

中央社会保険医療協議会 総会（第 628 回）議事次第

令和 7 年 11 月 19 日(水)
薬価専門部会終了後～

議 題

○入院について（その 6）

○個別事項について（その 8）小児・周産期医療、感染症対策、医療安全、
災害医療

入院（その6）

- 1． 特定機能病院入院基本料について
- 2． 医師の診療科偏在について
- 3． 働き方改革について
- 4． 地域加算について
- 5． 病院薬剤師について

1． 特定機能病院入院基本料について

1－1． 評価等の現状

1－2． 特定機能病院の見直しについて

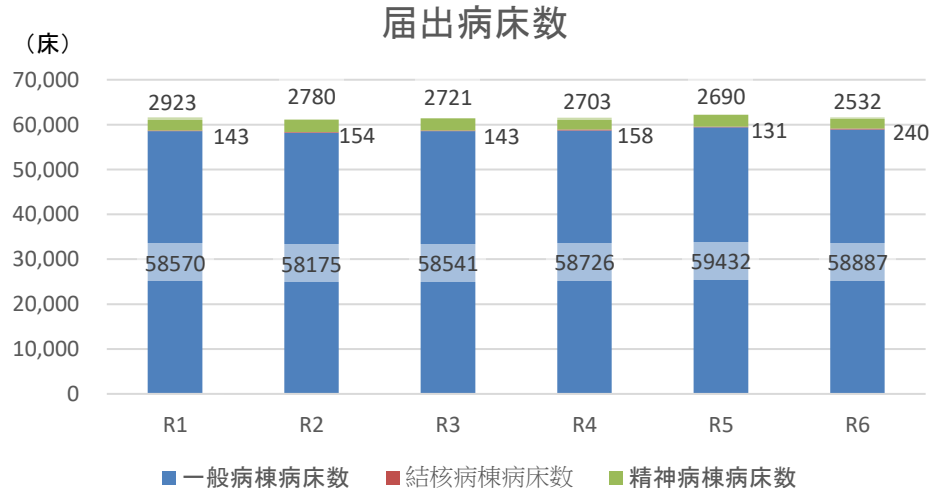
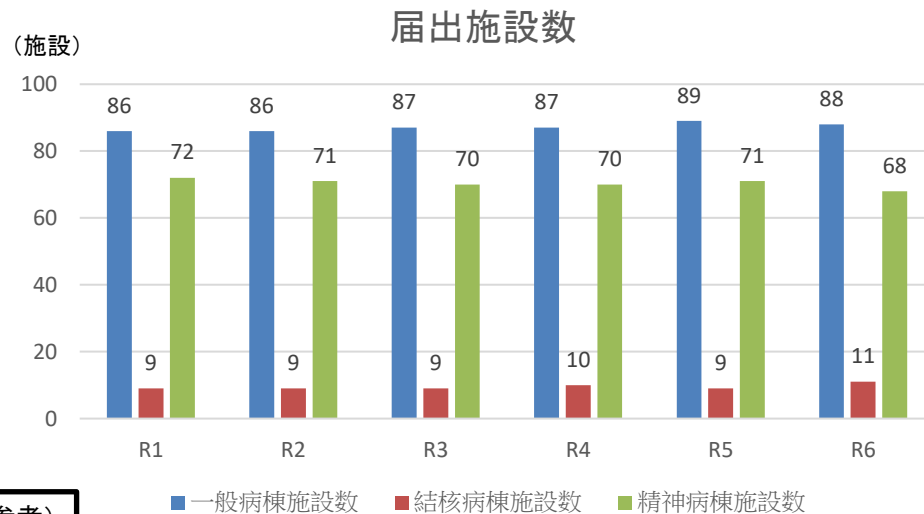
特定機能病院入院基本料の概要

A104 特定機能病院入院基本料(1日につき)

1 一般病棟の場合	イ 7対1入院基本料	1,822点	ロ 10対1入院基本料	1,458点
2 結核病棟の場合	イ 7対1入院基本料	1,822点	ロ 10対1入院基本料	1,458点
	ハ 13対1入院基本料	1,228点	ニ 15対1入院基本料	1,053点
3 精神病棟の場合	イ 7対1入院基本料	1,551点	ロ 10対1入院基本料	1,393点
	ハ 13対1入院基本料	1,038点	ニ 15対1入院基本料	948点

【算定要件(抜粋)】

- **特定機能病院**の一般病棟、結核病棟又は精神病棟であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき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保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。



(参考)

A100 一般病棟入院基本料(1日につき)

1 急性期一般入院基本料	イ 急性期一般入院料1	1,688点	ロ 急性期一般入院料2	1,644点	ハ 急性期一般入院料3	1,569点
	ニ 急性期一般入院料4	1,462点	ホ 急性期一般入院料5	1,451点	ヘ 急性期一般入院料6	1,404点
2 地域一般入院基本料	イ 地域一般入院料1	1,176点	ロ 地域一般入院料2	1,170点	ハ 地域一般入院料3	1,003点

特定機能病院制度の概要

趣 旨

医療施設機能の体系化の一環として、高度の医療の提供、高度の医療技術の開発及び高度の医療に関する研修を実施する能力等を備えた病院について、厚生労働大臣が個別に承認するもの。

※承認を受けている病院（令和7年11月1日現在） … 88病院（大学病院本院79病院）

役 割

○高度の医療の提供

○高度の医療技術の開発・評価

○高度の医療に関する研修

○高度な医療安全管理体制

承認要件

- 高度の医療の提供、開発及び評価、並びに研修を実施する能力を有すること
- 他の病院又は診療所から紹介された患者に対し、医療を提供すること（紹介率50%以上、逆紹介率40%以上）
- 病床数 ……400床以上の病床を有すること
- 人員配置
 - ・ 医 師……通常の2倍程度の配置が最低基準。医師の配置基準の半数以上がいずれかの専門医。
 - ・ 薬剤師……入院患者数÷30が最低基準。（一般は入院患者数÷70）
 - ・ 看護師等…入院患者数÷2が最低基準。（一般は入院患者数÷3）
 - ・ 管理栄養士1名以上配置。
- 構造設備……集中治療室、無菌病室、医薬品情報管理室が必要
- 医療安全管理体制の整備
 - ・ 医療安全管理責任者の配置
 - ・ 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
 - ・ 監査委員会による外部監査
 - ・ 高難度新規医療技術及び未承認新規医薬品等を用いた医療の提供の適否を決定する部門の設置
- 原則定められた16の診療科を標榜していること
- 査読のある雑誌に掲載された英語論文数が年70件以上あること 等

※ がん等の特定の領域に対応する特定機能病院は、診療科の標榜、紹介率・逆紹介率等について、別途、承認要件を設定。

（令和7年11月時点における制度概要）

【病院数】

	①大学病院本院	②ナショナルセンター等	③その他の病院
総合型	79	1	1
特定領域型	0	3	4

【病院名一覧（類型別）】

1. 総合型・大学附属病院本院病院)	(略)			
2. 総合型・ナショナルセンター等	国立国際医療研究センター病院			
3. 総合型・その他の病院	聖路加国際病院			
4. 特定領域型・ナショナルセンター等	国立がん研究センター中央病院	国立がん研究センター東病院	国立循環器病研究センター	
5. 特定領域型・その他の病院	がん研究会有明病院	静岡がんセンター	大阪国際がんセンター	愛知県がんセンター

1． 特定機能病院入院基本料について

1－1． 評価等の現状

1－2． 特定機能病院の見直しについて

特定機能病院の承認要件の見直し①

- 特定機能病院は、これまで高度の医療提供等が承認要件となっていたが、特定機能病院88病院のうち79病院ある大学病院本院について、2040年頃を見据えて果たしていくべき役割として、**高度な医療等を提供する拠点としての機能や、地域医療への人的協力を果たしていること等、地域医療における役割を積極的に果たすことがより一層期待されており、それらの機能の評価が必要**である。
- そのため、令和6年7月以降、「特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会」において特定機能病院が果たすべき役割・機能について改めて検討が行われ、**現在の「承認要件」に新たな要件を加えた上で、「基礎的基準」として新たな基準が設けられることとなった。**

基礎的基準の概要

基準	項目
医療提供	紹介率、逆紹介率、 基本診療科の幅広い設置 、専門医配置、高難度新規医療技術への対応、先進医療又は難病医療等の実施等。
教育	いわゆるStudent Doctorの育成、研修医数・専攻医数、幅広い基本診療科の専門研修プログラムを基幹施設として担っていること、地域の医療機関への学習機会の提供、看護師・薬剤師その他専門職の実習受け入れ・育成等
研究	査読付き英語論文、IRB設置、COI管理、 研究支援組織設置等
地域医療への人的協力(医師)	地域に一定の人的協力（医師）を行っていること
医療安全	管理者の要件（医療安全に係る経験、研修受講義務等）、医療安全管理部門の設置（重大事案発生時の対応 の強化等 、専従の医師、看護師等の配置等）、医療安全管理責任者の配置（ 要件（医療安全にかかる経験） 、業務内容 の明確化等 ）、ピアレビュー（内容 の明確化等 ）、監査委員会の設置（委員の要件 の追加 、監査内容 の明確化 ）、高難度新規医療技術への対応等 【 重大事案の考え方について、患者への影響度及び回避可能性が一定以上のものを明確化 ）】

（注1）**太字下線**が新設。

特定機能病院の承認要件の見直し②

- 「基礎的基準」については、大学病院本院を念頭として、現在の「承認要件」に地域医療への人的協力などの新たな要件を加えた基準として整理された。
- ナショナルセンター等については、全国の医師等に対する高度な教育・研修を行っているものについて、大学病院本院の地域医療への人的協力等に準じた役割を果たしていると評価されることとなった。
- 一方で、特定機能病院入院基本料については、重症度、医療・看護必要度等の施設基準を満たせば、特定機能病院であれば、その果たす役割や機能が異なる病院でも、同じ入院基本料を算定可能となっている。

現行基準による承認

- 標榜診療科数 ○紹介率・逆紹介率
- 高度医療の提供 ○高度の医療技術開発
- 高度医療の研修 等

承認要件
見直し

基礎的基準による承認(新基準)※

- 医療提供 ○教育 ○研究 ○医療安全
- +
- 地域医療への人的協力
- 政策医療向上の取組

現行基準による承認

※令和8年4月目途施行に向けて準備中

特定機能病院
入院基本料

特定機能病院
(n=88)

病院によって、承認要件や
果たす機能が異なる

大学病院本院
(n=79)

ナショナルセンター等
(n=4)

その他
(n=5)

特定機能病院入院基本料における課題と論点

(特定機能病院の評価等の現状)

- ・ 特定機能病院については、高度の医療の提供、高度の医療技術の開発及び高度の医療に関する研修を実施する能力等を有すること等が承認要件となっている。
- ・ 特定機能病院88病院のうち、79病院が大学病院本院、4病院がナショナルセンター等、5病院がその他の病院となっている。

(特定機能病院の承認要件の見直し)

- ・ 大学病院本院について、2040年頃を見据えて果たしていくべき役割として、高度な医療等を提供する拠点としての機能や、地域医療への人的協力を果たしていること等、地域医療における役割を積極的に果たすことがより一層期待されており、それらの機能の評価が必要となっている。
- ・ 令和6年7月以降、「特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会」において特定機能病院が果たすべき役割・機能について改めて検討が行われ、現在の「承認要件」に地域医療への人的協力などの新たな要件を加えた上で、「基礎的基準」として新たな基準が設けられることとなった。
- ・ ナショナルセンター等については、全国の医師等に対する高度な教育・研修を行っているものについて、大学病院本院の地域医療への人的協力等に準じた役割を果たしていると評価されることとなった。
- ・ 特定機能病院入院基本料については、重症度、医療・看護必要度等の施設基準を満たせば、特定機能病院であれば、その果たす役割や機能が異なる病院でも、同じ入院基本料を算定可能となっている。

【論点】

- 特定機能病院の承認要件については、現在の承認要件を基本としつつ、大学病院本院が求められる役割を果たすことができる水準を確保するための基礎的基準が設定され、①当該基準を満たす病院、②当該基準で求められる水準に準ずる役割を果たすと評価できるナショナルセンター等、③現在の承認要件を満たすその他の特定機能病院の3つに分かれることとなった。これらの病院の果たす役割や機能の違いを踏まえ、特定機能病院入院基本料の評価のあり方についてどのように考えるか。

2. 医師の診療科偏在について

2－1. 手術の休日・時間外・深夜加算 1

2－2. 診療科偏在の現状と取組

勤務医の働き方改革の取組の推進

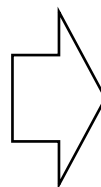
処置及び手術の休日加算1等の要件の見直し

- 勤務医の働き方改革を推進する観点から、処置及び手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1について、交代勤務制又はチーム制のいずれか及び手当に関する要件を満たす必要があることとする。

現行

【休日加算1・時間外加算1・深夜加算1】
【施設基準】

- 7 当該加算を算定する全ての診療科において、次のいずれかを実施していること。
- (1) 交代勤務制を導入しており、以下のアからキまでのいずれも実施していること。
ア～キ (略)
 - (2) チーム制を導入しており以下のアからカまでのいずれも実施していること。
ア～カ (略)
 - (3) 医師が時間外、休日又は深夜の手術等を行った場合の手当等を支給しており、以下のア又はイのいずれかを実施するとともに実施内容について就業規則に記載を行い、その写しを地方厚生(支)局長に届け出ていること。また、休日等において、当該診療科に1名以上の緊急呼出し当番を担う医師を置いていること。
(中略)
ア・イ (略)

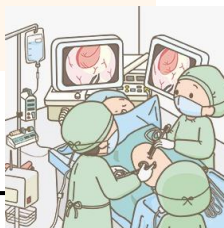


改定後

【休日加算1・時間外加算1・深夜加算1】
【施設基準】

- 7 当該加算を算定する全ての診療科において、(1)又は(2)のいずれか及び(3)を実施していること。
- (1) 交代勤務制を導入しており、以下のアからキまでのいずれも実施していること。
ア～キ (略)
 - (2) チーム制を導入しており以下のアからカまでのいずれも実施していること。
ア～カ (略)
 - (3) 医師が時間外、休日又は深夜の手術等を行った場合の手当等を支給しており、以下のア又はイのいずれかを実施するとともに実施内容について就業規則に記載を行い、その写しを地方厚生(支)局長に届け出ていること。また、休日等において、当該診療科に1名以上の緊急呼出し当番を担う医師を置いていること。
(中略)
ア・イ (略)

※ 令和6年3月31日時点で休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の届出を行っている保険医療機関については、7に係る規定は令和8年5月31日までの間に限り、なお従前の例による。



処置・手術の休日・時間外・深夜加算1の施設基準

- 令和6年度診療報酬改定以降、処置・手術の休日等加算1において、手当の支給要件を満たし、かつ、交代勤務制もしくはチーム制のいずれかを選択することとなった。さらに、令和6年度から、医師の時間外・休日労働時間の上限規制等が実施されている。
- チーム制では、緊急呼び出し当番を行った医師は翌日を休日とする必要があり、当番中に診療を実施しなかった場合は、翌日を休日としなくて差し支えないものの、予め診療の実施の有無を予見することは困難と考えられるため、診療が実施されなくとも、通常、緊急呼び出し当番の翌日は休日として扱われることになると考えられる。

令和6年度改定前
医師の負担軽減・処遇改善の体制

休日・時間外・深夜加算1

3つの体制から1つを選択

交代勤務制

夜勤医師の翌日
日勤帯は休日

チーム制

緊急呼び出し
当番医師の翌
日は休日
(当番中に診
療した場合の
み)

手当支給

休日等の手術
等に手当を支
給

術者・第一助手が、予定手術前日に
当直等を行う日が年4日以内

改定後

令和6年度改定以降
医師の負担軽減・処遇改善の体制

休日・時間外・深夜加算1

いずれかの体制を選択

交代勤務制

夜勤医師の翌日
日勤帯は休日

チーム制

緊急呼び出し当番医師
の翌日は休日
(当番中に診療した場
合のみ)

手当支給

休日等の手術等に手当を支給

術者・第一助手が、予定手術前日に
当直等を行う日が年4日以内

医療法

医師の
働き方改革

・時間外・休日労働時
間の上限規制

・勤務間インターバル
(A水準は努力義務)

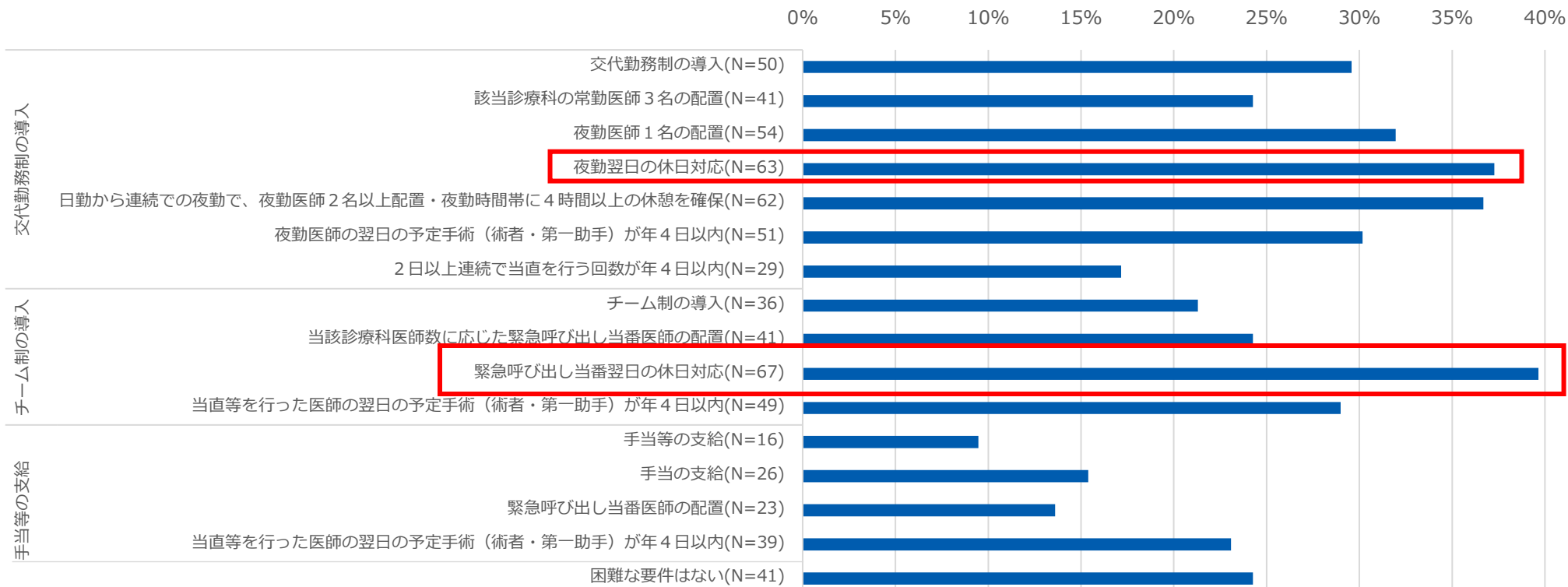
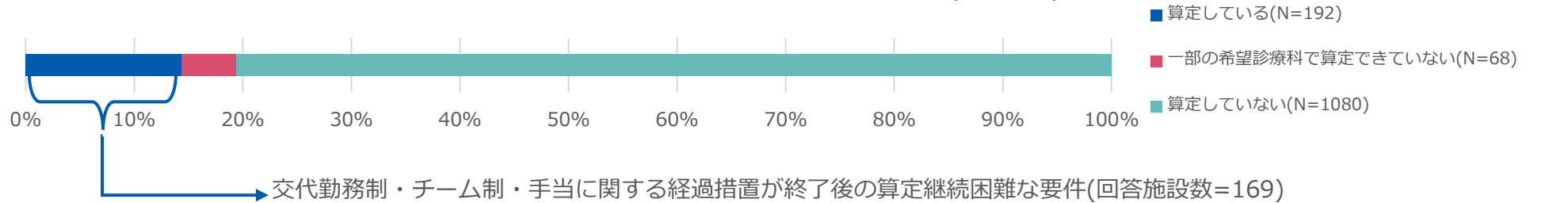
・面接指導

手術の休日・時間外・深夜加算 1 の算定状況等

診調組 入-1
7. 8. 2 8 改

- 令和7年5月時点で手術の休日・時間外・深夜加算1を届け出ている病院（192）において、交代勤務制・チーム制・手当に関する経過措置終了後に算定困難となる要件について、「困難な要件はない」（41）と回答する病院がある一方、「緊急呼び出し当番翌日の休日対応」、「夜勤翌日の休日対応」、「日勤からの連続夜勤で、夜勤医師2名以上配置・夜勤時間帯に4時間以上の休暇を確保」が多かった。

手術の休日・時間外・深夜加算1の算定状況 (N=1340)



2. 医師の診療科偏在について

2－1. 手術の休日・時間外・深夜加算 1

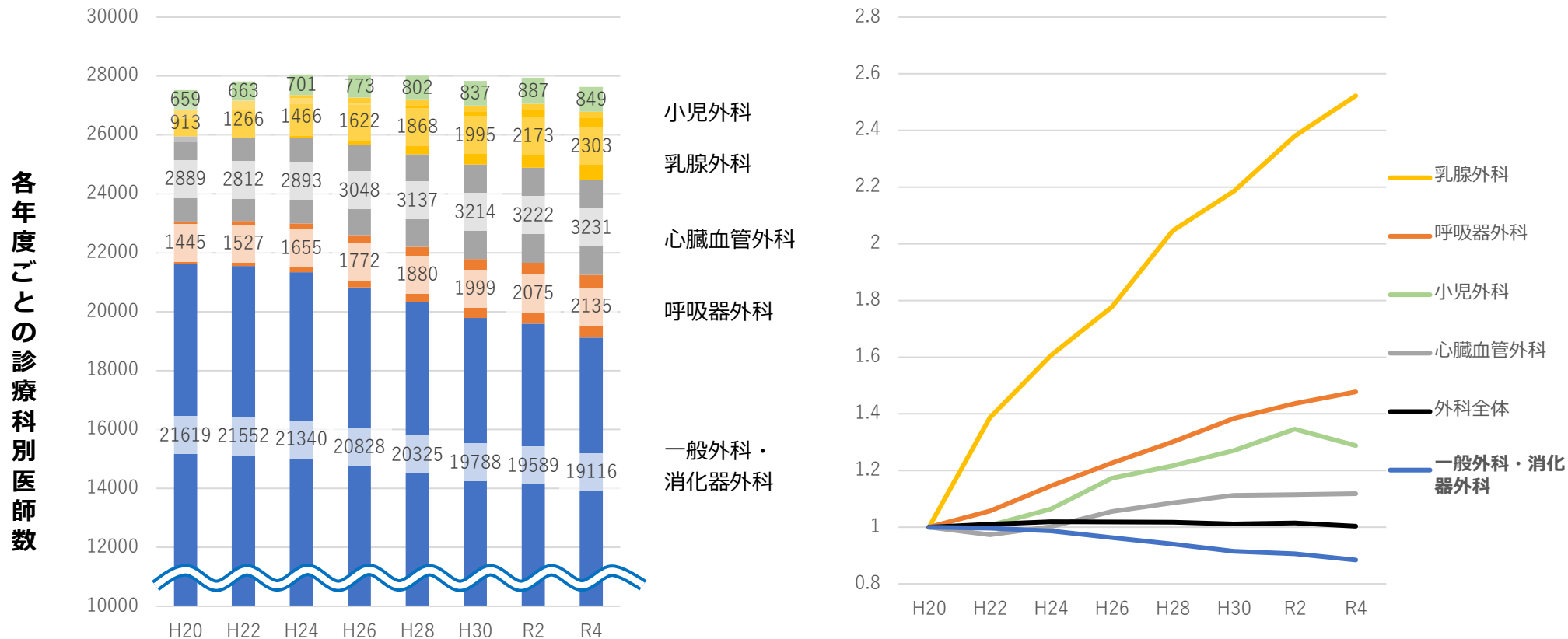
2－2. 診療科偏在の現状と取組

外科の医師数の推移

診調組 入 - 1
7 . 7 . 3 1 改

- 外科の医師数の推移の内訳を見てみると、一般外科・消化器外科以外の全ての診療科で増加傾向にある一方で、一般外科・消化器外科は一貫して減少している。

主に外科に従事する医師の推移（左：医師数、右：平成20年を1とした場合の比率）



※一般外科・外科、気管食道外科、肛門外科

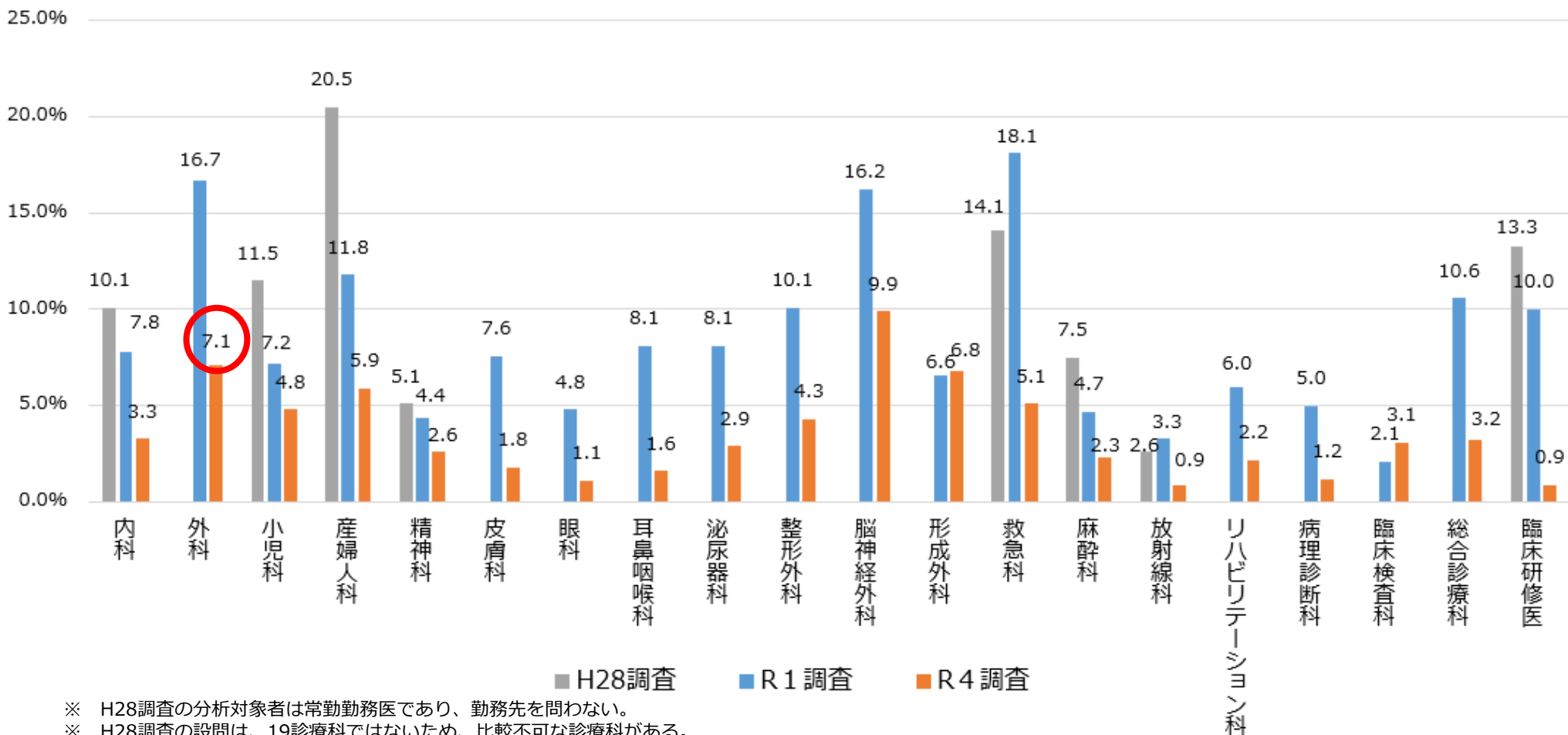
診療科別の時間外・休日労働時間が年1,860時間超の医師の割合

第18回 医師の働き方改革の推進に
関する検討会
令和5年10月12日

資料
2

○ H28調査、R1調査、今回調査（R4調査）の病院・常勤勤務医の時間外・休日労働時間が年1,860時間換算を超える医師の割合を診療科別に集計した。

□ 時間外・休日労働時間が年1,860時間換算を超える医師の割合が高い診療科は脳神経外科（9.9%）、外科（7.1%）、形成外科（6.8%）、産婦人科（5.9%）、救急科（5.1%）であった。

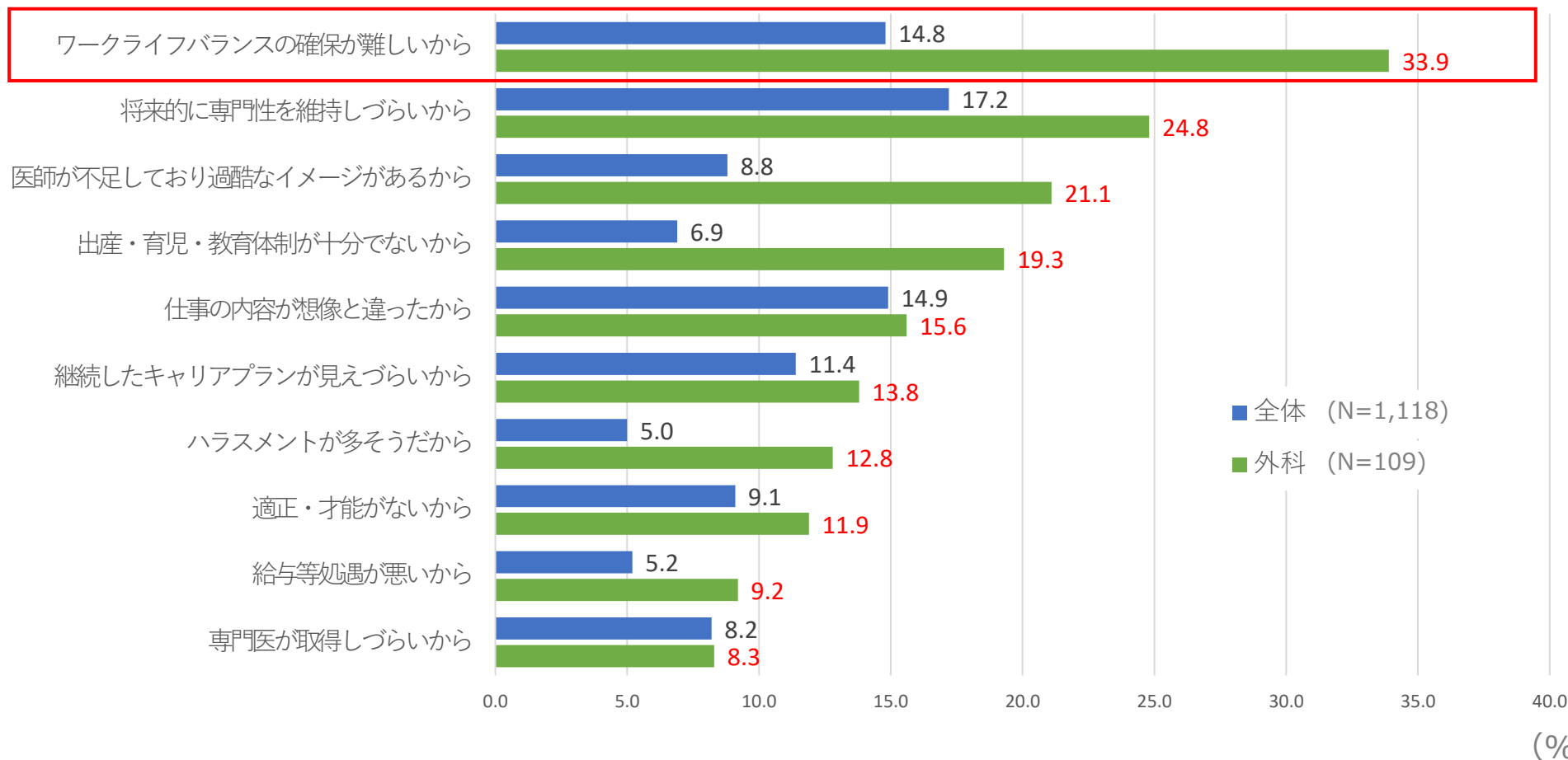


- ※ H28調査の分析対象者は常勤勤務医であり、勤務先を問わない。
- ※ H28調査の設問は、19診療科ではないため、比較不可な診療科がある。
- ※ 労働時間には、兼業先の労働時間を含み、指示無し時間を除外している。
- ※ 宿日直の待機時間は労働時間に含め、オンコールの待機時間は労働時間から除外した（労働時間＝診療時間＋診療外時間＋宿日直の待機時間）。
- ※ R1調査、R4調査では宿日直許可を取得していることがわかっている医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を労働時間から除外している。
- ※ R1調査ではさらに診療科別の性、年齢調整、診療科ごとの勤務医療機関調整を行っている。
- ※ 「時間外・休日労働時間が年1,860時間超」は週78時間45分超勤務と換算した。

専攻医が基本領域を選択しなかった理由

外科領域を選択することをやめた専攻医は、「ワークライフバランスの確保」に課題を感じている割合が高い。

専攻医が希望していた基本領域を選択しなかった理由（複数回答、選択肢の上位10、%）



出典：令和5年度厚生労働行政推進調査事業補助金（厚生労働科学特別研究）

「日本専門医機構における医師専門研修シーリングによる医師偏在対策の効果検証」（研究代表者：日本専門医機構理事長 渡辺毅）

医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージにおける診療科偏在対策

- 「経済財政運営と改革の基本方針2024」において、『医師の地域間、診療科間、病院・診療所間の偏在の是正を図るため（中略）総合的な対策のパッケージを2024年末までに策定する。』こととされた。
- 2024年12月、「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」が策定され、診療科偏在の是正に向けた取組として、新たな地域医療構想等を通じた一定の医療の集約化を図りつつ、女性医師・男性医師を問わず、必要とされる分野が若手医師から選ばれるための環境づくり等、処遇改善に向けた必要な支援の実施や、外科医師の業務負担への配慮・支援等の観点での手厚い評価について検討を行うこととなった。

総合的な対策パッケージの具体的な取組

- 医師養成課程を通じた取組
- 医師確保計画の実行性の確保
- 地域偏在対策における経済的インセンティブ等
- 地域の医療機関の支え合いの仕組み

➤ 診療科偏在の是正に向けた取組

- 診療科偏在は、地域ごとの取組のみでは十分でなく、国全体として取り組むべき課題である。労働環境の改善や今後の医療需要の見込み等を踏まえ、新たな地域医療構想等を通じた一定の医療の集約化を図りつつ、女性医師・男性医師を問わず、必要とされる分野が若手医師から選ばれるための環境づくり等、処遇改善に向けた必要な支援を実施する。
- 外科医師が比較的長時間の労働に従事している等の業務負担への配慮・支援等の観点での手厚い評価について必要な検討を行う。

消化器外科の明るい未来を達成するためのロードマップ

日本消化器外科学会は消化器外科医が減少している現状に危機感を持ち、消化器外科の未来に向けての改革を真摯に推し進め、結果として国民に質の高い消化器外科診療を提供できる体制を確かなものにすることを目指して、活動して参ります。

1. 継続可能な消化器外科診療の構築

- ・一人でも多くの医学部学生や初期研修医に消化器外科の重要性和魅力を伝えるために広報に努めます。
- ・長時間労働の解消のための働き方改革を積極的に推進し、消化器外科医の心と体の健康を守るべく労働環境の改善に努めます。

2. 消化器外科医のキャリア形成の支援

- ・学びの場や教育ツール及び先進的な医療への参加の機会を提供し、ロボット支援手術などの最新の手術に至るまでの期間を短縮し、早期に自立できるよう支援を行います。
- ・多様な価値観や人生観、働き方を尊重し、男女の均等な活躍を支援します。
- ・ライフ・イベントに配慮した働き方や知識・技術のステップアップを支援いたします。
- ・地方で活動する消化器外科医への学びの場や先進的医療参加の機会を提供し、支援します。

3. 高度ながん手術の集約化・重点化

- ・医師の健康維持・促進のための働き方改革や術後成績の向上に資する、高度ながん手術に対する合理的な集約化・重点化を目指します。集約化・重点化施設における研究・教育体制の充実を図ります。

4. 高度ながん手術と救急の手術に対するインセンティブの受領

- ・高度ながん手術や救急の手術に対応する対価を含め、外科医としての適切なインセンティブを受領できるシステムの構築に向けて、国民から理解を得られるよう努力をいたします。

2040年を見据えたがん医療の均てん化・集約化に係る基本的な考え方について

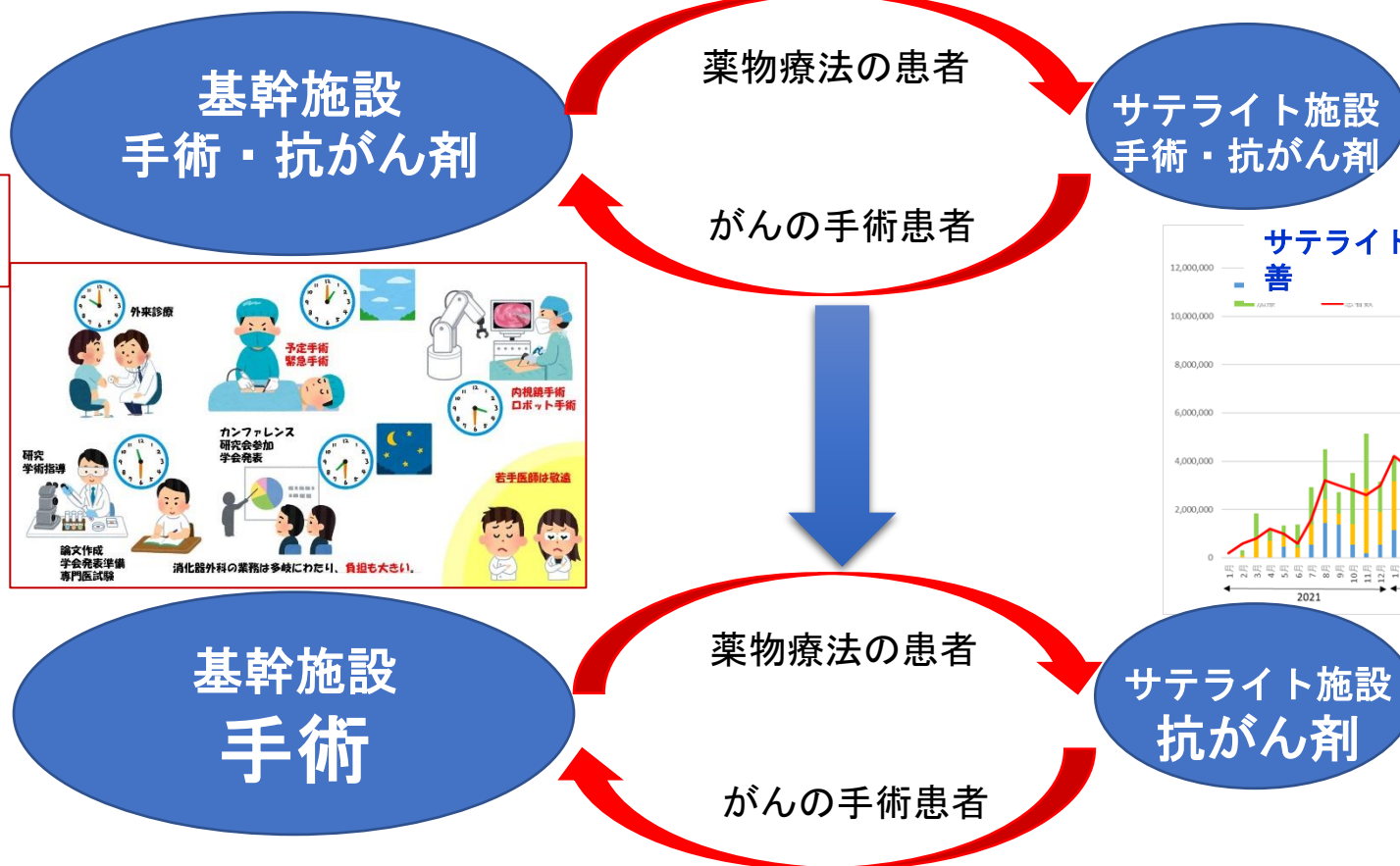
- 国は、がん対策基本法に基づき、拠点病院等を中心として、適切ながん医療を受けることができるよう、均てん化の促進に取り組んでおり、都道府県は、医療計画を作成し、地域の医療需要を踏まえて、医療機関及び関係機関の機能の役割分担及び連携により、がん医療提供体制を確保してきたところ。
- 2040年に向けて、がん医療の需要変化等が見込まれる中、引き続き適切ながん医療を受けることができるよう均てん化の促進に取り組むとともに、持続可能ながん医療提供体制となるよう再構築していく必要がある。医療技術の観点からは、広く普及された医療について均てん化に取り組むとともに、高度な医療技術については、症例数を集積して質の高いがん医療提供体制を維持できるよう一定の集約化を検討していくといった医療機関及び関係機関の機能の役割分担及び連携を一層推進する。また、医療需給の観点からは、医療需要が少ない地域や医療従事者等の不足している地域等においては、効率性の観点から一定の集約化を検討していく。
- また、がん予防や支持療法・緩和ケア等については、出来る限り多くの診療所・病院で提供されるよう取り組んでいく。

	想定される提供主体	均てん化・集約化の考え方
都道府県又は更に広域 (※1)での集約化 の検討が必要な医療	<ul style="list-style-type: none"> 国立がん研究センター、国立成育医療研究センター、都道府県がん診療連携拠点病院、大学病院本院、小児がん拠点病院 地域の実情によっては地域がん診療連携拠点病院等 	<p>特に集約化の検討が必要な医療についての考え方 (医療技術の観点)</p> <ul style="list-style-type: none"> がん医療に係る一連のプロセスである「診断、治療方針の決定」に高度な判断を要する場合や、「治療、支持療法・緩和ケア」において、新規性があり、一般的・標準的とは言えない治療法や、高度な医療技術が必要であり、拠点化して症例数の集積が必要な医療。 診断や治療に高額な医療機器や専用設備等の導入及び維持が必要であるため、効率性の観点から症例数の集積及び医療資源の集約化が望ましい医療。 <p>(医療需給の観点)</p> <ul style="list-style-type: none"> 症例数が少ない場合や専門医等の医療従事者が不足している診療領域等、効率性の観点から集約化が望ましい医療。 <p>※緊急性の高い医療で搬送時間が重視される医療等、患者の医療機関へのアクセスを確保する観点も留意する必要がある。</p>
がん医療圏又は複数のがん 医療圏単位での集約化 の検討が必要な医療	<ul style="list-style-type: none"> がん診療連携拠点病院等 地域の実情によってはそれ以外の医療機関 	
更なる均てん化が 望ましい医療	<ul style="list-style-type: none"> 患者にとって身近な診療所・病院(かかりつけ医を含む) 	<p>更なる均てん化が望ましい医療についての考え方</p> <ul style="list-style-type: none"> がん予防や支持療法・緩和ケア等、出来る限り多くの診療所・病院で提供されることが望ましい医療。

(※1)国単位で確保することが望ましい医療として、小児がん・希少がんの中でも特に高度な専門性を有する診療等が考えられる。

好事例-3

病院の新たな機能分化に基づく集約化による負担軽減



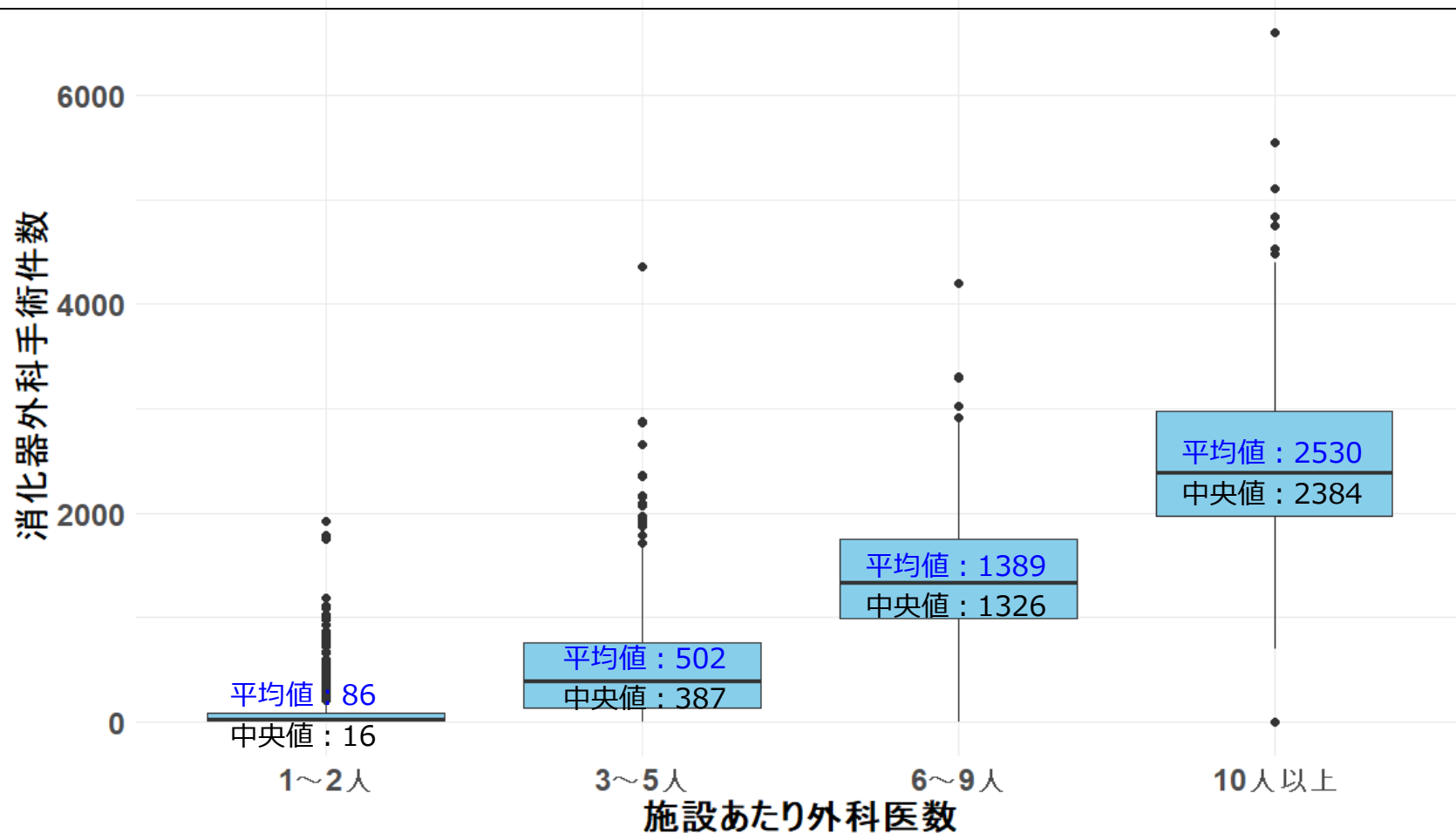
基幹病院のがんの薬物療法をサテライト施設へ移譲。高度ながんの手術患者は基幹病院へ紹介し、機能分化、効率化、集約化によって基幹病院の負担軽減を実現。一方でサテライト施設の経営は劇的に改善した。

山口大学 消化器・腫瘍外科学 永野浩昭教授の取り組み

医療機関別消化器外科医師数と消化器外科手術件数

診調組 入 - 1
7 . 7 . 3 1

- 医療機関の所属消化器外科医師数が多くなると、消化器外科手術件数※が多くなる傾向にある。
- 所属消化器外科医師数が1～2人の医療機関の多くは、年間の手術件数が100件未満であり、3～5人の医療機関でも、半数以上は年間手術件数が500件に満たない。

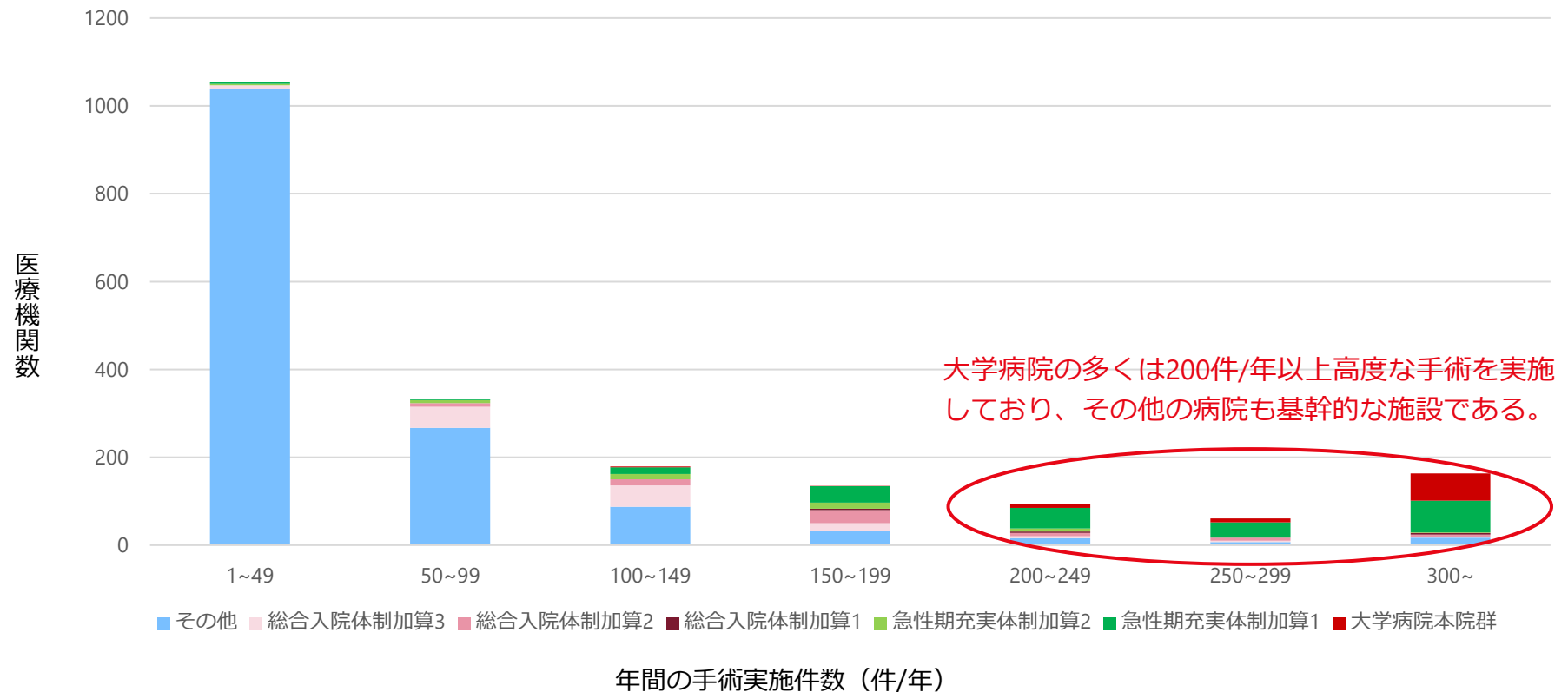


※主たる業務内容が診療であり、主たる診療科が外科、気管食道外科、消化器外科（胃腸外科）、肛門外科である、週4日以上勤務の病院・医療機関の常勤医師
※診療報酬点数表第10部手術における、第7款胸部の食道及び第9款腹部に属する手術

医療機関別高度な手術の実施状況

- 消化器外科領域の高度な手術※の実施状況をみると、全医療機関でみると多くは年間の手術件数は50件未満である一方、大学病院本院ではより多くの手術件数のある施設が多くなっており、大学病院本院の多くが200件/年以上実施している。
- また、大学病院本院以外の医療機関で、200件/年以上実施している施設の多くは、総合入院体制加算、急性期充実体制加算届医療機関である。

消化器外科領域における高度な手術の年間実施件数別の医療機関数の分布（n = 2017）



総合入院体制加算

診調組 入-3
7 . 7 . 3

平成4年に「入院時医学管理加算」として新設、平成20年に24時間総合的な入院医療を提供できる体制の評価として再編。

(1日につき/14日以内)	総合入院体制加算 1 260点	総合入院体制加算 2 200点	総合入院体制加算 3 120点
共通の施設基準	<ul style="list-style-type: none"> 一般病棟入院基本料を算定する病棟を有する医療機関である。 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜（※）しそれらに係る入院医療を提供している。（※地域医療構想調整会議で合意を得た場合に限り、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行っていないとしても良い。） 外来を縮小する体制を有すること。（右記） 次のいずれにも該当する。 <ul style="list-style-type: none"> ア 療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていない。 イ 同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない。 病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。 特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係がないこと。 救急時医療情報閲覧機能を有していること。 <div> <p>ア 次のもいずれにも該当すること。</p> <ul style="list-style-type: none"> 初診に係る選定療養の届出をしており、実費を徴収している 診療情報提供料Ⅰの注8の加算を算定する退院患者数、転帰が治癒であり通院の必要のない患者数及び初回外来時に次回以降の通院の必要がないと判断された患者数が、直近1か月間の総退院患者数のうち、4割以上である。 イ 紹介受診重点医療機関である。 </div>		
実績要件	全身麻酔手術件数 年2000 件以上	全身麻酔手術件数が 年1200 件以上	全身麻酔手術件数が年800件以上
	ア 人工心肺を用いた手術及び人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術：40件/年以上 イ <u>悪性腫瘍手術：400件/年以上</u> ウ <u>腹腔鏡下手術：100件/年以上</u> エ 放射線治療（体外照射法）：4,000件/年以上 オ 化学療法：1,000件/年以上 カ 分娩件数：100件/年以上		
	上記の全てを満たす	上記のうち少なくとも4つ以上を満たす	上記のうち少なくとも2つ以上を満たす
救急自動車等による搬送件数	－	年間2,000件以上	－
精神科要件	(共通要件) 精神科につき24時間対応できる体制があること		
	精神患者の入院受入体制がある	以下のいずれも満たす イ 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出 ロ 精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上	以下のいずれかを満たす イ 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出 ロ 精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上
日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価	○	○	－
救急医療体制	救命救急センター又は高度救命救急センターの設置	2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置等	2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置等
一般病棟用重症度、医療・看護必要度の該当患者割合 (A2点以上又はC1点以上)	必要度Ⅰ： <u>3割3分以上</u> 必要度Ⅱ： <u>3割2分以上</u>	必要度Ⅰ： <u>3割1分以上</u> 必要度Ⅱ： <u>3割以上</u>	必要度Ⅰ： <u>2割8分以上</u> 必要度Ⅱ： <u>2割7分以上</u>

急性期充実体制加算

診調組 入-3
7 . 7 . 3

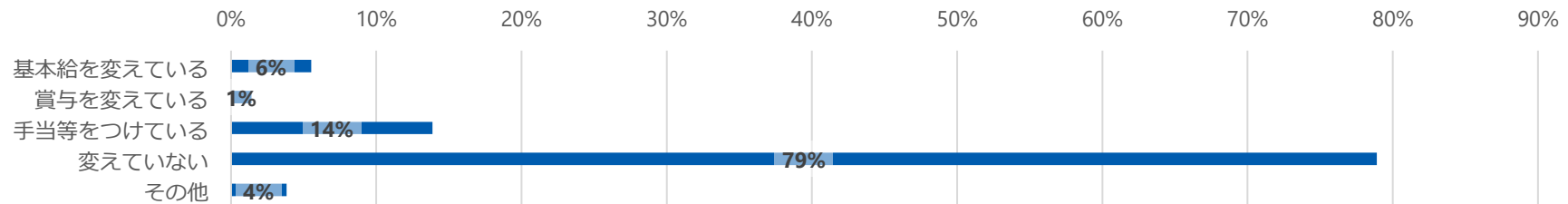
(1-7日/8-11日/12-14日)	急性期充実体制加算 1 (440点/200点/120点)	急性期充実体制加算 2 (360点/150点/90点)
入院料等	<ul style="list-style-type: none"> 急性期一般入院料 1 を届け出ている（急性期一般入院料 1 の病棟では、重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行っている） 敷地内禁煙に係る取組を行っている ・ 日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれに準ずる病院である 総合入院体制加算の届出を行っていない 	
24時間の救急医療提供	いずれかを満たす <ul style="list-style-type: none"> ◆救命救急センター 又は 高度救命救急センター ◆救急搬送件数 2,000件/年以上 自院又は他院の精神科医が速やかに診療に対応できる体制を常時整備 精神疾患診療体制加算 2 の算定件数又は救急搬送患者の入院 3 日以内の入院精神療法若しくは精神疾患診断治療初回加算の算定件数が合計で年間20件以上 救急時医療情報閲覧機能を有していること 	
手術等の実績	<ul style="list-style-type: none"> 全身麻酔による手術 2,000件/年以上（緊急手術 350件/年以上） ◆悪性腫瘍手術 400件/年以上 ◆腹腔鏡下又は胸腔鏡下手術 400件/年以上 ◆心臓カテーテル法手術 200件/年以上 ◆消化管内視鏡手術 600件/年以上 ◆心臓胸部大血管手術 100件/年以上 ◆化学療法 1,000件/年以上（外来腫瘍化学療法診療料 1 の届出を行い、化学療法を実施した患者全体のうち、外来で実施した患者の割合が 6 割以上であること。） 	
高度急性期医療の提供	上記のうち 5 つ以上を満たす	上記のうち 2 つ以上を満たし、以下のいずれかを満たす ◆異常分娩 50件/年以上 ◆6歳未満の手術 40件/年以上
感染防止に係る取組	<ul style="list-style-type: none"> 救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、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、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料のいずれかを届け出ている 	
医療の提供に係る要件	<ul style="list-style-type: none"> 感染対策向上加算 1 を届け出ている 画像診断及び検査、調剤を24時間実施できる体制を確保している 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算 1 若しくは 2 を届け出ている 	
院内心停止を減らす取組	<ul style="list-style-type: none"> 院内迅速対応チームの設置、責任者の配置、対応方法のマニュアルの整備、多職種からなる委員会の開催等を行っている 	
早期に回復させる取組	<ul style="list-style-type: none"> 一般病棟における平均在院日数が14日以内 一般病棟の退棟患者（退院患者を含む）に占める、同一の保険医療機関の一般病棟以外の病棟に転棟したものの割合が、1 割未満 	
外来機能分化に係る取組	いずれかを満たす	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 病院の初診に係る選定療養の届出、実費の徴収を実施 ◆ 紹介割合50%以上かつ逆紹介割合30%以上 ◆ 紹介受診重点医療機関
医療従事者の負担軽減	<ul style="list-style-type: none"> 処置の休日加算 1、時間外加算 1 及び深夜加算 1 の施設基準の届出を行っていることが望ましい 	
充実した入退院支援	<ul style="list-style-type: none"> 入退院支援加算 1 又は 2 の届出を行っている 	
回復期・慢性期を担う医療機関等との役割分担	<ul style="list-style-type: none"> 療養病棟入院基本料又は地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む）の届出を行っていない 一般病棟の病床数の合計が、当該医療機関の許可病床数の総数から精神病棟入院基本料等を除いた病床数の 9 割以上 同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していない 特定の保険薬局との間で不動産取引等その他の特別な関係がない 	

診療科毎の医師の処遇

診療組 入 - 1
7 . 7 . 3 1

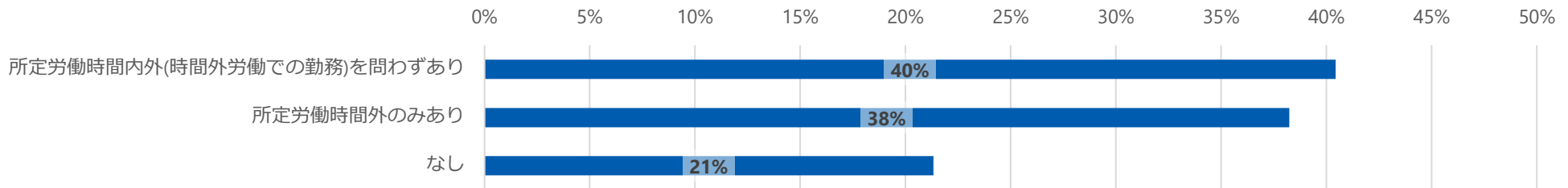
- 診療科毎の医師の処遇として、医師が不足している診療科において「基本給を変えている」（6%）、「賞与を与えている」（1%）、「手当等をつけている」（14%）等が挙げられた。
- 手当をつける仕組みがある場合の、月あたりの平均的な手当の金額について、「1～5万円」と回答した医療機関が46%であったが、18%の医療機関では「10万円以上」であった。

医師が不足している診療科で給与を変えていますか(n=995)



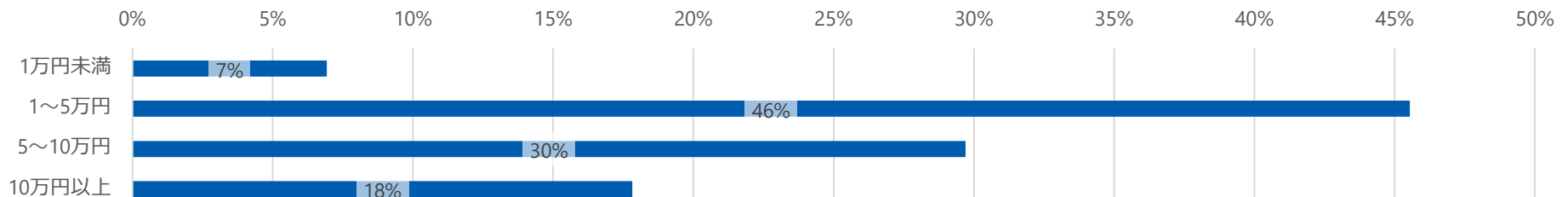
〔手当等をつけている場合〕

手術を行う診療科や、手術に関して、手当をつける仕組みがありますか(n=136)



〔手当をつける仕組みがある場合〕

手当が支払われた医師の月当たりの平均的な手当の金額について(n=101)



医師の診療科偏在における課題と論点

(手術の休日・時間外・深夜加算1について)

- チーム制では、緊急呼び出し当番を行った医師は翌日を休日とする必要があり、当番中に診療を実施しなかった場合は、翌日を休日としなくて差し支えないものの、予め診療の実施の有無を予見することは困難と考えられるため、診療が実施されなくとも、通常、緊急呼び出し当番の翌日は休日として扱われることになると考えられる。

(外科医の現状について)

- 外科の医師数の推移の内訳を見ると、一般外科・消化器外科以外の全ての診療科で増加傾向にある一方で、一般外科・消化器外科は一貫して減少している。
- 時間外・休日労働時間が年1,860時間換算を超える医師の割合が高い診療科は脳神経外科（9.9%）、外科（7.1%）、形成外科（6.8%）、産婦人科（5.9%）、救急科（5.1%）であった。

(診療科偏在の是正に向けた取組)

- 令和6年12月にとりまとめられた「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」において、外科医師が比較的長時間の労働に従事している等の業務負担への配慮・支援等の観点での手厚い評価について必要な検討を行うこととされた。
- 各病院の消化器外科医師数によって機能分化を図り、がんの症例数が少なかった病院が、術後のフォローアップと化学療法に特化し、全てのがん症例を拠点的な病院に紹介することで、拠点的な病院で高度な手術を実施する一方、化学療法については大学病院に通うことなく、近隣の病院で実施できるようになった事例がある。
- 所属外科医師数が1～2人の医療機関の多くは、年間の手術件数が100件未満であり、3～5人の医療機関でも、半数以上は年間手術件数が500件に満たない。
- 消化器外科領域の高度な手術の実施状況をみると、全医療機関の多くは年間の手術件数が50件未満である一方、大学病院本院の多くが200件/年以上実施しており、その他に200件/年以上実施している施設の多くは、総合入院体制加算、急性期充実体制加算届医療機関である。
- 総合入院体制加算と急性期充実体制加算では、悪性腫瘍400件/年以上や、腹腔鏡下手術100件/年以上等の実績要件を設けている。
- 大学病院を含む一部の病院では、全国的に減少している消化器外科医など外科医の診療体制を維持するため、外科医等への処遇改善を実施している。

医師の診療科偏在における課題と論点

【論点】

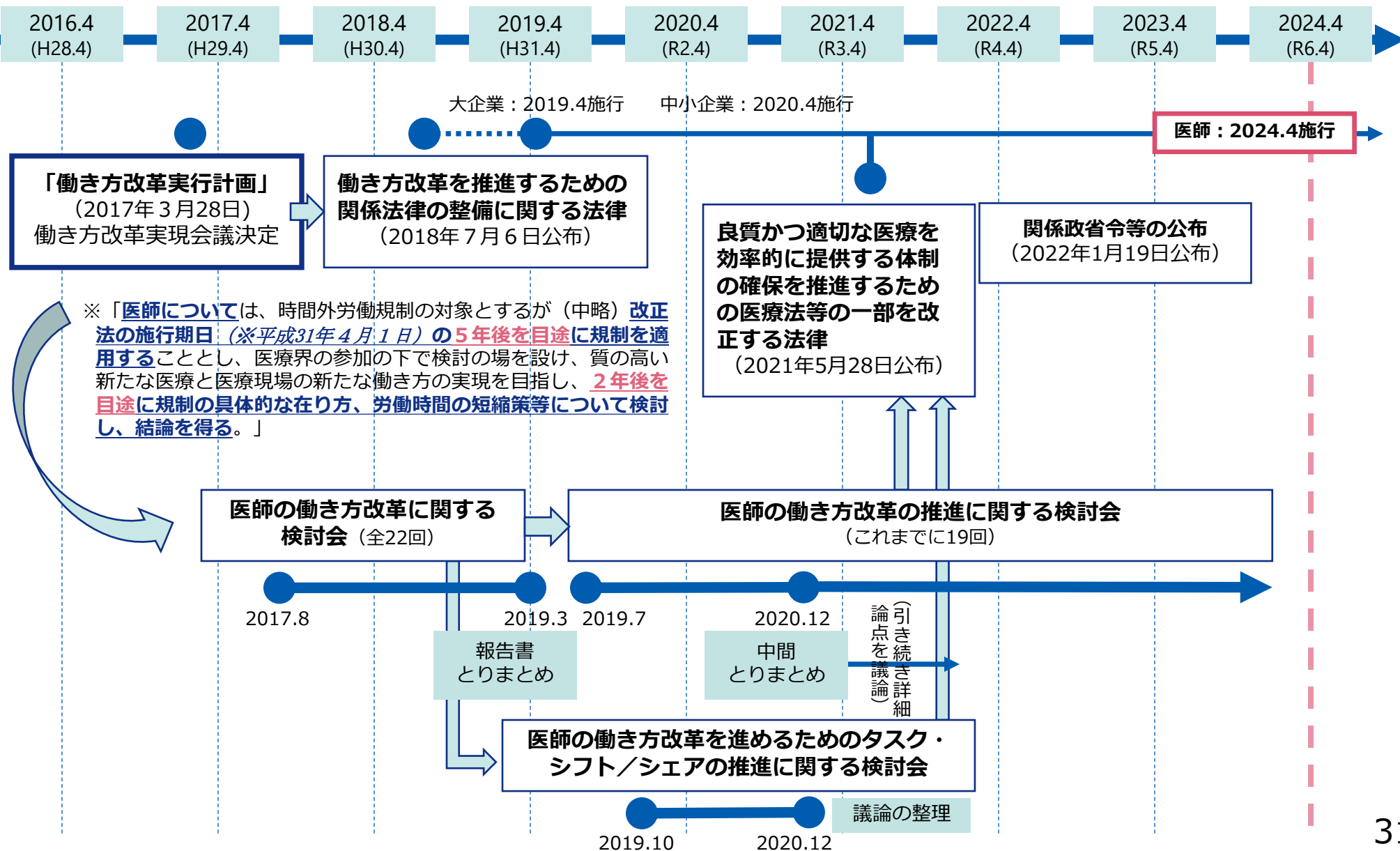
- 処置及び手術の休日・時間外・深夜加算1について、チーム制では、診療があった緊急呼び出し当番翌日を休日とすることとされているものの、当該緊急呼び出し当番における診療の有無が予見できないことや、令和6年度以降、医師の働き方改革により、原則、勤務間インターバルが確保されていること等を踏まえ、チーム制において緊急呼び出し当番翌日を休日とすることの必要性をどのように考えるか。
- 医師数が減少する診療科があるなど医師の診療科偏在が課題となっていることを踏まえ、地域の診療体制の確保とともに勤務環境等の改善や診療科偏在の解消を図る取組みの評価のあり方についてどのように考えるか。

3. 働き方改革について

3－1. 医師の働き方改革

3－2. 医師事務作業補助体制加算

医師の働き方改革の議論の進捗



医師に対する時間外・休日労働の上限規制と健康確保措置の適用 (2024年4月～)

現 状

病院常勤勤務医の約4割が年960時間超、
約1割が年1,860時間超の時間外・休日労働

【医師の長時間労働】 特に救急、産婦人科、外科や若手の
医師は長時間の傾向が強い

【労務管理が不十分】 客観的な時間管理が行われていない
医療機関も存在

【業務が医師に集中】 患者への病状説明や血圧測定、
記録作成なども医師が担当

医療機関内での医師の働き方改革の推進

適切な**労務管理**の推進

タスク・シフト/シェアの推進

複数主治医制の導入

**女性医師等に対する短時間勤務
等多様で柔軟な働き方**の推進

＜行政による支援＞

- ・医療勤務環境改善支援センターを通じた支援
- ・経営層の意識改革（講習会等）
- ・医師への周知啓発 等

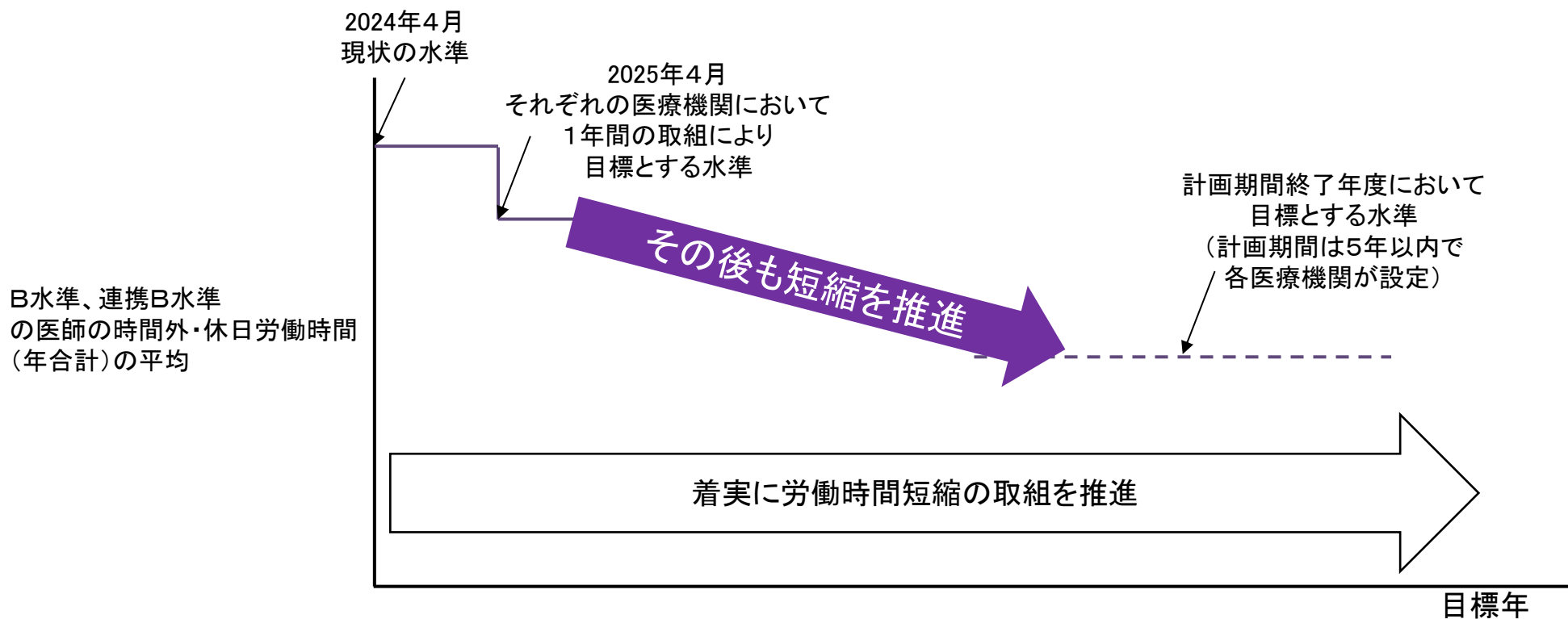
2024年4月以降の制度概要

2024年4月以降の制度概要			追加的健康確保措置		
水準		長時間労働が必要な理由	年の上限時間	面接指導	休息時間の確保
一般則		—	(原則) 360時間 (例外) 720時間	—	—
勤務医の 上限規制	A水準	(臨時的に長時間労働が必要な場合の原則的な水準)	960時間	義務	努力義務
	連携B水準	地域医療の確保のため、派遣先の労働時間を通算すると長時間労働となるため	1,860時間 (各院では960時間)		義務
	B水準	地域医療の確保のため	1,860時間		
	C-1水準	臨床研修・専攻医の研修のため	1,860時間		
	C-2水準	高度な技能の修得のため			

医師の健康確保 **＜面接指導＞** 健康状態について、研修を受けた医師がチェック
＜休息時間の確保＞ 勤務間インターバル規制と代償休息の確保

- 医師の働き方改革を推進するためには、タスク・シフト／シェア、医師の業務の削減、変形労働時間制等の導入、ICT等の活用、診療体制の見直し等、医師の確保、様々な取組が求められる。
- 各医療機関は、医師労働時間短縮計画を策定し、次年度及び計画期間終了年度の目標を設定し、医師の働き方改革を、2024年度以降も進めていくこととなっている。
- 上記を踏まえ、医師の労働時間短縮の目標のイメージは以下のとおり。

各医療機関における医師の労働時間短縮の目標のイメージ



地域の救急医療体制において重要な機能を担う医療機関に対する評価

地域医療体制確保加算

- 地域の救急医療体制、周産期医療体制又は小児救急医療体制において重要な機能を担うとともに、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する取組を実施する体制を評価する。

地域医療体制確保加算 620点(入院初日に限る)



[算定要件]

救急医療を提供する体制、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制その他の事項につき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入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、地域医療体制確保加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、入院初日に限り所定点数に加算する。

[施設基準]

【救急搬送、周産期医療又は小児救急医療に係る実績】

- 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000件以上であること。
- 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で1,000件以上であり、かつ、ハイリスク分娩等管理加算(ハイリスク分娩管理加算に限る。)等に係る届出を行っていること。
- 総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターのいずれかであること。

【病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制】

- 病院勤務医の勤務状況の把握とその改善の必要性等について提言するための責任者の配置
- 病院勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況の把握
- 多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議の設置
- 「医師労働時間短縮計画作成ガイドライン」に基づく、「医師労働時間短縮計画」の作成
- 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項の公開(当該保険医療機関内に掲示する等)

【医師の時間外・休日労働時間に係る基準】(※)

- 医師の労働時間について、原則として、タイムカード、ＩＣカード、パソコンの使用時間の記録等の客観的な記録を基礎として確認し、適正に記録すること。また、当該保険医療機関に勤務する医療法施行規則第63条に定める特定地域医療提供医師及び連携型特定地域医療提供医師(以下、この項において、「対象医師」という。)の1年間の時間外・休日労働時間が、原則として、次のとおりであること。ただし、1年間の時間外・休日労働時間が次のとおりでない対象医師がいる場合において、その理由、改善のための計画を当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示する等の方法で公開した場合は、その限りでないこと。

ア 令和6年度においては、1,785時間以下

イ 令和7年度においては、1,710時間以下

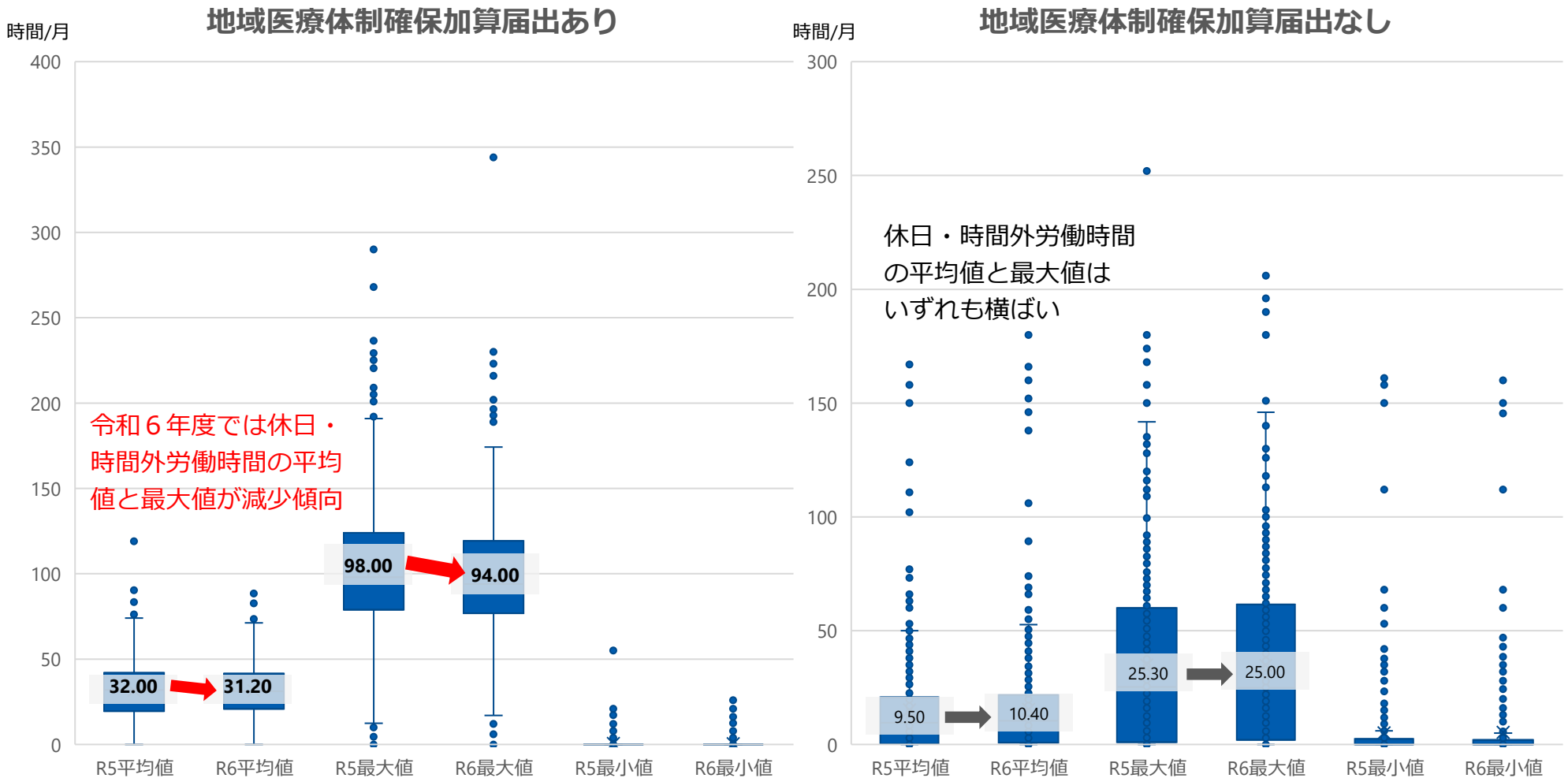


※令和6年度診療報酬改定における見直し

医師の月あたり休日・時間外労働時間の状況

診調組 入 - 1
7 . 7 . 3 1 改

- 急性期病院において、地域医療体制確保加算を届け出ている病院では、届出のない病院と比較して、月あたり休日・時間外労働時間の平均値や最大値が長い傾向にある。
- 地域医療体制確保加算を届け出ている病院では、令和5年度と比較して、令和6年度では月あたり休日・時間外労働時間の平均値や最大値が減少傾向にあった。



3. 働き方改革について

3－1. 医師の働き方改革

3－2. 医師事務作業補助体制加算

医師事務作業補助体制加算の見直し

医師事務作業補助体制加算の要件の見直し

- 医師事務作業補助者による医師の業務への適切な支援を推進する観点から、医師事務作業補助体制加算1の要件に、医師事務作業補助者の勤務状況及び補助が可能な業務内容を定期的に評価することが望ましいことを追加する。

改定後

【医師事務作業補助体制加算1】
[施設基準]

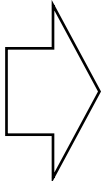
- ・ 当該保険医療機関において、3年以上の医師事務作業補助者としての勤務経験を有する医師事務作業補助者が、それぞれの配置区分ごとに5割以上配置されていること。また、医師事務作業補助者の勤務状況及び補助が可能な業務の内容を定期的に評価することが望ましい。

医師事務作業補助体制加算の評価の見直し

- 医師事務作業補助体制加算の評価を見直す。

現行

配置	加算1	加算2
15対1	<u>1,050点</u>	<u>975点</u>
20対1	<u>835点</u>	<u>770点</u>
25対1	<u>705点</u>	<u>645点</u>
30対1	<u>610点</u>	<u>560点</u>
40対1	<u>510点</u>	<u>475点</u>
50対1	<u>430点</u>	<u>395点</u>
75対1	<u>350点</u>	<u>315点</u>
100対1	<u>300点</u>	<u>260点</u>



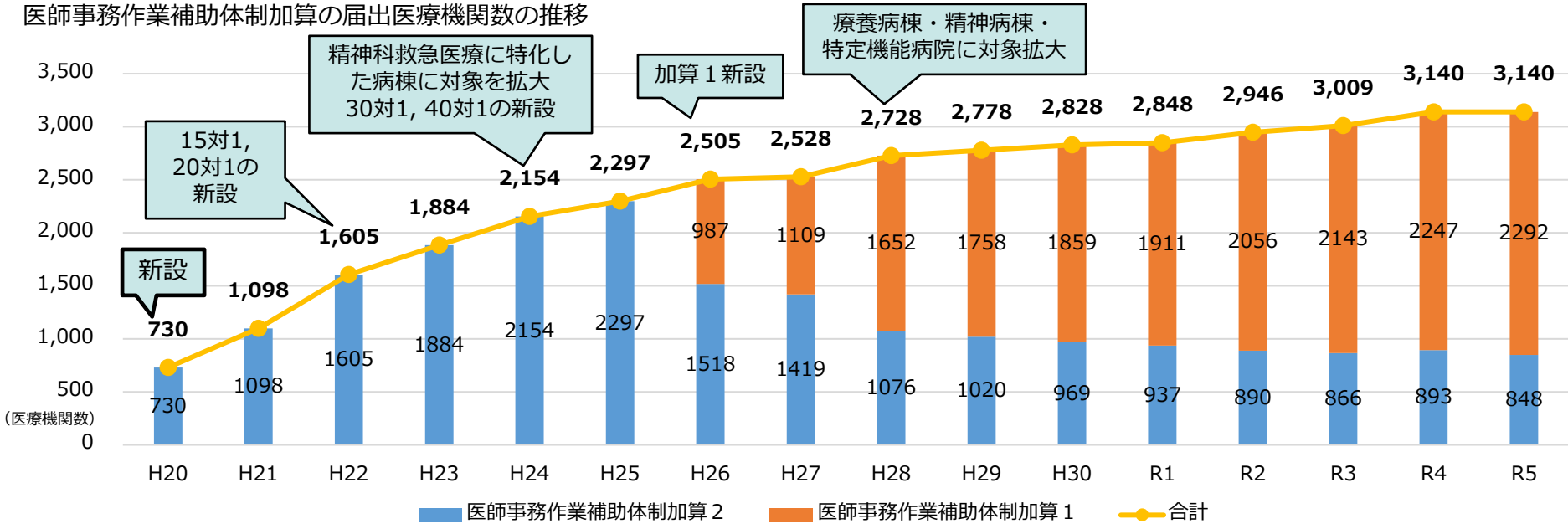
改定後

配置	加算1	加算2
15対1	<u>1,070点</u>	<u>995点</u>
20対1	<u>855点</u>	<u>790点</u>
25対1	<u>725点</u>	<u>665点</u>
30対1	<u>630点</u>	<u>580点</u>
40対1	<u>530点</u>	<u>495点</u>
50対1	<u>450点</u>	<u>415点</u>
75対1	<u>370点</u>	<u>335点</u>
100対1	<u>320点</u>	<u>280点</u>

医師事務作業補助者

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）を配置している等の評価である医師事務作業補助体制加算の届出医療機関数は増加傾向である（令和4年から令和5年は横ばい）。

■ 医師事務作業補助体制加算の届出医療機関数の推移



出典：保険局医療課調べ（各年7月1日）

医師事務作業補助体制加算（平成20年度改定において新設）

- 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。
- 病院勤務医等の負担軽減策として効果があるものについて、複数項目の取組を計画に盛り込む（※）ことが要件となっている。

※ ①（必須）及び②～⑦のうち少なくとも2項目以上

- ① 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容（必須）
- ② 勤務計画、連続当直を行わない勤務体制の実施
- ③ 前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間の一定時間の休息時間の確保（勤務間インターバル）
- ④ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮
- ⑤ 当直翌日の業務内容に対する配慮
- ⑥ 交替勤務制・複数主治医制の実施
- ⑦ 短時間正規雇用医師の活用

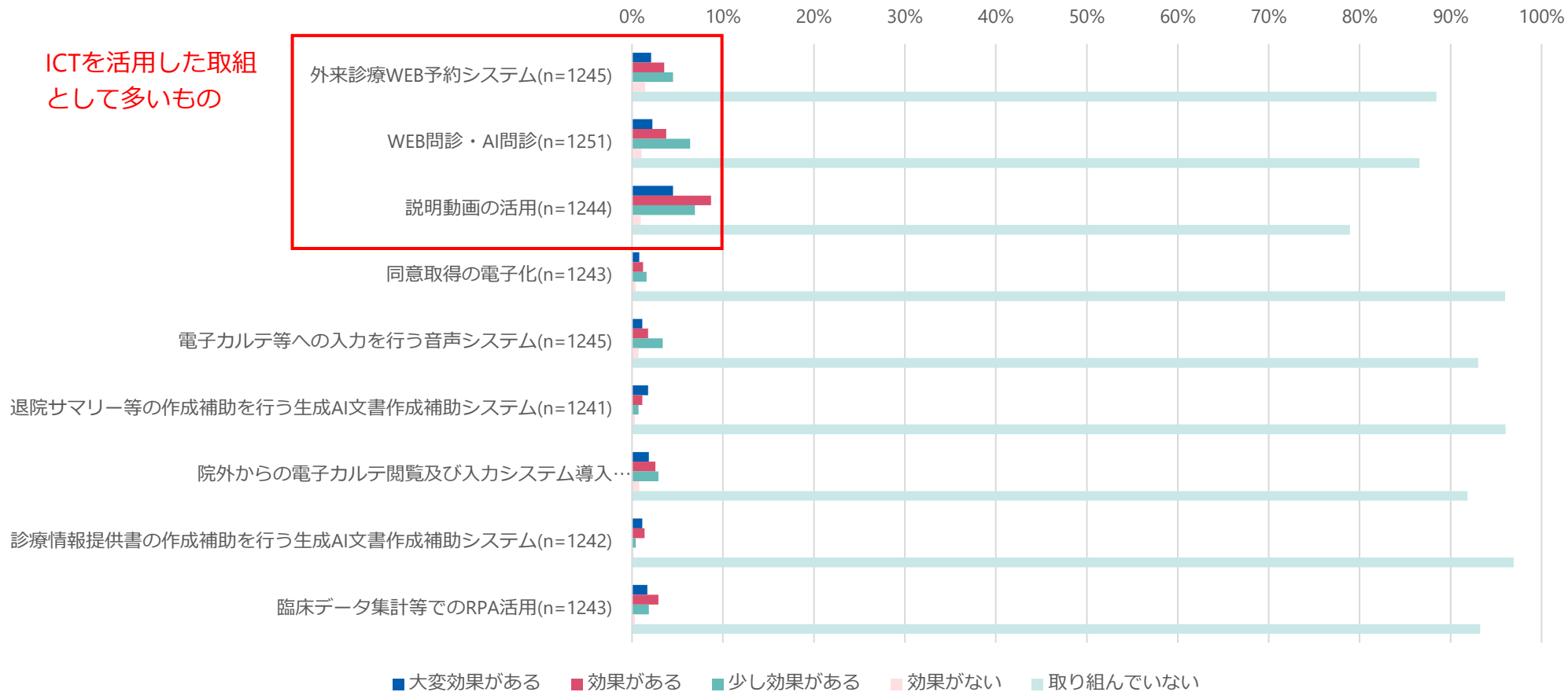
配置	加算1	加算2
15対1	1,070点	995点
20対1	855点	790点
25対1	725点	665点
30対1	630点	580点
40対1	530点	495点
50対1	450点	415点
75対1	370点	335点
100対1	320点	280点

ICTを活用した医師事務業務の省力化等に関する取組

診調組 入-1
7. 8. 2 8 改

- 医師事務業務の省力化に向けたICT活用として、いずれの取組についても、約80%以上の病院で取り組まれていなかった。
- ICTを活用した取組としては、「説明動画の活用」、「WEB問診・AI問診」、「外来診療WEB予約システム」が多かった。

ICTを活用した医師事務業務省力化の取組(n=1258)



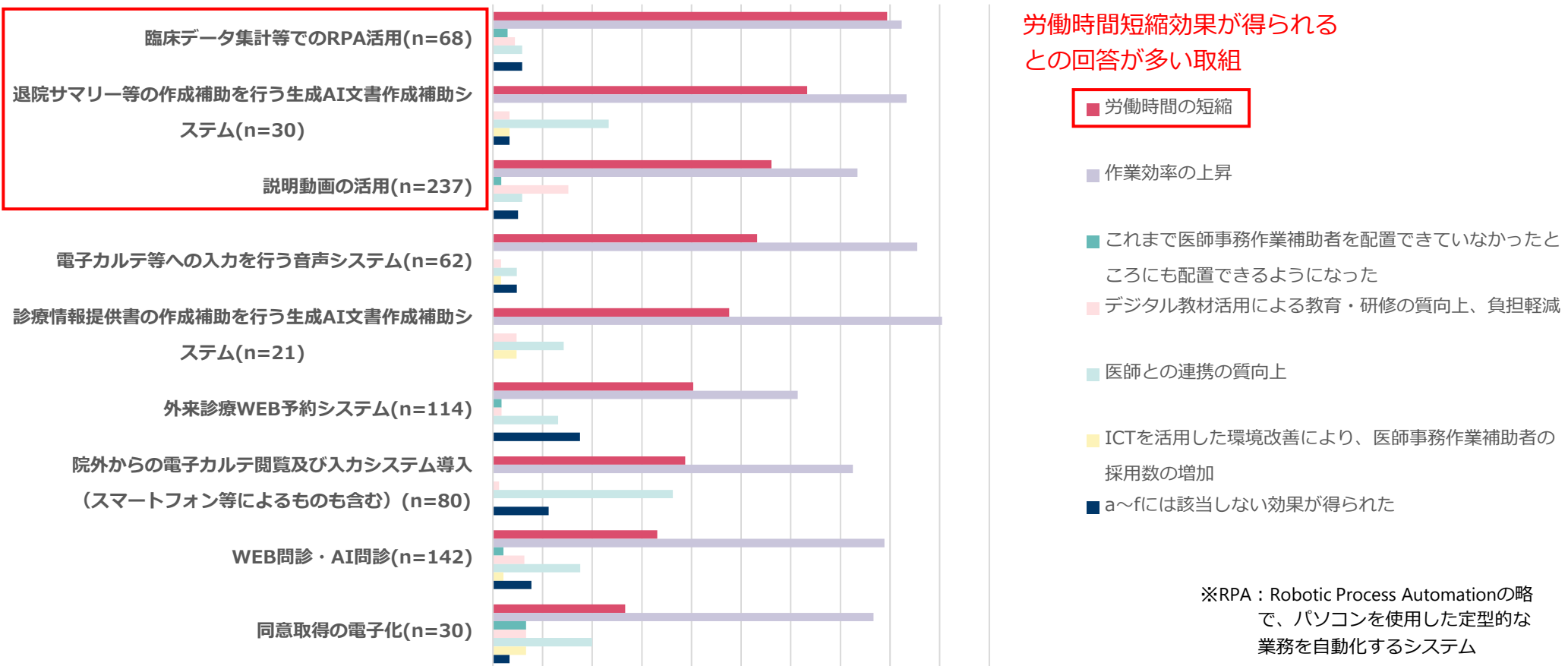
ICTを活用した医師事務業務の省力化の取組による効果

診調組 入-1
7. 8. 28 改

- ICTを活用した取組について、いずれの取組も「作業効率の上昇」、「労働時間の短縮」が得られる効果の中で最も多かった。
- 労働時間の短縮の効果が得られるとの回答の割合が多い取組として「臨床データ集計等でのRPA※活用」、「退院サマリー等の作成補助を行う生成AI文書作成補助システム」、「説明動画の活用」があった。

ICTを活用した医師事務業務省力化得られた効果 ※ICTを活用した医師事務業務省力化の取組を行っていない施設を除く

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%



○ 医師事務作業補助者が実施している主たる業務のうち、いくつかの業務については、生成AIによる文書作成補助システム等を活用した、ICTによる労働時間短縮・作業効率上昇が想定される。

No.	業務の性質	業務内容	詳細	ICT活用
1	診断書等の 文書作成補助	紹介状の返書の下書き・仮作成	紹介状の返書	文書作成補助システム
2		主治医意見書の下書き・仮作成	介護保険主治医意見書	文書作成補助システム
3		特定疾患等の申請書	特定疾患（難病）臨床調査個人表	文書作成補助システム
4		レセプト症状詳記の下書き・仮作成	レセプトに関する症状詳記	－
5		入院診療計画書等の下書き・仮作成	入院診療計画書の作成	－
6		診療情報提供書の下書き・仮作成	診療情報提供書	文書作成補助システム
7		退院等各種サマリーの下書き・仮作成	患者・家族への説明文書の作成	説明動画
8		診断書の下書き・仮作成	病院様式診断書	診断書作成支援システム
9			保険会社様式診断書	診断書作成支援システム
10			身障障害者診断書	診断書作成支援システム
11			労災後遺障害診断書	診断書作成支援システム
12	診療記録への 代行入力	検査オーダーの代行入力	検査の指示	－
13			画像の指示	－
14			処置の指示	－
15			食事の指示	－
16		処方箋の代行入力	内服薬の処方	－
17			注射薬の処方	－
18		クリニカルパス等を代行入力	クリニカルパスの入力	－
19			地域医療連携パスの入力	－
20		診療録等の代行入力	外来診療録作成（SOAP全て記載）	音声入力
21			外来診療録作成（その他）	音声入力
22			病棟回診の記録	音声入力
23			手術記録	音声入力
24			麻酔記録	音声入力
25		診察前の予診	初診患者への予診の記録	WEB問診、AI問診
26			再診患者への予診の記録	WEB問診、AI問診
27		退院等各種サマリーの下書き・仮作成	退院サマリーの作成	文書作成補助システム
28			診察予約・変更や調整	－

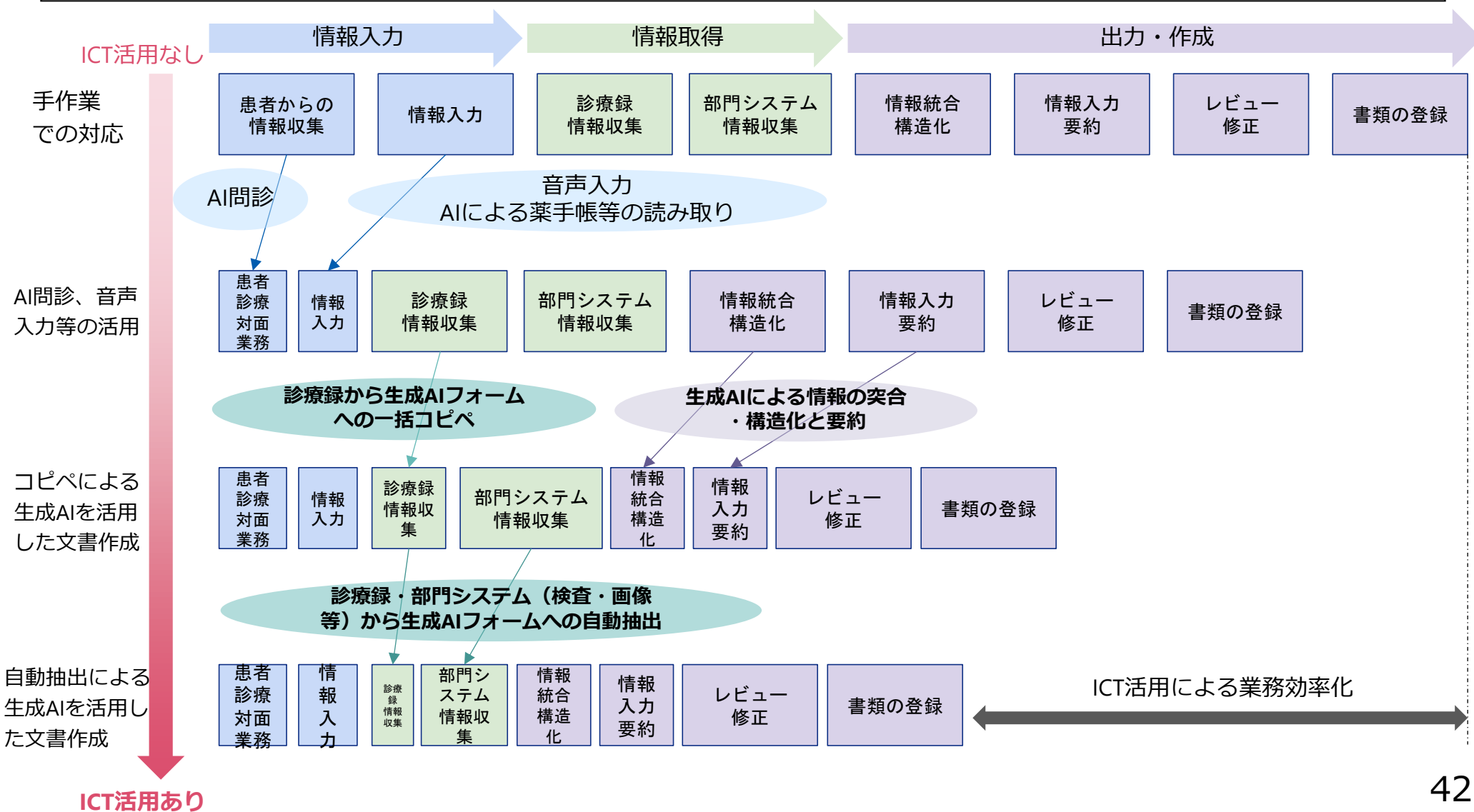
No.	業務の性質	業務内容	詳細	ICT活用
29	医療の質の向上に 資する事務作業	各種臨床データに関する調査・代行入力	がん登録（院内・全国）	RPA
30			NCD登録	RPA
31			JND登録	RPA
32			JCVSD登録	RPA
33			診療録や画像結果などの物的整理	画像ファイリングシステム
34			臨床データ集計	RPA
35			臨床研修のための資料作成	－
36		研究申請書の準備	学術論文などの資料の検索	－
37			教育や臨床研修のカンファレンス準備	WEB会議システム
38		教育や研修・カンファレンスのための準備作業	院内会議の資料作成	音声入力 文書作成補助システム
39			通信文の物理的整理	－
40			カンファレンスの記録	音声入力
41			救急医療情報システム入力	RPA
42	行政上の業務		ヒヤリ・ハット事例収集事業	－
43			感染症サーベイランス事業	RPA
44	入院時の案内等の 病棟における患者 対応業務	日常的に行われる検査に関する定型的な説明、同意書の受領	次回来院時の説明	説明動画
45			検査・手術等の日程調整	－
46			検査・手術のための説明・同意書取得	説明動画
47		入院時オリエンテーション等の説明	入院手続きの説明	説明動画
48			逆紹介の説明	－

※RPA：Robotic Process Automationの略で、パソコンを使用した定型的な業務を自動化するシステム

生成AIを活用した文章作成補助システム等の業務効率化のイメージ

診調組 入-1
7. 9. 18

- 生成AIによる文章作成補助システムを活用した場合、紹介状や退院サマリーの作成において、診療録からの情報収集、情報突合と構造化、要約といったプロセスが自動化される。



生成AI等の活用による医師事務作業の負担軽減について

○生成AIによる文書作成補助システム、RPA、WEB問診・AI問診等による、文書作成や情報入力等に係る医師事務作業の業務時間の削減効果事例は以下のとおり。

生成AIによる文書自動作成

病院	対象文書	効率化効果（1件当たり作成時間）
国立大学病院 （1000床規模）	退院時サマリ作成	1 時間 → 20分（ 削減率66% ）
国立大学病院 （1000床規模）	診療情報提供書・退院時サマリ作成	平均 47%削減 （年間 1 人当たり63時間の削減）
民間病院 （750床規模）	退院時サマリ	医師事務作業補助者による下書き 30分 → 0 分（ 削減率100% ） 医師による作成 10分 → 5 分（ 削減率50% ）
民間病院 （400床規模）	退院時サマリ作成	15分 → 10分（ 削減率33% ）
民間病院 （200床規模）	診療情報提供書・紹介返書・退院時サマリ・主治医意見書等	医師事務作業補助者による下書き 30分 → 15分（ 削減率50% ）

生成AIによるがん登録作業効率化

病院	効率化効果
民間病院 （800床規模）	<ul style="list-style-type: none"> 登録の際の患者スクリーニング作業時間（削減率27.1%） がん登録作業時間（削減率16%）

WEB問診・AI問診

病院	効率化効果
民間病院 （300床規模）	1問診当たり約10分→6 分に短縮（ 削減率40% ）
診療所	1 問診当たり約12分→約 6 分に短縮（ 削減率50% ）

働き方改革における課題と論点

(医師の働き方改革について)

- 2024年4月より医師に対する時間外・休日労働の上限規制と健康確保措置が適用されている。
- 医師の働き方改革を推進するためには、タスク・シフト/シェア、変形労働時間制等の導入、ICT等の活用等、様々な取組が求められており、各医療機関は、医師労働時間短縮計画を策定し、次年度及び計画期間終了年度の目標を設定し、医師の働き方改革を、2024年度以降も進めていくこととなっている。
- 令和6年度診療報酬改定において、医師の労働時間について、原則として客観的な記録を基礎として確認し、適正に記録することや、特定地域医療提供医師及び連携型特定地域医療提供医師の1年間の時間外・休日労働時間の上限が、地域医療体制確保加算の施設基準として新設された。
- 地域医療体制確保加算届出病院は、その他の病院と比較して、勤務環境の現状把握・分析の実施率や、ICTを活用した業務見直しの割合が高く、令和5年度と比較して、令和6年度では月あたり休日・時間外労働時間の平均値や最大値が減少傾向にあった。

(医師事務作業補助体制加算について)

- 医師事務作業補助体制加算の届出医療機関数は年々増加傾向である。
- ICTを活用した取組としては、「説明動画の活用」、「WEB問診・AI問診」、「外来診療WEB予約システム」が多かった。
- ICTを活用した取組について、いずれの取組も「作業効率の上昇」、「労働時間の短縮」が得られる効果の中で最も多く、労働時間の短縮の効果が得られるとの回答の割合が多い取組として「臨床データ集計等でのRPA活用」、「退院サマリー等の作成補助を行う生成AI文書作成補助システム」、「説明動画の活用」があった。
- 生成AIによる文章作成補助システムを活用した場合、紹介状や退院サマリーの作成において、カルテからの情報収集、情報突合と構造化、要約といったプロセスが自動化される。
- 文書自動作成、WEB問診・AI問診等による、文書作成や情報入力等に係る医師事務作業の業務時間の削減効果事例がある。

働き方改革における課題と論点

【論点】

- 地域医療体制確保加算届出医療機関における勤務環境改善の取組状況や、時間外・休日労働時間の減少を踏まえ、地域医療体制確保加算における、年度毎の時間外・休日労働時間の上限基準の漸減について、今後のあり方をどのように考えるか。
- 医師事務作業補助において、生成AIを活用した文書作成補助システム等が、作業効率の向上や労働時間の削減効果を示していることを踏まえ、生成AI等のICTを活用して医師事務業務の省力化の取組を進めるにあたり、その評価についてどのように考えるか。

4. 地域加算について

地域加算について

- 地域加算は、医業経費における地域差に配慮したものであり、「人事院規則で定める地域及び当該地域に準じる地域」に所在する保険医療機関において、入院基本料又は特定入院料の加算として算定できる。
- 「人事院規則で定める地域」とは、一般職の職員の給与に関する法律（昭和25年法律第95号）第11条の3第1項に規定されている地域である。
- また、「人事院規則で定める地域に準じる地域」とは、人事院規則で定める地域に囲まれている地域及び複数の地域に隣接している地域とし、当該地域の級地は、隣接する対象地域の級地のうち、低い級地と同様としている。

現行の診療報酬における「人事院規則で定める地域及び当該地域に準じる地域」

区分	人事院規則で定める地域 （平成26年に定められたもの）	人事院規則で定める地域に準じる 地域	点数 （1日につき）
1級地	東京都特別区	－	18点
2級地	横浜市、大阪市 等	－	15点
3級地	さいたま市、千葉市、名古屋市 等	東久留米市、大府市	14点
4級地	神戸市 等	習志野市、昭島市 等	11点
5級地	京都市、広島市、福岡市 等	小金井市、東海市、八幡市 等	9点
6級地	仙台市、静岡市、高松市 等	桶川市、我孫子市、長久手市 等	5点
7級地	札幌市、新潟市、岡山市 等	伊勢崎市、土岐市、小野市 等	3点

※ 人事院規則で定める地域は令和7年度より見直しが行われているが、地域加算に係る地域及び級地区分については、当面の間、なお従前の例によることとしている。（令和7年3月11日医療課事務連絡）

人事院規則で定める地域の見直しについて

- 令和6年給与法改正によって人事院規則で定める地域が見直され、級地区分の設定は市区町村ごとから都道府県ごとを基本とする取扱いに変更された。
- 当該地域は令和7年度より見直しが行われているが、地域加算に係る地域及び級地区分については、当面の間、なお従前の例によることとしている。（令和7年3月11日医療課事務連絡）



区分	支給割合	見直し前
1級地	20%	東京都特別区
2級地	16%	横浜市、大阪市 等
3級地	15%	さいたま市、千葉市、名古屋市 等
4級地	12%	神戸市 等
5級地	10%	京都市、広島市、福岡市 等
6級地	6%	仙台市、静岡市、高松市 等
7級地	3%	札幌市、新潟市、岡山市 等

区分	支給割合	見直し後	
		都府県で指定	中核的な市を個別に指定(※)
1級地	20%	—	東京都特別区
2級地	16%	東京都	横浜市、大阪市 等
3級地	12%	神奈川県、大阪府	さいたま市、千葉市、名古屋市 等
4級地	8%	愛知県、京都府	仙台市、静岡市、神戸市、広島市、福岡市 等
5級地	4%	茨城県、栃木県、埼玉県、千葉県、静岡県、三重県、滋賀県、兵庫県、奈良県、広島県、福岡県	札幌市、岡山市、高松市 等

※ 国家公務員が在籍している地域のみ掲げている。

見直しによる地域加算対象医療機関数の変化について

- 「人事院規則で定める地域」の見直しにより、現在の級地区分から人事院規則により見直された級地区分へ変更した場合であっても、地域加算を算定可能な病院・有床診療所数には大きな変化はない。

《現在の診療報酬上の級地ごと病院・有床診療所数》

基準日：令和7年4月1日

級地	1 級地	2 級地	3 級地	4 級地	5 級地	6 級地	7 級地	該当無し
病院数	417	474	374	302	774	995	1,304	3,248
有床診療所数	5	10	10	2	14	18	23	133

4,722病院・有床診療所

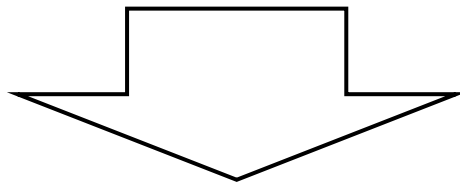
《「人事院規則で定める地域」の見直しに対応した場合の級地ごと病院・有床診療所数》

級地	1 級地	2 級地	3 級地	4 級地	5 級地	該当無し
病院数	417	593	720	1,001	2,030	3,127
有床診療所数	5	12	14	24	39	121

4,855病院・有床診療所

地域加算の見直しに係る課題と論点

- 地域加算は、医業経費における地域差に配慮したものであり、「人事院規則で定める地域及び当該地域に準じる地域」に所在する保険医療機関において、入院基本料又は特定入院料の加算として算定できる。
- 令和7年度より「人事院規則で定める地域」が見直され、級地区分の設定は市区町村ごとから都道府県ごとを基本とする取扱いに変更されたが、地域手当に係る地域及び級地区分については、当面の間、なお従前の例によることとしている。
- 「人事院規則で定める地域」の見直しにより、現在の級地区分から人事院規則により見直された級地区分へ変更した場合であっても、地域加算を算定可能な病院・有床診療所数には大きな変化はない。



【論点】

- 「人事院規則で定める地域」の見直しを踏まえ、地域加算における地域区分を見直すことについて、どのように考えるか。

5. 病院薬剤師について

5－1. 病院薬剤師を取り巻く環境

5－2. 病院薬剤師間連携

病院薬剤師におけるこれまでの議論の概要

薬剤師の養成及び資質向上等に関する検討会とりまとめ（抜粋） 令和3年6月30日

◆（薬剤師確保）

全国の薬剤師総数に基づき薬剤師の養成数を考えるとともに、薬剤師の従事先には業態の偏在や地域偏在があり、偏在を解消するための薬剤師確保の取組が必要である。**特に病院薬剤師の確保は喫緊の課題**である。医療計画における医療従事者の確保の取組、**地域医療介護総合確保基金の活用や自治体の予算による就職説明会への参加、就業支援、復職支援、奨学金の補助などの取組のほか、実務実習において学生の出身地で実習を受けるふるさと実習の取組などが実施されているが、取組の実態を調査するとともに、需要の地域差を踏まえ、これらの取組の更なる充実も含め、地域の実情に応じた効果的な取組を検討すべきである。**

薬剤師確保計画ガイドライン（抜粋）（令和5年6月9日）

◆ 薬剤師確保計画

（1）計画に基づく対策の必要性

地域医療介護総合確保基金については、これまでも医療従事者の確保のために活用されてきたが、限りある財源を有効に活用するためにも、病院薬剤師の確保、薬剤師少数区域や薬剤師少数都道府県における薬剤師の確保に重点的に用いるべきである。

（2）薬剤師確保の方針

業態間での偏在状況について、全国的に病院薬剤師の偏在指標が目標偏在指標を下回っていることを踏まえると、**病院薬剤師の確保策の充実が図られるべき**である。

薬剤師の養成及び資質向上等に関する検討会（薬剤師の偏在への対応策）（抜粋） 令和5年3月29日

◆（病院・薬局間の給与拡散の実態）

20代での病院・薬局間の給与格差が病院への就職に影響していることが考えられる中、病院における対応策として、薬局に近づきよう、年代別の給与水準の上昇率をなだらかにし、生涯年収は変えずに20代、30代の給与水準を高くすることが考えられる。

◆（病院で働く薬剤師を増やすための方策）

- ✓ 年齢が高くなるに従い、薬局薬剤師において「いずれの条件でも勤務したくない」という薬剤師の割合が高くなる傾向がみられたが、これは業態の違いにより業務スキルが異なり、業態を超えて転職をする際に業務スキルを身に付ける際の障壁が大きくなるためと考えられた。このことから、病院で働く薬剤師を増やすためには20代～40代の薬剤師をターゲットとして確保策を企画することが有用と言える。また勤務してもよいと考える条件の最上位に給与面が挙げられていたものの、仕事面、生活面についても相応に高い割合で回答されていたことから、**給与面だけでなく仕事面、生活面の条件を、求職する薬剤師にとって魅力的なものとすることや、求職する薬剤師の個人属性に応じたアピールをすることで、病院で働く薬剤師を増やすことにつながると考えられる。**

令和8年改定に向けた、病院薬剤師におけるこれまでの中医協議論の概要

第610回 中央社会保険医療協議会 医療提供体制について（令和7年6月25日）

- ◆ 薬局の薬剤師数は需要より増加している一方で、病院薬剤師の確保が喫緊の課題となっており、薬剤師を薬局から病院へシフトさせることが必須である。
- ◆ **病院薬剤師の確保は喫緊の課題**で、第8次医療計画に記載され、都道府県において薬剤師確保計画の作成や、医療介護総合確保基金を活用した事業などが進められていますが、目の前の対策と併せて、薬剤師偏在是正を目標とする2036年に向け、中長期的な目標に向けた取組も必要。
- ◆ 薬局・薬剤師について、これまでも発言したとおり、喫緊の課題は、病棟で勤務する病院薬剤師の確保ということは明らかだと思います。この問題は、R6年改定でも取り組んできたかと思いますが、成果はあまり出ているようには見えません。

第616回 中央社会保険医療協議会 調剤について（その1）（令和7年9月10日）

- ◆ OECD先進国の中でも、人口当たりの薬剤師数は、我が国は最も多い状況に対し、**病院の薬剤師不足は逼迫**をしています。病棟業務である入院患者さんへの薬剤指導あるいは薬剤のミキシング、抗がん剤の無菌調製などの病棟業務を担う薬剤師の育成・養成というのも視野に入れていかないといけない喫緊の課題。
- ◆ 病院に関しては、薬局もそうですけれども、対物から対人、特に**病院は病棟業務がかなり高度化しており、あるいは外来でも、例えば抗がん剤治療を外来でやる等々、高度な薬剤を扱うものが増えてきている**ということで、本当に薬剤師の重要性はますます増している中でこういう状況にあるということで、このままいくと調剤だけではなくて、いろいろな意味での**薬剤師の不足により、病院の機能がかなり落ちてしまうのではないかという声が盛んに病院団体からも上がっています。**
- ◆ 病院薬剤師の不足につきまして、これはもう御周知のとおりでございますけれども、**病院と薬局で算定できる薬学管理料に差があり、ひいては薬剤師の処遇に病院と薬局で大きな違いがあるということが背景にありますので、今後、病院薬剤師の評価については、これまでの枠組みにとらわれることなく、忌憚のない議論が必要。**

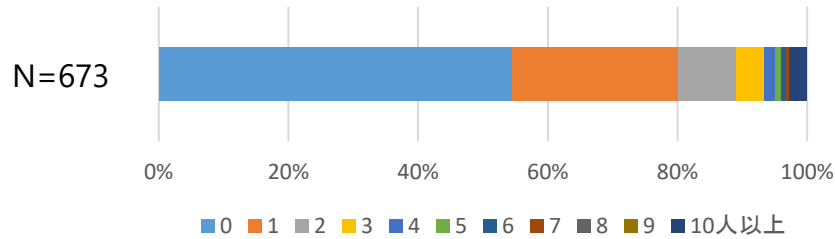
第13回 入院・外来医療等の調査・評価分科会におけるこれまでの検討結果（とりまとめ）（令和7年9月25日）

- ◆ **院内処方と院外処方との同一業務に対する報酬上の点数差が大きすぎる**ため、薬局薬剤師数が大幅に増加し、病院薬剤師数が人手不足に陥っていると考えられるので、再度検討すべきではないかとの意見があった。一方で、院内処方の評価を上げることで、院内処方の増加につながる恐れがあるので、**入院患者の調剤に対する評価を検討してはどうか**との意見があった。
- ◆ 調剤以外の病棟業務等のニーズが増え、病院薬剤師数は増加している。ただし、薬剤師の人件費を賄う場合、**病棟薬剤業務実施加算により150床程度の算定で得られる診療報酬でようやく1人分となり、小規模病院では当該診療報酬によって薬剤師の人件費が確保できない現状があるとの意見があった。**

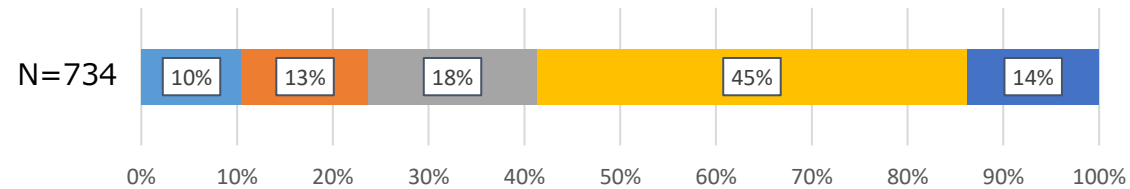
病院薬剤師の充足状況

- 病院薬剤師の令和6年度の採用状況について、半数以上の病院で採用がなかった。
- 定年退職を除き、約4割の病院で1名以上の病院薬剤師の離職者がいた。
- 「日中十分な人数を確保している」と回答できた病院は、全体の14%であった。

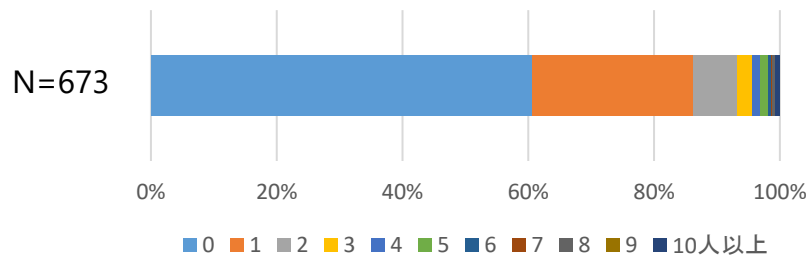
■ 令和6年度採用者数別施設数の割合



■ 通常業務を実施する上での充足状況



■ 令和6年度離職者（定年退職を除く）数別施設数の割合



- 欠員により疲弊・撤退した業務（業務縮小）がある
- 人員不足により、すべき業務ができない日がある
- 掛け持ち業務となり余裕のない職員がいる
- 最低限の人数を確保できている（スタッフの急な休みで欠員になることもある）
- 日中十分な人数を確保している

薬剤師の院内処方に対する評価

- 病院薬剤師が行う対物業務に対する診療報酬上の評価は以下のとおり。
- 病院薬剤師の対物業務について、業務内容は多岐にわたる。

入院患者への調剤にかかる対物業務に対する診療報酬上の評価

入院患者（院内）

（1週間の短期入院の場合）

F000 調剤料

1日につき7点

→**49点（7点×7日）**

調剤技術基本料

→**42点（月1回）**

※薬剤管理指導料が未算定時のみ算定可

合計：91点

調剤技術基本料（入院：42点 月1回）

- 重複投薬の防止等、保険医療機関内における調剤の管理の充実を図るとともに**投薬の適正を確保**することを目的としており、薬剤師が常態として勤務する保険医療機関において、薬剤師の管理のもとに調剤を行ったことの評価。

調剤業務

- 薬剤の監査（処方内容の適正確認）
- 分包作業や錠剤の分割などの業務

注射薬の管理・調製

- 無菌環境下での注射薬調製（注射薬混合、無菌調剤）
- 注射薬の品質管理と安全管理
- 投与用製剤の取り扱い管理

薬剤在庫管理

- 薬品の発注・受領・在庫の適正化
- 薬剤の期限管理（有効期限の確認と廃棄管理）
- 薬品の棚卸し、在庫調整

薬剤の品質管理

- 医薬品の適正保管管理（温度・湿度管理など）
- 使用期限やロット管理
- 医薬品の異常品管理・回収対応

安全管理業務

- 医薬品の副作用や相互作用のチェック
- 薬剤事故やヒヤリハットの管理・報告

薬剤関連書類の管理

- 処方箋や調剤記録の保管
- 医薬品使用記録の作成と管理

（参考）調剤料と調剤技術基本料の算定状況

	算定回数（1か月）
調剤料	7,951,324回
調剤技術基本料 入院	243,850回

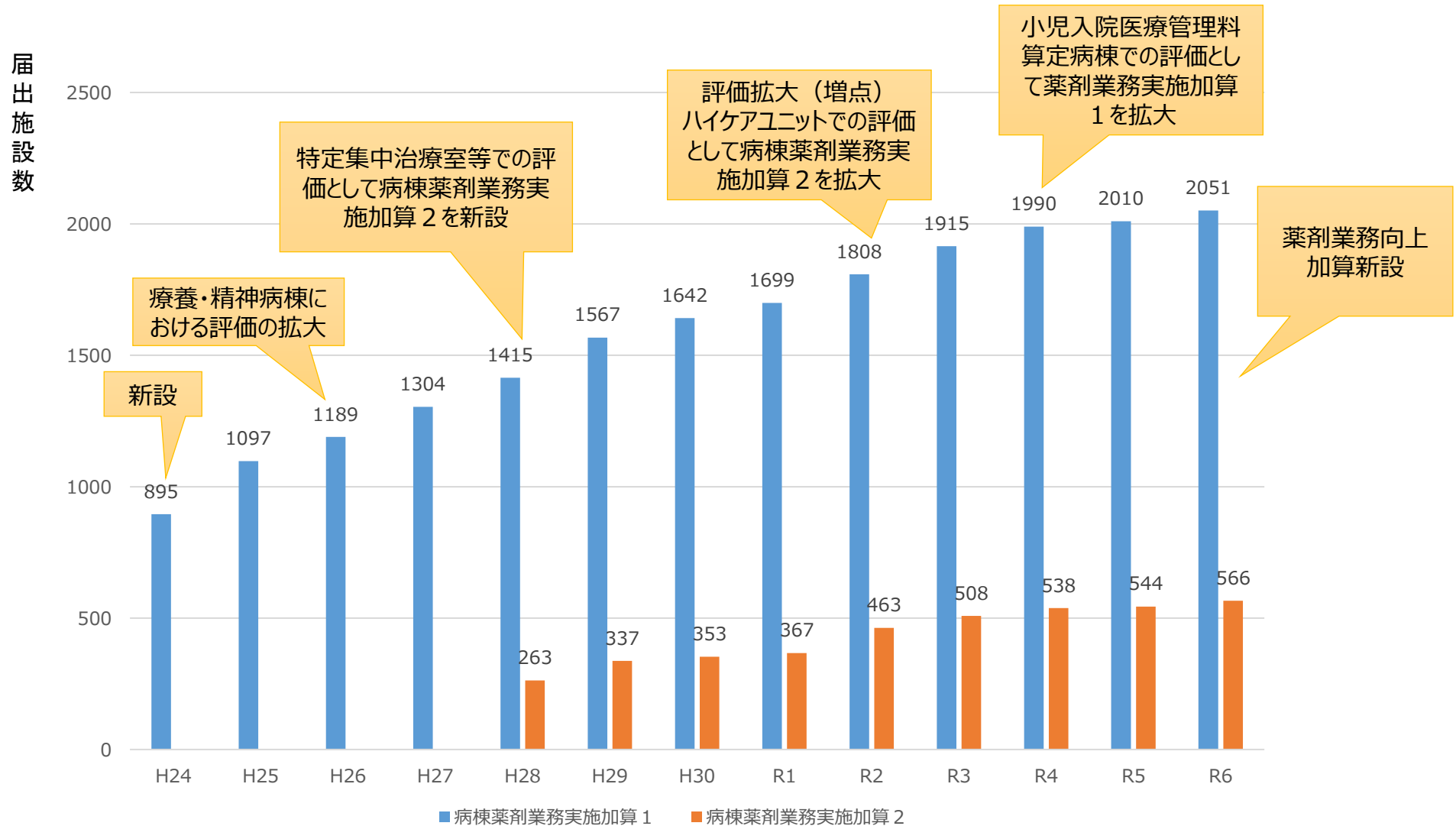
出典：社会医療診療行為別統計（令和6年8月審査分）



病棟薬剤業務実施加算の算定状況

診調組 入 - 1
7 . 7 . 17

○ 平成24年に新設以降、病棟薬剤業務実施加算の届出施設数は増加している。



薬剤師の養成強化による病棟薬剤業務の向上

薬剤業務向上加算の新設

- 病棟薬剤業務実施加算1（120点/週1回）について、免許取得直後の薬剤師を対象とした病棟業務等に係る総合的な研修体制を有するとともに、都道府県との協力の下で薬剤師が別の医療機関において地域医療に係る業務等を実践的に修得する体制を整備している医療機関が、病棟薬剤業務を実施する場合の加算を新設する。

（新） 薬剤業務向上加算 100点（週1回）



〔算定要件〕

病棟薬剤業務の質の向上を図るための薬剤師の研修体制その他の事項につき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入院している患者であって、病棟薬剤業務実施加算1を算定しているものについて、薬剤業務向上加算として、週1回に限り所定点数に加算する。

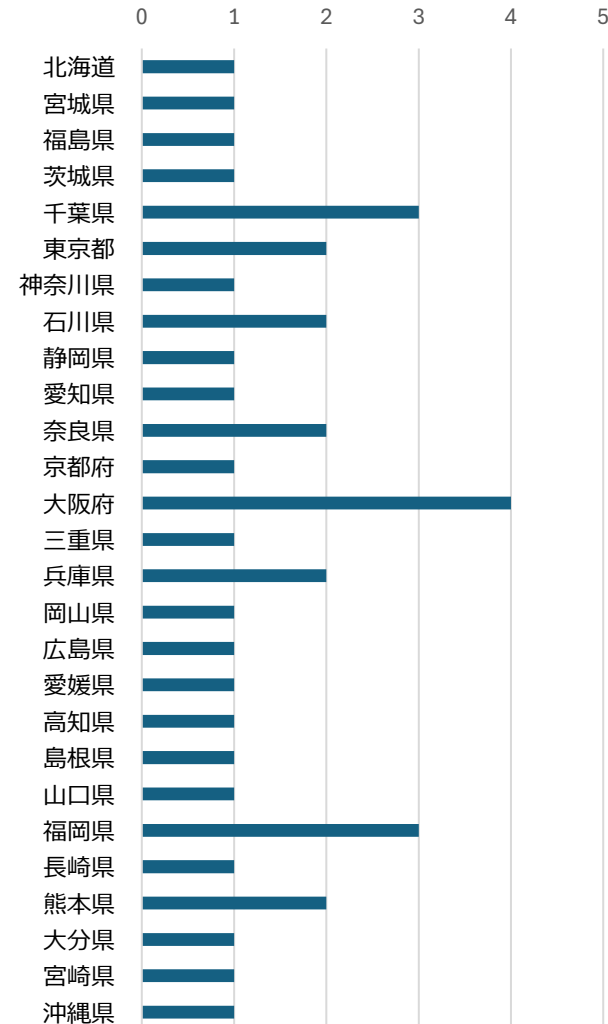
〔主な施設基準〕

- (1) **免許取得直後の薬剤師を対象とした病棟業務等に係る総合的な研修が実施されていること**として以下の要件を満たすこと。
 - ア 研修を総括する責任者の配置及び研修の計画、実施等に関して検討するための委員会が設置されている
 - イ 十分な指導能力を有する常勤薬剤師が研修を受ける薬剤師の指導に当たっている
 - ウ 研修を受ける薬剤師の研修内容を定期的に評価・伝達する体制の整備及び研修修了判定が適切に実施されている
 - エ 調剤、病棟薬剤業務、チーム医療、医薬品情報管理等を広く修得できる研修プログラムに基づき研修を実施している
 - オ 研修プログラムを医療機関のウェブサイト等で公開するとともに、定期的に研修の実施状況の評価及び研修プログラムの見直しを実施している
- (2) **都道府県における薬剤師確保の取組を実施する部署と連携して自施設の薬剤師を他の保険医療機関（特別の関係にある保険医療機関を除く。）へ出向を実施させる体制**として、以下の要件を満たすこと。
 - ア 出向先は、薬剤師が不足している地域において病棟業務やチーム医療等の業務の充実が必要な保険医療機関である
 - イ 出向する薬剤師は、概ね3年以上の病院勤務経験を有し、当該保険医療機関において概ね1年以上勤務している常勤の薬剤師である
 - ウ 出向先の保険医療機関及び都道府県における薬剤師確保の取組を担当する部署との協議の上で、出向に関する具体的な計画が策定されている
- (3) **特定機能病院又は急性期充実体制加算1、2に係る届出を行っている保険医療機関**であること。

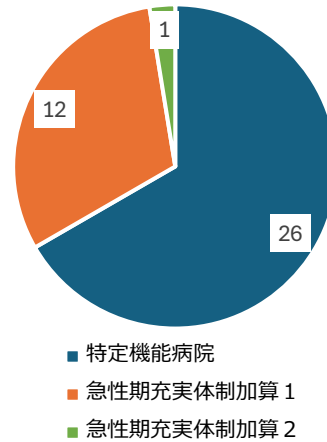
薬剤業務向上加算の算定状況等

- 薬剤業務向上加算は、令和7年9月時点で39施設が算定しており、その内訳は特定機能病院が66.7%と最も多かった。
- 薬剤業務向上加算を算定することによる、薬剤師の採用への影響については、「採用あり」が半数以上を占めている。

■ 都道府県別出向元病院の内訳 出向人数（人）



■ 病院機能別届出状況

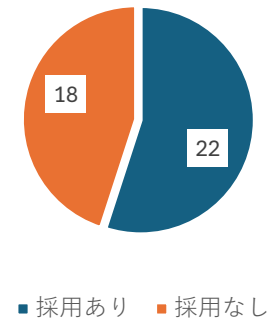


他県に出向させている医療機関は3施設（7.7%）

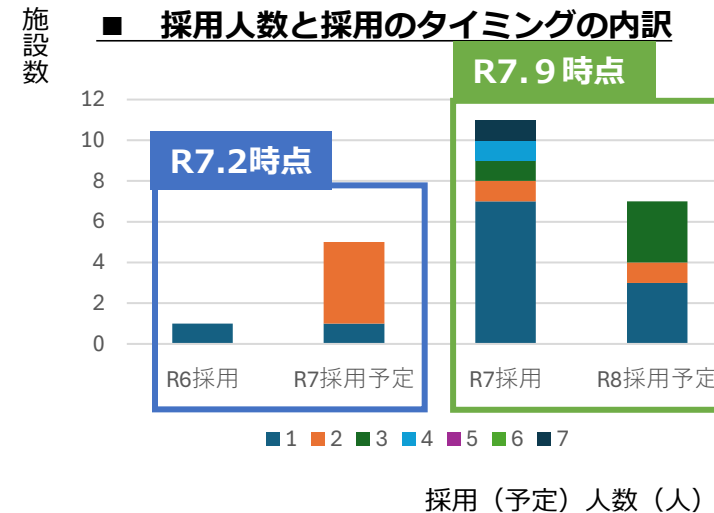
■ 出向終了人数



■ 薬剤業務向上加算を算定することによる採用増加への影響について



■ 採用人数と採用のタイミングの内訳



5. 病院薬剤師について

5－1. 病院薬剤師を取り巻く環境

5－2. 病院薬剤師間連携

薬剤師業務に関連する評価

○: 出来高算定可、×: 対象の入院料等でない、－: 入院料等に包括

○主な病棟における加算等

入院料加算 医学管理料	病棟 入院料等	特定機能 病院	急性期一 般	地域包括 医療病棟	地域包括 ケア病棟	回復期 リハビリ テーショ ン病棟	療養病棟	精神病棟	精神科 地域包括 ケア	小児入院 医療管理 料
A 244 病棟薬剤業務 実施加算 1		○	○	○	-	-	○	○	-	○
A 250 薬剤総合評価 調整加算		○	○	○	○	○	○	○	○	×
B008薬剤管理指導料 B014退院時薬剤情報 管理指導料		○	○	○	-	-	○	○	-	-

○主な治療室における加算等

入院料加算 医学管理料	治療室 管理料等	救命救急 入院料	特定集中 治療室	ハイケア ユニット	脳卒中 ケア ユニット	小児特定 集中 治療室	新生児特定 集中 治療室	新生児特定集中 治療室重症児 対応体制強化	総合周産期 特定集中治療室
A 244 病棟薬剤業務 実施加算 2		○	○	○	○	○	○	○	○
A 250 薬剤総合評価 調整加算		×	×	×	×	×	×	×	×
B008 薬剤管理指導料 B014 退院時薬剤情報 管理指導料		○	○	○	○	○	○	○	○

転院・転所患者の入退院における薬剤師の関わり

- 急性期医療を受けた後、リハビリや療養を目的に転院・転所する患者に対する薬剤師の関わりと報酬上の評価は以下のとおり。

医科

転院元病院（病院薬剤師）

診療報酬上の評価

退院時薬剤情報管理指導料

算定可能病棟に制限あり

・退院時薬剤情報管理指導料（90点・退院時1回）・患者への指導を評価

（精神科）地域包括ケア・回復期リハビリテーション病棟は包括のため**算定不可**

薬剤総合評価調整加算（100点・退院時）

退院時薬剤情報連携加算は医療機関への情報提供は**対象外**

薬剤調整加算（150点 退院時）

入院料によらず算定可能

薬剤師の業務

＜退院時に求められる薬剤師の役割＞

- ・療養の場に向けて服薬の簡素化
- ・急性期治療で開始した薬剤の適切な見直しの推進
- ・転院先で薬剤料が包括される場合の服用薬剤の調整



転院元病院

回復期・療養病棟への転院・施設等への転所

自宅・施設

薬剤師の業務



＜入院中に求められる薬剤師の役割＞

- ・服用中薬剤の総合的評価（持参薬含む）
- ・必要に応じた、薬物治療全般に対する、投与量設計・TDM等への参画
- ・医師等と協働したタスクシフト・シェア
- ・薬剤総合評価調整

＜退院時に求められる薬剤師の役割＞

- ・療養の場に向けて服薬の簡素化の観点

（精神科）地域包括ケア・回復期リハビリテーション病棟は包括のため**算定不可**

診療報酬上の評価

（精神科）地域包括ケア・回復期リハビリテーション病棟は包括のため**算定不可**

算定可能病棟に制限あり

- ・病棟業務実施加算
- ・薬剤管理指導料

薬剤総合評価調整加算（100点・退院時）

薬剤調整加算（150点 退院時）

入院料によらず算定可能

退院時薬剤情報管理指導料

算定可能病棟に制限あり

・退院時薬剤情報管理指導料（90点・退院時1回）・患者への指導を評価

・退院時薬剤情報連携加算（60点・退院時1回）・**薬局へ**の情報提供

切れ目のない薬剤情報連携のイメージ

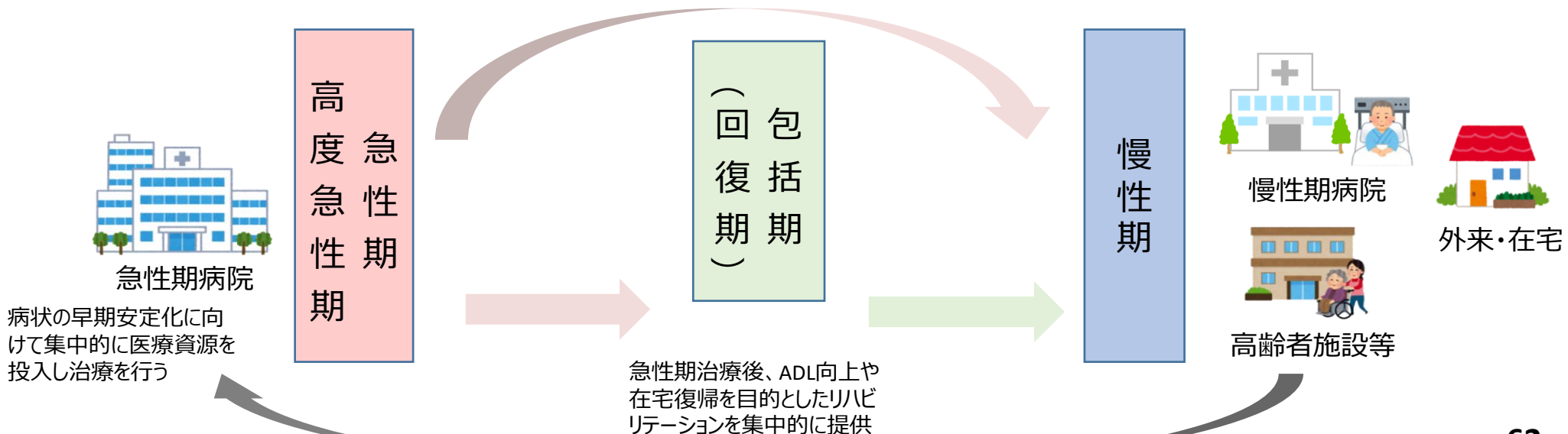
- 病院薬剤師が実施する薬物治療の連携方法として、入院中の薬物治療や副作用、ポリファーマシー対策に係る薬剤の調整等の薬物治療に特化した情報提供書（薬剤サマリー）がある。
- 薬剤サマリーは、多職種で共有することを前提とし、患者の退院後の生活環境や支援体制は異なるため、それに応じた情報の整理が求められるだけでなく、高度急性期、急性期、包括期（回復期）、慢性期の各フェーズに応じて、処方変更等の要点を明確に記載し、次の担当者がスムーズに治療を引き継げるよう記載内容や重点を変化させることが重要である。

<高度急性期・急性期の病床における薬剤情報連携>

- ・ 一般的に**在院日数が短く**、患者の病態が急速に変化するため、服薬管理を再考することまでは困難であり、**入院前の服薬管理の評価に留まる場合も多い**と考えられる。
- ・ このような場合でも、患者の既往歴や常用薬、急性期での薬剤変更の意図が特に重要であり、介入を要する問題点、退院時点での患者状態と服薬時の注意事項などを回復期・慢性期病院に情報提供する。
(例：手術後に一時的に中止した抗凝固薬などの再開時期について)

<包括期（回復期）・慢性期の病床における薬剤情報連携>

- ・ **入院期間が長期化**し、治療の安定化や患者のADLの回復を支えるための薬物療法の調整が中心となる。
- ・ 処方変更や薬剤再評価の機会が増えるため、リハビリテーションの進捗状況やポリファーマシー対策の進捗も含めた情報共有が欠かせない。
- ・ **退院後の療養生活を見据えた服薬管理の再考**を行い、服薬管理上の注意点や引き続き介入を要する問題点などを、**地域生活を支える保険薬局等へ情報提供**する。
(例：リハビリに伴う転倒リスクを低減するため、睡眠薬や向精神薬の適正使用について記載する)



退院時薬剤師業務の現状の評価

- 退院時の薬剤師業務の診療報酬上の評価として、退院時薬剤情報管理指導料がある。
- 退院時薬剤情報管理加算における情報連携に対する評価として退院時薬剤情報連携があるが、情報連携先としては、評価の対象が薬局に限られている。

退院時の地域における継続的な薬学的管理を支援する取組の評価

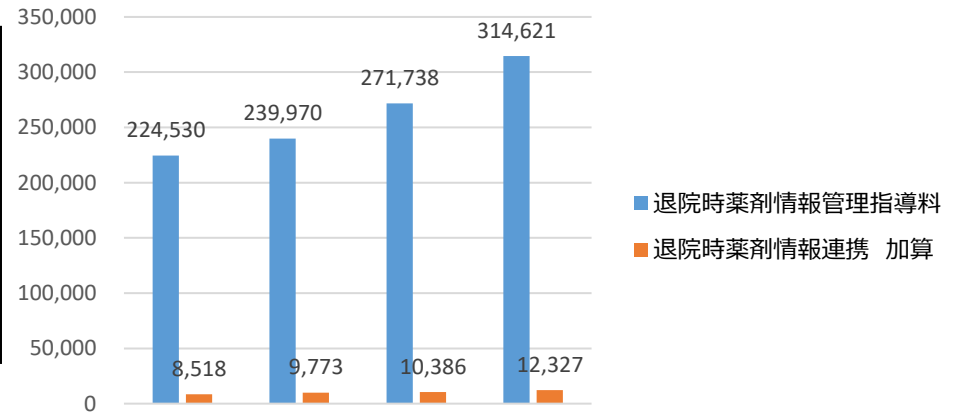
①退院時薬剤情報管理指導料（90点・退院時1回）

入院中に使用した主な薬剤を手帳に記載した上で、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を患者等に行った場合（H12年度～）

②退院時薬剤情報連携加算（60点・退院時1回）

入院前の内服薬の変更又は中止した患者について、保険薬局に対して文書により当該患者の状況を情報提供した場合（R2年度～）

■ 退院時に対する評価の算定状況



出典：社会医療診療行為別統計

	退院時薬剤情報管理指導料	退院時薬剤情報連携加算	薬剤総合評価調整加算	薬剤調整加算
対象患者	薬物治療を受けた退院患者すべて	入院前の薬剤の変更または中止した患者	入院時6剤以上内服している患者	
評価項目	入院中使用薬剤、退院後の薬剤についてをお薬手帳に記載し、交付することで、継続的な薬学管理を支援する取組を評価	文書による当該患者の薬物治療に関する情報提供をし、継続的な薬学的管理を支援する取組	多職種連携下での適切な体制で薬剤の総合的な評価を行い、処方内容の変更を実施することでのポリファーマシー対策に対する評価	2剤以上減薬したことでのポリファーマシー対策に対する評価
指導・連携の対象	患者への指導	薬局のみ	患者への指導	規定なし

- 入院時のポリファーマシー対策に関する診療報酬上の評価は、総合的な評価と処方変更について多職種と連携した取組を評価する「薬剤総合評価調整加算」と、実際に減薬したことを評価する「薬剤調整加算」がある。

医
科

入院時のポリファーマシーに対する取組の評価

①薬剤総合評価調整加算(退院時1回 100点)

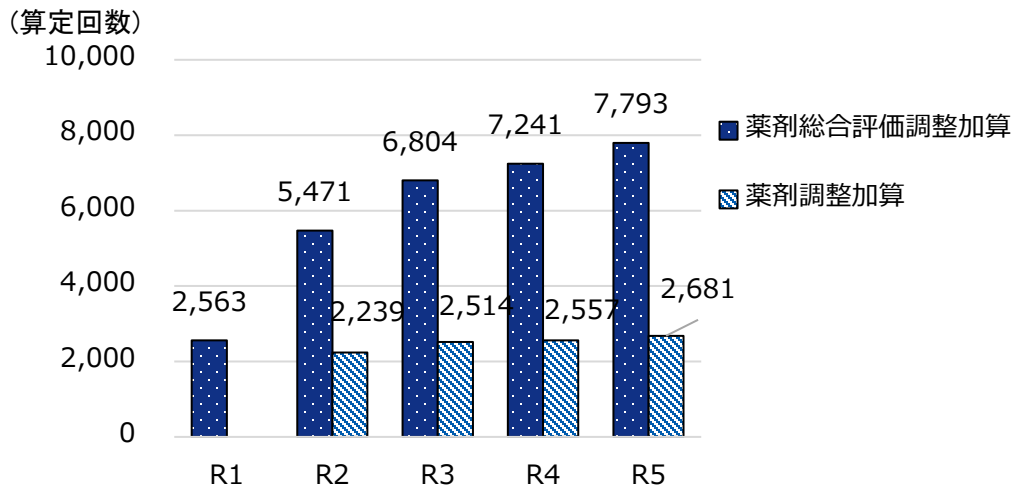
- ア 患者の入院時に、持参薬を確認するとともに、関連ガイドライン等を踏まえ、特に慎重な投与を要する薬剤等の確認を行う。
 イ アを踏まえ、医師、薬剤師及び看護師等の**多職種による連携の下で**、薬剤の総合的な評価を行い、処方内容の変更を行う。
 ウ 処方内容を変更する際の留意事項を**多職種で共有した上で**、患者に対して処方変更に伴う注意点を説明する。
 エ 処方変更による病状の悪化や新たな副作用の有無について、多職種で確認し必要に応じて、再評価を行う。
 オ 実施するに当たっては、**病棟等における日常的な薬物療法の総合的な評価及び情報共有ができる機会を活用して、多職種が連携して実施すること。**
 カ **ポリファーマシー対策に関する手順書を作成し、保険医療機関内に周知し活用すること。**

②薬剤調整加算(退院時1回 150点)

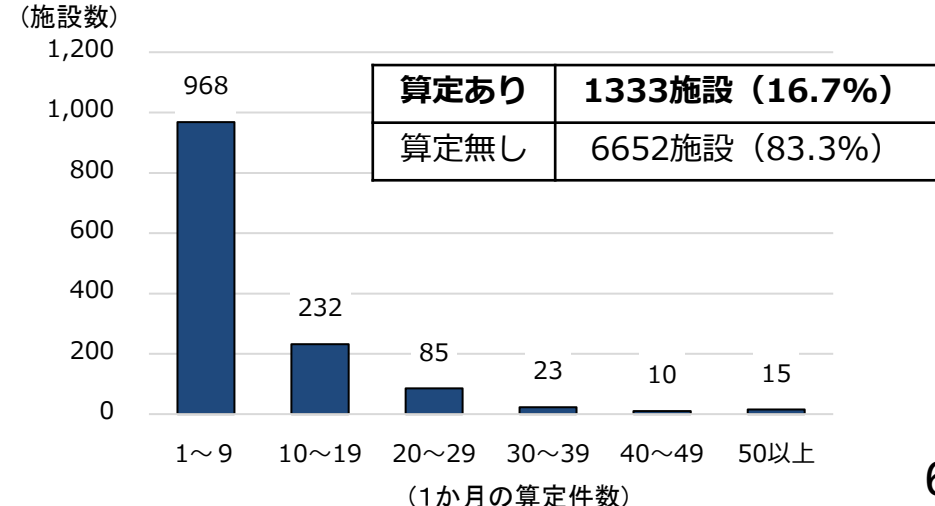
- ①に係る算定要件を満たした上で、次のいずれかに該当する場合に、更に所定点数に加算する。
 ・退院時に処方する内服薬が2種類以上減少した場合
 ・退院日までの間に、抗精神病薬の種類数が2種類以上減少した場合その他これに準ずる場合

※平成28年改定で調整や減薬を評価する薬剤総合評価調整加算が新設されたが、令和2年度改定で調整と減薬を①②に分けた段階的な評価とした。

■薬剤総合評価調整加算及び薬剤調整加算の算定数の推移¹⁾



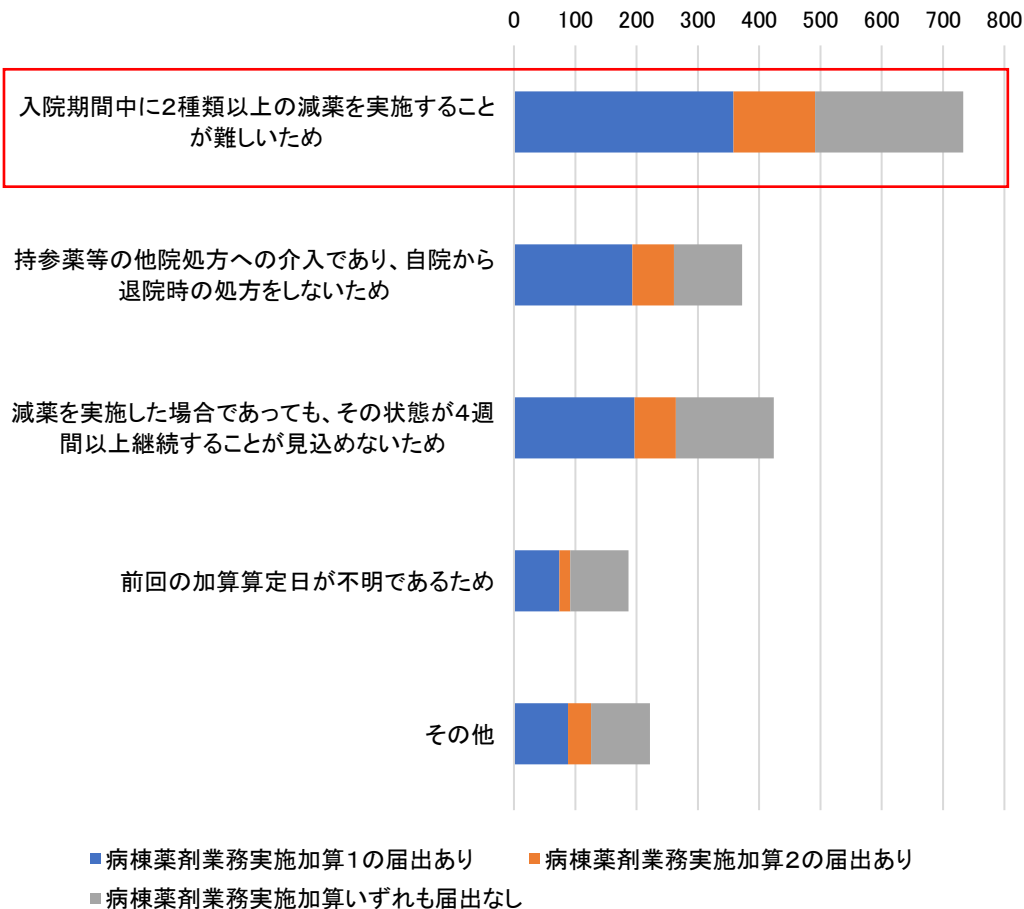
■薬剤総合評価調整加算の1か月の算定回数(n=7985)²⁾



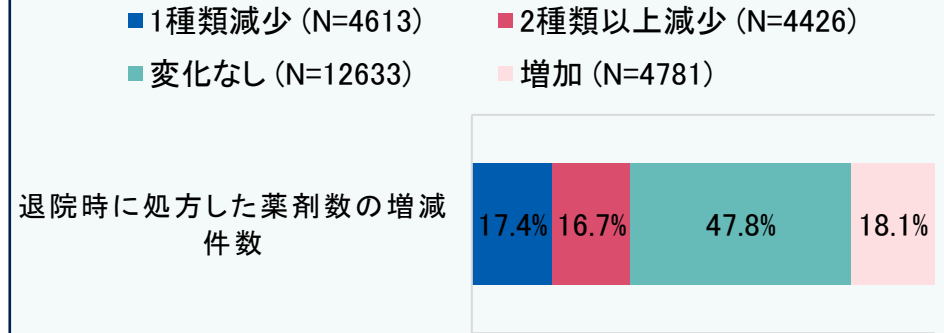
入院中のポリファーマシー対策の実施状況等

- 薬剤調整加算を算定していない理由としては、「入院期間中に2種類以上の減薬を実施することが難しいため」が最も多かった。2種類以上減少に至っている割合は16.7%であるが、1種類以上減少している割合は34.1%であった。
- 入院中に2種類以上の減薬を実施することが難しい理由として、「入院期間が短いこと」、「処方の変更に対する反応を確認しながら1剤ずつ減量する必要があるため」が多かった。

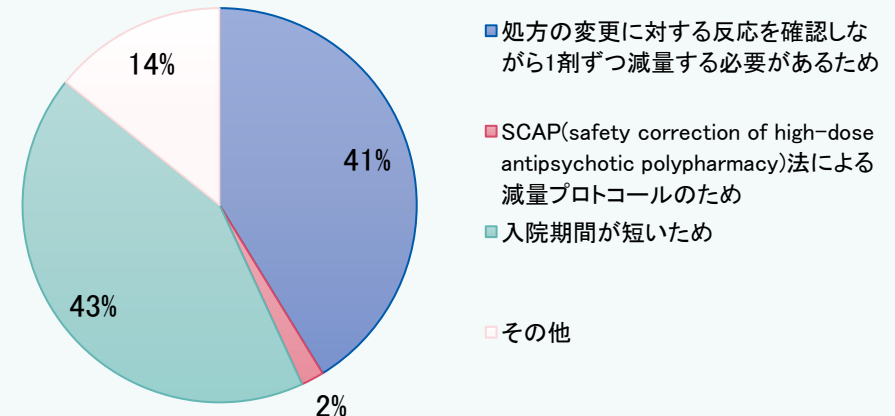
薬剤調整加算を算定していない理由



ポリファーマシー対策の介入による退院時処方薬剤数の増減割合



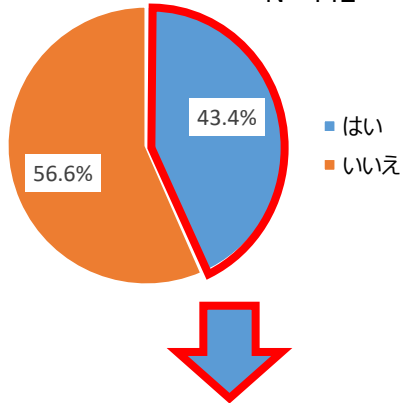
入院中に2種類以上の減薬を実施することが難しい理由



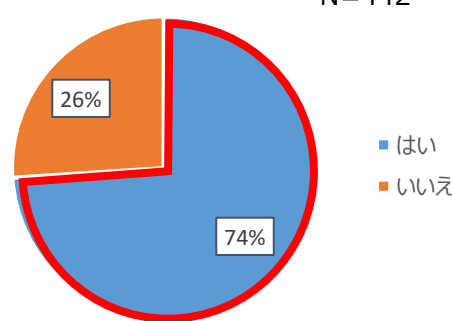
転院・転所時の病院薬剤師間の薬剤に関する情報連携

- 転院・転所時にも薬剤サマリーを作成し、情報連携をしている医療機関は4割を超えていた。
- 転院・転所先病院で、薬剤サマリー受領経験がある医療機関は7割を超えており、そのうち8割は、薬剤サマリーの内容が診療情報提供書を補完するものであり、有用と捉えていた。
- 薬剤サマリーの提出がないため、服用中薬剤や転院前の薬物治療等に関する情報が不足し、病院間の薬剤師が別途連携をはかったことがある割合は、8割を超えていた。
- 薬剤調整し、退院した患者が連携不足により中止薬剤が再開されていた事例に遭遇した経験のある薬剤師は半数を超えていた。

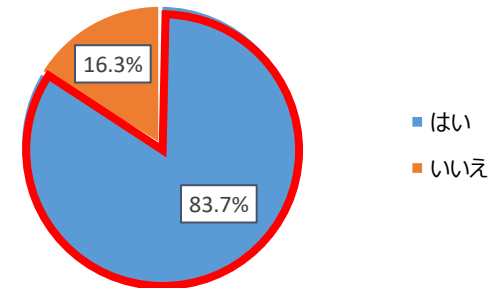
■ 退院時の転院・転所時の薬剤サマリー実施の有無 N=442



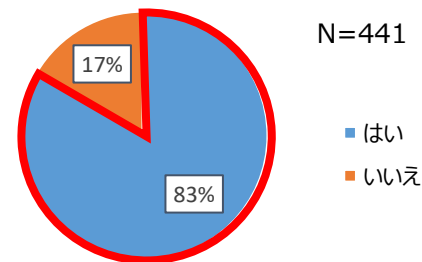
■ 転院元からの薬剤情報提供文書受領経験の有無 N=442



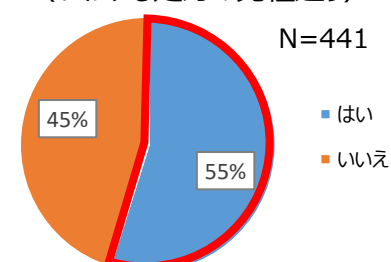
■ 病院薬剤師間連携による情報提供は診療情報提供書の内容を補完するものであったか N=326



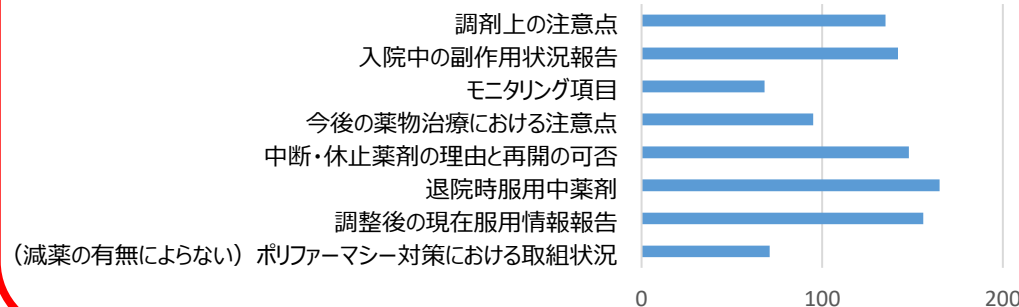
■ 薬剤師間情報提供がなく、転院元の服用状況把握のため電話や地域連携室経由等で照会したことがあるか N=441



■ 多剤投薬に対する薬剤調整後、連携不足による中止薬剤が再開した事例に遭遇した経験があるか（いわゆる処方先祖返り） N=441



■ 提供情報内容の内訳 (N=192：複数選択可)



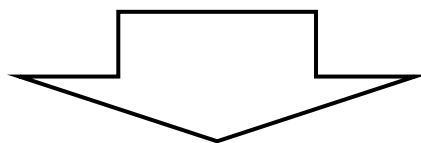
病院薬剤師についての課題と論点

(病院薬剤師を取り巻く環境)

- 病院薬剤師は不足しており、人件費を含め、その確保が喫緊の課題である。
- 令和6年度改定において新設した薬剤業務向上加算により、新規採用者数の拡大につながった事例がある。

(薬剤師間連携について)

- 退院時の薬薬連携として、病院薬剤師から薬局への薬剤情報提供については退院時情報連携加算として診療報酬上の評価を設けている一方、急性期から回復期、回復期から慢性期の切れ目ない薬剤情報連携は重要であるが、病院から病院への転院・転所時等に病院薬剤師が行う薬剤情報提供業務に対しては、診療報酬上の評価がない。
- ポリファーマシー対策の観点等から、転院・転所時に薬物治療に特化した薬剤情報の連携をすることは、患者の薬物治療において重要であるため、診療情報提供書とは別に、薬剤情報提供書の作成・交付に取り組んでいる病院もある。一方で、転院元から薬剤情報提供がない場合においては、別途問い合わせを実施する手間が生じたり、連携不足により、いわゆる「処方先祖返り」が生じる場合があり、患者の薬物治療に影響を及ぼすリスクがある。
- 急性期病院では、入院期間が短いため、ポリファーマシー対策に十分に介入できないことが多く、医療機関間で病院薬剤師が連携し、転院・転所を含めて長期的に薬剤師が介入することで、ポリファーマシー対策を促進することが考えられる。しかしながら、病院のポリファーマシー対策に対する診療報酬上の評価として、薬剤総合評価調整加算があるが、この評価において、病院薬剤師間の情報連携については、評価対象とされていない。



【論点】

- 病院薬剤師の業務に対する評価のあり方についてどのように考えるか。
- 転院・転所時におけるシームレスな薬物治療の実施や、転院・転所を含めた長期的な薬剤師の介入によるポリファーマシー対策を推進する観点から、病院薬剤師による施設間の薬剤情報連携について、診療報酬上の評価をどのように考えるか。

個別事項について（その8）

小児・周産期医療、感染症対策、
医療安全、災害医療

1. 小児・周産期医療について
2. 感染症対策について
3. 医療安全について
4. 災害医療について

1. 小児・周産期医療について
2. 感染症対策について
3. 医療安全について
4. 災害医療について

1. 小児・周産期医療について

1－1. 小児・周産期医療をとりまく環境

1－2. 母体・胎児集中治療室について

1－3. 産科入院医療について

1－4. 新生児の集中治療室について

1－5. 療養病棟における医療的ケア児（者）について

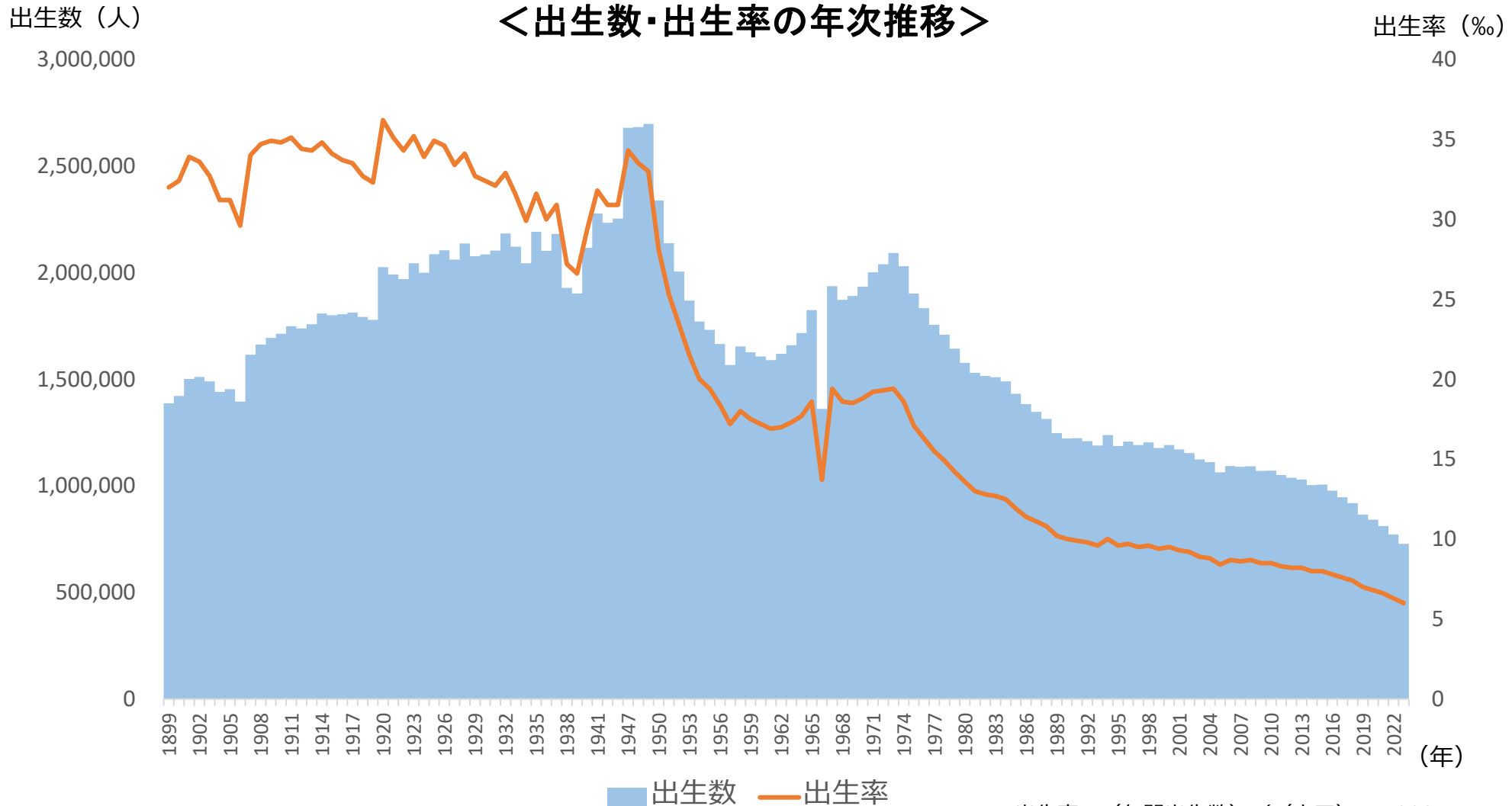
1－6. 小児成人移行期医療

1－7. 小児外来・入院における高額な検査・薬剤への対応

出生数・出生率の推移

診調組 入-1
7 . 9 . 18

- 出生数・出生率は減少傾向にある。
- 令和5年の出生数は727,288人で、前年より43,471人減少し、明治32年の人口動態調査開始以来最少となった。

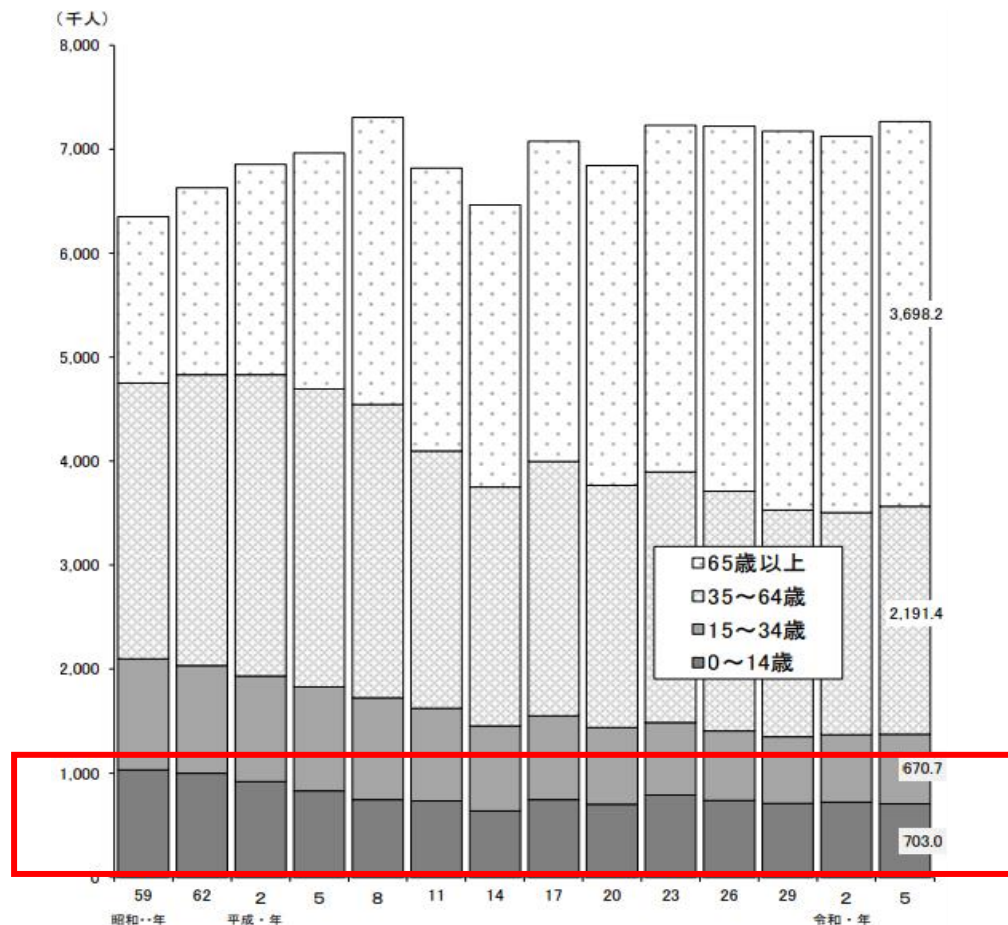


年齢階級別にみた推計外来患者数の年次推移

中医協 総-3
7. 7. 16

- 年齢階級別に推計外来患者数の年次推移をみると、「65 歳以上」の推計外来患者数が増加している。その他の年齢階級の推計外来患者数は、平成23年以降ほぼ横ばいとなっている。

年齢階級別にみた推計外来患者数の年次推移



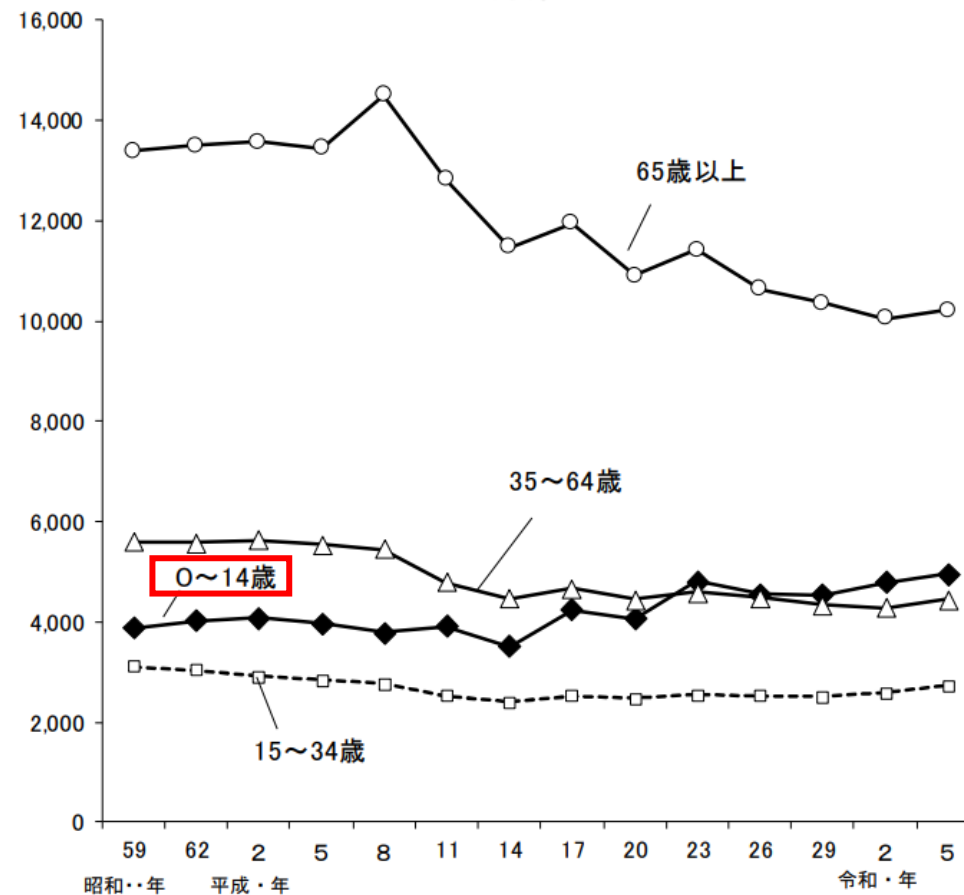
年齢階級別にみた受療率の年次推移

中医協 総-3
7. 7. 16

- 年齢階級別に受療率（人口 10 万対）の年次推移をみると、いずれの年次でも「65 歳以上」が最も高くなっている。
- 15歳以上の年齢階級における受療率はいずれも横ばい～減少傾向であるのに対して、「0～14歳」の受療率はやや増加傾向である。

年齢階級別にみた受療率（人口 10 万対）の年次推移

外来

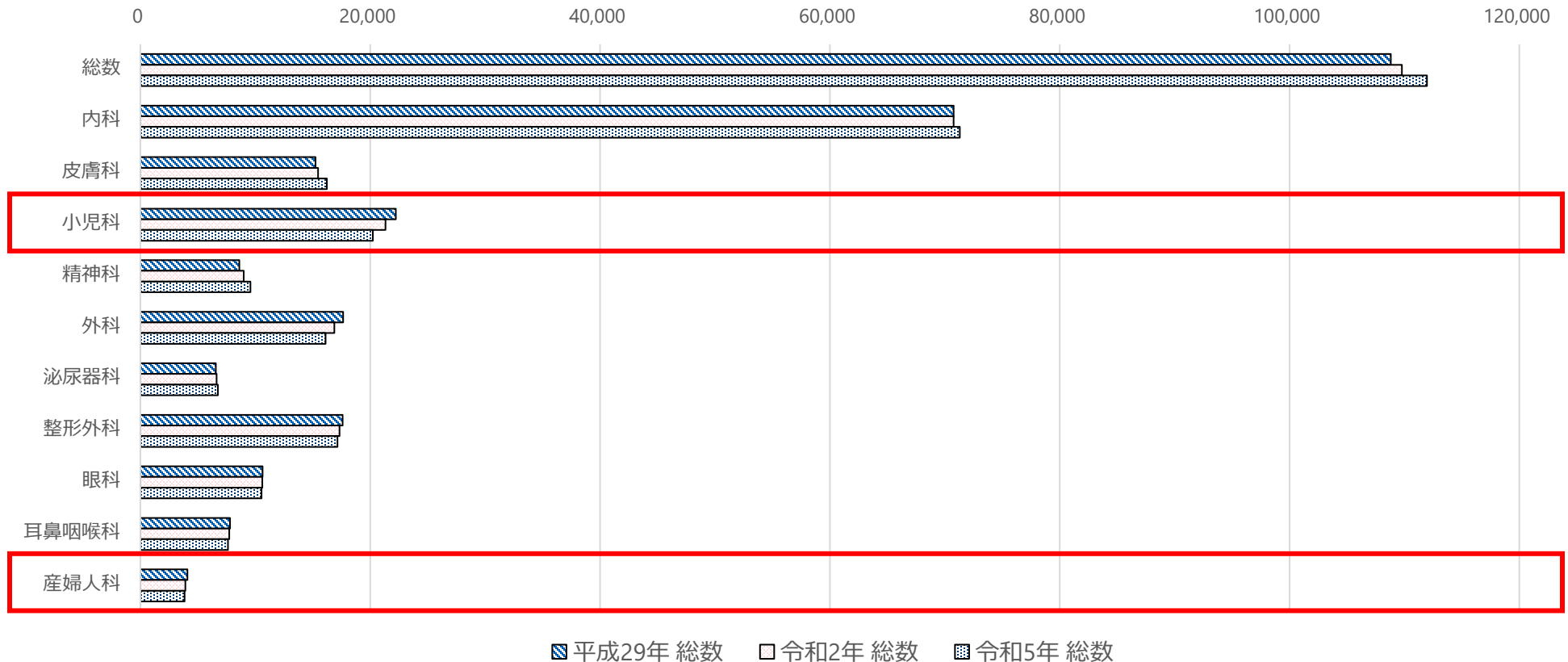


診療科別の医療施設数の年次推移

中医協 総－3
7 . 7 . 16

- 医療施設数の総数は増加傾向であるが、診療科別の医療施設数をみると「小児科」「外科」「整形外科」は減少傾向にある。

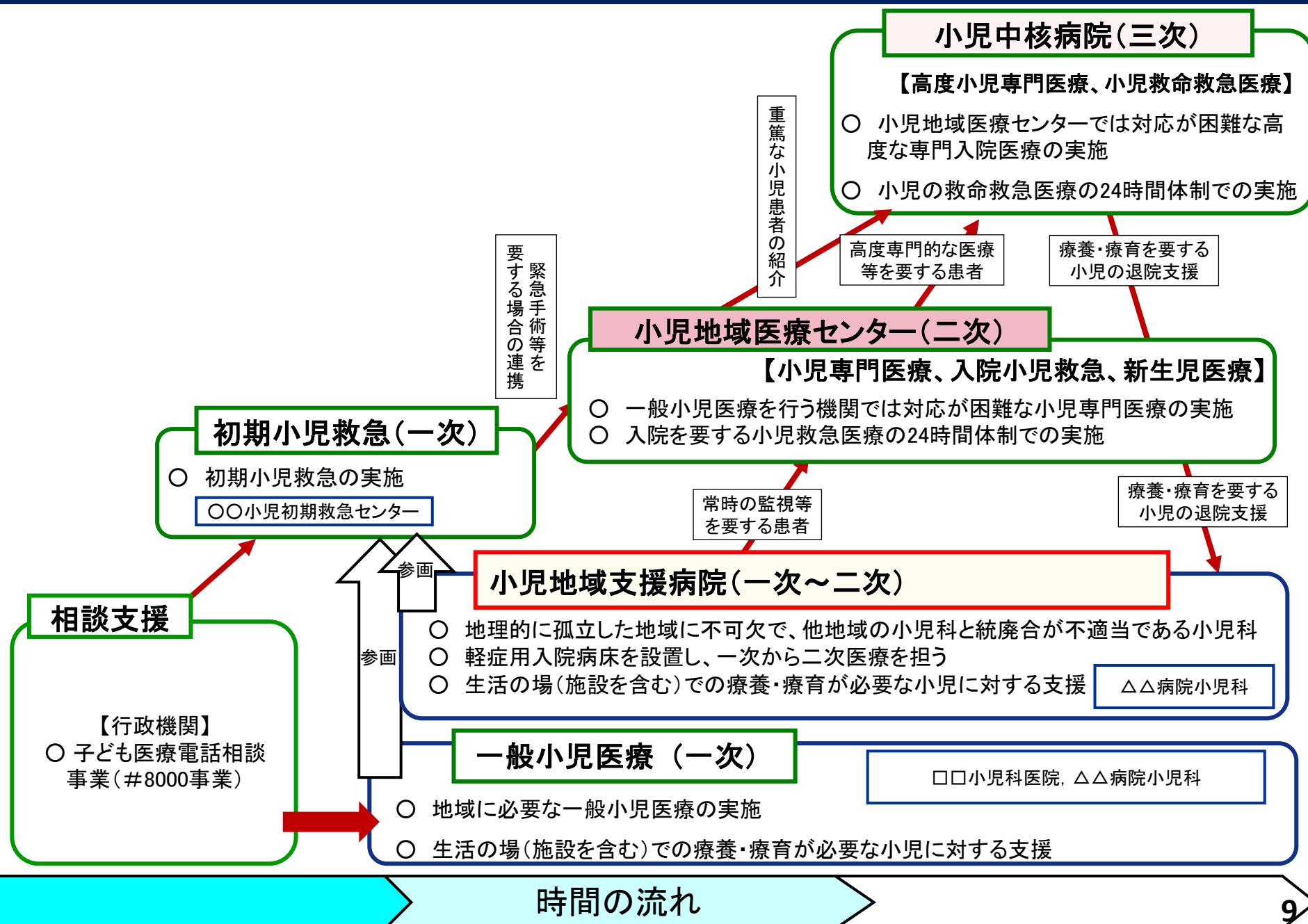
一般病院・診療所における診療科目別にみた施設数の年次推移



※ 複数の診療科を有する医療施設については、複数の診療科に計上しているため、総数は全体の合計と一致しない。

小児医療の体制

医療機能（重症度）



- 総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターは、平成29年度までに全都道府県に配置されている。

分娩のリスク

総合周産期母子医療センター：112箇所

- リスクの高い妊娠に対する医療及び高度な新生児医療
- 周産期医療システムの中核としての地域の周産期医療施設との連携
- 周産期医療情報センター

※総合周産期母子医療センター
原則として3次医療圏に1か所整備

母体・新生児搬送

地域周産期母子医療センター：296箇所

- 周産期に係る比較的高度な医療行為
- 24時間体制での周産期救急医療

療養・療育支援

- 周産期医療施設を退院した障害児等が療養・療育できる体制の提供
- 在宅で療養・療育している児の家族に対する支援

母体・新生児搬送
オープンシステム等による連携

※地域周産期母子医療センター
総合周産期母子医療センター1か所に対し数か所整備

主に低リスク分娩を扱う医療機関（一般病院、診療所、助産所）

- 正常分娩を含めた低リスク妊娠、分娩および正常新生児への対応
(助産所は正常な経過の妊娠、分娩および新生児のみ対応)
- 妊婦健診を含めた分娩前後の診療
- 他医療機関との連携によるリスクの低い帝王切開術の対応

時間の流れ

1. 小児・周産期医療について

1－1. 小児・周産期医療をとりまく環境

1－2. 母体・胎児集中治療室について

1－3. 産科入院医療について

1－4. 新生児の集中治療室について

1－5. 療養病棟における医療的ケア児（者）について

1－6. 小児成人移行期医療

1－7. 小児外来・入院における高額な検査・薬剤への対応

1－2．母体・胎児集中治療室について

① 医師配置要件

② 母体搬送件数等

③ 算定対象となる妊産婦・産褥婦

出産前後の母体・胎児・新生児の特定集中治療室管理

総合周産期特定集中治療室管理料

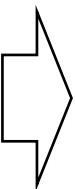
- リスクの高い妊産婦（産褥婦を含む）や集中治療室管理が必要な新生児に対して、出産前後の母体・胎児・新生児の一貫した特定集中治療室管理を行うことを評価。

	母体・胎児集中治療室管理料 (総合周産期特定集中治療室管理料 1)	新生児集中治療室管理料 (総合周産期特定集中治療室管理料 2)
評価	7,417点（1日につき・14日を限度）	10,584点（1日につき・新生児特定集中治療室管理料及び新生児治療回復室入院医療管理料と通算して21日を限度）
対象	合併症妊娠、妊娠高血圧症候群、多胎妊娠、胎盤位置異常、切迫流早産、胎児発育遅延や胎児奇形などの胎児異常等のため、母体又は胎児に対するリスクの高い妊産婦（産褥婦）	高度の先天奇形、低体温、重症黄疸、未熟児、意識障害、急性呼吸不全、急性心不全、急性薬物中毒、ショック、重篤な代謝障害、大手術後などの状態にある新生児
要件	上記の対象に対して、必要があって総合周産期特定集中治療室管理が行われた場合に算定。	
施設基準	<ul style="list-style-type: none"> 以下のいずれかを満たすこと。 ① 宿日直でない専任の医師が常時治療室内に勤務している。 ② 産科医師（宿日直可）が常時医療機関内に2名勤務。1名は治療室専任。 	宿日直でない専任の医師が常時治療室内に勤務している。
	<ul style="list-style-type: none"> 総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターのいずれかである。 集中治療室管理を行うにふさわしい専用の治療室を有している。 自家発電装置を有しており、電解質定量検査及び血液ガス分析を含む必要な検査が常時実施できる。 手術室と同程度の空気清浄度を有する個室及び陰圧個室を設置することが望ましい。 当該治療室勤務の医師／看護師は、同時時間帯は治療室以外での勤務・宿日直／夜勤を併せて行わない。 医療安全対策加算1を届け出ている。 	
	<ul style="list-style-type: none"> 専用の治療室内に1床あたり15㎡以上の病床を3床以上設置。 治療室内に、次の装置・器具を常時備えていること。 救急蘇生装置、心電計、呼吸循環監視装置、分娩監視装置、超音波診断装置 	<ul style="list-style-type: none"> 専用の治療室内に1床あたり7㎡以上の病床を6床以上設置。 治療室内に、次の装置・器具を常時備えていること。 救急蘇生装置、新生児用呼吸循環監視装置、新生児用人工換気装置、微量輸液装置、経皮的酸素分圧監視装置又は経皮的動脈血酸素飽和度測定装置、酸素濃度測定装置、光線治療器
	<ul style="list-style-type: none"> 帝王切開術が必要な場合、30分以内に児の娩出が可能となるよう医療機関内に、医師その他の各職員が配置されていること。 	<ul style="list-style-type: none"> 次のいずれかの基準を満たしていること。 ア 直近1年間の出生体重1,000g未満の新生児の新規入院患者が4件以上。 イ 直近1年間の当該治療室の患者に対する開胸手術、開頭手術又は開腹手術の年間実施件数が6件以上。

周産期医療の充実

母体・胎児集中治療室管理料の見直し

➤ 周産期医療における集中的・効率的な提供を推進する観点から、母体・胎児集中治療室管理料について、要件を見直す。

現行		改定後
<p>【母体・胎児集中治療室管理料】 〔施設基準〕（抜粋） ア （略） イ 専任の医師が常時、母体・胎児集中治療室内に勤務していること。ただし、患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない。 ウ～キ （略） ク 当該治療室勤務の医師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での当直勤務を併せて行わないものとし、当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとする</p>		<p>【母体・胎児集中治療室管理料】 〔施設基準〕（抜粋） ア （略） イ 以下のいずれかを満たすこと。 ① 専任の医師が常時、母体・胎児集中治療室内に勤務していること。当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではないこと。ただし、患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない。なお、当該治療室勤務の医師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での勤務及び宿日直を併せて行わないものとする。こと。 ② 専ら産婦人科又は産科に従事する医師（宿日直を行う医師を含む。）が常時2名以上当該保険医療機関内に勤務していること。そのうち1名は専任の医師とし、当該治療室で診療が必要な際に速やかに対応できる体制をとること。なお、当該医師は当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での勤務及び宿日直を併せて行わないものとする。こと。 ウ～キ （略） ク 当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとする。こと。） ケ 「A 2 3 4」に掲げる医療安全対策加算1の届出を行っていること。</p>

改定後の医師の配置イメージ

①専任の医師(宿日直を行う医師ではない)が常時、母体・胎児集中治療室内に勤務していること。			②医療機関内に産科医師が2名いること(宿日直を行う医師を含む)。1名は治療室専任とする。		
外来	一般病棟	MFICU	外来	一般病棟	MFICU
別の医師が対応		常時治療室内常駐医師(宿日直を行う医師ではない)	院内にいる産科医が対応		専任の医師(宿日直を行う医師を含む)

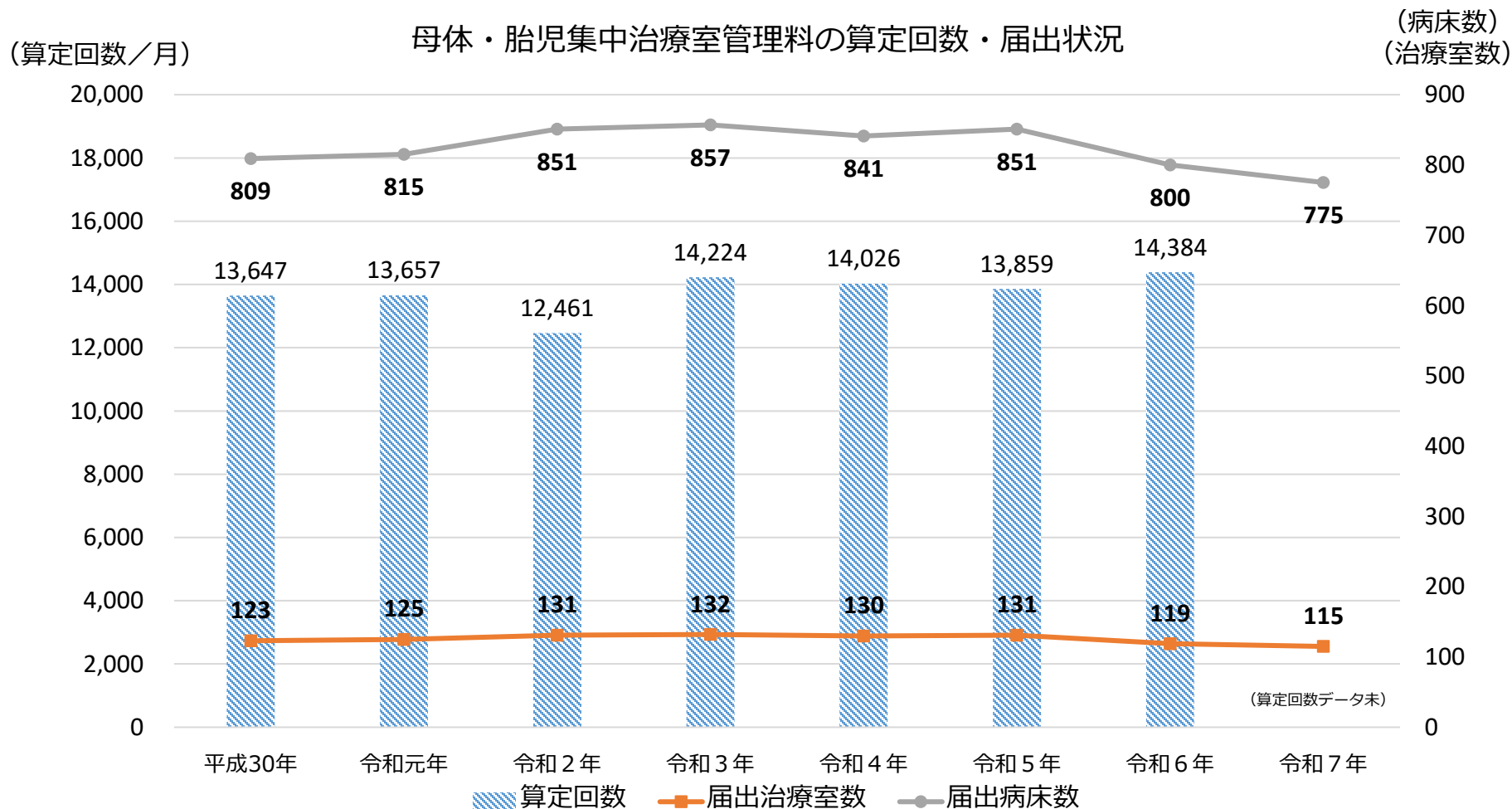
ハイリスク妊娠管理加算の見直し

➤ ハイリスク妊娠管理加算のうち、早産に係る対象患者について、分娩時の妊娠週数が、22週から32週末満である早産の患者であることを明確化する。

母体・胎児集中治療室管理料の算定回数・届出状況

診療組 入-1
 7. 9. 18

- 母体・胎児集中治療室管理料（MFICU管理料）の届出治療室数・病床数は、近年横ばいであったが、令和6年に減少した。算定回数は、令和2年に一時的に減少したが、令和3年に増加した。



出典：
 （届出治療室数・届出病床数）保険局医療課調べ（各年7月1日時点の届出状況）
 （算定回数）社会医療診療行為別統計（令和5年以前は6月審査分、令和6年は8月審査分）

母体・胎児集中治療室管理料の地域別変化

診調組 入-1
7 . 9 . 18

- 「母体・胎児集中治療室管理料」の届出治療室数は、令和4年7月から令和6年7月にかけて、全国で11治療室減少している。
- 地域区分別では、「東北」で4治療室、「近畿」で3治療室、それぞれ減少しているほか、「関東信越」では1治療室増加している。

令和4年7月と令和6年7月の
母体・胎児集中治療室管理料の届出治療室数の地域別変化

地域区分	令和4年7月	令和6年7月	増加	減少	増加ー減少
北海道	4	4	1	1	0
東北	10	6	0	4	-4
関東信越	41	42	2	1	+1
東海北陸	19	17	0	2	-2
近畿	27	24	0	3	-3
中国	7	5	0	2	-2
四国	4	4	0	0	0
九州	18	17	0	1	-1
合計	130	119	3	14	-11

(参考) 全国地方厚生(支)局の管轄地域



2024年6月（診療報酬改定）前後でのMFICU管理料の算定状況に対するアンケート調査

総合周産期 102施設（加盟施設中97%の回答、加盟施設 105施設/総合C 112施設）

（前回調査）今まで、母体・胎児集中治療室管理料を算定できていましたか？（n=104）

算定不可：8施設（8%） 算定可能：96施設（92%）

（今回調査）診療報酬改定後、母体・胎児集中治療室管理料を算定できていますか？（n=102）

算定不可：18施設（18%） 算定可能：要件① 29施設、要件② 45施設、要件①と②のハイブリッド 10施設

今まで算定できていない8施設は、今回全て算定不可

今まで算定できていた94施設のうち、今回算定不可の施設は10施設（11%）

今回、算定できない理由（今まで算定できていた施設）

- ・ 人数不足
- ・ 人員的に算定要件を満たす勤務体系の構築が不可能であるため
- ・ 当直を2人おいたり待機おくマンパワーがない
- ・ 維持するための医師数が足りない
- ・ 業務上2名当直が不可のため
- ・ 医師の配置要件を満たせない
- ・ 夜間休日のMFICU勤務が宿日直のため
- ・ 算定基準を満たせないため
- ・ 総合周産期特定集中治療室管理料の施設要件①②とも満たすことが不可能なため

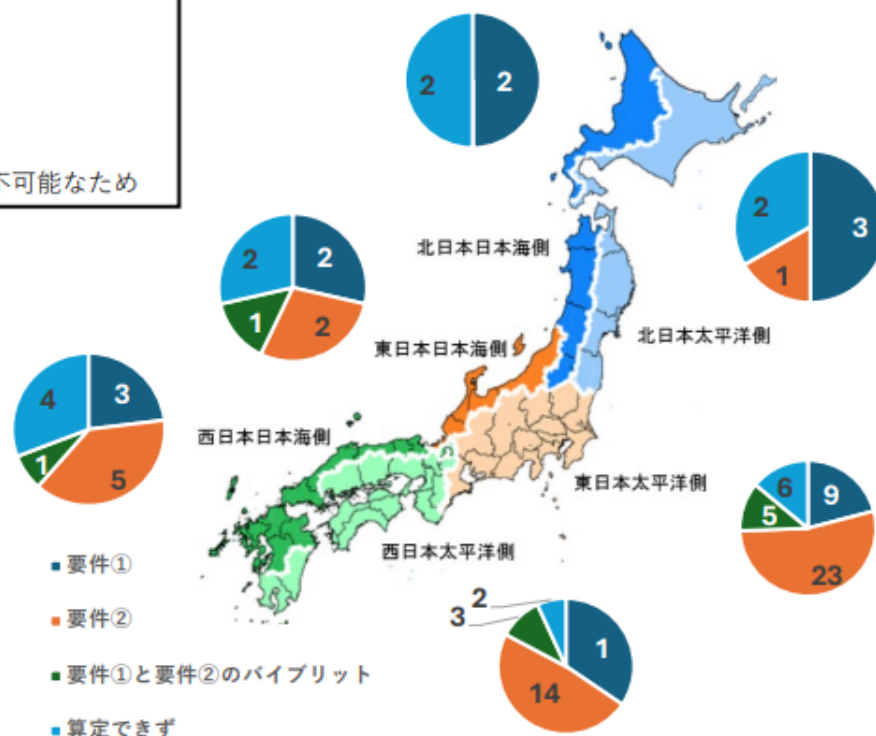
アンケート調査後に算定を返上した施設がさらに2施設

→合計で20施設がMFICU管理料の算定ができていない

算定可能施設ゼロは11県

新たに算定できなくなった主要な理由は、MFICU6床以下の比較的小規模な施設が、今回新たに算定要件の①に追加された「当該専任医師は、宿日直を行う医師ではないこと。」という人員配置要件に対応できないことであることが判明している（夜間、時間外2名以上配置可能で要件②で対応できる比較的大規模施設は、すべて算定できている）

- ・ 急激に進行する少子化により地方での分娩数の減少
- ・ 周産期領域の人員不足
- ・ 働き方改革の厳格化により人員増が必要
- ・ 今後、少子化の進行と診療報酬両面からの収入減少により現状維持困難が危惧される



疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（抜粋） （令和5年医政地発0331第14号）

周産期医療の体制構築に係る指針

第2 医療体制の構築に必要な事項

2 医療機関とその連携

(2) 各医療機関と連携

- ③ 周産期に係る比較的高度な医療行為を行うことができる機能【地域周産期母子医療センター】

イ 医療機関に求められる事項

(ウ) 職員

地域周産期母子医療センターは、次に掲げる職員を配置することが望ましい。

b 産科を有する場合は、帝王切開術が必要な場合に迅速（おおむね 30 分以内）に手術への対応が可能となるような医師（麻酔科医を含む。）及びその他の各種職員

- ④ 母体又は児におけるリスクの高い妊娠に対する医療及び高度な新生児医療等の周産期医療を行うことができる機能【総合周産期母子医療センター】

イ 医療機関に求められる事項

(エ) 職員

総合周産期母子医療センターは、次に掲げる職員をはじめとして適切な勤務体制を維持する上で必要な数の職員の確保に努めること。なお、総合周産期母子医療センターが必要な数の職員を確保できない場合には、都道府県は、当該医療施設に対する適切な支援及び指導を行うこと。

a **MFICU**

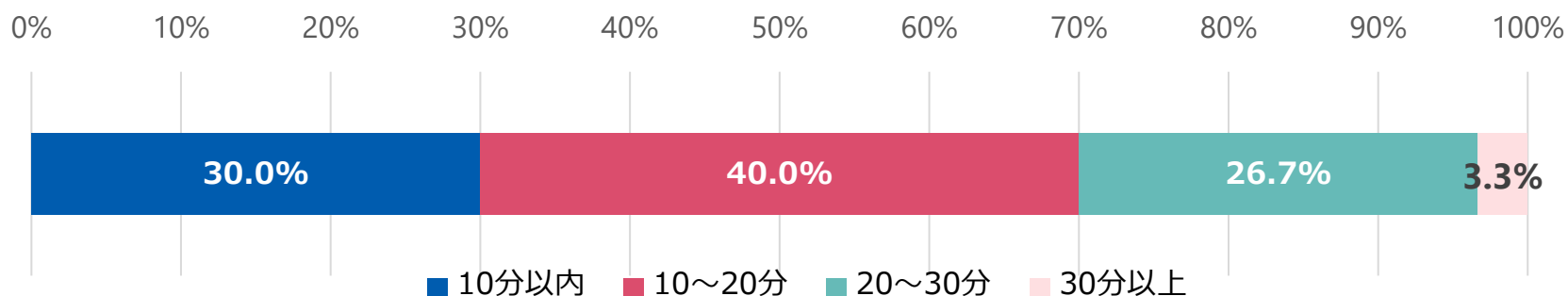
- (a) **24時間体制で産科を担当する複数（病床数が6床以下であって別途オンコールによる対応ができる者が確保されている場合にあっては1名）の医師が当該医療施設内に勤務していること。**

- (b) MFICU の全病床を通じて常時3床に1名の助産師又は看護師が勤務していること。

夜間に自宅待機をするオンコール医師が診療を開始するまでに要する時間

母体・胎児集中治療室（MFICU）を有する周産期母子医療センターに診療体制に関する調査を行ったところ、73施設から回答があった。73施設中、30施設において夜間の院内当直医師数が1人であり、当該施設のMFICUはすべて6床以下であった。**夜間に自宅待機をするオンコール医師の診療を要請し、当該医師が30分以内に診療可能である施設は96.7%であった。**

夜間に自宅待機をするオンコール医師の診療を要請し、当該医師が診療を開始するまでに要する時間
（回答の施設占める割合、回答施設数=30）



夜間の院内当直医師数が1人であると回答した30施設を対象（調査回答73施設中41%が該当）

内訳：総合周産期母子医療センター：22施設、地域周産期母子医療センター：8施設

母体・胎児集中治療室管理料の届出施設 30施設中20施設

1－2．母体・胎児集中治療室について

① 医師配置要件

② 母体搬送件数等

③ 算定対象となる妊産婦・産褥婦

周産期医療の体制構築に係る指針

疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（抜粋）
（令和5年医政地発0331第14号）

周産期医療の体制構築に係る指針

第2 医療体制の構築に必要な事項

2 医療機関とその連携

(2) 各医療機関と連携

③ 周産期に係る比較的高度な医療行為を行うことができる機能【地域周産期母子医療センター】

ア 目標

- ・ 周産期に係る比較的高度な医療行為を実施すること
- ・ **24時間体制での周産期救急医療（緊急帝王切開術、その他の緊急手術を含む。）**に対応すること

イ 医療機関に求められる事項

(ア) 機能

b 地域周産期母子医療センターは、**地域周産期医療関連施設等からの救急搬送**や総合周産期母子医療センターその他の地域周産期医療関連施設等との連携を図ること。

④ 母体又は児におけるリスクの高い妊娠に対する医療及び高度な新生児医療等の周産期医療を行うことができる機能【総合周産期母子医療センター】

イ 医療機関に求められる事項

(ア) 機能

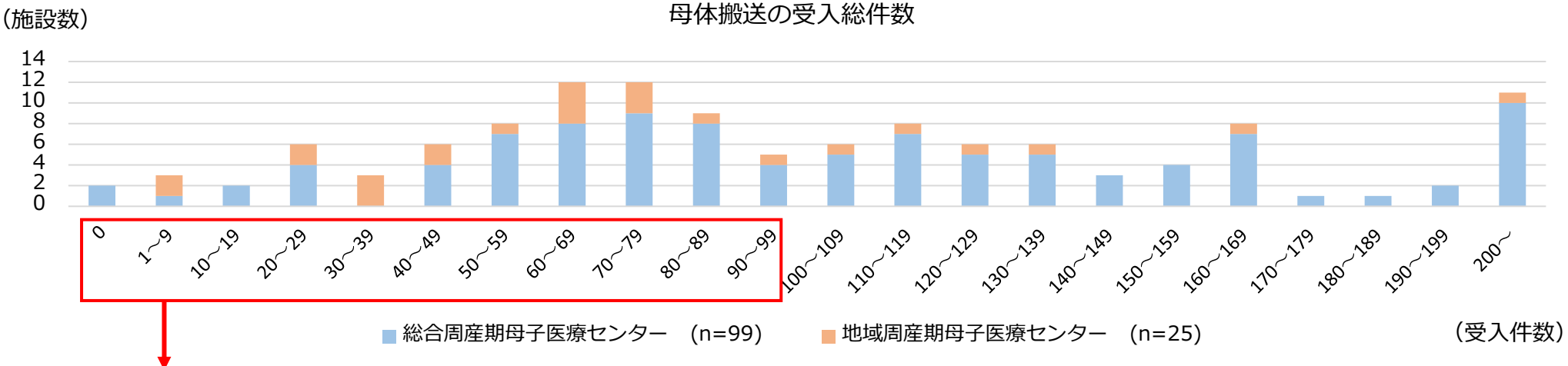
a 総合周産期母子医療センターは、相当規模のMFICUを含む産科病棟及びNICUを含む新生児病棟を備え、**常時の母体及び新生児搬送受入体制を有し、**合併症妊娠（重症妊娠高血圧症候群、切迫早産等）、胎児・新生児異常（超低出生体重児、先天異常児等）等母体又は児におけるリスクの高い妊娠に対する医療、高度な新生児医療等の周産期医療を行うことができるとともに、必要に応じて当該施設の関係診療科又は他の施設と連携し、脳血管疾患、心疾患、敗血症、外傷、精神疾患等を有する母体に対応することができる医療施設を都道府県が指定すること

b 総合周産期母子医療センターは、**地域周産期医療関連施設等からの救急搬送**を受け入れるなど、周産期医療体制の中核として地域周産期母子医療センターその他の地域周産期医療関連施設等との連携を図ること。

「周産期医療の体制構築に係る指針」においては、総合・地域周産期母子医療センターの機能として、24時間体制での緊急帝王切開術への対応や、常時の母体搬送受入体制を有すること等が、目標や求められる事項として示されている。一方で、「母体・胎児集中治療室管理料」の施設基準においては、このような事項が定められていない。

母体搬送受入件数

- 「母体・胎児集中治療室管理料」の届出医療機関における母体搬送受入件数の分布は以下のとおり。
- 母体搬送受入件数が「0件」の施設は、「関東信越」に所在しており、「1～9件」の施設は、それぞれ「関東信越」「東海北陸」「近畿」に1施設ずつ所在していた。



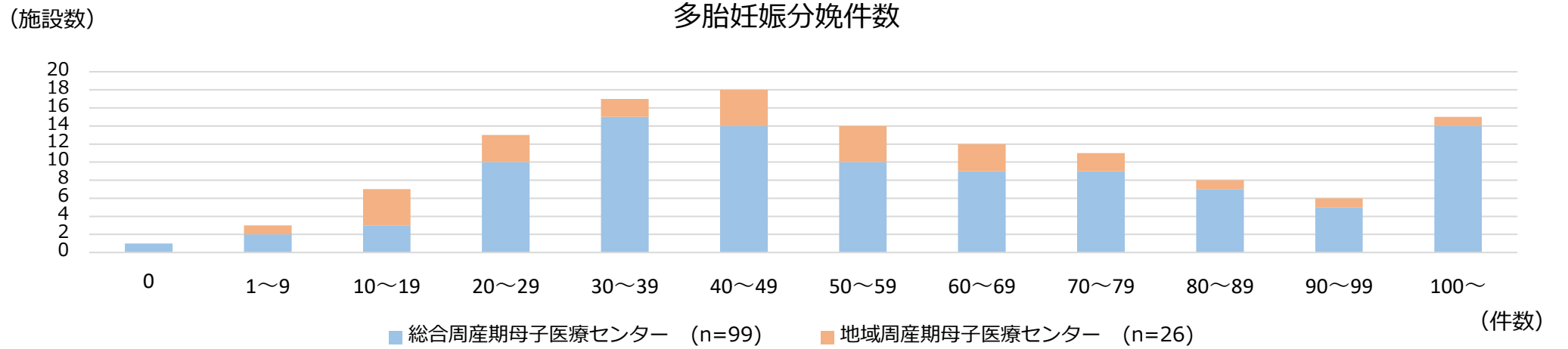
受入件数ごとの地域別施設数（「母体・胎児集中治療室管理料」届出施設）

	0	1～9	10～19	20～29	30～39	40～49	50～59	60～69	70～79	80～89	90～99	(件数)
北海道	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	
東北	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2	1	
関東信越	2	1	0	3	1	1	2	4	6	0	2	
東海北陸	0	1	0	0	0	1	1	3	0	2	1	
近畿	0	1	0	1	1	2	2	3	3	2	0	
中国	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	0	
四国	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	
九州	0	0	0	0	0	0	2	1	1	0	1	
合計	2	3	2	6	3	6	8	12	12	9	5	(施設)

多胎妊娠分娩件数

診調組 入ー1
7 . 9 . 1 8

- 「母体・胎児集中治療室管理料」の届出医療機関における多胎妊娠分娩件数の分布は以下のとおり。
- 多胎妊娠分娩件数が「0件」の施設は、「関東信越」に所在しており、「1～9件」の施設は、それぞれ「北海道」「東北」「九州」に1施設ずつ所在していた。



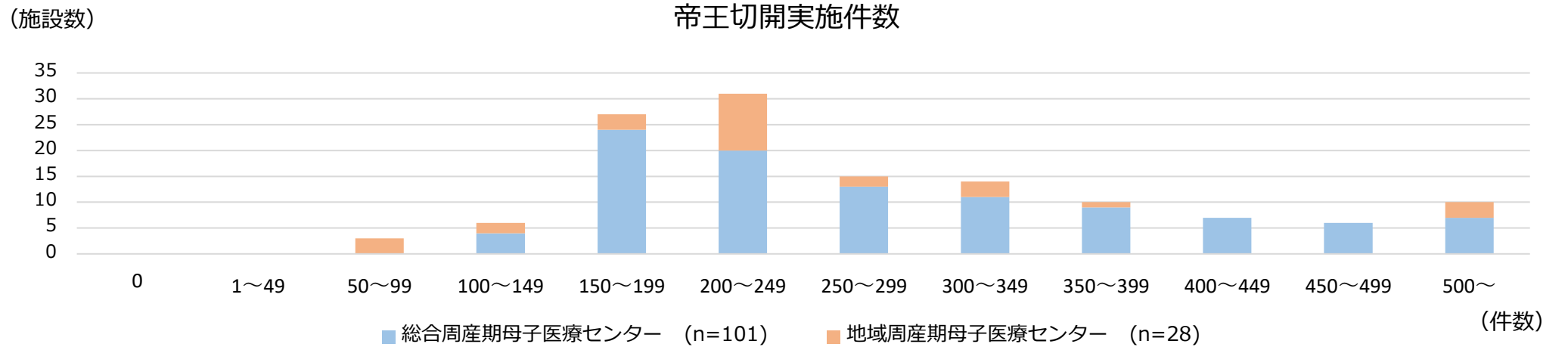
分娩件数ごとの地域別施設数（「母体・胎児集中治療室管理料」届出施設）

	0	1～9	10～19	20～29	30～39	40～49	50～59	60～69	70～79	80～89	90～99	100～	(件数)
北海道	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	
東北	0	1	0	2	0	2	1	1	0	0	0	1	
関東信越	1	0	1	1	6	7	5	6	4	2	2	7	
東海北陸	0	0	3	2	3	2	0	1	1	2	1	3	
近畿	0	0	3	4	2	4	3	1	2	2	2	2	
中国	0	0	0	1	2	1	1	0	1	1	0	0	
四国	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	
九州	0	1	0	1	2	2	3	1	2	1	1	1	
合計	1	3	7	13	17	18	14	12	11	8	6	15	(施設数)

帝王切開実施件数

診調組 入ー1
7 . 9 . 18

- 「母体・胎児集中治療室管理料」の医療機関施設における帝王切開実施件数の分布は以下のとおり。
- 帝王切開実施件数が49件以下である施設はなく、「50～99件」である施設は「北海道」「東海北陸」「近畿」に1施設ずつ所在していた。



実施件数ごとの地域別施設数（「母体・胎児集中治療室管理料」届出施設）

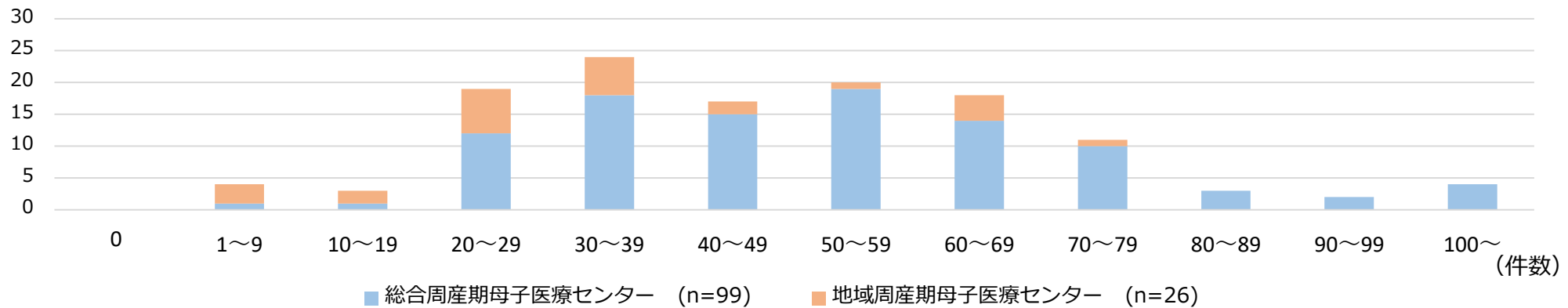
	0	1～49	50～99	100～149	150～199	200～249	250～299	300～349	350～399	400～449	450～499	500～	(件数)
北海道	0	0	1	0	1	2	1	0	1	0	0	0	
東北	0	0	0	2	4	0	0	1	0	1	0	0	
関東信越	0	0	0	1	5	11	4	9	2	3	1	6	
東海北陸	0	0	1	2	2	4	1	1	3	1	3	1	
近畿	0	0	1	0	7	7	4	2	1	2	1	2	
中国	0	0	0	1	2	2	1	0	1	0	0	0	
四国	0	0	0	0	0	3	0	0	1	0	0	0	
九州	0	0	0	0	6	2	4	1	1	0	1	1	
合計	0	0	3	6	27	31	15	14	10	7	6	10	(施設数)

分娩時週数33週以下の分娩件数

診調組 入ー1
7 . 9 . 18

- 「母体・胎児集中治療室管理料」の届出医療機関における分娩時週数33週以下の分娩件数の分布は以下のとおり。
- 分娩時週数33週以下の分娩件数が0件である施設はなく、「1～9件」である施設は「北海道」「東海北陸」に1施設ずつ、「近畿」に2施設所在していた。

(施設数) 分娩時週数33週以下の分娩件数



分娩件数ごとの地域別施設数（「母体・胎児集中治療室管理料」届出施設）

	0	1～9	10～19	20～29	30～39	40～49	50～59	60～69	70～79	80～89	90～99	100～	(件数)
北海道	0	1	2	2	0	0	0	0	1	0	0	0	
東北	0	0	0	0	1	3	2	1	1	0	0	0	
関東信越	0	0	0	5	9	7	9	7	2	0	0	3	
東海北陸	0	1	1	1	3	4	3	2	2	0	1	0	
近畿	0	2	0	4	6	1	3	4	2	2	1	0	
中国	0	0	0	3	1	0	0	1	2	0	0	0	
四国	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	
九州	0	0	0	3	3	1	2	3	1	1	0	1	
合計	0	4	3	19	24	17	20	18	11	3	2	4	(施設数)

1－2．母体・胎児集中治療室について

- ① 医師配置要件
- ② 母体搬送件数等
- ③ 算定対象となる妊産婦・産褥婦

全国周産期医療（MFICU）連絡協議会

総合周産期特定集中治療室管理料 母体・胎児集中治療室管理料の改正についてのお願い（要望書）（抜粋）

・「母体・胎児集中治療管理料（仮称）」の算定対象疾患を、以下のように改正する。（赤字部分が追加、修正箇所）

- ア. 合併症妊娠（精神疾患を含む）
- イ. 妊娠高血圧症候群
- ウ. 多胎妊娠
- エ. 胎盤位置異常
- オ. 切迫流早産
- カ. 胎児発育不全や胎児構造異常などの胎児異常を伴うもの
- キ. 分娩時異常出血
- ク. 産科危機的出血
- ケ. 妊産婦の呼吸循環不全を伴うもの

『総合周産期特定集中治療室管理料 母体・胎児集中治療室管理料の改正についてのお願い（要望書）』
における各要望事項の要望理由について（抜粋）

・精神疾患を有する妊産婦の受入の重要性が増している。産褥の重症疾患のうち頻度が高く、妊産婦死亡の主要原因である産科危機的出血等の受入を円滑に進める必要があるため。

母体・胎児集中治療室管理を要する状態

- 「母体・胎児集中治療室管理料」の算定対象となる患者は以下のとおり。

診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について（通知）令和6年3月5日保医発0305第4号（抜粋）

A303 総合周産期特定集中治療室管理料

「1」の母体・胎児集中治療室管理料の算定対象となる妊産婦は、次に掲げる疾患等のため母体又は胎児に対するリスクの高い妊娠と認められる妊産婦であって、医師が、常時十分な監視のもとに適時適切な治療を行うために母体・胎児集中治療室管理が必要であると認めたものであること。なお、妊産婦とは、産褥婦を含むものであること。

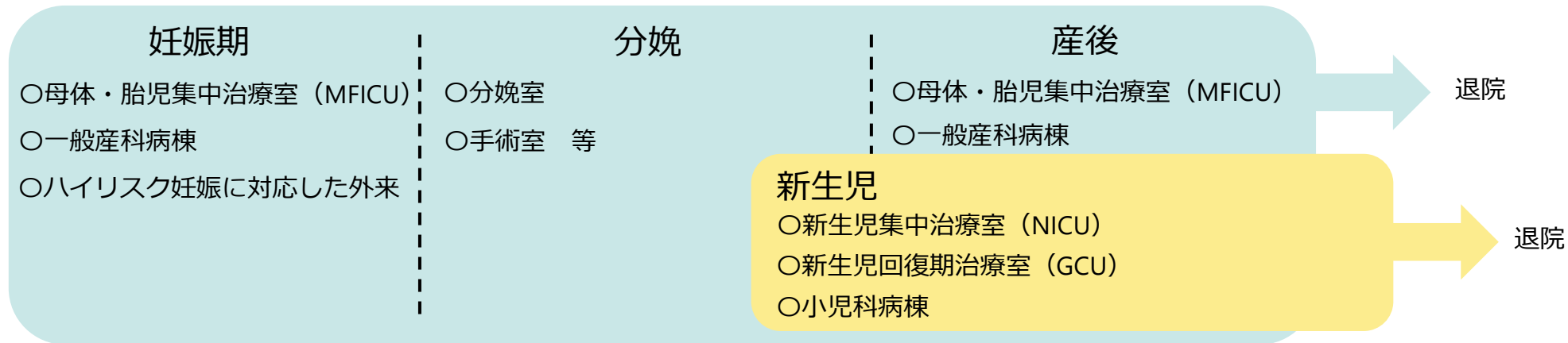
- ア 合併症妊娠
- イ 妊娠高血圧症候群
- ウ 多胎妊娠
- エ 胎盤位置異常
- オ 切迫流早産
- カ 胎児発育遅延や胎児奇形などの胎児異常を伴うもの

※下線は引用時に付記

ハイリスク妊娠・分娩および新生児に対応するための連携について

- 妊娠期から産後にかけて、さまざまなタイミングで多種多様な理由により搬送等の連携が実施されている。

周産期母子医療センター



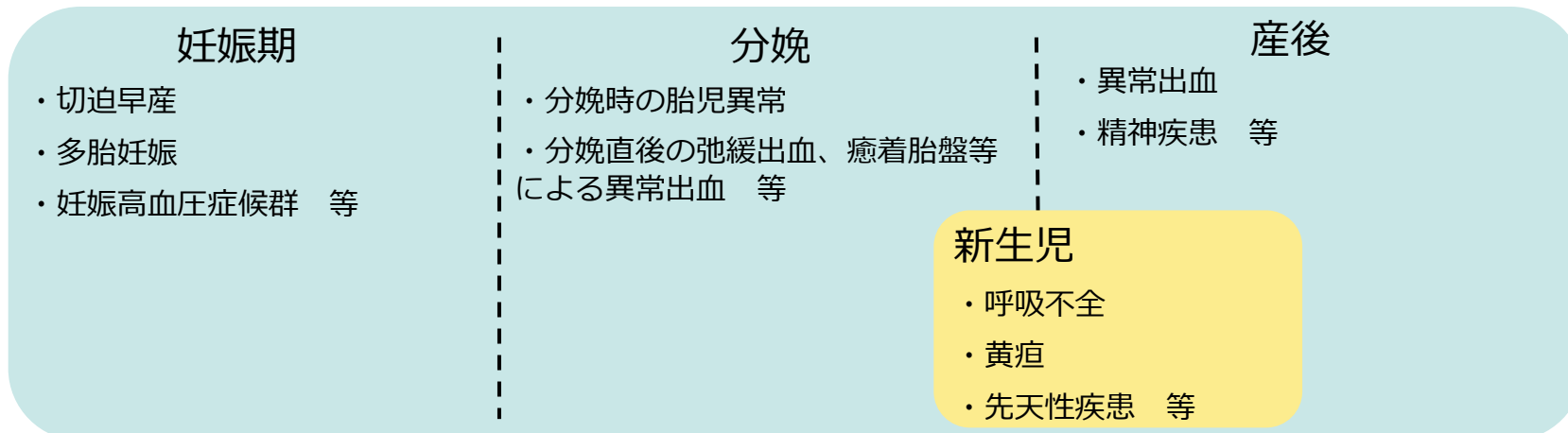
紹介・搬送

紹介・搬送

紹介・搬送

紹介・搬送

一般病院、診療所、助産所



- 産科異常出血のリスク因子は、分娩前から存在する因子と分娩の経過の中で認められる因子が含まれるほか、産科異常出血を起こす患者の約20%にはリスク因子が認められないものとされている。また、一部の重症例は、高次周産期施設での管理が必要とされている。

日本産婦人科医会 研修ノートNo.103「産科異常出血への対応」（抜粋）

(1) 予防

(中略)

1) 産科異常出血のリスク評価

・産科異常出血のリスク因子を表2に示す。産科異常出血のリスク因子には分娩前から存在する因子と分娩の経過の中で認められる因子が含まれる。

・しかしながら、これらの危険因子を持たない妊婦にも産科異常出血が発生する可能性があり、産科異常出血を起こす患者の約20%にはリスク因子が認められない。

・妊娠中には危険因子を持たない妊婦でも、長時間の陣痛や絨毛羊膜炎などの分娩経過により産科異常出血を起こす可能性があるため、妊娠中および分娩での入院時に母体のリスク評価を実施するのみならず、分娩経過中または分娩後の他のリスク要因の発生についても継続的に評価し母体のリスクを修正する必要がある。

(中略)

(3) 高次施設への搬送のタイミングと注意点

(中略) SI（注：ショックインデックス＝心拍数/収縮期血圧）:1.5以上は高次周産期施設での管理が必要となる。

表 2. 産後異常出血のリスク因子

分娩前	分娩時
<ul style="list-style-type: none"> ・ PPH の既往(再発率：8～10%) ・ 初産婦 ・ 多産婦 ・ 年齢 30 歳以上 ・ 帝王切開既往，子宮手術既往 ・ 胎盤付着部異常 ・ 分娩前からの出血 ・ 子宮筋の過伸展 多胎妊娠，羊水過多，巨大児 ・ 子宮筋腫 ・ 子宮奇形 ・ 妊娠高血圧腎症 ・ 母体低体重 元の循環血液量が少ないため ・ 肥満(BMI > 35) ・ 貧血 ・ 凝固異常 先天性 遺伝性凝固因子欠乏症など 後天性 抗血小板薬，抗凝固薬の使用 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 急産(短時間での分娩) ・ 遷延分娩 ・ 絨毛膜羊膜炎 ・ 陣痛誘発・陣痛促進 ・ 硫酸マグネシウムの使用 ・ 妊娠高血圧腎症 ・ 外科的介入 会陰切開 器械分娩 帝王切開 ・ 胎盤遺残 ・ 胎児死亡

1. 小児・周産期医療について

1－1. 小児・周産期医療をとりまく環境

1－2. 母体・胎児集中治療室について

1－3. 産科入院医療について

1－4. 新生児の集中治療室について

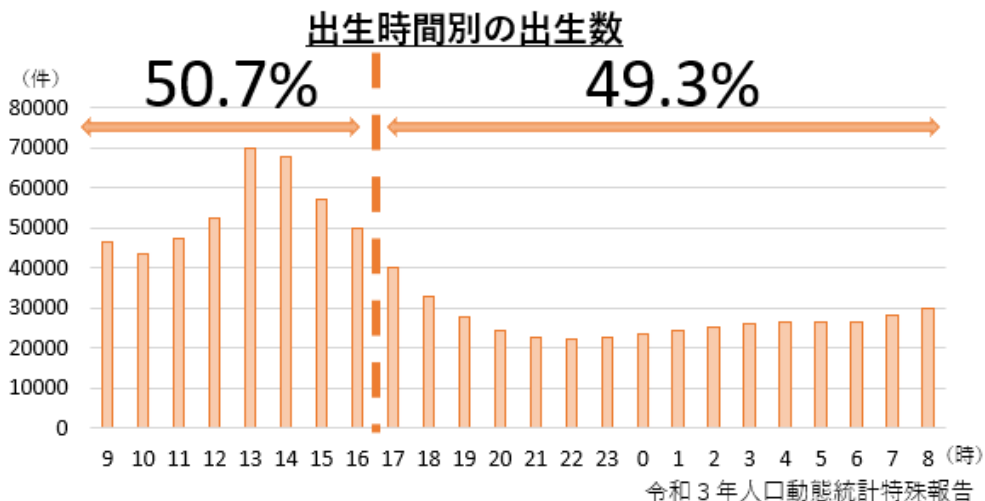
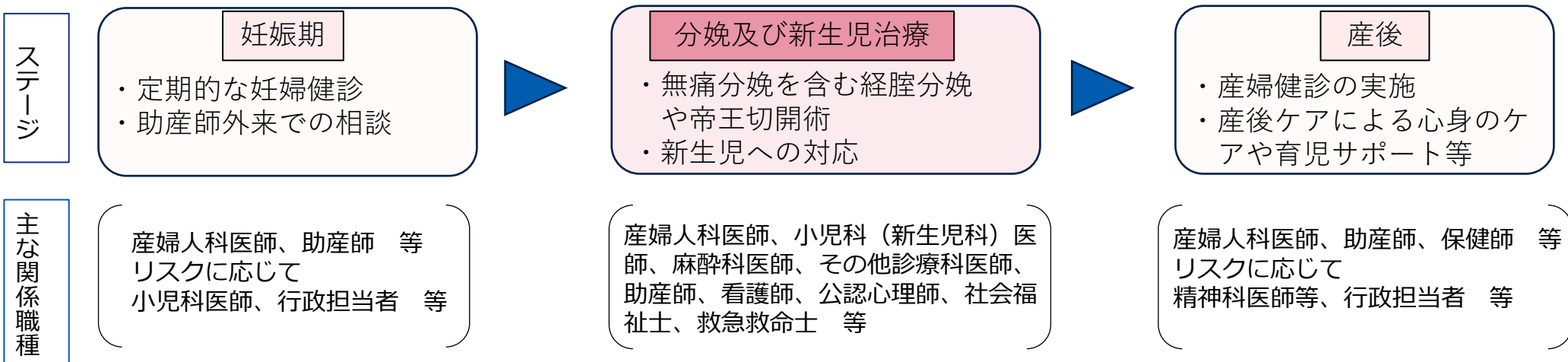
1－5. 療養病棟における医療的ケア児（者）について

1－6. 小児成人移行期医療

1－7. 小児外来・入院における高額な検査・薬剤への対応

周産期医療について

- 周産期医療は、周産期（妊娠22週から出生後7日未満）の妊娠、分娩に関わる母体・胎児管理と出生後の新生児管理を主に対象とする。妊産婦・新生児に対して、多職種が関わり、母子保健も含めて地域で支える体制が重要。
- 特に、分娩の取扱いにおいては、ハイリスク分娩の対応のほか、分娩前まで正常な経過であっても、出生日時や分娩時間、緊急的な対応の必要性が予測困難な上、分娩が数十時間に及ぶこともあり、常時一定規模の体制の確保が必要。



<分娩に必要な体制について>

- 約半数の児が17時から翌日9時までの間に出生しており、分娩取扱施設は24時間対応できる体制が必要
- ハイリスク分娩への対応や、予測困難な急変時の対応に備えるため、周産期母子医療センターを基幹として、夜間も含め常時リスクの高い妊婦・新生児に対応するための十分な人員や設備の確保が必要

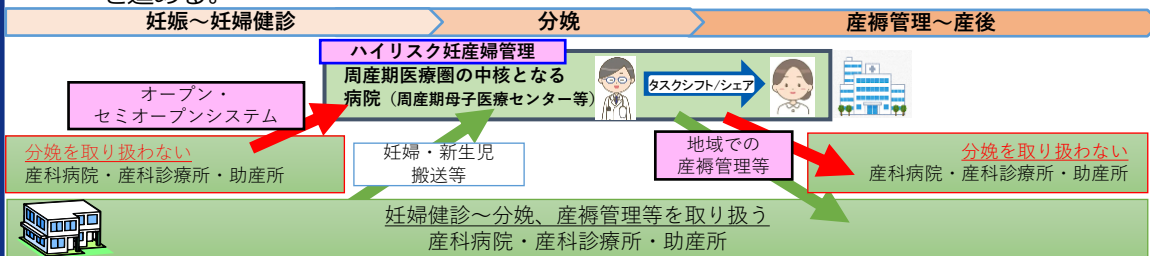
周産期の医療体制（第8次医療計画の見直しのポイント）

概 要

- 周産期医療の質の向上と安全性の確保のため、周産期医療に携わる医師の勤務環境の改善を進めつつ、必要に応じて周産期医療圏の柔軟な設定を行い、医療機関・機能の集約化・重点化を進める。
- 保健・福祉分野の支援や小児医療との連携を含む周産期に関わる幅広い課題の検討に専門人材等も参画し、周産期医療に関する協議会を活用する。
- ハイリスク妊産婦への対応や、医療的ケア児の在宅ケアへの移行支援など、周産期医療体制の整備を進める。
- 新興感染症の発生・まん延時に備えた周産期医療体制を整備する。

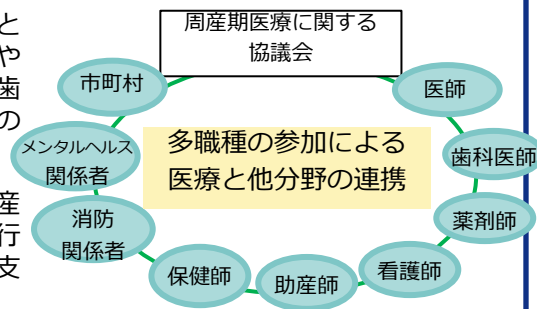
周産期医療の集約化・重点化

- 基幹施設を中心とした医療機関・機能の集約化・重点化を進める。ハイリスクでない分娩は、その他の産科医療機関で取り扱うことや、分娩を取り扱わない医療機関において妊婦健診や産前・産後のケアや、オープンシステム・セミオープンシステム等を実施することを検討するとともに、産科医師から助産師へのタスクシフト/シェアを進める。



周産期医療に関する協議会

- 医師の他、助産師等看護職を含むことを基本とし、妊婦のメンタルヘルスケアに携わる人材や消防関係者、さらに、地域の実情に応じて、歯科医師、薬剤師、保健師等必要な職種その他の関係者の参画を検討する。
- 社会的ハイリスク妊産婦への対応として、周産期医療に関する協議会等を通じて、市町村が行う保健・福祉等の支援等の情報共有を図り、支援につなげる。



ハイリスク妊産婦への対応

- NICUや専門医などの機能や人材の集約化・重点化などを通じて、総合周産期母子医療センターを中心として、周産期医療に精通した医療従事者育成を含めて、母体又は児のリスクが高い妊娠に対応する体制を構築する。
- 集約化・重点化により分娩施設までのアクセスが悪化した地域に居住する妊産婦に対して、地域の実情に応じて対策を検討する。

在宅ケアへの移行支援

- 周産期医療関連施設は、NICU長期入院児等が自宅に退院する前に、当該施設の一般病棟や地域の医療施設への移動等の段階を経ることにより、医療的ケア児の生活の場における療養・療育への円滑な移行を支援する。

産科区域の特定

- 分娩を取り扱う医療機関は、母子の心身の安定・安全の確保等を図る観点から、産科区域の特定などの対応を講ずることが望ましいなか、当該医療機関の実情を踏まえた適切な対応を推進する。

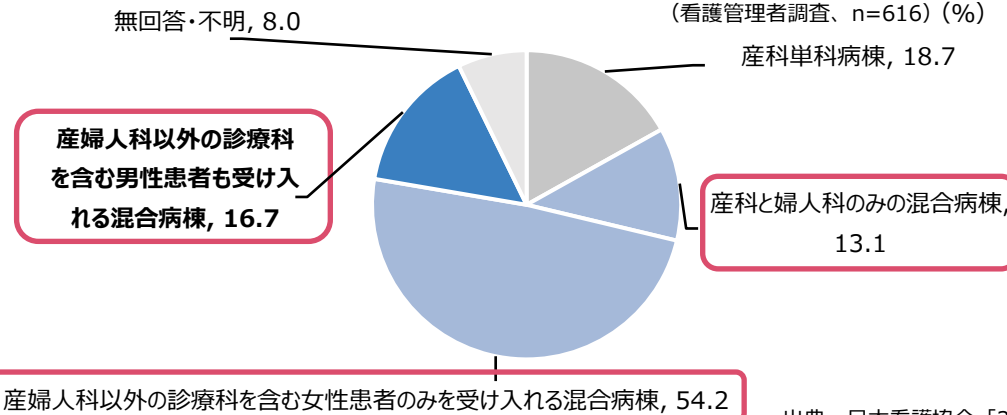
産科混合病棟の実態

- 産科関連病棟を有する医療機関において産科混合病棟は84.0%であり、男性患者を受け入れていると回答した割合は16.7%であった。産科混合病棟のうち産科区域の特定をしていない病院は38.5%であった。
- 産科と他科患者の受け持ちは「同時に受け持つ」が34.7%と最も多くを占めた。混合病棟の助産師への調査においては、分娩第2期（子宮口全開大から胎児娩出まで）においても、助産師によるケアの中断が「いつもある」が16.2%であった。

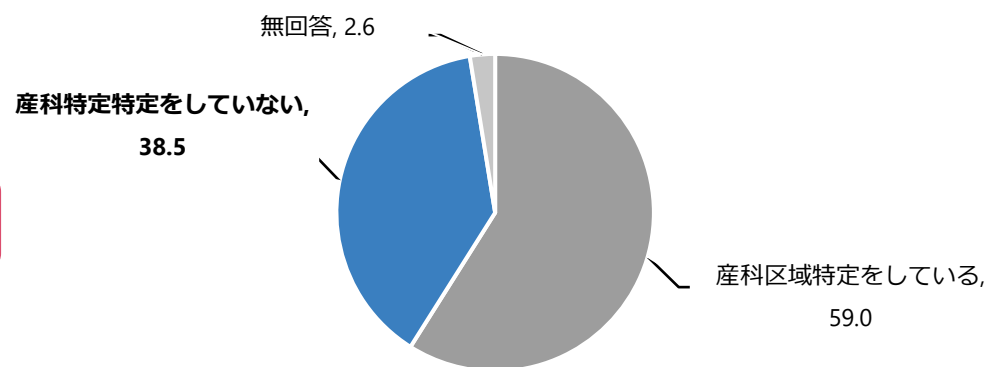
● 全国の病院の看護管理者や助産師個人を対象とした調査。産科関連病棟を有する医療機関において、産科区域の特定や他科患者の受け持ち状況について集計。産婦人科以外の診療科も含む産科混合病棟に勤務する助産師に、正常分娩のケア中、産科以外の患者のケア（ナースコール、看取り等）に対応するために産婦のケアを中断（その場を離れる等）したことがあるかどうかを分娩時期毎に集計。

【分娩取り扱い施設における産科関連病棟の状況（令和7年度速報値）】

（看護管理者調査、n=616）（%）

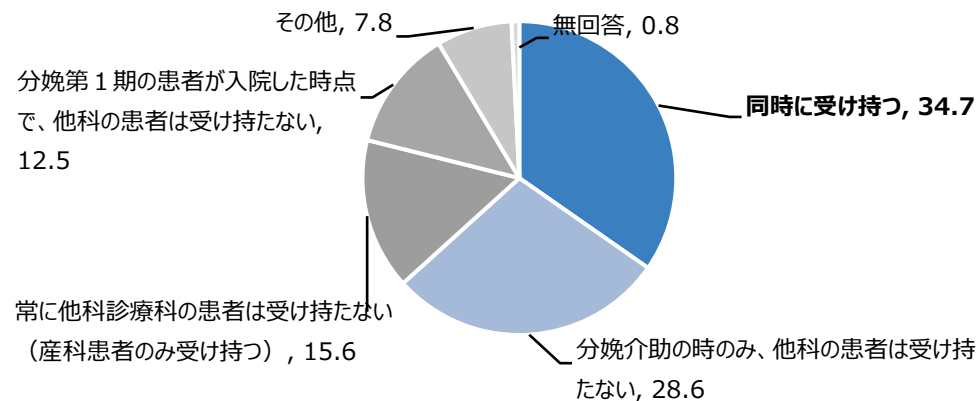


【設置している産科関連病棟の種類（令和7年度速報値）】（看護管理者調査、n=507）（%）



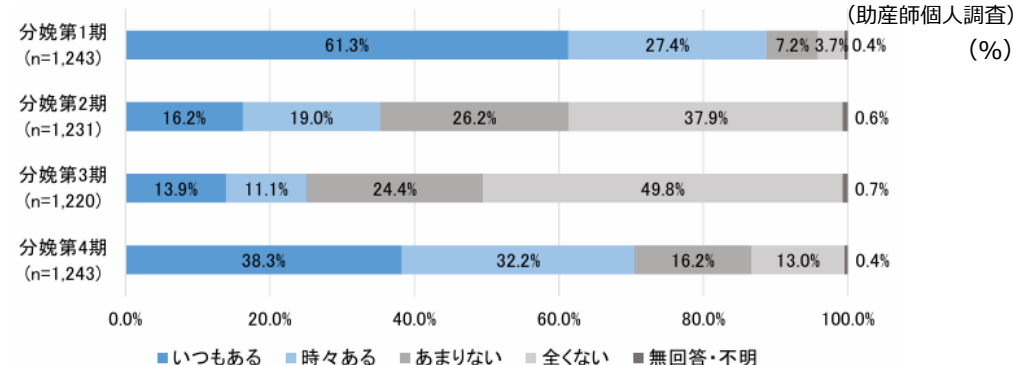
出典：日本看護協会「2025年度病院看護実態調査」（令和7年調査10月31日時点）より医療課にて作成

【産科と他科患者の受け持ち（令和4年度）】（看護管理者調査、n=360）（%）



【正常分娩での産婦のケア中断の有無（令和4年度）】

（「産婦人科以外の診療科も含む混合病棟」と回答した場合）（昨年度、正常分娩に「携わった」と回答した場合）（助産師個人調査）



出典：日本看護協会「助産師の専門性発揮のあり方に関する実態調査 報告書」（令和5年）より医療課にて作成

令和7年度当初予算案 19百万円（医療提供体制施設整備交付金26億円の内数）※（）内は前年度当初予算額

1 事業の目的

○「成育医療等の提供に関する総合的な推進に関する基本的な方針」（令和3年2月閣議決定）において、分娩取扱施設について、母子への感染防止及び母子の心身の安定・安全の確保を図る観点から、産科区域の特定などの対応を講ずることが望ましい中、施設の実情を踏まえた適切な体制の整備を推進することとされている。

○また、第8次医療計画を策定するための指針（令和5年3月31日付医政局地域医療計画課長通知）においても、母子の心身の安定・安全の確保等を図る観点から、産科区域の特定などの対応を講ずることが望ましいなか、当該施設の実情を踏まえた適切な対応を推進することとしているところである。

○産科区域の特定により、下記の効果が期待される。

- ・妊産婦を特定の病室に集めることにより、その病室を担当する助産師が妊産婦ケアに集中できる。
- ・妊産婦が他科患者に気兼ねせず、安心して入院生活を送ることができる。
- ・新生児へのMRSA感染症を予防することができる。

○本事業は、周産期医療施設における産科区域の特定に係る施設整備費を補助するものである。

2 産科病棟の現状

地域の周産期医療の基幹病院である周産期母子医療センターであっても、約半数の施設で産科病棟に産科患者のみではなく、他科の患者が入院している。

＜産科病棟における患者の受入状況（周産期母子医療センター数）＞

産科患者のみ	180	総合	73
		地域	107
他科混合	228	総合	39
		地域	189

周産期母子医療センター408施設のうち、228施設（55.9%）で、産科病棟に産科以外の患者が入院していた。

＜産科区域特定の状況（周産期母子医療センター数）＞

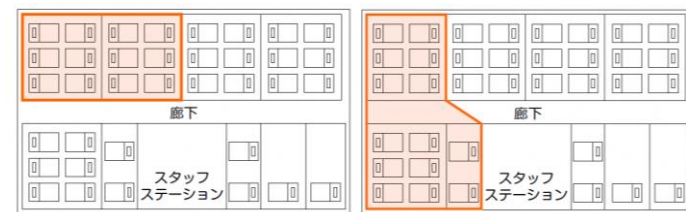
228施設	総合	地域	計
ユニット化実施	5	31	36
ゾーニング実施	6	39	45
ユニット化及びゾーニング実施	4	17	21
実施無し	24	102	126

周産期母子医療センター228施設のうち、126施設（55.2%）で、産科区域の特定が行われていなかった。

出典：地域医療計画課調べ（令和4年度実績）

3 事業の概要

産科区域の特定に係る施設の改修を行う際のゾーニングによる施設整備費を補助する。



ユニット化

ゾーニング

ユニット化：ひとつづきになっている病棟の一部を産科専用の「ユニット」として使用すること

ゾーニング：廊下を含むひとつまりの領域を産科だけの区域とすること

4 実施主体等

- ・実施主体：医療計画等に基づき、都道府県知事の要請を受けた病院の開設者
- ・補助率：国1／3（医療提供体制施設整備交付金）

助産師の専門性の積極的な活用によるタスク・シフト／シェアの推進

背景と目的

- 妊産婦の妊娠・出産・育児に対する多様なニーズ ● 医師不足・分娩施設の減少への対応 ● 働き方改革（医師の時間外労働の上限規制）

妊婦の多様なニーズに応え、地域における安全・安心・快適なお産の場を確保するとともに、産科病院・産科診療所において助産師を積極的に活用し、正常産を助産師が担うことで産科医師の負担軽減する。「助産師の専門性の積極的な活用」により、タスク・シフト／シェアを推進する。

役割分担

平成19年12月28日付け医政局長通知「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」

- 医師でなくても対応可能な業務を医師が行っていることが病院勤務医の厳しい勤務環境の一因。

このため、医師でなくても対応可能な業務例を下記のとおり整理。

▶ 助産師

- ① 正常分娩における助産師の活用
- ② 妊産婦健診や相談における助産師の活用
- ③ 病院内で医師・助産師が連携する仕組みの導入（院内助産所・助産師外来）

医療チーム

平成22年3月23日「チーム医療の推進に関する検討会」報告書

▶ 助産師

- 周産期医療の場面において、過重労働等による産科医不足が指摘される一方で、助産師は、正常分娩であれば自ら責任を持って助産を行うことができることから、産科医との連携・協力・役割分担を進めつつ、その専門性をさらに活用することが期待される。

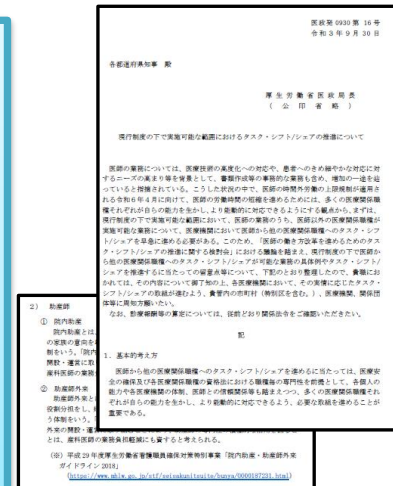
タスク・シフト／シェア

令和3年9月30日付け医政局長通知

「現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト／シェアの推進について」

- 医師の時間外労働の上限規制が適用される令和6年4月に向けて、医師の労働時間の短縮を進めるため、検討会での議論等を踏まえ、まずは、現行制度の下で実施可能な範囲において、医療機関において医師から他の医療関係職種へのタスク・シフト／シェアを推進するよう、その留意点等について通知を発出。
- 医療機関全体でタスク・シフト／シェアの取組の機運が向上するよう、管理者及び医療従事者全体の意識改革・啓発に取り組むことが求められるとともに、医療安全を確保しつつ、タスク・シフト／シェアを受ける側の医療関係職種の知識・技能が担保されるよう、教育・研修の実施や人材確保等に取り組む必要。
- 特に、産科医療機関においては、産科医師の負担軽減を目的とした、院内助産や助産師外来の開設・運営などによる「助産師の専門性の積極的な活用」を図ることが必要。

▶ 助産師 ① 院内助産所 ② 助産師外来



（厚生労働省医政局看護課）

助産師の活躍の推進～院内助産・助産師外来の推進～

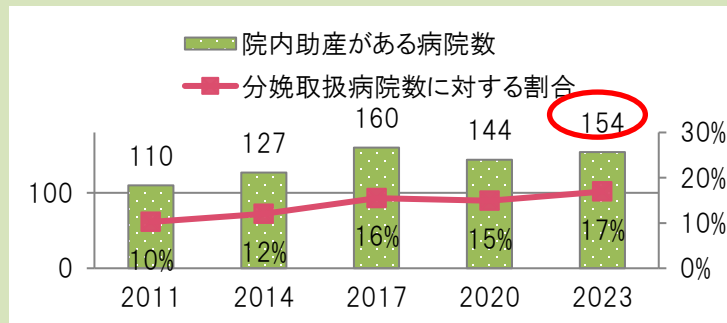
背景と目的

- 妊産婦の妊娠・出産・育児に対する多様なニーズ
- 医師不足・分娩施設の減少への対応

→ 妊婦の多様なニーズに応え、地域における安全・安心・快適なお産の場を確保するとともに、産科病院・産科診療所において助産師を積極的に活用し、正常産を助産師が担うことで助産師の活躍を推進する。

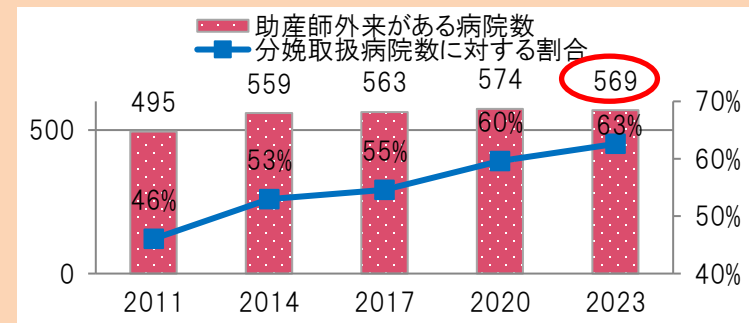
院内助産とは

緊急時の対応が可能な医療機関において、助産師が妊産婦とその家族の意向を尊重しながら、妊娠から産褥1か月頃まで、正常・異常の判断を行い、助産ケアを提供する体制をいう。



助産師外来とは

緊急時の対応が可能な医療機関において、助産師が産科医師と役割分担をし、妊産婦とその家族の意向を尊重しながら、健康診査や保健指導を行うことをいう。ただし、産科医師が健康診査を行い、保健指導・母乳外来等のみを助産師が行う場合はこれに含まない。



【出典】医療施設調査

平成21年

『院内助産ガイドライン 医師と助産師の役割分担と協働』策定
(平成20年度厚生労働科学特別研究事業「助産師と産科医の協働の推進に関する研究」)

平成30年

『院内助産・助産師外来ガイドライン2018』（ガイドライン改定）
(平成29年度厚生労働省看護職員確保対策特別事業：日本看護協会)

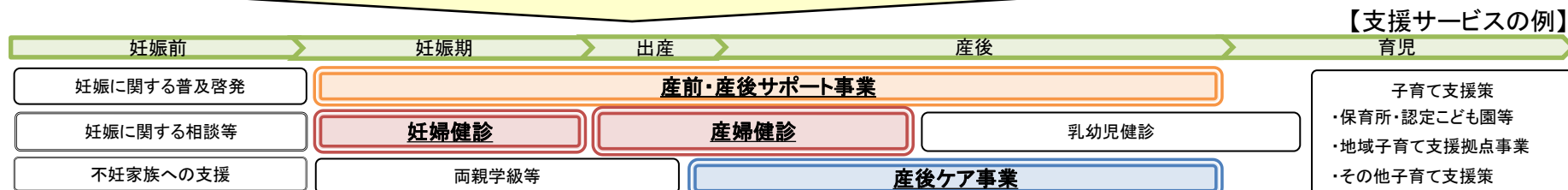
院内助産・助産師外来推進のための地域医療介護総合確保基金等の活用による支援

安心・安全で健やかな妊娠・出産、産後を支援する体制

こども家庭センター（母子保健機能）を拠点として、妊娠期から子育て期にわたる切れ目ない支援の体制を確保し、**誰ひとり取り残すことなく妊産婦に対し、安心・安全で健やかな妊娠・出産、産後をサポート**します。

こども家庭センター（母子保健機能）による包括的な支援体制の構築

- ①妊産婦等の支援に必要な実情の把握
- ②妊娠・出産・育児に関する相談、必要な情報提供・助言・保健指導
- ③保健医療又は福祉の関係機関との連絡調整
- ④サポートプランの策定



妊婦健診の実施

妊婦に対し、14回程度の妊婦健診費用が公費助成されています。

産婦健診の実施

産後2週間、産後1か月など出産後間もない時期の産婦に対し、母体の身体的機能の回復や授乳状況の把握等を行う産婦健診を実施します。産婦健診の結果、支援が必要な産婦には、産後ケアなどを勧めます。

産前・産後サポート事業

妊娠・出産や子育てに関する悩みを抱える妊産婦等に対し、地域の子育て経験者やシニア世代の人たちなどが、気軽に話し相手になって相談に応じるなどの支援を行います。妊産婦等の孤立化を防ぐソーシャル・キャピタルの役割を担っています。

産後ケア事業

退院直後の母子に対し、短期入所、通所又は居宅訪問の形態により、助産師等が心身のケアや育児のサポートを行います。
令和元年の母子保健法改正により、市町村に実施の努力義務が課せられました。

多胎妊婦や多胎児家庭への支援

育児等の負担が大きく孤立しやすい多胎妊婦や多胎児家族支援のため、
①育児等サポーターを派遣し、日常生活支援等を行うとともに、
②多胎児の育児経験者家族との交流会の開催、相談支援等を行います。

若年妊婦等への支援

予期せぬ妊娠等により、身体的、精神的な悩みや不安を抱えた若年妊婦等への身近な地域での支援として、NPO等も活用し、
①アウトリーチやSNS等による相談支援を行います。
②不安や金銭面の心配から医療機関受診を躊躇する特定妊婦等に対し、支援者が産科受診に同行するとともに、受診費用を補助します。
③行き場のない若年妊婦等に、緊急一時的な居場所を提供します。
(※本事業の実施主体は、都道府県、指定都市、中核市)

外国人妊産婦への支援

言葉の問題がある外国人の妊産婦の妊娠・出産等を支援するため、母子健康手帳の多言語版（10か国語に翻訳）を作成しています。

入院助産の実施

生活保護世帯など経済的な問題のある妊産婦に対して、所得の状態に応じ、指定産科医療機関（助産施設）における分娩費用の自己負担額を軽減する仕組み（入院助産制度）があります。

- ・上記の事業等のほか、医療保険から出産育児一時金として原則50万円が支給されます。
- ・国の制度以外でも、各自治体において、独自事業が実施されています。

令和7年度予算 子ども・子育て支援交付金 66.5億円（一）

※令和6年度までは母子保健医療対策総合支援事業として実施（令和6年度予算額：60.5億円）【平成26年度創設】

事業の目的

- 出産後1年以内の母子に対して心身のケアや育児のサポート等を行い、産後も安心して子育てができる支援体制の確保を行う産後ケア事業について、少子化の状況を踏まえ、安心・安全な子育て環境を整えるため、法定化により市町村の努力義務となった当事業のユニバーサル化を目指す。こども家庭センターや伴走型相談支援との連携により、妊娠期から子育て期にわたるまでの切れ目ない支援の提供を行う。

※ 「産後ケア事業」は、母子保健法の一部を改正する法律（令和元年法律第69号）により、市町村の努力義務として規定された（令和3年4月1日施行）

事業の概要

◆ 対象者

産後ケアを必要とする者

◆ 内 容

出産後1年以内の母子に対して心身のケアや育児のサポート等きめ細かい支援を実施する。

◆ 実施方法・実施場所等

- （1）「宿泊型」・・・ 病院、助産所等の空きベッドの活用等により、宿泊による休養の機会の提供等を実施（利用期間は原則7日以内）
- （2）「デイサービス型」・・・ 個別・集団で支援を行える施設において、日中、来所した利用者に対し実施
- （3）「アウトリーチ型」・・・ 実施担当者が利用者の自宅に赴き実施

◆ 実施担当者

事業内容に応じて助産師、保健師又は看護師等の担当者を配置。※ 宿泊型を行う場合には、24時間体制で1名以上の助産師、保健師又は看護師の配置が条件

実施主体等

【実施主体】市町村（特別区を含む）

【補助率】国1／2、都道府県1／4、市町村1／4

※都道府県負担の導入（R6以前は、国1／2、市町村1／2）

【補助単価】

- （1）デイサービス・アウトリーチ型 1施設あたり月額 1,788,000円
- （2）宿泊型 1施設あたり月額 2,605,700円
- （3）①住民税非課税世帯に対する利用料減免（R4～） 1回あたり 5,000円
- ②上記①以外の世帯に対する利用料減免（R5～） 1回あたり 2,500円
- （4）24時間365日受入体制整備加算（R4～） 1施設あたり年額 2,943,600円
- （5）支援の必要性の高い利用者の受け入れ加算（R6～） 1人当たり日額 7,000円
- （6）兄弟や生後4か月以降の児を受け入れる施設への加算【拡充】
1施設あたり月額 174,200円
- （7）宿泊型について、夜間に職員配置を2名以上にしている施設への加算【拡充】
1施設あたり月額 244,600円

事業の実績



※ 実施自治体数は変更交付決定ベース

※ 産婦の利用率の算出方法

宿泊型・デイサービス型・アウトリーチ型の各利用実人数の合計 / 分娩件数

1. 小児・周産期医療について

1－1. 小児・周産期医療をとりまく環境

1－2. 母体・胎児集中治療室について

1－3. 産科入院医療について

1－4. 新生児の集中治療室について

1－5. 療養病棟における医療的ケア児（者）について

1－6. 小児成人移行期医療

1－7. 小児外来・入院における高額な検査・薬剤への対応

新生児特定集中治療室（NICU）の概要

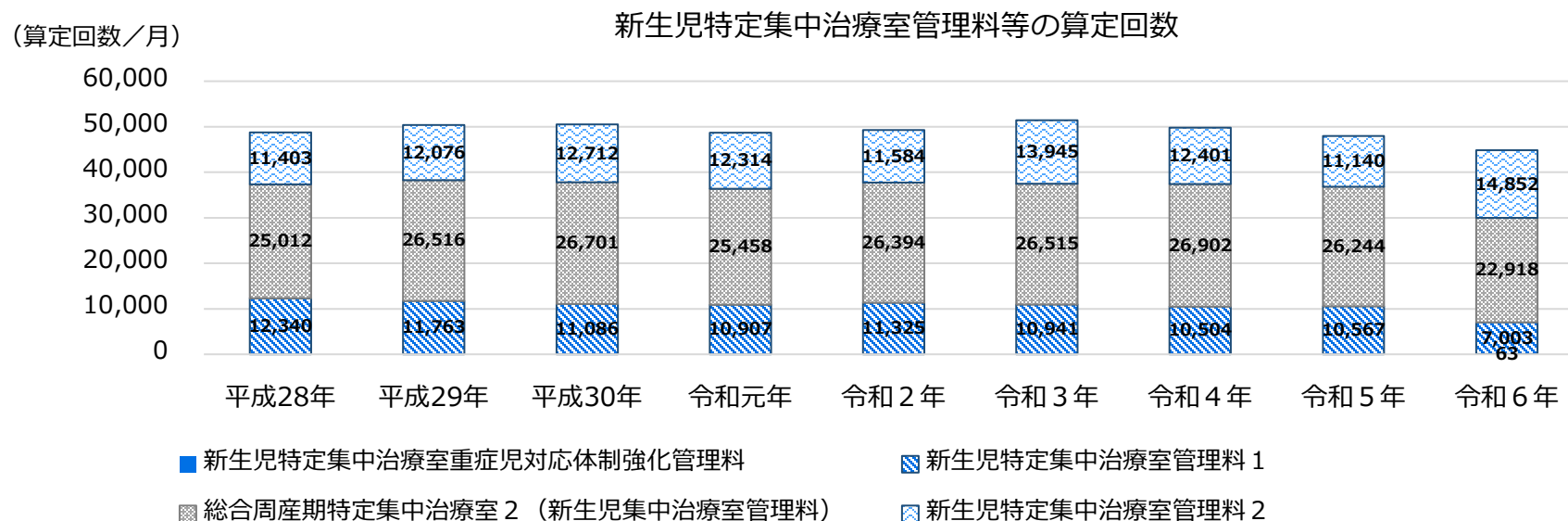
	A302-2 新生児特定集中治療室 重症児対応体制強化管理料 14,539点（1日につき）	A303 総合周産期特定集中 治療室管理料 2（新生児集 中治療室管理料） 10,584 点（1日につき）	A302 新生児特定集中 治療室管理料 1 10,584点（1日につき）	A302 新生児特定集中 治療室管理料 2 8,472 点（1日につき）
算定対象	<p><対象患者>次に掲げる状態であって、医師が新生児特定集中治療室管理が必要であると認めた新生児</p> <p>ア 体外式膜型人工肺を実施している状態、イ 腎代替療法を実施している状態、ウ 交換輸血を実施している状態、エ 低体温療法を実施している状態、オ 人工呼吸器を使用している状態（出生時体重が七百五十グラム未満である場合に限る。）、カ 人工呼吸器を使用している状態であって、一酸化窒素吸入療法を実施している状態、キ 人工呼吸器を使用している状態であって、胸腔・腹腔ドレーン管理を実施している状態、ク 開胸手術、開頭手術、開腹手術等後に人工呼吸器を使用している状態、ケ 新興感染症や先天性感染症等の感染症患者であって、陰圧個室管理など嚴重な感染対策を行いながら人工呼吸器を使用している状態（合併症として発生した感染症は除く。）</p> <p>（算定上限日数） NICU又はGCUに入室した日から7日間</p>		<p><対象患者>次に掲げる状態にあつて、医師が新生児特定集中治療室管理が必要であると認めた新生児</p> <p>ア 高度の先天奇形、イ 低体温、ウ 重症黄疸、エ 未熟児、オ 意識障害又は昏睡、カ 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪、キ 急性心不全（心筋梗塞を含む）、ク 急性薬物中毒、ケ ショック、コ 重篤な代謝障害、サ 大手術後、シ 救急蘇生後、ス その他外傷、破傷風等で重篤な状態</p> <p>（算定上限日数） 21日</p> <p>ただし、以下の場合を除く</p> <p>出生時体重が1500g以上で厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児：（35日）</p> <p>出生時体重1000～1499g：（60日） 出生時体重1000g未満：（90日）</p> <p>出生時体重が500g以上750g未満であって慢性肺疾患の新生児：（105日）</p> <p>出生時体重500g未満であって慢性肺疾患の新生児：（110日）</p>	
医師の 配置	○ 宿日直ではない専任の医師（新生児の特定集中治療の経験を5年以上有する医師を2名以上含む）が常時、治療室内に勤務		○ 宿日直ではない専任の医師が常時、治療室内に勤務	
看護師の 配置	○ 助産師又は看護師の数は常時2対1以上		○ 助産師又は看護師の数は常時3対1以上	
構造設備等	○ 1床あたり7平方メートル以上 ○ 当該治療室内に、手術室と同程度の空気清浄度を有する個室及び陰圧個室を設置することが望ましい ○ 救急蘇生装置等の装置及び器具を常備 ○ 自家発電装置を有し、電解質定量検査及び血液ガス分析を含む必要な検査が常時可能			
その他	○ 新生児特定集中治療室管理料1又は総合周産期特定集中治療室管理料2（新生児集中治療室管理料）を届け出ている病室であること		○ 医療安全対策加算1を届け出ていること	
	○ 当該治療室が次の基準を全て満たしていること。 ・ 出生体重750g未満の新生児の新規入院患者数が直近1年間で4件以上 ・ 治療室入院患者について行った、直近1年間の開胸手術、開頭手術、開腹手術、胸腔鏡下手術又は腹腔鏡下手術の年間実施件数が6件以上 ・ 直近1年間経鼻的持続陽圧呼吸療法を除く人工呼吸管理を要する新規入院患者数が30件以上		○ 次のいずれかの基準を満たしていること ・ 出生体重1,000g未満の新生児の新規入院患者数が直近1年間で4件以上 ・ 治療室入院患者について行った、直近1年間の開胸手術、開頭手術、開腹手術、胸腔鏡下手術又は腹腔鏡下手術の年間実施件数が6件以上	
	○ 医療機関に常勤の臨床工学技士が配置され、緊急時には常時対応できる体制 ○ 医療機関に公認心理師が配置		○ 総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターであること ○ 当該治療室に病床が6床以上設置されていること	
			—	○ 出生体重2,500g未満の新生児の新規入院患者数が直近1年間で30件以上

新生児特定集中治療室管理料等の算定回数の推移

診調組 入-1
7. 9. 18

○ 新生児特定集中治療室管理料等の算定回数は、近年減少傾向である。

	これまでの主な改定内容	強化管理料	管理料 1 総合周産期 2	管理料 2
平成22年	新生児特定集中治療室管理料 2 の新設		10,000点	6,000点
平成26年	一部の先天奇形等を有する患者に対する算定日数上限の見直し 各管理料に対する受入実績等に関する基準の新設		10,714点	8,109点
平成28年	先天性心疾患を有する児に対する 算定日数上限の見直し		10,174点	8,109点
令和4年	慢性肺疾患を伴う低出生体重児に対する 算定日数上限の見直し		10,539点	8,434点
令和6年	新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料の新設 宿日直を行う医師に関する要件の明確化	14,539点	10,584点	8,472点

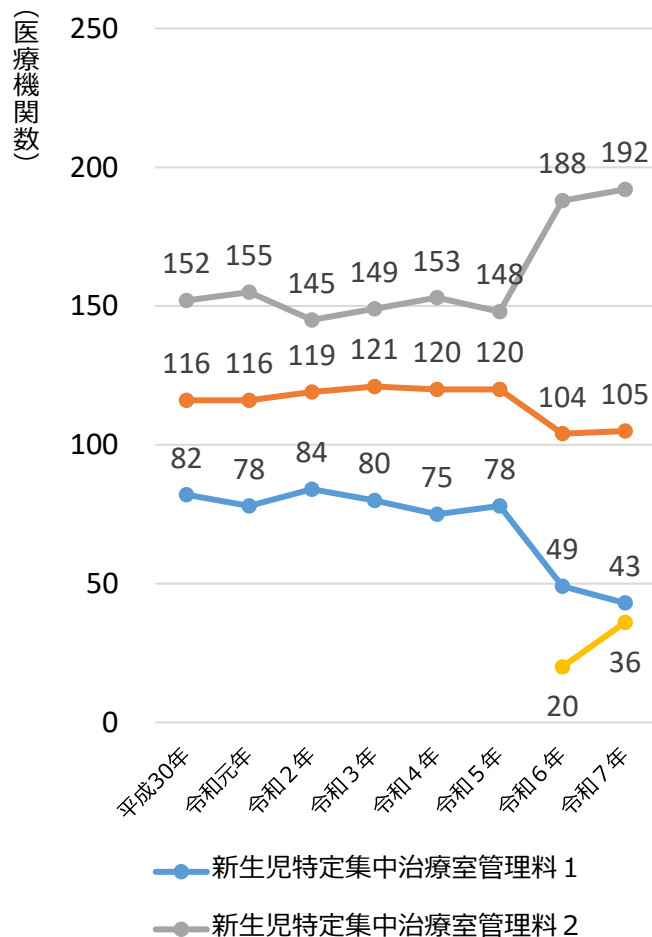


新生児特定集中治療室管理料等の届出状況等

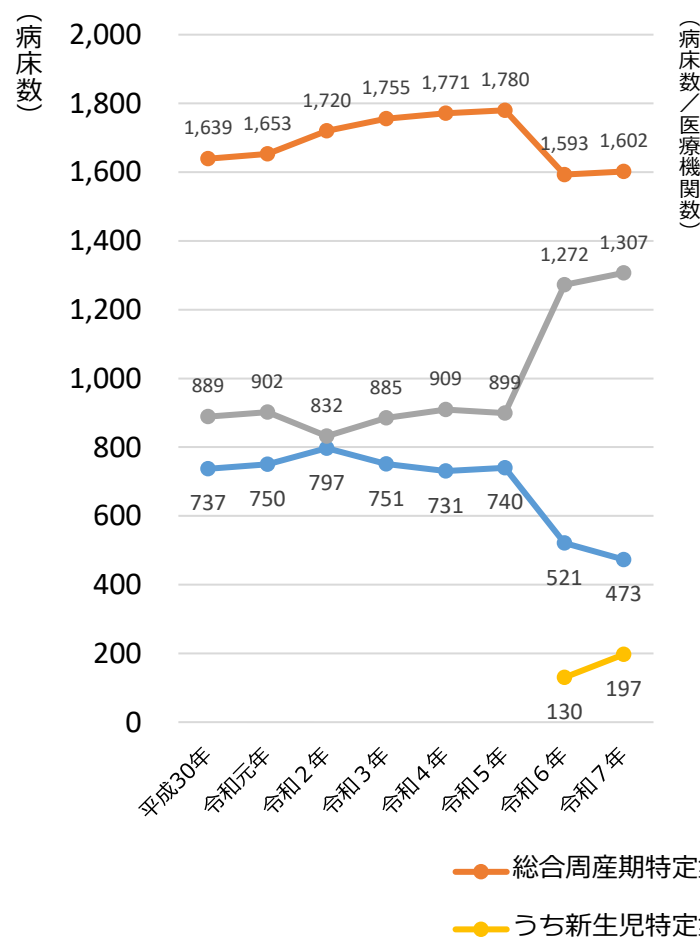
診調組 入-1
7. 9. 18

- 新生児特定集中治療室管理料 1 及び新生児集中治療室管理料の届出医療機関数及び病床数は、令和 6 年に大きく減少した。
- 新生児特定集中治療室管理料 2 の届出医療機関数及び病床数は、令和 6 年に大きく増加した。

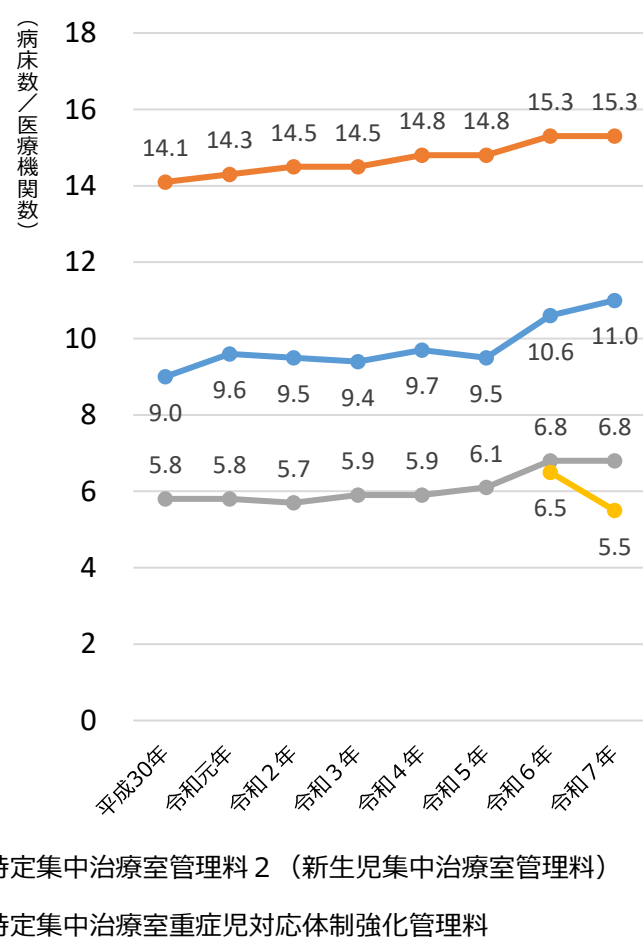
届出医療機関数 (※)



届出病床数

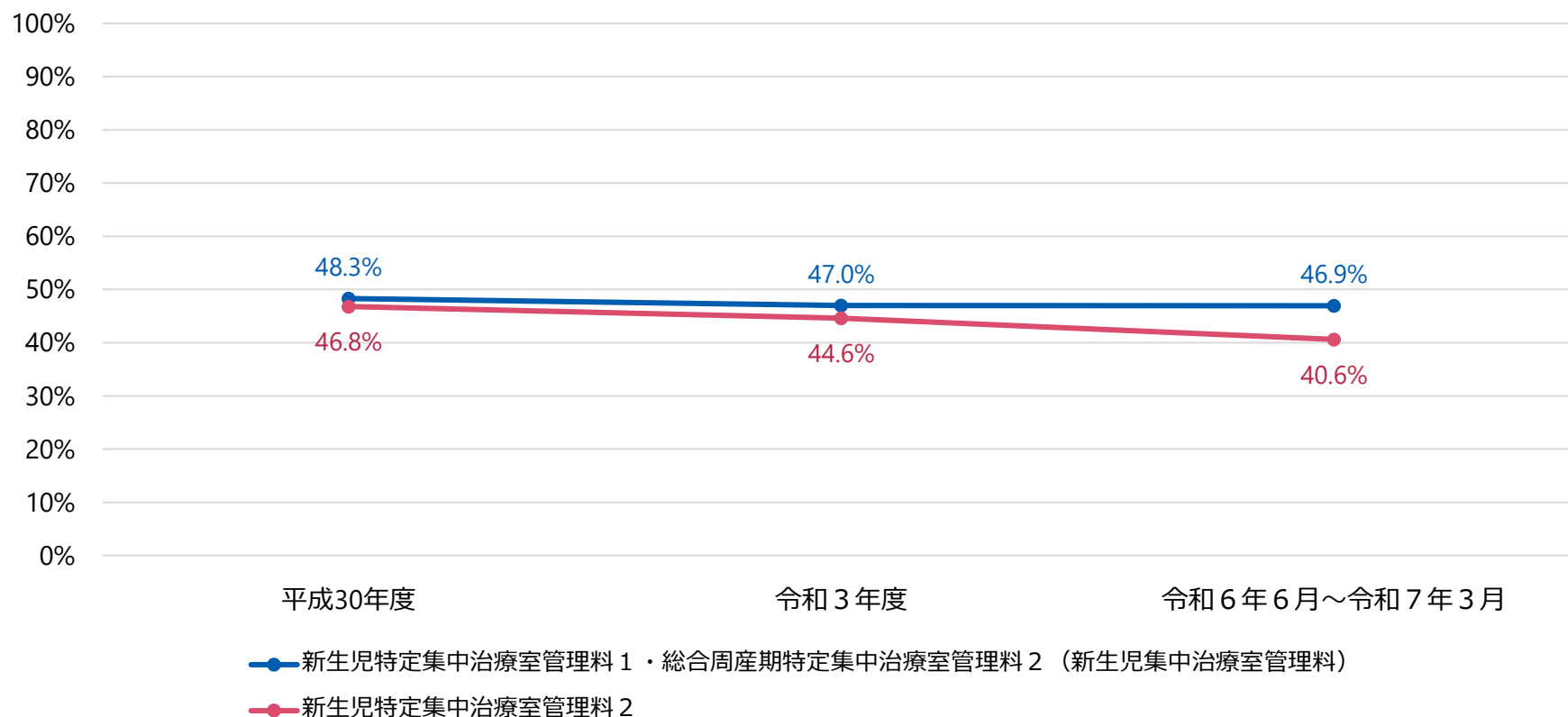


一施設あたり届出病床数



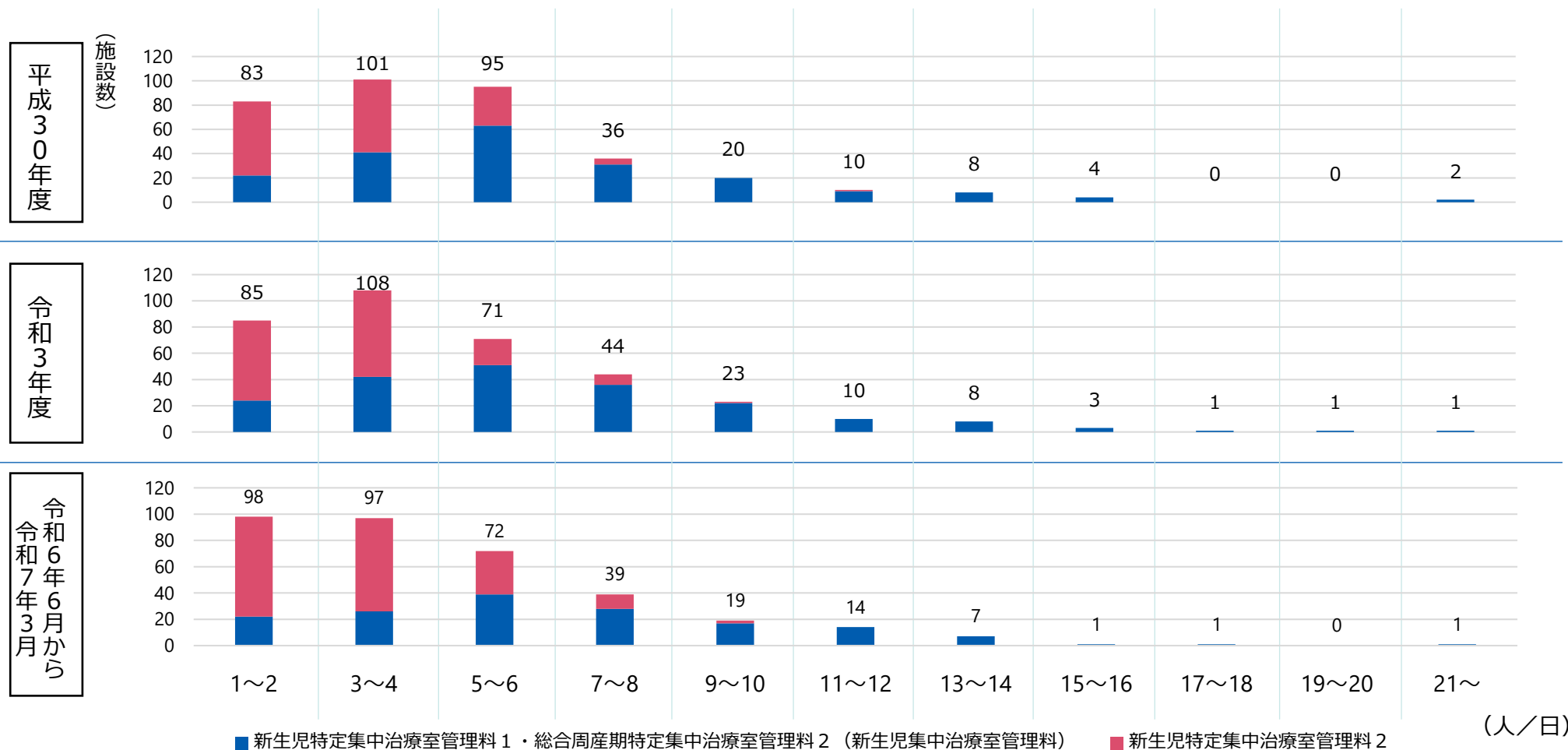
- 新生児特定集中治療室管理料等届出病床当たりの入院患者数の割合（新生児特定集中治療室管理料等の「届出病床数」当たりの「1日当たり入院人数（入院料算定回数）」を医療機関ごとに算出し、その平均を入院料ごとに示した）は、約4～5割程度であり、平成30年以降横ばいであった。新生児特定集中治療室管理料1等では、新生児特定集中治療室管理料2よりもその割合が高かった。

新生児特定集中治療室管理料等届出病床の入院患者数の割合



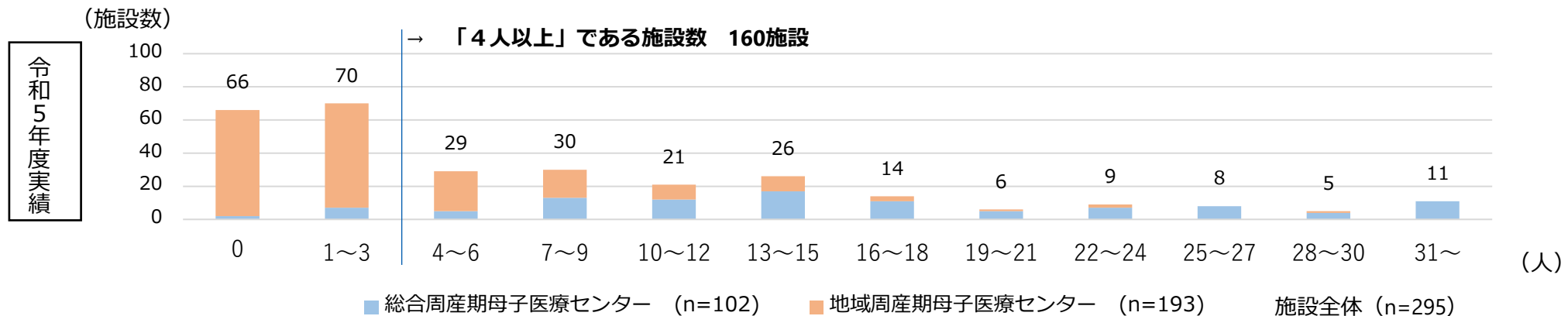
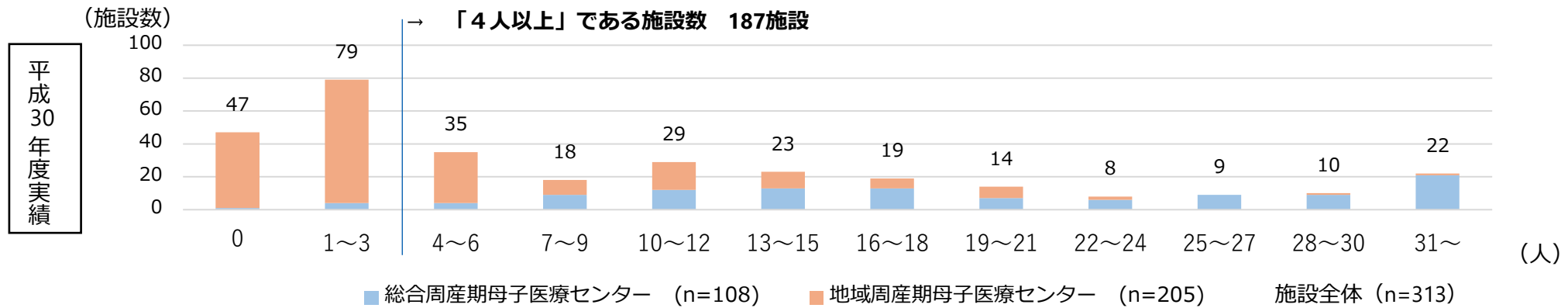
新生児の1日当たり入院人数の施設分布（年次推移）

- 新生児特定集中治療室管理料等を算定する新生児について、対象期間の「1日当たりの入院人数（入院料の算定回数）」を医療機関ごとに算出し、算定する入院料別にその分布を示したものは以下のとおり。
- 平成30年度と令和6年度を比較すると、1日当たり入院人数は減少傾向であった。



受入実績等基準の推移①（出生体重1,000g未満児数）

- 新生児特定集中治療室管理料等の届出医療機関である周産期母子医療センターにおける出生体重1,000g未満の入院児数の年間実施件数別の施設数分布は以下のとおり。
- 平成30年度と令和6年度を比較すると、入院児数が4人以上である施設数は減少していた。



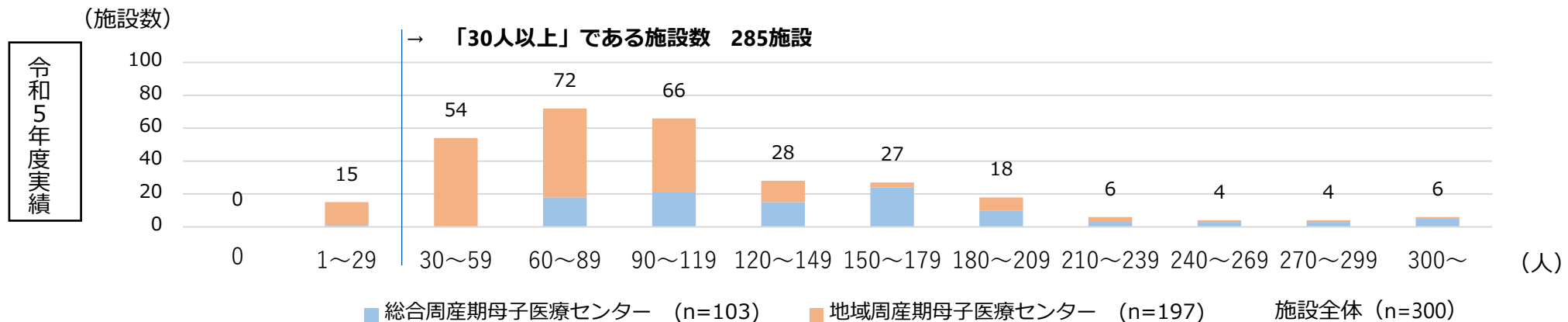
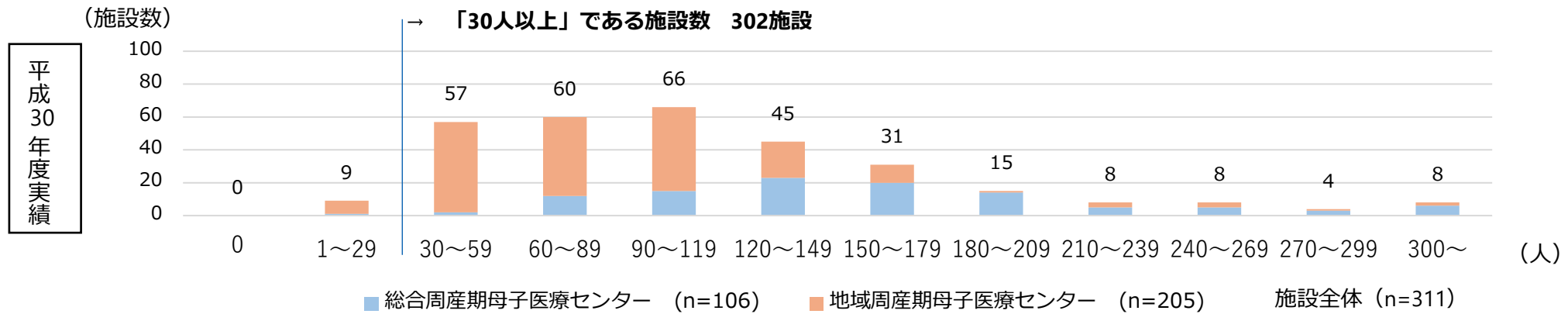
出典：平成31年度・令和6年度周産期医療体制調査（平成30年度・令和5年度実績）

（注1）新生児特定集中治療室管理料1、2・総合周産期特定集中治療室管理料2（新生児集中治療室管理料）の届出医療機関である周産期母子医療センターを対象に集計。

（注2）報告値が「不明」である医療機関は除外

受入実績等基準の推移②（出生体重2,500g未満児数）

- 新生児特定集中治療室管理料等の届出医療機関である周産期母子医療センターにおける出生体重2,500g未満の入院児数の年間実施件数別の施設数分布は以下のとおり。
- 平成30年度と令和6年度を比較すると、入院児数が30人以上である施設数は減少していた。



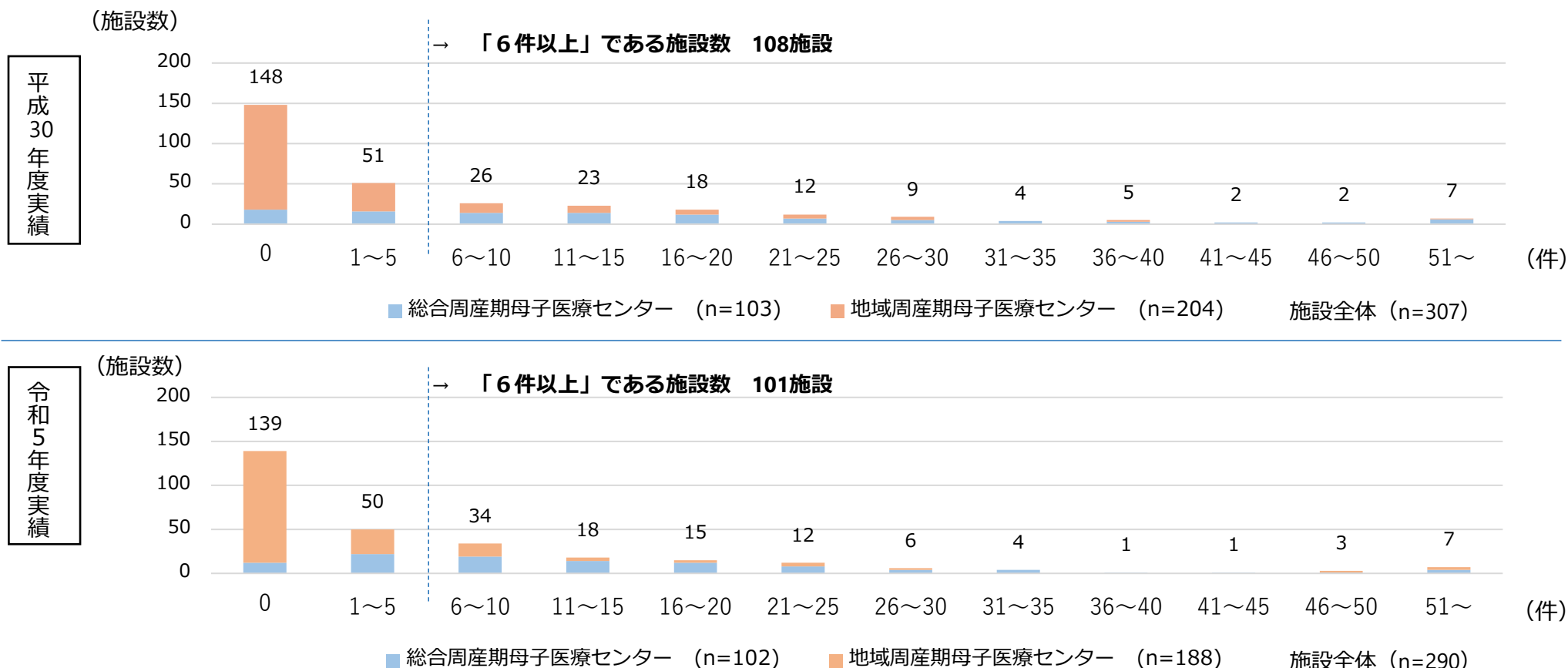
出典：平成31年度・令和6年度周産期医療体制調査（平成30年度・令和5年度実績）

（注1）新生児特定集中治療室管理料1、2・総合周産期特定集中治療室管理料2（新生児集中治療室管理料）の届出医療機関である周産期母子医療センターを対象に集計。

（注2）報告値が「不明」である医療機関は除外

受入実績等基準の推移③（開胸手術等件数）

- 周産期母子医療センターの新生児特定集中治療室等の入室患者に行った開胸手術、開頭手術、開腹手術の年間実施件数別の施設数分布は以下のとおり。
- 平成30年度と令和6年度を比較すると、「6件以上」実施する施設数に大きな変化はなかった。



出典：平成31年度・令和6年度周産期医療体制調査（平成30年度・令和5年度実績）

（注1）新生児特定集中治療室管理料1、2・総合周産期特定集中治療室管理料2（新生児集中治療室管理料）の届出医療機関である周産期母子医療センターのNICUを対象に集計。

（注2）報告値が「不明」である医療機関は除外

（注3）胸腔鏡・腹腔鏡手術の実施件数等は含まれないため、新生児特定集中治療室管理料1等の要件と必ずしも一致しない。

1. 小児・周産期医療について

1－1. 小児・周産期医療をとりまく環境

1－2. 母体・胎児集中治療室について

1－3. 産科入院医療について

1－4. 新生児の集中治療室について

1－5. 療養病棟における医療的ケア児（者）について

1－6. 小児成人移行期医療

1－7. 小児外来・入院における高額な検査・薬剤への対応

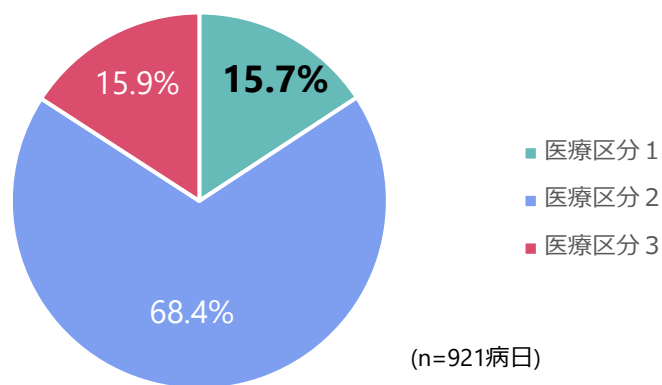
療養病棟に入院している20歳以下の患者の状況

- 療養病棟には、少数ではあるが20歳以下の患者が入棟している。食事や移動、排泄は全介助の患者が約8割であり、気管孔の処置、胃ろう・腸ろうによる栄養管理、喀痰吸引、体位交換等を必要とする割合が高い。

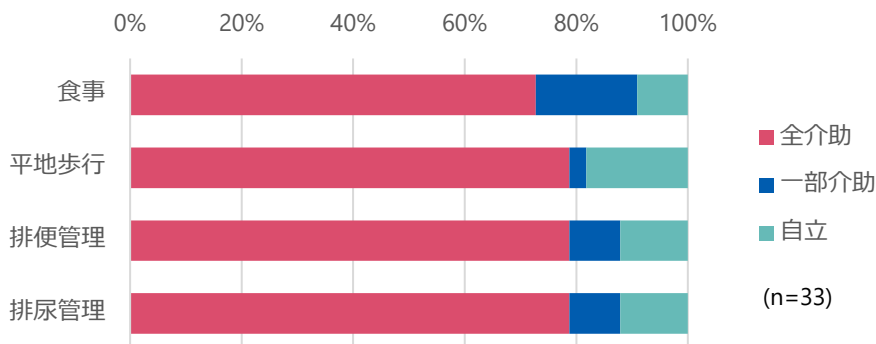
療養病棟に入院している小児の状況

- 入院患者のうち、15歳以下は0.35%、20歳以下は0.45%

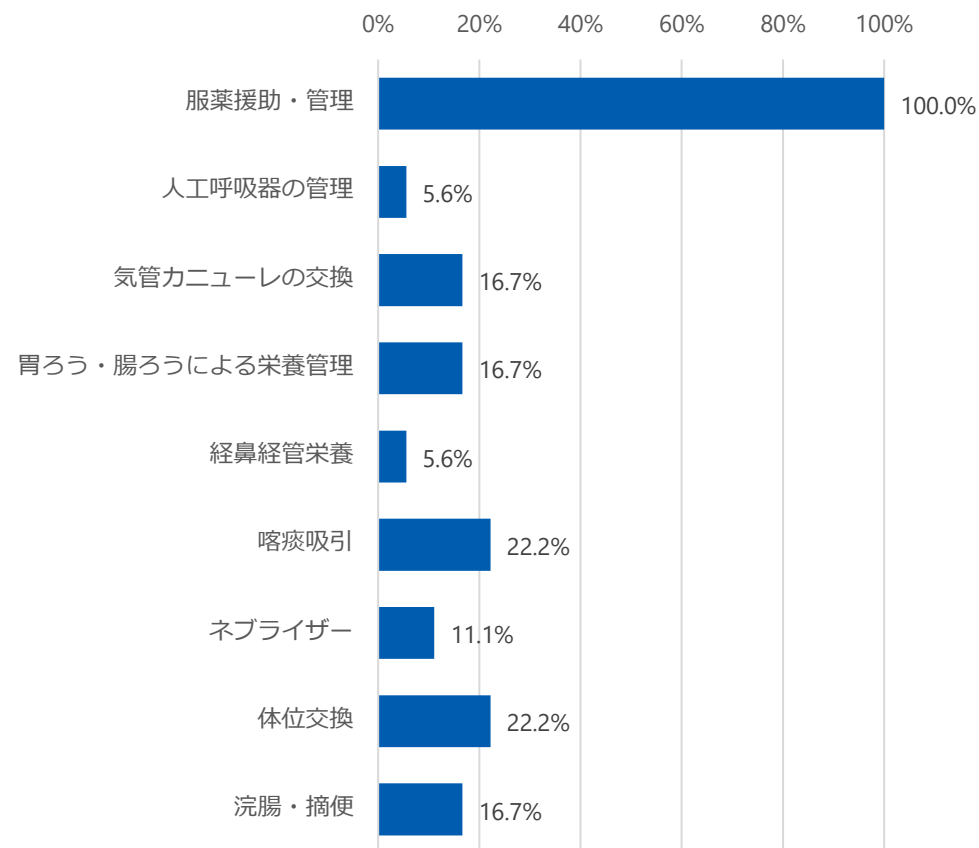
20歳以下の患者の医療区分



療養病棟に入院している20歳以下の患者のADL



20歳以下の患者における必要な医療処置・ケア (n=33)



療養病棟における医療的ケア児（者）の状況について

- 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算における超重症児（者）の判定基準には、療養病棟の処置区分には含まれていない項目があり、一部の患者は超重症児（者）／準超重症児（者）であっても、医療区分1に該当していると考えられる。

赤字の項目は、療養病棟の処置区分には含まれない。

超重症児（者）・準超重症児（者）の判定基準	
(1) レスピレーター管理	10
(2) 気管内挿管, 気管切開	8
(3) 鼻咽頭エアウェイ	5
(4) O2吸入又はSpO290%以下の状態が 10%以上	5
(5) 1回／時間以上の頻回の吸引 6回／日以上以上の頻回の吸引	8 3
(6) ネブライザ 6回／日以上または継続使用	3
(7) IVH	10
(8) 経口摂取（全介助） 経管（経鼻・胃ろう含む）	3 5
(9) 腸ろう・腸管栄養 持続注入ポンプ使用	8 3
(10) 手術・服薬にても改善しない過緊張で、 発汗による更衣と姿勢修正 3回／日以上	3
(11) 継続する透析（腹膜灌流を含む）	10
(12) 定期導尿（3回／日以上）	5
(13) 人工肛門	5
(14) 体位交換 6回／日以上	3

<判定> 自力での座位保持不能 +

25点以上 → 超重症児（者）
10点以上25点未満 → 準超重症児（者）

(参考) 療養病棟における処置等の区分	
医療区分3	<ul style="list-style-type: none"> ・中心静脈栄養（療養病棟入院基本料を算定する場合にあつては、広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻若しくは急性脾炎を有する患者を対象とする場合又は中心静脈栄養を開始した日から30日以内の場合に実施するものに限る） ・二十四時間持続点滴 ・人工呼吸器の使用 ・ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄 ・気管切開又は気管内挿管（発熱を伴う状態の患者に対するものに限る） ・酸素療法（密度の高い治療を要する状態の患者に対するものに限る） ・感染症の治療の必要性から実施する隔離室での管理
医療区分2	<ul style="list-style-type: none"> ・中心静脈栄養（広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻又は急性脾炎を有する患者以外を対象として、中心静脈栄養を開始した日から30日を超えて実施するものに限る） ・肺炎に対する治療 ・尿路感染症に対する治療 ・傷病等によるリハビリテーション（原因となる傷病等の発症後、三十日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る） ・脱水に対する治療（発熱を伴う状態の患者に対するものに限る） ・頻回の嘔吐に対する治療（発熱を伴う状態の患者に対するものに限る） ・褥瘡に対する治療（皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が二箇所以上に認められる場合に限る。） ・末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療 ・せん妄に対する治療 ・うつ症状に対する治療を ・人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法 ・経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養（発熱又は嘔吐を伴う状態の患者に対するものに限る） ・一日八回以上の喀痰（かくたん）吸引 ・気管切開又は気管内挿管が行われている状態（発熱を伴う状態を除く） ・頻回の血糖検査 ・創傷（手術創や感染創を含む。）、皮膚潰瘍又は下腿(たい)若しくは足部の蜂巣炎、膿(のう)等の感染症に対する治療 ・酸素療法（密度の高い治療を要する状態を除く）

1. 小児・周産期医療について

1－1. 小児・周産期医療をとりまく環境

1－2. 母体・胎児集中治療室について

1－3. 産科入院医療について

1－4. 新生児の集中治療室について

1－5. 療養病棟における医療的ケア児（者）について

1－6. 小児成人移行期医療

1－7. 小児外来・入院における高額な検査・薬剤への対応

これまでの小児成人移行期医療に関する主な意見

＜入院・外来医療等の調査・評価分科会 検討結果（とりまとめ）＞

（小児・周産期医療について）

- 医療の進歩により長期経過をたどる小児患者が増加しており、成人医療への円滑な移行を支える「移行期医療」の体制整備が求められている。特に、小児慢性特定疾病に該当するが指定難病に含まれない疾患については、適切な紹介先が見つからず、移行が困難となるケースがあるとの意見があった。
- 成人移行期に相当する小児について、小児慢性特定疾病に該当するが、指定難病には含まれていない疾患については、受入医療機関における診療報酬上の評価がない等の課題があるとの意見があった。

- 小児を中心とした医療から成人を対象とする医療に切り替えていくプロセスを「移行」といい、移行を行っている期間を「移行期」という。
- 移行期医療にあたっては、成人になっても良質の医療が継続されるようにすること等を目指すものとされている。

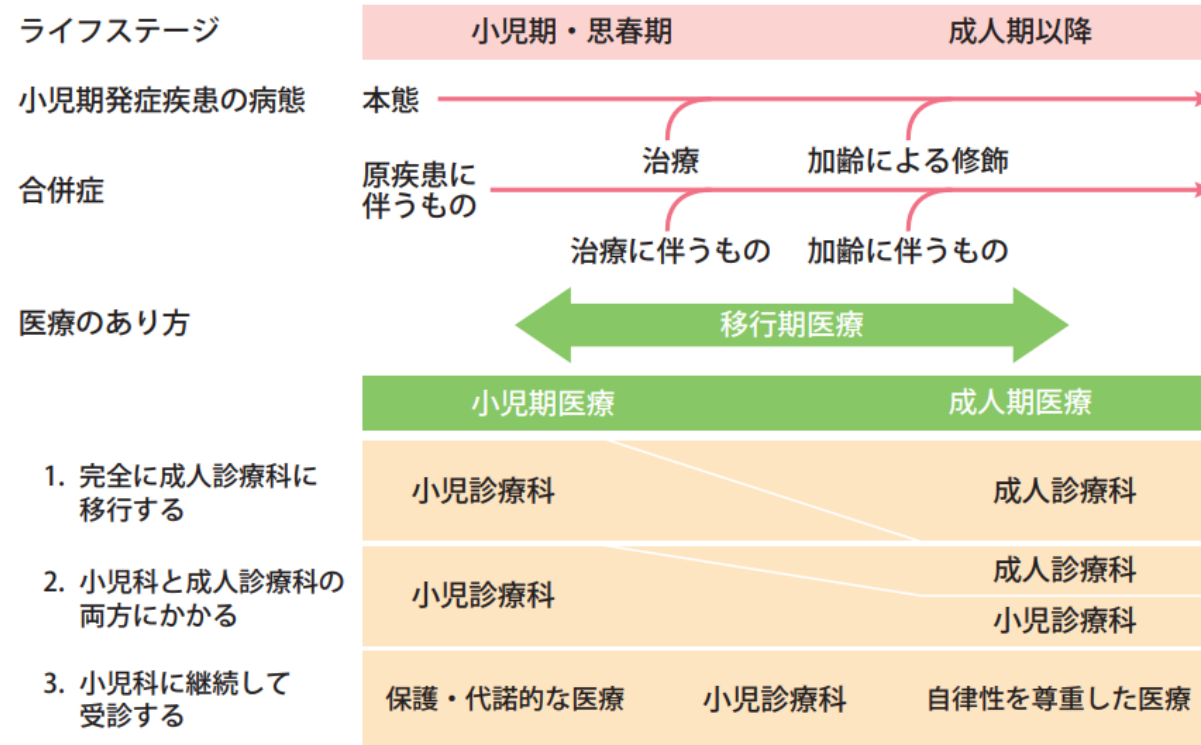


図. 日本小児科学会 移行期の患者に関するワーキンググループ「小児期発症疾患を有する患者の移行期医療に関する提言」日児誌 118 (1) : 98-106, 2014

- **小児科以外の**医療機関に対して、「定期的に小児科に受診していた患者を紹介により受け入れた人数」及び「小児慢性特定疾病に罹患している（罹患していた）患者数」を聞いたところ、いずれの区分においても、その人数は少数であった。

病院					四分位数					
	回答数	平均			25%Tile		中央値		75%Tile	
I 定期的に小児科に受診していた患者を紹介により受け入れた人数	103	件	0.6	人	0	人	0	人	0	人
Ⅱ. I のうち、小児慢性特定疾病に罹患している（罹患していた）患者数	97	件	0.1	人	0	人	0	人	0	人

診療所					四分位数					
	回答数	平均			25%Tile		中央値		75%Tile	
I 定期的に小児科に受診していた患者を紹介により受け入れた人数	584	件	2.3	人	0	人	0	人	0	人
Ⅱ. I のうち、小児慢性特定疾病に罹患している（罹患していた）患者数	501	件	0.1	人	0	人	0	人	0	人

小児科療養指導料・難病外来指導管理料

- 小児科療養指導料は、脳性麻痺、先天性心疾患、小児慢性特定疾病等が対象疾患であり、難病外来指導料は、指定難病等が対象疾患である。令和7年4月1日時点では、小児慢性特定疾病は801疾病、指定難病は348疾病が指定されている。

B001 5 小児科療養指導料 270点

小児科を標榜する保険医療機関において、慢性疾患であって生活指導が特に必要なものを主病とする15歳未満の患者であって入院中以外のものに対して、必要な生活指導を継続して行った場合に、月1回に限り算定する。

ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号B001の7に掲げる難病外来指導管理料又は区分番号B001の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者については算定しない。

【算定留意事項通知】（抜粋）

小児科のみを専任する医師が作成する一定の治療計画に基づき療養上の指導を行った場合に限り算定する。治療計画を作成する医師が当該保険医療機関が標榜する他の診療科を併せ担当している場合にあっては算定できない。ただし、アレルギー科を併せ担当している場合はこの限りでない。

対象となる疾患・状態

脳性麻痺、先天性心疾患、ネフローゼ症候群、ダウン症等の染色体異常、川崎病で冠動脈瘤のあるもの、脂質代謝障害、腎炎、溶血性貧血、再生不良性貧血、血友病、血小板減少性紫斑病、先天性股関節脱臼、内反足、二分脊椎、骨系統疾患、先天性四肢欠損、分娩麻痺、先天性多発関節拘縮症、小児慢性特定疾病（小児慢性特定疾病医療支援の対象に相当する状態のものに限る。）、児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児
出生時の体重が1,500g未満であった6歳未満の者

B001 7 難病外来指導管理料 270点

入院中の患者以外の患者であって別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、治療計画に基づき療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

対象となる疾患

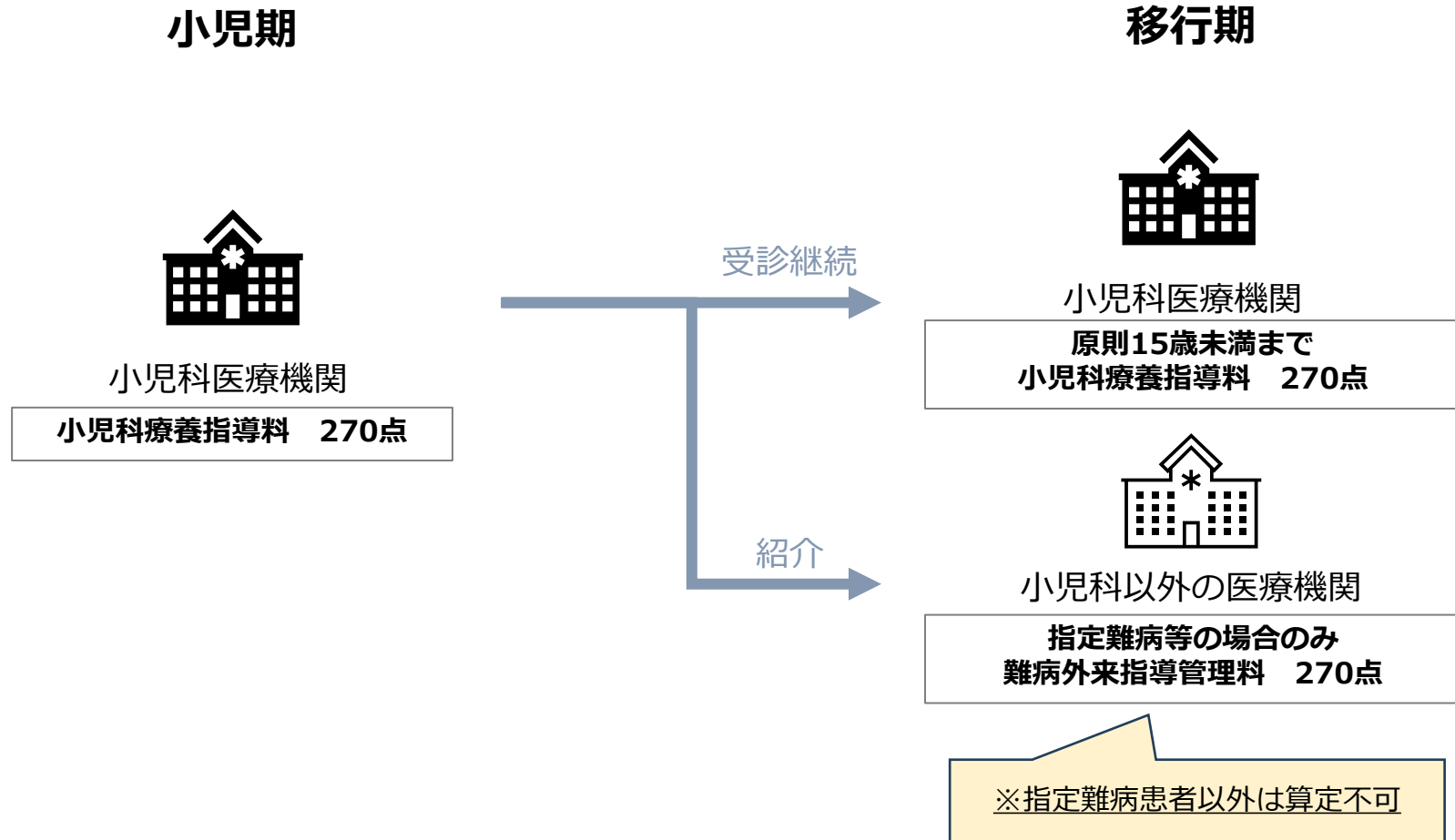
難病の患者に対する医療等に関する法律（平成二十六年法律第五十号）第五条第一項に規定する指定難病

「特定疾患治療研究事業について」（昭和48年4月17日衛発第242号）に掲げる疾患

「先天性血液凝固因子障害等治療研究事業実施要綱について」（平成元年7月24日健医発第896号）に掲げる疾患

移行期の管理料等の算定イメージ

- 小児科医療機関において「小児科療養指導料」を算定していた患者が、移行期となり小児科以外の医療機関に紹介された場合、その患者が「難病外来指導管理料」の算定対象でない限り、紹介先医療機関においては同様の管理料を算定することができない。



1. 小児・周産期医療について

1－1. 小児・周産期医療をとりまく環境

1－2. 母体・胎児集中治療室について

1－3. 産科入院医療について

1－4. 新生児の集中治療室について

1－5. 療養病棟における医療的ケア児（者）について

1－6. 小児成人移行期医療

1－7. 小児外来・入院における高額な検査・薬剤への対応

小児科の外来診療の評価について

	小児科外来診療料	小児かかりつけ診療料 1	小児かかりつけ診療料 2
点数	(1日につき) 1. 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合 初診時：604点、再診時：410点 2. 1. 以外の場合 初診時：721点、再診時：528点	(1日につき) 1. 処方箋を交付する場合 初診時：652点、再診時：458点 2. 処方箋を交付しない場合 初診時：769点、再診時：576点	(1日につき) 1. 処方箋を交付する場合 初診時：641点、再診時：447点 2. 処方箋を交付しない場合 初診時：758点、再診時：565点
包括範囲	下記以外は包括とする。 ・小児抗菌薬適正使用支援加算・機能強化加算 ・初診料、再診料及び外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算、小児科特例加算、 医療情報取得加算及び医療DX推進体制整備加算 ・外来感染対策向上加算、 発熱患者等対応加算 、サーベイランス強化加算及び 抗菌薬適正使用体制加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料・夜間休日救急搬送医学管理料・診療情報提供料(Ⅱ)(Ⅲ)・院内トリアージ実施料・往診料・ 看護職員処遇改善評価料、ベースアップ評価料	下記以外は包括とする。 ・小児抗菌薬適正使用支援加算・機能強化加算 ・初診料、再診料及び外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算、小児科特例加算、 医療情報取得加算及び医療DX推進体制整備加算 ・外来感染対策向上加算、 発熱患者等対応加算 、サーベイランス強化加算及び 抗菌薬適正使用体制加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料・夜間休日救急搬送医学管理料・診療情報提供料(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)・電子的診療情報評価料・院内トリアージ実施料・往診料・ 看護職員処遇改善評価料、ベースアップ評価料	
対象疾患	・入院中の患者以外の患者(6歳未満の乳幼児に限る)。 (小児かかりつけ診療料を算定している患者、在宅療養指導管理料を算定している患者及びパブリズマップを投与している患者(投与当日に限る。))については、算定対象とならない。)	・当該保険医療機関を4回以上受診した未就学児(6歳以上の患者にあつては、6歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る)の患者であつて入院中の患者以外のもの。	
算定要件	・施設基準を満たす保険医療機関における入院中の患者以外の患者であつて、6歳未満の全てのものを対象とする。また、対象患者に対する診療報酬の請求については、原則として小児科外来診療料により行うものとする。 等	・原則として1人の患者につき1か所の保険医療機関が算定する。 ・必要に応じた医療機関への紹介、乳幼児期に頻繁にみられる慢性疾患の指導、保護者からの健康相談への対応、予防接種の管理・指導、 発達障害の疑いがある患者の診察及び相談への対応、育児不安の相談への対応 等を行う。 等	
施設基準	小児科を標榜している医療機関であること。	① 小児科を標榜している医療機関であること。 ② 専ら小児科又は小児外科を担当する常勤の医師が1名以上配置されていること。 ③ ②の医師が、以下の要件のうち2つ以上に該当すること。 a. 市町村を実施主体とする乳幼児の健康診査を実施 b. 定期予防接種を実施 c. 過去1年間に15歳未満の超重症児又は準超重症児に対して在宅医療を提供 d. 幼稚園の園医又は保育所の嘱託医又は小学校若しくは中学校の学校医に就任 ④ ②の医師は、発達障害等に関する研修及び虐待に関する研修を修了していることが望ましい。	
施設基準(時間外要件)		時間外対応加算1又は2の届出を行っている保険医療機関であること。	次のいずれかを満たしていること。 ア 時間外対応加算3に係る届出を行っていること。 イ 在宅医当番医制等により、初期小児救急医療に参加し、休日又は夜間の診療を年6回以上の頻度で行っていること。

小児科外来診療料におけるパリビズマブについて

○ 製剤名: シナジス筋注用 (一般名: パリビズマブ)

○ 効能・効果:

次記の新生児、乳児及び幼児におけるRSウイルス感染(Respiratory Syncytial Virus)による重篤な下気道疾患の発症抑制

○ 対象患者

RSウイルス感染流行初期において、

- 1). 在胎期間28週以下の早産で、12カ月齢以下の新生児及び乳児
- 2). 在胎期間29週～35週の早産で、6カ月齢以下の新生児及び乳児
- 3). 過去6カ月以内に気管支肺異形成症(BPD)の治療を受けた24カ月齢以下の新生児、乳児及び幼児
- 4). 24カ月齢以下の血行動態に異常のある先天性心疾患(CHD)の新生児、乳児及び幼児
- 5). 24カ月齢以下の免疫不全を伴う新生児、乳児及び幼児
- 6). 24カ月齢以下のダウン症候群の新生児、乳児及び幼児

○ 用法・用量

パリビズマブ(遺伝子組換え)として体重1kgあたり15mgをRSウイルス流行期を通して月1回筋肉内に投与する。なお、注射量が1mLを超える場合には分割して投与する。

○ 薬価

50mg 1瓶→76,819円 (約0か月児(正期産)の用量)、 100mg 1瓶→152,072円 (約3か月児(正期産)の用量)
(注: 小児科外来診療料を届け出ている場合は包括されており別に算定できない)

パリビズマブの適応患者の場合、RSウイルス流行期(概ね秋～翌春にかけて)に毎月注射を行うこととなり、薬剤料が包括される小児科外来診療料では対応することが困難な状況となっている。

⇒ パリビズマブの注射当日の診療は小児科外来診療料ではなく、出来高で算定することとしてはどうか。

抗RSウイルスヒトモノクローナル抗体製剤

- 「パリビズマブ」と同様、「抗RSウイルスヒトモノクローナル抗体製剤」である「ニルセビマブ」が令和6年5月に薬価収載された。半減期が長く、投与回数が少ないことが特徴である。
- 「パリビズマブ」の適応の一部は、「ニルセビマブ」の適応外となっている。

- 製剤名：バイフォータス® （一般名：ニルセビマブ）
- 効能又は効果：
 1. 生後初回又は2回目のRSウイルス（Respiratory Syncytial Virus）感染流行期の重篤なRSウイルス感染症のリスクを有する新生児、乳児及び幼児における、RSウイルス感染による下気道疾患の発症抑制
 2. 生後初回のRSウイルス感染流行期の1. 以外のすべての新生児及び乳児におけるRSウイルス感染による下気道疾患の予防
- 薬価：バイフォータス筋注50mgシリンジ 1筒459,147円 100mgシリンジ 1筒906,302円

日本小児科学会予防接種・感染症対策委員会

「日本におけるニルセビマブの使用に関するコンセンサスガイドライン Q&A（第2版）」2024年9月2日改訂（抜粋）

4 パリビズマブとニルセビマブのどちらを使用したらいいですか？

以下のいずれかに該当する場合はパリビズマブとニルセビマブのどちらも健康保険が適用されますので、どちらでも使用可能です。ニルセビマブの方がパリビズマブよりも投与回数が少なく済みます。

○生後初回のRSウイルス感染流行期の、流行初期において

・在胎期間28週以下の早産で、12か月齢以下の新生児及び乳児 ・在胎期間29～35週の早産で、6か月齢以下の新生児及び乳児

○生後初回及び生後2回目のRSウイルス感染流行期の、流行初期において

・過去6か月以内に慢性肺疾患の治療を受けた24か月齢以下の新生児、乳児及び幼児

・24か月齢以下の血行動態に異常のある先天性心疾患の新生児、乳児及び幼児

・24か月齢以下の免疫不全を伴う新生児、乳児及び幼児 ・24か月齢以下のダウン症候群の新生児、乳児及び幼児

また、2024年3月26日に、パリビズマブのみが、RSウイルス感染症の重症化リスクの高い、肺低形成、気道狭窄、先天性食道閉鎖症、先天代謝異常症、神経筋疾患を有する24か月齢以下の新生児、乳児、幼児に対して効能又は効果が追加になっており、健康保険適用がある一方、これらの疾患については、ニルセビマブは、健康保険適用にならないことに留意する必要があります。

パリビズマブとニルセビマブは、用法・用量が異なるため、投与前に添付文書の記載を十分に確認の上、注意して投与する必要があります。

令和6年8月29日付け厚生労働省保険局医療課事務連絡「疑義解釈資料の送付について（その11）」（抜粋）

問1 「B001-2」小児科外来診療料は、別に厚生労働大臣が定める薬剤を投与している場合については、算定しないと定められており、この厚生労働大臣が定める薬剤として、RSウイルス感染症に対する抗体製剤である「パリビズマブ」が告示されているが、令和6年5月22日に薬価収載されたRSウイルス感染症に対する抗体製剤である「ニルセビマブ」については、どのように取り扱うのか。

（答）小児科外来診療料について、「ニルセビマブ」は「パリビズマブ」と同様に扱うこととする。

ニルセビマブ製剤に係る診療報酬上の取扱いについて（要望）

公益社団法人 日本小児科学会 ニルセビマブ製剤における診療報酬上の取扱いに関する要望書（抜粋）

令和6年5月22日に、RSウイルス感染症に対する抗RSウイルスヒトモノクローナル抗体製剤「ニルセビマブ」（Nirsevimab：ベイフォータス®筋注、以下、本剤）が薬価収載され、保険適用となりました。しかしながら、外来医療における適正使用推進のため、本剤を投与する患者（投与当日に限る）については、パリビズマブと同様、小児科外来診療料の算定対象とならないために改定いただきたく要望いたします。

（後略）

公益社団法人 日本小児科医会 ニルセビマブ製剤に係る診療報酬上の取扱いについての要望書（抜粋）

2024年3月27日に、RSウイルス（Respiratory Syncytial Virus, RSV）感染症に対する抗RSウイルスヒトモノクローナル抗体製剤「ニルセビマブ」（Nirsevimab：ベイフォータス®筋注、以下、ニルセビマブ）が薬事承認されました。ニルセビマブについて、パリビズマブ製剤（Palivizumab：シナジス®、以下パリビズマブ）に適用されている小児科外来診療料（別紙参照）への取扱いと同様の措置をいただきますよう要望いたします。

（中略）

そして、この度パリビズマブよりも半減期が長い、長時間作用型抗体であるニルセビマブが承認されました。ニルセビマブは、その有効性や投与頻度等を踏まえると投与対象となる患者および医療現場には大きな貢献が期待され、臨床現場で広く使用されることが想定されます。加えて、RSV感染症の非流行期に出生した乳児については、次の流行期までの期間に外来診療においてニルセビマブが投与されることになります。

つきましては、適正使用を推進するにあたり、学会等における推奨も踏まえ、ニルセビマブが小児科外来診療料を算定しない薬剤として定めていただきますよう要望いたします。

小児入院医療管理料の概要

	小児入院医療管理料 1	小児入院医療管理料 2	小児入院医療管理料 3	小児入院医療管理料 4 (病床単位)	小児入院医療管理料 5
点数	4,807点	4,275点	3,849点	3,210点	2,235点
算定対象	入院中の15歳未満の患者（児童福祉法（昭和22年法第164号）第6条の2第2項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の患者）を対象とする。				
包括範囲外の費用	小児入院医療管理料 3、4 の包括範囲外の他、緩和ケア診療加算、小児緩和ケア診療加算、がん拠点病院加算	臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加入算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、特定感染症患者療養環境特別加算、小児療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算 1、データ提出加算、入退院支援加算（1 のイ及び 3 に限る。）、医療的ケア児（者）入院前支援加算、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算、地域医療体制確保加算 第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療、第13部第2節病理診断・判断料、第14部その他			小児入院医療管理料 3、4 の包括範囲外の他、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算 ※精神疾患診療体制加算は精神病棟では算定できない。
平均在院日数	当該病棟で21日以内			当該病棟を含めた一般病棟で28日以内	
医師の配置（※）	小児科常勤医師20名以上	小児科常勤医師9名以上	小児科常勤医師5名以上	小児科常勤医師3名以上	小児科常勤医師1名以上
看護配置	看護師 7対1以上 (夜勤時間帯についても9対1以上)	看護師 7対1以上	看護師 7対1以上	看護職員 10対1以上 (7割以上が看護師)	看護職員 15対1以上 (4割以上が看護師)
その他	<ul style="list-style-type: none">6歳未満の入院を伴う手術件数が年間200件以上。特定集中治療室管理料、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の届出を行っていること。年間の小児緊急入院患者数が800件以上。	<ul style="list-style-type: none">入院を要する小児救急医療の提供を24時間365日行っていること。	<ul style="list-style-type: none">概ね30名程度以下の小規模な病棟について、一般病棟（7対1に限る）と併せて1看護単位とすることができる。	<ul style="list-style-type: none">当該病棟において、専ら小児を入院させる病床が10床以上であること。	<ul style="list-style-type: none">特定機能病院以外の病院であること。

※ 小児科の常勤の医師とは、小児科又は小児外科を専任する常勤の医師のことをいう。

※ 週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている小児科又は小児外科の非常勤医師を2人以上組み合わせることにより、当該保険医療機関における常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、これらの非常勤医師の実労働時間を常勤換算し常勤医師数に算入することができる。ただし、小児入院医療管理料 1 を算定する病棟において、常勤換算し常勤医師数に算入することができるのは、常勤の医師のうち10名までに限る。

「造血器腫瘍又は類縁疾患ゲノムプロファイリング検査」

- 「造血器腫瘍又は類縁疾患ゲノムプロファイリング検査」は、造血器腫瘍等の治療法の選択等を目的として、造血器腫瘍及び類縁疾患の関連遺伝子を検出・解析する検査であり、令和7年3月1日に保険適用されている。
- 同検査は、小児入院医療管理料、特定集中治療管理料等において、包括的に評価されている。

○ 検査料

造血器腫瘍又は類縁疾患ゲノムプロファイリング検査 44,000点

○ 主な算定留意事項

造血器腫瘍又は類縁疾患ゲノムプロファイリング検査は、造血器腫瘍の腫瘍細胞、血液、骨髓液又は体腔液を検体とし、100以上のがん関連遺伝子の変異等を検出するゲノムプロファイリング検査に用いる医療機器等として薬事承認又は認証を得ている次世代シーケンシングを用いて、包括的なゲノムプロファイルの取得を行う場合に、本区分のがんゲノムプロファイリング検査を準用して算定する。

- 関連学会のガイドラインの記載（一般社団法人 日本血液学会「造血器腫瘍ゲノム検査ガイドライン2023年度版」）
疾患・病期別パネル検査推奨度

疾患	初発時				再発・難治時			
	総合推奨度	診断	治療法選択	予後予測	総合推奨度	診断	治療法選択	予後予測
急性骨髄性白血病	SR	R	SR	SR	SR	NR	SR	NR
急性リンパ性白血病 (小児)	SR	R	NR	SR	R (*1SR)	NR	R (*1SR)	NR
アグレッシブB細胞非ホジキンリンパ腫	SR	SR	NR	CO	CO	NR	CO	NR
インドレントB細胞非ホジキンリンパ腫	R (*2SR)	R (*2SR)	CO	CO	SR	NR	SR	NR
T細胞/NK細胞非ホジキンリンパ腫	R (*3SR)	R (*3SR)	CO	CO	SR	NR	SR	NR

SR：強く推奨する (Strong recommendation), R：推奨する (Recommendation), CO：考慮してもよい (Clinical option), NR：推奨しない (No recommendation)

※1 フィラデルフィア染色体陽性急性リンパ性白血病の場合

※2 従来法による検索を行うことができない場合や、反応性病変や他の成熟B細胞性腫瘍との鑑別が困難な場合

※3 従来法による検索を行うことができない場合や、反応性病変や他の成熟T細胞性腫瘍との鑑別が困難な場合

小児領域におけるゲノムプロファイリング検査算定に係る要望

一般社団法人 日本血液学会
一般社団法人 日本小児血液・がん学会

小児領域におけるゲノムプロファイリング検査算定に係る要望（抜粋）

令和7年3月1日付で適用となった造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とするゲノムプロファイリング検査（遺伝子パネル検査）は、小児入院医療管理料や特定集中治療室管理料などを算定している病棟においては、これらの管理料に包含されてしまい、検査に関連する算定ができません。特に小児の造血器腫瘍領域では、小児入院医療管理料の対象となる病棟での入院治療が必要になることが多く、現状、検査の提出が困難な状況です。このような造血器腫瘍臨床の特性に鑑み、ゲノムプロファイリング検査の出検および結果説明が入院中でも適切に算定ができるよう要望いたします。

小児の造血器腫瘍又は類縁疾患患者の場合、医療安全の観点から、ゲノムプロファイリング検査に必要な検体を入院下で採取する必要が生じます。例えば、骨髄液採取の際には、成人のように局所麻酔下での骨髄穿刺検査実施が困難であり、安全を確保するために、入院のうえ静脈鎮静下で骨髄穿刺を実施することが一般的であり、国際的なガイドラインでも推奨されています。しかし、小児患者においては、造血器腫瘍又は類縁疾患を診療している施設のほぼすべてが小児入院医療管理料を算定しているため、現状、ゲノムプロファイリング検査の出検時の算定（がんゲノムプロファイリング検査、D006-19）や、その結果説明時の算定（がんゲノムプロファイリング評価提供料、B011-5）を個別に算定することができません。ゲノムプロファイリング検査は非常に高額であり、包括評価の範囲内では施設負担が極めて大きいため、結果として、本来であれば、診断・治療方針決定のために必要なタイミングで検査を実施すべきであっても、やむを得ず検査を控えざるを得ない状況が生じています。この点は、診断時に重篤な状態となり集中治療室などでの管理が必要になる患者（小児も成人も含む）でも同様です。

小児・周産期医療についての現状と課題

（母体・胎児集中治療室について）

- 令和6年度改定では、専任の医師を治療室に常時配置することを要件とする管理料について、その専任の医師は原則として宿日直を行う医師でないことを明確化した。母体・胎児集中治療室（MFICU）では、継続的な業務に限られる一方で緊急帝王切開への対応が求められるなど、他の治療室と業務の性質が異なることから、施設基準において、宿日直を行う医師を一定の条件で認めている。
- 全国周産期医療（MFICU）連絡協議会によるアンケート調査では、令和6年度診療報酬改定以降に母体・胎児集中治療室管理料の届出変更を行った医療機関における、届出変更の理由としては「医師の配置要件を満たせない」等が多かった。
- 「周産期医療の体制構築に係る指針」においては、MFICUに求められる事項として、「24時間体制で産科を担当する複数（病床数が6床以下であって別途オンコールによる対応ができる者が確保されている場合にあっては1名）の医師が当該医療施設内に勤務していること」とされている。
- 夜間に自宅待機をするオンコール医師の診療を要請し、当該医師が30分以内に診療可能である施設は96.7%であった。
- 「周産期医療の体制構築に係る指針」においては、周産期母子医療センターに求められる事項として、地域周産期医療関連施設等からの救急搬送を受け入れることや、24時間体制での緊急帝王切開術等に対応すること等が示されている。
- ハイリスク妊娠・分娩等に対応するための連携として、妊娠期から産後にかけて、さまざまなタイミングで多種多様な理由により、MFICU等への搬送等の連携が実施されている。また、産科異常出血の一部の重症例は、高次周産期施設での管理が必要とされている。

（産科入院医療について）

- 出生数は令和6年に過去最少の68万人となり、分娩件数の減少等に伴い、分娩取扱医療機関の約8割が産科混合病棟である。
- 産科区域の特定をしていない医療機関は約4割であった。
- 「成育医療等の提供に関する総合的な推進に関する基本的な方針」（令和5年3月22日閣議決定）において、母子への感染防止及び母子の心身の安定・安全の確保を図る観点から、産科区域の特定などの対応を講ずることが望ましい中、施設の実情を踏まえた適切な体制の整備を推進することとされている。
- また、妊娠期からの地域連携や産後ケア事業といった妊娠期から子育て期にわたる切れ目ない支援の体制が必要とされている。

（新生児の集中治療室について）

- 新生児特定集中治療室管理料等の算定回数は、近年減少傾向である。
- 受入実績等基準を平成30年度と令和6年度で比較すると、低出生体重児の入院数を満たす施設数は減少している一方で、開胸手術等の実施件数を満たす施設数に大きな変化はなかった。

小児・周産期医療についての現状と課題

（療養病棟における医療的ケア児（者）について）

- 療養病棟には少数ながら医療的ケア児等が入棟しており、超（準）重症児加（者）に該当していても、医療区分1に該当している場合がある。

（小児成人移行期医療）

- 小児科以外の医療機関における「定期的に小児科に受診していた患者を紹介により受け入れた人数」及び「小児慢性特定疾病に罹患している（罹患していた）患者数」は少数であった。
- 小児慢性特定疾病の指定疾病数と比較して、指定難病の指定疾病数は少ないため、「小児科療養指導料」の算定対象となる患者と比較して、「難病外来指導管理料」の算定対象となる患者は少ない。
- 小児科医療機関において「小児科療養指導料」を算定していた患者が、成人移行期となり小児科以外の医療機関に紹介された場合、その患者が「難病外来指導管理料」の算定対象でない限り、紹介先医療機関においては同様の管理料を算定することができない。

（高額な検査・薬剤への対応）

- 小児科外来診療料には、薬剤料が原則包括されており、その算定医療機関については、原則として6歳未満の全ての患者に対して、原則として小児科外来診療料により診療報酬の請求を行うものとされている。ただし、パリビズマブを投与している患者については、投与日に限り算定対象とならない。
- 「パリビズマブ」と同様、「抗RSウイルスヒトモノクローナル抗体製剤」である「ニルセビマブ」が令和6年5月に薬価収載された。半減期が長く、投与回数が少ないことが特徴である。
- 小児入院医療管理料には、検査料が包括されている。
- 令和7年3月に保険適用された「造血器腫瘍又は類縁疾患ゲノムプロファイリング検査」は、その検査料が44,000点と極めて高額である。当該検査は入院中に実施すべき必要性が特に強いこと等を踏まえ、同検査を実施した一部の患者については、DPC/PDPSにおいて、所謂「高額薬剤」と同様に、データが蓄積されるまでの間、出来高算定とすることが中医協総会において承認された。一方で、小児入院医療管理料、特定集中治療室管理料等を算定する患者については、引き続き、当該検査の費用が管理料等の包括内とされている。

小児・周産期医療についての論点

【論点】

(母体・胎児集中治療室について)

- 母体・胎児集中治療室においてオンコールによる対応を行う医師が速やかに診察を開始できる現状等を踏まえ、「母体・胎児集中治療室管理料」の専任医師配置要件について、「周産期医療の体制構築に係る指針」の「MFICUに求められる事項」に即して見直すことについてどのように考えるか。
- 「周産期医療の体制構築に係る指針」においては、周産期母子医療センターに求められる事項として、地域周産期医療関連施設等からの救急搬送を受け入れることや、24時間体制での緊急帝王切開術等に対応すること等が示されていることを踏まえ、「母体・胎児集中治療室管理料」について、母体搬送受入件数や帝王切開実施件数等に関する病院の実績を前提とした評価とすることについてどのように考えるか。
- 産科異常出血は分娩前のリスク因子に関わらず生じうるものであり、その状態に応じて産後からの母体・胎児集中治療室での管理が必要となること等を踏まえ「母体・胎児集中治療室管理を要する状態」に産科異常出血を含めることについてどのように考えるか。

(産科入院医療について)

- 分娩件数の減少に伴い産科入院病棟の混合病棟化が進んでいるが、母子の安定・安全に配慮するため入院病棟の中で産科区域を特定して管理するとともに、助産師の配置等において、妊産婦の継続的なケアや、産後ケア事業等の母子保健事業との連携を円滑に行えるための評価についてどう考えるか。

(新生児の集中治療室について)

- 新生児の集中治療室を有する病院における低出生体重児の入院数が減少傾向であることを踏まえ、周産期医療体制を適切に維持する観点から、都道府県により総合／地域周産期母子医療センターとして整備されている医療機関を対象に、新生児特定集中治療室管理料等の低出生体重児入院数に関する実績要件を緩和することについてどのように考えるか。

小児・周産期医療についての論点

【論点】

（療養病棟における医療的ケア児（者）について）

- 医療的ケア児（者）に対する円滑な医療提供の観点から、療養病棟において、超重症児（者）加算・準超重症（者）加算を算定する医療的ケア児（者）を医療区分3・2として評価することについて、どのように考えるか。

（小児成人移行期医療）

- 小児科医療機関において「小児科療養指導料」を算定していた小児患者について、成人移行期となり小児科以外の医療機関に紹介された場合には、一定の期間、紹介先医療機関においても同様の管理料を算定できることとしてはどうか。

（高額な検査・薬剤への対応）

- 「抗RSウイルスヒトモノクローナル抗体製剤」であるニルセビマブの注射当日の診療は、パリビズマブと同様、小児科外来診療料ではなく出来高で算定することとしてはどうか。
- 「造血器腫瘍又は類縁疾患ゲノムプロファイリング検査」は、その検査料が44,000点と極めて高額である一方で、入院中に実施すべき必要性が特に強いこと等を踏まえ、小児入院医療管理料、特定集中治療室管理料等の包括範囲外としてはどうか。

1. 小児・周産期医療について
2. 感染症対策について
3. 医療安全について
4. 災害医療について

2. 感染症対策について

2－1. 抗菌薬適正使用体制加算

2－2. 感染症にかかる検査

2－3. 感染対策向上加算

2－4. 結核への対応

2－5. 個室管理が推奨される感染症への対応

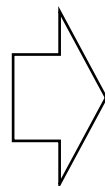
ポストコロナにおける感染症対策の評価④

発熱外来に対する評価の新設

- 外来感染対策向上加算の施設基準に、感染対策を講じた上で発熱患者等を受け入れること等を追加する。

現行

【外来感染対策向上加算】
[施設基準（抜粋）]
(新設)



改定後

【外来感染対策向上加算】
[施設基準（抜粋）]

- 当該医療機関の外来において、受診歴の有無に関わらず、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者の受入れを行う旨を公表し、受入れを行うために必要な感染防止対策として発熱患者の動線を分ける等の対応を行う体制を有していること。
- 回復した患者の罹患後症状が持続している場合に、必要に応じて精密検査が可能な体制または専門医への紹介が可能な連携体制があることが望ましい。

- 受診歴の有無に関わらず発熱患者等を受け入れる体制を有した上で、実際に発熱患者等に対応した場合の加算を新設する。

(新) 発熱患者等対応加算

20点

[算定要件]

外来感染対策向上加算を算定する場合において、発熱その他感染症を疑わせる症状を呈する患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で診療を行った場合は、月1回に限り更に所定点数に加算する。

抗菌薬の使用実績に基づく評価の新設

- 我が国における Access 抗菌薬の使用比率が低い現状を踏まえ、適正使用を更に促進する観点から、外来感染対策向上加算及び感染対策向上加算に抗菌薬適正使用加算を新設する。

(新) 抗菌薬適正使用体制加算

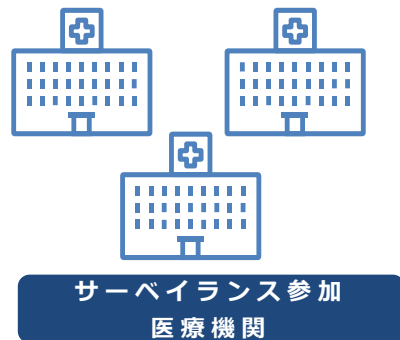
5点

[施設基準]

- (1) 抗菌薬の使用状況のモニタリングが可能なサーベイランスに参加していること。
- (2) 直近6か月において使用する抗菌薬のうち、Access抗菌薬に分類されるものの使用比率が60%以上又はサーベイランスに参加する医療機関全体の上位30%以内であること。

抗菌薬適正使用体制加算におけるサーベイランス

- 抗菌薬適正使用体制加算では、抗菌薬の使用状況のモニタリングが可能なサーベイランスとして、感染対策連携共通プラットフォーム(J-SIPHE)及び診療所版J-SIPHEに参加することとなっている。
- J-SIPHE及び診療所版J-SIPHEでは、WHOが定めた必須医薬品リストの抗菌薬に関して、臨床的重要性と薬剤耐性化の危険性を考慮した3つのカテゴリー(Access、Watch、Reserve)に分類したAwaRe分類に沿ってサーベイランスを実施しており、抗菌薬適正使用体制では、直近6か月において使用する抗菌薬のうち、Access抗菌薬に分類されるものの使用比率が60%以上又はサーベイランスに参加する医療機関全体の上位30%以内であることとなっている。



J-SIPHEにおける抗菌薬の使用状況のモニタリング

計算式

$$\text{Access使用比率 (\%)} = \frac{\text{Access抗菌薬に分類された各抗菌薬の対象期間内の使用量} \left(\frac{\text{総量}}{\text{DDD}} \right) \text{の合計}}{\text{対象となる各抗菌薬の対象期間内の使用量} \left(\frac{\text{総量}}{\text{DDD}} \right) \text{の合計}}$$

DDD：WHOが定める抗菌薬の主な適応症に対する成人の1日仮想平均維持量

抗菌薬適正使用体制加算の届出

AwaRe 分類※

- Access
一般的な感染症の第一選択薬、又は第二選択薬として用いられる耐性化の懸念の少ない抗菌薬で、全ての国が高品質かつ手頃な価格で、広く利用出来るようにすべき抗菌薬。
- Watch
耐性化が懸念されるため、限られた疾患や適応にのみ使用すべき抗菌薬。
- Reserve
他の手段が使用できなくなった時に最後の手段として使用すべき抗菌薬。

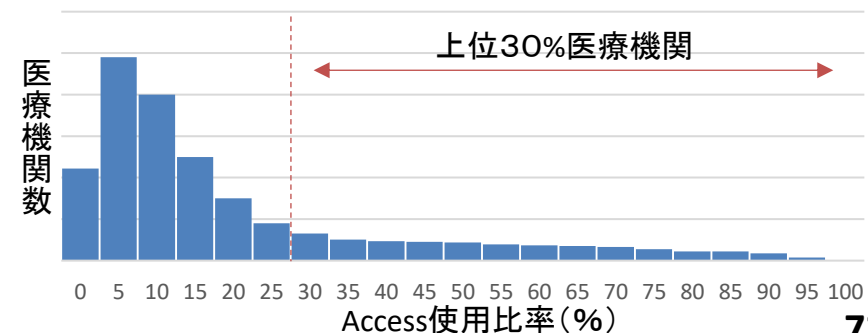
※ 薬剤耐性 (AMR) 対策アクションプラン 2023-2027

抗菌薬適正使用体制加算の施設基準

Access抗菌薬に分類されるものの使用比率について以下のいずれかを満たす

- Access抗菌薬の使用比率が60%以上
- サーベイランスに参加する医療機関全体の上位30%以内であること

サーベイランス参加医療機関におけるAccess使用比率のイメージ



- AWaRe 分類は、WHOが定めた必須医薬品リスト（EML）※1の抗菌薬に関して、臨床的重要性と薬剤耐性化の危険性を考慮し3つのカテゴリー（Access（アクセス）、Watch（ウォッチ）、Reserve（リザーブ））に分類したもの。
※1 EML（WHO Model list of essential medicines：必須医薬品リスト）：医薬品の入手が困難な開発途上国における入手しやすさも考慮して選定された、基本的な医療に最小限必要な医薬品選定の際の指標
- 当該分類は、適正使用推進を目指したツールの1つであり、抗菌薬の使用を最適化するための目標を定めたり、モニタリングすることに役立つ。なお、日本においては、AMR臨床リファレンスセンターが感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）等のシステムを通じて、AWaRe分類に沿ったサーベイランスを行っている。
- WHOでは、使用される抗菌薬全体のうち、Accessに分類される抗菌薬の割合を 60%以上にすることを目標としているが、日本では22.94% ※2に止まっている。また、UNGA 政治宣言（2024）※3では、AWaRe分類を抗菌薬適正使用の指標として推奨しており、2030年までに 70%以上にすることを目標としている。

※2 薬剤耐性（AMR）ワンヘルス動向調査年次報告書2024

※3 <https://www.un.org/pga/wp-content/uploads/sites/108/2024/09/FINAL-Text-AMR-to-PGA.pdf>

AWaRe 分類※4

■ Access

一般的な感染症の第一選択薬、又は第二選択薬として用いられる耐性化の懸念の少ない抗菌薬で、全ての国が高品質かつ手頃な価格で、広く利用出来るようにすべき抗菌薬。

■ Watch

耐性化が懸念されるため、限られた疾患や適応にのみ使用すべき抗菌薬。

■ Reserve

他の手段が使用できなくなった時に最後の手段として使用すべき抗菌薬。



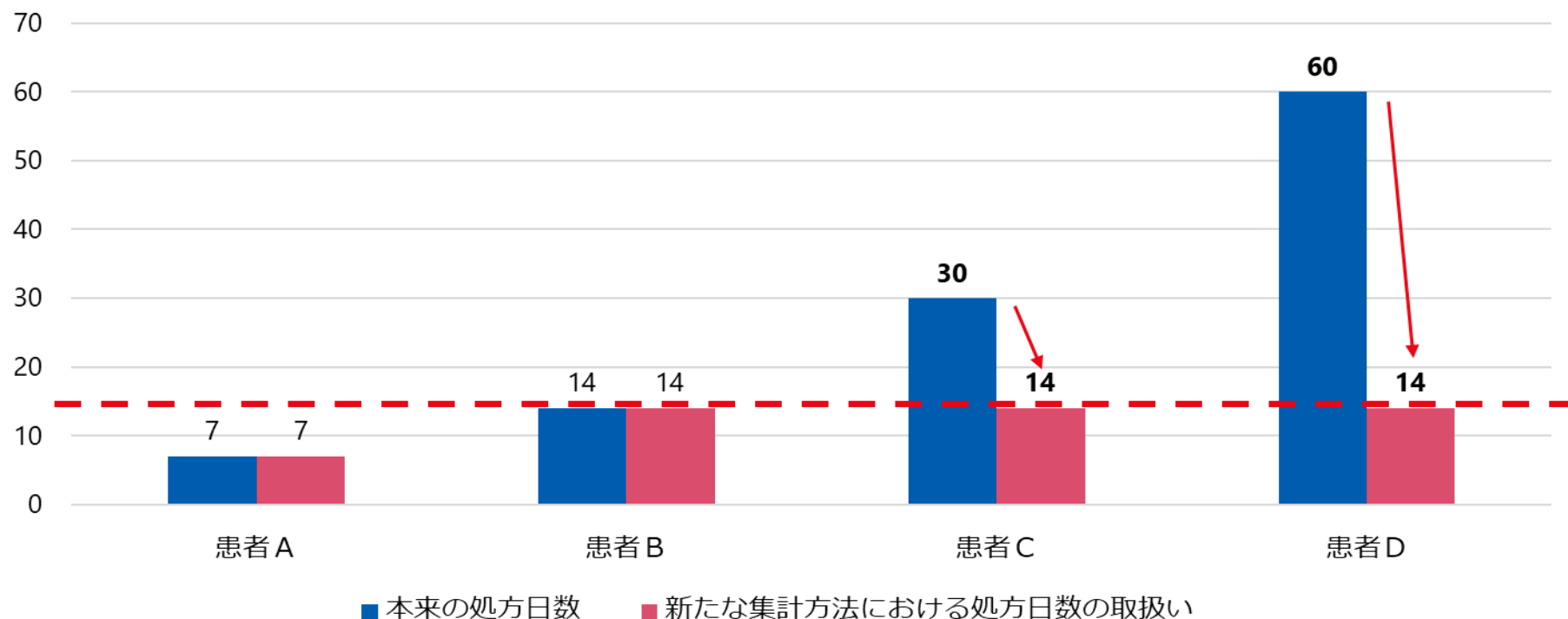
J-SIPHEにおける集計・評価方法の変更

- ガイドライン等で推奨される抗菌薬の投与方法では、「Access」分類以外の抗菌薬の長期処方が推奨される場合がある。これらにより、医学的には適正に抗菌薬を使用しているにも関わらず、当該医療機関におけるAccess抗菌薬の使用比率が低下する可能性がある。（例：慢性閉塞性肺疾患へのマクロライド系抗菌薬、高アンモニア血症へのリファキシミン等）
- これまでの指標では、こうした抗菌薬による長期処方を行った場合の影響が大きかったこと等から、令和8年度からは、長期処方の重みを相対的に減らし、頻繁に行われる14日未満の短期処方が適切であることをより評価する指標に変更することとされた。

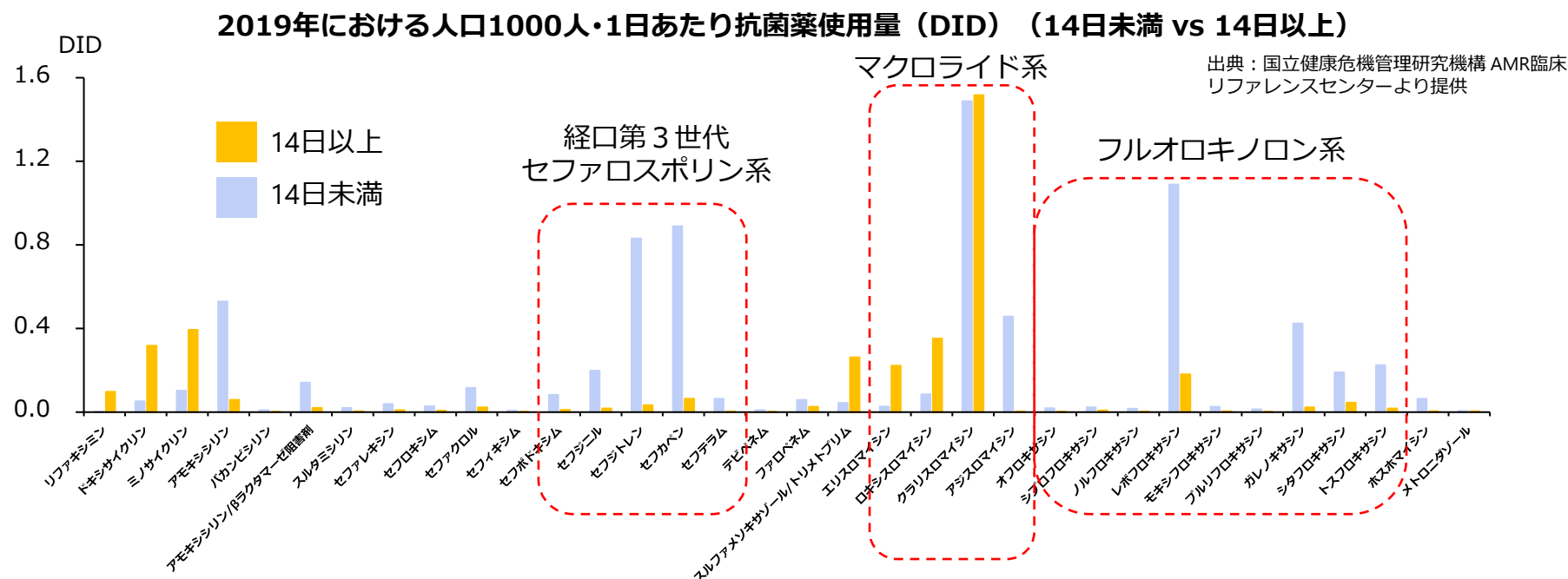
新たな集計方法のイメージ

- マクロライド系、フルオロキノロン系、テトラサイクリン系、ST合剤については、処方日数が14日以上の処方を14日分とみなして集計
- リファミキシンについては処方日数にかかわらず集計・評価の対象外

処方日数（日）



- 2019年における経口抗菌薬の使用量を、処方日数を14日未満と14日以上で分けて、抗菌薬の種類別に見たところ、AMR対策アクションプランにおける成果指標に位置付けられている経口第3世代セファロスポリン系、フルオロキノロン系は、14日未満の処方が大半であった。他方で、同じく成果指標に位置付けられているマクロライド系の処方量については、14日未満の処方の場合と14日以上処方の場合が同程度であった。
- 14日以上処方される抗菌薬はマクロライド系、テトラサイクリン系、スルファメトキサゾール／トリメトプリム、リファキシミンといった特定の抗菌薬に多く見られ、これらは慢性閉塞性肺疾患（COPD）・びまん性汎細気管支炎（DPB）に対するマクロライド系抗菌薬や、肝性脳症における高アンモニア血症に対するリファキシミンの処方など、治療ガイドライン等において推奨される抗菌薬の投与である可能性がある。



今後の方向性（案）

- ウイルス性上気道炎や急性下痢症に対する抗菌薬の使用状況を重点的にモニタリングする観点からは、処方日数が14日未満の処方に絞って集計・評価することが効果的な可能性があるが、この場合に集計から除外される、処方日数が14日以上処方される抗菌薬の投与であるかを分析してはどうか。
- その結果を踏まえ、日本の診療の実態に即したAWaRe 分類に基づく効果的な評価及び活用方法を議論してはどうか。

日本の診療の実態に即したAWaRe分類に基づく効果的な評価及び
活用方法の検討（14日以上[※]の処方が行われる場合の分析結果）

【方法】 医科診療における外来で処方された内服抗菌薬の使用量を分母とし、そのうち集計対象[※]の傷病名が付けられている処方の占める割合を算出
([※]) ICD-10分類A、B（感染症）、J（呼吸器疾患（J30、J45：アレルギー性及び喘息疾患は除外））、高アンモニア血症、肝性脳症又はその他上気道炎、下痢症、尿路感染症、肺炎、中耳炎、性感染症若しくは皮膚軟部組織感染症に対して付けられることが想定される傷病名（AMR臨床リファレンスセンターにおいて定義）

【結果】 14日以上[※]の処方が行われる際の傷病名（2019年、抗菌薬種類別）（赤背景はガイドラインで推奨されている傷病名）

順位	マクロライド系		フルオロキノロン系		テトラサイクリン系		ST合剤	
1	慢性気管支炎	36.9 %	慢性気管支炎	22.8 %	尋常性ざ瘡	22.0 %	ニューモシスチス肺炎	39.6 %
2	慢性副鼻腔炎	16.8 %	肺非結核性抗酸菌症	15.5 %	皮膚感染症	18.1 %	間質性肺炎	24.1 %
3	非結核性抗酸菌症	15.9 %	非結核性抗酸菌症	13.6 %	毛包炎	8.3 %	慢性気管支炎	19.7 %
4	肺非結核性抗酸菌症	15.0 %	急性気管支炎	10.4 %	膿疱性ざ瘡	8.1 %	深在性真菌症	6.3 %
5	気管支拡張症	14.5 %	肺炎	7.3 %	慢性膿皮症	7.3 %	慢性呼吸不全	5.6 %
順位	ペニシリン系		第一世代セファロスポリン系		第三世代セファロスポリン系		リファキシミン	
1	慢性気管支炎	10.1 %	蜂窩織炎	10.2 %	急性気管支炎	13.3 %	高アンモニア血症	93.2 %
2	梅毒	9.8 %	皮膚感染症	9.3 %	慢性気管支炎	7.9 %	肝性脳症	92.3 %
3	急性気管支炎	8.8 %	慢性気管支炎	6.4 %	皮膚感染症	7.7 %	C型慢性肝炎	11.3 %
4	肺炎	6.2 %	足白癬	6.3 %	慢性膀胱炎	7.0 %	C型肝硬変	10.0 %
5	蜂窩織炎	6.1 %	慢性膀胱炎	4.7 %	急性咽頭喉頭炎	6.7 %	慢性気管支炎	7.5 %

- マクロライド系、フルオロキノロン系については、気管支拡張症や肺MAC症等、同薬を14日以上投与することが推奨され得る傷病名が含まれている。慢性気管支炎・慢性副鼻腔炎についても、同薬の長期投与が推奨される場合があるが、その適正性をレセプト上の傷病名から評価することは困難である。
- テトラサイクリン系については、最上位となっている尋常性ざ瘡に対する同薬の投与は、一律には正当化されないが、難治性症例等に対しては14日以上の投与が推奨されることがある。その他の傷病名についても皮膚感染症となっており、尋常性ざ瘡に対する処方を見ている可能性がある。
- ST合剤については、ニューモシスチス肺炎が最上位となっており、基本的に適正に処方されていると考えられる。
- リファキシミンについては、ほとんどが肝性脳症・高アンモニア血症関連の処方と考えられ、基本的に適正に処方されていると考えられる。
- その他の抗菌薬については、明確な傾向は見られない。

- 14日以上[※]の処方が行われる際に付けられている傷病名をレセプトデータから抽出したところ、一部の抗菌薬においては、治療ガイドライン等において14日以上[※]の同薬の処方が推奨されている傷病名や、14日以上[※]の同薬の処方が不適正とはいえない傷病名が、一定の割合で含まれていることが確認された。

結果のまとめ

- ウイルス性上気道炎や急性下痢症に対する抗菌薬の使用状況を重点的にモニタリングする観点や、一部の抗菌薬について長期処方が推奨される場合があることを踏まえ、経口抗菌薬の処方日数を14日未満と14日以上で分けて抗菌薬の使用量を見たところ、2019年において、抗菌薬の使用量全体に対して14日以上の処方が約3割強を占めていた。抗菌薬の種類別に見たところ、14日以上の処方
は特定の抗菌薬に多く見られた。
- 14日以上の処方が行われる際に付けられている傷病名をレセプトデータから抽出したところ、一部の抗菌薬においては、治療ガイド
ライン等において14日以上の同薬の処方が推奨されている傷病名や、14日以上の同薬の処方が不適正とは言い切れない傷病名が、
一定の割合で含まれていることが確認された。
- リファキシミンについては、処方日数に限らず、同薬の処方が適当と考えられる傷病名が大半の処方に含まれていた。

考慮すべき点

- 14日以上の処方においても、医学的に不適正な使用が含まれる可能性は否定できない。
- AWaRe分類に基づく集計・評価に当たって、レセプト上の特定の傷病名や、14日以上の処方を一律に集計・評価の対象から除外す
ることには、それぞれ次のような懸念が想定される。
 - 特定の傷病名を一律に除外：傷病名の消し忘れ等により本来除くべきではない処方が誤って除かれたり、集計結果をコントロールする目的で
傷病名が恣意的に付けられたりする可能性がある。また、現行のJ-SIPHEのシステムでは傷病名や患者の年齢を収集しておらず、これらを収
集できるようシステムを改修するには一定の期間が必要である。
 - 14日以上の処方を一律に除外：集計結果をコントロールする目的で、本来14日未満の処方で十分な場合もあえて14日以上の処方を行うと
いった、抗菌薬の不適正使用が誘導される可能性がある。

評価及び活用方法（案）

- ウイルス性上気道炎や急性下痢症に対する抗菌薬の使用状況を重点的にモニタリングする観点から、また、各医療機関毎の抗菌薬適
正使用の状況を比較する観点から、J-SIPHEを用いたAWaRe分類に基づく集計・評価に当たっては、マクロライド系、フルオロキ
ノロン系、テトラサイクリン系、ST合剤については、処方日数が14日以上の処方を14日分とみなして集計することで、処方量全体
において14日以上の処方が占める割合を相対的に減少させ、14日未満の処方に重点を置いて集計・評価することとしてはどうか。
なお、リファキシミンについては処方日数にかかわらず集計・評価の対象外としてはどうか。
- この手法によるAWaRe分類に基づく集計・評価に関して、暫定的な目標としては、2030年までにAccessに分類される抗菌薬の使用
比率を**70%以上**にすることを目指しつつ、今後のサーベイランス結果等を踏まえ、次期AMR対策アクションプランの策定に当たっ
て具体的な目標を検討してはどうか。

抗菌薬適正使用体制加算における課題と論点

(抗菌薬適正使用体制加算について)

- 国内における Access 抗菌薬の使用比率が低い現状を踏まえ、適正使用を更に促進する観点から、外来感染対策向上加算及び感染対策向上加算に抗菌薬適正使用加算が令和 6 年度に新設された。
- 抗菌薬適正使用体制加算では、抗菌薬の使用状況のモニタリングが可能なサーベイランスとして、感染対策連携共通プラットフォーム（J-SIPHE）及び診療所版J-SIPHEに参加することとなっている。
- J-SIPHE及び診療所版J-SIPHEでは、AwaRe分類に沿ってサーベイランスを実施しており、抗菌薬適正使用体制では、直近 6 か月において使用する抗菌薬のうち、Access抗菌薬に分類されるものの使用比率が60%以上又はサーベイランスに参加する医療機関全体の上位30%以内であることとなっている。
- J-SIPHEの基準上、「Access」には必ずしも分類されないものの、ガイドラインにおいて適切とされる抗菌薬が存在し、こうした抗菌薬では、14日以上長期に治療を必要とする場合もあるが、治療の完遂が重要であり、不十分な治療はむしろ耐性を生みやすい。
- これまでの指標では、こうした抗菌薬による長期処方を行った場合の影響が大きかったこと等から、令和 8 年度からは、長期処方の重みを相対的に減らし、頻繁に行われる14日未満の短期処方が適切であることをより評価する指標に変更することとされた。

【論点】

- 抗菌薬の使用状況のAWaRe分類に基づく評価については、Watchカテゴリーを含むいくつかの抗菌薬について、14日以上処方治療ガイドライン等で推奨される場合があること等を踏まえ、J-SIPHEにおけるサーベイランスにおいて、ウイルス性上気道炎や急性下痢症に対する抗菌薬の使用状況を重点的にモニタリングする観点から、マクロライド系等の14日以上処方を14日分とみなして集計することとなった。当該サーベイランスの評価方法の変更を踏まえ、抗菌薬適正使用体制加算における抗菌薬の使用状況のサーベイランスの評価についても、同様に、14日以上処方を14日とみなして集計することとしてはどうか。

2. 感染症対策について

2－1. 抗菌薬適正使用体制加算

2－2. 感染症にかかる検査

2－3. 感染対策向上加算

2－4. 結核への対応

2－5. 個室管理が推奨される感染症への対応

新規抗菌薬の概要

- 薬剤耐性感染症の発生については、AMR対策アクションプラン（国際的に脅威となる感染症対策の強化のための国際連携等関係閣僚会議、令和5年4月7日）において、その発生を最小限にとどめ、それによる疾病負荷を減らすためには、入院及び外来における抗微生物薬の適正使用（AMS）が極めて重要であるとされている。
- 近年、カルバペネム系抗菌薬に耐性を示す菌種や、多剤耐性菌に対して有効性が期待される新たな抗菌薬（以下、単に「新規抗菌薬」という）が3品目、薬事承認・薬価収載されており、その一部については、厳格な抗菌薬適正使用を実施する必要があることが厚生労働省健康・生活衛生局感染症対策部感染症対策課の事務連絡において示されている。

薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン（2023-2027）（国際的に脅威となる感染症対策の強化のための国際連携等関係閣僚会議、令和5年4月7日）

- （戦略4.1）薬剤耐性感染症（ARI）の発生を最小限にとどめ、それによる疾病負荷を減らすためには、入院及び外来における抗微生物薬の適正使用（AMS）が極めて重要である。

新規抗菌薬の概要

抗菌薬名称	適応	備考
レレバクタム水和物/イミペネム水和物/シラスタチンナトリウム（REL/IPM/CS）	カルバペネム系抗菌薬に耐性を示し、かつ本剤に感性を示す菌種による各種感染症	-
セフィデロコルトシル酸塩硫酸塩水和物（CFDC）	カルバペネム系抗菌薬に耐性を示す菌株による各種感染症	CRE 感染症等の多剤耐性菌による感染症への有効性が期待されており、その有効性を保つために、厳格な抗菌薬適正使用を実施する必要があることが、厚生労働省健康・生活衛生局感染症対策部感染症対策課事務連絡（令和6年1月25日付）において示されている。
アビバクタムナトリウム/セフトアジジム水和物（AVI/CAZ）	本剤に感性を示す菌株による各種感染症	抗菌薬確保支援事業の対象薬に指定された、CRE 感染症等の多剤耐性菌による感染症への有効性が期待される抗菌薬であり、その有効性を保つために、厳格な抗菌薬適正使用を実施する必要があることが、厚生労働省健康・生活衛生局感染症対策部感染症対策課事務連絡（令和6年12月26日付）において示されている。

現状と課題

- 近年、多剤耐性グラム陰性桿菌による感染症治療における“切り札”として、レレバクタム・イミペネム・シラスタチン（REL/IPM、2021年）、セフィデロコル（CFDC、2023年）、セフトジジム・アビバクタム（AVI/CAZ、2024年）が上市された。
- 本来、これらの新規抗菌薬は、抗菌薬適正使用の観点から、従来の抗菌薬の薬剤感受性検査や薬剤耐性菌の確認検査の結果をもとに多剤耐性菌と同定され、従来の抗菌薬では治療が困難であり、かつ、新規抗菌薬に感受性がある場合に限り使用されることが重要とされる*。
 - ・ 特に CFDC について、抗微生物薬適正使用の手引き第3版 別冊では、「メタロ-β-ラクタマーゼ（MBL）産生菌に対する、現存する唯一の単剤で治療可能な β-ラクタム系抗菌薬であり、その活性を MBL 産生菌に対して温存するために、MBL 産生菌以外の細菌による感染症での使用は極力控えるべき」と記載。
- 上記抗菌薬は、日本で上市されている薬剤感受性装置の感受性プレートに搭載されていないことから、従来の抗菌薬と同時に測定することができず¹、特に CFDC の薬剤感受性検査は培養条件（培地）が異なるため、他の抗菌薬との同時測定はできない²。そのため、**別途、感受性プレートを用いて、追加で薬剤感受性検査を実施**する必要がある³。
 - ¹ 現状、REL/IPM と AVI/CAZ は測定可能な薬剤感受性装置が限定されていることが挙げられる。
 - ² CFDC の薬剤感受性検査に関する追加情報は、参考資料を参照。
 - ³ 感染症発生動向調査及び院内感染対策サーベイランス事業のデータによると、追加で実施されている薬剤感受性検査は、カルバペネム耐性腸内細菌目細菌（CRE）感染症で 1,000例、薬剤耐性緑膿菌感染症で 700例、その他 400例程度と推定される。

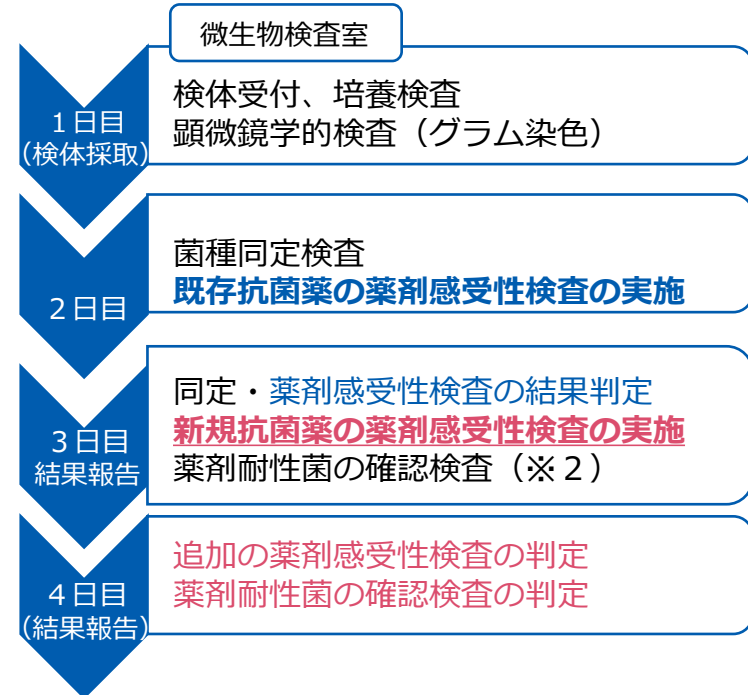
薬剤耐性グラム陰性桿菌の治療ガイドンス（IDSA2024）[#]では、「治療方針は、病原体の同定結果や薬剤感受性検査の結果、さらに検出された主要な β-ラクタマーゼ遺伝子の情報に基づいて再検討する必要がある」と記載されている。また、抗微生物薬適正使用の手引き第3版 別冊では、「CRE の診断と標的治療のフローチャート」が示されているが、新規抗菌薬を含めた治療抗菌薬について、原則的に感受性が確認されていることを前提としている。

[#] 米国感染症学会（PMID：39108079）

薬剤感受性検査の流れ

- 薬剤感受性検査とは、感染症の原因菌に対する有効な抗菌薬を選択するための検査であり、一般的な細菌の薬剤感受性検査においては、左下のフローに沿って実施される。
- 本邦の医療機関で一般的に使用されている米国臨床検査標準協会（CLSI）のガイドラインにおいては、新規抗菌薬（CFDC、AVI/CAZ、REL/IPM）の薬剤感受性検査は多剤耐性菌（※1）による感染症の治療の際、メロペネム等の広域β-ラクタム系抗菌薬も含む既存の抗菌薬に対して耐性を有する場合に、追加的に実施した上でこれらの抗菌薬を投与を検討することが推奨されている。
- そのため、新規抗菌薬の感受性検査を行う必要があり、検査に際して追加的な薬剤感受性パネルが必要となる。
- 新規抗菌薬を含む抗菌薬の投与に際して必要な薬剤感受性検査は既に保険適用されているが、新規抗菌薬の投与のために、一連の治療中に、同一検体から培養された同一の菌に対して追加で複数回の薬剤感受性検査が必要となった場合の検査料の算定の可否については、明確化されていない。

新規抗菌薬に対する薬剤感受性検査の流れ



CLSIのガイドラインにおける新規抗菌薬の位置づけ

表1A-1. 腸内細菌目細菌（*Salmonella/Shigella*を除く）*

グループ1: 日常的な一次検査・報告に適した抗菌薬	グループ2: 日常的な一次検査に適した抗菌薬であるが、報告は各医療機関で定めたcascade報告ルールに従って行う	グループ3: 多剤耐性菌（MDRO）のリスクが高い患者に医療を提供する医療機関において、日常的な一次検査に適した抗菌薬であるが、報告は各医療機関で定めたcascade報告ルールに従ってのみ行う	グループ4: 様々な要因により他のグループの抗菌薬が最適でない場合、医師の要請により検査と報告が必要となる場合がある抗菌薬
アンピシリン セファゾリン セフトキシム	一般的に感受性検査が推奨されている抗菌薬	セフィデロコル（CFDC） セフトジジム・アビバクタム（AVI/CAZ） イミペネム・レボバクタム（REL/IPM） メロペネム・バロバクタム	
アモキシシリン-クラバン酸 アンピシリン-スルバクタム ピペラシリン-タゾバクタム ゲンタマイシン	トブラマイシン アミカシン		
シプロフロキサシン レボフロキサシン トリメトプリム-スルファメトキサゾール	セフトエタナー セフトキナチン デトラサイクリン		
			アズトレオナム セフトロキサム セフトジジム セフトロザン-タゾバクタム

取り消し線：日本では上市されていない抗菌薬

感染症対策部作成

薬剤感受性検査に係る診療報酬上の評価

D019 細菌薬剤感受性検査

1	1菌種	185点	3	3菌種	310点
2	2菌種	240点	4～5	略	

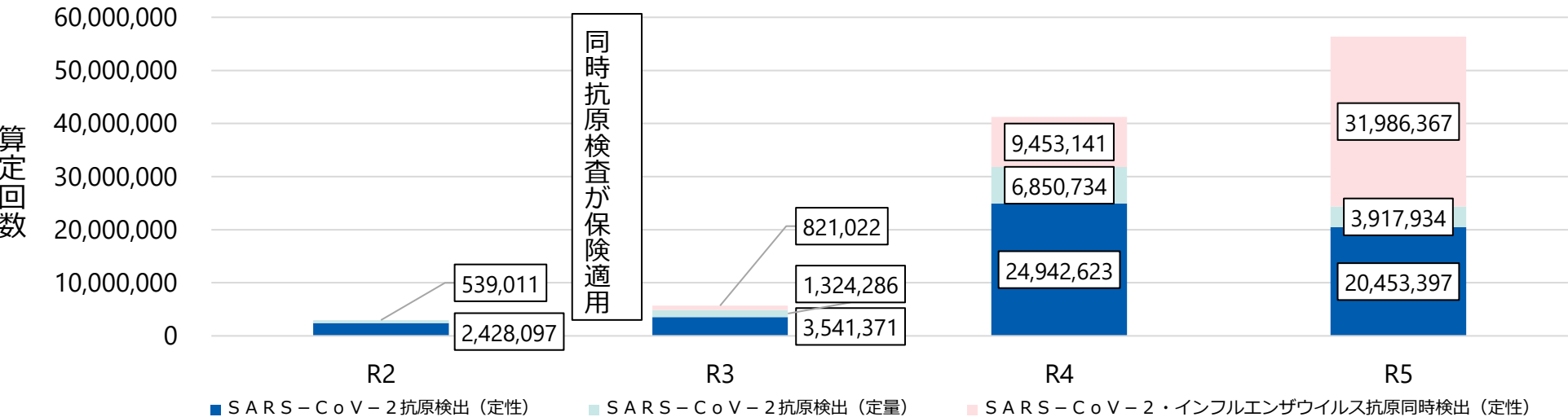
※1 広域βラクタム系（特にカルバペネム）・アミノグリコシド系・フルオロキノロン系の3系統の抗菌薬に耐性を示す場合を指す。

※2 カルバペネム系抗菌薬の分解酵素（カルバペネマーゼ）の産生など、薬剤耐性機序を確認するための検査を指す。

新型コロナウイルス感染症に係る抗原検査の算定要件等

- 新型コロナウイルス感染症（以下「COVID-19」）に係る検査としては、一般に抗原検査やPCR検査等があり、これらの内、COVID-19のみを対象とするものと、インフルエンザウイルス感染症等も同時に対象とするものとが存在する。
- 令和4年以降、「SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス抗原同時検出定性」の算定回数が増加している。
- 「SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス抗原同時検出定性」等のSARS-CoV-2とその他のウイルスを同時に測定する抗原検査（以下「同時抗原検査」）については、その他のウイルス感染症を疑わない場合であっても、COVID-19が疑われる場合であれば、算定できるとされている。

新型コロナウイルス感染症に係る抗原検査の算定回数



主な検査	SARS-CoV-2 抗原定性	SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス抗原同時検出定性等（※）	（参考）インフルエンザウイルス抗原定性
主な算定要件	○ COVID-19が疑われる患者に対して、COVID-19の診断を目的として実施した場合に1回に限り算定する。	○ COVID-19が疑われる患者に対して、COVID-19の診断を目的として実施した場合に1回に限り算定する。	○ 発症後48時間以内に実施した場合に限り算定することができる。

同時抗原検査に関する関係学会の提言

- 同時抗原検査の適切な使用に関しては、一般社団法人日本感染症学会及び一般社団法人日本臨床微生物学会から以下の提言が発出されており、同時抗原検査については、流行に季節性があること等を踏まえ、いずれか一方しか流行していない時期においては、「特別な必要性がない場合は単独の検査キットを優先的に使用することが望ましい」とされている。

新型コロナウイルスを含めた同時抗原検査の適切な使用について（新型コロナウイルスを含めた同時抗原検査の適切な使用について一般社団法人 日本感染症学会 一般社団法人 日本臨床微生物学会 2025年8月25日）（抄）

同時検査キット使用の課題

…COVID-19、インフルエンザいずれも流行を繰り返していますが、その時々によって一方の感染者はほとんど検出されない時期もあります。そのような状況において、発熱患者のスクリーニング目的で同時検査キットを用いることは望ましくありません。

検査キットの適切な使用について

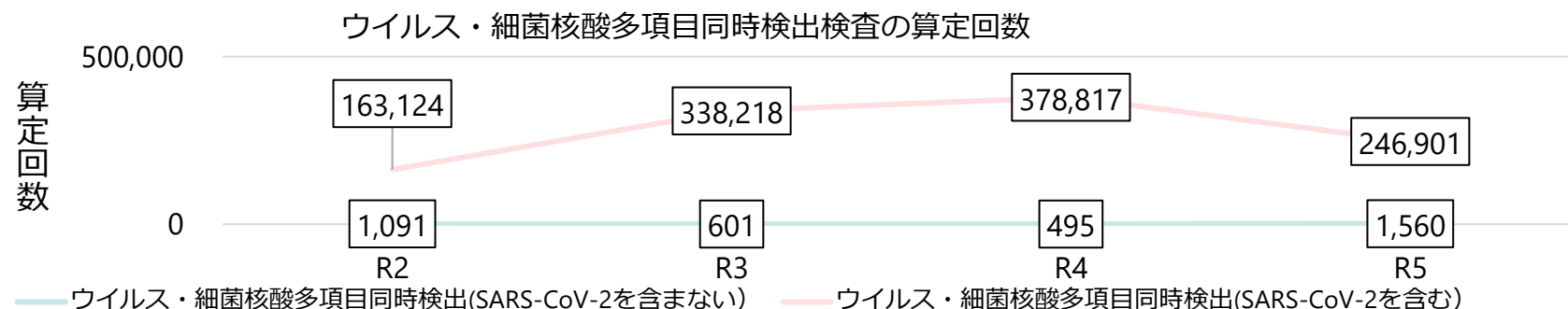
新型コロナウイルスとインフルエンザウイルスいずれも流行が起こっており、医師が両方の検査が必要と判断される場合は同時検査キットを活用していただくのがよろしいかと思えます。ただし、どちらか一方の患者しかほとんど検出できない時期では、特別な必要性がない場合は単独の検査キットを優先的に使用することが望ましいと考えられます。

他の同時検査キットについて

新型コロナウイルスとRSウイルスの同時検査キットも現在、販売されて臨床の現場でも使用されています。これも上記と同様に、両方の同時検査が必要と判断される場合は適切な検査と言えますが、必ずしも積極的に両方を疑っていないにも関わらず、同時検査をスクリーニング目的で使用するのは過剰な検査につながりますので、2つの疾患の鑑別が必要な症例のみを対象として使用していただく必要があると考えます。

ウイルス・細菌核酸多項目同時検出検査の算定要件等

- 近年、様々なウイルス及び細菌を同時に検出することができる検査（以下、「マルチプレックスPCR」という。）が保険適用されており、SARS-CoV-2を含むものと含まないものが存在する。
- マルチプレックスPCRの算定回数のうち、99%以上をSARS-CoV-2を含む検査が占めており、また、マルチプレックスPCRのうち、SARS-CoV-2を含むものについては、COVID-19が疑われる患者であって、医学的に多項目の病原微生物の検索の必要性が高いと考えられる場合であれば算定できるとされている。



主な検査	ウイルス・細菌核酸多項目同時検出 (SARS-CoV-2を含まない) 963点	ウイルス・細菌核酸多項目同時検出 (SARS-CoV-2を含む) 1,350点
主な算定要件	<ul style="list-style-type: none"> ○ 重症呼吸器感染症と診断された又は疑われる場合※であって、以下のいずれかに該当する場合 <ul style="list-style-type: none"> ・救命救急入院料、特定集中治療室管理料等を算定する病床で集中治療が行われた場合 ・上記に掲げる病床以外の病床で、上記に掲げる病床で行われる集中治療に準じた治療が行われた場合。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ COVID-19が疑われる患者であって、医学的に多項目の病原微生物の検索の必要性が高いと考えられる場合
主な施設基準	<ul style="list-style-type: none"> ○ 感染症に係る診療を専ら担当する常勤の医師（専ら感染症に係る診療の経験を5年以上有するものに限る。）が1名以上又は臨床検査を専ら担当する常勤の医師（専ら臨床検査を担当した経験を5年以上有するものに限る。）が1名以上配置されていること。 	—
対象病原体 (相違点を下線表記)	<ul style="list-style-type: none"> ○ インフルエンザウイルス、コロナウイルス、パラインフルエンザウイルス、ヒトメタニューモウイルス、アデノウイルス、RSウイルス、ヒトライノウイルス、エンテロウイルス、マイコプラズマ・ニューモニエ、クラミジア・ニューモニエ及び百日咳菌 	<ul style="list-style-type: none"> ○ インフルエンザウイルス、コロナウイルス、パラインフルエンザウイルス、ヒトメタニューモウイルス、アデノウイルス、RSウイルス、ヒトライノウイルス、エンテロウイルス、マイコプラズマ・ニューモニエ、クラミジア・ニューモニエ、<u>百日咳菌</u>、<u>パラ百日咳菌</u>及び<u>SARS-CoV-2</u>

マルチプレックスPCRに関する関係学会の提言

- マルチプレックスPCRに関しては、一般社団法人日本感染症学会から以下の適正使用指針が発出されており、対象患者については、SARS-CoV-2を含むか否かに関わらず指針が統一されており、「入院を要すると思われる重症の呼吸器感染症が疑われる患者群」及び「インフルエンザウイルス感染症またはCOVID-19による重症化リスク因子を有する患者」とされている。
- また、流行状況等からインフルエンザウイルス感染症やCOVID-19が強く疑われる場合には、マルチプレックスPCRではなく、単独の抗原検査等を実施することが望ましいとされている。

多項目遺伝子関連検査の実施指針（一般社団法人日本感染症学会 感染症遺伝子検査委員会2025年9月8日改訂）（抄）

急性呼吸器感染症に対する多項目遺伝子関連検査の実施指針

3) 対象患者

入院を要すると思われる重症の呼吸器感染症が疑われる患者群に加え、インフルエンザウイルス感染症またはCOVID-19による重症化リスク因子を有する患者（表1、2）も対象とする。なお、流行状況や周囲の感染者の存在、症状などからインフルエンザウイルス感染症やCOVID-19が強く疑われる場合には、迅速性および特異性の観点から、多項目遺伝子関連検査よりも各病原体を対象とした抗原検査または核酸検出検査を実施することが望ましい。

表1. インフルエンザウイルス感染症での重症化リスク因子（一部抜粋）

・ 5歳未満（とりわけ2歳未満）の幼児
・ 65歳以上の高齢者
・ 以下の慢性疾患
肺疾患：気管支喘息、COPD、間質性肺疾患、気管支拡張症などを含む等
・ 免疫抑制状態の患者：免疫抑制治療を受けているあるいは HIV 感染を含む
・ 妊婦および出産後2週以内の産褥婦
・ アスピリンまたはサリチル酸を含む薬物治療を受け、ライ症候群のリスクのある18歳以下
・ BMI40以上の肥満者

表2. COVID-19での重症化リスク因子（一部抜粋）

・ 65歳以上の高齢者
・ 以下の基礎疾患がある
悪性腫瘍
COPDなどの慢性呼吸器疾患 等
・ 免疫抑制状態の患者
・ 妊娠後期
・ 肥満（BMI 30kg/m ² 以上）

表1：一般社団法人日本感染症学会 感染症遺伝子検査委員会、一般社団法人日本臨床微生物学会 感染症3領域新規検査検討委員会「インフルエンザ核酸検出検査の有効活用に向けた提言」より作成

表2：一般社団法人日本感染症学会 COVID-19治療薬タスクフォース「COVID-19に対する薬物治療の考え方第15.1版」より作成

感染症にかかる検査における課題と論点

<薬剤感受性検査について>

- 厳格な抗菌薬適正使用を実施する必要があるとされている新規抗菌薬（CFDC、AVI/CAZ、REL/IPM）の薬剤感受性検査については、他の従来の抗菌薬の薬剤感受性検査との同時測定はできないため、別途、追加で薬剤感受性パネルを用いて薬剤感受性検査を実施する必要があるが、一連の治療中に、新規抗菌薬の投与のために、同一検体から培養された同一の菌に対して複数回の薬剤感受性検査が必要となった場合の検査料の取扱いについては、明確化されていない。

<同時抗原検査・マルチプレックスPCRについて>

- インフルエンザウイルス感染症と新型コロナウイルス感染症の同時抗原検査の適切な使用に関しては、一般社団法人日本感染症学会等から提言が発出されており、流行に季節性があること等を踏まえ、いずれか一方しか流行していない時期においては、「特別な必要性がない場合は単独の検査キットを優先的に使用することが望ましい」とされている。
- また、様々なウイルス及び細菌を同時に検出することができる検査（以下、「マルチプレックスPCR」という。）に関しては、一般社団法人日本感染症学会から適正使用指針が発出されており、対象患者については、「入院を要すると思われる重症の呼吸器感染症が疑われる患者群」等に限定され、また、流行状況等からこれらの感染症が強く疑われる場合には、マルチプレックスPCRではなく、単独の抗原検査等を実施することが望ましいとされている。

【論点】

- 感染症にかかる検査について、関係学会による提言等も踏まえ、算定要件等を見直すことについて、どのように考えるか。

2. 感染症対策について

2－1. 抗菌薬適正使用体制加算

2－2. 感染症にかかる検査

2－3. 感染対策向上加算

2－4. 結核への対応

2－5. 個室管理が推奨される感染症への対応

ポストコロナにおける感染症対策の評価①

感染対策向上加算及び外来感染対策向上加算の見直し

- 新興感染症への備えに係る施設基準について、第8次医療計画における協定締結の枠組みを踏まえた要件に見直しを行う。

現行

【感染対策向上加算】【施設基準（抜粋）】

加算1：新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること。

加算2：新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること。

加算3：新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者若しくは疑い患者を受け入れる体制又は発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること。

【外来感染対策向上加算】【施設基準（抜粋）】

新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること。

改定後

【感染対策向上加算】【施設基準（抜粋）】

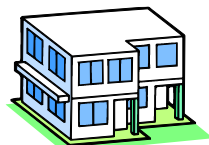
加算1：都道府県知事の指定を受けている第一種協定指定医療機関であること。

加算2：（加算1と同様）

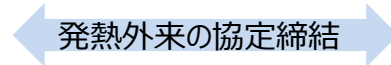
加算3：都道府県知事の指定を受けている第一種協定指定医療機関又は都道府県知事の指定を受けている第二種協定指定医療機関（発熱外来に係る措置を講ずるものに限る。）であること。

【外来感染対策向上加算】【施設基準（抜粋）】

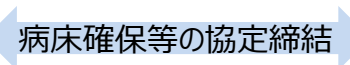
都道府県知事の指定を受けている第二種協定指定医療機関（発熱外来に係る措置を講ずるものに限る。）であること。



外来感染対策向上加算を
届け出る診療所



都道府県



感染対策向上加算を
届け出る病院等

感染対策向上加算の概要

○院内感染防止対策を行った上で、感染制御チームを設置し、医療機関の感染防止対策の実施や地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策の取組等を評価するもの。

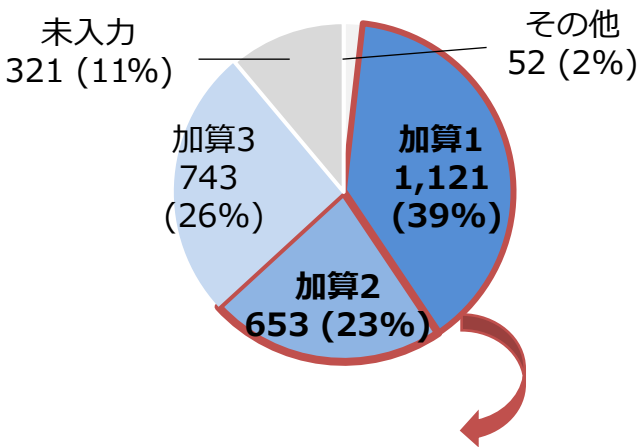
施設基準	感染対策向上加算 1	感染対策向上加算 2	感染対策向上加算 3
届出医療機関	(外来感染対策向上加算の届出がないこと)	一般病床の数が300床未満を標準とする (外来感染対策向上加算の届出がないこと)	
	第一種協定指定医療機関		第一種又は第二種協定指定医療機関
感染防止対策部門／感染制御チーム／院内感染管理者の設置	<ul style="list-style-type: none"> ・感染防止対策部門を設置し、部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織 (ア～エのいずれかが院内感染管理者、(加算 1) ア又はイは専従) ア 専任の常勤医師 (加算 1, 2) 感染症対策の経験が3年以上) イ 専任の看護師 (加算 1, 2) 感染管理に5年以上従事、(加算 1) 適切な研修を修了) ウ (加算 1, 2) 感染防止対策にかかわる専任の薬剤師 (病院勤務経験3年以上※) エ (加算 1, 2) 専任の臨床検査技師 (病院勤務経験3年以上※) 		
	※加算 2 の場合、適切な研修の修了でも可		
	<ul style="list-style-type: none"> ・自施設の実情に合わせた標準予防策等の手順書を作成 ・職員を対象に院内感染対策に関する研修を少なくとも年 2 回程度実施 ・週に 1 回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例、院内感染防止対策の実施状況を把握・指導 		
医療機関間・行政等との連携	<ul style="list-style-type: none"> ・感染制御チームが保健所及び地域の医師会と連携し、加算 2 又は 3 の医療機関と合同で、少なくとも年 4 回程度、院内感染対策に関するカンファレンス (1 回は新興感染症の発生等を想定した訓練) を実施 ・加算 2、3 又外来感染対策向上加算の医療機関に対し必要時に院内感染対策に関する助言を行う体制 ・加算 1 の医療機関と感染防止対策に関する相互評価を少なくとも年 1 回実施 ・地域や全国のサーベイランスに参加 	<ul style="list-style-type: none"> ・感染制御チームが、少なくとも年 4 回程度、加算 1 の医療機関が主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加 (1 回は新興感染症の発生等を想定した訓練に参加)。 	<ul style="list-style-type: none"> ・新興感染症の発生時や院内アウトブレイクの発生時等の有事対応を想定した地域連携体制について、連携する加算 1 に係る届出を行った他の医療機関等とあらかじめ協議
抗菌薬適正使用	<ul style="list-style-type: none"> ・ 院内の抗菌薬適正使用の監視体制 ・ 抗菌薬適正使用チームを組織し、抗菌薬適正使用に係る業務を行う ・ チームが他の医療機関から抗菌薬適正使用の推進に関する相談等を受ける体制を整備 		<ul style="list-style-type: none"> ・ 院内の抗菌薬適正使用について、連携する加算 1 の医療機関又は地域の医師会から助言を受ける
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・ 院内感染防止対策に関する取組事項を掲示 ・ 新興感染症の発生時等にゾーニングを行える体制 		<ul style="list-style-type: none"> ・ 新興感染症の発生時にゾーニングを行える又は発熱患者等の動線を分けることができる体制
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 第三者機関による評価を受けていることが望ましい ・ 介護保険施設又は指定障害者支援施設等から求めがあった場合には、実地指導等、感染対策に関する助言を行うとともに、院内感染対策に関する研修を合同で実施することが望ましい。 		

感染対策向上加算届出医療機関における微生物学的検査体制

- 感染対策向上加算1及び2の施設基準において、院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有することとされている。
- 感染対策向上加算1の届出医療機関の約60%、感染対策向上加算2の届出医療機関の約17%が、院内の微生物学的検査室を「あり」と回答した。
- 微生物学的検査室を有している感染対策向上加算1の医療機関では、薬剤耐性菌の検出割合が有意に低い。

感染対策向上加算届出医療機関における微生物学的検査室を有する割合

【対象】 J-SIPHE に参加・登録された医療機関：2,890 施設



微生物学的検査室	あり	なし	未記入
加算1 (1,121)	674 (60.1%)	156 (13.9%)	291 (26.0%)
加算2 (653)	111 (17.0%)	369 (56.5%)	173 (26.5%)

薬剤耐性菌の検出率（微生物学的検査室の有無別）

【対象】 J-SIPHEに参加・登録された医療機関のうち、下記の項目が入力されている医療機関：加算1で551医療機関、加算2で266医療機関

		加算1 (n=551)		加算2 (n=266)	
		微生物学的検査室		微生物学的検査室	
		なし	あり	なし	あり
医療機関数		110	441	200	66
病床数（中央値）		241	395	148	190
在院患者延べ数（中央値）		34,809	52,466	19,563	23,564
平均在院日数（中央値）		17.44	12.70	26.13	21.35
総検体提出患者数（入院）（中央値）		498	947	188	280
薬剤耐性菌 分離率 ^{*1} （中央値、%）	MRSA	6.8	4.9**	8.3	7.9
	3GCR- <i>E. coli</i>	5.0	2.9**	5.7	4.7
	3GCR- <i>K. pneumoniae</i>	1.1	0.4**	0.8	0.4
	FQR- <i>E. coli</i>	6.3	4.0**	7.7	7.4

微生物学的検査室ありの方が、
薬剤耐性菌の分離率が低い

** $p < 0.01$

※ 1 耐性菌分離患者数/検体提出患者数×100（入院患者）
MRSA：メチシリン耐性黄色ブドウ球菌
3GCR：第3世代セファロスポリン耐性
FQR：フルオロキノロン耐性

感染対策向上加算における課題と論点

（感染対策向上加算について）

- 感染対策向上加算は院内感染防止対策を行った上で、感染制御チームを設置し、医療機関の感染防止対策の実施や地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策の取組等を評価するもの。
- 感染対策向上加算 1 及び 2 では、院内の抗菌薬適正使用の監視体制を有することとされており、感染対策向上加算 1 の届出医療機関の約60%、感染対策向上加算 2 の届出医療機関の約17%が、院内の微生物学的検査室を「あり」と回答した。
- 微生物学的検査室を有している感染対策向上加算 1 の医療機関では、薬剤耐性菌の検出割合が有意に低い。

【論点】

- 感染対策向上加算 1 の届出施設では、院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有することとされており、また、院内に微生物学的検査室を有している医療機関では、薬剤耐性菌の検出割合が低いことを踏まえ、感染対策向上加算 1 の届出施設における微生物学的検査室が果たす役割とその評価をどのように考えるか。

2. 感染症対策について

2－1. 抗菌薬適正使用体制加算

2－2. 感染症にかかる検査

2－3. 感染対策向上加算

2－4. 結核への対応

2－5. 個室管理が推奨される感染症への対応

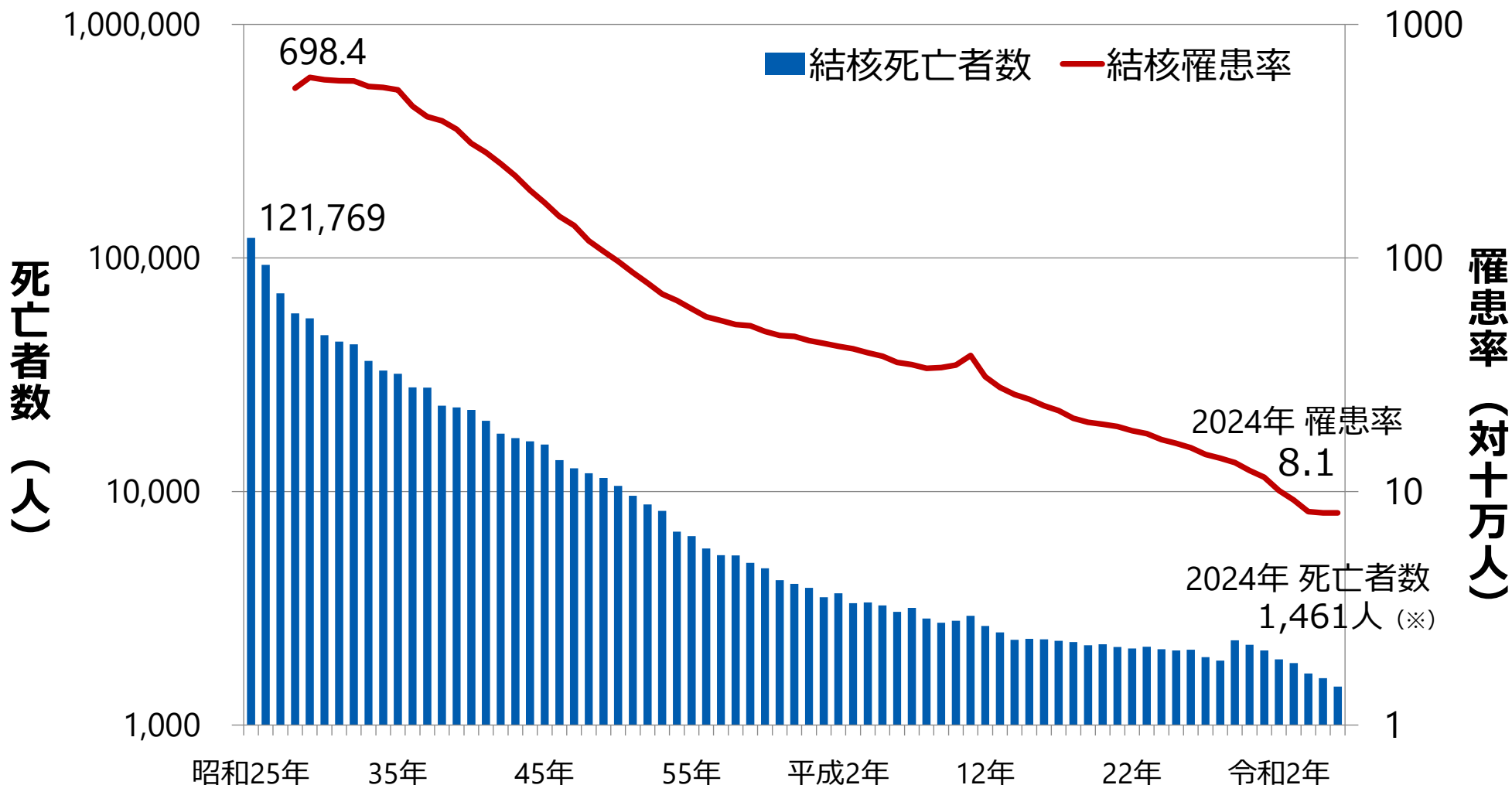
日本の結核の罹患率と死亡者数の推移

第13回厚生科学審議会結核部会

2025(令和7)年10月6日

資料 1

- 2024（令和5）年の罹患率（人口10万人当たりの患者数）は8.1となっている。
- 初めて結核低まん延国となった2021（令和3）年以降、結核低まん延国の水準を維持している。

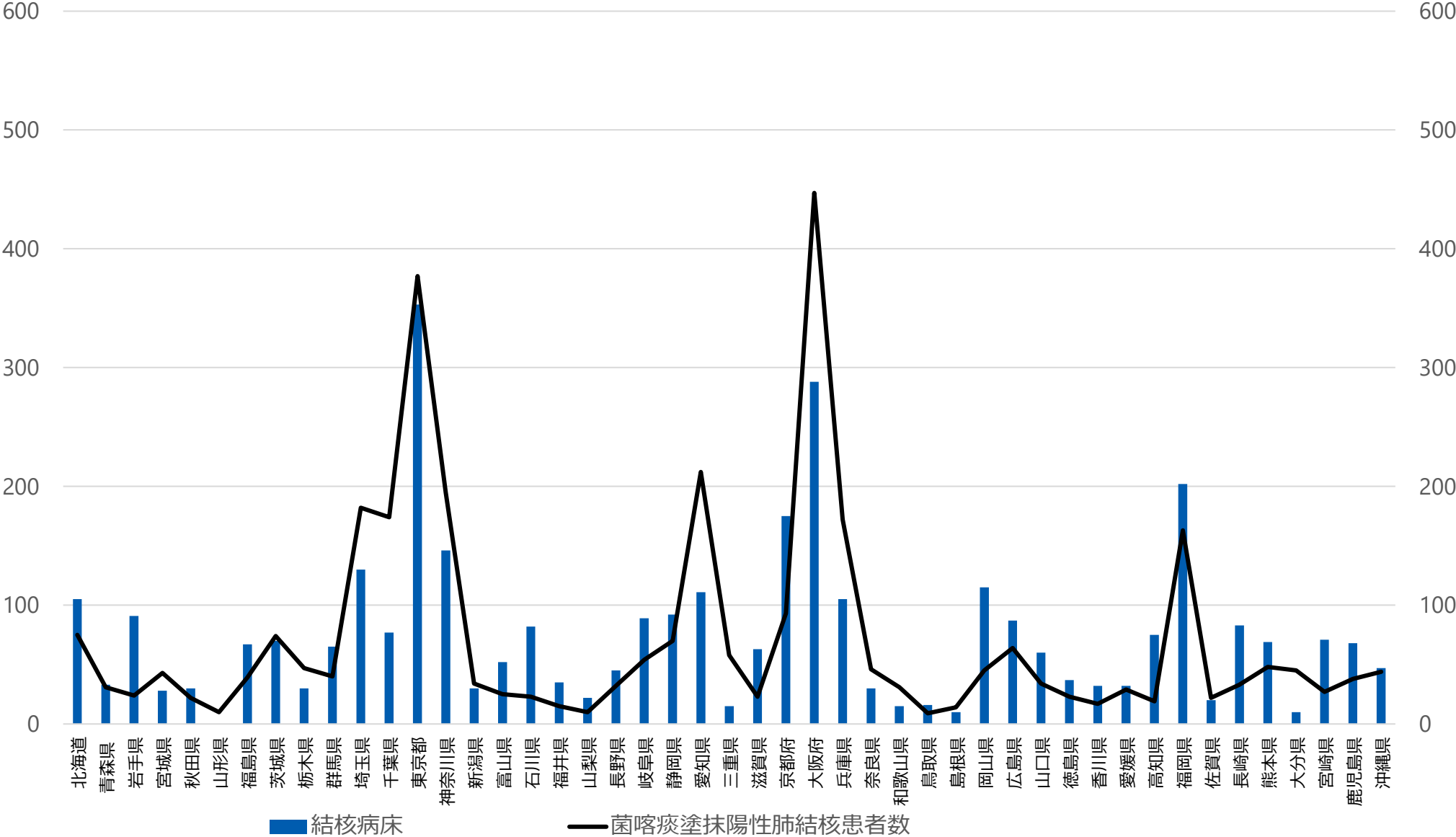


※平成29年死亡者数が前年より増加しているのは、人口動態統計における統計上のルール変更によるもの。

出典：結核登録患者情報調査年報集計結果（2024年）

都道府県別にみた結核病床数及び菌喀痰塗抹陽性肺結核患者数

都道府県別にみた結核病床数及び菌喀痰塗抹陽性肺結核患者数



※山形県は結核病床を設置していない。
出典：令和6年病院報告、2024年結核登録者情報調査年報

- 入院患者数の減少により、結核病床を有する医療機関の結核病棟維持が困難となっており、都道府県は、結核病棟のみならず、結核病棟と一般病棟を併せて一つの看護単位として治療にあたる、いわゆる「ユニット化」や、結核患者収容モデル事業による「モデル病床」、「感染症病床」などを組み合わせることで、適切な医療提供体制の構築に努めている。

	ユニット化病床	モデル病床	感染症病床
規定	<p>病棟の概念は、病院である保険医療機関の各病棟における看護体制の1単位をもって病棟として取り扱うものとする。(中略)</p> <p>平均入院患者数が概ね30名程度以下の小規模な結核病棟を有する保険医療機関については、一般病棟(中略)と結核病棟を併せて1看護単位とすることができるが、看護配置基準が同じ入院基本料を算定する場合に限る。</p> <p>「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(令和6年3月5日付け保医発0305第5号厚生労働省保険局医療課長・厚生労働省保険局歯科医療管理官通知)</p>	<p>結核患者収容モデル事業によって指定された一般病床または精神病床(モデル病床)においては、感染症法による入院の勧告・措置に対応する医療機関として、次の要件の結核患者の収容を行うことができるものとする。</p> <p>(1) 合併症が重症あるいは専門的高度医療又は特殊医療を必要とする場合 (2) 合併症が結核の進展を促進しやすい病状にある場合 (3) 入院を要する精神障害者である場合</p> <p>「結核患者収容モデル事業実施要領」(平成4年12月10日付け健医発第1415号厚生省保健医療局長通知別添)</p>	<p>結核患者については、<u>同室に入院させることによりウイルス感染の危険のある患者を他の種の患者と同室に入院させないこと(医療法施行規則(昭和23年厚生省令第50号)第10条第5号)を遵守できている場合において、感染症病床に入院させることが可能である。</u></p> <p>「『平成29年の地方からの提案等に関する対応方針』に係る感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等の規定に基づく事務の対応について」(平成30年3月1日付け健感発0301第1号厚生労働省健康局結核感染症課長通知)</p>
医療機関(病床数)	38医療機関(571床) (令和3年4月1日時点)	107医療機関(482床) (令和6年4月1日時点)	359医療機関(1,797床)の内数 (令和6年4月1日時点)
課題	入院を要する結核患者の減少により、結核病床を有する医療機関の体制維持が困難となっている。	入院患者のうち、身体合併症や精神疾患を有することが多い高齢者の割合が増えている。	結核患者については、医療法第7条第2項に基づき、原則として、結核病床に入院させるという運用がされている。
対応	少ない入院患者数に応じて、小規模な病棟でも効率的に運営できる「ユニット化」を推進。	合併症患者の入院診療に対応できる「モデル病床の整備」を推進。	他の患者と同室に入院させないことを遵守できる場合において、結核患者を感染症病床において入院させることは可能である旨を周知。

ユニット化病床／モデル病床等の診療報酬上の取扱い

- 小規模な結核病棟は、一般病棟と併せて1看護単位（いわゆる「ユニット化」）とすることができ、結核病棟において重症度、医療・看護必要度の基準を満たせない場合には、一般病棟と全体で、一般病棟の重症度、医療・看護必要度を満たすこととされている。
- 結核患者収容モデル事業では、一般病棟又は精神病棟の一部をモデル病床として、高度な合併症や精神障害を有する結核患者への療養を行っており、当該患者も、一般病棟における重症度、医療・看護必要度や平均在院日数算出の対象となっている。また、一般病棟における感染症病床についても、モデル病床と同様に、モデル病床と同様に、一般病棟における重症度、医療・看護必要度や平均在院日数算出の対象となっている。

ユニット化病床

一般病棟が7対1の場合、
結核病棟も7対1とする必要がある

一般病棟

小規模な
結核病棟

2病棟で1看護単位

モデル病床等※

モデル病床等

一般病棟

※一般病棟における感染症病床を含む

重症度、医療・看護
必要度

7対1結核病棟のみで結核病棟の基準を満たせない場合、一般病棟と全体で、一般病棟の基準を満たす必要がある

平均在院日数

一般病棟のみの平均在院日数

重症度、医療・看護
必要度

モデル病床等を含む、一般病棟全体での重症度、医療・看護必要度

平均在院日数

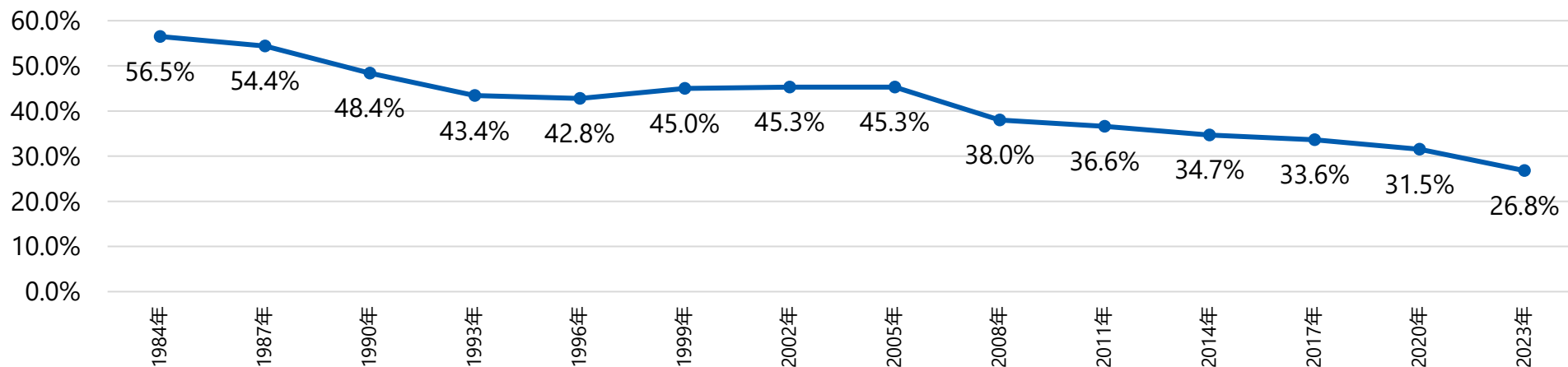
モデル病床等を含む、一般病棟全体での平均在院日数

結核病床の利用率及び結核の医療提供体制に関する病床数の割合

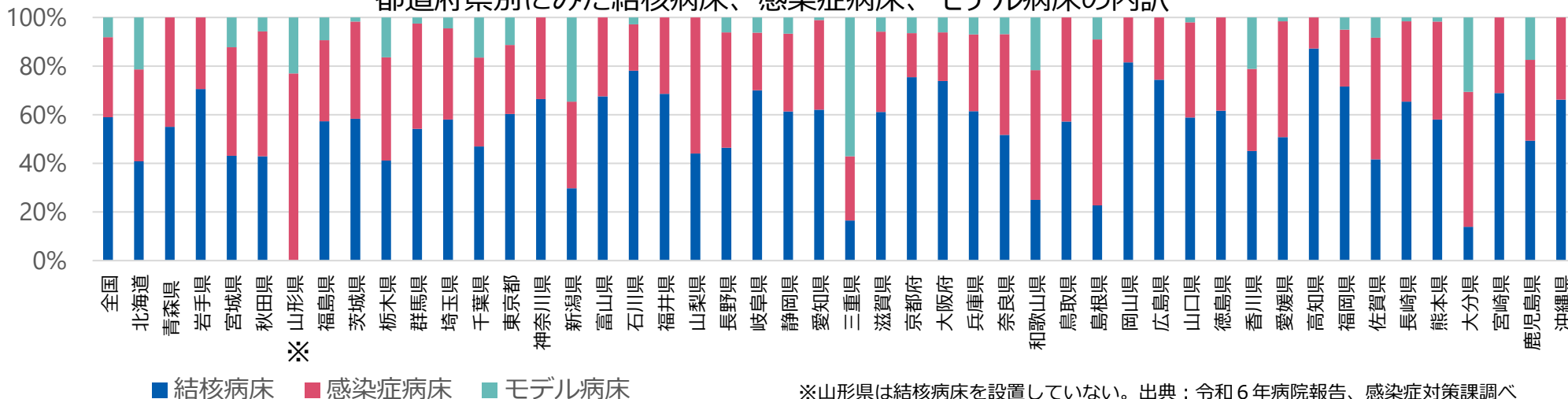
- 結核病床の利用率は年々低下している中で、結核の医療提供体制に関する病床数の内訳について、結核病床の割合が感染症病床及びモデル病床よりも多い都道府県が大半を占めているものの、感染症病床及びモデル病床の割合が結核病床よりも多い都道府県も見られる。

結核病床の利用率（年次別）

出典：令和5年病院報告、3年ごと



都道府県別にみた結核病床、感染症病床、モデル病床の内訳



ユニット化病床／モデル病床等の重症度、医療・看護必要度等

- 急性期一般入院料1の重症度、医療・看護必要度IIの割合1における該当基準が20%、割合2が27%であるところ、結核病棟入院基本料7対1における割合1の該当患者割合は5.6%、割合2の該当患者割合9.8%、モデル病床等における結核患者の割合1の該当患者割合は6.1%、割合2の該当患者割合は12.0%と低い。
- また、モデル病床における結核患者の平均在院日数は59.5日と、急性期一般入院料1の平均在院日数基準である16日を大きく上回る。

結核病棟入院基本料7対1における急性期一般入院料1
の重症度、医療・看護必要度II該当割合

モデル病床等における
重症度、医療・看護必要度IIと平均在院日数

重症度、 医療・ 看護 必要度	急性期一般入院料1 における該当基準 (必要度II)	結核病棟における 該当患者割合※1	重症度、 医療・ 看護 必要度	急性期一般入院料1 における該当基準 (必要度II)	モデル病床等におけ る該当患者割合※2
割合①	20%	5.6%	割合①	20%	6.1%
割合②	27%	9.8%	割合②	27%	12.0%

急性期一般入院料1における 平均在院日数の基準	モデル病床等における 結核患者の平均在院日数※3
16日	59.5日

(参考)急性期一般入院料1の重症度、医療・看護必要度の該当患者の基準

- ・割合①:A得点が3点以上 又は C得点が1点以上
- ・割合②:A得点が2点以上 又は C得点が1点以上

※1全国の7対1結核病棟入院基本料における、急性期一般入院料1の重症度、医療・看護必要度II該当患者割
※2NHO、JCHOの急性期一般入院料1のモデル病床における該当患者割合
※3NHOのモデル病床における平均在院日数

ユニット化病床・モデル病床等における課題と論点

（結核患者の推移等）

- ・ 初めて結核低まん延国となった2021年以降、結核低まん延国の水準を維持しており、2024年の罹患率（人口10万人当たりの患者数）は8.1となっている。
- ・ 結核病床数と年間菌喀痰塗抹陽性肺結核患者数は都道府県によりばらつきがあるものの、結核病床数100床未満及び菌喀痰塗抹陽性肺結核患者数100人／年未満の都道府県が多い。

（ユニット化病床・モデル病床等について）

- ・ 入院患者数の減少により、結核病棟維持が困難となっており、都道府県は、いわゆる「ユニット化」や「モデル病床」、「感染症病床」などを組み合わせることで、適切な医療提供体制の構築に努めている。
- ・ 小規模な結核病棟は、一般病棟とユニット化でき、結核病棟において重症度、医療・看護必要度の基準を満たせない場合には、一般病棟と全体で、一般病棟の重症度、医療・看護必要度を満たす必要がある。
- ・ モデル病床等では、高度な合併症や精神障害を有する結核患者への療養を行っており、当該患者も、一般病棟における重症度、医療・看護必要度や平均在院日数算出の対象となっている。
- ・ 感染症病床及びモデル病床の割合が結核病床より多い都道府県も見られる。
- ・ 急性期一般入院料1の重症度、医療・看護必要度IIの割合1における該当基準が20%、割合2が27%であるところ、結核病棟入院基本料7対1における割合1の該当患者割合は5.6%、割合2の該当患者割合9.8%、モデル病床等における結核患者の割合1の該当患者割合は6.1%、割合2の該当患者割合は12.0%と低い。
- ・ また、モデル病床における結核患者の平均在院日数は59.5日と、急性期一般入院料1の平均在院日数基準である16日を大きく上回る。

【論点】

- 入院患者数の減少により結核病棟の維持が困難となっている中、地域での結核患者を受け入れる病床確保のため、ユニット化病床やモデル病床等が活用されているが、ユニット化病床では、一般病棟と合わせた場合でも重症度、医療・看護必要度を満たすことが困難となっている事例があることや、モデル病床等においても、結核患者と合わせて、一般病棟における重症度、医療・看護必要度や平均在院日数の基準を満たすことが困難となっている事例があることを踏まえ、ユニット化病床における重症度、医療・看護必要度や、モデル病床等における重症度、医療・看護必要度、平均在院日数の取り扱いをどのように考えるか。

2. 感染症対策について

2－1. 抗菌薬適正使用体制加算

2－2. 感染症にかかる検査

2－3. 感染対策向上加算

2－4. 結核への対応

2－5. 個室管理が推奨される感染症への対応

ポストコロナにおける感染症対策の評価②

感染症の入院患者に対する感染対策の評価の新設

- 感染管理が特に重要な感染症の患者に対して、適切な感染対策を講じた上で入院医療を提供した場合の加算を新設する。

(新)	特定感染症入院医療管理加算	治療室の場合	200点
		それ以外の場合	100点

[算定要件]

感染症法上の三類感染症の患者、四類感染症の患者、五類感染症の患者及び指定感染症の患者並びにそれらの疑似症患者のうち感染対策が特に必要なものに対して、適切な感染防止対策を実施した場合に、1入院に限り7日（当該感染症を他の患者に感染させるおそれが高いことが明らかであり、感染対策の必要性が特に認められる患者に対する場合を除く。）を限度として、算定する。ただし、疑似症患者については、初日に限り所定点数に加算する。

[対象となる感染症]

狂犬病、鳥インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く。）、エムボックス、重症熱性血小板減少症候群（病原体がフレボウイルス属SFTSウイルスであるものに限る。）、腎症候性出血熱、ニパウイルス感染症、ハンタウイルス肺症候群、ヘンドラウイルス感染症、インフルエンザ（鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。）、後天性免疫不全症候群（ニューモシチス肺炎に限る。）、麻しん、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症、RSウイルス感染症、カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症、感染性胃腸炎（病原体がノロウイルスであるものに限る。）、急性弛緩性麻痺（急性灰白髄炎を除く。病原体がエンテロウイルスによるものに限る。）、新型コロナウイルス感染症、侵襲性髄膜炎菌感染症、水痘、先天性風しん症候群、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症、バンコマイシン耐性腸球菌感染症、百日咳、風しん、ペニシリン耐性肺炎球菌感染症、無菌性髄膜炎（病原体がパルボウイルスB19によるものに限る。）、薬剤耐性アシネトバクター感染症、薬剤耐性緑膿菌感染症及び流行性耳下腺炎並びに感染症法第6条第8項に規定する指定感染症

[対象の入院料]

一般病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟及び精神病棟）、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、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、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、新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料及び特定一般病棟入院料

ポストコロナにおける感染症対策の評価③

感染症の入院患者に対する個室・陰圧室管理の評価の拡充

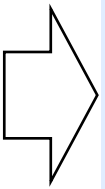
- 二類感染症患者療養環境特別加算について、名称を特定感染症患者療養環境特別加算に見直すとともに、対象となる感染症及び入院料の範囲を見直す。

現行

【二類感染症患者療養環境特別加算】

[算定留意事項]

保険医療機関に入院している感染症法第6条第3項に規定する二類感染症に感染している患者及び同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者並びにそれらの疑似症患者について、必要を認めて個室又は陰圧室に入院させた場合に、個室加算又は陰圧室加算として、それぞれ所定点数に加算する。



改定後

【特定感染症患者療養環境特別加算】

[施設基準（抜粋）]

保険医療機関に入院している患者であって、二類感染症から五類感染症まで、新型インフルエンザ等感染症又は指定感染症の患者及びその疑似症患者のうち個室又は陰圧室に入院させる必要性が特に高い患者について、必要を認めて個室又は陰圧室に入院させた場合に、個室加算又は陰圧室加算として、それぞれ所定点数に加算する。ただし、疑似症患者については、初日に限り所定点数に加算する。

[個室加算の対象となる感染症]

狂犬病、鳥インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く。）、エムボックス、重症熱性血小板減少症候群（病原体がフレボウイルス属SFTSウイルスであるものに限る。）、腎症候性出血熱、ニパウイルス感染症、ハンタウイルス肺症候群、ヘンドラウイルス感染症、インフルエンザ（鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。）、麻しん、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症、RSウイルス感染症、カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症、感染性胃腸炎（病原体がノロウイルスであるものに限る。）、急性弛緩性麻痺（急性灰白髄炎を除く。病原体がエンテロウイルスによるものに限る。）、新型コロナウイルス感染症、侵襲性髄膜炎菌感染症、水痘、先天性風しん症候群、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症、バンコマイシン耐性腸球菌感染症、百日咳、風しん、ペニシリン耐性肺炎球菌感染症、無菌性髄膜炎（病原体がパルボウイルスB19によるものに限る。）、薬剤耐性アシネトバクター感染症、薬剤耐性緑膿菌感染症及び流行性耳下腺炎並びに感染症法第6条第3項に規定する二類感染症、同法同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症及び同法同条第8項に規定する指定感染症

[陰圧室加算の対象となる感染症]

鳥インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く。）、麻しん、新型コロナウイルス感染症及び水痘並びに感染症法第6条第3項に規定する二類感染症、同法同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症及び同法同条第8項に規定する指定感染症

[対象の入院料]

一般病棟入院基本料、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、地域包括医療病棟入院料、特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、精神科地域包括ケア病棟入院料、特定一般病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料及び特定機能病院リハビリテーション病棟入院料

(参考) 特定感染症入院医療管理加算等の対象感染症

○特定感染症入院医療管理加算では三～五類感染症及び指定感染症の患者、特定感染症患者療養環境特別加算では、これらの患者に加えて、二類感染症、新型インフルエンザ等感染症の患者に対して、適切な感染対策や個室管理を行った場合に加算を算定できる。

感染症法の対象となる感染症の分類と考え方

分類	規定されている感染症	分類の考え方
一類感染症	エボラ出血熱、ペスト、ラッサ熱等	感染力及び罹患した場合の重篤性からみた危険性が極めて高い感染症
二類感染症	結核、SARS、MERS、 鳥インフルエンザ（H5N1、 H7N9）等	感染力及び罹患した場合の重篤性からみた危険性が高い感染症
三類感染症	コレラ、細菌性赤痢、腸チフス 等	特定の職業への就業によって感染症の集団発生を起こし得る感染症
四類感染症	狂犬病、マラリア、デング熱 等	動物、飲食物等の物件を介してヒトに感染する感染症
五類感染症	新型コロナウイルス感染症 （COVID-19）、インフルエンザ、 性器クラミジア感染症 等	国が感染症発生動向調査を行い、その結果等に基づいて必要な情報を国民一般や医療関係者に提供・公開していくことによって、発生・まん延を防止すべき感染症
新型インフルエンザ等感染症	新型インフルエンザ、再興型インフルエンザ、新型コロナウイルス感染症、再興型新型コロナウイルス感染症	<ul style="list-style-type: none"> ・インフルエンザ又は新型コロナウイルス感染症のうち新たに人から人に伝染する能力を有することとなったもの ・かつて世界的規模で流行したインフルエンザ又は新型コロナウイルス感染症であってその後流行することなく長期間が経過しているもの
指定感染症	※政令で指定	既知の感染症のうち1～3類に分類されていない感染症について、1～3類感染症と同等の危険性があり、措置を講ずる必要があるもの
新感染症	—	人から人に伝染する未知の感染症であって、罹患した場合の症状が重篤であり、かつ、まん延により国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがあるもの

CDI／ESBL産生腸内細菌目細菌感染症の概要と院内感染対策

- クロストリディオイデス・ディフィシル感染症（CDI）は下痢や偽膜性腸炎などを引き起こす感染症で、高齢者を中心に重篤化し、発症により入院期間が平均10日程度延長する。
- ESBL産生菌はWHOにおいて「最も重要な耐性菌の一つ」として警告されており、大腸菌の約30%、肺炎桿菌の約15%がESBL産生菌である。治療可能な抗菌薬が限られ、血流感染を起こした場合、非耐性菌感染に比べ全死亡率が1.7倍に上昇する。
- いずれの感染症も、院内感染の予防策として、個室隔離が重要な感染症である。

CDIの概要

1. 国内の発生状況

CDIは、下痢や偽膜性腸炎などを引き起こす腸管感染症で、入院患者10,000人あたり7.4人が発症。特にICUでは22.2人と多い。

2. 接触感染対策の必要性

- 高齢者を中心に重篤化する感染症で、発症により入院期間が平均10日程度延長。1人あたりの総入院費が1.3～1.8倍程度増加するという報告がある。
- CDIの原因菌は**アルコール消毒では死滅しない「芽胞」を作るため、感染を広げないためには、患者を個室に隔離し、手袋とガウンを着用して対応することが推奨。**

ESBL産生腸内細菌目細菌感染症の概要

1. 国内の発生状況

日本では大腸菌の約30%、肺炎桿菌の約15%がESBL産生菌とされており、全国の病院の約9割でこれらの菌が見つかっている。感染率0.1人／1,000患者日という報告がある。

2. 接触感染対策の必要性

- ESBL産生菌感染症は、治療可能な抗菌薬が限られるため治療が難航する感染症であり、血流感染では非耐性菌感染に比べ全死亡率が1.7倍に上昇。
- 接触感染により拡散するため、**特に、気道分泌物や創部浸出液が多い患者は環境を汚染するリスクが高く、個室隔離を優先的に実施**することが望ましい。

個室管理が推奨される感染症における課題と論点

(特定感染症入院医療管理加算について)

- 令和6年度診療報酬改定において、感染管理が特に重要な感染症の患者に対して、適切な感染対策を講じた上で入院医療を提供した場合の加算として、特定感染症入院医療管理加算を新設した。
- 特定感染症入院医療管理加算では、三～五類感染症及び指定感染症の患者のうち感染対策が特に必要なものに対して、適切な感染防止対策を実施した場合に加算を算定できる。

(特定感染症患者療養環境特別加算について)

- 令和6年度診療報酬改定において、二類感染症患者療養環境特別加算について、名称を特定感染症患者療養環境特別加算に見直すとともに、対象となる感染症及び入院料の範囲を拡大した。
- 特定感染症患者療養環境特別加算では、二～五類感染症、新型インフルエンザ等感染症及び指定感染症の患者に対して、適切な感染対策や個室管理を行った場合に加算を算定できる。

(個室管理が推奨される感染症について)

- CDI（クロストリディオイデス・ディフィシル感染症）は下痢や偽膜性腸炎などを引き起こす感染症で、高齢者を中心に重篤化し、発症により入院期間が平均10日程度延長する。
- ESBL産生菌はWHOにおいて「最も重要な耐性菌の一つ」として警告されており、大腸菌の約30%、肺炎桿菌の約15%がESBL産生菌である。治療可能な抗菌薬が限られ、血流感染を起こした場合、非耐性菌感染に比べ全死亡率が1.7倍に上昇する。
- いずれの感染症も、院内感染の予防策として、個室隔離が重要な感染症である。

【論点】

- 特定感染症入院医療管理加算では三類～五類感染症等の患者に対して適切な感染防止対策を実施した場合に、特定感染症患者療養環境特別加算では二類～五類感染症等の患者に対して個室管理等を実施した場合に加算を算定できる。CDI感染症及びESBL産生腸内細菌目細菌感染症については、感染症法の対象疾病となっていないものの、接触感染により院内感染が起り、在院日数の延長や、死亡率の上昇につながる感染症であるため、個室管理が推奨されている感染症であることを踏まえ、これらの感染症の取扱いをどのように考えるか。

1. 小児・周産期医療について
2. 感染症対策について
3. 医療安全について
4. 災害医療について

3－1．医療安全対策の現状等について

3－2．医療安全対策加算について

3－3．検体検査に係る医療安全について

これまでの医療安全施策について

- 平成11年～平成12年、国内で医療上の重大事故が相次ぎ、医療安全の求めが高まった
- 平成13年4月、厚生労働省に医療安全推進室を設置
- 平成13年5月、医療安全対策検討会議を設置
- 平成14年4月、医療安全対策検討会議により医療安全推進総合対策を取りまとめ

＜医療安全推進総合対策（抜粋）＞

- 医療安全対策について、主として医療事故を未然に防止するためにはどのような対策を講じるべきかという観点から精力的に検討
- 医療機関は、直接医療を国民へ提供する機関であることから、医療機関における安全対策は最も重要であり、全ての医療機関において緊急に取り組まれるべき課題
- 国として当面取り組むべき課題：医療機関における安全管理体制の整備の徹底 など



＜その後の主な医療安全施策＞

1. 病院等の医療安全管理体制の整備（平成18年医療法改正→全ての医療機関管理者の義務）
2. 医療事故情報収集等事業（平成16年開始）
3. 医療事故調査制度（平成27年開始）
4. 医療安全関連の診療報酬（平成18年医療安全対策加算新設、平成22年・30年改定 など）
5. その他
 - ・医療計画「医療の安全の確保」（平成20年 第5次医療計画～）
 - ・医療安全支援センターと医療安全支援センター総合支援事業
 - ・産科医療補償制度
 - ・医療安全推進週間、世界患者安全の日、閣僚級世界患者安全サミット等

(参考) 医療法における医療安全管理体制確保について

- 医療法においては、医療の安全を確保するための指針の策定、研修の実施、医療安全管理委員会の設置等が義務づけられている。

医療法第6条の12(病院等の管理者の責務)

病院、診療所又は助産所の管理者は、(中略)、以下を講じなければならない。

- ① 医療の安全を確保するための指針の策定
- ② 従業者に対する研修の実施
- ③ その他の当該病院、診療所又は助産所における医療の安全を確保するための措置

医療法施行規則第1条の11(医療安全管理体制の確保)

1 病院等の管理者は、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院施設を有する助産所に限る。)

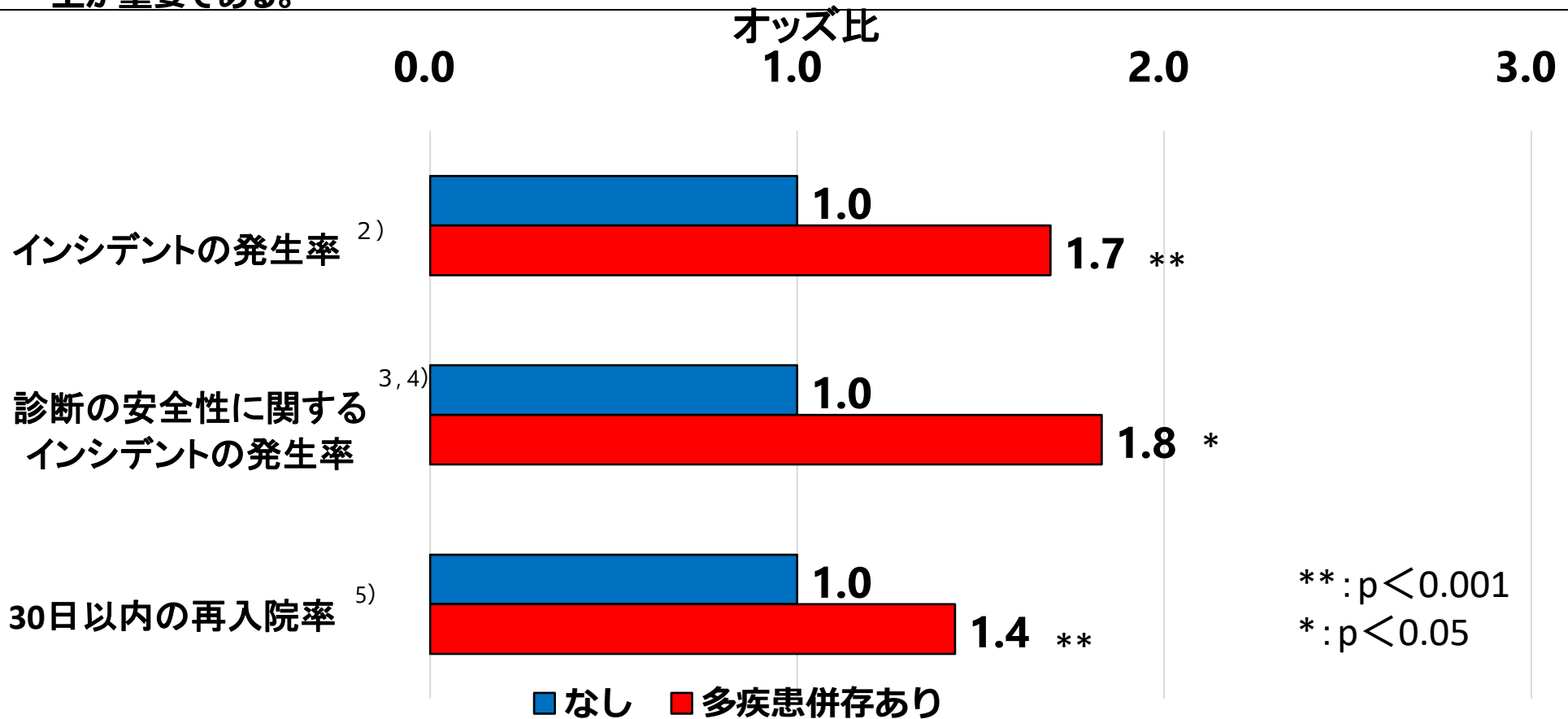
- 一 医療に係る安全管理のための指針を整備すること。
- 二 医療に係る安全管理のための委員会(以下「医療安全管理委員会」という。)を設置し、次に掲げる業務その他の医療に係る安全管理のための業務を行わせること。
 - イ 当該病院等において重大な問題その他医療安全管理委員会において取り扱うことが適当な問題が発生した場合における速やかな原因の究明のための調査及び分析
 - ロ イの分析の結果を活用した医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策の立案及び実施並びに従業者への周知
 - ハ ロの改善のための方策の実施の状況の調査及び必要に応じた当該方策の見直し
- 三 医療に係る安全管理のため、従業者の医療の安全に関する意識、他の従業者と相互に連携して業務を行うことについての認識、業務を安全に行うための技能の向上等を目的として、医療に係る安全管理のための基本的な事項及び具体的な方策について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 院内感染対策の体制確保に係る措置
- 二 医薬品安全管理体制確保に係る措置
- 三 医療機器安全管理体制確保に係る措置
- 三の二 診療用放射線安全管理体制確保に係る措置
- 四 高難度新規医療技術又は未承認新規医薬品等を用いた医療の提供に当たっての必要な措置

高齢化・多疾患併存患者の増加と医療安全

- 近年の研究により、多疾患併存（1人の患者に複数の疾患が同時に併存している状態）患者では、医療者・医療機関間の調整等の際に生じるインシデントのリスクが高くなる¹⁾（オッズ比 25-40）等、医療安全事象との関連が指摘されている。
- 高齢化と多疾患併存の増加に伴う患者の医療安全上のリスクが高まっていることから、医療安全の継続的な向上が重要である。



1) Doessing, Anne, and Viola Burau. Journal of comorbidity vol. 5 15-28. 16 Apr. 2015.

2) Panagioti, Maria et al. PloS one vol. 10,8 e0135947. 28 Aug. 2015.

3) Aoki, Takuya, and Satoshi Watanuki. BMJ open vol. 10,8 e039040. 20 Aug. 2020.

4) 同研究では患者報告インシデントのもと、発生率を算出している

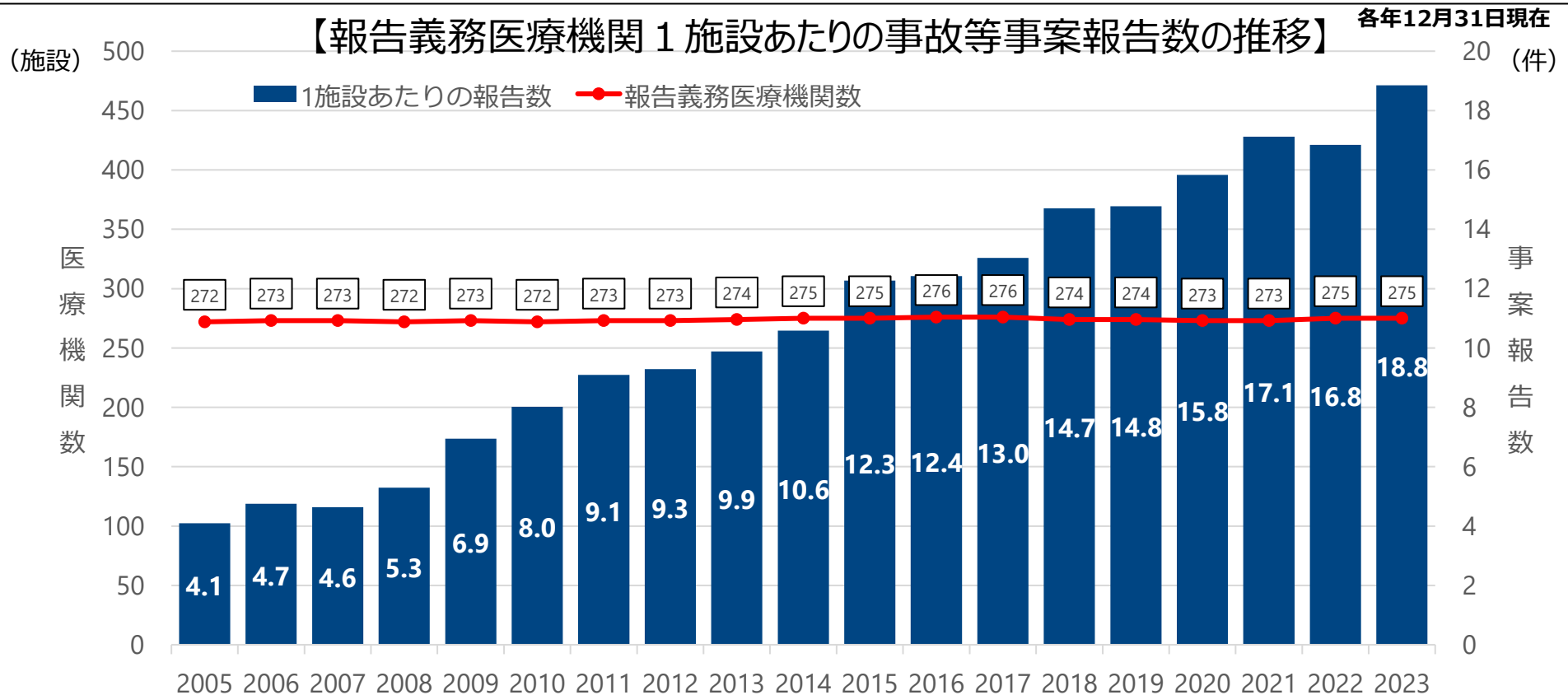
5) Griffin, Ornagh et al. European geriatric medicine vol. 14,3 (2023): 575-582.

医療事故情報収集等事業への報告状況

医療事故情報収集等事業

- 医療機関から収集した事故等事案（※1）やヒヤリ・ハット事例を分析の上提供することにより、医療安全対策に有用な情報を医療機関に広く共有するとともに、国民に対して情報を公開することを通じて、医療安全対策の一層の推進を図ることを目的とした事業。
- 特定機能病院等の一部の医療機関については、事業を運営する第三者機関に対して事故等事案を報告することが医療法施行規則で定められており、またそれ以外の医療機関についても任意の参加登録を行うことで事業への参加が可能。

※1 医療機関内における事故その他の報告を求める事案として医療法施行規則第9条の20の2第1項第14号に規定



医療機関における、より安全な医療提供体制の構築に当たっての課題と対応策**課題****医療機関における医療安全管理体制**

- ・院内で重大事象を把握する仕組みの向上が必要
- ・院内におけるインシデント報告・学習システム等はあるが、過少報告、分析にかかる資源の不足、改善への利用が不十分等との指摘がある。
- ・院内で医療安全対策の中心的な役割を果たす「医療安全管理者」について、制度上の位置づけがない。
- ・重大事象が発生した際の院長の権限が不明確である。
- ・医療安全の取組に関する新たな知見が限られた範囲で留まっており、特定機能病院や中小病院を含む様々な医療機関間で共有されていない。

医療事故調査制度

- ・センターへの報告が必要な「医療事故」に該当するかどうかの判断が適切に行われる必要がある。
- ・全ての医療事故が適切にセンターに報告されていないのではないか、という指摘がある。
- ・遺族等からの問合せに対して医療機関の対応が不十分な事例がある、との指摘がある。
- ・医療事故に該当するか判断に迷う事例が一定数あり、判断に携わる者の制度理解や判断への支援が重要。
- ・院内調査の質にばらつきがある。
- ・センター調査の調査手法等が外から分かりづらく、また結果の再発防止への活用方法が一部、不明確。
- ・支援団体について、現在の支援の意向や支援状況等が明らかでない。
- ・制度の趣旨や仕組みが国民に十分に周知されていない。

対応策

- **医療安全管理委員会が把握すべき重大事象の明確化**
 - ・回避可能性が高く、患者への影響度が高い12の事象を把握
- **医療安全管理者の制度上の位置づけの明確化及び資質向上**
- **重大事象への対応等の管理者によるガバナンス強化**
 - ・重大事象発生時の診療の継続可否の判断等、管理者の対応について明確化
- **医療安全に関するネットワークの構築** 等

- **報告が必要な「医療事故」への該当性判断の質向上**
 - ・院内の全死亡事例から医療事故に該当する事例を抽出し、医療事故判断を行うための院内プロセスを院内の指針へ明記
 - ・遺族等からの医療事故に関する相談に対し、医療事故に該当するかを検討ができる体制の構築、院内の指針への明記
 - ・遺族等への対応も含めた医療事故該当性判断に係る記録の保存
 - ・医療事故の判断に携わる者（管理者など）の研修受講
 - ・センター合議の事例を検証し、医療機関に参考情報を提供
- **院内調査における参考資料の活用と研修の充実**
- **センターの透明性向上およびセンターの提言や調査結果等の再発防止への活用促進**
 - ・センター調査マニュアル及び架空事例報告書の提示を目指す
 - ・センター調査で得られた情報を一般化・普遍化し、再発防止に活用
- **支援団体等による支援の充実**
 - ・支援団体の再整理、活動実績等の定期的な情報共有等
- **国民への制度に関する周知促進** 等

3－1．医療安全対策の現状等について

3－2．医療安全対策加算について

3－3．検体検査に係る医療安全について

医療安全対策加算について

A 2 3 4 医療安全対策加算（入院初日）

1 医療安全対策加算 1 85点

2 医療安全対策加算 2 30点

【趣旨】

組織的な医療安全対策を実施している保険医療機関を評価したもの。組織的な医療安全対策とは、医療安全管理部門に所属する医療安全管理者が、医療安全管理委員会と連携しつつ、当該保険医療機関の医療安全に係る状況を把握し、その分析結果に基づいて医療安全確保のための業務改善等を継続的に実施していることをいう。

【施設基準（概要）】

- 適切な研修を修了した医療安全管理者（看護師、薬剤師その他の医療有資格者）の配置
- 医療に係る安全管理を行う部門（医療安全管理部門）の設置及び業務指針等の整備等
- 医療安全管理者が安全管理のための委員会（医療安全管理対策委員会）と連携していること
- 医療安全管理者等による相談及び支援が受けられる旨の掲示等、患者に対する必要な情報提供

【医療安全管理者の行う業務】

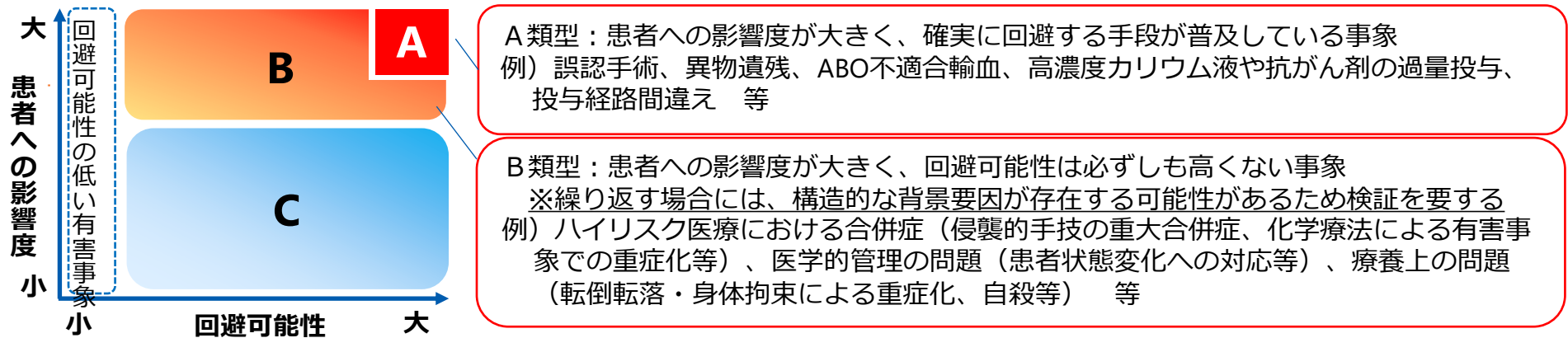
- 安全管理部門の業務に関する企画立案及び評価を行うこと。
- 定期的に院内を巡回し各部門における医療安全対策の実施状況を把握・分析し、医療安全確保のために必要な業務改善等の具体的な対策を推進すること。
- 各部門における医療事故防止担当者への支援を行うこと。
- 医療安全対策の体制確保のための各部門との調整を行うこと。
- 医療安全対策に係る体制を確保するための職員研修を企画・実施すること。
- 相談窓口等の担当者と密接な連携を図り、医療安全対策に係る患者・家族の相談に適切に応じる体制を支援すること。

【医療安全管理部門の行う業務】

- 各部門における医療安全対策の実施状況の評価に基づき、医療安全確保のための業務改善計画書を作成し、それに基づく医療安全対策の実施状況及び評価結果を記録していること。
- 医療安全管理対策委員会との連携状況、院内研修の実績、患者等の相談件数及び相談内容、相談後の取扱い、その他の医療安全管理者の活動実績を記録していること。
- 医療安全対策に係る取組の評価等を行うカンファレンスが週1回程度開催されており、医療安全管理対策委員会の構成員及び必要に応じて各部門の医療安全管理の担当者等が参加していること。なお、当該カンファレンスを対面によらない方法で開催しても差し支えない。

医療安全管理委員会が把握すべき重大事象について

- 「医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会」において、「患者への影響度」及び「回避可能性」により重大事象を分類し、それぞれの把握・検証等の必要性について検討された。
- 回避可能性と患者への影響度がいずれも高いA類型については全例医療安全管理委員会等で把握することが適当とされた。また、回避可能性は一律ではなく、必ずしも全例検証を必要としない事象であるB類型についても、傾向を把握し、必要時に分析・対応することにより医療安全の向上に寄与しうることから、医療安全管理委員会等に報告すべき重大事象に含めるよう努めることが適当とされた。



医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会 報告書（案）

4. 今後の方向性（抄）
- （1）医療機関における医療安全管理体制（重大事象把握の質向上）
- 医療機関において発生した重大事象を医療安全管理委員会等が確実に把握できるようにする観点から、厚生労働科学研究において検討された**患者への影響度が高く、かつ回避可能性が高い12の事象（※上記のA類型）**について、病院等において**医療安全管理委員会等に報告すべき重大事象に含めることが適当である。**
 - 同研究において**患者への影響度が高いが回避可能性は必ずしも高くないとされた12の事象（※上記のB類型）**についても、院内で集積・傾向を把握し必要時に分析・対応することにより医療安全の向上に寄与し得るため、病院等において**医療安全管理委員会等に報告すべき重大事象に含めるよう努めることが適当である。**

医療安全管理者の要件及びその担務について

- 「医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会 報告書（案）」においては、医療安全管理者を医療法の制度上に位置づけるべきこと、またそれに当たって、医療安全管理者を医療有資格者に限らず、各医療機関の機能に応じて適切に配置することが適当とされた。
- また、医療安全管理者が医療事故の発生予防及び再発防止のための情報収集を行うに当たって、院内の各部門と連携する必要があるが、診療報酬上の取扱いとして医療安全管理者の業務として明確に認められているものは、報告書管理の評価に係るカンファレンスのみである。

医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会 報告書（案）

4. 今後の方向性（抄）

（1）医療機関における医療安全管理体制 （報告分析・改善策立案の質向上）

- （前略）医療機関の規模等に応じて提供している医療の内容、医療安全に係る資源が異なることや、医療安全管理部門等において事務職等の医療有資格者ではない者が各医療有資格者の調整役を担う形で組織の医療安全向上に効果的な役割を果たしている場合もあることと等を踏まえ、**医療安全管理者の要件については、医療有資格者であること（中略）等を求めず、多くの医療機関がその機能に応じて適切に医療安全管理者を配置できるようにすることが適当**である。

基本診療料の施設基準（通知）

【医療安全対策加算1に関する施設基準】

（1）医療安全管理体制に関する基準

- ア 当該保険医療機関内に、医療安全対策に係る適切な研修を修了した専従の**看護師、薬剤師その他の医療有資格者**が医療安全管理者として配置されていること。

医療安全管理者の業務指針および養成のための研修プログラム作成指針

【医療安全に関する情報収集について】

医療安全管理者は、医療事故の発生予防および再発防止のための情報を収集するとともに、医療機関内における医療安全に必要な情報を院内の各部署、各職員に提供する。情報としては、次のようなものが考えられる。

【医療機関内の情報】

- ①～③ 略
- ④ 院内の各種委員会の議事録
- ⑤ 院内巡視の結果
- ⑥ 各部門、部署の職員からの情報提供
- ⑦ その他、医療安全に資する情報

疑義解釈資料の送付について（その30）

（令和7年10月20日医療課事務連絡）

問3「A234」医療安全対策加算1の施設基準において「専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理者として配置されていること」とされているが、この専従の医療安全管理者が、「A234-5」報告書管理体制加算の施設基準における「報告書確認対策チーム」が月1回程度開催する報告書管理の評価に係るカンファレンスに構成員として参加することは、施設基準通知の1の（2）に規定する医療安全管理者の業務に該当するか。

（答）該当する。

医療事故の判断に携わる者の研修の受講について

- 医療事故調査・支援センターが実施する「管理者・実務者セミナー」では、管理者及び実務者を対象として、医療事故に該当するかの判断、死亡事例発生時の初期対応等の内容を含む研修を開催している。
- 医療事故の判断を適切に行うために、制度に関する理解が重要であり、特に管理者の研修受講が望ましいとされている。

「管理者・実務者セミナー」

○ 目的

各医療機関で医療事故調査制度運用の主軸を担う管理者、実務者が、医療事故調査を行うにあたり必要な知識・技能を習得することを目的とした研修

○ 内容（講義5時間）

- ・ 医療事故調査制度の概要
- ・ 医療事故（※）の判断
- ・ 当該医療機関における対応
 - － 死亡事例発生時の初期対応 －
 - － 死亡事例発生時の関係者への聞き取り －
- ・ 支援団体・外部委員の役割
- ・ 報告書の作成

※ 病院等の医療従事者が提供した医療に起因する、又は起因すると疑われる死亡又は死産であって、管理者が当該死亡又は死産を予期しなかったもの（医療法第6条の10）

医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会 報告書（案）

4. 今後の方向性（抄）

（2）医療事故調査制度

（医療事故判断の質向上）

- 医療事故かどうかを適切に判断するためには、**医療事故の判断に携わる者が制度を十分に理解していることが不可欠**であることから、管理者等の医療機関で医療事故の判断に携わる者に対し、医療事故調査制度に関する研修を受講することを求めるべきである。**研修を受講する者は管理者が望ましいが**、管理者以外の者が研修を受講する場合には、その者が管理者の医療事故判断を支援することを求めるべきである。（中略）

また、研修を受講する者として管理者が望ましいことから、厚生労働科学研究等を活用し、管理者が受講すべき研修の内容を整理するとともに、**管理者が研修を受講しやすい環境の整備に努めるべき**である。

医療安全対策地域連携加算について

A 2 3 4 医療安全対策加算（入院初日）

注 2	イ医療安全対策地域連携加算 1	50点
	ロ医療安全対策地域連携加算 2	20点

【算定要件（概要）】

- 医療安全対策加算を算定する複数の医療機関が連携し、互いに医療安全対策に関する評価を行っている場合に算定する。
- ただし、特定機能病院は算定不可。

【施設基準（抜粋）】

（加算 1）

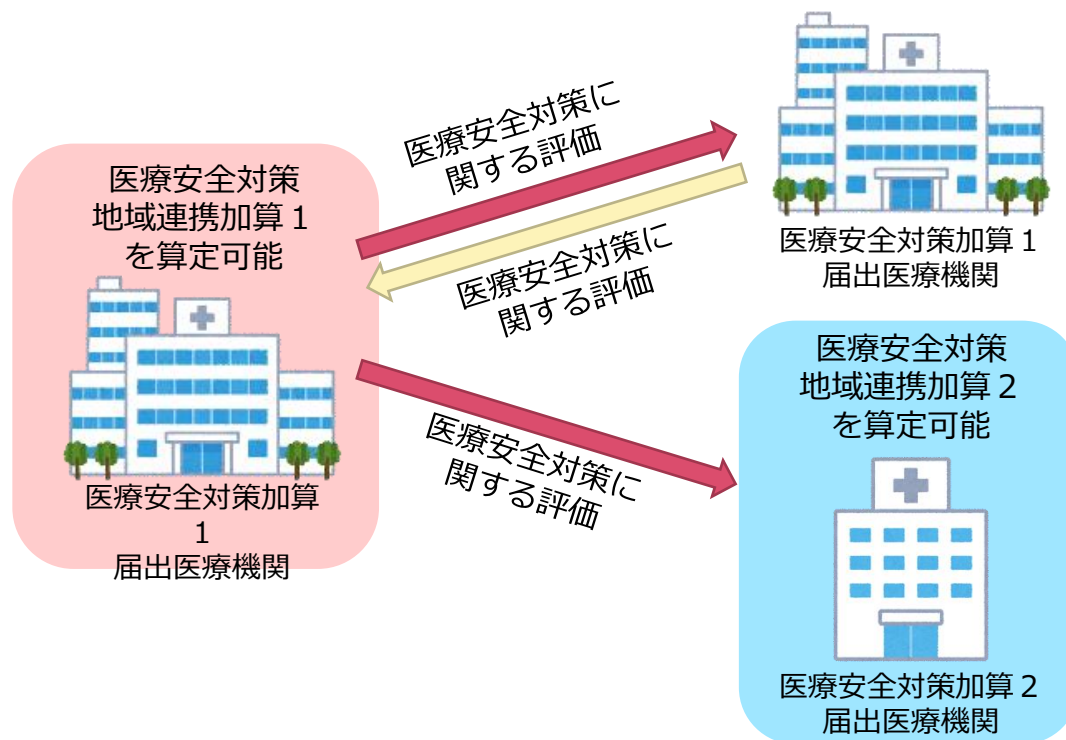
- 他の医療安全対策加算 1 に係る届出を行っている保険医療機関及び医療安全対策加算 2 に係る届出を行っている保険医療機関と連携し、それぞれ少なくとも年 1 回程度、医療安全対策地域連携加算 1 に関して連携しているいずれかの保険医療機関に赴いて医療安全対策に関する評価を行い、当該保険医療機関にその内容を報告すること。また、少なくとも年 1 回程度、当該加算に関して連携している医療安全対策加算 1 に係る届出を行っている保険医療機関より評価を受けていること。

（評価の内容）

- ・ 医療安全管理者、医療安全管理部門及び医療安全管理対策委員会の活動状況
- ・ 当該保険医療機関内の各部門における医療安全対策の実施状況

（加算 2）

- 医療安全対策加算 1 に係る届出を行っている保険医療機関と連携し、少なくとも年 1 回程度、医療安全対策地域連携加算 2 に関して連携しているいずれかの保険医療機関より医療安全対策に関する評価を受けていること。



機能・規模の異なる医療機関間の連携促進について

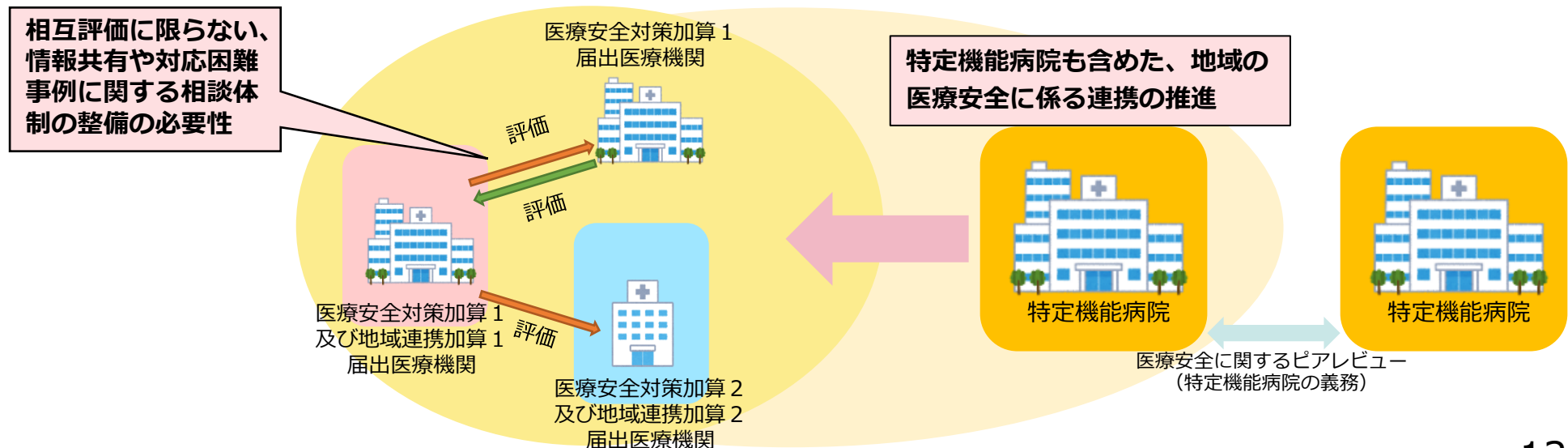
- 特定機能病院は医療安全に関する特定機能病院間のピアレビューが義務づけられている一方で、特定機能病院と中小規模の医療機関との連携が少ないことが指摘されている。
- 特定機能病院も含めた多様な規模・機能の医療機関同士が連携し、医療安全に関する取組を互いに評価し改善に繋げることや、医療安全に関する課題等の情報共有や対応困難事例に関する相談体制の整備等を行う取組を推進していくことが重要である。

医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会 報告書（案）

4. 今後の方向性（抄）

（1）医療機関における医療安全管理体制 （医療安全に係る外部からの支援の充実）

- 各医療機関の有する知見や医療安全に係る資源を有効活用する観点から、一部の医療機関で行われている医療機関同士が互いに医療安全の取組を評価し改善する取組については、**特定機能病院も含めてさらに推進することが重要である。**
加えて、一部の地域で行われている**複数の医療機関がネットワークを作り、医療安全に関する情報交換や相互支援等を行う取組**についても、地域の実情に即して推進するべきである。



医療安全に係る用語の整理について

- 医療安全に係る用語については、医療法においては医療安全管理委員会、医療安全管理責任者等があり、診療報酬上では医療安全管理者、医療事故防止担当者等、様々な用語があるため混同しやすく、「医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会」においても用語整理の必要性が指摘されている。

位置づけ	医療法又は医療安全推進総合対策における名称	診療報酬における名称
医療に係る安全管理のための委員会	医療安全管理委員会	医療安全管理対策委員会又は医療安全管理委員会
医療に係る安全管理を行う部門	医療安全管理部門	医療安全管理部門
医療に係る安全管理を行う担当者	医療安全管理者 (今後、医療法の制度上に位置づける予定)	医療安全管理者
各部門における医療に係る安全管理を行う担当者	医療安全推進担当者	医療事故防止担当者

3－1．医療安全対策の現状等について

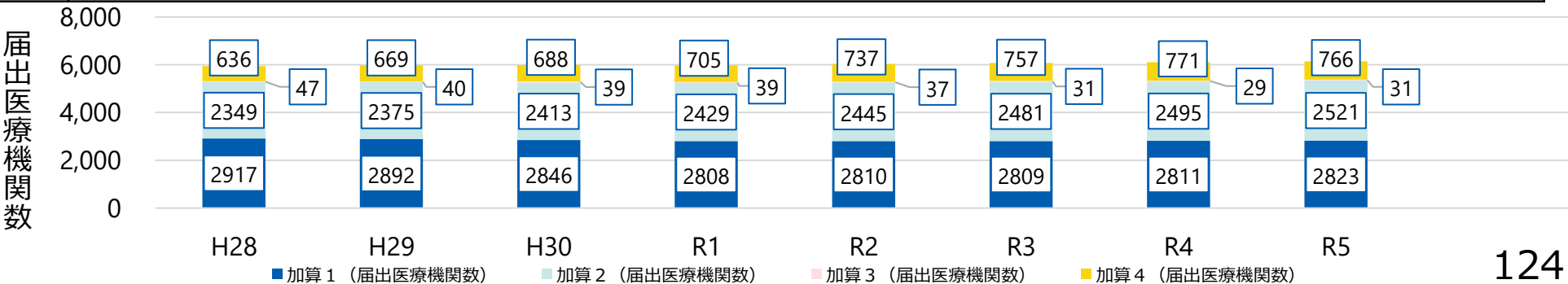
3－2．医療安全対策加算について

3－3．検体検査に係る医療安全について

検体検査管理加算

○ 医療機関内における質の高い検体検査体制に対しては、検体検査管理加算として評価を行っている。

	検体検査管理加算Ⅰ	検体検査管理加算Ⅱ	検体検査管理加算Ⅲ	検体検査管理加算Ⅳ
点数	40点	100点	300点	500点
算定対象・回数	○患者（検体検査管理加算（Ⅱ）、検体検査管理加算（Ⅲ）及び検体検査管理加算（Ⅳ）については入院中の患者に限る。）1人につき月1回に限り算定できる。			
施設基準		○臨床検査を担当する常勤の医師が1名以上配置されていること。	○臨床検査を専ら担当する常勤の医師が1名以上、常勤の臨床検査技師が4名以上配置されていること。	○臨床検査を専ら担当する常勤の医師が1名以上、常勤の臨床検査技師が10名以上配置されていること。
			○院内検査に用いる検査機器及び試薬の全てが受託業者から提供されていないこと。	
	○次に掲げる緊急検査が当該保険医療機関内で常時実施できる体制にあること。 ア 血液学的検査のうち末梢血液一般検査 イ 生化学的検査のうち次に掲げるもの 総ビリルビン、総蛋白、尿素窒素、クレアチニン、グルコース、アミラーゼ、クレアチンキナーゼ（CK）、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（AST）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ALT）、血液ガス分析 ウ 免疫学的検査のうち以下に掲げるもの ABO血液型、Rh（D）血液型、Coombs試験（直接、間接） エ 微生物学的検査のうち以下に掲げるもの 排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査（その他のものに限る。） ○定期的に臨床検査の精度管理を行っていること。 ○外部の精度管理事業に参加していること。 ○臨床検査の適正化に関する委員会が設置されていること。			



パニック値の概要

- パニック値とは、1972年に米国の病理医Lundbergにより提唱された概念であり、検体検査において「生命が危ぶまれるほど危険な状態にあることを示唆する異常値」を指す。
- 医療機関から一般社団法人 日本医療安全調査機構（以下「医療事故調査・支援センター」（※1））に、パニック値に関する死亡事例が報告されている。

パニック値の表示例

<input type="checkbox"/>	検査項目	基準値	単位	前回値	測定値
<input type="checkbox"/>	Na	135～149	mEq/L	147	143
<input type="checkbox"/>	K	3.5～5.0	mEq/L	2.7 L	2.4 P
<input type="checkbox"/>	Cl	96～110	mEq/L	107	103

赤色のハイライトで「P」と表示される

パニック値に関する死亡事例（※2）

ひたちなか総合病院より提供

パニック値の報告体制に関連する死亡事例

患者は70歳代、乳癌・肺癌術後、転移性脳腫瘍に対し化学療法中、深部静脈血栓症に対しワルファリン内服中の入院患者に対してPT-INRの定期採血を行っていた。医師は休暇中であったため、事前にオーダーしていたPT-INR > 5.8（5.8以上で測定不能※3）の検査結果の確認に至っていなかった。検査結果は医師が確認するルールのため、臨床検査部門から医師へのパニック値の報告はなかった。また、薬剤師は検査結果を確認したが疑義照会に至らず、ワルファリンは継続処方・投与された。患者は、約1週間後に嘔気が出現し、発語内容が不明になり、緊急CT検査の結果、脳出血と診断された。医師はこの時に、前回の検査結果を初めて確認した

パニック値の表示に関連する死亡事例

患者は90歳代、慢性腎不全、左半結腸切除術後の入院患者でカリウム補正中の定期採血を行った。術後に利尿剤投与のため塩化カリウムで補正していた。臨床検査情報システムの検査結果は、27項目中13項目が異常値であり、パニック値との区別がなく赤字で表示されていた。臨床検査技師は、そのうちのK > 10.0 mEq/LとNa 161 mEq/Lに気づけなかった。看護師は、処方されていた塩化カリウムを注入し、投与約2時間後に心室細動が出現した。医師は急変後に検査結果を確認した。

パニック値への対応に関連する死亡事例

患者は70歳代、下肢動脈閉塞に対し、緊急大腿切断術が予定された。術前検査で血清カリウム値がパニック値（2.1mEq/L）であったため、臨床検査技師は医師へ報告した。医師は低カリウム血症と認識したが、緊急手術の準備を優先し、カリウム補正やモニター装着のないまま、下肢造影CT検査を実施。造影剤注入1分後、呼びかけに反応がなくなり、心室性不整脈が出現、1時間半後に死亡した。

いずれも医療事故調査・支援センター「医療事故の再発防止に向けた提言第20号」より抜粋

※1 医療事故調査・支援センターは、医療法第六条の十五により規定される第三者機関

※2 いずれも医療事故調査・支援センターの分析において、パニック値に関する死亡事故として提言で記載されているもの

※3 基準値はPT-INR 0.8～1.2

パニック値に係る関係団体の提言

- 医療事故調査・支援センターでは、全国の医療機関から報告された医療事故の院内調査結果報告書を集積し、集積した院内調査結果報告書を分析し、「医療事故の再発防止に関する提言」等の提言を作成・公表し、再発防止策の普及啓発を行っている。
- 「医療事故の再発防止に向けた提言第20号」（医療事故調査・支援センター）において、以下の提言がなされている。
- また、「医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会」において、再発防止に向けて、同提言の活用推進の重要性が指摘されている。

「医療事故の再発防止に向けた提言第20号」（医療事故調査・支援センター）

【パニック値の項目と閾値の設定】

提言 1 医療機関は、診療状況に応じてパニック値の項目（Glu、K、Hb、Plt、PT-INRなど）と閾値を検討し、設定する。

【パニック値の報告】

提言 2 パニック値は、臨床検査技師から検査をオーダーした医師へ直接報告することを原則とする。また、臨床検査部門は報告漏れを防ぐため報告したことの履歴を残す。

【パニック値への対応】

提言 3 パニック値を報告された医師は、速やかにパニック値への対応を行い、記録する。また、医師がパニック値へ対応したことを組織として確認する方策を検討することが望まれる。

【パニック値の表示】

提言 4 パニック値の見落としを防ぐため、臨床検査情報システム・電子カルテ・検査結果報告書において、一目で「パニック値」であることがわかる表示を検討する。

【パニック値に関する院内の体制整備】

提言 5 パニック値に関する院内の運用を検討する担当者や担当部署の役割を明確にし、定期的に運用ルールを評価する体制を整備する。さらに、決定した運用ルールを院内で周知する。

医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会 報告書（案）

4. 今後の方向性（抄）

（2）医療事故調査制度

（再発防止による医療安全向上の促進）

- センターに蓄積された情報を再発防止へさらに活用していく観点から、センターが作成する提言等について、それらの医療機関や学会等への周知、関係する安全対策の医療機関における実装、企業による製品の改善・開発への活用等がさらに推進されるべきである。

医療安全に係る課題と論点

(医療安全対策加算について)

- 「医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会」において、「患者への影響度」及び「回避可能性」により重大事象が分類されたところ、A類型については全例把握・検証し対策を講じる必要があるとされ、B類型についても医療安全管理委員会等に報告すべき重大事象に含めるよう努めることが適当とされた。
- 医療安全管理者は医療有資格者に限らず、各医療機関の機能に応じて適切に配置することが適当である。また、医療安全管理者が医療事故の発生予防及び再発防止のための情報収集を行うに当たって、院内の各部門と連携する必要がある。
- 医療事故の判断を適切に行うために、制度に関する理解が重要であり、特に管理者の医療事故調査制度に関する研修受講が望ましいとされている。
- 特定機能病院も含めた多様な規模・機能の医療機関同士が連携し、医療安全に関する取組を互いに評価し改善に繋げることや、医療安全に関する課題等の情報共有や対応困難事例に関する相談体制の整備等を行う取組の推進が重要である。

(検体検査に係る医療安全について)

- 医療機関内における質の高い検体検査体制に対しては、検体検査管理加算として評価を行っている。
- 「医療事故の再発防止に向けた提言第20号」（令和6年12月11日 医療事故調査・支援センター）においては、パニック値の項目と閾値の設定、パニック値の報告及びパニック値への対応等に係る提言がなされており、「医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会」において、再発防止に向けて、同提言の活用推進の重要性が指摘されている。

【論点】

(医療安全対策加算について)

- 「医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会」等において、医療安全管理委員会へ報告すべき重大事象の明確化、医療安全管理者の要件や担務、医療事故の判断に携わる者の研修受講、医療機関間の連携促進等、医療安全対策上必要である事項が整理されたこと等を踏まえ、患者への安心安全な医療の提供を更に推進する観点から、医療安全対策加算の要件を見直すことについて、どのように考えるか。

(検体検査にかかる医療安全について)

- 医療安全を更に推進する観点から、検体検査管理加算の施設基準において、パニック値の項目と閾値の設定、パニック値の報告及びパニック値への対応等を、満たすことが望ましい要件として設定することについて、どのように考えるか。

1. 小児・周産期医療について
2. 感染症対策について
3. 医療安全について
4. 災害医療について

これまでの災害医療に関する主な意見

＜入院・外来医療等の調査・評価分科会 検討結果（とりまとめ）＞

（救急搬送に関する評価について）

- 大規模な地震が発生した際には、入院基本料等の施設基準を満たすことができなくなる場合の取扱いに関する事務連絡が発災から数日後に発出されているが、被災地支援については迅速かつ継続的な対応が求められており、施設基準の緩和内容は事前に明確にしておくべきではないかとの意見があった。
- 災害の規模などの一定の要件を定めた上で、災害発生時に一時的に施設基準を満たせなくなる場合の対応について、事前に整理・提示しておくことが重要ではないかとの意見があった。

機能評価係数Ⅱの評価内容②（体制評価指数）

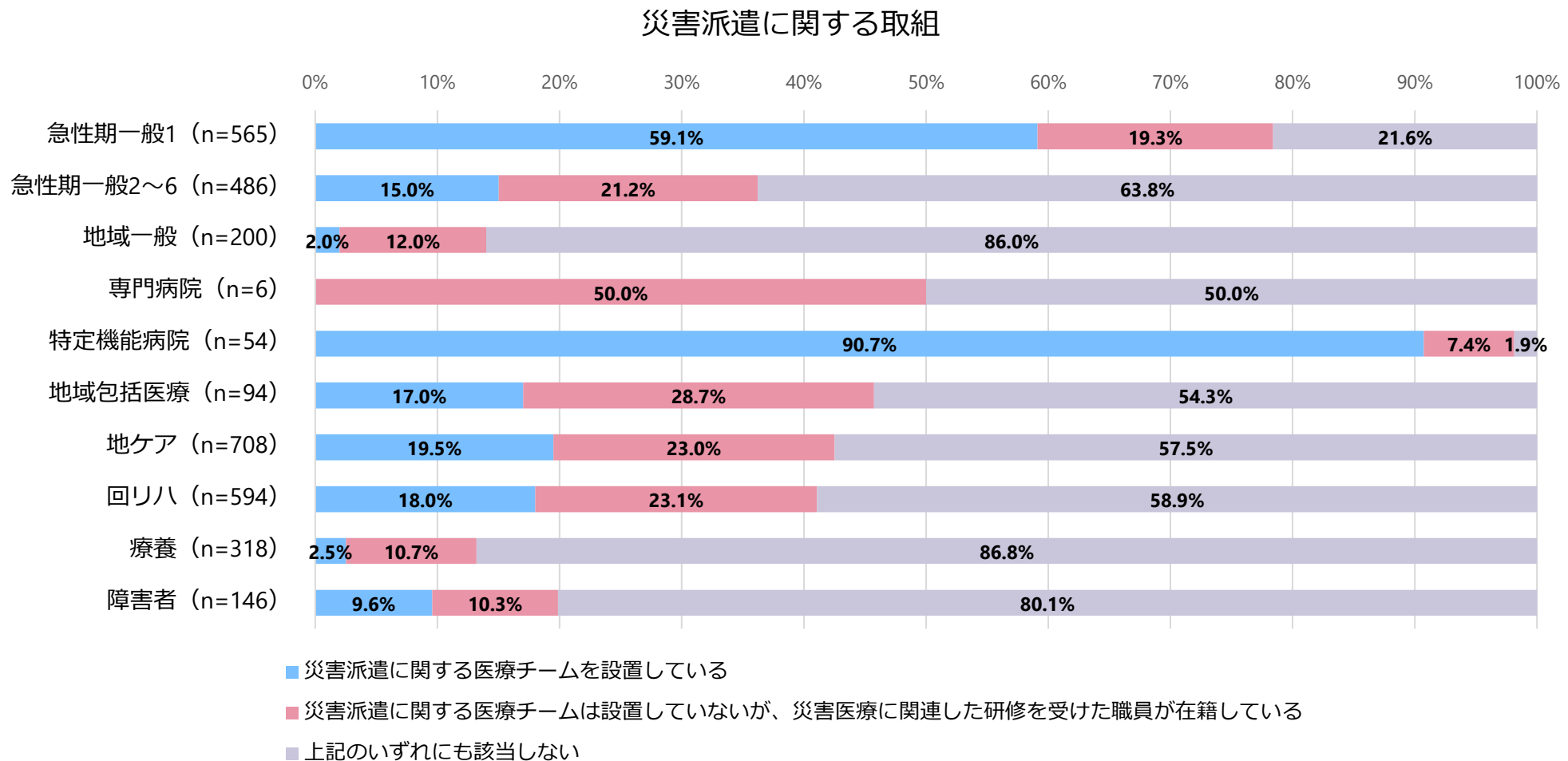
評価項目	DPC標準病院群	大学病院本院群	DPC特定病院群
がん	退院患者の〔「B005-6がん治療連携計画策定料」を算定した患者数〕／〔医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名である患者数（0.5P）		
	「がん診療連携拠点病院の指定」、「小児がん拠点病院の指定」、「地域がん診療病院」、「特定領域がん診療連携拠点病院」（いずれかで0.5P)	「都道府県がん診療連携拠点の指定」又は「小児がん拠点病院」の指定（0.5P） 「地域がん診療連携拠点病院の指定」（0.25P)	
脳卒中	・ t-PA療法の実施を評価(0.25P) ・ A205-2超急性期脳卒中加算の算定実績又は血管内治療の実施実績を評価(0.5P) ・ A205-2超急性期脳卒中加算の算定実績及び血管内治療の実施実績を評価（1P） （血管内治療の実施：入院2日目までにK178-31、K178-32、K178-4のいずれかが算定されている症例の診療実績） ※ いずれかの最大値で評価。		
心筋梗塞等の 心血管疾患	医療資源を最も投入した傷病名が「急性心筋梗塞」であり、予定外の入院であって手術に係る時間外対応加算（特例を含む）・休日加算・深夜加算が算定され、入院2日目までに経皮的冠動脈形成術等（K546、K547、K548、K549、K550、K550-2、K551、K552、K552-2）のいずれかが算定されている症例の診療実績により評価(0.5P)		
	入院中にK5601、K5602、K5603、K5604、K5605、K560-21、K560-22、K560-23、K5612のいずれかが算定されている症例の診療実績により評価（0.5P)		
精神疾患	A230-3精神科身体合併症管理加算の算定実績(0.5P)、A311-3精神科救急・合併症入院料の1件以上の算定実績(1P)		
災害	・ 災害拠点病院の指定（0.5P） ・ DMATの指定（0.25P） ・ EMISへの参加（0.25P） ・ BCPの策定（災害拠点病院に指定されている場合を除く）（0.25P）		

130

災害派遣に関する医療チームの設置状況等

診調組 入 - 1
7 . 8 . 2 8

- 各入院料を算定する医療機関における、災害派遣に関する医療チームの設置状況等は以下のとおり。災害派遣に関する医療チームを設置している割合は、「特定機能病院」で最も高く、次いで「急性期一般入院料1」算定病院で高かった。

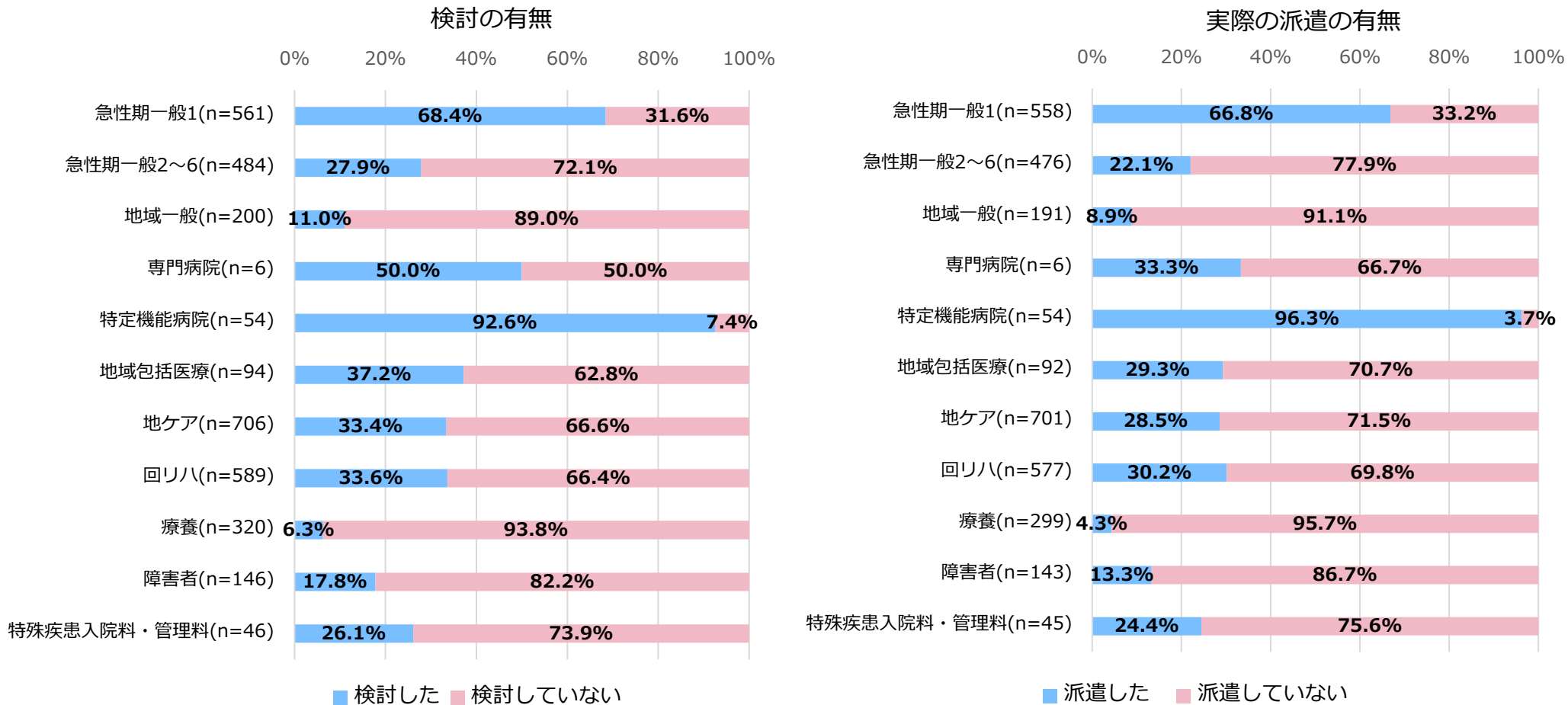


令和6年能登半島地震支援へのスタッフ派遣

診調組 入 - 1
7 . 8 . 2 8

- 令和6年能登半島地震の支援のためのスタッフ派遣状況を聞いたところ、「検討した」と回答した医療機関の割合は、「特定機能病院」「急性期一般入院料1」「専門病院」の順に多かった。「派遣した」と回答した医療機関の割合も同様であった。

令和6年能登半島地震支援のためのスタッフ派遣検討の有無と実際の派遣の有無

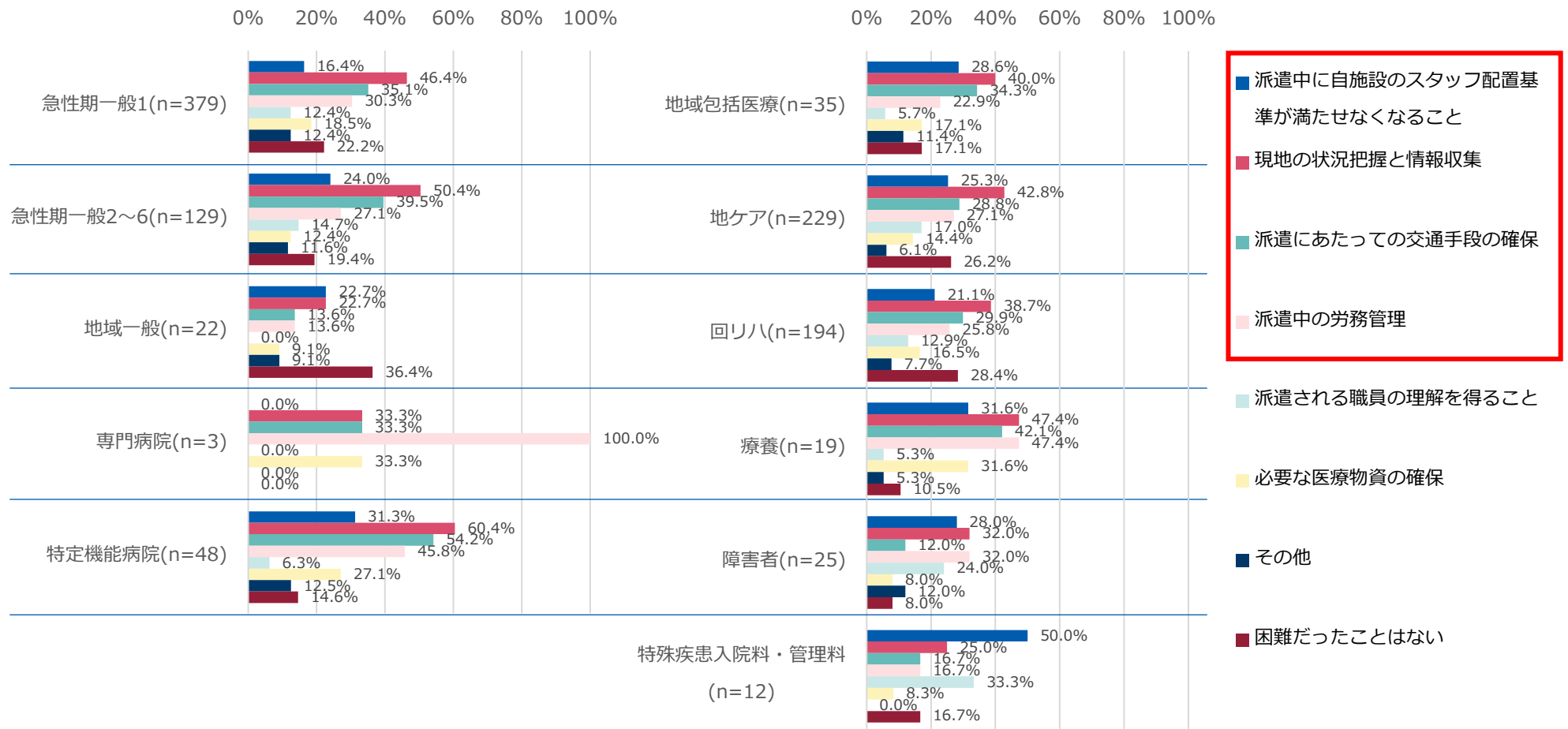


令和6年能登半島地震支援派遣の検討上の課題

診調組 入-1
7. 8. 2 8

- 令和6年能登半島地震支援のスタッフ派遣を検討した際に困難であったことを聞いたところ、「現地の状況把握と情報収集」「派遣にあたっての交通手段の確保」「派遣中の労務管理」「派遣中に自施設のスタッフ配置基準が満たせなくなる事」等が多かった。

災害時のスタッフ派遣を検討した際に困難であったこと



- 大規模な地震が発生した場合には、被災者の受け入れや被災地への職員派遣により入院基本料等の施設基準を満たすことができなくなる場合の取扱いについて、適宜、事務連絡を発出している。

令和 6 年能登半島地震
(令和 6 年 1 月 1 日発生)

平成30年北海道胆振東部地震
(平成30年 9 月 6 日発生)

平成28年熊本地震
(平成28年 4 月14日・16日発生)

令和 6 年 1 月 2 日付け事務連絡
「令和 6 年能登半島地震の被災に伴う
保険診療関係等及び診療報酬の取扱いについて」 (抜粋)

4. 施設基準の取扱いについて

(1) 今般の令和 6 年能登半島地震に伴い、被災者を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等し入院基本料の施設基準を満たすことができなくなる保険医療機関及び被災地に職員を派遣したことにより職員が一時的に不足し入院基本料の施設基準を満たすことができなくなる保険医療機関については、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」

(令和 4 年 3 月 4 日保医発 0304 第 2 号。以下「基本診療料の施設基準等通知」という。) の第 3 の 1 (1) の規定にかかわらず、当面、月平均夜勤時間数については、1 割以上の一時的な変動があった場合においても、変更の届出を行わなくてもよいものとする。

(2) また、令和 6 年能登半島地震に伴い、被災者を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等した保険医療機関及び被災地に職員を派遣したことにより職員が一時的に不足した保険医療機関については、基本診療料の施設基準等通知の第 3 の 1 (3) 及び (4) の規定にかかわらず、1 日当たり勤務する看護師及び准看護師又は看護補助者 (以下「看護要員」という。) の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率については、当面、1 割以上の一時的な変動があった場合においても、変更の届出を行わなくてもよいものとする。

(3) 上記と同様の場合、DPC 対象病院について、「DPC 制度への参加等の手続きについて」 (令和 4 年 3 月 25 日保医発 0325 第 4 号) の第 1 の 4 (2) ②に規定する「DPC 対象病院への参加基準を満たさなくなった場合」としての届出を行わなくてもよいものとする。

(4) (1) から (3) の届出を行わなくてもよいこととされた保険医療機関においては、被災者を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等したことが被災地に職員を派遣したことにより職員が一時的に不足したことを記録し、保管しておくこと。

(5) 被災地域以外の保険医療機関についても、(1) から

(4) までの適用するものとする。

平成 30 年 9 月 14 日付け事務連絡
「平成 30 年北海道胆振東部地震による被災に伴う
保険診療関係等及び診療報酬の取扱いについて」 (抜粋)

4. 施設基準の取扱いについて

(1) 今般の北海道地震に伴い、被災者を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等し入院基本料の施設基準を満たすことができなくなる保険医療機関及び被災地に職員を派遣したことにより職員が一時的に不足し入院基本料の施設基準を満たすことができなくなる保険医療機関については、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」 (平成 30 年 3 月 5 日保医発 0305 第 2 号。以下「基本診療料の施設基準等通知」という。) の第 3 の 1 (1) の規定にかかわらず、当面、月平均夜勤時間数については、1 割以上の一時的な変動があった場合においても、変更の届出を行わなくてもよいものとする。

(2) また、北海道地震に伴い、被災者を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等した保険医療機関及び被災地に職員を派遣したことにより職員が一時的に不足した保険医療機関については、基本診療料の施設基準等通知の第 3 の 1 (3) 及び (4) の規定にかかわらず、1 日当たり勤務する看護師及び准看護師又は看護補助者 (以下「看護要員」という。) の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率については、当面、1 割以上の一時的な変動があった場合においても、変更の届出を行わなくてもよいものとする。

(3) 上記と同様の場合、DPC 対象病院について、「DPC 制度への参加等の手続きについて」 (平成 30 年 3 月 26 日保医発 0326 第 7 号) の第 1 の 4 (2) ②に規定する「DPC 対象病院への参加基準を満たさなくなった場合」としての届出を行わなくてもよいものとする。

(4) (1) から (3) の届出を行わなくてもよいこととされた保険医療機関においては、被災者を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等したことが被災地に職員を派遣したことにより職員が一時的に不足したことを記録し、保管しておくこと。

(5) 被災地域以外の保険医療機関についても、(1) から

(4) までの適用するものとする。

平成28年 4 月18日付け事務連絡
「平成 28 年熊本地震の被災に伴う
保険診療関係等及び診療報酬の取扱いについて」 (抜粋)

4. 施設基準の取扱いについて

(1) 今般の平成 28 年熊本地震に伴い、被災者を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等し入院基本料の施設基準を満たすことができなくなる保険医療機関及び被災地に職員を派遣したことにより職員が一時的に不足し入院基本料の施設基準を満たすことができなくなる保険医療機関については、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」 (平成 28 年 3 月 4 日保医発 0304 第 1 号。以下「基本診療料の施設基準等通知」という。) の第 3 の 1 (1) の規定にかかわらず、当面、月平均夜勤時間数については、1 割以上の一時的な変動があった場合においても、変更の届出を行わなくてもよいものとする。

(2) また、平成 28 年熊本地震に伴い、被災者を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等した保険医療機関及び被災地に職員を派遣したことにより職員が一時的に不足した保険医療機関については、基本診療料の施設基準等通知の第 3 の 1 (3) 及び (4) の規定にかかわらず、1 日当たり勤務する看護師及び准看護師又は看護補助者 (以下「看護要員」という。) の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護師及び准看護師の数に対する看護師の比率については、当面、1 割以上の一時的な変動があった場合においても、変更の届出を行わなくてもよいものとする。

(3) 上記と同様の場合、DPC 対象病院について、「DPC 制度への参加等の手続きについて」 (平成 28 年 3 月 25 日保医発 0325 第 7 号) の第 1 の 4 (2) ②に規定する「DPC 対象病院への参加基準を満たさなくなった場合」としての届出を行わなくてもよいものとする。

(4) (1) から (3) の届出を行わなくてもよいこととされた保険医療機関においては、被災者を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等したことが被災地に職員を派遣したことにより職員が一時的に不足したことを記録し、保管しておくこと。

(5) 被災地域以外の保険医療機関についても、(1) から

(4) までの適用するものとする。

- 日本DMAT活動要領では、一定の規模の災害が発生した場合には、都道府県、厚生労働省等からの要請を待たずに、DMAT派遣のための待機を行うこととされている。

医政地発0722第2号令和7年7月22日「日本DMAT活動要領の一部改正について」

日本DMAT活動要領 令和7年7月22日（改正）（抜粋）

次の場合には、該当するDMAT指定医療機関は、被災の状況にかかわらず、都道府県、厚生労働省等からの要請を待たずに、DMAT派遣のための待機を行う。下記の基準について、以下「DMAT自動待機基準」という。

- ① 東京都23区で震度5強以上の地震が発生した場合、その他の地域で震度6弱の地震が発生した場合、特別警報が発出された場合
→該当する都道府県並びに該当する都道府県に隣接する都道府県及び該当する都道府県が属する地方ブロック管内のDMAT指定医療機関
- ② 震度6強の地震が発生した場合
→該当する都道府県並びに該当する都道府県に隣接する都道府県、該当する都道府県が属する地方ブロック及び該当する都道府県が属する地方ブロックに隣接する地方ブロック管内のDMAT指定医療機関
- ③ 震度7の地震が発生した場合、大津波警報が発表された場合
→全国のDMAT指定医療機関

災害医療についての課題と論点

（災害医療について）

- 「災害拠点病院」「DMAT」の指定や「BCPの策定」等は、DPC/PDPS対象病院においては、体制評価指数として評価されている。
- 令和6年能登半島地震支援のスタッフ派遣を検討した際に困難であったことを聞いたところ、「現地の状況把握と情報収集」「派遣にあたっての交通手段の確保」「派遣中の労務管理」「派遣中に自施設のスタッフ配置基準が満たせなくなる事」等が多かった。
- 大規模な地震が発生した場合には、被災者の受け入れや被災地への職員派遣により入院基本料等の施設基準を満たすことができなくなる場合の取扱いについて、適宜、事務連絡を発出している。
- 日本DMAT活動要領では、一定の規模の災害が発生した場合には、都道府県、厚生労働省等からの要請を待たずに、DMAT派遣のための待機を行うこととされている。



【論点】

- 大規模な災害発生時に迅速な対応が可能となるよう、災害時の施設基準の緩和について、個別の検討を待たずに当面適用する一定のルール（例えば、対象となる災害の規模、対象となる保険医療機関、対象となる期間）を定め、事前に周知するとともに、自動的に適用することについてどのように考えるか。