

大嶋委員からの御意見

| 項 目     | 資料 1<br>公立病院経営強化ガイドラインに基づく中期計画の策定について                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 御意見・御提案 | 令和 4 年 3 月に発出されたガイドラインに基づく中期計画を今年度策定予定で進めている所です。策定に伴い、1 2 月中に議会説明、パブリックコメント等の実施を予定しており、次回の地域医療構想会議は 2 月予定となっていますが、この様な場合はどのタイミングでどの様な方法で諮る必要がありますか。また、計画策定は進めて事後報告でよろしいでしょうか。                                                                                                                       |
| 回 答     | <p>公立病院経営強化プランの策定については、策定前に有明地域医療構想調整会議で合意を得ていることが望ましいため、事後報告でなく、令和 5 年 2 月頃に予定している調整会議での合意後に正式に策定していただければと考えています。</p> <p>調整会議での合意が円滑に得られるよう、議会への報告やパブリックコメントと並行して調整会議委員とも共有して意見を伺う等、関係者の意見を踏まえた案を作成したうえで調整会議の協議に臨むことが考えられます。</p> <p>なお、調整会議委員へ事前に意見を伺う方法等については、改めて荒尾市民病院及び他の委員の皆様と調整させていただきます。</p> |

|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                 |              |                 |  |      |     |  |  |  |     |                 |  |  |  |      |                                      |  |  |  |          |                       |  |  |  |             |        |  |     |  |                      |                      |          |                 |    |    |    |    |      |    |    |    |    |                       |                     |                         |            |   |        |                      |                                 |              |   |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------|-----------------|--|------|-----|--|--|--|-----|-----------------|--|--|--|------|--------------------------------------|--|--|--|----------|-----------------------|--|--|--|-------------|--------|--|-----|--|----------------------|----------------------|----------|-----------------|----|----|----|----|------|----|----|----|----|-----------------------|---------------------|-------------------------|------------|---|--------|----------------------|---------------------------------|--------------|---|
| 項 目                   | 資料 4<br>医療機器の共同利用について                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                 |              |                 |  |      |     |  |  |  |     |                 |  |  |  |      |                                      |  |  |  |          |                       |  |  |  |             |        |  |     |  |                      |                      |          |                 |    |    |    |    |      |    |    |    |    |                       |                     |                         |            |   |        |                      |                                 |              |   |
| 御意見・御提案               | 医療機器の購入前に調整会議に諮る必要はなくなり（調整会議で導入の検討はしない）、購入後に報告し情報を共有する仕組みと考えてよろしいでしょうか。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                 |              |                 |  |      |     |  |  |  |     |                 |  |  |  |      |                                      |  |  |  |          |                       |  |  |  |             |        |  |     |  |                      |                      |          |                 |    |    |    |    |      |    |    |    |    |                       |                     |                         |            |   |        |                      |                                 |              |   |
| 回 答                   | <p>現在も、医療機器購入前の調整会議での合意は必須ではありませんが、全身用MR I、全身用CTについて、共同利用に係る特別償却制度を活用する際は、購入前に調整会議での協議が必要となる場合があります。</p> <p>（参考：医療提供体制の確保に資する設備の特別償却制度の概要）</p> <table><tr><td>特別償却</td><td colspan="4">12%</td></tr><tr><td>対象者</td><td colspan="4">青色申告書を提出する個人・法人</td></tr><tr><td>対象期間</td><td colspan="4">平成31年（2019年）4月1日から令和5年（2023年）3月31日まで</td></tr><tr><td>対象となる設備等</td><td colspan="4">全身用MR I、全身用CT（4列未満除く）</td></tr><tr><td rowspan="3">調整会議への提出・確認</td><td colspan="2">病院／診療所</td><td colspan="2">診療所</td></tr><tr><td>1 一定基準以上の使用頻度がある機器更新</td><td>2 共同利用を前提とした新規（追加）購入</td><td>※左記1、2以外</td><td>令和3年3月31日以前に取得等</td></tr><tr><td>不要</td><td>不要</td><td>必要</td><td>不要</td></tr><tr><td>県の証明</td><td>必要</td><td>必要</td><td>必要</td><td>不要</td></tr><tr><td>医療機関（個人又は法人）から県への提出書類</td><td>全身用CT、MRIの利用回数を示す書類</td><td>共同利用を行う連携先医療機関との合意を示す書類</td><td>調整会議への提出書類</td><td>—</td></tr><tr><td>県の確認事項</td><td>利用回数に明らかな虚偽が認められないこと</td><td>連携先医療機関に同様の全身用CT、MRIが設置されていないこと</td><td>調整会議における協議状況</td><td>—</td></tr></table> <p>具体的な手続きについては県ホームページに掲載されていますので以下のとおりお知らせします。</p> <p>（ <a href="https://www.pref.kumamoto.jp/soshiki/42/123139.html">https://www.pref.kumamoto.jp/soshiki/42/123139.html</a> ）</p> <p>なお、今回の新たな取組みについては、今後、新規購入希望者（更新を含む）に対し共同利用の意向を確認し、その結果について情報共有することを考えています。県の定めた確認様式を（有明圏域の場合は）県北広域本部菊池保健所へ提出し、調整会議でその確認様式の提出状況を確認いたします。</p> |                                 |              |                 |  | 特別償却 | 12% |  |  |  | 対象者 | 青色申告書を提出する個人・法人 |  |  |  | 対象期間 | 平成31年（2019年）4月1日から令和5年（2023年）3月31日まで |  |  |  | 対象となる設備等 | 全身用MR I、全身用CT（4列未満除く） |  |  |  | 調整会議への提出・確認 | 病院／診療所 |  | 診療所 |  | 1 一定基準以上の使用頻度がある機器更新 | 2 共同利用を前提とした新規（追加）購入 | ※左記1、2以外 | 令和3年3月31日以前に取得等 | 不要 | 不要 | 必要 | 不要 | 県の証明 | 必要 | 必要 | 必要 | 不要 | 医療機関（個人又は法人）から県への提出書類 | 全身用CT、MRIの利用回数を示す書類 | 共同利用を行う連携先医療機関との合意を示す書類 | 調整会議への提出書類 | — | 県の確認事項 | 利用回数に明らかな虚偽が認められないこと | 連携先医療機関に同様の全身用CT、MRIが設置されていないこと | 調整会議における協議状況 | — |
| 特別償却                  | 12%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                 |              |                 |  |      |     |  |  |  |     |                 |  |  |  |      |                                      |  |  |  |          |                       |  |  |  |             |        |  |     |  |                      |                      |          |                 |    |    |    |    |      |    |    |    |    |                       |                     |                         |            |   |        |                      |                                 |              |   |
| 対象者                   | 青色申告書を提出する個人・法人                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                 |              |                 |  |      |     |  |  |  |     |                 |  |  |  |      |                                      |  |  |  |          |                       |  |  |  |             |        |  |     |  |                      |                      |          |                 |    |    |    |    |      |    |    |    |    |                       |                     |                         |            |   |        |                      |                                 |              |   |
| 対象期間                  | 平成31年（2019年）4月1日から令和5年（2023年）3月31日まで                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                 |              |                 |  |      |     |  |  |  |     |                 |  |  |  |      |                                      |  |  |  |          |                       |  |  |  |             |        |  |     |  |                      |                      |          |                 |    |    |    |    |      |    |    |    |    |                       |                     |                         |            |   |        |                      |                                 |              |   |
| 対象となる設備等              | 全身用MR I、全身用CT（4列未満除く）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                 |              |                 |  |      |     |  |  |  |     |                 |  |  |  |      |                                      |  |  |  |          |                       |  |  |  |             |        |  |     |  |                      |                      |          |                 |    |    |    |    |      |    |    |    |    |                       |                     |                         |            |   |        |                      |                                 |              |   |
| 調整会議への提出・確認           | 病院／診療所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                 | 診療所          |                 |  |      |     |  |  |  |     |                 |  |  |  |      |                                      |  |  |  |          |                       |  |  |  |             |        |  |     |  |                      |                      |          |                 |    |    |    |    |      |    |    |    |    |                       |                     |                         |            |   |        |                      |                                 |              |   |
|                       | 1 一定基準以上の使用頻度がある機器更新                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 2 共同利用を前提とした新規（追加）購入            | ※左記1、2以外     | 令和3年3月31日以前に取得等 |  |      |     |  |  |  |     |                 |  |  |  |      |                                      |  |  |  |          |                       |  |  |  |             |        |  |     |  |                      |                      |          |                 |    |    |    |    |      |    |    |    |    |                       |                     |                         |            |   |        |                      |                                 |              |   |
|                       | 不要                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 不要                              | 必要           | 不要              |  |      |     |  |  |  |     |                 |  |  |  |      |                                      |  |  |  |          |                       |  |  |  |             |        |  |     |  |                      |                      |          |                 |    |    |    |    |      |    |    |    |    |                       |                     |                         |            |   |        |                      |                                 |              |   |
| 県の証明                  | 必要                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 必要                              | 必要           | 不要              |  |      |     |  |  |  |     |                 |  |  |  |      |                                      |  |  |  |          |                       |  |  |  |             |        |  |     |  |                      |                      |          |                 |    |    |    |    |      |    |    |    |    |                       |                     |                         |            |   |        |                      |                                 |              |   |
| 医療機関（個人又は法人）から県への提出書類 | 全身用CT、MRIの利用回数を示す書類                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 共同利用を行う連携先医療機関との合意を示す書類         | 調整会議への提出書類   | —               |  |      |     |  |  |  |     |                 |  |  |  |      |                                      |  |  |  |          |                       |  |  |  |             |        |  |     |  |                      |                      |          |                 |    |    |    |    |      |    |    |    |    |                       |                     |                         |            |   |        |                      |                                 |              |   |
| 県の確認事項                | 利用回数に明らかな虚偽が認められないこと                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 連携先医療機関に同様の全身用CT、MRIが設置されていないこと | 調整会議における協議状況 | —               |  |      |     |  |  |  |     |                 |  |  |  |      |                                      |  |  |  |          |                       |  |  |  |             |        |  |     |  |                      |                      |          |                 |    |    |    |    |      |    |    |    |    |                       |                     |                         |            |   |        |                      |                                 |              |   |