

小児医療関連施策

平成27年9月2日

小児医療の体制

医療機能（重症度）



相談支援

- 【行政機関】
 - 小児救急電話相談事業 (#8000)
- 【消防機関】
 - 適切な医療機関への搬送

参画

初期小児救急

- 初期小児救急の実施
- 〇〇小児初期救急センター

緊急手術等を要する場合の連携

【入院小児救急】

- 入院を要する小児救急医療の24時間体制での実施

地域小児科センター（救急型）

重篤な小児患者の紹介

小児中核病院

- 地域小児医療センターでは対応が困難な高度な専門入院医療の実施
- 24時間体制での小児の救命救急医療

◇◇小児医療センター

高度専門的な医療等を要する患者

療養・療育を要する小児の退院支援

地域小児医療センター

【小児専門医療】

- 一般小児医療を行う機関では対応が困難な小児専門医療の実施

地域小児科センター（NICU型）

常時の監視等を要する患者

療養・療育を要する小児の退院支援

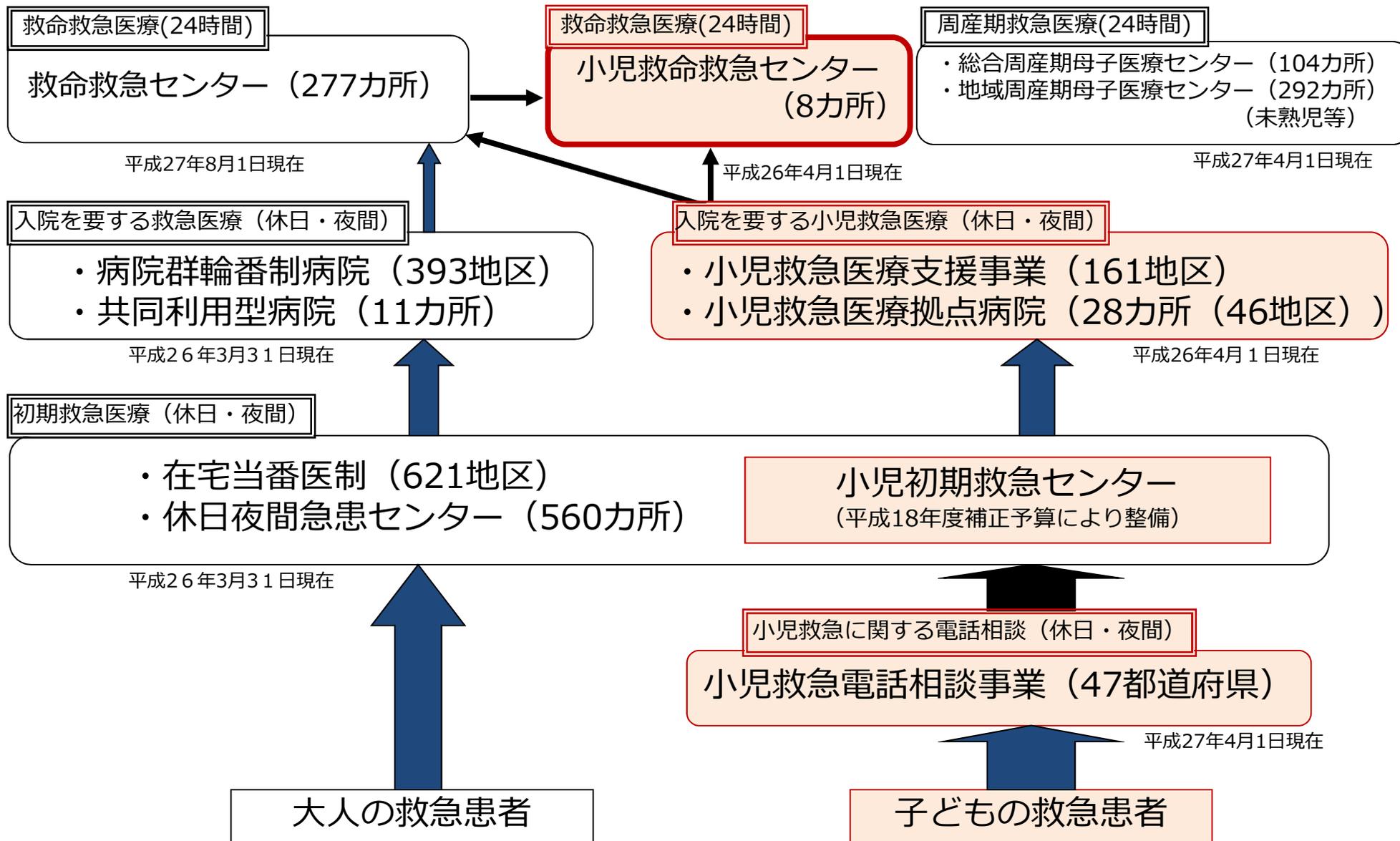
一般小児医療

- 地域に必要な一般小児医療の実施
- 生活の場（施設を含む）での療養・療育が必要な小児に対する支援

□□小児科医院
△△病院小児科

時間の流れ

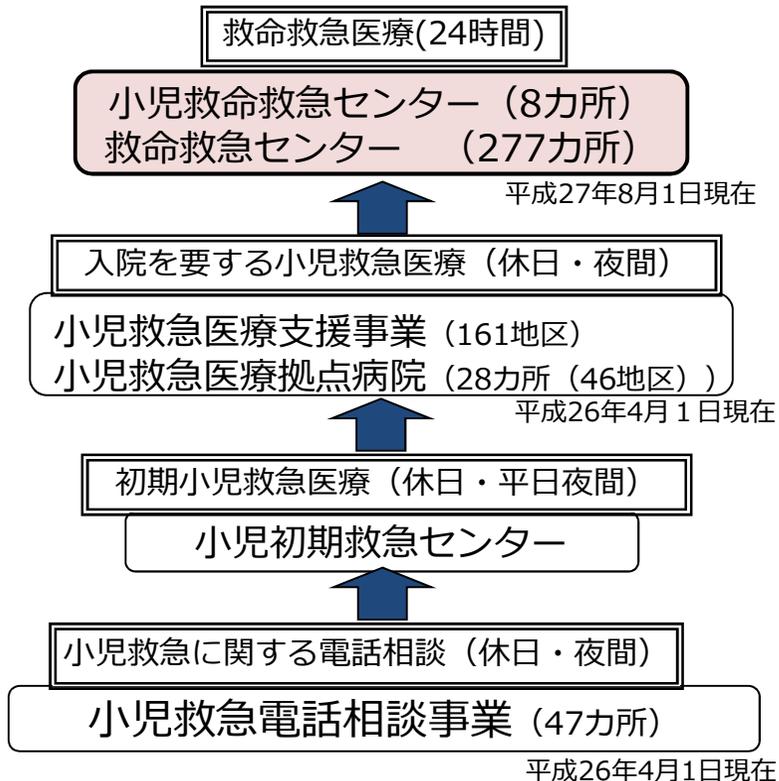
救急医療体系図



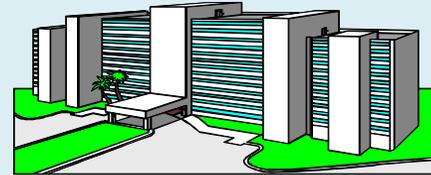
小児救命救急センター

背景：平成21年3月より「重篤な小児患者に対する救急医療体制の検討会」で議論
報告書では「小児救命救急センター」や「小児集中治療室（PICU）」の必要性が指摘された
平成22年度予算から「小児救命救急センター運営事業」等を創設した

目的：
すべての重篤な小児救急患者が地域において必要な救命救急医療を受けられる体制の整備



小児救命救急センター



- ・ 重篤小児の集約拠点として高度な医療を提供
- ・ 地域の救命救急センターと連携
- ・ 必要であれば広域搬送を受け入れる
- ・ 小児救急・集中治療の研修施設として機能

筑波大学、国立成育医療研究センター、東京都立小児総合医療センター、長野県立こども病院、静岡県立こども病院、四国こどもとおとなの医療センター、九州大学病院、熊本赤十字病院

小児救命救急センターの拡充
救命救急センターとの連携

重篤小児の診療・
研修拠点として機能

小児初期救急センター事業

1. 目的
小児の急病患者を受け入れるため、二次救急病院と連携し、小児患者の休日夜間の診療体制を確保すること
2. 補助対象
地方公共団体が実施する小児初期救急センターの運営又は、地方公共団体の長の要請を受けた診療所の開設者が実施する小児初期救急センターの運営、施設整備又は設備整備を交付の対象とする
3. 整備基準
 - (1) 休日の診療とは、次のアからエに掲げる日の午前8時から午後6時までの間に診療することをいい、夜間の診療とは午後6時から翌日午前8時までの間に診療を行うことをいう
 - ア. 日曜日
 - イ. 国民の祝日に関する法律(昭和23年7月20日法律第178号)に定める祝日および休日
 - ウ. 年末年始の日(12月29日から1月3日まで)
 - エ. 週休二日制に伴う土曜日又はその振替日
 - (2) 施設及び設備
小児初期救急センターとして必要な診療部門等及び医療機器等を備えるものとする
 - (3) 地域住民に対して救急医療に関する情報提供を行う

交付実績 (H25): 施設数 13 か所、 交付額 8,205千円
(H26): 施設数 11カ所、 交付額 5,842千円

小児救急医療支援事業 ①

1. 目的

地方公共団体が地域の実情に応じて病院群輪番制方式、共同利用型病院方式等による入院を要する(第二次)救急医療機関を整備し、休日夜間急患センター、小児初期救急センター、在宅当番医制等の初期救急医療施設および救急患者の搬送機関との円滑な連携体制のもとに、休日および夜間における入院治療を必要とする重症救急患者の医療を確保すること

2. 補助対象

ア. 地域設定

地域設定は、原則として二次医療圏単位とする。ただし、二次医療圏単位によりがたい地域については都道府県知事が設定する地域で厚生労働大臣が適当と認めたものとする

イ. 病院

地方公共団体又は地方公共団体の長の要請を受けた病院の開設者が整備、運営する病院で相当数の病床を有し、医師等の医療従事者の確保及び救急専用病床の確保等、入院を要する(第二次)救急医療機関としての診療機能を有する病院とする

ウ. 交付

病院群輪番制病院の施設整備、設備整備及び共同利用型病院、小児救急医療支援事業の運営費、施設整備並びに設備整備を交付の対象とする

3. 運営方針

ア. 病院群輪番制病院及び共同利用型病院運営事業

地域の実情に応じた次の方式により休日夜間の診療体制を整えるものとし、原則として、初期救急医療施設からの転送患者を受け入れるものとする

(ア)病院群輪番制方式 地域内の病院群が共同連帯して、輪番制方式により実施するものとする

(イ)共同利用型病院方式

医師会立病院等が休日夜間に病院の一部を解放し、地域医師会の協力により実施するものとする

交付実績 (H25): 地区数 161 地区、 交付額 712, 877千円

平成26年度より地域医療介護総合確保基金

小児救急医療支援事業 ②

4. 整備基準 (つづき)

(1) 病院群輪番制方式

- ア 当番日における入院を要する(第二次)救急医療機関として必要な診療機能及び専用病床を確保するものとする
- イ 当番日における病院の診療体制は、通常の当直体制の外に重症救急患者の受け入れに対応できる医師等医療従事者を確保するものとする

(2) 共同利用型病院方式

- ア 入院を要する(第二次)救急医療機関として必要な診療機能及び専用病床を確保するものとする
- イ 病院の診療体制は、通常の当直体制の外に重症救急患者の受け入れに対応できる医師等医療従事者を確保するものとする

5. 施設及び設備

(ア) 施設

入院を要する(第二次)救急医療機関として必要な診療部門(診療室、処置室、手術室、薬剤室、エックス線室、検査室等)及び専用病室等を設けるものとする
また、必要に応じ、心臓病及び脳卒中の重症救急患者を受け入れるため、心臓病専用病室(CCU)及び脳卒中専用病室(SCU)を設けるものとする

(イ) 設置

入院を要する(第二次)救急医療機関の診療機能として必要な医療機械を備えるものとする
また、必要に応じ、心臓病及び脳卒中の重症救急患者の治療等に必要な専用医療機器を備えるものとする
このほか、必要に応じて、搬送途上の患者の様態を正確に把握し、医師の具体的指示を搬送途上に送るため、地域の中心的な入院を要する(第二次)救急医療機関に心電図受信装置を備えるものとする

小児救急医療拠点病院

1. 目的

都道府県が地域の実情に応じて小児救急医療拠点病院を整備し、休日夜間急患センター、小児初期救急センター、在宅当番医制等の初期救急医療施設及び小児救急患者の搬送機関との円滑な連携体制のもとに、休日及び夜間における入院治療を必要とする小児の重症救急患者の医療を確保すること

2. 補助対象

ア. 地域設定

地域設定は、原則として複数の二次医療圏単位とする。ただし、複数の二次医療圏単位によりがたい地域については都道府県知事が設定する地域で厚生労働大臣が適当と認めたものとする

イ. 病院

都道府県又は都道府県知事の要請を受けた病院の開設者が整備、運営する病院で相当数の病床を有し、小児科医師、看護師等の医療従事者の確保及び小児の救急専用病床の確保等、入院を要する(第二次)救急医療機関として診療機能を有する病院とする。

3. 運営方針

小児救急医療拠点病院は、小児救急医療に係る休日夜間の診療体制を常時整えるものとし、原則として、初期救急医療施設及び救急搬送機関から転送された小児重症救急患者を必ず受け入れるものとする。

4. 整備基準

ア. 小児重症救急患者の入院を要する(第二次)救急医療機関として必要な診療機能及び専用病床を確保するものとする。

イ. 病院の診療体制は、休日夜間に小児重症救急患者の受け入れに常時対応できる小児科医師及び看護師等医療従事者を確保するものとする。

施設及び設備

(ア)施設

小児重症救急患者の入院を要する(第二次)救急医療機関として必要な小児科診療部門(診療室、処置室、手術室、薬剤室、エックス線室、検査室等)、小児専用病室等を設けるものとする。

(イ)設備

小児重症救急患者の入院を要する(第二次)救急医療機関として必要な医療機械等を備えるものとする。

実績 (H25) : 施設数 28 か所、 交付額 423, 978千円

平成26年度より運営費は地域医療介護総合確保基金へ、設備費は1カ所当たり2, 284千円

小児救命救急センター事業 ①

1. 目的
この事業は、小児救命救急センターの補助として都道府県が小児救命救急センターを整備し、重篤な小児救急患者の医療を確保することを目的とする。
2. 補助対象
都道府県又は都道府県知事の要請を受けて病院の開設者が整備、運営する小児救命救急センターで厚生労働大臣が適当と認めるものを対象とする。
3. 運営方針
 - (1) 小児救命救急センターは、原則として、診療科領域を問わず、すべての重篤な小児救急患者を24時間体制で必ず受け入れるものとする。
 - (2) 重篤な小児救急患者に対して「超急性期」の医療を提供した後、高度な専門的医療が必要な患者については、小児救命救急センター内又は本院の「急性期」の集中治療・専門的医療を担う病床（以下、小児集中治療室病床という。）に転床・転院する体制を確保するものとする。
 - (3) 小児救命救急センターは、医学生、臨床研修医、医師、看護学生、看護師及び救急救命士等に対する小児救急医療の臨床教育を行うものとする。
 - (4) 小児救命救急センターは、毎年度、外部からの受入実績（受入要請を断った実績を含む。）、治療実績、その他運用状況を集計し、厚生労働省医政局指導課に報告するものとする。
4. 整備基準
 - (1) 小児救命救急センターは、専用病床（小児集中治療室病床6床以上（本院でも可）を含む）を適当数有し、24時間体制で、すべての重篤な小児救急患者に「超急性期」の医療を提供するとともに、それを脱した小児救急患者に必要な高度な専門医療を提供するものとする。

実績（H25）： 施設数 8 か所、 交付額 322, 823千円
（H26）： 施設数 8 か所、 交付額 312, 399千円

小児救命救急センター事業 ②

4. 整備基準 (つづき)

(2) 小児集中治療室には、24時間診療体制を確保するために、必要な職員を配置するものとする。

ア. 医師

小児集中治療室には、常時、専従の医師及び研修医を確保するものとする。なお、専従の医師については、日本集中治療学会が認定した集中治療専門医、日本小児科学会が認定した小児科専門医、日本救急医学会が認定した救急科専門医など、小児集中治療に指導的立場にある人を1人以上含むこと。

イ. 看護師および他の医療従事者

(ア) 小児集中治療室には、常時、重篤な小児救急患者の看護に必要な専従の看護師を患者2名に1名以上の割合(必要時には患者1.5名に1名以上)で確保するものとする。なお、重症集中ケア認定看護師が勤務し、指導的役割を担うことが望ましい。

(イ) 診療放射線技師及び臨床検査技師を常時院内に確保するとともに、理学療法士及び臨床工学技士を院内に確保するものとする。

(ウ) 小児集中治療室には、薬剤師を確保することが望ましい。

(エ) 社会福祉士を院内に確保することが望ましい。

(3) 小児集中治療室病床については、年間おおむね300例以上の入院を取り扱うこととし、うち相当数が救急外来からの入院又は他院からの搬送入院であることとする。

(4) 小児救命救急センターは、救急搬送を相当数(本院を含む。)受け入れるものとする。

(5) 施設及び設備

ア. 施設

(ア) 専用の小児集中治療室病床を6床以上有し、独立した看護単位を有するものとする。

(イ) 小児救命救急センターとして必要な専用の診察室(救急蘇生室)を設けるものとする。

(ウ) 必要に応じ、適切な場所にヘリポートを整備するものとする。

(エ) 診療に必要な施設は耐震構造であること。(併設病院を含む。)

イ. 設備

(ア) 小児救命救急センターとして必要な医療機器を備えるものとする。

(イ) 必要に応じ、ドクターカーを有するものとする。

医療計画制度について

趣旨

- 各都道府県が、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定。
- 医療提供の量(病床数)を管理するとともに、質(医療連携・医療安全)を評価。
- 医療機能の分化・連携(「医療連携」)を推進することにより、急性期から回復期、在宅療養に至るまで、地域全体で切れ目なく必要な医療の提供を推進。

平成25年度からの医療計画における記載事項

- **新たに精神疾患を加えた五疾病五事業(※)及び在宅医療に係る目標、医療連携体制及び住民への情報提供推進策**

※ 五疾病五事業…五つの疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患)と五つの事業(救急医療、災害時における医療、へき地の医療、**周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む)**)をいう。災害時における医療は、東日本大震災の経緯を踏まえて見直し。

- **地域医療支援センターにおいて実施する事業等**による医師、看護師等の医療従事者の確保
- **医療の安全の確保** ○ **二次医療圏(※)、三次医療圏の設定** ○ **基準病床数の算定** 等

※ 国の指針において、一定の人口規模及び一定の患者流入・流出割合に基づく、二次医療圏の設定の考え方を明示し、見直しを促進。

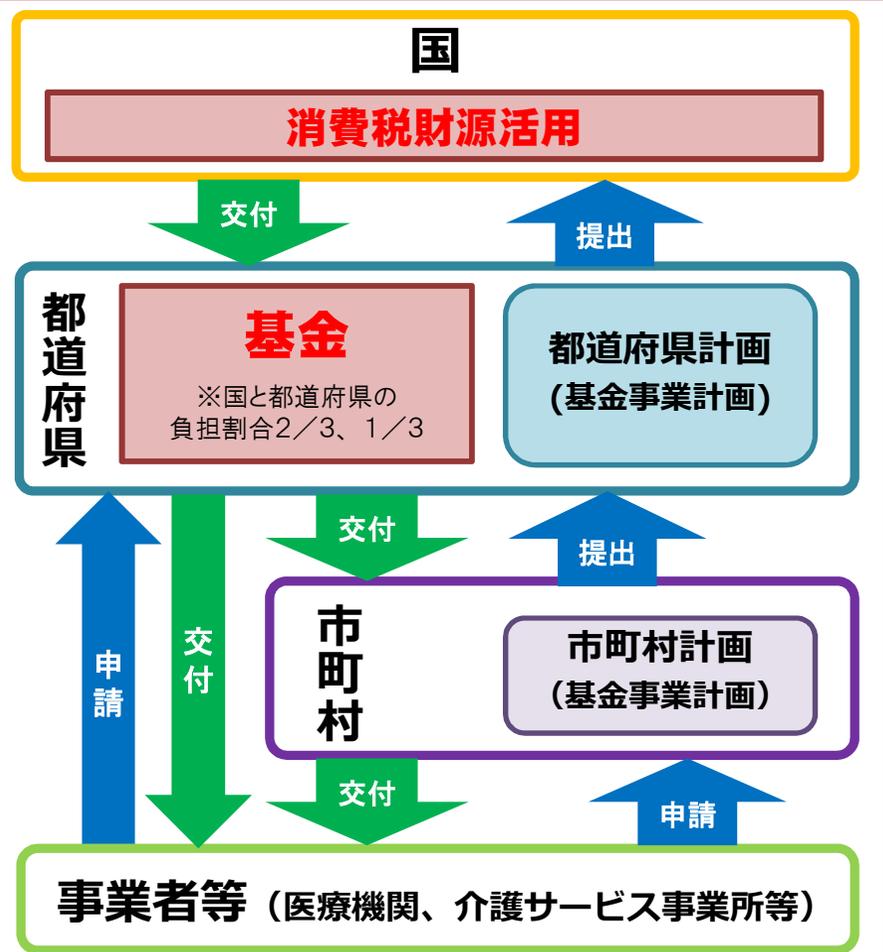
【 医療連携体制の構築・明示 】

- ◇ **五疾病五事業ごとに、必要な医療機能(目標、医療機関に求められる事項等)と各医療機能を担う医療機関の名称を医療計画に記載し、地域の医療連携体制を構築。**
- ◇ 地域の医療連携体制を分かりやすく示すことにより、**住民や患者が地域の医療機能を理解。**
- ◇ 指標により、医療資源・医療連携等に関する現状を把握した上で課題の抽出、数値目標を設定、施策等の策定を行い、その進捗状況等を評価し、見直しを行う(**疾病・事業ごとのPDCAサイクルの推進**)。

地域医療介護総合確保基金

- 平成26年度予算：医療分904億円(うち、国604億円)
- 平成27年度予算：1628億円(公費ベース)
(医療分904億円(うち、国分602億円)、介護分724億円(うち、国分483億円))

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の課題。
- このため、消費税増収分を活用した新たな財政支援制度(地域医療介護総合確保基金)を創設し、各都道府県に設置。各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施。



都道府県計画及び市町村計画（基金事業計画）

- **基金に関する基本的事項**
 - ・公正かつ透明なプロセスの確保(関係者の意見を反映させる仕組みの整備)
 - ・事業主体間の公平性など公正性・透明性の確保
 - ・診療報酬・介護報酬等との役割分担
- **都道府県計画及び市町村計画の基本的な記載事項**
医療介護総合確保区域の設定※1 / 目標と計画期間(原則1年間) / 事業の内容、費用の額等 / 事業の評価方法※2
 - ※1 都道府県は、二次医療圏及び老人福祉圏域を念頭に置きつつ、地域の実情を踏まえて設定。市町村は、日常生活圏域を念頭に設定。
 - ※2 都道府県は、市町村の協力を得つつ、事業の事後評価等を実施
国は都道府県の事業を検証し、基金の配分等に活用
- **都道府県は市町村計画の事業をとりまとめて、都道府県計画を作成**

地域医療介護総合確保基金の対象事業

- 1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- 2 居宅等における医療の提供に関する事業
- 3 介護施設等の整備に関する事業(地域密着型サービス等)
- 4 医療従事者の確保に関する事業
- 5 介護従事者の確保に関する事業

小児救急電話相談事業（#8000）

事業概要

平成16年度より

地域の小児科医師等による小児患者の保護者等向けの電話相談
地域の小児救急医療体制の補強と医療機関の機能分化の推進
全国どこでも患者の症状に応じた適切な医療が受けられるようにする

- ・ 小児患者の症状に応じた迅速な対応
- ・ 緊急性を伝えることによる保護者の不安解消

休日、夜間における地域の小児救急医療体制の充実のひとつ

平成26年度より地域医療介護総合確保基金により支援

実施状況

- 47 都道府県で実施（平成 27 年 4 月 1 日現在）
- 実施日は地域の実状に応じた対応
- 実施時間帯は概ね準夜帯（19:00 ～ 23:00）をカバー
- 携帯電話から短縮番号「#8000」への接続が可能



地域住民による救急利用の適正化のための取組例

県立柏原病院の小児科を守る会

メンバー : 地域住民 計26名 (丹生裕子代表をはじめ、全員が育児中の母親)

発足経緯 : 平成19年4月、兵庫県立柏原(かいばら)病院の小児科が閉鎖される可能性があるとの報道をきっかけとして発足

これまでの活動 :

○兵庫県に小児科医増員を求める署名活動

○コンビニ受診(*)減少等に向けた地域住民への啓発活動 (小児救急冊子の作成・配布等)

* 「軽症にもかかわらず、二次救急のための夜間外来を自己都合で受診すること」とされている

○柏原病院小児科外来の窓口に医師への感謝を伝えるため「ありがとうポスト」の設置 等

(参考)活動に当たっての3つのスローガン

1. コンビニ受診を控えよう
2. かかりつけ医を持とう
3. お医者さんに感謝の気持ちを伝えよう

 活動の結果、発足の翌年は、柏原病院小児科の時間外の受診者数が半分以下に減少

※ 「県立柏原病院の小児科を守る会」HP、医学書院「公衆衛生」(2010年12月号)等に基づき作成

※ 兵庫県立柏原病院 : 兵庫県・丹波市内の医療機関。病床数(一般)303床。

地域医療支援センターについて

○ 都道府県が、キャリア形成支援と一体となって医師不足の医療機関の医師確保の支援等を行う地域医療支援センターの機能を医療法上位置づけ。

※ 都道府県を事業主体として平成23年度から設置し、運営費に対する補助を実施
(平成25年度予算9.6億円、30カ所 平成26年度政府予算(新たな財政支援制度)公費904億円の内数)

※ 平成23年度以降、42道府県で合計2,170名の医師を各道府県内の医療機関へあっせん・派遣をするなどの実績を上げている。(平成26年7月1日時点速報値)

地域医療支援センターの目的と体制

- ・ 都道府県が責任を持って医師の地域偏在の解消に取り組むコントロールタワーの確立。
- ・ 地域枠医師や地域医療支援センター自らが確保した医師などを活用しながら、キャリア形成支援と一体的に、地域の医師不足病院の医師確保を支援。
- ・ 専任の実働部隊として、喫緊の課題である医師の地域偏在解消に取り組む。
 - ・ 設置場所：都道府県庁、大学病院、都道府県立病院、医師会 等

地域医療支援センターの役割

- ・ 都道府県内の医師不足の状況を個々の病院レベルで分析し、優先的に支援すべき医療機関を判断。医師のキャリア形成上の不安を解消しながら、大学などの関係者と地域医療対策協議会などにおいて調整の上、地域の医師不足病院の医師確保を支援。
- ・ 医師を受入れる医療機関に対し、医師が意欲を持って着任可能な環境作りを指導・支援。また、公的補助金決定にも参画。

医師の地域偏在（都市部への医師の集中）の背景

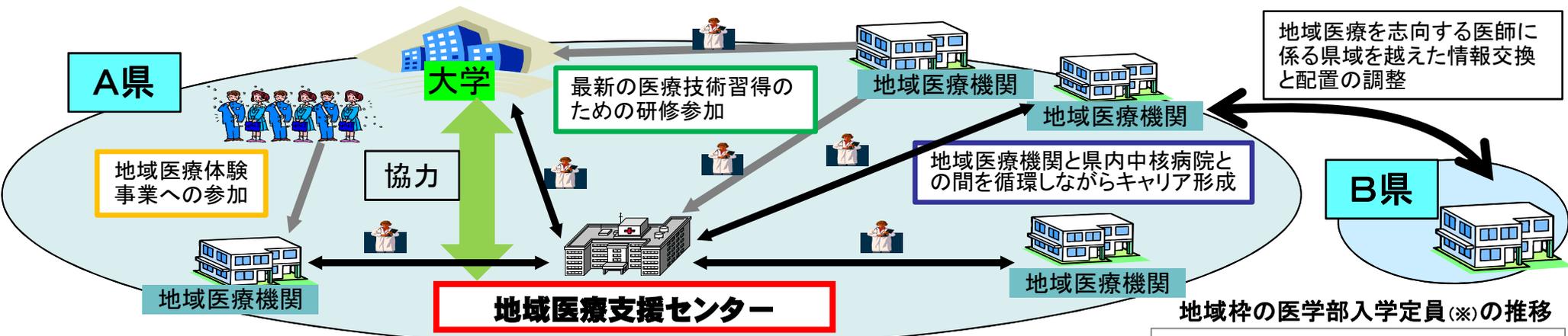
➤ 高度・専門医療への志向、都市部の病院に戻れなくなるのではないかという将来への不安等

地域医療支援センターの目的と体制

- 都道府県が責任を持って医師の地域偏在の解消に取り組むコントロールタワーの確立。
- 地域枠医師や地域医療支援センター自らが確保した医師などを活用しながら、キャリア形成支援と一体的に、地域の医師不足病院の医師確保を支援。
- 専任の実働部隊として、喫緊の課題である医師の地域偏在解消に取り組む。

・人員体制：専任医師2名、専従事務職員3名

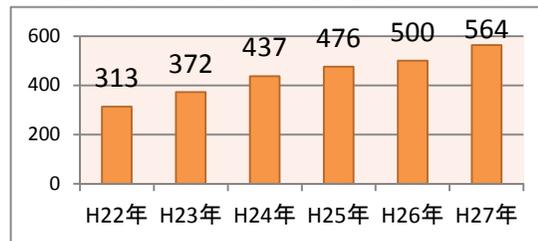
・設置場所：都道府県庁、〇〇大学病院、都道府県立病院等



地域医療支援センターの役割

- 都道府県内の医師不足の状況を個々の病院レベルで分析し、優先的に支援すべき医療機関を判断。医師のキャリア形成上の不安を解消しながら、大学などの関係者と地域医療対策協議会などにおいて調整の上、地域の医師不足病院の医師確保を支援。
- 医師を受入れる医療機関に対し、医師が意欲を持って着任可能な環境作りを指導・支援。また、公的補助金決定にも参画。

地域枠の医学部入学定員(※)の推移



(※) 医学部の定員増として認められた分であり、このほか、既存の定員等を活用し都道府県と大学が独自に設定した地域枠もある。

- 平成27年4月現在、全国45都道府県で地域医療支援センターを設置している。
- 平成23年度以降、42都道府県で合計2,170名の医師を各都道府県内の医療機関へあっせん・派遣をするなどの実績を上げている。(平成26年7月時点)

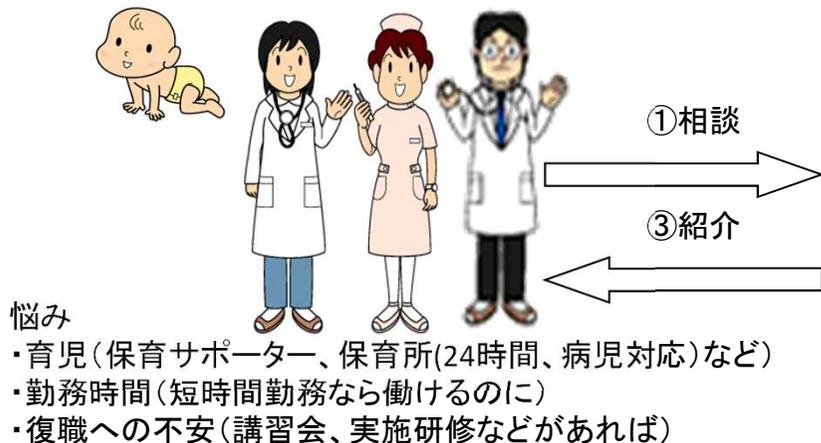
女性医師等就労支援事業 (都道府県に対する補助事業)

【平成26年度以降】
※地域医療介護総合確保
基金へ組み替え
(公費904億円の内数)

【平成25年度予算額】
医療提供体制推進事業費
補助金(227億円)内数

(事業概要) 女性医師等の再就業が困難な状況の大きな要因として、就学前の乳幼児の子育て、配偶者の転勤、日進月歩で進む医療の現場に戻りづらい等の理由が挙げられている。離職後の再就業に不安を抱える女性医師等に対し、相談窓口を設置して、復職のための受入医療機関の紹介や仕事と家庭の両立支援のための助言等を行い、また、医療機関における仕事と家庭の両立ができる働きやすい職場環境の整備を行い、離職防止や再就業の促進を図る。(H20' ~、就労環境改善事業はH21' ~)

★相談窓口経費



②情報収集

②情報収集

②情報収集



短時間勤務が可能な病院
再就業講習会、復職研修
実施病院

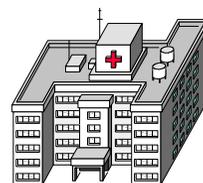


保育サポーター



保育所

★病院研修・就労環境改善経費



仕事と家庭の両立ができる働きやすい
職場環境の整備について取組みを行う
医療機関への支援

H25' 交付決定額 446,027千円
実施都道府県数 37県

女性医師キャリア支援モデル普及推進事業(新規)

平成27年度予算額20,608千円

背景

- ・近年、医師についても女性割合が高まっているが(現在、医学部生の約3分の1が女性)、出産・育児等によりキャリアを中断せざるを得ない場合があり、女性医師の割合が多い診療科(小児、産婦人科等)等において課題となっている。
- ・女性医師等がキャリアと家庭を両立していくためには、関係のデータ等を踏まえると、「上司・同僚の理解・雰囲気」「支援体制(復職支援、勤務環境改善、育児支援)」「女性医師等へのキャリア教育」等のニーズがうかがえることから、これらを適切に支援していく必要がある。

事業内容

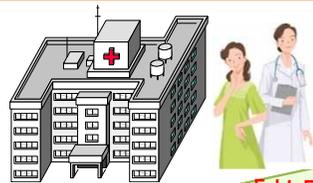
- 女性医師等のキャリア支援の一層の充実に向け、以下(※)のような女性医師支援の先駆的な取組を行う医療機関を「**女性医師キャリア支援モデル推進医療機関**」として位置づけ、地域の医療機関に普及可能な「**効果的支援策モデル**」の構築に向けた必要経費を補助する。
- 地域の女性医師支援の中核機関として、女性医師支援の相談指導のためのスタッフの派遣や、ワークショップの開催など「**効果的支援策モデル**」の普及啓発活動等を行う。

厚労省(評価会議)



モデル推進医療機関の選定
(全国2カ所)

女性医師等キャリア支援
モデル医療機関



地域の女性医師支援と中核
機関として、**他医療機関に
普及推進**

- 相談指導のためのスタッフの派遣
- ワークショップの開催

他医療機関



「**効果的支援策
モデル**」の構築

<女性医師の先駆的取組(例)>

<出産・育児等からの復職支援>(必要に応じてモデル医療機関所属外の女性医師等も利用)
相談受付、復職に際しての医師本人と医局との仲介、復職支援プログラム(e-learning, シミュレーターを用いた実技練習等)の作成・実施 等

<育児支援>(必要に応じて近隣の他医療機関と共同で実施)
未就学時・就学児の保育、病児・病後児保育、シッターサービス(例:女子医大のファミリー・サポート事業) 等

女性医師等のライフイベント(例)

妊娠

出産

育児

育児後

介護

女性医師等のキャリアパス(例)

医学生

研修医

専門医

生涯教育

<若手女性医師等に対するキャリア教育>

若手女性医師等に対するキャリア形成・継続、キャリアと家庭の両立等についての説明会・ワークショップ 等

<勤務環境改善>

勤務体制の柔軟化(夜間休日の対応医師の明確化等)、補助職(医療クラーク等)の活用、チーム医療の推進、ICTの活用 等

<女性医師等のキャリア支援にかかるスタッフの配置>

組織内部に女性医師等の支援のためのスタッフ(医師、事務員等)を配置 等

女性医師支援センター事業

女性医師支援センター事業

※日本医師会への委託事業（H18'～）

H27年度予算額（H26年度予算額）
164,340千円（164,632千円）

女性医師バンク事業

女性医師がライフステージに応じて働くことのできる柔軟な勤務形態の促進を図るため、パートタイム勤務等の職業斡旋事業を実施

日本医師会 女性医師バンク

西日本センター
(福岡県医師会内)

中央センター
(兼)東日本センター
(日本医師会内)

・コーディネーター 5名

・コーディネーター 9名

コーディネーター
(医師)



求職者
(ドクター)

求職登録
・相談
インターネット

紹介

求人登録
・紹介依頼
インターネット

紹介



求人者
(医療機関)

再就業講習会事業

都道府県医師会において、病院管理者や女性医師、研修医等を対象に、女性医師が就業継続できるよう、多様な女性医師像の提示や就業環境改善等に関する講習会を実施

※H25'実績;延べ65回

(学会・医会との共催を含む)

面談・成立

H25' 交付決定額 163,060千円

○就業成立	368名
○再研修紹介	18名
○求人登録	4,351名
○求職登録	705名
(※H18'～H25'実績)	

病院内保育所事業に対する支援

子どもを持つ看護職員、女性医師をはじめとする医療従事者の離職防止及び再就業を促進するため、医療機関に勤務する職員の乳幼児の保育を行う事業に対する支援を行う。

病院内保育所運営事業

地域医療介護総合確保基金で実施可

27年度予算額

26年度予算額

公費904億円の内数

公費904億円の内数

医療機関における病院内保育所の運営費の一部（保育士の人件費等）を補助する。

（補助先） 都道府県

※間接補助先：病院・診療所（自治体立、公的立を除く）

（補助率） 2/3（公費）

（補助基準単価）

□ 運営費

✓ 運営費 180,800円/月（保育士1人当たり）

□ 実施加算

✓ 24時間保育 23,410円/日（3'～）

✓ 病児等保育 187,560円/月（14'～）

✓ 緊急一時保育 20,720円/日（20'～）

✓ 児童保育 10,670円/日（22'～）

✓ 休日保育 11,630円/日（23'～）

区分	保育児童数	保育料（月額）	保育時間	保育士等数
A型特例（19'～）	1～3人	10,000円以上	8時間以上	2人以上
A型	4人以上	10,000円以上	8時間以上	2人以上
B型	10人以上	10,000円以上	10時間以上	4人以上
B型特例	30人以上	10,000円以上	10時間以上	10人以上

病院内保育所施設整備事業

地域医療介護総合確保基金で実施可

27年度予算額

26年度予算額

公費904億円の内数

公費904億円の内数

医療機関において、新たな病院内保育所の設置に必要な新築・増改築等に要する工事費等を補助する。

（交付先） 都道府県 ※交付対象施設：病院・診療所（自治体立を除く）（調整率）0.33

（基準面積） 5㎡×収容定員（30人を限度）

（基準単価） 148,300円/㎡ ※基準単価は、地域や建物の構造によって異なるため1例である。

注1）地域医療介護総合確保基金は、都道府県の実情に応じて基準単価や対象経費等の追加・拡充が可能であるため、記載については、平成25年度のものを一例として記載している。

注2）国と都道府県の負担割合は、国2/3、都道府県1/3

医療機関の勤務環境改善に係るワンストップの相談支援体制の構築

【事業イメージ（全体像）】

医師・看護師等の医療スタッフの離職防止や医療安全の確保等を図るため、国における指針の策定等、各医療機関がPDCA サイクルを活用して計画的に勤務環境改善に向けた取組を行うための仕組み（勤務環境改善マネジメントシステム）を創設するとともに、各都道府県ごとに、こうした取組を行う医療機関に対する総合的な支援体制（医療勤務環境改善支援センター）を設置する。事業実施については地域の医療関係団体等による実施も可能（※都道府県の実情に応じた柔軟な実施形態）

都道府県 医療勤務環境改善支援センター

各医療機関が勤務環境改善マネジメントシステムに基づき策定する「勤務環境改善計画」の策定、実施、評価等をワンストップで、かつ、専門家のチームにより、個々の医療機関のニーズに応じて、総合的にサポート

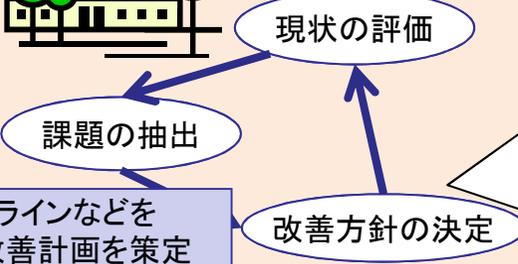
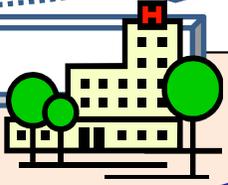


勤務環境改善に取り組む医療機関

勤務環境改善マネジメントシステム



院内で、院長、各部門責任者やスタッフが集まり協議



- ・医療従事者の働き方・休み方の改善
多職種の役割分担・連携（チーム医療推進）
医師事務・看護業務補助者の導入
勤務シフトの工夫、短時間正職員の導入
休暇取得促進
子育て中・介護中の者に対する残業免除
- ・働きやすさ・働きがい確保のための環境整備
院内保育所・休憩スペースなどの整備
患者からの暴力・ハラスメントへの組織的対応
医療スタッフのキャリア形成支援 など

平成20年度診療報酬改定

小児・周産期
勤務医負担軽減

1 産科・小児科への重点評価①

ハイリスク妊産婦の医療の充実(1)

- ・ 合併症等により、リスクの高い妊婦に対する入院管理の評価を創設

ハイリスク妊娠管理加算 1,000点

20日間を限度として、1日につき算定可能

ハイリスク分娩管理加算との同一日の併算定はできないが、同一入院中に算定可能(合計28日まで算定可)

[対象患者]

妊娠22週から32週未満の早産、妊娠高血圧症候群重症、前置胎盤、妊娠30週未満の切迫早産、心疾患、糖尿病、甲状腺疾患、腎疾患、膠原病、一部の血液疾患、HIV陽性及びRh不適合等の妊婦

1 産科・小児科への重点評価①

ハイリスク妊産婦の医療の充実(2)

- ・ ハイリスク妊産婦分娩管理加算について、対象疾患を拡大し、評価を引上げ

ハイリスク分娩管理加算 1000点 → 2,000点

32週未満の早産、前置胎盤、心疾患、一部の血液疾患等の妊産婦を追加

※ 勤務医負担の軽減計画を策定・周知していること

要届出

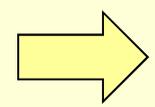
- ・ 妊婦の基本的検査の充実

ノンストレステスト (一連につき) 200点

前置胎盤、腎疾患、一部の血液疾患等の妊婦を追加

入院 週1回

外来 月1回



入院 週3回

外来 週1回

1 産科・小児科への重点評価②

新生児に対する医療及び救急搬送

- ・ 高リスクの新生児に対する専門的な病院における、高度な医療提供の評価を引上げ

新生児入院医療管理加算 750点→ 800点

- ・ 搬送された妊婦や新生児が自院で治療が困難な場合等、病態が不安定な患者の救急車での搬送に際し、医師が同乗して管理を行った場合の評価を引上げ

救急搬送診療料 650点→ 1,300点

1 産科・小児科への重点評価③

周産期医療を担う地域のネットワークの支援

安心できる地域の周産期医療を守るための医療機関の取組みを評価する

- ・ 緊急搬送されてきた、かかりつけ※でない妊産婦を受入れることの評価を創設

妊産婦緊急搬送入院加算(入院初日) 5, 000点

※ 助産所から囑託されている妊産婦を除く

- ・ ハイリスク妊産婦を医療機関間で共同して診療に当たることを評価した、ハイリスク妊産婦共同管理料の対象疾患を拡大

出血を伴う前置胎盤や心疾患等の妊産婦を追加

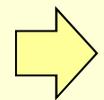
1 産科・小児科への重点評価④

小児の高度な入院医療の評価

- ・ 地域の小児医療の中核医療機関における、高度で手厚い入院医療を評価する区分を新設

小児入院医療管理料

1	3, 600点
2	3, 000点
3	2, 100点



1	4, 500点
2	3, 600点
3	3, 000点
4	2, 100点

[小児入院医療管理料 1 の施設基準]

常勤の小児科又は小児外科医20名以上（うち、10名は非常勤やワークシェアリングの医師を常勤換算可能）

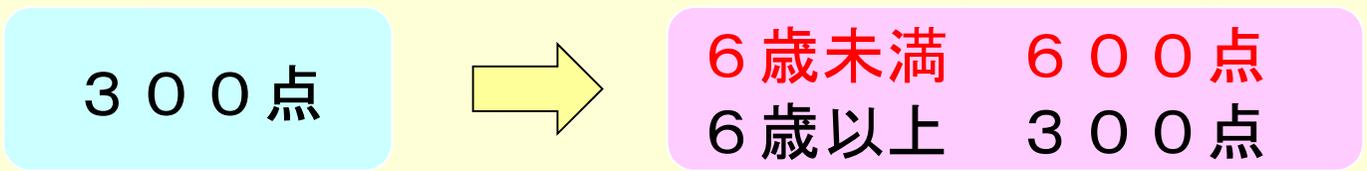
新生児及び乳幼児の入院手術件数が年間200件以上
看護配置が7対1以上（夜間は9対1以上） 等

1 産科・小児科への重点評価⑤

障害を持つ小児への手厚い医療

- ・ 超重症児等の中でも、状態が特に安定していない乳幼児について、NICU退室後等の手厚い診療を重点的に評価する区分を新設

超重症児(者)入院診療加算



- ・ 肢体不自由児施設等における手厚い看護体制を評価した基本料の区分を新設

障害者施設等入院基本料(7対1) 1, 555点

当該病棟入院患者の3割以上が、超重症児(者)又は準超重症児(者)であること

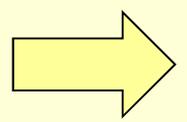
1 産科・小児科への重点評価⑥

障害児等のリハビリテーションの充実・拡大(1)

- ・ 障害児(者)リハビリテーションの特殊性や専門性を考慮して対象医療機関を見直すとともに、評価を引上げ

障害児(者)リハビリテーション料

6歳未満	190点
6～18歳	140点
18歳以上	100点



6歳未満	220点
6～18歳	190点
18歳以上	150点

算定対象医療施設を拡大し、現行の重症心身障害児施設等に加え、通院リハビリテーション患者のうち8割以上が障害児(者)である専門性の高い施設においても算定可能とする

1 産科・小児科への重点評価⑥

障害児等のリハビリテーションの充実・拡大(2)

- 言語障害のある患者に対する集団でのコミュニケーション療法の評価を創設

集団コミュニケーション療法(1単位につき) 50点

1人につき1日3単位まで算定可能

[対象患者]

脳血管疾患等リハビリテーション料又は障害児(者)リハビリテーション料の算定患者であり、言語・聴覚機能障害を有するもの

[算定要件]

医師の指示のもと言語聴覚士(又は医師)と患者が1対複数で20分以上訓練を行った場合に算定

実施単位数の限度が言語聴覚士1人当たり1日54単位

3 自殺対策・子どもの心の対策②

子どもの心の診療(1)

- ・ 小児特定疾患カウンセリング料の算定期間及び算定回数^{の要件を緩和}

小児特定疾患カウンセリング料

(1回目)500点 (2回目)400点

2年を限度として月2回に限り算定

- ・ 20歳未満の患者に対する通院・在宅精神療法の加算についても算定期間の要件を緩和

20歳未満患者の加算 200点

初診の日から1年以内に行った場合に限る

3 自殺対策・子どもの心の対策②

子どもの心の診療(2)

- 児童・思春期精神科入院医学管理加算の評価を
引上げるとともに、治療室単位で算定できるよう
、施設基準を緩和

児童・思春期精神科入院医学管理加算

(1日につき) 650点

[児童・思春期治療室の施設基準]

- 1 当該治療室の病床数は30床以下
- 2 当該治療室の入院患者数の概ね8割以上
が20歳未満の精神疾患を有する患者
- 3 その他の要件については従来の児童・
思春期治療病棟の基準に同じ

2 診療所・病院の役割分担等①

診療所での夜間・早朝等における診療

- ・ 軽症の救急患者を地域の身近な診療所において受けとめる観点から、診療所の診療時間内であつて、夜間・早朝等に行われた診療の評価を創設

夜間・早朝等加算

50点

平日(土曜) : 18(12)～22時、6～8時

日祝日 : 6～22時

週30時間※以上開業している診療所で、開業時間を分かりやすい場所に掲示している

※ 月1回以上、在宅当番医制に参加又は休日・夜間急患センター等に赴き診療支援している場合は27時間

時間外加算、休日加算、深夜加算の取扱は変わらず

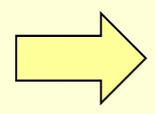
2 診療所・病院の役割分担等②

小児の外来医療の評価

- 安心できる地域の小児医療を確保するため、小児の外来診療の評価を引上げ

地域連携小児夜間・休日診療料

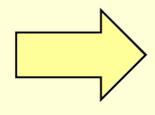
1	300点
2	450点



1	350点
2	500点

小児科外来診療料

処方せんあり	
初診	550点
再診	370点



処方せんあり	
初診	560点
再診	380点

処方せんなし	
初診	660点
再診	480点

処方せんなし	
初診	670点
再診	490点

2 診療所・病院の役割分担等③

地域の中核病院に勤務する医師の負担軽減

- ・ 地域の中核病院として、産科・小児科・精神科等を含む総合的・専門的な急性期医療を常時提供している機能を有する病院の、外来の縮小等の勤務医負担軽減の取組を評価

入院時医学管理加算(14日を限度) 120点

特定機能病院・専門病院以外の病院
産科、小児、内科、外科、整形、脳外で入院医療を提供
精神科による24時間対応体制（連携病院によるものでも可）
外来の縮小体制（治癒又は他院紹介患者が4割以上）
病院勤務医の負担の軽減に資する体制（次頁）
全麻手術が年間800件以上 等

2 診療所・病院の役割分担等④

病院勤務医の負担の軽減策に資する体制

- 1 外来診療を縮小するための体制を確保
- 2 病院勤務医の負担の軽減に資する計画
(例) 医師・看護師等の業務分担
医師に対する医師事務作業補助体制
地域の医療機関との連携体制
外来縮小計画 等を策定し、職員等に周知
- 3 勤務医の勤務時間を把握し、勤務医負担の軽減及び医療安全の向上のための計画を策定
(例) 連続当直は行わないシフトを組む
当直後の通常勤務について配慮 等

※ 毎年4月に報告が必要

3 病院勤務医の事務負担の軽減

医師の事務作業を補助する体制(1)

- 地域の急性期医療を担う病院(特定機能病院を除く。)において、勤務医負担軽減計画を策定し、医師の事務作業を補助する専従職員※(医師事務作業補助者)を配置している等、病院勤務医の事務作業を軽減する取組を評価 ※派遣社員等の非常勤職員でも良いが請負不可

医師事務作業補助体制加算(入院初日)

25対1	50対1	75対1	100対1
355点	185点	130点	105点

届出一般病床数に対する医師事務作業補助員の配置割合による

3 病院勤務医の事務負担の軽減

医師の事務作業を補助する体制(2)

- 医師事務作業補助者の業務内容

診断書などの文書作成補助、診療記録への代行入力、医療の質の向上に資する事務作業（診療に関するデータ整理、院内がん登録等の統計・調査、医師の教育や臨床研修のカンファレンスのための準備作業等）並びに行政上の業務（救急医療情報システムへの入力、感染症のサーベイランス事業等）を医師の指示の下に行う

※ 医師以外の職種の指示の下に行う業務、診療報酬の請求事務、窓口・受付業務、医療機関の経営、運営のためのデータ収集業務、看護業務の補助並びに物品運搬業務等については行わない

3 病院勤務医の事務負担の軽減

医師の事務作業を補助する体制(3)

- ・ 病院機能と算定可能な区分との関係

病院機能	25対1	50対1	75対1	100対1
高度な救急医療を担う病院	○	○	○	○
地域の急性期医療を担う病院	×	○	○	○

高度な救急医療を担う病院： 第三次救急医療機関、
総合周産期母子医療センター、小児救急拠点病院

地域の急性期医療を担う病院： 災害医療拠点病院、
へき地医療支援病院、地域医療支援病院、
緊急入院患者※を受け入れている病院

※ 特別の関係にある保険医療機関等から搬送される患者を除く、
緊急入院患者数が年間200件以上

平成22年度診療報酬改定

小児・周産期
勤務医負担軽減

産科・小児医療の評価の充実について①

ハイリスク妊産婦管理の充実・拡大

- 合併症等によりリスクの高い分娩を行う妊産婦の入院についての評価の引き上げ及び対象疾患の拡大

ハイリスク分娩管理加算 2,000点 → 3,000点(1日につき)

[対象患者] 新たに多胎妊娠、子宮内胎児発育遅延を対象疾患に追加

☆ハイリスク妊娠管理加算についても同様の対象疾患の拡大

- 妊産婦緊急搬送入院加算の評価の引き上げと、妊娠以外の疾病で妊産婦が搬送された場合も算定できることとする。

妊産婦緊急搬送入院加算 5,000点 → 7,000点(入院初日)

小児急性期集中治療の評価

- 小児救急患者に対して、超急性期の救命医療とそれに続く急性期の専門的集中治療の評価

⑨ 救命救急入院料 小児加算 5,000点(入院初日)

⑨ 特定集中治療室管理料 小児加算1,500点(7日以内)

1,000点(8~14日)

産科・小児医療の評価の充実について②

小児急性期救急医療の評価

- 地域の小児救急医療の中核的役割を果たす医療機関についてよりきめ細かな評価を行う。また**特定機能病院**においても算定可とする

【現行】

小児入院医療管理料

【改定後】

(常勤小児科医20人以上)	4,500点		(常勤小児科医20人以上)	4,500点
			新 (常勤小児科医 9人以上)	4,000点
(常勤小児科医5人以上)	3,600点		(常勤小児科医5人以上)	3,600点
(常勤小児科医3人以上)	3,000点		(常勤小児科医3人以上)	3,000点
(常勤小児科医1人以上)	2,100点		(常勤小児科医1人以上)	2,100点

[施設基準](新規・追加要件のみ)

小児入院
医療管理料1

- ① 特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料又は新生児集中治療室管理料を届出していること
- ② 年間の小児緊急入院患者数 800件以上
- ③ 勤務医負担軽減及び処遇の改善に資する体制の整備

小児入院
医療管理料2

- ① 小児救急医療を24時間365日提供していること
- ② 勤務医負担軽減及び処遇の改善に資する体制の整備

新生児集中治療・救急医療の評価

- ハイリスク新生児に係る集中治療の評価の引き上げ

新生児特定集中治療室管理料1

8,500点→10,000点(1日につき)

- 地域における小規模のNICUの評価の新設

⑧ 新生児特定集中治療室管理料2 6,000点(1日につき)

[施設基準] ① 専任の医師が常時、当該医療機関に勤務していること。

② 看護配置、専用施設等は新生児特定集中治療室管理料1に同じ。

- 医療機関の連携によりハイリスク児の円滑な受入を推進するため、新生児及び乳幼児の救急搬送の評価

救急搬送診療料 ⑧ 新生児加算 1,000点

乳幼児加算 150点 → 500点

産科・小児医療の評価の充実について④

NICU入院患者等の後方病床の充実

- NICUからハイリスク児を直接受け入れる後方病床のうち新生児治療回復室(GCU)について評価区分の新設

⑧ 新生児治療回復室入院医療管理料 5,400点(1日につき)

[対象患者] 高度の先天奇形、低体温等の状態

[施設基準] ① NICUを有していること ② 常時6対1以上の看護配置

② 専任の小児科医が常時、当該医療機関内にいること

- NICU入院患者等に係る退院調整加算の新設、及び障害者施設等においてNICU退院患者の受入れの評価の新設

⑧ 新生児特定集中治療室退院調整加算 300点(退院時1回)

専従の看護師又は社会福祉士(施設基準:いずれかが1名以上)がNICU入室児又は退室後の患児の退院調整を行った場合に、退院時に算定

⑧ 重症児(者)受入連携加算 1,300点(入院初日)

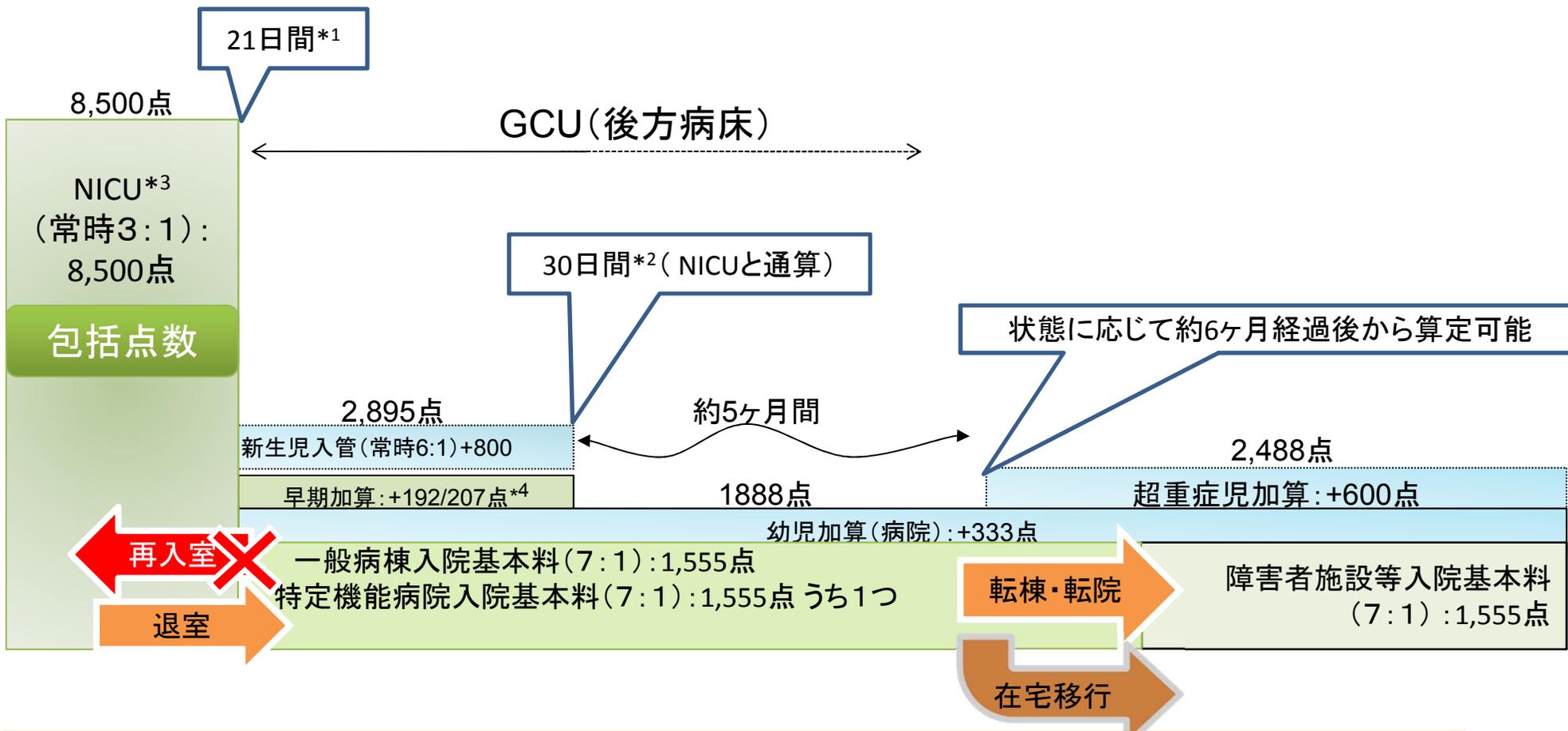
NICU退室後の患児を障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料又は特殊疾患病棟入院料を算定する病床で受入れた場合に算定

きめ細かな要件緩和

- NICUの満床時の緊急受入れのために一時的に定員超過入院となる場合に、超過病床についても**新生児特定集中治療室管理料**の算定を認める。
[要件] ① 満床時の緊急受入等、一時的にやむを得ず当該基準を満たすことが困難である場合は、助産師又は看護師の数が常時4対1以上を超えない範囲で、24時間以内に常時3対1以上に調整すること。
② 超過病床数は2床までとすること。
- 一度NICUから退室した患児について、**症状増悪等により再入室**した場合も**新生児特定集中治療室管理料**を再度算定できることとする。ただし、前回の入室期間と通算して算定日数を計算する。
- **超重症児(者)・準超重症児(者)入院診療加算**について、人工呼吸器等の医学管理が必要な状況が**新生児期から継続**する場合は6ヶ月以上状態が継続していなくても算定可能とする。

改定前

NICU入院後の診療報酬点数の推移 <小児入院医療管理料を算定しない場合>



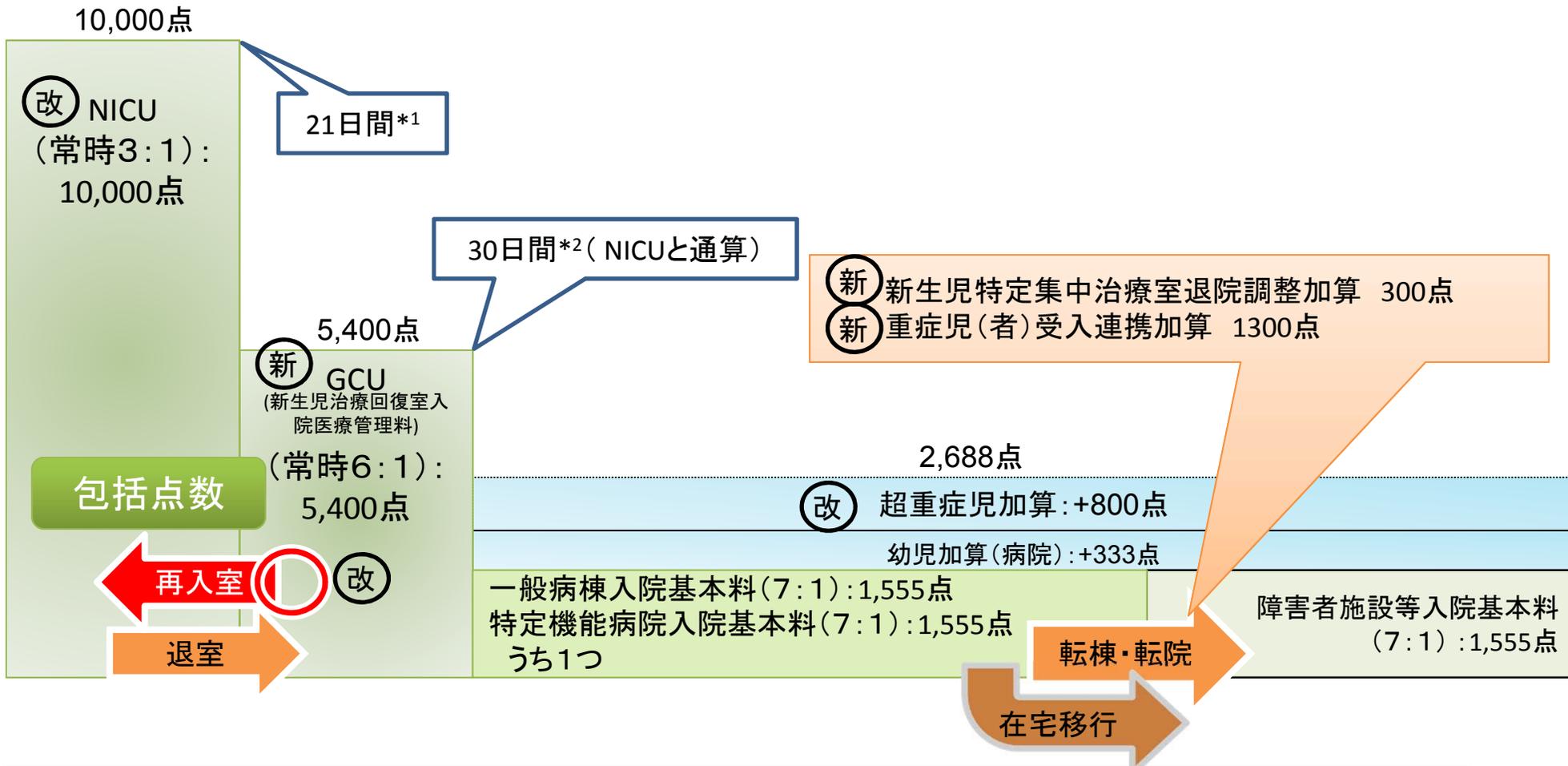
入院料の後の()内は診療報酬上の看護配置を記載

*1 体重により最大90日まで *2 体重により最大120日まで *3 1回の入院中にNICUへの再入院はできない

*4 入院から15日以上30日以内において一般入院基本料は192点、特定機能病院入院基本料は207点の加算がつく

改定後

NICU入院後の診療報酬点数の推移 <小児入院医療管理料を算定しない場合>



入院料の後の()内は診療報酬上の看護配置を記載

*1 体重により最大90日まで *2 体重により最大120日まで

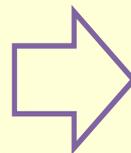
実際に病院勤務医の負担軽減及び処遇改善につながるよう、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を要件とする項目を今般新たに評価する項目に拡大する。

3項目から8項目に対象拡大

【病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善を要件とする項目】

現行

- 入院時医学管理加算
- 医師事務作業補助体制加算
- ハイリスク分娩管理加算



改定後

- 総合入院体制加算(旧:入院時医学管理加算)
- 医師事務作業補助体制加算
- ハイリスク分娩管理加算
- 急性期看護補助体制加算
- 栄養サポートチーム加算
- 呼吸ケアチーム加算
- 小児入院医療管理料1及び2
- 救命救急入院料 注3に掲げる加算を算定する場合

病院勤務医の負担を軽減する体制の評価②

平成22年度改定

[算定要件]

- ① 病院勤務医の勤務状況について具体的に把握していること。
- ② 勤務医の勤務状況や負担を把握し、改善に関する提言を行う責任者を配置すること。
- ③ 役割分担の推進のための多職種からなる委員会等を設置し、病院勤務医の負担軽減及び処遇改善に係る計画の策定時や評価時、その他必要時に開催されていること。
- ④ 今後の勤務医負担軽減計画について、先進的な取組事例を参考に、具体的な取組内容や目標達成年次等を入れた計画を策定し、地方厚生局長等に提出すること。
- ⑤ 目標の達成状況について、年1回地方厚生局長等に報告すること。

(様式抜粋)

(1) 病院勤務医の負担の軽減に資する計画	<input type="checkbox"/> 医師・看護師等の業務分担 <input type="checkbox"/> 医師に対する医療事務作業補助体制 <input type="checkbox"/> 短時間正規雇用の医師の活用 <input type="checkbox"/> 地域の他の医療機関との連携体制 <input type="checkbox"/> 交代勤務制の導入 <input type="checkbox"/> 外来縮小の取組み <input type="checkbox"/> その他
(2) 病院勤務医の勤務時間の把握等	<input type="checkbox"/> 勤務時間（平均週 時間(うち、残業 時間)） <input type="checkbox"/> 連続当直を行わない勤務シフト(平均月当たり当直回数 回) <input type="checkbox"/> 当直翌日の通常勤務に係る配慮(<input type="checkbox"/> 当直翌日は休日としている <input type="checkbox"/> 当直翌日の業務内容の配慮を行っている <input type="checkbox"/> その他(具体的に:)) <input type="checkbox"/> 業務の量や内容を把握した上で、特定の個人に業務が集中しないような勤務体系の策定 <input type="checkbox"/> その他
(3) 職員等に対する周知（有 無）	具体的な周知方法()
(4) 役割分担推進のための委員会又は会議	ア 開催頻度（ 回/年） イ 参加人数（平均 人/回）参加職種()

医師事務作業補助体制加算①

急性期の入院医療を担う病院勤務医にとって、診断書の作成、診療録の記載等の書類作成業務が特に大きな負担となっていること、医師事務作業補助者の配置により一定の負担軽減効果が見られていることから、**医師事務作業補助体制加算の引上げを行うとともに、より多くの医師事務作業補助者を配置した場合の評価を設ける。**

現行	
医師事務作業補助者の配置	点数
25対1	355点
50対1	185点
75対1	130点
100対1	105点



改定後	
医師事務作業補助者の配置	点数
15対1	810点
20対1	610点
25対1	490点
50対1	255点
75対1	180点
100対1	138点

※一般病床数に対する配置人数に応じて加算

医師事務作業補助体制加算②

[施設基準] ※各項目のいずれかに該当すればよい

1 15対1補助体制加算、20対1補助体制加算の場合

- ・第三次救急医療機関
- ・小児救急医療拠点病院
- ・総合周産期母子医療センター
- ・年間の緊急入院患者数が800名以上の実績を有する病院



2 25対1補助体制加算、50対1補助体制加算の場合

- ・「15対1又は20対1補助体制加算の施設基準」を満たしている
- ・災害拠点病院、へき地医療拠点病院、地域医療支援病院
- ・年間の緊急入院患者数が200名以上
- ・又は全身麻酔による手術件数が年間800件以上

3 75対1補助体制加算、100対1補助体制加算の場合

- ・「15対1及び20対1補助体制加算の施設基準」又は「3 25対1及び50対1補助体制加算の施設基準」を満たしている
- ・年間の緊急入院患者数が100名以上の実績を有する病院であること。

★医師事務作業補助者の配置場所は、業務として医師の指示に基づく医師の事務作業補助を行う限り問わないことを明記した。

平成24年度診療報酬改定

小児・周産期
勤務医負担軽減

小児医療の推進①

小児の集中治療の評価

- 従来からある一般向けの特定集中治療室(ICU)に加え、新たに小児専門の特定集中治療室(PICU)に対する評価を新設し、小児救急医療の充実を図る。

(新) 小児特定集中治療室管理料(1日につき)

15,500点(7日以内)

13,500点(8日以上14日以内)

[算定要件]

15歳未満であって、特定集中治療室管理が必要な患者について算定する。

[施設基準]

- ① 小児入院管理料1を届出る医療機関であること。
- ② 小児特定集中治療室として8床以上の病室を有していること。
- ③ 小児集中治療を行う医師が常時配置されていること。
- ④ 常時2対1以上の看護配置であること。
- ⑤ 体外補助循環を行うために必要な装置など、小児集中治療を行うための十分な設備を有していること。
- ⑥ 重症者等を概ね9割以上入院させる治療室であること。
- ⑦ 同病室に入院する患者のうち、転院日に他の医療機関において救命救急入院料、特定集中治療室管理料を算定していた患者を年間20名以上受け入れていること。

小児医療の推進②

小児の救急医療の評価

- 一般向けの特定集中治療室(ICU)における15歳未満の者に対する特定集中治療についてもその評価を引き上げ、小児救急患者の一層の受入を推進する。

(改) 特定集中治療室管理料小児加算(1日につき)

1,500点→2,000点(7日以内)

1,000点→1,500点(8日以上14日以内)

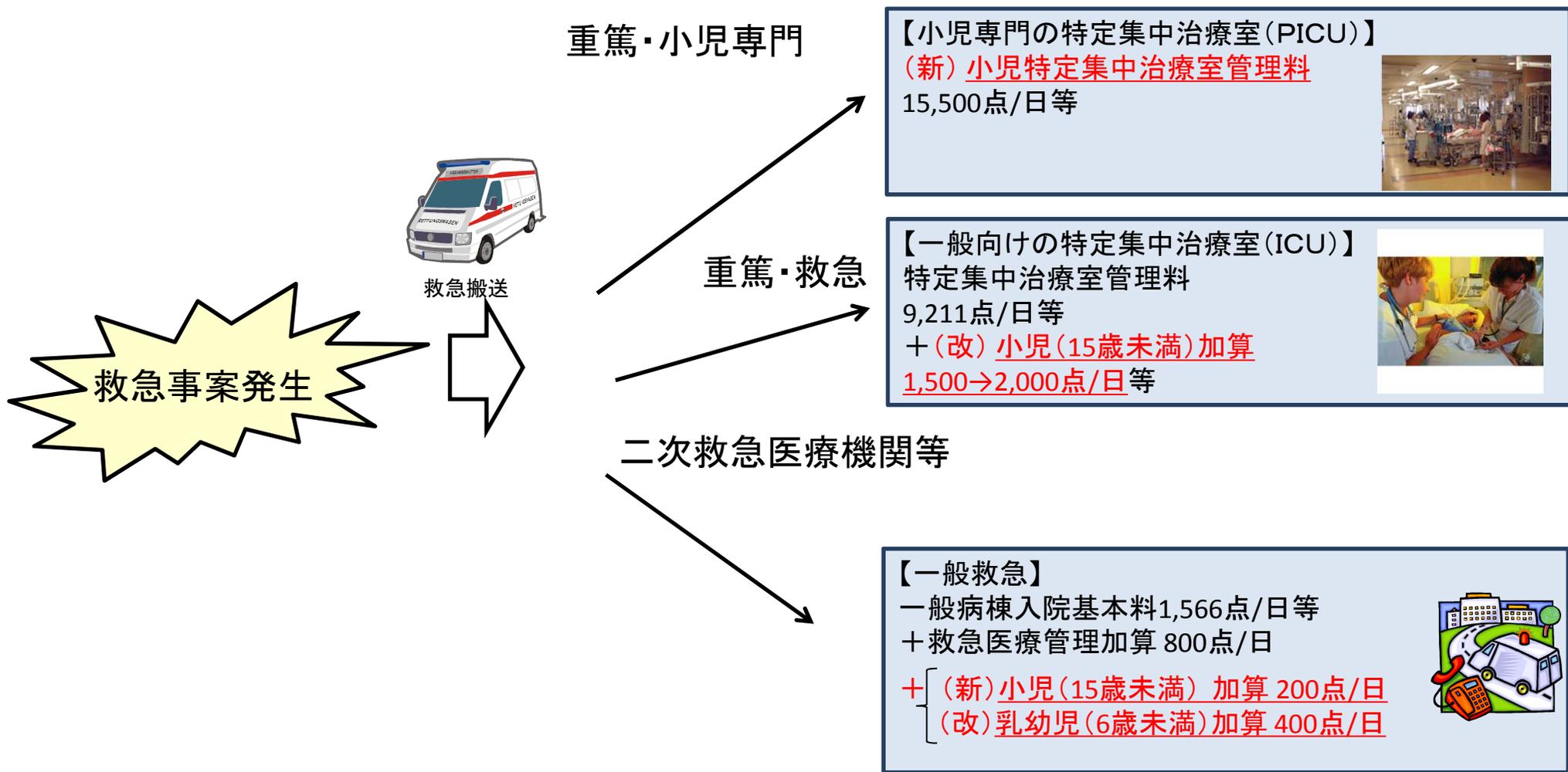
- 救急医療管理加算についても、小児加算(15歳未満)を新設するとともに、乳幼児加算(6歳未満)を引き上げ、特定集中治療室管理に至らない事案であっても一般病棟における小児救急医療の充実を図る。

救急医療管理加算(1日につき・7日以内)

(新) 小児加算 200点

(改) 乳幼児加算 200点 → 400点

小児救急に係る診療報酬の評価 (入院・イメージ)



小児医療の推進③

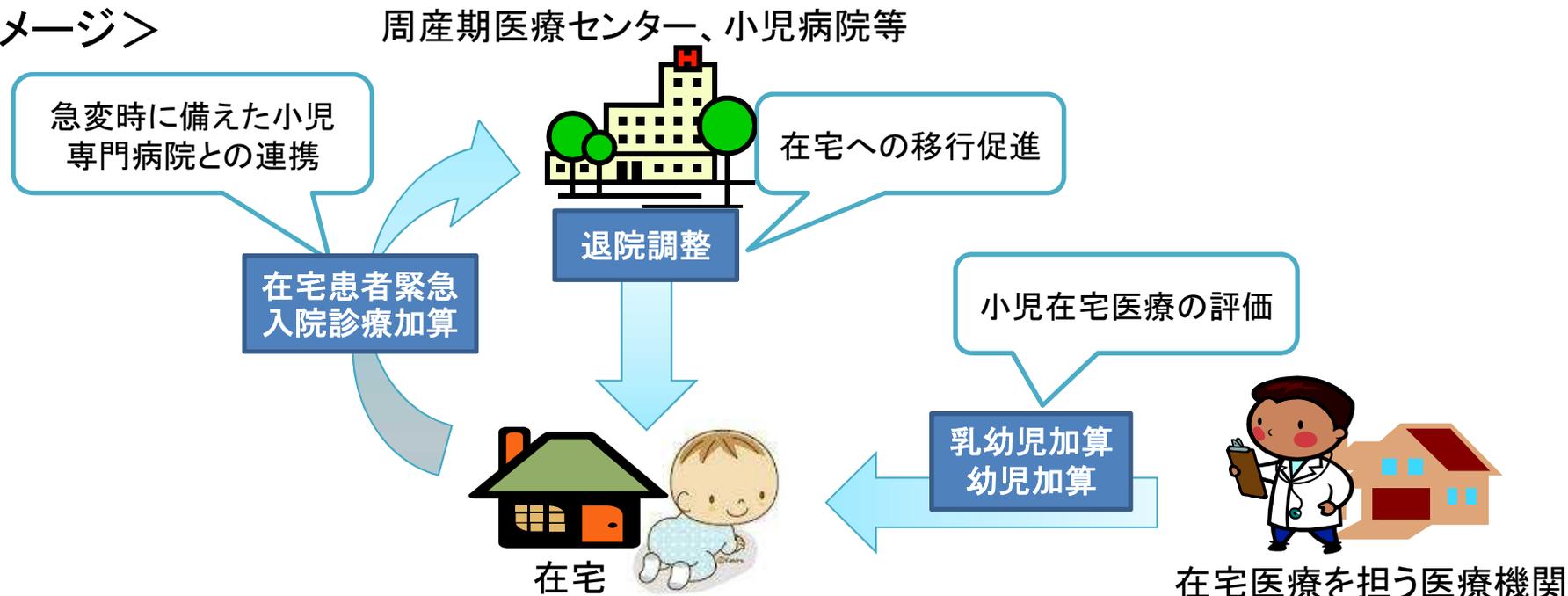
小児在宅医療の充実

- 小児在宅医療をより一層充実させる観点から、在宅患者訪問診療料の乳幼児加算・幼児加算を引き上げる。

(改) 訪問診療料 乳幼児加算・幼児加算 200点 → 400点

- 在宅医療への移行を円滑なものとするため、在宅患者緊急入院診療加算を小児入院医療管理料算定病床でも算定可能とする。

<イメージ>



小児医療の推進④

緩和ケアを行う医療機関の評価

- 小児の緩和ケアについては、特別な配慮を必要とすることから、がん性疼痛緩和指導料、緩和ケア診療加算及び外来緩和ケア管理料に小児加算を新設し、小児緩和ケアの充実を図る。

(新)	<u>がん性疼痛緩和指導料</u>	<u>小児加算</u>	<u>50点</u>
(新)	<u>緩和ケア診療加算</u>	<u>小児加算</u>	<u>100点</u>
(新)	<u>外来緩和ケア管理料</u>	<u>小児加算</u>	<u>150点</u>

[算定要件]

15歳未満の小児患者に対し、当該指導管理を行った場合に算定する。

(注)外来緩和ケア管理料は新設

小児入院医療管理料における放射線治療の評価

- 小児悪性腫瘍における有効な治療手段である放射線治療について、小児入院医療管理料の包括範囲から除く。

小児医療の推進⑤

児童・思春期精神科入院医療の評価

- 従来、小児病院と精神科病院とで小児の精神科入院医療の評価が異なる場合があったことから、それぞれにおいて適切な評価となるよう、児童・思春期精神科入院医療管理料を新設する。

(新) 児童・思春期精神科入院医療管理料 2,911点(1日につき)

[算定要件]

20歳未満の精神疾患を有する患者について病棟又は病室単位で算定する。

[施設基準]

- ① 20歳未満の精神疾患を有する患者を概ね8割以上入院させる病棟又は治療室
- ② 小児医療及び児童・思春期の精神医療の経験を有する常勤医師が2名以上(うち1名は精神保健指定医)
- ③ 看護師配置常時10対1以上(夜勤看護師2名以上)
- ④ 専従の常勤精神保健福祉士及び常勤臨床心理技術者がそれぞれ1名以上

- 児童・思春期精神科入院医療管理料の新設に伴い、児童・思春期精神科入院医療管理加算を廃止する。

周産期医療の推進①

ハイリスク妊産婦に対する医療の充実

【医療連携の評価】

- ハイリスク妊産婦共同管理料を引き上げるとともに、算定対象に多胎妊娠、子宮内発育遅延の者を加え、地域医療機関と専門医療機関の連携を一層推進する。

(改) ハイリスク妊産婦共同管理料1(紹介側) 500点 → 800点

(改) ハイリスク妊産婦共同管理料2(受入側) 350点 → 500点

[算定対象患者(改定後、下線の疾患を追加)]

(妊婦)妊娠22週から32週未満の早産、妊娠高血圧症候群重症、前置胎盤、妊娠30週未満の切迫早産、多胎妊娠、子宮内胎児発育遅延、心疾患、糖尿病、甲状腺疾患、腎疾患、膠原病、特発性血小板減少性紫斑病、白血病、血友病、出血傾向、HIV陽性、Rh不適合

(妊産婦)妊娠22週から32週未満の早産、40歳以上の初産婦、分娩前のBMIが35以上の初産婦、妊娠高血圧症候群重症、常位胎盤早期剥離、前置胎盤、双胎間輸血症候群、多胎妊娠、子宮内胎児発育遅延、心疾患、糖尿病、特発性血小板減少性紫斑病、白血病、血友病、出血傾向、HIV陽性

【受入側の医療機関の評価】

- ハイリスク妊娠管理加算、ハイリスク分娩管理加算の評価を引き上げ、ハイリスクの妊産婦に対する、必要な医療の円滑な提供を推進する。

(改) ハイリスク妊娠管理加算(1日につき) 1,000点 → 1,200点

(改) ハイリスク分娩管理加算(1日につき) 3,000点 → 3,200点

周産期医療の推進②

新生児特定集中治療室における退院調整の充実

- 新生児特定集中治療室(NICU)における退院調整に係る評価について、NICUに勤務経験のある看護師が退院調整に参画することを要件とした上で評価を引き上げる。また、超低出生体重児等ハイリスク者に対しては加算を2回算定可能とし、きめ細やかな退院調整を評価する。

新生児特定集中治療室退院調整加算

(改)	<u>退院調整加算1(退院時1回)</u>	<u>300点→600点</u>
(新)	<u>退院調整加算2</u>	
	<u>イ 退院支援計画作成加算(入院中1回)</u>	<u>600点</u>
	<u>ロ 退院加算(退院時1回)</u>	<u>600点</u>

[施設基準]

(現行) 退院調整に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師または専従の社会福祉士が1名以上配置されていること。

⇒(改定後) 下記のいずれかを満たす場合

- ・ 新生児の集中治療及び退院調整に関する十分な経験を有する専従の看護師が1名以上配置。
- ・ 新生児の集中治療及び退院調整に関する十分な経験を有する専任の看護師及び専従の社会福祉士がそれぞれ1名以上配置。

[退院調整加算2の算定要件]

出生時体重が1,500g未満の者又は超重症、準超重症の状態が28日以上継続しているもの。

周産期医療の推進③

超重症児(者)、準超重症児(者)の受入医療機関の拡充

- 超重症児(者)、準超重症児(者)に対する日々の診療の評価について、療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料でも算定可能とし、後方病床における取組を推進する。

超重症児(者)入院診療加算(1日につき) 800点(6歳未満)/400点(6歳以上)

準超重症児(者)入院診療加算(1日につき) 200点(6歳未満)/100点(6歳以上)

[算定可能病床(改定後、下線部を追加)]

一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料、有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料

[算定要件(改定後、下線部を追加)]

超重症児(者)入院診療加算、準超重症児(者)入院診療加算は、出生時、乳幼児期又は小児期等の15歳までに障害を受けた児(者)で、当該障害に起因して超重症児(者)又は準超重症児(者)の判定基準を満たしている児(者)に対し、算定する。

ただし、上記以外の場合であっても、療養病棟入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を除く病棟又は病床においては、平成24年3月31日時点で30日以上継続して当該加算を算定している患者であって、重度の肢体不自由児(者)(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者は除く。)、脊髄損傷等の重度障害者(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者は除く。)、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者等については、(2)又は(3)*の基準を満たしていれば、当面の間、同年4月1日以降も継続して、当該加算を算定できるものとする。「(*)「超重症児(者)・準超重症児(者)の判定基準」に依る。

24年改定以降の(準)超重症児(者)入院診療加算の算定可能患者について

		一般病棟 精神病棟 特定機能病院 専門病院 等	障害者病棟 (以下の患者が7割以上) 特殊疾患病棟 (以下の患者が8割以上)	(新) 療養病棟 有床診
		/	【対象患者】 ・脊髄損傷等の重度障害者 (脳卒中の後遺症・認知症の患者を除く) ・重度の意識障害者 ・筋ジストロフィー患者 ・神経難病患者	/
≤15歳		○	○	○
>15歳	15歳までに障害を受けた者	○	○	○
	15歳までに障害を受けていない者	○※ ただし、上記の【対象患者】 であって、24年3月末時点で 30日以上継続して、当該加 算を算定している者に限る。	○※ ただし、上記の【対象患者】 であって、24年3月末時点で 30日以上継続して、当該加 算を算定している者に限る。	×

※ただし、算定できる期間は「当面の間」とし、今後、実態を踏まえた上で、その取り扱いを検討する。

周産期医療の推進④

超重症児(者)、準超重症児(者)の受入医療機関の初期診療の評価

- 超重症児(者)、準超重症児(者)の初期診療の評価について、在宅からの入院の場合のみで評価されている超重症児(者)、準超重症児(者)入院診療加算の初期加算(1日につき200点・5日目まで)を、在宅以外に救急医療機関からの転院の場合にも算定可能とし、後方病床における取組を推進する。

(改) 在宅重症児(者)受入加算 → 救急・在宅重症児(者)受入加算

[算定対象患者(改定後、下線部を追加)]

自宅から入院した患者又は他の保険医療機関から転院してきた患者であって、当該他の保険医療機関において特定集中治療室管理料の小児加算、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料又は新生児集中治療室管理料を算定したことのある者

後方病床の重症児(者)受入の推進

- NICUに入院していた患者を受け入れた場合の評価である重症児(者)受入連携加算を引き上げるとともに、後方病院となる病床の範囲を拡大し、重症児(者)に係る医療機関間の連携を推進する。

(改) 重症児(者)受入連携加算(入院初日) 1,300点→2,000点

[算定可能病床(改定後、下線の入院料を追加)]

障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料、一般病棟入院基本料(13対1、15対1に限る。)、療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料 62

周産期医療の地域連携に係る改定後のイメージ

平成24年度改定

<周産期医療センター等>

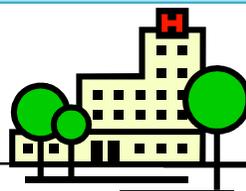


退院調整の評価

新生児特定集中治療室退院調整加算
300点(退院時1回)
→600点(超低出生体重児等は2回)

後方受入の評価

重症児(者)受入連携加算
1,300点(入院時1回) →2,000点



<後方病院>

障害者施設、特殊疾患病棟だったものに

一般病棟(13対1、15対1)、療養病棟、有床診を追加

受け入れた場合の 初期診療の評価

救急・在宅重症児(者)受入加算
200点(1日につき)
【入院から5日まで】

受け入れた場合の 日々の診療の評価

(準)超重症児(者)入院診療加算
800点(1日につき)
※6歳未満の超重症児の場合

救急医療機関から
の転院の場合
にも算定可

<在宅>



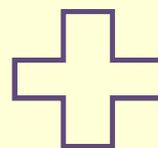
- 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を要件とする項目を今般新たに評価する項目等に拡大し、病院勤務医の負担軽減及び処遇改善を推進する。

8項目から15項目に対象拡大

【病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善を要件とする項目】

現行

- ① 総合入院体制加算
- ② 医師事務作業補助体制加算
- ③ ハイリスク分娩管理加算
- ④ 急性期看護補助体制加算
- ⑤ 栄養サポートチーム加算
- ⑥ 呼吸ケアチーム加算
- ⑦ 小児入院医療管理料1及び2
- ⑧ 救命救急入院料 注3に掲げる加算を算定する場合



新たに追加

- ⑨ 総合周産期特定集中治療室管理料
- ⑩ (新)小児特定集中治療室管理料(スライド10)
- ⑪ (新)精神科リエゾンチーム加算(スライド41)
- ⑫ (新)病棟薬剤業務実施加算(スライド45)
- ⑬ (新)院内トリアージ実施料(スライド34)
- ⑭ (新)移植後患者指導管理料(スライド42)
- ⑮ (新)糖尿病透析予防指導管理料(スライド92)

勤務医負担軽減策の見直しのイメージ

要件とする項目

- ① 総合入院体制加算(旧:入院時医学管理加算)
- ② 医師事務作業補助体制加算
- ③ ハイリスク分娩管理加算
- ④ 急性期看護補助体制加算
- ⑤ 栄養サポートチーム加算
- ⑥ 呼吸ケアチーム加算
- ⑦ 小児入院医療管理料1及び2
- ⑧ 救命救急入院料 注3に掲げる加算を算定する場合

負担軽減の項目

- ・ 医師・看護師等の業務分担
 - ・ 医師に対する医療事務作業補助体制
 - ・ 交代勤務制導入
 - ・ 短時間正規雇用の医師の活用
 - ・ 地域の他の医療機関との連携
 - ・ 外来縮小の取り組み
- いずれの項目も任意

改定後

- ① 総合入院体制加算(旧:入院時医学管理加算)
- ② 医師事務作業補助体制加算
- ③ ハイリスク分娩管理加算
- ④ 急性期看護補助体制加算
- ⑤ 栄養サポートチーム加算
- ⑥ 呼吸ケアチーム加算
- ⑦ 小児入院医療管理料1及び2
- ⑧ 救命救急入院料 注3に掲げる加算を算定する場合

新規追加

- ⑨ 総合周産期特定集中治療室管理料
- ⑩ 小児特定集中治療室管理料
- ⑪ 精神科リエゾンチーム加算
- ⑫ 病棟薬剤業務実施加算
- ⑬ 院内トリアージ実施料
- ⑭ 移植後患者指導管理料
- ⑮ 糖尿病透析予防指導管理料

【必須項目】

- ・ 医師・看護師等の役割分担

一定以上医師が配置されている、小児、産科、救急関係入院料では必ず検討する事項とする
(左の青字項目で必須)

【一部の病院で必須】

- ・ 交代勤務制導入
- ・ 外来縮小の取り組み

特定機能病院及び一般病床が500床以上の病院では必ず検討することとする

【任意項目】

- ・ 医師に対する医療事務作業補助体制
- ・ 短時間正規雇用の医師の活用
- ・ 地域の他の医療機関との連携
- ・ (新) 予定手術前の当直に対する配慮

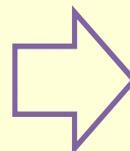
病院勤務医の負担を軽減する体制の評価②

平成24年度改定

- 医師事務作業補助者の配置について、よりきめ細かく評価し、病院勤務医の負担を軽減する体制の推進を図る。

医師事務作業補助体制加算

現行	
医師事務作業補助者の配置	点数
15対1	810点
20対1	610点
25対1	490点
50対1	255点
75対1	180点
100対1	138点



改定後	
医師事務作業補助者の配置	点数
15対1	810点
20対1	610点
25対1	490点
(新) <u>30対1</u>	<u>410点</u>
(新) <u>40対1</u>	<u>330点</u>
50対1(※)	255点
75対1	180点
100対1	138点

※50対1については、年間の緊急入院患者数の実績要件を緩和する。(年間の緊急入院患者数が100名以上でも算定可能とする。)

- 精神科救急医療に特化した精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料1、精神科救急・合併症入院料でも医師事務作業補助体制加算を算定可能とし、精神科救急医療に携わる医師の負担軽減の推進を図る。

平成26年度診療報酬改定

小児・周産期
勤務医負担軽減

小児医療の推進①

重症な新生児の集中治療①

➤ 出生体重が1,500g以上の一部の先天奇形等を有する新生児について、新生児特定集中治療室管理料等の算定日数上限を延長する。

現行	
出生体重	算定日数 (NICU*1、GCU*2合算)
1,500g以上	NICU 21日 GCU 30日
—	—
1,000g以上1,500g未満	NICU 60日 GCU 90日
1,000g未満	NICU 90日 GCU 120日



改定後	
出生体重	算定日数 (NICU、GCU合算)
1,500g以上	NICU 21日 GCU 30日
<u>1,500g以上で、一部の先天奇形等*3を有する場合</u>	<u>NICU 35日</u> <u>GCU 50日</u>
1,000g以上1,500g未満	NICU 60日 GCU 90日
1,000g未満	NICU 90日 GCU 120日

*1 NICUとは新生児特定集中治療室管理料1、2及び総合周産期特定集中治療室管理料(新生児)をさす。

*2 GCUとは新生児治療回復室入院医療管理料をさす。

*3 対象疾患は先天性水頭症、全前脳胞症、二分脊椎(脊椎破裂)、アーノルド・キアリ奇形、後鼻孔閉鎖、先天性喉頭軟化症、先天性気管支軟化症、先天性のう胞肺、肺低形成、食道閉鎖、十二指腸閉鎖、小腸閉鎖、鎖肛、ヒルシュスプルング病、総排泄腔遺残、頭蓋骨早期癒合症、骨(軟骨を含む)無形成・低形成・異形成、腹壁破裂、臍帯ヘルニア、ダウン症候群、18トリソミー、13トリソミー、多発奇形症候群

小児医療の推進②

重症な新生児の集中治療②

- 新生児特定集中治療室管理料1、2及び総合周産期特定集中治療室管理料(新生児)について、新生児の受入実績等に関する基準を新設するとともに評価の見直しを行う。

現行		改定後	
新生児特定集中治療室管理料1 総合周産期特定集中治療室管理料(新生児)	10,011点	新生児特定集中治療室管理料1 総合周産期特定集中治療室管理料(新生児)	10,174点
新生児特定集中治療室管理料2	6,011点	新生児特定集中治療室管理料2	8,109点(改)

[施設基準]

新生児特定集中治療室管理料1・総合周産期特定集中治療室管理料(新生児)

- ・ 以下のいずれかを満たすこと。

イ 出生体重1,000g未満の新規入院患者が1年間に4名以上であること。

ロ 当該治療室に入院中の患者の開頭、開胸又は開腹手術が1年間に6件以上であること。

新生児特定集中治療室管理料2

- ・ 出生体重2,500g未満の新規入院患者が1年間に30名以上であること。

※ 平成26年3月31日に届け出ている医療機関は平成26年9月30日までは基準を満たしているものとする。

重症な小児の集中治療

- 小児特定集中治療室管理料(いわゆるPICU)の施設基準について、見直しを行う。

[施設基準] 以下のいずれかを満たすこと(「ロ」を新たに設定)。

イ 当該治療室に入院する患者のうち、転院日に他の医療機関において救命救急入院料、特定集中治療室管理料を算定していた患者を年間20名以上受け入れていること。

ロ 当該治療室に入院する患者のうち、転院日に救急搬送診療料を算定した患者を年間50名以上(うち、入室24時間以内に人工呼吸を実施した患者が30名以上)受け入れていること。

新生児特定集中治療室管理料等の評価のイメージ

改
定
前

新生児特定集中治療室管理料1・総合周産期特定集中治療室管理料(新生児)
(10,011点)

新生児特定集中治療室管理料2
(6,011点)

新生児治療回復室入院医療管理料
(5,411点)

5,000点

新NICU1の基準

出生体重1,000g未満の入院4件/年以上
又は
開頭、開胸又は開腹手術が6件/年以上

新NICU2の基準

出生体重2,500g未満の
入院30件/年以上

新たな新生児特定集中治療室管理料1等の基準を満たす医療機関

新たな新生児特定集中治療室管理料2の基準を満たす医療機関

新たな新生児特定集中治療室管理料2の基準を満たさない医療機関

経過措置6月

経過措置6月

改
定
後

新生児特定集中治療室管理料1
総合周産期特定集中治療室管理料(新生児)
(10,174点)

新生児特定集中治療室管理料2
(8,109点)

新生児治療回復室入院医療管理料
(5,499点)

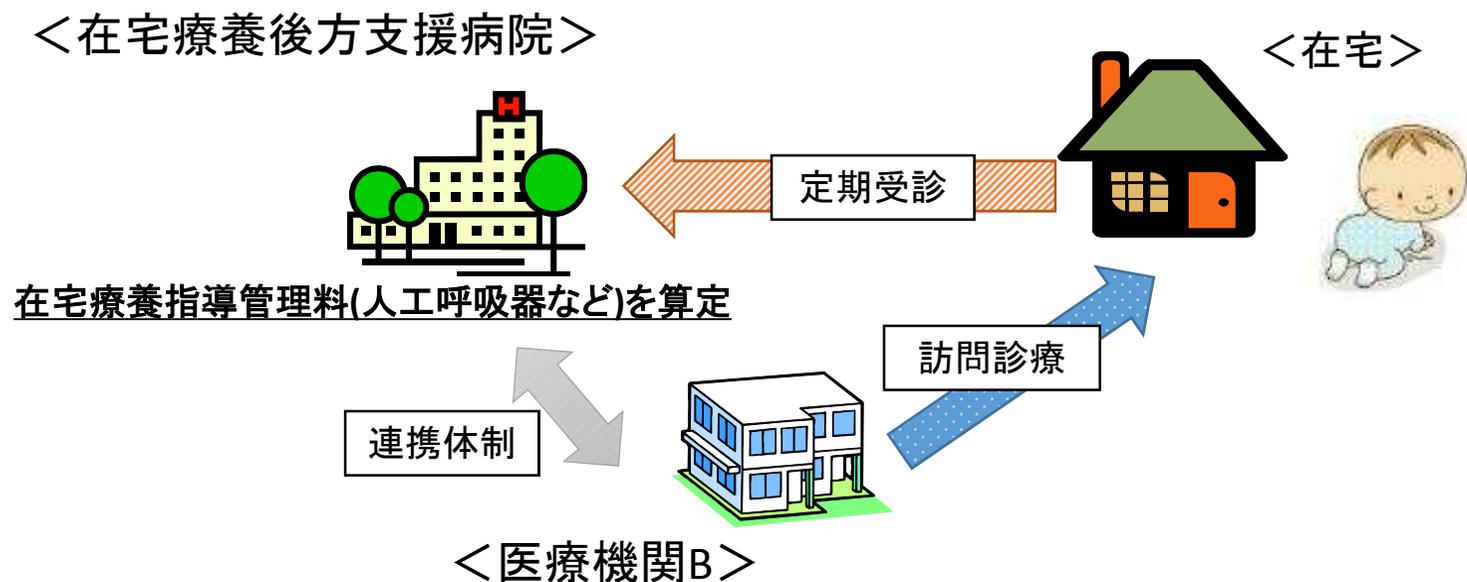
10,000点

5,000点

小児医療の推進③

小児在宅医療における在宅療養指導管理料の見直し

- 人工呼吸器を装着している小児等の在宅療養で算定する在宅療養指導管理料について、在宅療養を担う医療機関と後方支援等を担う医療機関で異なる管理を行う場合、それぞれで算定できるように見直しを行う。



**在宅療養指導管理料(寝たきり処置など)が算定可能
(従前は算定不可)**

小児医療の推進④

通院・在宅精神療法 20歳未満加算の起算日の見直し

- 精神疾患以外で医療機関を受診していた小児患者が精神疾患を発症し、同一の医療機関の精神科を受診した場合も、通院・在宅精神療法の20歳未満加算を算定できるよう見直しを行う。

通院・在宅精神療法 20歳未満加算

初診の日から起算して1年以内の期間に行った場合に限る



通院・在宅精神療法 20歳未満加算

当該保険医療機関の精神科を初めて受診した日から起算して1年以内の期間に行った場合に限る

通院・在宅精神療法、心身医学療法の20歳未満加算の見直し

- 必要に応じて児童相談所等との連携や保護者等に対する指導を行うことを要件として明示した上で、通院・在宅精神療法の20歳未満加算、心身医学療法の20歳未満加算の評価を充実させる。

通院・在宅精神療法 200点

20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合に算定する。



通院・在宅精神療法 350点(改)

20歳未満の患者に対して、必要に応じて児童相談所等との連携や保護者等への指導を行った上で、通院・在宅精神療法を行った場合に算定する

心身医学療法 100分の100に相当する点数

20歳未満の患者に対して心身医学療法を行ったに算定する。



心身医学療法 100分の200に相当する点数(改)

20歳未満の患者に対して、必要に応じて児童相談所等との連携や保護者等への指導を行った上で、心身医学療法を行った場合に、算定する。

小児医療の推進⑤

新生児の退院調整①

- 新生児特定集中治療室退院調整加算について、入院7日以内に患者の抽出を行い、家族との話し合いを開始するとともに、入院1月以内に退院支援計画の作成を開始すること等を算定の要件とするよう評価の見直しを行う。

新生児の退院調整②

- 急性期病院において、周産期医療センターから退院患者を受け入れ、在宅に退院させた場合の退院調整について評価を行う。

(新) 新生児特定集中治療室退院調整加算3

イ 退院支援計画策定加算 600点

ロ 退院加算 600点

[算定要件]

- ① 前医で新生児特定集中治療室退院調整加算2を算定している患者について、転院受入後、7日以内に退院支援計画を策定した場合、入院中1回に限りイを算定する。自宅へ退院した場合、退院時1回に限りロを算定する。
- ② 本点数を算定した患者に対し、退院時に緊急時の連絡先等を文書で提供し、24時間連絡がとれる体制を取っていること。

[施設基準]

小児入院医療管理料1～3を届け出ている医療機関又は周産期母子医療センターであること。

小児科外来診療料の見直し

- 小児科外来診療料についてパリーブズマブを用いた場合を対象外にし、薬剤費等を出来高で算定できるようにする。

医療従事者の負担を軽減する取り組みの評価①

夜間における看護補助者の評価

- 急性期における夜間の看護補助者の配置について、評価を引き上げ、看護職員の負担を軽減する体制の推進を図る。

夜間急性期看護補助体制加算

現行	
夜間看護補助者の配置	点数
50対1	10点
100対1	5点



改定後	
夜間看護補助者の配置	点数
(新) <u>25対1</u>	<u>35点</u>
(改) 50対1	<u>25点</u>
(改) 100対1	<u>15点</u>

[施設基準]

25対1、50対1又は75対1のいずれかの急性期看護補助体制加算を算定している病棟であること。

(参考)急性期看護補助体制加算の施設基準

- (1) 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)及び専門病棟入院基本料であって7対1入院基本料又は10対1入院基本料の届出病棟に入院している患者であること。
- (2) 総合周産期母子医療センター又は年間の緊急入院患者数が200名以上の病院
- (3) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合が10対1入院基本料においては5%以上
- (4) 看護補助者に対し、急性期看護における適切な看護補助のあり方に関する院内研修会を行っている。

医療従事者の負担を軽減する取り組みの評価②

医師事務作業補助体制の評価

- 医師事務作業補助者の配置による効果を勘案し、医師事務作業補助者の業務を行う場所について、一定以上の割合を病棟又は外来とした上で、医師事務作業補助体制加算の更なる評価を新設する。

(医師事務作業補助体制加算)

現行	
医師事務作業補助者の配置	点数
15対1	810点
20対1	610点
25対1	490点
30対1	410点
40対1	330点
50対1	255点
75対1	180点
100対1	138点

(新) 医師事務作業補助体制加算 1

改定後	
医師事務作業補助者の配置	点数
15対1	<u>860点</u>
20対1	<u>648点</u>
25対1	<u>520点</u>
30対1	<u>435点</u>
40対1	<u>350点</u>
50対1	<u>270点</u>
75対1	<u>190点</u>
100対1	<u>143点</u>

[施設基準]

- ① 医師事務作業補助者の業務を行う場所について、80%以上を病棟又は外来とする。
- ② 看護職員を医師事務作業補助者として届出することは不可。

※ 従前の医師事務作業補助体制加算については、看護職員を医師事務作業補助者として届出することは不可とした上で、医師事務作業補助体制加算2とする。

※ 病棟および外来とは、それぞれ入院医療、外来医療を行っている区域をいい、スタッフルームや会議室等を含む。(ただし、医局や、医師が診療や事務作業等を目的として立ち入ることがない診断書作成のための部屋及び医事課等の事務室は含まない。)