

第4部 画像診断

<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「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「A000」初診料の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。
- (6) 緊急に画像診断を要する場合は、直ちに何らかの処置・手術等が必要な患者であって、通常の診察のみでは的確な診断が下せず、なおかつ通常の画像診断が整う時間まで画像診断の実施を見合わせる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

画像診断管理加算1は、専ら画像診断を担当する医師（専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するものに限る。）が読影結果を文書により主治医に報告した場合に、月の最初の診断の日に算定する。画像診断管理加算2は、当該保険医療機関において実施される核医学診断及びコンピューター断層撮影の全てについて、専ら画像診断を担当する医師（専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するものに限る。）が診断を行い、読影結果を文書により主治医に報告した場合に、月の最初の診断の日に算定する。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。

6 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。

第1節 エックス線診断料

1 エックス線診断に係る一般的事項

(1) エックス線写真撮影の際に失敗等により、再撮影をした場合については再撮影に要した費用は算定できない。再撮影に要した費用は、その理由が患者の故意又は重大な過失による場合を除き、当該保険医療機関の負担とする。

(2) 「2」又は「3」の「同一の部位」とは、部位的な一致に加え、腎と尿管、胸椎下部と腰椎上部のように通常同一フィルム面に撮影し得る範囲をいう。

ただし、食道・胃・十二指腸、血管系（血管及び心臓）、リンパ管系及び脳脊髄腔については、それぞれ全体を「同一の部位」として取り扱うものである。

(3) 「2」又は「3」の「同時に」とは、診断するため予定される一連の経過の間に行われたものをいう。例えば、消化管の造影剤使用写真診断（食道・胃・十二指腸等）において、造影剤を嚥下させて写真撮影し、その後2～3時間経過して再びレリーフ像を撮影した場合は、その診断料は100分の50とする。

ただし、胸部単純写真を撮影して診断した結果、断層像の撮影の必要性を認めて、当該断層像の撮影を行った場合等、第1の写真診断を行った後に別種の第2の撮影、診断の必要性を認めて第2の撮影診断を行った場合は、「同時に」には該当せず、第2の診断についても100分の50とはしない。

(4) 「2」の「2以上のエックス線撮影」とは、撮影料が別に定められている単純撮影、特殊撮影、造影剤使用撮影又は乳房撮影のうち2種以上の撮影を行った場合をいう。

(5) 「3」の「同一の方法」による撮影とは、単純撮影、特殊撮影、造影剤使用撮影又は乳房撮影のそれぞれの撮影方法をいう。

(6) 特殊撮影、乳房撮影、心臓及び冠動脈の造影剤使用撮影の診断料及び撮影料は、フィルム枚数にかかわらず、一連のものについて1回として算定する。ただし、別個に撮影した両側の肺野の断層写真等、撮影部位の異なる場合（乳房撮影を除く。）は、部位ごとに1回とする。

(7) 次の場合は、「同一の方法」の繰り返しと考えられるので、「3」の算定方法が適用される。ただし、ウについては、いずれか一方の写真診断の結果、他法による撮影の必要性を認め、診断を行った場合は「同時に」には該当しないので、胸部単純撮影及び胸椎撮影のそれぞれについて「3」の適用となるか否かを判断すること。なお、仮にそれぞれについて同時に2枚以上のフィルムが使用されれば「3」の適用となること。

ア 脊椎の単純撮影において、頸椎及び胸椎上部を正面・側面等曝射の角度を変えて数回にわたって撮影した場合

イ 胸部単純撮影と肺尖撮影を併施した場合

ウ 胸部単純撮影と胸椎撮影を併施した場合

エ 消化管造影において、食道・胃・十二指腸を背腹・腹背等体位を変換させて数回にわたって撮影した場合

オ 耳鼻科領域におけるシュラー法、ステンパー法及びマイヤー法のうち、2方法以上の撮影を併せて実施した場合

- (8) 耳・肘・膝等の対称器官又は対称部位の健側を患側の対照として撮影する場合における撮影料、診断料については、同一部位の同時撮影を行った場合と同じ取扱いとする。
- (9) 2枚目以降100分の50で算定する場合及び間接撮影を行った場合に端数が生じる場合の端数処理は、点数計算の最後に行うものとする。

例 2枚の頭部単純エックス線撮影を行った場合

[診断料] $85点 + 85点 \times 0.5 = 127.5点 \rightarrow$ (四捨五入) $\rightarrow 128点$

[撮影料] $65点 + 65点 \times 0.5 = 97.5点 \rightarrow$ (四捨五入) $\rightarrow 98点$

3枚の頭部単純エックス線撮影を行った場合

[診断料] $85点 + 85点 \times 0.5 \times 2 = 170点$

[撮影料] $65点 + 65点 \times 0.5 \times 2 = 130点$

2枚の胸部エックス線間接撮影を行った場合

[診断料] $85点 \times 0.5 + 85点 \times 0.5 \times 0.5 = 63.75点 \rightarrow$ (四捨五入) $\rightarrow 64点$

[撮影料] $65点 \times 0.5 + 65点 \times 0.5 \times 0.5 = 48.75点 \rightarrow$ (四捨五入) $\rightarrow 49点$

2 デジタル映像化処理加算

- (1) デジタル映像化処理とは、デジタル・サブトラクション・アンギオグラフィー法、コンピューテッド・ラジオグラフィー法又はデジタル透視撮影法をいい、2以上を実施した場合にあっては、主たる処理をもって算定する。

なお、デジタル透視撮影法とは、超細密イメージング・インテンシファイアー及び超細密ビデオカメラを用いてデジタル映像化処理を行うものをいう。

- (2) フィルムへのプリントアウトを行わずに画像を電子媒体に保存した場合であっても、デジタル映像化処理として本加算を算定できる。
- (3) デジタル映像化処理は、同一の部位につき、同時に2種類以上の撮影方法を使用した場合は一連の撮影とみなし、主たる撮影の点数のみ算定する。
- (4) デジタル映像化処理加算は、撮影に当たってデジタル映像化処理を行った場合に算定し、他の医療機関で撮影したフィルムについて診断のみ行った場合には算定しない。

E000 透視診断

- (1) 本項の透視診断とは、透視による疾病、病巣の診断を評価するものであり、特に別途疑義解釈通知等により取扱いを示した場合を除き、消化管の造影剤使用撮影に際し腸管の所要の位置に造影剤が到達しているか否かを透視により検査する場合等、撮影の時期決定や準備手段又は他の検査、注射、処置及び手術の補助手段として行う透視については算定できない。
- (2) 造影剤を使用する透視診断は一連の診断目的のために行うものについては、時間を隔てて行う場合であっても1回として算定する。ただし、腸管の透視を時間を隔てて数回行いその時間が数時間にわたる場合には、2回以上として算定できる。その基準は概ね2時間に1回とする。

E001 写真診断

- (1) 他の医療機関で撮影したフィルムについての診断料は撮影部位及び撮影方法（単純撮影、特殊撮影、造影剤使用撮影又は乳房撮影）別に1回の算定とする。例えば、胸部単純写真と断層像についてであれば2回として算定できる。
- ただし、1つの撮影方法については撮影回数、写真枚数にかかわらず1回として算定する。
- (2) 写真診断においては、耳、副鼻腔は頭部として、骨盤、腎、尿管、膀胱は腹部として、そ

れぞれ「1」の「イ」により算定する。また、頸部、腋窩、股関節部、肩関節部、肩胛骨又は鎖骨にあっても、「1」の「イ」により算定する。

- (3) 写真診断に掲げる所定点数は、フィルムへのプリントアウトを行わずに画像を電子媒体に保存した場合にも算定できる。
- (4) イメージ・インテンシファイアー間接撮影装置によるエックス線撮影については、診断料及び撮影料は間接撮影の場合の所定点数により算定できる。また、同一部位に対し直接撮影を併せて行った場合は、イメージ・インテンシファイアー間接撮影装置による一連の撮影として間接撮影の場合の所定点数のみを算定する。

E 0 0 2 撮影

- (1) 高圧撮影、拡大撮影及び軟部組織撮影は、「1」の単純撮影として算定する。
- (2) エックス線フィルムサブトラクションについては、反転フィルムの作成の費用として、一連につき、「1」及び区分「E 4 0 0」フィルムによって算定し、診断料は別に算定できない。なお、診療継続中の患者であって診療上の必要性を認め以前撮影した脳血管造影フィルムを用いてサブトラクションを実施した場合であっても、反転フィルムの作成の費用及びフィルム料は算定できるが、診断料は別に算定できない。
- (3) 特殊撮影とは、パントモグラフィ、断層撮影（同時多層撮影、回転横断撮影を含む。）、スポット撮影（胃、胆嚢及び腸）、側頭骨・上顎骨・副鼻腔曲面断層撮影及び児頭骨盤不均衡特殊撮影（側面撮影及び骨盤入口撮影後、側面、骨盤入口撮影のフィルムに対し特殊ルーラー（計測板）の重複撮影を行う方法をいう。）をいう。なお、胃のスポット撮影、胆嚢スポット撮影及び腸スポット撮影については、消化管撮影の一連の診断行為の1つとみなされる場合であっても、第1節エックス線診断料の「2」の適用の対象とする。
- (4) 撮影に掲げる所定点数は、フィルムへのプリントアウトを行わずに画像を電子媒体に保存した場合にも算定できる。
- (5) 造影剤使用撮影時の算定方法
 - ア 造影剤使用撮影とは、血管造影、瘻孔造影及び気造影等の造影剤を使用して行った撮影をいう。
 - イ 二重造影は、消化管診断に含まれ、別に算定できないが、その際に使用される発泡錠は薬剤料として別に算定できる。
 - ウ 椎間板の変性を見るため、エックス線透視下に造影剤を使用し、椎間板を求めて1～3か所注入し、四ツ切フィルム2枚のエックス線写真診断を行った場合は、「3」により算定する。
 - エ 高速心大血管連続撮影装置による撮影は、「3」により算定する。
 - オ 子宮卵管造影法による検査は、区分「E 0 0 1」写真診断の「3」、区分「E 0 0 2」撮影の「3」、区分「E 0 0 3」造影剤注入手技の「6」の「ロ」、区分「E 3 0 0」薬剤及び区分「E 4 0 0」フィルムにより算定する。
- (6) 乳房撮影とは、当該撮影専用の機器を用いて、原則として両側の乳房に対し、それぞれ2方向以上の撮影を行うものをいい、両側について一連として算定する。
- (7) 「注2」により新生児加算又は乳幼児加算を行う場合の所定点数は、「1」、「2」、「3」（「注3」による加算を含む。）又は「4」の点数（間接撮影の場合は100分の50に相当する点数）をいう。

なお、新生児加算又は乳幼児加算を行う場合に端数が生じる場合の端数処理は、当該撮影の最後に行うものとする。

例 単純撮影における新生児加算又は乳幼児加算を行う場合の端数処理の例

1枚撮影の場合

[新生児加算] $65点 \times 1.3 = 84.5点 \rightarrow$ (四捨五入) $\rightarrow 85点$

[乳幼児加算] $65点 \times 1.15 = 74.75点 \rightarrow$ (四捨五入) $\rightarrow 75点$

3枚撮影の場合

[新生児加算] $65点 \times 1.3 + 65点 \times 1.3 \times 0.5 \times 2 = 169点$

[乳幼児加算] $65点 \times 1.15 + 65点 \times 1.15 \times 0.5 \times 2 = 149.5点 \rightarrow$ (四捨五入) $\rightarrow 150点$

E003 造影剤注入手技

- (1) 造影剤注入手技料は、造影剤使用撮影を行うに当たって造影剤を注入した場合に算定する。ただし、同一日に点滴注射を算定した場合は造影剤注入手技「1」点滴注射の所定点数は重複して算定できない。
- (2) 「3」の動脈造影カテーテル法及び「4」の静脈造影カテーテル法とは、血管造影用カテーテルを用いて行った造影剤注入手技をいう。
- (3) 「3」の「イ」は、主要血管である総頸動脈、椎骨動脈、鎖骨下動脈、気管支動脈、腎動脈、腹部動脈（腹腔動脈、上及び下腸間膜動脈をも含む。）、骨盤動脈又は各四肢の動脈の分枝血管を選択的に造影撮影した場合、分枝血管の数にかかわらず1回に限り算定できる。
総頸動脈、椎骨動脈、鎖骨下動脈、気管支動脈及び腎動脈の左右両側をあわせて造影した場合であっても一連の主要血管として所定点数は1回に限り算定する。
- (4) 静脈造影カテーテル法は、副腎静脈、奇静脈又は脊椎静脈に対して実施した場合に算定できる。
- (5) 「6」の「イ」注腸を実施する際の前処置として行った高位浣腸の処置料は所定点数に含まれ、別途算定できない。
- (6) 「6」の「ロ」その他のものとは、腰椎穿刺注入、胸椎穿刺注入、頸椎穿刺注入、関節腔内注入、上顎洞穿刺注入、気管内注入（内視鏡下の造影剤注入によらないもの）、子宮卵管内注入、胃・十二指腸ゾンデ挿入による注入、膀胱内注入、腎盂内注入及び唾液腺注入をいう。
- (7) 経皮経肝胆管造影における造影剤注入手技は区分「D314」により算定し、胆管に留置したドレーンチューブ等からの造影剤注入手技は区分「E003」の「6」の「ロ」により算定する。
- (8) 精嚢撮影を行うための精管切開は、区分「K829」により算定する。
- (9) 造影剤を注入するために観血手術を行った場合は、当該観血手術の所定点数をあわせて算定する。
- (10) リンパ管造影を行うときの造影剤注入のための観血手術及び注入の手技料は、あわせて、区分「K626」リンパ節摘出術の「1」により算定する。

E004 基本的エックス線診断料

- (1) 基本的エックス線診断料は、特定機能病院の入院医療において通常行われる基本的な画像診断について、その適正化及び請求事務の簡素化の観点から包括化して入院日数に応じた算

定を行うものである。

- (2) 1月を通じて、基本的エックス線診断料に包括されている画像診断項目のいずれも行われなかった場合は、当該月は本診断料は算定できない。
- (3) 写真診断及び撮影を行い、これに伴って使用されるフィルムは、別に算定できる。
- (4) 基本的エックス線診断料を算定している患者に対して、デジタル映像化処理を行った場合は、一連の撮影ごとに第1節のエックス線診断料の「4」に規定するデジタル映像化処理加算を別に算定できる。
- (5) 基本的エックス線診断料を算定している患者に対して、エックス線フィルムサブトラクションを行った場合は、基本的エックス線診断料の他、手技料として区分「E002」の「1」の点数を算定できる。
- (6) 基本的エックス線診断料に含まれない画像診断を行った場合は、別途当該画像診断に係る所定点数を算定できる。
- (7) 単純撮影を2枚以上撮影した場合又は間接撮影を行った場合にあっても、手技料は基本的エックス線診断料に含まれ、別に算定できない。
- (8) 入院日数については、入院基本料とは異なり、入院の都度当該入院の初日から数え、また、退院日も算定対象となる。なお、外泊期間中は、入院日数に含まれない。
- (9) 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、基本的エックス線診断料は別に算定しないが、入院日数は入院初日から数える。

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「E100」から区分「E101-3」までに掲げる所定点数及び区分「E102」に掲げる所定点数を合算した点数をいう。

- 2 「3」に規定する画像処理とは、画像を電子媒体に保存して処理するものをいい、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撮影に係るフィルムの費用は算定出来ない。

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）

「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

- (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」及び「注3」の加算における所定点数とは、「注1」から「注3」までの加算を含まない点数である。

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) ¹⁸F FDGを用いたポジトロン断層撮影については、てんかん、虚血性心疾患、悪性腫瘍（脳腫瘍、頭頸部癌、肺癌、乳癌、食道癌、膵癌、転移性肝癌、大腸癌、子宮癌、卵巣癌、悪性リンパ腫、悪性黒色腫及び原発不明癌に限る。）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. 虚血性心疾患	虚血性心疾患による心不全患者で、心筋組織のバイアビリティ診断が必要とされる患者に使用する。ただし、通常の心筋血流シンチグラフィで判定困難な場合に限るものとする。
3. 肺 癌	以下のいずれかに該当する患者に使用する。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 他の検査、画像診断により肺癌の存在を疑うが、病理診断により確定診断が得られない患者 ・ 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
4. 乳 癌	以下のいずれかに該当する患者に使用する。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 他の検査、画像診断により乳癌の存在を疑うが、病理診断により確定診断が得られない患者 ・ 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
5. 大腸癌	以下のいずれかに該当する患者に使用する。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 他の検査、画像診断により大腸癌の存在を疑うが、病理診断により確定診断が得られない患者 ・ 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
6. 頭頸部癌	以下のいずれかに該当する患者に使用する。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 他の検査、画像診断により頭頸部癌の存在を疑うが、病理診断により確定診断が得られない患者 ・ 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
7. 脳腫瘍	他の検査、画像診断により転移・再発の診断が確定できない患者に使用する。

8. 膵 癌	以下のいずれかに該当する患者に使用する。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 他の検査、画像診断により膵癌の存在を疑うが、腫瘤形成性膵炎と鑑別が困難な患者 ・ 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
9. 悪性リンパ腫	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。
10. 転移性肝癌	以下のいずれかに該当する患者に使用する。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 他の検査、画像診断により転移性肝癌を疑うが、病理診断により確定診断の得られない患者 ・ 原発巣の不明な患者
11. 原発不明癌	リンパ節生検、画像診断等で転移巣が疑われ、かつ、腫瘍マーカーが高値を示す等、悪性腫瘍の存在を疑うが、原発巣の不明な患者に使用する。
12. 悪性黒色腫	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。
13. 食道癌	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。
14. 子宮癌	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。
15. 卵巣癌	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。

- (3) ^{18}F FDG製剤を医療機関内で製造する場合は、 ^{18}F 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。
- (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シンチグラム（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¹⁵O標識ガス剤の合成及び吸入に係る費用並びに¹⁸F DGの合成及び注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

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「E200」のコンピューター断層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「E101-2」ポジトロン断層撮影により算定する。
- (3) ¹⁸F DGを用いたポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影については、てんかん、悪性腫瘍（頭頸部癌、肺癌、乳癌、食道癌、膵癌、転移性肝癌、大腸癌、子宮癌、卵巣癌、悪性リンパ腫、悪性黒色腫及び原発不明癌に限る。）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に係るものを除く。次の表に定める要件は満たさないが、区分「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「E101-2」により算定する。

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. 肺 癌	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。
3. 乳 癌	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. 大腸癌	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。
5. 頭頸部癌	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。
6. 膵 癌	以下のいずれかに該当する患者に使用する。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 他の検査、画像診断により膵癌の存在を疑うが、腫瘤形成性膵炎と鑑別が困難な患者 ・ 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
7. 悪性リンパ腫	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。

8. 転移性肝癌	以下のいずれかに該当する患者に使用する。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 他の検査、画像診断により転移性肝癌を疑うが、病理診断により確定診断の得られない患者 ・ 原発巣の不明な患者
9. 原発不明癌	リンパ節生検、画像診断等で転移巣が疑われ、かつ、腫瘍マーカーが高値を示す等、悪性腫瘍の存在を疑うが、原発巣の不明な患者に使用する。
10. 悪性黒色腫	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。
11. 食道癌	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。
12. 子宮癌	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。
13. 卵巣癌	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) ^{18}F FDG製剤を医療機関内で製造する場合は、 ^{18}F 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。
- (5) 撮影に当たって造影剤を使用した場合は、区分「E200」コンピューター断層撮影の「注4」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シンチグラム（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。
- (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 標識ガス剤の合成に係る費用及び ^{15}O 標識ガス剤の吸入に係る費用並びに ^{18}F 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) 核医学診断料は、実施したE100からE101-3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又はポジトロン断層・コンピューター断層複合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又はポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影を実施した場合には、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。

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「E101-3」のポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影を行った後に区分「E200」のコンピューター断層撮影又は区分「E202」の磁気共鳴コンピューター断層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回目以降として第3節の通則「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」に規定する画像処理とは、画像を電子媒体に保存して処理するものをいい、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撮影に係る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「E200」の「注4」及び区分「E202」の「注4」による加算が含まれる。

E200 コンピューター断層撮影

- (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」から「3」まで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。また、四肢のコンピューター断層撮影を同時に2肢以上に対して行った場合も一連のものとして所定点数のみを算定する。
- (3) 単純CT撮影の「イ」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、マルチスライスCTを使用して撮影を行った場合に限り算定する。
- (4) 特殊CT撮影は、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、ヘリカルCT又はマルチスライスCTを使用して血管腔を描出した場合に限り算定する。
- (5) 「注4」の単純CT撮影及び特殊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単純CT撮影又は特殊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。

E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影

- (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」及び「2」に掲げる撮影のうち2以上のものを同時に行った場合は、主たる撮影の所定点数のみにより算定する。また、四肢の磁気共鳴コンピューター断層撮影を同時に2肢以上に対して行った場合も一連のものとして所定点数のみを算定する。
- (3) 単純MRI撮影の「イ」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、1.5テスラ以上のMRIを使用して撮影を行った場合に限り算定する。
- (4) 特殊MRI撮影は、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、1.0テスラ以上のMRIを使用して血管腔又は膵胆管及び胆嚢を描出した場合に限り算定する。ただし、脳血管を除く血管腔の描出に関しては造影剤を使用し、撮影対象部位の動脈及び静脈を分離して描出した場合に限り算定できる。
- (5) 「注3」の「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。

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線性キセノン脳血流動態検査を含み、区分「E101-3」のポジトロン断層・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回の算定とする。
- (3) 当該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、初診料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。

第5部 投薬 <通則>

1 投薬の費用は、第1節調剤料、第2節処方料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料及び第6節調剤技術基本料に掲げる所定点数を合算した点数で算定する。ただし、処方せんを交付した場合は第5節処方せん料に掲げる所定点数のみを算定する。

なお、使用薬剤の薬価（薬価基準）に記載されている臨床試用医薬品を使用した場合は、薬剤料は算定せず、調剤料、処方料、特定保険医療材料料、調剤技術基本料のみを算定する。

2 別に規定する場合を除き、入院実日数を超えて投薬を算定することができる。退院時の投薬については、服用の日の如何にかかわらず入院患者に対する投薬として扱う。

3 投薬時における薬剤の容器は、原則として保険医療機関から患者へ貸与するものとする。なお、患者が希望する場合には、患者にその実費負担を求めて容器を交付できるが、患者が当該容器を返還した場合には、当該容器本体部分が再使用できるものについて当該実費を返還しなければならない。

4 患者に直接投薬する目的で製品化されている薬剤入りチューブ及び薬剤入り使い捨て容器のように再使用できない薬剤の容器については、患者に容器代金を負担させることは認められない。

5 保険医療機関が患者に喘息治療剤の施用のため小型吸入器及び鼻腔・口腔内治療剤の施用のため噴霧・吸入用器具（散粉器）を交付した場合は、患者にその実費負担を求めることができるが、患者が当該吸入器を返還した場合には当該実費を返還しなければならない。

6 入院中の患者に月をまたがって投与した薬剤は、投薬の日の属する月により区分する。

7 外来において数日分投与しその薬剤を入院後も服用する場合、この入院後服用の分の請求区分は服用の日の如何にかかわらず、外来投与として扱う。

8 被保険者が保険医より薬品の授与を受け、持ち帰りの途中又は自宅において薬品を紛失したために（天災地変の他やむを得ない場合を除く。）保険医が再交付した場合は、その薬剤の費用は、被保険者の負担とする。

第1節 調剤料

F000 調剤料

(1) 入院中の患者以外の患者に係る調剤料の所定単位については、1回の処方に係る調剤料として、その剤数・日数又は調剤した量にかかわらず「1」の所定点数を処方料算定時にまとめて算定する。ただし、2以上の診療科で異なる医師が処方した場合は、それぞれの処方につき、調剤料を算定できる。

(2) トローチ剤又は亜硝酸アミル等の嗅薬、噴霧吸入剤については外用薬として、投薬に係る費用を算定する。例えば、トローチ剤の1日量6錠3日分は、18錠分を1調剤の薬剤料として算定する。

(3) 外泊期間中及び入院実日数を越えた部分について、調剤料は算定できない。

(4) 「注」の加算については、内服薬、浸煎薬及び屯服薬、外用薬等の区分、剤数、用法用量等の如何にかかわらず、入院中の患者以外の患者に対して投薬を行う場合は1処方につき1点を、また、入院中の患者に対して投薬を行う場合は1日につき1点を所定点数に加算する。なお、リン酸コデイン散1%のように、当該薬剤の基剤が麻薬等に属していても、希釈度により麻薬等の取扱いを受けていないものを調剤又は処方した場合には対象とならない。

(5) 「注」にいう麻薬、向精神薬、覚せい剤原料及び毒薬は次の通りである。

ア 毒薬とは薬事法第44条第1項の規定（同施行規則第52条、別表第3）による毒薬をいう。

イ 向精神薬とは、麻薬及び向精神薬取締法第2条第6号の規定（同法、別表第3）による向精神薬をいう。

第2節 処方料

F100 処方料

(1) 複数の診療科を標榜する保険医療機関において、2以上の診療科で異なる医師が処方した場合は、それぞれの処方につき処方料を算定する。

(2) 処方料における内服薬の種類については、区分「F200」薬剤の「注2」における内服薬の種類と同様の取扱いとする。なお、当該処方に係る内服薬の投薬が6種類以下の場合又は外用薬、屯服薬のみの投薬の場合は「2」で算定する。

(3) 臨時的に内服薬の追加投与等を行った場合の取扱いについては、F200薬剤の(4)に準じるものとする。

(4) 「注2」の加算は、内服薬、浸煎薬及び屯服薬、外用薬等の区分、剤数、用法用量等の如何にかかわらず、1処方につき1点を所定点数に加算する。

(5) 複数の診療科を標榜する保険医療機関において、2以上の診療科で、異なる医師が3歳未満の乳幼児に対して処方を行った場合は、それぞれの処方について「注4」による乳幼児加算を算定することができる。

(6) 特定疾患処方管理加算

ア 特定疾患処方管理加算は、生活習慣病等の厚生労働大臣が別に定める疾患を主病とする患者について、プライマリ機能を担う地域のかかりつけ医師が総合的に病態分析を行い、それに基づく処方管理を行うことを評価したものであり、診療所又は許可病床数が200床未満の病院においてのみ算定する。

イ 処方期間が28日以上の場合は、月1回に限り1処方につき65点を加算する。

ウ 処方期間が28日以上の場合の加算は、長期投薬の際の病態分析及び処方管理の評価の充実を図るものであり、特定疾患に対する薬剤の処方期間が28日以上の場合に算定する。ただし、当該患者に処方された薬剤の処方期間がすべて28日以上である必要はない。

エ イに該当する場合以外の場合には、月2回に限り1処方につき15点を算定する。なお、同一暦月に処方料と処方せん料を算定する場合であっても、処方せん料の当該加算と合わせて2回を限度とする。

オ 主病とは、当該患者の全身的な医学管理の中心となっている特定疾患をいうものであり、2以上の診療科にわたり受診している場合においては、主病と認められる特定疾患の治療に当たっている診療科においてのみ算定する。

カ 特定疾患処方管理加算は初診料を算定した初診の日においても算定できる。

キ 投薬は本来直接本人を診察した上で適切な薬剤を投与すべきであるが、やむを得ない事情で看護等に当たっている者から症状を聞いて薬剤を投与した場合においても算定できる。

第3節 薬剤料

F200 薬剤

(1) 1回の処方において、2種類以上の内服薬を調剤する場合には、それぞれの薬剤を個別の薬包等に調剤しても、服用時点及び服用回数と同じであるものについては、次の場合を除き1剤として算定する。

ア 配合不適等調剤技術上の必要性から個別に調剤した場合

イ 固型剤と内用液剤の場合

ウ 内服錠とチュアブル錠等のように服用方法が異なる場合

(2) 「注1」における「その他の特定の疾患」とは、「特定疾患治療研究事業について」（昭和48年4月17日衛発第242号）の別紙の第3に掲げる疾患をいう。

(3) 特別入院基本料（平成18年6月30日までの間は、療養病棟入院基本料1の特別入院基本料2を含む。以下この項において同じ。）を算定する病棟を有する病院の長期入院患者に係る入院期間の算定は、当該特別入院基本料を算定する病棟を有する病院となる以前からの入院期間を通算する。

また、入院期間の算定は第1章第2部入院料等の通則の例に準じる。

(4) 多剤投与の場合の算定

ア 「注2」の算定は、外来の場合に限り、1処方のうち、内服薬についてのみ対象とする。この場合の「種類」については、次のように計算する。なお、1処方とは処方料の算定単位となる処方をいう。

(イ) 錠剤、カプセル剤については、1銘柄ごとに1種類と計算する。

(ロ) 散剤、顆粒剤及び液剤については、1銘柄ごとに1種類と計算する。

(ハ) (ロ)の薬剤を混合して服薬できるよう調剤を行ったものについては、1種類とする。

(ニ) 薬剤料に掲げる所定単位当たりの薬価が205円以下の場合には、1種類とする。

イ 「注2」の「所定点数」とは、1処方のうちのすべての内服薬の薬剤料をいう。

ウ 「注2」の算定は、常態として投与する内服薬が7種類以上の場合に行い、臨時に投与する薬剤については対象としない。

エ ウの臨時に投与する薬剤とは連続する投与期間が2週間以内のものをいい、2週間を超える投与期間の薬剤にあつては常態として投与する薬剤として扱う。なお、投与中止期間が1週間以内の場合は、連続する投与とみなして投与期間を計算する。

オ 臨時的に内服薬の追加投与等を行った結果、1処方につき内服薬が7種類以上となる場合において、傷病名欄からその必要性が明らかでない場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその必要性を記載する。

(5) ビタミン剤

ア 「注3」に規定するビタミン剤（ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。）とは、内服薬及び注射薬をいうものであり、また、ビタミンB群又はビタミンCを含有する配合剤を含むものである。

イ ビタミン剤に係る薬剤料が算定できるのは、医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断し、適正に投与された場合に限られるものであり、具体的には、次のような場合をいう。ただし、薬事法上の承認内容に従って投与された場合に限る。

(イ) 患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝障害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（例えば、悪性貧血のビタミンB₁₂の欠乏等、診察及び検査の結果から当該疾患又は症状が明らかな場合）

- (ロ) 患者が妊産婦、乳幼児等（手術後の患者及び高カロリー輸液療法実施中の患者を含む。）であり、診察及び検査の結果から食事からのビタミンの摂取が不十分であると診断された場合
 - (ハ) 患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝障害であると推定され、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
 - (ニ) 重湯等の流動食及び軟食のうち、一分がゆ、三分がゆ又は五分がゆを食している場合
 - (ホ) 無菌食、フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシスチン尿症食又はガラクトース血症食を食している場合
- ウ ビタミン剤に係る薬剤料を算定する場合には、当該ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断した趣旨を具体的に診療録及び診療報酬明細書に記載しなければならない。ただし、病名によりビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断できる場合は趣旨を診療報酬明細書に記載することは要しない。

第5節

F400 処方せん料

- (1) 処方せん料の「1」及び「2」の算定において後発医薬品を1剤以上含む処方を行った場合には「イ 後発医薬品を含む場合」として算定する。なお、後発医薬品以外の薬剤を処方した場合において、当該処方を行った医師が、当該薬剤を後発医薬品に変更して差し支えないと判断し、その意志表示として当該処方せんに署名又は記名・押印をした処方せんを患者に交付した場合（後発医薬品がある先発医薬品を処方した場合に限る。）又は一般名等を記載した処方せんを患者に交付した場合（後発医薬品がある先発医薬品を処方した場合に限る。）においても、「イ 後発医薬品を含む場合」として算定できる。
- (2) 保険薬局で保険調剤を受けさせるために、患者に保険医療機関及び保険医療負担規則に定められている様式の完備した処方せん（院外処方せん）を交付した場合に限り算定し、その処方せんに処方した剤数、投与量（日分数）等の如何にかかわらず、1回として算定する。
- (3) 同一の保険医療機関が一連の診療に基づいて、同時に、同一の患者に2枚以上の処方せんを交付した場合は、1回として算定する。
- (4) 複数の診療科を標榜する保険医療機関において、2以上の診療科で、異なる医師が処方した場合は、それぞれの処方につき処方せん料を算定することができる。
- (5) 処方せん料における内服薬の種類については、区分「F200」薬剤の「注2」における内服薬の種類と同様の取扱いとする。なお、当該処方に係る内服薬の投薬が6種類以下の場合又は外用薬、屯服薬のみの投薬の場合は「2」で算定する。
- (6) 臨時的に内服薬の追加投与等を行った結果、1処方につき内服薬が7種類以上となる場合には、処方せんの備考欄にその必要性を記載する。
 その他、臨時的に内服薬の追加投与を行った場合の取扱いについてはF200薬剤の(4)に準じるものとする。
- (7) 同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を院外処方せんにより投薬することは、原則として認められない。
 また、注射器、注射針又はその両者のみを処方せんにより投与することは認められない。
- (8) 乳幼児加算又は特定疾患処方管理加算はF100処方料の(5)又は(6)に準じるものとする。

(9) 訪問薬剤管理指導との関係

保険薬局に訪問薬剤管理指導を依頼している場合は、当該保険医療機関は在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定できない。保険薬局から情報提供があった場合は、当該保険医療機関は文書を診療録に貼付する。なお、地方社会保険事務局長に届出を行った保険薬局が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定できるのは月に4回に限られる。

第6節 調剤技術基本料

F500 調剤技術基本料

- (1) 調剤技術基本料は、重複投薬の防止等保険医療機関内における調剤の管理の充実を図るとともに投薬の適正を確保することを目的としており、薬剤師が常態として勤務する保険医療機関において、薬剤師の管理のもとに調剤が行われた場合に、患者1人につき、月1回に限り算定する。
- (2) 同一医療機関において同一月内に処方せんの交付がある場合は、調剤技術基本料は算定できない。
- (3) 同一月に区分B008に掲げる薬剤管理指導料又は区分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場合には、調剤技術基本料は算定しない。
- (4) 院内製剤加算

ア 「注3」の院内製剤加算は、薬価基準に収載されている医薬品に溶媒、基剤等の賦形剤を加え、当該医薬品とは異なる剤形の医薬品を院内製剤の上調剤した場合に、次の場合を除き算定できる。

- (イ) 調剤した医薬品と同一規格を有する医薬品が薬価基準に収載されている場合
- (ロ) 散剤を調剤した場合
- (ハ) 液剤を調剤する場合であって、薬事法上の承認内容が用時溶解して使用することとなっている医薬品を交付時に溶解した場合
- (ニ) 1種類のみを水に溶解して液剤とする場合（安定剤、溶解補助剤、懸濁剤等製剤技術上必要と認められる添加剤を使用した場合及び調剤技術上、ろ過、加温、滅菌行為をなす必要があつて、これらの行為を行った場合を除く。）

イ 上記アにかかわらず、剤形が変わらない場合であっても、次に該当する場合には、院内製剤加算が算定できる。ただし、調剤した医薬品と同一規格を有する医薬品が薬価基準に収載されている場合を除く。

- (イ) 同一剤形の2種類以上の既製剤（賦形剤、矯味矯臭剤等を除く。）を混合した場合（散剤及び顆粒剤を除く。）
- (ロ) 安定剤、溶解補助剤、懸濁剤等製剤技術上必要と認められる添加剤を加えて調剤した場合

(ハ) 調剤技術上、ろ過、加温、滅菌行為をなす必要があつて、これらの行為を行った場合

ウ ア、イにかかわらず調剤した医薬品を、原料とした医薬品の承認内容と異なる用法・用量あるいは効能・効果で用いる場合は院内製剤加算は算定できない。

第6部 注射

<通則>

- 1 注射に係る費用は、第1節注射料、第2節薬剤料及び第3節特定保険医療材料料（別に厚生労働大臣が定める保険医療材料のうち注射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 生物学的製剤注射加算
 - (1) 「通則3」の生物学的製剤注射加算を算定できる注射薬は、トキシノイド、ワクチン及び抗毒素であり、注射の方法にかかわらず、次に掲げる薬剤を注射した場合に算定できる。
 - ア ㊦乾燥組織培養不活化狂犬病ワクチン
 - イ 組換え沈降B型肝炎ワクチン（酵母由来）
 - ウ 組換え沈降B型肝炎ワクチン（チャイニーズ・ハムスター卵巣細胞由来）
 - エ 肺炎球菌ワクチン
 - オ 沈降破傷風トキシノイド
 - カ ㊦ガスエソウマ抗毒素
 - キ 乾燥ガスエソウマ抗毒素
 - ク ㊦乾燥ジフテリアウマ抗毒素
 - ケ ㊦乾燥破傷風ウマ抗毒素
 - コ ㊦乾燥はぶウマ抗毒素
 - サ ㊦乾燥ボツリヌスウマ抗毒素
 - シ ㊦乾燥まむしウマ抗毒素
 - (2) 区分G005に掲げる中心静脈注射の回路より生物学的製剤を注入した場合は、「通則3」の加算を算定できる。
- 3 精密持続点滴注射加算
 - (1) 「通則4」の精密持続点滴注射は、自動輸液ポンプを用いて1時間に30mL以下の速度で体内（皮下を含む。）又は注射回路に薬剤を注入することをいう。
 - (2) 1歳未満の乳児に対して精密持続点滴注射を行う場合は、注入する薬剤の種類にかかわらず算定できるが、それ以外の者に対して行う場合は、緩徐に注入する必要があるカテコールアミン、βブロッカー等の薬剤を医学的必要性があつて注入した場合に限り算定する。
 - (3) 区分G005に掲げる中心静脈注射の回路より精密持続点滴注射を行った場合は、「通則4」の加算を算定できる。
 - (4) 区分G003に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入の実施時に精密持続点滴を行った場合は、「通則4」の加算を算定できる。
- 4 特定入院料等注射の手技料を含む点数を算定した場合は、「通則3」、「通則4」及び「通則5」の加算は算定できない。なお、使用薬剤の薬価（薬価基準）に収載されている臨床試用医薬品を使用した場合は、第2節薬剤料は算定せず、第1節注射料及び第3節特定保険医療材料料のみ算定する。
- 5 心臓内注射及び痔核注射等の第1節に掲げられていない注射のうち簡単なものに係る費用については、第2節薬剤料に掲げる所定点数のみ算定する。ただし、胸腔内注入、前房内注射、硝子体内注射、副鼻腔注入及び気管支内薬液注入については、第2章第9部処置又は第10部手術に掲げる所定点数をそれぞれ算定し、これらに係る薬剤料の算定に関しては第2章第5部投

薬のF200薬剤の(2)、(3)及び(5)の例による。

- 6 区分G001に掲げる静脈内注射、区分G004に掲げる点滴注射又は区分G005に掲げる中心静脈注射のうち2以上を同一日に併せて行った場合は、主たるものの所定点数のみ算定する。
- 7 点滴注射及び中心静脈注射の回路にかかる費用並びに穿刺部位のガーゼ交換等の処置料及び材料料については、それぞれの所定点数に含まれ、別に算定できない。
- 8 人工腎臓の回路より注射を行った場合は、当該注射に係る費用は別に算定できない。

第1節 注射料

G000 皮内、皮下及び筋肉内注射

- (1) 入院中の患者以外の患者に対して行った場合にのみ算定し、入院中の患者に行った場合は、1日の薬剤料を合算し、第2節薬剤料のみ算定できる。
- (2) 涙のう内薬液注入、鼓室内薬液注入、局所・病巣内薬剤注入、子宮腔部注射、咽頭注射（軟口蓋注射、口蓋ヒヤリー氏点の注射を含む。）、腱鞘周囲注射及び血液注射については、皮内、皮下及び筋肉内注射に準じて算定する。ただし、涙のう内薬液注入については、両眼にそれぞれ異なる薬剤を使用した場合は、片眼ごとに所定点数を算定する。
- (3) 区分C101在宅自己注射指導管理料又は区分C108在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含む。）に対して、区分C001に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に、患家において当該訪問診療と併せて皮内、皮下及び筋肉内注射を行った場合は、当該注射に係る費用は算定しない。

G001 静脈内注射

- (1) 入院中の患者以外の患者に対して行った場合にのみ算定し、入院中の患者に行った場合は、1日の薬剤料を合算し、第2節薬剤料のみ算定する。
- (2) 区分C101在宅自己注射指導管理料、区分C104在宅中心静脈栄養法指導管理料又は区分C108在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者（これらに係る器具加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含む。）に対して、区分C001に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に、患家において当該訪問診療と併せて静脈内注射を行った場合は、当該注射に係る費用は算定しない。

G002 動脈注射

「内臓の場合」とは、肺動脈起始部、大動脈弓及び腹部大動脈等深部動脈に対して行う場合であり、「その他の場合」とは、頸動脈、鎖骨下動脈、股動脈、上腕動脈等に対して行う場合をいう。

G003 抗悪性腫瘍剤局所持続注入

ポンプを利用して注入する場合におけるポンプの費用及び当該注入に必要なカテーテル等の材料の費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

G003-3 肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入

- (1) 抗悪性腫瘍剤注入用肝動脈塞栓材と抗悪性腫瘍剤を混和して肝動脈内に注入する場合に算定できる。なお、当該注入に必要なカテーテル等の材料の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

- (2) 抗悪性腫瘍剤注入用肝動脈塞栓材の使用量を決定する目的で注入する場合は、その必要性が高い場合に限り、月1回に限り算定できる。

G004 点滴注射

- (1) 6歳未満の乳幼児に対する1日分の注射量が100mL未満の場合及び6歳以上の者に対する1日分の注射量が500mL未満の場合は、入院中の患者以外の患者に限り、3に掲げる所定点数で算定する。
- (2) 「注射量」は、次のように計算する。
- ア 点滴回路より薬物を注入するいわゆる「管注」を行った場合には、「管注」に用いた薬剤及び補液に用いた薬剤の総量。
- イ 同一の者に対して、点滴注射を1日に2回以上行った場合には、それぞれの注射に用いた薬剤の総量。
- (3) 注2に規定する加算の対象となる「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」とは、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法（平成14年法律第192号）第4条第5項第1号の規定に基づき厚生労働大臣が指定した医薬品（平成16年厚生労働省告示第185号）のうち、悪性腫瘍に対して用いる注射剤をいう。無菌製剤処理は、常勤の薬剤師が無菌製剤処理を行う薬剤を用いる患者ごとに、投与経路、投与速度、投与間隔などの確認を行った上で、無菌室・クリーンベンチ等の無菌環境において、無菌化した器具を用いて、無菌製剤処理を行い、その都度、当該処理に関する記録を整備し、保管することとする。
- (4) 注2に規定する加算の対象となる「厚生労働大臣が定める入院患者」とは、白血病、再生不良性貧血、骨髄異形成症候群、重症複合型免疫不全症等の患者及び後天性免疫不全症候群の病原体に感染し抗体の陽性反応がある患者であって、無菌治療室管理加算及びHIV感染者療養環境特別加算を算定する患者並びにこれらの患者と同等の状態にある患者をいう。
- (5) 注3に掲げる加算については、入院中の患者以外の悪性腫瘍の患者に対して、当該抗悪性腫瘍剤による注射の必要性、副作用、用法・用量、その他の留意点等について文書で説明し、外来化学療法に係る専用室において、悪性腫瘍の治療を目的として抗腫瘍用薬等が投与された場合に算定する。
- (6) 注3に掲げる加算は、関節リウマチの患者及びクローン病の患者に対してインフリキシマブ製剤の注射を行った場合も算定できる。
- (7) 血漿成分製剤加算
- ア 注5に規定する「文書による説明」とは、1回目の輸注を行う際（当該患者に対して複数回の輸注を行う場合は概ね1週間毎）に、別紙様式15又はこれに準ずる様式により、患者（医師の説明に対して理解が困難と認められる小児又は意識障害者等にあつては、その家族等）に対して、輸注の必要性、副作用、輸注方法及びその他の留意点等について説明することをいう。
- イ 説明に用いた文書については、患者（医師の説明に対して理解が困難と認められる小児又は意識障害者等にあつては、その家族等）から署名又は押印を得た上で、当該患者に交付するとともに、その文書の写しを診療録に貼付することとする。
- ウ 緊急その他やむを得ない場合は、輸注後に説明を行った場合も算定できるが、この場合輸注後速やかに行うこととする。
- エ 注5に規定する血漿成分製剤とは、新鮮液状血漿及び新鮮凍結人血漿等をいい、血漿分

画製剤（アルブミン製剤、グロブリン製剤等）は含まれないが、血漿成分製剤に準じ、患者に対して輸注の必要性等の説明を行うよう努めること。なお、血漿成分製剤及び血漿成分製剤の輸注に当たっては、「輸血療法の実施に関する指針」及び「血液製剤の使用指針」の改定について」（平成17年9月6日薬食発第0906002号）を遵守するよう努めるものとする。

- (8) 区分C101、区分C104又は区分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（これらに係る器具加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含む。）に対して、区分C001に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に、患家において当該訪問診療と併せて点滴注射を行った場合は、当該注射に係る費用は算定しない。

G005 中心静脈注射

- (1) 中心静脈注射により高カロリー輸液を行っている場合であっても、必要に応じ食事療養を行った場合は、入院時食事療養(I)又は入院時食事療養(II)を別に算定できる。

(2) 無菌製剤処理加算

ア 無菌製剤処理とは、無菌室・クリーンベンチ等の無菌環境において、無菌化した器具を用いて、製剤処理を行うことをいう。

イ 無菌製剤処理は、常勤の薬剤師が行うとともに、その都度、当該処理に関する記録を整備し、保管しておくこと。

- (3) 注2に掲げられる血漿成分製剤加算については、G004点滴注射の(7)に規定する血漿成分製剤加算の例による。

- (4) 区分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（これに係る器具加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、中心静脈注射の費用は算定できない。

- (5) 区分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（これに係る器具加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含む。）について、区分C001に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に、患家において当該訪問診療と併せて中心静脈注射を行った場合は当該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) 中心静脈圧測定の目的でカテーテルを挿入した場合は、中心静脈注射用カテーテル挿入に準じて算定する。中心静脈注射及び中心静脈圧測定を同一の回路より同時に行った場合は、どちらか一方のみを算定する。

ただし、中心静脈注射及び中心静脈圧測定を別の回路から別のカテーテルを用いて同時に行った場合は、それぞれ材料料及び手技料を算定できる。

- (2) カテーテルの詰まり等によりカテーテルを交換する場合は、カテーテルの材料料及び手技料はその都度算定できる。

- (3) カテーテル挿入時の局所麻酔の手技料は別に算定できず、使用薬剤の薬剤料は別に算定できる。

- (4) 区分C104又は区分C108に掲げる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（これらに係る材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含む。）について、区分C001に掲げる在宅患者訪問診

療料を算定する日に、患者において当該訪問診療と併せて中心静脈注射用カテーテル挿入を行った場合は、カテーテルの材料及び手技料は別に算定できる。

G006 埋込型カテーテルによる中心静脈栄養

注に規定する無菌製剤処理加算は、G005 中心静脈注射の(2)無菌製剤処理加算に規定する事項を満たした場合に算定できる。

G009 脳脊髄腔注射

検査、処置を目的とする穿刺と同時に実施した場合は、当該検査若しくは処置又は脳脊髄腔注射のいずれかの所定点数を算定する。

G010 関節腔内注射

検査、処置を目的とする穿刺と同時に実施した場合は、当該検査若しくは処置又は関節腔内注射のいずれかの所定点数を算定する。

G012 結膜下注射

(1) 両眼に行った場合は、それぞれに片眼ごとの所定点数を算定する。

(2) 結膜下注射又は眼球注射の実施時に使用された麻薬については、「通則5」の加算は算定できない。

G012-2 自家血清の眼球注射

眼球注射に際し、患者の血液を採取する場合は所定点数に採血料を加算して算定する。

第2節 薬剤料

G100 薬剤

アレルギー治療エキス及びアレルギーハウスダストエキス等によるアレルギー疾患減感作療法において使用した薬剤料については、使用量（やむを得ず廃棄した場合の薬液量を含む。）に応じて薬価により算定する。

第7部 リハビリテーション

<通則>

- 1 リハビリテーション医療は、基本的動作能力の回復等を目的とする理学療法や、応用的動作能力、社会的適応能力の回復等を目的とした作業療法、言語聴覚能力の回復等を目的とした言語聴覚療法等の治療法より構成され、いずれも実用的な日常生活における諸活動の実現を目的として行われるものである。
- 2 第1節リハビリテーション料に掲げられていないリハビリテーションのうち、簡単なリハビリテーションのリハビリテーション料は、算定できないものであるが、個別に行う特殊なリハビリテーションのリハビリテーション料は、その都度当局に内議し、最も近似するリハビリテーションとして準用が通知された算定方法により算定する。
- 3 各区分におけるリハビリテーションの実施に当たっては、全ての患者の機能訓練の内容の要点及び実施時刻（開始時刻と終了時刻）の記録を診療録等へ記載すること。
- 4 リハビリテーションの実施に当たっては、医師は定期的な機能検査等をもとに、その効果判定を行いリハビリテーション実施計画を作成する必要がある。また、リハビリテーションの開始時及びその後3か月に1回以上（特段の定めのある場合を除く。）患者に対して当該リハビリテーション実施計画の内容を説明し、診療録にその要点を記載すること。
- 5 届出施設である保険医療機関内において、治療、訓練の専門施設外で訓練を実施した場合においても、所定点数により算定できる。
- 6 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料に掲げるリハビリテーション（以下この部において「疾患別リハビリテーション」という。）の点数は、患者に対して20分以上個別療法として訓練を行った場合（以下この部において、「1単位」という。）にのみ算定するものであり、訓練時間が1単位に満たない場合は、基本診療料に含まれる。
- 7 疾患別リハビリテーションは、患者1人につき1日合計6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9単位）に限り算定できる。
- 8 疾患別リハビリテーションは、患者の疾患等を総合的に勘案して最も適切な区分に該当する疾患別リハビリテーションを算定する。ただし、当該患者が病態の異なる複数の疾患を持つ場合には、必要に応じ、それぞれを対象とする疾患別リハビリテーションを算定できる。例えば、疾患別リハビリテーションのいずれかを算定中に、新たな疾患が発症し、新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態となった場合には、新たな疾患の発症日等をもって他の疾患別リハビリテーションの起算日として、各々の算定日数の範囲内でいずれかの疾患別リハビリテーションを算定することができる。この場合においても、1日の算定単位数は前項の規定による。
- 9 疾患別リハビリテーションを実施する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に疾患名及び当該疾患の発症日等につき明記すること。
- 10 「通則5」に掲げる加算は、心大血管疾患リハビリテーション料(I)、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)、運動器リハビリテーション料(I)、呼吸器リハビリテーション料(I)を算定する入院中の患者について算定するものとし、下記のとおり取り扱うこととする。
 - (1) 当該加算は、訓練室以外の病棟等（屋外を含む。）において、早期歩行自立及び実用的な日常生活における諸活動の自立を目的として、実用歩行訓練・日常生活活動訓練が行われた

場合に限り算定できるものであり、訓練により向上させた能力については常に看護師等により日常生活活動に生かされるよう働きかけが行われることが必要である。ただし、平行棒内歩行、基本的動作訓練としての歩行訓練、座位保持訓練等は当該加算の対象としない。

(2) 当該加算を算定するに当たっては、リハビリテーション開始時及びその後は1月に1回以上、医師、理学療法士等が共同してリハビリテーション実施計画書（別紙様式16の1、別紙様式16の2又はこれらに準ずるもの）を作成し、患者又は家族に説明の上交付するとともにその写しを診療録に添付すること。なお、リハビリテーション総合計画評価料算定患者及び回復期リハビリテーション病棟入院料算定患者については、リハビリテーション総合実施計画書の作成により、リハビリテーション実施計画書の作成に代えることができる。

(3) 当該加算については、当該保険医療機関以外で当該療法が行われたときには算定できない。

第1節 リハビリテーション料

H000 心大血管疾患リハビリテーション料

(1) 心大血管疾患リハビリテーション料は、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出を行った保険医療機関において算定するものであり、心機能の回復、当該疾患の再発予防等を図るために、心肺機能の評価による適切な運動処方に基づき運動療法等を個々の症例に応じて行った場合に算定する。なお、関係学会により周知されている「心疾患における運動療法に関するガイドライン」（Circulation Journal Vol. 66, Supple. IV, 2002: 1194）に基づいて実施すること。

(2) 心大血管疾患リハビリテーション料の対象となる患者は、特掲診療料の施設基準等別表第九の四に掲げる対象患者であって、以下のいずれかに該当するものをいい、医師が個別に心大血管疾患リハビリテーションが必要であると認めるものであること。

ア 急性発症した心大血管疾患又は心大血管疾患の手術後の患者とは、急性心筋梗塞、狭心症、開心術後、大血管疾患（大動脈解離、解離性大動脈瘤、大血管術後）のものをいう。

イ 慢性心不全、末梢動脈閉塞性疾患その他の慢性の心大血管の疾患により、一定程度以上の呼吸循環機能の低下及び日常生活能力の低下を来している患者とは、

(イ) 慢性心不全であって、左室駆出率40%以下、最高酸素摂取量が基準値80%以下又はヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド（BNP）が80pg/ml以上の状態のもの

(ロ) 末梢動脈閉塞性疾患であって、間欠性跛行を呈する状態のものをいう。

(3) 心大血管疾患リハビリテーション料の標準的な実施時間は、1回1時間（3単位）程度とするが、入院中の患者以外の患者については、1日当たり1時間（3単位）以上、1週3時間（9単位）を標準とする。

(4) 心大血管疾患リハビリテーション料は、緊急事態に備えるため専任の医師の直接の監視下に実施することとし、専任の医師は定期的な心機能チェックの下に、運動処方を含むリハビリテーションの実施計画を作成し、診療録に記載すること。この場合、入院中の患者については、当該療法を担当する医師又は理学療法士及び看護師の1人当たりの患者数は、それぞれ1回15人程度、1回5名程度とし、入院中の患者以外の患者については、それぞれ、1回20人程度、1回8名程度とする。

(5) 心大血管疾患リハビリテーション料(II)の届出保険医療機関において、重症不整脈や運動で誘発される心筋虚血を有する例、左室駆出率40%未満の低心機能例又は慢性心不全例以外の

心疾患の患者について当該療法を行う場合には、緊急対応が可能であることを前提としつつ、医師の管理下で行うことも可能である。この場合、看護師と患者が1対1で行った場合に限り算定し、実施単位数は看護師1人につき1日18単位を標準とし、週108単位に限り算定する。ただし、1日24単位を上限とする。

- (6) 心大血管疾患リハビリテーション料の所定点数には、心大血管疾患リハビリテーションに付随する心電図検査、負荷心電図検査及び呼吸心拍監視の費用が含まれる。
- (7) 治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合であって、別に厚生労働大臣が定める疾患とは、
- ア 失語症、失認及び失行症
 - イ 高次脳機能障害
 - ウ 重度の頸髄損傷
 - エ 頭部外傷又は多部位外傷
 - オ 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者
 - カ 難病患者リハビリテーション料に規定する患者
 - キ 障害児（者）リハビリテーション料に規定する患者
- である。

H001 脳血管疾患等リハビリテーション料

- (1) 脳血管疾患等リハビリテーション料は、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出を行った保険医療機関において算定するものであり、基本的動作能力の回復等を通して、実用的な日常生活における諸活動の自立を図るために、種々の運動療法、実用歩行訓練、日常生活活動訓練、物理療法、応用的動作能力、社会的適応能力の回復等を組み合わせて個々の症例に応じて行った場合又は言語聴覚機能に障害を持つ患者に対して言語機能若しくは聴覚機能に係る訓練を行った場合に算定する。なお、物理療法のみを行った場合には処置料の項により算定する。
- (2) 脳血管疾患等リハビリテーション料の対象となる患者は、特掲診療料の施設基準等別表第九の五に掲げる患者であって、以下のいずれかに該当するものをいい、医師が脳血管疾患等リハビリテーションが必要であると認めるものである。
- ア 急性発症した脳血管疾患又はその手術後の患者とは、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、脳外傷、脳炎、急性脳症（低酸素脳症等）、髄膜炎等のものをいう。
 - イ 急性発症した中枢神経疾患又はその手術後の患者とは、脳膿瘍、脊髄損傷、脊髄腫瘍、脳腫瘍摘出術などの開頭術後、てんかん重積発作等のものをいう。
 - ウ 神経疾患とは、多発性神経炎（ギランバレー症候群等）、多発性硬化症、末梢神経障害（顔面神経麻痺等）等をいう。
 - エ 慢性の神経筋疾患とは、パーキンソン病、脊髄小脳変性症、運動ニューロン疾患（筋萎縮性側索硬化症）、遺伝性運動感覚ニューロパチー、末梢神経障害、皮膚筋炎、多発性筋炎等をいう。
 - オ 失語症、失認及び失行症、高次脳機能障害の患者
 - カ 難聴や人工内耳埋込手術等に伴う聴覚・言語機能の障害を有する患者とは、音声障害、構音障害、言語発達障害、難聴に伴う聴覚・言語機能の障害又は人工内耳埋込手術等に伴う聴覚・言語機能の障害を持つ患者をいう。

キ リハビリテーションを要する状態であって、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力の低下及び日常生活能力の低下を来している患者とは、外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群、脳性麻痺等に伴う先天性の発達障害等の患者であって、治療開始時の機能的自立度評価法（Functional Independence Measure、以下この項において「FIM」という。）115以下、基本的日常生活活動度（Barthel Index、以下この項において「BI」という。）85以下の状態等のものをいう。

- (3) 脳血管疾患等リハビリテーション料の所定点数には、徒手筋力検査及びその他のリハビリテーションに付随する諸検査が含まれる。
- (4) 急性増悪とは、脳血管疾患等リハビリテーション料の対象となる疾患の増悪等により、1週間以内にFIM得点又はBIが10以上低下するような状態等に該当する場合をいう。
- (5) 脳血管疾患等リハビリテーション料は、医師の指導監督の下、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の監視下に行われたものについて算定する。また専任の医師が、直接訓練を実施した場合にあっても、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が実施した場合と同様に算定できる。
- (6) 脳血管疾患等リハビリテーション料は、1人の従事者が1人の患者に対して重点的に個別の訓練を行う必要があると認められる場合であって、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と患者が1対1で行った場合に算定し、実施単位数は従事者1人につき1日18単位を標準とし、週108単位に限り算定する。ただし、1日24単位を上限とする。
- (7) 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)の届出を行った保険医療機関（専従する常勤の理学療法士が2名以上勤務しているものに限る。）において、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士以外に、運動療法機能訓練技能講習会を受講するとともに、定期的に適切な研修を修了しているあん摩マッサージ指圧師等の従事者が訓練を行った場合については、当該療法を実施するに当たり、医師又は理学療法士が事前に指示を行い、かつ事後に当該療法に係る報告を受ける場合であって、(1)から(6)までのいずれにも該当する場合に限り、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)の100点を算定できる。
- (8) 治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合であって、別に厚生労働大臣が定める疾患とは、
 - ア 失語症、失認及び失行症
 - イ 高次脳機能障害
 - ウ 重度の頸髄損傷
 - エ 頭部外傷又は多部位外傷
 - オ 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者
 - カ 難病患者リハビリテーション料に規定する患者
 - キ 障害児（者）リハビリテーション料に規定する患者である。

H002 運動器リハビリテーション料

- (1) 運動器リハビリテーション料は、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出を行った保険医療機関において算定するものであり、基本的動作能力の回復等を通して、実用的な日常生活における諸活動の自立を図るために、種々の運動療法、実用歩行訓練、日常生活活動訓練、物理療法、応用的動作能力、社会的適応

能力の回復等を目的とした作業療法等を組み合わせる個々の症例に応じて行った場合に算定する。なお、物理療法のみを行った場合には処置料の項により算定する。

- (2) 運動器リハビリテーション料の対象となる患者は、特掲診療料の施設基準等別表第九の六に掲げる患者であって、以下のいずれかに該当するものをいい、医師が個別に運動器リハビリテーションが必要であると認めるものである。
 - ア 急性発症した運動器疾患又はその手術後の患者とは、上・下肢の複合損傷（骨、筋・腱・靭帯、神経、血管のうち3種類以上の複合損傷）、脊椎損傷による四肢麻痺（1肢以上）、体幹・上・下肢の外傷・骨折、切断・離断（義肢）、運動器の悪性腫瘍等のものをいう。
 - イ 慢性の運動器疾患により、一定程度以上の運動機能の低下及び日常生活能力の低下を来している患者とは、関節の変性疾患、関節の炎症性疾患、熱傷瘢痕による関節拘縮、運動器不安定症等のものをいう。
- (3) 運動器リハビリテーション料の所定点数には、徒手筋力検査及びその他のリハビリテーションに付随する諸検査が含まれる。
- (4) 運動器リハビリテーション料は、医師の指導監督の下、理学療法士又は作業療法士の監視下により行われたものについて算定する。また専任の医師が、直接訓練を実施した場合であっても、理学療法士又は作業療法士が実施した場合と同様に算定できる。
- (5) 運動器リハビリテーションは、1人の従事者が1人の患者に対して重点的に個別的訓練を行う必要があると認められる場合であって、理学療法士又は作業療法士と患者が1対1で行った場合に算定し、実施単位数は従事者1人につき1日18単位を標準とし、週108単位までとする。ただし、1日24単位を上限とする。
- (6) 運動器リハビリテーション料(Ⅱ)の届出を行った保険医療機関（専従の常勤理学療法士が勤務している場合に限る。）において、理学療法士及び作業療法士以外に、運動療法機能訓練技能講習会を受講するとともに、定期的に適切な研修を修了しているあん摩マッサージ指圧師等の従事者が訓練を行った場合については、当該療法を実施するに当たり、医師又は理学療法士が事前に指示を行い、かつ事後に当該療法に係る報告を受ける場合であって(1)から(5)までのいずれにも該当する場合に限り、運動器リハビリテーション料(Ⅱ)の80点を算定できる。
- (7) 運動器リハビリテーション料(Ⅰ)の届出を行った保険医療機関において、理学療法士及び作業療法士以外に、適切な運動器リハビリテーションに係る研修を修了したあん摩マッサージ指圧師等の従事者が訓練を行った場合については、当該療法を実施するに当たり、医師又は理学療法士が事前に指示を行い、かつ事後に当該療法に係る報告を受ける場合であって(1)から(5)までのいずれにも該当する場合に限り、運動器リハビリテーション料(Ⅱ)の80点を算定できる。
- (8) 治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合であって、別に厚生労働大臣が定める疾患とは、
 - ア 失語症、失認及び失行症
 - イ 高次脳機能障害
 - ウ 重度の頸髄損傷
 - エ 頭部外傷又は多部位外傷
 - オ 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者

カ 難病患者リハビリテーション料に規定する患者
キ 障害児（者）リハビリテーション料に規定する患者
である。

H003 呼吸器リハビリテーション料

(1) 呼吸器リハビリテーション料は、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出を行った保険医療機関において算定するものであり、呼吸訓練や種々の運動療法等を組み合わせる個々の症例に応じて行った場合に算定する。

(2) 呼吸器リハビリテーション料の対象となる患者は、特掲診療料の施設基準等別表第九の七に掲げる患者であって、以下のいずれかに該当するものをいい、医師が個別に呼吸器リハビリテーションが必要であると認めるものである。

ア 急性発症した呼吸器疾患の患者とは、肺炎、無気肺等のものをいう。

イ 呼吸器疾患又はその手術後の患者とは、胸部外傷、肺梗塞、肺移植手術、慢性閉塞性肺疾患（COPD）に対するLVRS（Lung volume reduction surgery）、肺癌、食道癌、胃癌、肝臓癌、咽・喉頭癌の手術後等のものをいう。

ウ 慢性の呼吸器疾患により、一定程度以上の重症の呼吸困難や日常生活能力の低下を来している患者とは、慢性閉塞性肺疾患（COPD）、気管支喘息、気管支拡張症、間質性肺炎、塵肺、びまん性汎気管支炎（DPB）、神経筋疾患で呼吸不全を伴う患者、気管切開下の患者、人工呼吸管理下の患者、肺結核後遺症等のものであって、次の(i)~(v)のいずれかに該当する状態であるものをいう。

(i) 息切れスケール（Medical Research Council Scale）で2以上の呼吸困難を有する状態

(ii) 慢性閉塞性肺疾患（COPD）で日本呼吸器学会の重症度分類のII以上の状態

(iii) 呼吸障害による歩行機能低下や日常生活活動度の低下により日常生活に支障を来す状態

(3) 呼吸器リハビリテーション料の所定点数には、呼吸機能検査、経皮的動脈血酸素飽和度測定及びその他のリハビリテーションに付随する諸検査が含まれる。また、呼吸機能訓練と同時に行った酸素吸入の費用も所定点数に含まれる。

(4) 呼吸器リハビリテーション料は、医師の指導監督の下で行われるものであり、理学療法士の監視下に行われたものについて算定する。また、専任の医師が、直接訓練を実施した場合であっても、理学療法士が実施した場合と同様に算定できる。

(5) 呼吸器リハビリテーション料は、1人の従事者が1人の患者に対して重点的に個別的訓練を行う必要があると認められる場合であって、理学療法士と患者が1対1で行った場合に算定し、実施単位数は従事者1人につき1日18単位を標準とし、週108単位に限り算定する。ただし、1日18単位を標準とするが、1日24単位を上限とする。

(6) 治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合であって、別に厚生労働大臣が定める疾患とは、

ア 失語症、失認及び失行症

イ 高次脳機能障害

ウ 重度の頸髄損傷

エ 頭部外傷又は多部位外傷

オ 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者
カ 難病患者リハビリテーション料に規定する患者
キ 障害児（者）リハビリテーション料に規定する患者
である。

H003-2 リハビリテーション総合計画評価料

- (1) リハビリテーション総合計画評価料は、定期的な医師の診察及び運動機能検査又は作業能力検査等の結果に基づき医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の多職種が共同してリハビリテーション総合実施計画を作成し、これに基づいて行ったリハビリテーションの効果、実施方法等について共同して評価を行った場合に算定する。
- (2) リハビリテーション総合計画評価料の最初の算定が入院中に行われた患者が退院した場合については引き続き入院中の患者であるものとみなして、また、最初の算定が入院中以外に行われた患者が入院した場合については引き続き入院中以外の患者であるものとみなして算定する。

ただし、当該リハビリテーション総合計画評価料の最初の算定が入院中以外に行われた患者が入院した場合であって、再度患者の病態等の変化を考慮の上、医師の診察及び運動機能検査又は作業能力検査等をもとに(1)に掲げる要件を満たすリハビリテーション総合実施計画の作成及び評価を行った場合は入院中の患者であるものとして算定する。

- (3) 医師及びその他の従事者は、共同してリハビリテーション総合実施計画書（別紙様式17の1、別紙様式17の2又は別紙様式17の3）を作成し、その内容を患者に説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付する。

H004 摂食機能療法

- (1) 摂食機能療法は、摂食機能障害を有する患者に対して、個々の患者の症状に対応した診療計画書に基づき、1回につき30分以上訓練指導を行った場合に限り算定する。なお、摂食機能障害者とは、発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症により摂食機能に障害があるものをいう。
- (2) 摂食機能療法の実施に当たっては、実施計画を作成し、医師は定期的な摂食機能検査をもとに、その効果判定を行う必要がある。なお、訓練内容及び治療開始日を診療録に記載すること。
- (3) 治療開始日から3月以内に摂食機能療法を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に治療開始日を記載すること。
- (4) 医師又は歯科医師の指示の下に言語聴覚士又は看護師等が行う嚥下訓練は、摂食機能療法として算定できる。

H005 視能訓練

- (1) 視能訓練は、両眼視機能に障害のある患者に対して、その両眼視機能回復のため矯正訓練（斜視視能訓練、弱視視能訓練）を行った場合に算定できるものであり、1日につき1回のみ算定する。
- (2) 斜視視能訓練と弱視視能訓練を同時に施行した場合は、主たるもののみで算定する。
- (3) 実施に当たって、医師は個々の患者の症状に対応した診療計画を作成し診療録に記載する。

H006 難病患者リハビリテーション料

- (1) 難病患者リハビリテーション料は、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出を行った保険医療機関において、難病患者の社会生活機能の回復を目的として難病患者リハビリテーションを行った場合に、実施される内容の種類にかかわらず1日につき1回のみ算定する。

- (2) 難病患者リハビリテーション料の算定対象は、入院中の患者以外の難病患者であって、要介護者（食事又はトイレに介助が必要な者）及び準要介護者（移動又は入浴に介助が必要な者）であり、医師がリハビリテーションが必要であると認めるものであること。
- (3) 難病患者リハビリテーションは、個々の患者に応じたプログラムに従ってグループごとに治療するものであるが、この実施に当たっては、患者の症状等に応じたプログラムの作成、効果の判定等に万全を期すること。なお、実施時間は患者1人当たり1日につき6時間を標準とする。
- (4) 難病患者リハビリテーション料を算定している患者に対して、同日に行う他のリハビリテーションは所定点数に含まれるものとする。
- (5) 加算の対象となる食事の提供は、あくまで医療上の目的を達成するための手段であり、治療の一環として行われるものに限られる。なお、食事の提供に当たっては、当該保険医療機関内で調理した食事を提供するとともに、関係帳簿を整備する。

H007 障害児（者）リハビリテーション料

- (1) 障害児（者）リハビリテーション料は、別に厚生労働大臣が定める障害児（者）リハビリテーションの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であって、児童福祉法（昭和22年法律第164号）第43条の3及び第43条の4に規定する肢体不自由児施設及び重度心身障害児施設又は同法第27条第2項に規定する国立高度専門医療センター及び独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であって厚生労働大臣の指定する医療機関の入所者又は通園者（外来患者を含む。）である以下の患者（医師がリハビリテーションが必要と認めた患者に限る。）に対して、個々の症例に応じてリハビリテーションを行った場合に算定する。

ア 脳性麻痺

イ 胎生期若しくは乳幼児期に生じた脳又は脊髄の奇形及び障害には、脳形成不全、小頭症、水頭症、奇形症候症、二分脊椎等が含まれる。

ウ 顎・口腔の先天異常

エ 先天性の体幹四肢の奇形又は変形には、先天性切断、先天性多発性関節拘縮症等が含まれる。

オ 先天性神経代謝異常症、大脳白質変性症

カ 先天性又は進行性の神経筋疾患には、脊髄小脳変性症、シャルコーマリートウス病、進行性筋ジストロフィー症等が含まれる。

キ 神経障害による麻痺及び後遺症には、低酸素性脳症、頭部外傷、溺水、脳炎・脳症・髄膜炎、脊髄損傷、脳脊髄腫瘍、腕神経叢損傷・坐骨神経損傷等回復に長期間を要する神経疾患等が含まれる。

ク 言語障害、聴覚障害、認知障害を伴う自閉症等の発達障害には、広汎性発達障害、注意欠陥多動性障害、学習障害等が含まれる。

- (2) 障害児（者）リハビリテーションの実施に当たっては、医師は定期的な運動機能検査等をもとに、その効果判定を行い、リハビリテーション実施計画を作成する必要がある。

- (3) 障害児（者）リハビリテーション料を算定する場合は、脳血管疾患等リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料は別に算定できない。