

一般社団法人

長崎県診療放射線技師会 御中

**医療提供体制の現状と診療報酬等を含めた
診療放射線技師の技術の可視化への取組み**

2017年6月18日



**一般社団法人 日本画像医療システム工業会
経済部会 診療報酬委員会 鍵谷 昭典**

背景となる医療提供体制の変化

これからの医療提供体制はどう動くか？

医療提供体制改革についての診療報酬の有効性②

厚生労働省資料
を基に作成

- なお、診療報酬により、医療提供体制改革を行うべきという立場からの主張として、「7対1入院基本料」の算定基準の更なる厳格化が考えられる(7対1病床から10対1、13対1病床等への移行を促す)。
- ただし、この場合であっても、診療報酬本体の増要因とはならない(7対1入院基本料は、10対1、13対1等に比して高額であるため)。
- しかも、あくまで医療提供体制改革のあるべき方向性が全国一律であることが前提(診療報酬は全国一律であり、地域ごとの実情に応じた対応は困難)。

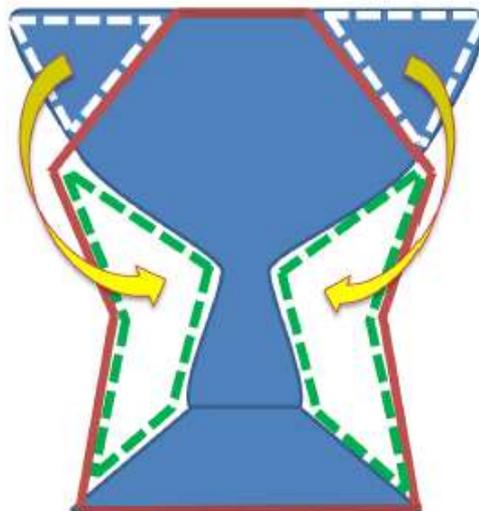
(参考)経済財政運営と改革の基本方針(平成25年6月14日閣議決定)(抄)

「地域ごとの実情に応じた医療・介護サービス等の提供体制を再構築する」

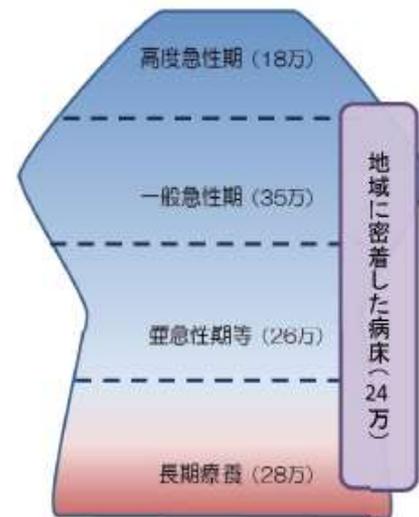
〈2010(H22)年の病床数〉



〈改革のイメージ〉



〈目指すべき姿(2025年)〉



医療と介護における必要ベッド数の需要と供給

医療・介護サービスの需要と供給（必要ベッド数）の見込み

パターン1	平成23年度 (2011)	平成37(2025)年度			
		現状投影シナリオ	改革シナリオ		
			各ニーズの単純な病床換算		地域一般病床を創設
高度急性期	【一般病床】 107万床 75%程度 19～20日程度	【一般病床】 129万床 75%程度 19～20日程度	【高度急性期】 22万床 70%程度 15～16日程度 30万人/月	【高度急性期】 18万床 70%程度 15～16日程度 25万人/月	
一般急性期	退院患者数 125万人/月	(参考) 急性 15日程度 高度急性 19-20日程度 一般急性 13-14日程度 亜急性 ¹⁾ 等 75日程度 亜急性 ²⁾ 等 57～58日程度 長期ケース 190日程度 ※推計値	【一般急性期】 46万床 70%程度 9日程度 109万人/月	【一般急性期】 35万床 70%程度 9日程度 82万人/月	【地域一般病床】 24万床 77%程度 19～20日程度
亜急性期・回復期リハ等		152万人/月	【亜急性期等】 35万床 90%程度 60日程度 16万人/月	【亜急性期等】 26万床 90%程度 60日程度 12万人/月	29万人/月
長期療養（慢性期）	23万床、91%程度 150日程度	34万床、91%程度 150日程度	28万床、91%程度 135日程度		
精神病床	35万床、90%程度 300日程度	37万床、90%程度 300日程度	27万床、90%程度 270日程度		
（入院小計）	166万床、80%程度 30～31日程度	202万床、80%程度 30～31日程度	159万床、81%程度 24日程度	159万床、81%程度 25日程度	
介護施設	92万人分	161万人分	131万人分		
特養	48万人分	86万人分	72万人分		
老健（老健+介護療養）	44万人分	75万人分	59万人分		
居住系	31万人分	52万人分	61万人分		
特定施設	15万人分	25万人分	24万人分		
グループホーム	16万人分	27万人分	37万人分		

(注1) 医療については「万床」はベッド数、「%」は平均稼働率、「日」は平均在院日数、「人/月」は月当たりの退院患者数。介護については、利用者数を表示。

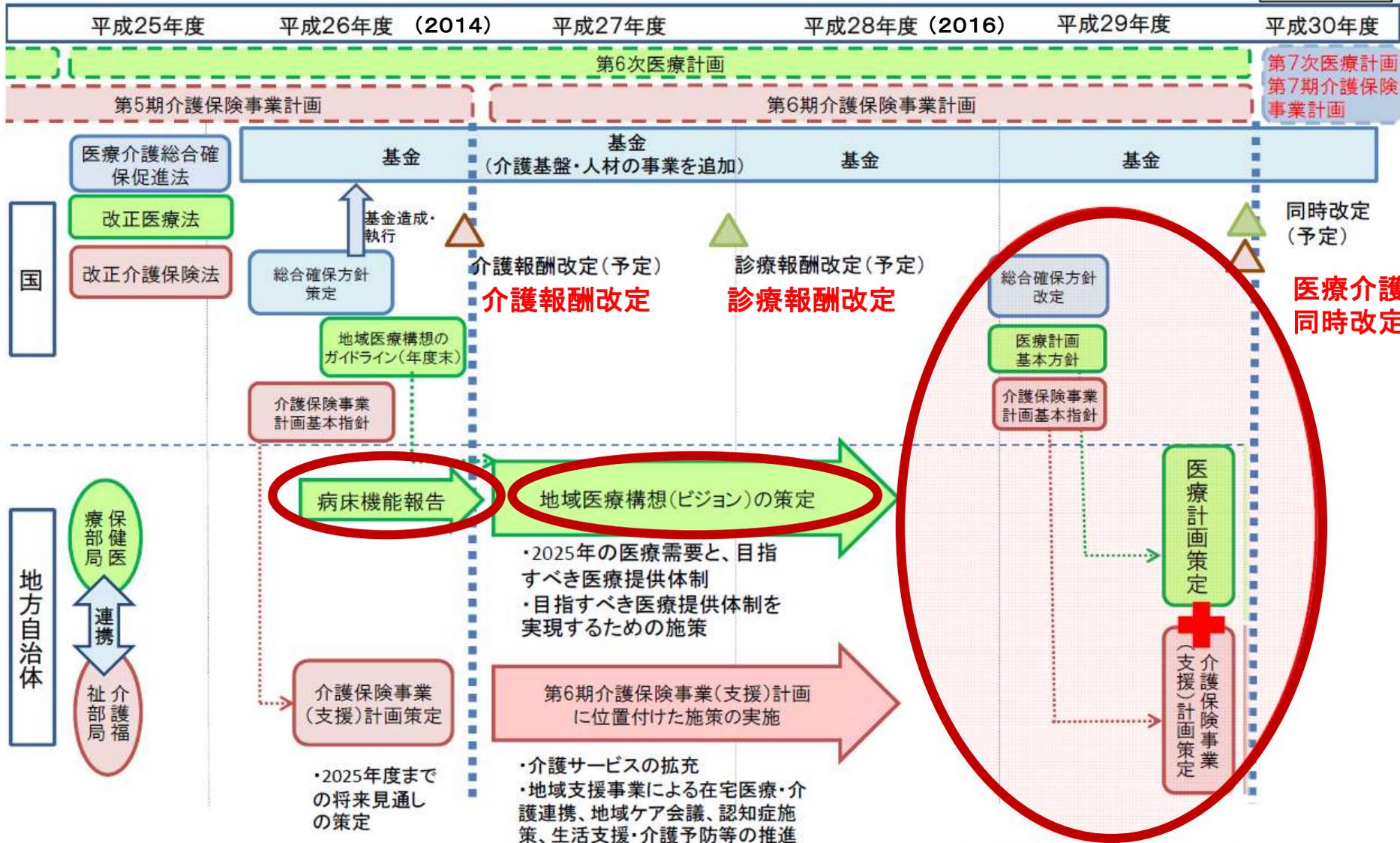
(注2) 「地域一般病床」は、高度急性期の1/6と一般急性期及び亜急性期等の1/4で構成し、新規入退院が若干減少し平均在院日数が若干長めとなるものと、仮定。

ここでは、地域一般病床は、概ね人口1万人未満の自治体に暮らす者(今後250～300万人程度で推移)100人当たり1床程度の整備量を仮定。

医療介護総合確保促進会議資料より(2014年7月25日)

医療・介護提供体制の見直しに係る今後のスケジュール

資料3-2



病床機能分化・連携の影響を両計画に反映

*出典：厚生労働省発表資料より

医療介護総合確保促進会議資料より(2014年7月25日)

地域における医療・介護の総合的な確保を図るための改革

改革の目的: 今回の医療・介護の改革は、プログラム法の規定に基づき、高度急性期から在宅医療・介護までの一連のサービスを地域において総合的に確保することで地域における適切な医療・介護サービスの提供体制を実現し、患者の早期の社会復帰を進め、住み慣れた地域での継続的な生活を可能とすること

効率的かつ質の高い医療提供体制の構築

地域包括ケアシステムの構築

計画
基金

■医療及び介護サービスの総合的な計画の策定と、医療・介護を対象とした新たな財政支援制度

- ・都道府県が策定する医療計画と介護保険事業計画を、一体的・強い整合性を持った形で策定(両者を包括する基本的な方針)
- ・消費税増収分を活用した新たな財政支援制度(各都道府県に基金を設置)を法定化(医療・介護とも対象)

■地域での効率的・質の高い医療の確保

○病床の機能分化・連携

- ・各医療機関が医療機能(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)を都道府県に報告
- ・都道府県は、報告制度等を活用し、各医療機能の必要量等を含む地域の医療提供体制の将来のあるべき姿(地域医療構想(ビジョン))を策定
- ・地域医療構想(ビジョン)は、医療機関の自主的な取組と医療機関相互の協議により推進することを基本。なお、医療機関相互の協議の合意に従わない医療機関が現れた場合等には必要な対処措置を講ずる

○有床診療所等の役割の位置づけ

- ・病床機能報告制度及び地域医療構想(ビジョン)の導入を踏まえ、国、地方公共団体、病院、国民(患者)と併せ、有床診療所の役割・責務について、医療法に位置づける。

○在宅医療の推進、介護との連携

サービスの
充実

■地域包括ケアシステムの構築

○地域支援事業の充実

- ①在宅医療・介護連携の推進 ②認知症施策の推進
- ③地域ケア会議の推進 ④生活支援サービスの充実・強化
- *前回改正による24時間対応の定期巡回サービスをはじめ、介護サービスの充実・普及を推進

○全国一律の予防給付(訪問介護・通所介護)を市町村が取り組む地域支援事業に移行し、多様化

○特別養護老人ホームの「新規」入所者を、原則、要介護3以上に重点化 *要介護1・2でも一定の場合には入所可能

サービス充実の
基盤制度の整備

■地域での効率的・質の高い医療の確保

- 医療事故にかかる調査の仕組みの位置づけ
- 医療法人制度に係る見直し
 - ・持ち分なし医療法人への移行促進策を創設(移行計画の策定等)
 - ・医療法人社団と医療法人財団の合併を可能とする。
- 臨床研究中核病院の位置づけ

■チーム医療の推進

- 診療の補助のうちの特定行為を明確化し、それを手順書により行う看護師の研修制度を新設
- 診療放射線技師、臨床検査技師、歯科衛生士の業務範囲又は業務実施体制の見直し

■医療・介護従事者の確保

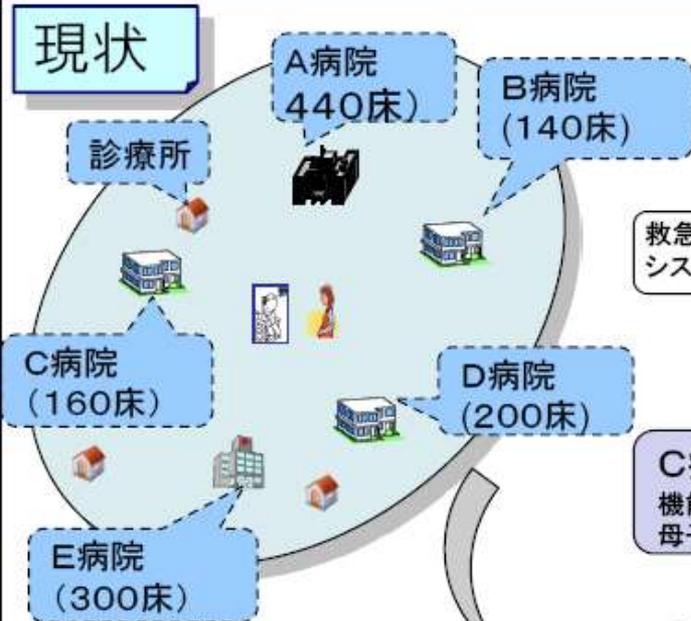
- 医師確保支援を行う地域医療支援センターの機能の位置づけ
- 看護師等免許保持者に対して、ナースセンターへの届出制度を創設
- 医療機関の勤務環境改善
 - *指針の策定、都道府県で取組を支援する仕組み
- 臨床修練制度の高度な医療技術を有する外国医師への拡充
- 歯科技工士国家試験の全国統一化
- 介護従事者の確保
 - *上記基金による対応、27年度介護報酬改定で検討

■持続可能な介護保険制度の構築(費用負担の公平化)

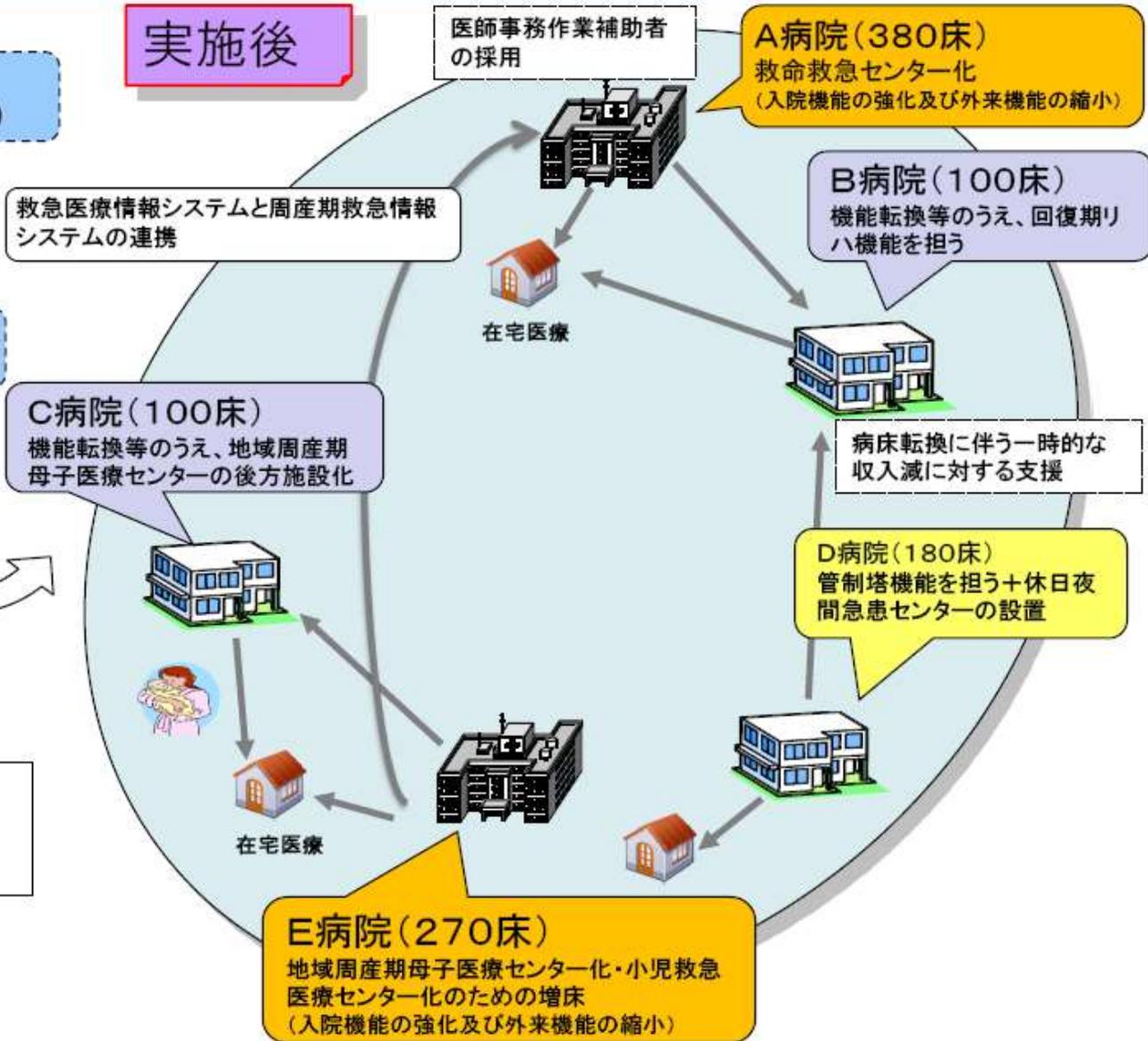
- 低所得者の保険料の軽減割合を拡大
 - *給付費の5割の公費に加えて別枠で公費を投入し、低所得者の保険料の軽減割合を拡大
- 一定以上の所得のある利用者の自己負担を引上げ
- 低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などを追加

〇〇県地域医療再生計画(救急・周産期医療等に重点化)

現状



実施後



課題

- 地域の医療資源が不足
- 施設間で機能分化と連携ができていない
- 医療従事者の不足

医療提供体制の適正化（地域医療介護総合確保基金）

①(i) A

【経済財政運営と改革の基本方針2015（経済・財政再生計画）】

「改革に取り組む都道府県を重点的に支援する観点からの地域医療介護総合確保基金の平成27年度からのメリハリある配分や（略）等を通じて、都道府県が行う病床再編や地域差是正の努力を支援する。これらの施策について可能なものから速やかに実施する。」

【論点】

- 地域医療介護総合確保基金（27年度予算：公費904億円（医療分））については、法律上、
 - ① 病床の機能分化・連携、
 - ② 在宅医療の提供、
 - ③ 医療従事者の確保、
 に関する事業に充てることとされており、特に急務の課題である病床の機能分化を推進するため、「骨太の方針2015」等において、①に重点的配分を行う方針が定められている。
- 「骨太の方針2015」に則り、引き続き、28年度以降も①への重点的配分を進めることが必要。

その際、②③において実施に不可欠な事業に適切な配慮を行いつつ、厚生労働省において、①に係る好事例の紹介や基金配分の予見可能性を高め、①への重点化が円滑に進むような環境整備を行うことも必要。

地域医療介護総合確保基金

対象事業	予算
I. 病床の機能分化・連携に向けた施設整備等に関する事業	<ul style="list-style-type: none"> ○26年度予算：904億円（新規） （配分状況） I：174億円、II：206億円、III：524億円 （19.2%）（22.8%）（58.0%） ○27年度予算：904億円 （配分状況（※）） I：339億円、II：45億円、III：227億円 （55.5%）（7.4%）（37.2%）
II. 在宅医療の提供等に関する事業	（※）残額（293億円）の配分に当たっては、Iの事業に引き続き重点を置いた対応としつつ、II・IIIの事業について、継続的な実施が不可欠な事業にも十分配慮することとしており、都道府県において年内の補正予算による対応が可能となる時期に内示できるよう、準備を進めている状況。
III. 医療従事者の確保に関する事業	

【改革の具体的な方向性】（案）

- 「骨太の方針2015」に則り、28年度以降も地域医療介護総合確保基金について、病床機能の分化・連携に資する事業への重点的配分を進めるべき。

【検討・実施時期】（案）

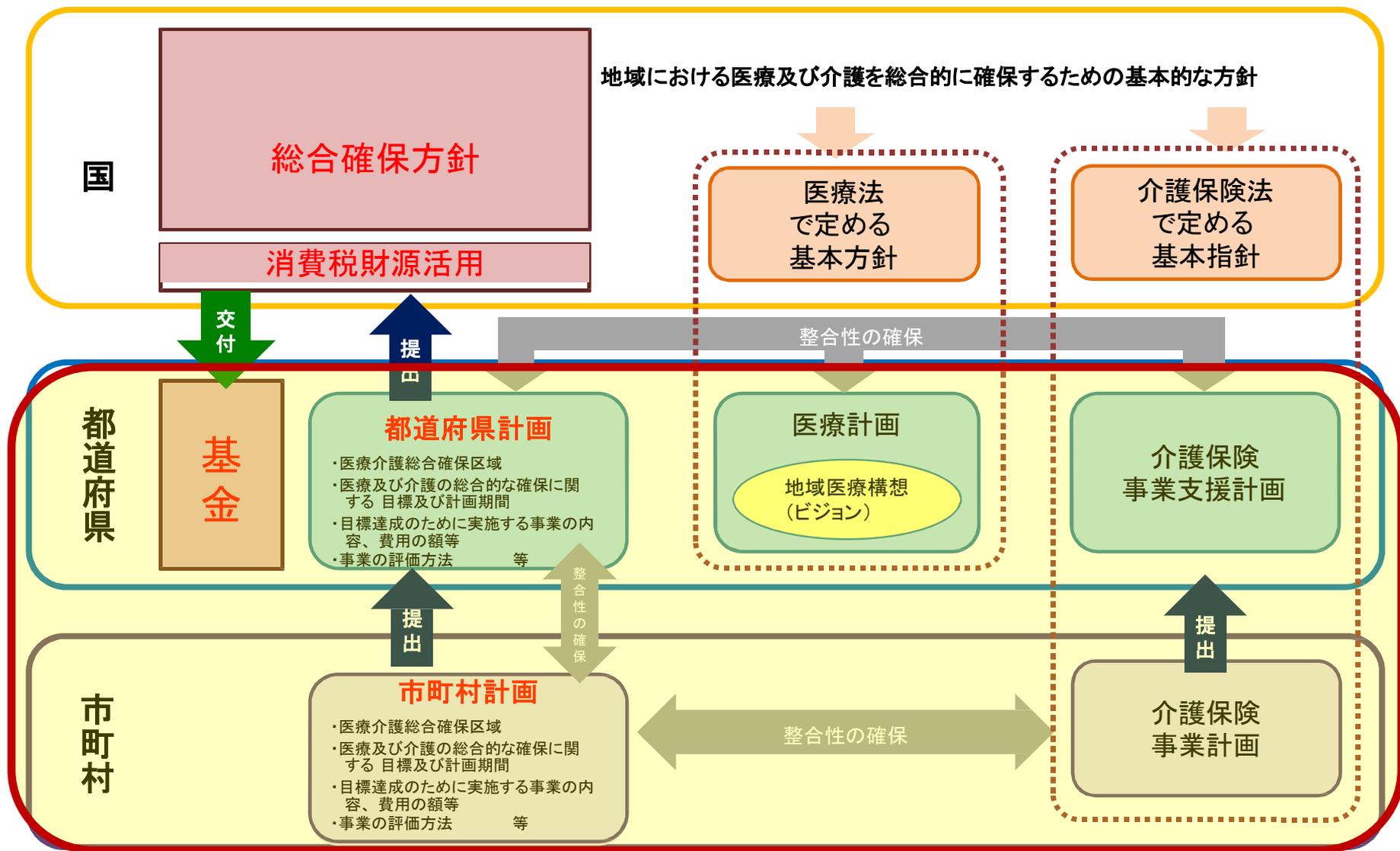
- 27年度における取組を28年度以降も継続・拡大する。

【KPIの在り方】（案）

医療提供体制改革を推進するための地域医療介護総合確保基金の「I. 病床の機能分化・連携」への重点配分のあり方

医療介護総合確保促進会議資料より(2014年7月25日)

医療及び介護に関する各種方針・計画等の関係について



地域医療構想に関する会議

都道府県単位の会議

都道府県

意見聴取

地域医療構想
(医療計画の一部)

都道府県医療審議会

(医療法第71条の2)

- ・ 都道府県知事の諮問に応じ、当該都道府県における医療を提供する体制の確保に関する重要事項を調査審議

医療専門職、市町村、保険者の代表、学識経験者等

医療計画

地域医療対策協議会

(医療法第30条の12)

- ・ 救急医療等確保事業に係る医療従事者の確保等必要とされる医療の確保について協議
- ・ 都道府県は参加者として関係者と共に協議し、施策を策定・公表

二次医療圏等単位の会議

構想区域※1

※1 二次医療圏を原則としつつ、将来における要素を勘案して設定

地域医療構想調整会議

(医療法第30条の14)

- ・ 地域の病院・有床診療所が担うべき病床機能に関する協議
- ・ 病床機能報告制度による情報等の共有
- ・ 都道府県計画※2に盛り込む事業に関する協議
- ・ その他の地域医療構想の達成の推進に関する協議

活用※3

※3 圏域連携会議など、既存の枠組みを活用した形での開催も可能

二次医療圏

(平成27年2月末現在344圏域)

圏域連携会議

(医療計画作成指針平成24年3月30日)

- ・ 必要に応じて圏域ごとに関係者が必要に応じて、具体的な連携等について協議する場

地域医療構想調整会議

地域医療構想調整会議

地域医療構想調整会議

- ・ 複数の地域医療構想調整会議、複数の都道府県による合同開催や、地域・参加者を限定した形での開催など柔軟な運用が可能

- ・ 特定の議題に関する協議を継続的に実施する場合には専門部会・ワーキンググループを設置

※2 都道府県が作成する地域における医療及び介護の総合的な確保に関する目標を達成するために必要な事業の実施に関する計画

消費税増収分を活用し都道府県に設置された地域医療介護総合確保基金を活用し、計画に掲載された事業に要する経費を支弁

圏域
連携
会議

圏域
連携
会議

圏域
連携
会議

平成27年3月18日
第9回地域医療構想策定
ガイドライン等に関する検討会
資料3

都道府県別の地域医療構想策定状況等

○ 地域医療構想策定状況(平成28年9月30日現在)

都道府県名	構想の策定 予定時期	構想区域の設定	都道府県名	構想の策定 予定時期	構想区域の設定
北海道	H28年12月頃	2次医療圏と同じ	滋賀県	H28年3月策定済	2次医療圏と同じ
青森県	H28年3月策定済	〃	京都府	H28年度中	〃
岩手県	H28年3月策定済	〃	大阪府	H28年3月策定済	〃
宮城県	H28年度半ば頃	〃	兵庫県	H28年10月頃	〃
秋田県	H28年10月頃	〃	奈良県	H28年3月策定済	〃
山形県	H28年9月策定済	〃	和歌山県	H28年5月策定済	〃
福島県	H28年中	変更予定	鳥取県	H28年10月頃	〃
茨城県	H28年12月頃	2次医療圏と同じ	島根県	H28年10月頃	〃
栃木県	H28年3月策定済	〃	岡山県	H28年3月策定済	〃
群馬県	H28年10月頃	〃	広島県	H28年3月策定済	〃
埼玉県	H28年10月頃	〃	山口県	H28年7月策定済	〃
千葉県	H28年3月策定済	〃	徳島県	H28年10月頃	〃
東京都	H28年7月策定済	〃	香川県	H28年10月頃	変更予定
神奈川県	H28年10月頃	変更予定	愛媛県	H28年3月策定済	2次医療圏と同じ
新潟県	H28年度中	調整中	高知県	H28年11月頃	〃
富山県	H28年度中	2次医療圏と同じ	福岡県	H28年12月頃	〃
石川県	H28年度半ば頃	〃	佐賀県	H28年3月策定済	〃
福井県	H28年5月策定済	〃	長崎県	H28年11月頃	〃
山梨県	H28年5月策定済	〃	熊本県	H29年3月頃	調整中
長野県	H29年3月頃	〃	大分県	H28年6月策定済	2次医療圏と同じ
岐阜県	H28年7月策定済	〃	宮崎県	H28年度半ば頃	〃
静岡県	H28年3月策定済	〃	鹿児島県	H28年11月頃	〃
愛知県	H28年10月頃	変更予定	沖縄県	H28年度中	〃
三重県	H28年度中	変更予定			

平成28年8月までに策定された地域医療構想(19都府県)の概要と今後の課題

都道府県は、地域医療構想において、①2025年の医療需要と病床の必要量等を推計し、併せて②地域医療構想を実現するための施策を検討することとされている。

地域医療構想の概要

【策定した都府県】19都府県(計128構想区域)

青森、岩手、栃木、千葉、静岡、滋賀、大阪、奈良、岡山、広島、愛媛、佐賀、岐阜、山口、和歌山、東京、大分、福井、山梨

【構想区域の設定】

・いずれも、二次医療圏と同じ

【慢性期の推計】

・97構想区域(76%)が、療養病床の入院需要率の地域差を、全国最大値(高知)から全国中央値(滋賀)まで低下する割合を利用

【病床数の推計結果】

・千葉、大阪、東京では、将来病床が不足する構想区域があるが、その他の構想区域では病床が過剰となると推計

・全ての構想区域で回復期機能が不足すると推計

【地域医療構想の達成に向けた施策】

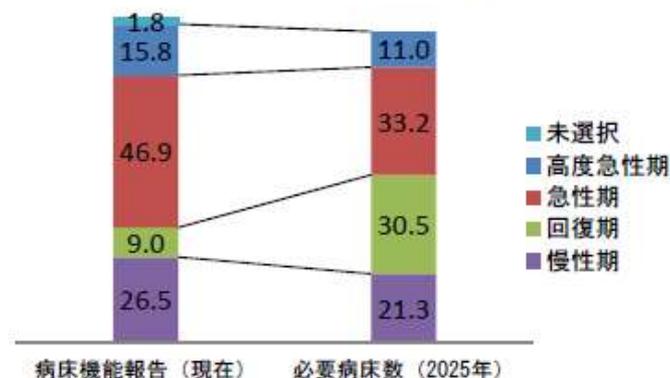
・全ての都府県で、医療機関の機能分化・連携を進めるとの記載

・青森県は、自治体病院等の機能再編成に向けて協議会等での検討を進め、医療機関の再編・ネットワーク化について具体的に記載

・大阪府と広島県は、地域包括ケアシステムの構築について具体的に記載

・岐阜県は、医療機関の適正な役割分担や病床規模の適正化などについて、地域医療構想調整会議における検討の方向性を含め、具体的な医療機関名を挙げて構想区域ごとに記載

128構想区域の平均的な姿



病床機能報告(現在) 必要病床数(2025年)

※現在の病床数を100とした構想区域ごとの値の平均

今後の課題

- 19都府県の記載内容の具体性にはばらつきがある。
- 平成30年度から始まる第7次医療計画の策定に向けて、地域医療構想を達成するための施策をさらに具体化するとともに、計画期間における地域医療構想調整会議での協議を通じて、いかに機能分化・連携を進めていくかが課題

地域医療構想を実現する仕組み

1. 「協議の場」の設置

- 都道府県は、地域医療構想の実現について、医療関係者、医療保険者等の関係者との協議を行う「協議の場」を設置。医療機関相互の協議により、地域医療構想を推進していくが、協議だけでは進まない場合には、都道府県知事が以下の措置を講ずることができることとする。

2. 都道府県知事が講ずることができる措置

① 病院の新規開設・増床への対応

- 都道府県知事は、開設許可の際に、不足している医療機能を担うという条件を付けることができることとする。

② 既存医療機関による医療機能の転換への対応

【医療機関が過剰な医療機能に転換しようとする場合】

- 都道府県知事は、医療機関に対して医療審議会での説明等を求めることができることとし、転換にやむを得ない事情がないと認める時は、医療審議会の意見を聴いて、転換の中止を要請（公的医療機関等には命令）することができることとする。

【「協議の場」の協議が調わず、自主的な取組みだけでは機能分化・連携が進まない場合】

- 都道府県知事は、医療審議会の意見を聴いて、不足している医療機能に係る医療を提供すること等を要請（公的医療機関等には指示）することができることとする。

③ 稼働していない病床の削減の要請

- 医療計画の達成の推進のため特に必要がある場合において、都道府県知事は公的医療機関等以外の医療機関に対して、医療審議会の意見を聴いて、稼働していない病床の削減を要請することができることとする。
※ 現行の医療法上、公的医療機関等に対しては、都道府県知事が稼働していない病床の削減を命令することができることとなっている。

【医療機関が上記の要請又は命令・指示に従わない場合の措置】

- 医療機関が上記の要請に従わない場合は、都道府県知事が勧告を行う。当該勧告にも従わない場合や、公的医療機関が上記の命令・指示に従わない場合には、現行の医療法上の措置（管理者の変更命令や公的医療機関への運営の指示等）に加えて、以下の措置を講ずることができることとする。
 - イ 医療機関名の公表
 - ロ 各種補助金の交付対象や福祉医療機構の融資対象からの除外
 - ハ 地域医療支援病院・特定機能病院の不承認・承認の取消し

報告項目

別添1

※原則としていずれの機能を選択しても、以下の全ての項目について報告することとする。

- : 概ね外科のみで実施されると考えられる項目
- ☆: 医療計画において示されている指標例に類すると考えられる項目
- #: 構造設備・人員配置等に関する項目のうち、有床診療所からの報告を求めるもの

担う役割	具体的な項目	病棟単位で報告を 求める項目		病院単位で 報告を求め る項目	備考
			レセプト を活用		
医療機能	# 現在の機能、将来時点の機能の予定	○			
(1) 構造設備・人員配置等に関する項目					
病床数・人員配置・ 機器など	# 許可病床数(療養病床の場合そのうち介護療養病床の数)	○			
	# 稼働病床数(療養病床の場合そのうち介護療養病床の数)	○			
	# 一般病床、療養病床の別	○			
	# 医療法上の経過措置に該当する病床数	○			
	# 看護師数、准看護師数、看護補助者数、助産師数	○		○	傾斜配置も含め病棟毎の配置を記載する。また、外来、手術室も別途記載する
	理学療法士数、作業療法士数、言語聴覚士数、薬剤師数、臨床工学技士	○		○	病棟単位も記載する
	とする診療科	○			一つの病棟を複数の診療科で活用することを基本とする場合の選択肢を設ける
	定する入院基本料・特定入院料	○	(○)		
	○群			○	
	宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、宅療養後方支援病院の届出の有無			○	
記届出を行っている場合、医療機関以外での看取り数、医療機関での看取り数			○	介護老人保健施設等の入所施設は医療機関以外に含む	
☆ 次救急医療施設 救急告示病院の有無			○		
64列以上のCT			○		
16列以上64列未満のCT			○		
16列未満のCT			○		
3T以上のMRI			○		
1.5T以上3T未満のMRI			○		
1.5T未満のMRI			○		

**高額医療機器
設置状況の
報告項目あり!**

報告項目

高額医療機器
設置状況の
報告項目あり！

	#	な項目	病棟単位で報告を 求める項目	レセプト を活用	病院単位で 報告を求め る項目	備考
		血管連続撮影装置			○	デジタル・サブトラクション・アンギオグラフィー法を行う装置
		SPECT			○	
		PET			○	PETCT・PETMRIを含む
		強度変調放射線治療器			○	
		遠隔操作式密封小線源治療装置			○	
		退院調整部門の設置			○	
		退院調整部門に勤務する人数			○	
入院患者の状況	#	新規入棟患者数	○			
	#	在棟患者延べ数	○			
	#	退棟患者数	○			
		入棟前の場所別患者数	○			①～⑥毎に人数を記載する ①院内の他病棟からの転棟、②家庭からの入院、③他の病院、診療所からの転院、④介護施設・福祉施設に入所中、⑤院内の出生、⑥その他
		予定入院及び緊急入院の患者数	○			
		退棟先の場所別患者数	○			①～⑧毎に人数を記載する ①院内の他病棟への転棟、②家庭への退院、③他の病院、診療所への転院、④介護老人保健施設に入所、⑤介護老人福祉施設に入所、⑥社会福祉施設に入所、⑦終了(死亡を含む)、⑧その他
		退院後に在宅医療を必要とする患者数	○			他施設から提供される場合も含む

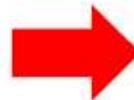
その他①医療機器の台数について

- 現在、報告様式1【病院】②施設票においては、「7. 医療機器の台数」について、7月1日時点での報告項目を設定している。
- 地域における医療機能の分化・連携を推進し、各医療機関の機能がより分かり易くなるという観点から、以下の項目追加を行う。

【病床機能報告】様式1(病床数、人員の配置、医療機器等)

【見直し前】

- ①CT
- ②MRI
- ③その他の医療機器
 - ・血管連続撮影装置
 - ・SPECT
 - ・PET
 - ・PETCT
 - ・PETMRI
 - ・強度変調放射線治療器
 - ・遠隔操作式密封小線源治療装置

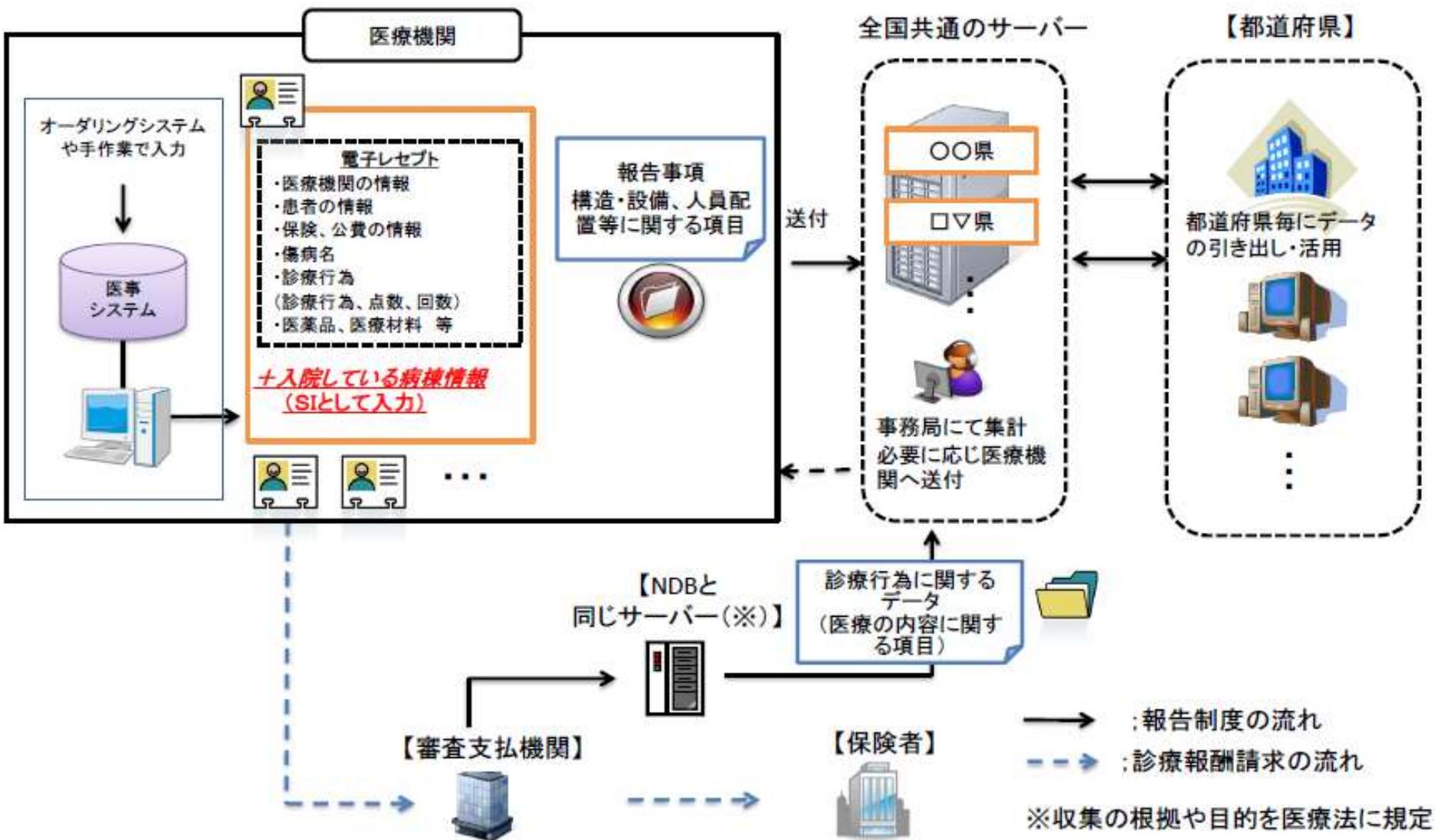


【見直し後】

- ①CT
- ②MRI
- ③その他の医療機器
 - ・血管連続撮影装置
 - ・SPECT
 - ・PET
 - ・PETCT
 - ・PETMRI
 - ・強度変調放射線治療器
 - ・遠隔操作式密封小線源治療装置
 - ・ガンマナイフ・サイバーナイフ
 - ・内視鏡手術用支援機器(ダヴィンチ)

病床機能報告制度における集計等の作業について

別添2



医療機器の配置及び安全管理の状況等について

2016年7月15日

医療計画の見直し等に関する検討会(第3回)資料より

医療機器に係る安全管理等について ②

医療法施行規則(抄)

第一条の十一 病院等の管理者は、法第六条の十二の規定に基づき、次に掲げる安全管理のための体制を確保しなければならない(ただし、第二号については、病院、患者を入院させるための施設を有する診療所及び入所施設を有する助産所に限る。)

- 一 医療に係る安全管理のための指針を整備すること。
- 二 医療に係る安全管理のための委員会を開催すること。
- 三 医療に係る安全管理のための職員研修を実施すること。
- 四 医療機関内における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策を講ずること。

2 病院等の管理者は、前項各号に掲げる体制の確保に当たっては、次に掲げる措置を講じなければならない。

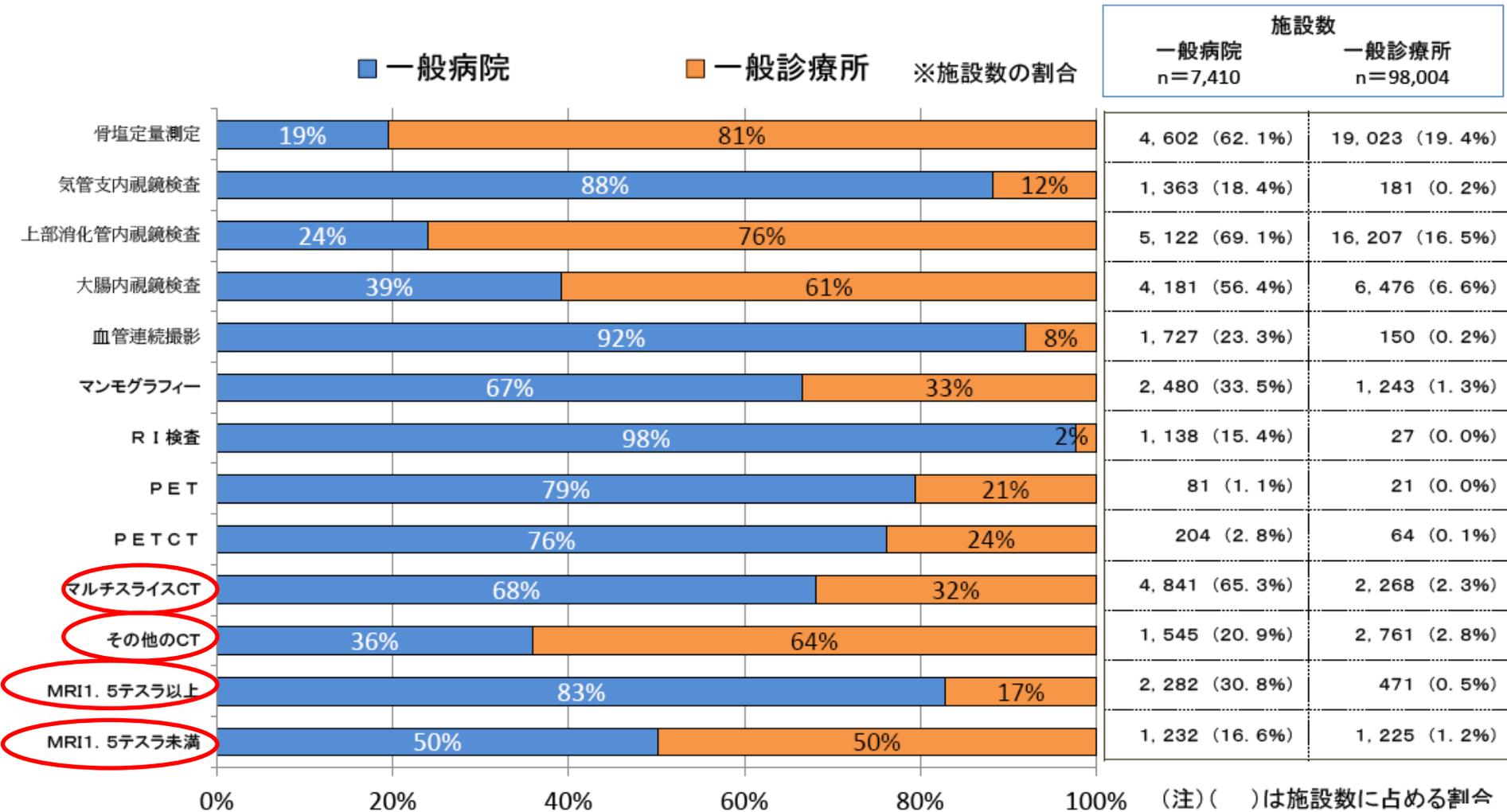
一・二(略)

- 三 医療機器に係る安全管理のための体制の確保に係る措置として次に掲げるもの
 - イ 医療機器の安全使用のための責任者の配置
 - ロ 従業者に対する医療機器の安全使用のための研修の実施
 - ハ 医療機器の保守点検に関する計画の策定及び保守点検の適切な実施
 - ニ 医療機器の安全使用のために必要となる情報の収集その他の医療機器の安全使用を目的とした改善のための方策の実施

都道府県別のCT・MRIの 状況について

診療機器の設置状況の比較(一般病院・一般診療所別)

- マルチスライス以外のCTや1.5テスラ未満のMRIなどが一般診療所において多い
- 気管支内視鏡や消化管内視鏡等を含め専門的な医療も提供している。



注:宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県の全域を除いた数値である

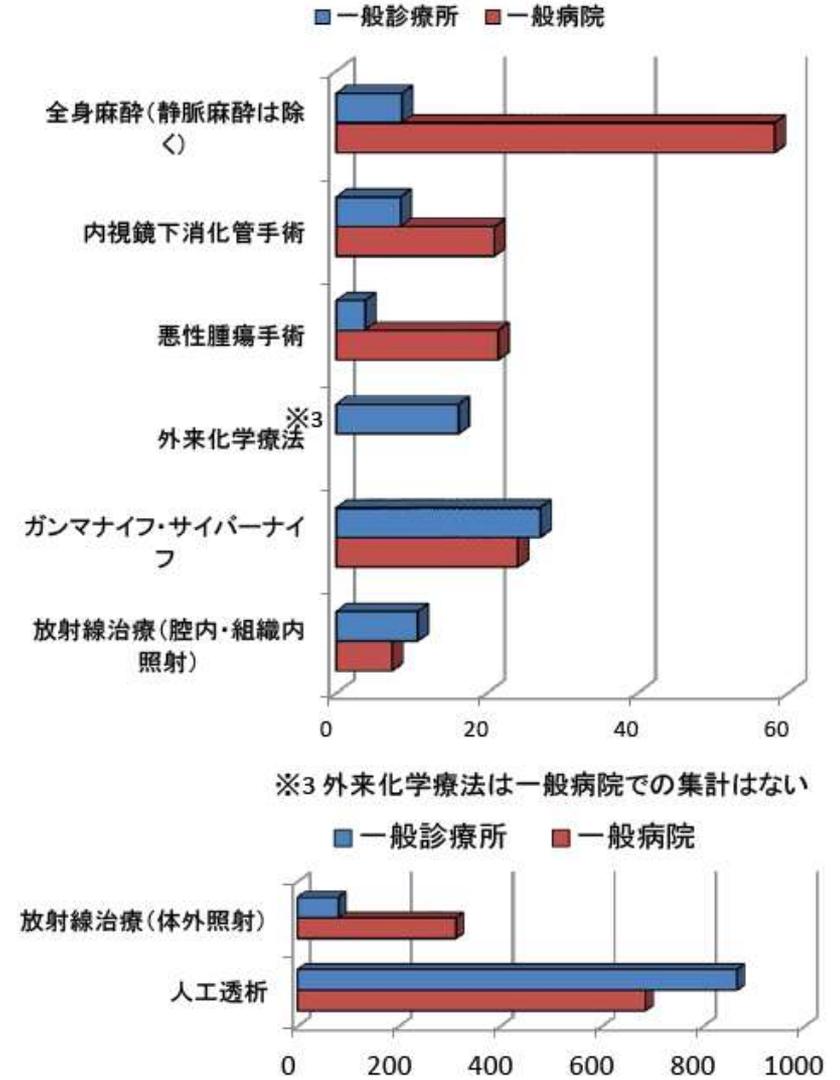
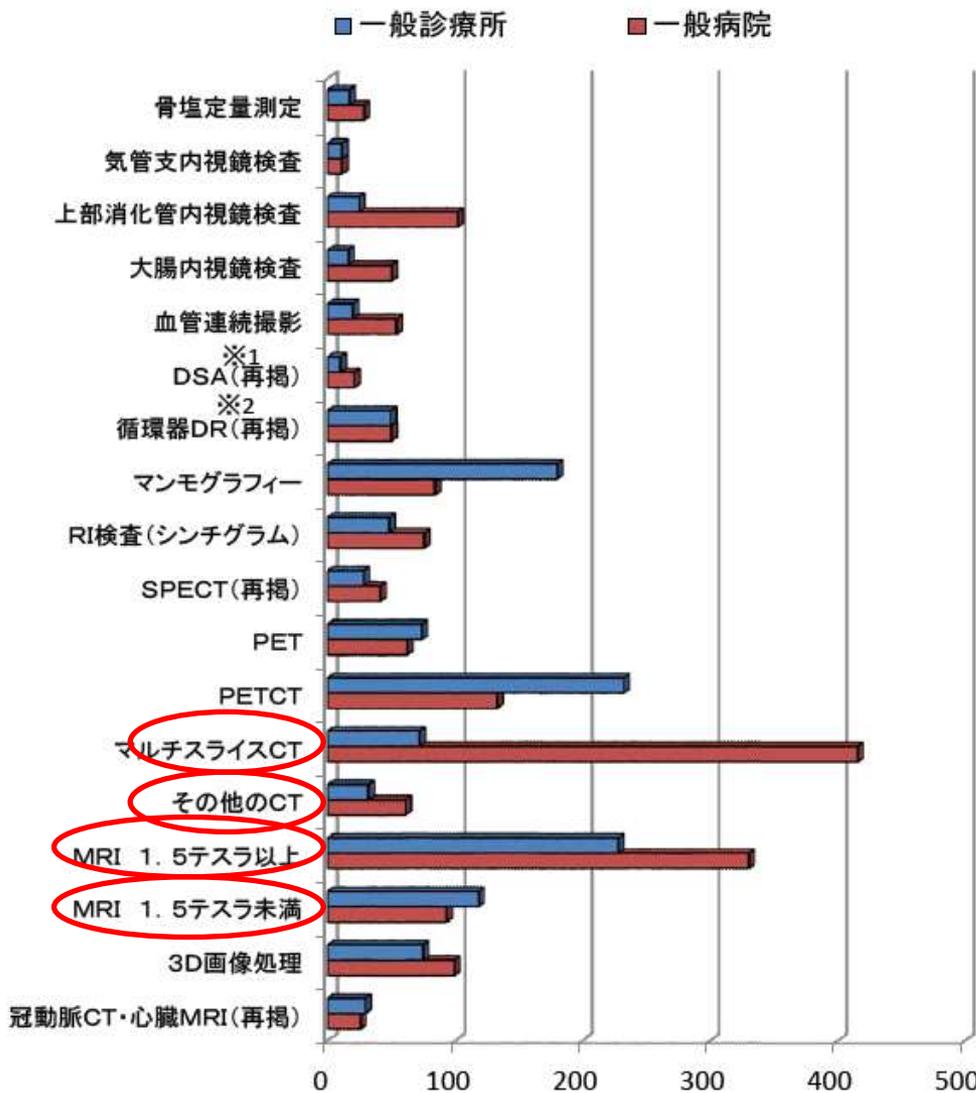
出典:医療施設調査(平成23年) ~

CT・MRIでは診療所の保有数が多い傾向!

出典:厚生労働省保険局医療課課長補佐の資料より **21**

検査等、手術等、放射線治療等の実施状況の比較(病院・診療所別)

実施1施設当たり実施件数・患者数(月)



※3 外来化学療法は一般病院での集計はない

※1 DSA: Digital Subtraction Angiography
 ※2 DR: Digital Radiography

出典:医療施設調査(平成23年)

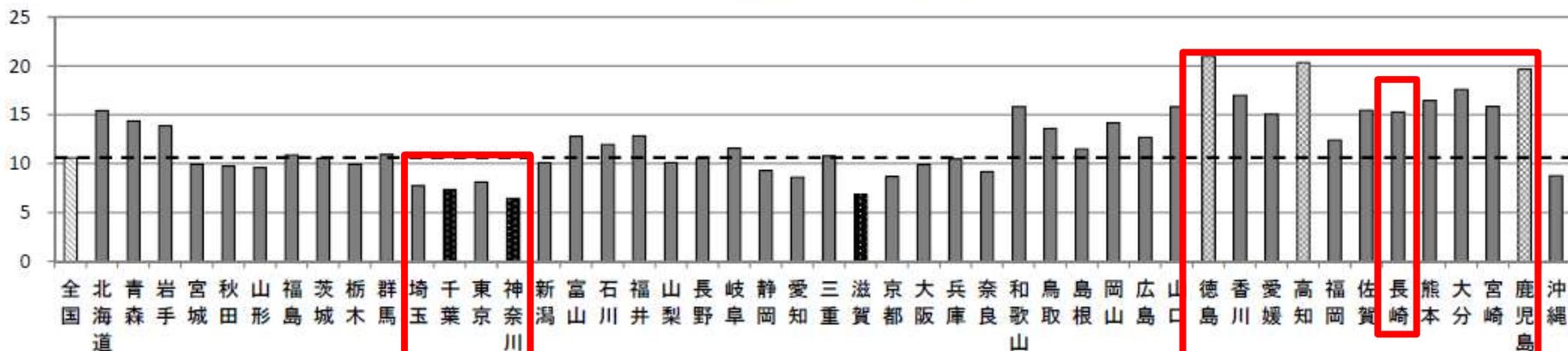
CT・MRIでは診療所の稼働率が悪い傾向!

出典:厚生労働省保険局医療課課長補佐の資料より **22**

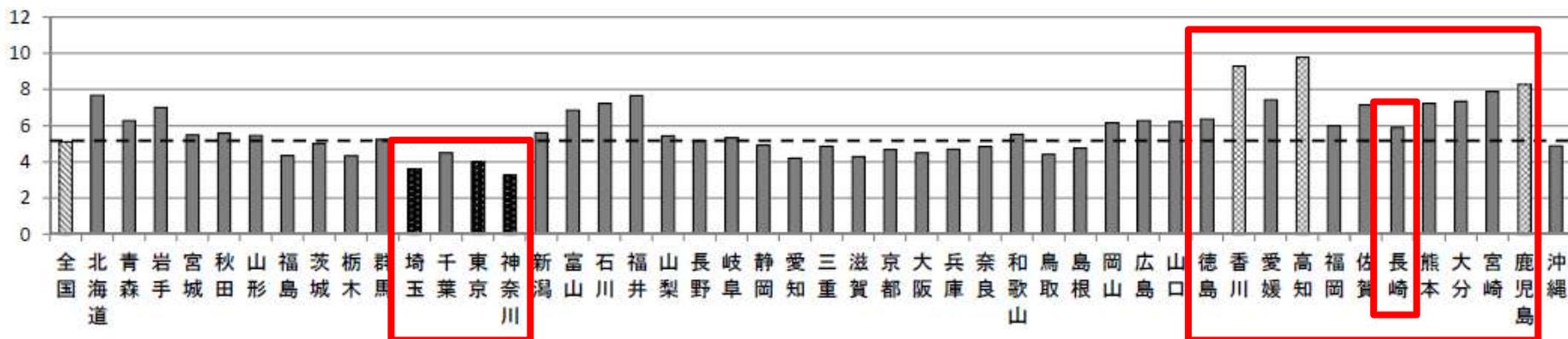
都道府県別のCT台数及びMRI台数(人口10万対)

・人口あたりCT台数及び人口あたりMRI台数は、それぞれ最大3.2倍、3.0倍の差がある。

人口あたりCT台数(台/10万人)



人口あたりMRI台数(台/10万人)



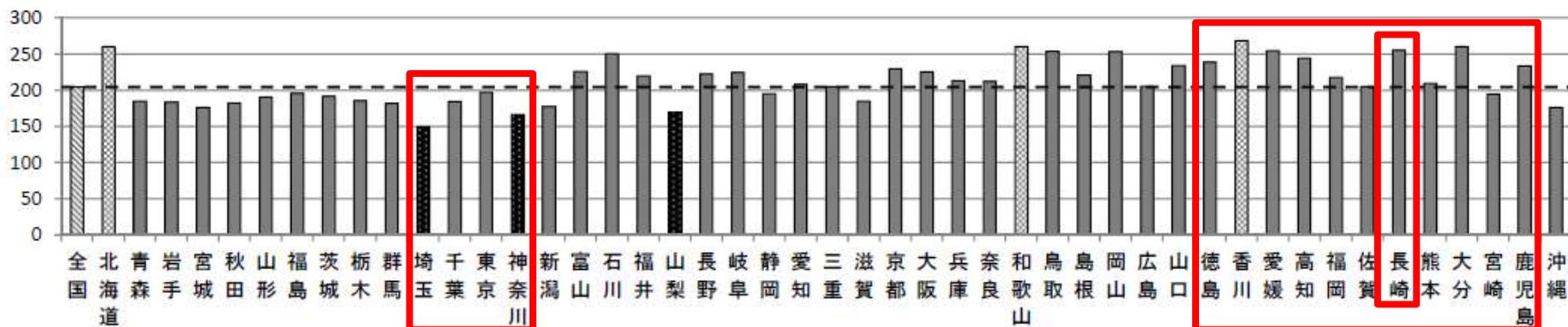
平成26年医療施設調査、平成25年3月31日住民基本台帳人口より集計

医療計画の見直し等に関する検討会(第3回2016年7月15日)資料より

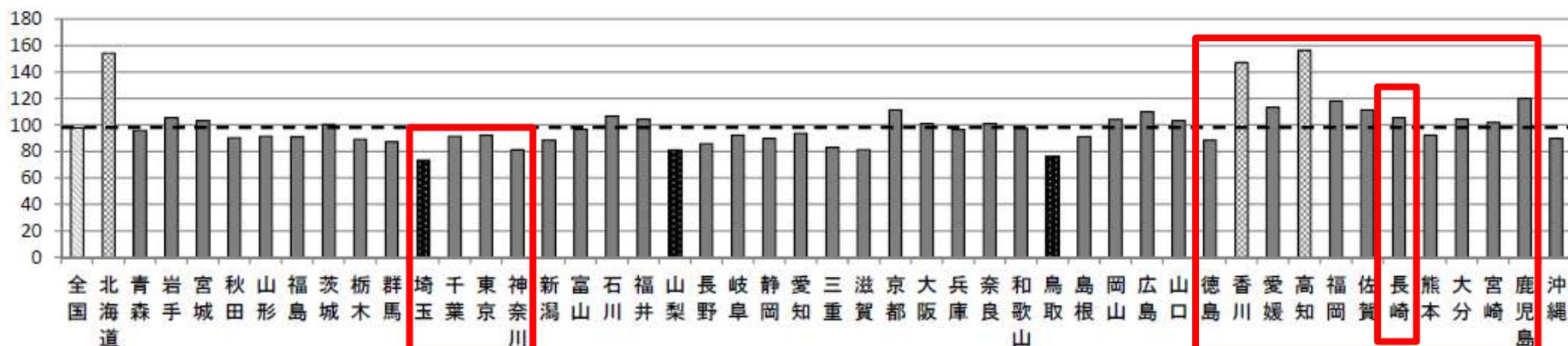
都道府県別のCT及びMRI患者数

・人口あたりCT患者数及び人口あたりMRI患者数は、それぞれ最大1.8倍、2.1倍の差がある。

人口あたりCT患者数(人/1万人・月)



人口あたりMRI患者数(人/1万人)・月



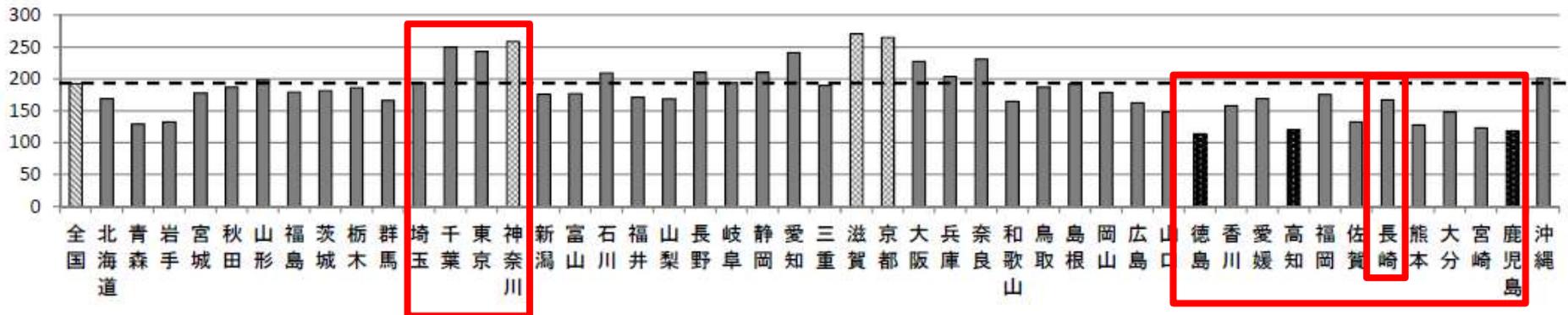
平成26年医療施設調査、平成25年3月31日住民基本台帳人口より集計

医療計画の見直し等に関する検討会(第3回2016年7月15日)資料より

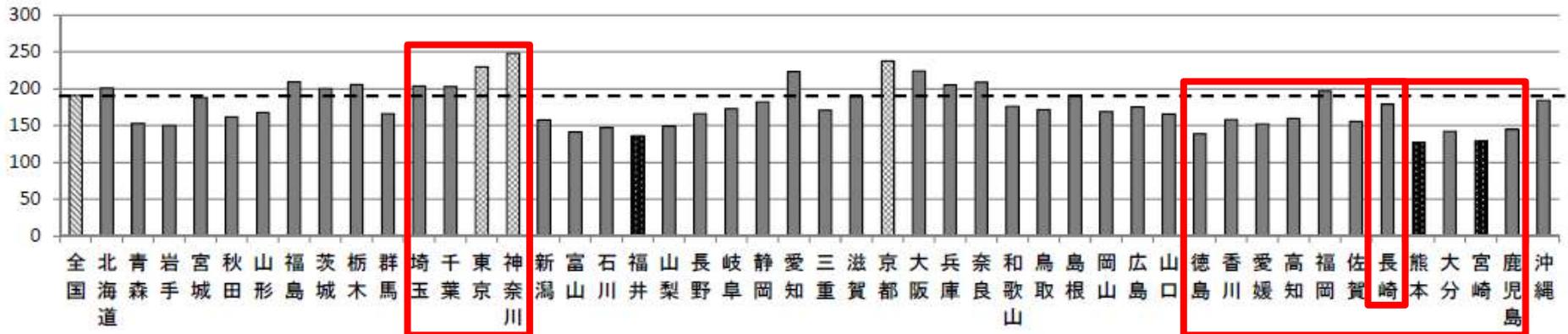
都道府県別のCT及びMRI1台あたりの患者数

・CT1台あたり患者数及びMRI1台あたり患者数は、それぞれ最大2.4倍、2.0倍の差がある。

CT1台あたり患者数(人/台・月)

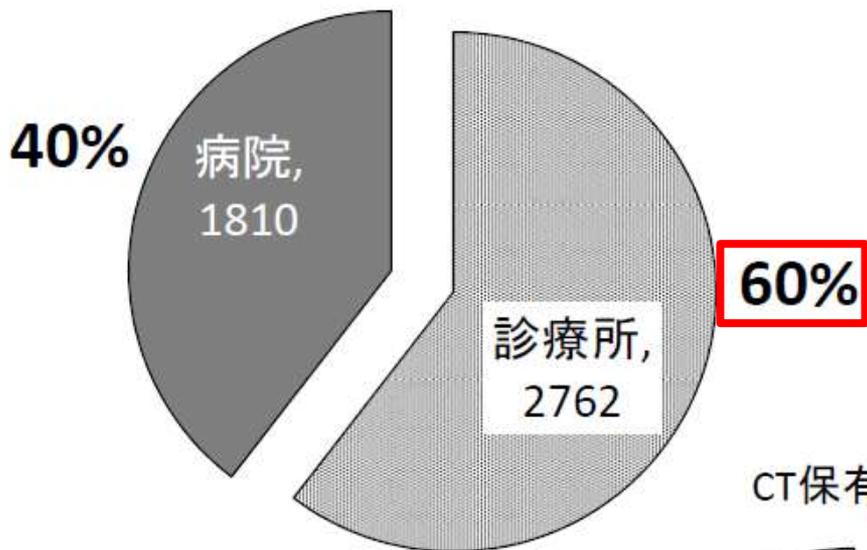


MRI1台あたり患者数(人/台・月)

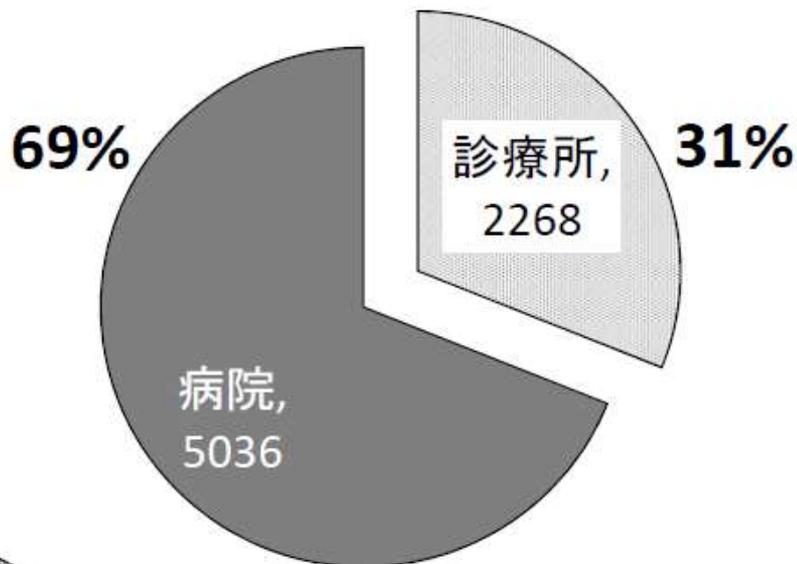


CT保有施設数(診療所・病院比較)

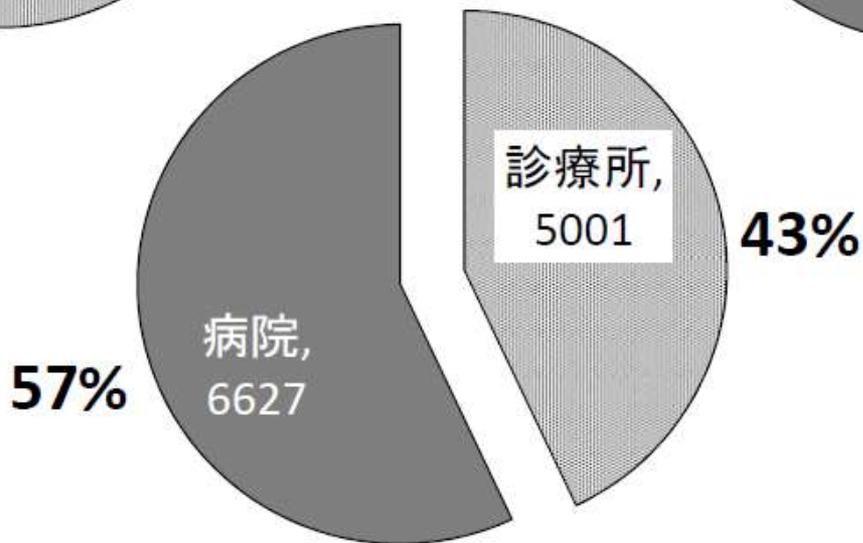
シングルスライスCT保有施設数



マルチスライスCT保有施設数



CT保有施設数

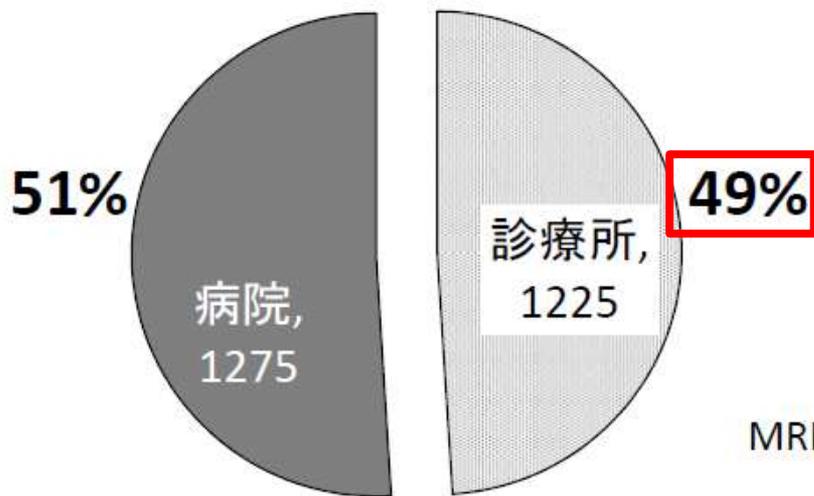


平成23年医療施設調査より集計

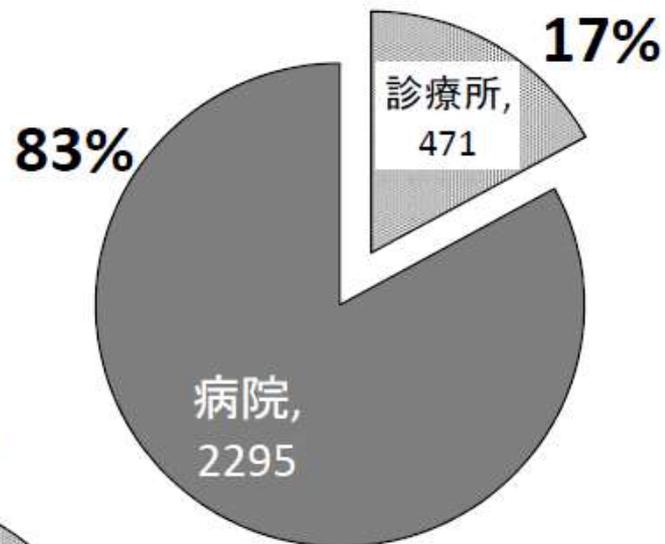
医療計画の見直し等に関する検討会(第3回2016年7月15日)資料より

MRI保有施設数(診療所・病院比較)

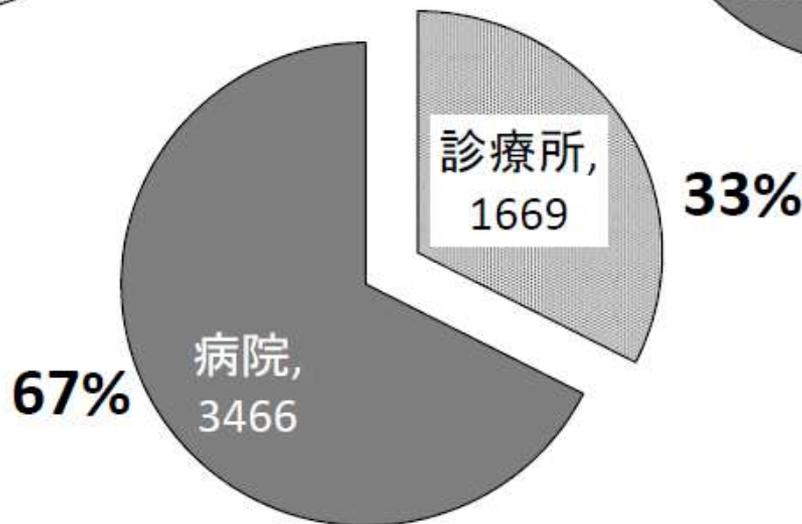
MRI(1.5T未満)保有施設数



MRI(1.5T以上)保有施設数



MRI保有施設数



平成23年医療施設調査より集計

医療計画の見直し等に関する検討会(第3回2016年7月15日)資料より

CT・MRI保有施設率(病院・病床規模別)

CT・MRI保有施設数

病床数	マルチスライスCT 保有施設数	シングルスライスCT 保有施設数	CT保有 施設数	MRI (1.5T以上) 保有施設数	MRI (1.5T未満) 保有施設数	MRI保有 施設数
20-99	1503	761	2239	266	445	702
100-299	2293	731	2974	1030	656	1660
300-499	825	230	973	642	120	727
500-	415	88	441	357	54	377

CT・MRI保有施設率

病床数	マルチスライスCT 保有施設率	シングルスライスCT 保有施設率	CT保有 施設率	MRI (1.5T以上) 保有施設率	MRI (1.5T未満) 保有施設率	MRI保有 施設率
20-99	47.0%	23.8%	70.0%	8.3%	13.9%	22.0%
100-299	59.0%	18.8%	76.5%	26.5%	16.9%	42.7%
300-499	75.5%	21.1%	89.1%	58.8%	11.0%	66.6%
500-	91.0%	19.3%	96.7%	78.3%	11.8%	82.7%

CT台数及びMRI台数の国際比較

・日本のCT・MRI台数は他国と比較して多い(OECD平均値と比してそれぞれ4.1倍、3.3倍)。

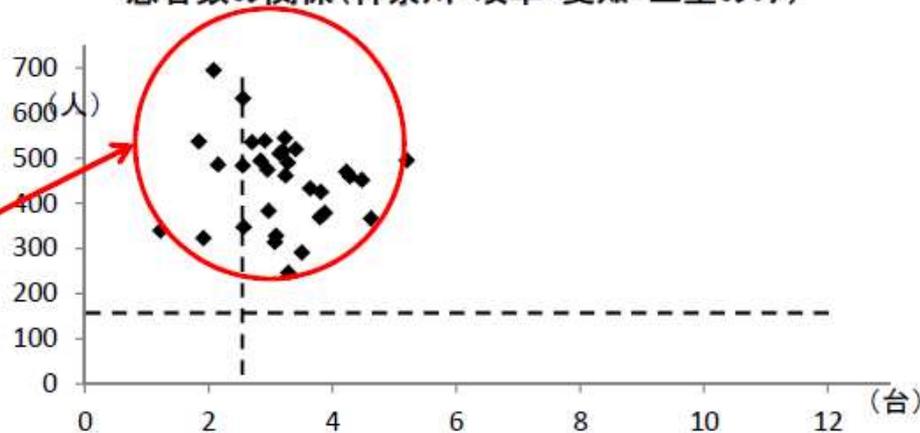


OECD Health Statistics
2015より(2013年分
もしくは直近分)

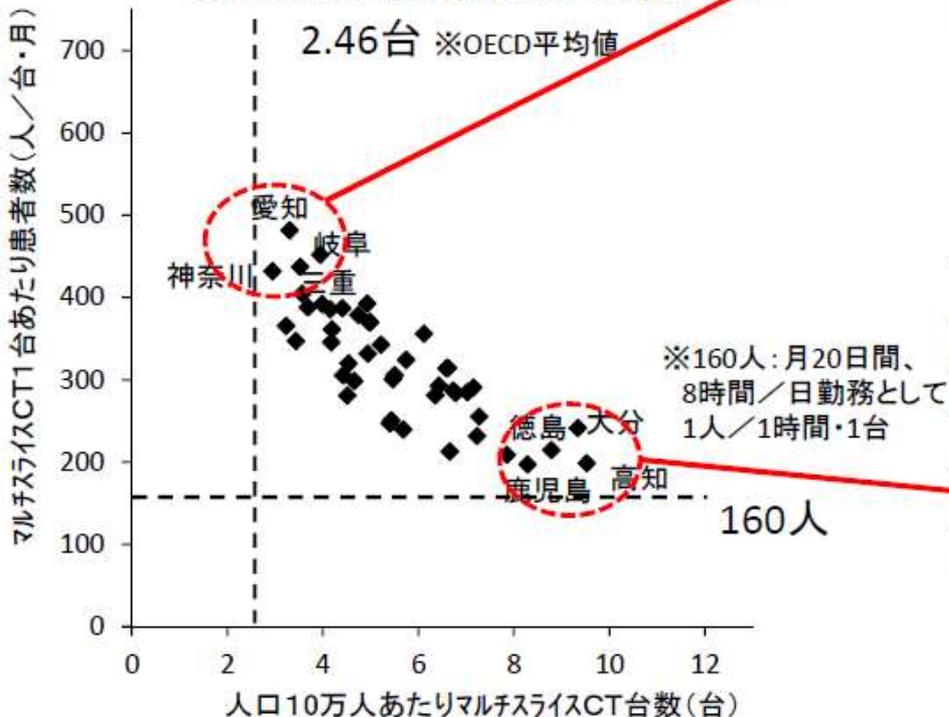
マルチスライスCT台数と患者数の関係についての二次医療圏ごとの比較

・人口あたり台数が少なく患者数が多い4県と人口あたり台数が多く患者数が少ない4県について、二次医療圏ごとに、2変数の関係を示したものの。

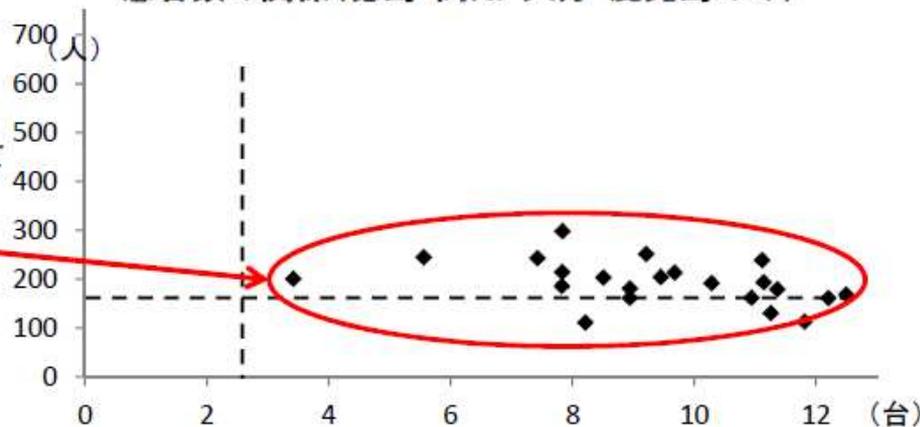
人口あたりマルチスライスCT台数とCT1台あたり患者数の関係(神奈川・岐阜・愛知・三重のみ)



人口あたりマルチスライスCT台数(横軸)とCT1台あたり患者数(縦軸)の関係



人口あたりマルチスライスCT台数とCT1台あたり患者数の関係(徳島・高知・大分・鹿児島のみ)



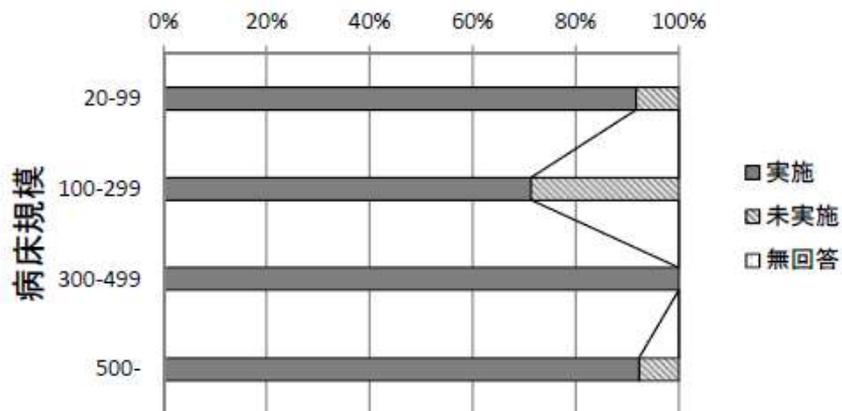
平成23年医療施設調査、平成25年3月31日住民基本台帳人口より集計

※病院についてのみ集計

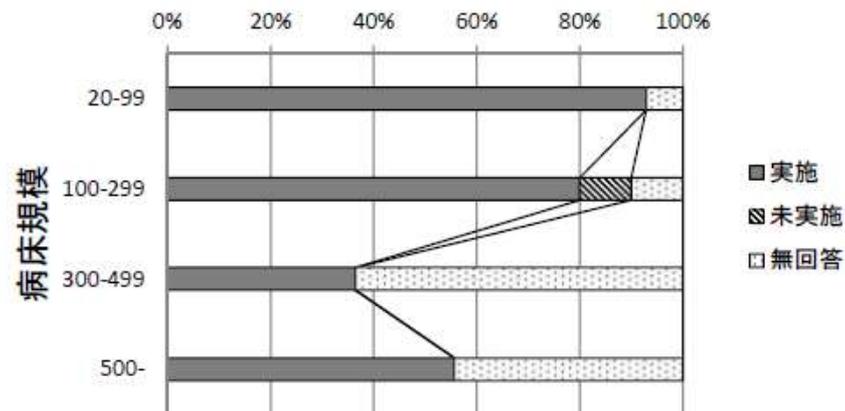
医療機器の安全管理の 取組状況等

保守点検実施率(病床規模別)

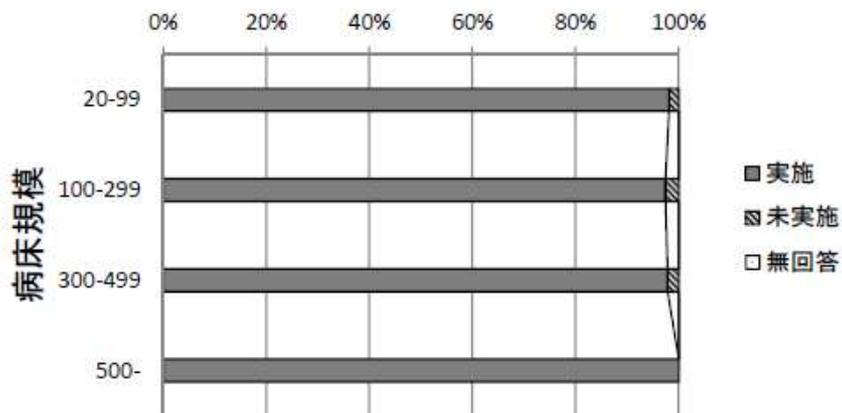
保守点検実施率(シングルスライスCT)



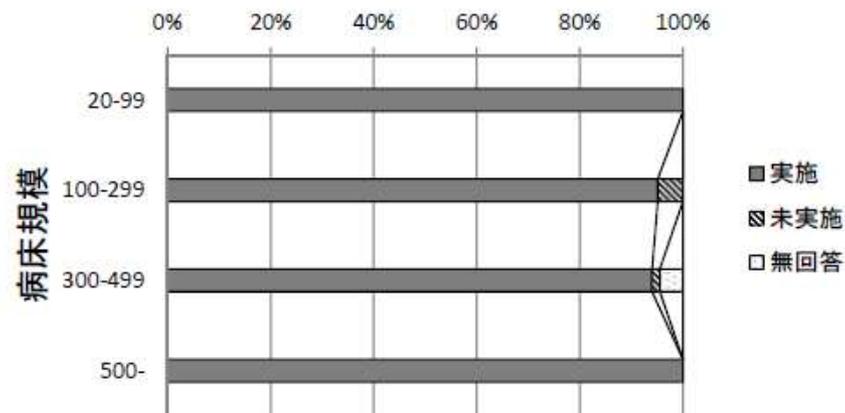
保守点検実施率(MRI 1.5T未満)



保守点検実施率(マルチスライスCT)



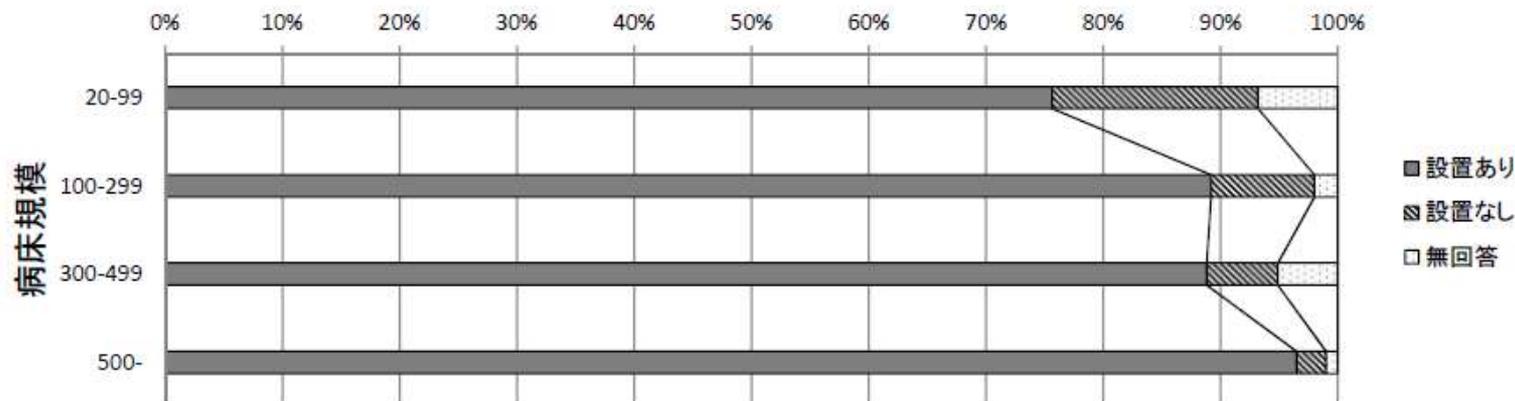
保守点検実施率(MRI 1.5T以上)



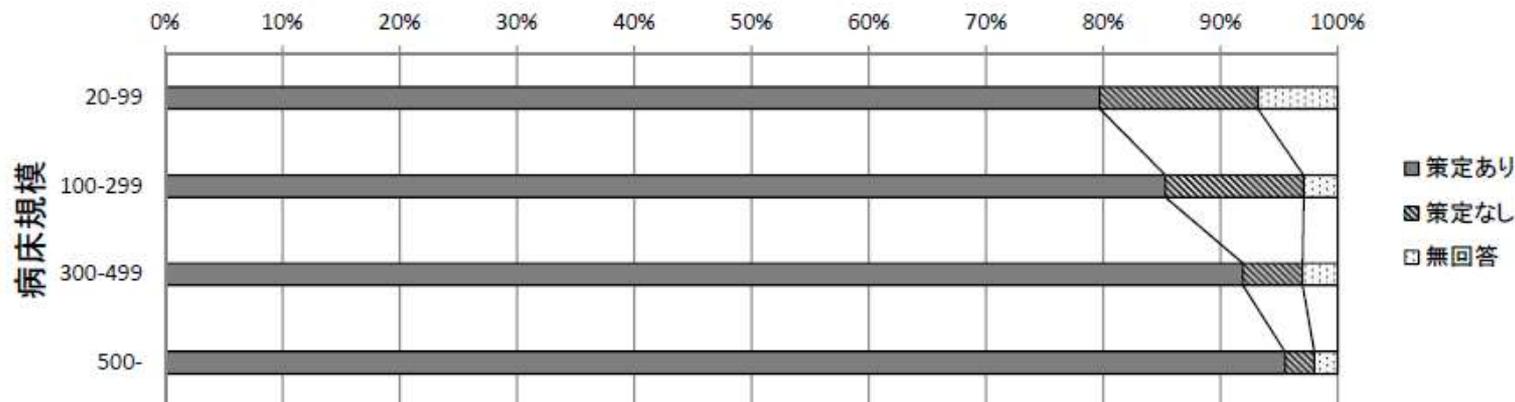
安全管理責任者設置率、保守点検計画策定率(病床規模別)

・病床規模の大きい施設ほど、責任者の設置率、保守点検計画の策定率ともに高い傾向にある。

医療機器安全管理責任者の設置



保守点検計画の策定状況



第13回画像医療システム等の導入状況と安全確保状況に関する調査報告書(JIRA)より集計

医療計画の見直し等に関する検討会(第3回2016年7月15日)資料より

医療機器の配置及び安全管理の状況等に係る論点(案)

- CTやMRI、その他の医療機器の配置は、今後の医療提供体制の現状を把握する上で重要ではないか。
- 医療提供体制の整備を進めるにあたっては
 - 医療機器の配置状況や稼働状況
 - 保守点検を含めた安全管理の取組状況等も十分考慮する必要があるのではないか。

「医療計画の見直し等に関する意見のとりまとめ」より

平成28年12月26日

医療計画の見直し等に関する検討会

4 医療の安全の確保等について

医療機器の安全管理等に関する事項として、**高度な医療機器について、配置状況に加え、稼働状況等も確認し、保守点検を含めた評価を行うこととする。**

CT・MRI等の医療機器を有する診療所については、都道府県において、それらの機器の保守点検を含めた医療安全の取組み状況について、定期的に報告を求めることとする。

なお、限られた医療資源を有効活用することは重要であることから、今後も、医療機器等の配置のあり方等については、研究を行うことが必要である。

**診療所でも報告を求めるなら、
今後は病院にも求めるのでは？**

「第7次医療計画」に関する医政局通知が発出されました！注目！

<http://www.haisin.mhlw.go.jp/mhlw/C/?c=231231>

厚生労働省は3月31日付けで、**ついに「第7次医療計画」についての医政局通知を発出しました。**

特に注目すべき内容は**医療安全**です。通知と新旧対照表に、「**法第30条の4第2項第11号の医療の安全の確保**については、**医療機器の安全管理等に関する事項として、高度な医療機器について、配置状況に加え稼働状況等も確認し、保守点検を含めた評価を行うこと。また、CT、MRI等の医療機器を有する診療所については、当該機器の保守点検を含めた医療安全の取組状況について、定期的に報告を求めること。**」と明記されました。これにより高度な医療機器（CT、MRI等）を保有する診療所（20床未満）は保守点検実施等に関する報告を義務付けられました。これにより、**今後は当然のことながら、高度な医療機器（CT、MRI等）を保有する20床以上の病院についても報告義務が生じることとなるでしょう。**

医政局通知より抜粋（2017年3月31日付）

(2) 法第30条の4第2項第11号の医療の安全の確保については、医療機器の安全管理等に関する事項として、高度な医療機器について、配置状況に加え稼働状況等も確認し、保守点検を含めた評価を行うこと。

また、CT、MRI等の医療機器を有する診療所については、当該機器の保守点検を含めた医療安全の取組状況について、定期的に報告を求めること。

医療計画について（局長通知） 改正

改正後	現 行
<p style="text-align: right;">医政発 0331 第 57 号 平成 29 年 3 月 31 日</p> <p>各都道府県知事 殿</p> <p style="text-align: right;">厚生労働省医政局長</p>	<p style="text-align: right;">医政発 0330 第 28 号 平成 24 年 3 月 30 日</p> <p>各都道府県知事 殿</p> <p style="text-align: right;">厚生労働省医政局長</p>
<p>3 医療従事者の確保等の記載事項について</p> <p>(1) 法第 30 条の 4 第 2 項第 10 号の医療従事者の確保については、医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の医療従事者について、将来の需給動向を見通しつつ養成を進め、適正な供給数を確保するとともに、地域的な偏在や診療科間の偏在への対応を進める必要があること。</p> <p>その際、医療提供施設相互間における連携体制を構築する取組自体が偏在解消への対策になることや、都道府県が中心となって地域の医療機関へ医師を派遣する仕組みを再構築することが求められていること。</p> <p>これらを踏まえ、都道府県においては、<u>法第 30 条の 23 第 1 項の規定に基づき</u>、地域医療対策協議会の活用等により医療従事者の確保に関する事項に関し必要な施策を定めるための協議を行い、そこで定めた施策を医療計画に記載するとともに、公表し実施していくことが必要であること。</p> <p>特に地域の医療機関で医師を確保するためには、地域の医療機関で勤務する医師のキャリア形成に係る不安の解消に向けて、大学等の関係機関と緊密に連携しつつ、医師のキャリア形成支援と一体的に地域の医療機関の医師の確保を支援する取組が必要であり、都道府県においては、<u>地域医療支援センター等を活用して</u>、必要な施策について地域の医療関係者等と協議の上推進していくことが必要であること。</p> <p>(2) <u>法第 30 条の 4 第 2 項第 11 号の医療の安全の確保については、医療機器の安全管理等に関する事項として、高度な医療機器について、配置状況に加え稼働状況等も確認し、保守点検を含めた評価を行うこと。</u></p> <p><u>また、CT、MRI 等の医療機器を有する診療所については、当該機器の保守点検を含めた医療安全の取組状況について、定期的に報告を求めること。</u></p>	<p>3 医療従事者の確保等の記載事項について</p> <p>(1) 法第 30 条の 4 第 2 項第 7 号の医療従事者の確保については、医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の医療従事者について、将来の需給動向を見通しつつ養成を進め、適正な供給数を確保するとともに、地域的な偏在や診療科間の偏在への対応を進める必要があること。</p> <p>その際、医療提供施設相互間における連携体制を構築する取組自体が偏在解消への対策になることや、都道府県が中心となって地域の医療機関へ医師を派遣する仕組みを再構築することが求められていること。</p> <p>これらを踏まえ、都道府県においては、<u>法第 30 条の 12 第 1 項に基づき</u>、地域医療対策協議会の活用等により医療従事者の確保に関する事項に関し必要な施策を定めるための協議を行い、そこで定めた施策を医療計画に記載するとともに、公表し実施していくことが必要であること。</p> <p>特に地域の医療機関で医師を確保するためには、地域の医療機関で勤務する医師のキャリア形成に係る不安の解消に向けて、大学等の関係機関と緊密に連携しつつ、医師のキャリア形成支援と一体的に地域の医療機関の医師の確保を支援する取組が必要であり、都道府県においては、<u>地域医療支援センター等の組織を設置するとともに</u>、必要な施策について地域の医療関係者等と協議の上推進していくことが必要であること。</p>
<p>(3) 法第 30 条の 4 第 3 項第 1 号の地域医療支援病院の整備の目標その他医療提供施設の機能を考慮した医療提供施設の整備の目標に関する事項として、特定の病院等が果たすべき機能について医療計画に記載する場合には、事前にその開設者と十分な意見調整を行うものとする。</p>	<p>(2) 法第 30 条の 4 第 3 項第 1 号の地域医療支援病院の整備の目標その他医療機能を考慮した医療提供施設の整備の目標に関する事項として、特定の病院等が果たすべき機能について医療計画に記載する場合には、事前にその開設者と十分な意見調整を行うものとする。</p>

医療法施行規則の一部を改正する通知等より抜粋

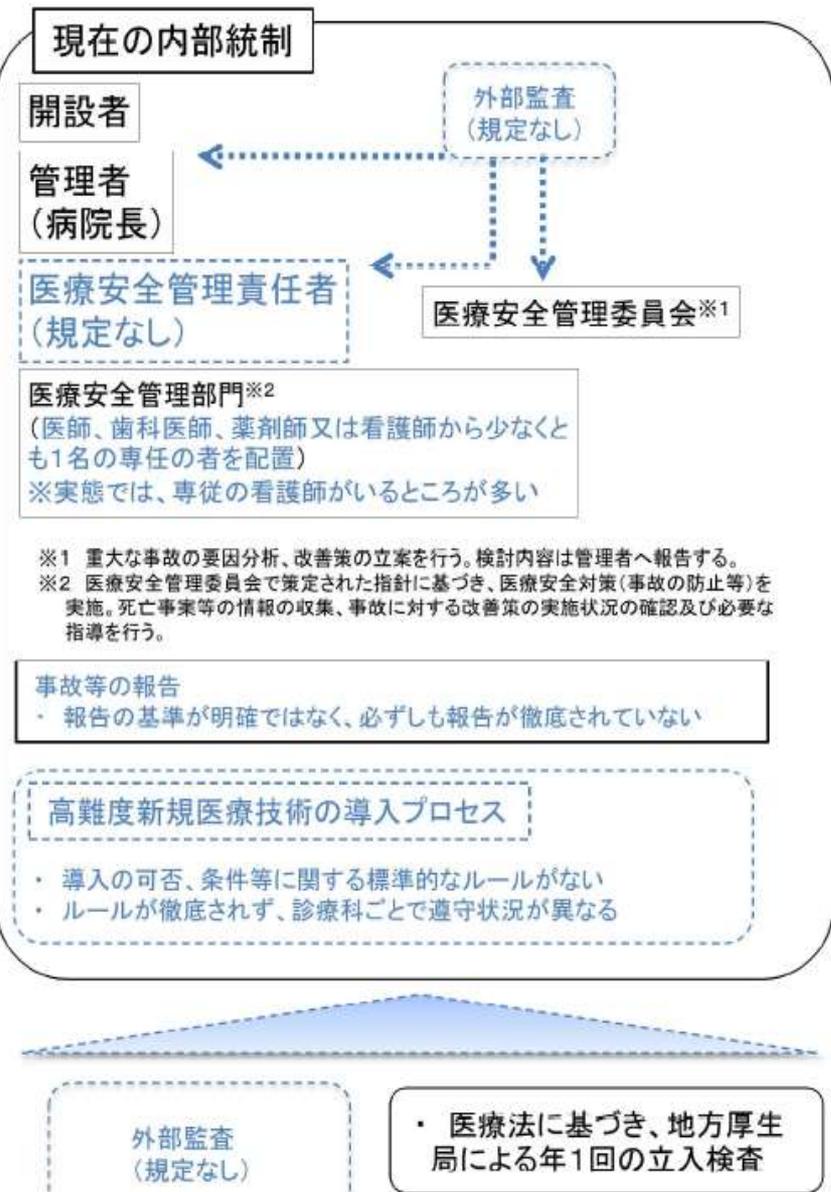
2016年6月10日付

特定機能病院の承認要件における医療安全に関する項目(概要)

- 医療安全管理責任者(副院長が担う)の配置並びに当該者による医療安全管理部門、医療安全管理委員会、医薬品安全管理責任者及び医療機器安全管理責任者の統括
- 専従の医師、薬剤師及び看護師の医療安全管理部門への配置*
- 医療安全管理部門による医療安全に資する診療内容等のモニタリング
- 全死亡例及び一定基準以上の有害事象等の医療安全管理部門への報告
- 医療安全管理の適正な実施に疑義が生じた場合等の情報提供を受け付けるための窓口の設置
- 医薬品安全管理責任者による医薬品情報の整理、周知及び周知状況の確認並びに適応外、禁忌等の処方に係る確認及び必要な指導(実施状況を確認する担当者の指名)
- 管理者の医療安全管理経験の要件化及び管理者、医療安全管理責任者等によるマネジメント層向け研修の受講
- 監査委員会(委員は三人以上、委員長及び委員の半数を超える数は当該病院と利害関係のない者)による外部監査(結果については公表)
- 特定機能病院間相互のピアレビュー(管理者は年に1回以上、他の特定機能病院に職員を立ち入らせて助言を行うと共に、他の特定機能病院からの職員の立入りと助言を受ける)
- インフォームド・コンセントに係る責任者の配置、実施状況の確認等
- 診療録の確認等の責任者の配置、診療録の記載内容の確認等
- 高難度新規医療技術の提供の適否等を決定する部門の設置、規程の作成及び当該部門による規程の遵守状況の確認等(未承認新規医薬品等も同様とする)
- 職員研修の実施(安全管理に係る事項、監査委員会からの意見に関する事項等)

—— 下線は人員配置に関する要件 * (専従とは就業時間の8割以上を当該業務に従事する常勤職員)

特定機能病院における医療安全対策強化のための承認要件の見直しについて(主なもの)



がん診療連携拠点病院等における医療安全に係る課題

がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針(H26年1月)に、医療安全に関する具体的な要件は無い。

特定機能病院の承認要件と同様に、がん診療連携拠点病院においても、医療安全に関する項目を定めてはどうか。



がん診療連携拠点病院が担う機能を踏まえ、拠点病院に必要な医療安全の項目について、特定機能病院の承認要件を参考にしつつご議論頂きたい。

- ・がん診療連携拠点病院に必要な医療安全の項目とはどのようなものか。
- ・特定機能病院の要件と同等の医療安全の要件を求めるべきか。
- ・特定機能病院の承認要件に示されているもの以外に必要な医療安全の項目はあるか。
- ・都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院の要件は同様に良いのか、もしくは分けるべきか。

長崎県での地域医療構想について

各構想区域における4機能ごとの病床の必要量

都道府県	構想区域	病床の必要量					(参考)平成27年度病床機能報告			
		高度急性期	急性期	回復期	慢性期	パターン	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
高知	中央	834	2065	2493	3370	C	889	4224	1308	5674
	高幡	0	265	227	269	C	0	299	88	419
	幡多	6	331	361	402	C	6	669	204	554
福岡	福岡・糸島	2958	7751	6235	4032	B	4476	7081	2581	5158
	粕屋	219	777	1333	1077	B	76	1395	184	2044
	宗像	82	458	679	460	B	14	692	228	798
	筑紫	409	1274	1499	922	B	391	1600	414	1432
	朝倉	62	364	462	302	B	6	477	128	524
	久留米	849	2095	1939	1203	B	1184	2897	765	2601
	八女・筑後	148	668	627	365	B	4	916	386	571
	有明	172	812	1216	1263	C	78	1833	593	2049
	飯塚	304	862	661	653	C	128	1723	557	814
	直方・鞍手	51	294	471	378	C	0	565	210	475
	田川	61	290	473	302	B	24	799	165	386
	北九州	1883	5296	4825	4062	C	1669	7357	2414	5569
京築	119	373	703	610	C	78	632	231	919	
佐賀	中部	372	1168	1430	855	B	103	2663	763	1361
	東部	31	286	472	559	B	0	441	173	744
	北部	101	378	269	437	C	15	726	223	708
	西部	32	171	244	272	C	0	498	158	451
	南部	161	635	684	521	C	440	1087	238	1046
長崎	長崎	651	2437	2537	1776	C	902	3839	1168	2488
	佐世保県北	319	1086	1242	864	C	341	2421	718	1505
	県央	359	1063	993	1145	B	384	1799	496	1791
	県南	96	491	475	373	C	16	873	432	647

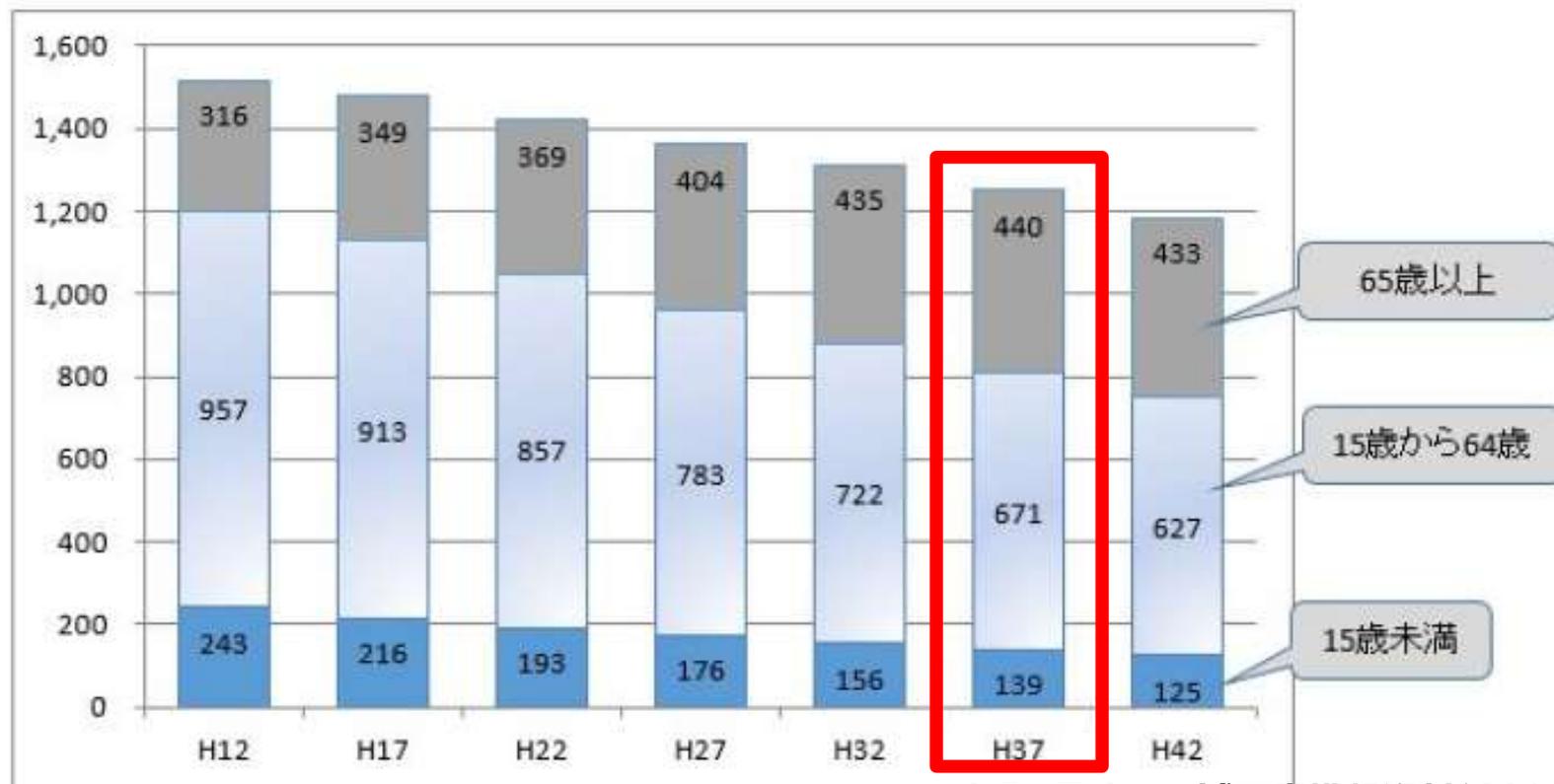
各構想区域における4機能ごとの病床の必要量

都道府県	構想区域	病床の必要量					(参考) 平成27年度病床機能報告			
		高度急性期	急性期	回復期	慢性期	パターン	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
長崎	五島	18	116	154	49	B	0	407	17	92
	上五島	0	51	54	25	B	0	149	0	50
	壱岐	0	74	94	97	C	0	209	43	208
	対馬	14	82	111	16	B	0	222	60	0
熊本	熊本・上益城	1376	3565	4232	2646	B	2478	5153	2505	4724
	宇城	25	214	356	402	C	0	560	184	744
	有明	83	359	399	455	C	18	818	466	787
	鹿本	33	147	207	99	C	6	373	151	298
	菊池	64	453	578	589	B	0	987	425	1662
	阿蘇	20	119	110	198	C	0	364	94	412
	八代	113	440	419	382	C	60	1140	289	628
	芦北	35	160	199	352	C	0	495	191	717
	球磨 天草	67 59	240 310	234 316	292 677	C C	8 8	692 930	147 171	586 1444
大分	東部	265	996	1223	793	B	557	1756	732	1307
	中部	759	2545	2571	1463	B	823	4272	1063	1193
	南部	60	305	447	128	B	0	862	136	119
	豊肥	33	177	223	175	B	0	527	113	208
	西部	55	245	369	141	C	6	827	162	183
	北部	123	640	558	355	C	0	1388	339	604
宮崎	宮崎東諸県	558	1602	1324	962	B	707	3021	785	1396
	都城北諸県	218	676	740	279	B	9	1971	311	529
	延岡西臼杵	108	418	522	309	B	41	1123	244	542
	日南串間	37	165	270	407	C	0	703	87	556
	西諸	27	164	399	206	C	0	583	171	428

●背景

- ・団塊の世代が全て75歳以上となる2025年(平成37年)においては、医療や介護が必要な方がますます増加すると予想されています。
- ・人材などの医療資源に限られる中、効率的な医療提供体制を構築することが必要となっています。

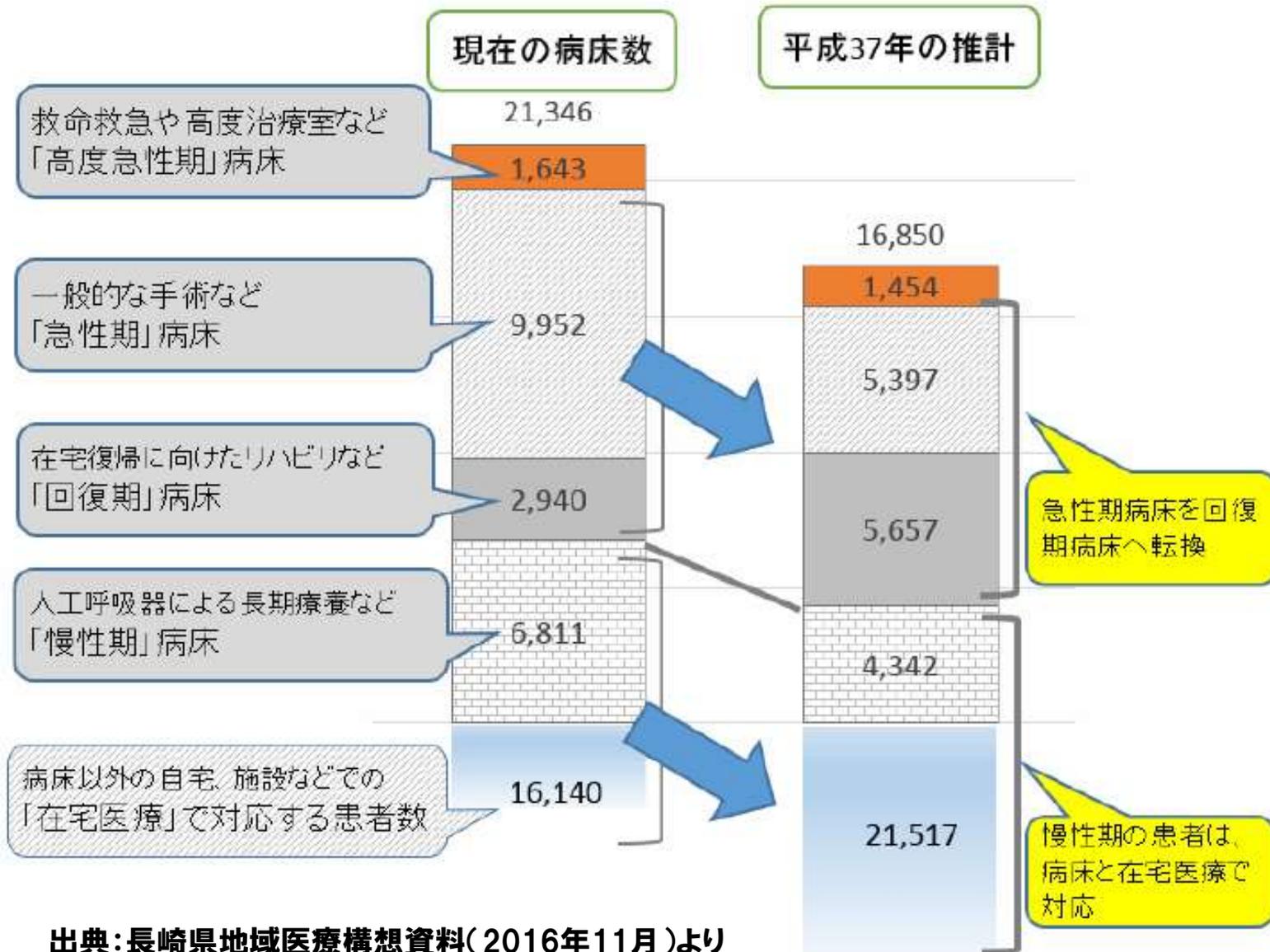
(図) 本県の人口推移 (国勢調査の結果及び国立社会保障・人口問題研究所による将来推計)



● 将来必要となる病床数の推計

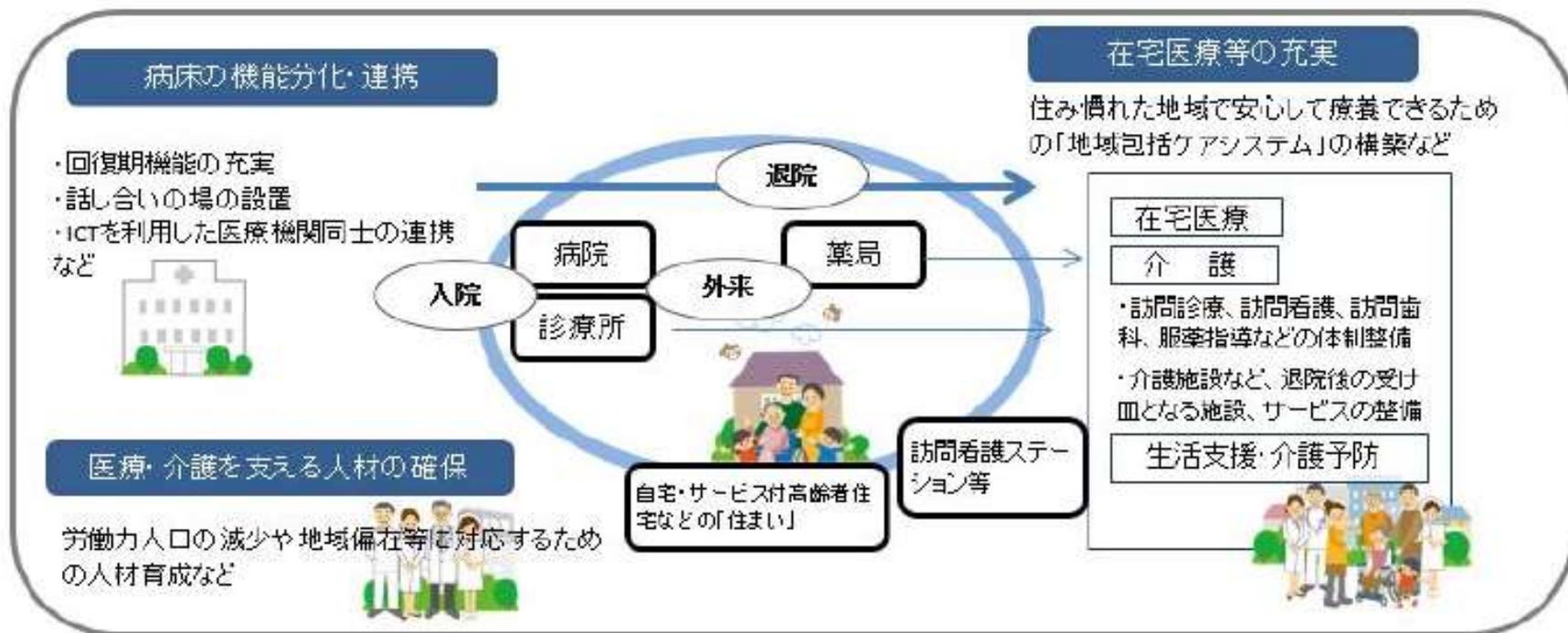
患者の数から、将来必要となる病床数を、分析した患者の実態に応じて機能ごとに推計しました。

(図) 一定の仮定をおいて、患者数から将来の病床数を推計したもの(県全体)



●具体的な施策(主なもの)

- ・「急性期」病床からの転換などにより、リハビリなどを提供する「回復期」の充実を進めます。
- ・退院までのスムーズな流れを作るため、話し合いの場の提供や、ICT の活用などにより、病院や診療所、介護施設などの連携を強化します。
- ・病状の急変などの緊急時に受入れることができる病床や、訪問診療、訪問看護ステーションなどの整備を支援します。
- ・在宅医療に取り組む医師や歯科医師、看護師、薬剤師などの連携のほか、その人材を確保します。



地域医療連携推進法人について

第二 3つのアクションプラン

二. 戦略市場創造プラン

テーマ1：国民の「健康寿命」の延伸

(3) 新たに講ずべき具体的施策

i) 効率的で質の高いサービス提供体制の確立

「地域医療連携推進法人」の呼称に！

① 医療・介護等を一体的に提供する非営利ホールディングカンパニー型法人制度（仮称）の創設

地域内の医療・介護サービス提供者の機能分化や連携の推進等に向けた制度改革を進め、医療、介護サービスの効率化・高度化を図り、地域包括ケアを実現する。

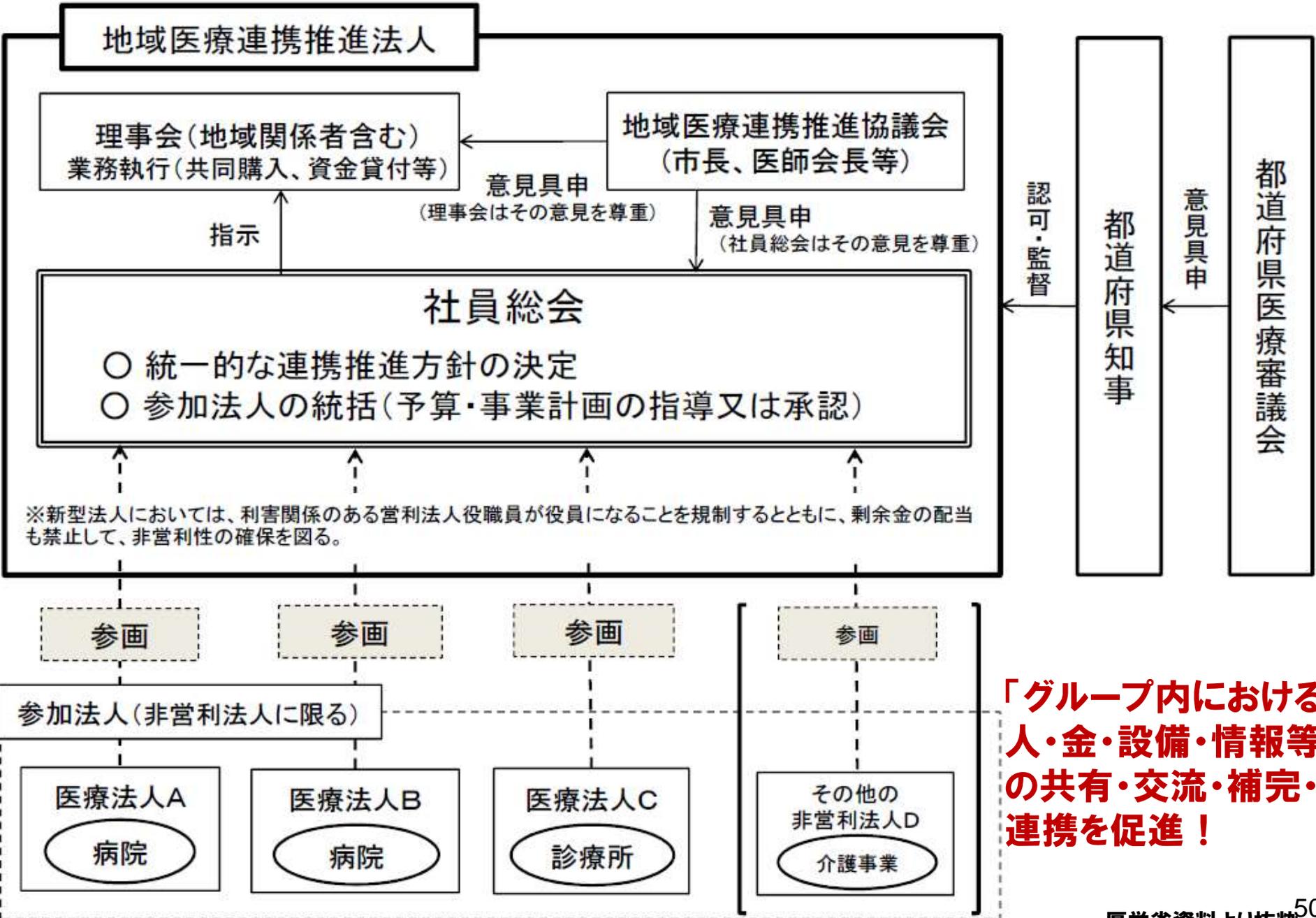
このため、医療法人制度においてその社員に法人になることができることを明確化した上で、複数の医療法人や社会福祉法人等を社員総会等を通じて統括し、一体的な経営を可能とする「非営利ホールディングカンパニー型法人制度（仮称）」を創設する。

その制度設計に当たっては、産業競争力会議医療・介護等分科会中間整理（平成25年12月26日）の趣旨に照らし、当該非営利ホールディングカンパニー型法人（仮称）への多様な非営利法人の参画（自治体、独立行政法人、国立大学法人等を含む）、意思決定方式に係る高い自由度の確保、グループ全体での円滑な資金調達や余裕資金の効率的活用、当該グループと地域包括ケアを担う医療介護事業等を行う営利法人との緊密な連携等を可能とするため、医療法人等の現行規制の緩和を含む措置について検討を進め、年内に結論を得るとともに、制度上の措置を来年中に講ずることを目指す。

さらに、大学附属病院が担っている教育、研究、臨床機能を維持向上するための措置を講ずることを前提に、非営利ホールディングカンパニー型法人制度（仮称）を活用した他の病院との一体的経営実現のために大学附属病院を大学から別法人化できるよう、大学附属病院の教育・研究・臨床機能を確保するための措置の具体的内容、別法人化に向けた必要な制度設計について、非営利ホールディングカンパニー型法人制度（仮称）の検討内容等を踏まえつつ検討を進め、年度内に結論を得るとともに、制度上の措置を来年度中に講ずることを目指す。

あわせて、自治体や独立行政法人等が設置する公的病院が非営利ホールディングカンパニー型法人制度（仮称）に参画することができるよう、必要な制度措置等について検討する。

地域医療連携推進法人制度(仮称)の仕組み(案)



※新型法人においては、利害関係のある営利法人役職員が役員になることを規制するとともに、剰余金の配当も禁止して、非営利性の確保を図る。

地域医療連携推進法人制度について(概要)

- ・医療機関相互間の機能分担及び業務の連携を推進し、地域医療構想を達成するための一つの選択肢としての、新たな法人の認定制度
- ・複数の医療機関等が法人に参画することにより、競争よりも協調を進め、地域において質が高く効率的な医療提供体制を確保

地域医療連携推進法人

理事会
(理事3名以上及び
監事1名以上)

連携法人の業務を執行

社員総会
(連携法人に関する
事項の決議)

意見具申
(社員総会は意見を尊重)

**地域医療連携
推進評議会**

認定
監督
都道府県知事

- 医療連携推進区域(原則地域医療構想区域内)を定め、区域内の病院等の連携推進の方針(医療連携推進方針)を決定
- 医療連携推進業務等の実施 診療科(病床)再編(病床特例の適用)、医師等の共同研修、医薬品等の共同購入、参加法人への資金貸付(基金造成を含む)、連携法人が議決権の全てを保有する関連事業者への出資等
- 参加法人の統括(参加法人の予算・事業計画等へ意見を述べる)

参画(社員)

参画(社員)

参画(社員)

参画(社員)

参加法人

(非営利で病院等の運営又は地域包括ケアに関する事業を行う法人)

(例)医療法人A

病院

(例)公益法人B

診療所

(例)NPO法人C

介護事業所

- ・区域内の個人開業医
- ・区域内の医療従事者養成機関
- ・関係自治体 等

- 一般社団法人のうち、地域における医療機関等相互間の機能分担や業務の連携を推進することを主たる目的とする法人として、医療法に定められた基準を満たすものを都道府県知事が認定
(認定基準の例)

- ・ 病院、診療所、介護老人保健施設のいずれかを運営する法人が2以上参加すること
- ・ 医師会、患者団体その他で構成される地域医療連携推進評議会を法人内に置いていること
- ・ 参加法人が重要事項を決定するに当たっては、地域医療連携推進法人に意見を求めることを定款で定めていること

地域医療連携推進法人制度創設の効果・メリット

◇地域医療連携推進法人化のメリット(法人間の業務の継続、意思決定の継続、資産保有の継続)

1. 法制度上のメリット

(1) **病床融通**…病床過剰地域においても、地域医療構想の達成のために必要な病床融通を、参加法人間で行うことを可能とする

【現行制度上の扱い】

- ・病床の地理的偏在を是正するため、都道府県は、各医療圏の基準病床数を算定し、医療計画に規定
- ・病床過剰地域では、病床再編に伴い、地域全体の病床数が増加しない場合にも、病床の融通を行うことは認められない

(2) **資金貸付**…参加法人に対する資金貸付を可能とする

【現行制度上の扱い】

- ・医療法人は、医療法上、剰余金の配当が禁じられており、剰余金の貸付は、原則として認めない取扱い

2. 法人運営上のメリット（医療連携推進業務の一例）

(3) **患者紹介・逆紹介の円滑化**…カルテの統一化、重複検査の防止、スムーズな転院

(4) **医薬品・医療機器等の共同購入**…経営効率の向上

(5) **医師・医療機器の再配置**…法人内の病院間での適正配置

医療法の一部を改正する法律の施行スケジュール等について

施行スケジュール

- ・ 平成27年4月3日 ……改正医療法案 閣議決定
- ・ 平成27年夏 ……国会審議
- ・ 平成27年9月28日 ……改正医療法 公布
- ・ 平成28年3月～4月[※]政省令等公布、9月[※]施行を念頭において検討中
 - ※公布の日から1年を超えない範囲内において施行: 28年9月27日まで
 - ……改正医療法 第1段階施行(医療法人制度の見直し関係(医療法人のガバナンス関係・分割関係・社会医療法人の認定要件の見直し関係))
(医療法施行令、医療法施行規則等の改正・公布)
- ・ 平成28年10月～12月[※]政省令等公布、29年4月[※]施行を念頭において検討中
 - ※公布の日から2年を超えない範囲内において施行: 29年9月27日まで
 - ……改正医療法 第2段階施行
(地域医療連携推進法人制度の創設関係・外部監査関係)
※外部監査関係の省令等は平成28年3～4月[※]公布
(医療法施行令、医療法施行規則等の改正・公布)

説明会開催状況

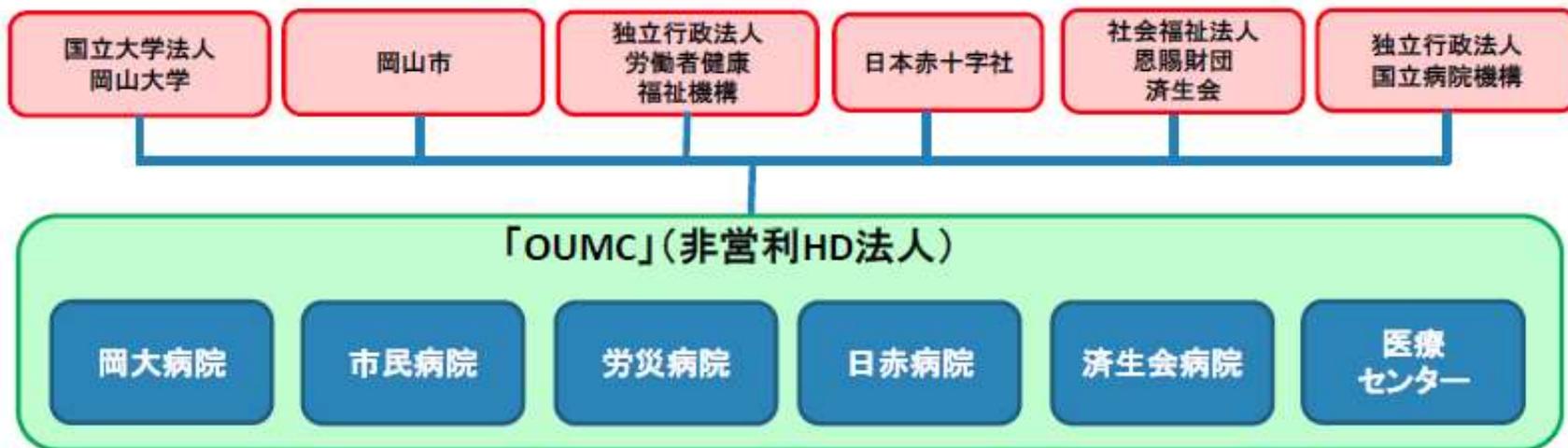
- ・ 平成27年7月～10月 ……各ブロック^{※1}で実施
 - ・ 平成27年12月～平成28年2月 ……各ブロック^{※2}で実施
 - ・ 医療関係団体主催の講演会等 ……30回 (27年4月以降)
- ^{※1} 仙台、さいたま、名古屋、大阪、広島、福岡
^{※2} 12月～1月 大阪、仙台、広島
 今後2月まで さいたま、名古屋、福岡

(参考) 岡山大学メディカルセンター (OUMC) 設立手順の一例

①法人設立



③各主体がOUMCに参画(各病院の提供・社員承認)



45国立大学と附属大学病院の分離、及び、近隣国立病院と統合=経営の効率化・競争力UP

地域医療連携推進法人制度の活用による医療機関等の連携を検討している事例

大規模病院間の連携

検討区域：岡山県岡山市

参加法人：岡山大学病院（850床）、岡山市民病院（400床）、岡山医療センター（609床）、岡山労災病院（358床）、岡山日赤病院（500床）、岡山済生会病院（553床）

- ・医療教育や臨床研究、情報連携等の分野から連携を開始。
- ・将来的には大規模かつ質の高い医療・研究・教育事業体の構築を目指す。
- ・岡山市を、医療産業が集積する医療産業都市にすることを目標とする。

中規模病院間の連携

検討区域：岡山県真庭市

参加法人：金田病院（172床）、落合病院（173床）

- ・従来、2病院間で診療科目の分担、医療機器の融通、患者の相互紹介等を実現。
- ・今後、訪問看護事業所等の一体化、医師・看護師等の相互交流等を進め、継続的な医療提供を目指す。

統合再編成を目指した病院間の連携

検討区域：兵庫県姫路市

参加法人：県立姫路循環器病センター（350床）、製鉄記念広畑病院（392床）

- ・新病院開設までの間、姫路循環器病センターと広畑病院の両病院相互間の機能の分担及び業務の連携を推進することにより、統合再編を円滑に行い、中播磨・西播磨圏域において質の高い効率的な医療提供体制を確保する。

地方独法病院を中心に民間の病院や介護施設を含めた連携

検討区域：山形県酒田市

参加法人：日本海総合病院（646床）、本間病院（52床）、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、訪問看護ステーション 等

- ・医薬品の共同購入、高額医療機器の共同利用、患者の紹介・逆紹介等から連携を開始。
- ・急性期医療から在宅介護までの供給バランスを最適化することによって、地域完結型の医療・介護提供体制の構築を目指す。

治療分野の異なるがん治療を主とする病院間の連携

検討区域：鹿児島県鹿児島市

参加法人：相良病院（81床）、新村病院（40床）

- ・既に業務提携を結び、高額医療機器の共同利用や薬剤の共同購入等の取組を開始。今後、患者の相互紹介等を通じて両病院の専門性を高める。
- ・地域医療連携推進法人により本部機能の統一を行い、ブランド力の向上による両病院の経営力強化を図る。

地域の多数の診療所の連携

検討区域：鹿児島県大島郡瀬戸内町・宇検村

参加法人：瀬戸内町へき地診療所、いづはら医院 等

- ・夜間診療体制の整備や総合医研修制度の確立、遠隔診療の実施、近隣離島への医師派遣や医療従事者の相互交流等を段階的に進める。
- ・最終的に、地域の全医療機関が参加し、地域完結型の医療提供体制を整えることを目指す。

平成28年度診療報酬改定の概要

厚生労働省の診療報酬改定に対する視点

効率性
有効性
適正配置
！政策誘導！

厚生労働省の新たな視点・今後の検討課題

- **高性能機器／高額機器に関する評価のあり方**
 - ・ **イノベーションの評価**
 - ・ **費用対効果**
 - ・ **適正配置／共同利用**
- **診療実態や特性に応じた評価の導入**
 - ・ **照射単位の評価と包括評価**
 - ・ **適切な診療コストの反映**
- **質の高い診療へのインセンティブ**
 - ・ **適切な保守管理／被ばく管理の推進**
 - ・ **高い専門性の評価のあり方**
 - ・ **チーム医療の推進**

出典：厚生労働省保険局医療課資料より

2016年度診療報酬改定率

2015年12月18日

ネット改定率 ▲0.84%

実質▲0.84%+▲0.19%=▲1.03%

*ネット改定率は2回連続マイナス

診療報酬本体 +0.49%

医科 +0.56%

歯科 +0.61%

調剤 +0.17%

薬価・材料価格 ▲1.33%

薬価 ▲1.22%

材料 ▲0.11%

*上記のほか、**市場拡大再算定による薬価の見直しにより、▲0.19%**・年間販売額が極めて大きい品目に対応する市場拡大再算定の特例の実施により、▲0.28%

*なお、上記のほか、新規収載された後発医薬品の価格の引下げ、長期収載品の特例的引下げの置き換え率の基準の見直し、いわゆる大型門前薬局等に対する評価の適正化、入院医療において食事として提供される経腸栄養用製品に係る入院時食事療養費等の適正化、医薬品の適正使用等の観点等からの1処方当たりの湿布薬の枚数制限、費用対効果の低下した歯科材料の適正化の措置を講ずる。

今までの診療報酬改定率について

年度	診療報酬	薬価基準	全体
	本体		
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%
2000	1.90%	-1.70%	0.20%
2002	-1.30%	-1.40%	-2.70%
2004	0.00%	-1.00%	-1.00%
2006	-1.36%	-1.80%	-3.16%
2008	0.38%	-1.20%	-0.82%
2010	1.55%	-1.36%	0.19%
2012	1.38%	-1.38%	0.00%
2014	0.73%	-0.63%	0.10%
2016	0.49%	-1.33%	-0.84%

*全体改定率の枠
 水色がプラス改定
 ピンク色がマイナス改定

←被用者本人負担が2割に！
 （3割負担は2003年～）

←介護保険の導入！

←史上初の診療報酬本体・薬価
 の同時マイナス改定！

←大幅マイナス改定！

←10年ぶりのプラス改定！

←僅かながらプラス改定！

←消費税対応分あり(実質-1.26%)

←実質2回連続マイナス改定

画像診断・放射線治療関連

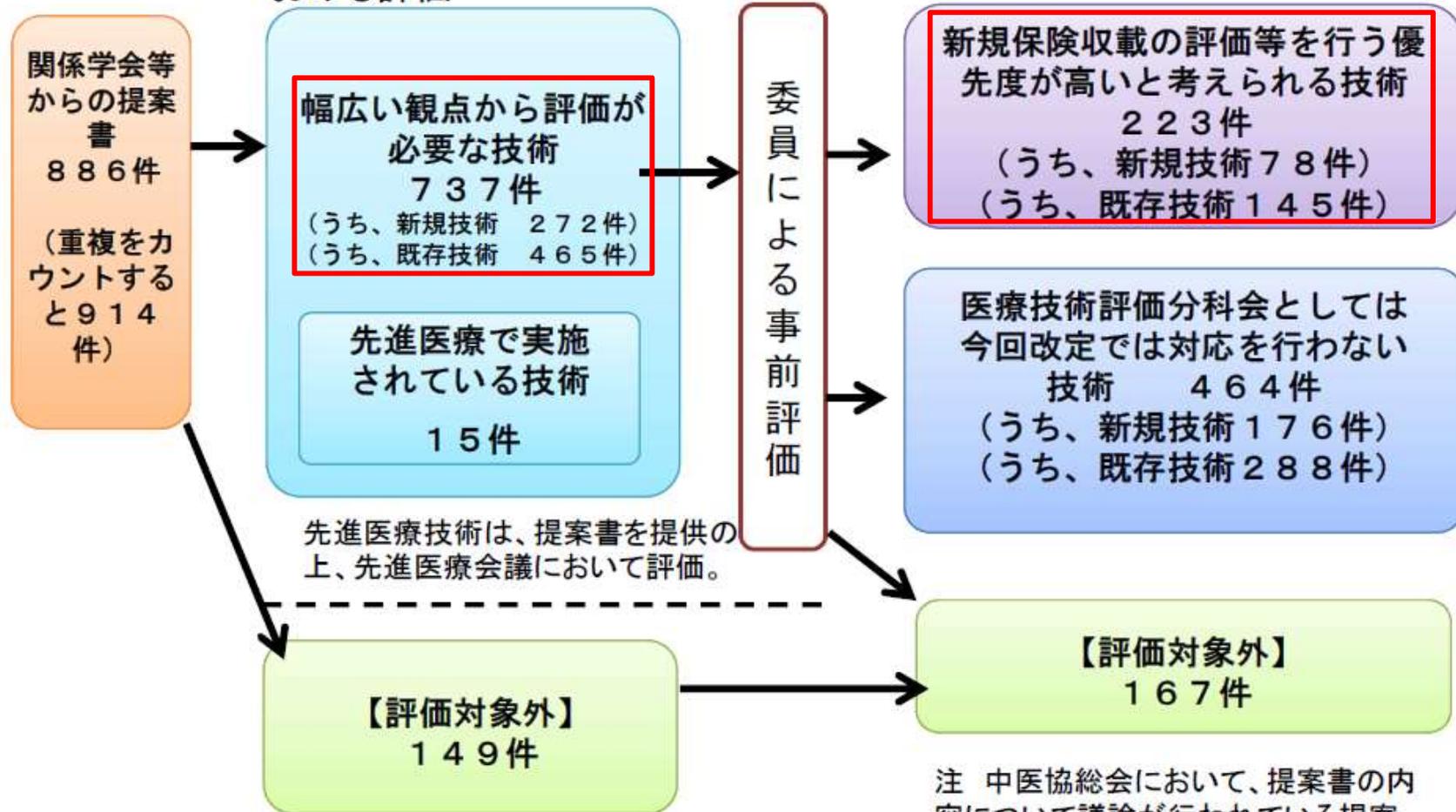
画像診断

名称	施設基準の概要	届出医療機関数 (上段：病院数／下段：診療所数)			
		平成25年	平成26年	平成27年	
画像診断管理加算	<ul style="list-style-type: none"> 放射線科を標榜する医療機関 画像診断を専ら担当する常勤医師の配置 画像診断を専ら担当する常勤医師により、すべての核医学診断、コンピュータ断層診断について画像情報等の管理等に依りて1及び2に区分 	1	737 210	688 202	678 205
		2	1,056 0	1,040 0	1,036 0
遠隔画像診断	(送信側) ・ 離島等に所在する保険医療機関 ・ 画像の撮影及び送受信を行うにつき十分な機器、施設 等 (受信側) ・ 画像診断を専ら担当する常勤医師の配置 ・ 遠隔画像診断を行うにつき十分な体制を整備した病院 等	送信側	233 103	230 114	207 121
		受信側	157 -	104 -	107 -
ポジトロン断層撮影	<ul style="list-style-type: none"> 画像診断を担当する常勤医師の配置 断層撮影を行うにつき十分な機器、施設 等 (共同利用率が20%未満の場合、所定点数の80%で算定) 		181 51	198 43	205 43
ポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影 (PET-CT)	<ul style="list-style-type: none"> 画像診断を担当する常勤医師の配置 断層撮影を行うにつき十分な機器、施設 等 (共同利用率が20%未満の場合、所定点数の80%で算定) 		248 57	269 52	282 54
CT撮影	<ul style="list-style-type: none"> 当該撮影を行うにつき十分な機器及び設備 等 		5,340 2,323	5,670 2,822	5,539 3,122
			2,592 527	2,751 603	548 407
MRI撮影	<ul style="list-style-type: none"> 当該撮影を行うにつき十分な機器及び設備 等 		875 8	962 12	996 12
			138	142	145
冠動脈CT撮影加算	<ul style="list-style-type: none"> 画像診断を専ら担当する常勤医師の配置 当該撮影を行うにつき十分な機器、施設 等 		891 6	852 9	877 9
外傷全身CT加算	<ul style="list-style-type: none"> 画像診断を専ら担当する常勤医師の配置 当該撮影を行うにつき十分な機器、施設 等 	(病院数)	(病院数)	(病院数)	
心臓MRI撮影加算	<ul style="list-style-type: none"> 画像診断を専ら担当する常勤医師の配置 当該撮影を行うにつき十分な機器、施設 等 		891 6	852 9	877 9

平成27年度 医療技術の評価について(案)(概要)

平成27年度第一回
医療技術評価分科会に
おける評価

医療技術評価分科会における評価
のとりまとめ



注 中医協総会において、提案書の内容について議論が行われている提案が別途29件あり。

① 新規保険収載等の評価を行う優先度が高いと考えられる技術（223件）

未・既区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	評価(案)	ページ番号
未	215102	超音波エラストグラフィ	日本肝臓学会	評価すべき医学的な有用性が示されている。	58
既	262201	経皮的動脈弁置換術	日本循環器学会	評価すべき医学的な有用性が示されている。	492
既	275202	光トポグラフィ検査2「抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用するもの」の増点と施設基準の見直し	日本精神神経学会	提案の一部について評価すべき医学的な有用性が示されている。	656
既	293202	経皮的脳血栓回収術	一般社団法人日本脳卒中学会	評価すべき医学的な有用性が示されている。	835
未	301101	先進画像加算：乳腺悪性腫瘍術前MR	日本医学放射線学会	評価すべき医学的な有用性が示されている。	878
未	323102	腹部大動脈瘤ステントグラフト内挿術に伴う内腸骨動脈塞栓術	日本血管外科学会	提案の一部について評価すべき医学的な有用性が示されている。	1236
未	323103	胸部大動脈瘤ステントグラフト内挿術に伴う鎖骨窩動脈塞栓術	日本血管外科学会	提案の一部について評価すべき医学的な有用性が示されている。	1240
未	323104	胸部大動脈瘤ステントグラフト内挿術に伴うバイパス手術	日本血管外科学会	評価すべき医学的な有用性が示されている。	1244

② 医療技術評価分科会としては、今回改定では対応を行わない技術(464件)

未・既区分	整理番号	申請技術名	申請団体名	評価(案)	ページ番号
未	211101	ポジトロン断層撮影(アミロイドイメージング)	一般社団法人日本核医学会	評価すべき医学的な有用性が十分に示されていない。	33
既	211201	ポジトロン断層撮影 3 13N標識アンモニア剤を用いた場合(一連の検査につき)	一般社団法人日本核医学会	再評価すべき医学的な有用性が十分に示されていない。	38
既	293203	脳CT血管撮影	一般社団法人 日本脳卒中学会	別途評価を行う根拠が十分に示されていない。	838
未	310103	電子画像精度管理料	日本眼科医会	別途評価を行う根拠が十分に示されていない。	1011
既	314202	画像等手術支援加算(腹腔鏡下脾臓摘出術)	日本肝胆膵外科学会	評価すべき医学的な有用性が十分に示されていない。	1088
既	314203	画像等手術支援加算(腹腔鏡下胆嚢摘出術)	日本肝胆膵外科学会	評価すべき医学的な有用性が十分に示されていない。	1091
既	319201	画像等手術支援加算 実物大臓器立体モデルによるもの	日本形成外科学会	評価すべき医学的な有用性が十分に示されていない。	1193
既	327201	画像等手術支援加算 ナビゲーションによるもの	日本呼吸器外科学会	再評価すべき医学的な有用性が十分に示されていない。	1279
未	328101	仮想気管支鏡によるナビゲーションシステム	日本呼吸器内視鏡学会	別途評価を行う根拠が十分に示されていない。	1303
未	329103	コンピューター支援骨形態制御手術	日本骨折治療学会	評価すべき医学的な有用性が十分に示されていない。	1330

医療技術評価提案書(医学会提出内容) —CT撮影の見直し—

医療技術再評価提案書 (保険既収載技術用)

※ 4ページを上限として記載する。なお、印刷4ページで収まる範囲内で各行の幅は自由に変更してよい。

※ 提出前に印刷プレビューで確認し、切れることなく全体が表示されることを確認すること。

※ 各項目のポイントを簡潔に記載すること。

※ 技術の概要を平易な用語や図表を用いて、A4用紙1枚でまとめた資料を添付すること。(省略可。ただし事務局から求めがあった場合は作成すること。)

※ 本紙に既に記載されている内容を変更することなく、空欄を埋める形で記載すること。欄外には記載しないこと。

※ 必要があれば、海外のデータを用いることも可能。

整理番号	301202		
申請技術名	コンピューター断層撮影(CT撮影)の見直し		
申請団体名	日本医学放射線学会		
診療報酬区分	E 画像診断		
診療報酬番号	E200		
再評価区分(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 1-A 算定要件の拡大(適応疾患等の拡大) <input type="checkbox"/> 1-B 算定要件の拡大(施設基準) <input type="checkbox"/> 1-C 算定要件の拡大(回数制限)	<input checked="" type="checkbox"/> 2-A 点数の見直し(増点) <input type="checkbox"/> 2-B 点数の見直し(減点) <input type="checkbox"/> 3 項目設定の見直し	<input type="checkbox"/> 4 保険収載の廃止 <input type="checkbox"/> 5 新規特定保険医療材料等に係る点数 <input type="checkbox"/> 6 その他(1~5のいずれも該当しない)
	<div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;"> 「6 その他」を選んだ場合に記載 </div> 特になし		
提案の概要	最新の装置である64列以上のCT装置は、その技術進歩に伴って短時間で多くの画像データが得られるようになり、これによって得られる画像は治療方針の決定に重要な画像情報を提供している。さらに、128列から320列といった撮像範囲の広いCT装置が開発され、生理的な病態の評価を可能とし、新たな機能画像として臨床に貢献している。その高い技術力と临床上の有用性から撮像料の増点を要望する。		

【評価項目】

<p>①現在の診療報酬上の取扱い</p> <ul style="list-style-type: none"> 対象とする患者 技術内容 点数や算定の留意事項 	<p>CTの撮像料は画像診断管理加算2を満たした場合に64列以上の装置では1000点が算定されている。これにコンピューター断層診断料450点、画像診断管理加算180点、電子画像管理加算120点を合わせて、1750点が検査の点数となる。 64列以上のCT装置は、高い診断技術を有する放射線科医によって精度の高い臨床画像を提供することができる。</p>
<p>②再評価すべき具体的な内容 (根拠、有効性を以下の欄に必ず記載する)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・要望点数(①+②) = 撮像料の50点の増点 ①外保連試算点数: 3893.2点から8307.1点 ②別途請求が認められていない必要材料と価格(定価): 該当なし ・外保連試算2014掲載ページ: 366-370 ・外保連試算ID(連番): 41-7151から41-7802 ・技術度: D 医師(術者含む): 2名 看護師: 1 診療放射線技師: 2名 所要時間(分): 15-20分 ・現行医科点数体系を鑑み50点の増点を要望する。
<p>点数等の見直しの場合</p>	<p>見直し前 1,000 見直し後 1,050</p>
<p>再評価の根拠・有効性</p> <ul style="list-style-type: none"> ・治癒率、死亡率、QOLの改善等 ・学会のガイドライン等 	<p>64列以上のCT装置の有用性は確立されている。さらに、近年臨床に導入し始めた128列、320列等のCT装置は広い検出器幅を用いて連続撮像が可能となり、心臓や中枢神経領域の循環動態などの評価を可能とし、その有用性が報告されている。</p>
<p>③普及性の変化 ※下記のように推定した根拠</p>	<p>平成26年度64列以上の装置台数は約2700台が導入されている(新医療2014年11月号から)。導入実績は700台/年と推定し、平成28年度は約4000台が導入されているものと推定される。国立大学放射線科調べでは一日あたり平均30件、250日稼働と算定。平成23年度社会診療医療行為別調査では画像診断管理加算2を算定できる施設は60%である。</p>
<p>・年間対象患者数の変化</p>	<p>前の人数(人) 14850千人=3400台数X30件数/日X250日X0.6管理診断加算率 後の人数(人) 18450千人=4100X30X250X0.6</p>
<p>・年間実施回数の変化等</p>	<p>前の回数(回) 15300千回 後の回数(回) 18450千回</p>
<p>④技術の成熟度</p> <ul style="list-style-type: none"> ・学会等における位置づけ ・難易度(専門性等) 	<p>64列CT以上のCT装置では、検査時間の短縮による患者負担の軽減、時間短縮による心電図同期検査や動態検査の画質向上、空間分解能向上により三次元画像のルーチン化が可能となる。また最新の技術である低線量撮像が行える利点がある単位容積あたりの被ばく量の低減が得られる。画像解析には熟練した放射線診断医が高精度のワークステーションを用いて専門的に解析を行うことが必要となる。</p>
<p>・施設基準 (技術の専門性等を踏まえ、必要と考えられる要件を、項目毎に記載すること)</p>	<p>施設の要件 (標榜科、手術件数、検査や手術の体制等) 画像診断管理加算2を算定している施設</p> <p>人的配置の要件 (医師、看護師等の職種や人数、専門性や経験年数等) 画像診断管理加算2を算定要件</p> <p>その他 (遵守すべきガイドライン等その他の要件) 画像診断ガイドライン2013年度版(日本医学放射線学会)</p>

⑤安全性 ・副作用等のリスクの内容と頻度	64列以上のCTは被ばく低減に関する新しい撮像技術が導入され、従来のCT装置より被ばくが少なく、また短時間で撮像できることから造影剤量も軽減できる。画像管理加算2の施設では放射線科医が造影検査や被ばくの管理を行っている。
⑥倫理性・社会的妥当性 (問題点があれば記載)	倫理性、社会的妥当性に問題はない。
⑦予想される医療費へ影響(年間) (影響額算出の根拠を記載する。) ・予想される当該技術に係る医療費 ・当該技術の保険収載に伴い減少又は増加すると予想される医療費	<p>プラス又はマイナス 金額(円)</p> <p>+</p> <p>9225百万円</p> <p>増点した場合に予想される当該技術にかかる医療費</p> <p>50点(増点分)X18450千回(年間検査件数)=922.5百万点</p> <p>増点しない場合に予想される当該技術にかかる医療費</p> <p>詳細な推定が難しいが、64列のCT装置が普及することで、脳血管造影、冠動脈造影、大動脈造影などの侵襲の高い血管造影検査がCT血管造影検査に置き換わり、この分の医療費が軽減されていると考えられる。</p>
⑧関連して減点や削除が可能と考えられる医療技術	<p>区分</p> <p>E 画像診断</p> <p>番号</p> <p>E202</p> <p>技術名</p> <p>16列未満、4列以下の撮像料</p>
⑨算定要件の見直し等によって、新たに使用される医薬品・医療機器又は体外診断薬	1. あり(別紙に記載、添付文書を添付する)
⑩その他	特記事項なし。
⑪当該申請団体以外の関係学会、代表的研究者等	特になし

**交換条件として 評価にあたって減点や削除が可能な医療技術として
16列未満、4列以下の撮像料を対象にあげています。**

しかし、地域医療全体での適正配置や連携の観点から考えたときに

本当にこれらは削除・減点対象の技術なのでしょうか？

放射線撮影等の適正な評価

E200 コンピューター断層撮影(CT撮影)(一連につき)

改定前	改定後
<p>【コンピューター断層撮影】 CT撮影 イ 64列以上のマルチスライス型の機器の場合 1,000点 （新設） （新設）</p> <p>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</p> <p>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 770点 ニ イ、ロ、ハ以外の場合 580点</p> <p>【注の追加】</p>	<p>【コンピューター断層撮影】 CT撮影 イ 64列以上のマルチスライス型の機器の場合 (1) <u>施設共同利用において行われる場合 1,020点</u> (2) <u>その他の場合 1,000点</u></p> <p>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</p> <p>ハ <u>4列以上16列未満</u>のマルチスライス型の機器による場合 <u>750点</u> ニ イ、ロ、ハ以外の場合（<u>4列未満</u>） <u>560点</u></p> <p>【注の追加】 注8 CT撮影のイの(1)については、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局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合又は診断撮影機器での撮影を目的として別の保険医療機関に依頼し行われる場合に限り算定する。</p>

新

改

放射線撮影等の適正な評価

E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)(一連につき)

改定前	改定後
<p>【磁気共鳴コンピューター断層撮影】</p> <p>1. 3テスラ以上の機器による場合 1,600点 (新設) (新設)</p> <p>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</p> <p>3. 1、2以外の場合 920点</p> <p>【注の追加】</p>	<p>【磁気共鳴コンピューター断層撮影】</p> <p>1. 3テスラ以上の機器による場合 イ 施設共同利用において行われる場合 1,620点 ロ その他の場合 1,600点</p> <p>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</p> <p>3. 1、2以外の場合 900点</p> <p>【注の追加】</p> <p>注5 MRI撮影について、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、乳房のMRI撮影を行った場合は、乳房MRI撮影加算として、100点を所定点数に加算する。</p> <p>注6 MRI撮影の1のイについては、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局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合又は診断撮影機器での撮影を目的として別の保険医療機関に依頼し行われる場合に限り算定する。</p>

新

改

新

施設(機器)の共同利用による診療報酬請求について

検査依頼側施設 (A)



画像検査のみを依頼
(A側で検査料・診断料を請求)
A医療機関で高度な診断可能?

画像検査と画像読影も依頼
(B側で初再診料・検査料・診断料・
診療情報提供料等の請求可)
(施設の共同利用の計算に含める?)

転医目的の入院患者・外来患者
(施設の共同利用率に含まれない)

特別の関係にある医療機関の患者
(施設の共同利用率に含まれない)

検査実施側施設 (B)



64列以上CT検査

3T以上MRI検査

PET検査

* 転医目的の紹介患者の場合や特別の関係にある医療機関間の場合は
共同利用率の計算から除外!

* PET検査については特定機能病院、がん診療連携拠点病院、
高度専門医療研究センターは共同利用の計算が不要!

「特別の関係にある」とは、

当該医療機関と他の医療機関等との間に、以下の関係がある場合を言います。

- ・開設者が同一、
- ・代表者が同一、
- ・代表者がその親族等の場合、
- ・理事・監事・評議員・その他役員が10分の3を超える場合、
- ・上記に準じて経営方針に重大な影響力を持つ場合を指します。

なお、「他の保険医療機関等」とは病院、診療所、介護老人保健施設、指定訪問看護事業者をいいます。

また、「親族等」とは親族関係以外に、事実上の婚姻関係と同等の場合、使用人及び使用人以外での者で当該役員等から受ける金銭その他の財産によって生計を維持している者をいいます。

平成28年度診療報酬改定『Q & A』(その1)

2016/3/5日本医師会

※本件についてはすべて厚生労働省当局に確認済みのものである。

[E200コンピューター断層撮影・E202磁気共鳴コンピューター断層撮影]

Q. 64列以上のマルチスライスCTまたは3テスラ以上のMRI撮影の場合について、別に厚生労働大臣が定める施設基準で、当該医療機関において、「画像診断機器の施設共同利用率について計算式により算出した数値が100分の10以上」とあるが、施設共同利用率とはどのように算出するのか？

A. 以下で算出する。

①保有する全ての当該撮影に係る機器を使用した全患者数

②当該撮影の共同利用を目的として他の保険医療機関から検査を依頼された紹介患者数

③特別の関係にある保険医療機関間での紹介の場合及び画像の撮影を実施する保険医療機関へ転医目的で紹介された場合に該当する患者数

④施設共同利用率 = $(② - ③) / (① - ③) \times 100 = \quad \%$

Q. 「診断撮影機器での撮影を目的として別の保険医療機関に依頼する」場合には、診療情報提供書を添えて、別の保険医療機関での診療のために紹介を行った場合や画像診断の判読も含めた依頼の場合は含まれるか？

A. 患者を紹介した場合は含まれない。別の保険医療機関で撮影のみを行い、当該医療機関で診断を行うような場合(単なる撮影機器等の設備の提供)である。

通知文書の修正追加部分

「1」の「イ」の「(1)」については、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のCT装置を使用して撮影が行われる場合、又は診断撮影機器での撮影を目的として別の保険医療機関に依頼し64列以上のマルチスライス型のCT装置を使用して撮影が行われる場合に限り算定する。**

「1」の「イ」については、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テスラ以上のMRI装置を使用して撮影が行われる場合、又は診断撮影機器での撮影を目的として別の保険医療機関に依頼し3テスラ以上のMRI装置を使用して撮影が行われる場合に限り算定する。**

「注5」に規定する**乳房MRI撮影加算**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、触診、エックス線撮影、超音波検査等の検査で乳腺の悪性腫瘍が疑われる患者に対して、手術適応及び術式を決定するために、1.5テスラ以上のMRI装置及び乳房専用撮像コイルを使用して乳房を描出した場合に限り算定する。

施設基準の修正追加部分

乳房MRI撮影加算 100点

第36の1の2

1 乳房MRI撮影加算に関する施設基準

- (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に関する施設基準を満たすこと。
- (3) 関係学会より乳癌の専門的な診療が可能として認定された施設であること。

2 届出に関する事項

乳房MRI撮影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。

<再掲>

「注5」に規定する乳房MRI撮影加算は、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、触診、エックス線撮影、超音波検査等の検査で乳腺の悪性腫瘍が疑われる患者に対して、手術適応及び術式を決定するために、1.5テスラ以上のMRI装置及び乳房専用撮像コイルを使用して乳房を描出した場合に限り算定する。

様式38の続き

4 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		
診療科	常勤医師の氏名	経験年数
		年
5 画像診断管理加算2の施設基準への該当性の有無		
有	.	無
6 救命救急入院料の届出の有無		
有	.	無
7 関係学会より認定された年月日		
平成 年 月 日		

[記載上の注意]

- 1 届出に係る画像診断機器1台につき、本様式による添付書類をそれぞれ作成すること。
- 2 「2」については、機器ごとに記載すること。
- 3 「4」については、CT透視下気管支鏡検査加算を届け出る場合に記載すること。
- 4 「5」については、冠動脈CT撮影加算、心臓MRI加算及び乳房MRI加算を届け出る場合に記載すること。
- 5 「6」については外傷全身CT加算を届け出る場合に記載すること。
- 6 「7」については乳房MRI撮影加算を届け出る場合に記載すること。

**日本乳がん学会認定の
乳がん認定施設の
認定年月日のこと！**

放射線撮影等の適正な評価

2. ポジトロン撮影等について、施設共同利用率の要件を厳格化する。

改定前	改定後
<p>【ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影、乳房用ポジトロン断層撮影】</p> <p>当該撮影に使用する画像診断機器の施設共同利用率について、100分の20以上であること。</p>	<p>【ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影、乳房用ポジトロン断層撮影】</p> <p>当該撮影に使用する画像診断機器の施設共同利用率について、100分の30以上であること。</p>

改

[経過措置]

平成28年3月31日に施設共同利用率の要件を満たしている保険医療機関については、**平成29年3月31日までの間、当該要件を満たしているものとする。**

画像診断管理加算の夜間等における負担軽減

第1 基本的な考え方

画像診断管理加算の算定に当たっては、現行、常勤の医師が保険医療機関において読影する等の要件があるが、当該保険医療機関の常勤の医師が夜間休日にICTを活用して自宅等で読影した場合も、院内での読影に準じて扱うこととする。

第2 具体的な内容

画像診断管理加算1、加算2及び遠隔画像診断における画像診断管理加算について、現行、常勤の医師が保険医療機関において画像診断をすとしていたところを、**当該保険医療機関の常勤の医師が、夜間・休日の緊急時に当該保険医療機関以外の場所で、画像を読影した場合も院内の読影に準じて扱うこととする。**

改定前	改定後
<p>【画像診断管理加算1、加算2及び遠隔画像診断を行った場合の画像診断管理加算】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等に届出を行った保険医療機関において、画像診断を専ら担当する常勤の医師が画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合に加算する。</p> <p>[施設基準等] (新設)</p>	<p>【画像診断管理加算1、加算2及び遠隔画像診断を行った場合の画像診断管理加算】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等に届出を行った保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合に加算する。</p> <p>[施設基準等] 夜間又は休日に撮影された画像について、自宅等当該保険医療機関以外の場所で、画像の読影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で、読影した場合も対象となる。 なお、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たっては安全管理を確実に行った上で実施する必要がある。</p>

新

生体検査、処置及び放射線治療等に係る小児加算の見直し

第1 基本的な考え方

小児医療のさらなる充実を図るため、生体検査、処置、放射線治療等に係る小児加算等の見直しを行う。

第2 具体的な内容

生体検査料の通則、**画像診断**・処置料の一部及び**放射線治療**の通則等に規定されている、新生児加算、乳幼児加算、幼児加算及び小児加算等について、**加算の引き上げ**を行う。

改定前	改定後
[画像診断] (例) 【E002 撮影】 新生児加算 30/100 乳幼児加算 (3歳未満) 15/100 (他3項目)	[画像診断] (例) 【E002 撮影】 新生児加算 80/100  乳幼児加算 (3歳未満) 50/100 幼児加算 (3歳以上6歳未満) 30/100 
[放射線治療] 新生児加算 60/100 乳幼児加算 (3歳未満) 30/100 幼児加算 (3歳以上6歳未満) 15/100 小児加算 (6歳以上15歳未満) 10/100	[放射線治療] 新生児加算 80/100  乳幼児加算 (3歳未満) 50/100 幼児加算 (3歳以上6歳未満) 30/100 小児加算 (6歳以上15歳未満) 20/100 

これに伴い、E002 撮影の注の見直し、E100 シンチグラム(画像を伴うもの)注の見直し、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)の注の見直し、第3節コンピュータ断層撮影診断料の通則の見直し、第12部放射線治療の通則の見直しを行う。

参考資料：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K055-2(大腿骨頭回転骨切り術)、K055-3(大腿骨近位部骨切り術、K080の1(関節形成手術(肩、股、膝))、K081の1(人工骨頭挿入術(肩、股))、K082の1(人工関節置換術(肩、股、膝))、K082-3の1(人工関節再置換術(肩、股、膝))、K131-2(内視鏡下椎弓切除術)、K134-2(内視鏡下椎間板摘出(切除)術)、K140(骨盤骨切り術)、K141(臼蓋形成手術)、K141-2(寛骨臼移動術)、K142(脊椎固定術、椎弓切除術)、K142-3(内視鏡下脊椎固定術)、K151-2(広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術)、K154-2(顕微鏡使用によるてんかん手術)、K158(視神経管開放術)、K161(頭蓋骨腫瘍摘出術)、K167(頭蓋内腫瘍摘出術)、K169(頭蓋内腫瘍摘出術)、K170(経耳的聴神経腫瘍摘出術)、K171(経鼻的下垂体腫瘍摘出術)、K171-2(内視鏡下経鼻的下垂体腫瘍摘出術)、K172(脳動静脈奇形摘出術)、K174の1(水頭症手術(脳室穿破術))、K191(脊髄腫瘍摘出術)、K192(脊髄血管腫摘出術)、K193(神経腫切除術)、K235(眼窩内腫瘍摘出術)、K236(眼窩悪性腫瘍手術)、K313(中耳、側頭骨腫瘍摘出術)、K314(中耳悪性腫瘍手術(切除))、K340-3~7(内視鏡下鼻・副鼻腔手術I型~V型)、K342(鼻・副鼻腔腫瘍摘出術)、K343(鼻・副鼻腔悪性腫瘍手術)、K349(上顎洞開窓術)、K350(前頭洞充填術)、K351(上顎洞血瘤腫手術)、K352(上顎洞根治手術)、K353(鼻内篩骨洞根治手術)、K354(篩骨洞根治手術)、K355(鼻内前頭洞根治手術)、K356-2(鼻外前頭洞手術)、K357(鼻内蝶形洞根治手術)、K358(上顎洞篩骨洞根治手術)、K359(前頭洞篩骨洞根治手術)、K360(篩骨洞蝶形洞根治手術)、K361(上顎洞篩骨洞蝶形洞根治手術)、K362(上顎洞し骨洞前頭洞根治手術)、K362-2(経上顎洞的顎動脈結手術)、K363(前頭洞し骨洞蝶形洞根治手術)、K364(汎副鼻腔根治手術)、K365(経上顎洞的翼突管神経切除術)、K695(肝切除術)、K695-2(腹腔鏡下肝切除術)及びK697-4(移植用部分肝採取術)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。

参考資料：K939 画像等手術支援加算

2 実物大臓器立体モデルによるもの 2,000点

注) 区分番号K136(脊椎、骨盤悪性腫瘍手術)、K142の6(椎弓形成術)、K142-2(脊椎側湾症手術)、K151-2(広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術)、K162(頭皮、頭蓋骨悪性腫瘍手術)、K180(頭蓋骨形成手術)、K228(眼窩骨折整復術)、K236(眼窩悪性腫瘍手術)、K237(眼窩縁形成手術)、K313(中耳、側頭骨腫瘍摘出術)、K314の2(中耳悪性腫瘍手術(側頭骨摘出術))、K406の2(口蓋腫瘍摘出術(口蓋骨に及ぶもの))、K427-2(頬骨変形治癒骨折矯正術)、K434(顔面多発骨折観血的手術)、K436(顎骨腫瘍摘出術)、K437(下顎骨部分切除術)、K438(下顎骨離断術)、K439(下顎骨悪性腫瘍手術)、K440(上顎骨切除術)、K441(上顎骨全摘術)、K442(上顎骨悪性腫瘍手術)、K443(上顎骨形成術)、K444(下顎骨形成術)に掲げる手術に当たって、実物大臓器立体モデルによる支援を行った場合に算定する。

通知

- (1) 画像等手術支援加算は、当該技術の補助により手術が行われた場合に算定するものであり、当該技術が用いられた場合であっても、手術が行われなかった場合は算定できない。することで、手術を補助する目的で用いることをいう。
- (2) ナビゲーションによるものとは、手術前又は手術中に得た画像を3次元に構築し、手術の過程において、3次元画像と術野の位置関係をリアルタイムにコンピューター上で処理することをいう。
- (3) 実物大臓器立体モデルによるものとは、手術前に得た画像等により作成された実物大臓器立体モデルを、手術を補助する目的で用いることをいう。
- (4) 患者適合型手術支援ガイドによるものとは、手術前に得た画像等により作成された実物大の患者適合型手術支援ガイドとして薬事法の承認を得ている医療機器を、人工膝関節置換術又は再置換術を補助する目的で用いることをいう。

K939 画像等手術支援加算

改定前	改定後
<p>【注の見直し】 2 実物大臓器立体モデルによるもの 2,000点</p> <p>注区分番号K136、K142の6、K142-2、K151-2、K162、K180、K228、K236、K237、K313、K314の2、K406の2、K427-2、K434、K436からK444までに掲げる手術に当たって、実物大臓器立体モデルによる支援を行った場合に算定する。</p> <p>【新設】</p>	<p>2 実物大臓器立体モデルによるもの 2,000点</p> <p>注区分番号055-2(大腿骨頭回転骨切り術)、K055-3(大腿骨近位部(転子間を含む。)骨切り術)、K136、K142の6、K142-2、K151-2、K162、K180、K228、K236、K237、K313、K314の2、K406の2、K427-2、K434、K436からK444までに掲げる手術に当たって、実物大臓器立体モデルによる支援を行った場合に算定する。</p> <p>K939-6 凍結保存同種組織加算 9,960点 注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、心臓、大血管、肝臓、胆道又は脾臓の手術に当たって、凍結保存された同種組織である心臓弁又は血管を用いた場合に算定する。</p>

新

新

診療情報提供書（Ⅰ）に関する参考資料

B009 診療情報提供料（Ⅰ） 250点**注**

1 保険医療機関が、診療に基づき、別の保険医療機関での診療の必要を認め、これに対して、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、紹介先保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。

7 保険医療機関が、患者の退院日の属する月又はその翌月に、添付の必要を認め、患者の同意を得て、別の保険医療機関、精神障害者施設又は介護老人保健施設に対して、退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付して紹介を行った場合は、200点を所定点数に加算する。

8 区分番号B005－4に掲げるハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）の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が、ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）に規定する別に厚生労働大臣が定める状態等の患者の同意を得て、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付してハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）に規定する別の保険医療機関に対して紹介を行った場合は、当該患者の妊娠中1回に限り200点を所定点数に加算する。

情報通信技術（ICT）を活用した医療連携や医療に関するデータの収集・利活用の推進①

診療情報提供書等の文書の電子的な送受に関する記載の明確化

- ▶ 診療情報提供書等の診療等に要する文書（これまで記名・押印を要していたもの）を、**電子的に送受できることを明確化し、安全性の確保等に関する要件を明記。**

画像情報・検査結果等の電子的な送受に関する評価

- ▶ 保険医療機関間で、診療情報提供書を提供する際に、併せて、画像情報や検査結果等を電子的に提供し活用することについて評価。

（新） 検査・画像情報提供加算

（診療情報提供料の加算として評価）

イ 退院患者の場合 200点

ロ その他の患者の場合 30点

診療情報提供書と併せて、画像情報・検査結果等を電子的方法により提供した場合に算定。

（新） 電子的診療情報評価料 30点

診療情報提供書と併せて、電子的に画像情報や検査結果等の提供を受け、診療に活用した場合に算定。



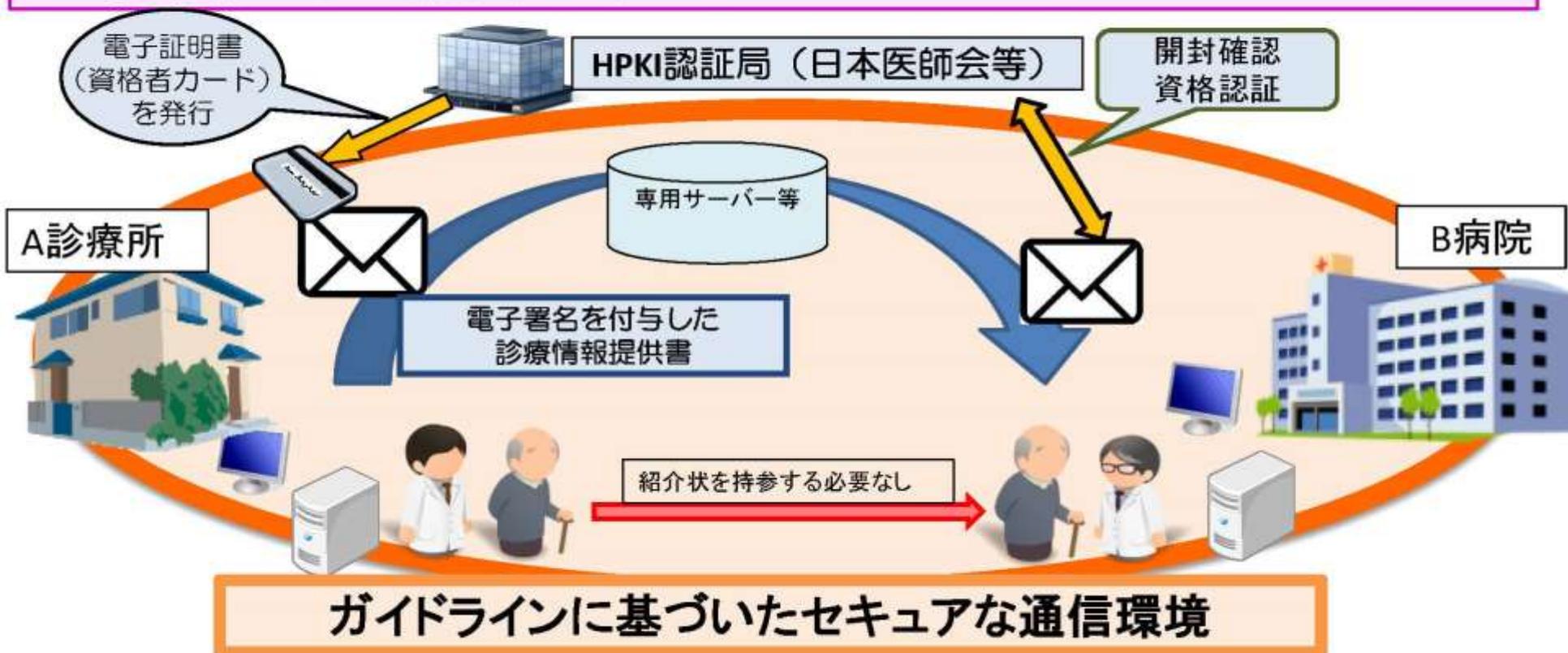
〔施設基準〕

- ① 他の保険医療機関等と連携し、患者の医療情報に関する電子的な送受信が可能なネットワークを構築していること。
- ② 別の保険医療機関と標準的な方法により安全に情報の共有を行う体制が具備されていること。

電子的に文書等を送信・受信する環境

電子的に文書等を送信するために、以下の取り組みが必要である。

- ・送信形式の統一
- ・セキュリティ環境の整備（インターネット環境からの隔絶など）
- ・電子署名システムの活用（HPKI）



HPKI(Healthcare Public Key Infrastructure): 電子署名・電子認証・暗号化を実現するための公開鍵暗号を利用したセキュリティ基盤であり、電子署名法等に定められた基準に基づき構築されている。....

通知文書の修正追加部分

B009 診療情報提供料（Ⅰ）の追加部分

(23) 「注14」に規定する地域連携診療計画加算は、あらかじめ地域連携診療計画を共有する連携保険医療機関において、区分番号「A246」の注4に掲げる**地域連携診療計画加算を算定して退院した入院中の患者以外の患者について、地域連携診療計画に基づく療養を提供するとともに、患者の同意を得た上で、退院時の患者の状態や在宅復帰後の患者の状況等について、退院の属する月又はその翌月までに当該連携保険医療機関に対して情報提供を行った場合に算定する。**

(24) 「注15」に規定する**検査・画像情報提供加算は、保険医療機関が、患者の紹介を行う際に、検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容及び退院時要約等の診療記録のうち主要なもの(少なくとも検査結果及び画像情報を含むものに限る。画像診断の所見を含むことが望ましい。また、イについては、平成30年4月以降は、退院時要約を含むものに限る。)**について、①**医療機関間で電子的に医療情報を共有するネットワークを通じ他の保険医療機関に常時閲覧可能なよう提供した場合、又は②電子的に送受される診療情報提供書に添付した場合に加算する。**なお、多数の検査結果及び画像情報等を提供する場合には、どの検査結果及び画像情報等が主要なものであるかを併せて情報提供することが望ましい。

施設基準の修正追加部分

検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料に関する施設基準

- (1) 他の医療機関等と連携し、患者の医療情報に関する電子的な送受信又は閲覧が可能なネットワークを構築していること。なお、電子的な送受信又は閲覧が可能な情報には、原則として、**検査結果、画像情報、投薬内容、注射内容及び退院時要約が含まれていること。**(退院時要約については平成30年3月までは含まれていなくてもよい。診療所にあつては、画像情報・退院時要約については閲覧できるのみでもよい。)また、**画像診断の所見についても含まれていることが望ましい。**
- (2) 電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を他の保険医療機関に提供する場合は、厚生労働省「**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、安全な通信環境を確保すること。また、保険医療機関において、**個人単位の情報の閲覧権限の管理など個人情報の保護が確実に実施**されていること。
- (3) 常時データを閲覧できるネットワークを用いる際に、**ストレージを活用する場合には、原則として厚生労働省標準規格に基づく標準化されたストレージ機能を有する情報蓄積環境を確保すること**(ただし、当該規格を導入するためのシステム改修が必要な場合は、それを行うまでの間はこの限りでない。)、また、診療情報提供書を送付する際には、原則として、**厚生労働省標準規格に基づく診療情報提供書様式を用いること。**
- (4) 情報の提供側の保険医療機関においては、**提供した診療情報又は閲覧可能とした情報の範囲及び日時が記録されており、必要に応じ随時確認できること。**また、情報を提供された側の保険医療機関においては、提供を受けた情報を保管している、又は閲覧した情報及び閲覧者名を含む**アクセスログを一年間記録していること。**これらの記録について、(1)のネットワークを運営する事務局が保険医療機関に代わって記録を行っている場合は、当該加算・評価料を算定する保険医療機関は、当該事務局から必要に応じて随時記録を取り寄せることができること。

検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料
の施設基準に係る届出書添付書類

1	届出を行う点数	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> 検査・画像情報提供加算 電子的診療情報評価料 </div> (該当するものを○で囲むこと)	
2	診療情報提供書の送付・受信	イ) 電子的な方法による送受を実施する ロ) 電子的な方法による送受を実施しない	
3	HPKIを有する 医師数及び歯科医師 数(人)	人	※2がロ)の場合は記入不要
4	検査結果・画像情報 等の電子的な送受 信・共有の方法	イ) 電子的な診療情報提供書に添付して送受信 ロ) 検査結果・画像情報等を、ネットワークを通じ他医療機関に閲覧許可 ハ) 他医療機関の検査結果・画像情報等を、ネットワークを通じ閲覧 (実施するもの全てを○で囲むこと)	
5	ネットワーク名		
6	ネットワークに所属 する医療機関名	以下に5つの医療機関名を記載。ネットワーク内の医療機関数が5つに満たない場合は、所属する全医療機関名を記載する。 イ) ロ) ハ) ニ) ホ)	

7	ネットワークを 運営する事務局	事務局名 : 事務局所在地 :
8	安全な通信環境 の確保状況	チャネル・セキュリティ : オブジェクト・セキュリティ :
9	個人単位の情報の 閲覧権限の管理体制	有 ・ 無 (該当するものを○で囲むこと)
10	ストレージ	有 ・ 無 (該当するものを○で囲むこと)
		(「有」の場合) 厚生労働省標準規格 に基づくストレージ機能 有 ・ 無 (該当するものを○で囲むこと)

※HPKI：厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野の公開鍵基盤（HPKI：Healthcare Public Key Infrastructure）

※ネットワーク：他の医療機関等と連携し、患者の医療情報に関する電子的な送受信又は閲覧が可能なネットワーク

[記載上の注意]

3 表の8は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」（平成25年10月）の「外部と個人情報を含む医療情報を交換する場合の安全管理」に規定するチャネル・セキュリティ及びオブジェクト・セキュリティについて、保険医療機関内でどのような環境を確保しているかを明示する。

例 チャネル・セキュリティ：専用線、公衆網、IP-VPN、IPsec-IKE 等
オブジェクト・セキュリティ：SSL/TLS 等

【検査・画像情報提供加算】

(問100)保険医療機関が、他の保険医療機関に対し診療情報提供書及び検査結果等を別々の日に提供した場合は算定可能か。

(答)診療情報提供書及び検査結果等は、原則同日に提供する必要がある。検査結果等を提供する側の保険医療機関が、電子的に医療情報を共有するネットワークを通じ電子的に常時閲覧可能なよう提供する場合は、他の保険医療機関が閲覧できるよう速やかに提供する必要がある。

なお、当該保険医療機関が、当該検査結果等に関する情報を電子的な診療情報提供書に添付する場合には、必然的に診療情報提供書及び検査結果等を同日に提供することとなる。

(問101)検査結果等をCD-ROMで提供した場合は算定可能か。

(答)算定不可。

(問102)以下の場合、電子的に送受される診療情報提供書に添付した場合に該当するか。

① 電子的に提供する診療情報提供書に、検査結果等の診療記録のうち主要なものを電子的方法により埋め込み(貼り付け)を行い、電子署名を付与し、安全な通信環境を確保した上で送付した場合。

② 電子的に提供する診療情報提供書に、検査結果等の診療記録のうち主要なもののファイルを添付し、電子署名を付与し、安全な通信環境を確保した上で送付した場合。

(答)いずれも該当する。

【検査・画像情報提供加算】

(問103)以下の場合は、医療機関間で電子的に医療情報を共有するネットワークを通じ他の保険医療機関に常時閲覧可能なよう提供した場合に該当するか。
電子的に提供する診療情報提供書に電子署名を付与し、安全な通信環境を確保して送付した上で、検査結果等の診療記録のうち主要なもののデータについては、当該保険医療機関が参加している医療機関間で電子的に医療情報を共有するネットワークの有するシステムへアップロードし、当該診療情報提供書及び検査結果等の提供を受ける別の保険医療機関が常時閲覧できるようにした場合。

(答)該当する。

(問104)署名又は記名・押印を要する文書については、電子的な署名を含む。その場合、厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野の公開鍵基盤(HPKI:Healthcare Public Key Infrastructure)による電子署名を施すこととされたが、当該基準を満たす電子署名を施すことが出来るものとして、どのようなものが該当するのか。

(答)平成28年3月時点において、一般社団法人医療情報システム開発センター(MEDIS)HPKI電子認証局の発行するHPKI署名用電子証明書及び日本医師会の発行する医師資格証が該当する。

【電子的診療情報評価料】

(問105)別の保険医療機関より、検査結果等をCD-ROMで提供された保険医療機関が、当該検査結果等を当該医療機関の診療情報を読覧するシステムに取り込み、当該検査結果等を診療に活用した場合も算定可能か。

(答)算定不可。

(問106)保険医療機関が、同一月に同一患者について、同一の紹介先保険医療機関に診療情報提供書を複数回提供した場合には、月1回に限り診療情報提供料(Ⅰ)の算定が可能だが、例えば月2回目以降の情報提供など、当該保険医療機関において診療情報提供料(Ⅰ)が算定できない場合であっても、診療情報提供書の提供を受ける際に検査結果等の診療情報のうち主要なものを電子的方法により提供された紹介先保険医療機関において、当該検査結果等を診療に活用した場合には、その都度、電子的診療情報評価料を算定できるか。

(答)算定不可。検査結果等の電子的な方法による読覧等の回数にかかわらず、区分番号「B009」に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)を算定する他の保険医療機関からの1回の診療情報提供に対し、1回限り算定する。

診療放射線技師の評価を 如何に勝ち取るか？

それは撮影料における
「技術」と「モノ」の議論
から始まった！

技術・モノの色分けの例

(第4部 画像診断)

技術

E000	透視診断
E001	写真診断
E004	基本エックス線診断料
E102	核医学診断
E203	コンピューター断層診断

「撮影手技」
は

「検像」技術

インテリジェント診断・読影技術？
ソフト臨床評価へ

「撮影手技」
は
技術に限りなく近い？
モノに限りなく近い？

モノ

E300	薬剤
E400	フィルム
E401	特定保険医療材料



画像診断については診療報酬区分が読影(=技術)とフィルム代(=モノ)と撮影(=技術・モノが混在)の構成となっているため、色分けが比較的容易。

2

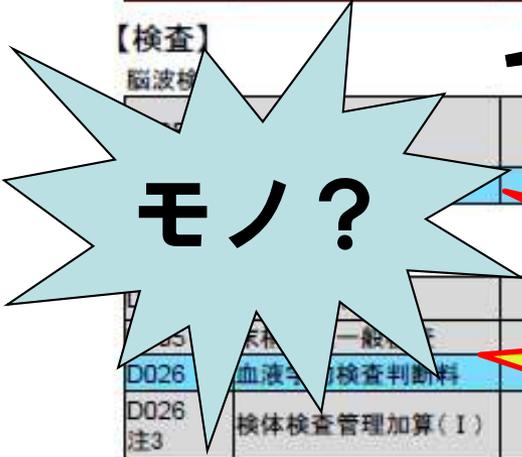
技術・モノの色分けについて

【画像診断】
造影腹部CT

		モノ				技術料(人件費)		
		単回使用		非単回使用		医師	看護師	その他
		個別に価格が設定されている	包括評価	特定技術に必要な医療機器	その他設備			
例	医薬品・特定保険医療材料	医療材料(ガーゼ・針)		CT、MRI、内視鏡、超音波装置等	建物			
E200	CT撮影	900点 (16列以上)		CT装置	放射線防護室			技師
E200 注3	造影剤加算	500点	針・カート等	CT装置		注入手技		
通則3	電子画像管理加算	120点			サーバー代 (ディスプレイ代)			
E203	コンピューター断層診断	450点						
E300	薬剤	薬価	造影剤					

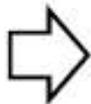
【検査】
脳波検査

		600点	脳波端子、記録用紙代	脳波測定装置	生理検査室			技師
		140点				判断料		



**診療報酬上での評価
→ 誰がやっているのか!**

<補足> 考え得る全て技術・モノを網羅的に列挙したのではなく、模式的に簡潔に説明するための例として提示している。



画像診断以外では診療報酬項目の考え方が様々であるため、色分けは容易でなく、恣意的な要素が入り込む余地が大きい

デジタル撮影における位置付け

撮影料
デジタル一般撮影
CT・MRI・RI撮影

撮影料
デジタル一般撮影
CT・MRI・RI撮影

診断料
画像診断管理加算

診断料
画像診断管理加算

フィルム代

OR

電子画像管理加算

モニタの品質管理
モニタの精度管理
診断画像の検像
医療情報の管理
画像運用の管理
インテリジェント診断支援

**画像精度
管理料**

モノとしての評価

技術としての評価

保険局医療課との座談会では

座談会テーマ

- イノベーションの定義変更
- 画像診断・治療機器の医療への貢献と役割
- チーム医療の実現と評価
- 医療安全の評価の進化の必要性
- 画像精度と技術料評価としての位置づけ
- 診断目的の明確化があつての機器の性能評価
- 撮影手技の主役は診療放射線技師
- 診断・撮影・管理の評価のあり方の再考
- 費用対効果評価の必要性
- 高額医療機器と税制・控除の考え方

保険局医療課との座談会では

企画官語録の抜粋を紹介する。

- 枠組みの見直しは、財政中立でやることも可能なので、行政として真剣に検討しやすい分野である。
- 枠組みの話は同時に「組み換え」という説明が付ければ受け入れやすい。
- 本質的な問題は、線量管理、精度管理、医療安全、等 医療の質向上である。これらを強調して提案して欲しい。
- 陽子線、重粒子線は既に先進医療になって10年経過。どこかの時点で保険適用、保険外自由診療の選択をする。
- 治療法のないものの診断はあまり意味がない。費用対効果の議論は避けられない。
- 診断機器の評価のあり方を見直していくきっかけとしてソフトウェアの話は重要である。
- 機器の性能評価については「何をとするのか」ということが重要と考える。
- 中医協の医療技術評価提案書はあくまでも技術料の世界なので、学会の責任において取り纏められる。
- 保守管理をきちんとやっているところと、そうでないところと、同じ評価とはおかしい。
- 画像の精度が低いところと、そうでないところと、同じ評価とはおかしい。
- 技術料に踏み込む話なので遠慮して欲しいということがあったが、さまざまな機会にアイデアを寄せてほしい。
- 今の仕組みでおかしな部分を見直す根拠を知りたい。
- 学会だけでなく各方面からよいアイデアや提案をしていただきたい。

平成28年度診療報酬改定に関する要望書

日本診療放射線技師会の基本的考え方
添付資料

平成27年6月

公益社団法人日本診療放射線技師会

平成28年度診療報酬改定に向けて

医療技術の診療報酬上の評価について

平素より本会の活動に格別のご理解、ご協力を賜り、深く感謝申し上げます。

本会は国民に対する医療安全の確保、医療技術を適切に提供するための環境整備、がん対策基本法にも十分に対応すべく疾患の早期発見、早期治療に寄与する観点等を踏まえ専門技術の向上・医療安全への推進を行っており、近年では米子、金沢、札幌、鹿児島、松江、大分において開催された放射線技師総合学術大会において、毎回、貴省よりご講演並びにご討議の場を提供していただいております。厚くお礼申し上げます。

これまでの診療報酬改定におきましては**専門技術という点に関し、撮影・検像・画像処理を主に行っている診療放射線技師の業務が適正に評価されていないことが非常に重要な問題と感じており**、特に内科・外科・整形外科などからの依頼がそのほとんどを占める一般的なエックス線撮影においてはデジタル技術の普及により、エックス線によるデジタル撮影があたかも自動的に撮影ができ、そこに専門技術は存在しないかのように誤解される憂慮すべき問題が内在しており、診療放射線技師の医療技術評価をお願いします。

医療機器(特にCT装置、MRI装置)の保守維持管理に関しては、前回の改定において診療放射線技師の専任が規定されましたが、まだまだ十分とはいえません。次回改定におきましては、医療安全の観点から、さらに診療放射線技師の専門性が評価されるようお願いします。

平成27年6月

公益社団法人日本診療放射線技師会
会長 中澤 靖夫

平成28年度診療報酬改定に向けた要望事項

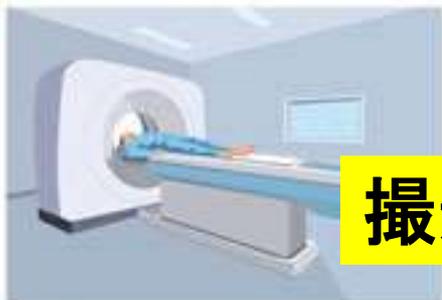
1. 医療安全のための管理体制の構築について
 - 1) 放射線関連の医療機器安全管理についての取り組みへの評価
 - 2) 検像等に係わる画像精度管理についての取り組みへの評価
 - 3) 医療放射線による被ばく管理についての取り組みへの評価
2. インテリジェント診断支援技術加算の新設
3. 管理区域外での撮影(ポータブル撮影・在宅撮影とする)の評価
4. 算定要件中「診療放射線技師」の表記を明確化
 - 1) CT、MRI撮影の施設要件について
 - 2) CT、MRI撮影の急性期脳梗塞への対応について
 - 3) 冠状動脈CT撮影加算における施設要件
 - 4) 心臓MRI撮影加算における施設要件
 - 5) 外傷全身CT加算における施設要件
5. 継続的な討議の場の設定



誰がやっているのか！
これが重要！

撮影技術の専門性と熟練度の評価

平成18年診療報酬改定ショック



撮影技術評価の見直し

マルチスライス？

1.5テスラー？

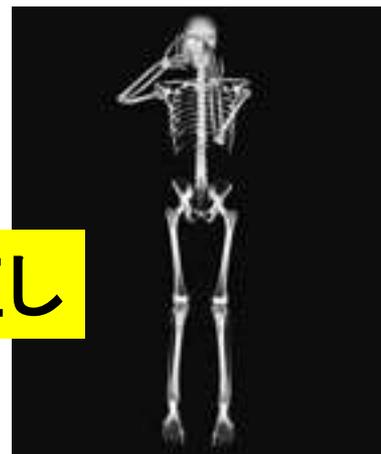


撮影料=装置性能と規定

撮影部位
撮影目的
撮影機器

技術差

撮影技術
撮影方法
操作技術



X線デジタル撮影の技術なし？

スイッチを押せば撮れる。？

診療放射線技師の教育課程においてX線撮影技術学を学び、卒後OJTにより実践トレーニングを積み臨床に求められる撮影が可能となる。

一枚、一枚の臨床画像は全てオーダーメイド

デジタルエックス線撮影のワークフロー

デジタルX線撮影業務は従来のフィルム法より実際のプロセスは増加している。

日常点検事前のチェック項目

モニター精度管理・イメージングプレート管理・読み取り装置管理・情報システム連携チェック



撮影時チェック項目

撮影条件の適正化(被ばく低減)・濃度補正・階調処理・周波数処理・情報システム連携チェック・マルチ周波数処理



サーバー送信直前の最終チェック項目

医師が必要とする診断プロセスに対応した表示方向、順序、画質を提供する。

チェック項目	内容
画像表示方向	プロトコルに従いフィルムをシャーカステンに置く 方向 に揃える。
画像順序	表示する 順序 も準プロトコル化し送信する。
画質	WW/WLが最適になるように調整し送信する。
状態	臨床に求められた画像が適正に表示されている。



画像診断



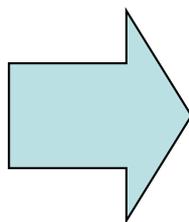
モニタの品質管理の必要性



<参考資料> 要望書には含めていない！

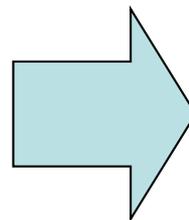
「放射線線量管理」に関する診療報酬上の位置付けは？

電子画像
管理加算？



診療放射線技師による
検像を含むデジタル画
像管理体制への評価

画像診断
管理加算？



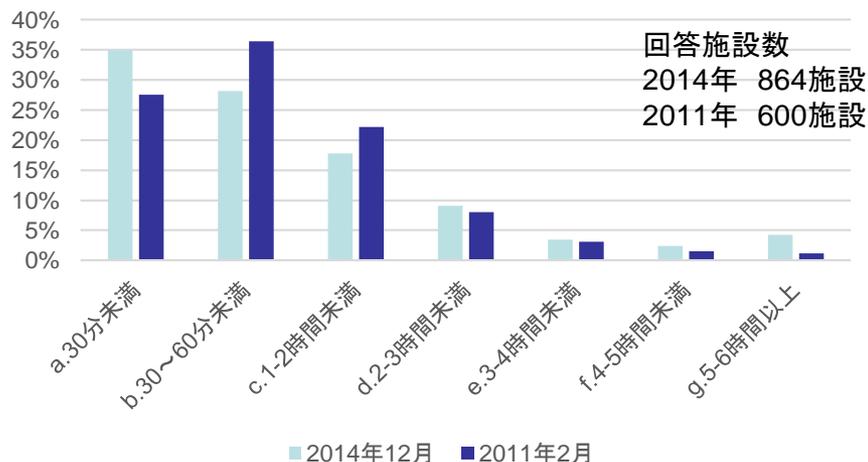
専門医は診断のみならず
読影画像と被ばく線量の
適切な管理責任がある！

<画像診断管理加算の施設基準>

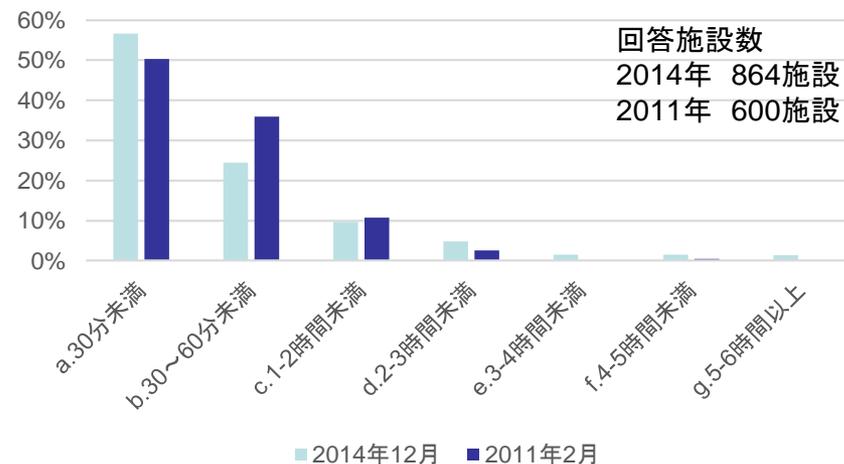
- ・放射線科を標榜している保険医療機関であること。
- ・画像診断を専ら担当する常勤の医師が1名以上配置されていること。
- ・画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- ・当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託していないこと。

診断支援技術の評価

CT画像の処理・解析に関わる時間



MRI画像の処理・解析に関わる時間

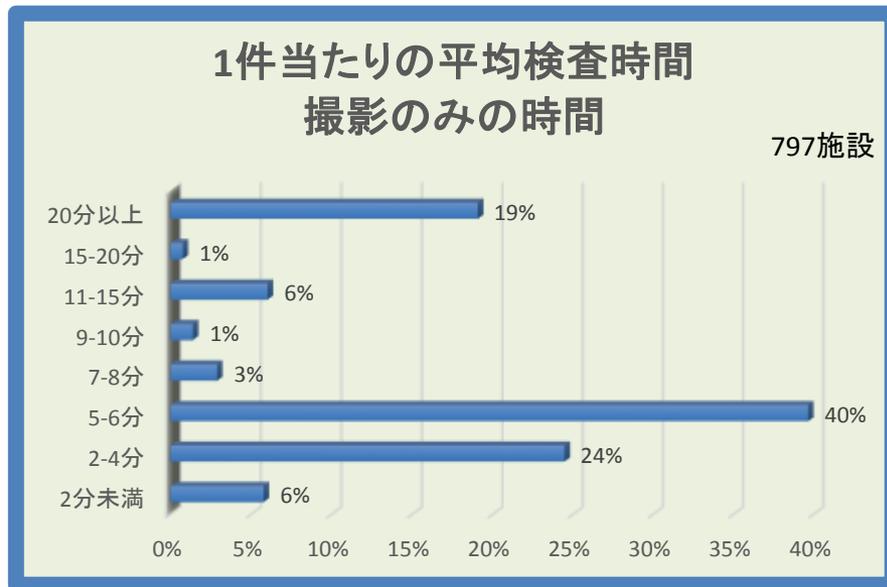
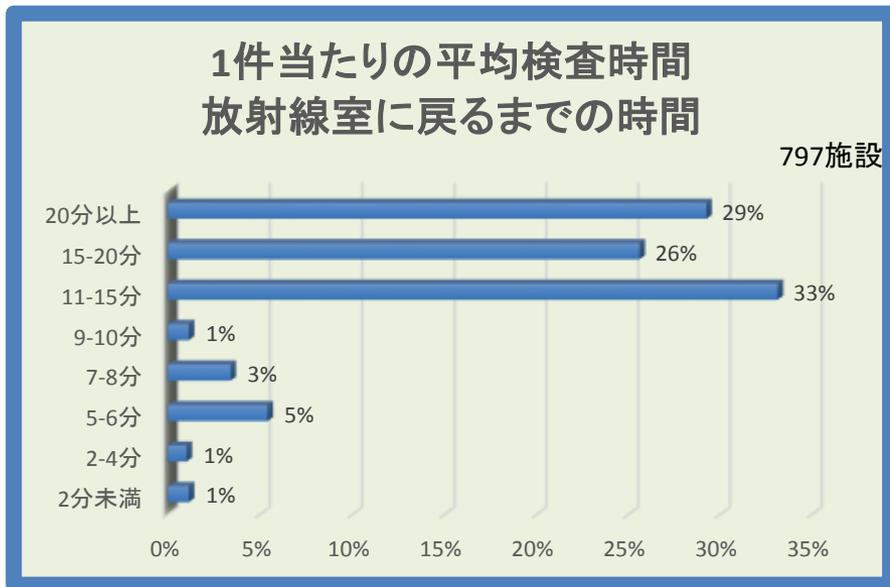


画像処理・解析は診療
放射線技師が担当

2014年 CT検査 98%
MRI検査 99%
2011年 CT検査 99%
MRI検査 98%

年月の経過により装置の進歩もあり、処理・解析時間は短くなっているが、各モダリティ画像の特徴を知り尽くし、かつ手術に必要な解剖学的知識を持った診療放射線技師の役割は変わらない

病室での撮影



10分以上の拘束時間は単に空間的移動時間の影響にとどまらない

撮影技術以外の知識が求められる

患者移動動作介助

感染防止対策

周囲への被ばく管理

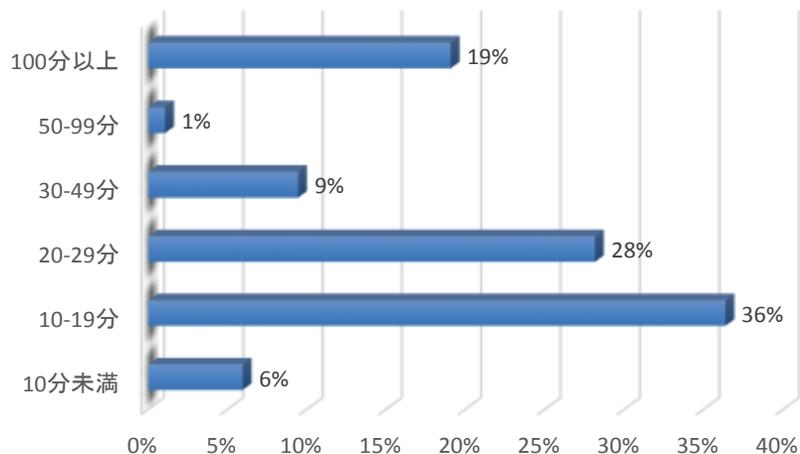


手術室での撮影

ポータブル撮影

1件当たりの平均検査時間

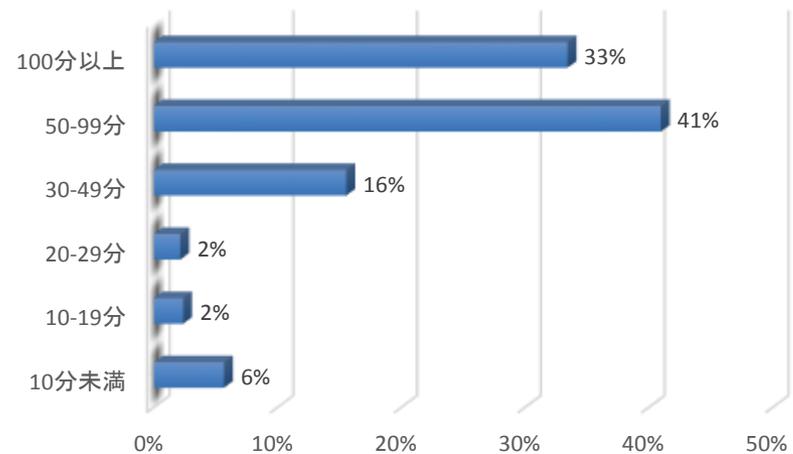
572施設



外科用イメージ使用

1件当たりの平均検査時間

425施設



手術室での業務は拘束時間が長い

現在の需要と今後のハイブリッド手術室などの普及を考えれば専従の配置が望まれる

同じことを繰り返してはならない

患者被ばく管理

周囲への被ばく管理

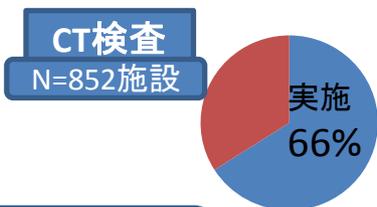
感染防止対策

装置の安全管理

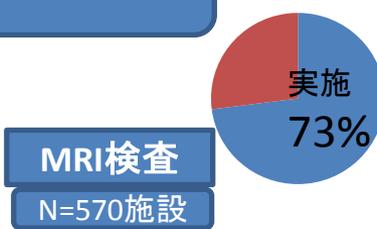
急性期脳梗塞への対応：画像診断の流れ

流れ	患者搬送 検査準備	CT撮影	画像処理 転送保管	画像診断	患者移動 検査準備	MRI撮影	画像処理 転送保管	確定診断、 治療方針 の決定
担当	医師 看護師 技師	技師	技師	医師	医師 看護師 技師	技師	技師	医師
備考	技師による被曝、安全管理 出血の有無を確認			診断 サポート	技師による高磁場検査室入室の 安全管理／血管撮影、梗塞の確認			診断 サポート

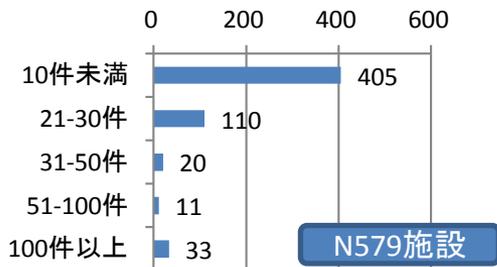
画像処理・診断
支援に診療放射線技師が必須



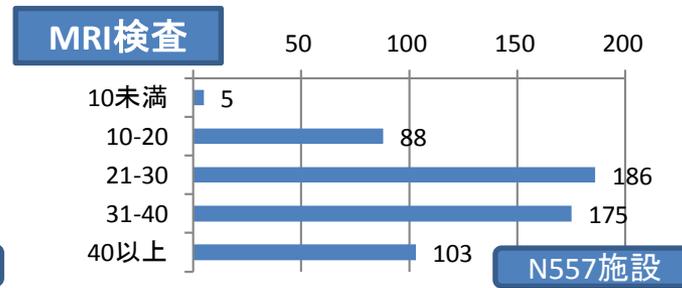
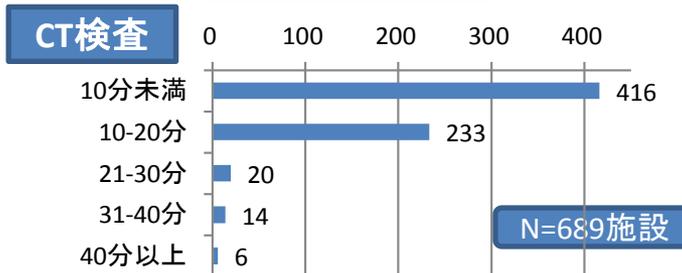
24時間体制を実施



急性期脳梗塞プロトコル使用した頭部CTの月当たり平均件数

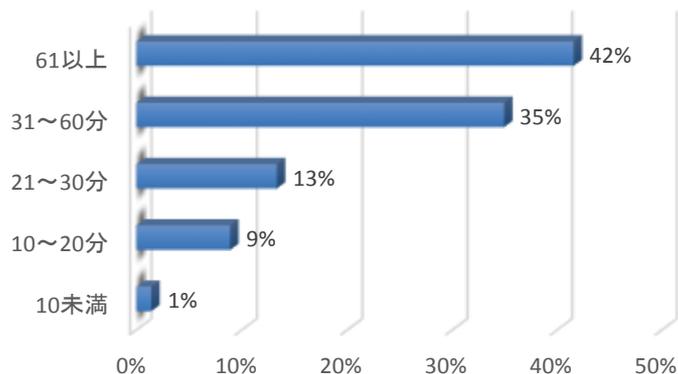


検査時間

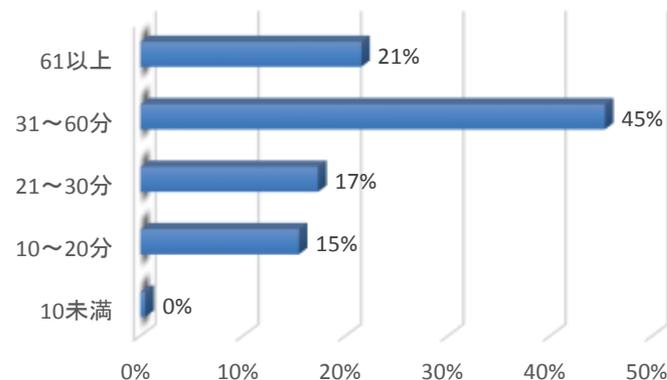


検査準備開始から画像処理完了までの時間

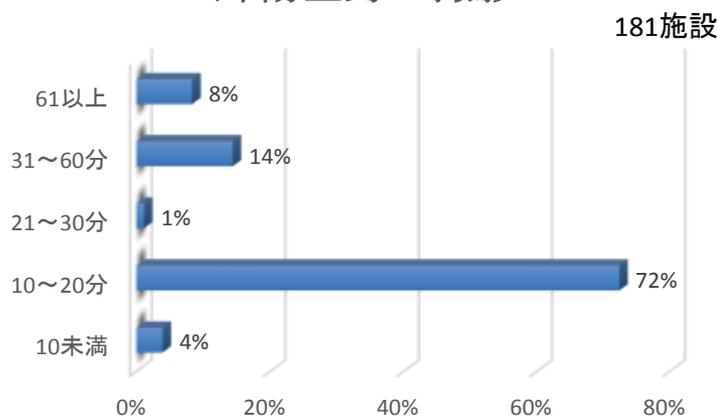
冠動脈CT撮影



大腸CT撮影



外傷全身CT撮影



冠動脈CT撮影、大腸CT撮影は、CT装置、画像解析装置の進歩にも関わらず、検査準備開始から画像処理完了まで60分以上の時間を必要としている

撮影技術の知識だけでなく医学解剖学的な知識が求められる

肝切除手術における画像支援ナビゲーション

【先進性】

コンピュータソフトウェアを用いて肝実質・門脈・肝静脈・腫瘍を3次元画像表示し、個々の血管の支配領域の容積を正確に計測する。

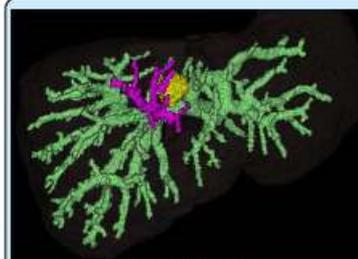
【概要】

適応疾患：肝がん、肝内胆管がん、生体肝移植ドナー

- 方法：①術前CTの画像データを利用して肝の3次元画像表示と容積測定を行う。
②十分な残肝容積を確保できる手術術式を計画する。
③術中に3次元画像を参照しつつ、適切な切除範囲で肝切除術を施行する。

【期待される効果】

- ①詳細な肝切除手術計画の立案が可能となる。
②肝切除手術の安全性が向上する。
③インフォームド・コンセントの際、患者が術式を理解しやすい。



肝癌(黄)と
担癌領域の門脈枝(紫)



担癌門脈領域予想図(橙)



担癌門脈領域(青)



担癌領域切除後予想図



担癌領域切除後

- 1 ナビゲーションによるもの 2,000点
2 実物大臓器立体モデルによるもの 2,000点

肝切除手術における画像支援ナビゲーション 対象疾患、施設基準等

イ 対象となる負傷、疾病又はそれらの症状

肝がん、肝内胆管がん又は生体肝移植ドナーである者に係るもの

ロ 施設基準

(1) 主として実施する医師に係る基準

- ① 専ら消化器外科に従事し、当該診療科について十年以上の経験を有すること。
- ② 消化器外科専門医であること。
- ③ 当該療養について一年以上の経験を有すること。
- ④ 当該療養について、当該療養を主として実施する医師として症例を実施していること。

(2) 保険医療機関に係る基準

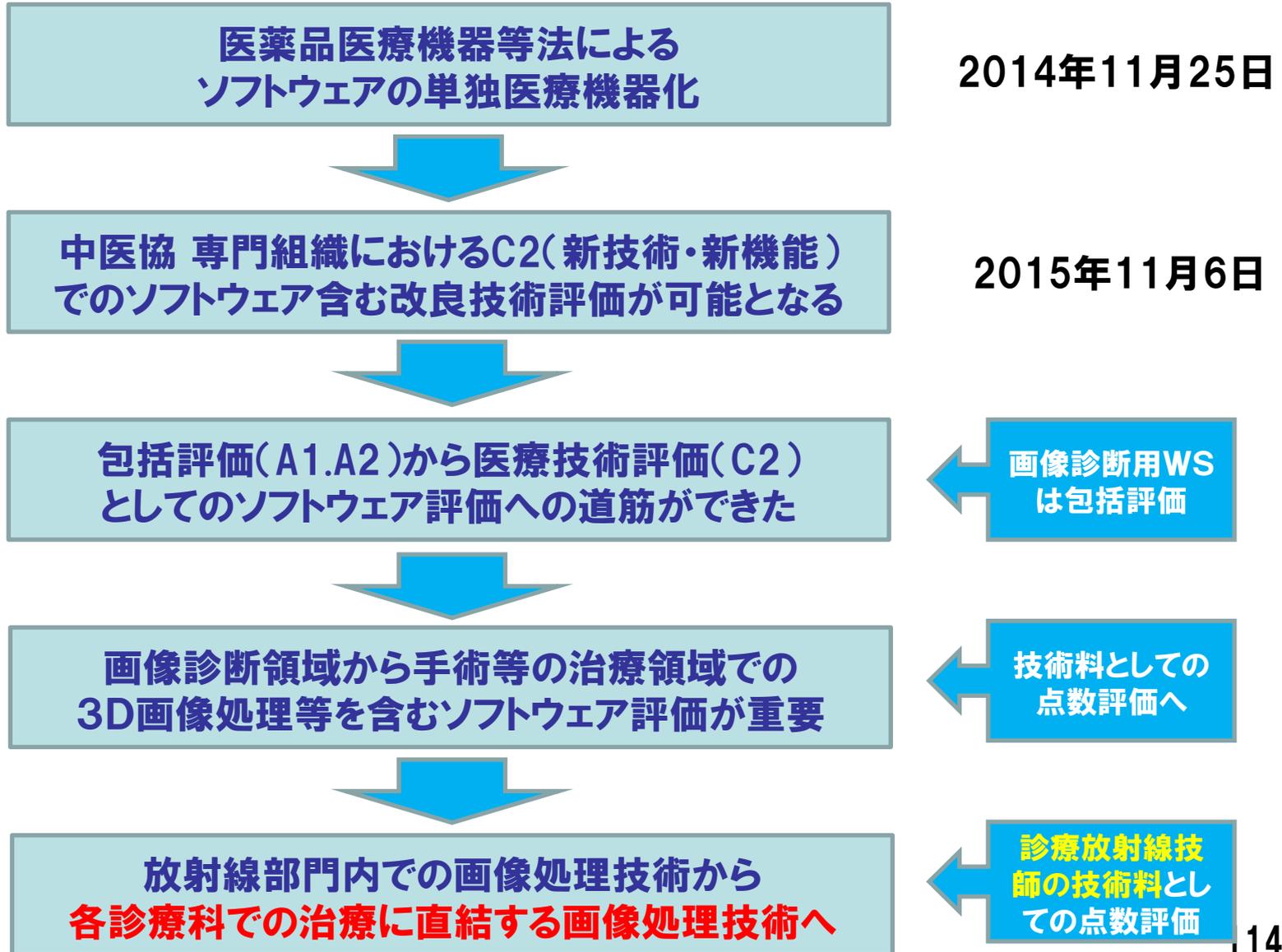
- ① 消化器外科及び麻酔科を標榜していること。
- ② 実施診療科において、常勤の医師が二名以上配置されていること。
- ③ 臨床工学技士が配置されていること。
- ④ 病床を二十床以上有していること。
- ⑤ 当直体制が整備されていること。
- ⑥ 緊急手術体制が整備されていること。
- ⑦ 二十四時間院内検査を実施する体制が整備されていること。
- ⑧ 医療機器保守管理体制が整備されていること。
- ⑨ 医療安全管理委員会が設置されていること。
- ⑩ 当該療養について五例以上の症例を実施していること。



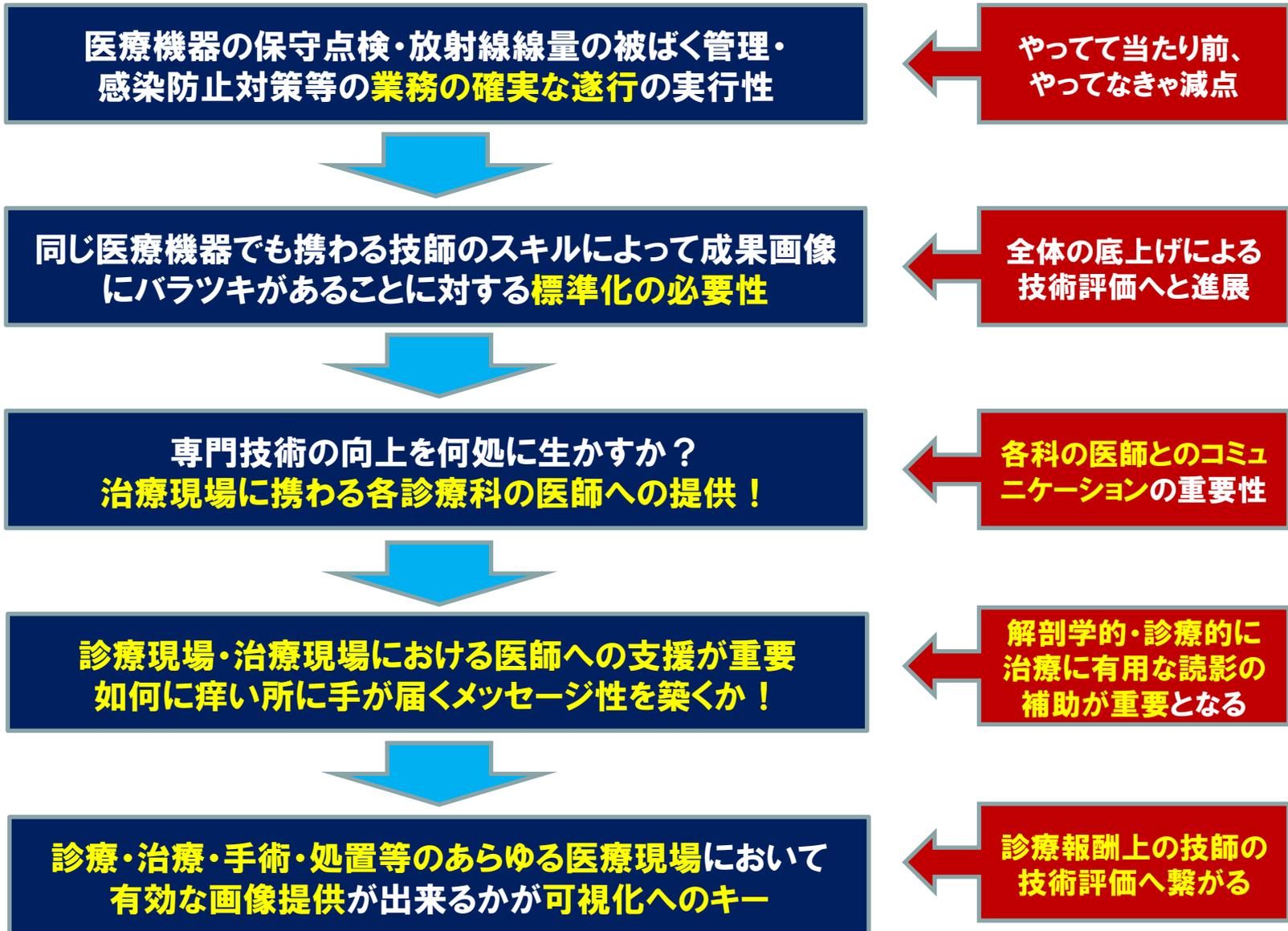
診療放射線技師の
職種掲載は無い！

イノベーションの評価

ソフトウェアの単体医療機器化と医療技術評価への影響



診療放射線技師の技術評価の可視化に向けて



技術評価の可視化へ向けて

「検像」もせずに垂れ流して
確定保存していませんか？

撮影・読影補助・治療に至る
全体のフローへの関わりが重要！

最終的な治療を念頭においた
撮影・画像処理が必須となる！

インテリジェント診断支援・読影の補助
ソフトウェアによる臨床評価へ

技術・モノの色分けの例

(第4部 画像診断)

施設内で放射線技師の存在価値
の重要性が益々高まっています！

診療放射線技師の撮影手技
は「技術」としての評価が必要！
「モノ」としての評価ではない！

診療科の医師への痒い処へ
手が届くメッセージ性を強く意識！

オーダーが来たからただ
撮影するだけですか？

画像精度管理

解剖学的知識

カンファレンス参加

技術評価の可視化！

オーダーを出した医師が
どのような画像を必要と
しているかを理解した
情報提供の重要性！

存在価値の明確化！

画像診断については診療報酬区分が読影(=技術)とフィルム代(=モノ)と撮影
(=技術・モノが混在)の構成となっているため、色分けが比較容易である。

技術評価の可視化への総括と今後の課題

総括:

撮影から治療に至るあらゆるプロセスへの関与が重要！

誰が何をやっているのかを診療報酬上の評価において明確化！

「医療技術評価」に関するあらゆるアプローチの遂行が必須！

画像精度管理の充実により、更なる高次元へとステップアップ！

今後は医療技術の可視化が重要！

今後の課題:

線量管理

機器管理

感染対策

その他安全管理

本当に管理できていますか？

誰がやっているのかを明確に！

(評価上はやって当たり前！)

読影の補助

治療のためにどこまでをやっているか？

画像精度管理

情報は各診療科に信頼されているか？

常に高い技術を持って患者に接し、
医療現場で真剣に取り組んでいるのは
診療放射線技師であることの明確化

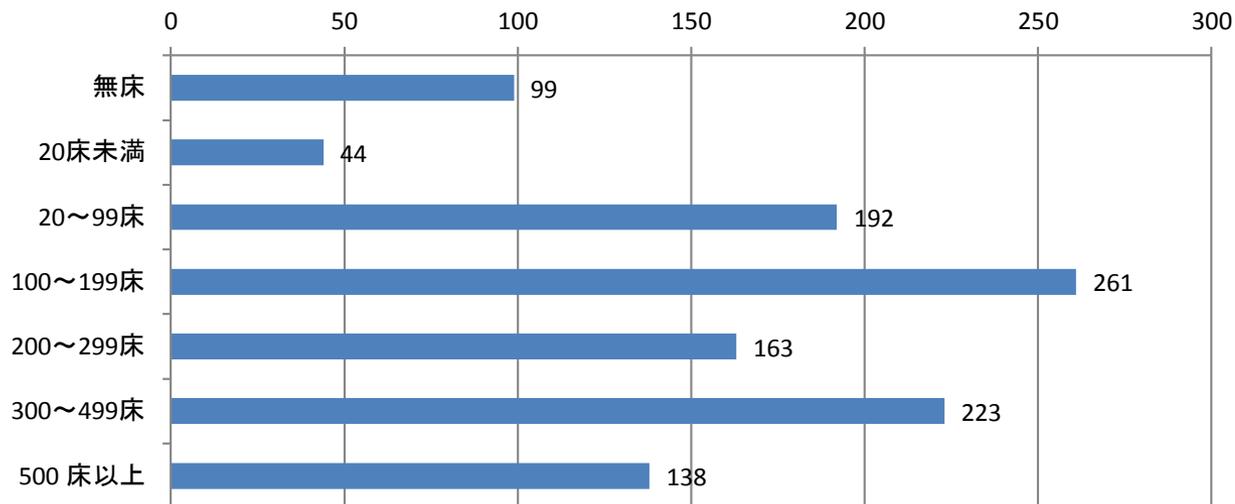
診療放射線技師の業務拡大
他職種との連携・チームワーク
診療報酬上の技術評価へ！

感染防止関連

**JARTアンケートにおける
感染防止関連
(2016年12月実施分)**

アンケート対象医療機関概要

問1 病床数別施設数



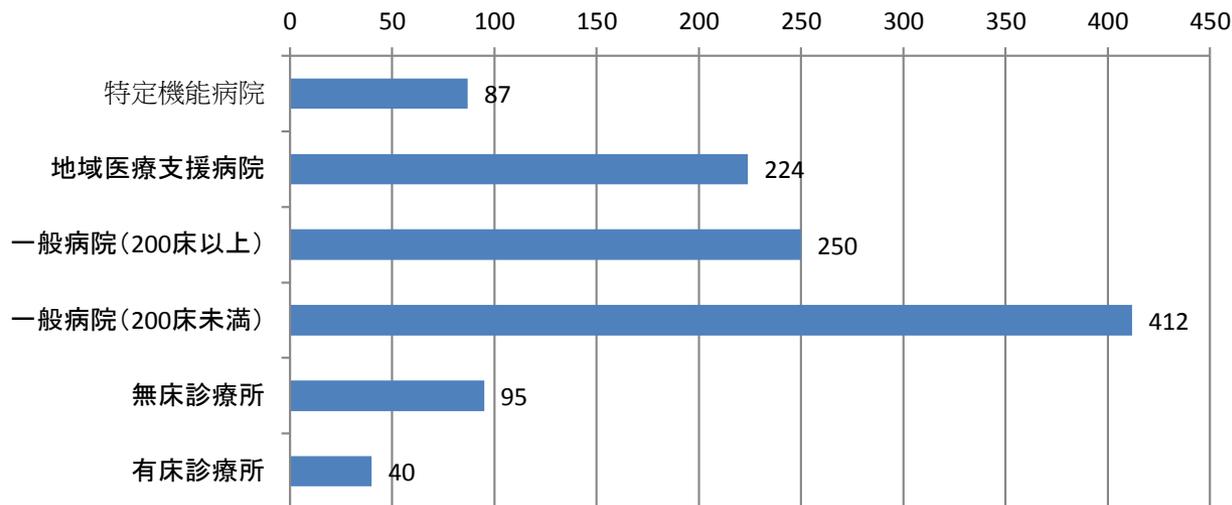
無床	99
20床未満	44
20～99床	192
100～199床	261
200～299床	163
300～499床	223
500床以上	138

1120

全体N数：1120施設

アンケート対象医療機関概要

問2 医療機能別施設数



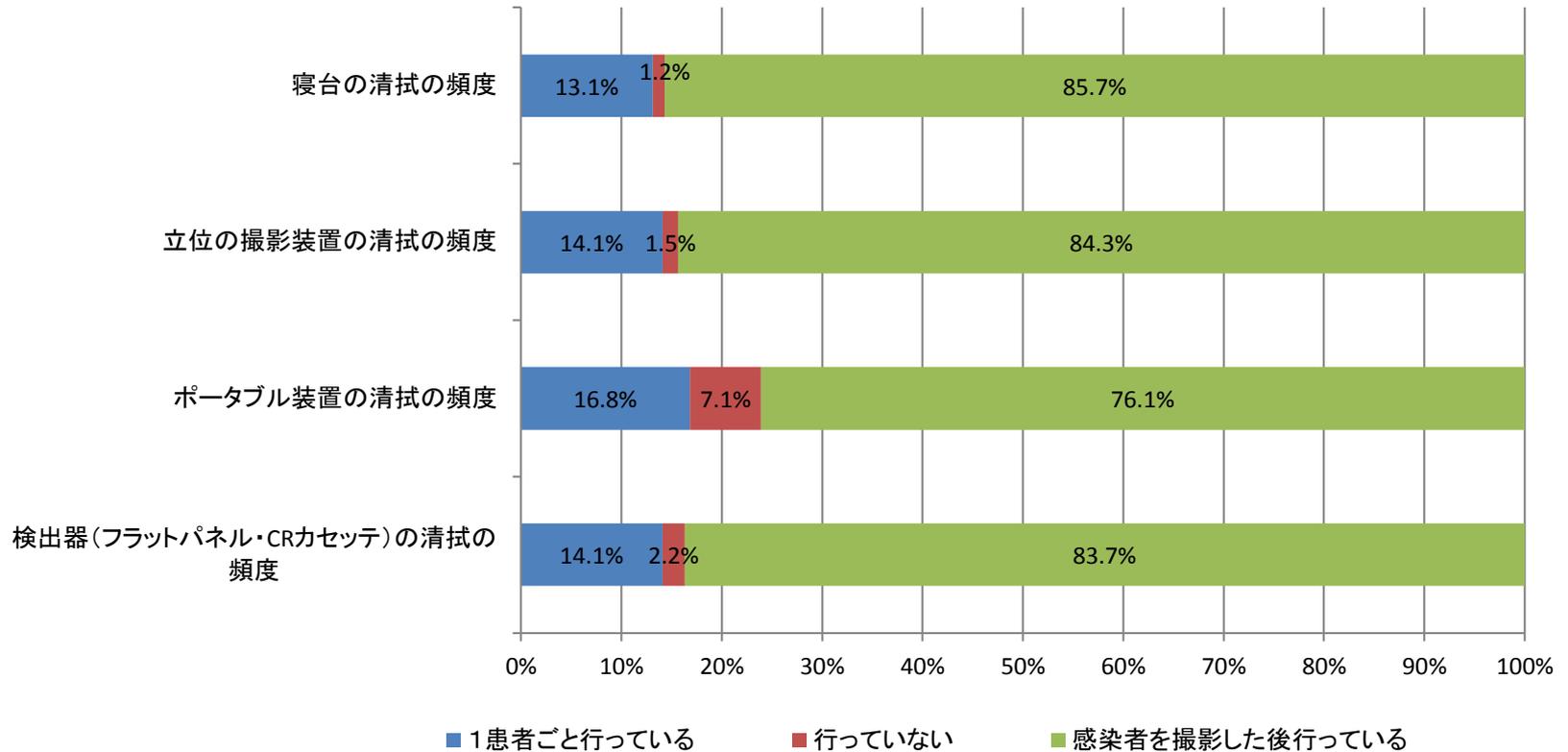
特定機能病院	87
地域医療支援病院	224
一般病院 (200床以上)	250
一般病院 (200床未満)	412
無床診療所	95
有床診療所	40

1108

全体N数：1120施設

一般撮影

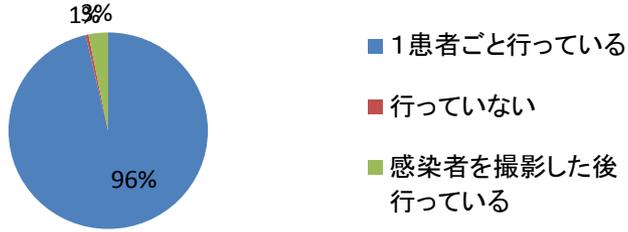
問13-1～問13-4 感染への対応について



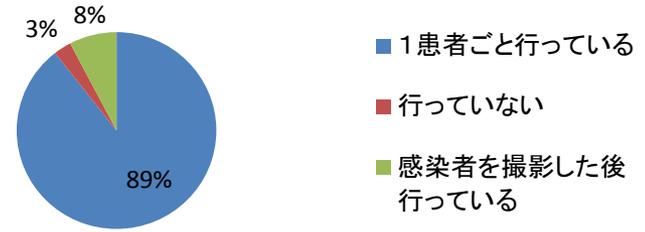
割合	検出器(フラットパネル・CRカセット)の清拭の頻度	ポータブル装置の清拭の頻度	立位の撮影装置の清拭の頻度	寝台の清拭の頻度
1患者ごとに行っている	14.1%	16.8%	14.1%	13.1%
行っていない	2.2%	7.1%	1.5%	1.2%
感染者を撮影した後行っている	83.7%	76.1%	84.3%	85.7%

乳房撮影

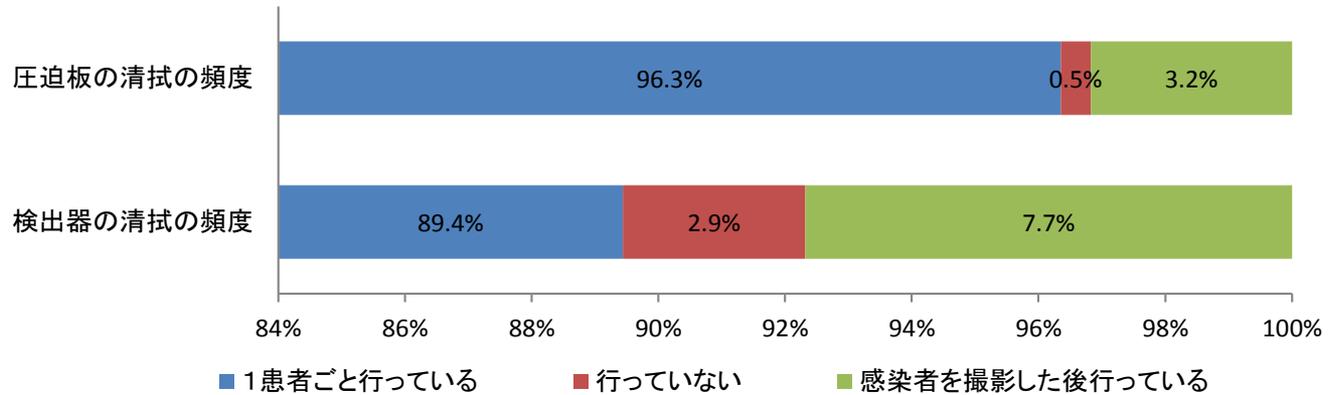
問9-1 圧迫板の清拭の頻度



問9-2 検出器の清拭の頻度

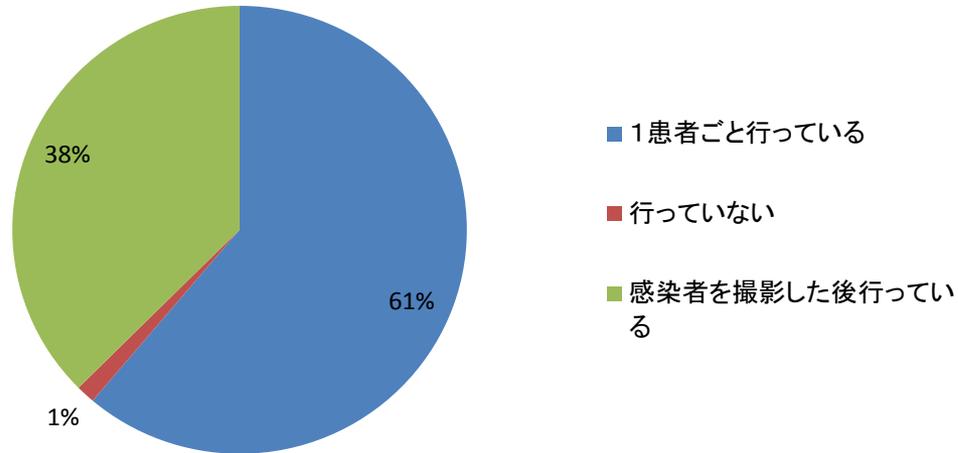


問9-1～問9-2 感染への対応について



血管撮影

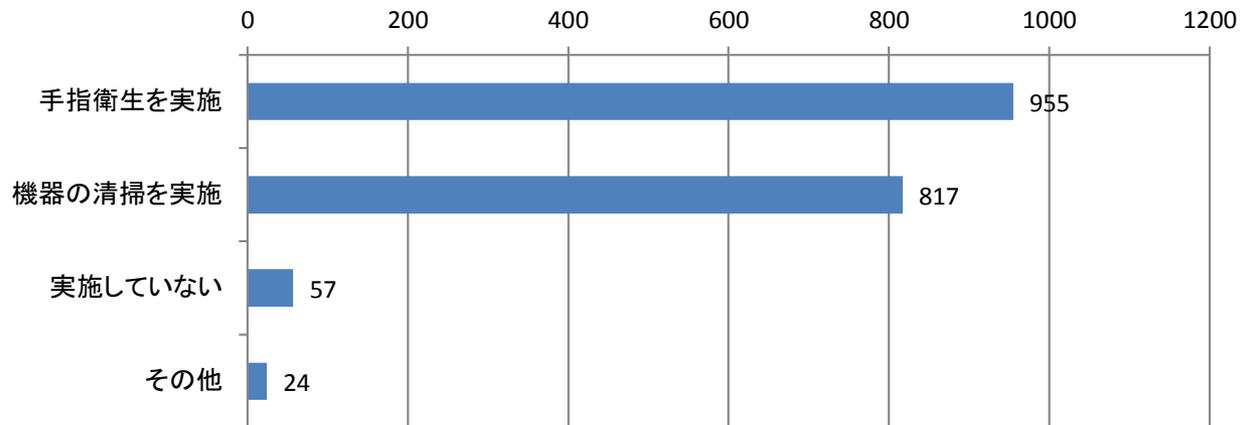
問13 X線-TV検査における感染への対応(寝台の清拭頻度)



		割合
1患者ごとに行っている	544	61.2%
行っていない	12	1.3%
感染者を撮影した後に行っている	333	37.5%
	889	100%

検査・治療の開始または終了後の感染予防対策

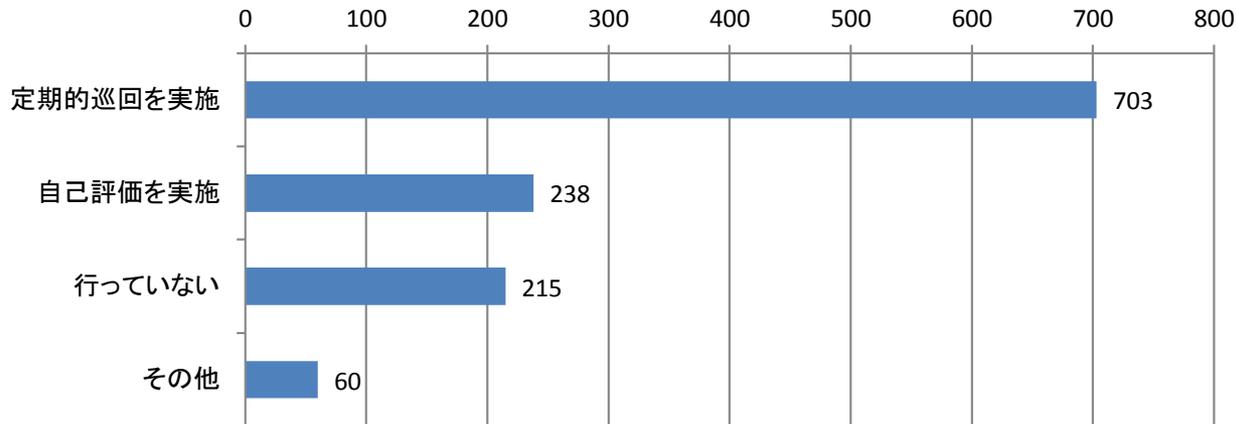
問15 検査・治療の開始または終了後に装置の清掃、手洗い等の感染予防対策を実施していますか(複数選択可)



手指衛生を実施	955
機器の清掃を実施	817
実施していない	57
その他	24
	1853

感染予防対策として定期的な教育訓練 実施内容の評価・検証について

問16 感染に関する定期的な教育訓練が行われ、実施内容の評価・検証
が行われていますか(複数選択可)



定期的巡回を実施	703
自己評価を実施	238
行っていない	215
その他	60

1216

<CDCガイドラインの発行状況について>

(全般的対策)

- 2008/11/02 医療施設における消毒と滅菌のためのガイドライン(2008)
- 2007/07/20 隔離予防策のためのガイドライン：医療現場における感染性物質の伝播予防(2007)
- 2006/11/02 医療施設における多剤耐性微生物の管理 (2006)
- 2003/11/20 医療施設における環境感染管理のためのガイドライン(2003)
- 2003/11/20 歯科のための感染対策ガイドライン (2003)
- 2002/10/28 医療機関における手指衛生のためのガイドライン (2002)
- 2001/11/20 慢性血液透析患者における感染予防のためのガイドライン(2001)
- 2000/11/20 造血幹細胞移植患者における感染予防のためのガイドライン(2000)
- 1996/11/20 病院における隔離予防策のためのガイドライン(1996)
- 1989/11/11 HIV・HBVの伝播予防に関する勧告・ガイドライン (1987,1989)
- 1985/11/20 手洗い・病院環境管理のためのガイドライン (1985)

(感染部位別対策)

- 2011/04/12 血管カテーテル関連感染予防のためのガイドライン, 2011(2011)
- 2009/10/03 カテーテル関連尿路感染 (CAUTI) の予防のためのCDCガイドライン2009 (2009)
- 2003/11/20 医療に関連する肺炎の予防のためのガイドライン (2003)
- 1999/11/20 手術部位感染予防のためのガイドライン(1999)

(感染起因菌別対策)

- 2010/11/02 周産期B群レンサ球菌感染症予防のためのガイドライン(2010)
- 2005/11/20 結核の医療現場における伝播予防のためのガイドライン(2005)
- 1997/11/20 バンコマイシン低感受性黄色ブドウ球菌のための暫定ガイドライン(1997)
- 1995/11/20 バンコマイシン耐性の伝播防止のための勧告(1995)

<日本におけるガイドラインの例>

- 病院感染対策ガイドライン 改訂第2版 (2015) 国公立大学附属病院感染対策協議会
- 消毒と滅菌のガイドライン [新版 増補版] (2015) 編集：小林寛伊
- 鋼製小物の洗浄ガイドライン2004 日本医療機器学会
- 医療現場における滅菌保証のガイドライン2015日本医療機器学会
- 消化器内視鏡の感染制御に関するマルチソサエティ実践ガイドライン 日本環境感染学会
- 手術医療の実践ガイドライン (改訂版) (2013) 日本手術医学会
- プリオン病感染予防ガイドライン厚生労働省/プリオン病及び遅発性ウイルス感染症に関する調査研究班

診療報酬改定H24/4

医療安全対策の更なる充実

- ・感染防止対策加算の別体系評価新設
- ・感染防止対策加算1の新設
- ・感染防止対策加算2の新設
- ・感染防止対策地域連携加算の新設

診療報酬改定H22/4

- ・医療安全対策加算の充実
- ・感染防止対策加算の新設
- ・医薬品安全性情報等管理体制加算の新設
- ・医療機器安全管理料1の再評価
- ・医療機器安全管理料2の再評価

診療報酬改定H20/4

診療報酬上での評価

- 質の評価・体制の評価・法的整合性
(良質で医療安全確保のための体制整備)
- ・医療安全対策 加算
 - ・医療機器安全管理料1
 - ・医療機器安全管理料2

改正医療法H19/4

- 良質で安心・信頼のできる医療
安全確保のための要求事項
- ・医療安全確保
 - ・院内感染の防止
 - ・医薬品の安全管理
 - ・医療機器の保守点検・安全使用

改正薬事法H17/4

- 機器の分類
業態の位置づけ
添付文書の提供
情報提供
トラッキング

診療報酬

医療行為に対する評価・収入
安全管理の評価と要件

医療法

医療提供の基本的遵守事項
保守点検/医療安全含む

薬機法

(医薬品医療機器等法)

品質/有効性/安全性の確保

販売・修理・特定保守管理医療機・添付文書

報酬取得のための要件が満たせない場合
医療収入の損失
医療安全の不備を結果として証明
「良質・安心でない」「感染防止していない」
医療の信頼の喪失
医療崩壊

義務履行の確保
義務違反に対する新たな措置
医療監視時の指導
医療法遵守の徹底

義務履行の確保
義務違反に対する罰則措置
不具合報告の対応
添付文書の改定

放射線部門においては
管理区域内・区域外を問わず
感染防止対策について、
ますます重要となっているが、
十分な対応はとられていない。
また、抗菌未対応製品も多く、
今後の対応が急がれる！

医療機関において、
SIAAマークを取得した製品が
徐々に増え始めています。

今後は認定を受けた製品を
はじめとして、各種取り組み
を通じて、「評価」へと広げる
ことがこれまで以上に重要！
例：抗菌材料へのC2評価等



ワセツナDR-60

FPD

新技術「Hydro Ag」で約100倍の抗菌性能

従来の銀系コートに比べ、約100倍[※]の
抗菌性能を発揮するコート技術「Hydro
Ag（ハイドロエージー）」で全面をコー
ティング。細菌の増殖を防ぎ、効果も長期間
持続。塩水バインダーで、汚れも落ちや
すく衛生的です。



SIAA
ISO 22196
for KOHKIN

※測定は、菌液使用による抗菌力測定に適用するものではありません。



X線防護衣



すべてのX線防護衣の表面材を
「SIAA抗菌素材」に
バージョンアップしました。

※バリウーエプロン、プリント紙シリーズを除きます。



有機銅塩抗菌剤・線込
本体表面層
JP01 222 70A000 1Q

● 信頼のSIAA抗菌マーク
一般社団法人 抗菌製品技術協議会
(SIAA)の自主規格に適合した製品に
与えられる信頼のマーク。日本工業規
格JIS Z 2801 (JIS抗菌規格)および国
際規格ISO22196にも対応しています。

回診車



✗ 未取得

防護衝立



✗ 未取得

ストレッチャー



✗ 未取得

点滴台



✗ 未取得

キーボードカバー



病棟情報端末



終わり

ご清聴有難うございました！

