

個別事項(その5)

1. 小児医療について

1-1 小児医療の現状等について

1-2 小児急性期医療体制について

1-3 小児高度急性期医療体制について

1-4 小児医療に係る医療機関間連携について

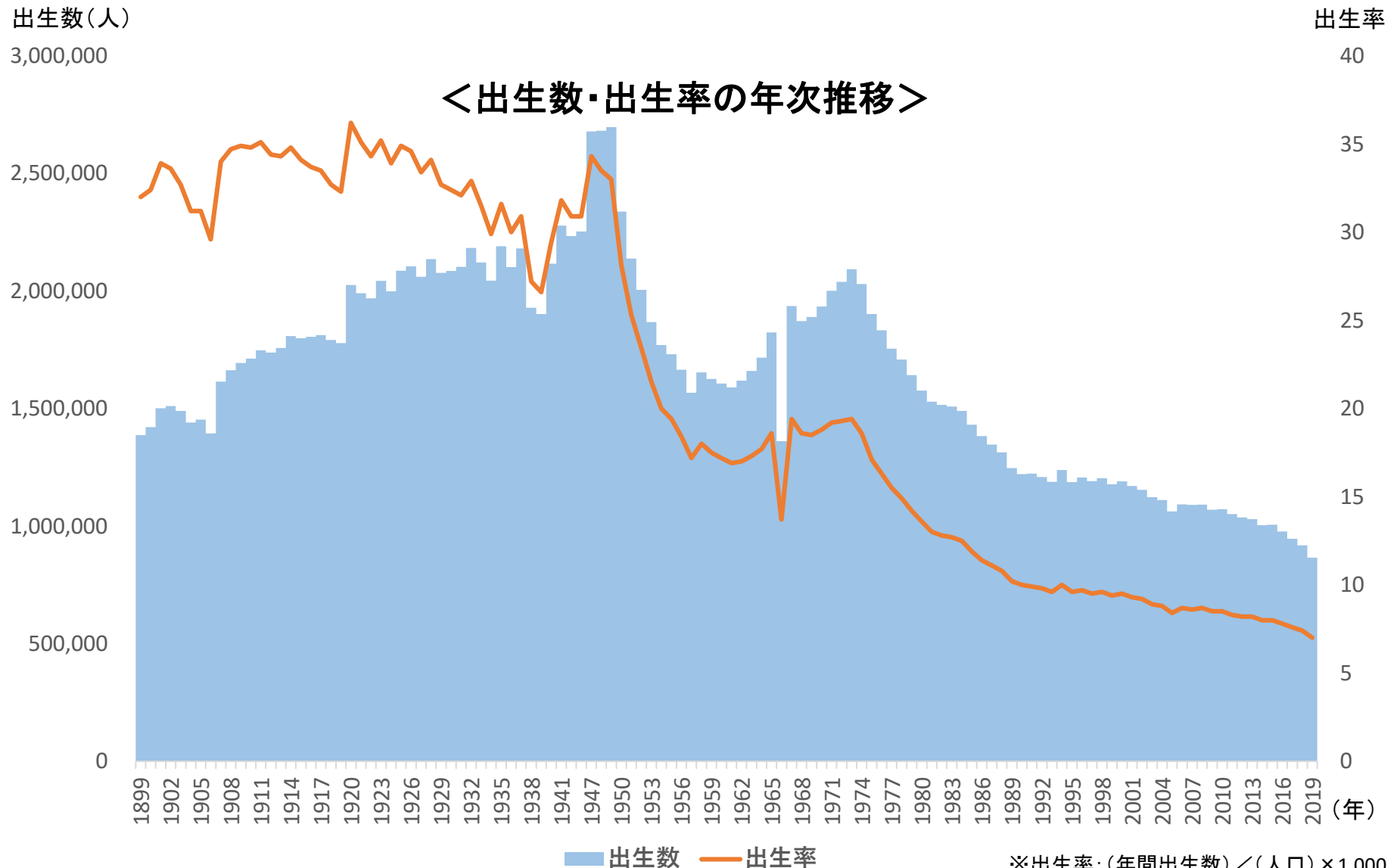
2. 周産期医療について

3. 精神科救急入院医療について

4. 論点

出生数・出生率の推移

○ 日本における出生数・出生率は減少傾向にある。

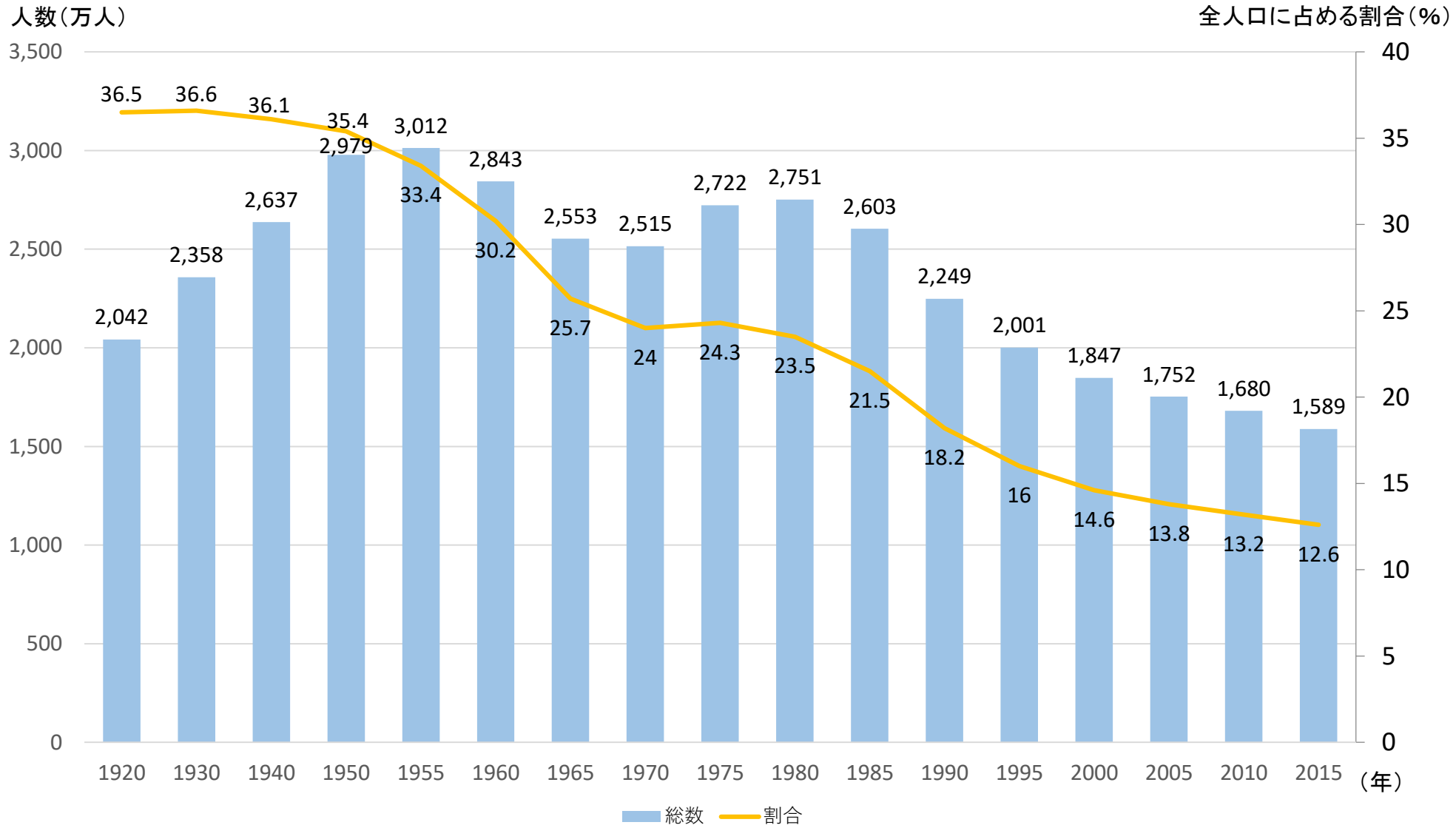


15歳未満人口の推移

中医協 総 - 4

3 1 . 4 . 1 0

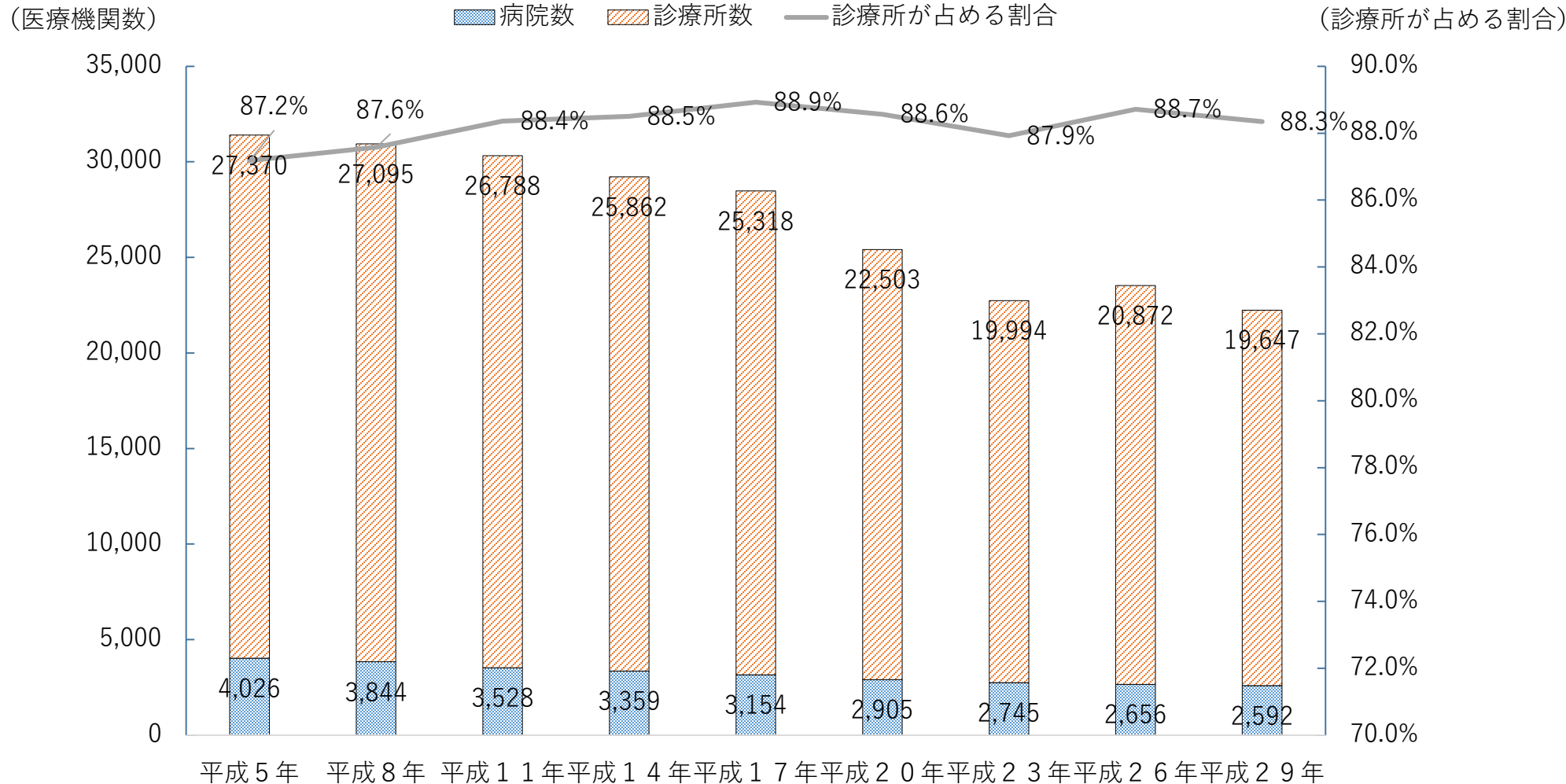
○ 15歳未満人口は近年減少傾向であり、全人口に占める割合も減少している。



小児科を標榜している医療機関数

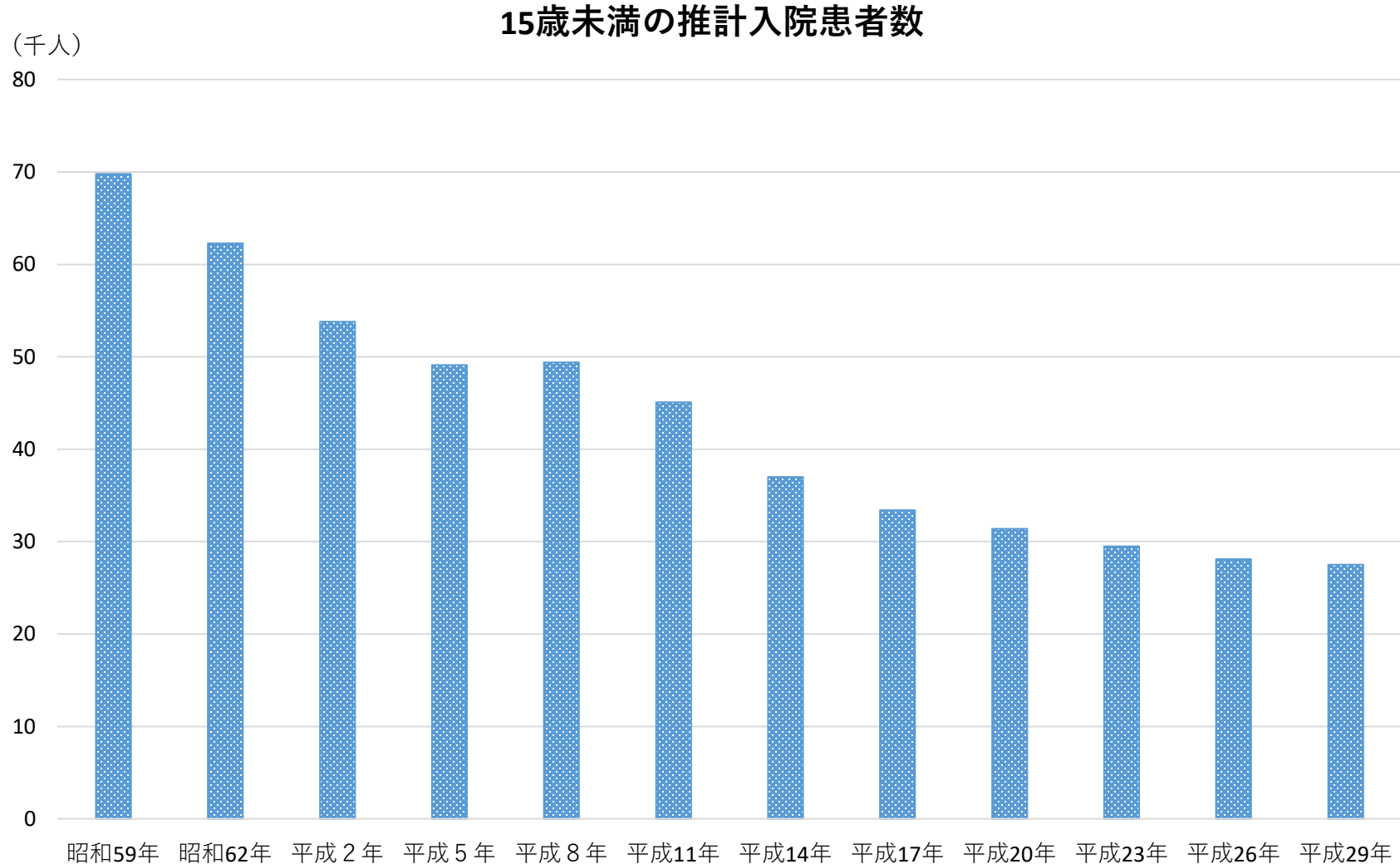
中医協 総 - 3
3 . 7 . 7

○ 小児科を標榜している医療機関数は減少傾向である。小児科のうち診療所が占める割合は増加している。

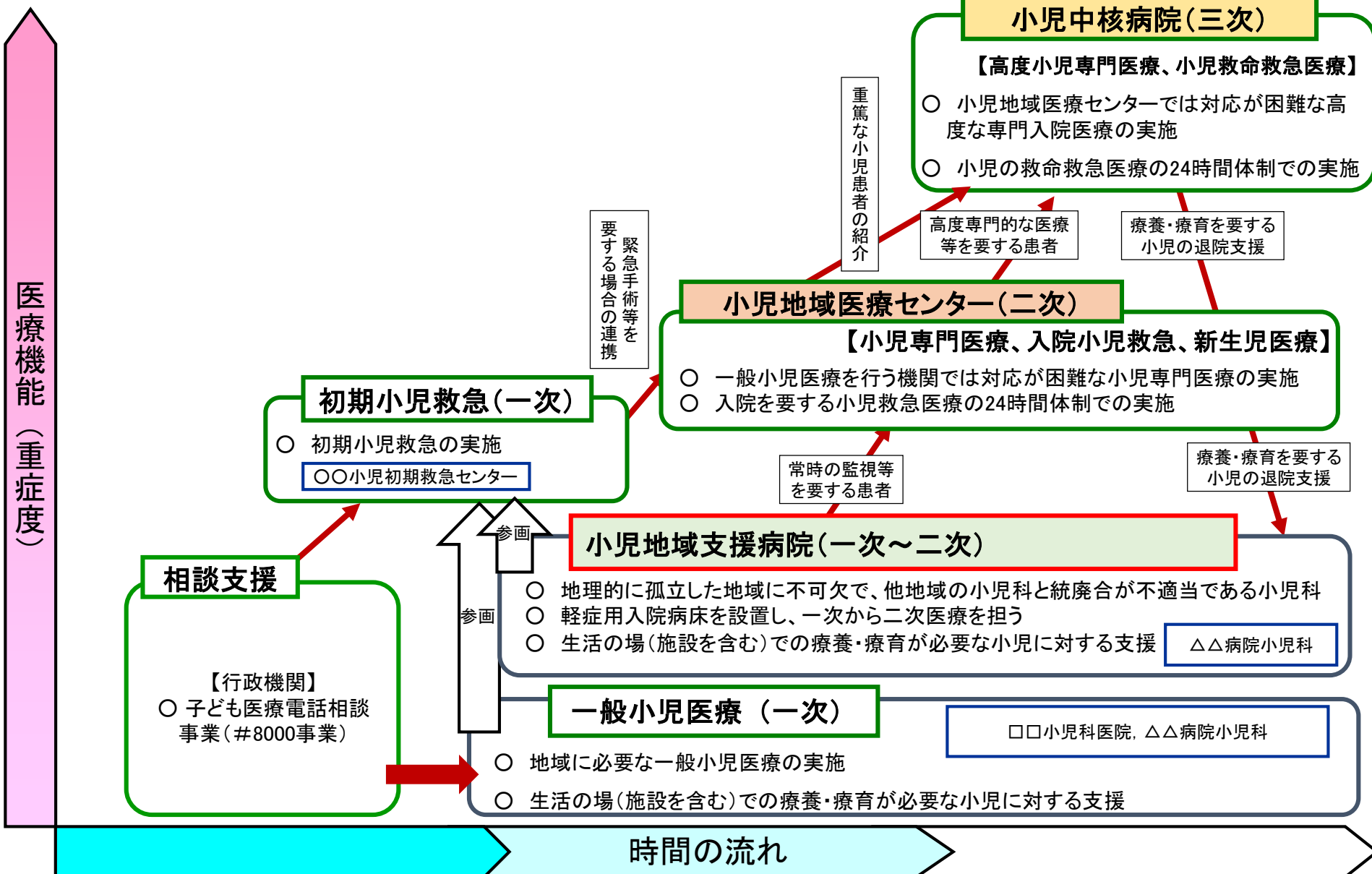


15歳未満の入院患者数の推移

○ 15歳未満の入院患者数は年々減少傾向である。



小児医療の体制



1. 小児医療について

1-1 小児医療の現状等について

1-2 小児急性期医療体制について

1-2 小児高度急性期医療体制について

1-3 小児医療に係る医療機関間連携等について

2. 周産期医療について

3. 精神科救急入院医療について

4. 論点

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	小児入院医療管理料5
点数	4,750点	4,224点	3,803点	3,171点	2,206点
算定対象	入院中の15歳未満の患者(児童福祉法(昭和22年法第164号)第6条の2第2項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の患者)を対象とする。				
平均在院日数	当該病棟で21日以内			当該病棟を含めた一般病棟で28日以内	
医師の配置(※)	小児科常勤医師20名以上	小児科常勤医師9名以上	小児科常勤医師5名以上	小児科常勤医師3名以上	小児科常勤医師1名以上
看護配置	看護師	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	<ul style="list-style-type: none"> 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。 	<ul style="list-style-type: none"> 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。 			

※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。

- ① 小児患者の無菌室における治療について
- ② 小児における時間外・救急医療体制について
- ③ 小児患者の退院時薬剤管理指導について
- ④ 不適切な養育への対応に係る体制について

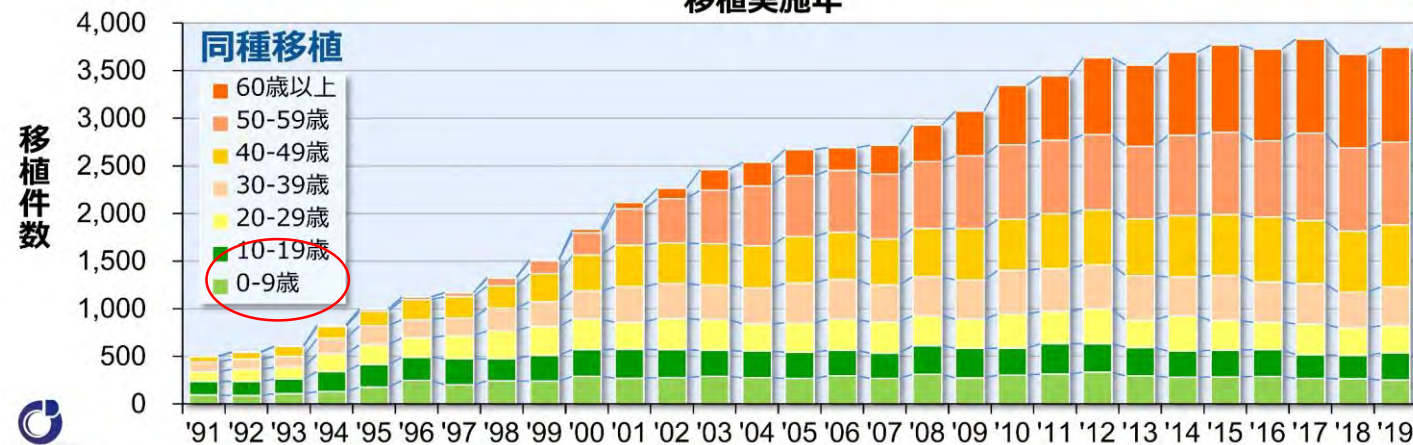
年齢階級別造血幹細胞移植の実施状況

○ 0～19歳における、造血幹細胞移植実施件数は、自家移植・同種移植は緩やかに増加傾向であり、直近も、減少がみられていない。

造血幹細胞移植件数の年次推移

●●●● 患者年齢階級別 ●●●●

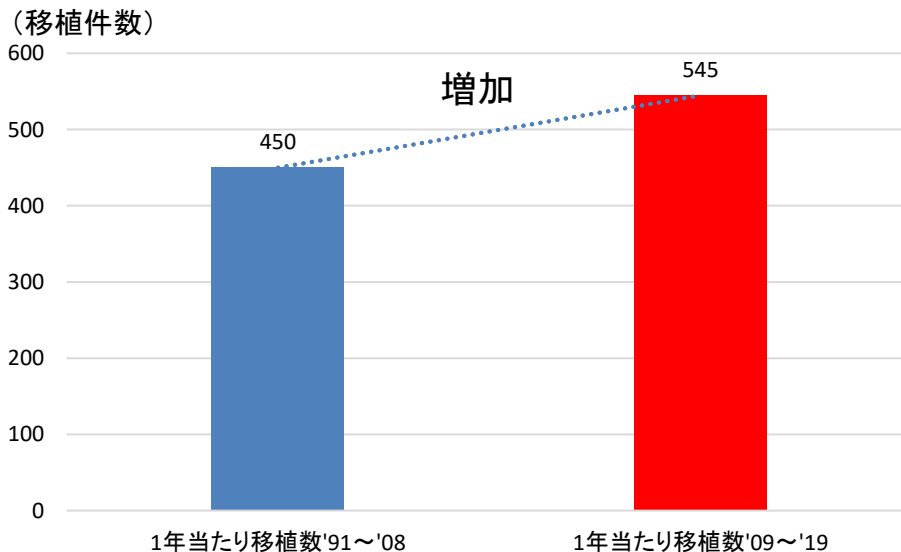
自家移植
同種移植



小児科における造血幹細胞移植の実施状況の変化

- 小児科における造血幹細胞移植について、1991年～2008年と2009年～2019年の間で1年当たり件数の変化を比較すると、近年の方が、1年当たりの小児科における造血幹細胞移植実施回数が多かった。
- 「小児造血器腫瘍の標準的治療の確立に関する研究」の取組において、2003年に日本小児白血病リンパ腫研究グループ(現:日本小児がん研究グループ)が発足され、データ登録システムの整備が行われているが、ここにおいて、質の高い臨床研究を目指した小児造血器腫瘍の標準的治療法の整備が進められている。

小児科での1年あたりの移植件数の変化



小児造血器腫瘍の標準的治療法の確立に関する研究

表1. 臨床試験の登録状況

臨床試験名	対象疾患	登録期間 (年月)	登録 数	予定 登録数	IRB承認/ 参加施設数
1. ALCL99(国際)	ALCL	2002.6~(2006.5到付終了)	180	-	114/115
2. MLL03	乳児ALL	2004.2~2009.1	63	70	126/126
3. B-NHL03	Burkitt/DLBCL	2004.11~2010.10	346	308	139/139
4. B-NHL03 G-CSF	進行期B-NHL	2004.11~ 2010.10	60	90	81/81
5. LLB-NHL03	local LB-NHL	2004.11~2016.10	29	48	137/137
6. ALB-NHL03	進行期LB-NHL	2004.11~ 2010.10	154	124	138/138
7. Ph+ ALL04	Ph+ ALL	2004.11~2008.5	44	56	116/116
8. ALL-R08	再発ALL	2009.6~2013.10	163	157	115/117
9. CML-08	CML	2009.10~2014.9	64	75	112/112
10. MLL-10	乳児ALL	2011.1~2014.12	52	70	115/119
11. JMML-11	JMML	2011.7~2015.6	16	43	82/82
12. ALL-RT11	再発T-ALL	2011.12~2016.11	3	6-8 (I相)	14 /16
				22-25(II相)	
13. ALL-T11	T-ALL	2011.12~2014.11	90	147	129/129
14. ALL-B12	BCP-ALL	2012.11~2017.10	278	1560	138/143
15. ALL-Ph13	Ph+ ALL	2013.10~2017.9	1	44	7/145

(H25.10.31現在)

小児造血幹細胞移植の実施状況

○ 2018年度に造血幹細胞移植が実施された小児患者については、ほとんどが小児入院医療管理料1～4を算定する病床に入院する患者であった。

《小児造血幹細胞移植実施件数》

	実施件数(%)
小児入院医療管理料1	316(52.8%)
小児入院医療管理料2	244(40.7%)
小児入院医療管理料3	20(3.3%)
小児入院医療管理料4	12(2.0%)
小児入院医療管理料以外	7(1.2%)
総計	599

造血細胞移植における無菌室治療の推奨

- 造血細胞移植時の感染管理については、「造血細胞移植ガイドライン 造血細胞移植後の感染管理」において定められている。
- 同ガイドラインにおいて、同種造血細胞移植患者に加え、自家移植で好中球減少が遷延し、アスペルギルス感染症のリスクが高まった患者についても、無菌治療室に入室させることを推奨している。

造血細胞移植ガイドライン 造血細胞移植後の感染管理（第4版）

（2017年9月；日本造血細胞移植学会）

（中略）

II. 環境の管理

1. 防護環境

1. 造血幹細胞移植患者が入室する病室は過去には「無菌室」「移植病室」と呼ばれていたが、CDCは「防護環境」とよぶことを提唱している。防護環境は病室内の気圧設定を含む様々な条件を満たした病室である。

（中略）

6. 同種造血幹細胞移植患者（すべての造血幹細胞源を用いた移植を含む）は防護環境に入室させることが望ましい。また、造血が回復した後も、比較的長期にわたる好中球減少状態やGVHDの治療などで免疫抑制状態が遷延する場合、あるいは予想される場合は、防御環境での治療継続を考慮してもよい。また、部屋数に限りがある場合、防護環境を使用する症例は、GVHD、遷延する好中球減少がありアスペルギルス症の発症リスクの高い症例を優先すべきである。

7. 自家移植（末梢血幹細胞移植を含む）においては、必ずしも防護環境に入室させる必要なく、一般病室の使用を考慮してもよい。しかし、好中球減少が遷延し、アスペルギルスの病院感染の危険性がある場合（病棟周囲で工事が行われている場合など）には防護環境に入室させる事を推奨する。

2. 医療スタッフ

3. 面会者

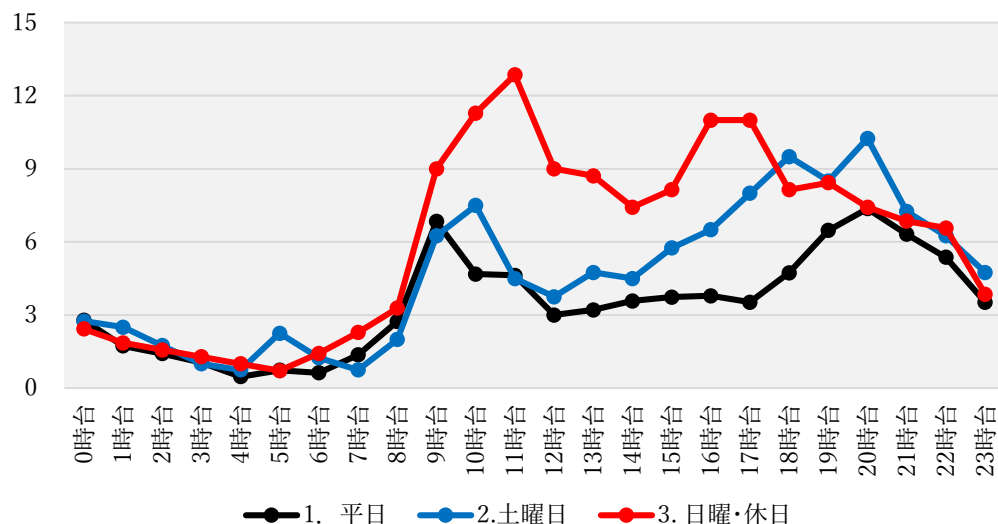
4. 防護環境で使用する物品の扱いと清掃

- ① 小児患者の無菌室における治療について
- ② 小児における時間外・救急医療体制について
- ③ 小児患者の退院時薬剤管理指導について
- ④ 不適切な養育への対応に係る体制について

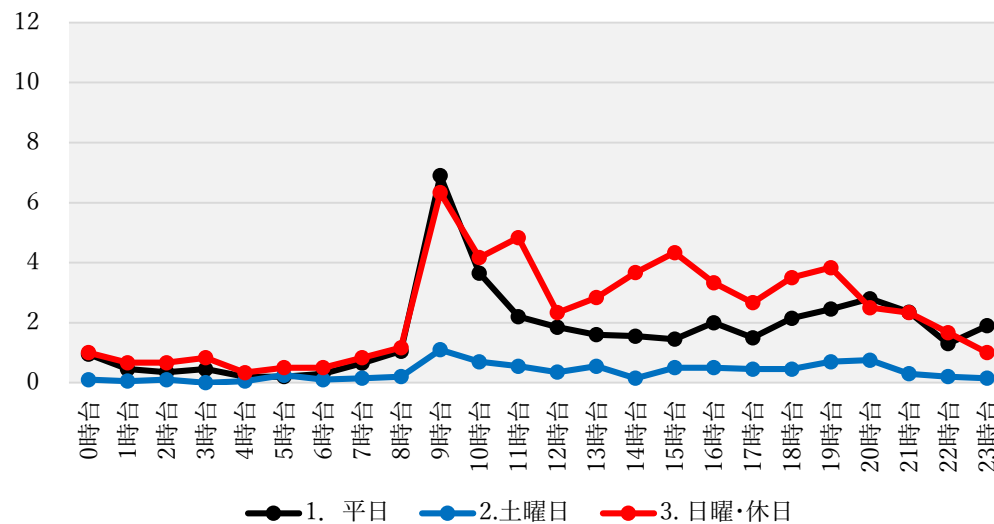
小児救急患者の時間帯別の受診状況

- 東京都立小児総合医療センター及び国立成育医療研究センターにおいて、曜日別・受診時間別の小児救急患者の受診状況をみると、いずれの病院においても日曜日・休日の救急患者数が多かった。
- また、東京都立小児総合医療センターにおいては、平日及び土曜日の17時から20時にかけて救急患者数が増える傾向がみられた。

1時間あたり救急患者数2019- 9月(都立小児)



1時間あたり救急患者数2020- 9月(成育)



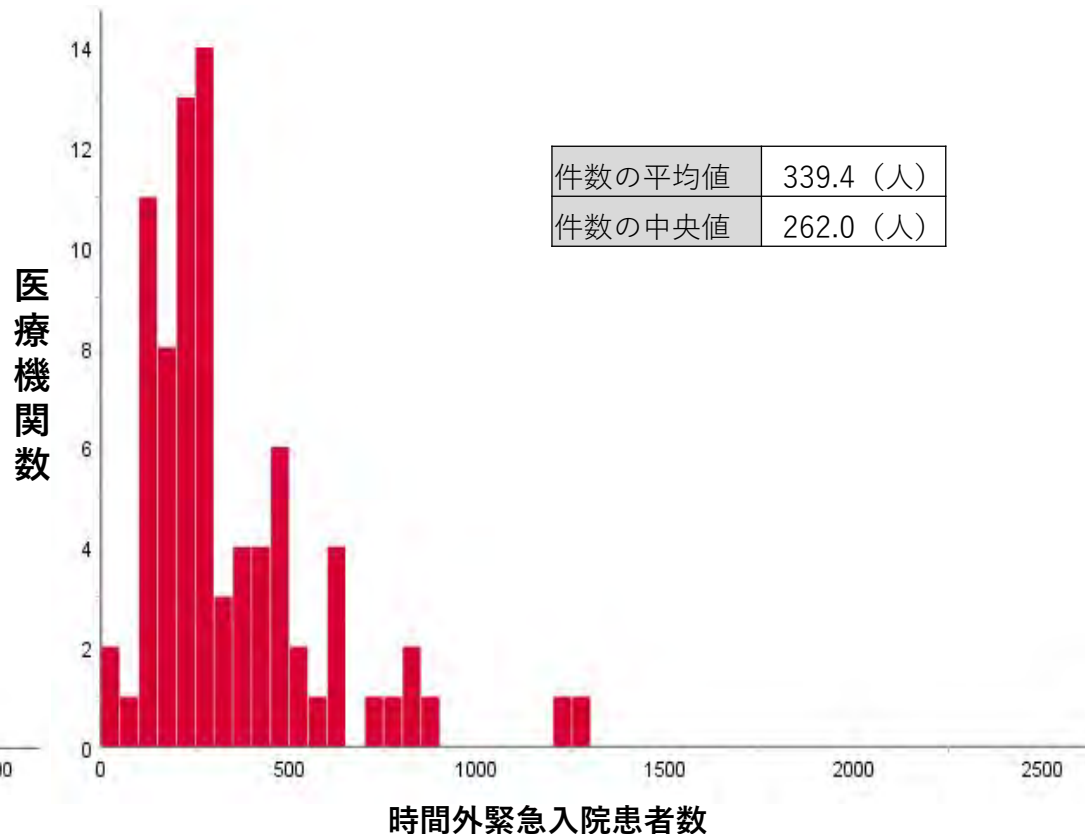
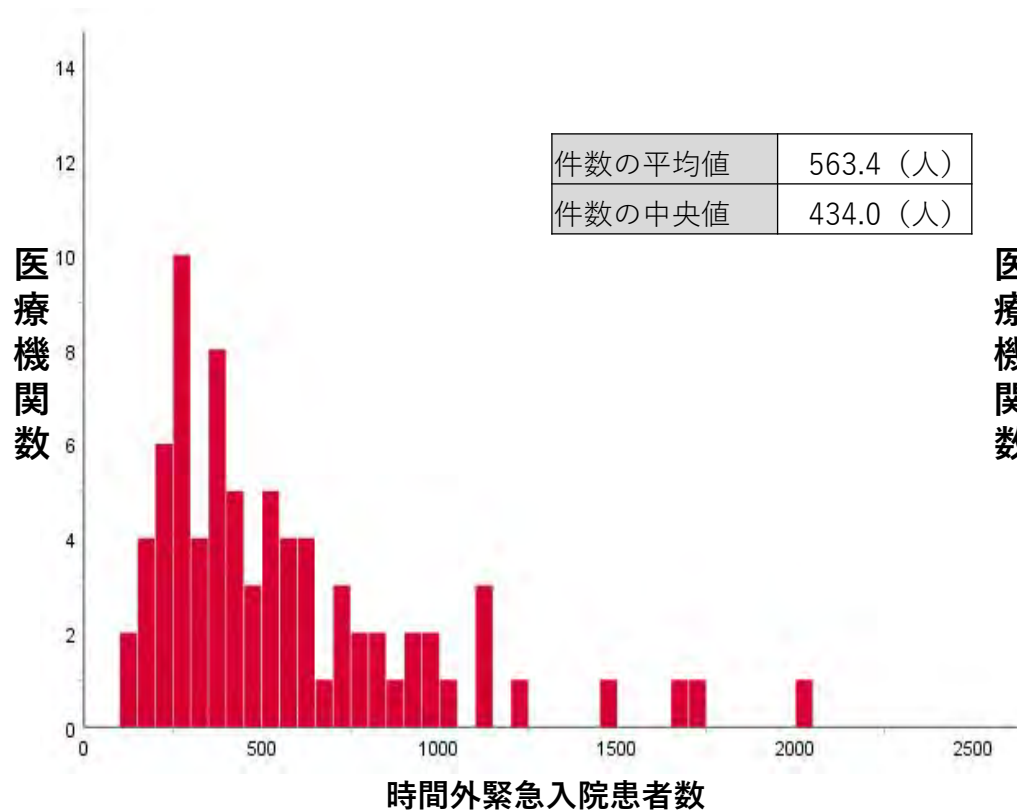
小児の時間外入院対応の現状

○ 小児入院医療管理料1を算定する医療機関において、小児入院患者のうち時間外に緊急入院となった件数の医療機関ごとの分布をみると、時間外緊急入院の件数が年間1000件を超える医療機関も一部に存在した。

医療機関ごとの時間外緊急入院患者数の分布

令和元年度

令和2年度



※ 小児入院医療管理料1を算定する医療機関について、時間外緊急入院となった小児入院患者の件数を医療機関ごとに集計しその分布を示したもの。

時間を要する看護業務

- 看護業務の中でも「入院」や「処置」に関する看護業務については、時間を要する看護業務として回答している人数が多かった。
- また「入院・転入時の情報収集」については全回答者数743人のうち594人(79.9%)が時間を要する看護業務である、と回答していた。

表6 時間を要する看護業務

	看護業務内容	回答者数 (人)	Mean ± SD (分)
直 接 看 護 業 務	入 院		
	・入院・転入時の情報収集	597	23.52±16.71
	・オリエンテーション*	160	22.04±18.44
	・物品の準備, 記録*	96	21.16±16.55
	・処置, 計測*	45	22.24±14.29
	処 置		
	・中心静脈ライン確保の介助	278	36.13±19.57
	・輸血	468	20.52±25.96
	・チェストチューブ挿入の介助	208	28.38±16.09
	・気管内挿管の介助	335	24.08±15.69
	・軟膏処置, 骨髄穿刺など*	49	23.45±30.23
	清 潔		
	・入浴介助	424	18.80± 7.89
安 楽			
・心理的援助	608	23.11±24.75	
・遊び, 抱っこなど*	32	18.90±19.97	
栄 養			
・食事介助 (全面)	617	25.87±18.76	
・授乳介助*	183	18.25±23.22	
教 育			
・育児・退院指導*	85	19.52±11.62	
・看護技術指導*	3	26.67± 5.77	
その他			
・指導準備, 家族対応	137	22.14±23.11	
・睡眠導入, 学習の援助など	61	18.30±15.54	
間 接 業 務			
・記録	743	21.14±21.31	
・サマリーの作成	545	30.67±23.43	
・医師の病状説明の同席	516	27.05±16.75	
・看護学生の実習指導	214	58.84±71.47	
・看護学生の実習調整	185	29.81±38.61	

*看護業務項目に設定したその他の欄の自由記載内容

(有効回答者数：743人)

- ① 小児患者の無菌室における治療について
- ② 小児における時間外・救急医療体制について
- ③ **小児患者の退院時薬剤管理指導について**
- ④ 不適切な養育への対応に係る体制について

「成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針」について

(令和3年2月9日閣議決定)

政府は、成育過程にある者及びその保護者並びに妊産婦に対し必要な成育医療等を切れ目なく提供するための施策の総合的な推進に関する法律（平成30年法律第104号）第11条第1項の規定に基づき、成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針を別紙のとおり定める。

Ⅱ 成育医療等の提供に関する施策に関する基本的な事項

1 成育過程にある者及び妊産婦に対する医療

（2）小児医療等の体制

- ・ **小児医療等における専門的な薬学管理に対応するため、医療機関・薬局の医療従事者間の連携を推進する。**

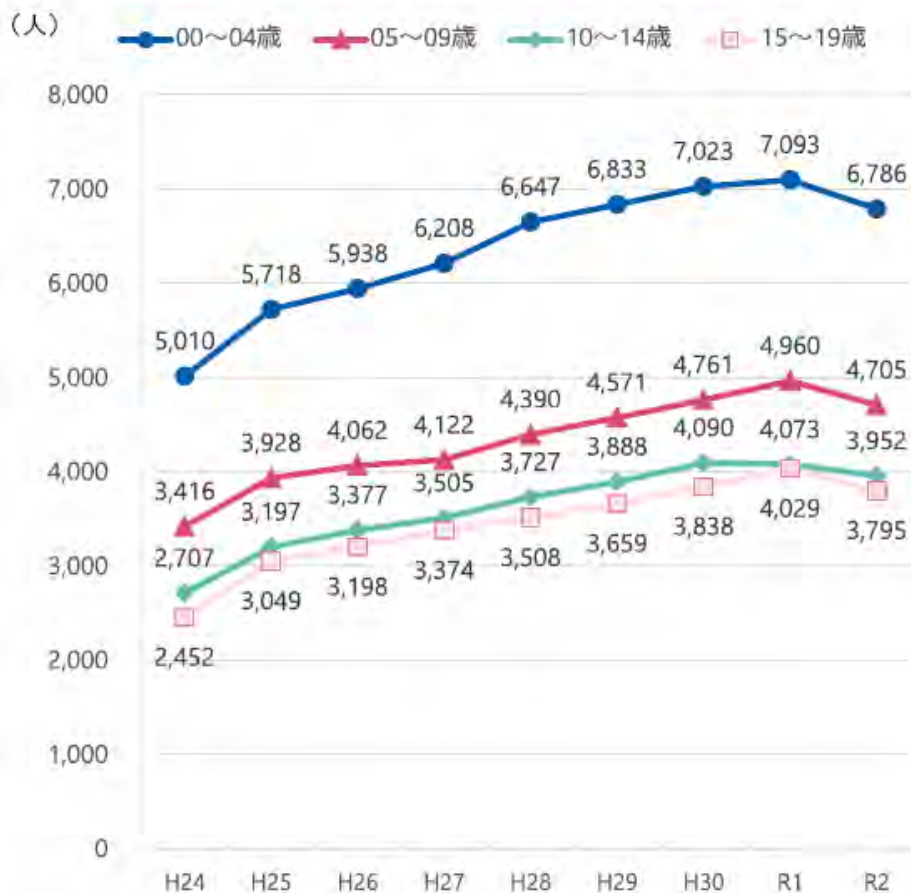
（3）その他成育過程にある者に対する 専門的 医療等

- ・ 小児期から成人期にかけて必要な医療を切れ目なく行うことができる 移行期医療の支援等、小児慢性特定疾病を抱える児童等の健全な育成に係る施策を総合的に推進する。

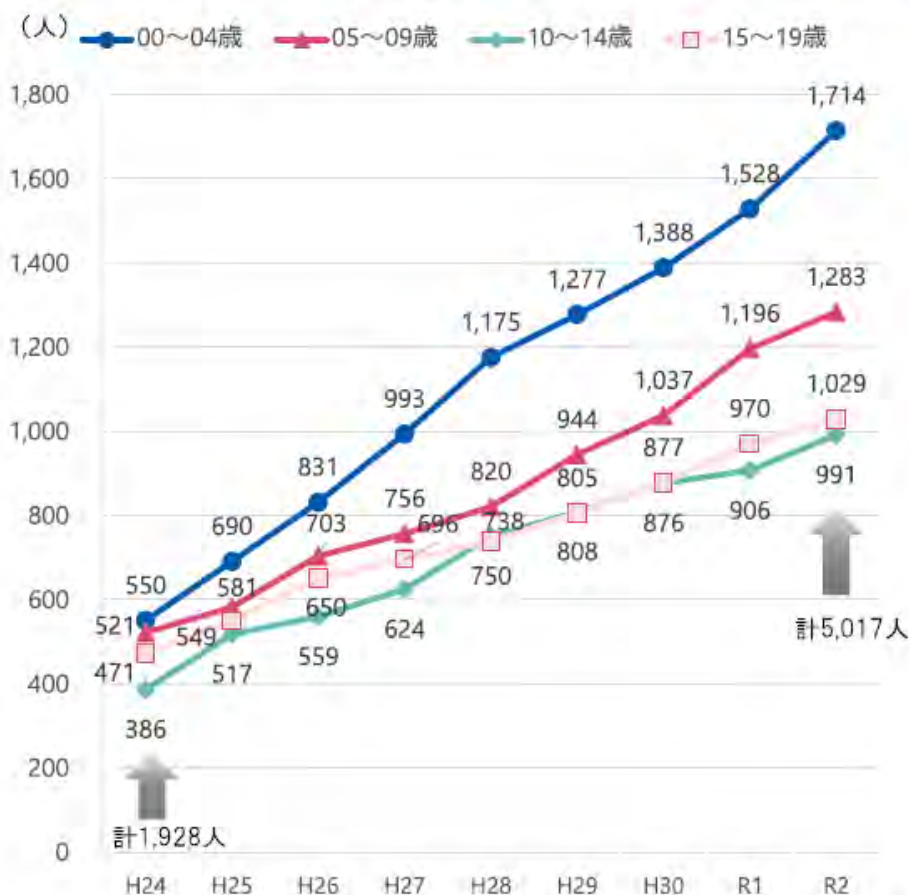
年齢階級別の医療的ケア児数等

- 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。いずれの年齢階級も増加傾向である。
- 人工呼吸器を必要とする児童数は、直近7年で約2.6倍に増加している。0～4歳が最も多く、経年での増え方も大きい。

■ 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童数※の年次推移（推計）

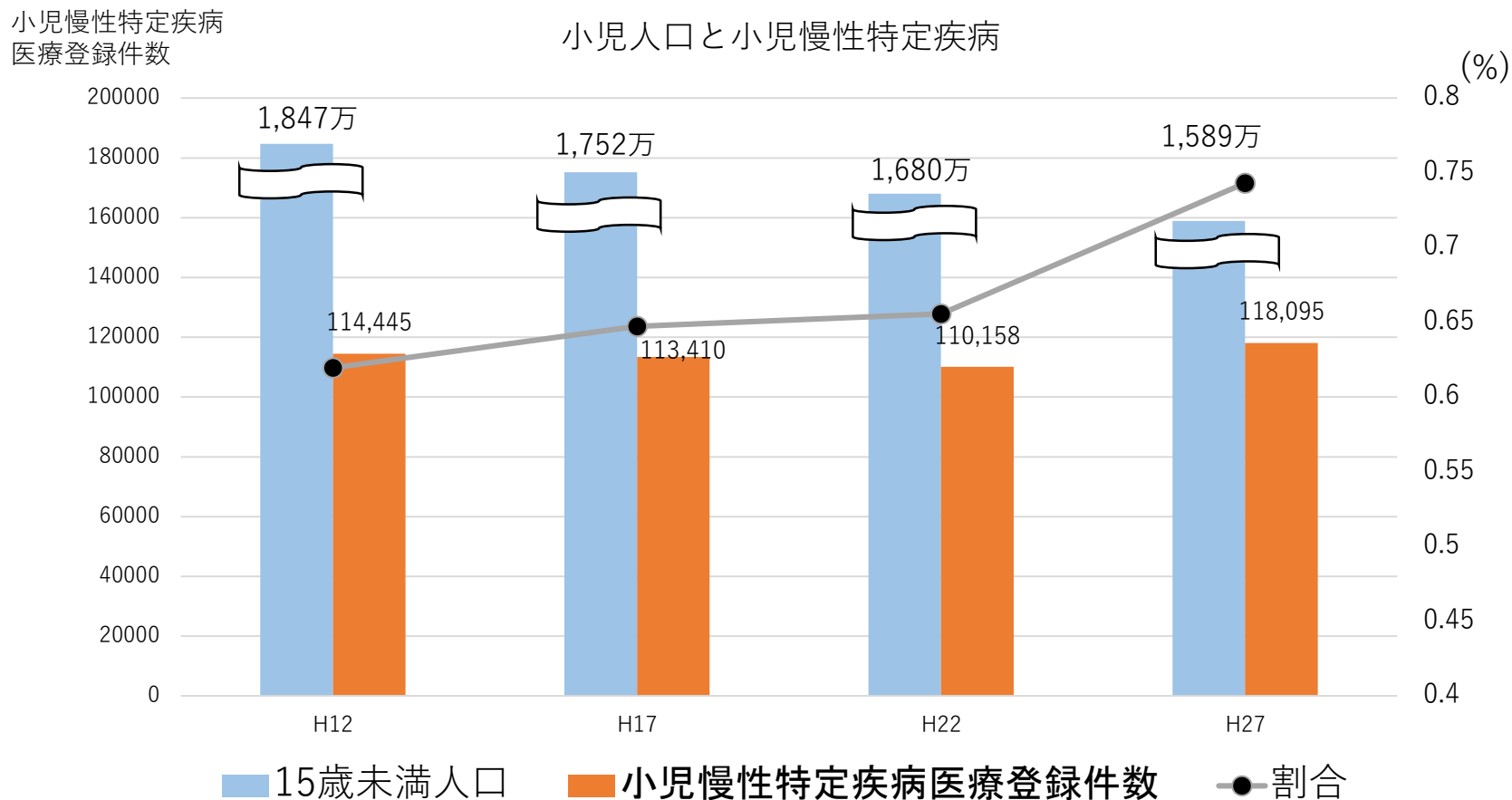


出典：社会医療診療行為別統計（調査）（各年6月審査分）により障害児・発達障害者支援室で作成

※出典：同左（「C107 在宅人工呼吸指導管理料」算定者数）

15歳未満小児人口と小児慢性特定疾病登録件数の推移

○ 小児慢性特定疾病の登録件数の推移は以下のとおりであり、15歳未満人口に占める割合は増加している。



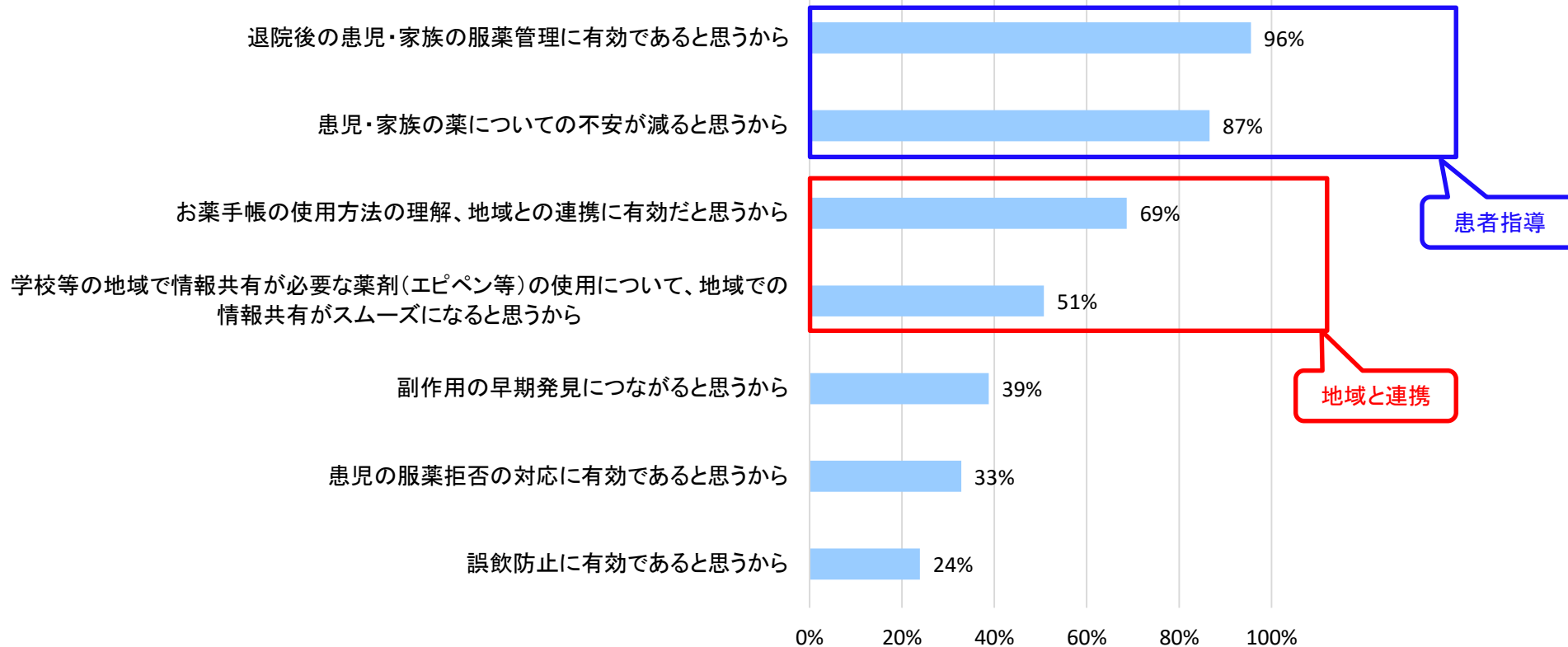
※小児慢性特定疾病医療件数は、小児慢性特定疾病情報センターで公開されている件数の、表示年度過去5年の件数を平均したもの。(H12は3年、H27はH23~26の4年)

小児の退院時服薬指導の重要性

○ 保険薬局薬剤師が、医療機関の退院時服薬指導が小児患者や保護者にとって重要だと思う理由は、「退院後の患児・家族の服薬管理に有用であると思うから」「患児・家族の薬についての不安が減ると思うから」「お薬手帳の使用方法の理解、地域との連携に有用だと思うから」の順で多かった。

<小児患者への退院時服薬指導>

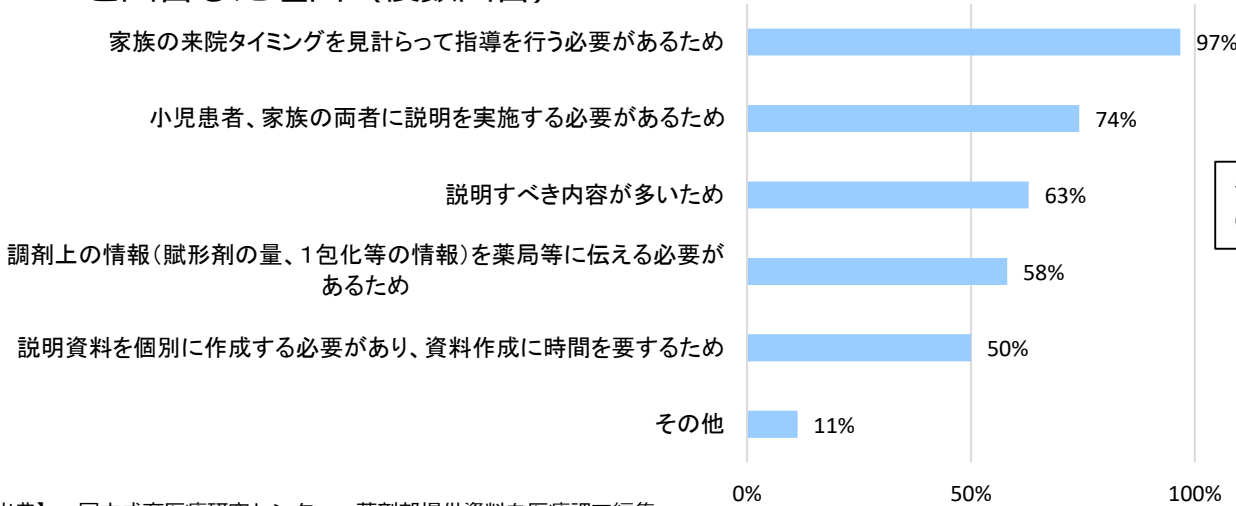
保険薬局薬剤師が医療機関の退院時服薬指導が小児患者や保護者にとって重要だと思う理由
(複数回答)



小児の退院時服薬指導の難しさ

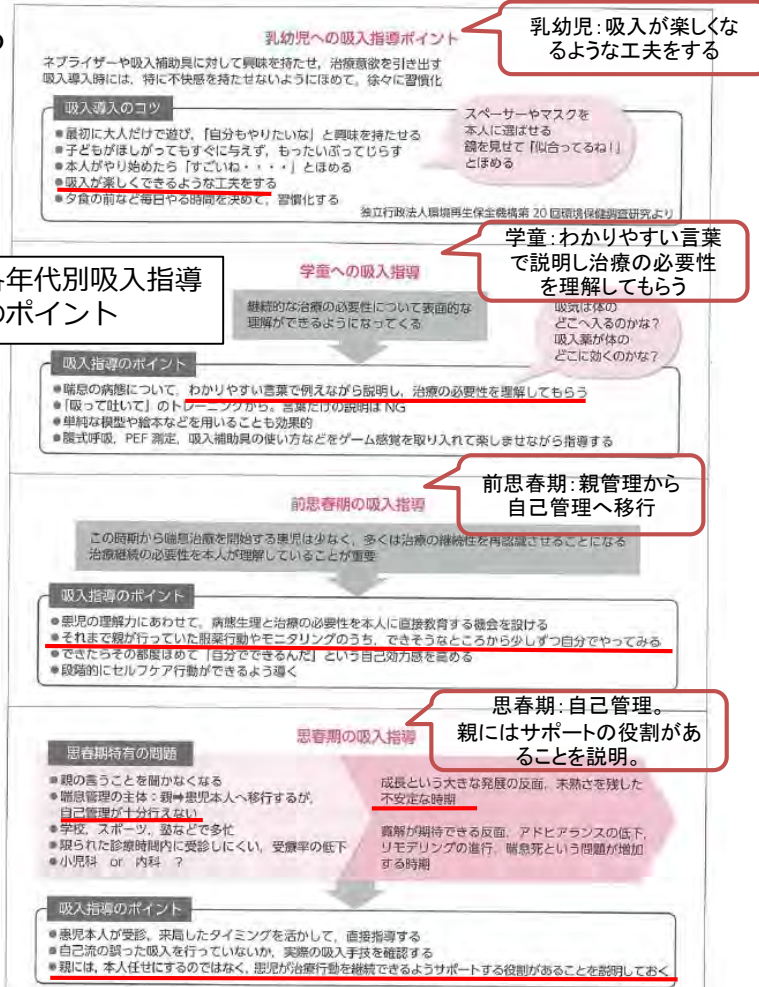
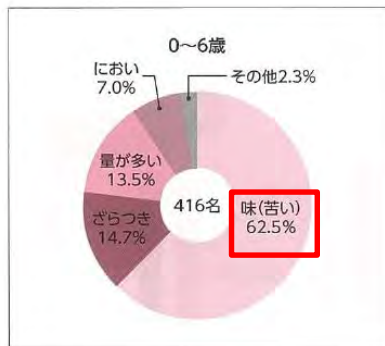
- 病院薬剤師が小児患者の退院時服薬指導は成人より時間や手間がかかると回答したり理由は、「家族の来院タイミングを見計らって指導を行う必要があるため」「小児患者、家族の両方に説明を実施する必要があるため」「説明すべき内容が多いため」の順が多かった。
- 小児は、薬の味が理由の服薬拒否が多く、発達に応じた説明と、子どもが主体性を持てるような関わりが重要である、と言われている。

▶ 病院薬剤師が小児患者の退院時服薬指導は成人より時間や手間がかかると回答した理由（複数回答） (n=62)



【出典】 国立成育医療研究センター 薬剤部提供資料を医療課で編集
成育医療センターが、日本小児総合医療施設協議会（JACHRI）会員病院薬剤部に行ったアンケート調査

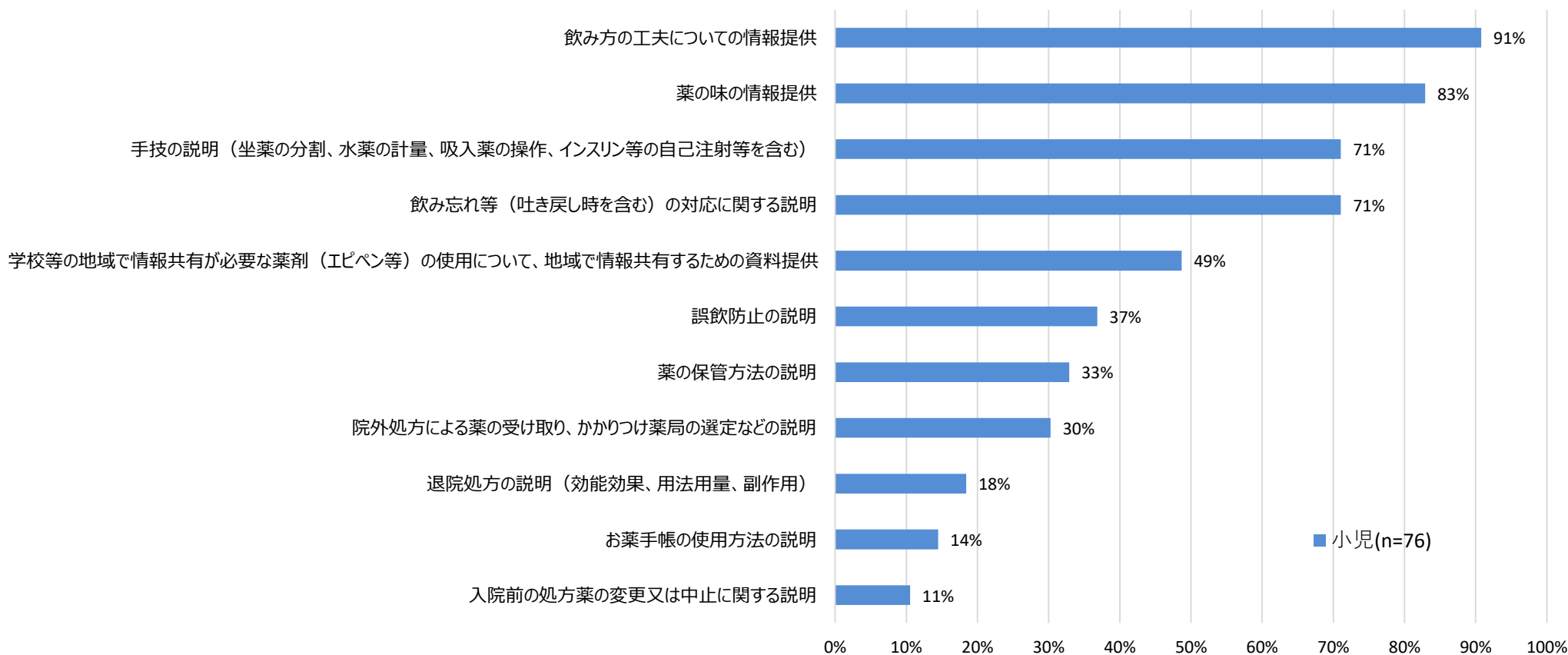
小児における服薬拒否・困難の理由



小児患者の退院時服薬指導で提供する情報について

○ 小児患者の退院時服薬指導は、成人に比べ提供する情報の量が多い、情報が必要となる頻度が高いと病院薬剤師が思うものは、「飲み方の工夫についての情報提供」が多かった。

小児患者の退院時服薬指導は、
成人に比べ提供する情報の量が多い、情報が必要となる頻度が高いと病院薬剤師が思うもの（複数回答）



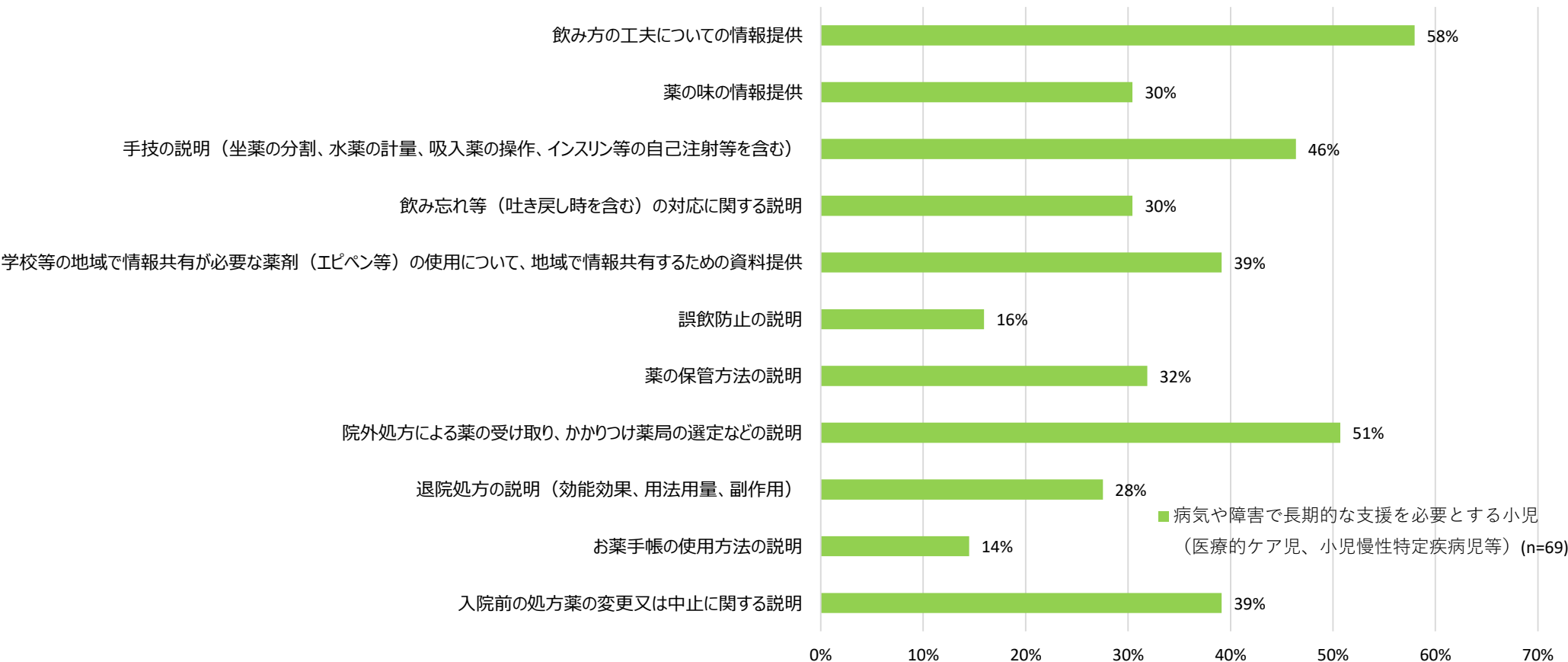
【出典】 国立成育医療研究センター 薬剤部提供資料を医療課で編集

成育医療センターが日本小児総合医療施設協議会（JACHRI）会員病院薬剤部に行ったアンケート調査

医療的ケア児、小児慢性特定疾病児の退院時服薬指導で提供する情報について

○ 医療的ケア児、小児慢性特定疾病児の退院時服薬指導は、他の小児患者に比べ提供する情報の量が多い、情報が必要となる頻度が高いと病院薬剤師が思うものは、「飲み方の工夫についての情報提供」が多かった。

医療的ケア児、小児慢性特定疾病児の退院時服薬指導は、他の小児患者に比べ提供する情報の量が多い、情報が必要となる頻度が高いと病院薬剤師が思うもの（複数回答）



【出典】 国立成育医療研究センター 薬剤部提供資料を医療課で編集

成育医療センターが、日本小児総合医療施設協議会（JACHRI）会員病院薬剤部に行ったアンケート調査

医療的ケア児の退院時に保険薬局等に「文書」で情報提供されている情報

- 小児患者の退院時に、医療機関から「薬剤管理サマリー」様式を用いた情報提供が行われている。
- 剤形変更に関する情報等は、特記事項等に追記し情報提供されていた。

薬剤管理サマリー

作成日

部中

種別

種別 退院時処方・薬学的管理事項について連絡申し上げます。

生年月日 歳 性別 身長 cm 体重 kg

入院期日 ~ 日 担当医

基本情報	用法薬剤	発現時間	発現時の状況等 (検査値も記入)
副作用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
製剤名	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
その他必要な検査情報	錠 <input type="checkbox"/> mg/dL <input type="checkbox"/> uGR <input type="checkbox"/> mEq/L <input type="checkbox"/> m ²		
入院中の薬物管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 1日1回 <input type="checkbox"/> 1回1回 <input type="checkbox"/> その他 ()		
投与経路	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管 (経鼻・胃管・食道管・腸管)		
調剤方法	<input type="checkbox"/> P.T.P. <input type="checkbox"/> 一色化 <input type="checkbox"/> 縮小剤 <input type="checkbox"/> 粉砕 <input type="checkbox"/> その他		
処方状況	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 時々忘れ <input type="checkbox"/> 忘れ <input type="checkbox"/> 拒薬あり <input type="checkbox"/> その他		
退院後の薬物管理方法	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ()		
一般用医薬品・健康食品	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		

入院時持参薬 別紙あり 処方箋情報

退院時処方 別紙あり 退院処方箋情報 なし あり

特記事項

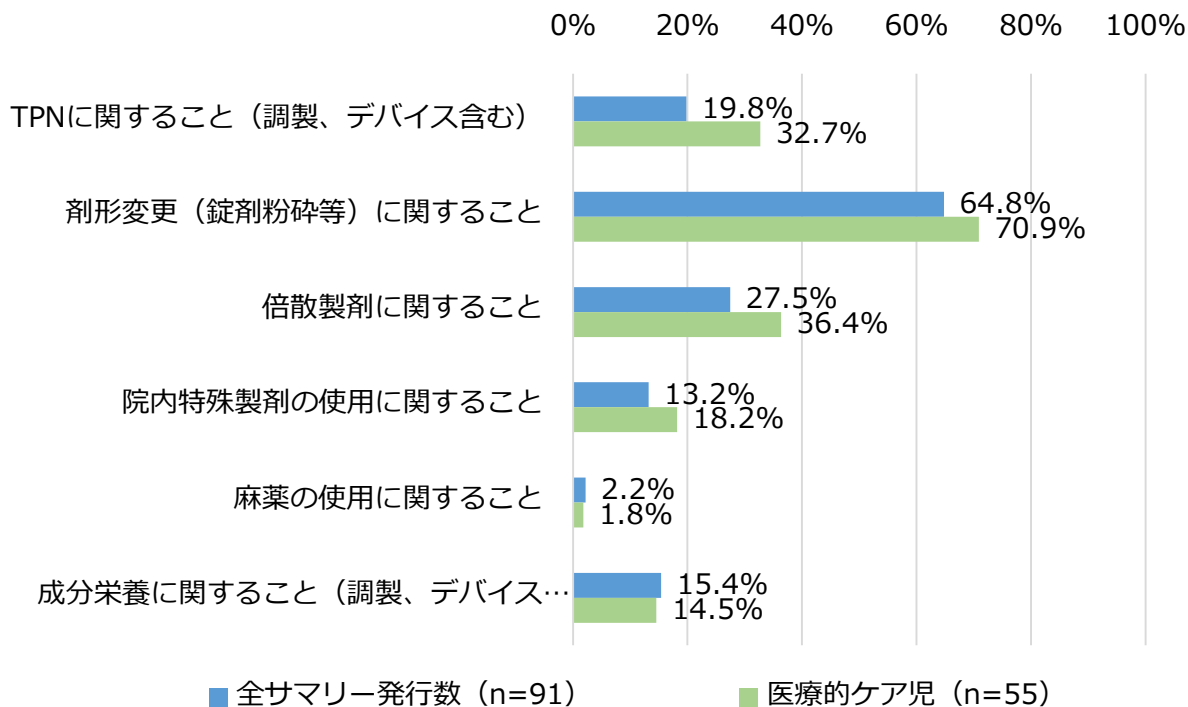
施設名 〒 住所:

薬剤師

TEL () () FAX () ()

特記事項等に追記し情報提供した内容

※特記事項に記載する内容：患者情報で伝達が必要と思う内容を記載すること（問題点、薬剤の評価、医師の処方意図等/入院中の薬剤の追加、減量、中止で伝えたい内容）を記載する



- ・医療的ケア児は投与経路に経中心静脈、経鼻胃管、胃瘻、腸瘻を使用している患者を医療的ケア児として集計した。
- ・2020年6月-2021年8月集計
- ・サマリー発行患者には病院・診療所宛での2例を含む
- ・年齢 (中央値±SD) : 2.0±3.4
- ・一患者あたりの薬剤数、ただしTPN以外 (平均±SD) : 10.3±5.5

国立成育医療研究センターでは、2020年6月から保険薬局等に対し「薬剤管理サマリー」（日本病院薬剤師会）の様式を用いた情報提供文書の交付を開始。

薬剤管理サマリーの特記事項等で退院時に提供した主な情報について行った項目を調査

医療的ケア児、小児慢性特定疾病児の「お薬手帳」で提供した情報

○ 退院時にお薬手帳で提供する情報は、賦形剤、特殊な調剤、服薬方法、TPNについてなど、多岐にわたっている。

● 賦形剤の種類

調剤時に注意が必要なアレルギー情報を共有。

特記事項

★乳糖賦形禁止

牛乳アレルギーあり。賦形剤としての乳糖に含まれる蛋白は非常に少なく、乳糖による症状誘発が実際に確認できている訳ではないが、これまでの経験、親の希望も加味し、当院では乳糖賦形禁で対応しました。

● 特殊な調剤、服薬方法

曝露防止のために簡易懸濁での投与が必要な薬剤の服用方法、血中濃度を測定し用量調節を行っている薬剤の注意等の情報を共有。

【調剤上の工夫／その他】

・バリキサ

当院では錠剤を溶解し、内容液にて内服

→バリキサ錠(450mg)2錠を水45mLに溶解し、1回4mLずつ内服。冷所保管、1週間分ずつ調製していただく。(残薬破棄)

● TPNの院内での調剤方法、使用資材の詳細

退院後の保険薬局の訪問日時、混注後の保管期間を確認し、退院処方のTPNの数量を調整。

【処方内容】

□注射

リバビックスK1号(500mL/袋)注	500mL
ヴィーンD(500mL/袋)注	1000mL
アセレンド(100μg/2mL/瓶)注	0.4mL
ヘパリンNa(5000UI/5mL/瓶)注	1.5mL
1日1回交換	※60mL/h

持ち帰り 3本お渡し

退院当日午前中に病棟にて交換済み

【調剤上の工夫／その他】

○TPN作成方法

- ・当院入院中は2000mLアメリカバックに混注しております。
- ・退院時メーカー許容量1800mLに基づき、リバビックスK1に全量混注しました。

小児慢性特定疾病のお薬手帳による情報提供の一例

○ 小児慢性特定疾病の治療法やそれに伴う調剤上の工夫を情報提供している。

ケトン食療法中の注意点を薬手帳で情報提供

目的

- ①調剤薬局にケトン食療法を行っていることが伝わるようにする
- ②調剤薬局に調剤上の注意点が伝わるようにする

- ➡ お薬手帳にケトン食療法患者における調剤方法の情報共有を行う
- ・ シール（以下、ケトン食療法シール）を作成
 - ・ 調剤ミスの軽減と安全性の向上、薬薬連携の構築を図る

※てんかんのケトン食療法

高脂質・低炭水化物食の抗てんかん作用に着目した治療方法。

治療では食事において厳密な低炭水化物が重要であり、効果不十分と判断された場合、さらに薬剤に含まれる炭水化物を削ることになる。よって、ケトン食療法中は内服薬の乳糖・でんぷんによる賦形を禁止すること、ドライシロップ・シロップ剤の使用を禁止し、錠剤をあえて粉砕する必要がある。

その反面、小児特有の調剤方法として

- 1,ドライシロップ剤やシロップ剤が処方されることが多い
- 2,「●● 10% 散」という製品では、1g 中に 900mg の乳糖を含むものもある
- 3,分包誤差を小さくするため、乳糖やでんぷんなどで賦形をするという点があげられる。

これらはケトン食療法における禁止事項に該当する場合があります、調剤時に注意が必要となる。

3, 患者背景とケトン食療法シール配布時の保護者の反応 (Table.1)

症例 病名	年齢 (years)	配布の可否	配布までのケトン食治療期間 (days)	介入までの退院回数 (回)	反応
1 West症候群	1	可	143	2	わかりました。
2 大田原症候群	1	可	117	1	もっとはやくこのようなシールを作成してほしかった。他院を受診した際に、医師と調剤薬局の薬剤師が疑義照会で1時間ほど要し、待たされた。
3 ミトコンドリア機能異常症	5	可	8	0	薬に含まれる乳糖などを考えたことがなかった。
4 West症候群	1	可	11	0	薬に含まれる乳糖などを考えたことがなかった。
5 West症候群	2	可	823	10	わかりました。

取り組み

1, ケトン食療法シールの作成

★★★★★★ケトン食療法中です★★★★★★

糖・炭水化物の摂取を減らしています。

【調剤上の注意点】

- ・乳糖・でんぷん等での賦形・倍散を使用せずに調剤してください。
- ・「原末」処方では原末での調剤をお願いします。
- ・錠剤粉砕の処方は乳糖を防ぐためにあえて行っていることがあります。
- ・成育以外から処方されたドライシロップ・シロップ剤などについては成育にお問い合わせをお願いします。
- ・お困りの際はご連絡ください。

国立成育医療研究センター TEL 03-3416-0181

← 目的

← 注意点

← ☆

☆ 神経内科 医師より助言

「風邪をひいた時に当院以外を受診してドライシロップ、シロップ剤が処方されることがある。

その際は調剤薬局から当院に相談してほしい。」

2, 患者とその家族への指導内容の改定

- ・かかりつけ薬局を作ることを再指導する
- ・他の医療機関受診時や調剤薬局に処方箋を提出する際は、ケトン食療法シールを見せてケトン食療法中であることを説明する

- ① 小児患者の無菌室における治療について
- ② 小児における時間外・救急医療体制について
- ③ 小児患者の退院時薬剤管理指導について
- ④ 不適切な養育への対応に係る体制について

虐待相談対応件数の現状

○ 児童相談所での児童虐待相談対応件数は年々上昇傾向にある。

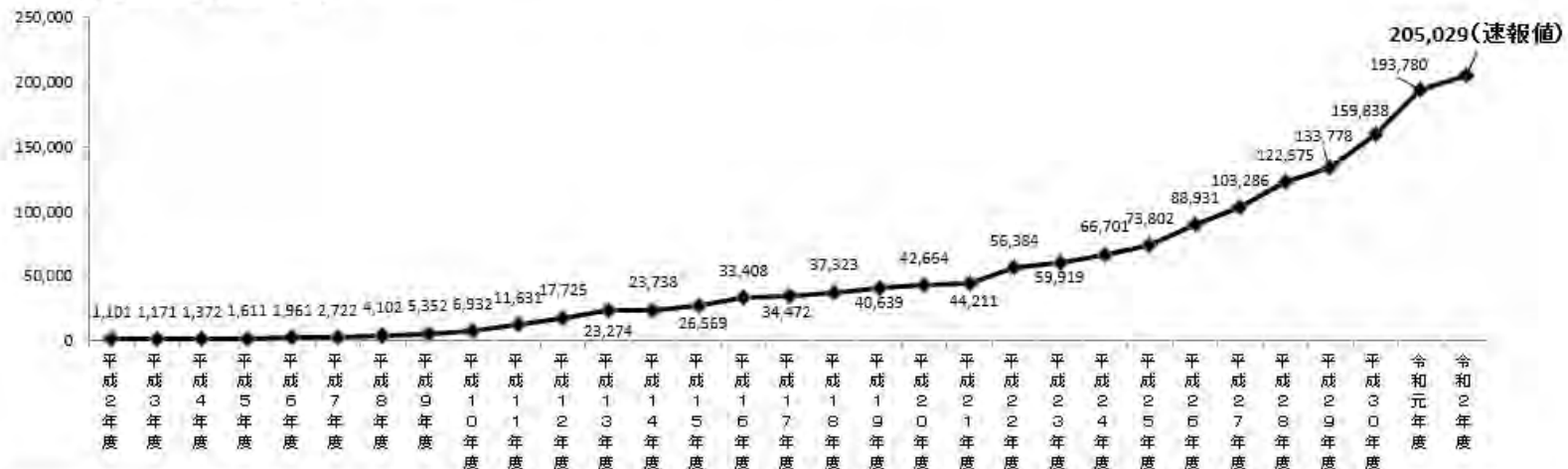
児童相談所での児童虐待相談対応件数とその推移

1. 令和2年度の児童相談所での児童虐待相談対応件数

令和2年度中に、全国220か所の児童相談所が児童虐待相談として対応した件数は205,029件（速報値）で、過去最多。

- ※ 対前年度比+5.8%（11,249件の増加）（令和元年度：対前年度比+21.2%（33,942件の増加））
- ※ 相談対応件数とは、令和2年度中に児童相談所が相談を受け、接对方当事人との結果により指導や措置等を行った件数。
- ※ 令和2年度の件数は、速報値のため今後変更がありうる。

2. 児童虐待相談対応件数の推移



年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度(速報値)
件数	44,211	注 56,384	59,919	66,701	73,802	88,931	103,286	122,575	133,778	159,838	193,780	205,029
対前年度比	+3.6%	-	-	-11.3%	+10.6%	+20.5%	+16.1%	+18.7%	+9.1%	+19.5%	+21.2%	+5.8%

（注）平成22年度の件数は、東日本大震災の影響により、福島県を除いて集計した数値。

3. 主な増加要因

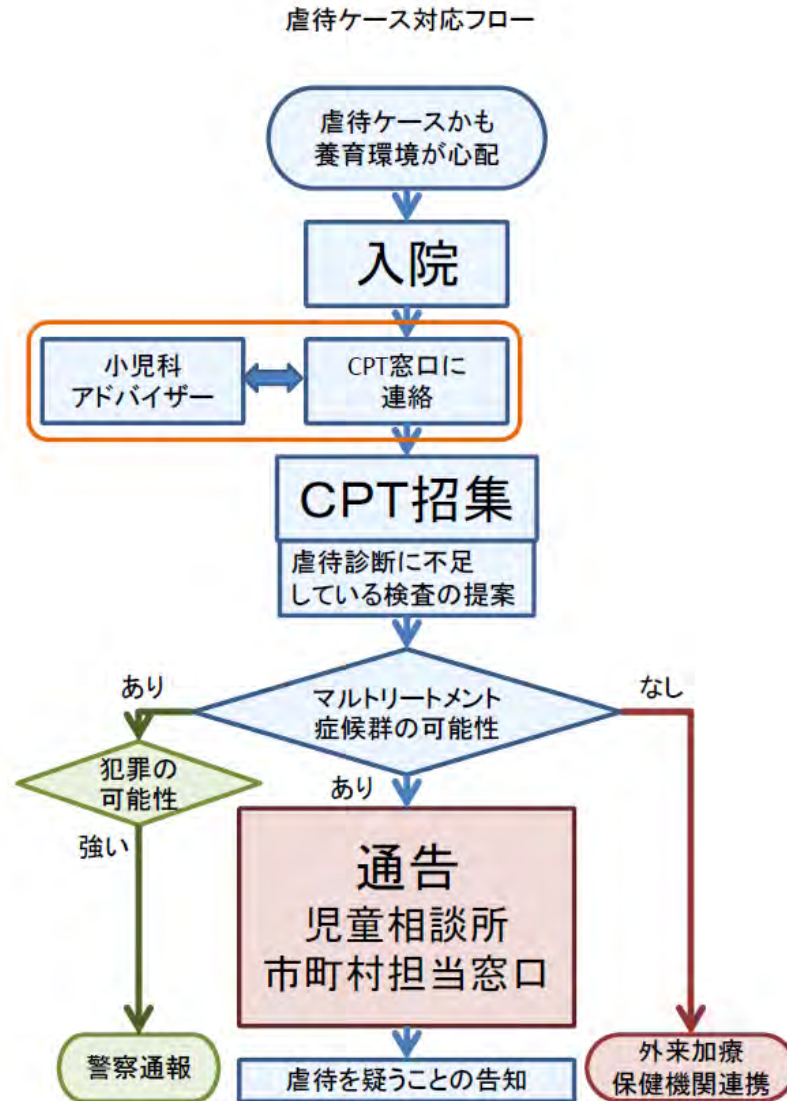
- 心理的虐待に係る相談対応件数の増加（令和元年度：109,118件→令和2年度：121,325件（+12,207件））
- 警察等からの通告の増加（令和元年度：96,473件→令和2年度：103,619件（+7,146件））

（令和元年度と比して児童虐待相談対応件数が増加した自治体からの聞き取り）

- 心理的虐待が増加した要因として、児童が同居する家庭における配偶者に対する暴力がある事案（面前DV）について、警察からの通告が増加。

CPT (Child Protection Team) の概要

- 虐待の対応には福祉・保健・警察・司法・教育等様々な機関と連携を取る必要がある。
- 対応を迅速に行うにあたり、多くのマンパワーと専門知識が必要となるため、CPT (Child Protection Team) と呼ばれるチームでの対応が推奨されている。



【マルトリートメント症候群】

養育者に加害の意図があったか否かとは無関係に、作為的もしくは不作為的な「不適切な養育」(※)によって18歳未満の小児に急性もしくは慢性の身体的・精神心理的症状が生じている場合、または健康な身体的成長・精神的発達が阻害されたと考えられる場合をいう。

(※)「不適切な養育」とは子どもの健全な身体的・精神的発達を阻害する可能性のある養育のことを指す。

CPTの基本的な組織構成

- CPTは、活動の中心となる「コアメンバー」、必要に応じてチームの一員となる「拡大メンバー」、また、時折意見を求めることとなる「補足的メンバー」から構成されており、医療機関ごとの特性に見合った組織形態をとることが推奨されている。

○ コアメンバー

活動の中心となる必要最低限のメンバー。

- ・小児科医
- ・医療ソーシャルワーカー
- ・救急外来看護師
- ・小児科看護師

→ **小児科アドバイザー**: 虐待に精通した小児科によるアドバイス（もしくはバックアップ）を行う。

— **CPT窓口**: 院内スタッフから、虐待を疑われるケースについて連絡を受けける窓口となる。CPT窓口には院内全ての職種から、情報が得られるよう周知する。

○ 拡大メンバー

チームの一員であれば対応の幅が広がるメンバー

- ・救急医/放射線科医/脳神経外科医/整形外科医/眼科医/外科医/皮膚科医/産婦人科医・産科看護師・助産師/未熟児新生児科医・NICU看護師/臨床心理師/歯科医

○ 補足的メンバー

時折意見を求める事となるメンバー

- ・耳鼻咽喉科医/泌尿器科医/精神科医/GCU看護師/医事課

医療機関における虐待対応組織の設置に係る現状

- 全国の医療機関を対象に行ったアンケート調査によると、医療機関ごとの虐待患者対応状況は以下のとおりであった。
- アンケート調査によると、虐待対応組織の設置をしていると回答した医療機関数は70.1% (246施設)であった。

図3 虐待の疑いがある実患者、入院、社会的入院をそれぞれ1人以上経験した医療機関（本年度調査）（令和2年度）

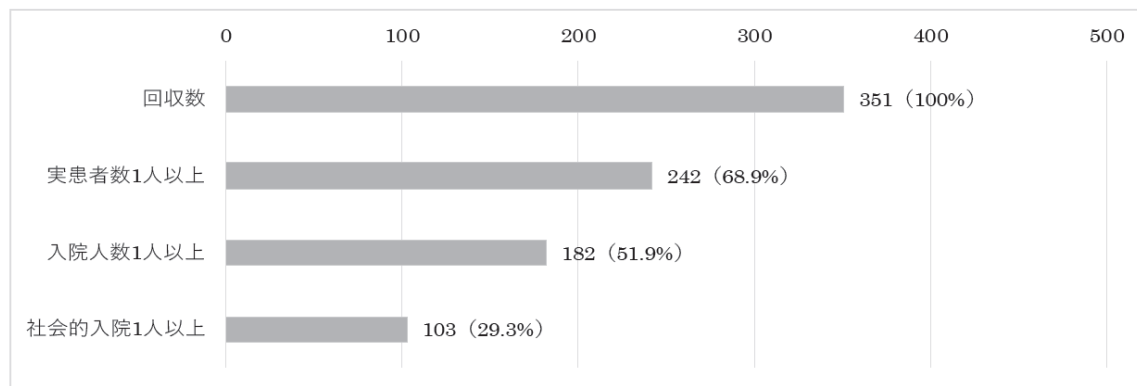


表13 虐待対応組織の設置（単一回答）

	本年度調査(令和2年度)		平成30年度調査	
	医療機関数	%	医療機関数	%
設置している	246	70.1	257	65.1
設置していない	103	29.3	136	34.4
無回答	2	0.6	2	0.5
合計	351	100.0	395	100.0

※対象期間は平成31年1月1日から令和元年12月31日

※全国943施設の医療機関（日本小児科学会の教育研修施設、5類型病院、各都道府県の保健医療計画で小児の救急輪番に参加している病院のいずれかに該当する施設）有効回収率37.1%、351施設

虐待対応に対する現行の診療報酬上の評価

- 虐待を受けている又は虐待が疑われる場合の児に対する対応への評価として、「診療情報提供料(Ⅰ)」「入退院支援加算」「小児特定疾患カウンセリング料」を設けている。
- 一方、CPTについては、患者が入院してから退院まで、体制の整備を図った上で、連続的に活動が行われている。

診療情報提供料(Ⅰ)

入退院支援加算

小児特定疾患カウンセリング料

外来

入院

外来

虐待疑い

【診療情報提供料(Ⅰ)】

診療情報提供料(Ⅰ)・・・保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、当該患者の居住地を管轄する市町村等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に算定。

【入退院支援加算】

- ・退院困難な要因を有する入院中の患者であって在宅の療養を希望するものに対して入退院支援を行った場合に算定可能。
- ・又は、連携する他の保険医療機関において当該加算を算定した患者の転院を受け入れ、当該患者に対して入退院支援を行った場合に算定可能。

※退院困難な要因に「家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること」が含まれている。

【小児特定疾患カウンセリング料】

- ・小児科若しくは心療内科を担当する医師又は医師の指示を受けた公認心理師が別に厚生労働大臣が定める患者(※)であって、入院中以外のものに対して、療養上必要なカウンセリングを行った場合に算定可能。

※「家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある者」が含まれる

CPTにより、

- 医療機関の虐待相談窓口
- 虐待かどうかの検討(カンファレンス)
- 各診療科へのコンサルト
- 児童相談所への通告
- 家族への説明の同席
- 虐待症例の振り返り、啓蒙活動 等

を実施しており、速やかな実行のため、**体制の整備が必要。**

CPTを実施している場合の例

【CPTの構成員】

約30名で構成される。
小児科に限らない多数の診療科から、医師、看護師、事務職、MSW、公認心理士などで構成される。

【CPT体制】

虐待対応マニュアルが策定されており、職員がPCですぐに確認出来る。診療した子どもの安全が疑われた場合にはCPTに連絡することが定められており、連絡窓口は主にMSWが務める。毎月発生した新規の虐待疑いケースについて、月例会議で話し合いを行う。

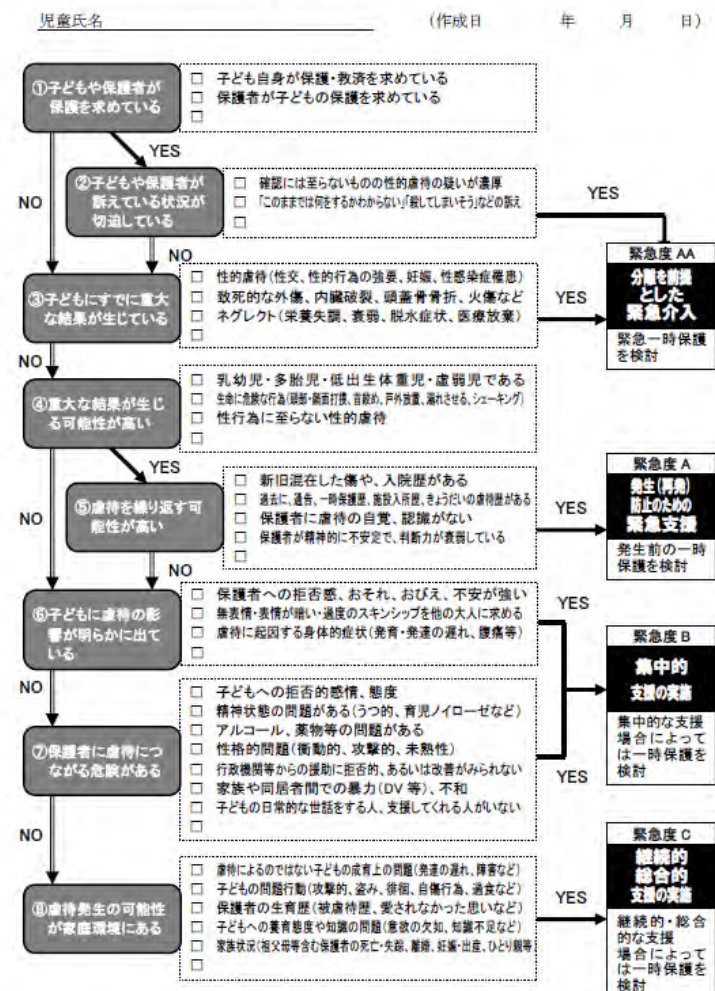
【児童相談所・関係機関への通告】

当都道府県で定められている「緊急度アセスメントシート」に沿って通告先を判定し、児童相談所への通告はCPTメンバーが行う。ただし、CPTメンバーは子どもの主治医にならないこととしている。(保護者との関係性保持や主治医負担軽減のため)

【軽症対応】

軽症と判断した場合、入院ではなく、翌日に一般外来で再受診してもらう。その際、再発防止のために市町村へ繋ぐことを保護者に必ず伝え、了承を得ている。

緊急度アセスメントシート



※ 判断にあたっては、各チェック項目を参考にすること。参考に出てくる情報がこれ以外にある場合は空欄に記入すること。
 厚生労働省「子ども虐待対応の手引き」(平成19年1月改訂版)を参考に作成

千葉県で使用されている緊急度アセスメントシートの一例。
 千葉県ホームページより許可を得て引用。

小児急性期医療体制に係る課題（小括）

（小児患者の無菌室における治療について）

- 小児入院医療管理料1～5では無菌治療室管理加算は包括されており、併算定ができない。
- データベースの整備により、小児造血器腫瘍の標準治療が整備されたことに伴い、小児科医が小児病棟において造血幹細胞移植を実施する件数が増加した。

（小児における時間外・救急医療体制について）

- 小児入院患者のうち時間外に緊急入院となった件数の医療機関ごとの分布をみると、年間1000件以上の医療機関も一部存在した。
- 看護業務の中でも「入院」に関する看護業務については、時間を要する看護業務として回答している人数が多かった。

（小児患者の退院時薬剤管理指導について）

- 「成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針」において、小児医療等における専門的な薬学管理に対応するため、医療機関・薬局の医療従事者間の連携を推進する、とされている。
- 医療的ケア児数は増加傾向である。
- 医療的ケア児、小児慢性特定疾病児の退院時服薬指導において伝える必要がある情報は、「飲み方の工夫」等様々である。
- 医療的ケア児、小児慢性特定疾病児の退院時に、医療機関から保険薬局にお薬手帳や文書による情報提供が行われている。

（不適切な養育への対応に係る体制について）

- 児童相談所での虐待相談対応件数は年々上昇傾向にあり、その対応に当たっては、福祉・保健・警察・司法・教育等様々な機関との連携、迅速な対応、多くのマンパワーと専門知識が必要となるため、CPTと呼ばれる組織的な対応が推奨されている。
- 全国の医療機関を対象に行ったアンケート調査によると、約7割の医療機関において、虐待対応組織を設置されていた。

1. 小児医療について

1-1 小児医療の現状等について

1-2 小児急性期医療体制について

1-3 小児高度急性期医療体制について

1-4 小児医療に係る医療機関間連携等について

2. 周産期医療について

3. 精神科救急入院医療について

4. 論点

- ① 小児特定集中治療室管理料について
- ② 新生児特定集中治療室管理料について

小児特定集中治療室管理料の概要

- 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(PICU)に対する評価が新設された。

A301-4 小児特定集中治療室管理料(1日につき)

7日以内の期間	16,317点
8日以上期間	14,211点

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長などに届け出た保険医療機関において、15歳未満の小児(児童福祉法第6条の2第2項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者)に対し、必要があ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、体外式心肺補助(ECMO)を必要とする状態の小児にあっては35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

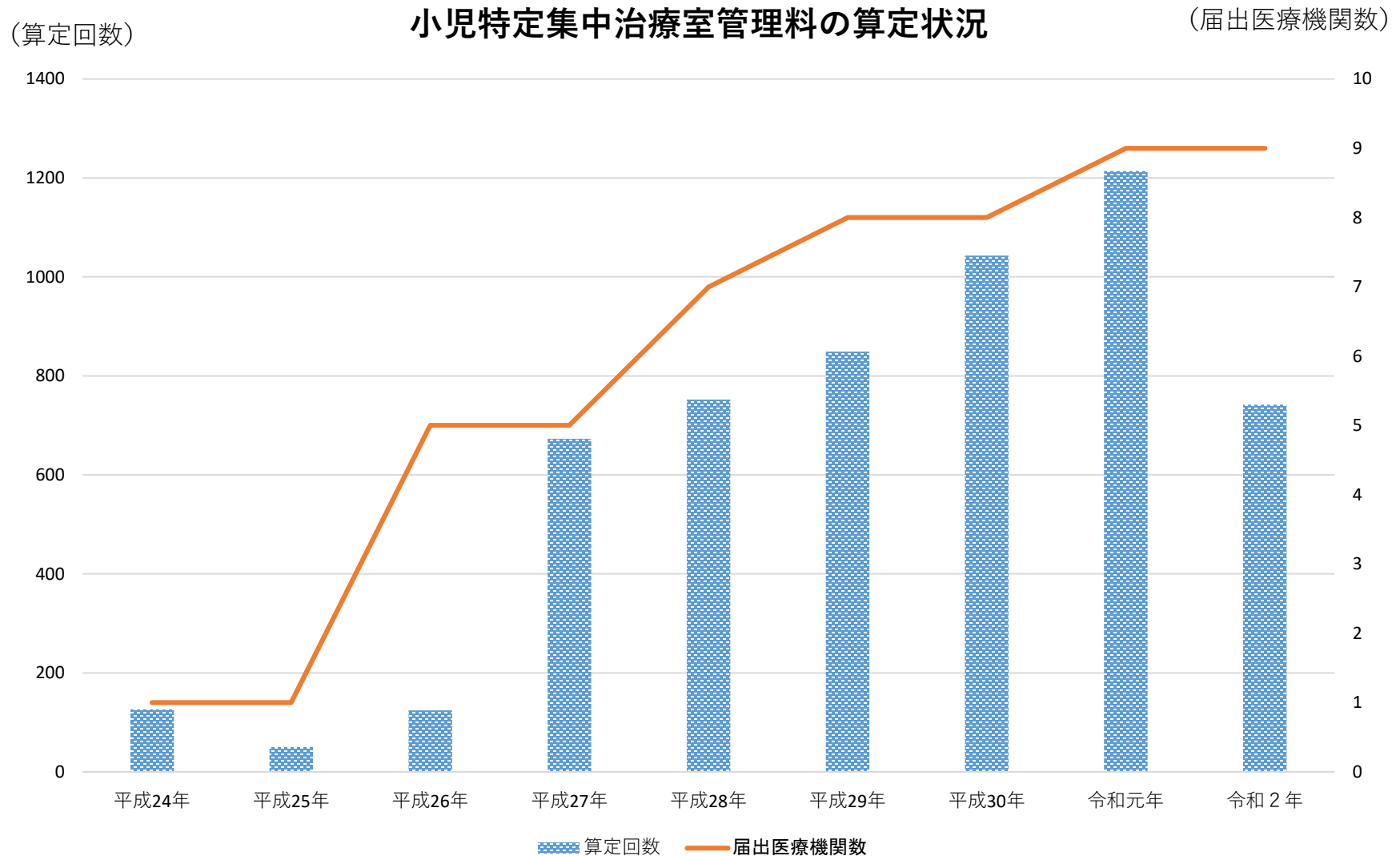
〈施設基準〉

- 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。
- 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り)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。

- 1床あたり15平方メートル以上であること。
- 原則としてバイオクリーンルームであること。
- 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)等

小児特定集中治療室管理料の現状

○ 小児特定集中治療室管理料の算定状況と届出医療機関数は以下のとおり。

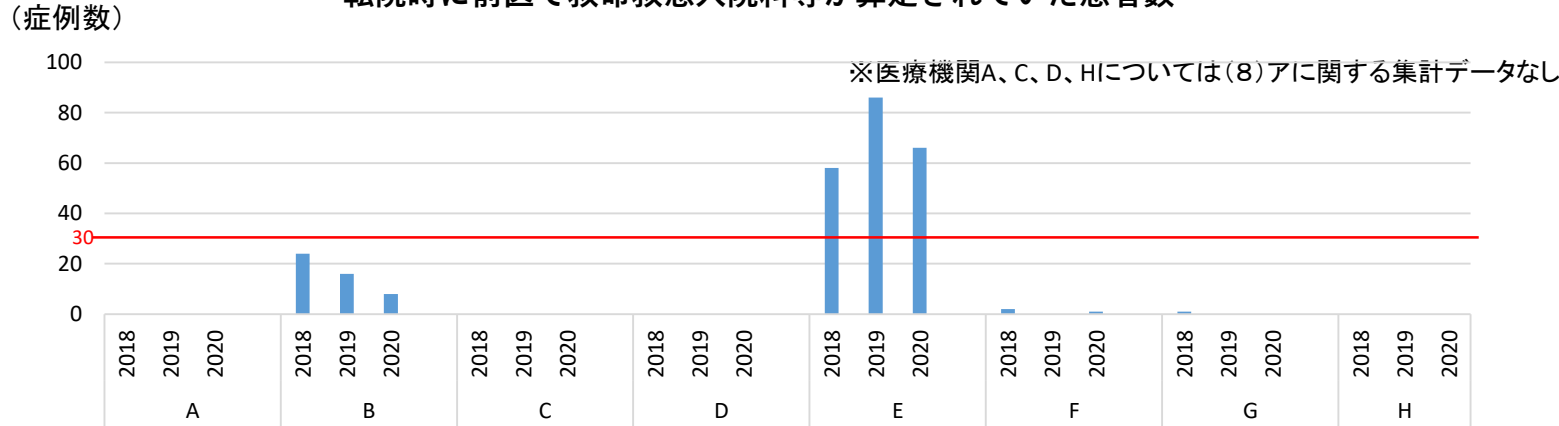


小児特定集中治療室管理料を算定する医療機関の現状

- 2019年度までは、施設基準における要件のうち、「(8)イ」を満たすことにより、当該施設基準を満たす医療機関が多かった。
- 2020年度以降、(8)イにより施設基準を満たしていた医療機関で症例数の減少がみられている。

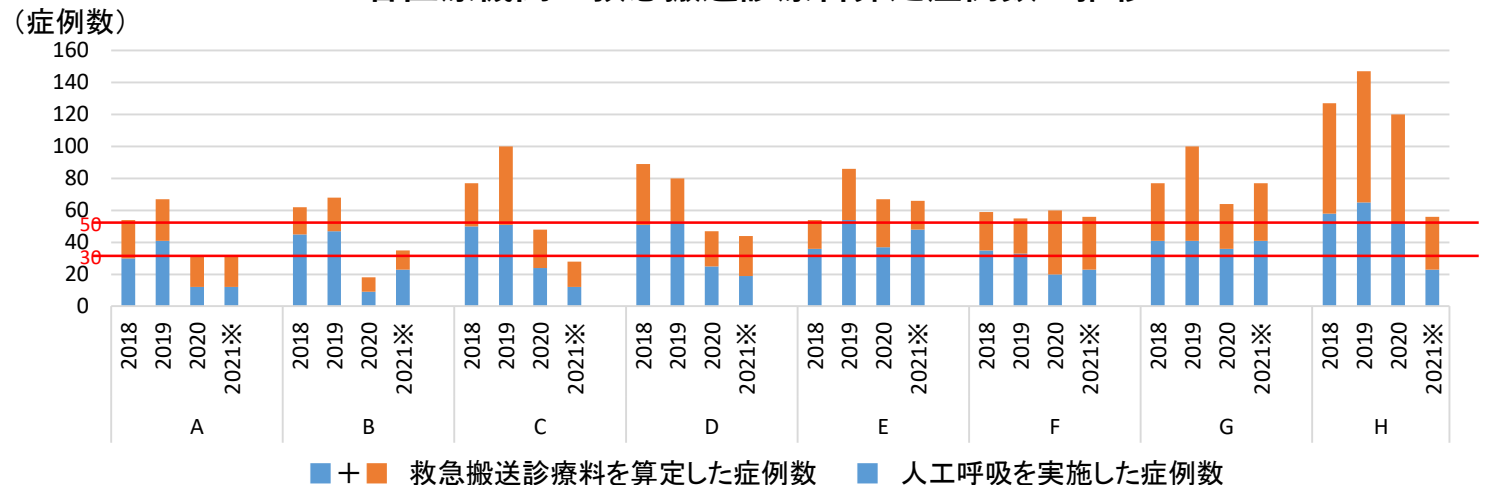
各医療機関の転院時に前医で救命救急入院料A300、あるいは特定集中治療室管理料A301を算定していた症例数。
 ※施設基準(8)ア 転院時に前医で救命救急入院料A300、あるいは特定集中治療室管理料A301を算定していた症例が**1年間に20名以上**。

転院時に前医で救命救急入院料等が算定されていた患者数



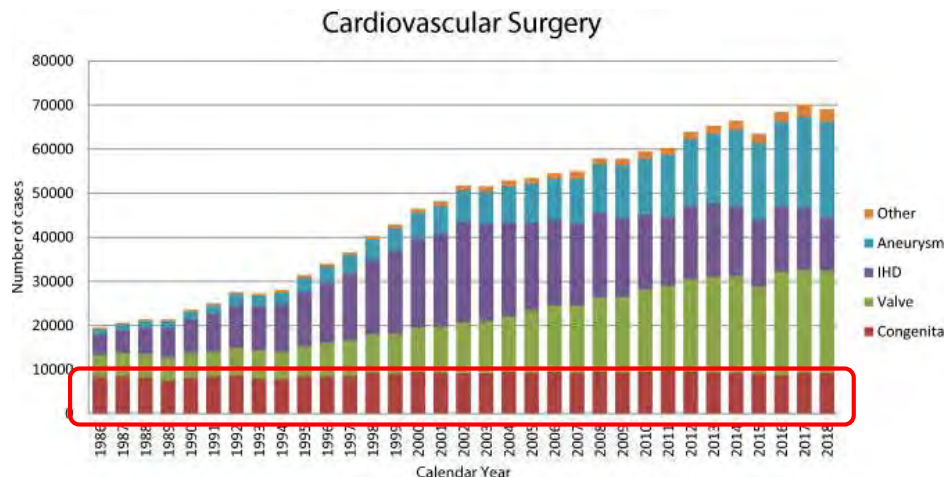
転院時に前医もしくは貴院で救急搬送診療料C004を算定した症例数、及びそのうち、PICU入室後24時間以内に人工呼吸を実施した症例数。
 ※施設基準(8)イ 転院時に前医もしくは貴院で救急搬送診療料C004を算定した症例が**50名以上**。そのうち、PICU入室後24時間以内に人工呼吸を実施した症例が**30名以上**。

各医療機関の救急搬送診療料算定症例数の推移



先天性心疾患の現状

- 小児の入院患者数は減少しているものの、先天性心疾患手術の実施件数は横ばいである。
- 治療の発展により、複雑な心奇形の手術が行われるようになり、以前は救命が難しかった先天性心疾患の死亡率が低下してきている。
- 新生児期や乳児期に行われる先天性心疾患手術は、2014年は1996年と比較すると、全体の先天性心疾患手術件数に占めるその割合が上昇している。



先天性心疾患の年間の手術件数

(日本国内の心臓血管手術の実施件数の推移)

出典：Gen Thorac Cardiovasc Surg. 64:665-697,2016

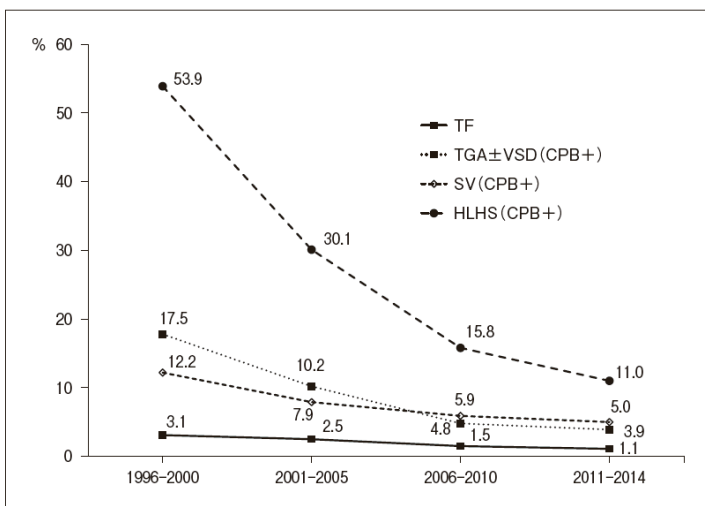


図1 代表的疾患の手術死亡率(病院死亡)

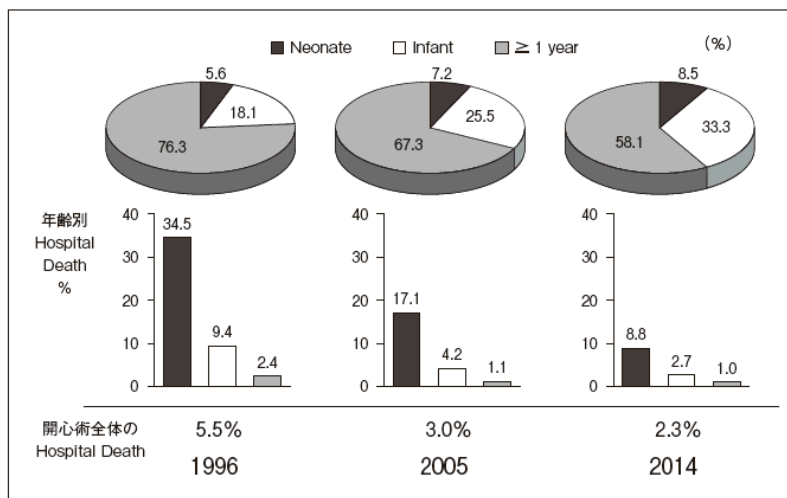


図2 先天性心疾患の手術時年齢と開心術死亡率の経年変化

図1、図2 出典：心臓 Vol.50 No.7(2018)

TF：ファロー四徴症 SV：単心室
TGA：大血管転位 HLHS：左心低形成
VSD：心室中隔欠損 CPB：人工心肺

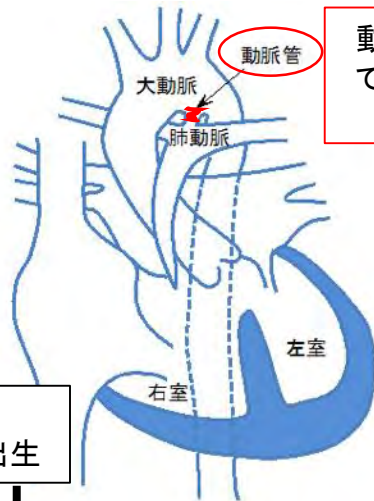
重症先天性心疾患をもつ新生児について

○ 重症先天性心疾患をもつ新生児の場合、特殊な血行動態を持って生まれてくるため、NICUで内科的管理を行い、体重増加を待った上で心臓手術を行う必要があり、集中治療室へ長期の入院が必要となる。

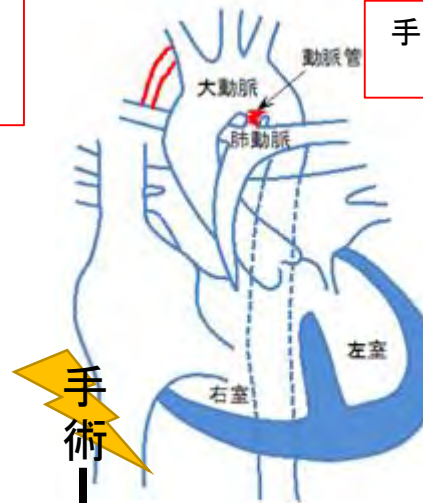
肺動脈閉鎖を伴うFallot四徴症の経過 (イメージ)

重症先天性心疾患の例

左心低形成症候群、大動脈縮窄/大動脈弓離断、完全大血管転位、肺動脈閉鎖症、三尖弁閉鎖症、単心室症、内臓錯位、両大血管右室起始、総肺静脈還流異常症、総動脈幹遺残、Ebstein病、血管輪、肺動脈スリング



動脈管を薬剤(プロスタグランジン)で開けたままにして、全身状態を安定させる



手術できるような全身状態になった後に手術を実施

38週
2,800gで出生

NICU (21日間)

NICUでの全身管理

- ・PIカテーテルによる輸液管理
- ・カテコラミン等の血管作動薬
- ・人工呼吸管理
- ・機能が未熟故の感染対策
- ・環境変化への細かい配慮等

一般病棟 (40日間)

小児病棟での全身管理

- ・薬物治療の継続
- ・心不全の増悪や血行動態が破綻しないよう管理を実施
- ・体重増加をまつ

集中治療管理 (8日間)
(PICU等)

PICU等での全身管理

- ・中心静脈カテーテルによる輸液管理
- ・カテコラミン等の血管作動薬
- ・人工呼吸管理(含NO治療)
- ・術後侵襲への対応
- ・シャント閉塞管理(抗凝固療法)

※その後、一旦退院し、時期をみて、根治的治療へ

先天性心疾患の治療

- 「先天性心疾患並びに小児期心疾患の診断検査と薬物療法ガイドライン」においては、主な先天性心疾患の診断、治療適応決定のための検査法の選択について、成長過程とあわせて示している。
- 先天性心疾患の手術においては、体重が増えてから手術を行った方が術後合併症が少ないとされている。

2019年6月7日発行

2017-2018年度活動

先天性心疾患並びに小児期心疾患の診断検査と薬物療法ガイドライン (2018年改訂版)

JCS 2018 Guideline on the Clinical Examinations for Decision Making of Diagnosis and Drug therapy in Pediatric Patients with Congenital Heart Disease and Cardiovascular Disorder

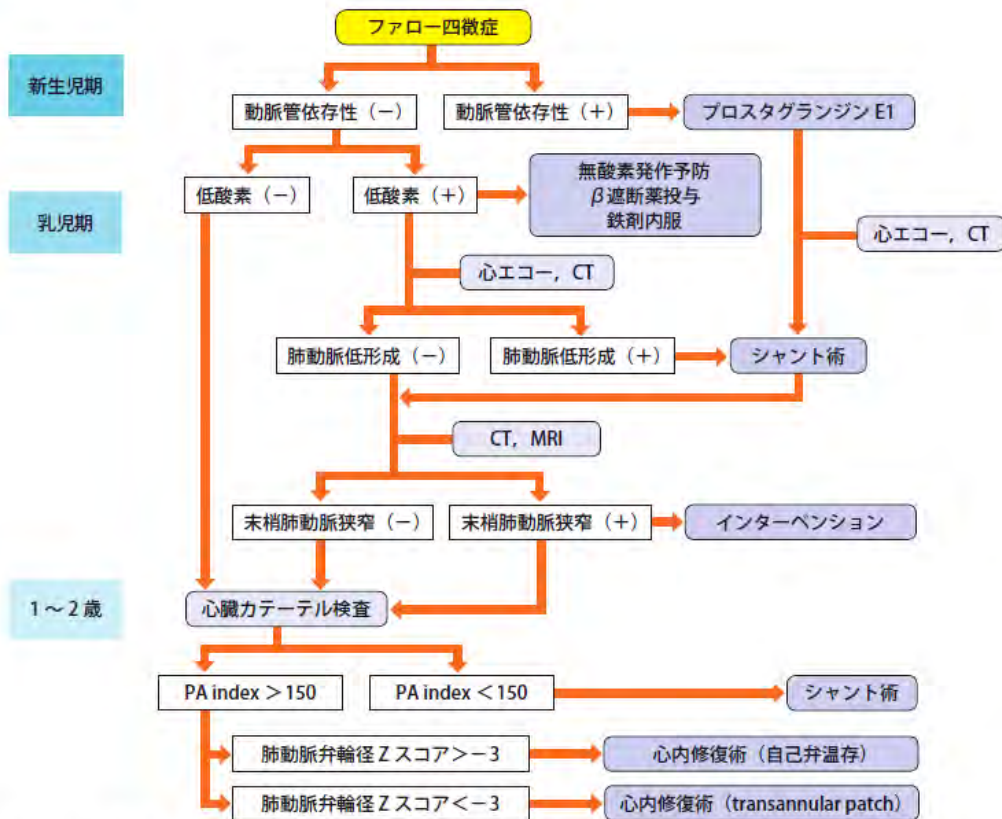
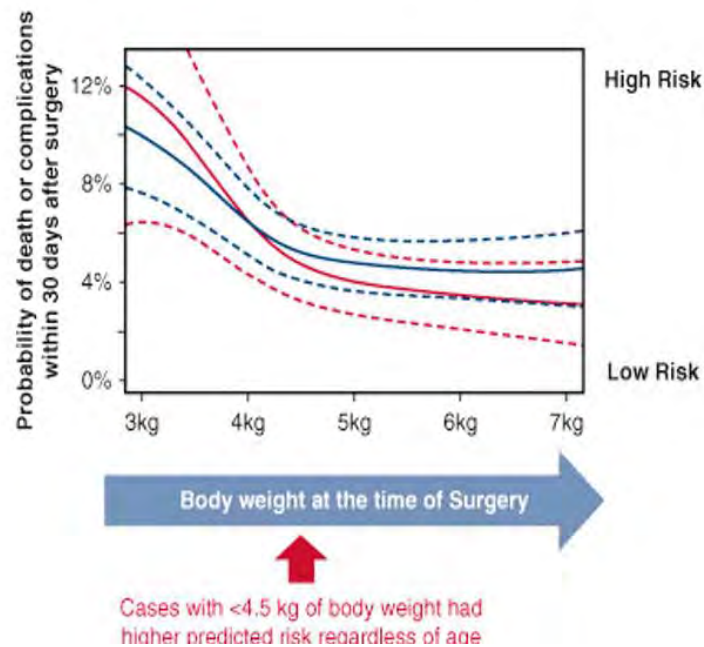


図 54 ファロー四徴症の検査と治療

Association of Infants' Body Weight and Adverse Events



手術時の体重が軽くなるほど術後合併症が多くなることが示されている。
出典: J Thorac Cardiovasc Surg. 2019Mar;157(3):1132-1141

- ① 小児特定集中治療室管理料について
- ② 新生児特定集中治療室管理料について

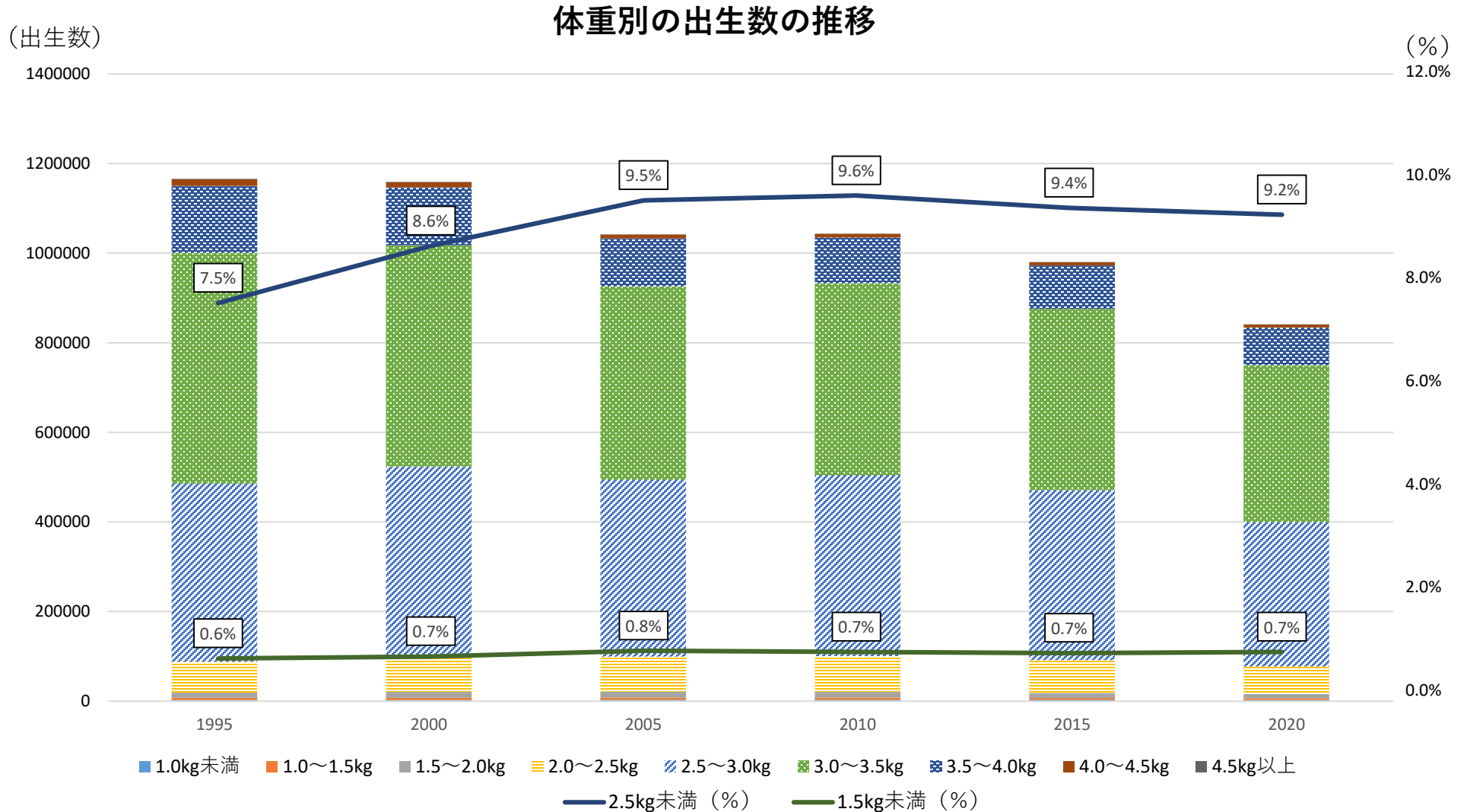
新生児特定集中治療室の概要

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

	A303 総合周産期特定集中治療室管理料2 10,539点(1日につき)	A302 新生児特定集中治療室管理料1 10,539点(1日につき)	A302 新生児特定集中治療室管理料2 8,434点(1日につき)
算定対象	次に掲げる状態にあつて、医師が新生児特定集中治療室管理が必要であると認めた者 ア 高度の先天奇形、イ 低体温、ウ 重症黄疸、エ 未熟児、オ 意識障害又は昏睡、カ 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪、キ 急性心不全(心筋梗塞を含む)、ク 急性薬物中毒、ケ ショック、コ 重篤な代謝障害、サ 大手術後、シ 救急蘇生後、ス その他外傷、破傷風等で重篤な状態		
算定上限日数	21日 ただし、以下の場合を除く 出生時体重が1500g以上で厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児:(35日) 出生時体重1000~1499g:(60日) 出生時体重1000g未満:(90日)		
医師の配置	○専任の医師が常時、治療室内に勤務		○専任の医師が常時、医療機関内に勤務 ○緊急時は別の医師が速やかに診療に参加
看護師の配置	○助産師又は看護師の数は常時3対1以上		
構造設備等	○1床あたり7平方メートル以上 ○原則バイオクリーンルーム ○救急蘇生装置等の装置及び器具を常備、 ○自家発電装置を有し、電解質定量検査及び血液ガス分析を含む必要な検査が常時可能		
その他	○ 出生体重1,000g未満の新生児の新規入院患者数:直近1年間で4件以上 ○ 開胸手術、開頭手術、又は開腹手術:年間6件以上実施		○出生体重2,500g未満の新生児の新規入院患者数:直近1年間で30件以上
	○総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターであること ○ 当該治療室に病床が6床以上設置されていること		

低出生体重児の推移

- 出生数は減少傾向である。
- 低出生体重児の割合は近年横ばい傾向である。



慢性肺障害 (CLD) の概要

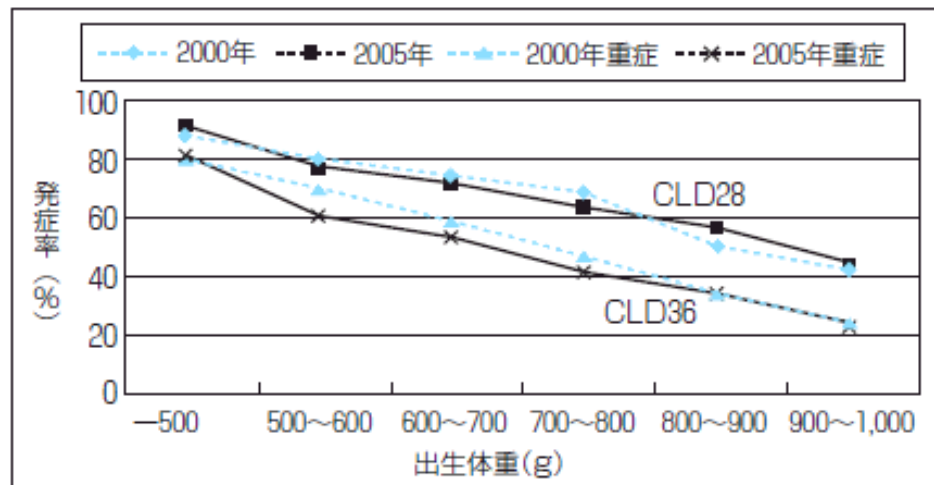
- 慢性肺障害とは、「先天性奇形を除く肺の異常により酸素投与を必要とするような呼吸窮迫症状が新生児期に始まり日齢28を超えて続くもの」と定義されており、さらに、肺障害のうち大部分を占める低出生体重児の慢性肺障害を「疾患」として特徴づけている。
- 一般に出生時体重が低いほど慢性肺疾患の発症率は上昇し、慢性肺疾患の発症率は超低出生体重児 (出生時体重1000g未満) で57.7%、極低出生体重児 (出生時体重1500g未満、1000g以上) で12.2%であった。

表1 慢性肺障害

早期新生児期から肺の換気障害が持続し、酸素療法が一定の期間以上に必要な新生児。上気道の疾患を除く。

(a) 酸素療法期間が日齢28日以上	従来から繁用されてきた定義であり、現在も使用されている。
(b) 酸素療法期間が受胎後週数で36週以上	在胎期間の個体差を考慮したもので、群間比較などに適しており、(a) と比べていっそう合理的と考えられている。

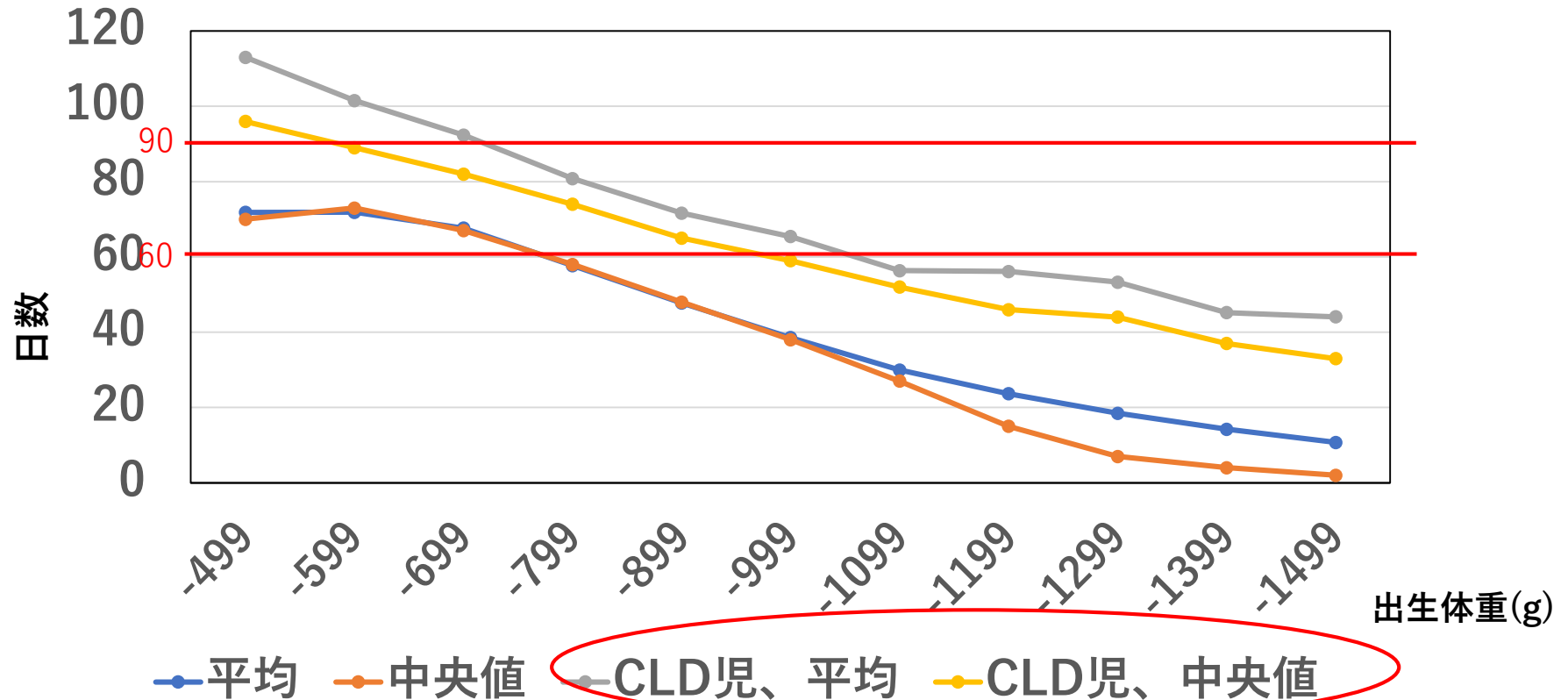
図3 体重別CLD発症率



出生体重別呼吸管理必要日数(急性期呼吸管理)

○ 出生体重にかかわらず、慢性肺疾患(CLD)を合併した患児においては、そうではない患児と比較して、呼吸管理必要日数が長くなる傾向があった。

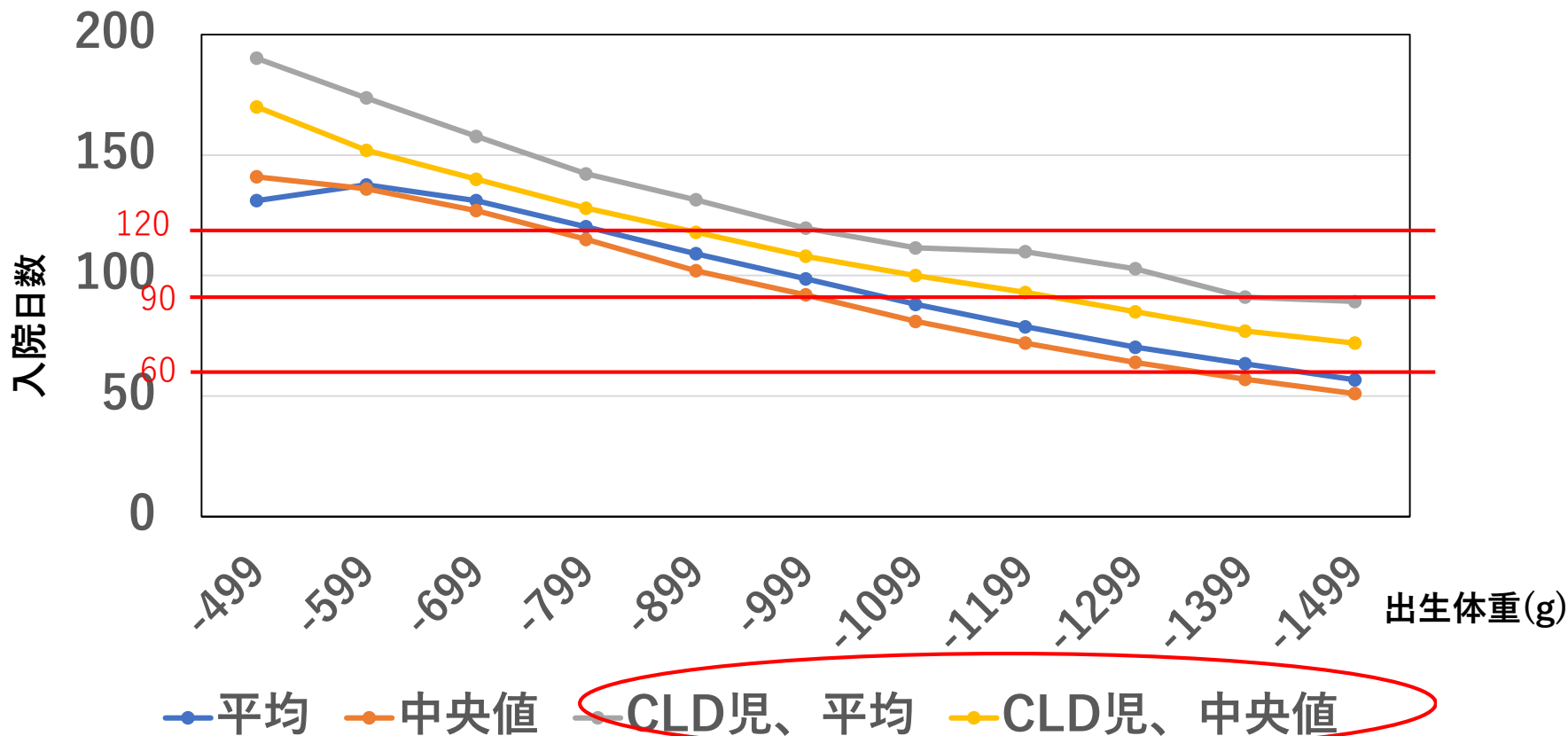
出生体重別呼吸管理必要日数 (急性期呼吸管理)



出生体重別入院日数

○ 出生体重にかかわらず、慢性肺疾患(CLD)を合併した患児においては、そうではない患児と比較して、入院日数が長くなる傾向があった。

出生体重別入院日数



小児高度急性期医療体制に係る課題(小括)

(小児特定集中治療室管理料について)

- 少子化の影響により、小児の入院患者数は減少してきている。これに伴い、小児重症患者転院搬送件数及び重症患者の救急搬送件数が減少してきている。
- 小児特定集中治療室に入室する患者像は「他院からの転院」、「手術後」、「院内急変」の患者や、疾患で見ると、「重篤な感染症」や「先天性心奇形」であるが、現行の施設基準に設けられている基準は患者の救急搬送に着目されたものである。
- 先天性心疾患は治療の発展により、以前は治療が難しかった先天性心疾患についても救命可能となり、新生児期や乳児期に行われる手術件数の割合が上昇した。
- 重症先天性心疾患をもつ新生児の場合、手術前管理を行いながら、体重を増加させて、心臓手術を行う必要があり、入院日数が長くなる傾向にある。

(新生児特定集中治療室管理料について)

- 低出生体重児にみられる病態に「慢性肺疾患(CLD)」があり、この疾患を合併した新生児の場合、呼吸管理が必要な期間が延長する傾向が明確に見られる。これに伴い、入院日数が延長する傾向がみられる。

1. 小児医療について

1-1 小児医療の現状等について

1-2 小児急性期医療体制について

1-3 小児高度急性期医療体制について

1-4 小児医療における医療機関間連携等について

2. 周産期医療について

3. 精神科救急入院医療について

4. 論点

医療的ケア児に関わる主治医と学校医との連携

診療情報提供料(Ⅰ)の見直し

- 主治医と学校医等との連携を推進し、医療的ケア児が安心して安全に学校に通うことができるよう、主治医から学校医等への診療情報提供について新たな評価を行う。

改定後

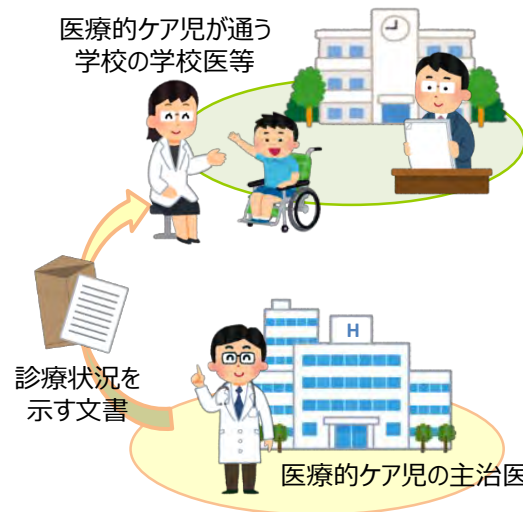
【診療情報提供料(Ⅰ)】

(新設)

保険医療機関が、**児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者**について、診療に基づき当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者が通学する学校教育法に規定する**小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部の学校医等**に対して、診療状況を示す文書を添えて、**当該患者が学校生活を送るに当たり必要な情報を提供した場合**に、患者1人につき月1回に限り算定する。

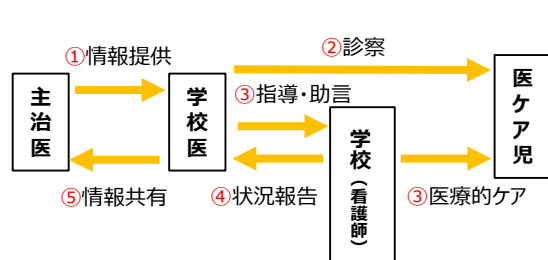
[算定要件]

- 当該義務教育諸学校において当該患者が生活するにあたり看護職員が実施する診療の補助に係る行為について、学校医等が指導、助言等を行うに当たり必要な診療情報を提供した場合に算定する。
- 「学校医等」とは、当該義務教育諸学校の学校医又は義務教育諸学校が医療的ケアについて助言や指導を得るために委嘱する医師をいう。
- 当該保険医療機関の主治医と学校医等が同一の場合は算定できない。

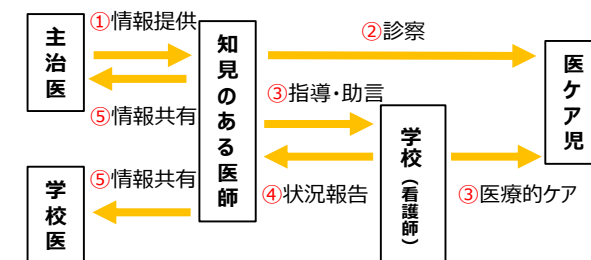


(参考)主治医から学校医等への情報提供に基づいた学校における医療的ケアの流れ

●「学校医」が学校における医療的ケアに係る指導・助言を行う場合



●「学校医」以外の医師が医療的ケアに係る指導・助言を行う場合



新しい時代の特別支援教育の在り方に関する有識者会議
(文部科学省、令和元年12月2日)より抜粋

- (1) 学校は保護者からの申出を受けて、「学校医」に学校における医療的ケアの実施を相談し、相談結果を踏まえ、「学校医」又は「知見のある医師」に業務(看護師に対する指示を含む学校における医療的ケアに係る指導・助言)を委嘱
- (2) 「学校医」又は「知見のある医師」は「主治医」からの情報提供①を受け、「医ケア児」を診察②し、「主治医」等※と調整を図り、学校における医療的ケアを検討
- ※「知見のある医師」が看護師に対する指示を含む学校における医療的ケアに係る指導・助言を行う場合は、「学校医」とも調整
- (3) 「学校医」又は「知見のある医師」は看護師に対する指示を含む学校における医療的ケアを指導・助言③
- (4) 「学校医」又は「知見のある医師」は看護師からの状況報告④等を踏まえ、「主治医」等※に医ケア児の学校生活上の情報を共有⑤
- ※「知見のある医師」が看護師に対する指示を含む学校における医療的ケアに係る指導・助言を行う場合は、「学校医」にも共有

小児への訪問看護に係る関係機関の連携強化

自治体への情報提供の見直し

➤ 訪問看護ステーションから自治体への情報提供について、15歳未満の小児の利用者を含め

現行

【訪問看護情報提供療養費1】

[算定対象]

- (1) 特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の者
- (2) 特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる者
- (3) 精神障害を有する者又はその家族等



改定後

【訪問看護情報提供療養費1】

[算定対象]

- (1) 特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の者
- (2) 特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる者
- (3) 精神障害を有する者又はその家族等
- (4) 15歳未満の小児**

学校等への情報提供の見直し

➤ 医療的ケアが必要な児童等について、訪問看護ステーションから学校への情報提供に係る要件を見直すとともに、情報提供先に保育所及び幼稚園を含める。



現行

【訪問看護情報提供療養費2】

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者のうち、義務教育諸学校(小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部)への入学時、転学時等により初めて在籍することとなる利用者について、訪問看護ステーションが、利用者の同意を得て、当該義務教育諸学校からの求めに応じて、必要な情報を提供した場合に、利用者1人つき月1回に限り算定。



改定後

【訪問看護情報提供療養費2】

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者のうち、**学校等(保育所等、幼稚園、小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部)へ通園又は通学する利用者**について、訪問看護ステーションが、利用者の同意を得て、当該**学校等**からの求めに応じて、必要な情報を提供した場合に、利用者1人つき**各年度1回**に限り算定。**また、入園若しくは入学又は転園若しくは転学等により当該学校等に初めて在籍することとなる月については、当該学校等につき月1回に限り、別に算定可能。**

診療情報提供料（I）の算定要件及び算定状況

○ 別の医療機関への患者の紹介の他、保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合等についても、診療情報提供料（I）において評価を行っている。

B009 診療情報提供料（I） 250点（月1回）

【算定要件】（抜粋）

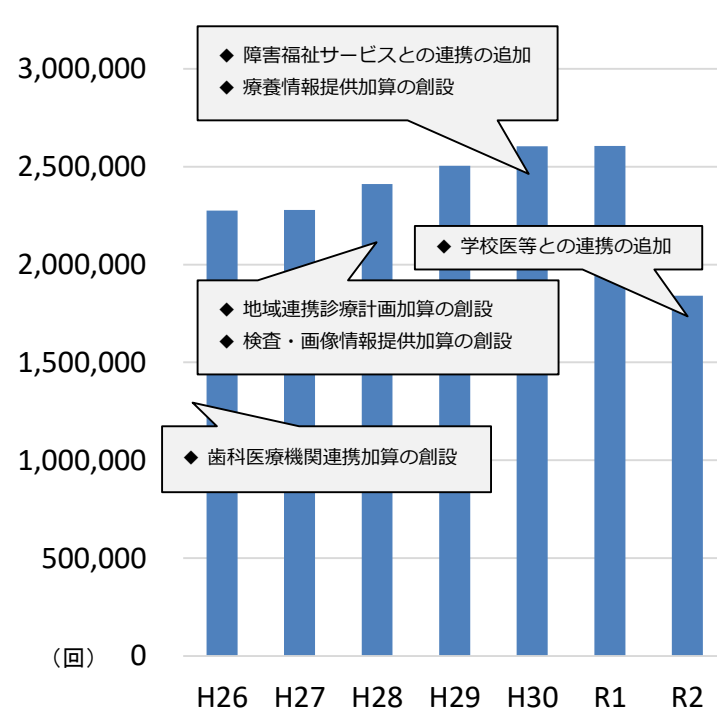
- 保険医療機関が、診療に基づき他の機関での診療の必要性等を認め、患者に説明し、その同意を得て当該機関に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定する。
- 紹介に当たっては、事前に紹介先の機関と調整の上、紹介先機関ごとに定める様式又はこれに準じた様式の文書に必要な事項を記載し、患者又は紹介先の機関に交付する。また、交付した文書の写しを診療録に添付するとともに、診療情報の提供先からの当該患者に係る問い合わせに対しては、懇切丁寧に対応するものとする。

情報提供先

※下線はR2年度改定で追加となった対象

	情報提供先	対象患者	情報提供の内容
1	別の保険医療機関	別の保険医療機関での診療の必要を認めたもの	患者の紹介を行った場合
2	市町村、 指定居宅介護支援事業者、 指定特定相談支援事業者、 指定障害児相談支援事業者等	— (入院患者については、自宅に復帰する患者のみ)	保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合
3	保険薬局	在宅患者訪問薬剤管理指導の必要を認め、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なもの	在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な情報を提供した場合
4	精神障害者施設、 介護老人保健施設	精神障害者である患者であって、精神障害者施設に入所・通所している又は介護老人保健施設に入所しているもの	社会復帰の促進に必要な情報を提供した場合
5	介護老人保健施設、 介護医療院	—	患者の紹介を行った場合
6	認知症に関する 専門の保険医療機関等	認知症の状態にある患者であって、認知症に関する専門の保険医療機関等での鑑別診断等の必要性を認めたもの	患者の紹介を行った場合
7	<u>医療的ケア児が通学する学校医等</u>	<u>児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者</u>	<u>学校生活を送るに当たり必要な情報を提供した場合</u>

算定回数の推移



【出典】社会医療診療行為別統計（調査）（各年6月審査分）

現行の診療報酬上の取扱いの整理

- 市町村又は指定特定相談支援事業所等に対する情報提供については、自宅に復帰する患者のみが算定対象となっている。
- 保健所・児童相談所、保育所・幼稚園、高等学校等については、算定対象となっていない。

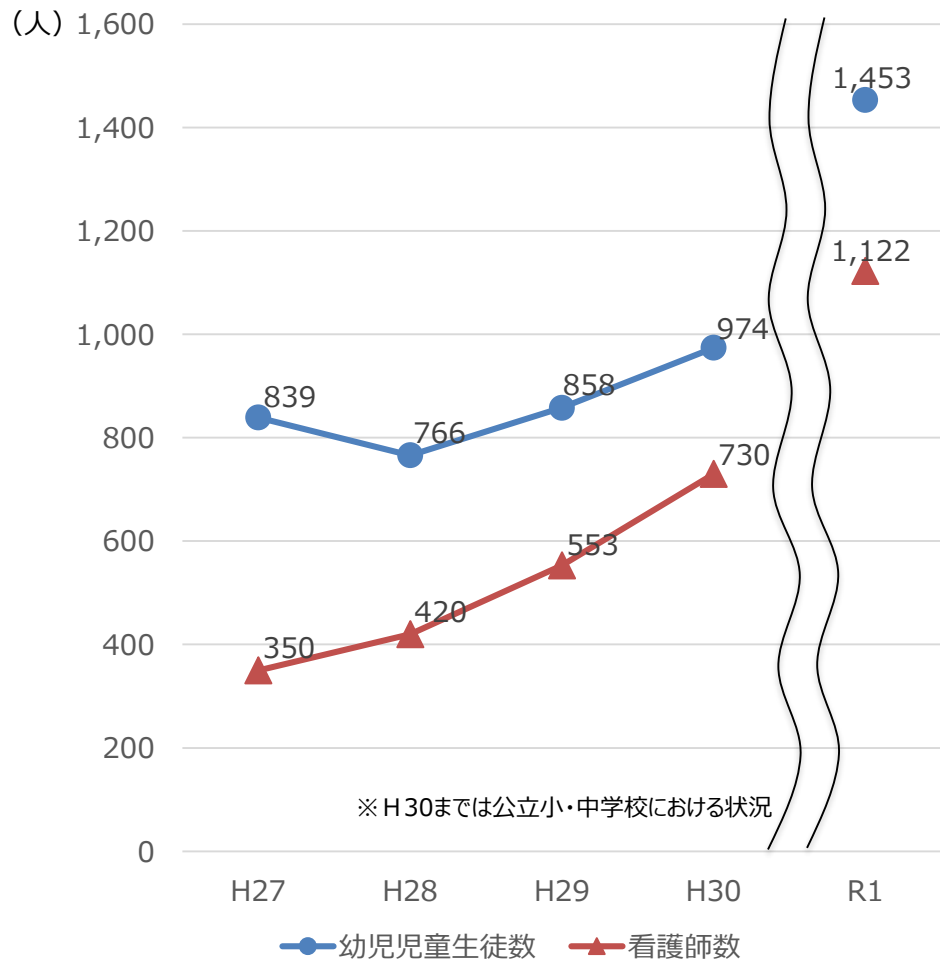
情報提供先	診療報酬上の評価
保険医療機関	○
市町村 指定特定相談支援事業者 指定障害児相談支援事業者	○ (入院患者については、自宅に復帰する患者のみ)
保健所・児童相談所	—
精神障害者施設	○
小学校、中学校 義務教育学校 中等教育学校（前期課程） 特別支援学校（小学部・中学部）	○
保育所等、幼稚園 特別支援学校（幼稚部） 認定こども園	—
高等学校 中等教育学校（後期課程） 特別支援学校（高等部）	—

医療的ケア児が
在籍する学校医等

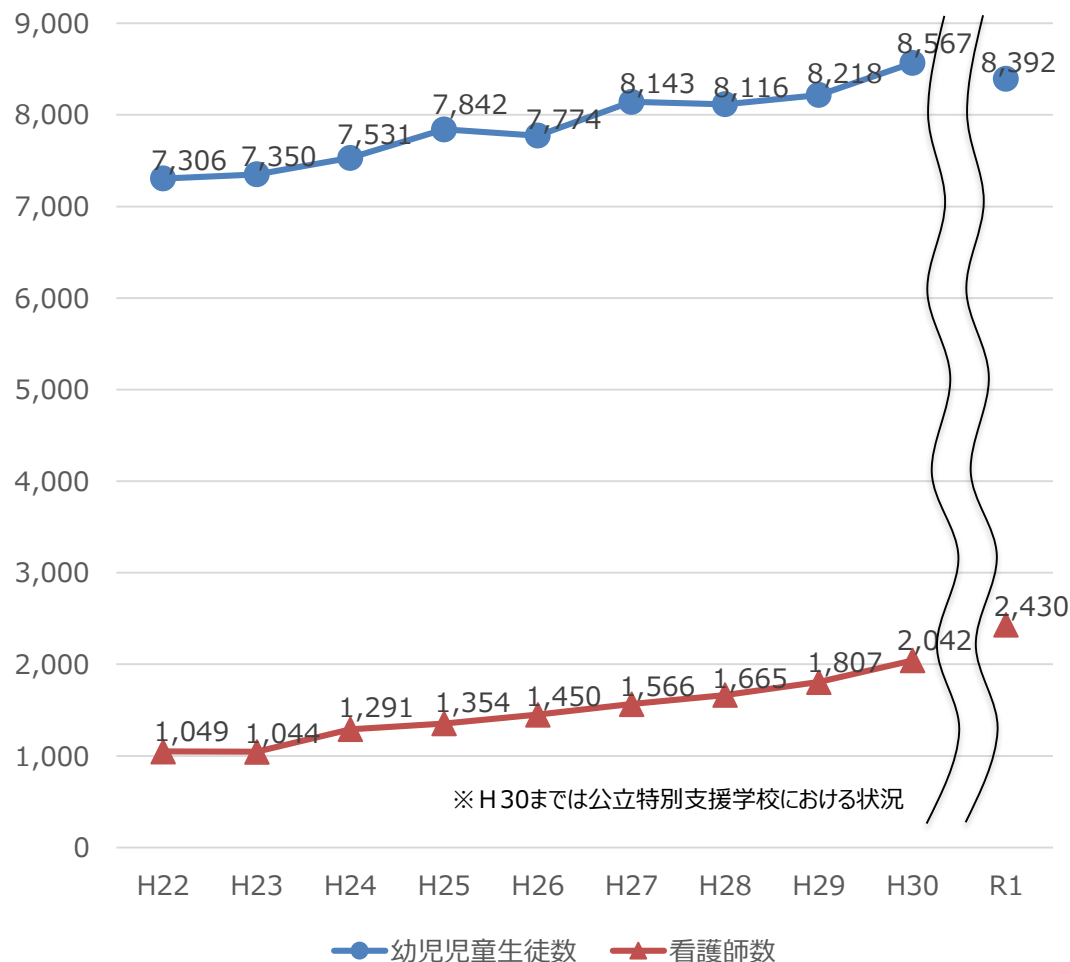
学校において医療的ケアが必要な児童生徒等の状況について①

○ 学校に在籍する医療的ケア児の数は9,845人であり、学校で医療的ケアに対応する看護師の数は3,552人である。

幼稚園、小・中・高等学校に在籍する医療的ケア児の推移



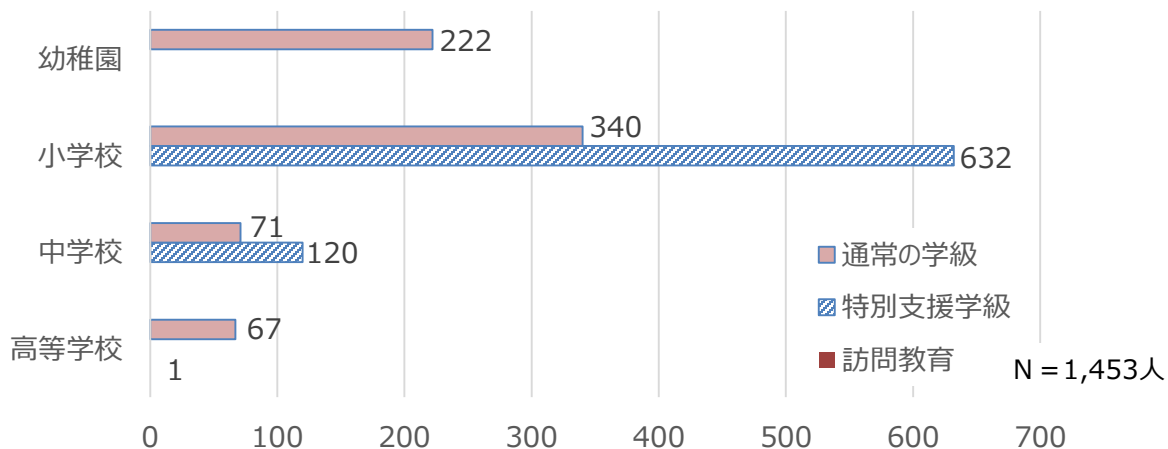
特別支援学校に在籍する医療的ケア児の推移



学校において医療的ケアが必要な児童生徒等の状況について②

- 小・中学校等に在籍する医療的ケア児について学校の種類別にみると、小学校が最も多い。
- 特別支援学校に在籍する医療的ケア児について学部別にみると、小学部が最も多い。

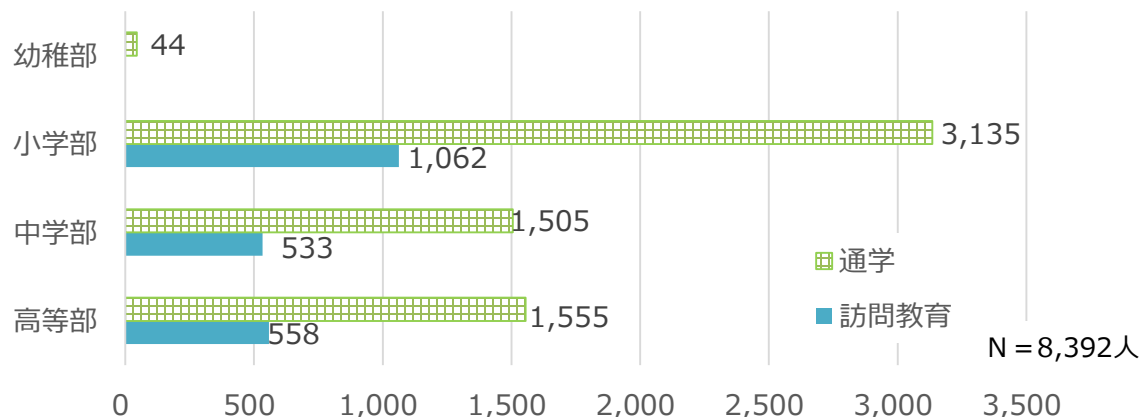
幼稚園、小・中・高等学校に在籍する医療的ケア児の数（学校の種類別）



【設置者別の内訳】

種類	通常の学級・特別支援学級・訪問教育の別	国立	公立	私立	計
幼稚園	通常の学級		84	138	222
	特別支援学級				
小学校	通常の学級	2	334	4	340
	特別支援学級		632		632
	訪問教育				
中学校	通常の学級		60	11	71
	特別支援学級		120		120
	訪問教育				
高等学校	通常の学級		29	38	67
	訪問教育			1	1
計	通常の学級	2	507	191	700
	特別支援学級		752		752
	訪問教育			1	1

特別支援学校に在籍する医療的ケア児の数（学部別）



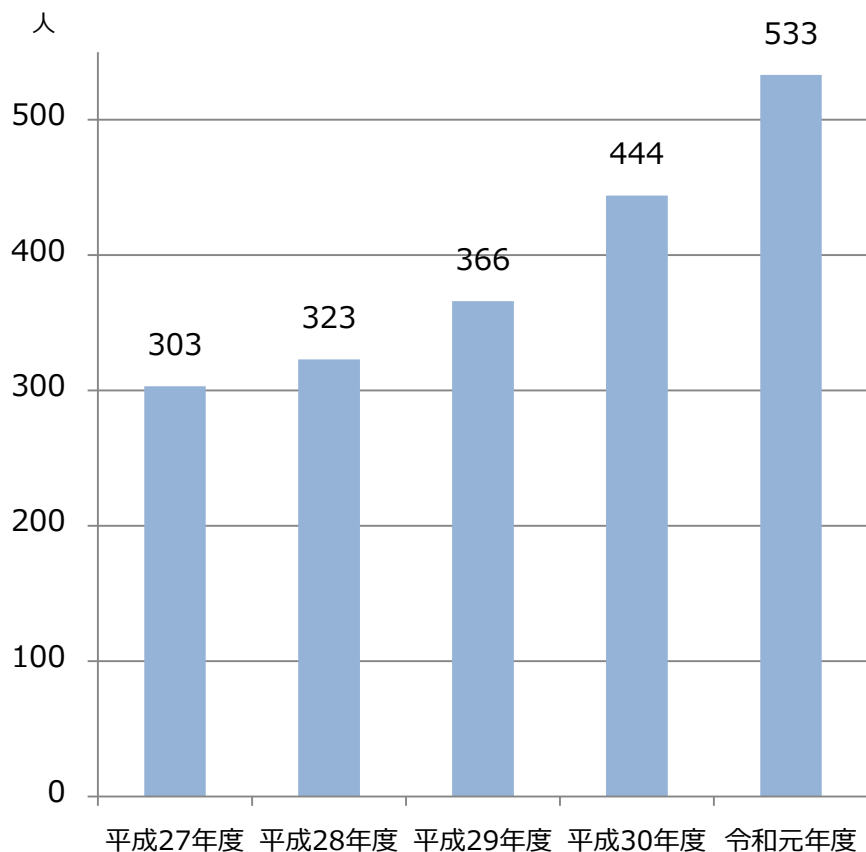
【設置者別の内訳】

学部	通学・訪問教育の別	国立	公立	私立	計
幼稚部	通学		43	1	44
	訪問教育				
小学部	通学	11	3,124		3,135
	訪問教育		1,062		1,062
中学部	通学	1	1,503	1	1,505
	訪問教育		533		533
高等部	通学	1	1,554		1,555
	訪問教育		558		558
計	通学	13	6,224	2	6,239
	訪問教育		2,153		2,153

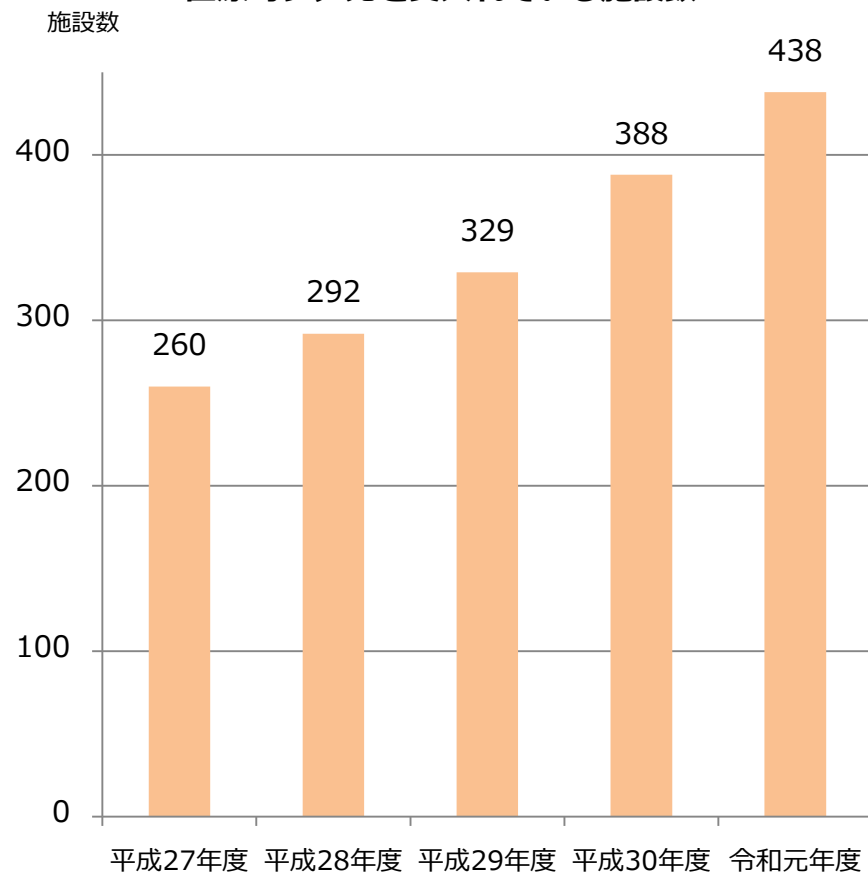
保育所等における医療的ケア児の受入れ状況の推移

○ 医療的ケア児は増加しており、医療的ケア児を受けて入れている施設も増加している。

医療的ケア児数



医療的ケア児を受入れている施設数



(保育対策総合支援事業費補助金 令和2年度予算：394億円の内数 → 令和3年度予算：402億円の内数)

事業内容

- 保育所等において医療的ケア児の受入れを可能とするための体制を整備し、医療的ケア児の地域生活支援の向上を図る。
- また、医療的ケアに関する技能及び経験を有した者（医療的ケア児保育支援者）を配置し、管内の保育所への医療的ケアに関する支援・助言や、喀痰吸引等研修の受講等を勧奨するほか、市区町村等において医療的ケア児の受入れ等に関するガイドラインを策定することで、安定・継続した医療的ケア児への支援体制を構築する。

令和3年度予算における対応《拡充》

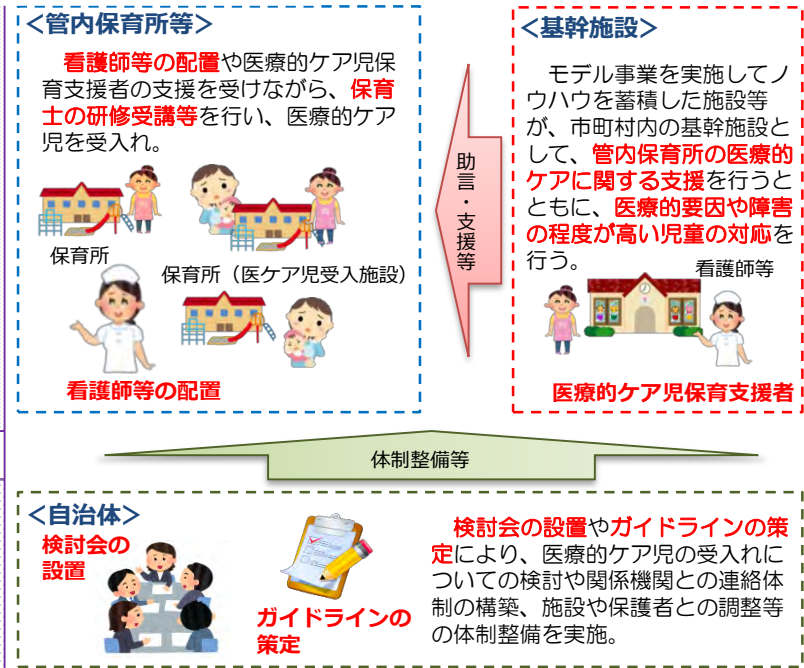
- モデル事業として実施している医療的ケア児保育支援事業を一般事業化するとともに、喀痰吸引等研修を受講した保育士が「医療的ケア児保育支援者」として管内保育所の巡回支援を行う場合、処遇改善を実施する。

【補助基準額】

○基本分単価		
① 看護師等の配置	1施設当たり	5,320千円
○加算分単価		
② 研修の受講支援	1施設当たり	300千円
③ 補助者の配置	1施設当たり	2,160千円
④ 医療的ケア保育支援者の配置 (喀痰吸引等研修を受講した保育士が担う場合、130千円を加算)	1市区町村当たり	2,160千円
⑤ ガイドラインの策定	1市区町村当たり	560千円
⑥ 検討会の設置	1市区町村当たり	360千円

- さらに、各自治体の取組みを推進するため、か所数の増加を図る（90か所→**199か所**）。

事業イメージ



実施主体・補助割合・事業実績

- 都道府県、市区町村
- 国：1/2、都道府県・指定都市・中核市：1/2
- 国：1/2、都道府県：1/4、市区町村：1/4
- R2（公募ベース）：109か所（171か所）

医療的ケア児保育支援モデル事業とりまとめ

<保育所等における医療的ケア児の受入体制整備に向けた取組状況(平成29～令和2年度)>

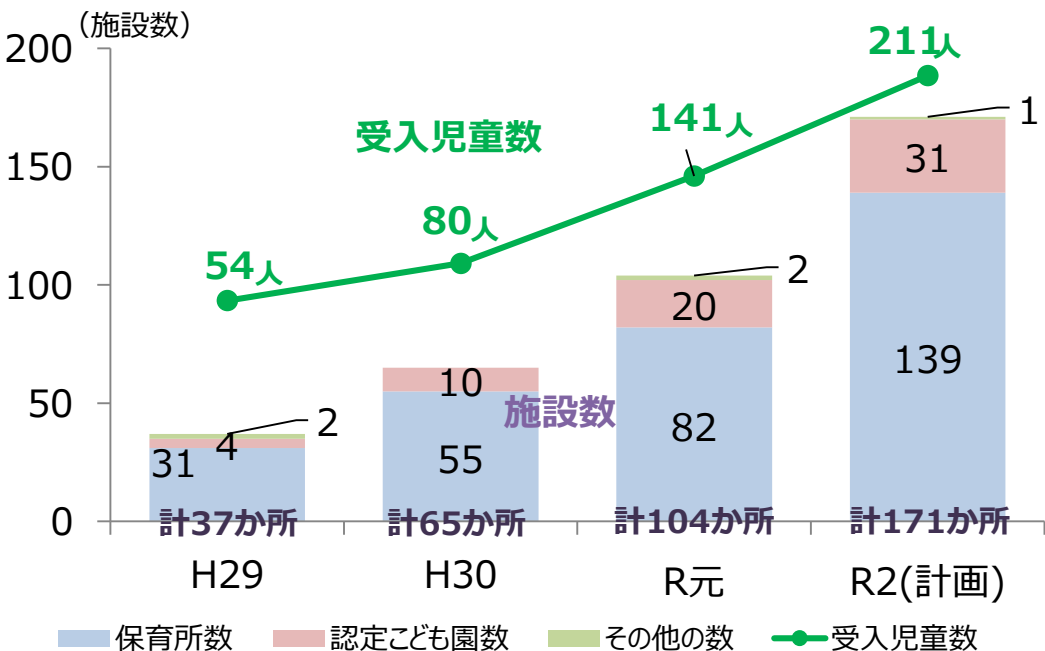
(事業概要)

(保育対策等総合支援費補助金、医療的ケア児保育支援モデル事業：平成29年度～令和2年度)

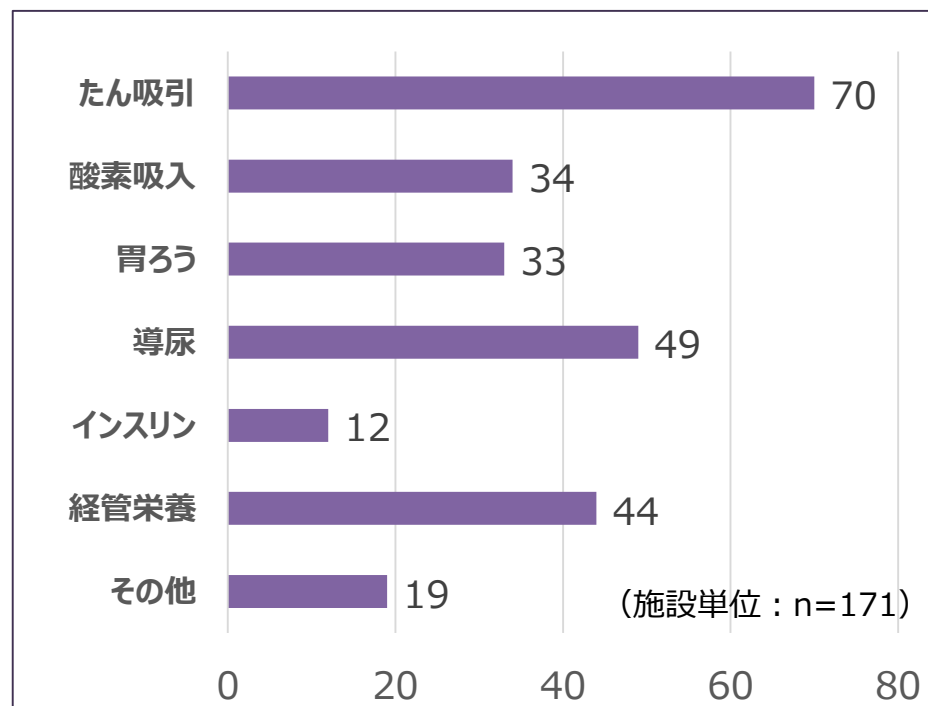
- 保育所等において医療的ケア児の受入れを可能とするための体制を整備し、医療的ケア児の地域生活支援の向上を図るため、モデル事業として平成29年度から令和2年度まで実施。
- 自治体は計画を策定し、その計画を外部有識者による検討委員会が評価。評価結果を踏まえ国が採択し、事業実施。
- 医療的ケアを実施する**看護師や喀痰吸引等研修を修了した保育士等を配置**するための経費のほか、**喀痰吸引等研修を受講するための経費**、管内保育所等への医療的ケアに関する支援・助言を行うため、**医療的ケアに関する技能及び経験を有した者（医療的ケア児保育支援者）を配置するための経費**、市区町村等において医療的ケア児の受入れ等に関する**ガイドライン策定の経費**（令和元年度予算で創設）、市区町村等において受入れの判断をするための**検討会の設置経費**（令和2年度予算で創設）等を補助。

1. モデル事業実施自治体数・施設数・受入児童数

	H29	H30	R元	R2(計画)
自治体数	22	37	69	109



2. 実施している主なケア内容 (R2年度計画)



※自治体の計画書に記載のある主なケア内容を集計（複数選択）

※1自治体で複数の児童を受け入れている場合も集計上は1カウント。 62

診療情報提供料（Ⅰ）注7が算定できなかった理由

- 保育所、幼稚園、高等学校の学校医等への情報提供であるために算定できないケースが、一定程度存在している。

学校医等に情報提供をしたが、診療情報提供料（Ⅰ）注7に基づく算定ができなかった理由

理由	n	%
保育所や認定こども園に在籍する患者だから	4	0.9
幼稚園に在籍する患者だから	8	1.7
特別支援学校の高等部、高等学校、中等教育学校の後期課程に在籍する患者だから	3	0.7
患者又はその家族等の同意を得られなかったから	1	0.2
提供した情報の内容が、学校の看護職員が実施する診療の補助に係る行為について、学校医等が指導・助言等するために必要な診療情報ではなかったから	1	0.2
医療的ケア児ではなかったから	10	2.2
その他	89	19.4
無回答	347	75.6
全体	459	100.0

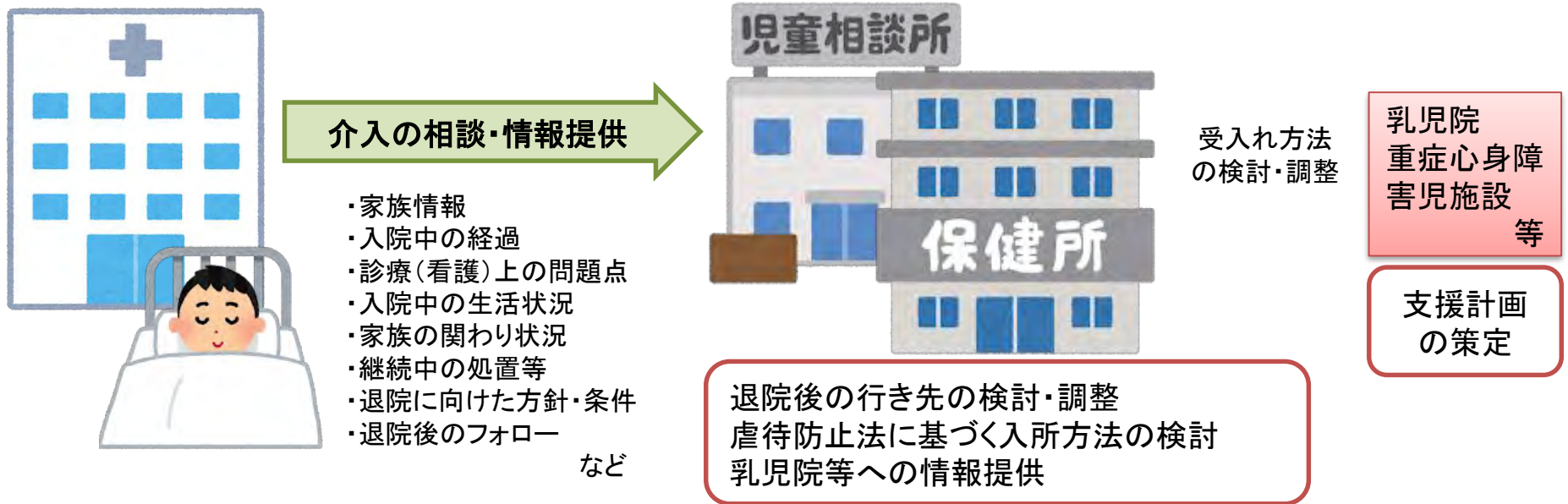
※診療情報提供料（Ⅰ）注7 情報提供先

小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部の学校医等

自宅への退院が困難な医療的ケア児に係る医療機関と行政機関の連携

- 入院中の患者（医療的ケア児等の児童）の中には、家族が生活困窮である場合や精神疾患を有する場合などのために自宅への退院が困難であり、児童相談所や保健所に対して相談が必要なケースがある。
- このような場合、患者や家族の状況、それらを踏まえた退院に向けての条件などについて、保健所・児童相談所に情報提供を行ったり、患者や家族及び保健所・児童相談所とカンファレンスを実施し、退院に向けた調整を実施している。

▶ 児童相談所等への相談が必要であり、自宅への退院が困難な事例
 ・ 経済的に困窮している ・ 虐待（育児放棄を含む）のおそれがある ・ 家族との関係が良好でない ・ 身体障害を有している ・ 精神疾患を有している



B009 診療情報提供料（I）注2

情報提供先	対象患者	情報提供の内容
市町村 指定居宅介護支援事業者 指定特定相談支援事業者 指定障害児相談支援事業者等	－ 入院患者については、自宅に復帰する患者のみ	保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合

小児慢性特定疾病について

- 小児慢性特定疾病については、基本方針において、疾病児童等の教育の機会を確保するための支援を推進することが求められている。

第七 疾病児童等に対する学校教育、福祉サービスに関する施策、就労の支援に関する施策との連携に関する事項—疾病児童等の健全な育成に係る施策が、福祉サービス、乳幼児期からの発達支援、就学前教育、学校教育、就労支援に関する施策と有機的に連携し総合的に実施されるよう、都道府県等は、慢性疾病児童等地域支援協議会の活用等により、疾病児童等の健全な育成に係る施策への関係機関等の理解と参画が得られるよう努める。

二～五 略

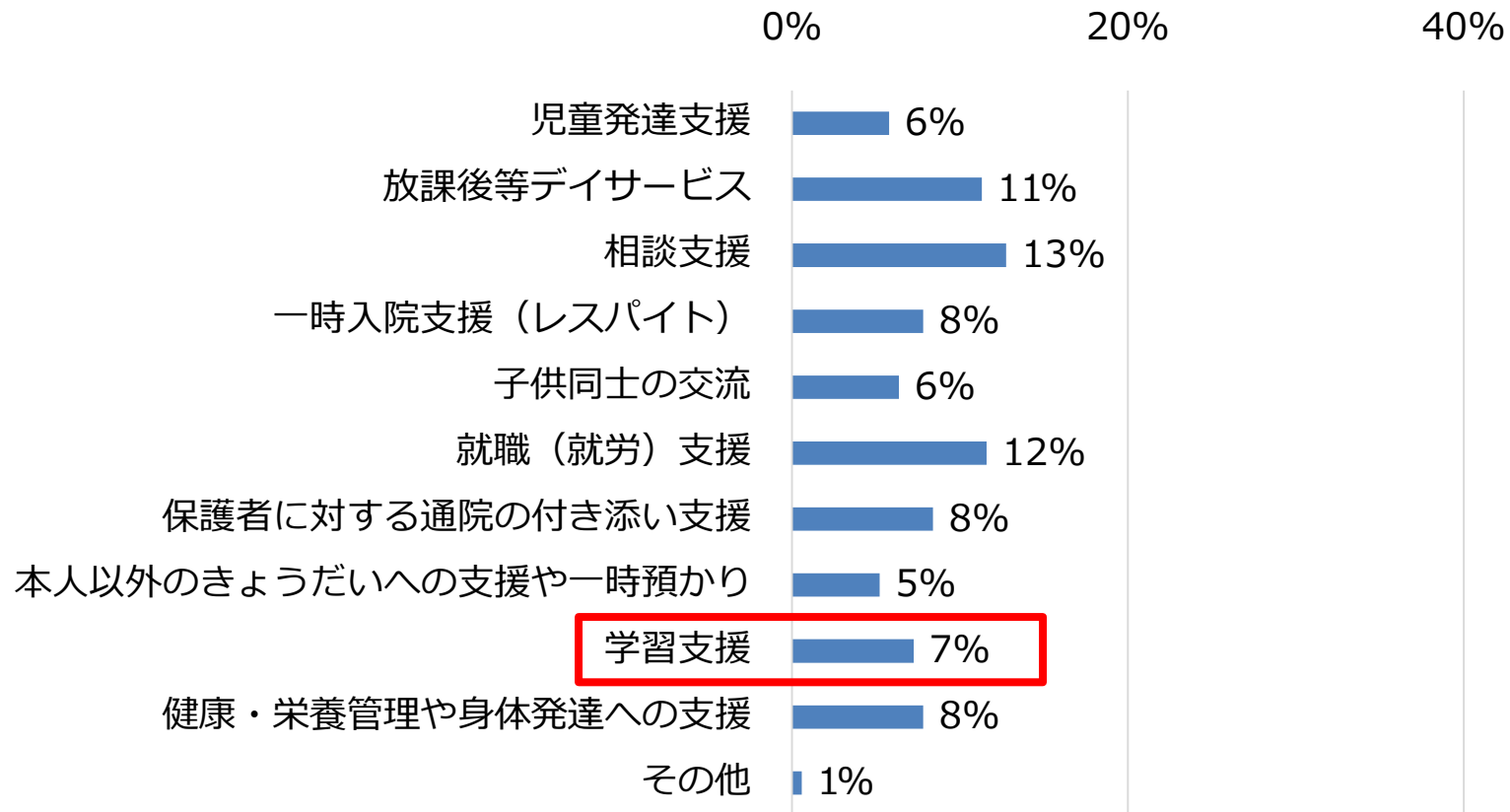
六 国は、疾病児童等の教育の機会を確保するため、疾病児童等に対する学習支援や疾病の自己管理方法の習得のための支援を含め、特別支援教育を引き続き推進する。

七～八 略

小児慢性特定疾病について

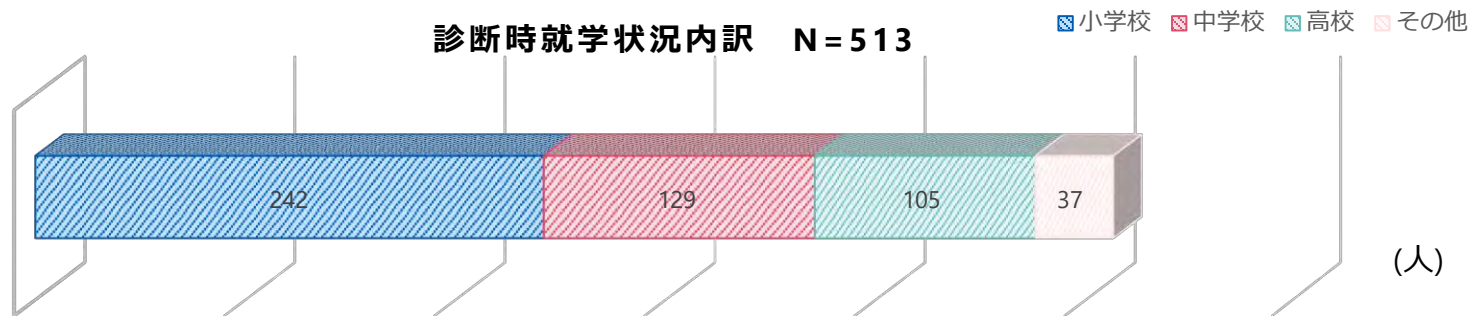
○ 小慢患者等(※)からのニーズが高い福祉サービスの一つに「学習支援」が含まれる。

(複数回答可) (n=345) (人)



(※) 20歳以上の小児慢性疾病に罹患している者、小児慢性疾病に罹患している者の保護者の回答も含んでいる。

就学状況

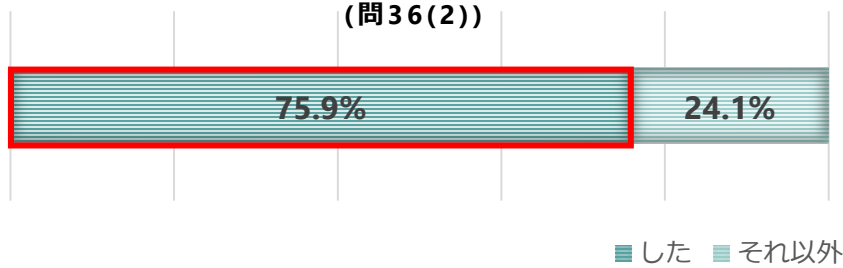


☑転校・休学・退学を経験したと回答した人の分布

	小学校	中学校	高等学校	その他
転校	167 (81.1%)	70 (59.3%)	14 (17.5%)	7 (19%)
休学	34 (16.5%)	43 (36.4%)	49 (61.3%)	19 (53%)
退学	1 (0.5%)	1 (0.8%)	7 (8.8%)	7 (19%)
その他	4 (1.9%)	4 (3.4%)	10 (12.5%)	3 (8%)

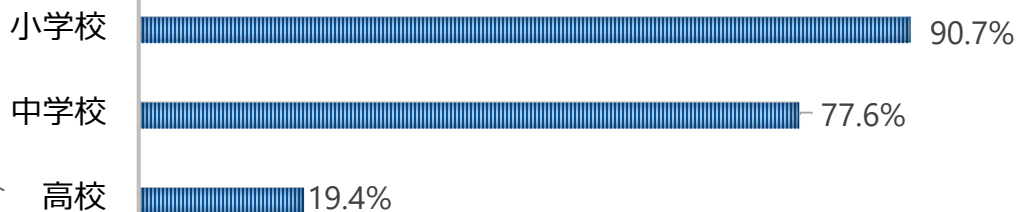
治療中に何らかの就学支援制度を利用した

(問36(2))



制度：病院内等に設置された特別支援学級で授業を受けた

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



小児がん患者の治療と就学の両立の状況

○ 治療と就学の両立支援については、「がんとの共生」分野における中間評価指標となっているが、達成度は7割程度であった。

項目番号	中間評価指標	用いた調査	数値	参考数値
3052	治療開始前に、教育支援等について、医療従事者から説明を受けたがん患者・家族の割合	2019年度小児患者体験調査(問37)	68.1% (2019年度)	なし
3053	治療中に、学校・教育関係者から、治療と教育の両立に関する支援を受けた家族の割合	2019年度小児患者体験調査(問39)	76.6% (2019年度)	なし

2019年度小児患者体験調査より

問37.治療を始める前に教育の支援等について、病院の医療スタッフから話があったか。

がんと診断された時就学していたと回答した人の分布(合計 518 名)

がん種	全がん	造血器腫瘍	固形腫瘍 (脳腫瘍を除く)	脳腫瘍
医療スタッフからの説明				
あった	343 (68.1%)	184 (76.0%)	93 (54.1%)	51 (76.1%)
なかった	137 (27.2%)	47 (19.4%)	71 (41.3%)	13 (19.4%)
わからない	24 (4.8%)	11 (4.5%)	8 (4.7%)	3 (4.5%)
合計	504 (100%)	242 (100%)	172 (100%)	67 (100%)

問 37 への無回答(14 名)は除外。全がんには、がんの種類を無回答(問 8 へ無回答)の 23 名を含む。

問39.患者さんの治療中に、学校や教育関係者から治療と教育を両方続けられるような配慮があったか。

がんと診断された時就学していたと回答した人の分布(合計 518 名)

がん種	全がん	造血器腫瘍	固形腫瘍 (脳腫瘍を除く)	脳腫瘍
治療と教育の両立				
とてもそう思う	276 (54.2%)	146 (60.3%)	89 (51.1%)	31 (45.6%)
ある程度そう思う	114 (22.4%)	47 (19.4%)	39 (22.4%)	21 (30.9%)
ややそう思う	40 (7.9%)	19 (7.9%)	14 (8.0%)	5 (7.4%)
どちらともいえない	36 (7.1%)	13 (5.4%)	15 (8.6%)	4 (5.9%)
そう思わない	29 (5.7%)	13 (5.4%)	10 (5.7%)	4 (5.9%)
わからない	14 (2.8%)	4 (1.7%)	7 (4.0%)	3 (4.4%)
合計	509 (100%)	242 (100%)	174 (100%)	68 (100%)

問 39 への無回答(9 名)は除外。全がんには、がんの種類を無回答(問 8 へ無回答)の 25 名を含む。

(注) 小児患者体験調査の対象となる患者は18歳以下。回答者はその家族等。

学校医等への情報提供について

- 復学支援の場面において、主治医から学校生活の配慮事項について学校の教員等に情報提供を行っている。
- 治療を行う病院と自宅・学校が遠方の場合などにおいて、身近な相談先として学校医が配慮事項などの指導を行うことで、対応が可能となる。



【配慮事項】

チェック表

- ・安心して地元校へ復学しよう!
- ・本人や保護者と話し合う

病気・副作用・活動制限・服薬管理	学 習	学校生活
友達関係 心理面	環境調整	発達・障害に応じた配慮
進 路	災害時の 配慮	その他

本人・保護者の
不安を整理



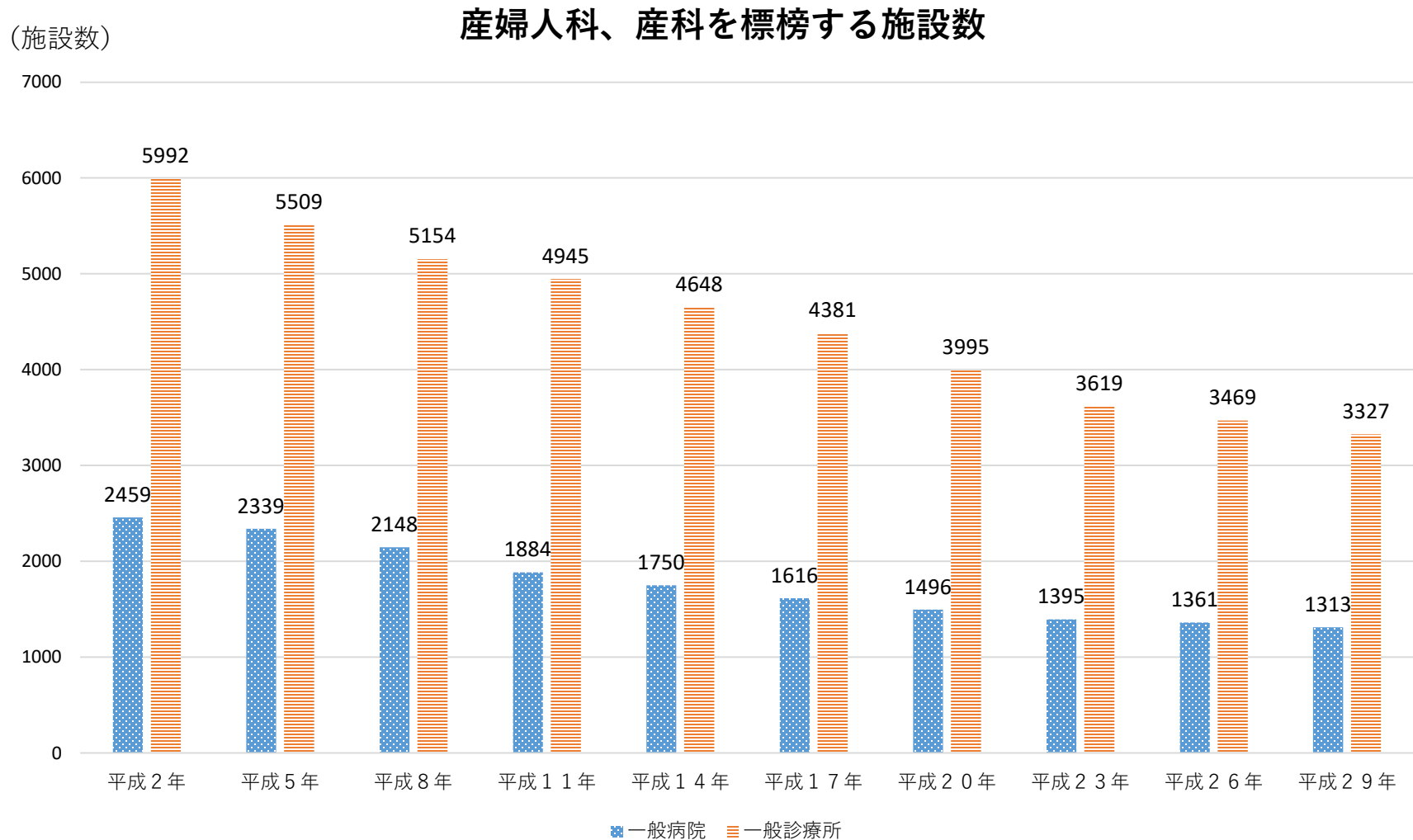
小児医療における医療機関間連携等に係る課題（小括）

- 医療的ケア児に関する訪問看護ステーションから学校等への情報提供については、幼稚園・保育所が情報提供先に含まれており、訪問看護情報提供療養費²が算定可能となっている。
- 医療的ケア児の家族にも支援が必要な場合、退院後、自宅に復帰せず、乳児院や重度心身障害者施設に入所するケースがある。
- その場合、保健所や児童相談所による支援が必要となり、主治医から保健所・児童相談所への情報提供が実施されるが、入院患者については、自宅に復帰する患者について、市町村に提供した場合のみ算定対象となっている。
- 小児慢性特定疾病患者については、学校において、学校医等が、主治医からの情報提供を受けて、学校における対応を検討し、指導・助言を行うことで、受入れにあたっての体制整備を図っている。
- 診療情報提供料（I）においては、情報提供先に応じて必要な情報を提供した場合等の評価を行っており、令和2年度診療報酬改定において、学校における医療的ケア児に対する適切な医療的ケアの提供にあたり、医療的ケア児が通う学校と主治医との連携を推進する観点から、主治医からの学校医等への情報提供に係る評価も実施した。
- 小児慢性特定疾病患者についても、主治医から保育所・幼稚園・高等学校の学校医等へ学校生活の配慮事項に関する情報提供が実施されている。

1. 小児医療について
2. 周産期医療について
 - 2-1 周産期医療の現状等について
 - 2-2 ハイリスク分娩管理について
 - 2-3 妊産婦の支援について
3. 精神科救急入院医療について
4. 論点

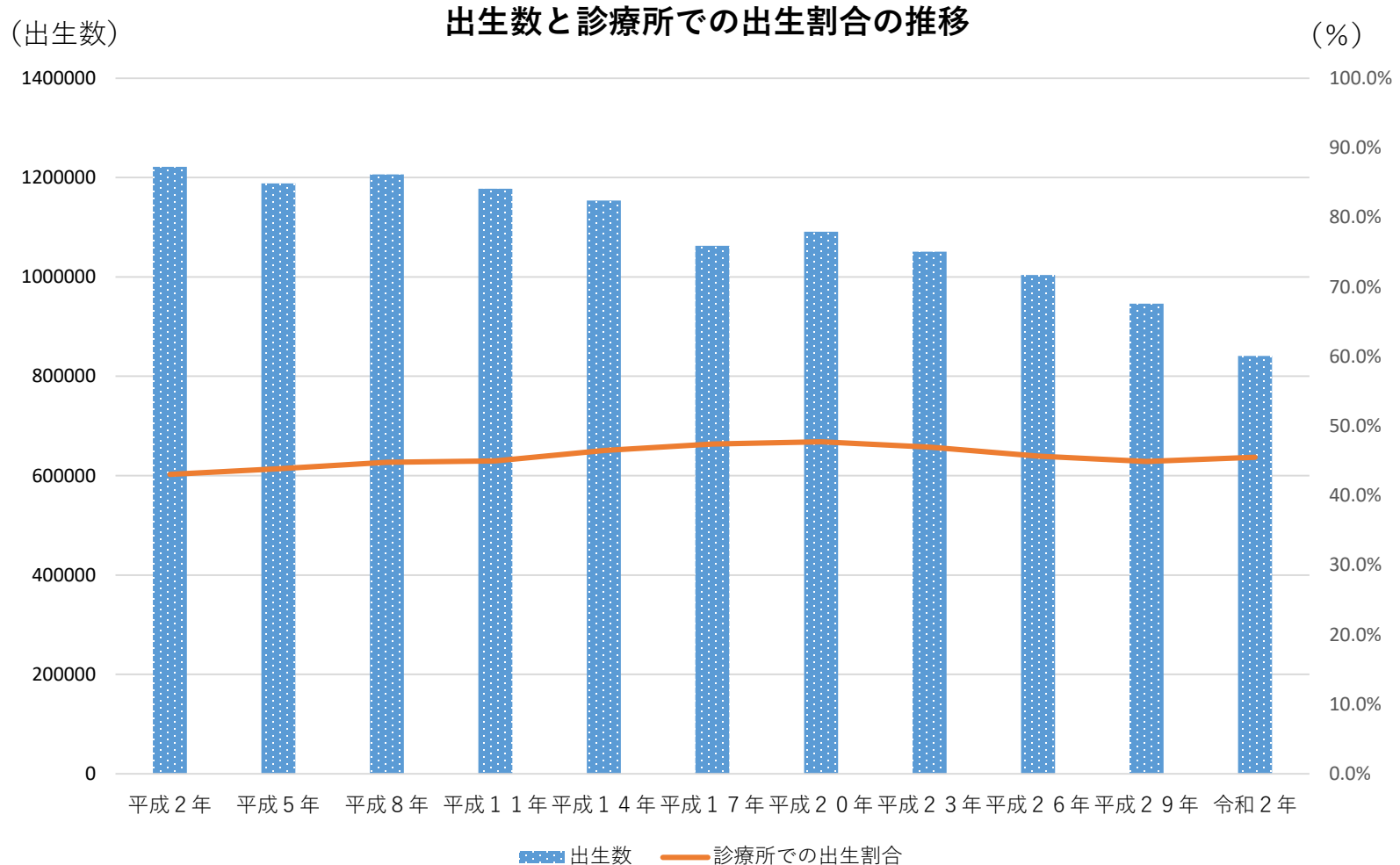
産婦人科、産科を標榜する施設数の推移

○ 産婦人科、産科を標榜する病院、診療所は年々減少傾向である。



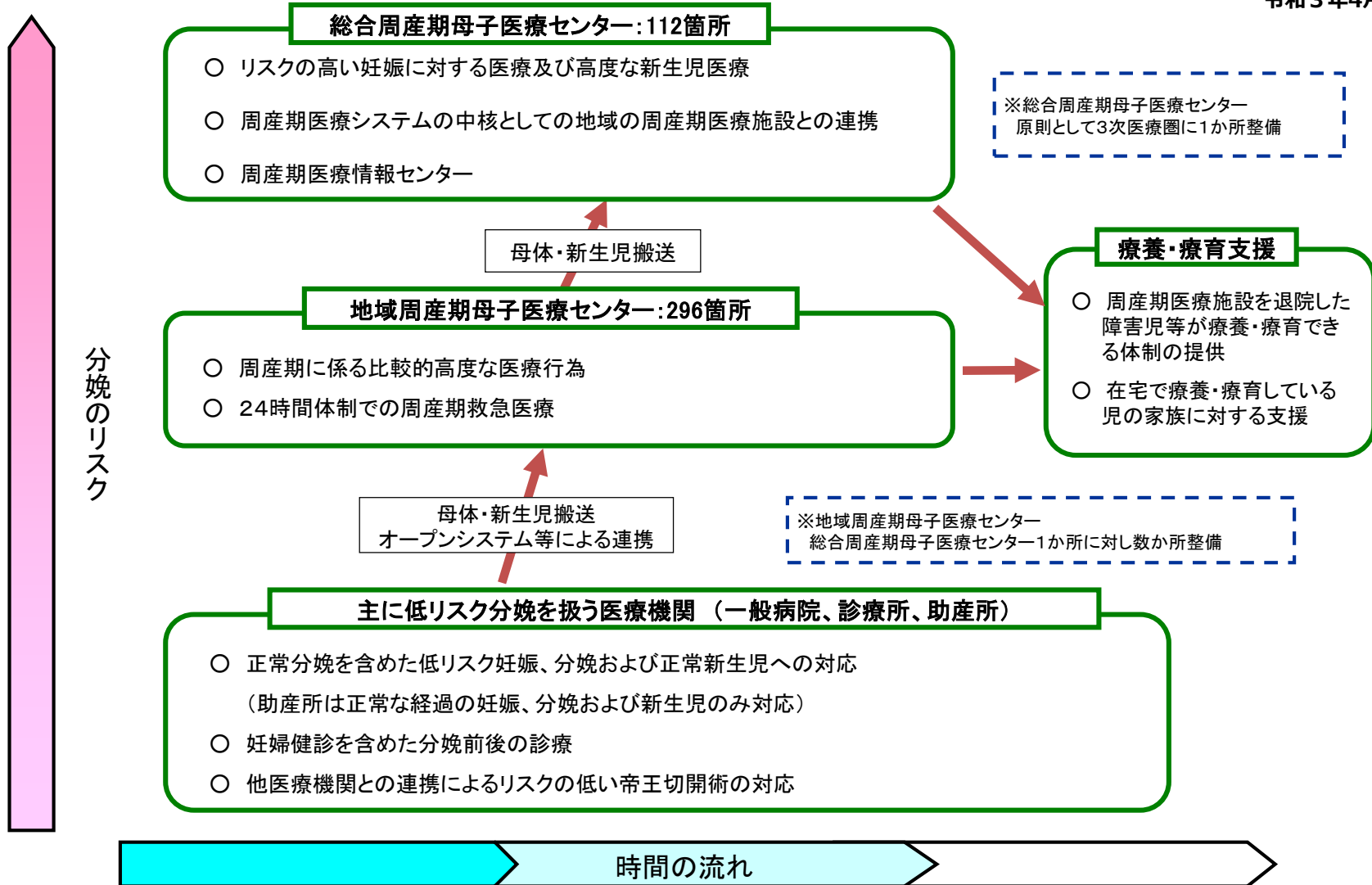
出生数と診療所での出生割合の推移

- 出生数は減少傾向である。
- 全出生数のうち、診療所での出生が約4割を占めており、ここ30年、割合に大きな変化はみられていない。



2. 周産期母子医療センターについて 周産期医療の体制

令和3年4月1日現在



成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針について

令和3年2月9日閣議決定

○ 成育過程にある者及びその保護者並びに妊産婦に対し必要な成育医療等を切れ目なく提供するための施策の総合的な推進に関する法律（平成30年法律第104号）第11条第1項の規定に基づき、成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針が策定された。

Ⅰ 成育医療等の提供に関する施策の推進に関する基本的方向

1. 成育医療等の現状と課題
2. 成育医療等の提供に関する施策の推進に向けた基本的な考え方

- ・ 成育過程にある者の心身の健やかな成育が図られることを保障される権利を尊重すること。
- ・ 多様化する成育過程にある者等の需要に適確に対応し、地域の実情を踏まえつつ、福祉との連携を図ること等により、妊娠期から子育て期に至るまで切れ目ない成育医療等を提供すること。
- ・ 居住する地域にかかわらず科学的知見に基づく適切な成育医療等を提供すること。
- ・ 妊娠期から子育て期に至る期間において、子どもとその保護者等との関係性を重視し、その健全な成育過程の形成に資するよう、成育過程にある者等に対して年齢に応じた、適切な情報提供を行うとともに、社会的経済的状況にかかわらず、また、災害時や感染症発生等の緊急時においても適確な対策を実施することにより、希望する者が安心して子どもを生み、育てることができる環境を整備すること。

1. 小児医療について
2. 周産期医療について
 - 2-1 周産期医療の現状等について
 - 2-2 ハイリスク分娩管理について
 - 2-3 妊産婦の支援について
3. 精神科救急入院医療について
4. 論点

合併症等により、リスクの高い妊婦に対する分娩管理の評価

ハイリスク分娩管理加算(1日につき) 3,200点

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

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

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

【算定要件】

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

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

※ コ～ソについては、治療中の患者に限る。

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

【施設基準】

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

診療所における分娩の取り扱いの実態

○ 有床診療所の分娩取り扱い施設における分娩の取り扱いに係る実態を見ると、多く取り扱われている病態もみられる。

	ア 妊娠 22 週から 32 週未満の早産の患者	イ 40 歳以上の初産婦である患者	ウ 分娩前の B M I が 35 以上の初産婦である患者	エ 妊娠高血圧症候群重症の患者	オ 常位胎盤早期剥離の患者	カ 前置胎盤の患者	キ 双胎間輸血症候群の患者	ク 多胎妊娠の患者	ケ 子宮内胎児発育遅延の患者
合計患者数 (人)	48	1193	273	738	155	37	0	72	955
実施医療機関数	15	175	67	112	62	17	0	37	116
実施医療機関割合 (%)	6.4%	74.2%	28.4%	47.5%	26.3%	7.2%	0.0%	15.7%	49.2%
	コ 心疾患 (治療中のものに限る。) の患者	サ 糖尿病 (治療中のものに限る。) の患者	シ 特発性血小板減少性紫斑病の患者	ス 白血病 (治療中のものに限る。) の患者	セ 血友病 (治療中のものに限る。) の患者	ソ 出血傾向のある状態 (治療中のものに限る。) の患者	タ HIV 陽性の患者	チ 当該妊娠中に帝王切開術以外の開腹手術患者又は行う予定のある患者	ツ 精神疾患の患者
合計患者数 (人)	30	391	6	0	0	62	0	22	271
実施医療機関数	8	33	5	0	0	4	0	17	56
実施医療機関割合 (%)	3.4%	14.0%	2.1%	0.0%	0.0%	1.7%	0.0%	7.2%	23.7%

- ※ 有床診療所を対象に調査を実施
- ※ 回答施設数 (236施設)
- ※ 分娩件数平均・中央値 (236施設)

分娩件数平均	343.1 (件)
分娩件数中央値	308.5 (件)
平均医師数	1.5 (人)
平均助産師数	3.9 (人)

※ 平均医師数、平均助産師数については、日本産婦人科医会調査の2020年度のデータより引用 (産婦人科有床診療所を対象とした全国データ)

(4) 周産期医療における機能分化・連携のあり方について

周産期医療体制の構築における、医療機関とその連携について目指すべき方向※

- ① 正常分娩等に対し安全な医療を提供するための、周産期医療関連施設間の連携
 - ア 正常分娩(リスクの低い帝王切開術を含む。)や妊婦健診等を含めた分娩前後の診療を安全に実施可能な体制
 - イ ハイリスク分娩や急変時には地域周産期母子医療センター等へ迅速に搬送が可能な体制
- ② 周産期の救急対応が24時間可能な体制
- ③ 新生児医療の提供が可能な体制
- ④ NICUに入室している新生児の療養・療育支援が可能な体制

※「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」(平成29年7月31日付け医政地発0731第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)の別紙「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」より抜粋

周産期医療の体制構築に係る指針*(抄)

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 (1) 目指すべき方向

前記「第1 周産期医療の現状」を踏まえ、個々の医療機能、それを満たす医療機関、さらにそれら医療機関相互の連携により、対応する分娩のリスクに応じた医療が提供される体制を構築する。

構築に当たっては、医療機関間の連携、近隣都道府県等との連携(広域搬送・相互支援体制の構築等、県域を越えた母体及び新生児の搬送及び受入れが円滑に行われるための措置)、輸血の確保(地域の関係機関との連携を図り、血漿製剤や赤血球製剤等の輸血用血液製剤が緊急時の大量使用の場合も含め安定的に供給されるよう努める)等を推進するとともに、これまでのハイリスク分娩等に対する取組以外にも、正常分娩等に対する安全な医療を提供するための体制の確保や、周産期医療関連施設を退院した障害児等が生活の場で療養・療育できる体制の確保についても取り組むこととする。

※「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」(平成29年7月31日付け医政地発0731第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)の別紙「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」より抜粋

基本的な考え方

- 将来の更なる出生数の低下、勤務環境の改善を含む医師の働き方改革の推進等を見据え、24時間体制で、安全で質の高い周産期医療の提供体制を構築するための機能分化・連携について、関係者の協力のもと、引き続き取り組んでいく必要がある。

(4)① 正常分娩等に対し安全な医療を提供するための、 周産期医療関連施設間の連携

背景・現状

- 周産期医療体制については、これまで周産期医療関連施設間の連携を推進してきた。
- 連携の構築に当たっては、地域における平時からの周産期医療関連施設間相互の関係構築のほか、周産期医療に関する協議会における関係者による継続的な検討、周産期医療情報センターの設置・周産期救急情報システムの運営、搬送コーディネーターの配置等について、地域の実情に応じて取り組まれている。
- また、地域の分娩を担う施設と周産期母子医療センター等の基幹となる施設との連携の一つの例として、オープンシステム・セミオープンシステムが挙げられ、近年、周産期母子医療センターを基幹施設とした当該システムの運用が増加傾向にある。
- なお、周産期医療における医師以外の他職種の活用について、「周産期医療体制のあり方に関する検討会」の意見の取りまとめ(平成28年12月)において、ローリスク分娩に対する助産師の活用、専門性の高い看護師、臨床心理技術者等の周産期医療全般に係る人材の活用を推進する必要があるとされた。
これを踏まえ、第7次医療計画より、「アドバンス助産師数、新生児集中ケア認定看護師数」を指標例として挙げている。

周産期医療の体制構築に係る指針*(抄)

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) 各医療機能と連携

② 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 (オ) 連携機能

地域周産期母子医療センターは、総合周産期母子医療センターからの戻り搬送の受入れ、オープンシステム・セミオープンシステム等の活用、合同症例検討会等の開催等により、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連携を図るものとする。

③ 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) 連携機能

総合周産期母子医療センターは、オープンシステム・セミオープンシステム等の活用、救急搬送の受入れ、合同症例検討会の開催等により、地域周産期母子医療センターその他の地域で分娩を取り扱う全ての周産期医療関連施設等と連携を図るものとする。

*「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」(平成29年7月31日付け医政地発0731第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)の別紙「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」より抜粋

オープンシステム・セミオープンシステムについて

<背景>

- ・ 医師不足・分娩施設の重点化・集約化への対応
- ・ 周産期母子医療センターの負担軽減
- ・ 妊産婦の妊娠・出産・育児に対する多様なニーズ



<目的>

妊婦の多様なニーズに応え、地域における安全・安心・快適なお産の場を確保する。

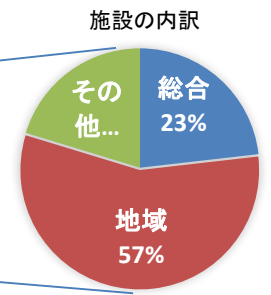
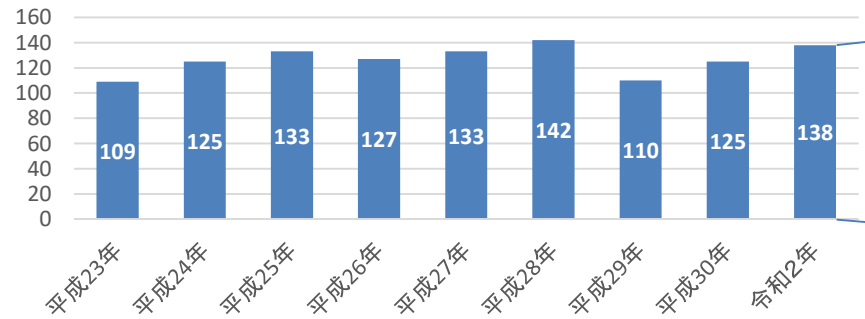
- ・ 地域の産科診療所を積極的に活用する。 ・ 妊婦健診は地域で行い、分娩は他の医療機関で行う。
- ・ 産科医師の負担を軽減する。
- ・ 健診施設が夜間休日で休みであっても、緊急時は24時間対応の分娩予定医療機関で対応する。

【オープンシステム】
 地元で健診を担当した医師・助産師が分娩時に連絡を受け、連携病院（周産期母子医療センター等）に出向き、出産に対応する。

【セミオープンシステム】
 健診は地元で行い、分娩は連携病院で行う。出産には連携病院の医師、助産師が対応する。



(参考)オープンシステム・セミオープンシステムの基幹施設の数



出典：周産期医療体制調（医政局地域医療計画課調べ）（令和3年度）

(参考) 宮城県の取組例 ～セミオープンシステム及び産科連携体制について～

- 宮城県においては、分娩を行う施設の減少等に鑑み、平成15年頃より、県、市町村、医師会、産婦人科医会、大学、医療機関等の関係者による検討を行い、セミオープンシステムを含む産科連携体制が構築されており、当該体制について住民に対する周知にも努めている。
- また、産科セミオープンシステムを利用する妊婦の情報をICTによるネットワークで共有する、「セクダードネットシステム」が運用されている。

第7次宮城県地域医療計画における産科連携体制の掲載内容*

【図表5-2-9-20】宮城県内の分娩を行っている施設（平成30（2018）年2月現在、休止機関を除く）

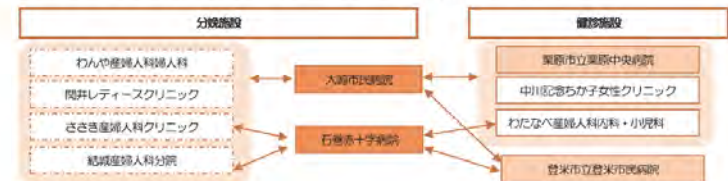
宮城県	名称	宮城県	名称	宮城県	名称
仙台	みやぎ県立中央病院	仙台	メリーレディースクリニック	仙台	ともし産科院
	ウィメンズクリニック金上		セントマザークリニック		森のおひさま助産院
	宮上クリニック		桜ヒルズウィメンズクリニック		大崎市市民病院
	毛産婦人科		結城産婦人科病院		わんや産婦人科
仙台	東北大学病院		TSレディースクリニック	大崎・栗原	関井レディースクリニック
	仙台赤十字病院		仙台本橋子宮頸科婦人科クリニック		ささき産婦人科クリニック
	宮城県立こども病院		仙台ソレイユ母子クリニック	ははっこ助産院	
	東北公明病院		ほらや・ゆづりマタニティクリニック	石巻赤十字病院	
	仙台医療センター		桂高森S・Sレディースクリニック	栗山宮市立病院	
	仙台市立病院		大井産婦人科	登米	結城産婦人科分院
	スズキ記念病院		香ウィメンズクリニック	気仙沼	あべクリニック産科婦人科
	光が丘五里ヘルマン病院		遠藤マタニティクリニック		結城産婦人科病院
	茨城台病院		新藤谷S・Sレディースクリニック	合計	40 施設
	松島病院		ウィメンズクリニック利府		

施設区分：産科母子医療センター 10、病院 4、診療所 23、助産所 3
出典：県保健福祉部調査

【図表5-2-9-23】気仙沼産科連携体制（平成29（2017）年4月現在）



【図表5-2-9-24】東北産科セミオープンシステムを含めた連携体制（平成29（2017）年4月現在）



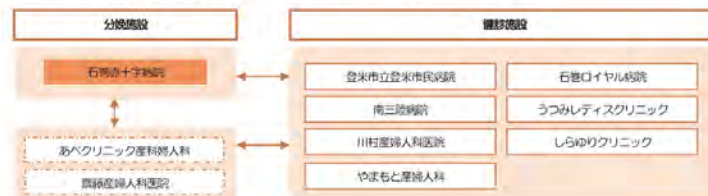
【図表5-2-9-25】仙台南産科セミオープンシステムを含めた連携体制（休止機関を除く）（平成29（2017）年5月現在）



【図表5-2-9-21】仙台産科セミオープンシステム（平成29（2017）年4月現在）



【図表5-2-9-22】石巻産科セミオープンシステム（平成29（2017）年4月現在）



【図表5-2-9-26】妊産婦のメンタルヘルスマネジメント体制（平成29（2017）年10月現在）



* 宮城県のホームページより許可を得て引用

1. 小児医療について
2. 周産期医療について
 - 2-1 周産期医療の現状等について
 - 2-2 ハイリスク分娩管理について
 - 2-3 妊産婦の支援について
3. 精神科救急入院医療について
4. 論点

- ① 重篤な疾患の診断を得た胎児に係る妊産婦の支援について
- ② 妊産婦のメンタルケアについて

成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針について

令和3年2月9日閣議決定

○ 成育過程にある者及びその保護者並びに妊産婦に対し必要な成育医療等を切れ目なく提供するための施策の総合的な推進に関する法律（平成30年法律第104号）第11条第1項の規定に基づき、成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針が策定された。

Ⅰ 成育医療等の提供に関する施策の推進に関する基本的方向

1. 成育医療等の現状と課題
2. 成育医療等の提供に関する施策の推進に向けた基本的な考え方

- ・ 成育過程にある者の心身の健やかな成育が図られることを保障される権利を尊重すること。
- ・ 多様化する成育過程にある者等の需要に適確に対応し、地域の実情を踏まえつつ、福祉との連携を図ること等により、妊娠期から子育て期に至るまで切れ目ない成育医療等を提供すること。
- ・ 居住する地域にかかわらず科学的知見に基づく適切な成育医療等を提供すること。
- ・ 妊娠期から子育て期に至る期間において、子どもとその保護者等との関係性を重視し、その健全な成育過程の形成に資するよう、成育過程にある者等に対して年齢に応じた、適切な情報提供を行うとともに、社会的経済的状況にかかわらず、また、災害時や感染症発生等の緊急時においても適確な対策を実施することにより、希望する者が安心して子どもを生み、育てることができる環境を整備すること。

周産期医療における入退院に係る主な診療報酬上の評価

出生前後の治療・支援についての説明・指導	出産前の心理的ケア	退院支援計画・退院計福祉サービスの導入・調整	医療機関から保険薬局又は保健・福祉関係施設への診療情報提供	多職種と連携して退院後の在宅での療養上必要な指導
出生前		出生後		
×	×	○	○	○
—	—	入退院支援加算 3	診療情報提供料 (I)	退院時共同指導料 1・2

入退院支援加算3	入院後7日以内に退院困難な要因を有する患者を抽出し、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する。その他、家族に対して退院後の療養上必要な事項について説明するとともに、転院・退院後の療養生活を担う保険医療機関等との連絡や調整、福祉サービスの導入に係る支援等を行う。
診療情報提供料 (I)	保険医療機関が、診療に基づき他の機関での診療の必要性などを認め、これに対して、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定する。
退院時共同指導料1	地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示を受けた看護師や薬剤師等が退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師や薬剤師等と共同して行った上で、文書により提供した場合に算定する。
退院時共同指導料2	保険医療機関に入院中の患者について、当該保険医療機関の保険医又は看護師や薬剤師等が、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師や薬剤師等と共同して行った上で文書により情報提供した場合に算定する。

出生前検査に関する基本的な考え方

- 令和2年10月には厚生科学審議会科学技術部会に「NIPT(出生前遺伝学的検査)等に関する専門委員会」が設置され、出生前検査の適切な在り方、胎児期からの切れ目のない小児医療や福祉施策との連携の在り方について議論が行われ、令和3年5月に報告書が以下のとおりとりまとめられた。
- 報告書では、「出生前検査の受検によって、胎児に先天性疾患等が見つかった場合の妊婦及びそのパートナーへのサポート体制として、各地域において医療、福祉、ピアサポート等による寄り添った支援体制の整備を図る必要がある」と報告されている。

出生前検査に対する見解・支援体制について（抄）

（子母発0609第1号）

（障障発0609第1号）

令和3年6月9日

1. 出生前検査に関する基本的な考え方等について

（1）基本的な考え方

（中略）

- ⑥ 一方で、受検前後の説明・遺伝カウンセリングを含め出生前検査を受検する妊婦及びそのパートナーへの支援は、産婦人科専門医だけで担うべきものではなく、小児科専門医や臨床遺伝専門医をはじめとした各領域の専門医、助産師、保健師、看護師、心理職、認定遺伝カウンセラー、社会福祉関連職、ピアサポーターなど多職種連携により行う必要があること。

（中略）

- ⑧ 出生前検査の受検によって胎児に先天性疾患等が見つかった場合の妊婦及びそのパートナーへのサポート体制として、各地域において医療、福祉、ピアサポート等による寄り添った支援体制の整備等を図る必要があること。

（中略）

多職種による出生前介入の1例

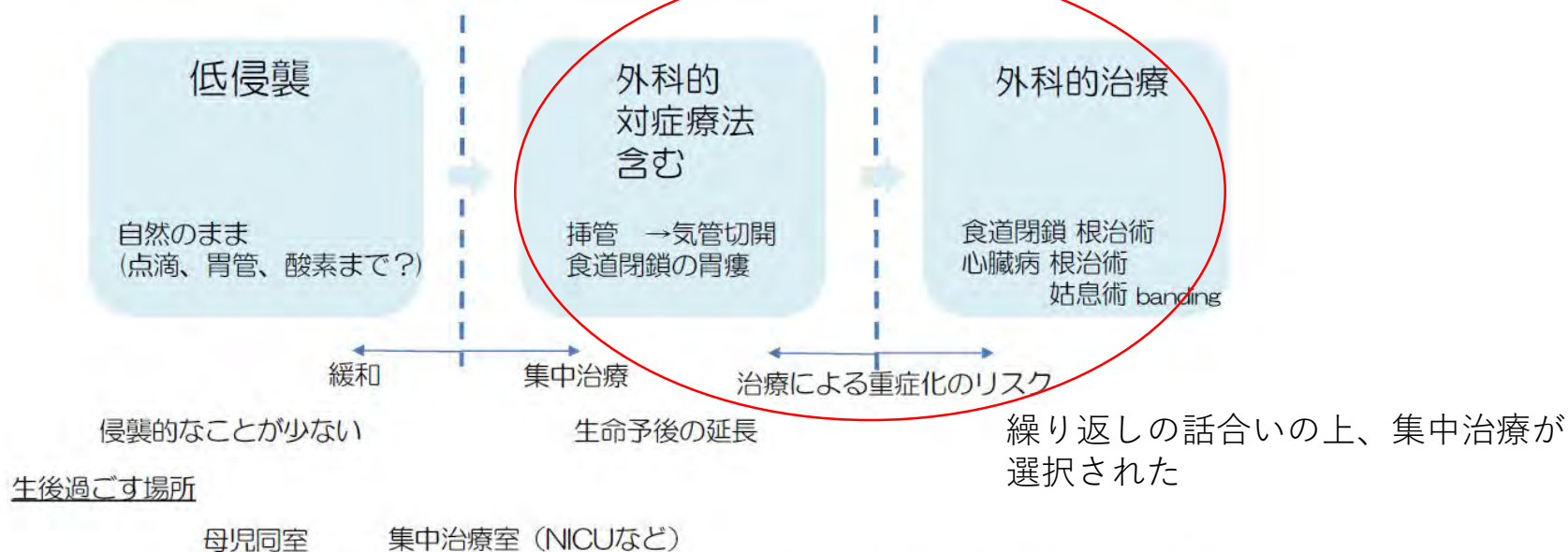
症例: 18トリソミー

推定1500g未満、脊髄髄膜瘤、臍帯ヘルニアがあり、心室中隔欠損と軽度の大動脈狭窄が出生前より指摘されており、多職種カンファレンスでは集中治療はおすすめできない重症度という結論になり、家族へお伝えした。説明では、同時に在宅に関する説明や今後起こりうる合併症についても予め説明を行った。

→在宅医療への移行など含めプレネイタルサポートチームと繰り返し話し合い、先のことも考慮の上、ご家族が手術を含めた集中治療を希望した

→帝王切開にて出生し、集中治療の準備をしつつも、状態悪化のことも考慮し、出生直後よりご家族みんなで児に会える準備をおこなった

最重症児の方針考察 (例: 18トリソミー)



※方針と場所はどうか、生後で家族でどんな時間を過ごすか、どう生きることを目指すか

重篤な疾患をもつ新生児のための話合いの指針

- 日本新生児成育医学会において「重篤な疾患を持つ新生児の家族と医療スタッフの話合いのガイドライン」という指針が定められている。
- このガイドラインは、生命維持に必要な治療の差し控えや中止が妥当ではないかと医療スタッフが考えたり、両親が要望した場合に、両親と医療スタッフが話し合うためのガイドラインであり、こどもの利益を最優先させることとしている。

「重篤な疾患を持つ新生児の家族と医療スタッフの話合いのガイドライン」

(2004年3月)

(中略)

3. 治療方針の決定は、「こどもの最善の利益」に基づくものでなければならない。

注：家族や医療スタッフの利益ではなく、こどもの利益を最優先させることを家族と医療スタッフが確認する。

4. 治療方針の決定過程においては、父母と医療スタッフとが十分な話し合いを持たなければならない。

注：「こどもの最善の利益」の判断に際しては、それぞれの治療方針を選択した場合に予想される利益・不利益について慎重に考慮されなければならない。

5. 医療スタッフは、父母（注1）と対等な立場（注2）での信頼関係の形成（注3）に努めなければならない。

注1：父母はこどもが受ける医療について自由に意見を述べ、気持ちを表出できる機会を保障されるべきである。

注2：医療スタッフは、父母の立場を理解するよう心がけ、父母の意見を尊重するよう努めるべきである。

注3：信頼関係の形成のためには、こどもと家族のプライバシーに対する配慮が不可欠である。

6. 医療スタッフ（注1）は、父母（注2）にこどもの医療に関する正確な情報（注3）を速やかに提供（注4）し、分かりやすく説明しなければならない（注5）。

注1：医師・看護師・コメディカルスタッフは、それぞれの専門的立場から下記（注3）のような医療情報を伝える必要がある。

注2：説明をする際は、父母同席が原則である。どちらか一方に先に説明しなければならない場合であっても、父母同席が可能となった時点で再度説明を行う必要がある。

注3：提供すべき情報には、診断名・病態、実施されている治療内容、代替治療方法、それぞれの治療方法を選択した場合の利益・不利益と予後、ケアに関する看護情報、療育に関する情報、社会的資源および福祉制度に関する情報などが含まれる。

注4：重要な情報は書面にて提供し、父母からの質問には適宜応じる。

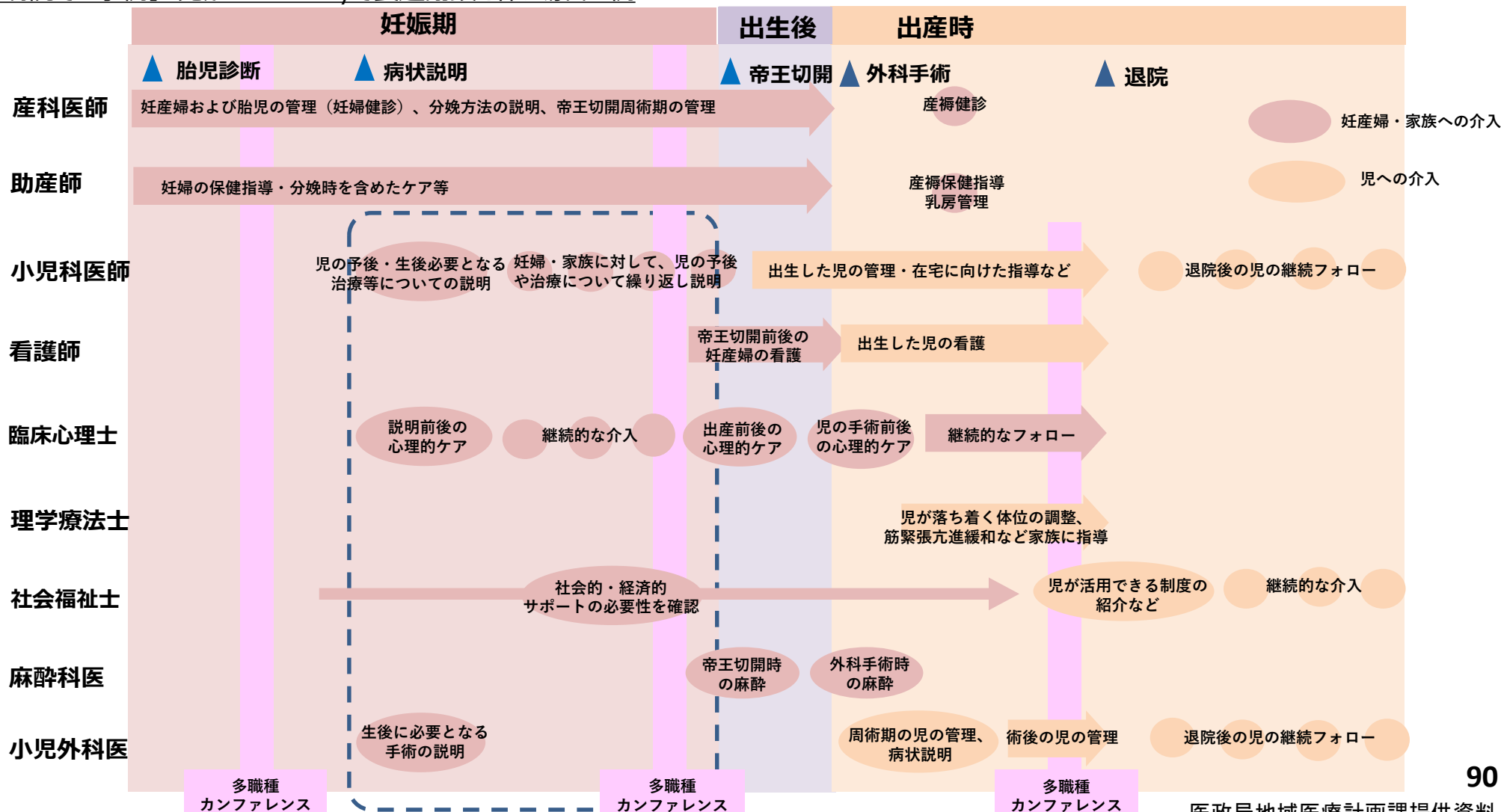
注5：説明に際しては、父母に対して精神的な支援を行う。

(中略)

出生後早期に医療を必要とする児を対象とした産科・小児科等との連携

○ 産科・小児科等が連携し、胎児診断結果、分娩方法、児の予後・生後必要となる治療、説明前後の心理的ケア、社会的・経済的サポート等について、多職種でカンファレンスを実施し、妊婦やその家族に対して多職種で説明やケアを行っていく取組が行われている。

【A病院での事例】 児が18trisomyで食道閉鎖を伴う場合の例



- ① 重篤な疾患の診断を得た胎児に係る妊産婦の支援について
- ② 妊産婦のメンタルケアについて

精神疾患を有する妊産婦に対するケア・診療等の充実

ハイリスク妊産婦連携指導料

- 精神疾患を合併した妊産婦(ハイリスク妊産婦)に対して、産科又は産婦人科、精神科又は心療内科及び多職種等が連携して患者の外来診療を行う場合の評価。(平成30年度診療報酬改定において新設)

ハイリスク妊産婦連携指導料 1 1,000点 (月1回)	ハイリスク妊産婦連携指導料 2 750点 (月1回)
産科又は産婦人科	精神科又は心療内科
精神疾患の妊婦又は出産後2月以内の精神疾患の患者 ※ 当該保険医療機関で精神療法が実施されている患者 又は 他の保険医療機関で精神療法が実施されている患者であって当該保険医療機関に対して診療情報が文書により提供されている患者	精神疾患の妊婦又は出産後6月以内の精神疾患の患者 ※ 当該保険医療機関で精神療法が実施されている患者
概ね月に1回の頻度で、患者の心理的不安を軽減するための面接及び療養上の指導を行う	精神疾患及びその治療が妊娠、出産等に与える影響について患者に説明し、療養上の指導を行う
原則として受診する全ての妊産婦を対象に、メンタルヘルスのスクリーニングを適切に実施	産科等に係る診療が他の保険医療機関で実施されている場合は、当該他の保険医療機関との間で、当該患者に係る診療情報が相互かつ定期的に提供されていること

必要に応じて小児科と適切に連携して診療する体制を有している

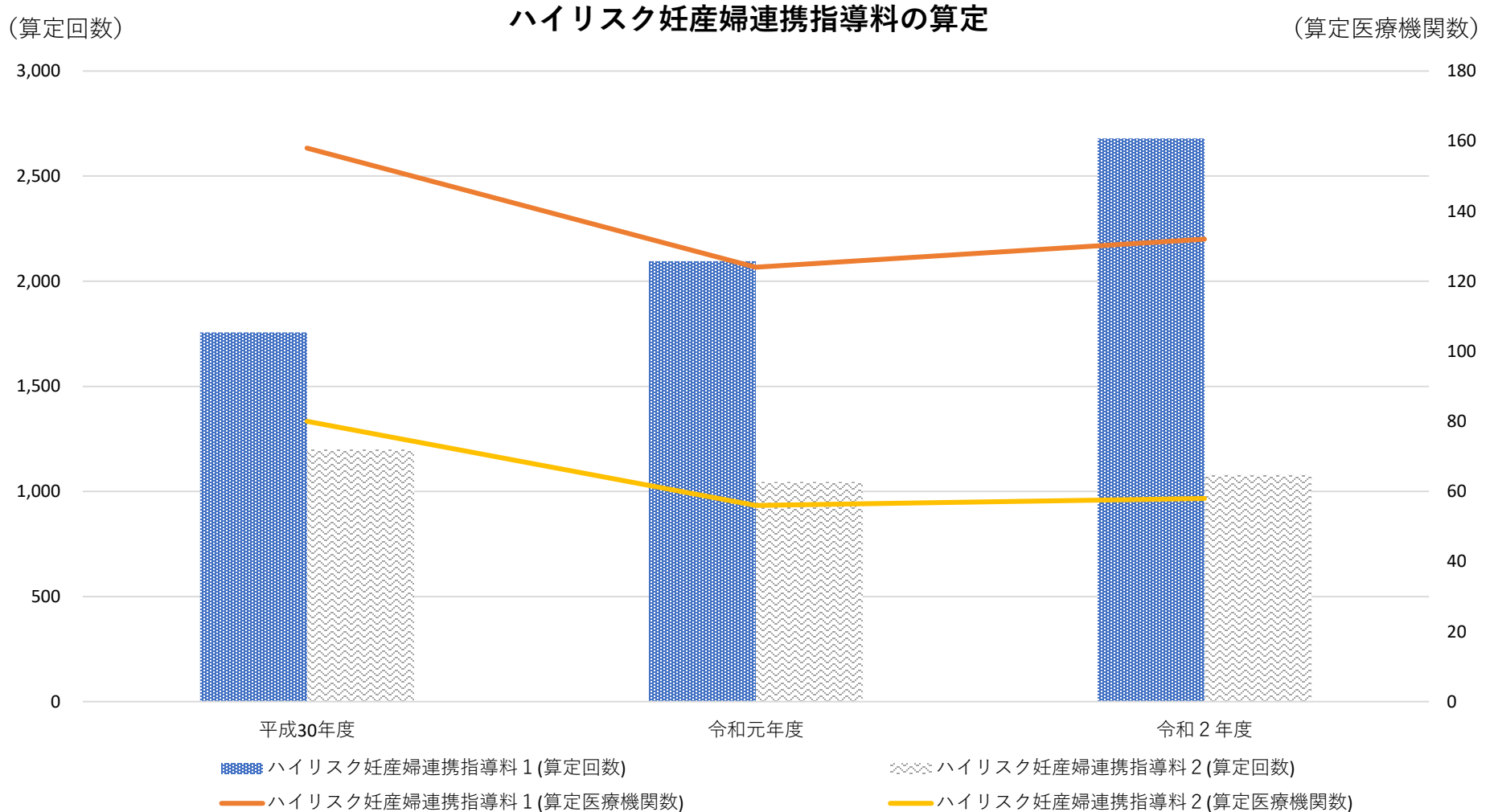
- ・産科又は産婦人科を担当する医師又は保健師、助産師若しくは看護師 及び
 - ・当該患者の診療を担当する精神科又は心療内科を担当する医師又は保健師若しくは看護師
- による多職種カンファレンス※が概ね2ヶ月に1回程度の頻度で開催されていること

※ 多職種によるカンファレンスについて、初回は対面で実施することとし、2回目以降については、ビデオ通話が可能な機器を用いて参加可能。

出産後の養育について支援を行うことが必要と認められる場合、患者の同意を得た上で、市町村等に相談し、情報提供を行う

ハイリスク妊産婦連携指導料の算定状況

○ ハイリスク妊産婦連携指導料の算定状況は以下のとおり。

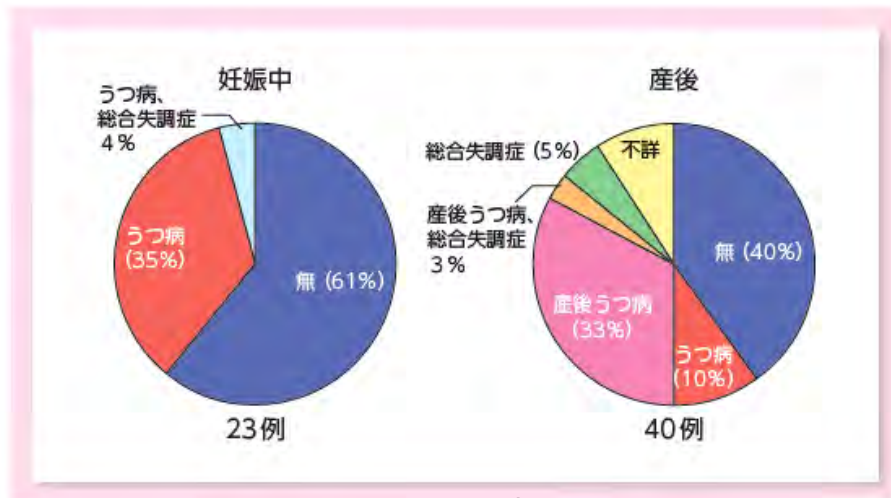


周産期におけるうつ

- 妊娠中のうつ病有病率は、妊娠初期で7.4%、中期で12.8%、後期で12.0%であり、産後のうつ病有病率は7.1%といわれている。(周産期メンタルヘルスコンセンサスガイド 2017初版2017.03.31)
- 周産期の母親のうつ症状は、児の認知的・感情的・社会的発達及び行動面の発達に対して短期予後また長期予後ともに悪影響を及ぼす恐れがあるといわれている。
- また、産後うつ病は、自殺やボンディング障害(※)、ネグレクトなどの不適切な養育環境のリスクもあり、産後うつ病の早期発見と適切なケアが必要とされている。

※ボンディング障害:母親のわが子に対する情緒的絆の形成力の低下や欠如がみられる状態。

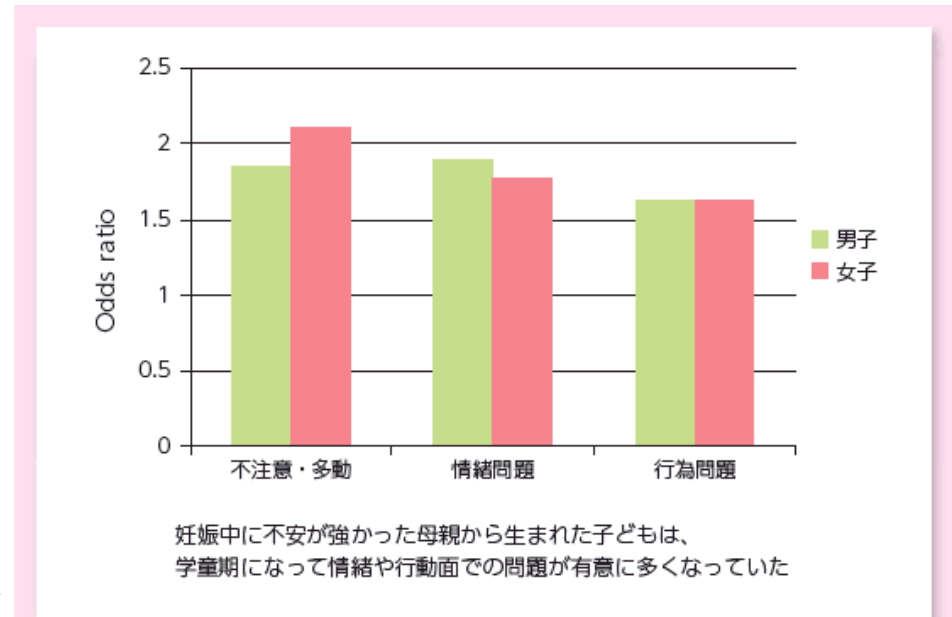
妊産婦の自殺と精神疾患



出典: 日産婦誌, 68(9):1815-1822,2016

2005 ~ 2014年の10年間に東京23区で発生した妊産婦の異常死を分析し、この間に63例の妊産婦の自殺が確認された。円グラフは自殺事例の精神疾患の内訳を示す。

妊娠中の母親の不安が子どもの発達に及ぼす影響



妊娠中に不安が強かった母親から生まれた子どもは、学童期になって情緒や行動面での問題が有意に多くなっていた

(O'conner TG., et al. 2003 より)

支援対象妊産婦のスクリーニング

- 妊娠中～産褥期にかけて、産科医療機関においては、支援の対象となる妊産婦をすくい上げるための面接を行う事が推奨されている。
- 妊娠中～産褥期にかけて、その時期にあったアセスメントを行う必要がある。アセスメントで使用する質問票として、「育児支援チェックリスト」「エジンバラ産後うつ病質問状(EPDS)」「赤ちゃんへの気持ち質問票」が推奨されている。

《3つの質問票》

1) 質問票Ⅰ. 育児支援チェックリスト(妊娠中～)

精神科既往歴、ライフイベント、住居や育児サポート、夫や実母などとの関係など育児環境を評価するための9項目についての質問票である。回答に対する詳細な聞き取りを行うことで、母親の抱えている背景要因を把握することができ、支援計画の立案が可能となる。

2) 質問票Ⅱ. エジンバラ産後うつ病質問票(EPDS)(妊娠中～)

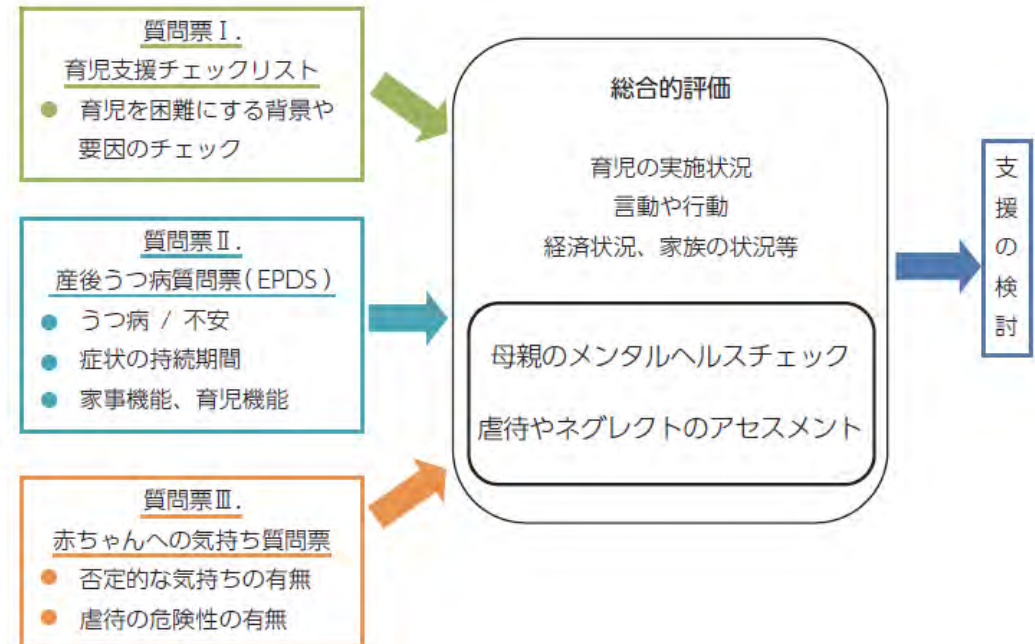
産後うつ病をスクリーニングするために開発されたもの。EPDS総合点9点以上が「うつの可能性が高い」とするもの。

→具体的な連携として、精神科の紹介を検討する。

3) 質問票Ⅲ. 赤ちゃんへの気持ち質問票(出生後～)

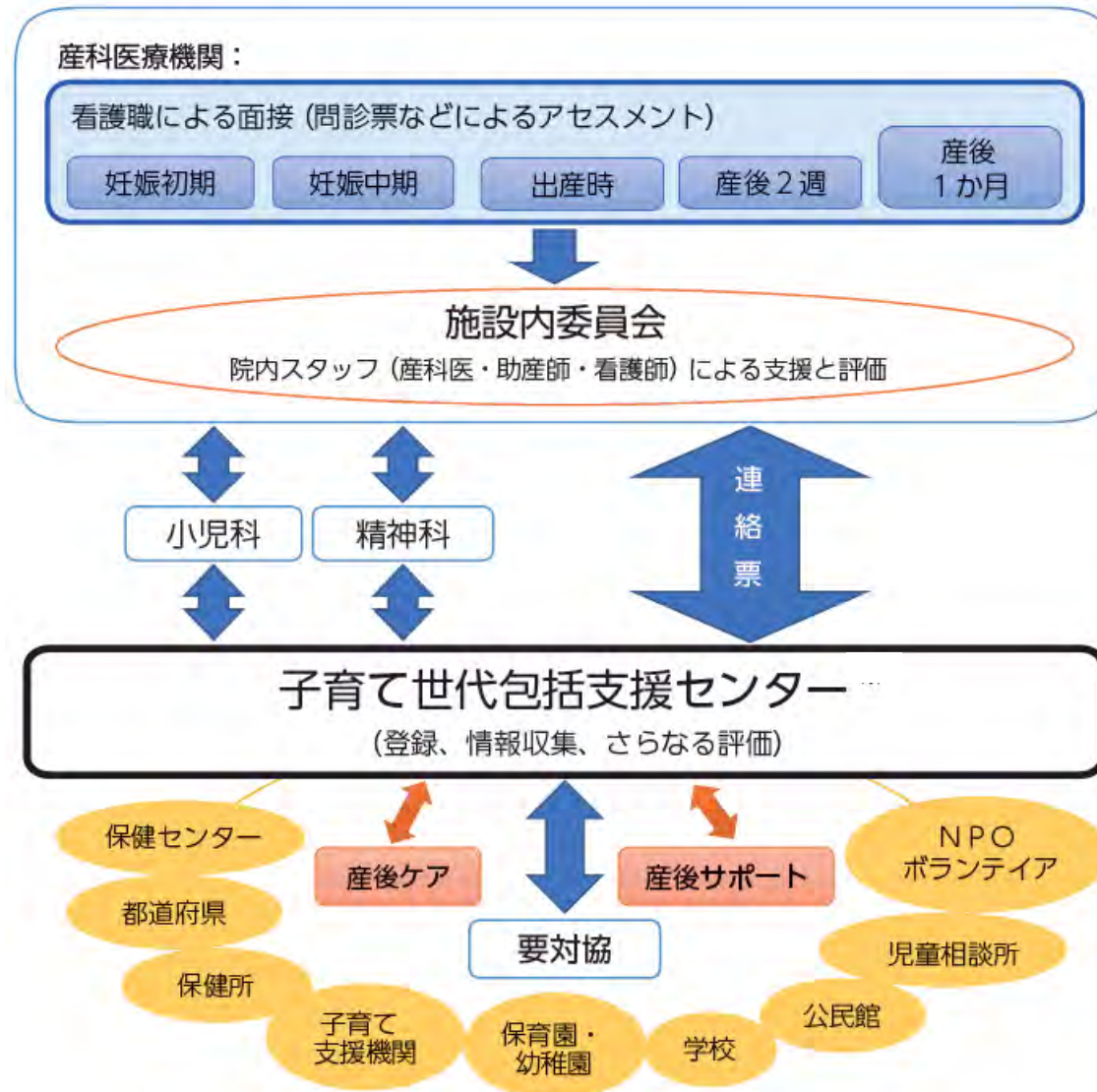
10項目の質問項目からなり、母親がこどもへ抱く気持ち(愛着)について調査する簡便な質問票であり、1歳未満のこどもを持つ母親に実施する。得点が高いほど、こどもへの否定的な感情が強い。

→こどもに対する拒否感が強く、こどもの安全が危惧される場合は、児童相談所または市町村の担当課に通告し、要保護児童対策地域協議会で他機関と連携した支援を行う。



支援が必要な妊産婦への介入

- 産科医療機関において支援が必要と評価された妊産婦については、精神科、小児科、行政と連携した対応が必要となる。



周産期医療に係る課題（小括）

（ハイリスク分娩管理について）

- 有床診療所の分娩取り扱い施設における分娩の取り扱いに係る実態をみると、多く取り扱われている病態もみられる。
- 正常分娩等に対し安全な医療を提供するため、周産期医療関連施設間の連携が進められている。

（妊産婦の支援について）

①重篤な疾患の診断を得た胎児に係る妊産婦の支援について

- 成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針においては「妊娠期から子育て期に至るまで切れ目ない成育医療等を提供すること」とされている。
- 出生後早期に医療を必要とする児が、出生後スムーズに治療や退院後の支援を受けられるようにするため、産科・小児科等が連携し、胎児診断結果、分娩方法、児の予後・生後必要となる治療、説明前後の心理的ケア、社会的・経済的サポート等について、多職種でカンファレンスを実施し、妊婦やその家族に対して多職種で説明やケアを行っていく取組が行われている。

②妊産婦のメンタルケアについて

- 周産期におけるうつはうつ症状に伴う自殺や児とのボンディング障害の原因ともなるため、早期の介入が必要とされている。
- 妊娠中～産褥期にかけて、産科医療機関においては、支援の対象となる妊産婦のスクリーニングが行われる。
- 支援が必要と評価された妊産婦については、必要に応じて精神科等に紹介され、産科医療機関と連携した支援が行われる。

1. 小児医療について
2. 周産期医療について
3. 精神科救急入院医療について
4. 論点

精神科救急医療に求められる役割①

- 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律において、都道府県に対し、精神障害の救急医療が適切かつ効率的に提供されるよう、精神科救急医療の確保を図ることが求められている。
- 精神科救急医療体制の整備に当たっては、24時間365日搬送及び受入に対応できるシステムの確保や、身体疾患を合併する精神疾患患者の受入体制の確保が求められており、緊急な医療を必要とする全ての精神障害者等が、迅速かつ適正な医療を受けられることを目的に、精神科救急医療体制整備事業が実施されている。
- また、急性期の精神障害者に対して医療を提供するため、手厚く密度の高い医療提供体制の確保が求められている。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(平成24年 一部改正) (抄)

第4節 精神科救急医療の確保

第19条の11 都道府県は、精神障害の救急医療が適切かつ効率的に提供されるように、夜間又は休日において精神障害の医療を必要とする精神障害者又は家族等からの相談に応じること、精神障害の救急医療を提供する医療施設相互間の連携を確保することその他の地域の実情に応じた体制の整備を図るよう努めるものとする。

精神科救急体制に関する検討会報告書(平成23年9月30日) (抄)

- 1 都道府県が確保すべき精神科救急医療体制
 - 都道府県は、24時間365日搬送及び受入に対応できる精神科救急医療システムを確保
 - 都道府県は、24時間365日対応できる精神医療相談窓口及び精神科救急情報センターを設置
 - 各精神科病院は、自院の患者やその関係者等からの相談等に、夜間・休日も対応できる体制を確保(ミクロ救急体制の確保)
- 2 身体疾患を合併する精神疾患患者の受入体制確保
 - 精神症状の治療を優先すべき患者は、必要に応じ身体疾患に対応できる医療機関が診療支援しつつ、精神科医療機関が対応することを原則
 - 精神科を有する救急対応可能な総合病院は、原則、精神・身体症状の両方とも中程度以上の患者等を優先して対応する役割を明確化

精神科救急医療体制整備事業実施要綱 (抄)

1 目的

精神科救急医療体制整備事業は、緊急な医療を必要とする全ての精神障害者等が、迅速かつ適正な医療を受けられるように、都道府県又は指定都市が、精神科救急医療体制を確保することを目的とする。

良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針(平成26年3月7日厚生労働省告示第65号) (抄)

第一 精神病床の機能分化に関する事項

三 急性期の精神障害者に対して医療を提供するための体制の確保等

- 1 新たに入院する急性期の精神障害者が早期に退院できるよう、手厚く密度の高い医療を提供するための体制を確保する。

精神科救急医療に求められる役割②

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進を図ることを基本的な考えとした上で、精神科救急医療体制を整理するため、「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」が開催され、令和3年1月に報告書が取りまとめられた。
- 報告書において、今後、精神科救急に係る入院医療を提供する医療機関においては、「原則対応を断らないこと」「措置入院等への対応が可能であること」「身体合併症への対応が可能であること」等が求められることとされた。
- また、報告書において、各施設類型に応じた役割や、地域における連絡・調整のあり方等が示された。

出典：令和3年1月22日
精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ報告書

入院医療を提供する医療機関において求められる役割

- 平時の対応体制、受診前相談を担う機関や入院外医療の提供を担う医療機関の後方支援を行い、原則、対応要請を断らないこと
- 措置入院、緊急措置入院への対応が可能であること
- 身体合併症(新型コロナウイルス感染症への対応を含む。)への対応が可能であること

精神科救急医療体制整備の調整・連携

- 精神科救急医療体制の構築は地域の実情に合わせて整備をする必要がある。
- 都道府県は、精神科救急医療体制の機能の状況について、精神科救急医療圏域ごとに設置した検討部会から上がってきた情報について、一定の評価基準に基づき、自地域の精神科救急医療に関する評価を行う必要がある。
- 病院群輪番型施設や常時対応型施設では対応しきれない場合を想定することも重要であり、このような場合には、公的な病院、総合病院の精神科や精神科を有する特定機能病院が対応することも選択肢の一つとして勘案し、精神科救急医療体制を整備する必要がある。

病院群輪番型施設の役割と整備

- 地域や病院群輪番型の実情等を踏まえつつ、輪番体制の充実を図っていくことが望ましい。
- 例えば、常時対応型施設が指定されている場合には当該施設との役割分担を行うことや、当番日でない他の病院群輪番型施設等との連携により負担軽減を図ること等が挙げられる。

常時対応型施設の役割と整備

- 原則として診療報酬上の精神科救急入院料又は精神科救急・合併症入院料の算定を行っていることとされており、地域の中核的なセンター機能を果たすとともに、24時間365日日常時、入院が必要な患者の受入れを含む診療応需の体制を整えていることが求められている。
- 常時対応型施設は自医療機関において、24時間365日、多様なニーズと入院患者の受入れに対応する必要があることから、業務量に見合う更なる人員の充実が望まれる。
- 常時対応型施設は、特に、当該地域で受け止めきれない症例の後方支援や退院後の生活を見据えた支援等が求められる。

身体合併症対応体制の整備

- 精神障害を有する方等及び地域住民の負担に配慮したアクセスのしやすさを確保する観点から、精神症状と身体症状を一元的に対応できる医療機関の整備を今後、推進していくことが重要。
- 身体合併症対応については、地域の実情に応じ、精神科救急医療施設と他科の医療機関との連携により支援し合う仕組みの構築が求められる。

精神科救急医療体制整備事業

令和元年度予算額 17億円 → 令和2年度予算額 17億円
(精神科救急・依存症医療等連携事業分含む)

【目的】 緊急な医療を必要とする精神障害者等のための精神科救急医療体制を確保する(平成20年度～)

【実施主体】 都道府県・指定都市

【補助率】 1/2

【主な事業内容】

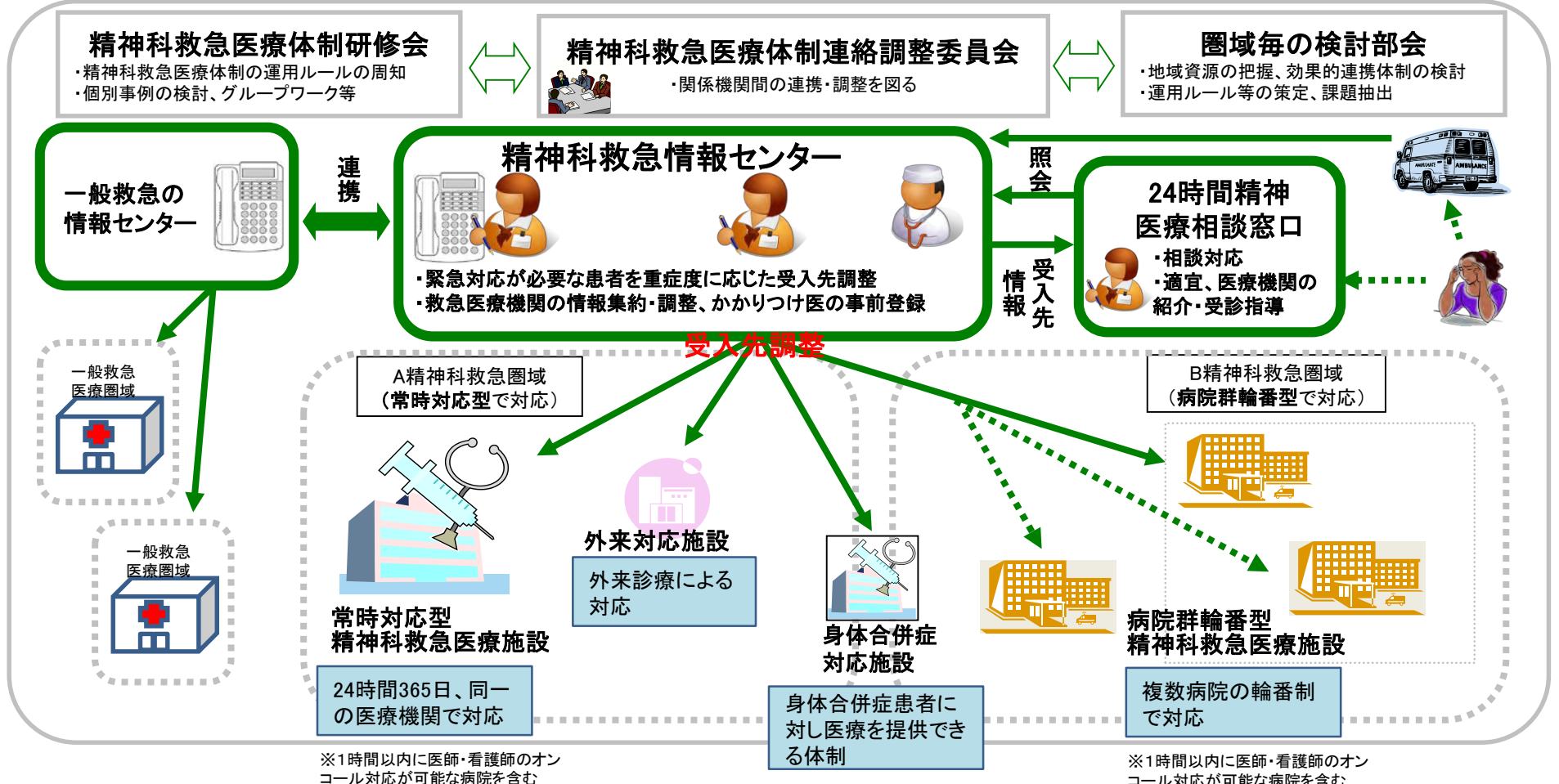
- 精神科救急医療体制連絡調整委員会等の設置
- 精神科救急情報センターの設置
- 精神科救急医療確保事業

都道府県による精神科救急医療体制の確保について法律上位置付け
【精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の改正(H24～)】

第4節 精神科救急医療の確保

第19条の11 都道府県は、精神障害の救急医療が適切かつ効率的に提供されるように、夜間又は休日において精神障害の医療を必要とする精神障害者又は家族等からの相談に応じること、精神障害の救急医療を提供する医療施設相互間の連携を確保することその他の地域の実情に応じた体制の整備を図るよう努めるものとする。

2 都道府県知事は、前項の体制の整備に当たっては、精神科病院その他の精神障害の医療を提供する施設の管理者、当該施設の指定医その他の関係者に対し、必要な協力を求めることができる。



精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける精神科救急医療体制整備

(精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ報告書)

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける精神科救急医療体制は、精神障害者や精神保健（メンタルヘルス）上の課題を抱えた者等及び地域住民の地域生活を支えるための重要な基盤の一つであり、入院医療の提供の他、同システムの重層的な連携による支援体制の中での対応、受診前相談や入院外医療により必ずしも入院による治療を要さない場合も念頭におきつつ、都道府県等が精神科病院等と連携しながら必要な体制整備に取り組むことが重要。

精神科救急医療の提供に係る機能分化

平時の対応・受診前相談

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける重層的な連携による支援体制における平時の対応の充実
 - ▶ 保健所や保健センターからの訪問等、精神科医療機関と保健所等の協力体制、相談体制の構築、障害福祉サービス等の活用
- 精神医療相談窓口の設置、充実
- 精神科救急情報センターの設置、充実

入院外医療の提供

- かかりつけ精神科医等が時間外診療に対応
- 相談者のニーズに応じて往診、訪問看護が可能
- 診療を行った上で、入院の可否に関する判断を実施

入院医療の提供

- 平時の対応、受診前相談、入院外医療の後方支援の実施、**原則、対応要請を断らない**
 - **措置入院、緊急措置入院への対応が可能**
 - **身体合併症（新型コロナウイルス感染症を含む）への対応が可能**
- ※ 地域の基幹的な医療機関が一元的に果たす場合や医療機関間の連携による面的な整備により果たす場合も想定

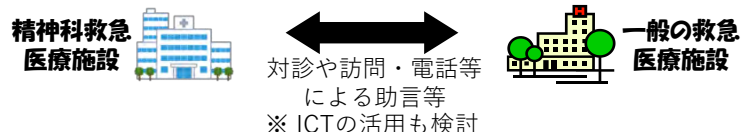
【都道府県】精神科救急医療体制に関する評価指標を用いた整備状況の整理と評価、地域の実情に合わせた体制整備の推進

【国】精神科救急医療体制整備事業の充実等と指針の改正の検討、精神科救急医療体制に係る評価指標の検討及び提示

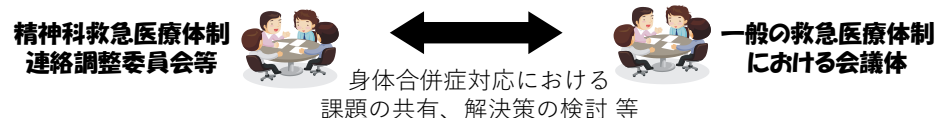
身体合併症対応の充実

- 身体合併症対応を充実する観点から、都道府県等において精神科救急医療体制と一般の救急医療体制との連携の強化を図る。

精神科救急医療の提供現場における連携の促進



互いの救急医療体制の検討の場への参画



当事者、家族の参画

- 誰もが危機等の状況下においてもその意思が尊重され、必要なときに医療を受けられる体制となるよう、都道府県等における精神科救急医療体制連絡調整委員会や精神科救急医療圏域ごとの検討部会に、当事者や家族が参画する。

精神科救急入院料について①

- 現行、精神科救急入院料については、精神病床における手厚い人員配置、措置入院等の受け入れに係る実績、個室やCT検査が可能な体制の確保等が要件とされている。当該入院料を届け出る医療機関については、精神医療における緊急性の高い状態に対応する役割や、自治体等からの要請に対応する役割等が求められている。

A311 精神科救急入院料(1日につき)

<u>1 精神科救急入院料1</u>	<u>イ 30日以内の期間</u>	<u>3,579点</u>	<u>ロ 31日以上</u>	<u>3,145点</u>
<u>2 精神科救急入院料2</u>	<u>イ 30日以内の期間</u>	<u>3,372点</u>	<u>ロ 31日以上</u>	<u>2,938点</u>

[主な算定要件]

- 対象患者
 - ア 措置入院患者、緊急措置入院患者又は応急入院患者
 - イ ア以外の患者であって、当該病棟に入院前3か月において精神病棟に入院(医療観察法入院を除く。)したことがない患者
 - ウ ア及びイにかかわらず、クロザピンを新規に導入することを目的として、当該保険医療機関の他の病棟(精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料を算定する病棟を除く。)から転棟した患者
- 当該入院料は、入院日から起算して3月を限度として算定する。
- 算定対象となる患者は以下の精神障害を有する者に限る。
 - ア 症状性を含む器質性精神障害(精神疾患を有する状態に限り、単なる認知症の症状を除く。)
 - イ 精神作用物質使用による精神及び行動の障害(アルコール依存症にあつては、単なる酩酊状態であるものを除く。)
 - ウ 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害
 - エ 気分(感情)障害
 - オ 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害(自殺・自傷行為及び栄養障害・脱水等の生命的危険を伴う状態に限る。)
 - カ 成人の人格及び行動の障害(精神疾患を有する状態に限る。)
 - キ 知的障害(精神疾患を有する状態に限る。)

精神科救急入院料について②

[主な施設基準]

1 精神科救急入院料に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、精神保健指定医が5名以上常勤していること。
- (2) 当該各病棟における常勤の医師の数は、当該病棟の入院患者の数が16 又はその端数を増すごとに1以上であること。
- (3) 当該各病棟に2名以上の常勤の精神保健福祉士が配置されていること。
- (4) 当該各病棟において、日勤帯以外の時間帯にあっては、看護師が常時2名以上配置されていること。
- (5) 当該病棟の病床数は、1看護単位当たり60 床以下であること。
- (6) 当該病棟の病床のうち、隔離室を含む個室が半数以上を占めていること。
- (7) 必要な検査及びCT撮影が必要に応じて速やかに実施できる体制にあること。
- (8) 当該病棟の年間の新規患者のうち6割以上が措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院、鑑定入院及び医療観察法入院のいずれかに係るものであること。
- (9) 以下の地域における直近1年間における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者のうち、原則として4分の1以上、又は20 件以上の患者を当該病棟において受け入れていること。
 - ア 当該保険医療機関の所在地の都道府県(政令市の区域を含むものとする。)
 - イ 1精神科救急医療圏と1基幹病院が対となって明確に区分された圏域がある場合(例えば政令市は市立病院が、政令市以外の地区は県立病院が救急基幹病院となる。)は、当該圏域
- (13) 当該病棟の病床数は、当該保険医療機関の精神病床数が300 床以下の場合には60 床以下であり、当該保険医療機関の精神病床数が300 床を超える場合にはその2割以下であること。ただし、平成30 年3月31 日時点で、現に当該基準を超えて病床を有する保険医療機関にあっては、令和4年3月31 日までの間、当該時点で現に届け出ている病床数を維持することができる。

2 精神科救急入院料1に関する施設基準 ※精神科救急入院料2については[]内に記載

- (1) 当該保険医療機関が、精神科救急医療体制整備事業において基幹的な役割を果たしていること。

具体的には、次のいずれも満たしていること。

 - ア 常時精神科救急外来診療が可能であり、精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における診療(電話等再診を除く。)件数の実績が年間150 [120]件以上、又は1の(9)のア又はイの地域における人口1万人当たり1.87 [1.5]件以上であること。

そのうち初診患者の件数が30 [2.5]件以上又は2割以上であること。
 - イ 精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における入院件数の実績が年間40 [30]件以上又はアの地域における人口1万人当たり0.5 [0.37]件以上であること。

そのうち8[6]件以上又は2割以上は、精神科救急情報センター・精神医療相談窓口(精神科救急医療体制整備事業)、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県、市町村、保健所、警察、消防(救急車)からの依頼であること。
 - ウ 複数の病棟において当該入院料の届出を行う場合については、ア及びイの「件以上」を「に届出病棟数を乗じた数以上」と読み替えること。
 - エ 全ての入院形式の患者受入れが可能であること。
- (2) 当該病棟において、措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者及びクロザピンの新規導入を目的とした入院患者を除いた新規入院患者のうち6割[4割]以上が入院日から起算して3月以内に退院し、自宅等へ移行すること。

精神科救急入院医療に対する診療報酬上の評価と経緯①

平成18年度改定

- 急性期の精神科入院医療の充実を図る観点から、入院早期の評価の引き上げ。
精神科救急入院料 2,800点 → 入院後30日以内 3,200点、入院後30日超 2,800点

平成20年度改定

- 精神科救急医療施設の整備状況の地域差の解消のため、
 - ・ 時間外、休日又は深夜における診療件数と措置入院等の患者数の要件について、地域の人口規模を考慮した要件の緩和
 - ・ 入院早期からの在宅への移行支援を更に推進する観点から、在宅へ移行する患者の割合が高い施設について、評価の引き上げ

精神科救急入院料1	30日以内の期間	3,431点	31日以上	3,031点
精神科救急入院料2	30日以内の期間	3,231点	31日以上	2,831点

平成22年度改定

- 精神科救急患者は、救急搬送の受入困難事例ともなっていることから、入院早期の評価を引き上げ
- | | | | | |
|-----------|----------|--------|-------|--------|
| 精神科救急入院料1 | 30日以内の期間 | 3,451点 | 31日以上 | 3,031点 |
| 精神科救急入院料2 | 30日以内の期間 | 3,251点 | 31日以上 | 2,831点 |

平成24年度改定

- 入院料に栄養管理加算、褥瘡患者管理加算を包括化
- | | | | | |
|-----------|----------|--------|-------|--------|
| 精神科救急入院料1 | 30日以内の期間 | 3,462点 | 31日以上 | 3,042点 |
| 精神科救急入院料2 | 30日以内の期間 | 3,262点 | 31日以上 | 2,842点 |

精神科救急入院医療に対する診療報酬上の評価と経緯①

平成26年度改定

- 措置入院、緊急措置入院及び応急入院の実績要件を緩和、夜間休日の救急の受入実績を要件に追加
 - 消費税率8%への引上げに伴う対応
- | | | | | |
|-----------|----------|--------|----------|--------|
| 精神科救急入院料1 | 30日以内の期間 | 3,557点 | 31日以上の期間 | 3,125点 |
| 精神科救急入院料2 | 30日以内の期間 | 3,351点 | 31日以上の期間 | 2,920点 |

平成30年度改定

- 地域における精神科救急医療体制への貢献や他の医療機関との連携を評価する観点から、初診患者や自治体等からの依頼患者の受入れや、自宅等へ移行する患者に係る要件を見直し
 - 保険医療機関における精神科救急入院料の病床数に上限を設定
- | | | | | |
|-----------|----------|--------|----------|--------|
| 精神科救急入院料1 | 30日以内の期間 | 3,557点 | 31日以上の期間 | 3,125点 |
| 精神科救急入院料2 | 30日以内の期間 | 3,351点 | 31日以上の期間 | 2,920点 |

令和2年度改定

- 地域における精神科救急の役割等を踏まえ、複数の病棟を届け出る場合、当該入院料を届け出ている病棟の数に応じて時間外診療等の実績を必要とする旨を明確化
 - 届出病床数の上限を超えて病床を有する場合について、経過措置の期限を2年間を上限とする
- | | | | | |
|-----------|----------|--------|----------|--------|
| 精神科救急入院料1 | 30日以内の期間 | 3,579点 | 31日以上の期間 | 3,145点 |
| 精神科救急入院料2 | 30日以内の期間 | 3,372点 | 31日以上の期間 | 2,938点 |

精神科入院に係る診療報酬と主要要件② (令和2年度)

中医協 総 - 2
3 . 1 1 . 5

	医師の配置	看護職員等の配置	構造設備等	その他の主要要件	算定の対象となる患者	診療報酬点数
精神科救急入院料1	指定医 病棟常勤1名 病院常勤5名 医師 16:1	看護師 10:1 PSW 病棟常勤2名	・隔離室・個室が半数以上 ・CT等の検査が速やかに実施できる体制 ・1看護単位60床以下	・時間外診療・時間外初診・自治体等からの受入の件数 ・措置・緊急措置・応急入院の件数 ・新規入院患者の6割以上が3月以内に自宅等へ移行	・措置・緊急措置・応急入院患者 ・3月以内に精神病棟に入院したことがない患者 ・クロザピンを新規に導入することを目的として転棟する患者	3,579点 (~30日) 3,145点 (31日~)
精神科救急入院料2				・時間外診療・時間外初診・自治体等からの受入の件数 ・措置・緊急措置・応急入院の件数 ・新規入院患者の4割以上が3月以内に自宅等へ移行		3,372点 (~30日) 2,938点 (31日~)
精神科救急・合併症入院料	指定医 病棟常勤3名 精神科医 病院常勤5名 医師 16:1	看護師 10:1 PSW 病棟常勤2名	・合併症ユニットが2割以上 ・隔離室・個室又は合併症ユニットが半数以上 ・救急蘇生装置、呼吸循環監視装置等 ・CT等の検査が速やかに実施できる体制 ・1看護単位60床以下	・時間外診療の件数 ・措置・緊急措置・応急入院の件数 ・新規入院患者の4割以上が3月以内に自宅等へ移行	・措置・緊急措置・応急入院患者 ・3月以内に精神病棟に入院したことがない患者 ・身体疾患の治療のため一般病棟に入院した患者 ・クロザピンを新規に導入することを目的として転棟する患者	3,579点 (~30日) 3,145点 (31日~)
精神科急性期治療病棟入院料1	指定医 病棟常勤1名 病院常勤2名 医師 48:1	看護 13:1 看護補助者 30:1 PSW又は公認心理師 病棟常勤1名	・隔離室を有する ・1看護単位60床以下	・新規入院患者の4割以上が3月以内に自宅等へ移行	・3月以内に精神病棟に入院したことがない患者 ・他病棟入院患者の急性増悪例 ・クロザピンを新規に導入することを目的として転棟する患者	1,997点 (~30日) 1,665点 (31日~)
精神科急性期治療病棟入院料2		看護 15:1 看護補助者 30:1 PSW又は公認心理師 病棟常勤1名				1,883点 (~30日) 1,554点 (31日~)
精神科身体合併症管理加算	・精神科を標榜 ・病棟に専任の内科又は外科の医師を1名以上配置		精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、認知症治療病棟入院料、精神病棟入院基本料(10:1、13:1又は15:1)、特定機能病院入院基本料(精神病棟) を算定する患者			450点 (~7日) 300点 (8~15日)

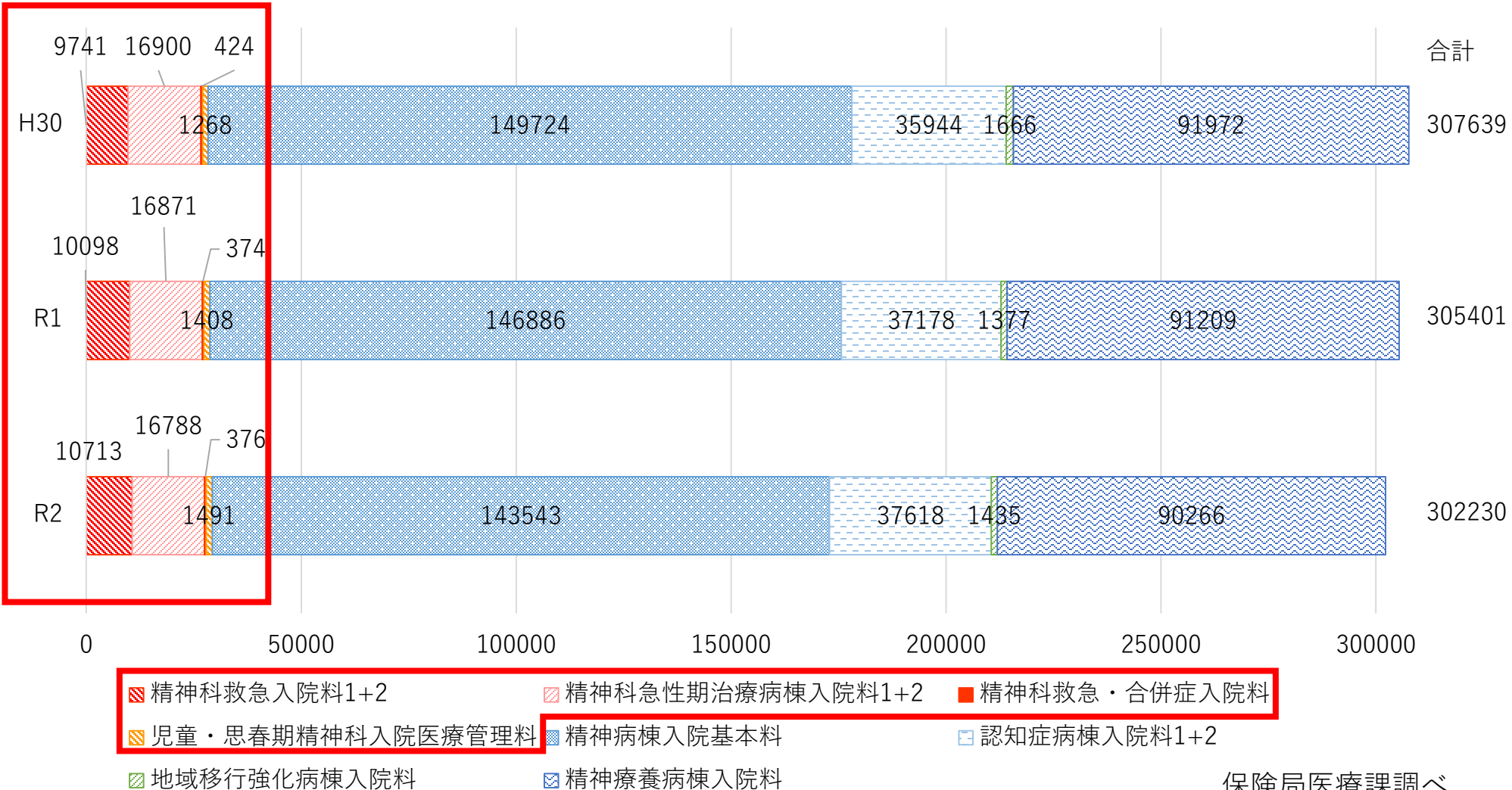
精神科入院に係る診療報酬と主要要件③（令和2年度）

中医協 総 - 2
3 . 1 1 . 5

区分	入院料	新規入院患者の自宅等への移行率	クロザピン新規導入患者実績要件	診療報酬点数
精神科急性期 医師配置加算1	精神科急性期治療病棟入院料1	6割	クロザピン新規導入患者 6件/年	600点
精神科急性期 医師配置加算2	イ 精神病棟入院基本料等	—	—	500点
	ロ 精神科急性期治療病棟入院料	6割	—	500点
精神科急性期 医師配置加算3	精神科急性期治療病棟入院料1	4割	クロザピン新規導入患者 3件/年	450点

精神科急性期入院医療における入院料届出病床数の推移

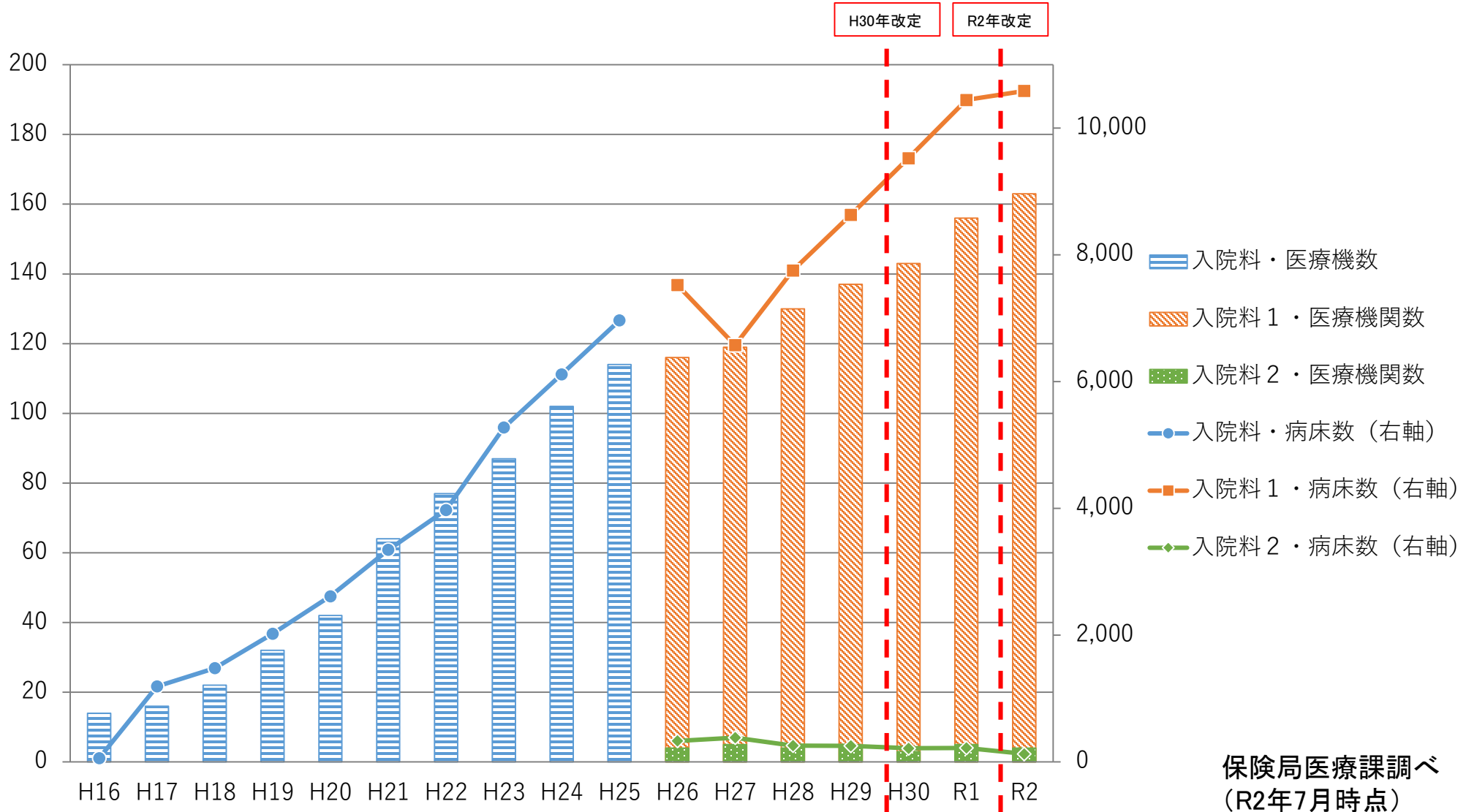
○ 精神科救急・急性期入院医療に係る特定入院料を届け出ている病床は10%程度で推移している。



保険局医療課調べ
(R2年7月時点)

精神科救急入院料の届出医療機関数等の推移

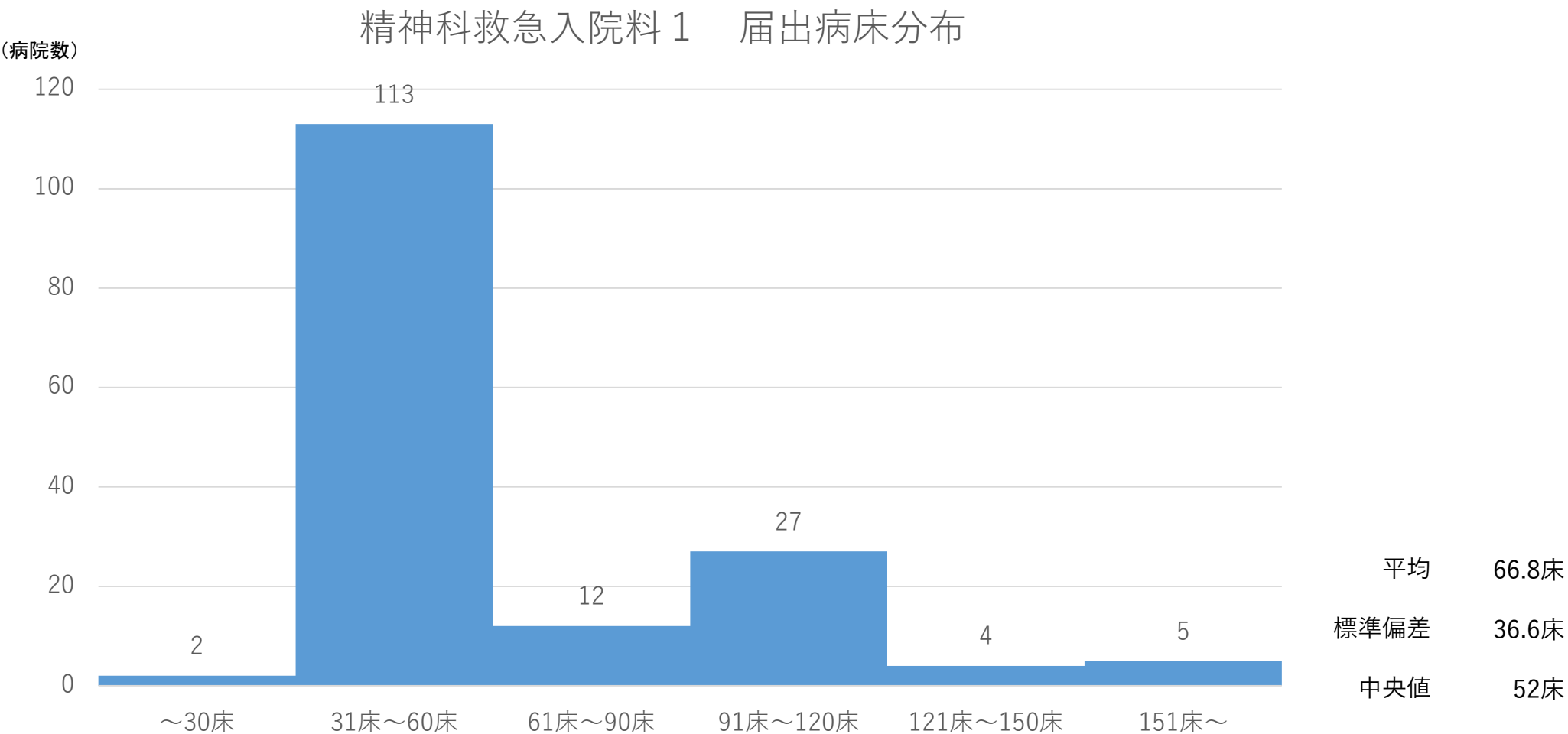
- これまで、精神科救急入院料については算定要件の見直しを行ってきたところ。
- 令和2年度改定以降も、精神科救急入院料病棟の届出医療機関数及び総病床数は増加傾向にある。



保険局医療課調べ
(R2年7月時点)

精神科救急入院料1の届出病床数の状況

- 精神科救急入院料1を届け出ている全医療機関の当該入院料病床数の平均は52床であった。
- 精神科救急入院料1を届け出ている医療機関においては、60床以下の病院が全体の7割を占める。



保険局医療課調べ
(R2年7月時点)

精神科救急入院料1の届出病床数の状況

- 精神科救急入院料及び精神科急性期治療病棟入院料を算定する病棟の病床数の上限は、当該保険医療機関の精神病床数により規定されている。
- 精神科救急入院料及び精神科急性期治療病棟入院料算定病床を増やすためには、その他の病床を多く有することが求められる構造となっている。

精神科救急入院料及び精神科急性期治療病棟入院料算定病床の上限

精神病床数	算定病床の上限
300床以下	60床
300床を超える場合	精神病床数の2割以下

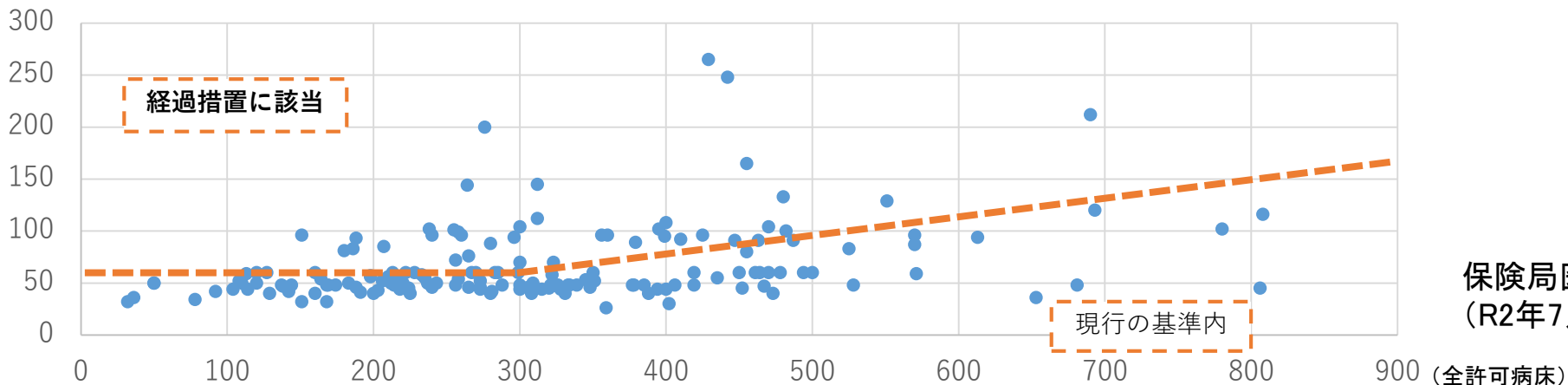
◆ A311 精神科救急入院料の施設基準(抜粋)

当該病棟の病床数は、当該保険医療機関の精神病床数が300床以下の場合には60床以下であり、当該保険医療機関の精神病床数が300床を超える場合にはその2割以下であること。

※A311-2精神科急性期治療病棟入院料についても同様の要件が定められている。

※A311精神科救急入院料については、「平成30年3月31日時点で、現に当該基準を超えて病床を有する保険医療機関にあっては、令和4年3月31日までの間、当該時点で現に届け出ている病床数を維持することができる。」こととされている。

(精神科救急入院料1算定病床) 精神科救急入院料1算定病床と全許可病床の関係



保険局医療課調べ
(R2年7月時点)

精神科救急・合併症入院料について

- 精神科救急・合併症入院料は、身体合併症を有する患者に対する治療が可能となるよう、施設基準において、より手厚い診療体制が求められている。
- 同水準の評価とされている精神科救急入院料については、要件を満たせば精神科身体合併症管理加算を算定できるところ、精神科救急・合併症入院料については、当該加算が包括されている。

	医師の配置	看護職員等の配置	構造設備等	その他の主な要件	算定の対象となる患者	診療報酬点数
精神科救急入院料1	指定医 病棟常勤1名 病院常勤5名 医師 16:1	看護師 10:1 PSW 病棟常勤2名	・隔離室・個室が半数以上 ・CT等の検査が速やかに実施できる体制 ・1看護単位60床以下	・時間外診療・時間外初診・自治体等からの受入の件数 ・措置・緊急措置・応急入院の件数 ・新規入院患者の6割以上が3月以内に自宅等へ移行	・措置・緊急措置・応急入院患者 ・3月以内に精神病棟に入院したことがない患者	3,579点 (～30日) 3,145点 (31日～)
精神科救急入院料2				・時間外診療・時間外初診・自治体等からの受入の件数 ・措置・緊急措置・応急入院の件数 ・新規入院患者の4割以上が3月以内に自宅等へ移行	・クロザピンを新規に導入することを目的として転棟する患者	3,372点 (～30日) 2,938点 (31日～)
精神科救急・合併症入院料	指定医 <u>病棟常勤3名</u> 精神科医 病院常勤5名 医師 16:1	看護師 10:1 PSW 病棟常勤2名	・ <u>合併症ユニットが2割以上</u> ・隔離室・個室又は合併症ユニットが半数以上 ・ <u>救急蘇生装置、呼吸循環監視装置等</u> ・CT等の検査が速やかに実施できる体制 ・1看護単位60床以下	・時間外診療の件数 ・措置・緊急措置・応急入院の件数 ・新規入院患者の4割以上が3月以内に自宅等へ移行	・措置・緊急措置・応急入院患者 ・3月以内に精神病棟に入院したことがない患者 ・ <u>身体疾患の治療のため一般病棟に入院した患者</u> ・クロザピンを新規に導入することを目的として転棟する患者	3,579点 (～30日) 3,145点 (31日～)

A230-3 精神科身体合併症管理加算

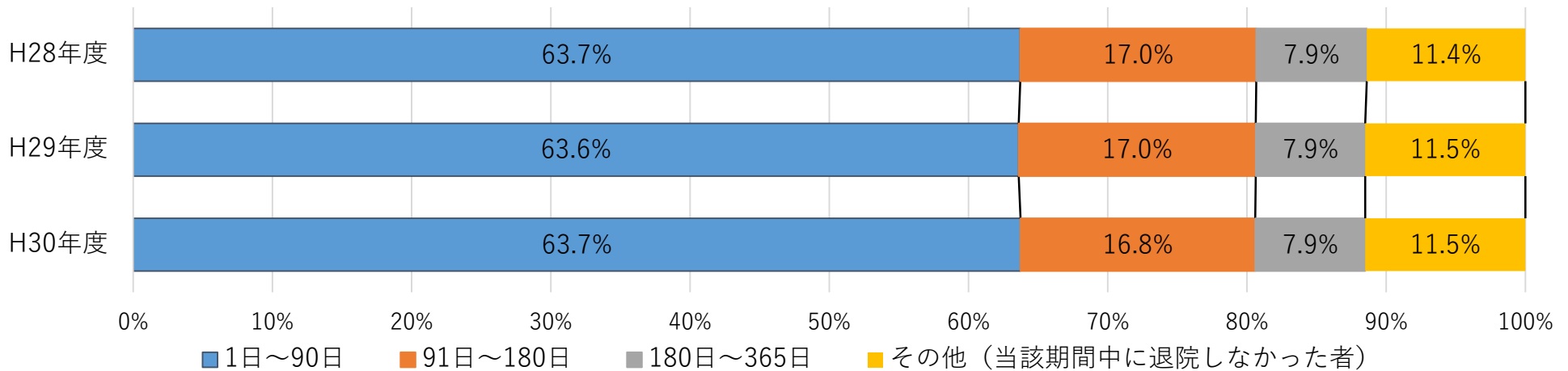
- ・精神科を標榜する病院であって、当該病棟に専任の内科又は外科の医師が1名以上配置されていること。
- ・精神病棟入院基本料(10対1、13対1及び15対1入院基本料に限る。)、特定機能病院入院基本料(精神病棟である7対1、10対1、13対1、15対1入院基本料に限る。)、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び認知症病棟入院料のいずれかを算定している病棟であること。
- ・必要に応じて患者の受入が可能な精神科以外の診療科を有する医療体制との連携が確保されていること。

450点(～7日)
300点(8～15日)

精神病床における入院患者の入院日数

- 精神病床における新規入院患者について、6割以上が90日以内に退院している。
- 精神病床における入院患者について、約6割が在院期間1年以上となっている。

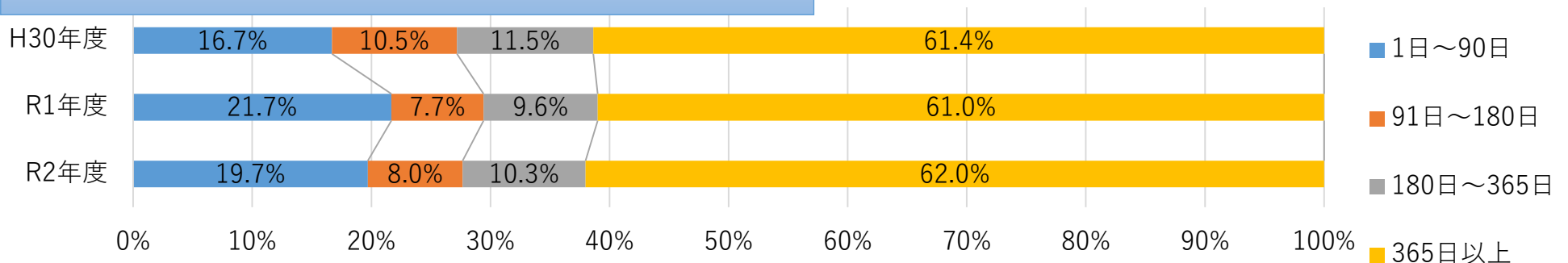
精神病床における新規入院患者の特定時点における退院率



H25年度からH30年度の間に精神病床へ新たに入院した患者を対象として特定し、各年度の新規入院患者数に対する90日、180日、365日時点で退院している者の割合を示している。

（出典）「令和3年度障害者政策総合研究事業 持続可能で良質かつ適切な精神医療とモニタリング体制の確保に関する研究」のうち、NDBを基としたモニタリング指標作成の報告より精神・障害保健課作成

精神病床における入院患者の在院期間別割合

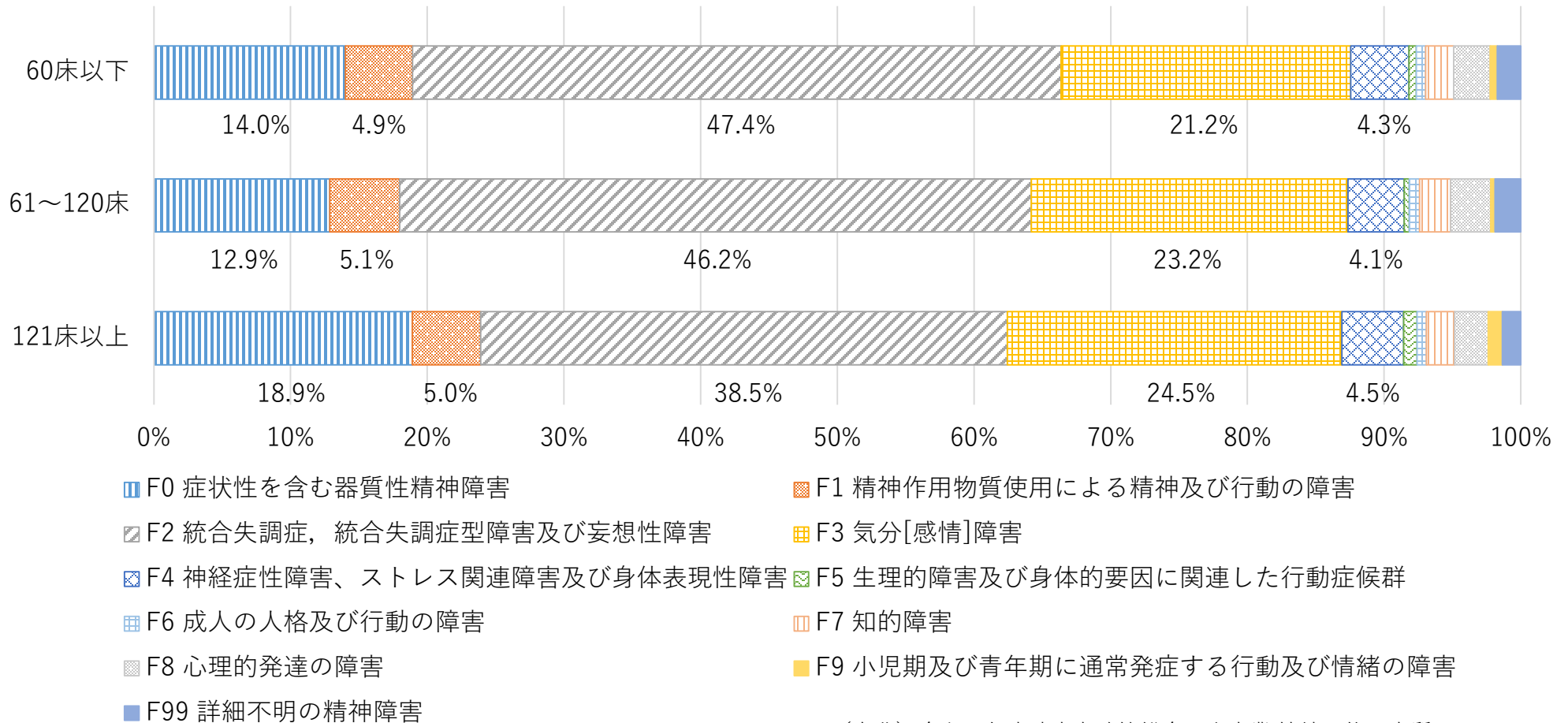


（出典）精神保健福祉資料 精神・障害保健課作成

精神科救急入院料1算定病床に入院している患者の疾病割合

- 精神科救急入院料1を算定している病床では、F2統合失調症圏の割合が高い。
- 病床数が増加すると、統合失調症圏の患者の割合は相対的に低下し、F0器質性精神障害圏(認知症を含む)とF3気分障害圏の割合が相対的にやや増加する傾向にある。

精神科救急入院料1算定病床数別の疾病割合

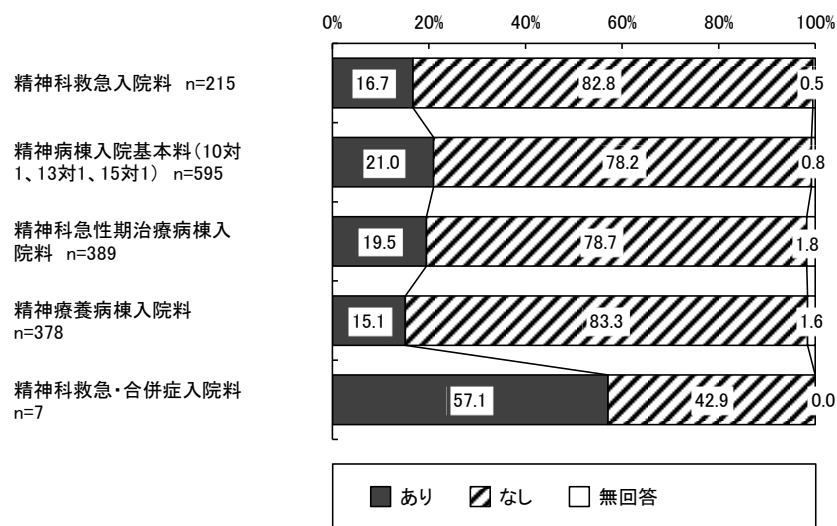


(出典) 令和3年度障害者政策総合研究事業 持続可能で良質かつ適切な精神医療とモニタリング体制の確保に関する研究班 (R2年6月30日時点)

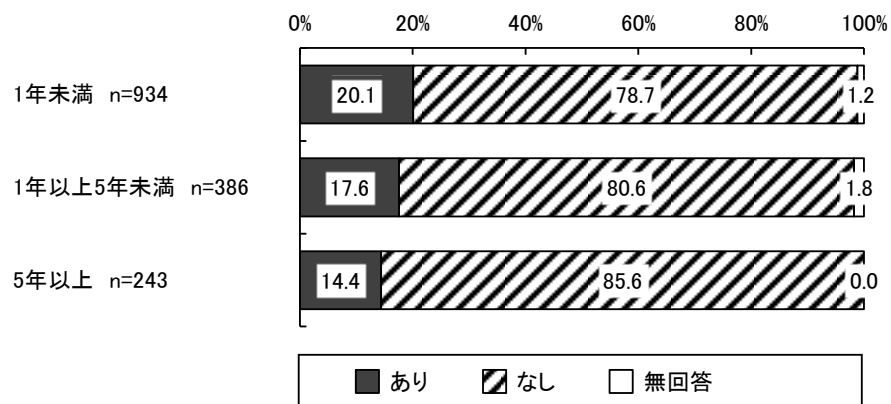
精神病棟に入院中の患者における身体合併症等の状況

- 精神病床を有する医療機関の入院患者については、約2割が身体合併症を有した者であり、精神科救急・身体合併症入院料を算定する病棟の入院患者については、5割以上が身体合併症を有している。
- 調査対象患者のうち、入院期間が1年未満の患者の約2割が身体合併症を有している。

身体合併症の有無（入院基本料別、複数回答）



身体合併症の有無（入院期間カテゴリー別）



※患者調査における対象選定方法

病院調査の調査対象病院に入院していた患者のうち、以下に記載した条件に該当する入院患者最大6名

- a. 以下の入院基本料等を算定している患者3名
- ・精神科救急入院料
 - ・精神科急性期治療病棟入院料
 - ・精神科救急・合併症入院料

b. 精神病棟入院基本料（10対1、13対1、15対1）、精神科療養病棟入院料を算定している患者より、以下の各条件に該当する患者計3名

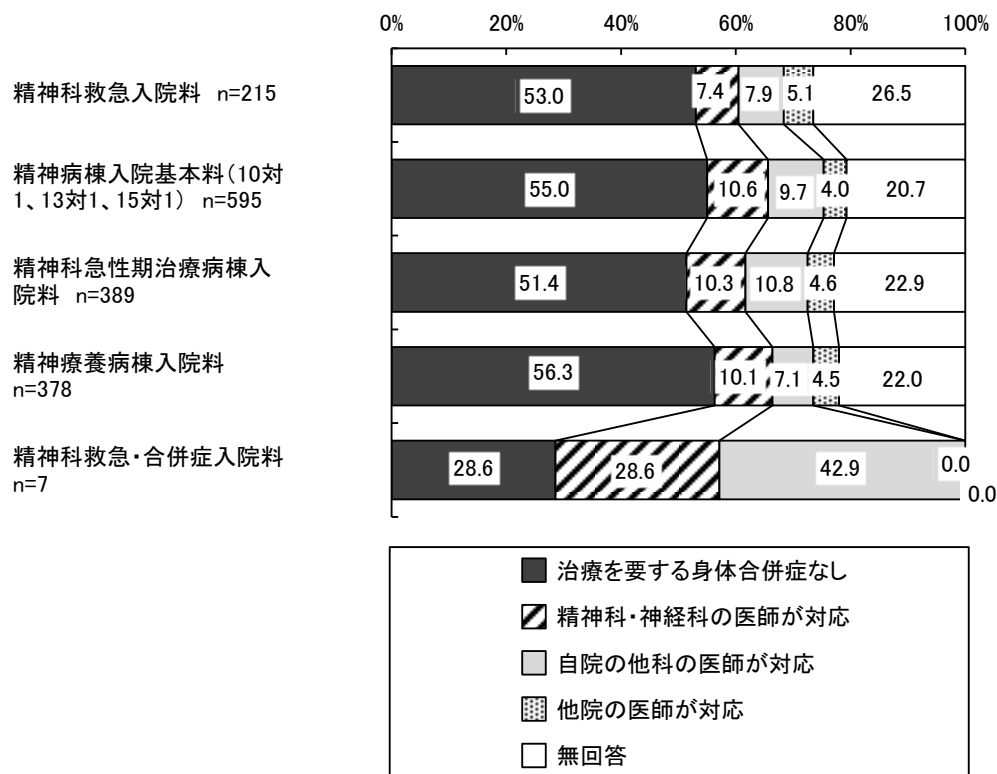
- ・入院期間が1年未満の患者1名
- ・入院期間が1年以上3年未満の患者1名
- ・入院期間が3年以上の患者1名

回答数：1,604名 回答者：対象患者の入院している病棟責任者

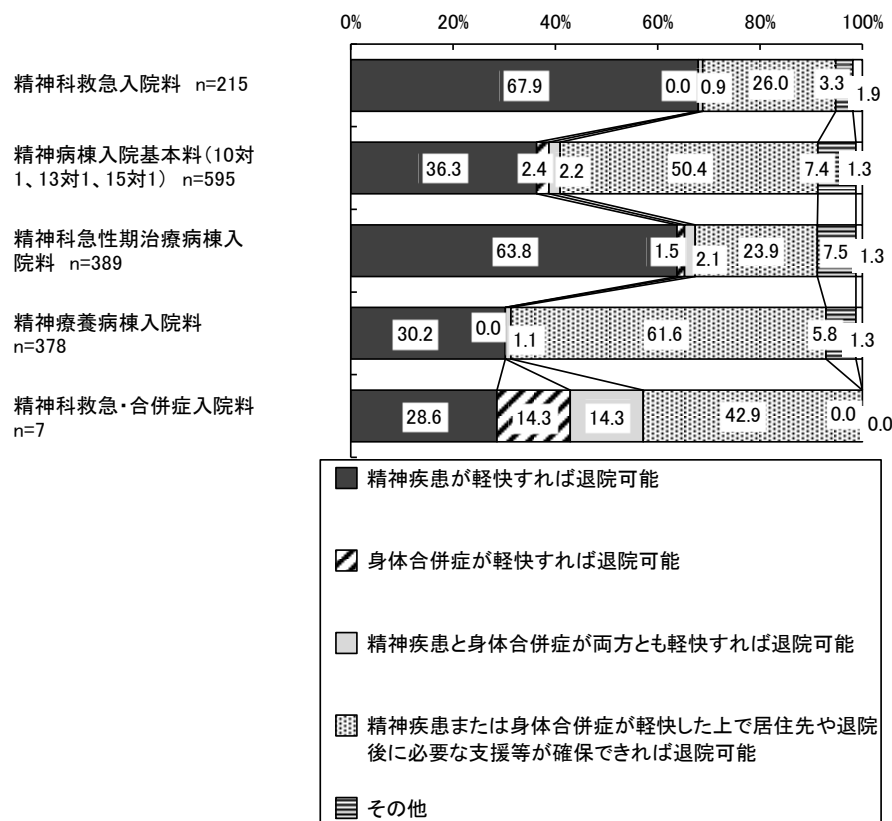
精神病棟に入院中の患者における身体合併症等の状況

- 治療を要する身体合併症については、精神科救急・合併症入院料では「精神科・神経科の医師が対応」の回答が28.6%あったものの、他入院料においては、「なし」との回答が5割以上であった。
- 退院が可能となる状況については、「精神疾患が軽快すれば退院可能」が「精神科救急入院料」(67.9%)と「精神科急性期治療病棟入院料」(63.8%)で多かった。一方、「精神疾患または身体合併症が軽快した上で居住先や退院後に必要な支援等が確保できれば退院可能」が多かったのは「精神療養病棟入院料」(61.6%)と「精神病棟入院基本料」(50.4%)、「精神科救急・合併症入院料」(42.9%)であった。

身体合併症に対する対応状況（入院基本料別）



退院が可能となる状況（入院基本料別）

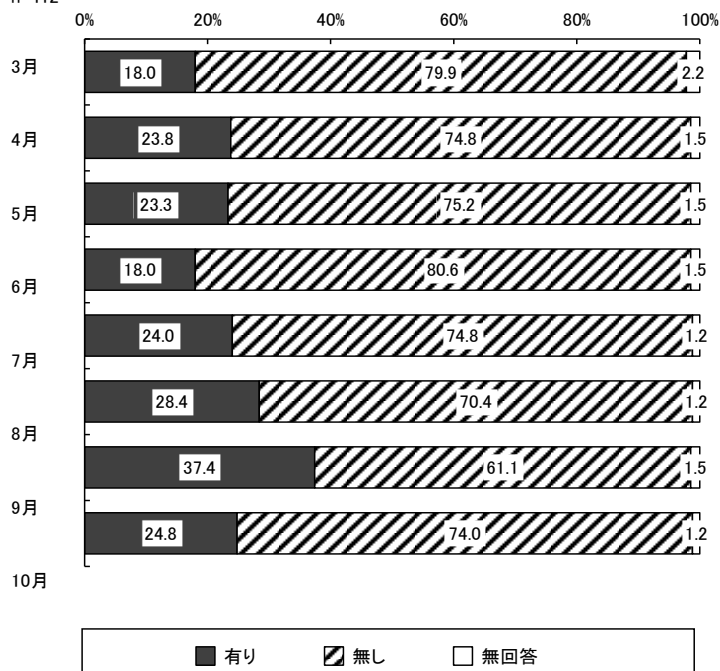


精神病床を有する医療機関における新型コロナウイルス感染症の対応状況

- 精神病床を有する医療機関においても、新型コロナウイルス感染症の対応を行っている場合がある。
- 重点医療機関等の指定については、精神科を有する特定機能病院等では半数以上をしめるが、いわゆる精神科単科病院等においても、半数以上で感染症対応への何らかの協力を行っている。
- 感染防止対策加算については、46.6%の医療機関が届出を行っている。

新型コロナウイルス感染患者の入院受入の有無

b.新型コロナウイルス感染患者の入院受入の有無(精神病床を有する医療機関)
n=412

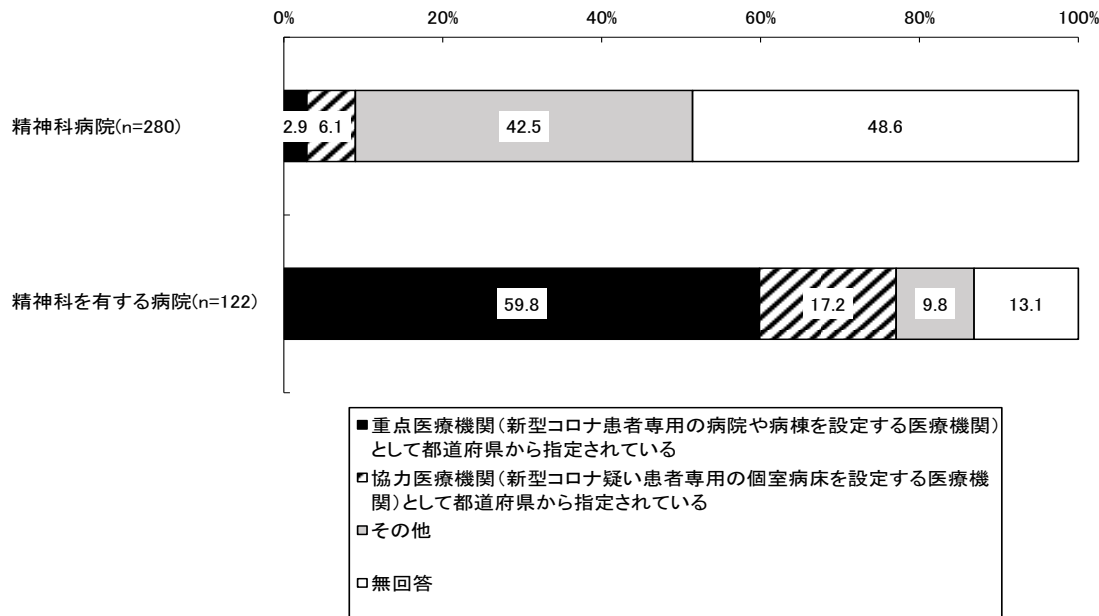


※「精神科病院」は精神科単科病院及び精神科病院(内科等一般科標榜あり)を指す。

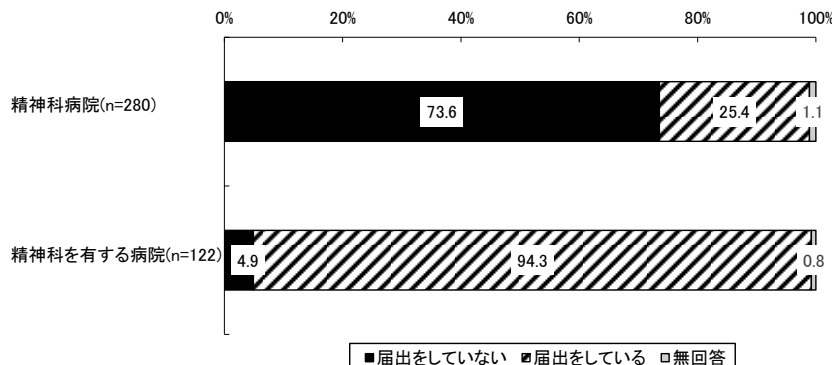
「精神科を有する病院」は精神科を有する特定機能病院及び精神科を有する一般病院を指す。

出典: 令和2年度改定検証調査

重点医療機関等の指定の有無(病院種別)



感染防止対策加算の施設基準の届出状況(病院種別)



精神科救急入院医療に係る課題（小括）

- 精神科救急医療体制における入院医療では、措置入院や緊急措置入院への対応が可能で、原則、対応要請を断らないこと、身体合併症への対応が可能であることが求められている。こうした機能は、新型コロナウイルス感染症等への対策・対応の上でも重要性が増している。
- 精神科救急入院料の対象は、精神疾患による救急・急性期の患者であり、一部の疾患では重症者に限定されている。
- 精神科急性期入院医療においては、救急・急性期入院医療に係る特定入院料を届け出ている病床は約10%であり、精神科全体で新規に入院する者の半数以上は90日以内に退院している現状がある。
- 精神科救急入院を応需する医療機関においては、手厚い医療体制が必要である一方、精神科救急入院料・急性期治療病棟入院料算定病床数の上限は当該病院の精神病床数によって規定されており、その他の病床を多く有することが求められる構造となっている。

1. 小児医療について
2. 周産期医療について
3. 精神医療について
4. 論点

小児医療についての論点

【小児急性期医療体制について】

- 小児造血器腫瘍の標準的治療法が整備されてきたことにより、小児科による、小児病棟における無菌治療室管理がより多く行われるようになっている実態を踏まえ、その評価について、どのように考えるか。
- 小児救急患者において、夜間や休日等の時間外受診が多くみられること、時間外の緊急入院を多く取り扱っている医療機関がみられることを踏まえ、その対応に係る評価について、どのように考えるか。
- 医療的ケア児、小児慢性特定疾病児の退院時服薬指導の実態も踏まえ、その評価の在り方について、どのように考えるか。
- CPT（Child Protection Team）による虐待対応において、福祉・保健・警察・司法・教育等様々な機関と連携を迅速に行い、患者が入院してから退院まで体制の整備を図ることに係る評価の在り方について、どのように考えるか。

【小児高度急性期医療体制について】

- 従前は救命が難しかった重症先天性心疾患の救命率が向上し、高度な治療を必要とする患者の幅が広がった実態を踏まえつつ、小児特定集中治療室管理料に係る評価の在り方について、どのように考えるか。
- 重症先天性心疾患患者においては、出生後に内科的管理を行い、体重増加を待ってから手術を受ける必要があり、長期の入院が必要となる実態も踏まえ、その評価の在り方について、どのように考えるか。
- 慢性肺疾患を伴う低出生体重児においては、慢性肺疾患を伴わない低出生体重児と比較して、より長期の呼吸管理と入院による加療が必要であるという実態を踏まえ、新生児特定集中治療室管理料の評価の在り方について、どのように考えるか。

【小児の連携医療に係る評価について】

- 医療的ケア児や小児慢性特定疾病児が安心して学校等における生活を継続することを推進する観点から、必要な情報提供の評価の在り方について、どのように考えるか。

周産期医療についての論点

【ハイリスク分娩管理について】

- 周産期医療体制において、診療所においても様々な妊婦を取り扱っているという実態等も踏まえ、安全性にも配慮しつつ、その評価の在り方について、どのように考えるか。

【妊産婦の支援について】

(重篤な疾患の診断を得た胎児に係る妊産婦の支援について)

- 切れ目ない成育医療等を提供するという観点から、出生後早期に医療的介入が必要と判明している重篤な疾患をもつ胎児とその家族に対して、多職種による連携を行い、児の出生前後に関する包括的なサポートを行っていることに係る評価について、どのように考えるか。

(妊産婦のメンタルケアについて)

- 周産期におけるうつは、妊産婦とその児への影響もあることから、早期からの介入が必要とされており、産科医療機関においてスクリーニングを実施し、必要に応じて行政機関や精神科との連携支援を行っていることから、その評価についてどのように考えるか。

精神科救急入院医療についての論点

- 精神科救急医療体制の現状とあり方を踏まえ、病床数上限、実績要件、対象疾患・状態等について、どのように考えるか。