

<特集「画像診断を取り巻く最近の話題」>

画像診断管理加算の理念と未来像

高 木 亮*

日本大学病院放射線医学

Management Fee for Radiological Image Examination; Philosophy and Vision of the Future

Ryo Takagi

Department of Radiology, Nihon University Hospital

抄 録

画像診断管理加算（以下、管理加算）は画像検査の安全と質の管理を行うための体制に支払われる診療報酬として1996年に設立された。本項では診療報酬という視点から画像診断の検査料と管理加算の関係について述べる。管理加算は増点の歴史を繰り返すが、撮像料と診断料はその分減点されてきた。2004年に新設された段階別の管理加算は増点されたものの翌診療日までに8割以上読影という条件が付き段階別の管理加算の光と影について経済的な視点と読影業務の実際について考察する。管理加算は国が求める医療を提供するための要件を調整する上で大きな役割を担い今後もこの体制は続くものを推察する。管理加算の理念は、放射線科医が画像診断の質の向上と安全に寄与することであり、この理念に合致するように診療報酬が改定されていくことが望まれる。

キーワード：画像診断，管理加算，診療報酬，健康保険，放射線科。

Abstract

The additional management fee of image examination has been established in 1996, which is a medical fee for the systems to control quality and safety of radiological imaging. In this article, I will discuss the significance of the management fee compared to diagnosis and imaging fees from the viewpoint of the medical insurance. The management fee has been increased since its establishment, on the other hand diagnosis and imaging fees have been decreased. In 2002, the management fee has changed to two classes. The upper-class management fee has been increased, but it required several conditions such as making radiological reports until next medical treatment day. I will also discuss the bright and dark sides of the newly classification of management fees. Looking back on its history, the system of management fee would be expected and continued. Radiologists should reconsider the philosophy and vision of the future of management fees of image examination.

Key Words: Medical insurance, Radiology, Management fee, Healthcare.

令和元年12月21日受付 令和元年12月23日受理

*連絡先 高木 亮 〒101-8309 東京都千代田区神田駿河台1-6

ryotak18@ybb.ne.jp

doi:10.32206/jkpum.129.02.131

はじめに

画像診断管理加算（以下、管理加算）は、放射線科医が画像診断報告書を作成すると診断料とは別に新たな診療報酬が発生するものと誤解されている場合が多いが、実際の管理加算は画像診断を担当する常勤医師が画像診断管理を行うための体制に支払われる報酬である。診療報酬を取り巻く環境が大きな変革を迎える中、本項では管理加算の歴史を紐解き、その理念と未来像について考察するものとする。

管理加算の歴史

管理加算は今から24年前の1996年に36点からスタートする。当時のコンピューター診断料（以下、診断料）は375点で、管理加算は診断料の10/1以下から始まっている。これ以降管理加算は増点が続く、現在は三段階となり最も上位の加算3は300点と大きな診療報酬がついている。これは画像診断を管理する体制に大きな期待が寄せられていることの裏付けと考えられる。しかし、管理加算の増点は画像診断全体の増点を意味するわけではない。検査料は診断料と撮像料から構成されていたがここに新たに管理加算が追加された。当時のCT、MRIの撮像料は撮像する部位によって異なり、頭部ではCTは760点、MRIは1900点であった（表1）。

この年の診療報酬改定では、管理加算36点の新設に加え診断料は25点増点されるが、頭部CTの撮像料は40点減点されている。よって、頭部CTの一回の検査料は $36+25-40=11$ で11点増点になるが、管理加算を申請できない施設は $0+25-40=-15$ と15点の減点である。頭部のMRIの撮像料は200点減点され、管理加算を申請できる施設でも $36+25-200=-139$ と大幅な減点である。さらに2年後の診療報酬改定でも同様な増減が繰り返されている（表1）。管理加算は12点増点、診断料は75点増点されたが、撮像料は頭部CTで95点減点、MRIで220点減点され、一回の検査料はCTで8点減点、MRIは133点減点という改定である。このように管理加算の増点は撮像料の減点で帳尻を合わせるような歴史が繰り返され、一回の検査料は全体に減点される傾向にあった。これはCTやMRIの検査件数が増加傾向にあり、診療報酬の総枠が決まっているため一件の検査料を減点せざるを得なくなり、一律に減点するのではなく体制を整えている施設とそうでない施設で配分を変え、体制を整えるような指針を示したものと考えられる。

段階別の管理加算

管理加算の新設から6年後の2002年には二段階となる。従来の加算は加算1として残り加

表1 診療報酬改定による画像診断検査料 管理加算／診断料／撮像料の増減について

		1994年		1996年		1998年	
				前回との差		前回との差	
画像診断管理加算		0	36	36	48	12	
コンピューター診断料		350	375	25	450	75	
撮像料	CT	頭部	800	760	-40	665	-95
		躯幹	1100	1045	-55	890	-155
		四肢	800	720	-80	620	-100
	MRI	一連	2100	1900	-200	1680	-220
		その他		2000	-100	1800	-200
		四肢				1710	-290

算2が72点に増点された。増点は喜ばしいことだが加算2を申請するために『翌診療日までに8割以上読影すること』という新しい条件が追加された。検査結果を早く情報提供することは理想だが、翌診療日までとした理由は明らかにされていない。一日単位で結果を出すことが体制の基準としてふさわしいと考えられたのかもしれない。しかし、この頃からMRIは様々な高速撮像法が開発されCTは多列検出器型装置が普及するようになり、放射線科医の数が十分でないままに大量の画像データに対応しなければならなくなった。反面、電子カルテやPACSもこの頃から普及しはじめ、従来の紙カルテやフィルム読影よりも効率的に読影ができる環境が整い、画像診断の業務は大きな変革の時代を迎えた。こうした時代背景から、2006年にはデジタル画像で診断を行う体制に電子画像管理加算が新設され、さらに2年後の2008年の改定では、加算1が70点、加算2が180点と大幅に増点され、電子化された画像診断に診療報酬が高く評価されたものと考察される。

段階別管理加算の光と影

話を現代に進め管理加算の理念を考える上で段階別の管理加算の医療経済とその問題点について私見をまとめる。まず病院の収益という点からみて加算1と加算2の差は極めて大きい。その差は一件につき110点と大きく高位機種CTやMRI装置を持つ施設ではさらに増点になる。具体的には64列以上のCT装置では100点、3TのMRI装置であれば270点の増点となり、管理加算分と合わせて一件の検査でCTは210点の増点、MRIは380点の増点になる。仮にCTの検査件数を一日30件とすると、年間では210点X30件X250日(週5日稼働)で157.5万点(1575万円)、MRIを一日15件とすると、380点X15件X250日で142.5万点(1425万円)の増点(増収)になる。入院は包括化されているため検査料が請求できないことを考慮すると実際の増収分はもう少し低くなるが、管理加算はDPCから外れるので入院の検査でも月一回は請求することができる。加えて

加算2を申請できれば、特殊検査として施行されている冠動脈CT加算で600点、心臓MRI加算で400点、大腸CT加算や乳房MRI加算はそれぞれ100点増点となる。以上、病院の規模や装置の種類によって増収分は変動するが加算2の申請が大きな増収になることは間違いない。放射線科医は加算1と2の差をしっかり把握しておくべきでここを疎かにしてはいけない。私見になるが、複数の診断装置をもち画像診断の体制を整えている病院で8割以上の読影ができないという理由で加算1を申請している場合の診療報酬は低すぎると思われる早急に見直しが必要と考える。

経済的に魅力的な加算2だがこれを申請するためには翌診療日までに8割以上読影することが条件になる。増収分を踏まえて新たな人員を採用しようとしても、本邦では放射線科専門医の数がCT/MRI装置の数に対して十分でないため¹⁾新規に人員を確保することは容易ではない。スタッフが少ないまま加算2を申請すれば読影件数が過剰になり誤診や見落としが増えれば本末転倒である²⁾。また、過剰ではなくとも全体の読影件数が多くなり個人間で差が開いた場合は、それを不満に感じるスタッフが出ることも予想される。読影件数を常勤の人数で割って分担すればとよいというほど話は簡単ではなく、こうした不満感によって放射線科全体のモチベーションが低下することは絶対に避けなければならない。

特定機能病院の加算3

2018年に新設された加算3は、特定機能病院、常勤医師6名以上、夜間休日の読影体制など加算2に加えてさらに厳しい条件が加わるが、診療報酬は300点と大きな増点になる。病床数の大きな施設で複数の放射線科医が複数の装置を管理する体制に高い加算がつく改定は評価されるが、働き方改革、医師の残業時間が議論される中、夜間休日の読影体制などの条件に対応できるかという問題については議論の余地を残す。さらに加算3は特定機能病院に限られるが、その多くは大学病院である。大学は高度な医療

を提供するためにサブスペシャリティが確立し専門領域に特化した医療が実践されている。放射線科も同様に細分化された医療に対応するよう専門性をもち診療・研究・教育と多くの仕事を担っている。専門分野の確立は高度な医療を提供する上で必須と考えるが、画像診断は全身の臓器に対して施行され、これら全てに対応できるようなスタッフを確保することは容易ではない。広い領域をミスなく読影出来るような人材の育成・教育と専門性の高い医療・研究の双方を実践していくためには大きな労力が必要となる。特定機能病院は放射線科医を育てる意味で大きな役割を担っており、人の少ない状態で加算3を申請することで放射線科医が疲弊し特定機能病院から人が離れるようなことはあってはならない。

管理加算の理念と未来像

管理加算の理念は、放射線科医が画像診断を管理し病院の中で大きな役割を担い画像診断の質の向上と安全に寄与することである。造影剤の副作用やその適性使用、被ばくの管理、疑われた疾患の適切な検査法や撮像プロトコルの選択、撮像範囲や断面など適正に検査が行われたことの確認など体制として大切な項目は多い。画像検査を依頼した主治医は自分が疑った

疾患について読影し治療にあたるが、放射線科医は疑われた疾患以外にも広く画像をチェックするトレーニングを受けている。画像データが急増する中でこのダブルチェックの体制こそが安全で質の高い医療を提供するものと考えられ、管理加算の理念として評価されることが望まれる。

診療報酬の総枠が決まっている中で医療費が国の財政を圧迫し高額な手術機械や分子標的薬が新しく承認を受ければ、既存の診療報酬の単価は減額される可能性は高い。繰り返すが全体に一律カットされるのではなく厚生労働省が求める医療を提供できる施設とそうでない施設で配分が変えられ、管理加算はその要件を調整する上で有用な手法となり、今後も管理加算の体制は続くものと推察する。新たな診療報酬改定によって管理加算の条件が変更され現状の加算を諦め減収になることや加算の条件を受け入れて過重に働くことは本来の管理加算の理念とは合致しない。このためにも、診療報酬改定に関して情報を集め、放射線科医の仕事が正しく評価され、それにふさわしい報酬がつくような議論を真剣に進めていかねばならない。

開示すべき潜在的利益相反状態はない。

文 献

- 1) Nakajima Y, Yamada K, Imamura K, Kobayashi K. Radiologist supply and workload: international comparison: Working Group of Japanese College of Radiology. *Radiat Med*, 8: 455-465, 2008.
- 2) SH. Patel, CL. Stanton, SG. Miller, JT. Patrie, JN. Itri and TM. Shepherd. Risk Factors for Perceptual-versus-Interpretative Errors in Diagnostic Neuroradiology. *AJNR*, 40: 1252-1256, 2019.

著者プロフィール



高木 亮 Ryo Takagi

所属・職：日本大学病院放射線医学・診療准教授

略 歴：1989年 日本医科大学医学部卒業

1989年 日本医科大学付属病院研修医 放射線科勤務

1991年 東京女子医科大学付属脳神経センター 神経放射線科

1992年 日本医科大学放射線医学教室 助手

2000年 日本医科大学放射線医学教室 講師

2017年 日本大学病院 放射線医学 診療准教授

主な研究分野：神経放射線診断学, 救急放射線診断学

MDCTの臨床応用, 脳神経領域の三次元画像, CT灌流画像の臨床応用, MRIを用いた脳血流の定性的評価

所属学会など：日本医学放射線学会（保険委員）, 日本磁気共鳴医学会（代議員, 医療経済委員）日本救急放射線研究会（理事）, 救急放射線画像研究会 in 東京（世話人代表）, 日本放射線科専門医会（特任理事）, 日本スカンジナビア放射線医学協会（幹事）

- 主な業績：1. Orita E, Murai Y, Sekine T, Takagi R, Amano Y, Ando T, Iwata K, Obara M, Kumita S. Four-Dimensional Flow MRI Analysis of Cerebral Blood Flow Before and After High-Flow Extracranial-Intracranial Bypass Surgery With Internal Carotid Artery Ligation. *Neurosurgery*, **85**: 58-64, 2019.
2. Yasuo Amano, Ryo Takagi, Fumi Yanagisawa and Chisato Ando. Hypointense Spleen Associated with Severe Acute Pancreatitis on MR Imaging. *Magn Reson Med Sci*, **18**: 115-116, 2019.
3. Amano Y, Omori Y, Yanagisawa F, Takagi R. Glomerulocystic kidney identified in older patients by magnetic resonance imaging: Relation to renal function and renal corticomedullary differentiation. *Medicine (Baltimore)*, **98**: 2019.
4. Sekine T, Takagi R, Amano Y, et al. Relation of 4D-flow MRI of ophthalmic artery to cerebral vascular reactivity estimated with SPECT in patient with Internal carotid artery occlusion. *Magnetic Resonance in Medical Sciences*, **17**: 13-20, 2018.
5. Sekine T, Takagi R, Amano Y, Murai Y, Orita E, Matsumura Y, Kumita S. 4D flow MRI assessment of extracranial-intracranial bypass: qualitative and quantitative evaluation of the hemodynamics. *Neuroradiology*, **58**: 237-244, 2016.
6. Tsushima Y, Ishiguchi T, Murakami T, Hayashi H, Hayakawa K, Fukuda K, Korogi Y, Sugimoto H, Takehara Y, Narumi Y, Arai Y, Kuwatsuru R, Yoshimitsu K, Awai K, Kanematsu M, Takagi R. Safe use of iodinated and gadolinium-based contrast media in current practice in Japan: a questionnaire survey. *Jpn J Radiol*, **34**: 130-139, 2016.
7. Murai Y, Takagi R, Amano Y, Sekine T, Morita A, Teramoto A. 4D Flow Preliminary Investigation for Anterior Fossa Dural Arteriovenous Fistula. *Can J Neurol Sci*, **41**: 656-658, 2014.
8. Sekine T, Amano Y, Takagi R, Matsumura Y, Suzuki Y, Murai Y, Kumita S. Four-dimensional flow magnetic resonance imaging assessment of hemodynamics in patients after extracranial-intracranial bypass surgery. *J Nippon Med Sch*, **80**: 2-3, 2013.
9. Murai Y, Mizunari T, Takagi R, Amano Y, Mizumura S, Komaba Y, Okubo S, Kobayashi S, Teramoto A. Analysis of ischemic cerebral lesions using 3.0-T diffusion-weighted imaging and magnetic resonance angiography after revascularization surgery for ischemic disease. *Clin Neurol Neurosurg*, **115**: 1063-1070, 2013.