

自殺予防医療
救急医療

5 開業小児科医の実収入と「医療経済実態調査」の内容との相違点

平成19年度「診療所小児科の医療経済実態調査」(日本小児科医会調査)では、「主な標榜科が小児科、医師1人、無床診療所」での「個人」収益は162万円・月、「法人」理事長給与で187万円であった。

一方、同時期に行われた厚労省の「第16回医療経済実態調査」では、「無床診療所、個人、小児科」の収支差額は174万円、「一般診療所、無床、院長」の給与は207万円であり、それぞれ、12万円、20万円少ない。

その原因の一つは、解析件数の相違である。日本小児科医会のそれは355件、後者のそれは、わずか、41件である。

平成21年度「診療所小児科の医療経済実態調査」(日本小児科医会)は、現在解析中であるが、「小児科医1人、無床診療所」(解析数306件)では、「法人、理事長」給与平均は、2,485万円・年、であり、年齢とともに減少している。

6 勤務医と開業医の待遇の差について

厚労省平成21年度の「医療経済実態調査」では、一般的に、勤務医給料123万2千円・月(賞与を含む)、開業医給料208万2千円、と報告されている。

開業医には、租税の外に、開設資金の個人返済、年金に変わる老後積立資金、診療所の継続の機材の購入資金、開業継承のための資金などが必要である。

世界に誇る自由開業医制度により、日本の医療は、OECDの中でも低位の費用で、国民の健康を守ってきた。「診療報酬」という公定価格の適正な設定こそ、国民の安心を得る、最も投資効果の高い国の仕事と考える。

7 外来小児医療の充実のための小児時間外診療

① 「かかりつけ小児科医」として

夜間でも相談に、時には診察

家族の健康管理、感染症予防の指導

② 「小児科特例時間外加算」、「夜間早朝等加算」および「小児科外来診療料」の拡大は、開業小児科診療所の時間外診療促進に有益である。

③ 初期救急医療に従事する小児科開業医を支援する重要な方策の一つは、2次病院における、「空き病床の確保」である。「空き病床」は独立採算を目指す病院側にとっては痛手であり、その為の診療報酬の裏付けがある。

8 地域の「時間外小児救急」の充実のために、開業小児科医が果たしている役割

(資料2、資料3)

- ① 夜間・時間外小児救急センターへの出務
全国各ブロックの例、広島市の例、津市の例、鹿児島県の例
- ② 在宅当番医制度への協力
(社)安佐医師会の例
- ③ 在宅での時間外診療
(コメディカルの協力が無い場合で一)
日曜日開設、
午後8時まで通常診療
公的病院の休院時間帯のカバー(土曜日、早朝)
- ④ #8000小児救急電話相談事業への協力、
- ⑤ 海外在住邦人への電話相談事業への協力

9 次期診療報酬改定に向けての具体的な要望事項(小児救急関連のみ)

(資料4)

- ① 小児救急・地域連携医療の評価
「乳幼児地域連携救急外来加算」の新設
自己の診療所の外で、小児救急医療に携わっている実績に対して
- ② 包括医療からの高点数分の除外規定の新設
シナジス、
「診療情報提供料」など
- ③ 開業小児科外来での、「RSウイルス迅速診断」の点数化
- ④ 「病院小児科空床」に一定の制限を付けて、点数化

10 おわりに

若い開業小児科医の情熱を維持し、意欲を育てる診療報酬体制を!

資料一覧:

資料1 全国都道府県別開業医会員別小児科診療所数(日本小児科医会)

- 資料2 全国5ブロックの小児救急対応状況(日本小児科医会)
- 資料3 「新型インフルエンザ」流行時の#8000の利用状況(広島県)
- 資料4 社会保険診療報酬における小児医療に関する要望書(学会、医会)

資料1 全国都道府県別A会員診療所数

H21.10.29

1	北海道	108
2	青森県	42
3	岩手県	46
4	秋田県	44
5	山形県	35
6	宮城県	81
7	新潟県	83
8	福島県	66
9	栃木県	51
10	茨城県	36
11	埼玉県	115
12	群馬県	105
13	千葉県	105
14	東京都	302
15	神奈川県	167
16	静岡県	131
17	山梨県	26
18	富山県	42
19	石川県	36
20	長野県	50
21	福井県	29
22	愛知県	177
23	岐阜県	64
24	三重県	70
25	滋賀県	40
26	京都府	87
27	大阪府	185
28	奈良県	27
29	兵庫県	215
30	和歌山県	61
31	岡山県	57
32	広島県	138
33	山口県	73
34	鳥取県	31
35	島根県	34
36	香川県	47
37	愛媛県	78
38	徳島県	33
39	高知県	27
40	福岡県	217
41	佐賀県	49
42	熊本県	65
43	大分県	47
44	長崎県	69
45	宮崎県	42
46	鹿児島県	52
47	沖縄県	37
48		0
	合計	3722

(社)日本小児科医会A会員年齢別構成

2009/10/30現在

会員年齢	年齢(才)	会員数 1	会員数 2
30代	30~34	0	22
	35~39	22	
40代	40~44	124	463
	45~49	339	
50代	50~54	594	1325
	55~59	731	
60代	60~64	658	1033
	65~69	375	
70代	70~74	323	564
	75~79	241	
80代	80~84	292	399
	85~89	107	
90代以上	90~	33	33
合計	*	3839	3839

中央社会保険医療協議会・診療報酬基本問題小委員会
平成21年11月6日(金)9:00~
厚労省17階専用19, 19, 20会議室

資料2

「開業小児科医の小児救急医療での活動状況及び新型インフルエンザ対応状況」
各ブロック別解析
(日本小児科医会・小児救急医療委員会)

日本小児科医会小児救急医療委員会が実施した小児救急に関する全国アンケート調査結果を、平成22年度第21回日本小児科医会総会フォーラム(山口市)、平成22年度第113回日本小児科学会学術集会(盛岡市)に発表予定。
(未定稿)

各ブロックにおける小児救急医療情勢の報告

① 北海道ブロック

① 13都市に夜間急病センターがあり夜間時間外患者の受け入れを行っている。

急病センター施設のない郡部地域では病院小児科が24時間、通年で一次・二次救急対応を強いられ負担が大きい。過疎地域では病院小児科の負担軽減のための集約化・重点化は医師不足・施設不足で実施困難である。

② 札幌市の小児救急医療体制は休日在宅当番方式+夜間急病センター方式(一次救急制度)と二次救急当番病院制度(二次救急制度)で運用されている。二次救急施設への時間外患者のコンビニ受診はないが、少ない病院小児科医師数、少ない病床数で二次救急当番を実施しなければならず負担は大きい(小児科医64名、病床330床、12病院)。

③ 札幌、旭川、函館を除く地方都市や郡部過疎地域では病院小児科医も開業小児科医も少ないため小児科医だけによる小児救急診療体制の維持は困難である。他科の医師の診療参加がなければ小児救急医療体制の維持は不可能である。このため小児科医会は、他科医師のために小児科診療のための講習会を開催している。

東北ブロック

① 都市部の一次救急診療体制は急患センター方式で24時間対応、郡部は休日勤帯対応が多い。宮城県、山形県、秋田県では地域連携方式を採用している地域もある

② 重点化は宮城県では旨く行っているが、その他の地域は医師不足のため進展なし

③小児科医だけでは小児救急を維持できないので他科医師による支援が必要

④東北地域は山岳地帯が多く交通事情が良くない。

② 近畿ブロック

①日本小児科学会が提唱した病院小児科の集約化重点化に関しては各府県で理解や認知度に隔たりがあり対応は様々である。地域小児科センター構想から大学や小児センター、大阪の小児医療の地位向上に貢献してきた私立医療機関が排除されていることの問題点をこれまで指摘してきた

②重点化集約化が全国展開されるには、都市部・過疎地域の違い、小児医療に対する行政の理解や予算処置などが検討され、解決しなければならない課題がまだまだ残されている

③小児救急医療委員会のアンケート調査結果に示される小児救急医療体制改善のための提言や医会活動を推進していくことが重要と考える

③ 中四国ブロック

①広島県呉市の3つの病院小児科勤務医は負担軽減のため3病院による輪番体制導入を病院長へ働きかけたが却下された経緯がある(経営上のデメリットが理由)。4年前呉市医師会は小児夜間診療所を開設したが 患者数は増えず赤字経営となっていた。

②平成19年広島大学小児科による、広島市、三次市、尾道市、三原市などにおける病院小児科の集約化・拠点化を契機に、呉市3病院の小児科医1名削減により病院単独での時間外救急診療が不可能となった。これにより3病院と医師会の協議が行われ、病院は時間外選定療養費5000円を患者から徴収することとなった。その結果病院を受診していた時間外患者は医師会設立夜間診療所へ受診するようになり経営が安定化するとともに、病院小児科医の負担も軽減した。福山市でも二次救急病院への時間外受診患者の抑制と小児夜間診療所への誘導を目ざし時間外選定療養費の導入を計画している

④ 九州沖縄ブロック

① 小児初期救急医療体制

急患センター方式が一番多く、その他に病院輪番方式、開業医による在宅輪番方式(鹿児島県で多い)などが存在し円滑に運営されている。都市部ではコンビニ受診、小児科医師不足、出務医師の疲弊などの問題がある。郡部では医師不足、入院施設の不足などの課題を抱える地域が多い。一般的に開業医が初期救急に携わる比率は40～50%であるが、福岡県は20%程度で勤務医への負担が大きい。

②小児二次救急医療体制(事故外傷を含めて)

二次体制が「大体旨く行っている」県では基幹病院・救命センターの医師の協力が得られること、医会が調整・統制している所である。「まあまあ旨く行っている」という回答理由には、都市部と郡部の連携が旨く行かない、搬送が困難で地域完結で救急を行わなければならないこと、医師不足、新生児病床の不足のため遠方搬送が多い、などの理由があるためである。

ブロック内で地域格差が大きい。

③二次三次救急体制

24時間365日体制の二次・三次救急受け入れは大学病院、都市部の救命センター、都市部の基幹病院等に集約化されている。小児の搬送医学・搬送体制の拡充が不可欠。

④まとめ

人口の少ない県ほど都市部・郡部格差が大きく、初期救急医療提供体制の複数化が必要で、開業医への負担増がみられ、その持続性が危惧される。人口過疎地域ほど非小児科医との協働が不可欠、小児救急研修会診療ガイドライン、IT機器を用いた医療支援体制の構築が必要。二次三次医療は施設能力、医師不足の状況を判断し、搬送医学の拡充を合わせながら複数県合同の集約化重点化を目指す必要がある。

新型インフルエンザの医療体制について

①北海道ブロック

9月に入り流行規模が拡大、札幌市では休日当番施設あるいは夜間急病センター受診患者数は1日に平均200/施設を越える様になってきた。規模拡大に対し札幌市では10月から小児一次及び二次救急当番施設の増加対策を開始することになった。また夜間急病センターの診療医も増加して対応することにした。

②東北ブロック

盛岡市ではインフルエンザ患者が少しずつ増加、普段80名規模の休日外来患者数が120名程度まで増加してきた。軽症の脳症患者も発生した。夜間診療体制は医師を1名増員して対応、脳症患者は大学、肺炎患者は二次救急病院で対応する。

③関東ブロック

東京～神奈川ではインフルエンザ流行規模が急拡大中、脳症、肺炎患者の発生もあり、ICUにはARDS患者の入院治療が増加したとの情報あり。8月10日に茨城県土浦協同病院へ入院した脳症患者は一命を取りとめたが高次脳機能障害が残る可能性がある。茨城県では新型インフルエンザ重症患者の入院病床が不足している。茨城県保健福祉部と共同で「新型インフルエンザ患者

数の増加に向けた小児医療体制の調査」を実施し、医療機関の小児科医師数、病床数、外来患者受入数、医療機関の診療時間の延長有無、入院患者の受け入れ状況、人工呼吸患者数の実態調査を行っている。また脳症や肺炎に早期に築くための注意喚起パンフレットを作成、外来で配布している。

④近畿ブロック

定点観測では1施設平均20名に達している。新型インフルエンザに関する正しい情報提供を行うための広報活動が必要であるが、行政から医療機関に対する適切な情報伝達がないため(インフルエンザ患者の発生に関する地域差など)大阪医師会・小児科医会が約700の医療機関へFAXまたはホームページにより適切な情報伝達を行っている。

⑤中四国ブロック

新型インフルエンザの流行は広島市では大きな規模にはなっていない(定点1名位)。広島教育委員会が漸く学級閉鎖や学年閉鎖に関する情報を提供するようになった。福山市では、45名の内科医と32名小児科医が協力し発熱する患者のための夜間急患診療外来を午後11時まで開設、重症患者は市内4つの病院小児科で受け入れる態勢を整備している。必要経費は行政負担。

(平成21年9月27日現在)

資料3
小児救急電話相談に係る「発熱」の相談件数の推移(広島県)

	6月	7月	8月	9月	10月
21年度	177	152	207	226	206
20年度	154	155	113	88	84
19年度	110	103	77	82	88

※21年度の10月は、10月22日現在の数値。(ただし、10月18日分は除く)

平成 21 年 5 月 吉日

厚生労働大臣

舩添 要一 殿

社会保険診療報酬における小児医療に関する要望書

社団法人日本小児科学会
会長 横田 俊平社団法人日本小児科医会
会長 保科 清

新緑の候、ますますご健勝のこととお慶び申し上げます。平素から、小児医療にご理解とご支援を賜り厚く御礼申し上げます。

少子化対策は国の最優先事項であり、国民の間でも子育てを支援していこうとする意識は高まりつつあります。今までの診療報酬改定によって、小児救急医療の整備拡充策、小児医療に携わる医師の過重労働の軽減策、病院および診療所の経営安定化のための施策等がなされてきました。しかしながら、子どもを健全に育成するための重要な柱である小児医療は、依然として崩壊の危機に瀕しています。

小児医療を守り維持していくためには、今後もあらゆる方策を検討し、実行することが急務であります。殊に、日本国内すべての小児にこれまで以上の良質で均衡のとれた医療が、公平に受けられる体制の基盤を固めていく必要があります。そのためにも子育て世代の経済的負担を軽減する小児医療費の9割保険給付、小児医療に携わる医師等の働きやすい環境作りをすることが、重要な優先課題であります。

今回の診療報酬改定に当たっては、そのような小児医療の現状をご理解いただき、ご高配を賜りますようお願い申し上げます。

◎ 特定機能病院における小児入院医療管理料の算定

現在、特定機能病院において、小児入院医療管理料は算定不可となっております。大部分の特定機能病院においては、小児入院医療管理料の施設基準を満たし、小児医療の中核的な病院となっております。しかし、現状では特定機能病院の小児医療は不採算であり、このまま放置すれば特定機能病院の小児病棟を縮小せざるをえない状況です。よって、特定機能病院においても小児入院医療管理料の算定が可能なることを要望いたします。

◎ 小児入院医療管理料の増設と小児入院医療の適正評価

平成 20 年 4 月の診療報酬改定で、高度の小児医療の充実として、小児入院医療管理料 1 が新設されました。しかしながら、対象病院はこども病院等の施設に限られており、小児二次医療の中核となるべき施設（いわゆる日本小児科学会が提唱している地域小児科センター）を考慮したものではありません。小児救急医療を含めた二次医療を充実させていくためには、小児入院医療管理料の増設が必要です。

小児の診療規模や内容に応じて、医師数、看護師数の基準を設けた適正な点数体系が必要であり、さらに、現在の小児入院医療管理料に包括化されている不合理、矛盾点は是正を要望いたします。

- ① 小児入院医療管理料の増設
- ② 小児入院医療管理料の算定要件と施設基準の緩和

小児の救急入院を 365 日 24 時間体制で受け入れる施設（地域小児科センター）を円滑かつ安定的に運営するためには、十分な医師数および看護師数が必要です。① の小児入院医療管理料は、小児科医師 9 名以上（新生児科医師を除く）、看護師夜勤帯 9:1 以上とします。

現在の小児入院医療管理料 2 の基準である医師数 5 名以上、患者看護師比率 7:1 では、少人数の医師、看護師で診療を行っていることになり、小児科医師の疲弊をきたす最大の要因となっています。

なお、小児入院医療管理料は病院に限るとされています。小児科を主とする有床診療所が、入院を必要とする小児に対して病院と同じ役割を担って入院診療が行われています。このような診療所においては、経営的に非常に厳しい状況にあります。診療所においても施設基準を満たすならば、病院と同様に小児入院医療管理料を算定できることを要望いたします。

◎ 外来小児医療の充実

平成 20 年 4 月診療報酬改定において小児科外来診療料が各 10 点引き上げられました。しかし外来での診療に直結する迅速検査の普及、高額な治療薬剤の登場などにより、診療に要する費用の高騰が顕著になっています。

小児医療において病院や診療所の役割分担・相互連携を明確化し、機能的に運用するためには、診療情報提供は通常の診療とは別個の独立した診療行為と見なすべきです。また 6 歳未満の乳幼児には、成長・発達・育児・栄養等に十分な配慮が必要です。

以上のことから、

- ① 小児科外来診療料の増点と 6 歳未満への年齢拡大
- ② 診療情報提供料 (I) および高点数検査、高額薬剤の小児科外来診療料からの除外
- ③ 乳幼児育児栄養指導料の 6 歳未満への年齢拡大

を要望いたします。

◎ 小児救急・地域連携医療の評価

久しく小児救急医療の危機が指摘されています。小児の一次救急医療に、診療所医師の参加は不可欠であり、平成 16 年度診療報酬改定においては小児科特例時間外加算が認められました。それでもなお、国民のニーズに答えられている状況とはいえません。そこで、小児救急医療に寄与している診療所医師への評価を充実させる観点から、

- ① 乳幼児地域連携救急外来加算

を提案し、要望いたします。

平成 22 年度社会保険診療報酬改定に関する小児医療の要望事項

【最重点要望事項】

1. A307 小児入院医療管理料

(1) 特定機能病院においても、小児入院医療管理料の算定を可能にする

(2) 小児入院医療管理料の増設

小児科医師 9 名以上(新生児科医師を除く)、看護師夜勤帯 9:1 以上で、365 日 24 時間体制で小児の救急入院を受け入れる。 4,500 点

これは下記(3) 小児入院医療管理料 1 と 2 の間に位置づけられるものです。

(3) 小児入院医療管理料の増点

小児入院医療管理料 1	4,500 点→5,400 点
小児入院医療管理料 2	3,600 点→4,000 点
小児入院医療管理料 3	3,000 点→3,600 点
小児入院医療管理料 4	2,100 点→3,000 点

(4) 小児入院医療管理料の算定要件と施設基準の緩和

① 小児科を主たる標榜科とする有床診療所においても、施設基準を満たす場合は小児入院医療管理料の算定を可能とする。

② A221 重症者等療養環境特別加算、A224 無菌治療室管理加算、A205 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算の算定を可能にする。

③ B008 薬剤管理指導料を算定可能にする。

④ 入院中に在宅指導を行った場合は、在宅指導管理料の算定を可能にする。

小児の在宅指導には長時間を要し、年齢に応じた器材も必要である。

⑤ 保育士加算におけるプレイルーム面積の緩和 30→25 m²に縮小。

⑥ 保育士加算は、小児入院医療管理料に対する加算ではなく、小児の入院している病棟(特定機能病院も含めて)において基準を満たすプレイルームがあり、保育士が勤務している場合は算定を可能にする。

⑦ 心臓カテーテル検査法、血管造影、各種内視鏡検査、臓器穿刺・組織採取(D416)、内分泌負荷試験、人工腎臓、血液成分除去療法、持続緩徐式血液濾過、血漿交換療法は、小児入院医療管理料の包括から除外する。

⑧ 検査を麻酔下で行った場合、麻酔管理料の算定を可能にする。

⑨ 小児悪性腫瘍・血液病棟、新生児集中治療室の回復期病棟、小児循環器専門病棟など特化した病棟においては、在院日数 21 日以内の制限を撤廃する。

(5) レスパイト小児入院医療管理料の新設 6,000 点(人工呼吸管理)

5,400 点(非人工呼吸管理)

人工呼吸器や気管切開などの在宅療養をしている患者が、社会的事情や合併症等罹患により短期間

の入院を要する場合であっても、現状ではほとんど受け入れられない状況である。そこで、地域の一般病院小児病棟にレスパイト目的で入院できるように、この管理料を新設する。それによる家族の負担軽減をはかることによって、在宅ケアにスムーズに移行できることが期待できる。

(6) 超重症児入院医療管理料(病院小児科)	6,000 点
(療育施設)	5,000 点

一般小児科、重症心身障害児施設(包括入院管理料)として新設し、超重症児(者)・準超重症児(者)加算とは併用できない。

2. B001-2 小児科外来診療料

(1) 小児科外来診療料の増点と 6 歳未満への年齢拡大

初診: 670 点→760 点(院内処方)	再診: 490 点→530 点(院内処方)
560 点→650 点(院外処方)	380 点→420 点(院外処方)

(2) 診療情報提供料(I)及び高点数検査、高額薬剤、同日再診料の包括からの除外

(3) 初診時電子化加算の算定を可能にする。

3. B001-2-3 乳幼児育児栄養指導料(130 点)

(1) 乳幼児育児栄養指導料の年齢拡大 3 歳未満→6 歳未満

【重点要望事項】

A~G 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 ヶ月未満)	100/100
乳幼児(1 ヶ月以上 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

A001 ネブライザー処置を行っても、外来管理加算の算定を可能にする。

B001 小児特定疾患カウンセリング料の 2 年以内の制限撤廃、および年齢拡大(20 歳未満)

B001 学校伝染病管理指導料の新設(証明書料、登園・登校許可証料を含む) 150 点

B001 集団生活管理指導料の新設(証明書料、生活管理基準などを含む) 150 点

伝染病に限らず、学校関係の文書や相談、技術指導等については、現在料金設定はされていない。しかし、病状の変化や、年度替わりごとに、学校側から面談や文書作成を求められている。面談や文書作成にはかなりの時間を要するため、それぞれ要件別に管理指導料の新設を要望する。

心臓病、腎臓病、アレルギー疾患、神経・筋疾患等が対象

A000 乳幼児地域連携救急外来加算 20 点(新設)

小児科・小児の外科を主たる標榜科とする保険医療機関において、下記の要件に当てはまる小児科・小児の外科を担当する医師が、6 歳未満の乳幼児に対して診療を行ったとき 1 日 1 回に限り算定できる。小児科外来診療料と併せて算定することができる。

要件：自己の診療所外での小児を対象とした救急事業および地域連携医療に、参加の実績があること。

【要望事項】

1 基本診療料

A002	小児外来診療料の新設（200床以上の医療機関）	300点
A100	入院基本料の乳幼児加算、幼児加算の増点	
	乳幼児加算	
	病院	333点→633点
	病院（特別入院基本料を算定）	289点→589点
	診療所	289点→589点
	幼児加算	
	病院	283点→583点
	病院（特別入院基本料を算定）	239点→539点
	診療所	239点→539点
A200	母体搬送後に院内で出生した新生児を紹介患者として取り扱う。	
A205	乳幼児救急医療管理加算の増点	150点→300点
A...	長時間救急外来診療処置加算〔乳幼児〕	300点（新設）
	救急外来で、乳幼児に4時間以上の点滴治療等や症状観察のための安静保持・経過観察を行った場合に加算する。	
A212	超重症児（者）・準超重症児（者）入院診療加算の適用拡大と増点	
	超重症児（者） 判定スコア 25以上→10以上	300点→500点
	準超重症児（者） 判定スコア 10以上→5以上	100点→300点
A212-2	新生児入院医療管理加算の増点	800点→3,600点
A221-3	院内学級管理加算	300点（新設）
	施設内に病弱学級を開設している場合に、通級者を対象に算定する。	
A233	栄養管理実施加算の増点 現行：1日につき12点→30点	
	適切な栄養管理は、病状の回復促進、障害児に起こりやすい褥創や誤嚥、肺炎などの予防、免疫力の改善に伴う院内感染の発生抑制等をもたらす、医療の質の向上と同時に医療費の削減に寄与する。管理栄養士による指導・管理の時間等を勘案し、増点を要望する。	
A301	小児特定集中治療室管理料の新設	
	14日以内 30,000点 30日以内 15,000点	
A302	新生児特定集中治療室管理料を新生児特定集中治療室管理料1と名称変更して増点	
	8,500点→10,000点	
A302-2	新生児特定集中治療室管理料2	6,000点（新設）
	施設基準は、小児科医師が施設内に常時配置されており、看護師は常時3:1を満たすこと。	
A303	総合周産期特定集中治療室管理料（新生児）の増点	8,600点→10,000点
A...	診療録長期保存加算	1入院につき 60点加算（新設）
	要望理由：新生児期、小児期に高度の専門医療を受けた患者の予後の観察は重要である。また、成人して発症する疾患に対して適正な医療を行うためには、小児期の診療情報の活用が必要である。10年以上の長期にわたる診療録の保管を行う必要があるため、加算を要望する。	

A-1...	救急搬送乳幼児診療加算	300点（新設）
	救急車で医療機関に搬送されてきた患者を診察した場合に算定できる。	
A	小児退院調整加算	1,000点（新設）
	医療的ケアを日常的に必要とするなど、退院困難な要因を有する入院中の小児で、在宅での療養を希望するものに対して退院調整を行った場合に、退院時に1回に限り、所定点数に加算する（他の保険医療機関または福祉施設に転院した場合も対象に含まれる）。	

2 指導管理料

B001-5	小児科療養指導料の対象疾患の拡大	
	小児慢性特定疾患の対象疾患をすべて対象にする。さらに自閉症などの広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害などの発達障害、二分脊椎、鎖肛、ヒルシュスプルング病、ヒルシュスプルング病類縁疾患、食道閉鎖症、短腸症候群、胃食道逆流症、肺低形成症、先天性気管異常症、胆道閉鎖症、原因不明の奇形症候群を対象疾患とする。	
B001-5	小児科療養指導料の対象年齢の拡大	15歳→20歳
B001	周産期部門・小児病棟で勤務する臨床心理士カウンセリング料の新設	350点
B001	乳幼児呼吸管理料の新設：酸素投与および人工呼吸器使用の患者に適用	250点
B001	乳幼児喘息吸入ステロイド療法指導管理料	250点（新設）
B009	診療情報提供料の対象拡大	
	保育所、幼稚園、学校、保健所、児童相談所、保健センター等	
B001 (9-11)	食事指導料	
	(1) 入院時食事療養（Ⅰ）における特別食加算の対象拡大 小児食物アレルギー食	
	(2) B001 (9-11) 食事指導料の対象疾患の拡大 「低栄養」	
	(3) B001 (9) 外来栄養食事指導料、 B001 (10) 入院栄養食事指導料の増点	130点→380点

3 在宅医療

C000	在宅医療においても乳幼児加算を設ける。	
C000、B001-13	小児入院医療管理料を算定していても、在宅療養指導料（退院時を含む）は包括とせず、加算を可能にする	
B001-13	小児在宅指導管理料（初期オリエンテーション）	300点（新設）
	外来において15歳未満を対象として在宅療養に向けての指導を行った場合に算定する。在宅自己注射や経管栄養など、在宅療養準備に向けての相談指導に長時間を要するため、療法開始前でも算定可能とする	
C004	救急搬送診療料 6歳未満加算	150点→700点
C004-2	新生児救急搬送診療料	10,000点（新設）
	新生児を、出生した医療機関等から救急用の自動車等で保険医療機関に搬送する際、診療上の必要から当該自動車等に同乗して診療を行った場合に算定する。同時に救急搬送診療料は算定できない。	
C005	小児在宅患者訪問診療料	830点（新設）
	疾病にかかわらず、必要に応じて訪問診療を行った場合はすべて算定可能とする。	
B001-13	退院前在宅療養指導管理料の増点と要件緩和	170点→300点

資料 4

小児に対して、在宅療養指導をする場合に算定。増点と回数を月 4 回までとする。

C000 小児在宅人工呼吸訪問指導料 10,000 点 (新設)

在宅人工呼吸を始めるまでに、その環境を確認して事故等のないように整える準備が必要である。そのために医師、看護師、臨床工学士、メディカルソーシャルワーカーなどが事前に患者宅を訪問して環境をチェックし、体制を整えるためのものである。

C101～C112 指導管理料において、重複障害をもった患者では、同時に複数の指導管理料を算定可能とする。

小児では重複障害をもった患者が多く、同時に指導料を算定できないことから、必要とする器材費が高額となり、その分が医療機関または患者家族の大きな経費負担となっている。それゆえ、重複障害をもった患者については、同時に在宅指導管理料の算定を可能とする。

C101 在宅自己注射指導管理料の対象薬剤の拡大 G-CSF 製剤

C102 小児在宅自己腹膜灌流指導管理料 4,940 点 (新設)

C103 小児在宅酸素療法指導管理料

チアノーゼ型先天性心疾患とその他の場合を変更して、持続的に使用する場合と発作時に使用する場合とに分ける。

持続型 2,500 点 (見直し) 発作型 1,300 点 (見直し)

C103 小児在宅無呼吸発作指導管理料 600 点 (新設)

無呼吸発作モニターを用いて、在宅管理をした場合に算定する。

C105 小児在宅経管栄養法指導管理料 2,500 点 (新設)

小児では経口摂取不能が腸管の機能不全だけによるものではない。多くは脳性麻痺等による異常で、成分栄養剤のみならずミルクや流動食の注入が必要である。ミルクや流動食の場合においても注入ポンプを使用する必要がある。

在宅成分栄養経管栄養法用栄養管セット加算 (2,000 点) および注入ポンプ加算 (1,250 点) の算定を可能にする。

C105 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料の適用拡大

小児在宅経管栄養法指導管理料の新設がなされない場合、成分栄養剤の制限を撤廃する。

C109 小児在宅寝たきり患者処置指導管理料 1,500 点 (新設)

C112 小児在宅気管切開患者指導管理料 1,800 点 (新設)

新設がなされない場合は気管カニューレ加算

C114 小児在宅腸瘻自己管理指導料 3,800 点 (新設)

C115 小児在宅膀胱瘻自己管理指導料 3,800 点 (新設)

C150 血糖自己測定器加算は糖尿病患者だけでなく、低血糖症患者にも適用拡大する。

C150 在宅小児低血糖症患者指導管理料 820 点 (新設)

C151 注入器加算に、G-CSF 製剤を加える。

C163 小児間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル加算 1,000 点 (新設)

C169 小児気管切開用人工鼻加算 3,000 点 (新設)

小児では人工鼻が湿潤で汚染されやすく、頻回に交換する必要がある。

C170 経皮的酸素モニター使用加算 600 点 (新設)

経皮的酸素モニターを使用して管理した場合に算定する。

C150～169 在宅療養指導管理材料加算の条件緩和

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 測定の保険適用 700 点 (新設)

D008 DNA メチレー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、処方薬料 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)

一酸化窒素吸入 (NO療法) の保険適用

1日 8,300点 (新設)

2009年11月5日 作成
日本小児科学会社会保険委員会

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 ヶ月未満)	100/100
乳幼児 (1 ヶ月以上 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)
経皮的大動脈形成術	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。

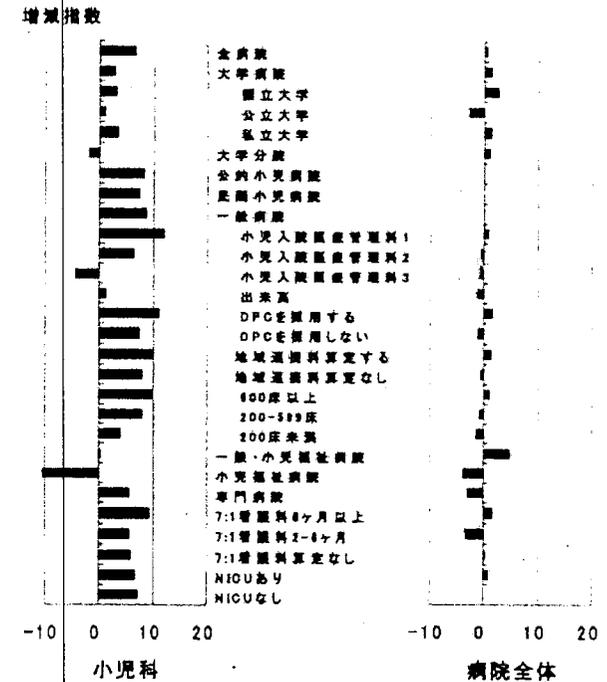
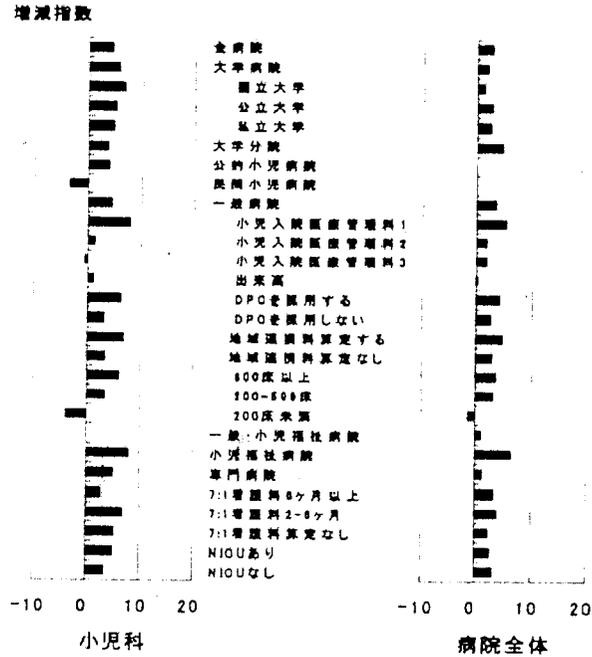


図2 診療収入の平均値の年度比較

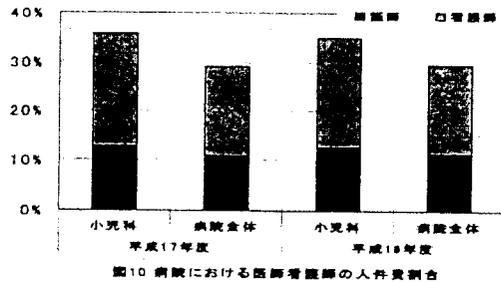
(2) 医師数

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)。



(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。



【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

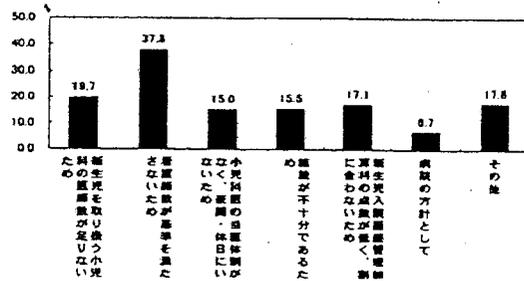
平成21年度に日本小児科学会社会保険委員会が行っている全国病院調査の結果（中間集計）から、平成20年9月1日時点で入院中の3か月以上人工呼吸管理を受けている患者数を調査した結果を示す。

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	重症病棟	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。

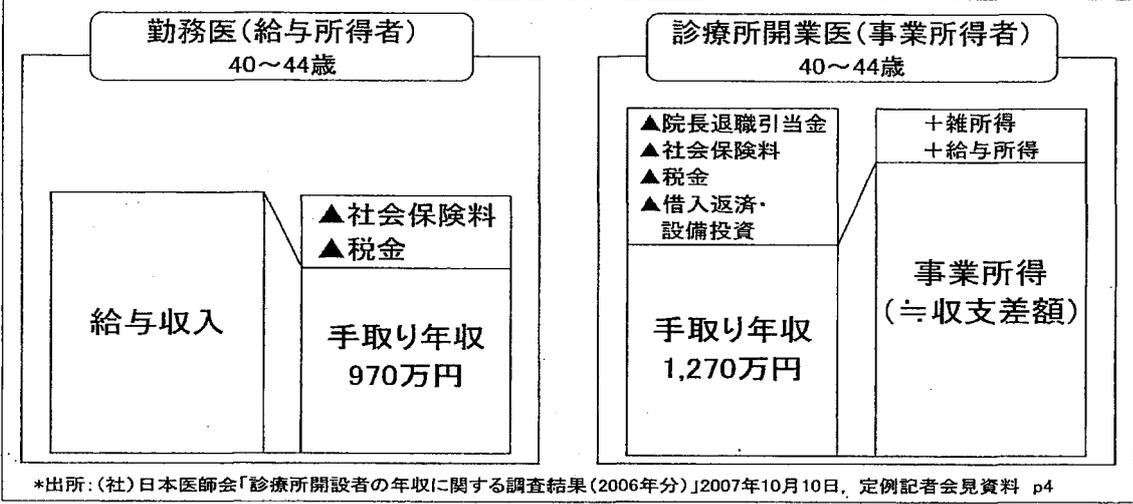
また、小児の医療レベルが向上するに連れ、入院したまま長期間の人工呼吸管理等の高度医療を受け続ける小児も増加している（調査の時点で全国に1024名）。このような患者さんを受け入れている施設では、医療スタッフの労働負荷が増加するとともに病床稼働にも影響していると推定される。

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となってしまう可能性もあると思われる。

以上

病院勤務医と開業医(個人)の給与について

財政審は、個人事業主である開業医(個人)の収支差額が、病院勤務医の2.0倍であると指摘している※注)。しかし開業医(個人)は、収支差額の中から、退職金相当額を留保し、社会保険料、事業にかかわる税金を支払い、借入金の返済も行う。仮に比較するとしても、「手取り年収」で比較すべきである。



*出所: (社)日本医師会「診療所開設者の年収に関する調査結果(2006年分)」2007年10月10日、定例記者会見資料 p4

※注)財政審建議資料p63