

## I 線量管理義務化に向けた国内動向と海外の現状

# 2. 画像診断管理加算3と 日本医学放射線学会ガイドラインの概要

井上 優介 北里大学医学部放射線科学画像診断学

画像医学は医用工学や情報技術の進歩とともに急速な発展を遂げ、臨床医療において必要不可欠なものになっている。わが国は画像検査の普及度が高く、その恩恵を国民が広く享受する一方、医療放射線被ばくが多いのが懸念事項になっている。放射線検査による被ばくがわが国における発がんの3~4%程度の原因になっているとのLancetの論文<sup>1)</sup>が2004年に新聞紙上で大きく取り上げられ、医療被ばくによる健康リスクが公衆にも広く認識されるようになった。さらに、2011年の東日本大震災後の福島第一原子力発電所事故以降、放射線被ばくがより強く意識されるようになり、医療被ばくによる健康影響の可能性も社会的な関心事になった。CTは、現代医療における役割の大きさでも放射線被ばくの原因としても特に重要な検査であり、日本学術会議からは2017年8月に「CT検査による医療被ばくの低減に関する提言」が出された<sup>2)</sup>。

このような情勢を背景とし、2018(平成30)年度の診療報酬改定では、画像診断管理加算3および頭部MRI撮影加算が新設された。これらの加算を算定するためには、日本医学放射線学会の「エックス線CT被ばく線量管理指針」<sup>3)</sup>に基づいて適切な被ばく線量管理を行っていることが求められている。従来、放射線被ばくの管理や適正化に向けた努力は、個々の医療機関や医療従事者の自主的な取り組みとして行われてきた。今回、放射線被ばく管理が初めて診療報酬体系に取り入れられたことは、こうした努力に行政からの支援と経済的な裏づけを得られたことを意味し、医療被ばくの適正化に向けた大きな一歩と言える。

本稿では、画像診断管理加算3およびエックス線CT被ばく線量管理指針について紹介する。新設された加算を算定しない場合でも、放射線診療の方向性を示すものとしてご一読いただきたい。

## 2018年度診療報酬改定

適正な画像診断管理を評価する診療報酬項目として、画像診断管理加算1および画像診断管理加算2が従来から設けられていた。画像診断管理加算1の施設基準としては、放射線科を標榜している保険医療機関であり、画像診断を専ら担当する常勤医が配置されていることなどが挙げられている。画像診断管理加算2の施設基準では、画像診断管理加算1の施設基準に加えて、すべてのCT、MRI、核医学検査の画像情報が画像診断を専ら担当する常勤医の下で管理され、画像診断を専ら担当する常勤医がこれらの検査の8割以上の読影報告書を撮影日の翌診療日までに作成していることが要件になっている。

2018年度の診療報酬改定で画像診断管理加算3が新設され、必要な施設基準を満たせばより高い診療報酬を算定できるようになった(表1)。画像診断管理加算3の施設基準としては、画像診断管理加算2の施設基準に加え、特定機能病院であること、画像診断を専ら担当する常勤医が6名以上配置されていること、夜間および休日に読影を行う体制が整備されていることが挙げられている。なお、2018年3月30日に厚生労働省保険局医療課から出された疑義解釈<sup>4)</sup>では、夜間およ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とされている。

さらに、画像診断管理加算3の算定