

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（令和4年3月4日 厚生労働省告示第54号） | 一部改正に伴う実施上の留意事項について（令和4年3月4日 保医発0304第1号） |
|---|---|---|
| <p>通則</p> <p>1 健康保険法第63条第1項第5号及び高齢者医療確保法第64条第1項第5号による入院及び看護の費用は、第1節から第4節までの各区分の所定点数により算定する。この場合において、特に規定する場合を除き、通常必要とされる療養環境の提供、看護及び医学的管理に要する費用は、第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれるものとする。</p> <p>2 同一の保険医療機関において、同一の患者につき、第1節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算、夜勤時間特別入院基本料及び重症患者割合特別入院基本料（以下「特別入院基本料等」という。）を含む。）、第3節の各区分に掲げる特定入院料及び第4節の各区分に掲げる短期滞在手術等基本料を同一の日に算定することはできない。</p> <p>3 別に厚生労働大臣が定める患者の場合には、特別入院基本料等、区分番号A108に掲げる有床診療所入院基本料又は区分番号A109に掲げる有床診療所療養病床入院基本料を算定する場合を除き、入院日から起算して5日までの間は、区分番号A400の3に掲げる短期滞在手術等基本料3を算定し、6日目以降は第1節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の各区分に掲げる特定入院料のいずれかを算定する。</p> <p>4 歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関にあつては、当該患者の主傷病に係る入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、特定入院料又は短期滞在手術等基本料を算定する。</p> <p>5 第1節から第4節までに規定する期間の計算は、特に規定する場合を除き、保険医療機関に入院した日から起算して計算する。ただし、保険医療機関を退院した後、同一の疾病又は負傷により、当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に入院した場合には、急性増悪その他やむを得ない場合を除き、最初の保険医療機関に入院した日から起算して計算する。</p> <p>6 別に厚生労働大臣が定める入院患者数の基準又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関の入院基本料については、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。</p> <p>7 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第1節（特別入院基本料等を含む。）及び第3節の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。</p> <p>8 7に規定する別に厚生労働大臣が定める基準のうち、栄養管理体制に関する基準を満たすことができない保険医療機関（診療所を除き、別に厚生労働大臣が定める基準を満たすものに限る。）については、第1節（特別入院基本料等を除く。）、第3節及び第4節（短期滞在手術等基本料1を除く。）の各区分に掲げるそれぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数から1日につき40点を減算する。</p> | <p>通則</p> <p>1 健康保険法第63条第1項第5号及び高齢者医療確保法第64条第1項第5号による入院及び看護の費用は、第1節から第4節までの各区分の所定点数により算定する。この場合において、特に規定する場合を除き、通常必要とされる療養環境の提供、看護及び医学的管理に要する費用は、第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれるものとする。</p> <p>2 同一の保険医療機関において、同一の患者につき、第1節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算、夜勤時間特別入院基本料及び重症患者割合特別入院基本料（以下「特別入院基本料等」という。）を含む。）、第3節の各区分に掲げる特定入院料及び第4節の各区分に掲げる短期滞在手術等基本料を同一の日に算定することはできない。</p> <p>3 別に厚生労働大臣が定める患者の場合には、特別入院基本料等、区分番号A108に掲げる有床診療所入院基本料又は区分番号A109に掲げる有床診療所療養病床入院基本料を算定する場合を除き、入院日から起算して5日までの間は、区分番号A400の3に掲げる短期滞在手術等基本料3を算定し、6日目以降は第1節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の各区分に掲げる特定入院料のいずれかを算定する。</p> <p>4 歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関にあつては、当該患者の主傷病に係る入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、特定入院料又は短期滞在手術等基本料を算定する。</p> <p>5 第1節から第4節までに規定する期間の計算は、特に規定する場合を除き、保険医療機関に入院した日から起算して計算する。ただし、保険医療機関を退院した後、同一の疾病又は負傷により、当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に入院した場合には、急性増悪その他やむを得ない場合を除き、最初の保険医療機関に入院した日から起算して計算する。</p> <p>6 別に厚生労働大臣が定める入院患者数の基準又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関の入院基本料については、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。</p> <p>7 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第1節（特別入院基本料等を含む。）及び第3節の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。</p> <p>8 7に規定する別に厚生労働大臣が定める基準のうち、栄養管理体制に関する基準を満たすことができない保険医療機関（診療所を除き、別に厚生労働大臣が定める基準を満たすものに限る。）については、第1節（特別入院基本料等を除く。）、第3節及び第4節（短期滞在手術等基本料1を除く。）の各区分に掲げるそれぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数から1日につき40点を減算する。</p> | <p>通則</p> <p>1～4、5(1)(3)～(5)(7)～(9)、6～15 （略）</p> <p>5 入院中の患者の他医療機関への受診</p> <p>(2) 入院中の患者（DPC算定病棟に入院している患者を除く。）に対し他医療機関での診療が必要となり、当該入院中の患者が他医療機関を受診した場合（当該入院医療機関にて診療を行うことができない専門的な診療が必要となった場合等のやむを得ない場合に限る。）は、他医療機関において当該診療に係る費用を算定することができる。ただし、短期滞入手術等基本料 2及び3、医学管理等（診療情報提供料を除く。）、在宅医療、投薬、注射（当該専門的な診療に特有な薬剤を用いた受診日の投薬又は注射に係る費用を除き、処方料、処方箋料及び外来化学療法加算を含む。）及びリハビリテーション（言語聴覚療法に係る疾患別リハビリテーション料を除く。）に係る費用は算定できない。</p> <p>(6) (2)の規定により入院中の患者が他医療機関を受診する日の入院医療機関における診療報酬の算定については、以下のとおりとすること。この場合において、1点未満の端数があるときは、小数点以下第一位を四捨五入して計算すること。</p> <p>ア 入院医療機関において、当該患者が出来高入院料を算定している場合は、出来高入院料は当該出来高入院料の基本点数の10%を控除した点数により算定すること。ただし、他医療機関において、区分番号「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、区分番号「E101-2」ポジトロン断層撮影、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、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、区分番号「E101-5」乳房用ポジトロン断層撮影、区分番号「M001」体外照射の3の強度変調放射線治療（IMRT）、区分番号「M001-2」ガンマナイフによる定位放射線治療、区分番号「M001-3」直線加速器による放射線治療の1の定位放射線治療の場合又は区分番号「M001-4」粒子線治療に係る費用を算定する場合は、出来高入院料は当該出来高入院料の基本点数の5%を控除した点数により算定すること。</p> <p>イ 入院医療機関において、当該患者が特定入院料等を算定している場合であつて、当該他医療機関において特定入院料等に含まれる診療に係る費用（特掲診療料に限る。）を算定する場合は、特定入院料等は、当該特定入院料等の基本点数の40%を控除した点数（他医療機関において、区分番号「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、区分番号「E101-2」ポジトロン断層撮影、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、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、区分番号「E101-5」乳房用ポジトロン断層撮影、区分番号「M001」体外照射の3の強度変調放射線治療（IMRT）、区分番号「M001-2」ガンマナイフによる定位放射線治療、区分番号「M001-3」直線加速器による放射線治療の1の定位放射線治療の場合又は区分番号「M001-4」粒子線治療に係る費用を算定する場合は、特定入院料等は当該特定入院料等の基本点数の35%を控除した点数）により算定すること。ただし、有床診療所療養病床入院基本料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料又は地域移行機能強化病棟入院料を算定している場合は、当該特定入院料等の基本点数の20%を控除した点数（他医療機関において、区分番号「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、区分番号「E101-2」ポジトロン断層撮影、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、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、区分番号「E101-5」乳房用ポジトロン断層撮影、区分番号「M001」体外照射の3の強度変調放射線治療（IMRT）、区分番号「M001-2」ガンマナイフによる定位放射線治療、区分番号「M001-3」直線加速器による放射線治療の1の定位放射線治療の場合又は区分番号「M001-4」粒子線治療</p> |

| | | |
|--|---|--|
| <p>A225 放射線治療病室管理加算（1日につき） 2,500点</p> <p>注 治療上の必要があつて、保険医療機関において、放射線治療病室管理が行われた入院患者（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、放射線治療病室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。）について、所定点数に加算する。</p> <p>（新設）</p> | <p>A225 放射線治療病室管理加算（1日につき）</p> <p>1 治療用放射性同位元素による治療の場合 6,370点</p> <p>2 密封小線源による治療の場合 2,200点</p> <p>注1 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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室において、治療上の必要があつて放射線治療病室管理が行われた入院患者（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、放射線治療病室管理加算を算定できるものを現に算定している患者であつて、治療用放射性同位元素による治療が行われたものに限る。）について、所定点数に加算する。</p> <p>2 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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室において、治療上の必要があつて放射線治療病室管理が行われた入院患者（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、放射線治療病室管理加算を打定できるものを現に算定している患者であつて、密封小線源による治療が行われたものに限る。）について、所定点数に加算する。</p> <p>A234-5 報告書管理体制加算（退院時1回） 7点</p> <p>注 組織的な医療安全対策の実施状況の確認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入院している患者であつて、当該入院中に第4部画像診断又は第13部病理診断に掲げる診療料を算定したもの（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、報告書管理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、退院時1回に限り、所定点数に加算する。</p> | <p>に係る費用を算定する場合は、特定入院料等は当該特定入院料等の基本点数の15%を控除した点数）により算定すること。</p> <p>ウ 入院医療機関において、当該患者が特定入院料等を算定している場合であつて、当該他医療機関において特定入院料等に含まれる診療に係る費用（特掲診療料に限る。）を算定しない場合は、特定入院料等は、当該特定入院料等の基本点数の10%を控除した点数により算定すること。ただし、他医療機関において、区分番号「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、区分番号「E101-2」ポジトロン断層撮影、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、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、区分番号「E101-5」乳房用ポジトロン断層撮影、区分番号「M001」体外照射の3の強度変調放射線治療（IMRT）、区分番号「M001-2」ガンマナイフによる定位放射線治療、区分番号「M001-3」直線加速器による放射線治療の1の定位放射線治療の場合又は区分番号「M001-4」粒子線治療に係る費用を算定する場合は、特定入院料等は当該特定入院料等の基本点数の5%を控除した点数により算定すること。</p> <p>エ 他医療機関において当該診療に係る費用を一切算定しない場合には、他医療機関において実施された診療に係る費用は、入院医療機関において算定し、入院基本料等の基本点数は控除せずに算定すること。この場合において、入院医療機関で算定している入院料等に包括されている診療に係る費用は、算定できない。なお、この場合の医療機関間での診療報酬の分配は、相互の合議に委ねるものとする。</p> <p>A225 放射線治療病室管理加算</p> <p>(1) 放射線治療病室管理加算は、悪性腫瘍の患者に対して、必要な放射線治療病室管理を行った場合に算定する。なお、放射線治療病室管理とは、治療用放射性同位元素あるいは密封小線源による治療を受けている患者を入院させる病室における放射線に係る必要な管理をいう。</p> <p>A234-5 報告書管理体制加算</p> <p>(1) 報告書管理体制加算は、医療機関全体の医療安全の一環として行われる、画像診断報告書・病理診断報告書（以下この項において「報告書」という。）の確認漏れによる診断又は治療開始の遅延を防止する取組を評価するものであり、当該保険医療機関に入院している患者であつて、第4部画像診断又は第13部病理診断に掲げる診療料を算定するものについて、退院時1回に限り算定する。</p> <p>(2) 組織的な報告書管理とは、画像診断部門、病理診断部門又は医療安全管理部門に所属する報告書確認管理者が、医療安全管理対策委員会と連携し、当該保険医療機関内の報告書の確認漏れによる診断及び治療開始の遅れを防止する取組に係る状況を把握するとともに、当該保険医療機関内に報告書確認対策チームを設置し、当該チームが、報告書管理のための支援や業務改善等を継続的に実施していることをいう。</p> |
|--|---|--|

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---------------|---------------|------|---|---------------|------|---|---------------|------|--|---|---------------|------|---|---------------|------|---|---------------|------|--|
| <p>A243 後発医薬品使用体制加算（入院初日）</p> <table border="0"> <tr> <td>1</td> <td>後発医薬品使用体制加算 1</td> <td>47 点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>後発医薬品使用体制加算 2</td> <td>42 点</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>後発医薬品使用体制加算 3</td> <td>37 点</td> </tr> </table> <p>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。</p> | 1 | 後発医薬品使用体制加算 1 | 47 点 | 2 | 後発医薬品使用体制加算 2 | 42 点 | 3 | 後発医薬品使用体制加算 3 | 37 点 | <p>A243 後発医薬品使用体制加算（入院初日）</p> <table border="0"> <tr> <td>1</td> <td>後発医薬品使用体制加算 1</td> <td>47 点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>後発医薬品使用体制加算 2</td> <td>42 点</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>後発医薬品使用体制加算 3</td> <td>37 点</td> </tr> </table> <p>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。</p> | 1 | 後発医薬品使用体制加算 1 | 47 点 | 2 | 後発医薬品使用体制加算 2 | 42 点 | 3 | 後発医薬品使用体制加算 3 | 37 点 | <p>A243 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。</p> <p>(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に占める後発医薬品の規格単位数の割合が 75%以上、85%以上又は 90%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。</p> |
| 1 | 後発医薬品使用体制加算 1 | 47 点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 後発医薬品使用体制加算 2 | 42 点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 後発医薬品使用体制加算 3 | 37 点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 後発医薬品使用体制加算 1 | 47 点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 後発医薬品使用体制加算 2 | 42 点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 後発医薬品使用体制加算 3 | 37 点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 現 行 | 改正告示（令和4年3月4日 厚生労働省告示第54号） | 一部改正に伴う実施上の留意事項について（令和4年3月4日 保医発0304第1号） |
|--|--|---|
| <p>B001 特定疾患治療管理料</p> <p>9 外来栄養食事指導料</p> <p>イ 外来栄養食事指導料1</p> <p>(1) 初回 260点</p> <p>(2) 2回目以降</p> <p>① 対面で行った場合 200点</p> <p>② 情報通信機器を用いた場合 180点</p> <p>ロ 外来栄養食事指導料2</p> <p>(1) 初回 250点</p> <p>(2) 2回目以降 190点</p> <p>注1 イの(1)及び(2)の①については、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ものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関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、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。</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、外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対して、医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が具体的な献立等によって月2回以上の指導を行った場合に限り、月の2回目の指導時にイの(2)の①の点数を算定する。ただし、外来化学療法加算を算定した日と同日であること。</p> <p>3 イの(2)の②については、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が電話又は情報通信機器等によって必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。</p> <p>4 ロについては、診療所において、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ものに対して、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、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。</p> | <p>B001 特定疾患治療管理料</p> <p>9 外来栄養食事指導料</p> <p>イ 外来栄養食事指導料1</p> <p>(1) 初回</p> <p>① 対面で行った場合 260点</p> <p>② 情報通信機器等を用いた場合 235点</p> <p>(2) 2回目以降</p> <p>① 対面で行った場合 200点</p> <p>② 情報通信機器等を用いた場合 180点</p> <p>ロ 外来栄養食事指導料2</p> <p>(1) 初回</p> <p>① 対面で行った場合 250点</p> <p>② 情報通信機器等を用いた場合 225点</p> <p>(2) 2回目以降</p> <p>① 対面で行った場合 190点</p> <p>② 情報通信機器等を用いた場合 170点</p> <p>注1 イの(1)の①及び(2)の①については、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ものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関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、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。</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、外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対して、医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が具体的な献立等によって月2回以上の指導を行った場合に限り、月の2回目の指導時にイの(2)の①の点数を算定する。ただし、区分番号B001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料を算定した日と同日であること。</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において、外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対して、医師の指示に基づき当該保険医療機関の専門的な知識を有する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限り、月1回に限り260点を算定する。</p> <p>4 イの(1)の②及び(2)の②については、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ものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が電話又は情報通信機器によって必要な指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。</p> <p>5 ロの(1)の①及び(2)の①については、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ものに対して、保険医療機関（診療所に限る。）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、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。</p> <p>6 ロの(1)の②及び(2)の②については、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ものに対して、保険医療機関（診療所に限る。）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電話又は情報通信機器によって必要な指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定する。</p> | <p>B001 特定疾患治療管理料</p> <p>9 外来栄養食事指導料</p> <p>(1) 外来栄養食事指導料 （「注2」及び「注3」を除く。）は、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、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) 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、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って、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厳格に行われたものに限る。）を含む。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>(3) 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、熱量・熱量構成、蛋白質、脂質その他の栄養素の量、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具体的な指示を含まなければならない。</p> <p>(4) 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。</p> <p>(5) 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>(6) 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>(7) 外来栄養食事指導料1は、保険医療機関の管理栄養士が当該保険医療機関の医師の指示に基づき、指導を行った場合に算定する。また、外来栄養食事指導料2は、当該診療所以外（公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は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、指導を行った場合に算定する。</p> <p>(8) 外来栄養食事指導料 （「注2」及び「注3」を除く。）は初回の指導を行った月にあっては1月に2回を限度として、その他の月にあっては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って、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。</p> <p>(9) 「注2」については、区分番号「B001-2-12」に掲げる外来腫瘍化学療法診療料の注6に規定する連携充実加算の施設基準を満たす外来化学療法室を担当する管理栄養士が外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対して、具体的な献立等によって月2回以上の指導をした場合に限り、指導の2回目に外来栄養食事指導料の「イ」の「(2)」の「①」を算定する。ただし、当該指導料を算定する日は、区分番号「B001-2-12」に掲げる外来腫瘍化学療法診療料を算定した日と同日であること。なお、外来栄養食事指導料の留意事項の(1)の初回の要件</p> |

| | | |
|--|--|---|
| | | <p>を満たしている場合は、外来栄養食事指導料の「イ」の「(1)」の所定点数を算定できる。</p> <p>(10) 「注1」に規定する「イ」の「(2)」の「①」、「注2」に規定する「イ」の「(2)」の「①」<u>及び「注3」に規定する指導料は、</u>同一月に併せて算定できない。</p> <p>(11) <u>「注3」については、専門的な知識を有した管理栄養士が医師の指示に基づき、外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者ごとにその生活条件、嗜好を勘案した食事計画案等を必要に応じて交付し、療養のため必要な指導を行った場合に算定する。</u></p> <p>(12) <u>「注4」及び「注6」</u>については、以下の要件を満たすこと。</p> <p>ア 管理栄養士が(1)の患者に対し、電話又はビデオ通話が可能な情報通信機器等(以下この区分において「情報通信機器等」という。)を活用して、指導を行うこと。</p> <p>イ 初回の指導は、必ず対面にて指導を行うこと。また、外来受診した場合は必ず対面にて指導を行うこと。</p> <p>ウ 電話又は情報通信機器等による指導の実施に当たっては、事前に対面による指導と 電話又は情報通信機器等による指導を組み合わせた指導計画を作成し、当該計画に基づいて指導を実施する。また、外来受診時等に受診結果等を基に、必要に応じて指導計画を見直すこと。 <u>なお、当該保険医療機関を退院した患者に対して、初回から情報通信機器等による指導を実施する場合は、当該指導までの間に指導計画を作成すること。</u></p> <p>エ 当該指導において、患者の個人情報情報を情報通信機器等の画面上で取り扱う場合には、患者の同意を得ること。また、厚生労働省の定める「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等に対応していること。 <u>加えて、情報通信機器等による指導の実施に際しては、オンライン指針を参考に必要な対応を行うこと。</u></p> <p>オ 電話又は情報通信機器等による指導は、<u>原則として</u>当該保険医療機関内において行うこと。 <u>なお、当該保険医療機関外で情報通信機器等による指導を実施する場合であっても上記「エ」に沿った対応を行うとともに、指導を実施した場所については、事後的に実施状況が確認可能な場所であること。</u></p> <p>(13) <u>「イ」の「(1)」の「①」については「イ」の「(1)」の「②」と、「イ」の「(2)」の「①」については「イ」の「(2)」の「②」と、「ロ」の「(1)」の「①」については「ロ」の「(1)」の「②」と、並びに「ロ」の「(2)」の「①」については「ロ」の「(2)」の「②」と同一月に併せて算定できない。</u></p> <p>(14) 「注3」「注4」および「注6」の指導を行う際の 電話又は情報通信機器等の運用に要する費用については、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できる。</p> <p>(15) 外来栄養食事指導料を算定するに当たって、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、指導時間(「注2」及び「注3」を除く。)及び指導した年月日(「注4」及び「注6」に限る。)を記載すること。</p> <p>(16) 「注2」の場合、指導した年月日を全て診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> |
|--|--|---|

B001 特定疾患治療管理料

10 入院栄養食事指導料（週1回）

イ 入院栄養食事指導料1

| | |
|---------|------|
| (1) 初回 | 260点 |
| (2) 2回目 | 200点 |

ロ 外来栄養食事指導料2

| | |
|---------|------|
| (1) 初回 | 250点 |
| (2) 2回目 | 190点 |

- 注1 イについては、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関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回に限り算定する。
- 2 ロについては、診療所において、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、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回に限り算定する。
- 3 別に厚生労働大臣が定める患者に対して、退院後の栄養食事管理について指導するとともに、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明し、これを他の保険医療機関、介護老人保健施設等又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律（平成17年法律第123号）第34条第1項に規定する指定障害者支援施設等若しくは児童福祉法第42条第1号に規定する福祉型障害児入所施設の医師又は管理栄養士と共有した場合に、入院中1回に限り、栄養情報提供加算として50点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2は別に算定できない。

B001 特定疾患治療管理料

10 入院栄養食事指導料（週1回）

イ 入院栄養食事指導料1

| | |
|---------|------|
| (1) 初回 | 260点 |
| (2) 2回目 | 200点 |

ロ 外来栄養食事指導料2

| | |
|---------|------|
| (1) 初回 | 250点 |
| (2) 2回目 | 190点 |

- 注1 イについては、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関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回に限り算定する。
- 2 ロについては、診療所において、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、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回に限り算定する。
- 3 別に厚生労働大臣が定める患者に対して、退院後の栄養食事管理について指導するとともに、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明し、これを他の保険医療機関、介護老人保健施設等又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律 ~~（平成17年法律第123号）~~ 第34条第1項に規定する指定障害者支援施設等若しくは児童福祉法第42条第1号に規定する福祉型障害児入所施設の医師又は管理栄養士と共有した場合に、入院中1回に限り、栄養情報提供加算として50点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2は別に算定できない。

10 入院栄養食事指導料

- (1) 入院栄養食事指導料は、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保険医療機関の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、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分以上、2回目にあつては概ね20分以上、療養のため必要な栄養の指導を行った場合に入院中2回に限り算定する。ただし、1週間に1回に限りとする。
- 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) 入院栄養食事指導料1は、当該保険医療機関の管理栄養士が当該保険医療機関の医師の指示に基づき、指導を行った場合に算定する。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（公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は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、対面による指導を行った場合に算定する。
- (3) 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)から(6)まで及び(15)の例による。
- (4) 「注3」に規定する栄養情報提供加算は、栄養食事指導に加え、退院後の栄養及び食事管理に関する指導とともに、医療機関間の有機的連携の強化及び保健又は福祉関係機関等へ栄養情報提供機能の評価を目的として設定されたものであり、両者の患者の栄養に関する情報（必要栄養量、摂取栄養量、食事形態（嚥下食コードを含む。）、禁止食品、栄養管理に係る経過等）を相互に提供することにより、継続的な栄養管理の確保等を図るものである。
- (5) 「注3」に規定する栄養情報提供加算は、栄養指導に加え、当該指導内容及び入院中の栄養管理の状況等を含む栄養に関する情報を示す文書を患者に退院の見通しが立った際に説明するとともにこれを他の保険医療機関、介護老人保健施設等、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律第34条第1項に規定する指定障害者支援施設等若しくは児童福祉法第42条第1号に規定する福祉型障害児入所施設の医師又は管理栄養士に対して提供した場合に、入院中1回に限り、所定の点数に加算する。
- (6) ここでいう介護老人保健施設等とは、次の施設をいうものとする。
ア 介護保険法第8条第28項に規定する介護老人保健施設
イ 介護老人福祉施設（介護保険法第8条第22項に規定する地域密着型介護老人福祉施設及び同条第27項に規定する介護老人福祉施設をいう。）
ウ 健康保険法等の一部を改正する法律附則第130条の2第1項の規定によりなおその効力を有するものとされた同法第26条の規定による改正前の介護保険法第8条第26項に規定する介護療養型医療施設
エ 介護保険法第8条第29項に規定する介護医療院
- (7) 当該情報を提供する保険医療機関と特別な関係にある機関に情報提供が行われた場合は、算定できない。
- (8) 栄養情報提供に当たっては、(5)に掲げる事項を記載した文書を患者に交付するとともに交付した文書の写しを栄養指導記録に添付する。なお、診療情報を示す文書等が交付されている場合にあつては、当該文書等と併せて他の保険医療機関等に情報提供すること。

(新設)

B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料

- 1 外来腫瘍化学療法診療料1
 - イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 700点
 - ロ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合 400点
- 2 外来腫瘍化学療法診療料2 570点
 - イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 270点
 - ロ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合

- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、悪性腫瘍を主病とする患者であって入院中の患者以外のものに対して、外来化学療法（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の実施その他の必要な治療管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料（注6から注8までに規定する加算を除く。）、区分番号A001に掲げる再診料（注4から注6までに規定する加算を除く。）、区分番号A002に掲げる外来診療料（注7から注9までに規定する加算を除く。）、区分番号B001の23に掲げるがん患者指導管理料のハ又は区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は、別に算定できない。
- 2 1のイ及び2のイについては、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、月3回に限り算定する。
 - 3 1のロ及び2のロについては、1のイ又は2のイを算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与その他の必要な治療管理を行った場合に、週1回に限り算定する。
 - 4 退院した患者に対して退院の日から起算して7日以内に行った治療管理の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。
 - 5 当該患者が15歳未満の小児である場合には、小児加算として、所定点数に200点を加算する。
 - 6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、1のイを算定した患者に対して、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、副作用の発現状況、治療計画等を文書により提供した上で、当該患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合は、連携充実加算として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。
 - 7 当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。

B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料

- (1) 外来腫瘍化学療法診療料は、入院中の患者以外の悪性腫瘍を主病とする患者に対して、患者の同意を得た上で、化学療法の経験を有する医師、化学療法に従事した経験を有する専任の看護師及び化学療法に係る調剤の経験を有する専任の薬剤師が必要に応じてその他の職種と共同して、注射による外来化学療法の実施その他の必要な治療管理を行った場合に算定する。
- (2) 「1」の「ロ」及び「2」の「ロ」に規定する点数は、注射による外来化学療法の実施その他必要な治療管理を実施中の期間に、当該外来化学療法を実施している保険医療機関において、当該外来化学療法又は治療に伴う副作用等で来院した患者に対し、診察（視診、聴診、打診及び触診等の身体診察を含む）の上、必要に応じて速やかに検査、投薬等を行う体制を評価したものである。
 - なお、「外来化学療法の実施その他必要な治療管理を実施中の期間」とは、当該化学療法のレジメンの期間内とする。
- (3) 外来化学療法の実施及びその他必要な治療管理を行うに当たっては、患者の心理状態に十分配慮された環境で、以下の説明及び指導等を行うこと。
 - なお、患者の十分な理解が得られない場合又は患者を除く家族等にのみ説明を行った場合は算定できない。
 - ア 初回、レジメンを変更した際、及び必要に応じて、患者に対して、抗悪性腫瘍剤の効能・効果、投与計画、副作用の種類とその対策、副作用に対する薬剤や医療用麻薬等の使い方、他の薬を服用している場合は薬物相互作用、日常生活での注意点、抗悪性腫瘍剤ばく露の予防方法等について文書により説明を行うこと。
 - なお、抗悪性腫瘍剤ばく露の予防方法については、関係学会から示されている抗悪性腫瘍剤ばく露対策の指針に基づき、患者及びその家族等に対して指導を行うこと。
 - イ アについては、医師の指示を受けた、抗悪性腫瘍剤に係る業務に従事した経験を有する専任の薬剤師が実施しても差し支えない。ただし、その場合、アに加えて、指導を行った薬剤師が、当該患者の診療を担当する医師に対して、指導内容、過去の治療歴に関する患者情報（患者の投薬歴、副作用歴、アレルギー歴等）、服薬状況、患者からの症状及び不安等の訴えの有無等について医師に報告するとともに、必要に応じて、副作用に対応する薬剤、医療用麻薬等又は抗悪性腫瘍剤の処方に関する提案等を行うこと。
 - ウ 指導内容等の要点を診療録若しくは薬剤管理指導記録に記載又は説明に用いた文書の写しを診療録等に添付すること。
- (4) 抗悪性腫瘍剤の注射による投与を行うに当たっては、外来化学療法に係る専用室において、投与を行うこと。
- (5) 当該診療料を算定する患者からの電話等による緊急の相談等に対して24時間対応できる体制を確保し、連絡先電話番号及び緊急時の注意事項等について、文書により提供すること。
- (6) 外来腫瘍化学療法診療料1は、当該保険医療機関で実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会（他の保険医療機関と連携し、共同で開催する場合を含む。）において、承認され、登録されたレジメンを用いて治療を行ったときのみ算定でき、それ以外の場合には、算定できない。
- (7) 「注6」に規定する連携充実加算については、外来腫瘍化学療法診療料1を届け出た保険医療機関において、外来腫瘍化学療法診療料1を算定する日に、次に掲げる全ての業務を実施した場合に月1回に限り算定する。
 - ア 化学療法の経験を有する専任の医師又は化学療法に係る調剤の経験を有する専任の薬剤師が必要に応じてその他の職種と共同して、患者に注射又は投薬されている抗悪性腫瘍剤等の副作用の発現状況を評価するとともに、副作用の発現状況を記載した治療計画等の治療の進捗に関する文書を患者に交付すること。なお、当該文書に次に掲げる事項が記載されていること。

| | | |
|---------|---|-------|
| B 005-7 | 認知症専門診断管理料 | |
| 1 | 認知症専門診断管理料 1 | |
| | イ 基幹型又は地域型の場合 | 700 点 |
| | ロ 連携型の場合 | 500 点 |
| 2 | 認知症専門診断管理料 2 | 300 点 |
| 注 1 | 認知症専門診断管理料 1 については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関が、他の保険医療機関から紹介された認知症の疑いのある患者であって、入院中の患者以外のもの又は当該他の保険医療機関の療養病棟に入院している患者に対して、患者又はその家族等の同意を得て、認知症の鑑別診断を行った上で療養方針を決定するとともに、認知症と診断された患者については認知症療養計画を作成し、これらを患者に説明し、文書により提供するとともに、地域において療養を担う他の保険医療機関に当該患者に係る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 | 認知症専門診断管理料 2 については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす病院である保険医療機関が、地域において診療を担う他の保険医療機関から紹介された患者であって認知症の症状が増悪したもの（入院中の患者以外の患者又は当該他の保険医療機関の療養病棟に入院している患者に限る。）に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、診療を行った上で今後の療養計画等を患者に説明し、文書により提供するとともに、当該他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、3 月に 1 回に限り所定点数を算定する。 | |
| 3 | 注 1 及び注 2 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) 及び区分番号 B 0 1 1 に掲げる診療情報提供料 (III) の費用は、所定点数に含まれるものとする。 | |
| 4 | 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 005-7 | 認知症専門診断管理料 | |
| 1 | 認知症専門診断管理料 1 | |
| | イ 基幹型又は地域型の場合 | 700 点 |
| | ロ 連携型の場合 | 500 点 |
| 2 | 認知症専門診断管理料 2 | |
| | イ 基幹型又は地域型の場合 | 300 点 |
| | ロ 連携型の場合 | 280 点 |
| 注 1 | 認知症専門診断管理料 1 については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関が、他の保険医療機関から紹介された認知症の疑いのある患者であって、入院中の患者以外のもの又は当該他の保険医療機関の療養病棟に入院している患者に対して、 当該 患者又はその家族等の同意を得て、認知症の鑑別診断を行った上で療養方針を決定するとともに、認知症と診断された患者については認知症療養計画を作成し、これらを患者に説明し、文書により提供するとともに、地域において療養を担う他の保険医療機関に当該患者に係る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 | 認知症専門診断管理料 2 については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす 病院である 保険医療機関が、地域において診療を担う他の保険医療機関から紹介された患者であって認知症の症状が増悪したもの（入院中の患者以外の患者又は当該他の保険医療機関の療養病棟に入院している患者に限る。）に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、診療を行った上で今後の療養計画等を患者に説明し、文書により提供するとともに、当該他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、3 月に 1 回に限り所定点数を算定する。 | |
| 3 | 注 1 及び注 2 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) 及び区分番号 B 0 1 1 に掲げる 連携強化 診療情報提供料 (Ⅲ) の費用は、所定点数に含まれるものとする。 | |
| 4 | 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。 | |

| | |
|------------|--|
| | (イ) 患者に実施しているレジメン |
| | (ロ) 当該レジメンの実施状況 |
| | (ハ) 患者に投与した抗悪性腫瘍剤等の投与量 |
| | (ニ) 主な副作用の発現状況（「有害事象共通用語規準 v5.0 日本語訳 JCOG 版」に基づく副作用の重篤度のスケール（Grade）及び関連する血液・生化学的検査の結果等） |
| | (ホ) その他医学・薬学的管理上必要な事項 |
| イ | 治療の状況等を共有することを目的に、交付した治療計画等の治療の進捗に関する文書を他の保険医療機関の医師若しくは薬剤師又は保険薬局の薬剤師に提示するよう患者に指導を行うこと。 |
| ウ | 他の保険医療機関又は保険薬局から服薬状況、抗悪性腫瘍剤等の副作用等に関する情報が提供された場合には、必要な分析又は評価等を行うこと。 |
| エ | 悪性腫瘍の治療を担当する医師の診察に当たっては、あらかじめ薬剤師、看護師等と連携して服薬状況、抗悪性腫瘍剤等の副作用等に関する情報を収集し、診療に活用することが望ましい。 |
| オ | 療養のため必要な栄養の指導を実施する場合には、管理栄養士と連携を図ること。 |
| (8) | 「注 7」に規定するバイオ後続品導入初期加算については、当該患者に対して、バイオ後続品の有効性や安全性等について説明した上で、バイオ後続品を使用した場合に、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して、3 月に限り、月 1 回に限り算定する。 |
| B 005-7 | 認知症専門診断管理料 |
| (1) | 認知症専門診断管理料 1 は、基幹型、地域型又は連携型認知症疾患医療センターが他の保険医療機関から紹介された患者に対して、患者又は家族等の同意を得た上で、認知症の鑑別診断を行った上で療養方針を決定（認知症と診断された患者については認知症療養計画を作成）し、説明し、それを文書にて患者又は家族等に提供した場合であって、紹介を受けた他の保険医療機関に対して文書にて報告した場合に、1 人につき 1 回に限り算定する。なお、患者に交付した文書の写しを診療録等に添付すること。 |
| (2) | 「注 1」に規定する認知症療養計画は、「別紙様式 32」及び「別紙様式 32 の 2」又はこれらに準じて作成された、病名、検査結果、症状の評価（認知機能（MMSE、HDS-R 等）、生活機能（ADL、IADL 等）、行動・心理症状（NPI、DBD 等）等）、家族又は介護者等による介護の状況（介護負担度の評価（NPI 等）等）、治療計画（受診頻度、内服薬の調整等）、必要と考えられる医療連携や介護サービス、緊急時の対応、その他必要な項目が記載されたものであり、認知症に係る専門知識を有する多職種が連携していることが望ましい。認知症専門診断管理料 1 を算定するに当たり文書にて報告した他の保険医療機関と定期的に診療情報等の共有を図ることが望ましい。 |
| (3) | 認知症専門診断管理料 2 は、基幹型又は地域型認知症疾患医療センターが認知症の症状が増悪した患者に対して、患者又は家族等の同意を得た上で、今後の療養計画等を説明し、それを文書にて患者又は家族等に提供した場合であって、紹介を受けた他の保険医療機関に対して文書にて報告した場合に、患者 1 人につき 3 月に 1 回に限り算定する。なお、患者に交付した文書の写しを診療録に添付すること。 |

| | | |
|--|--|--|
| <p>B009 診療情報提供料(Ⅰ) 250点</p> <p>注1～注5、注7、注9～注17 省略</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に関する専門の保険医療機関等での鑑別診断等の必要を認め、当該患者又はその家族等の同意を得て、認知症に関する専門の保険医療機関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8 保険医療機関が、患者の退院日の属する月又はその翌月に、添付の必要を認め、当該患者の同意を得て、別の保険医療機関、精神障害者施設又は介護老人保健施設若しくは介護医療院に対して、退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付して紹介を行った場合は、200点を所定点数に加算する。</p> <p>注18 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、患者の紹介を行う際に、検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容、退院時要約等の診療記録のうち主要なものについて、他の保険医療機関に対し、電子的方法により閲覧可能な形式で提供した場合又は電子的に送受される診療情報提供書に添付した場合に、検査・画像情報提供加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、イについては、注8に規定する加算を算定する場合は算定しない。</p> <p>イ 退院する患者について、当該患者の退院日の属する月又はその翌月に、必要な情報を提供した場合 200点</p> <p>ロ 入院中の患者以外の患者について、必要な情報を提供した場合 30点</p> | <p>B009 診療情報提供料(Ⅰ) 250点</p> <p>注1～注5、注7、注9～注17 省略</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に関する専門の保険医療機関等での鑑別診断等の必要を認め、当該患者又はその家族等の同意を得て、認知症に関する専門の保険医療機関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8 保険医療機関が、患者の退院日の属する月又はその翌月に、添付の必要を認め、当該患者の同意を得て、別の保険医療機関、精神障害者施設又は介護老人保健施設若しくは介護医療院に対して、退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付して紹介を行った場合は、200点を所定点数に加算する。</p> <p>注18 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、患者の紹介を行う際に、検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容、退院時要約等の診療記録のうち主要なものについて、他の保険医療機関に対し、電子的方法により閲覧可能な形式で提供した場合又は電子的に送受される診療情報提供書に添付した場合に、検査・画像情報提供加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、イについては、注8に規定する加算を算定する場合は算定しない。</p> <p>イ 退院する患者について、当該患者の退院日の属する月又はその翌月に、必要な情報を提供した場合 200点</p> <p>ロ 入院中の患者以外の患者について、必要な情報を提供した場合 30点</p> | <p>B009 診療情報提供料(Ⅰ)</p> <p>(1)～(20)、(22)～(30) 省略</p> <p>(21) 「注8」に掲げる退院患者の紹介に当たっては、心電図、脳波、画像診断の所見等診療上必要な検査結果、画像情報等及び退院後の治療計画等を添付すること。また、添付した写し又はその内容を診療録に添付又は記載すること。なお、算定対象が介護老人保健施設又は介護医療院である場合は、当該加算を算定した患者にあつては、その後6か月間、当該加算は算定できない。</p> <p>(31) 「注18」に規定する検査・画像情報提供加算は、保険医療機関が、患者の紹介を行う際に、検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容及び退院時要約等の診療記録のうち主要なもの（少なくとも検査結果及び画像情報を含むものに限る。画像診断の所見を含むことが望ましい。また、イについては、平成30年4月以降は、退院時要約を含むものに限る。）について、①医療機関間で電子的に医療情報を共有するネットワークを通じ他の保険医療機関に常時閲覧可能なよう提供した場合、又は②電子的に送受される診療情報提供書に添付した場合に加算する。なお、多数の検査結果及び画像情報等を提供する場合には、どの検査結果及び画像情報等が主要なものであるかを併せて情報提供することが望ましい。</p> |
| <p>B009-2 電子的診療情報評価料 30点</p> <p>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が、別の保険医療機関から診療情報提供書の提供を受けた患者に係る検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容、退院時要約等の診療記録のうち主要なものについて、電子的方法により閲覧又は受信し、当該患者の診療に活用した場合に算定する。</p> | <p>B009-2 電子的診療情報評価料 30点</p> <p>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が、別の保険医療機関から診療情報提供書の提供を受けた患者に係る検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容、退院時要約等の診療記録のうち主要なものについて、電子的方法により閲覧又は受信し、当該患者の診療に活用した場合に算定する。</p> | <p>B009-2 電子的診療情報評価料</p> <p>(1) 電子的診療情報評価料は、別の保険医療機関から診療情報提供書の提供を受けた患者について、同時に電子的方法により提供された検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容及び退院時要約等のうち主要なものを電子的方法により閲覧又は受信し、当該検査結果等を診療に活用することによって、質の高い診療が効率的に行われることを評価するものである。</p> <p>(2) 保険医療機関が、他の保険医療機関から診療情報提供書の提供を受けた患者について、検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容及び退院時要約等のうち主要なもの（少なくとも検査結果及び画像情報を含む場合に限る。）を①医療機関間で電子的に医療情報を共有するネットワークを通じ閲覧、又は②電子的に送付された診療情報提供書と併せて受信し、当該検査結果や画像を評価して診療に活用した場合に算定する。その際、検査結果や画像の評価の要点を診療録に記載する。</p> <p>(3) 電子的診療情報評価料は、提供された情報が当該保険医療機関の依頼に基づくものであった場合は、算定できない。</p> <p>(4) 検査結果や画像情報の電子的な方法による閲覧等の回数にかかわらず、区分番号「B009」に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)を算定する他の保険医療機関からの1回の診療情報提供に対し、1回に限り算定する。</p> |

〔第2章第3部 検査〕

＜変更部分は **太字** で表記してあります。＞

| 現 行 | 改正告示（令和4年3月4日 厚生労働省告示第54号） | 一部改正に伴う実施上の留意事項について（令和4年3月4日 保医発0304第1号） | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|----------------------|------|---|--------------------------|------------------|----------------------|---|-----------------|------|---------|------|------------------|--------|------------------|--------|--|
| <p>通則</p> <ol style="list-style-type: none"> 検査の費用は、第1節又は第3節の各区分の所定点数により算定する。ただし、検査に当たって患者から検体を穿刺し又は採取した場合は、第1節又は第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。 検査に当たって患者に対し薬剤を施用した場合は、特に規定する場合を除き、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。 検査に当たって、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2号により算定した点数及び第6節の所定点数を合算した点数により算定する。 省略 対称器官に係る検査の各区分の所定点数は、特に規定する場合を除き、両側の器官の検査料に係る点数とする。 省略 | <p>通則</p> <ol style="list-style-type: none"> 検査の費用は、第1節又は第3節の各区分の所定点数により算定する。ただし、検査に当たって患者から検体を穿刺し又は採取した場合は、第1節又は第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。 検査に当たって患者に対し薬剤を施用した場合は、特に規定する場合を除き、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。 検査に当たって、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2号により算定した点数及び第6節の所定点数を合算した点数により算定する。 省略 対称器官に係る検査の各区分の所定点数は、特に規定する場合を除き、両側の器官の検査料に係る点数とする。 省略 | <p>通則</p> <ol style="list-style-type: none"> 検査の費用には、検査を行う医師、看護師及び技術者等の人件費、試薬、デッキグラス、試験管等の材料費、機器の減価償却費、管理費及び患者の衣類等の費用は含まれる。なお、患者に施用する薬剤及び特定保険医療材料の費用は検査料とは別に算定する。 検査に当たって施用した薬剤の費用は別に算定できるが、第2章第5部投薬の部に掲げる処方料、調剤料、処方箋料及び調剤技術基本料並びに同第6部注射の部に掲げる注射料は、別に算定できない。なお、検査に当たって施用される薬剤（検査用試薬を含む。）は、原則として医薬品として承認されたものであることを要する。 撮影した画像を電子媒体に保存した場合、保存に要した電子媒体の費用は検査にかかる所定点数に含まれる。 ～5は省略 点数表において2つの項目を「及び」で結んで規定している検査については、特に定めるものを除き、当該両項目の検査を併せて行った場合にのみ算定する。 検査に当たって、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5節薬剤料の規定に基づき算定できる。 ～18は省略 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>第3節 生体検査料</p> <p>通則</p> <ol style="list-style-type: none"> 新生児又は3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して本節に掲げる検査（次に掲げるものを除く。）を行った場合は、新生児加算又は乳幼児加算として、各区分に掲げる所定点数にそれぞれ所定点数の100分の100又は100分の70に相当する点数を加算する。 （イ～フ、カ～タ、2は省略） ワ ラジオアイソトープ検査判断料 | <p>第3節 生体検査料</p> <p>通則</p> <ol style="list-style-type: none"> 新生児又は3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して本節に掲げる検査（次に掲げるものを除く。）を行った場合は、新生児加算又は乳幼児加算として、各区分に掲げる所定点数にそれぞれ所定点数の100分の100又は100分の70に相当する点数を加算する。 （イ～フ、カ～タ、2は省略） ワ ラジオアイソトープ検査判断料 | <p>第3節 生体検査料</p> <ol style="list-style-type: none"> 同一月内において、同一患者に対して、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生体検査が実施された場合であっても、同一の生体検査判断料は、月1回を限度として算定する。 2回目以降について所定点数の100分の90に相当する点数により算定することとされている場合において「所定点数」とは、当該項目に掲げられている点数及び当該注に掲げられている加算点数を合算した点数である。 同一月内に2回以上実施した場合、所定点数の100分の90に相当する点数により算定することとされている生体検査は、外来及び入院にまたがって行われた場合においても、これらを通算して2回目以降は100分の90で算定する。 2回目以降100分の90に相当する点数により算定することとされている場合に、新生児加算、乳幼児加算若しくは幼児加算を算定する場合又は内視鏡検査の通則5に掲げる休日加算、時間外加算若しくは深夜加算を算定する場合は、所定点数にそれぞれの割合を乗じた上で、端数が生じた場合には、これを四捨五入した点数により算定する。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>（ラジオアイソトープを用いた諸検査）</p> <p>通則</p> <p>区分番号D292及びD293に掲げるラジオアイソトープを用いた諸検査については、各区分の所定点数及び区分番号D294に掲げるラジオアイソトープ検査判断料の所定点数を合算した点数により算定する</p> | <p>（ラジオアイソトープを用いた諸検査）</p> <p>通則</p> <p>区分番号D292及びD293に掲げるラジオアイソトープを用いた諸検査については、各区分の所定点数及び区分番号D294に掲げるラジオアイソトープ検査判断料の所定点数を合算した点数により算定する</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>D292 体外からの計測によらない諸検査</p> <table border="0"> <tr> <td>1 循環血液量測定、血漿量測定</td> <td>480点</td> </tr> <tr> <td>2 血球量測定</td> <td>800点</td> </tr> <tr> <td>3 吸収機能検査、赤血球寿命測定</td> <td>1,550点</td> </tr> <tr> <td>4 造血機能検査、血小板寿命測定</td> <td>2,600点</td> </tr> </table> | 1 循環血液量測定、血漿量測定 | 480点 | 2 血球量測定 | 800点 | 3 吸収機能検査、赤血球寿命測定 | 1,550点 | 4 造血機能検査、血小板寿命測定 | 2,600点 | <p>D292 体外からの計測によらない諸検査</p> <table border="0"> <tr> <td>1 循環血液量測定、血漿量測定</td> <td>480点</td> </tr> <tr> <td>2 血球量測定</td> <td>800点</td> </tr> <tr> <td>3 吸収機能検査、赤血球寿命測定</td> <td>1,550点</td> </tr> <tr> <td>4 造血機能検査、血小板寿命測定</td> <td>2,600点</td> </tr> </table> | 1 循環血液量測定、血漿量測定 | 480点 | 2 血球量測定 | 800点 | 3 吸収機能検査、赤血球寿命測定 | 1,550点 | 4 造血機能検査、血小板寿命測定 | 2,600点 | |
| 1 循環血液量測定、血漿量測定 | 480点 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 血球量測定 | 800点 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 吸収機能検査、赤血球寿命測定 | 1,550点 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 造血機能検査、血小板寿命測定 | 2,600点 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 循環血液量測定、血漿量測定 | 480点 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 血球量測定 | 800点 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 吸収機能検査、赤血球寿命測定 | 1,550点 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 造血機能検査、血小板寿命測定 | 2,600点 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>注1 同一のラジオアイソトープを用いて区分番号D292若しくはD293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以上を行った場合の検査料又は核医学診断料は、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 検査に数日を要した場合であっても同一のラジオアイソトープを用いた検査は、一連として1回の算定とする。</p> <p>3 核種が異なる場合であっても同一の検査とみなすものとする。</p> | <p>注1 同一のラジオアイソトープを用いて区分番号D292若しくはD293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以上を行った場合の検査料又は核医学診断料は、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 検査に数日を要した場合であっても同一のラジオアイソトープを用いた検査は、一連として1回の算定とする。</p> <p>3 核種が異なる場合であっても同一の検査とみなすものとする。</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>D293 シンチグラム（画像を伴わないもの）</p> <table border="0"> <tr> <td>1 甲状腺ラジオアイソトープ摂取率（一連につき）</td> <td>365点</td> </tr> <tr> <td>2 レノグラム、肝血流量（ヘパトグラム）</td> <td>575点</td> </tr> </table> <p>注 核種が異なる場合であっても同一の検査とみなすものとする。</p> | 1 甲状腺ラジオアイソトープ摂取率（一連につき） | 365点 | 2 レノグラム、肝血流量（ヘパトグラム） | 575点 | <p>D293 シンチグラム（画像を伴わないもの）</p> <table border="0"> <tr> <td>1 甲状腺ラジオアイソトープ摂取率（一連につき）</td> <td>365点</td> </tr> <tr> <td>2 レノグラム、肝血流量（ヘパトグラム）</td> <td>575点</td> </tr> </table> <p>注 核種が異なる場合であっても同一の検査とみなすものとする。</p> | 1 甲状腺ラジオアイソトープ摂取率（一連につき） | 365点 | 2 レノグラム、肝血流量（ヘパトグラム） | 575点 | | | | | | | | | |
| 1 甲状腺ラジオアイソトープ摂取率（一連につき） | 365点 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 レノグラム、肝血流量（ヘパトグラム） | 575点 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 甲状腺ラジオアイソトープ摂取率（一連につき） | 365点 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 レノグラム、肝血流量（ヘパトグラム） | 575点 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|--|--|--|
| <p>D294 ラジオアイソトープ検査判断料 110点</p> <p>注 ラジオアイソトープを用いた諸検査の種類又は回数にかかわらず月1回に限り算定するものとする。</p> <p>第4節 診断穿刺・検体採取料 通則</p> <p>1 手術に当たって診断穿刺又は検体採取を行った場合は算定しない。 2 処置の部と共通の項目は、同一日に算定できない</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 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>D294 ラジオアイソトープ検査判断料 110点</p> <p>注 ラジオアイソトープを用いた諸検査の種類又は回数にかかわらず月1回に限り算定するものとする。</p> <p>第4節 診断穿刺・検体採取料 通則</p> <p>1 手術に当たって診断穿刺又は検体採取を行った場合は算定しない。 2 処置の部と共通の項目は、同一日に算定できない</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 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>1 各部位の穿刺・針生検においては、同一部位において2か所以上行った場合にも、所定点数のみの算定とする。 2 診断穿刺・検体採取後の創傷処置については、区分番号「J000」創傷処置における手術後の患者に対するものとして翌日より算定できる。 3 省略 4 区分番号「D409」リンパ節等穿刺又は針生検から区分番号「D413」前立腺針生検法までに掲げるものをCT透視下に行った場合は、区分番号「E200」コンピューター断層撮影（CT撮影）の所定点数を別途算定する。ただし、第2章第4部第3節コンピューター断層撮影診断料の「通則2」に規定する場合にあっては、「通則2」に掲げる点数を算定する。</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。 (2) センチネルリンパ節生検を乳房悪性腫瘍手術と同一日に行う場合は、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。 (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。 (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。 (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（令和4年3月4日 厚生労働省告示第54号） | 一部改正に伴う実施上の留意事項について（令和4年3月4日 保医発0304第1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、時間外緊急院内画像診断加算として、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又は画像診断管理加算3を算定する場合はこの限りでない。</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、時間外緊急院内画像診断加算として、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又は画像診断管理加算3を算定する場合はこの限りでない。</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、処方箋料、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> |

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

| 現 行 | 改正告示（令和4年3月4日 厚生労働省告示第54号） | 一部改正に伴う実施上の留意事項について（令和4年3月4日 保医発0304第1号） |
|--|---|--|
| <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又は画像診断管理加算3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点又は300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又は画像診断管理加算3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又は画像診断管理加算3を算定することができる。</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又は画像診断管理加算3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点又は 340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又は画像診断管理加算3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又は画像診断管理加算3を算定することができる。</p> | <p>5 画像診断管理加算</p> <p>(1) 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ものに限る。以下同じ。）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又は画像診断管理加算3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。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、その結果を送信側に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、その結果を送信側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は除く。）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添付する。</p> <p>(2) 画像診断管理加算1、画像診断管理加算2又は画像診断管理加算3は、それぞれの届出を行った保険医療機関において、専ら画像診断を担当する常勤の医師のうち当該保険医療機関において勤務する1名（画像診断管理加算3を算定する場合にあっては6名）を除いた専ら画像診断を担当する医師については、当該保険医療機関において常態として週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている場合に、当該勤務時間以外の所定労働時間については、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を行い、その結果を送信側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、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。また、病院の管理者が当該医師の勤務状況を適切に把握していること。</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が読影及び診断を行い、その結果を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又は画像診断管理加算3は、送信側の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、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読影を行い、その結果を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、その結果を送信側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添付する。</p> |

| | | |
|--|--|---|
| | | <p>(3) 遠隔画像診断を行った場合、画像診断管理加算 1、画像診断管理加算 2 又は画像診断管理加算 3 は、それぞれの届出を行った保険医療機関において、専ら画像診断を担当する常勤の医師のうち当該保険医療機関において勤務する 1 名（画像診断管理加算 3 を算定する場合にあつては 6 名）を除いた専ら画像診断を担当する医師については、当該保険医療機関において常態として週 3 日以上かつ週 22 時間以上の勤務を行っている場合に、当該勤務時間以外の所定労働時間については、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、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。また、病院の管理者が当該医師の勤務状況を適切に把握していること。</p> |
|--|--|---|

| 現 行 | 改正告示（令和4年3月4日 厚生労働省告示第54号） | 一部改正に伴う実施上の留意事項について（令和4年3月4日 保医発0304第1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、電子画像管理加算として、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、甲状腺ラジオアイソトープ摂取率測定加算として、100点を所定点数に加算する。</p> <p>3 新生児、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、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、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、100分の50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、甲状腺ラジオアイソトープ摂取率測定加算として、100点を所定点数に加算する。</p> <p>2 新生児、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、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、所定点数にそれぞれ所定点数の100分の80、100分の50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、断層撮影負荷試験加算として、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、電子画像管理加算として、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、甲状腺ラジオアイソトープ摂取率測定加算として、100点を所定点数に加算する。</p> <p>3 新生児、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、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、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、100分の50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、甲状腺ラジオアイソトープ摂取率測定加算として、100点を所定点数に加算する。</p> <p>2 新生児、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、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、所定点数にそれぞれ所定点数の100分の80、100分の50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、断層撮影負荷試験加算として、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</p> <p>「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</p> <p>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）</p> <p>「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</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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（令和4年3月4日 厚生労働省告示第54号） | 一部改正に伴う実施上の留意事項について（令和4年3月4日 保医発0304第1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） 9,000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>4 新生児、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、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、1,600点、1,000点又は600点を所定点数に加算する。ただし、注3の規定により所定点数を算定する場合には、1,280点、800点又は480点を所定点数に加算する。</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） 9,000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>4 新生児、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、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、1,600点、1,000点又は600点を所定点数に加算する。ただし、注3の規定により所定点数を算定する場合には、1,280点、800点又は480点を所定点数に加算する。</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、心疾患若しくは血管炎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。）の病期診断若しくは転移・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 2843 884"> <tr> <td data-bbox="1961 390 2184 464">1. てんかん</td> <td data-bbox="2184 390 2843 464">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 464 2184 674">2. 心疾患</td> <td data-bbox="2184 464 2843 674">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ピリティ診断（他の検査で判断のつかない場合に限る。）、心サルコイドーシスの診断（心臓以外で類上皮細胞肉芽腫が陽性でサルコイドーシスと診断され、かつ心臓病変を疑う心電図又は心エコー所見を認める場合に限る。）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 674 2184 810">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="2184 674 2843 810">他の検査又は画像診断により病期診断又は転移若しくは再発の診断が確定できない患者に使用する。</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1961 810 2184 884">4. 血管炎</td> <td data-bbox="2184 810 2843 884">高安静脈炎等の大型血管炎において、他の検査で病変の局在又は活動性の判断のつか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、十分安全な体制を整備した上で実施すること。なお、高安静脈炎等の大型血管炎の診断に用いる¹⁸F DG製剤については、当該診断のために用いるものとして薬事承認を得ている¹⁸F DG製剤を使用した場合に限り算定する。</p> <p>(4) 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。）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><u>(9) 放射性医薬品の管理に当たっては、専門の知識及び経験を有する放射性医薬品管理者を配置することが望ましい。</u></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ピリティ診断（他の検査で判断のつかない場合に限る。）、心サルコイドーシスの診断（心臓以外で類上皮細胞肉芽腫が陽性でサルコイドーシスと診断され、かつ心臓病変を疑う心電図又は心エコー所見を認める場合に限る。）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。） | 他の検査又は画像診断により病期診断又は転移若しくは再発の診断が確定できない患者に使用する。 | 4. 血管炎 | 高安静脈炎等の大型血管炎において、他の検査で病変の局在又は活動性の判断のつか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ピリティ診断（他の検査で判断のつかない場合に限る。）、心サルコイドーシスの診断（心臓以外で類上皮細胞肉芽腫が陽性でサルコイドーシスと診断され、かつ心臓病変を疑う心電図又は心エコー所見を認める場合に限る。）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。） | 他の検査又は画像診断により病期診断又は転移若しくは再発の診断が確定できない患者に使用する。 | | | | | | | | | |
| 4. 血管炎 | 高安静脈炎等の大型血管炎において、他の検査で病変の局在又は活動性の判断のつか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>4 新生児、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、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、1,600点、1,000点又は600点を所定点数に加算する。ただし、注3の規定により所定点数を算定する場合には、1,280点、800点又は480点を所定点数に加算する。</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> <p>4 新生児、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、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、1,600点、1,000点又は600点を所定点数に加算する。ただし、注3の規定により所定点数を算定する場合には、1,280点、800点又は480点を所定点数に加算する。</p> | <p>E101-3 ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影</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、てんかん若しくは血管炎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。）の病期診断若しくは転移・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。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> <table border="1" data-bbox="1961 701 2852 953"> <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>他の検査又は画像診断により病期診断又は転移若しくは再発の診断が確定できない患者に使用する。</td> </tr> <tr> <td>3. 血管炎</td> <td>高安静脈炎等の大型血管炎において、他の検査で病変の局在又は活動性の判断のつかない患者に使用する。</td> </tr> </table> <p>(4) 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、十分な体制を整備した上で実施すること。なお、高安静脈炎等の大型血管炎の診断に用いる¹⁸F DG製剤については、当該診断のために用いるものとして薬事承認を得ている¹⁸F DG製剤を使用した場合に限り算定する。</p> <p>(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（CT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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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 DG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><u>(9) 放射性医薬品の管理に当たっては、専門の知識及び経験を有する放射性医薬品管理者を配置することが望ましい。</u></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。） | 他の検査又は画像診断により病期診断又は転移若しくは再発の診断が確定できない患者に使用する。 | 3. 血管炎 | 高安静脈炎等の大型血管炎において、他の検査で病変の局在又は活動性の判断のつか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。） | 他の検査又は画像診断により病期診断又は転移若しくは再発の診断が確定できない患者に使用する。 | | | | | | | |
| 3. 血管炎 | 高安静脈炎等の大型血管炎において、他の検査で病変の局在又は活動性の判断のつかない患者に使用する。 | | | | | | | |

| 現 行 | 改正告示（令和4年3月4日 厚生労働省告示第54号） | 一部改正に伴う実施上の留意事項について（令和4年3月4日 保医発0304第1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。</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>4 新生児、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、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、1,600点、1,000点又は600点を所定点数に加算する。ただし、注3の規定により所定点数を算定する場合には、1,280点、800点又は480点を所定点数に加算する。</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。</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>4 新生児、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、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、1,600点、1,000点又は600点を所定点数に加算する。ただし、注3の規定により所定点数を算定する場合には、1,280点、800点又は480点を所定点数に加算する。</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）</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、PET装置とMRI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。</p> <p>(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（MRI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。</p> <p>(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。</p> <p>(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（MRI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。</p> <p>(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。</p> <p>(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><u>(7) 放射性医薬品の管理に当たっては、専門の知識及び経験を有する放射性医薬品管理者を配置することが望ましい。</u></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 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 ←又は 画像診断により病期診断 及び又は 転移 ←若しくは 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><u>(5) 放射性医薬品の管理に当たっては、専門の知識及び経験を有する放射性医薬品管理者を配置することが望ましい。</u></p> |

| 現 行 | 改正告示（令和4年3月4日 厚生労働省告示第54号） | 一部改正に伴う実施上の留意事項について（令和4年3月4日 保医発0304第1号） |
|---|---|--|
| <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>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E200-2に掲げる血流予備量比コンピューター断層撮影、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おいては、電子画像管理加算として、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、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、区分番号E201又は区分番号E202に掲げるコンピューター断層撮影を行った場合（頭部外傷に対してコンピューター断層撮影を行った場合を除く。）は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、それぞれ所定点数の100分の80、100分の50又は100分の30に相当する点数を加算する。なお、頭部外傷に対してコンピューター断層撮影を行った場合は、新生児頭部外傷撮影加算、乳幼児頭部外傷撮影加算又は幼児頭部外傷撮影加算として、それぞれ所定点数の100分の85、100分の55又は100分の35に相当する点数を加算する。</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>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E200-2に掲げる血流予備量比コンピューター断層撮影、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おいては、電子画像管理加算として、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、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、区分番号E201又は区分番号E202に掲げるコンピューター断層撮影を行った場合（頭部外傷に対してコンピューター断層撮影を行った場合を除く。）にあつては、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、それぞれ所定点数の100分の80、100分の50又は100分の30に相当する点数を加算する。なお、頭部外傷に対してコンピューター断層撮影を行った場合にあつては、新生児頭部外傷撮影加算、乳幼児頭部外傷撮影加算又は幼児頭部外傷撮影加算として、それぞれ所定点数の100分の85、100分の55又は100分の35に相当する点数を加算する。</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</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 「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> <p>4 「4」の新生児頭部外傷撮影加算、乳幼児頭部外傷撮影加算及び幼児頭部外傷撮影加算は、6歳未満の小児の頭部外傷に対して、関連学会が定めるガイドラインに沿って撮影を行った場合に限り算定する。この場合において、その医学的根拠な理由について診療報酬明細書の摘要欄に以下のアからカのいずれかを記載し、該当項目を記載すること。また、カによる該当する場合は、その詳細な理由及び医学的な根拠必要性を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> <p>ア GCS≤14 イ 頭蓋骨骨折の触知又は徴候 ウ 意識変容（興奮、傾眠、会話の反応が鈍い等） エ 受診後の症状所見の悪化 オ 家族等の希望 カ その他</p> |

| 現 行 | 改正告示（令和4年3月4日 厚生労働省告示第54号） | 一部改正に伴う実施上の留意事項について（令和4年3月4日 保医発0304第1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</p> <p>(1) 共同利用施設において行われる場合 1,020点</p> <p>(2) その他の場合 1,000点</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、造影剤使用加算として、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を満たす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>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。</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</p> <p>(1) 共同利用施設において行われる場合 1,020点</p> <p>(2) その他の場合 1,000点</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、造影剤使用加算として、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を満たす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>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。</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」から「ハ」及び「ニ」まで及び「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」から「ハ」までについては、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、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、以下のアからオまでの場合に、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。なお、その医学的根拠について診療報酬明細書の摘要欄に該当項目を記載すること。また、オに該当する場合は、その詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> <p>ア 諸種の原因による冠動脈の構造的・解剖学的異常（超音波検査等の所見から疑われた場合に限る。）</p> <p>イ 急性冠症候群（血液検査や心電図検査等により治療の緊急性が高いと判断された場合に限る。）</p> <p>ウ 狭心症（定量的負荷心電図又は負荷心エコー法により機能的虚血が確認された場合又はその確認が困難な場合に限る。）</p> <p>エ 狭心症等が疑われ、冠動脈疾患のリスク因子（糖尿病、高血圧、脂質異常症、喫煙等）が認められる場合</p> <p>オ その他、冠動脈CT撮影が医学的に必要と認められる場合</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</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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>E200-2 血流予備量比コンピューター断層撮影 9,400点</p> <p>注1 血流予備量比コンピューター断層撮影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>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>E200-2 血流予備量比コンピューター断層撮影 9,400点</p> <p>注1 血流予備量比コンピューター断層撮影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>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>(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。</p> <p>E200-2 血流予備量比コンピューター断層撮影</p> <p>(1) 血流予備量比コンピューター断層撮影は、血流予備量比コンピューター断層撮影の解析を行うものとして薬事承認を取得したプログラムを用いた解析結果を参照して、コンピューター断層撮影による診断を行った場合に限り算定する。</p> <p>(2) 血流予備量比コンピューター断層撮影の結果により、血流予備量比が陰性にもかかわらず、本検査実施後90日以内に区分番号「D206」心臓カテーテル法による諸検査を行った場合は、主たるものの所定点数のみ算定する。</p> <p>(3) 血流予備量比コンピューター断層撮影と区分番号「D206」の「注4」冠動脈血流予備能測定検査加算、区分番号「D215」の「3」の「ホ」負荷心エコー法、区分番号「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)、区分番号「E101-2」ポジトロン断層撮影、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)、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(一連の検査につき)、区分番号「E102」核医学診断、区分番号「E200」コンピューター断層撮影(CT撮影)(一連につき)及び区分番号「E202」磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)(一連につき)は併せて算定できない。</p> <p>(4) 血流予備量比コンピューター断層撮影の検査結果及び検査結果に基づき患者に説明した内容を診療録に記載すること。</p> <p>(5) 血流予備量比コンピューター断層撮影が必要な医学的理由及び冠動脈CT撮影による診断のみでは治療方針の決定が困難である理由を患者に説明した書面又はその写しを診療録に添付すること。</p> <p>(6) 血流予備量比コンピューター断層撮影による血流予備量比の値を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> <p>(7) 関連学会が定める適正使用指針に沿って実施すること。</p> |
| <p>E201 非放射性キセノン脳血流動態検査 2,000点</p> <p>注 非放射性キセノン吸入手技料及び同時に行うコンピューター断層撮影に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> | <p>E201 非放射性キセノン脳血流動態検査 2,000点</p> <p>注 非放射性キセノン吸入手技料及び同時に行うコンピューター断層撮影に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。</p> | |

| 現 行 | 改正告示（令和4年3月4日 厚生労働省告示第54号） | 一部改正に伴う実施上の留意事項について（令和4年3月4日 保医発0304第1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</p> <p>イ 共同利用施設において行われる場合 1,620点</p> <p>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、造影剤使用加算として、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、400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 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>7 MR I 撮影について、別に厚生労働大臣の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、15歳未満の小児に対して、麻酔を用いて鎮静を行い、1回で複数の領域を一連で撮影した場合は、小児鎮静下MR I 撮影加算として、当該撮影の所定点数に100分の80に相当する点数を加算する。</p> <p>8 1について、別に厚生労働大臣の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、頭部のMR I 撮影を行った場合は、頭部MR I 撮影加算として、100点を所定点数に加算する。</p> <p>9 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、全身のMR I 撮影を行った場合は、全身MR I 撮影加算として、600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</p> <p>イ 共同利用施設において行われる場合 1,620点</p> <p>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、造影剤使用加算として、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、400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 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>7 MR I 撮影について、別に厚生労働大臣の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、15歳未満の小児に対して、麻酔を用いて鎮静を行い、1回で複数の領域を一連で撮影した場合は、小児鎮静下MR I 撮影加算として、当該撮影の所定点数に100分の80に相当する点数を加算する。</p> <p>8 1について、別に厚生労働大臣の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、頭部のMR I 撮影を行った場合は、頭部MR I 撮影加算として、100点を所定点数に加算する。</p> <p>9 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、全身のMR I 撮影を行った場合は、全身MR I 撮影加算として、600点を所定点数に加算する。</p> <p>10 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、肝エラストグラフィを行った場合は、肝エラストグラフィ加算として、600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）</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」から「3」まで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」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 対応型両室ペーシング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 対応型両室ペーシング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等に添付すること。</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又は遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者に対して、乳癌の精査を目的として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> <p>(13) 「注7」に規定する小児鎮静下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、15歳未満の小児に対して、複数の医師の管理の下、麻酔薬を投与して鎮静を行い、1.5テスラ以上のMR I 装置を使用して1回で頭部、頸部、胸部、腹部、脊椎又は四肢軟部のうち複数の領域を一連で撮影した場合に限り算定する。なお、所定点数とは、「注3」から「注5」まで、及び「注8」から「注10」までの加算を含まない点数とする。</p> <p>(14) 「注8」に規定する頭部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、3</p> |

| | | |
|--|--|---|
| <p>E203 コンピューター断層診断 450点</p> <p>注 コンピューター断層撮影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>E203 コンピューター断層診断 450点</p> <p>注 コンピューター断層撮影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>テスラ以上のMRI装置を使用して頭部の画像を撮影した場合に限り算定する。</p> <p>(15) 「注9」に規定する全身MRI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、関連学会の定める指針に従って、前立腺癌の骨転移の診断を目的とし、1.5テスラ以上のMRI装置を使用して複数の躯幹部用コイルと脊椎用コイルを組み合わせ、頸部から骨盤部を少なくとも3部位に分けて撮像した場合に限り算定する。なお、当該画像診断を実施した同一月内に骨転移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)又は区分番号「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)を実施した場合には、主たるもののみ算定する。</p> <p><u>(16) 「注10」に規定する肝エラストグラフィ加算は、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、関連学会の定める指針に従って、非アルコール性脂肪肝炎の患者(疑われる患者を含む。)に対して、肝臓の線維化の診断を目的とし、1.5テスラ以上のMRI装置及び薬事承認を得た専用装置を使用して肝臓を描出した場合に年1回に限り算定する。</u></p> <p><u>(17) 「注10」に規定する肝エラストグラフィ加算と肝臓の線維化の診断を目的として区分番号「D412」経皮的針生検法(透視、心電図検査及び超音波検査を含む。)を併せて実施した場合には、主たるもののみ算定する。また、当該画像診断を実施したと同一月内に肝臓の線維化の診断を目的として区分番号「D215-2」肝硬度測定、「D215-3」超音波エラストグラフィ又は「D215-4」超音波減衰法検査を実施した場合には、主たるもののみを算定する。</u></p> <p>E203 コンピューター断層診断</p> <p>(1) コンピューター断層診断は、実施したコンピューター断層撮影(磁気共鳴コンピューター断層撮影、血流予備量比コンピューター断層撮影及び非放射性キセノン脳血流動態検査を含み、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及び区分番号「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は含まない。以下同じ。)の種類又は回数にかかわらず、月1回の算定とし、初回のコンピューター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、コンピューター断層撮影を実施した場合においては、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>(3) 当該保険医療機関以外の医療機関で撮影したフィルムについて診断を行った場合には、区分番号「A000」に掲げる初診料(注5のただし書に規定する2つ目の診療料に係る初診料を含む。)を算定した日に限り、コンピューター断層診断料を算定できる。</p> |
|--|--|---|

| 現 行 | 改正告示（令和4年3月4日 厚生労働省告示第54号） | 一部改正に伴う実施上の留意事項について（令和4年3月4日 保医発0304第1号） |
|---|--|--|
| <p>通則</p> <p>1 手術の費用は、第1節若しくは第2節の各区分に掲げる所定点数のみにより、又は第1節に 掲げる所定点数及び第2節の各区分に掲げる所定点数を合算した点数により算定する。この場 合において、手術に伴って行った処置（区分番号J122からJ129-4までに掲げるものを除く。）及び診断穿刺・検体採取並びに手術に当たって通常使用される保険医療材料の費用は、第1節の各区分の所定点数に含まれるものとする。</p> <p>2 省略</p> <p>3 省略</p> <p>4 区分番号K007（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、K014-2、K022の1、K031（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、K053（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、K059の3のイ、K059の4、K133-2、K134-4、K136-2、K169（注1又は注2に規定する加算を算定する場合に限る。）、K180の3、K181、K181-2、K181-6の2のロ、K190、K190-2、K190-6、K190-7、K254の1、K259（注2に規定する加算を算定する場合に限る。）、K260-2、K268の5、K268の6、K280-2、K281-2、K320-2、K328からK328-3まで、K340-7、K374-2、K394-2、K400の3、K443の3、K444の4、K445-2、K461-2、K462-2、K463-2、K464-2、K474-3の2、K475（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K476（1から7までについては、注1又は注2に規定する加算を 算定する場合に限る。）、K476-4、K514の10、K514-4、K514-6、K520の4、K530-3、K546、K548、K549、K554-2、K555-2、K555-3、K559-3、K562-2、K594の4のロ、K595（注2に規定する加算を算定する場合に限る。）、K595-2、K597からK600まで、K602-2、K603からK604-2まで、K605-2、K605-4、K605-5、K615-2、K616-6、K617-5、K627-2の1及び2、K627-3、K627-4、K636-2、K642-3、K643-2、K647-3、K654-4、K656-2、K665の2、K668-2、K677の1、K678、K684-2、K695-2、K697-5、K697-7、K699-2、K700-3、K702-2、K703-2、K709-3、K709-5、K709-6、K716-4、K716-6、K721-4、K730の3、K731の3、K754-3、K768、K769-3、K772-3、K773-3 からK773-5まで、K777の1、K780、K780-2、K785-2、K792の1、K800-3、K802-4、K803-2、K803-3、K808の1、K818（1において別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K819（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K819-2（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K823-5、K825（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K830（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K841-4、K843-2からK843-4まで、K851（1において別に 厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K858の1、K859（2、4及び5において別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K865-2、K877（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K877-2（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K879-2、K888（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）並びにK910-2からK910-5までに 掲げる手術については、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。ただし、区分番号K546、K549、K597-3、K597-4、K615-2及びK636-2に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合に限り、地方厚生局長等に届け出ることを要しない。</p> <p>5～19は省略</p> | <p>通則</p> <p>1 手術の費用は、第1節若しくは第2節の各区分に掲げる所定点数のみにより、又は第1節に掲げる所定点数及び第2節の各区分に掲げる所定点数を合算した点数により算定する。この場合において、手術に伴って行った処置（区分番号J122からJ129-4までに掲げるものを除く。）及び診断穿刺・検体採取並びに手術に当たって通常使用される保険医療材料の費用は、第1節の各区分の所定点数に含まれるものとする。</p> <p>2 省略</p> <p>3 省略</p> <p>4 区分番号K007（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、K014-2、K019-2、K022の1、K031（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、K046、K053（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、K059の3のイ及び4、K081（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、K133-2、K134-4、K136-2、K169（注1又は注2に規定する加算を算定する場合に限る。）、K169-2、K169-3、K180の3、K181、K181-2、K181-6の2のロ、K188-3、K190、K190-2、K190-6からK190-8まで、K225-4、K254の1、K259（注2に規定する加算を算定する場合に限る。）K260-2、K268の2のイ及び5から7まで、K280-2、K281-2、K305-2、K308-3、K319-2、K320-2、K328からK328-3まで、K340-7、K343-2、K374-2、K394-2、K388-3、K400の3、K443の3、K444の4、K445-2、K461-2、K462-2、K463-2、K464-2、K470-2、K474-3の2、K475（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K476（1から7までについては、注1又は注2に規定する加算を 算定する場合に限る。）、K476-4、K514の10、K514-2の4、K514-4、K514-6、K520の4、K530-3、K546、K548、K549、K554-2、K555-2、K555-3、K559-3、K562-2、K594の4のロ、K595（注2に規定する加算を算定する場合に限る。）、K595-2、K597からK600まで、K602-2、K603、K603-2、K604-2、K605-2、K605-4、K605-5、K615-2、K616-6、K617-5、K627-2の1、2及び4、K627-3、K627-4、K636-2、K642-3、K643-2、K647-3、K654-4、K656-2、K665の2、K668-2、K677の1、K678、K684-2、K695-2、K697-4の1、K697-5、K697-7、K699-2、K700-3、K702-2、K703-2、K709-3、K709-5、K709-6、K716-4、K716-6、K721-4、K721-5、K730の3、K731の3、K740-2の3及び4、K754-3、K768、K769-3、K772-3、K773-3 からK773-6まで、K777の1、K780、K780-2、K785-2、K792の1、K800-3、K802-4、K803-2、K803-3、K808の1、K818（1において別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K819（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K819-2（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K823-5、K825（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K830（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K835の1、K838-2、K841-4、K843-2からK843-4まで、K851（1において別に 厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K858の1、K859（2、4及び5において別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K865-2、K877（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K877-2（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K879-2、K882-2、K884-2、K884-3、K888（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）並びにK910-2からK910-5</p> | <p>通則</p> <p>1 「通則1」の「診断穿刺・検体採取」とは、第2章第3部検査の第4節診断穿刺・検体採取料に係るものをいう。</p> <p>2 省略</p> <p>3 省略</p> <p>4 手術当日に、手術（自己血貯血を除く。）に関連して行う処置（ギプスを除く。）の費用及び注射の手技料は、術前、術後にかかわらず算定できない。また、内視鏡を用いた手術を行う場合、これと同時に行う内視鏡検査料は別に算定できない。</p> |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------|----------|--------|----------|------------------|----------|-------------------------|----------|-----------------------|----------|--------------------------------------|----------|-------------------------------------|----------|------------------------------------|----------|----------------------------------|----------|---------------------------|----------|-------------------------|----------|--|--------|----------|--------|----------|------------------|----------|-------------------------|----------|-----------------------|----------|--------------------------------------|----------|-------------------------------------|----------|------------------------------------|----------|----------------------------------|----------|---------------------------|----------|-------------------------|----------|--|
| <p>第1節 手術料</p> <p>第1款 皮膚・皮下組織</p> <p>区分</p> <p>K007 皮膚悪性腫瘍切除術</p> <table border="0"> <tr> <td>1 広汎切除</td> <td>28,210 点</td> </tr> <tr> <td>2 単純切除</td> <td>11,000 点</td> </tr> </table> <p>注 放射性同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検（悪性黒色腫等に係るものに限る。）を併せて行った場合には、センチネルリンパ節加算として、5,000 点を所定点数に加算する。ただし、当該手術に用いた色素の費用は、算定しない。</p> <p>第7款 胸部</p> <p>K476 乳腺悪性腫瘍手術</p> <table border="0"> <tr> <td>1 単純乳房切除術（乳腺全摘術）</td> <td>14,820 点</td> </tr> <tr> <td>2 乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）</td> <td>28,210 点</td> </tr> <tr> <td>3 乳房切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）</td> <td>22,520 点</td> </tr> <tr> <td>4 乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴うもの（内視鏡下によるものを含む。））</td> <td>42,350 点</td> </tr> <tr> <td>5 乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施しないもの</td> <td>42,350 点</td> </tr> <tr> <td>6 乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施するもの</td> <td>42,350 点</td> </tr> <tr> <td>7 拡大乳房切除術（胸骨旁、鎖骨上、下窩など郭清を併施するもの）</td> <td>52,820 点</td> </tr> <tr> <td>8 乳輪温存乳房切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）</td> <td>27,810 点</td> </tr> <tr> <td>9 乳輪温存乳房切除術（腋窩部郭清を伴うもの）</td> <td>48,340 点</td> </tr> </table> <p>注1 放射性同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検を行った場合又はインドシアニングリーンを用いたリンパ節生検を行った場合には、乳がんセンチネルリンパ節加算1として、5,000 点を所定点数に加算する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。</p> <p>2 放射性同位元素又は色素を用いたセンチネルリンパ節生検を行った場合には、乳がんセンチネルリンパ節加算2として、3,000 点を所定点数に加算する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。</p> | 1 広汎切除 | 28,210 点 | 2 単純切除 | 11,000 点 | 1 単純乳房切除術（乳腺全摘術） | 14,820 点 | 2 乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴わないもの） | 28,210 点 | 3 乳房切除術（腋窩部郭清を伴わないもの） | 22,520 点 | 4 乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴うもの（内視鏡下によるものを含む。）） | 42,350 点 | 5 乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施しないもの | 42,350 点 | 6 乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施するもの | 42,350 点 | 7 拡大乳房切除術（胸骨旁、鎖骨上、下窩など郭清を併施するもの） | 52,820 点 | 8 乳輪温存乳房切除術（腋窩部郭清を伴わないもの） | 27,810 点 | 9 乳輪温存乳房切除術（腋窩部郭清を伴うもの） | 48,340 点 | <p>までに掲げる手術については、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。ただし、区分番号K546、K549、K597-3、K597-4、K615-2、K636-2、K884-2、K884-3、K890-4及びK917からK917-3に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合に限り、地方厚生局長等に届け出ることを要しない。</p> <p>5～20は省略</p> <p>第1節 手術料</p> <p>第1款 皮膚・皮下組織</p> <p>区分</p> <p>K007 皮膚悪性腫瘍切除術</p> <table border="0"> <tr> <td>1 広汎切除</td> <td>28,210 点</td> </tr> <tr> <td>2 単純切除</td> <td>11,000 点</td> </tr> </table> <p>注 放射性同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検（悪性黒色腫等に係るものに限る。）を併せて行った場合には、センチネルリンパ節加算として、5,000 点を所定点数に加算する。ただし、当該手術に用いた色素の費用は、算定しない。</p> <p>第7款 胸部</p> <p>K476 乳腺悪性腫瘍手術</p> <table border="0"> <tr> <td>1 単純乳房切除術（乳腺全摘術）</td> <td>14,820 点</td> </tr> <tr> <td>2 乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）</td> <td>28,210 点</td> </tr> <tr> <td>3 乳房切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）</td> <td>22,520 点</td> </tr> <tr> <td>4 乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴うもの（内視鏡下によるものを含む。））</td> <td>42,350 点</td> </tr> <tr> <td>5 乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施しないもの</td> <td>42,350 点</td> </tr> <tr> <td>6 乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施するもの</td> <td>42,350 点</td> </tr> <tr> <td>7 拡大乳房切除術（胸骨旁、鎖骨上、下窩など郭清を併施するもの）</td> <td>52,820 点</td> </tr> <tr> <td>8 乳輪温存乳房切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）</td> <td>27,810 点</td> </tr> <tr> <td>9 乳輪温存乳房切除術（腋窩部郭清を伴うもの）</td> <td>48,340 点</td> </tr> </table> <p>注1 放射性同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検を行った場合又はインドシアニンググリーンを用いたリンパ節生検を行った場合には、乳がんセンチネルリンパ節加算1として、5,000 点を所定点数に加算する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。</p> <p>2 放射性同位元素又は色素を用いたセンチネルリンパ節生検を行った場合には、乳がんセンチネルリンパ節加算2として、3,000 点を所定点数に加算する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。</p> | 1 広汎切除 | 28,210 点 | 2 単純切除 | 11,000 点 | 1 単純乳房切除術（乳腺全摘術） | 14,820 点 | 2 乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴わないもの） | 28,210 点 | 3 乳房切除術（腋窩部郭清を伴わないもの） | 22,520 点 | 4 乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴うもの（内視鏡下によるものを含む。）） | 42,350 点 | 5 乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施しないもの | 42,350 点 | 6 乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施するもの | 42,350 点 | 7 拡大乳房切除術（胸骨旁、鎖骨上、下窩など郭清を併施するもの） | 52,820 点 | 8 乳輪温存乳房切除術（腋窩部郭清を伴わないもの） | 27,810 点 | 9 乳輪温存乳房切除術（腋窩部郭清を伴うもの） | 48,340 点 | <p>5～20は省略</p> <p>第1節 手術料</p> <p>第1款 皮膚・皮下組織</p> <p>K007 皮膚悪性腫瘍切除術</p> <p>(1) 皮膚悪性腫瘍切除術を行った場合において、リンパ節の郭清を伴う場合は「1」により算定し、病巣部のみを切除した場合は「2」により算定する。</p> <p>(2) 「注」に規定するセンチネルリンパ節加算については、以下の要件に留意し算定すること。</p> <p>ア 触診及び画像診断の結果、遠隔転移が認められない悪性黒色腫、メルケル細胞癌、乳房外パジェット病又は長径2cmを超える有棘細胞癌であって、臨床的に所属リンパ節の腫大が確認されていない場合にのみ算定する。</p> <p>イ 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「K940」薬剤により算定する。</p> <p>ウ 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>エ 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により算定する。</p> <p>第7款 胸部</p> <p>K476 乳腺悪性腫瘍手術</p> <p>(1) 乳腺悪性腫瘍手術において、両側の腋窩リンパ節郭清術を併せて行った場合は、「7」により算定する。</p> <p>(2) 「注1」に規定する乳がんセンチネルリンパ節加算1及び「注2」に規定する乳がんセンチネルリンパ節加算2については、以下の要件に留意し算定すること。</p> <p>ア 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の場合のみ算定する。</p> <p>イ 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「K940」薬剤により算定する。</p> <p>ウ 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>エ 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により算定する。</p> |
| 1 広汎切除 | 28,210 点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 単純切除 | 11,000 点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 単純乳房切除術（乳腺全摘術） | 14,820 点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴わないもの） | 28,210 点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 乳房切除術（腋窩部郭清を伴わないもの） | 22,520 点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴うもの（内視鏡下によるものを含む。）） | 42,350 点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施しないもの | 42,350 点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施するもの | 42,350 点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 拡大乳房切除術（胸骨旁、鎖骨上、下窩など郭清を併施するもの） | 52,820 点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 乳輪温存乳房切除術（腋窩部郭清を伴わないもの） | 27,810 点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 乳輪温存乳房切除術（腋窩部郭清を伴うもの） | 48,340 点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 広汎切除 | 28,210 点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 単純切除 | 11,000 点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 単純乳房切除術（乳腺全摘術） | 14,820 点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴わないもの） | 28,210 点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 乳房切除術（腋窩部郭清を伴わないもの） | 22,520 点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴うもの（内視鏡下によるものを含む。）） | 42,350 点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施しないもの | 42,350 点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施するもの | 42,350 点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 拡大乳房切除術（胸骨旁、鎖骨上、下窩など郭清を併施するもの） | 52,820 点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 乳輪温存乳房切除術（腋窩部郭清を伴わないもの） | 27,810 点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 乳輪温存乳房切除術（腋窩部郭清を伴うもの） | 48,340 点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 現 行 | 改正告示（令和4年3月4日 厚生労働省告示第54号） | 一部改正に伴う実施上の留意事項について（令和4年3月4日 保医発0304第1号） |
|--|--|---|
| <p>第8款 心・脈管</p> <p>K546 経皮的冠動脈形成術</p> <p>1 急性心筋梗塞に対するもの 36,000点</p> <p>2 不安定狭心症に対するもの 22,000点</p> <p>3 その他のもの 19,300点</p> <p>注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。</p> | <p>第8款 心・脈管</p> <p>K546 経皮的冠動脈形成術</p> <p>1 急性心筋梗塞に対するもの 36,000点</p> <p>2 不安定狭心症に対するもの 22,000点</p> <p>3 その他のもの 19,300点</p> <p>注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。</p> | <p>第8款 心・脈管</p> <p>K546 経皮的冠動脈形成術</p> <p>(1) 区分番号「D206」に掲げる心臓カテーテル法における75%以上の狭窄病変が存在する症例に対して当該手術を行った場合に算定する。なお、医学的根拠に基づきこれ以外の症例に算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。</p> <p>(2) 「1」の急性心筋梗塞に対するものは、次のいずれにも該当する急性心筋梗塞患者に対して実施した場合に算定する。ただし、冠動脈インターベンション治療（区分番号「K546」から「K550-2」まで）又は冠動脈バイパス術（区分番号「K552」及び「K552-2」）後24時間以内に発症した場合は「1」の急性心筋梗塞に対するものは算定できない。なお、診療報酬明細書の摘要欄にアからウまでのそれぞれについて、要件を満たす医学的根拠について記載すること。</p> <p>ア 心筋トロポニンT(TnT)又は心筋トロポニンIが高値であること又は心筋トロポニンT(TnT)若しくは心筋トロポニンIの測定ができない場合であってCK-MBが高値であること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に測定項目及びその値について記載すること。</p> <p>イ 以下の(イ)から(ホ)までのいずれかに該当すること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に該当項目及びその所見の得られた時刻を記載すること。</p> <p>(イ) 胸痛等の虚血症状</p> <p>(ロ) 新規のST-T変化又は新規の左脚ブロック</p> <p>(ハ) 新規の異常Q波の出現</p> <p>(ニ) 心臓超音波検査又は左室造影で認められる新規の心筋の可動性の低下又は壁運動異常</p> <p>(ホ) 冠動脈造影で認められる冠動脈内の血栓</p> <p>ウ 以下の(イ)又は(ロ)のいずれかに該当すること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に該当項目、発症時刻、来院時刻及び再開通した時刻を記載すること。</p> <p>(イ) 症状発現後12時間以内に来院し、来院からバルーンカテーテルによる責任病変の再開通までの時間(door to balloon time)が90分以内であること。</p> <p>(ロ) 症状発現後36時間以内に来院し、心原性ショック(Killip分類class IV)であること。</p> <p>(3) 「2」の不安定狭心症に対するものは、次のいずれにも該当する不安定狭心症患者に対して実施した場合に算定する。なお、診療報酬明細書の摘要欄にアからウまでのそれぞれについて、要件を満たす医学的根拠について記載すること。</p> <p>ア 日本循環器学会の承認を得た非ST上昇型急性冠症候群ガイドラインにおける不安定狭心症の分類で重症度class I、class II又はclass IIIであること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に重症度及びその医学的根拠を記載すること。</p> <p>イ 日本循環器学会の承認を得た非ST上昇型急性冠症候群ガイドラインにおける急性冠症候群の短期リスク評価が高リスク又は中等度リスクであること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に短期リスク評価及びその医学的根拠を記載すること。</p> <p>ウ 来院から24時間以内(院内発症の場合は症状発現後24時間以内)に当該手術を開始すること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に来院時刻及び手術開始時刻を記載すること。</p> <p>(4) 「3」のその他のものは、原則として次のいずれかに該当する病変に対して実施した場合に算定することとし、診療報酬明細書の摘要欄にアからウまでのいずれかの要件を満たす医学的根拠について記載すること。なお、ウの病変に対して実施する場合は、循環器内科又は心臓血管外科を担当する医師が複数名参加するカンファレンス等により医学的な必要性を検討すること。また、実施の医学的な必要性及び検討の結果を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> <p>ア 機能的虚血の原因である狭窄病変</p> <p>イ 区分番号「D206」に掲げる心臓カテーテル法における90%以上の狭窄病変</p> <p>ウ その他医学的必要性が認められる病変</p> |

- (5) (2)のア及びイに該当する急性心筋梗塞患者に対して、(3)のウを満たして当該手術を実施した場合は、「2」に準じて算定する。
- (6) 次の表に該当する場合は、経皮的冠動脈形成術用カテーテルに係る費用は、それぞれ次の表に示す本数を算定する。なお、医学的根拠に基づきこれを上回る本数を算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。

| | 病変箇所数 | 経皮的冠動脈形成術用カテーテル算定本数 |
|-----------------|-------|---------------------|
| 完全閉塞病変の場合 | 1箇所 | 2本以下 |
| | 2箇所 | 3本以下 |
| 完全閉塞病変以外の 場合 | 1箇所 | 1本以下 |
| | 2箇所 | 2本以下 |

- (7) 同一医療機関において、同一患者の同一標的病変に対して区分番号「K546」経皮的冠動脈形成術、区分番号「K547」経皮的冠動脈粥腫切除術、区分番号「K548」経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）又は区分番号「K549」経皮的冠動脈ステント留置術を行う場合の合計回数は、5年間に2回以下を標準とする。なお、医学的根拠に基づきこれを超える回数の手術を実施する場合には、以下の事項を診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載すること。

ア 過去の実施時期

イ 実施した手術及びそれぞれの実施時において使用した経皮的冠動脈形成術用カテーテル、アテレクトミーカテーテル、高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテル、エキシマレーザー血管形成用カテーテル及び冠動脈用ステントセットの使用本数

ウ 今回、経皮的冠動脈形成術を実施する理由及び医学的根拠

- (8) 当該手術が、日本循環器学会、日本冠疾患学会、日本胸部外科学会、日本心血管インターベンション治療学会、日本心臓血管外科学会、日本心臓病学会、日本集中治療医学会、日本心臓リハビリテーション学会及び日本不整脈心電学会の承認を受けた「急性冠症候群ガイドライン（2018年改訂版）」又は「安定冠動脈疾患の血行再建ガイドライン（2018年改訂版）」に沿って行われた場合に限り算定する。

| 現 行 | 改正告示（令和4年3月4日 厚生労働省告示第54号） | 一部改正に伴う実施上の留意事項について（令和4年3月4日 保医発0304第1号） |
|--|--|---|
| <p>K549 経皮的冠動脈ステント留置術</p> <p>1 急性心筋梗塞に対するもの 34,380点</p> <p>2 不安定狭心症に対するもの 24,380点</p> <p>3 その他のもの 21,680点</p> <p>注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。</p> | <p>K549 経皮的冠動脈ステント留置術</p> <p>1 急性心筋梗塞に対するもの 34,380点</p> <p>2 不安定狭心症に対するもの 24,380点</p> <p>3 その他のもの 21,680点</p> <p>注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。</p> | <p>K549 経皮的冠動脈ステント留置術</p> <p>(1) 区分番号「D206」に掲げる心臓カテーテル法における75%以上の狭窄病変が存在する症例に対して当該手術を行った場合に算定する。なお、医学的根拠に基づきこれ以外の症例に対して算定する場合にあつては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。</p> <p>(2) 「1」の急性心筋梗塞に対するものは、次のいずれにも該当する急性心筋梗塞患者に対して実施した場合に算定する。ただし、冠動脈インターベンション治療（区分番号「K546」から「K550-2」まで）又は冠動脈バイパス術（区分番号「K552」及び「K552-2」）後24時間以内に発症した場合は「1」の急性心筋梗塞に対するものは算定できない。なお、診療報酬明細書の摘要欄にアからウまでのそれぞれについて、要件を満たす医学的根拠について記載すること。</p> <p>ア 心筋トロポニンT(TnT)又は心筋トロポニンIが高値であること又は心筋トロポニンT(TnT)若しくは心筋トロポニンIの測定ができない場合であつてCK-MBが高値であること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に測定項目及びその値について記載すること。</p> <p>イ 以下の(イ)から(ホ)までのいずれかに該当すること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に該当項目及びその所見の得られた時刻を記載すること。</p> <p>(イ) 胸痛等の虚血症状</p> <p>(ロ) 新規のST-T変化又は新規の左脚ブロック</p> <p>(ハ) 新規の異常Q波の出現</p> <p>(ニ) 心臓超音波検査又は左室造影で認められる新規の心筋の可動性の低下又は壁運動異常</p> <p>(ホ) 冠動脈造影で認められる冠動脈内の血栓</p> <p>ウ 以下の(イ)又は(ロ)のいずれかに該当すること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に該当項目、発症時刻、来院時刻及び再開通した時刻を記載すること。</p> <p>(イ) 症状発現後12時間以内に来院し、来院からバルーンカテーテルによる責任病変の再開通までの時間(door to balloon time)が90分以内であること。</p> <p>(ロ) 症状発現後36時間以内に来院し、心原性ショック(Killip分類class IV)であること。</p> <p>(3) 「2」の不安定狭心症に対するものは、次のいずれにも該当する不安定狭心症患者に対して実施した場合に算定する。なお、診療報酬明細書の摘要欄にアからウまでのそれぞれについて、要件を満たす医学的根拠について記載すること。</p> <p>ア 日本循環器学会の承認を得た非ST上昇型急性冠症候群ガイドラインにおける不安定狭心症の分類で重症度class I、class II又はclass IIIであること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に重症度及びその医学的根拠を記載すること。</p> <p>イ 日本循環器学会の承認を得た非ST上昇型急性冠症候群ガイドラインにおける急性冠症候群の短期リスク評価が高リスク又は中等度リスクであること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に短期リスク評価及びその医学的根拠を記載すること。</p> <p>ウ 来院から24時間以内(院内発症の場合は症状発現後24時間以内)に当該手術を開始すること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に来院時刻及び手術開始時刻を記載すること。</p> <p>(4) 「3」のその他のものは、原則として次のいずれかに該当する病変に対して実施した場合に算定することとし、診療報酬明細書の摘要欄にアからウまでのいずれかの要件を満たす医学的根拠について記載すること。なお、ウの病変に対して実施する場合は、循環器内科又は心臓血管外科を担当する医師が複数名参加するカンファレンス等により医学的な必要性を検討すること。また、実施の医学的な必要性及び検討の結果を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> <p>ア 機能的虚血の原因である狭窄病変</p> <p>イ 区分番号「D206」に掲げる心臓カテーテル法における90%以上の狭窄病変</p> <p>ウ その他医学的必要性が認められる病変</p> |

(5) (2)のア及びイに該当する急性心筋梗塞患者に対して、(3)のウを満たして当該手術を実施した場合は、「2」に準じて算定する。

(6) 次の表に該当する場合は、経皮的冠動脈形成術用カテーテル及び冠動脈用ステントセットに係る費用は、それぞれ次の表に示す本数及びセット数を算定する。なお、医学的根拠に基づきこれ以上の本数を算定する場合にあつては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。

| | 病変箇所数 | 経皮的冠動脈形成術用カテーテル算定本数 | 冠動脈用ステントセット算定セット数 |
|-------------|-------|---------------------|-------------------|
| 完全閉塞病変の場合 | 1箇所 | 2本以下 | 1セット以下 |
| | 2箇所 | 3本以下 | 2セット以下 |
| 完全閉塞病変以外の場合 | 1箇所 | 1本以下 | 1セット以下 |
| | 2箇所 | 2本以下 | 2セット以下 |

(7) 同一医療機関において、同一患者の同一標的病変に対して区分番号「K546」経皮的冠動脈形成術、区分番号「K547」経皮的冠動脈粥腫切除術、区分番号「K548」経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）又は区分番号「K549」経皮的冠動脈ステント留置術を行う場合の合計回数は、5年間に2回以下を標準とする。なお、医学的根拠に基づきこれを超える回数の手術を実施する場合にあつては、以下の事項を診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載すること。

ア 過去の実施時期

イ 実施した手術及びそれぞれの実施時において使用した経皮的冠動脈形成術用カテーテル、アテレクトミーカテーテル、高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテル、エキシマレーザー血管形成用カテーテル及び冠動脈用ステントセットの使用本数

ウ 今回、経皮的冠動脈ステント留置術を繰り返して実施する理由及び医学的根拠

(8) 当該手術が、日本循環器学会、日本冠疾患学会、日本胸部外科学会、日本心血管インターベンション治療学会、日本心臓血管外科学会、日本心臓病学会、日本集中治療医学会、日本心臓リハビリテーション学会及び日本不整脈心電学会の承認を受けた「急性冠症候群ガイドライン（2018年改訂版）」又は「安定冠動脈疾患の血行再建ガイドライン（2018年改訂版）」に沿って行われた場合に限り算定する。

〔第2章第12部 放射線治療〕

<変更部分は **太字** で表記してあります。>

| 現 行 | 改正告示（令和4年3月4日 厚生労働省告示第54号） | 一部改正に伴う実施上の留意事項について（令和4年3月4日 保医発0304第1号） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------------------------|--|------------------|--------|---------------------|--------|-----------------------|--------|-------------------------|--------|---|--------------|--------|------------------|--------|---------------------|--------|-----------------------|--------|-------------------------|--------|------------------------|---------------|----------------------|---------------|---|
| <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 この部に掲げられていない放射線治療であって特殊なものの費用は、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 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、100分の50、100分の30又は100分の20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 区分</p> <p>M000-2 放射性同位元素内用療法管理料</p> <table border="0"> <tr><td>1 甲状腺癌に対するもの</td><td>1,390点</td></tr> <tr><td>2 甲状腺機能亢進症に対するもの</td><td>1,390点</td></tr> <tr><td>3 固形癌骨転移による疼痛に対するもの</td><td>1,700点</td></tr> <tr><td>4 B細胞性非ホジキンリンパ腫に対するもの</td><td>3,000点</td></tr> <tr><td>5 骨転移のある去勢抵抗性前立腺癌に対するもの</td><td>2,630点</td></tr> </table> <p>注1 1及び2については、甲状腺疾患（甲状腺癌及び甲状腺機能亢進症）を有する患者に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。</p> <p>2 3については、固形癌骨転移による疼痛を有する患者に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。</p> <p>3 4については、B細胞性非ホジキンリンパ腫の患者に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。</p> <p>4 5については、骨転移のある去勢抵抗性前立腺癌の患者に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、放射性同位元素を投与した日に限り算定する。</p> | 1 甲状腺癌に対するもの | 1,390点 | 2 甲状腺機能亢進症に対するもの | 1,390点 | 3 固形癌骨転移による疼痛に対するもの | 1,700点 | 4 B細胞性非ホジキンリンパ腫に対するもの | 3,000点 | 5 骨転移のある去勢抵抗性前立腺癌に対するもの | 2,630点 | <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 第1節に掲げられていない放射線治療であって特殊なものの費用は、第1節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 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、100分の50、100分の30又は100分の20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 区分</p> <p>M000-2 放射性同位元素内用療法管理料</p> <table border="0"> <tr><td>1 甲状腺癌に対するもの</td><td>1,390点</td></tr> <tr><td>2 甲状腺機能亢進症に対するもの</td><td>1,390点</td></tr> <tr><td>3 固形癌骨転移による疼痛に対するもの</td><td>1,700点</td></tr> <tr><td>4 B細胞性非ホジキンリンパ腫に対するもの</td><td>3,000点</td></tr> <tr><td>5 骨転移のある去勢抵抗性前立腺癌に対するもの</td><td>2,630点</td></tr> <tr><td>6 神経内分泌腫瘍に対するもの</td><td>2,660点</td></tr> <tr><td>7 褐色細胞腫に対するもの</td><td>1,820点</td></tr> </table> <p>注1 1及び2については、甲状腺疾患（甲状腺癌及び甲状腺機能亢進症）を有する患者に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。</p> <p>2 3については、固形癌骨転移による疼痛を有する患者に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。</p> <p>3 4については、B細胞性非ホジキンリンパ腫の患者に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。</p> <p>4 5については、骨転移のある去勢抵抗性前立腺癌の患者に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、放射性同位元素を投与した日に限り算定する。</p> <p>5 6については、ソマトスタチン受容体陽性の神経内分泌腫瘍の患者に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、放射性同位元素を投与した日に限り算定する。</p> <p>6 7については、MIBG集積陽性の治療切除不能な褐色細胞腫（パラングリオーマを含む。）の患者に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、放射性同位元素を投与した日に限り算定する。</p> | 1 甲状腺癌に対するもの | 1,390点 | 2 甲状腺機能亢進症に対するもの | 1,390点 | 3 固形癌骨転移による疼痛に対するもの | 1,700点 | 4 B細胞性非ホジキンリンパ腫に対するもの | 3,000点 | 5 骨転移のある去勢抵抗性前立腺癌に対するもの | 2,630点 | 6 神経内分泌腫瘍に対するもの | 2,660点 | 7 褐色細胞腫に対するもの | 1,820点 | <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（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 第1節に掲げられていない放射線治療のうち、簡単なものの放射線治療料は算定できないものであるが、特殊なものの費用は、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 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> <p>M000-2 放射性同位元素内用療法管理料</p> <p>(1) 放射性同位元素内用療法管理料は、非密封放射線源による治療で、放射性同位元素を生体に投与し、その放射能による病巣内照射を行う放射線治療に当たり、当該治療を受けている患者の継続的な管理を評価するものである。</p> <p>(2) 放射性同位元素内用療法管理料は入院・入院外を問わず、患者に対して放射性同位元素内用療法に関する内容について説明・指導した場合に限り算定できる。また、説明・指導した内容等を診療録に記載又は添付すること。</p> <p>(3) 放射性同位元素の内用後4月間は、内用の有無にかかわらず算定できる。ただし、診療報酬明細書には、管理の開始の日付を記載すること。</p> <p>(4) 「1」の「甲状腺癌に対するもの」は、甲状腺分化癌の患者（甲状腺分化癌であって、甲状腺組織の破壊、又は甲状腺癌の転移の治療（甲状腺全摘術、亜全摘術後及び手術により摘出できない症例等））に対して行った場合に算定する。</p> <p>(5) 「3」の「固形癌骨転移による疼痛に対するもの」は、固形癌骨転移の患者（骨シンチグラフィで陽性像を呈する骨転移があつて、骨転移部位の疼痛緩和目的（他の治療法（手術、化学療法、内分泌療法、鎮痛剤、外部放射線照射等）で疼痛コントロールが不十分である症例））に対して行った場合に算定する。</p> <p>(6) 「4」の「B細胞性非ホジキンリンパ腫に対するもの」は、CD20陽性の再発又は難治性である、低悪性度B細胞性非ホジキンリンパ腫又はマントル細胞リンパ腫の患者に対して行った場合に算定する。</p> <p>(7) 「5」の「骨転移のある去勢抵抗性前立腺癌に対するもの」は、去勢抵抗性前立腺であつて、骨シンチグラフィ等で骨転移を認める患者に対して行った場合に、1月あたりの回数によらず、放射性同位元素を内用した日に限り算定する。</p> <p>(8) 「6」の「神経内分泌腫瘍に対するもの」は、ソマトスタチン受容体陽性の切除不能又は遠隔転移を有する神経内分泌腫瘍の患者に対して行った場合に算定する。</p> <p>(9) 「7」の「褐色細胞腫に対するもの」は、メタヨードベンジルグアニジンが集積する悪性褐色細胞腫・パラングリオーマの患者に対して行った場合に算定する。</p> <p>(10) (10) 放射性同位元素内用療法管理に当たっては、退出基準等、放射線管理の基準に沿って行われるものであること。</p> <p>(11) 放射性医薬品の管理に当たっては、専門の知識及び経験を有する放射性医薬品管理者を配置することが望ましい。</p> |
| 1 甲状腺癌に対するもの | 1,390点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 甲状腺機能亢進症に対するもの | 1,390点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 固形癌骨転移による疼痛に対するもの | 1,700点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 B細胞性非ホジキンリンパ腫に対するもの | 3,000点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 骨転移のある去勢抵抗性前立腺癌に対するもの | 2,630点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 甲状腺癌に対するもの | 1,390点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 甲状腺機能亢進症に対するもの | 1,390点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 固形癌骨転移による疼痛に対するもの | 1,700点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 B細胞性非ホジキンリンパ腫に対するもの | 3,000点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 骨転移のある去勢抵抗性前立腺癌に対するもの | 2,630点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 神経内分泌腫瘍に対するもの | 2,660点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 褐色細胞腫に対するもの | 1,820点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

基本診療料の施設基準等

8 入院基本料等加算の施設基準等

<変更部分は **太字** で表記してあります。>

| 現 行 | 改正告示（令和4年3月4日 厚生労働省告示第55号） | 届出に関する手続きの取扱いについて（令和4年3月4日 保医発0304第2号） |
|------|---|---|
| (新設) | <p>2.1.4 放射線治療病室管理加算の施設基準</p> <p>(1) 治療用放射性同位元素による治療の場合の施設基準 <u>放射性同位元素による治療を行うにつき十分な設備を有していること。</u></p> <p>(2) 密封小線源による治療の場合の施設基準 <u>密封小線源による治療を行うにつき十分な設備を有していること。</u></p> | <p>第12の4 放射線治療病室管理加算の施設基準</p> <p>1 治療用放射性同位元素による治療の場合の施設基準 <u>治療用放射性同位元素による治療を行う十分な設備を有しているものとして、以下のいずれも満たしていること。</u></p> <p>(1) 医療法施行規則第30条の12に規定する放射線治療病室又は特別措置病室であること。<u>なお、当該病室の画壁等の外側における実効線量が1週間につき1ミリシーベルト以下になるように画壁等その他必要な遮蔽物を設けること。ただし、当該病室の画壁等の外側が、人が通行又は滞在することのない場所である場合は、この限りでない。</u></p> <p>(2) 当該病室内又は病室付近に必要な放射線測定器（放射性同位元素による汚染の検査に係るもの）、器材（放射性同位元素による汚染の除去に係るもの）及び洗浄設備並びに更衣設備を設置していること。<u>ただし、当該病室が特別措置病室である場合には、更衣設備の設置に代えて、作業衣を備えることをもって、当該基準を満たしているものとして差し支えない。</u></p> <p>ウ 当該病室が放射線治療病室又は特別措置病室である旨を掲示していること。</p> <p>2 密封小線源による治療の場合の施設基準 <u>密封小線源による治療を行う治療を行う十分な設備を有しているものとして、以下のいずれも満たしていること。</u></p> <p>(1) 医療法施行規則第30条の12に規定する放射線治療病室又は特別措置病室であること。<u>なお、当該病室の画壁等の外側における実効線量が1週間につき1ミリシーベルト以下になるように画壁等その他必要な遮蔽物を設けること。ただし、当該病室の画壁等の外側が、人が通行又は滞在することのない場所である場合は、この限りでない。</u></p> <p>(2) 当該病室が放射線治療病室又は特別措置病室である旨を掲示していること。</p> <p>3 届出に関する事項</p> <p>(1) 放射線治療病室管理加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式26の3を用いること。</p> <p>(2) 当該病室の平面図を添付すること。</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>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>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八割五分以上であること。</p> <p>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>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>(2) 後発医薬品使用体制加算2の施設基準</p> <p>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>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八割以上であること。</p> <p>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>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>(3) 後発医薬品使用体制加算3の施設基準</p> <p>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>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七割以上であること。</p> <p>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>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>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>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>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 九割 以上であること。</p> <p>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>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>(2) 後発医薬品使用体制加算2の施設基準</p> <p>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>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 八割五分 以上であること。</p> <p>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>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>(3) 後発医薬品使用体制加算3の施設基準</p> <p>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>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 七割五分 以上であること。</p> <p>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>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>第26の2 02 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>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）（平成20年厚生労働省告示第60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、後発医薬品使用体制加算1にあつては 90%以上、後発医薬品使用体制加算2にあつては 85%以上 90%未満、後発医薬品使用体制加算3にあつては 75%以上 85%未満であること。</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>ア 経腸成分栄養剤 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、エネーゴ配合経腸用液、ラコール NF 配合経腸用半固形剤及びイノラス配合経腸用液</p> <p>イ 特殊ミルク製剤 フェニ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>ウ 生薬（薬効分類番号510）</p> <p>エ 漢方製剤（薬効分類番号520）</p> <p>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) 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>2 届出に関する事項</p> <p>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。</p> |
|--|---|--|

別添 7
様式 26 の 3

様式 26 の 3 (続き)

様式 40 の 3

様式 26 の 3

放射線治療病室管理加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 病室の区分 (該当する病室に「✓」すること。)

(1) 治療用放射性同位元素による治療の場合

放射線治療病室 ・ 特別措置病室

(2) 密封小線源による治療の場合

放射線治療病室 ・ 特別措置病室

2 病室の設備について

| 届出事項 | 病床数 | 必要な設備等の設置 | | |
|------------------------|---------|-----------|---|--|
| (1) 治療用放射性同位元素による治療の場合 | 放射線治療病室 | 床 | 遮蔽物 | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
| | | | 放射線測定器 | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
| | | | 器材 (放射性同位元素による汚染の除去に係るもの) 及び洗浄設備並びに更衣設備 | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
| | | | 放射線治療病室の掲示の有無 | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
| (1) 治療用放射性同位元素による治療の場合 | 特別措置病室 | 床 | 遮蔽物 | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
| | | | 放射線測定器 | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
| | | | 器材 (放射性同位元素による汚染の除去に係るもの) 及び洗浄設備並びに作業衣 | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
| | | | 特別措置病室である旨を掲示 | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
| (2) 密封小線源による治療の場合 | 放射線治療病室 | 床 | 遮蔽物 | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
| | | | 放射線治療病室の掲示の有無 | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
| (2) 密封小線源による治療の場合 | 特別措置病室 | 床 | 遮蔽物 | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
| | | | 特別措置病室である旨を掲示 | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |

[記載上の注意]

- 治療用放射性同位元素による治療の場合に係る届出にあたっては、放射線治療病室又は特別措置病室の平面図 (当該届出に係る病室が明示されており、必要な遮蔽物、放射線測定器、汚染除去にかかる器材、洗浄設備及び更衣設備の場所、並びに、放射線治療病室又は特別措置病室である旨を掲示している場所がわかるもの。) を添付すること。その際、適宜写真等を添付してもよい。
- 密封小線源による治療の場合に係る届出にあたっては、放射線治療病室又は特別措置病室の平面図 (当該届出に係る病室が明示されており、当該届出に係る必要な遮蔽物や、放射線治療病室又は特別措置病室である旨を掲示している場所のわかるもの) を添付すること。その際、適宜写真等を添付してもよい。

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) 90%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) 85%以上90%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) 75%以上85%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. 医薬品の使用状況

| 全医薬品の規格単位数量及び後発医薬品の規格単位数量並びにその割合 | |
|----------------------------------|-----------|
| 届出前1月の実績 (年 月) | |
| 全医薬品の規格単位数量 (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量 (②) | |
| 後発医薬品の規格単位数量 (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]

- 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。
- 規格単位数量とは、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。
- 後発医薬品の規格単位数量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」(令和4年3月4日保医発0304第7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（令和4年3月4日 厚生労働省告示第56号） | 届出に関する手続きの取扱いについて（令和4年3月4日 保医発0304第3号） |
|--|--|--|
| <p>2 特定疾患治療管理料に規定する施設基準等</p> <p>(1)～(5)は省略</p> <p>(6) 外来栄養食事指導料の注2に規定する基準</p> <p style="padding-left: 20px;">イ 第2章第6部注射通則第7号に規定する連携充実加算の施設基準に該当する保険医療機関であること。</p> <p style="padding-left: 20px;">ロ 外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対する栄養食事指導を行うにつき、十分な体制が確保されていること。</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</p> <p style="padding-left: 20px;">疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋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>(6)の3～(19)は省略</p> | <p>2 特定疾患治療管理料に規定する施設基準等</p> <p>(1)～(5)は省略</p> <p>(6) 外来栄養食事指導料の注2に規定する基準</p> <p style="padding-left: 20px;">イ 連携充実加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。</p> <p style="padding-left: 20px;">ロ 外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対する栄養食事指導を行うにつき、十分な体制が確保されていること。</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</p> <p style="padding-left: 20px;">疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋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>(6)の2の2 外来栄養食事指導料の注3に規定する施設基準</p> <p style="padding-left: 20px;">悪性腫瘍の患者の栄養管理に係る専門の研修を修了し、当該患者の栄養管理を行うにつき十分な経験を有する専任の常勤の管理栄養士が配置されていること。</p> <p>(6)の3～(19)は省略</p> | <p>第1の6 外来栄養食事指導料</p> <p>1 外来栄養食事指導料の注2に規定する施設基準</p> <p>(1) 外来化学療法を実施するための専用のベッド（点滴注射による化学療法を実施するに適したリクライニングシート等を含む。）を有する治療室を保有し、外来化学療法を実施している保険医療機関に5年以上勤務し、栄養管理（悪性腫瘍患者に対するものを含む。）に係る3年以上の経験を有する専任の常勤管理栄養士が1人以上配置されていること。</p> <p>(2) (1)に掲げる管理栄養士は、医療関係団体等が実施する悪性腫瘍に関する栄養管理方法等の習得を目的とした研修を修了していることが望ましい。</p> <p>2 外来栄養食事指導料の注3に規定する施設基準</p> <p>(1) 悪性腫瘍の栄養管理に関する研修を修了し、かつ、栄養管理（悪性腫瘍患者に対するものを含む。）に係る3年以上の経験を有する専任の常勤の管理栄養士が配置されていること。</p> <p>(2) (1)に掲げる悪性腫瘍の栄養管理に関する研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。</p> <p style="padding-left: 20px;">ア 医療関係団体等が実施する300時間以上の研修であること。</p> <p style="padding-left: 20px;">イ 悪性腫瘍の栄養管理のための専門的な知識・技術を有する管理栄養士の養成を目的とした研修であること。なお、当該研修には、次の内容を含むものであること。</p> <p style="padding-left: 20px;">(イ) 栄養アセスメント・栄養評価結果に基づいた栄養管理（栄養スクリーニング、栄養アセスメント、計画の作成、栄養介入、栄養モニタリング及び再評価等）</p> <p style="padding-left: 20px;">(ロ) フードサービスマネジメント（病態に合わせた食事の調整等）</p> <p style="padding-left: 20px;">(ハ) 栄養食事指導の実践（患者等への支援、病態、治療に合わせた指導等）</p> <p style="padding-left: 20px;">(ニ) 症状と栄養管理（各症状と栄養アセスメント、適切な栄養・食事療法の提案と実施、モニタリングと再評価等）</p> <p style="padding-left: 20px;">(ホ) がん臨床検査の理解</p> <p style="padding-left: 20px;">(ヘ) 術前・術後の栄養管理</p> <p style="padding-left: 20px;">(ト) がん放射線療法の栄養管理（治療法の理解、消化吸収機能への影響、有害事象に対する栄養・食事療法等）</p> <p style="padding-left: 20px;">(チ) がん化学療法時の栄養管理（治療法の理解、支持療法、予測される副作用等と栄養食事療法等）</p> <p style="padding-left: 20px;">(リ) がん治療で用いられる薬剤の理解と食事への影響</p> <p style="padding-left: 20px;">(ヌ) がん患者の心の動きと栄養管理</p> <p style="padding-left: 20px;">(ル) 地域医療連携の取り組み、在宅支援（地域での栄養管理のあり方、栄養連携の実際、栄養情報提供書の活用）</p> <p style="padding-left: 20px;">(ヲ) チームアプローチの実際等</p> <p style="padding-left: 20px;">(ワ) 栄養マネジメントとリーダーシップ（栄養マネジメントの企画運営等）</p> <p style="padding-left: 20px;">(カ) 症例検討の手法</p> <p>3 届出に関する事項</p> <p>外来栄養食事指導料の注2 及び注3 に規定する施設基準に係る届出は、別添2の様式1の2を用いること。</p> |

| | | |
|---|---|---|
| <p>9の5 認知症専門診断管理料の施設基準</p> <p>(1) 認知症に関する専門の保険医療機関であること。</p> <p>(2) 当該保険医療機関内に認知症に係る診療を行うにつき十分な経験を有する専任の医師が配置されていること。</p> | <p>9の5 認知症専門診断管理料の施設基準</p> <p>(1) 認知症に関する専門の保険医療機関であること。</p> <p>(2) 当該保険医療機関内に認知症に係る診療を行うにつき十分な経験を有する専任の医師が配置されていること。</p> | <p>第11の4 認知症専門診断管理料</p> <p>1 認知症専門診断管理料 1に関する施設基準 「認知症疾患医療センター運営事業実施要綱について」（平成26年7月9日老発0709第3号）の別添2 認知症疾患医療センター運営事業実施要綱における認知症疾患医療センターであること。</p> <p>2 認知症専門診断管理料2に関する施設基準 1の認知症疾患医療センターのうち、基幹型又は地域型であること。</p> <p>2 届出に関する事項 認知症専門診断管理料の施設基準に係る取扱いについては、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

<変更部分は **太字** で表記してあります。>

| 現 行 | 改正告示（令和4年3月4日 厚生労働省告示第56号） | 届出に関する手続きの取扱いについて（令和4年3月4日 保医発0304第3号） |
|--|--|---|
| <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>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つては、放射線科を標榜していなくても差し支えない。</p> <p>(3) 常勤の麻酔に従事する医師（医療法第6条の6第1項に規定する厚生労働大臣の許可を受けた者に限る。以下「麻酔科標榜医」という。）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及び様式52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（令和4年3月4日 厚生労働省告示第56号） | 届出に関する手続きの取扱いについて（令和4年3月4日 保医発0304第3号） |
|--|---|--|
| <p>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>(3) 画像診断管理加算3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>ホ 当該保険医療機関において、夜間及び休日に読影を行う体制が整備されていること。</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>(3) 画像診断管理加算3の施設基準</p> <p>イ 放射線科を標榜している 特定機能 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>ホ 当該保険医療機関において、夜間及び休日に読影を行う体制が整備されていること。</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。</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>(8) 関係学会の定める指針を遵守し、MRI装置の適切な安全管理を行っていること。</p> <p>3 画像診断管理加算3に関する施設基準</p> <p>(1) 放射線科を標榜している特定機能病院であること。</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全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6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全ての核医学診断、CT撮影及びMRI撮影について、(2)の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)の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) 当該保険医療機関において、夜間及び休日に読影を行う体制が整備されていること。</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（令和4年3月4日 厚生労働省告示第56号） | 届出に関する手続きの取扱いについて（令和4年3月4日 保医発0304第3号） |
|-----|----------------------------|---|
| | | <p>(6) 画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されており、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、CT撮影及びMRI撮影について、夜間及び休日を除いて、検査前の画像診断管理を行っていること。</p> <p>(7) 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>(8) 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>(9) 関係学会の定める指針を遵守し、MRI装置の適切な安全管理を行っていること。</p> <p>(10) 関係学会の定める指針に基づいて、適切な被ばく線量管理を行っていること。その際、施設内の全てのCT検査の線量情報を電子的に記録し、患者単位及び検査プロトコル単位で集計・管理の上、被ばく線量の最適化を行っていること。</p> <p><u>(11) 関係学会の定める指針に基づいて、人工知能関連技術が活用された画像診断ソフトウェアの適切な安全管理を行っていること。その際、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全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。）が責任者として配置されていること。</u></p> <p>4 届出に関する事項</p> <p><u>(1) 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又は3の届出をもってこれに代えることができる。</u></p> <p><u>(2) 令和4年3月31日時点で画像診断管理加算3の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関については、令和5年3月31日までの間に限り、3の(11)の基準を満たしているものとする。</u></p> |

| 現 行 | 改正告示（令和4年3月4日 厚生労働省告示第56号） | 届出に関する手続きの取扱いについて（令和4年3月4日 保医発0304第3号） |
|---|---|--|
| <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> <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、2又は3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又は基本診療料の施設基準等別表第六の二に規定する地域に所在する病院であること。</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>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法人に関する法律（平成二十年法律第九十三号）第三条の二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法人に関する法律（平成二十年法律第九十三号）第三条の二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>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以上であること（ただし、特定機能病院、がん診療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。）。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（令和4年3月4日 厚生労働省告示第56号） | 届出に関する手続きの取扱いについて（令和4年3月4日 保医発0304第3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 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>(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 (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。</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 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>(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 (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。</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 (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又は3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>2 CT撮影の注8及びMRI撮影の注6に規定する施設基準 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。</p> <p>3 届出に関する事項 (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、血流予備量比コンピューター断層撮影、心臓MRI撮影加算、乳房MRI撮影加算、小児鎮静下MRI撮影加算、頭部MRI撮影加算及び全身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、血流予備量比コンピューター断層撮影、心臓MRI撮影加算、乳房MRI撮影加算、小児鎮静下MRI撮影加算、頭部MRI撮影加算 及び、全身MRI撮影加算 及び肝エラストグラフィ加算 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>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 (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又は3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35の2 血流予備量比コンピューター断層撮影</p> <p>1 血流予備量比コンピューター断層撮影に関する施設基準 (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又は3に関する施設基準を満たすこと。 (3) 次のいずれにも該当すること。 ア 許可病床数が200床以上の病院であること。 イ 循環器内科、心臓血管外科及び放射線科を標榜している保険医療機関であること。 ウ 5年以上の循環器内科の経験を有する常勤の医師が2名以上配置されており、5年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。 エ 5年以上の心血管インターベンション治療の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。なお、ウに掲げる医師と同一の者であっても差し支えない。 オ 経皮的冠動脈形成術を年間100例以上実施していること。 カ 血流予備量比コンピューター断層撮影により冠動脈狭窄が認められたにもかかわらず、経皮的冠動脈形成術又は冠動脈バイパス手術のいずれも行わなかった症例が前年に10例以上あること。 キ 放射線治療に専従の常勤の医師（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。）が1名以上配置されていること。 クキ 日本循環器学会の研修施設、及び日本心血管インターベンション治療学会の研修施設 及び日本医学放射線学会の総合研修機関のいずれにも該</p> |

| | | |
|--|--|---|
| <p>5の2 外傷全身CT加算の施設基準</p> <p>(1) 都道府県が定める救急医療に関する計画に基づいて運営される救命救急センターを有している病院であること。</p> <p>(2) 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>(3) 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>(4) 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の3 大腸CT撮影加算の施設基準</p> <p>当該撮影を行うにつき十分な機器を有していること。</p> | <p>5の2 外傷全身CT加算の施設基準</p> <p>(1) 都道府県が定める救急医療に関する計画に基づいて運営される救命救急センターを有している病院であること。</p> <p>(2) 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>(3) 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>(4) 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の3 大腸CT撮影加算の施設基準</p> <p>当該撮影を行うにつき十分な機器を有していること。</p> | <p>当する 病院である こと。</p> <p>2 届出に関する事項</p> <p>血流予備量比コンピューター断層撮影の施設基準に係る届出は、別添2の様式 37 の2及び様式 52 を用いること。</p> <p>第35の3 外傷全身CT加算</p> <p>1 外傷全身CT加算に関する施設基準</p> <p>(1) 救命救急入院料の施設基準の届出を行っていること。</p> <p>(2) 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。</p> <p>(3) 画像診断管理加算2又は3に関する施設基準の届出を行っていること。</p> <p>2 届出に関する事項</p> <p>外傷全身CT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35の4 大腸CT撮影加算</p> <p>1 大腸CT撮影加算に関する施設基準</p> <p>区分番号「E200」コンピューター断層撮影の1「CT撮影」の「イ」64列以上のマルチスライス型の機器による場合又は「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に係る施設基準を現に届け出ていること。</p> <p>2 届出に関する事項</p> <p>コンピューター断層撮影の1「CT撮影」の「イ」64列以上のマルチスライス型の機器による場合又は「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の届出を行ってればよく、大腸CT撮影加算として特に地方厚生(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。</p> <p>(2) 画像診断管理加算2又は3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</p> <p>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>第36の1の2 乳房MRI撮影加算</p> <p>1 乳房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。</p> <p>(2) 画像診断管理加算2又は3に関する施設基準を満たすこと。</p> <p>(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。</p> <p>2 届出に関する事項</p> <p>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。</p> <p>第36の1の3 小児鎮静下MRI撮影加算</p> <p>1 小児鎮静下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。</p> <p>(2) 画像診断管理加算2又は3に関する施設基準を満たすこと。</p> <p>(3) 小児救急医療を行うにつき十分な体制が整備されていること。</p> <p>(4) 小児のMRI撮影及び画像診断に関して十分な知識と経験を有する常勤の医師及び小児の麻酔・鎮静に十分な知識と経験を有する常勤の医師が、それぞれ1名以上配置されていること。</p> <p>(5) 関係学会から示されているMRI撮影時の鎮静に関する指針に基づき、鎮静下のMRI撮影を適切に実施していること。</p> <p>2 届出に関する事項</p> <p>小児鎮静下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> |
|--|--|---|

| 現 行 | 改正告示（令和4年3月4日 厚生労働省告示第56号） | 届出に関する手続きの取扱いについて（令和4年3月4日 保医発0304第3号） |
|-----|----------------------------|---|
| | | <p>第36の1の4 頭部MRI撮影加算</p> <p>1 頭部MRI撮影加算に関する施設基準</p> <p>(1) 3テスラ以上のMRI装置を有していること。</p> <p>(2) 画像診断管理加算2又は3に関する施設基準を満たすこと。</p> <p>(3) 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全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ものに限る。）が3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>(4) 当該保険医療機関において、夜間及び休日に読影を行う体制が整備されていること。</p> <p>(5) 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、CT撮影及びMRI撮影について、夜間及び休日を除いて、検査前の画像診断管理を行っていること。</p> <p>(6) 関係学会の定める指針に基づいて、適切な被ばく線量管理を行っていること。その際、施設内の全てのCT検査の線量情報を電子的に記録し、患者単位及び検査プロトコル単位で集計・管理の上、被ばく線量の最適化を行っていること。</p> <p>2 届出に関する事項</p> <p>頭部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>第36の1の5 全身MRI撮影加算</p> <p>1 全身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。</p> <p>(2) 画像診断管理加算2又は3に関する施設基準を満たすこと。</p> <p>(3) 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全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ものに限る。）が3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>(4) 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、CT撮影及びMRI撮影について、夜間及び休日を除いて、検査前の画像診断管理を行っていること。</p> <p>(5) 関係学会の定める指針に基づいて、適切な被ばく線量管理を行っていること。その際、施設内の骨シンチグラフィの線量情報を電子的に記録し、患者単位で集計・管理の上、被ばく線量の最適化を行っていること。</p> <p>2 届出に関する事項</p> <p>全身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>第36の1の6 肝エラストグラフィ加算</p> <p>1 肝エラストグラフィ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。</p> <p>(2) 画像診断管理加算2又は3に関する施設基準を満たすこと。</p> <p>(3) 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全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3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><u>(4) 当該保険医療機関において、夜間及び休日に読影を行う体制が整備されていること。</u></p> <p><u>(5) 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、CT撮影及びMRI撮影について、夜間及び休日を除いて、検査前の画像診断管理を行っていること。</u></p> <p><u>(6) 関係学会の定める指針に基づいて、肝エラストグラフィ撮影を適切に実施していること。</u></p> <p><u>2 届出に関する事項</u> <u>肝エラストグラフィ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> |
|--|--|--|

第 1 2 手術

<変更部分は **太字** で表記してあります。>

| 現 行 | 改正告示（令和 4 年 3 月 4 日 厚生労働省告示第 56 号） | 届出に関する手続きの取扱いについて（令和 4 年 3 月 4 日 保医発 0304 第 3 号） |
|---|--|--|
| <p>1 医科点数表第二章第十部手術通則第 4 号に掲げる手術の施設基準等</p> <p>通則</p> <p>(1) 緊急事態に対応するための体制その他当該療養を行うにつき必要な体制が整備されていること。</p> <p>(2) 皮膚悪性腫瘍切除術（センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）、皮膚移植術（死体）、組織拡張器による再建手術（乳房（再建手術）の場合に限る。）、骨移植術（軟骨移植術を含む。）、同種骨移植（非生体）（同種骨移植（特殊なもの）に限る。）及び自家培養軟骨移植術に限る。）、後縦靭帯骨化症手術（前方進入によるもの）、腫瘍脊椎骨全摘術、頭蓋内腫瘍摘出術（脳腫瘍覚醒下マッピング加算又は原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算を算定する場合に限る。）、頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）、脳刺激装置植込術（頭蓋内電極植込術を含む。）、脳刺激装置交換術、脊髄刺激装置植込術、脊髄刺激装置交換術、仙骨神経刺激装置植込術、仙骨神経刺激装置交換術、治療的角膜切除術（エキシマレーザーによるものに限る。）、羊膜移植術、緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの）及び水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術の場合に限る。）、網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）、網膜再建術、人工中耳植込術、人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術、植込型骨導補聴器交換術、内視鏡下鼻・副鼻腔手術 V 型（拡大副鼻腔手術）、喉頭形成手術（甲状軟骨固定用器具を用いたもの）、上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）、内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術、内視鏡下パセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）、内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術、内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術、乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（一連につき）（MR I によるもの）、乳房切除術（一の（3）規定する患者に対して行う場合に限る。）、乳腺悪性腫瘍手術（単純乳房切除術（乳腺全摘術）、乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）、乳房切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）、乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴うもの（内視鏡下によるものを含む。））、乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施しないもの、乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施するもの及び拡大乳房切除術（胸骨旁、鎖骨上、下窩など郭清を併施するもの）については、乳がんセンチネルリンパ節加算 1 又は乳がんセンチネルリンパ節加算 2 を算定する場合に限る。）、（以下、中略）の施設基準</p> <p>イ 当該療養を行うにつき十分な専用施設を有している病院であること。ただし、脊髄刺激装置植込術、脊髄刺激装置交換術、治療的角膜切除術（エキシマレーザーによるものに限る。）、組織拡張器による再建手術（乳房（再建手術）の場合に限る。）、緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの））、網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）、乳腺悪性腫瘍手術（単純乳房切除術（乳腺全摘術）、乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）、乳房切除術（腋窩部郭清</p> | <p>1 医科点数表第二章第十部手術通則第 4 号に掲げる手術の施設基準等</p> <p>通則</p> <p>(1) 緊急事態に対応するための体制その他当該療養を行うにつき必要な体制が整備されていること。</p> <p>(2) 皮膚悪性腫瘍切除術（センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）、皮膚移植術（死体）、自家脂肪注入、組織拡張器による再建手術（乳房（再建手術）の場合に限る。）、四肢・軀幹軟部悪性腫瘍手術（処理骨再建加算を算定する場合に限る。）、骨折観血的手術（緊急整復固定加算を算定する場合に限る。）、骨悪性腫瘍手術（処理骨再建加算を算定する場合に限る。）、骨移植術（軟骨移植術を含む。）、同種骨移植（非生体）（同種骨移植（特殊なもの）に限る。）及び自家培養軟骨移植術に限る。）、人口骨頭挿入術（緊急挿入加算を算定する場合に限る。）、後縦靭帯骨化症手術（前方進入によるもの）、椎間板内酵素注入療法、腫瘍脊椎骨全摘術、頭蓋内腫瘍摘出術（脳腫瘍覚醒下マッピング加算又は原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算を算定する場合に限る。）、内視鏡下脳腫瘍生検術、内視鏡下脳腫瘍摘出術、頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）、脳刺激装置植込術（頭蓋内電極植込術を含む。）、脳刺激装置交換術、頭蓋内電極植込術（脳深部電極によるもの（七本以上の電極による場合に限る。）に限る。）、癒着性脊髄くも膜炎手術（脊髄くも膜剥離操作を行うもの）、脊髄刺激装置植込術、脊髄刺激装置交換術、仙骨神経刺激装置植込術、仙骨神経刺激装置交換術、舌下神経電気刺激装置植込術、角結膜悪性腫瘍切除術、治療的角膜切除術（エキシマレーザーによるものに限る。）、角膜移植術（内皮移植加算を算定する場合に限る。）、羊膜移植術、緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの）、水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術及び濾過胞再建術（needle法）の場合に限る。）、網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）、網膜再建術、植込型骨導補聴器（直接振動型）植込術、耳管用補綴材挿入術、経外耳道的内視鏡下鼓室形成術、人工中耳植込術、人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術、植込型骨導補聴器交換術、内視鏡下鼻・副鼻腔手術 V 型（拡大副鼻腔手術）、喉頭形成手術（甲状軟骨固定用器具を用いたもの）、経鼻内視鏡下鼻副鼻腔悪性腫瘍手術（頭蓋部郭清、再建を伴うもの）、内喉頭筋内注入術（ボツリヌス毒素によるもの）、喉頭形成手術（甲状軟骨固定用器具を用いたものに限る。）、上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）、顎関節人工関節全置換術、内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術、内視鏡下パセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）、内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術、内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術、頭頸部悪性腫瘍光線力学療法、乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（一連につき）（MR I によるものに限る。）、乳房切除術（一の（3）規定する患者に対して行う場合に限る。）、乳腺悪性腫瘍手術（単純乳房切除術（乳腺全摘術）、乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）、乳房切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）、乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴うもの（内視鏡下によるものを含む。））、乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施しないもの、乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施するもの及び拡大乳房切除術（胸骨旁、鎖骨上、下窩など郭清を併施するもの）については、乳がんセンチネルリンパ節加算 1 又は乳がんセンチネルリンパ節加算 2 を算定する場合に限る。）、（以下、中略）の施設基準</p> <p>イ 当該療養を行うにつき十分な専用施設を有している病院であること。ただし、椎間板内酵素注入療法、脊髄刺激装置植込術、脊髄刺激装置交換術、治療的角膜切除術（エキシマレーザーによるものに限る。）、組織拡張器による再建手術（乳房（再建手術）の場合に限る。）、角膜移植術（内皮移植加算を算定する場合に限る。）、緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの）、水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術）、網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）、乳腺悪性腫瘍手術（単純乳房切除術（乳腺全摘術）、乳房部</p> | <p>第 57 の 8 皮膚悪性腫瘍切除術（センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）</p> <p>1 皮膚悪性腫瘍切除術（センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）の施設基準</p> <p>(1) 皮膚科、形成外科、耳鼻咽喉科又は歯科口腔外科の経験を 5 年以上有しており、皮膚悪性腫瘍切除術における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皮膚科、形成外科、耳鼻咽喉科又は歯科口腔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配置されていること。</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</p> <p>皮膚悪性腫瘍切除術（センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）の施設基準に係る届出は、別添 2 の様式 50 の 4 及び様式 52 を用いること。</p> <p>第 61 の 5 乳腺悪性腫瘍手術（単純乳房切除術（乳腺全摘術）、乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）、乳房切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）、乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴うもの（内視鏡下によるものを含む。））、乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施しないもの、乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施するもの及び拡大乳房切除術（胸骨旁、鎖骨上、下窩など郭清を併施するもの）については、乳がんセンチネルリンパ節加算 1 又は乳がんセンチネルリンパ節加算 2 を算定する場合に限る。）</p> <p>1 乳腺悪性腫瘍手術（乳がんセンチネルリンパ節加算 1 又は乳がんセンチネルリンパ節加算 2 を算定する場合に限る。）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、乳房悪性腫瘍手術における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、「注 2」の乳がんセンチネルリンパ節加算 2 のうち、色素のみによるもののみを算定する保険医療機関にあつては、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 乳腺悪性腫瘍手術（乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わないもの）及び乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの））に関する施設基準</p> <p>(1) 乳腺悪性腫瘍手術が年間 20 例以上あること。</p> <p>(2) 乳腺外科又は外科の経験を 5 年以上有しており、乳輪温存乳房切除術を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として 10 症例以上経験している医師が配置されていること。</p> <p>(3) 当該保険医療機関が乳腺外科又は外科を標榜しており、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。</p> <p>(4) 麻酔科標榜医が配置されていること。</p> <p>(5) 病理部門が設置され、病理医が配置されかつ迅速病理検査の体制が整っていること。</p> <p>3 届出に関する事項</p> <p>(1) 乳腺悪性腫瘍手術（単純乳房切除術（乳腺全摘術）、乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）、乳房切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）、乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴うもの（内視鏡下によるものを含む。））、乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施しないもの、乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施するもの及び拡大乳房切除術（胸骨旁、鎖骨上、下窩など郭清を併施するもの）については、乳がんセンチネルリンパ節加算 1 又は乳がん</p> |

| | | |
|---|--|--|
| <p>を伴わないもの)、乳房部分切除術(腋窩部郭清を伴うもの(内視鏡下によるものを含む。))、乳房切除術(腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの)・胸筋切除を併施しないもの、乳房切除術(腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの)・胸筋切除を併施するもの及び拡大乳房切除術(胸骨旁、鎖骨上、下窩など郭清を併施するもの)については、乳がんセンチネルリンパ節加算1又は乳がんセンチネルリンパ節加算2を算定する場合に限る。)、ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術(乳房切除後)、経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈ステント留置術、植込型心電図記録計移植術、植込型心電図記録計摘出術、腹腔鏡下胃縮小術(スリーブ状切除によるもの)、膀胱水圧拡張術、ペースメーカー移植術、ペースメーカー交換術、大動脈バルーンパンピング法(IABP法)及び腹腔鏡下仙骨陰固定術については、診療所(脊髄刺激装置植込術、脊髄刺激装置交換術、乳腺悪性腫瘍手術、膀胱水圧拡張術及び腹腔鏡下仙骨陰固定術については有床診療所に限り、植込型心電図記録計移植術及び植込型心電図記録計摘出術についてはペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術に係る届出を行った診療所に限る。)でもよいこととする。</p> <p>ロ 当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師が配置されていること。</p> | <p>分切除術(腋窩部郭清を伴わないもの)、乳房切除術(腋窩部郭清を伴わないもの)、乳房部分切除術(腋窩部郭清を伴うもの(内視鏡下によるものを含む。))、乳房切除術(腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの)・胸筋切除を併施しないもの、乳房切除術(腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの)・胸筋切除を併施するもの及び拡大乳房切除術(胸骨旁、鎖骨上、下窩など郭清を併施するもの)については、乳がんセンチネルリンパ節加算1又は乳がんセンチネルリンパ節加算2を算定する場合に限る。)、ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術(乳房切除後)、経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈ステント留置術、植込型心電図記録計移植術、植込型心電図記録計摘出術、腹腔鏡下胃縮小術(スリーブ状切除によるもの)、膀胱水圧拡張術、ペースメーカー移植術、ペースメーカー交換術、大動脈バルーンパンピング法(IABP法)腹腔鏡下仙骨陰固定術、耳管用補綴材挿入術、精巣内精子採取術、人工授精、胚移植術、採卵術、体外受精・顕微授精管理料、受精卵・胚培養管理料及び胚凍結保存管理料については、診療所(椎間板内酵素注入療法、脊髄刺激装置植込術、脊髄刺激装置交換術、乳腺悪性腫瘍手術、膀胱水圧拡張術及び腹腔鏡下仙骨陰固定術については有床診療所に限り、植込型心電図記録計移植術及び植込型心電図記録計摘出術についてはペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術に係る届出を行っている診療所に限る。)でもよいこととする。</p> <p>ロ 当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師が配置されていること。</p> | <p>んセンチネルリンパ節加算2を算定する場合に限る。)の施設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様式56の2を用いること。乳腺悪性腫瘍手術(乳輪温存乳房切除術(腋窩郭清を伴わないもの)及び乳輪温存乳房切除術(腋窩郭清を伴うもの))に関する施設基準については、別添2の様式52及び様式56の5を用いること。</p> |
|---|--|--|

| 現 行 | 改正告示（令和4年3月4日 厚生労働省告示第56号） | 届出に関する手続きの取扱いについて（令和4年3月4日 保医発0304第3号） |
|-----|----------------------------|---|
| | | <p>第62の3 経皮的冠動脈形成術</p> <p>1 経皮的冠動脈形成術に関する施設基準 当該手術について、前年（1月から12月まで）の以下の手術件数を院内掲示すること。</p> <p>(1) 急性心筋梗塞に対するもの (2) 不安定狭心症に対するもの (3) その他のもの</p> <p>2 届出に関する事項 経皮的冠動脈形成術の施設基準に係る取扱いについては、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63 経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）</p> <p>1 経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）に関する施設基準</p> <p>(1) 循環器 科-内科 及び心臓血管外科を標榜している病院であること。 (2) 開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術に係る緊急手術が実施可能な体制を有していること。ただし、緊急手術が可能な保険医療機関との連携（当該連携について、文書による契約が締結されている場合に限る。）により、緊急事態に対応するための体制が整備されている場合は、この限りでない。 (3) 5年以上の循環器 科-内科の経験を有する医師が1名以上配置されていること。 (4) 経皮的冠動脈形成術について術者として実施する医師として300例以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。 (5) 日本心血管インターベンション治療学会の定める指針を遵守していること。</p> <p>2 届出に関する事項 経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）の施設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様式59を用いて提出すること。</p> <p>第63の2 経皮的冠動脈ステント留置術</p> <p>1 経皮的冠動脈ステント留置術に関する施設基準 当該手術について、前年（1月から12月まで）の以下の手術件数を院内掲示すること。</p> <p>(1) 急性心筋梗塞に対するもの (2) 不安定狭心症に対するもの (3) その他のもの</p> <p>2 届出に関する事項 経皮的冠動脈ステント留置術の施設基準に係る取扱いについては、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> |

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 画像診断管理加算の届出状況（該当するものに○をつけること。） 画像診断管理加算（ 1 2 3 ）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 ・「基本診療料の施設基準等」別表第6の2に掲げる地域に所在する病院 | |
| 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 届出区分 ・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 | 勤務時間 | 核医学診断の経験年数 |
| 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 | 勤務時間 | 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で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 | | = <input style="width: 50px;" type="text"/> % | |
| 4 施設共同利用率の計算除外対象となる保険医療機関（該当するものに○をつける） | | | |
| 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 「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。
2 「2」の常勤医師及び診療放射線技師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。また、医師の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がわかるもの（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。
3 「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

CT 撮影及びMRI 撮影の施設基準に係る届出書添付書類

| | |
|---|----------------------|
| 今回の届出について（いずれかに○印をつける） | 新規届出 ・ 機器の追加 ・ 機器の取下 |
| 1 届出を行う項目について（該当するものに○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又は3の届出の有無 | 有 ・ 無 |
| 6 専従の診療放射線技師の氏名 | |

別添2
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で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で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。機器の入替の場合には、「機器の追加」と「機器の取下」をそれぞれ作成すること。なお、機器の取り下げの場合は「1」及び「2」のみ記入すれば足りる。
- 「1」及び「2」については、機器ごとに記入すること。
- 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)の届出を行う場合は、「5」及び「6」についても必ず記入すること。
- 「7」については、64列以上のマルチスライスCT又はMRI(3テスラ以上)において、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入すること。また、64列以上のマルチスライスCT又はMRI(3テスラ以上)が2台以上ある場合には、合算した実績を記入すること。

様式37の2

様式37の2

血流予備量比コンピュータ断層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) ・マルチスライスCT (64列以上 16列以上64列未満) | | | | | |
|---|------|------|-------------------------|------------|---------------------|
| 2 ○印をつけた機器の名称、型番、メーカー名等 (機種名) (型番) (メーカー名) (列数又はテスラ数) | | | | | |
| 3 当該病院の許可病床数 | | | | | 床 |
| 4 標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。) | | | | | |
| 5 循環器内科及び心臓血管外科を専ら担当する常勤医師の氏名等 | | | | | |
| 常勤医師の氏名 | 常勤換算 | 勤務時間 | 診療科名 | 当該診療科の経験年数 | 心血管インターベンション治療の経験年数 |
| | □ | 時間 | | 年 | 年 |
| | □ | 時間 | | 年 | 年 |
| | □ | 時間 | | 年 | 年 |
| | □ | 時間 | | 年 | 年 |
| | □ | 時間 | | 年 | 年 |
| | □ | 時間 | | 年 | 年 |
| 6 経皮的冠動脈形成術の年間実施症例数 | | | | | |
| 7 経皮的冠動脈形成術又は冠動脈バイパス手術のいずれも行わなかった症例数等 | | | | | |
| 当該保険医療機関における血流予備量比 | | | うち、経皮的冠動脈形成術又は冠動脈バイパス手術 | | |
| コンピュータ断層撮影の実施症例数 | | | のいずれも行わなかった症例数 | | |
| 件 | | | 件 | | |
| 8 関係学会による教育研修施設としての認定等 | | | | | |
| 関連学会名 | | | 認定年月日 | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

様式37の2(続き)

| | |
|-------------------------|-----|
| 9 画像診断管理加算の施設基準への該当性の有無 | |
| 画像診断管理加算1 | 有・無 |
| 画像診断管理加算2 | 有・無 |
| 画像診断管理加算3 | 有・無 |

[記載上の注意]

- 「5」、「7」及び「8」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、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師(当該勤務時間以外の所定労働時間について、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で読影を行う医師を除く。)を組み合わせて配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の□に「√」を記入すること。
- 「6」については経皮的冠動脈形成術は100例以上必要であること。また、当該手術の手術症例の一覧(実施年月日、手術名、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。
- 「7」については、届出の前年の件数を記入すること。また、経皮的冠動脈形成術又は冠動脈バイパス手術のいずれも行わなかった症例の一覧を別添2の様式52により添付すること。その際、「検査名・処置名・手術名」の欄には、「血流予備量比コンピュータ断層撮影」と記載すること。
- 「8」については、認定されていることが確認できる資料を添付すること。

別添 2
様式 38

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
小児鎮静下MRI撮影加算
頭部MRI撮影加算
全身MRI撮影加算
肝エラストグラフィ加算
乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術
(MRIによるもの)

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)

3 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

| 診療科名 | 常勤医師の氏名 | 勤務時間 | 呼吸器疾患の診療の経験年数 |
|------|---------|------|---------------|
| | | 時間 | 年 |

4 小児のMRI撮影及び画像診断に関して十分な知識と経験を有する常勤の医師

| 診療科名 | 常勤医師の氏名 | 勤務時間 | 小児のMRI撮影及び画像診断に関する経験年数 |
|------|---------|------|------------------------|
| | | 時間 | 年 |
| | | 時間 | 年 |

様式 38 (続き)

5 小児の麻酔・鎮静に十分な知識と経験を有する常勤の医師

| 診療科名 | 常勤医師の氏名 | 勤務時間 | 小児麻酔の経験年数 |
|------|---------|------|-----------|
| | | 時間 | 年 |
| | | 時間 | 年 |

6 画像診断を専ら担当する常勤の医師

| 診療科名 | 常勤医師の氏名 | 勤務時間 | 画像診断を専ら担当した経験年数 |
|------|---------|------|-----------------|
| | | 時間 | 年 |
| | | 時間 | 年 |
| | | 時間 | 年 |

7 画像診断管理加算の施設基準への該当性の有無

| 画像診断管理加算 | 有・無 |
|-----------|-----|
| 画像診断管理加算1 | 有・無 |
| 画像診断管理加算2 | 有・無 |
| 画像診断管理加算3 | 有・無 |

8 救命救急入院料の届出の有無

有・無

9 関係学会より認定された年月日

平成 年 月 日

10 当該保険医療機関における夜間及び休日の読影体制

有・無

11 当該保険医療機関における、夜間及び休日を除く全ての核医学診断、CT撮影及びMRI撮影の検査前の画像診断管理の実施

有・無

【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。
- 「3」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。
- 「4」及び「5」については、小児鎮静下MRI撮影加算の届出を行う場合に記載すること。
- 「6」及び「11」については、頭部MRI撮影加算、全身MRI撮影加算及び肝エラストグラフィ加算の届出を行う場合(画像診断管理加算3の届出を行っている場合を除く)に記載すること。「6」の常勤医師について、当該医師の専ら画像診断を担当した経験年数が10年未満の場合は、関係学会による研修修了の登録の有無が分かる書類の写し(当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可)を添付すること。
- 頭部MRI撮影加算及び全身MRI撮影加算の届出を行う場合にあっては、関係学会の定める指針に基づいて、適切な被ばく線量管理を行っていること等を証明する書類を添付すること。
- 「7」については、冠動脈CT撮影加算、外傷全身CT加算、心臓MRI加算、乳房MRI加算、小児鎮静下MRI撮影加算、頭部MRI撮影加算、全身MRI撮影加算、肝エラストグラフィ加算及び乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術(MRIによるもの)の届出を行う場合に記載すること。
- 「8」については、外傷全身CT加算の届出を行う場合に記載すること。

様式 38 (続き)

9 「9」については、乳房MRI撮影加算及び乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術(MRIによるもの)の届出を行う場合に記載すること。

10 「10」については、頭部MRI撮影加算及び肝エラストグラフィ加算の届出を行う場合に記載すること。

別添2
様式50の4

様式50の4

皮膚悪性腫瘍切除術におけるセンチネルリンパ節加算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 皮膚科、形成外科、耳鼻いんこう科又は歯科口腔外科の経験を5年以上有するとともに皮膚悪性腫瘍切除術における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 | 医師の氏名 | 当該診療科の経験年数 | リンパ節生検の経験症例数 | |
| | | 年 | 例 | |
| | | 年 | 例 | |
| | | 年 | 例 | |
| 3 常勤医師の氏名等 | 診療科名 | 常勤医師の氏名 | 勤務時間 | |
| | | | 時間 | |
| | | | 時間 | |
| | | | 時間 | |
| | | | 時間 | |
| 4 麻酔科標榜医の氏名 | | | | |
| | | | | |
| 5 病理部門の病理医氏名 | | | | |

【記載上の注意】

- 「2」については、当該生検症例一覧（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。
- 「3」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。
- 「4」については、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

様式56の2

様式56の2

乳腺悪性腫瘍手術における乳がんセンチネルリンパ節加算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 届出を行う項目（該当するものそれぞれに○印をつける） | | 1 乳がんセンチネルリンパ節加算1（併用法） 2 乳がんセンチネルリンパ節加算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腺悪性腫瘍手術において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 | 医師の氏名 | 当該診療科の経験年数 | 乳がんセンチネルリンパ節生検の経験症例数 | |
| | | 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 | 勤務時間 | |
| | | | 時間 | |
| | | | 時間 | |
| | | | 時間 | |
| | | | 時間 | |
| 5 放射線科の常勤医師の氏名等 | 常勤医師の氏名 | | 勤務時間 | |
| | | | 時間 | |
| 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」については、届出を行う項目に○印をつけること。なお、「2 乳がんセンチネルリンパ節加算2（単独法）」のうち色素のみによるものの届出を行う場合、「5」の記載は不要であること。
- 「3」については、当該生検症例一覧（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。
- 「4」及び「5」の乳腺外科又は外科及び放射線科を担当する常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。
- 「6」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）

＜変更部分は **太字** で表記してあります。＞

| 現 行 | 改正告示（令和4年3月4日 厚生労働省告示第58号） | 一部改正に伴う留意事項について（令和4年3月4日 保医発0304第9号） |
|---|---|--|
| <p>II 医科点数表の第2章第3部、第4部、第5部、第6部、第9部、第10部、第11部及び第12部に規定する特定保険医療材料（フィルムを除く。）及びその材料価格</p> <p>016 テクネシウム^{99m}ガス吸入装置用患者吸入セット 5,970円</p> | <p>II 医科点数表の第2章第3部、第4部、第5部、第6部、第9部、第10部、第11部及び第12部に規定する特定保険医療材料（フィルムを除く。）及びその材料価格</p> <p>016 テクネシウム^{99m}ガス吸入装置用患者吸入セット 5,970円</p> | <p>I 診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）（以下「算定方法告示」という。）別表第一医科診療報酬点数表に関する事項</p> <p>1、2省略</p> <p>3 在宅医療の部以外の部に規定する特定保険医療材料（フィルムを除く。）に係る取扱い</p> <p>016 テクネシウム^{99m}ガス吸入装置用患者吸入セット</p> <p>(1) テクネシウム^{99m}ガス吸入装置用患者吸入セットは、テクネシウム^{99m}ガス吸入装置（承認番号04B輸第1045号）に使用される患者吸入セットを使用した場合に算定できる。</p> <p>(2) テクネシウム^{99m}ガス吸入装置用患者吸入セットには超微粒子発生槽、呼気フィルター及び連結チューブが含まれており、別に算定できない。</p> |
| <p>III 医科点数表の第2章第4部及び別表第二歯科診療報酬点数表（以下「歯科点数表」という。）の第2章第4部に規定するフィルム及びその材料価格</p> <p>規 格 1枚当たり材料価格</p> <p>001 半切 120円</p> <p>002 大角 115円</p> <p>003 大四ツ切 76円</p> <p>004 四ツ切 62円</p> <p>005 六ツ切 48円</p> <p>006 八ツ切 46円</p> <p>007 カビネ 38円</p> <p>008 30cm×35cm 87円</p> <p>009 24cm×30cm 68円</p> <p>010 18cm×24cm 46円</p> <p>011 標準型（3cm×4cm） 29円</p> <p>012 咬合型（5.7cm×7.6cm、5.5cm×7.5cm又は5.4cm×7cm） 27円</p> <p>013 咬翼型（4.1cm×3cm又は2.1cm×3.5cm） 40円</p> <p>014 オルソパントモ型 20.3cm×30.5cm 103円 15cm×30cm 120円</p> <p>015 小児型 2.2cm×3.5cm 31円 2.4cm×3cm 23円</p> <p>016 間接撮影用フィルム 10cm×10cm 29円 7cm×7cm 22円 6cm×6cm 15円</p> <p>017 オデルカ用フィルム 10cm×10cm 33円 7cm×7cm 22円</p> <p>018 マンモグラフィー用フィルム 24cm×30cm 135円 20.3cm×25.4cm 135円 18cm×24cm 125円</p> <p>019 画像記録用フィルム</p> <p>(1) 半切 226円</p> <p>(2) 大角 188円</p> <p>(3) 大四ツ切 187円</p> <p>(4) B4 150円</p> <p>(5) 四ツ切 135円</p> <p>(6) 六ツ切 119円</p> <p>(7) 24cm×30cm 145円</p> | <p>III 医科点数表の第2章第4部及び別表第二歯科診療報酬点数表（以下「歯科点数表」という。）の第2章第4部に規定するフィルム及びその材料価格</p> <p>規 格 1枚当たり材料価格</p> <p>001 半切 120円</p> <p>002 大角 115円</p> <p>003 大四ツ切 76円</p> <p>004 四ツ切 62円</p> <p>005 六ツ切 48円</p> <p>006 八ツ切 46円</p> <p>007 カビネ 38円</p> <p>008 30cm×35cm 87円</p> <p>009 24cm×30cm 68円</p> <p>010 18cm×24cm 46円</p> <p>011 標準型（3cm×4cm） 29円</p> <p>012 咬合型（5.7cm×7.6cm、5.5cm×7.5cm又は5.4cm×7cm） 27円</p> <p>013 咬翼型（4.1cm×3cm又は2.1cm×3.5cm） 40円</p> <p>014 オルソパントモ型 20.3cm×30.5cm 103円 15cm×30cm 120円</p> <p>015 小児型 2.2cm×3.5cm 31円 2.4cm×3cm 23円</p> <p>016 間接撮影用フィルム 10cm×10cm 29円 7cm×7cm 22円 6cm×6cm 15円</p> <p>017 オデルカ用フィルム 10cm×10cm 33円 7cm×7cm 22円</p> <p>018 マンモグラフィー用フィルム 24cm×30cm 135円 20.3cm×25.4cm 135円 18cm×24cm 125円</p> <p>019 画像記録用フィルム</p> <p>(1) 半切 226円</p> <p>(2) 大角 188円</p> <p>(3) 大四ツ切 187円</p> <p>(4) B4 150円</p> <p>(5) 四ツ切 135円</p> <p>(6) 六ツ切 119円</p> <p>(7) 24cm×30cm 145円</p> | <p>4 フィルムに係る取扱いについて</p> <p>(1) 1枚のフィルムを半分ずつ使用して2回撮影した場合のフィルム料は、当該フィルムの材料価格によって算定する。即ち実際に使用したフィルムの価格による。</p> <p>(2) 6歳未満の乳幼児の胸部単純撮影又は腹部単純撮影を行った場合には、損耗量が多いことを考慮して材料価格に1.1を乗じて算定するものである。</p> <p>(3) マンモグラフィー用フィルム以外の軟部組織撮影用フィルムについては、一般の直接撮影用フィルムとして算定する。</p> <p>(4) マンモグラフィー用フィルムの撮影対象部位は乳房のみである。</p> <p>(5) 画像記録用フィルムとは、コンピューター断層撮影、コンピューテッド・ラジオグラフィー法撮影、シンチグラム（画像を伴うもの）、シングルホトシエモーションコンピューター断層撮影、磁気共鳴コンピューター断層撮影又はデジタル・サブトラクション・アンギオグラフィー法に用いるフィルムをいう。</p> <p>(6) コンピューター断層撮影又はコンピューテッド・ラジオグラフィー用の乾式イメージャーを用いる非銀塩感熱記録式フィルム、非銀塩高安定ラミネート方式フィルムは、画像記録用フィルムとして算定して差し支えない。</p> <p>(7) ロールフィルムのうち、フィルムの幅が告示に定められている規格と同様であるか又は類似している場合（35.6センチメートル、30.5センチメートル及び10.5センチメートル等）にあつては、告示に定められている規格の枚数に換算し、算出した額を限度とする。</p> <p>(8) 心臓又は血管の動態を把握するために使用したロールフィルム（シネフィルム）については、所定点数に含まれ別に算定できない。</p> <p>(9) 画像診断に係る手技料を別に算定できない検査、処置 ≧又は 手術を行った場合においても、使用したフィルムに要する費用については、区分番号「E400」に掲げるフィルム料を算定できる。また、特定保険医療材料及び造影剤を使用した場合は、各部に掲げる特定保険医療材料及び薬剤料を算定できる。</p> <p>(10) フィルムの規格が定められていないフィルムにあつては、定められている規格のうちで最も近似するフィルムの規格の材料価格により算定する。</p> |