

# TOSHIBA

Leading Innovation >>>

## 知っておきたい 2012年度診療報酬改定の意味

社会保障改革が目指す2025年のあるべき姿に向けたファースト・ステップ



### Section1

#### 2012年度診療報酬改定の位置づけと主要テーマ

- ・ 社会保障改革のシナリオに基づき医療・介護機能を再編
- ・ 2012年度の改定率と重点分野
- ・ テーマは「機能分化」と「連携」
- ・ 「ストラクチャー」から「プロセス」「アウトカム」重視へ

### Section2

#### 「機能分化」と「連携」に関する主な改定メッセージ

- ・ 入院医療・DPC/PDPS
- ・ 外来・在宅医療
- ・ 効率化と質の向上

### Section3

#### 2012年度診療報酬改定

画像診断・超音波検査・検体検査・放射線治療等の主な改定項目

メールマガジン（エピクスメール）で、  
最新情報をお届けいたします

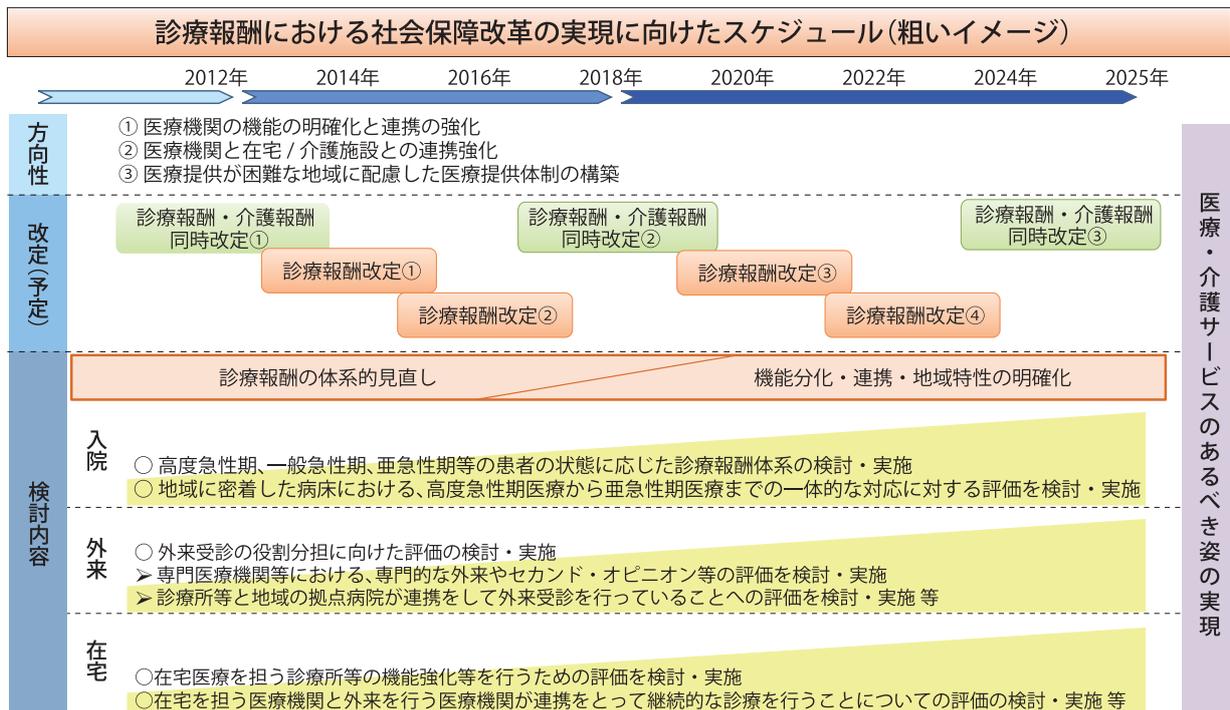
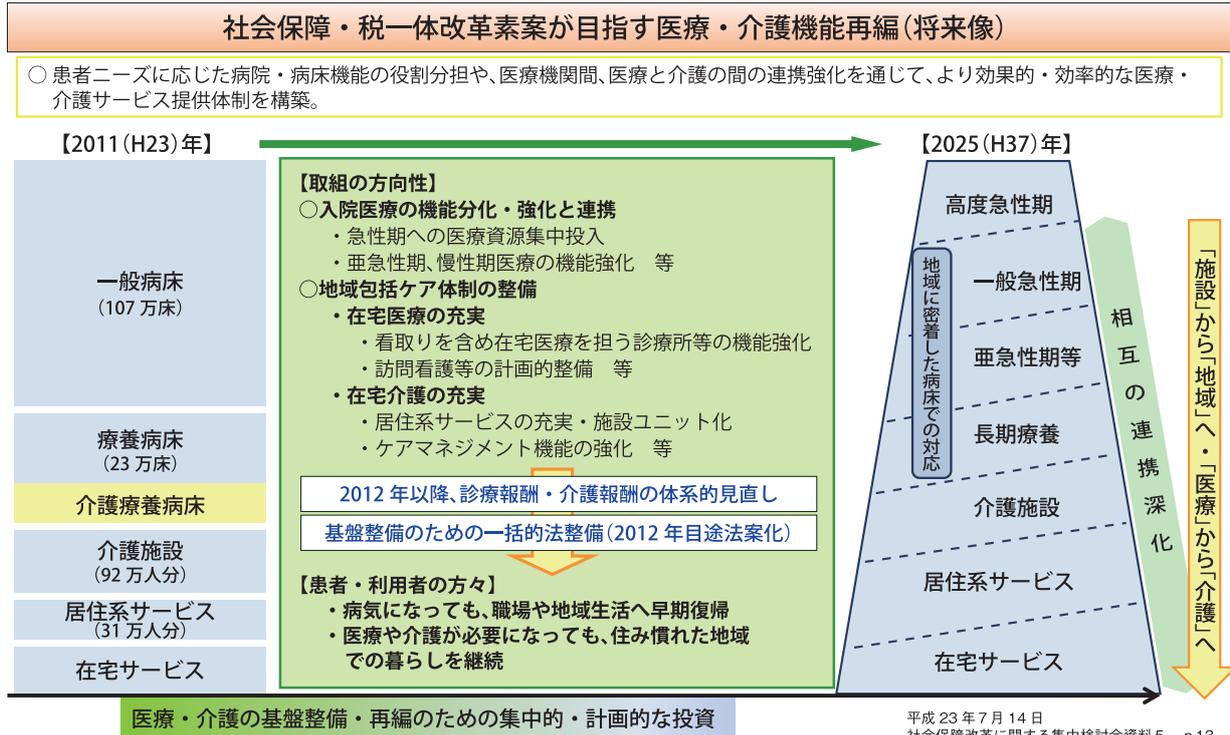
診療報酬改定の詳細や、東芝の最新情報、セミナーのご案内などをご提供いたします。当社ホームページからお申し込みください。

<http://www.toshiba-medical.co.jp/tmd/epicusmail/>

# 2012年度診療報酬改定の位置づけと主要テーマ

## 社会保険改革のシナリオに基づき医療・介護機能を再編

2012年度診療報酬改定は、「社会保障・税一体改革」の確実な実現に向けた第一歩であり、「2025年のあるべき医療・介護の姿」を見据えた取り組みと位置づけられています。

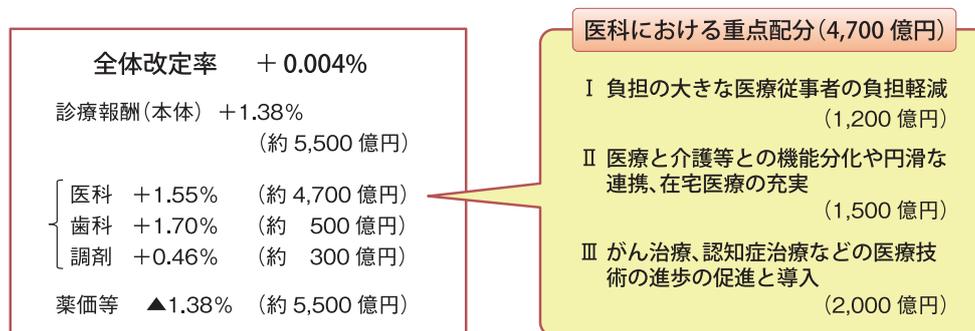


「社会保障・税一体改革」では、医療・介護サービスの提供体制について、2025年までの再編イメージやシナリオを提示しています。限りある医療資源を有効に使いながら、超高齢社会に対応するため、今まで以上に入院医療の機能分化や強化、連携を推し進めます。そして在宅医療の充実や介護との連携を図り、地域住民がいつでも必要な医療・介護サービスを受けられる「地域包括ケア体制」の構築を目指しています。

診療報酬は2年ごと、介護報酬は3年ごとに改定があり、今年は6年に1度のダブル改定です。今改定を含め、2025年までに、診療報酬改定は7回、うち同時改定が3回あります。これらの報酬改定を活用しつつ、基盤整備のための一括的な法整備（医療法その他）もあわせて行い、行政はこの医療・介護機能の再編を強力に推進しようとしています。

## 2012年度の改定率と重点分野

全体改定率はわずかに+0.004%。診療報酬本体については5,500億円を原資とする+1.38%の引き上げとなり、うち4,700億円が医科に配分されました。「医療従事者の負担軽減」や介護報酬との同時改定による「医療と介護の連携、在宅医療の充実」を重点課題に掲げ、医科においては、負担軽減に1,200億円、在宅医療の充実に1,500億円、医療技術の進歩・促進に2,000億円が充てられました。



## テーマは「機能分化」と「連携」

「入院」「外来」「在宅」の切り口でみると、今改定のポイントは、「入院医療の機能分化」「外来医療における病診の役割分担」「介護との連携を意識した在宅医療の強化」にあり、今後の改革の方向性を示唆するメッセージが込められています。

入院医療の機能分化の中心となるのは、急性期医療の機能強化と慢性期医療のあり方の見直しです。一般病棟では、手厚い人員配置で平均在院日数の短縮に取り組むほど高く評価され、スタッフが少なく長期入院患者の割合が高いと点数が引き下げられる、という図式がより鮮明になっています。外来医療については、勤務医の負担を軽減する観点から、大病院の外来患者を診療所へと誘導する仕組みが導入されました。そして、高齢者が住み慣れた地域で最期まで安心して暮らせる体制の実現に向けて、在宅医療の充実を推し進める報酬体系が新たに導入されました。

## 「ストラクチャー」から「プロセス」「アウトカム」重視へ

これまで診療報酬の評価は、その大部分が、診療行為や看護基準、医師配置などの診療体制（ストラクチャー）に対するものでした。しかし「医療の質」が取りざたされる昨今、医療機能の明確化とともに、診療や治療の経過や成果・実績を評価する手法が検討され、順次採用されています。

患者への情報提供やガイドラインに基づく診療などのプロセス評価、在宅復帰率や治癒率などのアウトカム評価を取り入れた項目が増えています。従来のストラクチャー重視から、プロセス、アウトカム重視の評価体系へ徐々にシフトしており、医療の質の向上を求める動きが活発になっています。

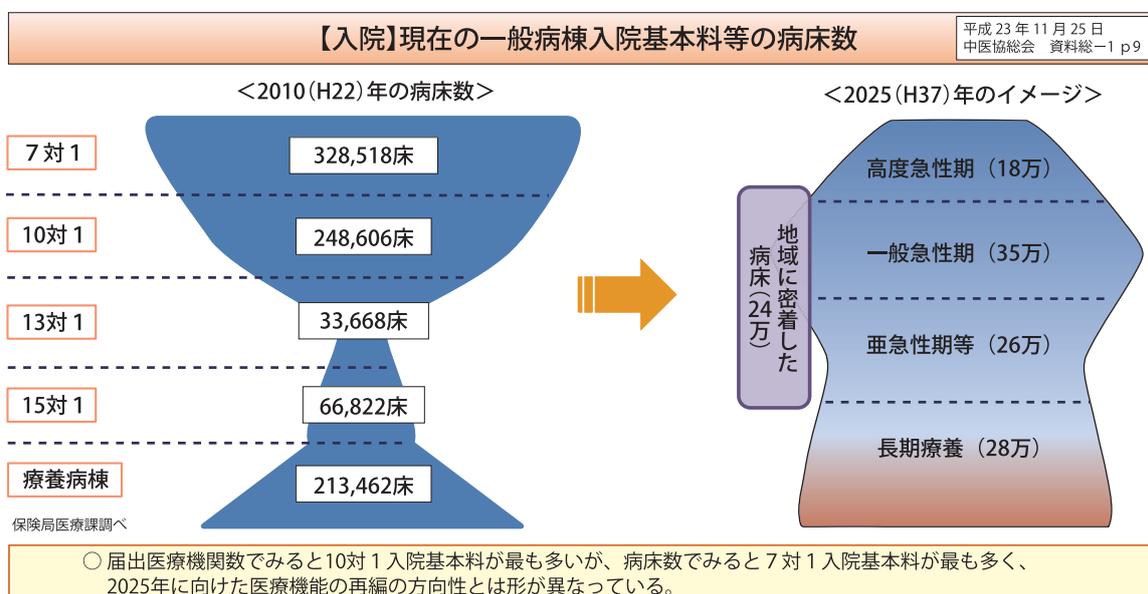
# 「機能分化」と「連携」に関する主な改定メッセージ

## 入院医療・DPC／PDPS



### 一般病床の機能分化：患者の状態（重症度・看護必要度）に応じた施設基準を導入

一般病棟では、7対1と10対1がほぼ「急性期」、13対1と15対1は「急性期+急性期後」、という色分けが進んでいます。国は2025年に向けて、現行の一般病棟入院基本料における区分バランスを大きく変えようとしています。医療法による病床類型を整理し、「急性期病床群（仮称）」を制度化しようという検討が始まっています。「果たしてこれから迎える超高齢社会において必要となる“急性期”医療とは？」「医療法に位置づけることによる功罪は？」など、議論は難航していますが、一般病床の機能分化は確実に進められようとしています。



一般病床の機能分化は、平均在院日数と患者の重症度・看護必要度を軸に推し進められます。今改定で一般病棟入院基本料の算定要件が見直されています。7対1の要件は、平均在院日数を19日から18日に短縮、看護必要度基準は10%から15%へ引き上げられました(2014年4月1日施行)。10対1では、看護必要度の測定を評価する「看護必要度評価加算(5点)」を廃止し、測定の実施は入院基本料の要件に組み込まれます。その上で、重症患者の受け入れ割合に応じた「看護必要度加算(2段階)」を新設(2012年7月1日施行)。そして13対1に「看護必要度評価加算」が導入されます。

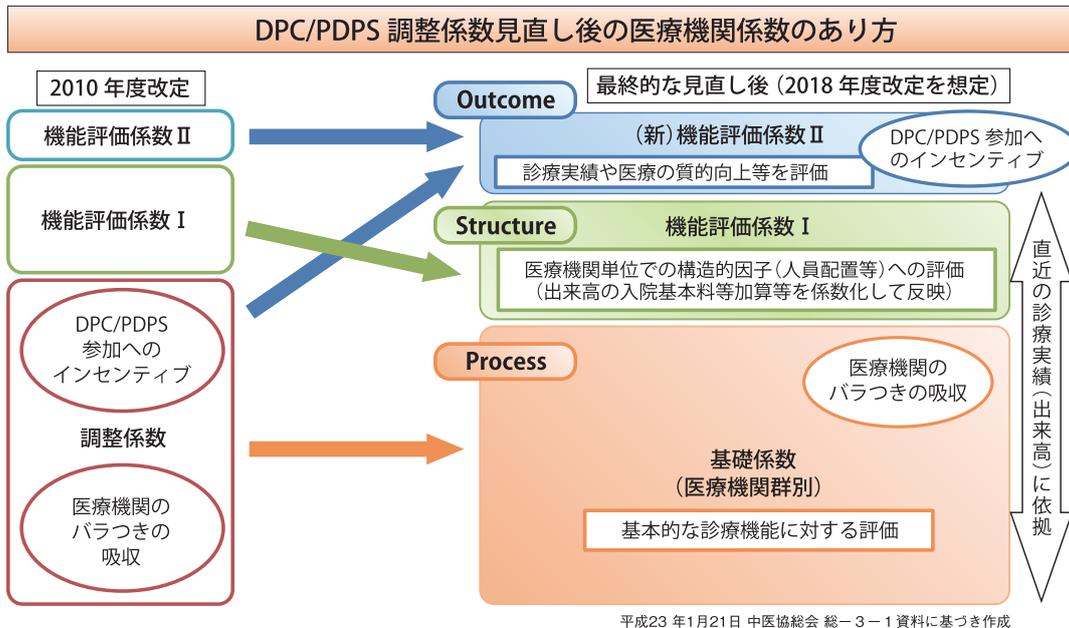
また13対1と15対1では、長期入院(90日超)の適正化を図るため、従来の「特定除外患者」の取り扱いが見直され、療養病棟と同様の包括化が、平均在院日数の算定に含めて出来高制にするかの選択制となりました(2012年10月1日施行)。

各医療機関は「将来どのような方向性を目指すのか」を見据えて、人員配置等(ストラクチャー)に偏った対応ではなく、看護必要度(プロセス)や平均在院日数(アウトカム)の視点からも十分評価に値する機能整備を求められています。



### DPC／PDPS：医療機関群別の「基礎係数」を導入、「調整係数」は段階的に廃止

DPC制度(DPC／PDPS)<sup>\*1</sup>では、医療機関別係数のあり方が大きく見直され「基礎係数」が導入されます。DPC対象病院は、機能や役割に応じた3グループ(DPC病院Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ群)に分類され、その医療機関群ごとに「基礎係数」が与えられます。これまでは、病院ごとに過去の報酬水準を保証する「調整係数」が設定されましたが、今後、段階的に「基礎係数」と「機能評価係数Ⅱ」に置き換わります。



### 2012 年度改定で導入された医療機関群

DPC 病院 I 群: 大学病院本院 (80 病院)

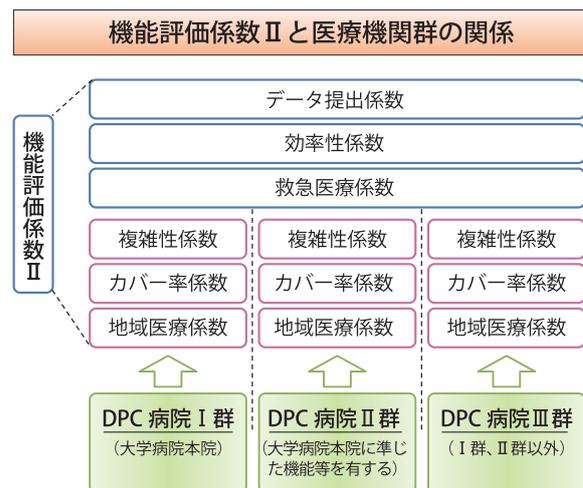
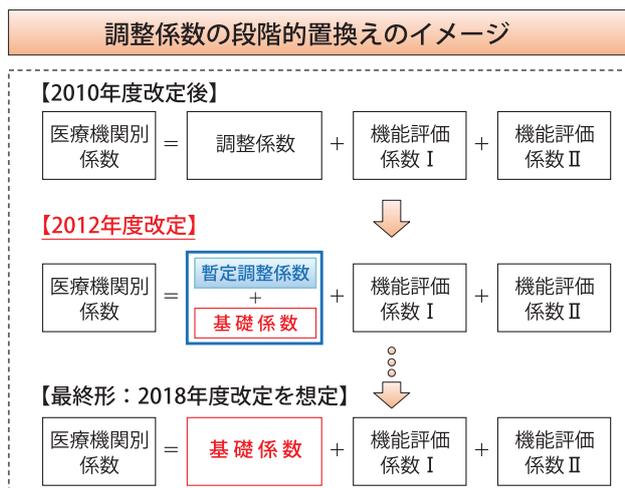
DPC 病院 II 群: 大学病院本院に準じた機能等<sup>※2</sup>を有する (約 80~90 病院)

※2 診療密度、医師研修機能、高度な医療技術の実施、重症患者に対する診療機能

DPC 病院 III 群: I・II 群以外 (約 1300 病院)

「基礎係数」は、基本的な診療機能(プロセス)を評価するもので、「機能評価係数 I」は人員配置や体制などのストラクチャーを評価。「機能評価係数 II」では、2010 年度に導入された 6 項目のうち、「データ提出指数」「地域医療指数」「救急医療係数」が見直されました。また「複雑性指数」「カバー率指数」「地域医療指数」には、各医療機関群の特性に応じた評価手法を導入し、診療実績や質の向上を評価する要素を強めています (アウトカム重視へ)。

「調整係数」から「基礎係数」への置き換えについては、激変緩和のために経過措置 (暫定調整係数) を講じますが、6 年後の 2018 年度改定で全面移行を遂げる方針です。医療機関別係数で病院の実力や実績が評価され、その値によって病院の選別が行われることが予想されます。



中医協・DPC 評価分科会資料に基づき作成

また今後は、急性期医療の全体像を把握する狙いから、DPC 病院 I・II 群には、外来診療データ (出来高点数) の提出が義務づけられます。加えて、DPC 不参加の出来高算定病院による診療データ提出への評価をスタートさせます。厚労省は医療データを詳細に分析・検証し、2025 年モデルへ誘導する足がかりにしたいと思います。

※1 「DPC 制度」とは「急性期入院医療の診断群分類に基づく 1 日当たり定額報酬算定制度」であり、略称としては「DPC/PDPS」(Diagnosis Procedure Combination / Per-Diem Payment System) という。単に DPC (Diagnosis Procedure Combination) という場合は、患者分類としての診断群分類を意味する。

## ■ ■ ■ 外来・在宅医療 ■ ■ ■

### ポイント 3

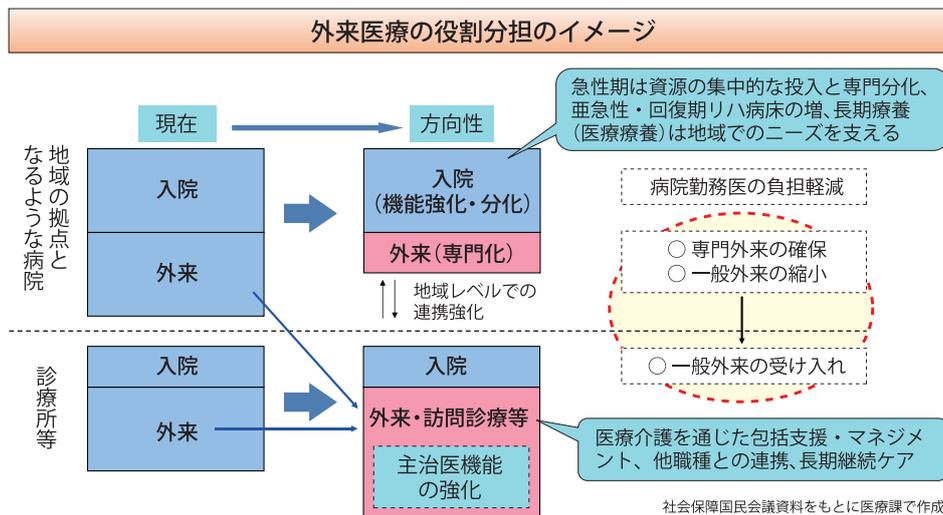
#### 外来の機能分化：診療所は一般外来の拡大で主治医機能を強化、病院は専門外来に特化

医療機能の再編にあたり「外来受診の適正化」が進められます。これは外来医療の提供の場を、病院から診療所へシフトさせることを意味しています。大病院への患者の集中・混雑が勤務医の負担に拍車をかけているため、その緩和策として、大病院の一般外来縮小を促します。

今回講じられた対策は、緊急を要さない外来患者は診療所に委ね、診療所で対応できない患者は紹介状を持って病院にかかるよう、患者の流れに道筋をつけるものです。具体的には、紹介状を持たずに大病院を受診した患者の初診料を、270点から200点に減額。また、大病院が患者に地域の診療所などを紹介したにもかかわらず、再び大病院を受診した際の外来診療料を、70点から52点に減額。本件が適用される大病院<sup>※3</sup>では、これらが減額されるかわりに、選定療養費（保険外）を自由裁量で定めることになり、患者には負担増となるため大病院の外来受診が抑制されるという仕組みです。

※3 紹介率が40%未満の特定機能病院と、500床以上の地域医療支援病院への適用とし、逆紹介率が30%以上の場合や中小病院は対象から除外される。経過措置を設け、2013年4月1日から導入。

診療所には、外来患者を広く受け入れ、地域住民の主治医機能を担うことが期待されています。休日・夜間の緊急対応を含め、必要に応じて適切な医療を提供する機能を評価するため、従来の「地域貢献加算（3点）」を「時間外対応加算」に改称。その算定区分は「24時間対応（5点）」「準夜帯（3点）」「輪番（1点）」の3区分に細分化されました。



### ポイント 4

#### 在宅医療の充実：連携の推進策と在支診・在支病の機能強化

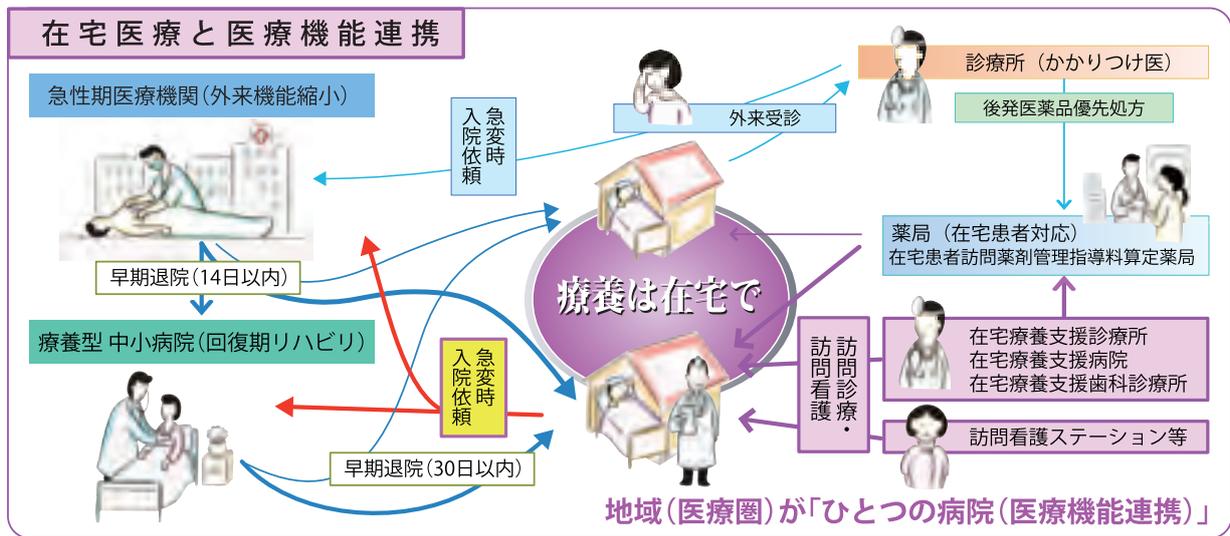
介護報酬とのダブル改定となった今回、在宅医療の担い手を増やし、患者宅での看取りを後押しする方向で、算定項目の新設や拡充がありました。

入院患者が円滑に在宅療養に移行できるような連携を促進するため、患者への説明や文書提供、退院後に治療を行う医療機関との情報共有へ向けた取り組みを評価しています。具体的には、「地域連携計画加算（300点）」や、早期退院を促進する退院支援計画の作成着手に対する「退院調整加算」が新設されました。また、在宅での看取りを促進するため、「在宅ターミナルケア加算」を見直し、ターミナルケアのプロセスと看取りを分割して「ターミナルケア加算」と「看取り加算」としてそれぞれ算定できるようになりました。

在宅療養支援診療所（在支診）や在宅療養支援病院（在支病）については、新たな施設基準<sup>※4</sup>を満たして機能を強化した場合に、緊急時・夜間の「往診料」や「在宅時医学総合管理料」、「ターミナルケア加算」などをより手厚く評価しています。

在宅医療に大きく舵がきられた今後は、これらの在宅医療支援策も取り入れた経営がポイントとなりそうです。

※4 新たな施設基準：「所属する常勤医師3人以上」「過去1年間の緊急の往診実績5件以上」「過去1年間の看取り実績2件以上」の3項目について、これまでの在支診と在支病の要件に追加。



## ... 効率化と質の向上 ...



### チーム医療の推進

今改定では、スタッフの役割分担と連携で業務の負担を軽減する取り組みとして、チーム医療を推進する項目が多数導入されています。医療従事者の負担軽減や処遇改善を要件とする項目は、従来の8項目から15項目に拡大されました。新たに追加された7項目のうち6項目は、今回新設されたものです。一方、従来の8項目についても、算定区分を新設・再編するなど、対象が拡大されています。

チーム医療としては、このほか、がん患者の診療について、外来での緩和ケア診療を評価する「外来緩和ケア管理料」や、放射線治療で診療放射線技師を含むチームによる観察を評価する「外来放射線照射診療料」なども新設されました。

さまざまな職種による連携・協働は、医療従事者の負担を軽減するとともに、専門性の高い医療サービスの質を確保・向上させる視点からも、今後さらに評価され推進される方向にあります。

#### 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善を要件とする項目

改定前
① 総合入院体制加算
② 医師事務作業補助体制加算
③ ハイリスク分娩管理加算
④ 急性期看護補助体制加算
⑤ 栄養サポートチーム加算
⑥ 呼吸ケアチーム加算
⑦ 小児入院医療管理料1及び2
⑧ 救命救急入院料 (特定の加算を算定する場合)



新たに追加
⑨ 総合周産期特定集中治療室管理料
⑩ (新)小児特定集中治療室管理料
⑪ (新)精神科リエゾンチーム加算
⑫ (新)病棟薬剤業務実施加算
⑬ (新)院内トリアージ実施料
⑭ (新)移植後患者指導管理料
⑮ (新)糖尿病透析予防指導管理料

2025年に向けた改革のキーワードは「入院から在宅へ」「施設から地域へ」です。国が構想する「地域包括ケア体制」において、各医療機関は、地域における自院のポジショニングを明確にして、その機能に応じた質の高い医療を提供するとともに、院内連携から地域内連携へ、患者の受け入れや転・退院をスムーズにする体制づくりを求められています。

本格的な少子高齢社会を迎える中で、国は中長期的な視点で医療・介護機能の再編に取り組む姿勢を明らかにしています。施策としては、診療報酬という誘導策だけでなく、予算措置や補助事業の活用、また、医療法をはじめとする関連法規・各種制度の見直しや改正を連動させて進める方針です。

今や診療報酬改定は、単なる点数の上げ下げへの対応にとどまらず、その算定区分や要件に応じて、院内の組織・体制の変更、さらには経営・診療方針の転換をも示唆する意味をもっているのです。

## 2012年度診療報酬改定

## 画像診断・超音波検査・検体検査・放射線治療等の主な改定項目

## 画像診断

## 【CT・MRI】

## ●コンピューター断層撮影診断料の見直し

64列以上のマルチスライス型CT及び3テスラ以上のMRIによる撮影が新設。  
E200 コンピューター断層撮影(CT撮影)

改定前	改定後	増減
1 CT撮影 イ 16列以上のマルチスライス型の機器による場合	1 CT撮影 イ 64列以上のマルチスライス型の機器による場合	950点 +50点
	ロ 16列以上64列未満のマルチスライス型の機器による場合	900点 増減なし
ロ 2列以上16列未満のマルチスライス型の機器による場合	ハ 4列以上16列未満のマルチスライス型の機器による場合	820点 ▲40点
ハイ、ロ以外の場合	ニ イ、ロ又はハ以外の場合	600点 2列は▲220点 シングルは増減なし

【留意事項】(保医発0305第1号 平成24年3月5日)

E200 コンピューター断層撮影(CT撮影)

(1)、(2) (略)

(3)「1」のCT撮影の「イ」、「ロ」及び「ハ」は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において、64列以上のマルチスライス型、16列以上64列未満のマルチスライス型又は4列以上16列未満のマルチスライス型のCT装置を使用して撮影を行った場合に限りそれぞれ算定する。

(4)「1」の「イ」について、64列以上のマルチスライス型の機器であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しない場合には、「ロ」として届け出たうえで、「ロ」を算定すること。

(5)～(10) (略)

E202 コンピューター断層撮影(MRI撮影)

改定前	改定後	増減
1 1.5テスラ以上の機器による場合	1 3テスラ以上の機器による場合	1,400点 +70点
	2 1.5テスラ以上3テスラ未満の機器による場合	1,330点 増減なし
2 1以外の場合	3 1、2以外の場合	1,000点 ▲50点

【留意事項】(保医発0305第1号 平成24年3月5日)

E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)

(1)、(2) (略)

(3)「1」及び「2」は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において、3テスラ以上又は1.5テスラ以上のMRI装置を使用して撮影を行った場合に限り算定する。

(4)「1」の3テスラ以上の機器であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に該当しない場合には、「2」として届け出たうえで、「2」を算定すること。

(5)～(8) (略)

【施設基準】(保医発0305第3号 平成24年3月5日)

第34 CT撮影及びMRI撮影

1 CT撮影及びMRI撮影に関する施設基準

(1)64列以上、16列以上64列未満若しくは4列以上16列未満のマルチスライスCT装置又は3テスラ以上若しくは1.5テスラ以上3テスラ未満のMRI装置のいずれかを有していること。

(2)64列以上のマルチスライスCT装置又は3テスラ以上のMRI装置においては、画像診断管理加算2に関する施設基準の届出を行っていること。

(3)64列以上のマルチスライスCT装置又は3テスラ以上のMRI装置においては、CT撮影に係る部門又はMRI撮影に係る部門にそれぞれ専従の診療放射線技師が1名以上勤務していること。

2 届出に関する事項

(1)CT撮影及びMRI撮影の施設基準に係る届出は、別添2の様式37を用いること。

(2)当該撮影を行う画像診断機器の機種名、型番、メーカー名、テスラ数(MRIの場合)を記載すること。

(3)CT撮影及びMRI撮影に係る安全管理責任者の氏名を記載し、CT撮影装置、MRI撮影装置及び造影剤注入装置の保守管理計画を添付すること。

## 【画像診断管理加算2に関する施設基準】

(保医発0305第3号 平成24年3月5日)

(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が10年以上有するもの又は専門医に限る。)が1名以上配置されていること。

(3)当該保険医療機関において実施されるすべての核医学診断、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。

## ●CT及びMRI撮影の施設基準届出において装置の保守管理計画提出を要件化

改定
医療機器の保守管理に関する評価 高い機能を有するCT撮影装置(4列以上のマルチスライス型の機器)及びMRI撮影装置(1.5テスラ以上の機器)の施設基準の届出にあたり、安全管理責任者の氏名や、CT撮影装置やMRI撮影装置、造影剤注入装置の保守管理計画をあわせて提出することとする。 ※厚生省資料:平成24年度診療報酬改定の概要(P48)より(保発0305第1号(平成24年3月5日)別紙)

※CT撮影及びMRI撮影に関する施設基準の2届出に関する事項を参照

[様式37]

改定	
医療機器の保守管理に関する評価 高い機能を有するCT撮影装置(4列以上のマルチスライス型の機器)及びMRI撮影装置(1.5テスラ以上の機器)の施設基準の届出にあたり、安全管理責任者の氏名や、CT撮影装置やMRI撮影装置、造影剤注入装置の保守管理計画をあわせて提出することとする。 ※厚生省資料:平成24年度診療報酬改定の概要(P48)より(保発0305第1号(平成24年3月5日)別紙)	
<p style="text-align: center;">CT撮影及びMRI撮影の施設基準に係る届出書添付書類</p> <p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・64列以上のマルチスライスCT</li> <li>・16列以上64列未満のマルチスライスCT</li> <li>・4列以上16列未満のマルチスライスCT</li> <li>・MRI 1 : 3テスラ以上</li> <li>・MRI 2 : 1.5テスラ以上3テスラ未満</li> </ul>	
<p>2 ○印をつけた機器の名称、型番、メーカー名等 MRI : の場合はマウスクリックも記載すること。</p> <p>機種名: _____</p> <p>型番: _____</p> <p>メーカー名: _____</p> <p>テスラ数: _____</p>	
3 保守管理計画の有無	有 / 無
4 安全管理責任者の氏名	_____
5 画像診断管理加算2の届出の有無	有 / 無
6 専従の診療放射線技師の氏名	_____
<p>【記載上の注意】</p> <p>1 「届出する画像診断機器」欄につき、各機名による添付書類をそれぞれ添付すること。</p> <p>2 「1」及び「2」については、機種ごと記載すること。</p> <p>3 使用するCT撮影装置、MRI撮影装置及び造影剤注入装置の保守管理計画を添付すること。</p> <p>4 64列以上のマルチスライスCT又はMRI : (3テスラ以上) を届出する場合は、「1」及び「6」についても必ず記載すること。</p>	

## ●大腸CT撮影加算の新設

16列以上のマルチスライス型として届出を行っている機器を使用し、直腸用チューブを用いて二酸化炭素を注入し、下部消化管をCT撮影した上で三次元画像処理を行った場合に、CT撮影の所定点数に加算する。

改定項目	改定前	改定後	増減
大腸CT撮影加算	—	600点	新設

E200 コンピューター断層撮影(CT撮影)(一連につき)

注7 CT撮影のイ及びロについて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、大腸のCT撮影(炭酸ガス等の注入を含む。)を行った場合は、大腸CT撮影加算として、所定点数に600点を加算する。この場合において、造影剤注入手技料及び麻酔料(区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。)は、所定点数に含まれるものとする。

【留意事項】(保医発0305第1号 平成24年3月5日)

E200 コンピューター断層撮影(CT撮影)

(10)「注7」に規定する大腸CT撮影加算

ア 他の検査で大腸悪性腫瘍が疑われる患者に対して、「1」の「イ」又は「ロ」として届出を行っている機器を使用し、CT撮影を行った場合に算定する。なお、当該撮影は、直腸用チューブを用いて、二酸化炭素を注入し下部消化管をCT撮影した上で三次元画像処理を行うものであり、大腸CT撮影に係る「注3」の加算、造影剤注入手技料及び麻酔料(区分番号「L008」に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。)は、所定点数に含まれるものとする。

イ アとは別に、転移巣の検索や他の部位の検査等の目的で、静脈内注射、点滴注射等により造影剤使用撮影を同時に行った場合には、「注3」の加算を別に算定できる。 ※「注3」は造影剤使用時の加算(500点)

【施設基準】(保医発0305第3号 平成24年3月5日)

第35の3 大腸CT撮影加算

1 大腸CT撮影加算に関する施設基準

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

2 届出に関する事項

大腸CT撮影加算に係る施設基準は、別添様式2の様式38を用いること。

※大腸CT撮影は【通知】保医発1228第3号(平成23年12月28日)により2012年1月1日より保険適用(準用中)。

## ●CT透視下気管支鏡検査加算の新設

気管支鏡下でCT透視との組み合わせにより、隠れた位置にある病変や微小な肺腫瘍の診断用検体を採取し、診断する。

改定項目	改定前	改定後	増減
CT透視下気管支鏡検査加算	—	1,000点	新設

D415 経気管肺生検法 4,000点

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、CT透視下に当該検査を行った場合は、CT透視下気管支鏡検査加算として、所定点数に1,000点を加算する。

【留意事項】(保医発0305第1号 平成24年3月5日)

D415 経気管肺生検法

(4)CT透視下とは、気管支鏡を用いた肺生検を行う場合に、CTを連続的に撮影することをいう。またこの場合、CTに係る費用は別に算定できる。

【施設基準】(保医発0305第3号 平成24年3月5日)

第29の4 CT透視下気管支鏡検査加算

1 CT透視下気管支鏡検査加算に関する施設基準

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

(2)専ら呼吸器内科又は呼吸器外科に従事し、呼吸器系疾患の診療の経験を5年以上有する常勤の医師が配置されていること。

(3)診療放射線技師が配置されていること。

2 届出に関する事項

CT透視下気管支鏡検査加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式38を用いること。

## 【核医学】

### ●N-13 アンモニア-ポジロン断層撮影の新設

改定項目	改定前	改定後	増減
E101-2 ポジロン断層撮影 3 13N標識アンモニア剤を用いた場合 (一連の検査につき)	—	7,500点	新設

注1 150標識ガス剤の合成及び吸入、18FDGの合成及び注入並びに13N標識アンモニア剤の合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。

### ●治療効果判定のために施行するPET検査(適応の拡大)

悪性リンパ腫患者の治療終了時に、治療効果判定のために施行するPET検査。

### ●心サルコイドーシスのPET診断(適応の拡大)

18FDGを投与後、PET または PET/CT撮影を行い、心臓の炎症部位を診断する。

改定項目	改定前	改定後	増減
E101-2 ポジロン断層撮影 1 150標識ガス剤を用いた場合(一連の検査につき)	7,000点	7,000点	適応の拡大
2 18FDGを用いた場合(一連の検査につき)	7,500点	7,500点	

【留意事項】(保医発0305第1号 平成24年3月5日)

E101-2 ポジロン断層撮影

(2)18FDGを用いたポジロン断層撮影については、てんかん若しくは心疾患の診断又は悪性腫瘍(早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む。)の病期診断又は転移・再発の診断を目的とし、次の表に定める要件を満たす場合に限り算定する。

1.てんかん	(略)
2.心疾患	虚血性心疾患による心不全患者における心筋組織のバイアピリティ診断(他の検査で判断のつかない場合に限る。)又は心サルコイドーシスにおける炎症部位の診断が必要とされる患者に使用する。
3.悪性腫瘍(早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む。)	他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者に使用する。

改定項目	改定前	改定後	増減
E101-3 ポジロン断層・コンピューター断層複合撮影(一連の検査につき)			適応の拡大
1 150標識ガス剤を用いた場合(一連の検査につき)	7,625点	7,625点	
2 18FDGを用いた場合(一連の検査につき)	8,625点	8,625点	

【留意事項】(保医発0305第1号 平成24年3月5日)

E101-3 ポジロン断層・コンピューター断層複合撮影

(3)18FDGを用いたポジロン断層・コンピューター断層複合撮影については、てんかんの診断又は悪性腫瘍(早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む。)の病期診断及び転移・再発の診断を目的とし、次の表に定める要件を満たす場合に限り算定する。ただし、表中の「画像診断」からは、コンピューター断層撮影に係るものを除く。次の表に定める要件は満たさないが、区分番号「E101-2」ポジロン断層撮影に定める要件を満たす場合は、区分番号「E101-2」により算定する。

1.てんかん	(略)
2.悪性腫瘍(早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む。)	他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者に使用する。

### ●センチネルリンパ節生検の見直し

放射性同位元素を用いた単独法の場合も算定できることになる。

改定前	改定後
D409-2 センチネルリンパ節生検 (注)別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、乳がんの患者に対して、1については放射性同位元素及び色素を用いて行った場合に、2については色素のみを用いて行った場合に、それぞれ算定する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。	D409-2 センチネルリンパ節生検 (注)別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、乳がんの患者に対して、1については放射性同位元素及び色素を用いて行った場合に、2については放射性同位元素又は色素を用いて行った場合に算定する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。

※D409-2 センチネルリンパ節生検  
1併用法 5,000点 2単独法 3,000点

**【留意事項】**(保医発0305第1号 平成24年3月5日)

D409-2 センチネルリンパ節生検

- (1) 触診及び画像診断の結果、腋窩リンパ節への転移が認められない乳がんに係る手術を予定している場合のみ算定する。
- (2) センチネルリンパ節生検を乳房悪性腫瘍手術と同日に行う場合は、区分番号「K476」乳腺悪性腫瘍手術の注1又は注2で算定する。
- (3) センチネルリンパ節生検に伴う放射性同位元素の薬剤料は、区分番号「D500」薬剤として算定する。
- (4) 放射性同位元素の検出に要する費用は、区分番号「E100」シンチグラム(画像を伴うもの)の「1」部分(静態)(一連につき)により算定する。
- (5) 摘出したセンチネルリンパ節の病理診断に係る費用は、第13部病理診断の所定点数を算定する。

**●核医学診断の増点**

改定項目	改定前	改定後	増減
E102 核医学診断			
1 区分番号E101-2に掲げるボジトロン断層撮影及びE101-3に掲げるボジトロン断層・コンピューター断層複合撮影(一連の検査につき)の場合	375点	450点	+75点
2 1以外の場合		370点	▲5点

**[X線]**

**●乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術(一連につき)の増点**

ステレオタクトティックガイド下にて吸引式生検針を用い、乳腺組織を採取する。

改定項目	改定前	改定後	増減
K474-3 乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術(一連につき)	4,200点	6,300点	+2,100点

**[インターベンション]**

**●動脈造影カテーテル法における血流予備能測定検査加算の新設**

改定項目	改定前	改定後	増減
動脈造影カテーテル法における血流予備能測定検査加算	—	400点	新設

E003 造影剤注入手技

3 動脈造影カテーテル法

注 血流予備能測定検査を実施した場合は、血流予備能測定検査加算として、所定点数に400点を加算する。

**●冠動脈血流予備能測定検査加算の増点**

改定項目	改定前	改定後	増減
冠動脈血流予備能測定検査加算	300点	400点	+100点

D206 心臓カテーテル法による諸検査(一連の検査について)

注3 血管内超音波検査、血管内光断層撮影又は冠動脈血流予備能測定検査を実施した場合は、所定点数に400点を加算する。

**●手術関連(抜粋)**

改定項目	改定前	改定後	増減
K178 脳血管内手術 3 脳血管内ステントを用いるもの	—	79,850点	新設
K178-3 経皮的選択的脳血栓・塞栓溶解術 1 頭蓋内脳血管の場合 2 頸部脳血管の場合(内頸動脈、椎骨動脈)	23,250点 14,430点	30,230点 18,760点	+6,980点 +4,330点
K142-4 経皮的椎体形成術	—	19,960点	新設
K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術	—	18,080点	新設
K617-4 下肢静脈瘤血管内焼灼術	—	14,360点	新設
K609-2 経皮的頸動脈ステント留置術	33,150点	38,930点	+5,780点
K547 経皮的冠動脈粥腫切除術	22,000点	23,950点	+1,950点
K548 経皮的冠動脈形成術 2 エキシマレーザー血管形成用カテーテルによるもの	—	24,500点	新設
K549 経皮的冠動脈ステント留置術	22,000点	24,380点	+2,380点
K550 冠動脈内血栓溶解療法	13,390点	17,410点	+4,020点
K550-2 経皮的冠動脈血栓吸引術	15,110点	19,640点	+4,530点

**[超音波検査]**

**●負荷心エコー法の新設**

運動負荷前後に心エコーを記録し壁運動異常出現の有無から心筋虚血を診断する。

改定項目	改定前	改定後	増減
D215 3 心臓超音波検査 ホ 負荷心エコー法	—	1,680点	新設

**【留意事項】**(保医発0305第1号 平成24年3月5日)

D215 超音波検査

(11) 「3」の「ホ」負荷心エコー法には、負荷に係る費用が含まれており、また併せて行った区分番号「D211」トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査は別に算定できない。

**●肝硬度測定の新設**

肝臓の硬さを超音波を用いて非侵襲的に計測し、客観的・定量的に評価する。

改定項目	改定前	改定後	増減
D215-2 肝硬度測定	—	200点	新設

**【留意事項】**(保医発0305第1号 平成24年3月5日)

D215-2 肝硬度測定

汎用超音波画像診断装置のうち、使用目的、効能又は効果として、肝臓の硬さについて、非侵襲的に計測するものとして薬事法上の承認を得ているものを使用し、肝硬変の患者(肝硬変が疑われる患者を含む。)に対し、肝臓の硬さを非侵襲的に測定した場合に、原則として3月に1回に限り算定する。ただし、医学的な必要性から3月に2回以上算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。

※肝臓の硬さの測定は[通知]保医発0909第3号(平成23年9月9日)により2011年10月より保険適用(準用中)。

**●コンベックス走査式超音波気管支鏡下針生検の新設**

気管支鏡で経気道的にアプローチし、穿刺針を用い気管・気管支周囲病変に対しリアルタイム超音波ガイド下穿刺生検により病理診断を行う。

改定項目	改定前	改定後	増減
D415-2 超音波気管支鏡下穿刺吸引生検法(EBUS-TBNA)	—	5,500点	新設

**【留意事項】**(保医発0305第1号 平成24年3月5日)

D415-2 超音波気管支鏡下穿刺吸引生検法(EBUS-TBNA)

- (1) 超音波気管支鏡(コンベックス走査方式に限る。)を用いて行う検査を行い、気管支鏡検査及び超音波に係る費用は別に算定できない。
- (2) 採取部位の数にかかわらず、所定点数のみ算定する。
- (3) 当該検査と同時に行われるエックス線透視に係る費用は、当該検査料に含まれる。また、写真診断を行った場合は、フィルム代のみ算定できるが、撮影料、診断料は算定できない。

**●気管支腔内超音波断層法加算(ガイドシース加算)の新設**

超音波プローブのまわりにガイドシース(GS)を被せて気管支鏡にて肺末梢病変にアプローチし、画像診断後、生検あるいは細胞診による病理確定診断を行う。

改定項目	改定前	改定後	増減
ガイドシース加算	—	500点	新設

D415 経気管肺生検法

注1 ガイドシースを用いた超音波断層法を併せて行った場合は、ガイドシース加算として、所定点数に500点を加算する。

**●血管内超音波検査加算の増点**

超音波カテーテルを挿入し、血管壁構造、血管サイズ、ステント径などを計測。

**●心腔内超音波検査加算の新設**

心腔内超音波カテーテルを使用し、心腔内の解剖学的構造・生理機能を画像化。

改定項目	改定前	改定後	増減
血管内超音波検査加算	300点	400点	+100点
心腔内超音波検査加算	—	400点	新設

D206 心臓カテーテル法による諸検査(一連の検査について)

注3 血管内超音波検査、血管内光断層撮影又は冠動脈血流予備能測定検査を実施した場合は、所定点数に400点を加算する。

注8 心腔内超音波検査を実施した場合は、所定点数に400点を加算する。  
 ※心腔内超音波プローブは[通知]保医発0909第3号(平成23年9月9日)により2011年10月1日より保険適用(準用中)。

## 画像ガイド技術、他

### ●画像等手術支援加算の適応疾患の拡大

てんかん手術、関節形成手術、脊椎固定術、肝切除術などへ適応拡大。

改定前	改定後
K939 画像等手術支援加算 1 ナビゲーションによるもの 2,000点	K939 画像等手術支援加算 1 ナビゲーションによるもの 2,000点
注) 区分番号K131、K131-2、K134-2、K142、K142-3、K151-2、K158、K161、K167、K169からK172まで、K174の1、K191からK193まで、K235、K236、K313、K314、K342、K343、K349からK365までに掲げる手術に当たって、ナビゲーションによる支援を行った場合に算定する。	注) 区分番号K055-2、K055-3、K080の1、K081の1、K082の1、K082-3の1、K131-2、K134-2、K140からK141-2まで、K142(6を除く。)、K142-3、K151-2、K154-2、K158、K161、K167、K169からK172まで、K174の1、K191からK193まで、K235、K236、K313、K314、K342、K343、K349からK365まで、K695、K695-2及びK697-4に掲げる手術に当たって、ナビゲーションによる支援を行った場合に算定する。

※K055-2 大腿骨頭回転骨切り術、K080 関節形成手術 1 肩、股、膝、K695 肝切除術、K697-4 移植用部分肝採取術(生体)

### ●マイクロ波子宮内膜アブレーションの新設

マイクロ波照射時に経直腸型などの超音波診断装置を用いて位置確認を行う。

改定項目	改定前	改定後	増減
K863-3 子宮鏡下子宮内膜焼灼術	—	17,810点	新設

## 検体検査

### ●プロテインS(PS)活性測定の新設

改定項目	改定前	改定後	増減
D006 19 プロテインS活性	—	170点	新設

### ●検体検査実施料の適正な評価、検査項目の区分の細分化、検査項目の名称の見直し

改定項目	改定前	改定後	増減
D400 血液採取(1日につき) 1 静脈 2 その他 注 6歳未満の乳幼児加算	13点 6点 14点	16点 6点 14点	+3点 増減なし 増減なし
D007 注 包括項目:5項目以上7項目以下	95点	93点	▲2点
D007 注 包括項目:8項目又は9項目	104点	102点	▲2点
D007 注 包括項目:10項目以上	123点	121点	▲2点
D001 8 アルブミン定量(尿)(名称の変更)	115点	113点	▲2点
D005 9 ヘモグロビンA1c(HbA1c)	50点	49点	▲1点
D006 17 Dダイマー (名称の変更)	150点	147点	▲3点
D007 1 酸ホスファターゼ	11点	削除	—
D007 11 ケトン体	31点	30点	▲1点
D007 15 胆汁酸	48点	47点	▲1点
D015 6 血清アミロイドA蛋白(SAA)(名称の変更)	48点	47点	▲1点
(旧)D001 4 ビリルビン、D001 5 ウロビリ ン、D003 2 糞便中ウロビリノゲン、D005 11 動的赤血球膜物性検査、D006 11 全 血凝固溶解時間測定(Ratnoff法等)、 D006 11 血清全プラスミン測定法(血清 SK 活性化プラスミン値)、D008 2 17-ハイ ドロキシコルチコステロイド(17-OHCS)、 D008 3 17-ケトステロイド(17-KS) など	(略)	(削除)	—

## ●輸血管理料の増点と輸血適正使用加算の新設

改定項目	改定前	改定後	増減
K920-2 輸血管理料 1 輸血管理料I 2 輸血管理料II	200点 70点	220点 110点	+20点 +40点
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、輸血製剤が適正に使用されている場合には、輸血適正使用加算として、1においては120点、2においては60点を加算する。(新設)			

### ●感染防止対策加算の新設

感染防止対策加算について医療安全対策加算とは別の評価体系に改められた。感染防止対策チームの人員要件を緩和した感染防止対策加算2が新設され感染防止対策加算1を算定する医療機関との連携を要件化。対策チームには薬剤師と臨床検査技師が明記された。これに伴って医療安全対策加算の感染防止対策加算は廃止。

改定項目	改定前	改定後	増減
A234-2 感染防止対策加算(入院初日) 1 感染防止対策加算1 2 感染防止対策加算2	— —	400点 100点	新設 新設
感染防止対策地域連携加算(施設基準に適合している医療機関の入院患者について更に所定点数に加算)	—	100点	新設

【施設基準】(厚労省資料:平成24年度診療報酬改定の概要(P27)より)(保発0305第1号(平成24年3月5日)別紙)

感染防止対策加算1

- ① 専任の院内感染管理者が配置されており、感染防止対策部門を設置していること。
- ② 以下かなる感染防止対策チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。

ア 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師

イ 5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師

ウ 3年以上の病院勤務経験をもつ感染防止対策に関わる専任の薬剤師

エ 3年以上の病院勤務経験をもつ専任の臨床検査技師(ア又はイのうち1名は専従であること。)

- ③ 年4回以上、感染防止対策加算1を算定する医療機関は、感染防止対策加算2を算定する医療機関と共同カンファレンスを開催すること。

感染防止対策加算2(感染防止対策加算1と異なる部分を記載)

- ① 一般病床の病床数が300床未満の医療機関であることを標準とする。
- ② 感染防止対策チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。感染防止対策チームの構成員については、感染防止対策加算1の要件から、イに定める看護師の研修要件を不要とする。また、ア又はイのいずれも専任でも可能とする。
- ③ 年4回以上、感染防止対策加算1を算定する医療機関の主催する共同カンファレンスに参加すること。

【施設基準】(保医発0305第3号 平成24年3月5日)

感染防止対策地域連携加算の施設基準

- (1) 感染防止対策加算1に係る届出を行っていること。
- (2) 他の感染防止対策加算1に係る届出を行っている保険医療機関と連携し、少なくとも年1回程度、当該加算に関して連携しているいずれかの保険医療機関に相互に赴いて別添6の別紙24又はこれに準じた様式に基づく感染防止対策に関する評価を行い、当該保険医療機関にその内容を報告すること。また、少なくとも年1回程度、当該加算に関して連携しているいずれかの保険医療機関より評価を受けていること。

## 放射線治療

### ●小児放射線治療加算の新設

改定前	改定後
第12部 放射線治療 通則	第12部 放射線治療 通則 2 新生児、3歳未満の乳幼児(新生児を除く。)、3歳以上6歳未満の幼児又は6歳以上15歳未満の小児に対して放射線治療(区分番号M000からM004までに掲げる放射線治療に限る。)を行った場合は、小児放射線治療加算として、当該放射線治療の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の60、100分の30、100分の15又は100分の10に相当する点数を加算する。

●MOO1 体外照射の増点  
(高エネルギー放射線治療・強度変調放射線治療 2回目)

改定項目	改定前	改定後	増減
3 高エネルギー放射線治療 イ (略) □ 2回目			
(1)1門照射又は対向2門照射を行った場合	280点	420点	+140点
(2)非対向2門照射又は3門照射を行った場合	440点	660点	+220点
(3)4門以上の照射、運動照射又は原体照射を行った場合	600点	900点	+300点
4 強度変調放射線治療(IMRT) イ (略) □ 2回目	1,000点	1,500点	+500点

●高エネルギー放射線治療における呼吸性移動対策加算の新設

改定項目	改定前	改定後	増減
体外照射呼吸性移動対策加算	—	150点	新設

MOO1 体外照射

注5 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、呼吸性移動対策を行った場合は、体外照射呼吸性移動対策加算として、所定点数に150点を加算する。

【留意事項】(保医発0305第1号 平成24年3月5日)

MOO1 体外照射

(7)「注5」の呼吸性移動対策とは、呼吸による移動長が10mmを超える肺がん、食道がん、胃がん、肝がん、胆道がん、膵がん、腎がん又は副腎がんに対し、治療計画時及び毎回の照射時に呼吸運動(量)を計測する装置又は実時間位置画像装置等を用いて、呼吸性移動による照射範囲の拡大を低減する対策のことをいい、呼吸性移動のために必要な照射野の拡大が三次元的な各方向に対しそれぞれ5mm以下となることが、治療前に計画され、照射時に確認されるものをいう。なお、治療前の治療計画の際に、照射範囲計画について記録し、毎回照射時に実際の照射範囲について記録の上、検証すること。

【施設基準】(保医発0305第3号 平成24年3月5日)

第83の4 体外照射呼吸性移動対策加算

1 体外照射呼吸性移動対策加算の施設基準

- (1)放射線治療を専ら担当する常勤の医師が1名以上配置されていること。(以下略)
- (2)放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師(放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。)が1名以上配置されていること。(以下略)
- (3)放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等を専ら担当する者(診療放射線技師その他の技術者等)が1名以上配置されていること。(以下略)
- (4)当該治療を行うために必要な次に掲げる機器が当該治療を行う室内に設置されていること。

ア 呼吸性移動が10mm以上の腫瘍に対して、呼吸性移動を補償するために必要な照射範囲の拡大が5mm以下とするために必要な装置

【注意事項】

本資料は下記の官報告示、通知並びに平成24年度診療報酬改定説明会(平成24年3月5日開催)資料をもとに画像診断・超音波検査・検体検査・放射線治療等の主な改定項目について作成いたしました。

資料の内容や印刷につきましても、注意を払い極力正確を期しておりますが、ご不明な点等に関しましては下記の原資料や今後の解釈通知等をご参照願います。

- ◆診療報酬の算定方法の一部を改正する件(厚生労働省告示第76号)
- ◆基本診療料の施設基準等の一部を改正する件(厚生労働省告示第77号)
- ◆特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件(厚生労働省告示第78号)
- ◆平成24年度診療報酬改定について(保発0305第1号)
- ◆診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について(保医発0305第1号)
- ◆基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて(保医発0305第2号)
- ◆特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて(保医発0305第3号)

【厚生省ホームページ】

平成24年度診療報酬改定説明会(平成24年3月5日開催)資料等について  
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuhoken/iryuhoken15/2-3.html>

イ 実際の照射野内に腫瘍が含まれていることを毎回の照射直前または照射中に確認・記録するために必要な装置

(5)当該保険医療機関において、当該治療に係る公開可能な実施記録と精度管理に係る記録が保存されていること。

2 届出に関する事項

体外照射呼吸性移動対策加算の施設基準に係る届出は別添2の様式78の3を用いること。

●直線加速器による放射線治療(一連につき)の見直し

改定前	改定後
M001-3 直線加速器による定位放射線治療 63,000点	M001-3 直線加速器による放射線治療(一連につき) 1 定位放射線治療の場合 63,000点 2 1以外の場合 6,720点
	注2 定位放射線治療について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、呼吸性移動対策を行った場合は、定位放射線治療呼吸性移動対策加算として、所定点数に次の点数を加算する。 イ 動体追尾法 10,000点 ロ その他 5,000点

●経皮的放射線治療用金属マーカー留置術の新設

改定項目	改定前	改定後	増減
K007-2 経皮的放射線治療用金属マーカー留置術	—	10,000点	新設

●外来放射線照射診療料の創設

診療放射線技師を含むチーム医療が評価された。

改定項目	改定前	改定後	増減
B001-2-8 外来放射線照射診療料	—	280点	新設

【留意事項】(保医発0305第1号 平成24年3月5日)

B001-2-8 外来放射線照射診療料

- (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区分番号「A000」初診料、区分番号「A001」再診料又は区分番号「A002」外来診療料は算定できないものとし、当該7日間は、区分番号「A000」初診料、区分番号「A001」再診料又は区分番号「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あっては、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、照射毎に記録し、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分の50に相当する点数を算定する。

【施設基準】(保医発0305第3号 平成24年3月5日)

第6の7 外来放射線照射診療料

1 外来放射線照射診療料に関する施設基準

- (1)放射線照射の実施時において、当該保険医療機関に放射線治療医(放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。)が配置されていること。
- (2)専従の看護師及び専従の診療放射線技師がそれぞれ1名以上勤務していること。
- (3)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名以上勤務していること。
- (4)合併症の発生によりすみやかに対応が必要である場合等、緊急時に放射線治療医が対応できる連絡体制をとること。

2 届出に関する事項

外来放射線照射診療料の施設基準に係る届出は、別添2の様式7の6を用いること。

東芝メディカルシステムズ株式会社

本社 〒324-8550 栃木県大田原市下石上1385番地

<http://www.toshiba-medical.co.jp>

© Toshiba Medical Systems Corporation 2012

●東芝メディカルシステムズ株式会社は、品質システムの国際規格 ISO 9001 及び ISO 13485 の認証を取得しています。  
●東芝メディカルシステムズ株式会社那須事業所は、環境マネジメントシステムの国際規格 ISO 14001 の認証を取得しています。