

画像診断の評価について

1 現状と課題

- (1) 画像診断はCTの多列化^{※1}やMRIの高磁場化^{※2}など機器の技術的進歩が著しい状況にある。特にCT撮影においては時間分解能の向上により、これまで描出不能であった拍動している心臓のCT撮影が可能となるなど、新たな技術が登場している。
- (2) 一方、デジタル映像化処理加算については、昭和63年より画像のデジタル化を目的に導入されて来たが、平成18年度にはデジタル化率は医科診療において70%を超え、導入時の役割を終えている。一方で、フィルム費用の減少にはつながっていない。(参考資料1頁、図1・図2)
- (3) 現在、診療報酬点数表では画像診断管理加算にて、質の高い画像診断管理体制を評価しているが、ここでは、全ての画像診断につき画像診断を専ら担当する医師が文書により報告することを求めている。画像診断は、その普及及び高度化により、重要性が高まっている一方、一件あたりのデータ量は飛躍的に増大しており^{※3}、画像診断医の過重負担となっている。(参考資料2頁、図3・図4)

※1 CTの多列化とは、X線の検出器を複数用いることで、X線管球1回転あたりに短時間でより多くの断面を撮影できる技術である。

※2 臨床用のMRI装置では従来1.5T(テスラ)という磁石の強さが最も強かったが、近年3Tの製品が実用化された。磁石の力が強ければ強いほど、体から出てくる電波も強くなり、より微細な構造が画像化できる。

※3 多列化CT等の新技術の登場により、より薄いスライス厚での撮影が可能となり、X軸Y軸Z軸方向の画像や3次元画像等が出現し、以前と比較すると数十倍以上のデータ量となっている。

診療報酬上の評価

第1節 4 デジタル映像化処理加算

イ	単純撮影の場合	60点
ロ	特殊撮影の場合	64点
ハ	造影剤使用撮影の場合	72点
ニ	乳房撮影の場合	60点

コンピューター画像処理加算

一連の撮影について1回に限り所定点数に60点を加算する。この場合においてフィルムは算定できない。

画像診断管理加算1 58点

(画像診断を専ら担当する常勤の医師が画像診断を行った場合)

画像診断管理加算2 87点

(上記に加え、施設基準に適合している場合)

画像診断管理加算2の施設基準

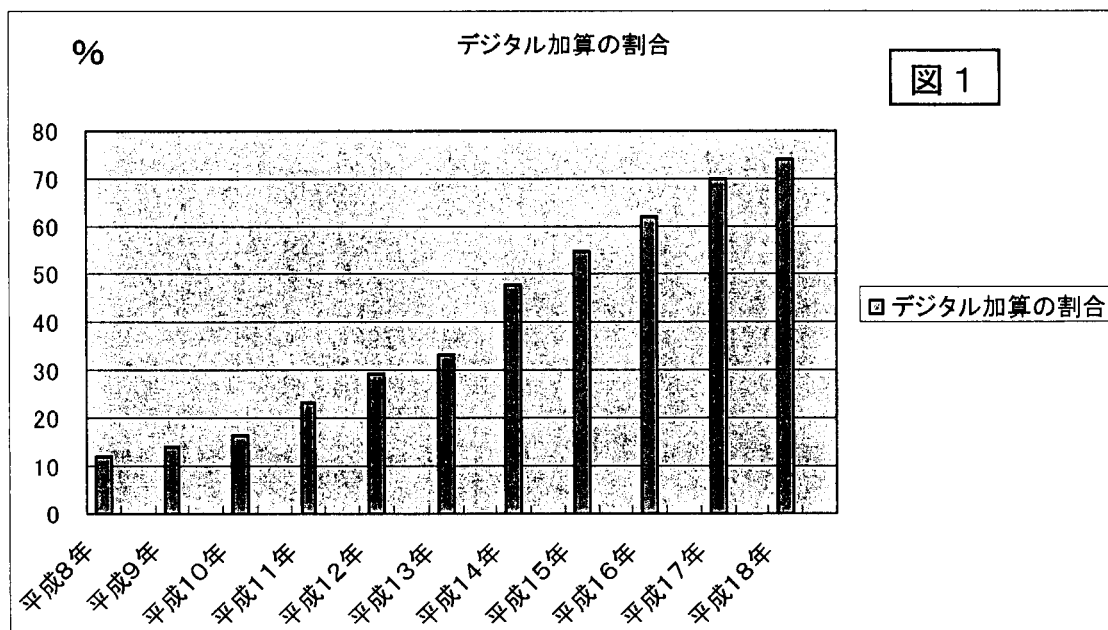
当該医療機関において実施されるすべての核医学診断及びコンピューター断層診断を、画像診断を専ら担当する常勤の医師が行っていること

2 論点

- (1) 画像診断技術の進歩に伴う新規技術の評価や既存技術の評価の見直しについては、医療技術評価分科会及び先進医療専門家会議における検討を踏まえて対応すべきではないか。
- (2) 画像のデジタル化に係る技術に代えて、次の段階としてフィルムレスによる画像管理技術の評価していくべきではないか。
- (3) また、同時に臨床診断の基礎となる画像診断報告の質を確保する体制について見直すべきではないか。

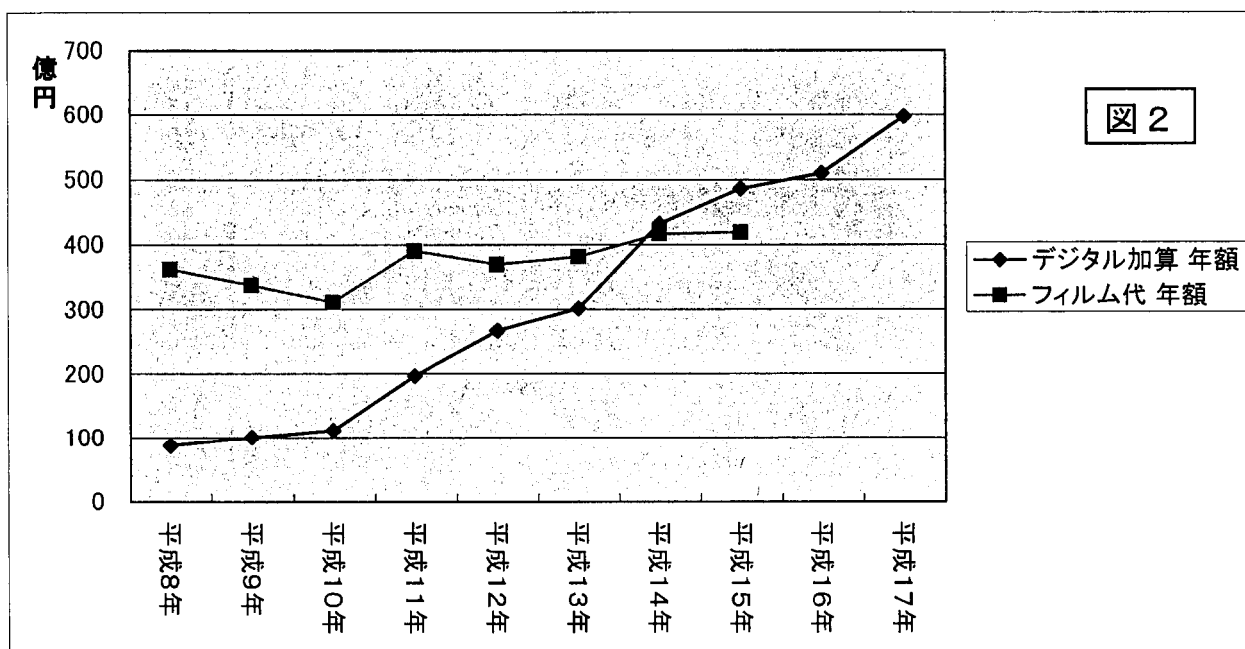
画像診断の評価について (参考資料)

診療報酬点数上のデジタル加算の割合

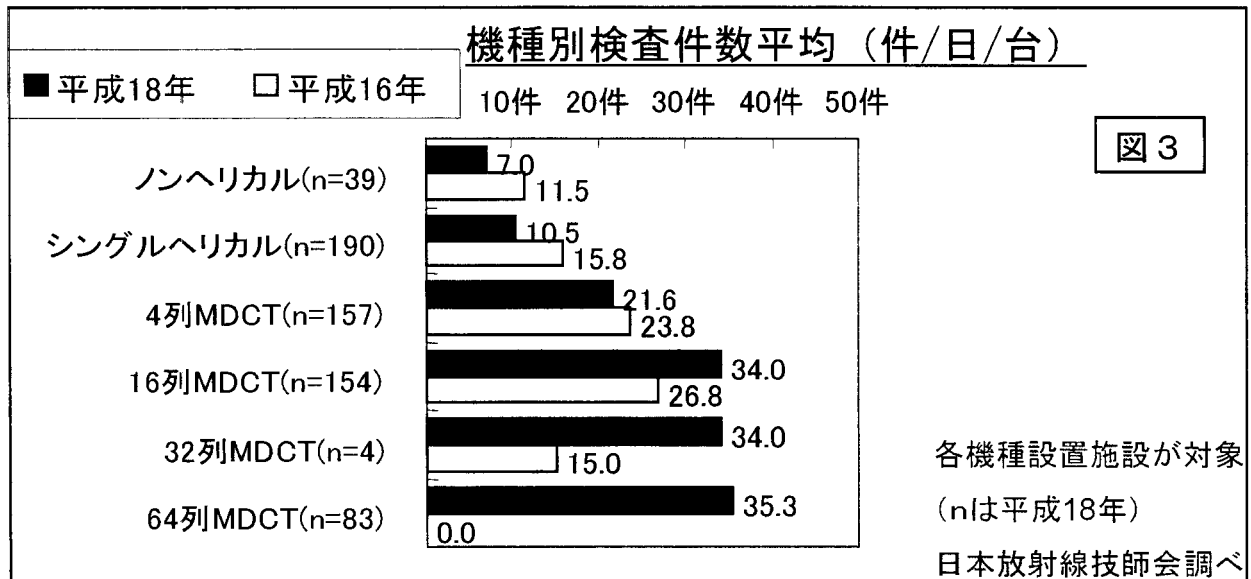


(社会医療診療行為別調査より)

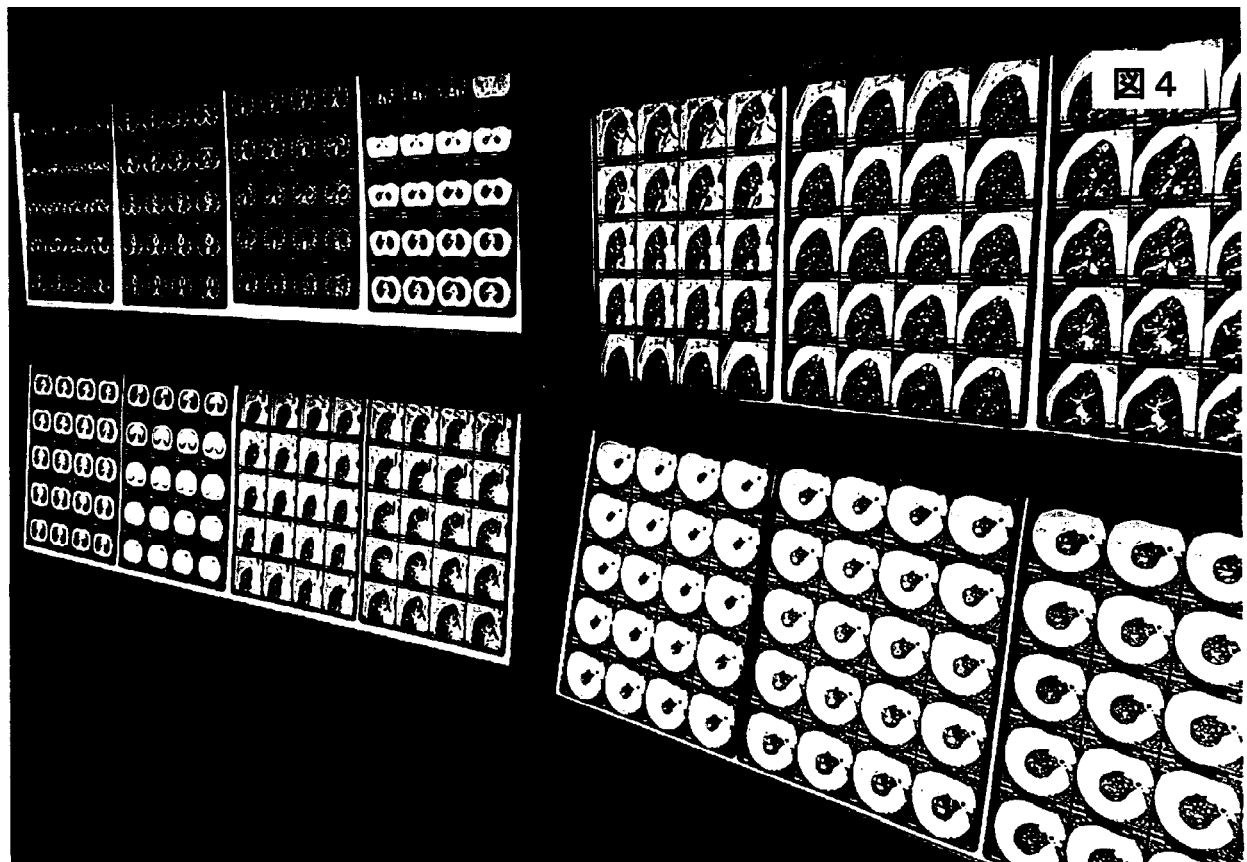
デジタル映像化処理加算(年額)とフィルム費用(年額)の推移



(社会医療診療行為別調査より)



(ヘリカルとはらせんを意味し、らせん状に撮影するCT装置をヘリカルCT装置と言う)



※多列CTにて撮影・出力されたフィルム（肺結核を疑った患者の精密検査のためのCT、1回の撮影分の約3分の1）

技術	従来のフィルム撮影	デジタル映像処理 (CR法)
方法	X線フィルムを現像	イメージングプレート (X線センサー) の情報を読み取る
特徴	撮影は条件設定が難しく経験を有する	被爆線量が少ない。 常に安定した画質の画像を提供することが可能。 撮影の失敗が少ない。
フィルム	あり	あり/なし

フィルムレスとは

X線撮影やCT, MRIといった医療関係の画像をフィルムに出力せず、各所に設置したモニター(ディスプレイ)に表示するシステム

病院フィルムレス化の利点

- フィルムを使用しなくなることで
 - フィルムを使用しないことによる地球環境への配慮
 - 画像の即時利用（外来患者を待たせない）
 - 紹介医や患者への電子媒体による画像提供が可能
 - 長期保存による画像の劣化が無い
 - 電子カルテと連携させること等による業務の効率化
 - 保管場所の節約
 - 医療費削減（フィルム代削減）
 - 近年飛躍的に増大した画像のデータ量への対応が可能（フィルムでの保存は非現実的）
- 一方、院内に多数の画像表示端末と高速ネットワークが必要であり、一定の設備投資が必要

処置について

第1 現状と課題

現在の診療報酬点数表では、「第9部 処置」において、医師による診断と適切な指導があれば、必ずしも医師等の医療職による高度な技術を要せず、患者本人若しくは家人により行うことが可能な処置についても評価されている。

具体的には以下の項目がある。

処置	診療報酬での項目	点数
皮膚が赤くなる程度の熱傷 (第1度熱傷)で狭い範囲のもの	J001 熱傷処置 (100平方センチメートル未満)	135点
狭い範囲の軟膏塗布	J053 皮膚科軟膏処置 (100平方センチメートル未満)	45点
点眼、洗眼、片眼帯	J086 眼処置	25点
点耳、簡単な耳垢栓除去	J095 耳処置	25点
鼻洗浄	J097 鼻処置	12点
湿布の貼付	J119 消炎鎮痛等処置 3 湿布処置 □ その他のもの	24点

第2 論点

上記のような、医師による診断と適切な指導があれば、患者本人若しくは家人でも行うことが可能な処置について、特別には診療報酬上の評価は行わず、基本診療料に含まれるものと考えてはどうか。

地域医療について

1 現行の診療報酬上の評価の概要

- (1) 平成 18 年度診療報酬改定において、地域における疾患ごとの医療機関の連携体制を評価する観点から、地域連携クリティカルパスの活用により医療機関間で診療情報が共有されている体制について、大腿骨頸部骨折に限り試行的な評価を行ったところ。
- (2) 平成 18 年度診療報酬改定の基本方針における主要事項及び国民の関心の高い事項の一つとして、地域連携診療計画評価料も中医協の診療報酬結果検証部会で検証すべき項目とされている。

2 検証部会での検証結果等

- (1) 「診療報酬改定結果検証に係る調査」(診－３－３)において計画管理病院、連携医療機関ともに平均在院日数の短縮がみられた。
(診－３－３ (以下略) 図表 17、図表 20)

	平成 17 年度	平成 18 年度
計画管理病院	38.2 日	33.0 日
連携医療機関	64.1 日	62.7 日

(平成 18 年度診療報酬の結果検証に係る調査より)

- ※ 計画管理病院 — 患者の治療を総合的に管理する病院
連携医療機関 — 計画管理病院の連携先医療機関

- (2) 計画管理病院と連携医療機関が開催する、地域連携診療計画の評価等を行うための会合についても、計画管理病院で平均 4.1 回開催され、連携医療機関は平均 3.5 回参加しており、地域における医療機関間の連携の促進に効果があったとの声があった。(図表 29、図表 31)

- (3) 地域連携クリティカルパスの対象疾患については、骨折がもっとも多く、次に脳卒中が多かった。その他の糖尿病、がん、急性心筋梗塞等については、実施している計画管理病院が、数施設であった。(図表 2 3)
- (4) また、複数の計画管理病院で共通の地域連携クリティカルパスを共有し連携を行っている地域もあることから、現行の 1 対 1 の医療機関同士の連携の評価に加え、地域全体での連携の評価の在り方についても検討が必要との指摘があった。
- (5) 計画管理病院と連携医療機関との地域連携への取組の姿勢の違いの 1 つに、退院基準の作成状況(計画管理病院 82.4%、連携医療機関 21.8%)の違いが挙げられた。(図表 1 6)

3 課題と論点

- (1) 診療報酬上の評価は大腿骨頸部骨折に限られているが、平成 20 年 4 月から実施される新たな医療計画により、4 疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病)の医療連携体制が構築され、これらの疾病についても地域における医療機関間の連携への取組が見込まれる。
- (2) 特に脳卒中については、発症後生命が助かったとしても麻痺、嚥下障害等の後遺症が発生する頻度が高く、リハビリテーション等医療機関間の連携が重要となる疾病であることから、総治療期間の短縮を目的とした地域連携クリティカルパスの対象疾患として検討してはどうか。
- (3) また、現行は計画管理病院と連携医療機関との連携について診療報酬上の評価を行っているが、地域の医療機関同士の連携を一層促進する観点から、地域において複数の急性期病院・複数の療養病床等・診療所が共通の地域連携クリティカルパスを使用している場合も評価の対象となるよう要件を明確化することとしてはどうか。

- (4) 1つの地域連携クリティカルパスの導入にかかる費用等の負担や、導入後の地域連携クリティカルパスの見直し等に係る負担は、対象患者の増加、連携医療機関の拡充等により減少すること、また、患者の自己負担の観点からも適正な評価としてはどうか。
- (5) また、患者に安心・納得の医療を提供する観点から、地域連携クリティカルパスにおいて退院基準を明確にし、患者に提示することは重要であり、計画管理病院で既に取組の進んでいる退院基準の作成について、連携医療機関においても作成することを求めているかどうか。
- (6) 患者にわかりやすい医療連携とするために、医療計画に記載のある病院・診療所について評価することとしてはどうか。

地域連携クリティカルパスとは

● クリティカルパスとは

- クリティカルパスとは、良質な医療を効率的、かつ安全、適正に提供するための手段として開発された診療計画表。
- もともとは、1950年代に米国の工業界で導入されはじめ、1990年代に日本の医療機関においても一部導入された考え方。
- 診療の標準化、根拠に基づく医療の実施（EBM）、インフォームドコンセントの充実、業務の改善、チーム医療の向上などの効果が期待されている。

● 地域連携クリティカルパスとは

- 急性期病院から回復期病院を経て早期に自宅に帰れるような診療計画を作成し、治療を受ける全ての医療機関で共有して用いるもの。
- 診療にあたる複数の医療機関が、役割分担を含め、あらかじめ診療内容を患者に提示・説明することにより、患者が安心して医療を受けることができるようにするもの。
- 内容としては、施設ごとの診療内容と治療経過、最終ゴール等を診療計画として明示。
- 回復期病院では、患者がどのような状態で転院してくるかを把握できるため、改めて状態を観察することなく、転院早々からリハビリを開始できる。
- これにより、医療連携体制に基づく地域完結型医療を具体的に実現する。

脳卒中の医療体制 目指すべき方向

今後の脳卒中の医療体制は、個々の医療機能、それを満たす医療機関、さらにそれらの医療機関間の連携により、医療から介護サービスまでが連携し継続して実施される体制を構築することが重要。

(1) 発症後、速やかな搬送と専門的な診療が可能な体制

- 発症後2時間以内の、専門的な診療が可能な医療機関への救急搬送
- 医療機関到着後1時間以内の専門的な治療の開始

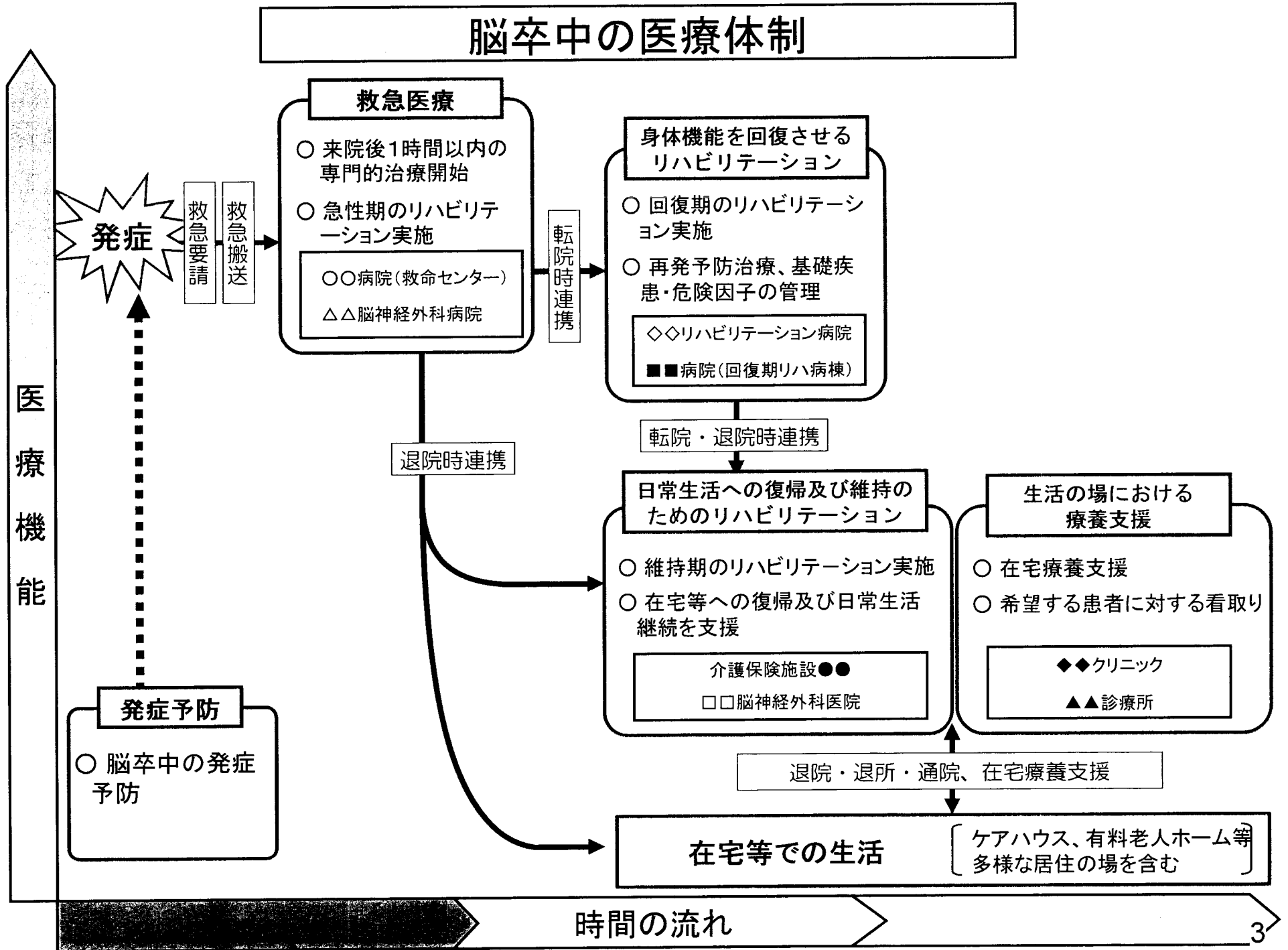
(2) 病期に応じたリハビリテーションが可能な体制

- 廃用症候群や合併症の予防、セルフケアの早期自立のためのリハビリテーションの実施
- 機能回復及び日常生活動作向上のために専門的かつ集中的なリハビリテーションの実施
- 生活機能を維持又は向上させるリハビリテーションの実施

(3) 在宅療養が可能な体制














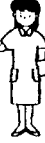
- 生活の場で療養できるよう、医療及び介護サービスが相互に連携した支援

脳卒中の医療体制



医療連携の取組(青森県)

脳梗塞(患者用) パターン1 60日パス (むつ総合病院・大間病院→むつリハビリテーション病院→在宅)

施設名	むつ総合病院・大間病院					むつリハビリテーション病院				在宅		
経過	入院当日	3日目	6日目	7日目	退院日(14日目)	4週(28日目)	8週(56日目)	8週～	退院(60日目)	2週間後	1ヵ月後	6ヵ月後
日付	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)
目標	<input type="checkbox"/> 新たな症状が出ないようにする。 					<input type="checkbox"/> リハビリに主体的に参加できる <input type="checkbox"/> 身の回りのことが自分でできる <input type="checkbox"/> 退院に向けた準備ができる <input type="checkbox"/> リハビリに主体的に参加できる <input type="checkbox"/> 身の回りのことが自分でできる <input type="checkbox"/> 自宅に帰ることができる				<input type="checkbox"/> 自宅で生活できる 		
検査	<input type="checkbox"/> 脳梗塞の状態を調べる検査があります。 <input type="checkbox"/> 検査については、前日の夕方看護師が説明します。					<input type="checkbox"/> 状態に応じて脳梗塞の検査があります <input type="checkbox"/> 検査については看護師が説明します。				<input type="checkbox"/> 外来受診日 <input type="checkbox"/> (必要時) 通院介助があります。 <input type="checkbox"/> 薬は継続して服用します。		
治療	<input type="checkbox"/> 医師の指示により、点滴や薬による治療を行います。 <input type="checkbox"/> 他院の薬をお持ちの方はお申し出下さい。 (医師の指示により中止又は変更になることにもあります) <input type="checkbox"/> 酸素吸入で脳の酸素不足を補うことがあります。 					<input type="checkbox"/> 状態に応じて薬による治療が継続します <input type="checkbox"/> 状態に応じて薬による治療が継続します 				<input type="checkbox"/> 検査結果の説明があります 		
状態のチェック	<input type="checkbox"/> 1日1～2回血圧測定をします。 <input type="checkbox"/> 朝と昼に体温測定をします。 					<input type="checkbox"/> 1日1回血圧測定をします。 <input type="checkbox"/> 外泊します <input type="checkbox"/> 検査結果の説明があります				<input type="checkbox"/> 定期的に血圧を測定します。 		
安静度	<input type="checkbox"/> ベッド上で過ごします。 <input type="checkbox"/> ベッド上で少しずつ起き上がります。 <input type="checkbox"/> 回復状態に応じて車椅子に移ります。 					<input type="checkbox"/> 歩行する準備をします。 <input type="checkbox"/> 歩行します。 				<input type="checkbox"/> 歩行します。 		
食事	<input type="checkbox"/> 食事内容は状態に応じて変わります。鼻から胃まで管を入れて栄養をとることもあります。 <input type="checkbox"/> 状態に応じて身体を清潔に保ちます。入浴できない間は看護師が身体を拭きます。					<input type="checkbox"/> 食事をとる練習をします。 <input type="checkbox"/> 介助でシャワー浴ができます。 <input type="checkbox"/> 自分で食事がとれます。 <input type="checkbox"/> 入浴できます。 						
清潔												
排泄	<input type="checkbox"/> ベッド上で過ごす間はベッド上で排泄します。おしっこは管を入れることもあり <input type="checkbox"/> 状態に応じてベッド脇やトイレで排泄 <input type="checkbox"/> トイレの練習をします <input type="checkbox"/> トイレで排泄できます。											
リハビリ	<input type="checkbox"/> 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が担当します <input type="checkbox"/> 状態に応じたプログラムを作ります。 					<input type="checkbox"/> 機能回復の訓練をします。 <input type="checkbox"/> 退院前に自宅を訪問し、状況を確認します。 <input type="checkbox"/> 自宅を想定したリハビリを行いません <input type="checkbox"/> 自宅での生活方法を指導します				<input type="checkbox"/> (必要時) 通所リハビリがあります。 <input type="checkbox"/> (必要時) 訪問リハビリがあります。 <input type="checkbox"/> 必要な場合は自宅改修の指導をします 		
ご本人・ご家族への説明	<input type="checkbox"/> 医師から病状や入院中の治療計画について説明があります。 <input type="checkbox"/> 看護師から入院生活について説明があります。 <input type="checkbox"/> 入院中は定期的に薬剤師からお薬についての説明があります。					<input type="checkbox"/> 検査結果の説明があります <input type="checkbox"/> 転院の準備について説明があります。 <input type="checkbox"/> 医師から入院中の治療計画について説明があります。 <input type="checkbox"/> 外泊についての留意点について説明があります。 <input type="checkbox"/> 退院後の生活について説明があります。						
相談	<input type="checkbox"/> 次の事項を確認します。 ・介護保険を申請しているかどうか。 ・入院について介護支援専門員に連絡が済んでいるかどうか。 					<input type="checkbox"/> 医師・看護師・ケアマネジャー・リハビリ担当者などと退院後のことについて相談します。 <input type="checkbox"/> 必要な書類がありましたらお早めにご準備下さい。(介護保険意見書・その他) <input type="checkbox"/> 医師・看護師・ケアマネジャー・リハビリ担当者などと相談します。 <input type="checkbox"/> 必要時、住宅改修などの相談をします。 <input type="checkbox"/> 必要な書類がありましたらご準備ください。 <input type="checkbox"/> 介護保険の申請をします。 <input type="checkbox"/> ケアマネジャーが在宅のケアプランを作ります				<input type="checkbox"/> 利用できるサービスについてケアマネジャーと相談します <input type="checkbox"/> 必要に応じて色々な制度を利用します		
窓口	<input type="checkbox"/> 病棟看護師長にご相談ください。					<input type="checkbox"/> 病棟看護師長にご相談ください。				<input type="checkbox"/> ケアマネジャーにご相談ください。		



* 状態に応じて予定が変更になることもありますので、ご不明な点は各窓口にご相談ください。

地域連携パス(下北圏域)

なぜ、脳卒中の医療体制構築が必要か？

取り組む必要性

- 脳卒中の総患者数 約 137万人
- 救急車で搬送した脳卒中患者数 約 33万人／年（全体の11%）
- 脳卒中が原因で死亡した数 約 13万人／年（第3位）
- 脳卒中が寝たきりの原因である割合 約 30 %
- 脳卒中が原因で介護が必要になった割合 約 26 % （第1位）

脳卒中は、発症後生命が助かったとしても片麻痺、嚥下障害、言語障害、認知障害などの後遺症が残ることが多く、患者及びその家族は、発症前に比べ、日常生活に支障を来すことが多い。

連携の必要性

- 脳卒中を発症した場合、まず救急医療において内科的・外科的治療が行われる。
 - ⇒ 脳梗塞では、発症後3時間以内に血栓溶解療法を開始すると予後が良い。
 - 治療ができる医療機関に2時間以内に到着することが重要。
 - ⇒ 急性期から積極的なリハビリテーションを行うことは、廃用症候群の予防、セルフケアの早期自立に有効。
- その後、身体機能を回復させるリハビリテーション、日常生活に復帰させるリハビリテーションが行われる。
- もし障害が残れば、介護サービスと医療サービスを受けながら長期ケアが行われる。

患者の疾病史によってケアは変わる。患者中心の医療では、多様なサービス提供者が連携して、継続的にサービスを行うことが必要である。