

資料 4

2以上の指導管理を行った場合にも、算定可能とする。

医療機器を使った教育指導は医療機関の職員が行うが、機械自体の取り扱い説明や機械のメンテナンスについては、販売(レンタル含む)会社等が患者家族に直接説明できるようにする。

4 検査

D007	ムコ多糖体分画定量(尿中)の保険適用	1,500点(新設)
D007	極長鎖脂肪酸分析(血中)の保険適用	1,000点(新設)
D007	カルニチン分画定量(血中、尿中)	300点(新設)
D	先天性代謝異常検査(尿中有機酸分析) 対象医療機関の拡大	1,200点
D008	血清 25 水酸化ビタミンD測定の新設	700点(新設)
D008	DNAメチレ-ション試験の保険適用	2,800点(新設)
D012	RSウイルス抗原精密測定算定対象の拡大	外来での適用
D200	小児の呼気NO測定試験の保険適用	180点(新設)
D200	乳幼児気道過敏性試験の保険適用	1,000点(新設)
D200	小児のスパイロメーターによる肺機能検査の新設	160点(新設)
D200	喘息運動負荷試験の新設	1,000点(新設)
D215	胎児心エコー検査	1,500点(新設)
D215	脳磁図の保険適用	8,000点(新設)
D	神経学的検査	500点
D287	成長ホルモン分泌刺激試験の月2回までの算定を可能にする。	
D419	その他の検体採取に対する乳幼児加算	100点(新設)

診断穿刺・検体採取料(D400~419)では、ほとんどの項目で、6歳未満の乳幼児の場合に100点の加算が認められているが、「その他の検体採取」には、乳幼児加算が認められていない。他の検体採取と同様に技術と人的資源を要するため、加算を要望する。

5 画像診断

E002 エックス線・核医学・コンピュータ断層撮影診断料の小児加算の年齢群による増点

6 投薬

F000	調剤料の小児加算の新設	6歳未満	50点				
F000	計量混合調剤加算の新設	散剤	50点	水剤	50点	外用剤	30点
F100	F400 処方料、処方箋料	乳幼児加算	6歳未満まで年齢拡大				

7 注射

G001 G004 G005 静脈内注射、点滴注射、中心静脈注射 乳幼児加算の増点

G004 点滴注射の6歳未満における要件緩和

1歳未満では、1日分の輸液量100mL以上を20ml以上にする。

10 処置

小児検査および処置における睡眠導入法	200点(新設)
障害児で睡眠導入法を用いた場合は	250点(新設)

資料 4

一酸化窒素吸入(NO療法)の保険適用

1日 8,300点(新設)

11 手術

手術通則 8 乳幼児・学童・生徒加算の統一

低出生体重児(体重3kgを超えるまで)	200/100
新生児(生後1ヵ月未満)	100/100
乳幼児(1ヵ月以上2歳未満)	80/100
幼児(2歳以上6歳未満)	60/100
学童(6歳以上16歳未満)	40/100

K552-2 両室ペースメーカー移植術の施設基準の緩和

心臓電気生理学的検査	年間50例以上	10例以上
静脈切開法による中心静脈カテーテル留置の保険適用		8,000点(新設)
経皮的肺動脈形成術		22,800点(新設)
経皮的動脈形成術		22,800点(新設)
先天性心疾患術後におけるその他の胸部血管に対する経皮的形成術		22,800点(新設)
経皮的心房中隔欠損作成術(ラッシュキンド法以外)		22,800点(新設)

12 麻酔

L 神経ブロック(ボツリヌス毒素使用)小児脳性麻痺の尖足が対象 600点

小児において心臓カテーテル検査法やカテーテルインターベンションなどを行う場合は、全身麻酔を必要とすることから、麻酔管理料の算定を可能とする。

13 薬剤、他

別書類に記載して要望いたします。

14 その他

- 1) 小児給付率及び年齢の引き上げ 9割給付と対象年齢の18歳までの拡大
- 2) 小児独自の診療報酬体系の構築
- 3) 病(後)児保育への保険適用

厚生労働省保険局医療課
周産期（新生児）医療および小児救急医療の現状についてのヒアリング

【1】平成18年度医療費改定の影響

平成20年3月に日本小児科学会社会保険委員会が作成した「病院小児科の実態および医療費改定における影響調査（医療費改定前後1年間の比較による病院小児科の影響調査）」の概要を示す。

(1) 診療収入

平成17年度に比べて平成18年度は、病院全体として0.3%とほとんど変わらないのに対して、小児科は6.7%の増であった。主として（旧）小児入院医療管理料1および2の引き上げによるものと考えられた。その一方で、小児福祉病院（重症心身障害児や慢性疾患を対象とする病院）や（旧）小児入院医療管理料3を算定する病院ではそれぞれ14.2%、4.3%の減となっていた。また、NICUに関しては大きな変化はなく、一般小児入院診療収入の影響のみを受けていた。

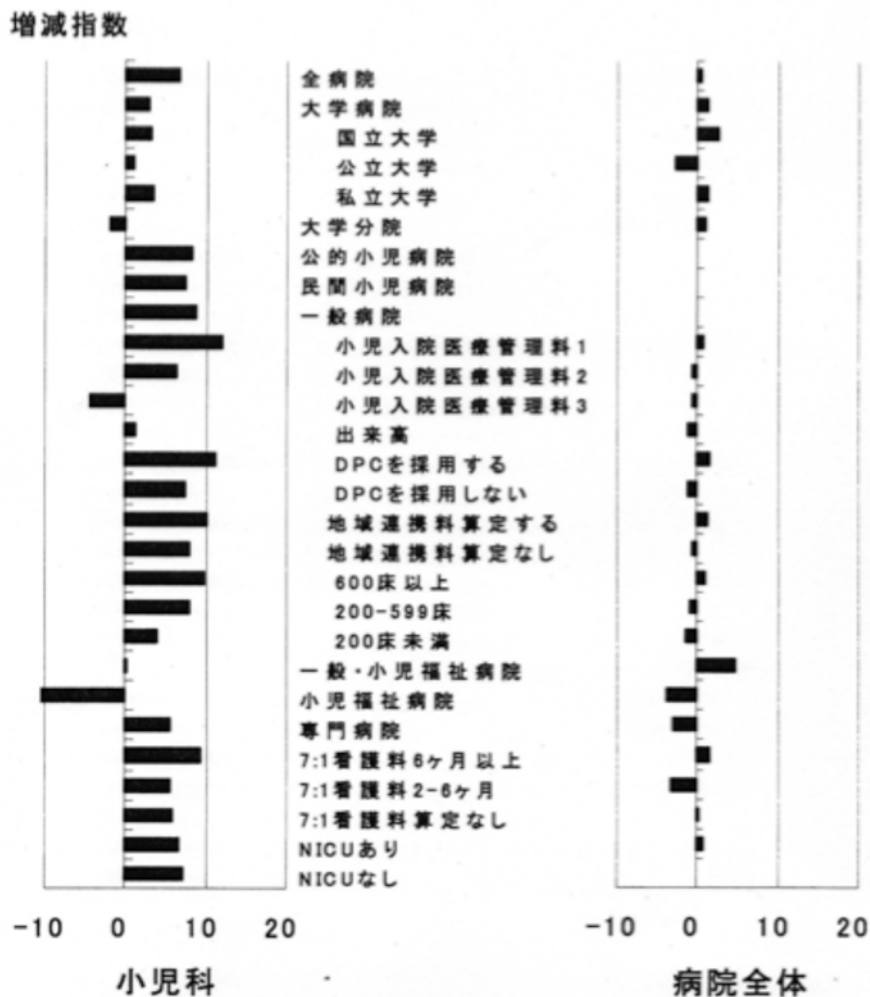


図2 診療収入の平均値の年度比較

(2) 医師数

平成17年度に比べて平成18年度は、病院全体として2.7%、小児科としても4.5%増であった。しかしながら、(旧)小児入院医療管理料3を算定する病院や200床未満の一般病院ではそれぞれ0.7%、3.8%の減となっていた。これは、診療報酬改定の恩恵を受けられなかった影響と思われる(データには示さないが、医師の平均給与にも影響している)。

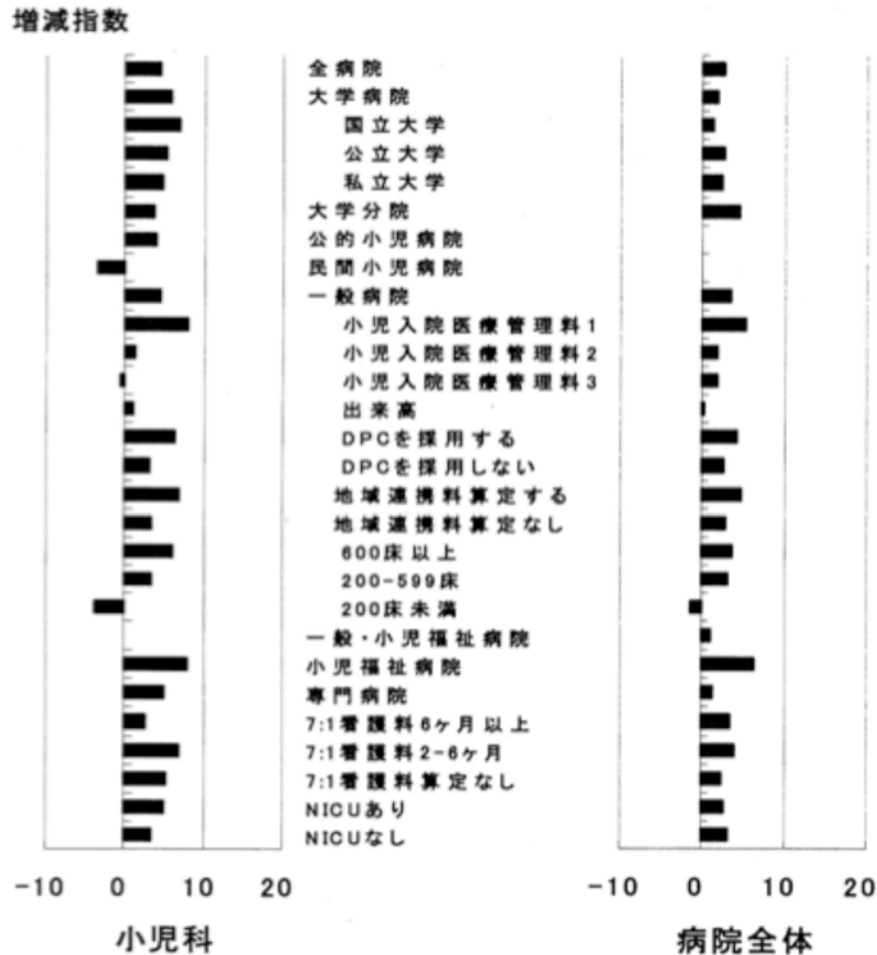


図3 医師数の平均値の年度比較

(3) 医師，看護師の診療収入からみた人件費割合

平成17年度に比べて平成18年度は、病院全体として29.1%から29.7%に微増したのに対し、小児科は35.7%から34.8%にやや減少した。しかしながら、依然として小児科の人件費割合の高い状態が続いている。

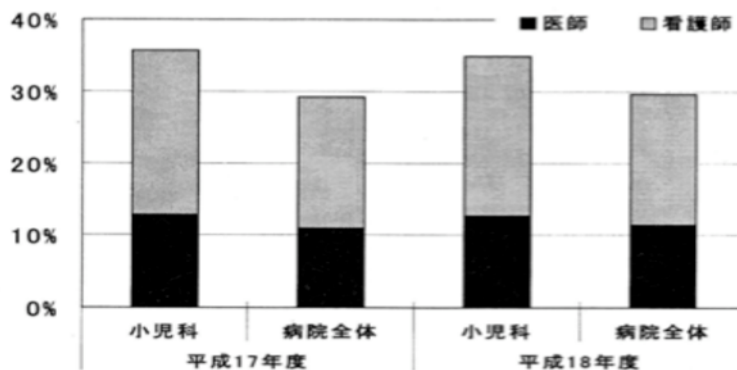


図10 病院における医師看護師の人件費割合

【2】平成20年度医療費改定の影響

平成20年3月に日本小児科学会社会保険委員会が作成した「平成20年4月診療報酬改定による病院小児科への影響について（平成20年6月分のレセプト内容の解析結果）」の概要を示す。サンプル抽出したレセプト内容を改定前の点数表を用いて置換作業を行ない、改定前後で比較した。

（1）入院診療報酬に対する影響

DPC採用病院は対象からはずしている。新設された小児入院医療管理料1を算定する病院のみが大幅な増加になっていたが、他の大部分の病院では減少していた。

	平成19年度を100とした時の差
全体	0.98
小児入院医療管理料1	7.75
小児入院医療管理料2	0.06
小児入院医療管理料3	-0.26
出来高	-0.05
出来高7：1看護	-0.14
出来高10：1看護	0.90
新生児特定集中治療室管理料 算定	0.31
新生児特定集中治療室管理料 非算定	-1.00

（2）外来診療報酬に対する影響

200床未満の病院で、地域連携小児夜間・休日診療料を算定し、院外調剤を算定している病院が最も有利である。

	平成19年度を100とした時の差
全体	-1.21
地域連携小児夜間・休日診療料 採用	0.59
地域連携小児夜間・休日診療料 不採用	-1.94
200床以上	-1.60
200床未満	-0.77
院外調剤	-0.92
院内調剤	-1.84
小児科外来診療料 採用	0.57
小児科外来診療料 不採用	-1.35

【3】3か月以上入院し人工呼吸管理を受けている患者数

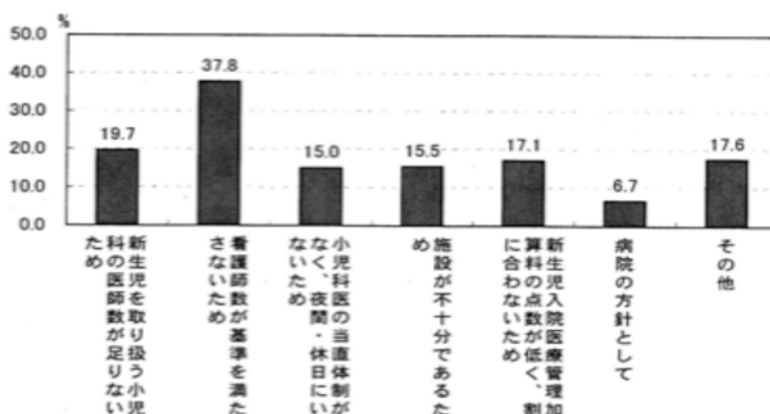
平成21年度に日本小児科学会社会保険委員会が行なっている全国病院調査の結果（中間集計）から、平成20年9月1日時点で入院中の3か月以上人工呼吸管理を受けている患者数を調査した結果を示す。

調査対象 病院数	回答数	回収率	小児科あり	閉鎖・休止	3か月以上人工呼吸管理を受ける人数		
					一般病棟	重心病棟	新生児病棟
3,234	2,992	92.5%	2,383	609	492	239	293

【4】新生児入院医療管理加算について

平成17年3月に日本小児科学会社会保険委員会が作成した「小児医療の診療報酬に関する実態調査報告書」から、新生児入院医療管理加算についての分析結果を示す。調査は平成16年度の診療報酬改定の影響調査の一環として行ない、調査対象331施設のうち200施設から回答があり、算定していたのは7施設で残りの193施設は算定していなかった。算定しない施設の理由を以下に示す。

図表 59 新生児入院医療管理加算を未算定である理由（複数回答、n=193）



【5】まとめ

平成16年度、18年度の診療報酬改定により小児科の診療報酬の改善が図られ、その経済的な問題点は改善されつつあるが医師・看護師数を適正な人数に充足しようという力が加わり、診療収入に占める人件費割合の高さは病院全体と比較して高いという構造的な問題は未だ解決していない。また、度重なる改定で経営状態が改善した施設がある一方で、小規模施設や長期入院を扱う施設などは診療報酬改定の対象からはずされてしまっているため、医師・看護師を増やすことが出来ず小児科の経営そのものが危機に瀕している。

小児の救急医療を担うべき施設のうち、上記のように比較的恵まれた施設ではその運営状況は改善傾向にあると思われるものの、それ以外の施設が経営できない状況にあることが全国各地の小児医療崩壊の一因と考えられる。一般小児救急医療より多くの人材や施設を必要とする新生児医療についてはさらに深刻な状況であろうことは想像に難くない。

また、小児の医療レベルが向上するに従い、入院したまま長期間の人工呼吸管理等の高度医療を受け続ける小児も増加している（調査の時点で全国に1024名）。このような患者さんを受け入れている施設では、医療スタッフの労働負荷が増加するとともに病床稼働にも影響していると推定される。

小児救急医療の充実喫緊の課題であるが、その一方で患者さんの出口ともいえるべき後方受け入れ施設や在宅医療などの充実を同時に図らなければ画餅になってしまう可能性もあると思われる。