

(令和7年度第12回)

入院・外来医療等の調査・評価分科会

令和7年9月18日(木)

1. 急性期入院医療について（その3）
2. 働き方・タスクシフト/シェア（その4）
3. 医師の診療科偏在について（その2）
4. 透析医療
5. 小児・周産期医療について
6. 災害医療について
7. 業務の簡素化

1. 急性期入院医療について(その3)

1－1. 急性期における医療機関の機能について

1－2. 総合入院体制加算、急性期充実体制加算について

中間とりまとめ（令和7年7月31日）抜粋

【急性期入院医療に関する分科会での評価・分析に関する意見（抄）】

（一般的な急性期機能について）

- 小さな二次医療圏において、救急搬送の評価をどうするかという視点から、救急車の受入実態に応じた診療報酬上の評価を行うということも重要との意見があった。
- 人口や医療機関の規模を考えた際に、患者数だけでなく、地域におけるシェアも考えていくべきとの意見があった。その際、5疾病6事業等で二次医療圏とは違う圏域であることや、他県からの流入についても配慮すべきとの意見があった。
- 急性期入院医療の標準化を進めるというDPC制度の本来の目的や、地域で医療の機能を担っていることを正しく評価する観点から、急性期の一般病棟はDPC制度に参画することが望ましいのではないかと意見があった。
- 夜間・深夜の受入割合は病院によってかなり差が大きいので、救急に関しては、24時間対応できているかどうかということも高く評価すべき項目なのではないかと意見があった。

（拠点的な急性期機能について）

- 医師の供給の観点から、人的な資源、効率的な運用という点で、中小規模の病院にくまなく配置するというより、働き方改革等も踏まえ、集約化も行っていくべきとの指摘があった。
- 人口規模20万人の医療圏で救急搬送患者の地域外流出を見るといった意味で、それを加味した地域内シェア、その地域の中で完結している患者における地域内シェアのデータも重要との意見があった。
- 総合性については、新たな地域医療構想では急性期拠点機能として明示されていないが、今後、地域医療を行うという観点から、この拠点での重要な要素ではないかと意見があった。
- DPC制度において、入院基本料と総合入院体制加算、急性期充実体制加算との関係を組み合わせて、新たに病院群の定義を検討することもあり得るのではないかと意見があった。

【急性期入院医療に関する検討の方向性】

- 急性期機能に関する指標について、一般的な急性期機能と拠点的な急性期機能のそれぞれについて、救急搬送件数、手術件数、総合性の観点から検討する。
- その際、救急搬送件数や手術件数の絶対数だけでなく、地域で果たす役割を評価する観点から、地域や医療機関の状況を踏まえて、地域シェア率等の指標について、更に分析を進める。

- DPC制度は、急性期入院医療を対象とする、診断群分類に基づく1日あたり包括払い制度であり、急性期入院医療の標準化等を促している。
- DPC制度において、これまで機能評価係数Ⅱによって、各病院が目指すべき医療と、社会や地域の実情に応じて求められている機能について評価している。

令和6年度診療報酬改定

医療機関別係数

1. 基礎係数

- 大学病院本院のように他の施設と異なる機能や役割を担う医療機関について、その役割を担うインセンティブを評価するため、医療機関群ごとに基礎係数を設定している。医療機関群は、大学病院本院で構成される「大学病院本院群」、一定以上の医師研修の実施や診療密度等の要件を満たす医療機関から構成される「DPC特定病院群」、その他を「DPC標準病院群」としている。
- 基礎係数は包括範囲に係る出来高報酬相当の平均値を係数化したもの
[基礎係数] = [各医療機関群の包括範囲出来高点数の平均値] × [改定率]
÷ [各医療機関群のDPC点数表に基づく包括点数の平均値]

2. 機能評価係数Ⅰ

- 機能評価係数Ⅰは医療機関における全ての入院患者が算定する項目（急性期入院料の差額や入院基本料等加算等）について係数化したもの。

3. 機能評価係数Ⅱ

- 機能評価係数Ⅱは、DPC/PDPSへの参加による医療提供体制全体としての効率改善等への取組を評価したものであり、4つの係数（効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、地域医療係数）を基本的な評価項目として評価している。
- 各医療機関の各係数ごとに算出した指数に、変換処理を行った係数を設定している。

4. 救急補正係数

- 救急医療入院における入院初期の医療資源投入の乖離を補正するための係数。

5. 激変緩和係数

- 診療報酬改定時の激変を緩和するため、改定年度1年間に限り設定している係数（該当する医療機関のみ設定）。

急性期機能に着目した評価指標の現状と課題

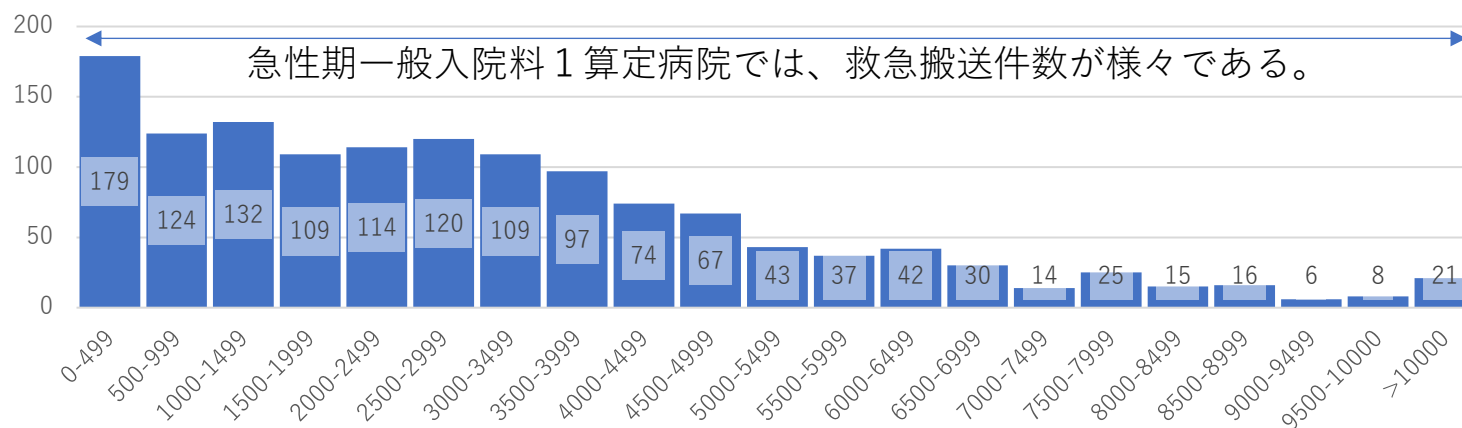
診調組 入-3
7 . 7 . 3

評価の観点	一般的な急性期機能	拠点的な急性期機能
救急搬送	【現状の評価指標】 - 救急車で来院・入院した患者数を評価（DPC制度：地域医療係数） 【課題】 - 二次医療圏において、一般的な急性期機能として、どの程度の救急搬送が受け入れられているか - 地域の人口規模等で、配慮すべき観点はあるか	【現状の評価指標】 - 救急車で来院・入院した患者数を評価（DPC制度：地域医療係数） - 救急搬送件数2000件等（総合入院体制加算、急性期充実体制加算） 【課題】 - 地域における拠点的な急性期機能として、どの程度の救急搬送が受け入れられているか - 人口規模の小さな地域や離島等での、救急搬送に係る拠点的な機能をどのように考えるか
全身麻酔手術	【課題】 一般的な急性期機能として、地域でどの程度の手術が実施されているか	【現状の評価指標】 - DPC特定病院群の実績要件として、手術件数、外保連指数を評価 - 全身麻酔手術件数や悪性腫瘍手術等を評価（総合入院体制加算、急性期充実体制加算） 【課題】 - 拠点的な急性期機能として、どのような難易度・件数の手術が実施されているか
総合性	【現状の評価指標】 - カバー率指数：様々な患者に対応できる総合的な体制について評価（DPC制度：カバー率指数） 5疾病6事業等を含む医療提供体制における役割や実績を評価（DPC制度：地域医療係数） 【課題】 - 一般的な急性期機能として、どの程度の総合性があると考えられるか	【現状の評価指標】 - カバー率指数や、5疾病6事業等を含む医療提供体制における役割や実績を評価（DPC制度） - 幅広い標榜診療科と入院医療提供を評価（総合入院体制加算） - 小児・周産期・精神の入院医療を評価（小児・周産期・精神科充実体制加算） 【課題】 - 拠点的な急性期機能では、どの程度総合性があると考えられるか

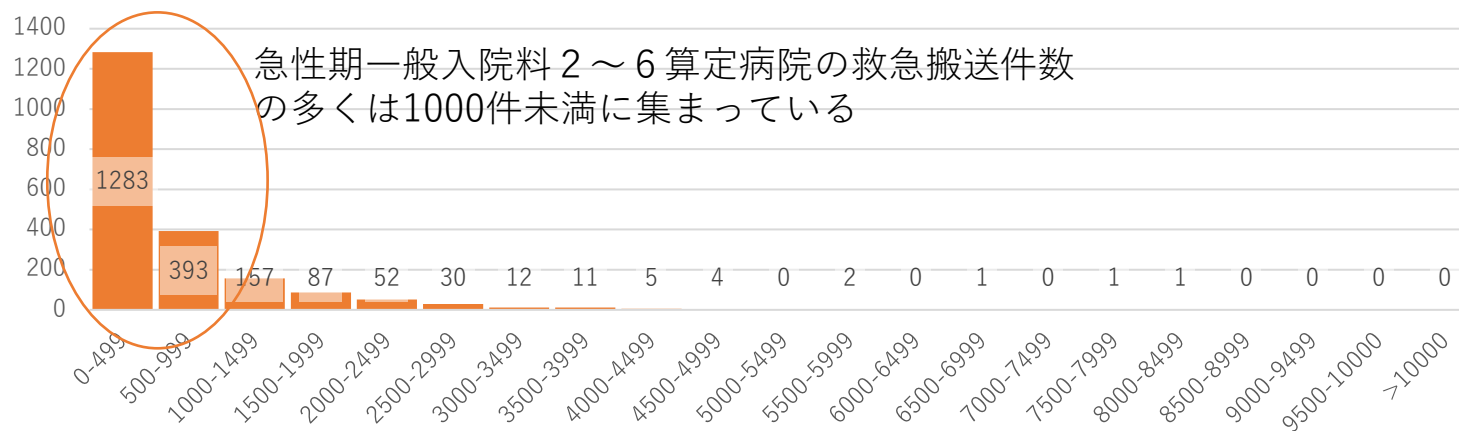
急性期一般入院料算定病院における救急搬送受入件数別施設数

- 急性期一般入院料 1 算定病院と急性期一般入院料 2～6 算定病院を比較すると、全体として、急性期一般入院料 1 算定病院で救急搬送件数が多い傾向にある。
- 急性期一般入院料 1 算定病院のみで見ると、急性期一般入院料 2～6 算定病院と同程度の救急搬送件数の病院から、更に多くの救急搬送受入のある病院まで、様々である。

急性期一般入院料 1 における救急搬送受入件数別施設数



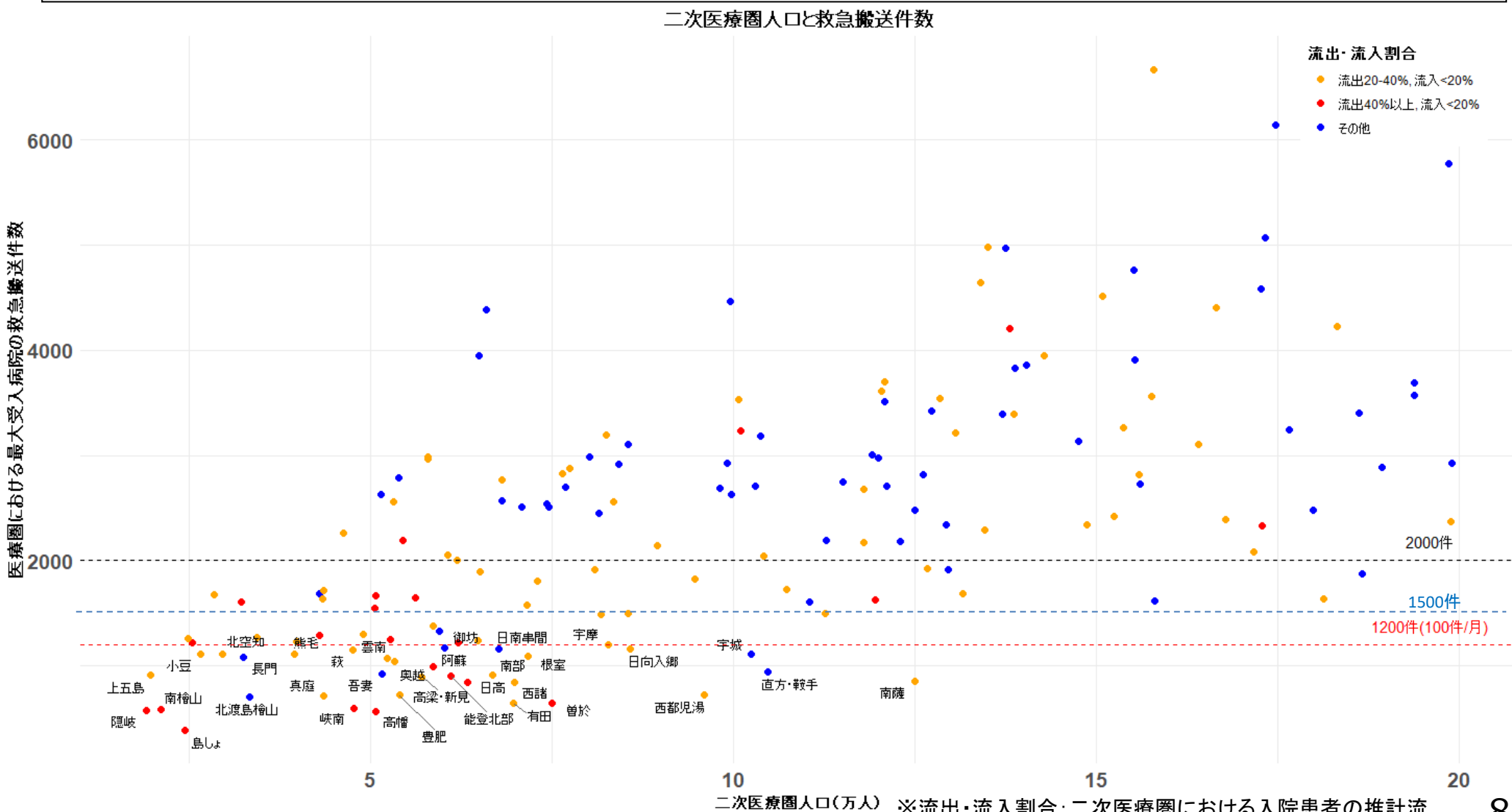
急性期一般入院料 2～6 における救急搬送受入件数別施設数



各二次医療圏(20万人未満)の最大救急搬送受入病院における救急搬送件数

診調組 入-3
7 . 7 . 3

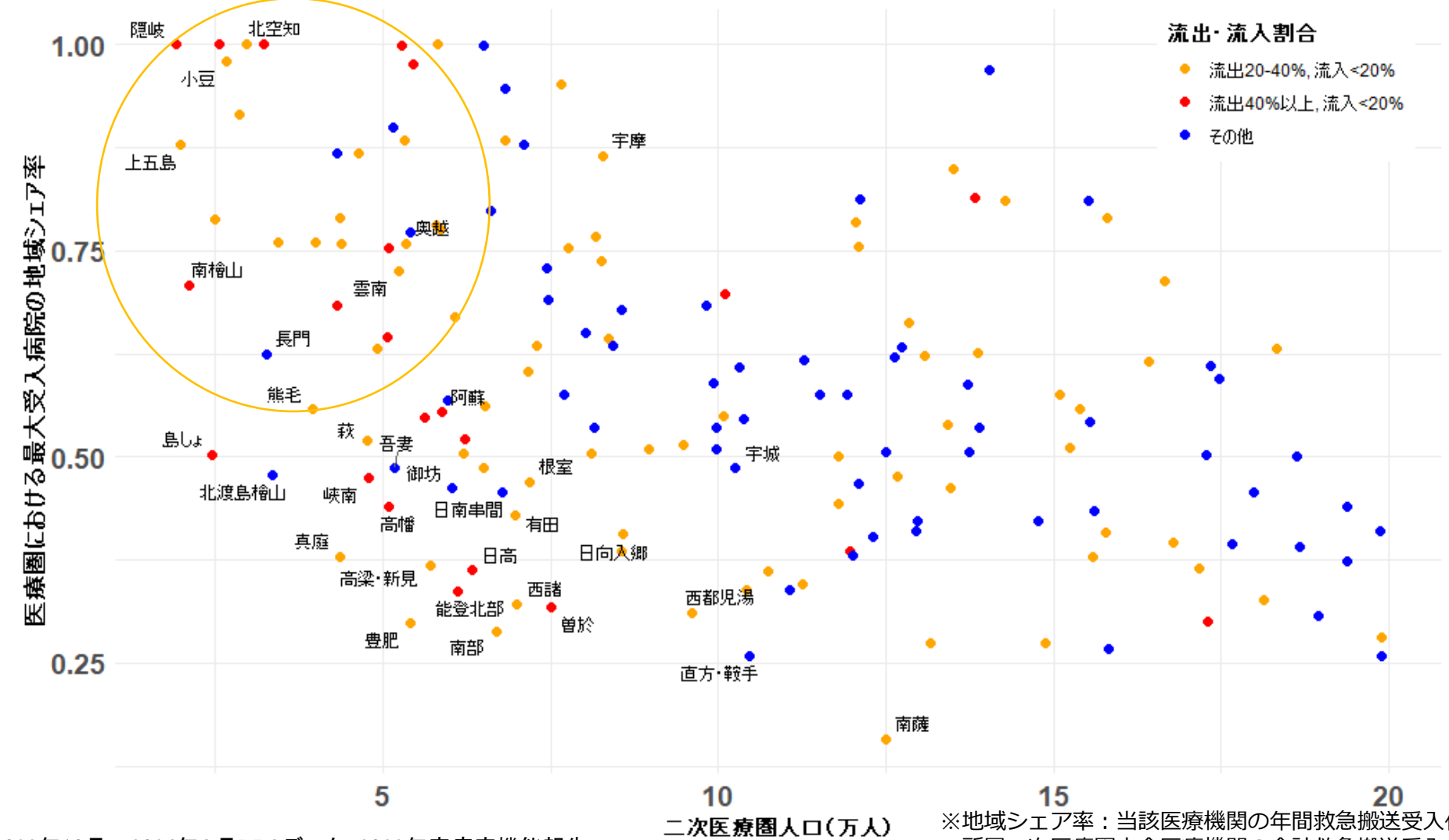
- 人口20万人未満の各二次医療圏（n=161）の最大救急搬送受入病院において、急性期充実体制加算等の施設基準である年間救急搬送受入件数2000件を超える病院を持つ医療圏は91医療圏であった。
- 年間1500件を超える救急搬送受入のある病院を持つ医療圏は113医療圏、年間1200件を超える救急搬送受入のある病院を持つ医療圏は127医療圏であった。



各二次医療圏（20万人未満）の最大救急搬送受入病院における地域シェア率

- 人口20万人未満の各二次医療圏の最大救急搬送受入病院において、二次医療圏人口が少ない医療圏では、地域シェア率※が高くなる傾向があった。
- 二次医療圏人口が少ない医療圏では、人口の多い医療圏と比較して、患者の流出率が40%を超える医療圏が多い傾向にあった。

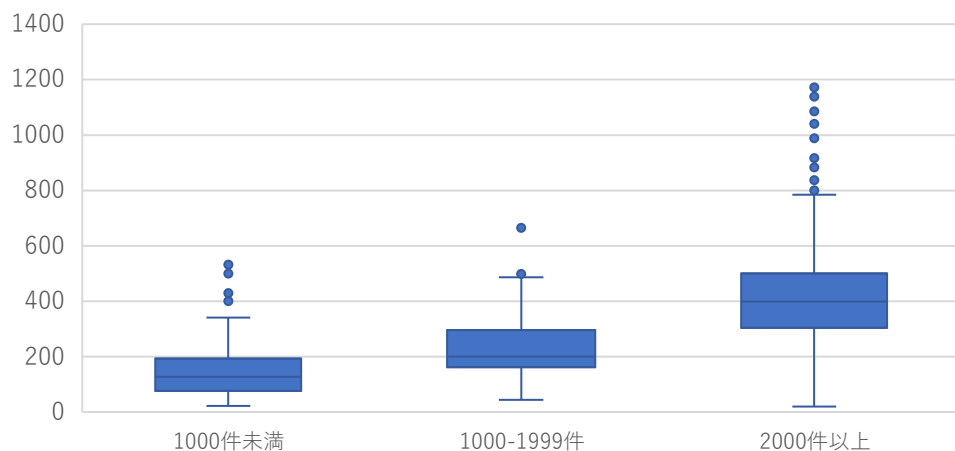
二次医療圏人口と地域シェア率



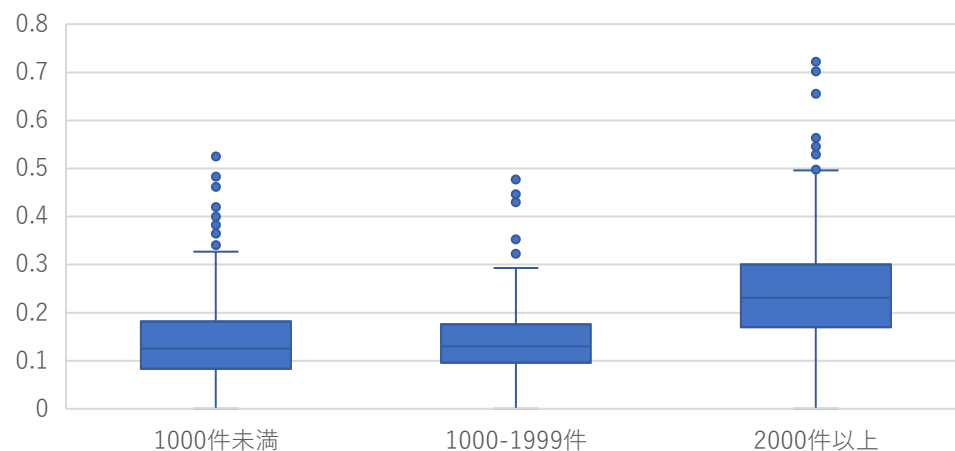
急性期一般入院料 1 算定病院における施設整備・人員配置・実績等

○急性期一般入院料 1 算定病院では、救急搬送件受件数が増えると、許可病床数や、病床当たり医師数、全身麻酔手術件数や夜間・時間外救急患者数が増加する傾向があり、一般的な急性期機能や拠点的な急性期機能など、急性期としての医療機関機能が異なることで、病院の規模、人員配置、実績等も異なる傾向にある。

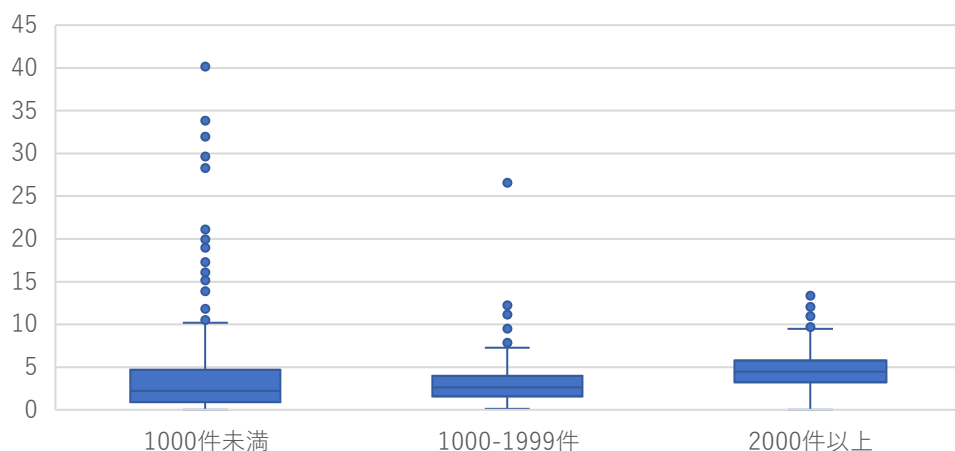
病院の許可病床数



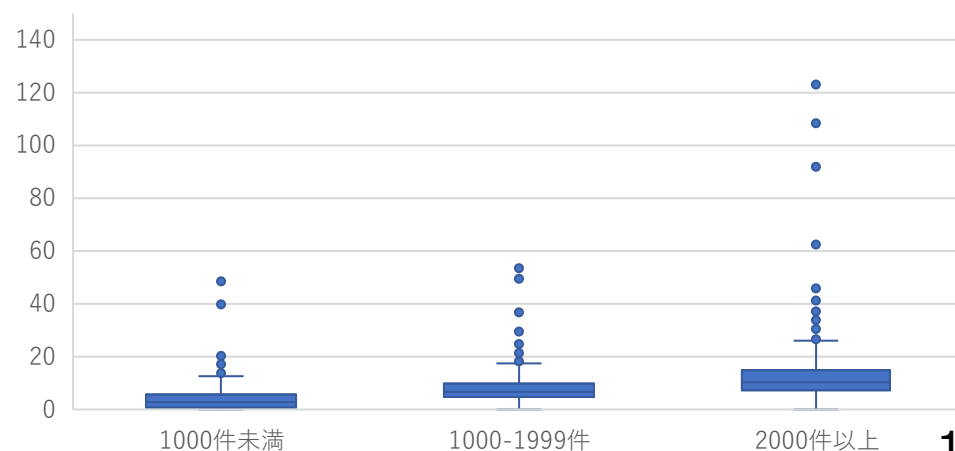
許可病床数あたり常勤医師数



許可病床数あたり全身麻酔手術件数



許可病床数あたり夜間時間救急数



急性期一般入院料 1 算定病院における収支の状況

- 急性期一般入院料 1 算定病院では、救急搬送受入件数が多くなるほど、医業収益、医業費用ともに大きくなっている。
- 医業利益率についても、救急搬送受入件数によってばらつきがあり、救急搬送受入件数が多い病院では低い傾向にあった。

単位：		1~1,199件		1,200~1,999件		2,000~3,999件		4,000件以上	
		1施設当たり	対医業収益比	1施設当たり	対医業収益比	1施設当たり	対医業収益比	1施設当たり	対医業収益比
平均病床数		157.19		207.77		282.64		394.51	
医業収益		3,346,015,407		4,716,016,623		7,244,177,584		12,760,868,610	
入院診療収益		2,219,047,931	66.3%	3,252,807,391	69.0%	4,921,944,646	67.9%	9,198,964,764	72.1%
室料差額収益		33,113,885	1.0%	53,867,849	1.1%	104,983,894	1.4%	135,643,248	1.1%
外来診療収益		878,658,744	26.3%	1,208,073,840	25.6%	1,818,662,445	25.1%	2,891,056,304	22.7%
その他の医業収益		215,194,847	6.4%	201,267,542	4.3%	398,586,599	5.5%	535,204,294	4.2%
医業費用		3,370,341,241	100.7%	4,810,054,254	102.0%	7,382,196,677	101.9%	13,059,062,641	102.3%
材料費		705,514,847	21.1%	1,012,111,545	21.5%	1,814,027,635	25.0%	3,507,222,581	27.5%
給与費		1,891,432,150	56.5%	2,671,255,372	56.6%	3,883,800,103	53.6%	6,522,633,986	51.1%
委託費		203,529,777	6.1%	306,805,829	6.5%	478,114,522	6.6%	787,221,478	6.2%
給食委託費		38,880,618	1.1%	58,311,361	1.3%	75,380,329	1.1%	106,939,107	0.9%
設備関係費		306,545,943	9.2%	446,218,187	9.5%	679,065,767	9.4%	1,300,522,339	10.2%
研究研修費		6,834,868	0.2%	11,399,705	0.2%	17,161,319	0.2%	32,803,649	0.3%
経費		238,830,709	7.1%	331,040,096	7.0%	460,917,072	6.4%	773,509,797	6.1%
控除対象外消費税等		46,925,270	2.9%	86,644,179	2.8%	195,284,394	3.6%	315,975,192	4.0%
本部費配賦額		19,185,900	0.6%	35,329,400	0.8%	46,039,575	0.6%	145,728,634	1.1%
医業利益		-24,325,834	-0.7%	-94,037,631	-2.0%	-138,019,094	-1.9%	-298,194,030	-2.3%
医業外収益		82,165,671	2.5%	151,648,083	3.2%	174,949,446	2.4%	270,987,481	2.1%
受取利息及び配当金		875,896	0.0%	272,431	0.0%	2,784,257	0.0%	1,864,830	0.0%
運営費補助金収益		25,974,688	0.8%	81,038,090	1.7%	48,542,931	0.7%	86,764,012	0.7%
施設設備補助金収益		9,546,759	0.3%	8,402,242	0.2%	8,802,158	0.1%	2,458,662	0.0%
医業外費用		31,969,743	1.0%	30,364,621	0.6%	87,174,646	1.2%	144,802,648	1.1%
支払利息		11,423,890	0.3%	11,546,551	0.3%	28,018,590	0.4%	57,444,993	0.5%
経常利益		25,870,094	0.8%	27,245,831	0.6%	-50,244,293	-0.7%	-172,009,197	-1.3%

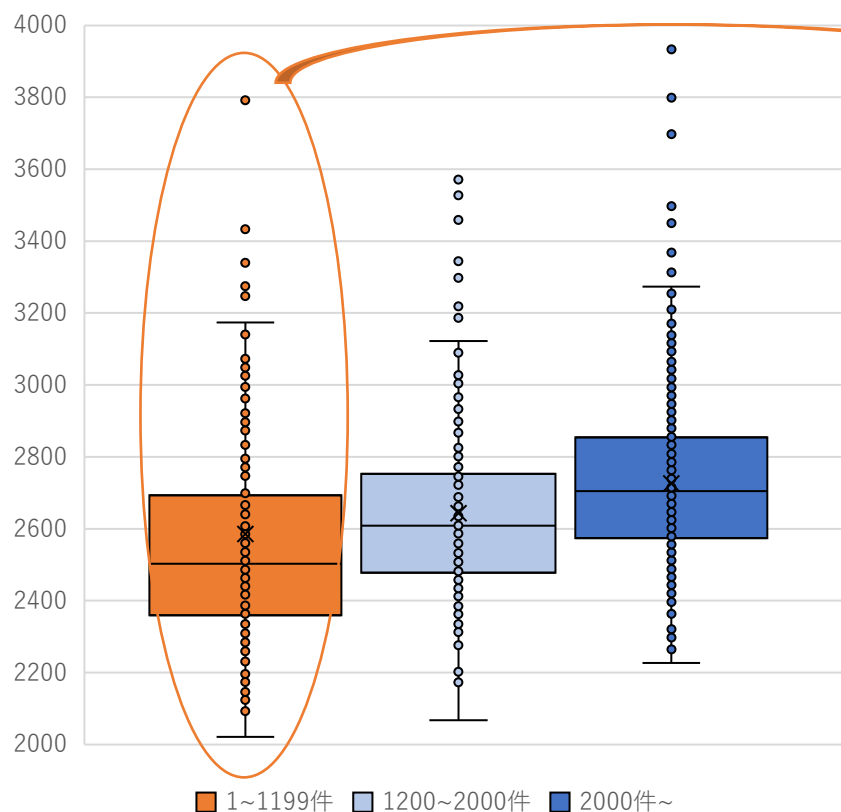
※うち数として記載している勘定科目の「1施設当たりの」の金額は、当該科目の回答があった施設における1施設当たり平均を示している。

また、「対医業収益比」は該当科目の回答があった施設での医業収益に対する比率を示している。

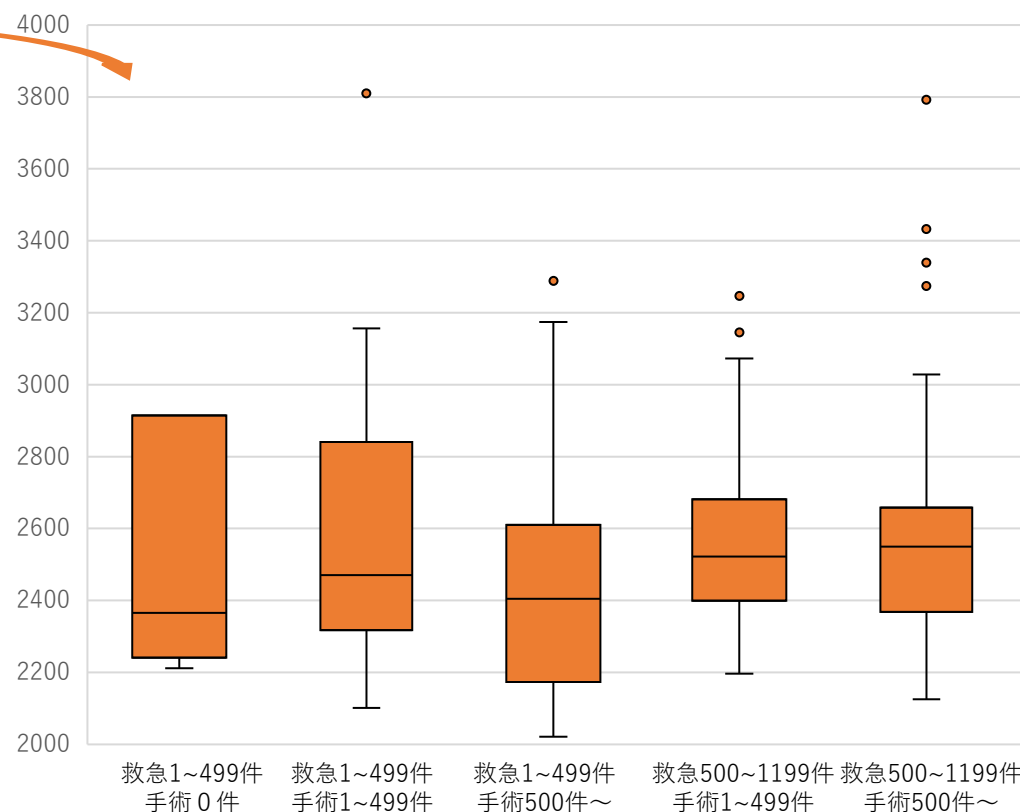
急性期一般入院料 1 算定病床における1患者 1 日当たり包括範囲出来高点数

- 急性期一般入院料 1 算定病床（DPC対象病院に限る）における 1 患者 1 日当たり包括範囲出来高点数は、救急搬送受入件数が多くなるにつれて、高くなる傾向にあった。
- 一定の救急搬送受入件数の病院を見ると、救急搬送受入件数、全身麻酔手術がいずれも多い病院で、包括範囲出来高点数の中央値が高かった。

1 患者 1 日当たり包括範囲出来高点数



救急搬送受入件数1200件未満の医療機関における
1 患者 1 日当たり包括範囲出来高点数

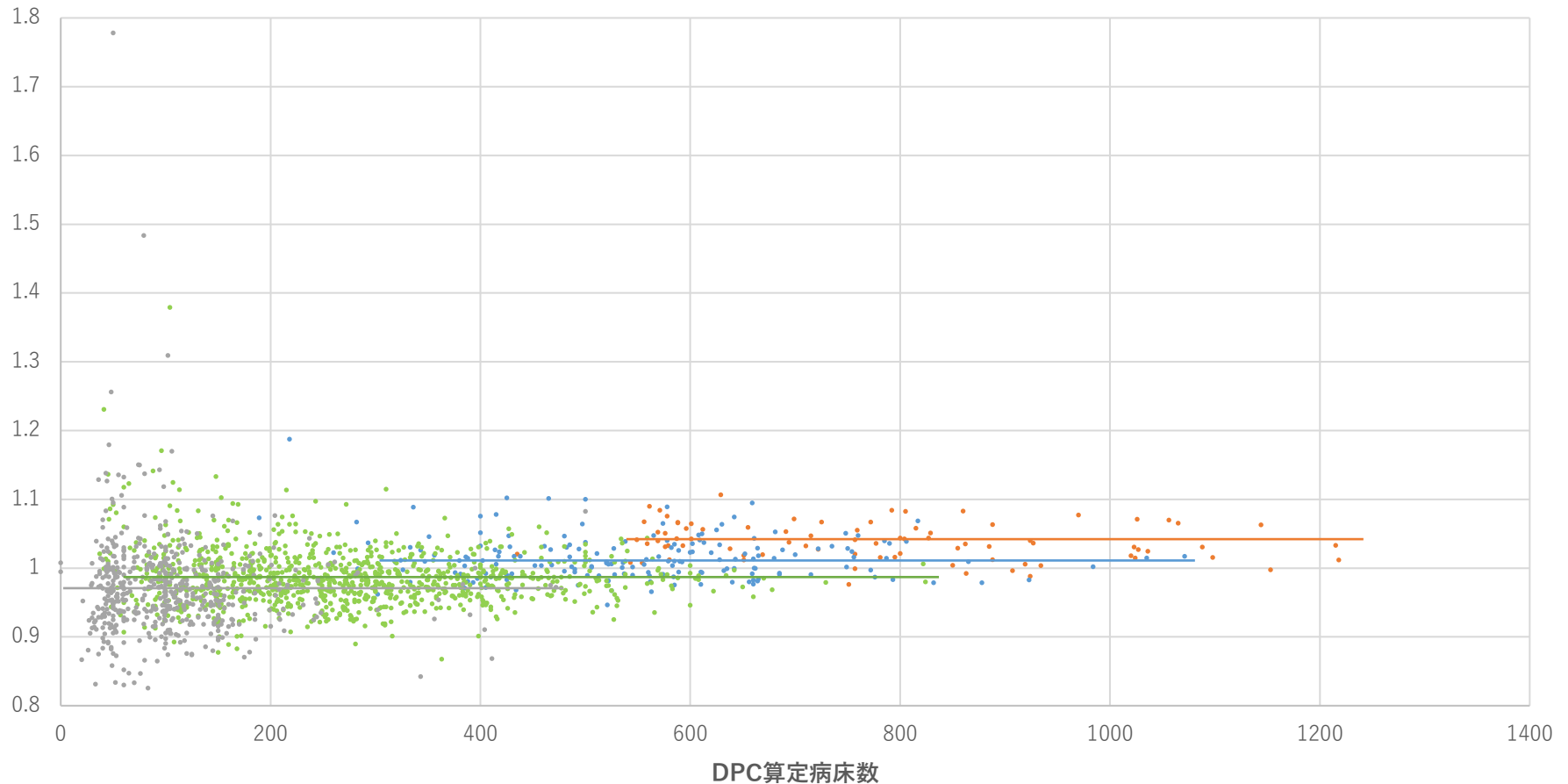


※包括範囲出来高点数4000を超える外れ値はグラフ上割愛

DPC病院群別包括点数に対する包括範囲出来高点数の比

○DPC標準病院群においても、救急搬送受入件数の多い病院ほど、包括点数に対する包括範囲出来高点数が高い傾向にある。

DPC算定病床数-包括点数に対する包括範囲出来高点数の比
(直接法による補正)

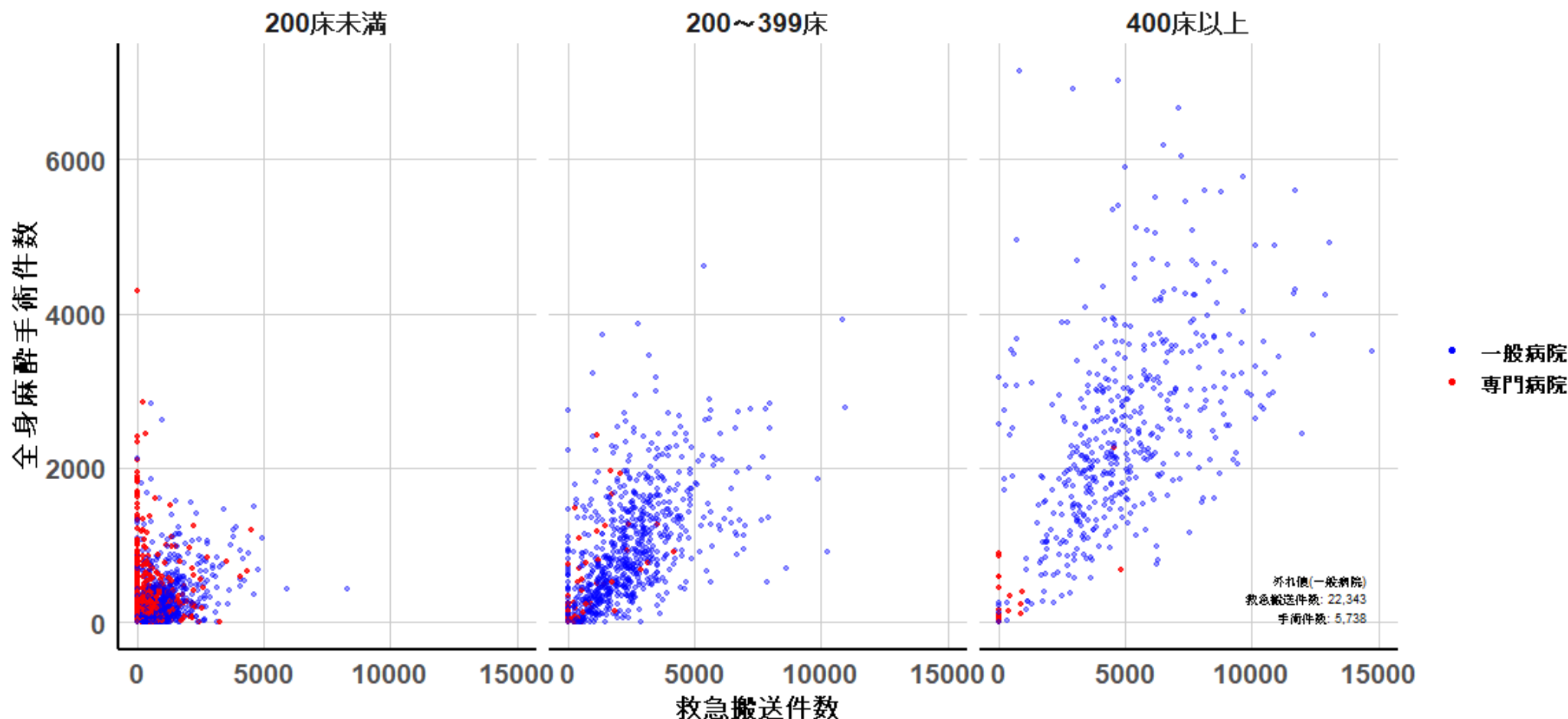


■ 大学病院本院群 ■ DPC特定病院群 ■ DPC標準病院群（救急搬送件数1,200件以上） ■ DPC標準病院群（救急搬送件数1,200件未満）

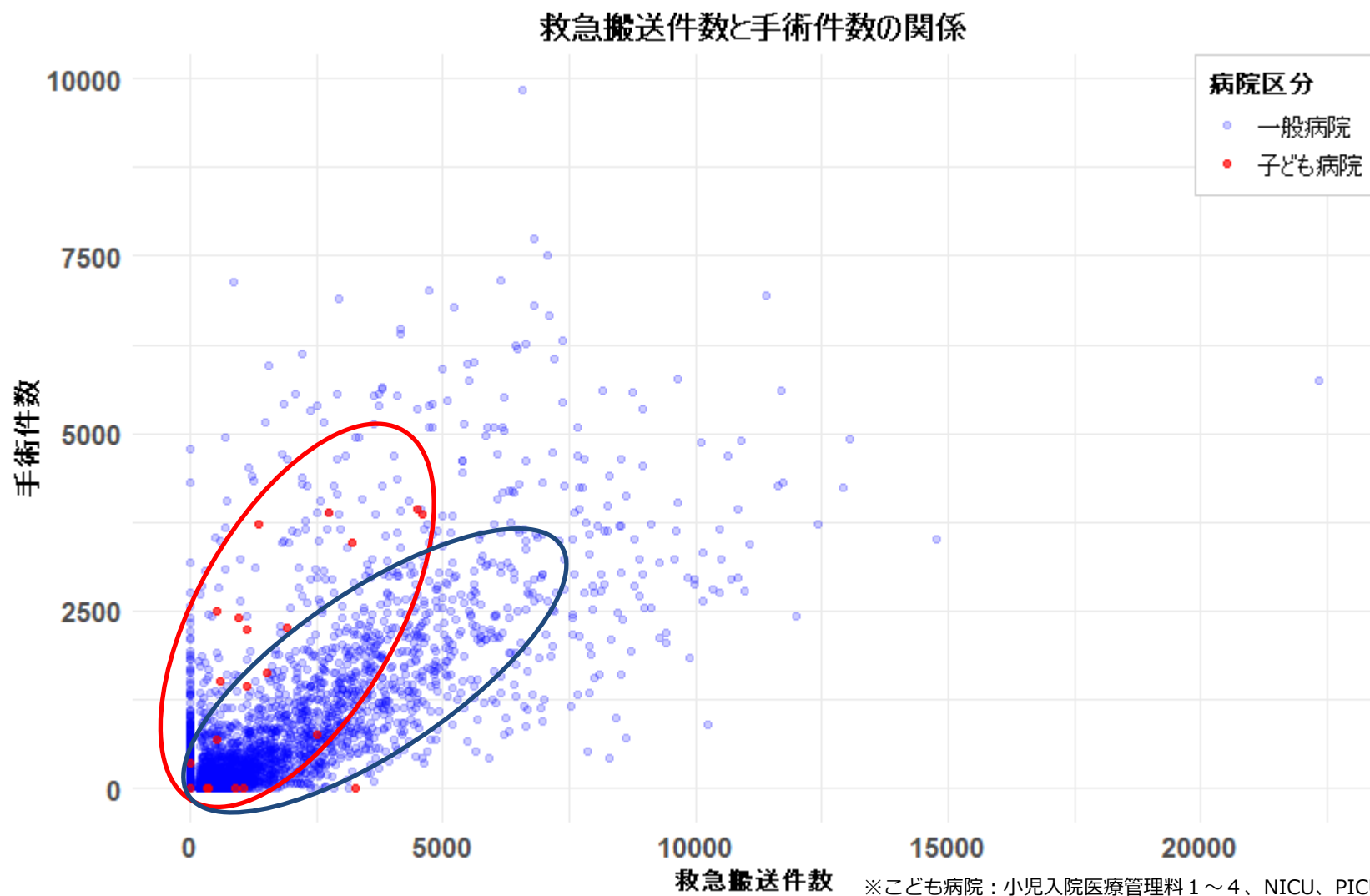
出典：「令和6年度係数設定データ」（2022年10月～2023年9月DPCデータ）

- 許可病床数別に見ると、200床以上の病院と比較して、200床未満の病院で専門病院の割合が多い。
- 200床未満の二次医療圏における専門病院では、救急搬送件数が少ないものの、全身麻酔手術件数が多い病院が見受けられる。

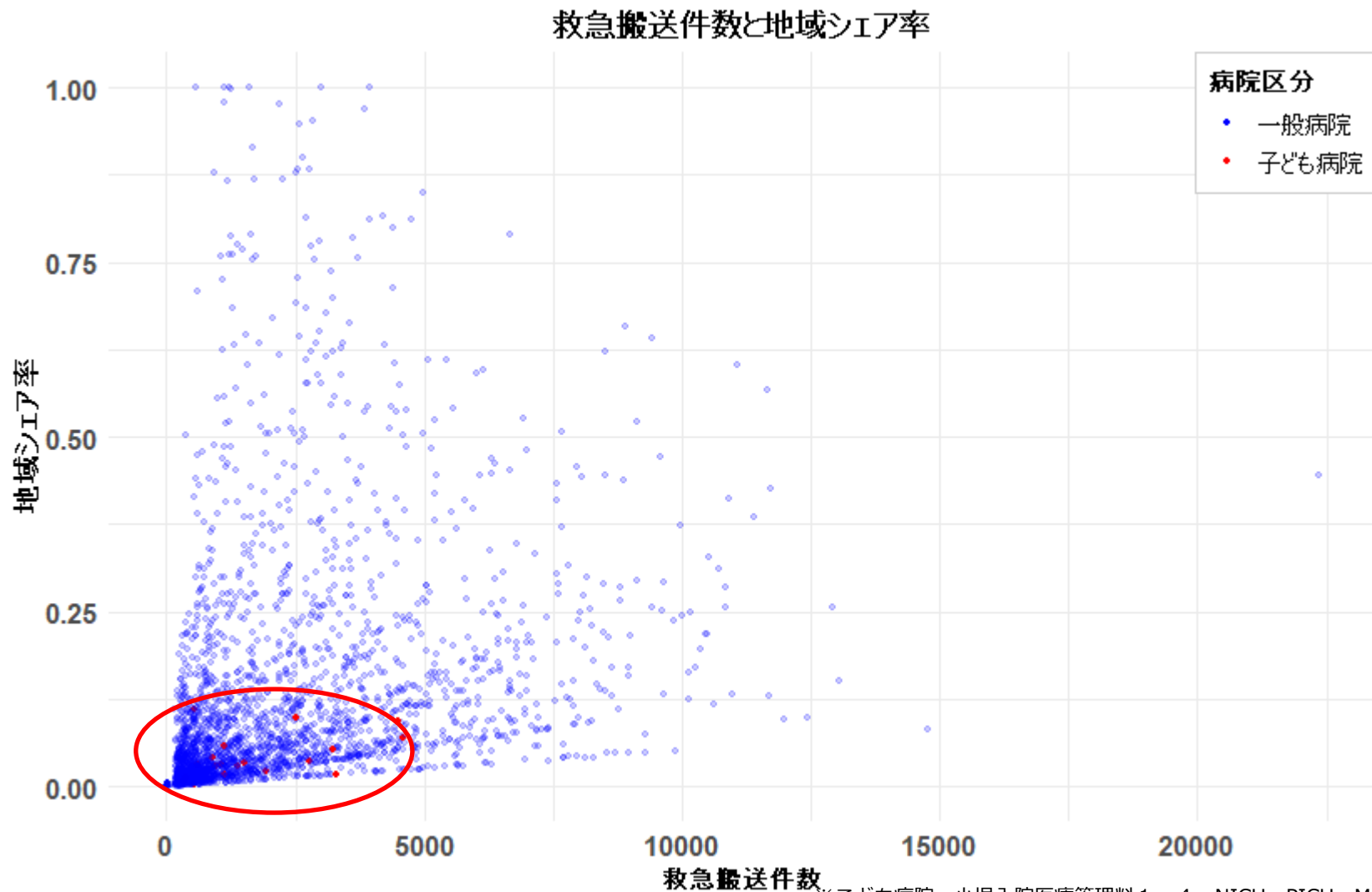
許可病床数別の救急搬送件数と全身麻酔手術件数



- 救急搬送件数と全身麻酔手術件数の分布において、こども病院では、同じ救急搬送件数を受けている一般病院と比較して、手術件数が多い傾向にある。



- こども病院において、救急搬送の地域シェア率が $1/4$ を超えるような医療機関はない。



※こども病院：小児入院医療管理料1～4、NICU、PICU、MFICU、GCUの
届出病床数が許可病床数の5割以上ある施設

急性期医療機関機能を踏まえた現状・課題

急性期入院医療の評価

【急性期一般入院料における評価と現状】

- 看護配置や平均在院日数、重症度、医療・看護必要度等により、急性期一般入院料を1～6に区分けしている。
- 急性期一般入院料1を算定している病院であっても、救急搬送受入や夜間・休日救急患者受入、手術等の実績、医療従事者の配置や、1患者あたり医療資源投入量等が医療機関の果たしている機能により異なる。

【DPC制度について】

- 急性期入院医療の評価にあたり、診断群分類に基づいて医療を可視化・標準化するとともに、各病院群の医療実績を踏まえた標準化により、医療の集約化・機能分化を促している。

急性期における医療資源等の確保の必要性

【手術について】

- 高度な技術や設備を要する等、集約化が望ましい手術と、緊急性や頻度が高い疾病を対象とした、地域において均てん化が望ましい手術がある。
- 均てん化が望ましい手術においても、確保が困難な麻酔科医や手術関連スタッフ等の医療資源を効率的に活用するため、一定の症例数に対応することが重要。

【救急対応について】

- 地域において適切な医療提供体制を確保し、休日・夜間の診療体制を維持するには、複数の病院が少しずつ人員や医療設備を有するのではなく、一定の人的資源を集めることが重要である。

現状・課題

- 一般的な急性期機能として、高齢者をはじめとした救急の受入や、均てん化して提供されることが望ましい手術実施等の機能が期待され、そういった機能を担う医療機関では、救急搬送受入や手術等の実績だけでなく、医師数や医療資源投入量が異なるが、こうした実績等を有する病院の評価の現状についてどう考えるか。
- 救急搬送受入件数がそれほど多くなくとも、一定程度の救急搬送受入件数と全身麻酔手術を確保している病院では包括範囲出来高算点数が高くなる傾向があることについて、どのように考えるか。

1. 急性期入院医療について(その3)

1－1. 急性期における医療機関機能について

1－2. 総合入院体制加算、急性期充実体制加算について

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	- 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。 - 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。		
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 悪性腫瘍手術：400件/年以上 ウ 腹腔鏡下手術：100件/年以上 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		
救急自動車等による搬送件数	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 年間2,000件以上	上記のうち少なくとも2つ以上を満たす －
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 (A 2点以上又はC 1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	- 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 ◆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	・ 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。） 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	
高度急性期医療の提供	・ 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	
感染防止に係る取組	・ 感染対策向上加算1を届け出ている	
医療の提供に係る要件	・ 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	・ 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	・ 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 ◆ 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	・ 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	・ 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	・ 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	

総合入院体制加算 1 と急性期充実体制加算 1 の主な施設基準

- 総合入院体制加算 1 と急性期充実体制加算 1 は救命救急センター等の救急の体制整備や全身麻酔手術件数等で共通する基準があるほか、総合的な診療体制については総合入院体制加算 1 でのみ求められる施設基準があり、手術実績等については、急性期充実体制加算 1 でのみ求められる施設基準がある。
- 加算の対象となる14日間で算定できる点数の総額は、総合入院体制加算 1 は急性期充実体制加算 1 と比較して低くなっている。

	総合入院体制加算 1 14日間 計3640点	急性期充実体制加算 1 14日間 計4240点
	総合入院体制加算 1 のみの施設基準	急性期充実体制加算 1 のみの施設基準
救急・手術	- 腹腔鏡下手術：100件/年以上 - 心臓胸部大血管手術(※) 40件/年以上	- 救命救命センター又は高度救命救急センター (急性期充実体制加算では救急搬送件数2000件/年以上でも可) - 全身麻酔手術件数2000件/年以上 - 悪性腫瘍手術400件/年以上
総合的な診療体制等	- 内科、外科、整形外科、脳外科、精神科、小児科、産科（産婦人科）の標榜と入院医療の提供 - 分娩件数 100件/年以上 - 放射線治療 4000件/年以上 - 精神科の24時間対応体制＋入院受入体制	- 化学療法 1000件/年以上(急性期充実体制加算では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) - 画像診断及び検査、調剤を24時間実施できる体制 - 感染対策向上加算 1 - 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の届出
その他の施設基準	- 病院の医療従事者の負担軽減及び処遇改善に資する体制を整備している - 重症度、医療・看護必要度II：3割2分以上（I：3割3分以上）	- 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 - 救急時医療情報閲覧機能を有している - 外来を縮小する体制を有する - 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 - 同一建物内に特別養護老人ホーム等を設置していない - 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 - 急性期一般入院料 1 の届出 - 特定集中治療室管理料等の届出 - 敷地内禁煙に係る取組 - 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の一般病棟以外への転棟が1割未満 - 入退院支援加算 1 又は2の届出 - 一般病棟の病床数の合計が、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 - 院内迅速対応チームの設置等

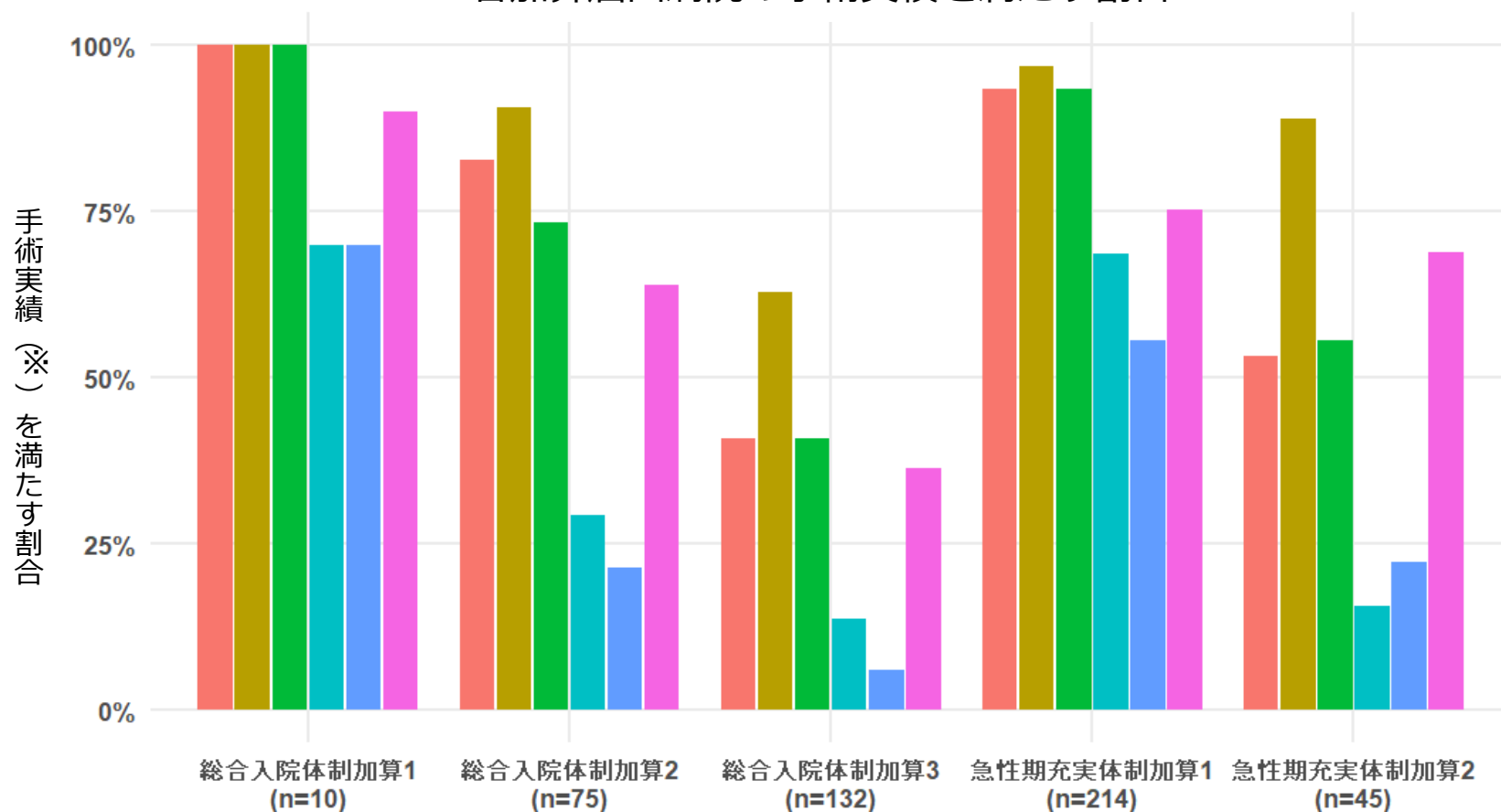
注 総合入院体制加算 1 と急性期充実体制加算 1 の主な施設基準を抜粋したものであり、全ての基準を記載しているものではない。

※ 総合入院体制加算 1 と急性期充実体制加算 1 では対象となる手術等が異なっている。

総合入院体制加算・急性期充実体制加算届出病院の手術実績要件を満たす割合

- 総合入院体制加算や急性期充実体制加算を届け出ている病院において、手術実績要件を満たす割合を見ると、いずれも総合入院体制加算1を算定している病院で要件を満たしている割合が最も高かった。
- 総合入院体制加算3届出病院では、各実績要件を満たしている割合がその他の加算届出病院と比較して低く、特に、消化管内視鏡手術や心臓血管外科手術要件を満たしている割合が低かった。

各加算届出病院の手術実績を満たす割合



※手術実績は、急性期充実体制加算の要件に基づき集計

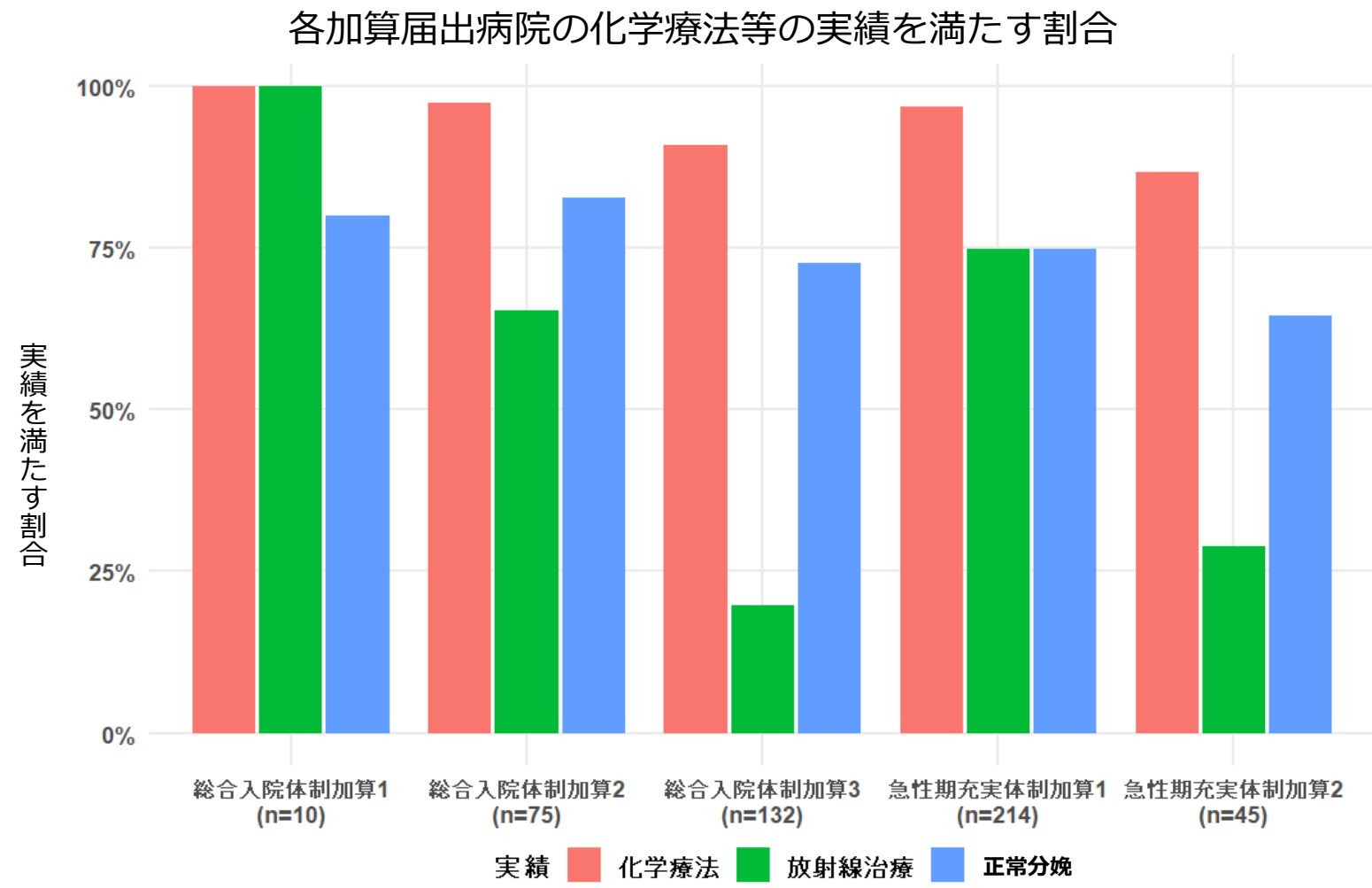
手術実績

- 悪性腫瘍手術
- 胸腹腔鏡下手術 (腹腔鏡+胸腔鏡)
- 心臓カテーテル法手術
- 消化管内視鏡手術
- 心臓血管外科手術
- 6歳未満手術

出典：DPCデータ (2023年10月～2024年9月)

総合入院体制加算・急性期充実体制加算届出病院の化学療法等実績要件を満たす割合

- 化学療法等の実績要件についても、総合入院体制加算 1 届出病院で満たしている割合が高かった。
- 総合入院体制加算 3 や急性期充実体制加算 2 を届け出ている病院では、放射線治療など、他の加算届出病院と比較して実績要件を満たしている割合が低かった。



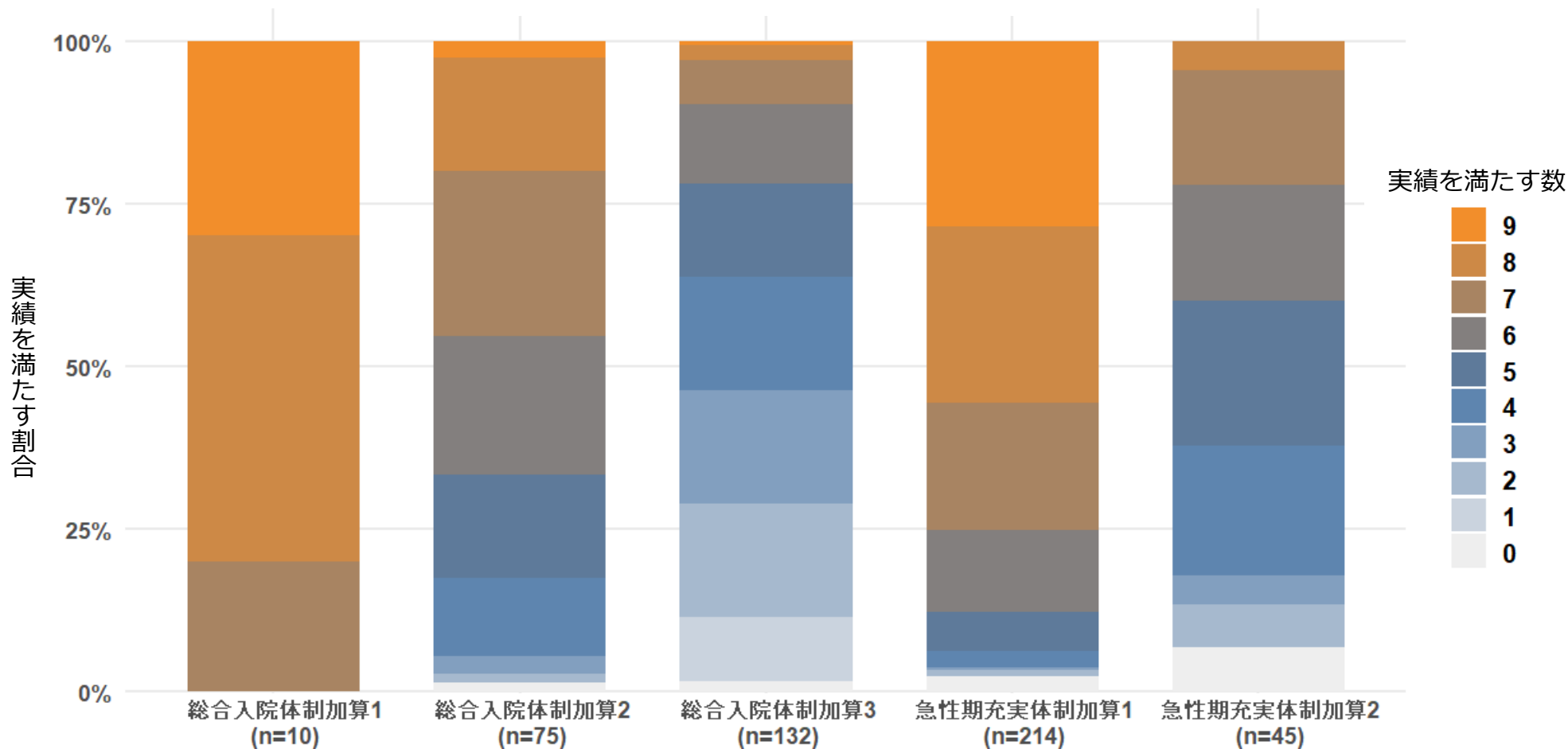
※化学療法はレジメンごとに1件とカウントするため、薬剤の算定回数ではないことから、NDBレセプト件数等で代替的にカウントしたもの

23

総合入院体制加算・急性期充実体制加算届出病院の実績要件を満たす割合

- 実績要件を満たす割合については、総合入院体制加算1では3割の病院が全ての要件を満たしており、全ての病院が7項目以上の要件を満たしていた。
- 総合入院体制加算3届出病院は、その他の加算届出病院と比較して、実績要件を満たす数が少ない病院の割合が高かった。

各加算届出病院の実績※を満たす割合

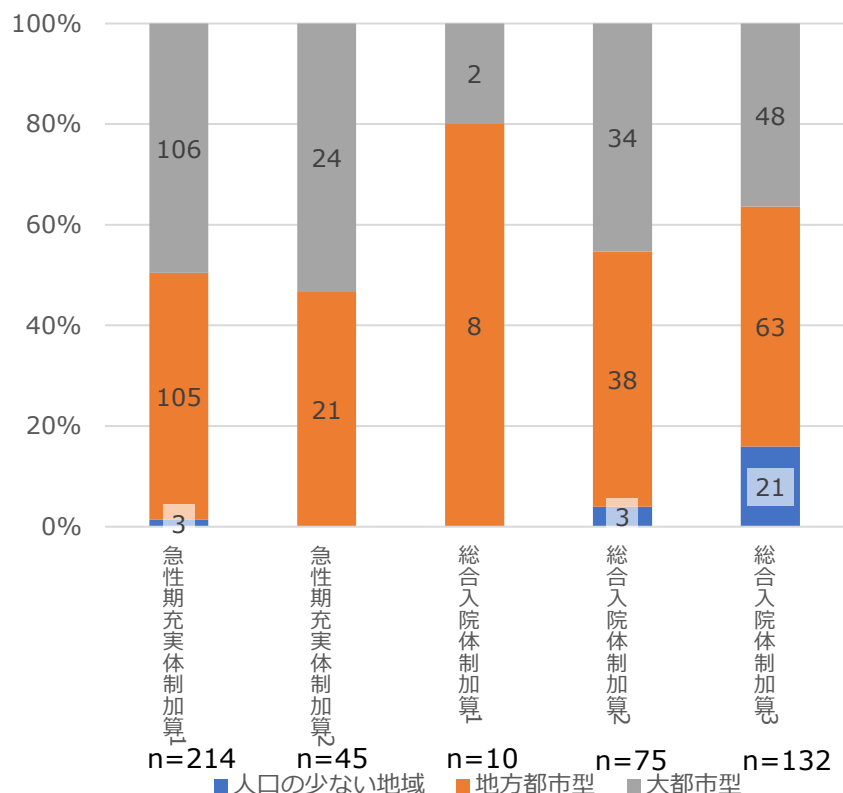


※悪性腫瘍手術400件、腹腔鏡・胸腹鏡下手術400件、心臓カテーテル法手術200件、消化管内視鏡手術600件、
心臓胸部大血管手術100件、6歳未満手術40件、化学療法1000件、放射線治療4000件、正常分娩100件の9つの実績

総合入院体制加算・急性期充実体制加算届出病院の所属二次医療圏と病院属性

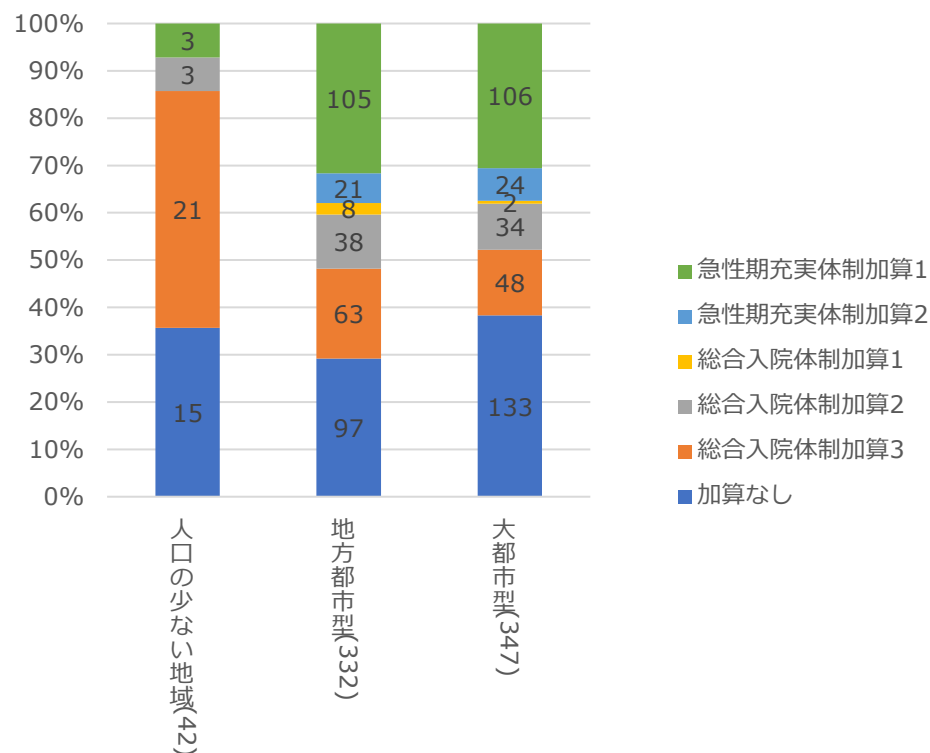
- 総合入院体制加算や急性期充実体制加算を届け出ている病院の多くは地方都市型や大都市型の二次医療圏に属しているが、総合入院体制加算3を届け出ている病院の約15%は人口の少ない地域に属していた。
- 人口の少ない地域では、実績要件等の基準が厳しい総合入院体制加算1や急性期充実体制加算1を届出ている病院が少なく、加算算定病院の多くは、総合入院体制加算3を届け出ていた。
- 人口の少ない地域では、総合的な機能を求められているものの、地理的な事情から、地域の症例や医療従事者を集約してもなお、実績要件等の基準を満たすことが困難な医療機関があると考えられる。

加算算定病院の所属二次医療圏区分割合



大都市型：48二次医療圏 人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km²以上
 地方都市型：156二次医療圏 人口が20万人以上（又は）人口10～20万人（かつ）人口密度が200人/km²以上
 人口の少ない地域：131二次医療圏 上記以外

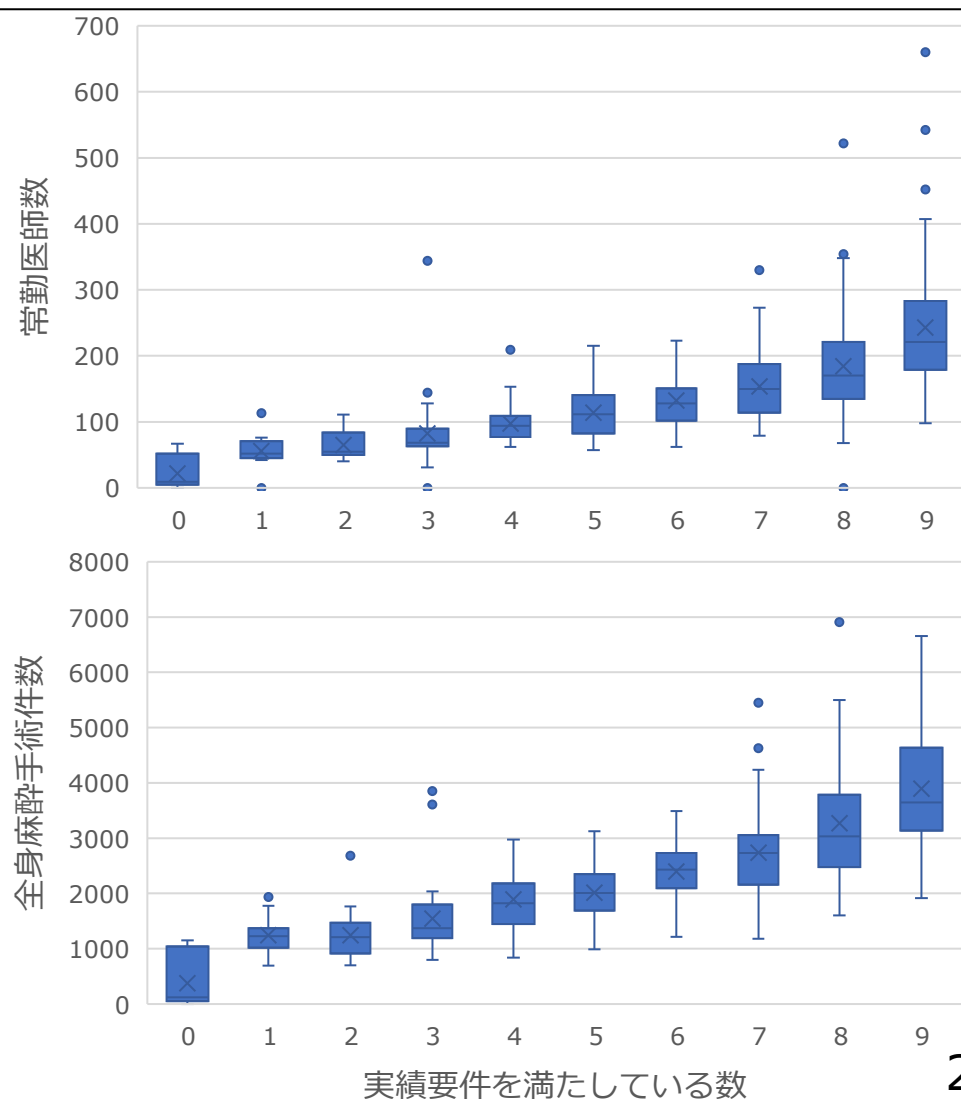
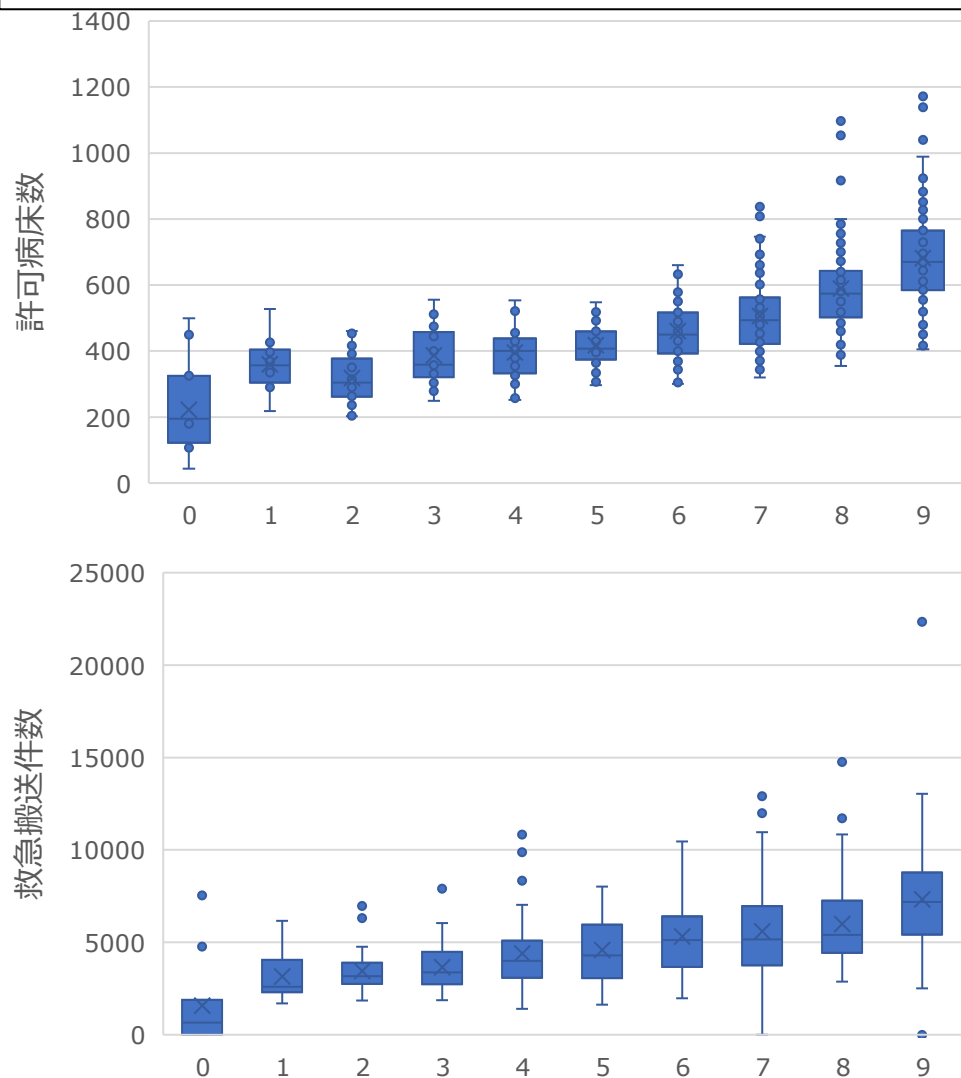
各地域における加算の算定状況※



※ 救急搬送件数2000件かつ全身麻酔手術1200件以上の病院を対象とした

総合入院体制加算・急性期充実体制加算届出病院の実績と病院属性

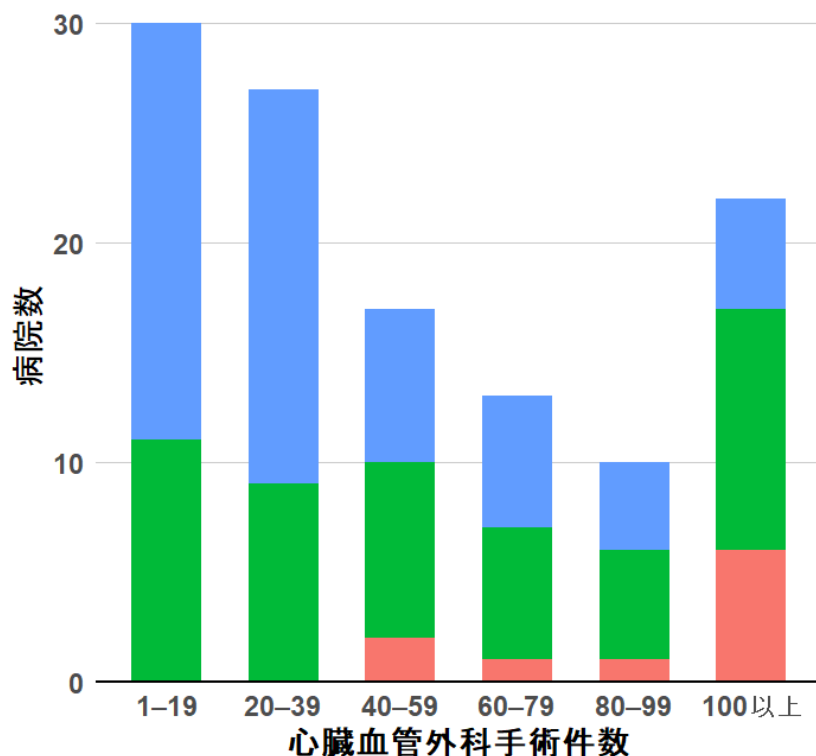
- 総合入院体制加算や急性期充実体制加算を届け出ている病院において、手術等の実績要件を満たす割合別に病院属性を見ると、実績要件を満たす数が多い病院ほど、許可病床数、常勤医師数、救急搬送件数、全身麻酔手術件数がいずれも多い傾向があった。



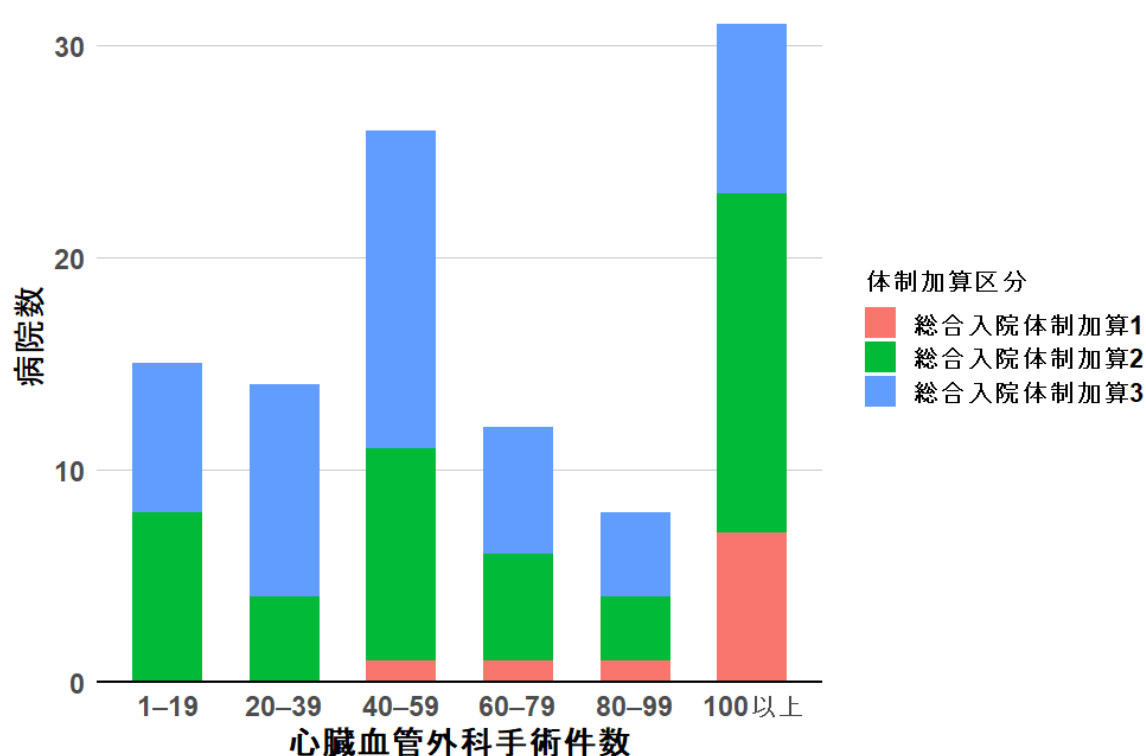
総合入院体制加算・急性期充実体制加算の対象となる心臓血管外科手術について

- 手術実績要件のうち、心臓血管外科手術については、総合入院体制加算と急性期充実体制加算において、対象となる手術等の要件が異なっている。具体的には、総合入院体制加算の対象手術には、急性期充実体制加算において対象となっている人工心肺を使用する冠動脈、大動脈バイパス手術等が入っていない。
- 総合入院体制加算届出病院における、各加算対象手術の実施件数の分布は以下の通りであり、総合入院体制加算対象手術については、40件未満の病院が多いものの、急性期充実体制加算の対象手術については、40件以上の病院が多い。

総合入院体制加算の対象となる心臓血管外科手術数別病院数



急性期充実体制加算の対象となる心臓血管外科手術数別病院数



体制加算区分

- 総合入院体制加算1
- 総合入院体制加算2
- 総合入院体制加算3

総合入院体制加算と急性期充実体制加算の心臓血管外科対象手術について（参考）

【総合入院体制加算施設基準通知】（抄）

1

（３）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

（４）イ 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

人工心肺を用いた手術とは、医科点数表第２章第10部に掲げる手術のうち、「K541」から「K544」まで、「K551」、「K553」、「K554」から「K556」まで、「K557」から「K557-3」まで、「K558」、「K560」、「K560-2」、「K568」、「K570」、「K571」から「K574」まで、「K576」、「K577」、「K579」から「K580」まで、「K582」から「K589」まで及び「K592」から「K594」までに掲げる人工心肺を用いた手術をいう。人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術とは、医科点数表第２章第10部に掲げる手術のうち、「K552-2」に掲げる手術をいう。

【急性期充実体制加算施設基準通知】（抄）

1 （２）ケ 心臓胸部大血管の手術

心臓胸部大血管手術とは、医科点数表第２章第10部に掲げる手術のうち、「K541」から「K544」まで、「K551」から「K555-2」の「1」及び「2」まで、「K555-3」、「K556」「K557」から「K559」まで、「K560」の「1」から「5」まで、「K560-2」、「K561」の「2」の「イ」、「K562」の「2」、「K562-2」から「K567」まで、「K568」から「K570」まで、「K571」、「K572」、「K573」の「2」、「K574」、「K575」から「K593」まで、「K594」の「1」から「3」まで、「4」の「イ」、「ロ」、「K594-2」、「K603」、「K603-2」、「K604-2」から「K605-4」をいう。

2 （１）キ 心臓胸部大血管の手術について、100件／年以上



急性期充実体制加算の対象手術であって、総合入院体制加算の対象でないもの

- 「K552：冠動脈、大動脈バイパス移植術」、「K553-2：左心形成術、心室中隔穿孔閉鎖術、左室自由壁破裂修復術」、「K557-4：ダムス・ケー・スタンセル吻合を伴う大動脈狭窄症手術」、「K559：閉鎖式僧帽弁交連切開術」、「K561の2のイ：ステントグラフト内挿術 胸部大動脈」、「K562の2動脈管開存閉鎖術（直視下）」、「K562-2：胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術」、「K563：肺動脈絞扼術」、「K564：血管輪又は重複大動脈弓離断手術」、「K565：巨大側副血管手術（肺内肺動脈統合術）」、「K566：体動脈肺動脈短絡手術」、「K567：大動脈狭窄（離断）症手術」、「K569：三尖弁手術」、「K575：三心房心手術」、「K578：右室二腔症手術」、「K581：肺動脈閉鎖症手術」、「K590：寝室憩室切除術」、「K591：心臓脱手術」、「K594-2：肺静脈隔離術」、「K603：補助人工心臓」、「K603-2：小児補助人口心臓」、「K604-2：植込型補助人口心臓」、「K605：移植用心採取術」、「K605-2：同種心移植術」、「K605-3：移植用心肺採取術」、「K605-4：同種心肺移植術」

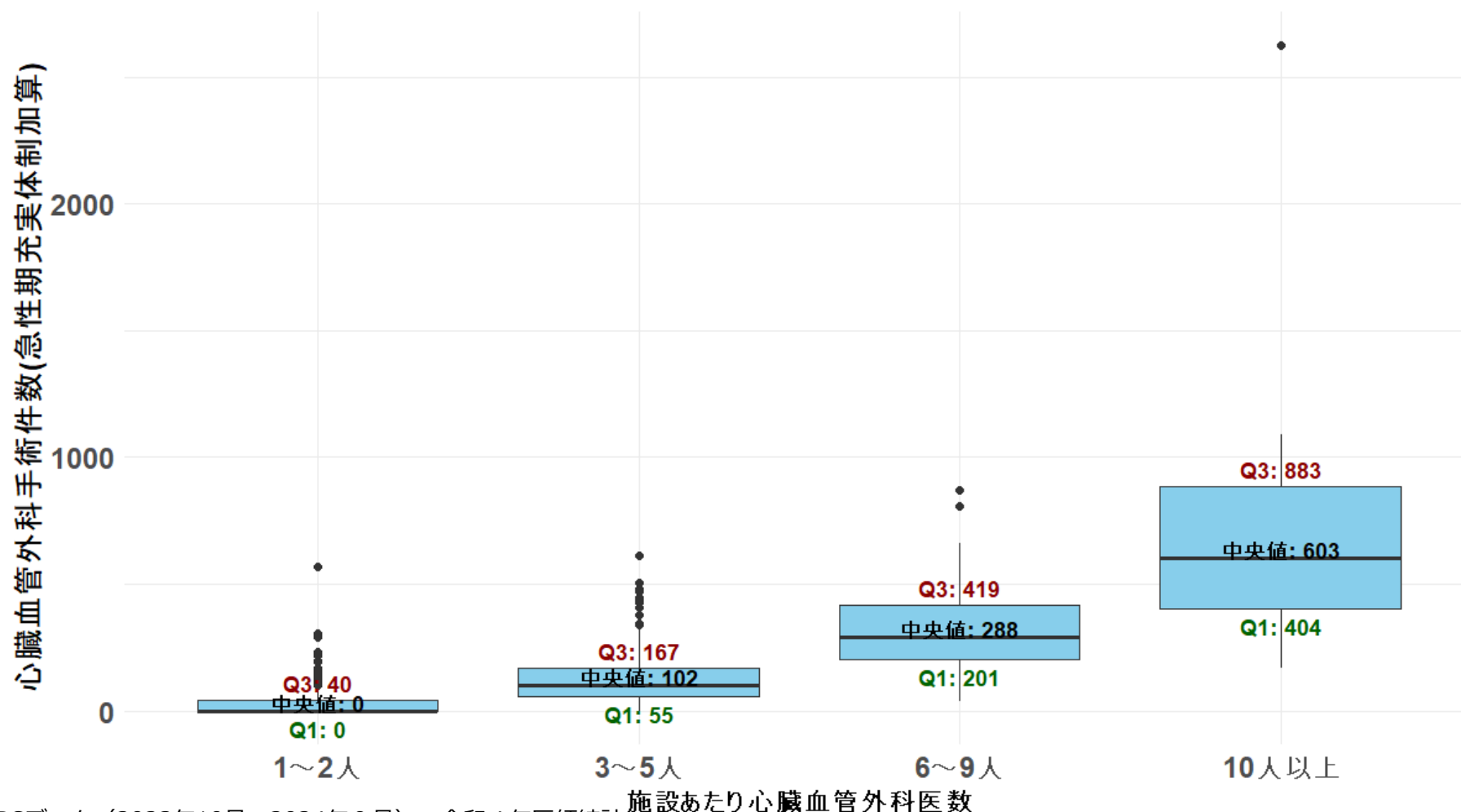
総合入院体制加算の対象手術であって、急性期充実体制加算の対象でないもの

- 「K555-2の3：経皮的肺動脈弁置換術」、「K560の6と7：大動脈瘤切除術のうち腹部大動脈」、「K573の1心房中隔欠損作成術のうち経皮的心房中隔欠損作成術」、「K594の4ハ：不整脈手術のうち左心耳閉鎖術のうち経カテーテル的手術によるもの」

心臓血管外科医数別 心臓血管外科手術（急性期充実体制加算対象）実施件数

- 常勤の心臓血管外科医が1～2人の病院では、急性期充実体制加算の対象となる心臓血管外科手術の中央値が0件/年とほとんどの施設で実施されておらず、第3四分位点も40件/年となる。
- 常勤の心臓血管外科医が3～5人の病院では、急性期充実体制加算の対象となる心臓血管外科手術は第1四分位点でも55件/年実施されている。

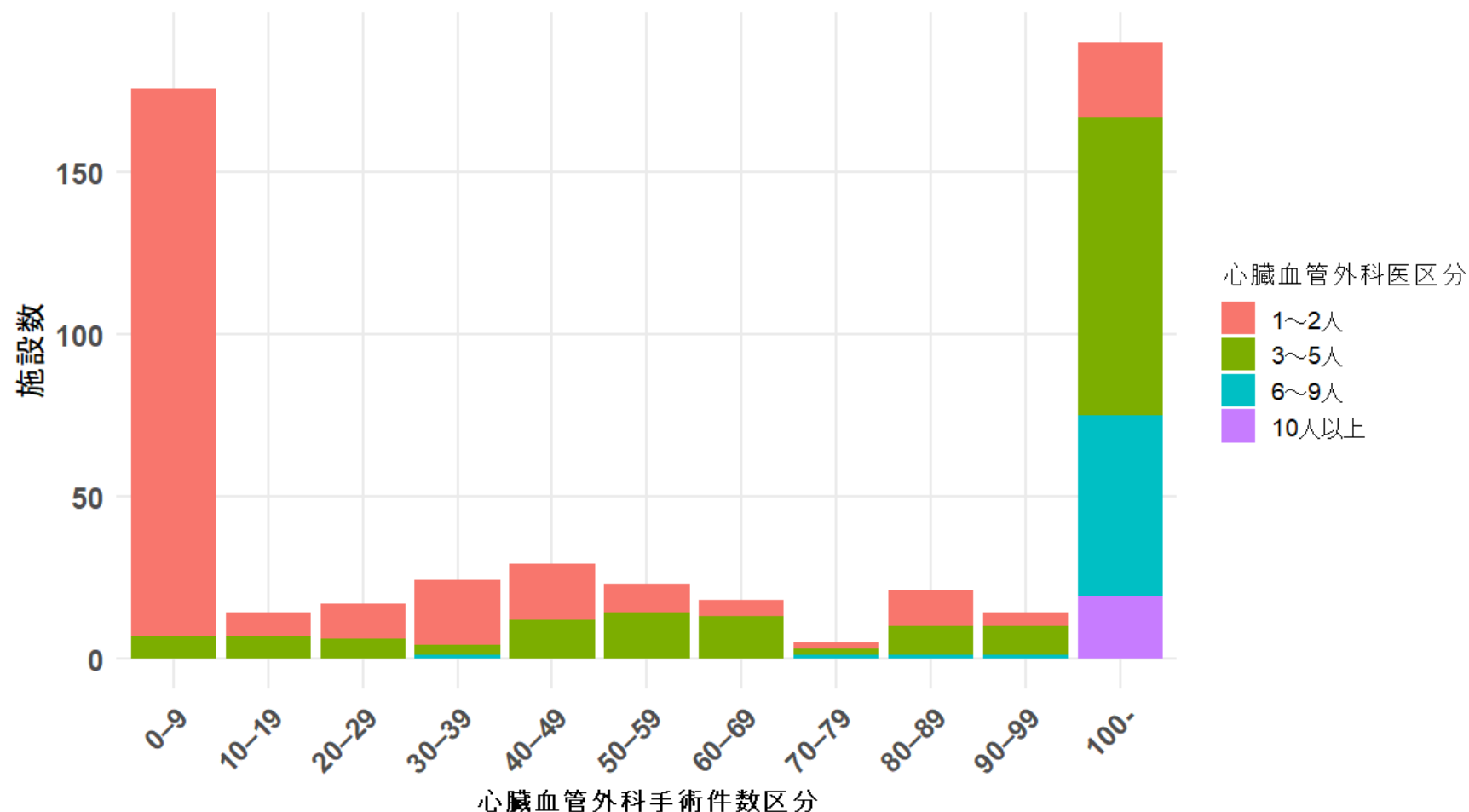
心臓血管外科手術件数の分布



心臓血管外科手術（急性期充実体制加算対象）実施件数別 施設数

- 心臓血管外科手術50件未満では、心臓血管外科医が1～2人の施設の割合が多く、50～60件以上では3人以上の施設の割合が多い。

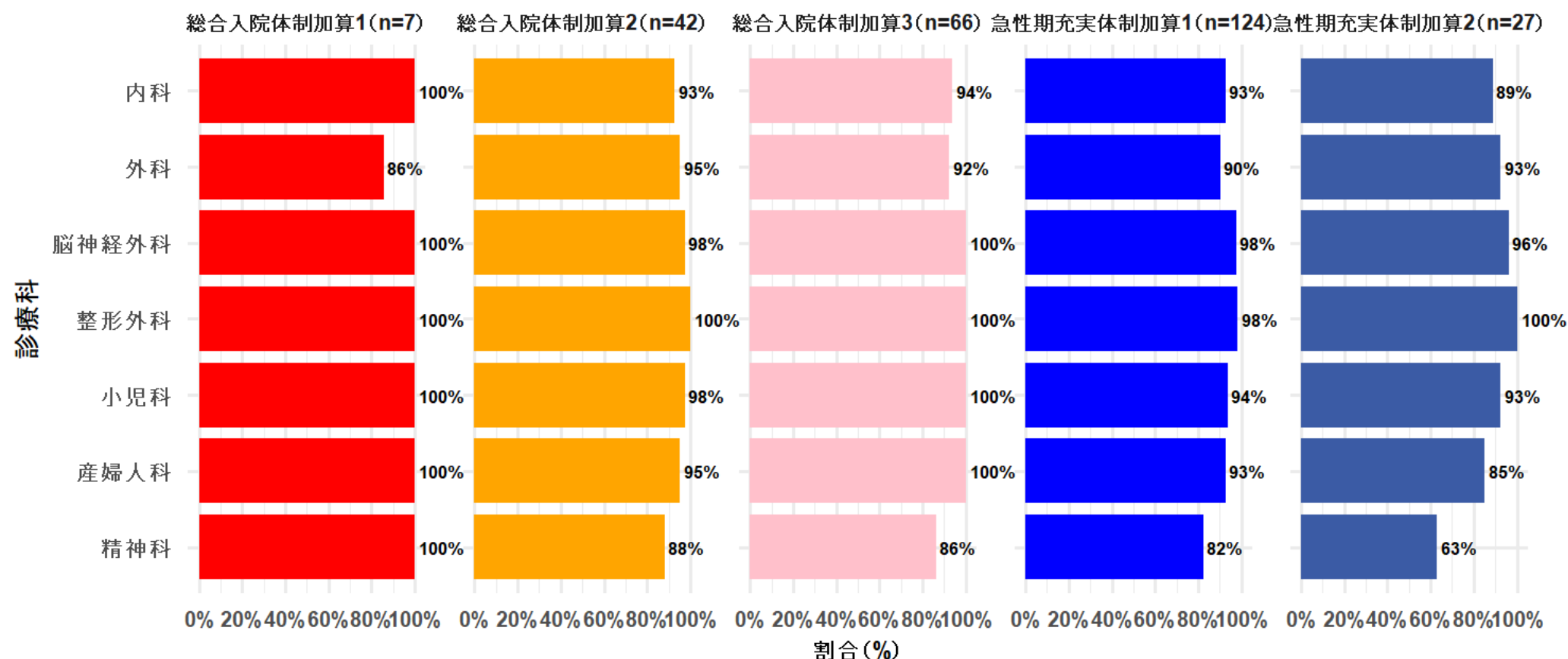
心外手術件数別施設数 (n=531)



総合入院体制加算・急性期充実体制加算届出病院の標榜割合

- 総合入院体制加算1届出病院では、概ね全ての病院で全診療科を標榜していた。
- 他の加算届出病院も、精神科を除き、各診療科の標榜割合は85%を超えていた。

診療科ごとの標榜割合

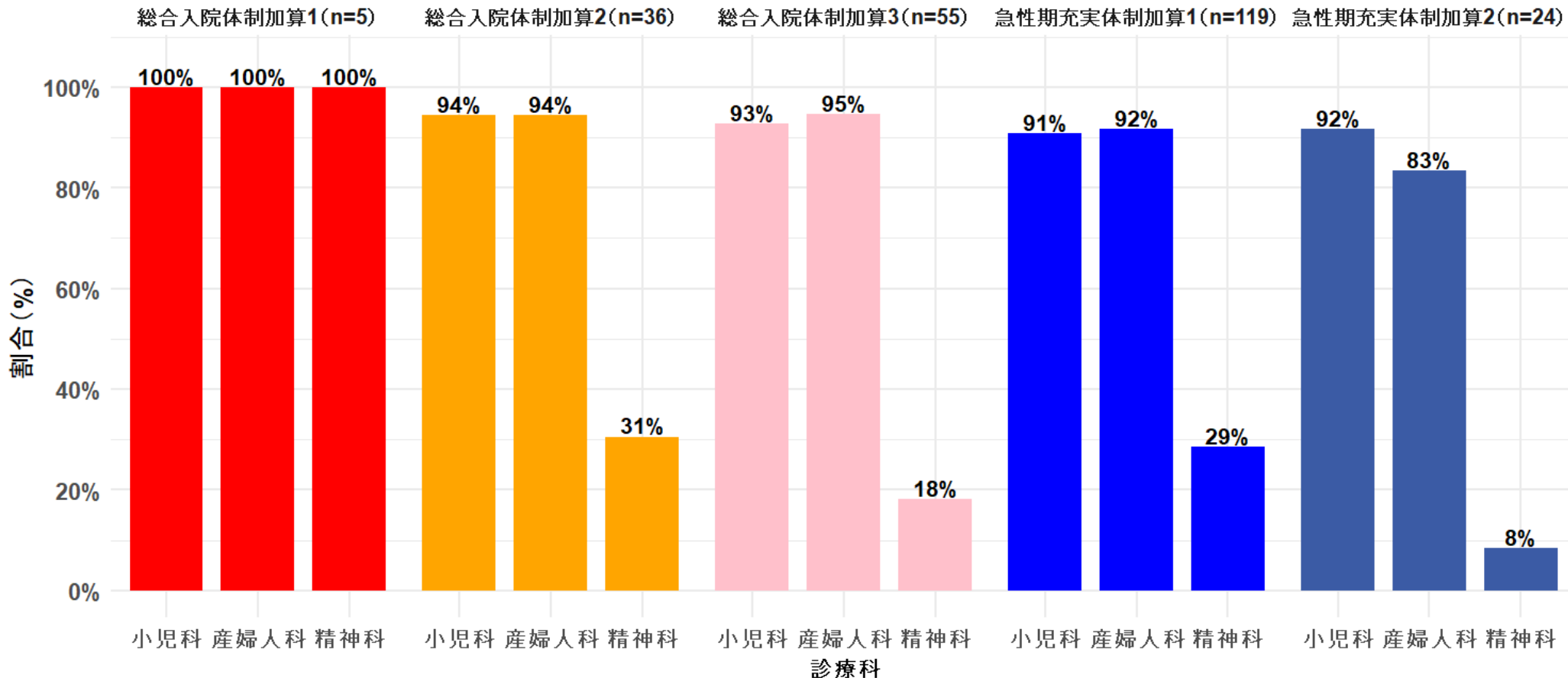


※一部の病院では、外科ではなく、消化器外科として標榜している

総合入院体制加算・急性期充実体制加算届出病院の入院医療提供割合

- 総合入院体制加算 1 届出病院では小児科・産婦人科・精神科の全ての診療科の入院医療を提供していた。
- その他の加算届出病院では、精神科の入院医療提供割合が、他の 2 診療科と比較して低かった。

小児科・産婦人科・精神科の入院医療提供割合



診療情報・指標ワーキンググループでの主なご意見

(総合入院体制加算と急性期充実体制加算の実績要件の違いについて)

- 総合入院体制加算と急性期充実体制加算に救急2000件や手術1200件といった区分があり、特に人口の少ない地域では、総合入院体制加算の2、3を取ることで、地域の中で急性期医療をしっかりと支えているため、こういった基準があることに意味があるのではないかな。
- 総合入院体制加算と急性期充実体制加算で、心臓血管外科手術の対象の手術が異なっていることや、腹腔鏡下手術は両方の加算の対象となっている一方、胸腔鏡下手術は総合入院体制加算の対象となっていないことについて、あえて分ける必要はないのではないかな。
- 心臓血管手術だけではなく、異常分娩50件と正常分娩100件の違いについても、異常分娩を50件実施しているところは、通常、正常分娩も100件実施している。
- 総合入院体制加算と急性期充実体制加算はもともとは異なる加算であるが、新たな地域医療構想における医療機関機能を踏まえ、両加算を併せて1～5に振り分ける・整備する検討も必要ではないかな。
- 全身麻酔手術で必ずしも医療資源投入量が高いとは言えないものや、脊椎麻酔である程度点数の高いものもあるのではないかな。

(人口の少ない地域での要件について)

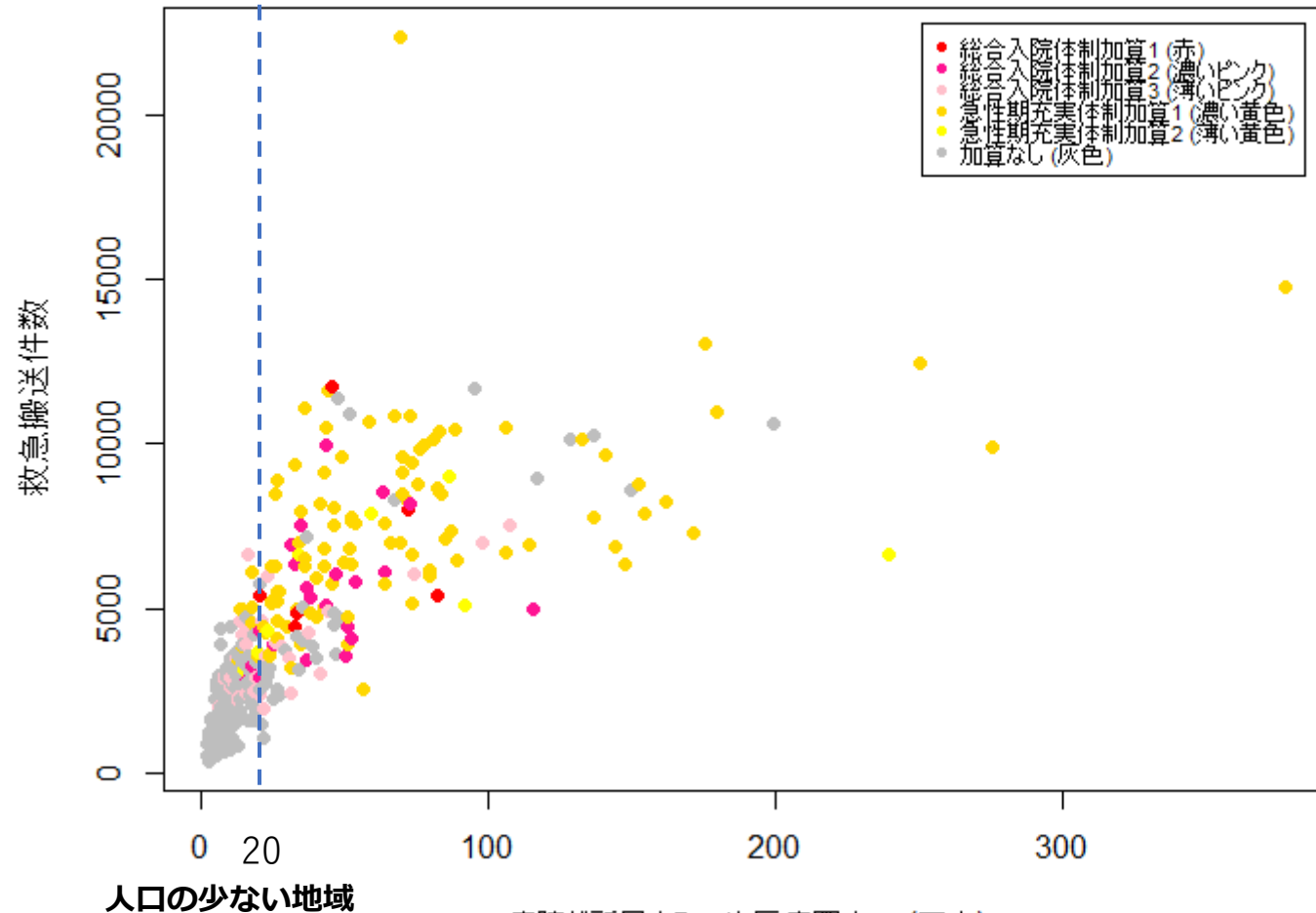
- 人口が少ない地域での評価については、既存の類型の中での条件緩和あるいは別類型をつくるなどが必要ではないかな。
- 人口が少ない地域の圏域の設定として、二次医療圏・三次医療圏の圏域を超えて患者が集まる場合の配慮や、地域の中に1つだけの病院か、複数の病院かといった観点も重要ではないかな。
- 実績要件を緩和する場合には、緊急・救急対応が必要か、医療従事者の集約化が必要か、という観点があるのではないかな。
- 化学療法も、集約化が必要な化学療法と、アクセスのよいところに必要な化学療法があるのではないかな。

二次医療圏における救急搬送件数

診調組 入-2
7. 5. 22改

- 人口規模の大きな二次医療圏ほど、当該医療圏で最大の救急搬送を受けている病院における救急搬送件数も多くなる傾向がある。
- 急性期充実体制加算や総合入院体制加算の多くは、人口20万の二次医療圏より大きな医療圏で算定されている。

各二次医療圏における最大救急搬送件数 (n=335)



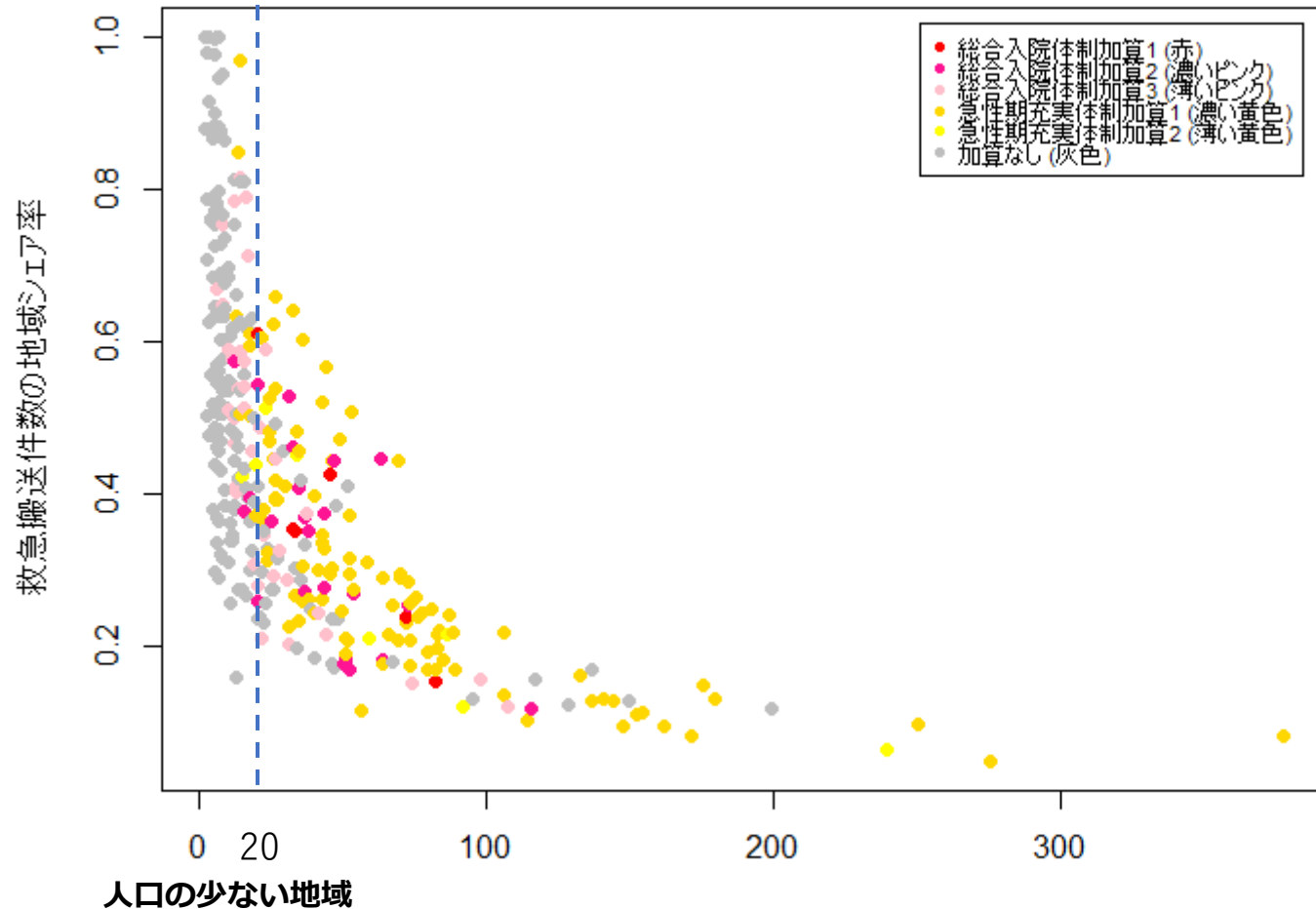
出典: 保険局医療課調べ(令和5年10月～令和6年9月DPCデータ、令和5年病床機能報告)

二次医療圏における救急搬送の地域シェア率

診調組 入-2
7. 5. 22改

- 人口規模の小さな二次医療圏では、救急搬送件数自体は大規模な医療圏にある医療機関と比較して多くないものの、地域の救急搬送の多くをカバーしている医療機関がある。
- 地域の多くの救急搬送をカバーしている医療機関であっても、急性期充実体制加算や総合入院体制加算は算定されていない。

各二次医療圏における救急搬送の地域シェア率 (n=335)



病院が所属する二次医療圏人口 (万人) ※各点は二次医療圏内で最大の救急搬送を受けている
病院の救急搬送件数と所属二次医療圏人口を示す

小規模な二次医療圏

① へき地診療所等



- ・ 過疎地域等に所在し、巡回診療、医師・代診医派遣等による支援を受ける医療機関
- ・ D to P with N、D to P with Dを含むオンライン診療を活用し、住民に対する基礎的な医療を提供

② へき地診療所等への支援を実施する病院



- ・ 地域の救急患者や入院患者を受け入れる病院
- ・ オンライン診療による代用も含めた巡回診療、医師・代診医派遣等を実施
- ・ D to P with N、D to P with Dを含むオンライン診療を活用した医療を提供

③ 拠点的功能を有する病院

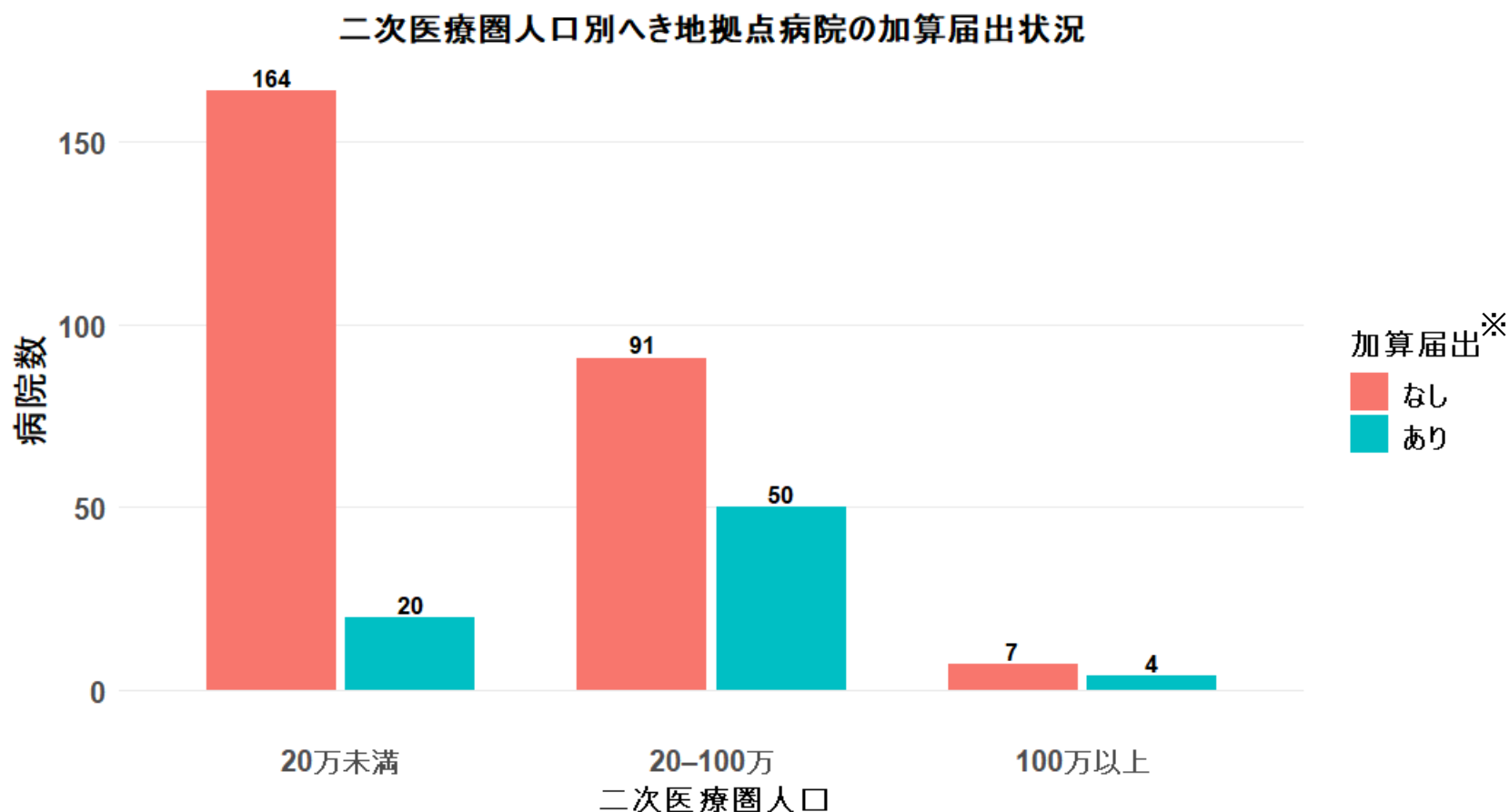


- ・ 急性期の拠点的な機能を担う病院
- ・ オンライン診療による代用も含めた巡回診療、医師派遣・代診医派遣等を実施
- ・ D to P with N、D to P with Dを含むオンライン診療を活用した医療を提供

二次医療圏別へき地医療拠点病院の加算届出状況

診調組 入 - 2
7 . 8 . 2 1

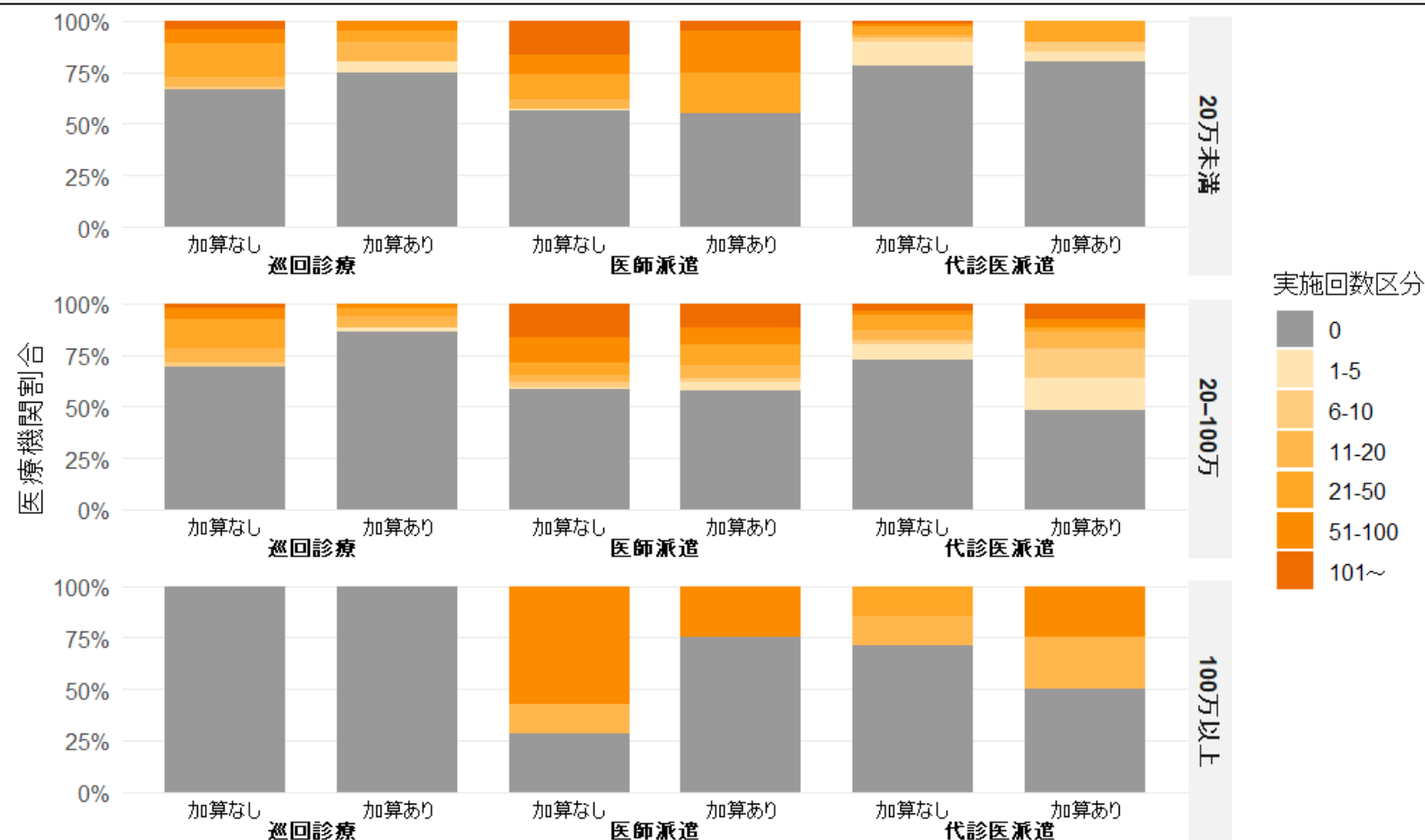
- へき地医療拠点病院の約半数は、20万人未満二次医療圏に所在している。
- 人口20万人未満の小さな二次医療圏におけるへき地医療拠点病院では、20万人以上二次医療圏のへき地医療拠点病院と比較して、総合入院体制加算や急性期充実体制加算を届け出ている病院の割合が低かった。



二次医療圏別へき地医療拠点病院における主要3事業の実施状況について

診調組 入-2
7. 8. 21

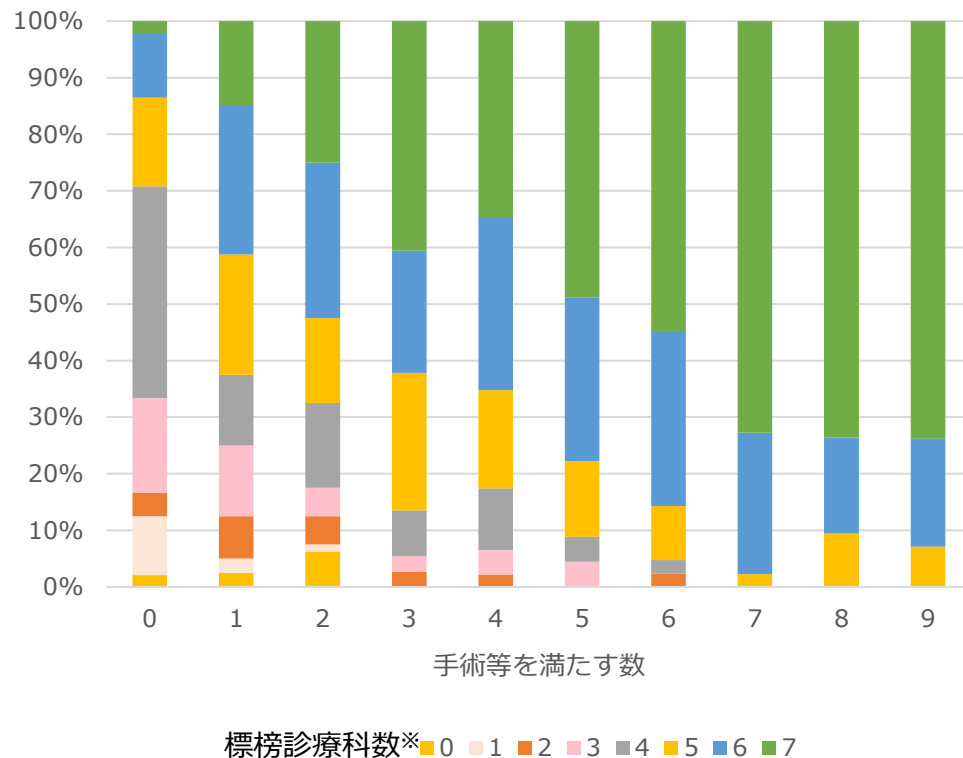
- 20万人未満二次医療圏におけるへき地医療拠点病院では、主要3事業を一定程度実施しており、総合入院体制加算や急性期充実体制加の届出の有無と実施状況に大きな違いは見られなかった。
- 20万-100万人医療圏では、加算を届け出ている病院では届出のない病院と比較して、巡回診療を実施している割合が少ない一方で、へき地等に代診医派遣を実施している割合が高かった。
- 100万人以上医療圏では、巡回診療を実施していない一方で、加算を届け出ている病院で、へき地等に医師派遣を実施している割合が高かった。



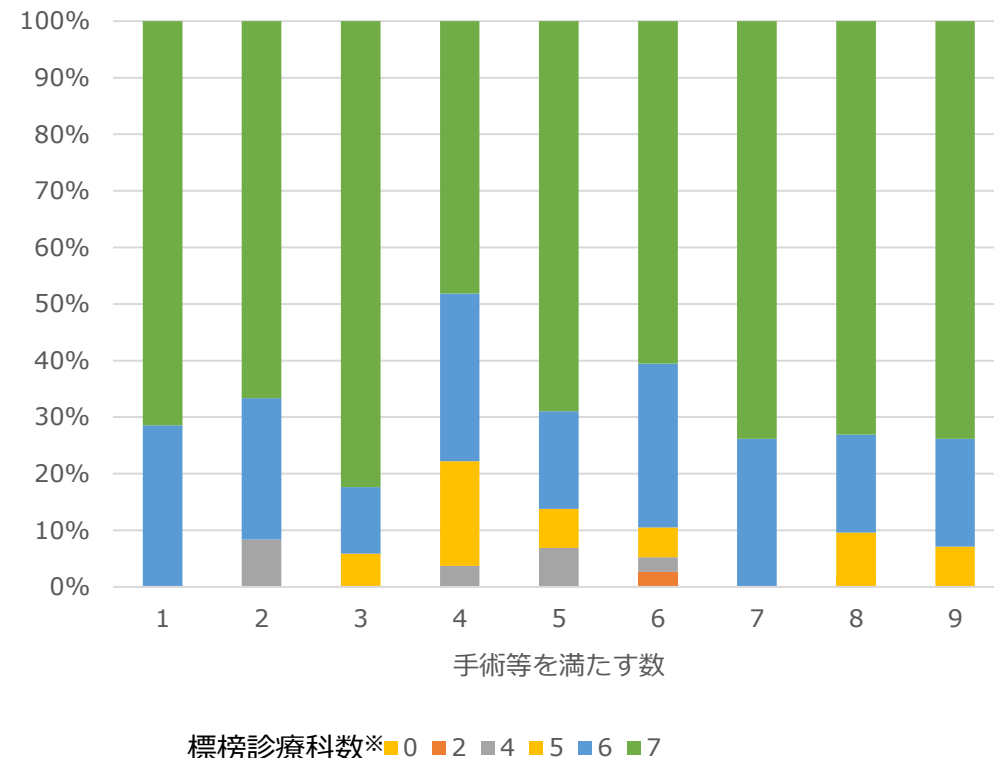
加算の実績を満たす割合と7診療科標榜数

- 急性期一般入院料1を届け出ている病院では、総合入院体制加算等の実績要件を満たす数が少ない病院では、総合入院体制加算の要件である7診療科の標榜数も少ない傾向にあった。
- 総合入院体制加算や急性期充実体制加算を届け出ている病院では、手術等の実績要件を満たす数が少ない病院においても、標榜診療科数は大きく変わらず、総合的な診療体制を有していた。

急性期一般入院料1届出病院の標榜診療科割合



加算届出病院の標榜診療科割合



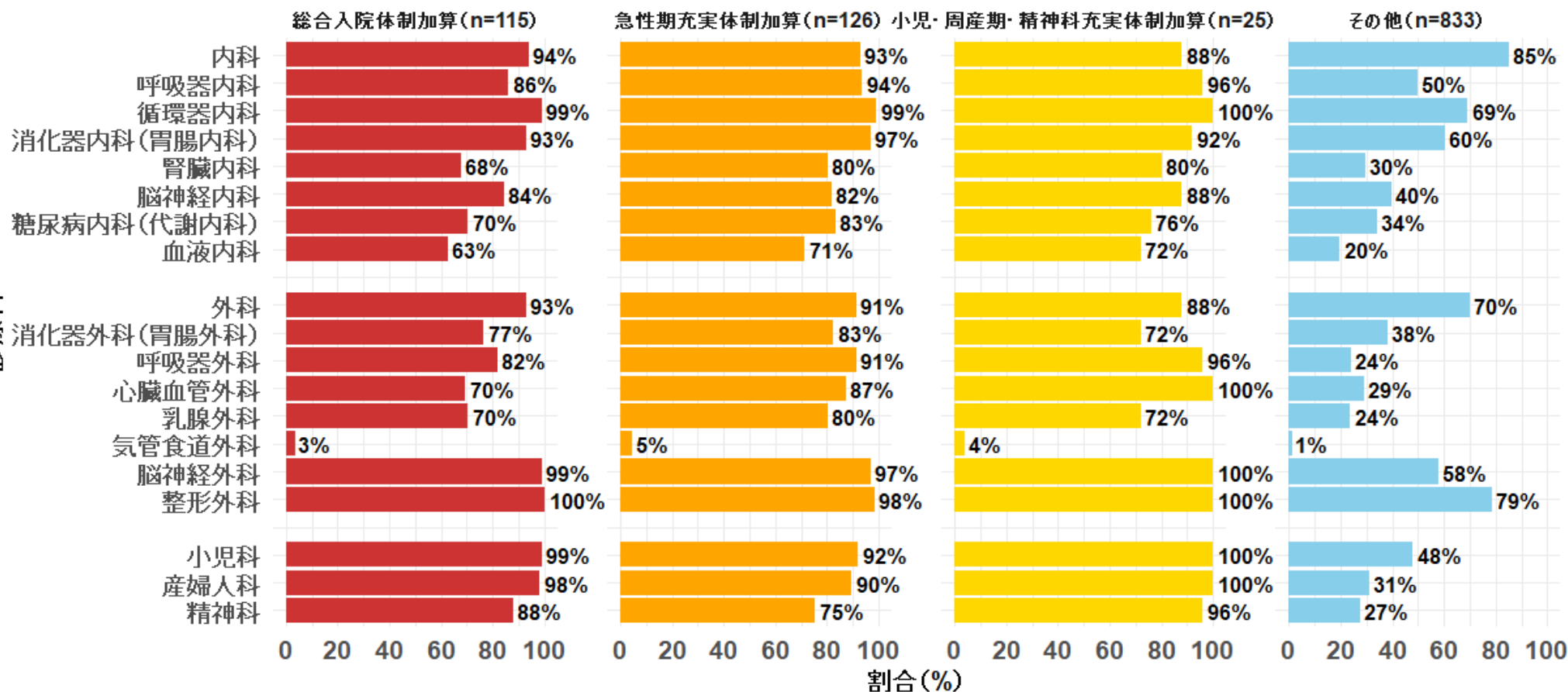
※内科、外科、脳神経外科、整形外科、小児科、産婦人科、精神科の7診療科

各診療科を標榜している病院の割合（参考）

診調組 入-3
7. 7. 3 改

- 総合入院体制加算や急性期充実体制加算を届け出ている病院では、その他の病院と比較して、各診療科について、標榜している病院の割合が高かった。
- 小児・周産期・精神科充実体制加算を届け出ている病院は、総合入院体制加算や急性期充実体制加算のみを届け出ている病院と比較して、小児科、産婦人科、精神科を標榜している病院の割合が高かった。

診療科ごとの標榜割合（加算区分別）



急性期病院において精神病床に入院する精神科領域患者

診調組 入-1
7 . 8 . 28

- 急性期病院において、患者の入院経路及び入院理由ごとに、精神科領域患者が入院した経験のある医療機関の割合を示した。
- 摂食障害や依存症の治療のため予定入院で精神病床に入院させた経験のある医療機関は46.9%、自殺企図のために救急外来から直接精神病床に入棟させた経験のある医療機関は53.9%存在した。
- また、内科的理由などで精神科領域患者を精神病床に入院させた経験のある医療機関は、どの入院経路においても一定程度存在していた。

経路×理由	01_クロザピンなどの 薬剤導入のため	02_摂食障害や依存症 の治療のため	03_精神疾患（統合失調症、 気分障害など）の増悪のため	04_自殺企図のため	05_認知症の症状 （BPSDなど）増悪のため	06_せん妄の管理のため	07_退院調整のため	08_01～07以外の理由 （内科的理由など）で入院した精神科領域患者
予定入院(n=96)	19.8%	46.9%	82.3%	38.5%	51.0%	13.5%	13.5%	47.9%
救急外来からの直接入棟(n=76)	2.6%	26.3%	76.3%	53.9%	26.3%	10.5%	7.9%	26.3%
自院の一般病床からの転棟(n=80)	1.3%	23.8%	47.5%	55.0%	31.3%	33.8%	21.3%	23.8%
他院の一般病床からの転院(n=45)	0.0%	24.4%	42.2%	31.1%	37.8%	13.3%	13.3%	33.3%
他院の精神病床からの転院(n=53)	13.2%	13.2%	60.4%	20.8%	24.5%	3.8%	7.5%	39.6%

精神科領域患者を、ここでは以下のように定義した。

- ・ 過去3年以内に3カ月以上精神病床（自院/他院問わず）に入院した経験がある患者
- ・ 1年以上継続して精神科に通院している患者（認知症を除く）

拠点的な病院での精神病床数の変化

- 令和2年1月以降、総合入院体制加算と急性期充実体制加算の算定病院における精神病床届出数は、加算算定病院数の増加に伴い、増加傾向にある。
- 一方で、同一の病院で比較すると、特に急性期充実体制加算を届け出た病院で、精神病床届出施設数がやや減少する傾向がみられる。

■各年度の総合入院体制加算・急性期充実体制加算算定施設における精神病床の届出数（集計対象施設は各年度毎に異なる）

年度	総合入院体制加算 1		総合入院体制加算 2		総合入院体制加算 3		急性期充実体制加算 1		急性期充実体制加算 2		合計	
	精神病床数	施設数	精神病床数	施設数	精神病床数	施設数	精神病床数	施設数	精神病床数	施設数	精神病床数	施設数
R2	1749	43	1126	23	1071	18	—	—	—	—	3946	84
R3	1932	46	1124	24	989	16	—	—	—	—	4045	86
R4	1935	47	1103	23	989	16	—	—	—	—	4027	86
R5	515	12	530	14	1081	17	2105	49	—	—	4231	93
R6	319	8	500	12	1224	24	2210	55	—	—	4253	99
R7	275	8	424	10	966	18	2224	55	302	5	4191	96

■加算対象施設のうち、同一の施設群における各年度の精神病床の届出数（集計対象施設は各年度で同一）

	R4~R7総合入院体制加算 （施設数：146）		R5から急性期充実体制加算 （施設数：167）		R6から急性期充実体制加算 （施設数：44）		R7急性期充実体制加算 （施設数：32）	
	精神病床 届出数	精神病床 届出施設数	精神病床 届出数	精神病床 届出施設数	精神病床 届出数	精神病床 届出施設数	精神病床 届出数	精神病床 届出施設数
R4	1045	21	2079	47	234	7	574	9
R5	993	21	2055	48	254	8	559	8
R6	993	21	1913	47	234	7	525	9
R7	1021	21	1899	45	212	7	517	9

※各年1月の届出状況

R4~R7総合入院体制加算：R4~7年でいずれも総合入院体制加算を算定していた病院を対象に集計

R5~急性期充実体制加算：R4年は総合入院体制加算、R5年以降は急性期充実体制加算を算定している病院を対象に集計

R6~急性期充実体制加算：R4、5年は総合入院体制加算、R6年以降は急性期充実体制加算を算定している病院を対象に集計

R7急性期充実体制加算：R4~6年は総合入院体制加算、R7年に急性期充実体制加算を算定している病院を対象に集計

急性期入院医療に係る現状と課題

(総合入院体制加算・急性期充実体制加算の実績について)

- ・ 総合入院体制加算と急性期充実体制加算では、救急搬送件数や手術件数要件に加え、各手術等の実績要件や総合的な診療体制が要件とされている。
- ・ 各加算を届け出ている病院の多くは、救急搬送件数2000件、全身麻酔手術件数1200件以上であったが、各加算区分によって、実績要件の満たす割合や、総合的な診療体制は異なっており、総合入院体制加算1届出病院では概ね全ての手術等の実績や診療体制を満たしている一方、総合入院体制加算3等では各実績要件を満たしている病院の割合が低かった。
- ・ 実績要件を満たす割合が低い病院でも、各加算届出病院では、6～7の診療科を標榜しており、総合的な診療体制を有していた。
- ・ 総合的な診療体制については、精神科の入院提供体制を満たす割合が低い傾向にあった。

(心臓血管外科手術の実績について)

- ・ 総合入院体制加算と急性期充実体制加算では、実績要件における心臓血管外科手術の対象Kコードと実績件数が異なっており、総合入院体制加算の対象手術には人工心肺を使用する冠動脈、大動脈バイパス手術等が入っていない一方、手術実績は総合入院体制加算が40件/年、急性期充実体制加算が100件/年となっている。
- ・ 常勤の心臓血管外科医が1～2人の病院では、急性期充実体制加算の対象となる心臓血管外科手術の中央値が0件/年とほとんどの施設で実施されておらず、第3四分位点も40件/年となる一方、心臓血管外科医が3～5人の病院では、急性期充実体制加算の対象となる心臓血管外科手術は第1四分位点でも55件/年実施されている。

【課題】

- 総合入院体制加算や急性期充実体制加算の実績要件については、心臓血管外科手術や、腹腔鏡下手術と胸腔鏡下手術、正常分娩と異常分娩など、同様の機能に対して要件が異なっているものがあり、加算の評価が複雑になっていることや、幅広い総合的な診療体制を評価する総合入院体制加算と手術実績等を中心に評価する急性期充実体制加算の評価体系の違いがあることを、どのように評価・分析するか。
- 人口の少ない地域では、総合的な機能が求められているものの、地理的な事情から、実績要件等を満たすことが困難な医療機関もあり、拠点的な機能を担うこういった医療機関の評価体系の現状をどのように評価・分析するか。
- 総合入院体制加算や急性期充実体制加算を算定している病院でも、十分に精神科の入院医療が提供されていない中、総合病院が持つべき精神科の入院医療体制についてどのように評価・分析するか。

1. 急性期入院医療について（その3）
2. 働き方・タスクシフト/シェア（その3）
3. 医師の診療科偏在について（その2）
4. 透析医療
5. 小児・周産期医療について
6. 災害医療
7. 業務の簡素化

2. 働き方・タスクシフト/シェア(その3)

2-1. 医師事務業務とICT活用について

中間とりまとめ（令和7年7月31日）抜粋

【働き方・タスクシフト/シェアに関する分科会での評価・分析に関する意見（抄）】

（医師について）

- 休日時間外労働に関連して、医師の時間外管理がある程度できていると考えられるが、最大値が大きいところもあり、B水準の医療機関においても縮減が求められるとの意見があった。
- 医師事務作業補助者を必要数確保できない医療機関が40.1%ある中で、給与や賞与の見直しに効果があるが、効果を出せるような人件費がついていないのが実状であり、報酬の枠組みでも議論が必要ではないかとの意見があった。
- 医師の働き方改革は、急性期機能の集約化や病院間の役割分担とも密接に関連するので、急性期の医療機関機能を検討する際に、併せて考えていくべきではないかとの意見があった。
- 医師の働き方改革を進める中で、医師にかかる経費は増えており、地域医療確保体制加算はより評価されても良いとの意見があった。
- 多くの当直医は大学病院からの派遣で満たされているところが多いと考えられ、当直体制がどのように維持されているかのデータも踏まえ、夜間の宿日直体制を維持していくことが重要との意見があった。

【急性期入院医療に関する検討の方向性】

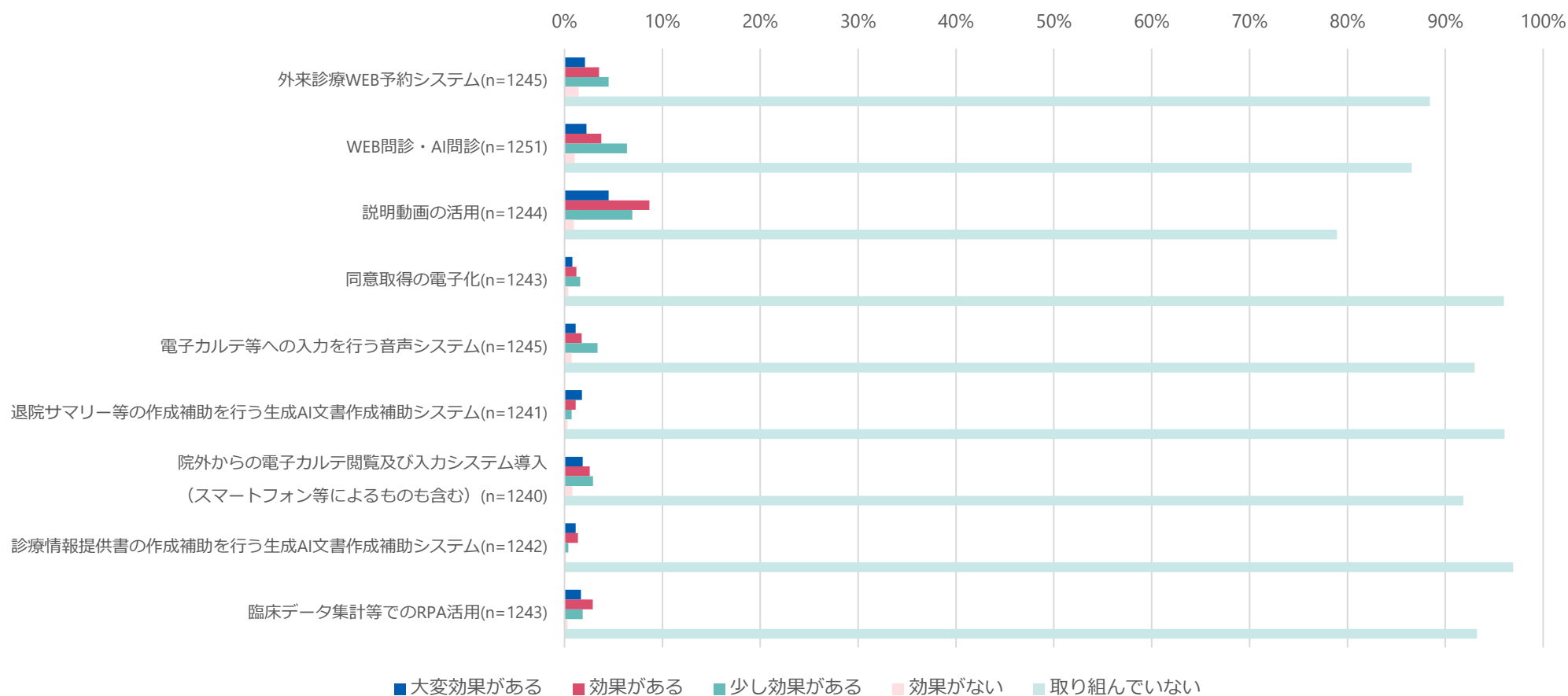
- 医師事務作業補助者の定着に向けた取組や、ICTの活用による省力化等について、令和7年度入院外来調査の結果を踏まえさらに検討を進める。

ICTを活用した医師事務業務の省力化等に関わる取組

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)



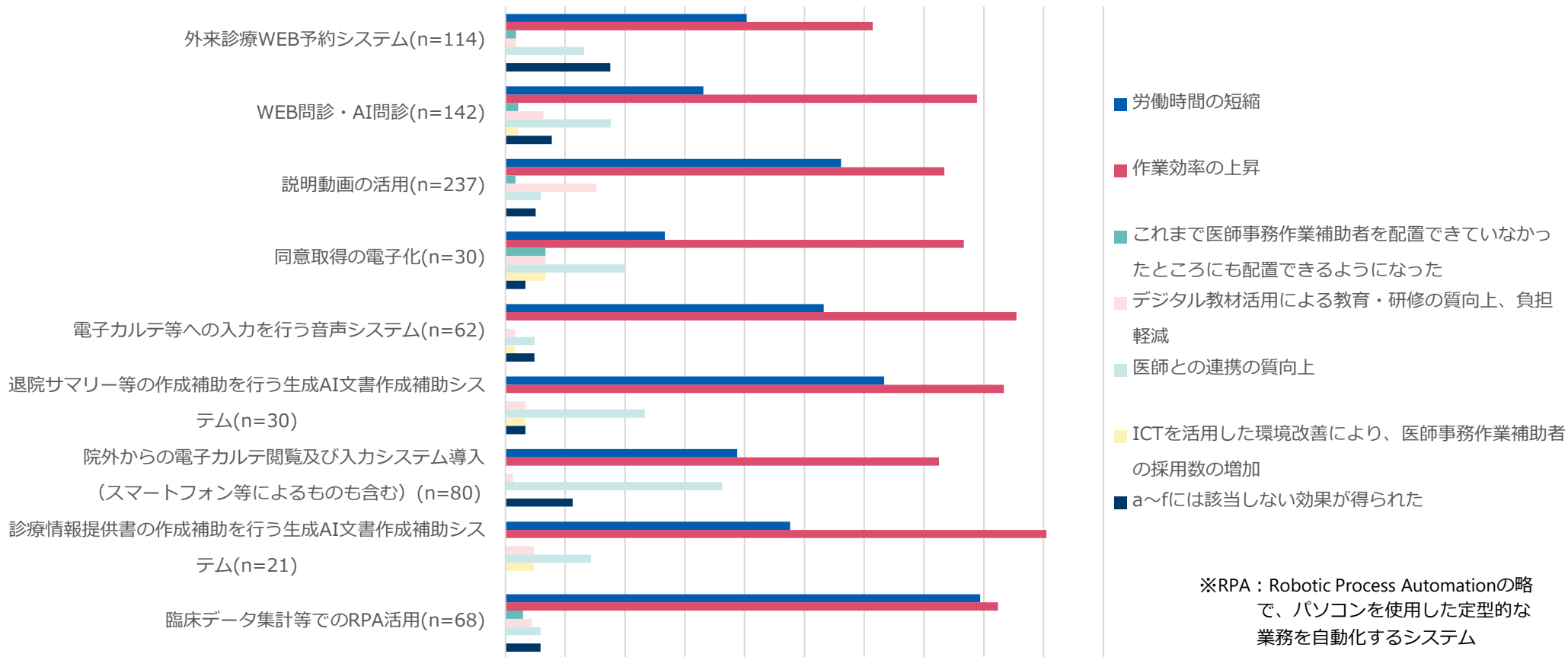
ICTを活用した医師事務業務の省力化の取組による効果

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(n=433) ※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業務とICT活用のイメージ

- 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。

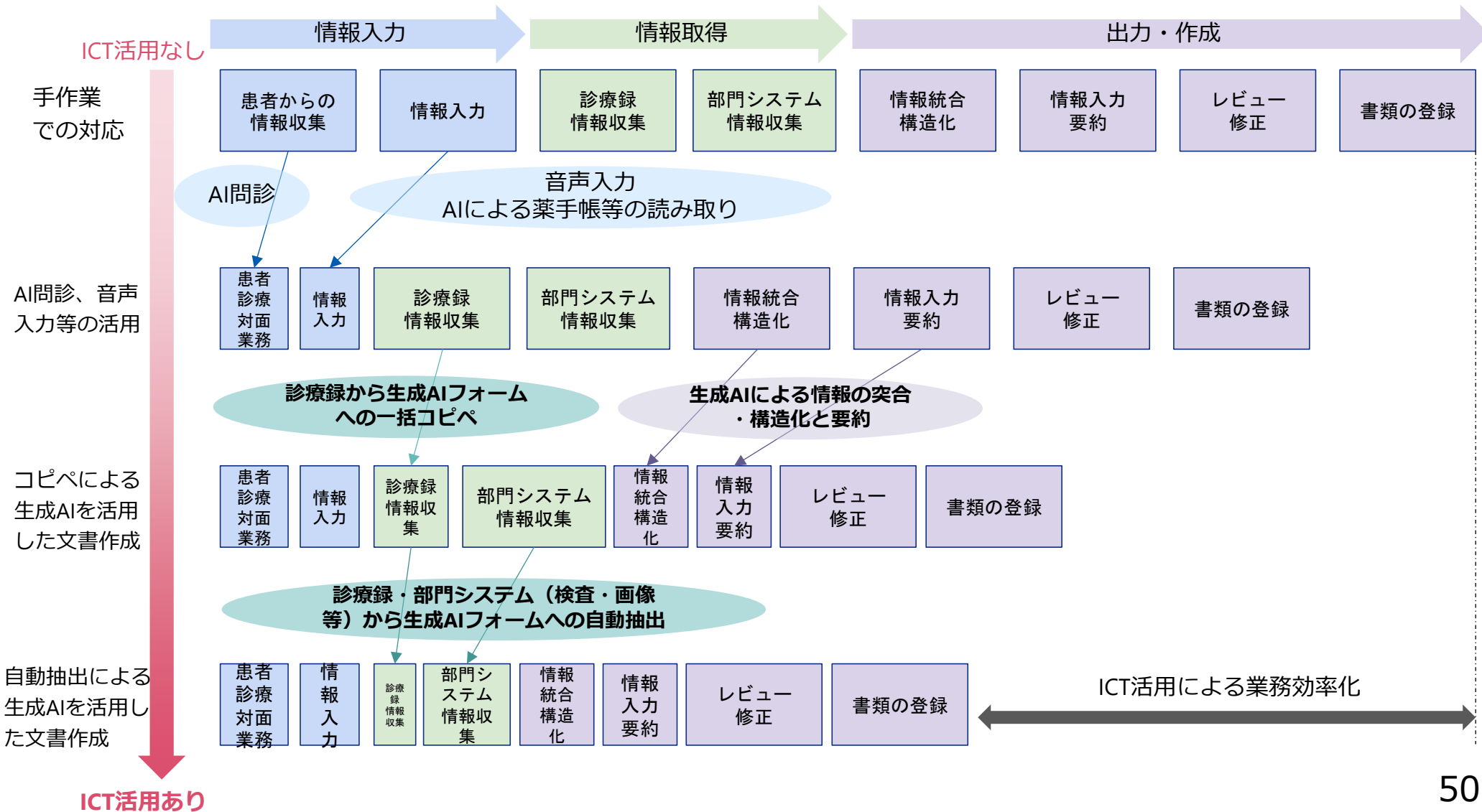
No.	業務の性質	業務内容	詳細	ICT活用
1	診断書等の文書作成補助	紹介状の返書の下書き・仮作成	紹介状の返書	文書作成補助システム
2		主治医意見書の下書き・仮作成	介護保険主治医意見書	文書作成補助システム
3		特定疾患等の申請書	特定疾患（難病）臨床調査個人表	文書作成補助システム
4		レセプト症状詳記の下書き・仮作成	レセプトに関する症状詳記	－
5		入院診療計画書等の下書き・仮作成	入院診療計画書の作成	－
6		診療情報提供書の下書き・仮作成	診療情報提供書	文書作成補助システム
7		退院等各種サマリーの下書き・仮作成	患者・家族への説明文書の作成	説明動画
8		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		入院時オリエンテーション等の説明	検査・手術のための説明・同意書取得	説明動画
47			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

- 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）	・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

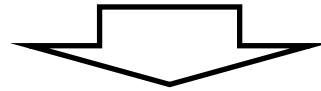
病院	効率化効果
民間病院 （300床規模）	1問診当たり約10分→6分に短縮（ 削減率40% ）
診療所	1問診当たり約12分→約6分に短縮（ 削減率50% ）

働き方・タスクシフト/シェアの推進に係る現状と課題

【現状】

（医師事務作業補助者について）

- ・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。
- ・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。
- ・生成AIによる文書自動作成、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。



【課題】

- 医師事務作業について、生成AI文書作成補助システムやRPAを活用したICTの取組により、作業効率の上昇や労働時間の短縮効果が得られている一方で、医師事務作業におけるICT活用の取組が約8割の病院では実施されていないことを踏まえ、ICT活用の推進に向けた取組をどのように評価・分析するか。

1. 急性期入院医療について（その3）
2. 働き方・タスクシフト/シェア（その3）
3. 医師の診療科偏在について（その2）
4. 透析医療
5. 小児・周産期医療について
6. 災害医療
7. 業務の簡素化

3. 医師の診療科偏在について(その2)

3-1. 診療科偏在の現状と取組

中間とりまとめ（令和7年7月31日）抜粋

【診療科偏在対策に関する分科会での評価・分析に関する意見（抄）】

- 高難度手術における集約化の必要性について、一定程度の手術の集約化により安全性が担保されることが指摘されている一方で、小規模な手術とのバランスのとれた集約化の在り方が必要との意見があった。
- 外科医が少人数で勤務する施設から大規模施設への紹介・連携についてはインセンティブがなく、そのような取組を評価する仕組みが必要との意見があった。
- 外科領域の集約化や偏在是正については、急性期医療機関機能の整理の中で位置付けて議論すべきとの意見があった。
- 医師偏在の是正については、ペナルティとインセンティブの両方の考え方があるが、自発的な偏在是正にはインセンティブの強化が有効との意見があった。
- 外科系診療科は、専門性の維持や修得に時間がかかり、負担感も大きいことから、若手医師が処遇に見合わないと感じる要因になっており、休日加算等の評価はあるものの、施設要件により届出医療機関や診療科が限られており、より実効性のあるインセンティブ措置が必要との意見があった。
- 消化器外科でも若手医師では女性比率があがっており、出産・育児に関する問題があるため、女性医師のキャリア形成や柔軟な働き方の保証も、偏在是正の視点で必要との意見があった。

【急性期入院医療に関する検討の方向性】

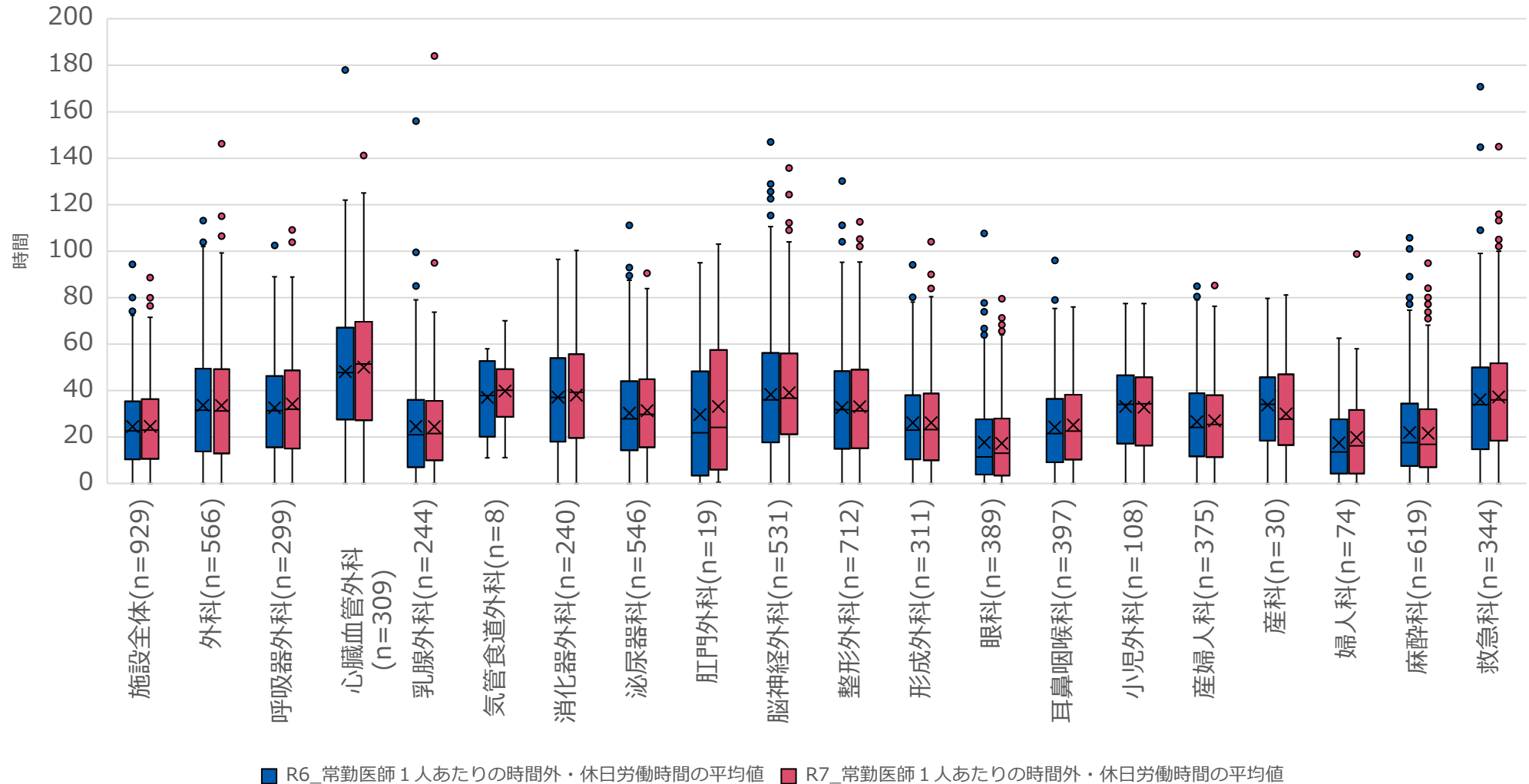
- 集約化により働き方改革の促進や一部の手術での手術成績の向上が見られるという報告があることや、不足診療科での処遇改善等の取組がなされていることも踏まえ、外科における効果的・持続的な医療提供体制の確保に向けた取組について、更に分析を進める。

外科系診療科の休日・時間外労働時間

診療組 入-1
7. 8. 28 改

- 外科系診療科では、休日・時間外労働時間が全診療科平均よりも長い診療科が多かった。
- 特に心臓血管外科、消化器外科、脳神経外科等で休日・時間外労働時間が長かった。

外科系診療科等における、常勤医師1人あたりの時間外・休日労働時間の平均値



診療科別医師確保のための取組について

診調組 入-1
7 . 8 . 2 8

- 医師の確保にあたり、困難を感じている診療科として「内科」（43.7%）、「麻酔科」（32.8%）、「整形外科」（30.7%）、「外科」（27.1%）が多かった。

A区分	a_該当する診療科がない	b_医師の確保にあたり困難を感じている	c_（bが○の場合のみ）医師の確保にあたり困難感が増加している	d_医師の確保にあたり大学医局から派遣を受けている	e_（dが○の場合のみ）医局派遣の人員が減少している	f_（dが○の場合のみ）医局派遣の人員が増加している	g_医師の確保にあたり有料の求人サービスを利用している	h_（gが○の場合のみ）職業紹介優良事業者認定制度により認定されている事業者を利用している	i_（gが○の場合のみ）有料の求人サービスによる採用人数が減少している	j_（gが○の場合のみ）有料の求人サービスによる採用人数が増加している	k_医師の確保に困難がない
内科(n=1204)	9.8%	43.7%	27.4%	44.9%	15.0%	2.4%	23.1%	11.8%	4.9%	4.8%	18.9%
小児科(n=1132)	43.6%	20.7%	10.5%	31.6%	5.9%	1.5%	2.9%	1.6%	0.9%	0.3%	15.4%
皮膚科(n=1129)	35.5%	17.6%	8.3%	37.6%	6.5%	1.7%	2.0%	1.2%	0.6%	0.3%	19.0%
精神科(n=1104)	58.9%	16.2%	6.9%	16.4%	1.4%	0.9%	2.3%	1.1%	0.6%	0.4%	13.4%
外科(n=1140)	25.2%	27.1%	14.8%	38.2%	9.8%	2.0%	7.9%	4.1%	1.4%	1.0%	21.0%
整形外科(n=1192)	13.1%	30.7%	15.4%	47.9%	10.0%	4.5%	9.4%	4.7%	2.1%	1.5%	22.0%
産婦人科(n=1133)	54.0%	19.1%	9.7%	27.4%	5.5%	1.9%	3.9%	1.7%	1.0%	0.6%	10.2%
眼科(n=1132)	40.5%	18.6%	8.2%	36.7%	5.2%	2.4%	2.6%	1.3%	0.7%	0.3%	15.7%
耳鼻咽喉科(n=1127)	46.3%	16.0%	6.9%	35.8%	6.1%	1.9%	2.0%	1.1%	0.6%	0.4%	12.5%
泌尿器科(n=1138)	31.7%	20.3%	9.4%	42.2%	6.7%	3.0%	3.0%	1.6%	0.9%	0.4%	18.1%
脳神経外科(n=1130)	34.7%	24.3%	13.6%	37.4%	7.2%	2.3%	5.8%	3.3%	1.4%	0.8%	16.9%
放射線科(n=1110)	33.7%	23.2%	11.2%	33.4%	5.3%	2.3%	5.4%	2.8%	1.3%	0.5%	20.1%
麻酔科(n=1151)	25.8%	32.8%	17.2%	32.6%	8.2%	1.4%	14.0%	5.9%	2.5%	2.8%	18.1%
病理診断科(n=1097)	56.6%	17.4%	7.8%	21.8%	2.4%	0.9%	2.6%	1.2%	0.4%	0.2%	11.8%
臨床検査科(n=1061)	72.8%	8.9%	3.3%	7.4%	0.7%	0.5%	0.9%	0.6%	0.3%	0.0%	13.4%
救急科(n=1103)	57.4%	24.2%	11.9%	15.5%	2.3%	1.8%	7.9%	4.3%	1.9%	1.0%	8.4%
形成外科(n=1103)	56.0%	12.0%	5.0%	26.4%	3.7%	1.2%	1.8%	1.1%	0.3%	0.5%	12.2%
リハビリテーション科(n=1103)	26.2%	24.9%	11.3%	18.1%	2.9%	0.6%	4.7%	2.5%	1.1%	0.4%	34.4%
総合診療科(n=1082)	68.1%	15.6%	7.0%	8.3%	0.9%	0.7%	5.4%	3.0%	1.0%	0.6%	9.9%
消化器外科(n=1098)	52.7%	17.3%	9.0%	24.0%	5.1%	1.7%	4.7%	2.9%	1.5%	0.7%	13.1%
心血管外科(n=1100)	62.2%	15.8%	7.9%	19.1%	3.4%	1.5%	2.5%	1.3%	0.9%	0.4%	9.2%
呼吸器外科(n=1096)	61.4%	13.9%	5.9%	20.5%	3.1%	1.3%	1.7%	0.7%	0.6%	0.2%	10.8%
小児外科(n=1090)	84.3%	5.6%	2.2%	7.0%	1.1%	0.4%	0.3%	0.1%	0.1%	0.1%	6.1%
乳腺外科(n=1098)	61.0%	14.1%	7.2%	18.7%	3.2%	0.7%	2.5%	1.4%	0.4%	0.3%	11.7%
内分泌外科(n=1090)	86.4%	4.5%	2.0%	6.1%	0.7%	0.3%	0.6%	0.5%	0.1%	0.1%	4.7%

手術の休日・時間外・深夜加算 1 の施設基準について

手術の休日・時間外・深夜加算 1 に係る施設基準通知（抄）

6 (2) 以下のア及びイの事項について記録していること。

ア 当該加算を算定している全ての診療科において予定手術に係る術者及び第一助手について、その手術の前日の夜勤時間帯（午後10時から翌日の午前5時までをいう。以下、同様とする。）に当直、夜勤及び緊急呼出し当番（以下「当直等」という。）を行った者がある場合は、該当する手術と当直等を行った日

イ（略）

(3) (2) のアの当直等を行った日が届出を行っている診療科の各医師について年間4日以内（中略）であること。

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～イ（略）

ウ 夜勤を行った医師については、翌日の日勤帯は、休日としていること。

(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～イ（略）

ウ 夜勤時間帯に緊急呼出し当番を行った者について、翌日を休日としていること。ただし、夜勤時間帯に当該保険医療機関内で診療を行わなかった場合は、翌日を休日としなくても差し支えない。

(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（後略）



○令和6年度改定前の当該加算では、(1)交代勤務制、(2)チーム制、(3)手当等の支給のいずれかを実施することとなっていたが、令和6年度改定において、(1)又は(2)のいずれか及び(3)を実施することとなった。

○交代勤務制、チーム制のいずれの場合であっても、予定手術の術者、第一助手は、予定手術前日の当直等を行った日（緊急呼び出し当番の場合は、実際に診療を行った場合のみ）が年間4日以内とされている。

○さらに、交代勤務制では、夜勤を行った医師は翌日の日勤帯を休日に、チーム制では、夜勤時間帯に緊急呼び出し当番を行った医師は翌日を休日にする必要があるが、緊急呼び出し当番を行った医師が夜勤時間帯に診療を実施しなかった場合は、翌日を休日としなくても差し支えない。

○一方で、当該緊急呼び出し当番において、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。

○また、医師の休日・時間外労働時間の上限規制では、交代勤務制における夜勤は、勤務間インターバルの対象となる労働時間である一方で、緊急呼び出し当番（いわゆるオンコール）の待機時間については、労働時間に該当するか否かに関わらず、当該加算の施設基準では、翌日は休日とすることとされている（夜勤時間帯に診療を実施しなかった場合を除く）。

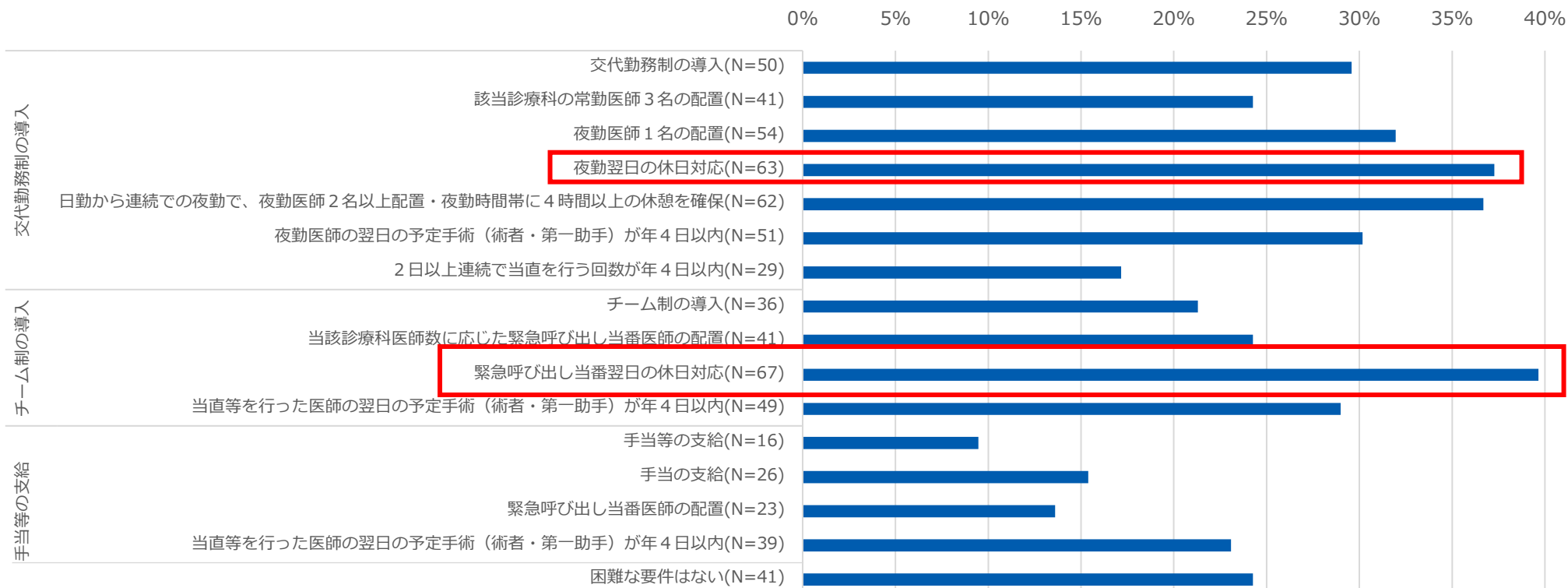
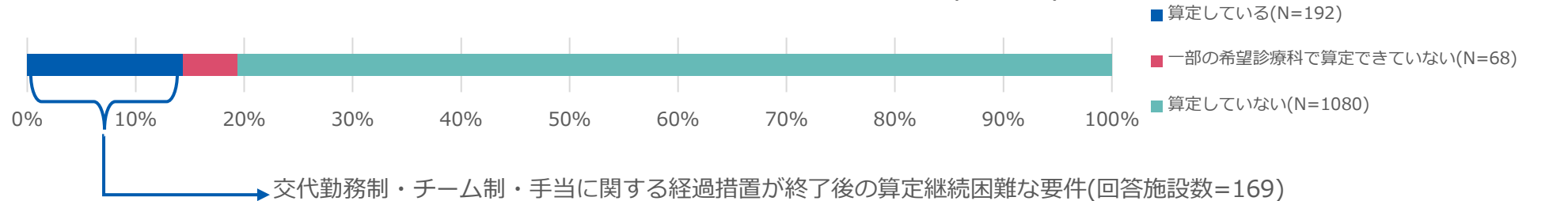
- 労働時間とは、使用者の指揮命令下に置かれている時間のことをいい、使用者の明示又は黙示の指示により労働者が業務に従事する時間は労働時間に当たる。※労働時間の適正な把握のために使用者が講ずべき措置に関するガイドライン（平成29年1月20日策定）
- オンコール待機中に実際の診療が発生した場合、当該診療に従事する時間は労働時間に該当する。
- オンコール待機時間全体が労働時間に該当するかどうかについては、オンコール待機中に求められる義務態様によって判断する必要がある。
- オンコール待機中に求められる義務態様は、医療機関ごと、診療科ごとに様々であり、
 - ・呼び出しの頻度がどの程度か、
 - ・呼び出された場合にどの程度迅速に病院に到着することが義務付けられているか、
 - ・呼び出しに備えてオンコール待機中の活動がどの程度制限されているか、 等を踏まえ、
オンコール待機時間全体について、労働から離れることが保障されているかどうかによって判断するものであり、個別具体的に判断されるものである。
- 裁判例は、個別の実態を踏まえて、労働時間に該当すると認めているもの／認めていないものに分かれている。
 - ※ 医師のオンコールについては、奈良県立病院産科医師事件で扱われているが、当該事件では、産科医間の自主的な取組によってオンコールが行われていたと認定されたことから、オンコールについて明示又は黙示の業務命令が認められないとされた。

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)

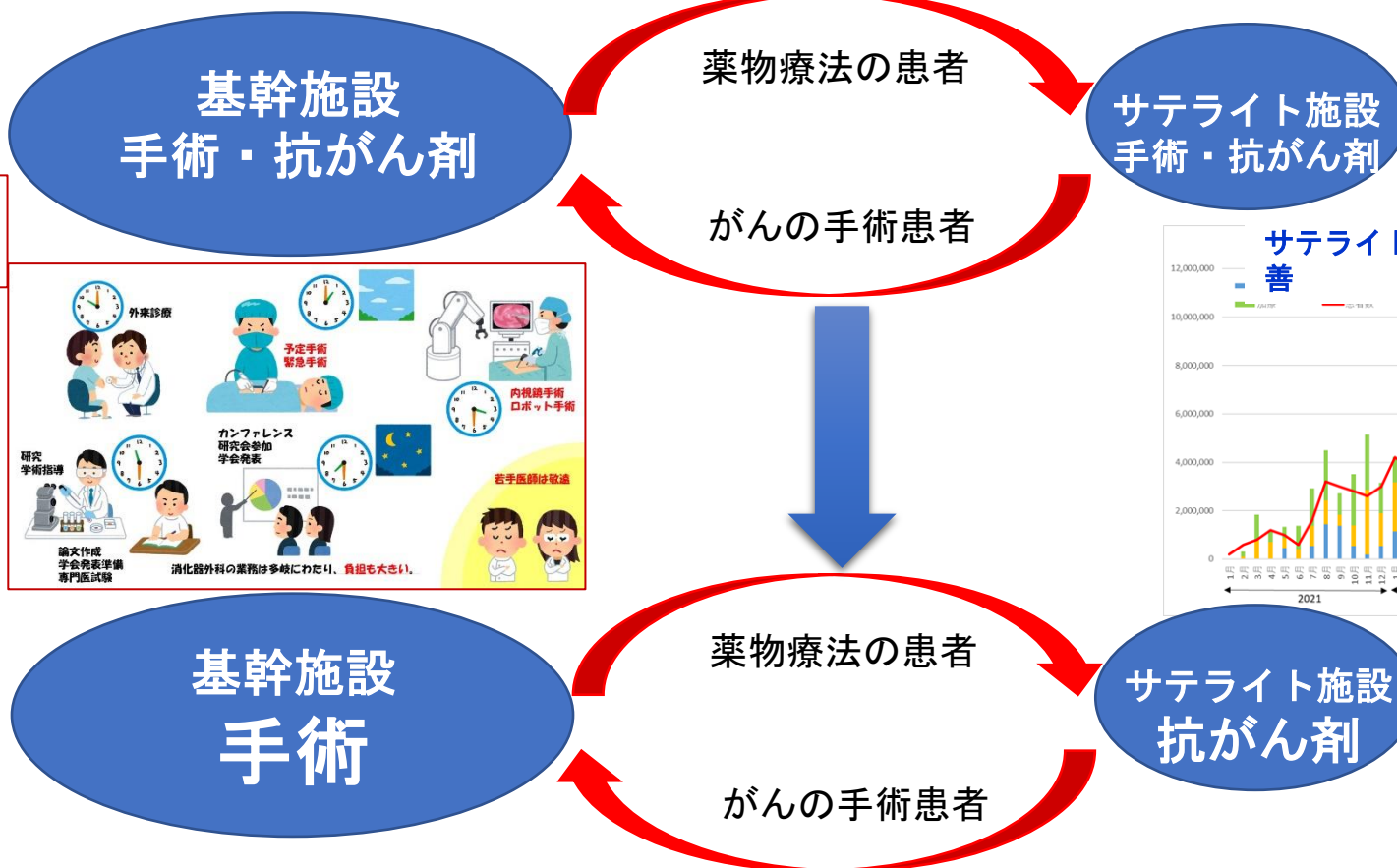


好事例-3

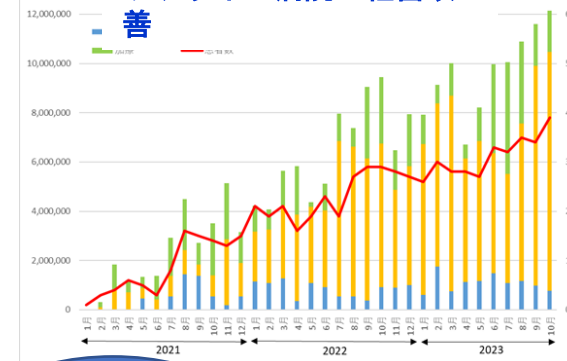
病院の新たな機能分化に基づく集約化による負担軽減

外来診療
がんの薬物療法

大きな負担



サテライト病院の経営改善



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

山口大学医学部附属病院消化器外科における病院別機能分化の取組

背景

山口県における消化器外科の医療提供体制では、以下のような課題があった。

- ・医療資源の不足：医師や看護師、専門的な医療機器の数
- ・人口減少と高齢化：効率的な医療提供システムの必要性
- ・専門医の偏在：診断や治療の精度にばらつき
- ・患者の情報格差：治療に対する満足度や治療結果に影響



新たな取組：医療機関の機能に応じた集約化と均てん化に向けた連携

従前は、各病院が独自にがん手術も含めて実施してきたが、病院の機能に応じてType1~3に分類し、**各連携先病院と協議・連携し、消化器外科症例の集約化と均てん化に向けた体制を徐々に構築。**

- Type1病院：常勤消化器外科医師数が1～2人の病院。癌治療のサポートとしての人工肛門増設や、虫垂炎、痔、ヘルニア、胆石などの均てん化すべき手術は実施するが、**がん手術は実施せずに附属病院に紹介し、一方で、術後化学療法とフォローアップを大学病院から引き受ける。**
- Type2病院：常勤消化器外科医師数が3～5人の病院。**胃がん、大腸がんの手術は実施するが、難度の高い食道、肝胆膵の手術は附属病院に紹介。**術後化学療法とフォローアップを大学病院から引き受ける。
- Type3病院：常勤消化器外科医師数が6人以上の病院。従前とおり、独自にがん治療を実施。

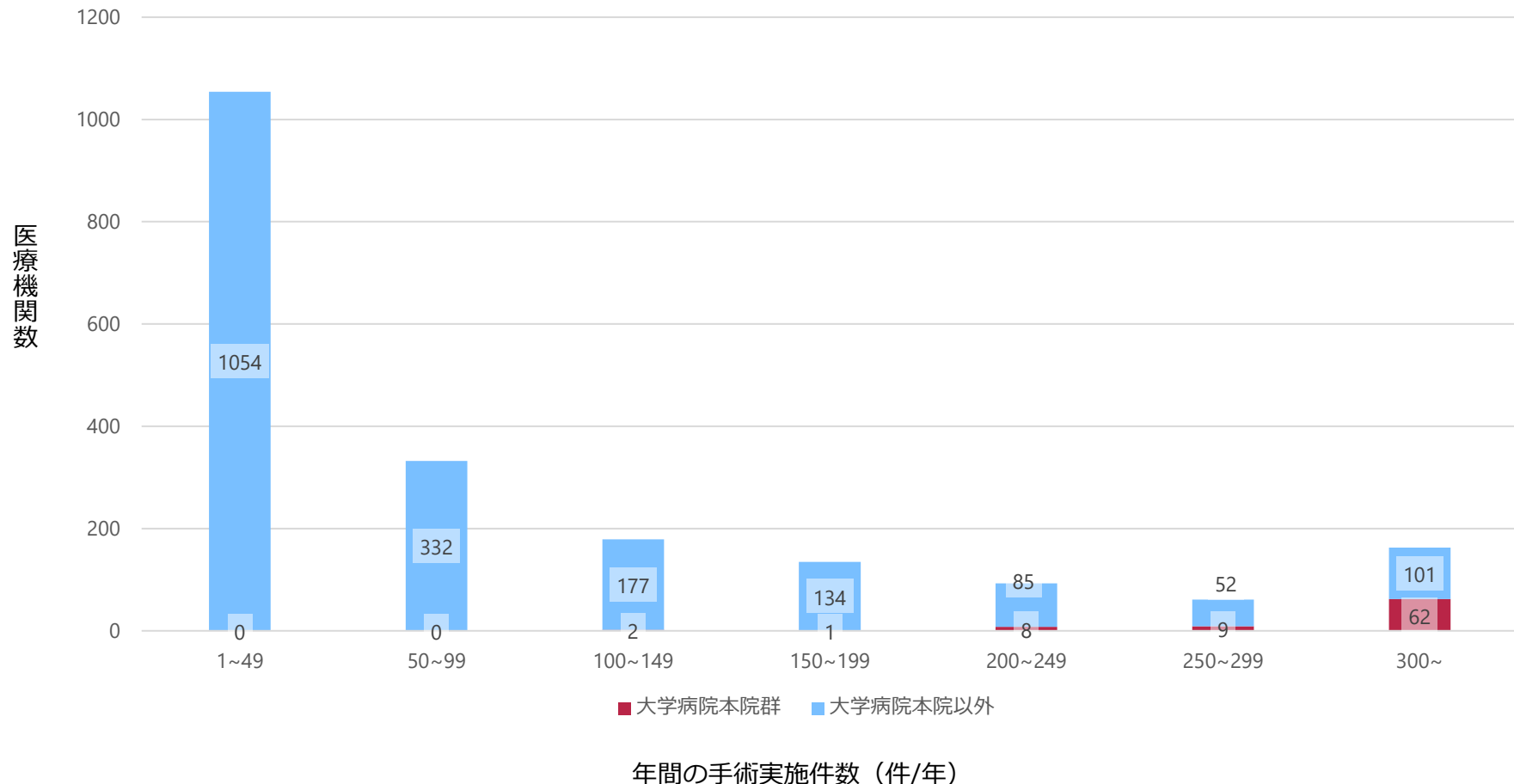
取組の結果

- がんの症例数が少なかった病院が、全てのがん症例を拠点的な病院に紹介することで、これまで手術で対応できなかった症例も、拠点的な病院での高度な手術で対応できるようになった。
- 化学療法も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。
- がん手術は全て拠点的な病院に集約し、より多くの化学療法やフォローアップを実施することで、病院経営も改善した。

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。

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）



診療科偏在に係る現状と課題

【現状】

（各診療科の現状について）

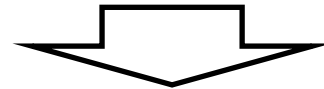
- ・外科系診療科では、休日・時間外労働時間が全診療科平均よりも長い診療科が多く、特に心臓血管外科、消化器外科、脳神経外科で長かった。
- ・医師の確保にあたり、困難を感じている診療科として「内科」(43.7%)、「麻酔科」(32.8%)、「整形外科」(30.7%)、「外科」(27.1%)が多かった。

（手術の休日・時間外・深夜加算1について）

- ・チーム制では、夜間時間帯に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るが、夜勤時間帯に診療を実施しなかった場合は、休日としなくて差し支えない一方で、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、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。
- ・緊急呼び出し当番の待機時間については、その様態によっては労働時間とならないものの、手術の休日・時間外・深夜加算1の施設基準では、翌日は休日とすることとされている。

（病院の機能分化の取組について）

- ・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。
- ・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。



【課題】

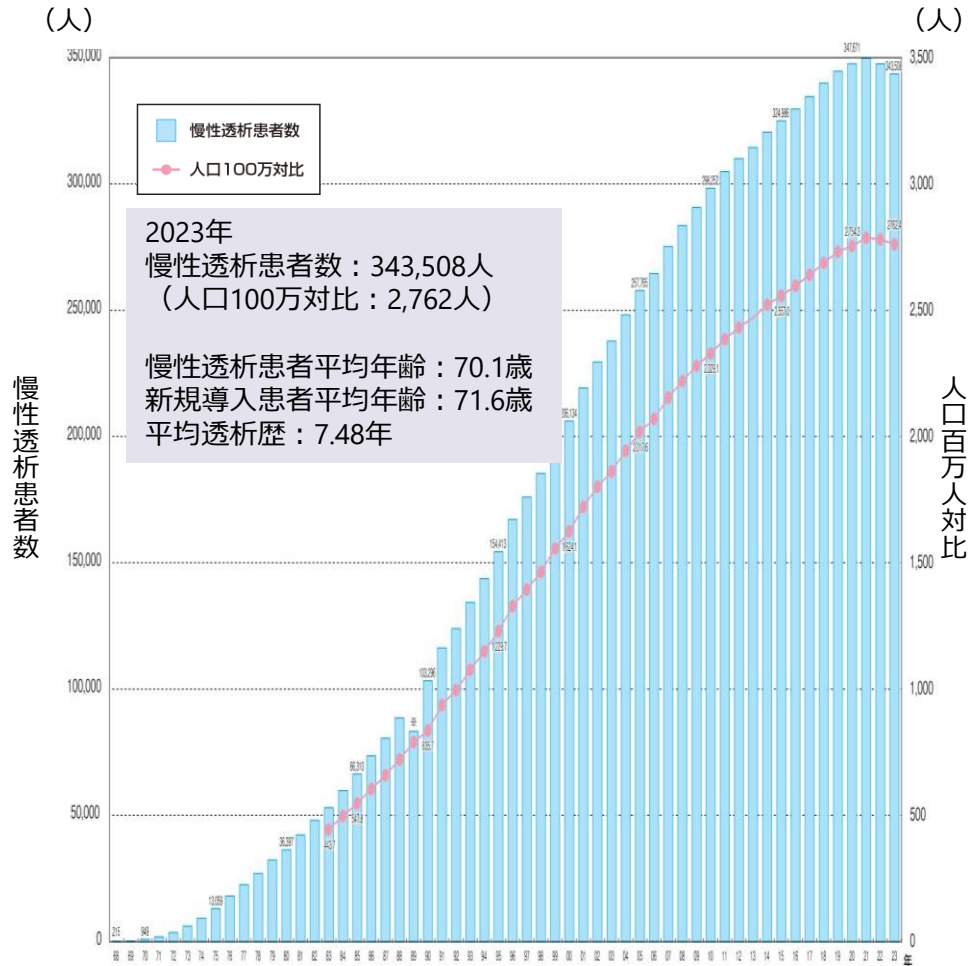
- 手術の休日・時間外・深夜加算1における、緊急呼び出し当番翌日の休日対応や、高度な手術の医師の集約に関する病院間の連携など、診療科偏在への取組の現状をどのように分析・評価するか。

1. 急性期入院医療について（その3）
2. 働き方・タスクシフト/シェア（その3）
3. 医師の診療科偏在について（その2）
4. 透析医療
5. 小児・周産期医療について
6. 災害医療
7. 業務の簡素化

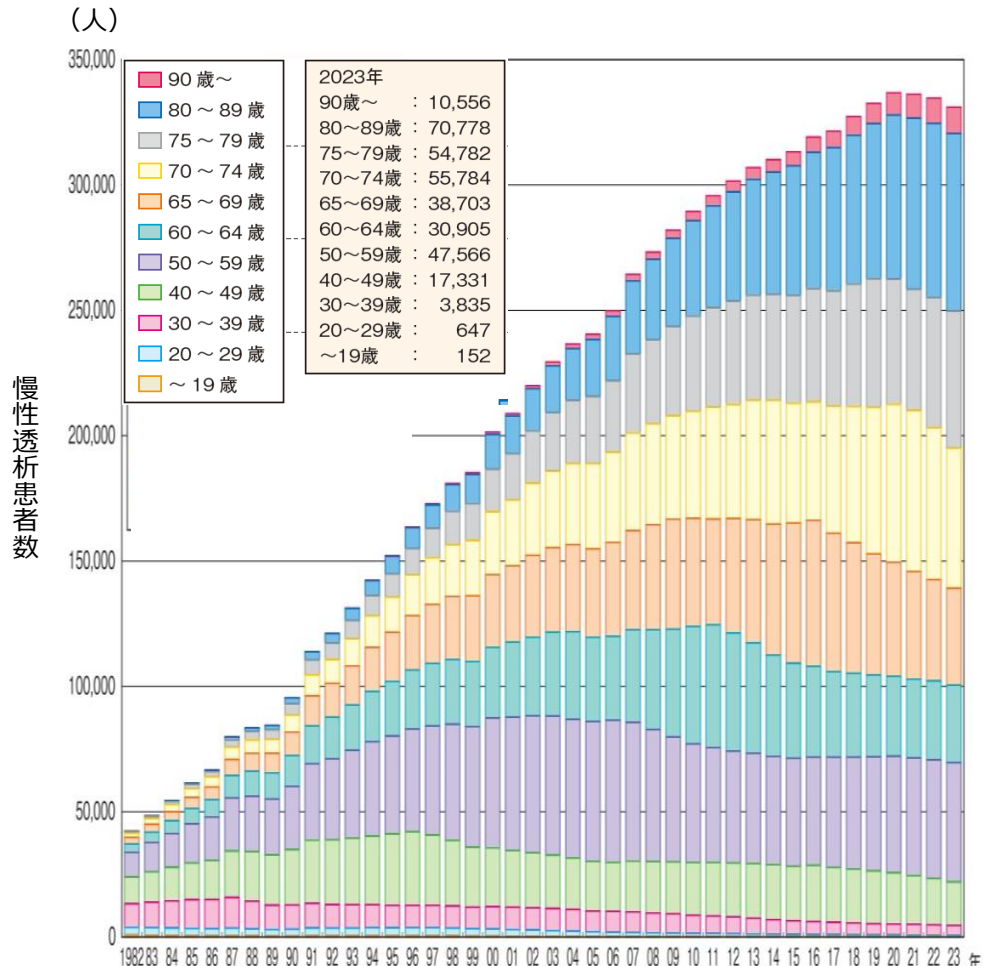
慢性透析患者数と透析歴の内訳

- 透析患者数は約34万人で、2021年までは緩徐に増加傾向であったが、2022年から減少傾向となっている。
- 年間約3.9万人が新規導入しており、新規導入患者の高齢化を反映し透析患者全体の高齢化が進んでいる。

＜慢性透析患者数の推移＞



＜慢性透析患者の年齢分布の推移＞



透析診療に係る診療報酬上の評価について①

	慢性維持透析を行った場合			その他の場合
	場合 1	場合 2	場合 3	
4 時間未満	<u>1,876点</u>	<u>1,836点</u>	<u>1,796点</u>	<u>1,580点</u>
4 時間以上 5 時間未満	<u>2,036点</u>	<u>1,996点</u>	<u>1,951点</u>	
5 時間未満	<u>2,171点</u>	<u>2,126点</u>	<u>2,081点</u>	

[主な施設基準]

(1) 慢性維持透析を行った場合 1 の施設基準

ア 次のいずれかに該当する保険医療機関であること。

① 透析用監視装置の台数が26台未満であること。

② 透析用監視装置一台当たりの「J038」人工腎臓の「1」から「3」を算定した患者数（外来患者に限る。）の割合が3.5未満であること。

イ 関連学会から示されている基準に基づき、水質管理が適切に実施されていること。

ウ 透析機器安全管理委員会を設置し、その責任者として専任の医師又は専任の臨床工学技士が1名以上配置されていること。

(2) 慢性維持透析を行った場合 2 の施設基準

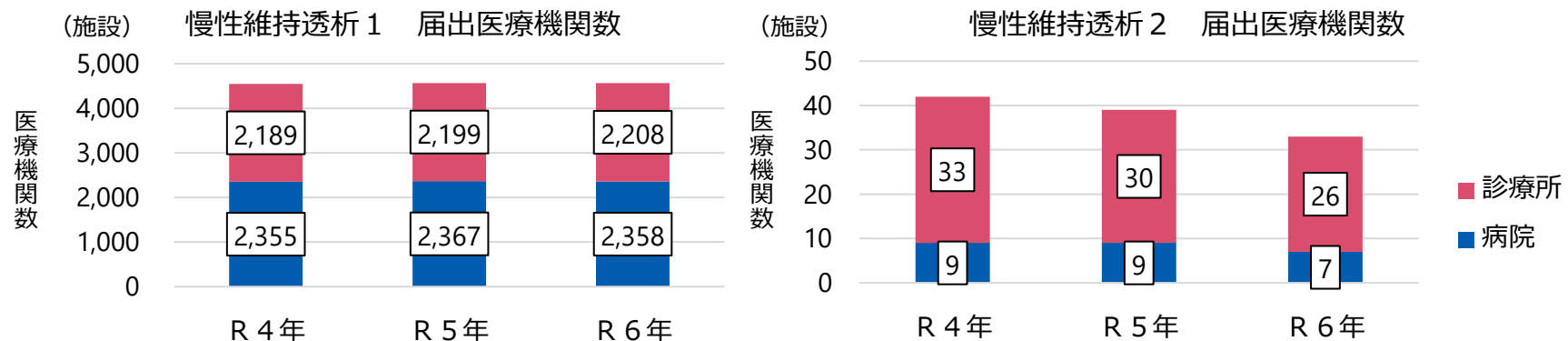
ア 次のいずれにも該当する保険医療機関であること。

① 透析用監視装置の台数が26台以上であること。

② 透析用監視装置一台当たりの「J038」人工腎臓の「1」から「3」を算定した患者数（外来患者に限る。）の割合が3.5以上4.0未満であること。

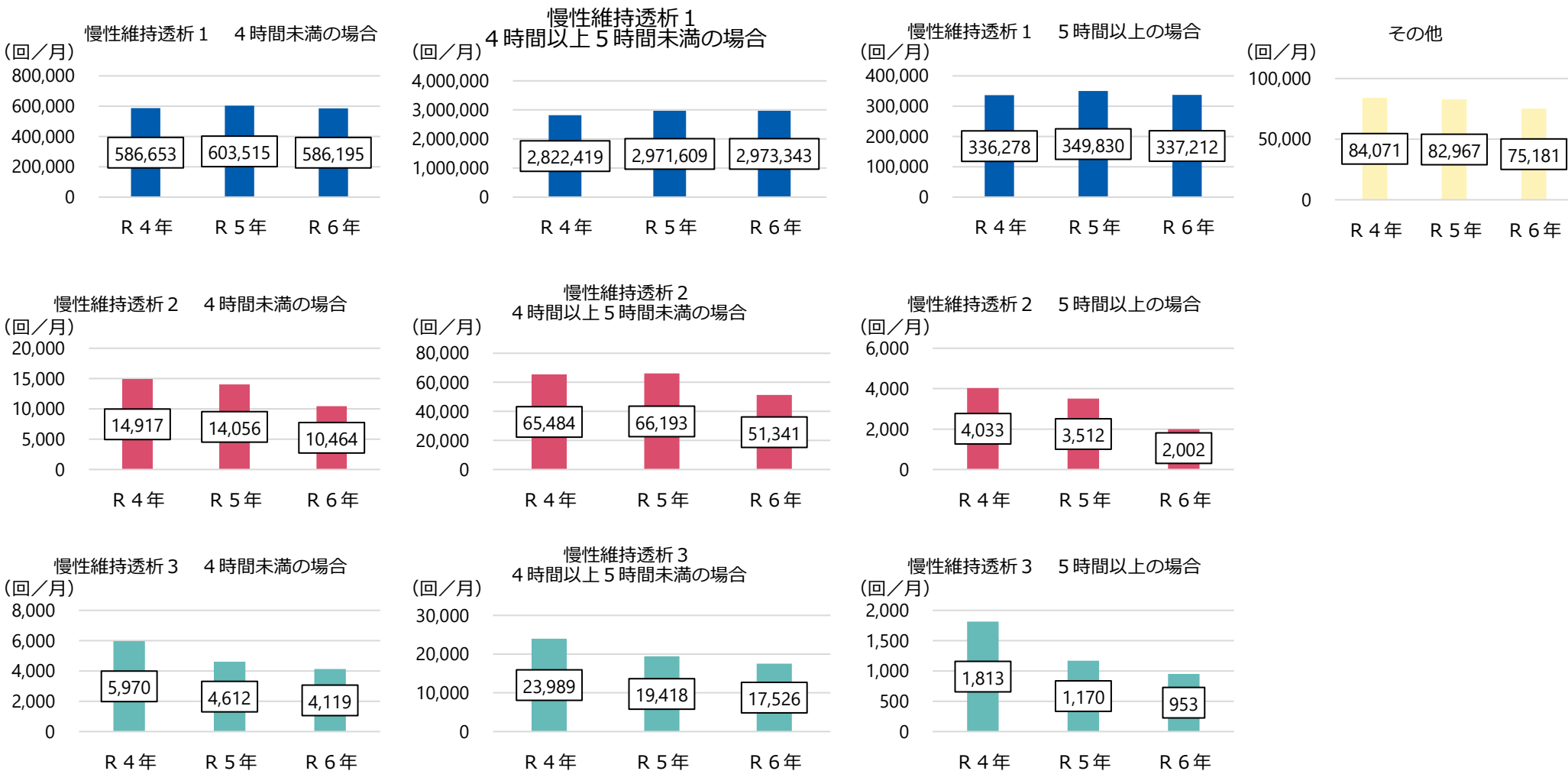
イ 関連学会から示されている基準に基づき、水質管理が適切に実施されていること。

ウ 透析機器安全管理委員会を設置し、その責任者として専任の医師又は専任の臨床工学技士が1名以上配置されていること。



人工腎臓の算定回数の推移について

- 人工腎臓について、点数類型ごとの算定回数の推移は以下のとおり。
- 審査月が異なる点は留意が必要だが、慢性維持透析 2・3 の算定回数が相対的に減少し、慢性維持透析 1 の算定回数が相対的に増加している。

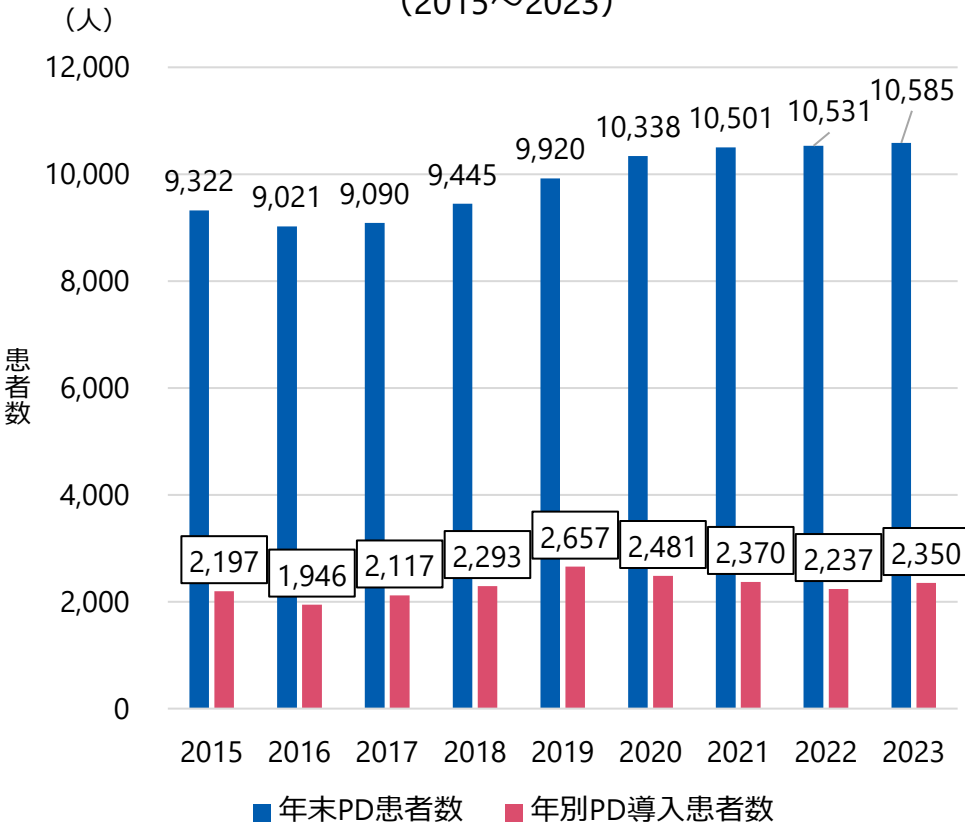


腹膜透析患者数と透析・移植患者の推移

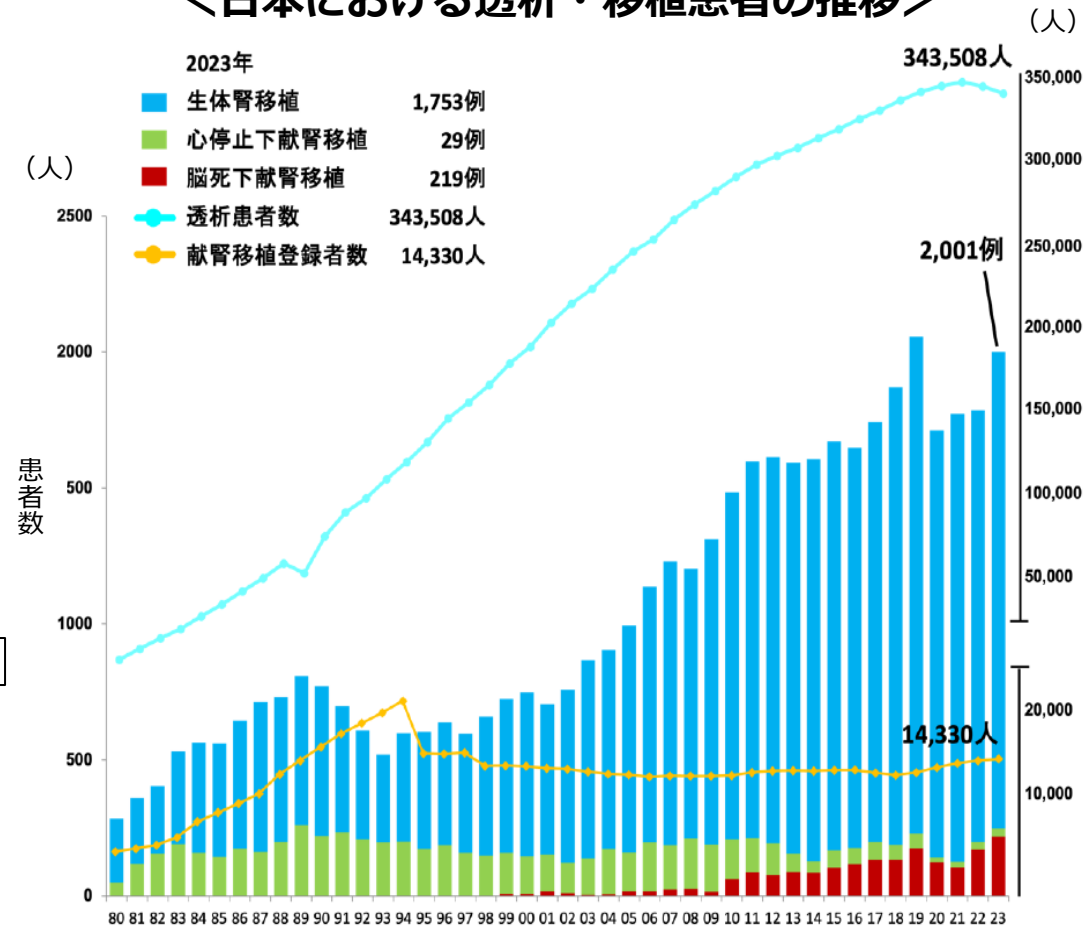
- 腹膜透析患者数は10,585人であり2021年より増加傾向であるが、新規導入患者数はピークの2019年（2,657人）と比較して減少しており、直近は横ばいである。
- 2023年の腎移植の症例数は2,001例であり、そのうち生体腎移植の症例数は1,753例、献腎移植（脳死・心停止下）の症例数は248例であった。また、献腎移植の登録者数は14,330人であり、希望者に比して献腎移植数が少ない状況が継続している。

＜腹膜透析（PD）患者数の推移＞

年末PD患者数及びPD導入患者数の推移
(2015～2023)



＜日本における透析・移植患者の推移＞



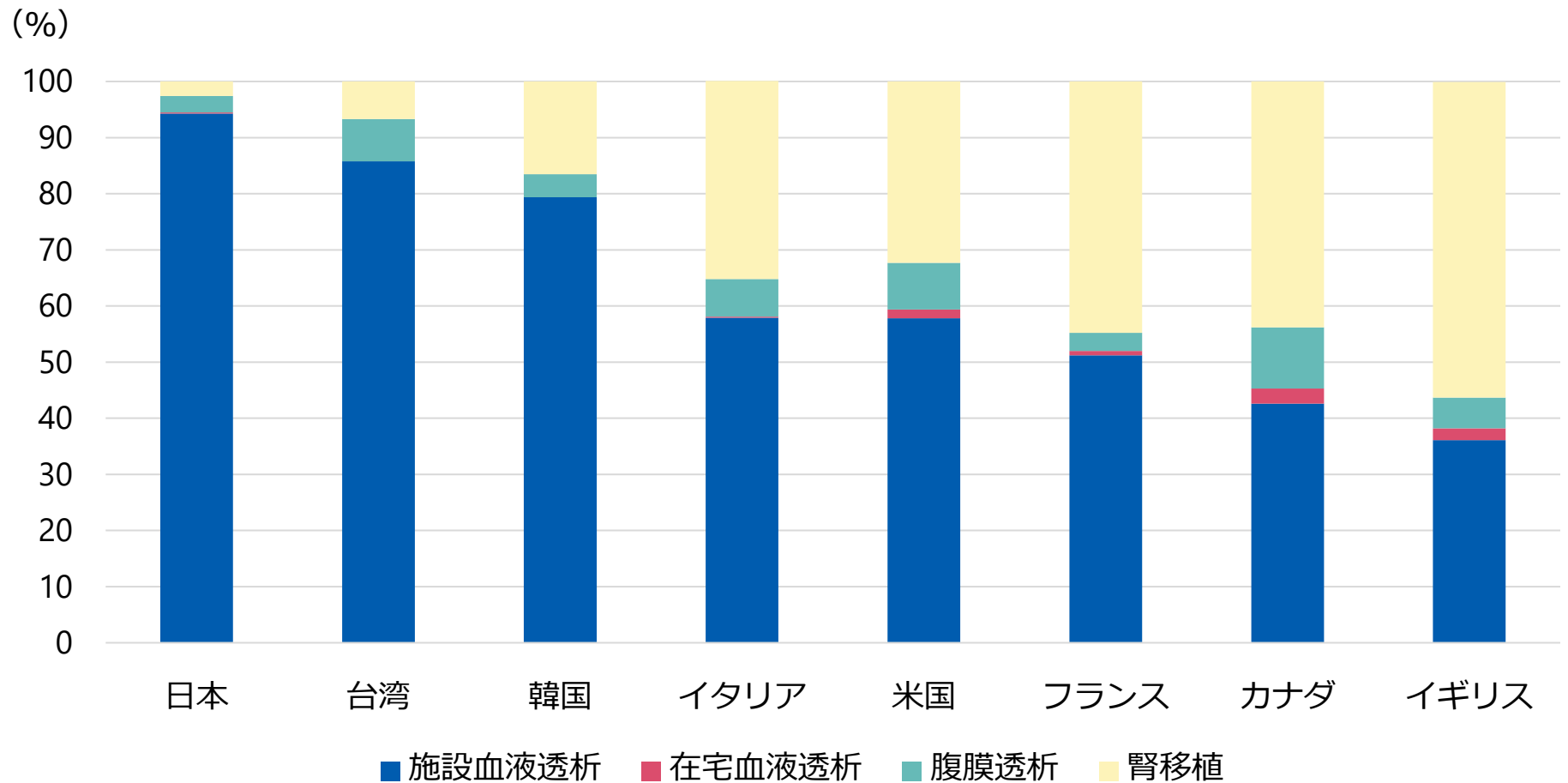
末期腎不全に対する腎代替療法の比較

- 末期腎不全の腎代替療法には、医学的条件だけでなく、ライフスタイルや年齢、性格なども考慮して治療法を選ぶ必要がある。
- 腹膜透析は血液透析と比較して、生活の制約や食事・飲水の制限が少なく、自由度が高い。

比較の観点	血液透析	腹膜透析	腎移植
必要な薬剤	貧血、骨代謝異常、高血圧などに対する薬剤		免疫抑制薬とその副作用に対する薬剤
生活の制約	<u>多い</u> (週3回、1回4時間程度の通院治療)	<u>やや多い</u> (透析液交換・装置のセットアップの手間)	<u>ほとんど無い</u>
食事・飲水の制限	<u>多い</u> (蛋白・水・塩分・カリウム・リン)	<u>やや多い</u> (水・塩分・リン)	少ない
手術の内容	バスキュラーアクセス (シャント) (小手術・局所麻酔)	腹膜透析カテーテル挿入 (中規模手術)	腎移植術 (大規模手術・全身麻酔)
通院回数	<u>週に3回</u>	<u>月に1～2回程度</u>	移植後1年以降は月に1回
感染の注意	必要	やや必要	重要
その他	日本で最も実績のある治療法	<u>血液透析に比べ自由度が高い</u>	透析による束縛がない

末期腎不全に対する腎代替療法の割合の国際比較

○ 日本では、血液透析を実施する患者の割合が、諸外国と比較して多い。



透析診療に係る診療報酬上の評価について②

【処置】

J038 人工腎臓（1日につき）

注1 時間外・休日加算

380点

※入院中の患者以外の患者に対し、午後5時以降に開始した場合若しくは午後9時以降に終了した場合又は休日に行った場合に算定

注2イ 導入期加算1

200点

注2ロ 導入期加算2

410点

注2ハ 導入期加算3

810点

※導入期1月に限り1日につき当該基準に係る区分に従い算定

注3 障害者等加算

140点

※著しく人工腎臓が困難な障害者等に対して行った場合に算定

注9 透析液水質確保加算

10点

注10 下肢末梢動脈疾患指導管理加算

100点

※人工腎臓を実施している患者に係る下肢末梢動脈疾患の重症度等を評価し、療養上必要な指導管理を行った場合に算定

注11 長時間加算

150点

※通常の人工腎臓では管理が困難な兆候を有する患者に対して、6時間以上の人工腎臓を行った場合に算定

注13 慢性維持透析濾過加算

50点

※慢性維持透析濾過を行った場合に算定

注14 透析時運動指導等加算

75点

※療養上必要な指導を行った場合に90日を限度として算定

J038-2 持続緩徐式血液濾過（1日につき）

1,990点

注1 時間外・休日加算

300点

注2 障害者等加算

120点

J042 腹膜灌流（1日につき）

1 連続携行式腹膜灌流

330点

注1 導入期加算

500点

注2 乳幼児加算

250点

2 その他の腹膜灌流

1,100点

【入院料等】

A101 療養病棟入院基本料（1日につき）

A109 有床診療所療養病床入院基本料（1日につき）

注 慢性維持透析管理加算

100点

【医学管理等】

B001 特定疾患治療管理料

15 慢性維持透析患者外来医学管理料

2,211点

※入院中の患者以外の慢性維持透析患者に対し、検査の結果に基づき計画的な医学管理を行った場合に月1回に限り算定（検査と画像診断の一部が包括）

注3 腎代替療法実績加算

100点

27 糖尿病透析予防指導管理料

350点

※医師が透析予防に関する指導の必要性があると認めた入院中の患者以外の患者に対し、医師、看護師又は保健師及び管理栄養士等が共同して必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定

31 腎代替療法指導管理料

500点

※当該患者の同意を得て看護師と共同し、当該患者と診療方針等について話し合い、その内容を文書等により提供した場合に患者1人につき2回に限り算定

【在宅医療】（月1回）

C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料

4,000点

C102-2 在宅血液透析指導管理料

10,000点

<C102、C102-2の加算>

注1 頻回に指導管理を行う必要がある場合

2,000点

※同一月内の2回目以降1回につき月2回に限り算定

注3 遠隔モニタリング加算

115点

※注1に規定する患者であって継続的に遠隔モニタリングを実施したのに対し当該指導管理を行った場合、月1回に限り算定

C154 紫外線殺菌器加算

360点

※在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている入院中の患者以外の患者に対し紫外線殺菌器を使用した場合、所定点数に加算

C155 自動腹膜灌流装置加算

2,500点

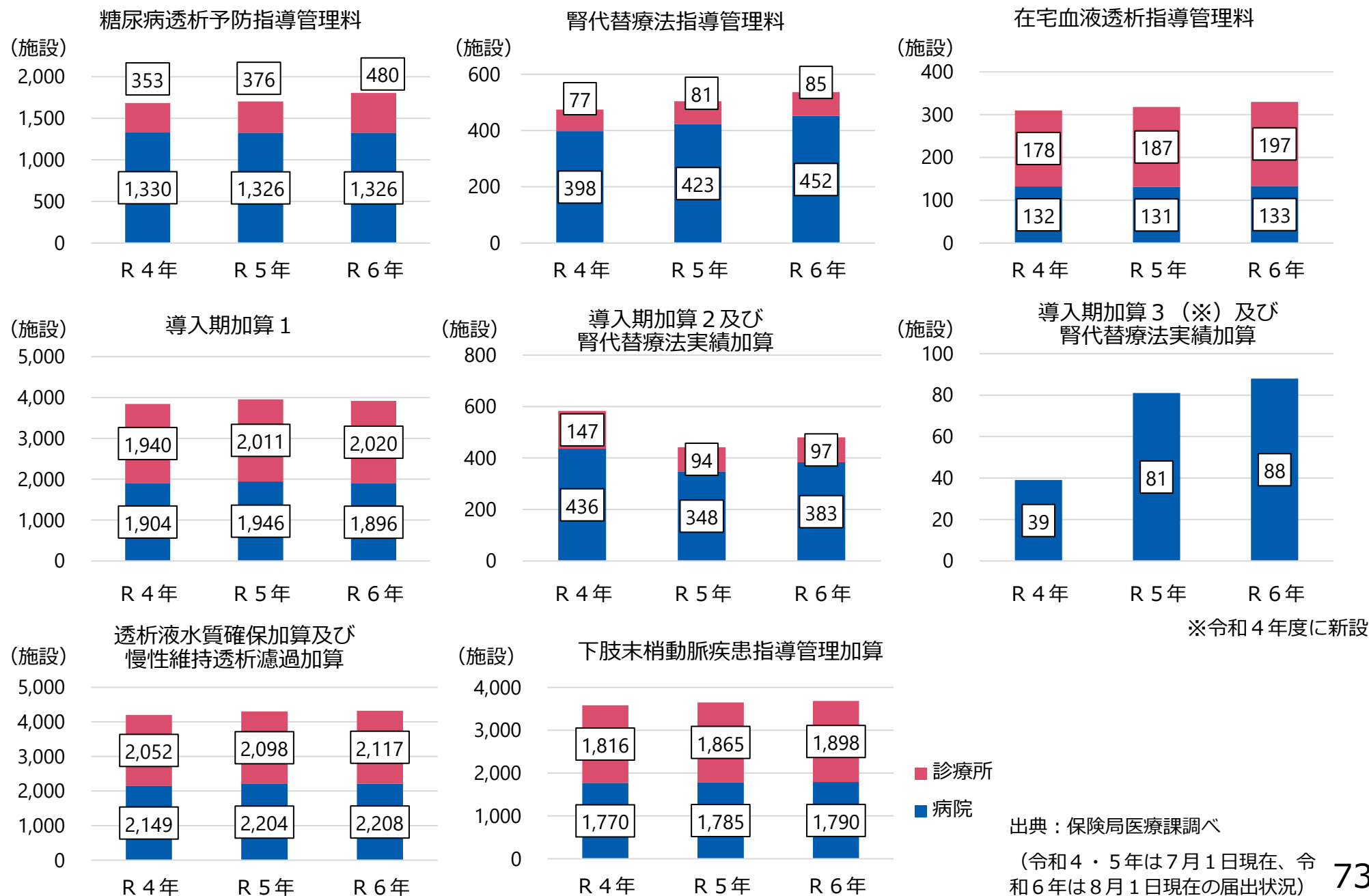
※在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている入院中の患者以外の患者に対し自動腹膜灌流装置を使用した場合、所定点数に加算

C156 透析液供給装置加算

10,000点

※在宅血液透析を行っている入院中の患者以外の患者に対し透析液供給装置を使用した場合、所定点数に加算

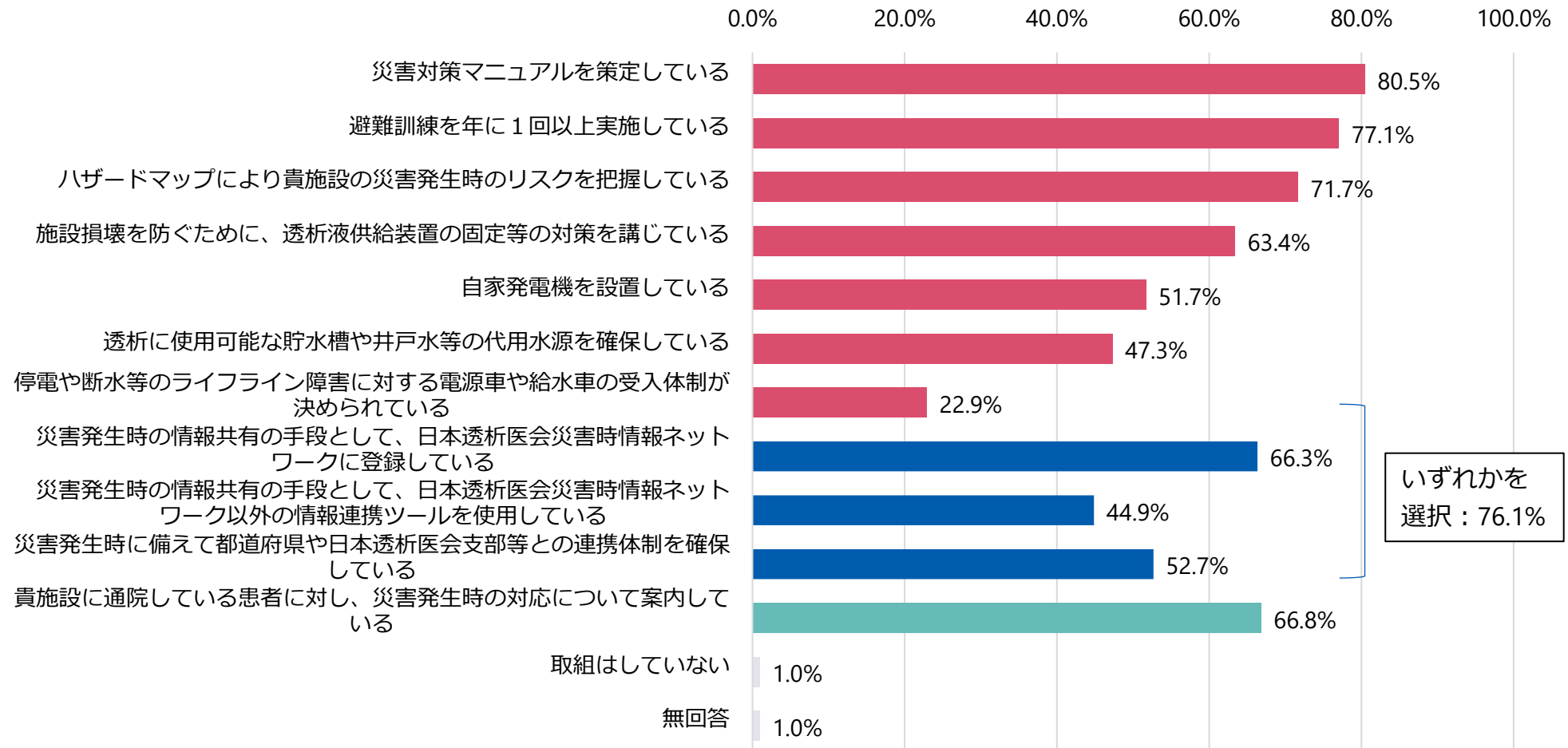
透析診療に係る施設基準の主な届出状況について



透析医療の災害対策の取組

- 災害時の透析医療継続のための対策について、災害対策マニュアルの策定が80.5%、電源車や給水車の受入体制の確保が22.9%と各対策でばらつきが見られる。
- 日本透析医会災害時情報ネットワーク等への登録や自治体等との連携体制を確保していると回答した医療機関は76.1%。
- 患者に対する情報提供を実施している医療機関は66.8%。

自施設で実施している透析医療の災害対策の取組（n=205）

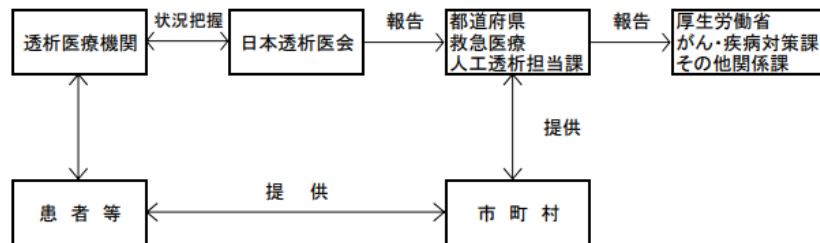


透析医療の災害対策について

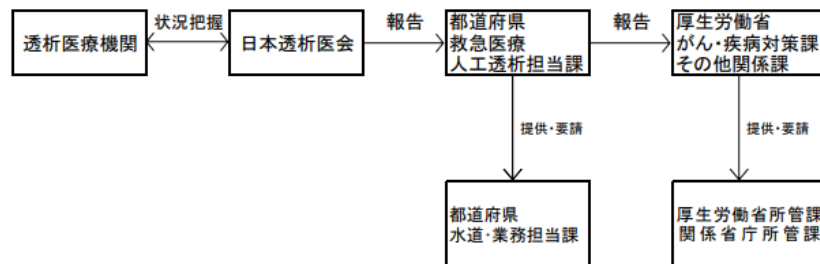
- 災害時の人工透析の提供体制については、厚生労働省防災業務計画において、日本透析医会と各透析医療機関、日本透析医会と自治体が情報連携することとしている。
- 日本透析医会は災害時情報ネットワークを運営し、被災地及び近隣における人工透析患者の受療状況及び透析医療機関の稼働状況に係る情報をリアルタイムに公開している。
- 厚生労働科学研究費補助金腎疾患政策研究事業（令和2～4年度）において、透析患者や透析施設の災害対策について取りまとめている。

災害時の人工透析の提供体制

○情報収集



○水、医薬品の確保



公益社団法人 日本透析医会

日本透析医会 公募研究助成 災害関係 医療安全 研修セミナー 出版物 会員ページ

災害時情報ネットワーク

HOME / 災害関係 / 災害時情報ネットワーク



災害時情報ネットワーク

》詳細ページはこちら

当ネットワークでは震度6弱以上の地震と、国または地方公共団体により災害救助法が適な、広範囲にわたる構造物の損壊・焼失・浸水・流失、交通網の遮断などの被害が発生しを開始します。近くの地域でそのようなことを知った場合には、以下の方法で施設情報のします。

「災害時情報送信」をクリックすると情報伝達フォームが表示されます。各入力項目の説明を入力し、登録して下さい。同じ施設で情報を更新して登録した場合、集計は最新の情報計算されます。

透析患者の災害対策

～災害時にすべきこと、起こる前の備え～

透析は災害に弱い治療

血液透析は一人一回の透析で100ℓ以上の大量の水道水を使います。また、透析液を供給するにもベッドサイドの機械を動かすにも、電気は必要です。つまり大きな災害によって、断水が停電が生じると血液透析はできなくなります。また地震の大きな揺れで、透析施設の機械や建物が倒壊して透析ができなくなることもあります。血液透析治療は、腎臓の代わりに週3回行うことが必要なので、透析ができないとなると、最悪命に関わる大惨事になります。

災害で透析ができなくなった時に、自分の身を守るために、どのように行動すればよいのか、また災害が来ても、あらかじめ知っておくべきことを準備しておくべきことについて、説明していきたいと思っています。

透析中に地震が起きたら？

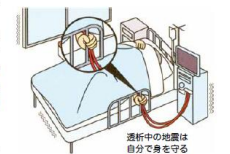
透析中に大きな地震が起きたら、揺れている間はスタッフがベッドに近づくことは難しくなります。その間は、自分で自分の身を守る必要があります。具体的には、落下物から身を守るために市街を面からかぶるようになります。可能であれば、固物が引く揺れを受けることによる振動を防ぐために、固物を持って、ベッドの端を持って揺れが収まるのを待ちましょう。大きな地震であるほど揺れは長く続きます。東日本大震災（2011年）では3分以上の強い

揺れが続いた場所がありました。阪神・淡路大震災（1995年）や熊本地震（2016年）のような直下型地震では、揺れの時間は長くても30秒以内でした。

地震のあと、停電や断水が起ると透析を続けることはできなくなります。現在のベッドサイドの機械のほとんどはバッテリーが内蔵されており、停電でも10～30分程度動くので、この間にスタッフが透析終了の操作をすることになります。回収後はスタッフの指示に従ってください。必要なら施設の外に避難しますが、自力で移動するのが困難な方もおられますので、患者さん同士助け合って、安全な場所まで避難していただきたいと思っています。

大きな災害が透析施設以外に起きたときに起こったら？

大きな災害が起きると、停電や断水、施設や設備の損傷などのため、多くの施設で透析が



シャントトラブルに対する取組

- シャント閉塞等のシャントトラブルは頻度が高く、透析患者の入院理由としても最も多い。
- 自院で治療している又は事前に連携している医療機関に紹介している医療機関が合計93.6%である一方、事前に連携していない医療機関に紹介している医療機関が5.9%あった。

自施設の患者におけるシャント閉塞等のシャントトラブルに対する取組 (n=205)

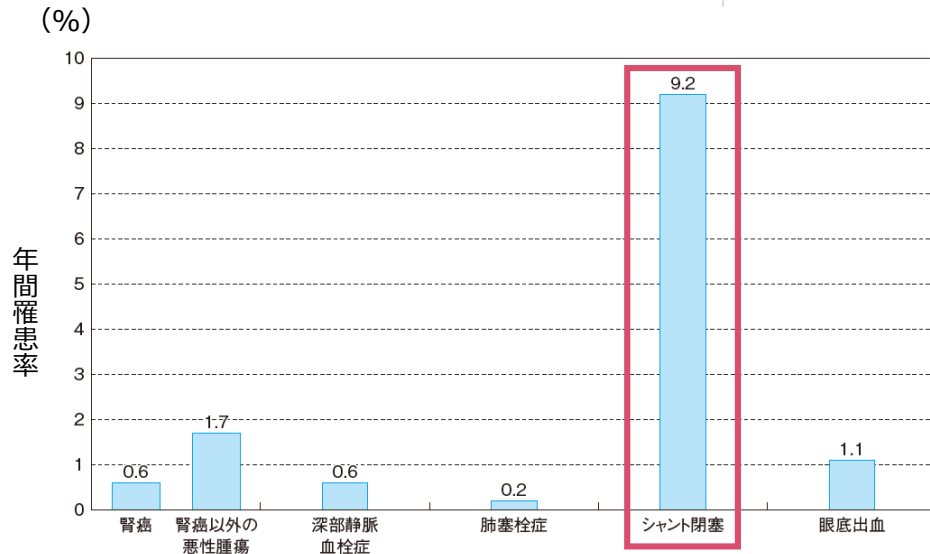
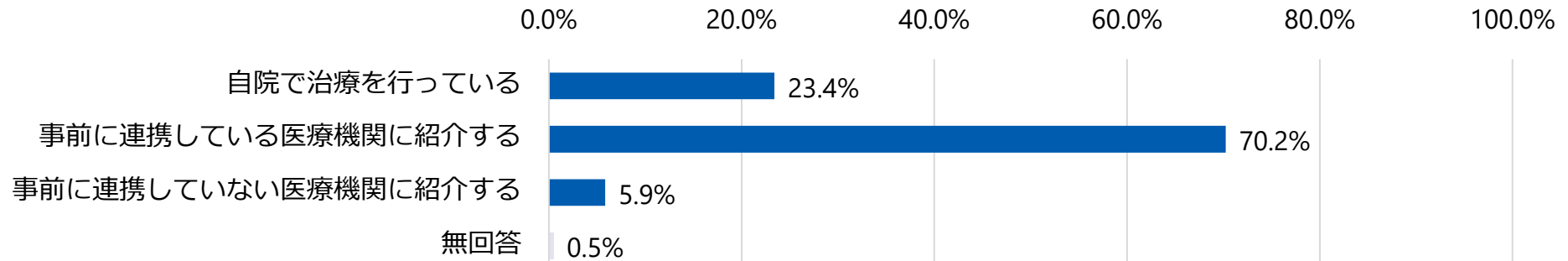


図 51 腎性貧血治療薬関連疾患の年間罹患率, 2023

(患者調査による集計)

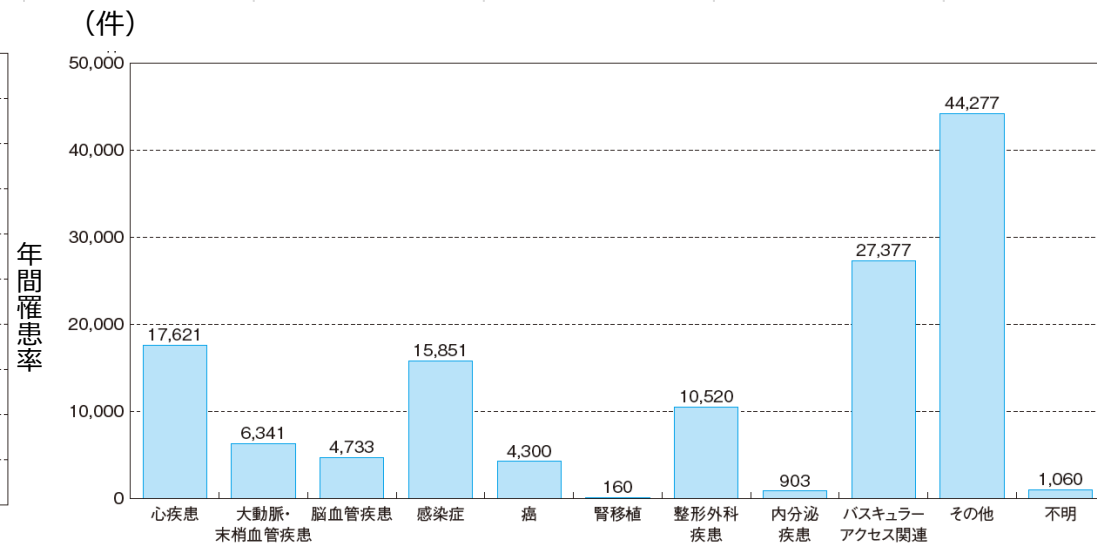


図 57 入院理由, 2023

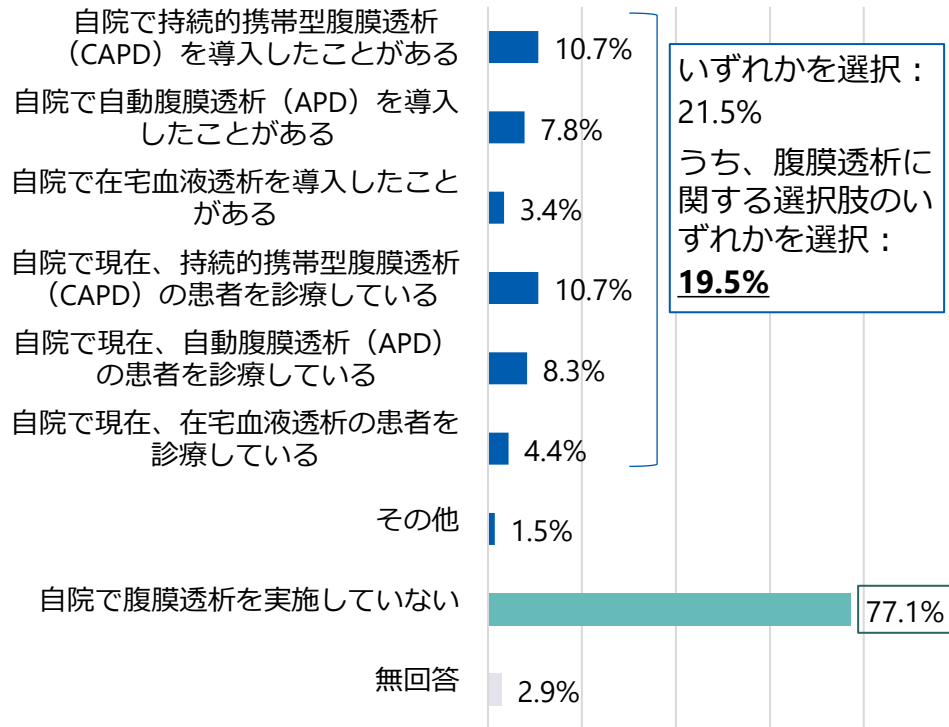
(患者調査による集計)

腹膜透析等の提供体制

- 血液透析を実施する医療機関のうち、腹膜透析の導入や診療等を実施している医療機関は19.5%であり、CAPDに関する診療の割合が最も高い。一方で、腹膜透析を自院で実施していない医療機関は77.1%であった。
- 腹膜透析を導入したことがない又は現在、腹膜透析患者を診療していない理由として、対象となる患者がいらないが59.5%と最も多く、次いで対応できる器具設備を備えていないためが38.6%であった。また、緊急時や入院時のバックアップ体制に不安があるといった意見があった。

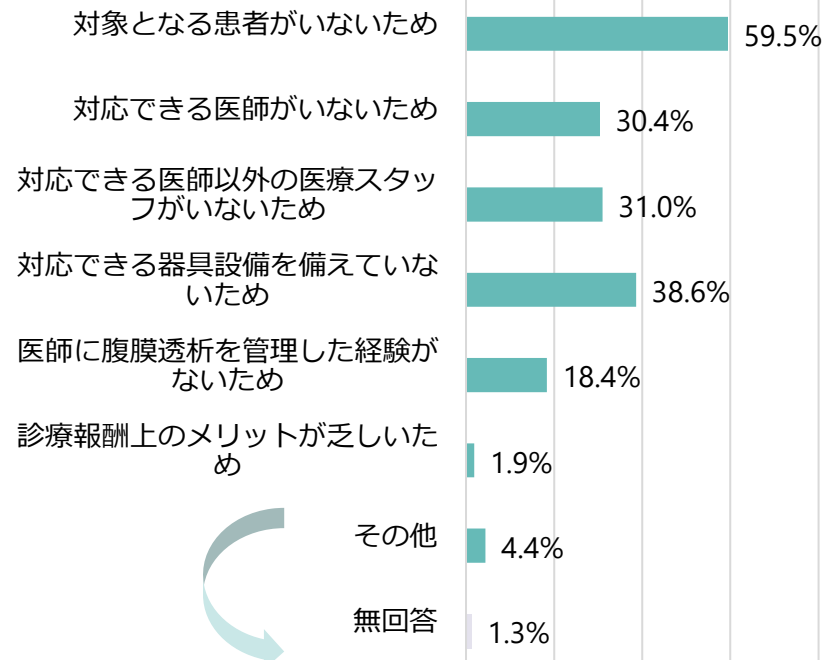
腹膜透析等の取組状況（n=205）

0.0% 20.0% 40.0% 60.0% 80.0% 100.0%



腹膜透析を導入したことがない又は現在、腹膜透析患者を診療していない理由（n=158）

0.0% 20.0% 40.0% 60.0% 80.0% 100.0%

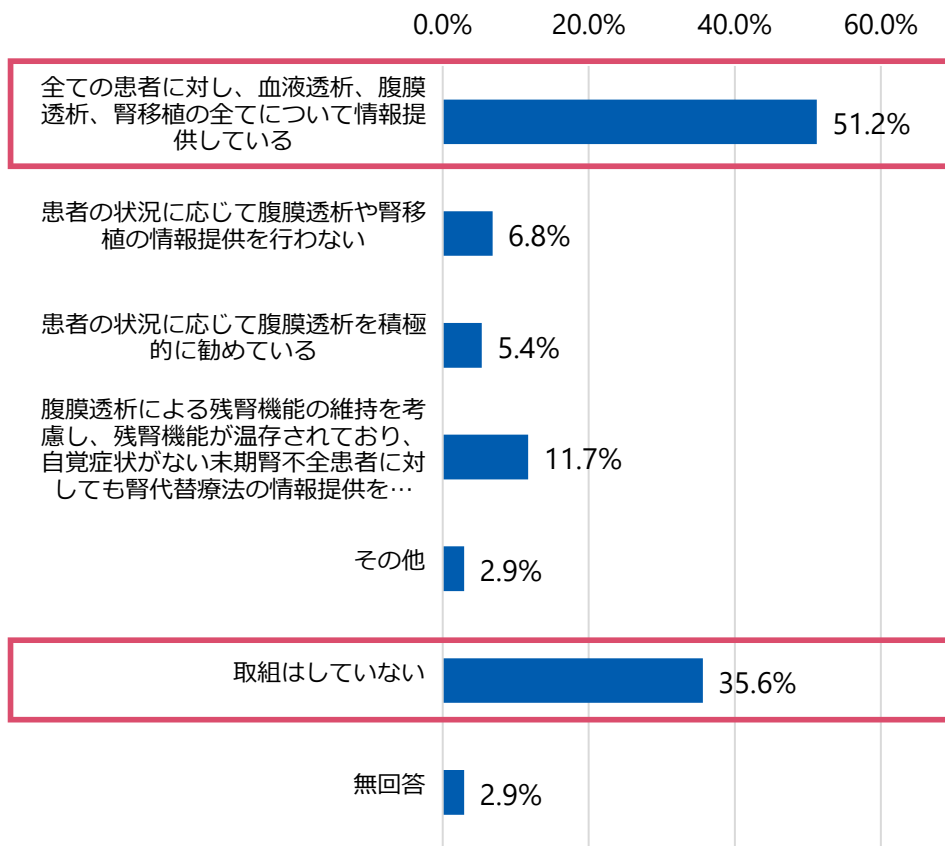


- ・ 開始するにあたって、診療体制をつくる労力が大きい。
- ・ 緊急時のバックアップの不安がある。
- ・ 当該患者の入院バックアップ体制が確立していない。

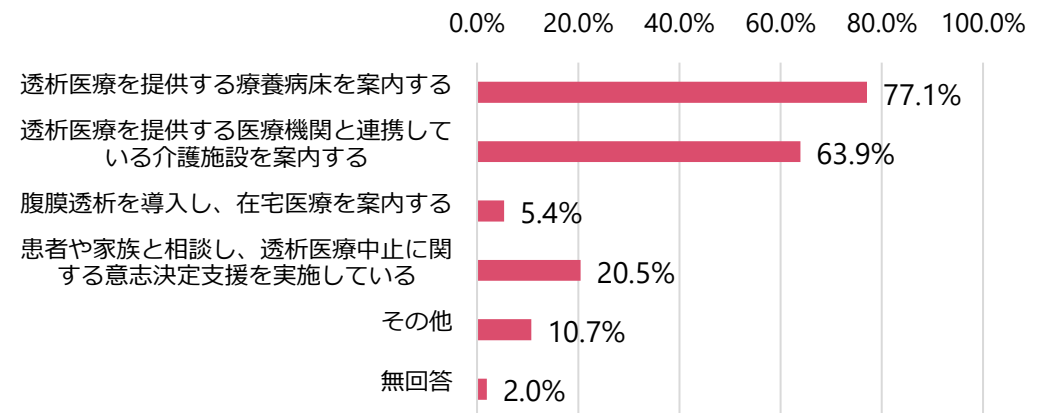
腎代替療法に関する情報提供

- 全ての患者に対し、腎代替療法の3つの選択肢を提示している医療機関は51.2%であり、情報提供の取組をしていない医療機関が35.6%であった。
- 通院困難な患者に対する対応について、療養病床や介護施設への紹介が77.1%、63.9%であり、腹膜透析の導入を含めた在宅医療への案内は5.4%であった。透析医療中止に関する意思決定支援を実施している医療機関は20.5%であった。
- 腹膜透析を勧める際の考慮事項として、生活支援状況（36.6%）、ADL（32.7%）、年齢（32.2%）の順で多い。

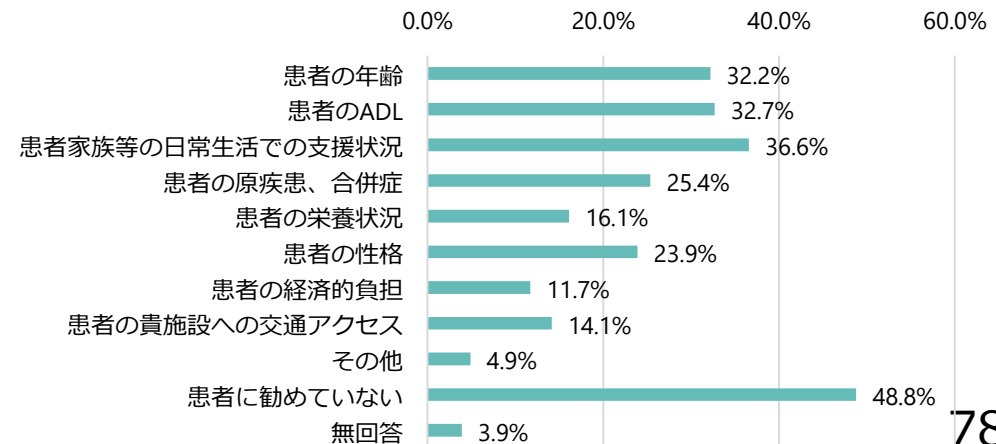
腎代替療法に関する情報提供・意思決定支援
の取組状況（n=205）



通院困難な患者に対する対応（n=205）



腹膜透析を患者に勧めるにあたっての考慮事項（n=205）



導入期加算・腎代替療法実績加算

【人工腎臓】

【慢性維持透析患者外来医学管理料】

注2 導入期加算

- イ 導入期加算 1 200点
- ロ 導入期加算 2 410点
- ハ 導入期加算 3 810点

【算定要件】

施設基準の届出を行った保険医療機関において、それぞれ1日につき1月間に限り算定する。なお、「人工腎臓における導入期」とは継続して血液透析を実施する必要があると判断された場合の血液透析の開始日より1月間をいう。

【施設基準】

(1) 導入期加算1の施設基準

ア 関連学会の作成した資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき、患者ごとの適応に応じて、腎代替療法について、患者に対し十分な説明を行っていること。

イ 腎代替療法に係る所定の研修を修了した者が配置されていることが望ましい。

(2) 導入期加算2の施設基準

次のすべてを満たしていること。

ア (1)のアを満たしていること。

イ 腎代替療法に係る所定の研修を修了した者が配置されていること。

ウ 腎代替療法に係る所定の研修を修了した者が、導入期加算3を算定している施設が実施する腎代替療法に係る研修を定期的に受講していること。

エ 区分番号「C102」在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去1年間で24回以上算定していること。

オ 腎移植について、患者の希望に応じて適切に相談に応じており、かつ、腎移植に向けた手続きを行った患者が前年に2人以上いること。

カ 腎代替療法を導入するに当たって、(1)のアに加え、心血管障害を含む全身合併症の状態及び当該合併症について選択することができる治療法について、患者に対し十分な説明を行っていること。

(3) 導入期加算3の施設基準

次のすべてを満たしていること。

ア (1)のア及び(2)のイを満たしていること。

イ 腎臓移植実施施設として、日本臓器移植ネットワークに登録された施設であり、移植医と腎代替療法に係る所定の研修を修了した者が連携して診療を行っていること。

ウ 導入期加算1又は2を算定している施設と連携して、腎代替療法に係る研修を実施し、必要に応じて、当該連携施設に対して移植医療等に係る情報提供を行っていること。

エ 区分番号「C102」在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去1年間で36回以上算定していること。

オ 腎移植について、患者の希望に応じて適切に相談に応じており、かつ、腎移植に向けた手続きを行った患者が前年に5人以上いること。

カ 当該保険医療機関において献腎移植又は生体腎移植を実施した患者が前年に2人以上いること。

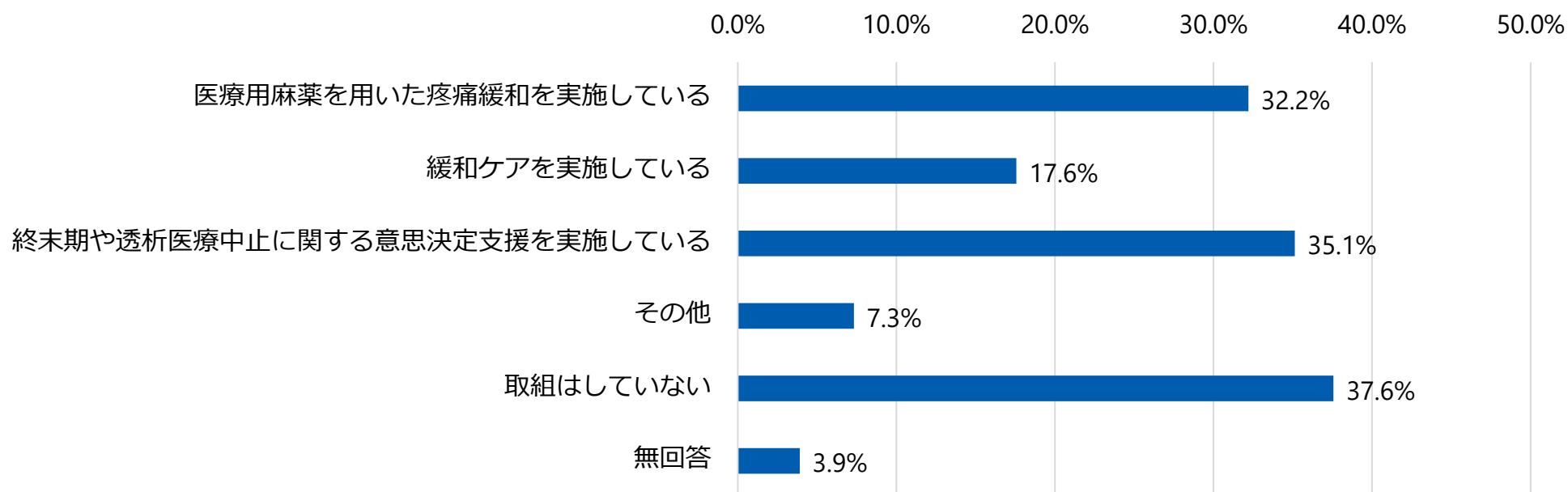
キ (2)の力を満たしていること。



緩和ケアにかかる取組状況

- 緩和ケアに関する取組について、医療用麻薬を用いた疼痛緩和を実施している医療機関は32.2%、緩和ケアを実施している医療機関は17.6%、終末期や透析医療中止に関する意思決定支援を実施している医療機関は35.5%であった。

緩和ケアに関する取組（n=205）



現状と課題

（透析医療の現状）

- ・ 慢性維持透析患者数はピークアウトし、減少傾向になっており、高齢化が進んでいる。
- ・ 腹膜透析患者数は10,585人で増加傾向だが、新規導入患者数は2,350人で2019年のピークから減少し、直近は横ばいである。
- ・ 2023年の腎移植の症例数は2,001例、献腎移植の登録者数は14,330人であり、希望者に比して献腎移植数が少ない状況が継続。
- ・ 日本では諸外国に比して腎代替療法のうち血液透析患者の割合が高い。

（血液透析の提供体制）

- ・ 災害対策は国や地方自治体と日本透析医会が連携して取組を進めているところ、各医療機関の災害対策の取組状況にはばらつきがみられる。また、災害時情報ネットワークの等への登録や自治体等との連携体制を確保していると回答した医療機関は76.1%であった。
- ・ シェント閉塞等のシェントトラブルは発生頻度が高いが、5.9%の医療機関が事前に連携していない医療機関に紹介していた。

（腹膜透析等の提供体制と情報提供）

- ・ 血液透析を実施する医療機関のうち、腹膜透析の導入や診療等を実施している医療機関は19.5%であり、腹膜透析を自院で実施していない医療機関は77.1%であった。
- ・ 腹膜透析を導入したことがない又は現在、腹膜透析患者を診療していない理由として、対象となる患者がいらない（59.5%）が最多で、緊急時や入院時のバックアップ体制に不安があるといった意見があった。
- ・ 全ての患者に対し、腎代替療法の3つの選択肢を提示している医療機関は51.2%であり、情報提供の取組をしていない医療機関が35.6%であり、通院困難な患者に対する対応として、腹膜透析の導入を含めた在宅医療への案内は5.4%であった。

（緩和ケア）

- ・ 緩和ケアに関する取組について、医療用麻薬を用いた疼痛緩和を実施している医療機関は32.2%、緩和ケアを実施している医療機関は17.6%であった。

【課題】

- 上記の現状について、どのように評価するか。
- 上記の現状を踏まえて、更に検討を進めるべき事項についてどのように考えるか。

1. 急性期入院医療について（その3）
2. 働き方・タスクシフト/シェア（その3）
3. 医師の診療科偏在について（その2）
4. 透析医療
5. 小児・周産期医療について
6. 災害医療について
7. 業務の簡素化

5. 小児・周産期医療について

5－1. 小児・周産期医療をとりまく環境

5－2. 母体・胎児集中治療室の要件

5－3. 小児成人移行期医療

5. 小児・周産期医療について

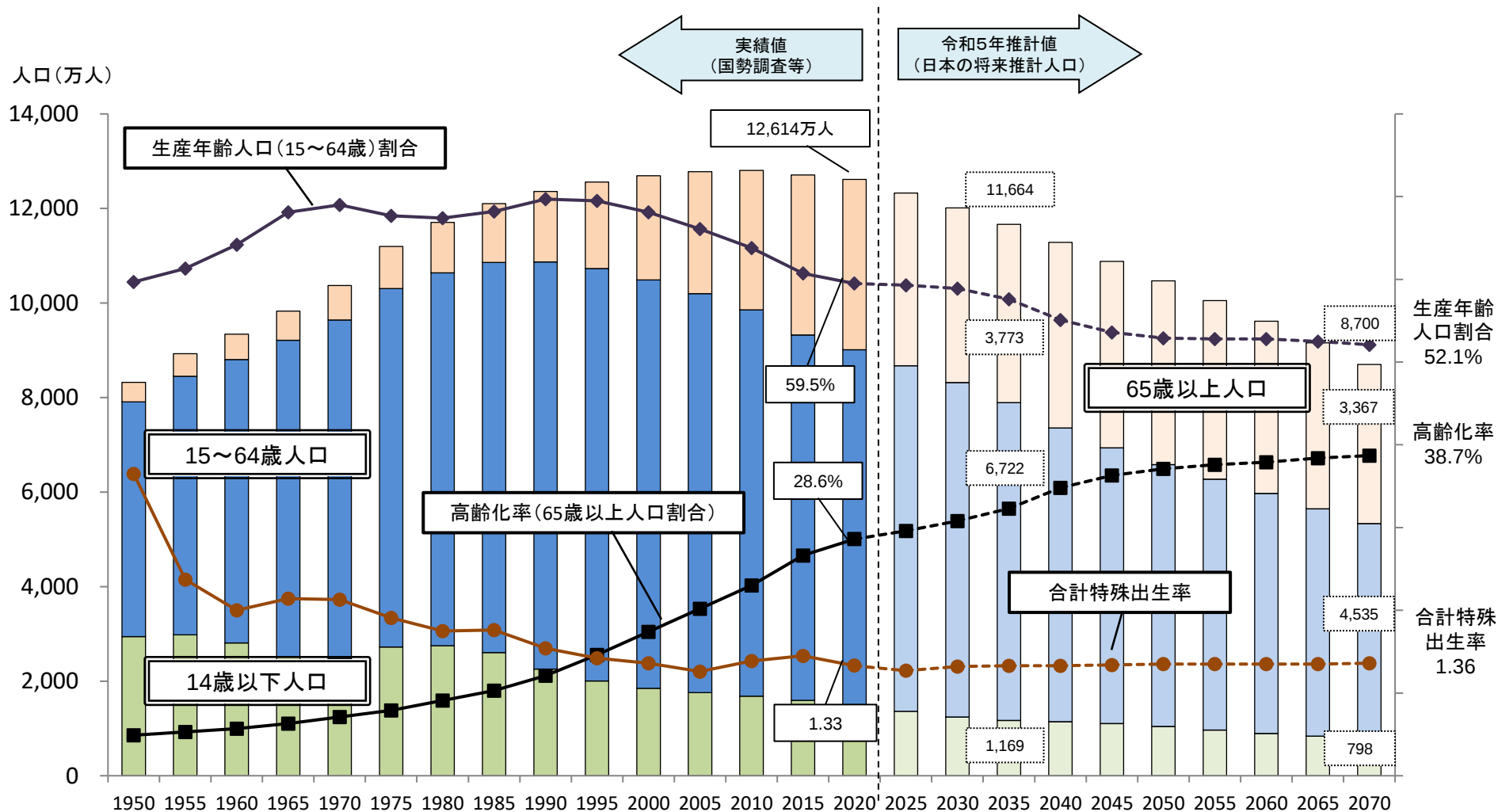
5－1. 小児・周産期医療をとりまく環境

5－2. 母体・胎児集中治療室の要件

5－3. 小児成人移行期医療

日本の人口の推移

○ 14歳以下の人口は今後も減少していくと推計されている。



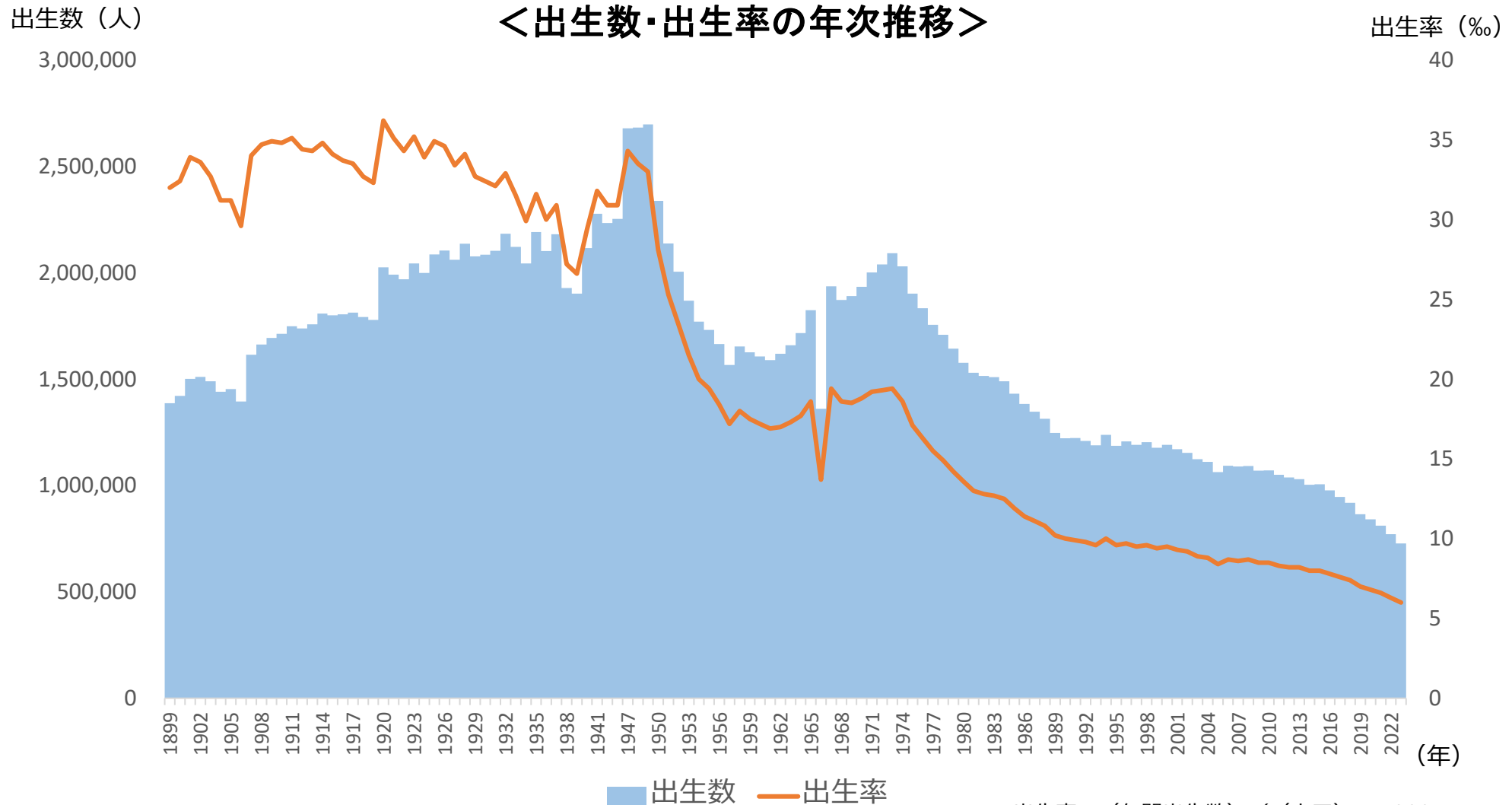
出典：2020年までの人口は総務省「人口推計」（各年10月1日現在）、高齢化率および生産年齢人口割合は、2020年は総務省「人口推計」それ以外は総務省「国勢調査」

2020年までの合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」

2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（令和5年推計）：出生中位・死亡中位推計」

出生数・出生率の推移

- 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。

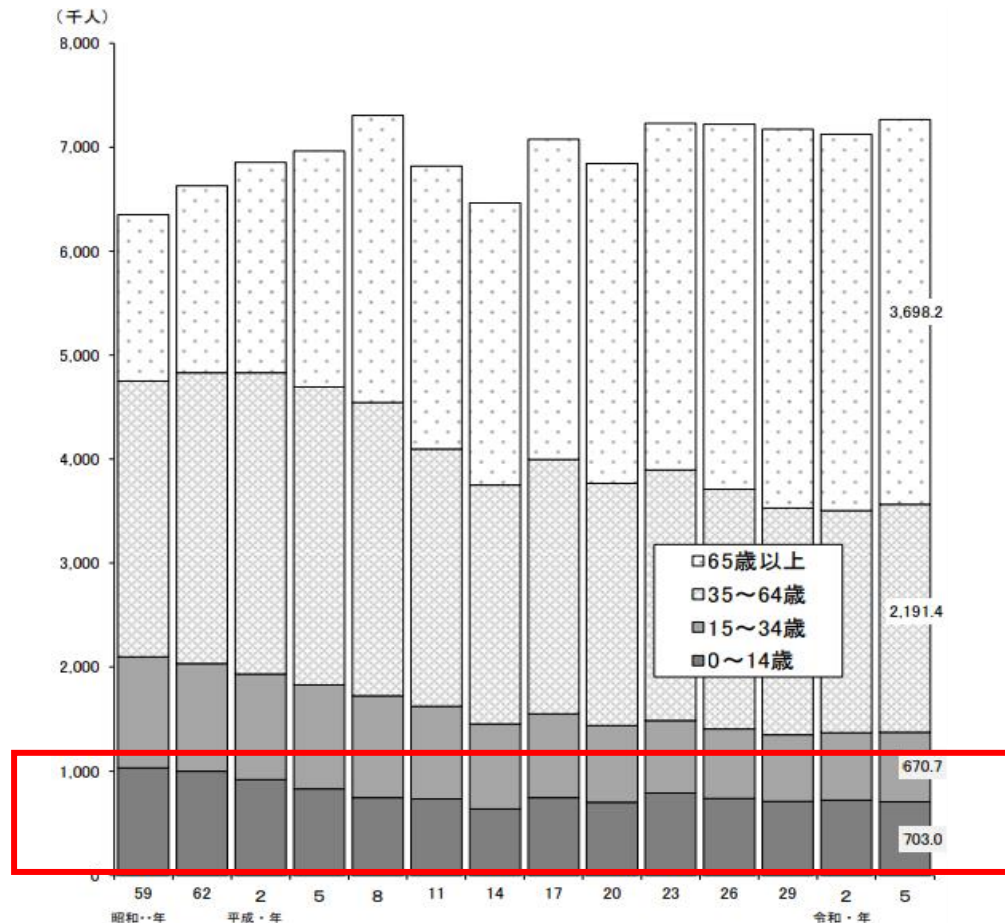


年齢階級別にみた推計外来患者数の年次推移

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

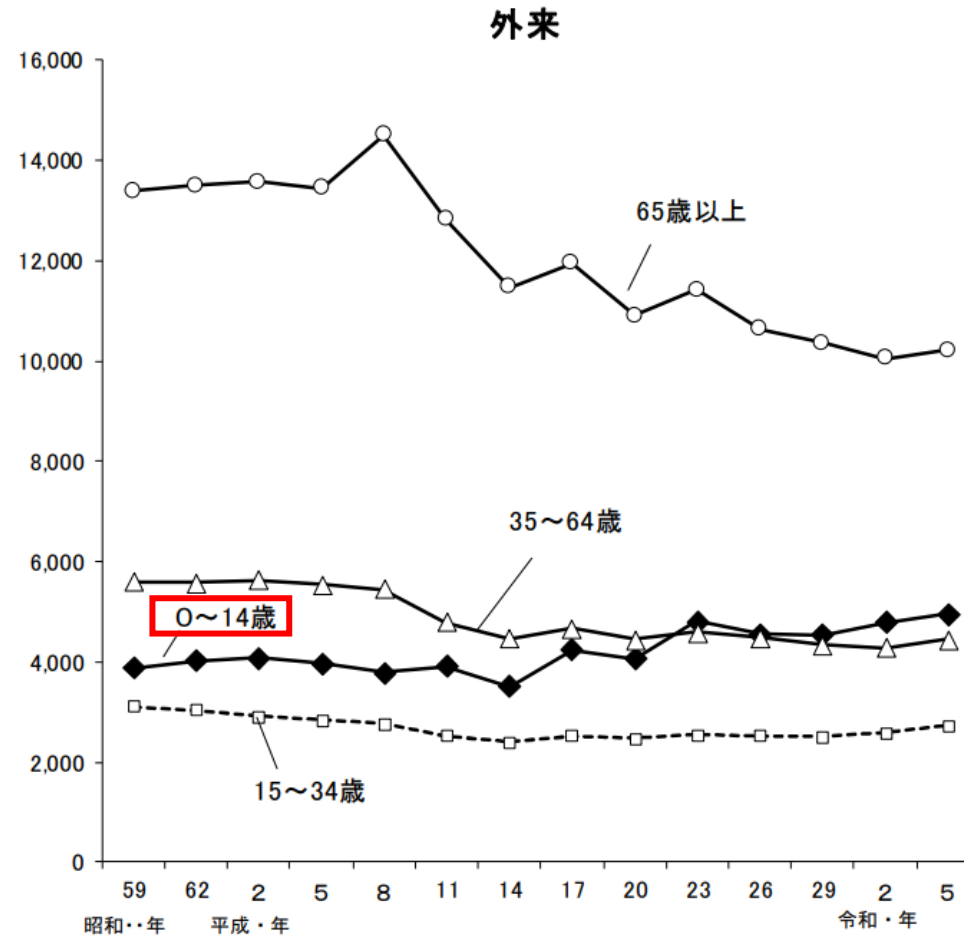


年齢階級別にみた受療率の年次推移

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

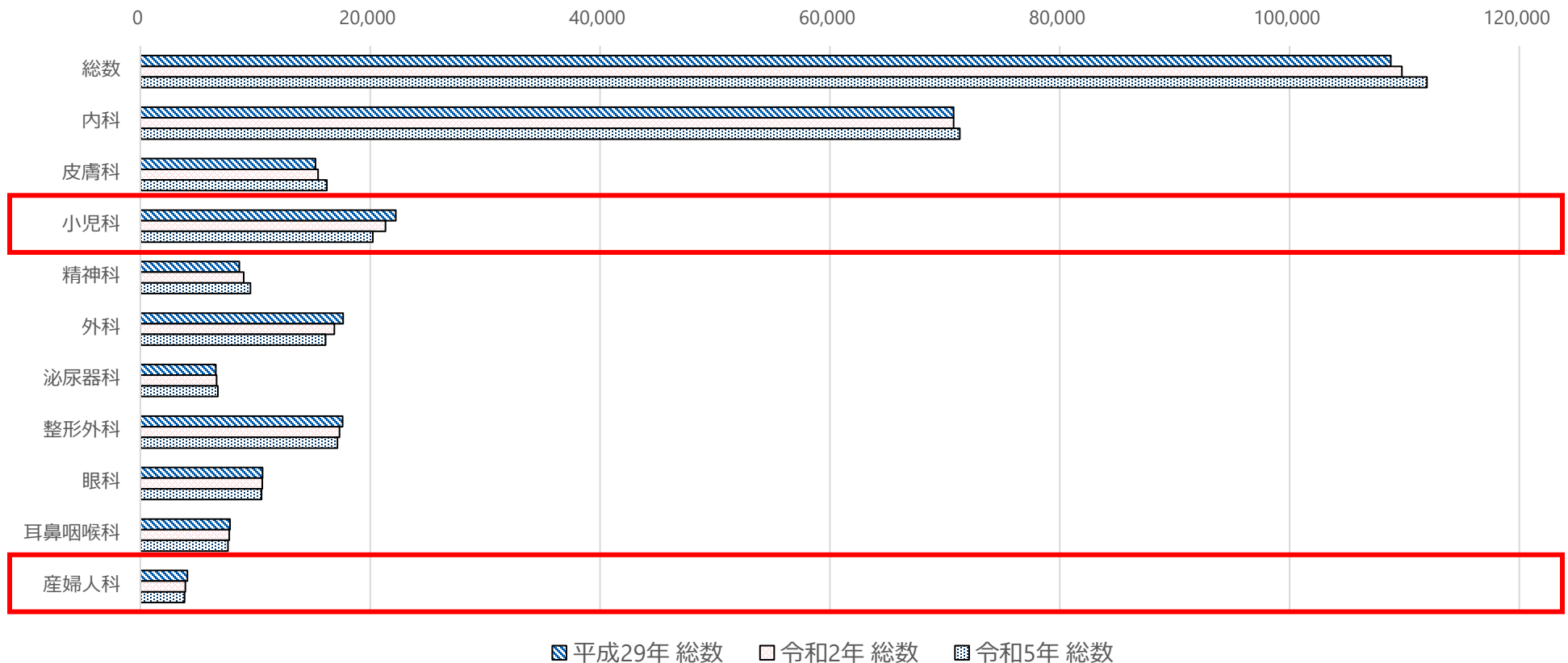


診療科別の医療施設数の年次推移

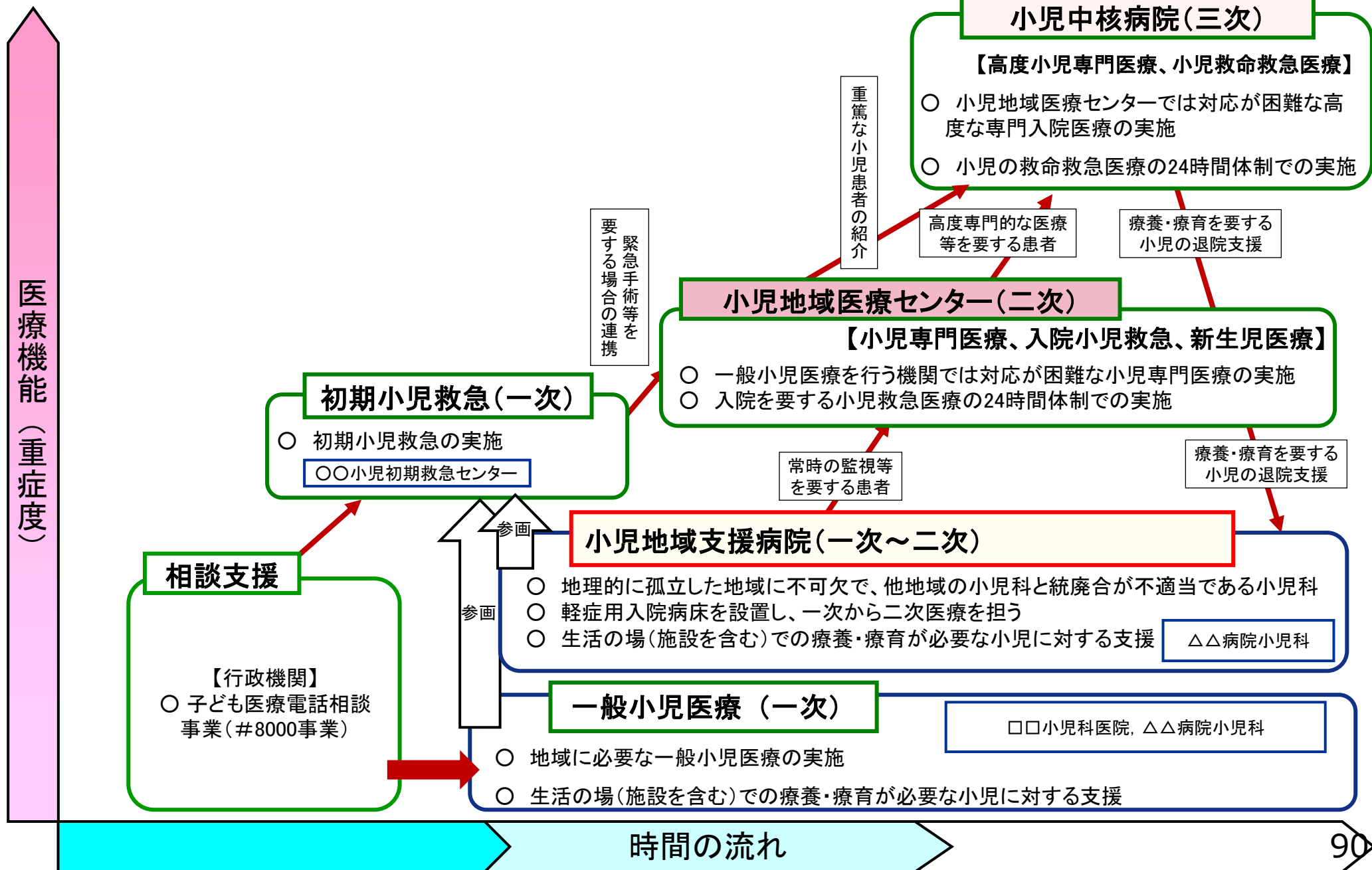
中医協 総－3
7 . 7 . 16

- 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。

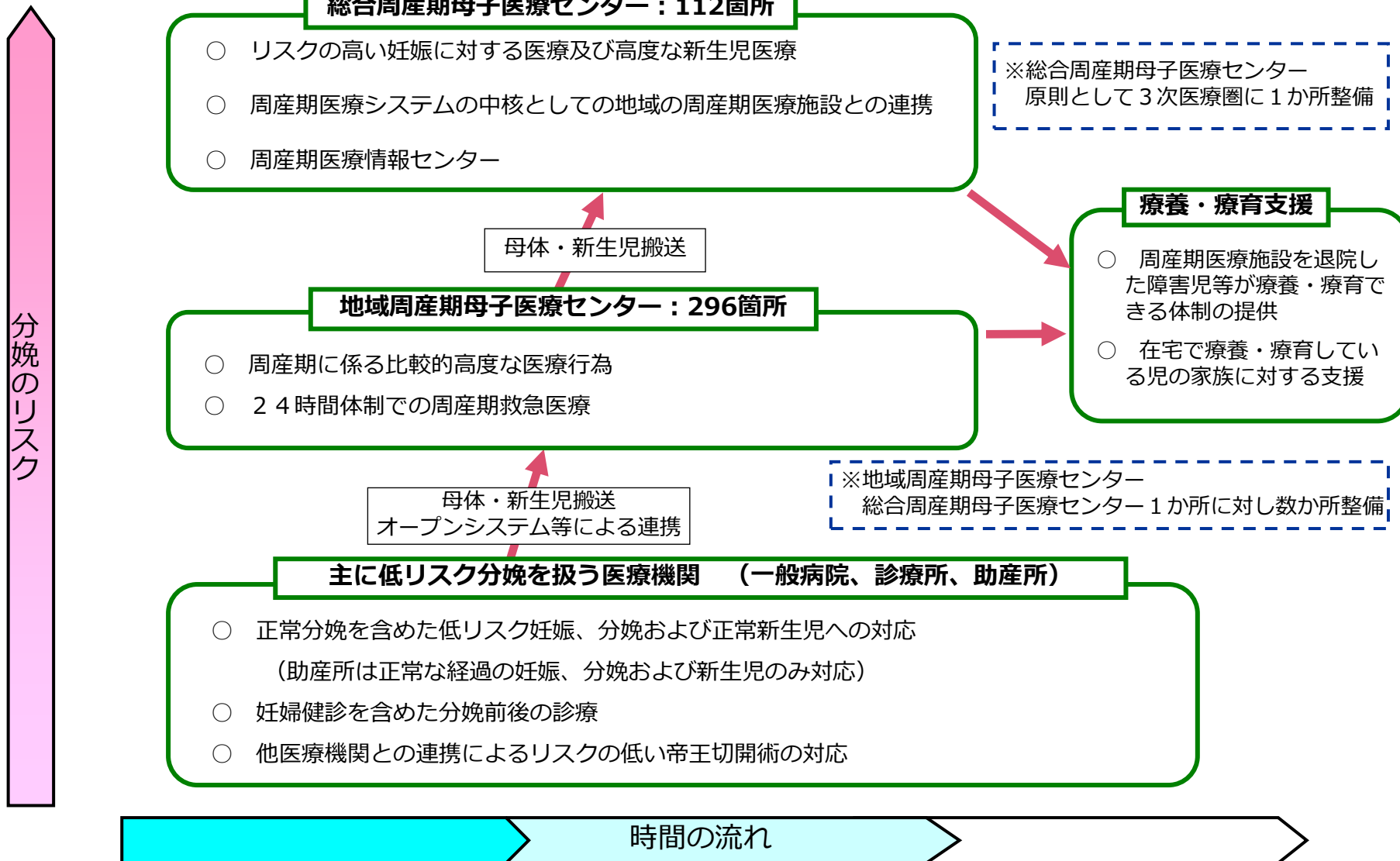
一般病院・診療所における診療科目別にみた施設数の年次推移



※ 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。

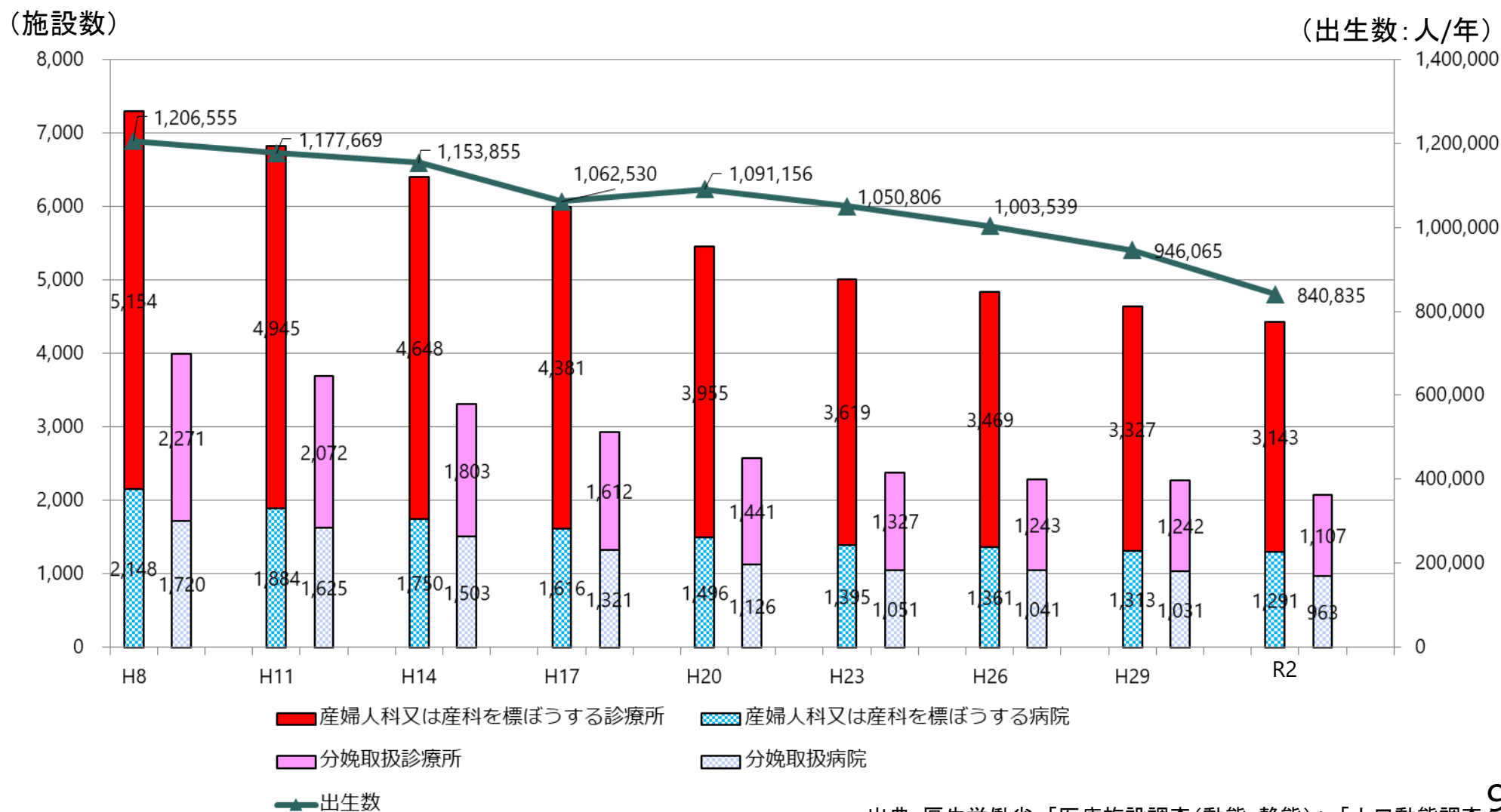


- 総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターは、平成29年度までに全都道府県に配置されている。



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。

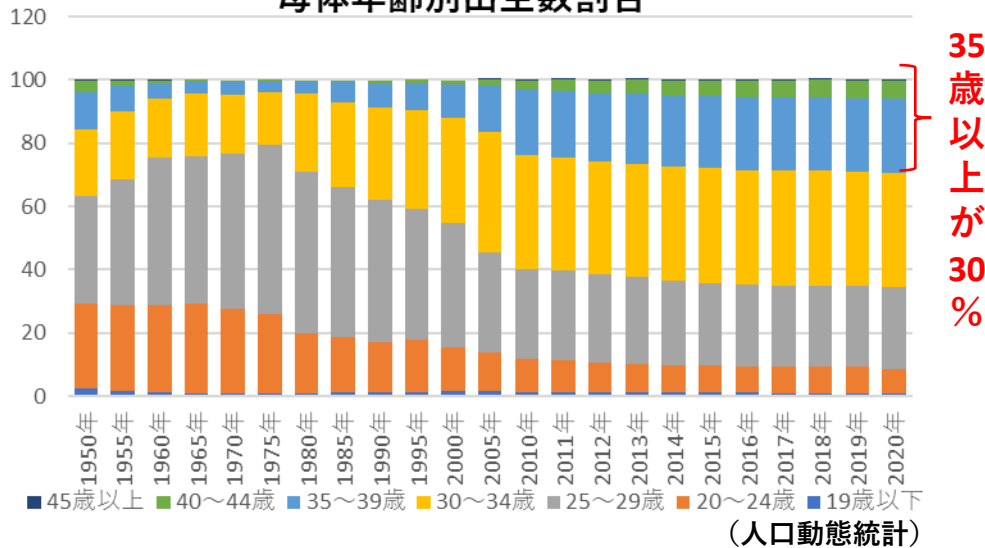


ハイリスク妊産婦の増加

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)

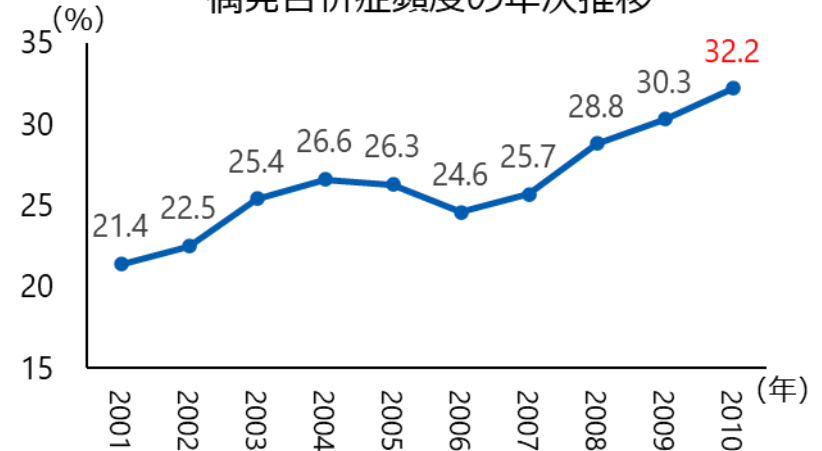
①高年齢出産の増加

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

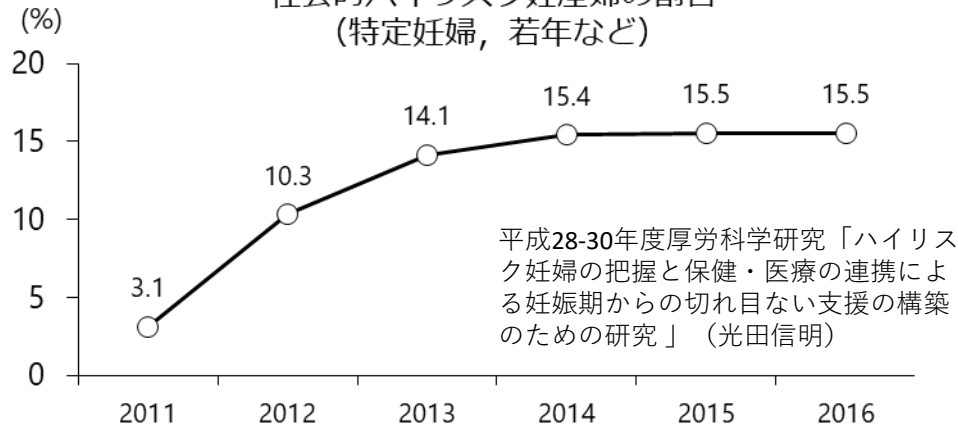
偶発合併症頻度の年次推移



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。

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ブ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	看護師	看護師	看護職員	看護職員
	7対1以上 (夜勤時間帯についても9対1以上)	7対1以上	7対1以上	10対1以上 (7割以上が看護師)	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。	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。	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。	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。

一般病棟と一体的に運用する小児入院医療管理料3の見直し

小児入院医療管理料3の見直し

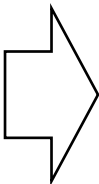
- 少子化等による入院患者の減少により1病棟を維持できない小児科病棟があることから、小児入院医療管理料3について、一般病棟（7対1に限る）との**一体的な運用を可能**とする。
- 一体的な運用を行い**成人患者との混合病棟となる場合**は、小児患者が安心して療養生活を送れるよう、**小児用の病床を集めて区域特定する**等、環境整備に配慮すること。

現行

【小児入院医療管理料】

〔施設基準〕（概要）

- 2 小児入院医療管理料1、2、3及び4の施設基準
(1)～(5) （略）
(新設)



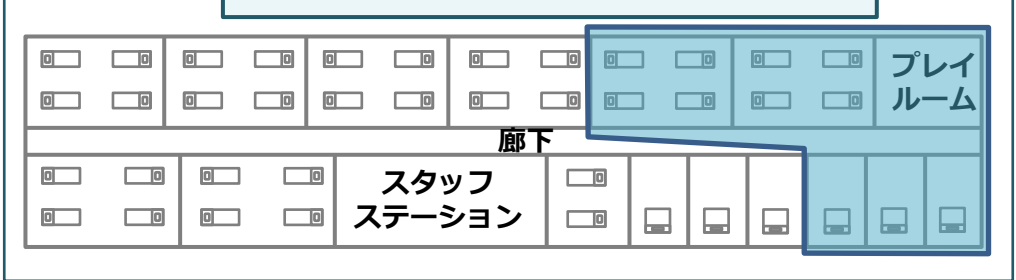
改定後

【小児入院医療管理料】

〔施設基準〕（概要）

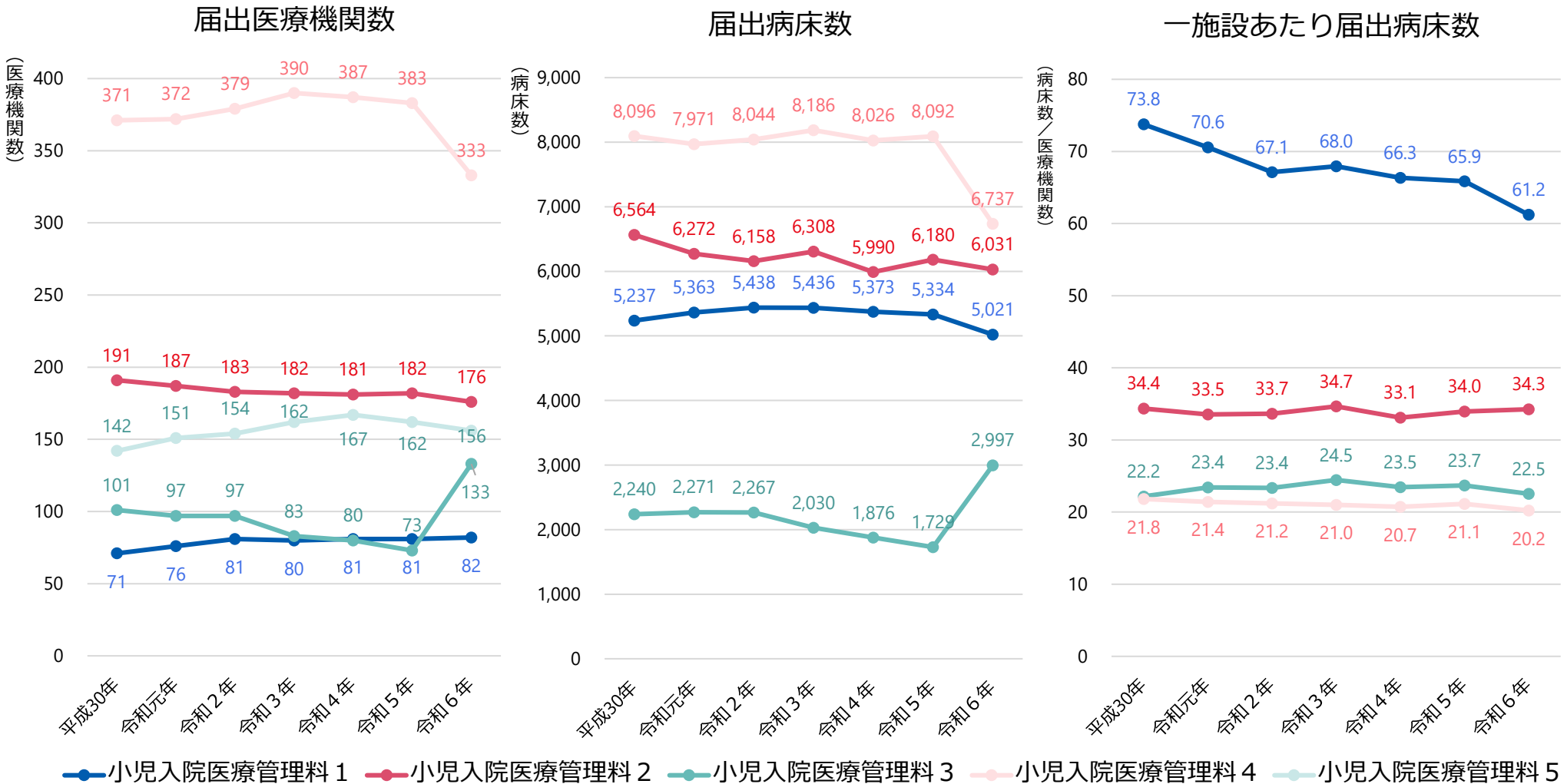
- 2 小児入院医療管理料1、2、3及び4の施設基準
(1)～(5) （略）
(6) **小児入院医療管理料3**を算定しようとする保険医療機関であつて、平均入院患者数が**概ね30名程度以下の小規模な病棟を有する場合は、急性期一般入院料1、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）の7対1入院基本料又は専門病院入院基本料の7対1入院基本料を算定すべき病棟と当該小児病棟を併せて1看護単位とすることができる**。ただし、この場合は次の点に留意すること。
ア 小児入院医療管理料3を算定する病床を集めて**区域特定する等により、小児患者が安心して療養生活を送れる環境を整備**すること。
イ アの**区域特定した病床における夜勤については、看護職員を2人以上配置していることが望ましく、かつ、当該病棟における夜勤については、看護職員を3人以上配置していることが望ましい**。

区域特定（ゾーニング）のイメージ



小児入院医療管理料の届出状況等

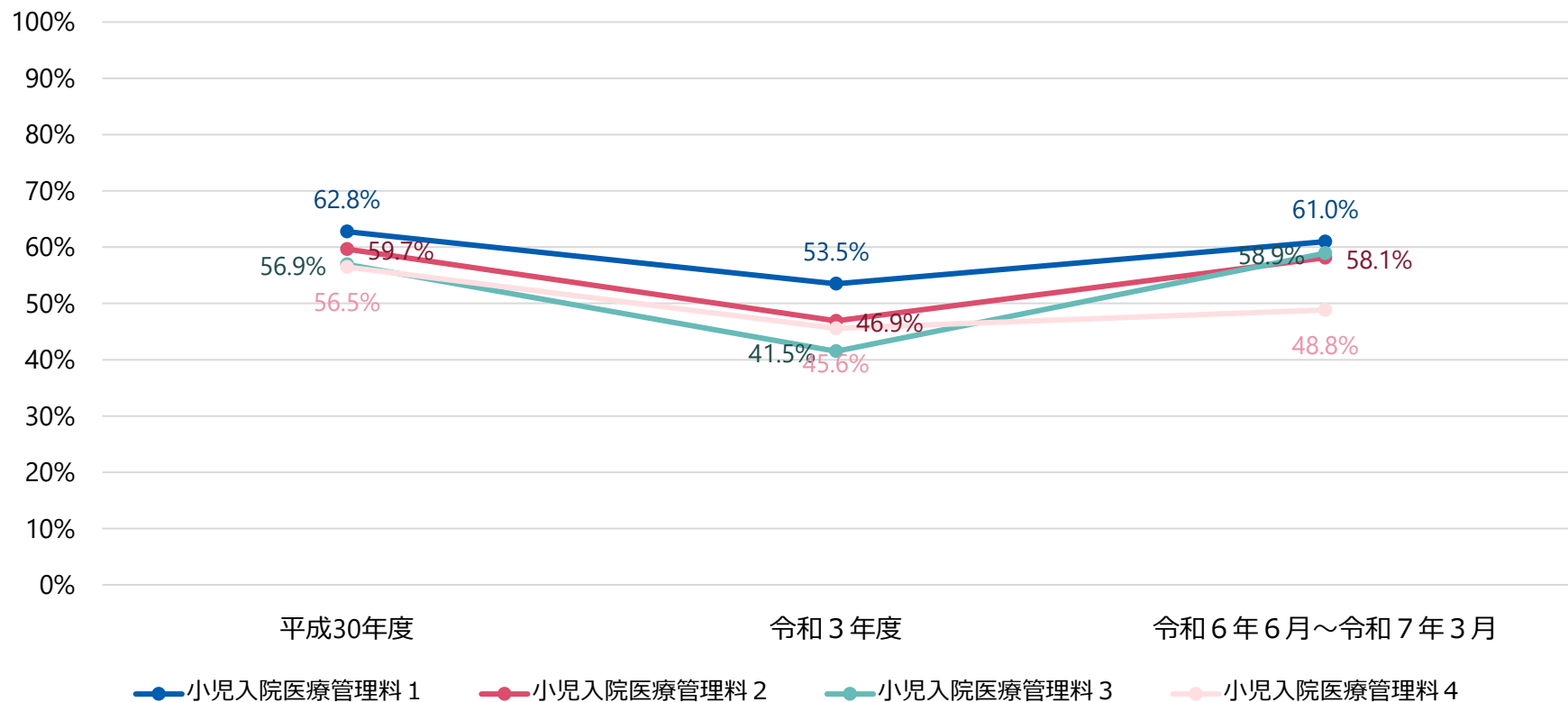
- 小児入院医療管理料の届出医療機関数・届出病床数は、令和5年までは概ね横ばいで推移していた。令和6年には、小児入院医療管理料3の届出医療機関数・届出病床数が増加し、小児入院医療管理料4の届出医療機関数・届出病床数が減少した。



小児入院医療管理料届出病床当たりの小児入院患者数の割合

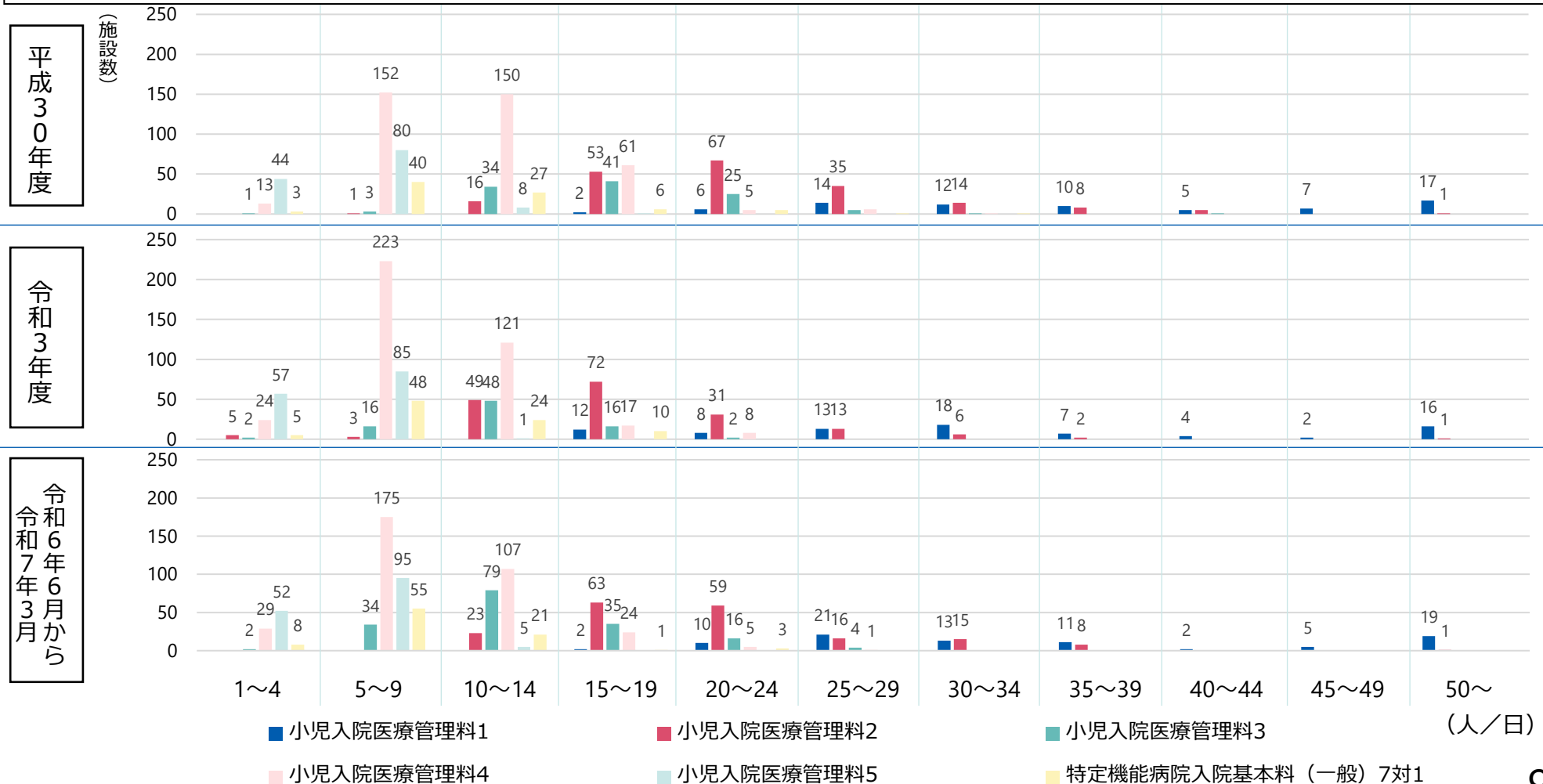
- 小児入院医療管理料届出病床当たりの小児入院患者数の割合（小児入院医療管理料の「届出病床数」当たりの「15歳未満小児の1日当たり入院人数（入院料算定回数）」を医療機関ごとに算出し、その平均を入院料ごとに示した）は、約5～6割程度であった。
- その割合は、小児入院医療管理料1で最も高かった。経年変化を見ると、平成30年度と比較して令和3年度に低下したが、令和6年には上昇した。平成30年度と令和6年を比較すると、小児入院医療管理料3ではやや増加している一方で、その他の管理料では低下傾向であった。

小児入院医療管理料届出病床の小児入院割合の平均



小児の1日当たり入院人数の施設分布（年次推移）

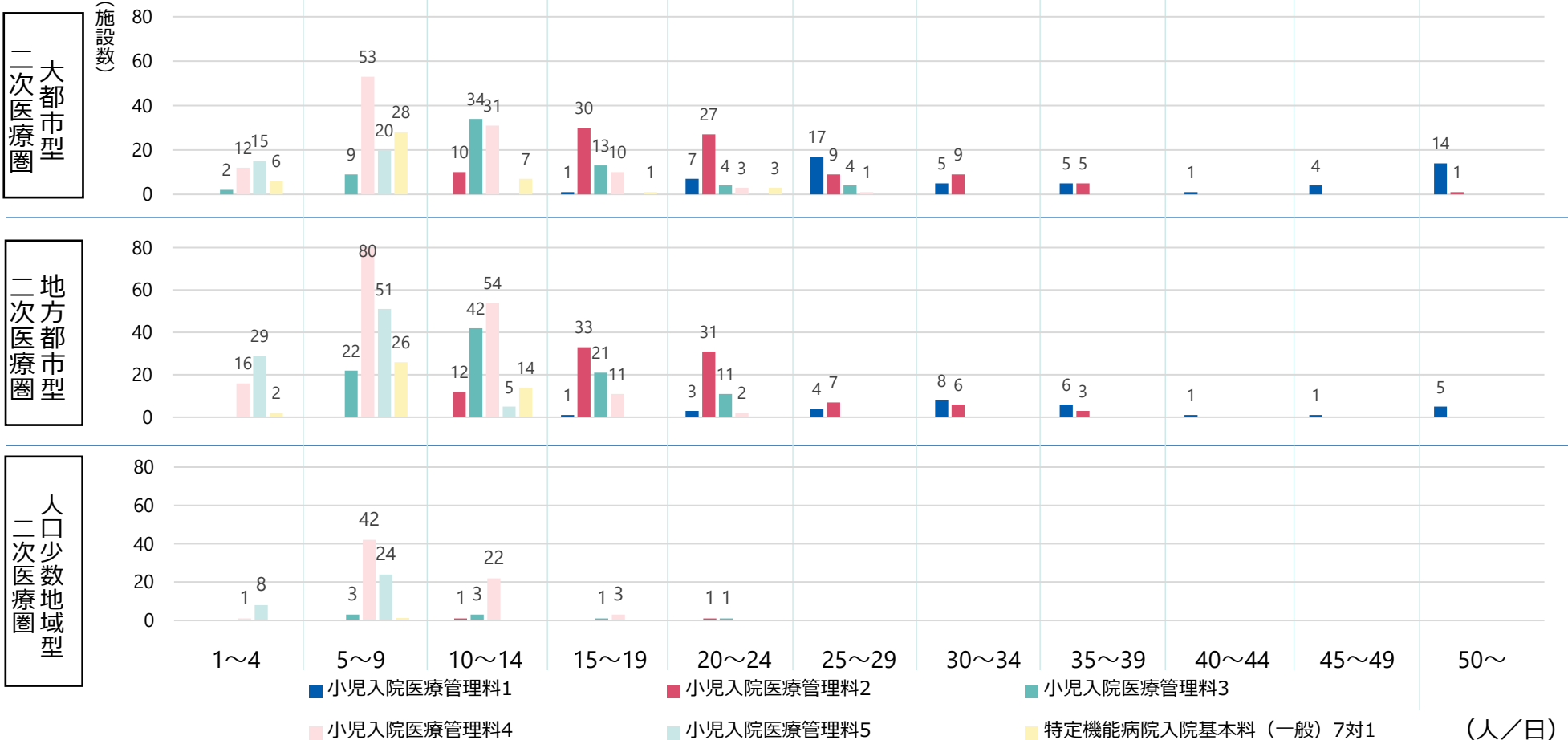
- 15歳未満の小児について、対象期間の「1日当たりの入院人数（入院料の算定回数）」を医療機関ごとに算出し、算定する入院料別にその分布を示したものは以下のとおり。
- 平成30年度において小児入院医療管理料4を算定しており、1日当たり5～14人程度の小児入院患者を受け入れていた病院の一部は、令和6年改定以降には小児入院医療管理料3を算定するように変化したものと推定される。



小児の1日当たり入院人数の施設分布（地域別）

- 15歳未満の小児について、「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、その所在する二次医療圏の区分と、算定する入院料で分類した。
- 人口少数地域型二次医療圏では、1日当たり小児入院患者数が少ない施設が多く、また、小児入院医療管理料4を算定する医療機関が多くを占めていた。

令和6年6月から令和7年3月



出典：DPCデータ ※期間中、同一医療機関に複数入院料の算定がある場合はそれぞれに算入。入院人数の小数点以下は切り上げ。

・二次医療圏は、令和6年4月1日時点（330医療圏）

・「大都市型」人口100万人以上、又は人口密度2,000人/km2以上（n=48）・「地方都市型」人口100万人未満20万人以上、又は人口10～20万人かつ人口密度が200人/km2以上（n=155）

・「人口少数地域型」上記以外（n=127） ※人口・人口密度は、令和2年国勢調査による。

小児の1日当たり施設ごと入院人数の月次推移（1）

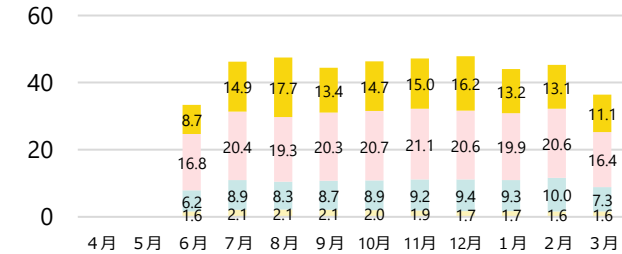
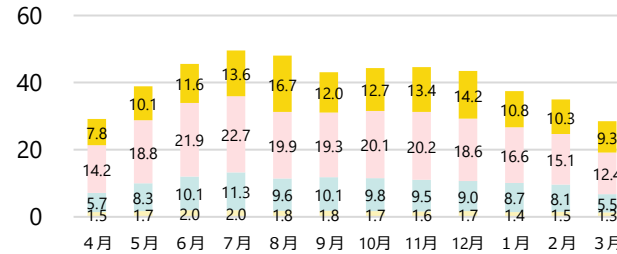
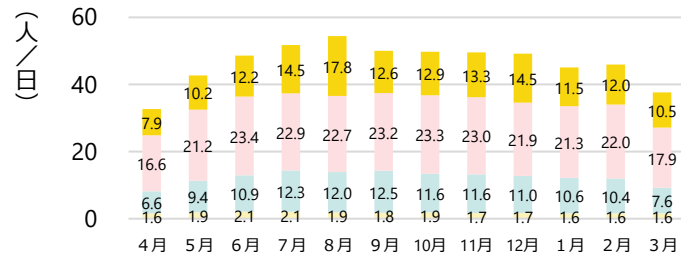
- 小児を各年齢階級に分類し、毎月の「1日当たりの入院人数（入院料の算定回数）」を医療機関ごとに算出し、算定する入院料別にその平均を示したものは以下のとおり。
- いずれの入院料においても、新生児を除き、7～8月の入院人数が最も多い傾向があった。

平成30年度

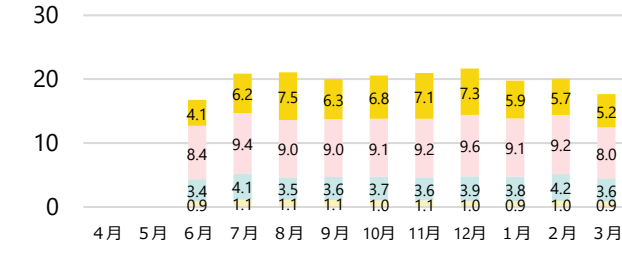
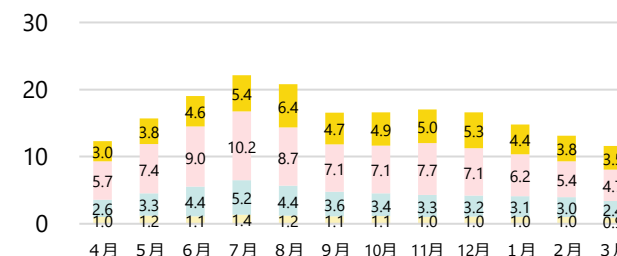
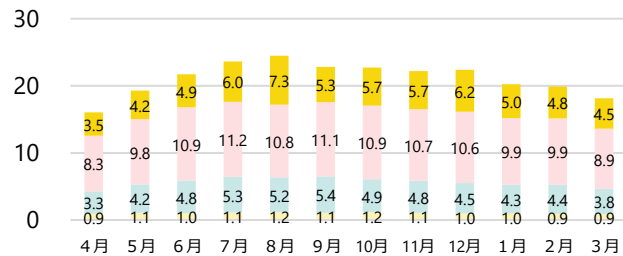
令和3年度

令和6年度

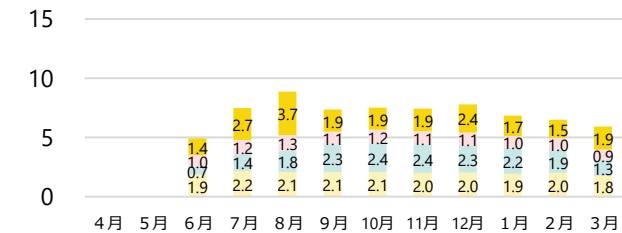
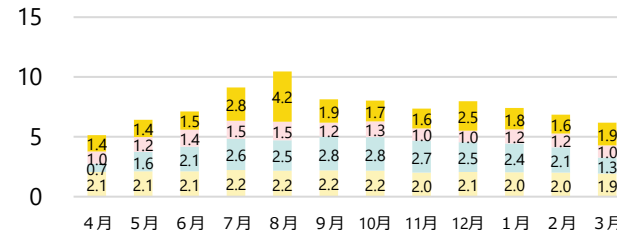
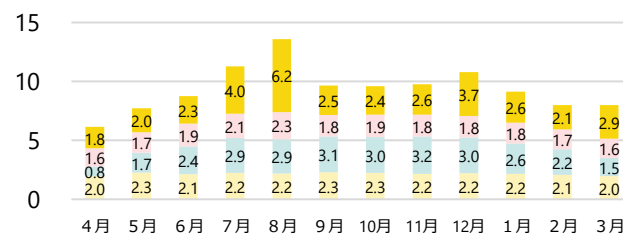
小児入院医療管理料1



小児入院医療管理料2



特定機能病院入院基本料（7：1）



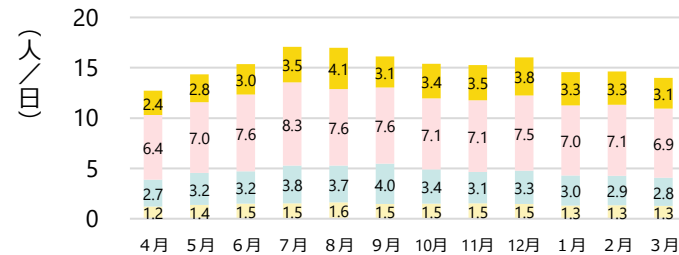
■ 新生児 ■ 新生児以外の乳児 ■ 1～6歳 ■ 7～14歳

小児の1日当たり施設ごと入院人数の月次推移（2）

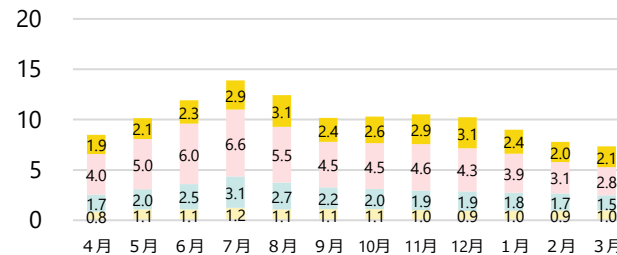
- 小児を各年齢階級に分類し、毎月の「1日当たりの入院人数（入院料の算定回数）」を医療機関ごとに算出し、算定する入院料別にその平均を示したものは以下のとおり。
- いずれの入院料においても、新生児を除き、7～8月の入院人数が最も多い傾向があった。

平成30年度

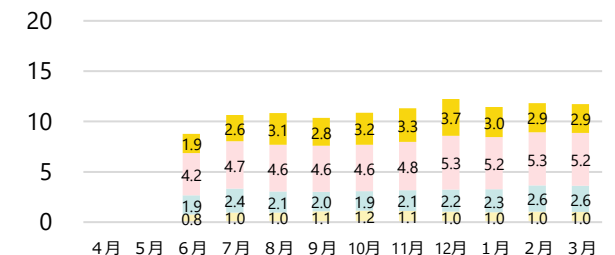
小児入院医療管理料3



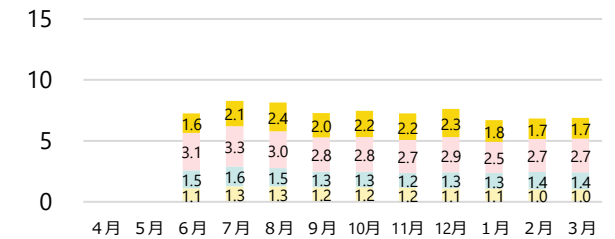
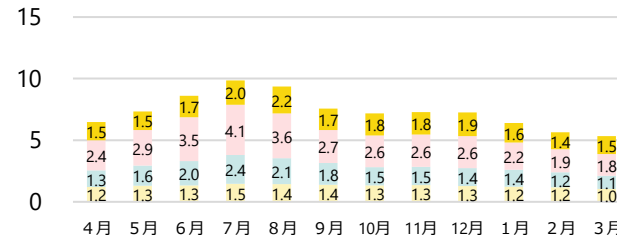
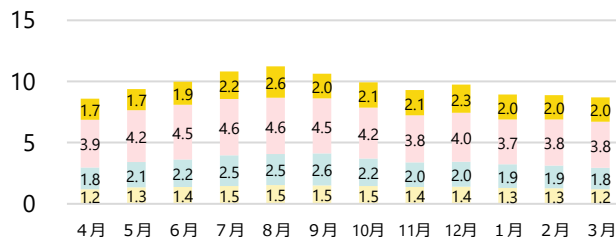
令和3年度



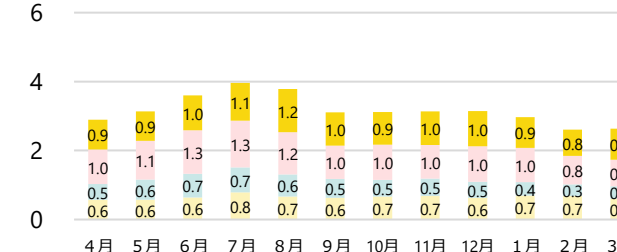
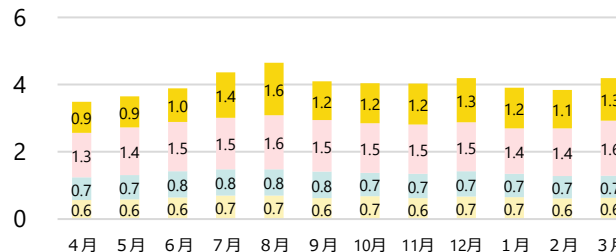
令和6年度



小児入院医療管理料4



小児入院医療管理料5



■ 新生児 ■ 新生児以外の乳児 ■ 1～6歳 ■ 7～14歳

小児特定集中治療室管理料等の主な施設基準

		点数	概要	主な施設基準	医師の配置	看護配置	その他	
小児特定集中治療室管理料（P I C U）		～7日 16,362点 8日～ 14,256点	15歳未満（小児慢性特定疾病医療支援の対象であれば20歳未満）であって、定められた状態にあり、医師が必要と認めたものが対象。 算定は14日（急性血液浄化、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・心筋症の児は21日、臓器移植を行った小児にあっては30日、ECMOを必要とする状態の患者にあっては35日）を限度とする。	・ 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：人工心肺を用いた先天性心疾患手術の周術期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。	・ 宿日直ではない専任の医師が 常時勤務（うち2名以上がPICU勤務経験を5年以上）（治療室内）	2対1	・ 小児入院医療管理料1の届出医療機関であること ・ 医療安全対策加算1を届け出ていること	
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	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 定められた状態にあり、医師が必要と認めた患者が対象。 算定はNICU又はGCUに入室した日から7日を限度とする。	・ 常勤の臨床工学技士及び公認心理師の配置（医療機関内） ・ 以下のすべてを満たしていること ア：直近1年間の出生体重750g未満の患者が4件以上 イ：直近1年間の開胸/開頭/開腹手術等が6件以上 ウ：直近1年間の経鼻的持続陽圧呼吸療法を除く人工呼吸管理を要する患者が30件以上	・ 宿日直ではない専任の医師（うち2名以上がNICU勤務経験を5年以上）が 常時勤務（治療室内）	2対1	/	
新生児特定集中治療室管理料（N I C U）	管理料1	10,584点	定められた状態にあり、医師が必要と認めた患者が対象。 算定は通算して21日（出生体重1500g以上で厚生労働大臣が定める疾患で入院している児は35日、出生時体重1000g未満の児は90日、出生体重1000～1500gの児は60日）を限度とする。	・ 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/開頭/開腹手術等が6件以上	・ 宿日直ではない専任の医師が常時勤務（治療室内）	3対1		・ 医療安全対策加算1を届け出ていること
	管理料2	8,472点		・ 直近1年間の出生体重2500g未満の患者が30件以上	・ 専任の医師（宿日直可）が常時勤務（医療機関内）			
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（MFICU）	7,417点	疾病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、定められた状態にあり、医師が必要であると認めた者に対して算定する。算定は14日を限度とする。	・ 帝王切開が必要な場合、30分以内に児の娩出が可能となるよう医療機関内に各職員を配置 ・ 3床以上設置	以下のいずれかを満たす ・ 宿日直ではない専任の医師が常時勤務（治療室内） ・ 産婦人科又は産科の医師が常時2名以上（内専任1名）勤務（宿日直可、医療機関内）	3対1	・ 総合/地域周産期母子医療センターであること ・ 医療安全対策加算1を届け出ていること	
	新生児集中治療室管理料	10,584点	定められた状態にあり、医師が必要と認めた患者が対象。 算定は通算して21日（出生体重1500g以上で厚生労働大臣が定める疾患で入院している児は35日、出生時体重1000g未満の児は90日、出生体重1000～1500gの児は60日）を限度とする。	・ 新生児特定集中治療室管理料1の基準を全て満たす ・ 6床以上設置	・ 宿日直ではない専任の医師が 常時勤務（治療室内）			
新生児治療回復室入院医療管理料（G C U）		5,728点	定められた状態にあり、医師が必要と認めた患者が対象。 算定は通算して30日（出生時体重が1500g以上で厚生労働大臣が定める疾患で入院している児は50日、出生体重が1000g 未満の児は120日、出生体重が1000～1500gの児は90日）を限度とする。		・ 専任の小児科医師の常勤医師（宿日直可、医療機関内） ※ 週3日以上勤務しており、かつ、22時間以上の勤務を行っている専任の小児科の非常勤医師でも可	6対1	・ 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を届け出ていること	

小児特定集中治療室管理料（P I C U）の概要

- 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（P I C U）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	16,362点
8日以上期間	14,256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等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3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、必要があっ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っては21日、**臓器移植を行った小児にあっては30日**、体外式心肺補助（E C M O）を必要とする状態の小児にあっては35日、手術を必要とする先天性心疾患の新生児にあっては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）であって、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。**なお、当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではないこと。**
- 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惧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）
- **医療安全対策加算1の届出を行っていること。**

- 次のいずれかの基準を満たしていること

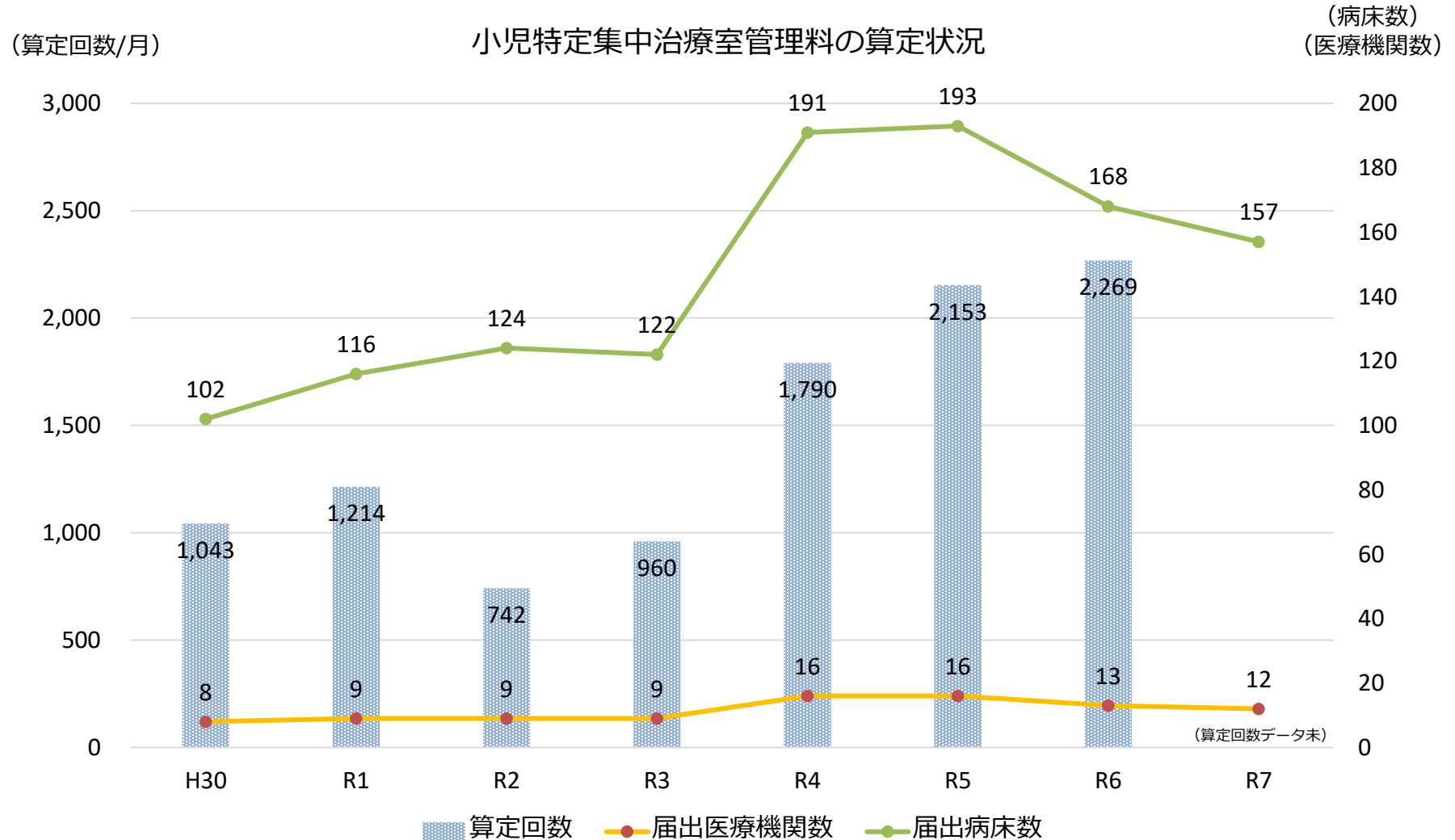
- ア 当該治療室において、他の保険医療機関から転院してきた急性期治療中の患者（転院時に他の保険医療機関でA300救命救急入院料、A301特定集中治療室管理料を算定するものに限る）が直近1年間に20名以上であること。
- イ 当該治療室において、他の保険医療機関から転院してきた患者（転院時に他の保険医療機関又は当該保険医療機関でC004救急搬送診療料を算定したものに限る）が直近1年間に50名以上（そのうち、当該治療室に入室後24時間以内に人工呼吸（5時間以上（手術時の麻酔や検査のために実施した時間を除く）のものに限る）を実施した患者（当該治療室に入室後又は当該他の保険医療機関で開始されたものに限られ、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
令和 6 年	臓器移植患者に関する 算定上限日数の見直し	16,362点	14,256点

小児特定集中治療室管理料（P I C U）の算定状況

- 令和4年に算定回数、届出医療機関数ともに増加したが、令和6年に減少している。



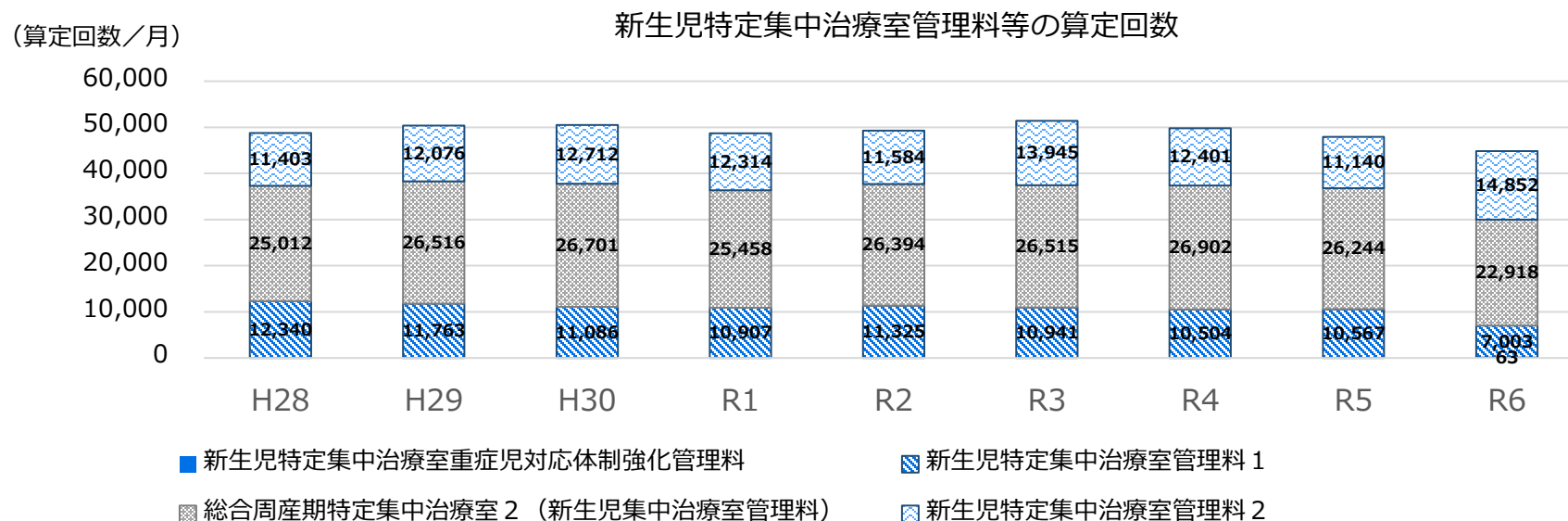
新生児特定集中治療室（NICU）の概要

	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	<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 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、陰圧個室管理など厳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。） （算定上限日数） NICU又はGCUに入室した日から7日間		<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 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	○ 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	
	○ 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 ○ 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		○ 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 ○ 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

○ 新生児特定集中治療室管理料等の算定回数は横ばいで推移している。

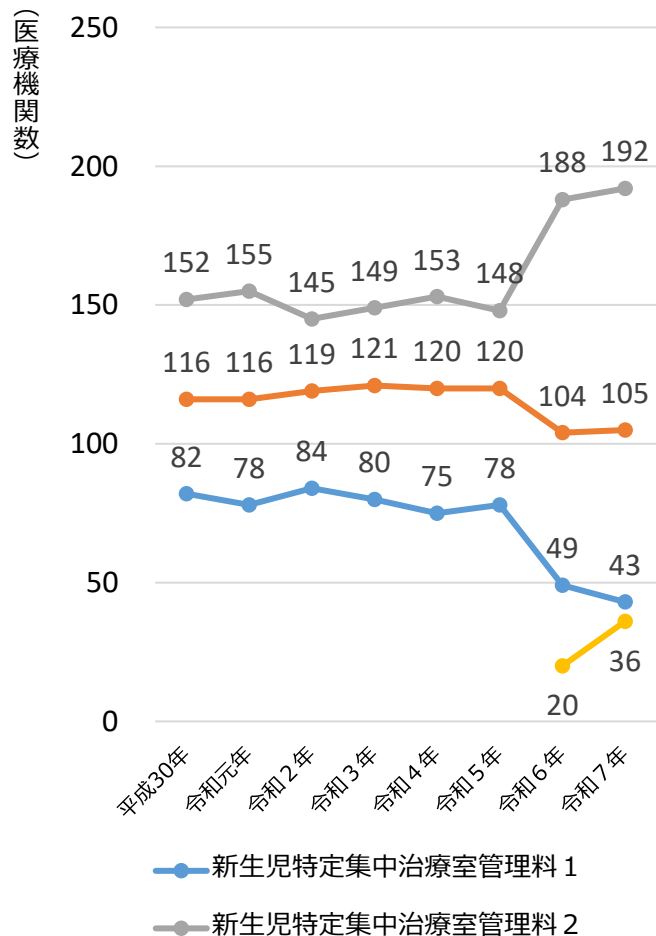
	これまでの主な改定内容	強化管理料	管理料 1 総合周産期 2	管理料 2
平成22年	新生児特定集中治療室管理料 2 の新設		10,000点	6,000点
平成26年	一部の先天奇形等を有する患者に対する算定日数上限の見直し 各管理料に対する受入実績等に関する基準の新設		10,714点	8,109点
平成28年	先天性心疾患を有する児に対する 算定日数上限の見直し		10,174点	8,109点
令和4年	慢性肺疾患を伴う低出生体重児に対する 算定日数上限の見直し		10,539点	8,434点
令和6年	新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料の新設 宿日直を行う医師に関する要件の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



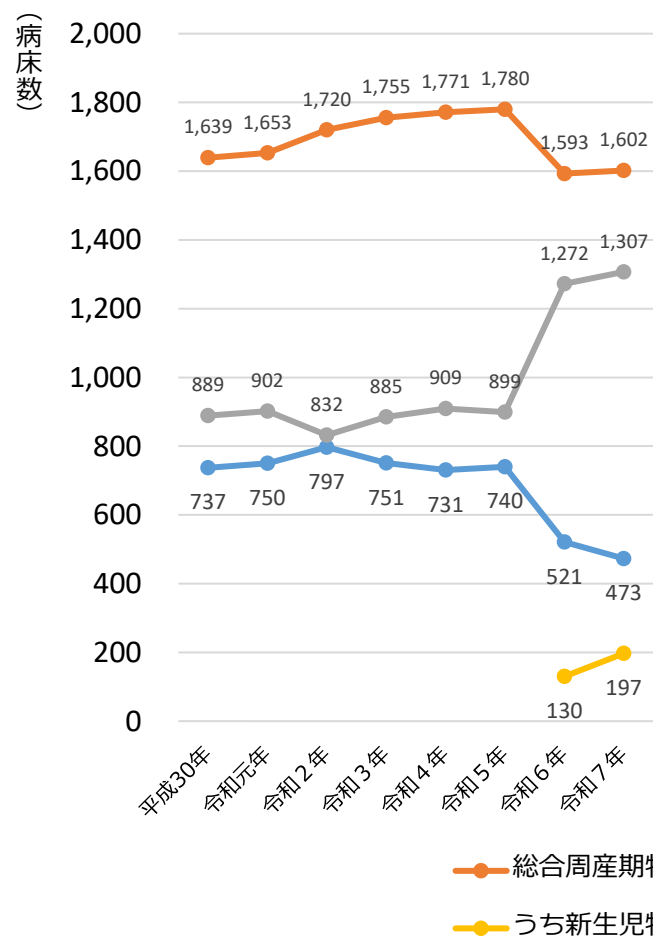
新生児特定集中治療室管理料等の届出状況等

- 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。

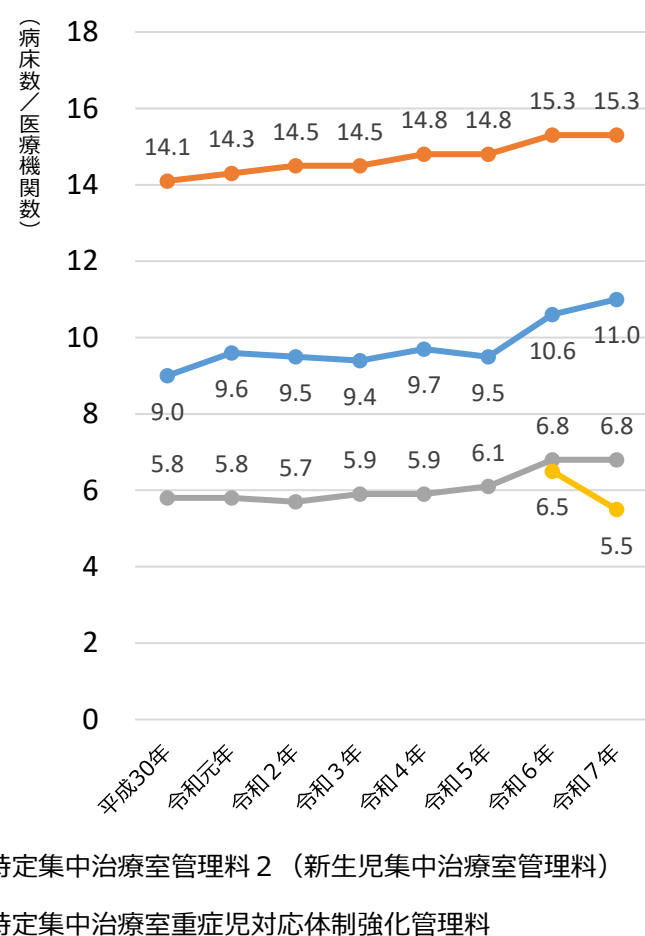
届出医療機関数 (※)



届出病床数



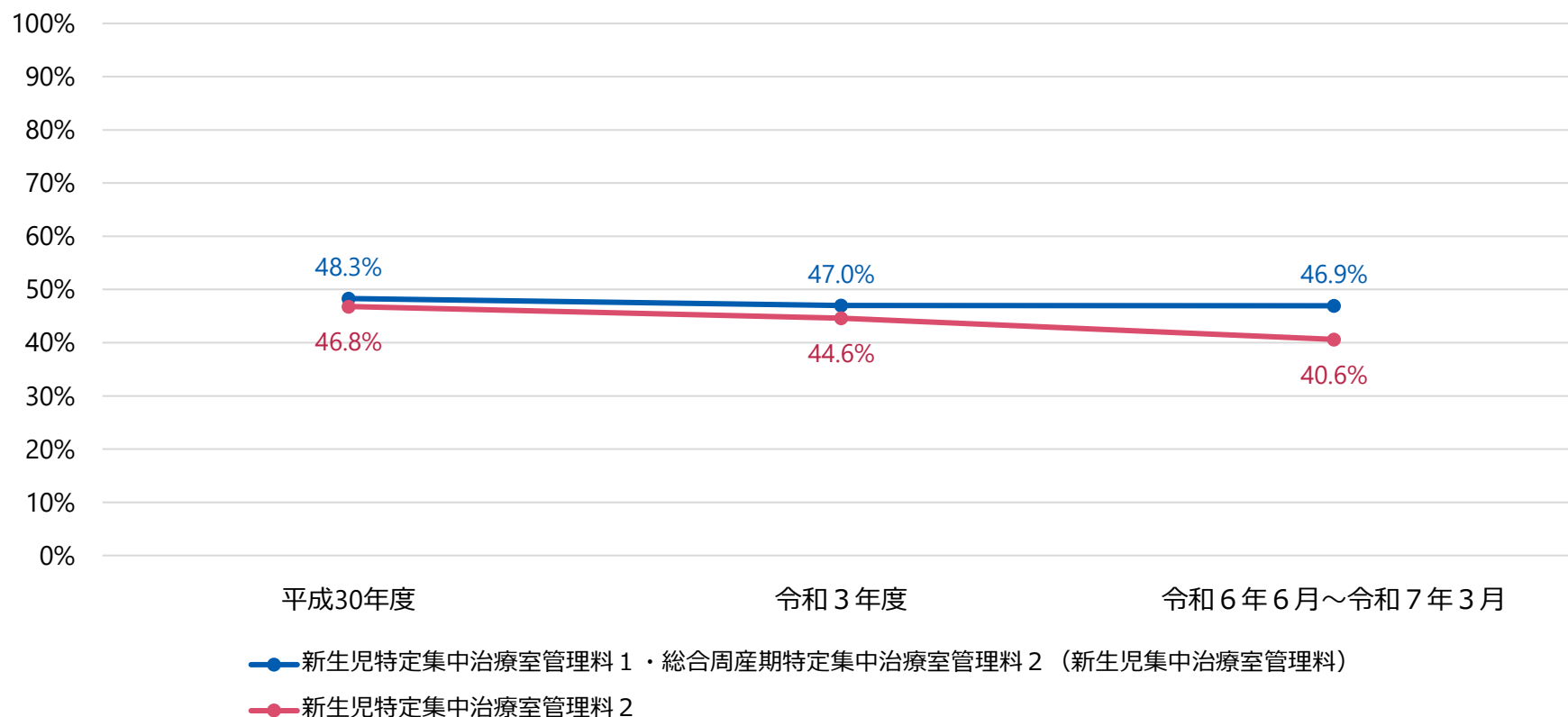
一施設あたり届出病床数



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

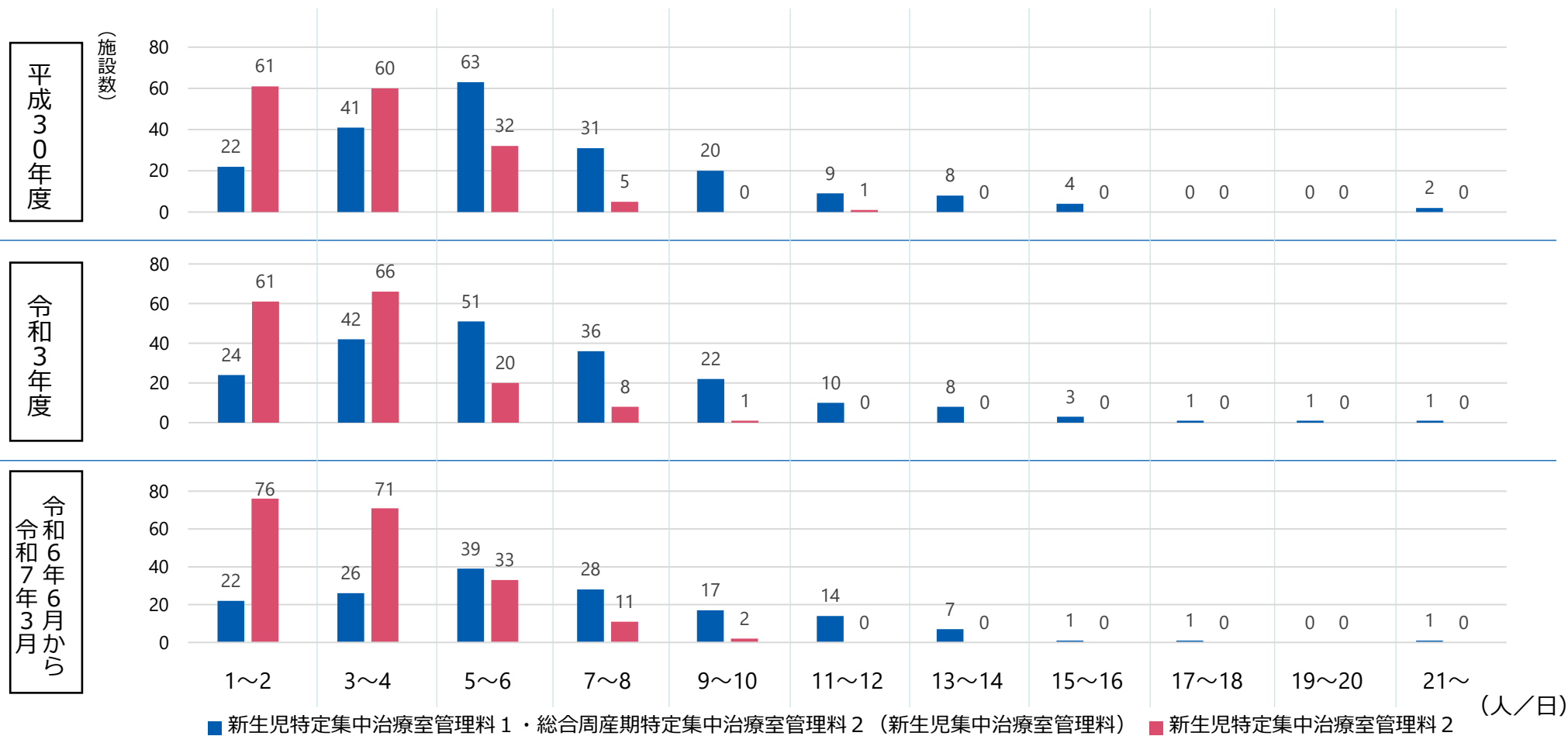
- 新生児特定集中治療室管理料等届出病床当たりの入院患者数の割合（新生児特定集中治療室管理料等の「届出病床数」当たりの「1日当たり入院人数（入院料算定回数）」を医療機関ごとに算出し、その平均を入院料ごとに示した）は、約4～5割程度であり、平成30年以降横ばいであった。新生児特定集中治療室管理料1等では、新生児特定集中治療室管理料2よりもその割合が高かった。

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



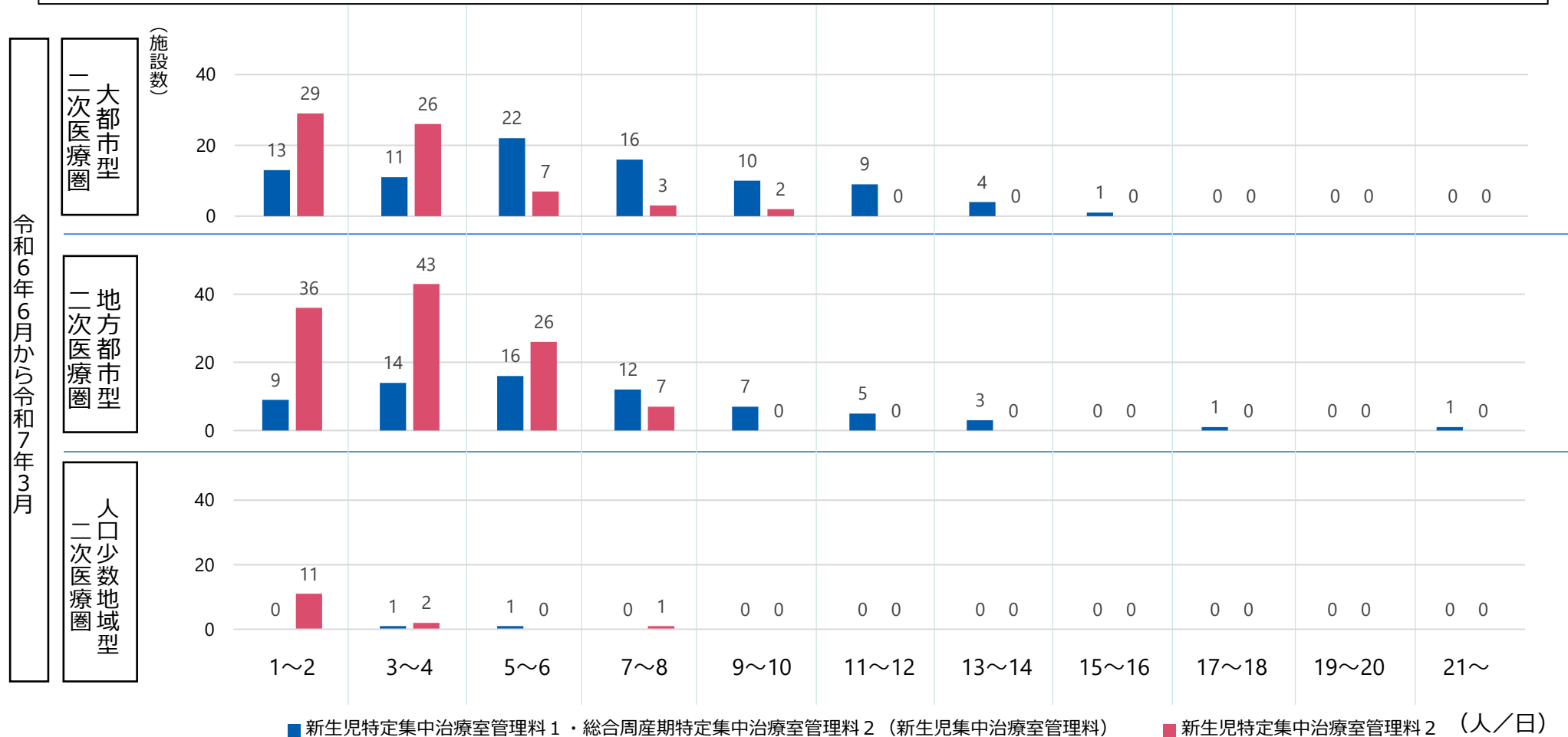
新生児の1日当たり入院人数の施設分布（年次推移）

- 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。
- 1日当たりの入院人数が1～6人程度である施設が最も多かった。



新生児の1日当たり入院人数の施設分布（地域別）

- 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、「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、その所在する二次医療圏の区分と、算定する入院料で分類した。人口少数地域型二次医療圏では、1日当たり入院患者数が少ない傾向があり、また、新生児特定集中治療室管理料2を算定する医療機関がほとんどであった。



出典：DPCデータ ※期間中、同一医療機関に複数入院料の算定がある場合はそれぞれに算入。入院人数の小数点以下は切り上げ。

- ・二次医療圏は、令和6年4月1日時点（330医療圏）
- ・「大都市型」人口100万人以上、又は人口密度2,000人/km2以上（n=48）・「地方都市型」人口100万人未満20万人以上、又は人口10～20万人かつ人口密度が200人/km2以上（n=155）
- ・「人口少数地域型」上記以外（n=127） ※人口・人口密度は、令和2年国勢調査による。

新生児の1日当たり施設ごと入院人数の月次推移

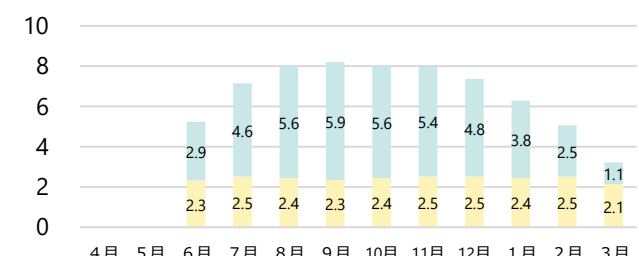
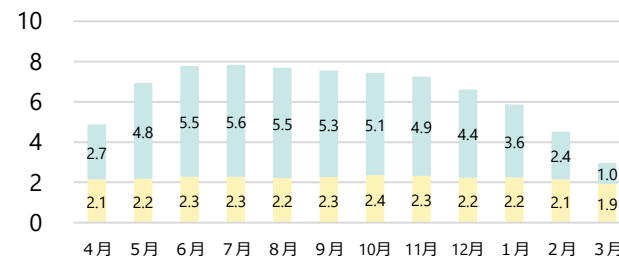
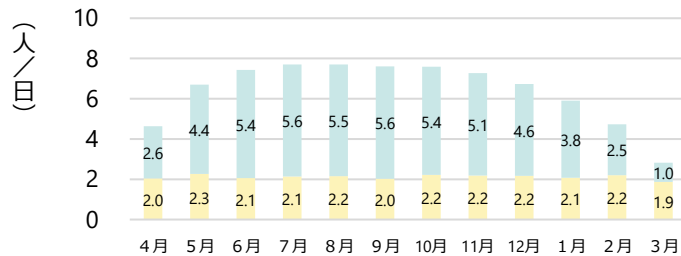
- 新生児特定集中治療室管理料等を算定する新生児について、毎月の1日当たりの入院人数（入院料の算定回数）を医療機関ごとに算出し、算定する入院料別にその平均を示したものは以下のとおり。
- 入院人数は、2月から4月において減少する傾向があった。

平成30年度

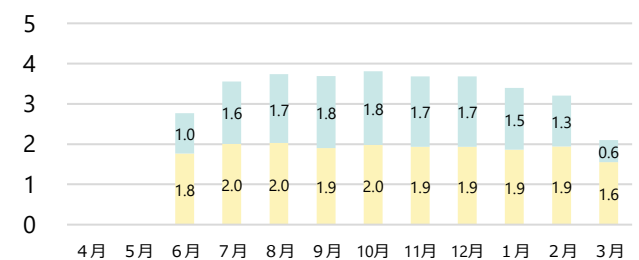
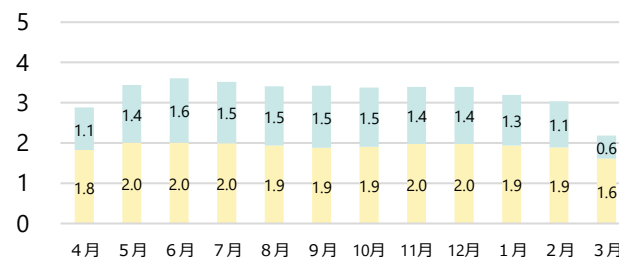
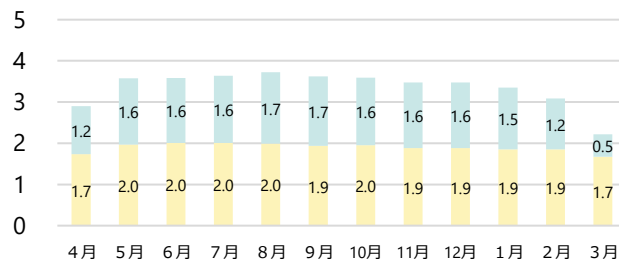
令和3年度

令和6年度

新生児特定集中治療室管理料1・総合周産期特定集中治療室管理料2（新生児集中治療室管理料）



新生児特定集中治療室管理料2



■ 新生児 ■ 新生児以外の乳児

出典：DPCデータ

※期間中、同一医療機関に複数入院料の算定がある場合はそれぞれに算入。

※新生児特定集中治療室管理料等の算定上限日数は原則として21日であるが、一部の低出生体重児については、21日を超えて算定可能（最大110日）。

出産前後の母体・胎児・新生児の特定集中治療室管理

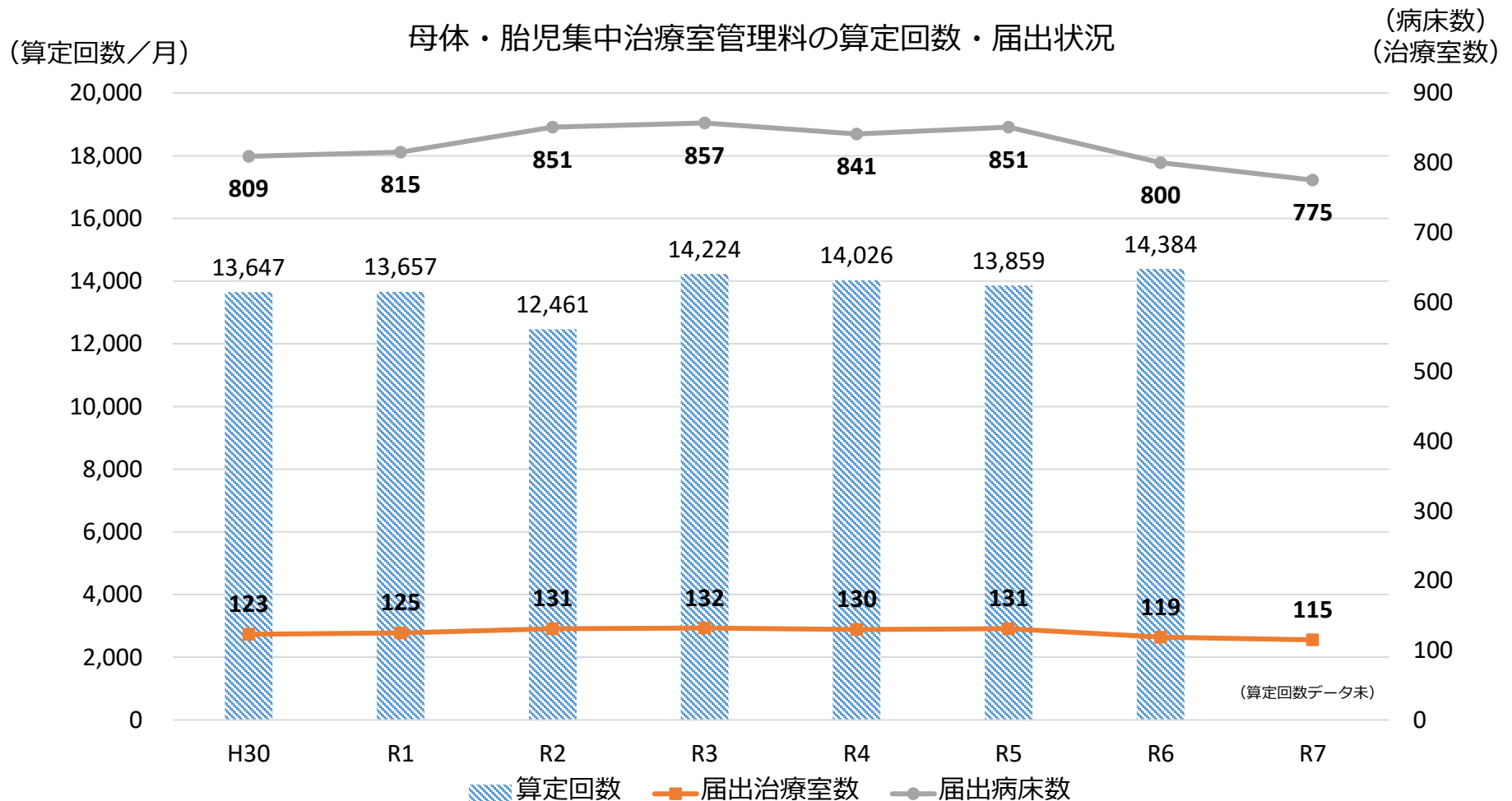
総合周産期特定集中治療室管理料

- 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	- 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。
	- 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。	
	- 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	- 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
	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。	- 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・胎児集中治療室管理料の算定回数・届出状況

- 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)

5. 小児・周産期医療について

5－1. 小児・周産期医療をとりまく環境

5－2. 母体・胎児集中治療室の要件

5－3. 小児成人移行期医療

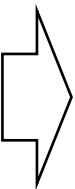
5－2．母体・胎児集中治療室の要件

- 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
【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		【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。

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。

外来 一般病棟
別の医師が対応

MFICU
常時治療室内常駐医師(宿日直を行う医師ではない)

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
院内にいる産科医が対応

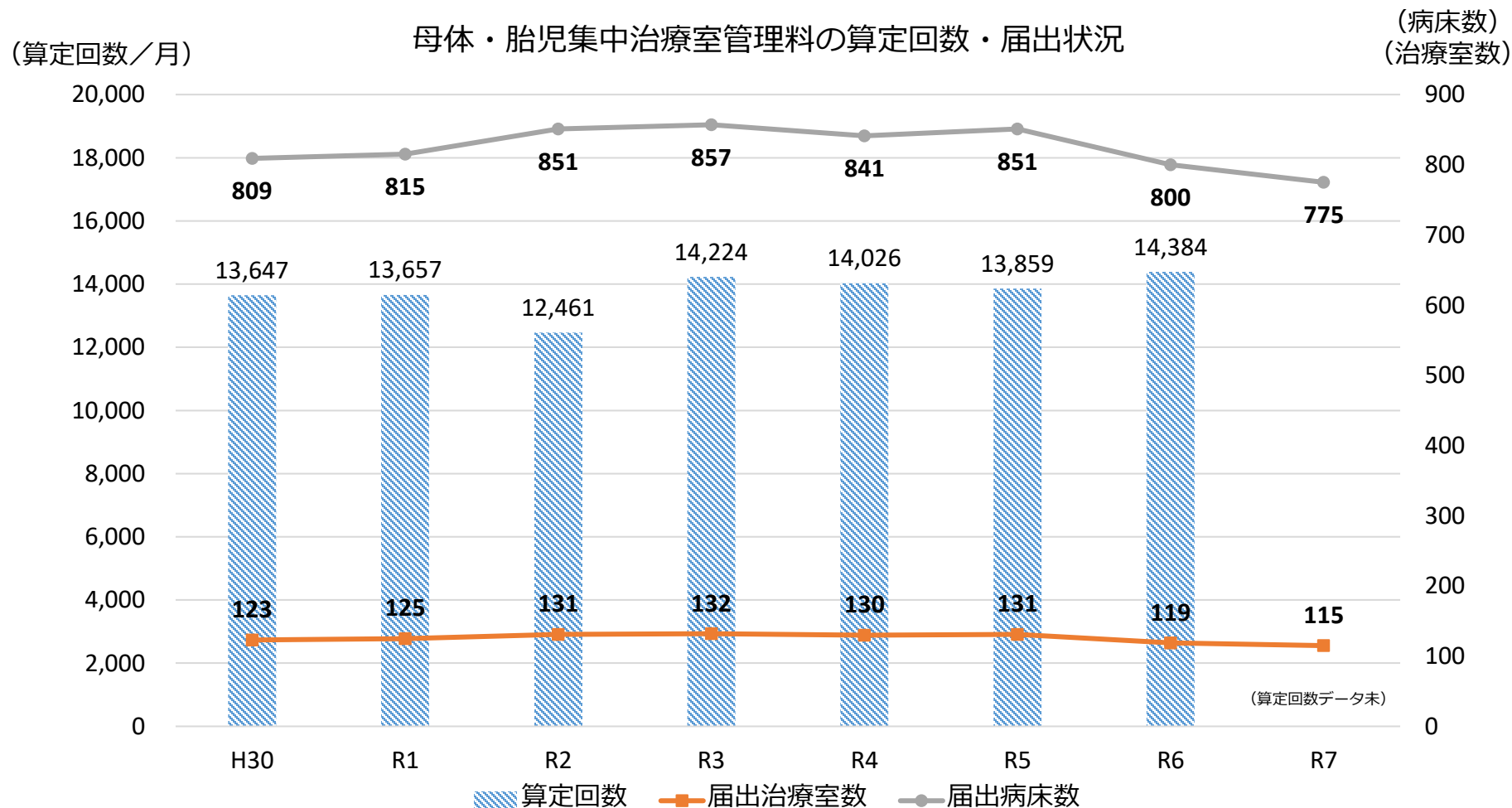
MFICU
専任の医師(宿日直を行う医師を含む)

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（再掲）

- 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）

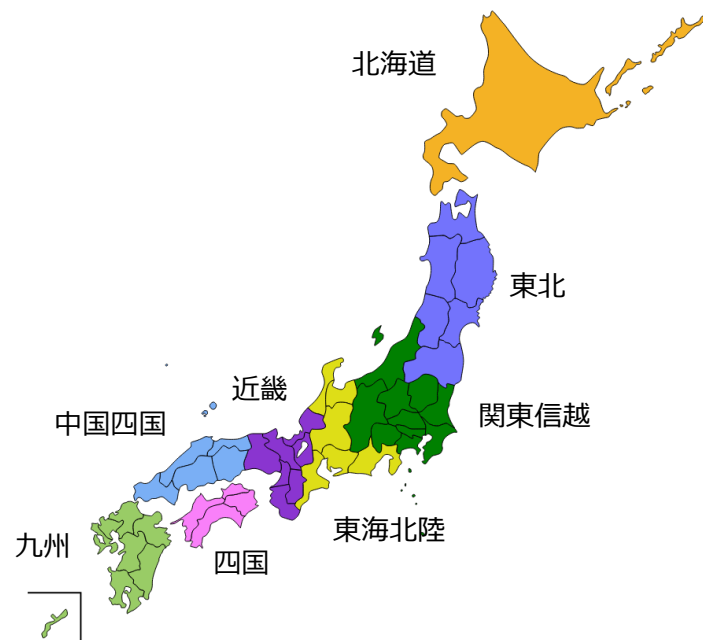
母体・胎児集中治療室管理料の地域別変化

- 「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－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

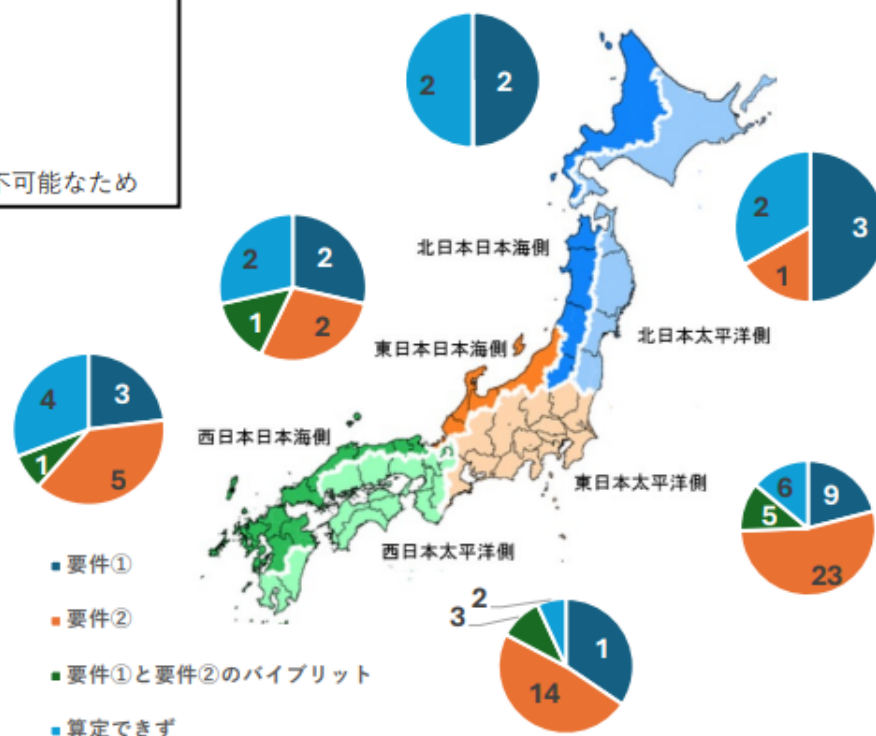
アンケート調査後に算定を返上した施設がさらに2施設

→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



○断続的な宿日直とは

・本来業務の終了後などに宿直や日直の勤務を行う場合、当該宿日直勤務が断続的な労働と認められる場合には、行政官庁の許可を受けることにより、労働時間や休憩に関する規定は適用されないこととなる。

○断続的な宿日直の許可基準（一般的許可基準） ※S22発基17号

・断続的な宿日直の許可基準は以下のとおり。

1. 勤務の態様

- ① 常態として、ほとんど労働をする必要のない勤務のみを認めるものであり、定時的巡視、緊急の文書又は電話の收受、非常事態に備えての待機等を目的とするものに限って許可するものであること。
- ② 原則として、通常の労働の継続は許可しないこと。したがって始業又は終業時刻に密着した時間帯に、顧客からの電話の收受又は盗難・火災防止を行うものについては、許可しないものであること。

2. 宿日直手当

宿直勤務1回についての宿直手当又は日直勤務1回についての日直手当の最低額は、当該事業場において宿直又は日直の勤務に就くことの予定されている同種の労働者に対して支払われている賃金の一人1日平均額の1/3以上であること。

3. 宿日直の回数

許可の対象となる宿直又は日直の勤務回数については、宿直勤務については週1回、日直勤務については月1回を限度とすること。ただし、当該事業場に勤務する18歳以上の者で法律上宿直又は日直を行いうるすべてのものに宿直又は日直をさせてもなお不足であり、かつ勤務の労働密度が薄い場合には、宿直又は日直業務の実態に応じて週1回を超える宿直、月1回を超える日直についても許可して差し支えないこと。

4. その他

宿直勤務については、相当の睡眠設備の設置を条件とするものであること。

○断続的な宿日直の許可基準（医師、看護師等の場合） ※R1基発0701第8号

・医師等の宿日直勤務については、前記の一般的な許可基準に関して、より具体的な判断基準が示されており、以下の全てを満たす場合には、許可を与えるよう取り扱うこととされている。

- ① 通常の勤務時間の拘束から完全に解放された後のものであること。
(通常の勤務時間が終了していたとしても、通常の勤務態様が継続している間は宿日直の許可の対象にならない。)
- ② 宿日直中に従事する業務は、前述の一般の宿直業務以外には、特殊の措置を必要としない軽度の又は短時間の業務に限ること。
例えば以下の業務等をいう。
 - ・ 医師が、少数の要注意患者の状態の変動に対応するため、問診等による診察等（軽度の処置を含む。以下同じ。）や、看護師等に対する指示、確認を行うこと
 - ・ 医師が、外来患者の来院が通常予定されない休日・夜間（例えば非輪番日など）において、少数の軽症の外来患者や、かかりつけ患者の状態の変動に対応するため、問診等による診察等や、看護師等に対する指示、確認を行うこと
 - ・ 看護職員が、外来患者の来院が通常予定されない休日・夜間（例えば非輪番日など）において、少数の軽症の外来患者や、かかりつけ患者の状態の変動に対応するため、問診等を行うことや、医師に対する報告を行うこと
 - ・ 看護職員が、病室の定時巡回、患者の状態の変動の医師への報告、少数の要注意患者の定時検脈、検温を行うこと
- ③ 宿直の場合は、夜間に十分睡眠がとり得ること。
- ④ 上記以外に、一般の宿日直許可の際の条件を満たしていること。

※宿日直の許可は、所属診療科、職種、時間帯、業務の種類等を限って得ることも可能（深夜の時間帯のみ、病棟宿日直業務のみも可能）

○宿日直中に通常勤務と同態様の業務が生じてしまう場合

・宿日直中に、通常と同態様の業務（例えば突発的な事故による応急患者の診療又は入院、患者の死亡、出産等への対応など）がまれにあり得るとしても、一般的には、常態としてほとんど労働することがない勤務と認められれば、宿日直の許可は可能である（宿直の場合には、夜間に十分な睡眠が取り得るものであることも必要。）。

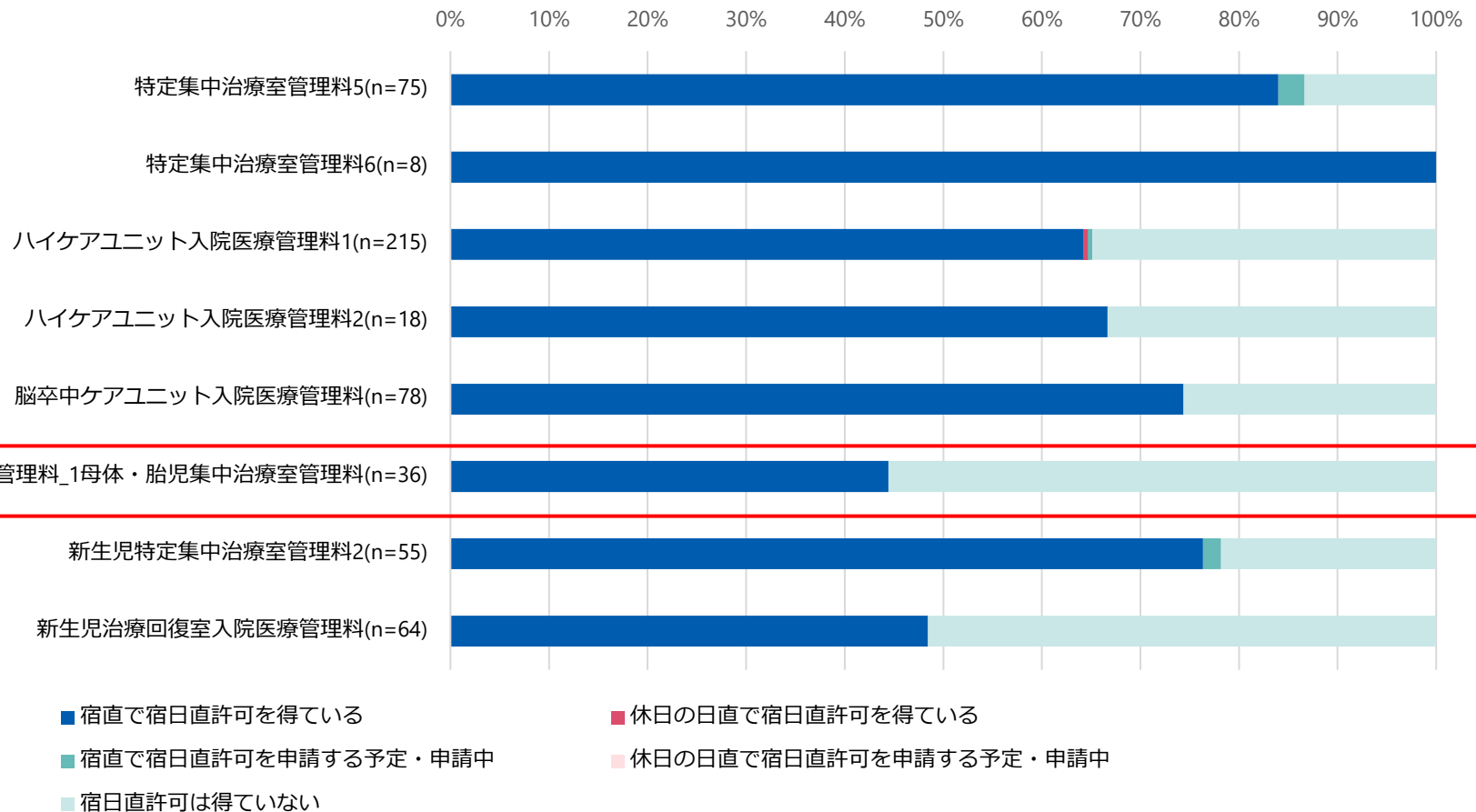
・なお、許可を受けた宿日直中に、「通常と同態様の業務」をまれに行った場合、その時間については、本来の賃金（割増賃金が必要な場合は割増賃金も）を支払う必要がある。

特定入院料を算定する治療室における宿日直許可の取得状況

診調組 入ー1
7 . 5 . 2 2

- 専任の医師が宿日直を行う医師でもよい治療室における宿日直許可取得状況は以下のとおり。
- 多くの治療室において、宿直での宿日直許可を得ており、特に「特定集中治療室管理料5、6」を算定する治療室で多い傾向があった。

宿日直許可の取得状況



MFICU※¹における診療体制

中医協 総-2
5. 12. 6

○ MFICU内常駐医師に限らず、院内にいる医師は概ね10分以内に診察開始可能であった。

医療機関	①当直体制		②当直帯において、MFICU内に診療が必要となった場合に、●人目に産婦人科医が診療開始までにかかる時間の目安(分)			
	MFICU内常駐医師数	院内当直医師数	1人目	2人目	3人目	4人目
A	1人	2人	5	10	20	60
B	1人	1人	5	10	30	30
C	1人	2人	5	10	10	60
D	1人	1人	5	10	30	60
E	1人	1人	5	10	30	30
F	1人	2人	5	10	10	60
G	1人	1人	5	10	20	30
H	1人	1人	5	10	20	60
I	1人	1人	5	10	20	30
J	1人	1人	5	30	30	30
K	1人	2人	5	10	10	60
L	1人	1人	10	10	30	30
M	1人	1人	5	10	30	60
N	1人	1人	5	10	30	30
O	1人	1人	5	30	30	30
P	1人	1人	5	10	30	30
Q	0人	1人	5	20	20	30
R	0人	1人	5	20	30	30
S	0人	1人	5	10	20	30
T	0人	1人	5	30	30	30
U	0人	1人	5	10	30	30

MFICU内常駐医師

院内当直医師

※1 母体・胎児集中治療室
(診療報酬上の母体・胎児集中治療室管理料
の施設基準を満たさないものも含む)

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】

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。

※下線は引用時に付記

5－2．母体・胎児集中治療室の要件

- 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

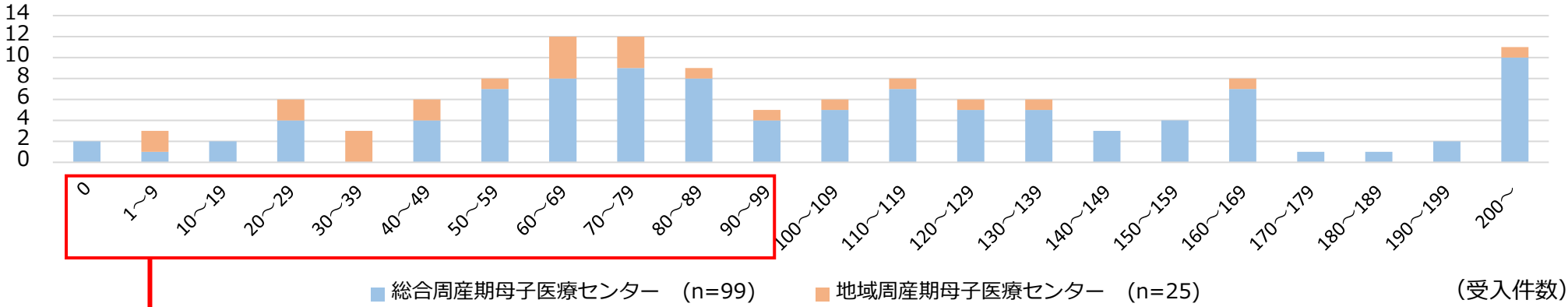
b 総合周産期母子医療センターは、**地域周産期医療関連施設等からの救急搬送**を受け入れるなど、周産期医療体制の中核として地域周産期母子医療センターその他の地域周産期医療関連施設等との連携を図ること。

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。

(施設数)

母体搬送の受入総件数



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）

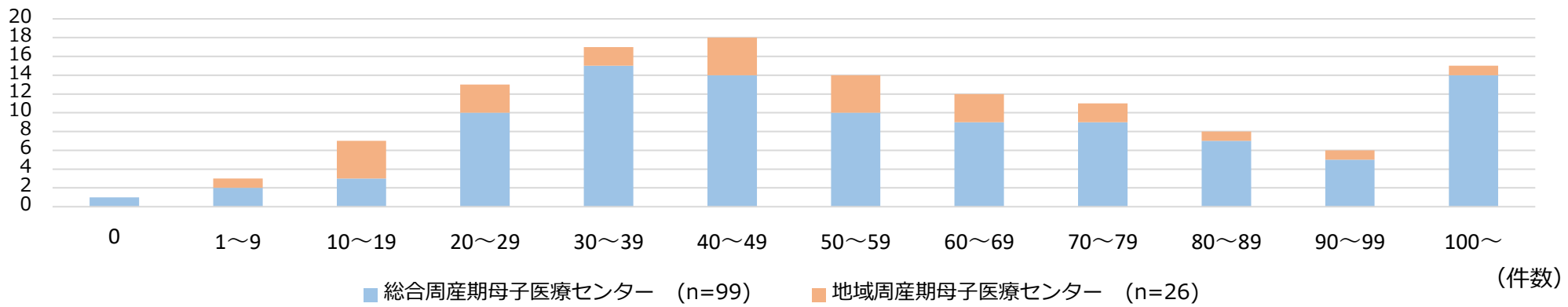
	0	1～9	10～19	20～29	30～39	40～49	50～59	60～69	70～79	80～89	90～99	(件数)
北海道	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	
東北	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2	1	
関東信越	2	1	0	3	1	1	2	4	6	0	2	
東海北陸	0	1	0	0	0	1	1	3	0	2	1	
近畿	0	1	0	1	1	2	2	3	3	2	0	
中国	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	0	
四国	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	
九州	0	0	0	0	0	0	2	1	1	0	1	
合計	2	3	2	6	3	6	8	12	12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

多胎妊娠分娩件数

- 「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。

(施設数)

多胎妊娠分娩件数

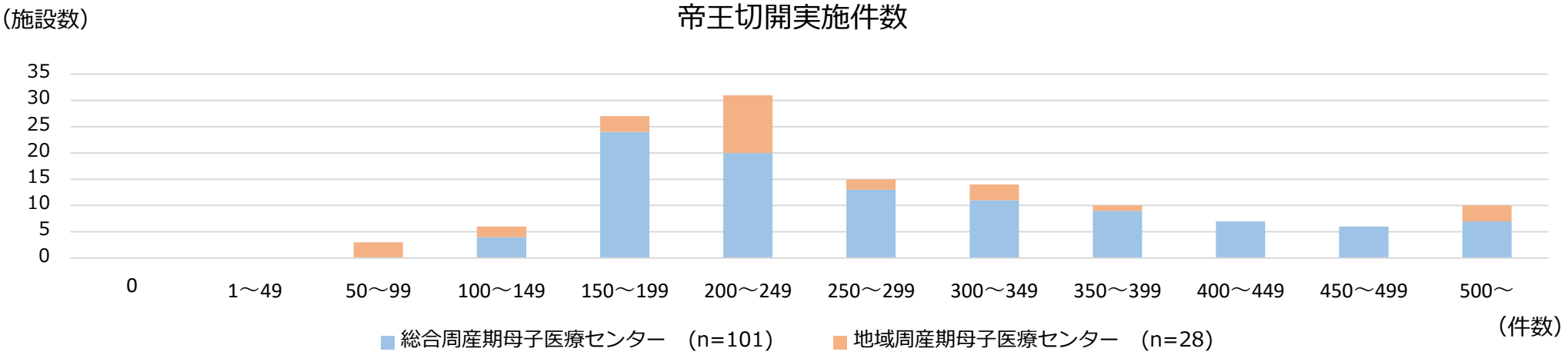


分娩件数ごとの地域別施設数（「母体・胎児集中治療室管理料」届出施設）

	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	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

- 「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）

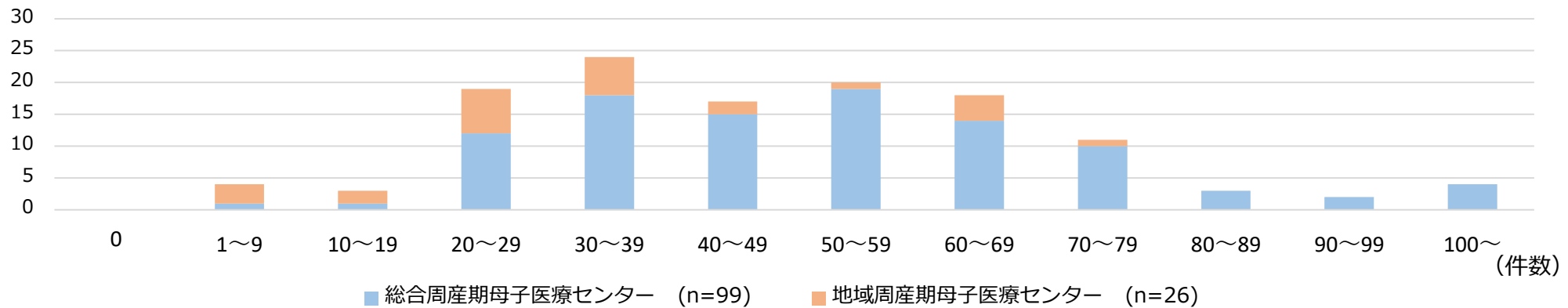
	0	1～49	50～99	100～149	150～199	200～249	250～299	300～349	350～399	400～449	450～499	500～	(件数)
北海道	0	0	1	0	1	2	1	0	1	0	0	0	
東北	0	0	0	2	4	0	0	1	0	1	0	0	
関東信越	0	0	0	1	5	11	4	9	2	3	1	6	
東海北陸	0	0	1	2	2	4	1	1	3	1	3	1	
近畿	0	0	1	0	7	7	4	2	1	2	1	2	
中国	0	0	0	1	2	2	1	0	1	0	0	0	
四国	0	0	0	0	0	3	0	0	1	0	0	0	
九州	0	0	0	0	6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

- 「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)

5－2．母体・胎児集中治療室の要件

- 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

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

産科異常出血への対応

- 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
・ 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	・ 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

「母体・胎児集中治療室管理を要する状態」に関する要望

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。

5. 小児・周産期医療について

5－1. 小児・周産期医療をとりまく環境

5－2. 母体・胎児集中治療室の要件

5－3. 小児成人移行期医療

移行期医療

- 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。

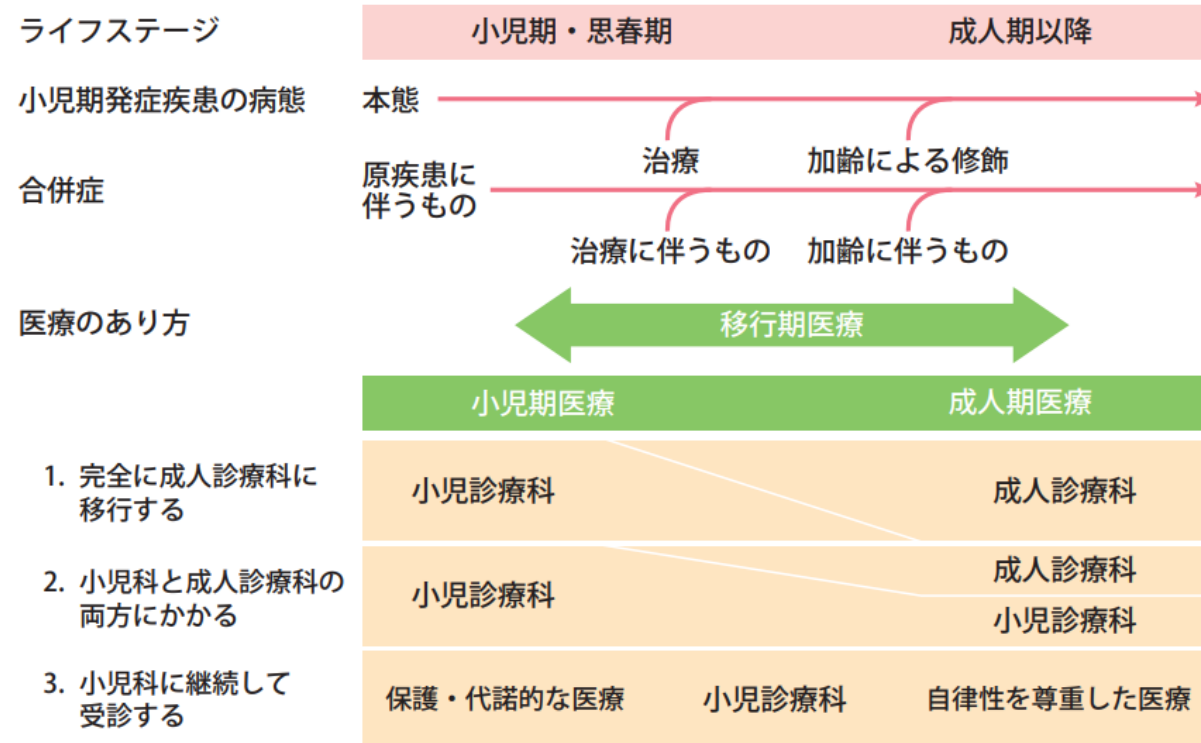


図. 日本小児科学会 移行期の患者に関するワーキンググループ「小児期発症疾患を有する患者の移行期医療に関する提言」日児誌 118 (1) : 98-106, 2014

- **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

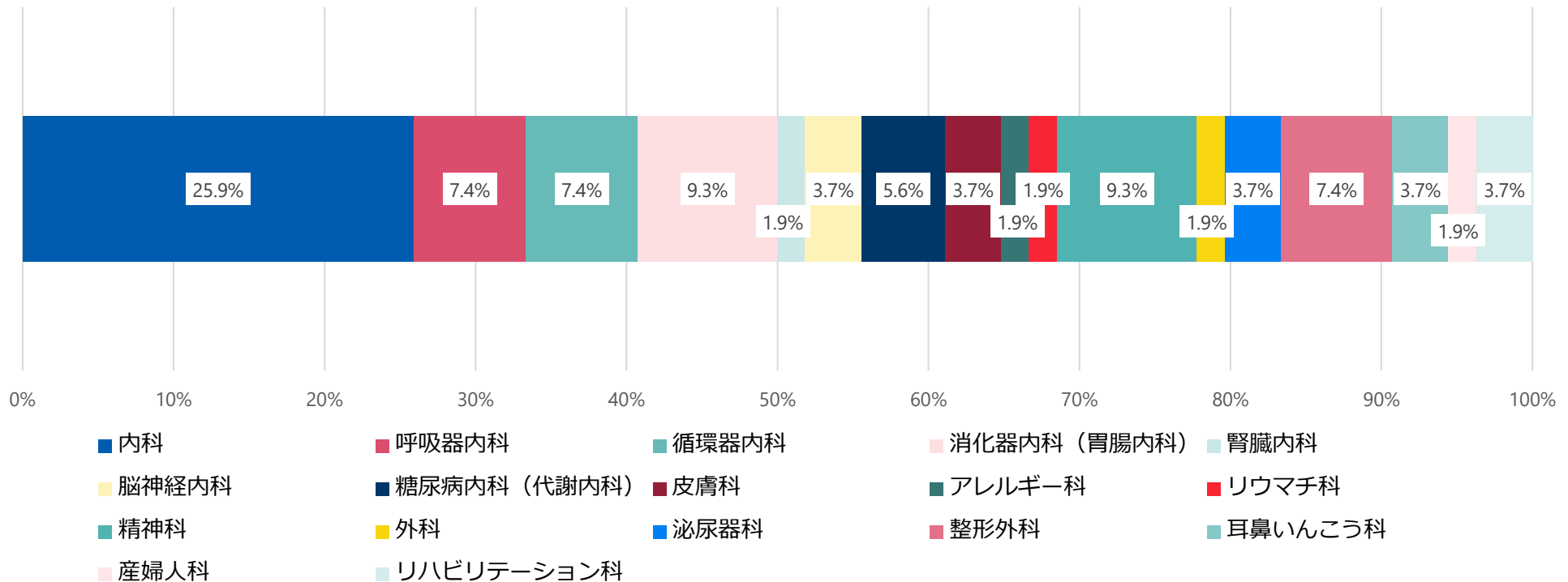
診療所					四分位数					
	回答数	平均			25%Tile		中央値		75%Tile	
I 定期的に小児科に受診していた患者を紹介により受け入れた人数	584	件	2.3	人	0	人	0	人	0	人
Ⅱ. I のうち、小児慢性特定疾病に罹患している（罹患していた）患者数	501	件	0.1	人	0	人	0	人	0	人

成人移行期患者を受入経験のある主な診療科

診調組 入ー1
 7 . 8 . 2 8

- 「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」が1名以上であった医療機関に対して、成人移行期にある患者を受け入れた経験のある主な診療科を聞いたところ、「内科」が最も多く25.9%であり、次いで「消化器内科」「精神科」が9.3%と多かった。

成人移行期にある患者を受け入れた経験のある主な診療科 (n=54)

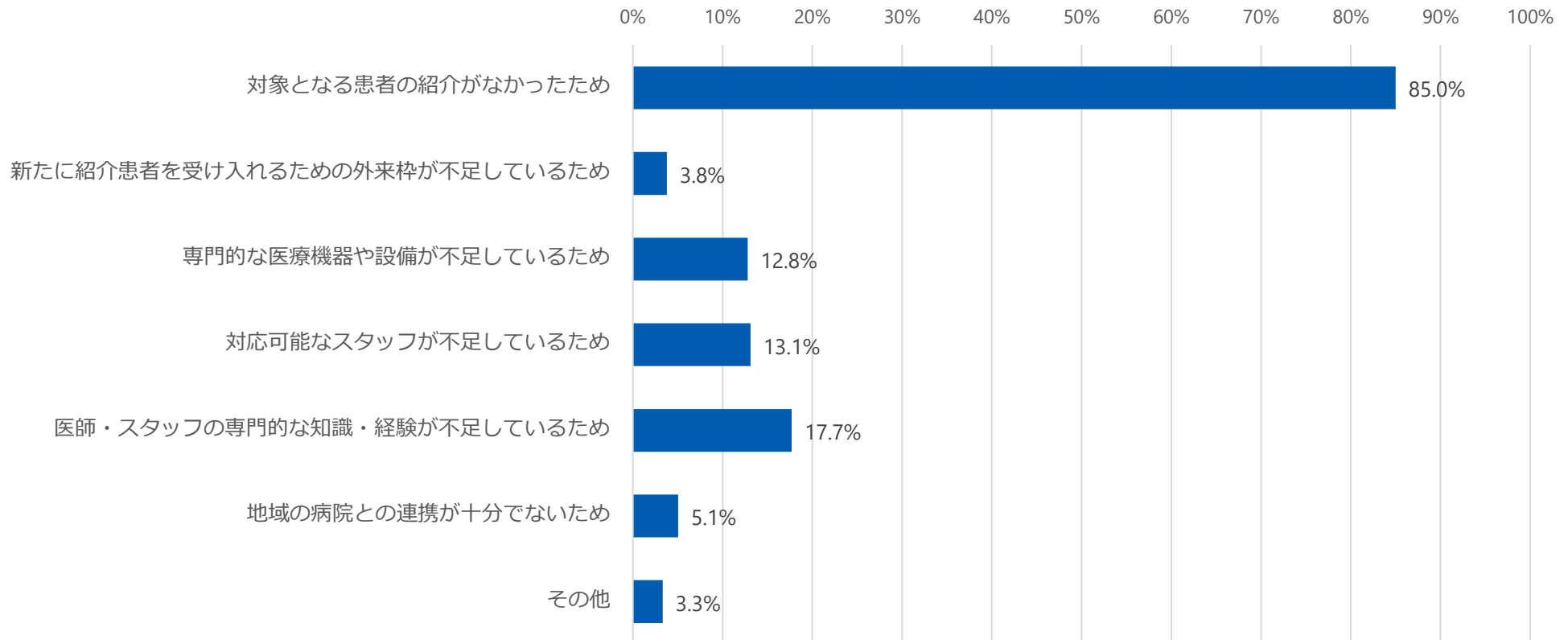


成人移行期にある患者を受け入れたことがない理由

診調組 入ー1
7 . 8 . 2 8

- 成人移行期にある患者を受け入れた経験がない医療機関に対して、その理由について聞いたところ、「対象となる患者の紹介がなかったため」が最も多く、次いで「医師・スタッフの専門的な知識・経験が不足しているため」「対応可能なスタッフが不足しているため」が多かった。

成人移行期にある患者を受け入れた経験がない理由（n=633）



小児科療養指導料・難病外来指導管理料

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

令和3年6月30日

小児慢性特定疾病と指定難病の指定状況について

- 平成31年4月時点で小児慢性特定疾病に指定されている756疾病のうち、指定難病にも指定されている疾病は、約半数（364疾病）となっている。

	疾患群	小児慢性特定疾病の 対象疾病数	左記のうち 指定難病にも該当する 疾病数
1	悪性新生物	86	0 (0%)
2	慢性腎疾患	44	17 (39%)
3	慢性呼吸器疾患	14	6 (43%)
4	慢性心疾患	92	22 (24%)
5	内分泌疾患	82	35 (43%)
6	膠原病	24	22 (92%)
7	糖尿病	6	1 (17%)
8	先天代謝異常	126	91 (72%)
9	血液疾患	49	15 (31%)
10	免疫疾患	49	45 (92%)
11	神経・筋疾患	75	55 (73%)
12	慢性消化器疾患	43	17 (40%)
13	染色体または遺伝子に変化を伴う症候群	31	22 (71%)
14	皮膚疾患	12	10 (83%)
15	骨系統疾患	16	4 (25%)
16	脈管系疾患	7	2 (29%)
	計	756	364 (48%) (※)

(※) 指定難病の告示病名の中には複数疾病を包含しているものがあり、1つの指定難病に複数の小児慢性特定疾病が該当することがあるため、現在の指定難病の告示病名数（331疾病）を上回った疾病数となっている。

(資料出所) 医薬基盤・健康・栄養研究所 秋丸裕司研究代表「厚生労働科学研究費補助金 難治性疾患政策研究事業 難病対策の推進に寄与する実践的基盤提供にむけた研究 研究結果」より作成

現状と課題

(小児・周産期医療をとりまく環境)

- ・ 出生数・出生率は減少傾向にあり、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。
- ・ 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。
- ・ 小児医療の体制は、その医療機能に応じて、小児中核病院（三次）、小児地域医療センター（二次）、小児地域支援病院（一次～二次）等が整備されている。
- ・ 周産期医療の体制には、総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター、その他の一般病院、診療所、助産所等があり、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、全都道府県に配置されている。
- ・ 出生数は減少しており、分娩を取り扱う医療機関も減少している。一方で、妊婦の高齢化に伴い、合併症の頻度が増加している。

(母体・胎児集中治療室の要件)

- ・ 母体・胎児集中治療室では、継続的な業務が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。
- ・ 母体・胎児集中治療室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。
- ・ 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。
- ・ 「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。
- ・ 「母体・胎児集中治療室管理料」の届出施設において、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。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。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。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。
- ・ 「母体・胎児集中治療室管理料」の算定対象となる患者は、合併症妊娠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とされている。
- ・ 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。

現状と課題

（小児成人移行期医療）

- 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。
- 小児科を標榜する医療機関において、小児慢性特定疾病等の患者に対して必要な生活指導を継続して行った場合には「小児科療養指導料」を算定する。また、指定難病等の患者に対して計画的な医学管理等を実施した場合は「難病外来指導管理料」を算定する。
- 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。

【課題】



- 「母体・胎児集中治療室管理料」の届出状況や、総合／地域周産期母子医療センターに求められる事項を踏まえ、現状についてどのように評価するか。
- 産科異常出血は、分娩前からの予測が困難であることもあるほか、重症例では高次周産期施設での管理が必要とされていることや、関係学会からの要望を踏まえ、現状の「母体・胎児集中治療室管理を要する状態」についてどのように評価するか。
- 移行期医療においては、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ことを踏まえ、小児科療養指導料の対象患者と難病外来指導管理料の対象患者の現状についてどのように評価するか。

1. 急性期入院医療について（その3）
2. 働き方・タスクシフト/シェア（その3）
3. 医師の診療科偏在について（その2）
4. 透析医療
5. 小児・周産期医療について
6. 災害医療について
7. 業務の簡素化

6. 災害医療について

6－1. 災害医療をとりまく現状について

6－2. 能登半島地震支援へのスタッフ派遣等について

6－3. 新型コロナウイルス感染症に係る取扱いについて

6．災害医療について

6－1．災害医療をとりまく現状について

6－2．能登半島地震支援へのスタッフ派遣等について

6－3．新型コロナウイルス感染症に係る取扱いについて

災害拠点病院の指定状況

- 平成8年から、災害時における医療提供体制の中心的な役割を担う災害拠点病院を整備している。
- 災害拠点病院には基幹災害拠点病院と地域災害拠点病院がある。
 - ※基幹災害拠点病院：原則として都道府県に1箇所設置
 - ※地域災害拠点病院：原則として二次医療圏に1箇所設置
- 令和7年4月1日までに783病院が指定されている。
 - ※基幹災害拠点病院：63病院 ※地域災害拠点病院：720病院

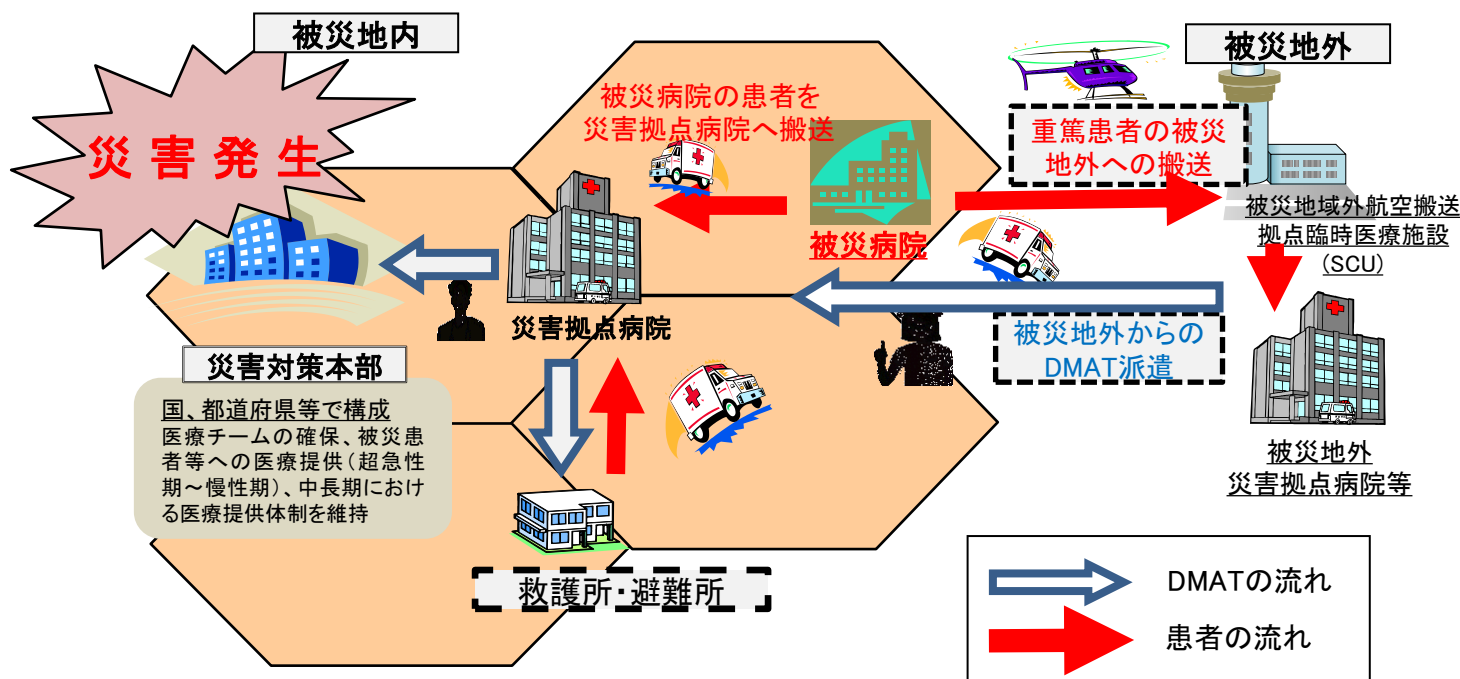
都道府県	基幹	地域
北海道	1	33
青森県	2	8
岩手県	1	10
宮城県	1	15
秋田県	1	12
山形県	1	6
福島県	1	11
茨城県	1	17
栃木県	1	12
群馬県	1	16
埼玉県	3	19
千葉県	5	22
東京都	2	82
神奈川県	—	35
新潟県	2	12
富山県	2	7

都道府県	基幹	地域
石川県	1	10
福井県	1	8
山梨県	1	10
長野県	1	12
岐阜県	2	11
静岡県	1	22
愛知県	2	36
三重県	1	16
滋賀県	1	10
京都府	1	12
大阪府	1	17
兵庫県	2	18
奈良県	1	6
和歌山県	1	9
鳥取県	1	3
島根県	1	9

都道府県	基幹	地域
岡山県	1	11
広島県	1	18
山口県	1	14
徳島県	1	10
香川県	1	9
愛媛県	1	7
高知県	1	11
福岡県	1	32
佐賀県	2	6
長崎県	2	12
熊本県	1	16
大分県	2	12
宮崎県	2	11
鹿児島県	1	13
沖縄県	1	12
合 計	63	720

災害派遣医療チーム（DMAT）

- DMATとは、大地震等の災害時や新興感染症等のまん延時に、地域において必要な医療提供体制を支援し、傷病者の生命を守ることを目的とした厚生労働省が認めた専門的な研修・訓練を受けた医療チーム。
- 災害時の対応を想定し、平成17年3月から養成を開始（国立病院機構に委託）。新型コロナ対応を踏まえ、令和4年2月に日本DMAT活動要領を改正し、新興感染症等のまん延時における対応も活動内容に追加。
- DMAT 1 隊は医師 1 名、看護師 2 名、業務調整員 1 名の 4 名を基本として構成。
- DMATは、都道府県の派遣要請に基づき活動。
- 18,909名、1,840チームが研修修了済（令和7年4月時点）



業務継続計画（BCP）の作成

- 災害拠点病院以外の医療機関においても、災害時における業務継続計画（BCP）の作成に努めることとされている。

災害時における医療体制の充実強化について（抜粋）

（平成24年3月21日医政発0321第2号）

7. 病院災害対策マニュアルの作成等

医療機関は自ら被災することを想定して災害対策マニュアルを作成するとともに業務継続計画の作成に努められたいこと。また、人工呼吸器等の医療機器を使用しているような患者等をかかえる医療機関は、災害時におけるこれらの患者の搬送先等について計画を策定しておくことが望ましいこと。なお、都道府県はこれらの策定状況について確認を行うことが望ましいこと。

－医療機関（災害拠点病院以外）における災害対応のための BCP 作成指針－

（平成 29 年度厚生労働省科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）「地震、津波、洪水、土砂災害、噴火災害等の各災害に対応した BCP 及び病院避難計画策定に関する研究」（主任研究者 本間正人）
分担研究：「BCP の考え方に基づいた災害対応マニュアルについての研究」分担研究者：堀内義仁）

【医療機関における BCP の考え方について】

事業継続計画（BCP）は、一般的には、「平常時の組織内の対応能力では応急対応できない事態を想定して、事業の継続、復旧を目指して行うための対応策で、時間的、数的な目標をクリアするために策定されるもの」である。医療機関にあてはめれば「事業」は「診療（医療）」であり、「診療」を継続するために平常時の応急対応では対応しきれないことに特化した計画で、従来の発災後の施設内での応急対応の決め事（マニュアル、アクションカード）では対応しきれない事象に備えるための計画である。従来の災害対応マニュアルとの関係を整理すれば、医療機関の「BCP」とは、「震災などの災害によって損なわれる病院機能（診療機能）を、実行可能な事前準備と発災後のタイムラインに乗せた行動計画の遂行により維持・回復するとともに、発災によって生じた新たな医療ニーズ（すべてのフェーズ）にも対応するための計画で、従来の災害対応マニュアルを含み膨らませた広義のもの」である（後略）

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）		

152

6. 災害医療について

6－1. 災害医療をとりまく現状について

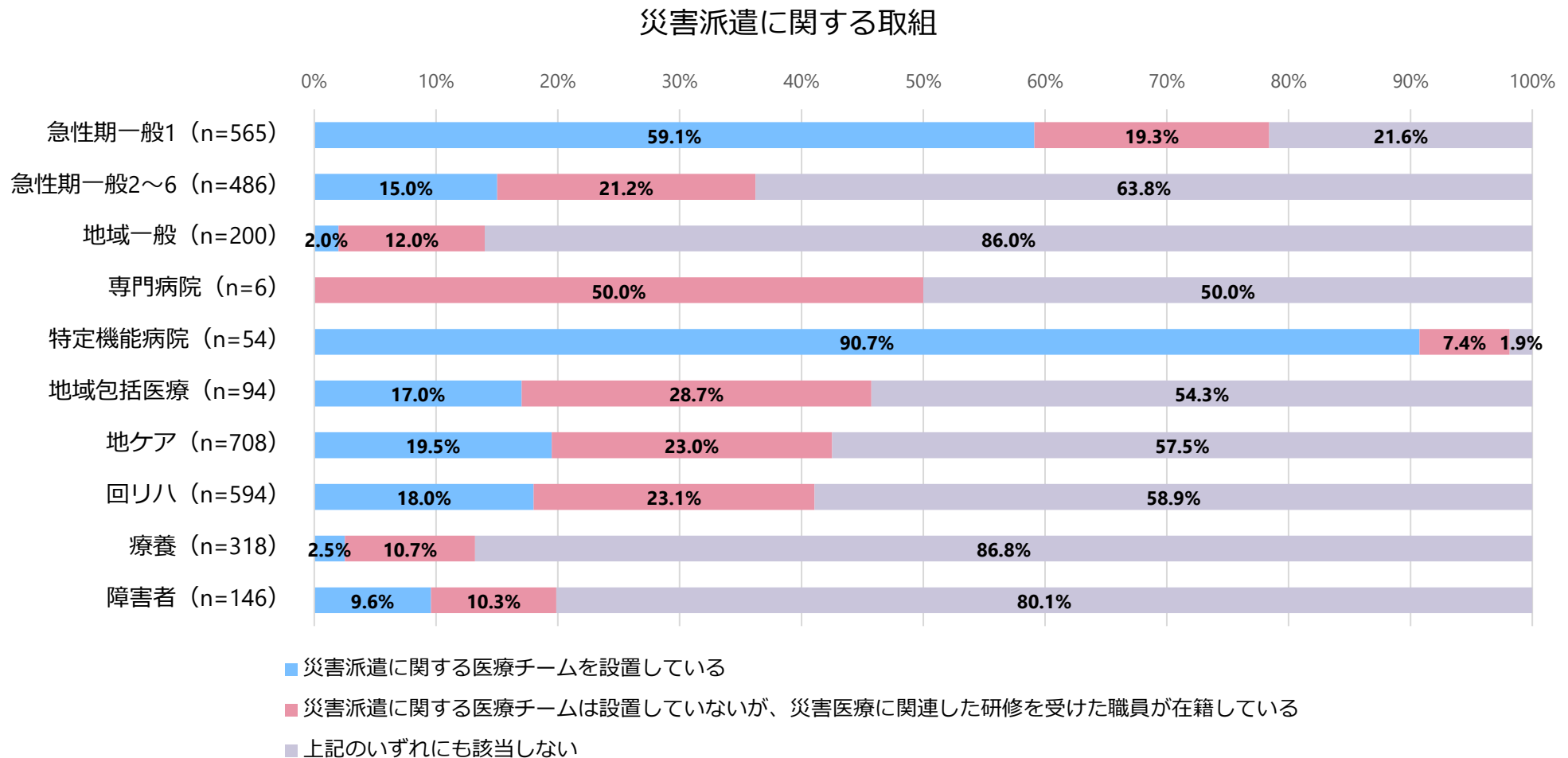
6－2. 能登半島地震支援へのスタッフ派遣等について

6－3. 新型コロナウイルス感染症に係る取扱いについて

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。

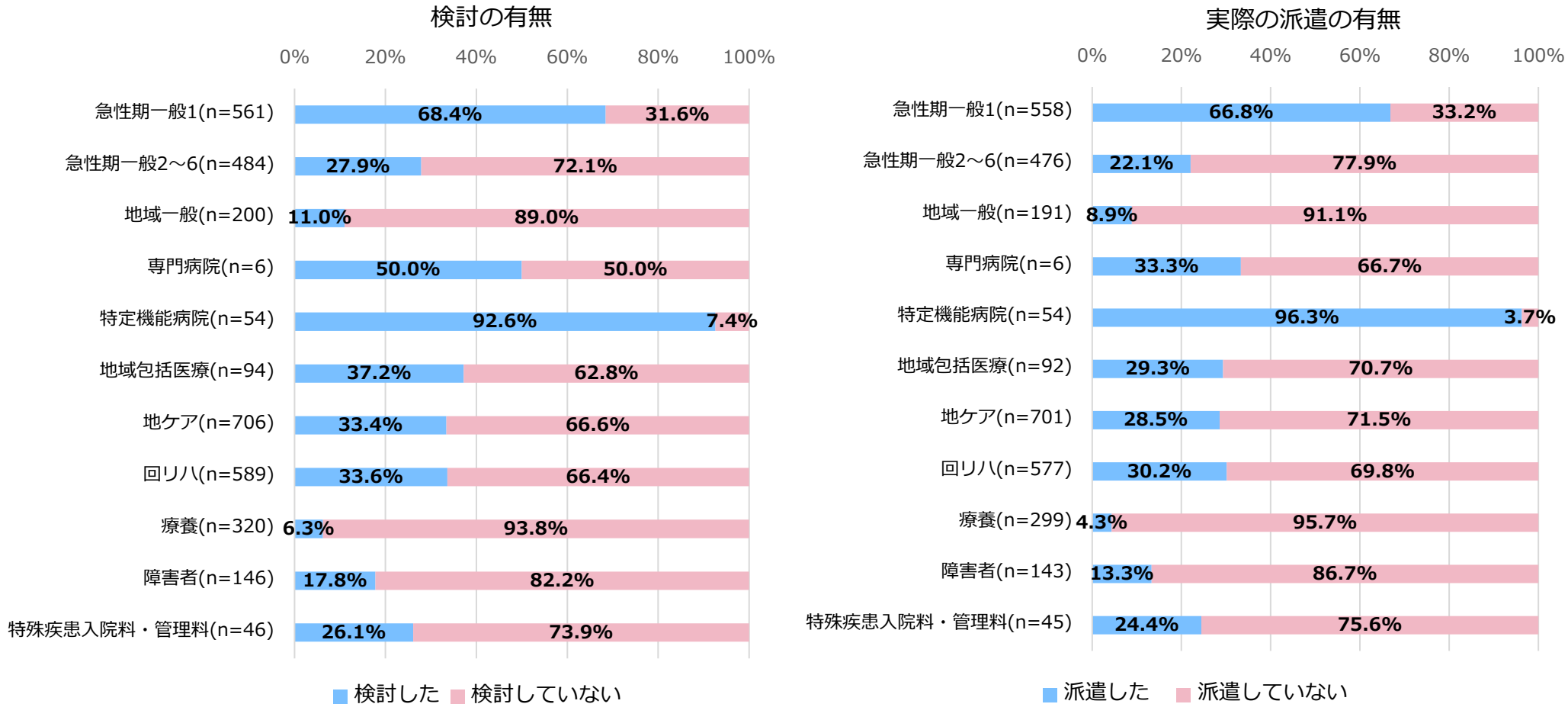


令和6年能登半島地震支援へのスタッフ派遣

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

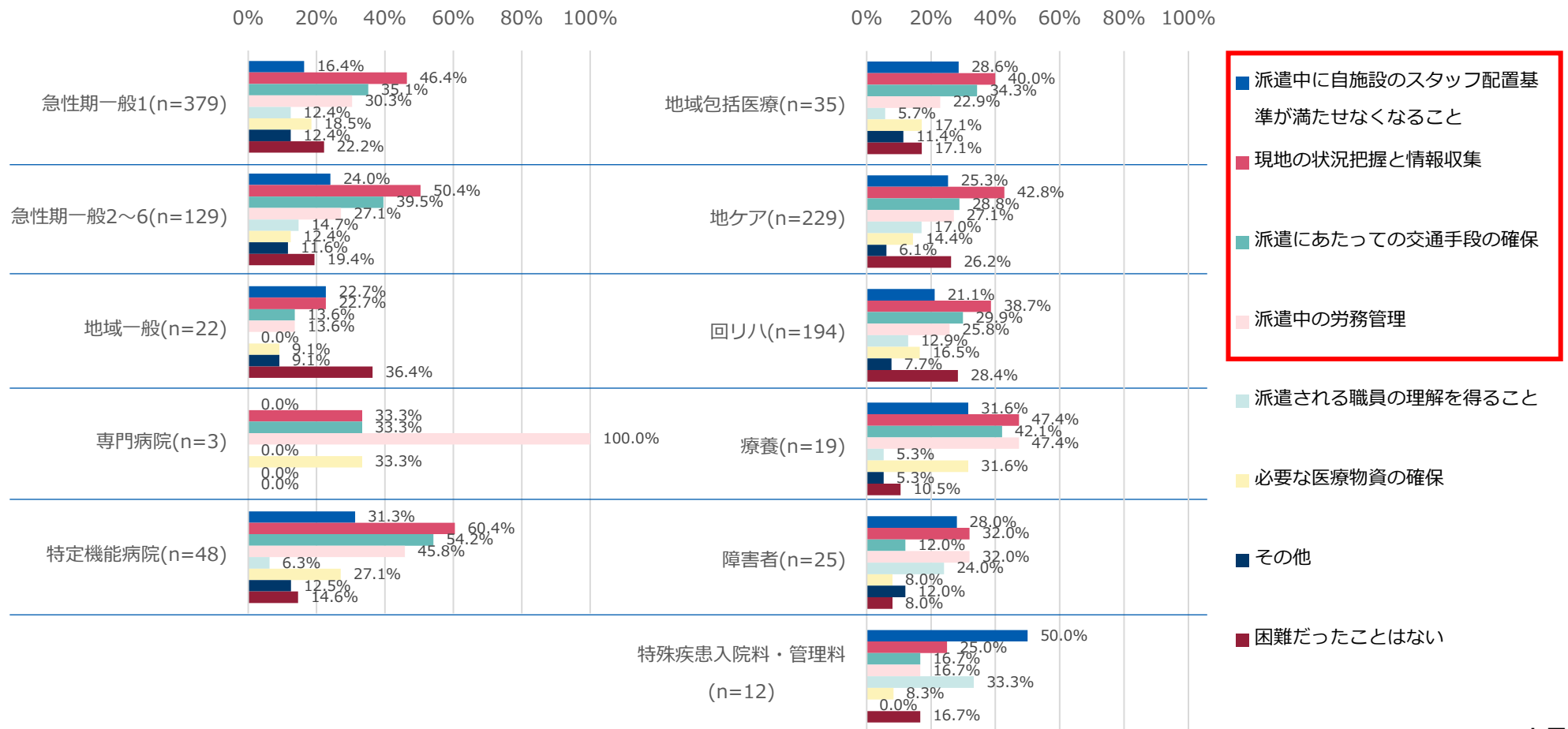


令和6年能登半島地震支援派遣の検討上の課題

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こと」等が多かった。

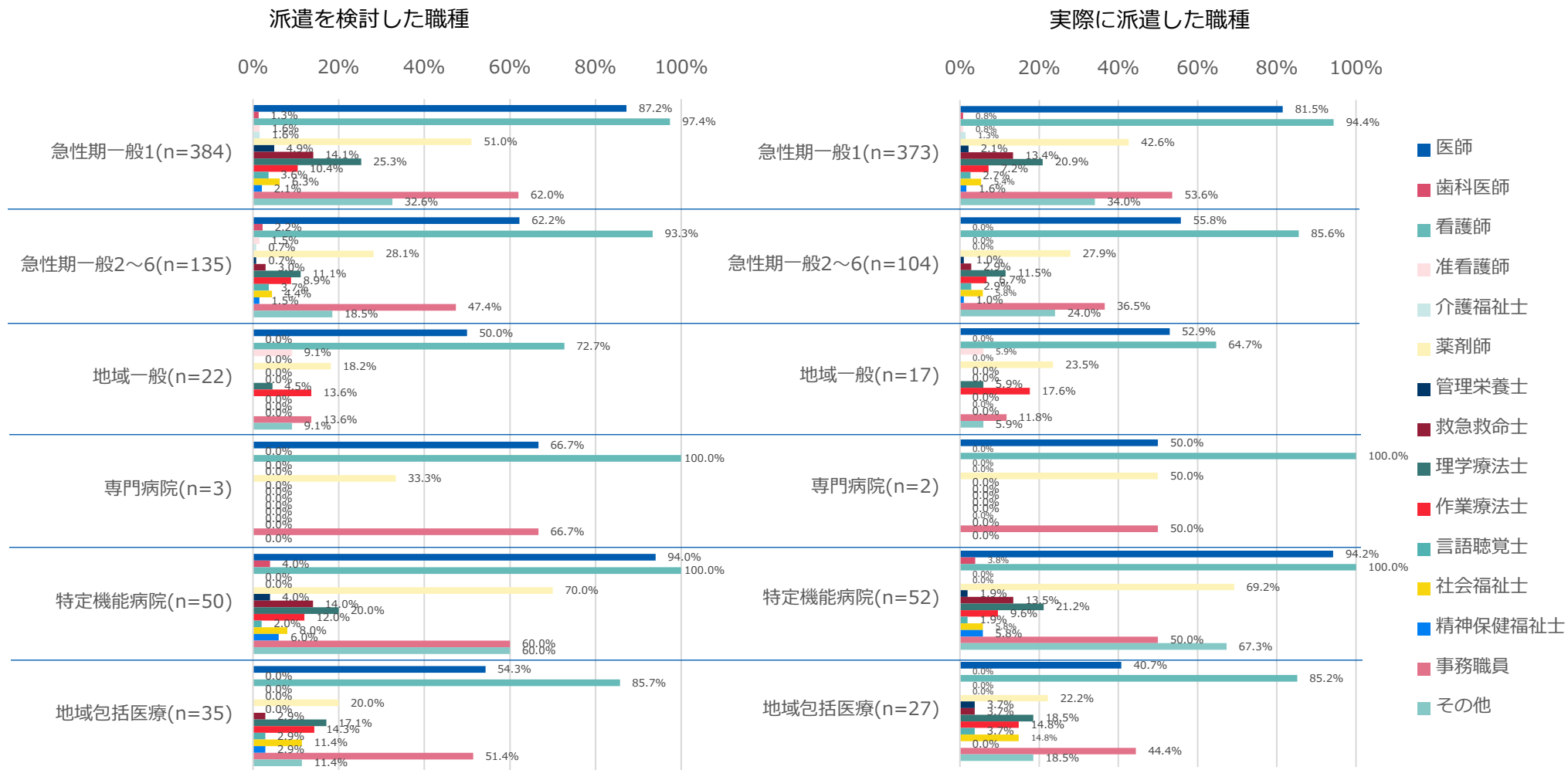
災害時のスタッフ派遣を検討した際に困難であったこと



令和6年能登半島地震支援への派遣職種(1)

診調組 入-1
7. 8. 2 8

- 令和6年能登半島地震支援への派遣を検討した職種と、実際に派遣した職種を聞いたところ、いずれの入院料区分においても、「看護師」「医師」「事務職員」「薬剤師」等が多かった。



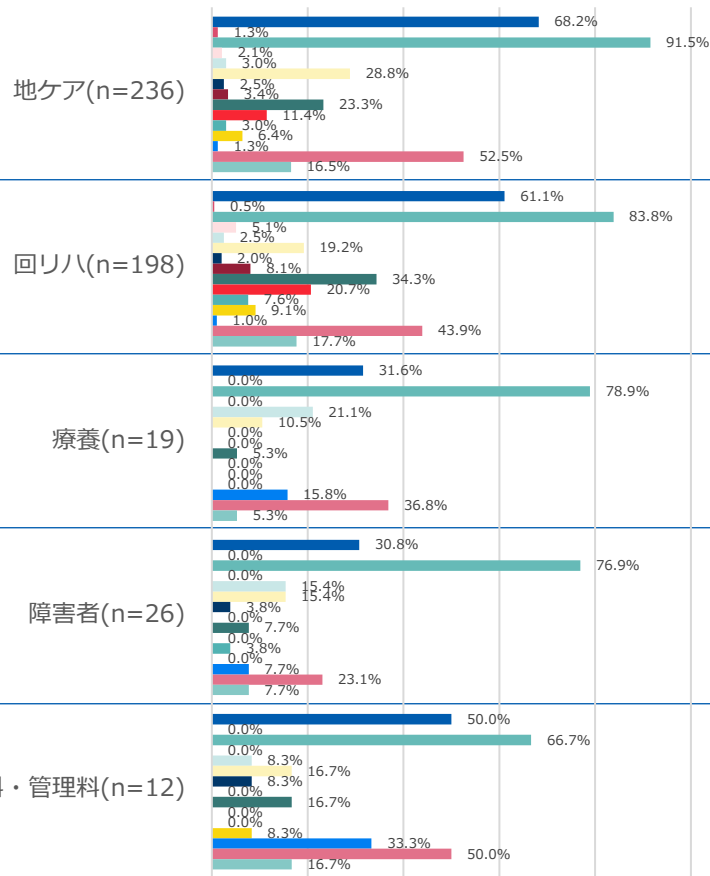
令和6年能登半島地震支援への派遣職種(2)

診調組 入-1
7. 8. 2 8

- 令和6年能登半島地震支援への派遣を検討した職種と、実際に派遣した職種を聞いたところ、いずれの入院料区分においても、「看護師」「医師」「事務職員」「薬剤師」等が多かった。

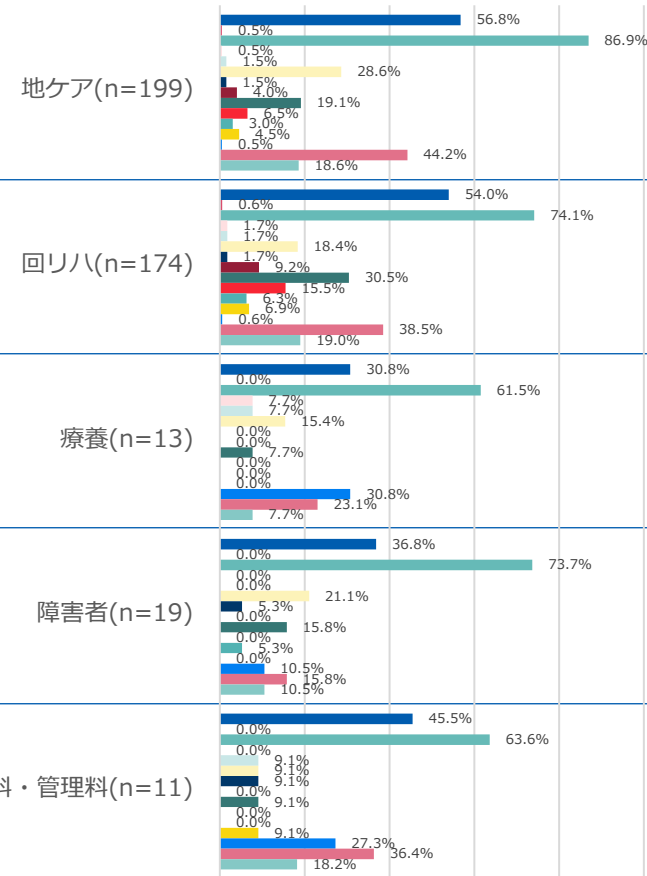
派遣を検討した職種

0% 20% 40% 60% 80% 100%



実際に派遣した職種

0% 20% 40% 60% 80% 100%



■ 医師
■ 歯科医師
■ 看護師
■ 准看護師
■ 介護福祉士
■ 薬剤師
■ 管理栄養士
■ 救急救命士
■ 理学療法士
■ 作業療法士
■ 言語聴覚士
■ 社会福祉士
■ 精神保健福祉士
■ 事務職員
■ その他

大規模な地震の発生による施設基準等に関する取扱いの例

- 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。

(参考) DMAT自動待機基準

- 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」

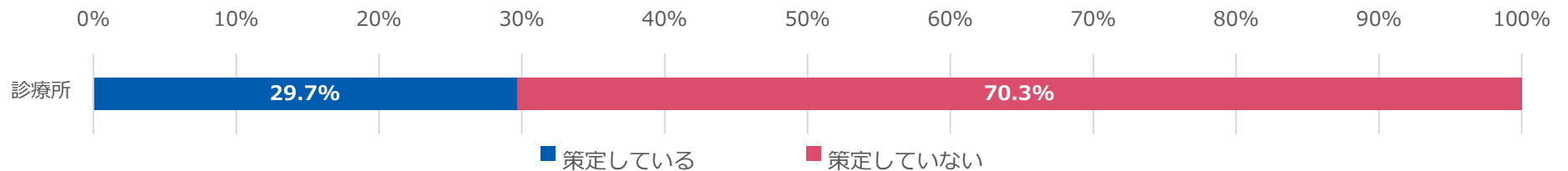
日本DMAT活動要領 令和7年7月22日（改正）（抜粋）

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。

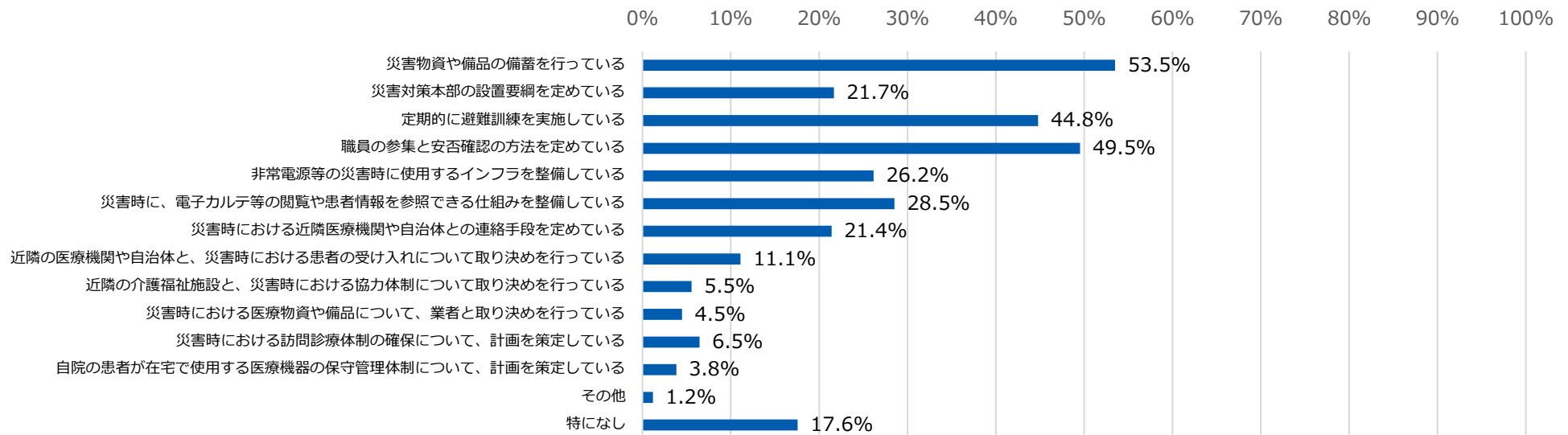
- ① 東京都23区で震度5強以上の地震が発生した場合、その他の地域で震度6弱の地震が発生した場合、特別警報が発出された場合
→該当する都道府県並びに該当する都道府県に隣接する都道府県及び該当する都道府県が属する地方ブロック管内のDMAT指定医療機関
- ② 震度6強の地震が発生した場合
→該当する都道府県並びに該当する都道府県に隣接する都道府県、該当する都道府県が属する地方ブロック及び該当する都道府県が属する地方ブロックに隣接する地方ブロック管内のDMAT指定医療機関
- ③ 震度7の地震が発生した場合、大津波警報が発表された場合
→全国のDMAT指定医療機関

- 診療所において、災害に備えた事業継続計画を「策定している」との回答割合は約30%であった。
- 診療所において、「災害に備えるために実施している取組」をそれぞれ聞いたところ、「災害物資や備品の備蓄を行っている」が最も多く、次いで「職員の参集と安否確認の方法を定めている」「定期的に避難訓練を実施している」が多かった。

災害に備えた事業継続計画の策定の有無 (n=765)



災害に備えるために実施している取組(n=757)



6. 災害医療について

6－1. 災害医療をとりまく現状について

6－2. 能登半島地震支援へのスタッフ派遣等について

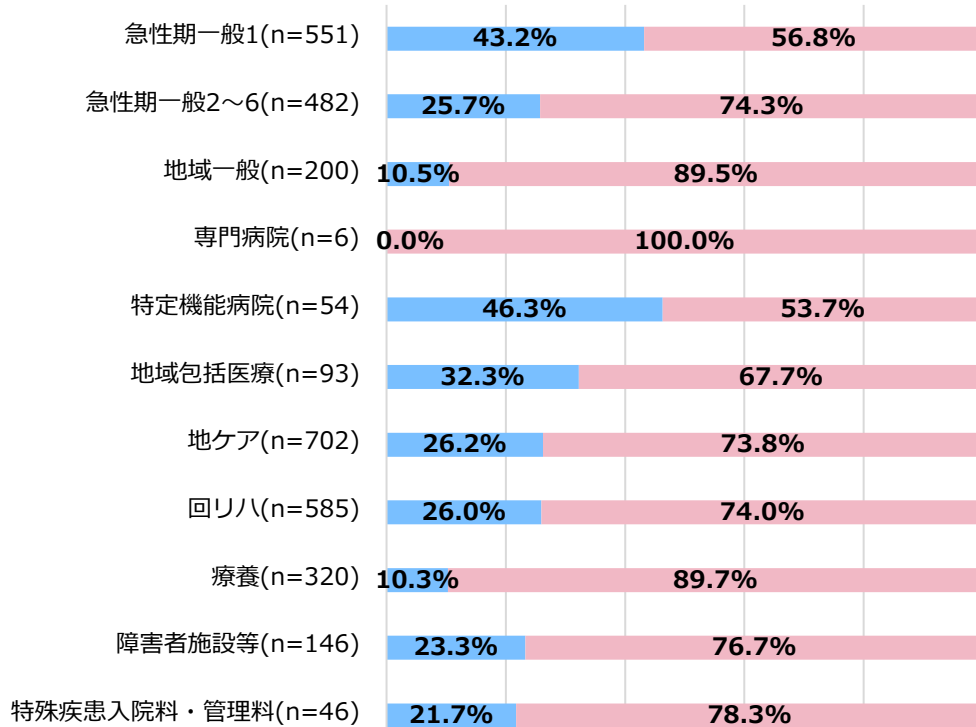
6－3. 新型コロナウイルス感染症に係る取扱いについて

- 他の医療機関や福祉施設等に対する、新型コロナウイルス感染症対応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」「地域包括医療病棟」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。

他の医療機関や福祉施設等に対する、新型コロナウイルス感染症対応のためのスタッフ派遣

検討の有無

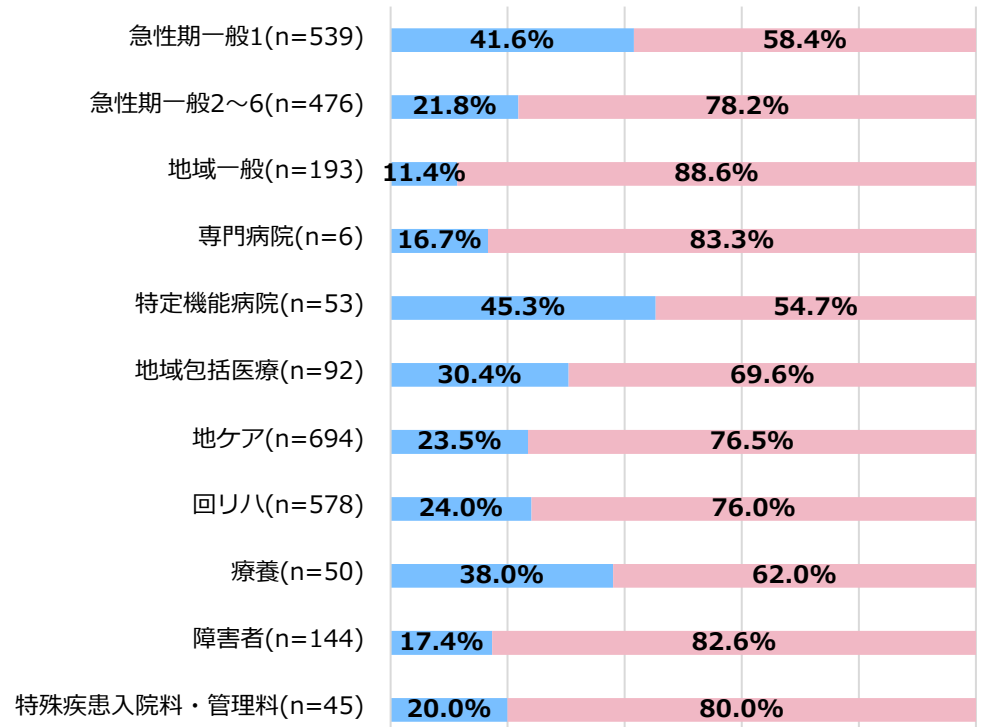
0% 20% 40% 60% 80% 100%



■ 検討した ■ 検討していない

実際の派遣の有無

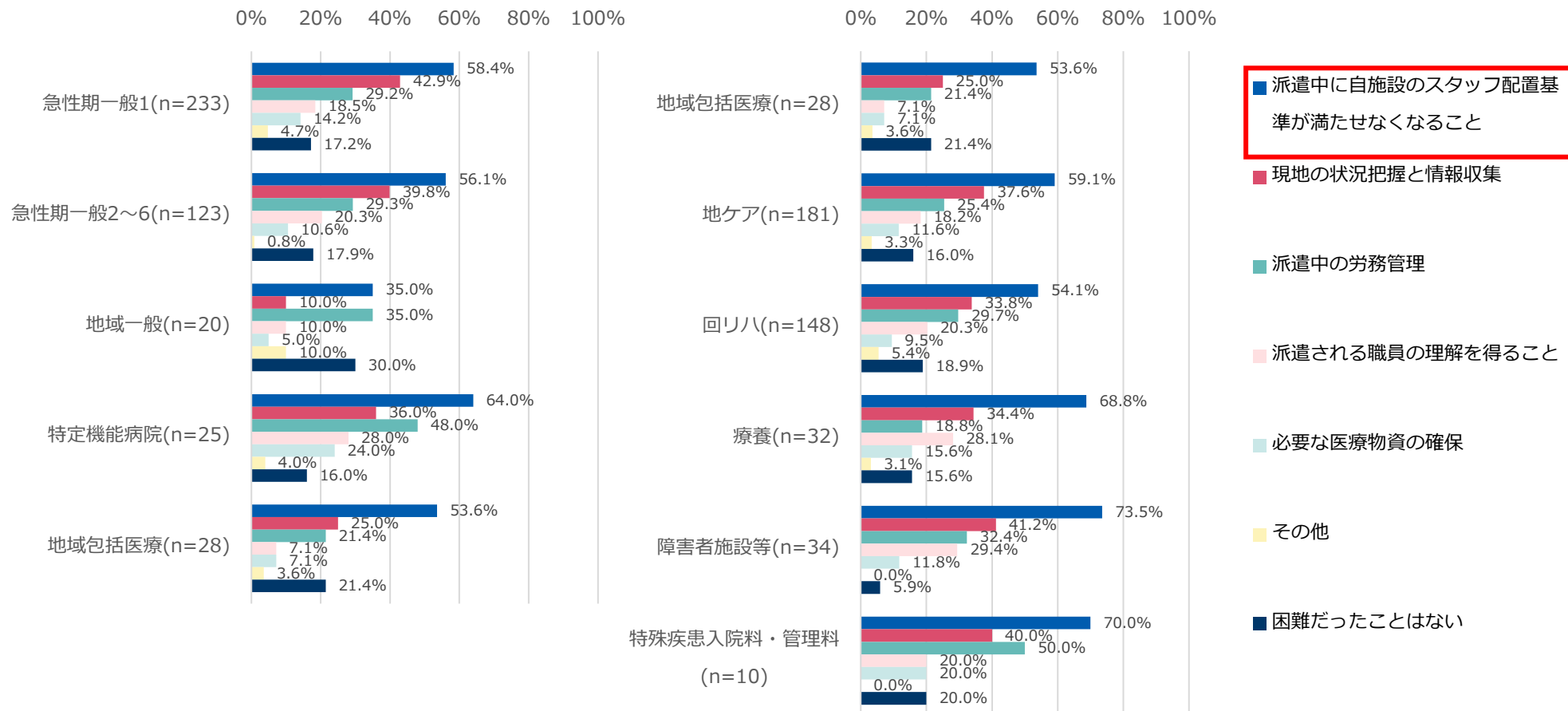
0% 20% 40% 60% 80% 100%



■ 派遣した ■ 派遣していない

- 他の医療機関や福祉施設等に対する、新型コロナウイルス感染症対応のため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、「派遣中に自施設のスタッフ配置基準が満たせなくなること」「現地の状況把握と情報収集」「派遣中の労務管理」等が多かった。

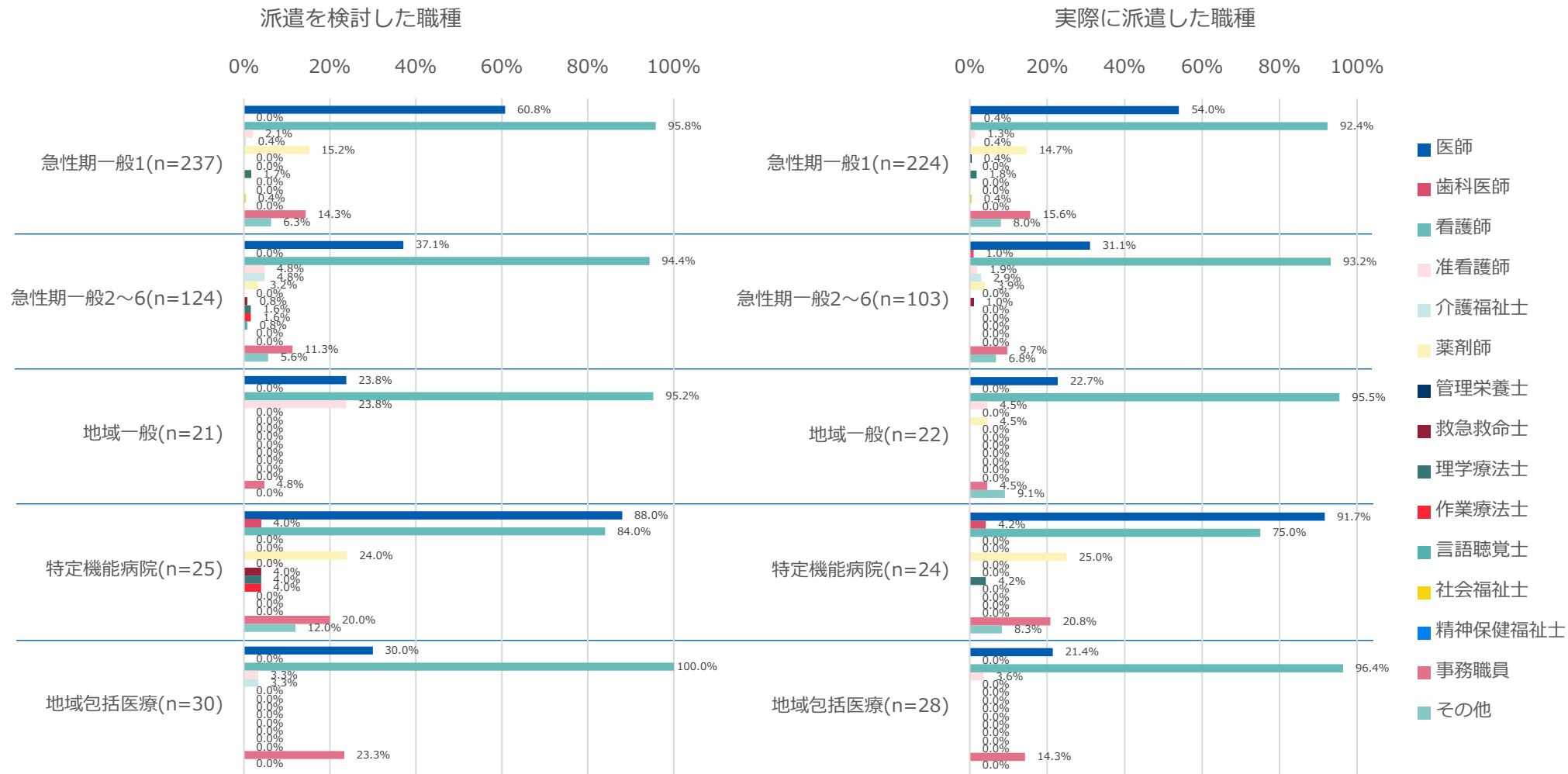
新型コロナウイルス感染症支援派遣を検討した際に困難であったこと



新型コロナウイルス感染症支援への派遣職種(1)

診調組 入 - 1
7 . 8 . 2 8

- 他の医療機関や福祉施設等に対する、新型コロナウイルス感染症対応のためのスタッフ派遣を検討した職種と、実際に派遣した職種を聞いたところ、いずれの入院料区分においても、「看護師」「医師」等が多かった。



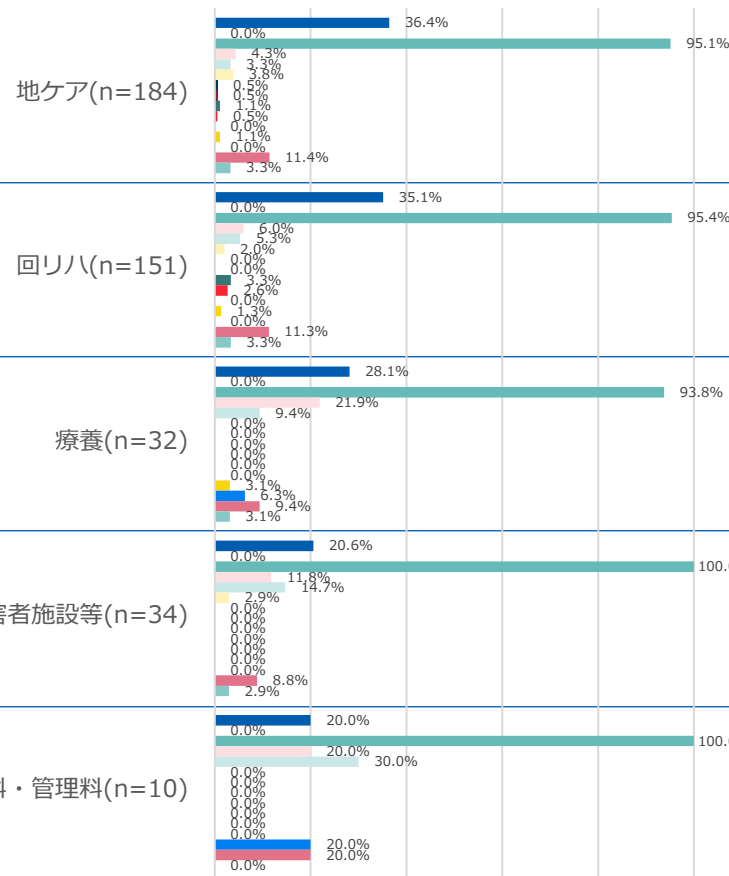
新型コロナウイルス感染症支援への派遣職種(2)

診調組 入 - 1
7 . 8 . 2 8

- 他の医療機関や福祉施設等に対する、新型コロナウイルス感染症対応のためのスタッフ派遣を検討した職種と、実際に派遣した職種を聞いたところ、いずれの入院料区分においても、「看護師」が最も多かった。

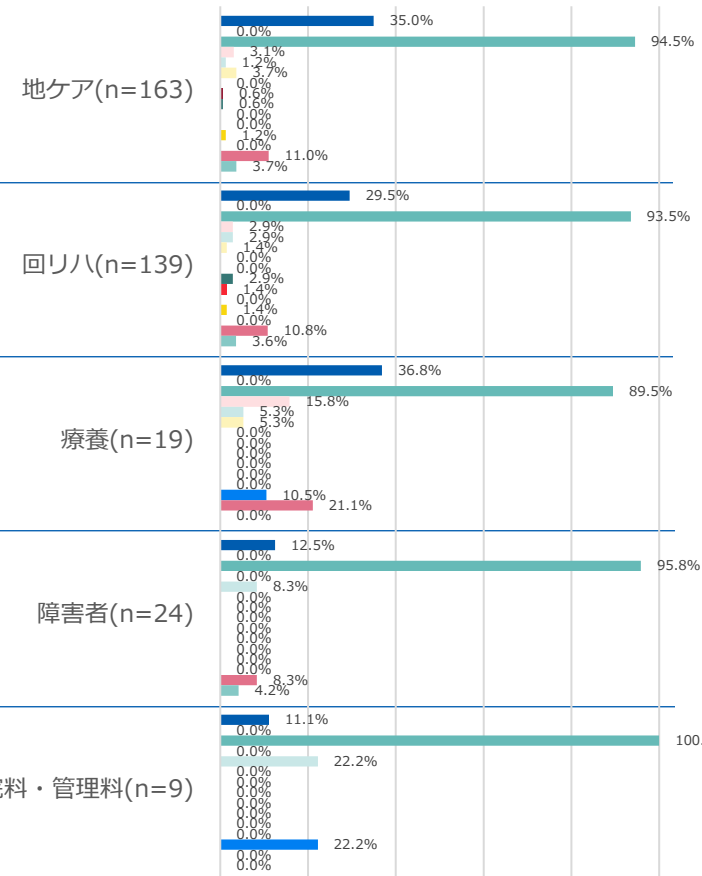
派遣を検討した職種

0% 20% 40% 60% 80% 100%



実際に派遣した職種

0% 20% 40% 60% 80% 100%



- 医師
- 歯科医師
- 看護師
- 准看護師
- 介護福祉士
- 薬剤師
- 管理栄養士
- 救急救命士
- 理学療法士
- 作業療法士
- 言語聴覚士
- 社会福祉士
- 精神保健福祉士
- 事務職員
- その他

新型コロナウイルス感染症に係る施設基準等に関する取扱い

- 新型コロナウイルス感染症の影響により夜勤時間数や看護要員数に一時的な変動があった場合、最初の月から3か月以内に限り、施設基準の届出区分の変更を不要としている。

令和6年3月5日付け厚生労働省保険局医療課事務連絡

「令和6年度診療報酬改定による恒常的な感染症対応への見直しを踏まえた新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の取扱い等について」（抜粋） ※当該取扱いは、当初令和6年5月31日までとしていたが、その活用状況を鑑み、期限を令和8年5月31日まで延長している。

① 月平均夜勤時間数等に1割以上の変動があった場合の取扱いについて

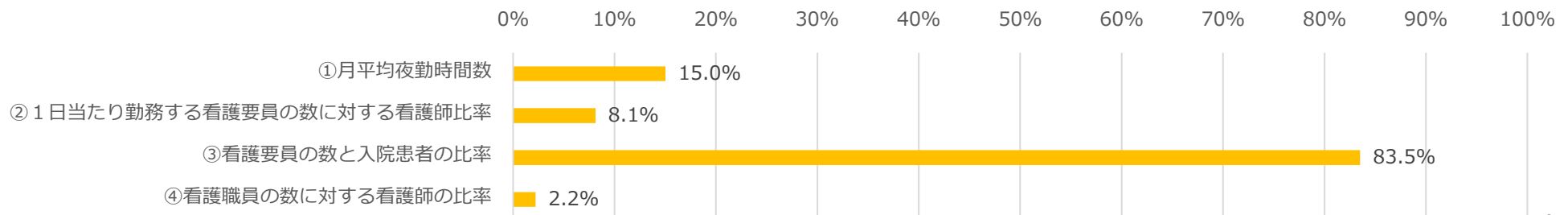
ア 新型コロナウイルス感染症患者を受け入れたことにより入院患者が一時的に急増等したこと又は保険医療機関に勤務する職員が新型コロナウイルス感染症に感染し出勤ができないことにより職員が一時的に不足し、入院基本料の施設基準を満たすことができなくなる保険医療機関については、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和4年3月4日保医発0304第2号。以下、「基本診療料の施設基準通知」という。）の第3の1（1）の規定にかかわらず、月平均夜勤時間数については、1割以上の一時的な変動があった場合においても、報告の対象となった最初の月※から3か月を超えない期間に限り変更の届出を行わなくてもよいものとする。

※ 令和6年1月の実績に1割以上の変動があった場合、「報告の対象となった最初の月」は1月、「報告の対象となった最初の月から3か月」とは1月から3月の期間を指す。

イ 新型コロナウイルス感染症患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又は保険医療機関に勤務する職員が新型コロナウイルス感染症に感染し出勤ができない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、1割以上の一時的な変動があった場合及び暦月で1か月を超える1割以内の一時的な変動があった場合においても、報告の対象となった最初の月※2から3か月を超えない期間に限り変更の届出を行わなくてもよいものとする。

※2 令和6年1月の実績に1割以上の変動があった場合又は1月及び2月の実績に1割以内の変動があった場合、「報告の対象となった最初の月」は1月、「報告の対象となった最初の月から3か月」とは1月から3月の期間を指す。

新型コロナウイルス感染症に係る施設基準等に関する取扱い（複数該当あり）（n=406）



現状と課題

（災害医療をとりまく現状について）

- ・ 災害時における医療提供体制の中心的な役割を担う災害拠点病院の整備が進められている。また、大地震等の災害時や新興感染症等のまん延時に、地域において必要な医療提供体制を支援し、傷病者の生命を守ることを目的とした医療チームとして「DMAT」が養成されている。
- ・ 災害拠点病院以外の医療機関においても、災害時における業務継続計画（BCP）の作成に努めることとされている。
- ・ 「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。

（能登半島地震支援へのスタッフ派遣等について）

- ・ 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こと」等が多かった。
- ・ 令和6年能登半島地震支援への派遣を検討した職種と、実際に派遣した職種を聞いたところ、「看護師」「医師」「事務職員」「薬剤師」等が多かった。
- ・ 診療所において、災害に備えた事業継続計画を「策定している」と回答した割合は約30%であった。

（新型コロナウイルス感染症に係る取扱いについて）

- ・ 他の医療機関や福祉施設等に対する、新型コロナウイルス感染症対応のため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、「派遣中に自施設のスタッフ配置基準が満たせなくなること」「現地の状況把握と情報収集」「派遣中の労務管理」等が多かった。
- ・ 他の医療機関や福祉施設等に対する、新型コロナウイルス感染症対応のためのスタッフ派遣を検討した職種と、実際に派遣した職種を聞いたところ、「看護師」がいずれの入院料区分においても多かった。
- ・ 新型コロナウイルス感染症の影響により夜勤時間数や看護要員数に一時的な変動があった場合、最初の月から3か月以内に限り、施設基準の届出区分の変更を不要としている。

【課題】

- 災害発生時に、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、災害医療に関する調査結果を踏まえ現状をどのように評価するか。
- 診療所における災害に備えた取組に関する調査結果についてどのように評価するか。
- 新型コロナウイルス感染症の影響への対応を踏まえ、感染症の流行等による一時的な変動があった場合の対応について現状をどのように評価するか。

1. 急性期入院医療について（その3）
2. 働き方・タスクシフト/シェア（その3）
3. 医師の診療科偏在について（その2）
4. 透析医療
5. 小児・周産期医療について
6. 災害医療
7. 業務の簡素化

医療機関における業務の効率化・合理化

➤ 医療機関における業務の効率化・合理化を促進する観点から、以下のような見直しを行う。

会議や研修の効率化・合理化

会議

- ▶ 安全管理の責任者等で構成される会議等について、安全管理の責任者が必ずしも対面でなくてもよいと判断した場合には、ICTを活用する等の対面によらない方法でも開催可能とする。



院内研修

- ▶ 抗菌薬適正使用支援加算に係る院内研修を院内感染対策に係る研修と併せて実施してよいことを明確化。
- ▶ 急性期看護補助体制加算等の看護補助者に係る院内研修の要件を見直す。

院外研修

- ▶ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の院内研修の指導者に係る要件を見直す。

記録の効率化・合理化

診療録

- ▶ 栄養サポートチーム加算注2等について、栄養治療実施計画の写しを診療録に添付すれば良いこととし、診療録への記載を、算定に当たっての留意事項として求めないこととする。
- ▶ 在宅療養指導料等について、医師が他の職種への指示内容を診療録に記載することを、算定に当たっての留意事項として求めないこととする。

レセプト
摘要欄

- ▶ 画像診断の撮影部位や算定日等について選択式記載とする。

事務の効率化・合理化

- 施設基準の届出について、様式の簡素化や添付資料の低減等を行う。
- 文書による患者の同意を要件としているものについて、電磁的記録によるものでもよいことを明確化する。



医療機関におけるICTを活用した業務の簡素化・効率化

事務の簡素化・効率化

- 医療機関等における業務の効率化及び医療従事者の事務負担軽減を推進する観点から、施設基準の届出及びレセプト請求に係る事務等を見直す。
- ◆ 施設基準の届出の際に添付を求めている研修修了証の写し等について、**添付資料の低減等**を行う。
- ◆ 訪問看護ステーションの基準に係る届出について、**当該基準の適合性の有無に影響が生じない場合の届出を不要**とする。また、同一建物内の利用者の人数に応じた評価区分を設けている訪問看護療養費等の加算について、**同じ金額の評価区分を統合**する。
- ◆ 小児科外来診療料等の**施設基準の届出を省略**する。

現行

【小児科外来診療料】
〔算定要件〕
注1 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小児科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（6歳未満の乳幼児に限る。）に対して診療を行った場合に、保険医療機関単位で算定する。

改定後

【小児科外来診療料】
〔算定要件〕
注1 **小児科を標榜する保険医療機関において**、入院中の患者以外の患者（6歳未満の乳幼児に限る。）に対して診療を行った場合に、保険医療機関単位で算定する。

- ◆ レセプト摘要欄に記載を求めている事項のうち、薬剤等について**選択式記載**とする。また、一部の検査等の診療行為について、**レセプト請求時にあらかじめ検査値の記載**を求め、審査支払機関からの**レセプト返戻による医療機関の再請求に係る事務負担軽減**を図る。

〔例：デセントリク点滴静注840mg・同1200mgを請求する場合に記載を求めている項目〕
・「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載すること。

コード	レセプト表示文言
8201xxxxx	施設要件 ア
8201xxxxx	施設要件 イ
(略)	ウ～オ (略)

〔レセプト表示イメージ〕

33	点滴注射	95X 1
	デセントリク点滴静注1200mg	44,886 X 1
	施設要件 ア	
	医師要件 イ	
	併用投与 ア	

医療機関・薬局における事務等の簡素化・効率化

事務の簡素化・効率化

- 医療機関等における業務の効率化及び医療従事者の事務負担軽減を推進する観点から、施設基準の届出及びレセプト請求に係る事務等を見直す。
 - ◆ 施設基準の届出の際に添付を求めている保守管理の計画書や研修修了証の写し等について、[添付資料の低減等](#)を行う。
 - ◆ 施設基準の届出について、1つの施設基準につき複数の届出様式の提出を求めているものの様式の統廃合を行う。
 - ◆ レセプトの摘要欄に記載を求めている事項のうち、レセプトに記載されている情報等から確認できるもの、必要以上の記載項目と考えられるものについて、見直しを行う。

【現行】

【改定後】

記載事項	選択式コード	レセプト表示文言
(月の途中から乳幼児加算を算定しなくなった場合) 月の途中まで乳幼児であった旨記載すること。	820100005	月の途中まで乳幼児
(在宅患者訪問診療料(Ⅰ)又は(Ⅱ)を当該月に算定している場合) 当該往診を行った年月日を記載すること。	850100093	往診を行った年月日; (元号)yy"年 "mm"月"dd"日



記載不要

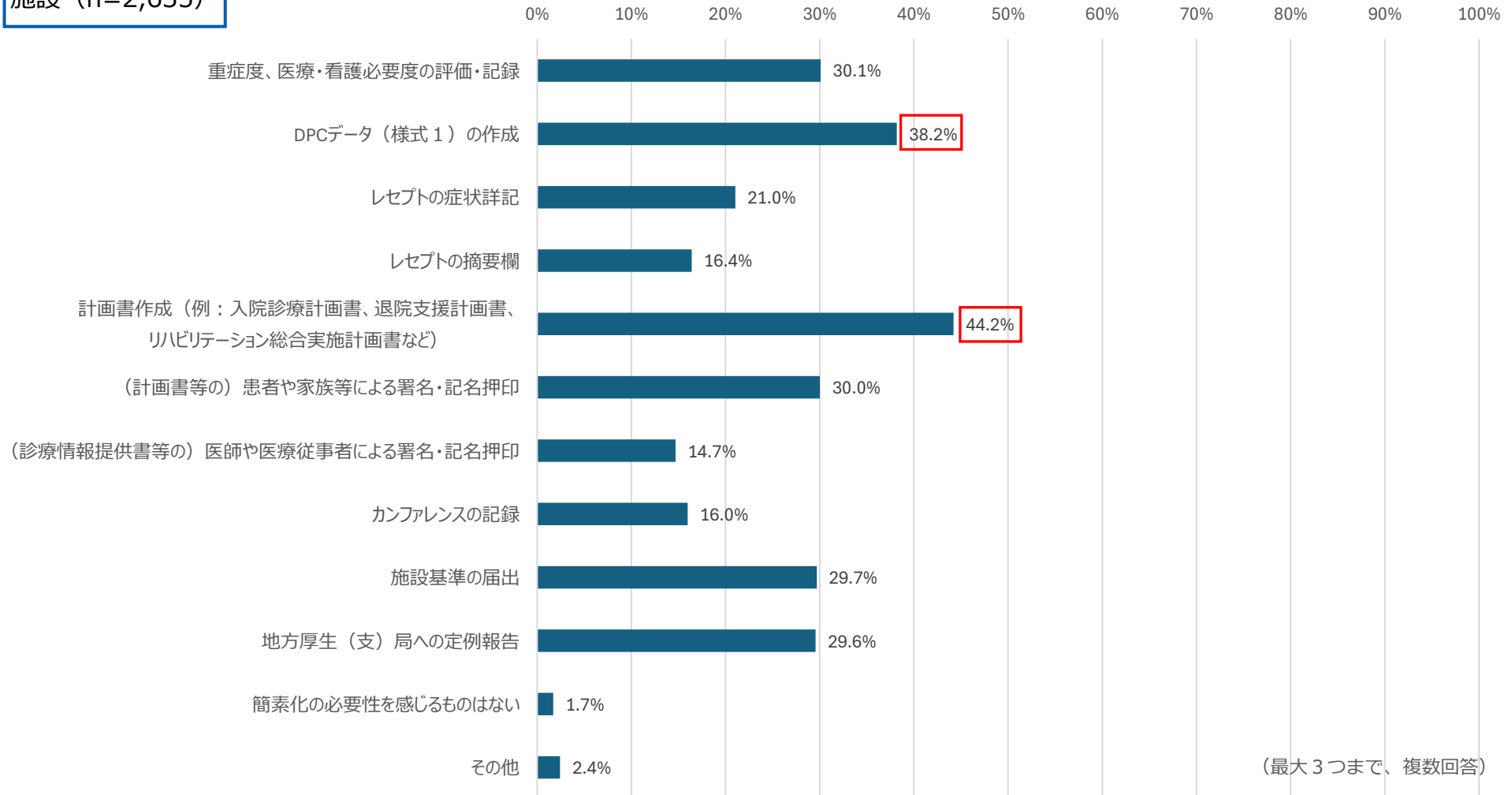
- 施設基準の届出について、現在主に紙で届け出ることとされている施設基準について[電子的な届出を可能にする](#)ことで、医療機関・薬局の届出業務の効率化を行う。

記録や書類作成等の業務で簡素化の必要性があるもの（施設）

診調組 入-1
7.8.28改

- 施設として、診療報酬上求められる記録や書類作成等の業務で簡素化の必要性があるものは、「計画書作成」が最も多く（44.2%）、次いで「DPCデータ（様式1）の作成」が多かった（38.2%）。

施設（n=2,635）

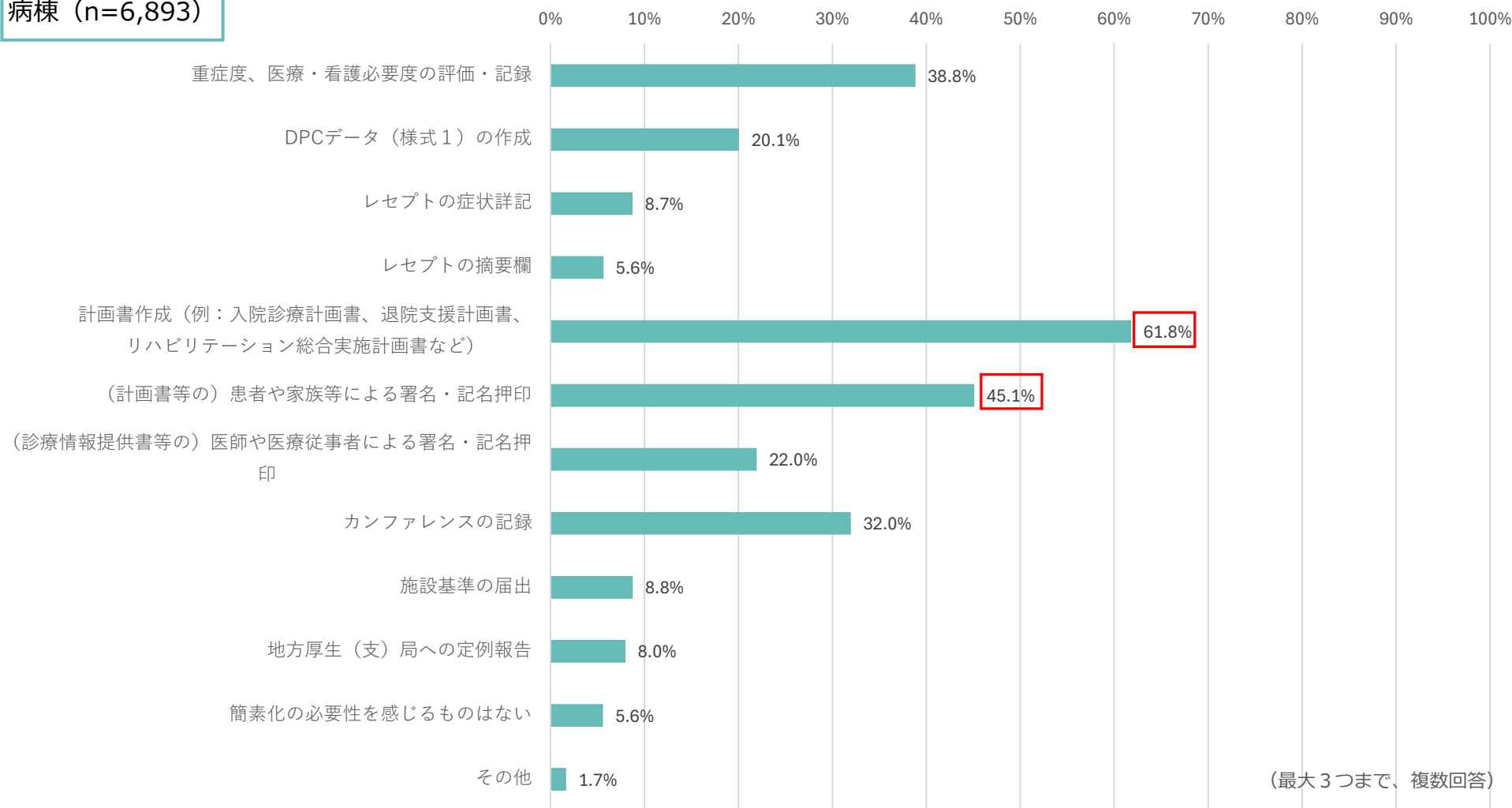


（最大3つまで、複数回答）

記録や書類作成等の業務で簡素化の必要性があるもの（病棟）

- 特に病棟において簡素化の必要性があるものとしては、「計画書作成」が最も多く（61.8%）、次いで「（計画書等の）患者や家族等による署名・記名押印」が多かった（45.1%）。

病棟（n=6,893）



規制改革推進に関する答申～利用者起点の社会変革～（抜粋）

- 規制改革推進に関する答申において、医療機関等又は医師等の負担軽減の観点から、診療報酬上の書面について、署名又は記名・押印を不要とすること等の可否の検討が求められている。

規制改革推進に関する答申～利用者起点の社会変革～ 抜粋（令和6年5月31日 規制改革推進会議）

（6）健康・医療・介護

（iii）医療・介護等分野における基盤整備・強化

イ 診療報酬上の書面要件の廃止・デジタル化

【a：措置済み、b,c：令和6年検討開始、令和7年度結論・措置】

- a 厚生労働省は、診療報酬の算定要件として書面での検査結果その他の書面の作成又は書面を用いた情報提供等が必要とされる項目の全てについて、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」遵守を前提に、「構造改革のためのデジタル原則」（令和3年12月22日デジタル臨時行政調査会）に倣い、電磁的方法による作成又は電磁的方法での情報提供が可能であることについて明確化する。
- B 厚生労働省は、医療機関等又は医師等の負担軽減の観点から、診療報酬上の書面のうち、以下の事項について、検討し、必要に応じて、見直す。
 - ・ 署名又は記名・押印を要する文書（診療情報提供書、療養・就労両立支援指導料の主治医意見書等）について、署名又は記名・押印を不要とすること等の可否。
 - ・ 電磁的方法による作成又は電磁的方法での情報提供を行う場合において、電子署名を不要とすること等の可否。
- C 厚生労働省は、診療報酬に関し、厚生労働省が発出する疑義解釈については、ファイル形式による電子データにより厚生労働省ホームページに掲載されているが、医療分野における透明性及び公正性の一層の確保及び利用者の利便性向上の観点から、地方厚生局等に寄せられる疑義を幅広く踏まえて、疑義解釈を示すとともに、厚生労働省が発出する疑義解釈の電子データについて、検索性、一覧性及び視認性をもって確認できるように整理した上で公表する。

診療報酬上、署名又は記名押印を求めている様式（例）

- 診療報酬上、留意事項通知等で署名又は記名押印を求めている様式としては、以下のような例がある。

署名又は記名押印		様式（例）
医師	患者・家族	
○	○	- 入院診療計画書 - リハビリテーション実施計画書 - 目標設定等支援・管理シート - 職場復帰の可否等についての主治医意見書 - 短期滞在手術等同意書
○	—	- 診療情報提供書 - 訪問看護指示書 在宅患者訪問点滴注射指示書 - 介護職員等喀痰吸引等指示書
—	○	- 緩和ケア実施計画書 - 生活習慣病療養計画書 - 認知症療養計画書 「地域包括診療加算」・「認知症地域包括診療加算」に関する同意書
<参考> 記名のみ		- 退院証明書 - 栄養管理計画書 - 精神科リエゾンチーム診療実施計画書

※署名又は記名押印を要する文書については、電子的な署名を含む。

入院診療計画書等

- 入院診療計画書や退院支援計画書の様式には署名欄が設けられており、主治医や患者又はその家族等の署名が必要である。
- 入院支援計画書は全ての入院患者に作成し説明に用いた文書は患者に交付するとともに、その写しを診療録に添付する必要がある。

【入院診療計画書（別紙2）】

別紙2

入院診療計画書

(患者氏名) _____ 印

年 月 日

病棟（病室）	
主治医以外の担当者名	
在宅復帰支援担当者名 *	
病名 (他に考え得る病名)	
症 状	
治 療 計 画	
検査内容及び日程	
手術内容及び日程	
推定される入院期間	
特別な栄養管理の必要性	有 ・ 無 (どちらかに○)
そ の 他 ・看護計画 ・リハビリテーション 等の計画	
在宅復帰支援計画 *	
総合的な機能評価 ◇	

注1) 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものである。

注2) 入院期間については、現時点で予想されるものである。

注3) *印は、地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）を算定する患者にとっては必ず記入すること。

注4) ◇印は、総合的な機能評価を行った患者について、評価結果を記載すること。

注5) 特別な栄養管理の必要性については、電子カルテ等、様式の変更が直ちにできない場合、その他欄に記載してもよい。

(主治医氏名) _____ 印

(本人・家族) _____

- 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（通知）

別添2 入院基本料等の施設基準等より抜粋

入院診療計画の基準

- ・ 入院の際に、医師、看護師、その他必要に応じ関係職種が共同して総合的な診療計画を策定し、患者に対し、別添6の別紙2又は別紙2の3を参考として、文書により病名、症状、治療計画、検査内容及び日程、手術内容及び日程、推定される入院期間等について、入院後7日以内に説明を行うこと。ただし、高齢者医療確保法の規定による療養の給付を提供する場合の療養病棟における入院診療計画については、別添6の別紙2の2を参考にすること。なお、当該様式にかかわらず、入院中から退院後の生活がイメージできるような内容であり、年月日、経過、達成目標、日ごとの治療、処置、検査、活動・安静度、リハビリ、食事、清潔、排泄、特別な栄養管理の必要性の有無、教育・指導（栄養・服薬）・説明、退院後の治療計画、退院後の療養上の留意点が電子カルテなどに組み込まれ、これらを活用し、患者に対し、文書により説明が行われている場合には、各保険医療機関が使用している様式で差し支えない。
- ・ 説明に用いた文書は、患者（説明に対して理解できないと認められる患者についてはその家族等）に交付するとともに、その写しを診療録に添付するものとする。

- 疾患別リハビリテーション料の算定にあたっては、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション実施総合計画書の作成が必要である。
- 医師は、患者又はその家族等に対してリハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書の内容を説明の上、交付する必要がある。

第7部 リハビリテーション 通則

4 「H000」心大血管疾患リハビリテーション料、「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料、「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料、「H002」運動器リハビリテーション料及び「H003」呼吸器リハビリテーション料（以下この部において「疾患別リハビリテーション料」という。）に掲げるリハビリテーション（以下この部において「疾患別リハビリテーション」という。）の実施に当たっては、**医師は定期的な機能検査等をもとに、その効果判定を行い、別紙様式21を参考にしたリハビリテーション実施計画書をリハビリテーション開始後原則として7日以内、遅くとも14日以内に作成する必要がある。**また、リハビリテーション実施計画書の作成時及びその後（疾患別リハビリテーション料の各規定の「注5」並びに「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料、「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料及び「H002」運動器リハビリテーション料の「注6」にそれぞれ規定する場合を含む。）3か月に1回以上（特段の定めのある場合を除く。）、**患者又はその家族等に対して当該リハビリテーション実施計画書の内容を説明の上交付する**とともに、その写しを診療録に添付すること。

- 令和2年3月31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1）」（抜粋）

問 120 リハビリテーション総合実施計画書を作成した場合は、リハビリテーション実施計画書として取り扱うことでよい。

（答）従前のとおり、作成したリハビリテーション総合実施計画書については、**リハビリテーション実施計画書として取り扱う**こととして差し支えない。

問 121 多職種協働で作成しリハビリテーション実施計画書の説明に関して、理学療法士等のリハスタッフが患者や家族に説明を行い、同意を得ることでよい。

（答）**医師による説明が必要である。**

- リハビリテーションに関する計画書の様式は複数あり、重複する項目が多い。
- いずれの様式においても署名欄が設けられており、説明者や患者又はその家族等の署名が必要である。

[illegible]

- 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)
 - ・ 別紙様式21 リハビリテーション実施計画書
 - ・ 別紙様式21の6 リハビリテーション実施計画書
 - ・ 別紙様式23 リハビリテーション実施計画書
- 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
(通知)
 - ・ 別紙19 リハビリテーション総合実施計画書
 - ・ 別紙20 リハビリテーション総合実施計画書

リハ担当医 _____ 主治医 _____ 理学療法士 _____ 作業療法士 _____ 言語聴覚士 _____ 看護師 _____ 管理栄養士 _____ 社会福祉士 _____ 説明者署名 _____	説明を受けた人: 本人、家族() 説明日: 年 月 日 署名 _____
---	--

やむを得ない理由がある場合に限り、計画書の内容等を説明した上で、説明内容及びリハビリテーションの継続について同意を得た旨を診療録に記載することにより、患者又はその家族等の署名を求めなくても差し支えないこととされている。

様式 1 において入力を求めるデータについて

診調組 入-2
7. 8. 28

- DPCデータ及び外来・在宅・リハビリデータ（以下「DPCデータ等」という）の様式 1 において入力を求めているデータのうち、主として診療報酬改定のために必要な情報の中には、入院全期間の評価が必要な項目や、検査値等、入力の負荷が特に大きいと考えられるものが一定数存在する。

【DPCデータ】

大分類	中分類	具体例
主として診療報酬改定のために収集する情報	入力の負荷が特に大きいもの （入院全期間の評価が必要なもの 等）	障害福祉サービス等事業所との面談回数、作業療法士による個別作業療法の実施回数
	入力の負荷が中程度のもの （特定の時点における評価が必要なもの 等）	入院時のADL、様式 1 開始日時点の低栄養の有無
	入力の負荷が小さいもの （一般的な診療において収集される情報 等）	生年月日、性別
診断群分類の検討等のために収集する情報	-	解離性大動脈解離におけるStanfordA/B型、急性心不全におけるKillip分類
医療の質に関する情報（任意※）	-	転棟・転落回数、手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与

【外来・在宅・リハビリデータ】

大分類	中分類	具体例
主として診療報酬改定のために収集する情報	入力の負荷が特に大きいもの （検査値等、経時的に評価を行う必要がある情報 等）	LDLコレステロール・HbA1c値（外来）、ブリストルスケール（在宅）
	入力の負荷が中程度のもの （イベントの発生時点における評価が必要なもの 一度評価を行えば原則として再評価が不要なもの 等）	直近の救急受診（在宅）、人工肛門の有無（在宅）
	入力の負荷が小さいもの （一般的な診療において収集される情報 等）	生年月日、性別

※ 入力は必須ではないが、DPC/PDPSにおける機能評価係数Ⅱの評価対象となる。

現状と課題

（記録や書類作成等の業務の簡素化）

- 累次の改定で、医療機関における業務の効率化の観点から、会議や記録、届出事務等の簡素化を行ってきた。
- 施設として、診療報酬上求められる記録や書類作成等の業務で簡素化の必要性があるものは、「計画書作成」が最も多く（44.2%）、次いで「DPCデータ（様式1）の作成」（38.2%）。特に病棟において簡素化の必要性があるものとしては、「計画書作成」が最も多く（61.8%）、次いで「（計画書等の）患者や家族等による署名・記名押印」（45.1%）だった。
- 規制改革推進に関する答申において、医療機関等又は医師等の負担軽減の観点から、診療報酬上の書面について、署名又は記名・押印を不要とすること等の可否の検討が求められている。
- 入院診療計画書や退院支援計画書の様式には署名欄が設けられている。入院支援計画書は全ての入院患者に作成し説明に用いた文書は患者に交付するとともに、その写しを診療録に添付する必要がある。
- リハビリテーションに関する計画書の様式は複数あり、重複する項目が多い。いずれの様式においても署名欄が設けられており、説明者や患者又はその家族等の署名が必要である。
- DPCデータ等の様式1において入力を求めているデータのうち、主として診療報酬改定のために必要な情報の中には、入院全期間の評価が必要な項目や、検査値等、入力の負荷が特に大きいと考えられるものが一定数存在する。

【課題】



- 医療DXに対応するための電子化や働き方改革の推進等の観点から、医療機関における記録や書類作成等の業務の簡素化について、現状をどのように評価するか。