

# 2022年度診療報酬改定 速報版(Ver 1.0)

2022年3月8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

# 2022年度診療報酬改定率について

2021年12月22日の予算大臣折衝を踏まえ、  
2022年(令和4年)度の診療報酬改定率は、以下のとおり。

**診療報酬全体 ▲0.94%**

**1. 診療報酬本体 +0.43%**

※1 うち、※2~5を除く改定分 +0.23%

**各科改定率 医科+0.26%**

**歯科+0.29%**

**調剤+0.08%**

※2 うち、看護の処遇改善のための特例的な対応 +0.20%

※3 うち、リフィル処方箋の導入・活用促進による効率化 ▲0.10%

※4 うち、不妊治療の保険適用のための特例的な対応 +0.20%

※5 うち、小児の感染防止対策に係る加算措置(医科分)の期限到来 ▲0.10%

**2. 薬価等 ▲1.37%**

**① 薬価 ▲1.35%**

※ うち、実勢価等改定▲1.44%

不妊治療の保険適用のための特例的な対応 +0.09%

**② 材料価格 ▲0.02%**

# 今までの診療報酬改定率の推移

| 年度   | 診療報酬<br>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% |
| 2022 | 0.43%      | -1.37% | -0.94% |

\* 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)

←前回に続いてマイナス改定

# 画像診断分野における主な施設基準の届出医療機関数の推移(毎年7月1日時点)

| 主な施設基準届出                     | 年          | 2010  | 2011  | 2012  | 2013  | 2014  | 2015  | 2016  | 2017  | 2018  | 2019  | 2020  |
|------------------------------|------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
|                              | 全国の病院数     | 8,670 | 8,630 | 8,565 | 8,540 | 8,493 | 8,480 | 8,418 | 8,404 | 8,378 | 8,316 | 8,215 |
| 画像診断管理加算                     | 1          | 835   | 838   | 783   | 737   | 688   | 678   | 667   | 653   | 668   | 649   | 667   |
|                              | 上:病院、下:診療所 | 220   | 208   | 207   | 210   | 202   | 205   | 215   | 216   | 225   | 228   | 228   |
|                              | 2          | 1,008 | 1,028 | 1,055 | 1,056 | 1,040 | 1,036 | 1,047 | 1,048 | 1,057 | 1,056 | 1,064 |
|                              | 3          | —     | —     | —     | —     | —     | —     | —     | —     | 16    | 33    | 42    |
| 遠隔画像診断                       | 送信側        | 187   | 205   | 228   | 233   | 230   | 207   | 204   | 214   | 224   | 236   | 238   |
|                              | 上:病院、下:診療所 | 77    | 85    | 98    | 103   | 114   | 121   | 151   | 167   | 181   | 195   | 206   |
|                              | 受信側        | 95    | 92    | 100   | 157   | 104   | 107   | 108   | 110   | 121   | 121   | 117   |
|                              | 上:病院、下:診療所 | —     | —     | —     | —     | —     | —     | —     | —     | 1     | 1     | 1     |
| ポジトロン断層撮影                    | 病院         | 166   | 168   | 166   | 181   | 198   | 205   | 204   | 211   | 215   | 216   | 222   |
|                              | 診療所        | 41    | 42    | 43    | 51    | 43    | 43    | 44    | 40    | 40    | 40    | 40    |
| ポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影(PET-CT) | 病院         | 178   | 194   | 212   | 248   | 269   | 282   | 295   | 309   | 318   | 326   | 335   |
|                              | 診療所        | 42    | 46    | 50    | 57    | 52    | 54    | 54    | 55    | 55    | 55    | 57    |
| CT撮影                         | 病院         | 4,830 | 5,077 | 4,958 | 5,340 | 5,670 | 5,923 | 6,121 | 5,972 | 6,434 | 6,539 | 6,636 |
|                              | 診療所        | 1,871 | 2,150 | 1,921 | 2,323 | 2,822 | 3,233 | 3,629 | 3,795 | 4,311 | 4,600 | 4,890 |
| MRI撮影                        | 病院         | 2,347 | 2,285 | 2,421 | 2,592 | 2,751 | 2,871 | 2,960 | 3,050 | 3,105 | 3,151 | 3,282 |
|                              | 診療所        | 449   | 412   | 451   | 527   | 603   | 704   | 809   | 888   | 969   | 1,034 | 1,173 |
| 冠動脈CT撮影加算                    | 病院         | 710   | 803   | 892   | 875   | 962   | 996   | 1,031 | 1,056 | 1,079 | 1,095 | 1,105 |
|                              | 診療所        | 8     | 10    | 14    | 8     | 12    | 12    | 13    | 13    | 14    | 13    | 14    |
| 血流予備量比コンピューター断層撮影            | 病院         | —     | —     | —     | —     | —     | —     | —     | —     | —     | —     | 69    |
|                              | 診療所        | —     | —     | —     | —     | —     | —     | —     | —     | —     | —     | 0     |
| 外傷全身CT加算                     | 病院         | 99    | 113   | 128   | 138   | 142   | 145   | 152   | 156   | 158   | 161   | 171   |
| 心臓MRI撮影加算                    | 病院         | 697   | 762   | 823   | 891   | 852   | 877   | 890   | 906   | 930   | 934   | 942   |
|                              | 診療所        | 4     | 5     | 7     | 6     | 9     | 9     | 9     | 9     | 10    | 10    | 11    |
| 乳房MRI撮影加算                    | 病院         | —     | —     | —     | —     | —     | —     | 399   | 406   | 418   | 428   | 458   |
|                              | 診療所        | —     | —     | —     | —     | —     | —     | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     |
| 小児鎮静下MRI撮影加算                 | 病院         | —     | —     | —     | —     | —     | —     | —     | —     | 294   | 286   | 305   |
|                              | 診療所        | —     | —     | —     | —     | —     | —     | —     | —     | 0     | 0     | 0     |
| 頭部MRI撮影加算                    | 病院         | —     | —     | —     | —     | —     | —     | —     | —     | 49    | 74    | 119   |
|                              | 診療所        | —     | —     | —     | —     | —     | —     | —     | —     | 0     | 0     | 0     |
| 全身MRI撮影加算                    | 病院         | —     | —     | —     | —     | —     | —     | —     | —     | —     | —     | 85    |
|                              | 診療所        | —     | —     | —     | —     | —     | —     | —     | —     | —     | —     | 0     |

# 放射線治療分野における主な施設基準の届出医療機関数の推移(毎年7月1日時点)

| 主な施設基準届出        | 年      | 2010  | 2011  | 2012  | 2013  | 2014  | 2015  | 2016  | 2017  | 2018  | 2019  | 2020  |
|-----------------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
|                 | 全国の病院数 | 8,670 | 8,630 | 8,565 | 8,540 | 8,493 | 8,480 | 8,418 | 8,404 | 8,378 | 8,316 | 8,215 |
| 放射線治療専任加算       | 病院     | 466   | 475   | 479   | 492   | 505   | 511   | 532   | 537   | 541   | 557   | 586   |
|                 | 診療所    | —     | 8     | 9     | 12    | 16    | 16    | 16    | 16    | 18    | 18    | 18    |
| 外来放射線治療加算       | 病院     | 453   | 463   | 479   | 482   | 501   | 509   | 527   | 534   | 543   | 551   | 579   |
|                 | 診療所    | —     | 8     | 9     | 12    | 16    | 16    | 16    | 16    | 18    | 18    | 18    |
| 遠隔放射線治療計画加算     | 病院     | —     | —     | —     | —     | —     | —     | —     | —     | 3     | 10    | 10    |
|                 | 診療所    | —     | —     | —     | —     | —     | —     | —     | —     | 0     | 0     | 0     |
| 高エネルギー放射線治療     | 病院     | 616   | 634   | 644   | 649   | 659   | 666   | 671   | 683   | 680   | 678   | 686   |
|                 | 診療所    | —     | 7     | 9     | 10    | 11    | 14    | 15    | 14    | 15    | 16    | 16    |
| 強度変調放射線治療(IMRT) | 病院     | 90    | 121   | 152   | 171   | 197   | 221   | 245   | 265   | 289   | 310   | 333   |
|                 | 診療所    | —     | 5     | 6     | 8     | 11    | 11    | 14    | 13    | 13    | 14    | 13    |
| 画像誘導放射線治療(IGRT) | 病院     | 179   | 221   | 257   | 288   | 332   | 373   | 409   | 436   | 465   | 488   | 520   |
|                 | 診療所    | —     | 7     | 7     | 10    | 14    | 14    | 15    | 14    | 16    | 17    | 17    |
| 定位放射線治療         | 病院     | 306   | 298   | 327   | 352   | 382   | 400   | 426   | 442   | 467   | 482   | 511   |
|                 | 診療所    | —     | 8     | 11    | 12    | 16    | 16    | 16    | 16    | 18    | 18    | 18    |
| 粒子線治療           | 病院     | —     | —     | —     | —     | —     | —     | 11    | 12    | 13    | 15    | 16    |
|                 | 診療所    | —     | —     | —     | —     | —     | —     | 3     | 3     | 5     | 7     | 7     |
| 粒子線治療適応判定加算     | 病院     | —     | —     | —     | —     | —     | —     | 10    | 10    | 13    | 15    | 16    |
|                 | 診療所    | —     | —     | —     | —     | —     | —     | 2     | 2     | 4     | 7     | 7     |
| 粒子線治療医学管理加算     | 病院     | —     | —     | —     | —     | —     | —     | 10    | 10    | 12    | 14    | 15    |
|                 | 診療所    | —     | —     | —     | —     | —     | —     | 2     | 2     | 4     | 6     | 7     |
| 画像誘導密封小線源治療加算   | 病院     | —     | —     | —     | —     | —     | —     | 76    | 84    | 91    | 97    | 107   |
|                 | 診療所    | —     | —     | —     | —     | —     | —     | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     |

# 中医協資料 主な施設基準の届け出状況より抜粋

## 医療安全に関する施設基準の届出医療機関数の推移

| 主な施設基準届出状況          | 2007  | 2008  | 2009  | 2010  | 2011  | 2012  | 2013  | 2014                       | 2015                       | 2016                       | 2017                       | 2018                       | 2019                       | 2020                       |
|---------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 全国の病院総数             | 8,862 | 8,794 | 8,739 | 8,670 | 8,630 | 8565  | 8540  | 8493                       | 8480                       | 8418                       | 8404                       | 8378                       | 8,316                      | 8,215                      |
| 医療安全対策加算 1 及び 2     | 1,409 | 1,522 | 1,602 | 2,639 | 2,861 | 3,228 | 3,392 | 1/<br>1,720<br>2/<br>1,770 | 1/<br>1,748<br>2/<br>1,793 | 1/<br>1,771<br>2/<br>1,848 | 1/<br>1,786<br>2/<br>1,878 | 1/<br>1,792<br>2/<br>2,033 | 1/<br>1,801<br>2/<br>2,084 | 1/<br>1,812<br>2/<br>2,135 |
| 医療安全対策地域連携加算 1 及び 2 |       |       |       |       |       |       |       |                            |                            |                            |                            | 1/<br>1,337<br>2/<br>1,274 | 1/<br>1,442<br>2/<br>1,431 | 1/<br>1,473<br>2/<br>1,481 |
| 感染防止対策加算 1          |       |       |       |       |       | 956   | 1052  | 1101                       | 1174                       | 1249                       | 1296                       | 1331                       | 1,349                      | 1,382                      |
| 感染防止対策加算 2          |       |       |       |       |       | 2360  | 2560  | 2618                       | 2647                       | 2652                       | 2678                       | 2718                       | 2,719                      | 2,728                      |
| 感染防止対策地域連携加算        |       |       |       |       |       |       |       |                            |                            |                            |                            | 1318                       | 1,337                      | 1,372                      |
| 医療機器安全管理料 1         | 病院    | 2,103 | 2,207 | 2,354 | 2,386 | 2,450 | 2,481 | 2,519                      | 2559                       | 2609                       | 2638                       | 2672                       | 2,700                      | 2,718                      |
|                     | 診療所   | 186   | 189   | 237   | 253   | 255   | 265   | 280                        | 282                        | 294                        | 297                        | 312                        | 319                        | 323                        |
| 医療機器安全管理料 2         | 病院    | 389   | 405   | 437   | 440   | 457   | 466   | 485                        | 499                        | 503                        | 510                        | 516                        | 522                        | 545                        |
|                     | 診療所   | 9     | 7     | 9     | 10    | 12    | 13    | 15                         | 17                         | 17                         | 16                         | 16                         | 16                         | 17                         |

\* 枠内の数字は、各年7月1日現在における届出状況を取り纏めた届出施設数

## ○2021年度画像診断管理認証施設一覧(2022年2月25日付)

[http://www.radiology.jp/member\\_info/ninsyoushisetsu2021.html](http://www.radiology.jp/member_info/ninsyoushisetsu2021.html)

下記の医療機関が、**日本医学放射線学会画像診断管理認証制度**による認証施設と認定されました。

日本医学放射線学会画像診断管理認証施設  
(医療機関の届出項目に合致した事項のみ認証し、以下に公表します)

### 1. **適切な被ばく管理**に関する事項(**185施設**)

日本医学放射線学会が実施するCT被ばく量調査への、定期的な参加が必要です。

### 2. **MRI安全管理**に関する事項(**955施設**)

①MRI安全運用に関する講習会に、MRI検査安全管理チームの責任者または担当者が年1回程度参加することを条件とします。

②MRI造影剤に関する講習会に、MRI検査安全管理チームの責任者または担当者が少なくとも2年に1回程度参加することを条件とします。

### 3. **全身MRI**に関する事項(**81施設**)

①前立腺癌の骨転移検出のための全身MRI撮像の指針に基づき、撮像法や画像の提出を求めることがあります。

②本検査が骨転移の検出を目的とした広範囲検査であり、病変局所の詳細な評価を目的とした検査ではないことを患者に説明し、書面にて同意をとる必要がありますのでご注意ください。

**診療報酬改定  
2022年基本方針  
主な施設基準の推移**



# 令和4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

- ▶ 新興感染症等にも対応できる医療提供体制の構築など医療を取り巻く課題への対応
- ▶ 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・国民に身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現
- ▶ 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

社会保障の機能強化と持続可能性の確保を通じて、安心な暮らしを実現し、成長と分配の好循環の創出に貢献するという視点も重要。

## 改定の基本的視点と具体的方向性

### （1）新型コロナウイルス感染症等にも対応できる効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築【重点課題】

【具体的方向性の例】

- 当面、継続的な対応が見込まれる新型コロナウイルス感染症への対応
- 医療計画の見直しも念頭に新興感染症等に対応できる医療提供体制の構築に向けた取組
- 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等
- かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価
- 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）安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進【重点課題】

【具体的方向性の例】

- 医療機関内における労務管理や労働環境の改善のためのマネジメントシステムの実践に資する取組の推進
- 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング/タスク・シフティング、チーム医療の推進
- 業務の効率化に資するICTの利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価
- 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確保
- 令和3年11月に閣議決定された経済対策を踏まえ、看護の現場で働く方々の収入の引上げ等に係る必要な対応について検討するとともに、負担軽減に資する取組を推進

### （3）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】

- 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価や医薬品の安定供給の確保等
- 医療におけるICTの利活用・デジタル化への対応
- 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について、国民の安心・安全を確保する観点からの適切な評価
- 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
- 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病棟薬剤師業務の評価

### （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等（再掲）
- 重症化予防の取組の推進
- 医師・病棟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等の推進
- 効率性等に応じた薬局の評価の推進

# 診療報酬改定関連の主な参照URL

○令和4年度診療報酬改定について

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411\\_00037.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00037.html)

2022年度(令和4年度)診療報酬改定についての総合サイトです。  
順次、疑義解釈等の通知文書関連が掲載されます。

○令和4年度診療報酬改定内容説明(YouTube動画)

[https://www.youtube.com/playlist?list=PLMG33RKISnWhsLwM\\_8xxhrRlyAiiVbYvm](https://www.youtube.com/playlist?list=PLMG33RKISnWhsLwM_8xxhrRlyAiiVbYvm)

上記以外での主な参考URLです。

○中央社会保険医療協議会・総会(第516回)

[https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500\\_00139.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00139.html)

○診療報酬調査専門組織・医療技術評価分科会(令和3年度第1回)

[https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000190899\\_00006.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000190899_00006.html)

○診療報酬調査専門組織・医療技術評価分科会(令和3年度第2回)

[https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000190899\\_00007.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000190899_00007.html)

**2022年度診療報酬改定  
画像診断関連  
放射線治療関連  
一覽**

## <画像診断・検査等関連>

### A234 医療安全対策加算

(新設)A234-5 報告書管理体制加算(退院時1回) 7点



### E 画像診断 通則

(増点)画像診断管理加算3 300点 → 340点



E200-2 血流予備量比コンピューター断層撮影料 9,400点  
(施設基準の緩和)



E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)  
(新設)肝エラストグラフィ加算 600点



### D206 心臓カテーテル法による諸検査

(新設)冠動脈血流予備能測定検査加算(循環動態解析装置) 7,200点



### D215 超音波検査

(新設)D215-4 超音波減衰法検査 200点



### D217 骨塩定量検査

(新設) REMS法(腰椎) 140点  
REMS法 大腿骨同時検査加算 55点



## <画像診断・検査等関連>

### D413 前立腺針生検法

(新設)1 MRI撮影及び超音波検査融合画像によるもの 8,210点

2 その他のもの 1,400点 → 1,540点

新

改

### D415-4 経気管肺生検法(仮想気管支鏡を用いた場合)

(新設)ガイドシース加算 500点

新

### K169 頭蓋内腫瘍摘出術

(新設)術中MRI撮影加算 3,990点

新

### K939 画像等手術支援加算

(追加)2 実物大臓器立体モデルによるもの K444-2(下顎骨延長術)

(新設)K939-9 切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算 5,190点

改

新

### 歯科 第4部画像診断 通則

(新設)歯科部分パノラマ断層撮影(1口腔くう1回につき)

写真診断 20点

特殊撮影 28点

電子画像管理加算 10点

新

## <放射線治療関連>

### M000-2 放射性同位元素内用療法管理料

- (新設) 6 神経内分泌腫瘍に対するもの 2,660点  
7 褐色細胞腫に対するもの 1,820点

新  
新

### M001 体外照射

#### 全乳房照射

- (増点)1回線量増加加算 460点 → 690点

改

#### 前立腺照射

- (増点)1回線量増加加算(2.5Gy以上) 1,000点 → (3Gy以上)1,400点

改

### M001-4 粒子線治療

- (適用拡大)先進医療会議の結論をそのまま踏襲して保険適用拡大  
切除不能な「大型の肝細胞がん」「肝内胆管がん」「局所進行膵がん」「大腸がん術後局所再発」「局所進行子宮頸部腺がん(重粒子線治療のみ検討対象)」  
の5種類

改



## <放射線治療関連>

### M001-5 ホウ素中性子捕捉療法

|            |                  |                 |   |
|------------|------------------|-----------------|---|
| (新設)M001-5 | ホウ素中性子捕捉療法       | <u>187,500点</u> | 新 |
|            | ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算 | <u>40,000点</u>  |   |
|            | ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算 | <u>10,000点</u>  |   |
|            | 体外照射用固定器具加算      | <u>1,000点</u>   |   |

### A225 放射線治療病室管理加算 2,500点

|        |                    |               |   |
|--------|--------------------|---------------|---|
| (見直し)1 | 治療用放射性同位元素による治療の場合 | <u>6,370点</u> | 改 |
| 2      | 密封小線源による治療の場合      | <u>2,200点</u> |   |

### A400 短期滞在手術等基本料

|        |                  |                          |   |
|--------|------------------|--------------------------|---|
| M001-2 | ガンマナイフによる定位放射線治療 |                          | 改 |
| (減点)   |                  | 59,199点 → <u>58,496点</u> |   |
|        | 生活療養を受ける場合       | にあつては                    |   |
| (減点)   |                  | 59,125点 → <u>58,422点</u> |   |

# **2022年度診療報酬改定 医療技術評価関連**



# 医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

➤ 学会から提案のあった医療技術について、医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、医療技術の評価及び再評価を行い、優先的に保険導入すべきとされた新規技術（先進医療として実施されている技術を含む。）について新たな評価を行うとともに、既存技術の評価の見直し等を行う。

学会からの提案技術

先進医療技術  
先進医療会議における評価結果の報告

**医療技術評価分科会における評価対象となる技術 (733件)**

- ① うち、学会等から提案のあった医療技術 **714件**※1※3
- ② うち、先進医療として実施されている医療技術 **19件**※2※3

※1 先進医療として実施中の技術、及び学会等から提案のあった技術に関連して医療技術評価分科会において検討を行った技術を含む。  
 ※2 先進医療会議における評価結果について先進医療会議より報告された医療技術に限る。  
 ※3 うち、7件は①及び②に該当する。

医療技術評価分科会における評価の対象としない提案、又は中央社会保険医療協議会総会において一部若しくは全部が議論された提案 **188件**

**医療技術評価分科会における医療技術の評価**

**診療報酬改定において対応する優先度が高い技術 **175件**※4**  
 (新規77件、既存98件)

医療技術評価分科会としては、今回改定では対応を行わない技術 **558件**  
 (新規206件、既存352件)

中医協総会における検討

今後、適切に医療技術の評価・再評価を行う観点から、**医療技術評価分科会における検討結果を分析**するとともに、診療ガイドラインの改訂やレジストリ等のリアルワールドデータの解析結果を、当該分科会において把握できるよう、**医療技術評価提案書の提出に係るプロセスを見直す**。

# 医療技術評価分科会における医療技術評価について

○ 直近5回の診療報酬改定時における、学会等から提出のあった提案書、評価対象となる技術、診療報酬改定において対応する優先度が高い技術は、以下のとおりであった。

|              | 学会等から提出のあった提案書(※1) | 医療技術評価分科会における評価対象となる技術 |      | 診療報酬改定において対応する優先度が高い技術 |      |
|--------------|--------------------|------------------------|------|------------------------|------|
| 平成24年度改定(※2) | 985件               | 667件                   |      | 278件                   |      |
| 平成26年度改定(※3) | 863件               | 720件                   |      | 135件                   |      |
| 平成28年度改定(※3) | 914件               | 新規                     | 272件 | 新規                     | 78件  |
|              |                    | 既存                     | 465件 | 既存                     | 145件 |
| 平成30年度改定(※3) | 984件               | 817件                   |      | 307件                   |      |
|              |                    | 新規                     | 334件 | 新規                     | 107件 |
|              |                    | 既存                     | 483件 | 既存                     | 200件 |
| 令和2年度改定(※3)  | 947件               | 743件                   |      | 264件                   |      |
|              |                    | 新規                     | 306件 | 新規                     | 102件 |
|              |                    | 既存                     | 437件 | 既存                     | 162件 |

前回は  
打率  
3割6分

※1：重複を含む。

※2：評価対象となる技術については、医科診療報酬点数表第2章特掲診療料第2部(在宅医療)から第13部(病理診断)、又は歯科診療報酬点数表第2部(在宅医療)から第14部(病理診断)に該当する技術として評価されている又はされることが適当なもの。

※3：評価対象となる技術については、医科診療報酬点数表第2章特掲診療料第1部(医学管理等)から第13部(病理診断)、又は歯科診療報酬点数表第1部(医学管理等)から第14部(病理診断)に該当する技術として評価されている又はされることが適当なもの。



| 項目  | 件数                                |
|---|-----------------------------------|
| 1. 医療技術評価分科会における評価対象となる技術   | 733 件<br>新規技術 284 件<br>既存技術 449 件 |
| ① うち、学会等から医療技術評価分科会に提案のあった技術 <sup>※1</sup>  | 714 件                             |
| ② うち、先進医療として実施されている技術 <sup>※2</sup>   | 19 件                              |
| ③ うち、①及び②に該当する技術  | 7 件                               |
| (1) 診療報酬改定において対応する優先度が高い技術  | 175 件<br>新規技術 77 件<br>既存技術 98 件   |
| ① うち、学会等から医療技術評価分科会に提案のあった技術 <sup>※1</sup>  | 170 件                             |
| ② うち、先進医療として実施されている技術 <sup>※2</sup>   | 5 件                               |
| ③ うち、①及び②に該当する技術  | 5 件                               |
| (2) 医療技術評価分科会としては、今回改定では対応を行わない技術   | 558 件<br>新規技術 206 件<br>既存技術 352 件 |
| ① うち、学会等から医療技術評価分科会に提案のあった技術 <sup>※1</sup>  | 544 件                             |
| ② うち、先進医療として実施されている技術 <sup>※2</sup>   | 14 件                              |
| ③ うち、①及び②に該当する技術  | 2 件                               |
| 2. 医療技術評価分科会における評価の対象とならない提案 <sup>※3</sup> 又は中央社会保険医療協議会総会において一部若しくは全部が議論 <sup>※4</sup> された提案 | 188 件                             |

今回は  
打率  
2割4分

# 医療技術の評価・再評価の在り方の見直し

## 第1 基本的な考え方

診療ガイドライン等に基づく質の高い医療を進める観点から、**診療ガイドラインの改訂**や、**レジストリ等のリアルワールドデータの解析結果**を踏まえ、医療技術の評価・再評価の在り方を見直す。

## 第2 具体的な内容

医療技術評価分科会においては、既に保険収載されている医療技術について、医療技術評価提案書の見直しにより、**関係学会等に対し、診療ガイドライン等における当該医療技術の位置付け等を明記すること**や、レジストリへの登録を要件とする医療技術に係るレジストリの検証結果を記載すること等を求め、検討を行っている。

今後、適切に医療技術の評価・再評価を行う観点から、医療技術評価分科会における検討結果を分析するとともに、**診療ガイドラインの改訂やレジストリ等のリアルワールドデータの解析結果を、当該分科会において把握できるよう**、医療技術評価提案書の提出に係るプロセスを見直す。

# 医療技術評価分科会の資料によると 診療報酬改定において 対応する優先度が高い技術 **175件** **新規技術 77件** **既存技術 98件**

診療報酬調査専門組織・医療技術評価分科会(令和3年度第1回)が11月4日に開催され、  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000190899\\_00006.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000190899_00006.html)  
次頁からの紹介技術の詳細は、提案書の整理番号・申請技術名・申請団体名・提案書ページを  
掲載していますので、詳細な提案書をご覧になりたい場合は、上記URLより検索をお勧めします。

なお、診療報酬改定で対応する優先順位が高い技術の全体内容については  
診療報酬調査専門組織・医療技術評価分科会(令和3年度第2回)をご覧下さい。  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000190899\\_00007.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000190899_00007.html)

## <画像診断>

204101 未 日本医学放射線学会 31ページ

人工知能技術を用いた画像診断補助に対する加算(単純・コンピューター断層撮影)  
提案について妥当性が示されている。

214101 未 日本核医学会 112ページ

M000-2 放射性同位元素内用療法管理料 神経内分泌腫瘍に対するもの  
提案について妥当性が示されている。

214102 未 日本核医学会 118ページ

M000-2 放射性同位元素内用療法管理料 褐色細胞腫に対するもの  
提案について妥当性が示されている。

214204 既 日本核医学会 143ページ

ポジトロン断層撮影及びポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層  
・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影、乳房用ポジトロン断層撮影 (薬剤師配置)  
一部の提案について評価すべき医学的な有用性が示されている。

214205 既 日本核医学会 148ページ

内用療法用放射性医薬品を院内調製する場合、「放射性同位元素内用療法管理料  
における薬剤師配置が望ましい」を適用要件追加  
一部の提案について評価すべき医学的な有用性が示されている。

## <画像診断>

218101 未 日本肝臓学会 158ページ

**超音波減衰法による肝脂肪化定量**

評価すべき医学的な有用性が示されている。

261202 既 日本心血管インターベンション治療学会 667ページ

**血流予備量比コンピューター断層撮影(施設基準の緩和)**

提案について妥当性が示されている。

329102 未 日本磁気共鳴医学会 1709ページ

**先進画像加算 肝エラストグラフィ**

評価すべき医学的な有用性が示されている。

364103 未 日本脳神経外科学会 2387ページ

**画像等手術支援加算 術中MRIによるもの**

保険医療材料制度等に準じて、対応を行う。

367101 未 日本泌尿器科学会 2433ページ

**核磁気共鳴画像-経直腸的超音波画像融合画像に基づいた前立腺生検**

評価すべき医学的な有用性が示されている。

## <画像診断>

403201 既 日本顎顔面インプラント学会 2808ページ  
**広範囲顎骨支持型装置埋入手術における画像等手術支援加算**  
一部の提案について評価すべき医学的な有用性が示されている。

426103 未 日本歯科放射線学会 2997ページ  
**歯科部分パノラマ断層撮影**  
一部の提案について評価すべき医学的な有用性が示されている。

433201 既 日本歯内療法学会 3075ページ  
**歯科用3次元エックス線断層撮影の撮影要件に根管形態の明記**  
評価すべき医学的な有用性が示されている。

501204 既 日本薬学会 3216ページ  
**ポジトロン断層撮影及びポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影、乳房用ポジトロン断層撮影(薬剤師配置)**  
一部の提案について評価すべき医学的な有用性が示されている。



## <放射線治療関連>

719201 既 日本放射線腫瘍学会 3698ページ

**「1回線量増加加算」の増点**

提案について妥当性が示されている。

719203 既 日本放射線腫瘍学会 3708ページ

**陽子線治療の適応拡大**

一部の提案について評価すべき医学的な有用性が示されている。

719204 既 日本放射線腫瘍学会 3713ページ

**重粒子線治療の適応拡大**

一部の提案について評価すべき医学的な有用性が示されている。

※**粒子線治療**については、先進医療会議の結論をそのまま踏襲。2022年度改定で、切除不能な**「大型の肝細胞がん」「肝内胆管がん」「局所進行膵がん」「大腸がん術後局所再発」「局所進行子宮頸部腺がん(重粒子線治療のみ検討対象)」**の5種類のがんについて、保険適用の方向。

# 医療技術評価分科会での 先進医療からの技術

1) 診療報酬改定において対応する優先度が高い技術技術 ②うち、  
先進医療として実施されているもの

## A 2 陽子線治療

一部の提案について評価すべき医学的な有用性が示されている。

## A 4 重粒子線治療

一部の提案について評価すべき医学的な有用性が示されている。

## A 14 LDLアフェシス療法

評価すべき医学的な有用性が示されている。

## A 17 MRI撮影及び超音波検査融合画像に基づく前立腺針生検法

評価すべき医学的な有用性が示されている。

## A 25 流産検体を用いた染色体検査

評価すべき医学的な有用性が示されている。

※**粒子線治療**については、先進医療会議の結論をそのまま踏襲。2022年度改定で、切除不能な「**大型の肝細胞がん**」「**肝内胆管がん**」「**局所進行膵がん**」「**大腸がん術後局所再発**」「**局所進行子宮頸部腺がん(重粒子線治療のみ検討対象)**」の5種類のがんについて、保険適用の方向。

# **2022年度診療報酬改定 画像診断関連**

# 報告書管理体制加算 について

# 画像診断情報等の適切な管理による 医療安全対策に係る評価の新設

## 第1 基本的な考え方

安心・安全で質の高い医療の提供を推進する観点から、病院全体の医療安全の一環として行われる、**画像診断報告書や病理診断報告書の確認漏れによる診断又は治療開始の遅延を防止する取組**について、新たな評価を行う。

## 第2 具体的な内容

医療機関の画像診断部門や病理診断部門が医療安全管理部門と連携し、画像診断報告書や病理診断報告書の確認漏れ等の対策を講じ、診断又は治療開始の遅延を防止するための体制を整備している場合の評価を新設する。

A234-5 **報告書管理体制加算(退院時1回) 7点**



### [対象患者]

画像診断又は病理診断が行われた入院患者

### [算定要件]

組織的な医療安全対策の実施状況の確認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であって、当該入院中に**第4部画像診断**又は**第13部病理診断**に掲げる診療料を算定したもの(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、報告書管理体制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、**退院時1回に限り**、所定点数に加算する。

# 画像診断情報等の適切な管理による 医療安全対策に係る評価の新設

診療放射線技師の役割が  
非常に重要となってくる！

## [施設基準]

- (1)放射線科又は病理診断科を標榜する保険医療機関であること。
- (2)医療安全対策加算1又は2の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (3)画像診断管理加算2若しくは3又は病理診断管理加算1若しくは2の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (4)医療安全対策に係る研修を受けた専任の臨床検査技師又は専任の診療放射線技師等が報告書確認管理者として配置されていること。
- (5)組織的な医療安全対策の実施状況の確認につき必要な体制が整備されていること。
- (6)当該保険医療機関において、報告書確認管理者、画像診断を担当する医師、病理診断を担当する医師、医療安全管理部門の医師等から構成される報告書確認対策チームが設置されていること。
- (7)報告書の確認対策を目的とした院内研修を、少なくとも年1回程度実施していること。
- (8)報告書確認の実施状況の評価に係るカンファレンスが月1回程度開催されており、報告書確認対策チームの構成員及び必要に応じて当該患者の診療を担う医師、画像診断を担当する医師、病理診断を担当する医師、看護師等が参加していること。なお、当該カンファレンスは、対面によらない方法で開催しても差し支えない。

## A234-5 報告書管理体制加算（留意事項より）

(1) 報告書管理体制加算は、医療機関全体の医療安全の一環として行われる、画像診断報告書・病理診断報告書(以下この項において「報告書」という。)の確認漏れによる診断又は治療開始の遅延を防止する取組を評価するものであり、当該保険医療機関に入院している患者であって、第4部画像診断又は第13部病理診断に掲げる診療料を算定するものについて、退院時1回に限り算定する。

(2) 組織的な報告書管理とは、画像診断部門、病理診断部門又は医療安全管理部門に所属する報告書確認管理者が、医療安全管理対策委員会と連携し、当該保険医療機関内の報告書の確認漏れによる診断及び治療開始の遅れを防止する取組に係る状況を把握するとともに、当該保険医療機関内に報告書確認対策チームを設置し、当該チームが、報告書管理のための支援や業務改善等を継続的に実施していることをいう。

具体的な業務内容

# 報告書管理体制加算の施設基準

- (1) 放射線科又は病理診断科を標榜する保険医療機関であること。
- (2) 区分番号「A234」医療安全対策加算1又は2の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (3) 第4部通則5に規定する画像診断管理加算2若しくは3、又は区分番号「N006」病理診断管理加算1若しくは2の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (4) 当該保険医療機関内に、医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の常勤臨床検査技師又は専任の常勤診療放射線技師、その他の常勤医療有資格者を報告書確認管理者として配置していること。なお、ここでいう適切な研修とは、第20 医療安全対策加算の(1)のアをいうものである。

研修の内容はここに記載  
次ページに掲載！

(5) 当該保険医療機関内に、以下の構成員からなる報告書確認対策チームが設置されていること。

ア(4)の報告書確認管理者

イ 専ら画像診断を行う医師もしくは専ら病理診断を行う医師

ウ 医療安全管理部門の医師その他医療有資格者

※次頁へ続く



**報告書管理体制加算の「適切な研修」とは、  
第20 医療安全対策加算の(1)のアをいう  
以下がその内容！**

適切な研修の  
内容とはこれ！

**(1) 医療安全管理体制に関する施設基準**

**ア 当該保険医療機関内に、医療安全対策に係る適切な研修を修了した専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理者として配置されていること。なお、ここでいう適切な研修とは、次に掲げる全ての事項に該当するものをいう。また、既に受講している研修がこれらの事項を満たしていない場合には、不足する事項を補足する研修を追加受講することで差し支えない。**

**(イ) 国又は医療関係団体等が主催するものであること。**

**(ロ) 医療安全管理者としての業務を実施する上で必要な内容を含む通算して40時間以上のものであること。**

**(ハ) 講義及び具体例に基づく演習等により、医療安全の基本的知識、安全管理体制の構築、医療安全についての職員研修の企画・運営、医療安全に資する情報収集と分析、対策立案、フィードバック、評価、医療事故発生時の対応、安全文化の醸成等について研修するものであること。**

# 報告書管理体制加算の施設基準

具体的な業務内容の  
詳細が記載されている！

(6) 報告書確認管理者が行う業務に関する事項

ア 報告書管理に係る企画立案を行うこと。

イ 報告書管理の体制確保のための各部門との調整を行うこと。

ウ 各部門における報告書管理の支援を実施し、その結果を記録していること。

エ 報告書作成から概ね2週間後に、主治医等による当該報告書の確認状況について、確認を行うとともに、未確認となっている報告書を把握すること。

オ 未確認となっている報告書のうち、医学的な対応が必要とされるものについて、その対応状況について、診療録等により確認すること。医学的な対応が行われていない場合にあっては、主治医等に電話連絡等の方法により対応を促すこと。

(7) 報告書確認対策チームが行う業務に関する事項

ア 各部門における報告書管理の実施状況の評価を行い、実施状況及び評価結果を記録するとともに、報告書管理の実施状況の評価を踏まえた、報告書管理のための業務改善計画書を作成すること。

イ 報告書管理を目的とした院内研修を、少なくとも年1回程度実施していること。

ウ 医療安全管理対策委員会との連携状況、院内研修の実績を記録すること。

エ 報告書管理の評価に係るカンファレンスが月1回程度開催されており、報告書確認対策チームの構成員及び必要に応じて患者の診療を担う医師、画像診断を担当する医師、病理診断を担当する医師、看護師等が参加していること。なお、当該カンファレンスは、対面によらない方法で開催しても差し支えない。

(8) 医療事故が発生した際に適切に報告する体制を整備していることが望ましいこと。

2 届出に関する事項

報告書管理体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式36の3を用いること。

# 様式36の3

## 報告書管理体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

|  |      |     |    |
|--|------|-----|----|
| 1 標榜診療科  |      |     |    |
| <input type="checkbox"/> 放射線科 ・ <input type="checkbox"/> 病理診断科 |      |     |    |
| 2 医療安全対策加算の届出状況  |      |     |    |
| 医療安全対策加算 1   |      | 有・無 |    |
| 医療安全対策加算 2   |      | 有・無 |    |
| 3 画像診断管理加算又は病理診断管理加算の届出状況                                      |      |     |    |
| 画像診断管理加算 2   |      | 有・無 |    |
| 画像診断管理加算 3   |      | 有・無 |    |
| 病理診断管理加算 1   |      | 有・無 |    |
| 病理診断管理加算 2   |      | 有・無 |    |
| 4 報告書確認管理者について   |      |     |    |
| 氏名   | 勤務時間 | 職種  | 所属 |
|  | 時間   |     |    |
| 5 報告書確認管理者の研修の受講状況について   |      |     |    |
| 医療安全対策に係る適切な研修の受講の有無   |      | 有・無 |    |
| 6 報告書確認対策チーム（構成員）について  |      |     |    |
| 氏名   | 勤務時間 | 職種  | 所属 |
|  | 時間   |     |    |
|  | 時間   |     |    |
|  | 時間   |     |    |
|  | 時間   |     |    |
|  | 時間   |     |    |

報告書確認管理者の  
研修終了証明の添付

**[記載上の注意]**

1「4」について、常勤の職員であり、当該職員の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間(休憩時間を除く労働時間)を記入すること。

2「5」について、**報告書確認管理者が、医療安全対策に係る適切な研修を修了したことを証明する書類(当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可)を添付すること。**

3「6」について、常勤の職員であり、当該職員の勤務時間については、1と同様に記入すること。

## A234 医療安全対策加算

※参考に医療安全対策  
加算の記述を掲載

- (1) 医療安全対策加算は、組織的な医療安全対策を実施している保険医療機関を評価したものであり、当該保険医療機関に入院している患者について、入院期間中1回に限り、入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。
- (2) 組織的な医療安全対策とは、医療安全管理部門に所属する医療安全管理者が、医療安全管理委員会と連携しつつ、当該保険医療機関の医療安全に係る状況を把握し、その分析結果に基づいて医療安全確保のための業務改善等を継続的に実施していることをいう。
- (3) **医療安全確保のための職員研修を計画的に実施するとともに、医療安全管理者が必要に応じて各部門における医療安全管理の担当者への支援を実施し、その結果を記録していること。**
- (4) 「注2」に掲げる加算は、医療安全対策加算を算定する複数の医療機関が連携し、互いに医療安全対策に関する評価を行っている場合に算定する。

# ※参考 第20 医療安全対策加算

## 1 医療安全対策加算1に関する施設基準

### (1) 医療安全管理体制に関する施設基準

ア 当該保険医療機関内に、医療安全対策に係る適切な研修を修了した専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理者として配置されていること。なお、ここでいう適切な研修とは、次に掲げる全ての事項に該当するものをいう。また、既に受講している研修がこれらの事項を満たしていない場合には、不足する事項を補足する研修を追加受講することで差し支えない。

**再掲：報告書管理体制加算の研修内容はこれ！**

- (イ) 国又は医療関係団体等が主催するものであること。
- (ロ) 医療安全管理者としての業務を実施する上で必要な内容を含む通算して40時間以上のものであること。
- (ハ) 講義及び具体例に基づく演習等により、医療安全の基本的知識、安全管理体制の構築、医療安全についての職員研修の企画・運営、医療安全に資する情報収集と分析、対策立案、フィードバック、評価、医療事故発生時の対応、安全文化の醸成等について研修するものであること。

イ 医療に係る安全管理を行う部門(以下「医療安全管理部門」という。)を設置していること。

ウ 医療安全管理部門の業務指針及び医療安全管理者の具体的な業務内容が整備されていること。

エ 医療安全管理部門に診療部門、薬剤部門、看護部門、事務部門等の全ての部門の専任の職員が配置されていること。

オ 医療安全管理者が、安全管理のための委員会(以下「医療安全管理対策委員会」という。)と連携し、より実効性のある医療安全対策を実施できる体制が整備されていること。

カ 当該保険医療機関の見やすい場所に医療安全管理者等による相談及び支援が受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供が行われていること。



# 入院基本料等の施設基準等

第1 入院基本料(特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算、夜勤時間特別入院基本料及び重症患者割合特別入院基本料(以下「特別入院基本料等」という。))及び特定入院基本料を含む。)及び特定入院料に係る入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制の基準入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制の基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、次のとおりとする。

1～2 省略

退院時に加算をつけるため、この基準は最低限実施している必要がある！

## 3 医療安全管理体制の基準

- (1) 当該保険医療機関において、**医療安全管理体制が整備**されていること。
- (2) 安全管理のための**指針が整備**されていること。  
安全管理に関する基本的な考え方、医療事故発生時の対応方法等が文書化されていること。
- (3) 安全管理のための**医療事故等の院内報告制度が整備**されていること。  
院内で**発生した医療事故、インシデント等が報告**され、その**分析を通じた改善策が実施**される体制が整備されていること。
- (4) 安全管理のための**委員会が開催**されていること。  
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、当該委員会を対面によらない方法で開催しても差し支えない。
- (5) **安全管理の体制確保のための職員研修が開催**されていること。  
**安全管理のための基本的考え方及び具体的方策について職員に周知徹底を図ることを目的とするものであり、研修計画に基づき、年2回程度実施**されていること。

# 「報告書管理体制加算」が請求できる項目

入院基本料等については別途請求が可能！

以下の病棟においては、規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

- A100 一般病棟入院基本料
  - A101 療養病棟入院基本料
  - A102 結核病棟入院基本料
  - A103 精神病棟入院基本料
  - A104 特定機能病院入院基本料
  - A105 専門病院入院基本料
  - A106 障害者施設等入院基本料
  - A108 有床診療所入院基本料
  - A109 有床診療所療養病床入院基本料
  - ・
  - ・
- 等**

## 「**報告書管理体制加算**」が**包括され、別途請求できない項目例**

- 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
- A306 特殊疾患入院医療管理料
- A307 小児入院医療管理料
- A308 回復期リハビリテーション病棟入院料
- A308-3 地域包括ケア病棟入院料
- A309 特殊疾患病棟入院料
- A310 緩和ケア病棟入院料
- A311 精神科救急急性期医療入院料
- A311-3 精神科救急・合併症入院料
- A311-4 児童・思春期精神科入院医療管理料
- A312 精神療養病棟入院料
- A314 認知症治療病棟入院料
- A317 特定一般病棟入院料
- A318 地域移行機能強化病棟入院料
- A319 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料

**ここに注意が必要！**  
**救急医療等の評価に**  
**包括化されている！**

等



# 報告書管理体制加算 参考資料

# 医療安全対策における画像診断報告書等について

- 画像診断や病理診断を依頼した医師による、画像診断医の作成した画像診断報告書又は病理診断医の作成した病理診断報告書(以下「レポート」という。)の確認不足については、報告書の確認不足に対する注意喚起を図ることに加え、レポートの確認不足を防止するための組織的対応について求められている。

## 画像診断報告書等の確認不足に対する医療安全対策の取組について (令和元年12月11日厚生労働省医政局総務課医療安全推進室事務連絡) (抄)

- 報告書に記載された緊急度の高い所見や重要所見を受けて必要な対応がとられるためには、**組織的な伝達体制や確認体制を構築することが推奨される。**
- 具体的には、診断結果の説明を担当する医師が重要所見を認知しやすくするための通知方法の工夫や報告書の未読・既読の管理、更には、その後適切に対応されたかを**組織的に確認できる仕組みが構築されること**が望ましい。

### (参考) 医療機関において工夫されている取組の紹介

- 画像読影医が緊急度の高い所見を指摘した場合、検査依頼医に電話するとともに、報告書を検査依頼医が所属する診療科の責任者に送付する。
- 患者自らが結果をいつ聞くことができるかを主治医に確認するように促す等、患者の参画を図る。
- 画像診断や病理診断を専ら担当する医師が診断を行った場合、その診断結果が確実に患者へ伝わるよう、説明を担当する医師はその結果を丁寧にわかりやすく患者に説明し、その旨を診療録に記載する。

# 医療安全対策の取組に係る実施状況について

- 研究班における調査によると、画像診断報告書について、半数の病院で、確認漏れ(医師の未読)を防ぐ仕組みを設けていた。
- 同調査の結果において、最近3年以内に画像診断報告書の確認漏れに関連して、患者の治療に影響した事例が12%存在していた。

令和2年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

「医療安全に寄与する患者参加の推進に資する研究」（研究代表者永井庸次）における全国の病院を対象としたアンケート調査

対象：国内の全病院（n=8294）

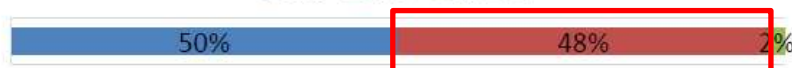
調査期間及び調査法：令和2年12月16日～令和3年1月15日において、郵送法により実施

有効回答率：16%（1302/8294）

## 【画像診断報告書の場合】

- 画像診断報告書の確認漏れ（医師の未読）を防ぐ仕組みの有無 (n=1302)

■あり ■なし ■無回答



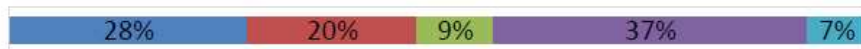
- 画像診断報告書の既読を確認する担当が決まっているか否か (n=650)

■決まっている ■決まっていない ■無回答



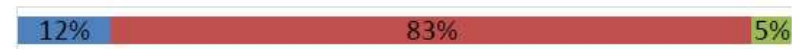
- 画像診断報告書の既読を確認する担当の内訳 (n=357)

■画像診断部門 ■医療安全部門 ■診療情報管理部門 ■その他 ■無回答



- 最近3年以内における、画像診断報告書の確認漏れに関連した患者の治療に影響した事例（※）の有無 (n=1302)

■あり ■なし ■無回答



※治療開始が遅れた、適切な治療が行われなかった等



# 医療安全対策における画像診断報告書等について

○ レポートの確認不足防止の基本的対策としては、教育、レポートの存在を気づかせること、第三者による未読監査及び第三者による対応の確認の4点が示されている。

**4点の確認・対応が必要！**

平成30年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

「医療安全に資する病院情報システムの機能を普及させるための施策に関する研究」（研究代表者 松村泰志）報告書（抜粋）

## 3. レポート見落とし防止の基本的対策

### （1）教育

レポート見落とし防止対策として、まず必要なことは、主治医の立場になる医師が、画像診断レポートを確認することの必要性について認識することである。主治医が注目している臓器以外の部位に、新たな悪性腫瘍などの重要所見が映し出されている可能性、これに気づき早期に対応すれば救える患者を、レポートを見落とすことで、最悪の場合、死の転帰をとることがあることを、改めて理解する必要がある。また、主治医が交代するタイミングでこの問題が起こりやすいことを理解し、その状況にある場合に、レポートの見落としがないかを確認する姿勢があると、レポートの見落としを防ぐことができると思われる。また、画像検査をオーダーした場合、レポートを見た時に、その要約を経過記録に記載し、患者に説明した内容も経過記録に記載するのが、診療記録記載上の基本的ルールである。診療記録に記載されていないことは実施していないと見なされる。本件の場合であれば、記載がないことは、レポートを見ておらず、また、患者にレポートの内容を説明していないことになる。こうしたことを医師が理解し、冷静に判断ができる状況においては、レポートの見落としは起こりにくい。医療機関が行うべき第一の対策は、こうしたことの教育を徹底することである。

### （2）レポートの存在を気づかせる

しかし、現実の医療では、当該患者の急性疾患の対応に集中している状況や、他の難しい患者の対応を平行して行っている状況であるなど、医師は余裕の無い状況に置かれることは屢々あり、医師への注意喚起だけで問題は解決しない。このような問題に対する第二段目の対策として、システムにより、主治医に未読レポートの存在に気づかせる方法が有効である。余裕の無い状況にある医師が、遅れて到着する診断レポートを自発的に確認することは難しいものであるが、この機能があると、レポートの見落としの重大さを理解する医師であればレポートを確認する。画像診断医、病理診断医の協力が得られ、重要所見を含むレポートに印が付けられると、重要所見の見落としは更に起こりにくくなる。また、レポート中の重要所見が分かりやすく表現されることで、忙しい状況下にある医師でも、指摘された所見を見逃してしまうことなく、正しく捉えて対応することができる。

### （3）第三者による未読監査

一方、医療機関の管理者は、全ての医師が、診断レポートを確認すべきであることは理解していても、現実にはレポートの確認もれが生じうることを現実の問題として認識しておくべきである。医療の質・安全を確保するために医師が理解しておくべきことは多くある中で、医療安全講習会等で、この問題を取り上げたとしても、100%の医師に浸透するとは限らない。また、医師は異動が多く、常に新人の医師が医療に参加している状況もある。また、大阪大学医学部附属病院の調査では、予期せぬ重要所見を含むレポートの数は500件に1件の割合であった。つまり、500件のうち499件は、見落とししたとしても重大な事態には発展しない。この頻度が、油断させる要因でもある。第三段目の対策として、未読レポートを第三者が監視し、医師に対して未読のまま放置しないよう指摘する方法が有効である。この体制下では、未読レポートを放置している医師に個別に指導することもできる。この対策をとるためには、未読レポートをリストアップするシステムの機能が重要となる。

### （4）第三者による対応の確認

この未読監査は有効であるように見えるが、レポートの全記載内容を注意して読まずにレポートを見たことにする行動を誘発してしまう場合がある。こうした行動がとられると、労力をかけて監査をする意味がなくなる。第四段目の対策として、画像診断医、病理診断医が重要所見を含むレポートに印を付け、第三者が、その患者に対し適切な医療がされているかをカルテレビュー等で確認する監査の実施が有効である。この対策であれば、主治医が重要な所見を含むレポートを見ていなくても、あるいは、見ている内容が正しく理解していない状況があったとしても、重大な状況の発生をくいとめることになる。

こうした医師に向けた対策に加え、患者に対して、検査を受けた場合にその内容を主治医から聞くように、検査前に患者に渡す説明文書に記載し促している医療機関があり、有効な対策と思われる。また、診断レポートのうち、診断部分を患者に渡す運用をしている医療機関もある。診断レポートすべてを患者に渡す運用を行っている医療機関もあるが、医師向けに専門用語を用いて記載されたレポートを、手を加えずに患者に渡す運用については、患者に誤解や不安を与える危険があることから、議論が多い。



# 報告書の確認不足に対する組織的医療安全対策の効果(例)

- 画像診断において、医療安全部門が主体となって院内全体で取り組むことにより、レポートの未開封率は半減した。
- また、カルテを監査することで、確実なレポートの確認不足に対する対策が図られている。

## 【群馬大学医学部附属病院での事例】

### 院内での周知

- ・ 診療科毎に未開封レポートのリスト作成
- ・ リスクマネージャー会議での報告 等

### 【レポート未開封率の推移】

導入前：8.9%  
導入1年後：3.4~4.5%

### 管理システムの導入

- ・ 重要所見のあるレポートに目印（フラグ）
- ・ 医師へポップアップ通知 等

### 【管理システム及び監査の実績】

調査期間（10か月）において、

- ・ 全レポート数：64280件  
→うち、フラグあり1.38%  
→うち、一次スクリーニング該当10.22%  
→うち、二次スクリーニング該当2.47%
- ・ 医師へ電話連絡の実施：22件

### 重要所見のあるレポートのカルテ監査

- ・ レポート作成から2週間後にカルテを監査  
→診療情報管理士による一次スクリーニング  
→対応が十分と確認できない場合、  
医療安全部門所属医師による二次スクリーニング
- ・ 必要がある場合、医師へ電話連絡

# 画像診断管理加算3 について

# 第4部 画像診断 通則

1～4（略）

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340点を所定点数に加算する。

画像診断管理加算3(増点)

300点 → 340点



| 提案番号(6桁) | 申請技術名                                 | 申請学会名     |
|----------|---------------------------------------|-----------|
| 204101   | 人工知能技術を用いた画像診断補助に対する加算（単純・コンピュータ断層撮影） | 日本医学放射線学会 |

人工知能技術を用いた画像診断補助ソフトウェアはすでに複数登場しており、今後、多数の臨床導入が予想される。これらを臨床現場で運用する際は、適切な管理や運用支援が必要である。

**医療技術評価提案書の記載内容紹介**

### 診療使用の際の問題点例①

個々の人工知能ソフトウェアは薬機法上の承認等を得ており、臨床上の使用方法等を準拠すれば、臨床使用上は問題ない。一方で、これらの人工知能ソフトウェアの使用時に利用する情報（画像情報等）の規格等は、製品ごとに異なり、出力される結果の解釈方法や運用方法等もそれぞれ異なっている。多数のソフトウェアが使用されるため、それぞれが適切に運用されるように管理する必要がある。



### AI臨床使用指針

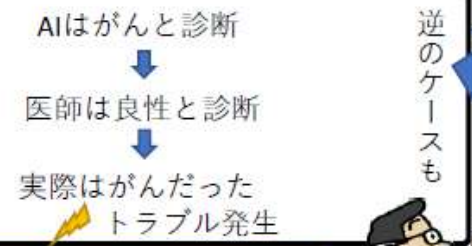
これらのことから医学放射線学会ではガイドライン等を作成し、臨床上の運用の管理、精度管理等を実施することとなった。

日本医学放射線学会の指針  
臨床医の運用支援を目的

- 事前教育活動の実施
- 患者への説明方法
- 適正利用
- 精度管理
- 責任医師の配置 等

### 診療使用の際の問題点例②

また、結果の解釈は、医師が最終的に責任をもち判断することとなるが、画像レポート未確認問題と同様に、その際の医師の判断の妥当性に関して、法的な責任を問われる恐れがあり、事前に適切な説明が必要である。



人工知能技術を用いた画像診断補助ソフトウェアを使用した画像診断を実施した際に、人工知能臨床使用指針を遵守する場合の加算として、人工知能技術加算（30点）の創設を要望する<sup>35</sup>





|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <p>⑤ ④の根拠となる研究結果等</p>                            | <p>研究結果</p> <p>ガイドライン等での位置づけ</p>  | <p>3</p> <p>ガイドライン等での記載あり（右欄に詳細を記載する。）</p>   | <p>日本医学放射線学会では、薬機法で承認された画像診断補助ソフトウェアを臨床で使用する場合の注意点や管理方法等について、診断の質を担保するため、「人工知能技術を活用した自動診断補助ソフトウェアの臨床使用に関する指針（仮）」を策定することになっている。</p>  |
| <p>⑥普及性</p>                                      | <p>年間対象患者数(人)</p> <p>国内年間実施回数(回)</p>  | <p>443,213人</p> <p>443,213回</p> <p>※本加算案は、画像診断管理加算3の施設基準を満たす施設を対象とする。</p> <p>◆胸部X線診断でのAI画像診断ソフトウェアを使用する回数</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 特定機能病院 写真診断 画像診断管理加算1 + 基本的エックス線診断料 画像診断管理 加算1 算定回数 22,334回+721回=23,055回/6月度 ※令和元年社会医療診療行為別統計(6月分)のデータより</li> <li>・ 年間回数: 23,055回 × 12ヶ月 = 276,660回/年…①</li> <li>・ 画像診断管理加算3 算定施設数: 42施設(2020年11月1日現在)</li> <li>・ 特定機能病院数: 87施設(2020年12月1日現在)</li> <li>・ 特定機能病院数のうち画像診断管理加算3 算定施設の割合: 42施設/87施設=48%…②</li> <li>・ 画像診断管理加算3 算定施設の画像診断管理加算1の算定回数: ① × ② = 276,660 × 48% = 132,797回…③</li> <li>・ 胸部X線の割合を70%(久留米大学病院の発表より)、AIを活用する割合を50%と仮定すると、胸部X線診断でAI画像診断ソフトウェアを使用する回数は、③ × 70% × 50% = 46,478回…④ と推計。</li> </ul> <p>◆胸部CT・頭部MRI診断でAI画像診断補助ソフトウェアを使用する回数</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 特定機能病院 画像診断管理加算3 (コンピューター断層撮影診断) 算定回数: 101,727回/6月度</li> <li>・ 年間回数: 101,727回 × 12ヶ月 = 1,220,724回/年…⑤</li> <li>・ CTとMRIの割合は3:1であり、CTにおける胸部を含む部位の検査割合は70%、MRIにおける頭部を含む部位の検査割合は 50%(いずれも金沢大学附属病院の発表より)、AIを活用する割合を50%と仮定すると、胸部CT診断でAI画像診断ソフトウェアを使用する回数は、⑤ × 75% × 70% × 50% = 320,440回…⑥</li> <li>・ 頭部MRI診断でAI画像診断ソフトウェアを使用する回数は、⑤ × 25% × 50% × 50% = 76,295回…⑦</li> <li>・ 胸部X線、胸部CT、及び頭部MRI診断で、AI画像診断ソフトウェアを使用する回数を合計すると ④+⑥+⑦=443,213回</li> </ul> | <p>※患者数及び実施回数の推定根拠等</p>   |
| <p><b>医療技術評価提案書に AI管理指針や画像診断管理加算3の記述がある!</b></p> |   | <p>⑦医療技術の成熟度</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 学会等における位置づけ</li> <li>・ 難易度(専門性等)</li> </ul>  | <p>日本医学放射線学会は、「人工知能技術を活用した自動診断補助ソフトウェアの臨床使用に関する指針（仮）」を策定し、その準拠を、本要望の加算要件とする位置づけにある。</p>   |
| <p>施設基準 (技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)</p> | <p>施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等)</p> <p>人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経年数等)</p> <p>その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件)</p> | <p>画像診断管理加算3の施設基準を満たすこと 「人工知能技術を活用した自動診断補助ソフトウェアの臨床使用に関する指針（仮）」に準拠すること。</p> <p>人工知能技術を用いた画像診断補助ソフトウェアを使用した画像診断の安全管理、精度管理を行う、専任の画像診断専門医が1名配置されていること。</p> <p>医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン、医療情報システムの安全管理に関するガイドライン。</p>   | <p>「人工知能技術を活用した自動診断補助ソフトウェアの臨床使用に関する指針（仮）」に準拠すること。</p> <p>人工知能技術を用いた画像診断補助ソフトウェアを使用した画像診断の安全管理、精度管理を行う、専任の画像診断専門医が1名配置されていること。</p> <p>医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン、医療情報システムの安全管理に関するガイドライン。</p> |

# 第4部 画像診断 通則

1～4（略）

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340点を所定点数に加算する。

## 画像診断管理加算3(増点)

300点 → 340点

**画像診断管理加算3の増点は  
AI技術支援の内容が反映された！**

<経過措置>

令和4年3月31日時点で画像診断管理加算3の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関については、令和5年3月31日までの間に限り、人工知能関連技術が活用された画像診断補助ソフトウェアの適切な安全管理に係る要件を満たしているものとする。

人工知能技術を活用した  
放射線画像診断補助ソフトウェアの  
臨床使用に関する管理指針

公益社団法人  
日本医学放射線学会

公益財団法人日本医学放射線学会より、2022年1月7日付で  
「人工知能技術を活用した 放射線画像診断補助ソフトウェアの  
臨床使用に関する管理指針」が公表された！

[http://www.radiology.jp/member\\_info/guideline/20220107\\_01.html](http://www.radiology.jp/member_info/guideline/20220107_01.html)

# 画像診断管理加算3に関する施設基準

(1)～(8) 省略

(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。

(11) 関係学会の定める指針に基づいて、人工知能関連技術が活用された画像診断補助ソフトウェアの適切な安全管理を行っていること。その際、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。))が責任者として配置されていること。

人工知能(AI)に関するこの部分の施設基準が追加されている!

## 4 届出に関する事項

(1) 画像診断管理の施設基準に係る届出は、別添2の様式32を用いること。なお、画像診断管理加算1の施設基準の届出については、画像診断管理加算2又は3の届出をもってこれに代えることができる。

(2) 令和4年3月31日時点で画像診断管理加算3の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関については、令和5年3月31日までの間に限り、3の(11)の基準を満たしているものとする。

経過措置あり!



画像診断管理加算 1  
 画像診断管理加算 2  
 画像診断管理加算 3

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

|   |  |                                   |                          |
|---|--|-----------------------------------|--------------------------|
| 1 標榜診療科<br>(施設基準に係る標榜科名を記入すること。)  |  |                                   |                          |
| 2 画像診断を専ら担当する常勤医師の氏名等   |  |                                   |                          |
| 常勤医師の氏名   | 勤務時間                                   | 画像診断を専ら担当した経験年数                   | 医療機関勤務                   |
|   | 時間                                     | 年                                 | <input type="checkbox"/> |
|   | 時間                                     | 年                                 | <input type="checkbox"/> |
|   | 時間                                     | 年                                 | <input type="checkbox"/> |
|   | 時間                                     | 年                                 | <input type="checkbox"/> |
|   | 時間                                     | 年                                 | <input type="checkbox"/> |
|   | 時間                                     | 年                                 | <input type="checkbox"/> |
|   | 時間                                     | 年                                 | <input type="checkbox"/> |
|   | 時間                                     | 年                                 | <input type="checkbox"/> |
| 3 核医学診断、CT撮影及びMRI撮影に係る事項  |  |                                   |                          |
|   | 当該保険医療機関における実施件数                       | うち画像診断を専ら担当する常勤医師の下に画像情報の管理を行った件数 |                          |
| 核医学診断   | ①                                      | 件                                 | 件                        |
| CT撮影及びMRI撮影   | ②                                      | 件                                 | 件                        |
| 4 核医学診断及びコンピューター断層診断に係る事項   |  |                                   |                          |
|   | うち画像診断を専ら担当する常勤医師が読影及び診断を翌診療日までにを行った件数 |                                   |                          |
| 核医学診断   | ③                                      | 件                                 | 件                        |
| コンピューター断層診断   | ④                                      | 件                                 | 件                        |
| 読影結果が翌診療日までに読影されている率 = $(③+④) / (①+②) \times 100$<br>= <input type="text"/> % |  |                                   |                          |
| 5 当該保険医療機関以外の施設への読影又は診断の委託  |  | 有・無                               |                          |
| 6 当該保険医療機関における夜間及び休日の読影体制   |  | 有・無                               |                          |

|   |      |                 |                          |
|---|------|-----------------|--------------------------|
| 7 当該保険医療機関における、夜間及び休日を除く全ての核医学診断、CT撮影及びMRI撮影の検査前の画像診断管理の実施  |      | 有・無             |                          |
| 8 当該保険医療機関における、人工知能関連技術が活用された画像診断補助ソフトウェアの適切な安全管理に係る責任者の氏名等 |      |                 |                          |
| 常勤医師の氏名   | 勤務時間 | 画像診断を専ら担当した経験年数 | 医療機関勤務                   |
|   | 時間   | 年               | <input type="checkbox"/> |

〔記載上の注意〕

- 「2」の常勤医師については、該当するすべての医師について記載すること。常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。また、常勤医師のうち、当該保険医療機関において勤務する医師（当該保険医療機関において常態として週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っており、当該勤務時間以外の所定労働時間について、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で読影を行う医師を除く。）については、当該医師の「医療機関勤務」の□に「✓」を記入すること。ただし、画像診断管理加算1及び2については1名以上、画像診断管理加算3については6名以上の「医療機関勤務」の常勤医師が必要であること。
- 「2」に研修修了の登録がされている医師の氏名を記入する場合は、関係学会による登録の有無が分かる書類の写し（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覽でも可）を添付すること。
- 「3」及び「4」については、届出前3か月間の件数を記入すること。
- 画像診断管理加算1の届出を行う場合にあっては、「3」、「4」、「6」、「7」及び「8」は記載する必要はないこと。
- 画像診断管理加算2の届出を行う場合にあっては、「6」、「7」及び「8」は記載する必要はないこと。
- 画像診断管理加算2及び3の届出を行う場合にあっては、関連学会の定める指針に基づいて、MR1装置の適切な安全管理を行っていること等を証明する書類を添付すること。
- 画像診断管理加算3の届出を行う場合にあっては、関連学会の定める指針に基づいて、適切な被ばく線量管理を行っていること等を証明する書類を添付すること。
- 画像診断管理加算3の届出を行う場合にあっては、関連学会の定める指針に基づいて、人工知能関連技術が活用された画像診断補助ソフトウェアの適切な安全管理を行っていること等を証明する書類添付すること。また、「8」の常勤医師については、「2」の常勤医師に係る記載に準じて記載すること。

次ページに拡大表示

※厚生労働省HP令和4年度診療報酬改定  
 (2022年3月4日)公開資料より

## 様式32

### 画像診断管理加算におけるの施設基準に係る届出書添付書類(追加分)

#### 〔追加された記入欄〕

#### 8 当該保険医療機関における、人工知能関連技術が活用された画像診断補助ソフトウェアの適切な安全管理に係る責任者の氏名等

- ・常勤医師の氏名: ○○○○
- ・勤務時間: ○○ 時間
- ・画像診断を専ら担当した経験年数: ○ 年
- ・医療機関勤務: チェック欄

日本医学放射線学会  
の認証が必要！

#### 〔追加された記載上の注意〕

8 画像診断管理加算3の届出を行う場合にあつては、関連学会の定める指針に基づいて、人工知能関連技術が活用された画像診断補助ソフトウェアの適切な安全管理を行っていること等を証明する書類を添付すること。また、「8」の常勤医師については、「2」の常勤医師に係る記載に準じて記載すること。

# 画像診断関連 その他

## E 画像診断

E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)(一連につき)

1～3(略)

注1～9(略)

10 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、肝エラストグラフィを行った場合は、

肝エラストグラフィ加算として、600点を所定点数に加算する。

**(新設) 肝エラストグラフィ加算 → 600点**

**新**



| 提案番号(6桁) | 申請技術名            | 申請学会名     |
|----------|------------------|-----------|
| 329102   | 先進画像加算 肝エラストグラフィ | 日本磁気共鳴医学会 |

## 医療技術評価提案書の記載内容紹介

### 【技術の概要】

- ✓ 体外から肝臓へ振動を与えながらMRIを撮像
- ✓ 肝臓を伝搬する弾性波の速度を計測することで、肝臓の弾性率（硬度）を算出できる

### 【技術の方法】

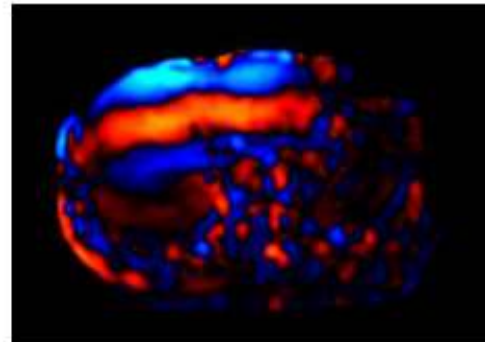
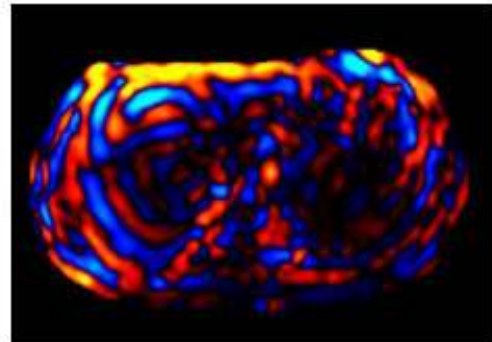
- ✓ 専用ハードウェアにて体外から肝臓へ振動を与える
- ✓ MRエラストグラフィ専用のシーケンスを撮像
- ✓ 位相画像から弾性率カラーマップを自動計算

### 【技術の特徴】

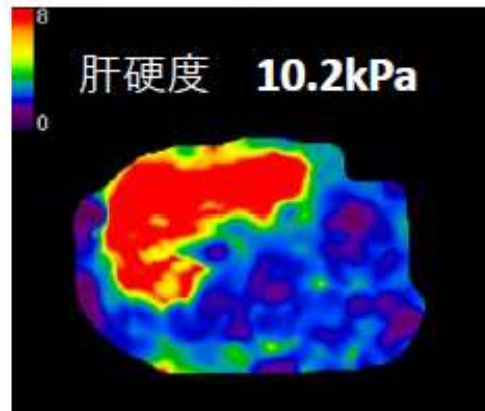
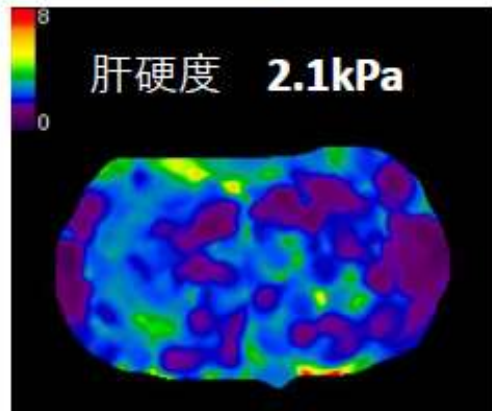
- ✓ **非侵襲的**に肝硬度を計測可能
- ✓ **肝臓全体**の硬度を計測可能
- ✓ **短時間**で済むため、通常のMRI検査と同時に施行可能
- ✓ 血液生化学的検査、超音波エラストグラフィと比較して、**最も診断精度が高い**
- ✓ 肝癌発症リスクの評価も可能
- ✓ **費用対効果が高い**  
入院が必要な肝生検と比較して、費用負担が少ない

非アルコール性脂肪性肝疾患  
肝線維化スコア **F0**

アルコール性肝硬変  
肝線維化スコア **F4**



位相画像



弾性率カラーマップ

**この技術に600点が付いた！**

## E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)

(留意事項より)

(1)～(15) 省略

(16) 「注10」に規定する**肝エラストグラフィ加算**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、非アルコール性脂肪肝炎の患者(疑われる患者を含む。)**に対して、**肝臓の線維化の診断を目的とし、1.5 テスラ以上のMRI装置及び薬事承認を得た専用装置**を使用して肝臓を描出した場合に年1回に限り算定する。

(17) 「注10」に規定する**肝エラストグラフィ加算と肝臓の線維化の診断を目的として区分番号「D412」経皮的針生検法(透視、心電図検査及び超音波検査を含む。)**を併せて実施した場合には、**主たるもののみ算定する**。また、当該画像診断を実施したと**同一月内に肝臓の線維化の診断を目的として区分番号「D215-2」肝硬度測定、「D215-3」超音波エラストグラフィ又は「D215-4」超音波減衰法検査**を実施した場合には、**主たるもののみを算定する**。

**同時に複数の検査を実施した場合は主たるもののみを請求！**

# 第36 の1の6 肝エラストグラフィ加算

## 1 肝エラストグラフィ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医師に限る。)が3名以上配置されていること。なお、画像診断を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において画像情報の撮影又は読影に携わっている者をいう。
- (4) 当該保険医療機関において、夜間及び休日に読影を行う体制が整備されていること。
- (5) 当該保険医療機関において実施される全ての核医学診断、CT撮影及びMRI撮影について、夜間及び休日を除いて、検査前の画像診断管理を行っていること。
- (6) 関係学会の定める指針に基づいて、肝エラストグラフィ撮影を適切に実施していること。

## 2 届出に関する事項

肝エラストグラフィ加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式38 を用いること。

## 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) 注1~4(略)

注5として追加 (注4 冠動脈血流予備能測定検査加算の600点とは別に算定)

循環動態解析装置を用いて冠動脈血流予備能測定検査を実施した場合は、冠動脈血流予備能測定検査加算(循環動態解析装置)として、7,200点を所定点数に加算する。

冠動脈血流予備能測定検査加算(循環動態解析装置)

新

→ 7,200点

## 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 右心カテーテル 3,600点

2 左心カテーテル 4,000点

注1 新生児又は3歳未満の乳幼児(新生児を除く。)に対して当該検査を行った場合は、新生児加算又は乳幼児加算として、1については10,800点又は3,600点を、2については12,000点又は4,000点を、それぞれ所定点数に加算する。

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、冠攣れん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、冠攣れん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。

注3 血管内超音波検査又は血管内光断層撮影を実施した場合は、血管内超音波検査加算又は血管内光断層撮影加算として、400点を所定点数に加算する。

注4 冠動脈血流予備能測定検査を実施した場合は、冠動脈血流予備能測定検査加算として、600点を所定点数に加算する。

**注5 循環動態解析装置を用いて冠動脈血流予備能測定検査を実施した場合は、冠動脈血流予備能測定検査加算(循環動態解析装置)として、7,200点を所定点数に加算する。**

注6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、血管内視鏡検査を実施した場合は、血管内視鏡検査加算として、400点を所定点数に加算する。

注7 同一月中に血管内超音波検査、血管内光断層撮影、冠動脈血流予備能測定検査及び血管内視鏡検査のうち、2以上の検査を行った場合には、主たる検査の点数を算定する。

注8 カテーテルの種類、挿入回数によらず一連として算定し、諸監視、血液ガス分析、心拍出量測定、脈圧測定、肺血流量測定、透視、造影剤注入手技、造影剤使用撮影及びエックス線診断の費用は、全て所定点数に含まれるものとする。

注9 エックス線撮影に用いられたフィルムの費用は、区分番号E400に掲げるフィルムの所定点数により算定する。

注10 心腔くう内超音波検査を実施した場合は、心腔くう内超音波検査加算として、400点を所定点数に加算する。



＜一部改正 R2 保医発1130第3号＞  
冠動脈血流予備能測定検査加算の準用点数について

(6)循環動態解析装置を用いる冠血流予備能測定検査が、関連学会の定める指針に沿って行われた場合、「注4」に掲げる**冠動脈血流予備能測定検査加算の所定点数12回分を合算した点数を準用して算定**する。

ただし、循環動態解析装置を用いる冠血流予備能測定検査と区分番号「E200-2」**血流予備量比コンピューター断層撮影**は併せて算定できない。

E200-2 血流予備量比コンピューター断層撮影  
(9,400点)は併せて算定できない。

$$\underline{600点} \times 12回 = \underline{7,200点}$$

## D206 心臓カテーテル法による諸検査（留意事項より）

- (1) 心臓カテーテル検査により大動脈造影、肺動脈造影及び肺動脈閉塞試験を行った場合においても、心臓カテーテル法による諸検査により算定するものとし、血管造影等のエックス線診断の費用は、別に算定しない。
- (2) 心臓カテーテル法による諸検査のようなカテーテルを用いた検査を実施した後の縫合に要する費用は、所定点数に含まれる。
- (3) 「注5」の循環動態解析装置を用いる冠血流予備能測定検査は、関連学会の定める指針に沿って行われた場合に限り算定する。ただし、本加算と区分番号「E200-2」血流予備量比コンピューター断層撮影は併せて算定できない。
- (4) 「注5」の循環動態解析装置を用いる冠血流予備能測定検査を実施した場合、「注4」の冠動脈血流予備能測定検査に係る特定保険医療材料は算定できない。
- (5) 「1」の右心カテーテル及び「2」の左心カテーテルを同時に行った場合であっても、「注1」、「注2」、「注3」、「注4」及び「注5」の加算は1回のみに限られる。
- (6) 「注3」、「注4」、「注5」及び「注6」に掲げる加算は主たる加算を患者1人につき月1回に限り算定する。
- (7) 心筋生検を行った場合は、区分番号「D417」組織試験採取、切採法の所定点数を併せて算定する。

## E200-2 血流予備量比コンピューター断層撮影

**9,400点**

**こちらは施設基準の緩和が行われた！**

**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。**



# 血流予備量比コンピューター断層撮影料に対する 学会からの医療技術評価提案書からの抜粋

## ①再評価すべき具体的な内容(根拠や有効性等について記載)

### 医療技術評価提案書の記載内容紹介

変更の骨子として

本検査は、CTによる非侵襲的な機能的虚血評価により、カテーテルを用いた虚血評価や必要のないPCIを削減することで医療費を減らすことができるはずである。一方CTによる虚血評価を行ったにもかかわらず、必要のない検査やPCIを行う施設では医療費は減らないどころか逆に増加する。施設基準として最も重要な点は、機能的虚血評価により冠動脈狭窄があるがPCIやCABGを行わない(DEFER)症例の実績のある施設に認可することである。その実績を施設基準として盛り込み、かつ更新にも必須とすることである。

一方、現在の施設基準のうち、画像診断管理加算2または3、循環器学会の研修施設基準、インターベンション学会の研修施設基準等と重なる部分は削除する。また日本医学放射線学会の総合修練機関はがん治療を必須とすることから削除し、画像管理加算2または3の基準が放射線診断の安全管理基準として採用する。

以上から「1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」を下記の通り変更する。

- (1) **64例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) **ア 日本循環器学会の研修施設かつ日本心血管インターベンション治療学会の研修施設または研修関連施設であること**  
**イ 機能的虚血診断に基づいて冠動脈狭窄はあるがPCIまたはCABGを施行しなかった(DEFER)症例が前年度に10例以上あること(症例リスト提出)**

## E200-2 血流予備量比コンピューター断層撮影（留意事項より）

- (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。

# 第35の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 血流予備量比コンピューター断層撮影により冠動脈狭窄が認められたにもかかわらず、経皮的冠動脈形成術又は冠動脈バイパス手術のいずれも行わなかった症例が前年に10例以上あること。

キ 日本循環器学会及び日本心血管インターベンション治療学会の研修施設のいずれにも該当する病院であること。

画像診断を専ら担当する常勤の医師3名以上配置、  
放射線治療に専従の常勤の医師が1名以上配置、  
医学放射線学会の総合修練機関、等の  
施設基準は緩和されたが、この項目が追記された！

## 2 届出に関する事項

血流予備量比コンピューター断層撮影の施設基準に係る届出は、別添2の様式37の2及び様式52を用いること。



## 医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応

### 施設基準の見直し

- 血流予備量比コンピューター断層撮影について、使用実態等を踏まえ施設基準を見直す。

#### 現行

##### 【血流予備量比コンピューター断層撮影】

###### 〔施設基準の概要〕

- (1) 64列以上のマルチスライス型のCTを有すること。
- (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。
  - ・ 許可病床数が200床以上の病院
  - ・ 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
  - ・ 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。
  - ・ 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。
  - ・ 経皮的冠動脈形成術を年間100例以上実施していること。
  - ・ 画像診断を専ら担当する常勤の医師が3名以上配置されていること。
  - ・ 放射線治療に専従の常勤の医師が1名以上配置されていること。

###### (新設)

- ・ 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。

#### 改定後

##### 【血流予備量比コンピューター断層撮影】

###### 〔施設基準の概要〕

- (1) 64列以上のマルチスライス型のCTを有すること。
- (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。
  - ・ 許可病床数が200床以上の病院
  - ・ 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
  - ・ 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。
  - ・ 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。
  - ・ 経皮的冠動脈形成術を年間100例以上実施していること。

###### (削除)

###### (削除)

- ・ 血流予備量比コンピューター断層撮影により冠動脈狭窄が認められたにもかかわらず、経皮的冠動脈形成術又は冠動脈バイパス手術のいずれも行わなかった症例が前年に10例以上あること。
- ・ 日本循環器学会及び日本心血管インターベンション治療学会の研修施設に該当すること。

**(新設)D215-4 超音波減衰法検査 200点**

注 区分番号D215-2に掲げる肝硬度測定又は区分番号D215-3に掲げる超音波エラストグラフィーを算定する患者については、当該検査の費用は別に算定しない。

**超音波減衰法検査      200点****新**

## D215-4 超音波減衰法検査 (留意事項より)

(1) 超音波減衰法検査は、汎用超音波画像診断装置のうち、使用目的又は効果として、超音波の減衰量を非侵襲的に計測し、肝臓の脂肪量を評価するための情報を提供するものとして薬事承認又は認証を得ているものを使用し、脂肪性肝疾患の患者であって慢性肝炎又は肝硬変の疑いがある者に対し、肝臓の脂肪量を評価した場合に、3月に1回に限り算定する。

**3月に1回に限り請求可能！**

(2) 当該検査の実施に当たっては、関係学会が定めるガイドラインを踏まえ適切に行うこと。

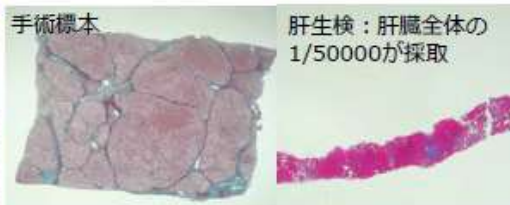
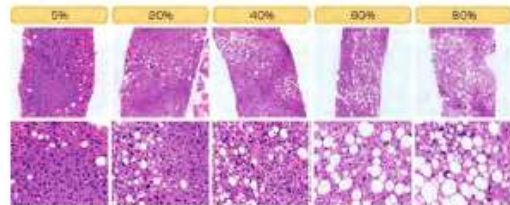
(3) 区分番号「D215-2」に掲げる肝硬度測定又は区分番号「D215-3」に掲げる超音波エラストグラフィーについて、同一の患者につき、当該検査実施日より3月以内に行われたものの費用は、原則として所定点数に含まれるものとする。ただし、医学的な必要性から別途肝硬度測定又は超音波エラストグラフィーを算定する必要がある場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。



| 提案番号(6桁) | 申請技術名           | 申請学会名  |
|----------|-----------------|--------|
| 218101   | 超音波減衰法による肝脂肪化定量 | 日本肝臓学会 |

【保険収載が必要な理由】わが国の脂肪性肝疾患の有病率は30%と増加傾向にある。食事、運動等生活介入で非アルコール性脂肪肝炎（NASH）や肝硬変、肝臓への進展を抑制でき正確に肝脂肪定量評価をし、治療適応と効果を診断することが必要である。現在、脂肪肝とNASHの鑑別や脂肪肝の診断は、肝生検により侵襲性、出血等合併症があり入院を必須とし、繰り返し検査は現実的ではない。超音波減衰法による非侵襲的検査で脂肪定量が可能となり、同時に肝硬度測定やエラストグラフィで肝線維化を診断できることは、脂肪肝からNASHへの進展や発癌高リスク患者を拾い上げる事が可能で、発癌リスクの低い患者の肝生検を回避できる。

### 【経皮的針生検法および脂肪肝組織診断】



肝細胞の脂肪化率で4段階に分類  
 S0:5%未満、S1:5-33%、S2:33-66%、S3:66%以上

問題点：サンプリングエラーは30%前後  
 病理医間の診断の統一性が担保されていない

### 【超音波減衰法による技術の実際】



### 【ガイドラインとエビデンス】

CQ3-2 NASH/NAFLD患者における肝脂肪量の画像診断は有用か？

推奨の強さ：強(合意率100%), エビデンスレベルA  
 カットオフ(dB/m) S1:248, S2:268, S3:280  
 J Hepatol.2017

### 【医療費に及ぼす影響】

肝生検数72,000件/年=医療費122億4千万円  
 うち、脂肪性肝疾患 50%程度が脂肪減衰法に移行すると

肝生検の減額 32,000件/年=54億4千万円

脂肪減衰法での増額

200点の場合 2000円 x 4万件 = 8千万円増加

削減効果67億2千万円

(肝硬度と同時測定) 150点 = 4千5百万円増加

削減効果67億6千万5百万円

\* 200点の理由：肝硬度に匹敵

\*\* 同時測定の理由：Bモードでドブラ加算に匹敵

### 【既存診断法：経皮肝生検 平均 170,000円】

| 診断法   | 保険点数(点) | 件数/年   | 医療費予想(円) |
|-------|---------|--------|----------|
| 肝生検   | 1600    | 72,000 | 122億4千万円 |
| 脂肪減衰法 | (案)200* | 40,000 | 8千万円     |

生検後穿刺部の止血確認のため4~6時間ベッド上安静翌日まで入院

| 提案診断法              | 保険点数(点)    | 件数/年   | 医療費(円)  | 削減効果(円)   |
|--------------------|------------|--------|---------|-----------|
| 肝生検                | 1600       | 32,000 | 54億4千万円 | —         |
| 脂肪減衰法(単独)          | (案)200*    | 40,000 | 8千万円    | 67億2千万円   |
| 脂肪減衰法(肝硬度と同時測定の場合) | (案)150加算** | 30,000 | 4千5百万円  | 67億6千5百万円 |

| 機器普及率と脂肪減衰機能設置率                            | ファイブロスキャン   | 超音波機器         | 超音波機器の脂肪減衰法 |
|--|-------------|---------------|-------------|
| 肝疾患拠点病院71病院                                | 67%(47台)    | 100%(71台)     | 約70%        |
| 肝専門医療機関<br>約3,200~3,800施設(病院約800、診療所3,000) | 約17%(約135台) | 100%(約3,800台) | 約30-50%     |

**超音波減衰法検査として200点が付いた!**

## D217 骨塩定量検査

(新設) 2 REMS法(腰椎) 140点

注 同一日にREMS法により大腿たい骨の骨塩定量検査を行った場合には、大腿骨同時検査加算として、55点を所定点数に加算する。

### 骨塩定量検査

|                 |             |   |
|-----------------|-------------|---|
| REMS法 (腰椎)      | <u>140点</u> | 新 |
| REMS法 大腿骨同時検査加算 | <u>55点</u>  |   |

## D217 骨塩定量検査 (留意事項より)

- (1) 骨塩定量検査は、骨粗鬆症の診断及びその経過観察の際のみ算定できる。ただし、4月に1回を限度とする。
- (2) 「1」の注はDEXA法による腰椎撮影及び大腿骨撮影を同一日に行った場合にのみ算定できる。
- (3) 「2」のREMS法(腰椎)は、REMS法(Radiofrequency Echographic Multi-spectrometry)による腰椎の骨塩定量検査を実施した場合に算定する。
- (4) 「2」の注は、REMS法により腰椎及び大腿骨の骨塩定量検査を同一日に行った場合にのみ算定できる。
- (5) 「3」の「MD法、SEXA法等」の方法には、DEXA法(dual Energy x-Ray Absorptiometry)、単一光子吸収法(SPA:Single Photon Absorptiometry)、二重光子吸収法(DPA: Dual Photon Absorptiometry)、MD法(Microdensitometryによる骨塩定量法)、DIP法(Digital Image Processing)、SEXA法(single Energy x-Ray Absorptiometry)、単色X線光子を利用した骨塩定量装置による測定及びpQCT(peripheral Quantitative Computed Tomography)による測定がある。
- (6) MD法による骨塩定量検査を行うことを目的として撮影したフィルムを用いて画像診断を併施する場合は、「2」の「MD法、SEXA法等」の所定点数又は画像診断の手技料(区分番号「E001」写真診断及び区分番号「E002」撮影)の所定点数のいずれか一方により算定する。ただし、区分番号「E400」フィルムの費用は、いずれの場合でも、手技料とは別に算定できる。



## D413 前立腺針生検法

(新設)1 MRI撮影及び超音波検査融合画像によるもの 8,210点

(増点)2 その他のもの 1,540点

注 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して実施した場合に限り算定する。

### 前立腺針生検法

1 MRI撮影及び超音波検査融合画像によるもの 8,210点 

2 その他のもの 1,400点 → 1,540点 

## 核磁気共鳴画像-経直腸的超音波画像融合画像に基づいた前立腺生検

【技術の概要】 前立腺癌の検出に有用である核磁気共鳴画像上において、前立腺癌が疑われた前立腺内部の限局した部分から、正確に組織を採取し、生体検査を実施するための技術である。当該技術は、画像処理、ナビゲーションによる生検針の誘導、および生検針の穿刺から成る。2016年以降、25施設で先進医療Aとして実施されている。

【対象疾患名】 前立腺癌の疑い

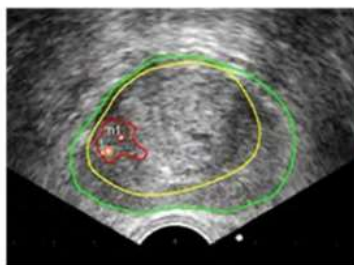
【現在当該疾患に対して行われている治療との比較】

① 従来の超音波画像ガイド下生検では、癌領域の観察は困難であり、生検による癌見逃しが課題とされた。核磁気共鳴画像は、治療すべき癌の多くを観察可能であるため、核磁気共鳴画像で癌が疑われた領域に対する生検法である当該技術は、治療すべき癌の検出率を向上させる。

② ①の理由から、癌の見逃しによる将来的な再生検および、生検に伴う合併症を減少できる。

【診療報酬上の取扱】 D: 生体検査 8,472点 (外保連試算点数: 7,419点、必要材料: 10,532円)

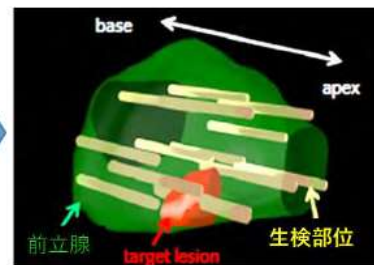
### 当該技術のプロセス



超音波画像上にMRIで癌が疑われる標的領域を表示(赤線)し、生検のガイドとする



標的領域から、正確に組織を採取



生検部位を記録

2437

Shoji S, et al: Int J Urol 24:288-294, 2017

## D413 前立腺針生検法 (留意事項より)

(1) 「1」のMRI撮影及び超音波検査融合画像によるものは、MRI撮影及び超音波検査融合画像ガイド下で、前立腺に対する針生検を実施した場合に限り算定する。なお、組織の採取に用いる保険医療材料の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

(2) 「1」は、超音波検査では検出できず、MRI撮影によってのみ検出できる病変が認められる患者に対して、当該病変が含まれる前立腺を生検する目的で実施した場合に限り算定できる。



## 第29 の3の2前立腺針生検法 (MRI撮影及び超音波検査融合画像によるもの)の施設基準

### 1 前立腺針生検法のMRI撮影及び超音波検査融合画像によるもの に関する施設基準

- (1) 泌尿器科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 専ら泌尿器科に従事し、当該診療科について4年以上の経験を有する医師が配置されていること。また、当該医師は、前立腺針生検法(MRI撮影及び超音波検査融合画像によるもの)を主として実施する医師として5例以上の症例を実施していること。
- (3) 放射線科の経験を5年以上有している医師が1名以上配置されていること。
- (4) 当該療法に用いる医療機器について、適切に保守管理がなされていること。
- (5) 1.5 テスラ以上のMRI装置を有していること。

施設基準に機器の保守管理が  
明記されている！

### 2 届出に関する事項

前立腺針生検法(MRI撮影及び超音波検査融合画像によるもの)の施設基準に係る届出は、別添2の様式31 の4及び様式52 を用いること。

前立腺針生検法（MRI 撮影及び超音波検査融合画像によるもの）  
の施設基準に係る届出書添付書類

|  |       |      |            |   |
|--|-------|------|------------|---|
| 1 標榜診療科名（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）  |       |      |            |   |
| 科  |       |      |            |   |
| 2 専ら泌尿器科に従事し、当該診療科について4年以上の経験を有し、前立腺針生検法（MRI 撮影及び超音波検査融合画像によるもの）を主として実施する医師として5例以上の症例を実施している医師の氏名等 |       |      |            |   |
| 診療科名   | 医師の氏名 | 勤務時間 | 当該診療科の経験年数 | 前立腺針生検法（MRI 撮影及び超音波検査融合画像によるもの）に係る経験症例数 |
|  |       | 時間   | 年          | 例                                       |
|  |       | 時間   | 年          | 例                                       |
|  |       | 時間   | 年          | 例                                       |
| 3 放射線科の経験を5年以上有している医師の氏名（1名以上）   |       |      |            |   |
| 4 当該療法に用いる医療機器の保守管理の計画の有無  |       |      |            |   |
| （有・無）  |       |      |            |   |
| 5 撮影に使用するMRIの名称、型番、メーカー名等  |       |      |            |   |
| （機種名）  |       |      |            |   |
| （型番）   |       |      |            |   |
| （メーカー名）  |       |      |            |   |
| （テスラ数）   |       |      |            |   |

**施設基準に機器の保守管理が明記されている！**

【記載上の注意】

- 「2」の泌尿器科を担当する医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。
- 「2」については、当該手術症例一覧（実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。

## D415-4 経気管肺生検法(仮想気管支鏡を用いた場合) 5,000点

注 ガイドシースを用いた超音波断層法を併せて行った場合は、ガイドシース加算として、500点を所定点数に加算する。

### 経気管肺生検法(仮想気管支鏡を用いた場合)

ガイドシース加算 500点



## D415-4 経気管肺生検法(仮想気管支鏡を用いた場合) (留意事項より)

(1) 経気管肺生検法の実施にあたり、胸部X線検査において2cm以下の陰影として描出される肺末梢型小型病変が認められる患者又は到達困難な肺末梢型病変が認められる患者に対して、患者のCT画像データから構築した仮想気管支鏡の画像を利用して行った場合に算定できる。なお、この場合、CTに係る費用は別に算定できる。

(2) 経気管肺生検法(仮想気管支鏡を用いた場合)は、採取部位の数にかかわらず、所定点数のみ算定する。

(3) 区分番号「D302」に掲げる気管支ファイバースコープの点数は別に算定できない。

# K169 頭蓋内腫瘍摘出術

1・2（略）

注1・2（略）

注3 2について、同一手術室内において術中にMRIを撮影した場合は、術中MRI撮影加算として、3,990点を所定点数に**加算**する。

**術中MRI撮影加算**

**3,990点**

**新**

※準用技術料として以下が適用されていた。（2021年11月10日付）

「画像等手術支援加算」（ナビゲーションによるもの）2000点 ＋

「術中迅速病理組織標本作製」（1手術）1990点の合計で「3990点」

K169 頭蓋内腫瘍摘出術 （留意事項より）

(1) 「注1」に規定する脳腫瘍覚醒下マッピング加算を算定する場合は、区分番号「K930」脊髄誘発電位測定等加算は算定できない。

(2) 「注3」に規定する術中MRI撮影加算は、関係学会の定めるガイドラインを遵守した場合に限り算定する。なお、MRIに係る費用は別に算定できる。



## 「画像等手術支援加算 術中MRIによるもの」について

### 【技術の概要】

手術室に設置したMRIを用い、脳腫瘍摘出術中にMRIを行う。従来の術中ナビゲーションでは脳変形によって克服困難であった誤差を修正でき、残存腫瘍の位置や範囲、周囲組織との関係を正確に評価可能となる。摘出率の向上のみならず、手術治療に高い安全性をもたらす技術である。

### 【対象疾患】

脳腫瘍摘出術全般が適応であるが、特にグリオーマなど脳内の浸潤腫瘍や下垂体腫瘍などの頭蓋底部腫瘍に対する手術が良い適応である。日本脳神経外科学会統計によると、2017年度グリオーマ手術件数3,392件、下垂体腺腫手術件数517件である。

### 【診療報酬上の取扱】

K区分に「画像等手術支援加算 術中MRIによるもの」として新たに4,000点を要望する。

### 医療技術評価提案書の記載内容紹介

#### 【有効性】

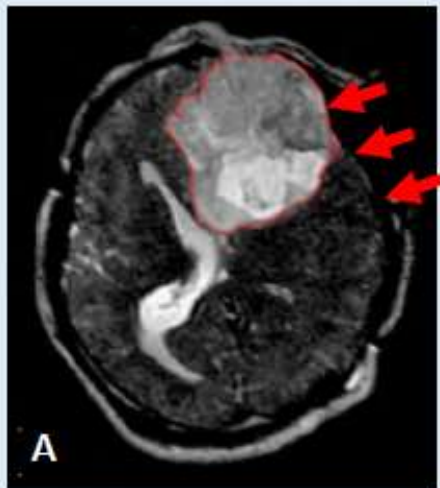
開頭後、脳組織は大気圧や髄液の排出によって容易に変形変位するが、術中MRIでは、リアルタイムに実際の脳や病変、残存腫瘍、重要組織の位置を正確に知ることができる。これにより腫瘍摘出術の向上や合併症の頻度の減少と安全性の向上、予後の改善が明らかとなっている。

#### 【安全性】

MRI撮像そのものには副作用のリスクはない。ただし撮像時に磁場危険区域内(5ガウスライン)に磁性体金属があると、移動(ミサイル効果)して患者、周囲の人員や装置に損傷を与える可能性がある。

**この技術に3,900点が付いた！**

### <グリオーマの術中MRI画像>



A: 開頭後、脳はすでに変位し(→)ているが、術中MRIで正確に腫瘍範囲を同定(赤線の内側)。

B: 腫瘍摘出の進行に伴い、大きく変化する脳の変位および変形による残存腫瘍の位置の変化と範囲を、術中MRIで正確に評価同定することにより、腫瘍は全摘された。

(Yu Fujii, et.al: J Neurosurg. 2018より引用一部改変)



○ 留意事項案

- ・ 区分番号「K169」の「2」又は「K171-2」に掲げる手術に当たって、同一手術室内において術中にMRIを撮像した場合は、区分番号「K939」の「1」ナビゲーションによるもの及び「N003」術中迅速病理組織標本作製（1手術につき）の所定点数を合算した点数を準用して算定する。なお、本品の使用に当たっては、**術中MRIガイドラインを遵守すること。**
- ・ この場合、**MRIに係る費用は別に算定できる。**

○ 関連技術料

K169 頭蓋内腫瘍摘出術

2 その他のもの 132,130点

K171-2 内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術

1 下垂体腫瘍 110,970点

2 頭蓋底脳腫瘍（下垂体腫瘍を除く。） 126,120点

E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）（一連につき）

3 1又は2以外の場合 900点

注3 造影剤使用加算 250点

**K169 頭蓋内腫瘍摘出術**

**1・2（略）**

**注1・2（略）**

**注3 2について、同一手術室内において術中にMRIを撮影した場合は、術中MRI撮影加算として、3,990点を所定点数に加算する。**

**術中MRIガイドライン（2014年7月原案）は、術中MRIガイドライン作成委員会、日本術中画像情報学会より公開されている。**

# 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正について

## 別添3「特定保険医療材料の定義について」 (令和2年3月5日保医発0305第12号)の一部改正について

3 別添1の第2章第 10 部第3節K939に次を加える。

(6) 区分番号「K169」の「2」又は「K171-2」に掲げる手術に当たって、**同一手術室内において術中にMRIを撮像した場合は、区分番号「K939」の「1」ナビゲーションによるもの及び区分番号「N003」術中迅速病理組織標本作製(1手術につき)**の所定点数を合算した点数を準用して算定する。

ア 関係学会の定める「**術中MRIガイドライン**」を遵守すること。

イ **MRIに係る費用は別に算定できる。**

ウ 本区分の「1」の「注」に定める規定は適用しない。

「術中MRIガイドライン」  
の遵守が必要！

## 術中MRI脳腫瘍手術3990点の技術料算定を許可

中医協総会 12月から機器4製品を保険適用

中央社会保険医療協議会 総会(第495回)

[https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500\\_00118.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00118.html)

中央社会保険医療協議会は11月10日の総会で、**脳腫瘍の手術中にMRIで残存腫瘍や合併症の有無を確認しながら治療できる「術中MRイメージング装置 OPERADA Open」(富士フイルムヘルスケア)**など、区分Cの医療機器4製品について、12月から保険適用することを了承した。術中MRIでの手術は合計3990点の技術料が追加算定できるようになる。

**「術中MRイメージング装置 OPERADA Open」は、術中に撮影可能なMRIと、電動式手術台と頭部手術用クランプで構成。手術室と撮影室が同じ「1ルーム型」で、術中に残存腫瘍や合併症の有無を確認できるメリットがある。**

特定保険医療材料価格は設定せず、新規技術料で評価する。次期診療報酬改定までは、既存技術料を準用。術中MRIによる脳外科手術を実施した場合、「**画像等手術支援加算**」(ナビゲーションによるもの)2000点、「**術中迅速病理組織標本作製**」(1手術)1990点の算定を認める。「**合計3990点**」が、既存手術料に上乗せして算定できる。ピーク時(10年後)の年間販売額は1億9000万円で、患者数4800人。

## K939 画像等手術支援加算

1 ナビゲーションによるもの 2,000点  
(略)

画像等手術支援加算の  
シミュレーションによるものは  
「術中MRIによるもの」等が  
評価対象となっている！

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、K43  
4及びK436からK444-2(下顎骨延長術)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。

改

3 (略)

注 区分番号K082、K082-3、K437からK439まで及びK444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~K939-8 (略)

**K939-9 切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算 5,190点**

新

## K939-9 切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算 (留意事項より)

(1) 切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算は、滲出液を持続的に除去し、切開創手術部位感染のリスクを低減させる目的のみで薬事承認を得ている医療機器を、術後縫合創に対して使用した場合に算定する。

(2) 切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算の算定対象となる患者は、区分番号「A301」**特定集中治療室管理料**、区分番号「A301-3」**脳卒中ケアユニット入院医療管理料**、区分番号「A301-4」**小児特定集中治療室管理料**、区分番号「A302」**新生児特定集中治療室管理料**又は区分番号「A303」**総合周産期特定集中治療室管理料**を算定する患者であって、次に掲げる患者である。

なお、次に掲げる患者のいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載すること。

ア BMIが30以上の肥満症の患者

イ 糖尿病患者のうち、ヘモグロビンA1c(HbA1c)がJDS値で6.6%以上(NGSP値で7.0%以上)の者

ウ ステロイド療法を受けている患者

エ 慢性維持透析患者

オ 免疫不全状態にある患者

カ 低栄養状態にある患者

キ 創傷治癒遅延をもたらす皮膚疾患又は皮膚の血流障害を有する患者

ク 手術の既往がある者に対して、同一部位に再手術を行う患者

(3) (2)以外の患者に対して当該機器を使用した場合は、当該機器に係る費用はそれぞれの手術の所定点数に含まれ、本加算は算定できない。



|          |  |        |
|----------|--|--------|
| 提案番号(6桁) | 申請技術名  | 申請学会名  |
| 214204   | PET薬剤を院内調剤する場合、「PET製剤の取扱いに関し、専門の知識及び経験を有する薬剤師の配置」を施設基準追加 | 日本核医学会 |

**医療技術評価提案書の記載内容紹介**

**【技術の概要】**

本提案はPET薬剤を医療機関内で院内調剤する場合においては、「PET製剤の取扱いに関し、専門の知識及び経験を有する薬剤師の配置」を施設基準に追加するものである。これにより、より安全なPET検査を遂行する事が可能となる。担当者が異動しても施設が一定の技術レベルを維持し、施設間での技術的均霑化を図ることができ重要である。

**【対象施設】**

医療機関内でPET薬剤を院内調剤するPET検査施設すべてに関連する。2017年度調査では全国で146施設が対象となる。

**【検査の手順】**

サイクロトロンや薬事認証された自動合成装置を用いたPET薬剤の調製と得られたPET薬剤で各種品質検査を実施して、その安全性を担保する。



自動合成装置による調製・品質検査  
 PET薬剤の製造調製・品質検査には  
 化学と放射線の両知識を要する。

被験者への投与・PET撮像  
 多項目の品質管理

- |              |                    |
|--------------|--------------------|
| 1. バッチあたりの容量 | 10. 放射能の確認試験       |
| 2. 放射能       | 11. 放射性核種純度        |
| 3. 比放射能      | 12. 放射化学的純度        |
| 4. 放射能半減期    | 13. 化学的純度等         |
| 5. 性状        | 13-1. エタノール        |
| 6. 粒子の有無     | 13-2. アセトニトリル      |
| 7. エンドキシン試験  | 13-3. アルミニウムイオン    |
| 8. 無菌試験      | 13-4. CIDG         |
| 9. pH        | 13-5. Kryptofix222 |

院内調剤されたPET薬剤が正しく品質管理されなければ、製品の不良が仮にあったとしても不良に気付くのは被験者に投与後、その画像を見た時になってしまう。

**薬剤師配置の施設基準を追加要望！**

**【診療報酬上の取扱】** E 画像診断 E101-2・E101-3・E101-4・E101-5において施設基準に専門の知識及び経験を有する薬剤師配置を追加するのみであり、診療報酬上は増減無し。



## 第33 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

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

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

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

**3月4日付の施設基準等の通知文書には  
なぜか薬剤師配置の項目が無い！**

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。

### 3 届出に関する事項

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の施設基準に係る届出は、別添2の様式36を用いること。

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

の施設基準に係る  
 届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

|   |            |      |                          |
|---|------------|------|--------------------------|
| 1 届出区分 ・新規届出(実績期間 年 月～ 年 月)<br>・再度の届出(実績期間 年 月～ 年 月)<br>・機器増設による届出(実績期間 年 月～ 年 月) |            |      |                          |
| 2 当該画像診断の従事者に係る事項   |            |      |                          |
| 3年以上の核医学診断の経験を有し、かつ、所定の研修を修了した常勤医師  | 常勤医師の氏名    | 勤務時間 | 核医学診断の経験年数               |
|   |            | 時間   | 年                        |
| PET製剤の取り扱いに関し、専門の知識及び経験を有する専任の診療放射線技師   | 診療放射線技師の氏名 | 勤務時間 | 診断撮影機器                   |
|   |            | 時間   |                          |
| 3 施設共同利用率に係る事項  |            |      |                          |
| ① 保有する全ての当該撮影に係る機器を使用した全患者数   |            |      | _____名                   |
| ② 当該撮影の共同利用を目的として他の保険医療機関から検査を依頼された紹介患者数  |            |      | _____名                   |
| ③ 特別の関係にある保険医療機関での紹介の場合及び画像の撮影を実施する保険医療機関へ転医目的で紹介された場合に該当する患者数                    |            |      | _____名                   |
| ④ 施設共同利用率 = (②-③) / (①-③) × 100   |            |      | = <input type="text"/> % |
| 4 施設共同利用率の計算除外対象となる保険医療機関 (該当するものに○をつける)  |            |      |                          |
| 1 特定機能病院  |            |      |                          |
| 2 がん診療の拠点となる病院  |            |      |                          |
| 3 国立高度専門医療研究センターが設置する保険医療機関   |            |      |                          |

**診療放射線技師  
の氏名欄のみ!**

〔記載上の注意〕

- 「1」は、特掲施設基準通知第2の4の(2)に定めるところによるものであること。
- 「2」の常勤医師及び診療放射線技師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間(休憩時間を除く労働時間)を記入すること。また、医師の関係学会等によるポジトロン断層撮影に係る研修の参加状況がわかるもの(当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可)を添付すること。
- 「3」については、施設共同利用率が30%以上の場合に限り記載すれば足りる。なお、保険診療を行った患者数のみを記載すること。また、「4」に該当する保険医療機関においては記載する必要はないこと。

# 歯科 E 画像診断

## 第4部 画像診断 通則

1～4 (略)

5 撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合においては、**電子画像管理加算**として、第1号から第3号までにより算定した点数に、一連の撮影について次の点数を加算する。ただし、この場合においては、フィルムの費用は算定できない。

イ～ハ (略)

ニ **歯科部分パノラマ断層撮影の場合(1口腔くう1回につき) 10点**

**新**

## E000 写真診断

1 (略)

2 **特殊撮影**

イ (略)

ロ **歯科部分パノラマ断層撮影(1口腔くう1回につき) 20点**

**新**

## E100 歯、歯周組織、顎骨、口腔くう軟組織

1 (略)

2 **特殊撮影**

イ (略)

ロ **歯科部分パノラマ断層撮影の場合(1口腔くう1回につき) 28点**

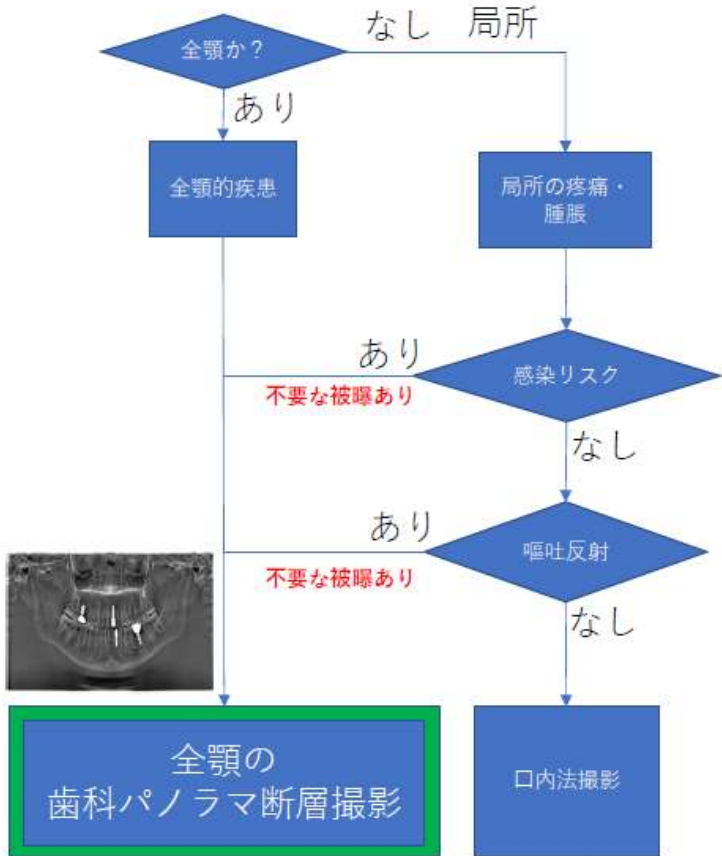
**新**

**※上記を整理すると歯科部分パノラマ断層撮影の場合(1口腔くう1回につき)**

**診断料 20点、撮影料 28点、電子画像管理加算 10点**

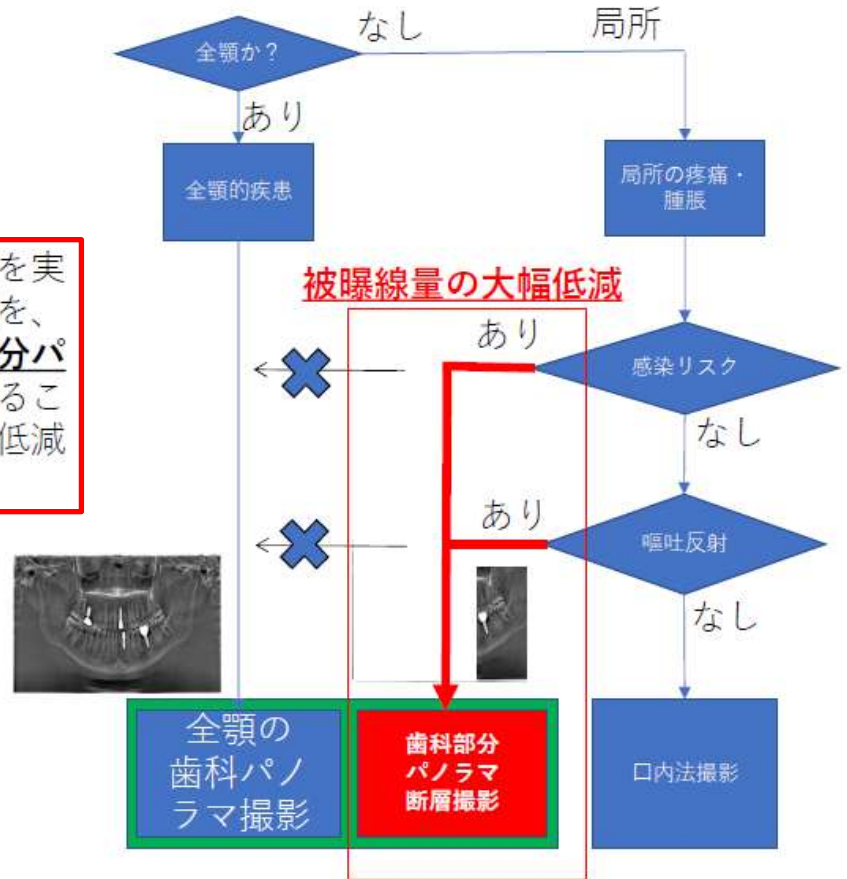
# 医療技術評価提案書の記載内容紹介

従来；全顎の歯科パノラマ断層撮影



パノラマ 40点 = 診断料 12点 + 撮影料 18点 + 電子画像管理加算 9.5点

未収載；歯科部分パノラマ断層撮影



斜位 21点 = 診断料 8.5点 + 撮影料 6.5点 + 電子画像管理加算 6.0点

従来、全顎撮影を実施していた症例を、必要に応じて部分パノラマに変更することで被曝線量の低減が可能

※歯科部分パノラマ断層撮影の場合(1口腔くう1回につき)  
**診断料 20点、撮影料 28点、電子画像管理加算 10点**

# **2022年度診療報酬改定 放射線治療関連**



## M 放射線治療

区分

M000（略）

M000-2 放射性同位元素内用療法管理料

1～5（略）

（新設） **6 神経内分泌腫瘍に対するもの 2,660点**

（新設） **7 褐色細胞腫に対するもの 1,820点**

新

注1～4（略）

注5 6については、**ソマトスタチン受容体陽性の神経内分泌腫瘍の患者**に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、**計画的な治療管理**を行った場合に、放射性同位元素を投与した日に限り算定する。

注6 7については、**MIBG集積陽性の治療切除不能な褐色細胞腫**（パラグングリオーマを含む。）の患者に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、**計画的な治療管理**を行った場合に、放射性同位元素を投与した日に限り算定する。

## M000-2 放射性同位元素内用療法管理料

(留意事項より)

(1)～(7) 省略

(8) 「6」の「神経内分泌腫瘍に対するもの」は、ソマトスタチン受容体陽性の切除不能又は遠隔転移を有する神経内分泌腫瘍の患者に対して行った場合に算定する。

(9) 「7」の「褐色細胞腫に対するもの」は、メタヨードベンジルグアニジンが集積する悪性褐色細胞腫・パラングリオーマの患者に対して行った場合に算定する。

(10) 放射性同位元素内用療法管理に当たっては、退出基準等、放射線管理の基準に沿って行われるものであること。

(11) 放射性医薬品の管理に当たっては、専門の知識及び経験を有する放射性医薬品管理者を配置することが望ましい。

## 医療技術評価提案書の記載内容紹介

提案番号(6桁)

申請技術名

申請学会名

214101

放射性同位元素内用療法管理料 神経内分泌腫瘍に対するもの

日本核医学会

## 【技術の概要】

ルテチウムオキソドトロチド( $^{177}\text{Lu}$ ) (令和3年6月承認、8月薬価収載見込み)による内用療法は、放射性同位元素(RI)の体内投与という治療の特殊性に関連して、患者/家族にきめ細かな説明が必要となるだけでなく、被ばく管理の為の詳細な行動制約の確認/適応判断/同意取得が必要である。また本治療には、神経内分泌腫瘍という多彩な症状を呈する希少がんの内科管理に十分精通していることに加え、全身状態や事前画像のRI集積等から適応を判断する為の高度かつ複数の診療科連携を必要とする。更に放射線管理体制の確立/運営の為の多職種の教育/連携や、医療従事者の被ばく管理も必要となり、従来のRI内用療法と同様に管理料の設定が必要である。

【対象疾患・推定対象患者数】 ソマトスタチン受容体陽性の神経内分泌腫瘍  
約400人/年 (国内疫学調査等より推定)

## 【本剤による治療と管理について】

本剤は、8週間隔で7.4GBqを最大4回点滴静注し治療する。4回の治療毎にルテチウム177から $\beta$ 線とともに $\gamma$ 線の発生があるため、医療従事者及び入院患者等の公衆に対しての放射線防護、放射線管理が重要となる。

日本核医学会の医療実態調査から、本治療における医師、看護師、診療放射線技師及び薬剤師の医療行為、医療機器の使用や放射線安全管理・教育等に要した時間をもとに、外保連の生体検査試案に準じて人件費等の費用を算出し、患者1人当たり1,912,404円と求められた。本治療では患者1人に8週間隔で4回の投与を行うので、投与1回ごとに治療管理料を算定する場合、1回47,810点とすることが妥当である。

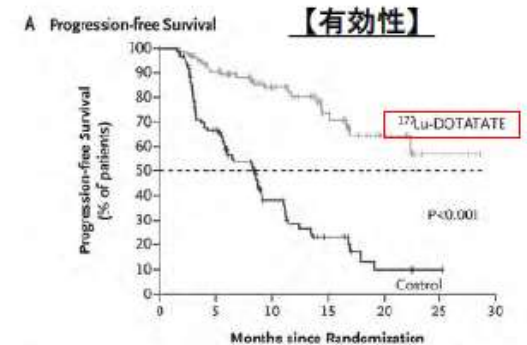


図1 カプランマイヤー法による LUTATHERA 治療群と対照群の無増悪生存曲線  
Strosberg, J., et al., *N Engl J Med*, 12:376(2):125-35 (2017)

## 当該治療の治療管理体制

- ・ 投与適格性の判定
- ・ 患者・家族等に対する説明 (治療および放射線安全管理)
- ・ 薬剤発注・保管・記録等
- ・ 投与量測定、注射、退出時線量率測定と記録
- ・ 投与後フォローアップ、治療効果確認
- ・ 核種取扱いのための教育訓練及び実施の記録
- ・ 医療用放射性汚染物の日本アイソトープ協会回収手続き 等



【診療報酬上の取扱】 M000-2 放射性同位元素内用療法管理料  
6 神経内分泌腫瘍に対するもの 47,810点 (放射性同位元素を投与した日に限り算定可能)

**2,660点が付いた!**



# 医療技術評価提案書の記載内容紹介

| 提案番号(6桁) | 申請技術名                      | 申請学会名  |
|----------|----------------------------|--------|
| 214102   | 放射性同位元素内用療法管理料 褐色細胞腫に対するもの | 日本核医学会 |

## 【技術の概要】

難治性褐色細胞腫に対する内用療法として新規薬剤I-131標識3-ヨードベンジルグアニジン注射液 (<sup>131</sup>I-MIBG注射液。以下、本剤) (令和3年8月薬事承認見込み) を7.4GBq点滴静脈内投与し、腫瘍内に集積した<sup>131</sup>I-MIBGより放出されるβ線により外科的切除不能な残存病変及び多発転移巣治療を行う。施行には非密封放射性同位元素使用病室入院管理が必要で、管理料の設定を要望する。

## 【対象疾患・推定対象患者数】

MIBGシンチグラフィ集積陽性の難治性褐色細胞腫・パラガングリオーマ  
約60人/年 (厚生労働科 研究事業「褐色細胞腫の実態調査と診療指針の作成」研究班より推定)

## 【本剤による治療と管理について】

- ・本剤はヨウ素131からβ線とともにγ線の放射があるため、医療従事者及び入院患者等の公衆に対する放射線防護、放射線管理が重要となる。
- ・ヨウ素131を含む本剤を7.4GBq投与することから放射線治療病室による入院管理が必須となる。
- ・日本核医学会の医療実態調査から、本治療における医師、看護師、診療放射線技師及び薬剤師の医療行為、医療機器の使用や放射線安全管理・教育等に要した時間をもとに、外保連の生体検査試案に準じて費用を算出し、患者1人当たり1,912,671円となった。
- ・当該治療では患者1人に1回の投与後のフォローアップが4月間は必要と考えられ、投与時を含めてフォローアップ時の治療管理料を算定する場合、4月間で月1回47,817点とすることが妥当である。

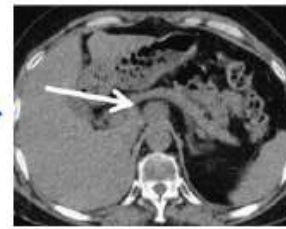
## 【有効性】

- ・ 投与適格性の判定
- ・ 患者・家族等に対する説明 (治療および放射線安全管理)
- ・ 薬剤発注・保管・記録等
- ・ 投与量測定、注射、退出時線量率測定と記録
- ・ 投与後フォローアップ、治療効果確認
- ・ 核種取扱いのための教育訓練及び実施の記録

- ・ 核種取扱いのための届出申請
- ・ 核医学診療室の使用料
- ・ 放射線機器の使用料
- ・ 施設の放射線安全管理
- ・ 医療用放射性汚染物の日本アイソトープ協会回収手続き



治療前



治療後

<sup>131</sup>I-MIBGにより腫瘍の縮小が確認された。

悪性褐色細胞腫へのMIBG治療. 萱野大樹ら. 内分泌甲状腺外会誌 32 (1) : 39-43, 2015.

## 【診療報酬上の取扱】 M000-2 放射性同位元素内用療法管理料

7 褐色細胞腫に対するもの 122 47,817点 (内用後4月間算定可能)

**1,820点が付いた!**

## M001 体外照射 1回線量増加加算

### 全乳房照射

(増点)1回線量増加加算

460点 → 690点



### 前立腺照射

(増点)1回線量増加加算

(2.5Gy以上) 1,000点 → (3Gy以上)1,400点





## M 放射線治療

### M001 体外照射

| 改定前  | 改定後   |
|--|---|
| <p>1・2（略）<br/>注1（略）<br/>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、1回の線量が2.5Gy以上の全乳房照射を行った場合は、一回線量増加加算として、<u>460点を所定点数に加算する。</u></p>        | <p>1・2（略）<br/>注1（略）<br/>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、1回の線量が2.5Gy以上の<b>全乳房照射</b>を行った場合は、<b>一回線量増加加算</b>として、<b>690点を所定点数に加算する。</b></p> |
| <p>3（略）<br/>注1（略）<br/>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、<u>1回の線量が2.5Gy以上の前立腺照射</u>を行った場合は、一回線量増加加算として、<u>1,000点を所定点数に加算する。</u></p> | <p>3（略）<br/>注1（略）<br/>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、<b>1回の線量が3Gy以上の前立腺照射</b>を行った場合は、<b>一回線量増加加算</b>として、<b>1,400点を所定点数に加算する。</b></p>   |

改

改

| 提案番号(6桁) | 申請技術名         | 申請学会名     |
|----------|---------------|-----------|
| 719201   | 「1回線量増加加算」の増点 | 日本放射線腫瘍学会 |

【技術の概要】

乳癌温存療法後と前立腺癌における1回線量増加加算の増点。

**1回線量増加加算としてそれぞれ  
690点、1,400点が付いた！**

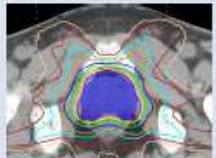
【対象疾患】

□ 乳癌温存療法後  
全乳房照射



1回460点→840点

□ 前立腺癌  
強度変調放射線治療



1回1,000点→3,100点

【有効性】

- 治療期間の短縮
- 感染機会の減少
- 治療待機患者の減少
- 医師の働き方改革
- 医療費27.5億円削減

【既存の治療法との比較・有効性】

乳房温存手術後と前立腺癌に対して、寡分割照射法はすでに全世界で標準的に行われているにもかかわらず、合計の診療報酬が高い従来型の照射法を実施し、患者利便性低下や感染機会増加を来している施設も少なくない。治療期間と回数が短く受療機会減少という患者利便性と新型コロナウイルスなどの感染対策上のベネフィットが得られる寡分割照射法を普及させるために診療報酬上の追加評価が必要である。また、照射回数が減少することにより、現在のコロナ禍で待機を余儀なくされている患者の待機期間が短縮される効果も期待される。

【診療報酬上の取扱い】

高エネルギー放射線治療において、1回の線量が2.5Gy以上の全乳房照射を行った場合は、1回線量増加加算として840点を所定点数に加算する。強度変調放射線治療を行う場合で、かつ画像誘導放射線治療を算定する場合に1回の線量が3.0Gy以上の前立腺照射を行った場合は、1回線量増加加算として、3,100点を所定点数に加算する。

## 第83の2 一回線量増加加算

### 1 高エネルギー放射線治療の一回線量増加加算に関する施設基準

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



2020年6月に準用技術とされた  
点数がそのまま適用された。!

## M 放射線治療

### (新設)M001-5 ホウ素中性子捕捉療法(一連につき)

187,500点

新

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して行われる場合に限り算定する。

注2 ホウ素中性子捕捉療法の適応判定体制に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、ホウ素中性子捕捉療法の適応判定に係る検討が実施された場合には、ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算として、40,000点を所定点数に加算する。

注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、ホウ素中性子捕捉療法に関する専門の知識を有する医師が策定した照射計画に基づく医学的管理を行った場合には、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算として、10,000点を所定点数に加算する。

注4 体外照射用固定器具を使用した場合は、体外照射用固定器具加算として、1,000点を所定点数に加算する。

## M001-5 **ホウ素中性子捕捉療法(一連につき)** (留意事項より)

- (1) ホウ素中性子捕捉療法は、薬事承認された医療機器及び医薬品を用いて、切除不能な局所進行又は局所再発の頭頸部癌の患者に対して実施した場合に限り、一連の治療につき1回に限り算定する。
- (2) ホウ素中性子捕捉療法は、関連学会により認定された医師の管理の下で実施すること。
- (3) ホウ素中性子捕捉療法の実施に当たっては、使用した薬剤は別に算定できる。
- (4) ホウ素中性子捕捉療法について、位置決めなどに係る画像診断、検査等の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (5) 「注2」に規定するホウ素中性子捕捉療法適応判定加算は、当該療法の実施に当たって、治療適応判定に関する体制が整備された保険医療機関において、適応判定が実施された場合に算定できるものであり、当該療法を受ける全ての患者に対して、当該療法の内容、合併症及び予後等を文書を用いて詳しく説明を行い、併せて、患者から要望のあった場合、その都度治療に関して十分な情報を提供すること。なお、患者への説明内容については文書(書式様式は自由)で交付し、診療録に添付すること。
- (6) 「注3」に規定するホウ素中性子捕捉療法医学管理加算は、ホウ素中性子捕捉療法に係る照射に際して、画像診断に基づきあらかじめ作成した線量分布図に基づいた照射計画と照射時の照射中心位置を、三次元的な空間的再現性により照射室内で画像的に確認・記録するなどの医学的管理を行った場合に限り算定する。
- (7) 「注4」に規定する体外照射用固定器具加算は、ホウ素中性子捕捉療法を行う際に身体を精密に固定する器具を使用した場合に限り、一連の治療につき1回に限り算定できる。



## ○ 留意事項案

- (1) ホウ素中性子捕捉療法は、薬事承認された医療機器及び医薬品を用いて、**切除不能な局所進行又は局所再発の頭頸部癌の患者に対して実施した場合に限り算定する。**
- (2) 本技術を実施するにあたっては、**関係学会より認定された医師の管理の下で実施すること。**
- (3) 本技術を実施するにあたっては、**使用した薬剤は別途算定できる。**
- (4) 本技術を実施するにあたっては、**位置決めなどに係る画像診断、検査等の費用は所定点数に含まれ、別算できない。**
- (5) 本技術の実施の際に、治療適応判定に関する体制が整備された保険医療機関において、適応判定が実施された場合には「**粒子線治療適応判定加算**」を準用して算定する。なお、その際には、当該治療を受ける全ての患者に対して、当該治療の内容、合併症及び予後等を文書を用いて詳しく説明を行い、併せて、患者から要望のあった場合、その都度治療に関して十分な情報を提供すること。なお、**患者への説明内容については文書(書式様式は自由)で交付し、診療録に添付するものであること。**
- (6) ホウ素中性子捕捉療法に係る照射に際して、画像診断に基づきあらかじめ作成した線量分布図に基づいた照射計画と照射時の照射中心位置を、三次元的な空間的再現性により照射室内で画像的に確認・記録するなどの医学的管理を行った場合には「**粒子線治療医学管理加算**」を準用して定する。
- (7) 身体を精密に固定する器具を使用した場合は、「**体外照射用固定器具加算**」を準用して算定する。

# 第84 の2の5 ホウ素中性子捕捉療法

## 1 ホウ素中性子捕捉療法に関する施設基準

- (1) 放射線科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 関連学会が認定する常勤の医師が1名以上配置されていること。なお、当該常勤の医師は、医療機器安全管理料2、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、一回線量増加加算、強度変調放射線治療(IMRT)、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療適応判定加算、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算、ホウ素中性子捕捉療法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が、遠隔放射線治療計画加算に係る常勤の医師を兼任することはできない。
- (3) 放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師が配置されていること。なお、当該常勤の診療放射線技師は、外来放射線照射診療料、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、一回線量増加加算、強度変調放射線治療(IMRT)、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法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。
- (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、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、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法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) 当該療法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 ホウ素中性子捕捉療法装置

### イ 治療計画用CT装置

### ウ ホウ素中性子捕捉療法計画システム

### 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 ホウ素中性子捕捉療法装置での中性子計測の放射化法に適した検出器及び併用する水ファントム又は固体ファントム

- (6) 当該療法に用いる医療機器について、適切に保守管理がなされていること。
- (7) 当該療法の実績を10例以上有していること。
- (8) 関係学会から示されている指針に基づき、当該療法が適切に実施されていること。

# 第84 の2の6 ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算

## 1 ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算に関する施設基準

(1) 関連学会が認定する常勤の医師が1名以上配置されていること。なお、当該常勤の医師は、医療機器安全管理料2、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、一回線量増加加算、強度変調放射線治療(IMRT)、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法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が、遠隔放射線治療計画加算に係る常勤の医師を兼任することはできない。

(2) ホウ素中性子捕捉療法に係るがんサージカルボードについて、以下のいずれかを満たしていること。

ア 当該保険医療機関において「がん診療連携拠点病院等の整備について」に準拠したがんサージカルボード(手術、放射線診断、放射線治療、化学療法、病理診断及び緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する医師その他の専門を異にする医師等によるがん患者の症状、状態及び治療方針等を意見交換、共有、検討、確認等を行うためのカンファレンスをいう。以下同じ。)が開催され、当該がんサージカルボードによって、当該保険医療機関で当該療法を受ける患者に対して、ホウ素中性子捕捉療法の適応判定等が実施される体制を有すること。なお、当該がんサージカルボードについては、月に1回以上開催されており、手術、放射線診断、放射線治療、化学療法、病理診断及び緩和ケアの分野に携わる専門的な知識及び技能を有する医師のうち3分野以上の医師が毎回出席していること。

イ 連携体制のあるがん診療連携拠点病院のがんサージカルボードに、当該保険医療機関の医師が参加することによって、当該保険医療機関で当該療法を受ける患者に対して、ホウ素中性子捕捉療法の適応判定等が実施される体制を有すること。

## 2 届出に関する事項

ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式79の1の4を用いること。

# 第84 の2の7 ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算

## 1 ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算に関する施設基準

(1) **関連学会が認定する常勤の医師が1名以上配置**されていること。なお、当該常勤の医師は、医療機器安全管理料2、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、一回線量増加加算、強度変調放射線治療(IMRT)、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療適応判定加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の医師を兼任することができるが、**遠隔放射線治療計画加算に係る常勤の医師を兼任することはできない。**

(2) **放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師**(放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。)が**2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、一回線量増加加算、強度変調放射線治療(IMRT)、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、ホウ素中性子捕捉療法及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の診療放射線技師を兼任することができる。ただし、**外来放射線照射診療料及び医療機器安全管理料2における技術者との兼任はできない。**

(3) 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、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、ホウ素中性子捕捉療法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。**

(4) **放射線治療に専従の常勤の看護師が1名以上配置**されていること。なお、当該常勤の看護師は、**外来放射線照射診療料に係る常勤の看護師を兼任することはできない。**



## 手術等の医療技術の適切な評価

### 新規保険医療材料等に係る技術料の新設

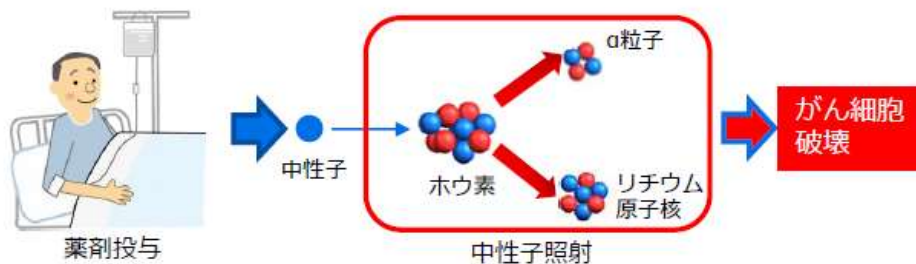
#### (新) ホウ素中性子捕捉療法 187,500点

[対象となる疾患]

切除不能な局所進行又は局所再発の頭頸部癌

[技術の概要]

- ホウ素を付加した薬剤（ボロファラン）をがん細胞に取り込ませ、体外から低エネルギー中性子線を照射する放射線治療の一種である。
- ホウ素と熱中性子との核反応により発生するアルファ線とリチウム原子核によりがん細胞を破壊する。



出典：企業提出資料

[加算]

- ① **ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算 40,000点**
- ② **ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算 10,000点**

※ キャンサーボードによる適応判定に関する体制整備を評価

※ 照射計画を三次元的に確認するなどの医学的管理を評価



# 医療機器に係る保険適用決定区分及び価格（案）

販売名 BNCT 治療システム (NeuCure™)  
 BNCT 線量計算プログラム (NeuCure™ ドーズエンジン)  
 保険適用希望企業 住友重機械工業株式会社

## ○ 保険償還価格

| 販売名                               | 償還価格 | 類似機能区分 | 外国平均価格との比 |
|-----------------------------------|------|--------|-----------|
| BNCT 治療システム (NeuCure™)            |      |        |           |
| BNCT 線量計算プログラム (NeuCure™ ドーズエンジン) |      |        |           |

特定保険医療材料としては設定せず、  
新規技術料にて評価する。

## ○ 準用技術料

|        |                    |           |
|--------|--------------------|-----------|
| M001-4 | 粒子線治療（一連につき）       |           |
| 1      | 希少な疾病に対して実施した場合    |           |
| イ      | 重粒子線治療の場合          | 187,500 点 |
| 注2     | 粒子線治療適応判定加算        | 40,000 点  |
| 注3     | 粒子線治療医学管理加算        | 10,000 点  |
| M001   | 3 強度変調放射線治療 (IMRT) |           |
| 注3     | 体外照射用固定器具加算        | 1,000 点   |
|        | 合計                 | 238,500 点 |

**粒子線治療の点数がそのまま準用技術として適用された。!**

ホウ素中性子捕捉療法  
ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算  
ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

|  |      |                |   |   |
|--|------|----------------|---|---|
| 1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）                     |      |                | 科 |   |
| 2 関連学会が認定する常勤の医師                                 |      |                |   |   |
| 常勤医師の氏名  | 勤務時間 | 関係学会より認定された年月日 |   |   |
|  | 時間   |                |   |   |
|  | 時間   |                |   |   |
|  | 時間   |                |   |   |
| 3 常勤診療放射線技師の氏名等                                  |      |                |   |   |
| 常勤診療放射線技師の氏名                                     | 勤務時間 | 放射線治療の経験年数     |   |   |
|  | 時間   | 年              |   |   |
|  | 時間   | 年              |   |   |
|  | 時間   | 年              |   |   |
| 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の氏名等 |      |                |   |   |
| 担当者の氏名   | 職種   | 勤務時間           |   |   |
|  |      | 時間             |   |   |
| 5 放射線治療に専従する常勤の看護師の氏名                            |      |                |   |   |
| 担当者の氏名   | 勤務時間 |                |   |   |
|  | 時間   |                |   |   |
| 6 ホウ素中性子捕捉療法の実施症例数                               |      |                |   | 例 |

|   |       |
|---|-------|
| 7 当該治療を行うために備えつけている機器の名称等                                 |       |
| ・ホウ素中性子捕捉療法装置（名称）   | ）     |
| ・治療計画用CT装置（名称）  | ）     |
| ・ホウ素中性子捕捉療法計画システム（名称）                                     | ）     |
| ・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（名称）                         | ）     |
| ・ホウ素中性子捕捉療法装置での中性子計測の放射化法に適した検出器及び併用する水ファントム又は固体ファントム（名称） | ）     |
| 8 ホウ素中性子捕捉療法に係るカンサーボードの有無                                 | 有 ・ 無 |
| 9 がん診療連携拠点病院とのカンサーボードに係る連携の有無                             | 有 ・ 無 |

【記載上の注意】

- ホウ素中性子捕捉療法については、「1」から「4」まで、「6」及び「7」について記入し、ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算については、「2」、「8」及び「9」について記入し、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算については、「2」から「5」までについて記入すること。
- ホウ素中性子捕捉療法については、当該医療機関におけるホウ素中性子捕捉療法に関する機器の精度管理に関する指針及び線量測定等の精度管理に係る記録の保存・公開に関する規定がわかるもの（様式任意）を添付すること。
- 「2」から「5」までの常勤医師、常勤診療放射線技師、担当者及び常勤看護師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。
- 「2」については、関係学会より認定された医師であることを証する文書の写しを添付すること。
- 「6」については、ホウ素中性子捕捉療法の実施症例一覧（実施年月日、患者性別、年齢、主病名）を別添2の様式52により添付すること。
- 「8」のホウ素中性子捕捉療法に係るカンサーボード（※）を設置していることが分かるもの（様式任意）を添付すること。また、カンサーボードに所属する者の氏名、職種、診療科、経験年数についても併せて記載すること。  
※ がん患者の症状、状態及び治療方針等を意見交換、共有、検討、確認等を行うためのカンファレンスをいう（「がん診療連携拠点病院等の整備について」（平成26年1月10日健発0110第7号厚生労働省健康局長通知）に準拠していること）。  
具体的には、月に1回以上開催されており、手術、放射線診断、放射線治療、化学療法、病理診断及び緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する3分野以上の医師及びその他の専門を異にする医師等によって構成されていること。
- 「9」については、がん診療連携拠点病院とのカンサーボードに、ホウ素中性子捕捉療法を実施する当該医療機関の医師が参加して適応判定等を実施していることが分かるものを添付すること。

# A225 放射線治療病室管理加算の見直し

## 第1 基本的な考え方

質の高い放射線内用療法を提供を推進する観点から、放射線治療病室管理加算について要件及び評価を見直す。

## 第2 具体的な内容

放射線治療病室管理加算について、**治療用放射性同位元素**又は**密封小線源**による治療が行われた患者に対する**放射線治療病室管理**をそれぞれ評価するとともに、放射線治療病室に係る施設基準を設ける。

### 【放射線治療病室管理加算】

放射線治療病室管理加算(1日につき) 2,500点 ↓以下に分割

1 **治療用放射性同位元素**による治療の場合 6,370点

2 **密封小線源**による治療の場合 2,200点



放射線治療病室管理加算  
2,500点を分割で評価!

### 【算定要件】

注1 **1**については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室において、**治療上の必要があつて放射線治療病室管理が行われた入院患者**(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。))又は**第3節の特定入院料のうち、放射線治療病室管理加算を算定できるものを現に算定している患者であつて、治療用放射性同位元素による治療が行われたものに限る。**)について、所定点数に加算する。

注2 **2**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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室において、**治療上の必要があつて放射線治療病室管理が行われた入院患者**(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。))又は**第3節の特定入院料のうち、放射線治療病室管理加算を算定できるものを現に算定している患者であつて、密封小線源による治療が行われたものに限る。**)について、所定点数に加算する。

### 【施設基準】

放射線治療病室管理加算の施設基準

(1) **治療用放射性同位元素による治療の場合の施設基準**

医療法施行規則第三十条の十二各号に掲げる基準を満たすものであること。

(2) **密封小線源による治療の場合の施設基準**

医療法施行規則第三十条の十二第一号及び第二号に掲げる基準を満たすものであること。

## 第12の4 放射線治療病室管理加算の施設基準

### 1 治療用放射性同位元素による治療の場合の施設基準

治療用放射性同位元素による治療を行う十分な設備を有しているものとして、以下のいずれも満たしていること。

(1) 医療法施行規則第30条の12に規定する放射線治療病室又は特別措置病室であること。なお、当該病室の画壁等の外側における実効線量が1週間につき1ミリシーベルト以下になるように画壁等その他必要な遮蔽物を設けること。ただし、当該病室の画壁等の外側が、人が通行又は滞在することのない場所である場合は、この限りでない。

(2) 当該病室内又は病室付近に**必要な放射線測定器**(放射性同位元素による汚染の検査に係るもの)、**器材**(放射性同位元素による汚染の除去に係るもの)及び**洗浄設備並びに更衣設備**を設置していること。ただし、当該病室が特別措置病室である場合には、更衣設備の設置に代えて、作業衣を備えることをもって、当該基準を満たしているものとして差し支えない。

ウ 当該病室が**放射線治療病室又は特別措置病室である旨**を掲示していること。

### 2 密封小線源による治療の場合の施設基準

密封小線源による治療を行う十分な設備を有しているものとして、以下のいずれも満たしていること。

(1) 医療法施行規則第30条の12に規定する放射線治療病室又は特別措置病室であること。なお、当該病室の画壁等の外側における実効線量が1週間につき1ミリシーベルト以下になるように画壁等その他必要な遮蔽物を設けること。ただし、当該病室の画壁等の外側が、人が通行又は滞在することのない場所である場合は、この限りでない。

(2) 当該病室が放射線治療病室又は特別措置病室である旨を掲示していること。

### 3 届出に関する事項

(1) 放射線治療病室管理加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式26の3を用いること。

(2) 当該病室の平面図を添付すること。



## A400 短期滞在手術等基本料

### M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療の見直し

| 改定前   | 改定後  |
|---|--|
| M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療<br>59,199点<br>(生活療養を受ける場合にあつては、<br>59,125点) | M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療<br><u>58,496点</u><br>(生活療養を受ける場合にあつては、<br><u>58,422点</u> ) |

**M001-2**

**ガンマナイフによる定位放射線治療**

**59,199点 → 58,496点**

**生活療養を受ける場合にあつては、**

**59,125点 → 58,422点**

改

改



## B 医学管理料

### B001-2-8 外来放射線照射診療料の算定要件の見直し

| 改定前  | 改定後   |
|--|---|
| <p>B001-2-8 外来放射線照射診療料 297点<br/>注1・2（略）</p> <p>3 外来放射線照射診療料を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該放射線治療の実施に係る区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料及び区分番号A002に掲げる外来診療料<u>及び区分番号A003に掲げるオンライン診療料</u>は、算定しない。</p> | <p>B001-2-8 外来放射線照射診療料 297点<br/>注1・2（略）</p> <p>3 外来放射線照射診療料を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該放射線治療の実施に係る区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料及び区分番号A002に掲げる外来診療料は、算定しない。<br/><u>（抹消）</u></p> |

改

# 医療技術評価提案書の記載内容紹介

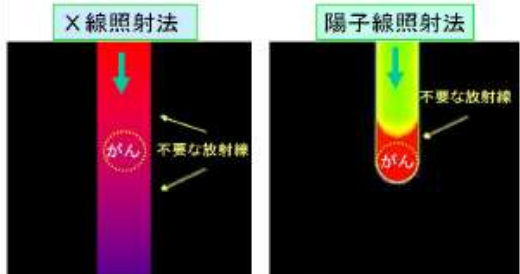
# 適用拡大!

| 提案番号(6桁) | 申請技術名      | 申請学会名     |
|----------|------------|-----------|
| 719203   | 陽子線治療の適応拡大 | 日本放射線腫瘍学会 |

## ■技術の概要

水素原子核を超高速に加速制御して、最適な線量分布を実現するがん放射線治療技術。治療強度を増強しつつ、正常組織への影響を最小にできる。

**外来治療・低侵襲・高いQOL・就労中治療を実現**



## ■診療報酬用の取り扱い

I 小児腫瘍(悪性のみ)、II 骨軟部腫瘍、III 頭頸部非扁平上皮癌、IV 前立腺癌  
一連につき I-III に対して187,500点、IV に対して110,000点。  
注1-3の加算についての施設基準有り。

## ■既存治療(X線, IMRTなど)との比較(有効性・安全性)

**予想影響額: 9.3億円の削減効果 (マイナス影響額)**

- すべての腫瘍で既存放射線治療(IMRTなど)と同等以上の有効性と安全性
- 既存治療で根治不能な腫瘍に対し新たな治療法を提供可能

## ■適応拡大疾患: 日本放射線腫瘍学会が定めた適応症

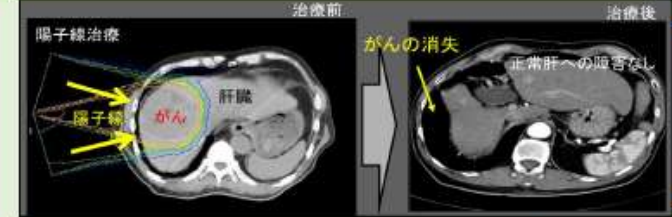
既保険収載疾患(小児腫瘍、骨軟部腫瘍、頭頸部悪性腫瘍、前立腺癌)に加えて、**下記の5疾患の適応拡大を要望**

- ① 消化器腫瘍(原発性肝癌、胆道癌、進行膵癌、食道癌、再発性直腸癌)
- ② 肺・縦隔腫瘍(限局性肺癌、局所進行非小細胞肺癌、縦郭腫瘍)
- ③ 泌尿器腫瘍(膀胱癌、腎癌)
- ④ 脳脊髄腫瘍(神経膠腫、髄膜腫等)
- ⑤ 少数転移性腫瘍(転移性肺腫瘍、転移性肝腫瘍、転移性リンパ節腫瘍)

国内の治療方針が統一され、既存の放射線治療との比較において、**優位性または同等性が明らかである**

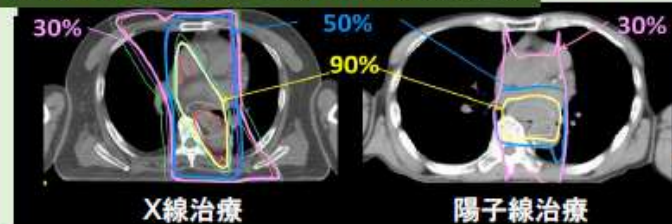
予測数: 年間1,654例

巨大肝癌の陽子線治療(がんへの治療強度増強と正常肝の保護) (2019年度先進医療実施: 919例)



巨大肝癌に治るだけの線量を投与可能で、正常組織への放射線が最小にできる。X線治療で根治できない巨大腫瘍でも治療率が高く、副作用が少ない。  
制御率: 約90%。グレード3の心肺毒性: 2.3%(システマチックレビュー)

食道癌の化学陽子線治療(心肺への線量の低減効果)



陽子線治療により心・肺の線量および照射体積を減らすことができる  
グレード3の心肺毒性1%(多施設共同研究): 既存治療(X線)では10-15%  
高齢者に安全・安心の放射線治療の提供

エビデンス  
別途資料あり 3712

- 既存治療で根治不能な腫瘍に対し**新たな根治療法**を提供
- 多くのコモンキャンサーに対し**有効性・安全性**を向上
- 短期間で患者負担の少ない**低侵襲治療**を提供
- 治療率・安全性の向上により**税込増加・社会医療費削減**



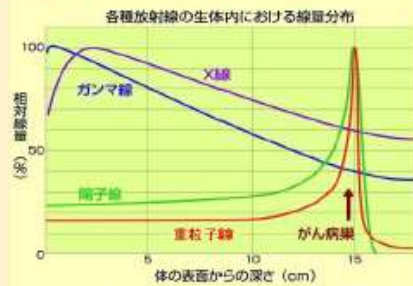
# 医療技術評価提案書の記載内容紹介

# 適用拡大!

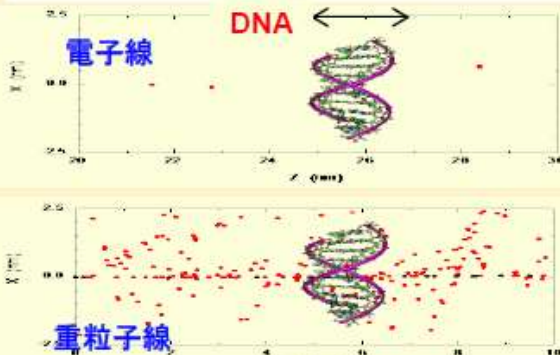
|          |             |           |
|----------|-------------|-----------|
| 提案番号(6桁) | 申請技術名       | 申請学会名     |
| 719204   | 重粒子線治療の適応拡大 | 日本放射線腫瘍学会 |

## 技術の概要

- ✓ **重粒子線治療**：炭素原子核を高速に加速し強い抗癌（生物）効果と集中性の高い線量分布を得て行う粒子線治療で、従来の放射線療法以上の高い効果と安全性を期待できる。
- ✓ **低侵襲で高いQOLの維持、就業中に外来通院で短期間の治療が可能**



図のような深さ方向にピークを形成する性質により集中性の高い治療が可能



電子線やX線と比べて高密度に電離を生じ、高い抗腫瘍効果が得られる。

## 適応拡大疾患：日本放射線腫瘍学会が定めた適応症

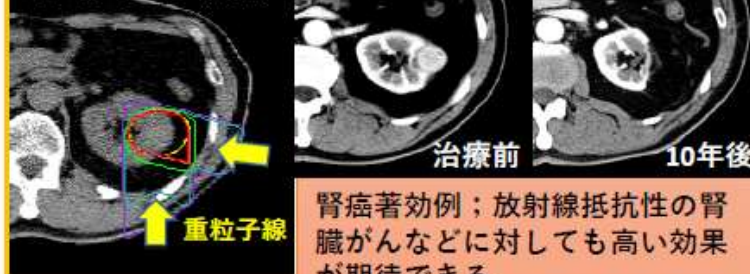
既保険収載疾患(頭頸部腫瘍、骨軟部腫瘍、前立腺癌)に加えて下記5疾患の適応拡大を要望

- ① 消化器腫瘍 (肝胆膵腫瘍, 食道癌, 大腸癌術後再発)
- ② 肺・縦隔腫瘍 (肺癌)
- ③ 泌尿器腫瘍 (腎癌)
- ④ 婦人科腫瘍 (子宮頸癌, 婦人科領域悪性黒色腫等)
- ⑤ 少数転移性腫瘍 (肝転移, 肺転移, リンパ節転移)

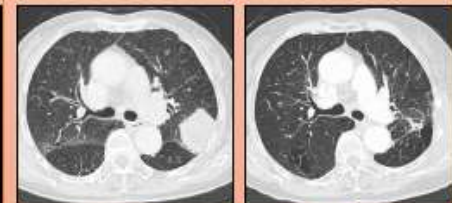
対象疾患予測数；年間約1,150例  
(2019年7月～2020年6月)  
先進医療実施数；719例

治療方針が統一され、既存の放射線治療との比較で、優位性または同等性が明らかである

### 線量分布の例 (腎癌)



腎癌著効例；放射線抵抗性の腎臓がんなどに対しても高い効果が期待できる。



肺癌著効例；抹消型I期肺癌では1～4日間で治療が可能

## 既存治療との比較(有効性・安全性)

- ・すべての適応疾患で既存治療(IMRT)と同等以上の有効性・安全性
- ・既存治療で根治不能な腫瘍に対し新たな治療法を提供可能



- 既存治療で根治困難な腫瘍に対し新たな根治法を提供
- 多くのコモンカンサーに対して、既存治療と同等あるいは上回る効果と安全性を補償
- 短期間で患者負担の少ない低侵襲治療を提供
- 治癒率・安全性の向上により**税込増加・社会医療費削減**

## 診療報酬上の取り扱い 予想影響額：約5.2億円の削減効果(マイナス影響額)

I 骨軟部腫瘍, II 頭頸部非扁平上皮癌, III 前立腺癌一連につきI-IIIに対187,500点,IIIに対して110,000点. 注1-3の加算についての施設基準有り

# 2022年度診療報酬改定 医療安全・感染防止関連

# 感染防止における 2022年度診療報酬改定での 主な点数評価について

## A：基本診療料

|               |   |     |
|---------------|---|-----|
| 医療安全対策加算      | 1 | 85点 |
| 医療安全対策加算      | 2 | 30点 |
| 医療安全対策地域連携加算1 |   | 50点 |
| 医療安全対策地域連携加算2 |   | 20点 |

|             |      |                     |
|-------------|------|---------------------|
| 感染対策向上加算1   | 710点 | (←感染防止対策加算1 390点)   |
| 感染対策向上加算2   | 175点 | (←感染防止対策加算2 90点)    |
| 感染対策向上加算3   | 75点  | (←感染防止対策地域連携加算100点) |
| 指導強化加算      | 30点  | (←抗菌薬適正使用支援加算 100点) |
| 連携強化加算      | 30点  |                     |
| サーベイランス強化加算 | 5点   |                     |
| (以下は診療所が対象) |      |                     |
| 外来感染対策向上加算  | 6点   |                     |
| 連携強化加算      | 3点   |                     |
| サーベイランス強化加算 | 1点   |                     |

**加算の名称変更され、  
点数が強化された！**



# 令和4年度診療報酬改定におけるコロナ特例等に係る対応

## 第1 基本的な考え方

新型コロナウイルス感染症患者等に対する診療等に係る外来、入院、在宅等における特例的な評価並びに新型コロナウイルス感染症の状況を踏まえて講じてきた患者及び利用者の診療実績等の要件に係る特例的な措置を引き続き実施する。また、**令和4年度診療報酬改定において、新たな改定項目ごとに経過措置を設けることから、令和2年度診療報酬改定における経過措置を終了する。**

## 第2 具体的な内容

1. **新型コロナウイルス感染症患者等に対する診療等について、外来、入院、在宅等において講じてきた特例的な評価について、引き続き実施する。**
2. 「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて(その26)」(令和2年8月31日厚生労働省保険局医療課事務連絡)等で示している施設基準や患者及び利用者の診療実績等の要件に係る臨時的な取扱いを継続する。
3. **令和4年度診療報酬改定において、改定項目ごとに当面必要な経過措置(※1)を設けるとともに、令和2年度診療報酬改定における経過措置を終了する。**  
(※1)具体的な経過措置の内容は各改定項目の内容を参照のこと。
4. **令和4年度診療報酬改定前の施設基準等のうち、1年間の実績を求めるものについて、現在講じている特例的な対応(※2)も終了する。**  
(※2)新型コロナウイルス感染症患者の受入病床を割り当てられている保険医療機関においては、令和4年3月31日までの間、令和元年(平成31年)の実績(年度単位の実績を求めるものについては、令和元年度(平成31年度)の実績)を用いても差し支えないこととしている。

# 外来診療時の感染防止対策の評価の新設 及び感染防止対策加算の見直し

## 第1 基本的な考え方

平時からの個々の医療機関等における感染防止対策に加え、地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策を更に推進する観点から、外来診療時の感染防止対策に係る体制について新たな評価を行うとともに、感染防止対策加算について、名称、要件及び評価を見直す。

## 第2 具体的な内容

1. **診療所について**、平時からの感染防止対策の実施や、地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策への参画を更に推進する観点から、**外来診療時の感染防止対策に係る評価を新設**する。

(新) **外来感染対策向上加算 6点**



### [算定要件]

組織的な感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関(診療所に限る。)において診療を行った場合は、外来感染対策向上加算として、**患者1人につき月1回に限り所定点数に加算**する。

※次頁へ続く

# 外来診療時の感染防止対策の評価の新設 及び感染防止対策加算の見直し

前頁からの続き

(※)以下を算定する場合において算定可能とする(ただし、以下の各項目において外来感染対策向上加算を算定した場合には、同一月に他の項目を算定する場合であっても当該加算を算定することはできない。)

ア 初診料

イ 再診料

ウ 小児科外来診療料

エ 外来リハビリテーション診療料

オ 外来放射線照射診療料

カ 地域包括診療料

キ 認知症地域包括診療料

ク 小児かかりつけ診療料

ケ 外来腫瘍化学療法診療料

コ 救急救命管理料

サ 退院後訪問指導料

シ 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)・(Ⅱ)

ス 在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料

セ 在宅患者訪問点滴注射管理指導料

ソ 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料

タ 在宅患者訪問薬剤管理指導料

チ 在宅患者訪問栄養食事指導料

ツ 在宅患者緊急時等カンファレンス料

テ 精神科訪問看護・指導料

外来での放射線治療に関する評価！

# 外来診療時の感染防止対策の評価の新設 及び感染防止対策加算の見直し

## [施設基準]

- (1) **専任の院内感染管理者が配置**されていること。
- (2) 当該保険医療機関内に感染防止対策部門を設置し、組織的に感染防止対策を実施する体制が整備されていること。
- (3) 当該部門において、医療有資格者が適切に配置されていること。
- (4) 感染防止対策につき、感染対策向上加算1に係る届出を行っている保険医療機関又は地域の医師会と連携すること。
- (5) **診療所**であること。
- (6) **感染防止に係る部門**(以下「感染防止対策部門」という。)を設置していること。この場合において、第20の1の(1)のイに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理部門をもって感染防止対策部門としても差し支えない。
- (7) (6)に掲げる部門内に、**専任の医師、看護師又は薬剤師その他の医療有資格者が院内感染管理者として配置**されており、感染防止に係る日常業務を行うこと。なお、当該職員は第20の1の(1)アに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理者とは兼任できないが、第2部通則7に規定する院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。
- (8) **感染防止対策の業務指針及び院内感染管理者の具体的な業務内容が整備**されていること。
- (9) (7)に掲げる院内感染管理者により、最新のエビデンスに基づき、自施設の実情に合わせた標準予防策、感染経路別予防策、職業感染予防策、疾患別感染対策、洗浄・消毒・滅菌、抗菌薬適正使用等の内容を盛り込んだ**手順書(マニュアル)**を作成し、**各部署に配布**していること。なお、**手順書は定期的に新しい知見を取り入れ改訂**すること。
- (10) (7)に掲げる院内感染管理者により、**職員を対象として、少なくとも年2回程度、定期的に院内感染対策に関する研修**を行っていること。なお当該研修は別添2の第1の3の(5)に規定する**安全管理の体制確保のための職員研修とは別**に行うこと。



# 外来診療時の感染防止対策の評価の新設 及び感染防止対策加算の見直し

## [施設基準](続き)

(11)(7)に掲げる院内感染管理者は、少なくとも年2回程度、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること。なお、感染対策向上加算1に係る届出を行った複数の医療機関と連携する場合は、全ての連携している医療機関が開催するカンファレンスに、それぞれ少なくとも年1回程度参加し、合わせて年2回以上参加していること。また、感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が主催する新興感染症の発生等を想定した訓練について、少なくとも年1回参加していること。

(12)院内の抗菌薬の適正使用について、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会から助言等を受けること。また、細菌学的検査を外部委託している場合は、薬剤感受性検査に関する詳細な契約内容を確認し、検査体制を整えておくなど、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイドンス」に沿った対応を行っていること。

(13)(7)に掲げる院内感染管理者は、1週間に1回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行うこと。

(14)当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項を掲示していること。

(15)新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて発熱患者の外来診療等を実施する体制を有し、そのことについてホームページ等により公開していること。

(16)新興感染症の発生時等に、発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制を有すること。

(17)「抗微生物薬適正使用の手引き」(厚生労働省健康局結核感染症課)を参考に、抗菌薬の適正な使用の推進に資する取組を行っていること。

(18)新興感染症の発生時等や院内アウトブレイクの発生時等の有事の際の対応について、連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関等とあらかじめ協議し、地域連携に係る十分な体制が整備されていること。

(19)区分番号A234-2に掲げる感染対策向上加算に係る届出を行っていない診療所であること。

# 外来診療時の感染防止対策の評価の新設 及び感染防止対策加算の見直し

2. **外来感染対策向上加算に係る届出を行っている保険医療機関**が、感染対策向上加算1に係る届出を行っている他の保険医療機関に対し、定期的に院内の感染症発生状況等について報告を行っている場合及び地域のサーベイランスに参加している場合の評価をそれぞれ新設する。

(新) **連携強化加算** **3点**



[算定要件]

感染症対策に関する医療機関間の連携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おいて診療を行った場合は、**連携強化加算**として、**患者1人につき月1回に限り所定点数に加算**する。

[施設基準]

- (1) **他の保険医療機関**(感染対策向上加算1に係る届出を行っている保険医療機関に限る。)との**連携体制を確保**していること。
- (2) 外来感染対策向上加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (3) 連携する感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関に対し、**過去1年間に4回以上、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告**を行っていること。

# 外来診療時の感染防止対策の評価の新設 及び感染防止対策加算の見直し

(新) サーベイランス強化加算 1点



## [算定要件]

感染防止対策に資する情報を提供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おいて診療を行った場合は、サーベイランス強化加算として、**患者1人につき月1回に限り所定点数に加算**する。

## [施設基準]

- (1) 地域において感染防止対策に資する情報を提供する体制が整備されていること。
  - (2) 外来感染対策向上加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
  - (3) **院内感染対策サーベイランス(JANIS)、感染対策連携共通プラットフォーム(J-SIPHE)等、地域や全国のサーベイランスに参加していること。**
- (※) 連携強化加算及びサーベイランス強化加算の算定については、1の(※)と同様の取扱いとする。

# 外来診療時の感染防止対策の評価の新設 及び感染防止対策加算の見直し

3. これまでの感染防止対策加算による取組を踏まえつつ、平時からの感染症対策に係る取組が実施されるよう、個々の医療機関等における感染防止対策の取組や地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策の取組を更に推進する観点から、「**感染防止対策加算**」の名称を「**感染対策向上加算**」に改める。
4. 現行の感染防止対策加算について、新興感染症の発生等を想定した訓練の実施等を要件に追加するとともに、**より小規模の感染制御チームによる感染防止対策の取組に係る評価**として、**感染対策向上加算3**を新設する。
5. 感染対策向上加算1に係る届出を行った医療機関が、**感染対策向上加算2、感染対策向上加算3又は外来感染対策向上加算**の医療機関に出向いて感染症対策に関する助言を行った場合の評価を新設する。
6. **感染対策向上加算2又は感染対策向上加算3**に係る届出を行った医療機関が、**感染対策向上加算1**に係る届出を行った医療機関に対し、定期的に院内の感染症発生状況等について報告を行っている場合及び地域や全国のサーベイランスに参加している場合の評価をそれぞれ新設する。



# 外来診療時の感染防止対策の評価の新設 及び感染防止対策加算の見直し

| 改定前  | 改定後   |
|--|---|
| <b>【感染防止対策加算】</b><br>1 感染防止対策加算1 390点<br>2 感染防止対策加算2 90点 | <b>【感染対策向上加算】</b><br>1 <u>感染対策向上加算1</u> 710点<br>2 <u>感染対策向上加算2</u> 175点<br>3 <u>感染対策向上加算3</u> 75点 |

改

新

## 〔算定要件〕

注1 組織的な感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。)、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術等基本料のうち、感染対策向上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(3については、入院初日及び入院期間が90日を超えるごとに1回)、それぞれ所定点数に加算する。

注2 感染対策向上加算1を算定する場合について、感染症対策に関する医療機関間の連携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、指導強化加算として、30点を更に所定点数に加算する。

新

注3 感染対策向上加算2又は感染対策向上加算3を算定する場合について、感染症対策に関する医療機関間の連携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、連携強化加算として、30点を更に所定点数に加算する。

新

注4 感染対策向上加算2又は感染対策向上加算3を算定する場合について、感染防止対策に資する情報を提供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、サーベイランス強化加算として、5点を更に所定点数に加算する。

新

## 及び感染防止対策加算の見直し

### [施設基準]

#### 二十九の二 感染対策向上加算の施設基準等

(1) **感染対策向上加算1**の施設基準 ←**感染防止対策加算1**に代えて

イ～ハ(略)

ニ 感染防止対策につき、感染対策向上加算2、感染対策向上加算3に係る届出を行っている保険医療機関と連携していること。

ホ 他の保険医療機関(感染対策向上加算1に係る届出を行っている保険医療機関に限る。)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こと。

ヘ 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こと。

(2) **感染対策向上加算2**の施設基準 ←**感染防止対策加算2**に代えて

イ～ハ(略)

ニ 感染防止対策につき、感染対策向上加算1に係る届出を行っている保険医療機関と連携していること。

(3) **感染対策向上加算3**の施設基準 ←**感染防止対策地域連携加算**に代えて

イ 専任の院内感染管理者が配置されていること。

ロ 当該保険医療機関内に感染防止対策部門を設置し、組織的に感染防止対策を実施する体制が整備されていること。

ハ 当該部門において、医師及び看護師が適切に配置されていること。

ニ 感染防止対策につき、感染対策向上加算1に係る届出を行っている保険医療機関と連携していること。

(4) **指導強化加算**の施設基準 ←**抗菌薬適正使用支援加算**に代えて

他の医療機関(感染対策向上加算2、感染対策向上加算3又は外来感染対策向上加算に係る届出を行っている保険医療機関に限る。)に対し、院内感染対策に係る助言を行うための必要な体制が整備されていること。

(5) **連携強化加算**の施設基準

他の医療機関(感染対策向上加算1に係る届出を行っている保険医療機関に限る。)との連携体制を確保していること。

(6) サーベイランス強化加算の施設基準 地域における感染防止対策に資する情報を提供する体制が整備されていること。

# 歯科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し、新興感染症にも適切に対応できる体制を確保する観点から、歯科初診料における歯科医師及び職員を対象とした研修等に係る要件を見直すとともに、基本診療料の評価を見直す。

## 第2 具体的な内容

歯科初診料の施設基準である歯科医師等が受講する研修について、飛沫感染防止対策等の新興感染症の対策に係る研修を追加するとともに、歯周基本治療処置等の廃止に併せて歯科初診料及び歯科再診料の評価を見直す。

| 改定前   |      | 改定後   |             |
|-------|------|-------|-------------|
| 歯科初診料 | 261点 | 歯科初診料 | <u>264点</u> |
| 歯科再診料 | 53点  | 歯科再診料 | <u>56点</u>  |

改

### 【初診料】

#### [施設基準]

#### 1 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準

- (1) (略)
- (2) 感染症患者に対する**歯科診療を円滑に実施する体制を確保していること。**
- (3) 歯科外来診療の院内感染防止に係る**標準予防策及び新興感染症に対する対策の研修を4年に1回以上、定期的に受講している常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。**
- (4) 職員を対象とした院内感染防止にかかる**標準予防策及び新興感染症に対する対策等の院内研修等を実施していること。**
- (5)・(6) (略)
- (7) 令和4年3月31日において、現に歯科点数表の初診料の注1の届出を行っている保険医療機関については、令和5年3月31日までの間に限り、1の(3)及び(4)の基準を満たしているものとみなす。ただし、令和3年4月1日から令和4年3月31日の間に(3)の研修を受講した者については、当該研修を受けた日から2年を経過する日までは当該基準を満たしているものとみなす。

### 【再診料】

#### [算定要件]

注1 1については、区分番号A000に掲げる初診料の注1に規定する歯科外来診療における院内感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、再診を行った場合に算定する。この場合において、当該届出を行っていない保険医療機関については、44点を算定する。

# 2022年度診療報酬改定 ICT・遠隔・オンライン関連

# 第1 情報通信機器を用いた診療

## 1 情報通信機器を用いた診療に係る施設基準

(1) 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されているものとして、以下のア～ウを満たすこと。

ア 保険医療機関外で診療を実施することがあらかじめ想定される場合においては、実施場所が厚生労働省「**オンライン診療の適切な実施に関する指針**」(以下「オンライン指針」という。)に該当しており、**事後的に確認が可能**であること。

イ 対面診療を適切に組み合わせて行うことが求められていることを踏まえて、**対面診療を提供できる体制を有**すること。

ウ 患者の状況によって当該保険医療機関において**対面診療を提供することが困難な場合に、他の保険医療機関と連携して対応**できること。

(2) オンライン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 届出に関する事項

(1) 情報通信機器を用いた診療に係る施設基準に係る届出は、別添7の様式1を用いること。

(2) 毎年7月において、前年度における情報通信機器を用いた診療実施状況及び診療の件数について、別添7の様式1の2により届け出ること。



# A 基本診療料

## 第1節 初診料

区分A000 初診料 288点

注1 保険医療機関において初診を行った場合に算定する。ただし、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、**情報通信機器を用いた初診を行った場合には、251点を算定する。**

注2 病院である保険医療機関(特定機能病院(医療法(昭和23年法律第205号)第4条の2第1項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。)、地域医療支援病院(同法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。)(同法第7条第2項第5号に規定する一般病床(以下「一般病床」という。)の数が200未満であるものを除く。))及び**外来機能報告対象病院等(同法第30条の18の2第1項に規定する外来機能報告対象病院等をいう。以下この表において同じ。)(同法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限り、一般病床の数が200未満であるものを除く。))**に限る。)であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1本文の規定にかかわらず、214点(注1のただし書に規定する場合には、186点)を算定する。

注3 病院である保険医療機関(許可病床(医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。)の数が**400床以上である病院(特定機能病院、地域医療支援病院、外来機能報告対象病院等(同法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限り。))及び一般病床の数が200未満であるものを除く。))**に限る。)であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1本文の規定にかかわらず、214点(注1のただし書に規定する場合には、186点)を算定する。  
(以下省略)

改

# 情報通信機器を用いた初診に係る評価の新設

## 第1 基本的な考え方

「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の見直しを踏まえ、情報通信機器を用いた場合の初診について、新たな評価を行う。

## 第2 具体的な内容

初診料について、情報通信機器を用いて初診を行った場合の評価を新設する。

対面では288点！

**(新) 初診料(情報通信機器を用いた場合) 251点**

**新**

### [対象患者]

「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に基づき、医師が情報通信機器を用いた初診が可能と判断した患者

### [算定要件]

(1) 保険医療機関において初診を行った場合に算定する。ただし、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、情報通信機器を用いた初診を行った場合には、**251点**を算定する。

(2) 情報通信機器を用いた診療については、厚生労働省「**オンライン診療の適切な実施に関する指針**」に沿って診療を行った場合に算定する。なお、この場合において、診療内容及び診療時間等の要点を診療録に記載すること。

(3) 情報通信機器を用いた診療は、原則として、保険医療機関に所属する保険医が保険医療機関内で実施すること。なお、保険医療機関外で情報通信機器を用いた診療を実施する場合であっても、当該指針に沿った適切な診療が行われるものであり、情報通信機器を用いた診療を実施した場所については、事後的に確認可能な場所であること。

(続く)

## 情報通信機器を用いた初診に係る評価の新設

(続き)

(4)情報通信機器を用いた診療を行う保険医療機関について、患者の急変時等の緊急時には、原則として、当該保険医療機関が必要な対応を行うこと。ただし、夜間や休日など、当該保険医療機関がやむを得ず対応できない場合については、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、以下の内容について、診療録に記載しておくこと。

ア 当該患者に「**かかりつけの医師**」がいる場合には、当該医師が所属する医療機関名

イ 当該患者に「**かかりつけの医師**」がいない場合には、対面診療により診療できない理由、適切な医療機関としての紹介先の医療機関名、紹介方法及び患者の同意。

(5)当該指針において、「対面診療を適切に組み合わせて行うことが求められる」とされていることから、保険医療機関においては、対面診療を提供できる体制を有すること。また、「オンライン診療を行った医師自身では対応困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合については、オンライン診療を行った医師がより適切な医療機関に自ら連絡して紹介することが求められる」とされていることから、患者の状況によって対応することが困難な場合には、ほかの医療機関と連携して対応できる体制を有すること。

(6)情報通信機器を用いた診療を行う際には、厚生労働省「**オンライン診療の適切な実施に関する指針**」に沿って診療を行い、当該指針において示されている一般社団法人日本医学会連合が作成した「**オンライン診療の初診に適さない症状**」等を踏まえ、当該診療が指針に沿った適切な診療であったことを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、処方を行う際には、当該指針に沿って処方を行い、一般社団法人日本医学会連合が作成した「**オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤**」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方が指針に沿った適切な処方であったことを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(7)情報通信機器を用いた診療を行う際は、予約に基づく診察による特別の料金の徴収はできない。

(8)情報通信機器を用いた診療を行う際の情報通信機器の運用に要する費用については、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できる。

## 情報通信機器を用いた初診に係る評価の新設

(続き)

### [施設基準]

- (1) 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (2) 厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」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。

# ICT を活用した遠隔死亡診断の補助 に対する評価の新設

## 第1 基本的な考え方

医師が ICT を活用して死亡診断等を行う場合において、研修を受けた看護師が当該医師の補助を行うことについて、新たな評価を行う。

## 第2 具体的な内容

医師が行う死亡診断等について、ICT を活用した在宅での看取りに関する研修を受けた看護師が補助した場合の評価として、訪問看護ターミナルケア療養費に遠隔死亡診断補助加算を新設する。

### 【遠隔死亡診断補助加算(訪問看護ターミナルケア療養費)】

#### [算定要件]

注4 別に厚生労働大臣が定める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訪問看護ステーションの情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師が、医科点数表の区分番号C001の注8に規定する死亡診断加算を算定する利用者(特掲診療料の施設基準等(平成20年厚生労働省告示第63号)第4の4の3の3に規定する地域に居住している利用者に限る。)について、その主治医の指示に基づき、情報通信機器を用いて医師の死亡診断の補助を行った場合は、

遠隔死亡診断補助加算として、1,500円を所定額に加算する。



#### [施設基準]

### 七 訪問看護ターミナルケア療養費の注4に規定する基準

情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師が配置されていること。



# 医療機関における ICT を活用した 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、カンファレンスの実施等の要件を見直す。

## 第2 具体的な内容

医療従事者等により実施されるカンファレンス等について、ビデオ通話が可能な機器を用いて、対面によらない方法で実施する場合の入退院支援加算等の要件を緩和する。

| 改定前  | 改定後   |
|--|---|
| <p>【入退院支援加算】<br/>[施設基準]</p> <p>(5) (4)に規定する連携機関の職員との年3回の面会は、<u>対面で行うことが原則であるが、当該3回中1回（当該保険医療機関又は連携機関が、「別添3」の「別紙2」に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く。）又は連携機関の場合、当該3回中3回）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（ビデオ通話）が可能な機器を用いて面会することができる。なお、患者の個人情報の取扱いについては、第21の1の(10)の例による。</u></p> | <p>【入退院支援加算】<br/>[施設基準]</p> <p>(5) (4)に規定する連携機関の職員との年3回の面会は、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて<b>実施しても差し支えない</b>。なお、患者の個人情報の取扱いについては、第21の1の(10)の例による。</p> <p>※ <b>感染防止対策加算、退院時共同指導料1及び2、介護支援等連携指導料についても同様。</b></p> <p>※ <b>訪問看護療養費における退院時共同指導加算についても同様。</b></p> |

改

# 在宅腹膜灌流に係る 遠隔モニタリングの評価の新設

## 第1 基本的な考え方

腹膜透析を実施している患者に対する効果的な治療を推進する観点から、在宅腹膜灌流に係る遠隔モニタリングについて新たな評価を行う。

## 第2 具体的な内容

在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている患者に対し、継続的な遠隔モニタリングを行い、来院時に当該モニタリングを踏まえた療養方針について必要な指導を行った場合の評価を新設する。

### 【在宅自己腹膜灌流指導管理料】

#### [算定要件]

注3 注1に規定する患者であって継続的に遠隔モニタリングを実施したものに対して当該指導管理を行った場合は、**遠隔モニタリング加算**として、**月1回に限り115点**を所定点数に加算する。

(4) 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。

ア 自動腹膜灌流用装置に搭載された情報通信機能により、注液量、排液量、除水量、体重、血圧、体温等の状態について継続的なモニタリングを行うこと。

イ モニタリングの状況に応じて、適宜患者に来院を促す等の対応を行うこと。

ウ 当該加算を算定する月にあつては、モニタリングにより得られた所見等及び行った指導管理の内容を診療録に記載すること。

エ モニタリングの実施に当たっては、厚生労働省の定める「**医療情報システムの安全管理に関するガイドライン**」等に対応すること。



# 情報通信機器を用いた再診に係る評価の新設 及びオンライン診療料の廃止

## 第1 基本的な考え方

新型コロナウイルス感染症に係る特例的な措置における実態も踏まえ、情報通信機器を用いた場合の再診について、要件及び評価を見直す。

## 第2 具体的な内容

再診料について、情報通信機器を用いて再診を行った場合の評価を新設するとともに、**オンライン診療料を廃止**する。

(新) **再診料(情報通信機器を用いた場合) 73点**  
**外来診療料(情報通信機器を用いた場合) 73点**



### [対象患者]

「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に基づき、医師が情報通信機器を用いた診療の実施が可能と判断した患者

### [算定要件]

(1) 保険医療機関(許可病床のうち一般病床に係るものの数が200以上のものを除く。)において再診を行った場合(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情報通信機器を用いた再診を行った場合を含む。)に算定する。

(2) 情報通信機器を用いた診療については、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行った場合に算定する。なお、この場合において、診療内容、診療日及び診療時間等の要点を診療録に記載すること。

(3) 情報通信機器を用いた診療は、原則として、保険医療機関に所属する保険医が保険医療機関内で実施すること。なお、保険医療機関外で情報通信機器を用いた診療を実施する場合であっても、当該指針に沿った適切な診療が行われるものであり、情報通信機器を用いた診療を実施した場所については、事後的に確認可能な場所であること。

....

# 診療録管理体制加算の見直し

## 第1 基本的な考え方

適切な診療記録の管理を推進する観点から、「**医療情報システムの安全管理に関するガイドライン**」を踏まえ、診療録管理体制加算について**非常時に備えたサイバーセキュリティ対策の整備に係る要件**を見直す。

## 第2 具体的な内容

非常時に備えたサイバーセキュリティ対策が講じられるよう、**許可病床数が400床以上の保険医療機関**について、**医療情報システム安全管理責任者の配置及び院内研修の実施**を診療録管理体制加算の**要件に加える**。

また、医療情報システムのバックアップ体制の確保が望ましいことを要件に加えるとともに、定例報告において、当該体制の確保状況について報告を求めることとする。

改

### [施設基準]

#### 1 診療録管理体制加算1に関する施設基準

(1) (略)

(2) 中央病歴管理室が設置されており、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」に準拠した体制であること。(3)～(9) (略)

(10) 許可病床数が400床以上の保険医療機関については、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」に基づき、専任の医療情報システム安全管理責任者を配置すること。また、当該責任者は、職員を対象として、**少なくとも年1回程度、定期的に必要な情報セキュリティに関する研修**を行っていること。

さらに、非常時に備えた医療情報システムのバックアップ体制を確保することが望ましい。ただし、令和4年3月31日において、現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関(許可病床数が400床以上のものに限る。)については、**令和5年3月31日までの間**、当該基準を満たしているものとみなす。

#### 2 診療録管理体制加算2に関する施設基準

(1) 1の(1)から(4)まで、(9)及び(10)を満たしていること。(2)～(5) (略)

#### 3 届出に関する事項

(1) 診療録管理体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式17を用いること。

(2) 毎年7月において、医療情報システムのバックアップ体制の確保状況等について、別添7の様式●により届け出ること。

# オンライン資格確認システムを通じた 患者情報等の活用に係る評価の新設

## 第1 基本的な考え方

オンライン資格確認システムの活用により、診断及び治療等の質の向上を図る観点から、外来において、オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等を取得し、当該情報を活用して診療等を実施することについて、新たな評価を行う。

## 第2 具体的な内容

1. オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等を取得し、当該情報を活用して診療等を実施することに係る評価を新設する。

|         |     |                      |           |
|---------|-----|----------------------|-----------|
| (新) 初診料 | 注14 | <u>電子的保健医療情報活用加算</u> | <u>7点</u> |
| 再診料     | 注18 | <u>電子的保健医療情報活用加算</u> | <u>4点</u> |
| 外来診療料   | 注10 | <u>電子的保健医療情報活用加算</u> | <u>4点</u> |



### [対象患者]

オンライン資格確認システムを活用する保険医療機関を受診した患者

### [算定要件]

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を受診した患者に対して、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で診療を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月1回に限りそれぞれ所定点数に加算する。

(※)初診の場合であって、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等の取得が困難な場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合等にあつては、令和6年3月31日までの間に限り、3点を所定点数に加算する。



## [施設基準] 患者情報等の活用に係る評価の新設

- (1)療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令(昭和51年厚生省令第36号)第1条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。
- (2)健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。
- (3)電子資格確認に関する事項について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

2. 保険薬局において、オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等を取得し、当該情報を活用して調剤等を実施することに係る評価を新設する。

(新) 調剤管理料 注5 電子的保健医療情報活用加算 3点



### [対象患者]

オンライン資格確認システムを活用する保険薬局において調剤が行われた患者

### [算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険薬局において、健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、患者に係る薬剤情報等を取得した上で調剤を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月1回に限り所定点数に加算する。

(※)健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る薬剤情報等の取得が困難な場合等にあつては、令和6年3月31日までの間に限り、3月に1回に限り1点を所定点数に加算する。

### [施設基準]

- (1)療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令(昭和51年厚生省令第36号)第1条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。
- (2)健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。
- (3)電子資格確認に関する事項について、当該保険薬局の見やすい場所に掲示していること。

## B 医学管理料

### 遠隔連携診療料の見直し

| 改定前                                      | 改定後  |
|--|--|
| <p>B005-11 遠隔連携診療料<br/>500点<br/>(新設)</p> | <p>B005-11 遠隔連携診療料</p> <p>1 <u>診断を目的とする場合 750点</u></p> <p>2 <u>その他の場合 500点</u></p> <p>注1 1については、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、<b>対面診療を行っている入院中の患者以外の患者</b>であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、<b>診断を目的として、当該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている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、当該診断の確定までの間に3月に1回に限り算定する。</b></p> <p>2 2については、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、<b>てんかん（知的障害を有する者に係るものに限る。）の治療を行うことを目的として、患者の同意を得て、てんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、当該診療料を最初に算定した日から起算して1年を限度として、3月に1回に限り算定する。</b></p> |



# 標準規格の導入に係る取組の推進

## 第1 基本的な考え方

医療機関間等の情報共有及び連携が効率的・効果的に行われるよう、標準規格の導入に係る取組を推進する観点から、診療録管理体制加算について、定例報告における報告内容を見直す。

## 第2 具体的な内容

診療録管理体制加算に係る定例報告において、電子カルテの導入状況及び HL7 International によって作成された医療情報交換の次世代標準フレームワークである **HL7 FHIR** (Fast Healthcare Interoperability Resources) の**導入状況について報告を求めることとする。**

| 改定前   | 改定後   |
|---|---|
| <p>【診療録管理体制加算（入院初日）】<br/>[施設基準]<br/>3 届出に関する事項<br/>診療録管理体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式17を用いること。</p> | <p>【診療録管理体制加算（入院初日）】<br/>[施設基準]<br/>3 届出に関する事項<br/>(1) <b>診療録管理体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式17を用いること。</b><br/>(2) <b>毎年7月において、標準規格の導入に係る取組状況等について、別添7の様式17により届け出ること。</b></p> |

改

# **2022年度診療報酬改定 働き方改革関連**

# 勤務医の負担軽減の取組の推進

## 第1 基本的な考え方

勤務医の負担軽減の取組を推進する観点から、手術及び処置に係る「**時間外加算1**」等の要件を見直す。

## 第2 具体的な内容

手術及び処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の要件について、手術前日の当直回数に加え、連続当直の回数に係る制限を追加するとともに、診療科全体における当直回数から、医師1人当たりの当直回数に規制範囲を変更する。また、当直等を行った日の記録に係る事務負担の軽減を行う。

### [施設基準]

6 当該加算を算定している全ての診療科において、**予定手術前日における医師の当直や夜勤に対する配慮**として、次のいずれも実施していること。

(2) 以下のア及びイの事項について記録していること。

ア 当該加算を算定している全ての診療科において予定手術に係る術者及び第一助手について、その手術の前日の夜勤時間帯(午後10時から翌日の午前5時までをいう。以下、同様とする。)に当直、夜勤及び緊急呼出し当番(以下「当直等」という。)を行った者がある場合は、該当する手術と当直等を行った日

イ 当該加算を算定している全ての診療科において2日以上連続で夜勤時間帯に当直を行った者がある場合は、該当する当直を行った日

(3) (2)のアの当直等を行った日が、それぞれについて届出を行っている診療科の各医師について**年間4日以内**であり、かつ、(2)のイの2日以上連続で当直を行った回数が、それぞれについて届出を行っている診療科の各医師について**年間4回以内**であること。ただし、緊急呼出し当番を行う者について、当番日の夜勤時間帯に当該保険医療機関内で診療を行わなかった場合は、翌日の予定手術に係る術者及び第一助手となっても、(2)のアの当直等を行った日には数えない。 **現行年間12日以内→4日以内**、**現行年間24日以内→4日以内**





# 医師事務作業補助体制加算の見直し 2022年度診療報酬改定内容

## 第1 基本的な考え方

勤務医の働き方改革を推進し、質の高い医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要件及び評価を見直す。

## 第2 具体的な内容

医師事務作業補助者が実施可能な業務に係る整理等を踏まえ、医師事務作業補助体制加算1及び2について、**医師事務作業補助者の経験年数**に着目した評価に見直す。

| 改定前                    | 改定後                           |
|------------------------|-------------------------------|
| 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 970 点  | イ 15 対 1 補助体制加算 <b>1,050点</b> |
| ロ 20 対 1 補助体制加算 758 点  | ロ 20 対 1 補助体制加算 <b>835点</b>   |
| ハ 25 対 1 補助体制加算 630 点  | ハ 25 対 1 補助体制加算 <b>705点</b>   |
| ニ 30 対 1 補助体制加算 545 点  | ニ 30 対 1 補助体制加算 <b>610点</b>   |
| ホ 40 対 1 補助体制加算 455 点  | ホ 40 対 1 補助体制加算 <b>510点</b>   |
| ヘ 50 対 1 補助体制加算 375 点  | ヘ 50 対 1 補助体制加算 <b>430点</b>   |
| ト 75 対 1 補助体制加算 295 点  | ト 75 対 1 補助体制加算 <b>350点</b>   |
| チ 100 対 1 補助体制加算 248 点 | チ 100 対 1 補助体制加算 <b>300点</b>  |
| 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 910 点  | イ 15 対 1 補助体制加算 <b>975点</b>   |
| ロ 20 対 1 補助体制加算 710 点  | ロ 20 対 1 補助体制加算 <b>770点</b>   |
| ハ 25 対 1 補助体制加算 590 点  | ハ 25 対 1 補助体制加算 <b>645点</b>   |
| ニ 30 対 1 補助体制加算 510 点  | ニ 30 対 1 補助体制加算 <b>560点</b>   |
| ホ 40 対 1 補助体制加算 430 点  | ホ 40 対 1 補助体制加算 <b>475点</b>   |
| ヘ 50 対 1 補助体制加算 355 点  | ヘ 50 対 1 補助体制加算 <b>395点</b>   |
| ト 75 対 1 補助体制加算 280 点  | ト 75 対 1 補助体制加算 <b>315点</b>   |
| チ 100 対 1 補助体制加算 238 点 | チ 100 対 1 補助体制加算 <b>260点</b>  |



※加算1の施設基準を**3年以上の勤務経験**を有する医師事務作業補助者が、**配置区分毎に5割以上配置**。

\* 中医協総会第516回(2022年2月9日)答申書等資料より抜粋

# 医療機関等における事務等の簡素化・効率化

## 第1 基本的な考え方

医療機関等における業務の効率化及び医療従事者の事務負担軽減を推進する観点から、施設基準の届出及びレセプト請求に係る事務等を見直す。



## 第2 具体的な内容

1. 所定の研修を修了していることの確認を目的として、施設基準の届出の際に添付を求めている修了証の写し等の文書について、届出様式中に当該研修を修了している旨を記載すること等により施設基準の適合性が確認できる場合には、当該文書の添付を不要とする。
2. 訪問看護ステーションの基準に係る届出について、「担当者氏名」等の変更があった場合など、当該基準への適合の有無に影響が生じない場合においては、当該届出を不要とする。
3. レセプトの摘要欄に記載を求めている事項のうち、薬剤等について選択式記載に変更する。また、一部の診療行為について、レセプト請求時にあらかじめ特定の検査値の記載を求めることにより、審査支払機関の審査におけるレセプトの返戻による医療機関の再請求に係る事務負担軽減を図る。
4. 小児科外来診療料等に係る施設基準の届出の省略を行う。

# 2022年度診療報酬改定 プログラム医療機器関連

# プログラム医療機器に係る評価の新設

## 第1 基本的な考え方

プログラム医療機器の評価を明確化する観点から、医科診療報酬点数表の医学管理等の部に、**プログラム医療機器を使用した場合の評価に係る節を新設**する。

## 第2 具体的な内容

医科診療報酬点数表の第2章第1部(医学管理等)に、プログラム医療機器等医学管理加算及び特定保険医療材料の節を新設する。

## 第2章 特掲診療料

### 第1部 医学管理等

#### 第1節 医学管理料等

#### 第2節 **プログラム医療機器等医学管理加算**

#### 第3節 **特定保険医療材料**

**プログラム医療機器に関する  
新たな節が設けられた！**

**新**

### 【第1部 医学管理等】 通則

1 医学管理等の費用は、第1節の各区分の所定点数により算定する。

2 医学管理等に当たって、**プログラム医療機器等の使用に係る医学管理を行った場合又は別に厚生労働大臣が定める保険医療材料(以下この部において「特定保険医療材料」という。)を使用した場合は、前号により算定した点数及び第2節又は第3節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。**

#### 第1節 医学管理料等 (略)

#### 第2節 プログラム医療機器等医学管理加算 (略)

#### 第3節 特定保険医療材料

##### 区分B200 特定保険医療材料

材料価格を10円で除して得た点数注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

# プログラム医療機器等医学管理加算

## 第2章 特掲診療料

### 第1部 医学管理等医学管理

#### 第2節 **プログラム医療機器等医学管理加算**

(新設)

区分B100 **禁煙治療補助システム指導管理加算 140点**

新

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等届け出た保険医療機関において、区分番号B001-3-2に掲げるニコチン依存症管理料の1のイ又は2を算定する患者に対して、**禁煙治療補助システムに係る指導管理を行った場合に、当該管理料を算定した日に1回に限り加算する。**

注2 禁煙治療補助システムを使用した場合は、**禁煙治療補助システム加算として、2,400点を更に所定点数に加算する。**

禁煙補助管理アプリのCureAppの評価として、  
禁煙治療補助システム加算が認められた！



## 第13の3 禁煙治療補助システム指導管理加算

### 1 禁煙治療補助システム指導管理加算に関する施設基準

ニコチン依存症管理料の注1に規定する基準を満たしていること。

### 2 届出に関する事項

禁煙治療補助システム指導管理加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式8を用いること。

## プログラム医療機器の保険適用（個別品目の例）について

参考

### ○ CureApp SC ニコチン依存症治療アプリ 及びCOチェッカー（令和2年12月保険適用）

- ・本品は、バレニクリンを使用して禁煙治療を行うニコチン依存症患者に対し、標準禁煙治療プログラムを実施する際に使用することで禁煙治療の補助を行うシステムである。
- ・国内で行われた第Ⅲ相臨床試験において、標準禁煙治療に本品を上乗せした群は、標準禁煙治療のみの群に比べ、高い継続禁煙率を示したことを踏まえ、下記のとおり評価された。



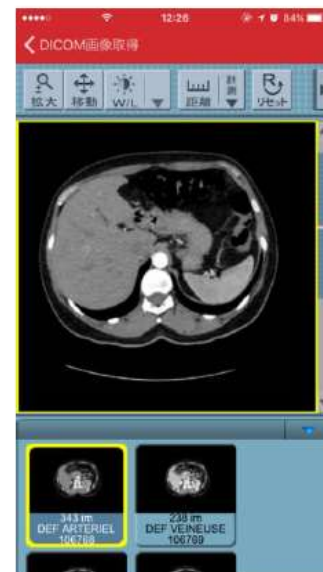
アプリを用いた管理の評価 **140点**（「在宅振戦等刺激装置治療指導管理料」の導入期加算（140点）を準用）

+  
アプリ及びCOチェッカーの材料の評価 **600点 × 4**（「疼痛等管理用送信器加算（600点）」を準用）  
**(24,000円)**

### ○ 汎用画像診断装置用プログラム Join（平成28年4月保険適用）

- ・本品は、画像診断装置等から提供された人体の画像情報をコンピュータ処理し、処理後の画像情報を診療のために提供することを目的として使用する。
- ・下記の点につき、本品の性能が薬事認証基準を満たしているものとして評価された。

| 項目          | 仕様                                |
|-------------|-----------------------------------|
| 画像や情報の処理機能  | 拡大、縮小、距離計測                        |
| 画像表示機能      | 「画像や情報の処理機能」の処理結果の正しい表示           |
| 外部装置との入出力機能 | 本品が、指定した外部装置との間でデータの送受信を行うことができる。 |



A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料の施設基準に位置づけ（医師配置要件を緩和）

# 2022年度診療報酬改定 その他

## 高度かつ専門的な急性期医療の 提供体制に係る評価の新設

### 第1 基本的な考え方

地域において急性期・高度急性期医療を集中的・効率的に提供する体制を確保する観点から、手術や救急医療等の高度かつ専門的な医療に係る実績を一定程度有した上で急性期入院医療を実施するための体制について、新たな評価を行う。

### 第2 具体的な内容

高度かつ専門的な医療及び急性期医療の提供に係る体制や、精神疾患を有する患者の受入れに係る体制を十分に確保している場合の評価を新設する。

#### (新)急性期充実体制加算(1日につき)

- |   |                      |      |
|---|----------------------|------|
| 1 | <u>7日以内の期間</u>       | 460点 |
| 2 | <u>8日以上11日以内の期間</u>  | 250点 |
| 3 | <u>12日以上14日以内の期間</u> | 180点 |

新

精神科充実体制加算 30点

# 紹介受診重点医療機関における 入院診療の評価の新設

## 第1 基本的な考え方

「紹介受診重点医療機関」において、入院機能の強化や勤務医の外来負担の軽減等が推進され、入院医療の質が向上することを踏まえ、当該入院医療について新たな評価を行う。

## 第2 具体的な内容

「紹介受診重点医療機関(医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関)」における入院医療の提供に係る評価を新設する。

(新) **紹介受診重点医療機関入院診療加算(入院初日) 800点**



### [算定要件]

(1) 外来機能報告対象病院等(医療法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたものに限り、一般病床の数が200床未満であるものを除く。)である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。)のうち、紹介受診重点医療機関入院診療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、**入院初日に限り所定点数に加算**する。

(2) 区分番号A204に掲げる地域医療支援病院入院診療加算は別に算定できない。



# 初診料及び外来診療料における 紹介・逆紹介割合に基づく減算規定の見直し

## 第1 基本的な考え方

外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介患者・逆紹介患者の受診割合が低い特定機能病院等を紹介状なしで受診した患者等に係る初診料・外来診療料について、要件を見直す。



## 第2 具体的な内容

1. **紹介・逆紹介患者の受診割合が低い場合において初診料及び外来診療料が減算となる対象病院に、一般病床の数が200床以上の紹介受診重点医療機関を追加する。**

### 【初診料】

#### [算定要件]

注2 病院である保険医療機関(特定機能病院(医療法(昭和23年法律第205号)第4条の2第1項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。)、地域医療支援病院(同法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。))(同法第7条第2項第5号に規定する一般病床(以下「一般病床」という。)の数が200未満であるものを除く。)及び外来機能報告対象病院等(同法第30条の18の2第1項に規定する外来機能報告対象病院等をいう。以下この表において同じ。)(同法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたものに限り、一般病床の数が200未満であるものを除く。)に限る。)であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、**214点**を算定する。

# 紹介受診重点医療機関と かかりつけ医機能を有する医療機関の連携の推進

## 第1 基本的な考え方

外来医療の機能分化及び医療機関間の連携を推進する観点から「紹介受診重点医療機関」及びかかりつけ医機能を有する医療機関等が、患者の紹介を受けた医療機関に対して当該患者の診療情報を提供した場合について、新たな評価を行う。

## 第2 具体的な内容

1. 現行の診療情報提供料(Ⅲ)について、名称を「連携強化診療情報提供料」に変更するとともに、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であって、紹介元の医療機関からの求めに応じて診療情報の提供を行った場合の当該提供料の算定上限回数を月に1回までに変更する。

改

2. 地域の診療所等が「紹介受診重点医療機関」に対して患者の紹介を行い、紹介先の「紹介受診重点医療機関」においても継続的に当該患者に対する診療を行う場合であって、紹介元の診療所等からの求めに応じて、診療情報を提供した場合の評価を新設する。

# 紹介受診重点医療機関と かかりつけ医機能を有する医療機関の連携の推進

## 【連携強化診療情報提供料】

### [算定要件]

注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、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から紹介された患者について、当該患者を紹介した他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(区分番号A000に掲げる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ない。)に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。

改

注2 注1に該当しない場合であって、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす外来機能報告対象病院等(医療法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたものに限り、一般病床の数が200未満であるものを除く。)である保険医療機関において、他の保険医療機関(許可病床の数が200床未満の病院又は診療所に限る。)から紹介された患者について、当該患者を紹介した他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(区分番号A000に掲げる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人につき月1回に限り算定する。

注3 注1又は注2に該当しない場合であって、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、他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他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(区分番号A000に掲げる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人につき月1回に限り算定する。

注4 (略)

(続く)

# 紹介受診重点医療機関と かかりつけ医機能を有する医療機関の連携の推進

## 【連携強化診療情報提供料】

### [算定要件]

(続き)

5 注1から注4までのいずれにも該当しない場合であって、注1に規定する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、他の保険医療機関から紹介された妊娠中の患者について、当該患者を紹介した他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(区分番号A000に掲げる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**(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、産科若しくは産婦人科を標榜する保険医療機関から紹介された妊娠中の患者又は産科若しくは産婦人科を標榜する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、他の保険医療機関から紹介された妊娠中の患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要を認め、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合にあっては、月1回)に限り算定する。

改

### [施設基準]

#### 十の一の四 連携強化診療情報提供料の施設基準等

(1) 連携強化診療情報提供料の注1に規定する施設基準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) 連携強化診療情報提供料の注1に規定する他の保険医療機関の基準次のいずれかに係る届出を行っていること。

イ～ホ(略)(削除)

(3) 連携強化診療情報提供料の注3に規定する施設基準

イ・ロ(略)

(4) (略)

(5) 連携強化診療情報提供料の注5に規定する施設基準(**歯科点数表においては注3**)

当該保険医療機関内に妊娠中の患者の診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

## 地域医療体制確保加算の見直し

### 第1 基本的な考え方

地域医療の確保を図り、医師の働き方改革を実効的に進める観点から、地域医療体制確保加算について対象となる医療機関を追加するとともに、要件及び評価を見直す。

### 第2 具体的な内容

1 地域の救急医療体制における過酷な勤務環境を踏まえ、周産期医療又は小児救急医療を担う医療機関を、地域医療体制確保加算の対象医療機関に追加するとともに、評価を見直す。

| 改定前   | 改定後   |
|---|---|
| <p>【地域医療体制確保加算】</p> <p>地域医療体制確保加算 520点</p> <p>[施設基準]</p> <p>三十五の十一</p> <p>地域医療体制確保加算の施設基準</p> <p>(1) 救急搬送に係る実績を相当程度有していること。</p> | <p>【地域医療体制確保加算】</p> <p>地域医療体制確保加算 <b>620点</b></p> <p>[施設基準]</p> <p>三十五の十一</p> <p>地域医療体制確保加算の施設基準</p> <p>(1) 救急搬送、<b>周産期医療又は小児救急医療に係る実績</b>を相当程度有していること。</p> |

改



# 紹介状なしで受診する場合等の 定額負担の見直し

## 第1 基本的な考え方

外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介状なしで受診した患者等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を見直すとともに、当該医療機関における定額負担の対象患者について、その診療に係る保険給付範囲及び定額負担の額等を見直す。

## 第2 具体的な内容

紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収する仕組みについて、以下の見直しを行う。

1. 紹介状なしで受診した患者等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について、現行の特定機能病院及び一般病床200床以上の地域医療支援病院から、「**紹介受診重点医療機関(医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関)**」(※)のうち**一般病床200床以上の病院にも拡大する。**

(※)令和3年改正後の医療法(昭和23年法律第205号)に基づき、紹介患者への外来を基本とする医療機関として新たに明確化されるもの。

# 紹介状なしで受診する場合等の 定額負担の見直し

| 改定前  | 改定後  |
|--|--|
| <p>【保険医療機関及び保険医療養担当規則】<br/>（一部負担金等の受領）</p> <p>第五条</p> <p>3 保険医療機関のうち、医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第七条第二項第五号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）を有する同法第四条第一項に規定する地域医療支援病院（一般病床の数が二百未満であるものを除く。）及び同法第四条の二第一項に規定する特定機能病院であるものは、法第七十条第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。</p> | <p>【保険医療機関及び保険医療養担当規則】<br/>（一部負担金等の受領）</p> <p>第五条</p> <p>3 保険医療機関のうち、医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第七条第二項第五号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）を有する同法第四条第一項に規定する地域医療支援病院（一般病床の数が二百未満であるものを除く。）、同法第四条の二第一項に規定する特定機能病院及び同法第三十条の十八の二第一項に規定する外来機能報告対象病院等（同法第三十条の十八の四第一項第二号の規定に基づき、同法第三十条の十八の二第一項第一号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたものに限り、一般病床の数が二百未満であるものを除く。）であるものは、法第七十条第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。</p> |

## 紹介状なしで受診する場合等の 定額負担の見直し

2. 定額負担を求める患者の初診・再診について、  
以下の点数を保険給付範囲から控除する。

【初診の場合】

医科:200点 / 歯科:200点

【再診の場合】

医科: 50点 / 歯科: 40点



3. 定額負担の金額を以下のとおり変更する。

【初診の場合】

医科:7,000円 / 歯科:5,000円

【再診の場合】

医科:3,000円 / 歯科:1,900円



## 紹介状なしで受診する場合等の 定額負担の見直し

| 改定前   | 改定後   |
|---|---|
| <p>【療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等】</p> <p>第一の三 療担規則第五条第三項第二号及び療担基準第五条第三項第二号の厚生労働大臣の定める金額一 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第二条第四号の初診に係る厚生労働大臣が定める金額</p> <p>(一) 医師である保険医による初診の場合<br/>5,000円</p> <p>(二) 歯科医師である保険医による初診の場合<br/>3,000円</p> <p>二 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第二条第五号の再診に係る厚生労働大臣が定める金額</p> <p>(一) 医師である保険医による再診の場合<br/>2,500円</p> <p>(二) 歯科医師である保険医による再診の場合<br/>1,500円</p> | <p>【療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等】</p> <p>第一の三 療担規則第五条第三項第二号及び療担基準第五条第三項第二号の厚生労働大臣の定める金額一 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第二条第四号の初診に係る厚生労働大臣が定める金額</p> <p>(一) 医師である保険医による初診の場合<br/><b>7,000円</b></p> <p>(二) 歯科医師である保険医による初診の場合<br/><b>5,000円</b></p> <p>二 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第二条第五号の再診に係る厚生労働大臣が定める金額</p> <p>(一) 医師である保険医による再診の場合<br/><b>3,000円</b></p> <p>(二) 歯科医師である保険医による再診の場合<br/><b>1,900円</b></p> |

改

改

## 紹介状なしで受診する場合等の 定額負担の見直し

4. **除外要件**(定額負担を求めないことができる患者の要件)について、以下のとおり見直す。

### 【初診・再診共通】

○「その他、保険医療機関が当該医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者」について、急を要しない時間外の受診、単なる予約受診等、患者の都合により受診する場合は認められないことを明確化する。

### 【初診の場合】

○「自施設の他の診療科を受診している患者」を「自施設の他の診療科から院内紹介されて受診する患者」に見直す。

### 【再診の場合】

○「自施設の他の診療科を受診している患者」、「医科と歯科との間で院内紹介された患者」、「特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者」、「地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者」及び「治験協力者である患者」を削除する。

### [施行日等]

(1) **令和4年10月1日から施行・適用**する。

(2) 公立医療機関に係る自治体による条例制定に要する期間等を考慮し、新たに紹介受診重点医療機関となってから6か月の経過措置を設ける。



# 処方箋様式の見直し(リフィル処方箋の仕組み)

## 第1 基本的な考え方

症状が安定している患者について、医師の処方により、医師及び薬剤師の適切な連携の下、**一定期間内に処方箋を反復利用できるリフィル処方箋の仕組みを設ける。**

## 第2 具体的な内容

リフィル処方箋について、具体的な取扱いを明確にするとともに、処方箋様式をリフィル処方箋に対応可能な様式に変更する(別紙)。



### [対象患者]

(1)医師の処方により、薬剤師による服薬管理の下、一定期間内に処方箋の反復利用が可能である患者

### [留意事項]

(1)保険医療機関の保険医がリフィルによる処方が可能と判断した場合には、**処方箋の「リフィル可」欄にレ点を記入する。**

(2)リフィル処方箋の総使用回数の上限は3回までとする。また、1回当たり投薬期間及び総投薬期間については、医師が、患者の病状等を踏まえ、個別に医学的に適切と判断した期間とする。

(3)保険医療機関及び保険医療養担当規則において、**投薬量に限度が定められている医薬品及び湿布薬については、リフィル処方箋による投薬を行うことはできない。**

(4)リフィル処方箋による1回目の調剤を行うことが可能な期間については、通常の場合と同様とする。2回目以降の調剤については、原則として、**前回の調剤日を起点とし、当該調剤に係る投薬期間を経過する日を次回調剤予定日とし、その前後7日以内とする。**

(5)保険薬局は、1回目又は2回目(3回可の場合)に調剤を行った場合、リフィル処方箋に調剤日及び次回調剤予定日を記載するとともに、調剤を実施した保険薬局の名称及び保険薬剤師の氏名を余白又は裏面に記載の上、当該リフィル処方箋の写しを保管すること。また、当該リフィル処方箋の総使用回数の調剤が終わった場合、調剤済処方箋として保管すること。

.....

# 薬局及び医療機関における 後発医薬品の使用促進

## 第1 基本的な考え方

後発医薬品の更なる使用促進を図る観点から、**後発医薬品の調剤数量割合等に応じた評価等**について見直しを行う。

## 第2 具体的な内容

1. **後発医薬品の調剤数量割合が高い薬局に重点を置いた評価**とするため、後発医薬品調剤体制加算について、後発医薬品の調剤数量割合の基準を引き上げるとともに、評価を見直す。

| 改定前   | 改定後   |
|---|---|
| <p>【後発医薬品調剤体制加算（調剤基本料）】</p> <p>イ 後発医薬品調剤体制加算1 15点</p> <p>ロ 後発医薬品調剤体制加算2 22点</p> <p>ハ 後発医薬品調剤体制加算3 28点</p> <p>注6 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）第7条の2に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）の調剤に関し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薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。</p> | <p>【後発医薬品調剤体制加算（調剤基本料）】</p> <p>イ 後発医薬品調剤体制<b>加算1 21点</b></p> <p>ロ 後発医薬品調剤体制<b>加算2 28点</b></p> <p>ハ 後発医薬品調剤体制<b>加算3 30点</b></p> <p>注6 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）第7条の2に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）の調剤に関し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薬局において調剤した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数（<b>注2に規定する別に厚生労働大臣が定める保険薬局において調剤した場合には、それぞれの点数の100分の●●に相当する点数</b>）を所定点数に加算する。</p> |

改

# 施設基準の届出期限について

令和4年4月1日 から算定を行うためには、  
令和4年4月20日(水曜日)(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します。

厚生労働省保険局医療課

**終わり**