診 療 報 酬 点 数

〔第１章第２部　入院料等〕

＜変更部分は**太字**で表記してあります。＞

現　　行	改正告示（平成３０年３月５日　厚生労働省告示第４３号）	一部改正に伴う実施上の留意事項について（平成３０年３月５日　保医発０３０５第１号）
A243　後発医薬品使用体制加算（入院初日） （新設） 1　後発医薬品使用体制加算１　42 点 2　後発医薬品使用体制加算２　35 点 3　後発医薬品使用体制加算３　28 点 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（別に厚生労働大臣が定める患者を除き、第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、後発医薬品使用体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該施設基準に係る区分に従い、それぞれ入院初日に限り所定点数に加算する。	A243　後発医薬品使用体制加算（入院初日） **1　後発医薬品使用体制加算１　45 点** **~~1~~２　後発医薬品使用体制加算**~~1~~**２　40 点** **~~2~~３　後発医薬品使用体制加算**~~2~~**３　35 点** **~~3~~４　後発医薬品使用体制加算**~~3~~**４　22 点** 注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（**~~別に厚生労働大臣が定める患者を除き、~~**第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、後発医薬品使用体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該**~~施設~~**基準に係る区分に従い、それぞれ入院初日に限り所定点数に加算する。	A243　後発医薬品使用体制加算 (1) 後発医薬品使用体制加算は、後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制が整備されている保険医療機関を評価したものである。 (2) 後発医薬品使用体制加算は、当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が **60** **~~50~~**%以上、**70** **~~60~~**%以上、**80%以上**又は 85 **~~70~~**%以上であるとともに、入院及び外来において後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用を積極的に行っている旨を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している保険医療機関に入院している患者について、入院期間中１回に限り、入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。 **~~(3) 後発医薬品使用体制加算の算定対象患者は、ＤＰＣ対象病棟に入院している患者を除くものであること。~~**

〔第２章第１部　医学管理等〕

＜変更部分は**太字**で表記してあります。＞

現　　行	改正告示（平成３０年３月５日　厚生労働省告示第４３号）	一部改正に伴う実施上の留意事項について（平成３０年３月５日　保医発０３０５第１号）
B005-7　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　診療所型の場合　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、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Ｂ００９に掲げる診療情報提供料（Ｉ）の費用は、所定点数に含まれるものとする。４　区分番号Ｂ０００に掲げる特定疾患療養管理料は、別に算定できない。	B005-7　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　**診療所型連携型**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Ｂ００９に掲げる診療情報提供料（Ｉ）の費用は、所定点数に含まれるものとする。４　区分番号Ｂ０００に掲げる特定疾患療養管理料は、別に算定できない。	B005-7　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**~~診療所型~~**~~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に貼付すること。 (2)　「注１」に規定する認知症療養計画は、「別紙様式 32」**から「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貼付すること。

〔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（平成３０年３月５日　厚生労働省告示第４３号）	一部改正に伴う実施上の留意事項について（平成３０年３月５日　補遺発０３０５第１号）
第４節　診断穿刺・検体採取料 Ｄ409-2　センチネルリンパ節生検（片側） １　併用法　5,000 点 ２　単独法　3,000 点 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。	第４節　診断穿刺・検体採取料 Ｄ409-2　センチネルリンパ節生検（片側） １　併用法　5,000 点 ２　単独法　3,000 点 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。	第４節　診断穿刺・検体採取料 Ｄ409-2　センチネルリンパ節生検 (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。

〔第２章第４部　画像診断〕

＜変更部分は**太字**で表記してあります。＞

現　　行	改正告示（平成３０年３月５日　厚生労働省告示第４３号）	一部改正に伴う実施上の留意事項について（平成３０年３月５日　保医発０３０５第１号）
通則 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。 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。 ３　入院中の患者以外の患者について、緊急のために、保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、当該保険医療機関内において撮影及び画像診断を行った場合は、１日につき 110 点を所定点数に加算する。 ４　区分番号Ｅ001、Ｅ004、Ｅ102 及びＥ203 に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、画像診断管理加算１として、区分番号Ｅ001 又はＥ004 に掲げる画像診断、区分番号Ｅ102 に掲げる画像診断及び区分番号Ｅ203 に掲げる画像診断のそれぞれについて月１回に限り 70 点を所定点数に加算する。ただし、画像診断管理加算２を算定する場合はこの限りでない。	通則 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。 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。 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。 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。	通則 １　薬剤料 (1) 画像診断のために使用した薬剤料は別に算定できるが、投薬に係る処方料、処方せん料、調剤料及び調剤技術基本料並びに注射に係る注射料は別に算定できない。 (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。 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。 ３　時間外緊急院内画像診断加算 (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。 (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。 (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回のみの算定とする。 (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。 (5) 時間外緊急院内画像診断加算を算定する場合においては、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。

＜参考＞
第１節　→　エックス線診断料
第２節　→　核医学診断料
第３節　→　コンピューター断層撮影診断料
第４節　→　薬剤料
第５節　→　特定保険医療材料料

区分Ｅ001　→　写真診断
区分Ｅ004　→　基本的エックス線診断料
区分Ｅ100　→　シンチグラム（画像を伴うもの）
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Ｅ101-2　→　ポジトロン断層撮影
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Ｅ101-5　→　乳房用ポジトロン断層撮影
区分Ｅ102　→　核医学診断
区分Ｅ200　→　コンピューター断層撮影（ＣＴ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Ｅ203　→　コンピューター断層診断
区分Ｅ300　→　薬剤

＜変更部分は**太字**で表記してあります。＞

現　　　　行	改正告示（平成３０年３月５日　厚生労働省告示第４３号）	一部改正に伴う実施上の留意事項について（平成３０年３月５日　保医発０３０５第１号）
5　区分番号Ｅ102 及びＥ203 に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、画像診断管理加算２として、区分番号Ｅ102 に掲げる画像診断及び区分番号Ｅ203 に掲げる画像診断のそれぞれについて月１回に限り 180 点を所定点数に加算する。 6　遠隔画像診断による画像診断（区分番号Ｅ001、Ｅ004、Ｅ102 又はＥ203 に限る。）を行った場合については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間で行われた場合に限り算定する。この場合において、受信側の保険医療機関が通則第４号本文の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、区分番号Ｅ001 又はＥ004 に掲げる画像診断、区分番号Ｅ102 に掲げる画像診断及び区分番号Ｅ203 に掲げる画像診断のそれぞれについて月１回に限り、画像診断管理加算１を算定することができる。ただし、画像診断管理加算２を算定する場合はこの限りでない。 7　遠隔画像診断による画像診断（区分番号Ｅ102 及びＥ203 に限る。）を通則第６号本文に規定する保険医療機関間で行った場合であって、受信側の保険医療機関が通則第５号の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、区分番号Ｅ102 に掲げる画像診断及び区分番号Ｅ203 に掲げる画像診断のそれぞれについて月１回に限り、画像診断管理加算２を算定することができる。	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。 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。 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。	(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。 (7) 緊急に画像診断を要する場合とは、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ことができないような重篤な場合をいう。 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。 5　画像診断管理加算 (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~~医師~~**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~~（地方厚生（支）局長等に届け出た、専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するもの又は当該療養について、関係学会から示されている2年以上の所定の研修を修了し、その旨が登録されている医師に限る。）~~が読影及び診断を行い、その結果を文書により当該専ら画像診断を担当する医師の属する保険医療機関において当該患者の診療を担当する医師に報告した場合に、月の最初の診断の日に算定する。なお、夜間又は休日に撮影された画像については、当該専ら画像診断を担当する医師が、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で、画像の読影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で読影及び診断を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合も算定できる。その際には、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たり、安全管理を確実に行った上で実施すること。　また、当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託した場合は、これらの加算は算定できない。（「6」又は「7」により算定する場合を除く。）また、これらの加算を算定する場合は、報告された文書又はその写しを診療録に貼付する。 **(2)　画像診断管理加算１、２又は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 24 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。**

＜変更部分は**太字**で表記してあります。＞

現　　行	改正告示（平成３０年３月５日　厚生労働省告示第４３号）	一部改正に伴う実施上の留意事項について（平成３０年３月５日　保医発０３０５第１号）
		６　遠隔画像診断による画像診断管理加算 (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。(2)　遠隔画像診断を行った場合、画像診断管理加算１は、受信側の保険医療機関において専ら画像診断を担当する医師~~（地方厚生（支）局長に届け出た、専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するもの又は当該療養について、関係学会から示されている２年以上の所定の研修を修了し、その旨が登録されている医師に限る。）~~が読影及び診断を行い、その結果を文書により送信側の保険医療機関において当該患者の診療を担当する医師に報告した場合に、月の最初の診断の日に算定する。遠隔画像診断を行った場合、画像診断管理加算２**又は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~~（地方厚生（支）局長に届け出た、専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するもの又は当該療養について、関係学会から示されている２年以上の所定の研修を修了し、その旨が登録されている医師に限る。）~~が読影~~及び診断~~を行い、その結果を文書により送信側の保険医療機関において当該患者の診療を担当する医師に報告した場合に、月の最初の診断の日に算定する。なお、夜間又は休日に撮影された画像については、受信側の保険医療機関において専ら画像診断を担当する医師が、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で、画像の読影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で読影及び診断を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合も算定できる。その際には、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たり、安全管理を確実に行った上で実施すること。　また、受信側又は送信側の保険医療機関が受信側及び送信側の保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託した場合は、当該加算は算定できない。また、これらの加算を算定する場合は、報告された文書又はその写しを診療録に貼付する。 **(3)　遠隔画像診断を行った場合、画像診断管理加算１、２又は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 24 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。**

＜変更部分は**太字**で表記してあります。＞

現　　行	改正告示（平成３０年３月５日　厚生労働省告示第４３号）	一部改正に伴う実施上の留意事項について（平成３０年３月５日　保医発０３０５第１号）
第２節　核医学診断料 通則 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。 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。 ３　撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合においては、前２号により算定した点数に、一連の撮影について１回に限り、120 点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、フィルムの費用は算定できない。	第２節　核医学診断料 通則 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。 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。 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。	第２節　核医学診断料 １　核医学診断に係る一般的事項 「１」に規定する核医学診断に係る所定点数とは、区分番号「Ｅ100」から区分番号「Ｅ101-5」までに掲げる所定点数及び区分番号「Ｅ102」に掲げる所定点数を合算した点数をいう。 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。 ３　ラジオアイソトープの費用 ラジオアイソトープの費用を算定する場合は、「使用薬剤の薬価（薬価基準）」の定めるところによる。
Ｅ100　シンチグラム（画像を伴うもの） 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 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。 ２　甲状腺シンチグラム検査に当たって、甲状腺ラジオアイソトープ摂取率を測定した場合は、100 点を所定点数に加算する。 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、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。 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。	Ｅ100　シンチグラム（画像を伴うもの） 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 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。 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。 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。 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。	Ｅ100　シンチグラム（画像を伴うもの） 「注３」の加算における所定点数には「注２」による加算は含まれない。
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 注１　甲状腺シンチグラム検査に当たって、甲状腺ラジオアイソトープ摂取率を測定した場合は、100 点を所定点数に加算する。 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、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。 ３　負荷試験を行った場合は、負荷の種類又は測定回数にかかわらず、所定点数の 100 分の 50 に相当する点数を加算する。 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。	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 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。 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。 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。 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。	Ｅ101　シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影 (1) シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影は、同一のラジオアイソトープを使用した一連の検査につき、撮影の方向、スライスの数、撮影の部位数及び疾病の種類等にかかわらず所定点数のみにより算定する。 (2) 「注２」の加算における所定点数とは、「注１」及び「注３」の加算を含まない点数である。 (3) 「注３」の加算における所定点数とは、「注１」及び「注２」の加算を含まない点数である。

現　　行	改正告示（平成３０年３月５日　厚生労働省告示第４３号）	一部改正に伴う実施上の留意事項について（平成３０年３月５日　保医発０３０５第１号）
Ｅ101-2　ポジトロン断層撮影 １　^{15}Ｏ標識ガス剤を用いた場合（一連の検査につき）　7,000 点 ２　^{18}ＦＤＧを用いた場合（一連の検査につき）　7,500 点 ３　^{13}Ｎ標識アンモニア剤を用いた場合（一連の検査につき）　7,500 点 注１　^{15}Ｏ標識ガス剤の合成及び吸入、^{18}ＦＤＧの合成及び注入並びに ^{13}Ｎ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。 ２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。 ３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の 100 分の 80 に相当する点数により算定する。	Ｅ101-2　ポジトロン断層撮影 １　^{15}Ｏ標識ガス剤を用いた場合（一連の検査につき）　7,000 点 ２　^{18}ＦＤＧを用いた場合（一連の検査につき）　7,500 点 ３　^{13}Ｎ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 注１　^{15}Ｏ標識ガス剤の合成及び吸入、^{18}ＦＤＧの合成及び注入並びに ^{13}Ｎ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。 ２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。 ３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の 100 分の 80 に相当する点数により算定する。	Ｅ101-2　ポジトロン断層撮影 (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。 (2) ^{18}ＦＤＧを用いたポジトロン断層撮影については、てんかん~~**若しくは、**~~心疾患**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~~**又は、**~~**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。 １．てんかん：難治性部分てんかんで外科切除が必要とされる患者に使用する。 ２．心疾患：虚血性心疾患による心不全患者における心筋組織のバイアビリティ診断（他の検査で判断のつかない場合に限る。）又は心サルコイドーシスにおける炎症部位の診断が必要とされる患者に使用する。 ３．悪性腫瘍（早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む。）：他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者に使用する。 **４．血管炎**：**高安動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。** (3) ^{18}ＦＤＧ製剤を医療機関内で製造する場合は、^{18}ＦＤＧ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、高安動脈炎等の大型動脈炎の診断に用いる ^{18}ＦＤＧ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 ^{18}ＦＤＧ製剤を使用した場合に限り算定する。** (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。 (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。 (6) ^{15}Ｏ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。 (7) ターゲットガス（窒素、酸素、二酸化炭素）等の ^{15}Ｏ標識ガス剤の合成及び吸入に係る費用並びに ^{18}ＦＤＧ並びに ^{13}Ｎ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。 (8) ^{13}Ｎ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。
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） １　^{15}Ｏ標識ガス剤を用いた場合（一連の検査につき）　7,625 点 ２　^{18}ＦＤＧを用いた場合（一連の検査につき）　8,625 点 注１　^{15}Ｏ標識ガス剤の合成及び吸入並びに ^{18}ＦＤＧの合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。 ２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。 ３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の 100 分の 80 に相当する点数により算定する。	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） １　^{15}Ｏ標識ガス剤を用いた場合（一連の検査につき）　7,625 点 ２　^{18}ＦＤＧを用いた場合（一連の検査につき）　8,625 点 注１　^{15}Ｏ標識ガス剤の合成及び吸入並びに ^{18}ＦＤＧの合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。 ２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。 ３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の 100 分の 80 に相当する点数により算定する。	Ｅ101-3　ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影 (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。 (2) 同一月に、区分番号「Ｅ200」コンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）を行った後にポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影を行う場合は、本区分は算定せず、区分番号「Ｅ101-2」ポジトロン断層撮影により算定する。この場合においては、区分番号「Ｅ101-2」の届出を行っていなくても差し支えない。

<table>
<tr><th>現　　行</th><th>改正告示（平成３０年３月５日　厚生労働省告示第４３号）</th><th>一部改正に伴う実施上の留意事項について（平成３０年３月５日　保医発０３０５第１号）</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>(3) ^{18}ＦＤＧ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~~及び~~**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。
<table>
<tr><td>１．てんかん</td><td>難治性部分てんかんで外科切除が必要とされる患者に使用する。</td></tr>
<tr><td>２．悪性腫瘍（早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む。）</td><td>他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者に使用する。</td></tr>
<tr><td>３．血管炎</td><td>高安動脈炎等の大型血脈炎において、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>
(4) ^{18}ＦＤＧ製剤を医療機関内で製造する場合は、^{18}ＦＤＧ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、高安動脈炎等の大型動脈炎の診断に用いる ^{18}ＦＤＧ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 ^{18}ＦＤＧ製剤を使用した場合に限り算定する。**
(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。
(6) 当該画像診断を実施した同一月内に悪性腫瘍の診断の目的で区分番号「Ｅ100」シンチグラム（画像を伴うもの）（ガリウムにより標識された放射性医薬品を用いるものに限る。）又は区分番号「Ｅ101-4」ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影を実施した場合には、主たるもののみを算定する。
(7) ^{15}Ｏ標識ガス剤を用いた場合に当該画像診断に伴って行われる血液ガス分析の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
(8) ターゲットガス（窒素、酸素、二酸化炭素）等の ^{15}Ｏ標識ガス剤の合成及び吸入に係る費用並びに ^{18}ＦＤＧ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。</td></tr>
<tr><td>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

注１　^{18}ＦＤＧの合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。
２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の 100 分の 80 に相当する点数により算定する。</td><td>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

注１　^{18}ＦＤＧの合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。
２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の 100 分の 80 に相当する点数により算定する。</td><td>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）
(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。
(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。
(3) ^{18}ＦＤＧを用いて、悪性腫瘍（脳、頭頸部、縦隔、胸膜、乳腺、直腸、泌尿器、卵巣、子宮、骨軟部組織、造血器、悪性黒色腫）の病期診断及び転移・再発の診断を目的とし、他の検査、画像診断により病期診断及び転移・再発の診断が確定できない患者に使用した場合に限り算定する。ただし、この画像診断からは磁気共鳴コンピューター断層撮影を除く。
(4) 撮影に当たって造影剤を使用した場合は、区分番号「Ｅ202」磁気共鳴コンピューター断層撮影（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。
(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。</td></tr>
</table>

現　　行	改正告示（平成３０年３月５日　厚生労働省告示第４３号）	一部改正に伴う実施上の留意事項について（平成３０年３月５日　保医発０３０５第１号）
		(6) ^{18}ＦＤＧ製剤を医療機関内で製造する場合は、^{18}ＦＤＧ製剤の製造に係る衛生管理、品質管理等については、関係学会の定める**施設**基準を参考として、十分安全な体制を整備した上で実施すること。^{18}ＦＤＧ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。
Ｅ101-5　乳房用ポジトロン断層撮影　4,000 点 注１　^{18}ＦＤＧの合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。 ２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。 ３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の 100 分の 80 に相当する点数により算定する。	Ｅ101-5　乳房用ポジトロン断層撮影　4,000 点 注１　^{18}ＦＤＧの合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。 ２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。 ３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の 100 分の 80 に相当する点数により算定する。	Ｅ101-5　乳房用ポジトロン断層撮影 (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。 (2) ^{18}ＦＤＧを用いて、乳がんの病期診断及び転移・再発の診断を目的とし、他の検査、画像診断により病期診断及び転移・再発の診断が確定できない患者に使用した場合に限り算定する。 (3) 区分番号「Ｅ101-2」ポジトロン断層撮影の「２」^{18}ＦＤＧ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」^{18}ＦＤＧ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。 (4) ^{18}ＦＤＧ製剤を医療機関内で製造する場合は、^{18}ＦＤＧ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。^{18}ＦＤＧ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。
Ｅ102　核医学診断 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 ２　１以外の場合　370 点 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。	Ｅ102　核医学診断 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 ２　１以外の場合　370 点 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。	Ｅ102　核医学診断 (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。 (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。

＜変更部分は**太字**で表記してあります。＞

現　　行	改正告示（平成３０年３月５日　厚生労働省告示第４３号）	一部改正に伴う実施上の留意事項について（平成３０年３月５日　保医発０３０５第１号）
第３節　コンピューター断層撮影診断料 通則 １　コンピューター断層撮影診断の費用は、区分番号Ｅ200 に掲げるコンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）、区分番号Ｅ201 に掲げる非放射性キセノン脳血流動態検査又は区分番号Ｅ202 に掲げる磁気共鳴コンピューター断層撮影（ＭＲＩ撮影）の各区分の所定点数及び区分番号Ｅ203 に掲げるコンピューター断層診断の所定点数を合算した点数により算定する。 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。 ３　撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合においては、前２号により算定した点数に、一連の撮影について１回に限り、120 点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、フィルムの費用は算定できない。 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 から区分番号Ｅ202 までに掲げるコンピューター断層撮影を行った場合は、それぞれ所定点数の 100 分の 80、100 分の 50 又は 100 分の 30 に相当する点数を加算する。	第３節　コンピューター断層撮影診断料 通則 １　コンピューター断層撮影診断の費用は、区分番号Ｅ200 に掲げるコンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）、区分番号Ｅ201 に掲げる非放射性キセノン脳血流動態検査又は区分番号Ｅ202 に掲げる磁気共鳴コンピューター断層撮影（ＭＲＩ撮影）の各区分の所定点数及び区分番号Ｅ203 に掲げるコンピューター断層診断の所定点数を合算した点数により算定する。 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。 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。 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 から区分番号Ｅ202 までに掲げるコンピューター断層撮影を行った場合は、**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。	第３節　コンピューター断層撮影診断料 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 (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。 (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。 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。 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。

＜変更部分は**太字**で表記してあります。＞

現　　行	改正告示（平成３０年３月５日　厚生労働省告示第４３号）	一部改正に伴う実施上の留意事項について（平成３０年３月５日　保医発０３０５第１号）
区分 Ｅ200　コンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）（一連につき） １　ＣＴ撮影 イ　64 列以上のマルチスライス型の機器による場合 (1) 共同利用施設において行われる場合　1,020 点 (2) その他の場合　1,000 点 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 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 ニ　イ、ロ又はハ以外の場合　560 点 ２　脳槽ＣＴ撮影（造影を含む。）　2,300 点 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。 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。 ３　ＣＴ撮影について造影剤を使用した場合は、500 点を所定点数に加算する。この場合において、造影剤注入手技料及び麻酔料（区分番号Ｌ008 に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。）は、加算点数に含まれるものとする。 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。 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。 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。 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。 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。	区分 Ｅ200　コンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）（一連につき） １　ＣＴ撮影 イ　64 列以上のマルチスライス型の機器による場合 (1) 共同利用施設において行われる場合　1,020 点 (2) その他の場合　1,000 点 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 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 ニ　イ、ロ又はハ以外の場合　560 点 ２　脳槽ＣＴ撮影（造影を含む。）　2,300 点 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。 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。 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。 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。 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。 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。 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。 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。	Ｅ200　コンピューター断層撮影（ＣＴ撮影） (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。 (2) 「１」の「イ」、「ロ」、「ハ」及び「ニ」並びに「２」に掲げる撮影のうち２以上のものを同時に行った場合は主たる撮影の所定点数のみにより算定する。 (3) 「１」のＣＴ撮影の「イ」、「ロ」及び「ハ」は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、64 列以上のマルチスライス型、16 列以上 64 列未満のマルチスライス型又は４列以上 16 列未満のマルチスライス型のＣＴ装置を使用して撮影を行った場合に限りそれぞれ算定する。 (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。 (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。 (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。 (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。 (8) 「注４」に規定する冠動脈ＣＴ撮影加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、64 列以上のマルチスライス型のＣＴ装置を使用し、冠動脈を撮影した上で三次元画像処理を行った場合に限り算定する。 (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。 (10) 「注７」に規定する大腸ＣＴ撮影加算 ア　他の検査で大腸悪性腫瘍が疑われる患者に対して、「１」の「イ」又は「ロ」として届出を行っている機器を使用し、大腸のＣＴ撮影を行った場合に算定する。 なお、当該撮影は、直腸用チューブを用いて、二酸化炭素を注入し下部消化管をＣＴ撮影した上で三次元画像処理を行うものであり、大腸ＣＴ撮影に係る「注３」の加算、造影剤注入手技料及び麻酔料（区分番号「Ｌ008」に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。）は、所定点数に含まれるものとする。 イ　アとは別に、転移巣の検索や他の部位の検査等の目的で、静脈内注射、点滴注射等により造影剤使用撮影を同時に行った場合には、「注３」の加算を別に算定できる。 (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。

現　　行

E202　磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRＩ撮影）（一連につき）

1　３テスラ以上の機器による場合

イ　共同利用施設において行われる場合　1,620 点

ロ　その他の場合　1,600 点

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

3　１又は２以外の場合　900 点

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。

2　１、２及び３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。

3　MRＩ撮影（脳血管に対する造影の場合は除く。）について造影剤を使用した場合は、250 点を所定点数に加算する。この場合において、造影剤注入手技料及び麻酔料（区分番号Ｌ008 に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。）は、加算点数に含まれるものとする。

4　MRＩ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MRＩ撮影を行った場合は、心臓MRＩ撮影加算として、300 点を所定点数に加算する。

5　MRＩ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MRＩ撮影を行った場合は、乳房MRＩ撮影加算として、100 点を所定点数に加算する。

6　MRＩ撮影の１のイについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合又は診断撮影機器での撮影を目的として別の保険医療機関に依頼し行われる場合に限り算定する。

改正告示（平成３０年３月５日　厚生労働省告示第４３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）

1　３テスラ以上の機器による場合

イ　共同利用施設において行われる場合　1,620 点

ロ　その他の場合　1,600 点

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

3　１又は２以外の場合　900 点

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。

2　１、２及び３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。

3　MRＩ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。

4　MRＩ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MRＩ撮影を行った場合は、心臓MRＩ撮影加算として、~~300~~ **400** 点を所定点数に加算する。

5　MRＩ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MRＩ撮影を行った場合は、乳房MRＩ撮影加算として、100 点を所定点数に加算する。

6　~~**MRＩ撮影の**~~１のイについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合又は診断撮影機器での撮影を目的として別の保険医療機関に依頼し行われる場合に限り算定する。

7　MRＩ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MRＩ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。

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MRＩ撮影を行った場合は、頭部MRＩ撮影加算として、100 点を所定点数に加算する。

一部改正に伴う実施上の留意事項について（平成３０年３月５日　保医発０３０５第１号）

E202　磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRＩ撮影）

(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、スライスの数、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。

(2)　「１」、「２」及び「３」に掲げる撮影を同時に行った場合は、主たる撮影の所定点数のみにより算定する。

(3)　「１」及び「２」は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、３テスラ以上又は 1.5 テスラ以上３テスラ未満のMRＩ装置を使用して撮影を行った場合に限り算定する。

(4)　「１」の３テスラ以上の機器であって、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。

(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。

(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。

(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。

(8)　「注４」に規定する心臓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、1.5 テスラ以上のMRＩ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。

(9)　MRＩ対応型ペースメーカー、MRＩ対応型植込型除細動器又はMRＩ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MRＩ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「MRＩ対応植込み型デバイス患者のMRＩ検査の施設基準」を満たす保険医療機関で行うこと。

(10)　MRＩ対応型ペースメーカー、MRＩ対応型植込型除細動器又はMRＩ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MRＩ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MRＩ対応ペースメーカーカード」、「条件付きMRＩ対応ＩＣＤカード」又は「条件付きMRＩ対応ＣＲＴ－Ｄカード」）を確認し、そのカードの写しを診療録に貼付すること。

(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MRＩ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MRＩ装置を使用して撮影が行われる場合に限り算定する。

(12)　「注５」に規定する乳房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、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MRＩ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。

(13)　「注７」に規定する小児鎮静下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、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MRＩ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」の加算を含まない点数とする。

(14)　「注８」に規定する頭部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、３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。

<変更部分は**太字**で表記してあります。>

現　　行	改正告示（平成３０年３月５日　厚生労働省告示第４３号）	一部改正に伴う実施上の留意事項について（平成３０年３月５日　保医発０３０５第１号）
Ｅ203　コンピューター断層診断　450 点 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。	Ｅ203　コンピューター断層診断　450 点 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。	Ｅ203　コンピューター断層診断 (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。 (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。 (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。

＜変更部分は**太字**で表記してあります。＞

現　　行

第１節　手術料

第１款　皮膚・皮下組織

区分

K007　皮膚悪性腫瘍切除術

1　広汎切除　28,210 点

2　単純切除　11,000 点

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（悪性黒色腫に係るものに限る。）を併せて行った場合には、悪性黒色腫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。

第７款　胸部

K476　乳腺悪性腫瘍手術

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　乳頭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　乳頭乳輪温存乳房切除術（腋窩部郭清を伴うもの）　48,340 点

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併せて行った場合には、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。

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。

改正告示（平成３０年３月５日　厚生労働省告示第４３号）

第１節　手術料

第１款　皮膚・皮下組織

区分

K007　皮膚悪性腫瘍切除術

1　広汎切除　28,210 点

2　単純切除　11,000 点

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、**悪性黒色腫**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。

第７款　胸部

K476　乳腺悪性腫瘍手術

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　**乳頭**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　**乳頭**乳輪温存乳房切除術（腋窩**部**郭清を伴うもの）　48,340 点

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**~~併せて~~**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。

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。

一部改正に伴う実施上の留意事項について（平成３０年３月５日　保医発０３０５第１号）

第１節 手術料

第１款 皮膚・皮下組織

K007　皮膚悪性腫瘍切除術

(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。

(2) 「注」に規定する**悪性黒色腫**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。

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。

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。

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。

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。

第７款　胸部

K476　乳腺悪性腫瘍手術

(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。

(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。

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。

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。

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。

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。

＜変更部分は**太字**で表記してあります。＞

現　　行	改正告示（平成３０年３月５日　厚生労働省告示第４３号）	一部改正に伴う実施上の留意事項について（平成３０年３月５日　保医発０３０５第１号）
第８款　心・脈管 K546　経皮的冠動脈形成術 1　急性心筋梗塞に対するもの　32,000 点 2　不安定狭心症に対するもの　22,000 点 3　その他のもの　19,300 点 注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	第８款　心・脈管 K546　経皮的冠動脈形成術 1　急性心筋梗塞に対するもの　32,000 点 2　不安定狭心症に対するもの　22,000 点 3　その他のもの　19,300 点 注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	第８款　心・脈管 K546　経皮的冠動脈形成術 (1) 一方向から造影して 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あっては、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。 (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。 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。 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。 （イ）胸痛等の虚血症状 （ロ）新規のＳＴ－Ｔ変化又は新規の左脚ブロック （ハ）新規の異常Ｑ波の出現 （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 （ホ）冠動脈造影で認められる冠動脈内の血栓 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。 （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。 （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。 (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。 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 classⅠ、classⅡ又は classⅢ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。 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。 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。 **(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。なお、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。また、医学的な必要性からそれ以外の病変に対して実施する場合は、その詳細な理由を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。** **ア　一方向から造影して 90%以上の狭窄病変** **イ　安定労作性狭心症の原因と考えられる狭窄病変（他に有意狭窄病変を認めない場合に限る。）** **ウ　機能的虚血の評価のための検査を実施し、機能的虚血の原因と確認されている狭窄病変**

現　　行	改正告示（平成３０年３月５日　厚生労働省告示第４３号）	一部改正に伴う実施上の留意事項について（平成３０年３月５日　保医発０３０５第１号）
		(~~4~~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。 **(~~5~~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あっては、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 完全閉塞病変の場合：１箇所：２本以下 完全閉塞病変の場合：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 完全閉塞病変以外の場合：２箇所：２本以下 **(~~6~~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っては、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、経皮的冠動脈形成術を実施する理由及び医学的根拠 **(~~7~~8)** 当該手術が、日本循環器学会、日本冠疾患学会、日本冠動脈外科学会、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、日本心臓病学会及び日本糖尿病学会の承認を受けた「安定冠動脈疾患における待機的ＰＣＩのガイドライン（2011 年改訂版）」、「虚血性心疾患に対するバイパスグラフトと手術術式の選択ガイドライン（2011 年改訂版）」と両ガイドラインに記載された「ＰＣＩ／ＣＡＢＧの適応に関するガイドライン（安定冠動脈疾患に対する冠血行再建術（ＰＣＩ／ＣＡＢＧ）：ステートメント＆適応（冠動脈血行再建術協議会））」及び「非ＳＴ上昇型急性冠症候群の診療に関するガイドライン（2012 年改訂版）」に沿って行われた場合に限り算定する。

＜変更部分は**太字**で表記してあります。＞

現　　行	改正告示（平成３０年３月５日　厚生労働省告示第４３号）	一部改正に伴う実施上の留意事項について（平成３０年３月５日　保医発０３０５第１号）
K549　経皮的冠動脈ステント留置術 １　急性心筋梗塞に対するもの　34,380 点 ２　不安定狭心症に対するもの　24,380 点 ３　その他のもの　21,680 点 注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	K549　経皮的冠動脈ステント留置術 １　急性心筋梗塞に対するもの　34,380 点 ２　不安定狭心症に対するもの　24,380 点 ３　その他のもの　21,680 点 注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	K549　経皮的冠動脈ステント留置術 (1) 一方向から造影して 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っては、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。 (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。 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。 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。 （イ）胸痛等の虚血症状 （ロ）新規のＳＴ－Ｔ変化又は新規の左脚ブロック （ハ）新規の異常Ｑ波の出現 （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 （ホ）冠動脈造影で認められる冠動脈内の血栓 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。 （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。 （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。 (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。 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 classⅠ、classⅡ又は classⅢ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。 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。 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。 **(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。なお、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、医学的な必要性からそれ以外の病変に対して実施する場合は、その詳細な理由を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。** **ア　一方向から造影して 90%以上の狭窄病変** **イ　安定労作性狭心症の原因と考えられる狭窄病変（他に有意狭窄病変を認めない場合に限る。）** **ウ　機能的虚血の評価のための検査を実施し、機能的虚血の原因と確認されている狭窄病変**

現　　行	改正告示（平成３０年３月５日　厚生労働省告示第４３号）	一部改正に伴う実施上の留意事項について（平成３０年３月５日　保医発０３０５第１号）

(~~4~~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。

(~~5~~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っては、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

(~~6~~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っては、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

(~~7~~8) 当該手術が、日本循環器学会、日本冠疾患学会、日本冠動脈外科学会、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、日本心臓病学会及び日本糖尿病学会の承認を受けた「安定冠動脈疾患における待機的ＰＣＩのガイドライン（2011 年改訂版）」、「虚血性心疾患に対するバイパスグラフトと手術術式の選択ガイドライン（2011 年改訂版）」と両ガイドラインに記載された「ＰＣＩ／ＣＡＢＧの適応に関するガイドライン(安定冠動脈疾患に対する冠血行再建術（ＰＣＩ／ＣＡＢＧ）：ステートメント＆適応（冠動脈血行再建術協議会））」及び「非ＳＴ上昇型急性冠症候群の診療に関するガイドライン（2012 改訂版）」に沿って行われた場合に限り算定する。

＜変更部分は**太字**で表記してあります。＞

現　　行

通則

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。

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放射線治療の費用は、この部に掲げられている放射線治療のうちで最も近似する放射線治療の所定点数により算定する。

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。

第１節　放射線治療管理・実施料

区分

M000-2　放射性同位元素内用療法管理料

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

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。

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。

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。

改正告示（平成３０年３月５日　厚生労働省告示第４３号）

通則

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。

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**~~放射線治療~~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。

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。

第１節　放射線治療管理・実施料

区分

M000-2　放射性同位元素内用療法管理料

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**

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。

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。

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。

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。

一部改正に伴う実施上の留意事項について（平成３０年３月５日　保医発０３０５第１号）

通則

1　放射線治療に係る費用は、第１節放射線治療管理・実施料及び第２節特定保険医療材料料（厚生労働大臣が定める保険医療材料のうち放射線治療に当たり使用したものの費用に限る。）に掲げる所定点数を合算した点数によって算定する。

2　この部に掲げられていない放射線治療のうち、簡単な放射線治療の放射線治療料は算定できないものであるが、特殊な放射線治療の放射線治療料は、その都度当局に内議し、最も近似する放射線治療として準用が通知された算定方法により算定する。

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。

M000-2　放射性同位元素内用療法管理料

(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。

(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。

(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。

(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。

(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って、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。

(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。

(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って、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。

(~~7~~8) 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。

基本診療料の施設基準等

第２　入院料等

＜変更部分は**太字**で表記してあります。＞

現　　行

３５の３　後発医薬品使用体制加算の施設基準等

(1) 後発医薬品使用体制加算１の施設基準

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。

ロ　当該保険医療機関において調剤した保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十六号。以下「薬担規則」という。）第七条の二に規定する後発医薬品（以下単に「後発医薬品」という。）のある薬担規則第七条の二に規定する新医薬品（以下「先発医薬品」という。）及び後発医薬品を合算した薬剤の使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成二十年厚生労働省告示第六十号）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が七割以上であること。

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。

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。

(2) 後発医薬品使用体制加算２の施設基準

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。

ロ　当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が六割以上であること。

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。

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。

改正告示（平成３０年３月５日　厚生労働省告示第４４号）

３５の３　後発医薬品使用体制加算の施設基準等

(1) 後発医薬品使用体制加算１の施設基準

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。

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。

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。

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。

(~~1~~**2**) 後発医薬品使用体制加算~~1~~**２**の施設基準

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。

ロ　当該保険医療機関において調剤した~~保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十六号。以下「薬担規則」という。）第七条の二に規定する~~後発医薬品~~（以下単に「後発医薬品」という。）~~のある~~薬担規則第七条の二に規定する新医薬品（以下「~~先発医薬品~~~~」という。）~~及び後発医薬品を合算した~~薬剤の使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成二十年厚生労働省告示第六十号）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「~~規格単位数量~~~~」という。）~~に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が~~七割~~**八割**以上であること。

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。

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。

(~~2~~**3**) 後発医薬品使用体制加算~~2~~**３**の施設基準

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。

ロ　当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が**六割**~~七~~**七割**以上であること。

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。

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。

届出に関する手続きの取扱いについて（平成３０年３月５日　保医発０３０５第２号）

第26の２　後発医薬品使用体制加算

１　後発医薬品使用体制加算の施設基準

(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。

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。

(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）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にあっては~~70~~ **85**%以上、後発医薬品使用体制加算２にあっては~~60~~ **80**%以上~~70~~ **85**%未満、後発医薬品使用体制加算３にあっては~~50~~ **70**%以上~~60~~ **80**%未満**、後発医薬品使用体制加算４にあっては60%以上 70%未満**であること。

(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。

(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

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、エネーボ配合経腸用液及びラコール NF 配合経腸用半固形剤

イ　特殊ミルク製剤

フェニルアラニン除去ミルク配合散「雪印」及びロイシン・イソロイシン・破倫除去ミルク配合散「雪印」

ウ　生薬（薬効分類番号 510）

エ　漢方製剤（薬効分類番号 520）

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）

(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。

~~(6) ＤＰＣ対象病棟に入院している患者については、後発医薬品使用体制加算の対象から除外すること。~~

２　届出に関する事項

後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式 40 の３を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

現　　行	改正告示（平成３０年３月５日　厚生労働省告示第４４号）	届出に関する手続きの取扱いについて（平成３０年３月５日　保医発０３０５第２号）
(3) 後発医薬品使用体制加算３の施設基準 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。 ロ　当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が五割以上であること。 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。 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。 (4) 後発医薬品使用体制加算の注に規定する厚生労働大臣が定める患者 診療報酬の算定方法第一号ただし書に規定する別に厚生労働大臣が指定する病院の病棟に入院している患者	(**~~3~~ 4**) 後発医薬品使用体制加算**~~3~~ 4** の施設基準 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。 ロ　当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が**~~五割~~六割**以上であること。 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。 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。 **~~(4)~~ ~~後発医薬品使用体制加算の注に規定する厚生労働大臣が定める患者~~** **~~診療報酬の算定方法第一号ただし書に規定する別に厚生労働大臣が指定する病院の病棟に入院している患者~~**	

別添７

様式 40 の３

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）

（　）　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）85%以上）
（　）　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）80%以上85%未満）
（　）　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）70%以上80%未満）
（　）　後発医薬品使用体制加算４
（カットオフ値（「３．」の④）50%以上かつ後発医薬品の割合（「３．」の⑤）60%以上70%未満

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（平成　　年　　月　　日時点）

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				
期間 （届出時の直近３か月：１か月ごと及び３か月間の合計）	年　月	年　月	年　月	年　月 ～　年　月 （直近３ヶ月間の合計）
全医薬品の規格単位数量（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）（%）				

様式 40 の３（続き）

後発医薬品の割合（⑤）（③／②）（%）				

［記載上の注意］

１　後発医薬品の採用について検討を行う委員会等の名称、目的、構成員の職種・氏名等、検討する内容、開催回数等を記載した概要を添付すること。

２　規格単位数量とは、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。

３　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」（平成 30 年３月５日保医発 0305 第８号）を参照すること。

特掲診療料の施設基準等

第３　医学管理等

＜変更部分は**太字**で表記してあります。＞

現　　行	改正告示（平成３０年３月５日　厚生労働省告示第４５号）	届出に関する手続きの取扱いについて（平成３０年３月５日　保医発０３０５第３号）
９の５　認知症専門診断管理料の施設基準 (1)　認知症に関する専門の保険医療機関であること。 (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	９の５　認知症専門診断管理料の施設基準 (1)　認知症に関する専門の保険医療機関であること。 (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	第 11 の４　認知症専門診断管理料 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~~（平成 27 年 6 月 26 日老発 0626 第３号による一部改正後のもの）~~）**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。 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。 ３　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。

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（平成３０年３月５日　厚生労働省告示第４５号）	届出に関する手続きの取扱いについて（平成３０年３月５日　保医発０３０５第３号）
14　センチネルリンパ節生検（片側）の施設基準 (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。 (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。	14　センチネルリンパ節生検（片側）の施設基準 (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。 (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。	第 29 の３　センチネルリンパ節生検（片側） １　センチネルリンパ節生検（片側）に関する施設基準 (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。 (2) 当該保険医療機関が乳腺外科又は外科及び放射線科を標榜しており、当該診療科において常勤の医師が２名以上配置されていること。ただし、「２　単独法」のうち、色素のみによるもののみを実施する施設にあっては、放射線科を標榜していなくても差し支えない。 (3) 麻酔科標榜医が配置されていること。 (4) 病理部門が設置され、病理医が配置されていること。 ２　届出に関する事項 (1) 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。 **(2) 乳腺外科又は外科及び放射線科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専従・非専任の別）及び勤務時間を、別添２の様式４を用いて提出すること。**

第６　画像診断

＜変更部分は**太字**で表記してあります。＞

現　　行	改正告示（平成３０年３月５日　厚生労働省告示第４５号）	届出に関する手続きの取扱いについて（平成３０年３月５日　保医発０３０５第３号）
1　画像診断管理加算の施設基準 (1) 画像診断管理加算１の施設基準 イ　放射線科を標榜している保険医療機関であること。 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。 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。 (2) 画像診断管理加算２の施設基準 イ　放射線科を標榜している病院であること。 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。 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。 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。	1　画像診断管理加算の施設基準 (1) 画像診断管理加算１の施設基準 イ　放射線科を標榜している保険医療機関であること。 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。 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。 (2) 画像診断管理加算２の施設基準 イ　放射線科を標榜している病院であること。 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。 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。 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。 **(3) 画像診断管理加算３の施設基準** **イ　放射線科を標榜している病院であること。** **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。** **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。** **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。** **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。**	第30　画像診断管理加算 1　画像診断管理加算１に関する施設基準 (1) 放射線科を標榜している保険医療機関であること。 (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。 (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。 (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。 (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。 2　画像診断管理加算２に関する施設基準 (1) 放射線科を標榜している病院であること。 (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。 (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。 (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。 (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。 (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。 (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。 **３ 画像診断管理加算３に関する施設基準** **(1) 放射線科を標榜している特定機能病院であること。** **(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。** **(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。** **(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。** **(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。**

＜変更部分は**太字**で表記してあります。＞

現　　行	改正告示（平成３０年３月５日　厚生労働省告示第４５号）	届出に関する手続きの取扱いについて（平成３０年３月５日　保医発０３０５第３号）
		(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。 **(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。** **(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。** **(9) 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。** ~~3~~ **4**　届出に関する事項 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。

＜変更部分は**太字**で表記してあります。＞

現　　行	改正告示（平成３０年３月５日　厚生労働省告示第４５号）	届出に関する手続きの取扱いについて（平成３０年３月５日　保医発０３０５第３号）
2　遠隔画像診断による写真診断（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）、基本的エックス線診断料（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）、核医学診断及びコンピューター断層診断の施設基準 (1) 送信側 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。 (2) 受信側 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。 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。	2　遠隔画像診断による写真診断（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）、基本的エックス線診断料（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）、核医学診断及びコンピューター断層診断の施設基準 (1) 送信側 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。 (2) 受信側 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。 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。	第32　遠隔画像診断 1　遠隔画像診断に関する施設基準 (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。 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。 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。 (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。 ア　画像診断管理加算１**~~又は画像診断管理加算一、~~**２**又は３**に関する施設基準を満たすこと。 イ　特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院、へき地中核病院又はへき地医療支援病院であること。 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。 2　届出に関する事項 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。 ＜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。＞
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 (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 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。 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。 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。 (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 次のいずれかに該当すること。 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。 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。	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 (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 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。 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。 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。 (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 次のいずれかに該当すること。 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。 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。	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 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 (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。 (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。 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 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。）。**~~なお、平成28年３月31日時点で当該届出を行っている保険医療機関については、平成29年３月31日までの間、平成27年１月から12月までの実績に基づき当該計算式により算出した数値が100分の20以上であれば、当該施設基準に該当するものとみなす。~~**がん診療の拠点となる病院とは、第11の２が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。

＜変更部分は**太字**で表記してあります。＞

現　　行	改正告示（平成３０年３月５日　厚生労働省告示第４５号）	届出に関する手続きの取扱いについて（平成３０年３月５日　保医発０３０５第３号）
		３　届出に関する事項 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。
４　ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影の施設基準 (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。 (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。 (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。	４　ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影の施設基準 (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。 (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。 (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。	第 34　ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影 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。 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。 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。
５　冠動脈ＣＴ撮影加算、心臓ＭＲＩ撮影加算及び乳房ＭＲＩ撮影加算の施設基準 (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。	５　冠動脈ＣＴ撮影加算、心臓ＭＲＩ撮影加算、乳房ＭＲＩ撮影加算**、小児鎮静下ＭＲＩ撮影加算及び頭部ＭＲＩ撮影加算の施設基準** (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。	第 35　冠動脈ＣＴ撮影加算 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。 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。
５の２　外傷全身ＣＴ加算の施設基準 (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 (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。 (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。 (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。	５の２　外傷全身ＣＴ加算の施設基準 (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 (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。 (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。 (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。	第 35 の２　外傷全身ＣＴ加算 １　外傷全身ＣＴ加算に関する施設基準 (1) 救命救急入院料の施設基準の届出を行っていること。 (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。 (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。 ２　届出に関する事項 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。
５の３　大腸ＣＴ撮影加算の施設基準 当該撮影を行うにつき十分な機器を有していること。	５の３　大腸ＣＴ撮影加算の施設基準 当該撮影を行うにつき十分な機器を有していること。	第 35 の３　大腸ＣＴ撮影加算 １　大腸ＣＴ撮影加算に関する施設基準 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。 ２　届出に関する事項 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いればよく、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。

＜変更部分は**太字**で表記してあります。＞

現　　行	改正告示（平成３０年３月５日　厚生労働省告示第４５号）	届出に関する手続きの取扱いについて（平成３０年３月５日　保医発０３０５第３号）
		第36　心臓ＭＲＩ撮影加算 １　心臓ＭＲＩ撮影加算に関する施設基準 (1) 1.5テスラ以上のＭＲＩ装置を有していること。 (2) 画像診断管理加算２**又は３**に関する施設基準を満たすこと。 ２　届出に関する事項 心臓ＭＲＩ撮影加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式38を用いること。 第36の１の２　乳房ＭＲＩ撮影加算 １　乳房ＭＲＩ撮影加算に関する施設基準 (1) 1.5テスラ以上のＭＲＩ装置を有していること。 (2) 画像診断管理加算２**又は３**に関する施設基準を満たすこと。 (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。 ２　届出に関する事項 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。 **第36の１の３　小児鎮静下ＭＲＩ撮影加算** **１　小児鎮静下ＭＲＩ撮影加算に関する施設基準** **(1)　1.5 テスラ以上のＭＲＩ装置を有していること。** **(2)　画像診断管理加算２又は３に関する施設基準を満たすこと。** **(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。** **(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。** **(5)　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。** **２　届出に関する事項** **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。** **第36の１の４　頭部ＭＲＩ撮影加算** **１　頭部ＭＲＩ撮影加算に関する施設基準** **(1) ３テスラ以上のＭＲＩ装置を有していること。** **(2) 画像診断管理加算２又は３に関する施設基準を満たすこと。** **(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。** **(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。** **(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。** **(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。** **２　届出に関する事項** **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。**

＜変更部分は**太字**で表記してあります。＞

現　　行	改正告示（平成３０年３月５日　厚生労働省告示第４５号）	届出に関する手続きの取扱いについて（平成３０年３月５日　保医発０３０５第３号）
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 通則 (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 (2) （以下、省略）	１　医科点数表第二章第十部手術通則第４号**及び第１８号**に掲げる手術の施設基準 通則 (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 (2) （以下、省略）	第 57 の８　皮膚悪性腫瘍切除術（**悪性黒色腫**センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。） １　皮膚悪性腫瘍切除術（**悪性黒色腫**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 (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**悪性黒色腫**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。 (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。 (3) 麻酔科標榜医が配置されていること。 (4) 病理部門が設置され、病理医が配置されていること。 ２　届出に関する事項 (1) 皮膚悪性腫瘍切除術（**悪性黒色腫**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。 (2) 当該治療に従事する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添２の様式４を用いて提出すること。 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。） 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 (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。 (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っては、放射線科を標榜していなくても差し支えない。 (3) 麻酔科標榜医が配置されていること。 (4) 病理部門が設置され、病理医が配置されていること。 ２　乳腺悪性腫瘍手術（**乳頭**乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わないもの）及び**乳頭**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 (1) 乳腺悪性腫瘍手術が年間 20 例以上あること。 (2) 乳腺外科又は外科の経験を５年以上有しており、**乳頭**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。 (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。 (4) 麻酔科標榜医が配置されていること。 (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。

現　　行	改正告示（平成３０年３月５日　厚生労働省告示第４５号）	届出に関する手続きの取扱いについて（平成３０年３月５日　保医発０３０５第３号）
		３　届出に関する事項 (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（**乳頭**乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わないもの）及び**乳頭**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。 (2) 乳腺外科又は外科及び放射線科を担当する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添２の様式４を用いて提出すること。 第 62 の３ 経皮的冠動脈形成術 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。 (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 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。 第 63　経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの） 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 (1) 循環器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を年間 30 例以上実施しており、かつ、経皮的冠動脈形成術を年間 200 例以上実施していること。 (3) ５年以上の循環器科の経験を有する医師が１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。 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。 第 63 の２　経皮的冠動脈ステント留置術 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。 (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 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。

別添２

様式 31 の３

様式 31 の３

センチネルリンパ節生検（片側）の施設基準に係る届出書添付書類

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

	診療科名	常勤医師の氏名
4　乳腺外科又は外科の常勤医師の氏名等（２名以上）		
5　放射線科の常勤医師の氏名		
6　麻酔科標榜医の氏名		
7　病理部門の病理医氏名		

［記載上の注意］

1　「２」の「２単独法」のうち色素のみによるものを届出る場合、「５」の記載は不要であること。

2　「３」の経験年数は、当該診療科における経験年数を記載すること。

3　「３」については、当該検査症例一覧（実施年月日、検査名、患者の性別、年齢、主病名）を別添２の様式 52 により添付すること。

4　乳腺外科又は外科及び放射線科を担当する医師の氏名、勤務の形態及び勤務時間について、別添２の様式４を添付すること。

5　「６」について、麻酔科標榜許可書の写しを添付すること。

様式 32

様式 32

画像診断管理加算１
画像診断管理加算２
画像診断管理加算３
の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1　標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）		
2　画像診断を専ら担当する常勤医師の氏名等		
常勤医師の氏名	経験年数	医療機関勤務
		□
		□
		□
		□
		□
		□
		□
		□

3　核医学診断、ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影に係る事項

	当該保険医療機関における実施件数	うち画像診断を専ら担当する常勤医師の下に画像情報の管理を行った件数
核医学診断	①　件	件
ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影	②　件	件

4　核医学診断及びコンピューター断層診断に係る事項

	うち画像診断を専ら担当する常勤医師が読影及び診断を翌診療日までに行った件数
核医学診断	③　件
コンピューター断層診断	④　件

読影結果が翌診療日までに読影されている率　＝　（③＋④）／（①＋②）×100

＝　□　％

5　当該保険医療機関以外の施設への読影又は診断の委託	有　・　無
6　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

様式 32（続き）

7　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］

1　「２」の常勤医師については、該当するすべての医師について記載すること。また、当該医師の経歴（当該医師が専ら画像診断を担当した経験、勤務状況等がわかるもの）を添付すること。

なお、常勤医師のうち、当該保険医療機関において勤務する医師（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 24 時間以上の勤務を行っており、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。）については、当該医師の「医療機関勤務」の□に「✓」を記入すること。ただし、画像診断管理加算１及び２については１名以上、画像診断管理加算３については６名以上の「医療機関勤務」の常勤医師が必要であること。

2　「２」に研修修了の登録がされている医師の氏名を記入する場合は、関係学会による登録の有無が分かる書類の写しを添付すること。

3　「３」及び「４」については、届出前３か月間の件数を記入すること。

4　画像診断管理加算１の届出を行う場合にあっては、「３」、「４」、「６」及び「７」は記載する必要はないこと。

5　画像診断管理加算２の届出を行う場合にあっては、「６」及び「７」は記載する必要はないこと。

6　画像診断管理加算３の届出を行う場合にあっては、関連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。

別添２

様式 34

様式 36

様式 37

様式 34

遠隔画像診断の施設基準に係る届出書添付書類

送信側（画像の撮影が行われる保険医療機関）

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

受信側（画像診断が行われる保険医療機関）

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

［記載上の注意］

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

様式 36

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

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

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

［記載上の注意］

１　「１」は、特掲施設基準通知第２の４の⑵に定めるところによるものであること。
２　「１」経歴（当該画像診断に係る経験（関係学会等によるポジトロン断層撮影に係る研修の参加状況等）、当該保険医療機関における勤務状況がわかるもの）を添付すること。
３　「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

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

1　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　「1」及び「2」については、機器ごとに記載すること。

3　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。

4　64 列以上のマルチスライスＣＴ又はＭＲＩ（３テスラ以上）を届出する場合は、「5」及び「6」についても必ず記載すること。

5　「7」については、施設共同利用率が１０％以上の場合に限り記載すれば足りる。なお、保険診療を行った患者数のみを記載すること。

様式 38

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
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	常勤医師の氏名	経験年数

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	常勤医師の氏名	経験年数

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	常勤医師の氏名	経験年数

様式 38(続き)

6　画像診断を専ら担当する常勤の医師

診療科	常勤医師の氏名	経験年数

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］

1　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　「2」については、機器ごとに記載すること。

3　「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　「4」及び「5」については、小児鎮静下ＭＲＩ撮影加算を届け出る場合に記載すること。

5　「6」、「10」及び「11」については、頭部ＭＲＩ撮影加算を届け出る場合（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は、当該医師の経歴（当該医師が専ら画像診断を担当した経験、勤務状況等がわかるもの）若しくは関係学会による研修終了の登録の有無が分かる書類の写しを添付すること。

6　頭部ＭＲＩ撮影加算の届出を行う場合にあっては、関連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　「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撮影加算及び乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（ＭＲＩによるもの）を届け出る場合に記載すること。

8　「8」については外傷全身ＣＴ加算を届け出る場合に記載すること。

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）を届け出る場合に記載すること。

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

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

テクネシウム^{99m}ガス吸入装置用患者吸入セット　5,860 円

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

規　格		1 枚当たり材料価格
001　半切		122 円
002　大角		116 円
003　大四ツ切		81 円
004　四ツ切		64 円
005　六ツ切		51 円
006　八ツ切		48 円
007　カビネ		37 円
008　30cm×35cm		85 円
009　24cm×30cm		67 円
010　18cm×24cm		45 円
011　標準型（3cm×4cm）		28 円
012　咬合型（5.7cm×7.6cm、5.5cm×7.5cm 又は 5.4cm×7cm）		36 円
013　咬翼型（4.1cm×3cm 又は 2.1cm×3.5cm）		39 円
014　オルソパントモ型	20.3cm×30.5cm	101 円
	15cm×30cm	118 円
015　小児型	2.2cm×3.5cm	30 円
	2.4cm×3cm	23 円
016　間接撮影用フィルム	10cm×10cm	28 円
	7cm×7cm	22 円
	6cm×6cm	15 円
017　オデルカ用フィルム	10cm×10cm	32 円
	7cm×7cm	22 円
018　マンモグラフィー用フィルム	24cm×30cm	133 円
	20.3cm×25.4cm	133 円
	18cm×24cm	123 円
019　画像記録用フィルム		
(1) 半切		243 円
(2) 大角		211 円
(3) 大四ツ切		184 円
(4) Ｂ４		154 円
(5) 四ツ切		133 円
(6) 六ツ切		118 円
(7) 24cm×30cm		142 円

改正告示（平成３０年３月５日　厚生労働省告示第４７号）

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

テクネシウム^{99m}ガス吸入装置用患者吸入セット　5,860 円

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

規　格		1 枚当たり材料価格
001　半切		122 円
002　大角		116 円
003　大四ツ切		81 円
004　四ツ切		**63 円**
005　六ツ切		51 円
006　八ツ切		48 円
007　カビネ		37 円
008　30cm×35cm		85 円
009　24cm×30cm		67 円
010　18cm×24cm		45 円
011　標準型（3cm×4cm）		28 円
012　咬合型（5.7cm×7.6cm、5.5cm×7.5cm 又は 5.4cm×7cm）		36 円
013　咬翼型（4.1cm×3cm 又は 2.1cm×3.5cm）		39 円
014　オルソパントモ型	20.3cm×30.5cm	101 円
	15cm×30cm	118 円
015　小児型	2.2cm×3.5cm	30 円
	2.4cm×3cm	23 円
016　間接撮影用フィルム	10cm×10cm	28 円
	7cm×7cm	22 円
	6cm×6cm	15 円
017　オデルカ用フィルム	10cm×10cm	32 円
	7cm×7cm	22 円
018　マンモグラフィー用フィルム	24cm×30cm	133 円
	20.3cm×25.4cm	133 円
	18cm×24cm	123 円
019　画像記録用フィルム		
(1) 半切		**222** 円
(2) 大角		**185** 円
(3) 大四ツ切		184 円
(4) Ｂ４		**151** 円
(5) 四ツ切		133 円
(6) 六ツ切		118 円
(7) 24cm×30cm		142 円

届出に関する手続きの取扱いについて（平成３０年３月５日　保医発０３０５第１０号）

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

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

~~(6)~~ **016** テクネシウム^{99m}ガス吸入装置用患者吸入セット

~~ア~~ **(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。

~~イ~~ **(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。

４　フィルムに係る取扱いについて

(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。

(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。

(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。

(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。

(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）、シングルホトンエミッ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。

(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。

(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）にあっては、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。

(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。

(9) 画像診断に係る手技料を別に算定できない検査、処置、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料及び薬剤料を算定できる。

(10) フィルムの規格が定められていないフィルムにあっては、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。