

医推第1008号
令和元年10月2日

岡山県医師会長
岡山県病院協会会長 } 殿

岡山県保健福祉部医療推進課長



岡山県小児死亡事例に対する死亡時画像診断（Ai）に係る
撮影経費支弁要綱の改正について（通知）

このことについて、小児死亡事例に対する死亡時画像診断の情報収集、分析に協力し、もって死因究明体制の整備を図るため事業実施しているところですが、岡山県小児死亡事例に対する死亡時画像診断（Ai）に係る撮影経費支弁要綱を改正しましたので通知します。

つきましては、医療機関への周知につきまして、御配慮いただきますようお願いいたします。

岡山県小児死亡事例に対する死亡時画像診断（Ai）に係る撮影経費支弁要綱

（趣 旨）

第1条 厚生労働省死亡時画像読影技術等向上研修事業の一環として、公益社団法人日本医師会が受託者として行う小児死亡事例に対する死亡時画像診断モデル事業（以下「モデル事業」という。）において、県は、小児死亡事例（15歳未満に限る。以下同じ。）に対する死亡時画像診断の情報の収集に協力し、もって死因究明体制の整備を図るため、予算の範囲内において、死亡時画像診断に係る撮影経費を支弁することとし、その交付に関しては、この要綱の定めるところによる。

（支弁の対象）

第2条 支弁の対象は、モデル事業に参加登録を行い、公益社団法人日本医師会の確認を受けた岡山県内の医療機関（以下「参加機関」という）が実施する、小児死亡事例を対象とした、死亡時の画像撮影（CT、MRI等）に係る経費とする。

（参加登録の報告）

第3条 参加機関は、モデル事業に参加登録を行い、公益社団法人日本医師会の確認を受けた旨を、あらかじめ参加登録報告書（別紙様式1）により、県へ報告するものとする。

（撮影の報告）

第4条 参加機関は、モデル事業により撮影し、撮影画像及び関連情報を公益社団法人日本医師会又はその再委託先へ提供した件数を四半期（4～6月、7～9月、10～12月、1～3月）毎に、撮影経費実績報告書兼請求書（別紙様式2）に実績報告書（別紙様式3）を添えて四半期終了月の翌月の5日までに県へ報告するものとする。

（支払）

第5条 支払は精算払とし、知事は前条に規定する請求書により支払うものとする。

（支弁額）

第6条 支弁額は1件当たり、**54,000円**（消費税額及び地方消費税の額を含む。）とする。

（その他）

第7条 この要綱に定めるもののほか必要な事項は、知事が別に定める。

附 則

- 1 この要綱は、平成27年度から適用する
- 2 この要綱は、令和元年度から適用する

岡山県小児死亡事例に対する死亡時画像診断（Ai）に係る撮影経費支弁要綱 新旧対照表

改正後	改正前
(趣 旨) (略) (支弁の対象) (略) (参加登録の報告) (略) (撮影の報告) (略) (支払) (略) (支弁額) 第6条 支弁額は1件当たり、<u>54,000 円</u>（消費税額及び地方消費税の額を含む。）とする。 (その他) 第7条 この要綱に定めるもののほか必要な事項は、知事が別に定める。 附 則 1 この要綱は、平成27年度から適用する <u>2 この要綱は、令和元年度から適用する</u>	(趣 旨) (略) (支弁の対象) (略) (参加登録の報告) (略) (撮影の報告) (略) (支払) (略) (支弁額) 第6条 支弁額は1件当たり、<u>21,600 円</u>（消費税額及び地方消費税の額を含む。）とする。 (その他) 第7条 この要綱に定めるもののほか必要な事項は、知事が別に定める。 附 則 1 この要綱は、平成27年度から適用する

別紙様式 1

番 号
年 月 日

岡山県知事 殿

所在地	
名称	
代表者	印

小児死亡事例に対する死亡時画像診断モデル事業参加登録報告書

厚生労働省「年度死亡時画像読影技術等向上研修事業」の一環として、公益社団法人日本医師会が受託者として行う「小児死亡事例に対する死亡時画像診断モデル事業」に参加登録した旨を報告いたします。

記

登録年月日 年 月 日

参加施設番号 _____

別紙様式 2

番 号
年 月 日

岡山県知事 殿

所在地

名 称

代表者

印

小児死亡事例に対する死亡時画像診断 (Ai)に係る

撮影経費実績報告書兼請求書

(年 月分～ 月分)

標記のことについて、次のとおり関係書類（別紙 3）を添えて報告するとともに、
撮影経費として、次のとおり請求します。

記

円

(消費税額及び地方消費税の額を含む)

(内訳)

	単価 a	件数 b	合計金額 a*b
月分	54,000 円	件	円
月分	54,000 円	件	円
月分	54,000 円	件	円
計			円

実績報告書 (年 月分～ 月分)

医療機関名 _____

NO	対象 小児 年齢	死亡日	撮影日	撮影機器の種類等 (該当する項目に○)			
				CT	MRI	一般撮影	その他
1	歳	年 月 日	年 月 日				
2	歳	年 月 日	年 月 日				
3	歳	年 月 日	年 月 日				
4	歳	年 月 日	年 月 日				
5	歳	年 月 日	年 月 日				