

- 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、所定点数に1日につき110点を加算する。
- 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48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72点を加算する。
- 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。
- 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。
- 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っては、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。

#### 第1節 エックス線診断料

- 1 エックス線診断の費用は、区分番号E000に掲げる透視診断若しくは区分番号E001に掲げる写真診断の各区分の所定点数、区分番号E001に掲げる写真診断及び区分番号E002に掲げる撮影の各区分の所定点数を合算した点数若しくは区分番号E001に掲げる写真診断、区分番号E002に掲げる撮影及び区分番号E003に掲げる造影剤注入手技の各区分の所定点数を合算した点数又はこれらの点数を合算した点数により算定する。
- 2 同一の部位につき、同時に2以上のエックス線撮影を行った場合における写真診断の費用は、第1の診断については区分番号E001に掲げる写真診断の各所定点数により、第2の診断以後の診断については同区分の各所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。
- 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。
- 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
5	特定機能病院である保険医療機関における入院中の患者に係るエックス線診断料は、区分番号E004に掲げる基本的エックス線診断料の所定点数及び当該所定点数に含まれない各項目の所定点数により算定する。	
区分		
E000	透視診断	110点
E001	写真診断	
	1 単純撮影	
	イ 頭部、胸部、腹部又は脊椎	85点
	ロ その他	43点
	2 特殊撮影（一連につき）	96点
	3 造影剤使用撮影	72点
	注 間接撮影を行った場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。	
E002	撮影	
	1 単純撮影	65点
	2 特殊撮影（一連につき）	264点
	3 造影剤使用撮影	148点
	注1 間接撮影を行った場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。	
	2 新生児又は3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して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。	
	3 3の造影剤使用撮影について、脳脊髄腔造影剤使用撮影を行った場合は、148点を加算する。	
	4 3の造影剤使用撮影について、心臓及び冠動脈造影を行った場合は、一連につき区分番号D206に掲げる心臓カテーテル法による諸検査の所定点数により算定するものとし、造影剤使用撮影に係る費用及び造影剤注入手技に係る費用は含まれるものとする。	
	5 3の造影剤使用撮影について、胆管・膵管造影法を行った場合は、画像診断に係る費用も含め、一連につき区分番号D308に掲げる胃・十二指腸ファイバースコープの所定点数（加算を含む。）により算定する。	
E003	造影剤注入手技	
	1 点滴注射	区分番号G004に掲げる点滴注射の所定点数
	2 動脈注射	区分番号G002に掲げる動脈注射の所定点数
	3 動脈造影カテーテル法	1,180点
	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。	
	4 静脈造影カテーテル法	1,180点
	5 内視鏡下の造影剤注入	
	イ 気管支鏡挿入	区分番号D301に掲げる気管支鏡検査の所定点数
	ロ 気管支ファイバースコープ挿入	区分番号D302に掲げる気管支ファイバースコープの所定点数
	ハ 尿管カテーテル法（両側）	区分番号D318に掲げる尿管カテーテル法の所定点数
	6 腔内注入及び穿刺注入	
	イ 注腸	300点
	ロ その他のもの	120点
E004	基本的エックス線診断料（1日につき）	
	1 入院の日から起算して4週間以内の期間	55点

- 2 入院の日から起算して4週間を超えた期間 40点
- 注1 特定機能病院である保険医療機関において、入院中の患者に対して行ったエックス線診断について算定する。
- 2 次に掲げるエックス線診断の費用は所定点数に含まれるものとする。
- イ 区分番号E001に掲げる写真診断の1に掲げるもの（間接撮影の場合を含む。）
- ロ 区分番号E002に掲げる撮影の1に掲げるもの（間接撮影の場合を含む。）
- 3 療養病棟、結核病棟又は精神病棟に入院している患者及び第1章第2部第2節に規定するHIV感染者療養環境特別加算若しくは重症者等療養環境特別加算又は同部第3節に規定する特定入院料を算定している患者については適用しない。

#### 第2節 核医学診断料

- 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から区分番号E101-2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から区分番号E101-2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。

#### 区分

##### 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、所定点数に100点を加算する。
- 3 新生児又は3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対してシンチグラムを行った場合は、当該シンチグラムの所定点数にそれぞれ所定点数の100分の30又は100分の15に相当する点数を加算する。
- 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。
- 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。

##### 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、所定点数に100点を加算する。
- 2 新生児又は3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して断層撮影を行った場合は、所定点数にそれぞれ所定点数の100分の30又は100分の15に相当する点数を加算する。
- 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。
- 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。

##### E101-2 ポジトロン断層撮影

- 1 <sup>15</sup>O標識ガス剤を用いた場合（一連の検査につき） 7,000点
- 2 <sup>18</sup>F DGを用いた場合（一連の検査につき） 7,500点
- 注1 <sup>15</sup>O標識ガス剤の合成及び吸入並びに<sup>18</sup>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。

E102 核医学診断 375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。

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、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 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
  - ハ 四肢（一連につき） 560点

区分

E200 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 620点
  - ロ 躯幹 830点
  - ハ 四肢 570点
- 2 特殊CT撮影（管腔描出を行った場合）
  - イ 頭部 715点
  - ロ 躯幹 960点
  - ハ 四肢 670点
- 3 脳槽CT造影 2,300点

- 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。
- 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。
  - 3 単純CT撮影、特殊CT撮影及び脳槽CT造影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つては、主たる撮影の所定点数のみにより算定する。
  - 4 単純CT撮影又は特殊CT撮影について造影剤を使用した場合は、その使用した部位にかかわらず、所定点数に500点を加算する。この場合において造影剤注入手技料及び麻酔料（閉鎖循環式麻酔を除く。）は、加算点数に含まれるものとする。
  - 5 脳槽CT造影に係る造影剤注入手技料及び麻酔料（閉鎖循環式麻酔を除く。）は、所定点数に含まれるものとする。
  - 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。

- E 2 0 1 非放射性キセノン脳血流動態検査 2,000点  
 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。  
 2 非放射性キセノン吸入手技料及び同時に行うコンピューター断層撮影に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。

E 2 0 2 磁気共鳴コンピューター断層撮影（一連につき）

- 1 単純MR I 撮影  
 イ 頭部 1,140点  
 ロ 躯幹 1,220点  
 ハ 四肢 1,160点  
 2 特殊MR I 撮影（管腔描出を行った場合）  
 イ 頭部 1,760点  
 ロ 躯幹 1,880点  
 ハ 四肢 1,790点

- 注1 特殊MR I 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。  
 2 単純MR I 撮影又は特殊MR I 撮影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 単純MR I 撮影又は特殊MR I 撮影（脳血管に対する造影の場合は除く。）について造影剤を使用した場合は、所定点数に250点を加算する。この場合において造影剤注入手技料及び麻酔料（閉鎖循環式麻酔を除く。）は、加算点数に含まれるものとする。  
 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。

E 2 0 3 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。

第4節 薬剤料

区分

- E 3 0 0 薬剤 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円で除して得た点数につき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。

- 注1 薬価が15円以下である場合は、算定しない。  
 2 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第5節 特定保険医療材料料

区分

- E 4 0 0 フィルム 材料価格を10円で除して得た点数

- 注1 6歳未満の乳幼児に対して胸部単純撮影又は腹部単純撮影を行った場合は、材料価格に1.1を乗じて得た額を10円で除して得た点数とする。

- 2 使用したフィルムの材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

- E 4 0 1 特定保険医療材料（フィルムを除く。） 材料価格を10円で除して得た点数

- 注 使用した特定保険医療材料（フィルムを除く。）の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第5部 投薬

通則

- 1 投薬の費用は、第1節、第2節及び第3節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。ただし、処方せんを交付した場合は、第5節の所定点数のみにより算定する。  
 2 投薬に当たって、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。)を支給した場合は、前号により算定した点数及び第4節の所定点数により算定する。

- 3 薬剤師が常時勤務する保険医療機関において投薬を行った場合(処方せんを交付した場合を除く。)は、前2号により算定した点数及び第6節の所定点数を合算した点数により算定する。

#### 第1節 調剤料

区分

#### F000 調剤料

- 1 入院中の患者以外の患者に対して投薬を行った場合
    - イ 内服薬、浸煎薬及び屯服薬(1回の処方に係る調剤につき) 9点
    - ロ 外用薬(1回の処方に係る調剤につき) 6点
  - 2 入院中の患者に対して投薬を行った場合(1日につき) 7点
- 注 麻薬、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬を調剤した場合は、1に係る場合には1処方につき1点を、2に係る場合には1日につき1点をそれぞれ加算する。

#### 第2節 処方料

区分

#### F100 処方料

- 1 7種類以上の内服薬の投薬(臨時の投薬であつて、投薬期間が2週間以内のものを除く。)を行った場合 29点
  - 2 1以外の場合 42点
- 注1 入院中の患者以外の患者に対する1回の処方について算定する。
- 2 麻薬、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬を処方した場合は、1処方につき1点を加算する。
  - 3 入院中の患者に対する処方を行った場合は、当該処方の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。
  - 4 3歳未満の乳幼児に対して処方を行った場合は、1処方につき3点を加算する。
  - 5 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を主病とするものに限る。)に対して処方を行った場合は、月2回に限り、1処方につき15点を加算する。

#### 第3節 薬剤料

区分

#### F200 薬剤

薬剤料は、次の各区分ごとに所定単位につき、薬価が15円以下である場合は1点とし、15円を超える場合は10円又はその端数を増すごとに1点を加算する。

使用薬剤	単位
内服薬及び浸煎薬	1剤1日分
屯服薬	1回分
外用薬	1調剤

- 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つて入院期間が1年を超えるものに対する同一月の投薬に係る薬剤料と注射に係る薬剤料とを合算して得た点数(以下この表において「合算薬剤料」という。)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。
- 2 1処方につき7種類以上の内服薬の投薬(臨時の投薬であつて、投薬期間が2週間以内のものを除く。)を行った場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。
  - 3 健康保険法第43条ノ17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。

4 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

#### 第4節 特定保険医療材料料

区分

F300 特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数

注 支給した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

#### 第5節 処方せん料

区分

F400 処方せん料

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

注1 保険薬局において調剤を受けるために処方せんを交付した場合に、交付1回につき算定する。

2 3歳未満の乳幼児に対して処方せんを交付した場合は、処方せんの交付1回につき3点を加算する。

3 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を主病とするものに限る。）に対して処方せんを交付した場合は、月2回に限り、処方せんの交付1回につき15点を加算する。

#### 第6節 調剤技術基本料

区分

F500 調剤技術基本料

1 病院に入院中の患者に投薬を行った場合 42点

2 その他の患者に投薬を行った場合 8点

注1 薬剤師が常時勤務する保険医療機関において投薬を行った場合（処方せんを交付した場合を除く。）に算定する。

2 同一の患者につき同一月内に調剤技術基本料を算定すべき投薬を2回以上行った場合においては、調剤技術基本料は月1回に限り算定する。

3 1において、調剤を院内製剤の上行った場合は、所定点数に10点を加算する。

4 区分番号B008に掲げる薬剤管理指導料又は区分番号C008に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。

#### 第6部 注射

通則

1 注射の費用は、第1節及び第2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 注射に当たって、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3節の所定点数を合算した点数により算定する。

3 生物学的製剤注射を行った場合は、前2号により算定した点数に15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。

5 注射に当たって、麻薬を使用した場合は、前4号により算定した点数に5点を加算する。

6 第1節に掲げられていない注射であって簡単な注射の費用は、第2節の各区分の所定点数のみにより算定する。

7 注射に伴って行った反応試験の費用は、第1節の各区分の所定点数に含まれるものとする。

### 第1節 注射料

区分

G000 皮下、筋肉内注射（1回につき） 18点

注1 入院中の患者以外の患者に対して行った場合に算定する。

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。

G001 静脈内注射（1回につき） 30点

注1 入院中の患者以外の患者に対して行った場合に算定する。

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。

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。

G002 動脈注射（1日につき）

1 内臓の場合 155点

2 その他の場合 45点

G003 抗悪性腫瘍剤動脈内持続注入（1日につき） 165点

G003-2 削除

G003-3 肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入（1日につき） 165点

G004 点滴注射（1日につき）

1 6歳未満の乳幼児に対するもの（1日分の注射量が100mL以上の場合） 95点

2 1に掲げる者以外の者に対するもの（1日分の注射量が500mL以上の場合） 95点

3 その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る。） 47点

注1 点滴に係る管理に要する費用を含む。

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。

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（15歳未満の患者に対して行った場合は、500点）を加算する。

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。

5 血漿成分製剤の注射を行う場合であつて、1回目の注射に当たつて、患者に対して注射の必要性、危険性等について文書による説明を行った場合は、当該注射を行った日に限り、50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。

G005 中心静脈注射（1日につき） 140点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関にお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。

2 血漿成分製剤の注射を行う場合であつて、1回目の注射に当たつて、患者に対して注射の必要性、危険性等について文書による説明を行った場合は、当該注射



を行った日に限り、50点を加算する。

3 中心静脈注射の費用を算定した患者については、同一日に行われた区分番号G004に掲げる点滴注射の費用は算定しない。

4 区分番号C104に掲げる在宅中心静脈栄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。

G005-2 中心静脈注射用カテーテル挿入 1,400点

注1 カテーテルの挿入に伴う検査及び画像診断の費用は、所定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。

G006 埋込型カテーテルによる中心静脈栄養（1日につき） 125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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関にお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。

G007 腱鞘内注射 25点

G008 骨髄内注射

1 胸骨 80点

2 その他 90点

G009 脳脊髄腔注射

1 脳室 300点

2 後頭下 220点

3 腰椎 140点

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。

G010 関節腔内注射 80点

G011 気管内注入 100点

G012 結膜下注射 25点

G013 角膜内注射 35点

G014 球後注射 60点

G015 削除

## 第2節 薬剤料

区分

G100 薬剤

1 薬価が1回分使用量につき15円以下である場合 1点

2 薬価が1回分使用量につき15円を超える場合 薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき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

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つて入院期間が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。

2 健康保険法第43条ノ17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

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。

3 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

### 第3節 特定保険医療材料

区分

G200 特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数

注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

### 第7部 リハビリテーション

通則

- 1 リハビリテーションの費用は、特に規定する場合を除き、第1節の各区分の所定点数により算定する。
- 2 リハビリテーションに当たって薬剤を使用した場合は、前号により算定した点数及び第2節の所定点数を合算した点数により算定する。
- 3 第1節に掲げられていないリハビリテーションであって特殊なリハビリテーションの費用は、第1節に掲げられているリハビリテーションのうちで最も近似するリハビリテーションの各区分の所定点数により算定する。
- 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。
- 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

区分

H000 心疾患リハビリテーション料（1日につき） 550点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において急性心筋梗塞、狭心症又は開心術後の患者に対してリハビリテーションを行った場合に、発症後又は手術後6月以内に限り算定する。

2 第3部検査のうち次に掲げるものは、心疾患リハビリテーション料の所定点数に含まれるものとする。

- イ 心電図検査
- ロ 負荷心電図検査
- ハ 呼吸心拍監視

H001 理学療法

1 理学療法(I)

イ 個別療法（1単位） 250点

ロ 集団療法（1単位） 100点

2 理学療法(II)

イ 個別療法（1単位） 180点

ロ 集団療法（1単位） 80点

3 理学療法(III)

イ 個別療法（1単位） 100点

ロ 集団療法（1単位） 40点

4 理学療法(IV)

イ 個別療法（1単位） 50点

ロ 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