

第4部 画像診断

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、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、区分番号E001又は区分番号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回に限り所定点数に70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及び区分番号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、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回に限り所定点数に180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第4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。

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及び4並びに区分番号E

002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15点を加算する。

5 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、第1号から第3号まで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。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。また、当該加算を算定した場合には、前号に掲げる加算は算定しない。

- 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

6 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

4 乳房撮影（一連につき） 256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

4 乳房撮影（一連につき） 196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ピーの所定点数（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

イ	主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合	3,600点
ロ	イ以外の場合	1,180点
4	静脈造影カテーテル法	3,600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 コピーの所定点数
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、二類感染症患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E101-3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E101-3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、所定点数に120点を加算する。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。	
	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。	
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。

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}F FDG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並びに ^{18}F 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。

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}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 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（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650点を算定する。

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120点を加算する。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。

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 マルチスライス型の機器による場合

850点

- ロ イ以外の場合 660点
- 2 脳槽CT撮影（造影を含む。） 2,300点
- 注1 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。
- 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つては、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、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（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社会保険事務局長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撮影加算として所定点数に600点を加算する。
- 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。
- E201 非放射性キセノン脳血流動態検査 2,000点
- 注 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。
- 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 1.5テスラ以上の機器による場合 1,300点
- 2 1以外の場合 1,080点
- 注1 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 1及び2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。
- 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、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（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社会保険事務局長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撮影加算として所定点数に300点を加算する。
- 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。
- 第4節 薬剤料
- 区分
- E300 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
- E400 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。
- E401 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。

100分の70に相当する点数により算定する。

4 強度変調放射線治療（IMRT）

- イ 1回目 3,000点
- ロ 2回目 1,000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、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、放射線治療を実施した場合に算定する。

注1 疾病、部位又は部位数にかかわらず、1回につき算定する。

2 術中照射療法を行った場合は、患者1人につき1日に限り、所定点数に3,000点を加算する。

3 体外照射用固定器具を使用した場合は、所定点数に1,000点を加算する。

M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療 50,000点

M001-3 直線加速器による定位放射線治療 63,000点

注 直線加速器による定位放射線治療のうち、患者の体幹部に対して行われるものについては、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。

M002 全身照射（一連につき） 10,000点

注 骨髄移植を目的として行われるものに限る。

M003 電磁波温熱療法（一連につき）

- 1 深在性悪性腫瘍に対するもの 9,000点
- 2 浅在性悪性腫瘍に対するもの 6,000点

M004 密封小線源治療（一連につき）

- 1 外部照射 80点
- 2 腔内照射

イ 高線量率イリジウム照射を行った場合又は新型コバルト小線源治療装置を用いた場合 3,000点

ロ 旧型コバルト腔内照射装置を用いた場合 1,000点

ハ その他の場合 1,500点

3 組織内照射

イ 前立腺癌に対する永久挿入療法 48,600点

ロ 高線量率イリジウム照射を行った場合又は新型コバルト小線源治療装置を用いた場合 7,500点

ハ その他の場合 6,000点

4 放射性粒子照射（本数に関係なく） 2,000点

注1 疾病、部位又は部位数にかかわらず、一連につき算定する。

2 使用した高線量率イリジウムの費用として、購入価格を70円で除して得た点数を加算する。

3 使用した低線量率イリジウムの費用として、購入価格を10円で除して得た点数を加算する。

4 前立腺癌に対する永久挿入療法を行った場合は、使用した線源の費用として1個につき630点を加算する。ただし、この場合において、注6の加算は算定できない。

5 食道用アプリケーションター又は気管、気管支用アプリケーションターを使用した場合は、それぞれ所定点数に6,700点又は4,500点を加算する。

6 使用した放射性粒子の費用として、購入価格を10円で除して得た点数を加算する。

M005 血液照射 110点

第12部 放射線治療

通則

放射線治療料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、放射線治療料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。

放射線治療料

区分

M000 放射線治療管理料（分布図の作成1回につき）

- | | | |
|---|--------------------------------|--------|
| 1 | 1門照射、対向2門照射又は外部照射を行った場合 | 2,700点 |
| 2 | 非対向2門照射、3門照射又は腔内照射を行った場合 | 3,100点 |
| 3 | 4門以上の照射、運動照射、原体照射又は組織内照射を行った場合 | 3,400点 |
| 4 | 強度変調放射線治療（IMRT）による体外照射を行った場合 | 5,000点 |

注1 線量分布図を作成し、区分番号M001に掲げる体外照射、区分番号M004の1に掲げる外部照射、区分番号M004の2に掲げる腔内照射又は区分番号M004の3に掲げる組織内照射による治療を行った場合に、分布図の作成1回につき1回、1連につき2回に限り算定する。

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、患者に対して、放射線治療を専ら担当する常勤の医師が策定した照射計画に基づく医学的管理（区分番号M001の3に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分番号M001の4に掲げる強度変調放射線治療（IMRT）に係るものに限る。）を行った場合は、所定点数に330点を加算する。

3 注2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、放射線治療を必要とする悪性腫瘍の患者であって、入院中の患者以外の患者に対して、放射線治療（区分番号M001の3に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分番号M001の4に掲げる強度変調放射線治療（IMRT）に係るものに限る。）を実施した場合に、患者1人1日につき1回に限り所定点数に100点を加算する。

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 | 500点 |
| 2 | 甲状腺機能亢進症に対するもの | 250点 |

注 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。

M001 体外照射

- | | | |
|-----|---------------------------|--------|
| 1 | エックス線表在治療 | |
| イ | 1回目 | 110点 |
| ロ | 2回目 | 33点 |
| 2 | コバルト ⁶⁰ 遠隔大量照射 | |
| イ | 1回目 | 500点 |
| ロ | 2回目 | 150点 |
| 3 | 高エネルギー放射線治療 | |
| イ | 1回目 | |
| (1) | 1門照射又は対向2門照射を行った場合 | 930点 |
| (2) | 非対向2門照射又は3門照射を行った場合 | 1,240点 |
| (3) | 4門以上の照射、運動照射又は原体照射を行った場合 | 1,580点 |
| ロ | 2回目 | |
| (1) | 1門照射又は対向2門照射を行った場合 | 310点 |
| (2) | 非対向2門照射又は3門照射を行った場合 | 410点 |
| (3) | 4門以上の照射、運動照射又は原体照射を行った場合 | 520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