

2018年度診療報酬改定 速報版 (疑義解釈追加分)

2018年3月30日

JIRA 一般社団法人 日本画像医療システム工業会
経済部会 診療報酬委員会 鍵谷 昭典

2018年度診療報酬改定について

12月18日の予算大臣折衝を踏まえ、平成30年度の診療報酬改定は、以下のとおりとなった。

診療報酬全体 ▲1. 19% (ネット)

1. 診療報酬本体 +0. 55%
(医科 +0. 63%)
(歯科 +0. 69%)
(調剤 +0. 19%)

2. 薬価等 ▲1. 74%

①薬価 ▲1. 65%

※うち、実勢価等改定▲1. 36%

薬価制度の抜本改革▲0. 29%

②材料価格 ▲0. 09%

なお、上記のほか、いわゆる**大型門前薬局**に対する**評価の適正化の措置**を講ずる。

今までの診療報酬改定率の推移

年度	診療報酬	薬価基準	全体
	本体		
1992	5.00%	-2.50%	2.50%
1994	4.80%	-2.12%	2.68%
1996	3.40%	-2.60%	0.80%
1997	1.70%	-1.32%	0.38%
1998	1.50%	-2.80%	-1.30%
2000	1.90%	-1.70%	0.20%
2002	-1.30%	-1.40%	-2.70%
2004	0.00%	-1.00%	-1.00%
2006	-1.36%	-1.80%	-3.16%
2008	0.38%	-1.20%	-0.82%
2010	1.55%	-1.36%	0.19%
2012	1.38%	-1.38%	0.00%
2014	0.73%	-0.63%	0.10%
2016	0.49%	-1.33%	-0.84%
2018	0.55%	-1.74%	-1.19%

*全体改定率の枠
 水色がプラス改定
 ピンク色がマイナス改定

←被用者本人負担が2割に！
 （3割負担は2003年～）

←介護保険の導入！

←史上初の診療報酬本体・薬価
 の同時マイナス改定！

←大幅マイナス改定！

←10年ぶりのプラス改定！

←僅かながらプラス改定！

←消費税対応分あり(実質-1.26%)

←実質3回連続マイナス改定

2018年度診療報酬改定 画像診断関連

第2章 特掲診療料

第4部 画像診断

通則の見直し

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厚生局長等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70点を所定点数に加算する。ただし、画像診断管理加算2又は**画像診断管理加算3**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厚生局長等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又は**画像診断管理加算3**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180点又は**300点**を所定点数に**加算**する。 新

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、(中略) 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又は**画像診断管理加算3**を算定する場合はこの限りでない。

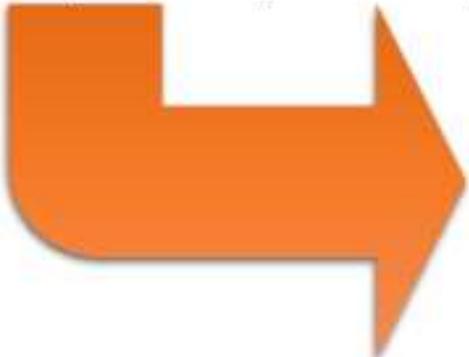
画像診断管理加算の改変

近年、画像診断における医療安全や適正管理についての新しい考え方や技術が登場し、専門医等による画像診断管理の重要性は増している。点数は撮影料等と比較して低い水準にあり、専門医の関与しない画像診断が多いことが問題となっている。

この4が**画像診断管理加算3(300点)**となった！

画像診断管理加算	1	2
点数	70	180
対象点数区分	E001,E004,E102,E203	E102,E203
遠隔	夜間休日○	夜間休日○
専門医	常勤1名以上	常勤1名以上
医療機関の種類	保険医療機関	病院
翌営業日読影		CT,MRI,核医学の8割以上
画像情報の管理		すべての画像情報の管理に専門医が関与

新画像診断管理加算	1	2	3	4
点数	70	250	350	400
対象点数区分	E001,E004,E102,E203	E102,E203	E102,E203	E102,E203
遠隔	夜間休日○	夜間休日○	夜間休日○	夜間休日○
専門医	常勤1名以上	常勤1名以上	常勤3名以上	常勤6名以上
医療機関の種類	保険医療機関	病院	病院	特定機能病院
翌営業日読影		CT,MRI,核医学の8割以上		
画像情報の管理		すべての画像情報の管理に専門医が関与		
夜間休日対応			○	
専門医による検査前の画像診断管理			全例実施	
専門医による医療被曝管理			全例実施	
当該地域での講習会、勉強会の開催				○



*日本医学放射線学会要望資料より

日本医学放射線学会からの要望書における 画像診断管理加算4(改定では3)における施設基準

画像診断管理加算2の要件に加え、

- ①夜間休日の読影対応体制を整備すること。
- ②画像診断を専ら担当する常勤の医師による検査前の画像診断管理(プロトコル管理)を全例において実施していること。
- ③被ばく管理をガイドラインに沿って実施していること。
- ④特定機能病院であること。
- ⑤当該特定機能病院が所在する2次医療圏を超える広域において、複数の医療機関と画像診断に関する講習会、勉強会を年間4回以上開催すること。うち1回以上は医療機器の保守管理等の議題を含むこと。
- ⑥画像診断を専ら担当する常勤の医師が6名以上在籍すること。

※「画像診断管理加算4は特定機能病院の50%が算定と推定する」とされている。

参考：医療放射線の適正管理に関する検討会第4回議事録より

青木茂樹先生(順天堂大学医学部 放射線診断学講座 教授)のご発言

○青木構成員 今おっしゃったことはまさに重要な点で、**その場でどのくらい被ばくしたかを記録すること**と、**それからそれをいかに後に外に出しやすくするか**。外に出すのは結構大変なところがあります。放射線の検査は今、想像以上に多いわけで、月に数万件になってしまうので、それをどうやってハンドルのするかが現場の負担になるのだと思います。

一つ、今、**画像診断管理加算**という保険の仕組みで放射線の管理もしていこうという動きはあると思いますので、**そこをうまく利用して管理を進めていけばいいのではないか**というのが、**特に大きい病院に関しては可能なのではないか**と思います。ソフトがありますので、そういったものを導入できるように加算がついていけば導入して。そういうものを導入しないと、一例一例どのくらい被ばくしているかというのは、そこでは出てきても、それを統計的に使う、取り出して統計的に使っていくということは、**何らかの専用のソフトなどシステムがないと、今、数が多いので難しい状態**だと思います。

「画像診断管理加算1」の施設基準

- (1) **放射線科を標榜している保険医療機関であること。**
- (2) **画像診断を専ら担当する常勤の医師(専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するもの又は当該療養について関係学会から示されている2年以上の所定の研修(専ら放射線診断に関するものとし、画像診断、Interventional Radiology (IVR) 及び核医学に関する事項を全て含むものであること。))を修了し、その旨が登録されている医師に限る。))が1名以上配置されていること。なお、画像診断を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において画像情報の撮影又は読影に携わっている者をいう。**
- (3) **画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。**
- (4) **当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託していないこと。**
- (5) **電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を送受信する場合は、端末の管理や情報機器の設定等を含め、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。**

「画像診断管理加算2」の施設基準

- (1) 放射線科を標榜している病院であること。
- (2) 画像診断を専ら担当する常勤の医師(専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するもの又は当該療養について関係学会から示されている2年以上の所定の研修(専ら放射線診断に関するものとし、画像診断、Interventional Radiology (IVR) 及び核医学に関する事項を全て含むものであること。)を修了し、その旨が登録されている医師に限る。)が1名以上配置されていること。なお、画像診断を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において画像情報の撮影又は読影に携わっている者をいう。
- (3) 当該保険医療機関において**実施される全ての核医学診断、CT撮影及びMRI撮影について、(2)に規定する医師の下に画像情報の管理が行われていること。**
- (4) 当該保険医療機関における核医学診断及びコンピューター断層診断のうち、**少なくとも8割以上の読影結果が、(2)に規定する医師により遅くとも撮影日の翌診療日まで**に当該患者の診療を担当する医師に報告されていること。
- (5) 画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (6) 当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託していないこと。
- (7) 電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を送受信する場合は、端末の管理や情報機器の設定等を含め、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。

「画像診断管理加算3」の施設基準

- (1) 放射線科を標榜している**特定機能病院**であること。
- (2) 画像診断を専ら担当する**常勤の医師**(専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するもの又は当該療養について関係学会から示されている2年以上の所定の研修(専ら放射線診断に関するものとし、画像診断、Interventional Radiology (IVR) 及び核医学に関する事項を全て含むものであること。)を修了し、その旨が登録されている医師に限る。)が**6名以上配置**されていること。なお、画像診断を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において画像情報の撮影又は読影に携わっている者をいう。
- (3) 当該保険医療機関において実施される全ての核医学診断、CT撮影及びMRI撮影について、(2)の医師の下に画像情報の管理が行われていること。
- (4) 当該保険医療機関における核医学診断及びコンピューター断層診断のうち、少なくとも8割以上の読影結果が、(2)の医師により遅くとも撮影日の翌診療日までに当該患者の診療を担当する医師に報告されていること。
- (5) 当該保険医療機関において、**夜間及び休日に読影を行う体制が整備されていること。**
- (6) 画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されており、当該保険医療機関において実施される**全ての核医学診断、CT撮影及びMRI撮影について、夜間及び休日を除いて、検査前の画像診断管理を行っていること。**
- (7) 当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託していないこと。
- (8) 電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を送受信する場合は、端末の管理や情報機器の設定等を含め、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。
- (9) **関係学会の定める指針に基づいて、適切な被ばく線量管理を行っていること。その際、施設内の全てのCT検査の線量情報を電子的に記録し、患者単位及び検査プロトコル単位で集計・管理の上、被ばく線量の最適化を行っていること。**

日本医学放射線学会からの要望書の参考資料

CT撮影を実施するにあたっては、**放射線被ばくの影響を十分に考慮する必要**があり、国際放射線防護委員会(ICRP)は適切な放射線量の管理のために診断参考レベル(Diagnostic Reference Level;DRL)を使用することを推奨している。本指針では、この**診断参考レベル**を利用して、**適切な被ばく線量管理**が行えるよう、具体的な管理方法を提示する。これらに準じて管理することで、**CT撮影がより安全に、精度高く実施されると期待される。**

1)線量管理体制

施設内にCT被ばく線量及び撮影プロトコル等を管理するチーム(**被ばく線量・撮影プロトコル管理チーム**)を作ること。本チームは**1名の責任医師の下、その他の医師、診療放射線技師、看護師**などで構成される。本チームの**会合は年1回以上**行うこと。

2)被ばく線量の記録

DICOM規格の**線量レポート(DICOM Radiation Dose Structured Reports: RDSR)**を作成し記録・保存すること。RDSRが作成できないCT装置の場合は、**検査ごとの被ばく線量やスキャン条件(mAs)等**を記録・保存すること。

3)撮影プロトコル

撮影プロトコルをリスト化し、適宜見直しを行うこと。小児用のプロトコルは成人用とは別に作成すること。

Dose notification値は、診断参考レベルを考慮するなど、適切な値を設定すること。

日本医学放射線学会からの要望書の参考資料(続き)

4)被ばく線量管理

検査実施後の被ばく線量の評価は少なくとも年1回以上行い、診断参考レベルを考慮して撮影プロトコルの見直し等に反映させること。

なお、被ばく線量の評価にあたっては、診断参考レベルが標準的体格の患者における特定の撮影プロトコルでのCTDIvol、DLPの値から設定されたものであることを留意すること。

5)CT装置の品質管理

始業時・終業時点検並びに保守点検を適宜実施すること。また始業時には水ファントムスキャン等を行い、画像上のアーチファクトの有無を確認し、CT値および画像ノイズ値(標準偏差)等を評価すること。

なお、定期的(少なくとも6か月に1回)に線量測定が行われていることが望ましい。

6)線量調査への参加

日本医学放射線学会が実施するCT被ばく量調査に参加すること。

「画像診断管理加算3」を保険請求するためには
上記の内容に基づいた線量管理等が必要となるでしょう！

実作業においては診療放射線技師の方々の役割は大きい！

疑義解釈その1より(2018年3月30日発出)

問158 画像診断管理加算3又は頭部MRI撮影加算について、「夜間及び休日に読影を行う体制が整備されていること」とされているが、当該体制には放射線科医の当直体制、放射線科医が自宅で待機し必要に応じて登院する体制及び遠隔画像読影装置等を用いて自宅等で読影を行う体制を含むか。

(答)そのとおり。

問159 画像診断管理加算3又は頭部MRI撮影加算について、「夜間及び休日に読影を行う体制が整備されていること」とされているが、夜間及び休日に撮像された全ての画像を読影しなくてもよいか。また、夜間及び休日に読影を行った場合において、正式な画像診断報告書を作成するのは翌診療日でもよいか。

(答)いずれもよい。

問160 画像診断管理加算3又は頭部MRI撮影加算について、「夜間及び休日に読影を行う体制が整備されていること」とされているが、夜間及び休日に読影を行う医師は画像診断を専ら担当する医師である必要があるか。

(答)画像診断を専ら担当する医師によって適切に管理されていれば、夜間及び休日に読影を行う医師は必ずしも画像診断を専ら担当する医師でなくてもよい。

疑義解釈その1より(2018年3月30日発出)

問161 画像診断管理加算3又は頭部MRI撮影加算について、「**検査前の画像診断管理を行っていること**」とあるが、具体的にはどのようなことを行えばよいか

。(答)検査依頼に対して放射線科医がその適応を判断し、**CTやMRI等の適切な撮像法や撮像プロトコルについて、臨床情報、被ばく管理情報又は臨床検査データ値等を参考に、事前に確認及び決定すること**。なお、当該管理を行ったことについて、**口頭等で指示をした場合も含め、適切に診療録に記録すること**。

問162 画像診断管理加算3又は頭部MRI撮影加算について、「**関連学会の定める指針**」とあるが、具体的には何を指すのか。

(答)**日本医学放射線学会のエックス線CT被ばく線量管理指針等を指す**。

問163 画像診断管理加算について、**自宅等の当該保険医療機関以外の場所で読影を行うことができる医師とは別に、当該保険医療機関において勤務する専ら画像診断を担当する常勤の医師が1名(画像診断管理加算3を算定する場合にあっては6名)以上必要と考える**よいか。

(答)**そのとおり**。

日本医学放射線学会からの「エックス線CT被ばく線量管理指針」より

表1. 成人のエックス線CT診断参考レベル

	CTDI _{vol} (mGy)	DLP (mGy. cm)
頭部	85	1,350
胸部	15	550
胸部・腹部・骨盤	18	1,300
腹部・骨盤	20	1,000
肝臓ダイナミック	15	1,800
冠動脈	90	1,400

注1) 標準体格は体重50~60kg、但し冠動脈CTのみ体重50~70kg

注2) 肝臓ダイナミックCTは、胸部や骨盤を含まない

日本医学放射線学会からの「エックス線CT被ばく線量管理指針」より

表2. 小児のエックス線CT診断参考レベル

	1歳未満		1～5歳		6～10歳	
	CTDI _{vol} (mGy)	DLP (mGy・cm)	CTDI _{vol} (mGy)	DLP (mGy・cm)	CTDI _{vol} (mGy)	DLP (mGy・cm)
頭部	38	500	47	660	60	850
胸部	11 (5.5)	210 (105)	14 (7)	300 (150)	15 (7.5)	410 (205)
腹部	11 (5.5)	220 (110)	16 (8)	400 (200)	17 (8.5)	530 (265)

注1) 16cmファントムによる値を示し、括弧内に32cmファントムによる値を併記した。

「画像診断管理加算」の施設基準届出書類

様式 32

画像診断管理加算 1
 画像診断管理加算 2
 画像診断管理加算 3

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。)		
2 画像診断を専ら担当する常勤医師の氏名等		
常勤医師の氏名	経験年数	医療機関勤務
		<input type="checkbox"/>

*官報公示・関連する通知・事務連絡(2018年3月5日)発出資料より

「画像診断管理加算」の施設基準届出書類

3 核医学診断、CT撮影及びMRI撮影に係る事項

	当該保険医療機関における実施件数	うち画像診断を専ら担当する常勤医師の下に画像情報の管理を行った件数
核医学診断	① 件	件
CT撮影及びMRI撮影	② 件	件

4 核医学診断及びコンピューター断層診断に係る事項

	うち画像診断を専ら担当する常勤医師が読影及び診断を翌診療日までに行った件数
核医学診断	③ 件
コンピューター断層診断	④ 件

読影結果が翌診療日まで読影されている率 = $(③+④) / (①+②) \times 100$

= %

「画像診断管理加算」の施設基準届出書類

5	当該保険医療機関以外の施設への読影又は診断の委託	有 ・ 無
6	当該保険医療機関における夜間及び休日の読影体制	有 ・ 無
7	当該保険医療機関における、夜間及び休日を除く全ての核医学診断、CT撮影及びMRI撮影の検査前の画像診断管理の実施	有 ・ 無

[記載上の注意]

1 「2」の常勤医師については、該当するすべての医師について記載すること。また、当該医師の経歴(当該医師が専ら画像診断を担当した経験、勤務状況等がわかるもの)を添付すること。

なお、常勤医師のうち、当該保険医療機関において勤務する医師(当該保険医療機関において常態として週3日以上かつ週24時間以上の勤務を行っており、当該勤務時間以外の所定労働時間について、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で読影を行う医師を除く。)については、当該医師の「医療機関勤務」の□に「✓」を記入すること。ただし、**画像診断管理加算1及び2**については**1名以上**、**画像診断管理加算3**については**6名以上**の「**医療機関勤務**」の常勤医師が必要であること。

2 「2」に研修修了の登録がされている医師の氏名を記入する場合は、**関係学会による登録の有無が分かる書類の写し**を添付すること。

3 「3」及び「4」については、**届出前3か月間の件数を記入**すること。

4 画像診断管理加算1の届出を行う場合にあっては、「3」、「4」、「6」及び「7」は記載する必要はないこと。

5 画像診断管理加算2の届出を行う場合にあっては、「6」及び「7」は記載する必要はないこと。

6 **画像診断管理加算3の届出を行う場合にあっては、関連学会の定める指針に基づいて、適切な被ばく線量管理を行っていること等を証明する書類を添付**すること。

「画像診断管理加算」における常勤換算について

画像診断管理加算1、2又は3は、それぞれの届出を行った保険医療機関において、専ら画像診断を担当する常勤の医師のうち当該保険医療機関において勤務する1名(画像診断管理加算3を算定する場合にあっては6名)を除いた専ら画像診断を担当する医師については、当該保険医療機関において常態として週3日以上かつ週24時間以上の勤務を行っている場合に、当該勤務時間以外の所定労働時間については、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で、画像の読影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で読影を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合も算定できる。その際、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たり、安全管理を確実に行った上で実施する。また、病院の管理者が当該医師の勤務状況を適切に把握していること。

画像診断管理加算1、2は1名は従来の常勤の定義で換算
画像診断管理加算3 は6名は従来の常勤の定義で換算
それ以外の専従医師の常勤の定義が週3日以上かつ24時間以上の場合に医療機関以外の場所で読影をしても算定が可能！

疑義解釈その1より(2018年3月30日発出)

問163 画像診断管理加算について、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で読影を行うことができる医師とは別に、当該保険医療機関において勤務する専ら画像診断を担当する常勤の医師が1名(画像診断管理加算3を算定する場合にあっては6名)以上必要と考えてよいか。

(答)そのとおり。

遠隔画像診断に関する施設基準

- (1) **送信側**(画像の撮影が行われる保険医療機関)においては以下の基準を全て満たすこと。
- ア 画像の撮影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を有しており、**受信側の保険医療機関以外の施設へ読影又は診断を委託していないこと。**
 - イ 電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を送受信する場合は、端末の管理や情報機器の設定等を含め、厚生労働省「**医療情報システムの安全管理に関するガイドライン**」を遵守し、**安全な通信環境を確保していること。**
- (2) **受信側**(画像診断が行われる病院である保険医療機関)においては以下の基準を全て満たすこと。ただし、歯科診療に係る画像診断については、歯科画像診断管理加算の要件を満たしていれば足りるものであること。
- ア **画像診断管理加算1、2又は3に関する施設基準を満たすこと。**
 - イ 特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院、へき地中核病院又はへき地医療支援病院であること。
 - ウ 電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を送受信する場合は、端末の管理や情報機器の設定等を含め、厚生労働省「**医療情報システムの安全管理に関するガイドライン**」を遵守し、**安全な通信環境を確保していること。**

届出に関する事項

遠隔画像診断の施設基準に係る届出は、別添2の様式34 又は様式35 を用いること。なお、届出については、送信側、受信側の双方の医療機関がそれぞれ届出を行うことが必要であり、また、送信側の医療機関の届出書については、受信側に係る事項についても記載すること。

第2節 核医学診断料

改定前	改定後
E101-2 ポジトロン断層撮影	
3 ^{13}N 標識アンモニア剤を用いた場合 (一連の検査につき) 7,500点	3 ^{13}N 標識アンモニア剤を用いた場合 (一連の検査につき) <u>9,000点</u>

改

ポジトロン断層撮影等における施設基準

1 ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影又は乳房用ポジトロン断層撮影に係る費用を算定するための施設基準

(1) 核医学診断の経験を3年以上有し、かつ、所定の研修を修了した常勤医師が1名以上いること。

(2) 診断撮影機器ごとに、PET製剤の取扱いに関し、専門の知識及び経験を有する専任の診療放射線技師が1名以上いること。

診療放射線技師職の掲載が重要！

2 該当しない場合は所定点数の100分の80に相当する点数を算定することとなる施設基準ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影又は乳房用ポジトロン断層撮影に使用する画像診断機器の施設共同利用率について、別添2の様式36に定める計算式により算出した数値が100分の30以上であること(ただし、特定機能病院、がん診療の拠点となる病院又は高度専門医療に関する研究等を行う独立行政法人に関する法律(平成20年法律第93号)第4条第1項に規定する国立高度専門医療研究センターの設置する保険医療機関を除く。)。がん診療の拠点となる病院とは、第11の2がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料の2と同様であること。

「ポジトロン断層撮影」の施設基準届出書類

ポジトロン断層撮影
 ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影
 ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影
 乳房用ポジトロン断層撮影

の施設基準に係る
 届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 届出種別		
・新規届出	(実績期間	年 月～ 年 月)
・再度の届出	(実績期間	年 月～ 年 月)
・機器増設による届出	(実績期間	年 月～ 年 月)
2 当該画像診断の従事者に係る事項		
3年以上の核医学診断の経験を有し、かつ、所定の研修を修了した常勤医師	常勤医師の氏名	核医学診断の経験年数
		年
PET製剤の取り扱いに関し、専門の知識及び経験を有する専任の診療放射線技師	診療放射線技師の氏名	診断撮影機器

「ポジトロン断層撮影」の施設基準届出書類

3 施設共同利用率に係る事項

① 保有する全ての当該撮影に係る機器を使用した全患者数 _____ 名

② 当該撮影の共同利用を目的として他の保険医療機関から検査を依頼された紹介患者数 _____ 名

③ 特別の関係にある保険医療機関間での紹介の場合及び画像の撮影を実施する保険医療機関へ転医目的で紹介された場合に該当する患者数 _____ 名

④ 施設共同利用率 = $(② - ③) / (① - ③) \times 100$ = %

4 施設共同利用率の計算除外対象となる保険医療機関 (該当するものを○で囲むこと。)

1 特定機能病院

2 がん診療の拠点となる病院

3 国立高度専門医療研究センターが設置する保険医療機関

[記載上の注意]

1 「1」は、特掲施設基準通知第2の4の(2)に定めるところによるものであること。

2 「1」経歴(当該画像診断に係る経験(関係学会等によるポジトロン断層撮影に係る研修の参加状況等)、当該保険医療機関における勤務状況がわかるもの)を添付すること。

3 「3」については、施設共同利用率が30%以上の場合に限り記載すれば足りる。なお、保険診療を行った患者数のみを記載すること。また、「4」に該当する保険医療機関においては記載する必要はないこと。

第3節 コンピューター断層撮影診断料

E200 コンピューター断層撮影(CT撮影)(一連につき)

改定前	改定後
<p>【コンピューター断層撮影】 CT撮影 イ 64列以上のマルチスライス型の機器の場合</p> <p>(1) <u>施設共同利用において行われる場合</u> 1,020点 (2) <u>その他の場合</u> 1,000点</p> <p>ロ 16列以上 64列未満のマルチスライス型の機器による場合 900点</p> <p>ハ 4列以上16列未満のマルチスライス型の機器による場合 750点 ニ イ、ロ、ハ以外の場合(4列未満) 560点</p> <p>【注の追加】 注8 CT撮影のイの(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厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合又は診断撮影機器での撮影を目的として別の保険医療機関に依頼し行われる場合に限り算定する。</p>	<p>【コンピューター断層撮影】 CT撮影 変更なし</p> <div data-bbox="1020 562 1798 1305" style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p>高性能な機器を高く評価する一方で汎用性能な機器の評価を下げる従来の手法が適用されなかった。</p> <p>中医協や厚生労働省内での意見では「汎用性能な機器の撮影料を下げることは医療機関側の減価償却等を含めて計画的に購入しており、そこを無碍にできない。」</p> <p>JIRAからは本件に関しては、従前より「高性能か(CTでは64列以上が高性能)、汎用性能かという分類のみでの点数評価には限界があることを強く提起してきた背景があり、一応の下げ止めはかけられた状況。」</p> </div>

第3節 コンピューター断層撮影診断料

E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)(一連につき)

改定前	改定後
<p>【磁気共鳴コンピューター断層撮影】</p> <p>1. 3テスラ以上の機器による場合 1,600点 イ 施設共同利用において行われる場合 1,620点 ロ その他の場合 1,600点</p> <p>2. 1.5テスラ以上3テスラ未満の機器による場合 1,330点</p> <p>3. 1、2以外の場合 900点</p> <p>【注の追加】</p> <p>注5 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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、乳房のMRI撮影を行った場合は、<u>乳房MRI撮影加算</u>として、<u>100点</u>を所定点数に加算する。</p> <p>注6 MRI撮影の1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厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合又は診断撮影機器での撮影を目的として別の保険医療機関に依頼し行われる場合に限り算定する。</p>	<p>【磁気共鳴コンピューター断層撮影】</p> <p>変更なし</p> <div data-bbox="1020 562 1798 1305" style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p>高性能な機器を高く評価する一方で汎用性能な機器の評価を下げる従来の手法が適用されなかった。</p> <p>中医協や厚生労働省内での意見では「汎用性能な機器の撮影料を下げることは医療機関側の減価償却等を含めて計画的に購入しており、そこを無碍にできない。」</p> <p>JIRAからは本件に関しては、従前より「高性能か(MRIでは3T以上が高性能)、汎用性能かという分類のみでの点数評価には限界があることを強く提起してきた背景があり、一応の下げ止めはかけられた状況。」</p> </div>

第3節 コンピューター断層撮影診断料

改定前	改定後
<p>E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）（一連につき）</p> <p>注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厚生局長等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、300点を所定点数に加算する。</p>	<p>E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）（一連につき）</p> <p>注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厚生局長等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、400点を所定点数に加算する。</p> <p>注7 MRI撮影について、別に厚生労働大臣の定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の小児に対して、麻酔を用いて鎮静を行い、1回で複数の領域を一連で撮影した場合は、小児鎮静下MRI撮影加算として、当該撮影の所定点数に100分の80に相当する点数を加算する。</p> <p>注8 1について、別に厚生労働大臣の定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、頭部のMRI撮影を行った場合は、頭部MRI撮影加算として、100点を所定点数に加算する。</p>

改

新

新

冠動脈CT撮影加算に関する施設基準

- (1) 64 列以上のマルチスライス型のCT装置を有していること。
- (2) 画像診断管理加算2又は3に関する施設基準を満たすこと。

届出に関する事項

冠動脈CT撮影加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式38 を用いていること。

外傷全身CT加算に関する施設基準

- (1) 救命救急入院料の施設基準の届出を行っていること。
- (2) 64 列以上のマルチスライス型のCT装置を有していること。
- (3) 画像診断管理加算2又は3に関する施設基準の届出を行っていること。

届出に関する事項

外傷全身CT加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式38 を用いること。

大腸CT撮影加算に関する施設基準

区分番号「E200」コンピューター断層撮影の1「CT撮影」の「イ」64列以上のマルチスライス型の機器による場合又は「ロ」16列以上64列未満のマルチスライス型の機器による場合に係る施設基準を現に届け出ていること。

届出に関する事項

コンピューター断層撮影の1「CT撮影」の「イ」64列以上のマルチスライス型の機器による場合又は「ロ」16列以上64列未満のマルチスライス型の機器による場合の届出を行っていけばよく、**大腸CT撮影加算として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。**

心臓MRI撮影加算に関する施設基準

- (1) 1.5 テスラ以上のMRI装置を有していること。
- (2) 画像診断管理加算2又は3に関する施設基準を満たすこと。

届出に関する事項

心臓MRI撮影加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式38を用いること。

乳房MRI撮影加算に関する施設基準

- (1) 1.5 テスラ以上のMRI装置を有していること。
- (2) 画像診断管理加算2又は3に関する施設基準を満たすこと。
- (3) 関係学会より乳癌の専門的な診療が可能として認定された施設であること。

届出に関する事項

乳房MRI撮影加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式38を用いること。

小児鎮静下MRI撮影加算に関する施設基準

- (1) 1.5 テスラ以上のMRI装置を有していること。
- (2) 画像診断管理加算2又は3に関する施設基準を満たすこと。
- (3) 小児救急医療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (4) 小児のMRI撮影及び画像診断に関して十分な知識と経験を有する常勤の医師及び小児の麻酔・鎮静に十分な知識と経験を有する常勤の医師が、それぞれ1名以上配置されていること。
- (5) 関係学会から示されているMRI撮影時の鎮静に関する指針に基づき、鎮静下のMRI撮影を適切に実施していること。

届出に関する事項

小児鎮静下MRI撮影加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式38を用いること。

疑義解釈その1より(2018年3月30日発出)

問164 小児鎮静下MRI撮影加算について、「MRI撮影時の鎮静に関する指針」とあるが、具体的には何を指すのか。

(答)日本小児科学会、日本小児麻酔学会及び日本小児放射線学会によるMRI検査時の鎮静に関する共同提言等を指す。

問165 小児鎮静下MRI撮影加算について、必ずしも複数医師の管理を要さない、催眠鎮静薬等を用いて撮影した場合も算定できるか。

(答)小児鎮静下MRI撮影加算は、画像診断を担当する放射線科医及び鎮静を担当する小児科医又は麻酔科医等の複数の医師により、検査の有用性と危険性に配慮した検査適応の検討を行った上で、検査中に適切なモニタリングや監視を行う必要がある鎮静下に実施された場合に算定する。

頭部MRI撮影加算に関する施設基準

- (1) **3テスラ以上のMRI装置**を有していること。
- (2) **画像診断管理加算2又は3**に関する施設基準を満たすこと。
- (3) 画像診断を専ら担当する常勤の医師(専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するもの又は当該療養について関係学会から示されている2年以上の所定の研修(専ら放射線診断に関するものとし、画像診断、Interventional Radiology (IVR) 及び核医学に関する事項を全て含むものであること。)を修了し、その旨が登録されているものに限る。)が3名以上配置されていること。なお、画像診断を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において画像情報の撮影又は読影に携わっている者をいう。
- (4) 当該保険医療機関において、**夜間及び休日に読影を行う体制が整備**されていること。
- (5) 当該保険医療機関において実施される**全ての核医学診断、CT撮影及びMRI撮影について、夜間及び休日を除いて、検査前の画像診断管理**を行っていること。
- (6) 関係学会の定める指針に基づいて、**適切な被ばく線量管理**を行っていること。その際、施設内の**全てのCT検査の線量情報を電子的に記録し、患者単位及び検査プロトコル単位で集計・管理の上、被ばく線量の最適化**を行っていること。

おそらく「**画像診断管理加算3**」を意識して盛り込まれたか？

届出に関する事項

頭部MRI撮影加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式38を用いること。

「コンピューター断層撮影加算等」の施設基準届出書類

様式 38

CT透視下気管支鏡検査加算
冠動脈CT撮影加算
外傷全身CT加算
心臓MRI撮影加算
乳房MRI撮影加算
小児鎮静下MRI撮影加算
頭部MRI撮影加算
乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術
(MRIによるもの)

に係る施設基準の届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 撮影に使用する機器について (使用する機器に○印をつける)
・マルチスライスCT
(64列以上 16列以上64列未満)
・MRI
(3テスラ以上 1.5テスラ以上3テスラ未満)

2 ○印をつけた機器の名称、型番、メーカー名等
(CTの場合は列数、MRIの場合はテスラ数を記載すること。)

(機種名)

(型番)

(メーカー名)

(列数又はテスラ数)

「コンピューター断層撮影加算等」の施設基準届出書類

3 専ら呼吸器内科又は呼吸器外科に従事し、呼吸器系疾患の診療の経験を5年以上有する常勤の医師		
診療科	常勤医師の氏名	経験年数
4 小児のMRI撮影及び画像診断に関して十分な知識と経験を有する常勤の医師		
診療科	常勤医師の氏名	経験年数
5 小児の麻酔・鎮静に十分な知識と経験を有する常勤の医師		
診療科	常勤医師の氏名	経験年数
6 画像診断を専ら担当する常勤の医師		
診療科	常勤医師の氏名	経験年数

「コンピューター断層撮影加算等」の施設基準届出書類

7 画像診断管理加算の施設基準への該当性の有無	
画像診断管理加算 1	有 ・ 無
画像診断管理加算 2	有 ・ 無
画像診断管理加算 3	有 ・ 無
8 救命救急入院料の届出の有無	有 ・ 無
9 関係学会より認定された年月日	平成 年 月 日
10 当該保険医療機関における夜間及び休日の読影体制	有 ・ 無
11 当該保険医療機関における、夜間及び休日を除く全ての核医学診断、CT撮影及びMRI撮影の検査前の画像診断管理の実施	有 ・ 無

「コンピューター断層撮影加算等」の施設基準届出書類

〔記載上の注意〕

- 1 届出に係る画像診断機器1台につき、本様式による添付書類をそれぞれ作成すること。
- 2 「2」については、機器ごとに記載すること。
- 3 「3」については、CT透視下気管支鏡検査加算を届け出る場合に記載すること。
- 4 「4」及び「5」については、小児鎮静下MRI撮影加算を届け出る場合に記載すること。
- 5 「6」、「10」及び「11」については、頭部MRI撮影加算を届け出る場合(画像診断管理加算3の届出を行っている場合を除く)に記載すること。「6」の**常勤医師**については、**当該医師の経歴(当該医師が専ら画像診断を担当した経験、勤務状況等がわかるもの)若しくは関係学会による研修終了の登録の有無が分かる書類の写しを添付すること。**
- 6 **頭部MRI撮影加算の届出を行う場合にあっては、関連学会の定める指針に基づいて、適切な被ばく線量管理を行っていること等を証明する書類を添付すること。**
- 7 「7」については、冠動脈CT撮影加算、外傷全身CT加算、心臓MRI加算、乳房MRI加算、小児鎮静下MRI撮影加算、頭部MRI撮影加算及び乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術(MRIによるもの)を届け出る場合に記載すること。
- 8 「8」については外傷全身CT加算を届け出る場合に記載すること。
- 9 「9」については乳房MRI撮影加算及び乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術(MRIによるもの)を届け出る場合に記載すること。

施設基準の届出に当たっての当該届出に係る基準について

ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影、乳房用ポジトロン断層撮影、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に係る施設共同利用率

ア 1月から12月までの1年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年の3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

イ アにかかわらず、新規届出の場合は、届出前6月の実績を有していれば足りるものとし、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は、新規届出に該当しないものである。

ウ 既に施設基準の要件を満たし所定点数を算定している場合であって、当該基準に係る機器を増設する場合にあつては、実績期間を要しないものとする。この場合において、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から翌年の3月末日までは、当該機器についても所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から翌年の3月末日まで当該機器についても所定点数を算定することができるものとする。

エ イ又はウに該当する場合は、所定点数を算定し始めた月の初日から同年12月の末日までの実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年の3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

ICTを活用した勤務場所に関する規定の緩和

第1 基本的な考え方

画像診断及び病理診断を行う医師について、一定の要件の下にICTを活用した柔軟な働き方を可能とする。

第2 具体的な内容

画像診断、画像診断管理加算、病理診断料及び病理診断管理加算について、保険医療機関において週24時間以上勤務する医師が、ICTを活用して勤務時間以外の時間に自宅等で読影した場合も、院内での読影に準じて算定できることとする。

改定前	改定後
<p>【画像診断】 [算定要件] (新設)</p> <div data-bbox="173 906 859 1120" style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p style="color: red; text-align: center;">従来は週32時間以上が 「常勤」とされていたが 一部緩和された！</p> </div>	<p>【画像診断】 [算定要件]</p> <p>区分番号E001（写真診断）、E004（基本的エックス線診断料）、E102（核医学診断）、E203（コンピューター断層診断）及び画像診断管理加算について、画像診断を専ら担当する常勤の医師が、当該保険医療機関において週24時間以上勤務実態がある場合、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で、画像の読影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で読影を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合も算定できる。その際には、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たり、安全管理を確実に行った上で実施する。また、当該医師の勤務状況を適切に把握していること。</p>

新

ICTを活用した勤務場所に関する規定の緩和

改定前	改定後
<p>【画像診断管理加算、遠隔画像診断による画像診断管理加算】</p> <p>夜間又は休日に撮影された画像については、当該専ら画像診断を担当する医師が、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で、画像の読影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で読影及び診断を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合も算定できる。その際には、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たり、安全管理を確実に行った上で実施すること。また、当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託した場合は、これらの加算は算定できない。</p> <p>【病理診断料、病理診断管理加算】</p> <p>[算定要件]</p> <p>(新設)</p>	<p>【画像診断管理加算、遠隔画像診断による画像診断管理加算】</p> <p>(削除)</p> <p>【病理診断料、病理診断管理加算】</p> <p>[算定要件]</p> <p>区分番号N006病理診断料及び病理診断管理加算について、病理診断を専ら担当する常勤の医師が、当該保険医療機関において週24時間以上勤務実態がある場合、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で、デジタル病理画像の観察及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で観察を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合も算定できる。</p> <p>なお、デジタル病理画像に基づく病理診断に当たっては、関係学会による指針を参考とすること。また、当該医師の勤務状況を適切に把握していること。</p>

新

専従・専任・常勤の定義について

がん診療連携拠点病院の指定更新等に向けた留意事項について(平成21年年6月22日発出)

厚生労働省健康局総務課がん対策推進室から
各都道府県がん診療連携拠点病院担当課宛の事務連絡

以下抜粋

【診療従事者】

1 「専従」及び「専任」とは、当該医療機関における当該診療従事者が、「**専従**」については「**8割以上**」、「**専任**」については、「**5割以上**」、当該業務に従事している者をいう。

※専従が必須要件となっている診療従事者

病理診断に携わる医師、診療放射線技師、緩和ケアチームにおける緩和ケアに携わる看護師

※専任が必須要件となっている診療従事者

放射線療法に携わる医師、化学療法に携わる医師、緩和ケアチームにおいて身体症状の緩和に携わる医師、放射線治療機器の精度管理等に携わる技術者、化学療法に携わる薬剤師、外来化学療法室において化学療法に携わる看護師

2 「常勤」とは、当該医療機関が定める**1週間の就業時間のすべてを勤務している者をいう。ただし、当該医療機関が定める就業時間が**32時間に満たない場合は、常勤とみなさない。****

※「常勤」が必須要件となっている診療従事者

診療放射線技師、放射線治療機器の精度管理等に携わる技術者、化学療法に携わる薬剤師

従来は週32時間以上が「常勤」の定義とされていた！

分類	撮影関連行為		診断関連行為	
撮影法	撮影料	撮影料(加算)	画像診断	診断媒体、表示、保管
一般X線 写真撮影	<p style="background-color: #90EE90; padding: 2px;">アナログ撮影</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 一般撮影料 (単純65点) (特殊264点) (造影148点) (マンモ196点) (撮影手技への評価) 	/	<ul style="list-style-type: none"> ● 画像診断料 *画像診断管理加算 	<ul style="list-style-type: none"> ● フィルム代 (フィルム保存)
一般X線 CR・DR 撮影	<p style="background-color: #FFFF00; padding: 2px;">デジタル撮影</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 一般撮影料 (単純65点) (特殊264点) (造影148点) (マンモ196点) (撮影手技への評価) 	<ul style="list-style-type: none"> ● デジタル映像化処理加算 (単純60点) (特殊64点) (造影72点) (マンモ60点) (低被ばく・高度画像処理等への評価) 	<ul style="list-style-type: none"> ● 画像診断料 *画像診断管理加算 	<ul style="list-style-type: none"> ● フィルム代 (フィルム保存) *フィルムへのプリントアウトを行わずに画像診断した場合、フィルム代は請求できない
CT・MRI撮影	<p style="background-color: #FFFF00; padding: 2px;">デジタル撮影</p> <ul style="list-style-type: none"> ● CT・MRI撮影料 (単純CTマルチ850点/マルチ以外660点) (単純MRI1.5テスラ以上1230点/以外1080点) ● その他<<特殊撮影>> (撮影手技及び高度画像処理・適用範囲の拡大等への評価) *CT・MRI撮影の中には、デジタル映像化処理加算に相当するものは既に含まれている 		<ul style="list-style-type: none"> ● 画像診断料 *画像診断管理加算 	<ul style="list-style-type: none"> ● フィルム代 (フィルム保存) ● コンピュータ画像処理加算(60点)

分類	撮影関連行為		診断関連行為	
撮影法	撮影料	撮影料(加算)	画像診断	診断媒体、表示、保管
一般X線 写真撮影	<p style="background-color: #90EE90; padding: 2px;">アナログ撮影</p> <p>● 一般撮影料 (単純65点) (特殊264点) (造影148点) (マンモ196点) (撮影手技への評価)</p>	/	<p>● 画像診断料 (マンモ256点)</p> <p>*画像診断管理加算</p>	<p>● フィルム代 (フィルム保存)</p>
一般X線 CR・DR 撮影	<p style="background-color: #FFFF00; padding: 2px;">デジタル撮影</p> <p>● 一般撮影料 (単純65点) (特殊264点) (造影148点) (マンモ196点) (撮影手技への評価)</p>	<p>● デジタル映像化処理加算 (15点/経過処置)</p>	<p>● 画像診断料 (マンモ256点)</p> <p>● *画像診断管理加算</p>	<p>● フィルム代 (フィルム保存)</p> <p>● 電子画像管理加算 (単純60特殊64造影72乳房60)</p>
CT・MR I撮影	<p style="background-color: #FFFF00; padding: 2px;">デジタル撮影</p> <p>CT・MRI撮影料 (単純CTマルチ850点/マルチ以外660点) ● (単純MRI1.5テスラ以上1300点/以外1080点) ● 特殊の廃止 (撮影手技及び高度画像処理・適用範囲の拡大等への評価) ● *CT・MRI撮影の中には、デジタル映像化処理加算に相当するものは既に含まれている 冠動脈CT・心臓MRIの評価の新設</p>		<p>● 画像診断料</p> <p>● *画像診断管理加算</p>	<p>● フィルム代 (フィルム保存)</p> <p>● 電子画像管理加算 (120点)</p>

分類	撮影関連行為	診断関連行為	画像管理マネジメント
撮影法	撮影料	画像診断	診断媒体、表示、保管
一般X線 写真撮影	<p style="background-color: #90EE90; padding: 2px;">アナログ撮影</p> <p>● 一般撮影料 (単純 60点) (特殊260点) (造影144点) (マンモ192点)</p>	<p>● 画像診断料 (マンモ306点)</p> <p>*画像診断管理加算</p>	<p>● フィルム代 (フィルム保存)</p>
一般X線 デジタル CR・DR 撮影	<p style="background-color: #FFFF00; padding: 2px;">デジタル撮影</p> <p>● 一般デジタルエックス線撮影料 (単純68点)(特殊270点) (造影154点)(マンモ202点)</p> <p>● 撮影手技の評価、低被ばく・高度画像処理等への評価 (従来の撮影料と区別した評価点数) (撮影手技への評価)</p>	<p>● 画像診断料 (マンモ306点)</p> <p>● *画像診断管理加算</p>	<p>● フィルム代 (フィルム保存)</p> <p>● 電子画像管理加算 (単純57特殊58造影66乳房54)</p>
CT・MR I撮影	<p style="background-color: #FFFF00; padding: 2px;">デジタル撮影</p> <p>● CT・MRI撮影料 CT (16列以上 900点 2~16列未満 820点 それ以外 600点)</p> <p>● MRI (1.5テスラ以上1330点 以外1000点)</p> <p>● 外傷全身CT加算 800点 (撮影手技及び高度画像処理・適用範囲の拡大等への評価)</p>	<p>● 画像診断料 (CT・MRI450点 核医学375点)</p> <p>● *画像診断管理加算</p>	<p>● フィルム代 (フィルム保存)</p> <p>● 電子画像管理加算 (120点)</p>

分類	撮影関連行為	診断関連行為	画像管理マネジメント
撮影法	撮影料	画像診断	診断媒体、表示、保管
一般X線 写真撮影	<div style="background-color: #90EE90; padding: 5px; text-align: center;">アナログ撮影</div> ● 一般撮影料 (単純 60点) (特殊260点) (造影144点) (マンモ192点)	● 画像診断料 (マンモ306点) *画像診断管理加算	● フィルム代 (フィルム保存)
一般X線 デジタル CR・DR 撮影	<div style="background-color: #FFFF00; padding: 5px; text-align: center;">デジタル撮影</div> ● 一般デジタルエックス線撮影料 (単純68点)(特殊270点) (造影154点)(マンモ202点) ● 撮影手技の評価、低被ばく・高度画像処理等への評価 (従来の撮影料と区別した評価点数) (撮影手技への評価)	● 画像診断料 (マンモ306点) ● *画像診断管理加算	● フィルム代 (フィルム保存) ● 電子画像管理加算 (単純57特殊58造影66乳房54)
CT・MR I撮影	<div style="background-color: #FFFF00; padding: 5px; text-align: center;">デジタル撮影</div> ● CT・MRI撮影料 CT(64列以上950点、16列～64列未満 900点、4～16列未満 780点 4列未満 600点) ● MRI(3T以上1400点、1.5T～3T未満 1330点、1.5T未満950点) 施設基準3T以上・64列以上CTで専従の技師 大腸CT撮影加算新設 600点 (撮影手技及び高度画像処理・適用範囲の拡大等への評価)	● 画像診断料 CT・MRI450点、 PET関係450点、 他核医学370点) ● *画像診断管理加算	● フィルム代 (フィルム保存) ● 電子画像管理加算 (120点)

2014年度 診療報酬改定の画像診断領域の構成

分類	撮影関連行為	診断関連行為	画像管理マネージメント
撮影法	撮影料	画像診断	診断媒体、表示、保管
一般X線 写真撮影	<p style="text-align: center;">アナログ撮影</p> <p style="text-align: center;">一般撮影料 (単純 60点) (特殊260点) (造影144点) (マンモ192点)</p>	<p style="text-align: center;">画像診断料 (マンモ306点)</p> <p>*画像診断管理加算</p>	<p style="text-align: center;">フィルム代 (フィルム保存)</p>
一般X線 デジタル CR・DR 撮影	<p style="text-align: center;">デジタル撮影</p> <p style="text-align: center;">一般デジタルエックス線撮影料 (単純68点)(特殊270点) (造影154点)(マンモ202点) 撮影手技の評価、低被ばく・高度画像処理等への評価 (従来の撮影料と区別した評価点数) (撮影手技への評価)</p>	<p style="text-align: center;">画像診断料 (マンモ306点)</p> <p>*画像診断管理 加算1 70点</p>	<p style="text-align: center;">フィルム代 (フィルム保存)</p> <p style="text-align: center;">電子画像管理加算 (単純57特殊58造影66乳房54) デジタル撮影時のみ算定</p>
CT・MR I撮影	<p style="text-align: center;">デジタル撮影</p> <p style="text-align: center;">CT・MRI撮影料 CT(64列以上1000点、16列～64列未満 900点、4～16列未満 770点 4列未満 580点) MRI(3T以上1600点、1.5T～3T未満 1330点、1.5T未満920点) 施設基準3T以上・64列以上CTで専従の技師 大腸CT撮影加算 620点、500点 (撮影手技及び高度画像処理・適用範囲の拡大等への評価)</p>	<p style="text-align: center;">画像診断料 (CT・MRI450点、 PET関係450点、 他核医学370点)</p> <p>*画像診断管理 加算2 180点</p>	<p style="text-align: center;">フィルム代 (フィルム保存)</p> <p style="text-align: center;">電子画像管理加算 (120点)</p>

2016年度 診療報酬改定の画像診断領域の構成

分類	撮影関連行為	診断関連行為	画像管理マネジメント
撮影法	撮影料	画像診断	診断媒体、表示、保管
一般X線 写真撮影	<p style="background-color: #90EE90; padding: 2px;">アナログ撮影</p> <p>一般撮影料 (単純 60点) (特殊260点) (造影144点) (マンモ192点)</p>	<p>画像診断料 (マンモ306点)</p> <p>*画像診断管理加算</p>	<p>フィルム代 (フィルム保存)</p>
一般X線 デジタル CR・DR 撮影	<p style="background-color: #FFFF00; padding: 2px;">デジタル撮影</p> <p>一般デジタルエックス線撮影料 (単純68点)(特殊270点) (造影154点)(マンモ202点) 撮影手技の評価、低被ばく・高度画像処理等への評価 (従来の撮影料と区別した評価点数) (撮影手技への評価)</p>	<p>画像診断料 (マンモ306点)</p> <p>*画像診断管理 加算1 70点 (夜間休日遠隔可)</p>	<p>フィルム代 (フィルム保存)</p> <hr/> <p>電子画像管理加算 (単純57特殊58造影66乳房54) デジタル撮影時のみ算定</p>
CT・MR I撮影	<p>CT・MRI撮影料 CT(64列以上1020点(共同利用)、 64列以上1000点(共同利用なし) 16列～64列未満 900点、 4～16列未満 750点、4列未満 560点) MRI(3T以上1620点(共同利用)、 3T以上1620点(共同利用なし)。1.5T～3T未 満1330点、1.5T未満900点) 乳房MRI撮影加算 100点</p>	<p>画像診断料 (CT・MRI450点、 PET関係450点、 他核医学370点)</p> <p>*画像診断管理 加算2 180点 (夜間休日遠隔可)</p>	<p>フィルム代 (フィルム保存)</p> <hr/> <p>電子画像管理加算 (120点)</p>

2018年度 診療報酬改定の画像診断領域の構成

分類	撮影関連行為	診断関連行為	画像管理マネージメント
撮影法	撮影料	画像診断	診断媒体、表示、保管
一般X線 写真撮影	<p style="background-color: #90EE90; border: 1px solid black; padding: 2px;">アナログ撮影</p> <p>一般撮影料 (単純 60点) (特殊260点) (造影144点) (マンモ192点)</p>	<p>画像診断料 (マンモ306点)</p> <p>*画像診断管理加算</p>	<p>フィルム代 (フィルム保存)</p>
一般X線 デジタル CR・DR 撮影	<p style="background-color: #FFFF00; border: 1px solid black; padding: 2px;">デジタル撮影</p> <p>一般デジタルエックス線撮影料 (単純68点)(特殊270点) (造影154点)(マンモ202点) 撮影手技の評価、低被ばく・高度画像処理等への評価 (従来の撮影料と区別した評価点数) (撮影手技への評価)</p>	<p>画像診断料 (マンモ306点)</p> <p>*画像診断管理 加算1 70点 (夜間休日遠隔可)</p>	<p>フィルム代 (フィルム保存)</p> <p>電子画像管理加算 (単純57特殊58造影66乳房54) デジタル撮影時のみ算定</p>
CT・MR I撮影	<p>CT・MRI撮影料 CT(64列以上1020点(共同利用)、 64列以上1000点(共同利用なし) 16列～64列未満 900点、 4～16列未満 750点、4列未満 560点) MRI(3T以上1620点(共同利用)、 3T以上1620点(共同利用なし)。1.5T～3T未 満1330点、1.5T未満900点) 心臓MRI撮影加算 300点⇒400点 頭部MRI撮影加算 100点、他</p>	<p>画像診断料 (CT・MRI450点、 PET関係450点、 他核医学370点) (遠隔診断可能) *画像診断管理 加算2 180点 (夜間休日遠隔可) 画像診断管理加算3 (特定機能病院)</p>	<p>フィルム代 (フィルム保存)</p> <p>電子画像管理加算 (120点)</p>

1 ナビゲーションによるもの 2,000点

注) 区分番号K055-2(大腿骨頭回転骨切り術)、K055-3(大腿骨近位部骨切り術、K080の1(関節形成手術(肩、股、膝))、K081の1(人工骨頭挿入術(肩、股))、K082の1(人工関節置換術(肩、股、膝))、K082-3の1(人工関節再置換術(肩、股、膝))、K131-2(内視鏡下椎弓切除術)、K134-2(内視鏡下椎間板摘出(切除)術)、K140(骨盤骨切り術)、K141(臼蓋形成手術)、K141-2(寛骨臼移動術)、K142(脊椎固定術、椎弓切除術)、K142-3(内視鏡下脊椎固定術)、K151-2(広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術)、K154-2(顕微鏡使用によるてんかん手術)、K158(視神経管開放術)、K161(頭蓋骨腫瘍摘出術)、K167(頭蓋内腫瘍摘出術)、K169(頭蓋内腫瘍摘出術)、K170(経耳的聴神経腫瘍摘出術)、K171(経鼻的下垂体腫瘍摘出術)、K171-2(内視鏡下経鼻的下垂体腫瘍摘出術)、K172(脳動静脈奇形摘出術)、K174の1(水頭症手術(脳室穿破術))、K191(脊髄腫瘍摘出術)、K192(脊髄血管腫摘出術)、K193(神経腫切除術)、K235(眼窩内腫瘍摘出術)、K236(眼窩悪性腫瘍手術)、K313(中耳、側頭骨腫瘍摘出術)、K314(中耳悪性腫瘍手術(切除))、K340-3~7(内視鏡下鼻・副鼻腔手術I型~V型)、K342(鼻・副鼻腔腫瘍摘出術)、K343(鼻・副鼻腔悪性腫瘍手術)、K349(上顎洞開窓術)、K350(前頭洞充填術)、K351(上顎洞血瘤腫手術)、K352(上顎洞根治手術)、K353(鼻内篩骨洞根治手術)、K354(篩骨洞根治手術)、K355(鼻内前頭洞根治手術)、K356-2(鼻外前頭洞手術)、K357(鼻内蝶形洞根治手術)、K358(上顎洞篩骨洞根治手術)、K359(前頭洞篩骨洞根治手術)、K360(篩骨洞蝶形洞根治手術)、K361(上顎洞篩骨洞蝶形洞根治手術)、K362(上顎洞し骨洞前頭洞根治手術)、K362-2(経上顎洞的顎動脈結手術)、K363(前頭洞し骨洞蝶形洞根治手術)、K364(汎副鼻腔根治手術)、K365(経上顎洞的翼突管神経切除術)、K695(肝切除術)、K695-2(腹腔鏡下肝切除術)及びK697-4(移植用部分肝採取術)に掲げる手術に当たって、ナビゲーションによる支援を行った場合に算定する。

2 実物大臓器立体モデルによるもの 2,000点

注) 区分番号K136(脊椎、骨盤悪性腫瘍手術)、K142の6(椎弓形成術)、K142-2(脊椎側湾症手術)、K151-2(広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術)、K162(頭皮、頭蓋骨悪性腫瘍手術)、K180(頭蓋骨形成手術)、K228(眼窩骨折整復術)、K236(眼窩悪性腫瘍手術)、K237(眼窩縁形成手術)、K313(中耳、側頭骨腫瘍摘出術)、K314の2(中耳悪性腫瘍手術(側頭骨摘出術))、K406の2(口蓋腫瘍摘出術(口蓋骨に及ぶもの))、K427-2(頬骨変形治癒骨折矯正術)、K434(顔面多発骨折観血的手術)、K436(顎骨腫瘍摘出術)、K437(下顎骨部分切除術)、K438(下顎骨離断術)、K439(下顎骨悪性腫瘍手術)、K440(上顎骨切除術)、K441(上顎骨全摘術)、K442(上顎骨悪性腫瘍手術)、K443(上顎骨形成術)、K444(下顎骨形成術)に掲げる手術に当たって、実物大臓器立体モデルによる支援を行った場合に算定する。

通知

- (1) 画像等手術支援加算は、当該技術の補助により手術が行われた場合に算定するものであり、当該技術が用いられた場合であっても、手術が行われなかった場合は算定できない。することで、手術を補助する目的で用いることをいう。
- (2) ナビゲーションによるものとは、手術前又は手術中に得た画像を3次元に構築し、手術の過程において、3次元画像と術野の位置関係をリアルタイムにコンピューター上で処理することをいう。
- (3) 実物大臓器立体モデルによるものとは、手術前に得た画像等により作成された実物大臓器立体モデルを、手術を補助する目的で用いることをいう。
- (4) 患者適合型手術支援ガイドによるものとは、手術前に得た画像等により作成された実物大の患者適合型手術支援ガイドとして薬事法の承認を得ている医療機器を、人工膝関節置換術又は再置換術を補助する目的で用いることをいう。

K939 画像等手術支援加算 (2016年度改定で加わったもの)

改定前	改定後
<p>【注の見直し】 2 実物大臓器立体モデルによるもの 2,000点</p> <p>注区分番号K136、K142の6、K142-2、K151-2、K162、K180、K228、K236、K237、K313、K314の2、K406の2、K427-2、K434、K436からK444までに掲げる手術に当たって、実物大臓器立体モデルによる支援を行った場合に算定する。</p> <p>【新設】</p>	<p>2 実物大臓器立体モデルによるもの 2,000点</p> <p>注区分番号055-2(大腿骨頭回転骨切り術)、K055-3(大腿骨近位部(転子間を含む。)骨切り術)、K136、K142の6、K142-2、K151-2、K162、K180、K228、K236、K237、K313、K314の2、K406の2、K427-2、K434、K436からK444までに掲げる手術に当たって、実物大臓器立体モデルによる支援を行った場合に算定する。</p> <p>K939-6 凍結保存同種組織加算 9,960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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、心臓、大血管、肝臓、胆道又は脾臓の手術に当たって、凍結保存された同種組織である心臓弁又は血管を用いた場合に算定する。</p>

新

新

K939 画像等手術支援加算 (2018年度改定で新たに加わったもの)

1 ナビゲーションによるもの **2,000点**

注) 区分番号

K511-2(肺切除術-区域切除)、

K513-2(胸腔鏡下肺切除術-その他のもの)、

K514-2(胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術)、

K514-2-2(胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術-区域切除)、

2 実物大臓器立体モデルによるもの **2,000点**

K227(眼窩骨折観血的手術(眼窩ブローアウト骨折手術を含む。))

K427(頬骨骨折観血的整復術)

K429(下顎骨折観血的手術)

K433(上顎骨折観血的手術)

K939 画像等手術支援加算

K939 画像等手術支援加算

* 赤文字のKコードが2018年度追加分

1 ナビゲーションによるもの 2,000点

注区分番号K055-2、K055-3、K080の1、K081の1、K082の1、K082-3の1、K131-2、K134-2、K140からK141-2まで、K142(6を除く。)、K142-3、K151-2、K154-2、K158、K161、K167、K169からK172まで、K174の1、K191からK193まで、K235、K236、K313、K314、K340-3からK340-7まで、K342、K343、K349からK365まで、**K511の2、K513の2、K514の2、K514-2の2**、K695、K695-2及びK697-4に掲げる手術に当たって、ナビゲーションによる支援を行った場合に算定する。

2 実物大臓器立体モデルによるもの 2,000点

注区分番号K055-2、K055-3、K136、K142の6、K142-2、K151-2、K162、K180、**K227**、K228、K236、K237、K313、K314の2、K406の2、**K427**、K427-2、**K429**、**K433**、K434及びK436からK444までに掲げる手術に当たって、実物大臓器立体モデルによる支援を行った場合に算定する。

3 患者適合型手術支援ガイドによるもの 2,000点

注区分番号K082及びK082-3に掲げる手術に当たって、患者適合型手術支援ガイドによる支援を行った場合に算定する。

K939-2 術中血管等描出撮影加算 500点

注手術に当たって、血管や腫瘍等を確認するために薬剤を用いて、血管撮影を行った場合に算定する。

* 官報公示・関連する通知・事務連絡(2018年3月5日)発出資料より

実態を踏まえた医療技術等の評価の適正化

区分番号K546 に掲げる経皮的冠動脈形成術及び区分番号K549 に掲げる経皮的冠動脈ステント留置術のうち、安定冠動脈疾患に対して待機的に実施される場合について、原則として病変が機能的虚血の原因と確認されていることを算定要件とする。

改定前	改定後
<p>【経皮的冠動脈形成術】</p> <p>1 急性心筋梗塞に対するもの 32,000点</p> <p>2 不安定狭心症に対するもの 22,000点</p> <p>3 その他のもの 19,300点</p> <p>注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。</p> <p>〔算定要件〕 (新設)</p>	<p>【経皮的冠動脈形成術】</p> <p>1 急性心筋梗塞に対するもの 32,000点</p> <p>2 不安定狭心症に対するもの 22,000点</p> <p>3 その他のもの 19,300点</p> <p>注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。</p> <p>〔算定要件〕</p> <p>3については、原則として以下のいずれかの病変に対して実施した場合に算定する。</p> <p>ア 90%以上の狭窄病変</p> <p>イ 患者の狭心症状の原因と考えられる狭窄病変</p> <p>ウ 機能的虚血の評価のための検査を実施し、機能的虚血の原因病変と確認されている狭窄病変</p> <p>なお、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に、アからウまでのいずれかに該当する医学的根拠について記載すること。</p> <p>ただし、医学的な必要性からそれ以外の病変に対して実施する場合は、その詳細な理由を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> <p>※ K549経皮的冠動脈ステント留置術についても同様</p>

改

D:検査関連

D215:超音波検査等

改定前	改定後
断層撮影法（心臓超音波検査を除く。） 新設	断層撮影法（心臓超音波検査を除く。） □ <u>下肢血管</u> <u>450</u> (新)
D215-3 心臓超音波	(改)
ニ 胎児心エコー法 1,000	ニ 胎児心エコー法 300 (新)
	注2 <u>胎児心エコー法診断加算</u> 700
ホ 負荷心エコー法 1,680	ホ 負荷心エコー法 2,010 (改)
血管内超音波法 3,600	血管内超音波法 4,290 (改)
D215 注1	
造影剤使用加算 150	造影剤使用加算 <u>180</u> (改)

造影剤を使用した場合は、180点を所定点数に加算する。この場合において、造影剤注入手技料及び麻酔料は加算点数に含まれるものとする。

「注1」における「造影剤を使用した場合」とは、静脈内注射、動脈注射又は点滴注射により造影剤を使用し検査を行った場合をいう。また、「3」の心臓超音波検査においては、心筋虚血の診断を目的とした場合に算定できる。この場合、心筋シンチグラフィを同一月に実施した場合には主たるもののみ算定する。

胎児心エコー法に関する施設基準

- (1) 循環器内科、小児科又は産婦人科の経験を5年以上有し、胎児心エコー法を20 症例以上経験している医師が配置されていること。
- (2) 当該保険医療機関が産婦人科を標榜しており、当該診療科において常勤の医師が2名以上配置されていること。ただし、胎児心エコー法を実施する医師が専ら循環器内科又は小児科に従事している場合にあつては、当該診療科において常勤の医師が配置されていること。
- (3) 倫理委員会が設置されており、必要なときは事前に開催すること。

届出に関する事項

胎児心エコー法の施設基準に係る届出については、別添2の様式24 の3及び様式4を用いること。

D:検査関連

D256～D282:眼科学的検査

改定前	改定後
新設	<p>D 2 5 6 - 3 光干渉断層血管撮影 400点 (新)</p> <p>注 光干渉断層血管撮影は、患者1人につき月1回に限り算定する。ただし、当該検査と併せて行った、区分番号D 2 5 6に掲げる眼底カメラ撮影に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。</p>
新設	<p>D 2 6 3 - 2 コントラスト感度検査 207点 (新)</p> <p>注 コントラスト感度検査は、患者1人につき手術の前後においてそれぞれ1回に限り算定する。</p>
新設	<p>D 2 7 4 - 2 前眼部三次元画像解析 265点 (新)</p> <p>注 前眼部三次元画像解析は、患者1人につき月1回に限り算定する。ただし、当該検査と併せて行った区分番号D 2 6 5 - 2に掲げる角膜形状解析検査及び区分番号D 2 7 4に掲げる前房隅角検査に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。</p>
新設	<p>D 2 7 5 - 2 前房水漏出検査 149点 (新)</p> <p>注 緑内障濾過手術後の患者であって、術後から1年を経過していないものについて、前房水漏出が強く疑われる症例に対して当該検査を行った場合に限り算定する。</p>

2018年度診療報酬改定 放射線治療関連

第2章特掲診療料

第12部放射線治療

第1節放射線治療管理・実施料

改定前	改定後
<p>M000 放射線治療管理料（分布図の作成1回につき）</p> <p>注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厚生局長等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ものである。放射線治療（区分番号M001の2に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分番号M001の3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100点を所定点数に加算する。</p>	<p>M000 放射線治療管理料（分布図の作成1回につき）</p> <p>注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厚生局長等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ものである。放射線治療（区分番号M001の2に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分番号M001の3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、外来放射線治療加算として、患者1人1日につき1回に限り100点を所定点数に加算する。</p> <p>注4 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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、緊急時の放射線治療の治療計画を、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厚生局長等に届け出た別の保険医療機関と共同して策定した場合に、遠隔放射線治療計画加算として、一連の治療につき1回に限り2,000点を所定点数に加算する。</p>

改

新

外来放射線治療加算に関する施設基準

(1) **放射線治療を専ら担当する常勤の医師**(放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。)が配置されていること。なお、**当該常勤の医師は、医療機器安全管理料2、放射線治療専任加算、遠隔放射線治療計画加算、1回線量増加加算、強度変調放射線治療(IMRT)、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療適応判定加算、粒子線治療医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の医師を兼任することができる。**

(2) **放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師**(放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。)が配置されていること。なお、**当該常勤の診療放射線技師は、外来放射線照射診療料、放射線治療専任加算、遠隔放射線治療計画加算、1回線量増加加算、強度変調放射線治療(IMRT)、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の診療放射線技師を兼任することができる。ただし、外来放射線照射診療料及び医療機器安全管理料2における技術者との兼任はできない。**

(3) 当該治療を行うために必要な次に掲げる機器、施設を備えていること。

ア **高エネルギー放射線治療装置**

イ **X線又はCTを用いた位置決め装置**

ウ **放射線治療計画システム**

エ **患者が休憩できるベッド等**

届出に関する事項

外来放射線治療加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式76 を用いること。

外来放射線治療加算に関する施設基準の届出

放射線治療専任加算
外来放射線治療加算

の施設基準に係る届出書添付書類

※ 該当する届出項目を○で囲むこと。

1 放射線治療を専ら担当する常勤医師の氏名	放射線治療の経験年数
2 放射線治療を専ら担当する常勤診療放射線技師の氏名	放射線治療の経験年数
当該管理を行うために必要な装置・器具の一覧（製品名等）	
高エネルギー放射線治療装置	
X線あるいはCTを用いた位置決め装置	
放射線治療計画システム	
患者が休憩できるベッド等の有無（有・無）	
※ 外来放射線治療加算の届出を行う場合のみ使用すること。	

[記載上の注意]

- 1「1」の常勤医師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。
- 2「2」の常勤診療放射線技師の当該保険医療機関における勤務状況のわかるものを添付すること。

*官報公示・関連する通知・事務連絡(2018年3月5日)発出資料より

遠隔放射線治療計画加算に関する施設基準

(1) **放射線治療を行う施設は、次の施設基準を満たしていること。**

イ **放射線科を標榜している保険医療機関であること。**

ロ **専ら放射線治療を担当する常勤の医師が配置されていないこと。**

ハ **放射線治療を担当する常勤の診療放射線技師が2名以上配置されており、そのうち1名は放射線治療を専ら担当し、かつ、5年以上の経験を有すること。**なお、当該常勤の診療放射線技師は、**外来放射線照射診療料、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、1回線量増加加算、強度変調放射線治療(IMRT)、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の診療放射線技師を兼任することができる。**

ニ **当該治療を行うために必要な次に掲げる機器及び施設を備えていること。**

① **直線加速器**

② **治療計画用CT装置及び三次元放射線治療計画システム**

③ **セキュリティ対策を講じた遠隔放射線治療システム**

④ **第三者機関による直線加速器の出力線量の評価**

ホ **遠隔放射線治療の支援施設の放射線治療を専ら担当する医師と、常時連絡がとれる体制にあること。**

ヘ **遠隔放射線治療及び医療情報のセキュリティ対策に関する指針が策定されていること。**

ト **関係学会の定めるガイドラインに基づき、当該治療を適切に実施していること。**

遠隔放射線治療計画加算に関する施設基準

(2) **放射線治療を支援する施設は、次の施設基準を満たしていること。**

イ 放射線治療を専ら担当する常勤の医師が2名以上配置されており、そのうち1名は5年以上の放射線治療の経験を有すること。なお、当該常勤の医師は、医療機器安全管理料2、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、1回線量増加加算、強度変調放射線治療(IMRT)、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の医師を兼任することができるが、粒子線治療、粒子線治療適応判定加算及び粒子線治療医学管理加算に係る常勤の医師を兼任することはできない。

ロ 照射計画補助作業等を専ら担当する者(診療放射線技師その他の技術者等)が1名以上配置されていること。なお、当該担当者は強度変調放射線治療(IMRT)、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療及び画像誘導密封小線源治療加算に係る担当者を兼任することができる。

ただし、外来放射線照射診療料及び医療機器安全管理料2における技術者との兼任はできない。

ハ セキュリティ対策を講じた遠隔放射線治療システムを備えていること。

ニ 遠隔放射線治療及び医療情報のセキュリティ対策に関する指針が策定されており、実際の遠隔放射線治療の支援が当該指針に沿って行われているとともに、公開可能な遠隔放射線治療の実施に係る記録が保存されていること。

ホ 関係学会の定めるガイドラインに基づき、当該支援を適切に実施していること。

届出に関する事項

遠隔放射線治療計画加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式76 の2を用いること。

遠隔放射線治療計画加算に関する施設基準の届出

様式 76 の 2

遠隔放射線治療計画加算の施設基準に係る届出書添付書類

放射線治療を行う保険医療機関

1 保険医療機関の所在地及び名称		
2 放射線治療を担当する常勤の診療放射線技師		
常勤の技師の氏名	経験年数	専ら担当する者に○を付ける
3 当該治療を行うために必要な装置の一覧		
装置	名称等	
①直線加速器		
②治療計画用CT装置及び三次元放射線治療計画システム		
③セキュリティ対策を講じた遠隔放射線治療システム		
4 遠隔放射線治療の支援施設の放射線治療医と常時連絡がとれる体制にあること	有 ・ 無	
5 遠隔放射線治療及び医療情報のセキュリティ対策に関する指針の策定	有 ・ 無	

*官報公示・関連する通知・事務連絡(2018年3月5日)発出資料より

遠隔放射線治療計画加算に関する施設基準の届出

放射線治療を支援する保険医療機関

1 保険医療機関の所在地及び名称	
2 放射線治療を専ら担当する常勤の医師等	
常勤の医師の氏名	経験年数
照射計画補助作業等を専ら担当する者の氏名	経験年数
3 セキュリティ対策を講じた遠隔放射線治療システム	(名称等)
4 遠隔放射線治療及び医療情報のセキュリティ対策に関する指針の策定	有 ・ 無

[記載上の注意]

- 1 放射線治療を行う保険医療機関及び放射線治療を支援する保険医療機関**ともに当該届出が必要**であること。
- 2 放射線治療を行う保険医療機関として届け出を行う場合は、**第三者機関による直線加速器の出力線量の評価を行った書類の写しを添付**すること。
- 3 放射線治療を支援する保険医療機関として届け出を行う場合は、**遠隔放射線治療の実施に係る記録を添付**すること。

*官報公示・関連する通知・事務連絡(2018年3月5日)発出資料より

第12部放射線治療

第1節放射線治療管理・実施料

改定前	改定後
<p>M001 体外照射</p> <p>3 強度変調放射線治療（IMRT）</p> <p>イ 1回目 3,000点</p> <p>ロ 2回目 1,500点</p> <p>注4 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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を専ら担当する常勤の医師が画像誘導放射線治療（IGRT）による体外照射（2のイの（3）若しくはロの（3）又は3に係るものに限る。）を行った場合には、画像誘導放射線治療加算として、患者1人1日につき1回に限り<u>300点</u>を所定点数に加算する。</p>	<p>M001 体外照射</p> <p>3 強度変調放射線治療（IMRT）</p> <p style="text-align: right;">3,000点</p> <p>注4 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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を専ら担当する常勤の医師が画像誘導放射線治療（IGRT）による体外照射を行った場合（イの場合は、乳房照射に係るもの、ロ及びハの場合は、2のイの（3）若しくはロの（3）又は3に係るものに限る。）には、画像誘導放射線治療加算として、患者1人1日につき1回に限り、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。</p> <p>イ 体表面の位置情報によるもの <u>150点</u></p> <p>ロ 骨構造の位置情報によるもの <u>300点</u></p> <p>ハ 腫瘍の位置情報によるもの <u>450点</u></p> <p>注6 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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、1回の線量が2.5Gy以上の前立腺照射を行った場合は、1回線量増加加算として、1,000点を所定点数に加算する。</p>

改

改

新

1 回線量増加加算(高エネルギー放射線治療)の施設基準

- (1) 照射方法を問わず、高エネルギー放射線治療を年間100例以上実施していること。
- (2) 放射線治療を専ら担当する常勤の医師(放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。)が配置されていること。なお、当該常勤の医師は、医療機器安全管理料2、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、強度変調放射線治療(IMRT)、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療適応判定加算、粒子線治療医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の医師を兼任することができる。
- (3) 放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師(放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。)が配置されていること。なお、当該常勤の診療放射線技師は、外来放射線照射診療料、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、強度変調放射線治療(IMRT)、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の診療放射線技師を兼任することができる。ただし、外来放射線照射診療料及び医療機器安全管理料2における技術者との兼任はできない。

1 回線量増加加算(強度変調放射線治療(IMRT))の施設基準

- (1) 照射方法を問わず、高エネルギー放射線治療を年間 100 例以上実施していること。
- (2) 放射線治療を専ら担当する常勤の医師(放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。)が配置されていること。なお、当該常勤の医師は、医療機器安全管理料2、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、強度変調放射線治療(IMRT)、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療適応判定加算、粒子線治療医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の医師を兼任することができる。
- (3) 放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師(放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。)が配置されていること。なお、当該常勤の診療放射線技師は、外来放射線照射診療料、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、強度変調放射線治療(IMRT)、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の診療放射線技師を兼任することができる。ただし、外来放射線照射診療料及び医療機器安全管理料2における技術者との兼任はできない。
- (4) 強度変調放射線治療(IMRT)を行うために必要な機器及び施設を備えていること。
- (5) 強度変調放射線治療(IMRT)を年間 10 例以上実施しており、かつ区分番号「M001」の「注4」の「ハ」画像誘導放射線治療(腫瘍の位置情報によるもの)を年間 10 例以上実施していること。

第12部放射線治療

第1節放射線治療管理・実施料

重粒子線治療・陽子線治療

改定前		改定後	
1 重粒子線治療の場合	150,000点	1 希少な疾病 に対して実施した場合	
2 陽子線治療の場合	150,000点	イ 重粒子線治療の場合	<u>187,500点</u>
		ロ 陽子線治療の場合	<u>187,500点</u>
		2 1以外 の特定の疾病に対して実施した場合	
		イ 重粒子線治療の場合	<u>110,000点</u>
		ロ 陽子線治療の場合	<u>110,000点</u>
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厚生局長等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 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厚生局長等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 に対して行われる場合に限り算定する。	

新

改

<参考資料>先進医療会議(第61回2018年1月11日開催)より

* **先進医療**から保険適用される可能性のある適用疾患

- ・陽子線;**切除非適応の骨軟部腫瘍**
- ・陽子線・重粒子線;**頭頸部悪性腫瘍** (口腔・咽喉頭の扁平上皮がんを除く)
- ・粒子線治療;**限局性及び局所進行性前立腺がん**

M001-4 粒子線治療（一連につき）

- 1 重粒子線治療の場合 150,000点**
- 2 陽子線治療の場合 150,000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厚生局長等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2 別に厚生労働大臣が定める患者に対して粒子線治療を行った場合は、**所定点数の100分の25**に相当する点数を加算する。

注3 粒子線治療の適応判定体制に関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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、**粒子線治療の適応判定に係る検討が実施された場合には、粒子線治療適応判定加算**として、**40,000点**を所定点数に加算する。

注4 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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、**放射線治療を担当する専従の医師が策定した照射計画に基づく医学的管理を行った場合には、粒子線治療医学管理加算**として、**10,000点**を所定点数に加算する。

***上記を全て満たすと237,500点となります。**

通知文書

M001－4 粒子線治療

- (1) **重粒子線治療とは、炭素原子核を加速することにより得られた重粒子線を集中的に照射する治療法であるものをいう。**
- (2) **陽子線治療とは、水素原子核を加速することにより得られた陽子線を集中的に照射する治療法であるものをいう。**
- (3) **重粒子線治療は、手術による根治的な治療法が困難である限局性の骨軟部腫瘍に対して根治的な治療法として行った場合にのみ算定し、数か月間の一連の治療過程に複数回の治療を行った場合であっても、所定点数は1回のみ算定する。**
- (4) **陽子線治療は、小児腫瘍(限局性の固形悪性腫瘍に限る。)に対して根治的な治療法として行った場合にのみ算定し、数か月間の一連の治療過程に複数回の治療を行った場合であっても、所定点数は1回のみ算定する。**
- (5) **粒子線治療について、位置決めなどに係る画像診断、検査等の当該治療に伴う一連の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。**

M001-4 粒子線治療

- (6) 「注2」の別に厚生労働大臣が定める患者に対して所定点数の100分の25に相当する点数を加算する対象は、希少な限局性の固形悪性腫瘍(小児腫瘍を含む。)に対して粒子線治療を行った場合のみ算定する。
- (7) 「注3」の粒子線治療適応判定加算(40,000点)は、当該治療の実施に当たって、治療適応判定に関する体制が整備された保険医療機関において、適応判定が実施された場合に算定できるものであり、当該治療を受ける全ての患者に対して、当該治療の内容、合併症及び予後等を文書を用いて詳しく説明を行い、併せて、患者から要望のあった場合、その都度治療に関して十分な情報を提供すること。なお、患者への説明内容については文書(書式様式は自由)で交付し、診療録に添付するものであること。
- (8) 「注4」の粒子線治療医学管理加算(10,000点)は、粒子線治療に係る照射に際して、画像診断に基づきあらかじめ作成した線量分布図に基づいた照射計画と照射時の照射中心位置を、三次元的な空間的再現性により照射室内で画像的に確認・記録するなどの医学的管理を行った場合に限り算定する。
- (9) 粒子線治療の実施に当たっては、薬事承認された粒子線治療装置を用いた場合に限り算定する。

高度な放射線治療機器の効率的な利用の推進

第1 基本的な考え方

がん対策推進基本計画において、高度な放射線療法については、必要に応じて連携体制等のあり方について検討することとされている。

放射線治療機器の効率的な利用の推進の観点から、高度な放射線治療を受けるために、入院中の患者が他医療機関を受診した場合の診療報酬上の評価を充実させる。

第2 具体的な内容

1. 高度な放射線治療機器等を有する他の医療機関を受診する場合の、入院中の他医療機関受診時の入院料の減額について取扱いを緩和する。

改定前	改定後
<p>【入院料等 通則】 [算定要件]</p> <p>入院中の患者が他医療機関を受診する日の入院医療機関における診療報酬の算定については、以下のとおりとすること。この場合において、1点未満の端数があるときは、小数点以下第一位を四捨五入して計算すること。</p> <p>ア 入院医療機関において、当該患者が出来高入院料を算定している場合は、出来高入院料は当該出来高入院料の基本点数の10%を控除した点数により算定すること。</p>	<p>【入院料等 通則】 [算定要件]</p> <p>入院中の患者が他医療機関を受診する日の入院医療機関における診療報酬の算定については、以下のとおりとすること。この場合において、1点未満の端数があるときは、小数点以下第一位を四捨五入して計算すること。</p> <p>ア 入院医療機関において、当該患者が出来高入院料を算定している場合は、出来高入院料は当該出来高入院料の基本点数の10%を控除した点数により算定すること。ただし、他医療機関において、強度変調放射線治療による体外照射、定位放射線治療又は粒子線治療に係る費用を算定する場合は、出来高入院料は当該出来高入院料の基本点数の5%を控除した点数により算定すること。</p>

高度な放射線治療機器の効率的な利用の推進

改定前	改定後
<p>イ 入院医療機関において、当該患者が特定入院料、一般病棟入院基本料（「注11」の規定により療養病棟入院基本料1の例により算定する場合に限る。）、 （中略） 当該特定入院料等の基本点数の<u>20%</u>を控除した点数により算定すること。</p>	<p>イ 入院医療機関において、当該患者が特定入院料、一般病棟入院基本料（「注11」の規定により療養病棟入院基本料1の例により算定する場合に限る。）、 （中略） 当該特定入院料等の基本点数の20%を控除した点数により算定すること。ただし、他医療機関において、強度変調放射線治療による体外照射、定位放射線治療又は粒子線治療に係る費用を算定する場合は、特定入院料等は、当該特定入院料等の基本点数の<u>35%</u>を、有床診療所療養病床入院基本料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料又は地域移行機能強化病棟入院料を算定している場合は、当該特定入院料等の基本点数の<u>15%</u>を控除した点数により算定すること。</p>
<p>ウ 入院医療機関において、当該患者が特定入院料等を算定している場合であって、当該他医療機関において特定入院料等に含まれる診療に係る費用（特掲診療料に限る。）を算定しない場合は、特定入院料等は、当該特定入院料等の基本点数の<u>10%</u>を控除した点数により算定すること。</p>	<p>ウ 入院医療機関において、当該患者が特定入院料等を算定している場合であって、当該他医療機関において特定入院料等に含まれる診療に係る費用（特掲診療料に限る。）を算定しない場合は、特定入院料等は、当該特定入院料等の基本点数の10%を控除した点数により算定すること。ただし、他医療機関において、強度変調放射線治療による体外照射、定位放射線治療又は粒子線治療に係る費用を算定する場合は、特定入院料等は、当該特定入院料等の基本点数の<u>5%</u>を控除した点数により算定すること。</p>

改

改

高度な放射線治療機器の効率的な利用の推進

2. 高度な放射線治療機器等を有する他の医療機関受診時に、受診先医療機関において外来放射線治療加算を算定できるようにする。

改定前	改定後
<p>【放射線治療管理料】</p> <p>注1 及び 2 (略)</p> <p>注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厚生局長等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ものに対して、放射線治療(区分番号M001の2に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分番号M001の3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100点を所定点数に加算する。</p> <p>[算定要件]</p> <p>「注3」に掲げる外来放射線治療加算は、悪性腫瘍の入院中の患者以外の患者に対して、区分番号「M001」体外照射「2」に掲げる高エネルギー放射線治療又は区分番号「M001」体外照射の「3」に掲げる強度変調放射線治療(IMRT)の際に、あらかじめ作成した線量分布図に基づき照射計画により放射線照射を行った場合に、1日につき1回に限り算定する。</p>	<p>【放射線治療管理料】</p> <p>注1 及び 2 (略)</p> <p>注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厚生局長等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ものに対して、放射線治療(区分番号M001の2に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分番号M001の3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回に限り外来放射線治療加算として100点を所定点数に加算する。</p> <p>[算定要件]</p> <p>「注3」に掲げる外来放射線治療加算は、悪性腫瘍の入院中の患者以外の患者に対して、区分番号「M001」体外照射「2」に掲げる高エネルギー放射線治療又は区分番号「M001」体外照射の「3」に掲げる強度変調放射線治療(IMRT)の際に、あらかじめ作成した線量分布図に基づいた照射計画により放射線照射を行った場合及び他医療機関に入院中の患者に対して、区分番号「M001」体外照射の「3」に掲げる強度変調放射線治療(IMRT)の際に、あらかじめ作成した線量分布図に基づいた照射計画により放射線照射を行った場合に、1日につき1回に限り算定する。</p> <p>中医協 総会(2018年2月7日)資料より</p>

改

改

疑義解釈その1より(2018年3月30日発出)

問166 遠隔放射線治療計画加算、強度変調放射線治療(IMRT)、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、画像誘導密封小線源治療加算の施設基準に掲げる「**その他の技術者**」とは、具体的に何を指すのか。

(答) **医学物理士等**を指す。

問203 区分番号「M000」放射線治療管理料の**遠隔放射線治療計画加算**について、「**第三者機関**」とあるが、具体的には何を指すのか。

(答) **医用原子力技術研究振興財団等**を指す。

問204 区分番号「M000」放射線治療管理料の遠隔放射線治療計画加算について、「**関係学会の定めるガイドライン**」とあるが、具体的には何を指すのか。

(答) **日本放射線腫瘍学会の遠隔放射線治療計画ガイドライン等**を指す。

疑義解釈その1より(2018年3月30日発出)

問218 陽子線治療及び重粒子線治療について、平成30年4月1日より保険診療で実施可能となる腫瘍に対し、**平成30年3月31日までに治療が開始されている患者**で、4月1日以降も治療を継続する場合、**4月1日以降の治療に係る費用は保険診療として算定可能か。**

(答)陽子線治療及び重粒子線治療は数ヶ月間の一連の治療過程に複数回の治療を行った場合であっても、所定点数は1回のみ算定することとなっている。

先進医療においても同様で、一連の治療として費用請求されるため、平成30年3月31日までに治療が開始されている患者又は当該先進医療に係る説明を受け、当該先進医療での治療実施の同意を取得している患者には、**先進医療として費用を請求し、保険診療として陽子線治療及び重粒子線治療の算定はできない。**なお、平成30年3月31日において、一連の治療を開始していない場合であって、4月1日以降に保険診療による治療を希望する場合には、改めて保険診療による治療に係る同意を取得することで、保険診療に切り替えて差し支えない。

2018年度診療報酬改定 医療安全・感染防止関連

入院基本料等の施設基準からの抜粋

2 院内感染防止対策の基準

- (1) 当該保険医療機関において、**院内感染防止対策**が行われていること。
- (2) 当該保険医療機関において、**院内感染防止対策委員会**が設置され、当該委員会が**月1回程度、定期的**に開催されていること。
- (3) 院内感染防止対策委員会は、**病院長又は診療所長、看護部長、薬剤部門の責任者、検査部門の責任者、事務部門の責任者、感染症対策に関し相当の経験を有する医師等の職員から構成**されていること(診療所においては各部門の責任者を兼務した者で差し支えない。)
- (4) 当該保険医療機関内において(病院である保険医療機関においては、当該病院にある検査部において)、**各病棟**(有床診療所においては、当該有床診療所の有する全ての病床。以下この項において同じ。)の**微生物学的検査に係る状況等を記した「感染情報レポート」**が**週1回程度作成**されており、当該レポートが**院内感染防止対策委員会において十分に活用される体制**がとられていること。当該レポートは、入院中の患者からの各種細菌の検出状況や薬剤感受性成績のパターン等が病院又は有床診療所の疫学情報として把握、活用されることを目的として作成されるものであり、各病棟からの拭き取り等による各種細菌の検出状況を記すものではない。
- (5) 院内感染防止対策として、**職員等に対し流水による手洗いの励行を徹底**させるとともに、**各病室に水道又は速乾式手洗い液等の消毒液**が設置されていること。ただし、精神病棟、小児病棟等においては、患者の特性から病室に前項の**消毒液を設置することが適切でない**と判断される場合に限り、**携帯用の速乾式消毒液等**を用いても差し支えないものとする。

感染防止対策加算の要件の見直し

第1 基本的な考え方

薬剤耐性(AMR)対策の推進、特に抗菌薬の適正使用の推進の観点から、感染防止対策加算の要件を見直す。

第2 具体的な内容

感染防止対策加算において、**抗菌薬適正使用支援チームの取組に係る加算を新設**するとともに、既存の点数について見直す。

感染防止対策加算(入院初日)

(新) **抗菌薬適正使用支援加算 100点**

[算定要件]

院内に抗菌薬適正使用支援のチームを設置し、**感染症治療の早期モニタリングとフィードバック、微生物検査・臨床検査の利用の適正化、抗菌薬適正使用に係る評価、抗菌薬適正使用の教育・啓発等を行うことによる抗菌薬の適正な使用の推進**を行っていること。

[施設基準]

(1) 感染防止対策地域連携加算を算定していること。
 (2) 以下の構成員からなる抗菌薬適正使用支援チームを組織し、抗菌薬の適正使用の支援に係る業務を行うこと。

- ① **感染症の診療について3年以上の経験を有する専任の常勤医師**(歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、当該経験を有する専任の常勤歯科医師)
- ② **5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師**
- ③ **3年以上の病院勤務経験を持つ感染症診療にかかわる専任の薬剤師**
- ④ **3年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師**

①に定める医師又は②に定める看護師のうち1名は専従であること。なお、抗菌薬適正使用支援チームの専従の職員については、感染制御チームの業務を行う場合には、**抗菌薬適正使用支援チームの業務について専従とみなすことができる。**

感染防止対策加算の要件の見直し

(3) 抗菌薬適正使用支援チームは以下の業務を行うこと。

- ① 広域抗菌薬等の特定の抗菌薬を使用する患者、菌血症等の特定の感染症兆候のある患者、免疫不全状態等の特定の患者集団など感染症早期からのモニタリングを実施する患者を施設の状況に応じて設定する。
- ② 感染症治療の早期モニタリングにおいて、①で設定した対象患者を把握後、適切な微生物検査・血液検査・画像検査等の実施状況、初期選択抗菌薬の選択・用法・用量の適切性、必要に応じた治療薬物モニタリングの実施、微生物検査等の治療方針への活用状況などを経時的に評価し、必要に応じて主治医にフィードバックを行う。
- ③ 適切な検体採取と培養検査の提出(血液培養の複数セット採取など)や、施設内のアンチバイオグラムの作成など、微生物検査・臨床検査が適正に利用可能な体制を整備する。
- ④ 抗菌薬使用状況や血液培養複数セット提出率などのプロセス指標及び耐性菌発生率や抗菌薬使用量などのアウトカム指標を定期的に評価する。
- ⑤ 抗菌薬の適正な使用を目的とした職員の研修を少なくとも年2回程度実施する。また院内の抗菌薬使用に関するマニュアルを作成する。
- ⑥ 当該保険医療機関内で使用可能な抗菌薬の種類、用量等について定期的に見直し、必要性の低い抗菌薬について医療機関内での使用中止を提案する。

(4) 抗菌薬適正使用支援チームが、抗菌薬適正使用支援加算を算定していない医療機関から、必要時に抗菌薬適正使用の推進に関する相談等を受けている。

改定前	改定後
【感染防止対策加算（入院初日）】	【感染防止対策加算（入院初日）】
1 感染防止対策加算1 400点	1 感染防止対策加算1 <u>390点</u>
2 感染防止対策加算2 100点	2 感染防止対策加算2 <u>90点</u>
注 感染防止対策地域連携加算 100点	注 感染防止対策地域連携加算 100点

改

外来診療等における抗菌薬の適正使用の推進

第1 基本的な考え方

薬剤耐性菌対策は国際的にも重要な課題となっており、様々な対策が進められている。外来診療等における抗菌薬の適正使用に関する患者・家族の理解向上のため、**地域包括診療料等及び薬剤服用歴管理指導料**について、以下のように見直す。

第2 具体的な内容

1. 小児科外来診療料及び小児かかりつけ診療料において、抗菌薬の適正使用に資する加算を新設する。

(新) **小児抗菌薬適正使用支援加算** 80点



[算定要件]

急性上気道感染症又は急性下痢症により受診した小児であって、初診の場合に限り、診察の結果、抗菌薬投与の必要性が認められず抗菌薬を使用しないものに対して、**抗菌薬の使用が必要でない説明など療養上必要な指導を行った場合に算定**する。

なお、基礎疾患のない学童期以降の患者については、「**抗微生物薬適正使用の手引き**」に則した**療養上必要な説明及び治療**を行っていること。

[施設基準]

感染症の**研修会等に定期的に**参加していること。

病院においては、**データ提出加算2**を算定していること。

2. 再診料の**地域包括診療加算若しくは認知症地域包括診療加算、地域包括診療料若しくは認知症地域包括診療料、薬剤服用歴管理指導料又は小児科外来診療料若しくは小児かかりつけ診療料**を算定する場合は、**抗菌薬の適正使用に関する普及啓発に努めていること及び「抗微生物薬適正使用の手引き」に則した治療手順等、抗菌薬の適正使用に資する診療を行うことを要件として追加**する。

医療安全対策加算における 医療安全対策地域連携加算の新設

第1 基本的な考え方

医療安全対策加算について、医療安全対策に関する医療機関の連携に対する評価を新設する。

第2 具体的な内容

医療安全対策加算に医療安全対策地域連携加算を新設するとともに、既存の点数について見直す。

医療安全対策加算(入院初日)

(新) 注 **医療安全対策地域連携加算**

イ 医療安全対策地域連携加算1 50点

新

ロ 医療安全対策地域連携加算2 20点

[算定要件]

医療安全対策加算を算定する複数の医療機関が連携し、医療安全対策に関する評価を行っていること。

改定前	改定後
【医療安全対策加算(入院初日)】	【医療安全対策加算(入院初日)】
1 医療安全対策加算1 85点	1 医療安全対策加算1 85点
2 医療安全対策加算2 35点	2 医療安全対策加算2 30点

改

医療安全対策地域連携加算1の施設基準

(1) 医療安全対策加算1に係る届出を行っていること。

(2) 当該保険医療機関内に、**医療安全対策に3年以上の経験**を有する**専任の医師**又は**医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の医師**が**医療安全管理部門に配置**されていること。なお、ここでいう適切な研修とは、1の(1)のアに掲げる研修である。この場合、1の(1)のアの規定に関わらず、当該専任医師が医療安全管理者として配置され、1の(1)のアに規定された**専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理部門に配置**されていることとしても差し支えない。

(3) 他の医療安全対策加算1に係る届出を行っている保険医療機関及び医療安全対策加算2に係る**届出を行っている保険医療機関と連携**し、それぞれ**少なくとも年1回程度**、医療安全対策地域連携加算1に関して連携しているいずれかの**保険医療機関に赴いて医療安全対策に関する評価**を行い、当該保険医療機関にその**内容を報告**すること。また、**少なくとも年1回程度**、当該加算に関して連携している**医療安全対策加算1に係る届出を行っている保険医療機関より評価を受けている**こと。なお、**感染防止対策地域連携加算**を算定している保険医療機関については、当該加算に係る評価と医療安全対策地域連携加算1に係る評価とを併せて実施しても差し支えない。

医療安全対策地域連携加算1の施設基準

(続き)

(4) (3)に係る評価については、次の内容に対する評価を含むものである。

ア 医療安全管理者、医療安全管理部門及び医療安全管理対策委員会の活動状況

(イ) **医療安全対策の実施状況の把握・分析、医療安全確保のための業務改善等の具体的な対策の推進**

(ロ) **当該対策や医療安全に資する情報の職員への周知(医療安全対策に係る体制を確保するための職員研修の実施を含む)**

(ハ) **当該対策の遵守状況の把握**

イ 当該保険医療機関内の各部門における医療安全対策の実施状況

具体的な評価方法及び評価項目については、当該保険医療機関の課題や実情に合わせて連携する保険医療機関と協議し定めること。その際、独立行政法人国立病院機構作成の「医療安全相互チェックシート」を参考にされたい。

医療安全対策地域連携加算2の施設基準

- (1) 医療安全対策加算2に係る届出を行っていること。
- (2) **医療安全対策加算1に係る届出を行っている保険医療機関と連携し、少なくとも年1回程度、医療安全対策地域連携加算2に関して連携しているいずれかの保険医療機関より医療安全対策に関する評価を受けていること。なお、感染防止対策地域連携加算を算定している保険医療機関については、当該加算に係る評価と医療安全対策地域連携加算2に係る評価とを併せて実施しても差し支えない。**
- (3) (2)に係る評価については、3の(4)に掲げる内容に対する評価を含むものである。

疑義解釈その1より(2018年3月30日発出)

問88 医療安全対策地域連携加算1の施設基準である専任の医師は、医療安全対策加算1の施設基準である専従の医療安全管理者として配置された医師と兼任可能か。

(答)兼任可能。

問89 医療安全対策加算の医療安全管理部門に配置されることとなっている診療部門等の専任の職員が医師である場合、当該医師は医療安全対策地域連携加算1の専任の医師と兼任可能か。

(答)兼任可能。ただし、当該医師は、当該加算に規定される医療安全対策に関する評価に係る業務を行うことが必要。

問90 医療安全対策地域連携加算1は、一つ以上の医療安全対策加算1に係る届出を行っている保険医療機関及び一つ以上の医療安全対策加算2に係る届出を行っている保険医療機関と連携を行っている場合に届出可能であると理解してよいか。

(答)そのとおり。

疑義解釈その1より(2018年3月30日発出)

問91 医療安全対策地域連携加算において特別の関係にある保険医療機関と連携することは可能か。

(答)可能。

問92 医療安全対策地域連携加算は特定機能病院は算定できないが、医療安全対策加算1又は2に係る届出を行っている特定機能病院と連携して医療安全対策に関する評価を行った場合についても医療安全対策地域連携加算は算定可能か。

(答)可能。

問93 医療安全対策地域連携加算において連携する保険医療機関は、必ずしも近隣の保険医療機関でなくてもよいと理解してよいか。

(答)そのとおり。ただし、少なくとも年1回程度、当該加算に関して連携している保険医療機関に直接赴いて実施される医療安全対策に関する評価が必要である。

疑義解釈その1より(2018年3月30日発出)

問94 医療安全対策加算1を既に算定しており、専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者を医療安全管理者として配置している保険医療機関が、新たに医療安全対策地域連携加算1の届出を行う場合、医療安全対策に3年以上の経験を有する専任の医師又は医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の医師を配置することになるが、その際、医療安全対策加算1において配置する医療安全管理者について、**専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者に替えて、新たに配置する専任の医師を医療安全管理者とする場合も、医療安全対策加算1の施設基準を満たすとして理解してよいか。**

(答)その場合も、引き続き、**専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理部門に配置されていれば、施設基準を満たすとして差し支えない。**

問95 医療安全対策地域連携加算の施設基準では、医療安全対策加算1の届出を行っている医療機関と医療安全対策加算2の届出を行っている医療機関とが連携することになっているが、**連携する医療機関が1対1ではない場合、複数の医療機関が合同で連携するその他の医療機関を評価することでもよいか。**

(答)そのとおり。

診療報酬改定H30/4

医療安全対策の更なる充実

- ・医療安全対策加算2の改定
- ・感染防止対策加算1の改定
- ・感染防止対策加算2の改定
- ・抗菌薬適正使用支援加算加算の新設
- ・小児抗菌薬適正使用支援加算の新設
- ・医療安全対策地域連携加算1の新設
- ・医療安全対策地域連携加算2の新設

診療報酬改定H24/4

医療安全対策の充実

- ・感染防止対策加算1の新設
- ・感染防止対策加算2の新設
- ・感染防止対策地域連携加算の新設

診療報酬改定H22/4

医療安全対策加算の充実

- ・感染防止対策加算の新設
- ・医薬品安全性情報等管理体制加算の新設
- ・医療機器安全管理料1の再評価
- ・医療機器安全管理料2の再評価

診療報酬改定H20/4

診療報酬上での評価

- 質の評価・体制の評価・法的整合性
(良質で医療安全確保のための体制整備)
- ・医療安全対策加算の新設
 - ・医療機器安全管理料1の新設
 - ・医療機器安全管理料2の新設

改正医療法H19/4

良質で安心・信頼のできる医療安全確保のための要求事項

- ・医療安全確保
- ・院内感染の防止
- ・医薬品の安全管理
- ・医療機器の保守点検・安全使用

改正薬事法H17/4

- ・機器の分類
- ・業態の位置づけ
- ・添付文書の提供
- ・情報提供
- ・トラッキング

診療報酬

医療行為に対する評価・収入 安全管理の評価と要件の整合性

医療法

医療提供の基本的遵守事項 保守点検／医療安全含む

医療機器の保守管理の重要性とその実態は？

薬機法（医薬品医療機器等法）

品質／有効性／安全性の確保 販売・修理・特定保守管理医療機・添付文書

報酬取得のための要件が満たせない場合

医療収入の損失

医療安全の不備を結果として証明

「良質・安心でない」「感染対策してない」

患者からの「信頼」の喪失

義務履行の確保

義務違反に対する新たな措置

医療監視時の指導

医療法遵守の徹底

義務履行の確保

義務違反に対する罰則措置

不具合報告の対応

添付文書の改定

中医協資料 主な施設基準の届け出状況より抜粋

施設基準における届出施設数の推移

診療報酬取れないの…？

安全対策は病院の収入！

主な施設基準届出状況	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28
全国の病院総数	8,862	8,794	8,739	8,670	8,630	8565	8540	8493	8480	8418
医療安全対策加算	1,409	1,522	1,602	2,639	2,861	3,228	3,392	1,720 2/ 1,770	1,748 2/ 1,793	1,771 2/ 1,848
感染防止対策加算1						956	1052	1101	1174	1249
感染防止対策加算2						2360	2560	2618	2647	2652
医療機器安全管理料1	病院	2,103	2,207	2,354	2,386	2,45	2,481	2,519	2,559	2,609
	診療所	186	189	237	253	255	265	280	282	294
医療機器安全管理料2	病院	389	405	437	440	457	466	485	499	503
	診療所	9	7	9	10	12	13	15	17	17

これ以外の施設は安全でない！？…

*枠内の数字は届出施設数

歯科外来診療における院内感染防止対策の推進

第1 基本的な考え方

歯科外来診療においては、日常的に唾液や血液等に触れる環境下で多くの器具・器材を用いて診療を行っているという特徴を踏まえ、歯科医療機関における院内感染防止対策を推進する。

第2 具体的な内容

1. 基本診療料(歯科初診料、歯科再診料)及び歯科訪問診療料の注13に規定する点数の引上げを行うとともに、歯科初診料及び歯科再診料に対して院内感染防止対策に関する施設基準を新設する。また、地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準に院内感染防止対策に関する内容を追加する。

改定前	改定後
<p>【初診料】</p> <p>1 歯科初診料 234点</p> <p>【再診料】</p> <p>1 歯科再診料 45点</p> <p>【歯科訪問診療料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注13 1、2及び3について、在宅療養支援歯科診療所以外の診療所であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさないものにおいては、次に掲げる点数により算定する。なお、この場合において、注10に規定する加算は算定できない。</p> <p>イ 初診時 234点</p> <p>ロ 再診時 45点</p>	<p>【初診料】</p> <p>1 歯科初診料 <u>237点</u></p> <p>【再診料】</p> <p>1 歯科再診料 <u>48点</u></p> <p>【歯科訪問診療料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>注13 1、2及び3について、在宅療養支援歯科診療所以外の診療所であって、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさないものにおいては、次に掲げる点数により算定する。なお、この場合において、注10に規定する加算は算定できない。</p> <p>イ 初診時 <u>237点</u></p> <p>ロ 再診時 <u>48点</u></p>

改

改

歯科外来診療における院内感染防止対策の推進

改定前	改定後
(新設)	<p data-bbox="826 251 1437 291">【初診料の注1に規定する施設基準】</p> <p data-bbox="826 305 1025 345">【施設基準】</p> <p data-bbox="1746 277 1819 345">新</p> <ol style="list-style-type: none"> <li data-bbox="813 359 1769 439">① 当該保険医療機関において、院内感染防止対策が行われていること。 <li data-bbox="813 454 1769 534">② 感染症対策等の院内感染防止対策に係る研修を修了した常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。 <li data-bbox="813 548 1798 679">③ 口腔内で使用する歯科医療機器等に対する、患者ごとの交換や専用の機器を用いた洗浄・滅菌処理を徹底する等の十分な感染症対策を講じていること。 <li data-bbox="813 694 1769 773">④ 感染症患者に対する歯科診療に対応する体制を確保していること。 <li data-bbox="813 788 1769 868">⑤ 院内感染防止対策に関する研修を定期的に受講していること。 <li data-bbox="813 882 1798 1013">⑥ 当該保険医療機関の見やすい場所に、当該医療機関で取り組んでいる院内感染防止対策等、歯科診療に係る医療安全対策を実施している旨の院内掲示を行っていること。 <li data-bbox="813 1028 1769 1108">⑦ 院内感染防止対策等の体制を地方厚生局長等に報告していること。 <p data-bbox="826 1122 1025 1162">【経過措置】</p> <p data-bbox="813 1176 1798 1256">⑤については平成31年3月31日までは要件を満たしているものとして取り扱う。</p> <p data-bbox="813 1270 1769 1350">※ 地域歯科診療支援病院歯科初診料については、現行の施設基準に同様の基準を追加</p>

歯科外来診療における院内感染防止対策の推進

2. 新たに設ける院内感染防止対策に関する施設基準の届出がない医療機関については、初診料及び再診料を減算する。

改定前	改定後
<p>【初診料】 [算定要件] 注1 1については、保険医療機関において、初診を行った場合に算定する。</p> <p>【再診料】 [算定要件] 注1 1については、保険医療機関において、再診を行った場合に算定する。</p>	<p>【初診料】 [算定要件] 注1 1については、歯科外来診療における院内感染防止対策につき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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、初診を行った場合に算定する。この場合において、当該届出を行っていない保険医療機関については、<u>226</u>点を算定する。</p> <p>【再診料】 [算定要件] 注1 1については、区分番号A000に規定する歯科外来診療における院内感染防止対策につき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厚生局長等に届け出た保険医療機関において、再診を行った場合に算定する。この場合において、当該届出を行っていない保険医療機関については、<u>41</u>点を算定する。</p>

改

改

歯科外来診療における院内感染防止対策の推進

改定前	改定後
<p>【歯科訪問診療料】 [算定要件] (新設)</p>	<p>【歯科訪問診療料】 [算定要件] 注14 区分番号A000に掲げる初診料の注1又は注2に規定する施設基準を届け出ていない保険医療機関については、歯科訪問診療1、歯科訪問診療2、歯科訪問診療3又は注13に規定する歯科訪問診療料の所定点数からそれぞれ<u>10点を減算</u>する。</p>

[経過措置]

(初診料及び再診料)

第1章の規定にかかわらず、平成30年9月30日までの間に限り、旧算定方法別表第二区分番号A000 及びA002 については、なおその効力を有するものとする。

(歯科訪問診療料)

第2章の規定に関わらず、平成30年9月30日までの間に限り、旧算定方法別表第二区分番号C000 の注13 に係る規定はなおその効力を有するものとし、別表第二区分番号C000 の注14 に係る規定は平成30年9月30日から適用する。

2018年度診療報酬改定 ICT・遠隔・オンライン関連

デジタル病理画像を用いた病理診断の評価及び 保険医療機関間の連携による病理診断の要件の見直し

第1 基本的な考え方

病理診断について、その精度を担保しつつ、**デジタル病理画像のみを用いて行う場合や、医療機関間の連携により受取側の医療機関において標本作製を行う場合にも病理診断料の算定を可能とする。**

第2 具体的な内容

1. デジタル病理画像の観察及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた場合に、デジタル病理画像のみを用いて病理診断を行った場合も、病理診断料を算定可能とする。

【病理診断料】

注11については、病理診断を専ら担当する医師が勤務する病院又は病理診断を専ら担当する常勤の医師が勤務する診療所である保険医療機関において、区分番号N000に掲げる病理組織標本作製、区分番号N001に掲げる電子顕微鏡病理組織標本作製、区分番号N002に掲げる免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製若しくは区分番号N003に掲げる術中迅速病理組織標本作製により作製された組織標本(**区分番号N000に掲げる病理組織標本作製又はN002に掲げる免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製により作製された組織標本のデジタル病理画像を含む。**)に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された組織標本に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。

改

[算定要件]

デジタル病理画像に基づく診断については、病理診断を専ら担当する医師が、デジタル病理画像の観察及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で観察及び診断を行った場合に算定できる。なお、デジタル病理画像に基づく病理診断に当たっては、関係学会による指針を参考とすること。

新

[施設基準]

イ 病理診断管理加算又は口腔病理診断管理加算に係る届出を行っている施設であること。
ロ デジタル病理画像の管理を行うにつき、十分な体制を整備していること。

新

デジタル病理画像を用いた病理診断の評価及び 保険医療機関間の連携による病理診断の要件の見直し

2. 医療機関間の連携による病理診断において、デジタル病理画像の送受信によって行われた場合及び検体を送付して受取側の医療機関で標本が作製された場合も、病理診断料等を算定可能とする。

【病理診断 通則】

[算定要件]

保険医療機関間の連携により病理診断を行った場合は、標本**若しくは検体**の送付側**又はデジタル病理画像の送信側**の保険医療機関において区分番号N006病理診断料を算定できる。なお、その際には、送付**又は送信側**の保険医療機関において、別紙様式44又はこれに準じた様式に診療情報等の必要事項を記載し、受取**又は受信側**の保険医療機関に交付するものであること。

改

[施設基準]

- (1) 標本等の送付**又は送信側**(検体採取が行われる保険医療機関)においては、病理診断業務について5年以上の経験を有し、病理標本作製を行うことが可能な常勤の検査技師(臨床検査技師又は衛生検査技師)が1名以上配置されていることが望ましい。
- (2) 標本等の受取**又は受信側**(病理診断が行われる保険医療機関)においては、次に掲げる基準を全て満たしていること。

オンライン診療料・オンライン医学管理料の新設

第1 基本的な考え方

情報通信機器を活用した診療（オンラインシステム等の通信技術を用いた診察や医学管理）について、対面診療の原則の上で、有効性や安全性等への配慮を含む一定の要件を満たすことを前提に、診療報酬上の評価を新設する。

第2 具体的な内容

1. **対面診療の原則の上で、有効性や安全性等への配慮を含む一定の要件を満たすことを前提に、オンライン診療料を新設する。**

(新) **オンライン診療料 70点(1月につき)**

新

[算定要件]

(1) 別に定めるオンライン診療料が算定可能な初診以外の患者で、かつ、当該管理に係る**初診から6月以上を経過した患者(初診から6月の間は毎月対面による診療を行っている場合に限る。)**に対して、オンラインによる診察を行った場合に算定できる。ただし、**連続する3月は算定できない。**

(2) **患者の同意を得た上で、対面による診療(対面による診療の間隔は3月以内)に限る。)とオンラインによる診察を組み合わせた療養計画を作成し、当該計画に基づき診察を行った上で、その内容を診療録に添付していること。**

(3) 当該診療料を算定する場合は、当該保険医療機関に設置された**情報通信機器を用いて診察を行うこと。**

(4) **オンラインを用いて診察する医師は、対面による診療を行っている医師と同一の医師であること。**

※オンライン診療料を算定する場合の**処方せん料の取扱い等**については、有効性や安全性等に配慮し、別に定める。

[オンライン診療料が算定可能な患者]

特定疾患療養管理料、てんかん指導料、難病外来指導管理料、糖尿病透析予防指導管理料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、生活習慣病管理料又は在宅時医学総合管理料を算定している初診以外の患者で、かつ、当該管理に係る初診から6月以上を経過した患者

[施設基準]

(1) 厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針等に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。

(2) **緊急時に概ね30分以内に当該保険医療機関において診察可能な体制**を有していること。(ただし、てんかん指導料又は難病外来指導管理料を算定する患者は除く。)

(3) 当該保険医療機関において、**一月あたりの再診料(電話等による再診は除く)及びオンライン診療料の算定回数に占めるオンライン診療料の割合が1割以下**であること。

オンライン診療料・オンライン医学管理料の新設

2. 対面診療の原則の上で、有効性や安全性等への配慮を含む一定の要件を満たすことを前提に、オンライン医学管理料等を新設する。

(新) **オンライン医学管理料** 100点(1月につき)



[算定要件]

(1) **特定疾患療養管理料、てんかん指導料、難病外来指導管理料、糖尿病透析予防指導管理料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料又は生活習慣病管理料**を算定すべき医学管理を継続的に行っている患者に対して、**療養計画に基づき対面診療とオンライン診療を組み合わせた管理を行った場合に、**前回受診月から今回受診月までの期間が2月の場合に限り、**所定の管理料に合わせて算定できる。**

(2) 特定疾患療養管理料、てんかん指導料、難病外来指導管理料、糖尿病透析予防指導管理料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料又は生活習慣病管理料を算定しており、かつ、当該管理に係る**初診から6月以上を経過した患者(初診から6月の間は毎月対面による診療を行っている場合に限る。)**であること。

(3) 患者の同意を得た上で、**対面による診療(対面による診療の間隔は3月以内に限る。)**と**オンラインによる診察を組み合わせた療養計画を作成し、**当該計画に基づき診察を行った上で、その内容を診療録に添付している。

(4) 当該診療料を算定する場合は、当該保険医療機関に設置された情報通信機器を用いて診察を行う。

(5) **オンライン**を用いて診察する医師は、**対面による診療を行っている医師と同一の医師**であること。

[施設基準]

(1) 厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針等に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。

(2) **緊急時に概ね30分以内に当該保険医療機関において診察可能な体制**を有していること。(ただし、てんかん指導料又は難病外来指導管理料を算定する患者は除く。)

(3) 当該保険医療機関において、一月あたりの再診料(電話等による再診は除く。)及びオンライン診療料の算定回数に占める**オンライン診療料の割合が1割以下**であること。

オンライン診療料・オンライン医学管理料の新設

(新) 在宅時医学総合管理料 オンライン在宅管理料 100点(1月につき)



[算定要件]

- (1) **在宅での療養を行っている患者**(施設入居者等を除く)であって通院困難なものに対して、当該患者の同意を得て、**計画的な医学管理の下に定期的な訪問診療を1回のみ行い**、かつ、当該月において訪問診療を行った日以外に**情報通信機器を用いた医学管理**を行った場合に、在宅時医学総合管理料の所定点数に加えて算定する。ただし、**連続する3月は算定できない**。
- (2) 在宅時医学総合管理料を算定しており、かつ、当該管理に係る**初診から6月以上を経過した患者**(初診から6月の間は毎月対面による診療を行っている場合に限る。)であること。
- (3) 患者の同意を得た上で、対面による診療(**対面による診療の間隔は3月以内**に限る。)とオンラインによる診察を組み合わせた**療養計画を作成**し、当該計画に基づき診察を行った上で、その内容を**診療録に添付**していること。
- (4) 当該診療料を算定する場合は、当該保険医療機関に設置された**情報通信機器**を用いて診察を行う。
- (5) オンラインを用いて診察する医師は、対面による診療を行っている医師と**同一の医師**であること。

[施設基準]

- (1) 厚生労働省の定める**情報通信機器**を用いた診療に係る指針等に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。
- (2) **緊急時に概ね30分以内に当該保険医療機関において診察可能な体制**を有していること。(ただし、てんかん指導料又は難病外来指導管理料を算定する患者は除く。)
- (3) 当該保険医療機関において、1月あたりの再診料(電話等による再診は除く。)及びオンライン診療料の算定回数に占める**オンライン診療料の割合が1割以下**であること。

電話等再診の見直し

第1 基本的な考え方

電話等による再診について、患者等から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合に算定が可能であるとの取扱いがより明確になるよう、要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 患者等から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合に算定が可能であるとの取扱いがより明確になるよう、要件を見直す。

改定前	改定後
<p>【再診料】 〔算定要件〕 当該保険医療機関で初診を受けた患者について、再診以後、当該患者又はその看護に当たっている者から直接又は間接（電話、テレビ画像等による場合を含む。）に、治療上の意見を求められた場合に、必要な指示をしたときには、再診料を算定できる。</p>	<p>【再診料】 〔算定要件〕 当該保険医療機関で初診を受けた患者について、再診以後、当該患者又はその看護に当たっている者から直接又は間接（電話、テレビ画像等による場合を含む。）に、治療上の意見を求められた場合に、必要な指示をしたときには、再診料を算定できる。 ただし、定期的な医学管理を前提として行われる場合は算定できない。</p>

改

在宅患者持続陽圧人工呼吸療法 遠隔モニタリング加算の新設

第1 基本的な考え方

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料について、治療機器の装着状況等を遠隔でモニタリングする等により指導管理を行った場合の評価を新設する。また、在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算について、評価の見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料に遠隔モニタリング加算を新設する。

(新) 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 遠隔モニタリング加算 150点(1月につき)



[算定要件]

- (1) **在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2**を算定し、CPAP療法を実施している患者について、**前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間**、遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合、**遠隔モニタリング加算**として、**2月を限度として所定点数に加算**する。
- (2) 患者の同意を得た上で、対面による診療と情報通信機器による診察を組み合わせた**療養計画を作成**し、当該計画に基づき診察を行った上で、その内容を**診療録に添付**していること。
- (3) 対面診療の間に、情報通信機器を用いてCPAPの着用状況等のモニタリングを行った上で適切な指導・管理を行い、状況に応じて適宜患者に来院等を促す等の対応を行うこと。
- (4) **少なくとも月1回**は、モニタリングにより得られた**臨床所見等を診療録に記載**しており、また、必要な指導を行った際には、当該指導内容を診療録に記載していること。

[施設基準]

- (1) 厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針等に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。
- (2) **緊急時に概ね30分以内に当該保険医療機関において診察可能な体制**を有していること。(ただし、てんかん指導料又は難病外来指導管理料を算定する患者は除く。)

在宅患者持続陽圧人工呼吸療法 遠隔モニタリング加算の新設

2. 在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算について、評価の見直しを行う。

改定前	改定後
【在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算】 CPAPを使用した場合 1,100点	【在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算】 CPAPを使用した場合 <u>1,000点</u>

改

在宅患者酸素療法指導料 遠隔モニタリング加算の新設

第1 基本的な考え方

在宅酸素療法指導管理料について、頻回の外来受診が困難な患者に対する情報通信機器等を併用した指導管理を評価する。

第2 具体的な内容

1. 在宅酸素療法指導管理料に遠隔モニタリング加算を新設する。

(新) 在宅酸素療法指導管理料 遠隔モニタリング加算 150点(1月につき)



[算定要件]

- (1) 在宅酸素療法指導管理料「2 その他の場合」を算定しているCOPDの病期がⅢ期又はⅣ期の患者に対して、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合、遠隔モニタリング加算として、2月を限度として所定点数に加算する。
- (2) 患者の同意を得た上で、対面による診療と情報通信機器による診察を組み合わせた療養計画を作成し、当該計画に基づき診察を行った上で、その内容を診療録に添付していること。
- (3) 対面診療の間に、関連学会が定めた手引き等に沿って情報通信機器を用いて血圧、脈拍、酸素飽和度等のモニタリングを行った上で適切な指導・管理を行い、状況に応じて適宜患者に来院等を促す等の対応を行うこと。
- (4) 少なくとも月1回は、モニタリングにより得られた臨床所見等を診療録に記載しており、また、必要な指導を行った際には、当該指導内容を診療録に記載していること。

[施設基準]

- (1) 厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針等に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。
- (2) 緊急時に概ね30分以内に当該保険医療機関において診察可能な体制を有していること。(ただし、てんかん指導料又は難病外来指導管理料を算定する患者は除く。)
- (3) 呼吸器について5年以上の経験を有する常勤の医師を配置していること。
- (4) 呼吸器について5年以上の経験を有する看護師を配置していること。

ICTを利用した死亡診断における連携

第1 基本的な考え方

「情報通信機器(ICT)を用いた死亡診断等ガイドライン」に基づき行われる、ICTを利用した死亡診断等について、診療報酬上の取り扱いを明確化する。

第2 具体的な内容

在宅患者訪問診療料の死亡診断加算の算定について、ICT を利用した場合の要件を明記する。

改定前	改定後
<p>【死亡診断加算（在宅患者訪問診療料）】 [算定要件] 死亡診断加算は、在宅での療養を行っている患者が在宅で死亡した場合であって、死亡日に往診又は訪問診療を行い、死亡診断を行った場合に算定する。（中略）</p>	<p>【死亡診断加算（在宅患者訪問診療料）】 [算定要件] 死亡診断加算は、在宅での療養を行っている患者が在宅で死亡した場合であって、死亡日に往診又は訪問診療を行い、死亡診断を行った場合に算定する。（中略）「情報通信機器（ICT）を用いた死亡診断等ガイドライン」に基づき、ICTを利用した看護師との連携による死亡診断を行い死亡診断加算を算定する場合は、以下の要件を満たしていること。</p> <p>ア 定期的・計画的な訪問診療を行っていること。</p> <p>イ 正当な理由のために、医師が直接対面での死亡診断等を行うまでに12時間以上を要することが見込まれる状況であること。</p> <p>ウ 離島地域等に居住している患者であって、連携する他の保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算又は連携する訪問看護ステーションにおいて訪問看護ターミナルケア療養費を算定していること。</p>

改

医師等の従事者の常勤配置に関する要件の緩和

第1 基本的な考え方

医師等の医療従事者の柔軟な働き方に対応する観点から、一定の領域の診療報酬について、常勤配置に係る要件の緩和を行う。

第2 具体的な内容

1. **医師については、小児科・産婦人科・その他専門性の高い特定の領域や夜間の緊急対応の必要性が低い項目について、週3日以上かつ週24時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能とする。**



<例>

(産婦人科)

・ハイリスク分娩管理加算

※ 常勤の産婦人科又は産科に従事する医師3名のうち、常勤換算でも配置できるのは、2名までに限る。

(麻酔科)

・麻酔管理料(Ⅱ)

※ 常勤の麻酔科標榜医5名のうち、常勤換算でも配置できるのは、4名までに限る。

(リハビリテーションに係るリハビリ専門職及び看護師)

週3日以上かつ週24時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能とする。ただし、2人以上の常勤職員を要件としているものについては、常勤の職員が配置されているものとみなすことができるのは、一定の人数までに限る(※)。

ICTを活用した勤務場所に関する規定の緩和

第1 基本的な考え方

画像診断及び病理診断を行う医師について、一定の要件の下にICTを活用した柔軟な働き方を可能とする。

第2 具体的な内容

画像診断、画像診断管理加算、病理診断料及び病理診断管理加算について、保険医療機関において週24時間以上勤務する医師が、ICTを活用して勤務時間以外の時間に自宅等で読影した場合も、院内での読影に準じて算定できることとする。

改定前	改定後
<p>【画像診断】 [算定要件] (新設)</p>	<p>【画像診断】 [算定要件] 区分番号E001（写真診断）、E004（基本的エックス線診断料）、E102（核医学診断）、E203（コンピューター断層診断）及び画像診断管理加算について、画像診断を専ら担当する常勤の医師が、当該保険医療機関において週24時間以上勤務実態がある場合、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で、画像の読影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で読影を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合も算定できる。その際には、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たり、安全管理を確実に行った上で実施する。また、当該医師の勤務状況を適切に把握していること。</p>

新

ICTを活用した勤務場所に関する規定の緩和

改定前

【画像診断管理加算、遠隔画像診断による画像診断管理加算】

夜間又は休日に撮影された画像については、当該専ら画像診断を担当する医師が、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で、画像の読影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で読影及び診断を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合も算定できる。その際には、患者の個人情報を含む医療情報

の送受信に当たり、安全管理を確実に行った上で実施すること。また、当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託した場合は、これらの加算は算定できない。

【病理診断料、病理診断管理加算】

[算定要件]

(新設)

改定後

【画像診断管理加算、遠隔画像診断による画像診断管理加算】

(削除)

【**病理診断料、病理診断管理加算**】

[算定要件]

区分番号N006病理診断料及び病理診断管理加算について、**病理診断を専ら担当する常勤の医師が、当該保険医療機関において週24時間以上勤務実態がある場合、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で、デジタル病理画像の観察及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で観察を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合も算定できる。**

なお、デジタル病理画像に基づく病理診断に当たっては、**関係学会による指針を参考**とすること。また、**当該医師の勤務状況を適切に把握**していること。

新

情報通信技術(ICT)を活用した 関係機関連携の推進

第1 基本的な考え方

関係機関間・医療従事者間の効率的な**情報共有・連携を促進する観点**から、感染防止対策加算や退院時共同指導料等について、**連携会議や情報共有等にICTを活用**することができるよう、要件を緩和する。



第2 具体的な内容

対面でのカンファレンス等を求めている評価について、各項目で求めている内容や地理的条件等を考慮し、一定の条件の下で**情報通信技術(ICT)を用いたカンファレンス等を組み合わせて開催**できるよう、要件を見直す。

[対象]

- ・**感染防止対策加算**
- ・入退院支援加算1
- ・退院時共同指導料1の注1、退院時共同指導料2の注1
- ・退院時共同指導料2の注3
- ・在宅患者緊急時等カンファレンス料／在宅患者緊急時等カンファレンス加算(訪問看護療養費)
- ・在宅患者訪問褥瘡管理指導料
- ・精神科在宅患者支援管理料／精神科重症患者支援管理連携加算(訪問看護療養費)

情報通信技術(ICT)を活用した 関係機関連携の推進

改定前	改定後
<p>【在宅患者緊急時等カンファレンス料】 〔留意事項〕 (新設)</p>	<p>【在宅患者緊急時等カンファレンス料】 〔留意事項〕</p> <p>(1) 当該カンファレンスは、関係者全員が患家に赴き実施することが原則であるが、やむを得ない事情等により参加できない場合は、リアルタイムでのコミュニケーションが可能な機器(ビデオ通話)を用いて参加した場合でも算定可能である。</p> <p>(2) なお、当該カンファレンスにおいて、患者の個人情報を画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。</p> <p>※ 留意事項の内容は、対象となる他の加算等についても求める内容に応じて同様の見直しを行う。</p>

改