

診療報酬点数

〔第1章第2部 入院料等〕

＜変更部分は **太字** で表記してあります。＞

現 行	改正告示（平成28年3月4日 厚生労働省告示第52号）	一部改正に伴う実施上の留意事項について（平成28年3月4日 保医発0304第3号）
A243 後発医薬品使用体制加算（入院初日） （新設） 1 後発医薬品使用体制加算1 35点 2 後発医薬品使用体制加算2 28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。）又は第3節の特定入院料のうち、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、当該施設基準に係る区分に従い、それぞれ入院初日に限り所定点数に加算する。	A243 後発医薬品使用体制加算（入院初日） 1 後発医薬品使用体制加算1 42点 2 4 後発医薬品使用体制加算 2 4 35点 3 2 後発医薬品使用体制加算 3 2 28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。）又は第3節の特定入院料のうち、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、当該施設基準に係る区分に従い、それぞれ入院初日に限り所定点数に加算する。	A243 後発医薬品使用体制加算 (1) 後発医薬品使用体制加算は、後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制が整備されている保険医療機関を評価したものである。 (2) 後発医薬品使用体制加算は、当該保険医療機関にお いて調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量ける全ての医薬品の採用品目数のうち、後発医薬品の採用品目数 の割合が 50 20%以上、又は60 30%以上又は70% 以上であるとともに、入院及び外来において後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用を積極的に行っている旨を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している保険医療機関に入院している患者について、入院期間中1回に限り、入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。 (3) 後発医薬品使用体制加算の算定対象患者は、DPC対象病棟に入院している患者を除くものであること。

〔第2章第1部 医学管理等〕

現 行	改正告示（平成28年3月4日 厚生労働省告示第52号）	一部改正に伴う実施上の留意事項について（平成28年3月4日 保医発0304第3号）
B001 特定疾患治療管理料 9 外来栄養食事指導料 130点 注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす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、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあつては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。	B001 特定疾患治療管理料 9 外来栄養食事指導料 130点 イ 初回 260点 ロ 2回目以降 200点 注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす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、別に厚生労働大臣が定める 特別食を必要とする ものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあつては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。	B001 特定疾患治療管理料 9 外来栄養食事指導料 (1) 外来栄養食事指導料は、入院中の患者以外の患者であつて、別に厚生労働大臣が定める特別食を医師が必要と認めた者 又は次のいずれかに該当する者 に対し、当該保険医療機関の管理栄養士が医師の指示に基づき、患者ごとにその生活条件、し好を勘案した食事計画案等を必要に応じて交付し、 初回にあつては概ね30 15分以上、2回目以降にあつては概ね20 分以上 、療養のため必要な栄養の指導を行った場合に算定する。 ア がん患者 イ 摂食機能又は嚥下機能が低下した患者 ウ 低栄養状態にある患者 (2) 管理栄養士への指示事項は、当該患者ごとに適切なものと しするが、少なくとも も 熱量・熱量構成、蛋白質量、脂質 その他栄養素の量、病態に応じた食事の形態等に係る情報のうち医師が必要と認めるもの に関する量について 具体的な指示を含まなければならない。 (3) 管理栄養士は常勤である必要はなく、要件に適合した指導が行われていれば算定できる。 (4) 外来栄養食事指導料は初回の指導を行った月にあつては1月に2回を限度として、その他の月にあつては1月に1回を限度として算定する。ただし、初回の指導を行った月の翌月に2回指導を行った場合であつて、初回と2回目の指導の間隔が30日以内の場合は、初回の指導を行った翌月に2回算定することができる。 (5) 特別食には、心臓疾患及び妊娠高血圧症候群等の患者に対する減塩食、十二指腸潰瘍の患者に対する潰瘍食、侵襲の大きな消化管手術後の患者に対する潰瘍食、クローン病及び潰瘍性大腸炎等により腸管の機能が低下している患者に対する低残渣食 、並びに 高度肥満症（肥満度が+40%以上又はBMIが30以上）の患者に対する治療食 並びにてんかん食（難治性てんかん（外傷性のものを含む。）、グルコーストランスポーター1欠損症又はミトコンドリア脳筋症の患者に対する治療食であつて、グルコースに代わりケトン体を熱量源として供給することを目的に炭水化物量の制限と脂質量の増加が行われたものに限る。） を含む。

現 行	改正告示（平成28年3月4日 厚生労働省告示第52号）	一部改正に伴う実施上の留意事項について（平成28年3月4日 保医発0304第3号）
<p>10 入院栄養食事指導料（週1回）</p> <p>イ 入院栄養食事指導料1 130点</p> <p>ロ 入院栄養食事指導料2 125点</p> <p>注1 イについては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立によって指導を行った場合に、入院中2回を限度として算定する。</p> <p>2 ロについては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）において、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とするものに対して、当該保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が具体的な献立によって指導を行った場合に、入院中2回を限度として算定する。</p>	<p>10 入院栄養食事指導料（週1回）</p> <p>イ 入院栄養食事指導料1 130点 (1) 初回 260点 (2) 2回目 200点</p> <p>ロ 入院栄養食事指導料2 125点 (1) 初回 250点 (2) 2回目 190点</p> <p>注1 イについては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定める 特別食を必要とするものに対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、入院中2回を限度として算定する。</p> <p>2 ロについては、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）において、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定める 特別食を必要とするものに対して、当該保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、入院中2回を限度として算定する。</p>	<p>ただし、高血圧症の患者に対する減塩食（塩分の総量が6g未満のものに限る。）及び小児食物アレルギー患者（食物アレルギー検査の結果（他の保険医療機関から提供を受けた食物アレルギー検査の結果を含む。）、食物アレルギーを持つことが明らかな9歳未満の小児に限る。）に対する小児食物アレルギー食については、入院時食事療養（I）又は入院時生活療養（I）の特別食加算の場合と異なり、特別食に含まれる。なお、妊娠高血圧症候群の患者に対する減塩食は、日本高血圧学会、日本妊娠高血圧学会等の基準に準じていること。</p> <p>(6) 摂食機能又は嚥下機能が低下した患者とは、医師が、硬さ、付着性、凝集性などに配慮した嚥下調整食（日本摂食嚥下リハビリテーション学会の分類に基づく。）に相当する食事を要すると判断した患者をいう。</p> <p>(7) 低栄養状態にある患者とは、次のいずれかを満たす患者をいう。</p> <p>ア 血中アルブミンが3.0g/dL以下である患者</p> <p>イ 医師が栄養管理により低栄養状態の改善を要すると判断した患者</p> <p>(8) (6) 医師は、診療録に管理栄養士への指示事項を記載する。また、管理栄養士は、患者ごとに栄養指導記録を作成するとともに、指導内容の要点及び指導時間を記載する。</p> <p>10 入院栄養食事指導料</p> <p>(1) 入院栄養食事指導料1は、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を医師が必要と認めた者 又は次のいずれかに該当する者 に対し、当該保険医療機関の管理栄養士が医師の指示に基づき、患者ごとにその生活条件、し好を勘案した食事計画案等を必要に応じて交付し、初回にあっては 概ね 30 15分以上、2回目以降にあっては概ね 20 分以上、療養のため必要な栄養の指導を行った場合に入院中2回を限度として算定する。ただし、1週間に1回を限度とする。また、入院栄養食事指導料2は、有床診療所において、当該診療所以外（栄養ケア・ステーション及び他の保険医療機関に限る。）の管理栄養士が当該診療所の医師の指示に基づき、指導（対面に限る。）を行った場合に算定する。</p> <p>ア がん患者</p> <p>イ 摂食機能又は嚥下機能が低下した患者</p> <p>ウ 低栄養状態にある患者</p> <p>(2) 入院栄養食事指導料を算定するに当たって、上記以外の事項は区分番号「B001」の9外来栄養食事指導料における留意事項の(2)、(3)（入院栄養食事指導料1に限る。）、(5)及び (8) (6)まで の例による。</p>
<p>〔第2章第3部 検査〕</p>		
現 行	改正告示（平成28年3月4日 厚生労働省告示第52号）	一部改正に伴う実施上の留意事項について（平成28年3月4日 保医発0304第3号）
<p>第4節 診断穿刺・検体採取料</p> <p>D409-2 センチネルリンパ節生検</p> <p>1 併用法 5,000点</p> <p>2 単独法 3,000点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合す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、乳がんの患者に対して、1については放射性同位元素及び色素を用いて行った場合に、2については放射性同位元素又は色素を用いて行った場合に算定する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。</p>	<p>第4節 診断穿刺・検体採取料</p> <p>D409-2 センチネルリンパ節生検 (片側)</p> <p>1 併用法 5,000点</p> <p>2 単独法 3,000点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合す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、乳がんの患者に対して、1については放射性同位元素及び色素を用いて行った場合に、2については放射性同位元素又は色素を用いて行った場合に算定する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。</p>	<p>第4節 診断穿刺・検体採取料</p> <p>D409-2 センチネルリンパ節生検</p> <p>(1) 触診及び画像診断の結果、腋窩リンパ節への転移が認められない乳がんに係る手術を予定している場合のみ算定する。</p> <p>(2) センチネルリンパ節生検を乳房悪性腫瘍手術と同日に行う場合は、区分番号「K476」乳腺悪性腫瘍手術の注1又は注2で算定する。</p> <p>(3) センチネルリンパ節生検に伴う放射性同位元素の薬剤料は、区分番号「D500」薬剤として算定する。</p> <p>(4) 放射性同位元素の検出に要する費用は、区分番号「E100」シンチグラム（画像を伴うもの）の「1」部分（静態）（一連につき）により算定する。</p> <p>(5) 摘出したセンチネルリンパ節の病理診断に係る費用は、第13部病理診断の所定点数を算定する。</p>

〔第2章第4部 画像診断〕

＜変更部分は **太字** で表記してあります。＞

現 行	改正告示（平成28年3月4日 厚生労働省告示第52号）	一部改正に伴う実施上の留意事項について（平成28年3月4日 保医発0304第3号）
<p>通則</p> <p>1 画像診断の費用は、第1節、第2節若しくは第3節の各区分の所定点数により、又は第1節、第2節若しくは第3節の各区分の所定点数及び第4節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。</p> <p>2 画像診断に当たって、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5節の所定点数を合算した点数により算定する。</p> <p>3 入院中の患者以外の患者について、緊急のために、保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、当該保険医療機関内において撮影及び画像診断を行った場合は、1日につき110点を所定点数に加算する。</p> <p>4 区分番号E001、E004、E102及びE203に掲げる画像診断については、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、画像診断を専ら担当する常勤の医師が画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、画像診断管理加算1として、区分番号E001又はE004に掲げる画像診断、区分番号E102に掲げる画像診断及び区分番号E203に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り70点を所定点数に加算する。ただし、画像診断管理加算2を算定する場合はこの限りでない。</p> <p>5 区分番号E102及びE203に掲げる画像診断については、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、画像診断を専ら担当する常勤の医師が画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、画像診断管理加算2として、区分番号E102に掲げる画像診断及び区分番号E203に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り180点を所定点数に加算する。</p> <p>6 遠隔画像診断による画像診断（区分番号E001、E004、E102又はE203に限る。）を行った場合については、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間で行われた場合に限り算定する。この場合において、受信側の保険医療機関が通則第4号本文の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、区分番号E001又はE004に掲げる画像診断、区分番号E102に掲げる画像診断及び区分番号E203に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り、画像診断管理加算1を算定することができる。ただし、画像診断管理加算2を算定する場合はこの限りでない。</p> <p>7 遠隔画像診断による画像診断（区分番号E102及びE203に限る。）を通則第6号本文に規定する保険医療機関間で行った場合であって、受信側の保険医療機関が通則第5号の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、区分番号E102に掲げる画像診断及び区分番号E203に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り、画像診断管理加算2を算定することができる。</p>	<p>通則</p> <p>1 画像診断の費用は、第1節、第2節若しくは第3節の各区分の所定点数により、又は第1節、第2節若しくは第3節の各区分の所定点数及び第4節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。</p> <p>2 画像診断に当たって、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5節の所定点数を合算した点数により算定する。</p> <p>3 入院中の患者以外の患者について、緊急のために、保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、当該保険医療機関内において撮影及び画像診断を行った場合は、1日につき110点を所定点数に加算する。</p> <p>4 区分番号E001、E004、E102及びE203に掲げる画像診断については、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、専ら画像診断を専ら担当する常勤の医師が、<u>専ら</u>画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、画像診断管理加算1として、区分番号E001又はE004に掲げる画像診断、区分番号E102に掲げる画像診断及び区分番号E203に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り70点を所定点数に加算する。ただし、画像診断管理加算2を算定する場合はこの限りでない。</p> <p>5 区分番号E102及びE203に掲げる画像診断については、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、専ら画像診断を専ら担当する常勤の医師が、<u>専ら</u>画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、画像診断管理加算2として、区分番号E102に掲げる画像診断及び区分番号E203に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り180点を所定点数に加算する。</p> <p>6 遠隔画像診断による画像診断（区分番号E001、E004、E102又はE203に限る。）を行った場合については、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間で行われた場合に限り算定する。この場合において、受信側の保険医療機関が通則第4号本文の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、<u>専ら</u>画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、区分番号E001又はE004に掲げる画像診断、区分番号E102に掲げる画像診断及び区分番号E203に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り、画像診断管理加算1を算定することができる。ただし、画像診断管理加算2を算定する場合はこの限りでない。</p> <p>7 遠隔画像診断による画像診断（区分番号E102及びE203に限る。）を通則第6号本文に規定する保険医療機関間で行った場合であって、受信側の保険医療機関が通則第5号の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、<u>専ら</u>画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、区分番号E102に掲げる画像診断及び区分番号E203に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り、画像診断管理加算2を算定することができる。</p>	<p>通則</p> <p>1 薬剤料</p> <p>(1) 画像診断のために使用した薬剤料は別に算定できるが、投薬に係る処方料、処方せん料、調剤料及び調剤技術基本料並びに注射に係る注射料は別に算定できない。</p> <p>(2) 画像診断のために使用した造影剤又は造影剤以外の薬剤は、区分番号「E300」に掲げる薬剤料により算定する。</p> <p>2 画像診断に当たって、麻酔を行った場合は、第2章第11部麻酔に規定する所定点数を別に算定する。ただし、麻酔手技料を別に算定できない麻酔を行った場合の薬剤料は、第4節薬剤料の規定に基づき算定できる。</p> <p>3 時間外緊急院内画像診断加算</p> <p>(1) 保険医療機関において、当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜に入院中の患者以外の患者に対して診療を行った際、医師が緊急に画像診断を行う必要性を認め、当該保険医療機関において、当該保険医療機関の従事者が当該保険医療機関に具備されている画像診断機器を用いて当該画像撮影及び診断を実施した場合に限り算定できる。</p> <p>(2) 画像診断の開始時間が診療時間以外の時間、休日又は深夜に該当する場合に当該加算を算定する。なお時間外等の定義については、区分番号「A000」初診料の注7に規定する時間外加算等における定義と同様であること。</p> <p>(3) 同一患者に同一日に2回以上、時間外、休日又は深夜の診療を行い、その都度緊急の画像診断を行った場合（複数の区分にまたがる場合を含む。）においても1回のみ算定とする。</p> <p>(4) 入院中の患者には当該加算は算定できない。ただし、時間外、休日又は深夜に外来を受診した患者に対し、画像診断の結果入院の必要性を認めて、引き続き入院となった場合はこの限りではない。</p> <p>(5) 時間外緊急院内画像診断加算を算定する場合には、区分番号「A000」初診料の注9及び区分番号「A001」再診料の注7に規定する夜間・早朝等加算は算定できない。</p> <p>(6) 時間外緊急院内画像診断加算は他の医療機関で撮影されたフィルムを診断した場合は算定できない。</p> <p>(7) 緊急に画像診断を要する場合は、直ちに何らかの処置・手術等が必要な患者であって、通常の診察のみでは的確な診断が下せず、なおかつ通常の画像診断が整う時間まで画像診断の実施を見合わせるできないような重篤な場合をいう。</p> <p>4 画像診断に当たって通常使用される患者の衣類の費用は、画像診断の所定点数に含まれる。</p> <p>5 画像診断管理加算</p> <p>画像診断管理加算1は、専ら画像診断を担当する医師（地方厚生（支）局長等に届け出た、専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するもの又は当該療養について、関係学会から示されている2年以上の所定の研修を修了し、その旨が登録されている医師に限る。）が読影及び診断を行い、その結果を文書により当該専ら画像診断を担当する医師の属する保険医療機関において当該患者の診療を担当する医師に報告した場合に、月の最初の診断の日に算定する。画像診断管理加算2は、当該保険医療機関において実施される核医学診断、CT撮影及びMRI撮影について、専ら画像診断を担当する医師（地方厚生（支）局長等に届け出た、専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するもの又は当該療養について、関係学会から示されている2年以上の所定の研修を修了し、その旨が登録されている医師に限る。）が読影及び診断を行い、</p>

<p>＜参考＞ 第1節 → エックス線診断料</p> <p>第2節 → 核医学診断料</p> <p>第3節 → コンピューター断層撮影診断料</p> <p>第4節 → 薬剤料</p> <p>第5節 → 特定保険医療材料</p>	<p>区分E001 → 写真診断</p> <p>区分E004 → 基本的エックス線診断料</p> <p>区分E100 → シンチグラム（画像を伴うもの）</p> <p>区分E101 → シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影</p> <p>区分E101-2 → ポジトロン断層撮影</p> <p>区分E101-3 → ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影</p>	<p>区分E101-4 → ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影</p> <p>区分E101-5 → 乳房用ポジトロン断層撮影</p> <p>区分E102 → 核医学診断</p> <p>区分E200 → コンピューター断層撮影（CT撮影）</p> <p>区分E202 → 磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）</p> <p>区分E203 → コンピューター断層診断</p>	<p>区分E300 → 薬剤</p>
---	---	---	--------------------

現 行	改正告示（平成28年3月4日 厚生労働省告示第52号）	一部改正に伴う実施上の留意事項について（平成28年3月4日 保医発0304第3号）
		<p>その結果を文書により当該専ら画像診断を担当する医師の属する保険医療機関において当該患者の診療を担当する医師に報告した場合に、月の最初の診断の日に算定する。なお、夜間又は休日に撮影された画像については、当該専ら画像診断を担当する医師が、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で、画像の読影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で読影及び診断を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合も算定できる。その際には、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たり、安全管理を確実に行った上で実施すること。また、当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託した場合は、これらの加算は算定できない。（「6」又は「7」により算定する場合を除く。）また、これらの加算を算定する場合は、報告された文書又はその写しを診療録に貼付する。</p> <p>6 遠隔画像診断による画像診断管理加算</p> <p>(1) 遠隔画像診断を行った場合は、送信側の保険医療機関において撮影料、診断料及び画像診断管理加算（当該加算の算定要件を満たす場合に限る。）を算定できる。受信側の保険医療機関における診断等に係る費用については受信側、送信側の医療機関間における相互の合議に委ねるものとする。</p> <p>(2) 遠隔画像診断を行った場合、画像診断管理加算1は、受信側の保険医療機関において専ら画像診断を担当する医師（地方厚生（支）局長に届け出た、専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するもの又は当該療養について、関係学会から示されている2年以上の所定の研修を修了し、その旨が登録されている医師に限る。）が読影及び診断を行い、その結果を文書により送信側の保険医療機関において当該患者の診療を担当する医師に報告した場合に、月の最初の診断の日に算定する。遠隔画像診断を行った場合、画像診断管理加算2は、送信側の保険医療機関において専ら画像診断を担当する医師（地方厚生（支）局長に届け出た、専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するもの又は当該療養について、関係学会から示されている2年以上の所定の研修を修了し、その旨が登録されている医師に限る。）が読影及び診断を行い、その結果を文書により送信側の保険医療機関において当該患者の診療を担当する医師に報告した場合に、月の最初の診断の日に算定する。なお、夜間又は休日に撮影された画像については、受信側の保険医療機関において専ら画像診断を担当する医師が、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で、画像の読影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で読影及び診断を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合も算定できる。その際には、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たり、安全管理を確実に行った上で実施すること。また、受信側又は送信側の保険医療機関が受信側及び送信側の保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託した場合は、当該加算は算定できない。また、これらの加算を算定する場合は、報告された文書又はその写しを診療録に貼付する。</p>

現 行	改正告示（平成28年3月4日 厚生労働省告示第52号）	一部改正に伴う実施上の留意事項について（平成28年3月4日 保医発0304第3号）												
<p>第2節 核医学診断料</p> <p>通則</p> <p>1 同一のラジオアイソトープを用いて、区分番号D292に掲げる体外からの計測によらない諸検査若しくは区分番号D293に掲げるシンチグラム（画像を伴わないもの）の項に掲げる検査又は区分番号E100からE101-4までに掲げる核医学診断のうちいずれか2以上を行った場合は、主たる検査又は核医学診断に係るいずれかの所定点数のみにより算定する。</p> <p>2 核医学診断の費用は、区分番号E100からE101-5までに掲げる各区分の所定点数及び区分番号E102に掲げる核医学診断の所定点数を合算した点数により算定する。</p> <p>3 撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合においては、前2号により算定した点数に、一連の撮影について1回に限り、120点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、フィルムの費用は算定できない。</p> <p>E100 シンチグラム（画像を伴うもの）</p> <table border="0"> <tr> <td>1 部分（静態）（一連につき）</td> <td>1,300点</td> </tr> <tr> <td>2 部分（動態）（一連につき）</td> <td>1,800点</td> </tr> <tr> <td>3 全身（一連につき）</td> <td>2,200点</td> </tr> </table> <p>注1 同一のラジオアイソトープを使用して数部位又は数回にわたってシンチグラム検査を行った場合においても、一連として扱い、主たる点数をもって算定する。</p> <p>2 甲状腺シンチグラム検査に当たって、甲状腺ラジオアイソトープ摂取率を測定した場合は、100点を所定点数に加算する。</p> <p>3 新生児又は3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対してシンチグラムを行った場合は、当該シンチグラムの所定点数にそれぞれ所定点数の100分の30又は100分の15に相当する点数を加算する。</p> <p>4 ラジオアイソトープの注入手技料は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>E101 シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影 （同一のラジオアイソトープを用いた一連の検査につき） 1,800点</p> <p>注1 甲状腺シンチグラム検査に当たって、甲状腺ラジオアイソトープ摂取率を測定した場合は、100点を所定点数に加算する。</p> <p>2 新生児又は3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して断層撮影を行った場合は、所定点数にそれぞれ所定点数の100分の30又は100分の15に相当する点数を加算する。</p> <p>3 負荷試験を行った場合は、負荷の種類又は測定回数にかかわらず、所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。</p> <p>4 ラジオアイソトープの注入手技料は、所定点数に含まれるものとする。</p>	1 部分（静態）（一連につき）	1,300点	2 部分（動態）（一連につき）	1,800点	3 全身（一連につき）	2,200点	<p>第2節 核医学診断料</p> <p>通則</p> <p>1 同一のラジオアイソトープを用いて、区分番号D292に掲げる体外からの計測によらない諸検査若しくは区分番号D293に掲げるシンチグラム（画像を伴わないもの）の項に掲げる検査又は区分番号E100からE101-4までに掲げる核医学診断のうちいずれか2以上を行った場合は、主たる検査又は核医学診断に係るいずれかの所定点数のみにより算定する。</p> <p>2 核医学診断の費用は、区分番号E100からE101-5までに掲げる各区分の所定点数及び区分番号E102に掲げる核医学診断の所定点数を合算した点数により算定する。</p> <p>3 撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合においては、前2号により算定した点数に、一連の撮影について1回に限り、120点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、フィルムの費用は算定できない。</p> <p>E100 シンチグラム（画像を伴うもの）</p> <table border="0"> <tr> <td>1 部分（静態）（一連につき）</td> <td>1,300点</td> </tr> <tr> <td>2 部分（動態）（一連につき）</td> <td>1,800点</td> </tr> <tr> <td>3 全身（一連につき）</td> <td>2,200点</td> </tr> </table> <p>注1 同一のラジオアイソトープを使用して数部位又は数回にわたってシンチグラム検査を行った場合においても、一連として扱い、主たる点数をもって算定する。</p> <p>2 甲状腺シンチグラム検査に当たって、甲状腺ラジオアイソトープ摂取率を測定した場合は、100点を所定点数に加算する。</p> <p>3 新生児、又は3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は3歳以上6歳未満の幼児に対してシンチグラムを行った場合は、当該シンチグラムの所定点数にそれぞれ所定点数の100分の80、30又は100分の50、15又は100分の30に相当する点数を加算する。</p> <p>4 ラジオアイソトープの注入手技料は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>E101 シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影 （同一のラジオアイソトープを用いた一連の検査につき） 1,800点</p> <p>注1 甲状腺シンチグラム検査に当たって、甲状腺ラジオアイソトープ摂取率を測定した場合は、100点を所定点数に加算する。</p> <p>2 新生児、又は3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は3歳以上6歳未満の幼児に対して断層撮影を行った場合は、所定点数にそれぞれ所定点数の100分の80、30又は100分の50、15又は100分の30に相当する点数を加算する。</p> <p>3 負荷試験を行った場合は、負荷の種類又は測定回数にかかわらず、所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。</p> <p>4 ラジオアイソトープの注入手技料は、所定点数に含まれるものとする。</p>	1 部分（静態）（一連につき）	1,300点	2 部分（動態）（一連につき）	1,800点	3 全身（一連につき）	2,200点	<p>第2節 核医学診断料</p> <p>1 核医学診断に係る一般的事項 「1」に規定する核医学診断に係る所定点数とは、区分番号「E100」から区分番号「E101-5」までに掲げる所定点数及び区分番号「E102」に掲げる所定点数を合算した点数をいう。</p> <p>2 「3」に規定する画像を電子化して管理及び保存した場合とは、デジタル撮影した画像を電子媒体に保存して管理した場合をいい、フィルムへのプリントアウトを行った場合にも当該加算を算定することができるが、本加算を算定した場合には当該フィルムの費用は算定できない。</p> <p>3 ラジオアイソトープの費用 ラジオアイソトープの費用を算定する場合は、「使用薬剤の薬価（薬価基準）」の定めるところによる。</p> <p>E100 シンチグラム（画像を伴うもの） 「注3」の加算における所定点数には「注2」による加算は含まれない。</p> <p>E101 シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影 (1) シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影は、同一のラジオアイソトープを使用した一連の検査につき、撮影の方向、スライスの数、撮影の部位数及び疾病の種類等にかかわらず所定点数のみにより算定する。 (2) 「注2」の加算における所定点数とは、「注1」及び「注3」の加算を含まない点数である。 (3) 「注3」の加算における所定点数とは、「注1」及び「注2」の加算を含まない点数である。</p>
1 部分（静態）（一連につき）	1,300点													
2 部分（動態）（一連につき）	1,800点													
3 全身（一連につき）	2,200点													
1 部分（静態）（一連につき）	1,300点													
2 部分（動態）（一連につき）	1,800点													
3 全身（一連につき）	2,200点													

現 行	改正告示（平成28年3月4日 厚生労働省告示第52号）	一部改正に伴う実施上の留意事項について（平成28年3月4日 保医発0304第3号）						
<p>E101-2 ポジトロン断層撮影</p> <p>1 ¹⁵O標識ガス剤を用いた場合（一連の検査につき） 7,000点</p> <p>2 ¹⁸F DGを用いた場合（一連の検査につき） 7,500点</p> <p>3 ¹³N標識アンモニア剤を用いた場合（一連の検査につき） 7,500点</p> <p>注1 ¹⁵O標識ガス剤の合成及び吸入、¹⁸F DGの合成及び注入並びに ¹³N標識アンモニア剤の合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。</p> <p>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保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p> <p>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以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。</p>	<p>E101-2 ポジトロン断層撮影</p> <p>1 ¹⁵O標識ガス剤を用いた場合（一連の検査につき） 7,000点</p> <p>2 ¹⁸F DGを用いた場合（一連の検査につき） 7,500点</p> <p>3 ¹³N標識アンモニア剤を用いた場合（一連の検査につき） 7,500点</p> <p>注1 ¹⁵O標識ガス剤の合成及び吸入、¹⁸F DGの合成及び注入並びに ¹³N標識アンモニア剤の合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。</p> <p>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保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p> <p>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以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。</p>	<p>E101-2 ポジトロン断層撮影</p> <p>(1) ポジトロン断層撮影は、撮影の方向、スライスの数、撮影の部位数及び疾患の種類等にかかわらず所定点数のみにより算定する。</p> <p>(2) ¹⁸F DGを用いたポジトロン断層撮影については、てんかん若しくは心疾患の診断又は悪性腫瘍（早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む。）の病期診断又は転移・再発の診断を目的とし、次の表に定める要件を満たす場合に限り算定する。</p> <table border="1" data-bbox="1961 390 2861 674"> <tr> <td data-bbox="1961 390 2193 426">1. てんかん</td> <td data-bbox="2193 390 2861 426">難治性部分てんかんで外科切除が必要とされる患者に使用する。</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1961 426 2193 569">2. 心疾患</td> <td data-bbox="2193 426 2861 569">虚血性心疾患による心不全患者における心筋組織のバイアビリティ診断（他の検査で判断のつかない場合に限る。）又は心サルコイドーシスにおける炎症部位の診断が必要とされる患者に使用する。</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1961 569 2193 674">3. 悪性腫瘍(早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む。)</td> <td data-bbox="2193 569 2861 674">他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者に使用する。</td> </tr> </table> <p>(3) ¹⁸F DG製剤を医療機関内で製造する場合は、¹⁸F DG製剤の製造に係る衛生管理、品質管理等については、関係学会の定める基準を参考として、十分な安全な体制を整備した上で実施すること。</p> <p>(4) 当該画像診断を実施した同一月に悪性腫瘍の診断の目的で 区分番号「E100」 シンチグラム （画像を伴うもの）（ガリウムにより標識された放射性医薬品を用いるものに限る。）を実施した場合には、主たるもののみを算定する。</p> <p>(5) ポジトロン断層撮影と同時に同一の機器を用いて行ったコンピューター断層撮影の費用はポジトロン断層撮影の所定点数に含まれ、別に算定できない。</p> <p>(6) ¹⁵O標識ガス剤を用いた場合に当該画像診断に伴って行われる血液ガス分析の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。</p> <p>(7) ターゲットガス（窒素、酸素、二酸化炭素）等の ¹⁵O標識ガス剤の合成及び吸入に係る費用並びに ¹⁸F DG並びに ¹³N標識アンモニア剤の合成及び注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。</p> <p>(8) ¹³N標識アンモニア剤を用いたポジトロン断層撮影については、他の検査で判断のつかない虚血性心疾患の診断を目的として行った場合に算定する。負荷に用いる薬剤料は所定点数に含まれ、別に算定できない。</p> <p>E101-3 ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影</p> <p>(1) ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影は、X線CT組合せ型ポジトロンCT装置を用いて、診断用の画像としてポジトロン断層撮影画像、コンピューター断層撮影画像及び両者の融合画像を取得するものをいい、ポジトロン断層撮影画像の吸収補正用としてのみコンピューター断層撮影を行った場合は該当しない。また、撮影の方向、スライスの数、撮影の部位数及び疾患の種類等にかかわらず所定点数により算定する。</p> <p>(2) 同一月に、区分番号「E200」コンピューター断層撮影（CT撮影）を行った後にポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影を行う場合は、本区分は算定せず、区分番号「E101-2」ポジトロン断層撮影により算定する。この場合においては、区分番号「E101-2」の届出を行っていても差し支えない。</p> <p>(3) ¹⁸F DGを用いたポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影については、てんかんの診断又は悪性腫瘍（早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む。）の病期診断及び転移・再発の診断を目的とし、次の表に定める要件を満たす場合に限り算定する。ただし、表中の「画像診断」からは、コンピューター断層撮影を除く。次の表に定める要件は満たさないが、区分番号「E101-2」ポジトロン断層撮影に定める要件を満たす場合は、区分番号「E101-2」により算定する。</p>	1. てんかん	難治性部分てんかんで外科切除が必要とされる患者に使用する。	2. 心疾患	虚血性心疾患による心不全患者における心筋組織のバイアビリティ診断（他の検査で判断のつかない場合に限る。）又は心サルコイドーシスにおける炎症部位の診断が必要とされる患者に使用する。	3. 悪性腫瘍(早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む。)	他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者に使用する。
1. てんかん	難治性部分てんかんで外科切除が必要とされる患者に使用する。							
2. 心疾患	虚血性心疾患による心不全患者における心筋組織のバイアビリティ診断（他の検査で判断のつかない場合に限る。）又は心サルコイドーシスにおける炎症部位の診断が必要とされる患者に使用する。							
3. 悪性腫瘍(早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む。)	他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者に使用する。							
<p>E101-3 ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）</p> <p>1 ¹⁵O標識ガス剤を用いた場合（一連の検査につき） 7,625点</p> <p>2 ¹⁸F DGを用いた場合（一連の検査につき） 8,625点</p> <p>注1 ¹⁵O標識ガス剤の合成及び吸入並びに ¹⁸F DGの合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。</p> <p>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保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p> <p>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以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。</p>	<p>E101-3 ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）</p> <p>1 ¹⁵O標識ガス剤を用いた場合（一連の検査につき） 7,625点</p> <p>2 ¹⁸F DGを用いた場合（一連の検査につき） 8,625点</p> <p>注1 ¹⁵O標識ガス剤の合成及び吸入並びに ¹⁸F DGの合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。</p> <p>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保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p> <p>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以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。</p>							

現 行	改正告示（平成28年3月4日 厚生労働省告示第52号）	一部改正に伴う実施上の留意事項について（平成28年3月4日 保医発0304第3号）				
<p>E101-4 ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき） 9,160点</p> <p>注1 ¹⁸F D Gの合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。 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保険医療機関において行われる場合に限り算定する。 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以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。</p>	<p>E101-4 ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき） 9,160点</p> <p>注1 ¹⁸F D Gの合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。 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保険医療機関において行われる場合に限り算定する。 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以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。</p>	<table border="1" data-bbox="1961 180 2861 323"> <tr> <td>1. てんかん</td> <td>難治性部分てんかんで外科切除が必要とされる患者に使用する。</td> </tr> <tr> <td>2. 悪性腫瘍（早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む。）</td> <td>他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者に使用する。</td> </tr> </table> <p>(4) ¹⁸F D G製剤を医療機関内で製造する場合は、¹⁸F D G製剤の製造に係る衛生管理、品質管理等については、関係学会の定める基準を参考として、十分安全な体制を整備した上で実施すること。 (5) 撮影に当たって造影剤を使用した場合は、区分番号「E200」コンピューター断層撮影（C T撮影）の「注3」の加算を本区分に対する加算として併せて算定する。 (6) 当該画像診断を実施した同一月内に悪性腫瘍の診断の目的で区分番号「E100」シンチグラム （画像を伴うもの）（ガリウムにより標識された放射性医薬品を用いるものに限る。）又は区分番号「E101-4」ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影を実施した場合には、主たるもののみを算定する。 (7) ¹⁵O標識ガス剤を用いた場合に当該画像診断に伴って行われる血液ガス分析の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。 (8) ターゲットガス（窒素、酸素、二酸化炭素）等の ¹⁵O標識ガス剤の合成及び吸入に係る費用並びに ¹⁸F D Gの合成及び注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。</p> <p>E101-4 ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）</p> <p>(1) ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影は、P E T装置とMR I装置を組み合わせた装置を用いて、診断用の画像としてポジトロン断層撮影画像、磁気共鳴コンピューター断層撮影画像及び両者の融合画像を取得するものをいう。また、画像のとり方、画像処理法の種類、スライスの数、撮影の部位数、疾病の種類等にかかわらず、所定点数により算定する。 (2) 同一月に、区分番号「E202」磁気共鳴コンピューター断層撮影（MR I撮影）を行った後にポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影を行う場合は、本区分は算定せず、区分番号「E101-2」ポジトロン断層撮影により算定する。この場合においては、区分番号「E101-2」の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（支）局長に届け出ていなくても差し支えない。 (3) ¹⁸F D Gを用いて、悪性腫瘍（脳、頭頸部、縦隔、胸膜、乳腺、直腸、泌尿器、卵巣、子宮、骨軟部組織、造血器、悪性黒色腫）の病期診断及び転移・再発の診断を目的とし、他の検査、画像診断により病期診断及び転移・再発の診断が確定できない患者に使用した場合に限り算定する。ただし、この画像診断からは磁気共鳴コンピューター断層撮影を除く。 (4) 撮影に当たって造影剤を使用した場合は、区分番号「E202」磁気共鳴コンピューター断層撮影（MR I撮影）の「注3」の加算を本区分に対する加算として併せて算定する。 (5) 当該画像診断を実施した同一月内に悪性腫瘍の診断の目的で区分番号「E100」シンチグラム （画像を伴うもの）（ガリウムにより標識された放射性医薬品を用いるものに限る。）又は区分番号「E101-3」ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影を実施した場合には、主たるもののみを算定する。 (6) ¹⁸F D G製剤を医療機関内で製造する場合は、¹⁸F D G製剤の製造に係る衛生管理、品質管理等については、関係学会の定める施設基準を参考として、十分安全な体制を整備した上で実施すること。¹⁸F D Gの合成及び注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。</p>	1. てんかん	難治性部分てんかんで外科切除が必要とされる患者に使用する。	2. 悪性腫瘍（早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む。）	他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者に使用する。
1. てんかん	難治性部分てんかんで外科切除が必要とされる患者に使用する。					
2. 悪性腫瘍（早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む。）	他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者に使用する。					

現 行	改正告示（平成28年3月4日 厚生労働省告示第52号）	一部改正に伴う実施上の留意事項について（平成28年3月4日 保医発0304第3号）
<p>E101-5 乳房用ポジトロン断層撮影 4,000点</p> <p>注1 ¹⁸F D Gの合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。</p> <p>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保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p> <p>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以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。</p>	<p>E101-5 乳房用ポジトロン断層撮影 4,000点</p> <p>注1 ¹⁸F D Gの合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。</p> <p>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保険医療機関において行われる場合に限り算定する。</p> <p>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以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。</p>	<p>E101-5 乳房用ポジトロン断層撮影</p> <p>(1) 乳房用ポジトロン断層撮影とは、乳房専用のPET装置を用いて、診断用の画像としてポジトロン断層撮影画像を撮影するものをいう。また、画像の方向、スライスの数、撮影の部位数、疾病の種類等にかかわらず、所定点数により算定する。</p> <p>(2) ¹⁸F D Gを用いて、乳がんの病期診断及び転移・再発の診断を目的とし、他の検査、画像診断により病期診断及び転移・再発の診断が確定できない患者に使用した場合に限り算定する。</p> <p>(3) 区分番号「E101-2」ポジトロン断層撮影の「2」¹⁸F D Gを用いた場合（一連の検査につき）、区分番号「E101-3」ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）の「2」¹⁸F D Gを用いた場合（一連の検査につき）又は区分番号「E101-4」のポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（一連につき）と併せて同日に行った場合に限り算定する。</p> <p>(4) ¹⁸F D G製剤を医療機関内で製造する場合は、¹⁸F D G製剤の製造に係る衛生管理、品質管理等については、関係学会の定める基準を参考として、十分安全な体制を整備した上で実施すること。¹⁸F D Gの合成及び注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。</p>
<p>E102 核医学診断</p> <p>1 区分番号E101-2に掲げるポジトロン断層撮影、E101-3に掲げるポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）、E101-4に掲げるポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）及びE101-5に掲げる乳房用ポジトロン断層撮影の場合 450点</p> <p>2 1以外の場合 370点</p> <p>注 行った核医学診断の種類又は回数にかかわらず、月1回に限り算定できるものとする。</p>	<p>E102 核医学診断</p> <p>1 区分番号E101-2に掲げるポジトロン断層撮影、E101-3に掲げるポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）、E101-4に掲げるポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）及びE101-5に掲げる乳房用ポジトロン断層撮影の場合 450点</p> <p>2 1以外の場合 370点</p> <p>注 行った核医学診断の種類又は回数にかかわらず、月1回に限り算定できるものとする。</p>	<p>E102 核医学診断</p> <p>(1) 核医学診断料は、実施した区分番号「E100」から区分番号「E101-5」までに掲げる各区分の種類又は回数にかかわらず、月1回の算定とし、初回のシンチグラム（画像を伴うもの）、シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影、ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影又は乳房用ポジトロン断層撮影を実施する日に算定する。</p> <p>(2) 同一月内において入院及び外来の両方又は入院中に複数の診療科においてシンチグラム（画像を伴うもの）、シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影、ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影又は乳房用ポジトロン断層撮影を実施した場合には、入院若しくは外来又は診療科の別にかかわらず、月1回に限り算定する。</p>
<p>第3節 コンピューター断層撮影診断料 通則</p> <p>1 コンピューター断層撮影診断の費用は、区分番号E200に掲げるコンピューター断層撮影（CT撮影）、区分番号E201に掲げる非放射性キセノン脳血流動態検査又は区分番号E202に掲げる磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）の各区分の所定点数及び区分番号E203に掲げるコンピューター断層診断の所定点数を合算した点数により算定する。</p> <p>2 区分番号E200に掲げるコンピューター断層撮影（CT撮影）及び区分番号E202に掲げる磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）を同一月に2回以上行った場合は、当該月の2回目以降の断層撮影については、所定点数にかかわらず、一連につき所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。</p> <p>3 撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合には、前2号により算定した点数に、一連の撮影について1回に限り、120点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、フィルムの費用は算定できない。</p> <p>4 新生児又は3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して区分番号E200から区分番号E202までに掲げるコンピューター断層撮影を行った場合は、それぞれ所定点数の100分の30又は100分の15に相当する点数を当該撮影の所定点数に加算する。</p>	<p>第3節 コンピューター断層撮影診断料 通則</p> <p>1 コンピューター断層撮影診断の費用は、区分番号E200に掲げるコンピューター断層撮影（CT撮影）、区分番号E201に掲げる非放射性キセノン脳血流動態検査又は区分番号E202に掲げる磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）の各区分の所定点数及び区分番号E203に掲げるコンピューター断層診断の所定点数を合算した点数により算定する。</p> <p>2 区分番号E200に掲げるコンピューター断層撮影（CT撮影）及び区分番号E202に掲げる磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）を同一月に2回以上行った場合は、当該月の2回目以降の断層撮影については、所定点数にかかわらず、一連につき所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。</p> <p>3 撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合には、前2号により算定した点数に、一連の撮影について1回に限り、120点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、フィルムの費用は算定できない。</p> <p>4 新生児、又は3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は3歳以上6歳未満の幼児に対して区分番号E200から区分番号E202までに掲げるコンピューター断層撮影を行った場合は、それぞれ所定点数の100分の80、30又は100分の50、45又は100分の30に相当する点数を 当該撮影の所定点数に加算する。</p>	<p>第3節 コンピューター断層撮影診断料</p> <p>1 コンピューター断層撮影と磁気共鳴コンピューター断層撮影を行う際の取扱い</p> <p>(1) 同一月に区分番号「E101-3」ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影又は区分番号「E101-4」ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影を行った後に区分番号「E200」コンピューター断層撮影（CT撮影）又は区分番号「E202」磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）を行った場合には、当該コンピューター断層撮影又は磁気共鳴コンピューター断層撮影については、2回目以降として「2」の例により算定する。</p> <p>(2) 開設者が同一である複数の保険医療機関又は検査施設提供の契約を結んだ複数の医療機関において、同一の患者につき、コンピューター断層撮影及び磁気共鳴コンピューター断層撮影を同一月に2回以上行った場合は、当該月の2回目以降の断層撮影について、「2」により算定する。</p> <p>2 「3」に規定する画像を電子化して管理及び保存した場合は、デジタル撮影した画像を電子媒体に保存して管理した場合をいい、フィルムへのプリントアウトを行った場合にも当該加算を算定することができるが、本加算を算定した場合には当該フィルムの費用は算定できない。</p> <p>3 「4」の加算における所定点数には、区分番号「E200」の「注3」及び区分番号「E202」の「注3」による加算が含まれる。「2」における所定点数には、注に掲げる加算は含まれない。</p>

現 行	改正告示（平成28年3月4日 厚生労働省告示第52号）	一部改正に伴う実施上の留意事項について（平成28年3月4日 保医発0304第3号）
<p>区分 E200 コンピューター断層撮影（CT撮影）（一連につき）</p> <p>1 CT撮影</p> <p>イ 64列以上のマルチスライス型の機器による場合 1,000点 <u>（新設）</u> <u>（新設）</u></p> <p>ロ 16列以上64列未満のマルチスライス型の機器による場合 900点</p> <p>ハ 4列以上16列未満のマルチスライス型の機器による場合 770点</p> <p>ニ イ、ロ又はハ以外の場合 580点</p> <p>2 脳槽CT撮影（造影を含む。） 2,300点</p> <p>注1 CT撮影のイ、ロ及びハについては、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行われる場合に限り算定する。</p> <p>2 CT撮影及び脳槽CT撮影（造影を含む。）に掲げる撮影のうち2以上のものを同時に行った場合にあっては、主たる撮影の所定点数のみにより算定する。</p> <p>3 CT撮影について造影剤を使用した場合は、500点を所定点数に加算する。この場合において、造影剤注入手技料及び麻酔料（区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。）は、加算点数に含まれるものとする。</p> <p>4 CT撮影について、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、冠動脈のCT撮影を行った場合は、冠動脈CT撮影加算として、600点を所定点数に加算する。</p> <p>5 脳槽CT撮影（造影を含む。）に係る造影剤注入手技料及び麻酔料（区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。）は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>6 CT撮影について、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、全身外傷に対して行った場合には、外傷全身CT加算として、800点を所定点数に加算する。</p> <p>7 CT撮影のイ又はロについて、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、大腸のCT撮影（炭酸ガス等の注入を含む。）を行った場合は、大腸CT撮影加算として、それぞれ620点又は500点を所定点数に加算する。この場合において、造影剤注入手技料及び麻酔料（区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。）は、所定点数に含まれるものとする。</p>	<p>区分 E200 コンピューター断層撮影（CT撮影）（一連につき）</p> <p>1 CT撮影</p> <p>イ 64列以上のマルチスライス型の機器による場合 1,000点 1,020点 1,000点 <u>(1) 共同利用施設において行われる場合</u> <u>(2) その他の場合</u></p> <p>ロ 16列以上64列未満のマルチスライス型の機器による場合 900点</p> <p>ハ 4列以上16列未満のマルチスライス型の機器による場合 750点</p> <p>ニ イ、ロ又はハ以外の場合 560点</p> <p>2 脳槽CT撮影（造影を含む。） 2,300点</p> <p>注1 CT撮影のイ、ロ及びハについては、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行われる場合に限り算定する。</p> <p>2 CT撮影及び脳槽CT撮影（造影を含む。）に掲げる撮影のうち2以上のものを同時に行った場合にあっては、主たる撮影の所定点数のみにより算定する。</p> <p>3 CT撮影について造影剤を使用した場合は、500点を所定点数に加算する。この場合において、造影剤注入手技料及び麻酔料（区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。）は、加算点数に含まれるものとする。</p> <p>4 CT撮影について、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、冠動脈のCT撮影を行った場合は、冠動脈CT撮影加算として、600点を所定点数に加算する。</p> <p>5 脳槽CT撮影（造影を含む。）に係る造影剤注入手技料及び麻酔料（区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。）は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p>6 CT撮影について、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、全身外傷に対して行った場合には、外傷全身CT加算として、800点を所定点数に加算する。</p> <p>7 CT撮影のイ又はロについて、別に厚生労働大臣が定める施設基準 <u>を満たすに適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た</u>保険医療機関において、大腸のCT撮影（炭酸ガス等の注入を含む。）を行った場合は、大腸CT撮影加算として、それぞれ620点又は500点を所定点数に加算する。この場合において、造影剤注入手技料及び麻酔料（区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。）は、所定点数に含まれるものとする。</p> <p><u>8 CT撮影のイの(1)については、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行われる場合又は診断撮影機器での撮影を目的として別の保険医療機関に依頼し行われる場合に限り算定する。</u></p>	<p>E200 コンピューター断層撮影（CT撮影）</p> <p>(1) コンピューター断層撮影は、スライスの数、疾患の種類等にかかわらず、所定点数のみにより算定する。</p> <p>(2) 「1」の「イ」、「ロ」、「ハ」及び「ニ」並びに「2」に掲げる撮影のうち2以上のものを同時に行った場合は主たる撮影の所定点数のみにより算定する。</p> <p>(3) 「1」のCT撮影の「イ」、「ロ」及び「ハ」は、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（支）局長に届け出た保険医療機関において、64列以上のマルチスライス型、16列以上64列未満のマルチスライス型又は4列以上16列未満のマルチスライス型のCT装置を使用して撮影を行った場合に限りそれぞれ算定する。</p> <p>(4) 「1」の「イ」について、64列以上のマルチスライス型の機器であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しない場合には、「ロ」として届け出たうえで、「ロ」を算定すること。</p> <p>(5) 「注3」に規定する「1」のCT撮影における「造影剤を使用した場合」とは、静脈内注射、点滴注射、腔内注入及び穿刺注入等により造影剤使用撮影を行った場合をいう。ただし、経口造影剤を使用した場合を除く。</p> <p>(6) 造影剤を使用しないCT撮影を行い、引き続き造影剤を使用して撮影を行った場合は、所定点数及び造影剤の使用による加算点数のみにより算定する。</p> <p>(7) 造影剤を使用してコンピューター断層撮影を行った場合、閉鎖循環式全身麻酔に限り麻酔手技料を別に算定できる。</p> <p>(8) 「注4」に規定する冠動脈CT撮影加算は、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（支）局長に届け出た保険医療機関において、64列以上のマルチスライス型のCT装置を使用し、冠動脈を撮影した上で三次元画像処理を行った場合に限り算定する。</p> <p>(9) 「注6」の外傷全身CTとは、全身打撲症例における初期診断のため行う、頭蓋骨から少なくとも骨盤骨までの連続したCT撮影をいう。</p> <p>(10) 「注7」に規定する大腸CT撮影加算 ア 他の検査で大腸悪性腫瘍が疑われる患者に対して、「1」の「イ」又は「ロ」として届出を行っている機器を使用し、大腸のCT撮影を行った場合に算定する。 なお、当該撮影は、直腸用チューブを用いて、二酸化炭素を注入し下部消化管をCT撮影した上で三次元画像処理を行うものであり、大腸CT撮影に係る「注3」の加算、造影剤注入手技料及び麻酔料（区分番号「L008」に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。）は、所定点数に含まれるものとする。 イ アとは別に、転移巣の検索や他の部位の検査等の目的で、静脈内注射、点滴注射等により造影剤使用撮影を同時に行った場合には、「注3」の加算を別に算定できる。</p> <p><u>(11) 「1」の「イ」の「(1)」については、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（支）局長に届け出た保険医療機関において64列以上のマルチスライス型のCT装置を使用して撮影が行われる場合、又は診断撮影機器での撮影を目的として別の保険医療機関に依頼し64列以上のマルチスライス型のCT装置を使用して撮影が行われる場合に限り算定する。</u></p>

現 行	改正告示（平成28年3月4日 厚生労働省告示第52号）	一部改正に伴う実施上の留意事項について（平成28年3月4日 保医発0304第3号）
<p>E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影（MR I 撮影）（一連につき）</p> <p>1 3テスラ以上の機器による場合 1,600点</p> <p>2 1.5テスラ以上3テスラ未満の機器による場合 1,330点</p> <p>3 1又は2以外の場合 920点</p> <p>注1 1及び2については、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行われる場合に限り算定する。</p> <p>2 1、2及び3を同時に行った場合にあつては、主たる撮影の所定点数のみにより算定する。</p> <p>3 MR I 撮影（脳血管に対する造影の場合は除く。）について造影剤を使用した場合は、250点を所定点数に加算する。この場合において、造影剤注入手技料及び麻酔料（区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。）は、加算点数に含まれるものとする。</p> <p>4 MR I 撮影について、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、心臓のMR I 撮影を行った場合は、心臓MR I 撮影加算として、300点を所定点数に加算する。</p>	<p>E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影（MR I 撮影）（一連につき）</p> <p>1 3テスラ以上の機器による場合 1,600点 イ 共同利用施設において行われる場合 1,620点 ロ その他の場合 1,600点</p> <p>2 1.5テスラ以上3テスラ未満の機器による場合 1,330点</p> <p>3 1又は2以外の場合 900点</p> <p>注1 1及び2については、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行われる場合に限り算定する。</p> <p>2 1、2及び3を同時に行った場合にあつては、主たる撮影の所定点数のみにより算定する。</p> <p>3 MR I 撮影（脳血管に対する造影の場合は除く。）について造影剤を使用した場合は、250点を所定点数に加算する。この場合において、造影剤注入手技料及び麻酔料（区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。）は、加算点数に含まれるものとする。</p> <p>4 MR I 撮影について、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、心臓のMR I 撮影を行った場合は、心臓MR I 撮影加算として、300点を所定点数に加算する。</p> <p>5 MR I 撮影について、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、乳房のMR I 撮影を行った場合は、乳房MR I 撮影加算として、100点を所定点数に加算する。</p> <p>6 MR I 撮影の1のイについては、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行われる場合又は診断撮影機器での撮影を目的として別の保険医療機関に依頼し行われる場合に限り算定する。</p>	<p>E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影（MR I 撮影）</p> <p>(1) 磁気共鳴コンピューター断層撮影は、画像のとり方、画像処理法の種類、スライス数、撮影の部位数、疾病の種類等にかかわらず、所定点数のみにより算定する。</p> <p>(2) 「1」、「2」及び「3」に掲げる撮影を同時に行った場合は、主たる撮影の所定点数のみにより算定する。</p> <p>(3) 「1」及び「2」は、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（支）局長に届け出た保険医療機関において、3テスラ以上又は1.5テスラ以上3テスラ未満のMR I 装置を使用して撮影を行った場合に限り算定する。</p> <p>(4) 「1」の3テスラ以上の機器であつて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に該当しない場合には、「2」として届け出たうえで、「2」を算定すること。</p> <p>(5) 「注3」に規定する「造影剤を使用した場合」とは、静脈内注射等により造影剤使用撮影を行った場合をいう。ただし、経口造影剤を使用した場合は除く。</p> <p>(6) 造影剤を使用しない磁気共鳴コンピューター断層撮影を行い、引き続き造影剤を使用して撮影を行った場合は、所定点数及び造影剤の使用による加算点数のみにより算定する。</p> <p>(7) 造影剤を使用して磁気共鳴コンピューター断層撮影を行った場合、閉鎖循環式全身麻酔に限り麻酔手技料を別に算定できる。</p> <p>(8) 「注4」に規定する心臓MR I 撮影加算は、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（支）局長に届け出た保険医療機関において、1.5テスラ以上のMR I 装置を使用して心臓又は冠動脈を描出した場合に限り算定する。</p> <p>(9) MR I 対応型ペースメーカー、MR I 対応型植込型除細動器又はMR I 対応型両室ペースメーカー機能付き植込型除細動器を植え込んだ患者に対してMR I 撮影を行う場合、別に厚生労働大臣が定める施設基準に加えて、日本医学放射線学会、日本磁気共鳴医学会、日本不整脈学会が定める「MR I 対応植込み型デバイス患者のMR I 検査の施設基準」を満たす保険医療機関で行うこと。</p> <p>(10) MR I 対応型ペースメーカー、MR I 対応型植込型除細動器又はMR I 対応型両室ペースメーカー機能付き植込型除細動器を植え込んだ患者に対してMR I 撮影を行う場合は、患者が携帯している当該機器を植え込んでいることを示すカード（製造販売業者が発行する「条件付きMR I 対応ペースメーカーカード」、「条件付きMR I 対応ICDカード」又は「条件付きMR I 対応CRT-Dカード」）を確認し、そのカードの写しを診療録に貼付すること。</p> <p>(11) 「1」の「イ」については、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（支）局長に届け出た保険医療機関において3テスラ以上のMR I 装置を使用して撮影が行われる場合、又は診断撮影機器での撮影を目的として別の保険医療機関に依頼し3テスラ以上のMR I 装置を使用して撮影が行われる場合に限り算定する。</p> <p>(12) 「注5」に規定する乳房MR I 撮影加算は、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（支）局長に届け出た保険医療機関において、触診、エックス線撮影、超音波検査等の検査で乳腺の悪性腫瘍が疑われる患者に対して、手術適応及び術式を決定するために、1.5テスラ以上のMR I 装置及び乳房専用撮像コイルを使用して乳房を描出した場合に限り算定する。</p>

現 行	改正告示（平成28年3月4日 厚生労働省告示第52号）	一部改正に伴う実施上の留意事項について（平成28年3月4日 保医発0304第3号）
<p>通則</p> <p>1 この部に掲げられていない放射線治療であって特殊な放射線治療の費用は、この部に掲げられている放射線治療のうちで最も近似する放射線治療の所定点数により算定する。</p> <p>2 新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）、3歳以上6歳未満の幼児又は6歳以上15歳未満の小児に対して放射線治療（区分番号M000からM004までに掲げる放射線治療に限る。）を行った場合は、小児放射線治療加算として、当該放射線治療の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の60、100分の30、100分の15又は100分の10に相当する点数を加算する。</p> <p>放射線治療料</p> <p><u>（新設）</u></p> <p><u>（新設）</u></p>	<p>通則</p> <p>1 放射線治療の費用は、第1節の各区分の所定点数により算定する。ただし、放射線治療に当たって、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、第1節の所定点数に第2節の所定点数を合算した点数により算定する。</p> <p>2 4 この部に掲げられていない放射線治療であって特殊な放射線治療の費用は、この部に掲げられている放射線治療のうちで最も近似する放射線治療の所定点数により算定する。</p> <p>3 2 新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）、3歳以上6歳未満の幼児又は6歳以上15歳未満の小児に対して放射線治療（区分番号M000から M001-3まで及びM002から M004までに掲げる放射線治療に限る。）を行った場合は、小児放射線治療加算として、当該放射線治療の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の 80 60、100分の 50 30、100分の 30 15又は100分の 20 10に相当する点数を加算する。</p> <p>第1節 放射線治療管理・実施料 放射線治療料</p> <p>第2節 特定保険医療材料料</p> <p>区分</p> <p>M200 特定保険医療材料</p> <p>材料価格を10円で除して得た点数</p> <p>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。</p>	<p>通則</p> <p>1 放射線治療に係る費用は、第1節放射線治療管理・実施料及び第2節特定保険医療材料料（厚生労働大臣が定める保険医療材料のうち放射線治療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。</p> <p>2 4 この部に掲げられていない放射線治療のうち、簡単な放射線治療の放射線治療料は算定できないものであるが、特殊な放射線治療の放射線治療料は、その都度当局に内議し、最も近似する放射線治療として準用が通知された算定方法により算定する。</p> <p>3 2 小児放射線治療加算は、各区分の注に掲げる加算については加算の対象とならない。</p>

基本診療料の施設基準等

第2 入院料等

＜変更部分は **太字** で表記してあります。＞

現 行	改正告示（平成28年3月4日 厚生労働省告示第53号）	届出に関する手続きの取扱いについて（平成28年3月4日 保医発 0304 第1号）
<p>35の3 後発医薬品使用体制加算の施設基準等</p> <p>(1) 後発医薬品使用体制加算1の施設基準</p> <p style="margin-left: 20px;">イ 後発医薬品の使用を促進するための体制が整備されていること。</p> <p style="margin-left: 20px;">ロ 当該保険医療機関において使用することを決定した医薬品のうち後発医薬品の品目数が三割以上であること。</p> <p style="margin-left: 20px;">ハ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。</p> <p>(2) 後発医薬品使用体制加算2の施設基準</p> <p style="margin-left: 20px;">イ 後発医薬品の使用を促進するための体制が整備されていること。</p> <p style="margin-left: 20px;">ロ 当該保険医療機関において使用することを決定した医薬品のうち後発医薬品の品目数が二割以上三割未満であること。</p> <p style="margin-left: 20px;">ハ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。</p> <p>(3) 後発医薬品使用体制加算の注に規定する厚生労働大臣が定める患者診療報酬の算定方法第一号ただし書に規定する別に厚生労働大臣が指定する病院の病棟に入院している患者</p>	<p>35の3 後発医薬品使用体制加算の施設基準等</p> <p>(1) 後発医薬品使用体制加算1の施設基準</p> <p style="margin-left: 20px;">イ 後発医薬品の使用を促進するための体制が整備されていること。</p> <p style="margin-left: 20px;">ロ 当該保険医療機関において 調剤した保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十六号。以下「薬担規則」という。）第七条の二に規定する後発医薬品（以下単に「後発医薬品」という。）のある薬担規則第七条の二に規定する新医薬品（以下「先発医薬品」という。）及び後発医薬品を合算した薬剤の使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成二十年厚生労働省告示第六十号）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が七使用することを決定した医薬品のうち後発医薬品の品目数が二割以上三割未満であること。</p> <p style="margin-left: 20px;">ハ 当該保険医療機関において調剤した薬剤の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が五割以上であること。</p> <p style="margin-left: 20px;">ニ ハ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。</p> <p>(2) 後発医薬品使用体制加算2の施設基準</p> <p style="margin-left: 20px;">イ 後発医薬品の使用を促進するための体制が整備されていること。</p> <p style="margin-left: 20px;">ロ 当該保険医療機関において 調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が六使用することを決定した医薬品のうち後発医薬品の品目数が二割以上三割未満であること。</p> <p style="margin-left: 20px;">ハ 当該保険医療機関において調剤した薬剤の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が五割以上であること。</p> <p style="margin-left: 20px;">ニ ハ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。</p> <p>(3) 後発医薬品使用体制加算3の施設基準</p> <p style="margin-left: 20px;">イ 後発医薬品の使用を促進するための体制が整備されていること。</p> <p style="margin-left: 20px;">ロ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が五割以上であること。</p> <p style="margin-left: 20px;">ハ 当該保険医療機関において調剤した薬剤の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が五割以上であること。</p> <p style="margin-left: 20px;">ニ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。</p> <p>(4) (3) 後発医薬品使用体制加算の注に規定する厚生労働大臣が定める患者診療報酬の算定方法第一号ただし書に規定する別に厚生労働大臣が指定する病院の病棟に入院している患者</p>	<p>第26の2 後発医薬品使用体制加算</p> <p>1 後発医薬品使用体制加算の施設基準</p> <p>(1) 病院では、薬剤部門において後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ薬事委員会等で後発医薬品の採用を決定する体制が整備されていること。</p> <p style="margin-left: 20px;">有床診療所では、薬剤部門又は薬剤師が後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制が整備されていること。</p> <p>(2) 当該保険医療機関において持る調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める全ての医薬品の採用品目数のうち、後発医薬品の 規格単位数量 の割合が、後発医薬品使用体制加算1にあつては70%以上、後発医薬品使用体制加算 2 +にあつては 60 20%以上 70 30%未満、後発医薬品使用体制加算 3 -にあつては 50 20%以上 60 30%未満であること。なお、採用品目数とは、当該保険医療機関において使用することを決定し、購入又は備蓄している医薬品の薬価基準上の品目数をいう。</p> <p style="margin-left: 20px;">なお、後発医薬品の採用品目数の割合を計算するに当たっては、「診療報酬における加算等の算定対象となる後発医薬品」等について」（平成26年3月5日保医発 0305 第13号）を参照すること。</p> <p>(3) 当該保険医療機関において調剤した薬剤（(4)に掲げる医薬品を除く。）の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が50%以上であること。</p> <p>(4) 後発医薬品の規格単位数量の割合を算出する際に除外する医薬品</p> <p style="margin-left: 20px;">ア 経腸成分栄養剤</p> <p style="margin-left: 40px;">エレンタール配合内用剤、エレンタールP乳幼児用配合内用剤、エンシュア・リキッド、エンシュア・H、ツインラインNF配合経腸用液、ラコールNF配合経腸用液、エネーボ配合経腸用液及びラコールNF配合経腸用半固形剤</p> <p style="margin-left: 20px;">イ 特殊ミルク製剤</p> <p style="margin-left: 40px;">フェニルアラニン除去ミルク配合散「雪印」及びロイシン・イソロイシン・破倫除去ミルク配合散「雪印」</p> <p style="margin-left: 20px;">ウ 生薬（薬効分類番号510）</p> <p style="margin-left: 20px;">エ 漢方製剤（薬効分類番号520）</p> <p style="margin-left: 20px;">オ その他の生薬及び漢方処方に基づく医薬品（薬効分類番号590）</p> <p>(5) (3) 入院及び外来において後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該保険医療機関の入院受付、外来受付及び支払窓口の見やすい場所に掲示していること。</p> <p>(6) (4) DPC対象病棟に入院している患者については、後発医薬品使用体制加算の対象から除外すること。</p> <p>2 届出に関する事項</p> <p style="margin-left: 20px;">後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式40の3を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。</p>

様式 40 の 3

後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1. 届出に係る後発医薬品使用体制加算の区分 (いずれかに○を付す)

<input type="checkbox"/>	後発医薬品使用体制加算 1 (カットオフ値 (「3.」の④) 50%以上かつ後発医薬品の割合 (「3.」の⑤) 70%以上)
<input type="checkbox"/>	後発医薬品使用体制加算 2 (カットオフ値 (「3.」の④) 50%以上かつ後発医薬品の割合 (「3.」の⑤) 60%以上70%未満)
<input type="checkbox"/>	後発医薬品使用体制加算 3 (カットオフ値 (「3.」の④) 50%以上かつ後発医薬品の割合 (「3.」の⑤) 50%以上60%未満)

2. 後発医薬品の使用を促進するための体制の整備

後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を入手・評価する手順	
-----------------------------------	--

3. 医薬品の採用状況 (平成 年 月 日時点)

全医薬品の規格単位数及び後発医薬品の規格単位数並びにその割合				
期間 (届出時の直近3か月: 1か月ごと及び3か月間の合計)	年 月	年 月	年 月	年 月 ~ 年 月 (直近3ヶ月間の合計)
全医薬品の規格単位数 (①)				
後発医薬品あり先発医薬品及び後発医薬品の規格単位数 (②)				
後発医薬品の規格単位数 (③)				
カットオフ値の割合 (④) (②/①) (%)				
後発医薬品の割合 (⑤) (③/②) (%)				

【記載上の注意】

- 1 後発医薬品の採用について検討を行う委員会等の名称、目的、構成員の職種・氏名等、検討する内容、開催回数等を記載した概要を添付すること。
- 2 規格単位数とは、使用薬剤の薬価 (薬価基準) 別表に規定する規格単位ごとに数えた数量のことをいう。
- 3 後発医薬品の規格単位数の割合を計算するに当たっては、「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」等について (平成 26 年 3 月 5 日保医発 0305 第 13 号) を参照すること。

特掲診療料の施設基準等

第3 医学管理等

＜変更部分は **太字** で表記してあります。＞

現 行	改正告示（平成28年3月4日 厚生労働省告示第54号）	届出に関する手続きの取扱いについて（平成28年3月4日 保医発0304第2号）
<p>2 特定疾患治療管理料に規定する施設基準等</p> <p>(6) 外来栄養食事指導料、入院栄養食事指導料及び集団栄養食事指導料の施設基準 当該保険医療機関の屋内において喫煙が禁止されていること。</p> <p>(6)の2 外来栄養食事指導料、入院栄養食事指導料及び集団栄養食事指導料に規定する特別食 疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事せんに基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する別表第三に掲げる特別食。</p>	<p>2 特定疾患治療管理料に規定する施設基準等</p> <p>(6) 外来栄養食事指導料、入院栄養食事指導料及び集団栄養食事指導料 に規定するの施設基準 当該保険医療機関の屋内において喫煙が禁止されていること。</p> <p>(6)の2 外来栄養食事指導料 及び ←入院栄養食事指導料 の対象患者 及び集団栄養食事指導料に規定する特別食 疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事せんに基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する別表第三に掲げる特別食 ←を必要とする患者、がん患者、摂食機能若しくは嚥下機能が低下した患者又は低栄養状態にある患者</p>	<p>第1の5 外来栄養食事指導料</p> <p>1 外来栄養食事指導料に関する保険医療機関の基準 保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添3の第1の 2-4の (4) (H)と同様であること。</p> <p>2 届出に関する事項 保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。</p> <p>第1の6 入院栄養食事指導料</p> <p>1 入院栄養食事指導料に関する保険医療機関の基準 保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添3の第1の 2-4の (4) (H)と同様であること。</p> <p>2 届出に関する事項 保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。</p>

第5 検査

現 行	改正告示（平成28年3月4日 厚生労働省告示第54号）	届出に関する手続きの取扱いについて（平成28年3月4日 保医発0304第2号）
<p>14 センチネルリンパ節生検の施設基準</p> <p>(1) 当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。</p> <p>(2) 当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。</p>	<p>14 センチネルリンパ節生検 (片側) の施設基準</p> <p>(1) 当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。</p> <p>(2) 当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。</p>	<p>第29の3 センチネルリンパ節生検 (片側)</p> <p>1 センチネルリンパ節生検 (片側) に関する施設基準</p> <p>(1) 乳腺外科又は外科の経験を5年以上有しており、乳がんセンチネルリンパ節生検を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として5症例以上経験している医師が配置されていること。</p> <p>(2) 当該保険医療機関が乳腺外科又は外科及び放射線科を標榜しており、当該診療科において常勤の医師が2名以上配置されていること。ただし、「2 単独法」のうち、色素のみによるもののみを実施する施設にあっては、放射線科を標榜していなくても差し支えない。</p> <p>(3) 麻酔科標榜医が配置されていること。</p> <p>(4) 病理部門が設置され、病理医が配置されていること。</p> <p>2 届出に関する事項 センチネルリンパ節生検 (片側) の施設基準に係る届出は、別添2の様式31の3を用いること。</p>

第6 画像診断

<変更部分は **太字** で表記してあります。>

現 行	改正告示（平成28年3月4日 厚生労働省告示第54号）	届出に関する手続きの取扱いについて（平成28年3月4日 保医発0304第2号）
<p>1 画像診断管理加算の施設基準</p> <p>(1) 画像診断管理加算1の施設基準</p> <p>イ 放射線科を標榜している保険医療機関であること。</p> <p>ロ 当該保険医療機関内に画像診断を専ら担当する常勤の医師が配置されていること。</p> <p>ハ 画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。</p> <p>(2) 画像診断管理加算2の施設基準</p> <p>イ 放射線科を標榜している病院であること。</p> <p>ロ 当該保険医療機関内に画像診断を専ら担当する常勤の医師が配置されていること。</p> <p>ハ 当該保険医療機関において実施される全ての核医学診断及びコンピューター断層撮影診断について、ロに規定する医師の指示の下に画像情報等の管理を行っていること。</p> <p>ニ 当該保険医療機関における核医学診断及びコンピューター断層撮影診断のうち、少なくとも八割以上のものの読影結果が、ロに規定する医師により遅くとも撮影日の翌診療日までに主治医に報告されていること。</p>	<p>1 画像診断管理加算の施設基準</p> <p>(1) 画像診断管理加算1の施設基準</p> <p>イ 放射線科を標榜している保険医療機関であること。</p> <p>ロ 当該保険医療機関内に画像診断を専ら担当する常勤の医師が配置されていること。</p> <p>ハ 画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。</p> <p>(2) 画像診断管理加算2の施設基準</p> <p>イ 放射線科を標榜している病院であること。</p> <p>ロ 当該保険医療機関内に画像診断を専ら担当する常勤の医師が配置されていること。</p> <p>ハ 当該保険医療機関において実施される全ての核医学診断及びコンピューター断層撮影診断について、ロに規定する医師の指示の下に画像情報等の管理を行っていること。</p> <p>ニ 当該保険医療機関における核医学診断及びコンピューター断層撮影診断のうち、少なくとも八割以上のものの読影結果が、ロに規定する医師により遅くとも撮影日の翌診療日までに主治医に報告されていること。</p>	<p>第30 画像診断管理加算</p> <p>1 画像診断管理加算1に関する施設基準</p> <p>(1) 放射線科を標榜している保険医療機関であること。</p> <p>(2) 画像診断を専ら担当する常勤の医師（専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するもの又は当該療養について関係学会から示されている2年以上の所定の研修（専ら放射線診断に関するものとし、画像診断、Interventional Radiology (IVR) 及び核医学に関する事項をすべて含むものであること。）を修了し、その旨が登録されている医師に限る。）が1名以上配置されていること。なお、画像診断を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において画像情報の撮影又は読影に携わっている者をい うい、他の診療等を行っている場合はこれに該当しない。</p> <p>(3) 画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。</p> <p>(4) 当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託していないこと。</p> <p>(5) 電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を送受信する場合は、端末の管理や情報機器の設定等を含め、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。</p> <p>2 画像診断管理加算2に関する施設基準</p> <p>(1) 放射線科を標榜している病院であること。</p> <p>(2) 画像診断を専ら担当する常勤の医師（専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するもの又は当該療養について関係学会から示されている2年以上の所定の研修（専ら放射線診断に関するものとし、画像診断、Interventional Radiology (IVR) 及び核医学に関する事項をすべて含むものであること。）を修了し、その旨が登録されている医師に限る。）が1名以上配置されていること。 なお、画像診断を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において画像情報の撮影又は読影に携わっている者をいう。</p> <p>(3) 当該保険医療機関において実施されるすべての核医学診断、CT撮影及びMRI撮影について、(2)に規定する医師の下に画像情報の管理が行われていること。</p> <p>(4) 当該保険医療機関における核医学診断及びコンピューター断層診断のうち、少なくとも8割以上の読影結果が、(2)に規定する医師により遅くとも撮影日の翌診療日までに当該患者の診療を担当する医師に報告されていること。</p> <p>(5) 画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。</p> <p>(6) 当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託していないこと。</p> <p>(7) 電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を送受信する場合は、端末の管理や情報機器の設定等を含め、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。</p> <p>3 届出に関する事項</p> <p>画像診断管理の施設基準に係る届出は、別添2の様式32を用いること。なお、画像診断管理加算1の施設基準の届出については、画像診断管理加算2の届出をもってこれに代えることができる。</p>
<p>2 遠隔画像診断による写真診断（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）、基本的エックス線診断料（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）、核医学診断及びコンピューター断層診断の施設基準</p> <p>(1) 送信側</p> <p>離島等に所在する保険医療機関その他の保険医療機関であって、画像の撮影及び送受信を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。</p> <p>(2) 受信側</p> <p>イ 当該保険医療機関内に画像診断を専ら担当する常勤の医師が配置されており、高度の医療を提供するものと認められる病院であること。</p> <p>ロ 遠隔画像診断を行うにつき十分な体制が整備されていること。</p>	<p>2 遠隔画像診断による写真診断（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）、基本的エックス線診断料（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）、核医学診断及びコンピューター断層診断の施設基準</p> <p>(1) 送信側</p> <p>離島等に所在する保険医療機関その他の保険医療機関であって、画像の撮影及び送受信を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。</p> <p>(2) 受信側</p> <p>イ 当該保険医療機関内に画像診断を専ら担当する常勤の医師が配置されており、高度の医療を提供するものと認められる病院であること。</p> <p>ロ 遠隔画像診断を行うにつき十分な体制が整備されていること。</p>	<p>第32 遠隔画像診断</p> <p>1 遠隔画像診断に関する施設基準</p> <p>(1) 送信側（画像の撮影が行われる保険医療機関）においては 以下の基準を全て満たすこと。 ⇐</p> <p>ア 画像の撮影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を有しており、受信側の保健医療機関以外の施設への読影又は診断を委託していないこと。</p> <p>イ 電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を送受信する場合は、端末の管理や情報機器の設定等を含め、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。</p>

現 行	改正告示（平成28年3月4日 厚生労働省告示第54号）	届出に関する手続きの取扱いについて（平成28年3月4日 保医発0304第2号）
<p>3 ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影及び乳房用ポジトロン断層撮影の施設基準</p> <p>(1) ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影又は乳房用ポジトロン断層撮影に係る診療料を算定するための施設基準</p> <p>イ 画像診断を担当する常勤の医師（核医学診断について、相当の経験を有し、かつ、核医学診断に係る研修を受けた者に限る。）が配置されていること。</p> <p>ロ 当該断層撮影を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。</p> <p>ハ 当該断層撮影を行うにつき十分な体制が整備されていること。</p> <p>(2) 適合していない場合には所定点数の100分の80に相当する点数により算定することとなる施設基準</p> <p>次のいずれかに該当すること。</p> <p>イ (1)のロに掲げる診断撮影機器での撮影を目的とした別の保険医療機関からの依頼により撮影を行った症例数が、当該診断撮影機器の使用症例数の一定割合以上であること。</p> <p>ロ 特定機能病院、がん診療連携の拠点となる病院又は高度専門医療に関する研究等を行う独立行政法人に関する法律（平成二十年法律第九十三号）第四条第一項に規定する国立高度専門医療研究センターの設置する医療機関であること。</p>	<p>3 ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影及び乳房用ポジトロン断層撮影の施設基準</p> <p>(1) ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影又は乳房用ポジトロン断層撮影に係る診療料を算定するための施設基準</p> <p>イ 画像診断を担当する常勤の医師（核医学診断について、相当の経験を有し、かつ、核医学診断に係る研修を受けた者に限る。）が配置されていること。</p> <p>ロ 当該断層撮影を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。</p> <p>ハ 当該断層撮影を行うにつき十分な体制が整備されていること。</p> <p>(2) 適合していない場合には所定点数の100分の80に相当する点数により算定することとなる施設基準</p> <p>次のいずれかに該当すること。</p> <p>イ (1)のロに掲げる診断撮影機器での撮影を目的とした別の保険医療機関からの依頼により撮影を行った症例数が、当該診断撮影機器の使用症例数の一定割合以上であること。</p> <p>ロ 特定機能病院、がん診療 連携の拠点となる病院又は高度専門医療に関する研究等を行う 国立研究開発独立行政法人に関する法律（平成二十年法律第九十三号）第 三四条 の第二項に規定する国立高度専門医療研究センターの設置する医療機関であること。</p>	<p>届出に関する手続きの取扱いについて（平成28年3月4日 保医発0304第2号）</p> <p>(2) 受信側（画像診断が行われる病院である保険医療機関）においては以下の基準をすべて満たすこと。ただし、歯科診療に係る画像診断については、歯科画像診断管理加算の要件を満たしていれば足りるものであること。</p> <p>ア 画像診断管理加算1又は画像診断管理加算2に関する施設基準を満たすこと。</p> <p>イ 特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院、へき地中核病院又はへき地医療支援病院であること。</p> <p>ウ 電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を送受信する場合は、端末の管理や情報機器の設定等を含め、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。</p> <p>2 届出に関する事項</p> <p>遠隔画像診断の施設基準に係る届出は、別添2の様式34又は様式35を用いること。なお、届出については、送信側、受信側の双方の医療機関がそれぞれ届出を行うことが必要であり、また、送信側の医療機関の届出書については、受信側に係る事項についても記載すること。</p> <p><様式35は、歯科診療に係るものであり、添付を省略いたします。></p> <p>第33 ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影又は乳房用ポジトロン断層撮影</p> <p>1 ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影又は乳房用ポジトロン断層撮影に係る費用を算定するための施設基準</p> <p>(1) 核医学診断の経験を3年以上有し、かつ、所定の研修を修了した常勤医師が1名以上いること。</p> <p>(2) 診断撮影機器ごとに、PET製剤の取扱いに関し、専門の知識及び経験を有する専任の診療放射線技師が1名以上いること。</p> <p>2 該当しない場合は所定点数の100分の80に相当する点数を算定することとなる施設基準</p> <p>ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影又は乳房用ポジトロン断層撮影に使用する画像診断機器の施設共同利用率について、別添2の様式36に定める計算式により算出した数値が100分の 30 20以上であること（ただし、特定機能病院、「がん診療連携拠点病院の整備について」(平成20年3月1日健発第0301001号)に基づき、がん診療の連携拠点となる病院の指定を受けた病院又は高度専門医療に関する研究等を行う独立行政法人に関する法律（平成20年法律第93号）第4条第1項に規定する国立高度専門医療研究センターの設置する保険医療機関を除く。）。なお、平成28年3月31日時点で当該届出を行っている保険医療機関については、平成29年3月31日までの間、平成27年1月から12月までの実績に基づき当該計算式により算出した数値が100分の20以上であれば、当該施設基準に該当するものとみなす。がん診療の拠点となる病院とは、第11の2ががん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料の2と同様であること。</p> <p>3 届出に関する事項</p> <p>ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影又は乳房用ポジトロン断層撮影の施設基準に係る届出は、別添2の様式36を用いること。</p>

現 行	改正告示（平成28年3月4日 厚生労働省告示第54号）	届出に関する手続きの取扱いについて（平成28年3月4日 保医発0304第2号）
<p>4 CT撮影及びMRI撮影の施設基準</p> <p>(1) 通則 当該撮影を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。</p> <p>(2) 64列以上のマルチスライス型の機器によるCT撮影及び3テスラ以上の機器によるMRI撮影に関する施設基準</p> <p>イ 画像診断管理加算2の施設基準を満たしていること。 ロ 専従の診療放射線技師が一名以上配置されていること。</p>	<p>4 CT撮影及びMRI撮影の施設基準</p> <p>(1) 通則 当該撮影を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。</p> <p>(2) 64列以上のマルチスライス型の機器によるCT撮影及び3テスラ以上の機器によるMRI撮影に関する施設基準</p> <p>イ 画像診断管理加算2の施設基準を満たしていること。 ロ 専従の診療放射線技師が一名以上配置されていること。</p> <p><u>(3) CT撮影の注8及びMRI撮影の注6に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準</u> <u>(1)に掲げる診断撮影機器での撮影を目的とした別の保険医療機関からの依頼により撮影を行った症例数が、当該診断撮影機器の使用症例数の一割以上であること。</u></p>	<p>第34 CT撮影及びMRI撮影</p> <p>1 CT撮影及びMRI撮影に関する施設基準</p> <p>(1) 64列以上、16列以上64列未満若しくは4列以上16列未満のマルチスライスCT装置又は3テスラ以上若しくは1.5テスラ以上3テスラ未満のMRI装置のいずれかを有していること。 (2) 64列以上のマルチスライスCT装置又は3テスラ以上のMRI装置においては、画像診断管理加算2に関する施設基準の届出を行っていること。 (3) 64列以上のマルチスライスCT装置又は3テスラ以上のMRI装置においては、CT撮影に係る部門又はMRI撮影に係る部門にそれぞれ専従の診療放射線技師が1名以上勤務していること。</p> <p><u>2 CT撮影の注8及びMRI撮影の注6に規定する施設基準</u> <u>CT撮影及びMRI撮影に使用する画像診断機器の施設共同利用率について、別添2の様式37に定める計算式により算出した数値が100分の10以上であること。</u></p> <p><u>3</u> 2 届出に関する事項</p> <p>(1) CT撮影及びMRI撮影の施設基準に係る届出は、別添2の様式37を用いること。 (2) 当該撮影を行う画像診断機器の機種名、型番、メーカー名、テスラ数（MRIの場合）を記載すること。 (3) CT撮影及びMRI撮影に係る安全管理責任者の氏名を記載し、CT撮影装置、MRI撮影装置及び造影剤注入装置の保守管理計画を添付すること。</p>
<p>5 冠動脈CT撮影加算及び心臓MRI撮影加算の施設基準</p> <p>(1) 当該保険医療機関内に画像診断を専ら担当する常勤の医師が配置されていること。 (2) 当該撮影を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。 (3) 当該撮影を行うにつき十分な体制が整備されていること。</p>	<p>5 冠動脈CT撮影加算、及び心臓MRI撮影加算 <u>及び乳房MRI撮影加算</u>の施設基準</p> <p>(1) 当該保険医療機関内に画像診断を専ら担当する常勤の医師が配置されていること。 (2) 当該撮影を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。 (3) 当該撮影を行うにつき十分な体制が整備されていること。</p>	<p>第35 冠動脈CT撮影加算</p> <p>1 冠動脈CT撮影加算に関する施設基準</p> <p>(1) 64列以上のマルチスライス型のCT装置を有していること。 (2) 画像診断管理加算2に関する施設基準を満たすこと。</p> <p>2 届出に関する事項 冠動脈CT撮影加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式38を用いること。</p> <p>第36 心臓MRI撮影加算</p> <p>1 心臓MRI撮影加算に関する施設基準</p> <p>(1) 1.5テスラ以上のMRI装置を有していること。 (2) 画像診断管理加算2に関する施設基準を満たすこと。</p> <p>2 届出に関する事項 心臓MRI撮影加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式38を用いること。</p> <p><u>第36の1の2 乳房MRI撮影加算</u></p> <p><u>1 乳房MRI撮影加算に関する施設基準</u> <u>(1) 1.5テスラ以上のMRI装置を有していること。</u> <u>(2) 画像診断管理加算2に関する施設基準を満たすこと。</u> <u>(3) 関係学会より乳癌の専門的な診療が可能として認定された施設であること。</u></p> <p><u>2 届出に関する事項</u> <u>乳房MRI撮影加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式38を用いること。</u></p>

様式 31 の 3
センチネルリンパ節生検（片側）の施設基準に係る届出書添付書類

1 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）				科
2 届出区分（該当するものそれぞれに○を付すこと。）		1 併用法 2 単独法		
3 乳腺外科又は外科の経験を5年以上有するとともに乳がんセンチネルリンパ節生検を5例以上実施した経験を有する医師の氏名等				
診療科名	氏名	経験年数	経験症例数	
		年	例	
		年	例	
		年	例	
4 乳腺外科又は外科の常勤医師の氏名等（2名以上）		診療科名	常勤医師の氏名	
5 放射線科の常勤医師の氏名				
6 麻酔科標榜医の氏名				
7 病理部門の病理医氏名				

【記載上の注意】

- 「2」の「2単独法」のうち色素のみによるものを届出する場合、「5」の記載は不要であること。
- 「3」の経験年数は、当該診療科における経験年数を記載すること。
- 「3」については、当該検査症例一覧（実施年月日、検査名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 乳腺外科又は外科及び放射線科を担当する医師の氏名、勤務の形態及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。
- 「6」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

様式 32
画像診断管理加算1
画像診断管理加算2 の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 標榜診療科 （施設基準に係る標榜科名を記入すること。）		
2 画像診断を専ら担当する常勤医師の氏名等		
常勤医師の氏名	経験年数	
3 核医学診断、CT撮影及びMRI撮影に係る事項		
	当該保険医療機関における実施件数	うち画像診断を専ら担当する常勤医師の下に画像情報の管理を行った件数
核医学診断	① 件	件
CT撮影及びMRI撮影	② 件	件
4 核医学診断及びコンピューター断層診断に係る事項		
	うち画像診断を専ら担当する常勤医師が読影及び診断を翌診療日までに行った件数	
核医学診断	③ 件	
コンピューター断層診断	④ 件	
読影結果が翌診療日までに読影されている率 = (③+④) / (①+②) × 100%		
= <input type="text"/> %		
5 当該保険医療機関以外の施設への読影又は診断の委託		
有 ・ 無		

【記載上の注意】

- 「2」の常勤医師については、該当するすべての医師について記載すること。また、当該医師の経歴（当該医師が専ら画像診断を担当した経験、勤務状況等がわかるもの）を添付すること。
- 「2」に研修終了の登録がされている医師の氏名を記入する場合は、関係学会による登録の有無が分かる書類の写しを添付すること。
- 「3」及び「4」については、届出前3か月間の件数を記入すること。
- 画像診断管理加算1の届出を行う場合にあっては、「3」及び「4」は記載する必要はないこと。

様式 34
遠隔画像診断の施設基準に係る届出書添付書類

送信側（画像の撮影が行われる保険医療機関）

1 保険医療機関の所在地及び名称	
2 画像の撮影・送受信を行うために必要な装置・器具の一覧（製品名等）	
3 受信側の保険医療機関以外の施設への読影又は診断の委託	有 ・ 無

受信側（画像診断が行われる保険医療機関）

1 保険医療機関の所在地及び名称	
2 画像診断管理の届出状況（該当するものに○をつけること。） 画像診断管理（ 1 2 ）の届出年月日（ 年 月 日 ）	
3 病院の種類（該当するものに○をつけること。）	
・ 特定機能病院	承認年月日 年 月 日
・ 臨床研修指定病院	指定年月日 年 月 日
・ へき地医療拠点病院	指定年月日 年 月 日
・ へき地中核病院	指定年月日 年 月 日
・ へき地医療支援病院	指定年月日 年 月 日
4 画像の送受信を行うために必要な装置・器具の一覧（製品名等）	

【記載上の注意】

送信側及び受信側の保険医療機関ともに当該届出が必要であること。なお、送信側の保険医療機関の届出書については、受信側に係る事項についても記載すること。

様式36

ポジトロン断層撮影
 ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影
 ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影
 乳房用ポジトロン断層撮影

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 届出種別		
・新規届出(実績期間)	年 月～	年 月)
・再度の届出(実績期間)	年 月～	年 月)
・機器増設による届出(実績期間)	年 月～	年 月)
2 当該画像診断の従事者に係る事項		
3年以上の核医学診断の経験を有し、かつ、所定の研修を修了した常勤医師	常勤医師の氏名	核医学診断の経験年数
		年
PET製剤の取り扱いに関し、専門の知識及び経験を有する専任の診療放射線技師	診療放射線技師の氏名	診断撮影機器
3 施設共同利用率に係る事項		
① 保有する全ての当該撮影に係る機器を使用した全患者数	_____名	
② 当該撮影の共同利用を目的として他の保険医療機関から検査を依頼された紹介患者数	_____名	
③ 特別の関係にある保険医療機関間の紹介の場合及び画像の撮影を実施する保険医療機関へ転医目的で紹介された場合に該当する患者数	_____名	
④ 施設共同利用率 = (②-③) / (①-③) × 100%	= _____%	
4 施設共同利用率の計算除外対象となる保険医療機関 (該当するものを○で囲むこと。)		
1 特定機能病院		
2 がん診療の拠点となる病院		
3 国立高度専門医療研究センターが設置する保険医療機関		

【記載上の注意】

- 「1」は、特掲施設基準通知第2の4の(2)に定めるところによるものであること。
- 「1」経歴(当該画像診断に係る経歴(関係学会等によるポジトロン断層撮影に係る研修の参加状況等)、当該保険医療機関における勤務状況がわかるもの)を添付すること。
- 「3」については、施設共同利用率が30%以上の場合に限り記載すれば足りる。なお、保険診療を行った患者数のみを記載すること。また、「4」に該当する保険医療機関においては記載する必要はないこと。

様式37

様式37

CT撮影及びMRI撮影の施設基準に係る届出書添付書類

1 撮影に使用する機器について (使用する機器に○印をつける)	
・64列以上のマルチスライスCT	
・16列以上64列未満のマルチスライスCT	
・4列以上16列未満のマルチスライスCT	
・MRI(3テスラ以上)	
・MRI(1.5テスラ以上3テスラ未満)	
2 ○印をつけた機器の名称、型番、メーカー名等 (MRIの場合はテスラ数も記載すること。)	
(機種名)	
(型番)	
(メーカー名)	
(テスラ数等)	
3 保守管理計画の有無	有・無
4 安全管理責任者の氏名	
5 画像診断管理加算2の届出の有無	有・無
6 専従の診療放射線技師の氏名	

様式37(続き)

7 施設共同利用率に係る事項	
・64列以上のマルチスライスCT	
① 保有する全ての当該撮影に係る機器を使用した全患者数	_____名
② 当該撮影の共同利用を目的として他の保険医療機関から検査を依頼された紹介患者数	_____名
③ 特別の関係にある保険医療機関間の紹介の場合及び画像の撮影を実施する保険医療機関へ転医目的で紹介された場合に該当する患者数	_____名
④ 施設共同利用率 = (②-③) / (①-③) × 100%	= _____%
・MRI(3テスラ以上)	
① 保有する全ての当該撮影に係る機器を使用した全患者数	_____名
② 当該撮影の共同利用を目的として他の保険医療機関から検査を依頼された紹介患者数	_____名
③ 特別の関係にある保険医療機関間の紹介の場合及び画像の撮影を実施する保険医療機関へ転医目的で紹介された場合に該当する患者数	_____名
④ 施設共同利用率 = (②-③) / (①-③) × 100%	= _____%

【記載上の注意】

- 届出に係る画像診断機器1台につき、本様式による添付書類をそれぞれ作成すること。
- 「1」及び「2」については、機器ごとに記載すること。
- 使用するCT撮影装置、MRI撮影装置及び造影剤注入装置の保守管理計画を添付すること。
- 64列以上のマルチスライスCT又はMRI(3テスラ以上)を届出する場合は、「5」及び「6」についても必ず記載すること。
- 「7」については、施設共同利用率が10%以上の場合に限り記載すれば足りる。なお、保険診療を行った患者数のみを記載すること。

様式38

CT透視下気管支鏡検査加算
冠動脈CT撮影加算
外傷全身CT加算
心臓MRI撮影加算
乳房MRI撮影加算

に係る施設基準の届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 撮影に使用する機器について (使用する機器に○印をつける)		
・マルチスライスCT (64列以上 16列以上64列未満)		
・MRI (3テスラ以上 1.5テスラ以上3テスラ未満)		
2 ○印をつけた機器の名称、型番、メーカー名等 (CTの場合は列数、MRIの場合はテスラ数を記載すること。)		
(機種名)		
(型番)		
(メーカー名)		
(列数又はテスラ数)		
4 専ら呼吸器内科又は呼吸器外科に従事し、呼吸器系疾患の診療の経験を5年以上有する常勤の医師		
診療科	常勤医師の氏名	経験年数
		年
5 画像診断管理加算2の施設基準への該当性の有無		
有	・	無
6 救命救急入院料の届出の有無		
有	・	無
7 関係学会より認定された年月日		
平成 年 月 日		

【記載上の注意】

- 届出に係る画像診断機器1台につき、本様式による添付書類をそれぞれ作成すること。
- 「2」については、機器ごとに記載すること。
- 「4」については、CT透視下気管支鏡検査加算を届け出る場合に記載すること。
- 「5」については、冠動脈CT撮影加算、心臓MRI加算及び乳房MRI加算を届け出る場合に記載すること。
- 「6」については外傷全身CT加算を届け出る場合に記載すること。
- 「7」については乳房MRI撮影加算を届け出る場合に記載すること。

