

第 2 章 第 4 部
画像診断

通則

(通則の追加：告示の簡素化)

(各区分の画像診断管理加算に係る注の一括化)

(画像診断管理加算 2 の新設)

4 区分番号 E 0 0 1、E 0 0 4、E 1 0 2 及び E 2 0 3 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社会保険事務局長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、月 1 回に限り所定点数に 4 8 点を加算する。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。

5 区分番号 E 1 0 2 及び E 2 0 3 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社会保険事務局長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、月 1 回に限り所定点数に 7 2 点を加算する。

(通則の追加)

(遠隔画像診断による画像診断の取扱い)

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社会保険事務局長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4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、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。

(通則の追加)

(遠隔画像診断による画像診断の取扱い)

7 遠隔画像診断による画像診断（区分番号E102及びE203に掲げる画像診断に限る。）を通則6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5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、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。

第1節 エックス線診断料

(通則の変更：同時に2枚以上のフィルムを使用した場合の算定方法の明確化)

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、区分番号E002に掲げる撮影の2及び同区分の3の注2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。

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、区分番号E002に掲げる撮影の2及び同区分の注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。

第2節 核医学診断料

シンチグラム（画像を伴うもの）
（項目の組み替え）

- 1 シンチグラム（1スキャン又は1コマ） 860点
- 注 5スキャン又は5コマを限度として、1スキャン又は1コマにつき所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。
- 2 血流動態シンチグラム（一連につき） 1,400点
- 3 全身シンチグラム
 - イ 1方向 1,400点
 - ロ 2方向以上 2,500点
- 4 血栓シンチグラム、炎症シンチグラム（インジウムを用いるもの） 2,000点

（注の削除：解析処理加算の包括）

注1 検査に当たって、得られた画像及び情報をコンピューターにより解析処理を行った場合は、同一のラジオアイソトープを用いた一連の検査の1処理につき400点を加算する。ただし、3以上の処理を行った場合は、3処理を限度として算定する。

- 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

（削除）

ポジトロン断層撮影
(項目の追加)

(注の追加：施設基準の設定)

ポジトロン断層撮影 (^{15}O 標識ガス剤を用いた一連の検査につき) 10,000点

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}F FDGを用いた場合 (一連の検査につき) 7,500点

注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方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

コンピューター断層撮影 (一連につき)

1 単純CT撮影

- イ 頭部
- ロ 躯幹
- ハ 四肢

655点
880点
610点

620点
830点
570点

磁気共鳴コンピュータ断層撮影

(一連につき)

1 単純MRI撮影

イ 頭部

ロ 躯幹

ハ 四肢

1,660点

1,780点

1,690点

1,140点

1,220点

1,160点

第2章第5部
投薬

第5節 処方せん料

処方せん料

(項目の分割：後発品の使用に係る環境整備)

- 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 53点
- 2 1以外の場合 81点

- 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
 - イ 後発医薬品を含む場合 43点
 - ロ イ以外の場合 41点
- 2 1以外の場合
 - イ 後発医薬品を含む場合 71点
 - ロ イ以外の場合 69点

第2章第6部
注射

通則

(点数の見直し)

4 精密持続点滴注射を行った場合は、前3号により算定した点数に1日につき100点を加算する。

4 精密持続点滴注射を行った場合は、前3号により算定した点数に1日につき80点を加算する。

第1節 注射料

静脈内注射（1回につき）

(注の変更：在宅療養指導管理料との関係の整理)

注3 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静脈内注射の費用は算定しない。

注3 区分番号C101、C104又はC108に掲げる在宅自己注射指導管理料、在宅中心静脈栄養法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静脈内注射の費用は算定しない。

(項目の移動)

抗悪性腫瘍剤動脈内持続注入用埋込型カテーテル設置

(手術の部へ移動)

- 1 開腹して設置した場合 9,400点
- 2 四肢に設置した場合 8,400点
- 3 頭頸部その他に設置した場合

8,600点

注 使用したカテーテル、カテーテルアクセス等の材料の費用は、これらの点数に含まれるものとする。

点滴注射（1日につき）

（注の新設：外来化学療法加算の新設）

（注の変更：在宅療養指導管理料との関係の整理）

注5 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点滴注射の費用は算定しない。

中心静脈注射（1日につき）

（注の変更：在宅療養指導管理料

注4 区分番号C104又はC108に掲げる在

注3 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って、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（15歳未満の患者に対して行った場合は、500点）を加算する。

6 区分番号C101、C104又はC108に掲げる在宅自己注射指導管理料、在宅中心静脈栄養法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点滴注射の費用は算定しない。

注4 区分番号C104に掲げる在宅中心静脈栄

との関係の整理)

宅中心静脈栄養法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中心静脈注射の費用は算定しない。

養法指導管理料を算定している患者に対して行った中心静脈注射の費用は算定しない。

5 区分番号C108に掲げる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中心静脈注射の費用は算定しない。

(項目の移動)

中心静脈栄養用埋込型カテーテル設置

- 1 開腹して設置した場合 9,400点
- 2 四肢に設置した場合 8,400点
- 3 頭頸部その他に設置した場合
8,600点

注1 使用したカテーテル、カテーテルアクセス等の材料の費用は、これらの点数に含まれるものとする。

2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、300点を加算する。

(手術の部へ移動)

第2章第7部
リハビリテーション

通則

4 同一の患者に対して、理学療法及び作業療法を同一日に行った場合は、主たるものの所定点数により算定する。

(削除)

5 4の規定にかかわらず、理学療法(I)又は理学療法(II)を行う保険医療機関に限り、それぞれの所定点数を算定できる。ただし、脳血管疾患を発症した患者については、発症後6月を超え1年以内の場合は、主たるものの所定点数に従たるものの所定点数の100分の30に相当する点数を加算して算定し、発症後1年を超えた場合は、主たるものの所定点数により算定する。

(削除)

(項目の追加)

(算定回数制限の導入)

4 理学療法、作業療法及び言語聴覚療法については、患者1人につき1日合計4単位(別に厚生労働大臣が定める患者については1日合計6単位)に限り算定する。

(項目の追加)

5 リハビリテーションは、適切な計画のもとに行われるものであり、その効果を定期的に評価し、それに基づき計画を見直しつつ実施されるものである。

第1節 リハビリテーション料

理学療法

(評価体系の見直し)

※複雑・簡単から個別・集団療法へ

※早期リハビリテーション評価の見直し

1 理学療法(I)

イ 入院中の患者については入院の日から、入院中の患者以外の患者については初診の日から(急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者については発症の日から)起算して6月以内の期間に行った場合

(1) 複雑なもの 660点

(2) 簡単なもの 185点

ロ 入院中の患者については入院の日から、入院中の患者以外の患者については初診の日から(急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者については発症の日から)起算して6月を超えた期間に行った場合

(1) 複雑なもの 570点

(2) 簡単なもの 170点

2 理学療法(II)

イ 入院中の患者については入院の日から、入院中の患者以外の患者については初診の日から(急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者については発症の日から)起算して6月以内の期間に行った場合

(1) 複雑なもの 530点

1 理学療法料(I)

(1) 個別療法(1単位) 250点

(2) 集団療法(1単位) 100点

2 理学療法料(II)

(1) 個別療法(1単位) 180点

(2) 集団療法(1単位) 80点

(2) 簡単なもの	170点
ロ 入院中の患者については入院の日から、入院中の患者以外の患者については初診の日から（急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者については発症の日から）起算して6月を超えた期間に行った場合	
(1) 複雑なもの	480点
(2) 簡単なもの	155点
3 理学療法(Ⅲ)	
イ 複雑なもの	240点
ロ 簡単なもの	75点
4 理学療法(Ⅳ)	
イ 複雑なもの	115点
ロ 簡単なもの	65点

注1 1、2及び3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当該基準に定める区分に従ってそれぞれ算定し、4についてはそれ以外の保険医療機関において行われる場合に算定する。

(算定回数制限の導入)

3 理学療法(Ⅲ)	
(1) 個別療法 (1単位)	100点
(2) 集団療法 (1単位)	40点
4 理学療法(Ⅳ)	
(1) 個別療法 (1単位)	50点
(2) 集団療法 (1単位)	35点

注1 1、2及び3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当該基準に係る区分に従ってそれぞれ算定し、4についてはそれ以外の保険医療機関において行われる場合に算定する。

2 個別療法については、患者1人につき1日3単位に限り算定するものとし、別に厚生労働大臣が定める患者以外の患者に対し、1月に合計11単位以上行った場合は、11単位

(算定回数制限の導入)

(個別療法と集団療法との関係の整理)

2 急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者に対して理学療法(I)又は理学療法(II)を行った場合は、発症後3月以内に限り、1日につき60点をそれぞれの所定点数に加算する。

目以降のものについては、所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。

3 集団療法については、患者1人につき1日2単位、かつ、1月合計8単位に限り算定する。

4 同一の患者に対して、個別療法と集団療法を同日に行った場合は、個別療法の所定点数のみにより算定する。

5 急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者に対して、リハビリテーション計画を作成し、当該リハビリテーション計画に基づき、理学療法(I)のイ又は理学療法(II)のイを行った場合は、次に掲げる区分に応じ、早期リハビリテーション加算として、それぞれ次に定める点数(15歳未満の患者に対して行った場合は、それぞれ次に定める点数の100分の200に相当する点数)を所定点数に加算するものとする。この場合において、入院中の患者に対し、病棟等において早期歩行、ADLの自立等を目的とした理学療法(I)のイ又は理学療法(II)のイを行った場合は、1単位につき更に30点を所定点数に加算するものとする。

イ 発症後14日以内に行われた場合(1単位につき) 100点

ロ 発症後15日以上30日以内の期間に行

早期理学療法

3 鋼線等による直達牽引若しくは介達牽引、
湿布処置又は消炎鎮痛処置を併せて行った場
合は、理学療法の所定点数のみにより算定す
る。
(慢性疼痛疾患管理を受けている場合の理学療法
の取扱い)

1 早期理学療法(I) 710点
2 早期理学療法(II) 590点

注1 1については、区分番号H001に掲げる
理学療法(I)に係る別に厚生労働大臣が定める
施設基準に適合しているものとして地方社会
保険事務局長に届け出た保険医療機関におい
て、入院中の患者であって、急性発症した脳
血管疾患等の疾患を主病とし現に床上起座が
困難なものに対して、診療に基づき、理学療
法士等が床上起座及び離床の促進等を目的と
する理学療法を行った場合に、発症の日から
30日以内に限り算定する。

われた場合(1単位につき) 80点

ハ 発症後31日以上90日以内の期間に行
われた場合(1単位につき) 30点

6 鋼線等による直達牽引又は消炎鎮痛等処置
を併せて行った場合は、理学療法の所定点数
のみにより算定する。

7 区分番号B001の17に掲げる慢性疼痛疾
患管理料を算定する患者に対して行った理学
療法(M)を算定すべき理学療法に係る費用は、
算定しない。

(廃止)

作業療法

- 2 2については、区分番号H001に掲げる理学療法(Ⅱ)に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、入院中の患者であって、急性発症した脳血管疾患等の疾患を主病とし現に床上起座が困難なものに対して、診療に基づき、理学療法士等が床上起座及び離床の促進等を目的とする理学療法を行った場合に、発症の日から30日以内に限り算定する。
- 3 区分番号H001に掲げる理学療法を算定する理学療法、湿布処置、鋼線等による直達牽引若しくは介達牽引又は消炎鎮痛処置の費用は、所定点数に含まれるものとする。

1 作業療法(I)

- イ 入院中の患者については入院の日から、入院中の患者以外の患者については初診の日から（急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者については発症の日から）起算して6月以内の期間に行った場合
 - (1) 複雑なもの 660点
 - (2) 簡単なもの 185点
- ロ 入院中の患者については入院の日から、入

1 作業療法(I)

- イ 個別療法（1単位） 250点
- ロ 集団療法（1単位） 100点

院中の患者以外の患者については初診の日から（急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者については発症の日から）起算して6月を超えた期間に行った場合

- (1) 複雑なもの 570点
- (2) 簡単なもの 170点

2 作業療法(II)

イ 入院中の患者については入院の日から、入院中の患者以外の患者については初診の日から（急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者については発症の日から）起算して6月以内の期間に行った場合

- (1) 複雑なもの 530点
- (2) 簡単なもの 170点

ロ 入院中の患者については入院の日から、入院中の患者以外の患者については初診の日から（急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者については発症の日から）起算して6月を超えた期間に行った場合

- (1) 複雑なもの 480点
- (2) 簡単なもの 155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算定する。

2 作業療法(II)

- イ 個別療法（1単位） 180点
- ロ 集団療法（1単位） 80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当該基準に係る区分に

(算定回数制限の導入)

(算定回数制限の導入)

(個別療法と集団療法との関係の整理)

2 急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者に対して作業療法(I)又は作業療法(II)を行った場合は、発症後3月以内に限り、1日につき1又は2の所定点数に60点を加算する。

従いそれぞれ算定する。

2 個別療法については、患者1人につき1日3単位に限り算定するものとし、別に厚生労働大臣が定める患者以外の患者に対し、1月に合計11単位以上行った場合は、11単位目以降のものについては、所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。

3 集団療法については、患者1人につき1日2単位、かつ、1月合計8単位に限り算定する。

4 同一の患者に対して、個別療法と集団療法を同一日に行った場合は、個別療法の所定点数のみにより算定する。

5 急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者に対して、リハビリテーション計画を作成し、当該リハビリテーション計画に基づき、作業療法(I)のイ又は作業療法(II)のイを行った場合は、次に掲げる区分に応じ、早期リハビリテーション加算として、それぞれ次に定める点数(15歳未満の患者に対して行った場合は、それぞれ次に定める点数の100分の200に相当する点数)を所定点数に加算する。この場合において、入院中の患者に対し、病棟等において早期歩行、ADLの自立等を目的とした作業療法(I)のイ又は作業療法(II)のイを行った場合は、

(リハビリテーション総合計画評価料の新設)

(新設)

1単位につき更に30点を所定点数に加算するものとする。

イ 発症後14日以内に行われた場合(1単位につき) 100点

ロ 発症後15日以上30日以内の期間に行われた場合(1単位につき) 80点

ハ 発症後31日以上90日以内の期間に行われた場合(1単位につき) 30点

リハビリテーション総合計画評価料 480点

注 理学療法(I)又は作業療法(I)に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届出を行った保険医療機関において、医師、看護師、理学療法士、作業療法士等が共同してリハビリテーション計画を策定し、当該計画に基づき理学療法料を算定すべき理学療法又は作業療法料を算定すべき作業療法を行った場合に、入院中の患者については入院初月並びに当該月から起算して2月、3月及び6月の各月に限り、入院中の患者以外の患者については当該理学療法又は作業療法を最初に実施した月並びに当該月から起算して2月、3月及び6月の各月に限り、患者1人につきそれぞれ1月に1回を限度として算定する

(言語療法の名称変更)

(項目の分割)

言語療法

- 1 複雑なもの 200点
- 2 簡単なもの 135点

注1 1については患者と1対1で30分以上行った場合に限り算定する。

2 2については15分以上行った場合に限り算定する。

(算定回数制限の導入)

(算定回数制限の導入)

(個別療法と集団療法との関係の整理)

言語聴覚療法

- 1 言語聴覚療法(I)
 - イ 個別療法(1単位) 250点
 - ロ 集団療法(1単位) 100点
- 2 言語聴覚療法(II)
 - イ 個別療法(1単位) 180点
 - ロ 集団療法(1単位) 80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算定する。

2 個別療法については、患者1人につき1日3単位に限り算定するものとし、別に厚生労働大臣が定める患者以外の患者に対し、1月に合計11単位以上行った場合は、11単位目以降のものについては、所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。

3 集団療法については、患者1人につき1日2単位、かつ、1月合計8単位に限り算定する。

4 同一の患者に対して、個別療法と集団療法

を同一日に行った場合は、個別療法の所定点数のみにより算定する。