

中央社会保険医療協議会 総会（第 551 回） 議事次第

令和 5 年 8 月 2 日（水）薬価専門部会終了後～

議 題

- 医薬品の新規薬価収載について
- 個別事項について（その 1）
- 医療 DX について（その 2）

新医薬品一覧表(令和5年8月9日収載予定)

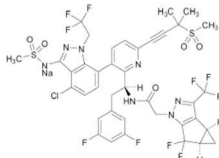
No.	銘柄名	規格単位	会社名	成分名	承認区分	算定薬価	算定方式	補正加算等	薬効分類		ページ
1	シュンレンカ錠300mg	300mg1錠	ギリアド・サイエンシズ株式会社	レナカパビルナトリウム	新有効成分含有医薬品	94,814.20円	原価計算方式	有用性加算(Ⅰ)A=35% 市場性加算(Ⅰ)A=10% 新薬創出等加算 加算係数 0	内625	抗ウイルス剤(多剤耐性HIV-1感染症)	2
2	シュンレンカ皮下注463.5mg	1.5mL2瓶1組	ギリアド・サイエンシズ株式会社	レナカパビルナトリウム	新有効成分含有医薬品	3,208,604円	原価計算方式	有用性加算(Ⅰ)A=35% 市場性加算(Ⅰ)A=10% 新薬創出等加算 加算係数 0	注625	抗ウイルス剤(多剤耐性HIV-1感染症)	4

	品目数	成分数
内用薬	1	1
注射薬	1	1
外用薬	0	0
計	2	2

新医薬品の薬価算定について

整理番号		23-08-内-1	
薬効分類		625 抗ウイルス剤（内用薬）	
成分名		レナカパビルナトリウム	
新薬収載希望者		ギリアド・サイエンシズ（株）	
販売名 （規格単位）		シュンレンカ錠300mg（300mg1錠）	
効能・効果		多剤耐性HIV-1感染症	
主な用法・用量		通常、成人には投与1日目及び2日目に2錠（レナカパビルとして600mg）を、8日目に1錠（レナカパビルとして300mg）を1日1回経口投与する。本剤は、食事の有無にかかわらず投与できる。投与に際しては、必ず他の抗HIV薬と併用すること。	
算 定	算定方式		原価計算方式
	原 価 計 算	製品総原価	66,782.50円
		営業利益	13,292.40円 (流通経費を除く価格の16.6%)
		流通経費	6,119.80円 (消費税を除く価格の7.1%)
		出典：「医薬品産業実態調査報告書」（厚生労働省医政局医薬産業振興・医療情報企画課）	
		消費税	8,619.50円
	補正加算		有用性加算（I）（A=35%）、市場性加算（I）（A=10%） 加算係数 0 (加算前) (加算後) 300mg1錠 94,814.20円 → 94,814.20円
	外国平均 価格調整		なし
算定薬価		300mg1錠 94,814.20円	
外国価格		新薬収載希望者による市場規模予測	
5錠 1PTPシート 英国 2,500.00ポンド 407,500.00円 外国平均価格 407,500.00円 ※1錠に換算した場合：81,500.00円 (参考) 5錠 1PTPシート 米国(WAC) 4,062.50ドル 552,500.00円 英国(DHSC) 2,500.00ポンド 407,500.00円 (注) 為替レートは令和4年7月～令和5年6月の平均 最初に承認された国（年月）： 欧州（2022年8月）		予測年度 予測本剤投与患者数 予測販売金額 (ピーク時) 10年度 7人 3.3百万円	
製造販売承認日	令和5年8月1日	薬価基準収載予定日	令和5年8月9日

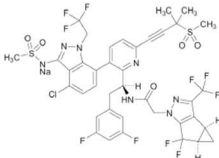
薬価算定組織における検討結果のまとめ

算定方式		原価計算方式		第一回算定組織	令和5年7月18日
原価計算方式を採用する妥当性		新 薬			類似薬がない根拠 「H I V－1 感染症」を効能・効果とする薬剤は複数あるが、「多剤耐性H I V－1 感染症」に対する薬剤はないこと、本剤と同様の薬理作用、組成及び化学構造等を持つ既収載品はないことから、新薬算定最類似薬はないと判断した。
	成分名	レナカパビルナトリウム			
	イ. 効能・効果	多剤耐性H I V－1 感染症			
	ロ. 薬理作用	カプシド阻害作用			
	ハ. 組成及び化学構造				
	ニ. 投与形態 剤形 用法	内用 錠剤 1 日目、2 日目及び8 日目に1 回			
補正加算	画 期 性 加 算 (70～120%)	該当しない			
	有用性加算 (Ⅰ) (35～60%)	該当する (A＝35%) 〔イ. 新規作用機序 (異なる標的分子) : ①－b＝1p〕 〔ハ. 治療方法の改善 (不十分例) : ③－a＝1p〕 本剤は新規作用機序のカプシド阻害作用を有していること、また、本剤の臨床試験は多剤耐性H I V－1 感染症患者を対象とし、既存の治療方法で効果不十分な症例において有用性が示されていることから、有用性加算 (Ⅰ) (A＝35%) を適用することが適当と判断した。			
	有用性加算 (Ⅱ) (5～30%)	該当しない			
	市場性加算 (Ⅰ) (10～20%)	該当する (A＝10%) 本剤は希少疾病用医薬品に指定されていることから、加算の要件を満たす。			
	市場性加算 (Ⅱ) (5%)	該当しない			
	特 定 用 途 加 算 (5～20%)	該当しない			
	小 児 加 算 (5～20%)	該当しない			
	先 駆 加 算 (10～20%)	該当しない			
	新薬創出・適応外薬 解消等促進加算	該当する (主な理由：希少疾病用医薬品として指定)			
費用対効果評価への 該 当 性	該当しない				
当初算定案に対する 新薬収載希望者の 不服意見の要点					
上 記 不 服 意 見 に 対 す る 見 解		第二回算定組織	令和 年 月 日		

新医薬品の薬価算定について

整理番号	23-08-注-1		
薬効分類	625 抗ウイルス剤（内用薬）		
成分名	レナカパビルナトリウム		
新薬収載希望者	ギリアド・サイエンシズ（株）		
販売名 （規格単位）	シュンレンカ皮下注463.5mg（1.5mL2瓶1組）		
効能・効果	多剤耐性HIV-1感染症		
主な用法・用量	通常、成人にはレナカパビル経口剤の投与開始後15日目に、レナカパビルとして927mgを皮下投与する。以降は、927mgを6カ月に1回、皮下投与する。投与に際しては、必ず他の抗HIV薬と併用すること。		
算 定	算定方式	原価計算方式	
	原 価 計 算	製品総原価	2,259,983円
		営業利益	449,829円 （流通経費を除く価格の16.6%）
		流通経費	207,101円 （消費税を除く価格の7.1%）
		出典：「医薬品産業実態調査報告書」（厚生労働省医政局医薬産業振興・医療情報企画課）	
		消費税	291,691円
	補正加算	有用性加算（I）（A=35%）、市場性加算（I）（A=10%） 加算係数 0 （加算前） （加算後） 1.5mL2瓶1組 3,208,604円 → 3,208,604円	
	外国平均 価格調整	なし	
算定薬価	1.5mL2瓶1組 3,208,604円		
外国価格		新薬収載希望者による市場規模予測	
1.5mL2瓶1組 英国 17,653.36ポンド 2,877,498円 外国平均価格 2,877,498円 （参考） 1.5mL2瓶1組 米国(WAC) 19,500ドル 2,652,000円 英国(DHSC) 17,653ポンド 2,877,498円 （注）為替レートは令和4年7月～令和5年6月の平均 最初に承認された国（年月）： 欧州（2022年8月）		予測年度 予測本剤投与患者数 予測販売金額 （ピーク時） 10年度 70人 4.5億円	
製造販売承認日	令和5年8月1日	薬価基準収載予定日	令和5年8月9日

薬価算定組織における検討結果のまとめ

算定方式		原価計算方式	第一回算定組織	令和5年7月18日
原価計算方式を採用する妥当性		新 薬	類似薬がない根拠	
	成分名	レナカパビルナトリウム	「H I V－1 感染症」を効能・効果とする薬剤は複数あるが、「多剤耐性H I V－1 感染症」に対する薬剤はないこと、本剤と同様の薬理作用、組成及び化学構造等を持つ既収載品はないことから、新薬算定最類似薬はないと判断した。	
	イ. 効能・効果	多剤耐性H I V－1 感染症		
	ロ. 薬理作用	カプシド阻害作用		
	ハ. 組成及び化学構造			
	ニ. 投与形態 剤形 用法	注射 注射剤 6 カ月に 1 回		
補正加算	画 期 性 加 算 (70～120%)	該当しない		
	有用性加算 (Ⅰ) (35～60%)	該当する (A＝35%) 〔イ. 新規作用機序 (異なる標的分子) : ①－b＝1p〕 〔ハ. 治療方法の改善 (不十分例) : ③－a＝1p〕 本剤は新規作用機序のカプシド阻害作用を有していること、また、本剤の臨床試験は多剤耐性H I V－1 感染症患者を対象とし、既存の治療方法で効果不十分な症例において有用性が示されていることから、有用性加算 (Ⅰ) (A＝35%) を適用することが適当と判断した。		
	有用性加算 (Ⅱ) (5～30%)	該当しない		
	市場性加算 (Ⅰ) (10～20%)	該当する (A＝10%) 本剤は希少疾病用医薬品に指定されていることから、加算の要件を満たす。		
	市場性加算 (Ⅱ) (5%)	該当しない		
	特 定 用 途 加 算 (5～20%)	該当しない		
	小 児 加 算 (5～20%)	該当しない		
	先 駆 加 算 (10～20%)	該当しない		
	新薬創出・適応外薬 解消等促進加算	該当する (主な理由：希少疾病用医薬品として指定)		
費用対効果評価への 該 当 性	該当しない			
当初算定案に対する 新薬収載希望者の 不服意見の要点				
上 記 不 服 意 見 に 対 す る 見 解		第二回算定組織	令和 年 月 日	

個別事項(その1)

小児・周産期

1.小児医療について

1－1 小児医療の現状等について

1－2 小児外来医療について

1－3 小児入院医療について

1－4 小児高度急性期医療体制について

1－5 医療的ケア児について

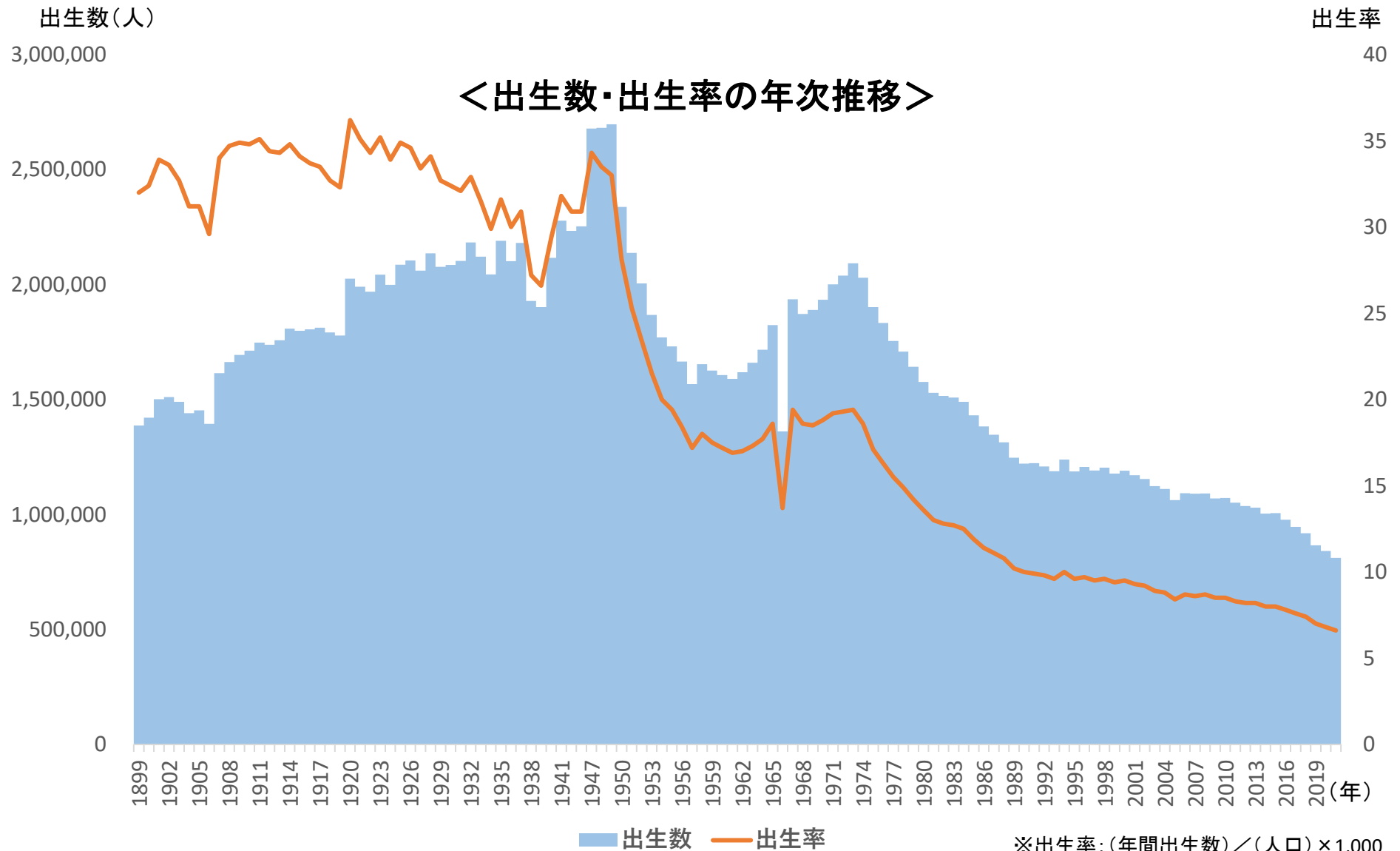
1－6 小児の緩和ケア医療について

2.周産期医療について

出生数・出生率の推移

中医協 総-6
5. 5. 17改

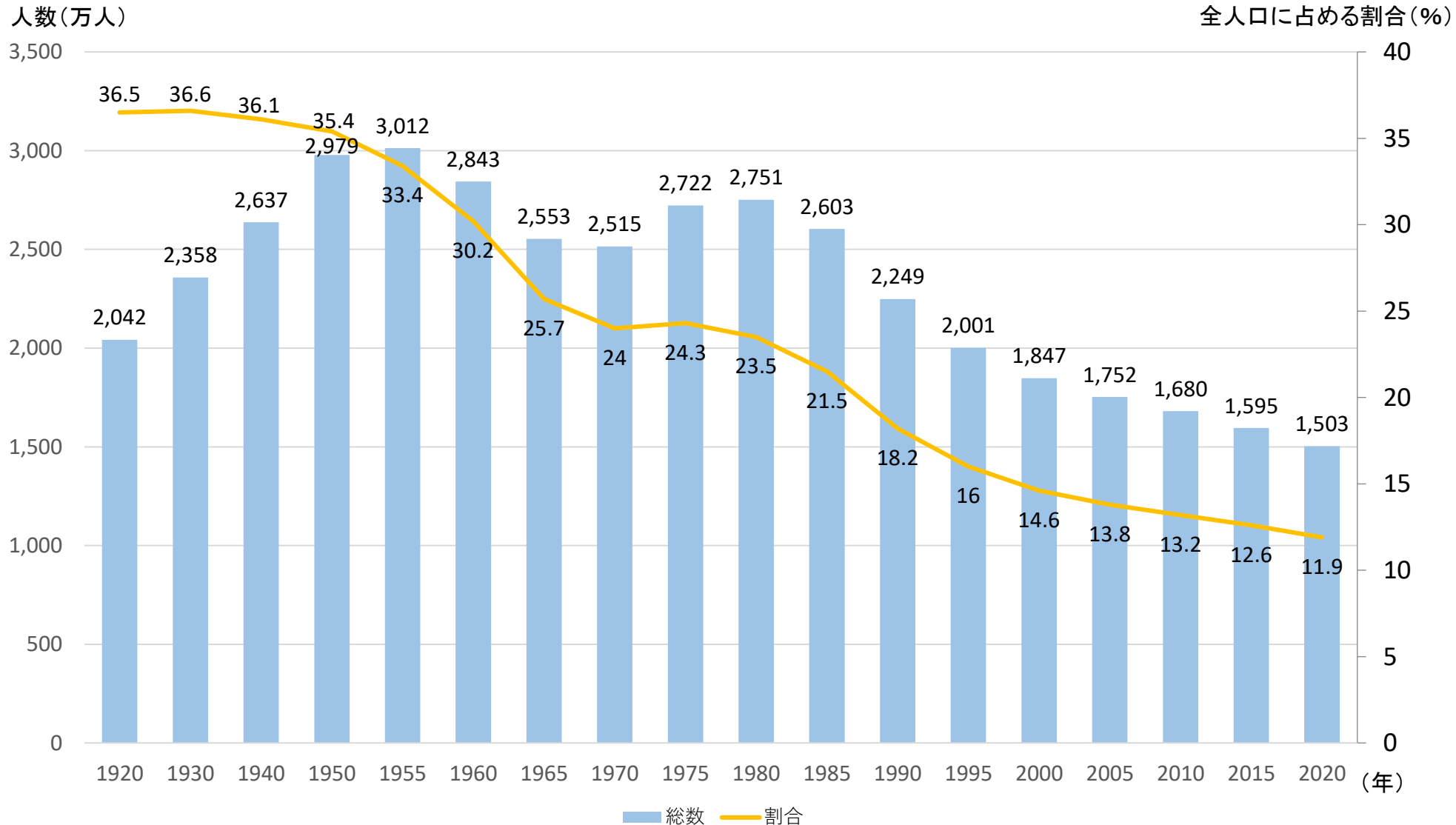
○ 出生数・出生率は減少傾向にある。



15歳未満人口の推移

中医協 総-6
5. 5. 17

○ 15歳未満人口は近年減少傾向であり、全人口に占める割合も減少している。



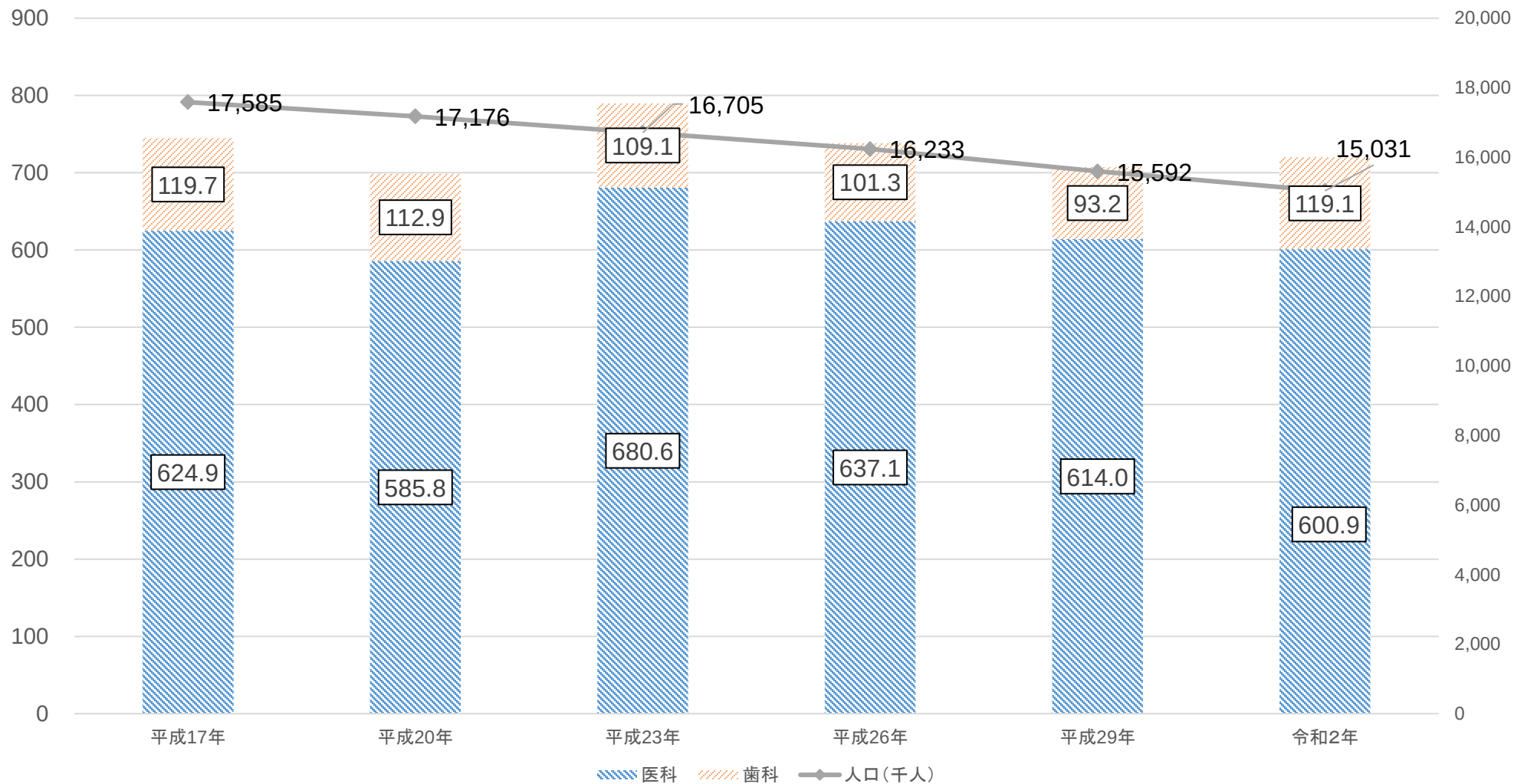
15歳未満の外来患者数・人口の推移

中医協 総一 8
5. 6. 2 1 改

○ 15歳未満の人口は大きく減少しているが、外来患者数の減少は大きくない。

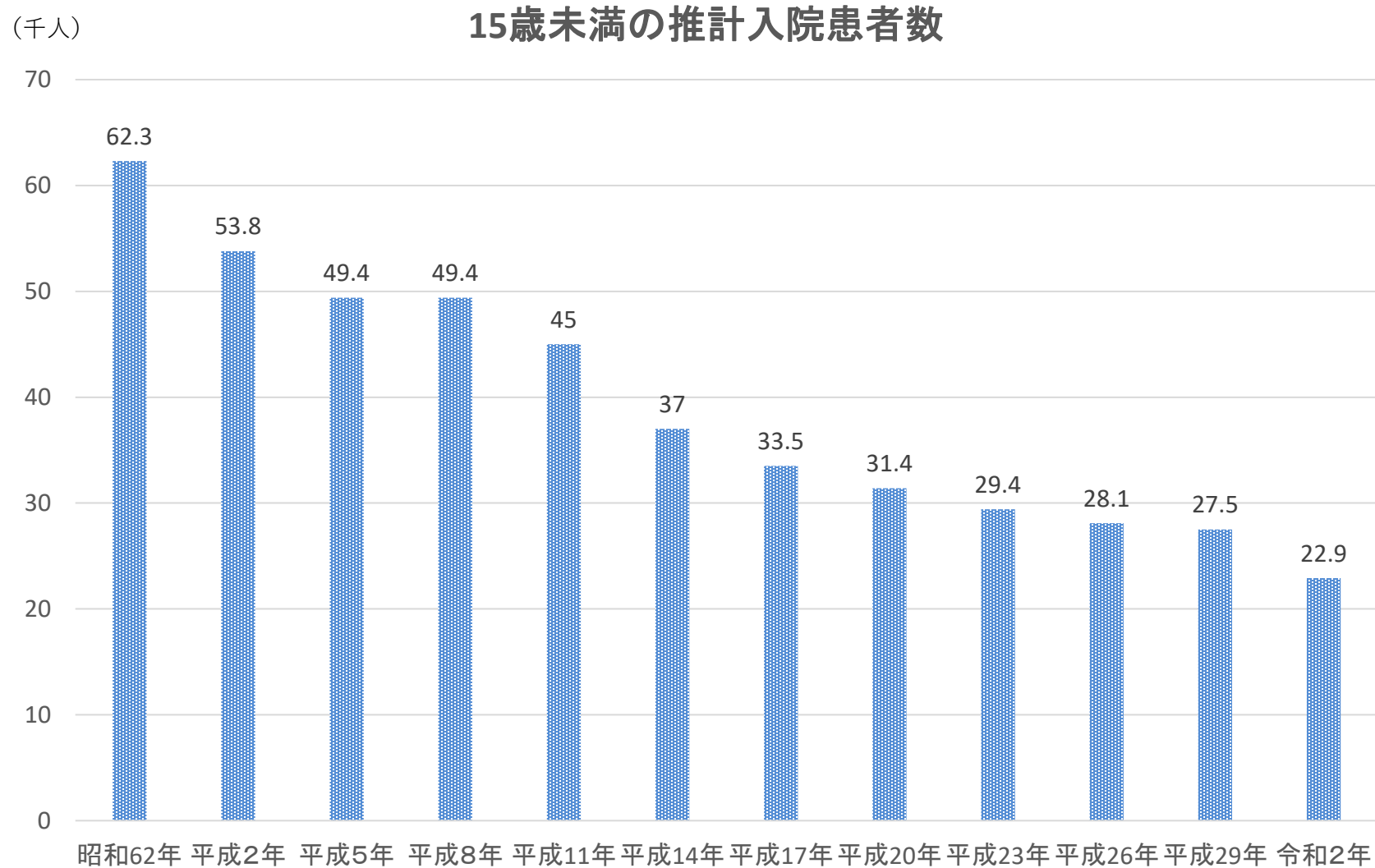
外来患者数(千人)

人口(千人)



15歳未満の入院患者数の推移

○ 15歳未満の入院患者数は年々減少傾向である。

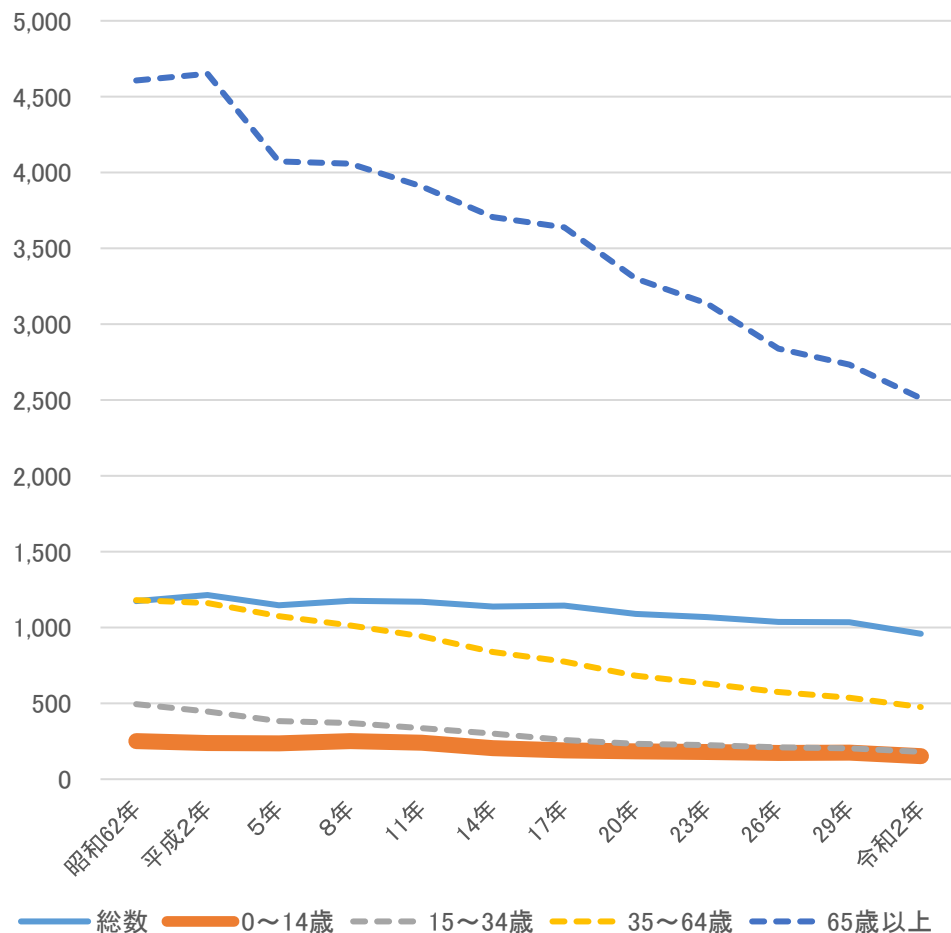


年齢階級別にみた受療率（人口10万対）の年次推移

○ 0～14歳の入院における受療率は低下しているが、外来においては上昇している。

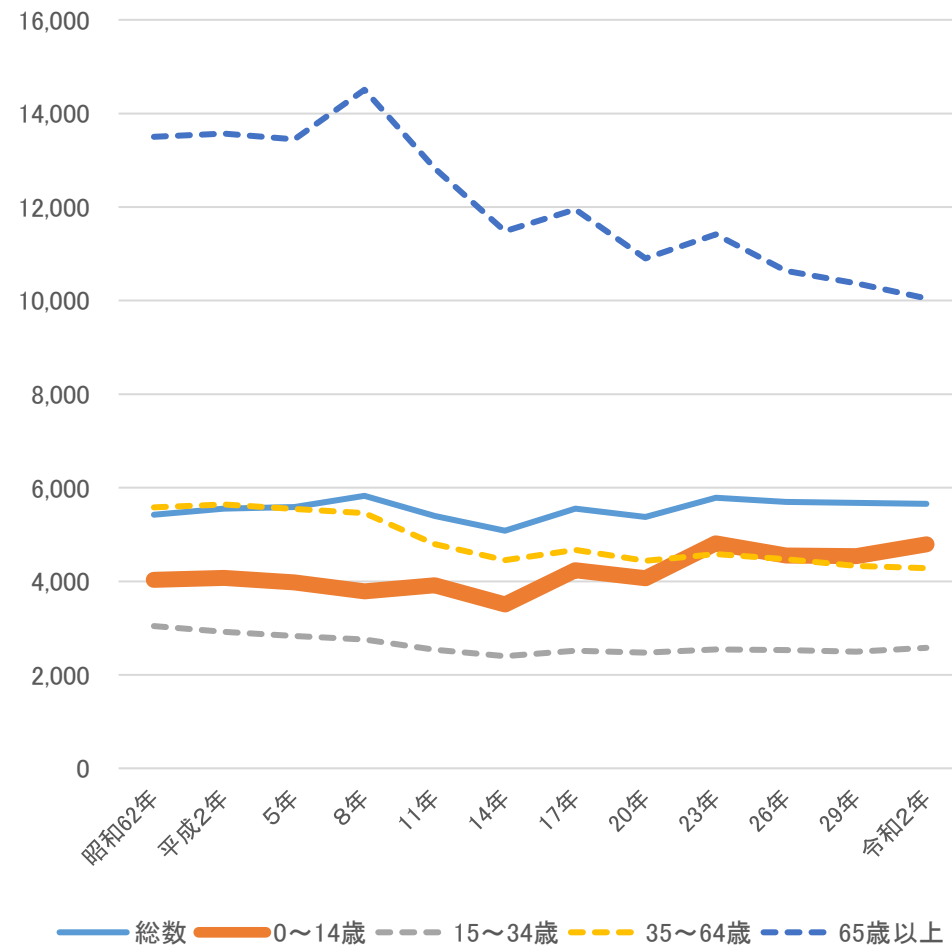
入院

受療率（人口10万対）



外来

受療率（人口10万対）



0～14歳における推計患者数※¹の傷病名※²順位(外来)

○ 平成20年から令和2年にかけて、上位を占めている傷病名に大きな変化はない。

傷病名下に推計患者数を記載(単位:千人)

	第1位	第2位	第3位	第4位	第5位
平成20年	呼吸器系の疾患 272.4	消化器系の疾患 101.1	健康状態に影響を及ぼす要因 及び保健サービスの利用※ ³ 83.2	損傷, 中毒及び その他の外因の影響※ ⁴ 46.3	皮膚及び 皮下組織の疾患 43
平成23年	呼吸器系の疾患 312.5	健康状態に影響を及ぼす要因 及び保健サービスの利用 136.1	消化器系の疾患 105.1	損傷, 中毒及び その他の外因の影響 45.4	皮膚及び 皮下組織の疾患 45
平成26年	呼吸器系の疾患 281.6	健康状態に影響を及ぼす要因 及び保健サービスの利用 114	消化器系の疾患 93.8	皮膚及び皮下組織の疾患 54.1	損傷, 中毒及び その他の外因の影響 40.5
平成29年	呼吸器系の疾患 267.4	健康状態に影響を及ぼす要因 及び保健サービスの利用 100.2	消化器系疾患 86.2	皮膚及び皮下組織の疾患 56.2	感染症及び寄生虫症 43.2
令和2年	呼吸器系の疾患 213.1	健康状態に影響を及ぼす要因 及び保健サービスの利用 156.7	消化器系の疾患 105.8	皮膚及び皮下組織の疾患 60.5	損傷, 中毒及び その他の外因の影響 38.7

※¹ 調査日当日に、病院、一般診療所、歯科診療所で受療した患者の推計数である。

※² 調査日現在、主として治療または検査をした傷病を疾病大分類ごとに集計した。

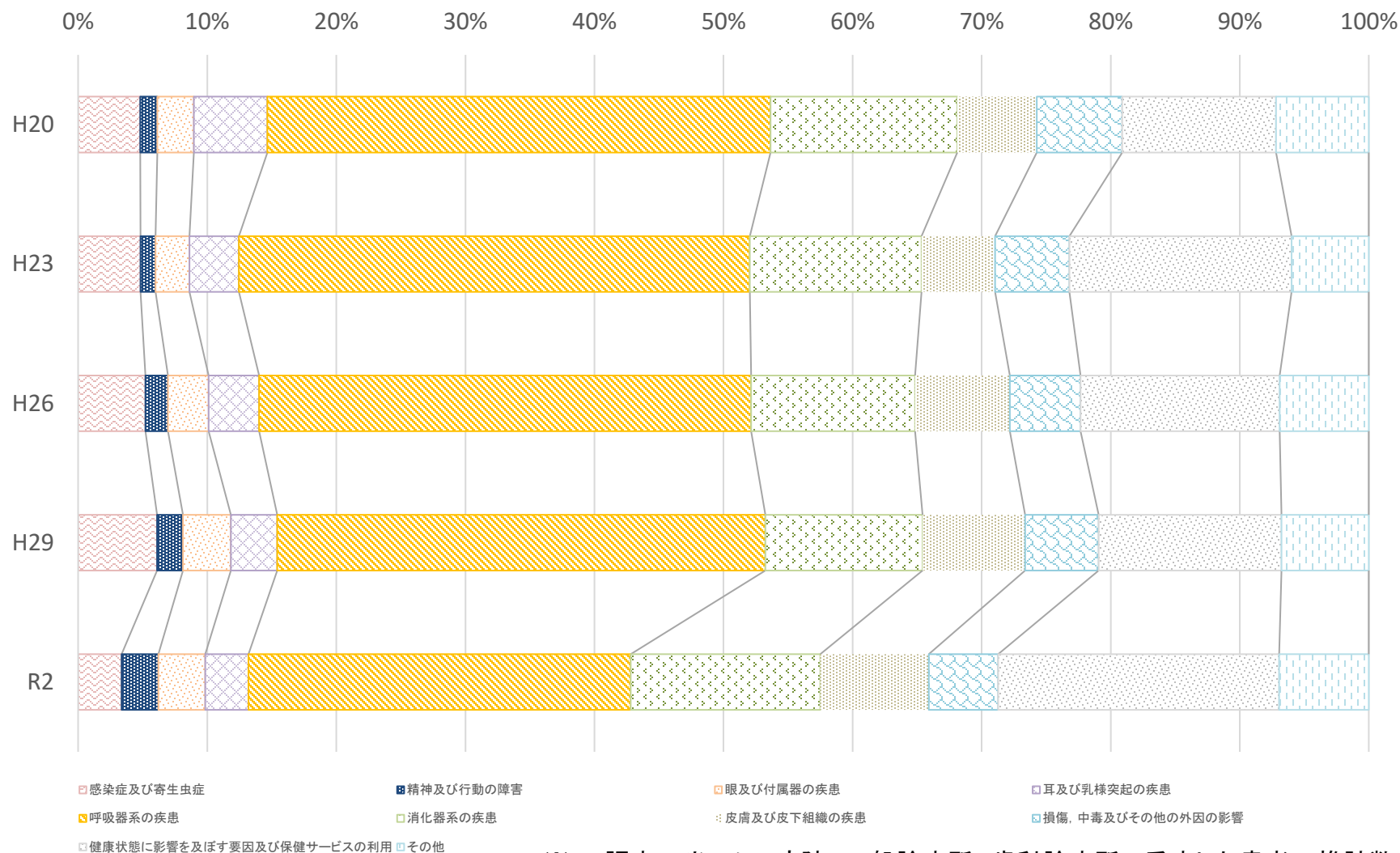
※³ 健康診断、予防接種を含む

※⁴ 骨折、熱傷を含む

0～14歳における推計患者数※¹の傷病名※²ごとの割合の推移(外来)

○ 呼吸器系の疾患の割合は40%前後と1番高いが、令和2年には減少した。

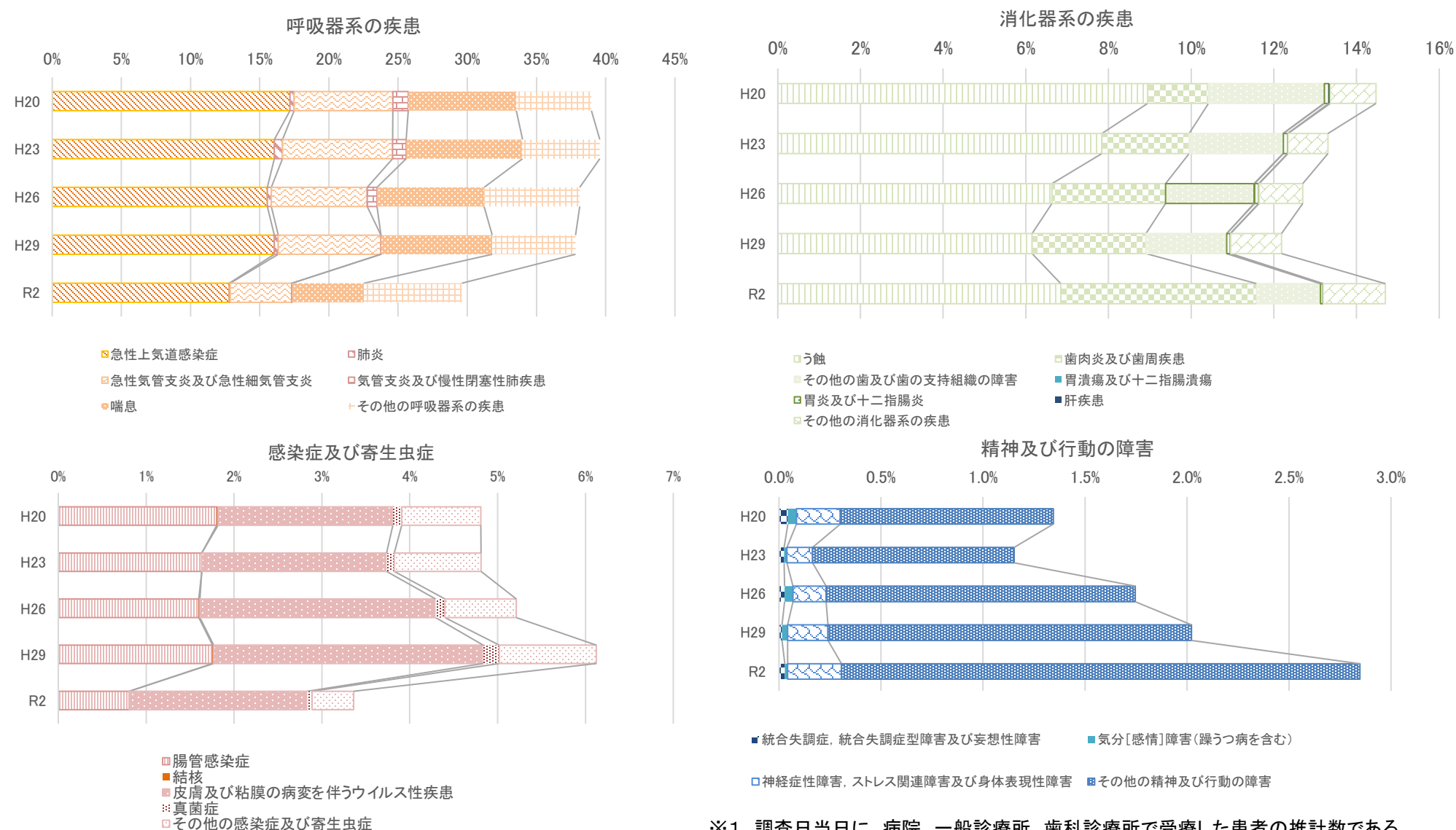
0～14歳における推計患者数の傷病名ごとの割合の推移(外来)



※¹ 調査日当日に、病院、一般診療所、歯科診療所で受療した患者の推計数である。
 ※² 調査日現在、主として治療または検査をした傷病を疾病大分類ごとに集計した。

0～14歳における推計患者数※¹の疾病大分類ごとの割合※²の推移(外来)

○ 精神及び行動の障害において、知的障害を含むその他の精神及び行動の障害が増加している。



0～14歳における推計患者数※¹の傷病名※²順位(入院)

○ 平成20年から令和2年にかけて、上位を占めている傷病名に大きな変化はない。

傷病名下に患者数を記載(単位:千人)

	第1位	第2位	第3位	第4位	第5位
平成20年	呼吸器系の疾患 6.7	周産期に発生した病態 6.1	神経系の疾患 3	先天奇形, 変形 及び染色体異常 3	新生物<腫瘍>/ 損傷, 中毒及び その他の外因の影響※ ³ 1.7
平成23年	周産期に発生した病態 6.4	呼吸器系の疾患 6	神経系の疾患 3.1	先天奇形, 変形 及び染色体異常 3	新生物<腫瘍> 1.6
平成26年	周産期に発生した病態 6.6	呼吸器系の疾患 4.9	先天奇形, 変形 及び染色体異常 3.2	神経系の疾患 2.8	新生物<腫瘍>/ 損傷, 中毒及び その他の外因の影響 1.6
平成29年	周産期に発生した病態 7	呼吸器系の疾患 4.3	先天奇形, 変形 及び染色体異常 3	神経系の疾患 2.1	新生物<腫瘍> 1.7
令和2年	周産期に発生した病態 6.1	先天奇形, 変形及び染 色体異常 3	神経系の疾患 2	呼吸器系の疾患 1.9	精神及び行動の障害 1.7

※¹ 調査日当日に、病院、一般診療所、歯科診療所で受療した患者の推計数である。

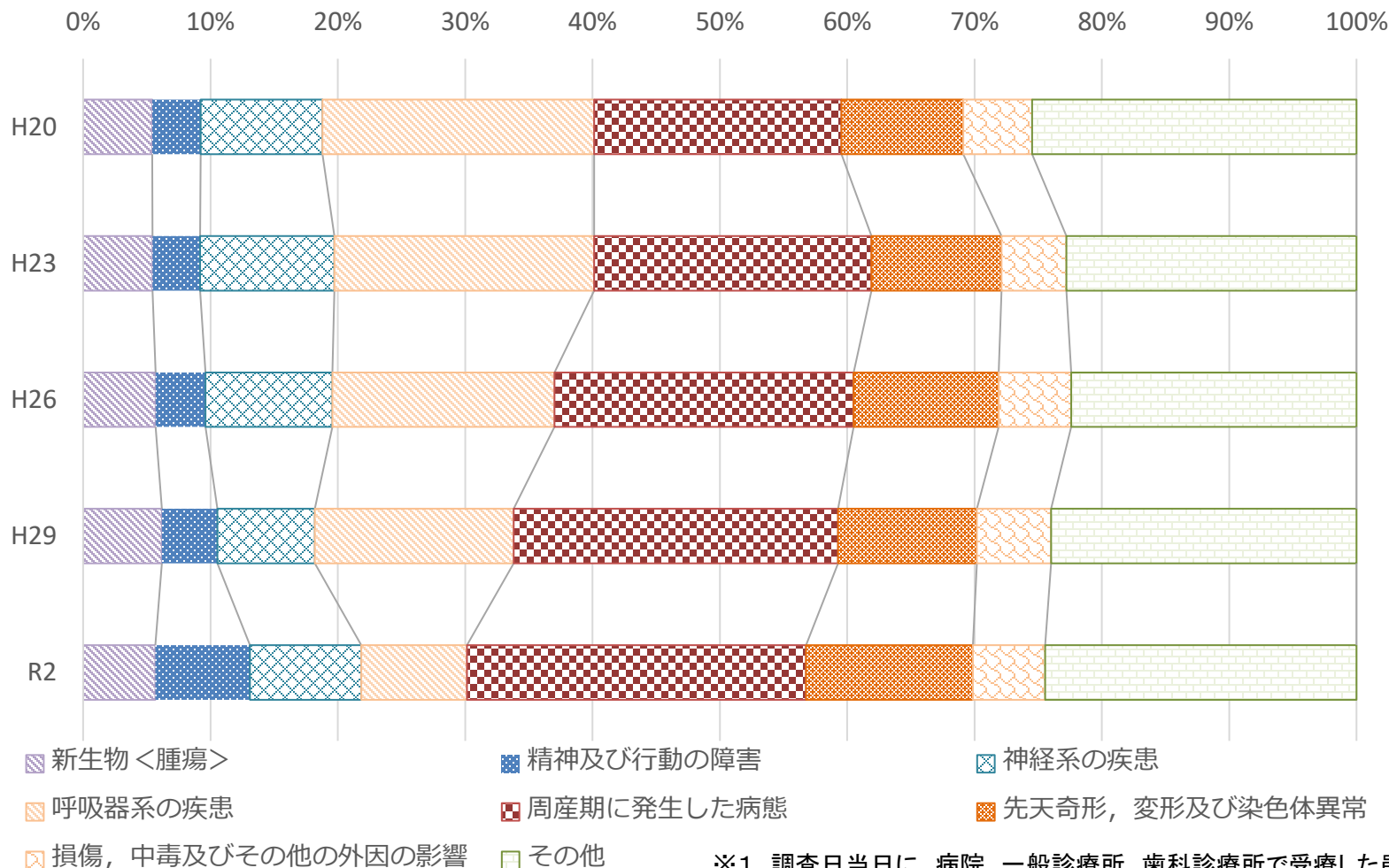
※² 入院の理由となっている傷病を疾病大分類ごとに集計した。

※³ 骨折、熱傷を含む

0～14歳における推計患者数※¹の傷病名※²ごとの割合の推移(入院)

○ 周産期に発生した病態、先天奇形、変形及び染色体異常の割合が上昇しており、令和2年には、2つを合わせて全体の約40%を占めている。

0～14歳における推計患者数の傷病名ごとの割合の推移



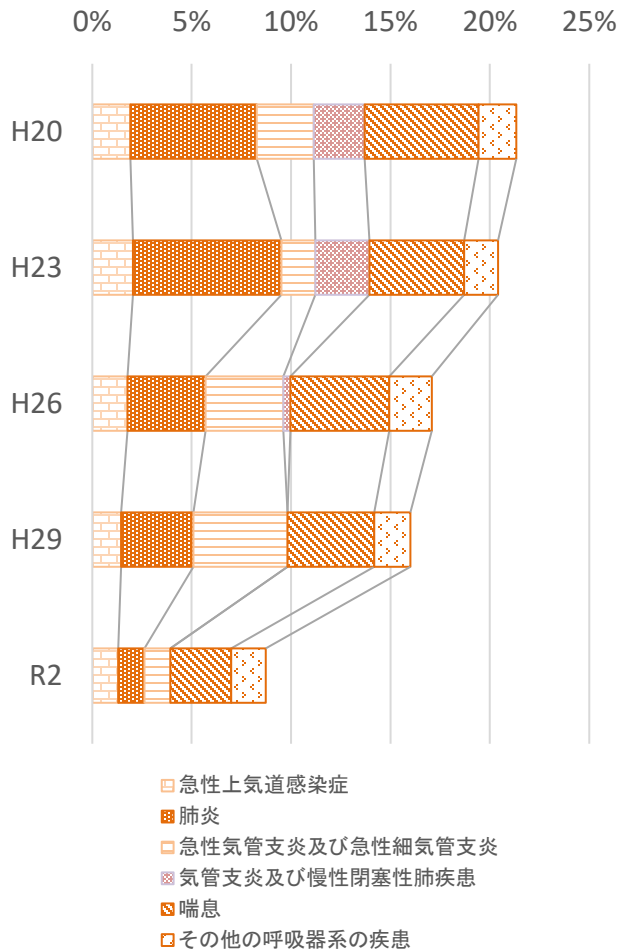
※1 調査日当日に、病院、一般診療所、歯科診療所で受療した患者の推計数である。

※2 入院の理由となっている傷病を疾病大分類ごとに集計した。

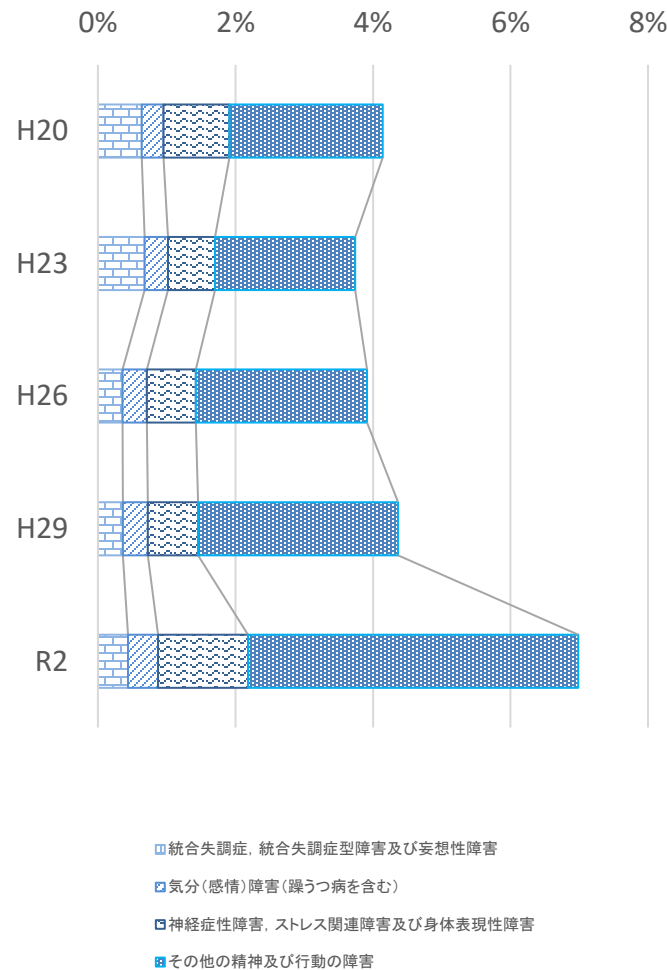
0～14歳における推計患者数※¹の疾病大分類ごとの割合※²推移(入院)

- 呼吸器系の疾患においては、肺炎の割合が大きく低下している。
- 精神及び行動の障害においては、知的障害を含むその他の精神及び行動の障害が上昇している。

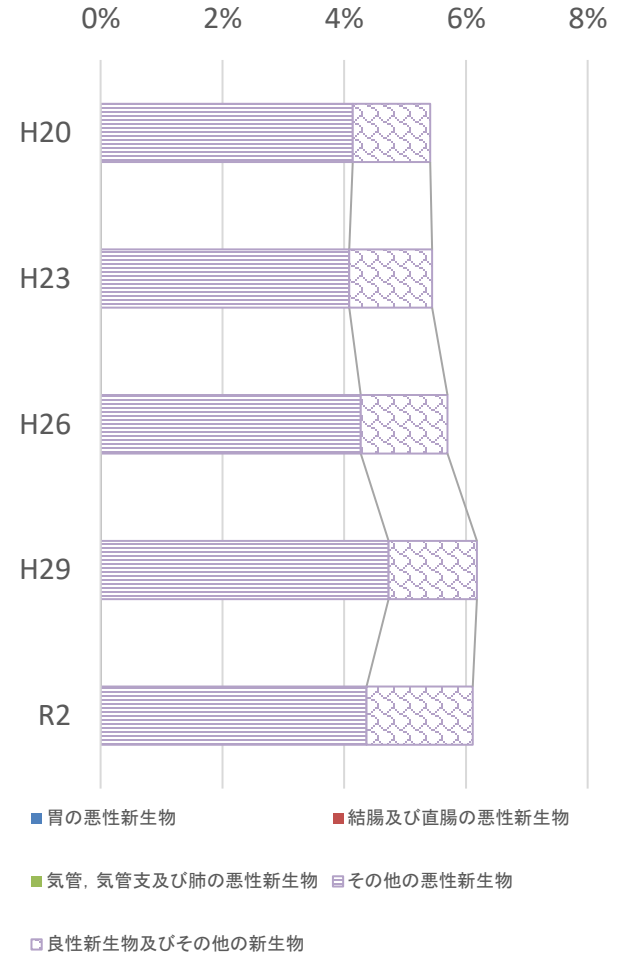
呼吸器系の疾患



精神及び行動の障害



新生物

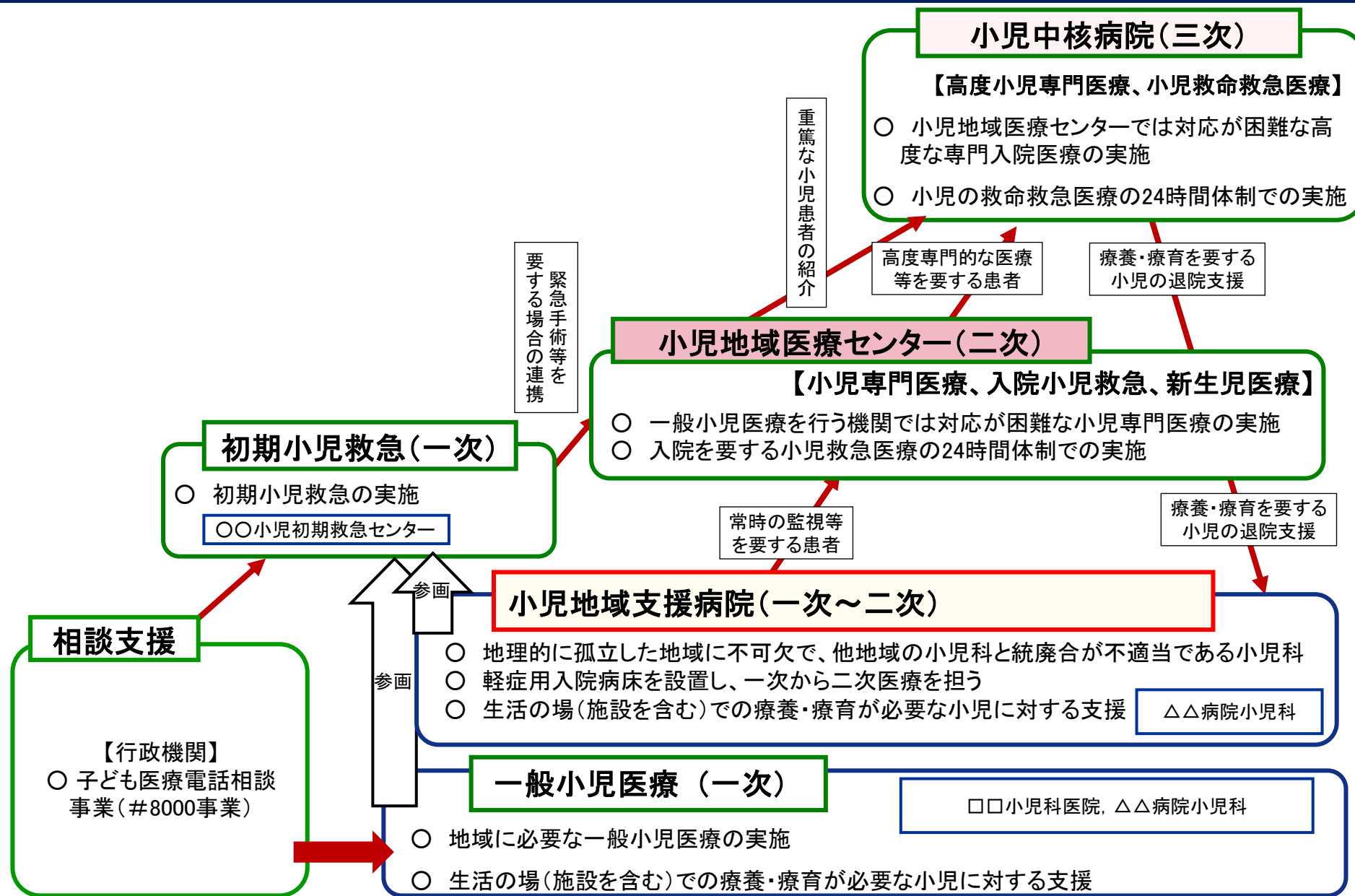


※¹ 調査日当日に、病院、一般診療所、歯科診療所で受療した患者の推計数である。

※² 推計入院患者の総数に対する割合

小児医療の体制

医療機能
(重症度)

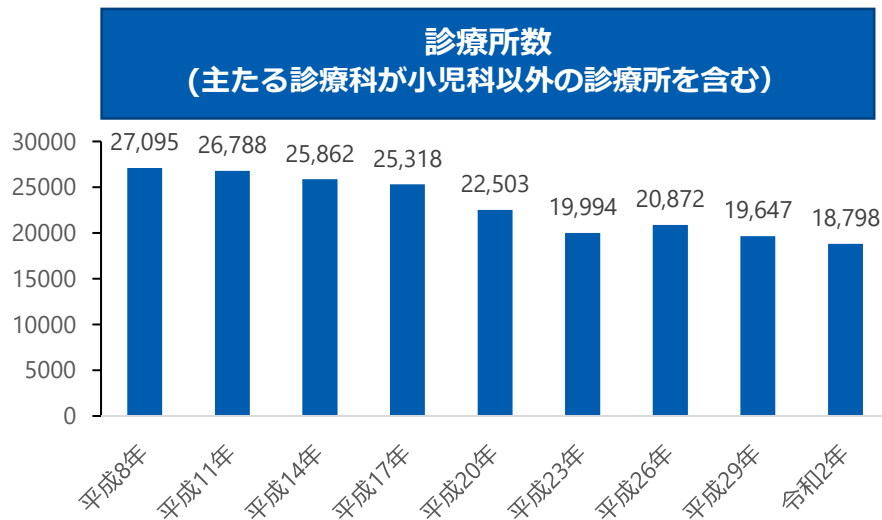
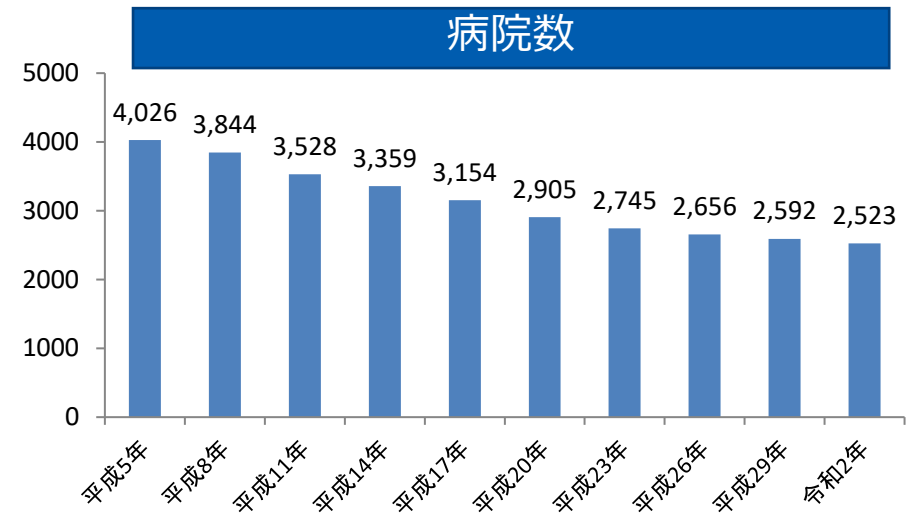
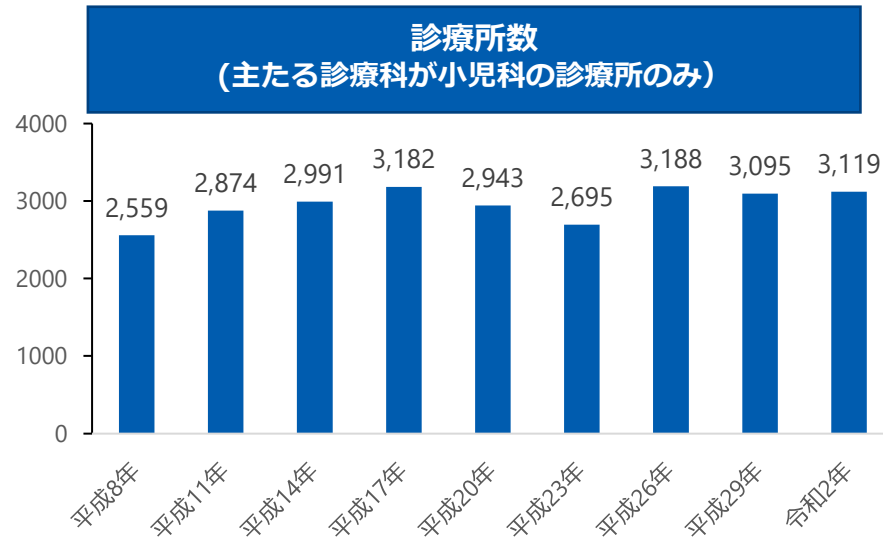


時間の流れ

小児科標榜医療機関数、小児科医数の推移

第11回第8次医療計画
等に関する検討会
令和4年7月27日
資料
1

- 小児科を標榜している病院数は減少している。
- 小児科を主として標榜する診療所数は横ばいである。
- 病院、診療所に勤務する小児科医師数は増加傾向にある。特に病院小児科については集約化が進んできていると考えられる。

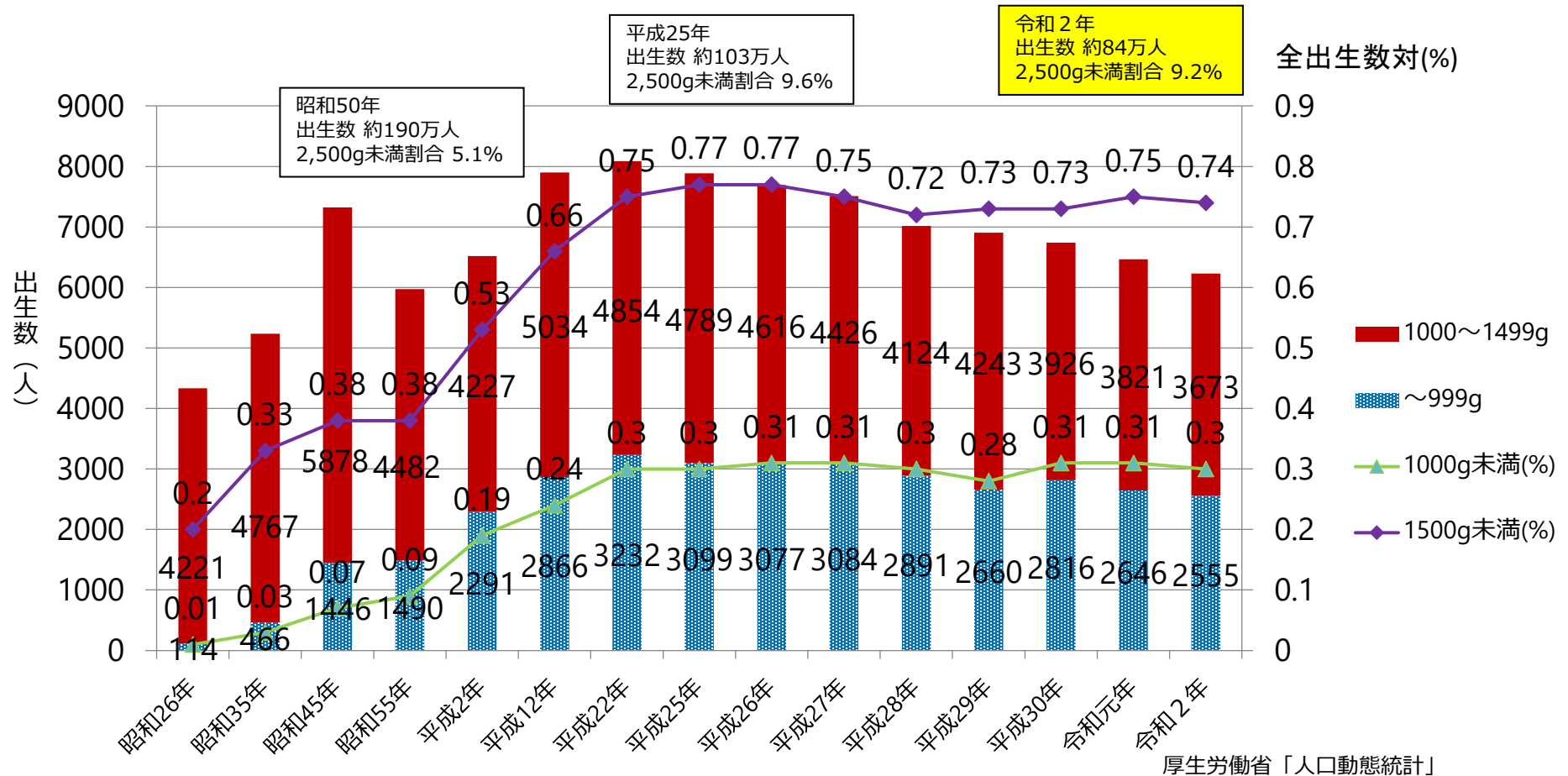


勤務施設	小児科が主たる診療科である医師数		
	H14	R2	増減
総数	14,481	17,997	+3,516
病院	8,429	11,088	+2,659
診療所	6,052	6,909	+857

出典) 医療施設数：医療施設(静態・動態)調査
医師数：医師・歯科医師・薬剤師統計

出生時体重別出生数及び出生割合の推移

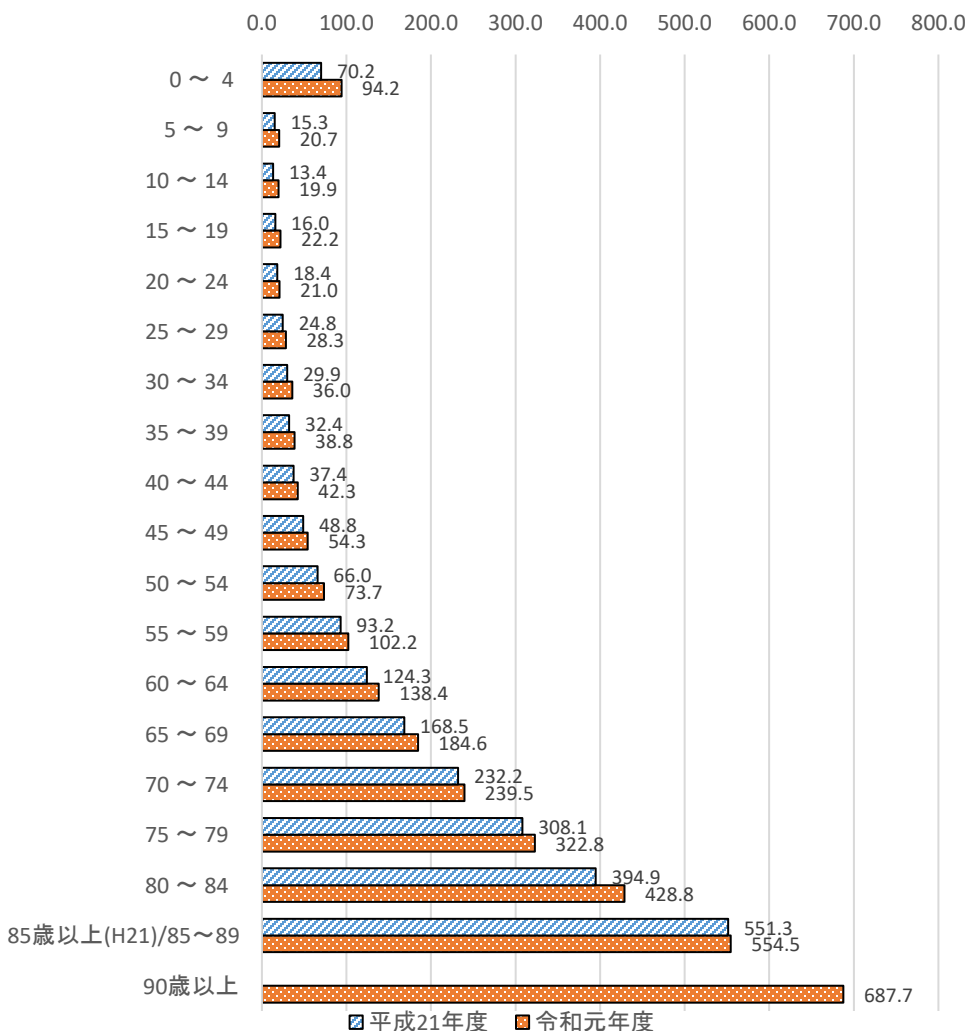
- 昭和50年から平成25年までの約40年で、出生数は減少しているが極低出生体重児(1000g～1499g)、超低出生体重児(1000g未満)の割合が増加傾向。
- 極低出生体重児、超低出生体重児の割合は、近年は横ばい傾向。



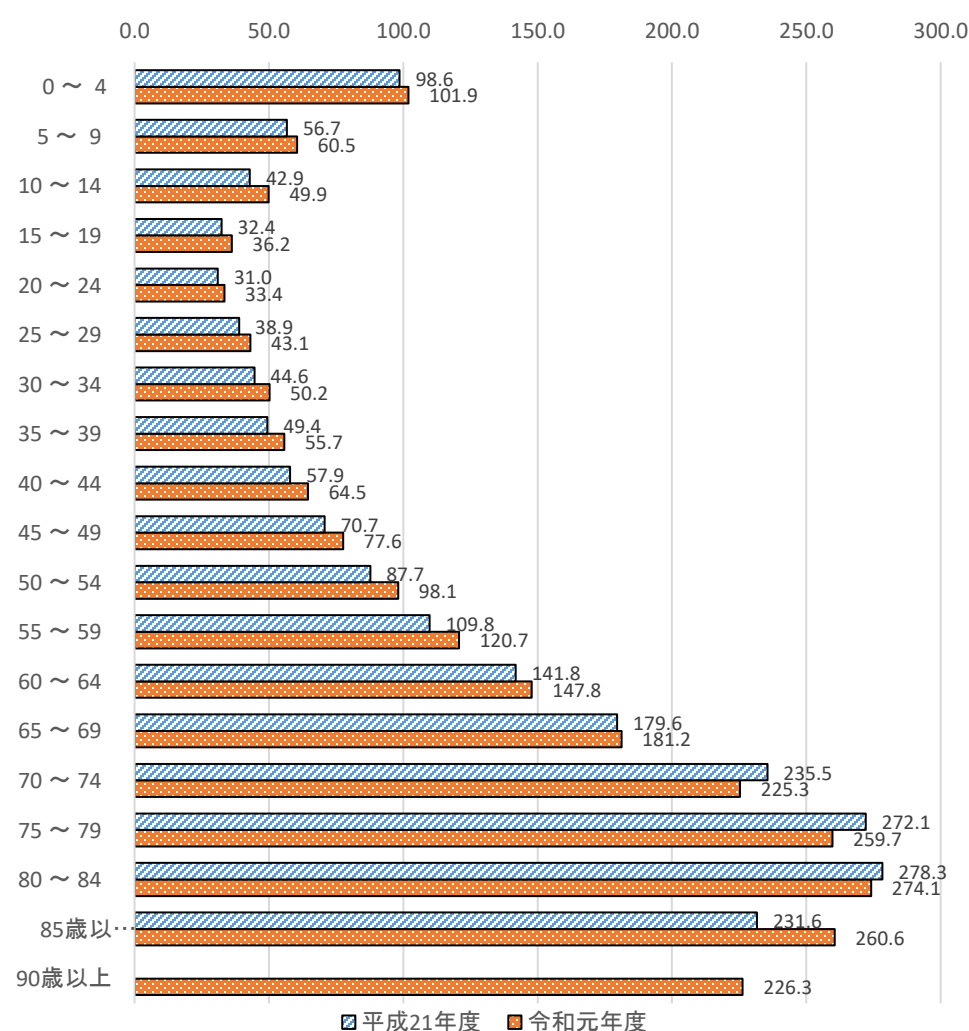
年齢階級別 人口1人当たり国民医療費

○ 年齢階級別に1人当たり医療費の伸びを見ると、10年前と比べ、入院、入院外ともに医療費は多くの年齢層で増加しており、15歳未満においても、増加している。

【入院】年齢階級別 人口1人当たり国民医療費(医科)



【入院外】年齢階級別 人口1人当たり国民医療費(医科)



※「国民医療費」は、当該年度内の医療機関等における保険診療の対象となり得る傷病の治療に要した費用を推計されたもの。
 ※人口一人当たり国民医療費は、総務省統計局「国勢調査」又は「人口推計」の総人口により算出されたもの。

第2章 新しい資本主義の加速

3. 少子化対策・こども政策の抜本強化

(加速化プランの推進)

「こども未来戦略方針」に基づき、今後「加速化プラン」の3年間の集中取組期間において、「ライフステージを通じた子育てに係る経済的支援の強化や若い世代の所得向上に向けた取組」（児童手当の拡充※1、出産等の経済的負担の軽減、地方自治体の取組への支援による医療費等の負担軽減、奨学金制度の充実など高等教育費の負担軽減、個人の主体的なり・スキリングへの直接支援、いわゆる「年収の壁」への対応、子育て世帯に対する住宅支援の強化）、「全てのこども・子育て世帯を対象とする支援の拡充」（妊娠期からの切れ目ない支援の拡充※2や幼児教育・保育の質の向上、「こども誰でも通園制度※3（仮称）」の創設など）※4、「共働き・共育ての推進」（男性育休の取得促進や育児期を通じた柔軟な働き方の推進、多様な働き方と子育ての両立支援）とともに、こうした具体的政策に実効性を持たせる「こども・子育てにやさしい社会づくりのための意識改革」※5を、「加速化プラン」を支える安定的な財源の確保を進めつつ、政府を挙げて取り組んでいく。

※1 所得制限を撤廃、支給期間について高校生年代まで延長、第3子以降3万円。

※2 手続等のデジタル化も念頭に置いた伴走型相談支援の制度化、プレコンセプションケアを含む成育医療等の提供に関する研究、相談支援等を含む。

※3 月一定時間までの利用可能枠の中で、就労要件を問わず時間単位等で柔軟に利用できる新たな通園給付。

※4 妊娠期からの切れ目ない支援の拡充、幼児教育・保育の質の向上、「こども誰でも通園制度（仮称）」の創設等全ての子育て家庭を対象とした保育の拡充のほか、新・放課後子ども総合プランの着実な実施、多様な支援ニーズへの対応（社会的養護、障害児、医療的ケア児等の支援基盤の充実とひとり親家庭の自立支援）。

※5 優先案内や専門レーンの設置、公共交通機関等において妊産婦、乳幼児連れの方を含めた配慮が必要な方に対する利用者の理解・協力の啓発等。

(こども大綱のとりまとめ)

こどもホスピスの全国普及に向けた取組を進めるとともに、家庭・教育・医療・保健・福祉の連携の下、発達障害児や強度行動障害を有する児童、医療的ケア児を始めとする全ての障害のあるこどもへの支援体制の整備等、多様なニーズを有するこどもの地域の支援基盤の強化を図る。

こども未来戦略方針(令和5年6月13日 閣議決定)

Ⅱ. こども・子育て政策の強化：3つの基本理念

2. 3つの基本理念

(3) 全てのこども・子育て世帯を切れ目なく支援する

○これまで比較的支援が手薄だった、妊娠・出産期から0～2歳の支援を強化し、妊 娠・出産・育児を通じて、全ての子育て家庭の様々な困難・悩みに応えられる伴走型 支援を強化するなど、量・質両面からの強化を図ること

- ・ 貧困の状況にある家庭、障害のあるこどもや医療的ケアが必要なこどもを育てる 家庭、ひとり親家庭などに対してよりきめ細かい対応を行うこと

Ⅲ-1. 「加速化プラン」において実施する具体的な施策

1. ライフステージを通じた子育てに係る経済的支援の強化や若い世代の所得向上に向けた取組

(3) 医療費等の負担軽減 ～地方自治体の取組への支援～

○ おおむね全ての地方自治体において実施されているこども医療費助成について、国民健康保険の国庫負担の減額調整措置を廃止する。あわせて、適正な抗菌薬使用などを含め、こどもにとってより良い医療の在り方について、今後、医学界など専門家の意見も踏まえつつ、国と地方の協議の場などにおいて検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。

Ⅲ-1. 「加速化プラン」において実施する具体的な施策

2. 全てのこども・子育て世帯を対象とする支援の拡充

(5) 多様な支援ニーズへの対応 ～社会的養護、障害児、医療的ケア児等の支援基盤の充実とひとり親家庭の自立支援～ (障害児支援、医療的ケア児支援等)

○ 障害の有無にかかわらず、安心して暮らすことができる地域づくりを進めるため、地域における障害児の支援体制の強化や保育所等におけるインクルージョンを推進する。具体的には、地域における障害児支援の中核的役割を担う児童発達支援センターについて、専門的な支援の提供と併せて、地域の障害児支援事業所や保育所等への 支援を行うなどの機能強化を行うとともに、保育所等への巡回支援の充実を図る。また、医療的ケア児、聴覚障害児など、専門的支援が必要なこどもたちへの対応のため 地域における連携体制を強化する。こうした体制の強化が全国各地域で進むよう、国 や都道府県等による状況把握や助言等の広域的支援を進め、地域の支援体制の整備を促進する。

1.小児医療について

1－1 小児医療の現状等について

1－2 小児外来医療について

1－3 小児入院医療について

1－4 小児高度急性期医療体制について

1－5 医療的ケア児について

1－6 小児の緩和ケア医療について

2.周産期医療について

小児科の外来診療の評価について

中医協 総一 8
5 . 6 . 2 1

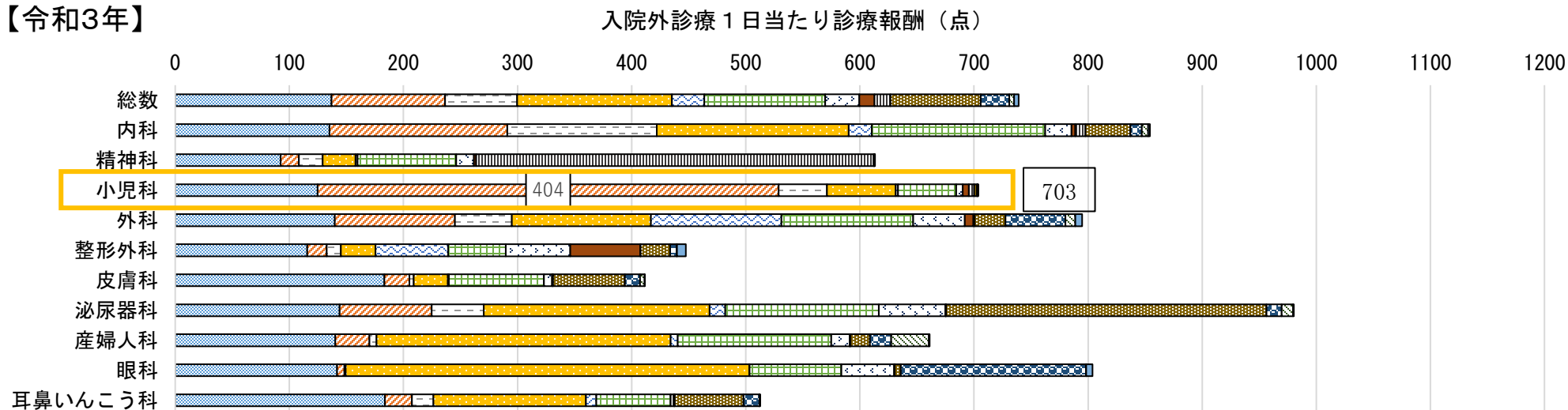
	小児科外来診療料	小児かかりつけ診療料1	小児かかりつけ診療料2
点数	(1日につき) 1. 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合 初診時:599点、再診時:406点 2. 1. 以外の場合 初診時:716点、再診時:524点	(1日につき) 1. 処方箋を交付する場合 <u>初診時:641点、再診時:448点</u> 2. 処方箋を交付しない場合 <u>初診時:758点、再診時:566点</u>	(1日につき) 1. 処方箋を交付する場合 <u>初診時:630点、再診時:437点</u> 2. 処方箋を交付しない場合 <u>初診時:747点、再診時:555点</u>
包括範囲	<u>下記以外は包括とする。</u> ・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、深夜加算及び小児科特例加算 ・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	<u>下記以外は包括とする。</u> ・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、深夜加算及び小児科特例加算 ・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	
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バリビ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歳以上の患者にあっては、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)の患者であっ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って、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・指導等を行う。 等	
施設基準	<u>小児科を標榜している</u> 医療機関であること。	① <u>小児科を標榜している</u> 医療機関であること。 ② 小児科又は小児外科を専任する常勤の医師が1名以上配置されていること。 ③ ②の医師について、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	
施設基準 (時間外要件)		<u>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。</u>	<u>次のいずれかを満たしていること。</u> <u>ア 時間外対応加算3に係る届出を行っていること。</u> <u>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。</u>

受診1回当たりの診療報酬構成（診療所、診療科別）

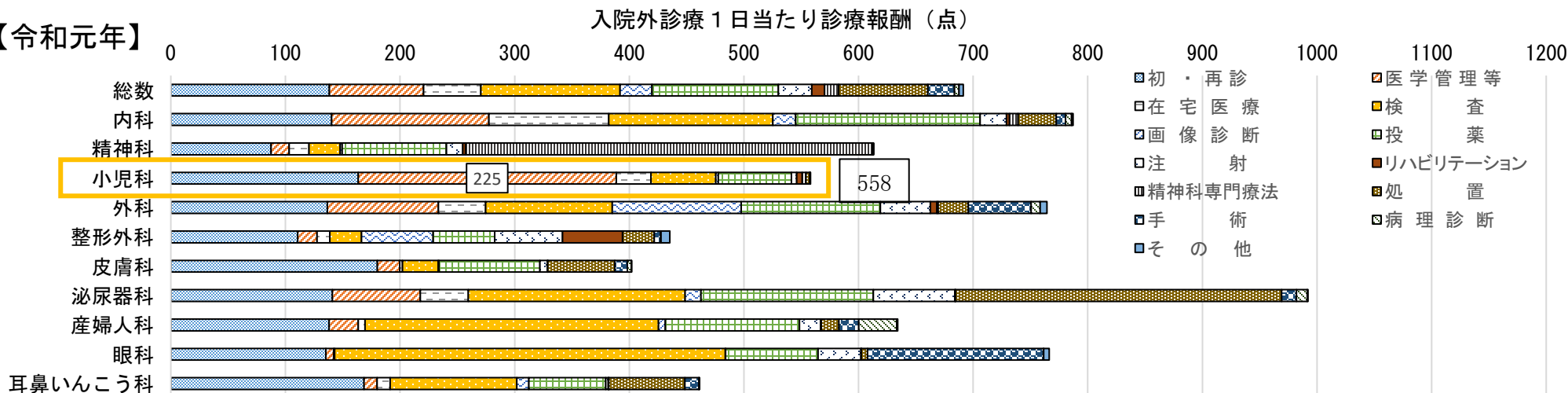
中医協 総-8
5. 6. 21改

○ 診療所受診1回当たりの診療報酬には、診療科目ごとに構成要素に多様性があり、令和3年と令和元年と比較し、変化しているものもある。

【令和3年】



【令和元年】



診療科目は、医療施設静態調査で、各診療所が「主たる診療科目」として回答したものに基づいて区分。「その他」には、麻酔、放射線治療、入院料等が含まれる。「泌尿器科」の処置には、人工腎臓及び特定保険医療材料等が含まれる。「小児科」の医学管理等には、小児かかりつけ診療料等が含まれる。

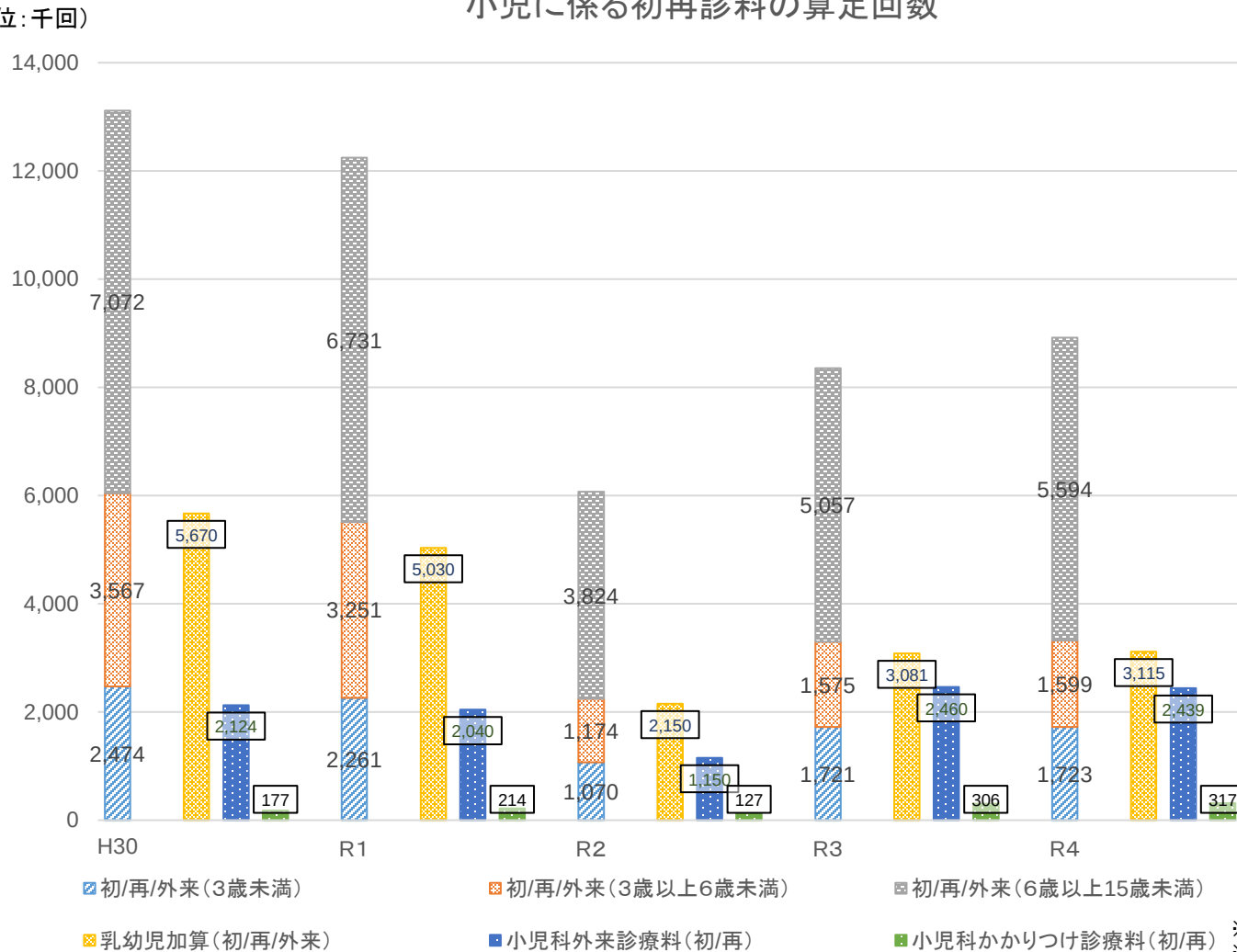
出典：令和元年・令和3年社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

小児に係る初再診料等の算定状況

中医協 総一 8
5. 6. 2 1 改

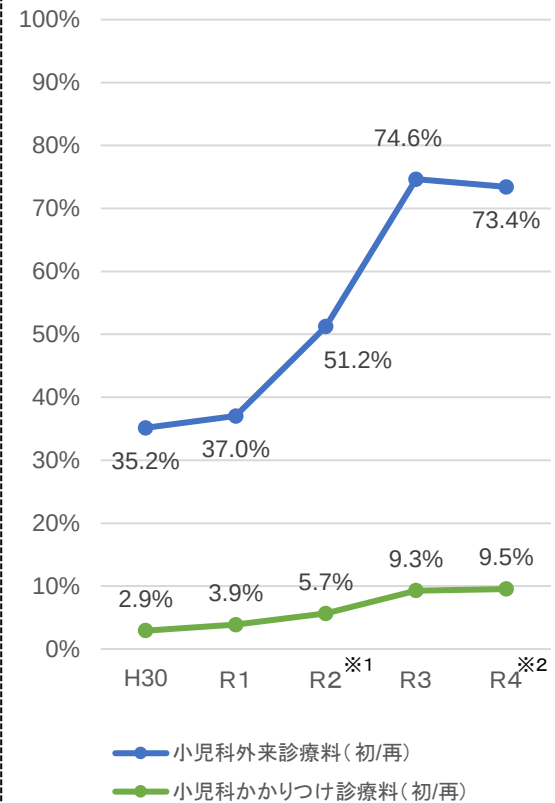
- 初再診料・外来診療料における6歳未満の小児の算定回数と比較して、小児科外来診療料は70%程度まで上昇している。
- 小児かかりつけ診療料も上昇しているが、10%程度にとどまっている。

小児に係る初再診料の算定回数



小児科外来診療料・
小児かかりつけ診療料の算定率※

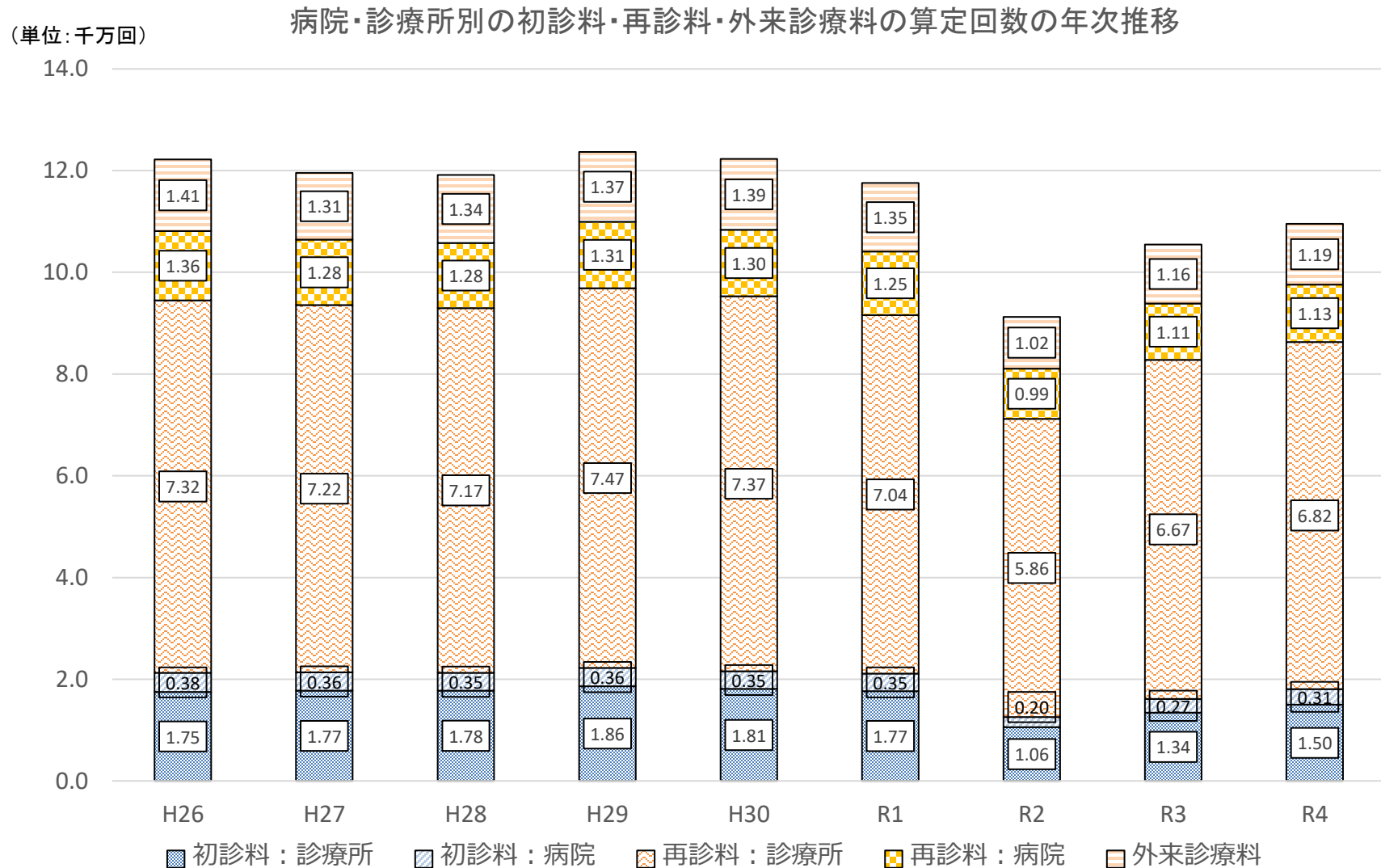
※算定率=各算定回数÷6歳未満の初再診料・外来診療料



※1 R2年度改定にて、対象年齢を3歳未満から6歳未満に拡大した
 ※2 R4年度改定にて、小児かかりつけ診療料2を新設した

病院・診療所別の初・再診料の算定回数の年次推移

○ 初・再診料の算定回数は、令和2年に減少したが、令和3、4年には増加した。



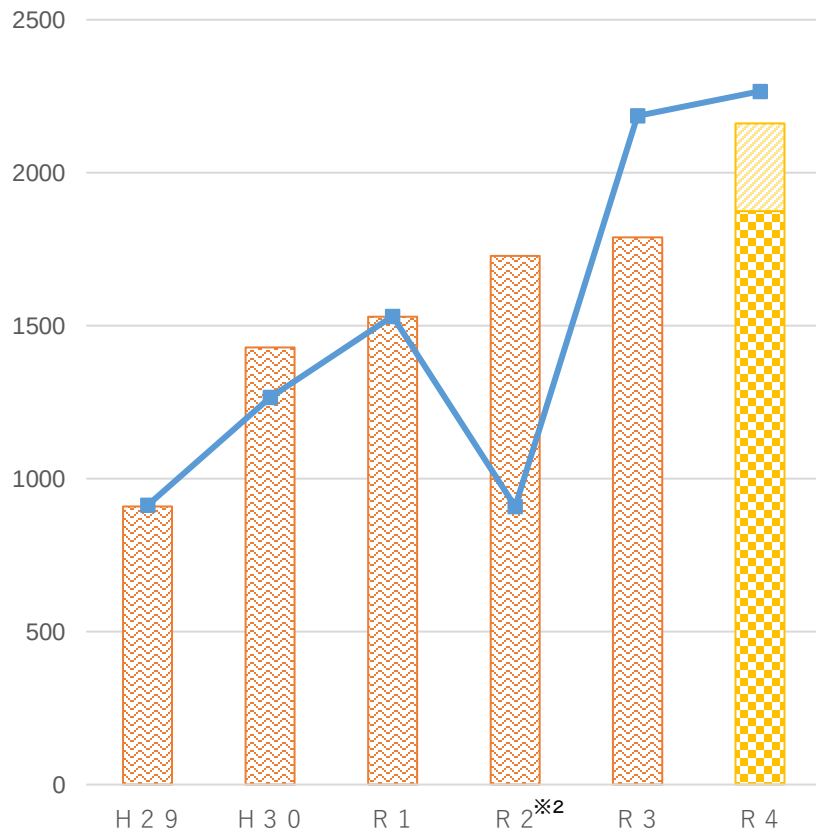
出典: 社会医療診療行為別統計(平成27年より)、社会医療診療行為別調査(平成26年まで)

※診療所について: 平成24年以前は抽出調査、平成25年以後は全数調査

小児かかりつけ診療料・小児科外来診療料の算定・届出状況

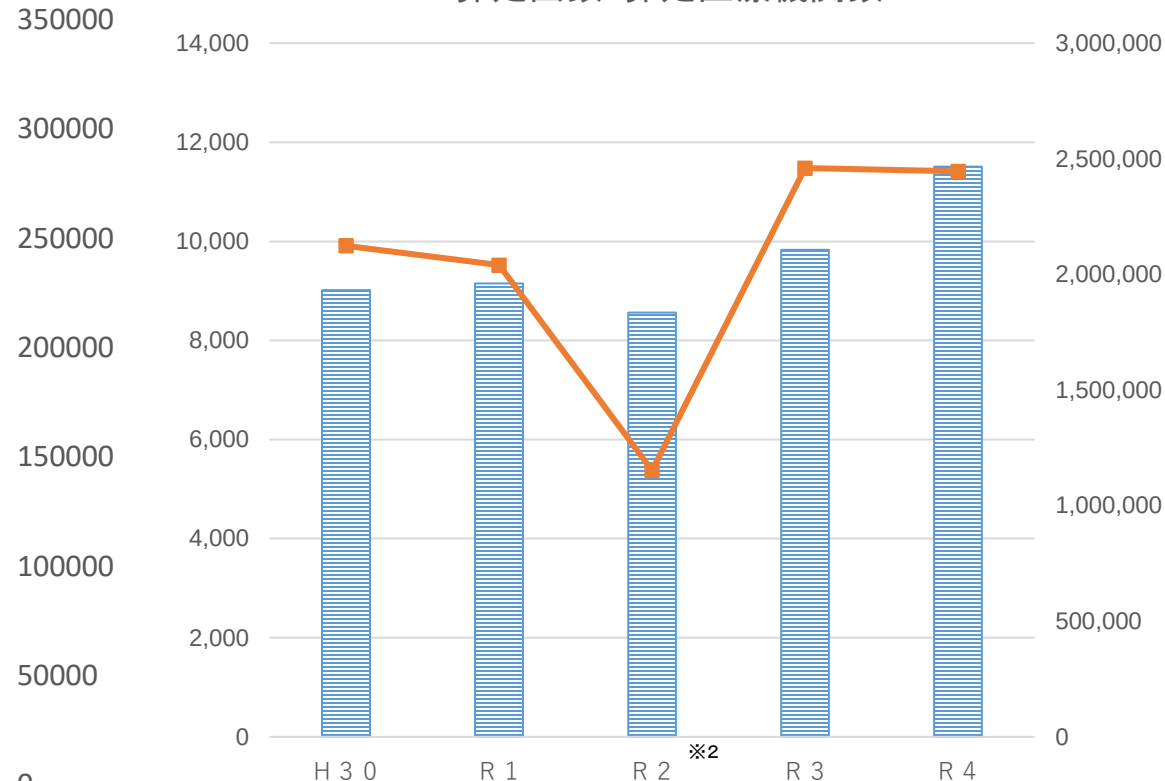
- 小児かかりつけ診療料の算定回数は、令和2年に減少したが、令和3年に増加した。
- 小児科外来診療料の算定回数は、令和2年までは減少傾向であったが、令和3年は算定回数・算定医療機関数ともに増加した。

小児かかりつけ診療料
算定回数・届出医療機関数



小児かかりつけ診療料 届出医療機関数
 小児かかりつけ診療料2 届出医療機関数
 小児かかりつけ診療料1 届出医療機関数
 小児かかりつけ診療料 算定回数

小児科外来診療料
算定回数・算定医療機関数 ※1 (算定回数／月)



算定医療機関数
 算定回数

出典:

(届出医療機関数) 各年7月1日時点の主な施設基準の届出状況

(算定回数) 社会医療診療行為別統計(各年6月審査分)

※1 小児科外来診療料の算定医療機関数はNDBより保険局医療課にて集計。

※2 R2年度改定にて、対象年齢を3歳未満から6歳未満に拡大した

小児かかりつけ診療料の施設基準の届出を行っていない理由

中医協 総－ 1
3. 10. 20

○ 小児かかりつけ診療料の施設基準の届出を行っていない理由として、小児科医の配置に係る要件を満たせない、在宅当番医等への参加に係る要件を満たせない、に次いで、時間外対応加算1または2の届出要件を満たせない、という回答が多かった。

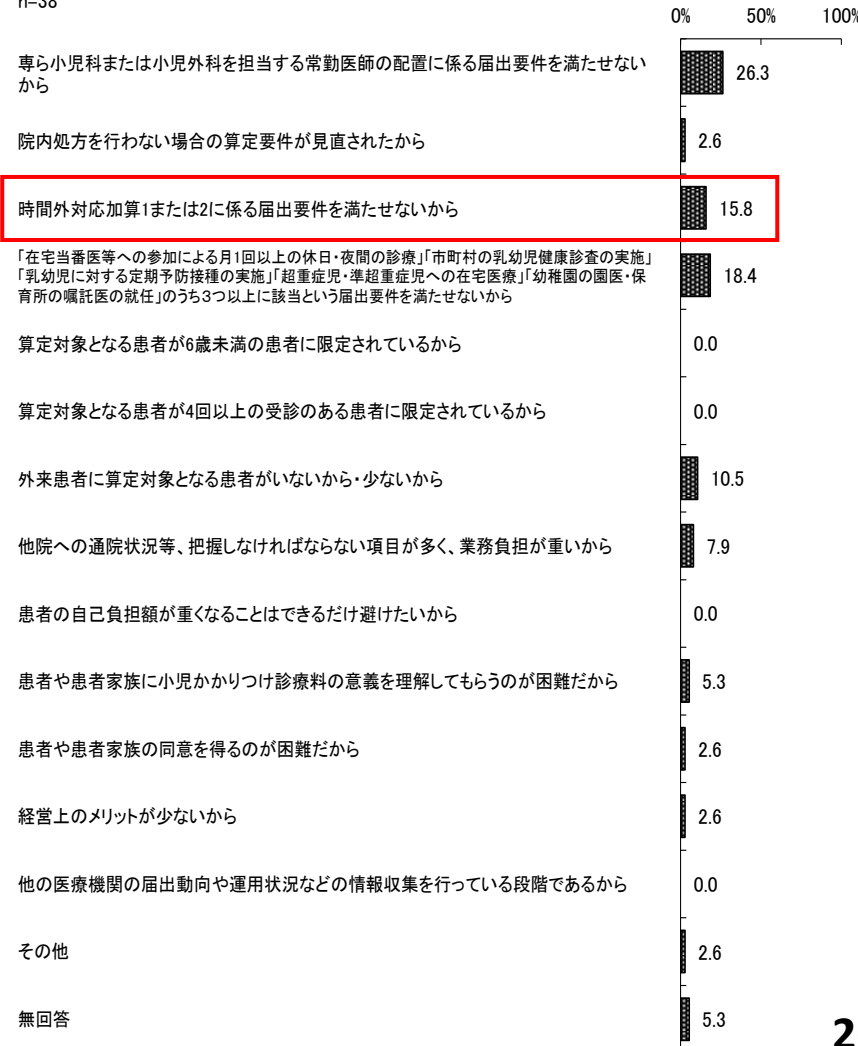
小児かかりつけ診療料の施設基準の届出を行っていない理由 (複数回答、令和2年10月1日現在において小児かかりつけ診療料の届出なし)

n=50



小児かかりつけ診療料の施設基準の届出を行っていない最大の理由 (単数回答、令和2年10月1日現在において小児かかりつけ診療料の届出なし)

n=38

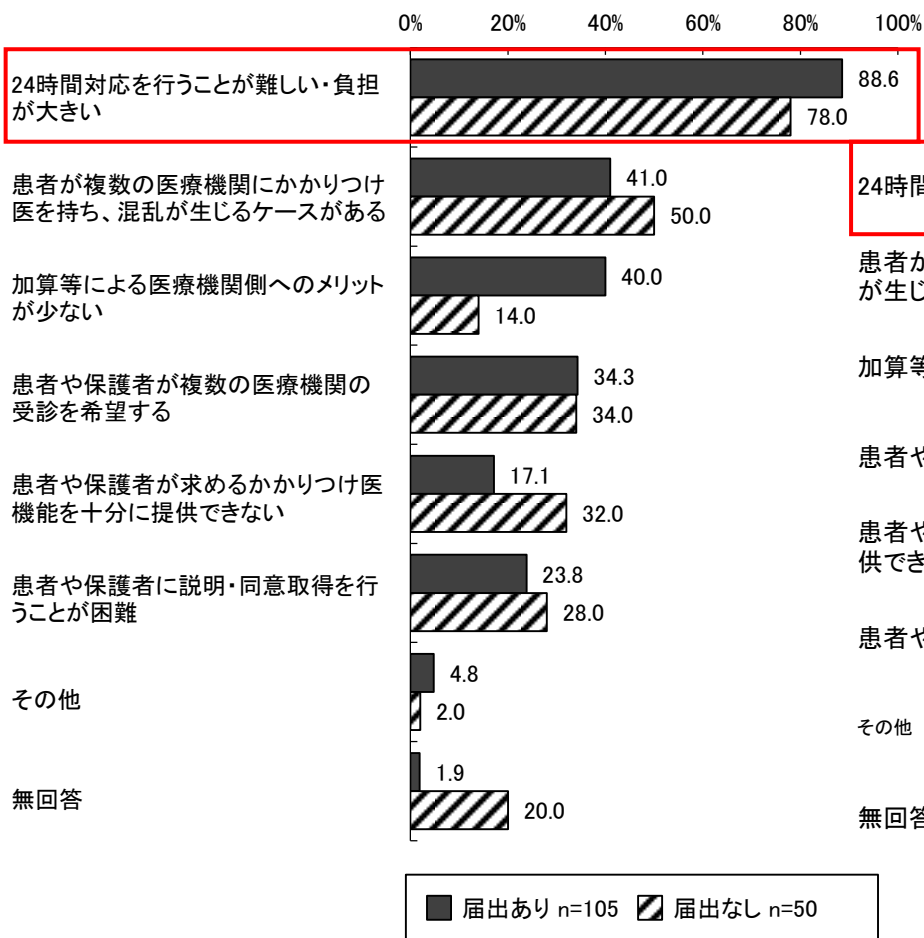


小児かかりつけ医機能を推進する上での課題

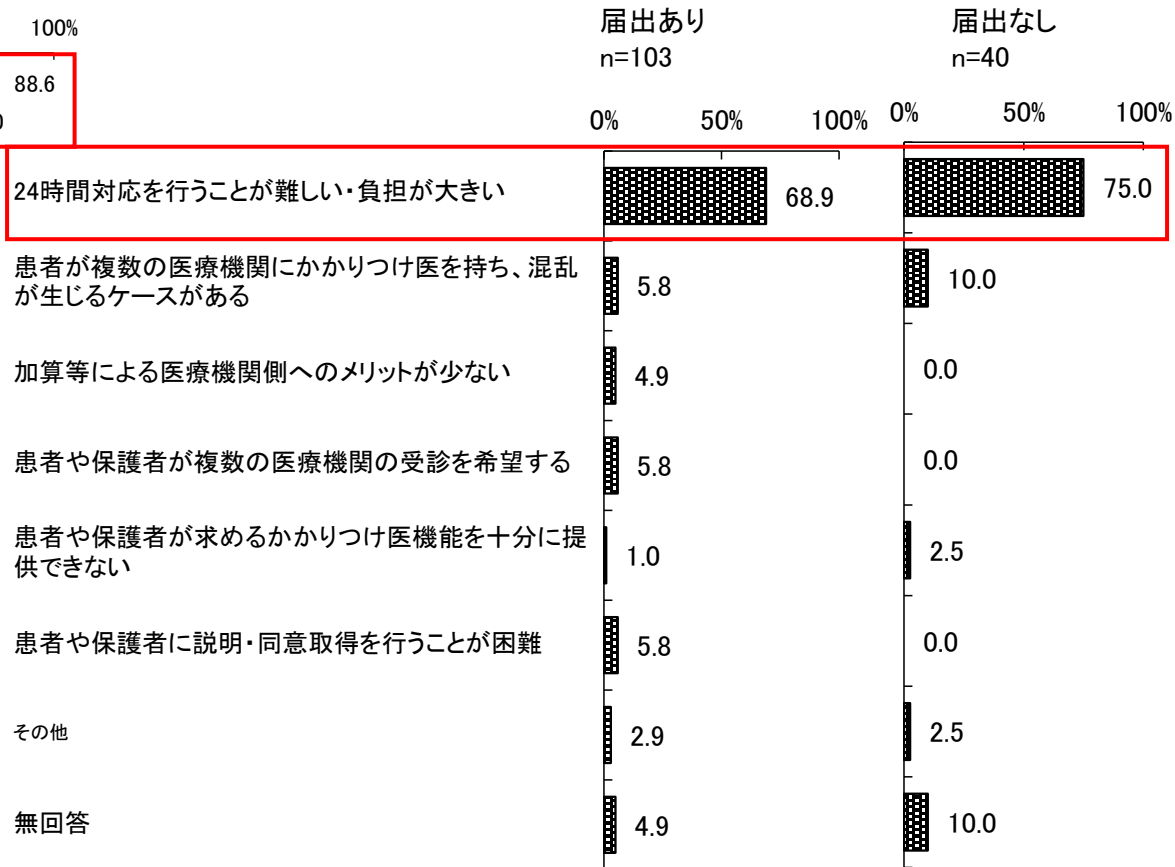
中医協 総－1
3. 10. 20

- 小児かかりつけ医機能を推進する上での課題として、小児かかりつけ診療料の届出有無に関わらず、約8割の医療機関が、「24時間対応を行うことが難しい・負担が大きい」と回答している。

小児かかりつけ医機能を推進する上での課題
(小児かかりつけ診療料の届出状況別、複数回答)



小児かかりつけ医機能を推進する上での最大の課題
(小児かかりつけ診療料の届出状況別、単数回答)

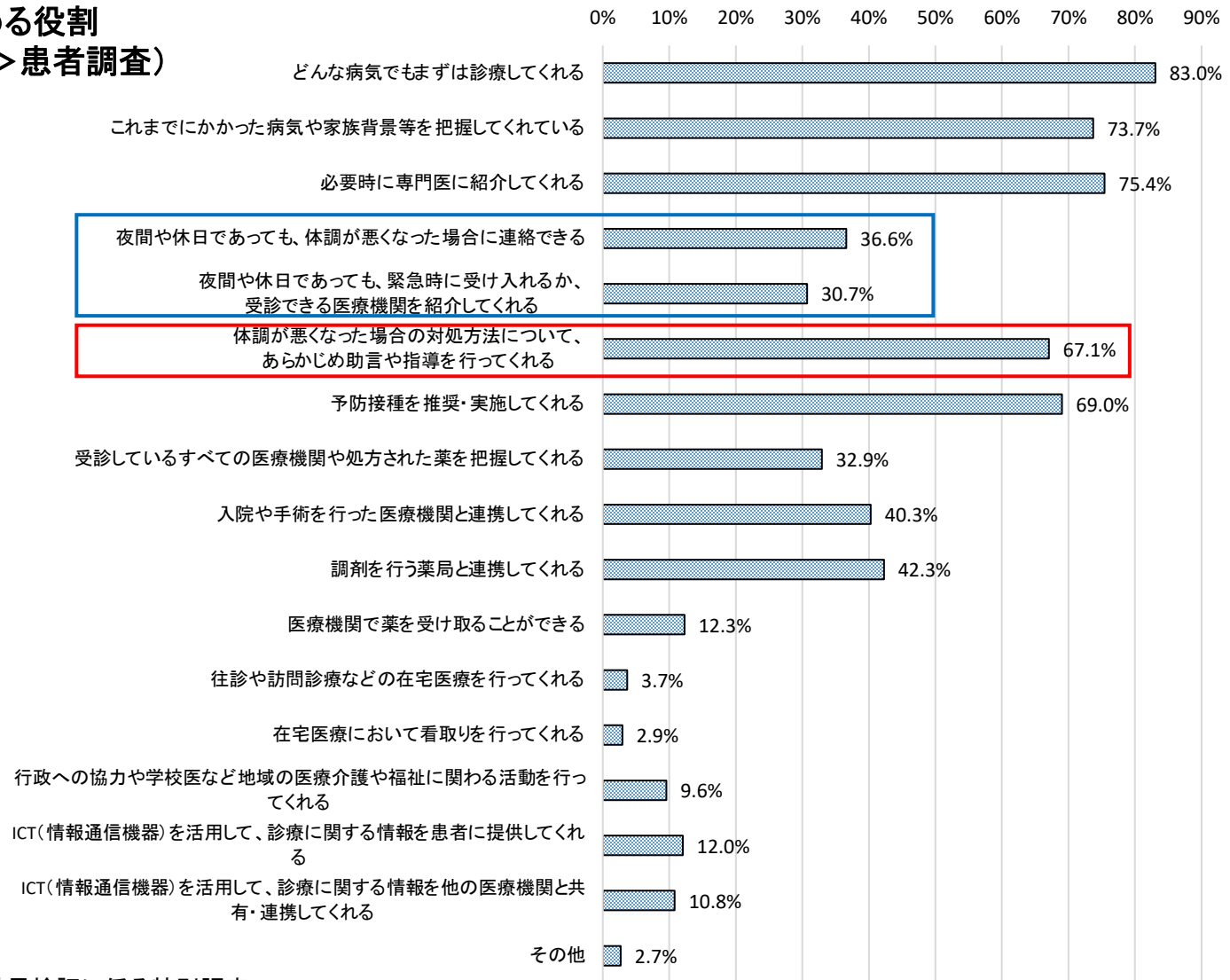


小児における、かかりつけ医に求める役割

中医協 総－1
3. 10. 20

○ 小児の患者の保護者に対して、かかりつけ医に求める役割を聞いたところ、夜間や休日であっても「体調が悪くなった場合に連絡できる」や「緊急時に受け入れるか、受診できる医療機関を紹介してくれる」よりも、「体調が悪くなった場合の対処方法について、あらかじめ助言や指導を行ってくれる」を選択している割合が高かった。

かかりつけ医に求める役割 (かかりつけ医＜小児科＞患者調査) (複数回答)



出典：令和2年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査

かかりつけ医機能等の外来医療に係る評価などに関する実施状況調査結果(「かかりつけ医＜小児科＞調査(患者調査)」)を用いて医療課で集計

救急外来や外来診療の機能分化の推進③

初・再診料及び関連する加算の評価

平成24年度診療報酬改定
説明資料

- 地域医療貢献加算について、分かりやすい名称に変更するとともに、診療所の時間外の電話対応等の評価体系を充実させ、休日・夜間に病院を受診する軽症患者の減少、ひいては病院勤務医の負担軽減につながるような取組のさらなる推進を図る。

【現行】地域医療貢献加算

地域医療貢献加算	3点



【改定後】時間外対応加算

(新) 時間外対応加算1	5点
(改) 時間外対応加算2	3点
(新) 時間外対応加算3	1点

[算定要件]

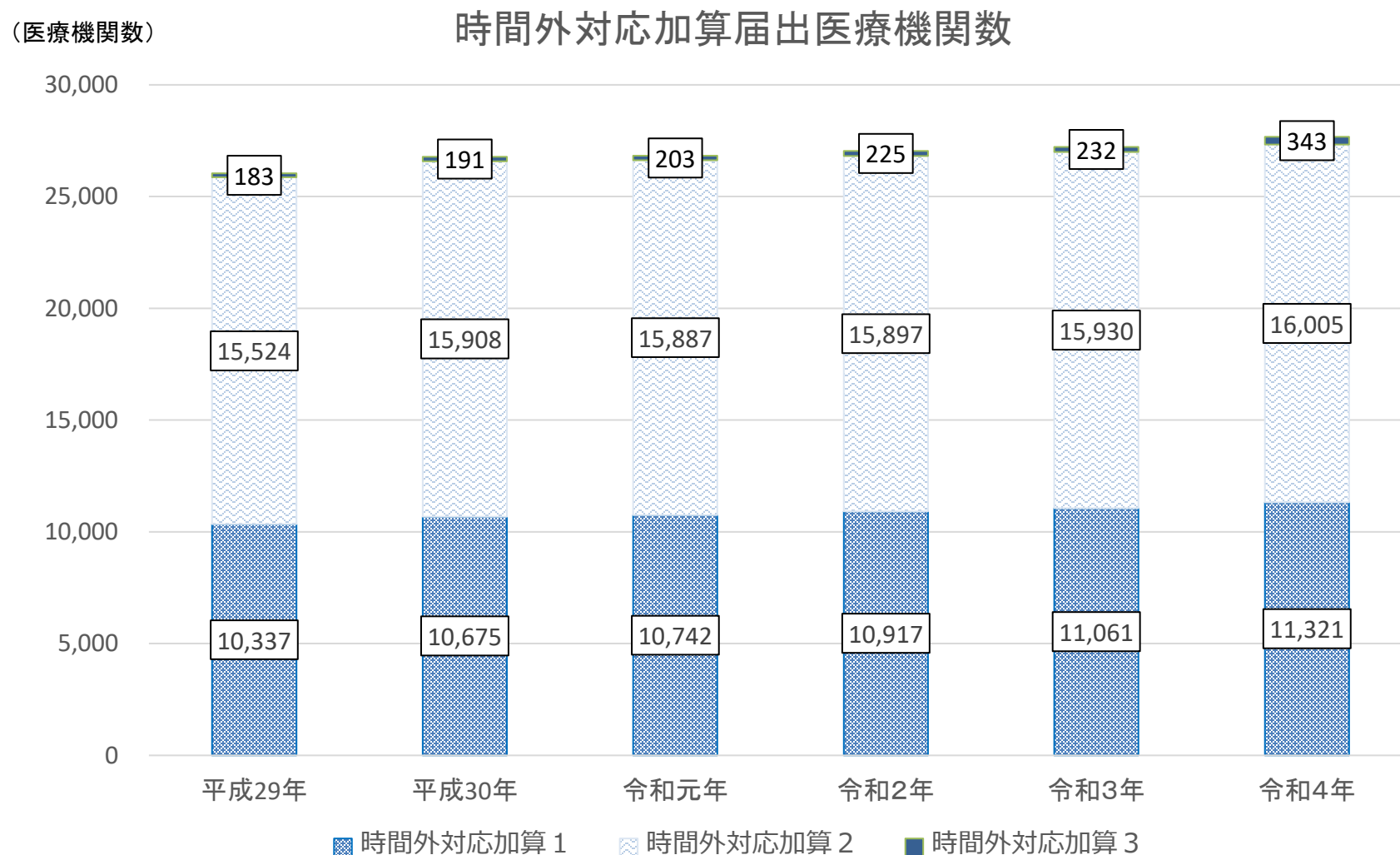
時間外対応加算1: 診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、原則として当該診療所において、常時対応できる体制がとられていること。

時間外対応加算2: 診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において対応できる体制がとられていること。休診日、深夜及び休日等においては、留守番電話等により、地域の救急医療機関等の連絡先の案内を行うなど、対応に配慮すること。

時間外対応加算3: 診療所(連携している診療所を含む。)を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、複数の診療所による連携により対応する体制がとられていること。当番日については、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において対応できる体制がとられていること。当番日以外の日、深夜及び休日等においては、留守番電話等により、当番の診療所や地域の救急医療機関等の案内を行うなど、対応に配慮すること。複数の診療所の連携により対応する場合、連携する診療所の数は最大で3つまでとすること。

時間外対応加算届出医療機関数

○ 時間外対応加算の届出医療機関数は横ばいである。



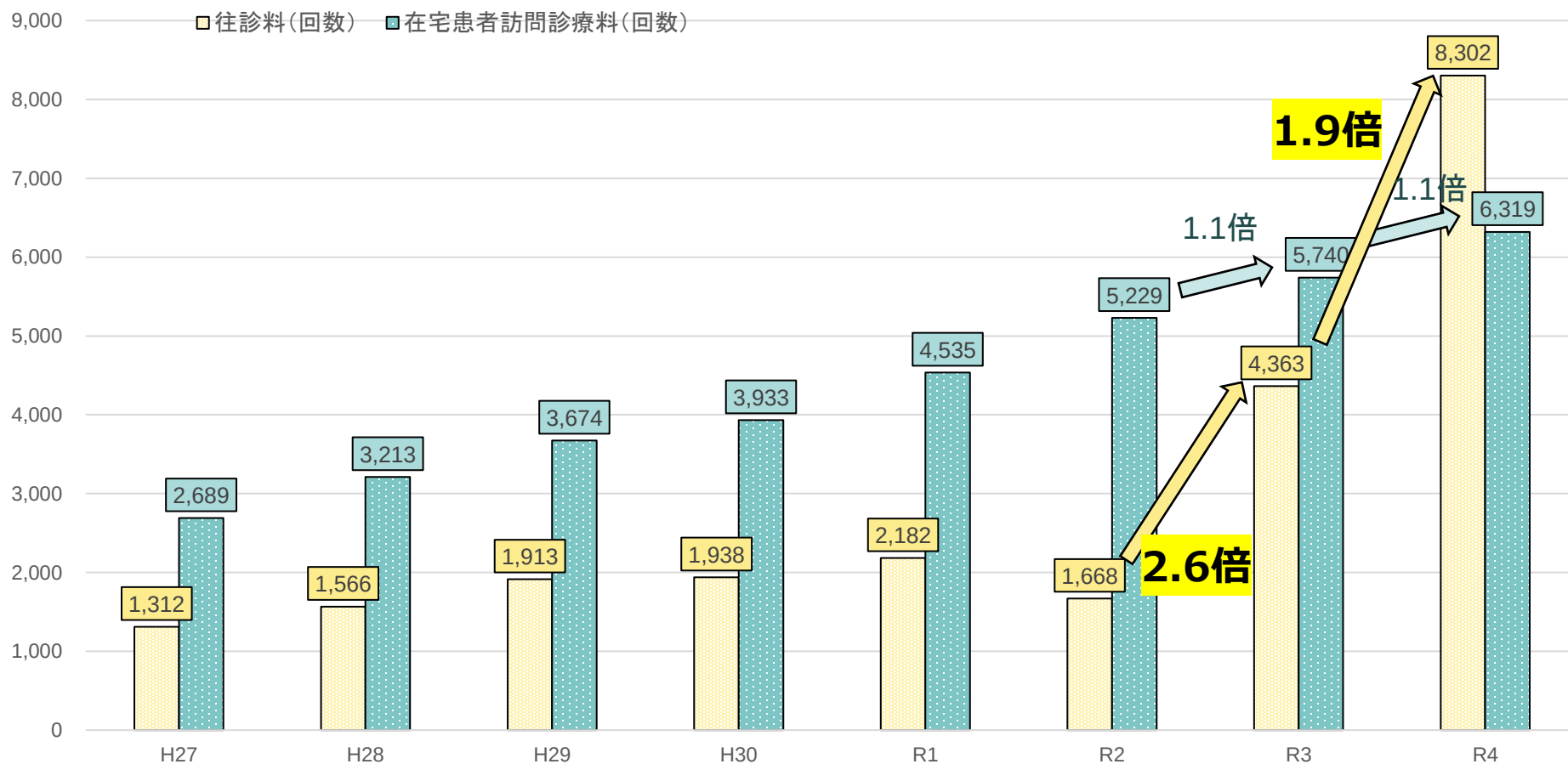
15歳未満の患者に対する在宅患者訪問診療料・往診料の算定状況

中医協 総－2 参考
5 . 7 . 1 2

- 平成27年以降の15歳未満の患者に対する往診料の算定回数については、令和元年までは増加傾向であったが、令和2年に減少し、令和3年に大きく上昇し、令和4年にはさらに上昇した。
- また、訪問診療料の算定回数については、年々増加傾向にある。

往診料・在宅患者訪問診療料の算定回数(15歳未満)

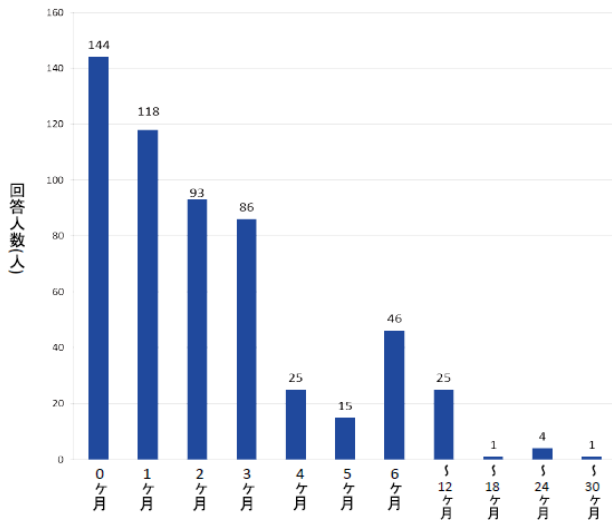
(算定回数)



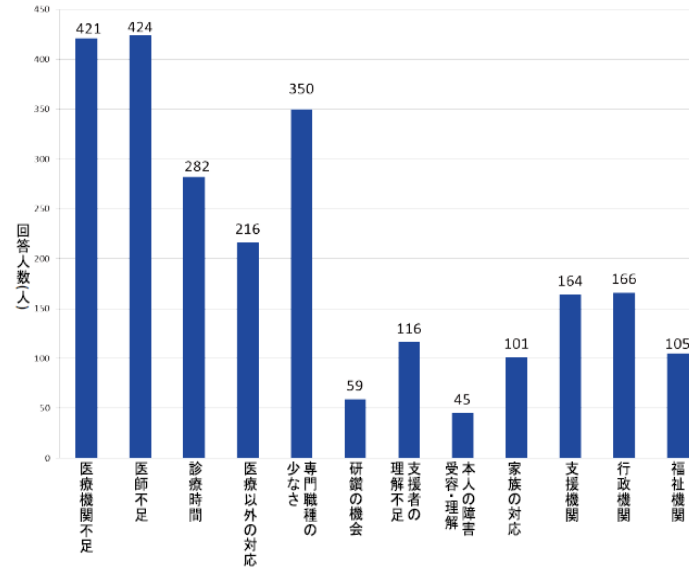
発達障害児者の初診待機

- 日本全国で発達障害診療に従事する小児科医、小児神経科医、児童精神科医を対象にした、2019年のアンケート調査では、発達障害児者の初診待機期間は平均2.6か月（0～54か月）であった。
- 報告書の中では、待機期間短縮のための手段として、①初診対象者の選択や②診療時間・診療継続時間の適正化、③コメディカルスタッフの関与、④相談機関・介入期間との連携等が挙げられた。
- 一方、待機短縮化を阻止している要因として、医療機関不足、医師不足、専門職種の少なさがあげられた。とくに不足している職種は、心理師・心理士であると考えている医師が多かった。

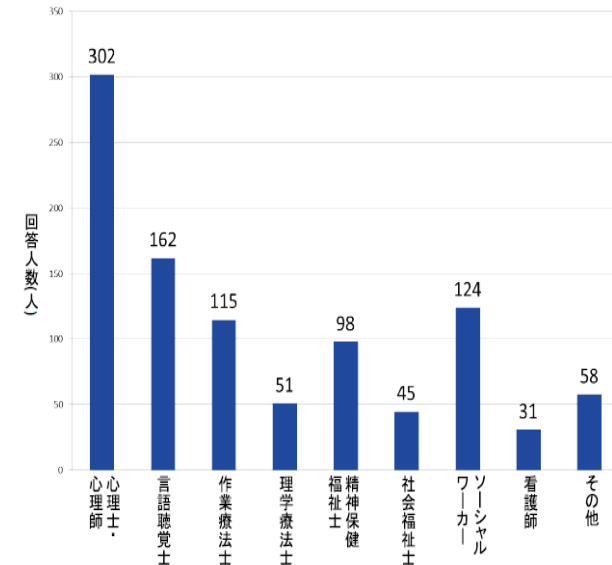
【設問 19】
初診待機の状況



【設問 24】
初診待機の短縮化阻止要因



【設問 26】
不足職種



1.小児医療について

1－1 小児医療の現状等について

1－2 小児外来医療について

1－3 小児入院医療について

1－4 小児高度急性期医療体制について

1－5 医療的ケア児について

1－6 小児の緩和ケア医療について

2.周産期医療について

小児入院医療管理料の概要①

中医協 総－6
5. 5. 17

	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	4,750点	4,224点	3,803点	3,171点	2,206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。				
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	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。	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。		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。	

※ 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。

小児の療養生活や成長発達等に着目した評価

➤ 注2 加算 100点（1日につき）

[施設基準]

- ① 当該病棟に小児入院患者を専ら対象とする保育士が1名以上常勤していること。
- ② 内法による測定で30平方メートルのプレイルームがあること。プレイルームについては、当該病棟内（小児入院医療管理料5においては、主として小児が入院する病棟）にあることが望ましい。
- ③ プレイルーム内には、入院中の小児の成長発達に合わせた遊具、玩具、書籍等があること。

➤ 注4 重症児受入体制加算 200点（1日につき）

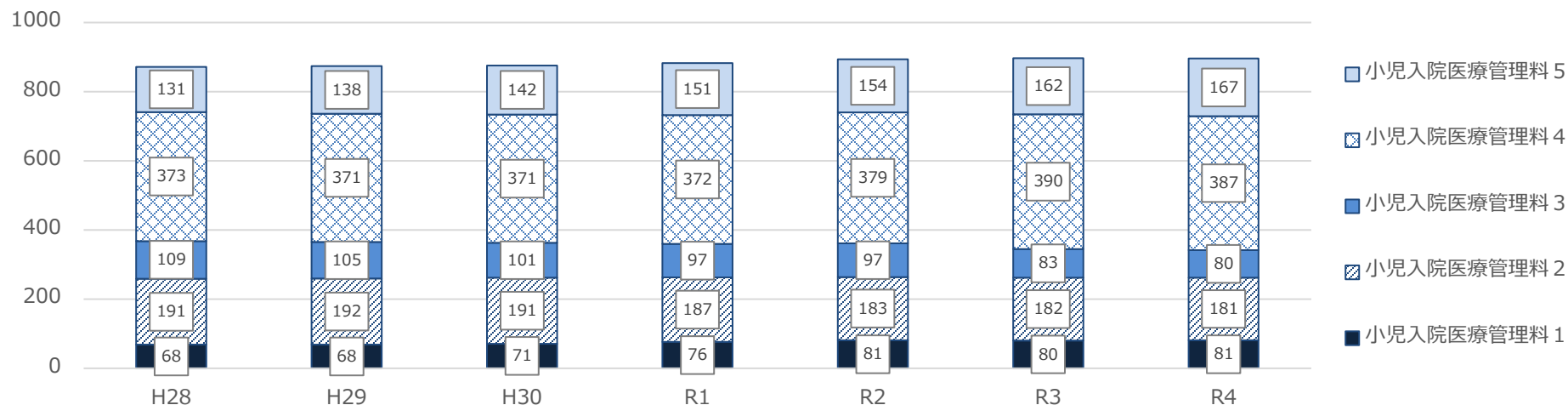
[施設基準]

- ① 小児入院医療管理料3, 4又は5を届け出ている保険医療機関であること。
- ② 当該病棟に小児入院患者を専ら対象とする保育士が1名以上常勤していること。
- ③ 内法による測定で30平方メートルのプレイルームがあること。プレイルームについては、当該病棟内（小児入院医療管理料5においては、主として小児が入院する病棟）にあることが望ましい。
- ④ プレイルーム内には、入院中の小児の成長発達に合わせた遊具、玩具、書籍等があること。
- ⑤ 当該病棟において、他の保険医療機関から転院してきた患者（転院前の保険医療機関において新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料の「2」新生児集中治療室管理料を算定した患者に限る。）が直近1年間に5名以上であること。
- ⑥ 当該病棟において、15歳未満の超重症児又は準超重症児（医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定する短期入所の者を含む。）が直近1年間に10名以上入院していること。なお、入院期間が通算される入院については、合わせて1名として計上すること。

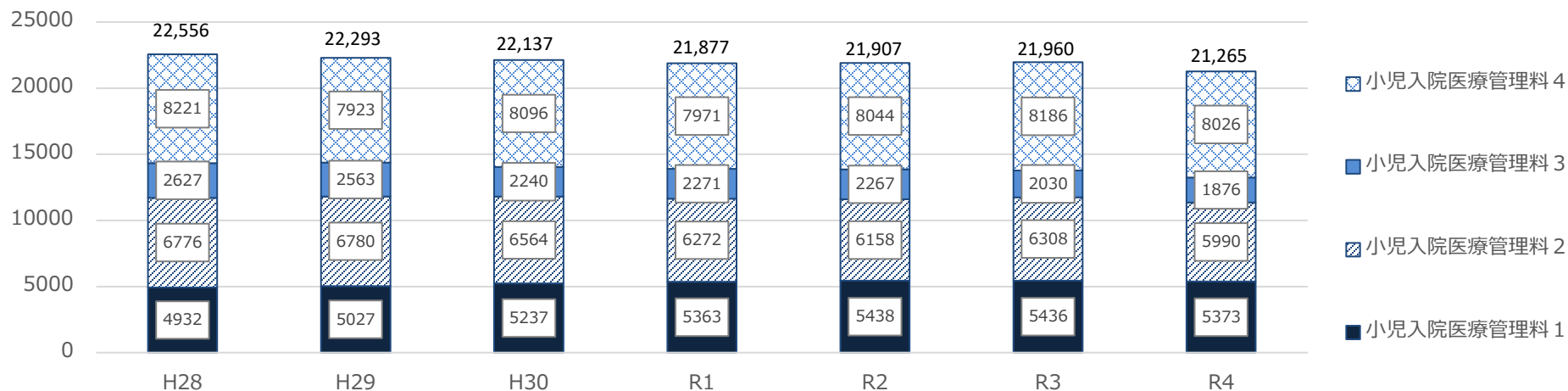
小児入院医療管理料の届出医療機関数・病床数の推移

○ 小児入院医療管理料の届出医療機関数はほぼ横ばいで推移しているが、届出病床数はやや減少傾向である。

■ 小児入院医療管理料の届出医療機関数の推移



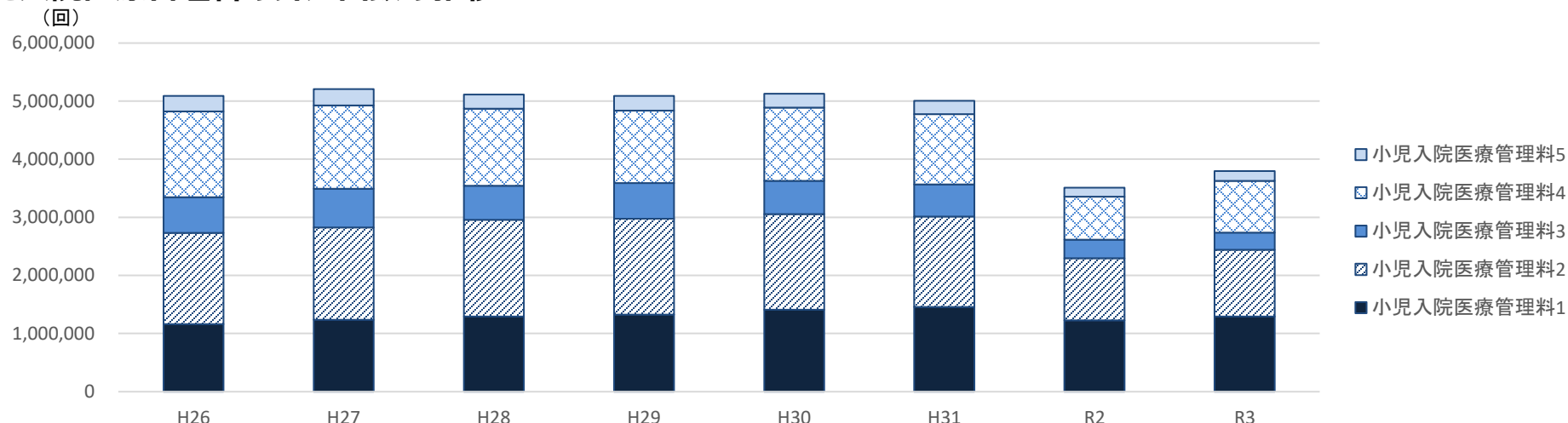
■ 小児入院医療管理料の届出病床数の推移



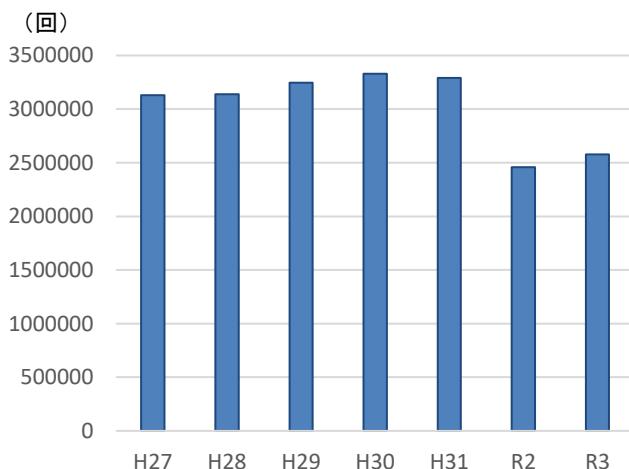
小児入院医療管理料の算定回数の推移

○ 小児入院医療管理料の算定回数は横ばいであったが、コロナ禍であった令和2年度から大幅に減少している。

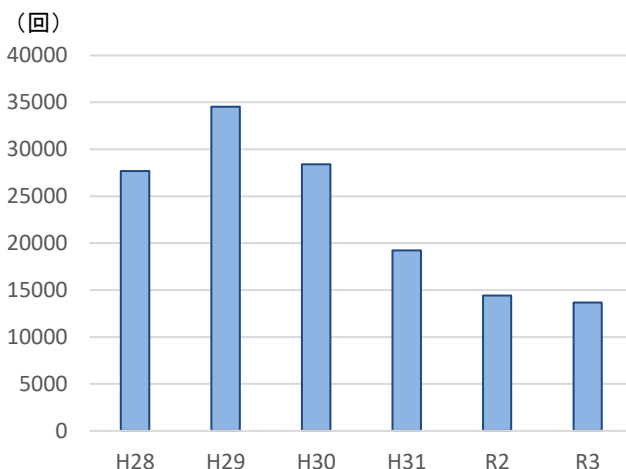
■ 小児入院医療管理料の算定回数の推移



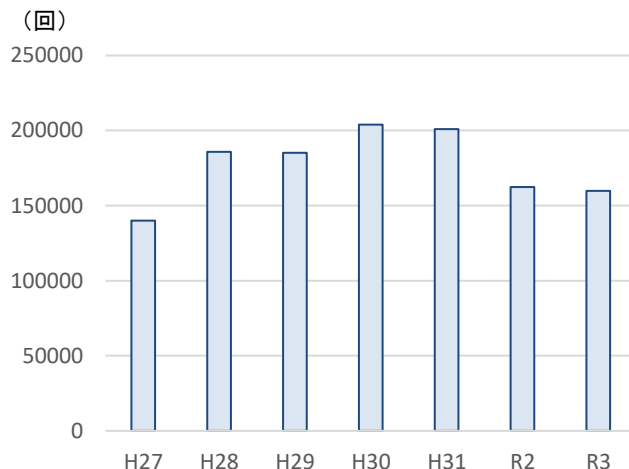
■ 注2 加算の算定回数推移



■ 重症児受入体制加算の算定回数推移



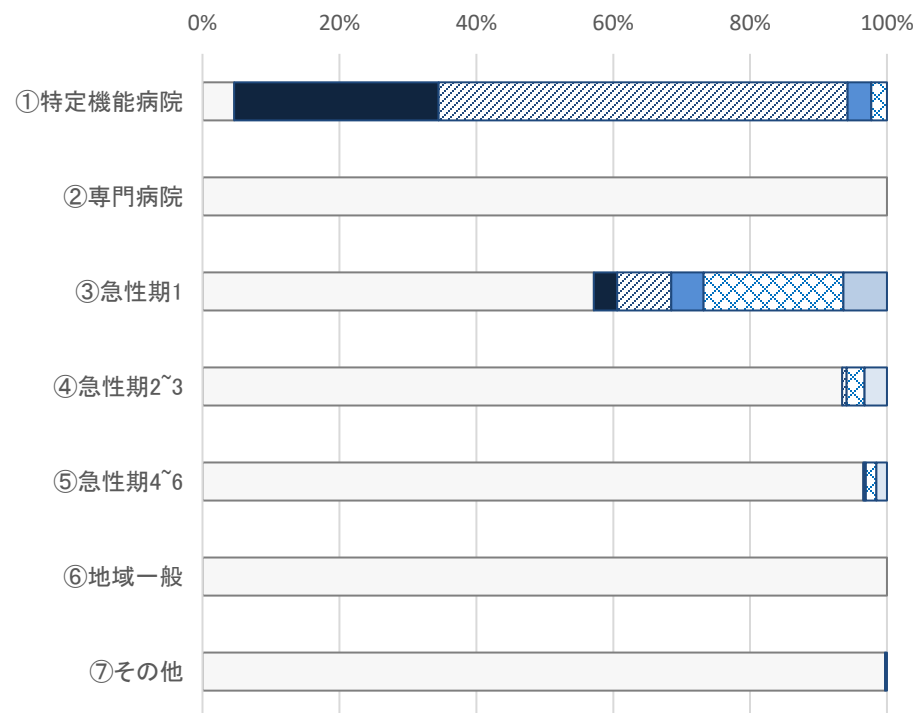
■ 人工呼吸器使用加算の算定回数推移



小児入院医療管理料の届出状況

- 小児入院医療管理料の多くは、特定機能病院か急性期一般入院料1を届け出ている医療機関で届け出られている。
- 急性期充実体制加算・総合入院体制加算を届け出ている医療機関では、8～9割が小児入院医療管理料を届け出ている。

■届出入院基本料別の小児入院医療管理料の届出状況

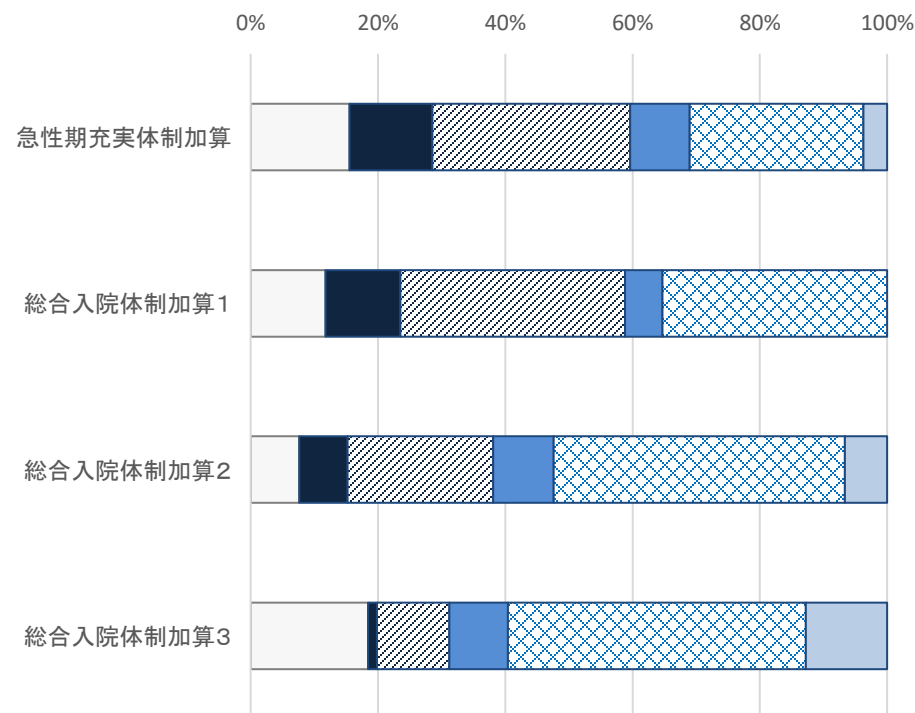


□小児入管なし ■小児入管1 ▨小児入管2 ■小児入管3 ▨小児入管4* □小児入管5**

*「小児入管4」には、小児入管1、2、3いずれの届出もない医療機関のみを計上している。

**「小児入管5」には、小児入管1、2、3、4いずれの届出もない医療機関のみを計上している。

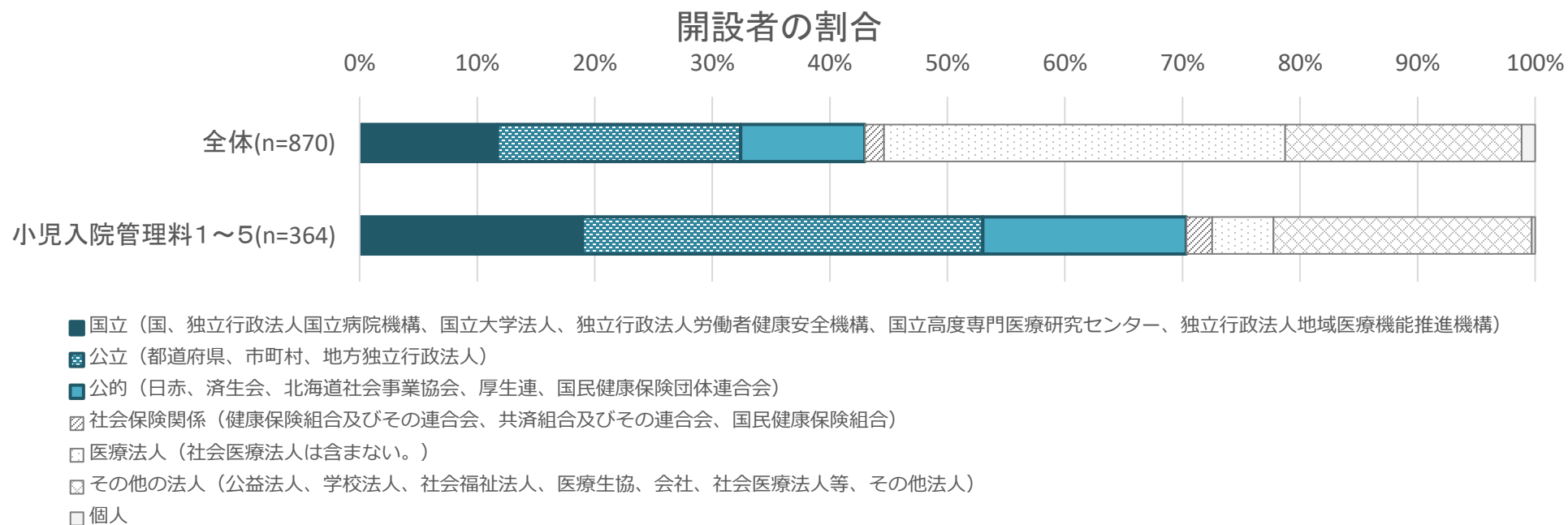
■急性期充実体制加算等の届出状況別の小児入院医療管理料の届出状況



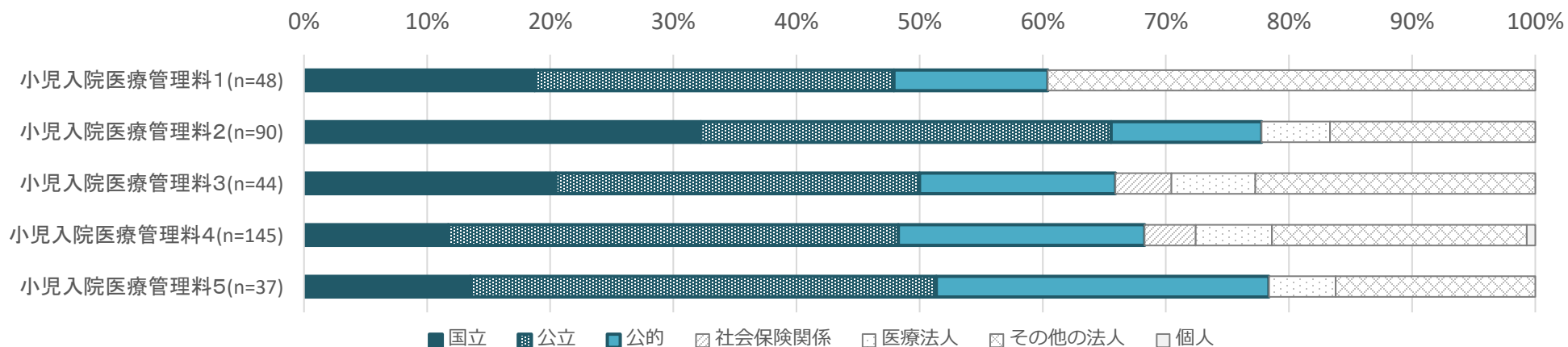
□小児入管なし ■小児入管1 ▨小児入管2 ■小児入管3 ▨小児入管4* □小児入管5**

小児入院医療管理料の届出施設における開設者の割合

○ 小児入院医療管理料を届け出ている施設は、国立、公立、公的の占める割合が大きい。

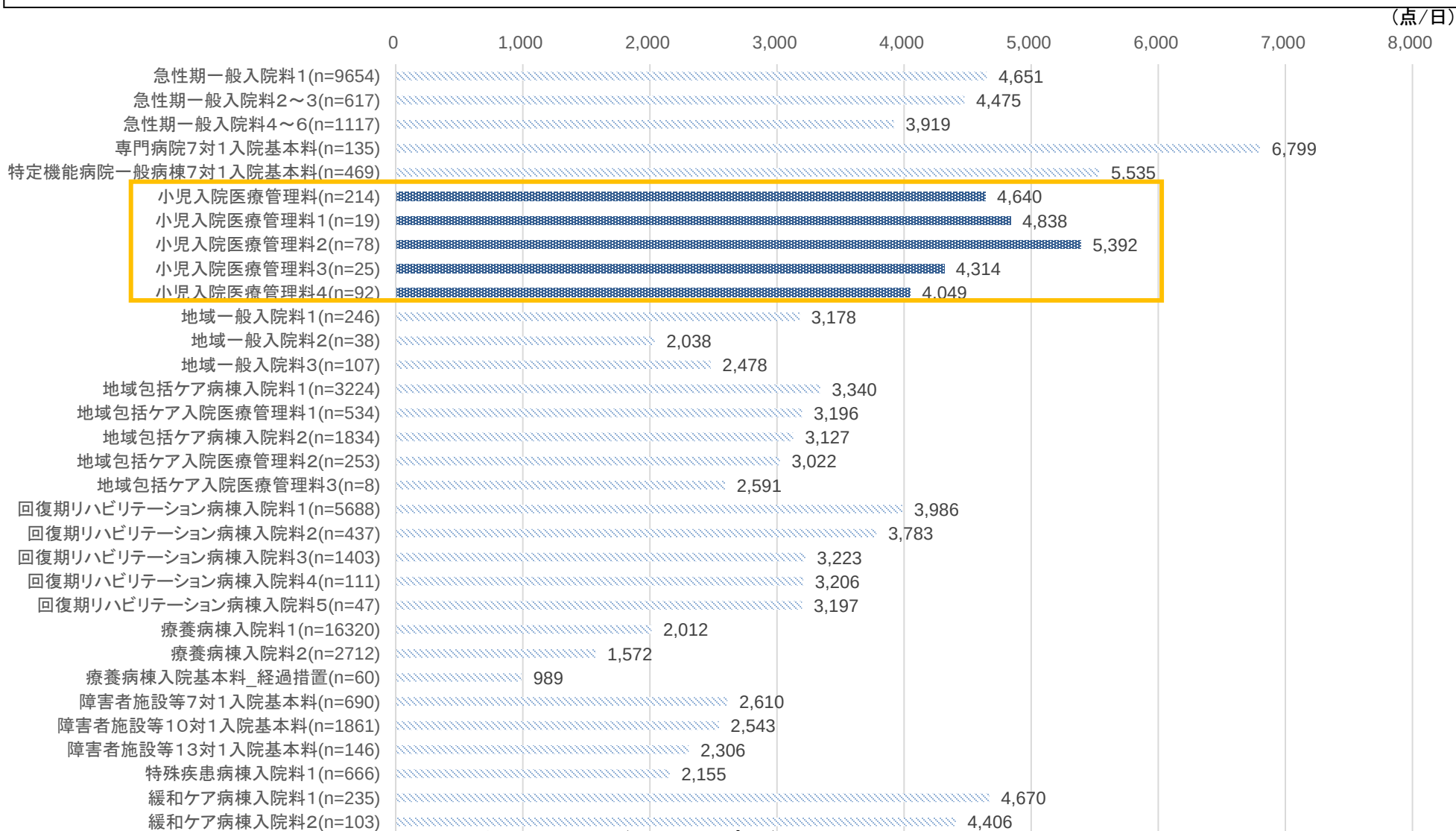


（小児入院管理料ごとの開設者の割合等）



入院料ごとの1日当たりのレセプト請求点数

- 入院料ごとの1日当たりのレセプト請求点数は以下のとおり。
- 小児入院医療管理料におけるレセプト請求点数は特定機能病院、専門病院よりは低い、急性期一般入院料よりは高かった。



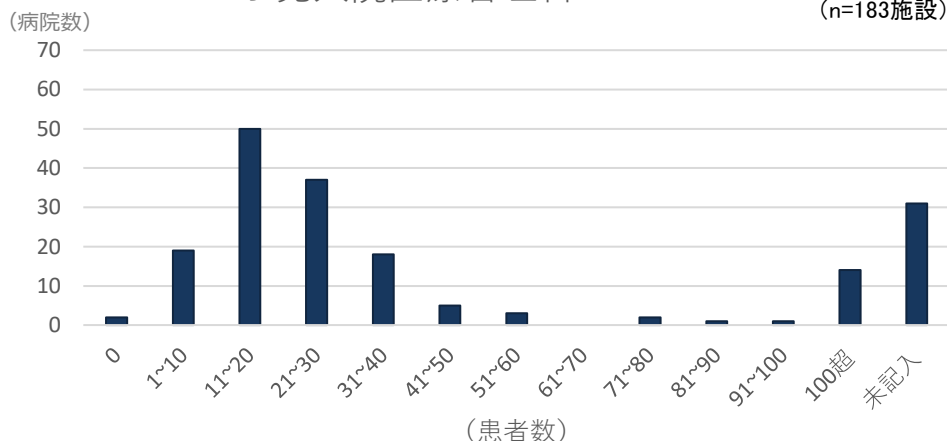
小児入院医療管理料届出医療機関における実績

診療組 入-1
5 . 6 . 8

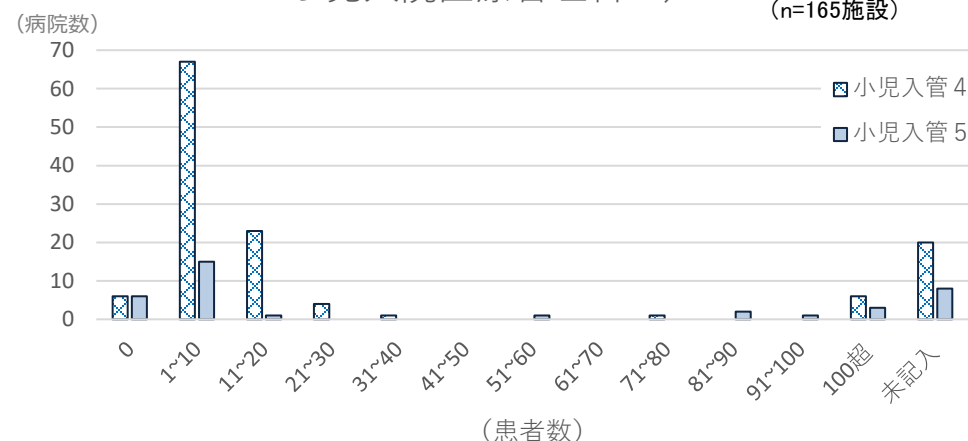
- 1病院あたりの小児入院医療管理料1・2・3の算定患者数は、11～20人／日が最も多い。
- 小児入院医療管理料1の施設基準である「6歳未満の入院を伴う手術件数」と「年間の小児救急入院患者数」の分布は以下のとおり。

■小児入院医療管理料を算定している患者数の分布（令和4年11月1日時点）

小児入院医療管理料 1・2・3

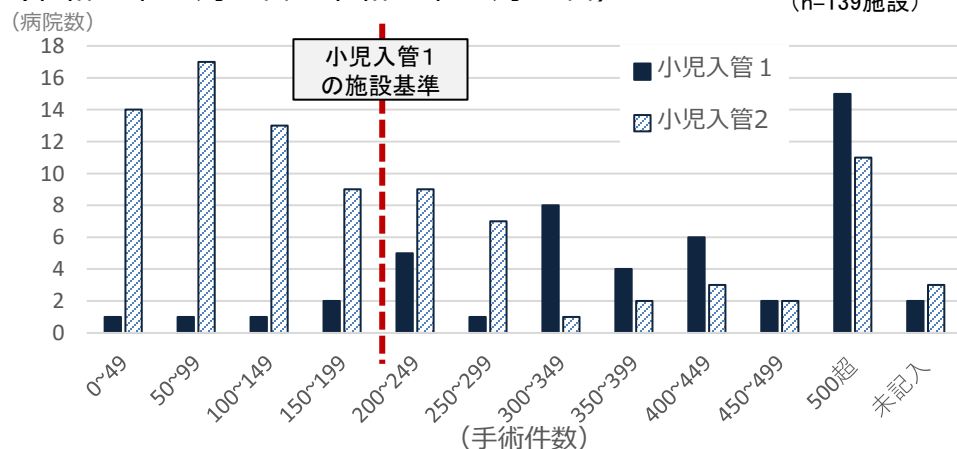


小児入院医療管理料 4 / 5

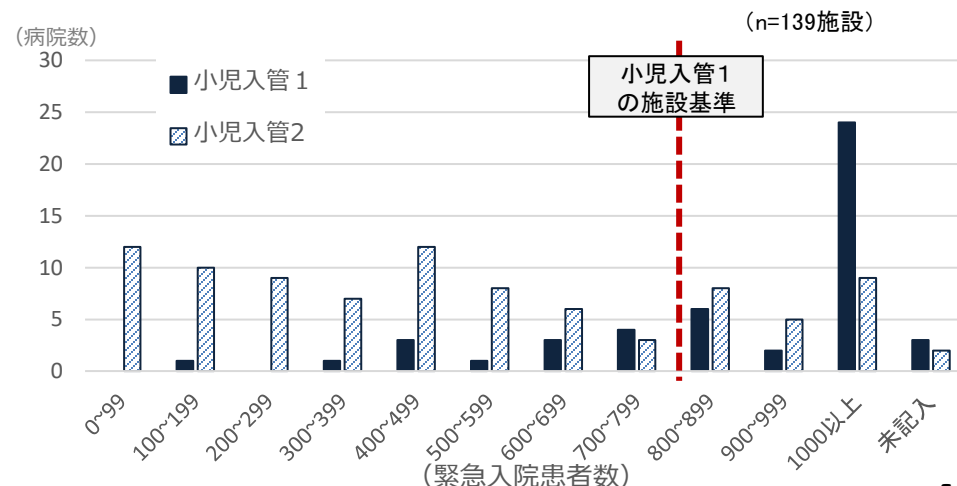


■6歳未満の入院を伴う手術件数の分布

(令和3年11月1日～令和4年10月31日)



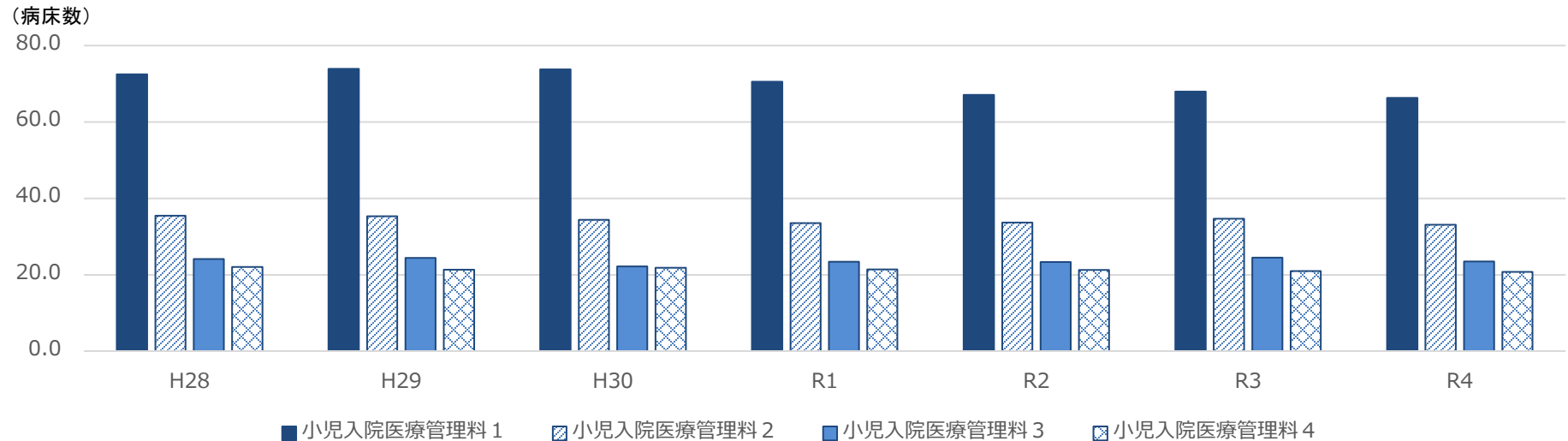
■年間の小児緊急入院患者数の分布



小児入院医療管理料の病床数

- 小児入院医療管理料届出医療機関あたりの届出病床数の推移はやや減少傾向である。
- 小児入院医療管理料の病棟は、急性期一般入院料1に比べ1病棟あたりの病床数が少ない。

■ 小児入院医療管理料届出医療機関あたりの届出病床数



出典: 保険局医療課調べ(各年7月1日の届出状況)

■ 小児入院医療管理料を届け出る病棟の医療保険届出病床数

	中央値	平均値
小児入院医療管理料	31	32.5
(参考)急性期一般入院料1	45	43.1

出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(病棟票)

時間外における小児患者の緊急入院の受入体制の評価の新設

- 一部の医療機関では時間外の小児の緊急入院を多く受け入れている実態を踏まえ、充実した時間外受入体制を整備している場合について、新たな評価を行う。

小児入院医療管理料 1
(新) 時間外受入体制強化加算 1 300点 (入院初日)

小児入院医療管理料 2
(新) 時間外受入体制強化加算 2 180点 (入院初日)

[対象患者]
小児入院医療管理料 1 又は 2 を現に算定している患者。
[算定要件]
当該病棟に入院している患者について、入院初日に算定する。

- [施設基準]
- (1) 時間外受入体制強化加算 1 の施設基準
- ① 小児入院医療管理料 1 を算定する病棟であること。
 - ② 当該保険医療機関において、15歳未満の時間外における緊急入院患者数が、**年間で1,000件以上**であること。
 - ③ 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、**3項目以上**を満たしていること。

ア 11時間以上の勤務間隔の確保	オ 夜勤帯のニーズに対応した柔軟な勤務体制の工夫
イ 正循環の交代周期の確保	カ 夜間を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムの構築
ウ 夜勤の連続回数が2連続（2回）まで	キ 夜間院内保育所の設置
エ 夜勤後の暦日の休日確保	ク ICT、IoT等の活用による業務負担軽減

- (2) 時間外受入体制強化加算 2 の施設基準
- ① 小児入院医療管理料 2 を算定する病棟であること。
 - ② 当該保険医療機関において、15歳未満の時間外における緊急入院患者数が、**年間で600件以上**であること。
 - ③ (1) の③を満たしていること。

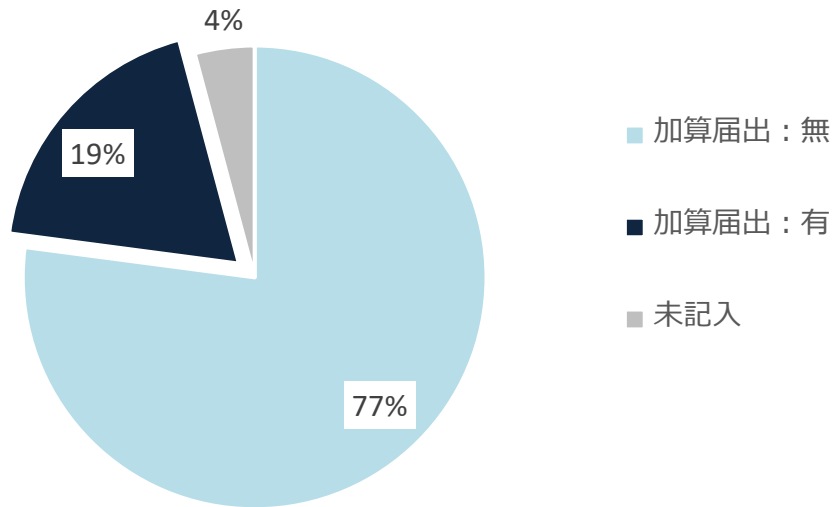
時間外受入体制強化加算の届出状況

診調組 入-1
5 . 6 . 8

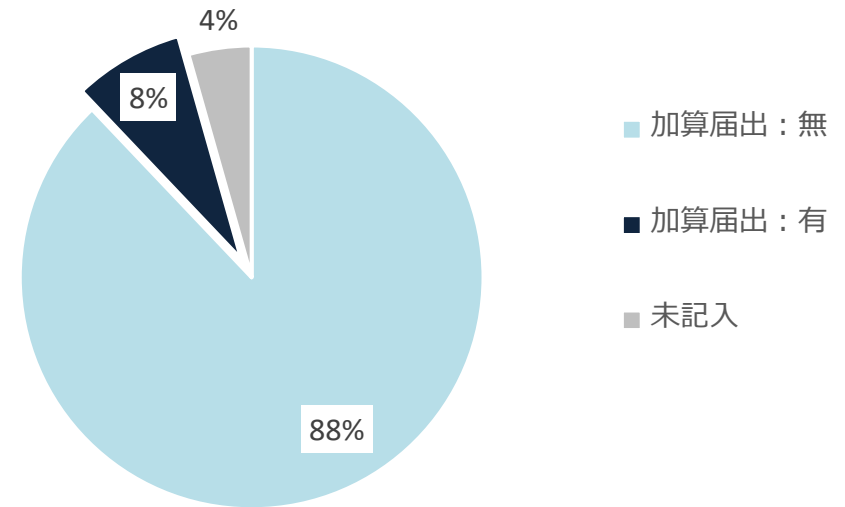
- 時間外受入体制強化加算について、小児入院医療管理料1を届け出ている施設では19%、小児入院医療管理料2を届け出ている施設では8%が加算を届け出ていた。

■ 時間外受入体制強化加算の届出状況

小児入院医療管理料1
(n=48)

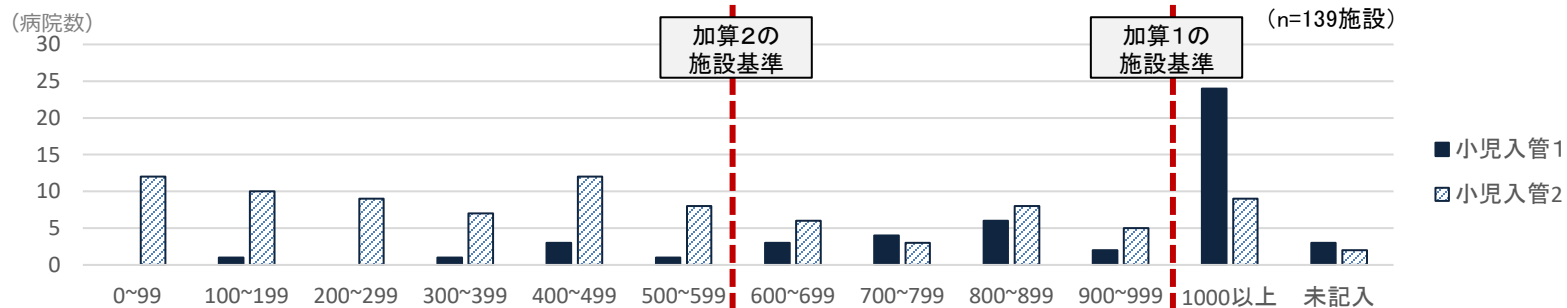


小児入院医療管理料2
(n=91)



■ (再掲) 年間の小児緊急入院患者数

※時間外受入体制強化加算未届出施設も含めて集計



不適切な養育等が疑われる小児患者に対する支援体制の評価

- 不適切な養育等が疑われる児童の早期発見や、福祉・保健・警察・司法・教育等の関係機関の適切な連携を推進する観点から、多職種で構成される専任のチームを設置して連携体制を整備している場合について、新たな評価を行う。

小児入院医療管理料 1～5

(新) 養育支援体制加算 300点(入院初日)

[対象患者]

- ・ 小児入院医療管理料を算定する病棟に入院している患者。

[算定要件]

- ・ 当該病棟に入院している患者について、入院初日に限り加算する。

[施設基準の概要]

- (1) 以下から構成される虐待等不適切な養育が疑われる小児患者への支援を行う

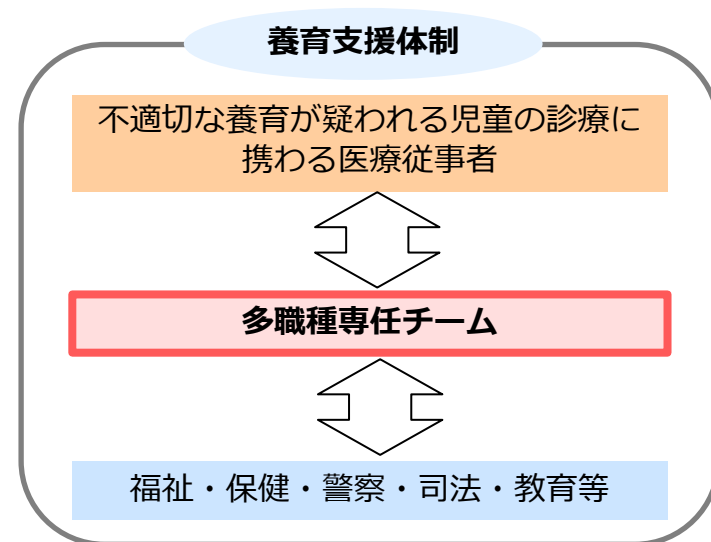
養育支援チームが設置されていること

- ア 小児医療に関する十分な経験を有する専任の常勤医師
- イ 小児患者の看護に従事する専任の常勤看護師
- ウ 小児患者の支援に係る経験を有する専任の常勤社会福祉士

- (2) 養育支援チームの業務

- ア 養育支援に関するプロトコルの整備及び定期的なプロトコルの見直し。
- イ 虐待等不適切な養育が疑われる小児患者が発見された場合に、院内からの相談に対応。
- ウ 主治医及び多職種と十分な連携をとって養育支援を行う。
- エ 虐待等不適切な養育が疑われた症例を把握・分析し、養育支援の体制確保のために必要な対策を推進。
- オ 養育支援体制を確保するための職員研修を企画・実施すること。当該研修は養育支援の基本方針について職員に周知徹底を図ることを目的とするものであり、年2回程度実施されていること。

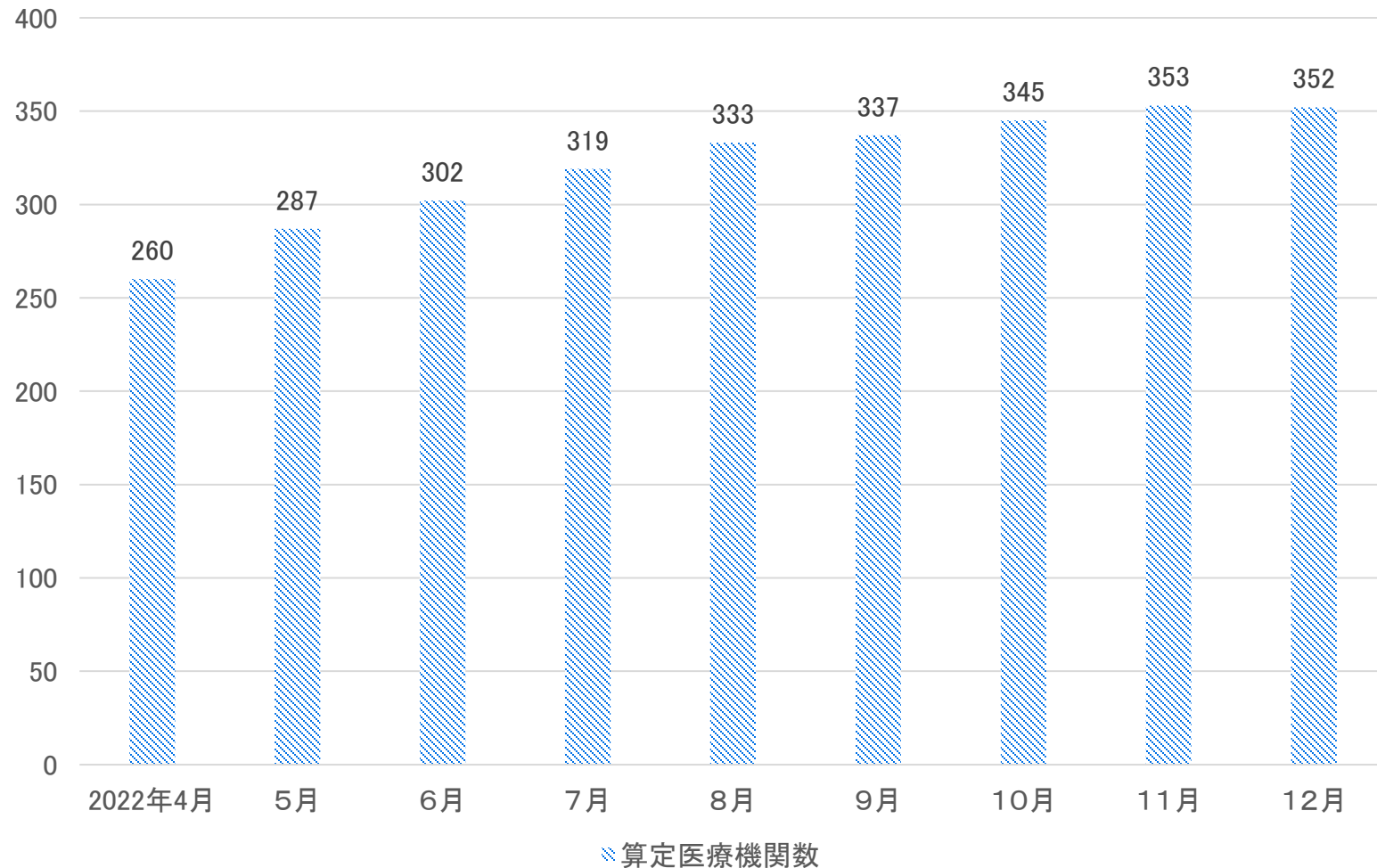
- (3) (2)のイ及びウの業務を実施する医師は、虐待等不適切な養育が疑われる小児患者の診療を担当する医師と重複がないよう配置を工夫すること。



養育支援体制加算の算定状況

- 養育支援体制加算の算定状況は以下の通り。
- 算定医療機関は増加している。

養育支援体制加算の算定医療機関



造血幹細胞移植を実施する小児患者に対する無菌治療管理評価

- 小児患者に係る造血幹細胞移植の実施において、特に嚴重な感染予防が必要となることを踏まえ、小児入院医療管理料を算定する病棟に入院している造血幹細胞移植を実施する小児患者に対して、無菌治療室管理を行った場合の評価を新設する。

小児入院医療管理料 1～5

(新) 無菌治療管理加算 1 2,000点（1日につき）

(新) 無菌治療管理加算 2 1,500点（1日につき）

[対象患者]

- 小児入院医療管理料を算定する病棟に入院している[造血幹細胞移植を実施する小児患者](#)。

[算定要件]

- 造血幹細胞移植を実施する患者に対して、治療上の必要があつて[無菌治療室管理](#)を行った場合、一連の治療につき、[90日を限度](#)として加算する。

[施設基準]

(1) 無菌治療管理加算 1 に関する施設基準

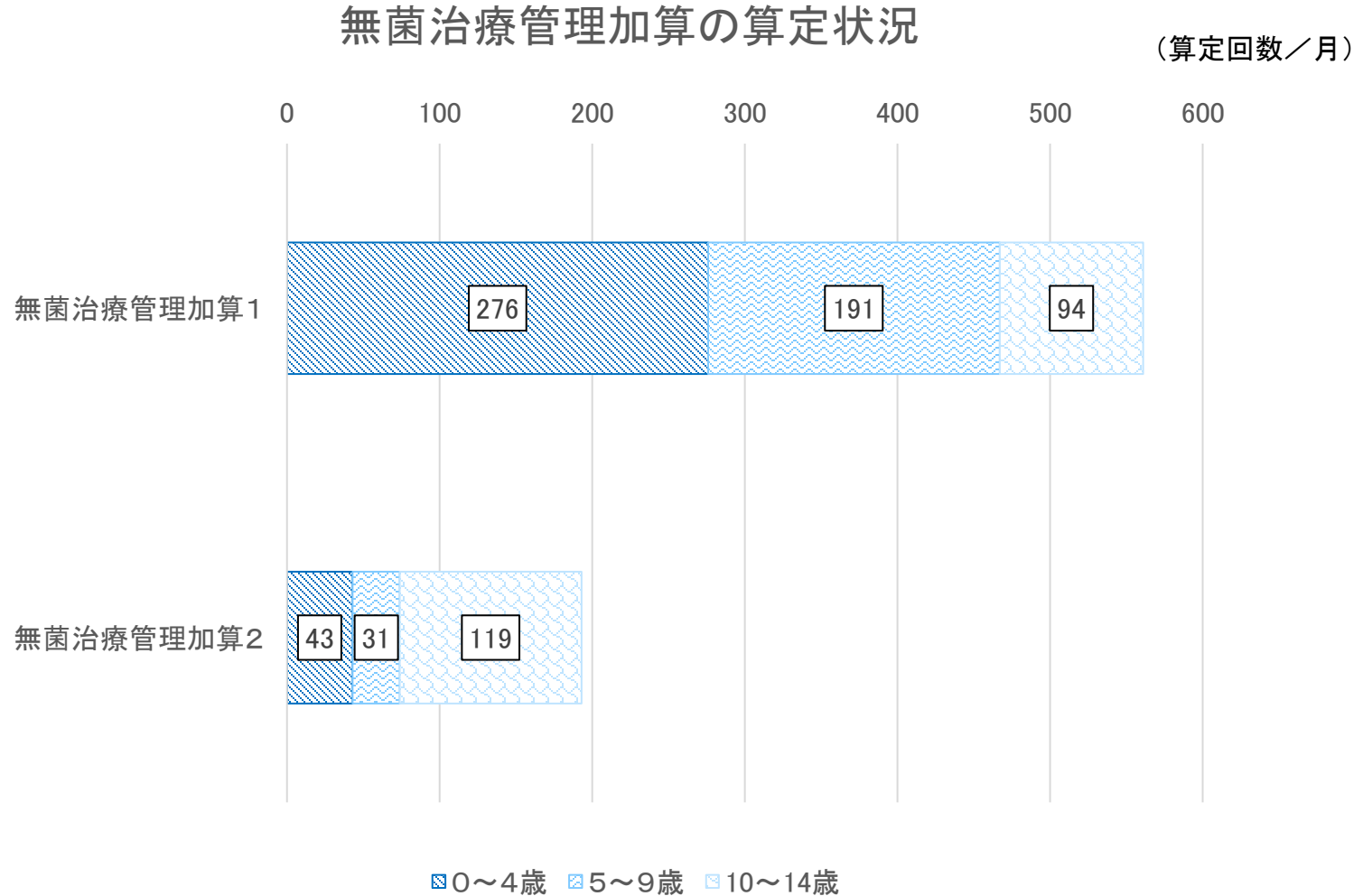
- ア 当該保険医療機関において自家発電装置を有していること。
- イ 滅菌水の供給が常時可能であること。
- ウ 個室であること。
- エ 室内の空気清浄度が、患者に対し無菌治療室管理を行っている際に、常時 ISOクラス6以上であること。
- オ 当該治療室の空調設備が垂直層流方式、水平層流方式又はその双方を併用した方式であること。

(2) 無菌治療管理加算 2 に関する施設基準

- ア 室内の空気清浄度が、患者に対し無菌治療室管理を行っている際に、常時 ISOクラス7以上であること。
- イ (1)のア及びイを満たしていること。

無菌治療管理加算の算定状況

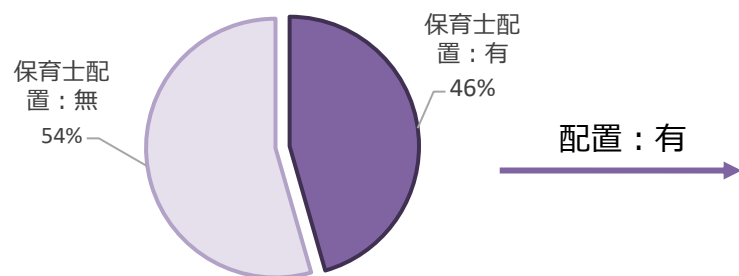
○ 無菌治療管理加算の算定状況は以下のとおり。



小児科病棟における保育士等の職員配置の状況

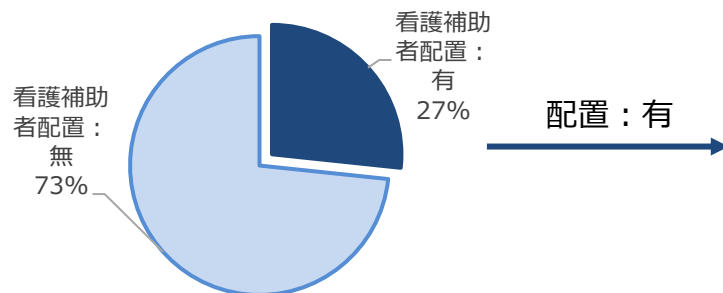
○ 小児入院医療管理料を届け出る病棟のうち約5割は保育士を、約3割は看護補助者を配置している。

■ 小児入院医療管理料を届け出る病棟における保育士の配置状況 (n=90病棟)



	中央値	平均値
配置有りの病棟における保育士配置数(常勤換算)	1	1.7
配置有りの病棟における、30床あたりの保育士配置数(常勤換算)	1.4	2.0

■ 小児入院医療管理料を届け出る病棟における看護補助者の配置状況 (n=90病棟)



	中央値	平均値
配置有りの病棟における看護補助者配置数(常勤換算)	2	2.3
配置有りの病棟における、30床あたりの看護補助者配置数(常勤換算)	2.3	2.8

入院患者の家族等による付添いの実態

1. 主な調査内容

【調査期間：令和3年10月1日～11月30日】

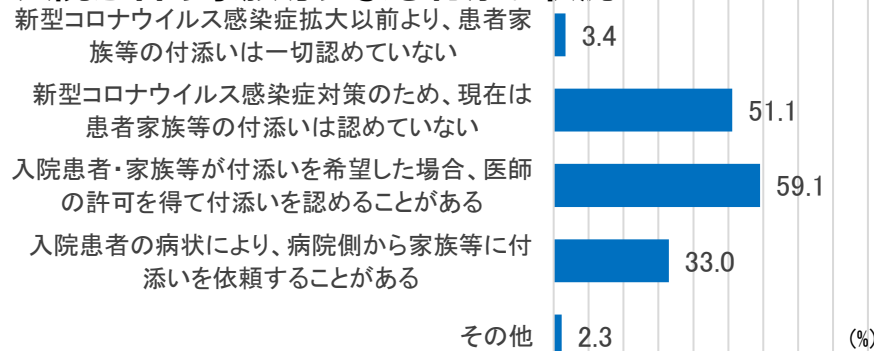
<病院への調査>（300件中89件の回答 [29.7%]） ①入院患者の家族等による付添い状況、②患者及び付添い家族等への説明状況

<患者・家族等への調査>（3,000件中41件の回答 [1.37%]）

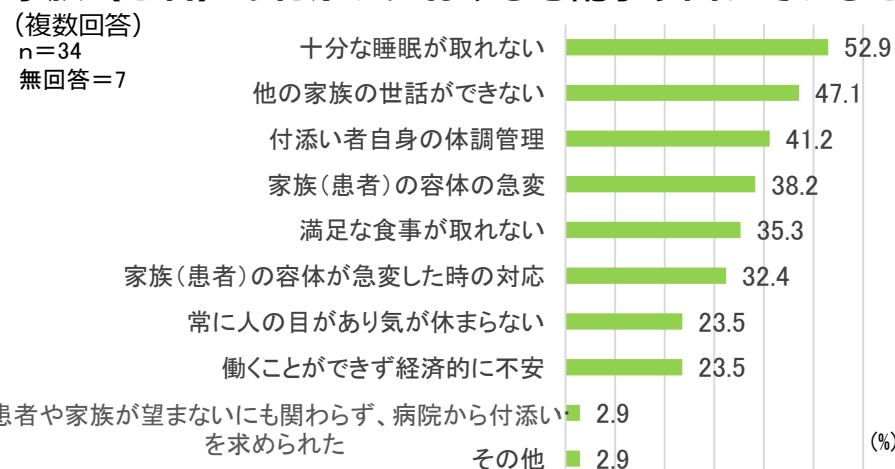
①付き添っている家族（患者）の概要、②病院での付添い状況、病院から受けた説明、付添いにおける心配事 など

2. 主な調査結果

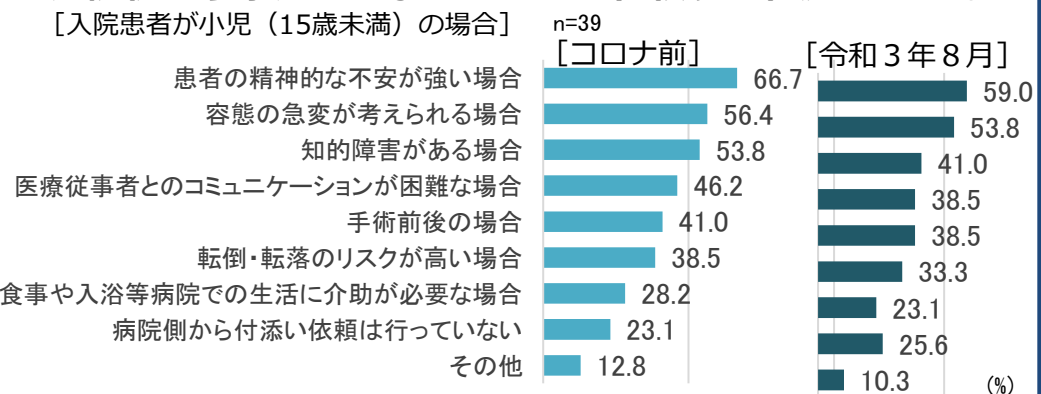
■入院患者の家族等による付添い状況



■家族（患者）の付添いにおける心配事や困っていること



■病院側から家族等による付添いを依頼する状況（複数回答）



ヒアリング概要

付添を依頼する状況（病院ヒアリング）

- 患者が新生児の場合は母親が育児に慣れるために入院付添いをお願いすることがある。

入院付添い状況（患者家族等ヒアリング）

- 患者に薬を飲ませることや食事等は自宅に帰ってから困らないように練習として始まり、実施していた。

病院からどのような説明があればよかったか（患者家族等ヒアリング）

- 付添い期間中は生活面でストレスを感じた。相部屋、設備、食事等。短期間ならよいが長期間だと生活できない。

入院中の子どもに付き添う家族の実態把握

厚生労働大臣会見概要(抄) (令和5年6月2日(金))

小児の入院患者への家族等による付添いについては、これまで令和3年度に入院患者への家族等による付添いの実態について調査し、調査結果を中央社会保険医療協議会においてご議論いただき、こうした議論を踏まえ医療機関に対し家族の方々に對する丁寧な事前説明を依頼・周知するといった対応を行ってまいりましたが、今般ご指摘の調査において入院中のこどもに付き添う家族の実態や課題が改めて示されたものと承知しております。

これを踏まえ今後こども家庭庁を中心に小児の入院医療機関を対象とした調査が実施されると聞いております。厚生労働省としてもこれらの調査に連携して対応するとともに、調査で得られた実態や患者のご家族・関係団体のご意見も踏まえながら必要な対応を検討していきたいと考えております。

調査研究課題	入院中のこどもへの家族等の付添に関する病院実態調査
背景・目的	入院中のこどもへの家族等の付添いについては、これまで厚生労働省において、入院患者の家族等による付添いに関する医療機関の取組等及び家族等の意識等を把握する目的で実施された「入院患者の家族等による付添いに関する実態調査」(令和3年10～11月)等を踏まえ、患者の家族等が付き添う場合には、付き添う事由や範囲について十分説明を行うよう医療機関に依頼する(令和4年11月9日付厚生労働省保険局医療課事務連絡)ほか、診療報酬上、こどもの療養生活や成長発達等に着眼した評価として、病棟への保育士の配置について加算を設ける等の対応が行われてきた。 一方で、令和4年11月から12月にかけてNPO法人キープ・ママ・スマイリングがこどもの入院への付添い経験のある保護者を対象として実施した「入院中の子どもに付き添う家族の生活実態調査2022」において、 ・家族に対して付添いに関する十分な説明がないこと ・希望した付添い者に十分な休息・食事が確保されていないこと 等の実態や課題が改めて示されたところである。 こうした背景を踏まえ、本調査研究事業においては、厚生労働省と連携し、入院中のこどもへの家族等の付添いについて、患者の家族や関係団体等の意見も踏まえつつ、<u>小児の入院医療機関を対象として、付添い時の家族等への食事や睡眠等に関する医療機関の取組状況や課題等について調査を実施し、付添い環境の改善に資する資料を作成することを目的とする。</u>
想定される事業の手法・内容	1. 有識者会議の設置 2. ヒアリング調査の実施(抽出調査) 3. 医療機関へのアンケート調査の実施 4. 報告書の作成
求められる成果物	中間報告書* : 令和5年11月下旬までに作成 * 初回のヒアリング調査等をまとめたもの 最終報告書 : 令和6年3月末までに作成

1.小児医療について

1－1 小児医療の現状等について

1－2 小児外来医療について

1－3 小児入院医療について

1－4 小児高度急性期医療体制について

1－5 医療的ケア児について

1－6 小児の緩和ケア医療について

2.周産期医療について

新生児特定集中治療室（NICU）の概要

中医協 総－8
5. 5. 17

○ 新生児特定集中治療室については、A302とA303において診療報酬上の評価を行っている。

	A303 総合周産期特定集中治療室管理料2 10,539 点（1日につき）	A302 新生児特定集中治療室管理料1 10,539点（1日につき）	A302 新生児特定集中治療室管理料2 8,434 点（1日につき）
算定対象	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者 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		
算定上限 日数	21日 ただし、以下の場合を除く 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） 出生時体重1000～1499g：（60日） 出生時体重1000g未満：（90日） 出生時体重が500g以上750g未満であつて慢性肺疾患の新生児：（105日） 出生時体重500g未満であつて慢性肺疾患の新生児：（110日）		
医師の配置	○ 専任の医師が常時、治療室内に勤務		○ 専任の医師が常時、医療機関内に勤務 ○ 緊急時は別の医師が速やかに診療に参加
看護師の 配置	○ 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	○ 出生体重1,000g未満の新生児の新規入院患者数：直近1年間で4件以上 ○ 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：年間6件以上実施		○ 出生体重2,500g未満の新生児の新規入院患者数：直近1年間で30件以上
	○ 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	—	

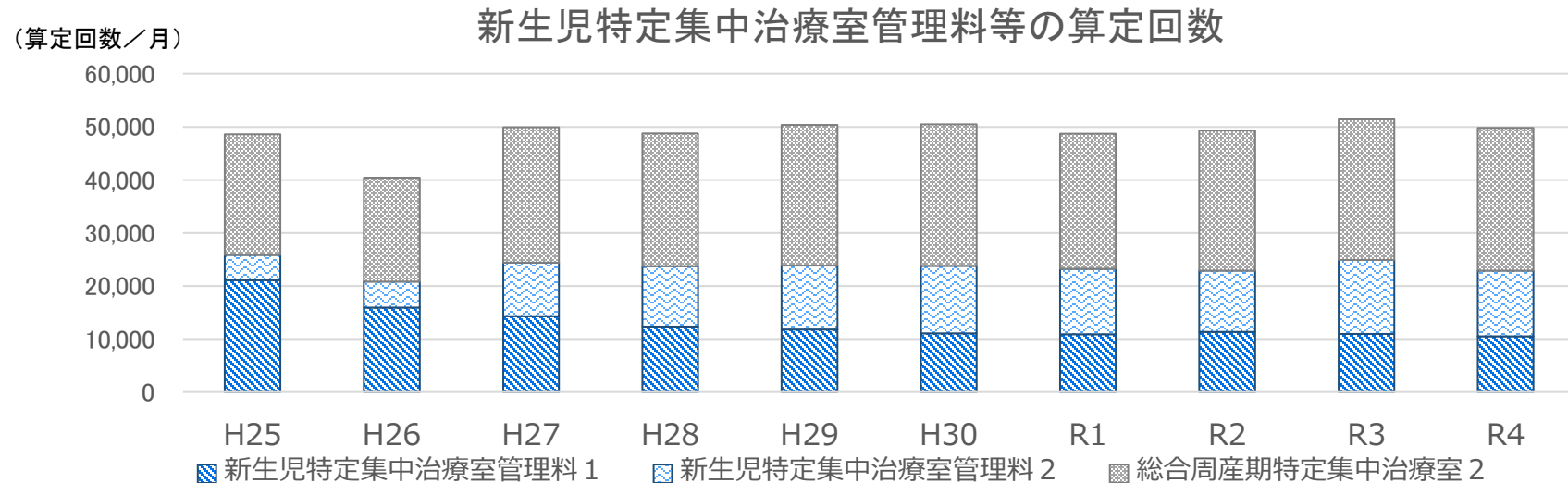
特定集中治療室管理料等の主な施設基準

		点数	医療機関数 病床数	主な施設基準	看護配置	必要度	その他
特定集中治療室 管理料 (ICU)	管理料1	～7日 14,211点 ～14日 12,633点	159 1,656床	・専任の医師が常時勤務(うち2人がICU経験5年以上) ・専任の専門性の高い常勤看護師が治療室内に週20時間以上 ・専任の臨床工学技士が常時院内に勤務	2対1	ICU用 8割	※「イ」は 特定集中 治療室管 理料 「ロ」は広 範囲熱傷 特定集中 治療管理 料を指す
	管理料2	イ・ロ:～7日 14,211点 イ:～14日 12,633点 ロ:～60日 12,833点	80 927床	・特定集中治療室管理料1の基準を満たす ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師			
	管理料3	～7日 9,697点 ～14日 8,118点	329 2,317床	・専任の医師が常時勤務		ICU用 7割	
	管理料4	イ・ロ:～7日 9,697点 イ:～14日 8,118点 ロ:～60日 8,318点	54 497床	・特定集中治療室管理料3の基準を満たす ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師			
小児特定集中治療室 管理料 (PICU)		～7日 16,317点 8日～ 14,211点	16 161床	・専任の医師が常時当該治療室内に勤務(専任の医師にはPICU勤務経験を5年以上有する医師を2名以上) ・8床以上設置 ・以下のいずれかを満たしていること ア:他の医療機関から転院してきた急性期治療中の患者が直近1年間20名以上 イ:他の医療機関から転院してきた患者が直近1年間で50名以上(そのうち、入院後24時間以内に人工呼吸を実施した患者が30名以上) ウ:当該治療室において、人工心肺を用いた先天性心疾患手術の周術期に必要な管理を実施した患者が直近1年間に80名以上であること。	2対1		小児入院 医療管理 料1の医 療機関で あること
新生児特定集中 治療室管理料 (NICU)	管理料1	10,539点	75 731床	・専任の医師が常時、当該治療室内に勤務 ・以下のいずれかを満たしていること ア:直近1年間の出生体重1000g未満の患者が4件以上 イ:直近1年間の開胸/開腹手術が6件以上	3対1		
	管理料2	8,434点	153 909床	・専任の医師が常時、医療機関内に勤務 ・直近1年間の出生体重2500g未満の患者が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

○ 新生児特定集中治療室管理料の算定回数は横ばいで推移している。

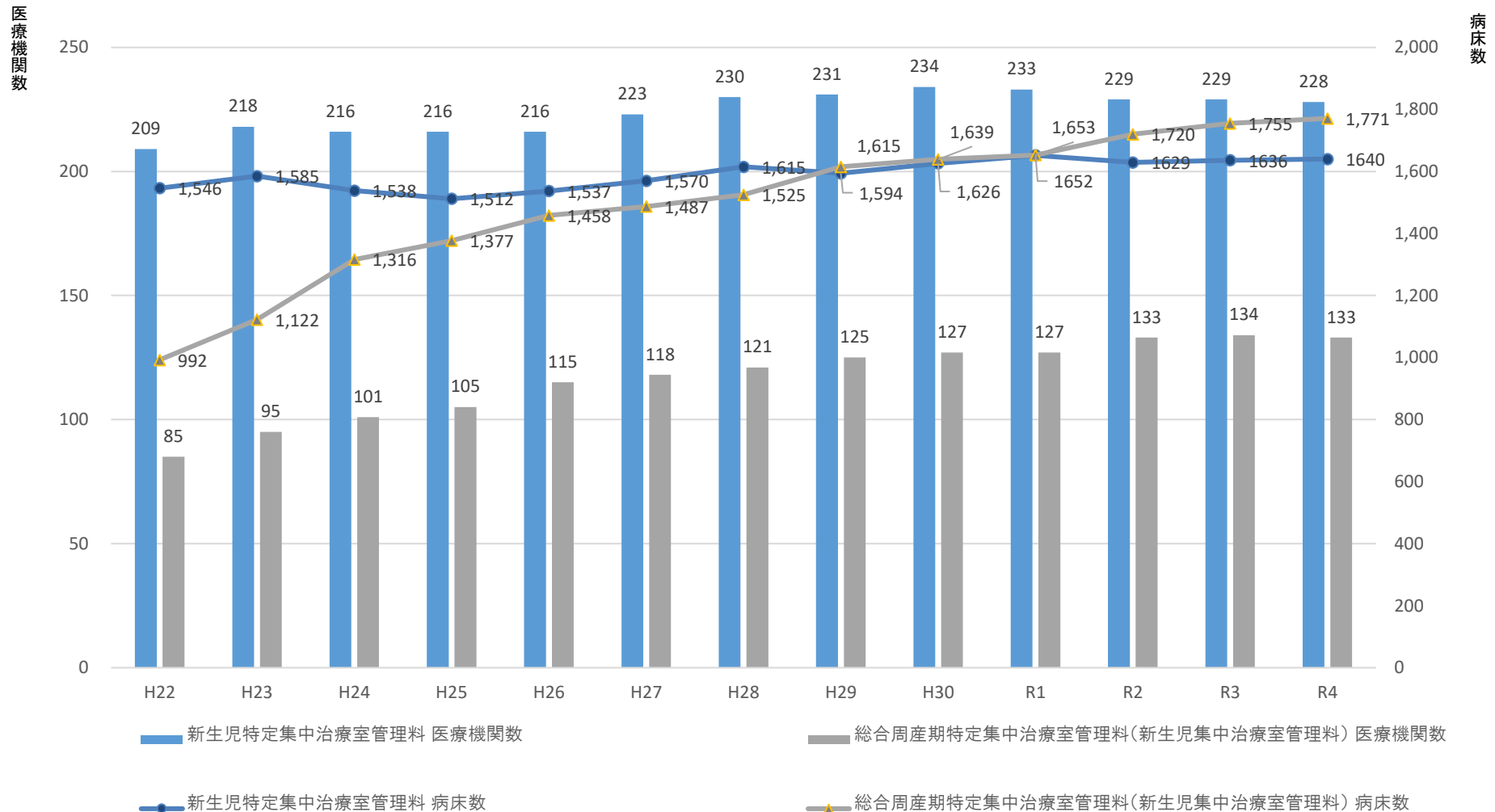
	これまでの主な改定内容	管理料1	管理料2
平成22年	新生児特定集中治療室管理料2の新設	10,000点	6,000点
平成26年	- 一部の先天奇形等を有する患者に対する算定日数上限の見直し - 各管理料に対する受入実績等に関する基準の新設	10,714点	8,109点
平成28年	先天性心疾患を有する児に対する算定日数上限の見直し	10,174点	8,109点
令和4年	慢性肺疾患を伴う低出生体重児に対する算定日数上限の見直し	10,539点	8,434点



新生児特定集中治療室管理料等の届出医療機関数等の推移

○ 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近年ほぼ横ばい。

■新生児特定集中治療室管理料等の届出医療機関数及び病床数



新生児特定集中治療室管理料等の見直し

算定上限日数の見直し

- 慢性肺疾患を伴う低出生体重児に対して、長期の入院による呼吸管理が必要となる実態を踏まえ、新生児特定集中治療室管理料等について算定上限日数を見直す。

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

改定後	
通常の新児	21日
出生時体重が1,500 g 以上であって、別に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児	35日
出生時体重が1,000 g 以上1,500 g 未満の新児	60日
出生時体重が1,000 g 未満の新児	90日
<u>出生時体重が500 g 以上750 g 未満であって慢性肺疾患の新児</u>	<u>105日</u>
<u>500 g 未満であって慢性肺疾患の新児</u>	<u>110日</u>

新生児治療回復室入院医療管理料

改定後	
通常の新児	30日
出生時体重が1,500 g 以上であって、別に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児	50日
出生時体重が1,000 g 以上1,500 g 未満の新児	90日
出生時体重が1,000 g 未満の新児	120日
<u>出生時体重が500 g 以上750 g 未満であって慢性肺疾患の新児</u>	<u>135日</u>
<u>500 g 未満であって慢性肺疾患の新児</u>	<u>140日</u>

新生児医療の現状

- 新生児医療に係る文献において、「日本を含む先進国において、早産児に対する治療技術やハイリスク妊産婦に対する産科管理の改善と、提供体制の発展により、周産期医療は大幅に進歩してきている。」と指摘されており、2005年から2015年にかけて、超低出生体重児の死亡率が大幅に低下していることが示されている。

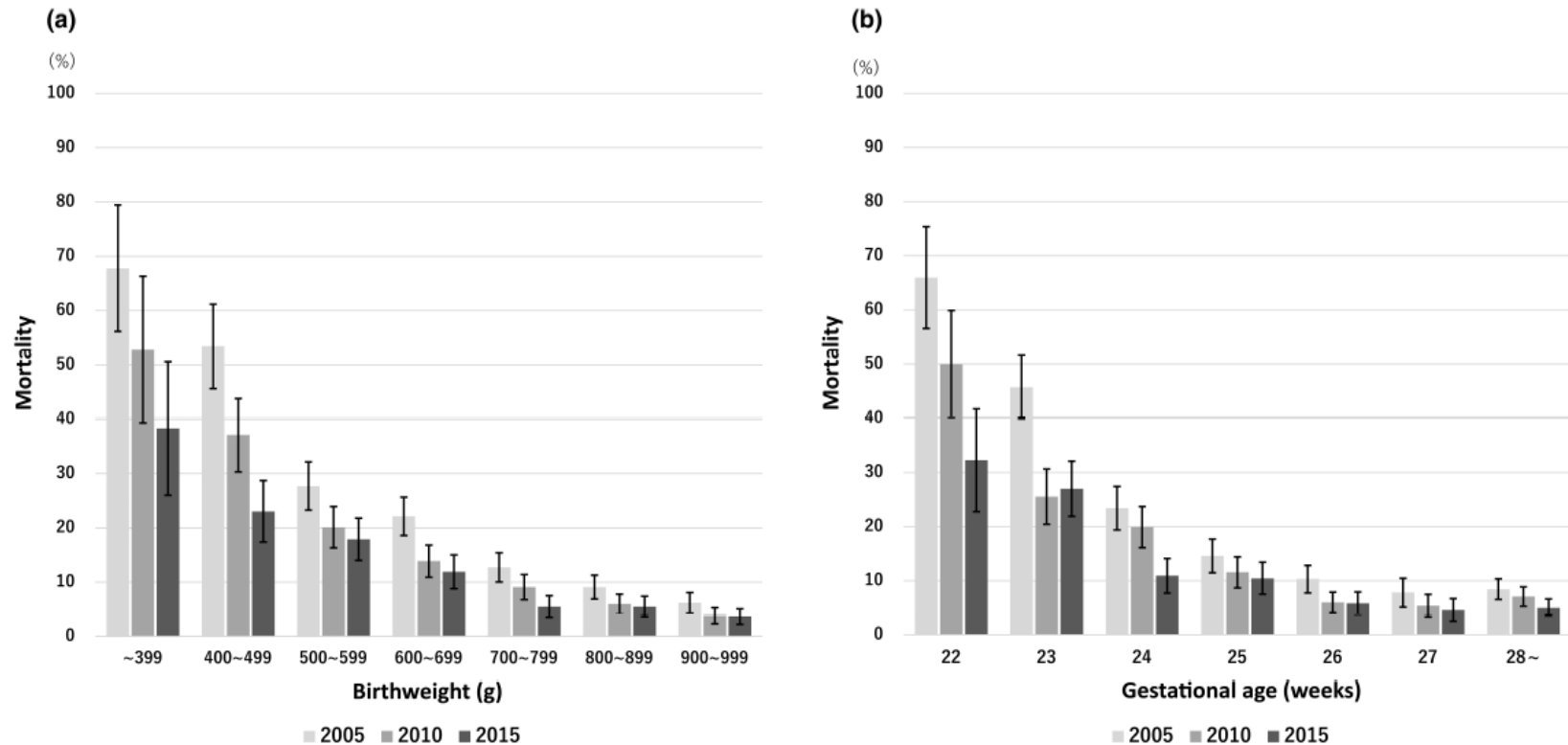


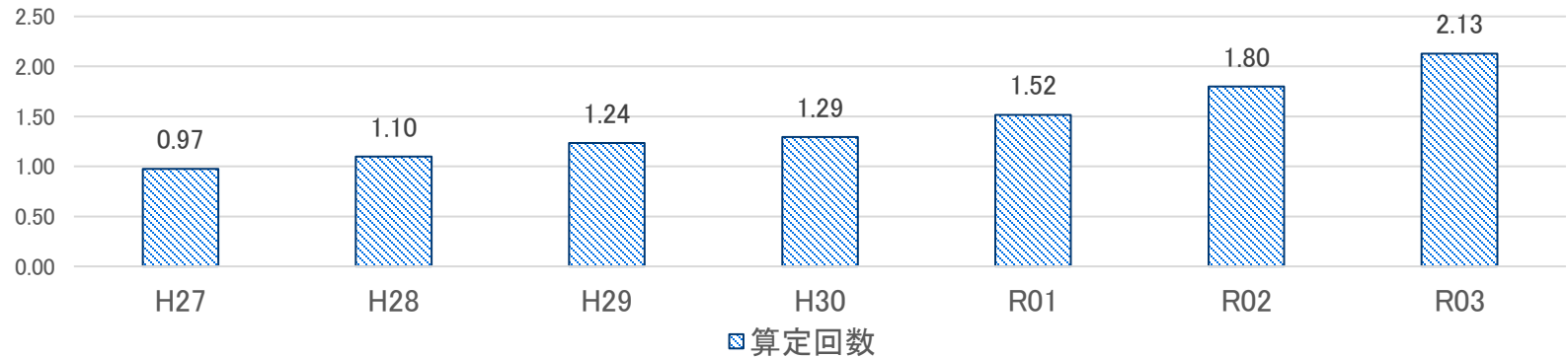
FIGURE 1 Comparison of mortality during NICU stay in 2005, 2010, and 2015, stratified by (a) birthweight and (b) gestational age. Error bar shows 95% confidence interval of mortality.

日本における、出生体重、在胎週数ごとのNICU滞在中の死亡率を5年ごとに比較

新生児医療における高度な処置の算定回数

○ 小児の高度な医療に係る診療報酬の算定状況の推移は以下のとおり。末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入の算定回数は増加傾向にある。

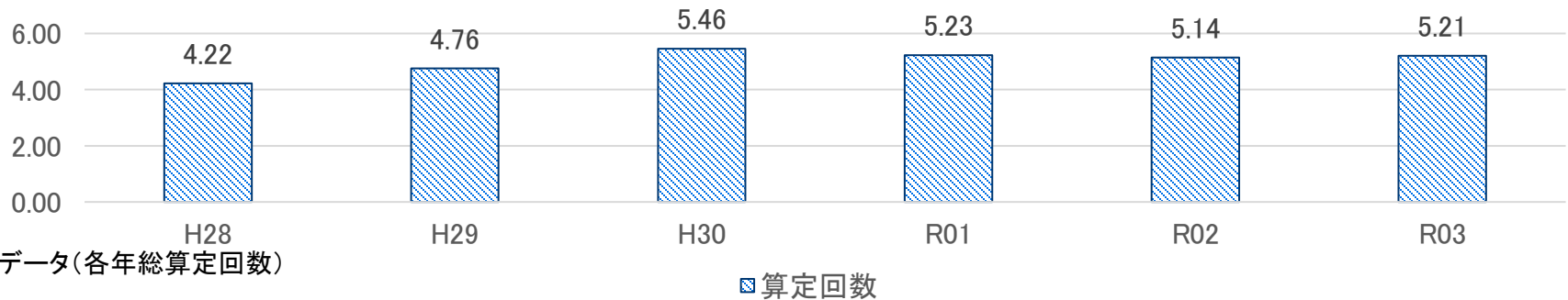
末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入 算定回数(0歳～4歳人口1000人あたり)



低体温療法 算定回数(0歳～4歳人口1000人あたり)



一酸化窒素吸入療法 新生児低酸素性呼吸不全に対して実施する場合 算定回数(出生数1000人あたりの)



A 2 4 6 入退院支援加算（退院時 1 回）

➤ 施設間の連携を推進した上で、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施することを評価。

- 入退院支援加算 1 イ 一般病棟入院基本料等の場合 7 0 0 点 □ 療養病棟入院基本料等の場合 1, 3 0 0 点
入退院支援加算 2 イ 一般病棟入院基本料等の場合 1 9 0 点 □ 療養病棟入院基本料等の場合 6 3 5 点

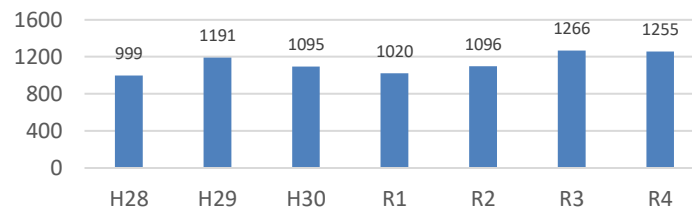
入退院支援加算 3 1, 2 0 0 点

➤ 入退院支援加算 1 又は 2 を算定する患者が 15 歳未満である場合、所定点数に次の点数を加算する。 小児加算 2 0 0 点

[主な算定要件・施設基準]

	入退院支援加算 1	入退院支援加算 2	入退院支援加算 3
退院困難な要因	ア. 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症 イ. 緊急入院 ウ. 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること エ. 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある オ. 生活困窮者であること カ. 入院前に比べ A D L が低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること。） キ. 排泄に介助を要すること ク. 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと	ケ. 退院後に医療処置が必要 コ. 入退院を繰り返している サ. 入院治療を行っても長期的な低栄養状態になることが見込まれること シ. 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること ス. 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること セ. その他患者の状況から判断してアからスまでに準ずると認められる場合	ア. 先天奇形 イ. 染色体異常 ウ. 出生体重 1,500g 未満 エ. 新生児仮死（Ⅱ 度以上のものに限る） オ. その他、生命に関わる重篤な状態
①退院困難な患者の抽出 ②・患者・家族との面談 ・退院支援計画の着手 ③多職種によるカンファレンスの実施	①原則入院後 3 日以内に退院困難な患者を抽出 ②・原則として、患者・家族との面談は一般病棟入院基本料等は 7 日以内 療養病棟入院基本料等は 1 4 日以内 に実施 ・入院後 7 日以内に退院支援計画作成に着手 ③入院後 7 日以内にカンファレンスを実施	①原則入院後 7 日以内に退院困難な患者を抽出 ②・できるだけ早期に患者・家族と面談 ・入院後 7 日以内に退院支援計画作成に着手 ③できるだけ早期にカンファレンスを実施	①入院後 7 日以内に退院困難な患者を抽出 ②③ ・ 7 日以内に家族等と面談 ・カンファレンスを行った上で、入院後 1 か月以内に退院支援計画作成に着手
入退院支援部門の設置	入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置		
入退院支援部門の人員配置	入退院支援及び地域連携業務の十分な経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が 1 名以上かつ、①もしくは②（※） ①専従の看護師が配置されている場合は、専任の社会福祉士を配置 ②専従の社会福祉士が配置されている場合は、専任の看護師を配置 （※）週 3 日以上常態として勤務しており、所定労働時間が 22 時間以上の非常勤 2 名以上の組み合わせ可。		
病棟への入退院支援職員の配置	各病棟に入退院支援等の業務に専従として従事する専任の看護師又は社会福祉士を配置（2 病棟に 1 名以上）		
連携機関との面会	連携機関の数が 25 以上であること。 連携機関の職員が年 3 回以上の頻度で対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて面会し、情報の共有等を行っていること		
介護保険サービスとの連携	相談支援専門員との連携等の実績		

入退院支援加算 3（算定回数）



出典：社会医療診療行為別統計（各年 6 月審査分）

小児特定集中治療室管理料（P I C U）の概要

中医協 総－8
5 . 5 . 1 7

- 平成24年度の診療報酬改定において、小児救急医療の充実を図る観点から、小児専門の特定集中治療室（PICU）に対する評価が新設された。

A301-4 小児特定集中治療室管理料（1日につき）

7日以内の期間 16,317点

8日以上期間 14,211点

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などに届け出た保険医療機関において、15歳未満の小児（児童福祉法第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歳未満の者）に対し、必要があつて小児特定集中治療室管理が行われた場合に、14日（急性血液浄化（腹膜透析を除く）を必要とする状態、心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫症候群又は心筋炎・心筋症のいずれかに該当する小児にあつては21日、体外式心肺補助（ECMO）を必要とする状態の小児にあつては35日、手術を必要とする先天性心疾患を有する新生児にあつては55日）を限度として算定する。

● 算定対象

15歳未満の小児（児童福祉法第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歳未満の者）であつて、次に掲げる状態にあり、医師が特定集中治療室管理が必要であると認めたもの。

ア 意識障害又は昏睡	カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
イ 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪	キ 広範囲熱傷
ウ 急性心不全（心筋梗塞を含む）	ク 大手術後
エ 急性薬物中毒	ケ 救急蘇生後
オ ショック	コ その他外傷、破傷風等で重篤な状態

〈施設基準〉

- 小児入院医療管理料1の届出を行っている医療機関であること。
- 専任の医師が常時、小児特定集中治療室内に勤務していること。当該専任の医師に、小児の特定集中治療の経験を5年以上有する医師を2名以上含むこと。
- 1床あたり15平方メートル以上であること。
- 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
- 当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び危機を特定集中治療室内に備えていること。ただし、ウからカまでについては、当該保険医療機関内に備え、必要な際に迅速に使用でき、緊急の事態に十分対応出来る場合においてはこの限りではない。（ア 救急蘇生装置（気管内挿管セット、人工呼吸装置等）、イ 除細動器、ウ ペースメーカー、エ 心電図、オ ポータブルX線撮影装置、カ 呼吸循環監視装置、キ 体外補助循環装置 ク 血液浄化療法に必要）

○ 次のいずれかの基準を満たしていること

- ア 当該治療室において、他の保険医療機関から転院してきた急性期治療中の患者（転院時に他の保険医療機関でA300救命救急入院料、A301特定集中治療室管理料を算定するものに限る）が直近1年間に20名以上であること。
- イ 当該治療室において、他の保険医療機関から転院してきた患者（転院時に他の保険医療機関又は当該保険医療機関でC004救急搬送診療料を算定したものに限る）が直近1年間に50名以上（そのうち、当該治療室に入室後24時間以内に人工呼吸（5時間以上（手術時の麻酔や検査のために実施した時間を除く）のものに限る）を実施した患者（当該治療室に入室後又は当該他の保険医療機関で開始されたものに限られ、日常的に人工呼吸を実施している患者は含まない）が30名以上）であること。
- ウ 当該治療室において、人工心肺を用いた先天性心疾患手術の周術期に必要な管理を実施した患者が直近1年間に80名以上であること。

小児特定集中治療室管理料（P I C U）の変遷

	改定内容	7日以内	8日以上
平成22年	救命救急入院料と特定集中治療室管理料に 小児加算を新設		
平成24年	小児特定集中治療室管理料の新設	15,500点	13,500点 (～14日)
平成26年	転院搬送に関する施設基準の見直し	15,752点	13,720点 (～14日)
平成28年	算定日数上限の見直し	15,752点	13,720点
平成30年	小児慢性特定疾病の対象患者については 対象年齢を20歳未満まで拡大	15,752点	13,720点
令和2年	主な改定なし	16,317点	14,211点
令和4年	先天性心疾患手術患者に関する 施設基準と算定上限日数の見直し	16,317点	14,211点

小児特定集中治療室管理料の見直し

- 高度な周術期管理及び長期にわたる集中治療管理が必要となる実態を踏まえ、要件及び算定上限日数を見直す。

施設基準の見直し

- 小児特定集中治療室管理料の施設基準の実績要件について、先天性心疾患患者に対する周術期管理に係る実績を追加する。

改定後

【小児特定集中治療室管理料】
(8) 次の**いずれか**の基準を満たしていること。
ア 当該治療室に入院する患者のうち、転院日に他の医療機関において救命救急入院料、特定集中治療室管理料を算定していた患者を年間20名以上受け入れていること。
イ 当該治療室に入院する患者のうち、転院日に救急搬送診療料を算定した患者を年間50名以上(うち、入室24時間以内に人工呼吸を実施した患者が30名以上)受け入れていること。
ウ 当該治療室に入院する患者のうち、人工心肺を用いた先天性心疾患手術の周術期に必要な管理を実施した患者が直近1年間に80名以上であること。

算定上限日数の見直し

- 手術を必要とする先天性心疾患を有する新生児について、算定上限日数の見直しを行う。

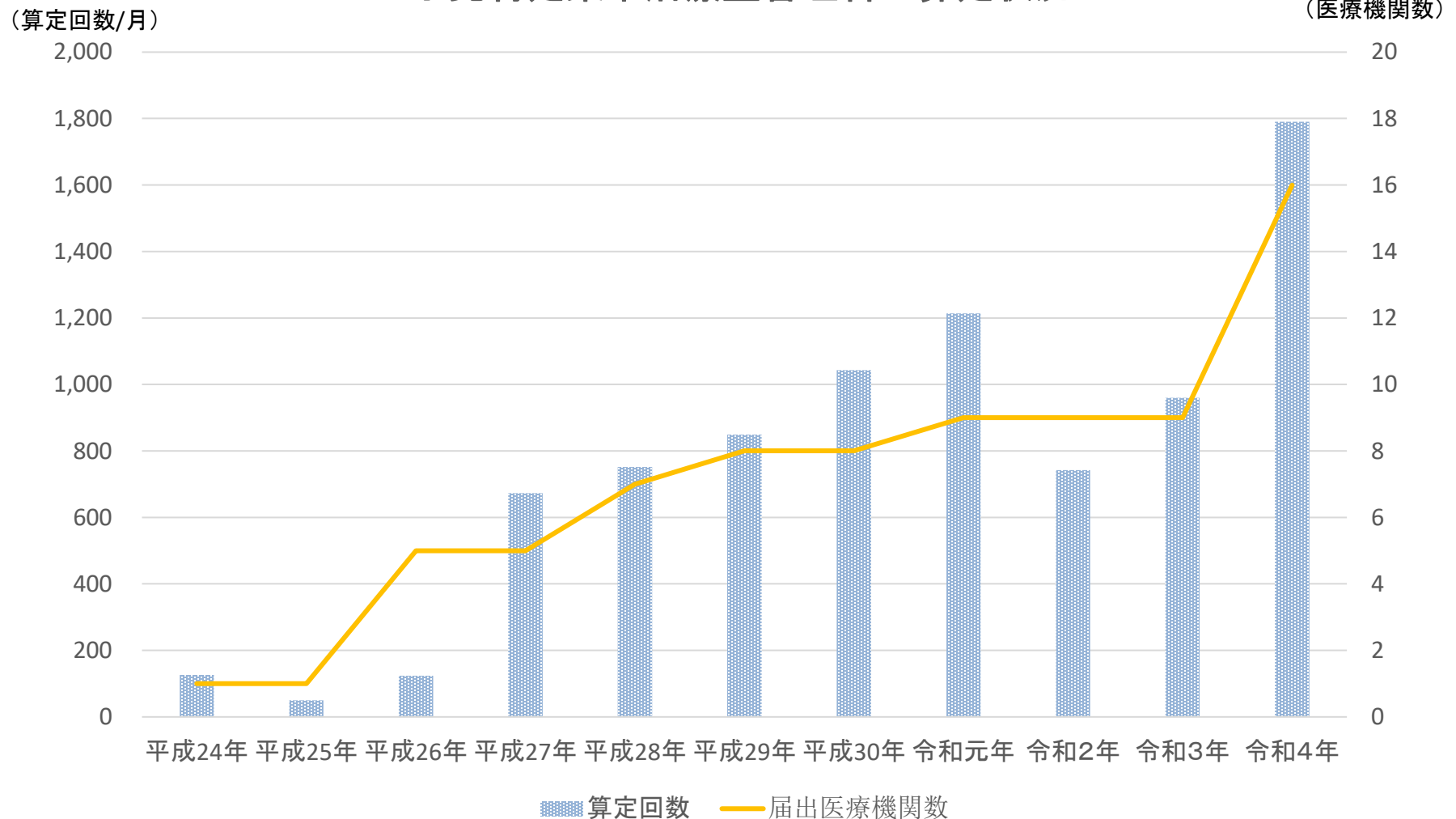
改定後

15歳未満の小児	14日
15歳未満の小児のうち、急性血液浄化（腹膜透析は除く。）を必要とする状態、心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫症候群、心筋炎、心筋症 のいずれかに該当する患者	21日
15歳未満の小児のうち、体外式心肺補助（ECMO）を必要とする状態の患者	35日
手術を必要とする先天性心疾患を有する新生児 ※同一入院期間で新生児であった患者も含むものとする。	55日

小児特定集中治療室管理料（P I C U）の現状

○ 令和4年度に算定回数、届出医療機関数ともに増加した。

小児特定集中治療室管理料の算定状況



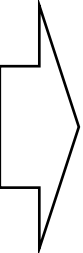
救命救急入院料等に係る要件の見直し

算定上限日数の見直し

- 急性血液浄化又は体外式心肺補助（ECMO）を必要とする患者や臓器移植を行った患者について、長期の集中治療管理が必要となる実態を踏まえ、早期から患者の回復に向けた取組を十分に行っている救命救急入院料及び特定集中治療室管理料における当該患者に係る算定上限日数を延長する。

現行	
【A300 救命救急入院料】 【A301 特定集中治療室管理料】	
	日数
通常	14日
重症広範囲熱傷患者（※1）	60日

（※1）救命救急入院料3及び4、特定集中治療室管理料2及び4に限る。



改定後	
【A300 救命救急入院料】 【A301 特定集中治療室管理料】	
	日数
通常	14日
重症広範囲熱傷患者（※1）	60日
急性血液浄化（腹膜透析を除く）又は体外式心肺補助（ECMO）を必要とする患者	25日
臓器移植（心臓、肺、肝臓に限る）を行った患者	30日

- 【算定上限日数に係る施設基準の概要】
- ・ 当該治療室において、「早期離床・リハビリテーション加算」又は「早期栄養介入管理加算」の届出を行っていること。
 - ・ 「関係学会と連携」をとって患者の診療を行っていること。

施設基準の見直し

- バイオクリーンルーム設置による治療室内における感染症の発症抑制に係る実態を踏まえ、バイオクリーンルームの設置に関する要件の見直しを行う。

現行
【施設基準】
・ 原則として、当該治療室内はバイオクリーンルームであること。



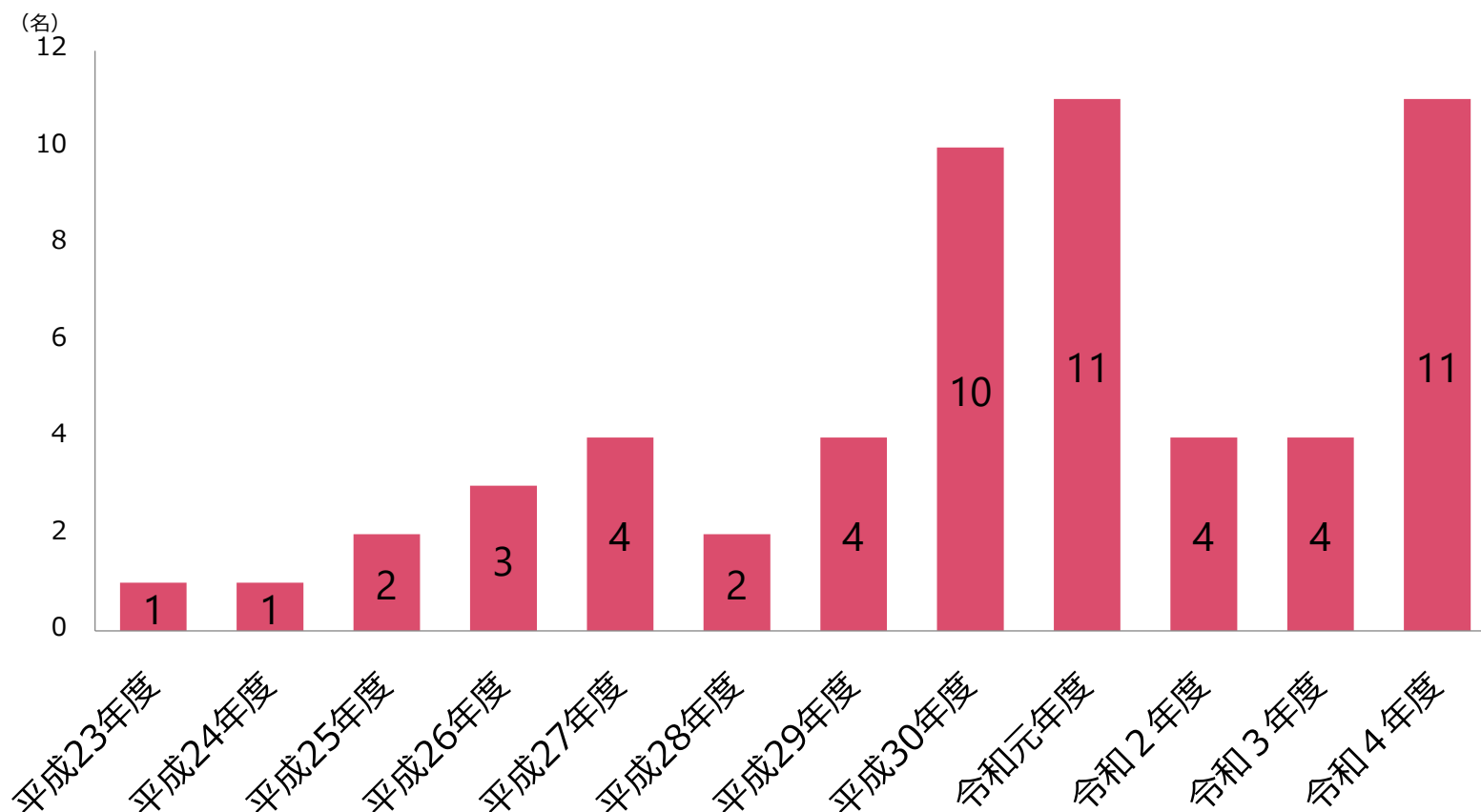
改定後
【施設基準】
・ <u>当該治療室内に、手術室と同程度の空気清浄度を有する個室及び陰圧個室を設置することが望ましいこと。</u>

【見直しの対象となる治療室】
「A300」救命救急入院料2・4、「A301」特定集中治療室管理料1～4、「A301-4」小児特定集中治療室管理料、「A302」新生児特定集中治療室管理料、「A303」総合周産期特定集中治療室管理料

15歳未満の脳死下での臓器提供者数

臓器移植法改正により15歳未満の脳死下での臓器提供が可能となった平成23年度以降、令和4年度までで累計57例であった。令和5年度は7月6日現在で10例である。

15歳未満の臓器提供者数の推移



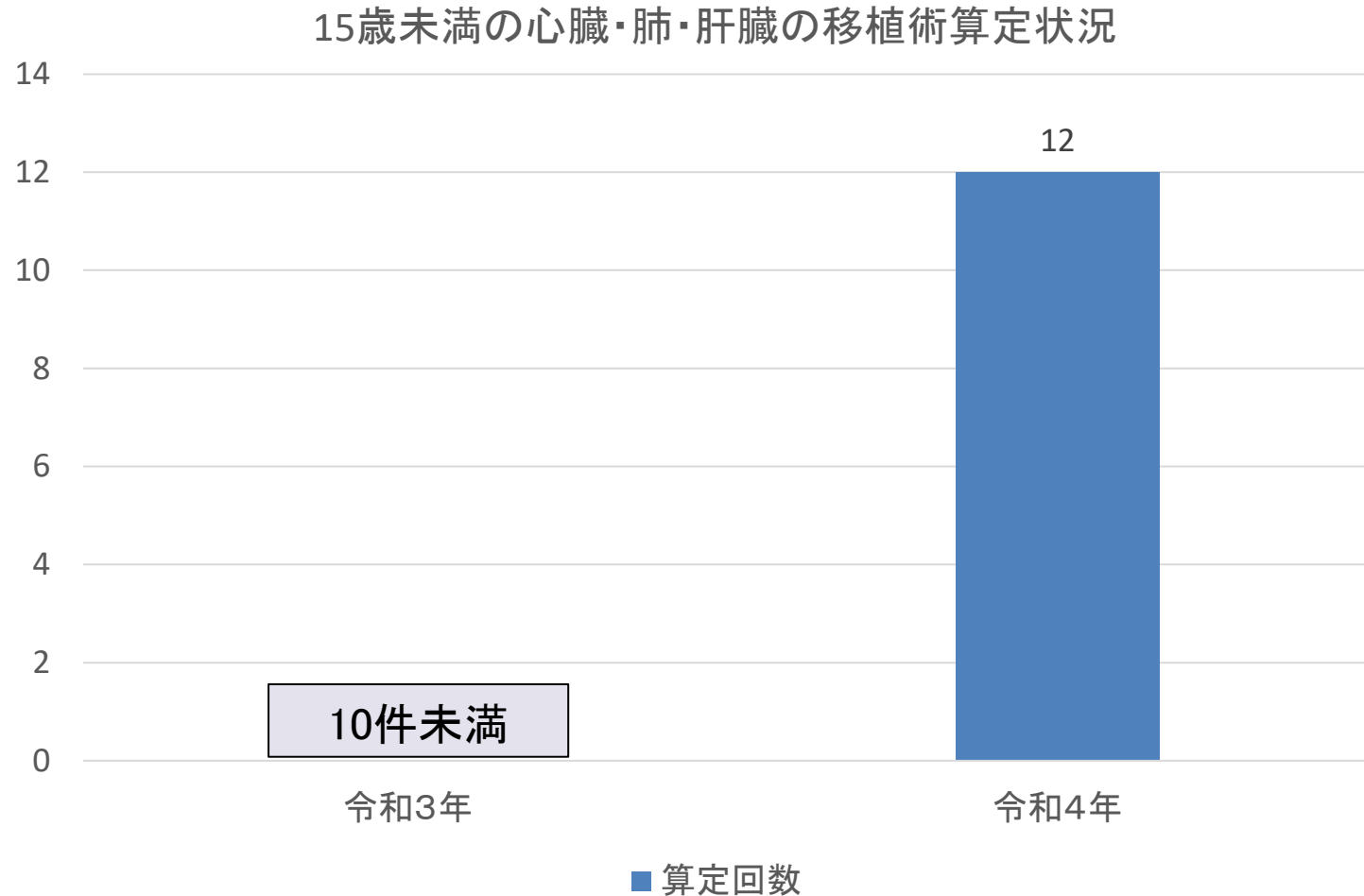
(※) 令和5年3月31日現在

(臓器の摘出に至らなかった者を含む)

(資料) (公社) 日本臓器移植ネットワークが提供した情報を元に厚生労働省健康局移植医療対策推進室で加工

15歳未満の心臓・肺・肝臓の移植術算定状況

○ 令和3年は、10件未満であったが、令和4年には12件と増加した。



※同種心移植術、同種心肺移植術、同種死体肺移植術、生体部分肺移植術、生体部分肝移植術、同種死体肝移植術の算定回数を合算している。

1.小児医療について

1－1 小児医療の現状等について

1－2 小児外来医療について

1－3 小児入院医療について

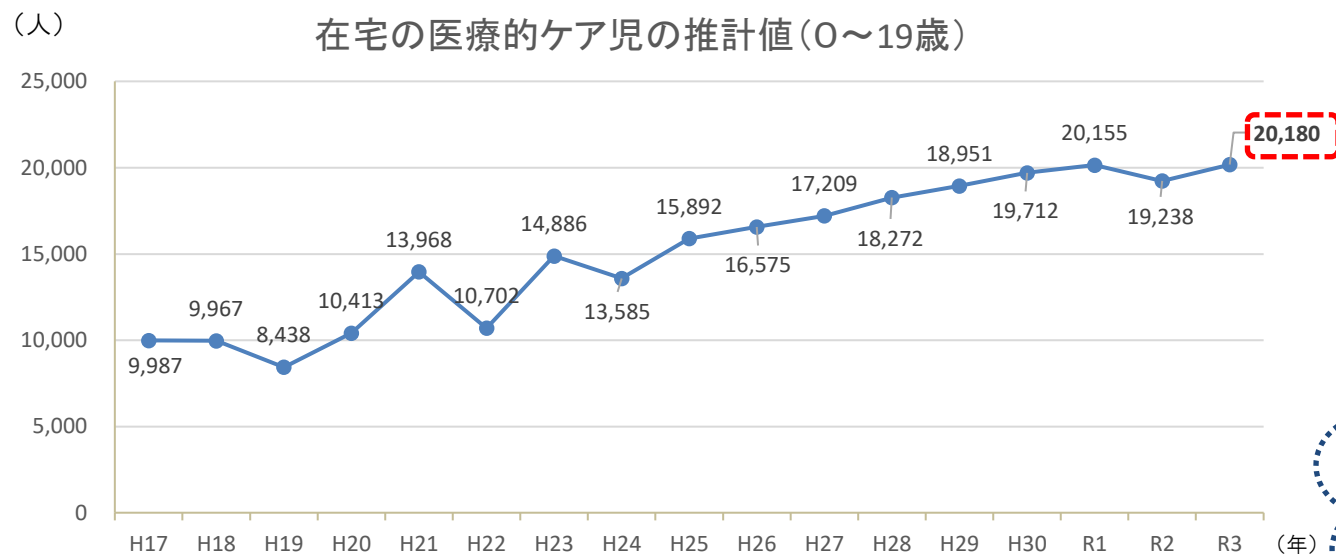
1－4 小児高度急性期医療体制について

1－5 医療的ケア児について

1－6 小児の緩和ケア医療について

2.周産期医療について

- 医療的ケア児とは、医学の進歩を背景として、NICU（新生児特定集中治療室）等に長期入院した後、引き続き人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアが日常的に必要な児童のこと。
- 全国の医療的ケア児（在宅）は、約2万人〈推計〉である。



その他の医療行為とは、
気管切開の管理、
鼻咽喉頭エアウェイの管理、酸素療法、
ネブライザーの管理、経管栄養、
中心静脈カテーテルの管理、
皮下注射、血糖測定、
継続的な透析、導尿 等

出典：厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業「医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究（田村班）」
及び当該研究事業の協力のもと、社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）により厚生労働省障害児・発達障害者支援室で作成

医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律（令和3年6月18日公布・同年9月18日施行）

第二条 この法律において「医療的ケア」とは、人工呼吸器による呼吸管理、喀痰吸引その他の医療行為をいう。

2 この法律において「医療的ケア児」とは、日常生活及び社会生活を営むために恒常的に医療的ケアを受けることが不可欠である児童（18歳未満の者及び18歳以上の者であって高等学校等（学校教育法に規定する高等学校、中等教育学校の後期課程及び特別支援学校の高等部をいう。）に在籍するものをいう。）をいう。

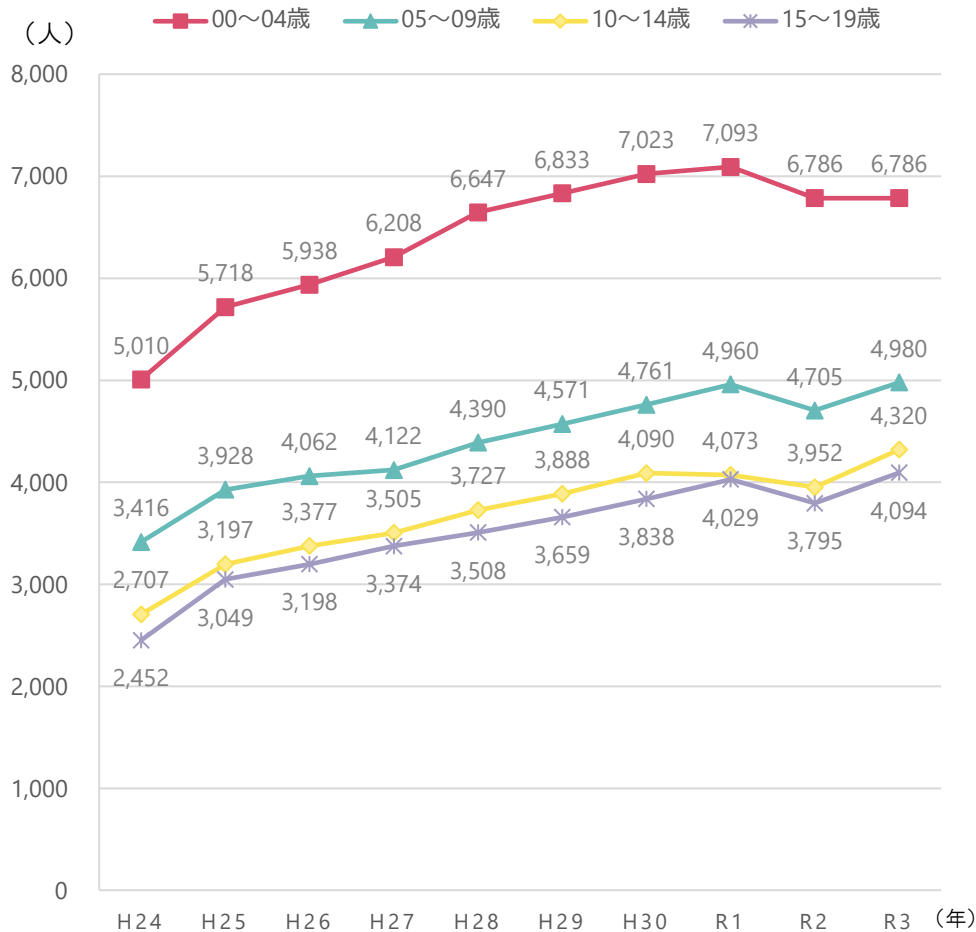


年齢階級別の医療的ケア児数等

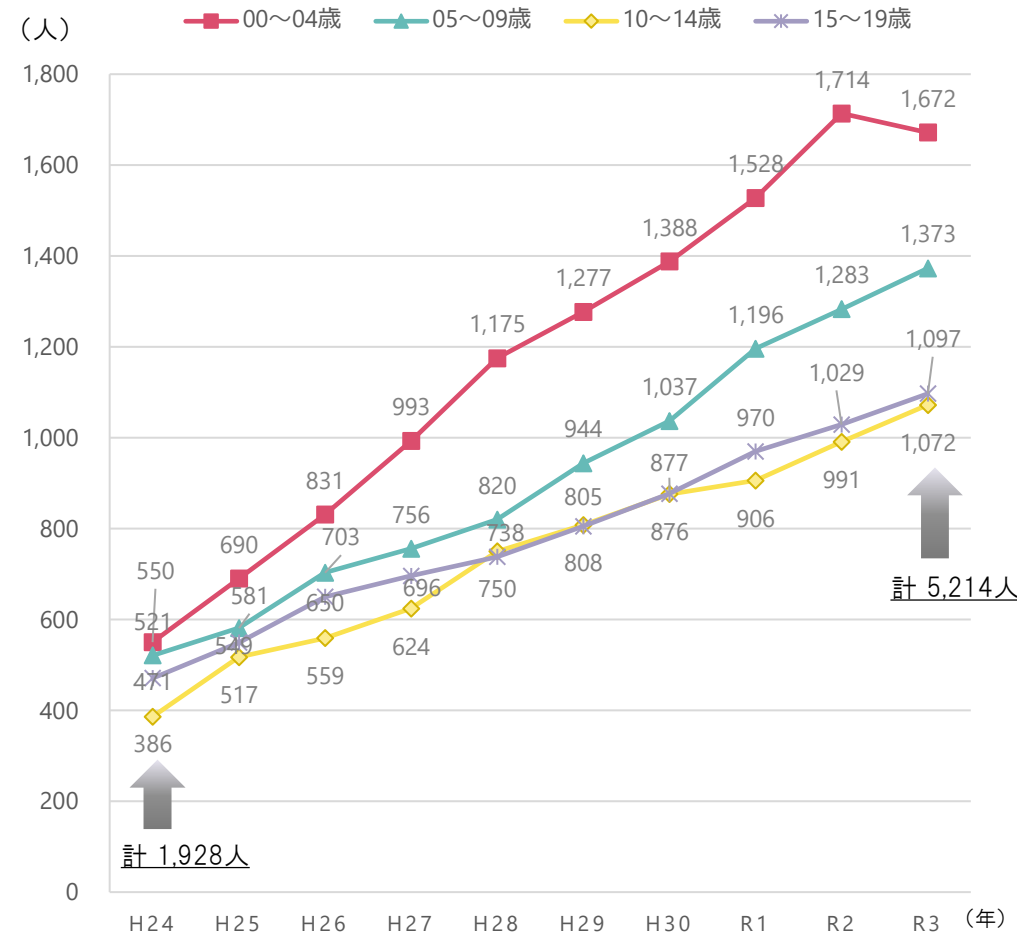
意見交換 資料－３参考－１
R 5 . 3 . 1 5

- 年齢階級別の医療的ケア児数は、低年齢ほど人数が多く、0～4歳が最も多い。
- 人工呼吸器を必要とする児数は、直近９年で約2.7倍に増加し、0～4歳が最も多い。

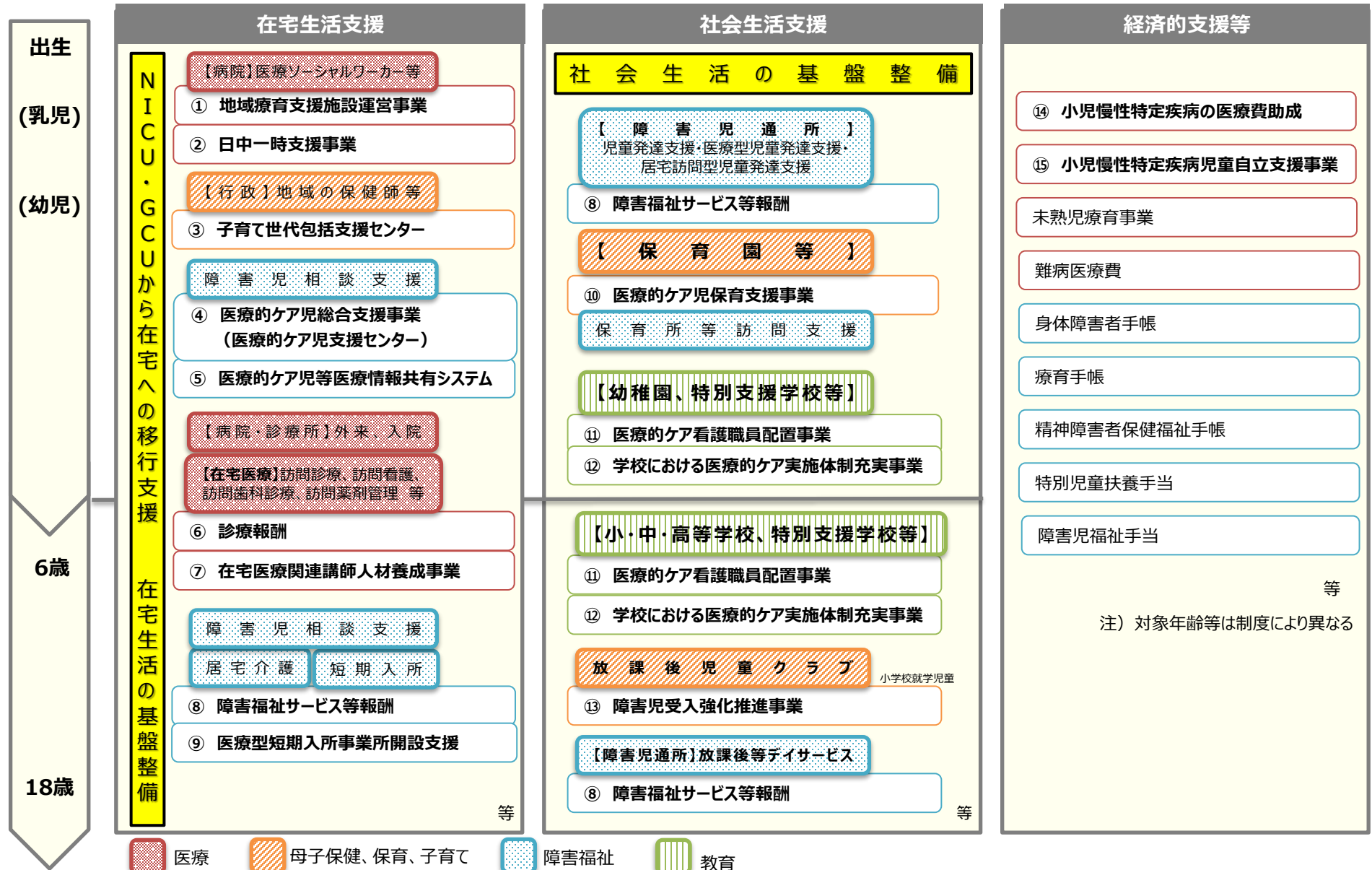
■ 年齢階級別の医療的ケア児数の年次推移（推計）



■ 年齢階級別の人工呼吸器を必要とする児数※の年次推移（推計）



在宅における医療的ケア児とその家族を支えるため、NICU・GCUから在宅へ円滑に移行するための支援や地域における生活の基盤整備等の在宅生活支援、医療的ケア児を受け入れる障害児通所、保育園、学校等の基盤整備といった社会生活支援、経済的支援等の取組が実施されている。



医療的ケア児への支援方針

疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について

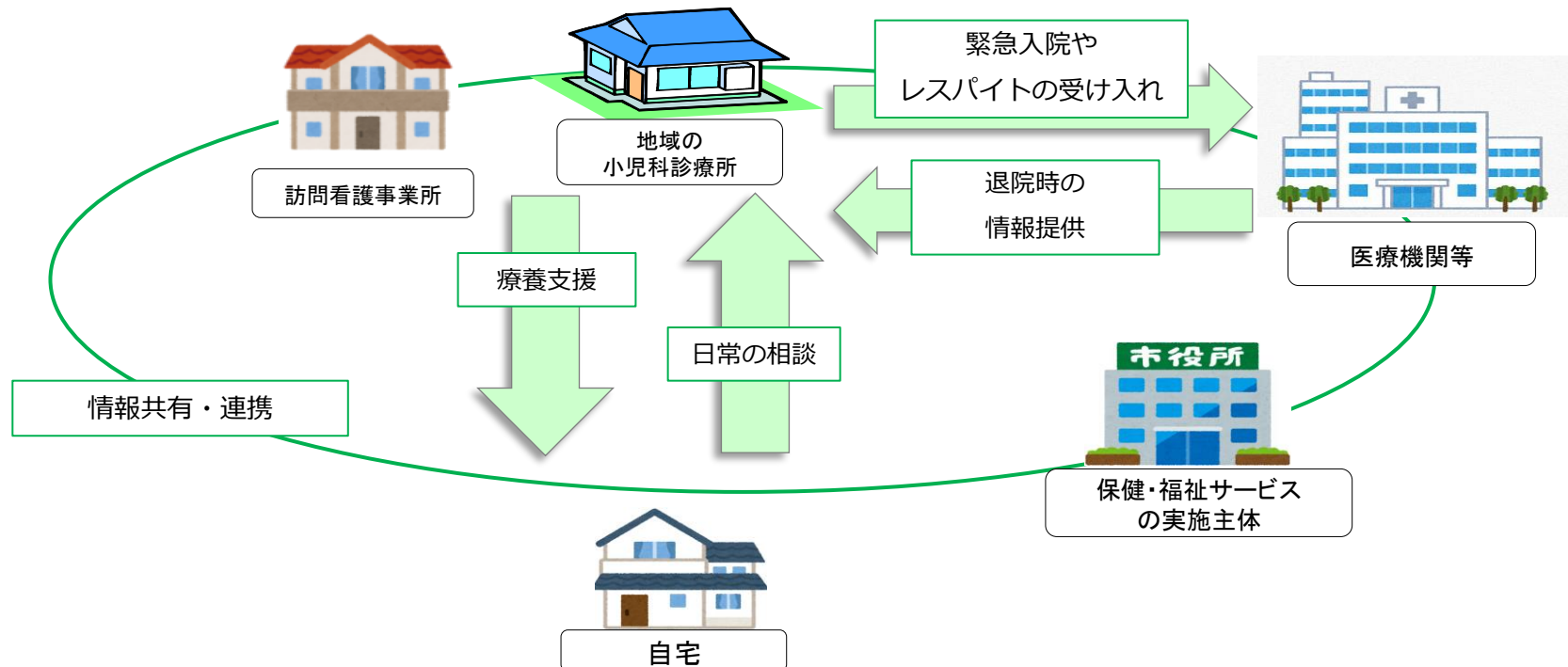
(令和5年医政地発0331第14号)

小児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 目指すべき方向

(4) 療養・療育支援が可能な体制

- ① 医療的ケア児が入院する医療機関において、児の入院後、現在の病状及び今後予想される状態等について家族等と話し合いを開始し、退院後の療養上必要な事項について説明するとともに、退院・転院後の療養生活を担う医療機関や訪問看護事業所等との連絡や調整、福祉サービスの導入に係る支援等を行う体制
- ② 退院後の医療的ケア児等の緊急入院に対応できる体制
- ③ 退院後の医療的ケア児等の保護者の負担を軽減するための、レスパイト等の受入れ体制



テーマ1: 地域包括ケアのさらなる推進のための医療・介護・障害サービスの連携②

3) 医療・介護と障害福祉サービスとの連携

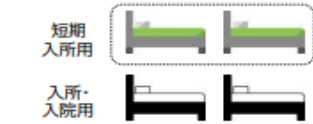
- 障害福祉サービスでも医療ニーズが非常に高まっており、体制整備も含め医療と福祉の連携は喫緊の課題。口腔健康管理や歯科医療の提供、薬剤管理も同様に医療と障害福祉サービスの連携が必要。
- 医療的ケア児への対応について現場で最も問題となるのはレスパイトケアであり、医療的ケア児のレスパイトに係る必要十分な体制を構築することが重要。
- 既に共同指導や情報提供の評価は多数あるため、一つ一つの連携を評価するというよりも、全体の枠組みとしてどのように連携を担保するのが重要。

(2) 医療・介護連携を推進するために必要な主治医と介護支援専門員の連携

- 介護支援専門員は既に利用者の様々な情報(例: 家族や人間関係、資産状況、本人・家族の希望、趣味、嗜好、生活習慣等)を持っており、その情報に基づき課題を分析し目標を立て、サービスの利用や社会資源の活用も含めマネジメントしている。ここに、医療の情報や医師の意見等を適切に活かすことにより、より合理的なケアマネジメントができる。
- 各専門職は多忙であり、情報伝達のをいつでも設定できるものではないため、ICTの活用による連携は有効。また、多忙な中連携を促進するため、医療機関側は連携室が窓口になるとスムーズに進むのではないかな。
- ケアマネジャーが医療的な知識を持つことは大切だが、それよりも主治医との連携をするほうがさらに重要。主治医意見書において医学的管理の必要性の項目にチェックをしても、ケアプランに反映されていないという意見も多い。特にリハビリテーションの重要性は、もう少し認識を高めていく必要があるのではないかな。

障害福祉サービスにおける「医療型短期入所サービス」

中医協 総-6
5. 5. 17

		併設型	空床利用型
対象者		<重症心身障害児者等> ・ 区分6に該当し、気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理を行っている者 ・ 区分5以上に該当し、進行性筋萎縮症に罹患している者又は重度の知的障害及び重度の肢体不自由が重複している者 等 <その他> ・ 重症心身障害児者等に該当しない場合であって、区分1以上に該当し、厚生労働大臣が定める基準に適合すると認められた遷延性意識障害者等又はこれに準ずる者（難病を含む） ・ 区分1以上に該当し、筋萎縮性側索硬化症等の運動ニューロン疾患の分類に属する疾患を有する者	
サービス内容		病院等に短期間の入所をさせ、入浴、排せつ及び食事の介護その他の必要な支援	
実施主体		病院、有床診療所、介護老人保健施設、介護医療院、無床診療所（日中の受入のみ）※法人格のない病院、診療所も可	
ショートステイ用の居室の設定		あり 入所・入院用のベッドのうち、ショートステイ用のベッドを常時確保する 	なし 空いている入所・入院用ベッドを、ショートステイで使用する 
人員基準	従業者	本体施設の利用者及び短期入所の利用者数の合計数を当該施設の利用者数とみなした上で、 本体施設として必要とされる数以上	
	管理者	管理者は原則として、専ら医療型短期入所事業所の管理業務に従事する（支障がないときは、他の職務との兼務が可能）	
設備基準		本体施設の設備を利用することにより、短期入所の効果的な運営が図られ、本体施設と短期入所のサービス提供に支障がない場合は、 本体施設の設備をショートステイで利用できる	空床を利用する 本体施設で必要とされる設備を有することで問題ない
報酬単価	基本報酬	・ 医療型短期入所サービス費(Ⅰ)～(Ⅲ)(宿泊を伴う場合) 1,747単位～3,010単位 区分6の気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理を行っている者、重症心身障害児・者等に対し支援を行う場合 ・ 医療型特定短期入所サービス費(Ⅰ)～(Ⅲ)(宿泊を伴わない場合)、(Ⅳ)～(Ⅵ)(宿泊のみの場合) 1,266単位～2,835単位 医療型短期入所サービス費と同様の対象者に対し支援を行う場合	
	主な加算	<緊急短期入所受入加算> 270単位 緊急時の受入れを行った場合 <特別重度支援加算> 120単位～610単位 医療ニーズの高い障害児・者に対する計画的な医療的管理や療養上必要な措置を行った場合	

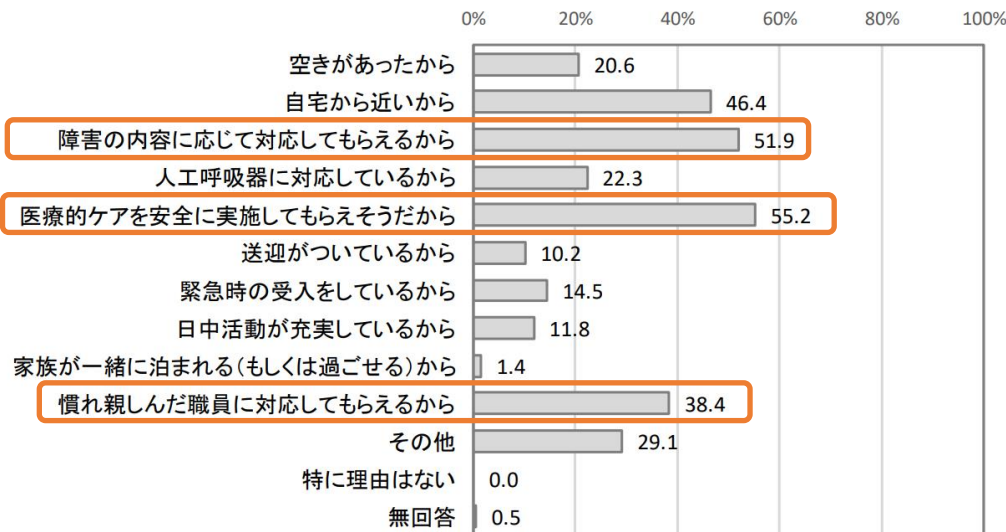
医療型短期入所サービス利用中の者に対し、診療報酬で算定可能な処置等

(1) 経皮的動脈血酸素飽和度測定、(2) 終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定、(3) 中心静脈注射、(4) 植込み型カテーテルによる中心静脈注射、(5) 鼻マスク式補助換気法、(6) 体外式陰圧人工呼吸器治療、(7) 人工呼吸、(8) 膀胱洗浄、(9) 後部尿道洗浄、(10) 留置カテーテル設置、(11) 導尿、(12) 介達牽引、(13) 矯正固定、(14) 変形機械矯正術、(15) 消炎鎮痛等処置、(16) 腰部又は胸部固定帯固定、(17) 低出力レーザー照射、(18) 鼻腔栄養

医療型短期入所を利用する上での事業所の選定理由や利用にあたっての不安等

- 医療型短期入所を利用した家族等が当該事業所を利用した理由としては、「医療的ケアを安全に実施してもらえそうだから」が55.2%、「障害の内容に応じて対応してもらえるから」が51.9%、「慣れ親しんだ職員に対応してもらえるから」が38.4%となっていた。

■ この事業所を利用した理由 (n=422) (複数回答)



【調査概要】

○調査対象

事業所票：2019年3月に、医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定した短期入所事業所

利用者票：上記事業所の短期入所サービスを、調査期間中に利用している本人やその家族、もしくは支援されている方

○調査実施期間

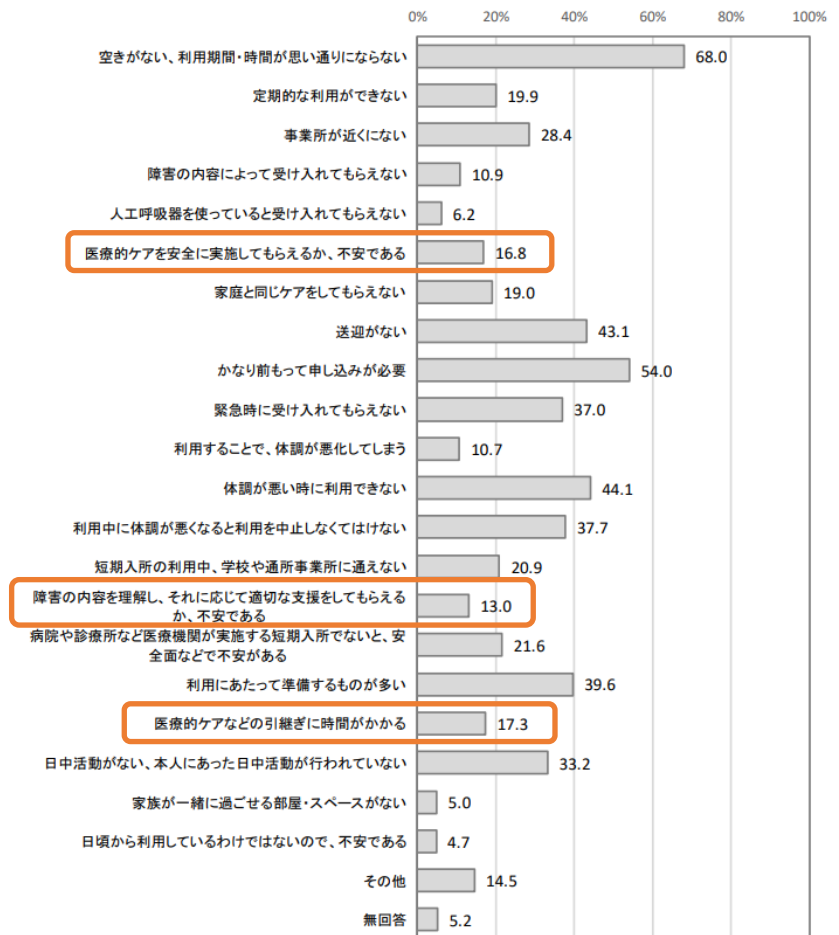
調査票の発送：令和元年9月4日、回収×切：令和元年10月31日

○回収状況

事業所票：配布363件、有効回収数250件（有効回収率68.9%）

利用者票：有効回収数422件（1事業所につき最大5名の利用者を対象に配布）

■ これまでのサービス利用で、不便・不安と感じたこと (n=422) (複数回答)



※上記の中で医療サービスに関連したものを枠で囲っている。

1.小児医療について

1－1 小児医療の現状等について

1－2 小児外来医療について

1－3 小児入院医療について

1－4 小児高度急性期医療体制について

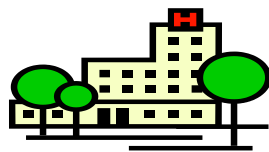
1－5 医療的ケア児について

1－6 小児の緩和ケア医療について

2.周産期医療について

わが国における専門的緩和ケア

中 医 協 総 - 1
2 9 . 1 0 . 4



- ・医療従事者の求めに応じて、専門的な緩和ケアを提供することが目的。
- ・多職種で構成されるチームによって、緩和ケア病棟以外で実施する。

すべてのがん診療連携拠点病院に設置を義務付け



緩和ケア病棟

- ・症状緩和、終末期ケア等が目的。
- ・緩和ケア病棟でケアを専門的・集中的に提供する。

緩和ケアチーム

入院医療

在宅医療

- ・在宅での症状緩和、終末期ケア等が目的。
- ・訪問診療・看護・介護を中心として行われる。

- ✓ 医療用麻薬による痛みの治療、副作用対策、残薬管理
- ✓ 胸水・腹水等の処置
- ✓ 急変時の対応等

在宅緩和ケア



（現状・課題）

人生の最終段階における療養場所として、一定数のがん患者が自宅や地域で過ごすことを希望している中、小児・AYA世代のがん患者の在宅での療養環境の整備が求められている。AYA世代のがん患者は、利用できる支援制度に限りがある等の理由から、在宅で療養することを希望しても、患者やその家族等の身体的・精神心理的・経済的な負担が大きいことが指摘されている。これに対して、いわゆる「こどもホスピス」など独自の支援を行っている地方公共団体や民間団体等も複数存在しているが、その実態については明らかではないことから、その把握に向けた取組に着手している。

（取り組むべき施策）

国は、小児・AYA世代のがん患者の療養環境の課題等について実態把握を行い、診断時からの緩和ケア提供体制や在宅療養環境等の体制整備について、関係省庁と連携して検討する。

小児がん対策のこれまでの経緯

平成24年5月-6月	小児がん医療・支援のあり方に関する検討会（計3回）開催
平成24年6月	第2期がん対策推進基本計画閣議決定
平成24年9月	小児がん医療・支援のあり方に関する検討会 報告書とりまとめ
平成25年2月	小児がん拠点病院選定（15施設）
平成26年2月	小児がん中央機関選定（2施設）
平成27年12月	「がん対策加速化プラン」策定
平成29年12月- 平成30年4月	小児・AYA世代のがん医療・支援のあり方に関する検討会（計3回）開催
平成30年4月	小児・AYA世代のがん医療・支援のあり方に関する検討会 報告書とりまとめ
平成30年3月	第3期がん対策推進基本計画閣議決定
平成30年7月	小児がん拠点病院等の整備に関する指針を改定
平成31年2月	小児がん拠点病院の指定に関する検討会開催
平成31年4月	新たな整備指針に基づき、小児がん拠点病院を改選（15施設） 小児がん拠点病院が、小児がん連携病院選定
令和4年8月	小児がん拠点病院等の整備に関する指針を改定
令和4年12月	小児がん拠点病院の指定に関する検討会開催
令和5年3月	第4期がん対策推進基本計画閣議決定
令和5年4月	新たな整備指針に基づき、小児がん拠点病院を改選（15施設）

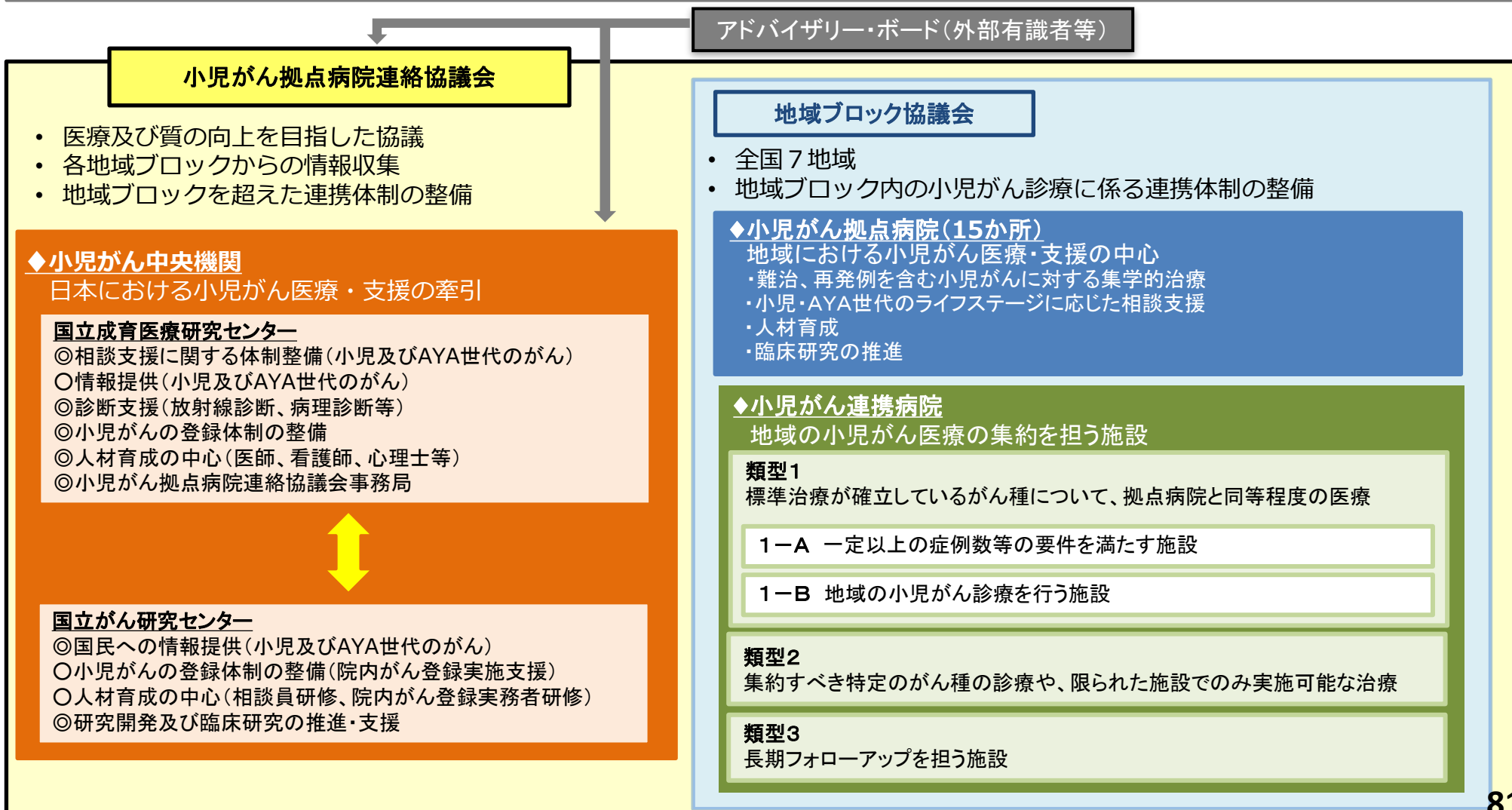
- ★ 小児がん中央機関
全国に2施設配置
- 小児がん拠点病院
全国に15施設配置



(※) 国立成育医療研究センターは中央機関かつ拠点病院

小児がん拠点病院等の全体像（令和4年8月 整備指針）

- 「小児がん中央機関」は、指定の検討会の意見を踏まえ、厚生労働大臣が指定する。
- 「小児がん拠点病院」は、指定の検討会の意見を踏まえ、厚生労働大臣が指定する。
- 「小児がん連携病院」は、地域ブロック協議会の意見を踏まえ、小児がん拠点病院が指定する。
（「類型1-A」「類型1-B」「類型2」「類型3」の4類型ある。）



小児に対する終末期ケア

- 小児に対する緩和ケアも含めた終末期ケアは、成人と比較し、きょうだいを含む家族への支援がより求められている。

小児がん看護ケアガイドライン 第15章：終末期ケア

<ケアの指針>

- どこにいても、どんなときでも、子どもらしく過ごし、家族も子どもとのかけがえのない時間を感じ、穏やかな最期の時を迎えられることを支える
- 小児がんをもつ子どもの身体的、心理社会的、スピリチュアル、さらに家族の苦痛を予防すること、あるいは苦痛を評価し、緩和する
- 子どもの認識、考え、気持ちや、子どもと家族がどうありたいと考えているか、どのように体験を感じているかという子どもと家族自身の感覚に着目する
- 子どもと家族が、それぞれの意向にそった終末期の治療や生活に関連するさまざまな選択ができるように支える
- 子どもが亡くなった後の両親、きょうだいへのケアにつながる関わりを大切にする
- 終末期ケアは、終末期になって始まるものではなく、診断後の継続した子ども、家族、医療チームとのかかわりの中で行われていくものであり、治療過程で形成された子どもと家族、医療チームの信頼関係が基盤となることを認識する

小児の緩和ケアに係る診療報酬上の評価について

・ 緩和ケア病棟入院料

- 緩和ケア病棟は、主として苦痛の緩和を必要とする悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者を入院させ、緩和ケアを行うとともに、外来や在宅への円滑な移行も支援する病棟であり、当該病棟に入院した緩和ケアを要する悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者について算定する。
- 悪性腫瘍の患者及び後天性免疫不全症候群の患者以外の患者が、当該病棟に入院した場合には、一般病棟入院基本料の特別入院基本料を算定する。

A310

1 緩和ケア病棟入院料1

30日以内 5,107点 31日以上60日以内 4,554点 61日以上 3,350点

2 緩和ケア病棟入院料2

30日以内 4,870点 31日以上60日以内 4,401点 61日以上 3,298点



緩和ケア疼痛評価加算 100点
緩和ケア病棟入院料を算定する病棟に入院している疼痛を有する患者に対して、**疼痛の評価その他の療養上必要な指導を行った場合に緩和ケア疼痛評価加算として、1日につき100点を所定点数に加算する。**

・ 緩和ケア診療加算

- 一般病床に入院する悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群又は末期心不全の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、当該患者の同意に基づき、症状緩和に係る専従のチームによる診療が行われた場合に算定する。

A226-2 緩和ケア診療加算

390点（1日につき）



小児加算 100点

15歳未満の小児患者に対し、当該指導管理を行った場合に算定する。

・ がん拠点病院加算

- がん診療の拠点となる病院等において、別の保険医療機関等からの紹介により入院した悪性腫瘍と診断された患者について、入院初日に限り所定点数に加算する。

A232 がん拠点病院加算(入院初日)

1 がん診療連携拠点病院加算

イ がん診療連携拠点病院 500点（入院初日）ロ 地域がん診療病院 300点（入院初日）

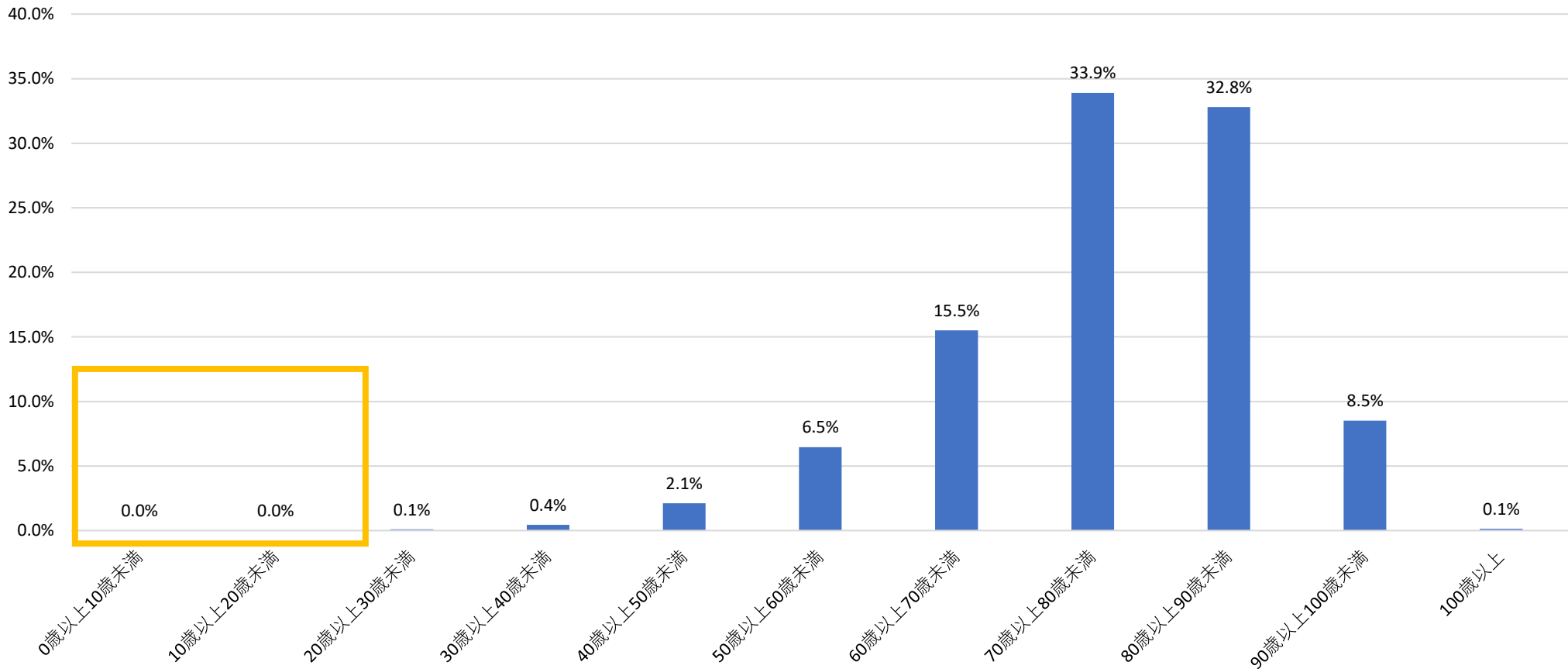
2 小児がん拠点病院加算 750点（入院初日）

緩和ケア病棟に入院する患者の年齢について

- 緩和ケア病棟に入院した患者の、入院時年齢の分布は以下のとおり。
- 「20歳未満」の患者はほとんどいなかった。

令和4年1月から9月緩和ケア病棟入院時年齢区分別患者割合

DPCデータ全体421施設(n=59837)



1.小児医療について

1－1 小児医療の現状等について

1－2 小児外来医療について

1－3 小児入院医療について

1－4 小児高度急性期医療体制について

1－5 医療的ケア児について

1－6 小児の緩和ケア医療について

2.周産期医療について

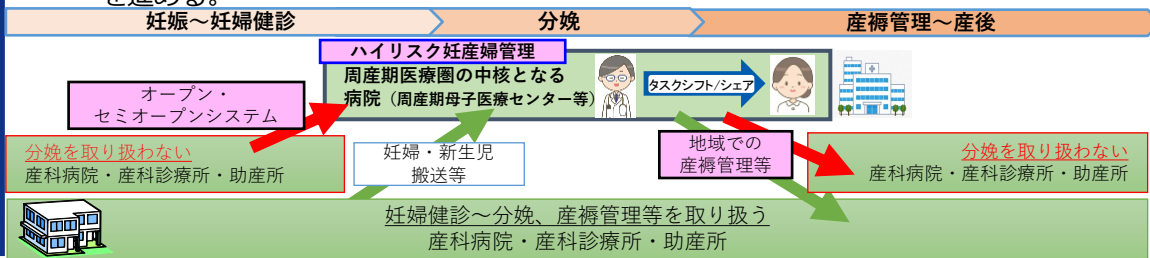
周産期の医療体制（第8次医療計画の見直しのポイント）

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。

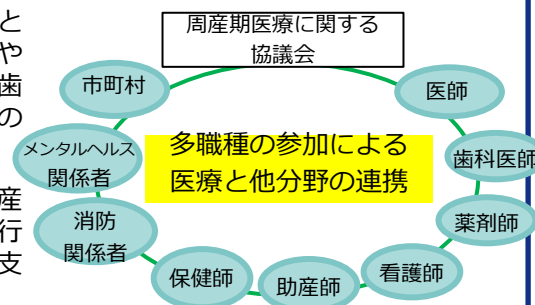
周産期医療の集約化・重点化

- 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

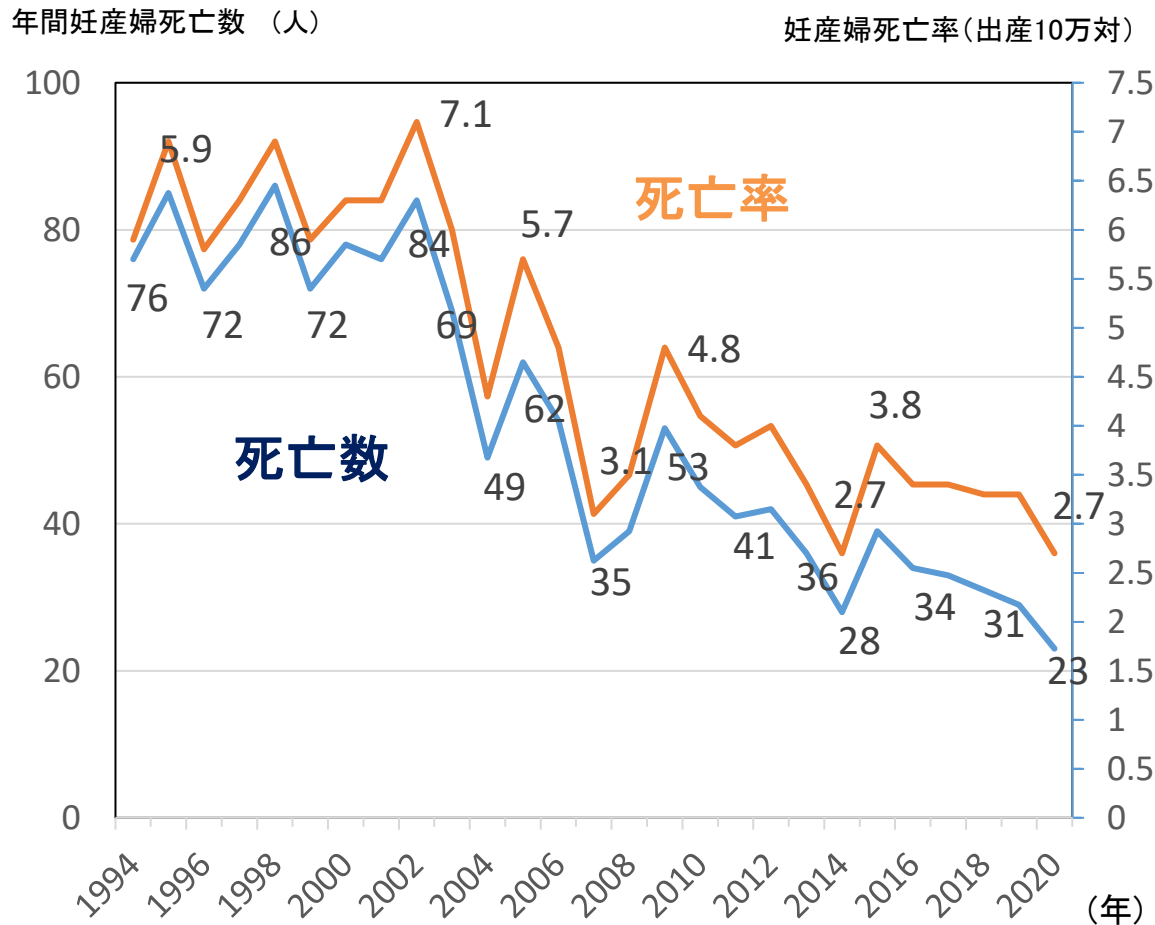
- 周産期医療関連施設は、NICU長期入院児等が自宅に退院する前に、当該施設の一般病棟や地域の医療施設への移動等の段階を経ることにより、医療的ケア児の生活の場における療養・療育への円滑な移行を支援する。

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。

妊産婦死亡者数の推移（1994～2020年）

- 妊産婦死亡数は年々減少しており、2020年（令和2年）には、23例/年。
- 本邦における周産期死亡率、妊産婦死亡率は諸外国と比較し低率であり、世界において最も安全なレベルの周産期医療体制を提供している。



出典：厚生労働省「人口動態調査」

	周産期死亡率	妊産婦死亡率
日本*	3.2	2.7
カナダ	5.8	6.0
アメリカ	6.0	28.7
フランス	11.8	4.7
ドイツ	5.6	3.3
イタリア	3.8	3.3
オランダ	4.8	3.5
スウェーデン	4.7	0.9
イギリス	6.6	4.5
オーストラリア	2.9	2.6
ニュージーランド	4.9	17.0

*国際比較のため、周産期死亡は変更前の定義（妊娠満28週以降の死産数と早期新生児死亡数を加えたものの出生千対）を用いている。また、妊産婦死亡は出生10万対を用いている。

出典：厚生労働省「人口動態統計（令和2年）」、WHO「World Health Statistics Annual」、UN「Demographic Yearbook」

- 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

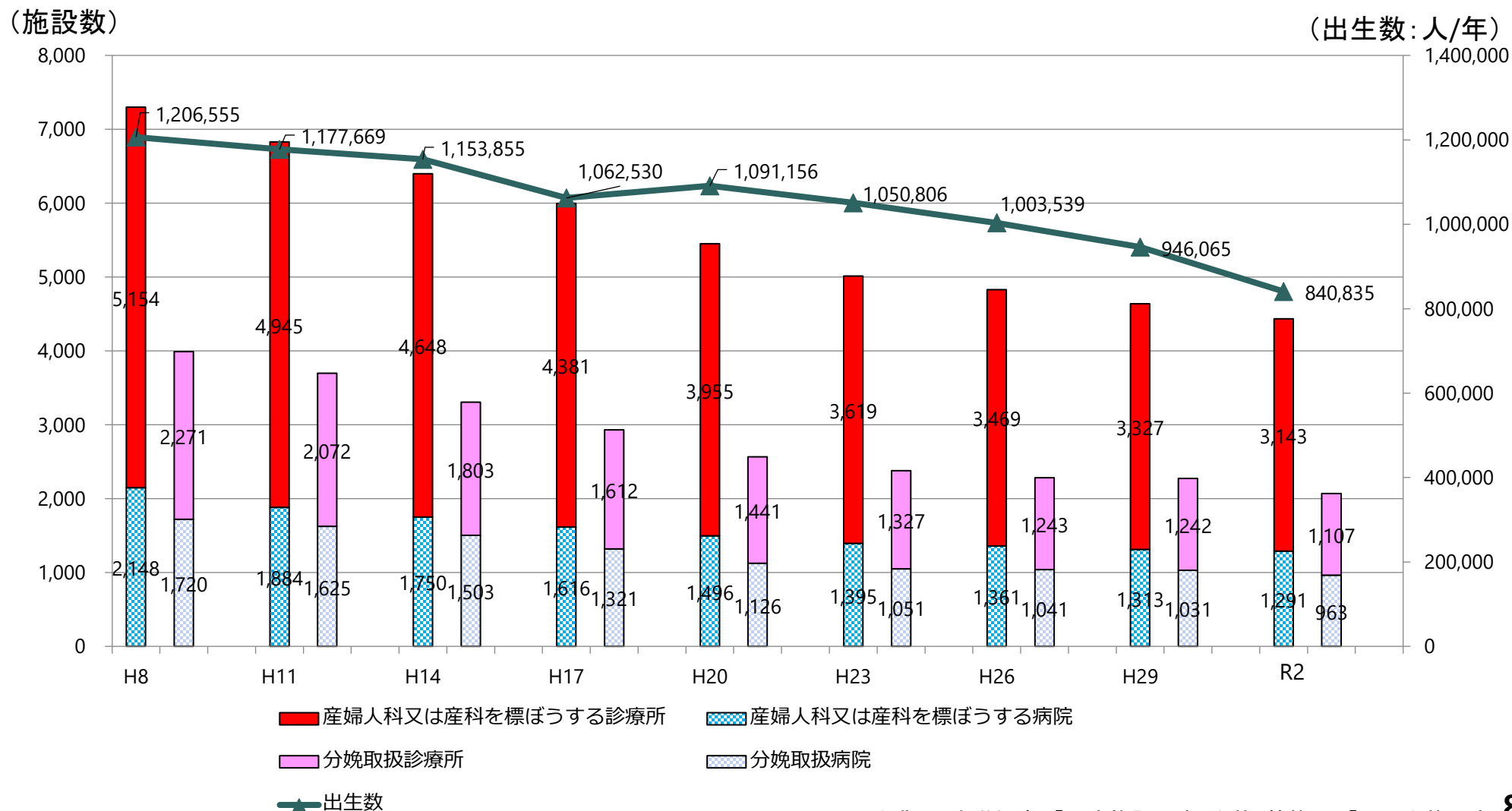
主に低リスク分娩を扱う医療機関（一般病院、診療所、助産所）

- 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

産婦人科を標榜する医療機関数と分娩取扱実績医療機関数の推移

- 産婦人科又は産科を標榜していても、実際に分娩を取り扱うとは限らない。
- 出生数は減少しており、併せて分娩を取り扱う医療機関も減少している。
- 分娩を取り扱っていない施設の割合は、病院において25%、診療所において65%と、診療所の方が高い。



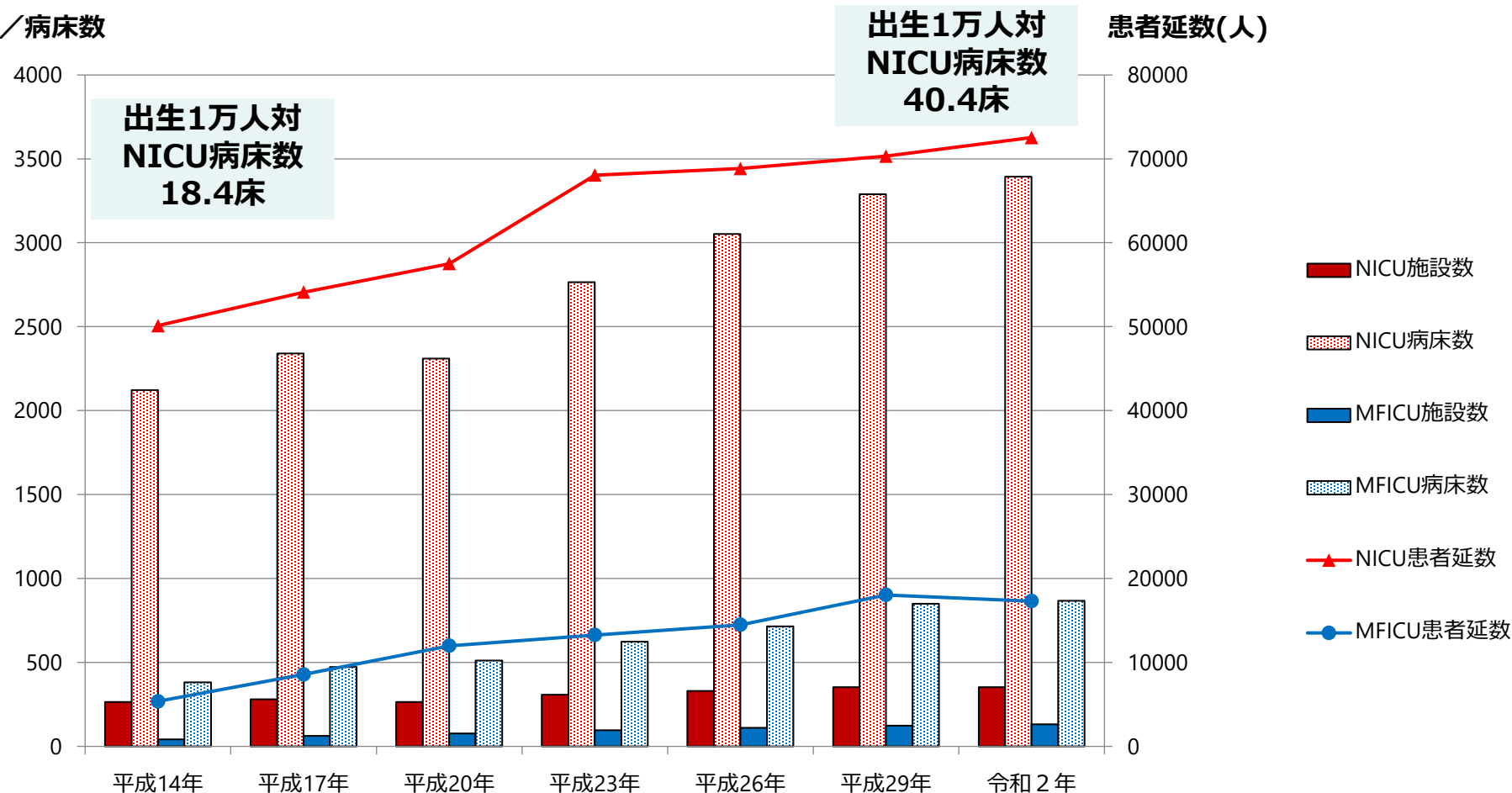
NICU(新生児集中治療室)・MFICU(母体・胎児集中治療室)の病床数と患者延数の推移

第11回第8次医療計画
等に関する検討会
令和4年7月27日

資料
1

- NICU及びMFICUの施設数、病床数は増加してきている。
- NICU患者延数は近年もやや上昇傾向にあるが、MFICU患者延数については近年横ばいからやや減少してきている。
- NICU病床数については、平成27年少子化対策大綱において、出生1万人対25～30床という目標が示され、平成29年には全都道府県で目標を達成した。令和2年度のNICU病床数は出生1万人対40.4床と大幅に目標値を上回っている。

施設数／病床数

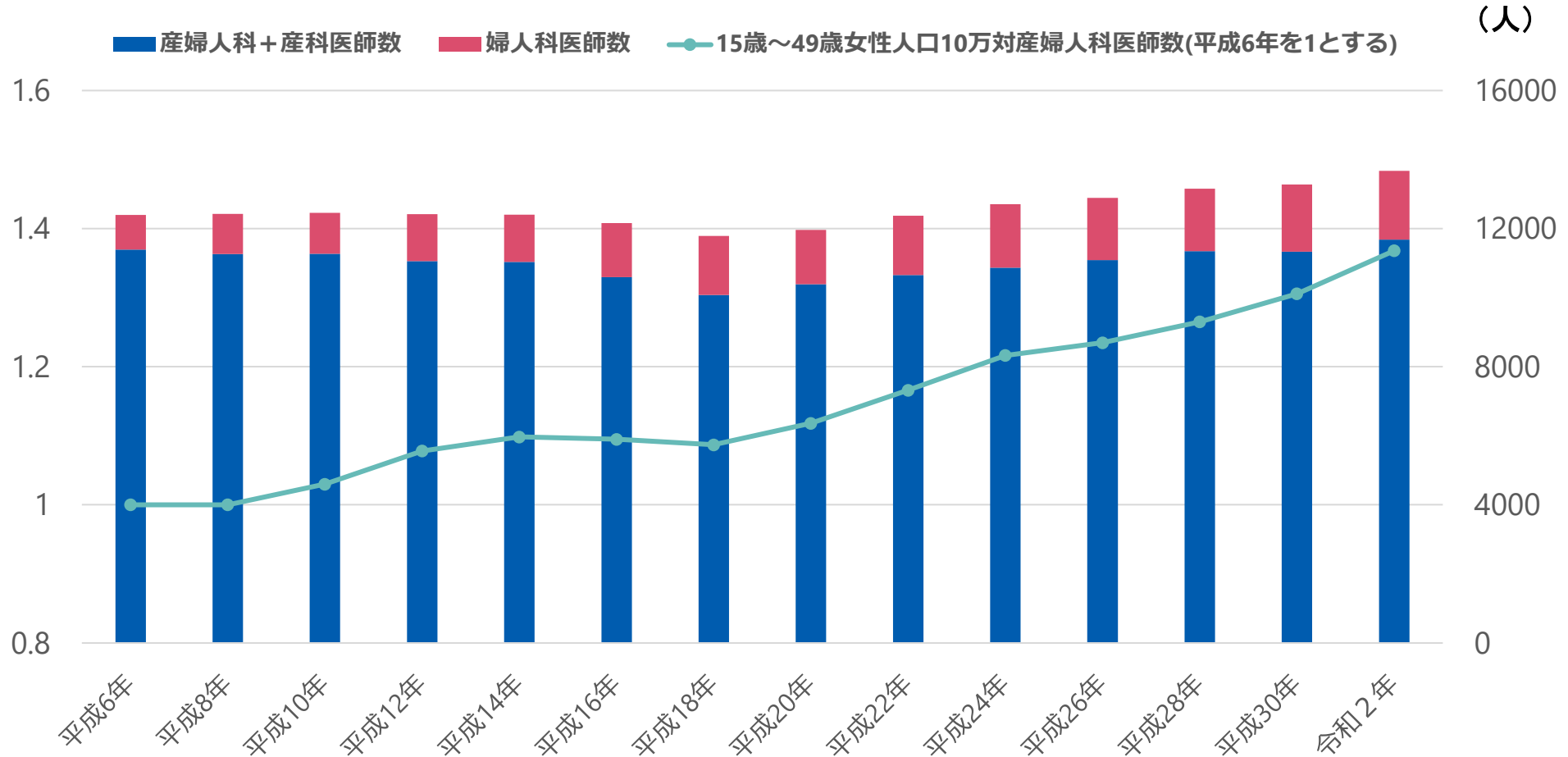


出典：厚生労働省 「医療施設（静態・動態）調査」

※ 患者延数は9月中の患者数

産婦人科医師数の推移

- 産婦人科と婦人科の医師数の合計は近年徐々に増加している。
- 令和2年における15～49歳女性人口に対する産婦人科医数は、平成6年の約1.4倍となっている。



※1……各年の人口は、総務省統計局発表の10月1日現在推計人口を、平成12・22年については、国勢調査を用いた

※2……平成18年に「臨床研修医」という項目が新設された

周産期医療の集約化・重点化に向けた取り組み (タスク・シフト/シェア)

第11回第8次医療計画
等に関する検討会
令和4年7月27日

資料
1

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を軽減する。「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要因。
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发出。
- 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

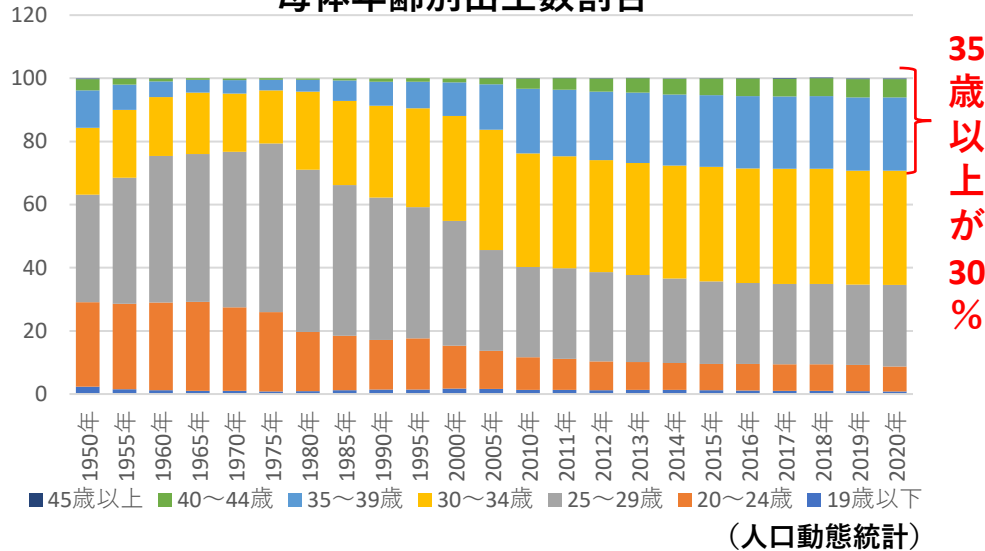


ハイリスク妊産婦の増加

第11回第8次医療計画等
に関する検討会
(令和4年7月27日)参考資料4
(一部改変)

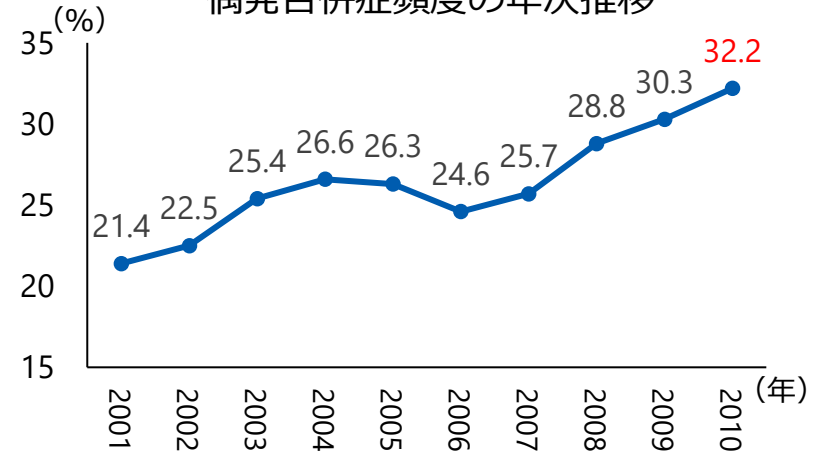
①高年齢出産の増加

母体年齢別出生数割合



②妊娠における偶発合併症の増加

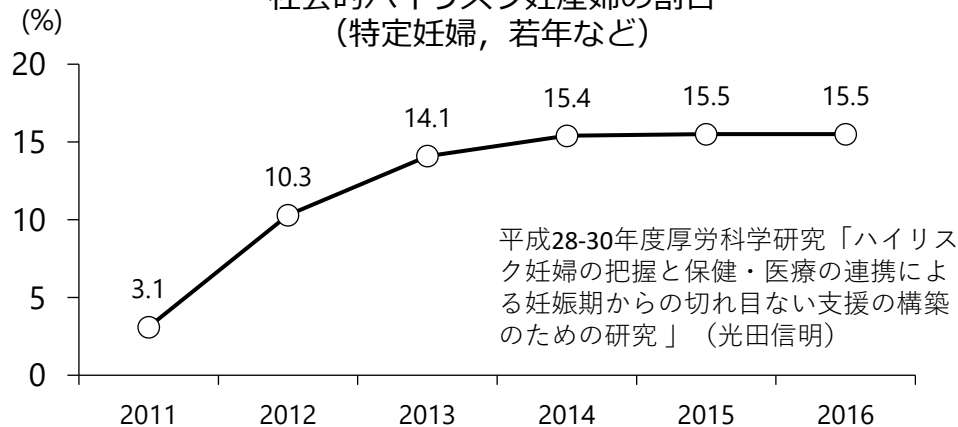
偶発合併症頻度の年次推移



日本産科婦人科学会周産期登録2001～2010年単胎584,378例 (日本医科大学作成)

③社会的ハイリスク妊産婦※の増加

社会的ハイリスク妊産婦の割合
(特定妊婦、若年など)



- 妊婦の高齢化(35歳以上が30%)に伴い、合併症の頻度が増加し3人に1人が何らかのリスクを持つため、ハイリスクな妊産婦、新生児に対応する体制の充実が必要ではないか。
- 社会的なハイリスク妊産婦が増加していることから、これらの妊産婦に対応する体制の強化が必要ではないか。

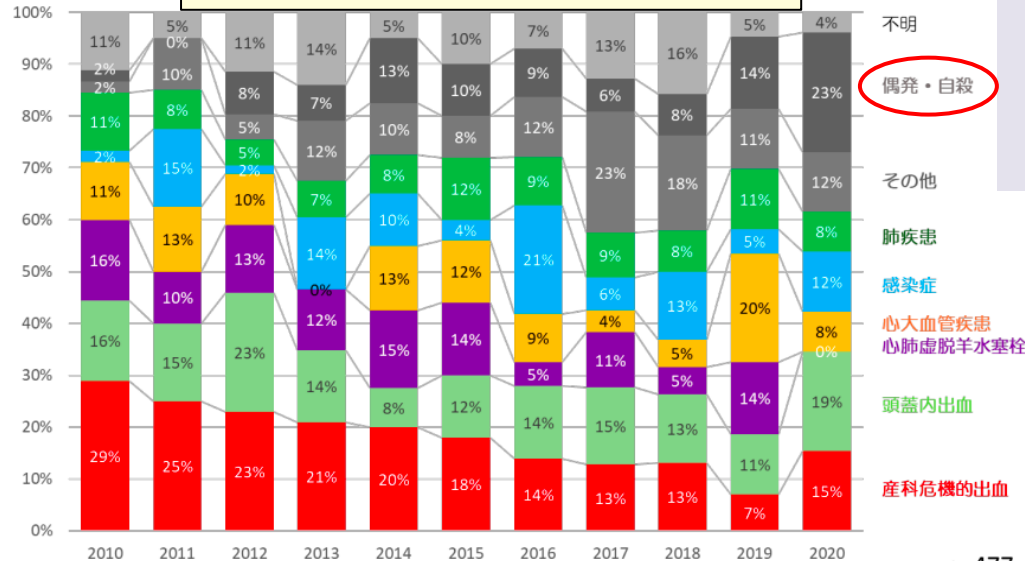
※社会的ハイリスク妊産婦とは、特定妊婦等の妊娠中から家庭環境におけるハイリスク要因を有する妊婦のこと。具体的には不安定な就労等収入基盤が安定しないことや、家族構成が複雑であること等。

メンタルヘルスケアの重要性

第11回第8次医療計画等
に関する検討会
(令和4年7月27日)参考資料4
(一部改変)

④メンタルヘルスケアの重要性増加

妊産婦死亡の原因別頻度の推移 (割合)



日本産婦人科医会 妊産婦死亡症例検討評価委員会令和3年9月「母体安全への提言2020」

n=477

- ・妊産婦死亡は、2010年には産科的危機的出血によるものが3割程度を占めていたが、近年は10%程度まで減少している。
- ・自殺によるものの割合が増加している。
- ・メンタルヘルス介入が必要な妊産婦は4%程度。(全数換算で3万人程度)
- ・周産期母子医療センターにおいても、常時妊産婦の精神疾患に対応できる医療機関は4割以下である。

自施設内で合併症に対し24時間対応可能である
周産期母子医療センターの割合 (%)

脳血管疾患		心血管疾患		外傷	精神疾患
脳血管手術	脳血管内治療	心臓カテーテル検査・治療	心臓血管手術		
75.6	73.1	79.9	64.8	78	37

令和3年度周産期医療体制調査

精神疾患は常時自施設内で対応できる施設が少ない

施設ごとの分娩数とメンタルヘルス介入必要割合

	回答施設数	分娩数	要介入数	頻度 (%)
病院	338	20385	1108	5.4
診療所	735	18510	443	2.4
合計	1073	38895	1551	4.0

流産、死産後のメンタルケアは重要

流産、死産等を経験した女性やその家族に対しての相談窓口の設置
都道府県：100%、市町村：85.9%

令和3年子ども・子育て支援推進調査研究事業「子どもを亡くした家族へのグリーフケアに関する調査研究」

- 妊産婦の死亡原因として自殺が増加傾向であることから、周産期母子医療センターにおいては、当該施設が精神科を有さない場合は連携して対応する協力医療施設を定め、精神疾患を合併する妊産婦についても対応可能な体制を整えることが必要ではないか。
- 流産、死産等を経験した女性等への支援について、地域で共有し、医療機関への周知を行う等により適切に提供できるようにするべきではないか。

平成28-30年度厚労科学研究「ハイリスク妊婦の把握と保健・医療の連携による妊娠期からの切れ目ない支援の構築のための研究」(光田信明)
要介入数：回答した各施設により、精神疾患の既往、抑うつ等症状の有無等を元に介入必要と判断されたもの。

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	7,381点 (1日につき・14日を限度)	10,539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、必要があつ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	- 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。 - 専任の医師が常時治療室内に勤務している(ただし、看護師と連携をとって一時的に離れることは可能)。 - 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、同時帯は治療室以外での当直勤務／夜勤を併せて行わない。	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、心電計、呼吸循環監視装置、分娩監視装置、超音波診断装置	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
	帝王切開術が必要な場合、30分以内に児の娩出が可能であること。	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。

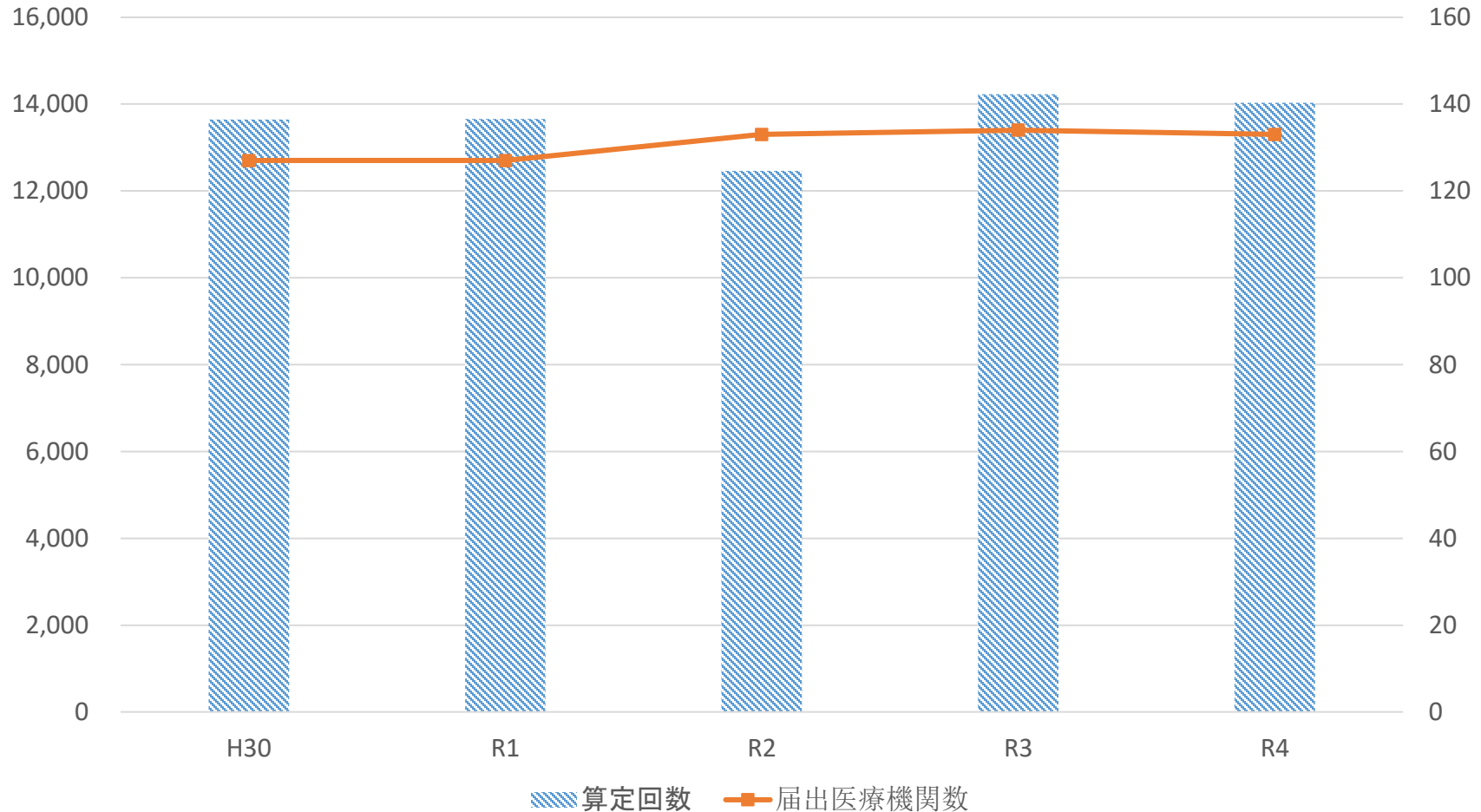
母体・胎児特定集中治療室管理料の算定回数・届出状況

○ 母胎・胎児特定集中治療室管理料算定回数は、令和2年に一時的に減少したが、令和3年に増加した。

(算定回数／月)

母体・胎児特定集中治療室管理料の算定回数・届出状況

(医療機関数)



出典：
(届出医療機関数) 各年7月1日時点の主な施設基準の届出状況
(算定回数) 社会医療診療行為別統計(各年6月審査分)

合併症等により、リスクの高い妊婦に対する入院管理の評価

ハイリスク妊娠管理加算(1日につき) 1,200点

- 合併症を有する妊婦に対する入院中のハイリスク妊娠管理を評価。
- 入院中にハイリスク妊娠管理を行った場合に、1入院に限り20日を限度として加算する。

※ 1入院の期間中に、ハイリスク妊娠管理加算とハイリスク分娩管理加算を併せ、1入院当たり28日を限度として算定できる

※ ハイリスク分娩管理加算を算定する日と同一日に行うハイリスク妊娠管理に係る費用は、ハイリスク分娩管理加算に含まれ、別に算定できない。

【算定要件】

○ 対象患者(保険診療の対象となる合併症を有している次に掲げる疾患等の妊婦。妊婦とは産褥婦を含まない。)

ア 妊娠22週から32週未満の早産の患者 イ 妊娠高血圧症候群重症の患者 ウ 前置胎盤の患者 エ 妊娠30週未満の切迫早産の患者であって、子宮収縮、子宮出血、頸管の開大、短縮又は軟化のいずれかの兆候を示しかつ以下のいずれかを満たすものに限る。 (イ) 前期破水を合併したもの (ロ) 羊水過多症又は羊水過少症のもの (ハ) 経腔超音波検査で子宮頸管長が20mm未満のもの (ニ) 切迫早産の診断で他の医療機関より搬送されたもの (ホ) 早産指数(tocolysis index)が3点以上のもの オ 多胎妊娠の患者 カ 子宮内胎児発育遅延の患者 キ 心疾患の患者 ク 糖尿病の患者	ケ 甲状腺疾患の患者 コ 腎疾患の患者 サ 膠原病の患者 シ 特発性血小板減少性紫斑病の患者 ス 白血病の患者 セ 血友病の患者 ソ 出血傾向のある状態の患者 タ HIV陽性の患者 チ Rh不適合の患者 ツ 当該妊娠中に帝王切開術以外の開腹手術(腹腔鏡による手術を含む。)を行った患者又は行う予定のある患者 テ 精神疾患の患者(当該保険医療機関において精神療法を実施している者又は他の保険医療機関において精神療法を実施している者であって当該保険医療機関に対して診療情報が文書により提供されているものに限る。)
---	---

※ キ〜ソについては、治療中の患者に限る。

※ 急性期一般入院料、地域一般入院料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟、結核病棟、精神病棟)、専門病院入院基本料、有床診療所入院基本料、特定一般病棟入院料を現に算定している患者について、ハイリスク妊娠管理を行った場合に算定する。

【施設基準】

- (1) 産婦人科又は産科を標榜する保険医療機関であること。
- (2) 当該保険医療機関内に、専ら産婦人科又は産科に従事する医師が、1名以上配置されていること。
- (3) 緊急の分娩に対応できる十分な体制及び設備を有していること。
- (4) 公益財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施していること。

合併症等により、リスクの高い妊婦に対する分娩管理の評価

ハイリスク分娩管理加算(1日につき) 3,200点

- 合併症を有する妊産婦に対する入院中のハイリスク分娩管理を評価。
- 分娩を伴う入院中にハイリスク分娩管理を行った場合に、1入院に限り8日を限度として加算する。

※ 1入院の期間中に、ハイリスク妊娠管理加算とハイリスク分娩管理加算を併せ、1入院当たり28日を限度として算定できる

※ ハイリスク分娩管理加算を算定する日と同一日に行うハイリスク妊娠管理に係る費用は、ハイリスク分娩管理加算に含まれ、別に算定できない。

【算定要件】

○対象患者(保険診療の対象となる合併症を有している次に掲げる疾患等の妊産婦。妊産婦には産褥婦を含む。)

ア 妊娠22週から32週未満の早産の患者	コ 心疾患の患者
イ 40歳以上の初産婦である患者	サ 糖尿病の患者
ウ 分娩前のBMIが35以上の初産婦である患者	シ 特発性血小板減少性紫斑病の患者
エ 妊娠高血圧症候群重症の患者	ス 白血病の患者
オ 常位胎盤早期剥離の患者	セ 血友病の患者
カ 前置胎盤(妊娠28週以降で出血等の症状を伴う場合に限る。)の患者	ソ 出血傾向のある状態の患者
キ 双胎間輸血症候群の患者	タ HIV陽性の患者
ク 多胎妊娠の患者	チ 当該妊娠中に帝王切開術以外の開腹手術(腹腔鏡による手術を含む。)を行った患者又は行う予定のある患者
ケ 子宮内胎児発育遅延の患者	ツ 精神疾患の患者(当該保険医療機関において精神療法を実施している者又は他の保険医療機関において精神療法を実施している者であって当該保険医療機関に対して診療情報が文書により提供されているものに限る。)

※ コ～ソについては、治療中の患者に限る。

※ 急性期一般入院料、地域一般入院料、特定機能病院入院基本料(一般病棟、精神病棟)、専門病院入院基本料、有床診療所入院基本料、特定一般病棟入院料を現に算定している患者について、ハイリスク分娩管理を行った場合に算定する。

【施設基準】

- (1) 当該保険医療機関内に、専ら産婦人科又は産科に従事する常勤の医師が、**3名以上配置**されていること。
- (2) 当該保険医療機関内に、常勤の助産師が**3名以上配置**されていること。
- (3) 1年間の分娩件数が120件以上であり、配置医師数及び配置助産師数を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (4) 公益財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施していること。

専門機関との連携分娩管理の評価の新設

地域連携分娩管理加算の新設

- 妊産婦に対するより安全な分娩管理を推進する観点から、有床診療所において、医療機関が総合周産期母子医療センター等と連携して適切な分娩管理を実施した場合について、新たな評価を行う。

ハイリスク分娩等管理加算（1日につき）（8日まで）

- 1 ハイリスク分娩管理加算 3,200点
- (新) 2 地域連携分娩管理加算 3,200点

[対象患者]

次に掲げる疾患等の妊産婦であって、保険医療機関の医師が地域連携分娩管理の必要性を認めたもの。

40歳以上の初産婦である患者	－
子宮内胎児発育遅延の患者	重度の子宮内胎児発育遅延の患者以外の患者であって、総合周産期母子医療センター等から当該保険医療機関に対して診療情報が文書により提供されているものに限る。
糖尿病の患者	2型糖尿病又は妊娠糖尿病の患者（食事療法のみで血糖コントロールが可能なものに限る。）であって、専門医又は総合周産期母子医療センター等から当該保険医療機関に対して診療情報が文書により提出されているものに限る。
精神疾患の患者	他の保険医療機関において精神療法を実施している者であって当該保険医療機関に対して診療情報が文書により提供されているものに限る。

[算定要件]

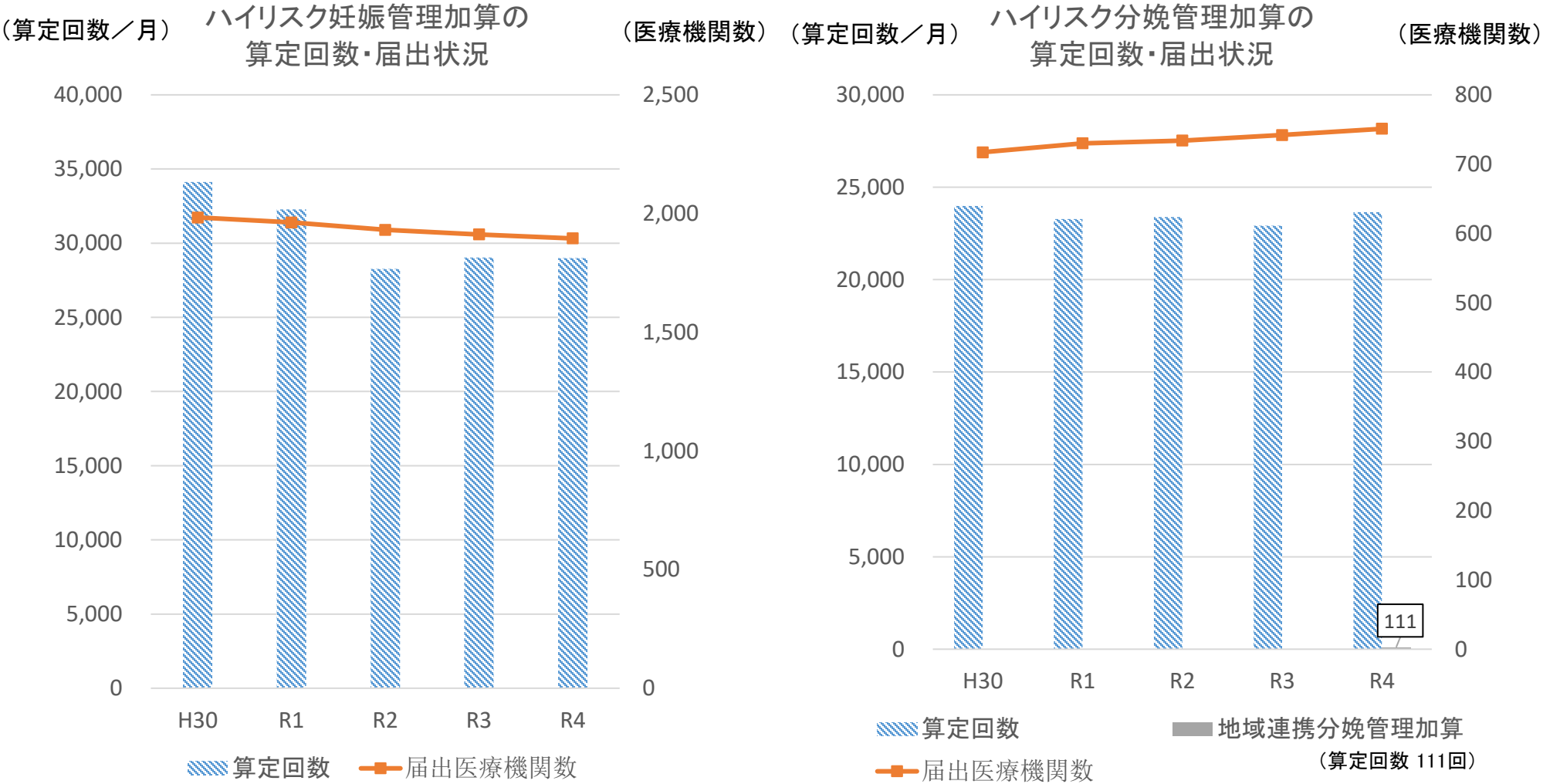
- 地域連携分娩管理加算の算定に当たっては、分娩を伴う入院前に、当該保険医療機関から、連携を行っている総合周産期母子医療センター等に当該患者を紹介し、受診させなければならない。
- 対象患者に該当する妊産婦であっても、当該患者が複数の疾患等を有する場合においては、当該加算は算定できない。

[施設基準の概要]

- (1) 当該保険医療機関内に専ら産婦人科又は産科に従事する常勤医師が3名以上配置されていること。
- (2) 当該保険医療機関内に常勤の助産師が3名以上配置されていること。なお、そのうち1名以上が、医療関係団体から認証された助産師であること。
- (3) 一年間の分娩実施件数が120件以上であり、かつ、その実施件数等を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (4) 当該患者の急変時には、総合周産期母子医療センター等へ迅速に搬送が行えるよう、連携をとっていること。
- (5) 公益財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施していること。

ハイリスク妊娠管理加算・ハイリスク分娩管理加算の算定回数・届出状況

○ ハイリスク妊娠管理加算・ハイリスク分娩管理加算の算定回数・届出状況は以下のとおり。



出典：
(届出医療機関数)各年7月1日時点の主な施設基準の届出状況
(算定回数)社会医療診療行為別統計(各年6月審査分)

胎児が重篤な疾患を有すると診断された妊婦等への支援

- 胎児が重篤な疾患を有すると診断された、又は疑われる妊婦に対して、出生前より十分な情報提供及び必要なケアを切れ目なく行い、当該妊婦及びその家族等が納得して治療の選択等ができるよう、多職種が共同して支援を実施した場合について、新たな評価を行う。

総合周産期特定集中治療室管理料

(新) 成育連携支援加算 1,200点 (入院中1回)

[対象患者]

総合周産期特定集中治療室管理料を算定する病室に入院する患者であって、**胎児が重篤な状態であると診断された、又は疑われる妊婦**。なお、ここでいう胎児が重篤な状態とは「先天奇形」「染色体異常」「出生体重1,500g未満」の状態である。

[算定要件]

- ・妊婦とその家族等に対し、**分娩方針や出生後利用可能な福祉サービス等について、十分な説明**を行うこと。
- ・説明内容は、成育連携チーム及び必要に応じ関係職種が**共同してカンファレンスを行った上で決定**する。
- ・妊婦とその家族等の求めがあった場合には、**懇切丁寧に対応**すること。

[施設基準の概要]

以下から構成される**成育連携チーム**が設置されていること。

- | | |
|---------------|------------------------------------|
| ア 産科又は産婦人科の医師 | エ 5年以上新生児の集中治療に係る業務の経験を有する専任の常勤看護師 |
| イ 小児科の医師 | オ 専任の常勤社会福祉士 |
| ウ 助産師 | カ 専任の常勤公認心理師 |

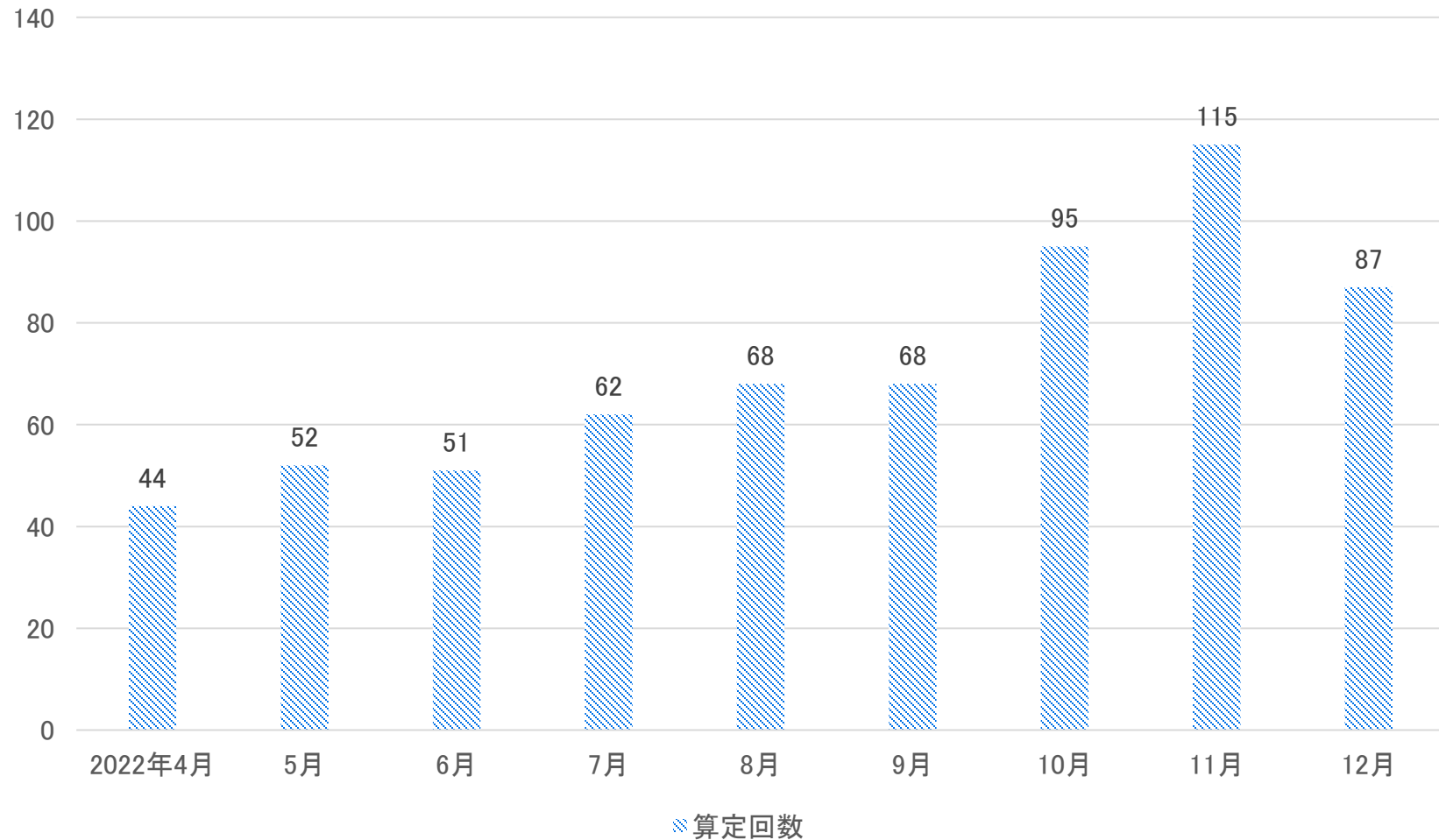


成育連携支援加算の算定状況

○ 成育連携支援加算の算定回数は以下のとおりであり、増加傾向である。

(算定回数／月)

成育連携支援加算の算定回数



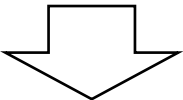
ハイリスク妊産婦連携指導料の見直し

➤ 精神療法が実施されていない患者について、メンタルスクリーニング検査等により多職種による診療や療養上の指導が必要と認められる場合があることを踏まえ、ハイリスク妊産婦連携指導料の対象患者を見直す。

ハイリスク妊産婦連携指導料 1 (産科又は産婦人科)	1,000点 (月 1 回)
-------------------------------	-------------------

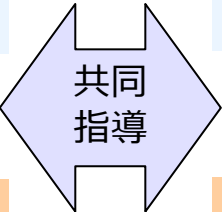
現行

[対象患者]
入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有する妊婦又は出産後 2 月以内であるもの。



改定後

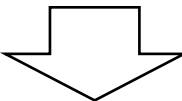
[対象患者]
入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有する又は精神疾患が疑われるものとして精神科若しくは心療内科を担当する医師への紹介が必要であると判断された妊婦又は出産後 2 月以内であるもの。



ハイリスク妊産婦連携指導料 2 (精神科又は心療内科)	750点 (月 1 回)
--------------------------------	-----------------

現行

[対象患者]
入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有する妊婦又は出産後 6 月以内であるもの。



改定後

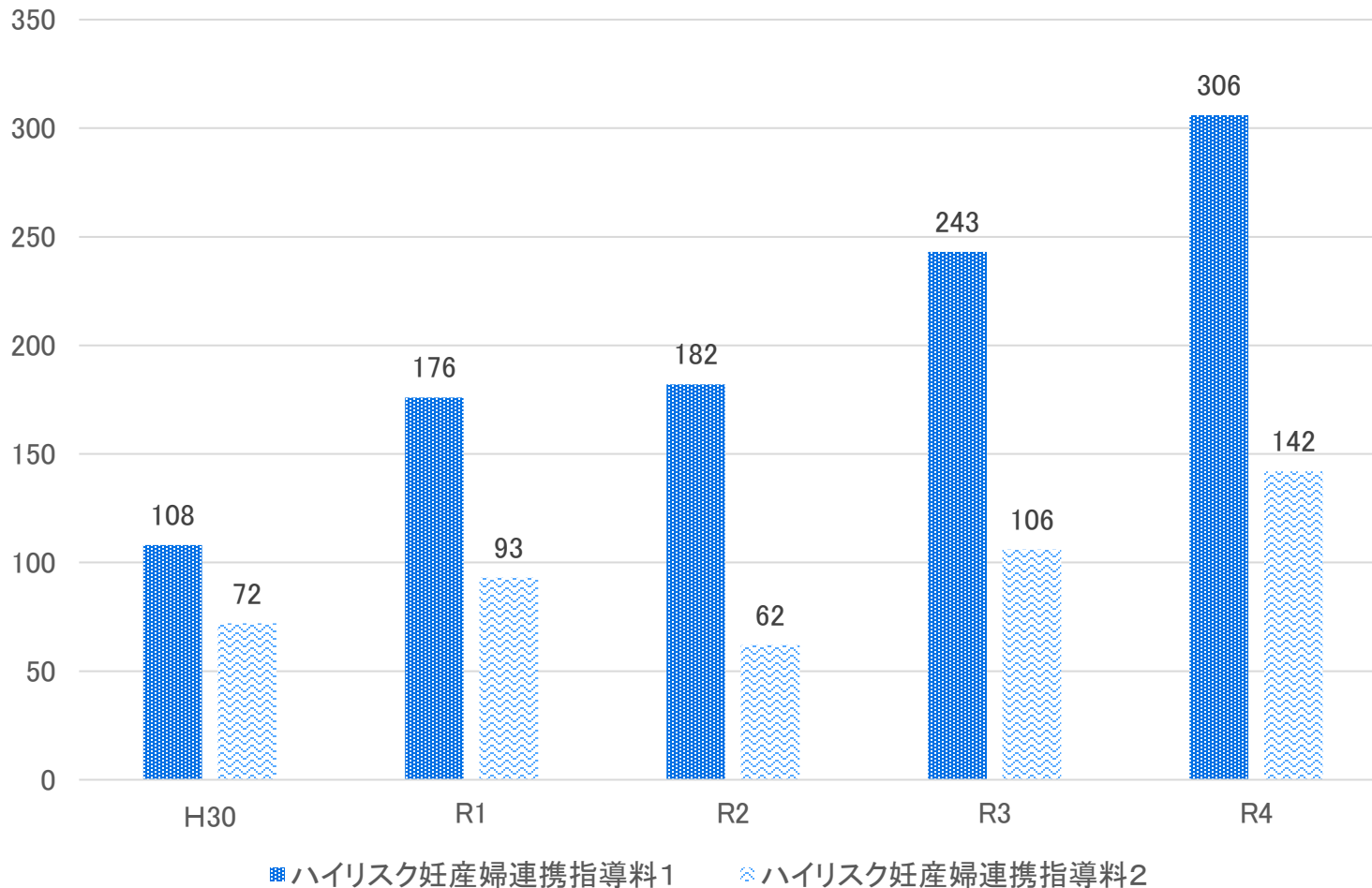
[対象患者]
入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有する又は精神疾患が疑われるものとして産科若しくは産婦人科を担当する医師から紹介された妊婦又は出産後 6 月以内であるもの。

ハイリスク妊産婦連携指導料の算定状況

○ ハイリスク妊産婦連携指導料の算定回数の推移は以下のとおりであり、増加傾向である。

(算定回数／月)

ハイリスク妊産婦連携指導料の算定状況



課題と論点

(小児医療の現状等について)

- 日本における出生数・出生率は減少傾向であり、15歳未満人口も近年減少傾向である。
- 15歳未満の外来患者数の減少はそれほど大きくないが、入院患者数は年々減少傾向である。
- 昭和50年から平成25年までの約40年で、出生数は減少しているが、極低出生体重児(1000g～1499g)、超低出生体重児(1000g未満)の割合が増加傾向であり、近年は横ばい傾向である。

(小児外来医療について)

- 令和3年及び4年において、初再診料・外来診療料における6歳未満の小児の算定回数と比較して、小児科外来診療料は70%程度、小児かかりつけ診療料は10%程度だった。
- 小児に係るかかりつけ医機能を推進する観点から、小児かかりつけ診療料による評価が行われている。令和4年度改定においては、小児に対する継続的な診療を一層推進する観点から、小児かかりつけ診療料について、時間外対応に係る体制を考慮した評価体系に見直しを行った。

(小児急性期医療体制について)

- 小児入院医療管理料の届出医療機関数と病床数はともにほぼ横ばいで推移している。
- 令和4年度改定において、一部の医療機関では時間外の小児の緊急入院を多く受け入れている実態を踏まえ、充実した時間外受入体制を整備している場合について、新たな評価を行った。
- 小児入院医療管理料の病棟は、急性期一般入院料1に比べ、1病棟あたりの病床数が少ない。
- 小児入院医療管理料を届け出る病棟のうち約5割は保育士を、約3割は看護補助者を配置している。

(小児高度急性期医療体制について)

- 医療の高度化に伴い、低出生体重児、早期算の児の死亡率は低下している。
- 新生児特定集中治療室管理料に関しては、令和4年度改定において、慢性肺疾患を伴う低出生体重児に対して、長期の入院による呼吸管理が必要となる実態を踏まえ、新生児特定集中治療室管理料等について算定上限日数を見直しを行った。
- 小児特定集中治療室管理料に関しては、令和4年度改定において、施設基準の実績要件を見直すとともに、手術を必要とする先天性心疾患を有する新生児について、算定上限日数の見直しを行った。
- 令和4年度改定において、臓器移植を行った患者を対象に、救命救急入院料、特定集中治療室管理料の算定日数制限の見直しを行った。
- 小児において、臓器移植を実施する患者が増加傾向にある。

課題と論点

(医療的ケア児について)

- ・ 医療的ケア児は増加傾向である。
- ・ 障害福祉サービスにおける医療型短期入所サービス利用中の者に対し、特定の処置を診療報酬で算定可能としている。
- ・ 医療計画においては、医療的ケア児が増加する中、対応する医療機関は訪問看護ステーション等との連携や緊急入院・レスパイト受入等の体制を整備することとされている。

(小児の緩和ケア医療について)

- ・ 小児の緩和ケア医療については、緩和ケア病棟入院料、緩和ケア診療加算における小児加算、小児がん拠点病院加算により評価を行っている。緩和ケア病棟に入院した20歳未満の者は、極めて少なかった。

(周産期医療について)

- ・ 医療計画においては、基幹施設を中心とした医療機関・機能の集約化・重点化を進めるとともに、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、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こととされている。また、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こととされている。
- ・ 社会的ハイリスク妊産婦やメンタルヘルス介入を必要とする妊産婦を含めたハイリスク妊産婦の増加への対応の必要性が指摘されている。診療報酬ではこれまで、ハイリスク妊娠管理加算、ハイリスク分娩管理加算やハイリスク妊産婦連携指導料に加え、複数の診療科等による総合的な入院医療体制について総合入院体制加算により評価を行っている。

【論点】



(小児医療について)

- 少子化の進展とともに、医療の高度化が進むなか、小児医療の現状を踏まえた上で、外来、入院、高度急性期医療、医療的ケア児、緩和ケアに係る診療報酬の在り方について、どのように考えるか。

(周産期医療について)

- 医療機関・機能の集約化が進められるとともに、ハイリスク妊産婦が増加するなか、良質な周産期医療の提供体制を維持するため、周産期医療に係る診療報酬の在り方について、どのように考えるか。

医療DXについて (その2)

1. 医療DXの推進に関する工程表について
2. 診療報酬改定の実施時期の後ろ倒しについて

1. 医療DXの推進に関する工程表について
2. 診療報酬改定の実施時期の後ろ倒しについて

医療DXに関する議論の状況

経済財政運営と改革の基本方針 2023(令和5年6月16日)(抄)

2. 持続可能な社会保障制度の構築

医療DX推進本部において策定した工程表²⁵⁴に基づき、医療DXの推進に向けた取組について必要な支援を行いつつ政府を挙げて確実に実現する。マイナンバーカードによるオンライン資格確認の用途拡大や正確なデータ登録の取組を進め、2024年秋に健康保険証を廃止する。レセプト・特定健診情報等に加え、介護保険、母子保健、予防接種、電子処方箋、電子カルテ等の医療介護全般にわたる情報を共有・交換できる「全国医療情報プラットフォーム」の創設及び電子カルテ情報の標準化等を進めるとともに、PHRとして本人が検査結果等を確認し、自らの健康づくりに活用できる仕組みを整備する。その他、新しい医療技術の開発や創薬のための医療情報の二次利活用、「診療報酬改定DX」による医療機関等の間接コスト等の軽減を進める。その際、医療DXに関連するシステム開発・運用主体の体制整備、電子処方箋の全国的な普及拡大に向けた環境整備、標準型電子カルテの整備、医療機関等におけるサイバーセキュリティ対策等を着実に実施する。

²⁵⁴ 「医療DXの推進に関する工程表」(令和5年6月2日医療DX推進本部決定)。

医療DXの推進に関する工程表（概要）

令和5年6月2日
医療DX推進本部決定

基本的な考え方

- 医療DXに関する施策の業務を担う主体を定め、その施策を推進することにより、①国民のさらなる健康増進、②切れ目なく質の高い医療等の効率的な提供、③医療機関等の業務効率化、④システム人材等の有効活用、⑤医療情報の二次利用の環境整備の5点の実現を目指していく
- サイバーセキュリティを確保しつつ、医療DXを実現し、保健・医療・介護の情報を有効に活用していくことにより、より良質な医療やケアを受けることを可能にし、国民一人一人が安心して、健康で豊かな生活を送れるようになる

マイナンバーカードの健康保険証の一体化の加速等

- 2024年秋に健康保険証を廃止する
- 2023年度中に生活保護（医療扶助）でのオンライン資格確認の導入

全国医療情報プラットフォームの構築

- オンライン資格確認等システムを拡充し、全国医療情報プラットフォームを構築
- 2024年度中の電子処方箋の普及に努めるとともに、電子カルテ情報共有サービス（仮称）を構築し、共有する情報を拡大
- 併せて、介護保険、予防接種、母子保健、公費負担医療や地方単独の医療費助成などに係るマイナンバーカードを利用した情報連携を実現するとともに、次の感染症危機にも対応
- 2024年度中に、自治体の実施事業に係る手続きの際に必要な診断書等について、電子による提出を実現
- 民間PHR事業者団体やアカデミアと連携したライフログデータの標準化や流通基盤の構築等を通じ、ユースケースの創出支援
- 全国医療情報プラットフォームにおいて共有される医療情報の二次利用について、そのデータ提供の方針、信頼性確保のあり方、連結の方法、審査の体制、法制上あり得る課題等の論点について整理し検討するため、2023年度中に検討体制を構築

電子カルテ情報の標準化等

- 2023年度に透析情報及びアレルギーの原因となる物質のコード情報について、2024年度に蘇生処置等の関連情報や歯科・看護等の領域における関連情報について、共有を目指し標準規格化。2024年度中に、特に救急時に有用な情報等の拡充を進めるとともに、救急時に医療機関において患者の必要な医療情報が速やかに閲覧できる仕組みを整備。薬局との情報共有のため、必要な標準規格への対応等を検討
- 標準型電子カルテについて、2023年度に必要な要件定義等に関する調査研究を行い、2024年度中に開発に着手。電子カルテ未導入の医療機関を含め、電子カルテ情報の共有のために必要な支援策の検討
- 遅くとも2030年には、概ねすべての医療機関において、必要な患者の医療情報を共有するための電子カルテの導入を目指す

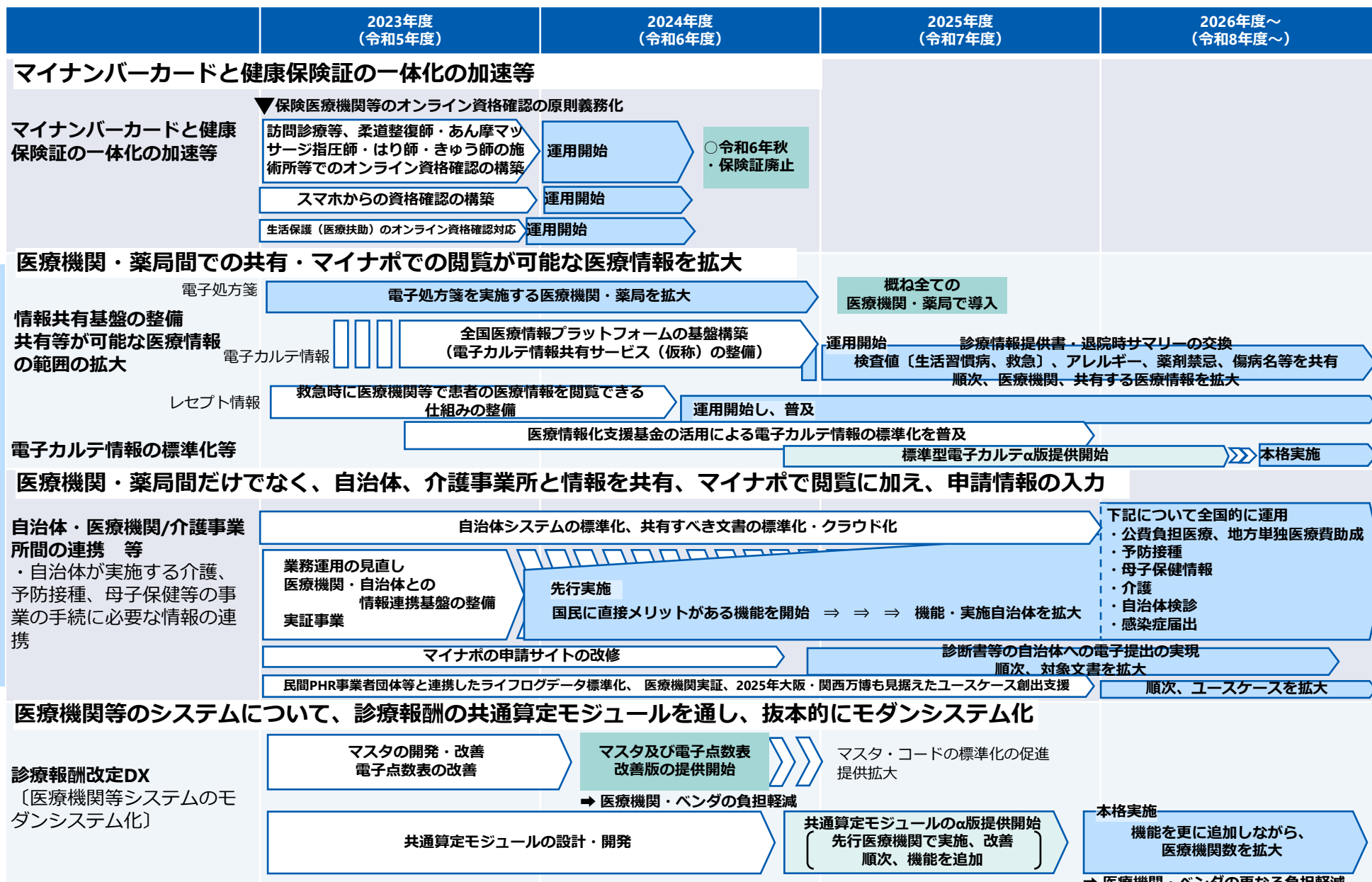
診療報酬改定DX

- 2024年度に医療機関等の各システム間の共通言語となるマスタ及びそれを活用した電子点数表を改善・提供して共通コストを削減。2026年度に共通算定モジュールを本格的に提供。共通算定モジュール等を実装した標準型レセコンや標準型電子カルテの提供により、医療機関等のシステムを抜本的に改革し、医療機関等の間接コストを極小化
- 診療報酬改定の施行時期の後ろ倒しに関して、実施年度及び施行時期について、中央社会保険医療協議会の議論を踏まえて検討

医療DXの実施主体

- 社会保険診療報酬支払基金を、審査支払機能に加え、医療DXに関するシステムの開発・運用主体の母体とし、抜本的に改組
- 具体的な組織のあり方、人員体制、受益者負担の観点踏まえた公的支援を含む運用資金のあり方等について速やかに検討し、必要な措置を講ずる

医療DXの推進に関する工程表〔全体像〕



1. 医療DXの推進に関する工程表について
2. 診療報酬改定の実施時期の後ろ倒しについて

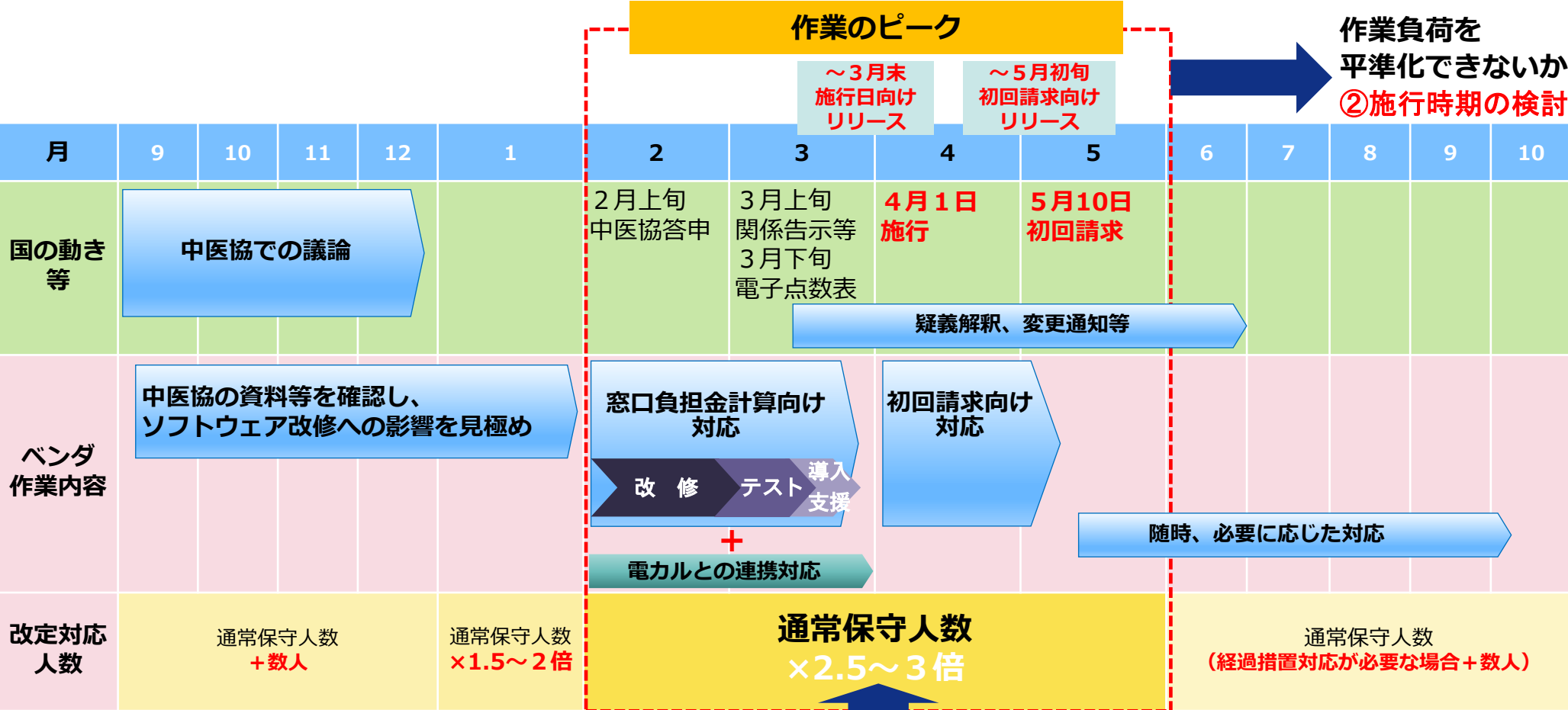
中医協における診療報酬改定施行時期後ろ倒しに関する意見

第543回中央社会保険医療協議会(令和5年4月26日開催)での診療報酬改定施行時期後ろ倒しに関する意見

- 診療報酬改定の施行時期後ろ倒しの期間に関しては、医療現場にどのような影響があるのか、ベンダや医療機関の作業の短期集中を、どの程度の期間延長すれば必要な効果が得られるのか、財政にどのような影響があるのか、あるいは、改定の結果検証にマイナス面の影響をできるだけ生じさせない長さにするなどを考慮して、総合的に検討する必要がある。
- 従来からの改定年の4月から新しいルールに変わるといったイメージが強いため、患者、医療機関・薬局が十分に理解して納得できるような制度設計について、丁寧かつ早期に周知していただきたい。
- 改定の施行時期の後ろ倒しは、財政影響や改定結果の検証期間はもちろん、薬価改定や、それらに関する調査の時期や期間等にも影響する。改定の在り方などを含め、慎重に検討していくべき。共通算定モジュールの導入、基本マスターの充足化、各種様式の電子化等は、負担軽減につながるが、4月改定を前提としていたサイクルが変わることなどで、現場が混乱しないよう丁寧な説明や配慮が必要。
- 医療機関・薬局やベンダだけでなく、保険者も診療報酬改定に合わせて基幹業務システムの改修対応や予算編成対応等の通常業務に影響するため、丁寧な議論をお願いしたい。
- 薬価改定について、医療現場において、改定後半年程度の価格交渉期間が必要であり、毎年薬価調査を実施し、翌年度に薬価改定を行うサイクルを前提とすれば、4月に施行しなければ、薬価制度の根幹を揺るがすことになりかねない。また、薬価収載のタイミングは数か月に1回あり、4月改定を動かせば、全体のバランスも崩れる懸念がある。薬価のシステム改修は、4月施行でも十分対応が可能である。

診療報酬改定への対応状況（現状）

- ・現状、ベンダや医療機関等においては、診療報酬改定に短期間で集中的に対応するため、大きな業務負担が生じている。
 - 改定施行日（4/1）からの患者負担金の計算に間に合うように、ソフトウェアを改修する必要がある
 - ※ 3月に支払基金から電子点数表が示されてはいるものの、その段階では既にソフトウェア改修作業の大半は終了している
 - ソフトウェアのリリース後も、4月診療分レセプトの初回請求（5/10）までに、国の解釈通知等について更に対応が必要



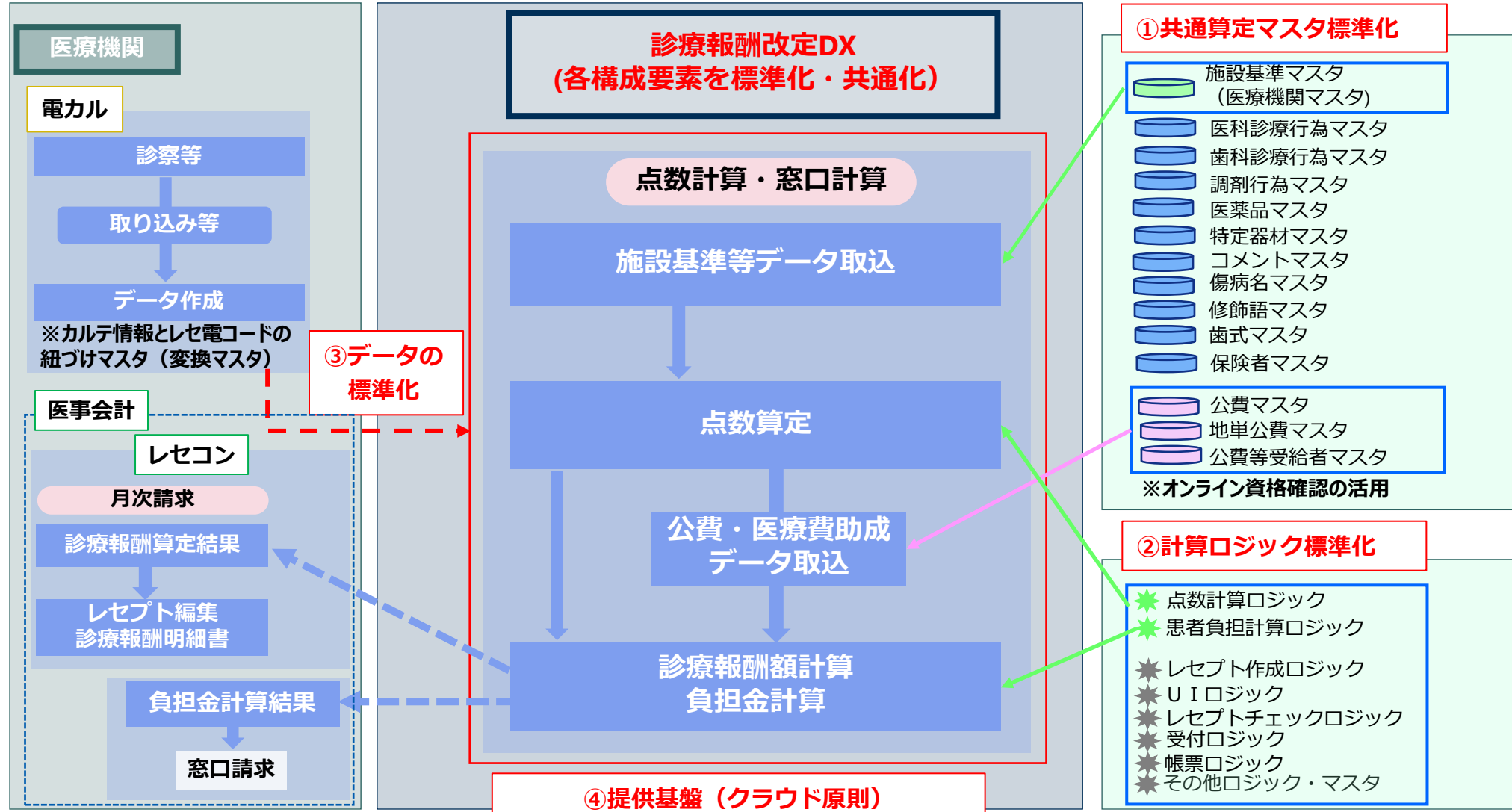
各ベンダがそれぞれ行っている作業を1つにまとめられないか

①診療報酬算定・患者の窓口負担金計算を行うための全国統一の共通的な電子計算プログラム＝共通算定モジュールの開発

共通算定モジュールの構成要素と標準化・共通化（DX）

● 共通算定モジュールは4つの要素（①共通算定マスタ、②計算ロジック、③データの標準化、④提供基盤（クラウド原則））で構成。

共通算定モジュールの開発範囲については、調査研究事業を踏まえつつ、関係者と協議のうえ検討

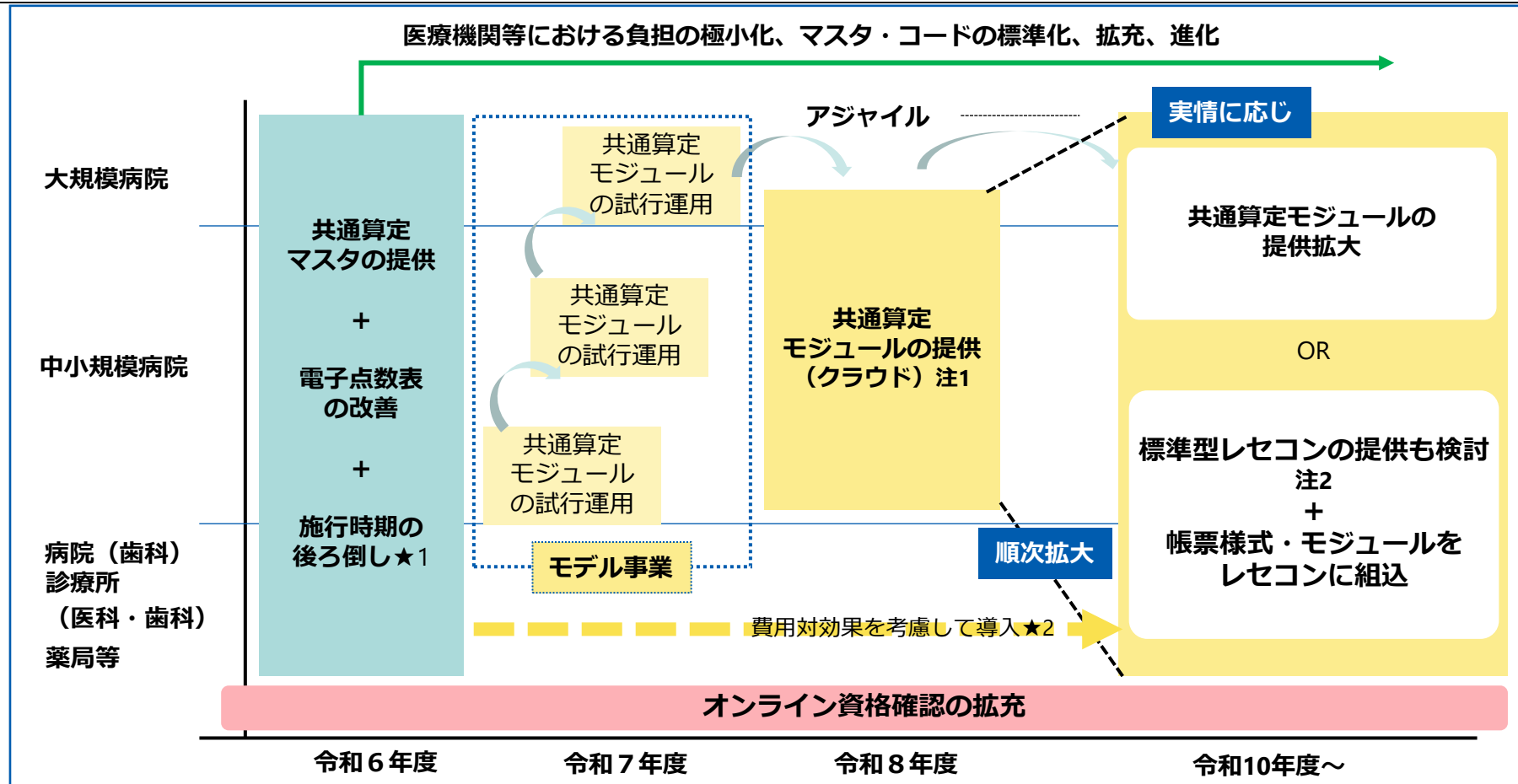


※マスタ…プログラムがデータ処理をする際に参照する基本ファイル。マスタについてはベンダ各社の創意工夫による競争の要素があることに留意。

ロジック…プログラムがデータ処理をする際の手順・内容

診療報酬改定DX対応方針 取組スケジュール（案）

- 共通算定モジュールは、導入効果が高いと考えられる中小規模の病院を対象に提供を開始し徐々に拡大。また、医療機関等の新設のタイミングや、システム更改時期に合わせて導入を促進。費用対効果を勘案して加速策を実施。
- 診療所向けには、一部の計算機能より、総体的なシステム提供による支援の方がコスト削減効果が高く得られるため、標準型電カルと一体型のモジュールを組み入れた標準型レセコンをクラウド上に構築して利用可能な環境を提供。



注1 全国医療情報プラットフォームと連携

注2 標準型レセコンは、標準型電子カルテ（帳票様式を含む）と一体的に提供することも検討。

★1 施行時期・施行年度については、中医協の議論を経て決定。

★2 薬局向け・歯科向け・訪問看護向けについて、業界団体のご意見を丁寧にお聞きした上で対応を検討。

診療報酬改定時期を2ヶ月後ろ倒しした場合のスケジュール（案）

- 施行時期の後ろ倒しにあたっては、総合的な検討が必要とされているところ。
- 毎年薬価改定の観点からは、4月の薬価改定が実施されれば、薬価調査を例年通りに実施することが可能。
- また次期改定に向けては、6月施行の場合、経過措置は9月末を基本とし、年度内の検証調査が実施可能。



課題と論点

(医療DX工程表について)

- 医療DXに関しては、「医療DXの推進に関する工程表」(令和5年6月2日医療DX推進本部決定)がとりまとめられたところ。
- 工程表においては、全国医療情報プラットフォームに関し、2024年度中の電子処方箋の普及に努めるとともに、電子カルテ情報共有サービス(仮称)を構築し、共有する情報を拡大。併せて、介護保険、予防接種、母子保健、公費負担医療や地方単独の医療費助成などに係るマイナンバーカードを利用した情報連携を実現するとともに、次の感染症危機にも対応することとされている。
- 2024年度に医療機関等の各システム間の共通言語となるマスタ及びそれを活用した電子点数表を改善・提供して共通コストを削減、2026年度には、共通算定モジュールを本格的に提供し、共通算定モジュール等を実装した標準型レセコンや標準型電子カルテの提供により、医療機関等のシステムを抜本的に改革し、医療機関等の間接コストを極小化することとされている。
- 診療報酬改定の施行時期の後ろ倒しに関しては、実施年度及び施行時期について、中央社会保険医療協議会の議論を踏まえて検討とされているところ。

(診療報酬改定DXに対応するための施行の後ろ倒しについて)

- これまで診療報酬改定に伴い、答申や告示から施行、初回請求までの期間が短く、医療機関・薬局等及びベンダの業務が逼迫し、大きな負担がかかっている。
- 今後は、施行の時期を後ろ倒しし、共通算定モジュールを導入することで、負担の平準化や業務の効率化を図る必要がある。

【論点】



- 診療報酬改定DXの推進に向け、医療機関・薬局等やベンダの集中的な業務負荷を平準化するため、令和6年度診療報酬改定より施行時期を6月1日施行とすることとしてはどうか。
- また、薬価改定の施行に関しては例年通り4月1日に改定とすることとしてはどうか。

(参考資料)

医療DXとは

DXとは

DXとは、「Digital Transformation（デジタルトランスフォーメーション）」の略称で、デジタル技術によって、ビジネスや社会、生活の形・スタイルを変える（Transformする）ことである。
（情報処理推進機構DXスクエアより）

医療DXとは

医療DXとは、保健・医療・介護の各段階（疾病の発症予防、受診、診察・治療・薬剤処方、診断書等の作成、診療報酬の請求、医療介護の連携によるケア、地域医療連携、研究開発など）において発生する情報やデータを、全体最適された基盤を通して、保健・医療や介護関係者の業務やシステム、データ保存の外部化・共通化・標準化を図り、国民自身の予防を促進し、より良質な医療やケアを受けられるように、社会や生活の形を変えることと定義できる。

疾病の
発症予防

被保険者
資格確認

診察・治療
薬剤処方

診断書等
の作成

診療報酬
請求

地域医療
連携

研究開発

クラウドを活用した業務やシステム、データ保存の外部化・共通化・標準化

特定健診
情報

資格情報

カルテ情報
処方情報
調剤情報

電子カルテ
情報

診療情報
提供書
退院時サマリ
行政への届出

診療報酬算定
モジュール

オンライン資格確認
マイナポータル活用

電子カルテ情報の標準化等

診療報酬
DX

医療ビッグデータ 分析

NDB

介護DB

公費負担医療
DB

医療DXの方向性

背景

- 世界に先駆けて少子高齢化が進む我が国において、国民の健康増進や切れ目のない質の高い医療の提供に向け、医療分野のデジタル化を進め、保健・医療情報（介護含む）の利活用を積極的に推進していくことは非常に重要。
- また、今般の新型コロナウイルス感染症流行への対応を踏まえ認識された課題として、平時からのデータ収集の迅速化や収集範囲の拡充、医療のデジタル化による業務効率化やデータ共有を通じた医療の「見える化」の推進等により、次の感染症危機において迅速に対応可能な体制を構築できることとしておくことが急務。

方向性

- 国民による自らの保健・医療情報（介護含む）への容易なアクセスを可能とし、自らの健康維持・増進に活用いただくことにより、健康寿命の延伸を図るとともに、医療の効率的かつ効果的な提供により、診療の質の向上や治療等の最適化を推進。
- また、今般の新型コロナウイルス感染症流行に際して開発された既存のシステムも活用しつつ、医療情報に係るシステム全体として、次の感染症危機において必要な情報を迅速かつ確実に取得できる仕組みを構築。
- さらに、医療情報の適切な利活用による創薬や治療法の開発の加速化により、関係する分野の産業振興につながることや、医療のデジタル化による業務効率化等により、SE人材を含めた人材のより有効な活用につながること等が期待される。

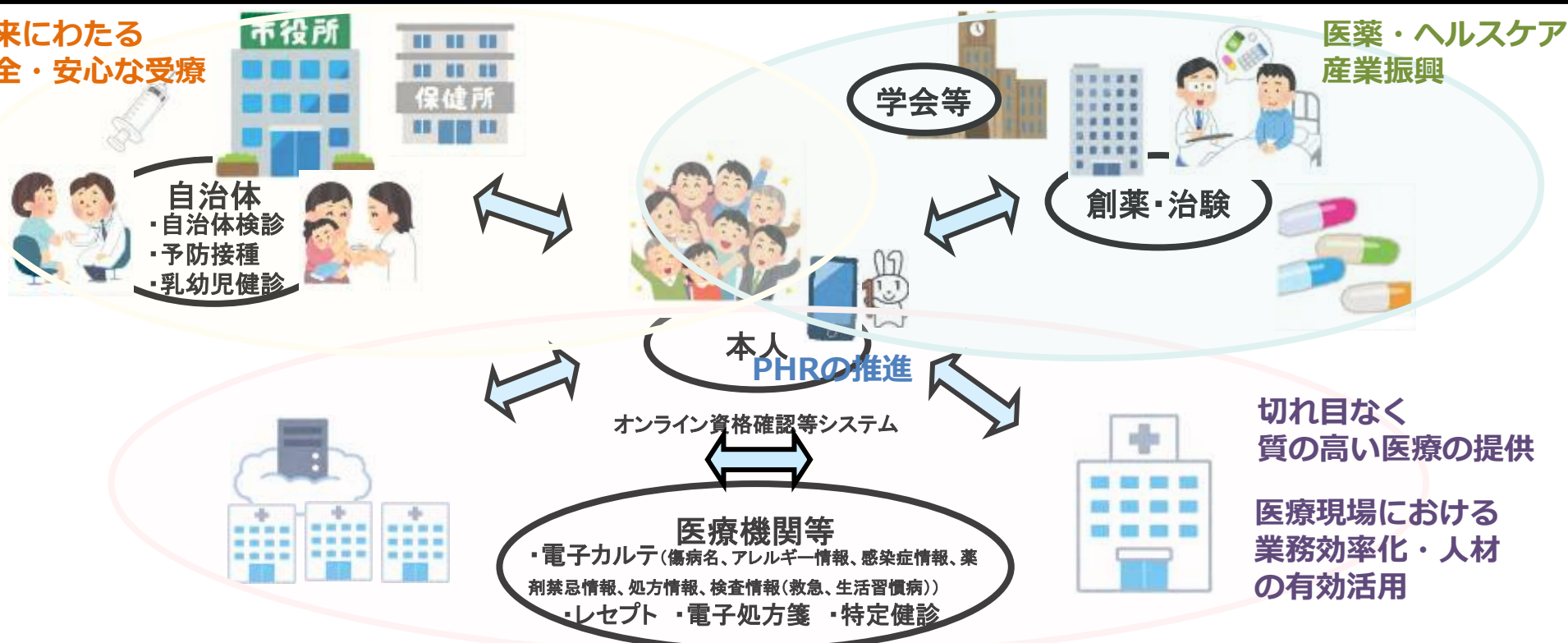
骨格

1. 「全国医療情報プラットフォーム」
2. 電子カルテ情報の標準化、標準型電子カルテの検討
3. 「診療報酬改定DX」

医療DXにより実現される社会

- 誕生から現在までの生涯にわたる保健医療データが自分自身で一元的に把握可能となることにより、個人の健康増進に寄与
→ 自分で記憶していない検査結果情報、アレルギー情報等が可視化され、将来も安全・安心な受療が可能【PHRのさらなる推進】
- 本人同意の下で、全国の医療機関等が必要な診療情報を共有することにより、切れ目なく質の高い医療の受療が可能【オンライン資格確認等システムの拡充、電子カルテ情報の標準化等、レセプト情報の活用】
→ 災害や次の感染症危機を含め、全国いつどの医療機関等にかかっても、必要な医療情報が共有
- デジタル化による医療現場における業務の効率化、人材の有効活用【診療報酬改定に関するDXの取組の推進等】
→ 次の感染症危機において、必要な情報を迅速かつ確実に取得できるとともに、医療現場における情報入力等の負担を軽減し、診療報酬改定に関する作業の効率化により、医療従事者のみならず、医療情報システムに関与する人材の有効活用、費用の低減を実現することで、医療保険制度全体の運営コストを削減できる
- 保健医療データの二次利用による創薬、治験等の医薬産業やヘルスケア産業の振興【医療情報の利活用の環境整備】
→ 産業振興により、結果として国民の健康寿命の延伸に資する

将来にわたる
安全・安心な受療



医療DXの実現により目指す社会

資料4(厚生労働省提出資料)

医療DXとは

保健・医療・介護の各段階（疾病の発症予防、受診、診察・治療・薬剤処方、診断書等の作成、診療報酬の請求、医療介護の連携によるケア、地域医療連携、研究開発など）**において発生する情報やデータ**に関し、**全体最適された基盤を構築し、活用**することを通じて、**保健・医療や介護関係者の業務やシステム、データ保存の外部化・共通化・標準化**を図り、国民自身の予防を促進し、より良質な医療やケアを受けられるように、社会や生活の形を変えていくこと。

国民のさらなる健康増進

- 誕生から現在までの生涯にわたる保健医療データが自分自身で一元的に把握可能となり、個人の健康増進に寄与
 - 自分で記憶していない検査結果情報、アレルギー情報等が可視化
 - 将来的にも安全・安心な受療が可能

切れ目なくより質の高い医療等の提供

- 本人同意の下で、全国の医療機関等がセキュリティを確保しながら必要な診療情報を共有することにより、切れ目なくより質の高い医療等の提供が可能
 - 災害や次の感染症危機を含め、全国いつどの医療機関等にかかっても、必要な医療情報が共有

医療機関等の業務効率化

- システムコスト低減により、医療機関等のデジタル化が促進
 - 業務効率化、効率的な働き方が実現
- 次の感染症危機において、医療現場における情報入力等の負担を軽減するとともに、必要な情報を迅速かつ確実に取得

人材の有効活用

- 診療報酬改定に関する作業の効率化
- 医療情報システムに関与する人材の有効活用、費用の低減を実現
 - 医療保険制度全体の運営コストの削減

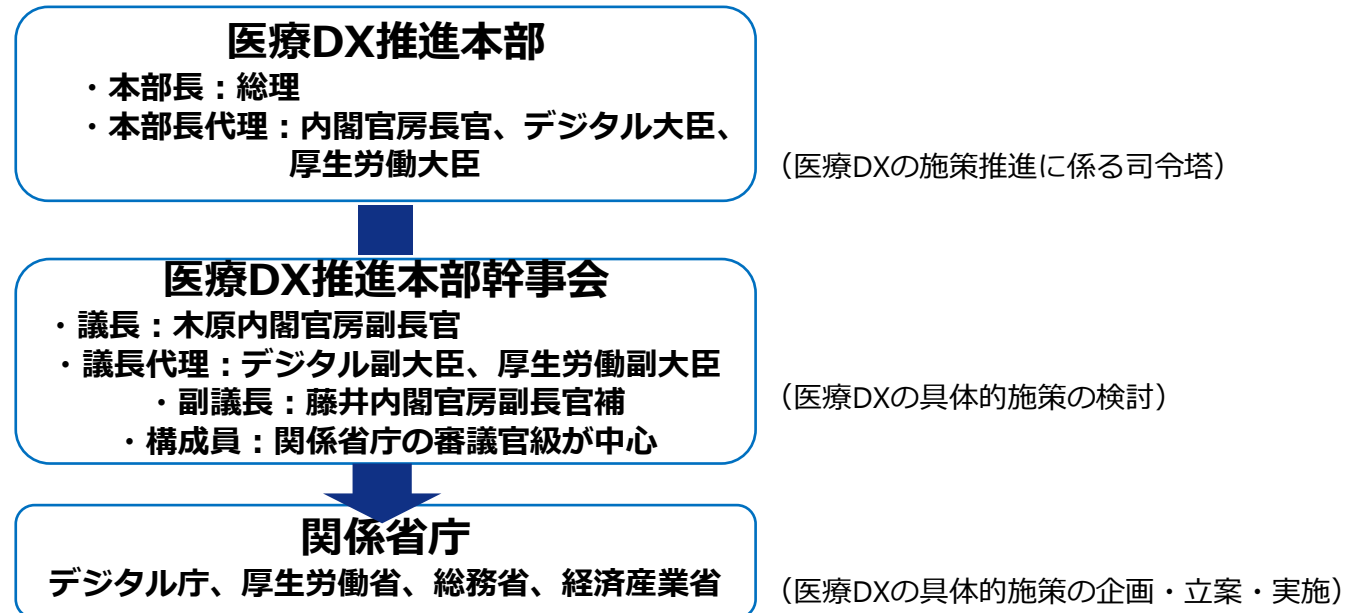
医療情報の利活用の環境整備

- 民間事業者との連携
- 保健医療データの二次利用による創薬、治験等の医薬産業やヘルスケア産業の振興
 - 結果として国民の健康寿命の延伸に資する

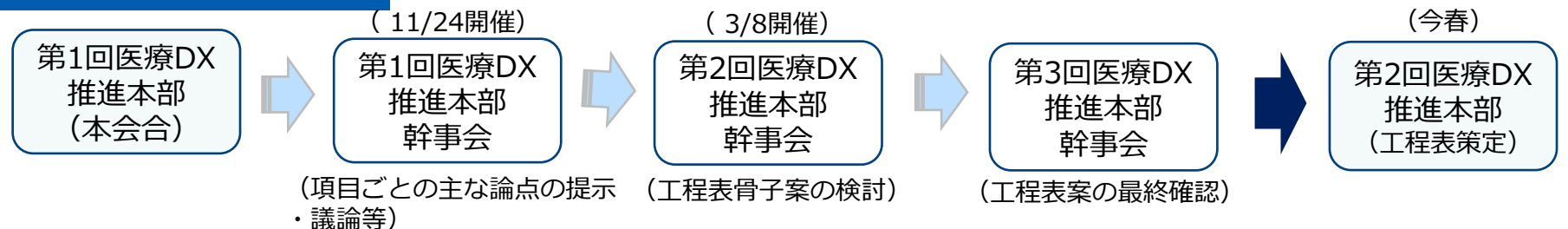
医療DXに関する施策の推進に関する当面の進め方

- 医療DXに関する施策について、関係行政機関の密接な連携の下、政府一体となって推進していくため、医療DX推進本部及び推進本部幹事会を設置。
- 医療DXに関する施策をスピード感をもって推進していくため、工程表の策定を行う。

推進体制



当面の進め方(案)



- 来春に工程表を策定。以降は、各省庁で取組を推進。定期的に幹事会で実施状況等のフォローアップを行い、必要に応じて推進本部を開催。