

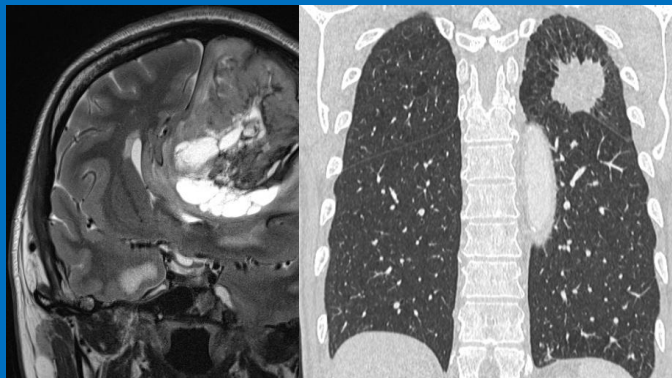
# *Japan Radiology Assessment 2022*

## ～令和4年放射線関連改定ポイント～

- 画像診断
- 放射線治療
- 核医学
- 検査
- IVR
- その他

2022年診療報酬改定における、放射線科領域の改定ポイントを提示します。  
画像診断、核医学、IVR、放射線治療、検査の5項目に分類しました。

# 画像診断



- 画像診断管理加算
- 肝エラストグラフィ加算
- 血流予備量比コンピューター断層撮影

画像診断項目の改定ポイントについて示します。

2022年診療報酬改定、画像診断項目における改定はこの3点です。

画像診断管理加算3の増点と施設基準の見直し。

肝エラストグラフィ加算の新設

血流予備量比コンピューター断層撮影の施設基準の見直しです。

## 画像診断管理加算の施設基準

	1	2	3
点数	70	180	<b>340</b>
対象点数区分	E001 写真診断 E004 基本的エックス線診断料 E102 核医学診断 E203 コンピューター断層診断	E102 核医学診断 E203 コンピューター断層診断	E102 核医学診断 E203 コンピューター断層診断
常勤画像診断医	1名以上	1名以上	6名以上
医療機関の種類	保険医療機関	病院	特定機能病院
翌診療日までの読影		CT/MRI,核医学の8割以上	
画像情報の管理			全ての画像情報の管理に専門医が関与
夜間及び休日の読影体制			○
検査前の画像診断管理			夜間休日を除く全て
医療被ばく管理			○
MRI安全管理		○	○
<b>画像人工知能安全精度管理</b>			<b>○</b>
読影又は診断の委託	×	×	×

画像診断管理加算の施設基準一覧を示します。

2022年改定で、画像診断管理加算3において、300点から340点の増点となり、画像人工知能安全精度管理が要件に加わりました。

画像診断管理加算3の施設基準を満たすためには、画像人工知能安全精度管理に関しての、日本医学放射線学会の認証が必要となりますので、日本医学放射線学会ホームページをご確認ください。

## 画像診断管理加算3に関する施設基準

### 〔施設基準の概要〕

- ・放射線科を標榜している特定機能病院
- ・画像診断を専ら担当する常勤の医師が6名以上配置
- ・核医学診断、CT撮影及びMRI撮影に係る画像情報の管理の実施
- ・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、翌診療日までに当該患者の診療を担当する医師へ報告
- ・夜間及び休日に読影を行う体制の整備
- ・核医学診断、CT撮影及びMRI撮影について、夜間及び休日を除く検査前の画像診断管理の実施
- ・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。
- ・「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、安全な通信環境の確保
- ・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の実施
- ・関係学会の定める指針に基づく適切な被ばく線量管理の実施
- ・**関連学会の定める指針に基づく人工知能技術を用いた画像診断補助ソフトウェアに係る管理の実施**
- ・**人工知能技術を用いた画像診断補助ソフトウェアに係る管理にあたり、画像診断を専ら担当する医師を責任者として配置**

画像診断管理加算3に関する施設基準を示します。

2022年度改定において、スライドの赤字で示している施設基準が追加となりました。

関連学会の定める指針に基づく人工知能技術を用いた、画像診断補助ソフトウェアにかかる管理の実施と、人工知能技術を用いた、画像診断補助ソフトにかかる管理にあたり、画像診断を専ら担当する医師を責任者として配置することが示されました。


追加された施設基準は、画像診断管理加算3を算定する施設のみ該当します。

# 画像診断管理加算3に関する施設基準

## 4 届出に関する事項

- (1) 画像診断管理の施設基準に係る届出は、別添2の様式32を用いること。  
 なお、画像診断管理加算1の施設基準の届出については、画像診断管理加算2又は3の届出をもってこれに代えることができる。
- (2) **令和4年3月31日時点**で画像診断管理加算3の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関については、**令和5年3月31日までの間に限り**、3の(11)の基準を満たしているものとする。

340点



**AIの導入・管理体制の構築**  
 (経過措置期間)

**画像人工知能安全精度管理の運用**

令和4年4月1日

令和5年3月31日

令和6年3月31日

**※令和4年4月1日以降、画像診断管理加算3を新規で算定されたい施設は、すべての施設基準を満たしている必要がある。**

画像診断管理加算3の、施設基準の届け出に関する事項において、追加がありました。

令和4年3月31日時点で、画像診断管理加算3の施設基準にかかる届出を行っている保険医療機関については、令和5年3月31日までの間に限り、3のカッコ11の基準を満たしているものとする。と示されました。

解説。

令和4年3月31日時点で、既に画像診断管理加算3の施設基準を取得している施設は、令和4年4月1日より340点が算定でき、令和5年3月31日までは、AIの導入管理体制の構築のための経過措置期間とされ、令和5年4月1日より、画像人工知能安全精度管理の運用が正式に開始される、という解釈となります。

しかしながら、令和4年4月1日以降に新規で画像診断管理加算3を取得する施設においては、すべての施設基準を満たす必要があります。

様式 32

画像診断管理加算 1  
 画像診断管理加算 2  
 画像診断管理加算 3  
 の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 標榜診療科 (施設基準に係る標榜科名を記入すること。)			
2 画像診断を専ら担当する常勤医師の氏名等			
常勤医師の氏名	勤務時間	画像診断を専ら担当した経年数	医療機関勤務
	時間	年	<input type="checkbox"/>
	時間	年	<input type="checkbox"/>
	時間	年	<input type="checkbox"/>
	時間	年	<input type="checkbox"/>
	時間	年	<input type="checkbox"/>
	時間	年	<input type="checkbox"/>
	時間	年	<input type="checkbox"/>
	時間	年	<input type="checkbox"/>
	時間	年	<input type="checkbox"/>
3 核医学診断、CT撮影及びMRI撮影に係る事項			
	当該保険医療機関における実施件数	うち画像診断を専ら担当する常勤医師の下に画像情報の管理を行った件数	
核医学診断			
CT			
MRI			
4	④	件	
5		有・無	
6		有・無	

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

【記載上の注意】

1 「2」の常勤医師については、該当するすべての医師について記載すること。常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。また、常勤医師のうち、当該保険医療機関において勤務する医師（当該保険医療機関において常態として週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っており、当該勤務時間以外の所定労働時間について、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で読影を行う医師を除く。）については、当該医師の「医療機関勤務」の口に「✓」を記入すること。ただし、画像診断管理加算1及び2については1名以上、画像診断管理加算3については6名以上の「医療機関勤務

画像診断管理加算3の届出を行う場合にあつては、関連学会の定める指針に基づいて、人工知能関連技術が活用された画像診断補助ソフトウェアの適切な安全管理を行っていること等を証明する書類を添付すること

氏名を記入する場合は、関係学会による登録の施設主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した件数を記入すること。また、「3」、「4」、「6」、「7」及び「8」については、「6」、「7」及び「8」は記載する必要がある。また、「8」の常勤医師については、「2」の常勤医師に係る記載に準じて記載すること。

7 画像診断管理加算3の届出を行う場合にあつては、関連学会の定める指針に基づいて、適切な安全管理を行っていること等を証明する書類を添付すること。

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

こちらは画像診断管理加算の、施設基準にかかる届出添付書類、様式32です。

ここには画像診断管理加算3の届出を行う場合にあつては、関連学会の定める指針に基づいて、人工知能関連技術が活用された、画像診断補助ソフトウェアの適切な安全管理を行っていること等を証明する書類を添付すること、と記載があります。

解説。

日本医学放射線学会の画像診断管理認証制度において、画像人工知能安全精度管理に関する事項の認証施設として、認定された施設であることを証明する書類を指します。と記載されております。

画像人工知能安全精度管理に関する事項の、認証施設として認定された施設であることを証明する書類とは、画像診断管理認証機構の認証認定証を指します。

# 画像診断管理加算

## 疑義解釈

Q. 第2章第4部画像診断の通則第5号に規定する画像診断管理加算3の施設基準において、「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」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。

A. 現時点では、公益社団法人日本医学放射線学会の「人工知能技術を活用した放射線画像診断補助ソフトウェアの臨床使用に関する管理指針」を指す。

厚生労働省事務連絡0331疑義解釈その1

画像診断管理加算における疑義解釈が提示されていますので、ご確認ください。

日本医学放射線学会では、人工知能技術を活用した放射線画像診断補助ソフトウェアの臨床使用に関する管理指針を作成しました。

# 肝エラストグラフィ加算

肝エラストグラフィ加算

600点



## 算定要件

### JSMRM 肝MRIエラストグラフィ撮像・管理指針

- (1) 日本医学放射線学会・日本磁気共鳴医学会の指針に従う。
- (2) 関連学会の定める指針に従って、**非アルコール性脂肪肝炎の患者（疑われる患者を含む。）**に対して、肝臓の線維化の診断を目的とし、1.5テスラ以上のMRI装置及び薬事承認を得た専用装置を使用して肝臓を描出した場合に**年1回に限り算定**する。
- (3) 肝エラストグラフィ加算と肝臓の線維化の診断を目的として「D 4 1 2」**経皮的針生検法**（透視、心電図検査及び超音波検査をむ。）を併せて実施した場合には、**主たるもののみ算定**する。  
また、当該画像診断を実施したと**同一月内**に肝臓の線維化の診断を目的として「D 2 1 5 - 2」**肝硬度測定**、「D 2 1 5 - 3」**超音波エラストグラフィ**又は「D 2 1 5 - 4」**超音波減衰法検査**を実施した場合には、**主たるもののみを算定**する。

肝エラストグラフィ加算は2022年記載項目で、600点が算定できます。

算定要件として、

- (1)、日本医学放射線学会日本磁気共鳴学会の指針に従う。
- (2)、その指針にしたがって 疑われる患者を含む非アルコール性脂肪肝炎の患者に対して肝臓線維化の診断を目的とし、専用装置を用いて一年に一回限り算定する。
- (3)、肝エラストグラフィ加算と肝臓の線維化の診断を目的として、経皮的針生検法を合わせて実施した場合は、主たるもののみ算定する。また、画像診断を実施した、同一月内に肝臓の線維化の診断を目的とし、肝硬度測定、超音波エラストグラフィ、超音波減衰法検査を実施した場合は、主たるもののみを算定する。

と定められました。



## 肝エラストグラフィ加算

肝エラストグラフィ加算

600点



### 施設基準

### JSMRM 肝MRIエラストグラフィ撮像・管理指針

- (1) 1.5テスラ以上のMRI装置で施行すること
- (2) 画像診断管理加算2または3
- (3) 常勤放射線診断専門医が3名以上
- (4) 当該保険医療機関において、夜間及び休日に読影を行う体制が整備されている
- (5) 当該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の実施
- (6) 関係学会の定める指針に基づいて、適切な肝エラストグラフィ撮影管理を行っている

施設基準は、以下の通りです

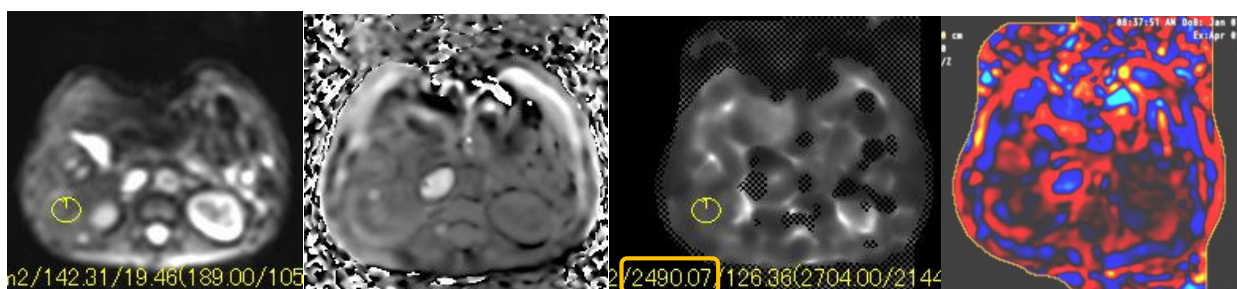
- (1)、1.5テスラ以上のmri装置でのサツゾウ。
- (2)、画像診断管理加算2または3の施設。
- (3)、常勤放射線診断専門医が三名以上。
- (4)、夜間及び休日のドクエイ体制が整っている。
- (5)、検査前の画像診断管理が行われている。
- (6)、関係学会の定める指針に基づいて、適切な肝エラストグラフィ撮影管理を行っている。

の6項目です。

適切な肝エラストグラフィサツゾウ管理指針は 日本磁気共鳴医学会 のガイドラインとして掲載されています。

# MRE 参考画像

初回



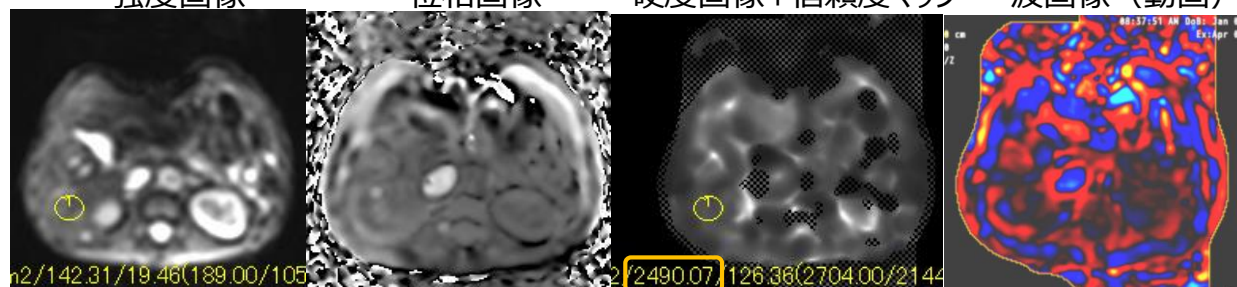
強度画像

位相画像

硬度画像+信頼度マップ

波画像 (動画)

2回目



JSMRM 肝エラストグラフィ参考画像

こちらはMRエラストグラフィの参考画像です。

肝エラストグラフィ 撮影加算を算定する施設において、どのような画像が撮像されているか、日本磁気共鳴学会の小委員会にて、画像評価が行われています。

詳細は、日本磁気共鳴医学会の肝MRエラストグラフィ撮像・管理指針をご覧ください。

## 肝エラストグラフィ加算

### 疑義解釈

Q.区分番号「E202」磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)の注10に規定する肝エラストグラフィ加算の施設基準における「関係学会の定める指針に基づいて、肝エラストグラフィ撮影を適切に実施していること」について、「関係学会の定める指針」とは、具体的には何を指すのか。

A.現時点では、日本医学放射線学会及び日本磁気共鳴医学会が作成した「肝MRエラストグラフィ撮像・管理指針」を指す。

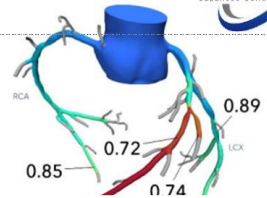
画像診断管理加算における疑義解釈が提示されています。

肝エラストグラフィ加算の施設基準における「関係学会の定める指針に基づいて、肝エラストグラフィ撮影を適切に実施していること」について、「関係学会の定める指針」とは、具体的には、現時点では、日本医学放射線学会及び日本磁気共鳴医学会が作成した「肝MRエラストグラフィ撮像・管理指針」を指します。

# 血流予備比コンピューター断層撮影

血流予備比コンピューター断層撮影

9,400点



## 施設基準

- (1) 64列以上のマルチスライス型のCT
- (2) 画像診断管理加算2または3
- (3) 次のいずれも該当すること。

### 【削除項目】

- ・ 放射線診断専門医3名以上
- ・ 放射線治療に専従する常勤医師1名以上

ア 許可病床数が200床以上の病院

イ 循環器内科、心臓血管外科及び放射線科を標榜している保険医療機関

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

5年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤の医師が1名以上

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（ウに掲げる医師と同一の者であっても差し支えない）

オ 経皮的冠動脈形成術を年間100例以上実施していること。

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

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

血流予備量比コンピューター断層撮影の施設基準が変更されました。

いままであった施設基準から、常勤放射線診断専門医が3名以上、5年以上の専従の常勤放射線治療医が1名以上の施設基準が削除となりました。

FFRCTにより、冠動脈狭窄が認められたにもかかわらず、経皮的冠動脈形成術、又は冠動脈バイパス手術のいずれも行わなかった症例が、前年に10例以上ある。が追加され、日本循環器学会及び、日本心血管インターベンション治療学会の研修施設のいずれにも該当する病院、と変更されました。

# 血流予備比コンピューター断層撮影

## 算定要件

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

算定要件に関しては、変更ありません。

# 血流予備比コンピューター断層撮影

## 疑義解釈

- Q. 区分番号「E 2 0 0 - 2」血流予備量比コンピューター断層撮影の施設基準において、「血流予備量比コンピューター断層撮影により冠動脈狭窄が認められたにもかかわらず、経皮的冠動脈形成術又は冠動脈バイパス手術のいずれも行わなかった症例が前年に10例以上あること」とあるが、新たに届出を行う場合について、どのように考えればよいか。
- A. 機能的虚血の評価を実施しているものとして、区分番号「D 2 0 6」の注4に規定する**冠動脈血流予備能測定検査加算**、区分番号「D 2 1 5」の「3」の「ホ」**負荷心エコー法**、区分番号「E 1 0 1」の注3に規定する**断層撮影負荷試験加算**及び区分番号「E 2 0 2」の注4に規定する**心臓MRI撮影加算**の**前年の算定回数**を当該症例の数に含めても差し支えない。

厚生労働省事務連絡0331疑義解釈その1

疑義解釈として、血流予備量比コンピューター断層撮影の施設基準において、血流予備量比コンピューター断層撮影により、冠動脈狭窄が認められたにも関わらず、経皮的冠動脈形成術、または、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10例以上あること、とあるが新たに届出を行う場合についてどのように考えればよいか。

という質問に対し、

機能的虚血の評価を実施している者として、冠動脈血流予備能測定検査加算、負荷心エコー法、断層撮影負荷試験加算および心臓MRI撮影加算の前年の算定回数を、当該症例の数に含めても差し支えない。とされました。

# コンピューター断層撮影(CT,MR)

※ 画像診断管理加算2・3が必要

§ 日本医学放射線学会認証が必要

		1回目	月1回	2回目	各検査ごとの加算			
MRI	3T～※	<b>1,620</b> 共同利用10%	コンピュータ断層診断料 <b>450</b> 月1回	画像診断管理加算 2 <sup>§</sup> : <b>180</b> 3 <sup>§</sup> : <b>340</b> 月1回	<b>1,296</b> 共同利用10%	造影剤使用加算 <b>250</b>	心臓MRI加算※ <b>400</b>	頭部MRI加算※ <b>100</b>
		<b>1,600</b>			<b>1,280</b>		乳房MRI加算※ <b>100</b>	
	1.5T～3T	<b>1,330</b>		1: <b>70</b> 2 <sup>§</sup> : <b>180</b> 3 <sup>§</sup> : <b>340</b> 月1回	<b>1,064</b>		小児鎮静下加算※ 撮影料80/100 全身MRI加算※ <b>600</b> 肝エラストグラフィ加算※ <b>600</b>	
	～1.5T	<b>900</b>		<b>720</b>	電子画像管理加算			
CT	64列～※	<b>1,020</b> 共同利用10%	コンピュータ断層診断料 <b>450</b> 月1回	画像診断管理加算 2 <sup>§</sup> : <b>180</b> 3 <sup>§</sup> : <b>340</b> 月1回	<b>816</b> 共同利用10%	一連の撮影につき <b>120</b> もしくはフィルム料	冠動脈CT加算※ <b>600</b>	
		<b>1,000</b>			<b>800</b>		外傷全身CT加算※ <b>800</b>	
	FFR-CT※	<b>9,400</b> 月1回					大腸CT加算※ <b>620</b>	
	16～64列	<b>900</b>						大腸CT加算 <b>500</b>
	4～16列	<b>750</b>						
	～4列	<b>560</b>						
脳槽CT	<b>2,300</b>			1: <b>70</b> 2 <sup>§</sup> : <b>180</b> 3 <sup>§</sup> : <b>340</b> 月1回	<b>1,840</b>			

コンピューター断層撮影に関する点数の一覧を示します。

コンピューター断層撮影の画像を電子運用した場合には各検査ごとに120点の電子画像管理加算が算定されます。

造影を行った場合、MRでは250点、CTでは500点が造影剤使用加算として算定され、造影剤等の薬剤料も算定可能です。

その他、各検査毎に、先進技術料として、

MRでは心臓MRI撮影加算、乳房MRI撮影加算、小児鎮静下MRI撮影加算、頭部MRI撮影加算、全身MRI撮影加算、カンエラストグラフィ撮影加算、CTでは冠動脈CT撮影加算、外傷全身CT加算、大腸CT撮影加算があります。

血流予備量比コンピューター断層撮影は月1回の算定ですが、冠動脈CT撮影加算は算定できません。

# 核 医 学



- PET,PET/CT,PET/MRI/PEM
- 放射製医薬品管理者の配置

2022年診療報酬改定における核医学の改定ポイントに関して解説します。



# 放射性医薬品管理者配置

## 【技術の概要】

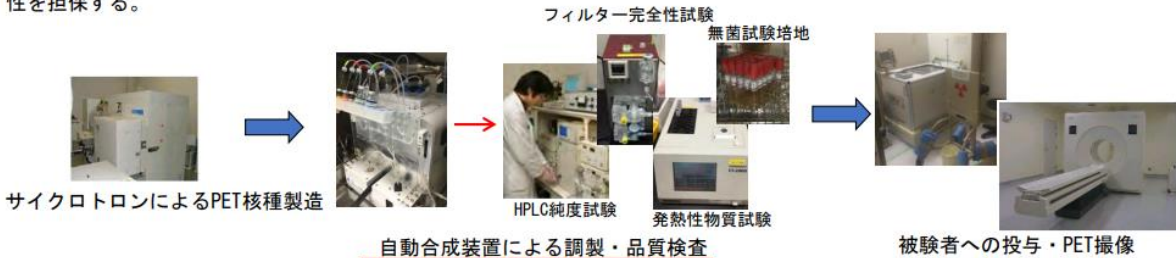
本提案はPET薬剤を医療機関内で院内調剤する場合においては、「PET製剤の取扱いに関し、専門の知識及び経験を有する薬剤師の配置」を施設基準に追加するものである。これにより、より安全なPET検査を遂行する事が可能となる。担当者が異動しても施設が一定の技術レベルを維持し、施設間での技術的均霑化を図ることができ重要である。

## 【対象施設】

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

## 【検査の手順】

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



### 自動合成装置による調製・品質検査

PET薬剤の製造調製・品質検査には化学と放射線の両知識を要する。

### 多項目の品質管理

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

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

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製医薬品管理者を配置することが望ましい

医療技術提案書

核医学会からの提案でPET関連検査において放射性医薬品管理者配置の提案があり、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薬品管理者を配置することが望ましいと、施設基準に盛り込まれました。

# 放射性医薬品管理者配置

## 疑義解釈

Q.区分番号「E 1 0 1 - 2」ポジトロン断層撮影における「放射性医薬品管理者」とは、どのような者をいうのか。

A.日本核医学会、日本核医学技術学会、日本診療放射線技師会及び日本病院薬剤師会の「放射性医薬品取り扱いガイドライン」においては、「放射性医薬品管理者は、各医療機関の「医薬品の安全使用のための業務手順書」に従い放射性医薬品の安全確保に関する業務を総括するものとし、定期的に「医薬品安全管理責任者」に保管・使用状況、放射性医薬品の安全使用のための研修の実施及び放射性医薬品の品質について年1回以上報告し、放射性医薬品が廃棄されるまでの管理を行う」こととされている。

厚生労働省事務連絡0331疑義解釈その1

放射性薬品管理者配置における疑義解釈が提示されています。

ポジトロン断層撮影における放射性医薬品管理者とは、どのような者を言うのか、という問いに対し

日本核医学会、日本核医学技術学会、日本診療放射線技師会、及び、日本病院薬剤師会の「放射性医薬品取り扱いガイドライン」においては、「放射性医薬品管理者は、各医療機関の、「医薬品の安全使用のための業務手順書」に従い、放射性医薬品の安全確保に関する業務を総括するものとし、定期的に、「医薬品安全管理責任者」に保管・使用状況、放射性医薬品の安全使用のための研修の実施、及び、放射性医薬品の品質について年1回以上報告し、放射性医薬品が廃棄されるまでの管理を行う」こと

とされています。

# I V R



## ○ IVR手技

2022年診療報酬改定におけるIVRの改定ポイントに関して解説します。

## IVRの特掲診療料分類

アルファベットは医科点数表の記号です

1. 血管造影	E:	画像診断	
2. 経皮的塞栓術	K:	手術	
3. 経皮的血管形成術	K:	手術	
4. 動注	K:	手術	
5. 経皮的ドレナージ	K:	手術	
6. 経皮的拡張術	K:	手術	
6. 経皮的組織壊死術	K:	手術	J: 処置
7. 経皮的針生検	D:	検査	K: 手術
8. 副腎静脈サンプリング	D:	検査	

血管造影は画像診断項目に分類されています。

IVRのほとんどは治療を目的としたもので、医科、診療報酬、点数表では手術項目にあたります。尚、それぞれの保険上の術めいは異なります。

経皮的、組織壊死術のうち、肝悪性腫瘍に対するマイクロ波凝固法とラジオ波焼灼療法は手術項目、エタノールの局所注入は処置項目になります。そして経皮的、針生検は検査項目に含まれるが、乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術は手術項目となります。

アルファベットは医科点数表のコードを示し、Dは検査、Eは画像診断、Jは処置、Kは手術項目であることを表します。ここでは点数が変更された項目や新規技術となった項目を紹介します。

## IVR手技 点数変更項目

<b>術中MRI撮影加算</b>		<b>3,990点</b>
	K169 頭蓋内腫瘍摘出術 2 松果体部腫瘍以外	
	K171-2 内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術	
K615	血管塞栓術(頭部、胸腔、腹腔内血管等)	
	3 止血術/選択的動脈化学塞栓術 以外	<b>18,620点 → 20,480点</b>
K616-3	経皮的胸部血管拡張術 (先天性心疾患術後に限る。)	<b>24,550点 → 27,500点</b>
<b>K616-7</b>	<b>ステントグラフト内挿術(シャント)</b>	<b>12,000点</b>
K637	限局性腹腔膿瘍手術	
	4 横隔膜下膿瘍/ダグラス窩膿瘍/ 虫垂周囲膿瘍 以外	<b>9,270点 → 10,380点</b>
<b>K755-3</b>	<b>副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法(一連として)</b>	
	1 1センチメートル未満	<b>16,000点</b>
	2 1センチメートル以上	<b>22,960点</b>

2022年診療報酬改定において、新設・増があった項目を示します。新設・増点された箇所を赤字で示します。

新設項目として、術中MRI撮影加算。ステントグラフト内挿術。副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法。の3項目です。

血管塞栓術の増点は、日本脳神経血管内治療学会から提案があった、脳動静脈奇形摘出前のゼン処置としての血管塞栓術が評価されたものと推測しています。

## 術中MRI撮影加算

### 疑義解釈

- Q. 区分番号「K 1 6 9」頭蓋内腫瘍摘出術の注3及び区分番号「K 1 7 1 - 2」内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術の注に規定する術中MRI撮影加算における「関係学会の定めるガイドライン」とは、具体的には何を指すのか。
- A. 現時点では、日本術中画像情報学会の「術中MRIガイドライン」を指す。

頭蓋内腫瘍摘出術の注3、及び、内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術の注に規定する、術中MRI撮影加算における「関係学会の定めるガイドライン」とは、具体的には何を指すのか。という問いに対しては、現時点では、日本術中画像情報学会の「術中MRIガイドライン」を指す。とされています。

## 副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法

### K755 - 3 副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）

1 1cm未満	16,000点
2 1cm以上	22,960点

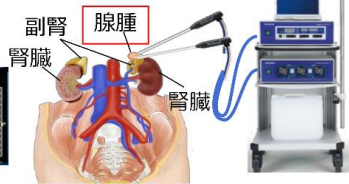
#### 算定要件

- 1cmとは、ラジオ波による焼灼範囲ではなく、腫瘍の長径
- 関係学会の定める適正使用指針を遵守する。
- 片側性アルドステロン過剰分泌による原発性アルドステロン症の患者であって、副腎摘出術が適応とならないものに対して実施する。
- 本療法の実施に当たっては、副腎摘出術が適応とならない理由を診療報酬明細書の適応欄に記載する。

#### [技術の概要]

- 片側性アルドステロン過剰分泌による原発性アルドステロン症の患者の副腎腫瘍に対して、ラジオ波帯の高周波電流を流し、組織を凝固する。
- 深鎖静の下、CTガイド下にて副腎腫瘍を穿刺し、治療を行う。

#### <CT画像>



出典：企業提出資料

副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法の算定要件は以下の通りです。

1cmとは、ラジオ波による焼灼範囲ではなく、腫瘍の長径。

関係学会の定める適正使用指針を遵守する。

片側性アルドステロン過剰分泌による原発性アルドステロン症の患者であって、副腎摘出術が適応とならないものに対して実施する。

本療法の実施に当たっては、副腎摘出術が適応とならない理由を、診療報酬明細書の適応欄に記載する。

## 副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法

### 施設基準

- (1) 放射線科を標榜している病院であること。
- (2) 3年以上の経験を有する内分泌内科又は高血圧症について専門常勤の医師  
5年以上の経験を有する泌尿器科について専門常勤の医師  
5年以上の経験を有する放射線科について専門常勤の医師  
がそれぞれ1名以上配置されていること。
- (3) 副腎静脈サンプリングが年間20 例以上実施
- (4) 副腎手術が年間10 例以上  
原発性アルドステロン症に対する副腎手術が年間5例以上
- (5) 緊急手術が可能な体制を有している

### 疑義解釈

Q.区分番号「K755-3」副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法における「関係学会の定める適正使用指針」とは、具体的には何を指すのか。

A.現時点では、日本医学放射線学会、日本インターベンショナルラジオロジー学会、日本高血圧学会、日本内分泌学会、日本内分泌外科学会及び日本泌尿器科学会の「**片側性アルドステロン過剰分泌による原発性アルドステロン症を対象とした経皮的手術による副腎腺腫の凝固における実施施設ならびに施行医師資格の要件**」を指す。

施設基準は以下の通りです。

- (1)、放射線科を標榜している病院であること。
- (2)、3年以上の経験を有する内分泌内科又は高血圧症について専門常勤の医師  
5年以上の経験を有する泌尿器科について専門常勤の医師  
5年以上の経験を有する放射線科について専門常勤の医師  
がそれぞれ1名以上配置されていること。
- (3)、副腎静脈サンプリングが年間20 例以上実施
- (4)、副腎手術が年間10 例以上、原発性アルドステロン症に対する副腎手術が年間5例以上
- (5)、緊急手術が可能な体制を有している

疑義解釈において

副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法における、「関係学会の定める適正使用指針」とは、具体的には何を指すのか。という問いに対し、

現時点では、日本医学放射線学会、日本インターベンショナルラジオロジー学会、日本高血圧学



会、日本内分泌学会、日本内分泌外科学会及び日本泌尿器科学会の「片側性アルドステロン過剰分泌による原発性アルドステロン症を対象とした経皮的手術による副腎腺腫の凝固における実施施設ならびに施行医師資格の要件」を指します。

# 検査



- 超音波
- 骨塩定量
- 経皮的針生検
- 冠動脈インターベンション

2022年診療報酬改定における検査項目の改定ポイントに関して解説します。

超音波検査、骨塩定量検査、経皮的針生検、冠動脈インターベンションで変更がありました。

## 超音波検査

### D215-3 超音波減衰法検査

**200点**

#### 算定要件

- 薬事承認または認証を得ているものを使用する
- 脂肪性肝疾患の患者であって慢性肝炎又は肝硬変の疑いがある者に対し、**肝臓の脂肪量**を評価した場合
- 原則として3月に1回に限り算定
- 関係学会が定めるガイドラインを踏まえて適切に行うこと
- 肝硬度測定又は超音波エラストグラフィーについて同一患者につき当該検査実施日より3月以内に行われたものの費用は、原則として所定点数に含まれる。
- 医学的な必要性から別途肝硬度測定又は超音波エラストグラフィーを算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を記載

超音波減衰法検査が新規収録されました。

算定要件としては以下の通りです。

薬事承認または認証を得ているものを使用する

脂肪性、カン疾患の患者であって、慢性肝炎又は肝硬変の疑いがある者に対し、**肝臓の脂肪量**を評価した場合

原則として3か月に1回に限り算定

関係学会が定めるガイドラインを踏まえて適切に行うこと

肝硬度測定又は超音波エラストグラフィーについて、同一患者につき当該検査実施日より、3か月以内に行われたものの費用は、原則として所定点数に含まれる。

医学的な必要性から別途、肝硬度測定又は超音波エラストグラフィーを算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、その理由及び医学的根拠を記載すること、となっています。

## 超音波減衰法検査

### 疑義解釈

Q.区分番号「D215-4」超音波減衰法検査における「関係学会が定めるガイドライン」とは、具体的には何を指すのか

A.現時点では、日本消化器病学会・日本肝臓学会の「NAFLD/NASH診療ガイドライン」を指す。

超音波減衰法検査における疑義解釈が提示されていますので、ご確認ください。

## 骨塩定量検査

D217 1	DEXA法による腰椎撮影	<b>360点</b>
	大腿骨同時撮影加算(同一日)	<b>90点</b>
D217 2	REMS法(腰椎)	<b>140点</b>
	大腿骨同時撮影加算(同一日)	<b>55点</b>
D217 3	MD法、SEXA法等	<b>140点</b>
D217 4	REMS法(腰椎)	<b>80点</b>

### 算定要件

- 4月に1回算定
- 大腿骨同時撮影加算は腰椎撮影及び大腿骨撮影を同一日に行った場合にのみ算定

コツエン定量検査において、REMS法が新設されました。算定要件は、4か月に1回の算定。大腿骨同時撮影加算は腰椎撮影及び大腿骨撮影を同一日に行った場合にのみ算定。となっております。

## 経皮的針生検

請求可能

請求不可

●CT撮影料: D409～D413

●超音波、心電図  
●生検針代

D410	乳腺穿刺又は針生検(片側)	1 生検針によるもの	690点
		2 その他	200点
D411	甲状腺穿刺又は肺生検		150点
D412	経皮的針生検法(透視、心電図検査、超音波検査含)		1,600点
D412-2	経皮的腎生検法		2,000点
<b>D413</b>	<b>前立腺針生検法</b>		
		1 MRI撮影及び超音波検査融合によるもの	<b>8,210点</b>
		2 その他	1,540点
D409	リンパ節等穿刺又は針生検		200点
D409-2	センチネルリンパ節生検	1 併用	5,000点
		2 単独	3,000点
D404-2	骨髓生検		730点

経皮的針生検は検査項目であり、生検針は手技料に含まれます。

画像診断に関する費用は算定できません。

D409から、D413に関しては、CT透視下で行った場合、別途CT撮影料が算定できます。

同一月に生検前に、CT撮影を行っていた場合は、2回目の撮影料となります。

## 前立腺針生検法

D413 前立腺針生検法

1 MRI撮影及び超音波検査融合によるもの	8,210点
2 その他	1,540点

算定要件 **1 MRI撮影及び超音波検査融合によるもの**

- MRI撮影及び超音波検査融合画像ガイド下で、前立腺に対する針生検を実施した場合に限り算定する。
- 超音波検査では検出できず、MRI撮影によってのみ検出できる病変が認められる患者に対して、当該病変が含まれる前立腺を生検する目的で実施した場合に限り算定できる。

施設基準

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

前立腺針生検法、MRI撮影及び超音波検査融合によるものにおける算定要件は以下の通りです。

MRI撮影及び超音波検査融合画像ガイド下で、前立腺に対する針生検を実施した場合に限り算定する。

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

施設基準は以下の通りです。

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

(5)、1.5 テスラ以上のMRI 装置を有していること。  
とされています。



## 冠動脈インターベンション

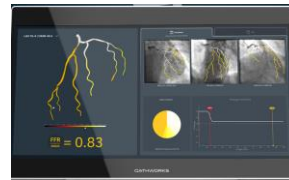
### D206 心臓カテーテル法による諸検査

1. 右心カテーテル法	3,600点
2. 左心カテーテル法	4,000点
卵円孔・欠損孔加算	800点
ブロッケンブロー加算	2,000点
伝導機能検査加算	400点
ヒス束心電図加算	400点
診断ペーシング加算	400点
期外刺激法加算	800点
冠攣縮誘発薬物負荷試験加算	800点
冠動脈造影加算	1,400点
血管内光断層撮影加算	400点
冠動脈血流予備能測定検査加算	600点
<b>冠動脈血流予備能測定検査加算(循環動態解析装置)</b>	<b>7,200点</b>
血管内視鏡検査加算	400点
心腔内超音波検査加算	400点

心臓カテーテル法による諸検査の一覧を示します。

冠動脈血流予備能測定検査加算、循環動態解析装置、7,200点が新設されました。

# 冠動脈インターベンション



## 算定要件 FFR-Angio

循環動態解析装置を用いる冠動脈血流予備能測定検査は、関連学会の定める指針に沿って行われた場合に限り算定する。ただし、本加算とE200-2血流予備量比コンピューター断層撮影は併せて算定できない。

循環動態解析装置を用いる冠動脈血流予備能測定検査を実施した場合、「注4」の冠動脈血流予備能測定検査に係る特定保健医療材料は算定できない。

## 疑義解釈

Q.区分番号「D206」心臓カテーテル法による諸検査の注5に規定する冠動脈血流予備能測定検査加算（循環動態解析装置）における「関連学会の定める指針」とは、具体的には何を指すのか。

A.現時点では、日本循環器学会、日本医学放射線学会、日本核医学会、日本画像医学会、日本冠疾患学会、日本小児循環器学会、日本心エコー図学会、日本心血管インターベンション治療学会、日本心血管画像動態学会、日本心臓核医学会、日本心臓病学会、日本超音波医学会、日本動脈硬化学会、日本不整脈心電学会及び日本脈管学会の「慢性冠動脈疾患診断ガイドライン」を指す。

冠動脈血流予備能測定検査加算、「循環動態解析装置」における算定要件を示します。

循環動態解析装置を用いる冠動脈血流予備能測定検査は、関連学会の定める指針に沿って行われた場合に限り算定する。

ただし、本加算と、血流予備量比コンピューター断層撮影は併せて算定できない。循環動態解析装置を用いる冠動脈血流予備能測定検査を実施した場合、「注4」の冠動脈血流予備能測定検査に係る特定保健医療材料は算定できない。とされています。

あわせて疑義解釈を示します。

「関連学会の定める指針」とは、具体的には何を指すのか。という問いに対し、現時点では、日本循環器学会、日本医学放射線学会、日本核医学会、日本画像医学会、日本冠疾患学会、日本小児循環器学会、日本心エコー図学会、日本心血管インターベンション治療学会、日本心血管画像動態学会、日本心臓核医学会、日本心臓病学会、日本超音波医学会、日本動脈硬化

学会、日本不整脈心電学会及び、日本脈管学会の、「慢性冠動脈疾患診断ガイドライン」を指す。とされています。

# 放射線治療



- 放射性同位元素内用療法管理料
- 一回線量増加加算
- 粒子線治療 適応拡大
- ホウ素中性子捕捉療法

2022年診療報酬改定における放射線治療の改定ポイントに関して解説します。

放射性同位元素内用療法管理料。

一回線量増加加算の増点。

粒子線治療の適応拡大。

ホウ素中性子捕捉療法。

の4項目です

## 放射性同位元素内用療法管理料

6 神経内分泌腫瘍に対するもの ソマトスタチン受容体要請の切除不能又は遠隔転移を有する神経内分泌腫瘍の患者	2,660点
7 褐色細胞腫に対するもの メタヨードベンジルグアニジンが集積する悪性褐色細胞腫・パラガングリオーマの患者	1,820点

### 算定要件

- 6・7：放射性同位元素を投与した日に限り算定できる。
- 入院・外来を問わず、当該療法に関する内容について説明・指導した場合に限り算定
- 放射性同位元素内用後4ヶ月間は、内用の有無にかかわらず算定できる。  
レセプトに管理開始日を記載。
- 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。

放射性同位元素内用療法管理料は、  
神経内分泌腫瘍に対するもの  
褐色細胞腫に対するもの  
の2項目が新設されました。

放射性同位元素内用後ヨンカゲツカンは、ナイヨウの有無にかかわらず月1回に限り算定できます。

## 放射性同位元素内用療法管理料

1 甲状腺癌に対するもの 甲状腺分化癌または甲状腺癌の転移の治療	1,390点
2 甲状腺機能亢進症に対するもの	1,390点
3 固形癌骨転移による疼痛に対するもの 固形癌骨転移による疼痛を有する患者	1,700点
4 B細胞性非ホジキンリンパ腫に対するもの 低悪性度B細胞性非ホジキンリンパ腫又はマントル細胞リンパ腫	3,000点
5 骨転移のある去勢抵抗性前立腺癌に対するもの 去勢抵抗性前立腺癌で骨シンチグラフィ等で認められる骨転移	2,630点
6 神経内分泌腫瘍に対するもの ソマトスタチン受容体要請の切除不能又は遠隔転移を有する神経内分泌腫瘍の患者	2,660点
7 褐色細胞腫に対するもの メタヨードベンジルグアニジンが集積する悪性褐色細胞腫・パラガングリオーマの患者	1,820点

放射性同位元素内用療法管理料は、

非密封放射線ゲンの内用療法をうけている患者の継続的な管理を評価するもので、患者に対し放射性同位元素内用療法の内容について、説明・指導した場合に限り算定できます。

放射性同位元素内用後ヨソカゲツカンはナイヨウの有無にかかわらず月1回に限り算定できます

。

計画的な治療管理をオコナツタ場合

1、2、3は、月1回に限り算定でき、

4、5、6は、放射性同位元素を投与した日に限り算定できます。

## 一回線量増加加算

### 【体外照射】

#### 2 高エネルギー放射線治療

一回線量増加加算

460点 → 690点

#### 算定要件

- 一回の線量が2.5Gy以上の全乳房照射を行った場合

#### 3 強度変調放射線治療 (IMRT)

一回線量増加加算

1,000点 → 1,400点

#### 算定要件

- 一回の線量が3Gy以上の前立腺照射を行った場合

一回線量増加加算がゾウ点されました。

高エネルギー放射線治療の一回線量増加加算は、460点から690点に、強度変調放射線治療、IMRTの一回線量増加加算は、1000点から1400点にそれぞれ増点されました。

また強度変調放射線治療、IMRTの一回の線量は、3グレイ以上の前立腺照射をオコナッタ場合に算定できます。

# 一回線量増加加算

## 疑義解釈

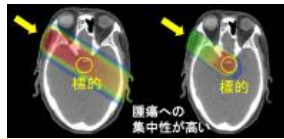
Q.区分番号「M001」体外照射の「3」強度変調放射線治療（IMRT）の注2に規定する一回線量増加加算について、令和4年3月31日以前に1回の線量が2.5Gy以上3Gy未満の前立腺照射を行った患者について、旧医科点数表における当該加算を算定した場合であって、同年4月1日以降においても当該患者の診療を継続し、1回の線量が2.5Gy以上3Gy未満の前立腺照射を行った場合は、当該加算は算定可能か。

A.不可

一回線量増加加算における、継続診療に関する疑義解釈が提示されていますので、ご確認ください。



## 粒子線治療



<b>1.希少な疾病に対して実施した場合</b>		<b>187,500点</b>
<b>【重粒子線】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・肝細胞癌*（長径4 cm以上のものに限る。）</li> <li>・肝内胆管癌*</li> <li>・局所進行性膵癌*</li> <li>・局所大腸癌*（手術後に再発したのものに限る。）</li> <li>・局所進行性子宮頸部腺癌*</li> <li>・限局性の骨軟部腫瘍*</li> <li>・頭頸部悪性腫瘍 （口腔・咽喉頭の扁平上皮癌を除く。）</li> </ul>	<b>【陽子線】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・肝細胞癌*（長径4 cm以上のものに限る。）</li> <li>・肝内胆管癌*</li> <li>・局所進行性膵癌*</li> <li>・局所大腸癌*（手術後に再発したのものに限る。）</li> <li>・小児腫瘍（限局性の固形悪性腫瘍に限る。）</li> <li>・限局性の骨軟部腫瘍*</li> <li>・頭頸部悪性腫瘍 （口腔・咽喉頭の扁平上皮癌を除く。）</li> </ul>	
<small>*手術による根治的な治療法が困難であるものに限る</small>		
<b>2.希少な疾病以外の特定の疾病に対して実施した場合</b>		<b>110,000点</b>
<b>【重粒子線】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。）</li> </ul>	<b>【陽子線】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。）</li> </ul>	
<b>請求可能</b>	<b>算定不可</b>	
<b>粒子線治療適応判定加算</b>	<b>40,000点</b>	位置決めなどに係る画像診断、検査等の当該治療に伴う一連の費用は所定点数含まれ。別に算定できない
<small>がんサポートによる適応判定に関する体制整備を評価</small> <b>粒子線治療医学管理加算</b>	<b>10,000点</b>	
<small>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</small>		

粒子線治療の適応拡大がなされました。

重粒子線治療においては、  
 肝細胞癌、（長径4 cm以上のものに限る。）  
 肝内胆管癌  
 局所シンコウセイ膵癌  
 局所大腸癌、手術後に再発したのものに限る。  
 局所シンコウセイ子宮頸部腺癌

陽子線治療においては、  
 肝細胞癌、長径4 cm以上のものに限る。  
 肝内胆管癌  
 局所シンコウセイ膵癌  
 局所大腸癌、手術後に再発したのものに限る。  
 がそれぞれ適応拡大となりました。

# ホウ素中性子捕捉療法

ホウ素中性子捕捉療法(一連につき)

187,500点

### 算定要件

- **切除不能な局所進行又は局所再発の頭頸部癌の患者に対して実施した場合に限り**、一連の治療につき1回に限り算定する。
- 関連学会により認定された医師の管理の下で実施すること。
- 使用した薬剤は別に算定できる。

### 請求可能

ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算

40,000点

がん細胞  
癌細胞

ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算

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

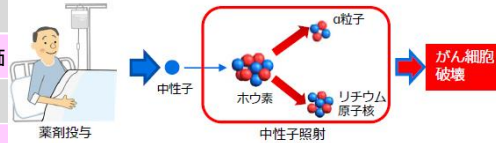
対外照射用固定器具加算

1,000点

身体を精密に固定する器具を使用した場合。一連に月1回。

### 算定不可

位置決めなどに係る画像診断、検査等の当該治療に伴う一連の費用は所定点数含まれ。別に算定できない



ホウ素中性子捕捉療法が正式に保険シュウサイされました。

算定要件は以下の通りです。

**切除不能な局所進行又は局所再発の頭頸部癌の患者に対して実施した場合に限り**、一連の治療につき1回に限り算定する。

関連学会により認定された医師の管理のもとで実施すること。

使用した薬剤は別に算定できる。

**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が別途算定できます。**

# ホウ素中性子捕捉療法

## 施設基準

- (1) 放射線科を標榜している保険医療機関
- (2) 関連学会が認定する常勤の医師が1名以上配置されていること。  
遠隔放射線治療計画加算に係る常勤の医師を兼任することはできない。
- (3) 放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師が配置されていること。
- (4) 放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等を専ら担当する者（診療放射線技師その他の技術者等）が1名以上配置されていること。  
外来放射線照射診療料及び医療機器安全管理料2における技術者との兼任はできない。
- (5) 当該療法を行うために必要な次に掲げる機器、施設を備えていること。
  - ア ホウ素中性子捕捉療法装置
  - イ 治療計画用CT装置
  - ウ ホウ素中性子捕捉療法計画システム
  - エ 照射中心に対する患者の動きや臓器の体内移動を制限する装置
  - オ ホウ素中性子捕捉療法装置での中性子計測の放射化法に適した検出器及び併用する水ファントム又は固体ファントム
- (6) 適切に保守管理がなされていること。
- (7) 実績を10例以上有していること。
- (8) 関係学会から示されている指針に基づき、当該療法が適切に実施されていること。

ホウ素中性子捕捉療法の施設基準を提示します。ご確認ください。

# ホウ素中性子捕捉療法

## 疑義解釈

Q.区分番号「M001-5」ホウ素中性子捕捉療法（注2に規定するホウ素中性子捕捉療法適応判定加算及び注3に規定するホウ素中性子捕捉療法医学管理加算を含む。）の施設基準における「関連学会」とは、具体的には何を指すのか。

A.現時点では、「日本中性子捕捉療法学会」を指す

Q.区分番号「M001-5」ホウ素中性子捕捉療法の施設基準における「関係学会から示されている指針」とは、具体的には何を指すのか。

A.現時点では、日本中性子捕捉療法学会及び日本放射線腫瘍学会の「加速器BPA-BNCTに係るガイドブック」を指す。

ホウ素中性子捕捉療法の疑義解釈を提示します。ご確認ください。

## その他



- 放射線治療室管理加算
- 報告書管理体制加算

2022年診療報酬改定における放射線科領域、その他のポイントに関して解説します。  
放射線治療室管理加算,報告書管理体制加算の2項目です。

## 放射線治療室管理加算



### A225 放射線治療病室管理加算(1日につき)

1. 治療用放射性同位元素による治療の場合	<b>6,370点</b>
2. 密封小線源による治療の場合	<b>2,200点</b>

#### 施設基準

	治療用放射性同位元素	密封小線源
(1) 医療法施行規則第30条の12に規定する放射線治療病室又は特別措置病室であること。なお、当該病室の画壁等の外側における実効線量が1週間につき1ミリシーベルト以下になるように画壁等その他必要な遮蔽物を設けること。ただし、当該病室の画壁等の外側が、人が通行又は滞在することのない場所である場合は、この限りでない。	○	○
(2) 当該病室内又は病室付近に必要な放射線測定器（放射性同位元素による汚染の検査に係るもの）、器材（放射性同位元素による汚染の除去に係るもの）及び洗浄設備並びに更衣設備を設置していること。ただし、当該病室が特別措置病室である場合には、更衣設備の設置に代えて、作業衣を備えることをもって、当該基準を満たしているものとして差し支えない。	○	○
(3) 放射線治療病室又は特別措置病室である旨を掲示	○	○

放射線治療病室管理加算は、  
 悪性腫瘍の患者に対して、当該管理をおこなった場合に算定できます。  
 放射線治療病室管理とは、  
 治療用放射性同位元素あるいは密封小線げんにより治療を受けている患者を  
 入院させる病室における、放射線に係る必要な管理を指しています。

治療用放射性同位元素による治療の場合の項目が新設され、密封小線げんによる治療の場合  
 は2,500点から2,200点に減点されました。

施設基準をご確認ください。

## 報告書管理体制加算

A234-5 報告書管理体制加算(退院時1回)

7点

### 算定要件

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

医学管理の項目に、報告しよ管理体制加算、7点が新規しゅうさいされました。

算定要件は以下の通りです。

画像診断報告しよ・病理診断報告しよの確認漏れによる診断又は、治療開始の遅延を防止する取り組みを評価するもので、組織的な報告しよ管理とは、画像診断部門、病理診断部門又は医療安全管理部門に所属する、報告しよ確認管理者が、医療安全管理対策委員会と連携し、当該保険医療機関内の報告しよの確認漏れによる、診断および治療開始の遅れを防止する取組に係る状況を把握するとともに、当該保険医療機関内に報告しよ確認対策チームを設置し、当該チームが、報告しよ管理のための支援や業務改善等を継続的に実施していること、とされています。

## 報告書管理体制加算

### 施設基準

- |      |  |
|------|--|
| c(1) | 放射線科又は病理診断科を標榜する <b>保険医療機関</b> であること。  |
| (2)  | 医療安全対策加算1又は2の施設基準。   |
| (3)  | <b>画像診断管理加算2若しくは3</b> 又は病理診断管理加算1若しくは2の施設基準  |
| (4)  | 医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の常勤臨床検査技師又は <b>専任の常勤診療放射線技師</b> その他の常勤医療有資格者を報告書確認管理者として配置  |
| (5)  | 以下の構成員からなる報告書確認対策チームが設置されていること。<br>ア (4)の報告書確認管理者<br>イ <b>専ら画像診断を行う医師</b> もしくは専ら病理診断を行う医師<br>ウ 医療安全管理部門の医師その他医療有資格者  |
| (6)  | 報告書確認管理者が行う業務に関する事項<br>ア 報告書管理に係る企画立案を行うこと。<br>イ 報告書管理の体制確保のための各部門との調整を行うこと。<br>ウ 各部門における報告書管理の支援を実施し、その結果を記録していること。<br>エ 報告書作成から概ね2週間後に、主治医等による当該報告書の確認状況について、確認を行うとともに、未確認となっている報告書を把握すること。<br>オ 未確認となっている報告書のうち、医学的な対応が必要とされるものについて、その対応状況について、診療録等により確認すること。医学的な対応が行われていない場合にあっては、主治医等に電話連絡等の方法により対応を促すこと。 |

報告しよ管理体制加算の施設基準を提示します。

**カッコ1**、放射線科又は病理診断科を標榜する**保険医療機関**であること。

**カッコ2**、医療安全対策加算、1又は2の施設基準。

**カッコ3**、**画像診断かんりかさ**ん、**2若しくは3**又は、病理診断かんりかさ、1若しくは2の施設基準

**カッコ4**、医療安全対策に係る適切な研修を修了した、専任の常勤臨床検査技師又は、**専任の常勤診療放射線技師**、その他の常勤医療有資格者を報告しよ確認管理者として配置

**カッコ5**、以下の構成員からなる報告しよ確認対策チームが設置されていること。

ア、カッコ4の報告しよ確認かんりしや

イ、**専ら画像診断を行う医師**もしくは専ら病理診断を行う医師

ウ、医療安全管理部門の医師、そのた医療有資格者

**カッコ6**、報告しよ確認管理者が行う業務に関する事項

ア、報告しよ管理に係る企画立案を行うこと。



イ、報告しよ管理の体制確保のための各部門との調整を行うこと。

ウ、各部門における報告しよ管理の支援を実施し、その結果を記録していること。

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

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

## 報告書管理体制加算

### 施設基準

(7) 報告書確認対策チームが行う業務に関する事項

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

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

ウ 医療安全管理対策委員会との連携状況、院内研修の実績を記録すること。

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

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

### カクコ7、報告しよ確認対策チームが行う業務に関する事項

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

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

ウ、医療安全管理対策委員会との連携状況、院内研修の実績を記録すること。

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

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

# 報告書管理体制加算

## 疑義解釈

Q.区分番号「A 2 3 4 - 5」報告書管理体制加算の施設基準における「報告書管理の評価に係るカンファレンス」について、区分番号「A 2 3 4」医療安全対策加算の施設基準におけるカンファレンスと兼ねることは可能か。

A.当該カンファレンスに、報告書確認対策チームの構成員及び必要に応じて患者の診療を担う医師、画像診断を担当する医師、病理診断を担当する医師、看護師等が参加している場合に限り可能。ただし、医療安全対策加算の施設基準におけるカンファレンスと兼ねた場合には、その旨を記録に残すこと。

Q.区分番号「A 2 3 4 - 5」報告書管理体制加算の施設基準における「医療事故が発生した際に適切に報告する体制を整備」とは、具体的にはどのようなことを指すのか。

A.現時点では、公益財団法人日本医療機能評価機構の医療事故情報収集等事業に参加していることを指す。

報告書管理体制加算の疑義解釈です。

**報告書管理体制加算の施設基準における「報告書管理の評価に係るカンファレンス」について、医療安全対策加算の施設基準におけるカンファレンスと兼ねることは可能か。という問いに対し、**  
当該カンファレンスに、報告書確認対策チームの構成員及び必要に応じて患者の診療を担う医師、画像診断を担当する医師、病理診断を担当する医師、看護師等が参加している場合に限り可能。ただし、医療安全対策加算の施設基準におけるカンファレンスと兼ねた場合には、その旨を記録に残すこと。とされています。

**また、報告書管理体制加算の施設基準における「医療事故が発生した際に適切に報告する体制を整備」とは、具体的にはどのようなことを指すのか。という問いに対し、**

現時点では、公益財団法人、日本医療機能評価機構の、医療事故情報収集等事業に参加していることを指す。とされています。

# *Japan Radiology Assessment 2022*

## ～令和4年放射線関連改定ポイント～

- 画像診断
- 放射線治療
- 核医学
- 検査
- IVR
- その他

以上で、令和4年放射線関連改定ポイントの解説を終わります。