

九州地域放射線技師研修会 御中

2024年度診療報酬改定 ～放射線分野を中心として～

2024年10月19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

以下のURLに掲載の官報告示資料等より抜粋 (医科点数表・個別改定項目・留意事項・施設基準等)

こちらがメイン

厚生労働省・令和6年度診療報酬改定について(2024年3月5日告示)資料

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00045.html

○令和6年度診療報酬改定説明資料等について

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00012.html

○令和6年度診療報酬改定説明資料等について(Youtube動画)

<https://www.youtube.com/playlist?list=PLMG33RKISnWhCI3jkGORR92NJw8fQDYJy>

○診療報酬調査専門組織・医療技術評価分科会(令和5年度第1回)

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000190899_00011.html

○診療報酬調査専門組織・医療技術評価分科会(令和5年度第2回)

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000190899_00012.html

○中医協・総会 第584回(2024年2月14日開催)答申書資料

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00247.html

2024年度診療報酬改定率について

2024年(令和6年)度の診療報酬改定率は、以下のとおり。

診療報酬全体 ▲0.12%

1. 診療報酬本体 +0.88%

国費800億円程度(令和6年度予算額)

※1 うち、※2~4を除く改定分 +0.46%

各科改定率 医科 +0.52%

歯科 +0.57%

調剤 +0.16%

40歳未満の勤務医師・勤務歯科医師・薬局の勤務薬剤師、事務職員、
歯科技工所等で従事する者の賃上げに資する措置分(+0.28%程度)を含む。

※2 うち、看護職員、病院薬剤師等の医療関係職種ベア対応 +0.61%

※3 うち、入院時の食費基準額の引き上げ等 +0.06%

※4 うち、生活習慣病を中心とした管理料等 ▲0.25%

2. 薬価等 ▲1.00%

国費▲1,200億円程度(令和6年度予算額)

① 薬価 ▲0.97%

② 材料価格 ▲0.02%

2024年度診療報酬改定率について

3. 診療報酬・薬価等に関する制度改革事項

上記のほか、良質な医療を効率的に提供する体制の整備等の観点から、次の項目について、中央社会保険医療協議会での議論も踏まえて、改革を着実に進める。

- ・ 医療DXの推進による医療情報の有効活用等
- ・ 調剤基本料等の適正化

ベースアップ分の確保

加えて、医療現場で働く方にとって、令和6年度に2.5%、令和7年度に2.0%のベースアップへと確実につながるよう、配分方法の工夫を行う。あわせて、今回の改定による医療従事者の賃上げの状況、食費を含む物価の動向、経営状況等について、**実態を把握**する。

4. 医療制度改革

長期収載品の保険給付の在り方の見直しとして、**選定療養の仕組みを導入**し、**後発医薬品の上市後5年以上経過したもの又は後発医薬品の置換率が50%以上となったものを対象に、後発医薬品の最高価格帯との価格差の4分の3までを保険給付の対象とすることとし、令和6年10月より施行する。**

また、**薬剤自己負担の見直し項目である「薬剤定額一部負担」「薬剤の種類に応じた自己負担の設定」「市販品類似の医薬品の保険給付の在り方の見直し」**について、引き続き検討を行う。

今までの診療報酬改定率の推移

年度	診療報酬 本体	薬価基準	全体
1992	5.00%	-2.50%	2.50%
1994	4.80%	-2.12%	2.68%
1996	3.40%	-2.60%	0.80%
1997	1.70%	-1.32%	0.38%
1998	1.50%	-2.80%	-1.30%
2000	1.90%	-1.70%	0.20%
2002	-1.30%	-1.40%	-2.70%
2004	0.00%	-1.00%	-1.00%
2006	-1.36%	-1.80%	-3.16%
2008	0.38%	-1.20%	-0.82%
2010	1.55%	-1.36%	0.19%
2012	1.38%	-1.38%	0.00%
2014	0.73%	-0.63%	0.10%
2016	0.49%	-1.33%	-0.84%
2018	0.55%	-1.74%	-1.19%
2019	0.41%	-0.07%	0.33%
2020	0.55%	-1.01%	-0.46%
2022	0.43%	-1.37%	-0.94%
2024	0.88%	-1.00%	-0.12%

* 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%)

←実質は連続マイナス改定

←消費税対応分(2019年10月より)

←前回に続いてマイナス改定

←賃上げ、食材高騰等への手当を含む

令和6年度診療報酬改定の基本方針の概要

改定に当たっての基本認識

- ▶ 物価高騰・賃金上昇、経営の状況、人材確保の必要性、患者負担・保険料負担の影響を踏まえた対応
- ▶ 全世代型社会保障の実現や、医療・介護・障害福祉サービスの連携強化、新興感染症等への対応など医療を取り巻く課題への対応
- ▶ 医療DXやイノベーションの推進等による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

改定の基本的視点と具体的方向性

(1) 現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進

【重点課題】

医療従事者の雇用確保
働き方改革等

【具体的方向性の例】

- 医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組
- 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
- 地域医療の確保及び機能分化を図る観点から、労働時間短縮の実効性担保に向けた見直しを含め、必要な救急医療体制等の確保
- 多様な働き方を踏まえた評価の拡充
- 医療人材及び医療資源の偏在への対応

(2) ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や

医療DXを含めた医療機能の分化・強化、連携の推進

医療DX、医療機能
分化・連携等

【具体的方向性の例】

- 医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進
- 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組
- リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進
- 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価
- 外来医療の機能分化・強化等
- 新興感染症等に対応できる地域における医療提供体制の構築に向けた取組
- 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

(3) 安心・安全で質の高い医療の推進

患者の安心・安全、
質の高い医療等

【具体的方向性の例】

- 食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰を踏まえた対応
- 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
- 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への適切な評価（小児医療、周産期医療、救急医療等）
- 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進
- 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、病院薬剤師業務の評価
- 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進
- 医薬品産業構造の転換も見据えたイノベーションの適切な評価や医薬品の安定供給の確保等

(4) 効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

効率化・適正化等

【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、長期収載品の保険給付の在り方の見直し等
- 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
- 医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進（再掲）
- 患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価（再掲）
- 外来医療の機能分化・強化等（再掲）
- 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進（再掲）
- 医師・病院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
- 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進（再掲）

令和6年度診療報酬改定における主要な改定項目①

1. 賃上げ・基本料等の引き上げ

- 医療従事者の人材確保や賃上げのための**ベースアップ評価料**により2.3%を目途とした賃上げを実施。
- 40歳未満勤務医師や事務職員の賃上げ及び入院料の通則の改定に伴う**入院基本料等の引き上げ**。
- 入院料通則においては、**栄養管理体制の基準の明確化、人生の最終段階における意思決定支援及び身体的拘束の最小化の取組**を要件化。
- 標準的な感染対策実施と賃上げを念頭においた**初再診料の引き上げ**。

(新) 外来・在宅ベースアップ評価料 (I)
1 初診時 6点 / 2 再診時等 2点 等
(新) 入院ベースアップ評価料 1~165点

【一般病棟入院基本料】
急性期一般入院料 1 1,688点
【特定機能病院入院基本料】
7対1入院基本料 (一般病棟の場合) 1,822点

【初診料・再診料等】
初診料 291点
再診料 75点

2. 医療DXの推進

- **医療情報取得加算**が新設され、マイナ保険証の利用による効率的な情報の取得は1点となり、3月に1回に限り再診時においても評価。
- **医療DX推進体制整備加算**により、マイナ保険証の診察室等での活用、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスの整備が要件。また、令和6年10月からマイナ保険証の利用率が施設要件として適応される。
- **在宅医療DX情報活用加算**により、マイナ保険証による情報を用いた訪問診療計画の立案による質の高い在宅診療を推進。

(新) 医療情報取得加算

初診時
医療情報取得加算 1 3点
医療情報取得加算 2 1点
再診時 (3月に1回に限り算定)
医療情報取得加算 3 2点
医療情報取得加算 4 1点

(新) 医療DX推進体制整備加算 (初診時) 8点
(新) 在宅医療DX情報活用加算 (月1回) 10点

3. ポストコロナにおける感染症対策の推進

- 改正感染症法及び第8次医療計画に基づく、協定指定医療機関であることを感染対策向上加算および外来感染対策向上加算の要件として規定。外来感染対策向上加算の施設基準に罹患後症状に係る対応を明記。
- 発熱外来に代わる**発熱患者等対応加算**を新設。抗菌薬の適正使用も**抗菌薬適正使用体制加算**として評価。
- 入院患者に対して、**特定感染症入院医療管理加算**を新設し、感染対策を引き続き評価。
- また、個室で空気感染及び飛沫感染を生じる感染症等においては、**特定感染症患者療養環境加算**として個室管理等を評価。

(新) 特定感染症入院医療管理加算
治療室の場合 200点
それ以外の場合 100点

(新) 特定感染症患者療養環境特別加算
個室加算 300点
陰圧室加算 200点

(新) 発熱患者等対応加算 20点

(新) 抗菌薬適正使用体制加算 5点

(新) 急性期リハビリテーション加算
50点 (14日目まで)

令和6年度診療報酬改定における主要な改定項目②

4. 同時報酬改定における対応

- コロナ禍の経験を踏まえた、地域における協力医療機関に関する体制整備の推進も含めた、医療機関と介護保険施設等との連携の強化。
- かかりつけ医とケアマネ等との連携強化。
- 障害者支援施設に入所する末期悪性腫瘍患者に対する訪問診療料等の費用を医療保険からの給付とするよう見直し。
- 医療的ケア児（者）に対する、入院前支援の評価。
- 有床診療所における障害連携の評価の充実。

【地ケア・在支診/病・後方支援病院】
介護保険施設等の協力医療機関となることを望ましいこととして要件化

(新) 協力対象施設入所者入院加算(入院初日)

1 往診が行われた場合	600点
2 1以外の場合	200点

(新) 介護保険施設等連携往診加算 200点**(新) 医療的ケア児（者）入院前支援加算**
1,000点

【有床診療所入院基本料】

イ 介護障害連携加算 1	192点
ロ 介護障害連携加算 2	38点

5. 外来医療の機能分化・強化等

- 特定疾患療養管理料の対象疾患から生活習慣病を除外し、療養計画書への同意や診療ガイドラインを参考にすることを要件とした出来高算定による生活習慣病管理料(Ⅱ)を新設。
- 地域包括診療料・加算においてかかりつけ医とケアマネとの連携を促進。
- リフィル処方箋や長期処方の促進、一般名処方加算の見直し等による後発品使用促進。
- 外来腫瘍化学療法の充実。

(新)生活習慣病管理料(Ⅱ) 333点(月1回)

特定疾患処方管理加算 56点

地域包括診療加算 1/2 28点/21点
認知症地域包括診療加算 1/2 38点/31点

【一般名処方加算】
一般名処方加算 1/2 10点/8点

後発医薬品使用体制加算 1/2/3 87点/82点/77点
外来後発医薬品使用体制加算 1/2/3 8点/7点/5点
【薬剤情報提供料】 4点

【処方箋料】 60点

6. 医療機能に応じた入院医療の評価

- 高齢者の急性疾患の治療とともに、早期退院に向けたリハビリ及び栄養管理等を適切に提供する地域包括医療病棟を新設。
- 重症度、医療・看護必要度及び平均在院日数の見直しにより急性期医療の機能分化を促進。
- 働き方改革も踏まえ特定集中治療室管理料(ICU)の見直し及び遠隔ICU加算の新設。
- DPC/PDPSによる、大学病院の医師派遣機能、臓器提供、医療の質向上の取組を新たに評価。
- 療養病棟における医療区分の見直しとともに、中心静脈栄養の評価の見直し等。
- 看護補助体制充実加算の見直しにより経験が豊富な看護補助者や介護福祉士を評価。

(新) 地域包括医療病棟入院料 3,050点**(新) 特定集中治療室管理料 5・6 8,890点**

【急性期充実体制加算】
急性期充実体制加算 1/2 440点/360点(7日以内の期間) 等
小児・周産期・精神科充実体制加算
急性期充実体制加算 1/2の場合 90点/60点

回復期リハビリテーション病棟入院料 1
2,229点(体制強化加算は廃止)

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 1
40日以内 2,838点/ 41日以降 2,690点

令和6年度診療報酬改定における主要な改定項目③

7. 質の高い訪問診療・訪問看護の確保

- 在宅医療におけるICTを用いた医療関係職種・介護関係職種等との連携の推進。
- 24時間の在宅医療提供体制の充実の推進。
- 在宅における心不全患者への指導管理に関する評価の充実。
- 患者の希望に添った看取りの推進に関する見直し。
- 患者の状態に応じた往診料等の評価の見直し。
- 在宅時医学総合管理料等の評価の見直し。
- 専門性の高い看護師を配置やサービスの実績に基づく訪問看護管理療養費の見直し。
- 訪問看護ステーションにおける24時間対応体制にかかる評価の見直し。

(新) 在宅医療情報連携加算 100点

(新) 在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料 200点

(新) 往診時医療情報連携加算 200点

(新) 緊急往診加算、夜間・休日往診加算、深夜往診加算（その他の場合） 325/405/485点

訪問看護管理療養費（月に2日目以降の訪問の場合）

(新) 訪問看護管理療養費1 3,000円

(新) 訪問看護管理療養費2 2,500円

(新) 24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）
 イ 24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組を行っている場合 6,800円
 ロ イ以外の場合 6,520円

8. 重点的な分野における対応

- 働き方改革も踏まえた救急患者のいわゆる下り搬送の評価。
- NICUにおける重症児へのより手厚い看護配置（2対1）等に対する評価の新設。
- 発達障害や不適切な養育に繋がりが得る児への対応強化。
- 小児に付き添う家族等に配慮した小児入院医療提供体制の推進。
- 精神科における地域包括ケアを推進する精神科地域包括ケア病棟の新設。
- 精神病床に入院する患者への入退院支援に対する評価の新設。

(新) 救急患者連携搬送料 600～1,800点

(新) 新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料 14,539点

小児特定疾患カウンセリング料
 (新) 初回 800点他

小児入院医療管理料（1日につき）
 (新) 看護補助加算 151点
 (新) 看護補助体制充実加算 156点

(新) 精神科地域包括ケア病棟入院料 1,535点

(新) 精神科入退院支援加算（退院時1回） 1,000点

個別改定項目/医療資源の少ない地域への対応

- 急性期入院医療におけるリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の新設。
- 病態に応じた早期からの疾患別リハビリテーションに対する評価の新設。
- 医療と介護における栄養情報連携の推進
- 入院および外来におけるバイオ後続品の使用促進に関する評価の見直し。
- 病室単位で届出可能な回復期リハビリテーション病棟入院料の区分の新設。
- 医療技術評価分科会等の評価を踏まえた対応等

(新) リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算（1日につき） 120点

(新) 急性期リハビリテーション加算 50点

(新) 栄養情報連携料 70点

(新) バイオ後続品使用体制加算 100点

【在宅血液透析指導管理料】
 (新) 遠隔モニタリング加算 115点

(新) 回復期リハビリテーション入院医療管理料 1,859点

患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価

- 後期高齢者の救急搬送の増加等、入院患者の疾患や状態の変化を踏まえて、機能分化・強化を促進し、効果的・効率的な提供体制を整備するとともに、高齢者の中等症急性疾患のニーズ増大に対して地域包括医療病棟を新設した。
- 患者が可能な限り早く住み慣れた自宅・施設に復帰できるよう各病棟が果たすべく役割に念頭に評価体系を見直した。
- また、2024年度より施行される医師の労働時間上限規制を念頭に、働き方改革を推進。

急性期入院料の見直し

- ・ 入院基本料等の引き上げ
- ・ 重症度、医療・看護必要度の見直し（急1におけるB項目の廃止等）
- ・ 急1における平均在院日数の短縮（18日→16日）
- ・ リハ栄養口腔連携体制加算の新設

急性期充実体制加算及び総合入院体制加算の見直し

- ・ 急性期充実体制加算を加算1及び加算2に再編
- ・ 小児・周産期・精神科充実体制加算の新設
- ・ 心臓血管外科領域の実績要件の追加
- ・ 総合入院体制加算の実績要件の見直し及び加算の引き上げ

特定集中治療室等の見直し

- ・ SOFAスコアを用いた患者指標の導入
- ・ 宿日直医師の配置をICU5,6として評価
- ・ 遠隔ICUの評価
- ・ ICU5,6における特定行為研修修了看護師等の配置要件化（経過措置あり）

働き方改革の推進

- ・ 地域医療体制確保加算の要件見直し
- ・ 医師事務作業補助体制加算の引き上げ

地域包括医療病棟

地域包括医療病棟入院料の新設

- ・ 在宅復帰率8割
- ・ 救急搬送患者割合1割5分
- ・ ADL維持率95%以上 等

救急患者連携搬送料の新設 (いわゆる下り搬送の促進)

看護補助者の体制整備

- ・ 看護補助体制充実加算の見直し（介護福祉士の評価）
- ・ 看護補助加算の新設（小児入管）

地域包括ケア病棟入院料の見直し

- ・ 40日目以降と以前の評価の見直し
- ・ 在宅医療要件の見直し
- ・ 在宅復帰率の見直し
- ・ 短期滞在手術の扱いの見直し

地域包括ケア病棟

有床診療所基本料の見直し

- ・ 介護障害連携加算の新設

療養病棟入院料の見直し

- ・ 医療区分の見直し
- ・ 中心静脈栄養の評価見直し
- ・ リハビリテーションの評価見直し
- ・ 経過措置病棟の廃止

回復期リハ入院料の見直し

- ・ FIMの測定等の要件見直し
- ・ 体制強化加算の廃止
- ・ 運動器リハ算定上限数見直し

回復期リハ

療養病棟

ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進

- コロナ禍の経験を踏まえて、介護保険施設等と地域包括ケア病棟を持つ医療機関や在宅支援診療所の平時および急変時における対応の強化に関する評価の見直し等を実施。
- また、在宅医療分野においては、患者の望む医療・ケアの提供を推進する観点から、ICTを用いた情報連携に関する評価の見直し等を行うとともに、患者の状態に応じた在宅医療の提供を推進する観点から、評価の見直し等を実施。

マイナ保険証やICTを用いた情報連携

- ・ 在宅医療DX情報活用加算の新設によるマイナ保険証を活用した情報連携を推進
- ・ 在宅医療情報連携加算、往診時医療情報連携加算、介護保険施設等連携往診加算等の新設により平時からの介護サービス事業者等との連携促進

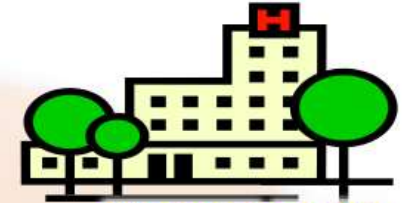


人生の最終段階における医療・ケアの充実

- ・ 適切な意思決定支援に係る指針の作成に関する要件の対象拡大
- ・ 在宅麻薬等注射指導管理料の新設（心不全等の患者）
- ・ 在宅強心剤持続投与指導管理料の新設
- ・ 在宅ターミナルケア加算等の見直し
- ・ ICTを用いた情報連携に関する緩和ケア病棟緊急入院初期加算の要件緩和



在宅療養支援診療所・病院



地域包括ケア病棟
在支診・在支病、後方支援病院

在宅療養支援診療所・病院における評価の見直し

- ・ 在支診・病でない医療機関との連携の推進に関する評価の新設
- ・ 訪問診療の回数が多い場合の施設総管等（複数人）の見直し※
- ・ 訪問診療の頻度が多い場合の在宅患者訪問診療料の見直し
- ・ 訪問栄養食事指導に係る要件見直し
- ・ データ提出に関する要件見直し（機能強化型に限る）

※在支診・病でない医療機関においても同様

診療所等 地域包括診療料・加算の見直し

- ・ サービス担当者会議/地域ケア会議への参加経験あるいはいわゆるケアマネタイム設置の要件化
- ・ 認知症研修の要件化（望ましい要件）



診療所等



ケアマネジャー



介護保険施設等
（老健、介護医療院、特養）

医療機関と介護保険施設等の平時からの連携の推進等

- ・ 協力医療機関になることを望ましい要件に
- ・ 感染対策向上加算等の専従要件緩和
- ・ 平時からの連携を要件とした評価の新設

介護サービス

診療報酬改定時期を2ヶ月後ろ倒しした場合のスケジュール（案）

- 施行時期の後ろ倒しのあたっては、総合的な検討が必要とされているところ。
- 毎年薬価改定の観点からは、4月の薬価改定が実施されれば、薬価調査を例年通りに実施することが可能。
- また次期改定に向けては、6月施行の場合、経過措置は9月末を基本とし、年度内の検証調査が実施可能。

診療報酬改定時期
薬価は4月1日～
本体は6月1日～



令和6年度診療報酬改定の施行時期等

令和6年度診療報酬改定にかかる主なスケジュール

令和5年 12月	令和6年 1月	2	3	4	5	6	7	8	9
予算編成 大臣折衝 (12月20 日)	1月12日 中医協諮問	2月14日 中医協答申	3月5日 関係告示等 3月下旬 電子点数表公布	4月1日 薬価改定		6月1日施行 (材料価格の 改定を含む)	7月上旬 初回請求	定例報告	
				届出期間 (5月2日～6月3日)			主な経過措置※		

※各診療報酬項目の具体的な経過措置は告示・通知を必ずご確認ください。

従来の改定スケジュール

前年12月	当該年 1月	2	3	4	5	6	7	8	9
予算編成 大臣折衝	1月中旬 中医協諮問	2月上旬 中医協答申	3月上旬 関係告示等 3月下旬 電子点数表公布	4月1日施行	5月上旬 初回請求		定例報告		
				届出期間 (4月1日～4月14日前後)			主な経過措置		

画像診断及び放射線治療 における主な項目

画像診断関連の概要（主なもの）

【画像診断管理加算の見直し】

- 画像診断管理加算2 175点 これまでの加算180点から5点の減点
- 画像診断管理加算3 235点 新設(学会からの提案の加算2.5のこと)
※施設基準に救命救急センター、AI管理等が加わった
- 画像診断管理加算4 340点 変わらず(以前の加算3の名称を加算4に変更)

改

【ポジトロン断層撮影】

- (新) 18F標識フルシクロピンを用いた場合(一連の検査につき) 2,500点
- (新) アミロイドPETイメージング剤を用いた場合(一連の検査につき)
- イ 放射性医薬品合成設備を用いた場合 12,500点
- ロ イ以外の場合 2,600点

新

【ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影】

- (新) 18F標識フルシクロピンを用いた場合(一連の検査につき) 3,625点
- (新) アミロイドPETイメージング剤を用いた場合(一連の検査につき)
- イ 放射性医薬品合成設備を用いた場合 13,625点
- ロ イ以外の場合 3,725点

新

【ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影】

- (新) 18F標識フルシクロピンを用いた場合(一連の検査につき) 4,160点
- (新) アミロイドPETイメージング剤を用いた場合(一連の検査につき)
- イ 放射性医薬品合成設備を用いた場合 14,160点
- ロ イ以外の場合 4,260点

新

画像診断関連の概要（主なもの）

【乳房トモシンセシス撮影】

(新設)乳房トモシンセシス加算 100点



【血流予備量比コンピューター断層撮影】

施設基準に画像診断管理加算1の追加



放射線治療関連の概要（主なもの）

【体外照射】

強度変調放射線治療において、小細胞肺癌に対して、1回目の照射と2回目の照射の間隔が6時間を超える場合に限り、所定点数を1日に2回分算定できる。

改

【医療機器安全管理料2】

密封小線源治療機器を追加

改

【粒子線治療】

重粒子線治療・陽子線治療ともに適用疾患の追加

改

【短期滞在手術等基本料】

ガンマナイフによる定位放射線治療 58,496点→60,796点 増点

改

【がん性疼痛緩和指導管理料】

（新設）難治性がん性疼痛緩和指導管理加算 100点

新

画像診断関連

第4部 画像診断・通則

画像診断管理加算について

1～3（略）

4 区分番号E001、E004、E102及びE203に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、**画像診断管理加算1**として、区分番号E001又はE004に掲げる画像診断、区分番号E102に掲げる画像診断及び区分番号E203に掲げる画像診断のそれぞれについて月1回に限り70点を所定点数に加算する。ただし、**画像診断管理加算2**、**画像診断管理加算3**又は**画像診断管理加算4**を算定する場合はこの限りでない。

5 区分番号E102及びE203に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、**画像診断管理加算2**、**画像診断管理加算3**又は**画像診断管理加算4**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**175点**、**235点**又は**340点**を所定点数に加算する。

画像診断管理加算2	175点	これまでの加算180点から5点の減点
画像診断管理加算3	235点	新設(学会からの提案の加算2.5のこと)
画像診断管理加算4	340点	変わらず(以前の加算3の名称を加算4に変更)

6 遠隔画像診断による画像診断（区分番号E001、E004、E102又はE203に限る。）を行った場合についても同様。



画像診断管理加算の留意事項

(1) 画像診断管理加算1は、専ら画像診断を担当する医師(地方厚生(支)局長に届け出た、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を修了し、その旨が登録されているものに限る。以下同じ。)が読影及び診断を行い、その結果を文書により当該専ら画像診断を担当する医師の属する保険医療機関において当該患者の診療を担当する医師に報告した場合に、月の最初の診断の日に算定する。画像診断管理加算2、**画像診断管理加算3**又は**画像診断管理加算4**は、当該保険医療機関において実施される核医学診断、CT撮影及びMRI撮影について、専ら画像診断を担当する医師が読影及び診断を行い、その結果を文書により当該専ら画像診断を担当する医師の属する保険医療機関において当該患者の診療を担当する医師に報告した場合に、月の最初の診断の日に算定する。なお、**夜間又は休日**に撮影された画像については、当該専ら画像診断を担当する医師が、**自宅等の当該保険医療機関以外の場所で、画像の読影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で読影及び診断を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合も算定できる。**(※下部のURLが参考になります)

その際には、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たり、安全管理を確実に行った上で実施すること。また、当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託した場合は、これらの加算は算定できない。(「6」又は「7」により算定する場合を除く。)また、これらの加算を算定する場合は、報告された文書又はその写しを診療録に添付する。

※日本医学放射線学会の**保険診療における遠隔画像診断の管理に関する指針**は以下のURLから参照可能です。

→https://www.radiology.jp/member_info/guideline/20240305_01.html

画像診断管理加算の留意事項

(2) 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**又は**画像診断管理加算4**は、それぞれの届出を行った保険医療機関において、専ら画像診断を担当する常勤の医師のうち当該保険医療機関において勤務する1名(**画像診断管理加算3**を算定する場合には3名、**画像診断管理加算4**を算定する場合には6名)を除いた専ら画像診断を担当する医師については、当該保険医療機関において常態として週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている場合に、当該勤務時間以外の所定労働時間については、**自宅等の当該保険医療機関以外の場所で、画像の読影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で読影を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合も算定できる。**
(※以下のURLが参考になります。)

その際、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たり、安全管理を確実に行った上で実施する。また、病院の管理者が当該医師の勤務状況を適切に把握していること。

※日本医学放射線学会の**保険診療における遠隔画像診断の管理に関する指針**は以下のURLから参照可能です。

→https://www.radiology.jp/member_info/guideline/20240305_01.html

画像診断管理加算の施設基準

画像診断管理加算1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) 画像診断を専ら担当する常勤の医師（専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するもの又は当該療養について関係学会から示されている2年以上の所定の研修（専ら放射線診断に関するものとし、画像診断、Interventional Radiology（IVR）及び核医学に関する事項を全て含むものであること。）を修了し、その旨が登録されている医師に限る。）が1名以上配置されていること。なお、画像診断を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において画像情報の撮影又は読影に携わっている者をいう。
- (3) 画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (4) 当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託していないこと。

**画像診断管理加算1については、
特に施設基準に変更はない！**

画像診断管理加算の施設基準

画像診断管理加算2に関する施設基準

- (1) 放射線科を標榜している病院であること。
- (2) 画像診断を専ら担当する常勤の医師（専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するもの又は当該療養について関係学会から示されている2年以上の所定の研修（専ら放射線診断に関するものとし、画像診断、Interventional Radiology（IVR）及び核医学に関する事項を全て含むものであること。）を修了し、その旨が登録されている医師に限る。）が1名以上配置されていること。なお、画像診断を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において画像情報の撮影又は読影に携わっている者をいう。
- (3) 当該保険医療機関において実施される全ての核医学診断、CT撮影及びMRI撮影について、(2)に規定する医師の下に画像情報の管理が行われていること。
- (4) 当該保険医療機関における核医学診断及びコンピューター断層診断のうち、少なくとも8割以上の読影結果が、(2)に規定する医師により遅くとも撮影日の翌診療日までに当該患者の診療を担当する医師に報告されていること。
- (5) 画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (6) 当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託していないこと。
- (7) 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。

**画像診断管理加算2については、
特に施設基準に変更はない！**

画像診断管理加算の施設基準

画像診断管理加算3に関する施設基準

施設基準に救命救急センターや、AIの管理に関する項目が追加された！ なお、学会提案のがん診療連携拠点病院は外れた

- (1) 放射線科を標榜している病院であること。
- (2) 「**救急医療対策事業実施要綱**」（昭和52年7月6日医発第692号）に定める第3「**救命救急センター**」又は第4「**高度救命救急センター**」を設置している**保険医療機関**であること。
- (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、(3)に規定する医師の下に画像情報の管理が行われていること。
- (5) 当該保険医療機関における核医学診断及びコンピューター断層診断のうち、少なくとも8割以上の読影結果が、(3)に規定する医師により遅くとも撮影日の翌診療日までに当該患者の診療を担当する医師に報告されていること。
- (6) 当該保険医療機関において、**関係学会の定める指針に基づく夜間及び休日の読影体制が整備されていること**。（日本医学放射線学会の**夜間及び休日の画像診断体制に関する指針**はこのURLより参照可能。）
→https://www.radiology.jp/member_info/guideline/20240305_02.html
- (7) 画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (8) 当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託していないこと。
- (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、**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。

画像診断管理加算4に関する施設基準

画像診断管理加算4については、名称変更と夜間及び休日の読影体制の整備が追加された！

- (1) 放射線科を標榜している特定機能病院であること。
- (2) 画像診断を専ら担当する常勤の医師（専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するもの又は当該療養について関係学会から示されている2年以上の所定の研修（専ら放射線診断に関するものとし、画像診断、Interventional Radiology（IVR）及び核医学に関する事項を全て含むものであること。）を修了し、その旨が登録されている医師に限る。）が6名以上配置されていること。なお、画像診断を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において画像情報の撮影又は読影に携わっている者をいう。
- (3) 当該保険医療機関において実施される全ての核医学診断、CT撮影及びMRI撮影について、(2)に規定する医師の下に画像情報の管理が行われていること。
- (4) 当該保険医療機関における核医学診断及びコンピューター断層診断のうち、少なくとも8割以上の読影結果が、(2)に規定する医師により遅くとも撮影日の翌診療日までに当該患者の診療を担当する医師に報告されていること。
- (5) 当該保険医療機関において、**関係学会の定める指針に基づく夜間及び休日の読影体制が整備されていること。**（日本医学放射線学会の**夜間及び休日の画像診断体制に関する指針**はこのURLより参照可能。）
→https://www.radiology.jp/member_info/guideline/20240305_02.html
- (6) 画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されており、当該保険医療機関において実施される全ての核医学診断、CT撮影及びMRI撮影について、夜間及び休日を除いて、検査前の画像診断管理を行っていること。
- (7) 当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託していないこと。
- (8) 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。
- (9) 関係学会の定める指針に基づいて、適切な被ばく線量管理を行っていること。その際、施設内の全てのCT検査の線量情報を電子的に記録し、患者単位及び検査プロトコル単位で集計・管理の上、被ばく線量の最適化を行っていること。
- (10) 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。

夜間及び休日の画像診断体制に関する指針

https://www.radiology.jp/member_info/guideline/20240305_02.html

令和6年3月5日
公益社団法人日本医学放射線学会

1. はじめに

医療機関における夜間及び休日の体制の充実、特に診断能力の向上は、その迅速な対応により患者の予後に影響するだけでなく、**十分な人的資源のない夜間及び休日において、スムーズな診療や医療連携を行うために重要**であり、医療機関の能力向上、地域医療の質の向上に資する取り組みと考えられる。今回、夜間及び休日の緊急の画像診断について、人的資源の乏しい夜間及び休日であっても質を低下させることなく、効率的な運用が行えるよう、その運用方法や内容について記載した。本指針を基に、各医療機関で夜間及び休日の緊急の画像診断がより適切な形態で運用されることを期待する。

2. 本指針の位置づけ

本指針は、夜間及び休日等の業務時間外での緊急の画像診断が、**質を著しく低下させることなく、効率的に運用できるよう、業務の内容や方法等について整理したものである。**

新たに「夜間及び休日の画像診断体制に関する指針」が示された！
おそらく、画像診断管理加算3、4の要件として重要視された結果であり、加算要件の特定機能病院や救命救急センター等には必須の項目とされた。
同時に、「保険診療における遠隔画像診断の管理に関する指針」も示された。

夜間及び休日の画像診断体制に関する指針

https://www.radiology.jp/member_info/guideline/20240305_02.html

3. 夜間及び休日に画像診断を行う際に考慮すべきこと

夜間及び休日に画像診断を行う体制については、以下のようなパターンが考えられる。

- ① 医療機関内での日当直勤務を行う場合
- ② 自宅等で待機を行い、連絡を受け医療機関へ出向く場合
- ③ 遠隔画像診断装置等を用いて、自宅等で読影を行う場合

これらいずれの場合も、緊急読影の依頼があった場合、迅速で正確に対応できる体制であることが求められている一方、担当する放射線科医への身体的・精神的負担についても十分考慮される必要がある。以下、考慮すべき事項について列記する

- ・**依頼医が緊急読影の依頼があった場合、迅速に対応できる体制であること。**
具体的には、担当する放射線科医を事前に指定し、医療機関内で共有すること。また、依頼医が担当する放射線科医へ連絡がつかない場合等に備え、バックアップ体制が構築されていること。
- ・**担当する放射線科医が緊急読影の際、適切な検査目的、臨床情報、臨床検査データ等が把握できる体制となっていること。**
- ・**依頼医が直接担当する放射線科医に連絡でき、情報提供できる体制であること。**
- ・**担当する放射線科医が依頼医に連絡でき、情報提供できる体制であること。**
- ・**画像診断に必要な過去画像、過去の画像診断報告書が参照できること。**

(次ページへ続く)

夜間及び休日の画像診断体制に関する指針

https://www.radiology.jp/member_info/guideline/20240305_02.html

(前ページからの続き)

- ・担当する放射線科医は読影の結果、緊急性が高いと判断される場合には、迅速に依頼医に報告すること。
- ・夜間及び休日の画像診断は、翌診療日等にダブルチェックを行う等、放射線診断専門医により適切に管理されていること。なお、暫定的な報告書を作成する場合は、その旨を報告書に記載すること。
- ・放射線診断専門医以外の放射線科医が夜間及び休日の画像診断を担当する場合、放射線診断専門医と迅速な連絡ができる体制とすること。
- ・夜間及び休日の撮影に際しては、CTやMRI等の適切な撮像法や撮像プロトコルを放射線診断専門医によりリスト化し、依頼医や診療放射線技師が対応できるようにしておくこと。
- ・依頼医や診療放射線技師からの画像診断の適応、撮影プロトコル、撮影方法や撮影手順等での相談が迅速にできる体制となっていること。
- ・夜間及び休日に読影を行った結果のフィードバック等、画像診断の質の向上のための取り組みを継続して行うこと。
- ・担当の放射線科医が過度な負担とならないよう、無理のないスケジュールとすること。
- ・遠隔画像診断装置を用いる場合は、遠隔画像診断に関連する法令や学会が定める指針等に遵守し実施すること。

以上

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応^⑱

既存技術の見直し

- 画像診断管理加算について、夜間休日の読影体制等を含めた充実した画像診断管理を重点的に評価する観点から、評価及び要件を見直す。

現行

【画像診断管理加算】	
画像診断管理加算 2	180点
画像診断管理加算 3	340点

[施設基準の概要（抜粋）]

加算 2	加算 3
病院	特定機能病院
画像診断を専ら担当する常勤医師 <u>1名以上</u>	画像診断を専ら担当する常勤医師 <u>6名以上</u>
・核医学診断及びコンピューター断層診断のうち、少なくとも8割以上の読影結果が、翌診療日までに報告	
	・夜間及び休日に読影を行う体制の整備 ・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安全管理 ・夜間及び休日を除く、検査前の画像診断管理の実施

改定後

【画像診断管理加算】	
画像診断管理加算 2	175点
画像診断管理加算 3	235点
画像診断管理加算 4	340点

[施設基準の概要（抜粋）]

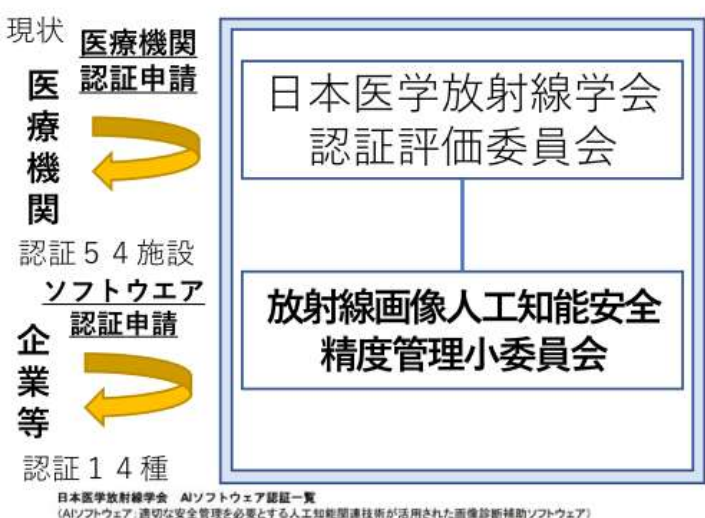
加算 2	加算 3	加算 4
病院	救命救急センターを有する病院	特定機能病院
画像診断を専ら担当する常勤医師 <u>1名以上</u>	画像診断を専ら担当する常勤医師 <u>3名以上</u>	画像診断を専ら担当する常勤の医師 <u>6名以上</u>
・核医学診断及びコンピューター断層診断のうち、少なくとも8割以上の読影結果が、翌診療日までに報告		
	・夜間及び休日に読影を行う体制の整備 ・人工知能関連技術が活用された画像診断補助ソフトウェアの安全管理	
		・夜間及び休日を除く、検査前の画像診断管理の実施

学会からの医療技術評価提案書より抜粋

2024年度診療報酬改定内容

提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
204101	人工知能使用指針を準拠した施設を評価(対象医療機関の拡大)	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多数登場、今後もさらに多く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り、前回診療報酬改定では特定機能病院での管理を想定し、**画像診断管理加算3の施設基準**に盛り込まれたところ。日本医学放射線学会ではガイドラインに準拠している医療機関を認証し、使用される画像診断系ソフトウェアを登録する仕組みも開始した。特定機能病院だけでなく**一般医療機関でも適切な管理を実施する必要**があるが、今回改定では、対象施設を拡大し、**画像診断管理加算2などの施設基準に対しても、ガイドライン要件を盛り込む**。



放射線画像人工知能安全精度管理小委員会

AI, SaMD等の課題を活発に議論。臨床使用時にソフトウェアの性能が適正に発揮されていないケースや、使用方法が逸脱するケース等が指摘されているほか、教育の手法にも課題。

AI臨床使用指針 適宜改訂予定

学会のデータを用い、ソフトウェアの第三者性能評価試験を実施することも議論中

また、一般医療機関での実施等にもむけた議論も行っている。これらに向けた指針の改訂を令和6年度内に実施予定

中医協・SaMDワーキンググループなどでの今後の議論も踏まえ、適宜AI臨床使用指針の改定なども対応できる体制

要望

画像診断管理加算2の施設基準に関係学会の指針に準拠する旨記載の上、40点増点する

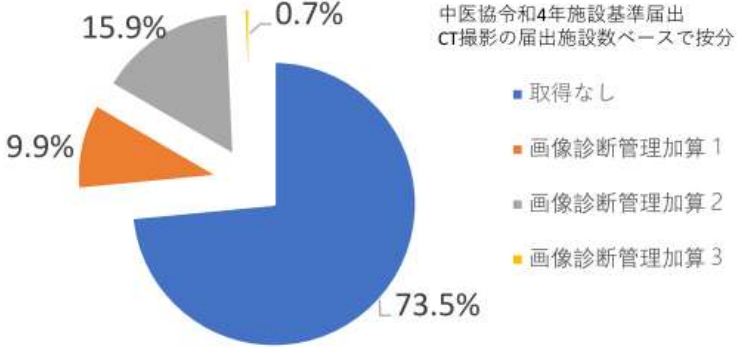
No.	製造販売業者名	承認・認証番号	販売名	認証日
1	エルビセル株式会社	承認番号:30100BZX00142000	医用画像解析ソフトウェア EIRL aneurysm	2023/1/17
2	エルビセル株式会社	承認番号:30200BZX00269000	医用画像解析ソフトウェア EIRL X-Ray Lung nodule	2023/1/17
3	キヤノンメディカルシステムズ株式会社	承認番号:30400BZX00123000	COVID-19 肺炎解析ソフトウェア SCO-PA01	2023/1/17
4	コニカミノルタ株式会社	承認番号:30300BZX00271000	画像診断支援ソフトウェア KDSS-CXR-AI-101	2023/1/17
5	シーメンスヘルスケア株式会社	承認番号:30200BZX00202000	AI-Rad コンパニオン	2023/1/17
6	富士フイルム株式会社	承認番号:30100BZX00263000	類似画像診断検査ソフトウェア FS-CM687型	2023/1/17
7	富士フイルム株式会社	承認番号:30200BZX00150000	肺結核検出プログラム FS-AI688 型	2023/1/17
8	富士フイルム株式会社	承認番号:30300BZX00145000	COVID-19 肺炎画像解析プログラム FS-AR93 型	2023/1/17
9	富士フイルム株式会社	承認番号:30300BZX00189000	胸部 X 線画像検出機能 (CAD) プログラム LU-AI689 型	2023/1/17
10	富士フイルム株式会社	承認番号:30300BZX00244000	肺血管検出プログラム FS-AR91 型	2023/1/17
11	シーメンスヘルスケア株式会社	認証番号:302AABZX00047000	AI-Rad コンパニオン CT	2023/1/17
12	シーメンスヘルスケア株式会社	認証番号:302AABZX00092000	AI-Rad コンパニオン MR	2023/1/17
13	日本メジトロフィックス株式会社	承認番号:301ADBZX00029000	精医学画像解析ソフトウェア VSBONE BSI	2023/1/17
14	プラスマン合同会社	認証番号:301ACBZX00004000	Plus lung Nodule プラスラングノジュール	2023/1/17

学会からの医療技術評価提案書より抜粋

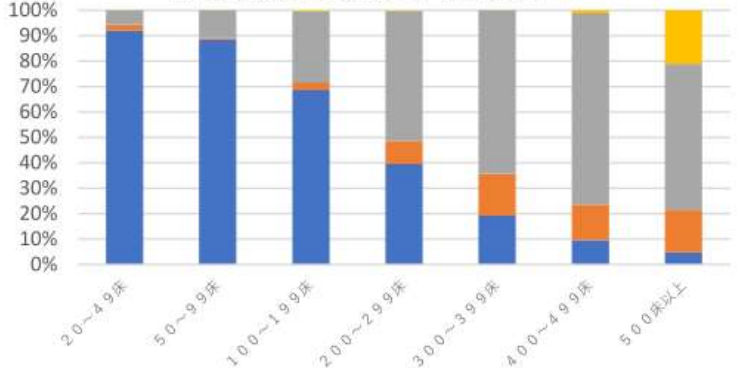
提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
204201	画像診断管理加算2.5の創設	日本医学放射線学会

地域の中核病院等の画像診断は、より専門的な知識が必要であることや夜間休日の迅速読影などの対応などにより、複数の放射線科専門医での体制が求められるが、現状、診療報酬上は一般病院と同様の画像診断管理加算2での評価となっている。結果、画像診断管理加算2も算定しなかったり、夜間休日対応等も進まない。画像診断管理加算2と3の間の点数を創設し、中核病院等の医療機関に対し適切に専門医を雇用するインセンティブを与えることが必要である。

画像診断管理加算届出施設割合



病床規模別算定割合



管理加算	1	2	2.5	3
点数	70	180	240	340
常勤画像診断医	1名以上	1名以上	3名以上 (働き方改革医師: みなし常勤医師も)	6名以上
医療機関の種類	保険医療機関	病院	病院 がん診療連携拠点病院 救命救急センター等	特定機能病院
翌診療日読影	×	8割以上	8割以上 (常勤医師+みなし常勤医師が読影)	8割以上
すべての画像情報管理		○	○	○
夜間及び休日の読影体制			○ 当直・休日日勤・ オンコール等(遠隔可)	○ 当直・休日日勤・オン コール等(遠隔可)
医療被ばく管理学会 認証	×	×	○	○
MRI安全管理学会 認証		○	○	○
人工知能管理		○	○	○

※別の技術で要望

AOMRI 2022－2023年度画像診断管理認証施設一覧

(画像人工知能安全精度管理に関する事項) 2024年2月現在：**56施設**

	都道府県	施設名	認定期間開始	認定期間終了
1	青森県	国立大学法人 弘前大学医学部附属病院	2023/4/1	2024/5/31
2	岩手県	岩手医科大学附属病院	2023/4/1	2024/5/31
3	宮城県	東北大学病院	2023/4/1	2024/5/31
4	山形県	国立大学法人 山形大学医学部附属病院	2023/4/1	2024/5/31
5	茨城県	国立大学法人 筑波大学附属病院	2023/4/1	2024/5/31
6	群馬県	群馬大学医学部附属病院	2023/4/1	2024/5/31
7	千葉県	国立研究開発法人 国立がん研究センター東病院	2023/4/1	2024/5/31
8	東京都	聖路加国際病院	2023/4/1	2024/5/31
9	東京都	慶應義塾大学病院	2023/3/1	2024/5/31
10	東京都	日本医科大学付属病院	2023/4/1	2024/5/31
11	東京都	順天堂大学医学部附属順天堂医院	2023/4/1	2024/5/31
12	東京都	昭和大学病院	2023/4/1	2024/5/31
13	東京都	杏林学園 杏林大学医学部付属病院	2023/4/1	2024/5/31
14	東京都	国立国際医療研究センター病院	2022/4/1	2023/3/31
15	東京都	国立研究開発法人 国立がん研究センター中央病院	2023/4/1	2024/5/31
16	東京都	東京医科歯科大学病院	2023/4/1	2024/5/31
17	東京都	東京大学医学部附属病院	2023/4/1	2024/5/31
18	神奈川県	公立大学法人 横浜市立大学附属病院	2023/4/1	2024/5/31
19	神奈川県	学校法人北里研究所 北里大学病院	2023/4/1	2024/5/31
20	神奈川県	聖マリアンナ医科大学病院	2023/4/1	2024/5/31
21	新潟県	新潟大学医歯学総合病院	2023/4/1	2024/5/31
22	石川県	国立大学法人 金沢大学附属病院	2023/4/1	2024/5/31
23	福井県	福井大学医学部附属病院	2023/4/1	2024/5/31
24	山梨県	山梨大学医学部附属病院	2023/4/1	2024/5/31
25	長野県	国立大学法人 信州大学医学部附属病院	2023/4/1	2024/5/31
26	岐阜県	国立大学法人 東海国立大学機構岐阜大学医学部附属病院	2023/4/1	2024/5/31
27	静岡県	浜松医科大学医学部附属病院	2023/4/1	2024/5/31
28	愛知県	愛知県がんセンター	2023/4/1	2024/5/31
29	愛知県	名古屋市立大学病院	2023/4/1	2024/5/31
30	愛知県	学校法人藤田学園 藤田医科大学病院	2023/4/1	2024/5/31

AOMRI 2022－2023年度画像診断管理認証施設一覧

(画像人工知能安全精度管理に関する事項) 2024年2月現在：56施設

31	愛知県	学校法人 愛知医科大学病院	2023/4/1	2024/5/31
32	愛知県	名古屋大学医学部附属病院	2023/4/1	2024/5/31
33	三重県	国立大学法人 三重大学医学部附属病院	2023/4/1	2024/5/31
34	滋賀県	国立大学法人滋賀医科大学医学部附属病院	2023/4/1	2024/5/31
35	京都府	国立大学法人 京都大学医学部附属病院	2023/4/1	2024/5/31
36	大阪府	大阪医科薬科大学病院	2023/4/1	2024/5/31
37	大阪府	関西医科大学附属病院	2023/4/1	2024/5/31
38	大阪府	学校法人近畿大学 近畿大学病院	2023/4/1	2024/5/31
39	大阪府	大阪大学医学部附属病院	2023/4/1	2024/5/31
40	兵庫県	兵庫医科大学	2023/4/1	2024/5/31
41	兵庫県	国立大学法人 神戸大学医学部附属病院	2023/4/1	2024/5/31
42	島根県	島根大学医学部附属病院	2023/4/1	2024/5/31
43	岡山県	川崎医科大学附属病院	2023/4/1	2024/5/31
44	岡山県	岡山大学病院	2023/4/1	2024/5/31
45	広島県	広島大学病院	2023/4/1	2024/5/31
46	山口県	国立大学法人 山口大学医学部附属病院	2023/4/1	2024/5/31
47	愛媛県	愛媛大学医学部附属病院	2023/4/1	2024/5/31
48	福岡県	福岡大学病院	2023/4/1	2024/5/31
49	福岡県	久留米大学病院	2023/4/1	2024/5/31
50	福岡県	産業医科大学病院	2023/4/1	2024/5/31
51	福岡県	九州大学病院	2023/4/1	2024/5/31
52	佐賀県	佐賀大学医学部附属病院	2023/4/1	2024/5/31
53	長崎県	長崎大学病院	2023/4/1	2024/5/31
54	大分県	国立大学法人 大分大学医学部附属病院	2023/4/1	2024/5/31
55	鹿児島県	鹿児島大学病院	2023/4/1	2024/5/31
56	沖縄県	琉球大学病院	2023/4/1	2024/5/31

日本医学放射線学会 AIソフトウェア認証一覧

(2024年7月現在：30種類)

No.	製造販売業者名	承認・認証番号	販売名	認証日
1	エルピクセル株式会社	承認番号:30100BZX00142000	医用画像解析ソフトウェア EIRL aneurysm	2023/1/17
2	エルピクセル株式会社	承認番号:30200BZX00269000	医用画像解析ソフトウェアEIRL X-Ray Lung nodule	2023/1/17
3	キャノンメディカルシステムズ株式会社	承認番号:30400BZX00123000	COVID-19 肺炎解析ソフトウェア SCO-PA01	2023/1/17
4	コニカミノルタ株式会社	承認番号:30300BZX00271000	画像診断支援ソフトウェア KDSS-CXR-AI-101	2023/1/17
5	シーメンスヘルスケア株式会社	承認番号:30200BZX00202000	AI-Rad コンパニオン	2023/1/17
6	富士フイルム株式会社	承認番号:30100BZX00263000	類似画像症例検索ソフトウェア FS-CM687型	2023/1/17
7	富士フイルム株式会社	承認番号:30200BZX00150000	肺結節検出プログラム FS-AI688 型	2023/1/17
8	富士フイルム株式会社	承認番号:30300BZX00145000	COVID-19 肺炎画像解析プログラム FS-AI693型	2023/1/17
9	富士フイルム株式会社	承認番号:30300BZX00188000	胸部 X 線画像病変検出 (CAD) プログラム LU-AI689型	2023/1/17
10	富士フイルム株式会社	承認番号:30300BZX00244000	肋骨骨折検出プログラム FS-AI691 型	2023/1/17
11	シーメンスヘルスケア株式会社	認証番号:302AABZX00047000	AI-Rad コンパニオン CT	2023/1/17
12	シーメンスヘルスケア株式会社	認証番号:302AABZX00092000	AI-RadコンパニオンMR	2023/1/17
13	日本メジフィジックス株式会社	認証番号:301ADBZX00029000	核医学画像解析ソフトウェア VSBONE BSI	2023/1/17
14	プラスマン合同会社	認証番号:301AGBZX00004000	Plus.lung.Noduleプラスラングノジュール	2023/1/17
15	エルピクセル株式会社	承認番号:30400BZX00285000	医用画像解析ソフトウェア EIRL Chest XR	2023/4/20
16	シーメンスヘルスケア株式会社	承認番号:30500BZX00032000	肺結節検出プログラム syngo.CT Lung CAD	2023/4/20
17	株式会社東陽テクニカ	認証番号:303ADBZX00098000	胸部CT読影支援システム ClearRead CT+DC	2023/4/20
18	キャノンメディカルシステムズ株式会社	認証番号:302ABBZX00004000	汎用画像診断ワークステーション用プログラム Abierto SCAI - 1AP (AI機能オプション付)	2023/9/20
19	株式会社東陽テクニカ	認証番号:303ADBZX00013000	胸部X線骨組織透過処理システム ClearRead XR	2023/10/25
20	Qure株式会社	認証番号:301AGBZI00003000	VUNO Med®-LungCT ビューノメドラングシーティ	2023/12/29
21	エルピクセル株式会社	認証番号:303AGBZX00043Z00	医用画像解析ソフトウェア EIRL Brain Segmentation	2024/3/5
22	エルピクセル株式会社	認証番号:230AGBZX00107Z00	医用画像解析ソフトウェア EIRL Brain Metry	2024/3/5
23	エルピクセル株式会社	認証番号:304AGBZX00037Z00	医用画像解析ソフトウェア EIRL Chest CT	2024/3/5
24	株式会社メディカルブリッジ	認証番号:302AGBZI00005000	汎用画像診断装置ワークステーション用プログラム Aビュー	2024/3/25
25	株式会社ダブリューエスエム	認証番号:304AHBZI00007000	MR装置ワークステーション用プログラム Neurophet AQUA アクア	2024/5/2
26	PDRファーマ株式会社	認証番号:227ADBZX00091000	汎用画像診断装置ワークステーション用プログラム ボーンナビ。BSI	2024/5/2
27	PDRファーマ株式会社	認証番号:227ADBZX00090000	汎用画像診断装置ワークステーション用プログラム カーディオレポ。	2024/5/2
28	株式会社ドクターネット	承認番号:30300BZX00339000	胸部X線肺炎検出エンジン DoctorNet JLK-CRP	2024/6/12
29	株式会社ダブリューエスエム	認証番号:304AHBZI00035000	汎用画像診断装置ワークステーション用プログラム Neurophet SCALE PET スケール ペット	2024/6/12
30	富士通Japan株式会社	承認番号:30300BZX00350000	HOPE LifeMark-CAD 肺炎画像解析支援プログラム for COVID-19	2024/7/3

疑義解釈資料の送付について(その1)

問193 画像診断管理加算3、画像診断管理加算4、頭部MRI撮影加算及び肝エラストグラフィ加算の施設基準において、「当該保険医療機関において、関係学会の定める指針に基づく夜間及び休日の読影体制が整備されていること」とあるが、

- ① 「関係学会の定める指針」とは、具体的には何を指すのか。
- ② 夜間及び休日に読影を行う医師は「画像診断を専ら担当する医師」である必要があるか。
- ③ 夜間及び休日に撮像された全ての画像について読影を行う必要があるか。
- ④ 夜間及び休日に読影を行った場合において、暫定的な読影の結果を報告し、翌診療日に改めて画像診断の結果を報告しても差し支えないか。

(答)それぞれ以下のとおり。

- ① 現時点では、日本医学放射線学会の「夜間及び休日の画像診断体制に関する指針」を指す。
- ② 画像診断を専ら担当する医師によって適切に管理されていれば、夜間及び休日に読影を行う医師は必ずしも「画像診断を専ら担当する医師」でなくてもよい。
- ③ 医学的判断に基づき適切に読影を行う体制が整備されていれば、必ずしも全ての画像について読影を行う必要はない。
- ④ 差し支えない。

遠隔画像診断による画像診断管理加算の留意事項

(1) 遠隔画像診断を行った場合は、送信側の保険医療機関において撮影料、診断料及び画像診断管理加算(当該加算の算定要件を満たす場合に限り。)を算定できる。受信側の保険医療機関における診断等に係る費用については受信側、送信側の医療機関間における相互の合議に委ねるものとする。

(2) 遠隔画像診断を行った場合、画像診断管理加算1は、受信側の保険医療機関において専ら画像診断を担当する医師が読影及び診断を行い、その結果を文書により送信側の保険医療機関において当該患者の診療を担当する医師に報告した場合に、月の最初の診断の日に算定する。遠隔画像診断を行った場合、画像診断管理加算2、**画像診断管理加算3**又は**画像診断管理加算4**は、送信側の保険医療機関において実施される核医学診断、CT撮影及びMRI撮影について、受信側の保険医療機関において専ら画像診断を担当する医師が読影を行い、その結果を文書により送信側の保険医療機関において当該患者の診療を担当する医師に報告した場合に、月の最初の診断の日に算定する。なお、**夜間又は休日に撮影された画像**については、受信側の保険医療機関において専ら画像診断を担当する医師が、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で、画像の読影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で読影及び診断を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合も算定できる。その際には、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たり、安全管理を確実に行った上で実施すること。また、受信側又は送信側の保険医療機関が受信側及び送信側の保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託した場合は、当該加算は算定できない。また、これらの加算を算定する場合は、報告された文書又はその写しを診療録に添付する。

遠隔画像診断による画像診断管理加算の留意事項

(続き)

(3) 遠隔画像診断を行った場合、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**又は**画像診断管理加算4**は、それぞれの届出を行った保険医療機関において、専ら画像診断を担当する常勤の医師のうち当該保険医療機関において勤務する1名(**画像診断管理加算3を算定する場合には3名、画像診断管理加算4を算定する場合には6名**)を除いた専ら画像診断を担当する医師については、当該保険医療機関において常態として週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている場合に、当該勤務時間以外の所定労働時間については、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で、画像の読影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で読影を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合も算定できる。その際、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たり、安全管理を確実に行った上で実施する。また、病院の管理者が当該医師の勤務状況を適切に把握していること。

遠隔画像診断に関する施設基準

(1) 送信側(画像の撮影が行われる保険医療機関)においては以下の基準を全て満たすこと。

ア 画像の撮影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を有しており、受信側の保険医療機関以外の施設へ読影又は診断を委託していないこと。

イ **関係学会の定める指針に基づく画像診断管理を行っていることが望ましい。**

(2) 受信側(画像診断が行われる病院である保険医療機関)においては以下の基準を全て満たすこと。ただし、歯科診療に係る画像診断については、歯科画像診断管理加算の要件を満たしていれば足りるものであること。

ア **画像診断管理加算1、2、3又は4に関する施設基準を満たすこと。**

イ 特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院又は基本診療料の施設基準等別表第六の二に規定する地域に所在する病院であること。

ウ **関係学会の定める指針に基づく画像診断管理を行っていることが望ましい。**

※日本医学放射線学会の**保険診療における遠隔画像診断の管理に関する指針**は以下のURLから参照可能です。

→https://www.radiology.jp/member_info/guideline/20240305_01.html

遠隔画像診断の管理に関する指針

https://www.radiology.jp/member_info/guideline/20240305_01.html

令和6年3月5日

公益社団法人日本医学放射線学会

1. はじめに

近年の画像診断はネットワーク、情報通信技術（ICT）を介した連携が進んでいる。このようなネットワークを介したいわゆる遠隔画像診断の質の担保については、本学会やその他の団体等により各種ガイドライン・指針等がすでに発出され、一定の環境構築が行われている。一方で、保険診療においては、健康保険法、療養担当規則第19条の2において、「**保険医は、診療に当たっては、健康保険事業の健全な運営を損なう行為を行うことのないよう努めなければならない。**」とされ、また第20条においては、「**各種の検査は、診療上必要があると認められる場合に行う。**」とされており、単に高度な医療を提供するだけでなく、**効率的で社会的・医学的に妥当であることが要求される。**

昨今、**画像診断の専門医の少ない地域や過疎地であっても ICT 等を用い、他の医療機関等と連携し、読影そのものだけでなく画像診断全体の質の担保が行うことも可能となった。**本指針は、保険診療下における遠隔画像診断を行うにあたり必要な画像診断の適切な管理方法についてとりまとめたものである。本指針が適切に運用され、**過疎地であっても都市部であっても一定の水準の画像診断が安全に提供されることが期待される。**

（以下省略）

疑義解釈資料の送付について(その1)

問194 遠隔画像診断による画像診断の施設基準において、「関係学会の定める指針に基づく画像診断管理を行っていることが望ましい」とあるが、「関係学会の定める指針」とは、具体的には何を指すのか。

(答)現時点では、日本医学放射線学会の「保険診療における遠隔画像診断の管理に関する指針」を指す。

新規技術の保険導入

【ポジトロン断層撮影】

(新) **18F標識フルシクロビン**を用いた場合(一連の検査につき) 2,500点

【ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影】

(新) **18F標識フルシクロビン**を用いた場合(一連の検査につき) 3,625点

新

【ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影】

(新) **18F標識フルシクロビン**を用いた場合(一連の検査につき) 4,160点

新規保険医療材料等に係る技術料の新設

【ポジトロン断層撮影】

- （新）アミロイドPETイメージング剤を用いた場合（一連の検査につき）
イ 放射性医薬品合成設備を用いた場合 12,500点
- ロ イ以外の場合 2,600点

【ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影】

- （新）アミロイドPETイメージング剤を用いた場合（一連の検査につき）
イ 放射性医薬品合成設備を用いた場合 13,625点
- ロ イ以外の場合 3,725点

新

【ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影】

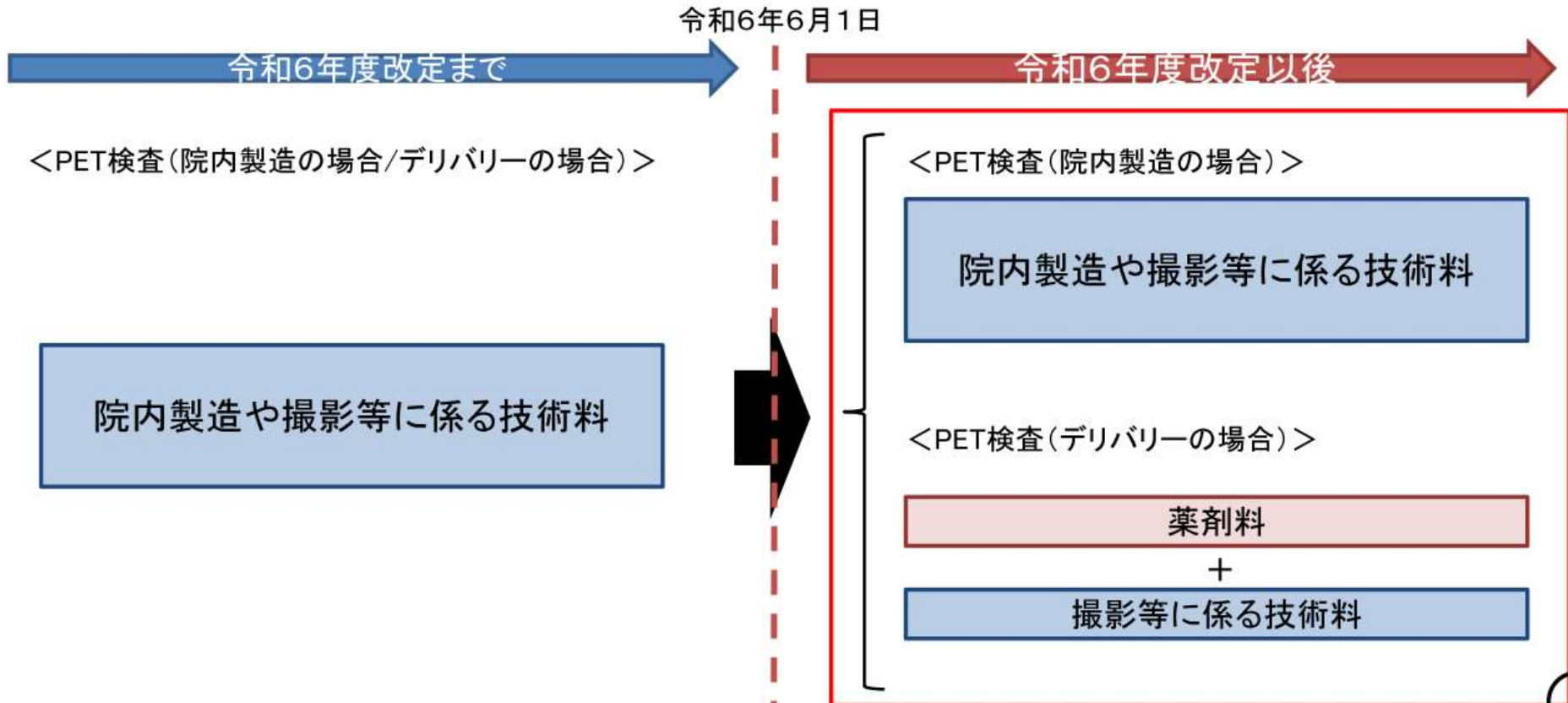
- （新）アミロイドPETイメージング剤を用いた場合（一連の検査につき）
イ 放射性医薬品合成設備を用いた場合 14,160点
- ロ イ以外の場合 4,260点

イ以外とは、イメージング製剤を外部購入した場合！

PET検査の診療報酬上の評価の見直しについて(案)

- 実態に見合った評価を行う観点から、アミロイドPETイメージング製剤等、主にデリバリーの場合により実施されるPET検査について、院内製造の場合とデリバリーの場合とで評価を区別することとしてはどうか。
- 具体的には、令和6年度診療報酬改定において、以下の対応を行うこととしてはどうか。
 - ・ デリバリーの場合における、PET検査の撮影等に係る技術料を新設する。
 - ・ PET用放射性医薬品について薬価算定を行う。

【PET検査の評価体系の見直しのイメージ】



ポジトロン断層撮影

(新設) ^{18}F 標識フルシクロピンを用いた場合
(新設) アミロイドPETイメージング剤を用いた場合

E101-2 ポジトロン断層撮影

1~3 (略)

4 ^{18}F 標識フルシクロピンを用いた場合(一連の検査につき) 2,500点

新

5 アミロイドPETイメージング剤を用いた場合(一連の検査につき)

イ 放射性医薬品合成設備を用いた場合 12,500点

ロ イ以外の場合 2,600点

新

注1 ^{15}O 標識ガス剤の合成及び吸入、 ^{18}F FDGの合成及び注入、 ^{13}N 標識アンモニア剤の合成及び注入、 ^{18}F 標識フルシクロピンの注入並びにアミロイドPETイメージング剤の合成(放射性医薬品合成設備を用いた場合に限る。)及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。

注4 1から4までについては、新生児、3歳未満の乳幼児(新生児を除く。)又は3歳以上6歳未満の幼児に対して断層撮影を行った場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、1,600点、1,000点又は600点を所定点数に加算する。ただし、注3の規定により所定点数を算定する場合においては、1,280点、800点又は480点を所定点数に加算する。

ポジトロン断層撮影・コンピューター断層複合撮影 (新設) ^{18}F 標識フルシクロピンを用いた場合 (新設) アミロイドPETイメージング剤を用いた場合

E101-3 ポジトロン断層撮影・コンピューター断層複合撮影

1・2 (略)

3 ^{18}F 標識フルシクロピンを用いた場合(一連の検査につき) 3,625点

新

4 アミロイドPETイメージング剤を用いた場合(一連の検査につき)

イ 放射性医薬品合成設備を用いた場合 13,625点
ロ イ以外の場合 3,725点

新

注1 ^{15}O 標識ガス剤の合成及び吸入、 ^{18}F FDGの合成及び注入、 ^{13}N 標識アンモニア剤の合成及び注入、 ^{18}F 標識フルシクロピンの注入並びにアミロイドPETイメージング剤の合成(放射性医薬品合成設備を用いた場合に限る。)及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。

注4 1から3までについては、新生児、3歳未満の乳幼児(新生児を除く。)又は3歳以上6歳未満の幼児に対して断層撮影を行った場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、1,600点、1,000点又は600点を所定点数に加算する。ただし、注3の規定により所定点数を算定する場合においては、1,280点、800点又は480点を所定点数に加算する。

ポジトロン断層撮影・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影

(新設) ^{18}F FDGを用いた場合

(新設) ^{18}F 標識フルシクロピンを用いた場合

(新設) アミロイドPETイメージング剤を用いた場合

これまでは
9,160点
のみだった

E101-4 ポジトロン断層撮影・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影

- | | | | |
|---|--|----------------|---|
| 1 | <u>^{18}FFDGを用いた場合(一連の検査につき)</u> | <u>9,160点</u> | 新 |
| 2 | <u>^{18}F標識フルシクロピンを用いた場合(一連の検査につき)</u> | <u>4,160点</u> | 新 |
| 3 | <u>アミロイドPETイメージング剤を用いた場合(一連の検査につき)</u> | | |
| | <u>イ 放射性医薬品合成設備を用いた場合</u> | <u>14,160点</u> | 新 |
| | <u>ロ イ以外の場合</u> | <u>4,260点</u> | |

注1 ^{18}F FDGの合成及び注入、 ^{18}F 標識フルシクロピンの注入並びにアミロイドPETイメージング剤の合成(放射性医薬品合成設備を用いた場合に限る。)及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。

注4 1及び2については、新生児、3歳未満の乳幼児(新生児を除く。)又は3歳以上6歳未満の幼児に対して断層撮影を行った場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、1,600点、1,000点又は600点を所定点数に加算する。ただし、注3の規定により所定点数を算定する場合においては、1,280点、800点又は480点を所定点数に加算する。

9,160点

ポジトロン断層撮影、複合撮影等の留意事項

新

(4) ^{18}F 標識フルシクロピンを用いた場合

ア「2」の ^{18}F 標識フルシクロピンを用いた場合(一連の検査につき)については、**初発の悪性神経膠腫(グリオーマ)が疑われる患者に対して、腫瘍摘出範囲の決定の補助を目的として、腫瘍の可視化に用いるものとして薬事承認を得ている放射性医薬品を用いて行った場合に限り算定する。**

イ ^{18}F 標識フルシクロピンの注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

(5) アミロイドPETイメージング剤を用いた場合

ア「3」のアミロイドPETイメージング剤を用いた場合(一連の検査につき)については、厚生労働省の定める**レカネマブ(遺伝子組換え)製剤に係る最適使用推進ガイドラインに沿って、アルツハイマー病による軽度認知障害又は軽度の認知症が疑われる患者等に対し、レカネマブ(遺伝子組換え)製剤の投与の要否を判断する目的でアミロイド β 病理を示唆する所見を確認する場合に、患者1人につき1回に限り算定する。ただし、レカネマブ(遺伝子組換え)製剤の投与中止後に初回投与から18か月を超えて再開する場合は、さらに1回に限り算定できる。なお、この場合においては、本撮影が必要と判断した医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。**

ポジトロン断層撮影、複合撮影等の留意事項

新

(続き)

イ「3」の「イ」放射性医薬品合成設備を用いた場合については、使用目的又は効果として、アミロイドPETイメージング剤の製造に使用するものとして薬事承認又は認証を得ている**放射性医薬品合成設備を用いて、アミロイドPETイメージング剤を医療機関内で製造した場合に限り算定する。ただし、アミロイドPETイメージング剤の製造に係る衛生管理、品質管理等については、関係学会の定める基準を参考として、十分安全な体制を整備した上で実施すること。なお、アミロイドPETイメージング剤の合成及び注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。**

ウ「3」の「ロ」イ以外の場合については、効能又は効果として、アルツハイマー病による軽度認知障害又は認知症が疑われる患者の脳内アミロイドベータプラークの可視化に用いるものとして**薬事承認を得ているアミロイドPETイメージング剤を使用した場合に限り算定する。なお、アミロイドPETイメージング剤の注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。**

エレカネマブ(遺伝子組換え)製剤の投与の要否を判断する目的で、「E101-2ポジトロン断層撮影」の「5」アミロイドPETイメージング剤を用いた場合(一連の検査につき)又は「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)の「4」アミロイドPETイメージング剤を用いた場合(一連の検査につき)を**併せて実施した場合には、主たるもののみ算定する。**

ポジトロン断層撮影、複合撮影等の施設基準

新

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若しくはポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影(アミロイドPETイメージング剤を用いた場合を除く。)又は乳房用ポジトロン断層撮影に係る費用を算定するための施設基準

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

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

2 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又はポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影(アミロイドPETイメージング剤を用いた場合に限る。)に係る費用を算定するための施設基準

(1) 1の(1)及び(2)を満たしていること。

(2) 関連学会の定める「アミロイドPETイメージング剤の適正使用ガイドライン」における「診療用PET薬剤製造施設認証」(放射性医薬品合成設備を用いる場合に限る。)及び「PET撮像施設認証」を受けている施設であること。

ポジトロン断層撮影、複合撮影等の施設基準

新

3 該当しない場合は所定点数の100分の80に相当する点数を算定することとなる施設基準

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

ポジトロン断層撮影、複合撮影等の施設基準

(1) ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影若しくはポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影(**アミロイドPETイメージング剤を用いた場合を除く。**)又は乳房用ポジトロン断層撮影に係る診療料を算定するための施設基準

- イ 画像診断を担当する常勤の医師(核医学診断について、相当の経験を有し、かつ、核医学診断に係る研修を受けた者に限る。)が配置されていること。
- ロ 当該断層撮影を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。
- ハ 当該断層撮影を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(2) 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又はポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影(**アミロイドPETイメージング剤を用いた場合に限る。**)に係る診療料を算定するための施設基準

- イ 画像診断を担当する常勤の医師(核医学診断について、相当の経験を有し、かつ、核医学診断に係る研修を受けた者に限る。)が配置されていること。
- ロ 当該断層撮影を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。
- ハ 当該断層撮影を行うにつき十分な体制が整備されていること。

新

ポジトロン断層撮影、複合撮影等の施設基準

(3) 適合していない場合には所定点数の100分の80に相当する点数により算定することとなる施設基準

次のいずれかに該当すること。

イ (1) のロ又は (2) のロに掲げる診断撮影機器での撮影を目的とした**別の保険医療機関からの依頼により撮影を行った症例数**が、当該診断撮影機器の使用症例数の一定割合(100分の30)以上であること。

ロ **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国立研究開発法人に関する法律(平成二十年法律第九十三号)第三条の二に規定する国立高度専門医療研究センターの設置する医療機関**であること。

新

これらを満たせば満額の請求が可能となる！

1. アミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断層撮影に係る留意事項の変更について

中医協の資料の方が詳細な説明があり、
下記のガイドランを参照する必要があります。

E101-2 ポジトロン断層撮影

(1) (2) 略

(3) ^{18}F FDG製剤又はアミロイドPETイメージング製剤を医療機関内で製造する場合は、 ^{18}F FDG製剤又はアミロイドPETイメージング製剤の製造に係る衛生管理、品質管理等について、関係学会の定める基準を参考として、十分な体制を整備した上で実施すること。なお、高安動脈炎等の大型血管炎の診断に用いる ^{18}F FDG製剤については、当該診断のために用いるものとして薬事承認を得ている ^{18}F FDG製剤を使用した場合に限り算定する。

(4) アミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断層撮影については、厚生労働省の定める**レカネマブ（遺伝子組換え）製剤に係る最適使用推進ガイドライン**に沿って、アルツハイマー病による軽度認知障害又は軽度の認知症が疑われる患者等に対し、**レカネマブ（遺伝子組換え）製剤の投与の要否を判断する目的**でアミロイド β 病理を示唆する所見を確認する場合に、本区分「2」の ^{18}F FDGを用いた場合（一連の検査につき）、本区分「注4」の**乳幼児加算**及び区分番号「E101-5」**乳房用ポジトロン断層撮影**を合算した所定点数を準用して患者1人につき1回に限り算定する。**ただし、レカネマブ（遺伝子組換え）製剤の投与中止後に初回投与から18か月を超えて再開する場合は、上記のように合算した点数をさらに1回限り算定できる。なお、本撮影が必要と判断した医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。**

(5) ~ (7) 略

(8) ターゲットガス（窒素、酸素、二酸化炭素）等の ^{15}O 標識ガス剤の合成及び吸入に係る費用並びに ^{18}F FDG、 ^{13}N 標識アンモニア剤並びにアミロイドPETイメージング製剤の合成及び注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

(9) (10) 略

(11) アミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断層撮影による画像診断、区分番号「E101-3」に規定するアミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影又は区分番号「E101-4」に規定するアミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影のうち、いずれか複数、**レカネマブ（遺伝子組換え）製剤**の投与の要否を判断するに当たり実施した場合には、いずれか主たるもののみを算定する。

(続く)

※**レカネマブ（遺伝子組換え）製剤に係る最適使用推進ガイドライン**

https://www.jspn.or.jp/uploads/uploads/files/activity/guidelines_202312.pdf

こちらの「最適使用推進ガイドライン」に従って
施設基準や算定要件を合わせる必要があります。

(続き)

(12) アミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断層撮影は、厚生労働省の定めるレカネマブ（遺伝子組換え）製剤に係る最適使用推進ガイドラインに沿って、次のいずれにも該当する医師が常勤で複数名配置されている場合に限り算定する。

ア 認知症疾患に関する専門の知識並びに10年以上の軽度認知障害の診断及び認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした臨床経験を有する常勤の医師であること。

イ アミロイド関連画像異常の有無を判断した上で、臨床症状の有無と併せてレカネマブ（遺伝子組換え）製剤の投与継続、中断又は中止を判断し、必要な対応が可能な医師であること。

ウ 関連学会等が実施する磁気共鳴コンピューター断層撮影によるアミロイド関連画像異常の読影、アルツハイマー病の病態及び診断並びにレカネマブ（遺伝子組換え）製剤投与対象患者及びレカネマブ（遺伝子組換え）製剤による治療に関する研修を修了していること。

(13) アミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断層撮影は、厚生労働省の定めるレカネマブ（遺伝子組換え）製剤に係る最適使用推進ガイドラインに沿って、次のいずれにも該当する医療機関又は該当する医療機関と連携している施設で行われた場合に限り算定する。

ア 認知症疾患医療センター又は認知症疾患医療センターと連携している施設であること。

イ レカネマブ（遺伝子組換え）製剤を投与する患者について、初回投与時及び初回投与後に、当該患者の背景情報の把握並びに安全性及び有効性を評価するための調査を確実に実施できる施設であること。

(14) アミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断層撮影は、(12)及び(13)のいずれにも該当する医療機関と連携している施設で行われた場合であっても算定できる。

※なお、以下の内容も、E101-2 ポジトロン断層撮影に準じた留意事項となっている。

E101-3 ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）

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）

※また、アミロイドβ42/40比（髄液）を使用した場合は上記のポジトロン断層撮影の費用は別に算定できない。

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応⑨

新規技術の保険導入

- 初発の悪性神経膠腫が疑われる患者に対して、適切な診断と治療を行う観点から、腫瘍摘出範囲の決定の補助を目的としたPET検査に係る評価を新設する。

【ポジドロン断層撮影】

(新) ^{18}F 標識フルシクロピンを用いた場合 (一連の検査につき) **2,500点**

【ポジドロン断層・コンピューター断層複合撮影】

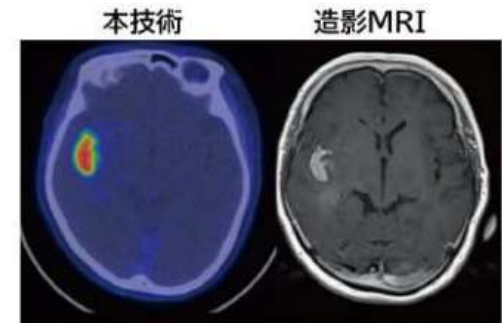
(新) ^{18}F 標識フルシクロピンを用いた場合 (一連の検査につき) **3,625点**

【ポジドロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影】

(新) ^{18}F 標識フルシクロピンを用いた場合 (一連の検査につき) **4,160点**

[算定要件]

- ^{18}F 標識フルシクロピンを用いた場合 (一連の検査につき) については、初発の悪性神経膠腫が疑われる患者に対して、腫瘍摘出範囲の決定の補助を目的として、腫瘍の可視化に用いるものとして薬事承認を得ている放射性医薬品を用いて行った場合に限り算定する。
- ^{18}F 標識フルシクロピンの注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。



日本核医学会提出資料から引用

手術等の医療技術の適切な評価④

新規保険医療材料等に係る技術料の新設

【ポジドロン断層撮影】

(新) アミロイドPETイメージング剤を用いた場合（一連の検査につき）

イ 放射性医薬品合成設備を用いた場合	12,500点
ロ イ以外の場合	2,600点

【ポジドロン断層・コンピューター断層複合撮影】

(新) アミロイドPETイメージング剤を用いた場合（一連の検査につき）

イ 放射性医薬品合成設備を用いた場合	13,625点
ロ イ以外の場合	3,725点

【ポジドロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影】

(新) アミロイドPETイメージング剤を用いた場合（一連の検査につき）

イ 放射性医薬品合成設備を用いた場合	14,160点
ロ イ以外の場合	4,260点

【技術の概要】

- アルツハイマー病による軽度認知障害又は認知症が疑われる患者に対して、アミロイドPETイメージング製剤を投与した上でPET検査を行うことで、脳内アミロイドベータプラークを可視化し、レカネマブ（遺伝子組換え）製剤の投与の要否の判断を行う。

【算定要件】（概要）

- アミロイドPETイメージング製剤を用いた場合（一連の検査につき）については、厚生労働省の定めるレカネマブ（遺伝子組換え）製剤に係る最適使用推進ガイドラインに沿って、アルツハイマー病による軽度認知障害又は軽度の認知症が疑われる患者等に対し、レカネマブ（遺伝子組換え）製剤の投与の要否を判断する目的でアミロイドβ病理を示唆する所見を確認する場合に、患者1人につき1回に限り算定する。



日本核医学会提出資料から引用

30

疑義解釈資料の送付について(その3)

問19「E101-2」ポジロン断層撮影、「E101-3」ポジロン断層・コンピュータ断層複合撮影又は「E101-4」ポジロン断層・磁気共鳴コンピュータ断層複合撮影(アミロイドPETイメージング剤を用いた場合に限る。)に係る費用を算定するための施設基準において、「関連学会の定める**「アミロイドPETイメージング剤の適正使用ガイドライン」**における(中略)**「PET撮像施設認証」**を受けている施設であること。」とあるが、**PET装置の更新等により再度認証を受ける必要がある場合、再度認証を受けるまでの期間の取扱いについてどのように考えればよいか。**

(答)PET装置の更新等の以前に受けていたPET撮像施設認証に係るアミロイドPET検査(当該認証を受けていた撮影区分であって、当該認証を受けていた装置と**同種の装置を用いる検査に限る。**)について、**再度認証が必要となった時点から起算して3月以内に限り、当該要件を満たしているものとみなす。**

疑義解釈資料の送付について(その3)

問20「E101-2」ポジロン断層撮影、「E101-3」ポジロン断層・コンピューター断層複合撮影又は「E101-4」ポジロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影(アミロイドPETイメージング剤を用いた場合に限る。)に係る費用を算定するための施設基準において、「関連学会の定める**「アミロイドPETイメージング剤の適正使用ガイドライン」**における(中略)**「PET撮像施設認証」**を受けている施設であること。」とあるが、現時点で**関係学会による認証基準が定められていないPET/MRI装置又は頭部専用PET装置**を用いる場合についてはどのように考えればよいか。

(答)PET/MRI装置又は頭部専用PET装置を用いる場合については、**令和6年12月31日までの間に限り、当該要件を満たしているものとみなす。**

放射性医薬品の薬価収載

中央社会保険医療協議会・総会(第589回)

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00254.html

<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001254154.pdf>

詳細はこちら!

中医協・総会が5月15日に開催され、放射性医薬品の薬価収載を了承。
5月22日付で収載。

○脳腫瘍の可視化に用いるフルシクロビン(18F)

・「アキュミン静注」(日本メジフィジックス) 算定薬価185MBq1瓶 344,867円

新

○アルツハイマー病による軽度認知障害などを疑う患者の 脳内アミロイドベータプラークを可視化する放射性医薬品

・「ピサミル静注」(日本メジフィジックス) 算定薬価185MBq1瓶 196,481円

・「アミヴィッド静注」(PDRファーマ) 算定薬価370MBq1瓶 184,203円

新

認知症治療薬レカネマブ（商品名レケンビ）の薬価

薬価は年間で
約298万円

中医協・総会において、認知症治療薬レカネマブ（商品名レケンビ）の薬価が示された。レケンビ点滴静注1回当たり200mgで45,777円、500mgで114,443円。体重50kgの患者が1年間で26回使用した場合1患者当たり年間約298万円となる見通し。投与患者数はピーク時の2031年度に約3.2万人となり、年間の販売額が986億円に上ると予測されている。

併せてアミロイドPET撮影にかかる留意事項、保険適応上の留意事項、最適使用推進ガイドラインも審議の上、了承された。

中医協 総-2-1
5.12.13

新医薬品一覧表(令和5年12月20日収載予定)

No.	銘柄名	規格単位	会社名	成分名	承認区分	算定薬価	算定方式	補正加算等	薬効分類	ページ
1	フェトロージャ点滴静注1g	1g1瓶	塩野義製薬株式会社	セフィデロコルトシル酸塩硫酸塩水和物	新有効成分含有医薬品	20,203円	類似薬効比較方式(I)	有用性加算(I)A=35% 新薬創出等加算	注612 主としてグラム陰性菌に作用するもの(適応菌種) セフィデロコルに感性の大腸菌、シトロバクター属、肺炎桿菌、クレブシエラ属、エンテロバクター属、セラチア・マルセスセンス、プロテウス属、モルガネラ・モルガニー、緑膿菌、バークホルデリア属、ステプトトロホモナス・マルトフィリア、アシネトバクター属 ただし、カルバペネム系抗菌薬に耐性を示す菌株に限る。 (適応症) 各種感染症)	2
2	レケンビ点滴静注200mg レケンビ点滴静注500mg	200mg2mL1瓶 500mg5mL1瓶	エーザイ株式会社	レカネマブ(遺伝子組換え)	新有効成分含有医薬品	45,777円 114,443円	原価計算方式	有用性加算(I)A=45% 新薬創出等加算 費用対効果評価(H1) 加算係数 1.0	注119 その他の中枢神経系用薬(アルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制)	4

品目数	成分数
内用薬	0
注射薬	3
外用薬	0
計	3

<市場規模予測>

○ 患者数予測

- ・ 本剤の対象疾患となる「アルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症」の推定有病者は多いものの、本剤の投与に当たっては、最適使用推進ガイドラインに基づき、投与対象患者、使用できる医師・医療機関の要件が定められているため、実際に投与される患者数は限定的になると推計されている。
- ・ 使用可能な医療機関を受診する患者割合、診断やアミロイドβをはじめとする検査の実施割合等により、本剤の投与患者数は、収載当初は限定的であるが、次第に増加し、ピーク時は収載から9年度目の約3.2万人と予測されている。

○ 患者数をもとに推計される市場規模予測（概数）

初年度	400人
2年度	0.7万人
3年度	1.4万人
4年度	2.3万人
5年度	2.6万人
6年度	2.9万人
7年度	3.2万人
8年度	3.2万人
9年度	3.2万人
10年度	3.2万人

(最大) 9年度 (2031年) 3.2万人 986億円

(参考)新規体外診断用医薬品に係る検査料の新設

(新) アミロイドβ 42/40比(髄液) 1,282点 **新**

[算定要件](概要)

○ 厚生労働省の定めるレカネマブ(遺伝子組換え)製剤に係る最適使用推進ガイドラインに沿って、アルツハイマー病による軽度認知障害又は軽度の認知症が疑われる患者等に対し、**レカネマブ(遺伝子組換え)製剤の投与の要否を判断する目的**にアミロイドβ病理を示唆する所見を確認するため、CLEIA法により、脳脊髄液中のβ-アミロイド1-42及びβ-アミロイド1-40を同時に測定した場合、患者1人につき1回に限り算定する。

学会からの医療技術評価提案書より抜粋

提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
215101	¹⁸ F標識フルシクロビンを用いた場合のポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピュータ断層複合撮影	日本核医学会

【技術の概要】

¹⁸F標識フルシクロビンを投与し、脳内の腫瘍細胞のアミノ酸代謝亢進をポジトロン断層撮影(PET)装置で画像化することで可視化する技術である。初発の悪性神経膠腫の腫瘍摘出計画時に磁気共鳴コンピュータ断層撮影(以下、MRI)検査への上乗せにより、MRI検査では特定できない腫瘍の局在や範囲等の情報を与え、摘出する腫瘍体積の増大とそれによる予後の改善への寄与が期待できることが本剤の審査報告書により認められている。

【対象疾患】

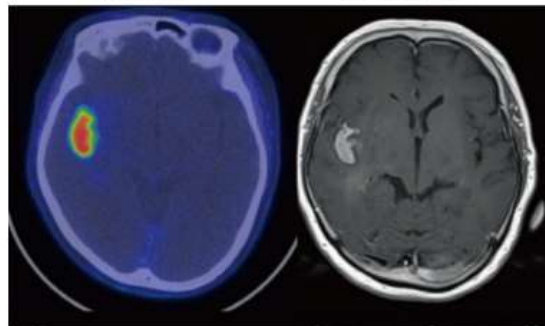
- 初発の悪性神経膠腫が疑われ、腫瘍摘出術が予定される患者
論文報告や脳腫瘍全国集計調査報告より、年間対象患者はピーク時かつ全ての患者が本技術にアクセスできた場合、2,000人程度と推定

【既存の治療法との比較】

- 初発の悪性神経膠腫の治療の第一選択は腫瘍摘出術であり、摘出割合が大きいほど生命予後が改善することから、神経機能の温存を図りつつ可能な限り多くの腫瘍を摘出することが治療の原則(脳腫瘍診療ガイドライン)
- 摘出範囲は造影MRIにより決められるが、造影MRI陰性領域にも腫瘍細胞が存在することがある
- 本技術は、造影MRIでは検出できない腫瘍細胞も可視化できるため、腫瘍摘出量を増加させることができる

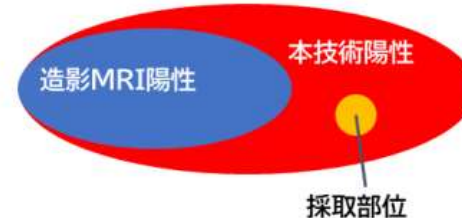
本技術

造影MRI



ITO K. 臨床核医学 2023; 56:6-9より抜粋

【有効性】



- 造影MRI陰性・本技術陽性(黄色部位)領域の陽性的中率は88.0%
- 本技術後、47.2%に腫瘍摘出範囲の変更あり(範囲の拡大:30.6%、範囲の縮小:16.7%)

【診療報酬上の取扱い】

- 区分E画像診断に新設する
- PET装置を用いた場合、¹⁸F標識フルシクロビン費用(34,727点)+PET撮影検査費用(2,528点)=37,255点を要望

学会からの医療技術評価提案書より抜粋

提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
215208	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)	日本核医学会

【技術の概要】

PETMRはPET機器とMRI機器が合体した撮像機器である。造影含めたMRI磁気共鳴(MRI)撮像とFDG検査含むポジトロン断層像(PET)を同時に撮像可能である。現在悪性腫瘍の診断技術として認可されている。

心臓サルコイドーシスは予後不良の炎症性疾患でプレドニゾロン等の抗炎症治療の適応である。

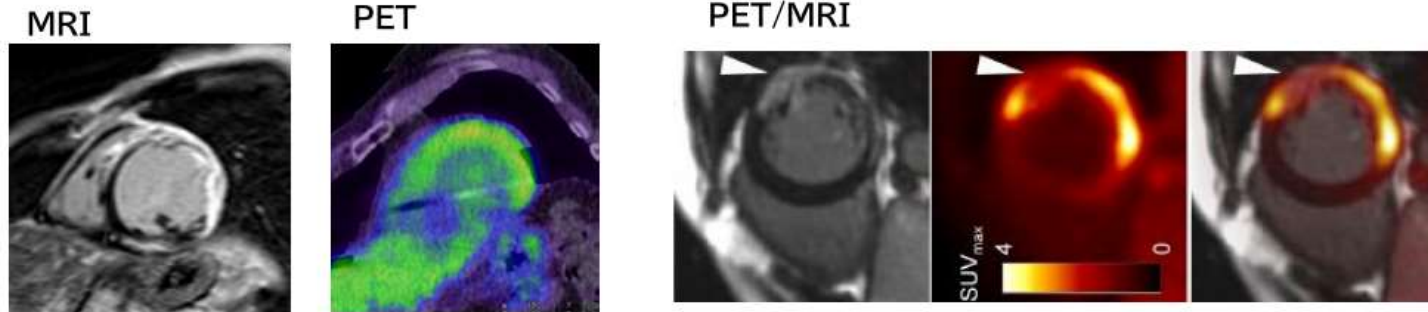
心筋生検による診断精度が低く、国内外のガイドラインでは画像による診断プロセスが提唱されている。

現在MRIとPETによる診断が広く行われ、2017年改訂の診断基準では心臓MRIの遅延造影とFDG異常集積が診断の主徴候である。

【対象疾患】心臓サルコイドーシス

【既存の診断法との比較】

現在では心臓MRIとFDGを個別に行うことでガイドライン従った診断が行われているが、PET/MRを用いることで同時に診断が可能となり迅速な診断と患者負担の軽減が期待できる。



【有効性及び診療報酬上の取扱い】 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) 9,160点以下を追加

「心サルコイドーシスの診断(心臓以外で類上皮細胞肉芽腫が陽性でサルコイドーシスと診断され、かつ心臓病変を疑う心電図又は心エコー所見を認める場合に限る。)又は心サルコイドーシスにおける炎症部位の診断が必要とされる患者」

学会からの医療技術評価提案書より抜粋

提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
706101	ポジトロン断層撮影(アミロイドイメージング)	日本認知症学会

【技術の概要】

^{18}F 標識アミロイドイメージング剤を投与し、脳内のアミロイド β 蛋白の局在性をポジトロン断層撮影(PET)装置で画像化し、診断する技術である。PET標識薬剤の脳内分布が、脳内アミロイド β 蛋白が凝集して形成される老人斑(アルツハイマー病(AD)の代表的病理変化)を分子レベルで明示するので、当該疾病の判定・評価に適用される。

【対象疾患】

- ・ 認知症又は軽度認知障害の病因がADか非ADかの鑑別が困難な患者
- ・ アミロイド病理の確認を要するAD疾患修飾薬の処方判断する必要がある患者
- ・ 年間検査数は、併せて64,000件と推定

【既存の治療法との比較】【有効性】

- ・ ADは、特に病初期には脳萎縮や脳血流に変化が現れにくく、MRI/CTなどの既存の画像検査では、早期の診断が困難。
- ・ 本技術により、従来、剖検でしか成し得なかった脳内アミロイド病理の確認が非侵襲的に可能となり、ADの診断精度が向上することで、適切な治療方針がより早期から正確に決定される。
- ・ 本技術の診断能は、剖検症例での病理診断に対して感度=81~96%、特異度=85~100%と高精度。
- ・ AD疾患修飾薬の治験において、本技術等でアミロイド病理が確認された患者に対してのみ投与されており、AD疾患修飾薬の適正使用のための適切な患者選択には必須技術となる。



【診療報酬上の取扱い】

区分E画像診断に新設する

^{18}F 標識アミロイドイメージング剤合成費用(123,816円)
+ PET撮影検査費用(26,184円:薬剤合成費用を除く)を
根拠として15,000点を要望する

シンチグラム及びSPECT撮影

E100 シンチグラム（画像を伴うもの）における留意事項

(1) 「注3」の加算における所定点数には「注2」による加算は含まれない。

(2) 当該撮影に用いる放射性医薬品については、専門の知識及び経験を有する放射性医薬品管理者の下で管理されていることが望ましい。

E101 シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影における留意事項

(1) シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影は、同一のラジオアイソトープを使用した一連の検査につき、撮影の方向、スライスの数、撮影の部位数及び疾病の種類等にかかわらず所定点数のみにより算定する。

(2) 「注2」の加算における所定点数とは、「注1」及び「注3」の加算を含まない点数である。

(3) 「注3」の加算における所定点数とは、「注1」及び「注2」の加算を含まない点数である。

(4) 当該撮影に用いる放射性医薬品については、専門の知識及び経験を有する放射性医薬品管理者の下で管理されていることが望ましい。

学会からの医療技術評価提案書より抜粋

提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
215207	シンチグラムおよびシングルホトンエミッションコンピュータ断層撮影 (放射性医薬品管理者配置)	日本核医学会

【技術の概要】

シンチグラムおよびシングルホトンエミッションコンピュータ断層撮影を目的として放射性医薬品を院内調製する場合においては、「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。」を留意事項に追加する。これにより、担当者の異動に関わらず一定の技術レベルを維持し、被験者の無用な被ばくを軽減するなど、より安全で有益な検査を遂行する事が可能となる。

【対象施設】

医療機関内でシンチグラムおよびシングルホトンエミッションコンピュータ断層撮影を目的として放射性医薬品を院内調剤する施設すべてに関連する。2017年度調査では全国で1,156施設が対象となる。

【調製・分注・薬学的管理の実施】

医薬品の入荷管理を行うと共に、キットを用いて調製手順に従い、放射線安全管理下、無菌操作にて調製作業を行う。必要事項を適切に管理、記録することにより高い品質と医薬品としての安全性を担保する。さらに必要に応じて患者条件に従って適切な必要放射線量になるように調製・分注を行い、患者取り違え防止を含めて薬学的管理を管理を行う。また、適切な廃棄までを管理する。

放射性医薬品の入荷管理



無菌操作での煩雑な調製作業



TLCによる品質管理



各患者用に分注



(PMDA資料より引用)

廃棄管理



通常の混注作業と異なり、バイアル内で化学反応を起こさせる調製作業を、放射線安全管理下で無菌操作的に行い、品質検査まで行う必要がある。これら業務に知識と経験を有する薬剤師が関与することが望ましい。

【診療報酬上の取扱】

E 画像診断 E100、E101において留意事項に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を追加するのみであり、診療報酬上は増減無し。

心臓MRI | 撮影加算に関する施設基準

第36 心臓MRI撮影加算

1 心臓MRI撮影加算に関する施設基準

(2) 以下のいずれかの要件を満たすこと。

ア 画像診断管理加算2、3又は4に関する施設基準を満たすこと。

イ 以下のいずれも満たすものであること。

(イ) 画像診断管理加算1に関する基準を満たすこと。

(ロ) 循環器疾患を専ら担当する常勤の医師(専ら循環器疾患の診療を担当した経験を10年以上有するもの)又は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)が合わせて3名以上配置されていること。

(ハ) 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、画像診断管理加算1に関する施設基準の(2)に規定する医師の下に画像情報の管理が行われていること。

赤文字の部分が
事務連絡で追加
された！

疑義解釈資料の送付について（その1）

問106 地域包括医療病棟入院料について、「常時、必要な検査、CT撮影、MRI撮影を含む救急患者への対応を実施出来る体制を有していること。」とあるが、MRI撮影等は、オンコールを行っている職員により対応する体制でもよいか。

（答）救急患者への対応を実施出来る体制であれば、オンコールを行っている職員により対応する体制でも差し支えない。

疑義解釈資料の送付について（その3）

【地域包括医療病棟】

問13「A304」地域包括医療病棟の施設基準において、「**常時、必要な検査、CT撮影、MRI撮影を含む救急患者への対応を実施出来る体制を有していること**」とあるが、**MRI撮影等の体制について、他の保険医療機関と連携し、必要な救急患者等に対して速やかにMRI撮影等を行うことができる体制でも差し支えないか。**

（答）差し支えない。

地域包括医療病棟② 施設基準等

地域包括医療病棟入院料の算定要件及び施設基準

- 地域において、救急患者等を受け入れる体制を整え、リハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に担う病棟の評価を新設する。

(新) 地域包括医療病棟入院料 (1日につき) 3,050点

[算定要件]

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病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、所定点数を算定する。ただし、90日を超えて入院するものについては、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の地域一般入院料3の例により、算定する。

[施設基準] (抜粋)

- (1) 看護職員が10:1以上配置されていること。
- (2) 当該病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が2名以上、専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。
- (3) 入院早期からのリハビリテーションを行うにつき必要な構造設備を有していること。(病室6.4㎡/1人以上、廊下幅1.8m以上が望ましい 等)
- (4) 当該病棟に入院中の患者に対して、ADL等の維持、向上及び栄養管理等に資する必要な体制が整備されていること。
(ADLが入院時と比較して低下した患者の割合が5%未満であること 等)
- (5) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を用いて評価し、延べ患者数のうち「A3点以上、A2点以上かつB3点以上、又はC1点以上」に該当する割合が16%以上(必要度Ⅰの場合)又は15%以上(必要度Ⅱの場合)であるととともに、入棟患者のうち入院初日に「B3点以上」に該当する割合が50%以上であること。
- (6) 当該病棟の入院患者の平均在院日数が21日以内であること。
- (7) 当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が8割以上であること。
- (8) 当該病棟において、入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が5%未満であること。
- (9) 当該病棟において、入院患者に占める、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者又は他の保険医療機関で救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者の割合が1割5分以上であること。
- (10) 地域で急性疾患等の患者に包括的な入院医療及び救急医療を行うにつき必要な体制を整備していること。
(2次救急医療機関又は救急告示病院であること、常時、必要な検査、CT撮影、MRI撮影を行う体制にあること 等)
- (11) データ提出加算及び入退院支援加算1に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (12) 特定機能病院以外の病院であること。(13) 急性期充実体制加算及び専門病院入院基本料の届出を行っていない保険医療機関であること。
- (14) 脳血管疾患等リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。



包括的に提供

（新設）乳房トモシンセシス加算

第1節エックス線診断料

通則

（略）

区分

E000・E001（略）

E002 撮影

1～4（略）

注1～5（略）

6 乳房撮影（一連につき）について、乳房トモシンセシス撮影を行った場合は、**乳房トモシンセシス加算**として、**100点**を所定点数に**加算**する。

新

既存技術の見直し

- 乳房撮影（一連につき）に乳房トモシンセシス加算を新設する。

現行

【撮影】

E002 撮影

4 乳房撮影（一連につき）

イ アナログ撮影

192点

ロ デジタル撮影

202点

（新設）

改定後

【撮影】

E002 撮影

4 乳房撮影（一連につき）

イ アナログ撮影

192点

ロ デジタル撮影

202点

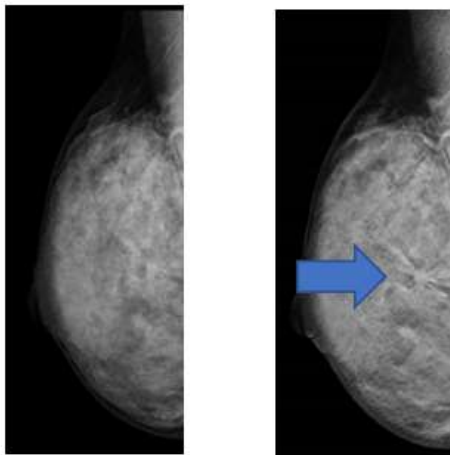
注5 乳房撮影（一連につき）について、乳房トモシンセシス撮影を行った場合は、乳房トモシンセシス加算として、100点を所定点数に加算する。

学会からの医療技術評価提案書より抜粋

乳房トモシンセシス

【技術の概要】

- 乳房トモシンセシスでは1回の連続した多方向撮影により再構成断層像を表示する。
- これにより従来の乳房撮影に比して乳腺組織の重なりを軽減または除去して病変を明瞭に描出できる。
- また、従来の乳房撮影では乳腺組織の重なりか病変が区別できないものは、断層像によって病変でないことが明瞭となることで、偽陽性数が減少する。

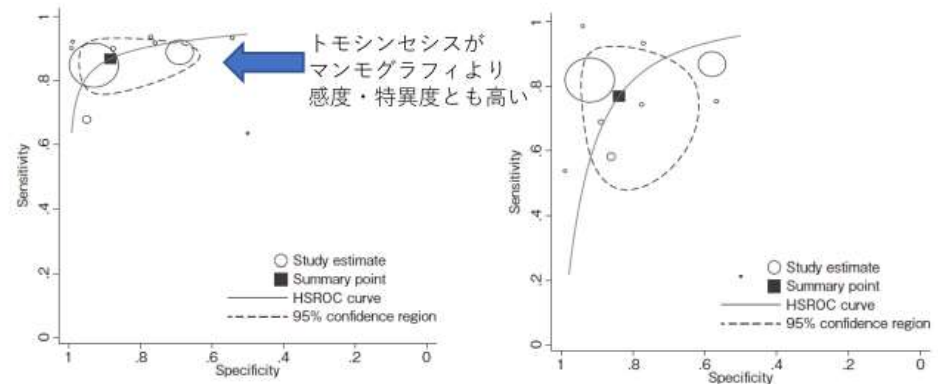


従来の乳房撮影画像 乳房トモシンセシス画像

従来の乳房撮影では描出できない病変を、乳房トモシンセシスで明瞭に描出できる。

【既存の治療法との比較】

乳癌診療ガイドライン2022年版ではメタ解析を行い、マンモグラフィに比べてトモシンセシスのほうが乳癌診断の感度、特異度ともに高く、偽陽性率は少ない傾向であったことが示され、診断マンモグラフィにおいて乳房トモシンセシスを追加することを弱く推奨するとした。



トモシンセシスのROCカーブ

マンモグラフィのROCカーブ

乳癌診療ガイドライン2022年版CQ3（参考文献①）より

【有効性および診療報酬上の取扱い】

乳房トモシンセシス撮像により病変を適切に検出できて早期治療や少ない治療で済む症例が増え、偽陽性が減少することで不要な経過観察の撮影が減少する。

要望点数：100点

(E001 写真診断 4 乳房撮影 乳房トモシンセシス加算 50点
+ E001撮影 4乳房撮影 ロ デジタル撮影 乳房トモシンセシス加算 50点として)

1894

E200-2 血流予備量比コンピューター断層撮影

1 血流予備量比コンピューター断層撮影 9,400点

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。

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。

E200-2 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 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) **以下のいずれかの要件**を満たすこと。

ア 画像診断管理加算2、3又は4に関する基準を満たすこと。

イ **以下のいずれも満たすものであること。**

(イ) **画像診断管理加算1に関する基準を満たすこと。**

(ロ) **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、画像診断管理加算1に関する施設基準の(2)に規定する医師の下に画像情報の管理が行われていること。**

改

学会からの要望で、画像診断管理加算の要件を緩めたということ？

(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 「K546」から「K550」までに掲げる手術を合わせて年間100例以上実施していること。

カ 冠動脈狭窄が認められた病変に対して冠動脈血流予備能測定検査又は血流予備量比コンピューター断層撮影等により機能的虚血の有無を確認した結果、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 日本循環器学会の研修施設に該当し、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又は研修関連施設に該当する病院であること。

E200-2 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

様式 37 の 2

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書添付書類

1 撮影に使用する機器について (使用する機器に○印をつける) ・マルチスライスCT (64列以上 16列以上64列未満)
2 ○印をつけた機器の名称、型番、メーカー名等 (機種名) (型番) (メーカー名) (列数又はテストラ数)

省略

9 画像診断管理に係る施設基準への該当性の有無	
画像診断管理加算1の届出	有 ・ 無
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、画像診断管理加算1に関する施設基準の(2)に規定する医師の下に画像情報の管理が行われている。	該当 ・ 非該当 ※画像診断管理加算2～4の届出を行っている場合は、記載不要
画像診断管理加算2の届出	有 ・ 無
画像診断管理加算3の届出	有 ・ 無
画像診断管理加算4の届出	有 ・ 無

学会からの医療技術評価提案書より抜粋

提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
270201	血流予備量比コンピューター断層撮影	日本心血管インターベンション治療学会

FFRCTは、冠動脈CTAの撮像画像を用いている。現在、保険診療下で実施可能な施設は限られているが、他施設でのデータを相互利用できないため、再度撮像が必要になっている。当該撮像の重複とそれに伴う不利益及び被曝が患者に生じていたり、FFRCTを施行しにくい状況から不必要な侵襲的検査がなされている可能性が高い。これらの状況の改善のために、当該撮像画像の相互利用に関して診療報酬上の取り扱いの見直しが必要である。

【現行の問題点】

E200-2：血流予備量比コンピューター断層撮影の9,400点に冠動脈CTA撮像とFFRCT解析の両者が含まれ、他施設で撮像した冠動脈CTA画像を利用できない。

✓紹介元施設で冠動脈CTAが施行され、FFRCT解析が必要と診断された場合も、FFRCT解析を行うためには、FFRCT実施施設で冠動脈CTA検査を初めからやり直さなければならない。

→個々の患者の不利益

①患者の経済的負担、身体的負担（放射線被曝）の増加

②FFRCTが施行困難であることにより、不必要な侵襲的検査が追加される。

→社会的な不利益：FFRCTが有効利用されないことにより、その医療費削減効果が減弱している。

学会からの要望では、他院からのCTデータを用いて解析した場合も点数評価が可能

【改訂要望案】

血流予備量比コンピューター断層撮影：9,400点を

冠動脈CTA撮像1,600点（CT撮影料1,000点＋冠動脈CT加算600点*）とFFRCT解析（7,800点）とに分ける。

（他院からの画像を解析した場合は血流予備量比コンピューター断層撮影読影加算（仮称）500点を算定する）

*冠動脈CT加算は画像診断管理加算2又は3に関する施設基準を満たした施設でのみ算定

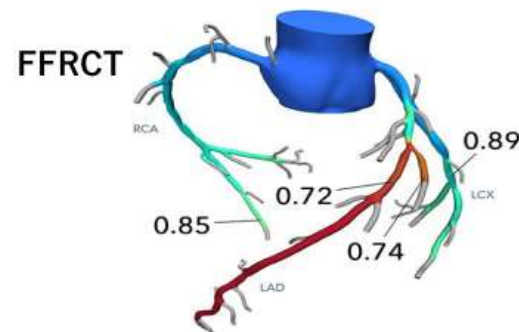
【予想される効果】

✓患者の経済的、身体的負担（特に放射線被曝）の軽減。

✓不必要な検査を回避することによる年間16億円の医療費削減。

【その他】

FFRCTを施行し、その他の検査が不要となったにもかかわらず、必要のない追加検査を行う不正な施設があると医療費削減はできない。令和4年度の改訂の際に、「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を施行しなかった症例が前年度に10例以上あること」という要件をFFRCTの施設基準に加えている。



歯科画像診断・通則

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 歯科エックス線撮影の場合(1回につき)	10点
ロ 歯科パノラマ断層撮影の場合	95点
ハ 歯科用3次元エックス線断層撮影の場合	120点
ニ 歯科部分パノラマ断層撮影の場合(1口腔1回につき)	10点
ホ その他の場合	60点

改

※「特定診療報酬算定医療機器の定義の見直し」として、歯科部分パノラマ断層撮影に用いる機器について、特定診療報酬算定医療機器(A2)の区分に薬事承認上の一般的名称「**デジタル式歯科用パノラマエックス線診断装置**」が追加されたため。

特定診療報酬算定医療機器の定義の見直し

歯科部分パノラマ断層撮影

- 歯科部分パノラマ断層撮影に用いる機器について、特定診療報酬算定医療機器（A2）の区分に薬事承認上の一般的名称「デジタル式歯科用パノラマX線診断装置」を追加する。

現行

【歯科部分パノラマ断層撮影】

特定診療報酬算定医療機器（A2）の定義

- 歯科部分パノラマ断層撮影デジタル映像化処理装置
薬事承認上の位置づけ/一般的名称
 - ・ デジタル式歯科用パノラマ
 - ・ 断層撮影X線診断装置
- 歯科部分パノラマ断層撮影装置
薬事承認上の位置づけ/一般的名称
 - ・ デジタル式歯科用パノラマ・断層撮影X線診断装置



改定後

【歯科部分パノラマ断層撮影】

特定診療報酬算定医療機器（A2）の定義

- 歯科部分パノラマ断層撮影デジタル映像化処理装置
薬事承認上の位置づけ/一般的名称
 - ・ デジタル式歯科用パノラマ
 - ・ 断層撮影X線診断装置
 - ・ **デジタル式歯科用パノラマX線診断装置**
- 歯科部分パノラマ断層撮影装置
薬事承認上の位置づけ/一般的名称
 - ・ デジタル式歯科用パノラマ・断層撮影X線診断装置
 - ・ **デジタル式歯科用パノラマX線診断装置**

光学印象

- 光学印象に用いるデジタル印象採得装置について、特定診療報酬算定医療機器（A2）の区分に追加する。

特定診療報酬算定医療機器の区分	定義			対応する診療報酬項目	
	薬事承認上の位置づけ		その他の条件		
	種別	一般的名称			
デジタル印象採得装置	機械器具(60)歯科用エンジン	デジタル印象採得装置	デジタル手法により、歯科修復物等のコンピュータ支援設計(CAD)及びコンピュータ支援製造(CAM)に用いるための三次元形状データを取得するもの	M-003-4	光学印象

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	2021	2022	2023
	全国の病院数	8,670	8,630	8,565	8,540	8,493	8,489	8,418	8,404	8,378	8,316	8,215	8,214	8,162	8,130
画像診断管理加算	1	835	838	783	737	688	678	667	653	668	649	667	667	673	676
	上:病院、下:診療所	220	208	207	210	202	205	215	216	225	228	228	222	232	237
	2	1,008	1,028	1,055	1,056	1,040	1,036	1,047	1,048	1,057	1,056	1,064	1,073	1,082	1,079
	3	—	—	—	—	—	—	—	—	16	33	42	48	51	55
遠隔画像診断	送信側	187	205	228	233	230	207	204	214	224	236	238	238	236	244
	上:病院、下:診療所	77	85	98	103	114	121	151	167	181	195	206	212	212	219
	受信側	95	92	100	157	104	107	108	110	121	121	117	123	126	128
	上:病院、下:診療所	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	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	225	221	221
	診療所	41	42	43	51	43	43	44	40	40	40	40	40	39	39
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	338	335	337
	診療所	42	46	50	57	52	54	54	55	55	55	57	57	55	56
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	6,745	6,788	6,674
	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	5,124	5,378	5,489
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	3,247	3,328	3,205
	診療所	449	412	451	527	603	704	809	888	969	1,034	1,173	1,160	1,293	1,250
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	1,123	1,136	1,130
	診療所	8	10	14	8	12	12	13	13	14	13	14	14	13	14
血流予備量比コンピュータ断層撮影	病院	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	69	90	129	164
	診療所	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0	0	0	0
外傷全身CT加算	病院	99	113	128	138	142	145	152	156	158	161	171	173	174	174
心臓MRI撮影加算	病院	697	762	823	891	852	877	890	906	930	934	942	955	973	960
	診療所	4	5	7	6	9	9	9	9	10	10	11	11	11	11
乳房MRI撮影加算	病院	—	—	—	—	—	—	399	406	418	428	458	474	477	481
	診療所	—	—	—	—	—	—	0	0	0	0	0	0	0	0
小児鎮静下MRI撮影加算	病院	—	—	—	—	—	—	—	—	294	286	305	316	328	330
	診療所	—	—	—	—	—	—	—	—	0	0	0	0	0	0
頭部MRI撮影加算	病院	—	—	—	—	—	—	—	—	49	74	119	137	160	173
	診療所	—	—	—	—	—	—	—	—	0	0	0	0	0	0
全身MRI撮影加算	病院	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	85	95	103	106
	診療所	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0	0	0	0
肝エラストグラフィ加算	病院	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	34	37
	診療所	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0	0
報告書管理体制加算	病院	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	340	518

放射線治療関連

M001 体外照射

留意事項から抜粋

(3) 「1」エックス線表在治療及び「2」高エネルギー放射線治療は、1日に複数部位の照射を行う場合においては、1回目とは異なる部位に係る2回目の照射に限り、「ロ」の2回目の所定点数を算定する。1日に同一部位に対する複数回の照射を行う場合は、1回目の照射と2回目の照射の間隔が2時間を超える場合に限り、「イ」の1回目の所定点数を1日に2回分算定できる。

(4) 「3」強度変調放射線治療は、1日1回に限り算定できる。ただし、小細胞肺癌に対して、1日に2回の照射を行う場合は、1回目の照射と2回目の照射の間隔が6時間を超える場合に限り、所定点数を1日に2回分算定できる。

(5) 「1」エックス線表在治療及び「2」高エネルギー放射線治療において、同一部位に対する1日2回目の照射を算定する場合又は、「3」強度変調放射線治療において、小細胞肺癌に対して1日2回目の照射を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に1回目及び2回目の照射の開始時刻及び終了時刻を記載すること。

学会からの要望により、小細胞肺癌に関しては2回分の算定が可能となった！

学会からの医療技術評価提案書より抜粋

提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
724214	強度変調放射線治療の同部位1日2回目 (2時間以上の間隔)	日本放射線腫瘍学会

【技術の概要】

- ✓ 強度変調放射線治療 (IMRT) は、従来の2次元照射法 (2D-RT) や3次元原体照射法 (3D-CRT) と比較して、大幅に自由度の高い線量分布を実現可能な最新の放射線照射技術である。
- ✓ IMRTの算定方法に関して下記を提案する。
→ 「IMRT 同部位2回目」について通知文に記載する。

【対象疾患】

- ✓ 強度変調放射線治療 (IMRT) の対象疾患 (限局性固形悪性腫瘍) で、1日2回照射が必要な過分割照射症例

【有効性及び診療報酬上の取扱い】

- ✓ 最新の肺癌診療ガイドラインや放射線治療計画ガイドラインにおいて、限局期の小細胞肺癌に対して過分割照射法が標準的手法として提唱されている。
- ✓ 医療費削減：3.9億円分の医療費削減

診療報酬上の取り扱い

<既存>

- 限局性の固形悪性腫瘍に対するIMRT (3,000点)

<提案>

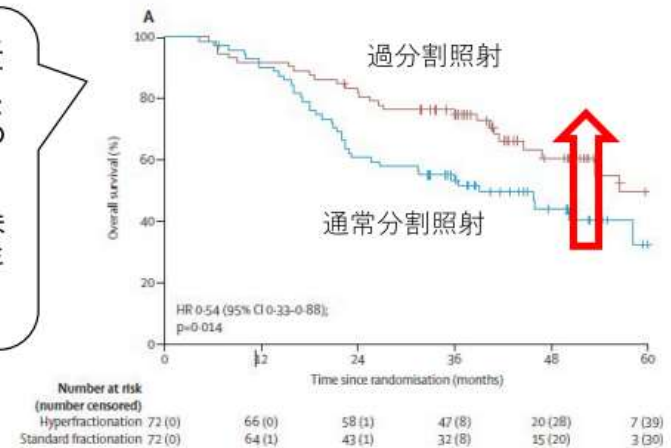
- 「1日に同一部位に対する複数回の照射を行う場合は、1回目の照射と2回目の照射の間隔が2時間を超える場合に限り「イ」の所定点数を算定することができる」の対象に、IMRTを追加する。

【既存の治療法との比較】

- ✓ 2018年度まで記載されていた「IMRT 同部位2回目」の記載が2020年度診療報酬改定の段階で削除されており、1日に複数回照射する場合において2回目が算定不可となってしまう、患者の適切な治療にとって不利な状況が生まれている。
- ✓ これが原因で、標準的に行われている小細胞肺癌や頭頸部がんの過分割照射をIMRTで実施することが不可能になってしまい、過剰な有害事象が発生することがある。

局所進行再発上咽頭がんに対する過分割照射と通常分割照射のRCT

過分割照射のほうが優位に全生存率が向上 (p<0.05)



You, Rui, et al. *The Lancet* 401.10380 (2023): 917-927.

医療機器安全管理料2の施設基準

(1) 放射線治療を専ら担当する常勤の医師(放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。)が1名以上いること。なお、当該常勤の医師は、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、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。

(2) 放射線治療に係る医療機器の安全管理、保守点検及び安全使用のための精度管理を専ら担当する技術者(放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。)が1名以上いること。
なお、当該技術者は、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、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との兼任はできないが、外来放射線照射診療料に係る技術者を兼任することができる。また、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との兼任もできない。

(3) 当該保険医療施設において高エネルギー放射線治療装置、ガンマナイフ装置又は**密封小線源治療機器**を備えていること。

医療機器安全管理料2に 密封小線源治療機器を追加

改

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応^⑳

既存技術の見直し

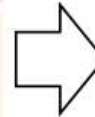
- 医療機器安全管理料2について、密封小線源治療機器を対象に加える。

現行

【医療機器安全管理料2】

[算定要件]

- (5) 放射線治療機器とは、高エネルギー放射線治療装置（直線加速器）及びガンマナイフ装置をいう。



改定後

【医療機器安全管理料2】

[算定要件]

- (5) 放射線治療機器とは、高エネルギー放射線治療装置（直線加速器）及びガンマナイフ装置及び**密封小線源治療機器**をいう。

学会からの医療技術評価提案書より抜粋

提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
724204	医療機器安全管理料2の密封小線源治療への拡大	日本放射線腫瘍学会

【技術の概要】

- 放射線治療機器の保守管理、精度管理等の体制が整えられている保健医療機関において、**密封小線源治療**の放射線治療計画を策定する場合(一連につき) 1,100点を算定。
- 現在は**外部放射線治療装置のみ**が算定の対象。これに、**密封小線源治療装置を加える**。

【既存の治療法との比較】

- **精度管理に不備があると大きな誤照射事故**につながる。
放射線治療で誤照射 ○× 大病院で7人に健康被害
放射線治療で誤照射 ○× 大病院で7人に健康被害
社会 | 神奈川新聞 | 2014年7月25日(金) 03:00 神奈川新聞HPより
- 安全な密封小線源治療を提供するためには、質の高い品質管理体制が必要と**国際的に提言されている**。



ICRP;国際放射線防護委員会
報告書No.149

現在の対象



外部放射線治療装置のみ

適応を拡大



密封小線源治療装置も追加

【対象疾患】

- 密封小線源治療は腫瘍だけに大線量を照射できるため治療効果が非常に高い。**婦人科がんや前立腺がんでは標準治療の一つ**。
- 施設基準に適合する施設で、放射線治療が必要な患者に対して、放射線治療計画に基づいて密封小線源治療を行う場合、**7,200件/年**。

【有効性及び診療報酬上の取扱い】

有効性

- 密封小線源治療の品質管理体制が外部放射線治療と同等に改善され、誤照射事故を未然に防ぎ、**再発や副作用が減少**。
- 従事する職員と患者の被ばく事故を防止し、**安全な密封小線源治療**を提供。
- **予想影響額：5.0億円の医療費削減**

診療報酬上の取り扱い

- **B 医学管理等 (B001-4 医療機器安全管理料2)**
- 放射線治療機器の保守管理、精度管理等の体制が整えられている保健医療機関において、放射線治療計画を策定する場合(一連につき)
- 外部放射線治療に限る → **密封小線源治療を追加**

M001-4 粒子線治療

留意事項から抜粋

(3) **重粒子線治療**は、手術による根治的な治療法が困難である**限局性の骨軟部腫瘍**、**頭頸部悪性腫瘍**(口腔・咽喉頭の扁平上皮癌を除く。)、手術による根治的な治療法が困難である**早期肺癌**(日本肺癌学会が定める「肺癌取扱い規約」におけるⅠ期からⅡA期までの肺癌に限る。)、手術による根治的な治療法が困難である**肝細胞癌**(長径4センチメートル以上のものに限る。)、手術による根治的な治療法が困難である**肝内胆管癌**、手術による根治的な治療法が困難である**局所進行性膵癌**、手術による根治的な治療法が困難である**局所大腸癌**(手術後に再発したのものに限る。)、手術による根治的な治療法が困難である**局所進行性子宮頸部腺癌**、手術による根治的な治療法が困難である**局所進行性子宮頸部扁平上皮癌**(長径6センチメートル以上のものに限る。)、手術による根治的な治療法が困難である**悪性黒色腫**(婦人科領域の臓器から発生した悪性黒色腫に限る。)**又は限局性及び局所進行性前立腺癌**(転移を有するものを除く。)に対して根治的な治療法として行った場合にのみ算定し、数か月間の一連の治療過程に複数回の治療を行った場合であっても、所定点数は1回のみ算定する。

(4) **陽子線治療**は、**小児腫瘍**(限局性の固形悪性腫瘍に限る。)、手術による根治的な治療法が困難である**限局性の骨軟部腫瘍**、**頭頸部悪性腫瘍**(口腔・咽喉頭の扁平上皮癌を除く。)、手術による根治的な治療法が困難である**早期肺癌**(日本肺癌学会が定める「肺癌取扱い規約」におけるⅠ期からⅡA期までの肺癌に限る。)、手術による根治的な治療法が困難である**肝細胞癌**(長径4センチメートル以上のものに限る。)、手術による根治的な治療法が困難である**肝内胆管癌**、手術による根治的な治療法が困難である**局所進行性膵癌**、手術による根治的な治療法が困難である**局所大腸癌**(手術後に再発したのものに限る。)**又は限局性及び局所進行性前立腺癌**(転移を有するものを除く。)に対して根治的な治療法として行った場合にのみ算定し、数か月間の一連の治療過程に複数回の治療を行った場合であっても、所定点数は1回のみ算定する。

学会からの要望により、適用範囲が広がった！

*官報告示等(2024年3月5日)資料より抜粋

医療技術評価分科会の評価を踏まえた対応^⑪



先進医療として実施された技術の保険導入

- ▶ 粒子線治療の対象疾患に、既存のX線治療等と比較して生存率等の改善が確認された以下の疾患を追加する。

【粒子線治療（一連につき）】

[算定要件]（概要）

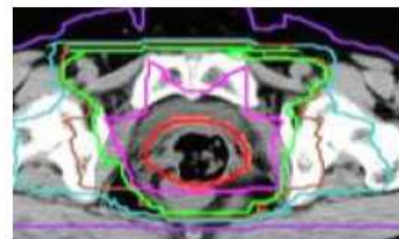
1 希少な疾病に対して実施した場合

187,500点

- ・ 陽子線治療：（改）早期肺癌[※]（Ⅰ期からⅡA期までの肺癌に限る。）、
肝細胞癌[※]（長径4センチメートル以上のものに限る。）、
肝内胆管癌[※]、局所進行性膵癌[※]、
局所大腸癌[※]（手術後に再発したものに限る。）
小児腫瘍（限局性の固形悪性腫瘍に限る。）、限局性の骨軟部腫瘍[※]、
頭頸部悪性腫瘍（口腔・咽喉頭の扁平上皮癌を除く。）
- ・ 重粒子線治療：（改）早期肺癌[※]（Ⅰ期からⅡA期までの肺癌に限る。）、
局所進行子宮頸部扁平上皮癌[※]（長径6センチメートル以上のものに限る。）、
悪性黒色腫[※]（婦人科領域の臓器から発生した悪性黒色腫に限る。）、
肝細胞癌[※]（長径4センチメートル以上のものに限る。）、
肝内胆管癌[※]、局所進行性膵癌[※]、
局所大腸癌[※]（手術後に再発したものに限る。）
局所進行性子宮頸部腺癌[※]、限局性の骨軟部腫瘍[※]、
頭頸部悪性腫瘍（口腔・咽喉頭の扁平上皮癌を除く。）

※ 手術による根治的な治療法が困難であるものに限る。

例：婦人科領域の臓器から発生した悪性黒色腫に対する重粒子線治療



日本放射線腫瘍学会提出資料から引用

2 希少な疾病以外の特定の疾病に対して実施した場合

110,000点

- ・ 陽子線治療：限局性及び局所進行性前立腺癌（転移を有するものを除く。）
- ・ 重粒子線治療：限局性及び局所進行性前立腺癌（転移を有するものを除く。）

[加算]

①粒子線治療適応判定加算 40,000点
（カンサーボードによる適応判定に関する体制整備を評価）

②粒子線治療医学管理加算 10,000点
（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）

13

疑義解釈資料の送付について(その3)

【先進医療】

問23 **陽子線治療及び重粒子線治療**について、令和6年6月1日から保険診療において実施可能となる腫瘍に係る治療を、同年**5月31日以前に開始した患者**に対して、同年**6月1日以降も当該治療を継続する場合は、同日以降の治療に係る費用は、保険診療として請求可能か。**

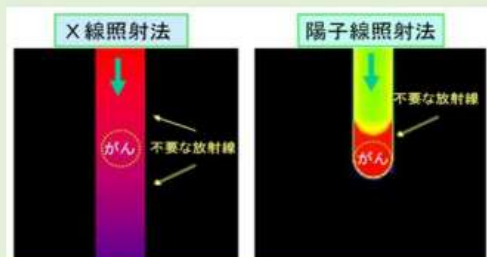
(答)**不可**。令和6年5月31日以前に先進医療による治療を開始した患者については、同年**6月1日以降の治療についても先進医療の枠組みにおいて実施し、費用の請求を行うこと**。なお、同年5月31日時点において、先進医療による治療に係る同意を取得しているが、一連の治療を開始していない患者が、同年**6月1日以降に保険診療による治療を開始することを希望する場合には、改めて保険診療による治療に係る同意を取得することで、保険診療に切り替えて治療を開始して差し支えない。**

提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
724215	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

- 1 希少な疾病に対して実施した場合(前立腺以外の疾患)
- 2 1以外の特定の疾病に対して実施した場合
一連につき1に対して187,500点、2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：**10.8億円の削減**

- 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

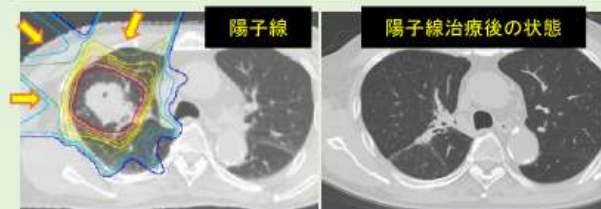
既保険収載疾患(小児腫瘍、骨軟部腫瘍、頭頸部腫瘍(非扁平上皮癌)、前立腺癌、大型肝細胞癌、肝内胆管癌、膀胱癌、大腸癌術後再発)に加えて、下記の4疾患の適応拡大を要望

- ① 肺・縦隔腫瘍(限局性肺癌、局所進行非小細胞肺癌)
- ② 消化器腫瘍(小型の肝細胞癌、胆道癌、食道癌)
- ③ 少数転移性腫瘍(肝転移、肺転移、リンパ節転移)
- ④ AYA世代の腫瘍性疾患

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**

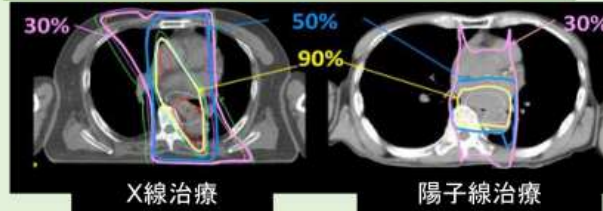
予測数：年間1,300例
(2020年7月～2021年6月)
先進医療実施：733例)

肺癌の陽子線治療(がんへの治療強度増強と心肺毒性の軽減)



限局した肺癌および所属リンパ節転移のある肺癌に十分な線量を投与可能で、正常組織(心肺)への放射線が最小にできる。X線治療で根治困難な比較的大型の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：1.8% (多施設共同研究)

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

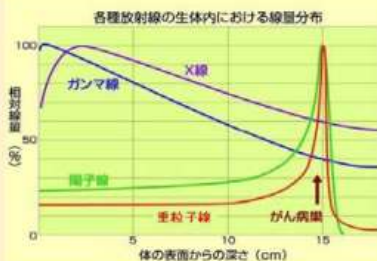
別途資料あり

- 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**税収増加・社会医療費削減**

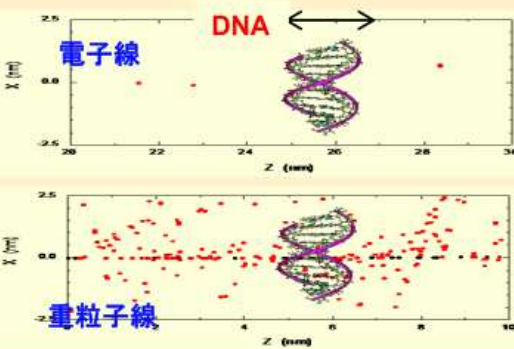
提案番号(6桁)	申請技術名	申請学会名
724216	重粒子線治療の適応拡大	日本放射線腫瘍学会

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(骨軟部腫瘍、頭頸部腫瘍(非扁平上皮癌)、前立腺癌、大型肝細胞癌、肝内胆管癌、膀胱癌、大腸癌術後再発、子宮頸部腺癌)に加えて、下記の5疾患の適応拡大を要望

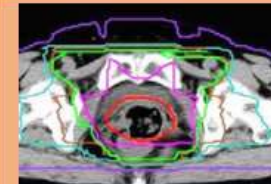
- ① 肺・縦隔腫瘍(限局性肺癌、局所進行非小細胞肺癌)
- ② 消化器腫瘍(小型の肝細胞癌、胆道癌、食道癌)
- ③ 婦人科腫瘍(子宮頸部扁平上皮癌、婦人科領域悪性黒色腫)
- ④ 少数転移性腫瘍(肝転移、肺転移、リンパ節転移)
- ⑤ AYA世代の腫瘍性疾患

対象疾患予測数：年間約600例
(2020年7月～2021年6月先進医療実施数：350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



肺癌著効例：末梢型I期肺癌では1～4日間で治療が可能



放射線抵抗性の婦人科悪性黒色腫にも著効が得られる。



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**新たな根治療法**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
- 治療率・安全性の向上により**税收违法・社会医療費削減**

診療報酬上の取り扱い **予想影響額：約3.0億円の削減**

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-II に対して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

短期滞在手術等基本料の評価の見直し

第1 基本的な考え方

実態に即した評価を行う観点から、短期滞在手術等基本料について評価を見直す。

第2 具体的な内容

2. 短期滞在手術等基本料3について、実態を踏まえ、**40歳未満の勤務医師、事務職員等の賃上げに資する措置も考慮した評価の見直し**を行うとともに、一部の対象手術等について、評価の精緻化を行う。

改定前	改定後
<p>【短期滞在手術等基本料3】 ヘ D413 前立腺針生検法 2 その他のもの 10,197点 (生活療養を受ける場合にあつては、10,123点)</p> <p>ト K007-2 経皮的放射線治療用金属マーカ ー留置術33,572点 (生活療養を受ける場合にあつては、33,498点)</p> <p>イタ M001-2 ガンマナイフによる定位放射 線治療58,496点 (生活療養を受ける場合にあつては、58,422点)</p>	<p>【短期滞在手術等基本料3】 ヘ D413 前立腺針生検法 2 その他のもの 10,206点 (生活療養を受ける場合にあつては、10,188点)</p> <p>ト K007-2 経皮的放射線治療用金属マー ー留置術 30,882点 (生活療養を受ける場合にあつては、30,808点)</p> <p>イキ M001-2 ガンマナイフによる定位放射 線治療 60,796点 (生活療養を受ける場合にあつては、60,722点)</p>

がん性疼痛緩和指導管理料の見直し

第1 基本的な考え方

がん患者に対する質の高い疼痛緩和治療の提供を更に充実させる観点から、**放射線治療及び神経ブロック等の専門的な治療を実施できる体制について、新たな評価**を行う。

第2 具体的な内容

がん性疼痛緩和指導管理料において、放射線治療と神経ブロックを実施する体制及び実績を有する医療機関において、当該治療が必要な患者に対して、**診療方針等について文書を用いて説明を行った場合に係る評価を新設**する。

【がん性疼痛緩和指導管理料】

[算定要件]

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、がん性疼痛緩和のための専門的な治療が必要な患者に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が、その必要性及び診療方針等について文書により説明を行った場合に、

難治性がん性疼痛緩和指導管理加算として、患者1人につき1回に限り所定点数に100点を加算する。

新

3～4 (略)

(※参考)B001_22 がん性疼痛緩和指導管理料 200点

[施設基準]

(11)の2 がん性疼痛緩和指導管理料の注2に規定する施設基準

がん患者に対するがん疼痛の症状緩和を目的とした放射線治療及び神経ブロックを実施する体制及び実績を有していること。

(11)の3 がん性疼痛緩和指導管理料の注4に規定する施設基準 (**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。**)

(略)

*官報告示等(2024年3月5日)資料より抜粋

がん性疼痛緩和指導管理料の留意事項

- (1) がん性疼痛緩和指導管理料は、医師ががん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与しているがん患者に対して、WHO方式のがん性疼痛の治療法(World Guidelines for pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents 2018)に従って、副作用対策等を含めた計画的な治療管理を継続して行い、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り、当該薬剤に関する指導を行い、当該薬剤を処方した日に算定する。なお、当該指導には、当該薬剤の効果及び副作用に関する説明、疼痛時に追加する臨時の薬剤の使用方法に関する説明を含めるものであること。
- (2) がん性疼痛緩和指導管理料は、緩和ケアの経験を有する医師(緩和ケアに係る研修を受けた者に限る。)が当該指導管理を行った場合に算定する。
- (3) がん性疼痛緩和指導管理料を算定する場合は、麻薬の処方前の疼痛の程度(疼痛の強さ、部位、性状、頻度等)、麻薬の処方後の効果判定、副作用の有無、治療計画及び指導内容の要点を診療録に記載する。
- (4) 「注2」に規定する難治性がん性疼痛緩和指導管理加算は、**がん疼痛の症状緩和を目的とした放射線治療及び神経ブロック等の療法について、患者又はその家族等が十分に理解し、納得した上で治療方針を選択できるように文書を用いて説明を行った場合に、患者1人につき1回に限り算定する。**
- (5) 「注2」に規定する難治性がん性疼痛緩和指導管理加算を算定する場合は、説明内容の要点を診療録に記載する。
- (6) 同一月又は同一日においても第2章第1部の各区分に規定する他の医学管理等及び第2部第2節第1款の各区分に規定する在宅療養指導管理料は併算定できる。
- (7) 「注4」に規定する情報通信機器を用いた医学管理については、オンライン指針に沿って診療を行った場合に算定する。

B001－2－8 外来放射線照射診療料 297点

注1・2（略）

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（注15及び注16に規定する加算を除く。）、区分番号A001に掲げる再診料（注19に規定する加算を除く。）及び区分番号A002に掲げる外来診療料（注10に規定する加算を除く。）は、算定しない。

外来放射線照射診療料の施設基準

- (1) 放射線治療を行うにつき必要な**医師、看護師及び診療放射線技師等**が適切に配置されていること。
- (2) 緊急時における放射線治療を担当する**医師との連絡体制等**放射線治療を適切に実施するための十分な体制が確保されていること。

B001-2-8 外来放射線照射診療料の留意事項

- (1) 放射線治療医(放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。)が診察を行った日に算定し、算定日から起算して7日間は放射線照射の実施に係る「A000」初診料、「A001」再診料又は「A002」外来診療料は算定できないものとし、当該7日間は、「A000」初診料、「A001」再診料又は「A002」外来診療料を算定せずに、放射線照射の費用は算定できるものとする。
- (2) 外来放射線照射診療料を算定した場合には、**第2日目以降の看護師、診療放射線技師等による患者の観察については、照射ごとに記録し、医師に報告すること。**
- (3) 放射線治療を行う前に、放射線治療により期待される治療効果や成績などとともに、合併症、副作用等についても必ず患者又はその家族に説明し、文書等による同意を得ること。
- (4) 関係学会による放射線精度管理等のガイドラインを遵守すること。
- (5) 算定した日を含め、3日間以内で放射線照射が終了する場合は、本点数の100分50に相当する点数を算定する。

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	2021	2022	2023
	全国の病院数	8,670	8,630	8,565	8,540	8,493	8,489	8,418	8,404	8,378	8,316	8,215	8,214	8,162	8,130
放射線治療専任加算	病院	466	475	479	492	505	511	532	537	541	557	586	594	597	610
	診療所	—	8	9	12	16	16	16	16	18	18	18	17	19	20
外来放射線治療加算	病院	453	463	479	482	501	509	527	534	543	551	579	588	592	605
	診療所	—	8	9	12	16	16	16	16	18	18	18	17	19	20
遠隔放射線治療計画加算	病院	—	—	—	—	—	—	—	—	3	10	10	8	10	10
	診療所	—	—	—	—	—	—	—	—	0	0	0	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	700	694	696
	診療所	—	7	9	10	11	14	15	14	15	16	16	15	15	15
強度変調放射線治療(IMRT)	病院	90	121	152	171	197	221	245	265	289	310	333	355	364	381
	診療所	—	5	6	8	11	11	14	13	13	14	13	13	13	13
画像誘導放射線治療(IGRT)	病院	179	221	257	288	332	373	409	436	465	488	520	538	551	569
	診療所	—	7	7	10	14	14	15	14	16	17	17	16	17	18
定位放射線治療	病院	306	298	327	352	382	400	426	442	467	482	511	526	526	526
	診療所	—	8	11	12	16	16	16	16	18	18	18	17	17	17
粒子線治療	病院	—	—	—	—	—	—	11	12	13	15	16	17	18	18
	診療所	—	—	—	—	—	—	3	3	5	7	7	7	7	7
粒子線治療適応判定加算	病院	—	—	—	—	—	—	10	10	13	15	16	17	18	18
	診療所	—	—	—	—	—	—	2	2	4	7	7	7	7	7
粒子線治療医学管理加算	病院	—	—	—	—	—	—	10	10	12	14	15	16	18	18
	診療所	—	—	—	—	—	—	2	2	4	6	7	7	7	7
画像誘導密封小線源治療加算	病院	—	—	—	—	—	—	76	84	91	97	107	114	118	124
	診療所	—	—	—	—	—	—	0	0	0	0	0	0	0	0
ホウ素中性子捕捉療法	病院	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0	0
	診療所	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2
ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算	病院	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0	0
	診療所	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2
ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算	病院	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0	0
	診療所	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2
外来放射線照射診療料	病院	—	—	—	346	379	400	420	437	434	445	467	489	497	516
	診療所	—	—	—	7	7	8	10	10	12	14	14	15	16	18

医療技術評価提案の概要

学会からの医療技術評価提案書について

2023年11月20日開催分

○診療報酬調査専門組織・医療技術評価分科会（令和5年度第1回）より
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000190899_00011.html

「診療報酬調査専門組織・医療技術評価分科会」が11月20日にオンライン開催され、学会等から内保連・外保連を經由して、医療技術評価分科会に「医療技術評価提案書」の提出があった**技術 858 件**。うち、医療技術評価分科会における**評価の対象となるもの760 件（新規284 件、既存476 件）**。医療技術評価分科会における評価の対象とならないもの98 件。各学会から提出されたそれぞれの「**医療技術評価提案書**」の詳細が確認できます。

なお、この提案内容の採択の結果が判明するのは次回の1月の分科会で公表される。

※詳細を確認する際に、データ量が大きいため、「**技-1-2**」資料にある技術料の**目次を確認**してから、「医療技術評価提案書」の詳細確認をお勧めします。

全体の提案からこの後、絞り込まれ、採択されます！

医療技術評価分科会 医療技術評価提案書 2024年度改定要望

2024年1月15日開催分

診療報酬調査専門組織・医療技術評価分科会（令和5年度第2回）

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000190899_00012.html

採択された結果が公表されています！

医療技術の評価（案）＜概要＞

2024年度診療報酬改定内容

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	774 件 新規技術 307 件 既存技術 467 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 ^{※1}	745 件
② うち、先進医療として実施されている技術 ^{※2}	31 件
③ うち、保険医療材料等専門組織において審議を行った技術 ^{※3}	4 件
④ うち、①及び②に該当する技術	6 件
(1) 診療報酬改定において対応する優先度が高い技術	177 件 新規技術 56 件 既存技術 121 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 ^{※1}	174 件
② うち、先進医療として実施されている技術 ^{※2}	5 件
③ うち、保険医療材料等専門組織において審議を行った技術 ^{※3}	2 件
④ うち、①及び②に該当する技術	4 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	597 件 新規技術 250 件 既存技術 347 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 ^{※1}	571 件
② うち、先進医療として実施されている技術 ^{※2}	26 件
③ うち、保険医療材料等専門組織において審議を行った技術 ^{※3}	2 件
④ 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 ^{※4} 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 ^{※5} された提案	116 件

今回は
採択率
2割3分

※医療技術評価分科会(2024年1月15日)公開資料より

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		

前々回は
採択率
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 新規技術 284 件 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 ^{※1}	714 件
② うち、先進医療として実施されている技術 ^{※2}	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 新規技術 77 件 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 ^{※1}	170 件
② うち、先進医療として実施されている技術 ^{※2}	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 新規技術 206 件 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 ^{※1}	544 件
② うち、先進医療として実施されている技術 ^{※2}	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 ^{※3} 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 ^{※4} された提案	188 件

前回は
採択率
2割4分

診療報酬改定において対応する優先度が高い技術

学会等から医療技術評価分科会に提案のあったもの

画像診断関連等

整理番号	未・既	申請技術名	申請団体名	評価（案）	ページ番号
204101	未	人工知能使用指針を準拠した施設を評価（対象医療機関の拡大）	日本医学放射線学会	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。	42
204201	既	画像診断管理加算2の見直し（2.5の創設）	日本医学放射線学会	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。	57
215101	未	18F標識フルシクロピンを用いた場合の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	日本核医学会	提案について妥当性が示されている。	167
215207	既	シンチグラムおよびシングルホトンエミッションコンピューター断層撮影（放射性医薬品管理者配置）	日本核医学会	提案について妥当性が示されている。	214
215208	既	「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）」の心臓サルコイドーシスへの適応拡大	日本核医学会	提案について妥当性が示されている。	219
270201	既	血流予備量比コンピューター断層撮影	日本心血管インターベンション治療学会	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。	934
328101	未	乳房トモシンセシス	日本磁気共鳴医学会	評価すべき医学的な有用性が示されている。	1890
426201	既	歯科部分パノラマ断層撮影	日本歯科放射線学会	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。	3041
706101	未	ポジトロン断層撮影（アミロイドイメージング）	日本認知症学会	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。	3506

診療報酬改定において対応する優先度が高い技術 学会等から医療技術評価分科会に提案のあったもの 放射線治療関連等

整理番号	未・既	申請技術名	申請団体名	評価（案）	ページ番号
724204	既	医療機器安全管理料2の密封小線源治療への拡大	日本放射線腫瘍学会	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。	3742
724213	既	頭頸部固定具の適応に良性疾患の追加	日本放射線腫瘍学会	提案について妥当性が示されている。	3787
724214	既	強度変調放射線治療の同部位1日2回目（2時間以上の間隔）	日本放射線腫瘍学会	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。	3792
724215	既	陽子線治療の適応拡大	日本放射線腫瘍学会	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。	3797
724216	既	重粒子線治療の適応拡大	日本放射線腫瘍学会	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。	3802

診療報酬改定において対応する優先度が高い技術 学会等から医療技術評価分科会に提案のあったもの その他関連等

整理番号	未・既	申請技術名	申請団体名	評価（案）	ページ番号
221104	未	肝腫瘍診断・治療のための画像ナビゲーションシステム	日本肝臓学会	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。	271
303201	既	胃悪性腫瘍手術・幽門側切除術（ロボット支援）	日本胃癌学会	提案について妥当性が示されている。	1392
303202	既	胃悪性腫瘍手術・全摘（ロボット支援）	日本胃癌学会	提案について妥当性が示されている。	1397
303203	既	胃悪性腫瘍手術・噴門側切除術（ロボット支援）	日本胃癌学会	提案について妥当性が示されている。	1402
315101	未	ロボット支援下弁置換術（1弁）	日本胸部外科学会	評価すべき医学的な有用性が示されている。	1615
315104	未	ロボット支援下弁置換術（2弁）	日本胸部外科学会	評価すべき医学的な有用性が示されている。	1630
325103	未	ロボット支援下腔断端挙上術	日本産科婦人科内視鏡学会	評価すべき医学的な有用性が示されている。	1866
341101	未	人工関節置換術・股関節（ロボット支援）	日本人工関節学会	評価すべき医学的な有用性が示されている。	2176
359201	既	ロボット支援直腸癌手術の手術分類適正	日本内視鏡外科学会	提案について妥当性が示されている。	2443

整理番号	未・既	申請技術名	申請団体名	評価（案）	ページ番号
299201	既	在宅透析患者管理における遠隔モニタリング加算日	日本透析医学会	提案について妥当性が示されている。	1343
413102	未	通信情報機器を用いた歯科オンライン連携診療	日本口腔外科学会	提案について妥当性が示されている。	2974
705202	既	D409-2 センチネルリンパ節生検(片側)	日本乳癌学会	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。	3491

診療報酬改定において対応する優先度が高い技術 先進医療会議において科学的根拠等に基づく評価が行われる予定の技術

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

告示番号(※)		申請技術名	評価(案)
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	3	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	6	腹腔鏡下膀胱尿管逆流防止術	評価すべき医学的な有用性が示されている。
A	14	腹腔鏡下スリーブ状胃切除術及び十二指腸空腸バイパス術	評価すべき医学的な有用性が示されている。
B	⑥	遺伝子パネル検査による遺伝性網膜ジストロフィーの遺伝子診断	評価すべき医学的な有用性が示されている。

※ 丸囲み数字の場合は、整理番号を示す。

**画像診断における
点数評価の主な変遷
2006年～2024年**

2006年度までの画像診断領域の基本的構成

分類	撮影関連行為		診断関連行為	
	撮影料	撮影料(加算)	画像診断	診断媒体、表示、保管
一般X線 写真撮影	アナログ撮影 一般撮影料 (単純65点) (特殊264点) (造影148点) (マンモ196点) (撮影手技への評価)	/	画像診断料 *画像診断管理加算	フィルム代 (フィルム保存)
一般X線 CR・DR 撮影	デジタル撮影 一般撮影料 (単純65点) (特殊264点) (造影148点) (マンモ196点) (撮影手技への評価)	デジタル映像化処理加算 (単純60点) (特殊64点) (造影72点) (マンモ60点) (低被ばく・高度画像処理等への評価)	画像診断料 *画像診断管理加算	フィルム代 (フィルム保存) *フィルムへのプリントアウトを行わずに画像診断した場合、フィルム代は請求できない
CT・MRI撮影	デジタル撮影 CT・MRI撮影料 (単純CTマルチ850点/マルチ以外660点) (単純MRI1.5テスラ以上1230点/以外1080点) その他<<特殊撮影>> (撮影手技及び高度画像処理・適用範囲の拡大等への評価) *CT・MRI撮影の中には、デジタル映像化処理加算に相当するものは既に含まれている		画像診断料 *画像診断管理加算	フィルム代 (フィルム保存) コンピュータ画像処理加算(60点)

2008年度改定後の画像診断領域の基本的構成

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

2010年度 診療報酬改定後の画像診断領域の構成

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

2012年度 診療報酬改定後の画像診断領域の構成

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

2014年度 診療報酬改定の画像診断領域の構成

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

2016年度 診療報酬改定の画像診断領域の構成

分類	撮影関連行為	診断関連行為	画像管理マネージメント
撮影法	撮影料	画像診断	診断媒体、表示、保管
一般X線 写真撮影	<p style="background-color: #90EE90; text-align: center;">アナログ撮影</p> <p style="text-align: center;">一般撮影料 (単純 60点) (特殊260点) (造影144点) (マンモ192点)</p>	<p style="text-align: center;">画像診断料 (マンモ306点)</p> <p>*画像診断管理加算</p>	<p style="text-align: center;">フィルム代 (フィルム保存)</p>
一般X線 デジタル CR・DR 撮影	<p style="background-color: #FFFF00; text-align: center;">デジタル撮影</p> <p style="text-align: center;">一般デジタルエックス線撮影料 (単純68点)(特殊270点) (造影154点)(マンモ202点)</p> <p>撮影手技の評価、低被ばく・高度画像処理等への評価 (従来の撮影料と区別した評価点数) (撮影手技への評価)</p>	<p style="text-align: center;">画像診断料 (マンモ306点)</p> <p>*画像診断管理 加算1 70点 (夜間休日遠隔可)</p>	<p style="text-align: center;">フィルム代 (フィルム保存)</p> <hr/> <p style="text-align: center;">電子画像管理加算 (単純57特殊58造影66乳房54) デジタル撮影時のみ算定</p>
CT・MR I撮影	<p style="text-align: center;">CT・MRI撮影料</p> <p style="color: red;">CT(64列以上1020点(共同利用)、 64列以上1000点(共同利用なし) 16列～64列未満 900点、 4～16列未満 750点、4列未満 560点)</p> <p style="color: red;">MRI(3T以上1620点(共同利用)、 3T以上1600点(共同利用なし)。 1.5T～3T未満1330点、1.5T未満900点)</p> <p style="color: red;">乳房MRI撮影加算 100点</p>	<p style="text-align: center;">画像診断料 (CT・MRI450点、 PET関係450点、 他核医学370点)</p> <p>*画像診断管理 加算2 180点 (夜間休日遠隔可)</p>	<p style="text-align: center;">フィルム代 (フィルム保存)</p> <hr/> <p style="text-align: center;">電子画像管理加算 (120点)</p>

2018年度 診療報酬改定の画像診断領域の構成

分類	撮影関連行為	診断関連行為	画像管理マネージメント
撮影法	撮影料	画像診断	診断媒体、表示、保管
一般X線 写真撮影	<p style="background-color: #90EE90; text-align: center;">アナログ撮影</p> <p style="text-align: center;">一般撮影料 (単純 60点) (特殊260点) (造影144点) (マンモ192点)</p>	<p style="text-align: center;">画像診断料 (マンモ306点)</p> <p>*画像診断管理加算</p>	<p style="text-align: center;">フィルム代 (フィルム保存)</p>
一般X線 デジタル CR・DR 撮影	<p style="background-color: #FFFF00; text-align: center;">デジタル撮影</p> <p style="text-align: center;">一般デジタルエックス線撮影料 (単純68点)(特殊270点) (造影154点)(マンモ202点) 撮影手技の評価、低被ばく・高度画像処理等への評価 (従来の撮影料と区別した評価点数) (撮影手技への評価)</p>	<p style="text-align: center;">画像診断料 (マンモ306点)</p> <p>*画像診断管理 加算1 70点 (夜間休日遠隔可)</p>	<p style="text-align: center;">フィルム代 (フィルム保存)</p> <hr/> <p style="text-align: center;">電子画像管理加算 (単純57特殊58造影66乳房54) デジタル撮影時のみ算定</p>
CT・MR I撮影	<p style="text-align: center;">CT・MRI撮影料</p> <p>CT(64列以上1020点(共同利用)、 64列以上1000点(共同利用なし) 16列～64列未満 900点、 4～16列未満 750点、4列未満 560点)</p> <p>MRI(3T以上1620点(共同利用)、 3T以上1600点(共同利用なし)。1.5T～3T未 満1330点、1.5T未満900点)</p> <p>心臓MRI撮影加算 300点⇒400点 頭部MRI撮影加算 100点、他</p>	<p style="text-align: center;">画像診断料 (CT・MRI450点、 PET関係450点、 他核医学370点)</p> <p>(遠隔診断可能)</p> <p>*画像診断管理 加算2 180点 画像診断管理加算3 300点 (特定機能病院)</p>	<p style="text-align: center;">フィルム代 (フィルム保存)</p> <hr/> <p style="text-align: center;">電子画像管理加算 (120点)</p>

2020年度 診療報酬改定の画像診断領域の構成

分類	撮影関連行為	診断関連行為	画像管理マネジメント
撮影法	撮影料	画像診断	診断媒体、表示、保管
一般X線 写真撮影	<p style="background-color: #90EE90; text-align: center;">アナログ撮影</p> <p style="text-align: center;">一般撮影料 (単純 60点) (特殊260点) (造影144点) (マンモ192点)</p>	<p style="text-align: center;">画像診断料 (マンモ306点)</p> <p>*画像診断管理加算</p>	<p style="text-align: center;">フィルム代 (フィルム保存)</p>
一般X線 デジタル CR・DR 撮影	<p style="background-color: #FFFF00; text-align: center;">デジタル撮影</p> <p style="text-align: center;">一般デジタルエックス線撮影料 (単純68点)(特殊270点) (造影154点)(マンモ202点)</p> <p style="text-align: center;">撮影手技の評価、低被ばく・高度画像処理等への評価 (従来の撮影料と区別した評価点数) (撮影手技への評価)</p>	<p style="text-align: center;">画像診断料 (マンモ306点)</p> <p>*画像診断管理 加算1 70点 (夜間休日遠隔可)</p>	<p style="text-align: center;">フィルム代 (フィルム保存)</p> <hr/> <p style="text-align: center;">電子画像管理加算 (単純57特殊58造影66乳房54) デジタル撮影時のみ算定</p>
CT・MR I撮影	<p style="text-align: center;">CT・MRI撮影料</p> <p>CT(64列以上1020点(共同利用)、 64列以上1000点(共同利用なし) 16列～64列未満 900点、 4～16列未満 750点、4列未満 560点)</p> <p>MRI(3T以上1620点(共同利用)、 3T以上1600点(共同利用なし)。 1.5T～3T未満1330点、1.5T未満900点)</p> <p>心臓MRI撮影加算 400点 頭部MRI撮影加算 100点、他</p> <p style="color: red;">全身MRI撮影加算 600点、 血流予備量比コンピューター断層撮影料 9,400点</p>	<p style="text-align: center;">画像診断料 (CT・MRI450点、 PET関係450点、 他核医学370点) (遠隔診断可能)</p> <p>*画像診断管理 加算2 180点 画像診断管理加算3 300点 (特定機能病院)</p>	<p style="text-align: center;">フィルム代 (フィルム保存)</p> <hr/> <p style="text-align: center;">電子画像管理加算 (120点)</p>

2022年度 診療報酬改定の画像診断領域の構成

分類	撮影関連行為	診断関連行為	画像管理マネジメント
撮影法	撮影料	画像診断	診断媒体、表示、保管
一般X線 写真撮影	<p style="background-color: #90EE90; text-align: center;">アナログ撮影</p> <p style="text-align: center;">一般撮影料 (単純 60点) (特殊260点) (造影144点) (マンモ192点)</p>	<p style="text-align: center;">画像診断料 (マンモ306点)</p> <p>*画像診断管理加算</p>	<p style="text-align: center;">フィルム代 (フィルム保存)</p>
一般X線 デジタル CR・DR 撮影	<p style="background-color: #FFFF00; text-align: center;">デジタル撮影</p> <p style="text-align: center;">一般デジタルエックス線撮影料 (単純68点)(特殊270点) (造影154点)(マンモ202点)</p> <p style="text-align: center;">撮影手技の評価、低被ばく・高度画像処理等への評価 (従来の撮影料と区別した評価点数) (撮影手技への評価)</p>	<p style="text-align: center;">画像診断料 (マンモ306点)</p> <p>*画像診断管理 加算1 70点 (夜間休日遠隔可)</p>	<p style="text-align: center;">フィルム代 (フィルム保存)</p> <hr/> <p style="text-align: center;">電子画像管理加算 (単純57特殊58造影66乳房54) デジタル撮影時のみ算定</p>
CT・MR I撮影	<p style="text-align: center;">CT・MRI撮影料</p> <p>CT(64列以上1020点(共同利用)、 64列以上1000点(共同利用なし) 16列～64列未満 900点、 4～16列未満 750点、4列未満 560点)</p> <p>MRI(3T以上1620点(共同利用)、 3T以上1600点(共同利用なし)。 1.5T～3T未満1330点、1.5T未満900点)</p> <p>心臓MRI撮影加算400点、頭部MRI撮影加算100点、 全身MRI撮影加算 600点、他 血流予備量比コンピューター断層撮影料 9,400点 MRI肝エラストグラフィ加算 600点</p>	<p style="text-align: center;">画像診断料 (CT・MRI450点、 PET関係450点、 他核医学370点) (遠隔診断可能)</p> <p>*画像診断管理 加算2 180点 画像診断管理加算3 340点 (特定機能病院)</p>	<p style="text-align: center;">フィルム代 (フィルム保存)</p> <hr/> <p style="text-align: center;">電子画像管理加算 (120点) 画像診断報告書管理体制加算 (7点)</p>

2024年度 診療報酬改定の画像診断領域の構成

分類	撮影関連行為	診断関連行為	画像管理マネジメント
撮影法	撮影料	画像診断	診断媒体、表示、保管
一般X線 写真撮影	<p style="background-color: #90EE90; text-align: center;">アナログ撮影</p> <p style="text-align: center;">一般撮影料 (単純 60点) (特殊260点) (造影144点) (マンモ192点)</p>	<p style="text-align: center;">画像診断料 (マンモ306点)</p> <p>*画像診断管理加算</p>	<p style="text-align: center;">フィルム代 (フィルム保存)</p>
一般X線 デジタル CR・DR 撮影	<p style="background-color: #FFFF00; text-align: center;">デジタル撮影</p> <p style="text-align: center;">一般デジタルエックス線撮影料 (単純68点)(特殊270点)(造影154点) (マンモ202点)(乳房トモシンセシス100点) 撮影手技の評価、低被ばく・高度画像処理等への評価 (従来の撮影料と区別した評価点数) (撮影手技への評価)</p>	<p style="text-align: center;">画像診断料 (マンモ306点)</p> <p>*画像診断管理 加算1 70点 (夜間休日遠隔可)</p>	<p style="text-align: center;">フィルム代 (フィルム保存)</p> <hr/> <p style="text-align: center;">電子画像管理加算 (単純57特殊58造影66乳房54) デジタル撮影時のみ算定</p>
CT・MR I撮影	<p style="text-align: center;">CT・MRI撮影料</p> <p>CT(64列以上1020点(共同利用)、 64列以上1000点(共同利用なし) 16列～64列未満 900点、 4～16列未満 750点、4列未満 560点) MRI(3T以上1620点(共同利用)、 3T以上1600点(共同利用なし)。 1.5T～3T未満1330点、1.5T未満900点) 心臓MRI撮影加算400点、頭部MRI撮影加算100点、 全身MRI撮影加算 600点、他 血流予備量比コンピューター断層撮影料 9,400点 MRI肝エラストグラフィ加算 600点</p>	<p style="text-align: center;">画像診断料 (CT・MRI450点、 PET関係450点、 他核医学370点) (遠隔診断可能)</p> <p>*画像診断管理加算2 175点(減点) 画像診断管理加算3 235点(新設) 画像診断管理加算4 340点(3→4)名称変更</p>	<p style="text-align: center;">フィルム代 (フィルム保存)</p> <hr/> <p style="text-align: center;">電子画像管理加算 (120点) 画像診断報告書管理体制加算 (7点)</p>

参考資料(トピックス)

画像診断用ディスプレイが「医療機器」に！

一般的名称

**GSDFキャリブレーション機能付き
画像診断用ディスプレイ**

トピックス: 画像診断用ディスプレイが「医療機器」に!

令和6年7月8日 月曜日

官報

第1259号

4

別表 1s504 (略)	改正後	別表 1s504 (新設)	改正前
505 GSDFキャリブレーション機能付き 画像診断用ディスプレイ			

○厚生労働省告示第二百四十二号
医療機器及び体外診断用医薬品の製造管理及び品質管理の基準に関する省令(平成十六年厚生労働省令第六十九号)第五條の五第三項の規定に基づき、医療機器及び体外診断用医薬品の製造管理及び品質管理の基準に関する省令第五條の五第三項の規定に基づき製造管理又は品質管理に注意を要するものとして厚生労働大臣が指定する一般医療機器(平成二十六年厚生労働省告示第三百十六号)の一部を次の表のように改正する。
令和六年七月八日
厚生労働大臣臨時代理
国務大臣 盛山 正仁
(傍線部分は改正部分)

別表 1~1247 (略)	改正後	別表 1~1247 (略)	改正前
1248 GSDFキャリブレーション機能 付き画像診断用ディスプレイ			

○厚生労働省告示第二百四十一号
医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律(昭和三十五年法律第四百四十五号)第二條第八項の規定に基づき、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第二條第八項の規定により厚生労働大臣が指定する特定保守管理医療機器(平成十六年厚生労働省告示第二百九十七号)の一部を次の表のように改正する。
令和六年七月八日
厚生労働大臣臨時代理
国務大臣 盛山 正仁
(傍線部分は改正部分)

別表第3 1~1226 (略)	改正後	別表第3 1~1226 (略)	改正前
1227 GSDFキャリブレーション機能 付き画像診断用ディスプレイ			

○厚生労働省告示第二百四十号
医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律(昭和三十五年法律第四百四十五号)第二條第七項の規定に基づき、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第二條第五項から第七項までの規定により厚生労働大臣が指定する高度管理医療機器、管理医療機器及び一般医療機器(平成十六年厚生労働省告示第二百九十八号)の一部を次の表のように改正する。
令和六年七月八日
厚生労働大臣臨時代理
国務大臣 盛山 正仁
(傍線部分は改正部分)

【速報 6月11日付】

医用モニタ単体が「雑品」から「医療機器」に
一般的名称を新設「特定保守管理機器」に該当

CT、MRIといった診断画像を表示する「医用モニタ」が、正式に「医療機器」となり、保守点検の対象となる。医療機器・体外診断薬部会は6月10日、一般的名称「GSDFキャリブレーション機能付き画像診断用ディスプレイ」を新設。「特定保守管理医療機器」に該当することを了承した。医用モニタは従来、雑品扱い。画像表示の精度管理は手つかずだったが、今後、特定保守管理機器として保守・維持管理の対象となる。



医用モニタは、CTなどの撮像データを画像処理するワークステーション(パソコンとディスプレイの一体型として)であれば医療機器だが、「単体」では雑品として取り扱われてきた。そのため、モニタの精度が低ければ、高性能の画像診断機器で撮影した画像を活かきせず、「室の持ち誤れ」になっているとの指摘もあった。

今回、クラス1の一般医療機器として指定されることになった。一般的名称を新設し、特定保守管理医療機器として扱うことで、保守・管理などの対象となる。一般的名称の定義は「モノクロの医用画像表示用で、DICOM規格のGSDFの信頼特性に調整するキャリブレーション機能を持つもので、それにより画像表示の一般性を確保し、マンモグラフィ、CT、MRI、CRなどのデジタル画像を表示して診断に用いられるもの」となる。

厚労省告示
2024/7/8

Source: MEジャーナル
2024/6/11

厚労省との協議と合意

厚労省通知 2024年 7月8日

①	類別	器09 医療用エックス線装置及び医療用エックス線装置用エックス線管				
	一般的名称	GSDFキャリブレーション機能付き画像診断用ディスプレイ				
	一般的名称の定義	モノクロ医用画像表示用で、DICOM規格のGSDFの階調特性に調整するキャリブレーション機能を持つものであって、それにより画像表示の一貫性を確保し、マンモグラフィ、CTやMRI、CRなどのデジタル画像を表示して診断に用いられるものをいう。				
	クラス分類等	クラスI				
	医療機器の分類等	特定保守	設置管理	修理区分	QMS適否	製品群
	該当	—	G1	該当	—	

②医療現場では医療機器と非医療機器の混在可能

・医療機関は適正に判断し、医療機器、あるいは非医療機器を選択可

③JIRA自主基準(医療機器届出の最低基準)の了承と通知発出(厚労省)による周知

通知の内容:

- ・自主基準(JESRA TI-0004)は適正
- ・自主基準を満たしても、必ず届出が必要な訳ではない(ベンダー側)
- ・画像診断への使用は医療機器ディスプレイでなくても良い(使用者側)

厚労省から取扱い基準に関する通知が発出された

医薬機審発 0806 第 1 号
令和 6 年 8 月 6 日

各都道府県衛生主管部（局）長 殿

取扱通知
8月7日発出

厚生労働省医薬局医療機器審査管理課長
（ 公 印 省 略 ）

一般社団法人日本画像医療システム工業会の作成した
「GSDF キャリブレーション機能付き画像診断用ディスプレイの自主基準」について

「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第二条第五項から第七項までの規定により厚生労働大臣が指定する高度管理医療機器、管理医療機器及び一般医療機器の一部を改正する件」（令和 6 年厚生労働省告示第 240 号）が告示されたことに伴い、下記で定義される一般的名称「GSDF キャリブレーション機能付き画像診断用ディスプレイ」が新設されました。

今般、一般社団法人日本画像医療システム工業会より当該一般的名称の定義に含まれる製品の自主基準「JESRA TI-0004²⁰²⁴ GSDF キャリブレーション機能付き画像診断用ディスプレイに関する技術基準」（別紙）を作成した旨の報告を受け確認したところ、当該基準の内容は適当であると判断いたしました。ついては、「GSDF キャリブレーション機能付き画像診断用ディスプレイ」の製造販売届出を行うに当たっては当該基準を参考とするよう、貴管内関係業者等に対し、周知方よろしくお願いいたします。なお、診断用途を意図しない画像表示ディスプレイについては、引き続き医療機器としての届出等の手続きは必要とはなりません、当該基準を活用することは差し支えありません。

当該一般的名称を新設することにより、新たに医用画像表示ディスプレイを医療機器として位置付けることとなりましたが、画像診断に用いるディスプレイについては必ずしも医療機器である必要はなく、引き続き、学会等が作成した画像診断に必要なディスプレイに関するガイドライン等で示される解像度や輝度、表示階調特性などを踏まえ、各医療機関において適切なディスプレイを選ぶことで差し支えないことを申し添えます。

記

一般的名称：GSDF キャリブレーション機能付き画像診断用ディスプレイ
定義：モノクロ医用画像表示用で、DICOM 規格の GSDF の階調特性に調整するキャリブレーション機能を持つものであって、それにより画像表示の一貫性を確保し、マンモグラフィ、CT や MRI、CR などのデジタル画像を表示して診断に用いられるものをいう。

以上

参考資料(トピックス)

- 中医協総会(第566回)認知症鑑別診断におけるPET検査の取扱い
- 中医協総会(第572回)認知症治療薬及びPET検査の取扱い
- 中医協総会(第581回)PET検査の保険適用に係る対応
- 中医協総会(第567回)緩和放射線治療の取扱い
- 診療報酬改定項目(地域包括医療病棟の新設)
- 診療報酬改定項目(医療DX関連)
- 診療報酬改定項目(ベースアップ・働き方改革関連)
- 診療報酬改定項目(医療安全関連)

中医協での認知症治療薬での 鑑別診断におけるPET検査の 取扱いについて

出典：中医協・総会 第566回(2023年11月22日開催)資料より

PET検査の診療報酬上の評価について

- 核医学検査のうち、PET検査については、PET薬剤の入手経路により以下の2つの場合が存在する。
 - ・ 医療機器である合成装置を用いて医療機関内で製造する場合（院内製造の場合）
 - ・ 市販の放射性医薬品を製薬会社から購入し供給を受ける場合（デリバリーの場合）
- PET検査の診療報酬上の評価については、院内製造の場合を想定した評価としており、デリバリーの場合も同一の評価として、PET用放射性医薬品の薬価算定を行っていない。
- 近年、主にデリバリーの場合を想定したPET検査が登場してきており、院内製造の場合を想定した現行の評価体系が実態に見合っていないとの指摘がある。

【核医学検査の評価体系】

<PET検査(院内製造の場合/デリバリーの場合)>

院内製造や撮影等に係る技術料

<SPECT検査>※院内製造の場合は想定されない

薬剤料

+

撮影等に係る技術料

【PET検査の種類】

PET検査の種類	保険適用	PET薬剤		(参考)薬事承認されている PET用放射線医薬品
		院内製造の場合	デリバリーの場合	
¹⁵ O標識ガス剤	平成14年4月	○	×	—
¹⁸ FDG製剤	平成14年4月	○	× → ○ (平成17年9月承認)	・FDGスキャン注 ・フルデオキシグルコース(¹⁸ F)静注「FRI」
¹⁸ N標識アンモニア剤	平成24年4月	○	×	—
アミロイドPETイメージング製剤	未	○(※) ※限定された施設での 実施が想定されている	○	・ピサミル静注 ・アミヴィッド静注
¹⁸ F-フルシクロピン	未	×	○	・アキュミン静注

高額医薬品(認知症薬)に対する対応について(案)

レケンビ点滴静注200mg及び同500mg(レカネマブ(遺伝子組換え)製剤)の薬価収載にあたっては、本剤が令和4年度薬価制度改革の骨子(令和3年12月22日中医協了解)の「4. 高額医薬品に対する対応」における高額医薬品に該当する品目であることから、薬価算定の手続に先立ち、中医協において薬価算定方法等の検討を行った。

薬価制度は「**国民皆保険の持続可能性**」と「**イノベーションの推進**」を両立させることが重要である。本剤については、新規作用機序を有する認知症分野の革新的な抗体医薬品に対する適切な評価を行うとともに、市場規模が高額となる場合には、医療保険財政に与える影響をできる限り少なくする必要があるため、既存のルールを基本としつつ、薬価制度及び費用対効果評価制度の検討状況も踏まえつつ、本剤の特性から特に対応が必要な事項に限って特例的な対応を行うことが適切である。そのような観点での検討の結果として、以下のとおり取り扱うこととする。

1. 薬価収載時の対応

(1) 算定方法及び薬価算定にあたり用いるデータ

- 本剤については通常どおりの算定方法(類似薬効比較方式又は原価計算方式)により算定し、補正加算は既存のルールにしたがって評価することとする。具体的には、薬価算定組織において判断し、中医協総会における薬価収載の議論の際には、選択した選定方法等の算定にあたっての考え方を説明することとする。
- 製造販売業者から提出された薬価基準収載希望書に示されたデータのうち、介護費用に基づく内容の評価については、費用対効果評価の枠組みにおいて検討する(2.(2)参照)。

(2) 保険適用上の留意事項

- 本剤の投与に際しては、適切な患者選択や投与判断、重篤な副作用発現(特に、**アミロイド関連画像異常(ARIA)**の発現)の際の迅速な安全対策等の確保のため、最適使用推進ガイドラインが定められることから、同ガイドラインに基づき必要な内容を留意事項通知において明示する。

※ 最適使用推進ガイドラインで定める主な事項(概要)

1. 投与開始時

適切な患者選択や投与判断、投与後の重篤な副作用発現の際の迅速な安全対策等の確保に必要な体制を求める。

<患者要件>

・禁忌に該当しないことの確認、認知症のスコア評価、アミロイドβ病理を示唆する所見の確認(アミロイドPET 又は脳脊髄液(CSF)検査) など

<医師・施設の要件>

・**診断やARIAの画像所見の判断等ができる医師**(関連学会の専門医の認定、ARIAに関するMRI 読影の研修受講、アルツハイマー病の病態・診断及び本剤の治療等に関する研修受講など)、**ARIA の鑑別を含むMRI 読影が適切に行える医師**(ARIAに関するMRI読影の研修受講)、必要なスコア評価ができる医療従事者によるチーム体制

・**MRI 検査、PET 検査又はCSF 検査ができる検査体制**(PET検査又はCSF検査は連携施設で可)

2. 投与開始後

・有効性の確認として、6か月に1回、臨床症状の確認を行い、投与継続の可否を判断

・安全性の確認として、本剤投与後2か月以内、3か月以内、6か月以内、以降6か月に1回の頻度でMRI 検査を実施し、ARIA 発現の有無を確認

・投与は原則18か月であり、18か月以上継続する場合は有効性及び安全性の評価を行った上で投与継続を判断

中医協での認知症治療薬 及びPET検査の取扱いについて

出典：中医協・総会 第572回(2023年12月13日開催)資料より

認知症治療薬レカネマブ（商品名レケンビ）の薬価

薬価は年間で
約298万円

中医協・総会において、認知症治療薬レカネマブ（商品名レケンビ）の薬価が示された。レケンビ点滴静注1回当たり200mgで45,777円、500mgで114,443円。体重50kgの患者が1年間で26回使用した場合1患者当たり年間約298万円となる見通し。投与患者数はピーク時の2031年度に約3.2万人となり、年間の販売額が986億円に上ると予測されている。

併せてアミロイドPET撮影にかかる留意事項、保険適応上の留意事項、最適使用推進ガイドラインも審議の上、了承された。

中医協 総-2-1
5.12.13

新医薬品一覧表(令和5年12月20日収載予定)

No.	銘柄名	規格単位	会社名	成分名	承認区分	算定薬価	算定方式	補正加算等	薬効分類	ページ
1	フェトロージャ点滴静注1g	1g1瓶	塩野義製薬株式会社	セフィデロコルトシル酸塩硫酸塩水和物	新有効成分含有医薬品	20,203円	類似薬効比較方式(I)	有用性加算(I)A=35% 新薬創出等加算	注612 主としてグラム陰性菌に作用するもの(適応菌種) セフィデロコルに感性の大腸菌、シトロバクター属、肺炎桿菌、クレブシエラ属、エンテロバクター属、セラチア・マルセスセンス、プロテウス属、モルガネラ・モルガニー、緑膿菌、バークホルデリア属、ステプトトロホモナス・マルトフィリア、アシネトバクター属 ただし、カルバペネム系抗菌薬に耐性を示す菌株に限る。 (適応症) 各種感染症)	2
2	レケンビ点滴静注200mg レケンビ点滴静注500mg	200mg2mL1瓶 500mg5mL1瓶	エーザイ株式会社	レカネマブ(遺伝子組換え)	新有効成分含有医薬品	45,777円 114,443円	原価計算方式	有用性加算(I)A=45% 新薬創出等加算 費用対効果評価(H1) 加算係数 1.0	注119 その他の中枢神経系用薬(アルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制)	4

品目数	成分数
内用薬 0	0
注射薬 3	2
外用薬 0	0
計 3	2

新医薬品の薬価算定について

整理番号	23-12-注-2										
薬効分類	119 その他の中枢神経系用薬（注射薬）										
成分名	レカネマブ（遺伝子組換え）										
新薬収載希望者	エーザイ（株）										
販売名（規格単位）	レケンピ点滴静注200mg（200mg 2mL 1瓶） レケンピ点滴静注500mg（500mg 5mL 1瓶）										
効能・効果	アルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制										
主な用法・用量	通常、レカネマブ（遺伝子組換え）として10mg/kgを、2週間に1回、約1時間かけて点滴静注する。										
算定	算定方式	原価計算方式									
	原価計算	規格	200mg 2mL 1瓶	500mg 5mL 1瓶							
		製品総原価	22,237円	55,592円							
		営業利益	4,426円 <small>（流通経費を除く価格の16.6%）</small>	11,065円 <small>（流通経費を除く価格の19.6%）</small>							
		流通経費	2,038円 <small>（消費税を除く価格の7.1%）</small>	5,094円 <small>（消費税を除く価格の7.1%）</small>							
		消費税	2,870円	7,175円							
	補正加算	有用性加算（Ⅰ）（A=45%） 加算係数 1.0 <table border="0" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <td></td> <td>（加算前）</td> <td>（加算後）</td> </tr> <tr> <td>200mg 2mL 1瓶</td> <td>31,570円</td> <td>→ 45,777円</td> </tr> <tr> <td>500mg 5mL 1瓶</td> <td>78,926円</td> <td>→ 114,443円</td> </tr> </table>			（加算前）	（加算後）	200mg 2mL 1瓶	31,570円	→ 45,777円	500mg 5mL 1瓶	78,926円
	（加算前）	（加算後）									
200mg 2mL 1瓶	31,570円	→ 45,777円									
500mg 5mL 1瓶	78,926円	→ 114,443円									
算定薬価	200mg 2mL 1瓶	45,777円									
	500mg 5mL 1瓶	114,443円									
外国価格		新薬収載希望者による市場規模予測									
なし	予測年度 （ピーク時）	予測本剤投与患者数	予測販売金額 （億円）								
	9年度	3.2万人	986億円								
最初に承認された国（年月）： 米国（2023年7月）											
製造販売承認日	令和5年9月25日	薬価基準収載予定日	令和5年12月20日								

薬価算定組織にお 2024年度診療報酬改定内容

算定方式	原価計算方式	第一回算定組織	令和5年11月28日
原価計算方式を採用する妥当性		新薬	類似薬がない根拠
	成分名	レカネマブ（遺伝子組換え）	本剤と同様の効能・効果、薬理作用及び臨床的位置づけを有する既収載品はないことから新薬算定最類似薬はないと判断した。
	イ、効能・効果	アルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症の進行抑制	
	ロ、薬理作用	脳内アミロイドβ量の減少（アミロイドβプロトフィブリル減少）	
	ハ、組成及び化学構造	454個のアミノ酸残基からなるH鎖（γ1鎖）2本及び219個のアミノ酸残基からなるL鎖（κ鎖）2本で構成される糖タンパク質（分子量：約150,000）	
	ニ、投与形態 剤形 用法	注射 注射剤 2週間に1回	
補正加算	画期性加算（70～120%）	該当しない	
	有用性加算（Ⅰ）（35～60%）	該当する（A=45%） [イ、新規作用機序（異なる作用点）：①-a=2p] [ハ、治療方法の改善（不十分例/著しく有用）：③-a, ③-e=2p]	
		本剤はミクログリアによる食作用を介した可溶性アミロイドβプロトフィブリル除去作用を有する新規作用機序医薬品であること、臨床試験では臨床的に意義のある有効性が示され、既存の治療方法で効果が不十分な患者群においても効果が認められたこと、初めて認知症の進行抑制が認められた薬剤であること等から、有用性加算（Ⅰ）（A=45%）を適用することが適当と判断した。	
	有用性加算（Ⅱ）（5～30%）	該当しない	
	市場性加算（Ⅰ）（10～20%）	該当しない	
	市場性加算（Ⅱ）（5%）	該当しない	
	特定用途加算（5～20%）	該当しない	
	小児加算（5～20%）	該当しない	
	先駆加算（10～20%）	該当しない	
	新薬創出・適応外薬 解消等促進加算	該当する（主な理由：加算適用）	
費用対効果評価への 該当性	該当する（H1）		

<市場規模予測>

○ 患者数予測

- ・ 本剤の対象疾患となる「アルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認知症」の推定有病者は多いものの、本剤の投与に当たっては、最適使用推進ガイドラインに基づき、投与対象患者、使用できる医師・医療機関の要件が定められているため、実際に投与される患者数は限定的になると推計されている。
- ・ 使用可能な医療機関を受診する患者割合、診断やアミロイドβをはじめとする検査の実施割合等により、本剤の投与患者数は、収載当初は限定的であるが、次第に増加し、ピーク時は収載から9年度目の約3.2万人と予測されている。

○ 患者数をもとに推計される市場規模予測（概数）

初年度	400人
2年度	0.7万人
3年度	1.4万人
4年度	2.3万人
5年度	2.6万人
6年度	2.9万人
7年度	3.2万人
8年度	3.2万人
9年度	3.2万人
10年度	3.2万人

(最大) 9年度 (2031年) 3.2万人 986億円

医療機器及び臨床検査の保険適用について

○ 令和5年11月22日の中医協総会において、**アミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断層撮影を行う際に用いられる医療機器「放射性医薬品自動合成装置Synthera+」**並びにアミロイドβ42/40比（髄液）を測定する際に用いられる体外診断用医薬品「ルミパルスβ-アミロイド1-42」及び「ルミパルスβ-アミロイド1-40」について留意事項も含め承認されたところ。

（保険適用時期は、関連する医薬品「レカネマブ」の保険適用日に合わせることとされた。）

○ 今般、「レカネマブ（遺伝子組換え）製剤に係る最適使用推進ガイドライン」（案）を踏まえ、当該留意事項について別添のとおり更に変更する。

別添1 アミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断層撮影に係る留意事項の変更について別添2 アミロイドβ42/40比（髄液）検査に係る留意事項の変更について

1. アミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断層撮影に係る留意事項の変更について

E101-2 ポジトロン断層撮影

(1)(2) 略

(3) ^{18}F FDG製剤又はアミロイドPETイメージング製剤を医療機関内で製造する場合は、 ^{18}F FDG製剤又はアミロイドPETイメージング製剤の製造に係る衛生管理、品質管理等について、関係学会の定める基準を参考として、十分安全な体制を整備した上で実施すること。なお、高安動脈炎等の大型血管炎の診断に用いる ^{18}F FDG製剤については、当該診断のために用いるものとして薬事承認を得ている ^{18}F FDG製剤を使用した場合に限り算定する。

(4) アミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断層撮影については、厚生労働省の定める**レカネマブ（遺伝子組換え）製剤に係る最適使用推進ガイドライン**に沿って、アルツハイマー病による軽度認知障害又は軽度の認知症が疑われる患者等に対し、**レカネマブ（遺伝子組換え）製剤の投与の要否を判断する目的**でアミロイド β 病理を示唆する所見を確認する場合に、本区分「2」の ^{18}F FDGを用いた場合（一連の検査につき）、本区分「注4」の**乳幼児加算**及び区分番号「E101-5」**乳房用ポジトロン断層撮影を合算**した所定点数を準用して患者1人につき1回に限り算定する。**ただし、レカネマブ（遺伝子組換え）製剤の投与中止後に初回投与から18か月を超えて再開する場合は、上記のように合算した点数をさらに1回限り算定できる。なお、本撮影が必要と判断した医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。**

(5)～(7) 略

(8) ターゲットガス（窒素、酸素、二酸化炭素）等の ^{15}O 標識ガス剤の合成及び吸入に係る費用並びに ^{18}F FDG、 ^{13}N 標識アンモニア剤並びにアミロイドPETイメージング製剤の合成及び注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

(9)(10) 略

(11) アミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断層撮影による画像診断、区分番号「E101-3」に規定するアミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影又は区分番号「E101-4」に規定するアミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影のうち、いずれか複数、**レカネマブ（遺伝子組換え）製剤**の投与の要否を判断するに当たり実施した場合には、いずれか主たるもののみを算定する。

(続く)

(続き)

(12) アミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断層撮影は、厚生労働省の定めるレカネマブ（遺伝子組換え）製剤に係る最適使用推進ガイドラインに沿って、次のいずれにも該当する医師が常勤で複数名配置されている場合に限り算定する。

ア 認知症疾患に関する専門の知識並びに10年以上の軽度認知障害の診断及び認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした臨床経験を有する常勤の医師であること。

イ アミロイド関連画像異常の有無を判断した上で、臨床症状の有無と併せてレカネマブ（遺伝子組換え）製剤の投与継続、中断又は中止を判断し、必要な対応が可能な医師であること。

ウ 関連学会等が実施する磁気共鳴コンピューター断層撮影によるアミロイド関連画像異常の読影、アルツハイマー病の病態及び診断並びにレカネマブ（遺伝子組換え）製剤投与対象患者及びレカネマブ（遺伝子組換え）製剤による治療に関する研修を修了していること。

(13) アミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断層撮影は、厚生労働省の定めるレカネマブ（遺伝子組換え）製剤に係る最適使用推進ガイドラインに沿って、次のいずれにも該当する医療機関又は該当する医療機関と連携している施設で行われた場合に限り算定する。

ア 認知症疾患医療センター又は認知症疾患医療センターと連携している施設であること。

イ レカネマブ（遺伝子組換え）製剤を投与する患者について、初回投与時及び初回投与後に、当該患者の背景情報の把握並びに安全性及び有効性を評価するための調査を確実に実施できる施設であること。

(14) アミロイドPETイメージング製剤を用いたポジトロン断層撮影は、(12)及び(13)のいずれにも該当する医療機関と連携している施設で行われた場合であっても算定できる。

※なお、以下の内容も、E101-2 ポジトロン断層撮影に準じた留意事項となっている。

E101-3 ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）

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）

※また、アミロイドβ42/40比（髄液）を使用した場合は上記のポジトロン断層撮影の費用は別に算定できない。

放射性医薬品を用いたPET検査の 保険適用に係る対応について(案)

出典:中医協・総会 第581回(2024年1月26日開催)資料より

放射性医薬品を用いたPET検査の保険適用に係る対応について（案）

1. 現状

（1）放射性医薬品を用いたPET検査の保険適用については、

- ① 学会等から医療技術評価分科会に提案がなされ、医療技術評価分科会での検討を経て診療報酬改定の際に保険適用される場合
- ② 放射性医薬品の院内合成装置等、放射性医薬品を用いたPET検査に必要な医療機器の製造販売業者から当該医療機器について保険適用希望書が提出されることにより保険医療材料等専門組織での検討を経て期中に保険適用される場合が考えられる。

※ 令和5年度においては、レカネマブの適応を判断する際に実施するアミロイドイメージング製剤を用いたPET検査について、放射性医薬品の院内合成装置の保険適用とともに審議を行い、令和5年12月20日に保険適用されている。

（2）また、令和5年11月22日の中医協総会において、放射性医薬品を用いたPET検査の評価の在り方について、これまで院内合成装置により合成した放射性医薬品を用いて行うPET検査が主であったところ、薬事承認された放射性医薬品を医療機関が購入して用いる場合が主に想定されるPET検査に対する評価については、撮影等に対する評価と薬剤料を区分する見直しを行うこととされた。

（3）一方で、治療薬の適応を判断する上で必要となるPET検査について、使用する放射性医薬品の院内合成装置が薬事承認されている場合は（1）②の枠組みにより保険適用が可能であるものの、使用する放射性医薬品について、院内製造ではなく医療機関が購入する場合のみが想定される場合は、保険適用される時期が診療報酬改定の際に限られることとなる。

2. 今後の対応（案）

○ 今後、アミロイドイメージング製剤を用いたPET検査と同様に、治療薬を用いる際に当該治療薬の適応を判断する上で必要となるPET検査の保険適用が必要となる場合も考えられることから、こうしたPET検査について、以下の対応を行うこととする。

・ 治療薬の適応を判断する上で必要となるPET用放射性医薬品の製造販売業者は、当該PET検査の保険適用について、保険医療材料等専門組織に保険適用希望書を提出できることとする。

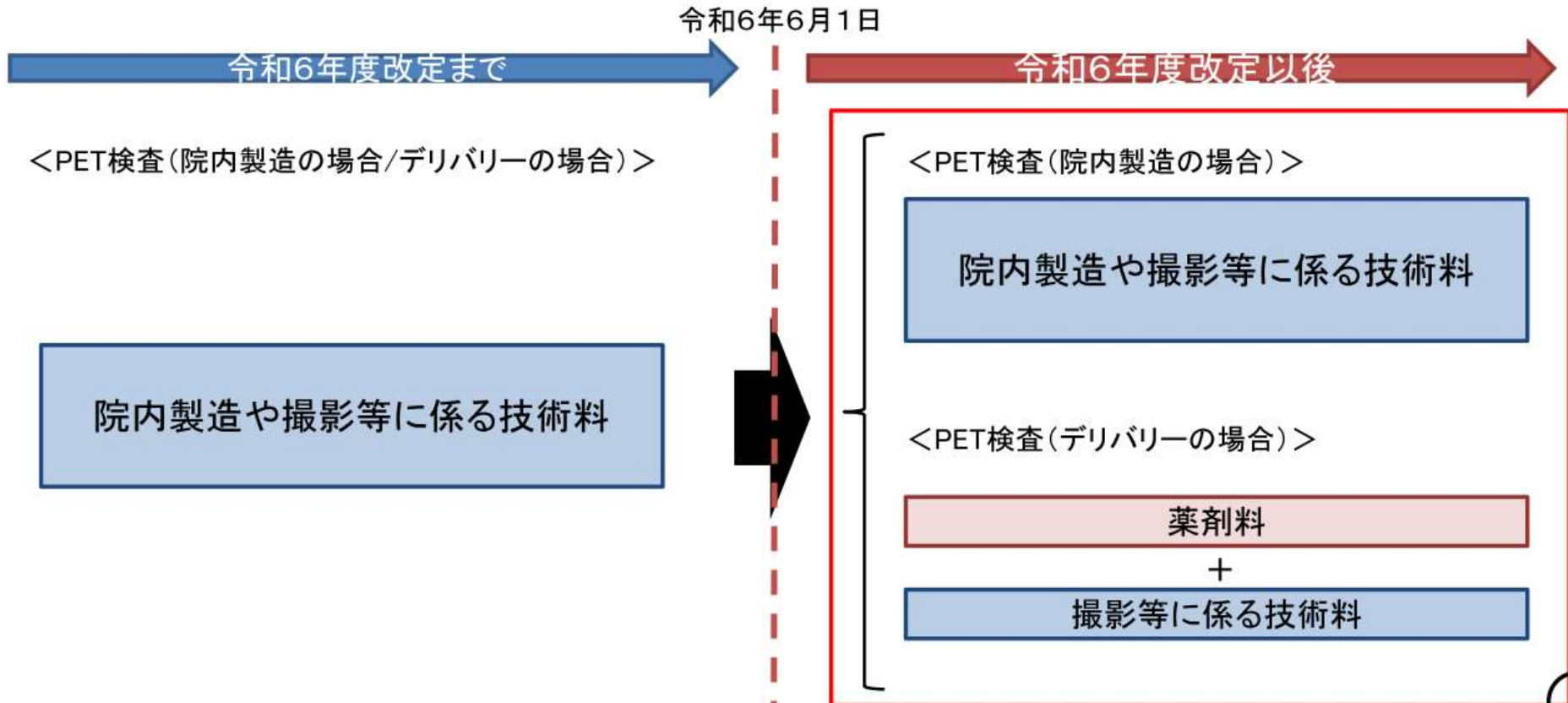
・ 保険医療材料等専門組織において、当該PET検査の保険適用が妥当と判断された場合には、当該製造販売業者は、当該医薬品の薬価収載について薬価算定組織に申請を行うこととする。

・ 保険医療材料等専門組織及び薬価算定組織は、検討の結果について中医協総会に報告し、中医協総会は、準用技術料及び薬価を含め保険適用について審議を行う。

PET検査の診療報酬上の評価の見直しについて(案)

- 実態に見合った評価を行う観点から、アミロイドPETイメージング製剤等、主にデリバリーの場合により実施されるPET検査について、院内製造の場合とデリバリーの場合とで評価を区別することとしてはどうか。
- 具体的には、令和6年度診療報酬改定において、以下の対応を行うこととしてはどうか。
 - ・ デリバリーの場合における、PET検査の撮影等に係る技術料を新設する。
 - ・ PET用放射性医薬品について薬価算定を行う。

【PET検査の評価体系の見直しのイメージ】



中医協での緩和放射線治療 の取扱いについて

出典：中医協・総会 第567回(2023年11月24日開催)資料より

Ⅱ 地域がん診療連携拠点病院の指定要件について

Ⅱ 地域がん診療連携拠点病院の指定要件について

2 診療体制

(1) 診療機能

③ 緩和ケアの提供体制

キ 患者や家族に対し、必要に応じて、アドバンス・ケア・プランニング（注8）を含めた意思決定支援を提供できる体制を整備していること。

ク アからキにより、緩和ケアの提供がなされる旨を、院内の見やすい場所での掲示や入院時の資料配布、ホームページ上の公開等により、がん患者及び家族に対しわかりやすく情報提供を行うこと。

ケ かかりつけ医等の協力・連携を得て、主治医及び看護師が緩和ケアチームと共に、退院後の居宅における緩和ケアに関する療養上必要な説明及び指導を行うこと。

コ 疼痛緩和のための専門的な治療の提供体制等について、以下の通り確保すること。

i 難治性疼痛に対する神経ブロック等について、自施設における麻酔科医等との連携等の対応方針を定めていること。また、自施設で実施が困難なために、外部の医療機関と連携して実施する場合には、その詳細な連携体制を確認しておくこと。さらに、ホームページ等で、神経ブロック等の自施設における実施状況や連携医療機関名等、その実施体制について分かりやすく公表していること。

ii 緩和的放射線治療を患者に提供できる体制を整備すること。また自施設の診療従事者に対し、緩和的放射線治療の院内での連携体制について周知していることに加え、連携する医療機関に対し、患者の受入れ等について周知していること。さらに、ホームページ等で、自施設におけるこれらの実施体制等について分かりやすく公表していること。

サ 全てのがん患者に対して苦痛の把握と適切な対応がなされるよう緩和ケアに係る診療や相談支援、患者からのPRO（患者報告アウトカム）（注9）、医療用麻薬の処方量など、院内の緩和ケアに係る情報を把握し、検討・改善する場を設置していること。それを踏まえて自施設において組織的な改善策を講じる等、緩和ケアの提供体制の改善に努めること。

（注8）アドバンス・ケア・プランニング：人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセスのこと。

（注9）PRO（患者報告アウトカム）：Patient Reported Outcome の略。自覚症状やQOLに関する対応の評価のために行う患者の主観的な報告をまとめた評価のこと。医療従事者等による解釈が追加されない形での実施が望ましいとされる。治験等の領域において客観的な指標では計測できないが重要な自覚症状等について、各治療法の効果等を適切に評価するために発展してきた概念。

がん疼痛に対するアプローチ

- がん疼痛へは、薬物療法だけでなく、放射線治療や神経ブロック、画像下治療などのアプローチが可能である。

神経ブロック

- 腹腔神経叢・内臓神経叢ブロック
- 下腸間膜神経叢ブロック
- 上下腹神経叢ブロック
- クモ膜下鎮痛法
- 硬膜外鎮痛法

等

画像下治療 (IVR)

- 動脈塞栓術
- セメント注入術

等

放射線治療

- 骨転移・原発巣等に対する外照射
- アイソトープ治療

等

薬物治療

オピオイド

- モルヒネ
- オキシコドン
- フェンタニル
- ヒドロモルフォン
- コデイン

等

非オピオイド

- NSAIDs
- アセトアミノフェン
- 鎮痛補助薬
 - 抗うつ薬
 - 抗けいれん薬

等



がん疼痛

参考：日本緩和医療学会 がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン (2014年版)
日本緩和医療学会 がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン (2020年版)

緩和的放射線治療、神経ブロックの有効性

- 緩和的放射線治療や神経ブロックは、がん疼痛に対して有効な場合がある。

■ 緩和的放射線治療

①がん特有の痛みを緩和、②がんが引き起こす様々な症状を軽減し、患者のQOLを維持・改善する。

適応

- ・骨転移（有痛性骨転移、脊髄圧迫、病的骨折の予防）
- ・骨転移以外の疼痛を有する再発・転移病巣
- ・脳転移・腫瘍出血・腫瘍による気道・血管狭窄の狭窄や、食物通過障害など

治療

- ・線量分割：8Gy/単回照射、20Gy/5回照射、30Gy/10回照射→いずれの方法でも疼痛緩和効果は同等
- ・転移性脊髄圧迫の場合、麻痺症状出現後48時間以内や、できれば歩けなくなる前の照射開始が望ましい

効果

有痛性骨転移に対する緩和的放射線治療成績
 ・疼痛緩和効果は60～90%程度、QOLの改善 ・緩和的放射線治療4～8週後ほどで、疼痛緩和が最大となる
 転移性脊髄圧迫に対する成績（歩行）：照射前歩行可→80%、照射前不全麻痺→40%、照射前完全麻痺→7%

出典：日本放射線腫瘍学会HP

■ 神経ブロック

○神経を一時的・恒久的に麻痺させることで、痛みの緩和、オピオイド等の使用減少で副作用を軽減

適応

肝臓、胆嚢、膵臓等の上腹部内臓悪性腫瘍による上腹部痛または背部痛
 ほか、悪性腫瘍に伴う疼痛で神経ブロックが実施可能なもの

治療

代表的なものとして、膵がんに対する腹腔神経叢（内臓神経）ブロック
 ほか、下腸間膜動脈神経叢ブロック、上下腹神経叢ブロック、脊髄くも膜下フェノールブロック、
 持続くも膜下ブロックなど

効果

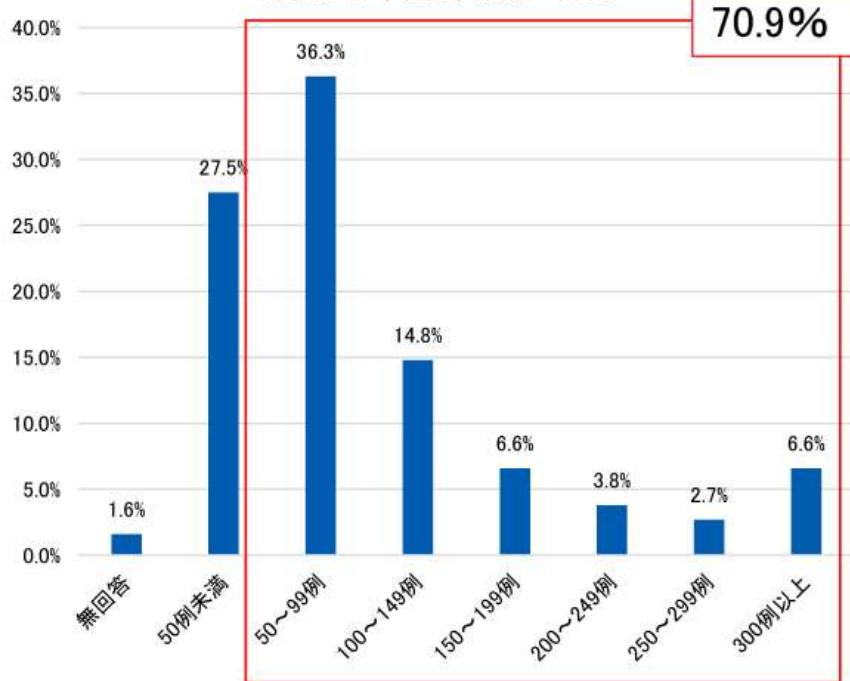
痛みを緩和し、オピオイドの使用量を減少させることができる
 QOL、ADLの改善

出典：日本ペインクリニック学会
 ・インターベンショナル痛み治療ガイドライン
 ・がん性痛に対するインターベンショナル治療ガイドライン
 ・ペインクリニック治療指針改定第6版

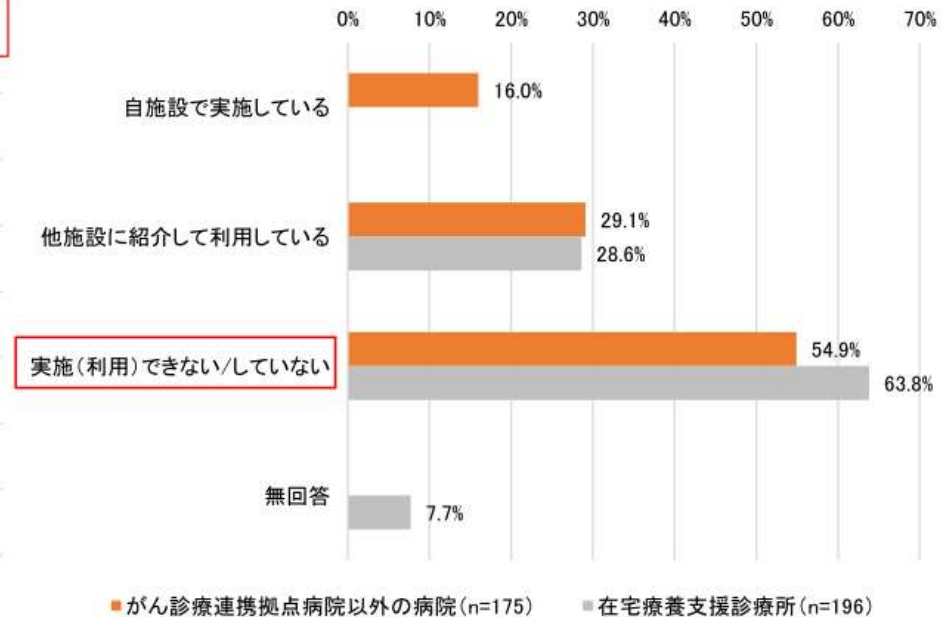
緩和的放射線治療の実施状況

- がん診療連携拠点病院において、緩和的放射線治療が年間50件以上実施された施設が70.9%存在する。
- がん診療連携拠点病院以外の病院や在宅療養支援診療所においては、緩和的放射線治療を「実施や利用ができない/していない」と回答した施設が多い。

がん診療連携拠点病院における緩和的放射線治療の年間件数(n=182)



鎮痛を目的とした放射線治療の実施状況



地域包括医療病棟の新設

地域包括医療病棟① 病棟のイメージ

背景

- 高齢者の人口増加に伴い、**高齢者の救急搬送者数が増加**し、中でも**軽症・中等症が増加**している。
- 急性期病棟に入院した高齢者の一部は、**急性期の治療を受けている間に離床が進まず、ADLが低下し、急性期から回復期に転院**することになり、**在宅復帰が遅くなるケース**があることが報告されている。
- 高齢者の入院患者においては、医療資源投入量の少ない傾向にある誤嚥性肺炎や尿路感染といった疾患が多い。
(高度急性期を担う病院とは医療資源投入量が**ミスマッチとなる可能性**)
- 誤嚥性肺炎患者に対し**早期にリハビリテーション**を実施することは、**死亡率の低下とADLの改善**につながることを示されている
- 入院時、高齢患者の一定割合が**低栄養リスク状態又は低栄養**である。また、**高齢入院患者の栄養状態不良と生命予後不良は関連**がみられる。

地域包括医療病棟における医療サービスのイメージ



救急患者を受け入れる体制を整備



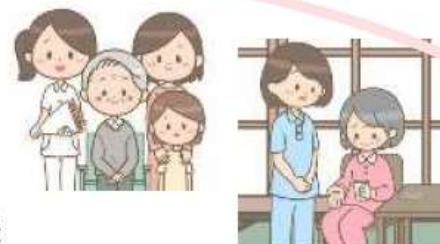
一定の医療資源を投入し、急性期を速やかに離脱



早期の退院に向け、リハビリ、栄養管理等を提供



退院に向けた支援
適切な意思決定支援



早期の在宅復帰

10対1の看護配置に加えて、療法士、管理栄養士、看護補助者(介護福祉士含む)による高齢者医療に必要な多職種配置

包括的に提供

地域包括医療病棟② 施設基準等

地域包括医療病棟入院料の算定要件及び施設基準

- ▶ **地域において、救急患者等を受け入れる体制を整え、リハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に担う病棟の評価を新設**する。

(新) 地域包括医療病棟入院料 (1日につき) 3,050点

[算定要件]

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病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、所定点数を算定する。ただし、90日を超えて入院するものについては、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の地域一般入院料3の例により、算定する。

[施設基準] (抜粋)

- (1) **看護職員が10:1以上配置**されていること。
- (2) 当該病棟に**常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が2名以上、専任の常勤の管理栄養士が1名以上配置**されていること。
- (3) 入院**早期からのリハビリテーションを行うにつき必要な構造設備**を有していること。(病室6.4㎡/1人以上、廊下幅1.8m以上が望ましい 等)
- (4) 当該病棟に入院中の患者に対して、**ADL等の維持、向上及び栄養管理等に資する必要な体制**が整備されていること。
(**ADLが入院時と比較して低下した患者の割合が5%未満であること** 等)
- (5) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を用いて評価し、**延べ患者数のうち「A3点以上、A2点以上かつB3点以上、又はC1点以上」に該当する割合が16%以上(必要度Ⅰの場合)又は15%以上(必要度Ⅱの場合)**であるととともに、**入棟患者のうち入院初日に「B3点以上」に該当する割合が50%以上**であること。
- (6) 当該病棟の入院患者の**平均在院日数が21日以内**であること。
- (7) 当該病棟において、退院患者に占める、**在宅等に退院するものの割合が8割以上**であること。
- (8) 当該病棟において、入院患者に占める、**当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が5%未満**であること。
- (9) 当該病棟において、入院患者に占める、**救急用の自動車等により緊急に搬送された患者又は他の保険医療機関で救急患者連携搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者の割合が1割5分以上**であること。
- (10) 地域で急性疾患等の患者に包括的な**入院医療及び救急医療を行うにつき必要な体制**を整備していること。
(2次救急医療機関又は救急告示病院であること、常時、必要な検査、CT撮影、MRI撮影を行う体制にあること 等)
- (11) **データ提出加算及び入退院支援加算1に係る届出**を行っている保険医療機関であること。
- (12) **特定機能病院以外**の病院であること。(13) **急性期充実体制加算**及び**専門病院入院基本料の届出を行っていない**保険医療機関であること。
- (14) **脳血管疾患等リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料に係る届出**を行っている保険医療機関であること。



包括的に提供

地域包括医療病棟③ 注加算

地域包括医療病棟入院料の注加算

(新) 初期加算 (1日につき) 150点

[算定要件]

入院した日から起算して14日を限度として算定する。

(新) 看護補助体制加算 (1日につき)

25対1看護補助体制加算 (看護補助者5割以上)	240点
25対1看護補助体制加算 (看護補助者5割未満)	220点
50対1看護補助体制加算	200点
75対1看護補助体制加算	160点

[算定要件]

入院した日から起算して14日を限度として算定する。

(新) 夜間看護体制加算 (1日につき) 71点

[算定要件]

施設基準に適合しているものとして届け出た病棟に入院している患者 (看護補助加算を算定する患者に限る。) について算定する。

[施設基準]

夜勤時間帯に看護補助者を配置していること。
夜間における看護業務の負担の軽減に資する十分な業務管理等の体制が整備されていること。

(新) 看護職員夜間12対1配置加算 (1日につき)

看護職員夜間12対1配置加算1 110点 / 看護職員夜間12対1配置加算2 90点

[算定要件]

入院した日から起算して14日を限度として算定する。

(新) リハビリテーション・栄養・口腔連携加算 (1日につき) 80点

[算定要件・施設基準]

リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算と同等の施設基準を満たした保険医療機関において、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理に係る計画を作成した日から14日を限度として算定する。

(新) 夜間看護補助体制加算 (1日につき)

夜間30対1看護補助体制加算	125点
夜間50対1看護補助体制加算	120点
夜間100対1看護補助体制加算	105点

[算定要件]

施設基準に適合しているものとして届け出た病棟に入院している患者 (看護補助加算を算定する患者に限る。) について算定する。

(新) 看護補助体制充実加算 (1日につき)

看護補助体制充実加算1	25点
看護補助体制充実加算2	15点
看護補助体制充実加算3	5点

[算定要件]

施設基準に適合しているものとして届け出た病棟に入院している患者 (看護補助加算を算定する患者に限る。) について算定する。

(新) 看護職員夜間16対1配置加算 (1日につき)

看護職員夜間16対1配置加算1 70点 / 看護職員夜間16対1配置加算2 45点

地域包括医療病棟④ 包括範囲

以下の診療の費用は地域包括医療病棟入院料に含まれる。(包括範囲)

地域包括医療病棟入院料に含まれる費用(概要)

○ 入院基本料

○ 入院基本料等加算

臨床研修病院入院診療加算、救急医療管理加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、栄養サポートチーム加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算(1に限る。)、データ提出加算、入退院支援加算(1のイに限る。)、医療的ケア児(者)入院前支援加算、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算、地域医療体制確保加算及び協力対象施設入所者入院加算を除く。

○ 医学管理のうち、手術前医学管理料、手術後医学管理料

○ 検査

心臓カテーテル検査、内視鏡検査、血液採取以外の診断穿刺・検体採取料
並びにこれらに伴う薬剤及び特定保険医療材料を除く。

○ 画像診断

画像診断管理加算1～4、造影剤注入手技(主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合)
並びに造影剤注入手技(主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合)に伴う薬剤及び特定保険医療材料を除く。

○ 投薬、注射

抗悪性腫瘍薬等の除外薬剤・注射薬、無菌製剤処理料を除く。

○ リハビリテーション及び精神療法で使用される薬剤。(※1)

○ 処置

人口腎臓等、局所陰圧閉鎖処置等の1,000点以上の処置
並びにこれらに伴う薬剤及び特定保険医療材料を除く。

○ 病理標本作製料

術中迅速病理組織標本作成を除く。

※1 リハビリテーション及び精神療法は地域包括医療病棟入院料に含まれない。(包括範囲外)

※ 他、手術、麻酔等の費用は地域包括医療病棟入院料に含まれない。(包括範囲外)

地域包括医療病棟の新設による今後の医療提供体制のイメージ

現行

令和6年度診療報酬改定後

急性期医療

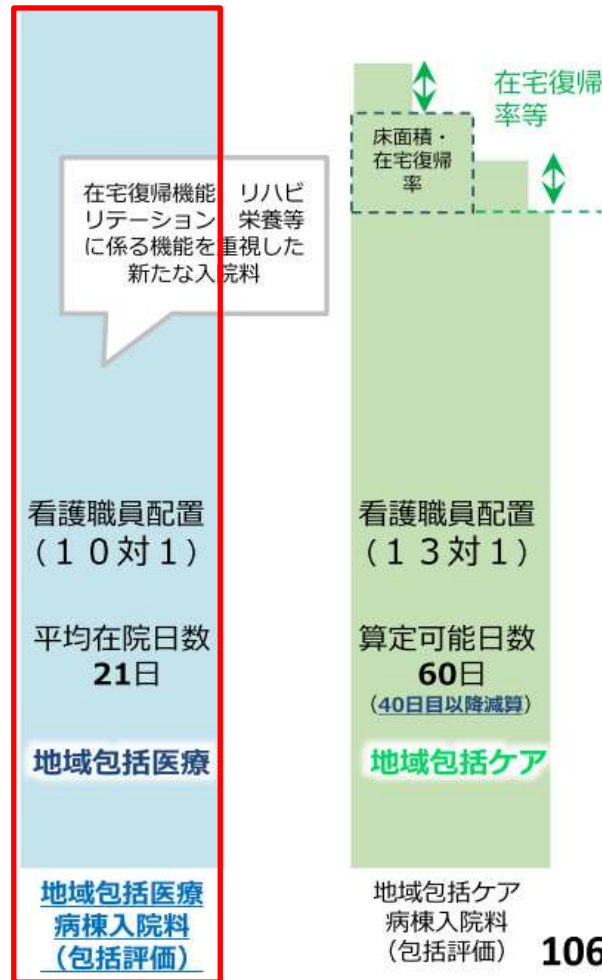
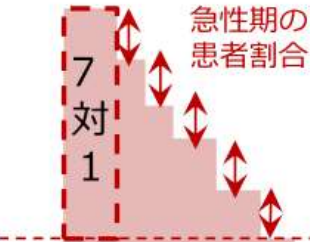
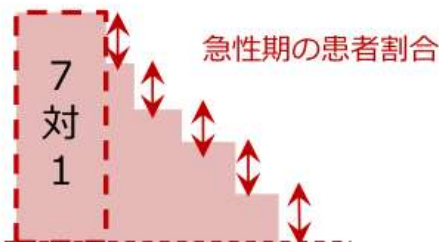
回復期医療

急性期医療

回復期医療

平均在院日数
18日

平均在院日数
16日



急性期一般病棟入院料

地域包括ケア病棟入院料 (包括評価)

急性期一般病棟入院料

地域包括医療病棟入院料 (包括評価)

地域包括ケア病棟入院料 (包括評価)

想定される地域包括医療病棟への移行のイメージ

- 地域における、高齢化、救急医療提供体制、リハビリテーション等の提供体制等を踏まえて、急性期入院基本料1（7対1）、急性期入院基本料2-6を算定する急性期病棟、あるいは一定の救急医療の実績のある地域包括ケア病棟等から転換することが想定されている。

①急性期入院基本料1からの一部転換



救急医療の実績が十分であり、既に後期高齢者の緊急入院が多く、急性期医療の中における機能分化が必要であるケースにおいては、一部の病棟を地域包括病棟に転換することなどが考えられる。

②急性期入院基本料2-6からの転換



急性期医療が充実している医療機関であり、リハビリ職、栄養関係職種の確保とADLに関連する実績評価が十分である場合は、急性期の全病棟や一部の病棟を転換することが考えられる。

③地域包括ケア病棟からの転換



既に在宅復帰機能が十分である地ケアの中で、救急搬送の受入が可能である病棟においては、転換が可能。

地域包括医療病棟における評価の観点

- 地域包括医療病棟においては、急性期医療機能の他に、後期高齢者を中心に早期からリハビリテーション、栄養等の管理を行うためのサービス提供が求められており、ストラクチャー、プロセス、アウトカムの観点から病棟の機能を規定している。

※以下の整理は、考え方の一例である。それぞれの指標の活用の仕方は複数考えられるところ。

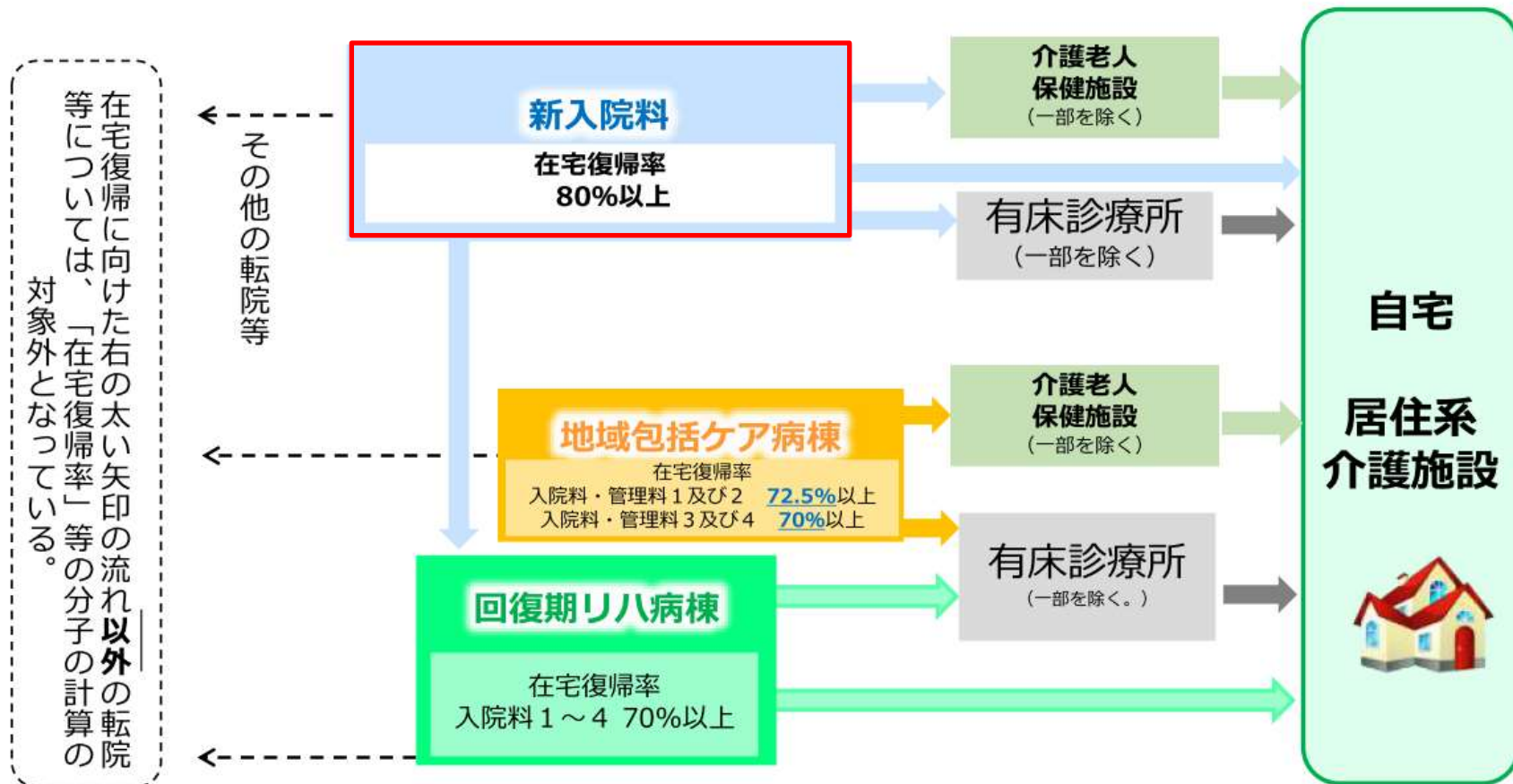
	ストラクチャー	プロセス	アウトカム・その他の実績要件
急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 10 : 1 看護配置 ➤ DPCの包括範囲外の処置、検査等を算定可能 ➤ 夜間における画像検査等の体制確保 ➤ 看護職員夜間配置加算 		<ul style="list-style-type: none"> ➤ 救急搬送直接入棟患者割合：1割5分以上 ➤ 平均在院日数：21日以内 ➤ 重症度、医療・看護必要度：急性期病棟入院料4相当 ➤ 入棟初日のB項目3点以上の患者：50%以上
リハビリ等	<ul style="list-style-type: none"> ➤ PT/OT/ST 2名配置 ➤ 管理栄養士の専任配置 ➤ リハ・栄養・口腔に係る研修を修了した医師配置 ➤ 看護補助体制加算 ➤ 看護補助体制充実加算 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 原則48時間以内にADL、栄養状態、口腔状態の評価 ➤ 定期的なカンファレンスの開催 ➤ 休日リハの提供体制 ➤ 休日リハ提供量：平日の8割以上 ➤ 早期リハ実施割合：8割以上 ➤ 管理栄養士による <ul style="list-style-type: none"> ・ GLIM基準を用いた栄養状態評価 ・ 週5回以上の食事観察 ➤ 歯科医療機関との連携 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 退院・転棟時にADLが低下する患者：5%以内 ➤ 退院・転棟時にADLが低下する患者：3%以内
在宅復帰機能	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 入退院支援加算1 	(入退院支援加算1)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 在宅復帰率：8割

※ 青字は注加算における要件等

地域包括医療病棟における在宅復帰率

○ 地域包括医療病棟における「在宅復帰」機能においては、当該病棟が「治し、支える」機能を持ち「早期に生活の場に復帰させる」ことが想定されることや運動器疾患や脳血管障害等の急性疾患への対応も実践することを想定し、以下のように定義とした。

各病棟ごとの在宅復帰率の算出にあたって、**在宅復帰に含まれる退院・転院を、太い矢印 (➡) で示す**



急性期病棟、地域包括医療病棟及び地域包括ケア病棟の機能の比較（イメージ）

	急性期一般病棟入院料 1	地域包括医療病棟	地域包括ケア病棟入院料 1
病棟の趣旨	急性期医療を行う	高齢者急性期を主な対象患者として、治す医療とともに同時に支える医療（リハビリ等）を提供することで、より早期の在宅復帰を可能とする。	① 急性期治療を経過した患者の受け入れ。 ② 在宅で療養を行っている患者等の受け入れ ③ 在宅復帰支援
看護配置	7対1以上	10対1以上	13対1以上
重症度、医療・看護必要度の基準	<ul style="list-style-type: none"> 「A 3点以上又はC 1点以上」に該当する患者割合が20%以上 「A 2点以上又はC 1点以上」に該当する患者割合が27%以上 	<ul style="list-style-type: none"> 「A 2点以上かつB 3点以上」、「A 3点以上」、「C 1点以上」のいずれかに該当する患者割合が16%以上（必要度Ⅰ）又は15%以上（必要度Ⅱ） 入棟初日にB 3点以上の患者割合が50%以上 	<ul style="list-style-type: none"> 「A 1点以上又はC 1点以上」に該当する患者割合が10%以上（必要度Ⅰ）又は8%以上（必要度Ⅱ）
在院日数	平均在院日数 16日以内	平均在院日数 21日以内	60日まで算定可能
救急医療体制	- (救急医療管理加算等で評価)	24時間救急搬送を受け入れられる体制を構築していること 画像検査、血液学的検査等の24時間体制救急医療管理加算等による評価	二次救急医療機関又は救急告示病院 ※ 200床未満の病院の場合は救急医療の体制 ※ 一般病床の場合
救急実績	(地域医療体制確保加算等で実績に応じた評価)	緊急入院割合:緊急入院直接入棟 1割5分以上	自宅等からの緊急患者の受け入れ 3月で9人以上
リハビリ	-	PT、OT又はST 2名以上の配置、ADLに係る実績要件	PT、OT又はST 1名以上の配置
在宅復帰率	80%以上 (分子に地ケア、回り八病棟等への退院を含む)	80%以上 (分子に回り八病棟等への退院を含む)	72.5%以上 (分子に回り八病棟等への退院を含まない)

疑義解釈資料の送付について（その1）

問104「A304」地域包括医療病棟入院料について、「入院患者のADL等の維持、向上等に係るカンファレンスが定期的開催されており、医師、看護師、当該病棟に専従の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士（以下この項において「専従の理学療法士等」という。）、当該病棟に専任の管理栄養士及び必要に応じてその他の職種が参加していること。当該病棟におけるカンファレンスの内容を記録していること。」とあるが、**地域包括医療病棟入院料を算定する全ての患者についてカンファレンスを行い、診療録にカンファレンスの内容を記録する必要があるか。**

（答）当該病棟において、**ADL等の維持、向上等に係るカンファレンスが定期的開催されていればよく、全ての患者について個別にカンファレンスを実施し、診療録に記録されている必要はない。**

疑義解釈資料の送付について（その1）

問105 地域包括医療病棟入院料の施設基準において、「入院早期からのリハビリテーションを行うにつき必要な構造設備を有していること。」とあるが、**当該病棟内にリハビリテーションを行う専用の設備は必要か。**

(答)**不要**。

疑義解釈資料の送付について（その1）

問106 地域包括医療病棟入院料について、「常時、必要な検査、CT撮影、MRI撮影を含む救急患者への対応を実施出来る体制を有していること。」とあるが、MRI撮影等は、オンコールを行っている職員により対応する体制でもよいか。

（答）救急患者への対応を実施出来る体制であれば、オンコールを行っている職員により対応する体制でも差し支えない。

疑義解釈資料の送付について（その1）

問107 地域包括医療病棟入院料の施設基準において、「直近1年間に、当該病棟を退院又は転棟した患者（死亡退院及び終末期のがん患者を除く。）のうち、退院又は転棟時におけるADL（**基本的日常生活活動度**（Barthel Index）（以下「**BI**」という。）の合計点数をいう。）が**入院時と比較して低下した患者の割合が5%未満**であること。」とされているが、**入退棟時のBIの測定をする者**についてどのように考えればよいか。

（答）**BIの測定に関わる職員を対象としたBIの測定に関する研修会を修了した職員が評価することが望ましい。**

疑義解釈資料の送付について（その3）

【地域包括医療病棟】

問13「A304」地域包括医療病棟の施設基準において、「**常時、必要な検査、CT撮影、MRI撮影を含む救急患者への対応を実施出来る体制を有していること**」とあるが、**MRI撮影等の体制について、他の保険医療機関と連携し、必要な救急患者等に対して速やかにMRI撮影等を行うことができる体制でも差し支えないか。**

（答）差し支えない。

医療DX関連

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及び評価を見直す。

第2 具体的な内容

1. 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、専任の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求める医療機関の対象範囲について、現行の許可病床数が400床以上の保険医療機関から許可病床数が200床以上の保険医療機関に拡大する。

改

2. 医療情報システムのオフラインバックアップ体制の確保、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に基づく業務継続計画（BCP）の策定及び訓練の実施についても新たに評価を行う。

改定前		改定後	
【診療録管理体制加算】		【診療録管理体制加算】	
1 診療録管理体制加算1	100点	1 診療録管理体制加算1	140点
2 診療録管理体制加算2	30点	2 診療録管理体制加算2	100点
		3 診療録管理体制加算3	30点

新

改

診療録管理体制加算の見直し

[施設基準]

七 診療録管理体制加算の施設基準

(1) 診療録管理体制加算 1

イ～ホ (略)

へ 非常時における対応につき十分な体制が整備されていること。



(2) 診療録管理体制加算 2

(1)のイからホを満たすものであること。

(3) 診療録管理体制加算 3

イ (1)のイ、ロ及びニを満たすものであること。

ロ 診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

ハ 入院患者について疾病統計及び退院時要約が作成されていること。



診療録管理体制加算 1 に関する施設基準

(7) 以下に掲げる項目を全て含む電子的な一覧表を有し、保管・管理された診療記録が、任意の条件及びコードに基づいて速やかに検索・抽出できること。なお、当該データベースについては、各退院患者の退院時要約が作成された後、速やかに更新されていること。また、当該一覧表及び診療記録に係る患者の個人情報の取扱いについては、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」（以下「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」という。）に基づく管理が実施されていること。

ア 退院患者の氏名、生年月日、年齢、性別、住所（郵便番号を含む。）

イ 入院日、退院日

ウ 担当医、担当診療科

エ ICD（国際疾病分類）コードによって分類された疾患名

オ 手術コード（医科点数表の区分番号）によって分類された当該入院中に実施された手術

(8)～(9) (略)

診療録管理体制加算の見直し

[施設基準]

1 診療録管理体制加算1（続き）

(10) 許可病床数が200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。ただし、令和6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200床以上399床未満のものに限る。）については、令和7年5月31日までの間、当該基準を満たしているものとみなす。

(11) 非常時に備えた医療情報システムのバックアップを複数の方式で確保し、その一部はネットワークから切り離れたオフラインで保管していること。

(12) 「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、非常時を想定した医療情報システムの利用が困難な場合の対応や復旧に至るまでの対応についての業務継続計画を策定し、少なくとも年1回程度、定期的に当該業務継続計画に基づく訓練・演習を実施すること。また、その結果を踏まえ、必要に応じて改善に向けた対応を行っていること。

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(10)までを満たしていること。

3 診療録管理体制加算3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) 1名以上の専任の診療記録管理者が配置されていること。

(3) 入院患者についての疾病統計には、ICD大分類程度以上の疾病分類がされていること。

(4) 保管・管理された診療記録が疾病別に検索・抽出できること。

(5) 全診療科において退院時要約が全患者について作成されていること。

新

【特定集中治療室管理料】

[算定要件]

注1～6(略)

7 特定集中治療室管理料5又は特定集中治療室管理料6を算定する保険医療機関であって別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たすものにおいて、特定集中治療室管理に係る専門的な医療機関として別に厚生労働大臣が定める保険医療機関と情報通信機器を用いて連携して特定集中治療室管理がおこなわれた場合に、

特定集中治療室遠隔支援加算として、980点を所定点数に加算する。

新

[施設基準]

三 特定集中治療室管理料の施設基準等

(9) 特定集中治療室管理料の注7に規定する厚生労働大臣が定める施設基準

他の保険医療機関((10) の基準を満たす保険医療機関に限る。)と情報通信機器を用いて連携して特定集中治療室管理を実施するための必要な体制が整備されていること。

(10) 特定集中治療室管理料の注7に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関

次のいずれにも該当する保険医療機関であること。

イ 特定集中治療室管理料1又は特定集中治療室管理料2に係る届出を行っている保険医療機関であること。

ロ 特定集中治療室管理について情報通信機器を用いて支援を行うにつき十分な体制を有していること。

12 **特定集中治療室管理料の「注7」に掲げる特定集中治療室遠隔支援加算の施設基準**

被支援側医療機関における施設基準を満たした上で、支援側医療機関の施設基準を満たす医療機関から入院患者についての常時モニタリングを受けるとともに助言を受けられる体制があること。

(1) 被支援側医療機関における施設基準

ア 特定集中治療室管理料5又は特定集中治療室管理料6の届出を行っていること。

イ 支援側医療機関から定期的に重症患者の治療に関する研修を受けていること。

ウ **情報セキュリティに必要な体制を整備した上で、支援側による電子カルテの確認及びモニタリングに必要な機器等を有している等関係学会の定める指針に従って支援を受ける体制を有していること。**

(以下略)

改

ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減の取組の推進

第1 基本的な考え方

ICTの活用等による看護職員の更なる業務負担軽減の観点から、「夜間看護体制加算」等の夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等の項目を見直す。

第2 具体的な内容

ICTの活用等による看護職員の更なる業務負担軽減の観点から、「夜間看護体制加算」等の夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等のうち、「ICT、AI、IoT等の活用による業務負担軽減」に取り組むことが望ましいこととする。

【夜間看護体制加算】

[施設基準]

17 障害者施設等入院基本料の注10 に規定する夜間看護体制加算について

(1) 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、ア又はウを含む4項目以上を満たしていること。ただし、当該加算を算定する病棟が2交代制勤務又は変則2交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、ア及びウからコまでのうち、ア又はウを含む4項目以上を満たしていること。**また、当該4項目以上にコが含まれることが望ましいこと。**なお、各項目の留意点については、別添3の第4の3の9の(3)と同様であること。

ア～ケ(略)

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

※ 夜間看護体制加算(急性期看護補助体制加算)、看護職員夜間12対1配置加算1、看護職員16対1配置加算1、夜間看護体制加算(看護補助加算)、看護職員夜間配置加算(精神科救急急性期医療入院料)、看護職員夜間配置加算(精神科救急・合併症入院料)、時間外受入体制強化加算(小児入院医療管理料)も同様。

改

地域医療体制確保加算の見直し

第1 基本的な考え方

より実効性を持った医師の働き方改革を推進する観点から、地域医療体制確保加算の要件を見直す。

第2 具体的な内容

地域医療体制確保加算の施設基準に、医師の時間外・休日労働時間に係る基準を追加する。

【地域医療体制確保加算】

〔施設基準〕

1 地域医療体制確保加算に関する施設基準

(4) 医師の労働時間について、原則として、タイムカード、ICカード、パソコンの使用時間の記録等の客観的な記録を基礎として確認し、適正に記録すること。また、当該保険医療機関に勤務する医療法施行規則第63条に定める特定地域医療提供医師及び連携型特定地域医療提供医師(以下、この項において、「対象医師」という。)の1年間の時間外・休日労働時間が、原則として、次のとおりであること。ただし、1年間の時間外・休日労働時間が次のとおりでない対象医師がいる場合において、その理由、改善のための計画を当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示する等の方法で公開した場合は、その限りでないこと。

ア 令和6年度においては、785時間以下

イ 令和7年度においては、710時間以下

(5) (略)



医療情報・システム基盤整備体制充実加算の見直し

第1 基本的な考え方

保険医療機関・薬局におけるオンライン資格確認等システムの導入が原則義務化され、オンライン資格確認に係る体制が整備されていることを踏まえ、医療情報・システム基盤整備体制充実加算の評価の在り方を見直す。

第2 具体的な内容

医療情報・システム基盤整備体制充実加算について、オンライン資格確認等システムの導入が原則義務化されたことを踏まえ、体制整備に係る評価から、初診時等の診療情報・薬剤情報の取得・活用にかかる評価へ、評価の在り方を見直すとともに、名称を**医療情報取得加算**に見直す。

改定前	改定後
<p>【初診料】 [算定要件]</p> <p>注15 初診に係る十分な情報を取得する体制とし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を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算1として、月1回に限り4点を所定点数に加算する。ただし、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を取得等した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にあつては、医療情報・システム基盤整備体制充実加算2として、月1回に限り2点を所定点数に加算する。</p>	<p>【初診料】 [算定要件]</p> <p>注15 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十分な情報を取得した上で初診を行った場合は、医療情報取得加算1として、月1回に限り3点を所定点数に加算する。ただし、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を取得等した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にあつては、医療情報取得加算2として、月1回に限り1点を所定点数に加算する。</p>

改

医療情報・システム基盤整備体制充実加算の見直し

(続き)

改定前	改定後
<p>【再診料】 [算定要件] (削除)</p> <p>注18 再診に係る十分な情報を取得する体制とし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を受診した患者に対して再診を行った場合は、<u>医療情報・システム基盤整備体制充実加算3</u>として、<u>月1回に限り2点を所定点数に加算する</u>。ただし、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を取得等した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の提供を受けた場合にあつては、この限りでない。</p>	<p>【再診料】 [算定要件]</p> <p>注19 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十分な情報を取得した上で再診を行った場合は、<u>医療情報取得加算3</u>として、<u>3月に1回に限り2点を所定点数に加算する</u>。ただし、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を取得等した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の提供を受けた場合にあつては、<u>医療情報取得加算4</u>として、<u>3月に1回に限り1点を所定点数に加算する</u>。</p> <p>※ 外来診療料についても同様。</p>

改

医療DX推進体制整備加算の新設

第1 基本的な考え方

オンライン資格確認の導入による診療情報・薬剤情報の取得・活用の推進に加え、「医療DXの推進に関する工程表」に基づき、利用実績に応じた評価、電子処方箋の更なる普及や電子カルテ情報共有サービスの整備を進めることとされていることを踏まえ、医療DXを推進する体制について、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

オンライン資格確認により取得した診療情報・薬剤情報を実際に診療に活用可能な体制を整備し、また、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスを導入し、質の高い医療を提供するため医療DXに対応する体制を確保している場合の評価を新設する。

(新) 医療DX推進体制整備加算 8点



[算定要件]

医療DX推進に係る体制とし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を受診した患者に対して初診を行った場合は、医療DX推進体制整備加算として、**月1回に限り8点**を所定点数に加算する。この場合において、在宅医療DX情報活用加算又は訪問看護医療DX情報活用加算は同一月においては、別に算定できない。

医療DX推進体制整備加算の新設

〔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命令（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) **医師が、電子資格確認を利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制**を有していること。
- (4) **電磁的記録をもって作成された処方箋を発行する体制**を有していること。
- (5) **電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制**を有していること。
- (6) **マイナンバーカードの健康保険証利用について、実績を一定程度有していること。**
- (7) **医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。**
- (8) (7)の掲示事項について、**原則として、ウェブサイトに掲載していること。**

〔経過措置〕

- (1) **令和7年3月31日までの間に限り、(4)に該当するものとみなす。**
- (2) **令和7年9月30日までの間に限り、(5)に該当するものとみなす。**
- (3) (6)については、**令和6年10月1日から適用する。**
- (4) **令和7年5月31日までの間に限り、(8)に該当するものとみなす。**



在宅医療における医療DXの推進

第1 基本的な考え方

居宅同意取得型のオンライン資格確認等システム、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスにより、在宅医療における診療計画の作成において取得された患者の診療情報や薬剤情報を活用することで質の高い医療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. 在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の1、在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の2、在宅患者訪問診療料（Ⅱ）及び在宅がん医療総合診療料について、居宅同意取得型のオンライン資格確認等システム、電子カルテ情報共有サービス及び電子処方箋により得られる情報を活用して質の高い医療を提供することに係る評価を新設する。

（新）在宅医療DX情報活用加算 **10点**



[対象患者]

在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の1、在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の2、在宅患者訪問診療料（Ⅱ）及び在宅がん医療総合診療料を算定する患者

[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等により得られる情報を踏まえて計画的な医学管理の下に、訪問して診療を行った場合は、在宅医療DX情報活用加算として、**月1回に限り所定点数に加算**する。ただし、医療情報取得加算、医療DX推進体制整備加算又は訪問看護医療DX情報活用加算を算定した月は、在宅医療DX情報活用加算は算定できない。

在宅医療における医療DXの推進

[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命令(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)電磁的記録をもって作成された処方箋を発行する体制を有していること。
- (4)電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること。
- (5)(2)の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (6)(5)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲示していること。

[経過措置]

- (1)令和7年3月31日までの間に限り、(3)の基準に該当するものとみなす。
- (2)令和7年9月30日までの間に限り、(4)の基準に該当するものとみなす。
- (3)令和7年5月31日までの間に限り、(6)の基準に該当するものとみなす。
- (※)在宅患者訪問診療料(Ⅱ)及び在宅がん医療総合診療料についても同様。

へき地診療所等が実施するD to P with Nの推進

第1基本的な考え方

へき地医療において、患者が看護師等という場合のオンライン診療(D to P with N)が有効であることを踏まえ、**へき地診療所・へき地医療拠点病院がD to P with Nを実施する場合について、新たな評価を行う。**

第2具体的な内容

へき地診療所及びへき地医療拠点病院において、適切な研修を修了した医師が、D to P with Nを実施できる体制を確保している場合の評価を、情報通信機器を用いた場合の**再診料及び外来診療料に新設**する。

(新)看護師等遠隔診療補助加算

50点



[算定要件]

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、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行った場合に、所定点数に加算する。

[施設基準]

患者が看護師等という場合の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。

診療報酬における書面要件の見直し 2024年度診療報酬改定内容

第1 基本的な考え方

医療DXを推進する観点から、診療報酬上、書面での検査結果その他の書面の作成又は書面を用いた情報提供等が必要とされる項目について、「**医療情報システムの安全管理に関するガイドライン**」の遵守を前提に、電磁的方法による作成又は情報提供等が可能であることについて明確化する。

第2 具体的な内容

1. 文書による提供等を行うこととされている個々の患者の診療に関する情報等を、電磁的方法によって、他の保険医療機関、保険薬局又は患者等に提供等する場合は、「**医療情報システムの安全管理に関するガイドライン**」を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、**書面における署名又は記名・押印に代わり、本ガイドラインに定められた電子署名を施すこととする。**

新

[算定要件]

別添1 医科診療報酬点数表に関する事項

<通則> ※1～8省略

9 文書による提供等を行うこととされている個々の患者の診療に関する情報等を、**電磁的方法によって、患者、他の保険医療機関、保険薬局、指定訪問看護事業者等に提供等する場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、本ガイドラインに定められた電子署名(厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野PKI 認証局の発行する電子証明書を用いた電子署名、認定認証事業者(電子署名及び認証業務に関する法律(平成12年法律第102号)第2条第3項に規定する特定認証業務を行う者をいう。)又は認証事業者(同条第2項に規定する認証業務を行う者(認定認証事業者を除く。)をいう。)の発行する電子証明書を用いた電子署名、電子署名等に係る地方公共団体情報システム機構の認証業務に関する法律(平成14年法律第153号)に基づき、平成16年1月29日から開始されている公的個人認証サービスを用いた電子署名等)を施すこと。**

※別添2 歯科診療報酬点数表に関する事項、別添3 調剤報酬点数表に関する事項についても同様。

書面掲示事項のウェブサイトへの掲載

第1 基本的な考え方

デジタル原則に基づき書面掲示についてインターネットでの閲覧を可能な状態にすることを原則義務づけよう求められていることを踏まえ、保険医療機関、保険薬局及び指定訪問看護事業者における書面掲示について、原則として、ウェブサイトに掲載しなければならないこととする。

第2 具体的な内容

保険医療機関及び保険医療養担当規則等について、**書面掲示することとされている事項について、原則として、ウェブサイトに掲載しなければならないこととする。**



【保険医療機関及び保険医療養担当規則】

(掲示)

第二条の六 保険医療機関は、その病院又は診療所内の見やすい場所に、第五条の三第四項、第五条の三の二第四項及び第五条の四第二項に規定する事項のほか、別に厚生労働大臣が定める事項を掲示しなければならない。

2 保険医療機関は、**原則として、前項の厚生労働大臣が定める事項をウェブサイトに掲載しなければならない。**

在宅医療におけるICTを用いた医療情報連携の推進

第1基本的な考え方

在宅での療養を行っている患者に対して、医師・歯科医師が計画的な医学管理を行う際に当該患者の医療・ケアに携わる関係職種がICTを用いて記録した診療情報等を活用した場合について、新たな評価を行う。

第2具体的な内容

1. **在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料について、他の保険医療機関等の関係職種がICTを用いて記録した患者に係る診療情報等を活用した上で、医師が計画的な医学管理を行った場合の評価を新設する。**

(新)在宅医療情報連携加算(在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料) 100点

[算定要件]

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訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの同意を得て、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関の保険医、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、管理栄養士、介護支援専門員又は相談支援専門員等であって当該患者に関わる者がICTを用いて記録した当該患者に係る診療情報等を活用した上で計画的な医学管理を行った場合に、**在宅医療情報連携加算として、月1回に限り、100点を所定点数に加算する。**

[施設基準]

- (1)在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの診療情報等について、ICTを用いて常時確認できる体制を有し、関係機関と平時からの連携体制を構築していること。
- (2)診療情報等を活用した上で計画的な医学管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (3)(1)に規定する連携体制を構築している医療機関であることについて、**当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。**
- (4)(3)の掲示事項について、原則として、**ウェブサイトに掲載していること。**

[経過措置]

令和7年5月31日までの間に限り、(4)に該当するものとみなす。

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、研修を受けた医療機関の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医療機関の看護師が補助した場合の評価として、在宅ターミナルケア加算に遠隔死亡診断補助加算を新設する。

【在宅患者訪問看護・指導料】

[算定要件]

注17 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保険医療機関において、区分番号C001の注8（区分番号C001-2の注6の規定により準用する場合を含む。）に規定する死亡診断加算及び区分番号C005の注10（区分番号C005-1-2の注6の規定により準用する場合を含む。）に規定する在宅ターミナルケア加算を算定する患者（別に厚生労働大臣が定める地域に居住する患者に限る。）に対して、医師の指示の下、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、**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、**

（新設）遠隔死亡診断補助加算として、150点を所定点数に加算



18・19（略）

[施設基準]

四の三の六 在宅患者訪問看護・指導料の注17（同一建物居住者訪問看護・指導料の注6の規定により準用する場合を含む。）に規定する遠隔死亡診断補助加算に関する施設基準**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。

※ 同一建物居住者訪問看護・指導料についても同様。

医科歯科連携の推進

第1 基本的な考え方

医科歯科連携を推進する観点から、**周術期等口腔機能管理の在り方を見直す。**

第2 具体的な内容

- 手術を行わない急性期脳梗塞患者等、集中治療室における治療が必要な患者を、周術期等口腔機能管理計画策定料の対象に追加するとともに、周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)について、放射線治療等を実施する患者の区分を見直す。
- 終末期の悪性腫瘍の患者等に対して周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)及び周術期等専門的口腔衛生処置を行う場合の算定回数制限を見直す。

【周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)】

〔算定要件〕

注1 **がん等に係る放射線治療、化学療法、集中治療室における治療又は緩和ケア**(以下「放射線治療等」という。)を実施する患者の口腔機能を管理するため、歯科診療を実施している保険医療機関において、区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注1に規定する管理計画に基づき、他の保険医療機関又は同一の保険医療機関に入院中の患者以外の患者であって、**放射線治療等を実施するものに対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は**、当該患者につき、区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から月1回に限り算定する。

2 区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から起算して**6月を超えて**、注1に規定する管理を行った場合は、**長期管理加算として50点を所定点数に加算する。**



【周術期等口腔機能管理料(Ⅳ)】 200点

注1 放射線治療等を実施する患者の口腔機能を管理するため、区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の注1に規定する管理計画に基づき、他の保険医療機関又は同一の保険医療機関に入院中の患者であって、**放射線治療等を実施するものに対して、歯科医師が口腔機能の管理を行い、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合は**、当該患者につき、区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から起算して**6月以内においては月2回に限り、その他の月においては月1回に限り算定する。**

2 区分番号B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料を算定した日の属する月から起算して**6月を超えて**注1に規定する管理を行った場合は、**長期管理加算として50点を所定点数に加算する。**

3 周術期等口腔機能管理料(Ⅳ)を算定した月において、区分番号B000-4に掲げる歯科疾患管理料、区分番号B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料、区分番号B000-4-3に掲げる口腔機能管理料、区分番号B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料、区分番号B004-6-2に掲げる歯科治療時医療管理料、区分番号B006-3-2に掲げるがん治療連携指導料、区分番号C001-3に掲げる歯科疾患在宅療養管理料、C001-4-2に掲げる在宅患者歯科治療時医療管理料及び区分番号N002に掲げる歯科矯正管理料は算定できない。

医歯薬連携の推進

第1 基本的な考え方

医歯薬連携を推進する観点から、医科からの依頼に基づく歯科診療情報の提供や患者の服薬状況等に関する歯科医療機関と薬局との情報連携・共有が可能となるよう、診療情報連携共有料について名称及び要件を見直す。

第2 具体的な内容

診療情報連携共有料について、名称を変更するとともに、保険薬局に対して情報提供を求めた場合及び医科医療機関からの依頼に基づく情報提供を行った場合にも算定可能とする。

【診療情報等連携共有料】

【算定要件】 ※改定前は「診療情報連携共有料 120点」

- | | |
|----------------|------|
| 1 診療情報等連携共有料 1 | 120点 |
| 2 診療情報等連携共有料 2 | 120点 |



注1 1については、歯科診療を行うに当たり全身的な管理が必要な患者に対し、当該患者の同意を得て、別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）で行った検査の結果若しくは投薬内容等の診療情報又は保険薬局が有する服用薬の情報等（以下この区分番号において「診療情報等」という。）について、当該別の保険医療機関又は保険薬局に文書等により提供を求めた場合に、当該別の保険医療機関又は保険薬局ごとに患者1人につき、診療情報等の提供を求めた日の属する月から起算して3月に1回に限り算定する。

2 2については、別の保険医療機関（歯科診療を行うものを除く。）からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療情報を文書により提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき、診療情報を提供した日の属する月から起算して3月に1回に限り算定する。

3 1及び2について、区分番号B009に掲げる診療情報提供料（1）（同一の保険医療機関に対して紹介を行った場合に限る。）を算定した月は、別に算定できない。

4 2について、区分番号B011-2に掲げる連携強化診療情報提供料（同一の保険医療機関に対して文書を提供した場合に限る。）を算定した月は、別に算定できない。

ベースアップ・働き方改革関連

賃上げに向けた評価の新設

第1 基本的な考え方

看護職員、病院薬剤師その他の医療関係職種について、賃上げを実施していくため、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 外来医療又は在宅医療を実施している医療機関（医科）において、勤務する看護職員、薬剤師その他の医療関係職種の賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

（新）外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）（1日につき）



1 初診時 6点

2 再診時 2点

3 訪問診療時

イ 同一建物居住者以外の場合 28点

ロ 同一建物居住者の場合 7点

（新）歯科外来・在宅ベースアップ評価料（1日につき）



1 初診時 10点

2 再診時 2点

3 歯科訪問診療時

イ 同一建物居住者以外の場合 41点

ロ 同一建物居住者同一建物居住者の場合 10点

(新) 外来・在宅ベースアップ評価料 (II) (1日につき)

1 外来・在宅ベースアップ評価料 (II) 1
イ初診又は訪問診療を行った場合 8点
ロ再診時 1点

2 外来・在宅ベースアップ評価料 (II) 2
イ初診又は訪問診療を行った場合 16点
ロ再診時 2点



8 外来・在宅ベースアップ評価料 (II) 8
イ初診又は訪問診療を行った場合 64点
ロ再診時 8点

新

5. 病院又は有床診療所において、勤務する看護職員、薬剤師その他の医療関係職種の賃金の改善を実施している場合の評価を新設する。

(新) 入院ベースアップ評価料 (1日につき)



1 入院ベースアップ評価料 1	<u>1点</u>
2 入院ベースアップ評価料 2	<u>2点</u>



165 入院ベースアップ評価料 165 165点

[算定要件]

主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下「対象職員」という。）の **賃金の改善を図る体制**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であって、第1章第2部第1節の**入院基本料**（特別入院基本料等を含む。）、同部第3節の**特定入院料**又は同部第4節の**短期滞在手術等基本料**（短期滞在手術等基本料1を除く。）を算定している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を**算定**する。

別表 1

ア薬剤師	チ臨床検査技師
イ保健師	ツ衛生検査技師
ウ助産師	テ臨床工学技士
エ看護師	ト管理栄養士
オ准看護師	ナ栄養士
カ看護補助者	ニ精神保健福祉士
キ理学療法士	ヌ社会福祉士
ク作業療法士	ネ介護福祉士
ケ視能訓練士	ノ保育士
コ言語聴覚士	ハ救急救命士
サ義肢装具士	ヒあん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師
シ歯科衛生士	フ柔道整復師
ス歯科技工士	ヘ公認心理師
セ歯科業務補助者	ホ診療情報管理士
ソ診療放射線技師	マ医師事務作業補助者
タ診療エックス線技師	ミその他医療に従事する職員(医師及び歯科医師を除く。)

別表 2

【A】	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）及び歯科 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の区分	点数（イ）	点数（ロ）
0 を超える	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 1 及び歯 科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 1	8 点	1 点
1.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 2 及び歯 科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 2	16 点	2 点
↓			
7.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 8 及び歯 科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） 8	64 点	8 点

新

別表 3

【B】	入院ベースアップ評価料の区分	点数
0 を超え 1.5 未満	入院ベースアップ評価料 1	1 点
1.5 以上 2.5 未満	入院ベースアップ評価料 2	2 点
↓		
164.5 以上	入院ベースアップ評価料 165	165 点

新

別表 4

【C】	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の区分	金額
0 を超える	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ） 1	10 円
15 以上	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ） 2	20 円
↓		
95 以上	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ） 10	100 円
125 以上	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ） 11	150 円
↓		
475 以上	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ） 18	500 円

新

1. 入院基本料等の評価を見直す。

改定前		改定後
【一般病棟入院基本料】		改
1 急性期一般入院基本料		
イ急性期一般入院料 1	1,650点	1,688点
ロ急性期一般入院料 2	1,619点	1,644点
ハ急性期一般入院料 3	1,545点	1,569点
ニ急性期一般入院料 4	1,440点	1,462点
ホ急性期一般入院料 5	1,429点	1,451点
ヘ急性期一般入院料 6	1,382点	1,404点

初再診料等の評価の見直し

第1 基本的な考え方

外来診療において標準的な感染防止対策を日常的に講じることが必要となっていること、職員の賃上げを実施すること等の観点から、初再診料等の評価を見直す。

第2 具体的な内容

外来診療における標準的な感染防止対策を日常的に講じることが必要となったこと、職員の賃上げを実施すること等の観点から、**初診料を3点、再診料と外来診療料をそれぞれ2点引き上げる。**

改定前	改定後
【初診料】	
初診料	288点 → 291点
(情報通信機器を用いた場合)	251点 → 253点
(紹介のない場合)	214点 → 216点
(紹介のない場合・情報通信機器を用いた場合)	186点 → 188点
(妥結率が低い場合)	214点 → 216点
(妥結率が低い場合・情報通信機器を用いた場合)	186点 → 188点
(同一日2科目)	144点 → 146点
(同一日2科目・情報通信機器を用いた場合)	125点 → 127点
(同一日2科目・紹介のない場合)	107点 → 108点
(同一日2科目・紹介のない場合・情報通信機器を用いた場合)	93点 → 94点
(同一日2科目・妥結率が低い場合)	107点 → 108点
(同一日2科目・妥結率が低い場合・情報通信機器を用いた場合)	93点 → 94点

改

改定前		改定後
【再診料】		
再診料	73点	75点
(情報通信機器を用いた場合)	73点	75点
(妥結率が低い場合)	54点	55点
(同一日2科目)	37点	38点
(同一日2科目・妥結率が低い場合)	27点	28点
【外来診療料】		
外来診療料	74点	76点
(情報通信機器を用いた場合)	73点	75点
(紹介がない場合)	55点	56点
(妥結率が低い場合)	55点	56点
(同一日2科目)	37点	38点
(同一日2科目・紹介がない場合)	27点	28点
(同一日2科目・妥結率が低い場合)	27点	28点

改

改

(新設) 〇〇〇〇看護職員処遇改善評価料

通則

- 1 処遇の費用は、第1節若しくは第2節の各区分の所定点数のみにより、又は第1節及び第2節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。
- 2 処遇改善に当たって、歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関にあっては、歯科診療及び歯科診療以外の診療につき、それぞれ別に第2節（入院ベースアップ評価料を除く。）の各区分に掲げるベースアップ評価料を算定する。

第1節 看護職員処遇改善評価料

区分〇 000 看護職員処遇改善評価料（1日につき）



- 1 看護職員処遇改善評価料1 1点
- 2 看護職員処遇改善評価料2 2点
- 3 看護職員処遇改善評価料3 3点
- 4 看護職員処遇改善評価料4 4点
- 5 看護職員処遇改善評価料5 5点



- 161 看護職員処遇改善評価料161 300点
- 162 看護職員処遇改善評価料162 310点
- 163 看護職員処遇改善評価料163 320点
- 164 看護職員処遇改善評価料164 330点
- 165 看護職員処遇改善評価料165 340点

注 **看護職員の処遇の改善を図る体制 その他の事項**につき 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、第1章第2部第1節の**入院基本料（特別入院基本料等を含む。）**、同部第3節の**特定入院料**又は同部第4節の**短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）**を算定しているものについて、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

A207-2 医師事務作業補助体制加算の見直し

改定前	改定後
<p>【医師事務作業補助体制加算】</p> <p>1 医師事務作業補助体制加算 1</p> <p>イ 15対1 補助体制加算 1,050点</p> <p>ロ 20対1 補助体制加算 835点</p> <p>ハ 25対1 補助体制加算 705点</p> <p>ニ 30対1 補助体制加算 610点</p> <p>ホ 40対1 補助体制加算 510点</p> <p>ヘ 50対1 補助体制加算 430点</p> <p>ト 75対1 補助体制加算 350点</p> <p>チ 100対1 補助体制加算 300点</p> <p>2 医師事務作業補助体制加算 2</p> <p>イ 15対1 補助体制加算 975点</p> <p>ロ 20対1 補助体制加算 770点</p> <p>ハ 25対1 補助体制加算 645点</p> <p>ニ 30対1 補助体制加算 560点</p> <p>ホ 40対1 補助体制加算 475点</p> <p>ヘ 50対1 補助体制加算 395点</p> <p>ト 75対1 補助体制加算 315点</p> <p>チ 100対1 補助体制加算 260点</p>	<p>【医師事務作業補助体制加算】</p> <p>1 医師事務作業補助体制加算 1</p> <p>イ 15対1 補助体制加算 1,070点</p> <p>ロ 20対1 補助体制加算 855点</p> <p>ハ 25対1 補助体制加算 725点</p> <p>ニ 30対1 補助体制加算 630点</p> <p>ホ 40対1 補助体制加算 530点</p> <p>ヘ 50対1 補助体制加算 450点</p> <p>ト 75対1 補助体制加算 370点</p> <p>チ 100対1 補助体制加算 320点</p> <p>2 医師事務作業補助体制加算 2</p> <p>イ 15対1 補助体制加算 995点</p> <p>ロ 20対1 補助体制加算 790点</p> <p>ハ 25対1 補助体制加算 665点</p> <p>ニ 30対1 補助体制加算 580点</p> <p>ホ 40対1 補助体制加算 495点</p> <p>ヘ 50対1 補助体制加算 415点</p> <p>ト 75対1 補助体制加算 335点</p> <p>チ 100対1 補助体制加算 280点</p>

改

改

A207-2 医師事務作業補助体制加算の見直し

改定前	改定後
<p>【医師事務作業補助体制加算】</p> <p>[施設基準]</p> <p>第4の2 医師事務作業補助体制加算</p> <p>2 医師事務作業補助体制加算1の施設基準</p> <p>当該保険医療機関において、3年以上の医師事務作業補助者としての勤務経験を有する医師事務作業補助者が、それぞれの配置区分ごとに5割以上配置されていること。</p>	<p>【医師事務作業補助体制加算】</p> <p>[施設基準]</p> <p>第4の2 医師事務作業補助体制加算</p> <p>2 医師事務作業補助体制加算1の施設基準</p> <p>当該保険医療機関において、3年以上の医師事務作業補助者としての勤務経験を有する医師事務作業補助者が、それぞれの配置区分ごとに5割以上配置されていること。また、医師事務作業補助者の勤務状況及び補助が可能な業務の内容を定期的に評価することが望ましい。</p>

改

A207-2 医師事務作業補助体制加算の留意事項

- (1) 医師事務作業補助体制加算は、医師の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制を確保することを目的として、医師、医療関係職員、事務職員等との間での業務の役割分担を推進し、医師の事務作業を補助する専従者(以下「医師事務作業補助者」という。)を配置している体制を評価するものである。
- (2) 医師事務作業補助体制加算は、当該患者の入院初日に限り算定する。
- (3) 医師事務作業補助者の業務は、**医師(歯科医師を含む。)**の指示の下に、**診断書等の文書作成補助、診療記録への代行入力、医療の質の向上に資する事務作業(診療に関するデータ整理、院内がん登録等の統計・調査、教育や研修・カンファレンスのための準備作業等)、入院時の案内等の病棟における患者対応業務及び行政上の業務(救急医療情報システムへの入力、感染症サーベイランス事業に係る入力等)への対応に限定**するものであること。なお、医師以外の職種の指示の下に行う業務、診療報酬の請求事務(DPCのコーディングに係る業務を含む。)、窓口・受付業務、医療機関の経営、運営のためのデータ収集業務、看護業務の補助及び物品運搬業務等については医師事務作業補助者の業務としないこと。
- (4) 医師事務作業補助者は、院内の医師の業務状況等を勘案して配置することとし、病棟における業務以外にも、外来における業務や、医師の指示の下であれば、例えば文書作成業務専門の部屋等における業務も行うことができる。

医療安全関連

感染対策向上加算

改定前	改定後
<p>A 2 3 4 - 2 感染対策向上加算（入院初日） 1～3（略） 注 1～3（略） 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、<u>サーベイランス強化加算</u>として、<u>5点</u>を更に所定点数に加算する。</p>	<p>A 2 3 4 - 2 感染対策向上加算（入院初日） 1～3（略） 注 1～3（略）改</p> <p>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、<u>サーベイランス強化加算</u>として、<u>3点</u>を更に所定点数に加算する。</p> <p>5 <u>感染対策向上加算を算定する場合について、抗菌薬の使用状況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、<u>抗菌薬適正使用加算</u>として、<u>5点</u>を更に所定点数に加算する。</u> 新</p>

[算定要件]

感染対策向上加算等における専従要件の明確化

第1 基本的な考え方

感染対策等の専門的な知見を有する者が、介護保険施設等からの求めに応じてその専門性に基づく助言を行えるようにする観点から、感染対策向上加算等のチームの構成員の専従業務に当該助言が含まれることを明確化する。

第2 具体的な内容

感染対策向上加算、緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料及び褥瘡ハイリスク患者ケア加算の施設基準で求める各チームに専従の者は、各加算等で求めるチーム構成員としての業務に影響のない範囲において、介護保険施設等からの求めに応じて当該構成員の専門性に基づく助言を行っても差し支えないこととする。

【感染対策向上加算】

[施設基準]

1 感染対策向上加算1の施設基準

(2) 感染防止対策部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。

ア～エ（略）

アに定める医師又はイに定める看護師のうち1名は専従であること。なお、感染制御チームの専従の職員については、抗菌薬適正使用支援チームの業務を行う場合、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た他の保険医療機関に対する助言に係る業務を行う場合及び介護保険施設等又は指定障害者支援施設等(以下この区分において「**介護保険施設等**」という。)からの求めに応じ、当該介護保険施設等に対する助言に係る業務を行う場合には、感染制御チームの業務について専従とみなすことができる。ただし、**介護保険施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月10時間以下であること。**

感染対策向上加算の見直し

第1 基本的な考え方

新興感染症発生・まん延時への備えを評価するとともに、感染対策における介護保険施設等との連携を推進する観点から、感染対策向上加算について、要件を見直す。

第2 具体的な内容

1. 感染対策向上加算1～3の施設基準における新興感染症発生時の対応に係る要件について、第8次医療計画における協定締結の類型に合わせた見直しを行う。
2. 感染対策向上加算1における感染制御チームの医師又は看護師の専従要件について、**連携する介護保険施設等に対する感染対策に関する助言の必要性を踏まえた見直しを行う**。また、**介護保険施設等から依頼のあった場合に、現地に赴いての感染対策に関する助言を行うこと及び院内研修を合同で開催**することが望ましいことを要件に追加する。

改

[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

イ～ハ (略)

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

ホ **介護保険施設等又は指定障害者支援施設等と協力が可能な体制をとっていること。**

(2) 感染対策向上加算2の施設基準

ホ (1)のホを満たしていること。

(3) 感染対策向上加算3の施設基準

ホ (1)のホを満たしていること。

外来感染対策向上加算の見直し

第1 基本的な考え方

第8次医療計画における新興感染症発生・まん延時に備え、外来における適切な感染管理の下での発熱患者等への対応を更に推進する観点から、外来感染対策向上加算について要件及び評価を見直す。

第2 具体的な内容

1. 外来感染対策向上加算について、要件の見直しを行うとともに、当該加算の届出を行う保険医療機関において、適切な感染防止対策を講じた上で**発熱患者等の診療を行った場合の加算を新設**する。
2. 外来感染対策向上加算の施設基準における新興感染症発生時の対応に係る要件について、第8次医療計画における協定締結の類型に合わせて内容を見直す。

[算定要件]

注11 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。）において初診を行った場合は、外来感染対策向上加算として、月1回に限り6点を所定点数に加算する。ただし、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で初診を行った場合については、**発熱患者等対応加算**として、**月1回に限り20点を更に所定点数に加算**する。

[施設基準]

(1)～(12) (略)

(13) **当該医療機関の外来において、受診歴の有無に関わらず、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者の受入れを行う旨を公表し、受入れを行うために必要な感染防止対策として発熱患者の動線を分ける等の対応を行う体制を有していること。**

(14) **感染症法第38条第2項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている第二種協定指定医療機関（第36条の2第1項の規定による通知（同項第2号に掲げる措置をその内容に含むものに限る。）又は医療措置協定（同号に掲げる措置をその内容に含むものに限る。）に基づく措置を講ずる医療機関に限る。）であること。**(15)～(17) (略)

(18) **感染症から回復した患者の罹患後症状が持続している場合に、当該患者の診療について必要に応じて精密検査が可能な体制又は専門医への紹介が可能な連携体制があることが望ましいこと。**

[経過措置]

令和6年3月31日において現に外来感染対策向上加算の届出を行っている保険医療機関については、令和6年12月31日までの間に限り、1の(14)の基準を満たしているものとみなす。



感染症の入院患者に対する感染対策及び個室管理の評価

第1 基本的な考え方

院内感染防止等の観点から**感染対策が特に必要となる感染症の入院患者**について、**必要な感染管理及び個室管理を新たに評価**する。

第2 具体的な内容

1. 感染症法上の三類感染症、四類感染症、五類感染症及び指定感染症に位置付けられる感染症の患者及び疑似症患者のうち感染対策が特に必要な患者を入院させて適切な感染管理を行った場合の加算を新設する。

(新) 特定感染症入院医療管理加算 (1日につき)

1 治療室の場合 200点

2 それ以外の場合 100点



[対象患者]

感染症法上の三類感染症の患者、四類感染症の患者、五類感染症の患者及び指定感染症の患者並びにそれらの疑似症患者のうち感染対策が特に必要なもの。

[算定要件]

感染症法上の三類感染症の患者、四類感染症の患者、五類感染症の患者及び指定感染症の患者並びにそれらの疑似症患者のうち感染対策が特に必要なもの に対して、適切な感染防止対策を実施した場合に、**1入院に限り7日**（当該感染症を他の患者に感染させるおそれが高いことが明らかであり、感染対策の必要性が特に認められる患者に対する場合を除く。）を**限度**として、算定する。ただし、**疑似症患者については、初日に限り所定点数に加算**する。

医療安全対策の推進

第1 基本的な考え方

医療安全を更に推進する観点から、医療安全対策が特に必要な**特定集中治療室等の治療室及び腹腔鏡手術等**について、**医療安全対策加算1の届出を要件**とする。

第2 具体的な内容

特定集中治療室等の治療室及び腹腔鏡手術等の施設基準に、医療安全対策加算1の届出を要件とする。

【特定集中治療室管理料】

[施設基準]

三 特定集中治療室管理料の施設基準等

(1) 特定集中治療室管理料の注1に規定する入院基本料の施設基準

イ 特定集中治療室管理料1の施設基準

①～⑥ (略)

⑦ **医療安全対策加算1に係る届出を行っている保険医療機関であること。**



ロ (略)

ハ 特定集中治療室管理料3の施設基準

① イの①、④及び⑦を満たすものであること。

二 (略)

[経過措置]

令和6年3月31日において現に特定集中治療室管理料1、特定集中治療室管理料2、特定集中治療室管理料3又は特定集中治療室管理料4に係る届出を行っている保険医療機関については、**令和7年5月31日までの間に限り**、第九の三の(1)のイの⑦、ロの①(イの⑦に限る。)、ハの①(イの⑦に限る。)又は二の①(イの⑦に限る。)に該当するものとみなす。

※ 救命救急入院料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料及び総合周産期特定集中治療室管理料についても同様。

医療安全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)

主な施設基準届出状況	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	
全国の病院総数	8,862	8,794	8,739	8,670	8,630	8,565	8,540	8,493	8,480	8,418	8,404	8,378	8,316	8,215	8,214	8,162	8,130	
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	1/1.720	1/1.748	1/1.771	1/1.786	1/1.792	1/1.801	1/1.812	1/1.807	1/1.805	1/1.805	1/1.805
								2/1.770	2/1.793	2/1.848	2/1.878	2/2.033	2/2.084	2/2.135	2/2.182	2/2.263	2/2.294	2/2.294
医療安全対策地域連携加算1及び2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1/1,337	1/1,442	1/1,473	1/1,475	1/1,489	1/1,495	1/1,495
	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2/1,274	2/1,431	2/1,481	2/1,498	2/1,517	2/1,592	2/1,592
感染防止対策加算1	—	—	—	—	—	956	1,052	1,101	1,174	1,249	1,296	1,331	1,349	1,382	1,393	—	—	—
感染防止対策加算2	—	—	—	—	—	2,360	2,560	2,618	2,647	2,652	2,678	2,718	2,719	2,728	2,744	—	—	—
感染防止対策地域連携加算	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1,318	1,337	1,372	1,378	—	—	—
感染対策向上加算1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1,248	1,300	1,300
感染対策向上加算2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1,029	1,156	1,156
感染対策向上加算3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2,024	2,056	2,056
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	2,559	2,609	2,638	2,672	2,700	2,718	2,731	2,741	2,750	2,750
	診療所	186	189	237	253	255	265	280	282	294	297	312	319	323	334	345	250	250
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	560	561	572	572
	診療所	9	7	9	10	12	13	15	17	17	16	16	16	17	17	18	18	18
報告書管理体制加算	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	340	518	518

終わり