

2020年度診療報酬改定について (Ver. 1.1)

2020年3月31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

2020(令和2)年度診療報酬改定について3月5日付で 官報公示(省令、告示、通知、事務連絡等含む)

※以下のURLより詳細な内容は入手可能です！

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00027.html

2020年度診療報酬改定率について

12月17日の予算大臣折衝を踏まえ、
2020年(令和2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 ▲0.46%

1. 診療報酬本体 +0.55%

※1 うち、※2を除く改定分+0.47%

各科改定率 医科+0.53%

歯科+0.59%

調剤+0.16%

※2 うち、消費税財源を活用した救急病院における
勤務医の働き方改革への特例的な対応+0.08%

2. 薬価等 ▲1.01%

① 薬価 ▲0.99%

※ うち、実勢価等改定▲0.43%

市場拡大再算定の見直し等▲0.01%

② 材料価格 ▲0.02%

※ うち、実勢価等改定▲0.01%

勤務医の働き方改革への対応について

12月17日の予算大臣折衝を踏まえ、令和2年度の勤務医の働き方改革への対応については、以下のとおりとなった。

○診療報酬として公費126億円程度

※救急病院における勤務医の働き方改革への特例的な対応+0.08%に該当

○地域医療介護総合確保基金として公費143億円程度

なお、勤務医の働き方改革への対応については、今後、医師に対する時間外労働の上限規制の適用及び暫定特例水準の適用終了に向けて、上限を超える時間外労働ができる限り早期に解消されるよう、医療機関による労働時間短縮を促進する制度的対応等とあわせ、診療報酬及び地域医療介護総合確保基金の対応を検討する。

今までの診療報酬改定率の推移

年度	診療報酬 本体	薬価基準	全体
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%
2019	0.41%	-0.07%	0.33%
2020	0.55%	-1.01%	-0.46%

* 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

←消費税対応分(2019年10月より)

←本体はプラスながらも全体では厳しい改定

令和2年度診療報酬改定の基本方針（概要）

改定に当たっての基本認識

- ▶ 健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた「全世代型社会保障」の実現
- ▶ 患者・国民に身近な医療の実現
- ▶ どこに住んでいても適切な医療を安心して受けられる社会の実現、医師等の働き方改革の推進
- ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

改定の基本的視点と具体的方向性

1 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進【重点課題】

【具体的方向性の例】

- ・ 医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する取組の評価
- ・ 地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の評価
- ・ 業務の効率化に資するICTの利活用の推進

3 医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進

【具体的方向性の例】

- ・ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
- ・ 外来医療の機能分化
- ・ 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
- ・ 地域包括ケアシステムの推進のための取組

2 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

【具体的方向性の例】

- ・ かかりつけ機能の評価
- ・ 患者にとって必要な情報提供や相談支援、重症化予防の取組、治療と仕事の両立に資する取組等の推進
- ・ アウトカムにも着目した評価の推進
- ・ 重点的な対応が求められる分野の適切な評価
- ・ 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- ・ 薬局の対物業務から対人業務への構造的な転換を推進するための所要の評価の重点化と適正化、院内薬剤師業務の評価
- ・ 医療におけるICTの利活用

4 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

【具体的方向性の例】

- ・ 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進
- ・ 費用対効果評価制度の活用
- ・ 市場実勢価格を踏まえた適正な評価等
- ・ 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価（再掲）
- ・ 外来医療の機能分化、重症化予防の取組の推進（再掲）
- ・ 医師・院内薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用の推進

施設基準、他

主な施設基準の届出状況(2018年7月1日時点)

7 画像診断

名称	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段：病院数/下段：診療所数)			
		平成28年	平成29年	平成30年	
画像診断管理加算	<ul style="list-style-type: none"> 放射線科を標榜する医療機関 画像診断を専ら担当する常勤医師の配置 画像診断を専ら担当する常勤医師により、すべての核医学診断、コンピュータ断層診断について画像情報等の管理等に応じて1~3に区分 	1	667 215	653 216	668 225
		2	1,047 0	1,048 0	1,057 0
		3	— —	— —	16 0
遠隔画像診断	<ul style="list-style-type: none"> (送信側) ・ 離島等に所在する保険医療機関 ・ 画像の撮影及び送受信を行うにつき十分な機器、施設 等 (受信側) ・ 画像診断を専ら担当する常勤医師の配置 ・ 遠隔画像診断を行うにつき十分な体制を整備した病院 等 	送信側	204 151	214 167	224 181
		受信側	108 —	110 —	121 1
ポジトロン断層撮影	<ul style="list-style-type: none"> 画像診断を担当する常勤医師の配置 断層撮影を行うにつき十分な機器、施設 等 (共同利用率が20%未満の場合、所定点数の80%で算定) 		204 44	211 40	215 40
ポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影 (PET-CT)	<ul style="list-style-type: none"> 画像診断を担当する常勤医師の配置 断層撮影を行うにつき十分な機器、施設 等 (共同利用率が20%未満の場合、所定点数の80%で算定) 		295 54	309 55	318 55
CT撮影	<ul style="list-style-type: none"> 当該撮影を行うにつき十分な機器及び設備 等 		6,121 3,629	6,299 3,986	6,434 4,311
MRI撮影	<ul style="list-style-type: none"> 当該撮影を行うにつき十分な機器及び設備 等 		2,960 809	3,050 888	3,105 969
冠動脈CT撮影加算	<ul style="list-style-type: none"> 画像診断を専ら担当する常勤医師の配置 当該撮影を行うにつき十分な機器、施設 等 		1,031 13	1,056 13	1,079 14
外傷全身CT加算	<ul style="list-style-type: none"> 画像診断を専ら担当する常勤医師の配置 当該撮影を行うにつき十分な機器、施設 等 	(病院数)	152	156	158
心臓MRI撮影加算	<ul style="list-style-type: none"> 画像診断を専ら担当する常勤医師の配置 当該撮影を行うにつき十分な機器、施設 等 		890 9	906 9	930 10
乳房MRI撮影加算	<ul style="list-style-type: none"> 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 当該撮影を行うにつき十分な機器、施設 等 		399 0	406 0	418 0
小児鎮静下MRI撮影加算	<ul style="list-style-type: none"> 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 当該撮影を行うにつき十分な機器、施設 等 		— —	— —	294 0
頭部MRI撮影加算	<ul style="list-style-type: none"> 画像診断を専ら担当する常勤医師が3名以上配置 当該撮影を行うにつき十分な機器、施設 等 		— —	— —	49 0

画像診断管理加算3が16施設、頭部MRI撮影加算が49施設

※中医協総会(2019年9月11日開催)資料より抜粋

主な施設基準の届出状況(2018年7月1日時点)

乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術 (MRIによるもの)	・画像管理加算1, 2又は3に関する施設基準を有する ・乳癌の専門的な診療が可能として認定されている 等	—	—	75
		—	—	1

外来放射線照射診療料	・放射線治療医、看護師、診療放射線技師、医療機器安全管理等を担当する技術者の配置 ・合併症発生等、緊急時に放射線治療医が対応できる連絡体制の確保	430	437	434
		11	10	12

1.5 放射線治療

名称	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段：病院数/下段：診療所数)		
		平成28年	平成29年	平成30年
放射線治療専任加算	・放射線治療を専ら担当する常勤医師又は歯科医師が配置 ・当該治療を行うにつき必要な体制、十分な機器、施設の保有 等	532	537	547
		16	16	18
外来放射線治療加算	・放射線治療を専ら担当する常勤医師及び診療放射線技師が1名以上配置 ・当該治療を行うために必要な機器、施設 等	527	534	543
		16	16	18
遠隔放射線治療計画加算	・放射線治療を専ら担当する常勤医師及び診療放射線技師が配置 ・当該治療を行うにつき必要な体制、十分な機器、施設の保有 等	—	—	3
		—	—	0
高エネルギー放射線治療	・年間合計100例以上実施 等	671	683	680
		15	14	15
強度変調放射線治療 (IMRT)	・放射線治療を専ら担当する常勤医師又は歯科医師が配置 ・当該治療を行うにつき必要な体制、十分な機器、施設の保有 等	245	265	289
		14	13	13
画像誘導放射線治療 (IGRT)	・放射線治療を専ら担当する常勤医師又は歯科医師が1名以上配置 ・当該治療を行うにつき必要な体制、十分な機器、施設の保有 等	409	436	465
		15	14	16
定位放射線治療	・放射線治療を専ら担当する常勤医師が1名以上配置 ・当該治療を行うにつき必要な体制、十分な機器、施設の保有 等	426	442	467
		16	16	18
粒子線治療	・放射線治療を専ら担当する常勤医師が2名以上配置 ・当該治療を行うにつき必要な体制、十分な機器、施設の保有 等	11	12	13
		3	3	5
粒子線治療適応判定加算	・放射線治療を専ら担当する常勤医師が2名以上配置 ・当該治療を行うにつき必要な体制 等	10	10	13
		2	2	4
粒子線治療医学管理加算	・放射線治療を専ら担当する常勤医師が2名以上配置 ・当該治療を行うにつき十分な機器 等	10	10	12
		2	2	4
画像誘導密封小線源治療加算	・放射線治療を専ら担当する常勤医師又は歯科医師が配置 ・当該治療を行うにつき十分な機器 等	76	84	91
		0	0	0

主な施設基準の届出状況(2018年7月1日時点)

医療安全対策加算	<ul style="list-style-type: none"> 医療安全対策に係る研修を受けた専従の薬剤師、看護師等を医療安全管理者として配置 医療安全管理部門を設置し、組織的に医療安全対策を実施する体制を整備 当該保険医療機関内に患者相談窓口を設置 等 医療安全管理者の専従要件に応じて1及び2に区分 	1	1,771	1,786	1,792
		2	1,848	1,878	2,033
医療安全対策地域連携加算	<ul style="list-style-type: none"> 医療安全対策加算1又は2に係る施設基準の届出を行っている 医療安全対策加算1を算定する他の保険医療機関及び医療安全対策加算2を算定する保険医療機関との連携により、医療安全対策を実施するための必要な体制を整備 医療安全管理部門への専任の医師の配置及び連携先保険医療機関の要件に応じて1及び2に区分 	1	—	—	1,337
		2	—	—	1,274
感染防止対策加算	<ul style="list-style-type: none"> 感染防止対策部門に、感染制御チーム(医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師)を組織 感染防止対策加算を算定する医療機関と年4回程以上の合同カンファレンス 院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制を整備 等 感染制御チームの研修要件及び専従要件に応じて1及び2に区分 	1	1,249	1,296	1,331
		2	2,652	2,678	2,718
感染防止対策地域連携加算	<ul style="list-style-type: none"> 感染防止対策加算1に係る届出を行った他の保険医療機関との連携により感染防止対策を実施するための必要な体制が整備されている 		—	—	1,318
抗菌薬適正使用支援加算	<ul style="list-style-type: none"> 感染防止対策地域連携加算を算定する保険医療機関である 抗菌薬を適正に使用するために必要な支援体制が整備されている 		—	—	1,057
地域連携診療計画加算	<ul style="list-style-type: none"> 地域連携診療計画が作成され、一連の治療を担う連携保険医療機関等と共有されている 等 		353	487	536
			386	825	899
検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料	<ul style="list-style-type: none"> 患者の医療情報に関する電子的な送受信又は閲覧が可能なネットワークを構築する 等 		589	833	881
			1,543	2,315	2,650
医療機器安全管理料	<ul style="list-style-type: none"> 生命維持装置等の医療機器管理等を行う常勤臨床工学技士が1名以上配置 放射線治療を専ら担当する常勤医師が1名以上配置 等 臨床工学技士、医師配置等に応じて1及び2に区分 	1	2,609	2,638	2,672
		2	294	297	312
			503	510	516
			17	16	16

＜日本医学放射線学会画像診断管理認証施設＞

2020年03月12日現在

全体で84施設(特定機能病院47施設/特定機能病院以外37施設)

01福岡大学病院
02奈良県立医科大学付属病院
03愛知医科大学病院
04東京大学医学部附属病院
05名古屋大学医学部附属病院
06金沢大学附属病院
07大阪大学医学部附属病院
08富山県立中央病院
09九州大学病院
10秋田県立脳血管研究センター
11京都大学医学部附属病院
12鹿児島大学医学部附属病院
13産業医科大学医学部附属病院
14公益財団法人東京都保健医療公社 荏原病院
15大分大学医学部附属病院
16国立国際医療研究センター病院
17聖マリアンナ医科大学病院
18聖路加国際病院
19神戸大学医学部附属病院
20北里大学病院
21独立行政法人労働者健康安全機構 熊本労災病院
22青森県立中央病院
23独立行政法人労働者健康安全機構 九州労災病院
24国立成育医療研究センター(特定承認保険医療機関)
25琉球大学医学部附属病院
26順天堂大学医学部附属順天堂医院
27神奈川県立こども医療センター
28社会福祉法人 恩賜財団 済生会熊本病院
29地方独立行政法人岡山市立総合医療センター
岡山市立市民病院
30独立行政法人国立病院機構 九州医療センター
31筑波大学附属病院
32新潟大学医歯学総合病院
33佐賀大学医学部附属病院
34県立広島病院
35社会医療法人財団白十字会 佐世保中央病院

36群馬大学医学部附属病院
37昭和大学病院
38山形大学医学部附属病院
39日本医科大学付属病院
40国立がん研究センター中央病院
41国立病院機構 横浜医療センター
42田医科大学病院
43岩手医科大学附属病院
44山梨大学医学部附属病院
45信州大学医学部附属病院
46大阪急性期・総合医療センター
47市立札幌病院
48岡山大学病院
49福井大学医学部附属病院
50岐阜大学医学部附属病院
51長崎大学病院
52徳島赤十字病院
53佐世保市総合医療センター
54埼玉医科大学国際医療センター
55長野市民病院
56滋賀医科大学付属病院
57関西医科大学附属病院
58近畿大学医学部附属病院
59石川県立中央病院
60大阪医科大学附属病院
61公立甲賀病院
62広島大学病院
63岡山旭東病院
64兵庫医科大学病院
65公立学校共済組合 九州中央病院
66洛和会音羽病院
67社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院
68埼玉医科大学病院
69伊勢赤十字病院
70埼玉県済生会川口総合病院
71金沢医科大学病院

72岡山赤十字病院
73東北大学病院
74名古屋市立大学病院
75東京医科歯科大学医学部附属病院
76名古屋市立東部医療センター
77社会医療法人近森会 近森病院
78栃木県済生会宇都宮病院
79聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院
80公益財団法人 倉敷中央医療機構
倉敷中央病院
81新潟県立中央病院
82三重大学医学部附属病院
83日本赤十字社 和歌山医療センター
84久留米大学病院

★ 赤文字施設は
特定機能病院以外の施設

＜特定機能病院での画像診断管理認証施設一覧＞

2020年03月12日現在

山形大学医学部附属病院
岩手医科大学附属病院
新潟大学医歯学総合病院
東北大学病院

東京大学医学部附属病院
聖マリアンナ医科大学病院
順天堂大学医学部附属順天堂医院
昭和大学病院
日本医科大学付属病院
筑波大学附属病院
群馬大学医学部附属病院
北里大学病院
国立国際医療研究センター病院
国立がん研究センター中央病院
埼玉医科大学病院
東京医科歯科大学医学部附属病院

山梨大学医学部附属病院
金沢大学附属病院
福井大学医学部附属病院
信州大学医学部附属病院
金沢医科大学病院

岐阜大学医学部附属病院
愛知医科大学病院
名古屋大学医学部附属病院
藤田医科大学病院
名古屋市立大学病院

大阪大学医学部附属病院
京都大学医学部附属病院
奈良県立医科大学付属病院
神戸大学医学部附属病院
滋賀医科大学附属病院
関西医科大学附属病院
近畿大学医学部附属病院
大阪医科大学附属病院
兵庫医科大学病院
三重大学医学部附属病院

岡山大学病院
広島大学病院

九州大学病院
産業医科大学医学部附属病院
福岡大学病院
久留米大学病院
大分大学医学部附属病院
佐賀大学医学部附属病院
長崎大学病院
鹿児島大学医学部附属病院
琉球大学医学部附属病院

**特定機能病院47施設(地区別)
(全体86施設)**

2020年度診療報酬改定 画像診断・検査関連

第4部画像診断

通則

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。

**画像診断管理加算1、2、3の点数評価は変わらなかったが、
日本医学放射線学会からの要望書の内容に沿って、
加算2と加算3の施設基準にMRIの安全管理項目が追加された！**

画像診断管理加算の要件追加

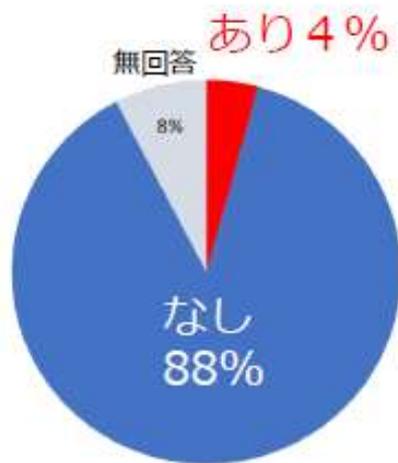
MRI装置の医療安全に関する要件追加

MRI 検査は非常に強い磁場やラジオ波、専用の造影剤等を使用するため、安全管理に関しては、専門的知識や技術が必要である。

アンケート調査（平成30年度厚生労働研究 青木班）

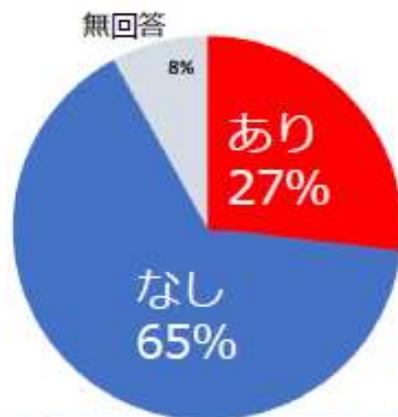
問：過去1年間（2017年10月—2018年9月）に、MRI 検査に関して、患者の健康に影響を及ぼすような事故がありましたか

問：過去1年間（2017年10月—2018年9月）に、MRI 検査に関して、患者の健康に影響を及ぼさなかったが、一歩間違えば及ぼしうる事例（ヒヤリハット）がありましたか



事故例

ペースメーカー等の故障 9件
入れ墨・アートメイク等による火傷 8件
造影剤投与によるショック等 24件
ヒヤリハット例
体内磁性体の見逃し 123件
造影剤に関するもの 62件



施設内にMRI検査の管理チームを作っている：13%
MRI検査管理チームの会合を年1回以上行っている：8%
回答した半数以上の施設が磁気共鳴専門技術者不在、放射線診断専門医不在

調査対象となる5914施設のうち、2015施設（回答率34%）

63

吸着事故事例(2)



※PMDA医療安全情報より抜粋

写真提供（社）日本画像医療システム工業会

- ・MRI検査の安全管理体制は、全体的に不十分である実態が明らかとなった。
- ・今般、日本医学放射線学会をはじめとする関係3学会において、「臨床MRI安全運用のための指針」を策定されることとなっている。この中では、MRI 検査において適切な安全管理が行えるよう、具体的な管理方法が提示される。
- ・本指針での安全管理を広く実施させるため、診療報酬上のインセンティブをつけていただきたい。
- ・具体的には、画像診断管理加算2, 3に、「MRI装置の安全対策について、関係学会の指針等を遵守し、適切な安全管理を行うこと」を明記し増点を要望す

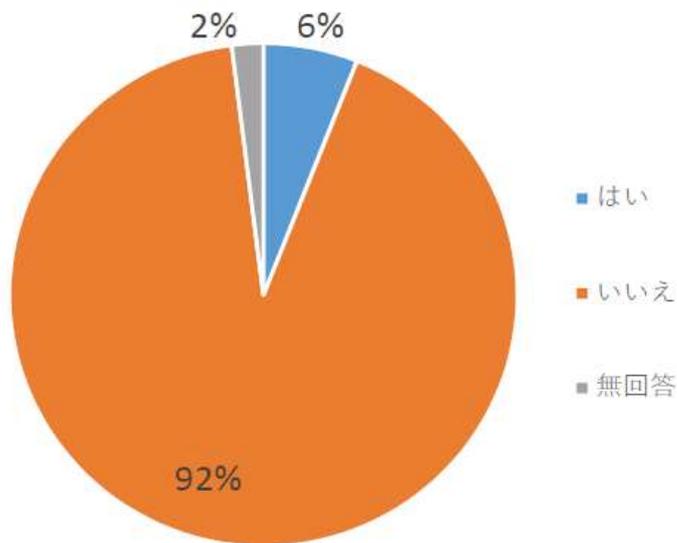
*日本医学放射線学会要望資料より

○平成29、30年度厚生労働科学研究(※1、2)において、臨床現場におけるMRI機器の共同利用の現状を把握し、効率的な運用を推進する目的で、臨床用のMRI機器を保有する施設を対象(5914施設)とした「臨床MRI安全運用等に関するアンケート調査」を実施(回答率 34%)。

(※1)『医療機器の保守点検指針の作成等に関する研究』(厚生労働科学研究費補助金 研究代表者:菊地 眞)の一部

(※2)「高度な放射線治療装置等の医療機器の配置及び適切な活用に関する研究」(厚生労働科学研究費補助金 研究代表者:本田 浩)の一部

(1) 2018年9月の1か月間において、MRI検査の施設共同利用の算定を行いましたか。



回答: 2015施設

(2) (1)でいいえと答えた施設に対し、行っていない理由について質問(複数回答可)



(3) (1)でいいえと答えた施設に対し、今後施設共同利用を行う意向について質問(複数回答可)



画像診断管理加算2に関する施設基準

- (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。
- (8) **関係学会の定める指針を遵守し、MRI装置の適切な安全管理を行っていること。**

MRIの安全管理項目が追加された！

新

画像診断管理加算3に関する施設基準

- (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を遵守し、MRI装置の適切な安全管理を行っていること。**
- (10) 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。

新**MRIの安全管理項目が追加された!**

疑義解釈資料の送付について(その1)

【磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)】

問 114 医科点数表第2章第4部通則4の**画像診断管理加算3**、区分番号「E 202」磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)の注8の**頭部MRI撮影加算**又は区分番号「E202」磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)の注9の**全身MRI撮影加算**の施設基準において、「**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)**検査依頼を受けた放射線科医が、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、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、事前に確認及び決定すること。なお、当該医師は、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、診療録に記載すること。**

疑義解釈資料の送付について(その1)

【磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)】

問 115 医科点数表第2章第4部通則4の**画像診断管理加算3**、区分番号「E 202」**磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)**の注8の**頭部MRI撮影加算**又は区分番号「E202」**磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)**の注9の**全身MRI撮影加算の施設基準**において、「**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**」とあるが、「**関連学会の定める指針**」とは具体的には何を指すのか。

(答)**日本医学放射線学会の엑스線CT被ばく線量管理指針等を指す。**

公益社団法人日本医学放射線学会理事長
今井 裕 殿

令和2年1月22日

日本磁気共鳴医学会の臨床MRI安全運用のための指針の一部改訂のお知らせ

一般社団法人日本磁気共鳴医学会 理事長
青木 茂樹

日頃より日本磁気共鳴医学会の活動にご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。
当学会では、昨年8月に公益社団法人日本医学放射線学会、公益社団法人日本放射線技術学会、及び特定非営利活動法人磁気共鳴専門技術者認定機構の協力のもと、「臨床MRI安全運用のための指針」を設定しました。本指針では、MRI検査において適切な安全管理が行えるよう、具体的な管理方法を提示し、これらに準じて管理することで、MRI検査がより安全に、精度高く実施されることが期待されます。

本指針においてMRI検査を管理するチームの研修間隔は「少なくとも5年に1回」としておりましたが、今回「年1回程度」に改訂しました。これは、平成30年6月に発行された医療法関連の医政局通知（医療機器に係る安全管理のため体制確保運用上留意点について）との整合性を保つために行いました。この通知の中で「従業者に対する医療機器の安全使用のための研修について」の項目をみると、特定機能病院における定期研修が年2回程度と定められています。今後MRI機器も同様の管理が求められると思われ、一般病院も含めて臨床MRIの安全運用の定期研修は年1回程度とすることに修正しました。

以上のように「臨床MRI安全運用のための指針」を一部改訂いたしましたので、お知らせいたします。

※日本磁気共鳴医学会の臨床MRI安全運用のための指針の一部改訂のお知らせ

http://www.radiology.jp/member_info/news_member/20200124_01.html

臨床MRI安全使用のための指針

一般社団法人日本磁気共鳴医学会

磁気共鳴イメージング(MRI)検査は現代の医療において不可欠で多くの施設で使用されている。MRI検査を実施するにあたっては、磁場、ラジオ波や造影剤の影響を十分に考慮する必要があり、一般社団法人日本磁気共鳴医学会の安全性評価委員会は**適切な安全管理のためにMRI安全性の考え方(第二版)を発行し、安全管理を推奨**している。

今回、公益社団法人日本医学放射線学会、公益社団法人日本放射線技術学会、及び特定非営利活動法人磁気共鳴専門技術者認定機構の協力のもとに、**MRI検査の安全管理の指針**を以下のように設定した。本指針では、MRI検査において適切な安全管理が行えるよう、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、MRI検査がより安全に、精度高く実施されると期待される。

1)安全管理体制

施設内にMRI検査を**管理するチーム(安全管理責任者(※1)・安全管理担当者(※2)チーム)**を作ること。本チームは1名の**責任医師(※1)**の下、**その他の医師、診療放射線技師もしくは臨床検査技師、看護師**などで構成される。その構成員には**磁気共鳴専門技術者あるいはそれに準ずる者が含まれることが望ましい**。本チームの**会合は年1回以上**行い、施設内での医療従事者への講習を定期的に行うこと。また、**安全管理責任者や安全管理担当者はMRIの関連団体にて安全性に関する講習会に年1回程度、定期的に参加することが望ましい**。

臨床MRI安全使用のための指針

一般社団法人日本磁気共鳴医学会

2) MRI検査前の安全管理

MRI検査前における患者および医療従事者への安全管理の体制を構築すること。体内植込み型医療機器、体内外金属、入れ墨等を問診票のほか患者の医療機器情報カードや金属探知機などを用いて検査前に把握し、身体への悪影響(臓器損傷や熱傷など)を与える恐れがあるものを適切に管理すること。また、医療従事者および作業従事者(※3)の金属持ち込みを防止する教育および管理体制(マニュアル作りなど)を整備すること。MRI検査に重要な情報を共有する医師、診療放射線技師もしくは臨床検査技師、看護師との連携体制を整えること。

3) MRI検査中の安全管理

検査中は患者の状態を監視し、必要に応じて、心拍数、血液酸素飽和度などの観察を行い、患者からの中止要請(患者緊急コール)を伝えるシステムを利用した運用体制を整えること。緊急時のバックアップ体制を構築し、運用マニュアルを整備すること。

4) 安全性借報の関連学会・関連行政機関への報告を行う体制を整備すること(※4)。

5) 鎮静の必要な患者の安全管理

小児や閉所恐怖症の患者を含め鎮静の必要な患者に対しては、緊急時のバックアップ体制を構築すること。(小児の場合はMRI検査時の鎮静に関する共同提言(※5)を推奨)

6) 造影剤使用の安全管理

MRI造影剤の使用においては同意書を取得すること。MRI造影剤の副作用への対応、腎性全身性線維症(NSF)防止の対策の教育や対応へのマニュアルを備えていること。また、安全管理責任者や安全管理担当者はMRI造影剤に関する講習会に定期的(少なくとも2年に1回)に参加し、MRI造影剤使用上の注意改訂など、重要な情報の周知を図ること。

臨床MRI安全使用のための指針

一般社団法人日本磁気共鳴医学会

7)MRI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。また始業時にはファントム等の撮影を行い、画質の維持・向上に努めること。なお、定期的(少なくとも6か月に1回)に保守点検が行われていることが望ましい。

8)非常時の安全管理

患者の安全確保、液体ヘリウムの突沸(クエンチ)への対応、地震・火災・浸水・停電などの災害への対応へのマニュアルを備えていること。

(※1~5)について

(※1)安全管理責任者は、施設内にて服|検査の安全管理を統括する医師を指す。

(※2)安全管理担当者は施設内にてMRI検査の安全管理を担当する医師、診療放射線技師もしくは臨床検査技師、看護師を指す。

(※3)MRI装置のメンテナンス関係者および室内の修繕等のために検査室内に立ち入る作業者を指す。

(※4)安全性情報に関しては関連学会、関連行政機関のホームページ等を参考とすること。

<https://www.pmda.go.jp/safety/info-services/drugs/calling-attention/safety-info/0043.html>

(※5)MRI検査時の鎮静に関する共同提言(日本小児科学会・日本小児麻酔学会・日本小児放射線学会2013年)。

以上

医師等の従事者の常勤配置及び 専従要件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、常勤配置に係る要件及び専従要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 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している項目について、**週3日以上かつ週22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配置可能とする。**

改

2. 医師については、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項目を拡大する。

**非常勤の週3日以上かつ24時間以上の場合が、
週3日以上かつ22時間以上に緩和された！**

【緩和ケア診療加算】の[施設基準]において、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師(悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する医師に限る。)を2名組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該2名の非常勤医師が緩和ケアチームの業務に従事する場合に限り、**当該基準を満たしていることとみなすことができる。**

※ **栄養サポートチーム加算、感染防止対策加算、抗菌薬適正使用支援加算**についても同様。

「画像診断管理加算」における留意事項

画像診断管理加算1、2又は3において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**添付**する。

前回の「貼付」→「添付」に変更された！

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22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
 それ以外の医師の勤務状況が週3日以上かつ22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！
 前回の24時間以上 → **22時間以上**に緩和された！
 ※遠隔画像診断における画像診断管理加算でも上記は同様

全身MRI撮影加算の新設

改定前	改定後
<p>E 2 0 2 磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）（一連につき） 1～3（略） 注1～8（略）</p>	<p>E 2 0 2 磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）（一連につき） 1～3（略） 注1～8（略）</p> <p>注9 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、全身のMRI撮影を行った場合は、全身MRI撮影加算として、<u>600点</u>を所定点数に加算する。</p>

新

全身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) **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。
- (5) **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、施設内の骨シンチグラフィの線量情報を電子的に記録し、患者単位で集計・管理の上、被ばく線量の最適化**を行っていること。

全身MRI撮影加算に関する留意事項

新

全身MRI撮影加算は、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(支)局長に届け出た保険医療機関において、関連学会の定める指針に従って、**前立腺癌の骨転移の診断を目的**とし、1.5 テスラ以上のMRI装置を使用して**複数の躯幹部用コイルと脊椎用コイルを組み合わせ、頸部から骨盤部を少なくとも3部位に分けて撮像した場合に限り算定する。**

なお、当該画像診断を実施した**同一月内に骨転移の診断の目的で区分番号「E100」シンチグラム(画像を伴うもの)又は区分番号「E101」シングルホトンエミッションコンピュータ断層撮影(同一のラジオアイソトープを用いた一連の検査につき)**を実施した場合には、**主たるもののみ算定する。**

疑義解釈資料の送付について(その1)

【磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)】

問 116 区分番号「E202」磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)の注9の**全身MRI撮影加算**における「**関連学会の定める指針**」とは、具体的には何を指すのか。

(答)**日本医学放射線学会・日本磁気共鳴医学会の前立腺癌の骨転移検出のための全身MRI撮像の指針**を指す。

前立腺癌の骨転移検出のための全身MRI撮像の細則

<http://www.jsmrm.jp/modules/bulletin01/index.php?page=article&storyid=367>

一般社団法人日本磁気共鳴医学会

<撮像方法に関する細則>

1. 1.5Tもしくは3T装置での撮像とする。
2. 複数の躯幹部用コイルと脊椎用コイルを組み合わせ、**全身(全脊椎を含む広範囲)**に対して**少なくとも3部位** (3 station) に分けて撮像する。
3. **撮像シーケンス 1)～4) は必須、5) はオプションとする。**
 - 1) **全脊椎T1強調像(原則 矢状断)**
 - 2) **全脊椎STIR像もしくは脂肪抑制T2強調像(原則 矢状断)**
 - 3) **全身†T1強調像(水平断もしくは冠状断、Dixon法が望ましいが、Gradient Echo法のin-phase/opposed phaseも可とする)**
 - 4) **全身†拡散強調像‡、b値 0-100, 800-1000s/mm²(原則 水平断、parallel imaging 併用)**
mono-exponential model によるADC map作成、b値800-1000 s/mm²の画像の冠状方向および矢状方向を含む多方向MIP処理
 - 5) **全身†T2強調像(撮像方向や脂肪抑制付加は問わない)**

†**全脊椎と体幹骨を必須とする。頭蓋骨や四肢はオプションとする。**

‡**拡散強調像は水平断での撮像が原則であるが、冠状断、矢状断で撮像しても良い。**2017年に欧州泌尿器科学会が発表した前立腺癌の骨転移を評価する構造化レポートシステムであるMET-RADS-P (METastasis Reporting and Data System) では拡散強調像は水平断で撮像と記載されているが、水平断が優れているという十分な根拠はなく、冠状断、矢状断で撮像しても通常再構成は可能である。

4. **原則として前立腺癌の骨転移検出を目的とした非造影スクリーニング検査とする。造影検査は可とする。ただし、日本磁気共鳴医学会による本検査に関する認証を受ける場合は撮像法(造影の有無を含む)の届け出、および画像の提出を必須とする。**

前立腺癌の骨転移検出のための全身MRI撮像の細則

<http://www.jsmrm.jp/modules/bulletin01/index.php?page=article&storyid=367>

一般社団法人日本磁気共鳴医学会

＜画像処理、読影環境、評価項目等に関する細則＞

- 1. 階調処理:** 拡散強調像の階調設定においてウィンドウ幅が広すぎると骨転移巣の視認性が低下するおそれがあるため、**拡散強調像では骨転移巣が高信号になるようにウィンドウ幅 (window width) とウィンドウ値 (window level) を調整する必要がある。**また、白黒反転表示を行ってもよい。
- 2. 融合画像:** 拡散強調像における異常信号域の解剖学的位置を把握しやすくなるように、T1強調像やT2強調像などの他のシーケンスとの融合画像を作ることが望ましい。
- 3. 使用する Picture Archiving and Communication Systems (PACS)、ワークステーションの種類は問わないが、「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律(医薬品医療機器等法)」に基づいて医療機器認証を取得したものに限る。**
- 4. 本検査はあくまでも前立腺癌の骨転移の検出に特化した検査であり、病変局所の詳細な評価を目的としたものではない。**よって評価項目は骨転移のみである。前立腺癌局所、リンパ節転移、骨転移以外の遠隔転移巣、播種巣、他臓器の腫瘍や大動脈瘤などの**偶発所見については評価対象外**である。
- 5. 検査前に予め患者へ説明し、書面にて同意をとること。**その際、本検査で異常所見が見つかった場合は後日改めて精査する可能性があることも説明すること。

細則の改正

令和2年1月29日 細則案作成、日本磁気共鳴医学会のホームページに掲載し意見を募集

令和2年2月27日 細則案一部改正

令和2年2月28日 日本磁気共鳴医学会理事会承認

令和2年3月3日 日本磁気共鳴医学会ホームページにて公開

前立腺癌の骨転移検出のための全身MRI撮像の同意書(例)

<http://www.jsmrm.jp/modules/bulletin01/index.php?page=article&storyid=367>

一般社団法人日本磁気共鳴医学会

全身(骨)MRI 検査に関する説明 (例)	
(患者氏名)	(生年月日) (ID)
様 年 月 日	
<p>説明の概要：説明資料(補足資料名)</p> <p>1.病名・病状、考えられる病態 2.検査の内容 3.責任医師 4.可能な代替検査 5.検査による利益と不利益 6.検査等の成功率・合併症・死亡率 7.痛みについて 8.検査を受けなかった場合 9.同意の自由、撤回の保障 10.セカンドオピニオンの権利 11.留意点</p>	
<p>1. 病名・病状、考えられる病態：病名(疑い病名を含む)</p> <p>2. 検査の内容：全身(骨)MRI 検査について</p> <p>全身(骨)MRI 検査は頸椎から骨盤を中心に広範囲にわたり撮像する MRI 検査です。通常の MRI 検査では細かな部分も観察するため比較的狭い範囲に絞って撮像する必要がありましたが、この全身(骨)MRI 検査では細部の観察は行わない代わりにほぼ全身を検査することができます。</p> <p>この全身(骨)MRI は特に前立腺癌の骨転移病変の検出に有用であると多数の報告があり、これらをまとめると骨転移病変の検出感度は約 90%、特異度は約 92%です。</p> <p>微小病変や活動性が低い病変は検出できず、偽陰性となる可能性があります。また、脊椎の急性期圧迫骨折や過形成骨髄なども骨転移と同様の所見を示す(偽陽性)ことがあります。</p> <p>なお、リンパ節転移や骨転移以外の転移巣、播種巣についての有用性については十分に証明されておりません。</p>	
<p>3. 検査に責任を持つ担当医：診療科 _____ 医師名 _____</p> <p>4. 可能な代替検査：従来前立腺癌の骨転移の診断目的で一般的に行われてきた骨シンチグラフィや FDG-PET 検査で代用可能ですので、それらを希望する場合には申し出てください。</p> <p>5. 全身(骨)MRI 検査による利益と不利益(副作用の可能性等)、副作用の頻度</p> <p>全身(骨)MRI 検査では従来の骨シンチグラフィや FDG-PET 検査と異なり放射線被曝がありません。前立腺癌の骨転移の検出に関しては従来の骨シンチグラフィや FDG-PET 検査と同等かそれ以上と報告されていますが、細部の評価には限界があります。</p> <p>本検査に特異的な合併症、副作用はありません。</p> <p>一般的な MRI 検査の留意事項として、金属類、MRI 非対応の心臓ペースメーカーや補聴器、刺青、まゆ墨、アイラインなどに注意する必要があります。刺青、まゆ墨、アイラインを施している方が MRI を受けると、色素に含まれる金属成分のため、火傷をしたり、色が変わったり、色じんだりする可能性があります。具体的な発生頻度は不明ですが、まれに生じるとされています。検査中に熱感や違和感があった場合はただちに検査を中止いたします。</p> <p>また、本検査は通常の MRI 検査と同等かそれ以上に検査時間が長くなりますので、閉所恐怖症の方は申し出てください。</p> <p>6. 検査等の成功率は一般的に高く、死亡を含めた合併症の可能性は造影剤を使用する場合にごくまれにあります。</p>	
<p>7. 痛みについて：本検査中に熱感等が生じた際には痛みを伴う可能性はありますが、具体的な頻度は不明です。痛みが生じた場合は速慮なくスタッフに申し出てください。適切に対処いたします。</p> <p>8. 本検査を受けなかった場合に予想される結果：前立腺癌の骨転移の診断に必要な情報が得られない可能性があります。</p> <p>9. 同意の自由、撤回の保障：本検査を受けられるか受けられないかは患者さんの自由意思で決まできます。受けられなくとも、患者さんの診療を継続される上で、他に不利益になることはありません。また一旦同意された後でも、中止することも自由意思で決められます。</p> <p>10. セカンドオピニオンの権利：検査に不安のある場合には、他の病院の意見を聞くことができます。スタッフに申し出てください。</p> <p>11. 留意点：本検査はあくまでも前立腺癌の骨転移を検出するための広範囲検査であり、病変局所の詳細な評価を目的とした検査ではありません。本検査で異常所見が見つかった場合、後日改めて精査を必要とする場合もあります。また、前立腺癌局所、リンパ節転移、骨転移以外の遠隔転移巣、播種巣、他臓器の癌や大動脈瘤などの偶発所見は本検査による診断の対象外となっていることを予めご了承ください。また、造影を行う場合は別途造影 MRI に関する説明と同意書が必要となります。</p> <p><input type="checkbox"/> 患者への説明が困難であったため、事後に患者へ説明した。</p> <p><input type="checkbox"/> 患者への説明が困難であったため、家族等関係者に説明した。</p> <p>上記のことについて必要な事項を説明いたしました。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 時 分</p> <p>医師署名 _____ 立会者署名 _____</p>	
<h2>同意書</h2>	
<p>〇〇〇〇〇〇病院長 殿</p> <p>このたびは、上記の内容説明をうけ、かつそれに対する十分な質問の機会が与えられ理解しました。</p> <p>また、実施中の緊急の処置をする必要が生じた時は適宜処置を受けることについても理解しましたので</p> <p><input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません</p> <p style="text-align: center;">理由： 年 月 日 時 分</p> <p>患者署名 (<input type="checkbox"/> 同意代行者署名、続柄) 保護者又は親権者・親族等署名※</p>	
<p>※) 患者が未成年の場合または記載ができない場合、必ず記載してください。</p>	

血流予備量比コンピューター断層撮影料の新設

改定前	改定後
E200 (略) 2018年11月以降、準用技術として 以下のPET検査の点数を撮影料した <u>7,500点</u>	E200 (略) E200-2 血流予備量比コンピューター断層撮影料 <u>9,400点</u> 新 注1 血流予備量比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。 注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方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。

いわゆるハートフローFFRCTとして、2018年11月に保険適用が認められたが、準用技術としてPET検査の点数(7,500点)が撮影点数として適用され、これが今回の改定で改めて正式に撮影料として点数化(9,400点)されたもの。なお、上記の準用技術点数に、CT撮影料、冠動脈CT撮影加算を算定した場合、全体の撮影料としては7,500点+1,000点+600点で、合計9,100点となる。ここに画像診断管理加算2(180点)、加算3(300点)を足すと、それぞれ加算2で合計9,280点、加算3で合計9,400点となる。したがって、今回の撮影料としての点数評価はそれを踏襲した内容となっている。

血流予備量比コンピューター断層撮影料の新設

FFRCTの解析に関する留意事項(2018年11月30日発)

別添1の第2章第4部第3節E203に次を加える。

(4) FFRCTの解析を行うものとして薬事承認を取得したプログラムを用いた解析結果を参照してコンピューター断層撮影による診断を行った場合には、画像診断通則の「5」「画像診断管理加算」の所定点数、コンピューター断層撮影診断料通則の「3」の所定点数、E101-2 ポジトロン断層撮影の「2」の所定点数、E200コンピューター断層撮影(CT撮影)(一連につき)の「1」「イ」「(2)」及び「注4」の所定点数並びにE203コンピューター断層診断の所定点数を合算した点数を準用して算定できる。

ア 本検査の結果によりFFRCT陰性にも関わらず、本検査実施後90日以内に冠動脈造影検査(D206 心臓カテーテル法による諸検査)を行った場合は、主たる技術の所定点数のみを算定する。

イ 本検査の算定にあつては、E200のうち準用点数に掲げるもの、D06「注4」、D215「3」「ホ」、E101、E101-2、E1-3、E101-4、E102及びE202との併算定はできない。

ウ 検査結果と、患者に説明した内容を診療録に記載した場合に算定出来る。

エ 心臓CT撮影が必要な医学的理由、心臓CTによる診断のみでは治療方針の決定が困難である理由を患者に説明した書面又はその写を診療録に貼付すること。

オ 関連学会が定める「FFRCT適正使用指針」(2018年12月改訂)に従って使用した場合に限り算定できる。算定にあつては、下記について診療報酬明細書の「摘要欄」に記載および添付すること。

(イ) 実施施設が日本循環器学会の研修施設、日本心血管インターベンション治療学会の研修施設及び日本医学放射線学会の総合修練機関のいずれにも該当すること並びにその証明書。

(ロ) 本品によるFFR値。

※FFRCTの適正使用指針

http://www.j-circ.or.jp/topics/FFRCT_tekisei_shishin_h301201.pdf

血流予備量比コンピューター断層撮影に関する留意事項

新

E200-2 血流予備量比コンピューター断層撮影

- (1) 血流予備量比コンピューター断層撮影は、血流予備量比コンピューター断層撮影の解析を行うものとして薬事承認を取得したプログラムを用いた解析結果を参照して、コンピューター断層撮影による診断を行った場合に限り算定する。
- (2) 血流予備量比コンピューター断層撮影の結果により、血流予備量比が陰性にもかかわらず、本検査実施後90日以内に区分番号「D206」心臓カテーテル法による諸検査を行った場合は、主たるものの所定点数のみ算定する。
- (3) 血流予備量比コンピューター断層撮影と区分番号「D206」の「注4」冠動脈血流予備能測定検査加算、区分番号「D215」の「3」の「ホ」負荷心エコー法、区分番号「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)、区分番号「E101-2」ポジトロン断層撮影、区分番号「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)、区分番号「E101-4」ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影(一連の検査につき)、区分番号「E102」核医学診断、区分番号「E200」コンピューター断層撮影(CT撮影)(一連につき)及び区分番号「E202」磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)(一連につき)は併せて算定できない。
- (4) 血流予備量比コンピューター断層撮影の検査結果及び検査結果に基づき患者に説明した内容を診療録に記載すること。
- (5) 血流予備量比コンピューター断層撮影が必要な医学的理由及び冠動脈CT撮影による診断のみでは治療方針の決定が困難である理由を患者に説明した書面又はその写しを診療録に添付すること。
- (6) 血流予備量比コンピューター断層撮影による血流予備量比の値を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (7) 関連学会が定める適正使用指針に沿って実施すること。

血流予備量比コンピューター断層撮影に関する施設基準

- (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。
- (3) 次のいずれにも該当すること。

ア 許可病床数が 200 床以上の病院であること。

イ 循環器内科、心臓血管外科及び放射線科を標榜している保険医療機関であること。

ウ 5年以上の循環器内科の経験を有する常勤の医師が2名以上配置されており、**5年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤の医師が1名以上配置**されていること。

エ 5年以上の心血管インターベンション治療の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。なお、ウに掲げる医師と同一の者であっても差し支えない。

オ 経皮的冠動脈形成術を年間 100 例以上実施していること。

カ 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。

キ 放射線治療に専従の常勤の医師(放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。)が**1名以上配置**されていること。

ク 日本循環器学会の研修施設、日本心血管インターベンション治療学会の研修施設及び日本医学放射線学会の総合修練機関のいずれにも該当すること。

施設基準はかなり厳しい条件となっている！

小児頭部外傷の際のCT撮影に係る 新生児、乳幼児、幼児加算の要件の見直し

第1 基本的な考え方

小児の頭部外傷に対するコンピューター断層撮影については、**ガイドラインに沿った診療を推進する観点**から、頭部CT検査における新生児、乳幼児及び幼児加算について、**小児の意識障害の判定が成人と比べ困難であることを踏まえ評価を見直す。**

第2 具体的な内容

小児頭部外傷患者に対して頭部CTを撮影した場合の加算を新設する。 新
また、加算の要件としてガイドラインに沿った撮影を行うこととし、その医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載することを求める。

改定前	改定後
<p>【新生児頭部外傷撮影加算、乳幼児頭部外傷撮影加算、幼児頭部外傷撮影加算】</p> <p>通則4 新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は3歳以上6歳未満の幼児に対して区分番号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、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、それぞれ所定点数の100分の80、100分の50又は100分の30に相当する点数を加算する。</p>	<p>【新生児頭部外傷撮影加算、乳幼児頭部外傷撮影加算、幼児頭部外傷撮影加算】</p> <p>通則4 新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は3歳以上6歳未満の幼児に対して区分番号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（頭部外傷に対してコンピューター断層撮影を行った場合を除く。）は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、それぞれ所定点数の100分の80、100分の50又は100分の30に相当する点数を加算する。</p>

改

小児頭部外傷の際のCT撮影に係る 新生児、乳幼児、幼児加算の要件の見直し

改定前	改定後
<p>[算定要件]</p>	<p style="text-align: center;">新</p> <p>なお、頭部外傷に対してコンピューター断層撮影場合は、新生児頭部外傷撮影加算、乳幼児頭部外傷撮影加算、幼児頭部外傷撮影加算として、それぞれ所定の点数の<u>100分の85、100分の55又は100分の35</u>に相当する点数を加算する。</p> <p>[算定要件]</p> <p>「4」の新生児頭部外傷撮影加算、乳幼児頭部外傷撮影加算及び幼児頭部外傷撮影加算は、<u>6歳未満の小児の頭部外傷に対して、関連学会が定めるガイドラインに沿って撮影を行った場合に限り算定する。この場合において、その医学的根拠について診療報酬明細書の摘要欄に以下のアからカのいずれかを記載し、力による場合は、その理由及び医学的な根拠を記載すること。</u></p> <p>ア GCS≦14 イ 頭蓋骨骨折の触知、徴候 ウ 意識変容（興奮、傾眠、会話の反応が鈍い等） エ 受診後の症状所見の悪化 オ 親の希望 カ その他</p>

小児のCT撮影に係る医療被ばく低減の推進①

小児のCT撮影に係る加算の創設

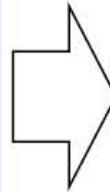
- 医療被ばくの低減の観点も踏まえ、小児の頭部外傷に対するガイドラインに沿った診療を推進する。ガイドラインにおいて、小児の意識障害の判定が成人と比べ困難であることを踏まえ、小児頭部外傷患者に対して頭部CTを撮影した場合の加算を新設する。

現行

【第4部画像診断 第3節 コンピューター断層撮影診断料】

通則4

新生児、3歳未満の乳幼児(新生児を除く。)又は3歳以上6歳未満の幼児に対して区分番号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、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、それぞれ所定点数の100分の80、100分の50又は100分の30に相当する点数を加算する。



改定後

【第4部画像診断 第3節 コンピューター断層撮影診断料】
通則4

新生児、3歳未満の乳幼児(新生児を除く。)又は3歳以上6歳未満の幼児に対して区分番号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(頭部外傷に対してコンピューター断層撮影を行った場合を除く。)は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、それぞれ所定点数の100分の80、100分の50又は100分の30に相当する点数を加算する。なお、頭部外傷に対してコンピューター断層撮影を行った場合は、新生児頭部外傷撮影加算、乳幼児頭部外傷撮影加算、幼児頭部外傷撮影加算として、それぞれ所定の点数の100分の85、100分の55又は100分の35に相当する点数を加算する。

頭部外傷のリスク評価基準の例: CHALICE rule

- ・5分以上の意識消失
- ・5分以上の健忘
- ・傾眠
- ・3回以上の嘔吐
- ・虐待の疑い
- ・てんかんの既往のない患者でのけいれん
- ・GCS<14、1歳未満ではGCS<15
- ・開放骨折、陥没骨折の疑い、または大泉門膨隆
- ・頭蓋底骨折の所見(耳出血、パンダの目徴候、髄液漏、パトル徴候)
- ・神経学的異常
- ・1歳未満では5cm以上の皮下血腫や打撲痕
- ・高エネルギー外傷などの危険な受傷機転

左の基準をひとつでも満たした場合は
CTを推奨



※Dunning J et al: Derivation of the children's head injury algorithm for the prediction of important clinical events decision rule for head injury in children. Arch Dis Child 91 : 885-891, 2006

- 日本医学放射線学会の画像診断ガイドライン（2016年版）では軽度の頭部損傷を有する小児患者に対する頭部CTは推奨グレードDであり、PECARN rule¹⁾、CHALICE rule²⁾などの基準を使用して頭蓋内損傷のリスクを評価し、撮影に当たって慎重に判断されるべきとされている。

PECARN rule

【2歳未満】

- ・ GCS ≤ 14
- ・ 頭蓋骨骨折の触知
- ・ 意識変容（興奮、傾眠、同じ質問の繰り返し、会話の反応が鈍い）

(全て) No ↓

- ・ 皮下血腫（前額部を除く）
- ・ 意識消失 ≥ 5秒
- ・ 親から見て「普段と違う」
- ・ 激しい受傷機転

(全て) No ↓

CTは推奨されない

(1つでも) Yes →

CTを推奨

(1つでも) Yes →

- 以下の条件を考慮し、CTを行うか否か決定
- ・ 受診後の症状所見の悪化
 - ・ 所見が複数か単一か
 - ・ 生後3ヶ月未満
 - ・ 医師の経験
 - ・ 親の希望

【2歳以上】

- ・ GCS ≤ 14
- ・ 頭蓋底骨折の徴候
- ・ 意識変容（興奮、傾眠、同じ質問の繰り返し、会話の反応が鈍い）

(全て) No ↓

- ・ 嘔吐
- ・ 意識消失
- ・ 激しい頭痛
- ・ 激しい受傷機転

(全て) No ↓

CTは推奨されない

(1つでも) Yes →

CTを推奨

(1つでも) Yes →

- 以下の条件を考慮し、CTを行うか否か決定
- ・ 受診後の症状所見の悪化
 - ・ 所見が複数か単一か
 - ・ 医師の経験
 - ・ 親の希望

CHALICE rule

- ・ 5分以上の意識消失
- ・ 5分以上の健忘
- ・ 傾眠
- ・ 3回以上の嘔吐
- ・ 虐待の疑い
- ・ てんかんの既往のない患者でのけいれん
- ・ GCS < 14. 1歳未満ではGCS < 15
- ・ 開放骨折、陥没骨折の疑い、または大泉門膨隆
- ・ 頭蓋底骨折の所見（耳出血、パンダの目徴候、髄液漏、バトル徴候）
- ・ 神経学的異常
- ・ 1歳未満では5cm以上の皮下血腫や打撲痕
- ・ 高エネルギー外傷などの危険な受傷機転

(1つでも) Yes ↓

CTを推奨

- 1) Kuppermann N et al : Identification of children at very low risk of clinically-important brain injuries after head trauma : a prospective cohort study. Lancet 374 : 1160-1170, 2009
- 2) Dunning J et al: Derivation of the children's head injury algorithm for the prediction of important clinical events decision rule for head injury in children. Arch Dis Child 91 : 885-891, 2006

疑義解釈資料の送付について(その1)

【コンピューター断層撮影診断料通則】

問113 医科点数表第2章第4部画像診断第3節コンピューター断層撮影診断料の通則4の**新生児頭部外傷撮影加算、乳幼児頭部外傷撮影加算、幼児頭部外傷撮影加算**について関連学会が定める**ガイドライン**とは、どのようなガイドラインを指すのか。

(答)**日本医学放射線学会の画像診断ガイドライン**を指す。

冠動脈CT撮影の算定要件の追加

第1 基本的な考え方

日本循環器学会等による診療ガイドラインを踏まえたエビデンスに基づく診療を進めるため、安定冠動脈疾患の診断等に用いられる様々な検査法について、検査の実態及び有用性等を踏まえ評価を見直すとともに、検査の適応疾患や目的が明確になるよう要件を見直す。

第2 具体的な内容

心筋梗塞のリスクや治療の緊急性が低い患者に対する、安定冠動脈疾患の診断を目的としたコンピューター断層撮影(CT撮影)の冠動脈CT撮影加算について、**適応疾患や目的を確認するため、診療報酬明細書の摘要欄に疾患や医学的根拠の記載をすることを算定要件に追加**する。

改定前	改定後
<p>【コンピューター断層撮影（CT撮影）（一連につき）（注加算）】</p> <p>注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厚生局長等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、<u>600点</u>を所定点数に加算する。</p>	<p>【コンピューター断層撮影（CT撮影）（一連につき）（注加算）】</p> <p>注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厚生局長等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、<u>600点</u>を所定点数に加算する。</p>

改

冠動脈CT撮影の算定要件の追加

改定前	改定後
<p>〔算定要件〕</p> <p>(8) 「注4」に規定する冠動脈CT撮影加算は、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(支)局長に届け出た保険医療機関において、64列以上のマルチスライス型のCT装置を使用し、冠動脈を撮影した上で三次元画像処理を行った場合に限り算定する。</p>	<p>(8) 「注4」に規定する冠動脈CT撮影加算は、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(支)局長に届け出た保険医療機関において、以下のアからオまでの場合に、64列以上のマルチスライス型のCT装置を使用し、冠動脈を撮影した上で三次元画像処理を行った場合に限り算定する。この場合において、その医学的根拠について診療報酬明細書の摘要欄に該当項目を記載すること。また、オに該当する場合は、その詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> <p>ア 諸種の原因による冠動脈の構造的・解剖学的異常(超音波検査等の所見から疑われた場合に限る。)</p> <p>イ 急性冠症候群(血液検査や心電図検査等により治療の緊急性が高いと判断された場合に限る。)</p> <p>ウ 狭心症(定量的負荷心電図又は負荷心エコー法により機能的虚血が確認された場合又はその確認が困難な場合に限る。)</p> <p>エ 狭心症等が疑われ、冠動脈疾患のリスク因子(糖尿病、高血圧、脂質異常症、喫煙等)が認められる場合</p> <p>オ その他、冠動脈CT撮影が医学的に必要と認められる場合</p>

新

「オ.その他」については
その詳細な理由を
診療報酬明細書の
摘要欄に記載することが
義務付けられた!

ポジトロン断層撮影における 新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算の新設

改定前	改定後
<p>E101-2 ポジトロン断層撮影 1～3（略） 注1～3（略）</p>	<p>E101-2 ポジトロン断層撮影 1～3（略） 注1～3（略）</p> <p>注4 新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は3歳以上6歳未満の幼児に対して断層撮影を行った場合は、<u>新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、1,600点、1,000点又は600点を所定点数に加算する。ただし、注3の規定により所定点数を算定する場合においては、1,280点、800点又は480点を所定点数に加算する。</u></p> <p>※注3とは別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合している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。</p>
<p>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）</p>	<p style="text-align: center;">新</p> <p>※同上 新</p>
<p>E101-4 ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）</p>	<p>※同上 新</p>

<参考>

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。**

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。

E101-2ポジロン断層撮影における 心サルコイドーシスの診断の追加

E101-2 ポジロン断層撮影

(1) ポジロン断層撮影は、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) 18FDGを用いたポジロン断層撮影については、てんかん、心疾患若しくは血管炎の診断又は悪性腫瘍(早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む。)の病期診断若しくは転移・再発の診断を目的とし、次の表に定める要件を満たす場合に限り算定する。

(以下は表より抜粋)

心疾患において、虚血性心疾患による心不全患者における心筋組織のバイアビリティ診断(他の検査で判断のつかない場合に限る。)、**心サルコイドーシスの診断(心臓以外で類上皮細胞肉芽腫が陽性でサルコイドーシスと診断され、かつ心臓病変を疑う心電図又は心エコー所見を認める場合に限る。)**又は心サルコイドーシスにおける炎症部位の診断が必要とされる患者に使用する。



「ポジトロン断層撮影 2 ^{18}F FDGを用いた場合(一連の検査につき) 心臓サルコイドーシスの診断(疑い例を含む)」について

【要望の概要】 サルコイドーシスは、一般に良性疾患と認識されているが、心臓病変を伴う場合の予後不良である。死因の20%は心病変とされ、早期診断と抗炎症薬治療の開始が必須である。2016年の日本循環器病学会の改訂心臓サルコイドーシスの診療ガイドラインにおいて ^{18}F FDG-PETが心病変診断の主徴候に格上げされた。このガイドラインに準拠し心臓サルコイドーシス診断目的(疑い例を含む)での適応の拡大を要望する。

【対象患者の検査実施回数】 対象疾患：心臓サルコイドーシス

検査実施回数：3,732回 (平成30年PET検査件数に関するアンケート調査報告より)

-日本核医学会PET核医学委員会等)

【現行の診療報酬点数】 7,500点

【技術の概要】 ^{18}F FDGを患者に静脈内投与し、滞留した ^{18}F から放射されるガンマ線をPETカメラで撮像して得られたデータを3次的に画像化し、診断する技術である。

^{67}Ga シンチ



心病変不明瞭

^{18}F -FDG PET/CT



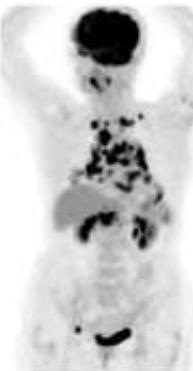
心病変

FDG PET
診断精度
感度89%
特異度 78%

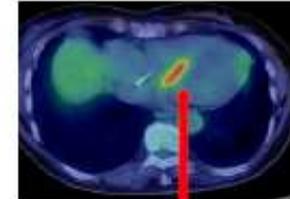
**^{18}F -FDG PET/CT:心臓病変陽性診断基準
(2017年改訂日本心臓核医学会診断の手引き)**

陽性

心臓サルコイドーシスによる高度伝導障害の原因診断にFDG PETは有用



心電図:完全房室ブロック

心室中隔(刺激伝導路)への異常集積

心臓病変の検出

従来技術の ^{67}Ga と比較しFDG PETの心臓サルコイドーシスの診断能は著明に高い

A	B-1	B-2	C
None	Focal	Focal on Diffuse	Diffuse

【診療報酬上の取扱】 第4部 画像診断 E101-2 ポジトロン断層撮影 2 ^{18}F FDGを用いた場合(一連の検査につき)
対象疾患に心臓サルコイドーシス(疑い例)を追加する。

CT透視下気管支鏡検査加算に関する施設基準

- (1) 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のいずれかを現に届け出ていること。
- (2) 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が配置されていること。
- (3) **診療放射線技師が配置されていること。**

D235－3長期脳波ビデオ同時記録検査1に関する施設基準

- (1) 小児科、脳神経内科、脳神経外科、精神科、神経科又は心療内科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 長期脳波ビデオ同時記録検査を年間 50 例以上実施していること。
- (3) てんかんの治療を目的とする手術を年間 10 例以上実施していること。ただし、てんかんの治療を目的とする手術を年間 10 例以上実施している保険医療機関との連携体制が整備されている場合は、この限りではない。
- (4) **3テスラ以上のMRI装置、ポジトロン断層撮影装置及びシングルホトンエミッションコンピューター断層撮影装置を有していること。ただし、これらの装置を有している保険医療機関との連携体制が整備されている場合は、この限りでない。**
- (5) てんかんに係る診療の経験を5年以上有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
- (6) 長期脳波ビデオ同時記録検査の経験を1年以上有する常勤の看護師及び常勤の臨床検査技師がそれぞれ1名以上配置されていること。
- (7) てんかん発作の常時監視及びてんかん発作に対する迅速な対応が可能な体制がとられていること。
- (8) 複数診療科によるてんかん診療に関するカンファレンス、内科的治療と外科的治療との連携等、専門的で高度なてんかん医療を行っていること。
- (9) 関係学会により教育研修施設として認定された施設であること。
- (10) 当該保険医療機関以外の施設に脳波診断を委託していないこと。
- (11) 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、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。

高度な医療機器の効率的な利用の推進

第1 基本的な考え方

ポジトロン断層撮影のより効率的な利用を推進する観点から、ポジトロン断層撮影を受けるために、**入院中の患者が他医療機関を受診した場合について評価を見直す。**

第2 具体的な内容

ポジトロン断層撮影を目的に、**入院中の患者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

改定前	改定後
<p>【第2部入院料等】 [算定要件] (6)(2)の規定により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>【第2部入院料等】 [算定要件] (6)(2)の規定により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>

高度な医療機器の効率的な利用の推進

改定前	改定後
<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、区分番号「M001」体外照射の3の強度変調放射線治療（IMRT）、区分番号「M001-2」ガンマナイフによる定位放射線治療、区分番号「M001-3」直線加速器による放射線治療の1の定位放射線治療の場合又は区分番号「M001-4」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<u>5%</u>を控除した点数により算定すること。</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<u>10%</u>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、区分番号「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、区分番号「E101-2」ポジトロン断層撮影、区分番号「E101-3」ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、「区分番号「E101-4」ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影、区分番号「E101-5」乳房用ポジトロン断層撮影 区分番号「M001」体外照射の3の強度変調放射線治療（IMRT）、区分番号「M001-2」ガンマナイフによる定位放射線治療、区分番号「M001-3」直線加速器による放射線治療の1の定位放射線治療の場合又は区分番号「M001-4」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<u>5%</u>を控除した点数により算定すること。</p> <p>※ イ、ウ、特定入院料等についても同様</p>

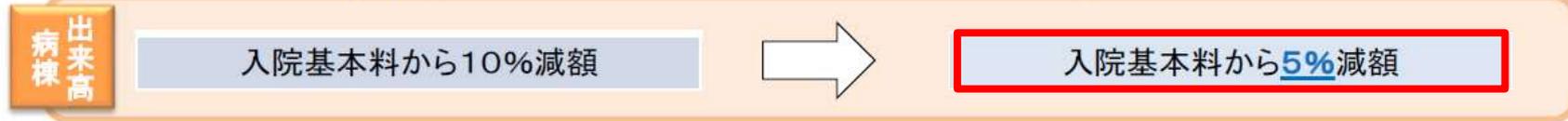
改

高度な医療機器の効率的な利用の推進

- ポジトロン断層撮影(PET)のより効率的な利用を推進する観点から、ポジトロン断層撮影を受けるために、入院中の患者が他医療機関を受診した場合について評価を見直す。

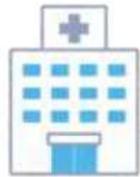
【現行】

【改定後】



※特定入院料等算定病棟でも同様

A病院

A病院入院患者が
PET撮影の為、B病院を受診PET撮影以外はA病院で
入院加療を継続

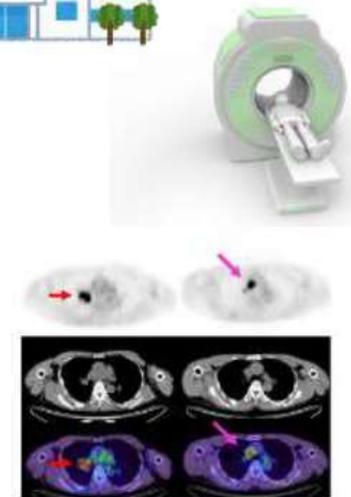
B病院



A病院が算定する入院基本料から10%減額

A病院が算定する入院基本料から 5% 減額

- PET検査は、通常がんや炎症の病巣を調べたり、腫瘍の大きさや場所の特定、良性・悪性の区別、転移状況や治療効果の判定、再発の診断などに利用される。
- 癌には放射性薬剤が集まるため、薬剤が集まっている場所や集まり方ががんの部位や転移、機能等を診断することができる。(右図矢印)



国立国際医療研究センター病院HPより

安定冠動脈疾患に対する 経皮的冠動脈インターベンションの要件の見直し

第1 基本的な考え方

安定冠動脈疾患において待機的に実施される経皮的冠動脈インターベンションについて、**日本循環器学会等による診療ガイドラインを踏まえ要件を見直す。**

第2 具体的な内容

安定冠動脈疾患に対して**待機的に実施され、機能的虚血又は高度狭窄が存在することが確認されていない病変**に対する経皮的冠動脈形成術及び経皮的冠動脈ステント留置術については、循環器内科又は心臓血管外科を含む複数診療科の医師が参加する**カンファレンス等の実施を要件とする。**

改定前	改定後
【経皮的冠動脈形成術（3 その他のもの）】	【経皮的冠動脈形成術（3 その他のもの）】
1 急性心筋梗塞に対するもの 32,000点	1 急性心筋梗塞に対するもの 36,000点
2 不安定狭心症に対するもの 22,000点	2 不安定狭心症に対するもの 22,000点
3 その他のもの 19,300点	3 その他のもの 19,300点

改

安定冠動脈疾患に対する 経皮的冠動脈インターベンションの要件の見直し

改定前	改定後
<p>[算定要件]</p> <p>(4) 「3」のその他のものは、原則として次のいずれかに該当する病変に対して実施した場合に算定する。なお、診療報酬明細書の摘要欄にアからウまでのいずれかの要件を満たす医学的根拠について記載すること。また、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>ア 一方向から造影して90%以上の狭窄病変 イ 安定労作性狭心症の原因と考えられる狭窄病変（他に有意狭窄病変を認めない場合に限る。） ウ 機能的虚血の評価のための検査を実施し、機能的虚血の原因と確認されている狭窄病変</p>	<p>[算定要件]</p> <p>(4) 「3」のその他のものは、原則として次のいずれかに該当する病変に対して実施した場合に算定する。なお、診療報酬明細書の摘要欄にアからウまでのいずれかの要件を満たす医学的根拠について記載すること。なお、ウの病変に対して実施する場合は、循環器内科又は心臓血管外科を担当する医師が複数名参加するカンファレンス等により医学的な必要性を検討すること。また、実施の医学的な必要性及び検討の結果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>ア 機能的虚血の原因である狭窄病変 イ 区分番号「D206」に掲げる心臓カテーテル法における90%以上の狭窄病変 ウ その他医学的必要性が認められる病変</p>

「ウ.その他」についてはカンファレンスを実施し、その医学的必要性を検討し、検討結果を診療録や診療報酬明細書の摘要欄等に記載することが義務付けられた！

安定冠動脈疾患に対する 経皮的冠動脈インターベンションの要件の見直し

改定前	改定後
<p>(8) 当該手術が、日本循環器学会、日本冠疾患学会、日本冠動脈外科学会、日本胸部外科学会、日本心血管インターベンション治療学会、日本心臓血管外科学会、日本心臓病学会及び日本糖尿病学会の承認を受けた「安定冠動脈疾患における待機的PCIのガイドイン（2011年改訂版）」「虚血性心疾患に対するバイパスグラフトと手術術式の選択ガイドライン（2011年改訂版）」と両ガイドラインに記載された「PCI/CABGの適応に関するガイドライン（安定冠動脈疾患に対する冠血行再建術（PCI/CABG）：ステートメント&適応（冠動脈血行再建術協議会）」及び「非ST上昇型急性冠症候群の診療に関するガイドライン（2012年改訂版）」に沿って行われた場合に限り算定する。</p>	<p>(8) 当該手術が、日本循環器学会、日本冠疾患学会、日本胸部外科学会、日本心血管インターベンション治療学会、日本心臓血管外科学会、日本心臓病学会、日本集中治療医学会、日本心臓リハビリテーション学会及び日本不整脈心電学会の承認を受けた「急性冠症候群ガイドライン（2018年改訂版）」又は「安定冠動脈疾患の血行再建ガイドライン（2018年改訂版）」に沿って行われた場合に限り算定する。</p> <p>※ 経皮的冠動脈ステント留置術（3 その他のもの）についても同様。</p>

心臓カテーテル法による諸検査の見直し

改定前	改定後
<p>D206 心臓カテーテル法による諸検査（一連の検査について） 1・2（略）</p> <p>注1（略） 注2 当該検査に当たって、卵円孔又は欠損孔を通しての左心カテーテル検査、経中隔左心カテーテル検査（ブロッケンブロー）、伝導機能検査、ヒス束心電図、診断ペーシング、期外（早期）刺激法による測定・誘発試験、冠攣縮誘発薬物負荷試験又は冠動脈造影を行った場合は、卵円孔・欠損孔加算、ブロッケンブロー加算、伝導機能検査加算、ヒス束心電図加算、診断ペーシング加算、期外刺激法加算、冠攣縮誘発薬物負荷試験加算又は冠動脈造影加算として、それぞれ800点、2,000点、200点、200点、200点、600点、600点又は1,400点を加算する。</p>	<p>D206 心臓カテーテル法による諸検査（一連の検査について） 1・2（略）</p> <p>注1（略） 注2 当該検査に当たって、卵円孔又は欠損孔を通しての左心カテーテル検査、経中隔左心カテーテル検査（ブロッケンブロー）、伝導機能検査、ヒス束心電図、診断ペーシング、期外（早期）刺激法による測定・誘発試験、冠攣縮誘発薬物負荷試験又は冠動脈造影を行った場合は、卵円孔・欠損孔加算、ブロッケンブロー加算、伝導機能検査加算、ヒス束心電図加算、診断ペーシング加算、期外刺激法加算、冠攣縮誘発薬物負荷試験加算又は冠動脈造影加算として、それぞれ800点、2,000点、400点、400点、400点、800点、800点又は1,400点を加算する。</p> <p style="text-align: right;"></p>

超急性期脳卒中加算の見直し

第1 基本的な考え方

脳梗塞の急性期治療に用いるrt-PA(アルテプラゼ)静注療法を普及する観点から、**日本脳卒中学会による適正治療指針の改訂や、治療の安全性の確立等を踏まえ、超急性期脳卒中加算について要件を見直す。**

第2 具体的な内容

1. **超急性期脳卒中加算の施設基準及び算定要件について、人員配置や検査の体制に係る要件及び評価を見直す。**

改定前	改定後
<p>【超急性期脳卒中加算】</p> <p>A205-2 超急性期脳卒中加算 (入院初日) <u>12,000点</u></p> <p>[施設基準]</p> <p>□ 当該保険医療機関内に、薬剤師が常時配置されていること。</p> <p>(2) 薬剤師が常時配置されていること。</p> <p>(3) 診療放射線技師及び臨床検査技師が常時配置されていること。</p> <p>(7) 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、脳血管造影等の必要な脳画像撮影及び診断が常時行える体制であること。</p> <p>[算定要件]</p> <p>(新設)</p>	<p>【超急性期脳卒中加算】</p> <p>A205-2 超急性期脳卒中加算 改 (入院初日) <u>10,800点</u></p> <p>[施設基準]</p> <p>(削除) 診療放射線技師職の常時配置が「必要に応じて連携を図ること」という表現に変更となった!</p> <p>(削除)</p> <p>(削除)</p> <p>(7) 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等の必要な脳画像撮影及び診断、一般血液検査及び凝固学的検査並びに心電図検査が常時行える体制であること。</p> <p>[算定要件]</p> <p>(4) 投与に当たっては、必要に応じて、薬剤師、診療放射線技師及び臨床検査技師と連携を図ること。</p>

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、又は**基本診療料の施設基準等別表第六の二に規定する地域に所在する病院**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。

「へき地中核病院又はへき地医療支援」の表記が無くなり、「基本診療料の施設基準等別表第六の二に規定する地域に所在する病院」と変更された!

※基本診療料の施設基準等別表第六の二に規定する地域とは以下の40地域

- ・ 1 北海道江差町、上ノ国町、厚沢部町、乙部町及び奥尻町の地域
～(中略)～
- ・ 40 沖縄県石垣市、竹富町及び与那国町の地域
その他の離島等

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。

参考資料: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

参考資料: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 (2020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

K136(**脊椎、骨盤悪性腫瘍手術**)

K142-2の1及び2のイ(**脊椎側彎症手術の固定術、及び初回挿入**)

K350(**前頭洞充填術**)←k349(**上顎洞開窓術**)術式削除

K513の3から4(**胸腔鏡下肺切除術**)

2 実物大臓器立体モデルによるもの **2,000点**

該当無し

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2020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、**K136**、K140からK141-2まで、K142(6を除く。)、**K142-2の1及び2のイ**、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、**K350**からK365まで、K511の2、K513の2から**K513の4**、K514の2、K514-2の2、K695、K695-2**並びに**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。

K939-2 術中血管等描出撮影加算の留意事項

術中血管等描出撮影加算は脳神経外科手術、冠動脈血行再建術、区分番号「K017」の遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)の「1」、「K476-3」動脈(皮)弁及び筋(皮)弁を用いた乳房再建術(乳房切除術)、「K695」肝切除術の「2」から「7」まで、区分番号「K695-2」腹腔鏡下肝切除術の「2」から「6」まで又は「K803」膀胱悪性腫瘍手術の「6」においてインドシアニングリーン若しくはアミノレブリン酸塩酸塩を用いて、蛍光測定等により血管や腫瘍等を確認した際又は手術において消化管の血流を確認した際に算定する。なお、単にX線用、超音波用又はMRI用の造影剤を用いたのみでは算定できない。

仮想気管支鏡画像を用いた気管支鏡検査

【保険適用された技術】

経気管肺生検法(仮想気管支鏡を用いた場合) 5,000点



【技術の概要】

CTから構築した病変への気管支ルート上の仮想気管支鏡の画像をリアルタイムに実際の気管支鏡画像に合わせて表示させることで、経気管肺生検をサポートする技術。

【技術の有用性及び安全性】

- ・経気管肺生検と比較し、診断率が高い(11%改善)。
- ・合併症率は低く(1%)、経気管肺生検と同等。

既存技術

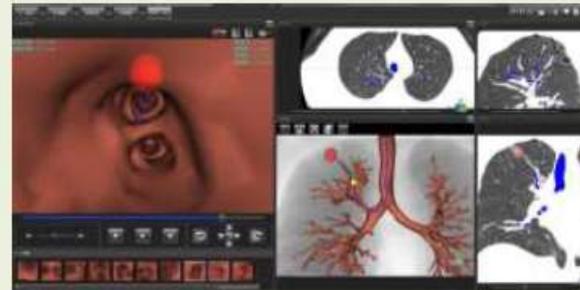
透視画像のみの、限られた情報。



2次元の情報と
剖学的な知識を
元に検査を実施。

新規技術

CT画像から構築した仮想気管支映像を元に、検査を実施。



より多くの情報を
元にして、
診断率と安全性
を向上。

【技術名】

「仮想気管支鏡による画像等検査支援」

【技術の概要】

・CTから構築した病変への気管支ルート of 仮想気管支鏡の画像をリアルタイムに実際の気管支鏡画像に合わせて表示させることで、経気管肺生検をサポートする。

【対象疾患名】

・2cm以下の肺末梢小型病変または気管支鏡の誘導が困難な病変を呈する肺癌などの各種肺疾患。
・年間実施回数は7,708回程度と考えられる。

【既存の検査との比較】

・経気管肺生検(D415)より診断率が高く、CT下経皮生検、胸腔鏡下生検よりも安全。

【有効性】

・診断率が高い(メタアナリシスで69%)。
・経気管肺生検と比較し、診断率が高い(11%アップ)。
・電磁場を利用したナビゲーション(D415-3)と診断率は同等。
・合併症率は低く(1%)、経気管肺生検と同等で、本方法自体の合併症報告はない。
・不要な手術や経過観察CT等を回避でき、医療経済的にも優れている。

【診療報酬上の取扱】

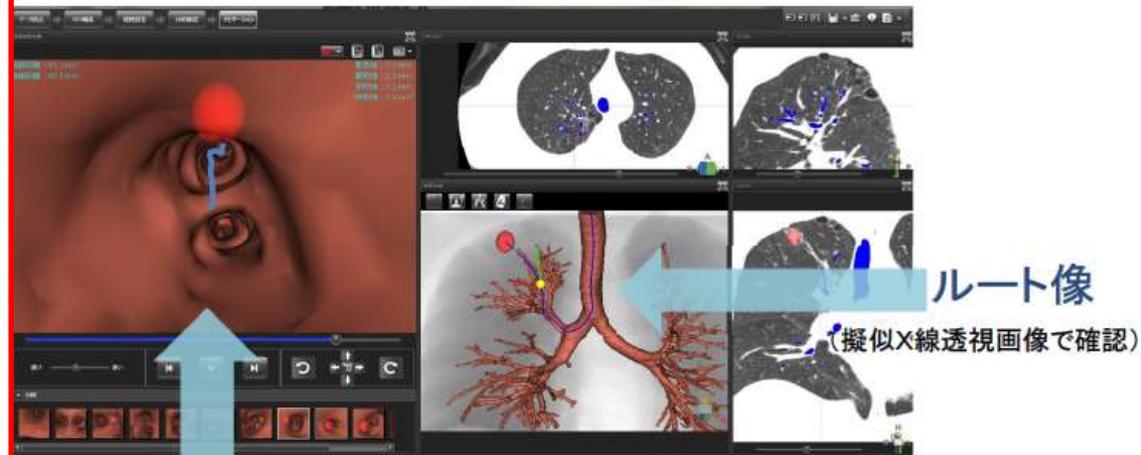
・D検査415に別の項目として設定し、200点加算

内視鏡画像



X線透視画像

ナビゲーション画像



ルート像

(擬似X線透視画像で確認)

仮想気管支鏡画像 (内視鏡画像に合わせて表示して気管支鏡を誘導)

赤丸:目標病変 青線:病変に至る気管支ルート 黄丸:気管支鏡先端位置

1/62

【医療機器について】

名称（販売名、一般名、製造販売企業名）	薬事承認番号	収載年月日	薬事承認上の「使用目的、効能又は効果」	特定保険医療材料	特定保険医療材料に該当する場合は、番号、名称、価格を記載（※薬事申請及び公知申請の状況等（薬事承認見込みの場合等は
販売名：医用画像処理ソフトウェア DirectPath 一般名：X線画像診断装置ワークステーション用プログラム 製造販売企業名：サイバネットシステム株式会社	229ADBZX00045000	「2017年4月13日」	X線コンピュータ断層撮影装置（CT）で収集された画像情報に各種処理を行い、処理後の画像及び情報を提供すること。（自動診断機能を有さない。）	該当なし	
販売名：LungPointワークステーション 一般名：汎用画像診断装置ワークステーション 製造販売企業名：株式会社メディコスヒラタ 外国製造業者：Broncus Medical, Inc.（アメリカ合衆国）	223ADBZX00121000	「2011年11月18日」	本装置は、X線コンピュータ断層撮影装置（CT）で撮影された画像データ（DICOM形式）に対し、オンライン経由、もしくは記録媒体を介して画像データを受信し、画像処理、表示、保存及び転送を行う装置である。また、オンラインで受信した気管支鏡映像に対して、表示、保存、及び転送を行う。処理された画像データから得られる情報は、病態にかかわる評価、判断、手技の補助として使用される。	該当なし	
販売名：富士画像診断ワークステーション FN-7941型 一般名：汎用画像診断ワークステーション 製造販売企業名：富士フイルム株式会社	22000BZX00238000	「2011年7月29日」	本装置はデジタルエックス線装置、エックス線コンピュータ断層撮影装置（CT）、磁気共鳴画像装置（MRI）、PET装置、超音波画像診断装置などで収集された画像に対して、オンラインやオフライン経由で画像を受信します。受診した画像は、画像データが有する情報に基づき、二次元画像処理、三次元画像処理、計測処理、画像解析処理、及びレポート作成などを実行して、病態に係わる判断、評価又は診断のための情報を提供します。	該当なし	

超音波検査(胸腹部)の評価の見直し

第1 基本的な考え方

超音波検査のうち胸腹部の断層撮影法について、対象となる臓器や領域により検査の内容が異なることを踏まえ、その実態を把握するため要件を見直す。

第2 具体的な内容

超音波検査のうち胸腹部等の断層撮影法を算定する際、検査を実施した臓器や領域について、診療報酬明細書の摘要欄に記載を求める。

改定前	改定後
<p>【超音波検査】</p> <p>2 断層撮影法（心臓超音波検査を除く。）</p> <p>イ 胸腹部 530点</p> <p>ロ 下肢血管 450点</p> <p>ハ その他（頭頸部、四肢、体表、末梢血管等） 350点</p>	<p>【超音波検査】</p> <p>2 断層撮影法（心臓超音波検査を除く。） </p> <p>イ 胸腹部 530点</p> <p>ロ 下肢血管 450点</p> <p>ハ その他（頭頸部、四肢、体表、末梢血管等） 350点</p> <p>[算定要件]</p> <p>（9）「2」の「イ」を算定する場合は、検査をした領域について診療報酬明細書の摘要欄に該当項目を記載すること。また、カに該当する場合は、具体的な臓器又は領域を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> <p>ア 消化器領域（肝臓・胆嚢・膵臓・脾臓・消化器）</p> <p>イ 腎・泌尿器領域（腎臓・膀胱・尿管・前立腺）</p> <p>ウ 女性生殖器領域（卵巣・卵管・子宮）</p> <p>エ 血管領域（大動脈・大静脈等）</p> <p>オ 胸腔内・腹腔内の貯留物等</p> <p>カ その他</p>

超音波検査(胎児心エコー法)の評価の見直し

改定前	改定後
<p>D 2 1 5 超音波検査 (記録に要する費用を含む。)</p> <p>3 心臓超音波検査 イ～ハ(略)</p> <p>ニ 胎児心エコー法 注1 (略)</p> <p>注2 当該検査に伴って診断を行った場合は、<u>胎児心エコー法診断加算</u>として、<u>700点</u>を所定点数に加算する。</p>	<p>D 2 1 5 超音波検査 (記録に要する費用を含む。)</p> <p>3 心臓超音波検査 イ～ハ(略)</p> <p>ニ 胎児心エコー法 注1 (略)</p> <p>注2 当該検査に伴って診断を行った場合は、<u>胎児心エコー法診断加算</u>として、<u>1,000点</u>を所定点数に加算する。</p> <div style="text-align: right;">  </div>

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っては、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。**

超音波検査におけるパルスドプラ加算の評価の見直し

第1 基本的な考え方

超音波診断装置の高性能化により、超音波検査の**パルスドプラ機能が標準的に搭載される機能となっていることを踏まえ**、パルスドプラ法加算について評価を見直す。

第2 具体的な内容

超音波検査における**パルスドプラ法加算の評価を見直す**。

改定前	改定後
<p>【超音波検査】</p> <p>注2 2について、パルスドプラ法を行った場合は、パルスドプラ法加算として、200点を所定点数に加算する。</p>	<p>【超音波検査】</p> <p>注2 2について、パルスドプラ法を行った場合は、パルスドプラ法加算として、150点を所定点数に加算する。</p>



超音波検査の活用に係る現状及び課題と論点

【現状・課題】

- 現行の超音波検査の算定ルールでは胸腹部臓器を検査した場合に、胸腹部(530点)を算定することとなっている。
- 臨床現場においては、胸腹部臓器の内、多数の臓器の精査を行う場合もあれば、単独の臓器の検査を行う場合もある。
- 日常的な検査の際の観察部位や検査方法、報告書の作成等について、医療施設によって異なる状況である。
- 超音波検査におけるパルスドプラ法については機器の進歩により標準的な機能となり、日常診療の中で一般的に行われている。

【論点】

- 超音波検査において、多臓器を精査する場合や単一臓器を検査する場合もあることを踏まえ、実状に応じた評価を適切に行う観点から、領域別に評価することについて、どのように考えるか。
- 超音波検査の結果の取り扱いについてどのように考えるか。
- パルスドプラ法等、日常診療の中で、一般的に行われるようになった超音波検査の評価をどのように考えるか。

超音波検査の評価(要件)の見直し

第1 基本的な考え方

超音波検査について、主な所見等を報告書又は診療録に記載するよう要件を見直す。

第2 具体的な内容

超音波検査について画像を診療録に添付し、かつ、当該検査で得られた所見等を報告書又は診療録へ記載した場合に算定できることとする。

改定前	改定後
<p>【超音波検査】 [算定要件]</p>	<p>【超音波検査】 [算定要件]</p> <p>(3) 超音波検査(「3」の「二」の胎児心エコー法を除く。)を算定するに当たっては、医師が、当該検査で得られた主な所見を診療録に記載し、画像を診療録に添付すること又は医師若しくは臨床検査技師が、報告書を作成し、その報告書及び画像を診療録に添付すること。</p>

新

2月7日の答申の時点では診療放射線技師職の名称が抜けているが、修正された!

超音波検査の評価(要件)の見直し

D215 超音波検査の留意事項

- (1) 「1」から「5」までに掲げる検査のうち2以上のものを同一月内に同一の部位について行った場合、同一月内に2回以上行った場合の算定方法の適用においては、同一の検査として扱う。
- (2) 超音波検査を同一の部位に同時に2以上の方法を併用する場合は、主たる検査方法により1回として算定する。また、同一の方法による場合は、部位数にかかわらず、1回のみ算定とする。
- (3) 超音波検査(「3」の「ニ」の胎児心エコー法を除く。)を算定するに当たっては、当該検査で得られた主な所見を診療録に記載すること又は**検査実施者が測定値や性状等について文書に記載すること**。なお、医師以外が検査を実施した場合は、その文書について医師が確認した旨を診療録に記載すること。
- (4) 検査で得られた画像を診療録に添付すること。また、測定値や性状等について文書に記載した場合は、その文書を診療録に添付すること。
- (5) 超音波検査の記録に要した費用(フィルム代、印画紙代、記録紙代、テープ代等)は、所定点数に含まれる。
- (6) 体表には肛門、甲状腺、乳腺、表在リンパ節等を含む。

以下省略

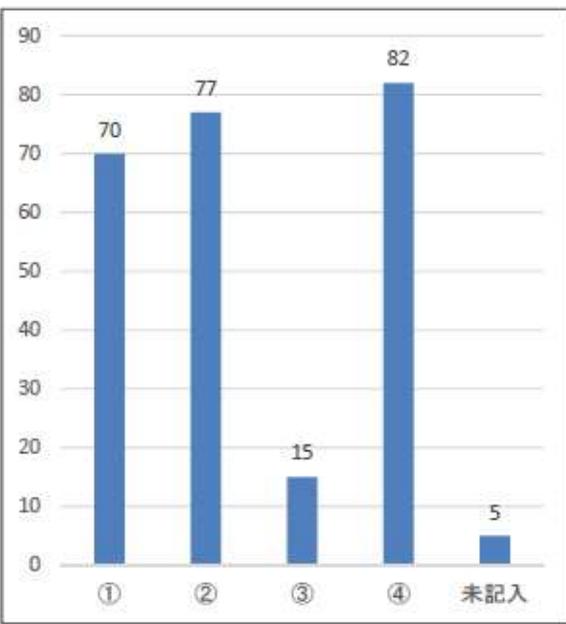
3月5日の公示の時点では診療放射線技師職等が含まれている!

超音波検査の状況

- 平成21年・22年度一般社団法人日本超音波検査学会標準化委員会により「超音波検査の現状について」のアンケート調査が行われた。
- 超音波検査の検査実態や報告書作成等に関する設問が設けられ、腹部領域(配布枚数579枚、回答数248枚、回収率42.8%)、心臓領域(配布枚数1597枚、回答数761枚、回収率47.7%)、検診領域(配布枚数500枚、回答数311枚、回収率62.2%)の3領域について実施された。

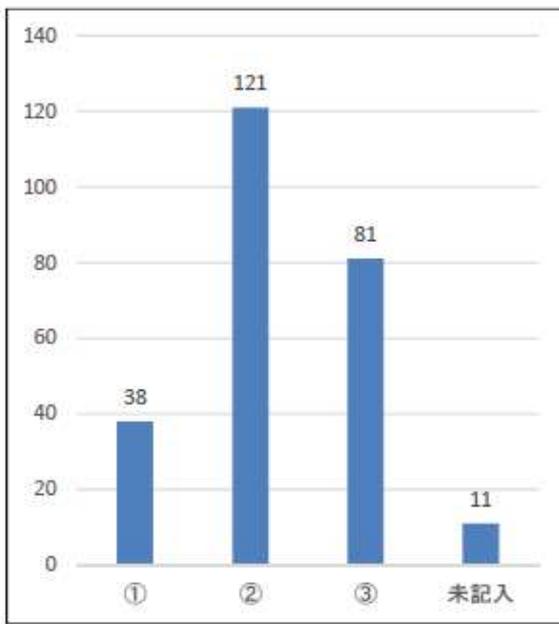
(1) 腹部超音波検査におけるルーチンでの対象臓器について

- ① 上腹部臓器のみ
- ② 上腹部臓器+下腹部臓器(子宮・卵巣・前立腺・膀胱)
- ③ 上腹部臓器+消化管スクリーニング
- ④ 上腹部臓器+下腹部臓器、消化管スクリーニング



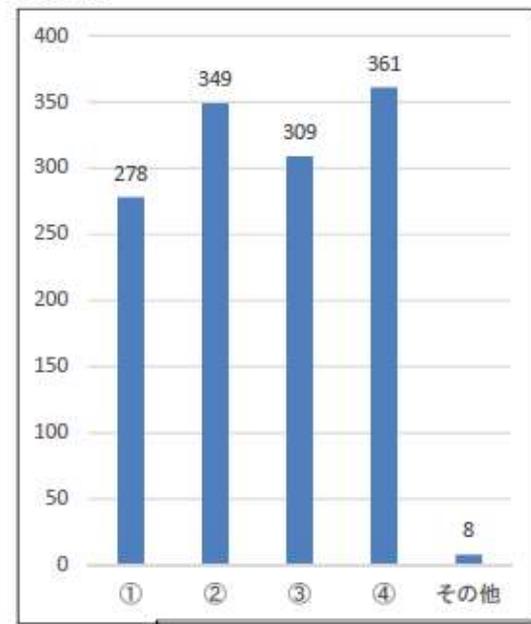
(2) 腹部超音波検査において走査手順・方法は統一化されているか

- ① JSS標準化委員会提案の手順により走査している
- ② 施設独自の手順により走査している
- ③ 特に統一した手順はなく、各自自由な操作手順を行っている



(3) 心臓超音波検査の検査報告書はどのように作成しているか

- ① 技師だけでコメントを作成する
- ② 技師がコメントし、医師は署名するのみ(技師と医師のディスカッション無し)
- ③ 医師と技師の両方で報告書を作成する(技師と医師のディスカッション有り)
- ④ 技師間によるダブルチェック後、医師が署名する
- ⑤ その他



一般社団法人日本超音波検査学会HPより

現状・課題

- 例えば、画像診断は「撮影部位を記載すること。」とされており、フリーコメント欄に手入力で撮影部位を記載しているが、フリーコメント欄への手入力は記載ミスとなっている。
- また、入力された内容のレセプト表示も分かりにくく、入力後の確認が難しい。

〔入力画面イメージ〕

コメント
撮影部位きょうぶ

手入力記載

〔レセプト表示イメージ〕

70	撮影部位頭部		
	MRI撮影 (1.5テスラ以上3テスラ未満の機器)		
	電子画像管理加算 (コンピューター断層診断科)	1,450 X	1
	画像診断管理加算1 (コンピューター断層診断)	70 X	1
	撮影部位胸部		
	CT撮影 (16列以上64列未満マルチスライス型機器)		
	2回目以降減算 (CT、MRI)		
	電子画像管理加算 (コンピューター断層診断科)	840 X	1

令和2年度診療報酬改定での対応案

- 医療従事者の負担軽減や業務効率化の観点から、フリーコメント欄に手入力で記載を求めていた事項のうち、部位等の記載について選択式記載としてはどうか。
- また、レセプトに表示される際に、何に対するコメントが分かるようなコードを設定してはどうか。

〔入力画面イメージ〕

CT撮影 (撮影部位)		
<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input checked="" type="checkbox"/> 胸部
<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤	<input type="checkbox"/> ..

該当部位選択

〔レセプト表示イメージ〕

70	MRI撮影 (撮影部位) : 頭部		
	MRI撮影 (1.5テスラ以上3テスラ未満の機器)		
	電子画像管理加算 (コンピューター断層診断科)	1,450 X	1
	画像診断管理加算1 (コンピューター断層診断)	70 X	1
	CT撮影 (撮影部位) : 胸部		
	CT撮影 (16列以上64列未満マルチスライス型機器)		
	2回目以降減算 (CT、MRI)		
	電子画像管理加算 (コンピューター断層診断科)	840 X	1

超音波検査の評価の見直し①

超音波検査の要件の見直し

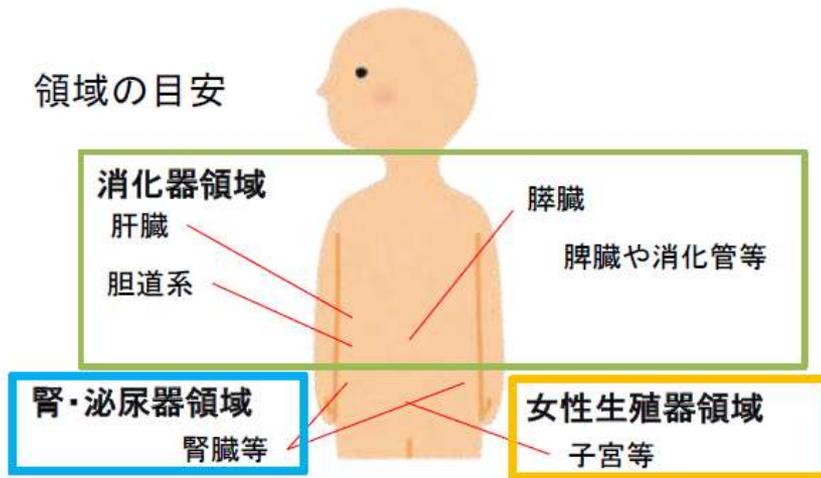
- ▶ 超音波検査について画像を診療録に添付し、かつ、当該検査で得られた所見等を診療録等へ記載するよう要件を見直す。

[算定要件] (新設)

- ・ 超音波検査(「3」の「ニ」の胎児心エコー法を除く。)を算定するに当たっては、当該検査で得られた主な所見を診療録に記載すること又は検査実施者が測定値や性状等について文書に記載すること。なお、医師以外が検査を実施した場合は、その文書を医師が確認した旨を診療録に記載すること。
- ・ 検査で得られた画像を診療録に添付すること。また、測定値や性状等について文書に記載した場合は、その文書を診療録に添付すること。

- ▶ 超音波検査のうち胸腹部の断層撮影法について、対象となる臓器や領域により検査の内容が異なることを踏まえ、その実態を把握するため、検査を実施した臓器や領域について、診療報酬明細書の摘要欄に記載を求める。

領域の目安



[算定要件] (新設)

「断層撮影法」の「胸腹部」を算定する場合は、検査を行った領域について診療報酬明細書の摘要欄に該当項目を記載すること。複数領域の検査を行った場合は、その全てを記載すること。また、カに該当する場合は、具体的な臓器又は領域を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

- ア 消化器領域
- イ 腎・泌尿器領域
- ウ 女性生殖器領域
- エ 血管領域(大動脈・大静脈等)
- オ 胸腔内・腹腔内の貯留物等
- カ その他

訪問診療時の超音波検査の新設

第1 基本的な考え方

超音波診断装置の小型化に伴い、訪問診療時に活用されてきているため、その臨床的位置付けや実施の在り方等を踏まえ、**訪問診療時の超音波検査について評価**を見直す。



第2 具体的な内容

超音波検査に訪問診療時に行った場合**400点(1月につき)**を新設する。

改定前	改定後
<p>【超音波検査】</p> <p>2 断層撮影法（心臓超音波検査を除く。） (新設)</p> <p>イ 胸腹部 530点 ロ 下肢血管 450点 ハ その他（頭頸部、四肢、体表、末梢血管等） 350点</p> <p>[算定要件] (新設)</p>	<p>【超音波検査】</p> <p>2 断層撮影法（心臓超音波検査を除く。）</p> <p>イ 訪問診療時に行った場合 400点</p> <p>ロ その他の場合</p> <p>(1) 胸腹部 530点 (2) 下肢血管 450点 (3) その他（頭頸部、四肢、体表、末梢血管等） 350点</p> <p>[算定要件]</p> <p>(17) 区分番号「C001」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を算定した日と同一日に、患家等で断層撮影法（心臓超音波検査を除く。）を行った場合は、部位にかかわらず、「2」の「イ」を、月1回に限り算定する。</p>

○超音波検査を訪問診療時に行なった場合について

Q、患者にて訪問診療を行った際に、医師がその場で超音波検査の断層撮影法を行い、精査目的に同日または同月の後日、外来で再度同一部位に超音波検査の断層撮影法を行った場合、「イ 訪問診療時に行った場合」と「ロ その他の場合」はそれぞれ算定可能か。

A、算定可能

疑義解釈資料の送付について(その1)

【超音波検査】

問 110 区分番号「D215」**超音波検査**について、**往診時**に患家等で超音波検査の断層撮影法を行った場合は「イ 訪問診療時に行った場合」と「ロ その他の場合」はどちらを算定するのか。

(答)**往診時には「ロ その他の場合」を算定する。**

D415-5 経気管支凍結生検法

5,500点



施設基準

- (1) 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が2名以上配置されていること。そのうち少なくとも1名は10年以上の経験を有していること。
- (2) **診療放射線技師が配置されていること。**
- (3) 急変時等の緊急事態に対応するための体制その他当該検査を行うための体制が整備されていること。

診療放射線技師職の配置が必須となっている！

遺伝性乳がん卵巣がん症候群に対する治療等の評価

第1 基本的な考え方

遺伝性乳がん卵巣がん症候群(HBOC)の症状である乳がんや卵巣・卵管がんを発症している患者における、BRCA遺伝子検査、遺伝カウンセリング、乳房切除及び卵巣・卵管切除について評価を行う。

また、切除を希望しない患者に対するフォローアップ検査についても評価を行う。

遺伝性乳がん卵巣がん症候群に係る手術

新

BRCA遺伝子変異が確認されても、
乳房切除を選択しなかった患者に対する
フォローアップとして、MRI検査も認められる。
予防的な外科手術に対する保険適用は初めて！

[施設基準]

(4)乳房切除術を行う施設においては乳房MRI算の施設基準に係る届出を行っていること。

【磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)(一連につき)】

[算定要件]

(12)「注5」に規定する乳房MR撮影加算は、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(支)局長に届け出た保険医療機関において、触診、エックス線撮影、超音波検査等の検査で乳腺の悪性腫瘍が疑われる患者に対して、手術適応及び術式を決定するために、1.5テスラ以上のMRI装置及び乳房専用撮像コイルを使用して乳房を描出した場合又は遺伝性乳がん卵巣がん患者に対して、乳癌の精査を目的として1.5テスラ以上のMRI装置及び乳房専用撮像コイルを使用して乳房を描出した場合に限り算定する。

乳がんに対する手術等の評価

K474-3 乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術(一連につき)

- 1 マンモグラフィー又は超音波装置によるもの 6,240点
- 2 MRIによるもの 8,210点

K475 乳房切除術 6,040点

K475-2 乳癌冷凍凝固摘出術 8,690点

K476 乳腺悪性腫瘍手術

- 1 単純乳房切除術(乳腺全摘術) 14,820点
- 2 乳房部分切除術(腋窩部郭清を伴わないもの) 28,210点
- 3 乳房切除術(腋窩部郭清を伴わないもの) 22,520点
- 4 乳房部分切除術(腋窩部郭清を伴うもの(内視鏡下によるものを含む。)) 42,350点
- 5 乳房切除術(腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの)・胸筋切除を併施しないもの 42,350点
- 6 乳房切除術(腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの)・胸筋切除を併施するもの 42,350点
- 7 拡大乳房切除術(胸骨旁、鎖骨上、下窩など郭清を併施するもの) 52,820点
- 8 乳輪温存乳房切除術(腋窩部郭清を伴わないもの) 27,810点
- 9 乳輪温存乳房切除術(腋窩部郭清を伴うもの) 48,340点

注1 放射性同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検を行った場合又はインドシアニングリーンを用いたリンパ節生検を行った場合には、乳がんセンチネルリンパ節加算1として、5,000点を所定点数に加算する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。

2 放射性同位元素又は色素を用いたセンチネルリンパ節生検を行った場合には、乳がんセンチネルリンパ節加算2として、3,000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 *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 (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)</p>	<p>● 画像診断料 ● *画像診断管理加算</p>	<p>● 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</p>
CT・MRI 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</p>		<p>● 画像診断料 ● *画像診断管理加算</p>	<p>● フィルム代 (フィルム保存)</p> <p>● コンピュータ画像処理加算(60点)</p>

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; text-align: center;">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; text-align: center;">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; text-align: center;">デジタル撮影</p> <p style="text-align: center;">CT・MRI撮影料</p> <p>(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> <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	<div style="background-color: #FFFF00; padding: 5px; text-align: center;">デジタル撮影</div> <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	<div style="background-color: #FFFF00; padding: 5px; text-align: center;">デジタル撮影</div> <p>● CT・MRI撮影料</p> <p>● 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)</p> <p>● MRI(3T以上1400点、1.5T～3T未満 1330点、1.5T未満950点)</p> <p>● 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)</p>	<p>● 画像診断料</p> <p>● CT・MRI450点、 PET関係450点、 他核医学370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>

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</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 style="background-color: #FFFF00; border: 1px solid black; padding: 2px;">デジタル撮影</p> <p>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>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>フィルム代 (フィルム保存)</p> <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) 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> <hr/> <p>電子画像管理加算 (120点)</p>

2020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; border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">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; text-align: center;">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</p> <p>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 400点 頭部MRI撮影加算 100点、他 全身MRI撮影加算 600点 血流予備量比コンピューター断層撮影料 9,400点</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> <hr/> <p>電子画像管理加算 (120点)</p>

2020年度診療報酬改定 放射線治療関連

技術名：婦人科がん腔内照射料の増点 「M004 密封小線源治療

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」

技術名：腔内照射

・技術の概要：腫瘍内に留置したアプリケータに密封小線源遠隔操作式治療装置を用いてIr-192線源を送り、局所集中的に1回大線量の放射線を（照射）する治療法（図1）

・対象疾患：子宮頸癌、子宮体癌、腔癌等の婦人科がん、食道癌、気管癌等

子宮頸癌の標準治療＝子宮頸癌GL・NCCN等診療GLで推奨治療（図2）

・他治療との比較：根治照射で腔内照射未実施の生存率は有意に不良（図3）
（有効性）

＝ 根治的治療の一環として必須

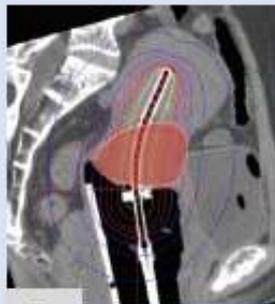


図1

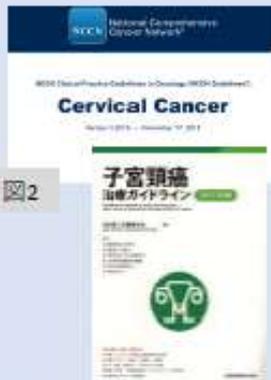


図2



図3



施設あたりの年間収支*

支出(A) *年間患者数18人（全国中央値）として試算

1. 固定費（装置原価償却、線源交換、保守）：2,541万円/年
 2. 人件費：147,636円 x 4回 x 18人 = 1,063万円/年
 3. 材料費：2,410円 x 4回 x 18人 = 17万円/年
- 1+2+3 = 3,621万円/年

収入(B)

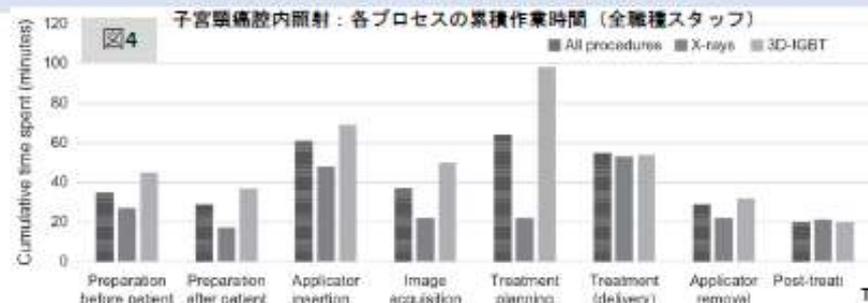
1. 腔内照射料：100,000 x 4回 x 18人 = 720万円/年
 2. 線源購入価格/50：295,920円 x 18人 = 533万円/年
 3. 放射線治療管理料：31,000円 x 2 x 18人 = 112万円/年
- 1+2+3 = 1,365万円/年

B-A = -2,256万円/施設/年……マイナス収支

◆問題点◆

・高額な治療装置・維持費、一定の人的・時間的コスト(図4)

→不採算で治療体制維持を断念する施設が増加(図5) = 標準治療安定供給の危機



3891

Toita T, et al. JRR 2018.

・診療報酬上の取り扱い

現行：10,000点/回 → 要望：20,000点/回

予想影響額：7億円の削減効果（マイナス影響額）

M004 密封小線源治療

注8 画像誘導密封小線源治療加算の増点・適応拡大

技術名：三次元画像誘導小線源治療

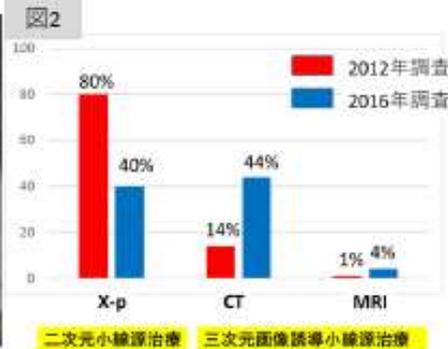
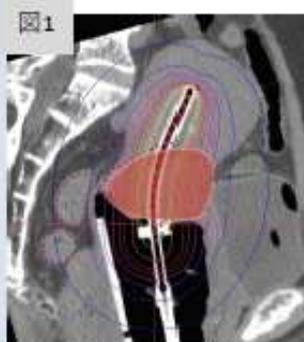
・技術の概要：婦人科腫瘍に対して、腫瘍内に applicator を留置した状態で、CT/MRIにて画像を取得し、線量分布を調整し治療を行う治療法（図1）。近年急速に普及しており、2016年の調査では59%の施設で導入されている。（図2）

・対象疾患：子宮頸癌、子宮体癌、腔癌等の婦人科がん

・現在当該疾患に対して行われている治療との比較：2次元小線源治療と本治療法の比較を示す。（下表）

・有効性：2次元小線源治療と比較して**10%の局所制御率の改善**と**5%の有害事象の低減**が見込まれる。

・診療報酬上の取り扱い：現行腔内照射1回につき300点であり、我々の試算では2次元小線源治療と比較して1回当たり**133,490円**の費用負担が生じている **予想影響額：2億1000万円の削減効果（マイナス影響額）**



	2次元小線源治療	3次元画像誘導小線源治療
治療概略		
必要な治療装置	X線透視装置 小線源治療装置	2次元の装置に加えて CT または MRI 3次元治療計画装置 CT/MRI用 applicator
1回当たりの従事時間（中央値） <small>Toita et al. JRR 2018</small>	医師： 80分 放射線技師・医学物理士： 73分 看護師： 86分	医師： 178分 放射線技師・医学物理士： 94分 看護師： 119分
特徴	点による評価で簡便 腫瘍や正常臓器（膀胱・直腸など）を直接見ているわけではない。	腫瘍や正常臓器（膀胱・直腸）の位置関係がわかり、 正確に照射線量を評価することが可能 時間・医療資源 がより必要
治療効果	40年を超える歴史があり、確立された治療	治療効果が 良好 で有害事象の発生頻度が 少ない
QALY <small>Kim et al. Brachytherapy 2015</small>		2次元と比較して 0.16QALY の延長

現行：300点（腔内照射1回につき） → 要望：10,000点（腔内照射1回につき）

密封小線源治療における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の評価の見直し

改定前	改定後
<p>M004 密封小線源治療（一連につき）</p> <p>1（略）</p> <p>2 腔内照射</p> <p>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</p> <p style="text-align: right;"><u>10,000点</u></p> <p>3・4（略）</p> <p>注1～7（略）</p> <p>8 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密封小線源治療（IGBT）（2のイに係るものに限る。）を行った場合には、画像誘導密封小線源治療加算として、一連につき<u>300点</u>を所定点数に加算する</p>	<p>M004 密封小線源治療（一連につき）</p> <p>1（略）</p> <p>2 腔内照射</p> <p>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</p> <p style="text-align: right;"><u>12,000点</u></p> <p>3・4（略）</p> <p>注1～7（略）</p> <p>8 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密封小線源治療（IGBT）（2のイに係るものに限る。）を行った場合には、<u>画像誘導密封小線源治療加算</u>として、一連につき<u>1,200点</u>を所定点数に加算する</p>

改

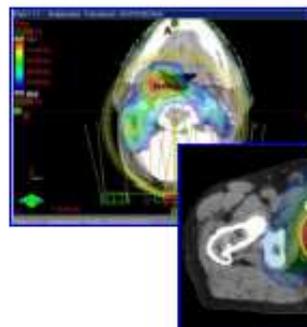
改

要望書通りではないが、それぞれ増点となった！

強度変調放射線治療 (IMRT) の施設基準の見直し

【技術の概要】

IMRTの施設基準のうち、「人的配置の要件」を緩和することによって、すべてのがん診療拠点病院においてIMRTの提供を可能とする。



高度な技術が必要な照射法であるため、施設基準(人的要件)は厳しく設定されている。

ただし、50例/年まで
(1人の医師の過重労働防止
→働き方改革)

強度変調放射線治療 (IMRT)

【対象疾患】

限局性の固形悪性腫瘍

【既存の施設基準(医師の配置要件)との比較】

【従前の施設基準】

常勤医：2名
(うち一人は5年以上の放射線治療経験)



【従前のものに加えて提案する施設基準】

常勤医：1名 (5年以上の放射線治療経験)
+
新施設要件のための資格認定を受けた
常勤の医学物理士：1名

【有効性】

- がん診療連携拠点病院 100施設で新たにIMRTの実施が可能となり、我が国のがん診療水準の改善と均てん化が図られる。
- 副作用低減により、70億5千万円/年の医療費を軽減が可能となる。

【診療報酬上の取扱い】

M 放射線治療
3,000点

(点数の変更はなしで、施設基準のみを上記の条件付きで緩和する。)

MO01 強度変調放射線治療(IMRT)に関する施設基準

3,000点

改

(1) 放射線科を標榜している保険医療機関であること。

(2) 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、このうち1名は放射線治療の経験を5年以上有する者であること。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、1回線量増加加算、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。

また、週3日以上常態として勤務しており、かつ、**所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該医師の実労働時間を常勤換算し常勤医師数に算入することができる。**ただし、常勤換算し常勤医師数に算入することができるのは、常勤配置のうち**1名(放射線治療の経験を5年以上有する者1名を除く。)**に限る。また、この場合には強度変調放射線治療(IMRT)は**年間 50 例を限度**として実施できる。

結果的に医学物理士の表記は無くなった！

(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**1名以上配置**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、1回線量増加加算、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。

MOO1 強度変調放射線治療(IMRT)に関する施設基準

3,000点

続き

(4) **放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、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、当該担当者は遠隔放射線治療計画加算、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。

(5) 強度変調放射線治療(IMRT)を年間10例以上実施していること。

(6) 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 直線加速器

イ 治療計画用CT装置

ウ インバースプラン(逆方向治療計画)の可能な三次元放射線治療計画システム

エ 照射中心に対する患者の動きや臓器の体内移動を制限する装置

オ 平面上の照射強度を変化させることができる装置

カ 微小容量電離箱線量計又は半導体線量計(ダイヤモンド線量計を含む。)及び併用する水ファントム又は水等価個体ファントム

キ 二次元以上で相対的な線量分布を測定・比較できる機器

(7) 当該保険医療機関において、強度変調放射線治療(IMRT)に関する機器の精度管理に関する指針が策定されており、実際の線量測定等の精度管理が当該指針に沿って行われているとともに、公開可能な精度管理に係る記録が保存されていること。

疑義解釈資料の送付について(その1)

【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、画像誘導密封小線源治療加算】

問 173 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、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。

(施設基準の記載から抜粋)

※放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、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。

第4節 短期滞在手術等基本料における 区分A400短期滞在手術等基本料の見直し

改定前	改定後
<p>第4節 短期滞在手術等基本料 区分A400 短期滞在手術等基本料</p> <p>3 短期滞在手術等基本料3 (4泊5日までの場合)</p> <p>オ M001-2 ガンマナイフによる 定位放射線治療 <u>60,403点</u></p>	<p>第4節 短期滞在手術等基本料 区分A400 短期滞在手術等基本料</p> <p>3 短期滞在手術等基本料3 (4泊5日までの場合)</p> <p>オ M001-2 ガンマナイフによる 定位放射線治療 <u>59,199点</u></p> <p>(生活療養を受ける場合にあつては、 <u>59,125点</u>)</p>

改

2020年度診療報酬改定 ICT・遠隔・オンライン関連

情報通信機器を用いた診療の活用の推進

オンライン診療料の要件の見直し

実施方法

- 事前の対面診療の期間を6月から3月に見直す。
- 緊急時の対応について、患者が速やかに受診可能な医療機関で対面診療を行えるよう、あらかじめ患者に受診可能な医療機関を説明した上で、診療計画に記載しておくこととする。



対象疾患

- オンライン診療料の対象疾患に、定期的に通院が必要な慢性頭痛の患者及び一部の在宅自己注射を行っている患者を追加する。

オンライン診療のより柔軟な活用

医療資源の少ない地域等

- やむを得ない事情がある場合、他の保険医療機関の医師が、医師の判断で初診からオンライン診療を行うことを可能とする。
- 医師の所在に係る要件を緩和する。

在宅診療

- 複数の医師がチームで診療を行う場合について、事前の対面診療に係る要件を見直す。

かかりつけ医と連携した遠隔医療の評価

遠隔連携診療料の創設

- 希少性の高い疾患等、専門性の観点から近隣の医療機関では診断が困難な疾患に対して、かかりつけ医のもとで、事前の情報共有の上、遠隔地の医師が情報通信機器を用いた診療を行う場合について新たな評価を行う。



医療機関における業務の効率化・合理化

第1 基本的な考え方

医療機関における業務の効率化・合理化の観点から、診療報酬の算定に当たり求めている会議及び記載事項について、要件を見直す。

第2 具体的な内容

医療機関における業務の効率化・合理化を促進する観点から、以下のような見直しを行う。

1. 安全管理の責任者等で構成される会議等について、**安全管理の責任者が必ずしも対面でなくてよいと判断した場合においては、ICTを活用する等の対面によらない方法でも開催可能とする。**

改定前	改定後
<p>【医療安全管理体制の基準】</p> <p>(4) 安全管理のための委員会が開催されていること。</p> <p>安全管理の責任者等で構成される委員会が月1回程度開催されていること。</p>	<p>【医療安全管理体制の基準】</p> <p>(4) 安全管理のための委員会が開催されていること。</p> <p>安全管理の責任者等で構成される委員会が月1回程度開催されていること。なお、安全管理の責任者が必ずしも対面でなくてよいと判断した場合においては、対面によらない方法でも開催可能とする。</p> <p>※ 院内感染防止対策の基準、医療安全対策加算についても同様。</p>

改

情報通信機器を用いたカンファレンス等の推進

第1 基本的な考え方

関係医療機関・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、情報通信機器を用いたカンファレンス等の実施がさらに進むよう、要件を見直す。

第2 具体的な内容

情報通信機器を用いたカンファレンス等について、やむを得ない事情により対面で参加できない場合でなくても実施可能となるよう、要件を見直す。
また、情報通信機器を用いた退院時共同指導について、医療資源の少ない地域でなくても実施可能となるよう、要件を見直す。

改定前	改定後
<p>【感染防止対策加算1】 〔施設基準〕 (8) (7)に規定するカンファレンスは、(2)のAからエ及び2の(3)のAからエの構成員それぞれ1名以上が直接対面し、実施することが原則であるが、やむを得ない事情により参加できない場合は、以下のAからウを満たすときに限り、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下この項において「ビデオ通話」という。）が可能な機器を用いて参加することができる。</p>	<p>(削除) <u>やむを得ない事情により参加できない場合は、</u> ※ 感染防止対策加算2、入退院支援加算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、在宅患者訪問褥瘡管理指導料、訪問看護療養費における在宅患者緊急時等カンファレンス加算も同様。</p>

改

外来栄養食事指導 (情報通信機器の活用)の見直し

第1 基本的な考え方

栄養食事指導の効果を高めるため、外来及び在宅における栄養食事指導における継続的なフォローアップについて、情報通信機器を活用して実施した場合の評価を見直す。

第2 具体的な内容

外来栄養食事指導料における、2回目以降の栄養食事指導について情報通信機器を用いて行う指導を評価する。

改定前	改定後
<p>【外来栄養食事指導料】</p> <p>イ 初回 260点</p> <p>ロ 2回目以降 <u>200点</u></p>	<p>【外来栄養食事指導料】</p> <p>イ 初回 260点</p> <p>ロ 2回目以降</p> <p>(1) 対面で行った場合 <u>200点</u></p> <p>(2) 情報通信機器を使用する場合 <u>180点</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>注2 ロの(2)については、医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が電話又は情報通信機器等によって必要な指導を行った場合に、<u>月1回に限り算定する。</u></p>

改

情報通信機器を用いた診療に係る要件の見直し

第1 基本的な考え方

報通信機器を用いて行う診療について、対面診療と組み合わせた活用を適切に推進する観点から、実施方法や対象疾患に係る要件等を見直す。

第2 具体的な内容

1. **オンライン診療料**の実施要件について、**事前の対面診療の期間を6月から3月に見直す**。また、緊急時の対応について、患者が速やかに受診可能な医療機関で対面診療を行えるよう、予め患者に受診可能な医療機関を説明した上で、診療計画に記載しておくこととする。
オンライン診療料の対象疾患について、定期的に通院が必要な慢性頭痛患者を追加する。

改定前	改定後
<p>【オンライン診療料】 [算定要件]</p> <p>(3) オンライン診療料が算定可能な患者は、<u>区分番号「B000」特定疾患療養管理料、「B001」の「5」小児科療養指導料、「B001」の「6」てんかん指導料、「B001」の「7」難病外来指導管理料、「B001」の「27」糖尿病透析予防指導管理料、「B001-2-9」地域包括診療料、「B001-2-10」認知症地域包括診療料、「B001-3」生活習慣病管理料、「C002」在宅時医学総合管理料又は「I016」精神科在宅患者支援管理料（以下「オンライン診療料対象管理料等」という。）の算定対象となる患者で、オンライン診療料対象管理料等を初めて算定した月から6月以上経過し、</u></p>	<p>【オンライン診療料】 [算定要件]</p> <p>(3) オンライン診療料が算定可能な患者は、別に厚生労働大臣が定める患者で、オンライン診療料対象管理料等を初めて算定した月又は慢性頭痛に対する対面診療を初めて行った月から3月以上経過し、かつ直近3月の間、オンライン診察を行う医師と同一の医師により、毎月対面診療を行っている患者に限る。ただし、直近2月の間にオンライン診療料の算定がある場合は、この限りではない。</p>

改

情報通信機器を用いた診療に係る要件の見直し

改定前	改定後
<p>【オンライン診療料】 [算定要件]</p> <p>(4) 患者の同意を得た上で、対面による診療とオンライン診療を組み合わせた診療計画（対面による診療の間隔は3月以内のものに限る。）を作成する。また、当該計画の中には、<u>患者の急変時における対応等も記載する。</u></p> <p style="text-align: right;">(新設)</p>	<p>【オンライン診療料】 [算定要件]</p> <p>(4) 患者の同意を得た上で、対面による診療とオンライン診療を組み合わせた診療計画（対面による診療の間隔は3月以内のものに限る。）を作成した上で実施すること。また、患者の急変時等の緊急時には、患者が速やかに受診できる医療機関において対面診療を行えるよう、事前に受診可能な医療機関を患者に説明した上で、当該計画の中に記載しておくこと。</p> <p>(14) 別に厚生労働大臣が定める患者のうち、慢性頭痛患者については、事前の対面診療、CT又はMRI及び血液学的検査等の必要な検査を行った上で一次性頭痛であると診断されており、病状や治療内容が安定しているが、痛みにより日常生活に支障を来すため定期的な通院が必要なものに限ること。</p> <p>(15) 別に厚生労働大臣が定める患者のうち、慢性頭痛患者に対して診療を行う医師は、慢性頭痛のオンライン診療に係る適切な研修を修了した医師に限ること。</p>

情報通信機器を用いた診療のより柔軟な活用

第1 基本的な考え方

へき地、医療資源が少ない地域や在宅医療において、**情報通信機器を用いて行う診療がより柔軟に活用できるよう、実施方法に係る要件を見直す。**

第2 具体的な内容

1. **へき地、医療資源が少ない地域に属する保険医療機関において、やむを得ない事情により、二次医療圏内の他の保険医療機関の医師が初診からオンライン診療を行う場合について、オンライン診療料が算定可能となるよう見直す。**

2. **へき地若しくは医療資源が少ない地域に属する保険医療機関又はへき地医療拠点病院において、他の保険医療機関の医師が継続的な対面診療を行っている場合は、当該他の保険医療機関内でオンライン診療を行うことができるよう要件を見直す。**

3. **オンライン在宅管理料及び精神科オンライン在宅管理料について、事前の対面診療の期間を6月から3月に見直すとともに、連続する3月の算定に係る要件を見直す。**

オンライン在宅管理料について、月2回以上の訪問診療を行った場合についても算定可能となるよう見直す。また、複数の医師がチームで診療を行う場合について、事前の対面診療に係る要件を見直す。

情報通信機器を用いた診療のより柔軟な活用

【オンライン診療料】

[算定要件]

注3 無医地区、準無医地区又は医療資源が少ない地域に属する保険医療機関において、やむを得ない事情により、二次医療圏内の他の保険医療機関の医師が初診からオンライン診療を行った場合については、注1及び注2の規定にかかわらず、オンライン診療料を算定できる。

(8) オンライン診察は、当該保険医療機関内において行う。ただし、無医地区、準無医地区若しくは医療資源が少ない地域に属する保険医療機関又はへき地医療拠点病院において、他の保険医療機関の医師が継続的な対面診療を行っている場合は、当該他の保険医療機関内でオンライン診療を行ってもよい。なお、この場合の診療報酬の請求については、無医地区、準無医地区若しくは医療資源が少ない地域に属する保険医療機関又はへき地医療拠点病院において行うこと。

(14)「注3」に規定するやむを得ない事情とは、無医地区、準無医地区又は医療資源が少ない地域に属する保険医療機関において、医師の急病時等であって、代診を立てられないこと等により患者の診療継続が困難となる場合をいう。この場合において、患者から同意を得て、二次医療圏内の他の保険医療機関にあらかじめ診療情報の提供を行い、情報提供を受けた保険医療機関の医師が初診からオンライン診療を行う場合は、注1及び注2の規定にかかわらず、オンライン診療料を算定できる。なお、当該報酬の請求については、診療情報の提供を行った保険医療機関で行うものとし、当該報酬の分配は相互の合議に委ねる。また、情報提供を受けてオンライン診療を行うことができる保険医療機関は、オンライン診療料の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関に限る。

(15)「注3」に規定する診療に係る事前の診療情報の提供について、B009診療情報提供料(Ⅰ)は別に算定できない。

かかりつけ医と連携した遠隔医療の評価

第1 基本的な考え方

希少性の高い疾患等、専門性の観点から**近隣の医療機関では診断が困難な疾患**に対して、**かかりつけ医のもとで、事前の十分な情報共有の上で遠隔地の医師が情報通信機器を用いた診療**を行う場合について新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

(新) **遠隔連携診療料** 500点



[算定要件]

- (1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、対面による診療を行っている患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診断を目的として、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす他の保険医療機関の医師と情報通信機器を用いて連携して診療を行った場合に、当該診断を行うまでの間、**3月に1回に限り算定**する。
- (2) 当該診療報酬の請求については、対面による診療を行っている保険医療機関が行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

[施設基準]

- (1) 別に厚生労働大臣が定める施設基準
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) **別に厚生労働大臣が定める患者**
 てんかん(外傷性を含む)の疑いがある患者
 指定難病の疑いがある患者
- (3) 別に厚生労働大臣が定める施設基準(他の保険医療機関)
 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。
 てんかん診療拠点病院又は難病医療拠点病院であること。

情報通信機器を用いた遠隔モニタリングの評価

第1 基本的な考え方

情報通信機器を用いて行う遠隔モニタリングについて、有効性・安全性に係るエビデンス等を踏まえ、実施方法に係る要件を見直す。

第2 具体的な内容

在宅酸素療法指導管理料の遠隔モニタリング加算について、モニタリングを行う項目の一部を見直す。

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の遠隔モニタリング加算について、モニタリングを行った上で、療養上必要な指導を行った場合又は患者の状態等を踏まえた医学的判断について診療録に記載した場合に算定できるよう見直す。

また、これらの加算における緊急時の対応に係る施設基準を見直す。

改

改定前	改定後
<p>【在宅酸素療法指導管理料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>(9) 遠隔モニタリング加算は、以下の全てを実施する場合に算定する。</p> <p>ア 「その他の場合」の対象で、かつ、日本呼吸器学会「COPD（慢性閉塞性肺疾患）診断と治療のためのガイドライン」のCOPDの病期分類でⅢ期以上の状態となる入院中の患者以外の患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前までの期間、情報通信機器を活用して、血圧、脈拍、酸素飽和度等の状態について定期的にモニタリングを行ったうえで適切な指導・管理を行い、状況に応じ、療養上必要な指導を行った場合に、2月を限度として来院時に算定することができる。</p>	<p>【在宅酸素療養指導管理料】</p> <p>[算定要件]</p> <p>(9) 遠隔モニタリング加算は、以下の全てを実施する場合に算定する。</p> <p>ア 「その他の場合」の対象で、かつ、日本呼吸器学会「COPD（慢性閉塞性肺疾患）診断と治療のためのガイドライン」のCOPDの病期分類でⅢ期以上の状態となる入院中の患者以外の患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、情報通信機器を活用して、脈拍、酸素飽和度、機器の使用時間及び酸素流量等の状態について定期的にモニタリングを行ったうえで、状況に応じ、療養上必要な指導を行った場合に、2月を限度として来院時に算定することができる。</p>

情報通信機器を用いた服薬指導の評価

第1 基本的な考え方

医薬品医療機器等法が改正され、情報通信機器を用いた服薬指導(オンライン服薬指導)が対面による服薬指導の例外として認められることなどを踏まえ、診療報酬上の評価を新設する。

第2 具体的な内容

1. 外来患者に対する情報通信機器を用いた服薬指導について、薬剤服用歴管理指導料として評価を新設する。

**(新) 薬剤服用歴管理指導料 4 オンライン服薬指導を行った場合
43点(月1回まで)**



[対象患者]

次のいずれにも該当する患者であること。

- (1) 医科点数表の区分番号A003 **オンライン診療料に規定する情報通信機器を用いた診療の実施に伴い、処方箋が交付された患者**
- (2) **原則3月以内に薬剤服用歴管理指導料1又は2を算定した患者**

[施設基準]

- (1) 情報通信機器を用いた服薬指導を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (2) 当該保険薬局において、1月当たりの次に掲げるものの算定回数の合計に占める薬剤服用歴管理指導料の4及び**在宅患者オンライン服薬指導料の算定回数の割合が1割以下**であること。

- ① 区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料
- ② 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料(在宅患者オンライン服薬指導料を含む)。

情報通信機器を用いた服薬指導の評価

[算定要件]

- (1)別に厚生労働大臣が定めるものに対して、オンライン服薬指導を行った場合に、月に1回に限り所定点数を算定する。この場合において、注4から注10までに規定する加算は算定できない。
- (2)オンライン服薬指導により、「区分番号10」の薬剤服用歴管理指導料に係る業務を実施すること。
- (3)医薬品医療機器等法施行規則及び関連通知に沿って実施すること。
- (4)オンライン服薬指導は、当該保険薬局内において行うこと。
- (5)患者の同意を得た上で、対面による服薬指導とオンライン服薬指導を組み合わせた服薬指導計画を作成し、当該計画に基づきオンライン服薬指導を実施すること。
- (6)オンライン服薬指導を行う保険薬剤師は、原則として同一の者であること。ただし、やむを得ない事由により、同一の保険薬剤師が対応できない場合には、同一保険薬局内の他の保険薬剤師(あらかじめ対面による服薬指導を実施したことがある2名までの保険薬剤師に限る。以下同じ。)の氏名を服薬指導計画に記載し、当該他の保険薬剤師がオンライン服薬指導を行うことについてあらかじめ患者の同意を得ている場合に限り、当該他の保険薬剤師がオンライン服薬指導を行っても差し支えない。
- (7)患者の薬剤服用歴を経時的に把握するため、原則として、手帳により薬剤服用歴及び服用中の医薬品等について確認すること。また、患者が服用中の医薬品等について、患者を含めた関係者が一元的、継続的に確認できるよう、原則として、服薬指導等の内容を手帳に記載すること。
- (8)当該服薬指導を行う際の情報通信機器の運用に要する費用及び医薬品等を患者に配送する際に要する費用は、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として、社会通念上妥当な額の実費を別途徴収できる。
- (9)医薬品を患者に配送する場合は、医薬品受領の確認を行うこと。
- (10)厚生労働省関係国家戦略特別区域法施行規則(平成26年厚生労働省令第33号)第31条第1号に該当する場合(以下「特区における離島・へき地の場合」という。)は、次のとおりとする。
 - ア(3)については、厚生労働省関係国家戦略特別区域法施行規則及び関連通知に沿って実施すること。
 - イ(5)については、服薬指導計画を作成することを要しない。
 - ウ(6)については、他の保険薬剤師が対応しようとする場合には、服薬指導計画以外の文書に当該他の保険薬剤師の氏名を記載し、当該他の保険薬剤師がオンライン服薬指導を行うことについてあらかじめ患者の同意を得ること。

1. 外来患者に対する情報通信機器を用いた服薬指導について、薬剤服用歴管理指導料として評価を新設する。

(新) **薬剤服用歴管理指導料 4 オンライン服薬指導を行った場合**
43点(月1回まで)

新

[対象患者]

次のいずれにも該当する患者であること。

- (1) 医科点数表の区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料に規定する訪問診療の実施に伴い、処方箋が交付された患者
- (2) 保険薬局において区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を月1回のみ算定している患者

[施設基準]

- (1) 薬剤服用歴管理指導料の4に係る届出を行った保険薬局であること。

[算定要件]

- (1) 別に厚生労働大臣が定めるものに対して、オンライン服薬指導(訪問薬剤管理指導と同日に行う場合を除く。)を行った場合に、注1の規定にかかわらず、在宅患者オンライン服薬指導料として**57点を算定**する。この場合において、保険薬剤師1人につき、週10回に限り算定できる。
- (2) 在宅患者訪問薬剤管理指導料と在宅患者オンライン服薬指導料を合わせて保険薬剤師1人につき週40回に限り算定できる。
- (3) オンライン服薬指導により、「区分番号10」の薬剤服用歴管理指導料に係る業務を実施すること。
- (4) 医薬品医療機器等法施行規則及び関連通知に沿って実施すること。
- (5) オンライン服薬指導は、当該保険薬局内において行うこと。
- (6) 患者の同意を得た上で、対面による服薬指導とオンライン服薬指導を組み合わせた服薬指導計画を作成し、当該計画に基づきオンライン服薬指導を実施すること。

1. 外来患者に対する情報通信機器を用いた服薬指導について、薬剤服用歴管理指導料として評価を新設する。

(新) 薬剤服用歴管理指導料 4 オンライン服薬指導を行った場合 43点(月1回まで)



[算定要件](続き)

(7)オンライン服薬指導を行う保険薬剤師は、原則として同一の者であること。ただし、やむを得ない事由により、同一の保険薬剤師が対応できない場合には、同一保険薬局内の他の保険薬剤師(あらかじめ対面による服薬指導を実施したことがある2名までの保険薬剤師に限る。以下同じ。)の氏名を服薬指導計画に記載し、当該他の保険薬剤師がオンライン服薬指導を行うことについてあらかじめ患者の同意を得ている場合に限り、当該他の保険薬剤師がオンライン服薬指導を行っても差し支えない。

(8)訪問診療を行った医師に対して、在宅患者オンライン服薬指導の結果について必要な情報提供を文書で行うこと。

(9)患者の薬剤服用歴を経時的に把握するため、原則として、手帳により薬剤服用歴及び服用中の医薬品等について確認すること。また、患者が服用中の医薬品等について、患者を含めた関係者が一元的、継続的に確認できるよう、原則として、服薬指導等の内容が手帳に記載されるようにすること。

(10)当該服薬指導を行う際の情報通信機器の運用に要する費用及び医薬品等を患者に配送する際に要する費用は、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として、社会通念上妥当な額の実費を別途徴収できる。

(11)医薬品を患者に配送する場合は、医薬品受領の確認を行うこと。

※他にも

(新)在宅患者訪問薬剤管理指導料 在宅患者 オンライン服薬指導を行った場合 57点(月1回まで)



新型コロナウイルス流行に伴う電話再診等の対応

【対応の要約】

高齢者や基礎疾患のある患者など、重症化が懸念される患者で、既に診断されている慢性疾患等のお薬が必要な場合には、これまでもその患者に処方されていた慢性疾患治療薬を電話やオンライン診療など(情報通信機器を用いた診察)で処方が可能。

処方箋情報はファクシミリ等で、患者が希望する薬局に送付し、薬局はその処方箋情報に基づき調剤可能。院内処方の場合には、お薬を調剤のうえ配送が可能。

【対応方法】

- ・電話再診
- ・**オンライン診療システム(要届出)※事実上届出済の医療機関**

【対象患者】

慢性疾患等を有する定期受診患者等

※算定できる対象患者や薬剤の通知での記載※

- ・慢性疾患等を有する定期受診患者等
- ・当該患者が複数回以上受診しているかかりつけ医等が処方
- ・その利便性や有効性が危険性等を上回ると判断した場合
- ・これまでも当該患者に対して処方されていた慢性疾患治療薬

【算定可能な点数】

- ・電話等再診
- ・**オンライン診療料(要届出)(事前の診療計画は不要)**
- ・処方箋料(院外処方)
- ・処方料(院内処方)
- ・調剤料(院内処方)
- ・調剤技術基本料(院内処方)
- ・薬剤の郵送代(3月23日付通知で明示)
- ・在宅療養指導管理料、在宅療養指導管理材料加算

疑義解釈資料の送付について(その1)

【再診料(電話等による再診)】

問1 区分番号「A001」再診料のうち、注9に規定する電話等による再診について、休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っている
と認められる保険医療機関の受診を指示した上で、**指示を行った同日に必要な診療情報を文書等で提供した場合は、区分番号「B009」診療情報提供料(Ⅰ)を算定できるとあるが、例えば、夜間に患者から連絡を受けて当該指示を行い、診療情報の提供を行うまでに日付が変わった場合は算定できないか。**

(答)診療情報の提供は、受診の指示を行った後、速やかに行う必要があるが、**診療時間外に患者等から連絡を受けて当該指示を行い、翌日の診療を開始するまでの間に診療情報の提供を行った場合は算定できる。**

疑義解釈資料の送付について(その1)

【オンライン診療料】

問2 区分番号「A003」オンライン診療料について、オンライン診療を実施しようとする月の**直近3月の間**、当該疾患について**毎月対面診療を行う医師**は、オンライン診療を行う医師と**同一のものに限られるか**。

(答)**そのとおり**。

問3 区分番号「A003」オンライン診療料について、「**日常的に通院又は訪問による対面診療が可能な患者**」とあるが、現に通院又は訪問を行っている患者であれば、**通院又は訪問に一定の時間を要する場合であっても対象としてよいか**。

(答)その場合も**対象としてよいが**、当該要件における「**日常的に通院又は訪問による対面診療が可能な患者**」とは、**目安としては、概ね 30 分以内に通院又は訪問が可能な患者を想定している**。

問4 区分番号「A003」オンライン診療料について、算定可能な対象に「**一 次性頭痛であると診断**」された患者とあるが、**当該頭痛にはどのような疾患が含まれるか**。

(答)**片頭痛、緊張型頭痛、群発頭痛、三叉神経・自律神経性頭痛等**が含まれる。

疑義解釈資料の送付について(その1)

【オンライン診療料】

問5 区分番号「A003」オンライン診療料の注3について、「当該報酬の請求については、**診療情報の提供を行った保険医療機関で行う**」とあるが、当該請求を行うに当たって、**請求に必要な事項をどのように把握**するのか。

(答)区分番号「A003」の注3の規定によりオンライン診療を行った場合、オンライン診療を行った保険医療機関において、診療情報の提供を行った保険医療機関に対して、**行った診療の内容や処方等の情報を文書等(ファクシミリ又は電子メールを含む。)**で提供することにより、診療情報の提供を行った保険医療機関は請求に必要な事項を把握すること。なお、留意事項通知別添1のA003の(9)に基づきオンライン診療を行い、**医療資源の少ない地域等に所在する保険医療機関等が診療報酬を請求する場合についても、同様の取扱いとする。**

疑義解釈資料の送付について(その1)

【夜間看護体制加算、看護職員夜間配置加算】

問 14 「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目」のうち、「**ICT、AI、IoT等の活用によって、看護要員の業務負担軽減を行っていること**」について、① 具体的にはどのようなものを活用することが想定されるか。② 1年に1回以上実施する**看護要員による評価の方法に関する規定はあるのか**。

(答)① **看護記録の音声入力、AIを活用したリスクアセスメント、ウェアラブルセンサ等を用いたバイタルサインの自動入力等が例として挙げられる。単にナースコール、心電図又は SpO2 モニター、電子カルテ等を用いていること等は該当しない。**

② **看護要員の業務負担軽減に資するものとなっているかどうかを評価し、それをもとに活用方法等を検討することが可能であれば、具体的な手法については定めていない。**

2020年度診療報酬改定 医療安全・感染防止関連

中医協資料 主な施設基準の届け出状況より抜粋

施設基準の届出施設数の推移

主な施設基準届出状況	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
全国の病院総数	8,862	8,794	8,739	8,670	8,630	8565	8540	8493	8480	8418	8404	8378
医療安全対策加算	1,409	1,522	1,602	2,639	2,861	3,228	3,392	1/ 1,720 2/ 1,770	1/ 1,748 2/ 1,793	1/ 1,771 2/ 1,848	1/ 1,786 2/ 1,878	1/ 1,792 2/ 2,033
医療安全対策地域連携加算												1/ 1,337 2/ 1,274
感染防止対策加算1						956	1052	1101	1174	1249	1296	1331
感染防止対策加算2						2360	2560	2618	2647	2652	2678	2718
感染防止対策地域連携加算												1318
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	2559	2609	2638	2638
	診療所	186	189	237	253	255	265	280	282	294	297	297
医療機器安全管理料2	病院	389	405	437	440	457	466	485	499	503	510	510
	診療所	9	7	9	10	12	13	15	17	17	16	16

* 枠内の数字は届出施設数

抗菌薬適正使用支援加算の見直し

第1 基本的な考え方

病院内及び地域における抗菌薬の適正使用を推進する観点から、抗菌薬適正使用支援チームの業務の実態等を踏まえ、抗菌薬適正使用支援加算について外来における抗菌薬の使用状況の把握等を含め要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 抗菌薬適正使用支援チームの業務として、モニタリングを行う広域抗菌薬の種類¹の拡充、外来における経口抗菌薬の処方状況の把握及び報告、抗菌薬適正使用を目的とした院内研修において「**抗微生物薬適正使用の手引き**」を用いること等を追加する。

また、抗菌薬適正使用の推進に係る相談等を受ける体制を有していることについて、感染防止対策加算の要件である**カンファレンスの機会を通じて他の医療機関に周知するよう、要件を見直す**。

2. **抗菌薬適正使用支援加算**について、**感染防止対策地域連携加算**の加算から、**感染防止対策加算1**の加算に見直す。

改

改定前	改定後
<p>【抗菌薬適正使用支援加算】</p> <p>[算定要件]</p> <p>3 感染防止対策地域連携加算を算定する場合について、抗菌薬の適正な使用の支援に関する体制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入院している患者については、抗菌薬適正使用支援加算として、100点を更に所定点数に加算する。</p>	<p>【抗菌薬適正使用支援加算】</p> <p>[算定要件]</p> <p>3 感染防止対策加算1を算定する場合について、抗菌薬の適正な使用の支援に関する体制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入院している患者については、抗菌薬適正使用支援加算として、100点を更に所定点数に加算する。</p>

小児抗菌薬適正使用支援加算の見直し

第1 基本的な考え方

小児の外来診療における抗菌薬の適正使用を推進する観点から、小児抗菌薬適正使用支援加算について**対象となる患者や頻度等の要件を見直す**。

第2 具体的な内容

小児抗菌薬適正使用支援加算について、算定対象となる**患者を3歳未満から6歳未満に拡大**するとともに、**月に1回に限り算定**できることとする。



改定前	改定後
<p>【小児科外来診療料】</p> <p>1 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合</p> <p>イ 初診時 599点</p> <p>ロ 再診時 406点</p> <p>2 1 以外の場合</p> <p>イ 初診時 716点</p> <p>ロ 再診時 524点</p>	<p>【小児科外来診療料】</p> <p>1 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合</p> <p>イ 初診時 599点</p> <p>ロ 再診時 406点</p> <p>2 1 以外の場合</p> <p>イ 初診時 716点</p> <p>ロ 再診時 524点</p> <p>[算定要件]</p> <p>小児抗菌薬適正使用支援加算として、月に1回に限り80点を所定点数に加算する。</p> <p>※ 小児かかりつけ診療料についても同様。</p>

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

歯科外来診療における院内感染防止対策を推進する観点から、常勤の歯科医師だけでなく関係する職員を対象とした研修を行うこととし、基本診療料について評価を見直す。

第2 具体的な内容

1. 歯科初診料、歯科再診料の施設基準について院内感染防止対策に係る要件を見直す。
2. 歯科初診料、歯科再診料の評価を充実する。

改定前	改定後
<p>[算定要件]</p> <p>【初診料】</p> <p>1 歯科初診料 <u>251点</u></p> <p>2 地域歯科診療支援病院歯科初診料 288点</p> <p>【再診料】</p> <p>1 歯科再診料 <u>51点</u></p> <p>2 地域歯科診療支援病院歯科再診料 73点</p> <p>[施設基準]</p> <p>(新設)</p>	<p>[算定要件]</p> <p>【初診料】</p> <p>1 歯科初診料 <u>261点</u> </p> <p>2 地域歯科診療支援病院歯科初診料 288点</p> <p>【再診料】</p> <p>1 歯科再診料 <u>53点</u> </p> <p>2 地域歯科診療支援病院歯科再診料 73点</p> <p>[施設基準]</p> <p>(5) 歯科外来診療における院内感染防止対策に係る職員研修を行っていること。</p>

中心静脈栄養の適切な管理の推進

第1 基本的な考え方

1. **中心静脈カテーテル等の長期留置を行っている患者に対する感染管理体制を求める等、療養病棟入院基本料について要件を見直す。**
2. 中心静脈栄養の適切な管理を推進する観点から、療養病棟入院基本料の医療区分3の評価項目のうち、「**中心静脈栄養を実施している状態**」について**要件を見直す。**
3. 中心静脈カテーテル等を長期の栄養管理を目的として留置する際に、**患者への適切な情報提供を推進する観点から、手技料の要件を見直す。**

改

第2 具体的な内容

1. 療養病棟入院基本料について、中心静脈カテーテルに係る院内感染対策の指針を作成すること及び中心静脈カテーテルに係る感染症の発生状況を把握することを要件とする。

改定前	改定後
<p>【療養病棟入院基本料】 [施設基準]</p>	<p>【療養病棟入院基本料】 [施設基準]</p> <p>4の12 中心静脈注射用カテーテルに係る感染を防止するつき十分な体制として、次の体制を整備していること。</p> <p>ア 中心静脈注射用カテーテルに係る院内感染対策のための指針を策定していること。</p> <p>イ 当該療養病棟に入院する個々の患者について、中心静脈注射用カテーテルに係る感染症の発生状況を継続的に把握すること。</p>

新

○会議や研修の効率化合理化について

Q、医療安全管理体制の基準のうち安全管理の責任者等で構成される委員会について、対面によらない方法でも開催可能とする(感染防止対策の基準、医療安全対策加算についても同様)とされたが、対面によらない方法で開催可とされる委員会はこれが3つに限定されるのか。

A、医療安全管理体制の基準、院内感染防止対策の基準医療安全対策加算の3つの項目に限り、対面によらない方法での開催を可能とする。

Q、安全管理の責任者等で構成され委員会等について、対面によらない方法でも開催可能とされたが、予め議事事項を配布し、メール等で採決を取る方法や書面による持ち回り会議は可能か。

A、いずれも可能である。

疑義解釈資料の送付について(その1)

【医療安全対策加算(医療安全対策地域連携加算)】

問 22 区分番号「A234」医療安全対策加算の医療安全対策地域連携加算2を届け出ている医療機関について、**連携先の医療機関が、医療安全対策加算1に係る要件を満たしていないことがわかった場合、どの時点で、医療安全対策地域連携加算2の変更の届出を行う必要があるか。**

(答)連携先の医療機関が、**医療安全対策加算1に係る要件を満たしていないことがわかった時点で遅滞なく変更の届出を行うこと。**なお、医療安全対策地域連携加算1及び感染防止対策加算の感染防止対策地域連携加算についても同様の取扱いである。

疑義解釈資料の送付について(その1)

【感染防止対策加算(抗菌薬適正使用支援加算)】

問 23 区分番号「A234-2」の注3の抗菌薬適正使用支援加算について、抗菌薬適正使用支援チームの業務として「**外来における過去1年間の急性気道感染症及び急性下痢症の患者数並びに当該患者に対する経口抗菌薬の処方状況を把握する**」とあるが、**令和2年7月の報告は、令和2年4月以降に把握した3月間の実績**でよいか。

(答)令和2年7月の報告に限り、**令和2年4月以降の3月間の実績を報告することで差し支えない**。

2020年度診療報酬改定 働き方改革関連

医師等の従事者の常勤配置及び専従要件に関する要件の緩和

- 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、常勤配置に係る要件及び専従要件を見直す。

常勤換算の見直し

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している項目について、**週3日以上かつ週22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配置可能とする。

医師の配置について

医師については、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項目を拡大**する。

(対象となる項目)

- ・ 緩和ケア診療加算
- ・ 栄養サポートチーム加算
- ・ 感染防止対策加算 等

看護師の配置について

看護師については、**外来化学療法加算について、非常勤職員でも配置可能**とする。

専従要件について

専従要件について、専従を求められる業務を実施していない勤務時間において、**他の業務に従事できる項目を拡大**する。

(対象となる項目)

- ・ ウイルス疾患指導料(注2)
- ・ 障害児(者)リハビリテーション料
- ・ がん患者リハビリテーション料



医師等の従事者の常勤配置及び 専従要件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、常勤配置に係る要件及び専従要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 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している項目について、週3日以上かつ週22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配置可能とする。

2. 医師については、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項目を拡大する。

改

非常勤の週3日以上かつ24時間以上の場合が、週3日以上かつ22時間以上に緩和された！

【緩和ケア診療加算】の[施設基準]において、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師(悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する医師に限る。)を2名組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該2名の非常勤医師が緩和ケアチームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

※ 栄養サポートチーム加算、感染防止対策加算、抗菌薬適正使用支援加算についても同様。

「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。

従来の常勤の定義である週4日以上かつ32時間以上は従来通りで週3日以上かつ24時間以上の場合が週3日以上かつ22時間以上に緩和された！

○医師等の従事者の常勤配置及び要件に関する要件の緩和について

Q、週3日以上かつ週22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配置可能とされたが、週3日以上かつ週22時間以上の勤務は毎週である必要があるか。週3日以上かつ週22時間以上の隔週勤務者を組み合わせても良いか。

A、**隔週勤務者は常勤換算の対象とならない。**

疑義解釈資料の送付について(その1)

【横断的事項】

問 174 週3日以上かつ週 22 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による配置が可能である項目について、週3日以上かつ週 22 時間以上の隔週勤務者を組み合わせてもよいか。

(答)隔週勤務者は常勤換算の対象にならない。

問 175 安全管理の責任者等で構成される委員会、院内感染防止対策委員会及び医療安全対策加算に規定するカンファレンスについて、対面によらない方法でも開催可能とするとされたが、具体的にはどのような実施方法が可能か。

(答)例えば、書面による会議や、予め議事事項を配布しメール等で採決をとる方法、電子掲示板を利用する方法が可能である。ただし、議事について、構成員が閲覧したことを確認でき、かつ、構成員の間で意見を共有できる方法であること。

地域の救急医療体制における重要な機能を担う医療機関に対する評価の新設

第1 基本的な考え方

地域医療の確保を図る観点から、過酷な勤務環境となっている、地域の救急医療体制における重要な機能を担う医療機関について新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

地域の救急医療体制において一定の実績を有する医療機関について、適切な労務管理等を実施することを前提として、入院医療の提供に係る評価を新設する。

(新) **地域医療体制確保加算 520点**

新

[算定要件]

(1) **救急医療を提供する体制、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制その他の事項**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入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、地域医療体制確保加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、当該基準に係る区分に従い、**入院初日に限り所定点数に加算**する。

地域の救急医療体制における重要な機能を担う医療機関に対する評価の新設

新

[施設基準]

(1) **A100一般病棟入院基本料**(地域一般入院基本料を除く。)、**A102結核病棟入院基本料**(7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る。)、**A103精神病棟入院基本料**(10対1入院基本料に限る。)、**A104特定機能病院入院基本料**(7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る。)、**A105専門病院入院基本料**(7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る。)、**A300救命救急入院料**、**A301特定集中治療室管理料**、**A301-2ハイケアユニット入院医療管理料**、**A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料**、**A301-4小児特定集中治療室管理料**、**A302新生児特定集中治療室管理料**、**A303総合周産期特定集中治療室管理料**、**A303-2新生児治療回復室入院医療管理料**、**A305一類感染症患者入院医療管理料**、**A307小児入院医療管理料**(小児入院医療管理料5を除く。)**A311精神科救急入院料**又は**A311-3精神科救急・合併症入院料**を算定する病棟であること。

(2) **救急医療に係る実績**として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる**搬送件数**が、**年間で2,000件以上**であること。

地域の救急医療体制における重要な機能を 担う医療機関に対する評価の新設



[施設基準] (続き)

(3) 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。

- ① 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善のため、**病院勤務医の勤務状況の把握とその改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること。**
- ② 病院勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況を把握していること。
- ③ 当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、「**病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画**」を作成すること。また、当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。
- ④ ③の計画は、現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取り組み内容と目標達成年次等を含めた病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とするとともに、定期的に評価し、見直しを行うこと。
- ⑤ ③の計画の作成に当たっては、次に掲げるア～キの項目を踏まえ検討した上で、**必要な事項を記載すること。**

ア 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における**役割分担の具体的内容**(例えば、初診時の予診の実施、静脈採血等の実施、入院の説明の実施、検査手順の説明の実施、服薬指導など)

イ 勤務計画上、**連続当直を行わない勤務体制の実施**

ウ 前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間の**一定時間の休息時間の確保**(勤務間インターバル)

エ **予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮**

オ **当直翌日の業務内容に対する配慮**

カ **交替勤務制・複数主治医制の実施**

キ **育児・介護休業法第23条第1項、同条第3項又は同法第24条の規定による措置を活用した短時間正規雇用医師の活用**

- ⑥ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関する**取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等**の方法で公開すること。

機能強化加算の見直し

改

第1 基本的な考え方

かかりつけ医機能の普及を図る観点から、地域においてかかりつけ医機能を担う医療機関において、**当該機能の更なる周知等の在り方について、機能強化加算の掲示等の情報提供に係る要件を見直す。**

第2 具体的な内容

1. 地域におけるかかりつけ医機能として院内に掲示する事項として、以下を追加する。
 - ・ **必要に応じて、専門医、専門医療機関に紹介すること。**
 - ・ **医療機能情報提供制度を利用して、かかりつけ医機能を有する医療機関が検索できること。**
2. また、院内に掲示する事項と同様の内容について、患者へ提供する。
 - ・ **当該掲示内容を書面にしたものを、患者が持ち帰れる形で、医療機関内の見えやすいところに置いておくこと。**
 - ・ **当該掲示内容について、患者の求めがあった場合には、当該掲示内容を書面にしたものを交付すること。**

機能強化加算として、**80点**(点数に変更なし)

機能強化加算の見直し



[施設基準]

(2) 地域において包括的な診療を担う医療機関であることについて、当該保険医療機関の**見やすい場所に掲示するなどの取組を行っていること。**

(3) 地域におけるかかりつけ医機能として、**健康診断の結果等の健康管理に係る相談、保健・福祉サービスに関する相談、夜間・休日の問い合わせへの対応及び必要に応じた専門医又は専門医療機関への紹介を行っている医療機関であることを、当該医療機関の見やすい場所に掲示していること。**

また、医療機能情報提供制度を利用してかかりつけ医機能を有する医療機関が検索可能であることを、当該医療機関の見やすい場所に掲示していること。

(4) 地域におけるかかりつけ医機能として、健康診断の結果等の健康管理に係る相談、保健・福祉サービスに関する相談及び夜間・休日の問い合わせへの対応を行っている医療機関であることについて記載した**書面を、医療機関内の見やすい場所に置き、必要に応じて患者が持ち帰れるようにすること。**

また、**患者の求めがあった場合には、当該書面を交付すること。**

病棟薬剤業務実施加算の評価の見直し

第1 基本的な考え方

薬剤師の病棟業務の実施により医師の負担軽減を推進する観点から、病棟薬剤業務実施加算について評価を見直すとともに、対象となる病棟を見直す。

第2 具体的な内容

1. **病棟薬剤業務実施加算1及び2**について、評価を充実する。



改定前	改定後
【病棟薬剤業務実施加算】	【病棟薬剤業務実施加算】
1 病棟薬剤業務実施加算1（週1回） <u>100点</u>	1 病棟薬剤業務実施加算1（週1回） <u>120点</u>
2 病棟薬剤業務実施加算2（1日につき） <u>80点</u>	2 病棟薬剤業務実施加算2（1日につき） <u>100点</u>

2. **ハイケアユニット入院医療管理料**を算定する治療室内における薬剤師の配置を、**病棟薬剤業務実施加算2**において評価する。

薬剤師の常勤配置に関する要件の緩和

第1 基本的な考え方

医療従事者の柔軟な働き方に対応する観点から、病棟薬剤業務実施加算及び薬剤管理指導料について常勤薬剤師の配置に係る要件を見直す。

第2 具体的な内容

常勤薬剤師の複数配置を求めている要件について、**週3日以上かつ週22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、1名は常勤薬剤師であることが必要)**。

改

【**病棟薬剤業務実施加算**】の[施設基準]において、当該保険医療機関に常勤の薬剤師が、2人以上配置されているとともに、病棟薬剤業務の実施に必要な体制がとられていること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤の薬剤師を2人組み合わせることにより、当該保険医療機関における常勤薬剤師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤薬剤師が配置されている場合には、これらの非常勤薬剤師の実労働時間を常勤換算し常勤薬剤師数に算入することができる。ただし、常勤換算し常勤薬剤師に算入することができるのは、常勤の薬剤師のうち1名までに限る。

※ **薬剤管理指導料**についても同様。

夜間看護体制の見直し

第1 基本的な考え方

医療機関の実情に応じて、より柔軟に夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等を行えるよう、夜間看護体制加算等に係る要件を見直す。

改

第2 具体的な内容

夜間における看護業務の負担軽減に資する十分な業務管理等の体制の整備の要件について、項目内容の見直しを行う。

【夜間看護体制加算(急性期看護補助体制加算)】

[施設基準]

(2) 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、3項目以上を満たしていること。

ア～ウ(略)

エ 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の夜勤後の暦日の休日が確保されていること。

オ 当該病棟において、夜勤時間帯の患者のニーズに対応できるよう、柔軟な勤務体制の工夫がなされていること。

カ～キ(略)

ク 当該保険医療機関において、夜勤時間帯を含めて開所している院内保育所を設置しており、夜勤を含む交代制勤務に従事する医療従事者の利用実績があること。

ケ 当該病棟において、ICT、AI、IoT等の活用によって、看護要員の業務負担軽減を行っていること。

(3) (中略)(2)のクについては、院内保育所の保育時間に当該保険医療機関が定める夜勤時間帯のうち4時間以上が含まれること。なお、利用者がいない日についてはこの限りではない。

※ 障害者施設等入院基本料の注10に掲げる夜間看護体制加算、看護職員夜間配置加算(看護職員夜間12対1配置加算1及び看護職員夜間16対1配置加算1に限る)、看護補助加算の注3に掲げる夜間看護体制加算、精神科救急入院料の注5及び精神科救急・合併症入院料の注5に掲げる看護職員夜間配置加算についても同様。

医師事務作業補助体制加算の評価の充実

第1 基本的な考え方

勤務医の働き方改革を推進し、質の高い診療を提供する観点から、**医師事務作業補助体制加算**について勤務医の勤務環境に関する取組が推進されるよう、要件及び評価を見直す。

改

第2 具体的な内容

1. 勤務医の働き方改革を推進し、質の高い診療を提供する観点から、**医師事務作業補助体制加算**について、**算定が可能な病棟等を拡大するとともに、評価の見直しを行う。**

※結核病棟入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料、入院医療管理料、精神科急性期治療病棟入院料2、等

2. 医療資源の少ない地域に配慮した評価について、へき地医療拠点病院であることが要件となっている評価を対象に追加する。

医師事務作業補助体制加算の評価の充実

改定前	改定後
【医師事務作業補助体制加算】	【医師事務作業補助体制加算】
1 医師事務作業補助体制加算 1	1 医師事務作業補助体制加算 1
イ 15対1 補助体制加算 920点	イ 15対1 補助体制加算 970点
ロ 20対1 補助体制加算 708点	ロ 20対1 補助体制加算 758点
ハ 25対1 補助体制加算 580点	ハ 25対1 補助体制加算 630点
ニ 30対1 補助体制加算 495点	ニ 30対1 補助体制加算 545点
ホ 40対1 補助体制加算 405点	ホ 40対1 補助体制加算 455点
ヘ 50対1 補助体制加算 325点	ヘ 50対1 補助体制加算 375点
ト 75対1 補助体制加算 245点	ト 75対1 補助体制加算 295点
チ 100対1 補助体制加算 198点	チ 100対1 補助体制加算 248点
2 医師事務作業補助体制加算 2	2 医師事務作業補助体制加算 2
イ 15対1 補助体制加算 860点	イ 15対1 補助体制加算 910点
ロ 20対1 補助体制加算 660点	ロ 20対1 補助体制加算 710点
ハ 25対1 補助体制加算 540点	ハ 25対1 補助体制加算 590点
ニ 30対1 補助体制加算 460点	ニ 30対1 補助体制加算 510点
ホ 40対1 補助体制加算 380点	ホ 40対1 補助体制加算 430点
ヘ 50対1 補助体制加算 305点	ヘ 50対1 補助体制加算 355点
ト 75対1 補助体制加算 230点	ト 75対1 補助体制加算 280点
チ 100対1 補助体制加算 188点	チ 100対1 補助体制加算 238点

改

2020年度診療報酬改定 その他

重症度、医療・看護必要度の 評価項目及び判定基準の見直し

第1 基本的な考え方

急性期の入院医療の必要性に応じた適切な評価を行う観点から、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について、**必要度の判定に係る項目や判定基準等の要件を見直す。**

改

第2 具体的な内容

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について、判定に係る項目や判定基準を以下のように見直す。

1. 重症度、医療・看護必要度のA項目について、以下のように見直す。

(1)重症度、医療・看護必要度Ⅰの「救急搬送後の入院」について、**評価期間を入院後5日間に見直す。**また、重症度、医療・看護必要度Ⅱにおいて、入院日に救急医療管理加算1若しくは2又は夜間休日救急搬送医学管理料を算定する患者を、入院後5日間評価の対象とする。

(2)専門的な治療・処置のうち「**免疫抑制剤の管理**」について、**注射剤に限り評価の対象とする。**

2. 重症度、医療・看護必要度のC項目について、**評価期間を見直す。**

また、**対象となる検査及び手術**について、入院で実施される割合が**9割以上のものを追加するとともに、入院で実施される割合が9割未満のものを除外する。**

3. 重症度、医療・看護必要度のA項目(専門的な治療・処置のうち薬剤を使用するものに限る。)及びC項目について、**重症度、医療・看護必要度Ⅰにおいても、レセプト電算処理システム用コードを用いた評価とする。**

4. 重症度、医療・看護必要度の基準について、「**B14又はB15に該当する患者であって、A得点が1点以上かつB得点が3点以上**」の基準を削除する。

重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し

改

第1 基本的な考え方

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の判定に係る項目や判定基準の見直し等を踏まえ、**該当患者割合に係る要件を見直す**。また、該当患者割合に応じた柔軟な届出が可能となるよう、急性期一般入院料2及び3の届出に係る要件を見直す。

第2 具体的な内容

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直しに伴い、入院料等の施設基準に定められている**該当患者割合について見直す**。
また、急性期一般入院料2及び3について、重症度、医療・看護必要度Ⅰを用いた場合も届け出られるよう見直す。

診療情報の提供に対する評価の新設

第1 基本的な考え方

かかりつけ医機能及び医療機関間の連携を推進する観点から、**紹介先の他の医療機関から紹介元のかかりつけ医機能を有する医療機関へ情報提供を行った場合**について新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

かかりつけ医機能を有する医療機関等から紹介された患者に対して継続的な診療を行っている場合に、紹介元のかかりつけ医機能を有する医療機関等からの求めに応じて、診療情報の提供を行った場合の評価を新設する。

(新) 診療情報提供料(Ⅲ) 150点

新

[対象患者]

(1)地域包括診療加算、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)若しくは施設入居時等医学総合管理料(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)

を届け出ている医療機関から紹介された患者

(2)妊娠している者であって、産科若しくは産婦人科を標榜している医療機関から紹介された患者

(3)別の保険医療機関から地域包括診療加算、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)若しくは施設入居時等医学総合管理料(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)を届け出ている医療機関に紹介された患者

診療情報の提供に対する評価の新設

[算定要件]

- (1)別の保険医療機関から紹介された患者について、当該患者を紹介した別の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合(初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。)に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。
- (2)妊娠している者であって、産科若しくは産婦人科を標榜している医療機関から紹介された患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要性を認め、患者の同意を得て、当該患者を紹介した別の保険医療機関に情報提供を行った場合は、月1回に限り算定する。

[施設基準]

- (1)当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること。
- (2)算定要件の(2)については、当該保険医療機関内に妊娠している者の診療を行うにつき十分な経験を有する常勤の医師が配置されていることが望ましいこと。

○診療情報提供料(Ⅲ)について

Q、別の保険医療機関から紹介された患者について当該患者を紹介した別の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療情報を示す文書を提供した場合に算定可能となっているが、**紹介された患者が入院となり文書を提供するタイミングが遅れた場合についても算定も可能か**

A、**算定可能**である。

Q、「妊娠しているものであって、産科若しくは産婦人科を標榜している医療機関から紹介された患者について…当該患者を紹介した別の保険医療機関に情報提供を行った場合に算定する。」とあるが**情報提供を行った先の保健医療機関の診療科は問わないのか。**

A、**情報提供先の診療科は問わない。**

Q、「産科もしくは産婦人科を標榜している医療機関もから紹介された患者について、診療に基づき頻回の情報提供の必要性を認め…」となるが、「**頻回の情報提供**」とは具体的には**どのような要件**なのか。

A、**1月に1回以上情報提供を行った場合に月1回限り算定可能**である

疑義解釈資料の送付について(その1)

【診療情報提供料(Ⅲ)】

問 86 区分番号「B011」診療情報提供料(Ⅲ)について、**紹介元の医療機関に対して単に受診した旨を記載した文書を提供した場合には算定できないか。**

(答)単に受診した旨のみを記載した文書を提供した場合は**算定不可**。

問 87 区分番号「B011」診療情報提供料(Ⅲ)について、**紹介された患者が、紹介元の医療機関への受診する予定が明らかでない場合についても、算定可能か。**

(答)**算定不可**。

問 88 区分番号「B011」診療情報提供料(Ⅲ)について、**予約した次回受診日に患者が受診しなかった場合又は予約した次回受診日を変更した場合についても、算定可能か。**

(答)**算定可能**。

明細書発行の推進

第1 基本的な考え方

明細書が果たすべき機能やそれらの発行業務の実態を踏まえ、公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者(全額公費負担の患者を除く。)について、**診療所における明細書発行に係る要件を見直す。**

改

第2 具体的な内容

1. 診療所において、公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者(全額公費負担の患者を除く。)について、正当な理由がある場合でも、**患者からの求めがあったときには、明細書発行を義務とする。**

2. 一部負担金の支払いがない患者に対応した明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピューター又は自動入金機の改修が必要な診療所が対応を完了する期間を考慮し、**2年間の経過措置を設ける。**

市場が拡大した場合の評価の見直し

第1 基本的な考え方

医療機器や検査等において、適応追加等により市場が拡大する場合があります、これによって財政影響が無視できない範囲に及ぶこともあり得ることから、市場が著しく拡大した場合には評価を見直す仕組みを設ける。

新

第2 具体的な内容

1. 新規収載及び適応追加等に伴う算定留意事項の変更に当たって、保険医療材料等専門組織において審議を行う際に、将来的な可能性も含め、収載時の市場規模予測を大きく上回り、これによって財政影響が無視できない範囲に及ぶことが想定されるものについては、評価の見直しを検討する基準を併せて審議し、個々の技術に応じた基準を設定することとする。**なお、既に収載されている遺伝子パネル検査等の悪性腫瘍遺伝子検査については、将来的な市場の拡大が想定されることから、収載時の市場規模予測の2倍以上という基準を設定する。**

2. 設定された基準を超えるような市場の拡大が認められた場合には、まず保険医療材料等専門組織において、評価の見直しの妥当性について検討することとし、妥当性が認められたものについて、中央社会保険医療協議会総会において具体的な見直しを検討することとする。

歯科用CAD／CAM冠の対象拡大

第1 基本的な考え方

コンピュータ支援設計・製造ユニット(**歯科用CAD／CAM装置**)を用いて製作する**歯冠修復物の対象を拡大**する。

第2 具体的な内容

CAD／CAM冠の適応を**上顎第一大臼歯に拡大**する。

A blue circular icon with a white border and the Japanese character '改' (change) in the center.

腹膜透析と血液透析を併用する場合の要件の見直し

第1 基本的な考え方

通院への制約等の理由により保険医療機関の変更や血液透析への変更が必要となる患者もいることから、**腹膜透析を実施している患者における治療の選択肢を拡充**するため、患者の利便性や臨床実態を踏まえ、腹膜透析患者が血液透析の併用を行う場合について、要件を見直す。

改

第2 具体的な内容

腹膜透析を実施した患者について、他施設において血液透析を実施した場合、自施設にて**診療報酬明細書の摘要欄に必要性等を記載した場合に限り在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定できるようにし**、他施設では、診療報酬明細書の摘要欄に在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している医療機関名を記載した場合に限り、**人工腎臓を算定できるようにする**。

がん拠点病院加算の見直し

第1 基本的な考え方

がん患者に対する質の高い医療の提供体制を構築する観点から、がん診療連携拠点病院等の整備指針が変更されたこと及びがんゲノム医療提供体制の拠点として新たにがんゲノム医療拠点病院が指定されたことを踏まえ、がん拠点病院加算について要件を見直す。



第2 具体的な内容

1. がん診療連携拠点病院等の類型として新たに設けられた、「地域がん診療連携拠点病院(高度型)」及び「地域がん診療連携拠点病院(特例型)」の取扱は、以下のとおりとする。

- ・「地域がん診療連携拠点病院(高度型)」については、従来の「地域がん診療連携拠点病院」と同様に、「1 がん診療連携拠点病院加算 イ がん診療連携拠点病院」の対象とする。
- ・「地域がん診療連携拠点病院(特例型)」については、地域がん診療連携拠点病院の要件を満たさない施設に対する暫定的な類型であることを踏まえ、「1 がん診療連携拠点病院加算 ロ 地域がん診療病院」の対象とする。

注射の準用に係る規定の創設

第1 基本的な考え方

今般、革新的な医薬品や医療機器の開発に伴い特殊な注射手技が出現しうることを踏まえ、注射の準用に係る規定を設ける。

第2 具体的な内容

第1節に掲げられていない注射であって特殊なものの注射料について、処置や手術と同様に、第1節に掲げられている注射のうちで最も近似する注射の各区分の所定点数により算定できるよう注射の準用に係る規定を設ける。

改定前	改定後
<p>【注射の通則7】 [算定要件] 第1節に掲げられていない注射であって簡単なものの費用は、第2節の各区分の所定点数のみにより算定する。</p> <p style="text-align: right;">(新設)</p>	<p>【注射の通則7】 [算定要件] 第1節に掲げられていない注射であって簡単なものの費用は、第2節の各区分の所定点数のみにより算定し、特殊なものの費用は、第1節に掲げられている注射のうちで最も近似する注射の各区分の所定点数により算定する。</p> <p>7 第1節注射料に掲げられていない注射のうち、特殊な注射（点数表にあっても、手技が従来の注射と著しく異なる場合等を含む。）の注射料は、その都度当局に内議し、最も近似する注射として準用が通知された算定方法により算定する。</p>



外来医療の機能分化の推進

第1 基本的な考え方

外来医療の機能分化を推進する観点から、**紹介状なしで受診した患者から定額負担を徴収する責務がある医療機関及び紹介率や逆紹介率の低い病院に対する初診料等減算**について、対象となる医療機関の範囲の要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 紹介状なしで一定規模以上の病院を受診した際の定額負担の見直しについて
 - (1) 紹介状なしで受診した**患者から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲**(特定機能病院及び許可病床400床以上の地域医療支援病院)について、**特定機能病院及び地域医療支援病院(一般病床200床未満を除く。)**へ拡大する。
 - (2) **定額負担を徴収しなかった場合の事由について、報告を求める。**
 - (3) 自治体による条例制定が必要な公的医療機関については、条例を制定するまでの期間を考慮し、**6か月間の経過措置を設ける。**

改

2. 紹介率や逆紹介率の低い病院を紹介なしで受診した患者に対する初・再診料減算に係る医療機関の対象範囲(特定機能病院及び許可病床400床以上の地域医療支援病院)について、1と同様に、**特定機能病院及び地域医療支援病院(一般病床200床未満を除く。)**へ拡大する。

[経過措置]

令和2年9月30日までの経過措置を設ける。

薬局における後発医薬品の使用促進

第1 基本的な考え方

薬局における後発医薬品調剤体制加算について、**2020年9月までに後発医薬品使用割合80%を達成するという政府目標**を踏まえつつ、更なる後発医薬品の使用を促進するため、薬局での後発医薬品の備蓄に一定のコストが必要であることや薬局全体の調剤数量割合を向上させる必要があることなども踏まえ、要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 後発医薬品調剤体制加算について、**調剤数量割合の高い加算に重点を置いた評価**とする。
2. 後発医薬品の**調剤数量割合が著しく低い薬局**(現行基準では後発医薬品の調剤数量割合が20%以下)に対する**調剤基本料の減算規定について、当該割合の基準を拡大**する。

※[経過措置]令和2年9月30日までの間はなお従前の例による。

改定前	改定後
<p>【後発医薬品調剤体制加算】</p> <p>イ 後発医薬品調剤体制加算1 (75%以上) <u>18点</u></p> <p>ロ 後発医薬品調剤体制加算2 (80%以上) 22点</p> <p>ハ 後発医薬品調剤体制加算3 (85%以上) <u>26点</u></p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が<u>2割以下</u>であること。</p>	<p>【後発医薬品調剤体制加算】</p> <p>イ 後発医薬品調剤体制加算1 (75%以上) 15点</p> <p>ロ 後発医薬品調剤体制加算2 (80%以上) 22点</p> <p>ハ 後発医薬品調剤体制加算3 (85%以上) 28点</p> <p>[施設基準]</p> <p>(1) 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が4割以下であること。</p>

改

医療機関における後発医薬品の使用促進

第1 基本的な考え方

医療機関における後発医薬品の使用割合の実態等を踏まえ、**後発医薬品使用体制加算に係る基準を見直す。**

第2 具体的な内容

1. 後発医薬品使用体制加算について、**加算4を廃止**するとともに、使用数量割合の高い医療機関に対する評価を充実させる。

改定前	改定後
【後発医薬品使用体制加算】 1 後発医薬品使用体制加算1 (85%以上) 45点 2 後発医薬品使用体制加算2 (80%以上) 40点 3 後発医薬品使用体制加算3 (70%以上) 35点 4 後発医薬品使用体制加算4 (60%以上) 22点	【後発医薬品使用体制加算】 1 後発医薬品使用体制加算1 (85%以上) 47点 2 後発医薬品使用体制加算2 (80%以上) 42点 3 後発医薬品使用体制加算3 (70%以上) 37点 (削除)

改

バイオ後続品に係る情報提供の評価

第1 基本的な考え方

バイオ後続品の患者への適切な情報提供を推進する観点から、在宅自己注射指導管理料について、バイオ後続品を導入する場合の新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

在宅自己注射指導管理料について、バイオ後続品に関する情報を患者に提供した上で、当該患者の同意を得て、バイオ後続品を導入した場合の評価を新設する。

改定前	改定後
<p>【在宅自己注射指導管理料】 [算定要件]</p> <p style="text-align: right;">(新設)</p>	<p>【在宅自己注射指導管理料】 新</p> <p>[算定要件]</p> <p>注4 当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を処方した場合には、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の処方日の属する月から起算して3月を限度として、<u>150点</u>を所定点数に加算する。</p>

費用対効果評価制度の活用

第1 基本的な考え方

近年、革新的であるが非常に高額な医薬品や医療機器が登場しており、我が国の医療保険財政への影響が懸念され、医療の質の向上や、医療のイノベーションを適切に評価する制度の運用を平成30年4月より開始した。現在、6品目について評価の検討を行っており、今後、体制の充実を図るとともに事例を集積し、制度のあり方や活用方法について検討する。

改

第2 具体的な内容

市場規模が大きい又は著しく単価が高い医薬品及び医療機器を評価の対象とする。ただし、治療方法が十分に存在しない稀少疾患(指定難病等)や小児のみに用いられる品目は対象外とする。薬価・材料価格制度の補完として、評価の結果は、保険償還の可否の判断に用いるのではなく、いったん保険収載した上で、価格の調整に用いる。

また、人材の育成をはじめとした費用対効果評価に係る組織体制の強化や、制度における課題を整理した上で、活用方法についての検討を継続する。

施設基準の届出について

お願い

- 令和2年4月1日から算定を行うためには、**令和2年4月20日(月曜日)(必着)**までに、届出を行う保険医療機関等の所在地を管轄する地方厚生(支)局へ届出が必要となりますので、ご注意願います。
- 締切日直前に届出が集中することが予想されますので、できる限り早期にご提出いただくようお願いいたします。

