

# NICHII 医事ニュース

発行元：事業統括本部 医療関連事業本部 運用企画部 運用企画課

## 主旨

激変する医療界の動向について、医療経営の視点で必要な情報を提供すると共に、医事業務に必要な実務知識の提供をしています

## 今月のトピックス

### 2024年度診療報酬改定について（その3）

7月26日、8月2日に中医協総会にて、次期診療報酬改定の議論が行われました。今回のテーマは、「感染症（その1）」「個別事項（小児周産期）」「医療DX（その2）」です。これまでの経緯から現在の状況、そして同時改定を踏まえた観点からの主な意見の整理がされていますので、7月5日および8月8日発行の医事ニュースに引き続き、主な内容を追っていきましょう。

詳細は、厚生労働省のHPでご確認下さい。

参考：[https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500\\_00197.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00197.html)  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500\\_00199.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00199.html)

## 感染症について

新型コロナウイルス感染症への対応の中で生じた課題を踏まえ、新興感染症等の感染拡大時には、一般病床の活用等の点で広く一般の医療提供体制に大きな影響が生じること、また、機動的に対策を講じられるよう、あらかじめ地域の行政・医療関係者の間で議論・準備を行う必要があることから、医療計画の記載事項に「**新興感染症発生・まん延時の医療**」が追加された。

中医協 総-2  
2023.7.26

## 新興感染症発生・まん延時の医療体制（第8次医療計画の追加のポイント）

### 概要

- 令和3年の医療法改正により「新興感染症発生・まん延時における医療」が追加され、令和4年には感染症法改正により、平時に都道府県と医療機関がその機能・役割に応じた協定(\*)を締結する仕組み等が法定化された。(令和6年4月施行) (\*）病床、発熱外来、自宅療養者等への医療の提供、後方支援、人材派遣
- 新型コロナウイルス感染症対応の教訓を踏まえ、当該対応を念頭に、まずはその最大規模の体制を目指す。協定締結等を通じ、平時から地域における役割分担を踏まえた感染症医療及び通常医療の提供体制の確保を図る。

※ 新興感染症（再興感染症を含む。）は、感染症法の新型インフルエンザ等感染症、指定感染症、新感染症を基本とする。感染症法の予防計画や新型インフルエンザ特措法の行動計画との整合性を図る。

### 新興感染症発生からの一連の対応

※新型コロナウイルス感染症対応の最大規模の体制を、速やかに立ち上げ機能させる。

#### 新興感染症発生～流行初期

- 新興感染症の発生時：まずは特定感染症指定医療機関、第一種感染症指定医療機関、第二種感染症指定医療機関の感染症病床を中心に対応（対応により得られた知見を含む国内外の最新の知見等について、随時収集・周知）
- 新興感染症の発生の公表が行われた流行初期（3か月を基本）：上記の感染症指定医療機関含め、流行初期医療確保措置の対象となる協定を締結した医療機関を中心に対応（1.9万床を想定）

#### 発生から一定期間経過後

- その他の公的医療機関等（対応可能な民間医療機関を含む）も中心となった対応（+1.6万床を想定）とし、発生の公表後6か月を目途に、全ての協定締結医療機関で対応（5.1万床を想定）



### 国及び都道府県の平時からの準備等

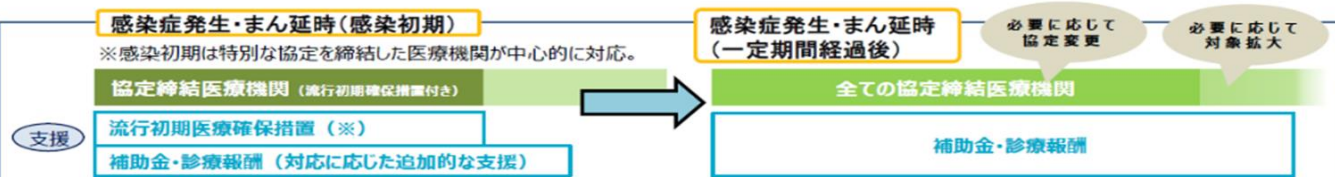
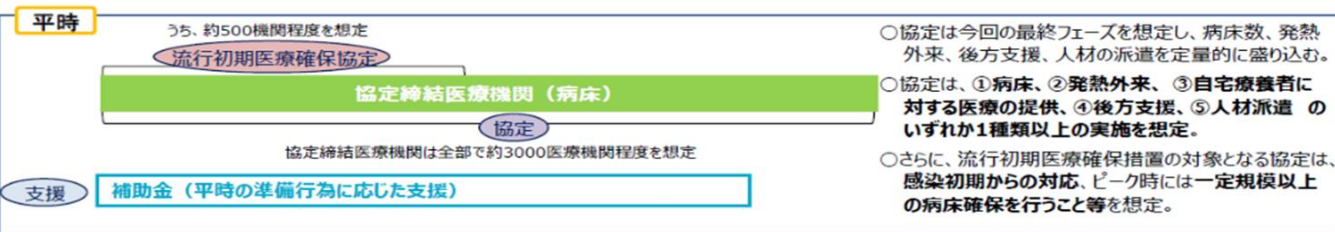
- 新興感染症の特性や対応方法など最新の国内外の知見を収集・判断・機動的な対応
- 協定の締結状況や履行状況等について、患者の適切な選択に資することにも留意し、公表・周知
- 感染症対応を行う人材の育成（医療機関向けの研修・訓練の実施等）を進め、感染症対応能力を強化

令和4年12月に成立した感染症法等の改正により、平時にあらかじめ都道府県と医療機関等がその機能・役割に応じた協定を締結し、新興感染症発生・まん延時にはその協定に基づいて医療を提供する仕組み等が法定化された。第8次医療計画においては、こうした協定締結を進めるとともに、感染症対応を行う人材の育成を行い、対応力を強化することとされている。

中医協 総-2  
2023.7.26

### 都道府県と医療機関の協定の仕組み

- 都道府県知事は、平時に、新興感染症の対応を行う医療機関と協定を行い、感染症対応に係る協定（病床/発熱外来/自宅療養者等に対する医療の提供/後方支援/人材の派遣※）を締結（協定締結医療機関）することとした。※併せてPPE備蓄も位置づけた。
- 協定締結医療機関について、流行初期医療確保措置の対象となる協定を含む協定締結する医療機関（流行初期医療確保措置付き）を設定。
- 全ての医療機関に対して協議に応じる義務を課した上で、協議が調わない場合を想定し、都道府県医療審議会における調整の枠組みを設けた上で、全ての医療機関に対して都道府県医療審議会の意見を尊重する義務を課した。
- 加えて公立・公的医療機関等、特定機能病院、地域医療支援病院にはその機能を踏まえ感染症発生・まん延時に担うべき医療の提供を義務づけ。
- 感染症発生・まん延時に、締結された協定の着実な履行を確保するため、医療機関の開設主体ごとに、協定の履行確保措置を設定。



（※）初動対応は特にハードルが高いことから、履行確保措置とセットで感染流行初期に財政的な支援を行う仕組みを設けた。一定期間の経過により、感染対策や補助金・診療報酬が充実すると考えられることから、以後は補助金・診療報酬のみの対応とする。具体的な期間は、感染症の流行状況や支援スキームの整備状況等を勘案して厚生労働大臣が決定する。

13

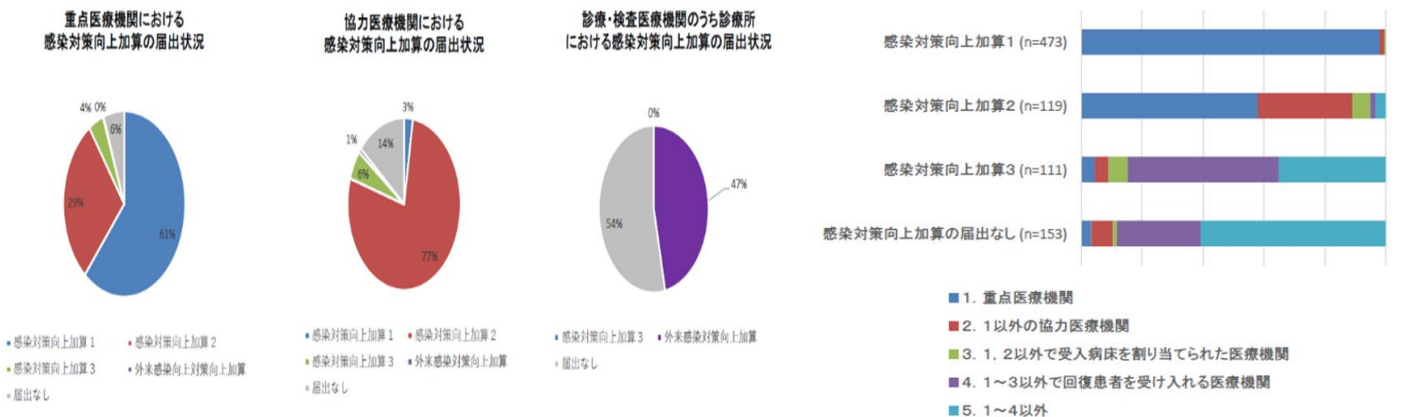
### 重点医療機関、協力医療機関等における感染対策向上加算の届出状況

中医協 総-2  
2023.7.26

- 重点医療機関においては、61%が加算1の届出を、29%が加算2の届出を行っていた。
- 協力医療機関においては、77%が加算2の届出を行っていた。
- 診療・検査医療機関である診療所においては、47%が感染対策向上加算の届出を行っていたが、54%は届出を行っていなかった。

- 一般病棟入院基本料を届け出ている医療機関では、感染対策向上加算2の施設においても、多くが重点医療機関として指定されていた。

一般病棟入院基本料の届出施設における感染対策向上加算の届出状況ごとの重点医療機関等の指定状況  
（令和4年11月1日時点）



出典：保険局医療課調べ（令和5年4月時点における重点・協力医療機関の指定状況と、同月の感染対策向上加算の届出状況（速報値）を突合したものの）

## 重症患者対応体制強化加算

中医協 総-2  
2023.7.26

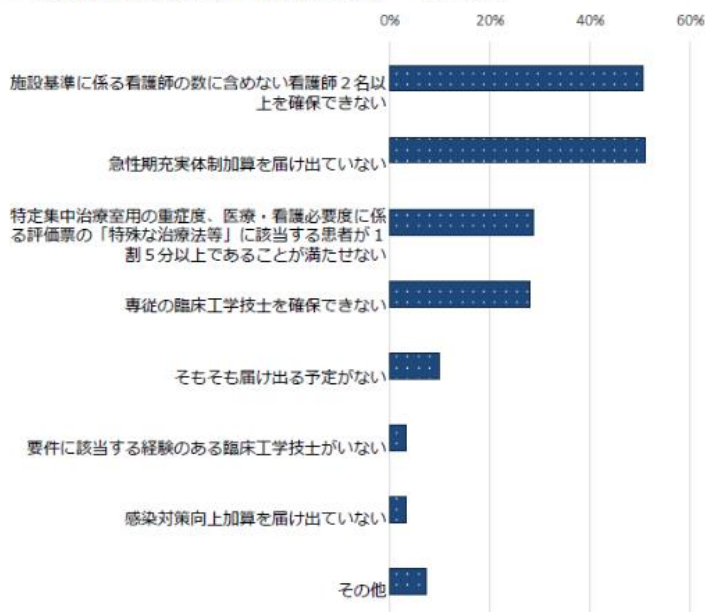
- 重症患者対応体制強化加算を届け出していた治療室は4%であった。
- 届出困難な理由は、「看護師の確保ができない」、「急性期充実体制加算を届け出していない」、「「特殊な治療法等」に該当する患者が1割5分以上であることが満たせない」等が挙げられた。

### ■重症患者対応体制強化加算の届出有無 (n=202)

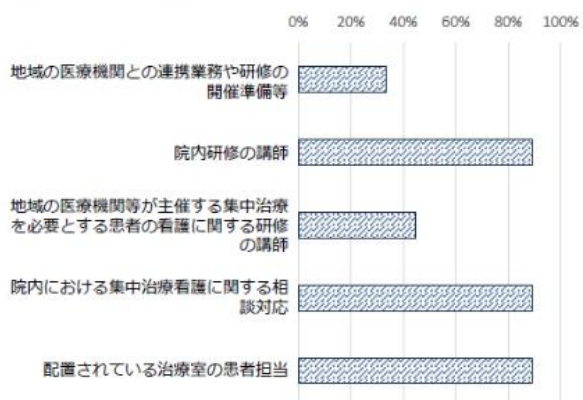
	治療室数	(割合)
届出:無	193	96%
届出:有	9	4%

届出:無

### ■届出が困難な理由 (複数回答) (n=182)



### ■集中治療を必要とする患者の看護に係る研修修了者の具体的な実施業務 (n=9)



出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(治療室票)

77

## 同時報酬改定に向けた意見交換会における 高齢者施設・障害者施設等における感染症対策に係る主な意見

中医協 総-2  
2023.7.26

### (4) 感染症対策について

令和4年診療報酬改定でできた外来感染対策向上加算と同様の仕組みを高齢者施設にも設けるべき。

平時から実効性のあるマニュアルの整備、職員に対する教育研修等が重要。組織の垣根を越えて、高齢者施設・障害者施設が専門人材を有する医療機関から支援や助言が受けられる仕組みが必要。

感染症対策の時限的な取り組みについて、恒常的な感染症対応力強化につながるよう検討すべき。

感染対策は重要であるが、費用対効果や負担の在り方については検討が必要ではないか。

高齢者施設でのクラスター発生に備えた治療薬の備蓄のみでなく、抗原検査キットの提供といった役割を果たすことが薬局にとっては重要である。

感染症法の対象となる感染症と医療提供

新型コロナウイルス感染症への対応においては、入院医療、外来医療、在宅医療等において、適切な感染予防等の観点から診療報酬上の特例として評価がなされている部分があり、こうした特例については、今夏までの医療提供体制の状況等を検証しながら必要な見直しを行い、その上で、令和6年度診療報酬改定において、恒常的な感染症対応への見直しを行うこととされている。特に、高齢者施設における感染症対策の観点からも、医療機関に配置された感染症の専門人材が高齢者施設等に行う助言・支援の重要性が指摘されている。

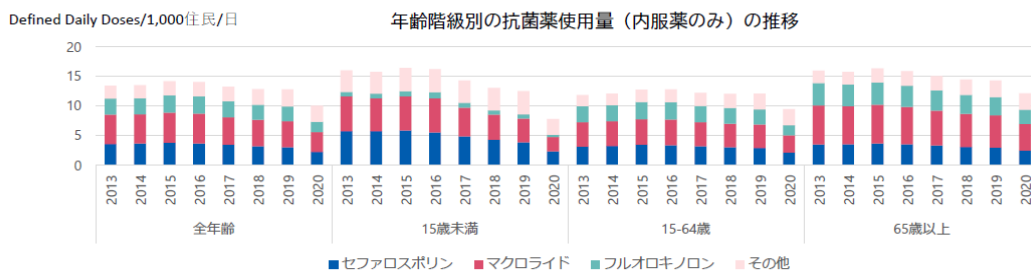
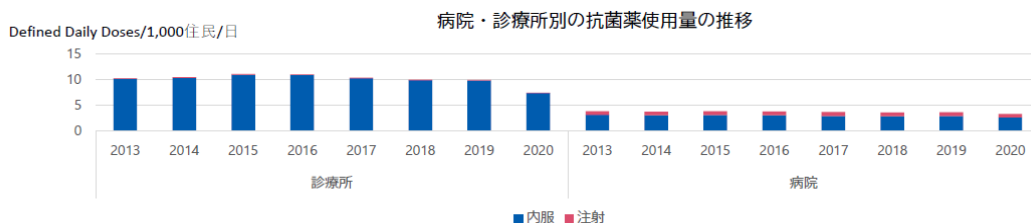
感染症類型	感染症の疾病名等	医療体制	公費負担医療
新感染症	(現在は該当なし)	特定感染症指定医療機関 (国が指定、全国に数ヶ所)	全額公費(※2) (医療保険の適用なし) 負担割合: 国3/4 県1/4
一類感染症	【法】エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘そう、南米出血熱、ペスト、マールブルグ病、ラッサ熱	第一種感染症指定医療機関 (都道府県知事が指定、各都道府県に1ヶ所)	医療保険を適用。 自己負担を公費負担(※2) (自己負担なし) 負担割合: 国3/4 県1/4
二類感染症 (※1)	【法】急性灰白髄炎、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群(病原体がSARSコロナウイルスであるものに限る。)、結核、中東呼吸器症候群(病原体がMERSコロナウイルスであるものに限る。)、鳥インフルエンザ(病原体がインフルエンザウイルスA属インフルエンザAウイルスであってその血清型がH5N1又はH7N9であるものに限る。以下「特定鳥インフルエンザ」という。)	第二種感染症指定医療機関 (二次医療圏に1ヶ所)	
三類感染症	【法】腸管出血性大腸菌感染症、コレラ、細菌性赤痢、腸チフス、パラチフス	一般の医療機関	公費負担なし (医療保険を適用)
四類感染症	【法】E型肝炎、A型肝炎、黄熱、Q熱、狂犬病、炭疽、鳥インフルエンザ(特定鳥インフルエンザを除く。)、ボツリヌス症、マラリア、野兔病 【政令】ウエストナイル熱、エキノコックス症、オウム病、オムスク出血熱、回帰熱、キャサナル森林病、コクシジオイデス症、サル痘、ジカウイルス感染症、重症熱性血小板減少症候群(病原体がフレボウイルス属SFITウイルスであるものに限る。)、腎症候性出血熱、西部ウマ脳炎、ダニ媒介脳炎、チクングニア熱、つつが虫病、デング熱、東部ウマ脳炎、ニパウイルス感染症、日本紅斑熱、日本脳炎、ハンタウイルス肺症候群、Bウイルス病、鼻疽、ブルセラ症、ペネズエラウマ脳炎、ヘンドラウイルス感染症、発しんチフス、ライム病、リッサウイルス感染症、リフトバレー熱、類鼻疽、レジオネラ症、レプトスピラ症、ロッキー山紅斑熱		
五類感染症	【法】インフルエンザ(鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。)、ウイルス性肝炎(E型肝炎及びA型肝炎を除く。)、クリプトスポリジウム症、後天性免疫不全症候群、性器クラミジア感染症、梅毒、麻しん、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症 【省令】アメーバ赤痢、RSウイルス感染症、咽頭結膜熱、A群溶血性レンサ球菌咽頭炎、カルバペネム耐性腸内細菌科細菌感染症、感染性胃腸炎、急性弛緩性麻痺(急性灰白髄炎を除く。)、急性出血性結膜炎、急性脳炎(ウエストナイル脳炎、西部ウマ脳炎、ダニ媒介脳炎、東部ウマ脳炎、日本脳炎、ペネズエラウマ脳炎及びリフトバレー熱を除く。)、クラミジア肺炎(オウム病を除く。)、クロイツフェルト・ヤコブ病、劇症型溶血性レンサ球菌感染症、細菌性髄膜炎、ジアルジア症、新型コロナウイルス感染症(病原体がベータコロナウイルス属のコロナウイルス(令和二年一月に、中華人民共和国から世界保健機関に対して、人に伝染する能力を有することが新たに報告されたものに限る。))であるものに限る。)、侵襲性インフルエンザ菌感染症、侵襲性髄膜炎菌感染症、侵襲性肺炎球菌感染症、水痘、性器ヘルペスウイルス感染症、尖圭コンジローマ、先天性風しん症候群、手足口病、伝染性紅斑、突発性発しん、播種性クリプトコックス症、破傷風、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症、バンコマイシン耐性腸球菌感染症、百日咳、風しん、ペニシリン耐性肺炎球菌感染症、ヘルパンギーナ、マイコプラズマ肺炎、無菌性髄膜炎、薬剤耐性アシネトバクター感染症、薬剤耐性緑膿菌感染症、流行性角結膜炎、流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)、淋菌感染症		
新型インフルエンザ等感染症	【法】新型インフルエンザ、再興型インフルエンザ、新型コロナウイルス感染症、再興型新型コロナウイルス感染症	特定、第一種、第二種感染症指定医療機関	医療保険を適用。 自己負担を公費負担(※2) (自己負担なし) 負担割合: 国3/4 県1/4
指定感染症	【政令】(現在は該当なし) ※政令で指定。1年で失効するが、1回に限り延長可。	一〜三類感染症に準じた措置	

# 薬剤耐性 (AMR) 対策アクションプラン 新旧成果指標と使用量の推移

薬剤耐性対策アクションプランにおいては、微生物の薬剤耐性率や抗菌薬使用量等について目標が定められており、診療報酬においても入院医療における抗菌薬適正使用チームや、外来での抗菌薬適正使用に関する指導に対する評価を設けているが、目標値の達成には至っていない。

ヒトに関するアクションプラン成果指標							
耐性菌の割合 (耐性率) (%)							
2016年-2020年				2020年-2027年			
		2014年	2020年	2020年 (目標値)		2020年	2027年 (目標値)
肺炎球菌のペニシリン非感受性率	髄液検体	47	33.3	15%以下	腸球菌のバンコマイシン耐性感染症の罹患数	135人以下	80人以下 (2019年時点に維持)
	髄液検体以外	2.5	3.5				
大腸菌のフルオロキノロン耐性率		36.1	41.5	25%以下	大腸菌のフルオロキノロン耐性率※1	32	30%以下
黄色ブドウ球菌のメチシリン耐性率		49.1	47.5	20%以下	黄色ブドウ球菌のメチシリン耐性率※1	50	20%以下
緑膿菌のカルバペネム耐性率	イミペネム	19.9	15.9	10%以下	緑膿菌のカルバペネム耐性率※1	7.1	10%以下
	メロペネム	14.4	10.5				
大腸菌のカルバペネム耐性率	イミペネム	0.1	0.1	0.2%以下 (同水準)	大腸菌のカルバペネム耐性率	0.1	0.2%以下 (同水準)
	メロペネム	0.2	0.1				
肺炎桿菌のカルバペネム耐性率	イミペネム	0.3	0.2	0.2%以下 (同水準)	肺炎桿菌のカルバペネム耐性率	0.2	0.2%以下 (同水準)
	メロペネム	0.6	0.4				

※1：2027年の耐性菌の目標値は、保菌の影響を除く観点から黄色ブドウ球菌メチシリン耐性率、緑膿菌カルバペネム耐性率は検体を血液検体、大腸菌フルオロキノロン耐性率は尿検体の耐性率としており、2020年の耐性率が異なる。



- 抗菌薬の使用量 (人口当たり・1日当たり) は、病院よりも診療所で多い。
- 年齢別の使用量 (人口当たり・1日当たり) は、特に15歳未満で減少傾向となっているが、15歳-64歳では減少傾向となっていない。

出典：国立研究開発法人国立国際医療研究センターAMRリファレンスセンター  
匿名レセプト情報・匿名特定健診等情報データベース (NDB) に基づいたサーベイランス 資料より作成

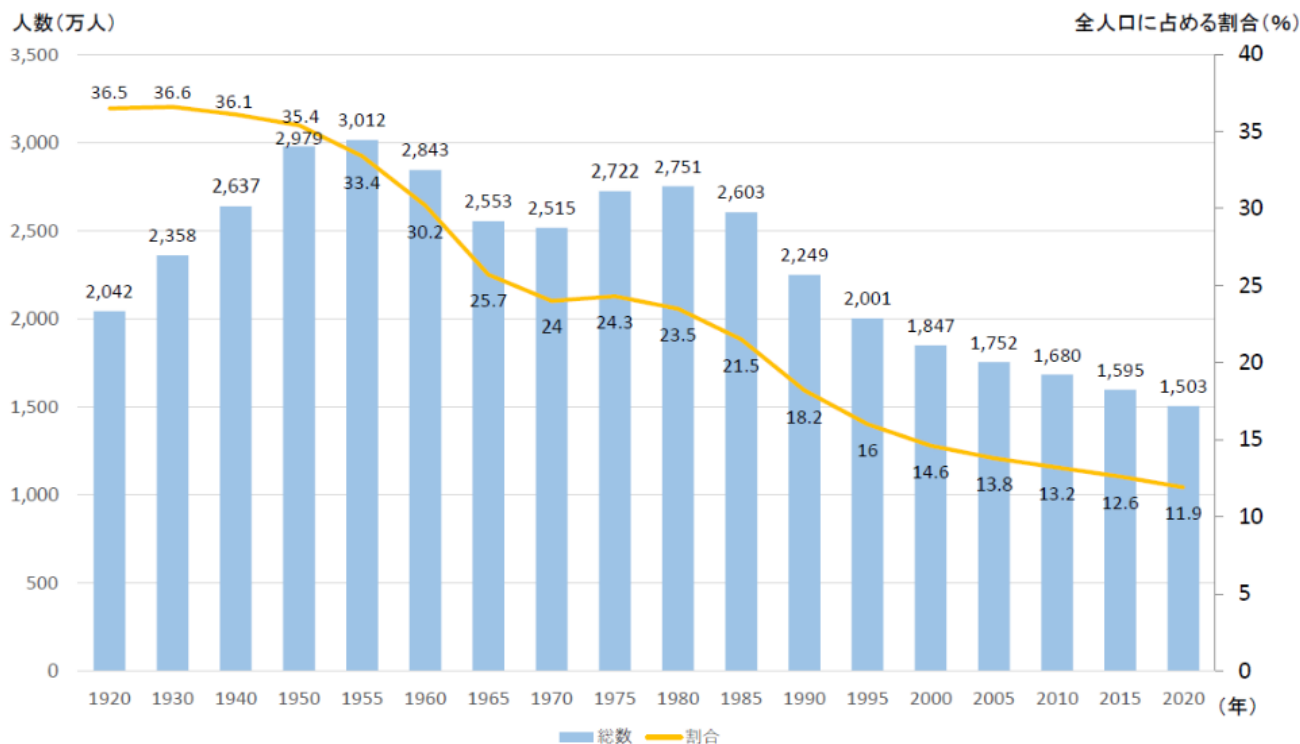
- 新興感染症発生・まん延時における医療を行う体制を機動的に構築する観点から、第8次医療計画等に定められた協定の締結を行う医療機関・薬局・訪問看護事業所における感染対策について、どのように考えるか。
- 新型コロナウイルス感染症を含めた、新興感染症以外の感染症に対する医療について、感染対策に必要な人員確保、個人防護、個室管理、他施設と連携等の観点から、恒常的な感染症対応としてどのように考えるか。
- 薬剤耐性対策について、我が国における現状等を踏まえ、適正な抗菌薬の使用を推進するための評価についてどのように考えるか。

個別事項（小児周産期）について

15歳未満人口の推移

中医協 総-2  
2023.8.2

○ 15歳未満人口は近年減少傾向であり、全人口に占める割合も減少している。



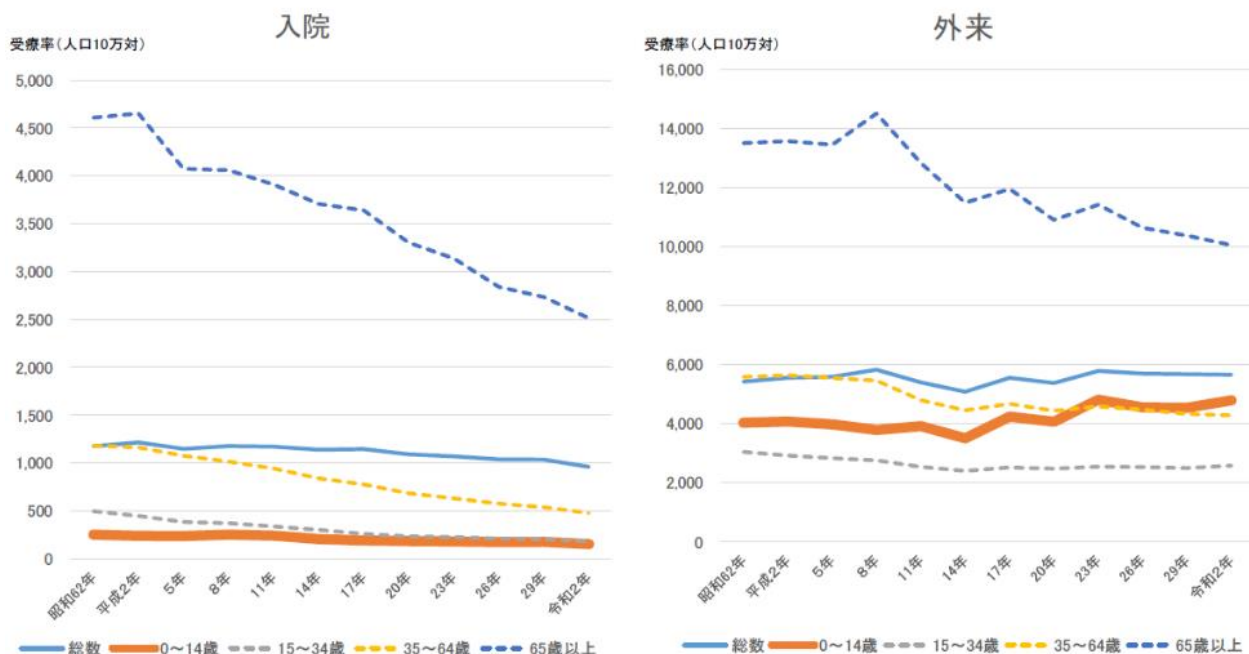
出典: 平成31年4月10日中医協資料総-4より抜粋、総務省統計局国勢調査よりデータ更新

4

年齢階級別にみた受療率（人口10万対）の年次推移

中医協 総-2  
2023.8.2

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

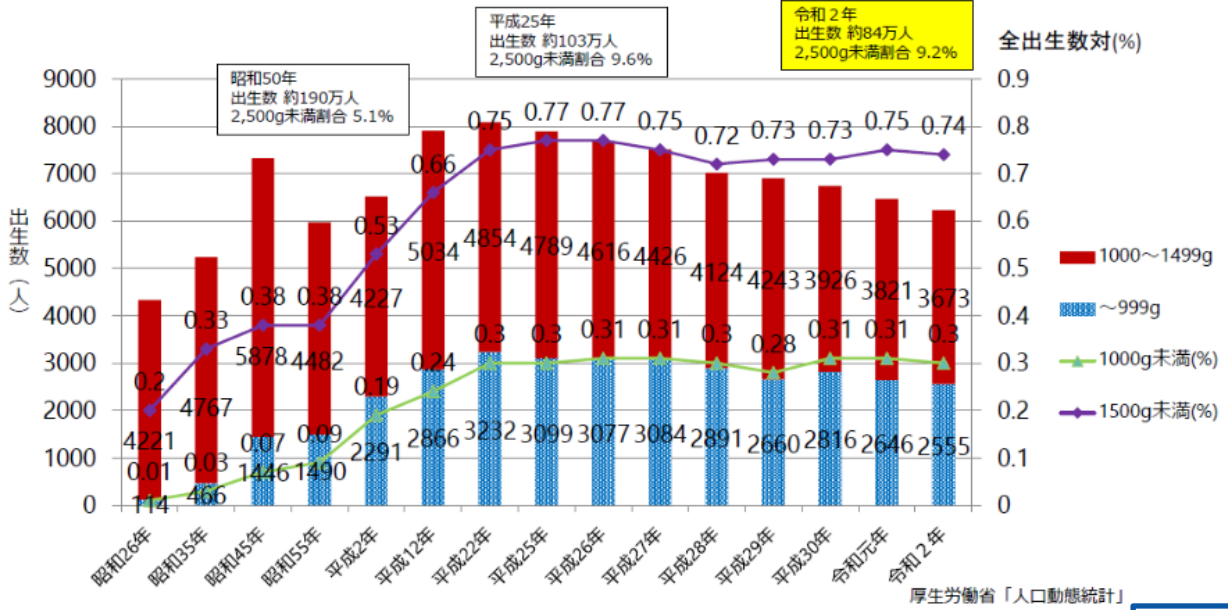


出典: 患者調査(調査月:10月)

7

# 出生時体重別出生数及び出生割合の推移

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



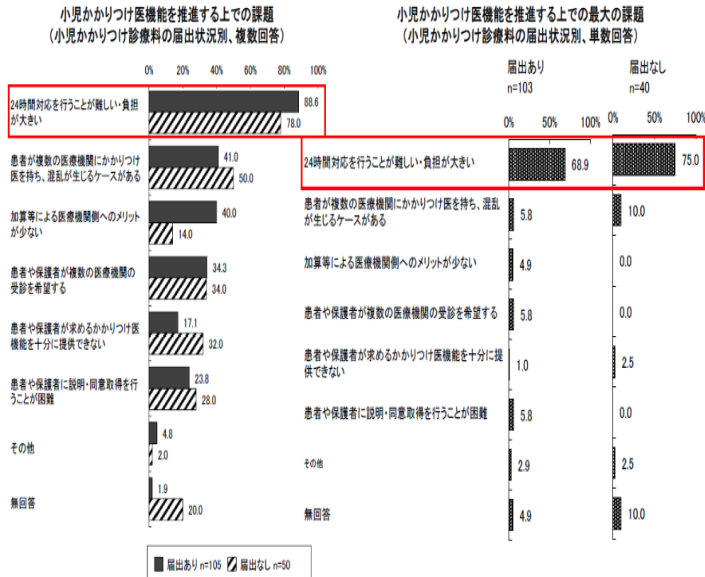
## 小児かかりつけ診療料・小児科外来診療料の算定・届出状況

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



## 小児かかりつけ医機能を推進する上での課題

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

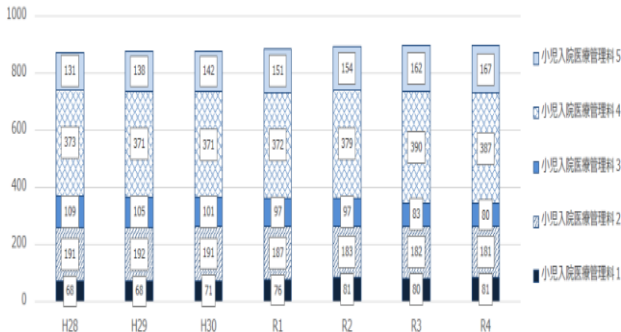


小児の患者の保護者に対して、かかりつけ医に求める役割を聞いたところ、夜間や休日であっても「体調が悪くなった場合に連絡できる」や「緊急時に受け入れるか、受診できる医療機関を紹介してくれる」よりも、「体調が悪くなった場合の対処方法について、あらかじめ助言や指導を行ってくれる」を選択している割合が高かった。

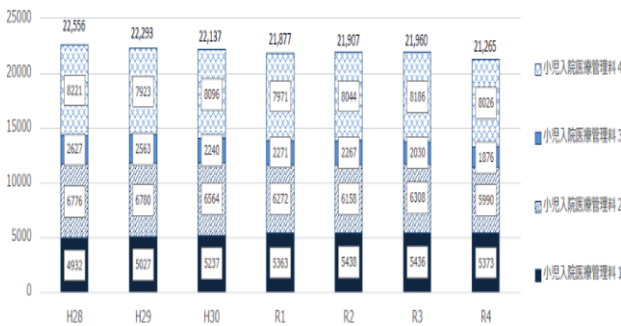
### 小児入院医療管理料の届出医療機関数・病床数の推移

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

#### ■小児入院医療管理料の届出医療機関数の推移



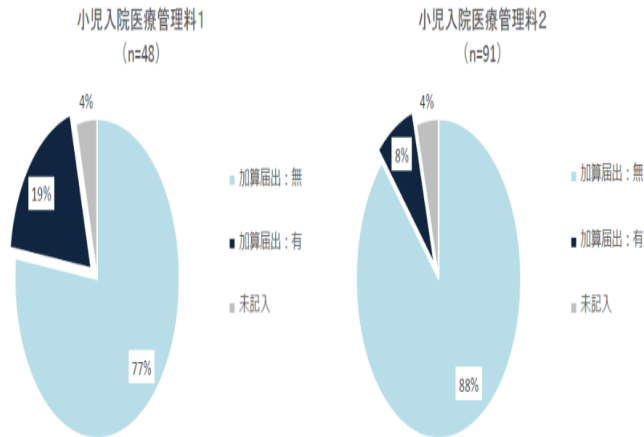
#### ■小児入院医療管理料の届出病床数の推移



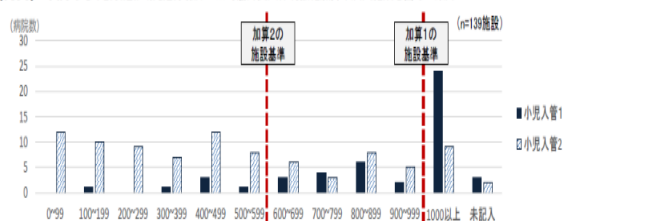
### 時間外受入体制強化加算の届出状況

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

#### ■時間外受入体制強化加算の届出状況



#### ■(再掲) 年間の小児緊急入院患者数



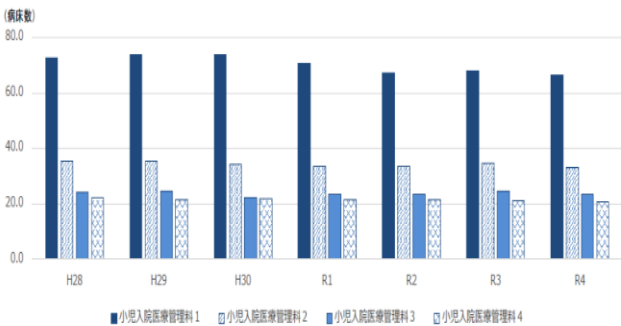
36

出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(施設票(A票))

### 小児入院医療管理料の病床数

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

#### ■小児入院医療管理料届出医療機関あたりの届出病床数



出典: 保険局医療課調べ(各年7月1日の届出状況)

#### ■小児入院医療管理料を届け出る病棟の医療保険届出病床数

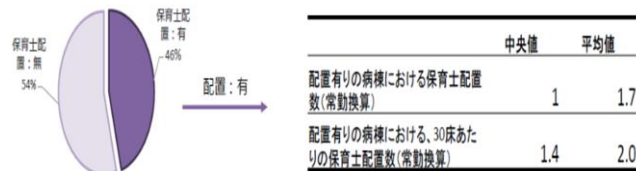
	中央値	平均値
小児入院医療管理料	31	32.5
(参考)急性期一般入院科1	45	43.1

出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(病棟票)

### 小児科病棟における保育士等の職員配置の状況

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

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



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



42

出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(病棟票)

49



# 入院患者の家族等による付添いの実態

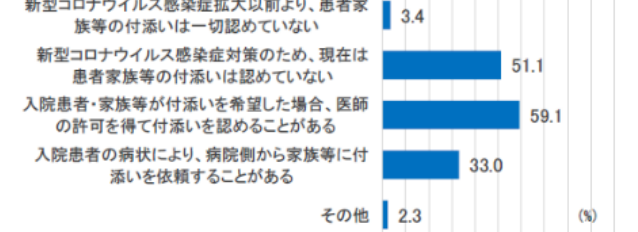
## 1. 主な調査内容

【調査期間：令和3年10月1日~11月30日】

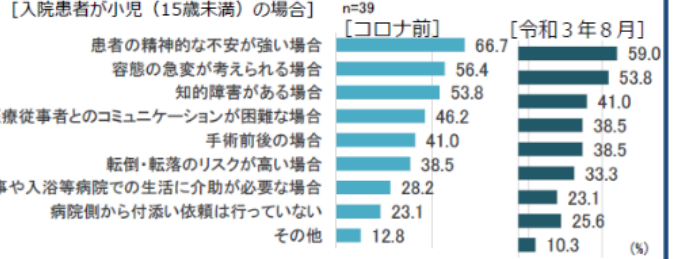
<病院への調査> (300件中89件の回答 [29.7%]) ①入院患者の家族等による付添い状況、②患者及び付添い家族等への説明状況  
 <患者・家族等への調査> (3,000件中41件の回答 [1.37%])  
 ①付き添っている家族(患者)の概要、②病院での付添い状況、病院から受けた説明、付添いにおける心配事 など

## 2. 主な調査結果

### ■入院患者の家族等による付添い状況



### ■病院側から家族等による付添いを依頼する状況 (複数回答)



### ■家族(患者)の付添いにおける心配事や困っていること



### ヒアリング概要

#### 付添いを依頼する状況 (病院ヒアリング)

- 患者が新生児の場合は母親が育児に慣れるために入院付添いを願うことがある。

#### 入院付添い状況 (患者家族等ヒアリング)

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

#### 病院からどのような説明があればよかったか (患者家族等ヒアリング)

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

出典：入院患者の家族等による付添いに関する実態調査 最終報告書(令和4年3月)

- 医療の高度化に伴い、低出生体重児、早産児の死亡率は低下している。
- 新生児特定集中治療室管理料に関しては、令和4年度改定において、慢性肺疾患を伴う低出生体重児に対して、長期の入院による呼吸管理が必要となる実態を踏まえ、新生児特定集中治療室管理料等について算定上限日数を見直しを行った。

## 新生児医療の現状

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

## 新生児特定集中治療室管理料等の算定回数の推移

○ 新生児特定集中治療室管理料の算定回数は横ばいで推移している。

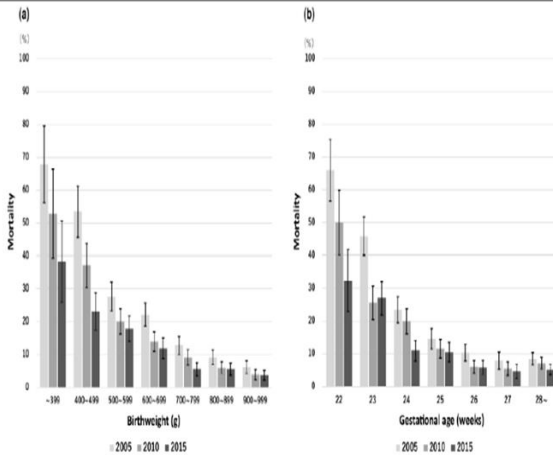
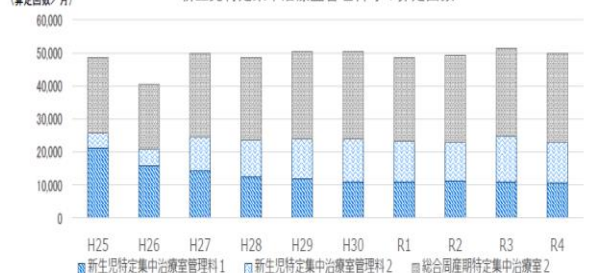


FIGURE 1 Comparison of mortality during NICU stay in 2005, 2010, and 2015, stratified by (a) birthweight and (b) gestational age. Error bar shows 95% confidence interval of mortality.

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

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

### 新生児特定集中治療室管理料等の算定回数



- 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。
- 小児特定集中治療室管理料に関しては、令和4年度改定において、施設基準の実績要件を見直すとともに、手術を必要とする先天性心疾患を有する新生児について、算定上限日数の見直しを行った。

小児特定集中治療室管理料（P I C U）の変遷

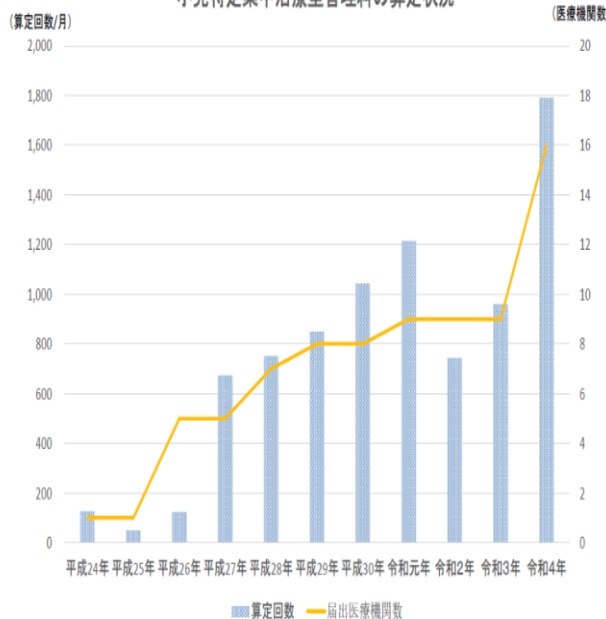
小児特定集中治療室管理料（P I C U）の現状

改定内容 7日以内 8日以上

○ 令和4年度に算定回数、届出医療機関数ともに増加した。

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 62

小児特定集中治療室管理料の算定状況



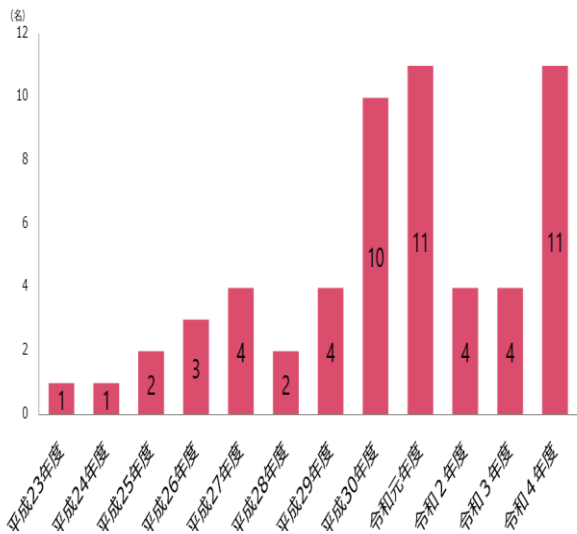
出典：(届出医療機関数)各年度 中医協資料「主な施設基準の届出状況等」  
(算定回数)社会医療行為別統計

15歳未満の脳死下での臓器提供者数と15歳未満の心臓・肺・肝臓の移植術算定状況

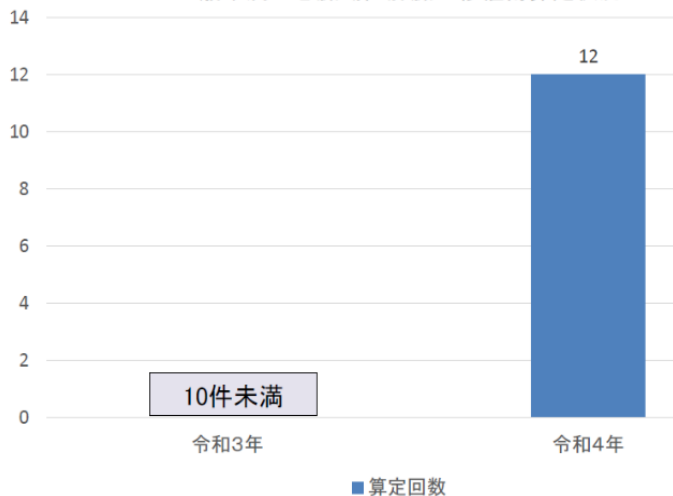
- 臓器移植法改正により15歳未満の脳死下での臓器提供が可能となった平成23年度以降、令和4年度までで累計57例であった。令和5年度は7月6日現在で10例である。

- 令和3年は、10件未満であったが、令和4年には12件と増加した。

15歳未満の臓器提供者数の推移



15歳未満の心臓・肺・肝臓の移植術算定状況



医療的ケア児：

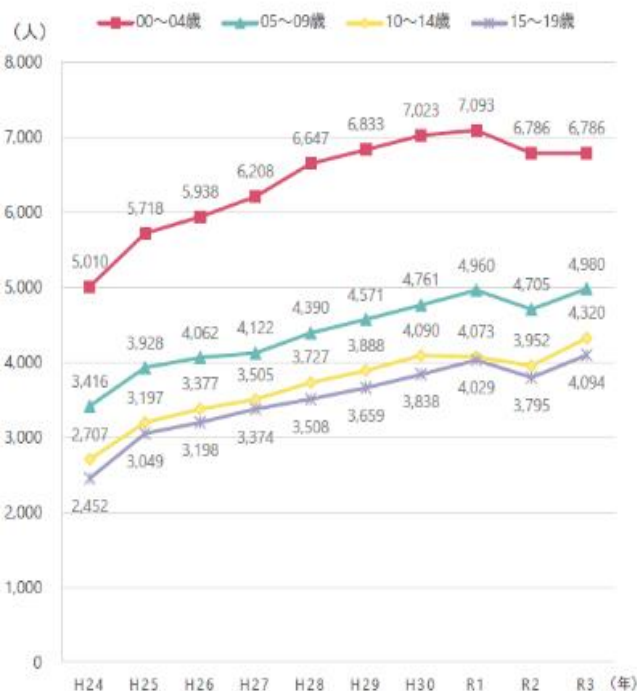
- 医学の進歩を背景として、NICU（新生児特定集中治療室）等に長期入院した後、引き続き人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアが日常的に必要な児童のこと。
- 全国の医療的ケア児（在宅）は、約2万人（推計）である。

年齢階級別の医療的ケア児数等

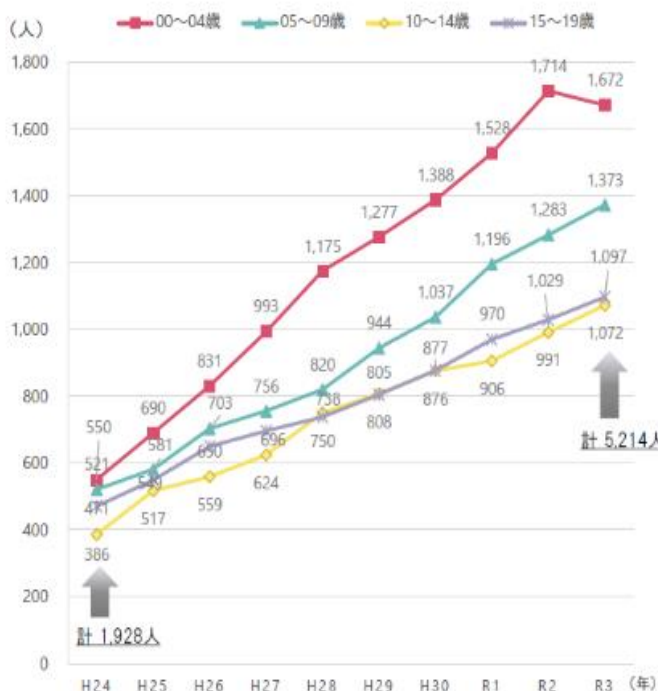
意見交換 資料-3参考-1  
R 5 . 3 . 1 5

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

■ 年齢階級別の医療的ケア児数の年次推移（推計）



■ 年齢階級別の人工呼吸器を必要とする児数※の年次推移（推計）



出典：社会医療診療行為別統計（調査）（各年6月審査分）により厚生労働省障害児・発達障害者支援室で作成

※出典：厚労（「C107 在宅人工呼吸器治療管理」認定者数）

70

同時報酬改定に向けた意見交換会における主な意見

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

3) 医療・介護と障害福祉サービスとの連携

- 医療的ケア児への対応について現場で最も問題となるのはレスパイトケアであり、医療的ケア児のレスパイトに係る必要十分な体制を構築することが重要。

医療的ケア児への支援方針

疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について  
(令和6年国政地道0031第14号)

小児医療の体制構築に係る指針 第2 医療体制の構築に必要な事項

2 目指すべき方向

(4) 療養・療育支援が可能な体制

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

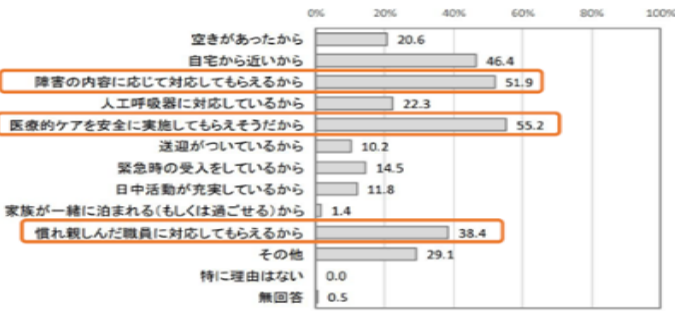


医療計画においては、医療的ケア児が増加する中、対応する医療機関は訪問看護ステーション等との連携や緊急入院・レスパイト受入等の体制を整備することとされている。

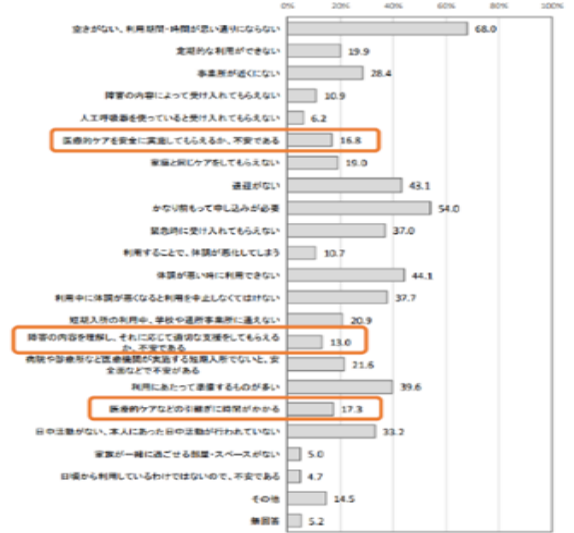
医療型短期入所を利用する上での事業所の選定理由や利用にあたっての不安等

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

■ この事業所を利用した理由 (n=422) (複数回答)



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



【調査概要】  
○ 調査対象  
事業所票：2019年3月に、医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定した短期入所事業所  
利用者票：上記事業所の短期入所サービスを、調査期間中に利用している本人やその家族、もしくは支援されている方  
○ 調査実施期間  
調査票の発送：令和元年9月4日、回収バッチ：令和元年10月31日  
○ 回収状況  
事業所票：配布363件、有効回収数250件 (有効回収率68.9%)  
利用者票：有効回収数422件 (1事業所につき最大5名の利用者を対象に配布)

出典：令和元年度障害者総合福祉推進事業(医療型短期入所のあり方に関する実態調査)

※上記の中で医療サービスに関連したものを枠で囲っている。 75

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

第4期がん対策推進基本計画 (令和5年3月28日閣議決定)  
小児・AYA世代の緩和ケア等に関する記載 (現状・課題、取り組むべき施策の抜粋)

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

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

小児に対する終末期ケア

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

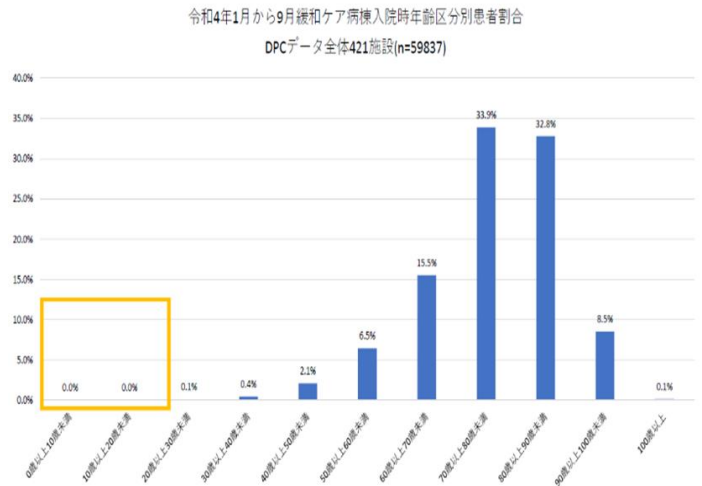
小児がん看護ケアガイドライン 第15章：終末期ケア  
＜ケアの指針＞

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

出典：日本小児がん看護学会：小児がん看護ケアガイドライン2018

緩和ケア病棟に入院する患者の年齢について

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



出典：DPCデータ

(小児医療について)

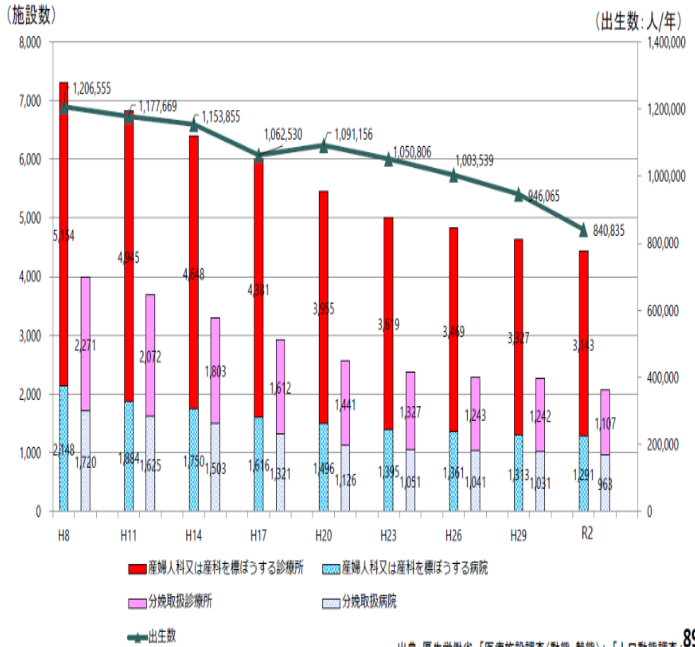
□ 少子化の進展とともに、医療の高度化が進むなか、小児医療の現状を踏まえた上で、外来、入院、高度急性期医療、医療的ケア児、緩和ケアに係る診療報酬の在り方について、どのように考えるか。

医療計画においては、**基幹施設を中心とした医療機関・機能の集約化・重点化を進めるとともに、NICUや専門医などの機能や人材の集約化・重点化などを通じて、総合周産期母子医療センターを中心として、母体又は児のリスクが高い妊娠に対応する体制を構築することとされている。**また、**集約化・重点化により分娩施設までのアクセスが悪化した地域に居住する妊産婦に対して、地域の実情に応じて対策を検討することとされている。**

**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**

第11回第8次医療計画等に關する検討会  
令和4年7月27日 資料1

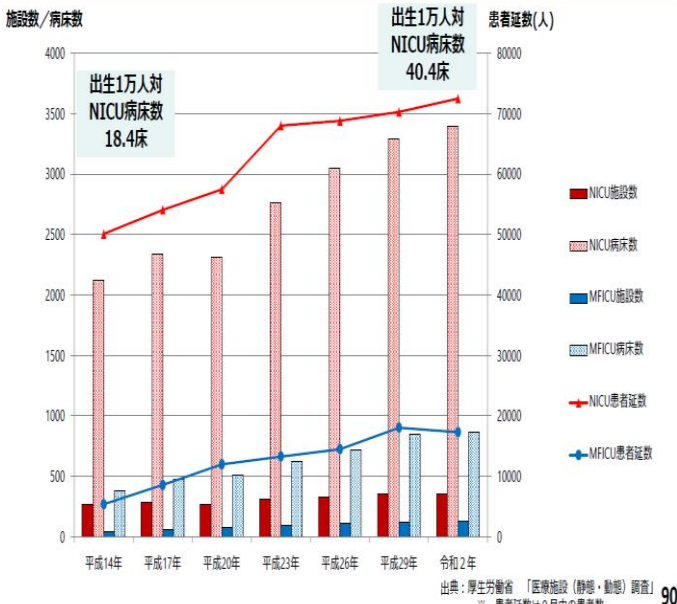
- 産婦人科又は産科を標榜していても、実際に分娩を取り扱うとは限らない。
- 出生数は減少しており、併せて分娩を取り扱う医療機関も減少している。
- 分娩を取り扱っていない施設の割合は、病院において25%、診療所において65%と、診療所の方が高い。



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

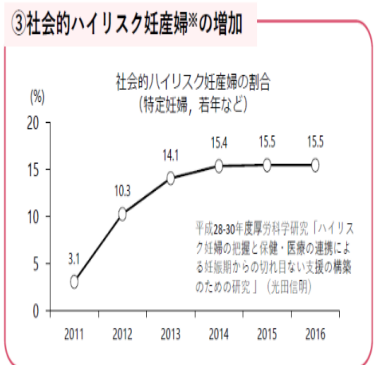
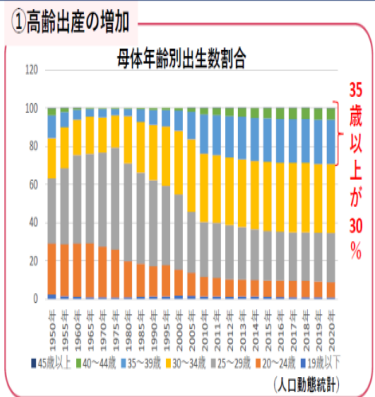
第11回第8次医療計画等に關する検討会  
令和4年7月27日 資料1

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



**ハイリスク妊産婦の増加**

第11回第8次医療計画等に關する検討会  
令和4年7月27日 参考資料4 (一部変更)



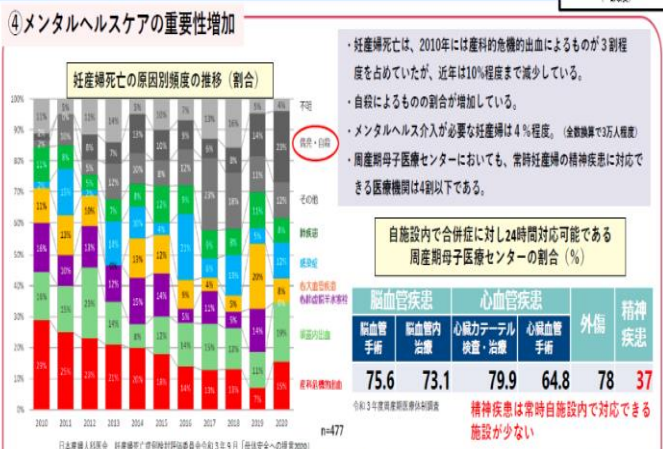
妊婦の高齢化(35歳以上が30%)に伴い、合併症の頻度が増加し3人に1人が何らかのリスクを持つため、ハイリスクな妊産婦、新生児に対応する体制の充実が必要ではないか。

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、特定妊婦等の妊婦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収入基盤が安定しないことや、家族構成が複雑であること等。

**メンタルヘルスケアの重要性**

第11回第8次医療計画等に關する検討会  
令和4年7月27日 参考資料4 (一部変更)



施設ごとの分娩数とメンタルヘルス介入必要割合

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

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

流産、死産等を経験した女性等への支援について、地域で共有し、医療機関への周知を行う等により適切に提供できるようにするべきではないか。

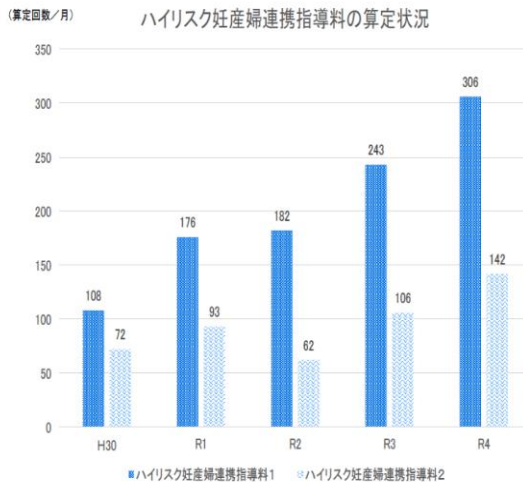
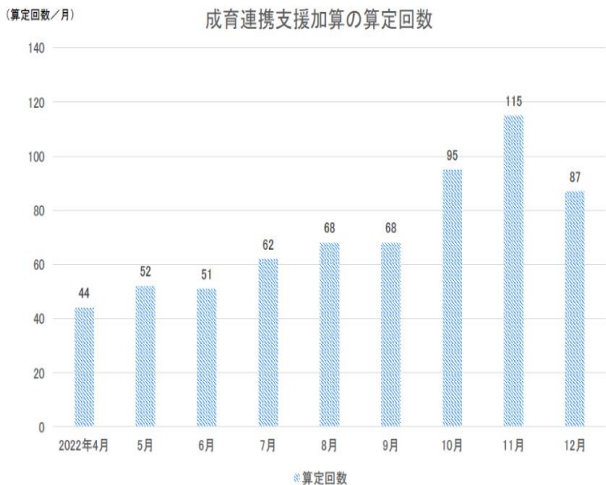
社会的ハイスリスク妊産婦やメンタルヘルス介入を必要とする妊産婦を含めたハイスリスク妊産婦の増加への対応の必要性が指摘されている。診療報酬ではこれまで、ハイスリスク妊娠管理加算、ハイスリスク分娩管理加算やハイスリスク妊産婦連携指導料に加え、複数の診療科等による総合的な入院医療体制について総合入院体制加算により評価を行っている。

成育連携支援加算の算定状況

ハイスリスク妊産婦連携指導料の算定状況

○ 成育連携支援加算の算定回数は以下のとおりであり、増加傾向である。

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



出典：NDB

10 出典：社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）

104

(周産期医療について)

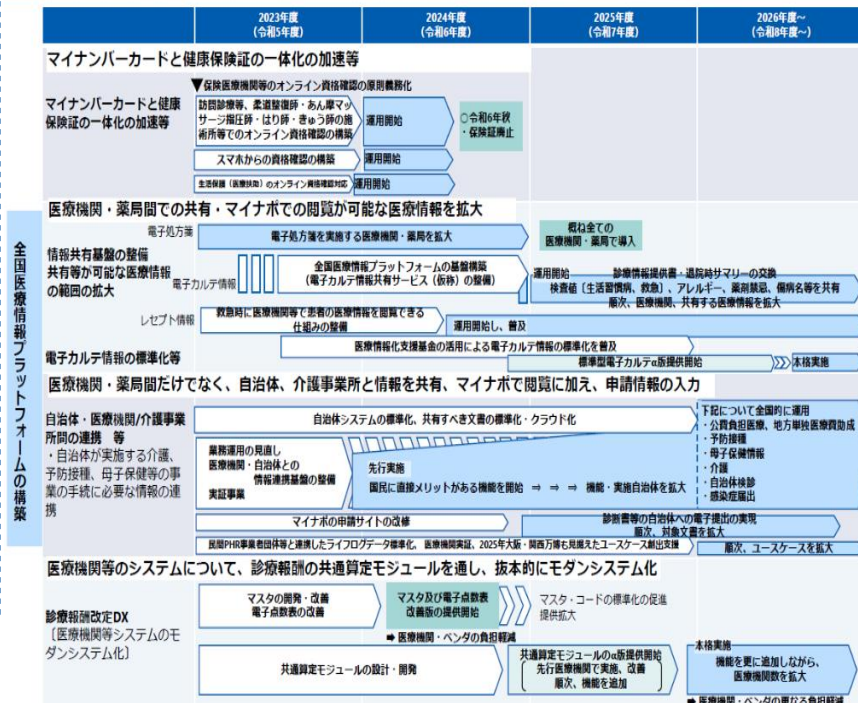
医療機関・機能の集約化が進められるとともに、ハイスリスク妊産婦が増加するなか、良質な周産期医療の提供体制を維持するため、周産期医療に係る診療報酬の在り方について、どのように考えるか。

医療DXについて（その2）

【基本的な考え方】

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

医療DXの推進に関する工程表（全体像）





## 2024年度診療報酬改定の後ろ倒し

8月2日の中医協総会において、厚生労働省は2024年度から、診療報酬の本体改定を2か月後ろ倒しにすることを提案し、了承されました。よって、**診療報酬改定の施行は6月1日**となり、初回のレセプト請求のメ切は7月10日となります。経過措置がある項目は、従来と同じ9月までを基本としています。なお、薬価改定の施行は、例年通り4月1日のままです。

スケジュールをみますと、診療報酬改定の施行日は2か月後ろ倒しになりますが、改定率の決定や答申のスケジュールは、後ろ倒しにせず例年通りとなっています。

後ろ倒しにすることで、2月上旬に行われる中医協答申から、改定年度の初回請求となる、5月10日までの診療報酬請求までをピークとして、短期間に集中しているベンダーの作業負荷が軽減されることが期待されています。

中医協 総-3  
2023.8.2

## 診療報酬改定時期を2ヶ月後ろ倒しした場合のスケジュール（案）

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



2023年4月26日から8月2日までの議論のまとめが「令和6年度診療報酬改定に向けた議論の概要」として、中医協より、8月30日にアップされていますので、合わせて確認しておきましょう。

[https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500\\_00203.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00203.html)



算定 à la carte

GLP-1受容体作動薬の注意喚起について

マンジャロ皮下注やオゼンピック皮下注といったGLP-1受容体作動薬の出荷制限が発表されています。原因は急激な需要増加が予測されたためとされ、製造における不具合発生によるものでないとしています。しかし、世間では、このようなGLP-1受容体作動薬を美容・痩身・ダイエット等で使用するという適応外の使用もネット上で散見され、その影響なのではという憶測も出ています。GLP-1受容体作動薬の中の「ウゴービ皮下注」は、2023年3月に、「肥満症治療薬」として厚生労働省から承認されていますが、その要件は厳しいものとなっています。適正な処方について添付文書等の参考資料をお示しいたします。

マンジャロ皮下注：日本イーライリリー（製造販売元） 田辺三菱製薬（販売元）

添付文書より抜粋

効能・効果	用法・用量	注意事項
<b>2型糖尿病</b>	通常、成人には、チルゼパチドとして週1回5mgを維持用量とし、皮下注射する。ただし、週1回2.5mgから開始し、4週間投与した後、週1回5mgに増量する。 なお、患者の状態に応じて適宜増減するが、週1回5mgで効果不十分な場合は、4週間以上の間隔で2.5mgずつ増量できる。ただし、最大用量は週1回15mgまでとする。	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 本剤は週1回投与する薬剤であり、同一曜日に投与させること。</li> <li>● 本剤の適用は、あらかじめ糖尿病治療の基本である食事療法、運動療法を十分に行った上で効果が不十分な場合に限り考慮すること。</li> </ul>

オゼンピック皮下注：ノボルディクスファーマ

添付文書より抜粋

効能・効果	用法・用量	注意事項
<b>2型糖尿病</b>	通常、成人には、セマグルチド（遺伝子組換え）として週1回0.5mgを維持用量とし、皮下注射する。ただし、週1回0.25mgから開始し、4週間投与した後、週1回0.5mgに増量する。なお、患者の状態に応じて適宜増減するが、週1回0.5mgを4週間以上投与しても効果不十分な場合には、週1回1.0mgまで増量することができる。	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 本剤は週1回投与する薬剤であり、同一曜日に投与させること。</li> <li>● 本剤の適用は、あらかじめ糖尿病治療の基本である食事療法、運動療法を十分に行ったらうえで効果が不十分な場合に限り考慮すること。</li> </ul>

ウゴービ皮下注：ノボルディクスファーマ

添付文書より抜粋

効能・効果	用法・用量	注意事項
<b>肥満症</b>	通常、成人には、セマグルチド（遺伝子組換え）として0.25mgから投与を開始し、週1回皮下注射する。その後は4週間の間隔で、週1回0.5mg、1.0mg、1.7mg及び2.4mgの順に増量し、以降は2.4mgを週1回皮下注射する。なお、患者の状態に応じて適宜減量する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 本剤の適用にあたっては、あらかじめ肥満症治療の基本である食事療法・運動療法を行っても、十分な効果が得られない場合で、薬物治療の対象として適切と判断された患者のみを対象とすること。肥満に関連する健康障害は、臨床試験に組み入れられた患者背景を参考に判断すること。</li> </ul>

2023年4月12日

GLP-1受容体作動薬およびGIP/GLP-1受容体作動薬の適応外使用に関する  
日本糖尿病学会の見解

一般社団法人 日本糖尿病学会

今般、一部のクリニック等において、2型糖尿病治療薬であるGLP-1受容体作動薬やGIP/GLP-1受容体作動薬を、適応外使用である美容・痩身・ダイエット等を目的として自由診療での処方宣伝する医療広告が散見されます。また、肥満症を適応とする新規薬剤の臨床試験では、BMIならびに肥満に関連して有する健康障害についての参加基準が厳格に定められています。

医師とくに本学会員においては、不適切な薬物療法によって患者さんの健康を脅かす危険を常に念頭に置き、誤解を招きかねない不適切な広告表示を厳に戒め、国内承認状況を踏まえた薬剤の適正な処方を行ってください。また、特に本学会専門医による不適切な薬剤使用の推奨は、糖尿病専門医に対する国民の信頼を毀損するもので本学会として認められるものでないことを警告します。

以上