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料及び区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。

超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、慢性期病棟等退院調整加算及び救急搬送患者地域連携受入加算（一般病棟に限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患病棟入院料に含まれるものとする。

注2 診療に係る費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、がん診療連携拠点病院加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算及び救急搬送患者地域連携受入加算、退院時に当該指導管理を行ったことにより算定できる区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料及び区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。

【点数の見直し】

1 精神科救急入院料 1			
イ 30日以内の期間	3,431点	→	3,451点
2 精神科救急入院料 2			
イ 30日以内の期間	3,231点		3,251点

【注の見直し】

注3 当該病棟に入院している患者であって、統合失調症のものに対して、計画的な医学管理のもとに非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、1日につき所定点数に10点を加算する。	→	注3 当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した一日当たりの抗精神病薬の種類数に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。 イ 非定型抗精神病薬加算1（2種類以下の場合） 15点 ロ 非定型抗精神病薬加算2（イ以外の場合） 10点
---	---	--

A311-2 精神科急性期治療病棟入院料（1日につき）

【点数の見直し】

1 精神科急性期治療病棟入院料 1			
イ 30日以内の期間	1,900点	→	1,920点
2 精神科急性期治療病棟入院料 2			
イ 30日以内の期間	1,800点		1,820点

【注の見直し】

注2 診療に係る費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算並びに第2章第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療に係る費用を除く。）は、精神科急性期治療病棟入院料に含まれるものとする。

注2 診療に係る費用（第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、重度アルコール依存症入院医療管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算並びに第2章第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療に係る費用を除く。）は、精神科急性期治療病棟入院料に含まれるものとする。

【注の見直し】

注3 当該病棟に入院している患者であって、統合失調症のものに対して、計画的な医学管理のもとに非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、1日につき所定点数に10点を加算する。

注3 当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した一日当たりの抗精神病薬の種類数に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

- イ 非定型抗精神病薬加算1（2種類以下の場合） 15点
- ロ 非定型抗精神病薬加算2（イ以外の場合） 10点

院料（1日につき）

【点数の見直し】

1 30日以内の期間 3,431点 → 3,451点

【注の見直し】

注3 当該病棟に入院している患者であって、統合失調症のものに対して、計画的な医学管理のもとに非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、1日につき所定点数に10点を加算する。

注3 当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した一日当たりの抗精神病薬の種類数に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。
イ 非定型抗精神病薬加算1（2種類以下の場合） 15点
ロ 非定型抗精神病薬加算2（イ以外の場合） 10点

A312 精神療養病棟入院料（1日につき）

【点数の見直し】

1,090点 → 1,050点

【注の見直し】

注3 当該病棟に入院している患者であって、統合失調症のものに対して、計画的な医学管理のもとに非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、1日につき所定点数に10点を加算する。

注3 当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した一日当たりの抗精神病薬の種類数に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定

【注の追加】	(追加)	点数に加算する。 イ 非定型抗精神病薬加算 1 (2種類以下の 場合) 15点 ロ 非定型抗精神病薬加算 2 (イ以外の場合) 10点
A 3 1 4 認知症病棟入院料 (1日につき)	認知症病棟入院料 (1日につき)	認知症治療病棟入院料 (1日につき)
【名称の見直し】		
【項目の見直し】	1 認知症病棟入院料 1 イ 90日以内の期間 1,330点 ロ 91日以上期間 1,180点 2 認知症病棟入院料 2 イ 90日以内の期間 1,070点 ロ 91日以上期間 1,020点	1 認知症治療病棟入院料 1 イ 60日以内の期間 1,450点 ロ 61日以上期間 1,180点 2 認知症治療病棟入院料 2 イ 60日以内の期間 1,070点 ロ 61日以上期間 970点
【注の追加】	(追加)	注 2 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病院である保険医療機関において、当該病棟に6月以上入院している患者について退院

B001-7 リンパ浮腫指導管理料

【注の追加】

【新設】

テロール、前立腺酸性フォスファターゼ、P及びHPO₄、総コレステロール、グルタミン・オキサロアセティック・トランスアミナーゼ（GOT）、グルタミン・ピルビック・トランスアミナーゼ（GPT）、イオン化カルシウム及び血液ガス分析ホ～ヌ（略）

ル、LDL-コレステロール、前立腺酸ホスファターゼ、P及びHPO₄、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（AST）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ALT）、イオン化カルシウム及び血液ガス分析ホ～ヌ（略）

（追加）

2 注1に基づき当該点数を算定した患者であつて当該保険医療機関を退院したものに対して、当該保険医療機関において、退院した日の属する月又はその翌月に注1に規定する指導を再度実施した場合に、1回に限り算定する。

（新設）

B005-1-2 介護支援連携指導料 300点

注 当該保険医療機関に入院中の患者に対して、患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービスや退院後に利用可能な介護サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中2回に限り算定する。ただし、この場合において、同一日に、区分番号B005の注3に掲げる加算（居宅介護支援事業者

【新設】

B 0 0 8 薬剤管理指導料

【注の削除】

(新設)

3 区分番号B 0 0 0に掲げる特定疾患療養管理料は、別に算定できない。

B 0 0 5 - 8 肝炎インターフェロン治療計画料
700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が、長期継続的にインターフェロン治療が必要な肝炎の患者に対して、患者の同意を得た上で、治療計画を作成し、副作用等を含めて患者に説明し、文書により提供するとともに、地域において治療を担う他の保険医療機関に当該患者に係る治療計画及び診療情報を文書により提供した場合に、1人につき1回に限り所定点数を算定する。

2 注1の規定に基づく他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号B 0 0 9に掲げる診療情報提供料(I)の費用は、所定点数に含まれるものとする。

注3 患者の退院時に当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合は退院の日1回に限り、所定点数に50点を加算する。ただし

(削除)

	<p>、区分番号B014に掲げる後期高齢者退院時薬剤情報提供料を算定している場合については算定しない。</p>	
<p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>注3 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、入院中の患者に対して薬学的管理指導を行った場合に、医薬品安全性情報等管理体制加算として、入院中1回に限り、初回の薬学的管理指導に係る算定の際に、所定点数に50点を加算する。</p>
<p>B009 診療情報提供料(I)</p> <p>【注の見直し】</p>	<p>注6 保険医療機関が、認知症の状態にある患者の診断に基づき老人性認知症センター等での鑑別診断等の必要を認め、当該患者又はその家族の同意を得て、当該老人性認知症センター等に対して診療状況を示す文書を添えて、患者の紹介を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p>	<p>注6 保険医療機関が、認知症の状態にある患者について、診断に基づき認知症疾患医療センター等での鑑別診断等の必要を認め、当該患者又はその家族の同意を得て、認知症疾患医療センター等に対して診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。</p>
<p>【注の追加】</p>	<p>(追加)</p>	<p>注10 保険医療機関が、認知症の専門医療機関において既に認知症と診断された患者であって入院中の患者以外のものについて症状が増悪した場合に、当該患者又はその家族の同意を得て、当該専門医療機関に対して、診療状況</p>

【注の追加】

B011-3 薬剤情報提供料

【注の見直し】

B011-4 医療機器安全管理料

(追加)

を示す文書を添えて当該患者の紹介を行った場合は、認知症専門医療機関連携加算として、所定点数に50点を加算する。

注12 保険医療機関が、治療計画に基づいて長期継続的にインターフェロン治療が必要な肝炎の患者であって入院中の患者以外のものの同意を得て、当該保険医療機関と連携して治療を行う肝疾患に関する専門医療機関に対して、治療計画に基づく診療状況を示す文書を添えて当該患者の紹介を行った場合は、肝炎インターフェロン治療連携加算として、所定点数に50点を加算する。

注2 注1の場合において、後期高齢者である患者に対して、処方した薬剤の名称を当該患者の手帳に記載するとともに、当該薬剤に係る名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書により提供した場合に、月1回に限り（処方の内容に変更があった場合は、その都度）所定点数に5点を加算する。

注2 注1の場合において、処方した薬剤の名称を当該患者の求めに応じて手帳に記載した場合には、手帳記載加算として、所定点数に3点を加算する。

【点数の見直し】

1 臨床工学技士が配置されている保険医療機関において、生命維持管理装置を用いて治療を行う場合（1月につき）

50点

2 放射線治療機器の保守管理、精度管理等の体制が整えられている保険医療機関において、放射線治療計画を策定する場合（一連につき）

1,000点

100点

1,100点

B014 後期高齢者退院時薬剤情報提供料

【名称の見直し】

後期高齢者退院時薬剤情報提供料

退院時薬剤情報管理指導料

【点数の見直し】

100点

90点

【注の見直し】

注 保険医療機関が、後期高齢者である患者の入院時に、当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称（副作用が発現した場合については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。）に関して当該患者の手帳に記載した場合に、退院の日1回に限り算定する。

注 保険医療機関が、患者の入院時に当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称（副作用が発現した場合については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。）に関して当該患者の手帳に記載した上で、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に、退院の日1回に限り算定する。

C008 在宅患者訪問薬剤管理指導料

【項目の見直し】

- 1 在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。）の場合 550点
- 2 居住系施設入居者等である患者の場合 385点

【注の見直し】

注1 1については、在宅での療養を行っている患者（居住系施設入居者等を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、居住系施設入居者等である患者であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、月2回（同一の患者について、1及び2を併せて算定する場合において同じ。）に限り算定する。

合に、患者1人につき、1と2を合わせて週6単位（退院の日から起算して3月以内の患者にあつては、週12単位）に限り算定する。

- 1 同一建物居住者以外の場合 550点
- 2 同一建物居住者の場合 385点

注1 1については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問薬剤管理指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、1と2を合わせて月2回に限り算定する。

C009 在宅患者訪問栄養食事指導料

項 目	現 行	改 正 案
第 2 章 特掲診療料 第 5 部 投薬 第 2 節 処方料 F 1 0 0 処方料 【注の追加】 第 5 節 処方せん料 F 4 0 0 処方せん料 【注の追加】	(追加)	注 7 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を処方した場合には、抗悪性腫瘍剤処方管理加算として、月1回に限り、1処方につき70点を加算する。 注 5 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。

項 目	現 行	改 正 案
<p>第2章 特掲診療料</p> <p>第6部 注射</p> <p>【通則の見直し】</p>	<p>6 区分番号G002、G003、G003-3 又はG004に掲げる動脈注射、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。</p> <p>イ 外来化学療法加算1 500点 (15歳未満の患者に対して行った場合は、 700点)</p> <p>ロ 外来化学療法加算2 390点 (15歳未満の患者に対して行った場合は、</p>	<p>6 区分番号G000に掲げる皮内、皮下及び筋 肉内注射、G001に掲げる静脈内注射、G0 02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に掲げる埋込型カテ ーテルによる中心静脈栄養について、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。</p> <p>イ 外来化学療法加算1 550点 (15歳未満の患者に対して行った場合は、 750点)</p> <p>ロ 外来化学療法加算2 420点 (15歳未満の患者に対して行った場合は、</p>

第1節 注射料

第1款 注射実施料

【新設】

700点)

(新設)

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ものとする。
2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合には、所定点数に500点を加算する。

【新設】

(新設)

G005-4 カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入 2,500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ものとする。
2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合には、所定点数に500点を加算する。

【新設】

(新設)

G016 硝子体内注射 580点

700点)

第2款 無菌製剤処理料

G020 無菌製剤処理料

【項目の見直し】

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） 50点



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 100点
ロ イ以外の場合 50点