

2020年診療報酬改定の概要解説

～画像診断・検査・放射線治療分野を中心として～

一般社団法人日本画像医療システム工業会（JIRA）

経済部会 部会長 診療報酬委員会 委員長

鍵谷 昭典

1. はじめに

今回の診療報酬改定では、改定に当たって「健康寿命の延伸、人生100年時代に向けた全世代型社会保障の実現」、「患者・国民に身近な医療の実現」、「どこに住んでいても適切な医療を安心して受けられる社会の実現」、「医師等の働き方改革の推進」、「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」の基本認識が示された。

また、改定の基本的視点と具体的方向性として、「医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進」、「患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現」、「医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進」、「効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上」等が明確に打ち出された。

2020年度診療報酬の改定率は以下です。

診療報酬改定率全体 **▲0.46%**

1. 診療報酬本体 **+0.55%**

※1のうち、※2を除く改定分+0.47%

各科改定率 医科 **+0.53%**

歯科 **+0.59%**

調剤 **+0.16%**

※2のうち、消費税財源を活用した救急病院における

勤務医の働き方改革への特例的に対応+0.08%

※診療報酬として公費126億円程度を充当

2. 薬価等 **▲1.01%**

① 薬価 **▲0.99%**

※うち、実勢薬価改定▲0.43%

市場拡大再算定の見直し等▲0.01%

② 材料価格 **▲0.02%**

※うち、実勢薬価改定▲0.01%

これまでの改定率の変遷は以下です。（図1参照）

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%	←被用者本人負担が2割に！ (3割負担は2003年～)
2000	1.90%	-1.70%	0.20%	←介護保険の導入！
2002	-1.30%	-1.40%	-2.70%	←史上初の診療報酬本体・薬価 の同時マイナス改定！
2004	0.00%	-1.00%	-1.00%	←大幅マイナス改定！
2006	-1.36%	-1.80%	-3.16%	
2008	0.38%	-1.20%	-0.82%	
2010	1.55%	-1.36%	0.19%	←10年ぶりのプラス改定！
2012	1.38%	-1.38%	0.00%	←僅かながらプラス改定！
2014	0.73%	-0.63%	0.10%	←消費税対応分あり(実質-1.26%)
2016	0.49%	-1.33%	-0.84%	←実質3回連続マイナス改定
2018	0.55%	-1.74%	-1.19%	
2019	0.41%	-0.07%	0.33%	←消費税対応分(2019年10月より)
2020	0.55%	-1.01%	-0.46%	←本体はプラスながらも全体では厳しい改定

図1：これまでの改定率変遷

また、改定に当たっての具体的方向性の例は以下の通り。

○医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進

- ・医師等の長時間労働などの厳しい勤務環境を改善する 取組の評価
- ・労務管理や労働環境の改善のためのマネジメントシステムの実践・推進
- ・タスク・シェアリング/タスク・シフティング、チーム医療を推進
- ・届出・報告の簡素化、人員配置の合理化を推進
- ・地域医療の確保を図る観点から早急に対応が必要な救急医療体制等の評価
- ・業務の効率化に資する ICT の利活用の推進、医療連携の推進。

○患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現

- ・かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局の機能の評価
- ・患者にとって必要な情報提供、相談支援等の評価
- ・質の高いリハビリテーションの評価等、アウトカムにも着目した評価の推進
- ・国民の安心・安全を確保する観点からの適切な評価
- ・医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションを含む先進的な医療技術の適切な評価
- ・医療における ICT の利活用

○医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進

- ・医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価
- ・大病院受診時定額負担制度の見直しを含め、大病院と中小病院・診療所の機能分化の推進
- ・質の高い在宅医療・訪問看護の確保

- ・地域包括ケアシステムの推進のための取組
 - 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上
 - ・後発医薬品やバイオ後続品の使用促進
 - ・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
 - ・医師・院内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の推進
- 等であり、以下に概要の図を示す。(図2参照)

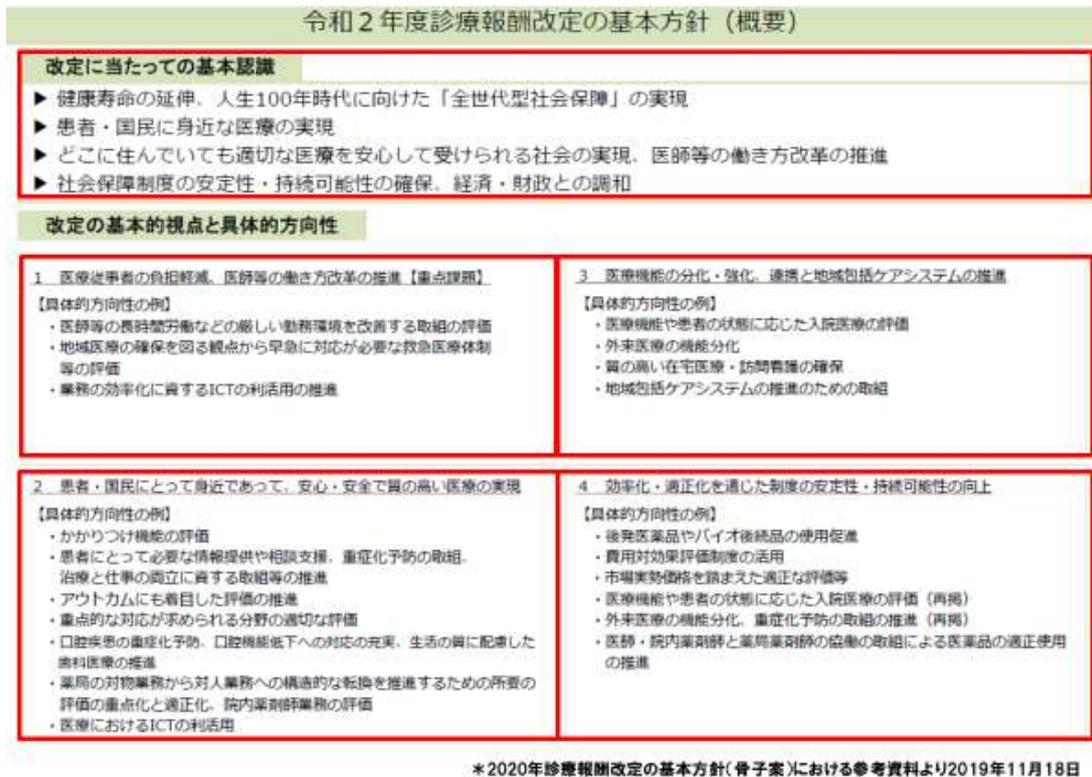


図2：令和2年（2020年）診療報酬改定の基本方針（概要）

なお、医療技術評価分科会においては、各学会からの「医療技術評価提案書」を内保連（一般社団法人内科系学会社会保険連合）及び外保連（一般社団法人外科系学会社会保険委員会連合）を通じて受付け、評価の対象となる医療技術を選別し、診療報酬改定での評価対象としている。

今回の改定では、学会等から医療技術評価分科会に提案書の提出があった技術が 942 件あったが、医療技術評価分科会における評価対象となる技術は 743 件（新規技術 306 件、既存技術 437 件）、そのうち、診療報酬改定において対応する優先度が高い技術が 264 件（新規技術 103 件、既存技術 161 件）であった。これらの技術に何らかの評価が行われた。（図3参照）

医療技術評価分科会における検討等を踏まえた対応①

- 学会から提案のあった技術について、医療技術評価分科会における検討結果等を踏まえ、新規技術の保険導入及び既存技術の評価の見直し(廃止を含む。)を行った。
- また、先進医療で実施されている技術についても、先進医療会議における科学的根拠に基づく評価の結果を踏まえ、医療技術評価分科会で保険導入に係る検討を行った。

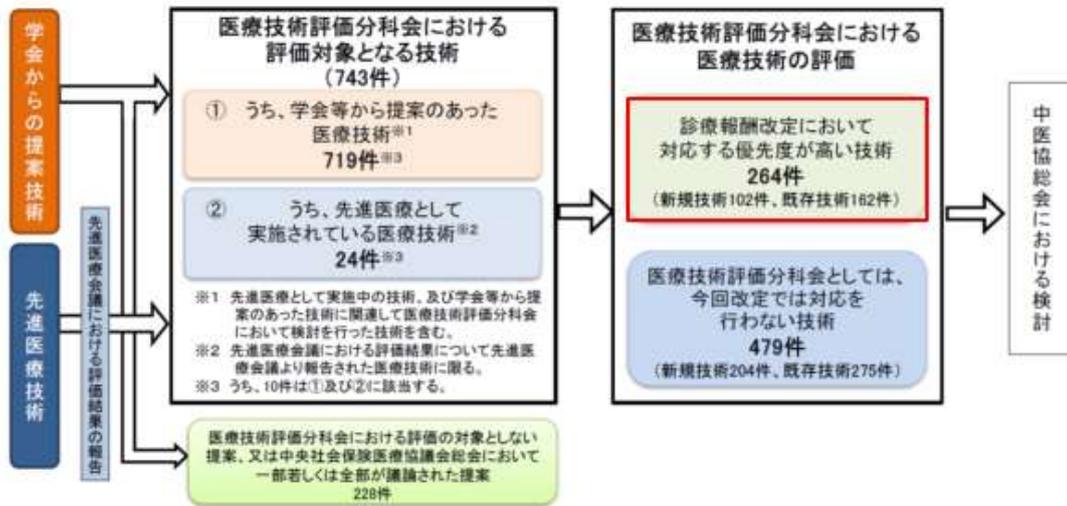


図3：医療技術評価分科会における評価の流れとその数

2020年度診療報酬改定にむけた公益社団法人日本診療放射線技師会（JART）診療報酬政策立案委員会からの要望項目は以下である。

① 患者に安全で安心な医療技術を提供するための取り組みへの評価

1) 診療用放射線安全管理についての取り組みへの評価

※具体的な提案内容は下部に掲載

2) 画像精度管理運用についての取り組みへの評価

①放射線機器安全管理に係わる機器の精度管理についての取り組みへの評価

②患者情報安全管理に係わる患者付帯情報についての取り組みへの評価

③撮影技術管理に係わる患者の撮影体位・撮影方法および患者動態

④撮影画像管理に係わる画像の確認と被ばく線量、臨床目的との整合性、

画像の加工（3D・手術支援）、再検査の必要性

⑤画像データ管理に係わる取り組みへの評価

⑥画像表示装置の管理に係わる取り組みへの評価

3) 感染防止対策についての取り組みへの評価

② 超高齢社会に対応する医療技術提供体制の強化

- 1) ポータブル撮影の撮影加算としての評価
- 2) 管理区域外での撮影（在宅撮影）の評価

③ 効果的・機能的な医療実現に失する放射線技術の強化

- 1) エックス線撮影検査の診療放射線技師配置の要件
- 2) 画像等手術支援加算における診療放射線技師の取り組みへの評価
- 3) 冠状動脈 CT 撮影加算における施設要件
- 4) 心臓 MRI 撮影加算における施設要件
- 5) 血管撮影検査室に対する施設要件
- 6) 核医学検査における施設要件
- 7) 放射線治療装置の管理

※具体的な提案事例としての「放射線の適正管理」に関する要望を以下に示す。

1) 診療用放射線に係る安全管理に対する取り組みの評価

2019年3月11日に医療法施行規則の一部を改正する省令（平成31年厚生労働省令第21号）に基づき、診療放射線技師1名以上を配置、「医療放射線安全管理責任者」を配置し、「医療放射線の安全管理のための指針の策定」および、「放射線従事者等に対する医療放射線に係る安全管理のための研修の実施」に対応し、適切に実施している施設は、「診療放射線安全管理料1」、

それに加えて「線量管理・線量記録」が義務付けられている装置の適正な管理体制を構築し、撮影技師とは別に医療被ばく管理に関する知識と経験があり、かつ医療被ばく管理に係る適切な研修を修了した診療放射線技師を専任で配置して安全管理を実施している施設は「診療用放射線安全管理料2」としての評価を要望する。

としている。

2. 画像診断・検査関連

今回も、2018年度改定と同じく、基本的なCT撮影料やMRI撮影料について点数評価に変更はなかった。しかし、中央社会保険医療協議会（中医協）総会において、「CT・MRIの共同利用」についての議論が行われた経緯があった。

中医協総会（2019年度6月26日開催）での主な意見は以下の通り。

- ・かかりつけ医機能を有する医療機関にCTなどの機器が配置されることで、早期発見に寄与し、大病院での侵襲性の高い検査を減らしていると考えられる。
- ・日本は検査コストが低く、費用対効果は良いのではないか。
- ・機器の販売実態を確認する必要があるのではないか。

・高機能の医療機器に高い診療報酬を付けているのは、むしろ高額な機器の購入を促すことにつながっているのではないか。

・共同利用を如何に進めるのかという課題は重粒子線装置などの特に高額な医療機器に絞って検討する必要があるのではないか。

・共同利用する場合としない場合のメリハリをつけて充実と適正化を図る方向で検討する必要があるのではないか。

CT・MRIの販売台数については、低機能（汎用性能）な機種の販売台数が徐々に減少してきている現状がある。

また「外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン（2019年3月29日医政地発0329第3号、医政医発0329第6号）」においては、以下の記述がある。

医療機関が医療機器を購入する場合は、当該医療機関について、医療機関の共同利用に係る計画（共同利用については、画像診断が必要な患者を、医療機器を有する医療機関に対して患者情報と共に紹介する場合を含む。）を作成し、医療機器の協議の場において確認を行うことを求めることとする。

共同利用計画の策定に当たっては、次に掲げる内容が盛り込まれていることを確認すること。

- ・共同利用の相手方となる医療機関
- ・共同利用の対象とする医療機器
- ・保守、整備等の実施に関する方針
- ・画像撮影等の検査機器については画像情報及び画像診断情報の提供に関する方針

なお、共同利用を行わない場合については、共同利用を行わない理由について、協議の場で確認すること。

※このガイドラインでの「共同利用」は、診療報酬上での64列以上のCT、3T以上のMRIにおける、単なる機器の提供（貸出）としての「共同利用」に比べて、「転医目的の紹介患者を含む」とされているので定義が異なっている。

すなわち、診療報酬点数での列数や磁場強度等の機能別（性能別）評価ではなく、地域医療における医療機器の共同利用等を含めた位置付けが、今後は重要となることを示している。現在、この外来医療のガイドラインに基づき、各都道府県においては「地域医療構想調整会議」を通じて、共同利用計画等を打ち出しており、今後はその方針に基づいて、粛々と進められる可能性がある。

このガイドラインではCT・MRI以外に、PET（PET及びPET-CT）、放射線治療（リニアック及びガンマナイフ）並びにマンモグラフィについても対象としている。性別・年齢別調整人口当たりの機器の配置台数についての式に当てはめて、機器の適正配置が進められようとしている。2次医療圏を基本として医師の配置数等も同様の式で算出しているが、そ

それぞれの地域の実情を加味せずに、この式だけが独り歩きすることだけは避けたいものです。(図4参照)

医療機器の地域毎の台数に関する可視化について

○ 医療機器の地域毎の台数に関する指標として、ニーズ（地域ごとの人口）に対する供給（医療施設調査に基づく地域ごとの医療機器の台数）をベースとして、性・年齢構成ごとに異なる検査数を加味するため、地域毎の性・年齢構成による調整をかけるかどうか。この際、医療施設調査で把握可能な医療機器を指標作成対象としてはどうか。

【医療機器ごとに下記の指標を計算し、可視化の際の参考とする】

- 人口十万人対医療機器台数をベースに、地域ごとの性・年齢階級による検査率の違いを調整する。

$$\text{調整人口当たり台数} = \frac{\text{地域の医療機器の台数}}{\frac{\text{地域の人口}}{100,000} \times \text{地域の標準化検査率比}}$$

$$\text{地域の標準化検査率比} = \frac{\text{地域の性年齢調整人口当たり期待検査数（外来）}}{\text{全国の人口当たり期待検査数（外来）}}$$

$$\text{地域の人口当たり期待検査数} = \frac{\sum \left\{ \frac{\text{全国の性年齢階級別検査数（外来）}}{\text{全国の性年齢階級別人口}} \times \text{地域の性年齢階級別人口} \right\}}{\text{地域の人口}}$$

出典：医療従事者の需給に関する検討会・医師需給分科会第29回資料(2019年2月27日)より

図4：性別・年齢別調整人口当たりの機器の配置台数についての式

なお同時に、CT・MRIの安全な利用について、診療報酬算定にあたって、保守点検を要件とすることについて、どのように考えるかと言った議論が中医協であった。今後は特に地域医療における共同利用の拠点となる医療機関においては、使用機器の保守点検や放射線の適正管理（2020年4月より完全施行）については100%実施されていることが必須となってくるであろう。

今回の画像診断・検査分野における主なトピックスは、①画像診断管理加算2、3の施設基準にMRIの安全管理項目を追加、②非常勤の週3日以上かつ24時間以上の定義が週3日以上かつ22時間以上に緩和、③全身MRI撮影加算の新設、④血流予備量比コンピューター断層撮影（FFRCT）料の新設、⑤小児頭部外傷の際のCT撮影に係る新生児、乳幼児、幼児加算の要件の見直し、⑥冠動脈CT撮影の算定要件の追加、⑦ポジトロン断層撮影における新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算の新設、⑧ポジトロン断層撮影における心サルコイドーシスの診断の追加、⑨ポジトロン断層撮影を目的に入院中の患者の他医療機関受診

時の入院料の減額についての緩和、⑩安定冠動脈疾患に対する経皮的冠動脈インターベンションの要件の見直し、⑪心臓カテーテル法による諸検査の見直し、⑫超急性期脳卒中加算の見直し、⑬遠隔画像診断に関する施設基準の見直し、⑭画像等手術支援加算における適用術式の追加、⑮仮想気管支鏡画像を用いた気管支鏡検査の新設、⑯超音波検査（胸腹部）の評価の見直し、⑰超音波検査（胎児心エコー法）の評価の見直し、⑱超音波検査におけるパルスドプラ加算の評価の見直し、⑲超音波検査の評価（要件）の見直し、⑳訪問診療時の超音波検査の新設、㉑経気管支凍結生検法の新設、㉒遺伝性乳がん卵巣がん症候群に係る手術の新設等であった。

これらの内容について個別に解説する。

① 画像診断管理加算 2、3 の施設基準に MRI の安全管理項目を追加

画像診断管理加算 2、3 に関する施設基準に、「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。」という基準が追加された。これは公益社団法人日本医学放射線学会と一般社団法人核磁気共鳴医学医学会からの医療技術評価提案書(図 5 参照)に基づいて採択されたものであり、中医協においても、臨床 MRI 安全運用等に関するアンケート調査結果(図 6 参照)が公表され、その必要性が強調されたこともあり、施設基準に加えられた。

画像診断管理加算の要件追加

MRI装置の医療安全に関する要件追加

MRI 検査は非常に強い磁場やラジオ波、専用の造影剤等を使用するため、安全管理に関しては、専門的知識や技術が必要である。

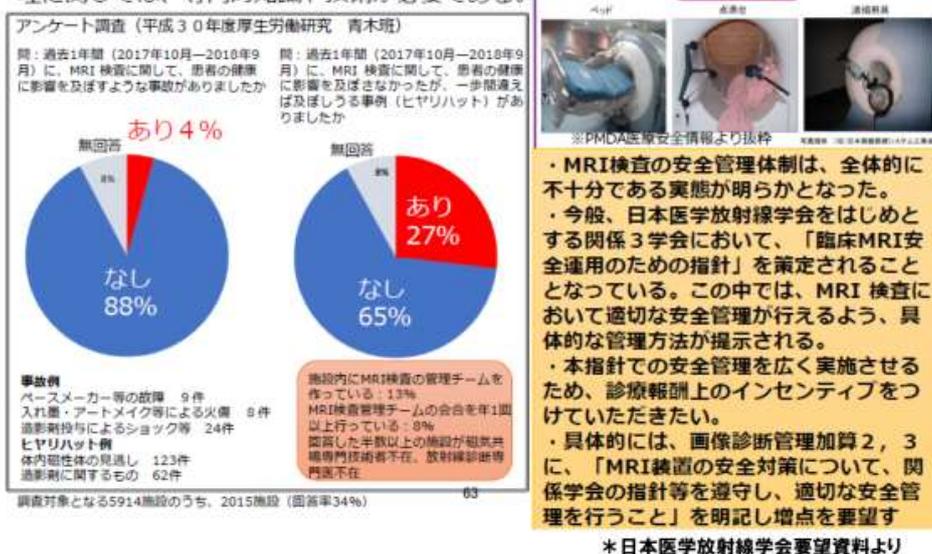


図 5：学会から提出された医療技術評価提案書

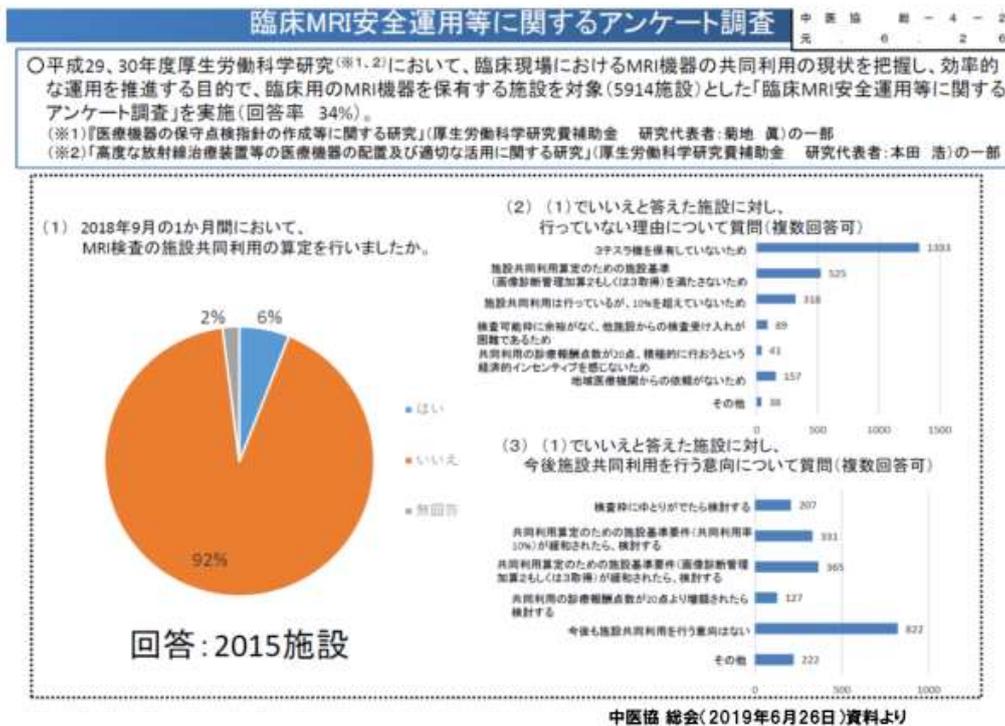


図6：臨床MRI安全運用等に関するアンケート調査結果

「関係学会の定める指針」とは、「一般社団法人日本磁気共鳴医学会の臨床MRI安全運用のための指針」を指し、2020年1月22日に一部改訂のお知らせ、3月19日付で(公社)日本医学放射線学会と(一社)核磁気共鳴医学医学会からの連名による指針が改めて通知された。MRI検査を管理するチームの研修間隔は「少なくとも5年に1回」から「年1回程度」への変更がその一部改訂(第2版)の内容であった。

ここで、臨床MRI安全使用のための指針の項目について紹介する。

1) 安全管理体制

施設内にMRI検査を管理するチーム(安全管理責任者(※1)・安全管理担当者(※2)チーム)を作ること。本チームは1名の責任医師(※1)の下、その他の医師、診療放射線技師もしくは臨床検査技師、看護師などで構成される。その構成員には磁気共鳴専門技術者あるいはそれに準ずる者が含まれることが望ましい。本チームの会合は年1回以上行い、施設内での医療従事者への講習を定期的に行うこと。また、安全管理責任者や安全管理担当者はMRIの関連団体にて安全性に関する講習会に年1回程度、定期的に参加することが望ましい。

2) MRI検査前の安全管理

MRI検査前における患者および医療従事者への安全管理の体制を構築すること。体内植込み型医療機器、体内外金属、入れ墨等を問診票のほか患者の医療機器情報カードや金属探

知機などを用いて検査前に把握し、身体への悪影響（臓器損傷や熱傷など）を与える恐れがあるものを適切に管理すること。また、医療従事者および作業従事者（※3）の金属持ち込みを防止する教育および管理体制（マニュアル作りなど）を整備すること。MRI 検査に重要な情報を共有する医師、診療放射線技師もしくは臨床検査技師、看護師との連携体制を整えること。

3) MRI 検査中の安全管理

検査中は患者の状態を監視し、必要に応じて、心拍数、血液酸素飽和度などの観察を行い、患者からの中止要請（患者緊急コール）を伝えるシステムを利用した運用体制を整えること。緊急時のバックアップ体制を構築し、運用マニュアルを整備すること。

4) 安全性情報の関連学会・関連行政機関への報告を行う体制を整備すること（※4）。

5) 鎮静の必要な患者の安全管理

小児や閉所恐怖症の患者を含め鎮静の必要な患者に対しては、緊急時のバックアップ体制を構築すること。（小児の場合は MRI 検査時の鎮静に関する共同提言（※5）を推奨）

6) 造影剤使用の安全管理

MRI 造影剤の使用においては同意書を取得すること。MRI 造影剤の副作用への対応、腎性全身性線維症（NSF）防止の対策の教育や対応へのマニュアルを備えていること。また、安全管理責任者や安全管理担当者は MRI 造影剤に関する講習会に定期的（少なくとも 2 年に 1 回）に参加し、MRI 造影剤使用上の注意改訂など、重要な情報の周知を図ること。

7) MRI 装置の品質管理

始業時・終業時点検並びに保守点検を適宜実施すること。また始業時にはファントム等の撮影を行い、画質の維持・向上に努めること。なお、定期的（少なくとも 6 か月に 1 回）に保守点検が行われていることが望ましい。

8) 非常時の安全管理

患者の安全確保、液体ヘリウム突沸（クエンチ）への対応、地震・火災・浸水・停電などの災害への対応へのマニュアルを備えていること。

（※1～5）について

（※1）安全管理責任者は、施設内にて MRI 検査の安全管理を統括する医師を指す。

（※2）安全管理担当者は施設内にて MRI 検査の安全管理を担当する医師、診療放射線技師もしくは臨床検査技師、看護師を指す。

（※3）MRI 装置のメンテナンス関係者および室内の修繕等のために検査室内に立ち入る作業者を指す。

（※4）安全性情報に関しては関連学会、関連行政機関のホームページ等を参考とすること。

<https://www.pmda.go.jp/safety/info-services/drugs/calling-attention/safety-info/0043.html>

（※5）MRI 検査時の鎮静に関する共同提言（日本小児科学会・日本小児麻酔学会・日本小児放射線学会 2013 年）。

なお、厚生労働省は4月16日付で、疑義解釈資料の送付について（その5）を发出。特に画像診断管理加算における「MRIの安全管理」については以下の内容を掲載した。

（問）医科点数表第2章第4部通則4の画像診断管理加算2及び3の施設基準において、「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」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）日本医学放射線学会、日本磁気共鳴医学会、日本放射線技術学会の臨床MRI安全運用のための指針を指す。

（問）医科点数表第2章第4部通則4の画像診断管理加算2及び3の施設基準に係る届出について、様式32において、「関係学会の定める指針に基づいて、MRI装置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」とあるが、証明する書類とは具体的には何を指すのか。

（答）日本医学放射線学会の画像診断管理認証制度において、MRI安全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する書類を指す。

また、（公社）日本医学放射線学会の画像診断管理認証制度によると、MRI安全運用についての認証施設は158施設（2020年4月23日現在）であり、MRI管理チームの責任者が講習会に年1回程度参加することを条件として、原則として1年程度の認証期間とし、改めて審査を行うことも計画するとしている。

② 非常勤の週3日以上かつ24時間以上の定義が週3日以上かつ22時間以上に緩和

医師等の医療従事者の柔軟な働き方に対応する観点から、常勤配置に係る要件及び専従要件を見直すとして、前回の改定で決められた、週3日以上かつ週24時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能としている項目について、週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算で配置可能としている。特に医師については、複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能とする項目を拡大している。画像診断管理加算において、これが適用されている。

ただし、疑義解釈では、週3日以上かつ週22時間以上の勤務は毎週である必要があるか。週3日以上かつ週22時間以上の隔週勤務者を組み合わせても良いか。との質問に、隔週勤務者は常勤換算の対象とならないとしているので注意が必要である。

画像診断管理加算については、他にも報告された文書又はその写しを診療録に「添付」すると変更された。前回までは「貼付」となっていた。

③ 全身MRI撮影加算の新設

全身MRI撮影加算として、600点を所定点数が新設となった。この加算は、関係学会の定める指針に従って、前立腺癌の骨転移の診断を目的とし、1.5テスラ以上のMRI装置を使用して複数の躯幹部用コイルと脊椎用コイルを組み合わせ、頸部から骨盤部を少なくと

も3部位に分けて撮像した場合に限り算定としている。

※「関連学会の定める指針」とは、(公社)日本医学放射線学会・(一社)日本磁気共鳴医学会の「前立腺癌の骨転移検出のための全身MRI撮像の指針」を指す。なお、この指針は2020年3月23日付で公表されている。また「前立腺癌の骨転移検出のための全身MRI撮像の細則」が2020年3月3日付で公表され、撮像方法や、画像処理、読影環境、評価項目等に関する細則の詳細が掲載されている。(図7, 図8参照)

2020年度診療報酬改定内容

前立腺癌の骨転移検出のための全身MRI撮像の細則

<http://www.ismrm.jp/modules/bulletin01/index.php?page=article&storyid=367>

<撮像方法に関する細則>

一般社団法人日本磁気共鳴医学会
公益社団法人日本医学放射線学会

1. 1.5Tもしくは3T装置での撮像とする。
2. 複数の躯幹部用コイルと脊椎用コイルを組み合わせ、全身(全脊椎を含む広範囲)に対して少なくとも3部位(3 station)に分けて撮像する。
3. 撮像シーケンス 1)~4)は必須、5)はオプションとする。
 - 1) 全脊椎T1強調像(原則 矢状断)
 - 2) 全脊椎STIR像もしくは脂肪抑制T2強調像(原則 矢状断)
 - 3) 全身†T1強調像(水平断もしくは冠状断、Dixon法が望ましいが、Gradient Echo法のin-phase/opposed phaseも可とする)
 - 4) 全身†拡散強調像†、b値 0-100, 800-1000s/mm²(原則 水平断、parallel imaging 併用) mono-exponential model によるADC map作成、b値800-1000 s/mm²の画像の冠状方向および矢状方向を含む多方向MIP処理
 - 5) 全身†T2強調像(撮像方向や脂肪抑制付加は問わない)

†全脊椎と体幹骨を必須とする。頭蓋骨や四肢はオプションとする。

‡拡散強調像は水平断での撮像が原則であるが、冠状断、矢状断で撮像しても良い。2017年に欧州泌尿器科学会が発表した前立腺癌の骨転移を評価する構造化レポートシステムであるMET-RADS-P (METastasis Reporting and Data System) では拡散強調像は水平断で撮像と記載されているが、水平断が優れているという十分な根拠はなく、冠状断、矢状断で撮像しても通常再構成は可能である。

4. 原則として前立腺癌の骨転移検出を目的とした非造影スクリーニング検査とする。造影検査は可とする。ただし、日本磁気共鳴医学会による本検査に関する認証を受ける場合は撮像法(造影の有無を含む)の届け出、および画像の提出を必須とする。

日本磁気共鳴医学会:前立腺癌の骨転移検出のための全身MRI撮像の細則(2020年3月3日)資料より

図7: 前立腺癌の骨転移検出のための全身MRI撮像の細則(その1)

前立腺癌の骨転移検出のための全身MRI撮像の細則

<http://www.jsmrm.jp/modules/bulletin01/index.php?page=article&storyid=367>

一般社団法人日本磁気共鳴医学会
公益社団法人日本医学放射線学会

<画像処理、読影環境、評価項目等に関する細則>

1. **階調処理**: 拡散強調像の階調設定においてウィンドウ幅が広すぎると骨転移の視認性が低下するおそれがあるため、**拡散強調像では骨転移集が高信号になるようにウィンドウ幅 (window width) とウィンドウ値 (window level) を調整する必要がある。また、白黒反転表示を行ってもよい。**
2. **融合画像**: 拡散強調像における異常信号域の解剖学的位置を把握しやすくなるように、T1強調像やT2強調像などの他のシーケンスとの融合画像を作ることが望ましい。
3. 使用する Picture Archiving and Communication Systems (PACS)、ワークステーションの種類は問わないが、「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(医薬品医療機器等法)」に基づいて**医療機器認証を取得したものに限り**。
4. 本検査はあくまでも**前立腺癌の骨転移の検出に特化した検査**であり、**病変局所の詳細な評価を目的としたものではない**。よって評価項目は骨転移のみである。前立腺癌局所、リンパ節転移、骨転移以外の遠隔転移集、播種集、他臓器の腫瘍や大動脈瘤などの**偶発所見については評価対象外**である。
5. **検査前に予め患者へ説明し、書面にて同意をとること**。その際、本検査で異常所見が見つかった場合は後日改めて精査する可能性があることも説明すること。

細則の改正

- 令和2年1月29日 細則案作成、日本磁気共鳴医学会のホームページに掲載し意見を募集
- 令和2年2月27日 細則案一部改正
- 令和2年2月28日 日本磁気共鳴医学会理事会承認
- 令和2年3月3日 日本磁気共鳴医学会ホームページにて公開

日本磁気共鳴医学会: 前立腺癌の骨転移検出のための全身MRI撮像の細則(2020年3月3日)資料より

図8: 前立腺癌の骨転移検出のための全身MRI撮像の細則(その2)

なお、当該画像診断を実施した同一月内に骨転移の診断の目的で区分番号「E100」シンチグラム(画像を伴うもの)又は区分番号「E101」シングルホトンエミッションコンピュータ断層撮影(同一のラジオアイソトープを用いた一連の検査につき)を実施した場合には、主たるもののみ算定としている。

施設基準は、以下となっている。

- (1) 1.5 テスラ以上のMRI装置を有していること。
- (2) 画像診断管理加算2又は3に関する施設基準を満たすこと。
- (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ものに限る。)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、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。
- (5) 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、施設内の骨シンチグラフィの線量情報を電子的に記録し、患者単位で集計・管理の上、被ば

く線量の最適化を行っていること。

なお、公益社団法人日本医学放射線学会の画像診断管理認証制度による全身 MRI についての認証施設は 44 施設（2020 年 4 月 23 日現在）であり、①前立腺癌の骨転移検出のための全身 MRI 撮像の指針に基づき、撮像法や画像の提出を求めること、②本検査が骨転移の検出を目的とした広範囲検査であり、病変局所の詳細な評価を目的とした検査ではないことを患者に説明し、書面にて同意をとる必要があるとしている。原則として 1 年程度の認証期間とし、改めて審査を行うことも計画するとしている。

④ 血流予備量比コンピューター断層撮影（FFRCT）料の新設

E200-2 血流予備量比コンピューター断層撮影料 9,400 点が新設された。血流予備量比コンピューター断層撮影（FFRCT）の種類又は回数にかかわらず、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、月 1 回に限り算定できる。

いわゆるハートフロー FFRCT として、2018 年 11 月に保険適用が認められたが、準用技術として PET 検査の点数（7,500 点）が撮影点数として適用され、これが今回の改定で改めて正式に撮影料として点数化（9,400 点）されたもの。

なお、上記の準用技術点数に、CT 撮影料、冠動脈 CT 撮影加算を算定した場合、全体の撮影料としては 7,500 点+1,000 点+600 点で、合計 9,100 点となる。ここに画像診断管理加算 2（180 点）、加算 3（300 点）を足すと、それぞれ加算 2 で合計 9,280 点、加算 3 で合計 9,400 点となる。したがって、今回の撮影料としての点数評価はそれを踏襲した内容となっている。

留意事項は以下の通り。

- (1) 血流予備量比コンピューター断層撮影は、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) 血流予備量比コンピューター断層撮影の結果により、血流予備量比が陰性にもかかわらず、本検査実施後 90 日以内に区分番号「D206」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区分番号「D206」の「注 4」冠動脈血流予備能測定検査加算、区分番号「D215」の「3」の「ホ」負荷心エコー法、区分番号「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（同一のラジオアイソトープを用いた一連の検査につき）、区分番号「E101-2」ポジトロン断層撮影、区分番号「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）、区分番号「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）、区分番号「E102」

核医学診断、区分番号「E200」コンピューター断層撮影（CT 撮影）（一連につき）及び区分番号「E202」磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI 撮影）（一連につき）は併せて算定できない。

(4) 血流予備量比コンピューター断層撮影の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こと。

(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 CT 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。

※関連学会が定める「FFRCT 適正使用指針」（2018 年 12 月改訂）に従って使用した場合に限り算定できる。算定にあたっては、下記について診療報酬明細書の「摘要欄」に記載および添付すること。

(イ) 実施施設が日本循環器学会の研修施設、日本心血管インターベンション治療学会の研修施設及び日本医学放射線学会の総合修練機関のいずれにも該当すること並びにその証明書。

(ロ) 本品による FFR 値。

※FFRCT の適正使用指針

http://www.j-circ.or.jp/topics/FFRCT_tekisei_shishin_h301201.pdf

施設基準は以下の通りであるが、かなり厳しい基準となっている。

(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) 画像診断管理加算 2 又は 3に関する施設基準を満たすこと。

(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、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 名以上配置されており、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 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 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ものに限る。）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。

キ 放射線治療に専従の常勤の医師（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。）が1名以上配置されていること。

ク 日本循環器学会の研修施設、日本心血管インターベンション治療学会の研修施設及び日本医学放射線学会の総合修練機関のいずれにも該当すること。

⑤ 小児頭部外傷の際の CT 撮影に係る新生児、乳幼児、幼児加算の要件の見直し

ガイドラインに沿った診療を推進する観点から、頭部 CT 検査における新生児、乳幼児及び幼児加算について、小児の意識障害の判定が成人と比べ困難であることを踏まえ評価が見直された。

頭部外傷に対してのコンピューター断層撮影の場合は、新生児頭部外傷撮影加算、乳幼児頭部外傷撮影加算、幼児頭部外傷撮影加算として、それぞれ所定の点数の 100 分の 85、100 分の 55 又は 100 分の 35 に相当する点数の加算が新設された。

従来であれば、新生児頭部外傷撮影加算、乳幼児頭部外傷撮影加算、幼児頭部外傷撮影加算においては、それぞれ所定点数の 100 分の 80、100 分の 50 又は 100 分の 30 であるが、頭部外傷においてはそれぞれ 5 ポイントが増点された。

ただし、算定要件に以下の内容が追加された。

「4」の新生児頭部外傷撮影加算、乳幼児頭部外傷撮影加算及び幼児頭部外傷撮影加算は、6歳未満の小児の頭部外傷に対して、関連学会が定めるガイドラインに沿って撮影を行った場合に限り算定する。この場合において、その医学的根拠について診療報酬明細書の摘要欄に以下のアからカのいずれかを記載し、カ その他 による場合は、その理由及び医学的な根拠を記載すること。

ア GCS \leq 14

イ 頭蓋骨骨折の触知、徴候

ウ 意識変容（興奮、傾眠、会話の反応が鈍い等）

エ 受診後の症状所見の悪化

オ 親の希望

カ その他

※ガイドラインとは、（公社）日本医学放射線学会の画像診断ガイドラインを指す。

新生児、乳児又は幼児に対するCT撮影の要否の判定

- ガイドラインに沿って小児の頭部外傷の診療を行う場合、意識状態の評価が非常に重要である。
- 意識状態の評価は、グラスゴー・コーマ・スケール（GCS）等のスケールを用いて行われることが多いが、新生児、乳児又は幼児において、意識障害の有無の判断は容易ではない。
- 新生児、乳児又は幼児に対するCT撮影の要否の判断は、意識状態の評価に当たって特別なスケールや技術を要する点、さらに、保護者に対してCT撮影の医学的必要性やリスク等についての丁寧な説明が必要である点からも、成人に比べて対応により多くの労力を要する。

《小児用グラスゴー・コーマ・スケール(GCS)》【点数】

開眼(E)	自発的に	4
	呼びかけで	3
	疼痛で	2
	開眼せず	1
最良の言語音声反応(V)	理由ある啼泣、喃語～おしゃべり、見当識あり	5
	あやすと泣きやむ	4
	泣きやまない	3
	うめき～発声のみ	2
	発声なし	1
最良の運動反応(M)	従命(>1歳)、自発運動	6
	払いのける	5
	逃避	4
	上肢の異常屈曲(除皮質硬直)	3
	四肢の異常伸展(除脳硬直)	2
	動かない	1

【最高】 15点

- ・ GCSは開眼(E)、最良の言語音声反応(V)、最良の運動反応(M)それぞれについて評価を行い、合計15～3点で評価を行う。
- ・ 14点以下で意識障害と判断する。

小児、乳幼児の場合は、特に言語音声反応(V)の評価を行う場合、言葉で異常を表現することができず、泣いている際も何が原因か、あるいは意識状態は正常かなど、総合的に判断する必要がある。



中医協総会資料より

図9：学会のガイドラインに沿った頭部外傷の際のCT撮影の要否の判定

⑥ 冠動脈CT撮影の算定要件の追加

日本循環器学会等による診療ガイドラインを踏まえたエビデンスに基づく診療を進めるため、心筋梗塞のリスクや治療の緊急性が低い患者に対する、安定冠動脈疾患の診断を目的とした冠動脈CT撮影加算（600点）について、適応疾患や目的を確認するため、診療報酬明細書の摘要欄に疾患や医学的根拠の記載をすることを算定要件に追加することとされた。

具体的には、以下のアからオまでの場合に、64列以上のマルチスライス型のCT装置を使用し、冠動脈を撮影した上で三次元画像処理を行った場合に限り算定可能である。この場合において、その医学的根拠について診療報酬明細書の摘要欄に該当項目を記載すること。また、オに該当する場合は、その詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載することとされた。

ア 諸種の原因による冠動脈の構造的・解剖学的異常（超音波検査等の所見から疑われた場合に限る。）

イ 急性冠症候群（血液検査や心電図検査等により治療の緊急性が高いと判断された場合に限る。）

ウ 狭心症（定量的負荷心電図又は負荷心エコー法により機能的虚血が確認された場合又はその確認が困難な場合に限る。）

エ 狭心症等が疑われ、冠動脈疾患のリスク因子（糖尿病、高血圧、脂質異常症、喫煙等）が認められる場合

オ その他、冠動脈CT撮影が医学的に必要と認められる場合

⑦ ポジトロン断層撮影における新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算の新設

PET、PET-CT、PET-MRI 撮影において、注4が追加された。

注4 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は、1,280点、800点又は480点を所定点数に加算する。

※注3とは別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合している保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する場合をいう。

※なお、PETの施設基準には「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。」と記載されている。

⑧ ポジトロン断層撮影における心サルコイドーシスの診断の追加

18FDGを用いたポジトロン断層撮影においては、心疾患における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ビリティ診断（他の検査で判断のつかない場合に限る。）、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に使用するとされた。

⑨ ポジトロン断層撮影を目的に入院中の患者の他医療機関受診時の入院料の減額についての緩和

高度な医療機器の効率的な利用の推進の一環として、PET撮影を目的に、入院中の患者の他医療機関受診時の入院料の減額についてこれまでの10%を5%に減額・緩和した。

これまでは放射線治療に関して同様の措置が取られていたが、今回はSPECT、PET、PET-CT、PET-MRI、乳房PET撮影にも適用拡大された。（図10参照）

高度な医療機器の効率的な利用の推進

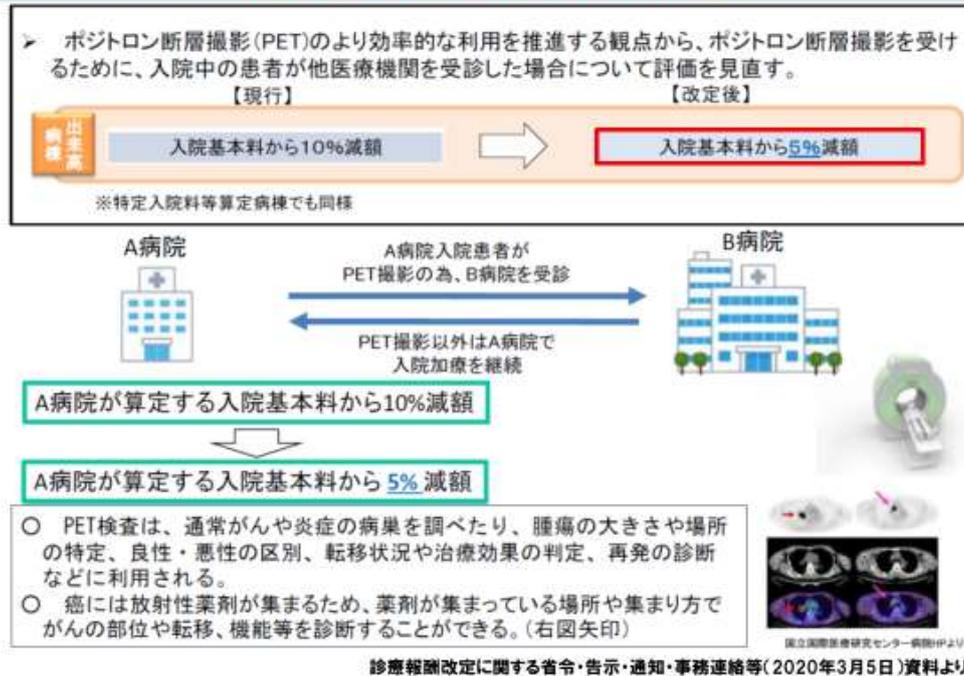


図 10：入院中の患者の他医療機関受診時の入院料の減額についての緩和

⑩ 安定冠動脈疾患に対する経皮的冠動脈インターベンションの要件の見直し

安定冠動脈疾患に対して待機的に実施され、機能的虚血又は高度狭窄が存在することが確認されていない病変に対する経皮的冠動脈形成術及び経皮的冠動脈ステント留置術については、循環器内科又は心臓血管外科を含む複数診療科の医師が参加するカンファレンス等の実施を要件とすることとし、急性心筋梗塞に対するものについては 32,000 点から 36,000 点に増点となった。

なお、算定要件において、「3」のその他のものは、原則として次のいずれかに該当する病変に対して実施した場合に算定する。なお、診療報酬明細書の摘要欄にアからウまでのいずれかの要件を満たす医学的根拠について記載すること。なお、ウの病変に対して実施する場合は、循環器内科又は心臓血管外科を担当する医師が複数名参加するカンファレンス等により医学的な必要性を検討すること。また、実施の医学的な必要性及び検討の結果を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載することとされた。

ア 機能的虚血の原因である狭窄病変

イ 区分番号「D206」に掲げる心臓カテーテル

法における 90%以上の狭窄病変

ウ その他医学的必要性が認められる病変

※なお、当該手術において、日本循環器学会、日本冠疾患学会、日本胸部外科学会、日本心

血管インターベンション治療学会、日本心臓血管外科学会、日本心臓病学会以外に、日本集中治療医学会、日本心臓リハビリテーション学会及び日本不整脈心電学会の承認を受けた「急性冠症候群ガイドライン（2018年改訂版）」又は「安定冠動脈疾患の血行再建ガイドライン（2018年改訂版）」の記述が追加された。経皮的冠動脈ステント留置術についても同様。

⑪ 心臓カテーテル法による諸検査の見直し

心臓カテーテル法による諸検査（一連の検査について）において、伝導機能検査加算、ヒス束心電図加算、診断ペーシング加算、期外刺激法加算、冠攣縮誘発薬物負荷試験加算を行った場合は、それぞれ 400点、400点、400点、800点、800点と従来の点数評価よりそれぞれ 200点の増点となった。

⑫ 急性期脳卒中加算の見直し

超急性期脳卒中加算の施設基準及び算定要件について、人員配置や検査の体制に係る要件及び評価が見直された。従来の施設基準では、診療放射線技師及び臨床検査技師が常時配置されていることとなっていたが、それが削除され、算定要件において、投与に当たっては、必要に応じて、薬剤師、診療放射線技師及び臨床検査技師と連携を図ることとされた。

⑬ 遠隔画像診断に関する施設基準の見直し

受信側の施設基準において、「へき地中核病院又はへき地医療支援」の表記が無くなり、「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」と変更された！
※なお、基本診療料の施設基準等別表第六の二に規定する地域とは以下の40地域、及びその他の離島等を指す。

- 1 北海道江差町、上ノ国町、厚沢部町、乙部町及び奥尻町の地域
～（中略）～

40 沖縄県石垣市、竹富町及び与那国町の地域

⑭ 画像等手術支援加算における適用術式の追加

画像等手術支援加算（K939）において、ナビゲーションによるもの（2,000点）で新たに加わったものは、K136（脊椎、骨盤悪性腫瘍手術）、K142—2の1及び2のイ（脊椎側彎症手術の固定術、及び初回挿入）、K350（前頭洞充填術） ←なお K349（上顎洞開窓術）術式は削除、K513の3から4（胸腔鏡下肺切除術）であった。実物大臓器立体モデルによるものの新規追加はなかった。

⑮ 仮想気管支鏡画像を用いた気管支鏡検査の新設

経気管肺生検法（仮想気管支鏡を用いた場合）の技術評価として 5,000点が新設となっ

た。CT から構築した病変への気管支ルートへの仮想気管支鏡の画像をリアルタイムに実際の気管支鏡画像に合わせて表示させることで、経気管肺生検をサポートする技術であり、経気管肺生検と比較し、診断率が高い（11%改善）、合併症率は低く（1%）、経気管肺生検と同等と評価された。

2020年度診療報酬改定内容

【技術名】 「仮想気管支鏡による画像等検査支援」

【技術の概要】
 ・CTから構築した病変への気管支ルートへの仮想気管支鏡の画像をリアルタイムに実際の気管支鏡画像に合わせて表示させることで、経気管肺生検をサポートする。

【対象疾患名】
 ・2cm以下の肺末梢小型病変または気管支鏡の誘導が困難な病変を呈する肺癌などの各種肺疾患。
 ・年間実施回数は7,708回程度と考えられる。

【既存の検査との比較】
 ・経気管肺生検(D415)より診断率が高く、CT下経皮生検、胸腔鏡下生検よりも安全。

【有効性】
 ・診断率が高い(メタアナリシスで69%)。
 ・経気管肺生検と比較し、診断率が高い(11%アップ)。
 ・電磁場を利用したナビゲーション(D415-3)と診断率は同等。
 ・合併症率は低く(1%)、経気管肺生検と同等で、本方法自体の合併症報告はない。
 ・不要な手術や経過観察CT等を回避でき、医療経済的にも優れている。

【診療報酬上の取扱】
 ・D検査415に別の項目として設定し、200点加算

ナビゲーション画像

仮想気管支鏡画像 (内視鏡画像に合わせて表示して気管支鏡を誘導)
 赤丸:目標病変 青線:病変に至る気管支ルート 黄丸:気管支鏡先端位置

日本呼吸器内視鏡学会医療技術評価提案書資料より

図 11：仮想気管支鏡画像を用いた気管支鏡検査について

⑩ 超音波検査（胸腹部）の評価の見直し

超音波検査のうち胸腹部等の断層撮影法を算定する際、検査を実施した臓器や領域について、診療報酬明細書の摘要欄に記載を求めることとなった。胸腹部（530点）を算定する場合は、検査をした領域について診療報酬明細書の摘要欄に該当項目を記載すること。また、カその他に該当する場合は、具体的な臓器又は領域を診療報酬明細書の摘要欄に記載することとなった。

ア 消化器領域（肝臓・胆嚢・膵臓・脾臓・消化器）

イ 腎・泌尿器領域（腎臓・膀胱・尿管・前立腺）

ウ 女性生殖器領域（卵巣・卵管・子宮）

エ 血管領域（大動脈・大静脈等）

オ 胸腔内・腹腔内の貯留物等

カ その他

超音波検査の評価の見直し①

超音波検査の要件の見直し

- 超音波検査について画像を診療録に添付し、かつ、当該検査で得られた所見等を診療録等へ記載するよう要件を見直す。

【算定要件】(新設)

- 超音波検査(「3」の「二」の胎児心エコー法を除く。)を算定するに当たっては、当該検査で得られた主な所見を診療録に記載すること又は検査実施者が測定値や性状等について文書に記載すること。なお、医師以外が検査を実施した場合は、その文書を医師が確認した旨を診療録に記載すること。
- 検査で得られた画像を診療録に添付すること。また、測定値や性状等について文書に記載した場合は、その文書を診療録に添付すること。

- 超音波検査のうち胸腹部の断層撮影法について、対象となる臓器や領域により検査の内容が異なることを踏まえ、その実態を把握するため、検査を実施した臓器や領域について、診療報酬明細書の摘要欄に記載を求める。

領域の目安



【算定要件】(新設)

「断層撮影法」の「胸腹部」を算定する場合は、検査を行った領域について診療報酬明細書の摘要欄に該当項目を記載すること。複数領域の検査を行った場合は、その全てを記載すること。また、力に該当する場合は、具体的な臓器又は領域を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

- ア 消化器領域
- イ 腎・泌尿器領域
- ウ 女性生殖器領域
- エ 血管領域(大動脈・大静脈等)
- オ 胸腔内・腹腔内の貯留物等
- カ その他

診療報酬改定に関する省令・告示・通知・事務連絡等(2020年3月5日)資料より

図 12：超音波検査（胸腹部）の評価の見直し

この部位別の評価に切り替えたことは、次回以降の改定において、それぞれの難易度等を検討し、場合によっては減額等の対象となる可能性も否定はできない。

⑰ 超音波検査（胎児心エコー法）の評価の見直し

胎児心エコー法診断加算が、700点から1,000点に増点となった。

ただし、施設基準としては以下の内容となっている。

- (1) 循環器内科、小児科又は産婦人科の経験を5年以上有し、胎児心エコー法を20症例以上経験している医師が配置されていること。
- (2) 当該保険医療機関が産婦人科を標榜しており、当該診療科において常勤の医師が2名以上配置されていること。ただし、胎児心エコー法を実施する医師が専ら循環器内科又は小児科に従事している場合にあつては、当該診療科において常勤の医師が配置されていること。
- (3) 倫理委員会が設置されており、必要ときは事前に開催すること。

⑱ 超音波検査におけるパルスドプラ加算の評価の見直し

超音波検査のパルスドプラ機能が最近では標準的に搭載される機能となっていることを

踏まえ、パルスドプラ法加算について評価が見直された。パルスドプラ法加算として、従来の200点から150点に減額された。当初中医協総会での議論では標準的に搭載されている機能であれば、加算は必要ないとの意見もあったが、減額されたが何とか残った感がある。次回以降の評価が気になるところである。

⑱ 超音波検査の評価（要件）の見直し

超音波検査について、画像を診療録に添付し、かつ当該検査で得られた所見等を報告書又は診療録へ記載した場合に算定できるとされた。

2月7日の答申の時点では、「超音波検査を算定するに当たっては、医師が、当該検査で得られた主な所見を診療録に記載し、画像を診療録に添付すること又は医師若しくは臨床検査技師が報告書を作成し、その報告書及び画像を診療録に添付すること。」との表記となっており、診療放射線技師職の名称が抜けていた。

しかし3月5日の公示の時点では、「超音波検査を算定するに当たっては、当該検査で得られた主な所見を診療録に記載すること又は検査実施者が測定値や性状等について文書に記載すること。なお、医師以外が検査を実施した場合は、その文書について医師が確認した旨を診療録に記載すること。」と修正され、診療放射線技師職等が含まれる表現へ修正された。

⑳ 訪問診療時の超音波検査の新設

超音波診断装置の小型化に伴い、訪問診療時に活用されてきているため、その臨床的位置付けや実施の在り方等を踏まえ、訪問診療時の超音波検査について評価を見直すとして、訪問診療時に行った場合の点数が400点（1月につき）と新設された。これまでの胸腹部（530点）に比べると点数は低く設定された。

疑義解釈において、患者にて訪問診療を行った際に、医師がその場で超音波検査の断層撮影法を行い、精査目的に同日または同月の後日、外来で再度同一部位に超音波検査の断層撮影法を行った場合、「イ 訪問診療時に行った場合」と「ロ その他の場合」はそれぞれ算定可能であるとされた。

また、「往診」時においては「訪問診療」時の点数ではなく、外来等で従来通り算定する「ロ その他の場合」に該当することとされた。「訪問診療」は定期的に患者に訪問して在宅にて診療を行うことを指し、「往診」は患者からの求めに応じて不定期に患者にて診療を行うことを指すためである。

㉑ 経気管支凍結生検法の新設

経気管支凍結生検法（D415-5）への技術評価として5,500点が新設された。

施設基準は以下となっている。

(1) 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2名以上配置されていること。そのうち少なくとも1名は10年以上の経験を有していること。

(2) 診療放射線技師が配置されていること。

(3) 急変時等の緊急事態に対応するための体制その他当該検査を行うための体制が整備されていること。

※診療放射線技師の配置が必須となっている。

② 遺伝性乳がん卵巣がん症候群に係る手術の新設

遺伝性乳がん卵巣がん症候群 (HBOC) の症状である乳がんや卵巣・卵管がんを発症している患者における、BRCA 遺伝子検査、遺伝カウンセリング、乳房切除及び卵巣・卵管切除について評価を行う。また、切除を希望しない患者に対するフォローアップ検査についても評価を行うとした。施設基準には、(4) 乳房切除術を行う施設においては乳房 MRI 撮影加算の施設基準に係る届出を行っていることとされている。

BRCA 遺伝子変異が確認されても、乳房切除を選択しなかった患者に対するフォローアップとして、MRI 検査が認められる。予防的な外科手術に対する保険適用は初めてであり、米国有名女優のアンジェリーナ・ジョリー氏が BRCA1 の遺伝子変異の発症リスクを知り乳房切除術を受けたのは有名な話である。

3. 放射線治療関連

放射線治療関連においては、密封小線源治療における高線量率イリジウム照射を行った場合、又は新型コバルト小線源治療装置を用いた場合の評価が見直された。腔内照射における高線量率イリジウム照射を行った場合又は新型コバルト小線源治療装置を用いた場合は、10,000 点から 12,000 点に増点、画像誘導密封小線源治療加算が 300 点から 1,200 点に増点された。

強度変調放射線治療 (IMRT) に関する施設基準においては、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該医師の実労働時間を常勤換算し、常勤医師数に算入することができる。ただし、常勤換算し常勤医師数に算入することができるのは、常勤配置のうち1名(放射線治療の経験を5年以上有する者1名を除く。)に限るとされた。

また、この場合には IMRT は年間 50 例を限度として実施できるとしている。他にも(公社)日本放射線腫瘍学会から「常勤の医学物理士」の配置要望が出されていたが、「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となった。

さらに疑義解釈において、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

いることとあるが、この「その他の技術者」については「医学物理士等」を指すとされた。

他にも、短期滞在手術等基本料3（4泊5日までの場合）のオ M001-2 ガンナイフによる定位放射線治療については60,403点から59,199点に減点となった。（生活療養を受ける場合にあっては59,125点）

4. ICT・遠隔・オンライン関連

情報通信機器等を用いた診療の活用推進として、オンライン診療料の要件である事前の対面診療の期間を6か月から3か月に短縮、医療資源の少ない地域等ではやむを得ない事情がある場合は、医師の判断で初診からオンライン診療を行うことを可能とする、在宅診療における複数の医師のチーム診療における要件緩和、かかりつけ医のもとで遠隔地の医師が情報通信機器を用いて診療を行う遠隔連携診療料の新設、薬剤服用歴管理指導料におけるオンライン服薬指導を行った場合は43点（新設）等があった。（図13参照）

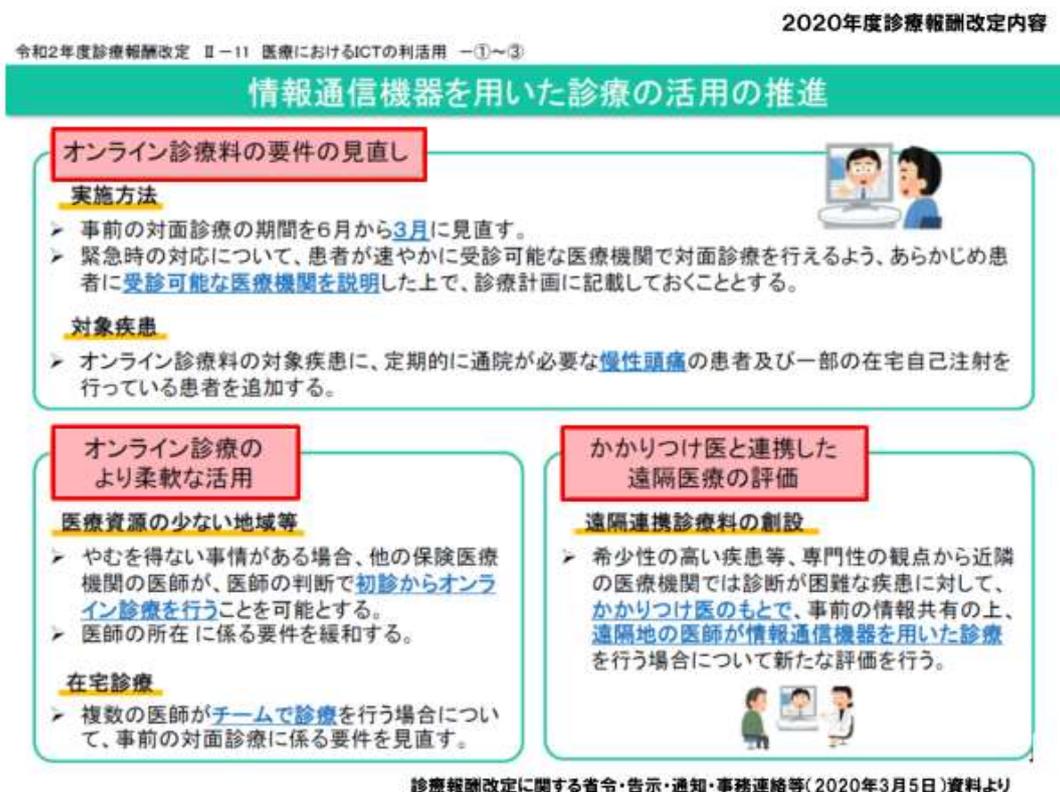


図13：情報通信機器等を用いた診療の活用推進

医療機関における業務の効率化・合理化を促進する観点から、安全管理の責任者等で構成される会議等について、安全管理の責任者が必ずしも対面でなくてよいと判断した場合には、ICTを活用する等の対面によらない方法でも開催可能とされた。医療安全管理体制の基準、院内感染防止対策の基準、医療安全対策加算について、安全管理の責任者が必ずしも対面でなくてよいと判断した場合には、対面によらない方法でも開催可能とな

った。

オンライン診療料においては、慢性頭痛患者については、事前の対面診療、CT 又は MRI 及び血液学的検査等の必要な検査を行った上で一次性頭痛であると診断されており、病状や治療内容が安定しているが、痛みにより日常生活に支障を来すため定期的な通院が必要なものに限ること等の算定要件が加わった。

また、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、「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」について、具体的には「看護記録の音声入力、AI を活用したリスクアセスメント、ウェアラブルセンサ等を用いたバイタルサインの自動入力等」が例として挙げている。単にナースコール、心電図又は SpO2 モニター、電子カルテ等を用いていること等は該当しないとしている。

他にも時限的ではあるが、新型コロナウイルス流行に伴う電話再診やオンライン初診料等の対応も行われた。

5. 医療安全・感染防止関連

安全管理の責任者等で構成され委員会等について、医療安全管理体制の基準、院内感染防止対策の基準、医療安全対策加算の 3 つの項目に限り、対面によらない方法での開催を可能とし、予め議事事項を配布し、メール等で採決を取る方法や書面による持ち回る会議でも可能とした。

抗菌薬適正使用支援加算の見直しとして、院内研修において「抗微生物薬適正使用の手引き」を用いること等を追加。また、抗菌薬適正使用の推進に係る相談等を受ける体制を有していることについて、感染防止対策加算の要件であるカンファレンスの機会を通じて他の医療機関に周知するよう要件が見直された。また、抗菌薬適正使用支援加算については、感染防止対策地域連携加算の加算から、感染防止対策加算 1 の加算に見直された。

歯科外来診療における院内感染防止対策の推進として、歯科初診料を 251 点から 261 点に増点し、再診料も 51 点から 53 点に増点したうえで、算定要件に歯科外来診療における院内感染防止対策に係る職員研修を行っていることが追加された。

以下は医療安全に関する施設基準の届出施設数の推移を示す。(図 14 参照)

中医協資料 主な施設基準の届け出状況より抜粋

施設基準の届出施設数の推移

主な施設基準届出状況	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
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
医療安全対策加算	1,409	1,522	1,602	2,639	2,861	3,228	3,392	1/1,720 2/1,770	1/1,748 2/1,793	1/1,771 2/1,848	1/1,786 2/1,878	1/1,792 2/2,033
医療安全対策地域連携加算												1/1,337 2/1,274
感染防止対策加算1						956	1,052	1,101	1,174	1,249	1,296	1,331
感染防止対策加算2						2,360	2,560	2,618	2,647	2,652	2,678	2,718
感染防止対策地域連携加算												1,318
医療機器安全管理料1	病院	2,103	2,207	2,354	2,386	2,45	2,481	2,519	2,559	2,609	2,638	2,638
	診療所	186	189	237	253	255	265	280	282	294	297	297
医療機器安全管理料2	病院	389	405	437	440	457	466	485	499	503	510	510
	診療所	9	7	9	10	12	13	15	17	17	16	16

*枠内の数字は届出施設数

図 14：医療安全に関する施設基準の届出施設数の推移

6. 働き方改革関連

今回の改定の目玉である働き方改革においては、2024年4月の労働基準法改正に向けた医師等の従事者の常勤配置及び専従要件の緩和が行われた。(図 15 参照)

医師等の従事者の常勤配置及び専従要件に関する要件の緩和

➤ 医師等の医療従事者の柔軟な働き方に対応する観点から、常勤配置に係る要件及び専従要件を見直す。

<p>常勤換算の見直し</p> <p>週3日以上かつ週24時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能としている項目について、週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算で配置可能とする。</p>	<p>医師の配置について</p> <p>医師については、複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算でも配置可能とする項目を拡大する。</p> <p>(対象となる項目)</p> <ul style="list-style-type: none"> 緩和ケア診療加算 栄養サポートチーム加算 感染防止対策加算 等
<p>看護師の配置について</p> <p>看護師については、外来化学療法加算について、非常勤職員でも配置可能とする。</p>	<p>専従要件について</p> <p>専従要件について、専従を求められる業務を実施していない勤務時間において、他の業務に従事できる項目を拡大する。</p> <p>(対象となる項目)</p> <ul style="list-style-type: none"> ウイルス疾患指導料(注2) 障害児(者)リハビリテーション料 がん患者リハビリテーション料



診療報酬改定に関する省令・告示・通知・事務連絡等(2020年3月5日)資料より

図 15：働き方改革においては医師等の従事者の常勤配置及び専従要件の緩和

常勤換算に関しては、2018年度改定で週3日以上かつ週24時間以上だったものが、「週3日以上かつ週22時間以上」に短縮されたが、疑義解釈において、勤務を行っている複数の非常勤職員を組み合わせた常勤換算で配置の配置において、「週3日以上かつ週22時間以上の勤務は毎週である必要があるか。週3日以上かつ週22時間以上の隔週勤務者を組み合わせても良いか。」の質問に、「隔週勤務者は常勤換算の対象とならない。」とされているので注意が必要である。

地域の救急医療体制において一定の実績を有する医療機関について、適切な労務管理等を実施することを前提として、入院医療の提供に係る評価として、地域医療体制確保加算(520点)が新設された。

他にも、病棟薬剤業務実施加算1及び2の増点、夜間看護体制加算等に係る要件の見直、医師事務作業補助体制加算の算定が可能な病棟等を拡大するとともに増点等の改定が行われた。

7. その他

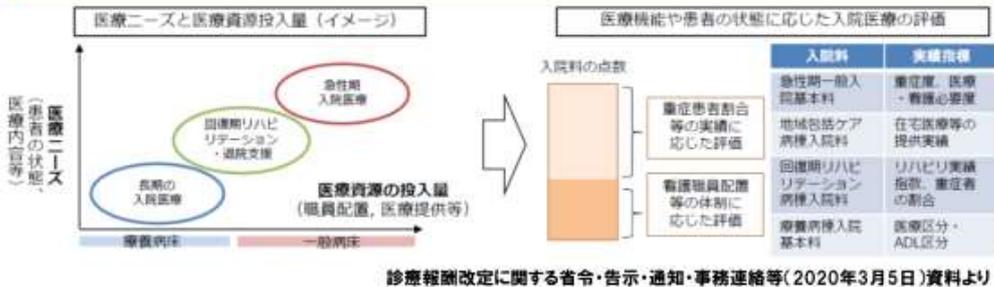
医療機能や患者の状況に応じた入院医療(急性期一般入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料、療養病棟入院基本料等)の評価が行われた。(図

令和2年度診療報酬改定 Ⅲ-1 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価

医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価(概要)

➢ 医療機能や入院患者の状態に応じて適切な医療が提供されるよう、入院医療の評価について、以下のとおり見直しを行う。

<p>急性期一般入院基本料</p> <ul style="list-style-type: none"> 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度について、急性期の入院医療の必要性に応じた評価となるよう、評価項目や判定基準を見直す。また、該当患者割合に係る施設基準について、実態を踏まえて見直す。 	<p>回復期リハビリテーション病棟入院料</p> <ul style="list-style-type: none"> リハビリテーションの実績を適切に評価に反映する観点から、実績指数等に係る要件を見直すとともに、日常生活動作の評価に関する取扱いを見直す。
<p>地域包括ケア病棟入院料</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域包括ケア病棟の主な3つの機能をバランスよく発揮することができるよう、地域包括ケアに係る実績や入院支援等に係る施設基準を見直す。また、同一医療機関内で転棟した場合の算定方法を見直す。 	<p>療養病棟入院基本料</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療療養病床に係る医療法上の経過措置の見直し方針や届出状況を踏まえ、療養病棟入院基本料の経過措置の扱いを見直す。また、中心静脈カテーテル等の適切な管理を推進する観点から、施設基準や医療区分の要件を見直す。



診療報酬改定に関する省令・告示・通知・事務連絡等(2020年3月5日)資料より

図 16：医療機能や患者の状況に応じた入院医療の評価

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直しに伴い、入院料等の施設基準に定められている該当患者割合についての見直しや、急性期一般入院料2及び3について、重症度、医療・看護必要度Iを用いた場合も届け出られるように見直された。

かかりつけ医機能を有する医療機関等から紹介された患者に対して継続的な診療を行っている場合に、紹介元のかかりつけ医機能を有する医療機関等からの求めに応じて、診療情報の提供を行った場合の評価として診療情報提供料(Ⅲ)(150点)が新設された。当該患者を紹介した別の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合であり、提供する保険医療機関毎に患者1人につき3か月に1回に限り算定できるとしている。

診療所において、公費負担医療に係る給付により自己負担がない患者(全額公費負担の患者を除く。)について、正当な理由がある場合でも、患者からの求めがあった時には、明細書発行を義務付けされることとなった。ただし明細書発行機能が付与されていないレセプト又は自動入金機の改修が必要な診療所が対応を完了する期間を考慮し、2年間の経過措置が設けられる。

外来医療の機能分化を推進する観点から、紹介状なしで受診した患者から定額負担を徴収する責務がある医療機関及び紹介率や逆紹介率の低い病院に対する初診料等減算につい

て、医療機関の対象範囲（特定機能病院及び許可病床 400 床以上の地域医療支援病院）について、特定機能病院及び地域医療支援病院（一般病床 200 床未満を除く。）へ拡大している。なお、定額負担を徴収しなかった場合の事由についての報告も求める。自治体による条例制定が必要な公的医療機関については、条例を制定するまでの期間を考慮し、6 か月間の経過措置が設けられる。

医療機器や検査等において、適応追加等により市場が拡大する場合があります、これによって財政影響が無視できない範囲に及ぶこともあり得ることから、市場が著しく拡大した場合には評価を見直す仕組み（市場拡大再算定制度）が設けられた。なお、既に記載されている遺伝子パネル検査等の悪性腫瘍遺伝子検査については、将来的な市場の拡大が想定されることから、記載時の市場規模予測の 2 倍以上という基準が設定された。

2020 年 9 月までに後発医薬品使用割合 80%を達成するという政府目標を踏まえつつ、更なる後発医薬品の使用を促進するため、薬局での後発医薬品の備蓄に一定のコストが必要であることや薬局全体の調剤数量割合を向上させる必要があることなども踏まえ、後発医薬品調剤体制加算について、調剤数量割合の高い加算に重点を置いた評価とされた。後発医薬品の調剤数量割合が著しく低い薬局（20%以下）に対する調剤基本料の減算規定の基準を拡大するとして「40%以下」とした。

後発医薬品使用体制加算に係る基準の見直しとして、後発医薬品使用体制加算について、加算 1、2、3 については2 ポイントずつ増点し、加算 4 を廃止し、使用数量割合の高い医療機関に対する評価を充実させた。

費用対効果評価制度について、現在、医薬品・医療材料の 6 品目について評価の検討を行っており、今後、体制の充実を図るとともに事例を集積し、制度のあり方や活用方法について検討するとした。具体的には費用対効果評価に係る組織体制の強化や、制度における課題を整理した上で、活用方法についての検討を継続するとした。医療技術についても今後は検討対象となる可能性が高い。以前に粒子線治療等が対象となったが、評価方法等で課題もあり、今後の検討課題とされた経緯がある。

8. さいごに

今回の改定では働き方改革への評価が目立ちましたが、前回の改定から既に働き方改革への評価が行われており、次回の改定でもその傾向は続くと思われる。

画像診断分野においては、前回の改定で画像診断管理加算 3 と頭部 MRI 撮影加算の施設基準に CT の被ばく線量管理が義務付けられた。今回の改定では「放射線の適正管理」における医療法施行規則改正の完全施行と同じタイミングでしたが、全身 MRI 撮影加算以外では、前回以上の評価は行われなかった。しかし、医療安全という観点から MRI 安全管理については、その重要性もあり、画像診断管理加算の施設基準に加えられたことは大きいと思われる。また、感染防止対策については新型コロナウイルス（COVID-19）の流行もあり、放射線分野における感染防止への意識がかなり高まった。また ICT や AI 等を活用した安

全でなおかつ省力化・効率化の仕組みが登場し、それらが診療報酬上で評価され、よりよい医療の実現に貢献することが期待される。

医療における課題は山積しているが、特に医療安全については患者にとっての安全・安心へと繋げる必要があり、今後もこの医療安全をキーワードとした各種施策が打ち出されてくることであろう。

<引用文献等一覧>

・2020（令和2）年度診療報酬改定について3月5日付で官報公示（省令、告示、通知、事務連絡等含む）

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00027.html

・疑義解釈資料の送付について（その1）

<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000615888.pdf>

・（一社）日本磁気共鳴医学会の臨床MRI安全運用のための指針の一部改訂のお知らせ

http://www.radiology.jp/member_info/news_member/20200124_01.html

・（一社）日本磁気共鳴医学会の前立腺癌の骨転移検出のための全身MRI撮像の細則

<http://www.jsmrm.jp/modules/bulletin01/index.php?page=article&storyid=367>

・（一社）日本循環器学会等「FFRCTの適正使用指針」

http://www.j-circ.or.jp/topics/FFRCT_tekisei_shishin_h301201.pdf

・（公社）日本医学放射線学会画像診断管理認証制度による認証施設（2020年4月現在）

http://www.radiology.jp/member_info/ninsyoushisetsu.html

・医師の働き方改革に関する検討会報告書（2019年3月28日発出）より

・外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン（2019年3月29日医政発）

・厚生労働省中央社会保険医療協議会第422回総会（2019年9月11日）「主な施設基準の届出状況」資料等より抜粋作成

・厚生労働省中央社会保険医療協議会第427回総会（2019年10月23日）資料より抜粋

・診療報酬調査専門組織・医療技術評価分科会資料（2019年10月31日、2020年1月9日）より抜粋

・（公社）日本診療放射線技師会診療報酬政策立案委員会「2020年度診療報酬改定に関する要望書」より抜粋