

第2章第4部
画像診断

(通則の削除)

8 学校教育法に基づく大学又はその医学部若しくは歯学部の附属の教育研究施設としての附属病院その他の高度専門病院のうち別に厚生労働大臣が定める基準に該当するものである保険医療機関における画像診断に要する費用については、厚生労働大臣が別に算定方法を定めた場合にあつては、この表の規定にかかわらず、当該算定方法により算定するものとする。

(削除)

第1節 エックス線診断料
(項目の追加)

3 同一の部位につき、同時に2枚以上のフィルムを使用して同一の方法により、撮影を行った場合における写真診断及び撮影の費用は、区分番号E001に掲げる写真診断の2並びに区分番号E002に掲げる撮影の2並びに注4及び注5に掲げる場合を除き、第1枚目の写真診断及び撮影の費用については区分番号E001に掲げる写真診断及び区分番号E002に掲げる撮影の各所定点数により、第2枚目から第5枚目までの写真診断及び撮影の費用については区分番号E001に掲げる写真診断及び区分番号

3 同一の部位につき、同時に2枚以上のフィルムを使用して同一の方法により、撮影を行った場合における写真診断及び撮影の費用は、区分番号E001に掲げる写真診断の2及び4並びに区分番号E002に掲げる撮影の2及び4並びに注4及び注5に掲げる場合を除き、第1枚目の写真診断及び撮影の費用については区分番号E001に掲げる写真診断及び区分番号E002に掲げる撮影の各所定点数により、第2枚目から第5枚目までの写真診断及び撮影の費用については区分番号E001に掲げる写真診断

E002に掲げる撮影の各所定点数の100分の50に相当する点数により算定し、第6枚目以後の写真診断及び撮影については算定しない。

及び区分番号E002に掲げる撮影の各所定点数の100分の50に相当する点数により算定し、第6枚目以後の写真診断及び撮影については算定しない。

(点数の見直し・項目の追加)

4 デジタル映像化処理を行った場合においては、前3号により算定した点数に、一連の撮影について次の点数を加算する。

4 デジタル映像化処理を行った場合においては、前3号により算定した点数に、一連の撮影について次の点数を加算する。

- イ 単純撮影の場合 75点
- ロ 特殊撮影の場合 95点
- ハ 造影剤使用撮影の場合 120点
- (新設)

- イ 単純撮影の場合 60点
- ロ 特殊撮影の場合 64点
- ハ 造影剤使用撮影の場合 72点
- ニ 乳房撮影の場合 60点

写真診断

(項目の追加)

(新設) → 4 乳房撮影 (一連につき) 256点

撮影

(項目の追加)

(新設) → 4 乳房撮影 (一連につき) 196点

造影剤注入手技

(項目の追加)

3 動脈造影カテーテル法 1,180点 → 3 動脈造影カテーテル法

イ 主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合	1, 820点
ロ イ以外の場合	1, 180点

(注の削除)

注 主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合は、1回に限り、640点を加算する。 (削除)

第2節 核医学診断料

(加算の新設)

(新設) 3 コンピューターによる画像処理を行った場合においては、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、所定点数に60点を加算する。ただし、この場合において、フィルムは算定できない。

シンチグラム (画像を伴うもの)

(注の削除)

注5 使用したラジオアイソトープの費用は、薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除した点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。ただし、薬価が1 (削除)

5円以下である場合は算定せず、ラジオアイソトープの薬価は別に厚生労働大臣が定める。

シングルホトンエミッションコンピュータ断層撮影（同一のラジオアイソトープを用いた一連の検査につき）

（注の削除）

注5 使用したラジオアイソトープの費用は、薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除した点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。ただし、薬価が15円以下である場合は算定せず、ラジオアイソトープの薬価は別に厚生労働大臣が定める。

（削除）

ポジトロン断層撮影

（区分の新設）

（新設）

ポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影
（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}F 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}F DG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社会保険事務局長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社会保険事務局長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。

第3節 コンピューター断層撮影診断料
(項目の再編)

2 同一の部位につき、区分番号E200に掲げるコンピューター断層撮影及び区分番号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の費用については、撮影部位に応じて次に掲げる点数により算定する。

イ 頭部 (一連につき)	600点
ロ 躯幹 (一連につき)	810点

2 区分番号E200に掲げるコンピューター断層撮影及び区分番号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、650点を算定する。

(加算の新設)	ハ 四肢 (一連につき)	560点	→	3 コンピューターによる画像処理を行った場合 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、所定点数に60点を加算する。ただし、この場合において、フィルムのコストは算定できない。
		(新設)		
(加算の移動)			→	4 新生児又は3歳未満の乳幼児 (新生児を除く。) に対して区分番号E200から区分番号E202までに掲げるコンピューター断層撮影を行った場合は、当該撮影の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の30又は100分の15に相当する点数を加算する。
コンピューター断層撮影 (一連につき)				
(項目の再編)	1 単純CT撮影		→	1 単純CT撮影
	イ 頭部	620点		イ マルチスライス型の機器による場合
	ロ 躯幹	830点		850点
	ハ 四肢	570点		ロ イ以外の場合
				660点
(項目の再編)	2 特殊CT撮影 (管腔描出を行った場合)		→	2 特殊CT撮影 (管腔描出を行った場合)
	イ 頭部	710点		950点

ロ 軀幹 950点
ハ 四肢 660点

(注の変更)

注1 特殊CT撮影については、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社会保険事務局長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。

注1 単純CT撮影のイについては、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社会保険事務局長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。

(注の変更)

(新設)

2 特殊CT撮影については、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社会保険事務局長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。

(注の削除)

2 単純CT撮影又は特殊CT撮影のハに掲げる撮影は、四肢の悪性腫瘍又は筋萎縮性疾患等について行った場合に限り算定する。

(削除)

(加算の移動)

6 新生児又は3歳未満の乳幼児(新生児を除く。)に対してコンピューター断層撮影を行った場合は、当該撮影の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の30又は100分の15に相当する点数を加算する。

(削除)

非放射性キセノン脳血流動態検査

(加算の移動)

注1 新生児又は3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して検査を行った場合は、当該検査の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の30又は100分の15に相当する点数を加算する。

(削除)

磁気共鳴コンピューター断層撮影

(一連につき)

(項目の再編)

1 単純MRI撮影

- イ 頭部 1,140点
- ロ 軀幹 1,220点
- ハ 四肢 1,160点

1 単純MRI撮影

- イ 1.5テスラ以上の機器による場合 1,230点
- ロ イ以外の場合 1,080点

(項目の再編)

2 特殊MRI撮影（管腔描出を行った場合）

- イ 頭部 1,500点
- ロ 軀幹 1,600点
- ハ 四肢 1,520点

2 特殊MRI撮影（管腔描出を行った場合）

1,530点

(注の変更)

注1 特殊MRI撮影については、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社会保険事務局長に届け出た保険医

注1 単純MRI撮影のイについては、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社会保険事務局長に届け出た保

<p>(注の新設)</p>	<p>療機関において行われる場合に限り算定する。</p> <p>(新設)</p>	<p>除医療機関において行われる場合に限り算定する。</p> <p>2 特殊MRI撮影については、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社会保険事務局長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>(加算の移動)</p>	<p>4 新生児又は3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して断層撮影を行った場合は、当該撮影の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の30又は100分の15に相当する点数を加算する。</p>	<p>(削除)</p>

第2章第5部

投薬

第2節 処方料

処方料

(点数の見直し)

注6 注5に規定する場合であつて、処方期間が28日以上の場合、月1回に限り、1処方につき45点を加算する。ただし、この場合において、同一月に注5の加算は算定できない。

注6 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患のものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上の場合、月1回に限り、1処方につき65点を加算する。ただし、この場合において、同一月に注5の加算は算定できない。

第3節 薬剤料

薬剤

(注の変更)

注3 健康保険法第85条第1項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤（ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。）については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合

注3 健康保険法第85条第1項及び老人保健法第31条の2第1項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤（ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。）については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難で

	<p>であって、医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断した場合を除き、これを算定しない。</p>	<p>ある場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断した場合を除き、これを算定しない。</p>																
<p>第5節 処方せん料 処方せん料 (点数の見直し)</p>	<p>1 7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く。）を行った場合</p> <table border="0"> <tr> <td>イ 後発医薬品を含む場合</td> <td>43点</td> </tr> <tr> <td>ロ イ以外の場合</td> <td>41点</td> </tr> </table> <p>2 1以外の場合</p> <table border="0"> <tr> <td>イ 後発医薬品を含む場合</td> <td>71点</td> </tr> <tr> <td>ロ イ以外の場合</td> <td>69点</td> </tr> </table>	イ 後発医薬品を含む場合	43点	ロ イ以外の場合	41点	イ 後発医薬品を含む場合	71点	ロ イ以外の場合	69点	<p>1 7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く。）を行った場合</p> <table border="0"> <tr> <td>イ 後発医薬品を含む場合</td> <td>42点</td> </tr> <tr> <td>ロ イ以外の場合</td> <td>40点</td> </tr> </table> <p>2 1以外の場合</p> <table border="0"> <tr> <td>イ 後発医薬品を含む場合</td> <td>70点</td> </tr> <tr> <td>ロ イ以外の場合</td> <td>68点</td> </tr> </table>	イ 後発医薬品を含む場合	42点	ロ イ以外の場合	40点	イ 後発医薬品を含む場合	70点	ロ イ以外の場合	68点
イ 後発医薬品を含む場合	43点																	
ロ イ以外の場合	41点																	
イ 後発医薬品を含む場合	71点																	
ロ イ以外の場合	69点																	
イ 後発医薬品を含む場合	42点																	
ロ イ以外の場合	40点																	
イ 後発医薬品を含む場合	70点																	
ロ イ以外の場合	68点																	
<p>(点数の見直し)</p>	<p>注4 注3に規定する場合であって、処方期間が28日以上の場合、月1回に限り、処方せんの交付1回につき45点を加算する。ただし、この場合において、同一月に注3の加算は算定できない。</p>	<p>注4 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患のものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上の場合、月1回に限り、1処方につき65点を加算する。ただし、この場合において、同一月に注3の加算は算定できない。</p>																

第2章第6部

注射

第1節 注射料

皮下、筋肉内注射（1回につき）

（区分の見直し）

皮下、筋肉内注射（1回につき）

→ 皮内、皮下及び筋肉内注射（1回につき）

（注の変更）

注2 区分番号C101又はC108に掲げる在宅自己注射指導管理料又は在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者について、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に併せて行った皮下、筋肉内注射の費用は算定しない。

注2 区分番号C101又はC108に掲げる在宅自己注射指導管理料又は在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者について、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に併せて行った皮内、皮下及び筋肉内注射の費用は算定しない。

静脈内注射（1回につき）

（加算の見直し）

注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、21点を加算する。

注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、42点を加算する。

抗悪性腫瘍剤動脈内持続注入（1日につき）

（区分の見直し）

抗悪性腫瘍剤動脈内持続注入（1日につき）

→ 抗悪性腫瘍剤局所持続注入（1日につき）

(注の新設)

(新設)

注 皮下埋込型カテーテルアクセス等を用いて抗悪性腫瘍剤を、動脈内、静脈内又は腹腔内に局所持続注入した場合に算定する。

点滴注射（1日につき）

(点数の見直し)

注2 区分番号G005に掲げる中心静脈注射の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、悪性腫瘍に対して用いる薬剤であって細胞毒性を有するもの及び別に厚生労働大臣が定める入院患者に対して使用する薬剤について必要があつて無菌製剤処理が行われた場合は、1日につき40点を加算する。

注2 区分番号G005に掲げる中心静脈注射の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、悪性腫瘍に対して用いる薬剤であって細胞毒性を有するもの又は別に厚生労働大臣が定める入院患者に対して使用する薬剤について必要があつて無菌製剤処理が行われた場合は、1日につきそれぞれ50点又は40点を加算する。

(点数の見直し)

注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であつて、悪性腫瘍の患者であるものに対して化学療法を行った場合は、外来化学療法加算として、1日につき300点

注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であつて、治療を開始するに当たって、患者に対して注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で、悪

	(15歳未満の患者に対して行った場合は、500点)を加算する。		性腫瘍等の患者であるものに対して化学療法を行った場合は、外来化学療法加算として、1日につき400点(15歳未満の患者に対して行った場合は、700点)を加算する。
(加算の見直し)	注4 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、21点を加算する。	→	注4 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、42点を加算する。
中心静脈注射(1日につき) (注の新設)	(新設)	→	注6 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、50点を加算する。
中心静脈注射用カテーテル挿入 (点数の見直し)	注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、300点を加算する。	→	注2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、500点を加算する。
脳脊髄腔注射 (加算の見直し)	注 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、30点を加算する。	→	注 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、60点を加算する。
(区分の新設)	(新設)	→	滑液嚢穿刺後の注入 80点

(区分の新設)	(新設)	→	自家血清の眼球注射	25点
(区分の新設)	(新設)	→	テノン氏嚢内注射	60点
第2節 薬剤料				
薬剤				
(注の変更)	<p>注1 特別入院基本料2を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対する合算薬剤料が、250点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数を超える場合（悪性新生物その他の特定の疾患に罹患している患者に対して投薬又は注射を行った場合を除く。）には、当該合算薬剤料は、所定点数にかかわらず、250点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数により算定する。</p>	→	<p>注1 特別入院基本料を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対する合算薬剤料が、250点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数を超える場合（悪性新生物その他の特定の疾患に罹患している患者に対して投薬又は注射を行った場合を除く。）には、当該合算薬剤料は、所定点数にかかわらず、250点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数により算定する。</p>	
(注の変更)	<p>注2 健康保険法第85条第1項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤（ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。）については、当該患</p>	→	<p>注2 健康保険法第85条第1項及び老人保健法第31条の2第1項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤（ビタミンB群製剤及びビタミンC</p>	

者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該ビタミン剤の注射が有効であると判断した場合を除き、これを算定しない。

製剤に限る。)については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該ビタミン剤の注射が有効であると判断した場合を除き、これを算定しない。