

個別事項(その9)

小児・周産期(その2)

令和5年8月2日開催の中医協における主な意見

- かかりつけ医機能については、小児医療提供体制の基礎となる重要な論点。かかりつけ医機能において、24時間対応は極めて重要な要素であり、小児かかりつけ診療料のこれ以上の要件緩和はすべきではない。
- 小児入院医療管理料を届け出る病棟では、保育士や看護補助者を一定数配置しているが、医療的ケア児や、NICUからステップダウンしてくる児等の、昨今の増加を踏まえれば、様々な需要を受け止めきれているのかについて検討が必要ではないか。
- 小児病棟では、現状、看護補助者の配置に対する評価がなく、配置が進んでいない状況にある。看護職員が小児患者への看護に集中でき、親子とも、より安心して過ごせる入院環境が整備できるよう、看護補助者配置への評価が重要。
- 小児入院患者が減少する中、小児病棟を単独で維持することが難しくなっている。「成育医療等基本方針」でも記載されたように、小児の心身発達への配慮や、小児患者・家族が安心して療養できる環境確保の観点から、成人との混合病棟の中における小児病床の区域特定が必要。
- NICUにおいては、超低出生体重児の割合や高度な処置の実施が増加しており、高水準な医学的管理を安全に行うためには、特定集中治療室や小児特定集中治療室と同等の手厚い配置が必要。
- NICUには、新生児集中ケア認定看護師などの専門性の高い看護師や小児患者の在宅移行支援に関する研修を受講した看護師が配置されることが望ましい。
- 同時改定では障害福祉サービスと医療機関との連携や情報提供を促していくことが重要。
- 医療的ケア児については、レスパイトケアが課題の1つ。障害福祉の「医療型短期入所サービス」の役割も重要であり、同時改定のタイミングで、家族の不安をどのように解消するかを含めて、障害福祉サービスでの対応を検討すべき。
- 入院・外来・在宅が一体となって「地域で支える」というコンセプトは、成人の場合と同じであると考えている。
- 小児にも緩和ケアは必要であり、どのような病棟で、どのように対応するべきなのか、実態の分かるデータをもとに議論を進めていくべき。
- 小児の緩和ケアは、家族や兄弟姉妹との関係の中で、その子どもらしく、穏やかな最期の時を迎えられるよう支援することが重要であり、提供体制の充実が必要と考える。
- 医療計画に沿った体制整備は重要だが、令和8年度改定で正常分娩の保険適用が論点になることが予想されるため、その全体像が明らかになった段階で周産期医療全体の評価のあり方を検討すべきであり、令和6年度は、周産期医療の評価について、慎重に判断するべき。

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 小児入院医療について

1-3 小児高度急性期医療について

1-4 医療的ケア児について

1-5 小児医療における精神領域について

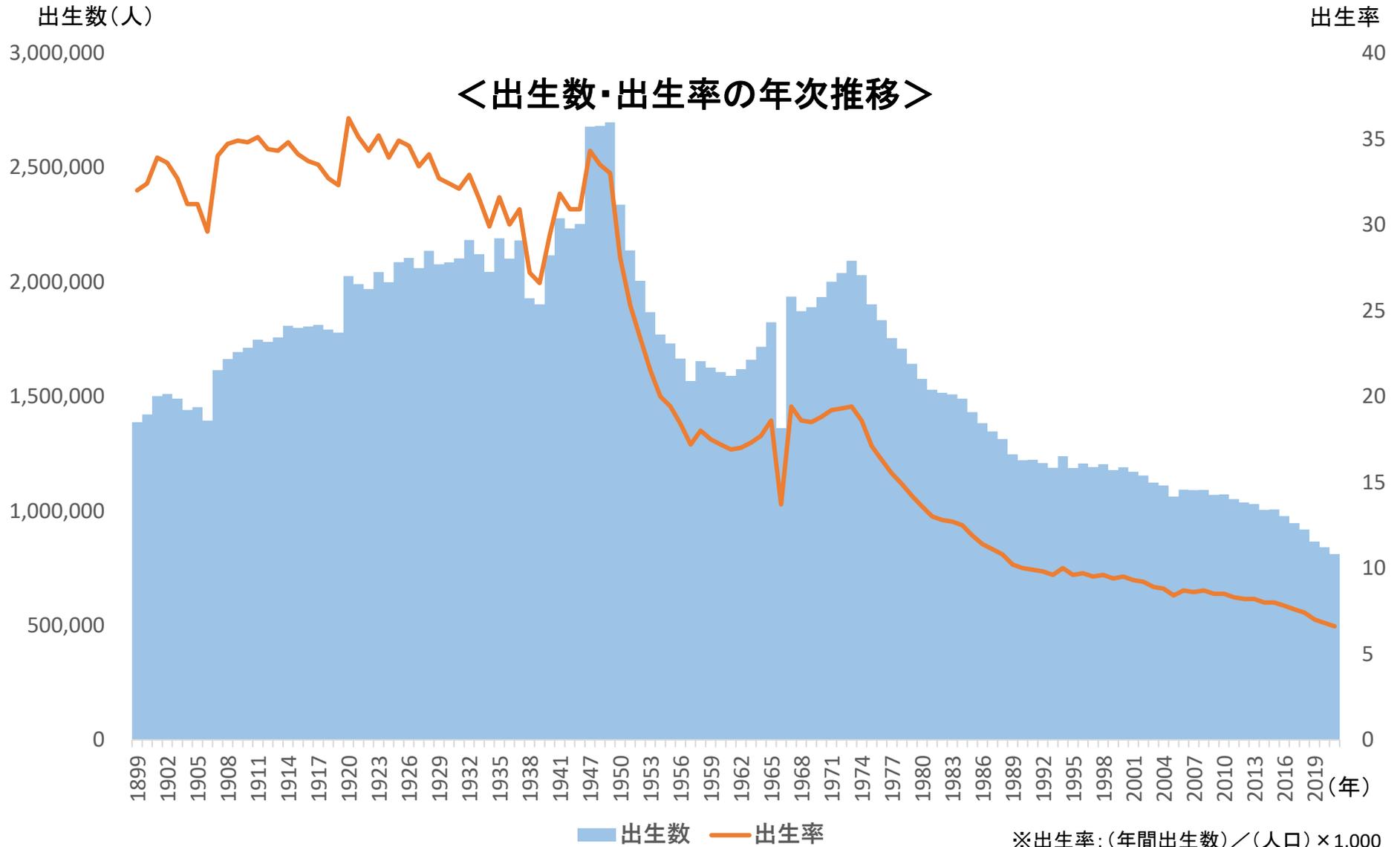
2.周産期医療について

2-1 ハイリスク妊婦について

2-2 出産費用の見える化等について

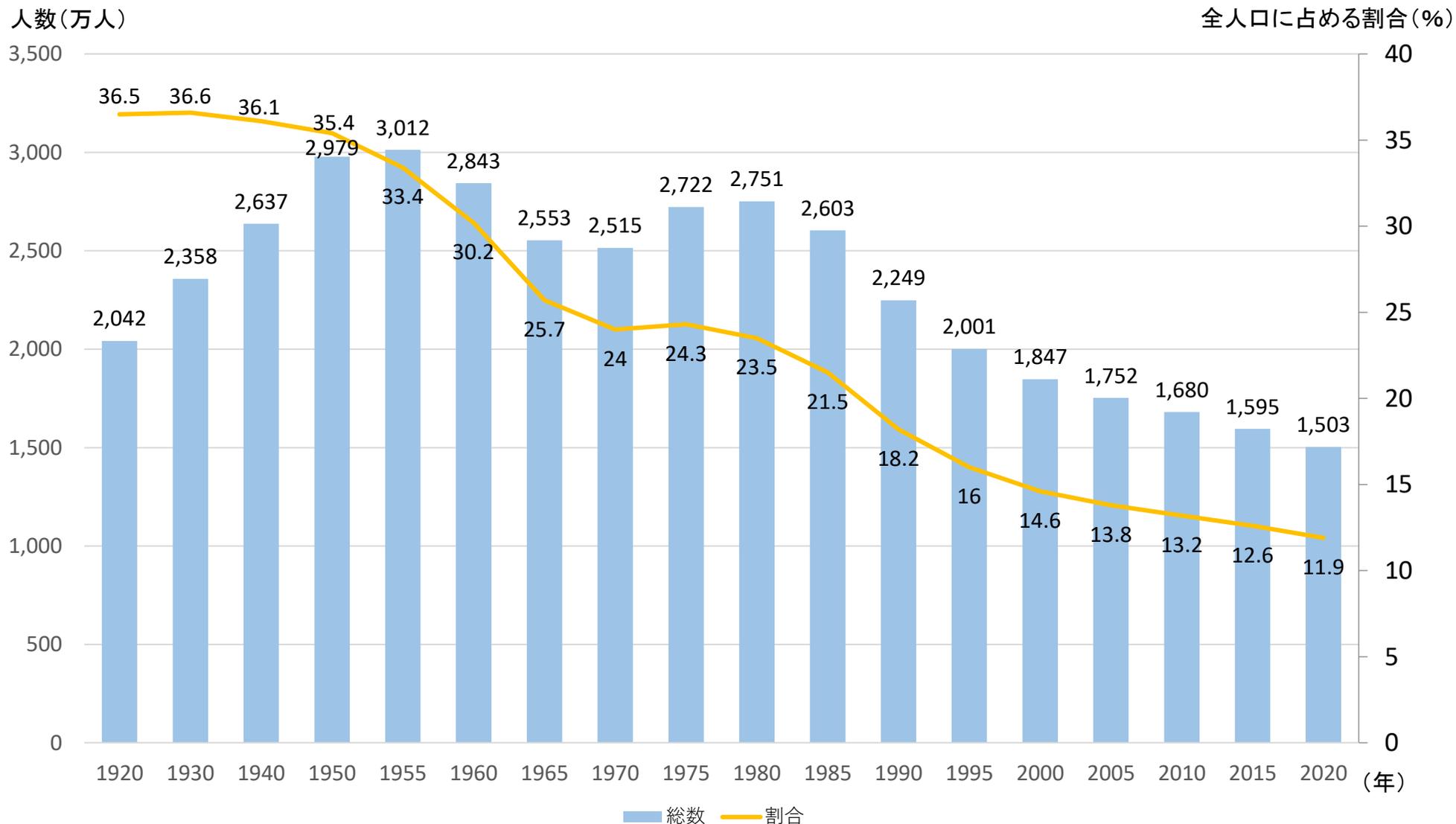
出生数・出生率の推移

○ 出生数・出生率は減少傾向にある。



15歳未満人口の推移

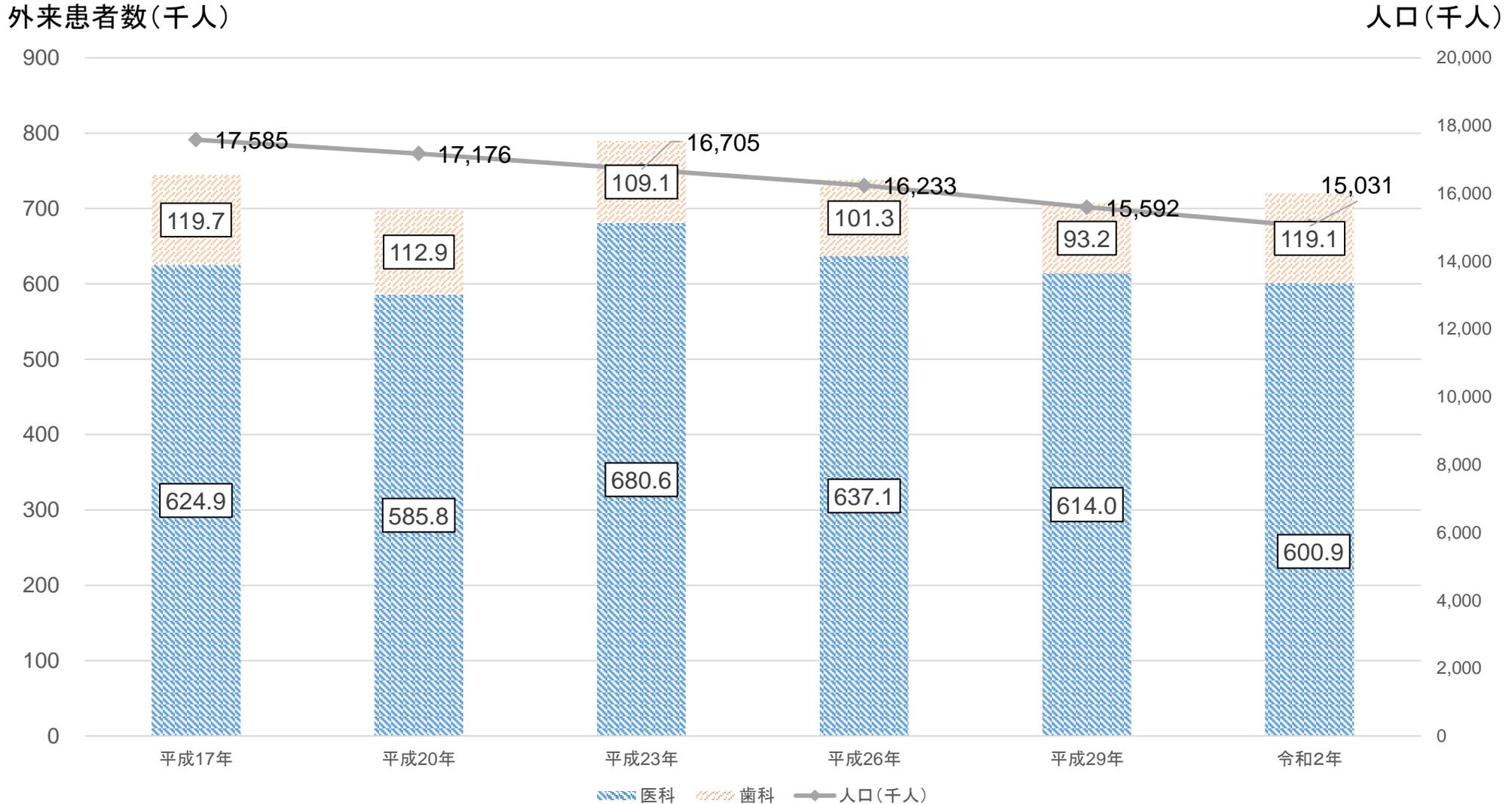
○ 15歳未満人口は近年減少傾向であり、全人口に占める割合も減少している。



15歳未満の外来患者数・人口の推移

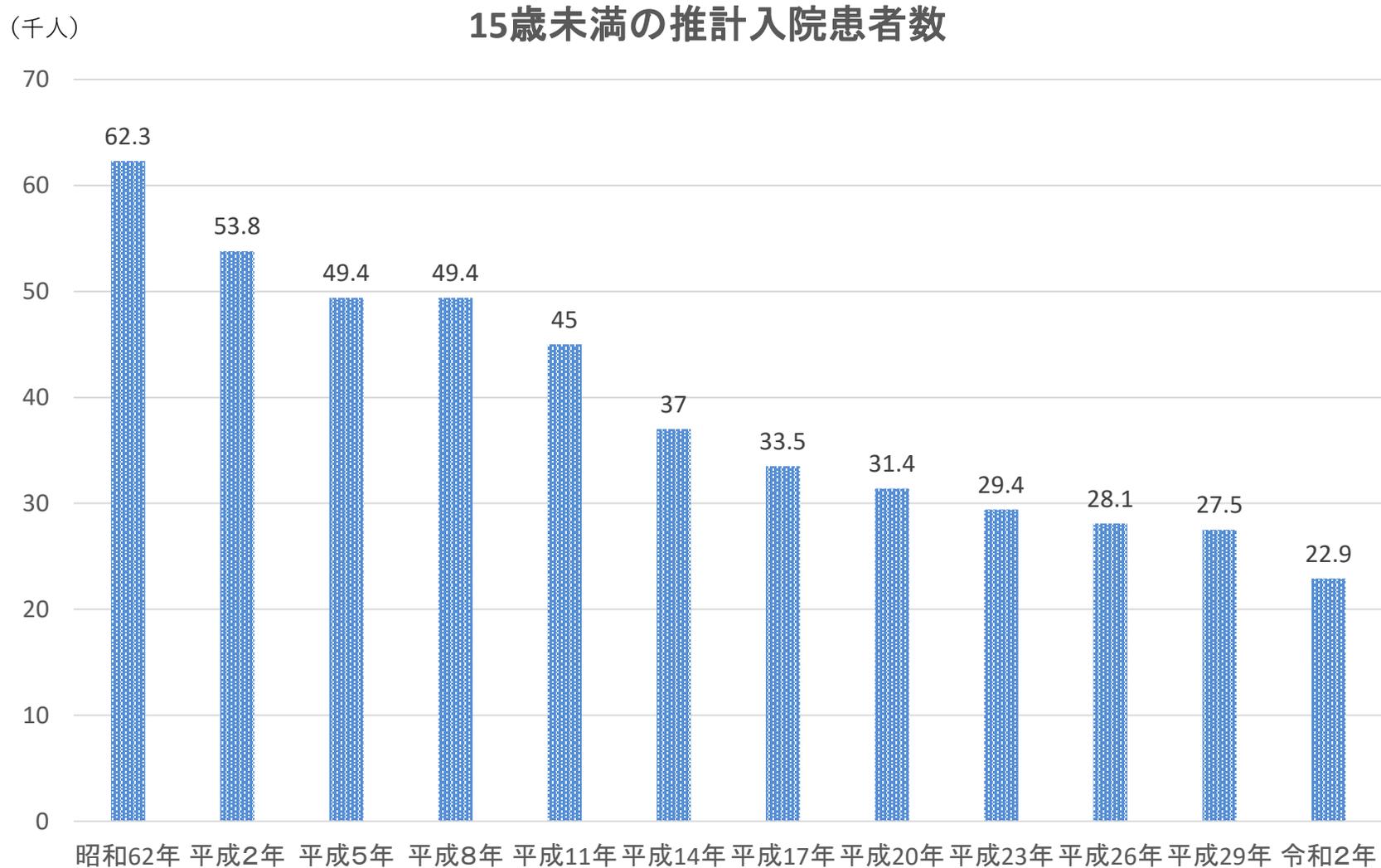
中医協 総一 8
5. 6. 21改

○ 15歳未満の人口は大きく減少しているが、外来患者数の減少は大きい。



15歳未満の入院患者数の推移

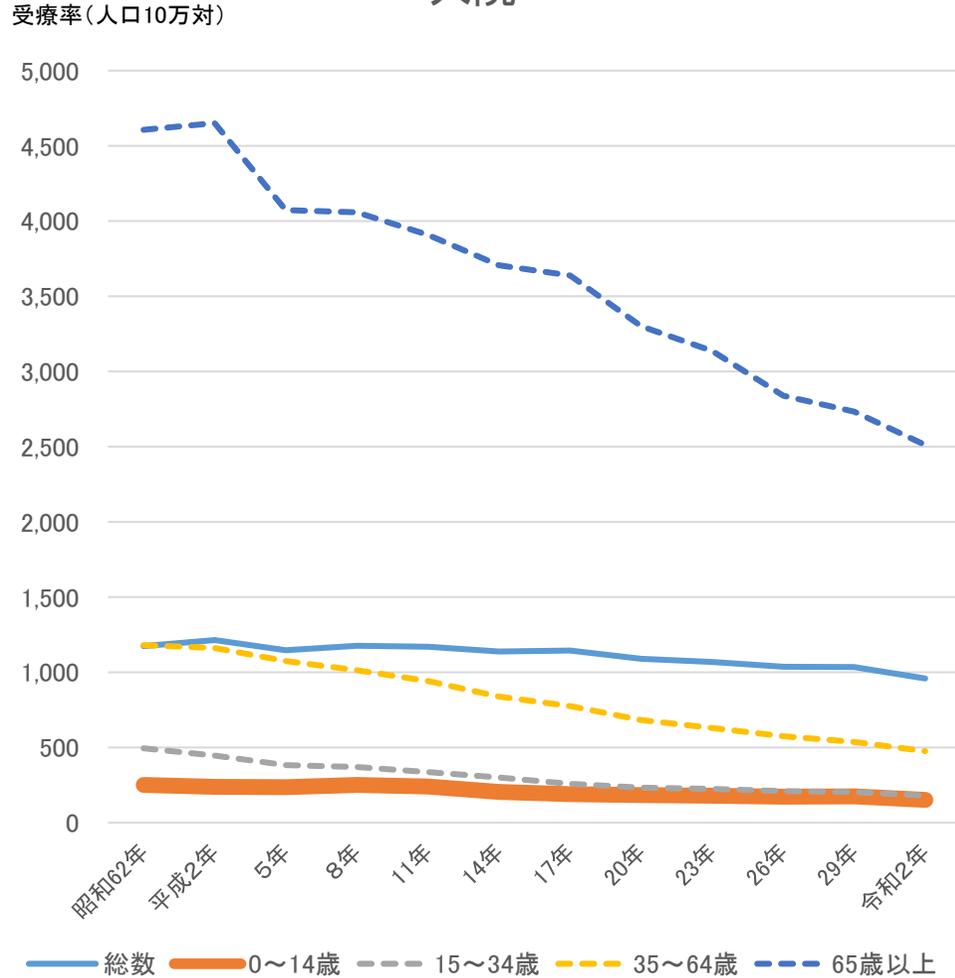
○ 15歳未満の入院患者数は年々減少傾向である。



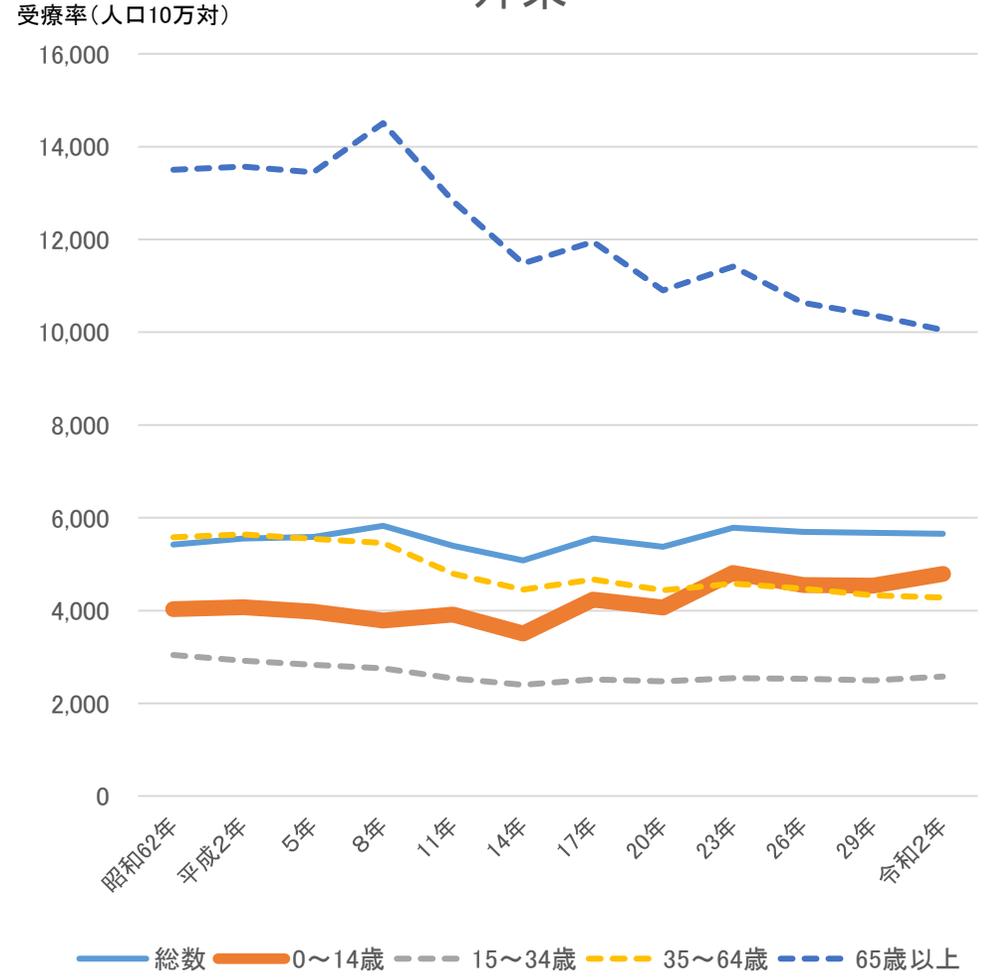
年齢階級別にみた受療率（人口10万対）の年次推移

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

入院



外来



Ⅱ. こども・子育て政策の強化：3つの基本理念

2. 3つの基本理念

(3) 全てのこども・子育て世帯を切れ目なく支援する

○これまで比較的支援が手薄だった、妊娠・出産期から0～2歳の支援を強化し、妊娠・出産・育児を通じて、全ての子育て家庭の様々な困難・悩みに応えられる伴走型支援を強化するなど、量・質両面からの強化を図ること

- ・ 貧困の状況にある家庭、障害のあるこどもや医療的ケアが必要なこどもを育てる家庭、ひとり親家庭などに対し
によりきめ細かい対応を行うこと

Ⅲ-1. 「加速化プラン」において実施する具体的な施策

1. ライフステージを通じた子育てに係る経済的支援の強化や若い世代の所得向上に向けた取組

(3) 医療費等の負担軽減 ～地方自治体の取組への支援～

○ おおむね全ての地方自治体において実施されているこども医療費助成について、国民健康保険の国庫負担の減額調整措置を廃止する。あわせて、適正な抗菌薬使用などを含め、こどもにとってより良い医療の在り方について、今後、医学界など専門家の意見も踏まえつつ、国と地方の協議の場などにおいて検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる。

Ⅲ-1. 「加速化プラン」において実施する具体的な施策

2. 全てのこども・子育て世帯を対象とする支援の拡充

(5) 多様な支援ニーズへの対応 ～社会的養護、障害児、医療的ケア児等の支援基盤の充実とひとり親家庭の自立支援～ (障害児支援、医療的ケア児支援等)

○ 障害の有無にかかわらず、安心して暮らすことができる地域づくりを進めるため、地域における障害児の支援体制の強化や保育所等におけるインクルージョンを推進する。具体的には、地域における障害児支援の中核的役割を担う児童発達支援センターについて、専門的な支援の提供と併せて、地域の障害児支援事業所や保育所等への支援を行うなどの機能強化を行うとともに、保育所等への巡回支援の充実を図る。また、医療的ケア児、聴覚障害児など、専門的支援が必要なこどもたちへの対応のため地域における連携体制を強化する。こうした体制の強化が全国各地域で進むよう、国や都道府県等による状況把握や助言等の広域的支援を進め、地域の支援体制の整備を促進する。

第2章 新しい資本主義の加速

3. 少子化対策・こども政策の抜本強化

(加速化プランの推進)

「こども未来戦略方針」に基づき、今後「加速化プラン」の3年間の集中取組期間において、「ライフステージを通じた子育てに係る経済的支援の強化や若い世代の所得向上に向けた取組」（児童手当の拡充※1、出産等の経済的負担の軽減、地方自治体の取組への支援による医療費等の負担軽減、奨学金制度の充実など高等教育費の負担軽減、個人の主体的なり・スキリングへの直接支援、いわゆる「年収の壁」への対応、子育て世帯に対する住宅支援の強化）、「全てのこども・子育て世帯を対象とする支援の拡充」（妊娠期からの切れ目ない支援の拡充※2や幼児教育・保育の質の向上、「こども誰でも通園制度※3（仮称）」の創設など）※4、「共働き・共育ての推進」（男性育休の取得促進や育児期を通じた柔軟な働き方の推進、多様な働き方と子育ての両立支援）とともに、こうした具体的政策に実効性を持たせる「こども・子育てにやさしい社会づくりのための意識改革」※5を、「加速化プラン」を支える安定的な財源の確保を進めつつ、政府を挙げて取り組んでいく。

※1 所得制限を撤廃、支給期間について高校生年代まで延長、第3子以降3万円。

※2 手続等のデジタル化も念頭に置いた伴走型相談支援の制度化、プレコンセプションケアを含む成育医療等の提供に関する研究、相談支援等を含む。

※3 月一定時間までの利用可能枠の中で、就労要件を問わず時間単位等で柔軟に利用できる新たな通園給付。

※4 妊娠期からの切れ目ない支援の拡充、幼児教育・保育の質の向上、「こども誰でも通園制度（仮称）」の創設等全ての子育て家庭を対象とした保育の拡充のほか、新・放課後子ども総合プランの着実な実施、多様な支援ニーズへの対応（社会的養護、障害児、医療的ケア児等の支援基盤の充実とひとり親家庭の自立支援）。

※5 優先案内や専門レーンの設置、公共交通機関等において妊産婦、乳幼児連れの方を含めた配慮が必要な方に対する利用者の理解・協力の啓発等。

(こども大綱のとりまとめ)

こどもホスピスの全国普及に向けた取組を進めるとともに、家庭・教育・医療・保健・福祉の連携の下、発達障害児や強度行動障害を有する児童、医療的ケア児を始めとする全ての障害のあるこどもへの支援体制の整備等、多様なニーズを有するこどもの地域の支援基盤の強化を図る。

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 小児入院医療について

1-3 小児高度急性期医療について

1-4 医療的ケア児について

1-5 小児医療における精神領域について

2.周産期医療について

2-1 ハイリスク妊婦について

2-2 出産費用の見える化等について

小児入院医療管理料の概要

中医協 総-6
5. 5. 17

	小児入院医療管理料 1	小児入院医療管理料 2	小児入院医療管理料 3	小児入院医療管理料 4 (病床単位)	小児入院医療管理料 5
点数	4,750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 7対1以上 (夜勤時間帯についても9対1以上)	看護師 7対1以上	看護師 7対1以上	看護職員 10対1以上 (7割以上が看護師)	看護職員 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。 		<ul style="list-style-type: none"> 当該病棟において、専ら小児を入院させる病床が10床以上であること。 	

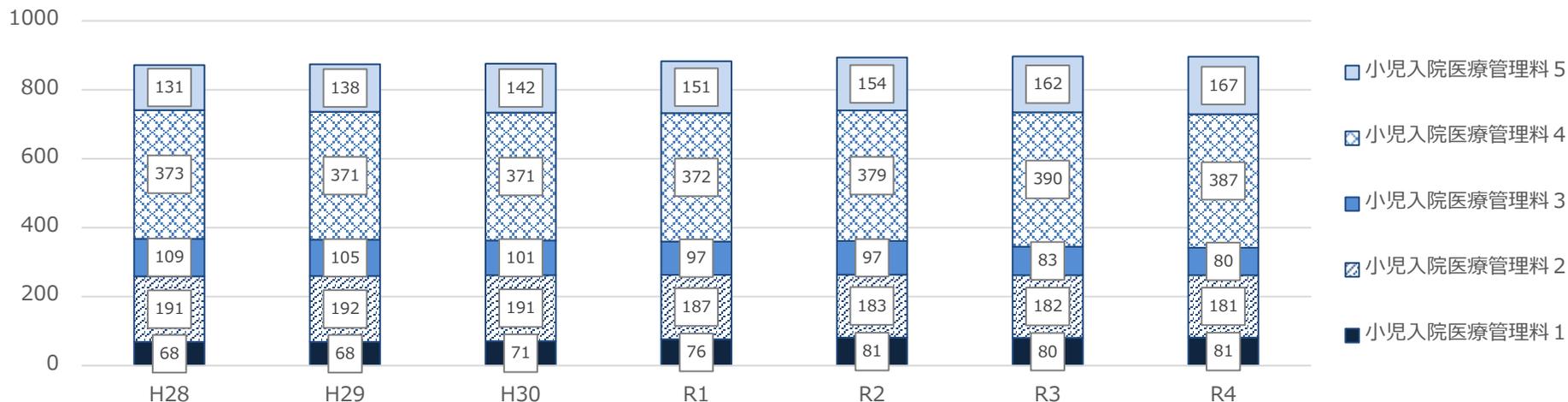
※ 小児科の常勤の医師とは、小児科又は小児外科を専任する常勤の医師のことをいう。

※ 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。

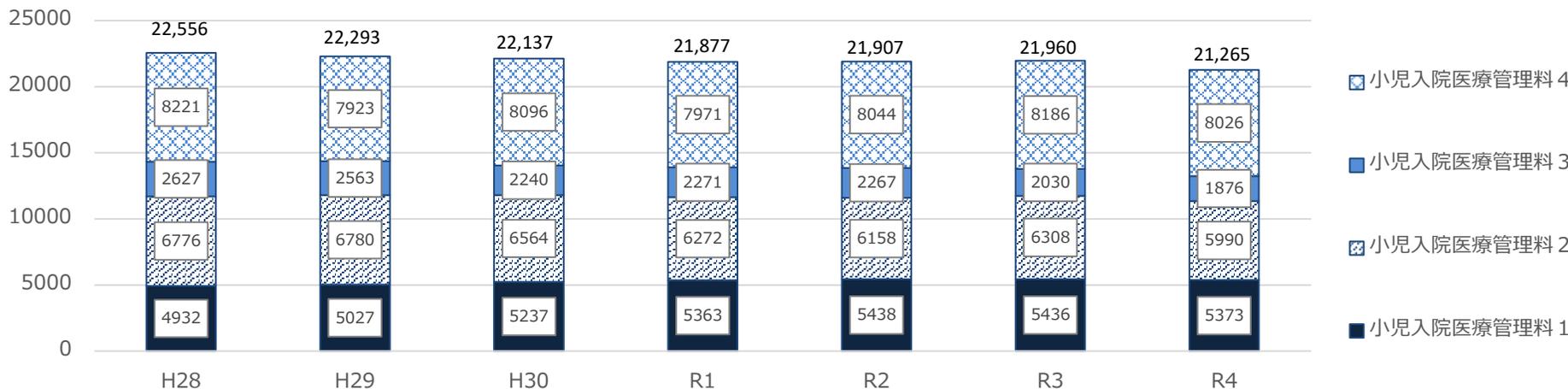
小児入院医療管理料の届出医療機関数・病床数の推移

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

■ 小児入院医療管理料の届出医療機関数の推移



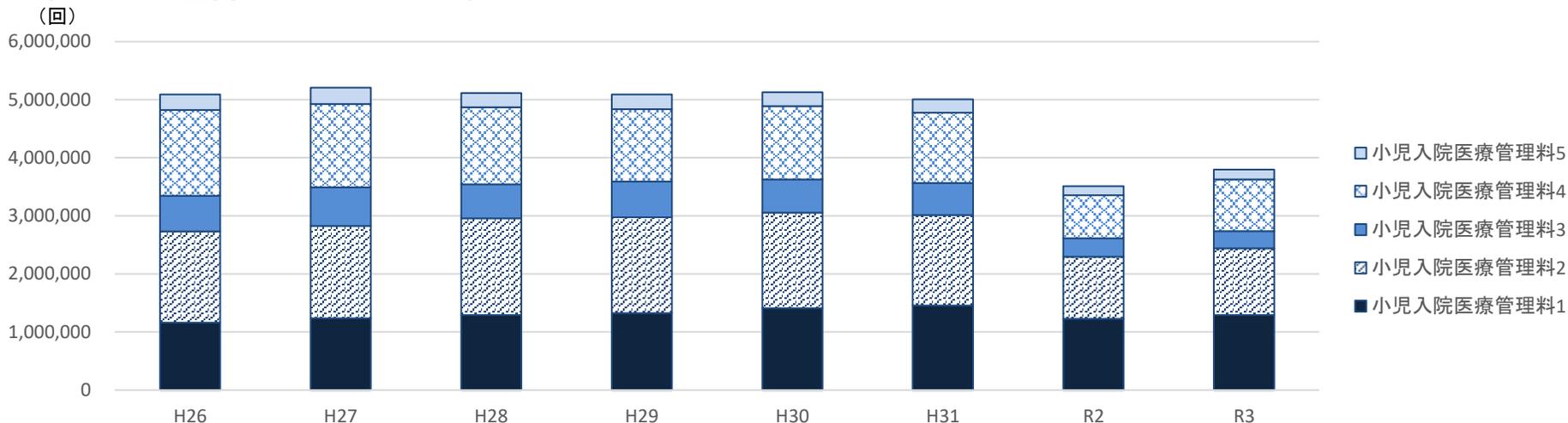
■ 小児入院医療管理料の届出病床数の推移



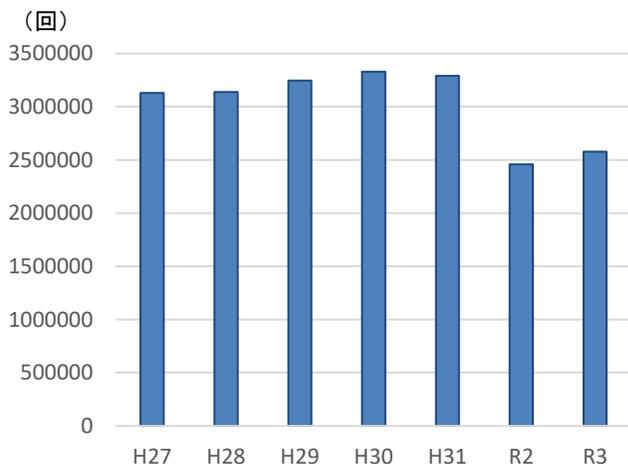
小児入院医療管理料の算定回数推移

○ 小児入院医療管理料の算定回数は横ばいであったが、コロナ禍であった令和2年度から大幅に減少している。

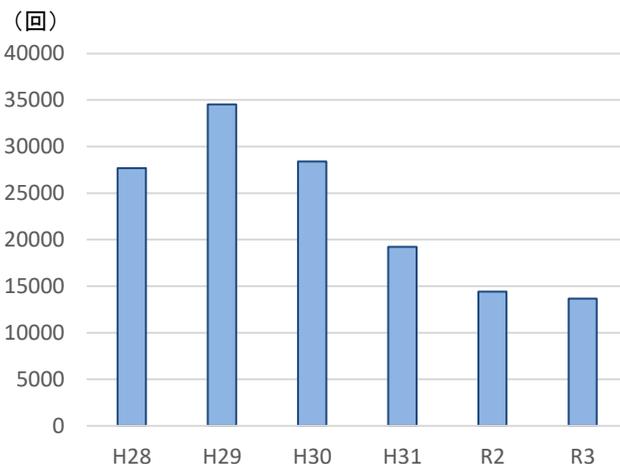
■ 小児入院医療管理料の算定回数の推移



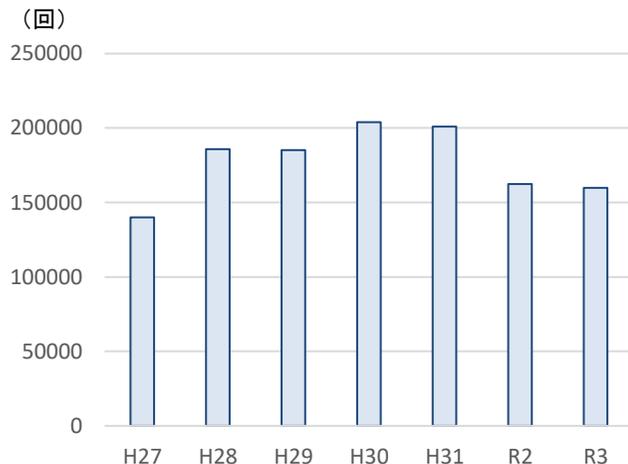
■ 注2 加算の算定回数推移



■ 重症児受入体制加算の算定回数推移



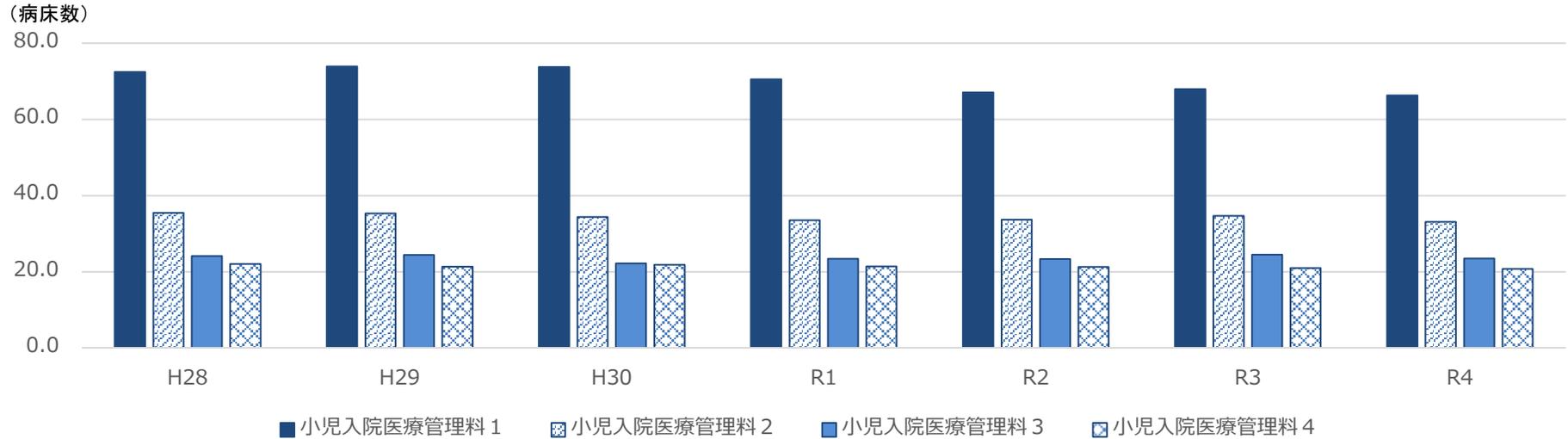
■ 人工呼吸器使用加算の算定回数推移



小児入院医療管理料の病床数

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

■ 小児入院医療管理料届出医療機関あたりの届出病床数



出典: 保険局医療課調べ(各年7月1日の届出状況)

■ 小児入院医療管理料を届け出る病棟の医療保険届出病床数

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

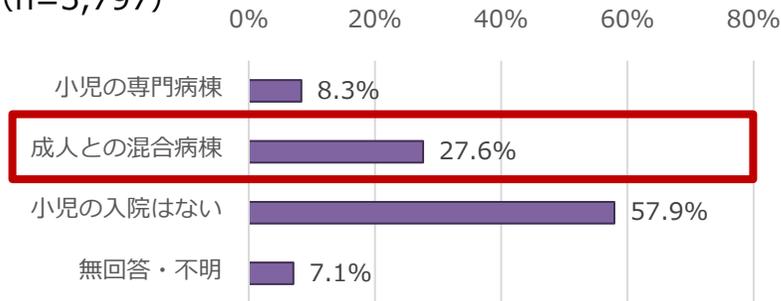
出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(病棟票)

小児入院医療及び看護の実態

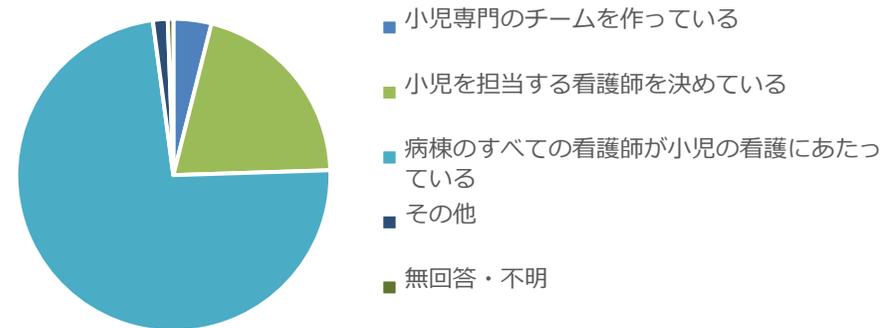
- 病院のうち、小児が入院している病棟が「小児の専門病棟」の施設は8.3%、「成人との混合病棟」の施設は27.6%であった。
- 成人との混合病棟における看護管理上の課題としては、「小児の成長発達に合わせた看護の提供」や「小児にも成人にも対応できる看護職のチーム編成」が挙げられた。

■ 小児が入院している病棟（複数回答）

(n=3,797)

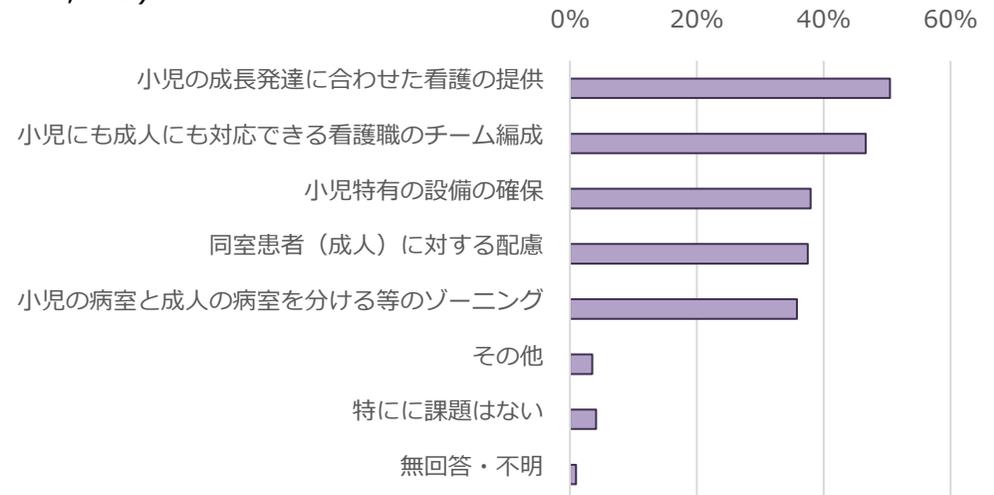


■ 成人との混合病棟における小児の看護体制 (n=1,049)



■ 成人との混合病棟における看護管理上の課題（複数回答）

(n=1,049)



【調査概要】

調査対象: 全国の病院 8,249施設(全数) ※看護部長に回答を依頼
 調査票法: Web調査
 調査実施日: 2020年10月1日～11月9日
 回収状況: 有効回収数 3,797施設(有効回収率46.0%)

【参考】成人患者との混合病棟における子どもの療養環境向上のための具体的対策

成人患者との混合病棟における子どもの療養環境向上のための具体的対策（抄）

Ⅳ. 成人との混合病棟にいる子どもと家族の療養環境向上に向けた提言

成人との混合病棟にいる子どもと家族の療養環境の向上に向けて、以下、4つの視点から具体策を提言します。できるところからはじめてみましょう。

1. 管理・マネジメント

施設の制約の中で可能な限り子どもと家族にとってよりよい療養環境を整えるためには、混合病棟のマネジメント、すなわち、リスクをマネジメントし子どもの安全を守りつつ、子どもと家族に必要な継続的なケアを提供することが重要です。産科混合病棟などで提案されている『ユニットマネジメント』はその一策です*。

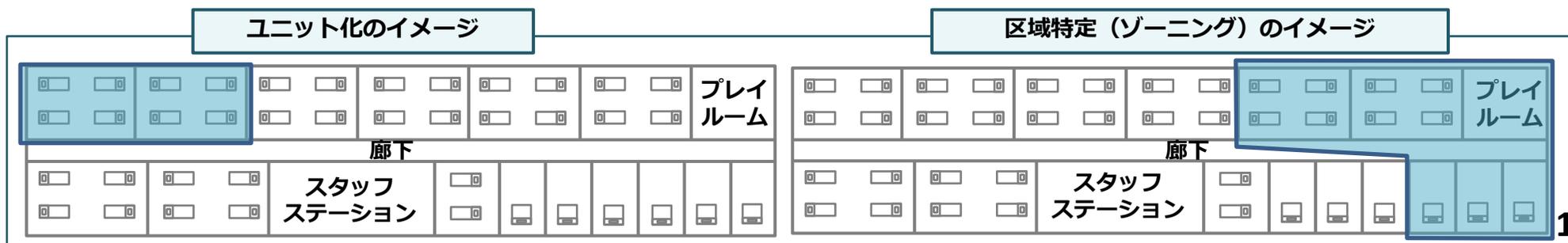
●**ユニット化**とは、ひとつづきになっている病棟の一部を小児患者専用の「ユニット」として使用することを言い、区域管理（ゾーニング）は廊下を含むひとつの領域を小児患者だけの区域とし、その区域を小児科専用の「ユニット」として使用することを言います。施設の規模や入院数によっては、部屋単位、病床範囲になる場合もあるでしょう。施設全体での合意のもと、病棟の入室基準やユニット化した病床の運用方法について決めておくことが望ましいです。子どもは治療や入院などの苦痛によりぐずったり泣いたりしますし、感染症による入院の機会も多くあります。成人との混合病棟では、ゾーニングをすることにより、子どもと家族が気兼ねせず安心して過ごすことができます。

●ユニット化するときには、ユニット内の患者に関わるスタッフを固定しチームとするなどにより、子どもと家族への継続的なケアを提供することが可能になります。その際、ユニットの業務の特性に応じて看護師の適切な配置人数や、ユニットチームのスタッフが行う業務と、ユニット以外の他科スタッフと共同で行う業務の基準を作成しておくといでしょう。入院患者の特性や提供する医療により異なると思いますが、急変しやすい小児患者の状況を踏まえ、適切な看護師配置を考えましょう。

●子どもに必要な療養環境としては、転倒、転落や窒息などを予防するためにも、小児の身体構造を考慮した適切なベッドや寝具が整備されていることが望まれます。また、乳児から思春期と発達段階により、必要な基準用具、トイレや浴室環境も異なります。発達段階ごとに必要な基準用具などが病棟に配備されていなかったとしても、院内のどこにあるかなど調べておき、入院時の準備マニュアルなどに定められているといでしょう。

●入院前から混合病棟の入院環境について説明しましょう。そのうえで、定期的に成人患者への影響や思い、家族のストレス・思いをアセスメントし、何かあれば言いやすいよう、窓口を紹介しておきましょう。

出典：日本小児看護学会「成人患者との混合病棟における子どもの療養環境向上のための具体的対策」



【参考】小規模結核病棟のユニット運用

- 小規模な結核病棟については、より効率的な病棟運営が可能となるよう、一般病棟等と併せて1病棟として運用できる。

基本診療の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて(令和4年3月4日保医発0304第2号)

(別添2)入院基本料等の施設基準

第2 病院の入院基本料等に関する施設基準

1 病棟の概念は、病院である保険医療機関の各病棟における看護体制の1単位をもって病棟として取り扱うものとする。なお、高層建築等の場合であって、複数階(原則として二つの階)を1病棟として認めることは差し支えないが、三つ以上の階を1病棟とすることは、2の(3)の要件を満たしている場合に限り、特例として認められるものであること。また、感染症病床が別棟にある場合は、隣接して看護を円滑に実施できる一般病棟に含めて1病棟とすることができる。

平均入院患者数が概ね30名程度以下の小規模な結核病棟を有する保険医療機関については、一般病棟(一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。)、専門病院入院基本料又は障害者施設等入院基本料を算定する病棟)と結核病棟を併せて1看護単位とすることはできるが、看護配置基準が同じ入院基本料を算定する場合に限る。(略)

小児入院医療管理料における、小児の療養生活や成長発達等に着目した評価

▶ **注2 加算 100点**（1日につき）

[施設基準]

- ① 当該病棟に小児入院患者を専ら対象とする保育士が1名以上常勤していること。
- ② 内法による測定で30平方メートルのプレイルームがあること。プレイルームについては、当該病棟内（小児入院医療管理料5においては、主として小児が入院する病棟）にあることが望ましい。
- ③ プレイルーム内には、入院中の小児の成長発達に合わせた遊具、玩具、書籍等があること。

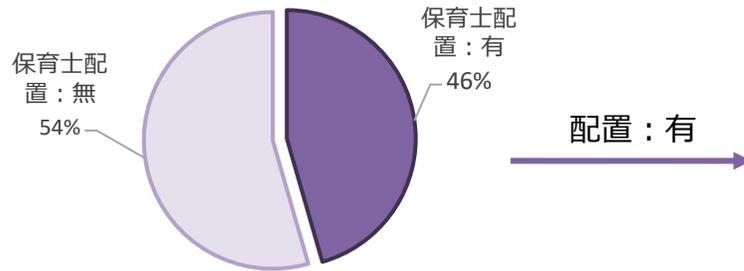
▶ **注4 重症児受入体制加算 200点**（1日につき）

[施設基準]

- ① 小児入院医療管理料3, 4又は5を届け出ている保険医療機関であること。
- ② 当該病棟に小児入院患者を専ら対象とする保育士が1名以上常勤していること。
- ③ 内法による測定で30平方メートルのプレイルームがあること。プレイルームについては、当該病棟内（小児入院医療管理料5においては、主として小児が入院する病棟）にあることが望ましい。
- ④ プレイルーム内には、入院中の小児の成長発達に合わせた遊具、玩具、書籍等があること。
- ⑤ 当該病棟において、他の保険医療機関から転院してきた患者（転院前の保険医療機関において新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料の「2」新生児集中治療室管理料を算定した患者に限る。）が直近1年間に5名以上であること。
- ⑥ 当該病棟において、15歳未満の超重症児又は準超重症児（医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定する短期入所の者を含む。）が直近1年間に10名以上入院していること。なお、入院期間が通算される入院については、合わせて1名として計上すること。

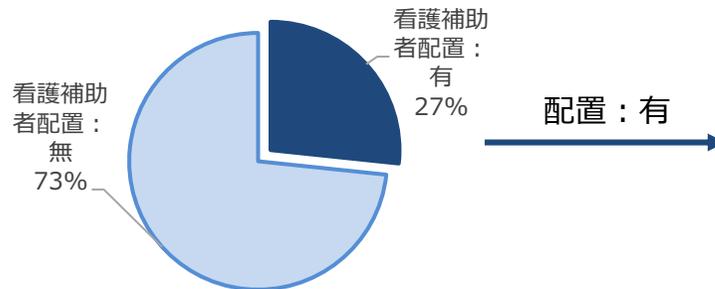
○ 小児入院医療管理料を届け出る病棟のうち約5割は保育士を、約3割は看護補助者を配置している。

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



	中央値	平均値
配置有りの病棟における保育士配置数(常勤換算)	1	1.7
配置有りの病棟における、30床あたりの保育士配置数(常勤換算)	1.4	2.0

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

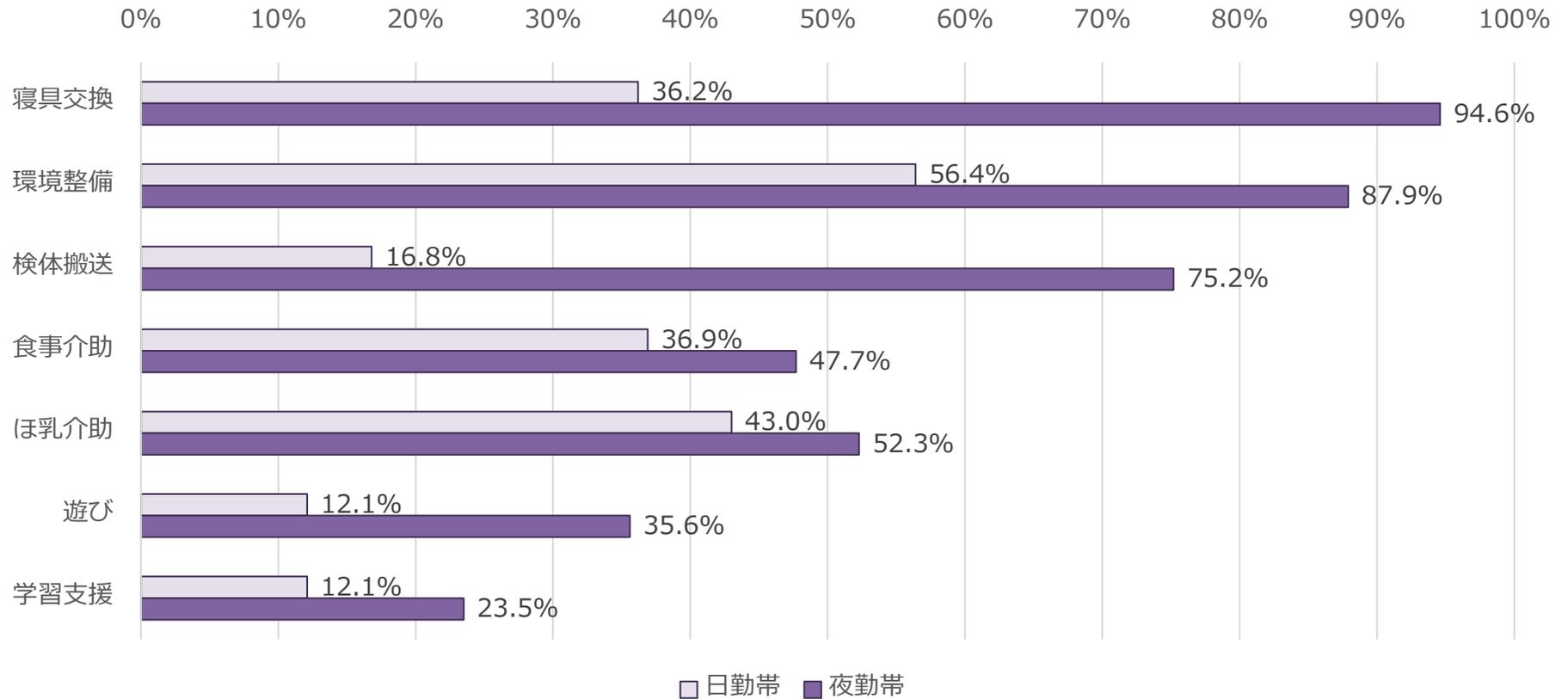


	中央値	平均値
配置有りの病棟における看護補助者配置数(常勤換算)	2	2.3
配置有りの病棟における、30床あたりの看護補助者配置数(常勤換算)	2.3	2.8

小児病棟における看護体制の実態

○ 小児病棟では、特に夜勤帯において寝具交換や環境整備等の周辺業務を看護師が担っている割合が高い。

■ 小児病棟における勤務帯別、看護師が全て／ほとんど担っている業務の状況 (n=149)



1. 主な調査内容

【調査期間：令和3年10月1日～11月30日】

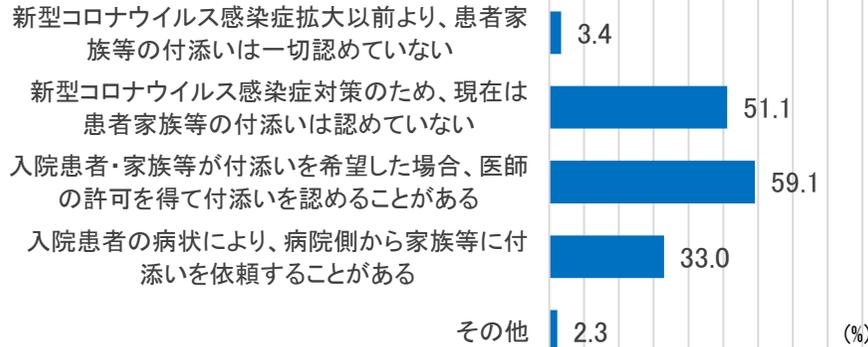
<病院への調査> (300件中89件の回答 [29.7%]) ①入院患者の家族等による付添い状況、②患者及び付添い家族等への説明状況

<患者・家族等への調査> (3,000件中41件の回答 [1.37%])

①付き添っている家族(患者)の概要、②病院での付添い状況、病院から受けた説明、付添いにおける心配事 など

2. 主な調査結果

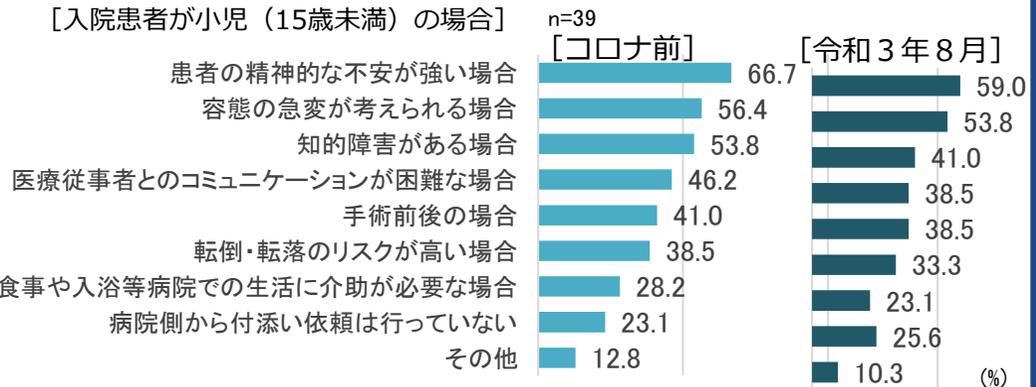
■入院患者の家族等による付添い状況



■家族(患者)の付添いにおける心配事や困っていること



■病院側から家族等による付添いを依頼する状況 (複数回答)



ヒアリング概要

付添を依頼する状況 (病院ヒアリング)

- 患者が新生児の場合は母親が育児に慣れるために入院付添いをお願いすることがある。

入院付添い状況 (患者家族等ヒアリング)

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

病院からどのような説明があればよかったか (患者家族等ヒアリング)

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

厚生労働大臣会見概要(抄) (令和5年6月2日(金))

小児の入院患者への家族等による付添いについては、これまで令和3年度に入院患者への家族等による付添いの実態について調査し、調査結果を中央社会保険医療協議会においてご議論いただき、こうした議論を踏まえ医療機関に対し家族の方々に対する丁寧な事前説明を依頼・周知するといった対応を行ってまいりましたが、今般ご指摘の調査において入院中の子どもに付き添う家族の実態や課題が改めて示されたものと承知しております。

これを踏まえ今後こども家庭庁を中心に小児の入院医療機関を対象とした調査が実施されると聞いております。厚生労働省としてもこれらの調査に連携して対応するとともに、調査で得られた実態や患者のご家族・関係団体のご意見も踏まえながら必要な対応を検討していきたいと考えております。

調査研究課題	入院中のこどもへの家族等の付添に関する病院実態調査
背景・目的	<p>入院中のこどもへの家族等の付添いについては、これまで厚生労働省において、入院患者の家族等による付添いに関する医療機関の取組等及び家族等の意識等を把握する目的で実施された「入院患者の家族等による付添いに関する実態調査」(令和3年10~11月)等を踏まえ、患者の家族等が付き添う場合には、付き添う事由や範囲について十分説明を行うよう医療機関に依頼する(令和4年11月9日付厚生労働省保険局医療課事務連絡)ほか、診療報酬上、こどもの療養生活や成長発達等に着眼した評価として、病棟への保育士の配置について加算を設ける等の対応が行われてきた。</p> <p>一方で、令和4年11月から12月にかけてNPO法人キープ・ママ・スマイリングがこどもの入院への付添い経験のある保護者を対象として実施した「入院中の子どもに付き添う家族の生活実態調査2022」において、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家族に対して付添いに関する十分な説明がないこと ・希望した付添い者に十分な休息・食事が確保されていないこと <p>等の実態や課題が改めて示されたところである。</p> <p>こうした背景を踏まえ、本調査研究事業においては、厚生労働省と連携し、入院中のこどもへの家族等の付添いについて、患者の家族や関係団体等の意見も踏まえつつ、小児の入院医療機関を対象として、付添い時の家族等への食事や睡眠等に関する医療機関の取組状況や課題等について調査を実施し、付添い環境の改善に資する資料を作成することを目的とする。</p>
想定される事業の手法・内容	<ol style="list-style-type: none"> 1. 有識者会議の設置 2. ヒアリング調査の実施(抽出調査) 3. 医療機関へのアンケート調査の実施 4. 報告書の作成
求められる成果物	<p>中間報告書* : 令和5年11月下旬までに作成 * 初回のヒアリング調査等をまとめたもの 最終報告書 : 令和6年3月末までに作成</p>

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 小児入院医療について

1-3 小児高度急性期医療について

1-3-1 新生児特定集中治療室管理料について

1-3-2 新生児の退院支援について

1-3-3 小児特定集中治療室管理料について

1-4 医療的ケア児について

1-5 小児医療における精神領域について

2.周産期医療について

2-1 ハイリスク妊婦について

2-2 出産費用の見える化等について

新生児特定集中治療室（NICU）の概要

中医協 総-8
5. 5. 17

○ 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： <u>(35日)</u> 出生時体重1000～1499g： <u>(60日)</u> 出生時体重1000g未満： <u>(90日)</u> 出生時体重が500g以上750g未満であつて慢性肺疾患の新生児： <u>(105日)</u> 出生時体重500g未満であつて慢性肺疾患の新生児： <u>(110日)</u>		
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 ○ 当該治療室内に、手術室と同程度の空気清浄度を有する個室及び陰圧個室を設置することが望ましい ○ 救急蘇生装置等の装置及び器具を常備、 ○ 自家発電装置を有し、電解質定量検査及び血液ガス分析を含む必要な検査が常時可能		
その他	○ 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、開腹手術、胸腔鏡下手術又は腹腔鏡下手術：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		

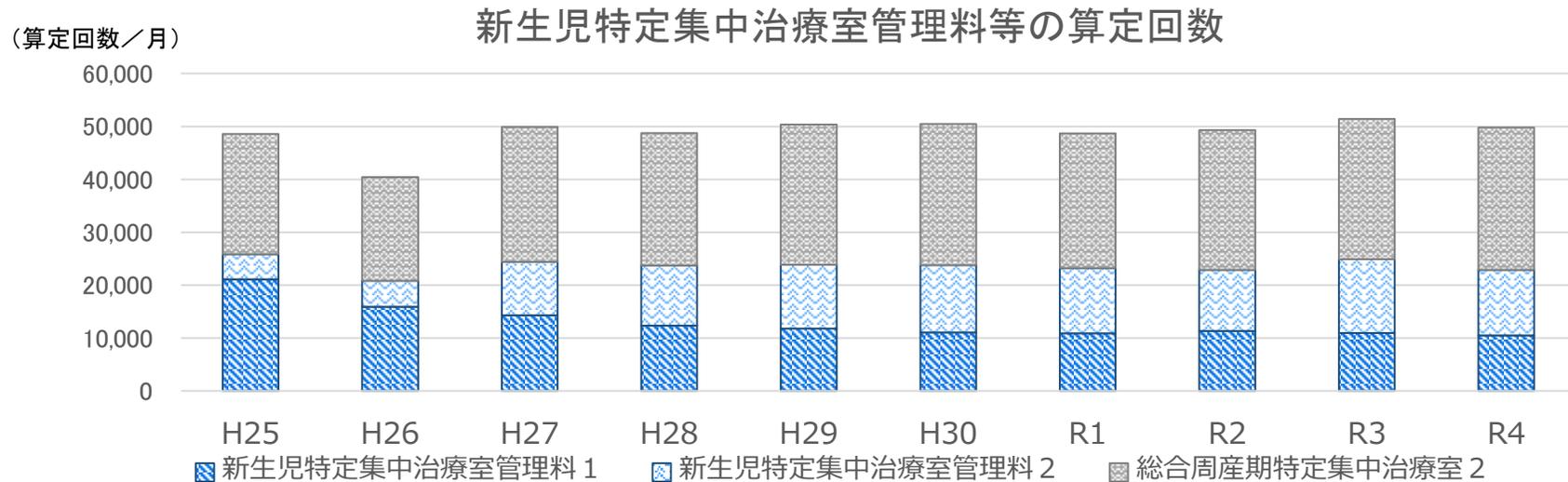
特定集中治療室管理料等の主な施設基準

		点数	医療機関数 病床数	主な施設基準	看護配置	必要度	その他
特定集中治療室 管理料 (ICU)	管理料1	~7日 14,211点 ~14日 12,633点	159 1,656床	・専任の医師が常時勤務(うち2人がICU経験5年以上) ・専任の専門性の高い常勤看護師が治療室内に週20時間以上 ・専任の臨床工学技士が常時院内に勤務	2対1	ICU用 8割	※「イ」は 特定集中 治療室管 理料 「ロ」は広 範囲熱傷 特定集中 治療管理 料を指す
	管理料2	イ・ロ:~7日 14,211点 イ:~14日 12,633点 ロ:~60日 12,833点	80 927床	・特定集中治療室管理料1の基準を満たす ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師			
	管理料3	~7日 9,697点 ~14日 8,118点	329 2,317床	・専任の医師が常時勤務		ICU用 7割	
	管理料4	イ・ロ:~7日 9,697点 イ:~14日 8,118点 ロ:~60日 8,318点	54 497床	・特定集中治療室管理料3の基準を満たす ・広範囲熱傷特定集中治療を行うにふさわしい設備・医師			
小児特定集中治療室 管理料 (PICU)		~7日 16,317点 8日~ 14,211点	16 161床	・専任の医師が常時当該治療室内に勤務(専任の医師にはPICU勤務経験を5年以上有する医師を2名以上) ・8床以上設置 ・以下のいずれかを満たしていること ア:他の医療機関から転院してきた急性期治療中の患者が直近1年間20名以上 イ:他の医療機関から転院してきた患者が直近1年間で50名以上(そのうち、入院後24時間以内に人工呼吸を実施した患者が30名以上) ウ:当該治療室において、人工心肺を用いた先天性心疾患手術の周術期に必要な管理を実施した患者が直近1年間に80名以上であること。	2対1		小児入院 医療管理 料1の医 療機関で あること
新生児特定集中 治療室管理料 (NICU)	管理料1	10,539点	75 731床	・専任の医師が常時、当該治療室内に勤務 ・以下のいずれかを満たしていること ア:直近1年間の出生体重1000g未満の患者が4件以上 イ:直近1年間の開胸/開腹手術が6件以上	3対1		
	管理料2	8,434点	153 909床	・専任の医師が常時、医療機関内に勤務 ・直近1年間の出生体重2500g未満の患者が30件以上			

新生児特定集中治療室管理料等の算定回数の推移

○ 新生児特定集中治療室管理料の算定回数は横ばいで推移している。

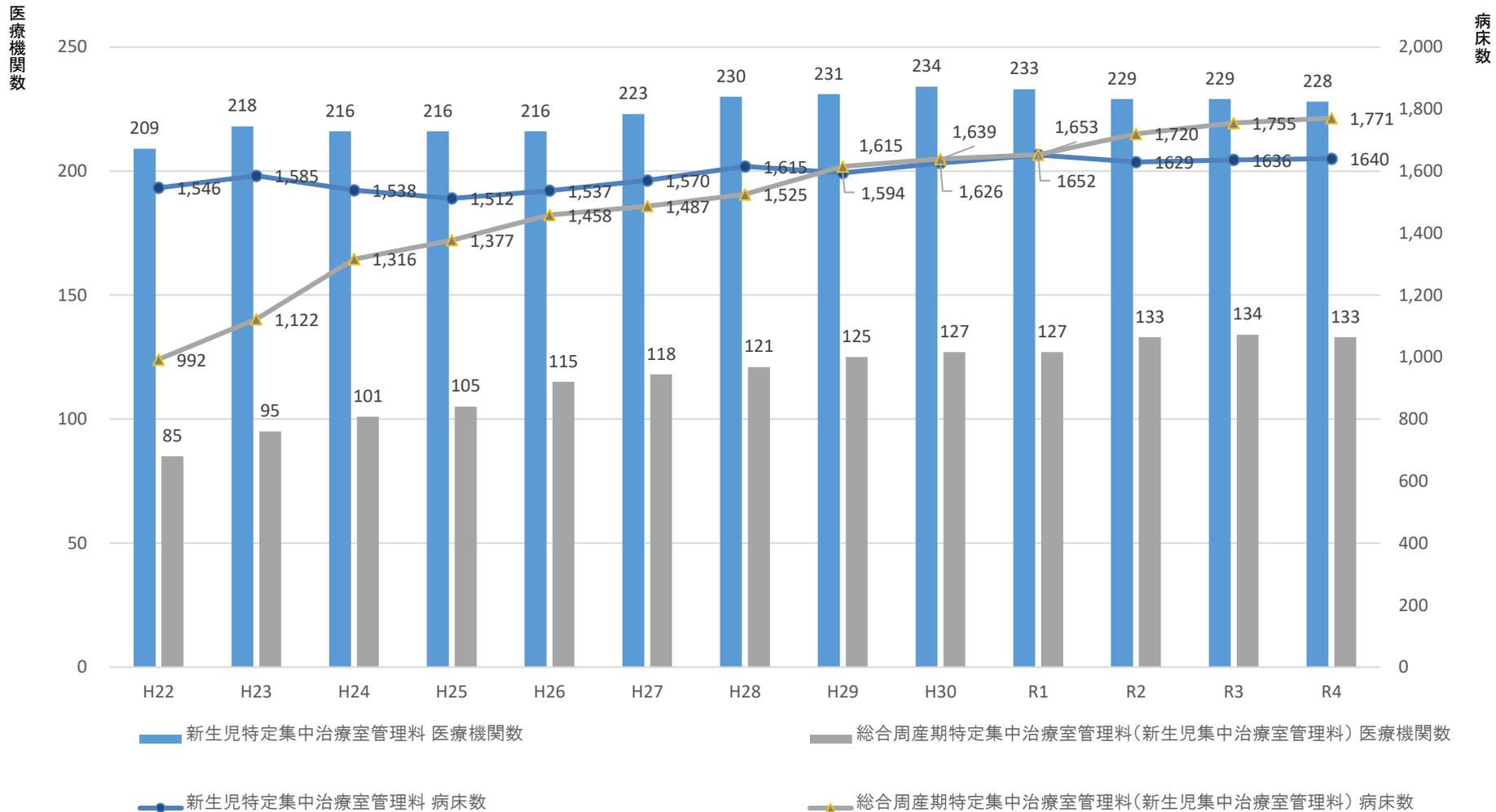
	これまでの主な改定内容	管理料1	管理料2
平成22年	新生児特定集中治療室管理料2の新設	10,000点	6,000点
平成26年	<ul style="list-style-type: none"> 一部の先天奇形等を有する患者に対する算定日数上限の見直し 各管理料に対する受入実績等に関する基準の新設 	10,714点	8,109点
平成28年	先天性心疾患を有する児に対する算定日数上限の見直し	10,174点	8,109点
令和4年	慢性肺疾患を伴う低出生体重児に対する算定日数上限の見直し	10,539点	8,434点



新生児特定集中治療室管理料等の届出医療機関数等の推移

○ 新生児集中治療室管理料の届出医療機関数及び病床数は近年ほぼ横ばい。

■ 新生児特定集中治療室管理料等の届出医療機関数及び病床数



新生児特定集中治療室管理料等の見直し

算定上限日数の見直し

- 慢性肺疾患を伴う低出生体重児に対して、長期の入院による呼吸管理が必要となる実態を踏まえ、新生児特定集中治療室管理料等について算定上限日数を見直す。

新生児特定集中治療室管理料・総合周産期特定集中治療室管理料

改定後	
通常的新生児	21日
出生時体重が1,500g以上であって、別に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
出生時体重が1,000g以上1,500g未満の新生児	60日
出生時体重が1,000g未満の新生児	90日
出生時体重が500g以上750g未満であって慢性肺疾患の新生児	105日
500g未満であって慢性肺疾患の新生児	110日

新生児治療回復室入院医療管理料

改定後	
通常的新生児	30日
出生時体重が1,500g以上であって、別に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	50日
出生時体重が1,000g以上1,500g未満の新生児	90日
出生時体重が1,000g未満の新生児	120日
出生時体重が500g以上750g未満であって慢性肺疾患の新生児	135日
500g未満であって慢性肺疾患の新生児	140日

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

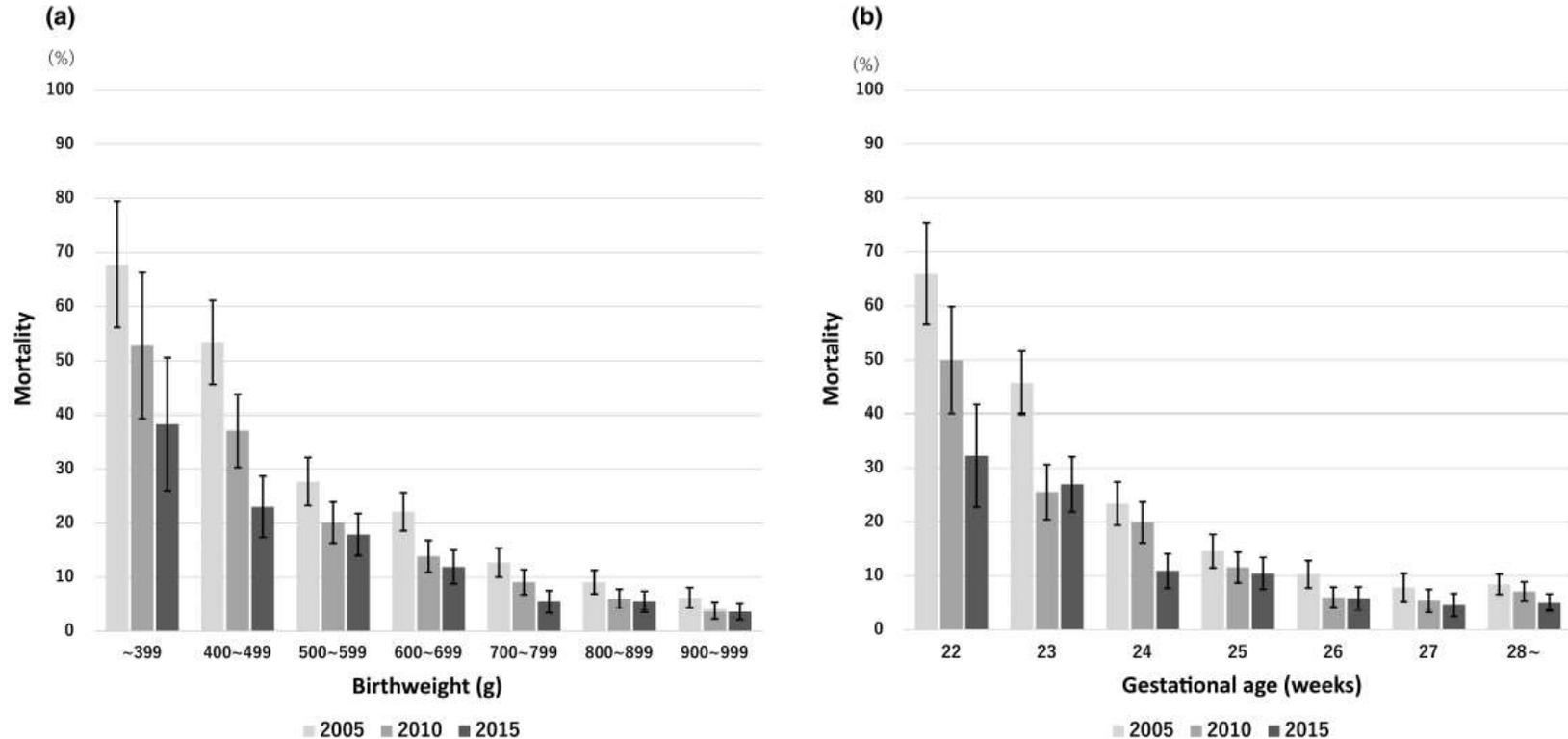


FIGURE 1 Comparison of mortality during NICU stay in 2005, 2010, and 2015, stratified by (a) birthweight and (b) gestational age. Error bar shows 95% confidence interval of mortality.

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

重症新生児に対する看護師の配置について

○ 看護体制の強化がNICUにおける予後の改善やインシデントの減少につながるという報告があり、重症新生児に対して、看護配置を手厚くすることを推奨しているものもある。

○ 新生児医療に係る文献において、以下のような報告がある。

- ・ 医療的なインシデントの発生は患者に対する看護師の配置比率が高いときにより低かった (Beltempo 2018^{※1})
- ・ 在胎29週未満又は出生体重1,000g以下の児では、患者に対する看護師の配置比率が高いときに死亡や重大な合併症の割合が低かった。(Beltempo 2018^{※1})
- ・ NICUで看護師と患者が1:1のケアを受ける日数が少ないと死亡率が上がった。(Watson 2016^{※2})

○ NICUにおける看護師と患者の比率を、以下のように患者の重症度ごとに示した推奨がある。

(Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses 2022)

看護師一人あたりの患者人数	患者の重症度
1人	外科処置中、手術の直前・直後
1人	複数の臓器システムの治療中
1-2人	集中治療(常に看護師と心肺モニターが必要)
2-3人	中間ケア(1日に6-12時間の看護ケアが必要)
3-4人	継続ケア

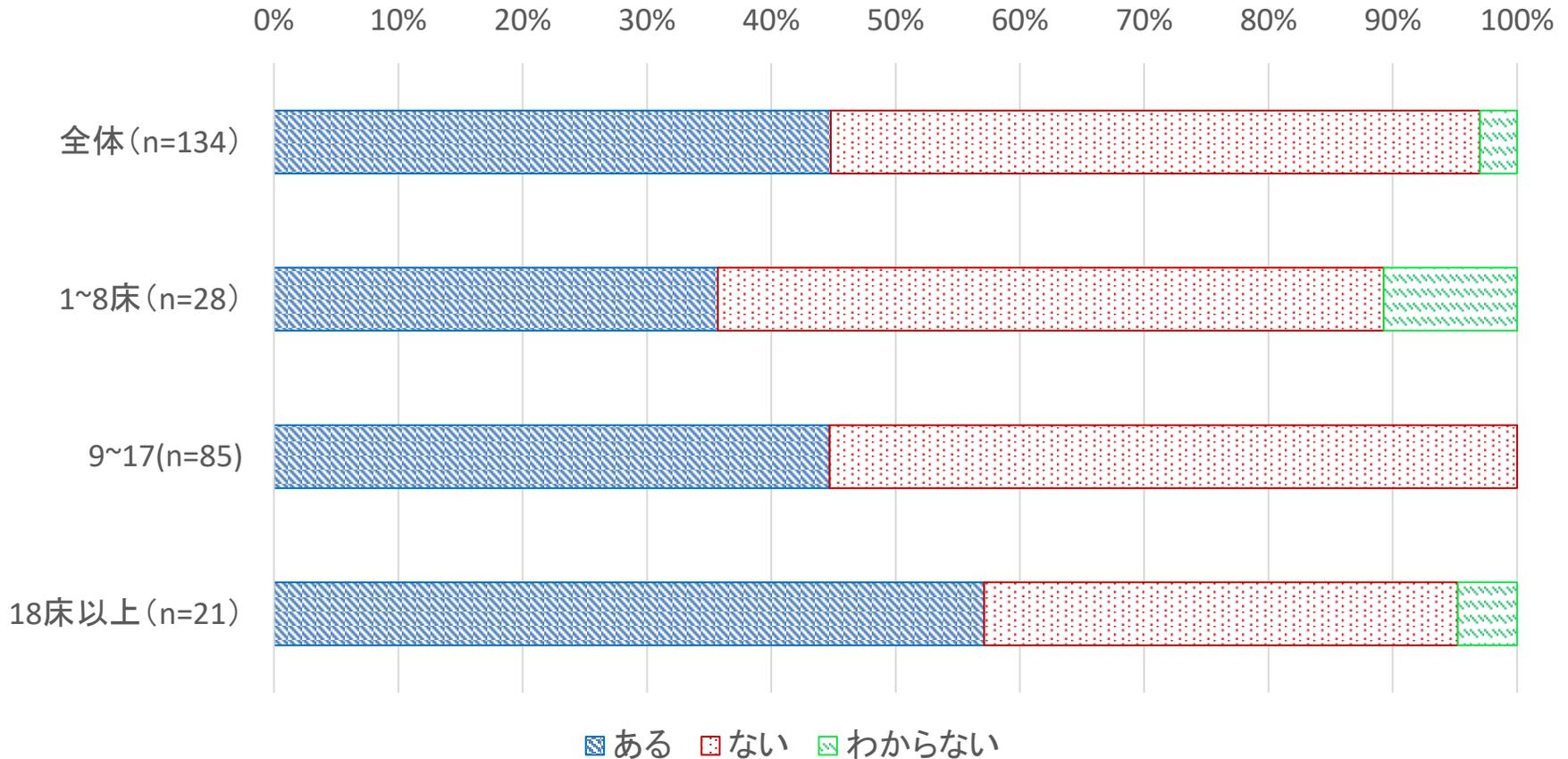
出典: ※1 M Beltempo et al. Association of nursing overtime, nurse staffing and unit occupancy with medical incidents and outcomes of very preterm infants. Journal of Perinatology(2018) 38, 175-180

※2 S I Watson et al. The effects of a one-to-one nurse-to-patient ratio on the mortality rate in neonatal intensive care a retrospective, longitudinal, population-based study. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2016 May;101(3) ,F195-200

重症新生児※¹に対する看護配置の実態

○ 病床数に関わらず、NICUの患者数を減らして看護配置を手厚くしたことがある施設が一定数あり、病床数の多い施設では看護配置を手厚くしたことがある施設の割合が高かった。

NICUの患者数を減らして看護配置を手厚くしたことがあるか

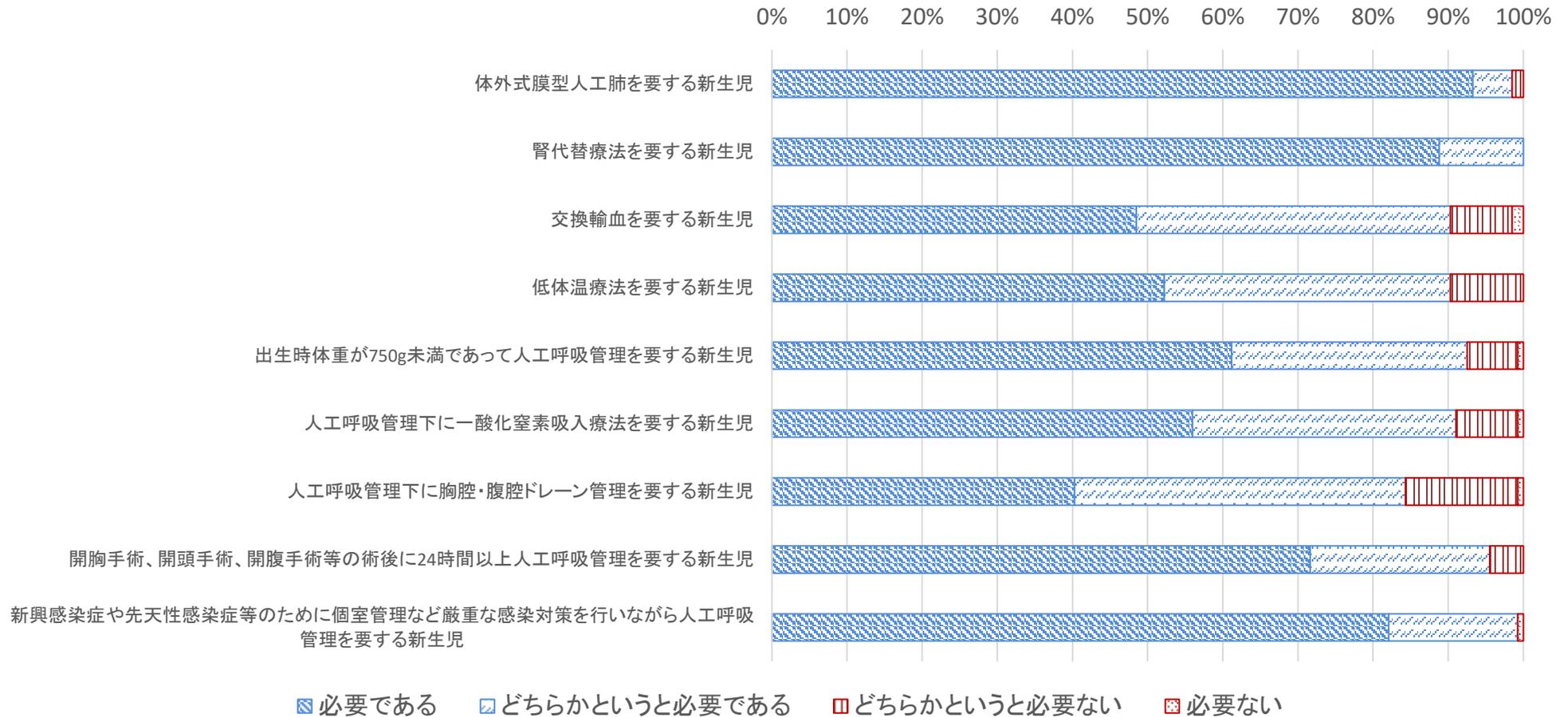


※1 超低出生体重児、血液浄化療法・一酸化窒素吸入療法・低体温療法等の治療を行っている児

必要な処置や治療ごとの十分な体制の必要性

- 2:1看護等の十分な体制の必要性をNICU施設代表者に調査した。
- すべての項目において、必要であると回答する割合が高かった。

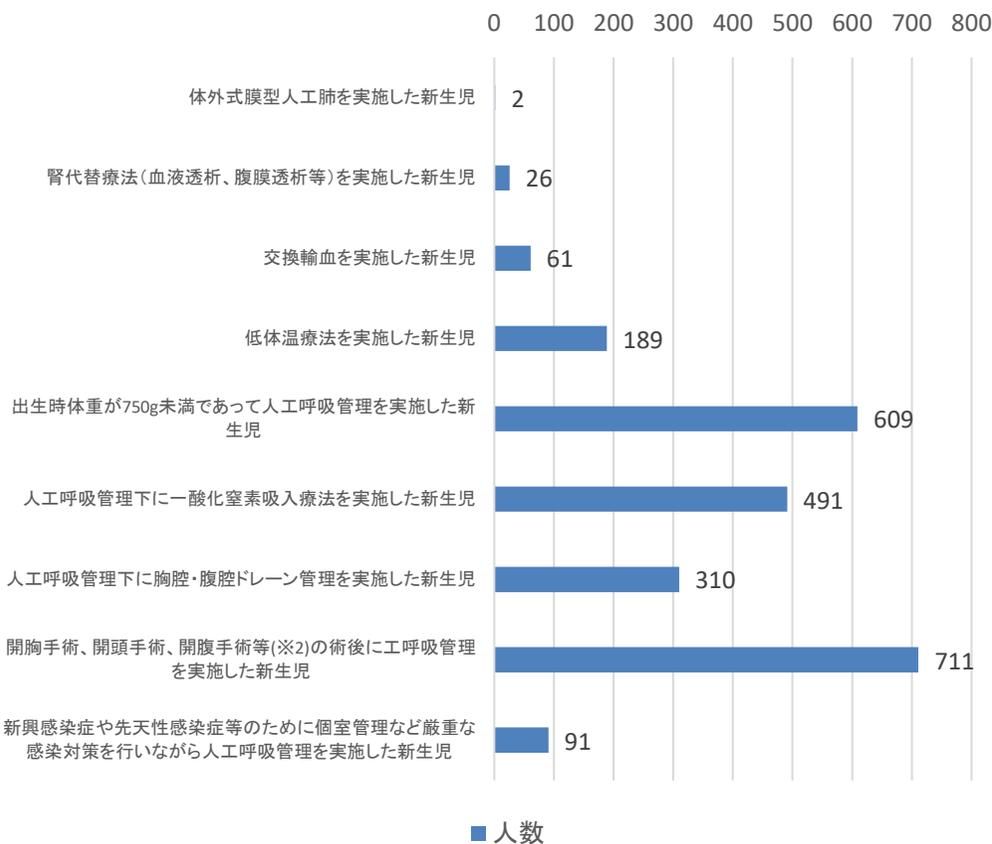
必要な処置や治療ごとの2:1看護等十分な体制の必要性について(n=134)



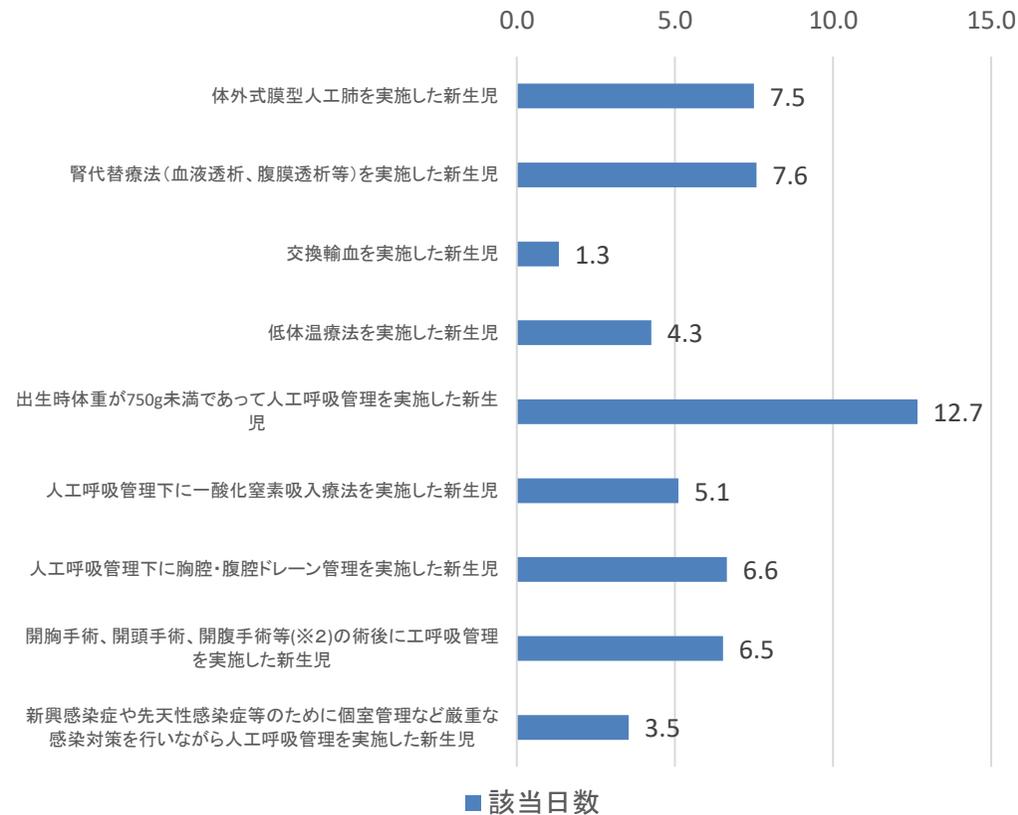
重症新生児の必要な処置や治療ごとの患者数・該当日数

- 重症新生児に該当する患者数においては、手術後に人工呼吸管理を実施した患者の数が多。
- 出生時体重が750g未満であって人工呼吸器管理を行われている新生児は、入院14日以内の該当日数が長い。

重症新生児に該当する患者の総数※1



重症新生児に該当する患者における平均該当日数(上限14日)



出典: 新生児集中治療室における医療の質と患者安全の向上に寄与する体制についての研究
 対象施設: 完全回答を得られたNICUを有する87施設のうち、A302-1、A303-2を届け出ている77施設を対象に集計した。
 対象期間: 2022年1月1日から2022年12月31日に新規に入院した患者

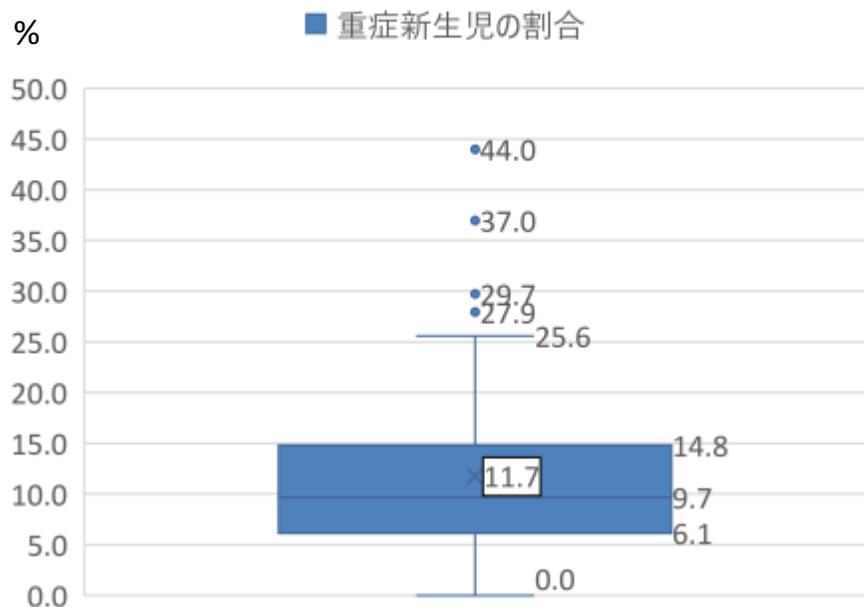
※1 調査期間に対象施設に入院した19,626人のうち、それぞれに該当する患者を集計した。(重複あり。)

※2 胸腔鏡手術又は腹腔鏡手術、経皮的カテーテル治療も含む。

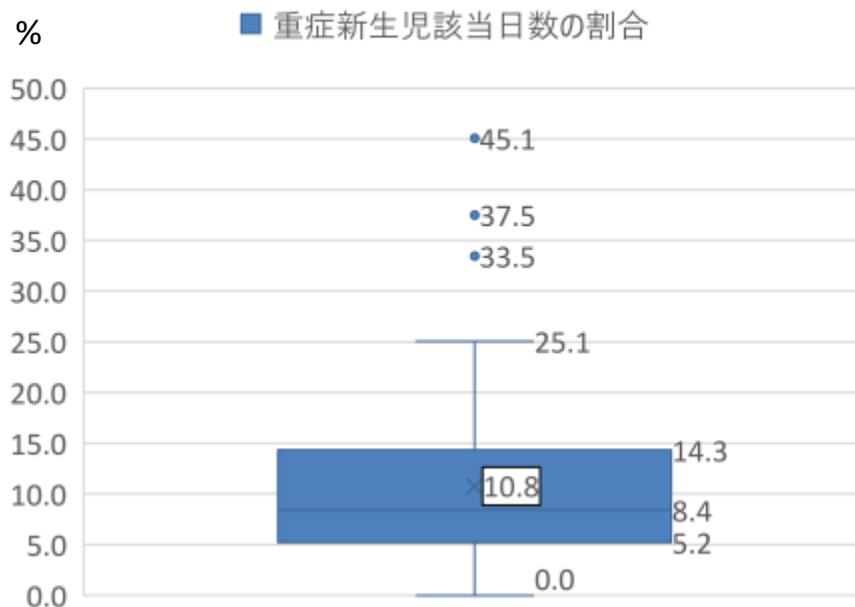
重症新生児※¹に該当する患者数・該当期間の割合

○ 多くの施設において重症新生児が入院しており、10%程度の施設が多いが、割合の高い施設もあり、割合の高い施設では、バラつきが大きかった。

施設ごとの新入院患者に対する重症新生児に該当する患者の割合
(n=77)



施設ごとの新入院患者の延入院日数における重症新生児の該当する期間の割合※²
(n=77)



※¹ 当該調査において重症新生児は以下と定義

- 体外式膜型人工肺を要する新生児
- 腎代替療法を要する新生児
- 交換輸血を要する新生児
- 低体温療法を要する新生児
- 出生時体重が750g未満であって人工呼吸管理を要する新生児
- 人工呼吸管理下に一酸化窒素吸入療法を要する新生児
- 人工呼吸管理下に胸腔・腹腔ドレーン管理を要する新生児
- 開胸手術、開頭手術、開腹手術等の術後に人工呼吸管理を要する新生児
- 新興感染症や先天性感染症等のために個室管理など
- 嚴重な感染対策を行いながら人工呼吸管理を要する新生児

※² 入院後14日以内を上限とし(患者1人あたり14人・日が限度)とし以下の方法で割合を算出した。

$$\text{重症新生児該当期間の割合} = \frac{\text{重症新生児の延日数}}{\text{新入院患者の延日数}}$$

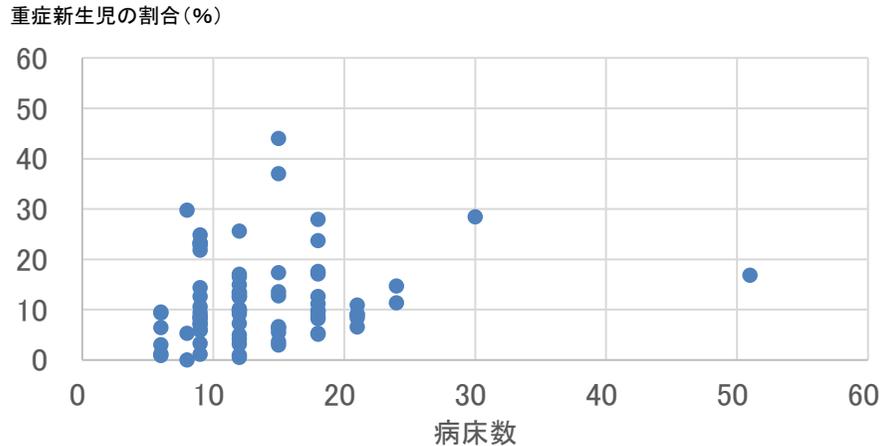
出典: 新生児集中治療室における医療の質と患者安全の向上に寄与する体制についての研究
対象施設: 完全回答を得られたNICUを有する87施設のうち、A302-1、A303-2を届け出ている77施設を対象に集計した。

対象期間: 2022年1月1日から2022年12月31日に新規に入院した患者

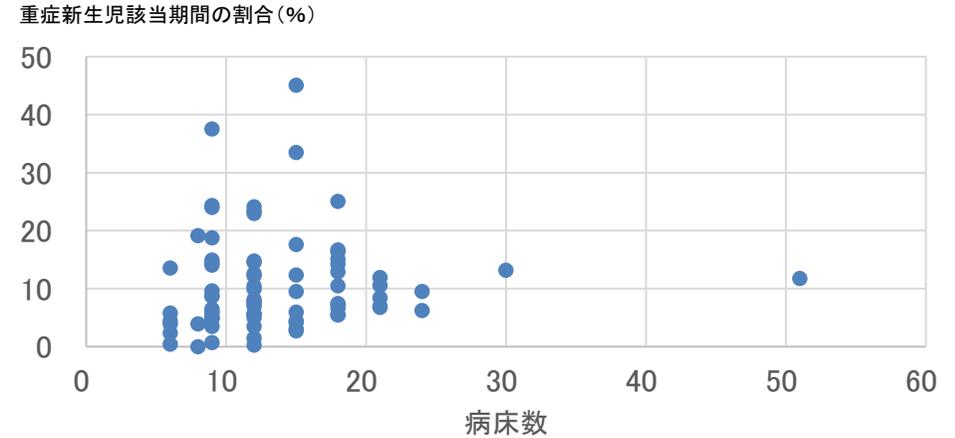
病床数及び病床利用率と重症新生児割合の関係

- 病床規模が大きくなるほど、重症児の割合が高くなる傾向がある。
- 多くの施設で病床利用率が80%を超えており、重症新生児の割合の高い施設は病床利用率も高い

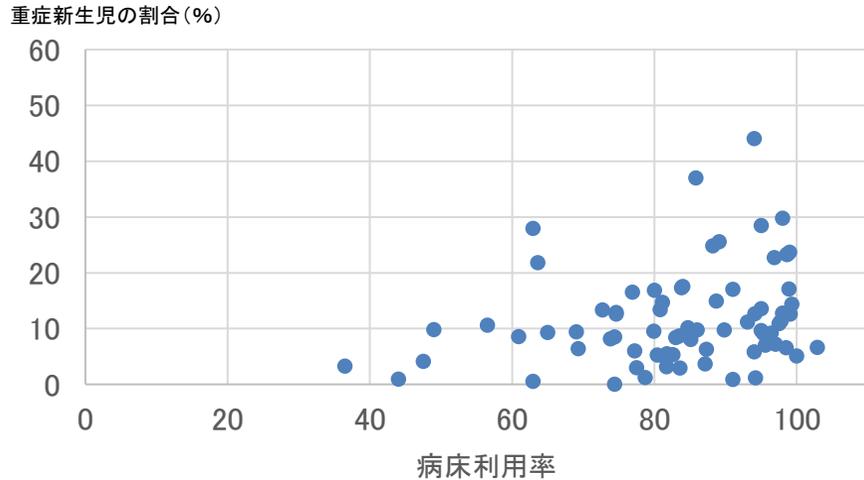
病床数と新入院患者に対する重症新生児の割合の関係(n=77)



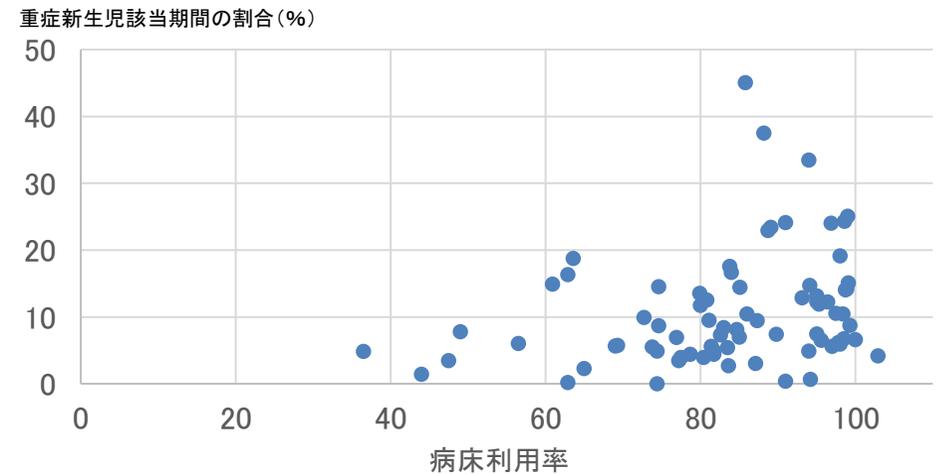
病床数と重症新生児該当期間の割合の関係(n=77)



病床利用率と新入院患者に対する重症新生児の割合の関係(n=76)



病床利用率と重症新生児該当期間の割合の関係(n=76)



出典: 新生児集中治療室における医療の質と患者安全の向上に寄与する体制についての研究

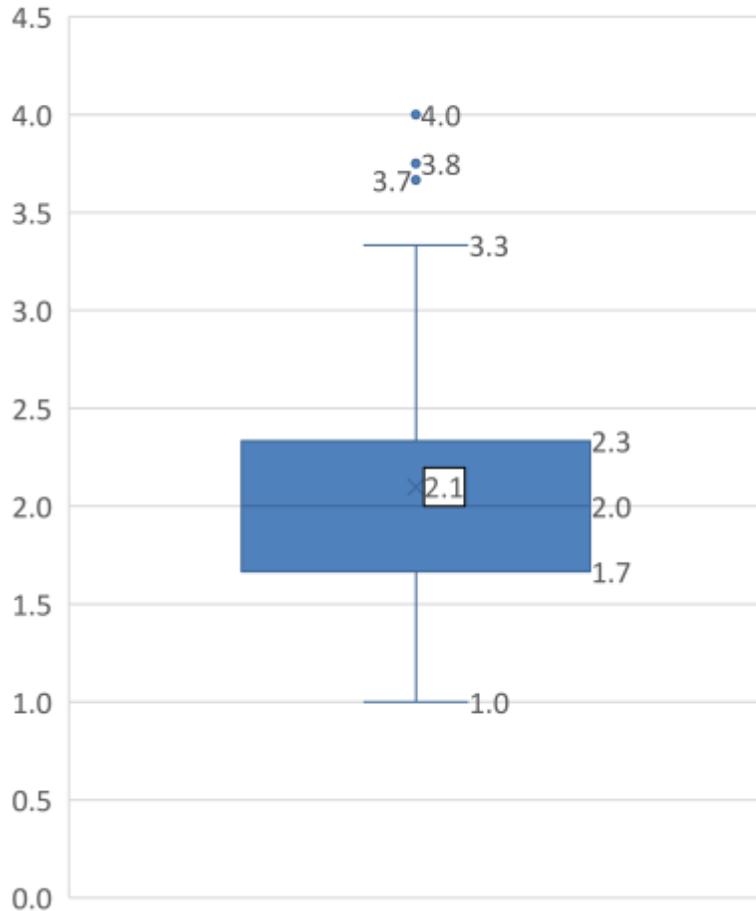
対象施設: 完全回答を得られたNICUを有する87施設のうち、A302-1、A303-2を届け出ている77施設を対象に集計した。

対象期間: 2022年1月1日から2022年12月31日に新規に入院した患者

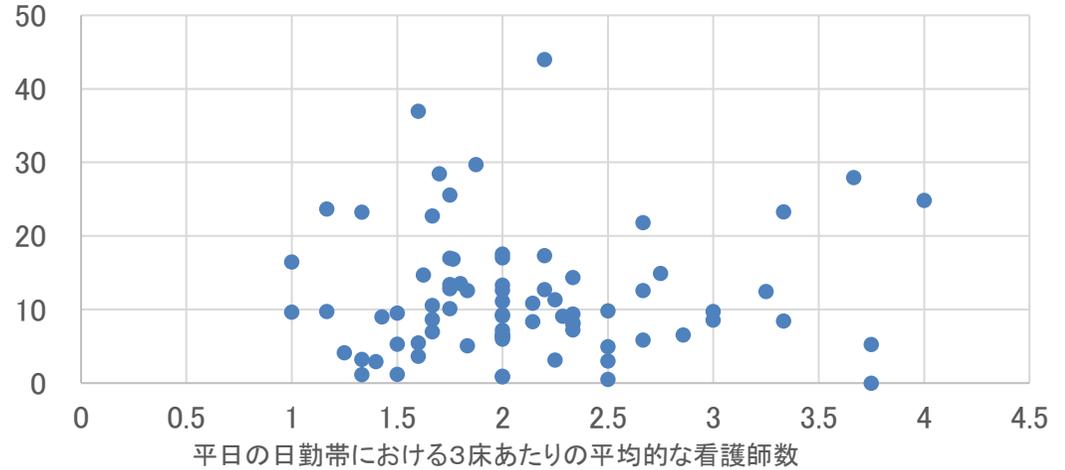
日勤帯における看護配置について

○ 3床あたりの看護師数が1を超えている施設がほとんどであり、半数以上の施設が3床あたり2人以上配置している。

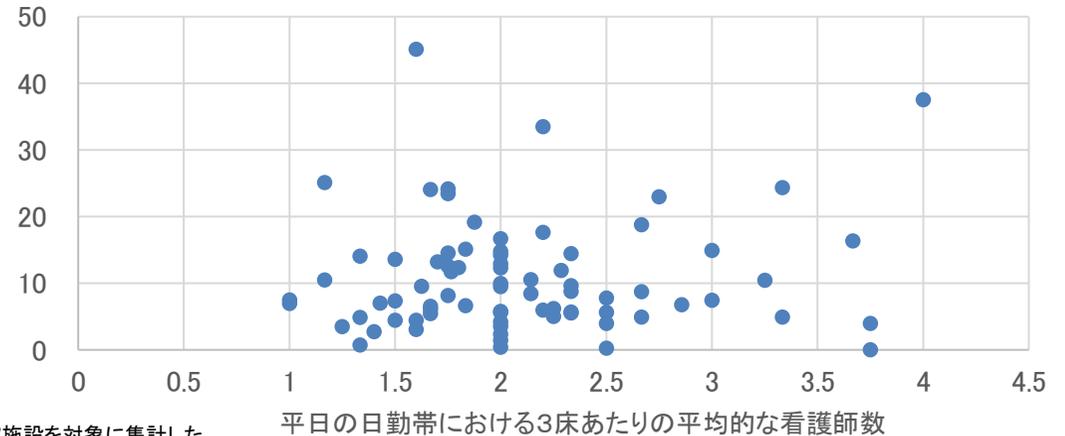
平日の日勤帯における
3床あたりの平均的な看護師数(n=77)



重症新生児の割合(%)
3床あたりの看護師数と
新入院患者に対する重症新生児の割合の関係(n=77)



重症新生児該当期間の割合(%)
3床あたりの看護師数と
重症新生児該当期間の割合の関係(n=77)



出典: 新生児集中治療室における医療の質と患者安全の向上に寄与する体制についての研究

対象施設: 完全回答を得られたNICUを有する87施設のうち、A302-1、A303-2を届け出ている77施設を対象に集計した。

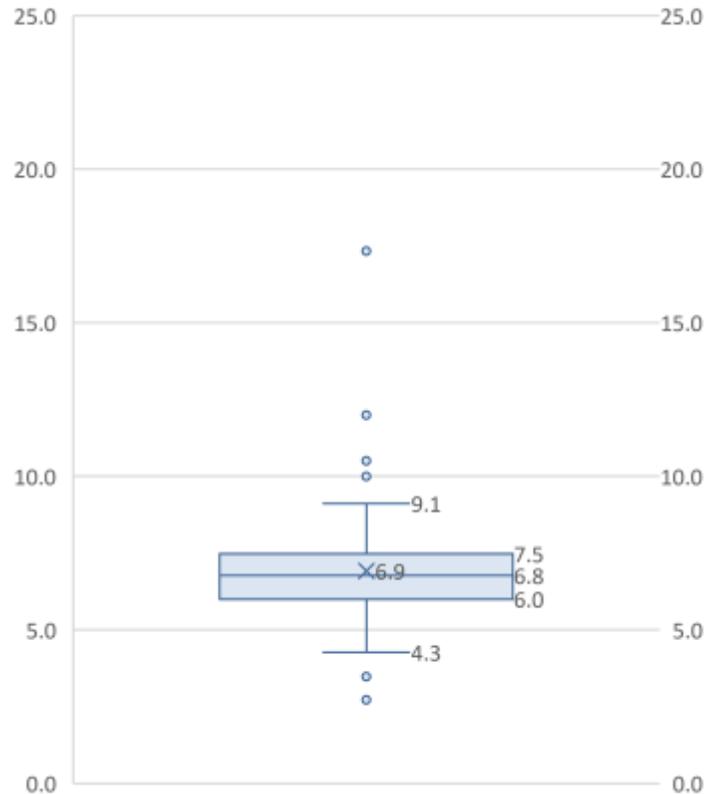
対象期間: 2022年1月1日から2022年12月31日に新規に入院した患者

治療室別の配置看護師数

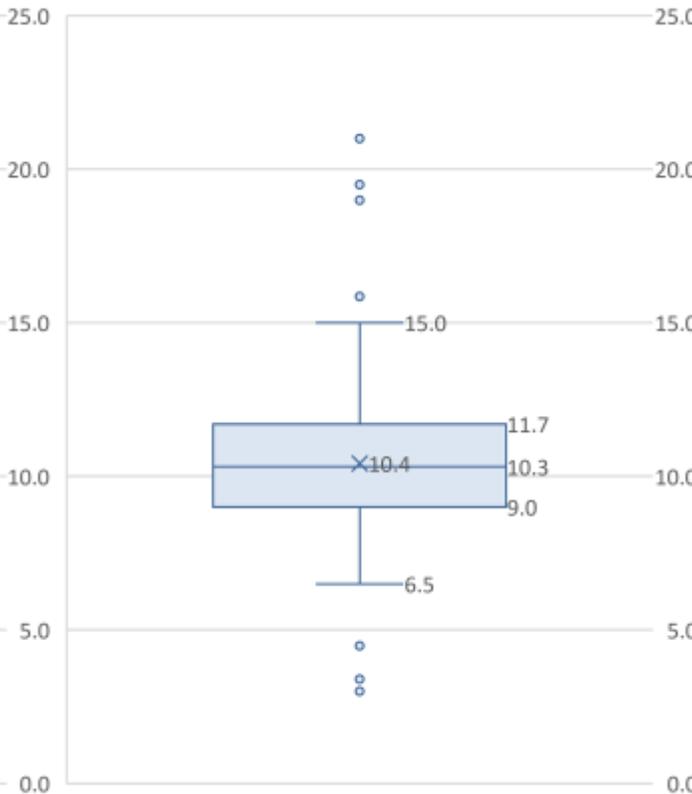
○ NICUとICUに配置されている3床あたりの看護師数は、平均値・中央値共にNICUは約7人、ICUは約10人となっており、NICUにおいても一部は常時2対1相当の看護師が配置されている施設もある。

■ NICU及びICUにおける3床あたりの配置看護師数（常勤換算）の分布（令和5年6月1日時点）

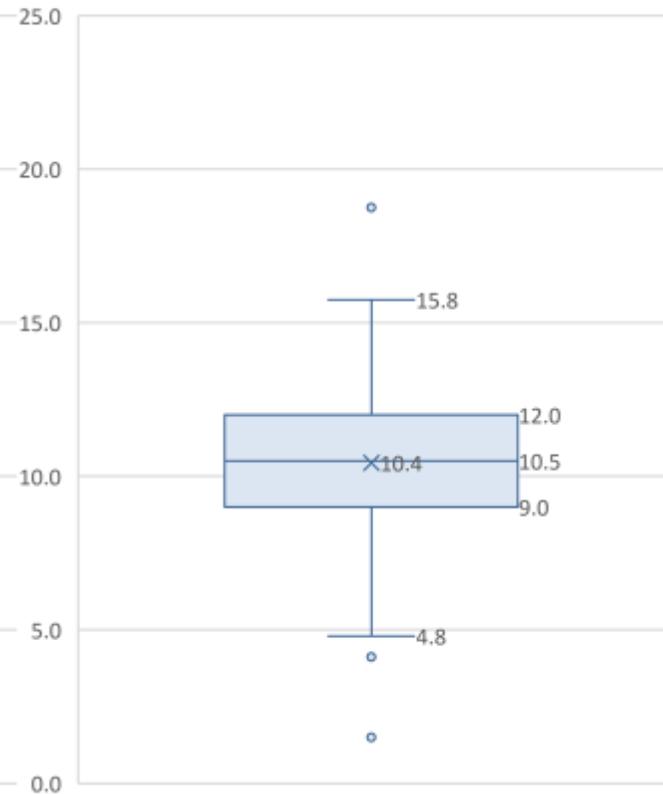
新生児特定集中治療室管理料及び
新生児集中治療室管理料（n=78）
[施設基準で求める看護配置：常時3対1]



特定集中治療室管理料1・2
(n=123)
[施設基準で求める看護配置：常時2対1]



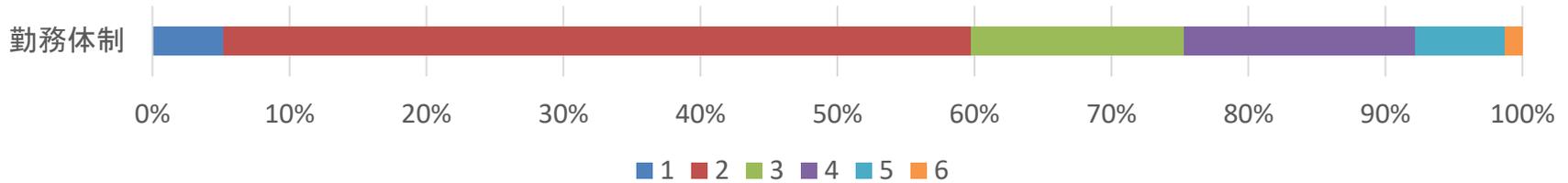
特定集中治療室管理料3・4
(n=148)
[施設基準で求める看護配置：常時2対1]



N I C Uにおける臨床工学技士と臨床心理技術者の配置状況

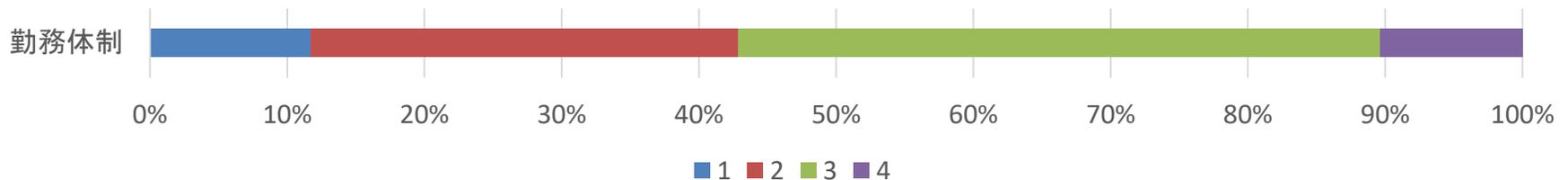
- 臨床工学技士は、常時院内に勤務しており、24時間体制で対応可能な施設が約6割である。
- 臨床心理技術者は、自施設に勤務している施設が約9割である。

臨床工学技士の勤務体制(n=77)



- 1.専任の臨床工学技士が、常時院内に勤務していて、24時間体制で対応可能である
- 2.専任に限らないがいずれかの臨床工学技士が、常時院内に勤務していて、24時間体制で対応可能である
- 3.平日の日勤帯は専任の臨床工学技士が対応可能であり、休日・夜間は専任に限らないがいずれかの臨床工学技士が、オンコール体制等により24時間体制で対応可能である
- 4.専任に限らないがいずれかの臨床工学技士が、オンコール体制等により24時間体制で対応可能である(平日の日勤帯も専任の臨床工学技士が対応するとは限らない)
- 5.専任に限らないがいずれかの臨床工学技士が、原則として平日・日中のみ対応可能である
- 6.いずれにも該当しない(臨床工学技士が自施設にいない場合を含む)

臨床心理技術者※1の勤務体制(n=77)



- 1.専従の常勤臨床心理技術者が配置されている
- 2.専任の常勤臨床心理技術者が配置されている
- 3.1又は2に該当しないが、自施設に勤務する臨床心理技術者が対応する
- 4.いずれにも該当しない(臨床心理技術者が自施設にいない場合を含む)

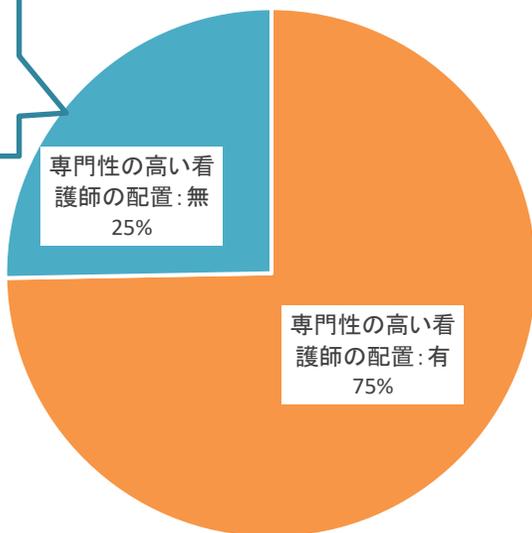
※1 公認心理士であるか否かを問わない

N I C Uにおける専門性の高い看護師の配置及びその効果

- NICUのうち約7割は専門性の高い看護師を配置している。
- 新生児集中ケア認定看護師を配置しているNICUの方が、新生児の特性を考慮した医師と看護師の協働や家族ケアが行われていた。

■ NICUにおける専門性の高い看護師（※）の配置状況（n=87）

NICUに専門性の高い看護師配置無しと回答した22施設のうち、9施設は院内に新生児集中ケア認定看護師を配置していた。



（※）専門性の高い看護師
小児看護専門看護師、急性・重症患者看護専門看護師
新生児集中ケア認定看護師、小児救急看護認定看護師、小児プライマリケア認定看護師

■ 新生児集中ケア認定看護師配置有無別の診療の補助及び療養支援の実施状況

【呼吸器関連；医師との協働】	新生児集中ケア認定看護師配属		p 値
	あり N=109 N (郡内%)	なし N=66 N (郡内%)	
吸引前後の呼吸器設定と酸素変更	20 (18.3)	5 (7.6)	0.037

(カイ二乗検定：片側)

【新生児蘇生；医師との協働】	新生児集中ケア認定看護師配属		p 値
	あり N=109 N (郡内%)	なし N=62 N (郡内%)	
侵襲が大きい時期の体温管理	57 (54.8)	17 (27.4)	0.001

(カイ二乗検定：両側)

家族ケア	新生児集中ケア認定看護師配属		p 値
	あり N=109 N (郡内%)	なし N=62 N (郡内%)	
プレネイタルビジットの実施	82 (78.1)	39 (61.9)	0.033
祖父母面会	91 (86.7)	37 (58.7)	0.000
きょうだい面会	61 (58.1)	14 (22.2)	0.000
NICUとGCUの家族部屋	53 (50.5)	20 (31.7)	0.023
家族会の紹介	55 (52.4)	20 (31.7)	0.014

(Fisherの直接法：両側)

出典：清水彩他：全国の周産期母子医療センター新生児集中治療室の看護体制とケア実践に関する実態調査、日本新生児看護学会誌、Vol.124、p16-22、2022

出典：新生児集中治療室における医療の質と患者安全の向上に寄与する体制についての研究

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 小児入院医療について

1-3 小児高度急性期医療について

1-3-1 新生児特定集中治療室管理料について

1-3-2 新生児の退院支援について

1-3-3 小児特定集中治療室管理料について

1-4 医療的ケア児について

1-5 小児医療における精神領域について

2.周産期医療について

2-1 ハイリスク妊婦について

2-2 出産費用の見える化等について

入退院支援加算3の算定要件、施設基準

○ 先天奇形、染色体異常、低出生体重児等に対する児への退院支援については、入退院支援加算3で評価している。

A246 入退院支援加算（退院時1回）

➢ 施設間の連携を推進した上で、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施することを評価。

- | | | | | |
|-------------------|-----------------|---------------|-----------------|--------|
| ➢ <u>入退院支援加算1</u> | イ 一般病棟入院基本料等の場合 | 700点 | □ 療養病棟入院基本料等の場合 | 1,300点 |
| ➢ <u>入退院支援加算2</u> | イ 一般病棟入院基本料等の場合 | 190点 | □ 療養病棟入院基本料等の場合 | 635点 |
| | <u>入退院支援加算3</u> | 1,200点 | | |

➢ 入退院支援加算1又は2を算定する患者が15歳未満である場合、所定点数に次の点数を加算する。 小児加算 200点

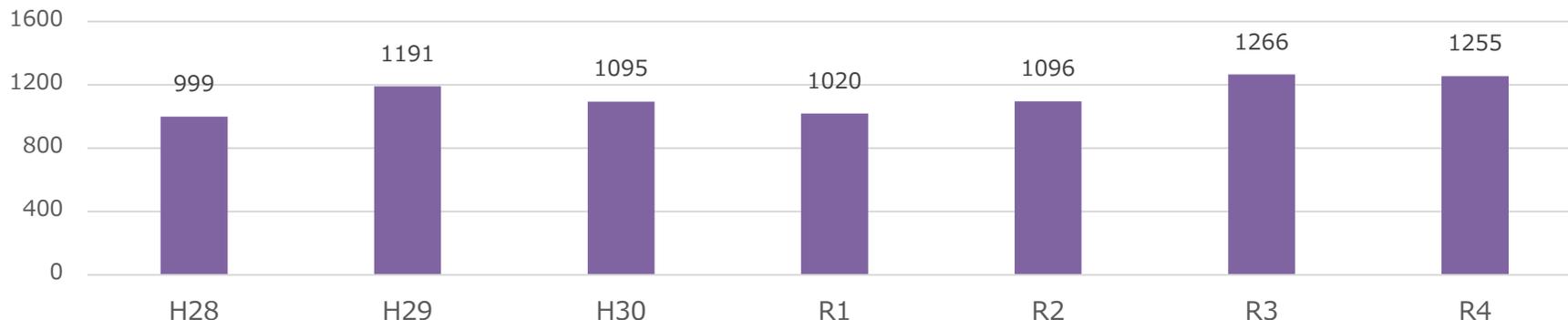
[主な算定要件・施設基準]

入退院支援加算3	
退院困難な要因	ア. 先天奇形 イ. 染色体異常 ウ. 出生体重1,500g未満 エ. 新生児仮死（Ⅱ度以上のものに限る） オ. その他、生命に関わる重篤な状態
転院時の算定可否	他の保険医療機関において当該加算を算定した患者 （第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、入退院支援加算3を算定できるものを現に算定している患者に限る。） の転院（1回の転院に限る。）を受け入れ、当該患者に対して、退院支援計画を作成し、入退院支援を行った場合は算定可
①退院困難な患者の抽出 ②・患者・家族との面談 ・退院支援計画の着手 ③多職種によるカンファレンスの実施	①入院後7日以内に退院困難な患者を抽出 ②③ ・7日以内に家族等と面談 ・カンファレンスを行った上で、入院後1か月以内に退院支援計画作成に着手
入退院支援部門の設置	入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置
入退院支援部門の人員配置	入退院支援部門に入退院支援及び 5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験 を有し、小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師又は入退院支援及び 5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験 を有する専任の看護師及び専従の社会福祉士が配置されていること

入退院支援加算3の算定状況等

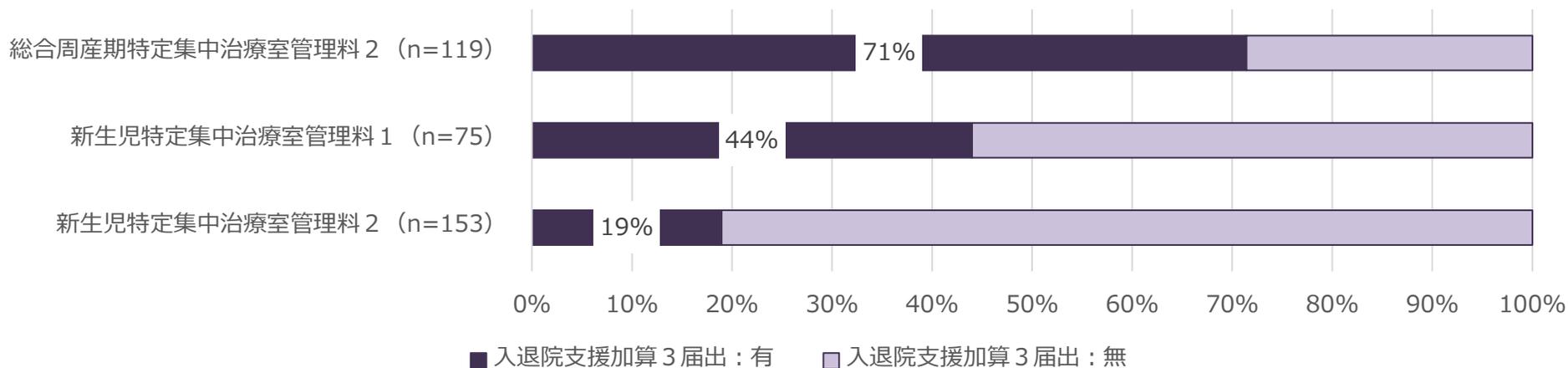
- 入退院支援加算3の算定回数は概ね横ばいである。
- 総合周産期特定集中治療室管理料2を届け出る施設のうち71%、新生児特定集中治療室管理料1を届け出る施設のうち44%は入退院支援加算3を届け出ている。

■ 入退院支援加算3の算定回数の推移



出典：社会医療診療行為別統計(各年6月審査分)

■ 治療室届出状況別の入退院支援加算3の届出状況

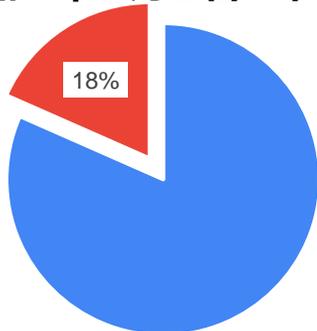


出典：保険局医療課調べ(令和4年7月1日時点の届出状況)

転院搬送される児の実態

- 新生児特定集中治療室に入室する患者のうち18%は、より高度な医療を要すると判断されて搬送された新生児である。
- 転院搬送された新生児においても、治療室から小児病棟等を経て退院するにあたり、退院支援が必要な場合がある。

■ NICUにおける新入院患者数に占める、新生児搬送により受入れた新入院患者の割合 (令和4年1月1日～令和4年12月31日) (n=87施設)



■ 新生児搬送により受入れた新入院患者

(※) より高度な医療を要すると判断されての搬送（いわゆる“異り搬送”）を対象としている

出典:「新生児集中治療室における医療の質と患者安全の向上に寄与する体制についての研究」

(参考) 出生後に転院搬送され、退院支援が必要な事例

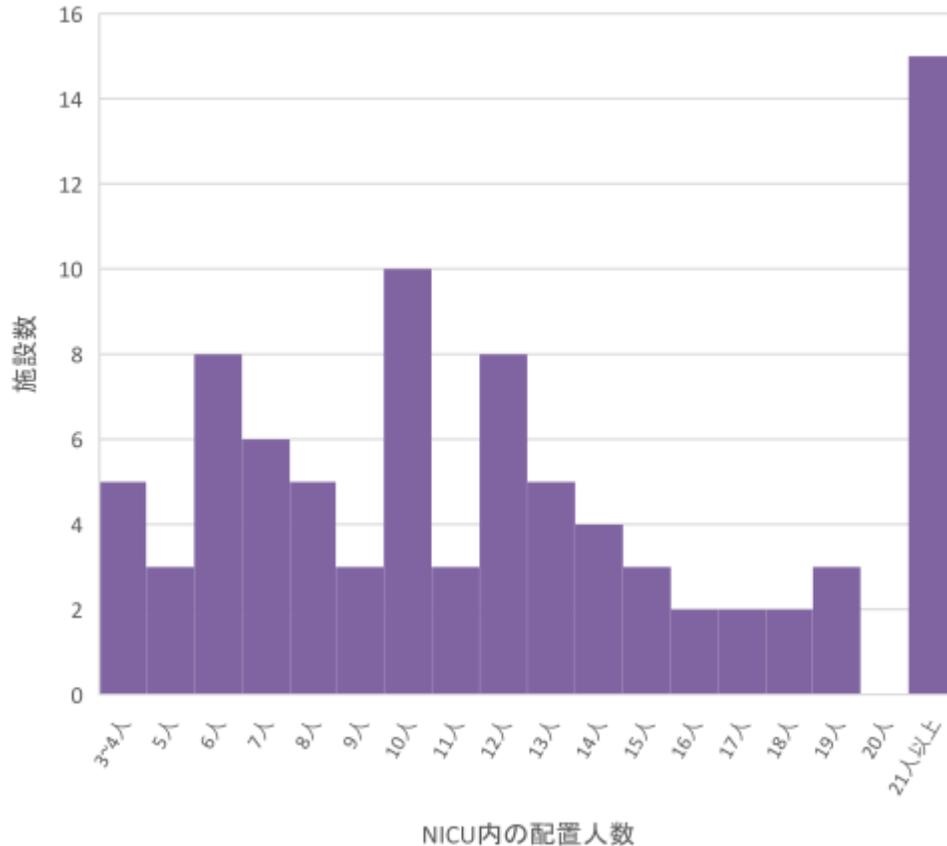
疾患名	チャージ症候群(指定難病)
出生体重・週数	40週3100g代、A病院で出生⇒日齢1でB病院へ転院⇒日齢14でC病院へ搬送
家族	父30代、母30代
経過	【C病院における治療経過】 心疾患(姑息術)の手術目的にてへC病院のNICUへ搬送。日齢15で心疾患に対する姑息術施行。 日齢30頃、GCUへ転室。 日齢80頃、口唇裂手術のため小児病棟へ転棟 【関与した科】 小児新生児、小児循環器、遺伝センター、口腔外科・形成外科、心臓外科 等
退院調整	必要量の経口哺乳は困難あり、胃管併用のため、訪問看護の導入を調整し退院。

【参考】NICU経験5年以上の看護師の配置状況

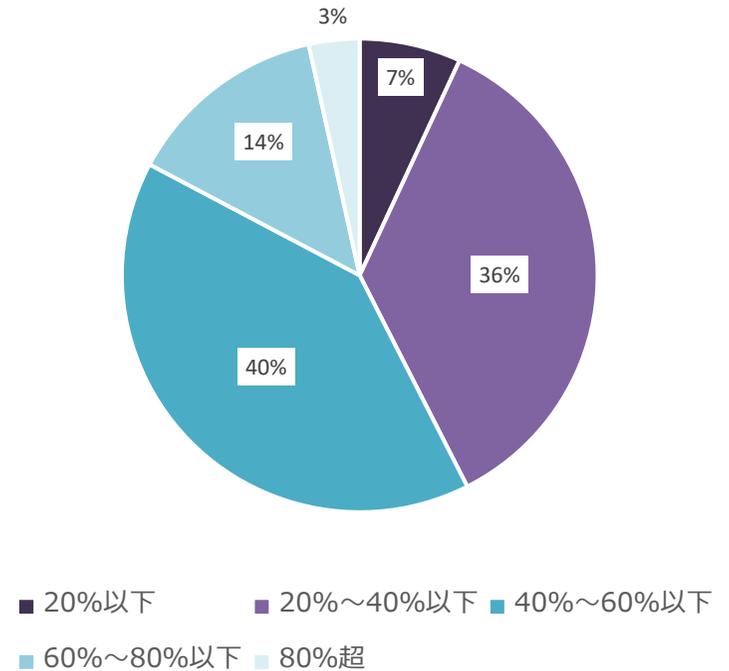
○ NICUにおけるNICU経験5年以上の看護師の配置状況は以下のとおり。

■ NICUにおけるNICU経験5年以上の看護師の配置状況

①NICU内の配置人数 (n=87)



②NICUの看護師数に占めるNICU経験5年以上の看護師の割合 (n=87)



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 小児入院医療について

1-3 小児高度急性期医療について

1-3-1 新生児特定集中治療室管理料について

1-3-2 新生児の退院支援について

1-3-3 小児特定集中治療室管理料について

1-4 医療的ケア児について

1-5 小児医療における精神領域について

2.周産期医療について

2-1 ハイリスク妊婦について

2-2 出産費用の見える化等について

小児特定集中治療室管理料（PICU）の概要

中医協 総-8
5. 5. 17

- 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、必要があつ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つては21日、体外式心肺補助（ECMO）を必要とする状態の小児にあつては35日、手術を必要とする先天性心疾患を有する新生児にあつては55日）を限度として算定する。

● 算定対象

15歳未満の小児（児童福祉法第6条の2第2項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）であつて、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。
- 1床あたり15平方メートル以上であること。
- 当該治療室内に、手術室と同程度の空気清浄度を有する個室及び陰圧個室を設置することが望ましい
- 当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び危惧を特定集中治療室内に備えていること。ただし、ウからカまでについては、当該保険医療機関内に備え、必要な際に迅速に使用でき、緊急の事態に十分対応出来る場合においてはこの限りではない。（ア 救急蘇生装置（気管内挿管セット、人工呼吸装置等）、イ 除細動器、ウ ペースメーカー、エ 心電図、オ ポータブルX線撮影装置、カ 呼吸循環監視装置、キ 体外補助循環装置 ク 血液浄化療法に必要）

○ 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。
- ウ 当該治療室において、人工心肺を用いた先天性心疾患手術の周術期に必要な管理を実施した患者が直近1年間に80名以上であること。

小児特定集中治療室管理料（PICU）の変遷

中医協 総-2
5 . 8 . 2

	改定内容	7日以内	8日以上
平成22年	救命救急入院料と特定集中治療室管理料に小児加算を新設		
平成24年	小児特定集中治療室管理料の新設	15,500点	13,500点 (～14日)
平成26年	転院搬送に関する施設基準の見直し	15,752点	13,720点 (～14日)
平成28年	算定日数上限の見直し	15,752点	13,720点
平成30年	小児慢性特定疾病の対象患者については対象年齢を20歳未満まで拡大	15,752点	13,720点
令和2年	主な改定なし	16,317点	14,211点
令和4年	先天性心疾患手術患者に関する施設基準と算定上限日数の見直し	16,317点	14,211点

小児特定集中治療室管理料の見直し

- ▶ 高度な周術期管理及び長期にわたる集中治療管理が必要となる実態を踏まえ、要件及び算定上限日数を見直す。

施設基準の見直し

- ▶ 小児特定集中治療室管理料の施設基準の実績要件について、先天性心疾患患者に対する周術期管理に係る実績を追加する。

改定後

【小児特定集中治療室管理料】

(8) 次の**いずれか**の基準を満たしていること。

ア 当該治療室に入院する患者のうち、転院日に他の医療機関において救命救急入院料、特定集中治療室管理料を算定していた患者を年間20名以上受け入れていること。

イ 当該治療室に入院する患者のうち、転院日に救急搬送診療料を算定した患者を年間50名以上(うち、入室24時間以内に人工呼吸を実施した患者が30名以上)受け入れていること。

ウ 当該治療室に入院する患者のうち、人工心肺を用いた先天性心疾患手術の周術期に必要な管理を実施した患者が直近1年間に80名以上であること。

算定上限日数の見直し

- ▶ 手術を必要とする先天性心疾患を有する新生児について、算定上限日数の見直しを行う。

改定後

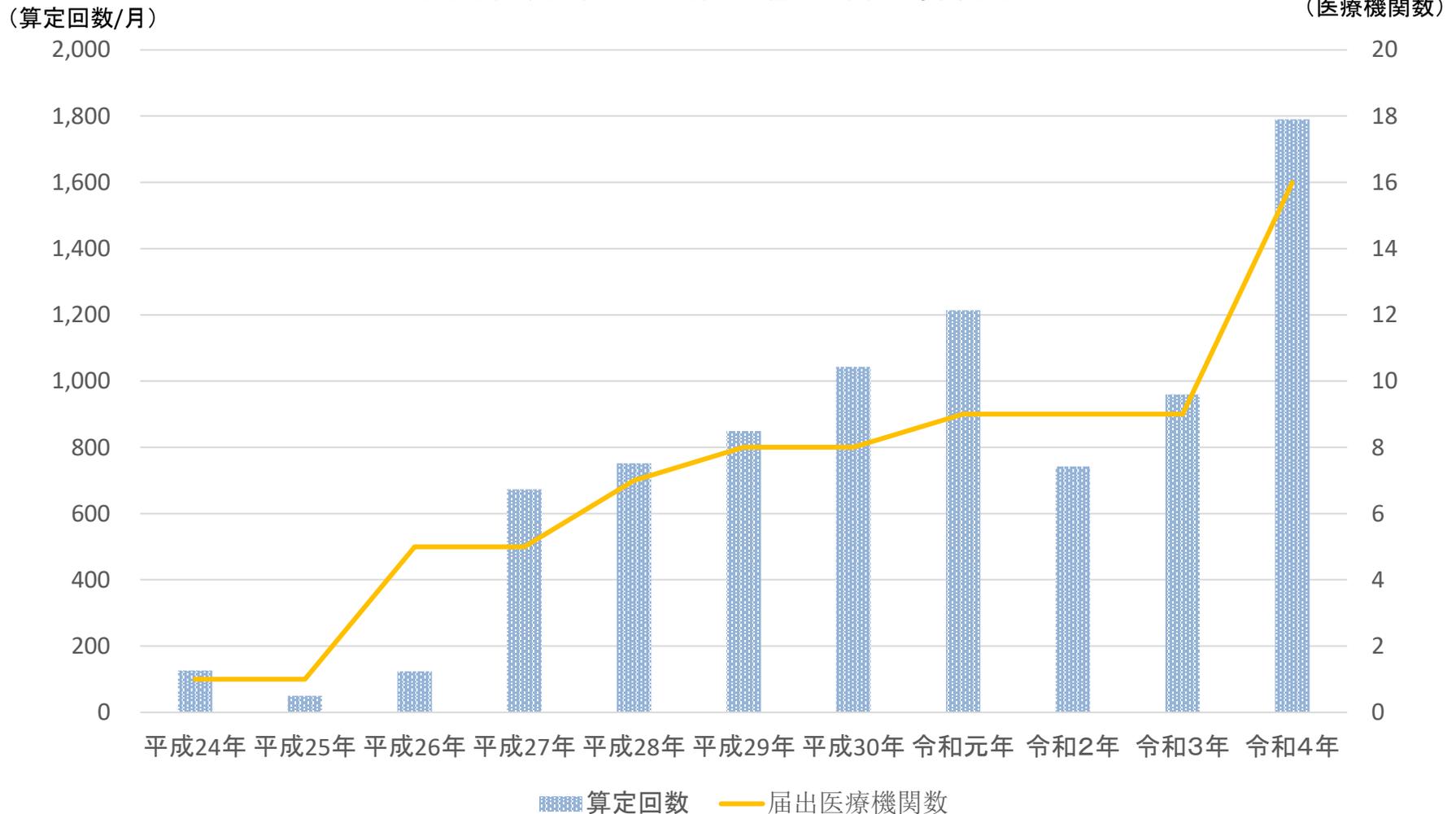
15歳未満の小児	14日
15歳未満の小児のうち、急性血液浄化（腹膜透析は除く。）を必要とする状態、心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫症候群、心筋炎、心筋症 のいずれかに該当する患者	21日
15歳未満の小児のうち、体外式心肺補助（ECMO）を必要とする状態の患者	35日
手術を必要とする先天性心疾患を有する新生児	55日

※同一入院期間で新生児であった患者も含むものとする。

小児特定集中治療室管理料（PICU）の現状

○ 令和4年度に算定回数、届出医療機関数ともに増加した。

小児特定集中治療室管理料の算定状況



救命救急入院料等に係る要件の見直し

算定上限日数の見直し

- 急性血液浄化又は体外式心肺補助（ECMO）を必要とする患者や臓器移植を行った患者について、長期の集中治療管理が必要となる実態を踏まえ、早期から患者の回復に向けた取組を十分に行っている救命救急入院料及び特定集中治療室管理料における当該患者に係る算定上限日数を延長する。

現行

【A300 救命救急入院料】
【A301 特定集中治療室管理料】

	日数
通常	14日
重症広範囲熱傷患者（※1）	60日

（※1）救命救急入院料3及び4、特定集中治療室管理料2及び4に限る。

【算定上限日数に係る施設基準の概要】

- 当該治療室において、「[早期離床・リハビリテーション加算](#)」又は「[早期栄養介入管理加算](#)」の届出を行っていること。
- [関係学会と連携](#)をとって患者の診療を行っていること。

改定後

【A300 救命救急入院料】
【A301 特定集中治療室管理料】

	日数
通常	14日
重症広範囲熱傷患者（※1）	60日
急性血液浄化（腹膜透析を除く）又は体外式心肺補助（ECMO）を必要とする患者	25日
臓器移植（心臓、肺、肝臓に限る）を行った患者	30日

施設基準の見直し

- バイオフィールーム設置による治療室内における感染症の発症抑制に係る実態を踏まえ、バイオフィールームの設置に関する要件の見直しを行う。

現行

【施設基準】

- 原則として、当該治療室内はバイオフィールームであること。

改定後

【施設基準】

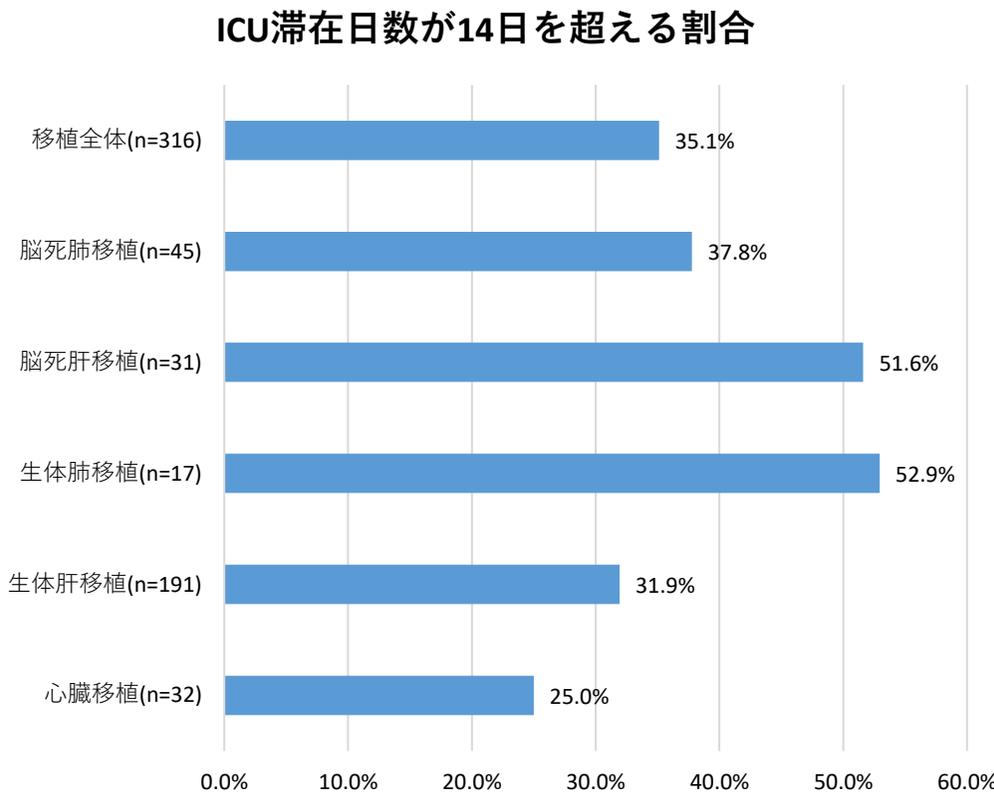
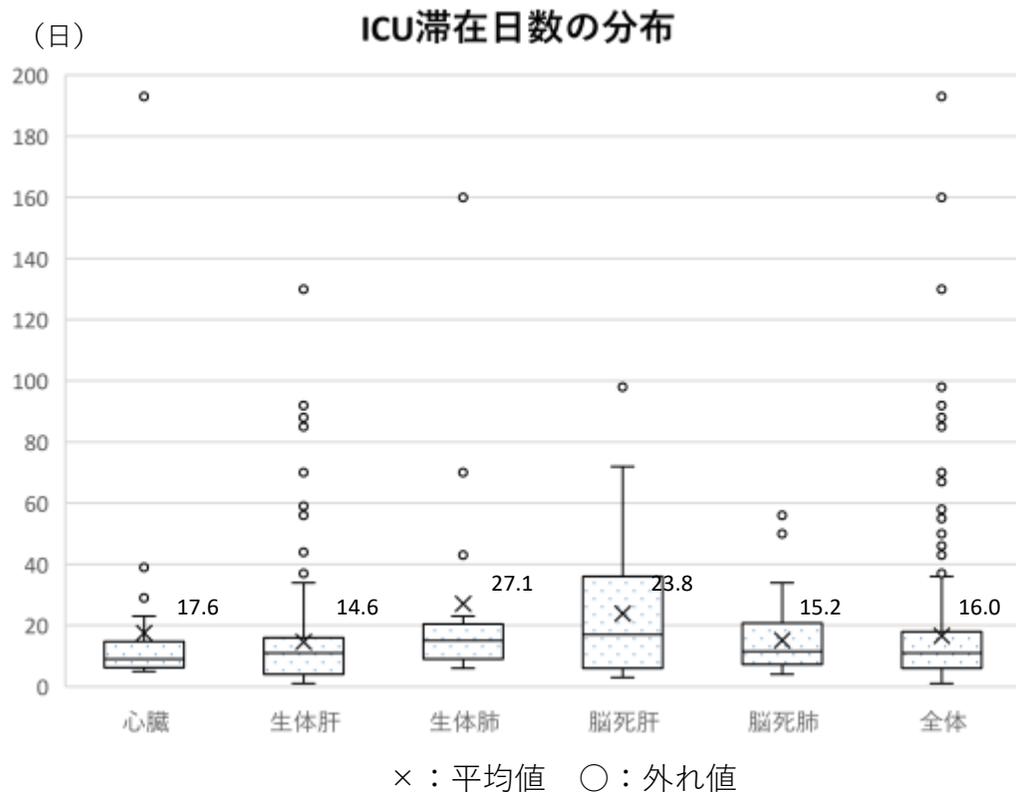
- [当該治療室内に、手術室と同程度の空気清浄度を有する個室及び陰圧個室を設置することが望ましいこと。](#)

【見直しの対象となる治療室】

「A300」救命救急入院料2・4、「A301」特定集中治療室管理料1～4、「A301-4」小児特定集中治療室管理料、「A302」新生児特定集中治療室管理料、「A303」総合周産期特定集中治療室管理料

ICU滞在日数の比較②

- 臓器移植が行われた患者におけるICU平均滞在日数を移植臓器別に比較すると、いずれの平均ICU滞在日数についても14日を超過していた。ICU滞在日数は症例によるばらつきが大きかった。
- ICU滞在日数が14日を超える割合を移植臓器別に比較すると、「脳死肝移植」「生体肺移植」においては、50%以上の患者が14日を超過してICUに滞在していた。

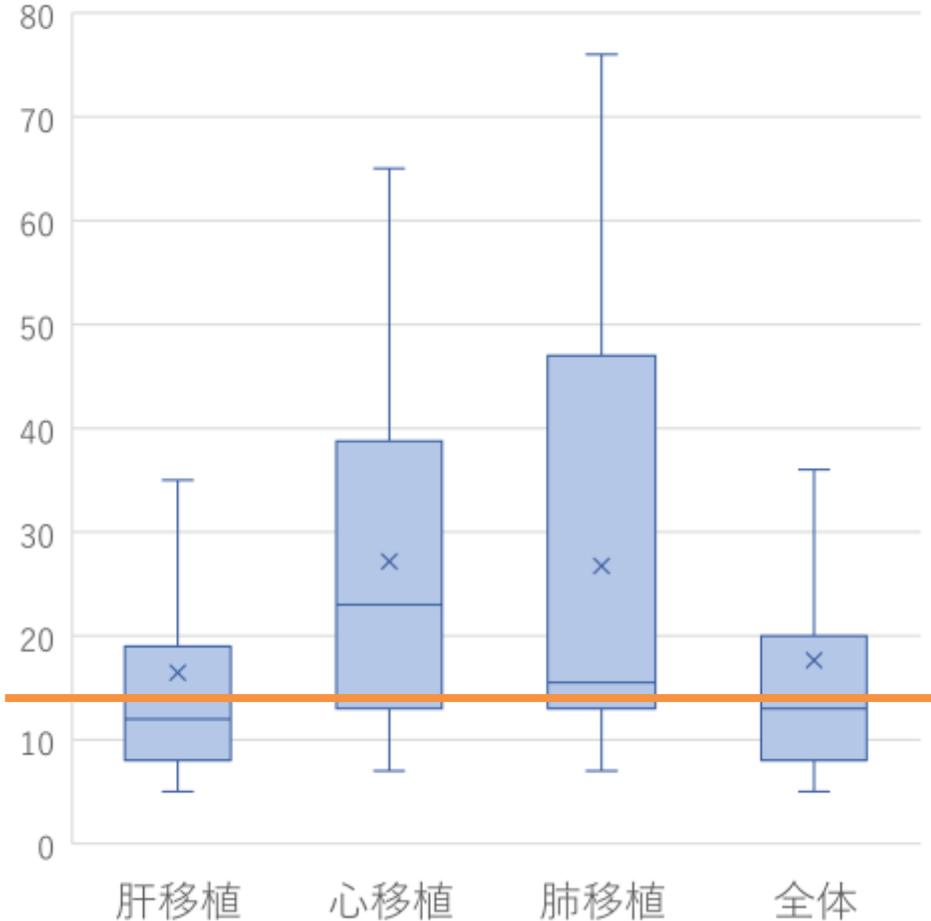


(%)

臓器移植患者のP I C U滞在日数

- 心臓、肺、肝臓移植いずれの移植後の患者においてもPICUの平均滞在日数は14日を超えている。
- 移植施設のうち、PICU管理料を届け出ている施設は少なく、小児臓器移植患者を、ICUで管理している施設もあると考えられる。

小児特定集中治療室 滞在日数



心臓、肺:A病院(2017-2021)、肝:B病院(2020-2021)

	小児特定集中治療室 滞在日数の平均
心移植 (n=6)	27.2 日
肺移植 (n=8)	26.8 日
肝移植 (n=108)	16.5 日

	移植施設	移植施設のうち、 PICU管理料を 届け出ている施設
心臓	11※1	2
肺	11	1
肝臓	23※2	4

※1 全年齢移植可能施設は6施設

※2 脳死肝移植施設(成人+小児)

臓器移植患者の臨床経過について

○ 各臓器ともに、移植前からの集中治療室における全身管理が必要であり、集中治療室滞在日数が長くなることが考えられる。

移植非実施施設



移植実施施設

心臓

心臓移植施行小児患者（例：拡張型心筋症）の経過イメージ

ICU

搬送

PICU

移植

PICU

退室

急性期の全身管理

- ・人工呼吸管理
- ・循環作動薬

心臓移植前の全身管理

- ・人工呼吸器管理
- ・重症心不全管理
- ・急変・感染症対応
- ・小児用VAD導入
- 人工呼吸器離脱→一般病棟移行準備

心臓移植後の全身管理

- ・術後侵襲への対応
- ・心不全管理
- ・免疫抑制剤の調整

一般病棟へ

肺

肺移植施行小児患者の経過イメージ

急性期の全身管理

- ・人工呼吸器管理
- ・ECMO

肺移植前の全身管理

- ・人工呼吸器管理
- ・ECMO
- ・急変・感染症対応

肺移植後の全身管理

- ・術後侵襲への対応
- ・十分な排痰補助
- ・免疫抑制剤の調整
- ・感染症の予防と早期発見

一般病棟へ

肝臓

肝移植施行小児患者（例：急性肝不全）の経過イメージ

急性期の全身管理

- ・厳重なモニタリング
- ・凝固障害や高アンモニア血症への早期対応

肝移植前の全身管理

- ・人工呼吸器管理
- ・血液透析、血漿交換
- ・肝性脳症に対する中枢神経保護管理

肝移植後の全身管理

- ・厳格な肝機能や肝血流モニタリング
- ・厳格な水分管理
- ・人工呼吸器離脱に難渋する場合も多い

一般病棟へ

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 小児入院医療について

1-3 小児高度急性期医療について

1-4 医療的ケア児について

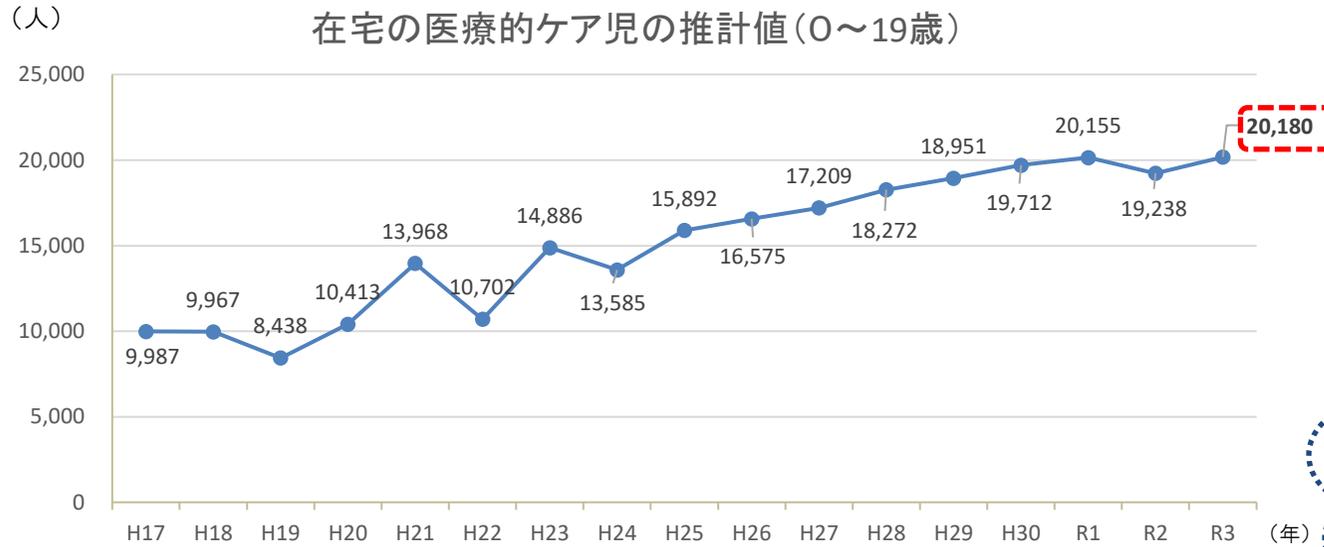
1-5 小児医療における精神領域について

2.周産期医療について

2-1 ハイリスク妊婦について

2-2 出産費用の見える化等について

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



その他の医療行為とは、
気管切開の管理、
鼻咽頭エアウェイの管理、酸素療法、
ネブライザーの管理、経管栄養、
中心静脈カテーテルの管理、
皮下注射、血糖測定、
継続的な透析、導尿 等

出典：厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業「医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究（田村班）」
及び当該研究事業の協力のもと、社会医療診療行為別統計（各年6月審査分）により厚生労働省障害児・発達障害者支援室で作成

医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律（令和3年6月18日公布・同年9月18日施行）

第二条 この法律において「医療的ケア」とは、人工呼吸器による呼吸管理、喀痰吸引その他の医療行為をいう。

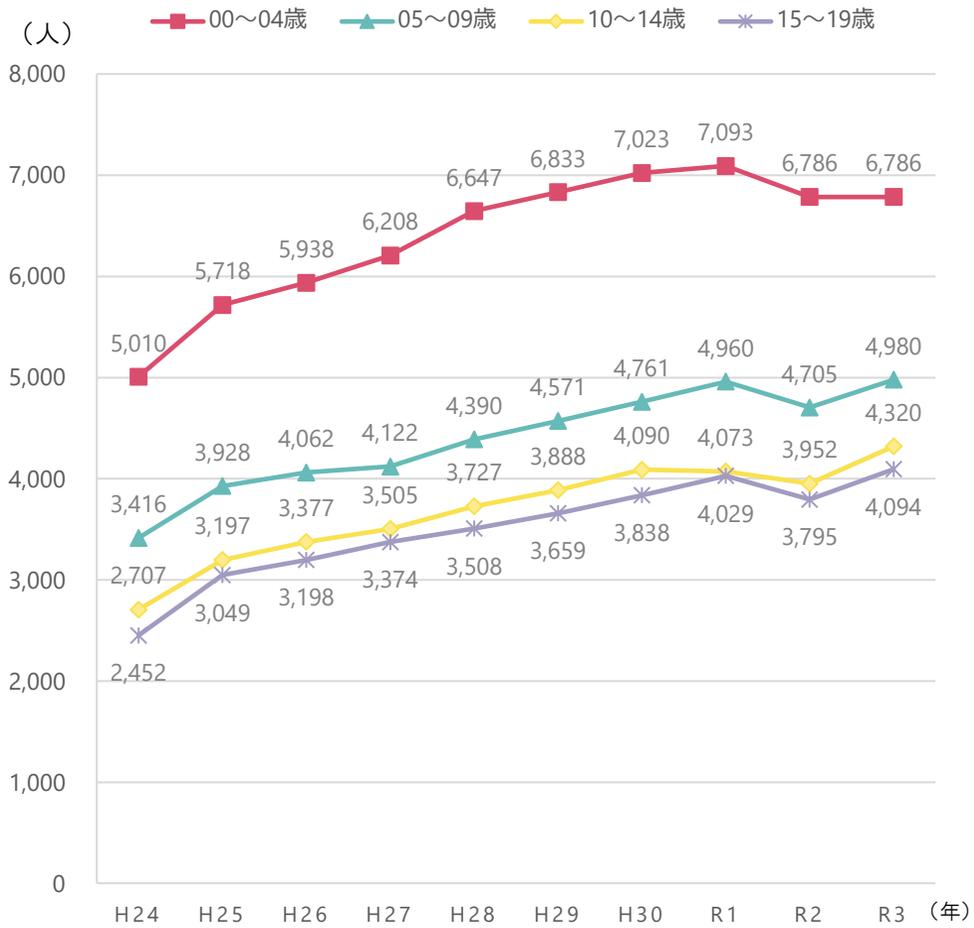
2 この法律において「医療的ケア児」とは、日常生活及び社会生活を営むために恒常的に医療的ケアを受けることが不可欠である児童（18歳未満の者及び18歳以上の者であって高等学校等（学校教育法に規定する高等学校、中等教育学校の後期課程及び特別支援学校の高等部をいう。）に在籍するものをいう。）をいう。



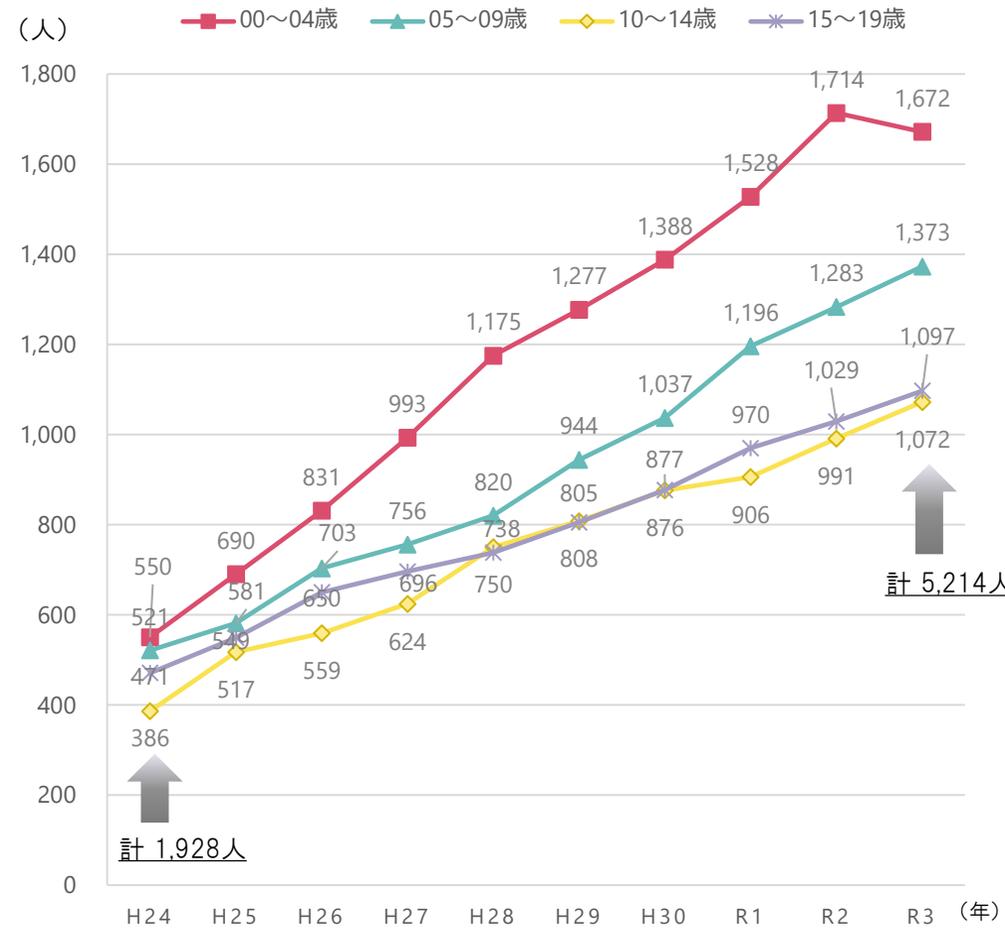
年齢階級別の医療的ケア児数等

- 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。
- 人工呼吸器を必要とする児数は、直近9年で約2.7倍に増加し、0～4歳が最も多い。

■ 年齢階級別の医療的ケア児数の年次推移（推計）



■ 年齢階級別の人工呼吸器を必要とする児数※の年次推移（推計）



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

※出典：同左（「C107 在宅人工呼吸指導管理料」算定者数）

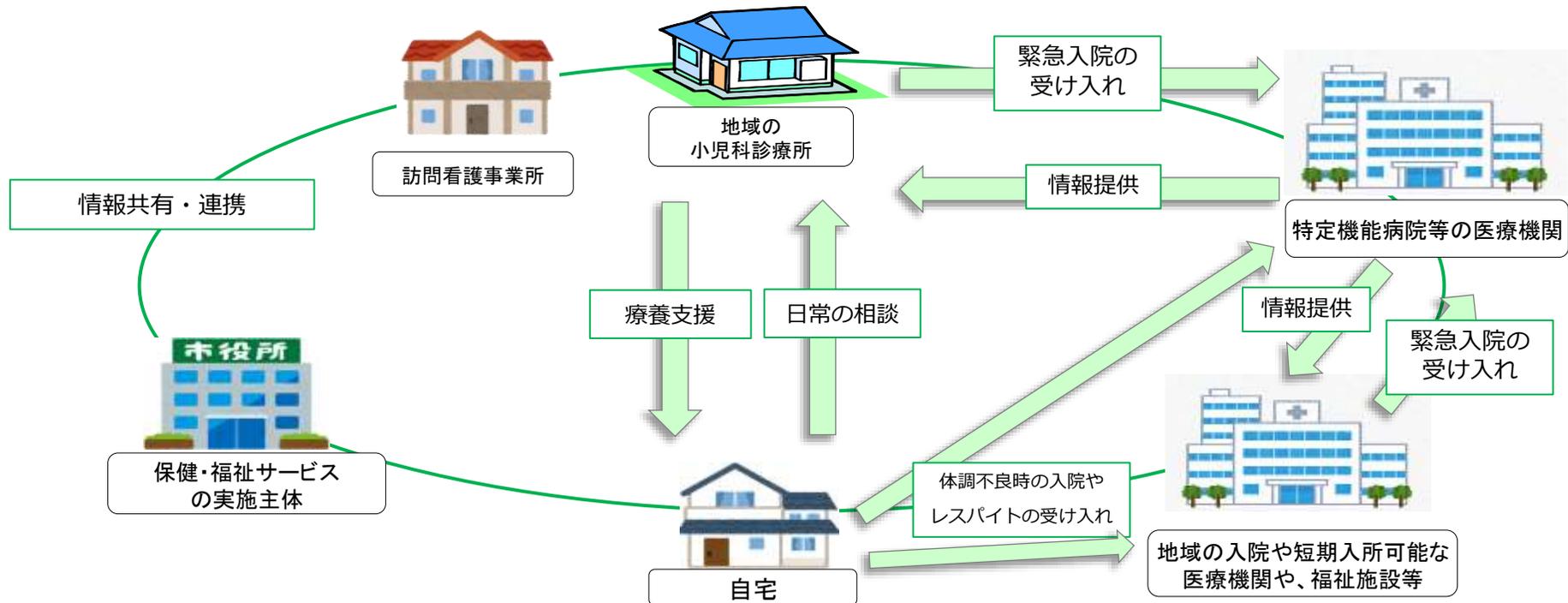
疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について (令和5年医政地発0331第14号)

小児医療の体制構築に係る指針 第2 医療体制の構築に必要な事項

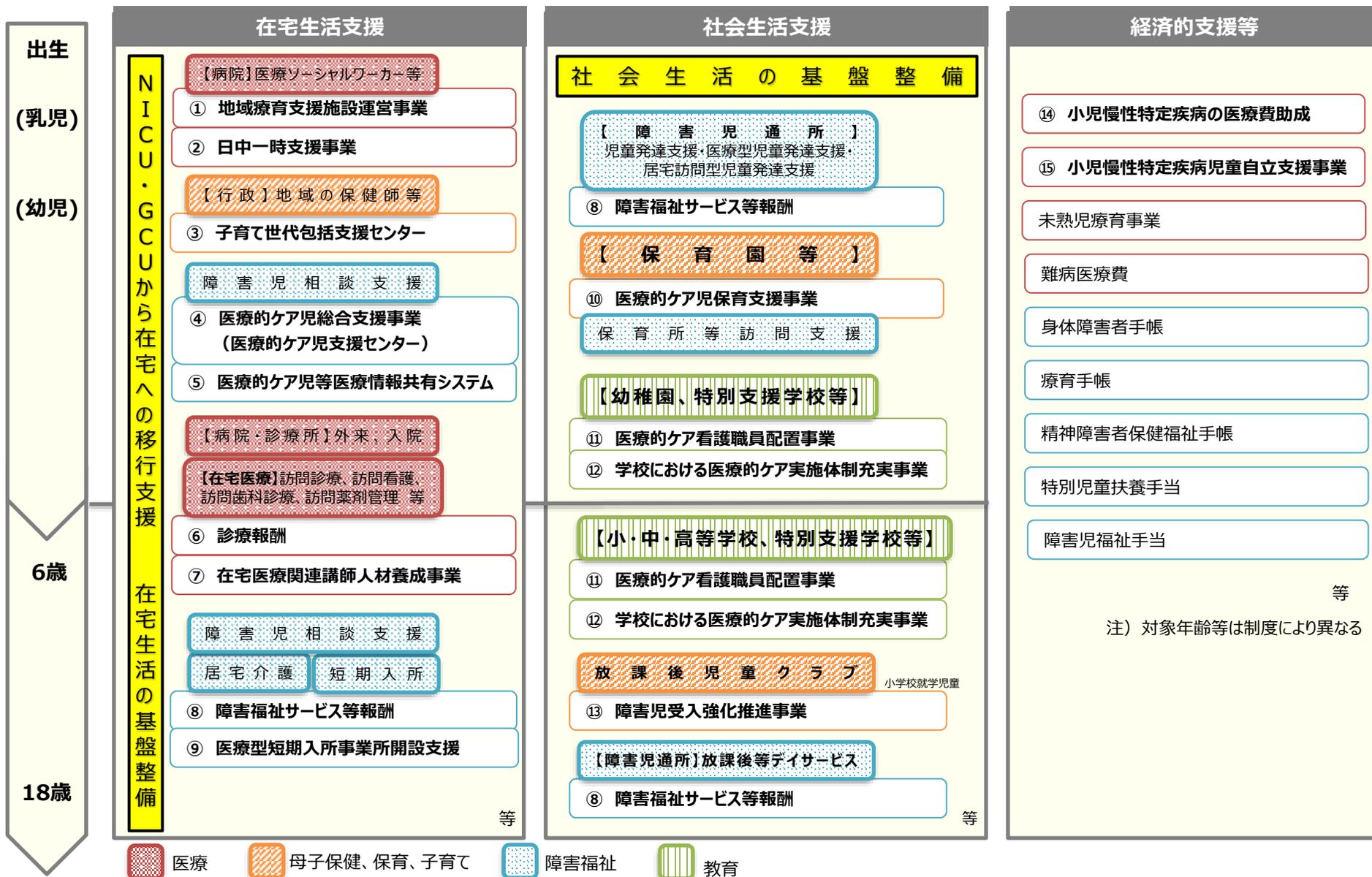
2 目指すべき方向

(4) 療養・療育支援が可能な体制

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



在宅における医療的ケア児とその家族を支えるため、NICU・GCUから在宅へ円滑に移行するための支援や地域における生活の基盤整備等の在宅生活支援、医療的ケア児を受け入れる障害児通所、保育園、学校等の基盤整備といった社会生活支援、経済的支援等の取組が実施されている。



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

3) 医療・介護と障害福祉サービスとの連携

- 障害福祉サービスでも医療ニーズが非常に高まっており、体制整備も含め医療と福祉の連携は喫緊の課題。口腔健康管理や歯科医療の提供、薬剤管理も同様に医療と障害福祉サービスの連携が必要。
- 医療的ケア児への対応について現場で最も問題となるのはレスパイトケアであり、医療的ケア児のレスパイトに係る必要十分な体制を構築することが重要。
- 既に共同指導や情報提供の評価は多数あるため、一つ一つの連携を評価するというよりも、全体の枠組みとしてどのように連携を担保するのが重要。

(2) 医療・介護連携を推進するために必要な主治医と介護支援専門員の連携

- 介護支援専門員は既に利用者の様々な情報(例: 家族や人間関係、資産状況、本人・家族の希望、趣味、嗜好、生活習慣等)を持っており、その情報に基づき課題を分析し目標を立て、サービスの利用や社会資源の活用も含めマネジメントしている。ここに、医療の情報や医師の意見等を適切に活かすことにより、より合理的なケアマネジメントができる。
- 各専門職は多忙であり、情報伝達の場をいつでも設定できるものではないため、ICTの活用による連携は有効。また、多忙な中連携を促進するため、医療機関側は連携室が窓口になるとスムーズに進むのではないか。
- ケアマネジャーが医療的な知識を持つことは大切だが、それよりも主治医との連携をするほうがさらに重要。主治医意見書において医学的管理の必要性の項目にチェックをしても、ケアプランに反映されていないという意見も多い。特にリハビリテーションの重要性は、もう少し認識を高めていく必要があるのではないか。

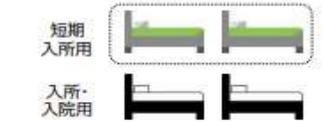
医療的ケアスコアについて

医療的ケア(診療の補助行為)	基本スコア		基本スコア	見守りリスク			見守りスコアの基準(目安)		
	日中	夜間		高	中	低	見守り高の場合	見守り中の場合	見守り低の場合(0点)
1 人工呼吸器(鼻マスク式補助換気法、ハイフローセラピー、間歇的陽圧吸入法、排痰補助装置、高頻度胸壁振動装置を含む)の管理 注)人工呼吸器及び括弧内の装置等のうち、いずれか一つに該当する場合にカウントする。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自発呼吸がない等のために人工呼吸器抜去等の人工呼吸器トラブルに対して直ちに対応する必要がある場合(2点)	直ちにはないがおおむね15分以内に対応する必要がある場合(1点)	それ以外の場合
2 気管切開の管理 注)人工呼吸器と気管切開の両方を持つ場合は、気管切開の見守りスコアを加点しない。(人工呼吸器10点+人工呼吸器見守り0点+気管切開8点)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自発呼吸がほとんどない等ために気管切開カニューレ抜去に対して直ちに対応する必要がある場合(2点)		それ以外の場合
3 鼻咽頭エアウェイの管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	上気道狭窄が著明なためにエアウェイ抜去に対して直ちに対応する必要がある場合(1点)		それ以外の場合
4 酸素療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	酸素投与と中止にて短時間のうちに健康及び患者の生命に対して悪影響がもたらされる場合(1点)		それ以外の場合
5 吸引(口鼻腔・気管内吸引)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自発運動等により吸引の実施が困難な場合(1点)		それ以外の場合
6 ネブライザーの管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3点	/					
7 経管栄養	(1) 経鼻胃管、胃瘻、経鼻腸管、経胃瘻腸管、腸瘻、食道瘻		8点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自発運動等により栄養管を抜去する/損傷させる可能性がある場合(2点)		それ以外の場合
	(2) 持続経管注入ポンプ使用		3点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自発運動等により注入ポンプを倒す可能性がある場合(1点)		それ以外の場合
8 中心静脈カテーテルの管理(中心静脈栄養、肺高血圧症治療薬、麻薬など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自発運動等により中心静脈カテーテルを抜去する可能性がある場合(2点)		それ以外の場合
9 皮下注射 注)いずれか一つを選択	(1) 皮下注射(インスリン、麻薬など)		5点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自発運動等により皮下注射を安全に実施できない場合(1点)		それ以外の場合
	(2) 持続皮下注射ポンプ使用		3点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自発運動等により持続皮下注射ポンプを抜去する可能性がある場合(1点)		それ以外の場合
10 血糖測定(持続血糖測定器による血糖測定を含む) 注)インスリン持続皮下注射ポンプと持続血糖測定器とが連動している場合は、血糖測定の項目を加点しない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	血糖測定とその後の対応が頻回に必要な可能性がある場合(1点)		それ以外の場合
11 継続的な透析(血液透析、腹膜透析を含む)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自発運動等により透析カテーテルを抜去する可能性がある場合(2点)		それ以外の場合
12 導尿 注)いずれか一つを選択	(1) 利用時間中の間欠的導尿		5点	/					
	(2) 持続的導尿(尿道留置カテーテル、膀胱瘻、腎瘻、尿路ストーマ)		3点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自発運動等により持続的導尿カテーテルを抜去する可能性がある場合(1点)		それ以外の場合
13 排便管理 注)いずれか一つを選択	(1) 消化管ストーマ		5点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自発運動等により消化管ストーマを抜去する可能性がある場合(1点)		それ以外の場合
	(2) 摘便、洗腸		5点	/					
	(3) 浣腸		3点	/					
14 痙攣時の座薬挿入、吸引、酸素投与、迷走神経刺激装置の作動等の処置 注)医師から発作時の対応として上記処置の指示があり、過去概ね1年以内に発作の既往がある場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3点	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	痙攣が10分以上重積する可能性や短時間のうちに何度も繰り返す可能性が高い場合(2点)		それ以外の場合

14項目の基本スコアと見守りスコアの合計が医療的ケアスコアとなる。

障害福祉サービスにおける「医療型短期入所サービス」

中医協 総-6
5. 5. 17

		併設型	空床利用型
対象者		<p><重症心身障害児者等></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 区分6に該当し、気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理を行っている者 ・ 区分5以上に該当し、進行性筋萎縮症に罹患している者又は重度の知的障害及び重度の肢体不自由が重複している者 等 <p><その他></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 重症心身障害児者等に該当しない場合であって、区分1以上に該当し、厚生労働大臣が定める基準に適合すると認められた遷延性意識障害者等又はこれに準ずる者（難病を含む） ・ 区分1以上に該当し、筋萎縮性側索硬化症等の運動ニューロン疾患の分類に属する疾患を有する者 	
サービス内容		病院等に短期間の入所をさせ、入浴、排せつ及び食事の介護その他の必要な支援	
実施主体		病院、有床診療所、介護老人保健施設、介護医療院、無床診療所（日中の受入のみ）※法人格のない病院、診療所も可	
ショートステイ用の居室の設定		<p>あり</p> <p>入所・入院用のベッドのうち、ショートステイ用のベッドを常時確保する</p> 	<p>なし</p> <p>空いている入所・入院用ベッドを、ショートステイで使用する</p> 
人員基準	従業者	本体施設の利用者及び短期入所の利用者数の合計数を当該施設の利用者数とみなした上で、 本体施設として必要とされる数以上	
	管理者	管理者は原則として、専ら医療型短期入所事業所の管理業務に従事する（支障がないときは、他の職務との兼務が可能）	
設備基準		本体施設の設備を利用することにより、短期入所の効果的な運営が図られ、本体施設と短期入所のサービス提供に支障がない場合は、 本体施設の設備をショートステイで利用できる	空床を利用する 本体施設で必要とされる設備を有することで問題ない
報酬単価	基本報酬	<p>・ 医療型短期入所サービス費(Ⅰ)～(Ⅲ)(宿泊を伴う場合) 1,747単位～3,010単位 区分6の気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理を行っている者、重症心身障害児・者等に対し支援を行う場合</p> <p>・ 医療型特定短期入所サービス費(Ⅰ)～(Ⅲ)(宿泊を伴わない場合)、(Ⅳ)～(Ⅵ)(宿泊のみの場合) 1,266単位～2,835単位 医療型短期入所サービス費と同様の対象者に対し支援を行う場合</p>	
	主な加算	<p><緊急短期入所受入加算> 270単位 緊急時の受入れを行った場合</p> <p><特別重度支援加算> 120単位～610単位 医療ニーズの高い障害児・者に対する計画的な医療的管理や療養上必要な措置を行った場合</p>	

医療型短期入所サービス利用中の者に対し、診療報酬で算定可能な処置等

(1) 経皮的動脈血酸素飽和度測定、(2) 終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定、(3) 中心静脈注射、(4) 植込み型カテーテルによる中心静脈注射、(5) 鼻マスク式補助換気法、(6) 体外式陰圧人工呼吸器治療、(7) 人工呼吸、(8) 膀胱洗浄、(9) 後部尿道洗浄、(10) 留置カテーテル設置、(11) 導尿、(12) 介達牽引、(13) 矯正固定、(14) 変形機械矯正術、(15) 消炎鎮痛等処置、(16) 腰部又は胸部固定帯固定、(17) 低出力レーザー照射、(18) 鼻腔栄養

【論点2】医療的ケア児者の受入体制の拡充について

現状・課題

- 医療的ケア児者の家族のレスパイトの時間を確保することは、医療的ケア児者とその家族への支援に当たって重要であり、医療的ケア児者を受け入れることができる体制の構築が必要との指摘がある。
- 短期入所サービスについては、これまで、
 - ・ 平成30年度報酬改定において、福祉型強化短期入所サービスを創設するとともに、看護職員による福祉型短期入所事業所への訪問による看護の提供等について評価の充実
 - ・ 令和3年度報酬改定において、医療型短期入所サービス費の基本報酬の引き上げや、日中活動を実施している場合の評価の充実を行っている。

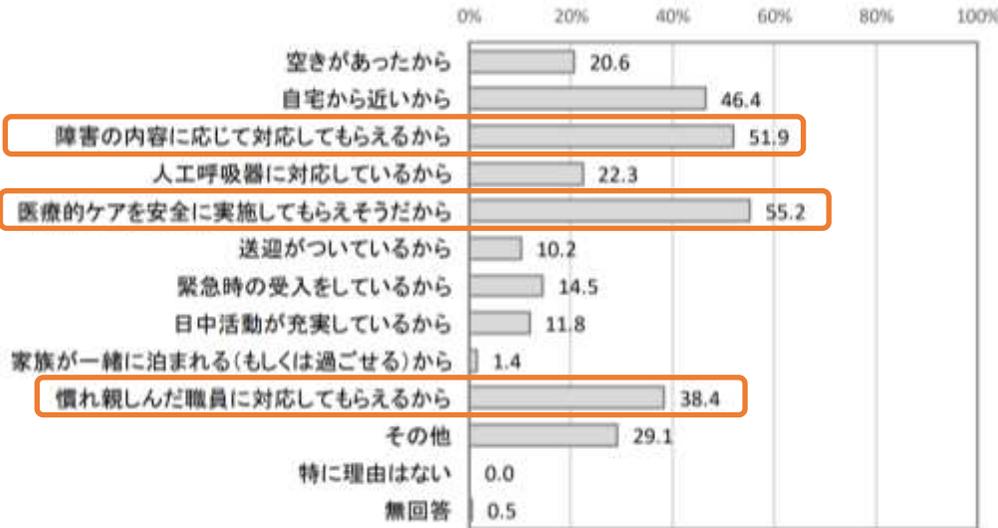
検討の方向性

- 医療的ケア児者については、入浴支援を行える施設が不足しているなど、現行では十分な受け皿がないといった課題があることから、常勤看護職員の配置のある福祉型強化短期入所サービスにおいて、このような日中のみの支援ニーズに応えるサービス類型を検討してはどうか。
- 福祉型短期入所サービスについては、医療的ケア判定のスコア表の項目に該当する障害児者を受け入れて対応している場合や、区分5・6以上を多く受け入れている場合もあることから、このようなケースで医療的ケアを行う体制をとった場合の評価について検討してはどうか。
- 医療的ケア児者を安心して預けてもらうため、医療型短期入所サービスの利用を希望する医療的ケア児者に対して、医療型短期入所サービスを利用する前から、事前に自宅等へ訪問し、医療的ケアの手技等を確認した上で、事業所で新たに受け入れた場合の評価について検討してはどうか。

医療型短期入所を利用する上での事業所の選定理由や利用にあたっての不安等

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

■ この事業所を利用した理由 (n=422) (複数回答)



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



【調査概要】

○ 調査対象

事業所票：2019年3月に、医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定した短期入所事業所

利用者票：上記事業所の短期入所サービスを、調査期間中に利用している本人やその家族、もしくは支援されている方

○ 調査実施期間

調査票の発送：令和元年9月4日、回収×切：令和元年10月31日

○ 回収状況

事業所票：配布363件、有効回収数250件（有効回収率68.9%）

利用者票：有効回収数422件（1事業所につき最大5名の利用者を対象に配布）

※上記の中で医療サービスに関連したものを枠で囲っている。

医療的ケア児の入院前調整を行っている医療機関の一例

○ 医療的ケア児が入院する際、在宅時からの連続的なケアを受けることができるよう、入院前調整を行っている医療機関の一例を紹介する。

○ 入院前調整の内容

- ① 初回の入院となる前に、児と家族と面談を行い、在宅でのケア等の確認を行う。
- ② 呼吸器管理を行っている児等を対象に、看護師が自宅へ訪問する。
 - ・ 本人の状態や医療的ケアの実施方法を確認する。
 - ・ 事前訪問先で、訪問診療を担当する医師、看護師、保健師と合流し、情報交換を実施する場合もある。
- ③ 事前訪問で得た情報を、病棟看護師と共有し、入院時のケアについて検討を行う。
呼吸器管理のために、勉強会を行うこともある。

○ 入院前調整の具体的なイメージ

症例：4歳 男児 脳性まひ

必要な医療的ケア：人工呼吸管理、経管栄養、浣腸、服薬、吸引

入院前に自宅を訪問して確認した内容

- ・ 右鼻を吸引する際は嫌がるので、右鼻は最後に吸引を行う。
- ・ 自宅ではスプーンを用いて1口ずつ水分摂取を行う。
- ・ 自宅では真っ暗ではなく薄暗い部屋で入眠している。
- ・ 中途覚醒した際は、お気に入りの音楽をかけると再入眠してくれる。

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 小児入院医療について

1-3 小児高度急性期医療について

1-4 医療的ケア児について

1-5 小児医療における精神領域について

1-5-1 小児科外来における対応について

1-5-2 不適切な養育への対応について

2.周産期医療について

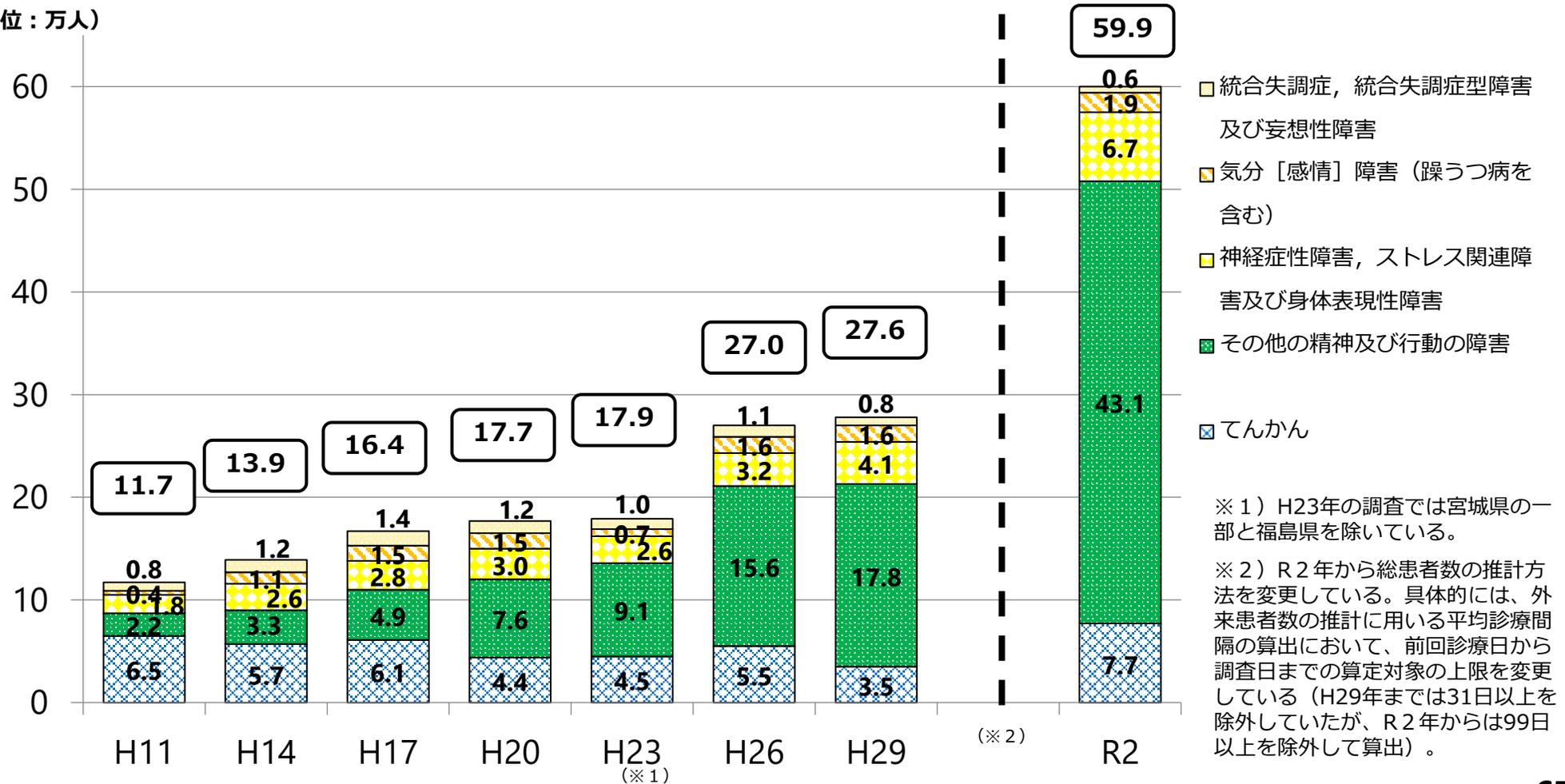
2-1 ハイリスク妊婦について

2-2 出産費用の見える化等について

20歳未満の精神疾患総患者数（疾病別内訳）

- 20歳未満の、精神疾患を有する総患者数は、約59.9万人。
- 疾患別では、「その他の精神及び行動の障害」が最も多い。
- 「その他の精神及び行動の障害」には、「心理的発達の障害(F80-F89)」や「小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害(F90-F98)」等が含まれる。

(単位：万人)

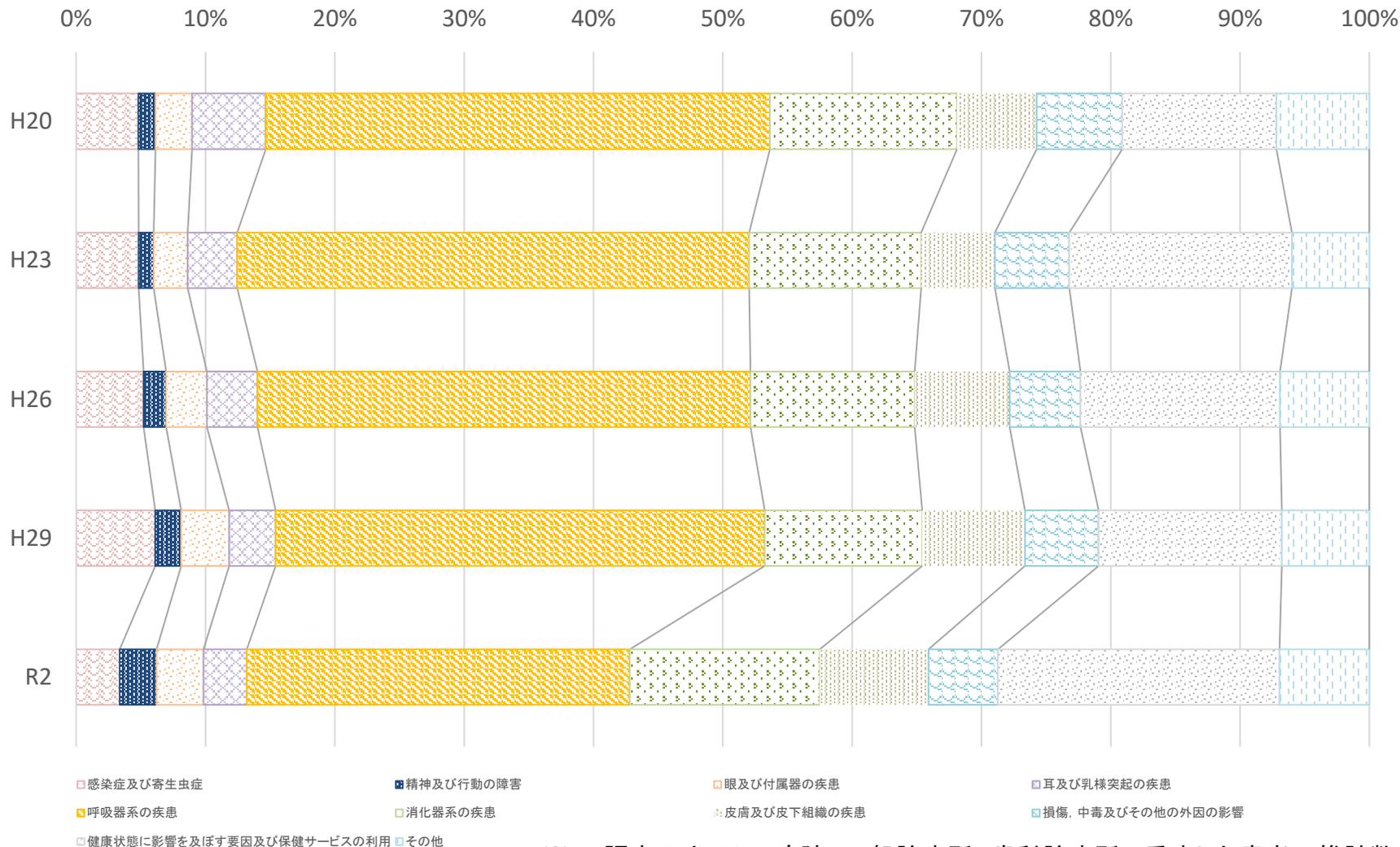


0～14歳における推計患者数※¹の傷病名※²ごとの割合の推移(外来)

中医協 総-2
5. 8. 2

○ 呼吸器系の疾患の割合は40%前後と1番高いが、令和2年には減少した。

0～14歳における推計患者数の傷病名ごとの割合の推移(外来)

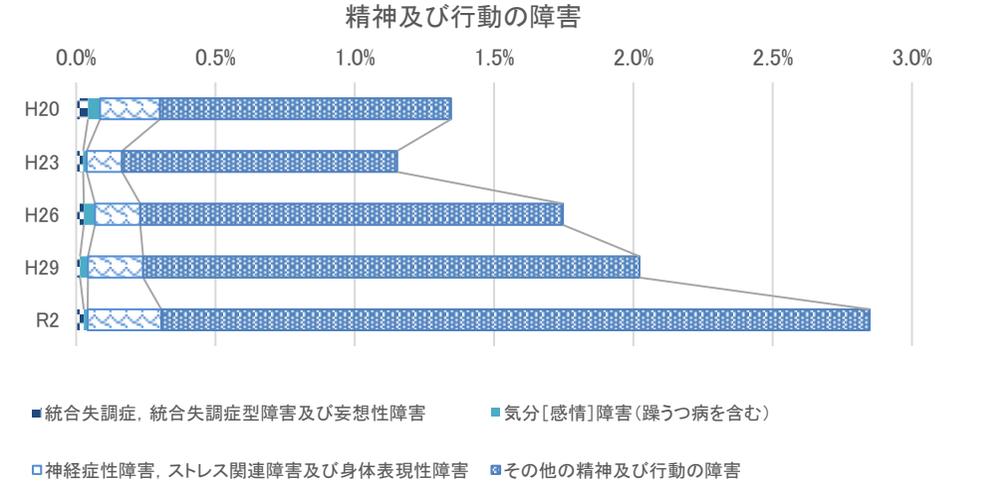
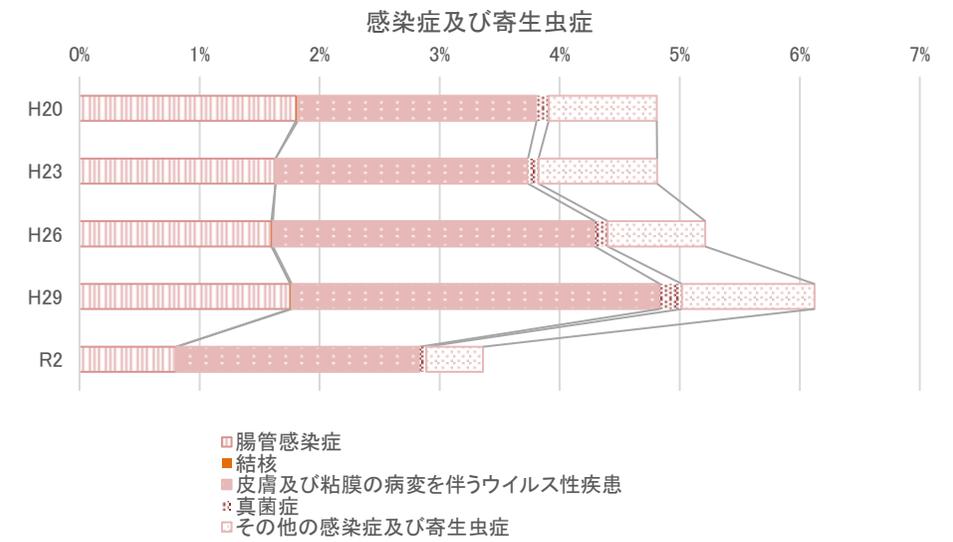
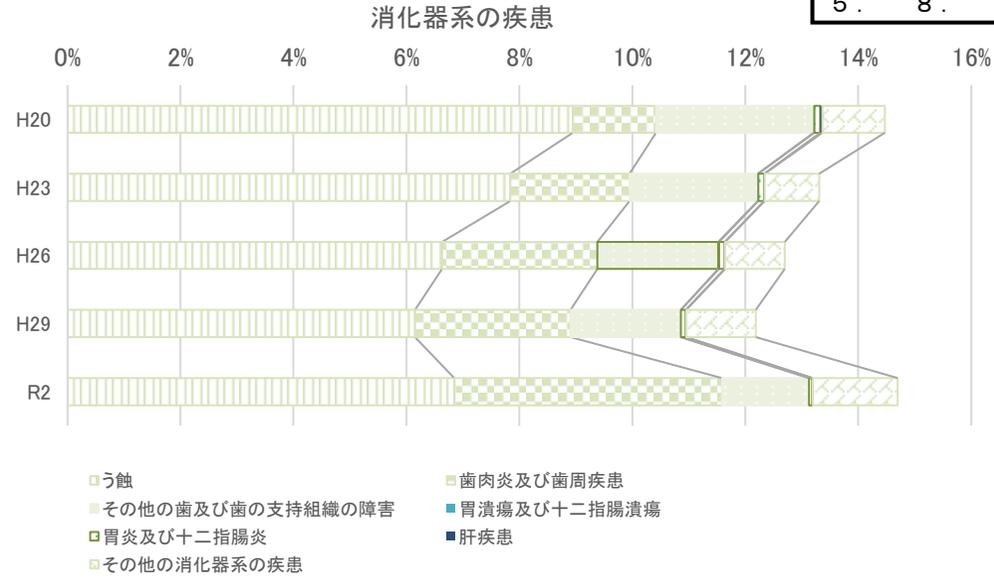
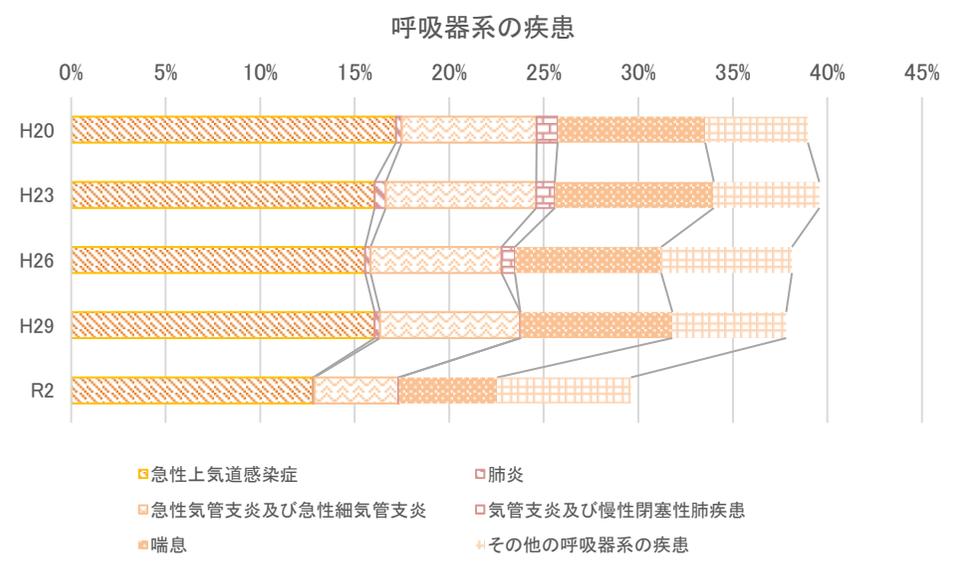


※1 調査日当日に、病院、一般診療所、歯科診療所で受療した患者の推計数である。
 ※2 調査日現在、主として治療または検査をした傷病を疾病大分類ごとに集計した。

0～14歳における推計患者数※1の疾病大分類ごとの割合※2の推移(外来)

○ 精神及び行動の障害において、知的障害を含むその他の精神及び行動の障害が増加している。

中医協 総-2
5. 8. 2



※1 調査日当日に、病院、一般診療所、歯科診療所で受療した患者の推計数である。
 ※2 推計外来患者の総数に対する割合

精神科領域と小児科領域における児童青年期の精神疾患の診療状況

- 児童青年期の精神疾患の治療を専門に実践している精神科領域と小児科領域の医師から、症例を収集した調査において、小児科領域の医師が診ている患者の年齢は、精神科領域の医師が診ている患者よりも有意に若年であるという結果であった。

専門領域別の患者年齢

	精神科領域 (91事案)	小児科領域 (32事案)
平均年齢	11.0(歳)	7.9(歳)
標準偏差	3.6	3.3
最少年齢	2	2
最高年齢	19	15

専門領域別の診断や状態の類型と重症度(重複回答あり)

		精神科領域 (91事案)	小児科 (32事案)
精神疾患	軽症	5(5.5%)	0(0.0%)
	重症	3(3.3%)	0(0.0%)
発達障害	軽症	47(51.6%)	14(43.8%)
	重症	22(24.2%)	18(56.3%)
家庭・社会の問題	軽症	20(22.0%)	16(50.0%)
	重症	8(8.8%)	6(18.8%)

軽症: 精神症状が軽度で、問題が複雑化しておらず、高次医療機関よりも一次医療機関などで診療することが望ましいと考えられる症例を指す。

重症: 精神症状が重度あるいは問題が複雑化しており、高次医療機関や入院施設がある医療機関で診療することが望ましいと考えられる症例を指す。

発達障害者支援に関する行政評価・監視の結果に基づく勧告（概要）

〔勧告日：平成29年1月20日
勧告先：文部科学省、厚生労働省〕

背景

- ◆ 自閉症、アスペルガー症候群、注意欠陥多動性障害（ADHD）、学習障害（LD）などの「発達障害」を持つ児童生徒が乳幼児期から切れ目なく適切な支援が受けられるよう、国、都道府県及び市町村の責務や求められる取組を定めた発達障害者支援法（平成16年法律第167号）が平成17年4月に施行
 - ※ 固有の手帳制度がない発達障害者の正確な数は分かっていないが、推計値としては、文部科学省の調査では、公立の小・中学校の通常学級で学習面又は行動面で著しい困難を示す児童生徒の割合は、平成23年度6.5%（30人学級では1～2人。13年度6.3%）厚生労働省の調査では、医療機関に通院又は入院している自閉症、アスペルガー症候群等の患者の総数は、平成14年度の3.5万人から26年度の19.5万人に増加
 - ◆ 法の施行後、発達障害に対する理解や支援の取組が進展したとの評価がある一方、乳幼児期から在学時、成人期までの各ライフステージを通じた継続的な支援に課題（発見の遅れ、進学過程での支援の途切れなど）があるとの指摘あり
- ⇒ 今回、法の施行から約10年を迎えた機会を捉え、保育所・学校現場を含む都道府県・市町村における発達障害者支援の実態を初めて調査。今後の取組に当たっての課題を整理し、関係省に改善を勧告（平28.8の改正法の運用において本勧告を踏まえた対応が期待）

調査結果（ポイント）

① 発達障害の早期発見

主な調査結果

- 乳幼児健診時や在学中の行動観察において、発達障害が疑われる児童を見逃しているおそれ
- 支援の遅れとなり、二次障害（不登校、暴力行為等）が発生する場合あり

主な勧告

- 乳幼児健診における発達障害が疑われる児童の早期発見に資する有効な措置
- 在学中の行動観察における着眼点等を共通化した標準的なチェックリストの提示

② 適切な支援と情報の引継ぎ

主な調査結果

- 支援計画等の作成対象が限定され、未作成のものあり
- 進学先に情報が引き継がれていないものあり

主な勧告

- 支援計画等の作成対象とすべき児童生徒の考え方の提示
- 支援計画など情報の適切な引継ぎ

③ 専門的医療機関の確保

主な調査結果

- 専門的医療機関が不足（初診待ちが長期化）

主な勧告

- 専門的医療機関確保のための一層の取組

発達障害診断待機解消事業

【事業概要】

地域における発達障害の診断待機を解消するため、「発達障害専門医療機関初診待機解消事業」及び「発達障害専門医療機関ネットワーク構築事業」を実施し、発達障害を早期に診断する体制を確保する。

【実施主体】 都道府県、指定都市（事業の一部について委託可）

【令和4年度予算額】 92,909千円（92,909千円）

発達障害専門医療機関初診待機解消事業

発達障害の診断をする医療機関の行うアセスメント等に関して、次の内容に取り組む。

○アセスメント強化（以下の全部又は一部を実施）

- ・発達障害にかかるアセスメント対応職員の医療機関への配置
- ・地域の児童発達支援センターや発達障害者支援センター等でのアセスメントの実施

（実施内容は診断する医療機関に引き継ぐ）

- ・医療機関にケースワーカー等を配置し、子どもが通う施設（例：市町村の保健センターや保育所等）に出向いて情報提供や行動観察を依頼

○効果測定

アセスメント強化の方法や実施した上での診断待機の改善状況、発見された課題等について有識者を加えて検討し、報告書を作成

発達障害専門医療機関ネットワーク構築事業

発達障害に関して高度な専門性を有する地域の拠点医療機関を選定し、次の内容に取り組む。

○人材育成・実地研修

地域の医療従事者への専門技術に関する研修や診療等への陪席の実施 など

○情報収集・提供

受診希望の当事者や家族に対する診療可能な医療機関の情報提供 など

○ネットワーク構築・運営

地域の医療機関同士の会議体を構成し、意見交換等を実施

○発達障害医療コーディネーターの配置

医療機関やその他関係機関、当事者及びその家族との連絡・調整

両事業を併せて実施することで効率的な事業実施を図る

概要

- 多くの市町村では、3歳児健診(法定健診)以降、就学時健診まで健診がない。乳幼児への切れ目のない母子保健の提供のため、社会性発達の評価、発達障害等のスクリーニング、健康増進を目的とした、**5歳児健診の標準化・体制整備が必要**。(4~6歳児健診について、公費負担を実施している自治体は15%(令和3年度母子保健課調べ))
- 特別な配慮が必要な児に対して**早期介入を実施**することで、**保護者の課題への気づきや生活への適応が向上**する可能性が指摘されており、**5歳児健診により学童期の不登校発生数が減少**したという研究結果もある。
- 5歳児健診において所見が認められた場合に、**必要な支援につなげる地域のフォローアップ体制が重要**。

5歳児健診

今年度、研究班で健康診査票・問診票を作成し、関係団体に意見照会中。今後、成育医療等分科会で議論。

問診・診察・評価

- ・ 情報集約(過去の健診結果、家庭環境、保育所情報等)
- ・ 発達等の評価
- ・ 困り感の把握
- ・ 保護者への説明 等

【健診に関わる職種の例】
小児科医師、保健師、心理職、保育士、教育職、作業療法士・運動指導士 等

専門相談

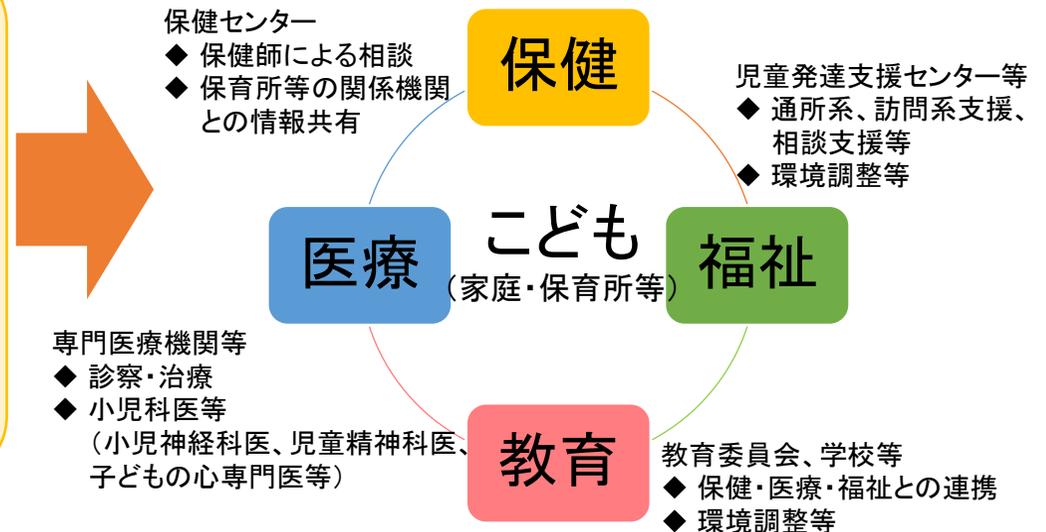
- 保護者との共有**
- ・ 健診後の不安の傾聴
 - ・ 保護者の気づきを促す
 - ・ 多職種による助言

健診後カンファレンス

- 多職種による評価、支援の必要性の検討**

地域のフォローアップ体制

地域のリソースを使った支援体制(受け皿)を構築



地域のフォローアップ体制に係る課題

- **医療のキャパシティ強化** ⇒ 発達障害の診察ができる医師の養成、医療機関の体制強化。診療報酬についても別途検討
- **福祉との連携強化** ⇒ 児童発達支援センターと母子保健の連携強化、福祉の支援体制強化(障害報酬を含む)
- **教育との連携強化** ⇒ 保育園、幼稚園、学校等、教育委員会等との情報共有、保健・医療・福祉と連携した個別の支援・配慮

- 日本全国で発達障害診療に従事する小児科医、小児神経科医、児童精神科医を対象にした、2019年のアンケート調査では、発達障害児者の初診待機期間は平均2.6か月（0～54か月）であった。
- 報告書の中では、待機期間短縮のための手段として、①初診対象者の選択や②診療時間・診療継続時間の適正化、③コメディカルスタッフの関与、④相談機関・介入機関との連携等が挙げられた。

■ 発達障害に対する専門的な診療を行う医療機関における発達障害児者の初診待機期間

	平均	最小	最大
令和元年	2.6か月	0か月	54か月

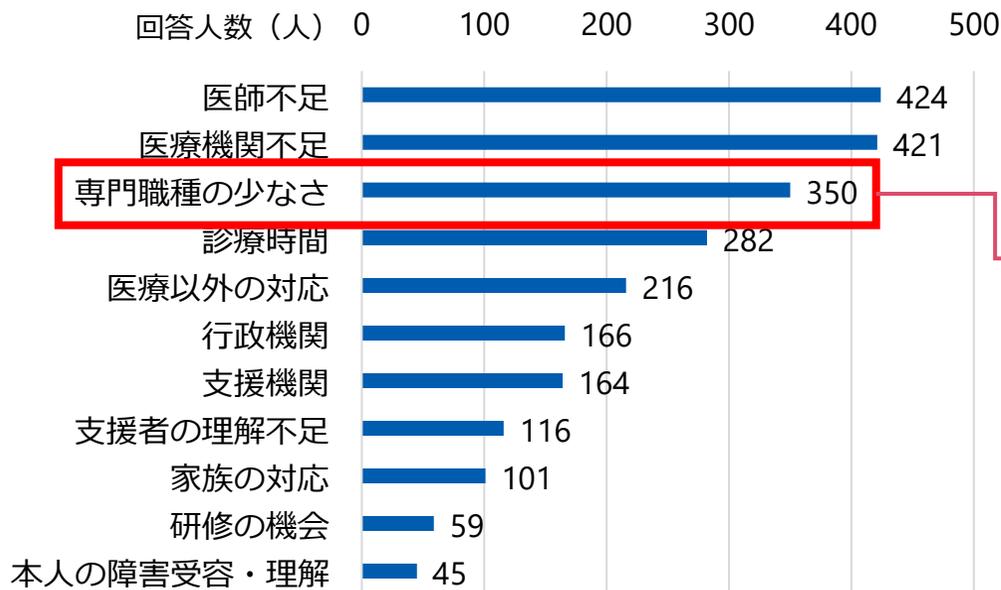
■ 各医療機関における初診待機を短縮するための工夫

- ① 初診対象者の選択（緊急枠設定、トリアージ対応）
- ② 診療時間・診療継続期間の適正化
- ③ コメディカルスタッフの関与
- ④ 相談機関・介入機関との連携
- ⑤ かかりつけ医との関係構築
- ⑥ 予約法の検討
- ⑦ 診療医師の診断・治療力の向上

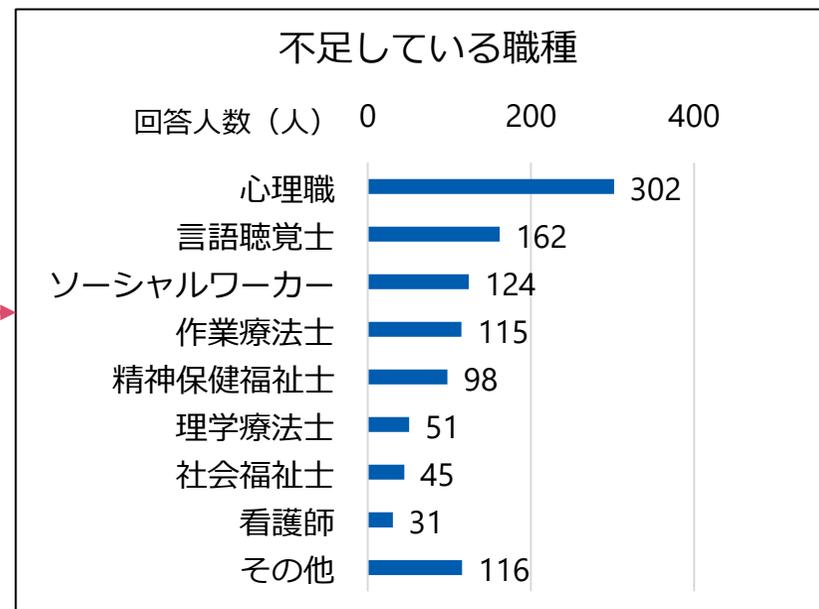
- 待機短縮化を阻止している要因として、医療機関不足、医師不足のほか、児童思春期精神医療に知見を有する専門職種の少なさがあげられた。
- 特に不足している職種は、心理職であると考えている医師が多かった。

■ 初診待機期間が短縮されない理由

待機短縮化を阻止している要因



不足している職種



児童精神科における診療時間と職員配置

- 一人あたりの診療には、児及び養育者との面接、2時間以上の検査、医師の診察、他機関との調整など、多くの手間と時間を要している。
- 医師一人当たりの初診人数が多い医療機関では、多職種がそれぞれの専門性を発揮しつつ、協力して、可能な限り多くの診療に繋げている実態がある。
- 常勤医師が1人であっても、16歳未満の患者を多く診療している医療機関においては、外来に、看護師、精神保健福祉士、公認心理師等の多職種が多く配置されている。

■ 医療機関における初診及び再診の流れ

※医師数あたりの初診人数が多い医療機関に対するヒアリング結果

初診		
予診	児と養育者から各約30分ずつ聴取 ※児に対しては、一緒に遊びつつ、徐々に聞き取りを行う	看護師 PSW 公認心理師
心理検査	各1～2時間程度の検査（2種類以上） 検査結果についてレポート作成 方針のカンファレンス（約30分）	公認心理師
診察	全体のフィードバック	医師
診察後の対応	教育機関や行政機関等にフィードバック ※診療時間外に対面や電話で説明 ※必要に応じて会議を開催	医師 看護師 PSW 公認心理師

再診	
医師の診察（約5～30分） 公認心理師のプレイセラピー及びカウンセリング（約40分） 保護者のみに対する面接（児の診察とは別に月1回程度）	全職員

■ 常勤医師が1人の医療機関における

多職種の配置状況

	多職種（常勤）配置状況			1ヶ月間に診療した16歳未満の患者数
	看護師	PSW	公認心理師	
総医療機関（n=19）	0.94人	1.05人	1.21人	236.3人
平均値以上の患者数を診療した医療機関（n=9）	1.53人	1.22人	1.89人	419.1人

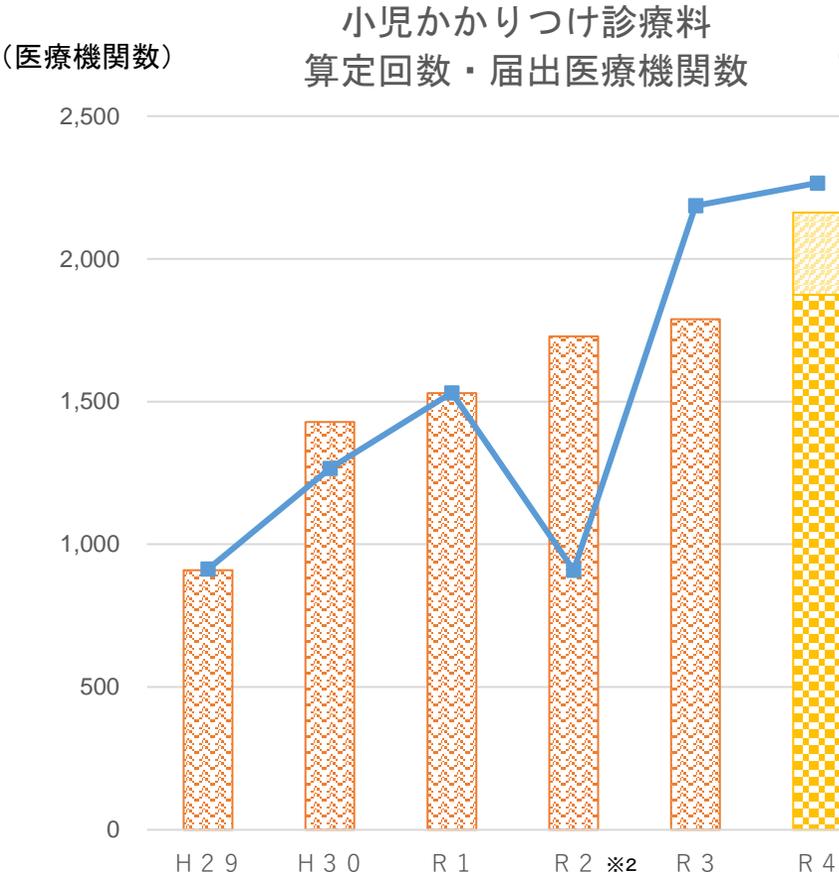
※非常勤職員についても、常勤に対する調査と同様に、診療数が平均値以上の医療機関で多く配置されていた

小児科の外来診療の評価について

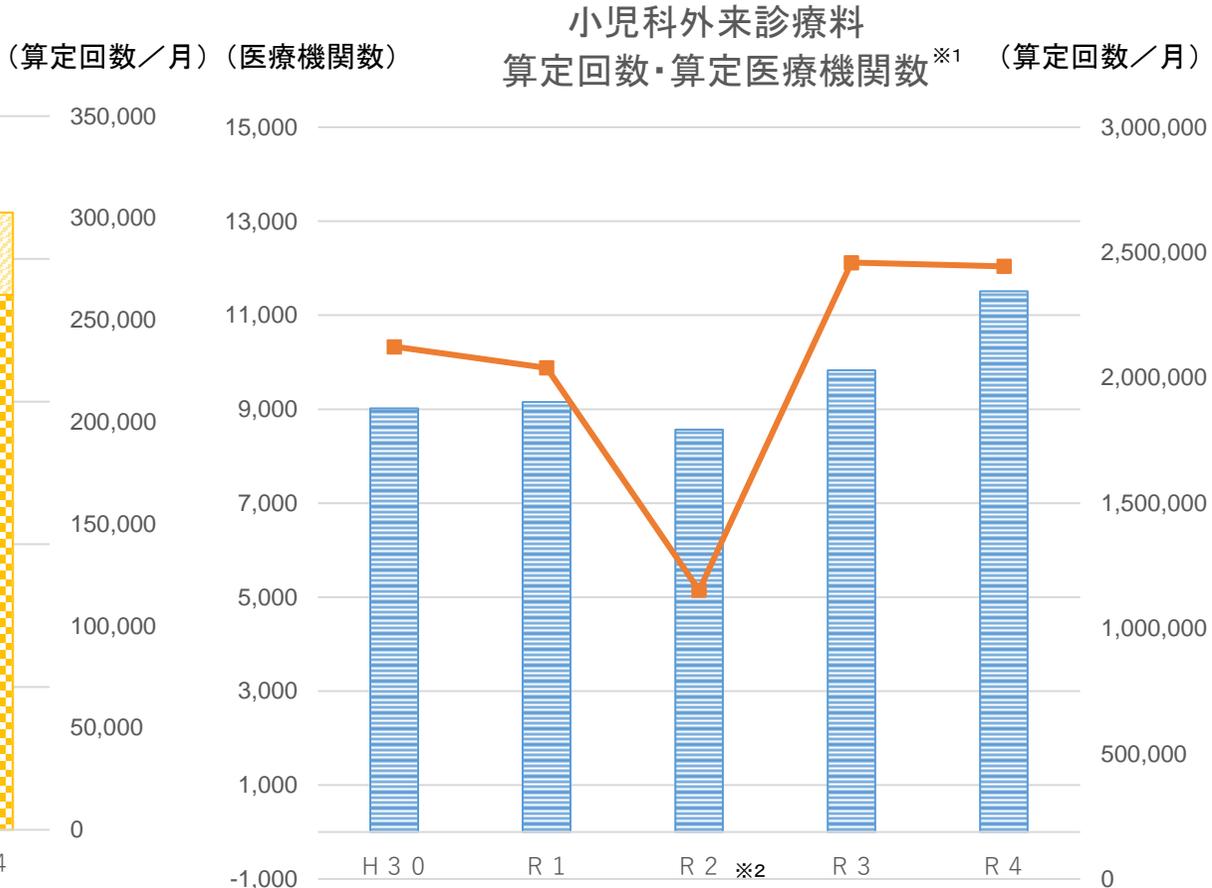
	小児科外来診療料	小児かかりつけ診療料1	小児かかりつけ診療料2
点数	(1日につき) 1. 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合 初診時:599点、再診時:406点 2. 1. 以外の場合 初診時:716点、再診時:524点	(1日につき) 1. 処方箋を交付する場合 初診時:641点、再診時:448点 2. 処方箋を交付しない場合 初診時:758点、再診時:566点	(1日につき) 1. 処方箋を交付する場合 初診時:630点、再診時:437点 2. 処方箋を交付しない場合 初診時:747点、再診時:555点
包括範囲	下記以外は包括とする。 ・小児抗菌薬適正使用支援加算・機能強化加算 ・初診料、再診料及び外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算・地域連携小児夜間・休日診療料・夜間休日救急搬送医学管理料・診療情報提供料(Ⅱ)(Ⅲ)・院内トリアージ実施料・往診料	下記以外は包括とする。 ・小児抗菌薬適正使用支援加算・機能強化加算 ・初診料、再診料及び外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算・地域連携小児夜間・休日診療料・夜間休日救急搬送医学管理料・診療情報提供料(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)・電子的診療情報評価料・院内トリアージ実施料・往診料	
対象疾患	・入院中の患者以外の患者(6歳未満の乳幼児に限る)。(小児かかりつけ診療料を算定している患者、在宅療養指導管理料を算定している患者及びバリビズマブを投与している患者(投与当日に限る。))については、算定対象とならない。	・当該保険医療機関を4回以上受診した未就学児(6歳以上の患者にあっては、6歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る)の患者であって入院中の患者以外のもの。	
算定要件	・施設基準を満たす保険医療機関における入院中の患者以外の患者であって、6歳未満の全てのものを対象とする。また、対象患者に対する診療報酬の請求については、原則として小児科外来診療料により行うものとする。等	・原則として1人の患者につき1か所の保険医療機関が算定する。 ・必要に応じた医療機関への紹介、乳幼児期に頻繁にみられる慢性疾患の指導、保護者からの健康相談への対応、予防接種の管理・指導等を行う。	等
施設基準	小児科を標榜している 医療機関であること。	① 小児科を標榜している 医療機関であること。 ② 小児科又は小児外科を専任する常勤の医師が1名以上配置されていること。 ③ ②の医師について、以下の要件のうち2つ以上に該当すること。 a. 市町村を実施主体とする乳幼児の健康診査を実施 b. 定期予防接種を実施 c. 過去1年間に15歳未満の超重症児又は準超重症児に対して在宅医療を提供 d. 幼稚園の園医又は保育所の嘱託医又は小学校若しくは中学校の学校医に就任	
施設基準(時間外要件)		時間外対応加算1又は2の届出を行っている保険医療機関であること。	次のいずれかを満たしていること。 ア 時間外対応加算3に係る届出を行っていること。 イ 在宅医当番医制等により、初期小児救急医療に参加し、休日又は夜間の診療を年6回以上の頻度で行っていること。

小児かかりつけ診療料・小児科外来診療料の算定・届出状況

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



- 小児かかりつけ診療料 届出医療機関数
- 小児かかりつけ診療料2 届出医療機関数
- 小児かかりつけ診療料1 届出医療機関数
- 小児かかりつけ診療料 算定回数



- 算定医療機関数
- 算定回数

出典：
 (届出医療機関数) 各年7月1日時点の主な施設基準の届出状況
 (算定回数) 社会医療診療行為別統計(各年6月審査分)
 ※1 小児科外来診療料の算定医療機関数はNDBより保険局医療課にて集計。
 ※2 R2年度改定にて、対象年齢を3歳未満から6歳未満に拡大した

小児特定疾患カウンセリング料の概要

B001-4 小児特定疾患カウンセリング料(1日につき)

イ 医師による場合

(1) 月の1回目 500点

(2) 月の2回目 400点

ロ 公認心理師による場合 200点

注 別に厚生労働大臣が定める基準を満たす小児科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、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に基づき公認心理師が、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同一月内に1回以上行った場合に、**2年を限度として月2回に限り算定する**。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号I002に掲げる通院・在宅精神療法又は区分番号I004に掲げる心身医学療法を算定している患者については算定しない。

- (1)「イ」については、乳幼児期及び学童期における特定の疾患を有する患者及びその家族に対して日常生活の環境等を十分勘案した上で、小児科(小児外科を含む。以下この部において同じ。)又は心療内科の医師が一定の治療計画に基づいて療養上必要なカウンセリングを行った場合に算定する。
- (2)「ロ」については、乳幼児期及び学童期における特定の疾患を有する患者及びその家族等に対して、日常生活の環境等を十分勘案した上で、当該患者の診療を担当する小児科又は心療内科の医師の指示の下、公認心理師が当該医師による治療計画に基づいて療養上必要なカウンセリングを20分以上行った場合に算定する。なお、一連のカウンセリングの初回は当該医師が行うものとし、継続的にカウンセリングを行う必要があると認められる場合においても、3月に1回程度、医師がカウンセリングを行うこと。
- (3) カウンセリングを患者の家族等に対して行った場合は、患者を伴った場合に限り算定する。

(4) 小児特定疾患カウンセリング料の対象となる患者は、次に掲げる患者である。

ア 気分障害の患者

イ 神経症性障害の患者

ウ ストレス関連障害の患者

エ 身体表現性障害(小児心身症を含む。また、喘息や周期性嘔吐症等の状態が心身症と判断される場合は対象となる。)の患者

オ 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群(摂食障害を含む。)の患者

カ 心理的発達の障害(自閉症を含む。)の患者

キ 小児期又は青年期に通常発症する行動及び情緒の障害(多動性障害を含む。)の患者

(5) 小児特定疾患カウンセリング料の対象となる患者には、登校拒否の者及び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を含むものであること。

(6) 小児特定疾患カウンセリング料は、同一暦月において第1回目及び第2回目のカウンセリングを行った日に算定する。

(7)「ロ」を算定する場合、公認心理師は、当該疾病の原因と考えられる要素、治療計画及び指導内容の要点等についてカウンセリングに係る概要を作成し、指示を行った医師に報告する。当該医師は、公認心理師が作成した概要の写しを診療録に添付する。

(8) 小児特定疾患カウンセリング料を算定する場合には、同一患者に対し第1回目のカウンセリングを行った年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

(9) 電話によるカウンセリングは、本カウンセリングの対象とはならない。

(10) 平成31年4月1日から当分の間、以下のいずれかの要件に該当する者を公認心理師とみなす。

ア 平成31年3月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者 イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

発達障害に対する支援の充実

小児特定疾患カウンセリング料の見直し

- 発達障害等、児童思春期の精神疾患の支援を充実する観点から、小児特定疾患カウンセリング料について公認心理師が実施する場合の評価を新設する。

現行	
【小児特定疾患カウンセリング料】	
イ 月の1回目	500点
ロ 月の2回目	400点



改定後	
【小児特定疾患カウンセリング料】	
イ <u>医師による場合</u>	
(1) 月の1回目	500点
(2) 月の2回目	400点
ロ <u>公認心理師による場合</u>	200点

[公認心理師による場合の算定要件]

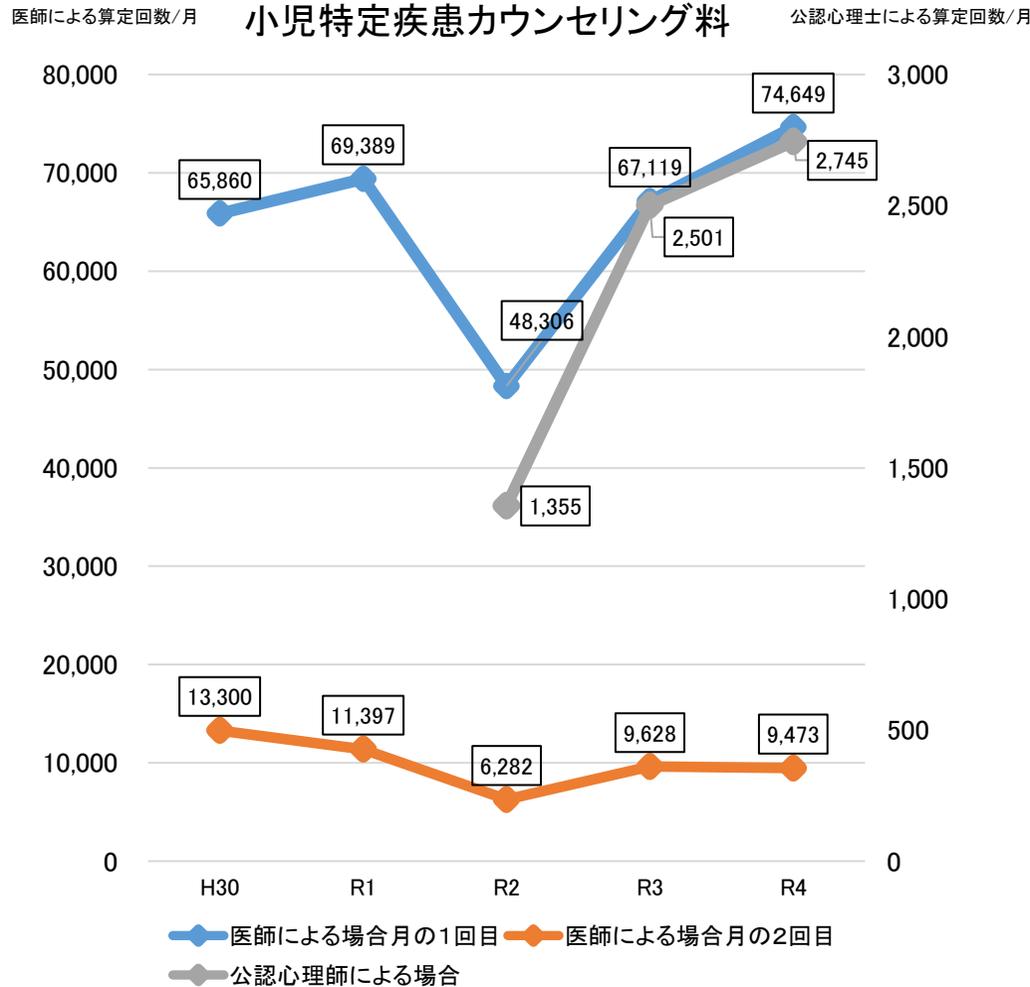
- (1) 一連のカウンセリングの初回は医師が行うものとする。
- (2) 医師の指示の下、公認心理師が当該医師による治療計画に基づいて療養上必要なカウンセリングを 20分以上行った場合に算定できる。
- (3) 継続的にカウンセリングを行う必要があると認められる場合においても、3月に1回程度、医師がカウンセリングを行うものとする。



- 被虐待児等の診療機会を確保する観点から、小児特定疾患カウンセリング料について、対象に被虐待児を含むことを明確化する。

小児特定疾患カウンセリング料の算定状況と主傷病名順位

- 医師による場合の月の1回目や公認心理師による場合について、算定回数は増加傾向である。
- 算定された児の主傷病名は、自閉症スペクトラム症と注意欠陥多動障害の割合が高い。



主傷病名順位

順位※1	主傷病名※2	患者数 (n=8136)
1	自閉症スペクトラム障害	1,443
2	注意欠陥多動障害	1,026
3	気管支喘息	871
4	発達障害	458
5	夜尿症	446
6	自閉症	275
7	不登校	174
8	言語発達遅滞	172
9	広汎性発達障害	161

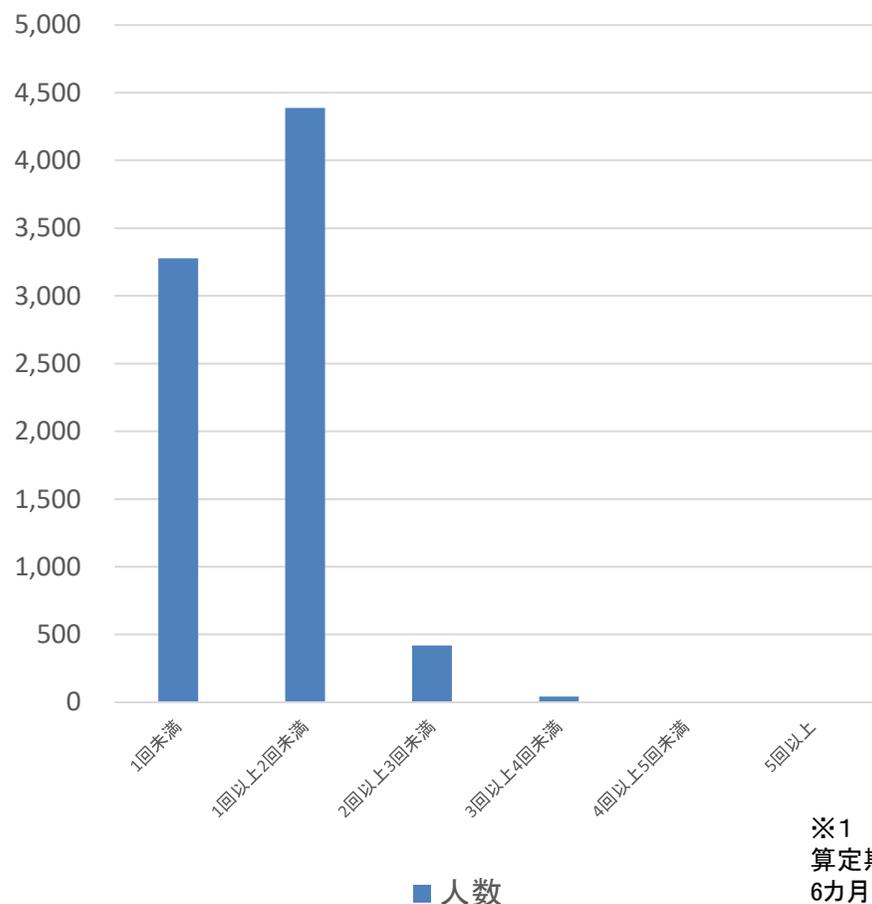
※1 未コード化傷病名は除いている

※2 2019年4月に初診で受診し、小児特定疾患カウンセリング料を算定した患者の初診時の主傷病名を集計した。

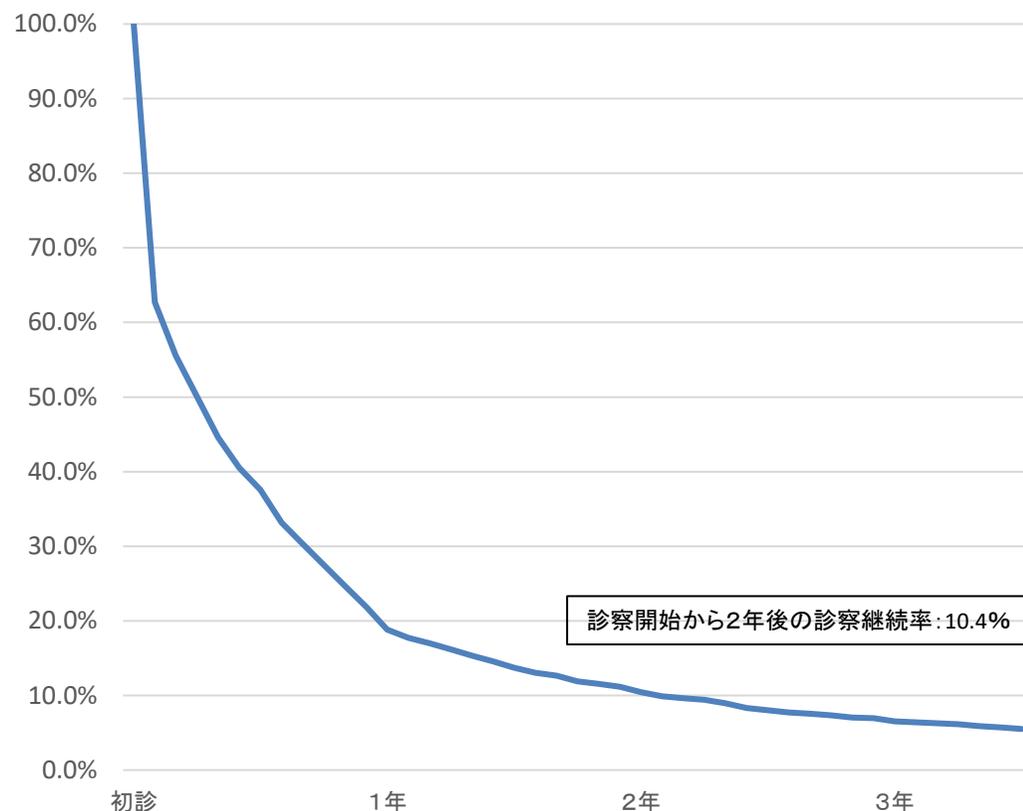
小児特定疾患カウンセリング料を算定された児の受診頻度と診療継続率

- 小児特定疾患カウンセリング料を算定した医療機関を、月3回以上受診している患者が一定数いる。
- 10%程度の患者が、算定期限である2年を超えても、小児特定疾患カウンセリング料を算定した医療機関で受診を続けている。

1か月あたりの平均回数
(右のグラフで追跡した患者が対象)



診療継続率※1



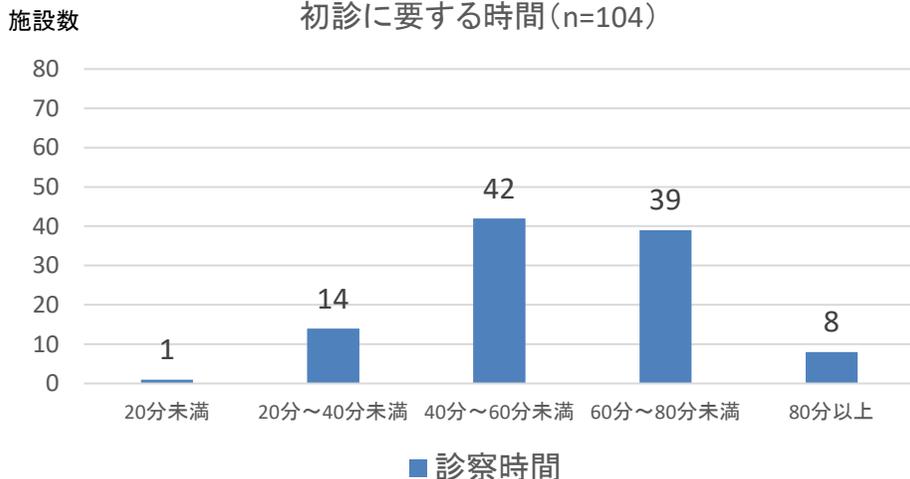
※1 2019年4月に初診で受診し、小児特定疾患カウンセリング料を算定した患者(8,136人)を追跡した。算定期間が初診から2年であるため、2年目以降は同一医療機関で再診料を算定しているかを追跡した。6カ月以上算定されない期間があった場合に「終診」と判断した。

小児科における心身症及び神経発達症に対する診察時の所要時間

- 初診には60分から80分かけると回答する施設が一定程度ある。
- 再診と比較して、初診に要する時間が長い施設が多い。

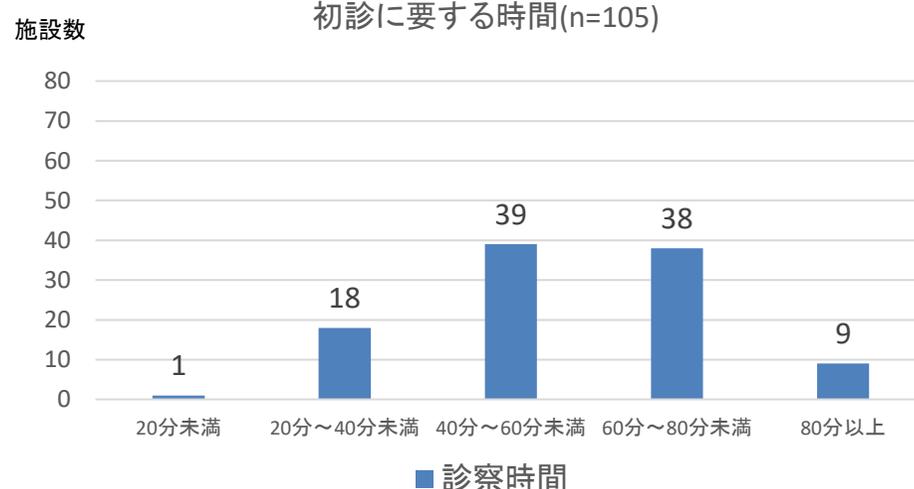
心身症

初診に要する時間(n=104)

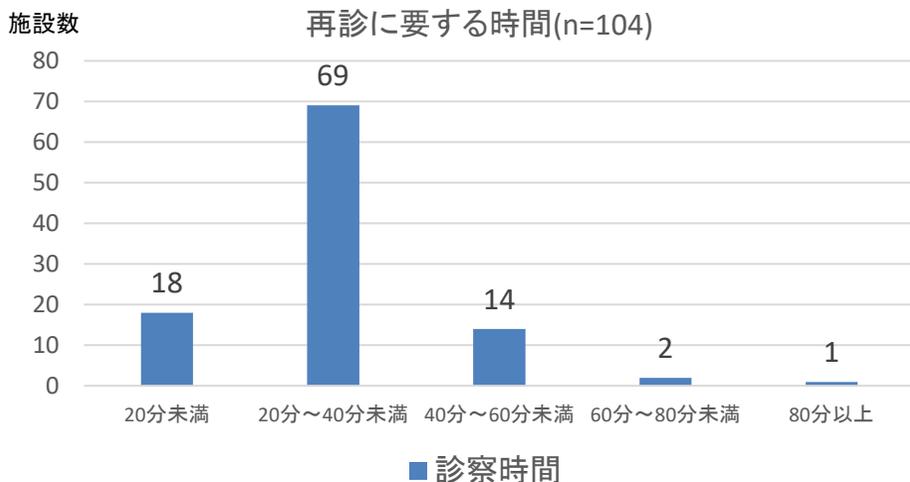


神経発達症

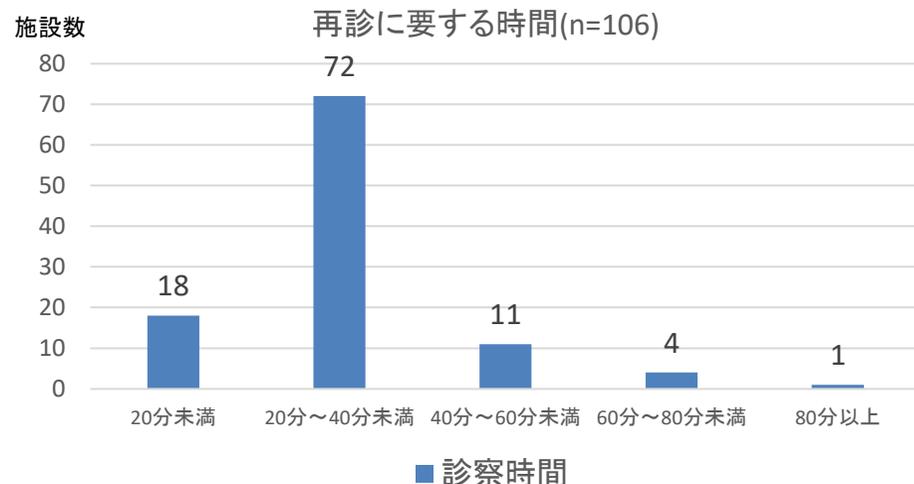
初診に要する時間(n=105)



再診に要する時間(n=104)



再診に要する時間(n=106)



出典: 日本小児心身医学会・日本小児精神神経学会

児童精神を診察する小児科医師を対象に心身症、神経発達症を診察する場合の診察時間を調査

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 小児入院医療について

1-3 小児高度急性期医療について

1-4 医療的ケア児について

1-5 小児医療における精神領域について

1-5-1 小児科外来における対応について

1-5-2 不適切な養育への対応について

2.周産期医療について

2-1 ハイリスク妊婦について

2-2 出産費用の見える化等について

児童虐待対応件数の現状

○ 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。

児童相談所における虐待相談対応件数とその推移

○ 令和4年度中に、全国**232**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**219,170**件(速報値)で、過去最多。

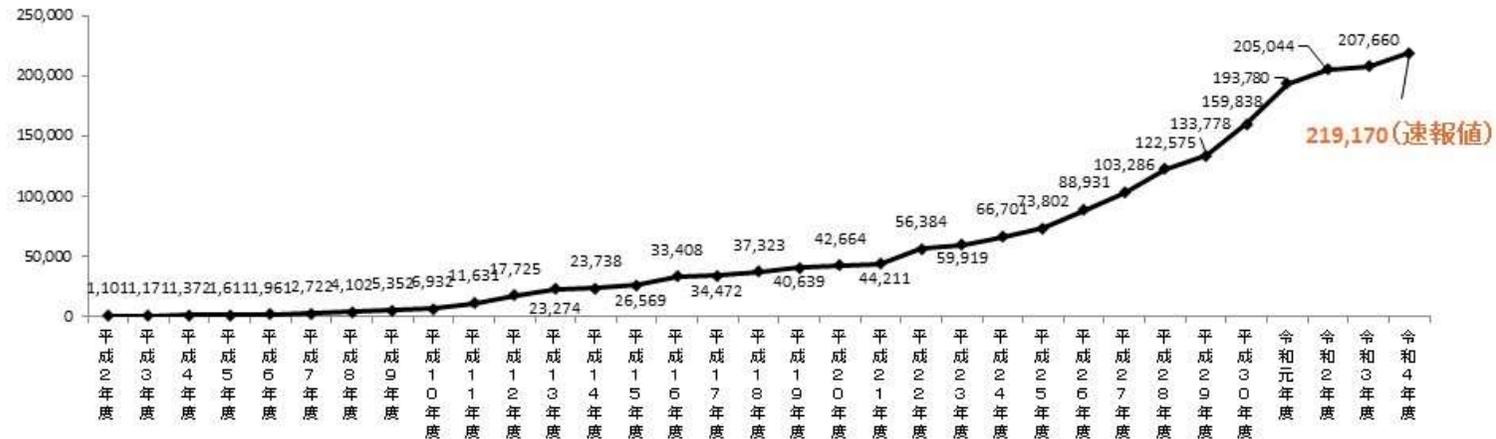
- ※ 対前年度比+5.5%(11,510件の増加)(令和3年度:対前年度比+1.3%(2,616件の増加))
- ※ 相談対応件数とは、令和4年度中に児童相談所が相談を受け、援助方針会議の結果により指導や措置等を行った件数。

【主な傾向】

- ・ 心理的虐待に係る相談対応件数の増加(令和3年度:124,724件→令和4年度:129,484件(+4,760件))
- ・ 警察等からの通告の増加(令和3年度:103,104件→令和4年度:112,965(+9,861件))

〈令和3年度と比して児童虐待相談対応件数が増加した自治体への聞き取り〉

- ・ 関係機関の児童虐待防止に対する意識や感度が高まり、関係機関からの通告が増えている。



(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。

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	令和3年度	令和4年度(速報値)
件数	59,919	66,701	73,802	88,931	103,286	122,575	133,778	159,838	193,780	205,044	207,660	219,170
対前年度比	+6.3%	+11.3%	+10.6%	+20.5%	+16.1%	+18.7%	+9.1%	+19.5%	+21.2%	+5.8%	+1.3%	+5.5%

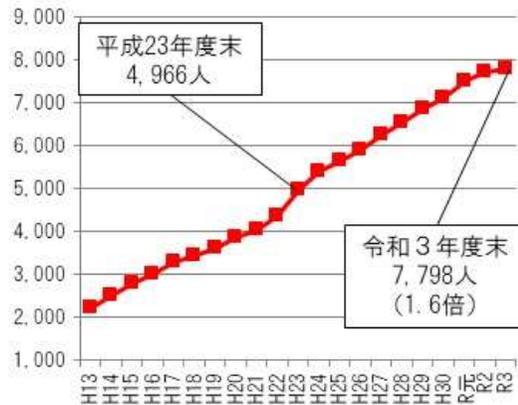
要保護児童数（里親等・施設別）の推移

○ 過去10年で、里親等委託児童数は約1.6倍、児童養護施設の入所児童数は約2割減、乳児院が約2割減となっている。

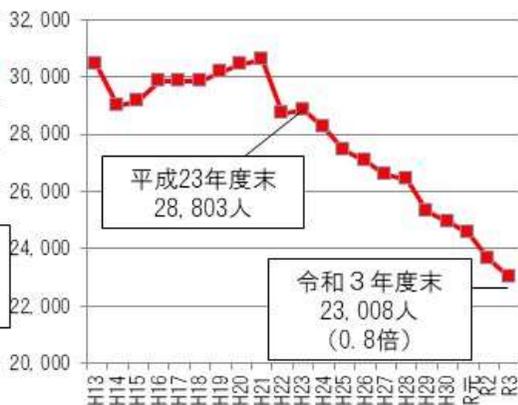
○要保護児童数（里親等・施設別）の推移

過去10年で、里親等委託児童数は約1.6倍、児童養護施設の入所児童数は約2割減、乳児院が約2割減となっている。

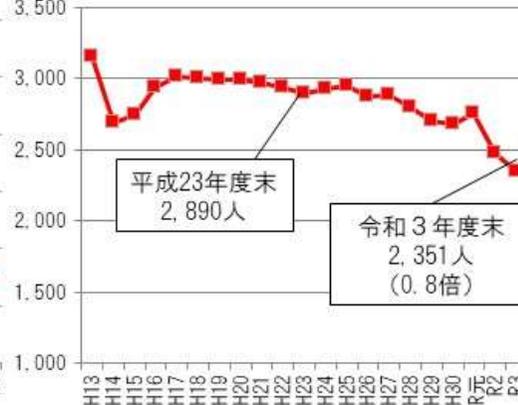
○ 里親・ファミリーホームへの委託児童数



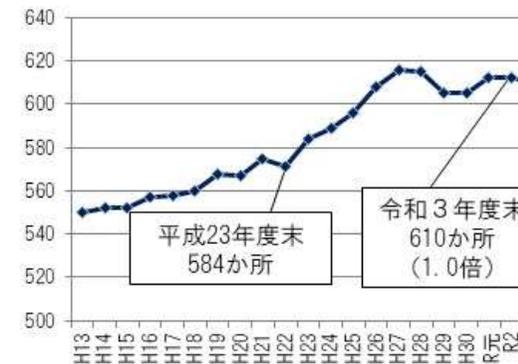
○ 児童養護施設の入所児童数



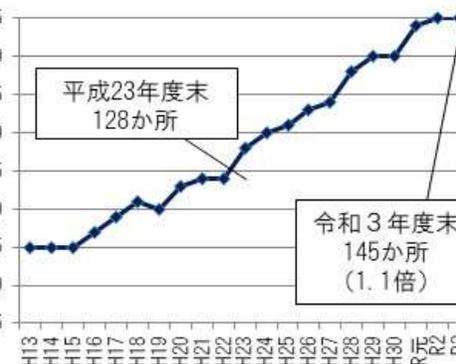
○ 乳児院の入所児童数



○ 児童養護施設の設置数



○ 乳児院の設置数



(注) 各年度3月末日現在 (福祉行政報告例)

不適切な養育等が疑われる小児患者に対する支援体制の評価

- 不適切な養育等が疑われる児童の早期発見や、福祉・保健・警察・司法・教育等の関係機関の適切な連携を推進する観点から、多職種で構成される専任のチームを設置して連携体制を整備している場合について、新たな評価を行う。

小児入院医療管理料 1～5

(新) 養育支援体制加算 300点 (入院初日)

[対象患者]

- ・ **小児入院医療管理料を算定する病棟に入院している患者。**

[算定要件]

- ・ 当該病棟に入院している患者について、入院初日に限り加算する。

[施設基準の概要]

- (1) 以下から構成される虐待等不適切な養育が疑われる小児患者への支援を行う

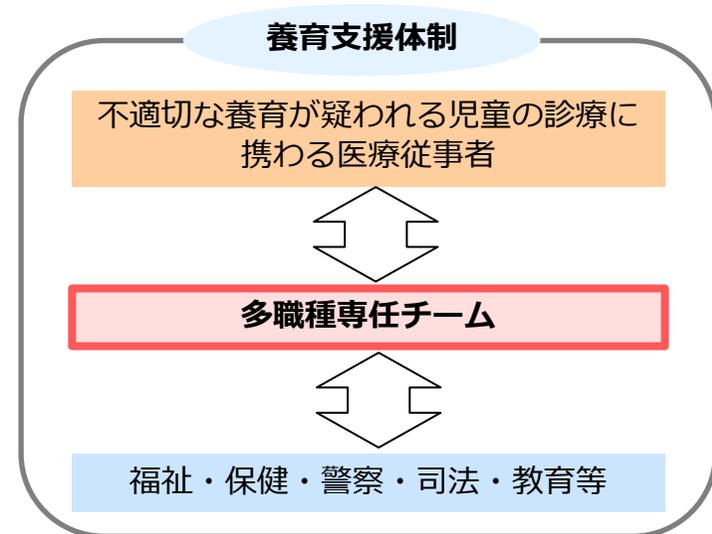
養育支援チームが設置されていること

- ア 小児医療に関する十分な経験を有する専任の常勤医師
- イ 小児患者の看護に従事する専任の常勤看護師
- ウ 小児患者の支援に係る経験を有する専任の常勤社会福祉士

- (2) 養育支援チームの業務

- ア 養育支援に関する**プロトコルの整備**及び定期的な**プロトコルの見直し**。
- イ 虐待等不適切な養育が疑われる小児患者が発見された場合に、**院内からの相談に対応**。
- ウ **主治医及び多職種と十分な連携をとって養育支援を行う**。
- エ 虐待等不適切な養育が疑われた**症例を把握・分析**し、養育支援の体制確保のために**必要な対策を推進**。
- オ 養育支援体制を確保するための**職員研修を企画・実施**すること。当該研修は養育支援の基本方針について職員に周知徹底を図ることを目的とするものであり、年2回程度実施されていること。

- (3) (2)のイ及びウの業務を実施する医師は、虐待等不適切な養育が疑われる小児患者の診療を担当する医師と重複がないよう配置を工夫すること。



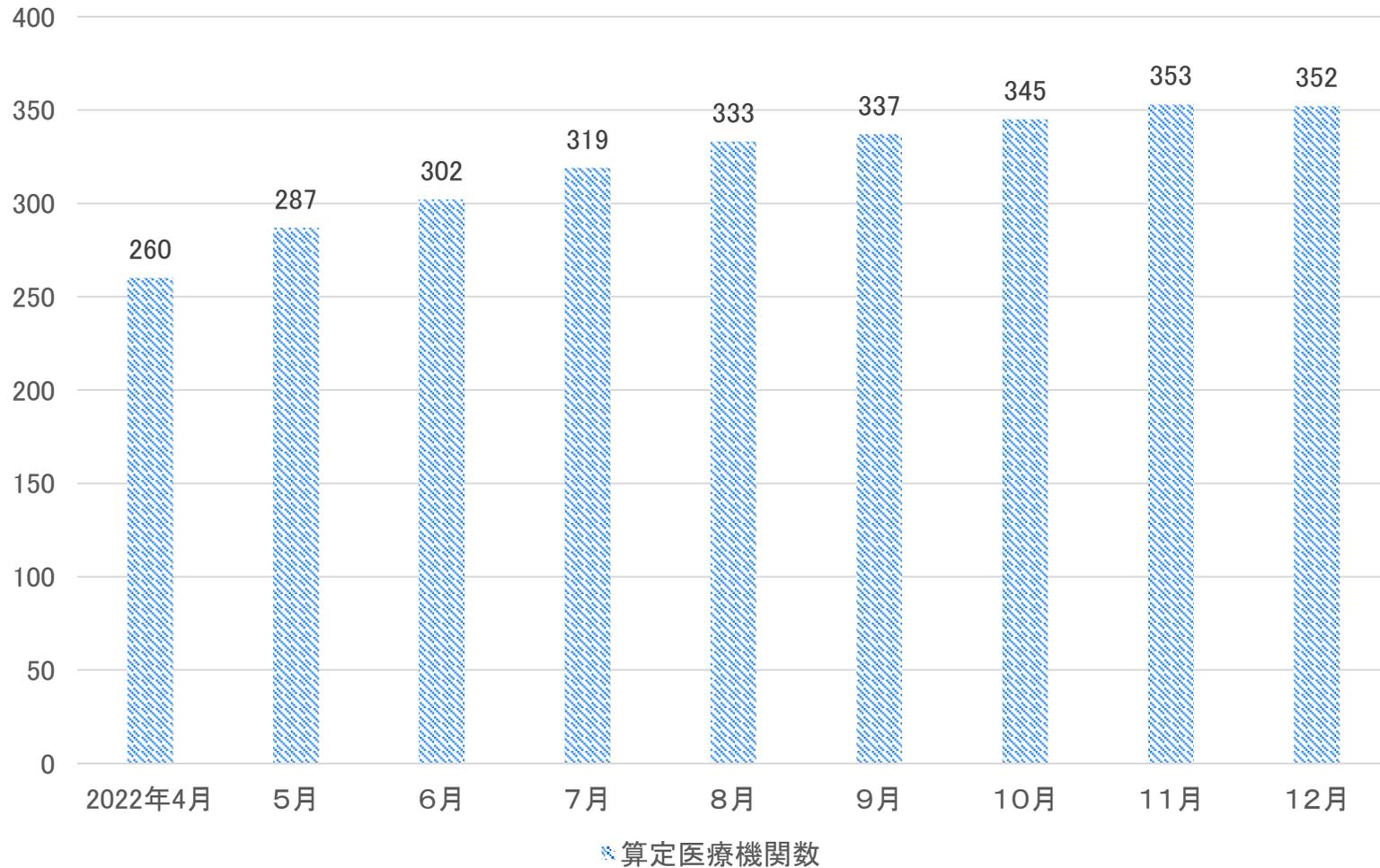
養育支援体制加算の算定状況

中医協 総-2

5. 8. 2

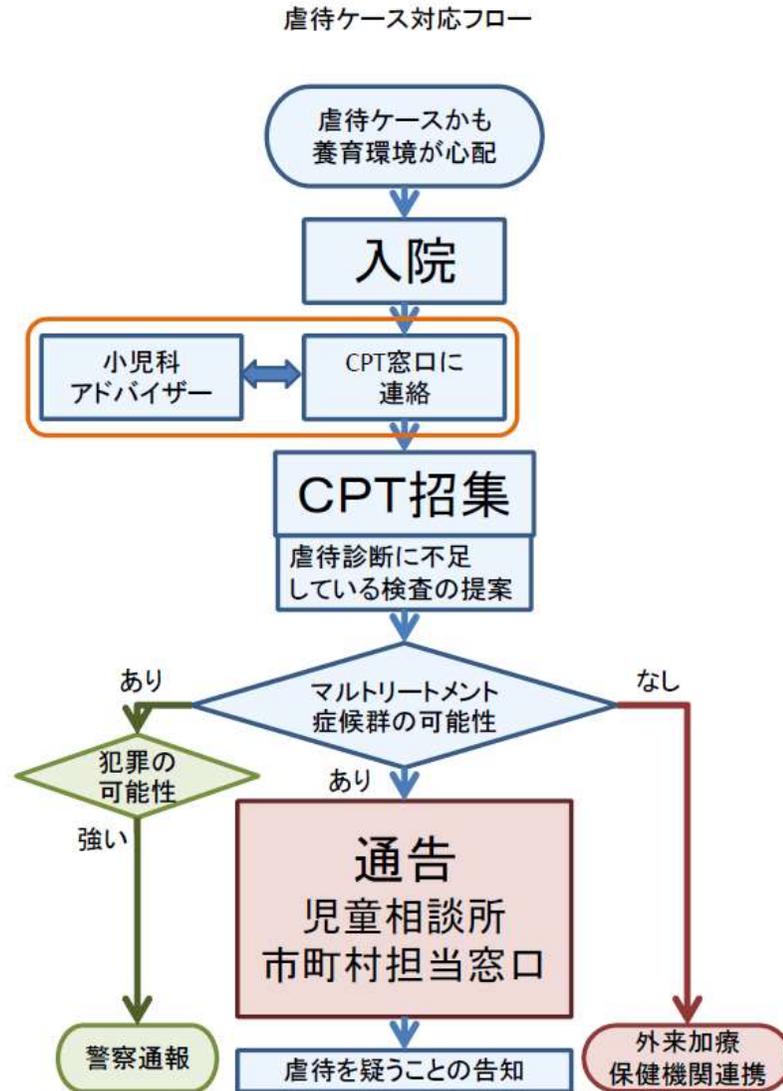
- 養育支援体制加算の算定状況は以下の通り。
- 算定医療機関は増加している。

養育支援体制加算の算定医療機関



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・精神的発達に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

- 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）

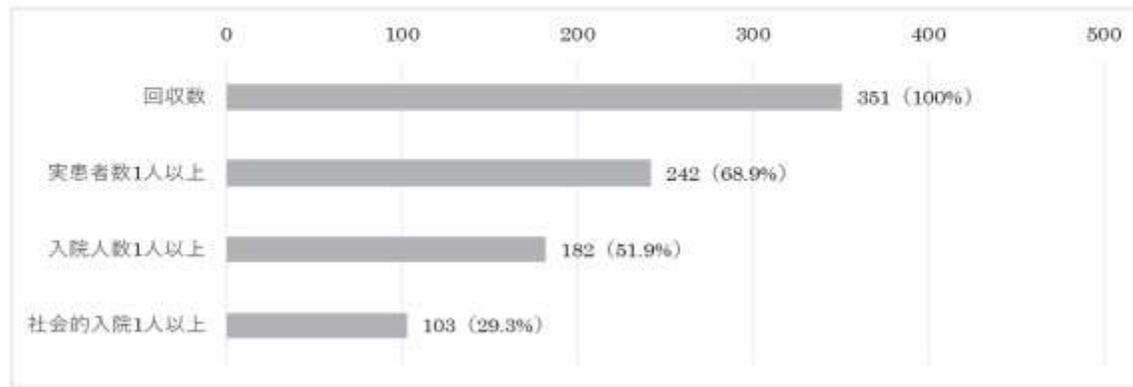


表13 虐待対応組織の設置（単一回答）

	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

【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。

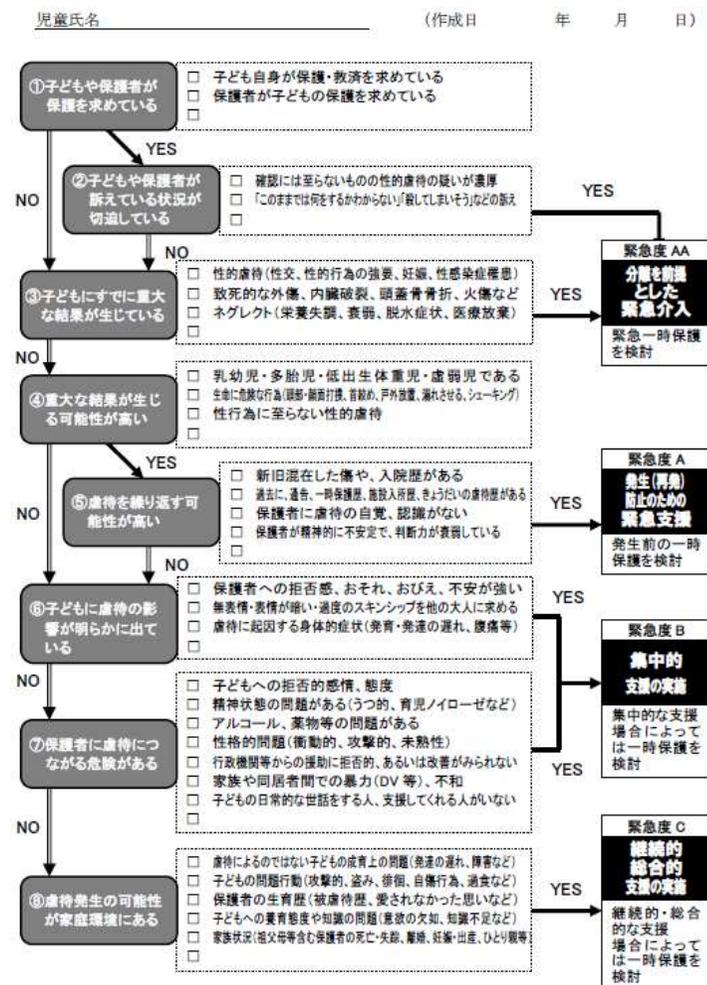
【児童相談所・関係機関への通告】

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。

虐待が小児に与える影響と虐待への対応にかかる研修

○ 虐待が小児に与える影響について以下のような報告がある。

- ・ 心理的虐待は、PTSD※¹の重症度と関連性が強い。 ※¹ Post Traumatic Stress Disorder(心的外傷後ストレス障害)
- ・ 身体的虐待、心理的虐待や育児放棄を受けたことと、その児のうつ病、薬物使用、自殺企図等の発生は関連性が強い。

出典

上 : Sophie A. Rameckers et al. The impact of childhood maltreatment on the severity of childhood-related posttraumatic stress disorder in adults. Child Abuse & Neglect Volume 120. October 2021, 105208

下 : Rosana E Norman et al. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. PLoS Med. 2012;9(11)

○ 虐待への対応にかかる研修について

BEAMS研修: 医療機関向けの虐待対応プログラム

Stage1:すべての医療関係者向け

- ・ 虐待の早期発見と通告の意義を理解し、医療機関での見張り番として適切な行動がとれるようになることが目標。

Stage2: CPTメンバー・小児科医向け

- ・ 被虐待児の安全を担保し地域へ繋げ、医学診断をネットワークに的確に提供出来るようになることが目標。

Stage3: CPTメンバー医師・虐待専門医師

- ・ 虐待対応の医療的リーダーシップを発揮出来るようになることが目標。

出典: 日本子ども虐待医学会

1.小児医療について

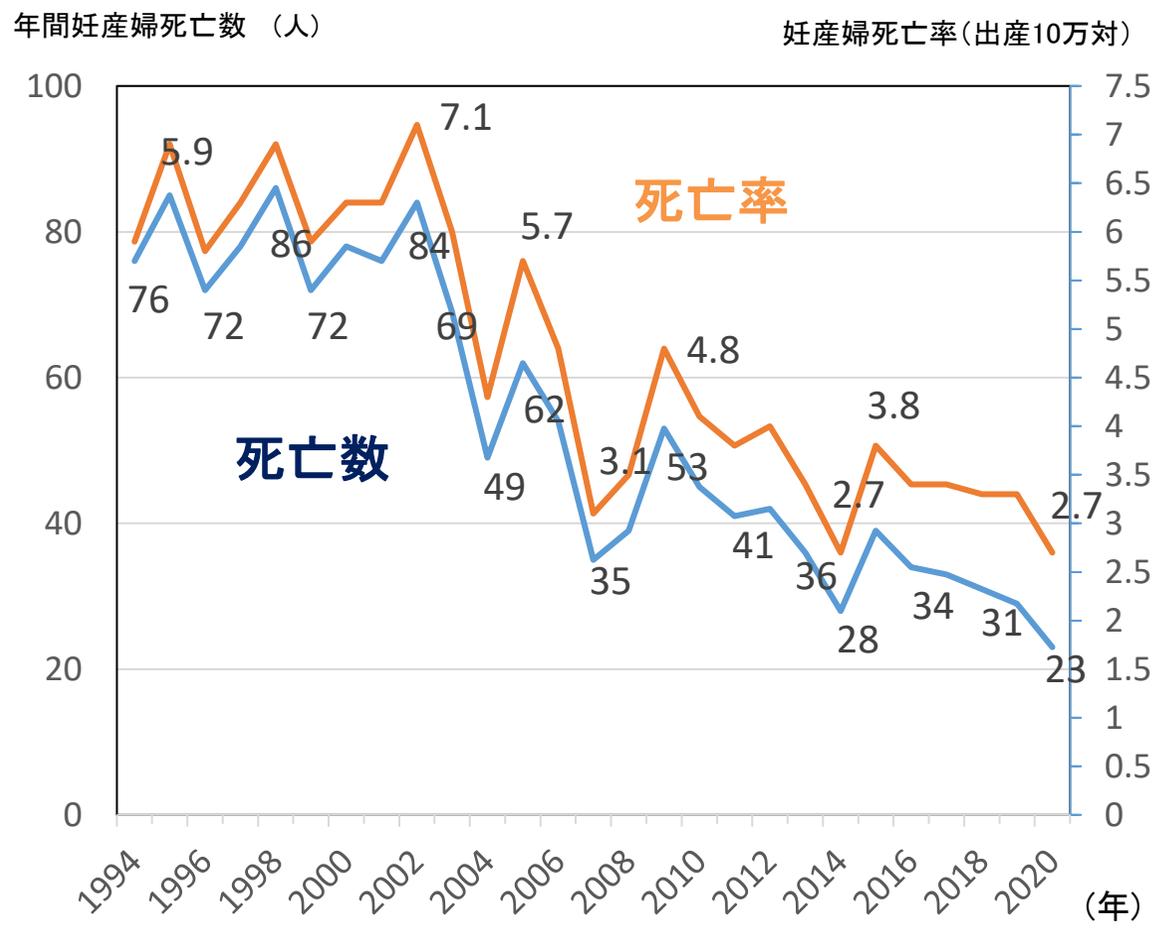
- 1-1 小児医療の現状等について
- 1-2 小児入院医療について
- 1-3 小児高度急性期医療について
- 1-4 医療的ケア児について
- 1-5 小児医療における精神領域について

2.周産期医療について

- 2-1 ハイリスク妊婦について
- 2-2 出産費用の見える化等について

妊産婦死亡者数の推移（1994～2020年）

- 妊産婦死亡数は年々減少しており、2020年（令和2年）には、23例/年。
- 本邦における周産期死亡率、妊産婦死亡率は諸外国と比較し低率であり、世界において最も安全なレベルの周産期医療体制を提供している。



出典：厚生労働省「人口動態調査」

	周産期死亡率	妊産婦死亡率
日本*	3.2	2.7
カナダ	5.8	6.0
アメリカ	6.0	28.7
フランス	11.8	4.7
ドイツ	5.6	3.3
イタリア	3.8	3.3
オランダ	4.8	3.5
スウェーデン	4.7	0.9
イギリス	6.6	4.5
オーストラリア	2.9	2.6
ニュージーランド	4.9	17.0

*国際比較のため、周産期死亡は変更前の定義（妊娠満28週以降の死産数と早期新生児死亡数を加えたものの出生千対）を用いている。また、妊産婦死亡は出生10万対を用いている。

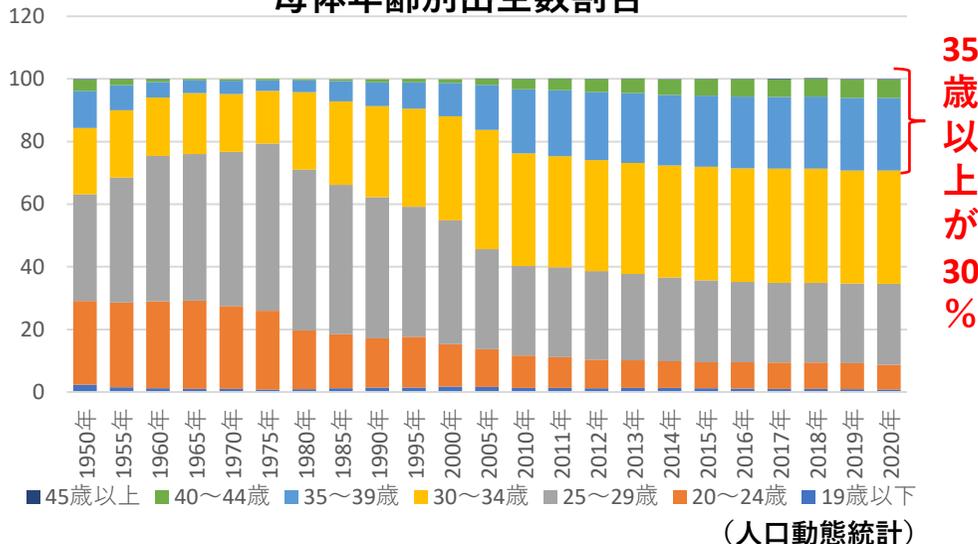
出典：厚生労働省「人口動態統計（令和2年）」、WHO「World Health Statistics Annual」、UN「Demographic Yearbook」

ハイリスク妊産婦の増加

第11回第8次医療計画等
に関する検討会
(令和4年7月27日)参考資料4
(一部改変)

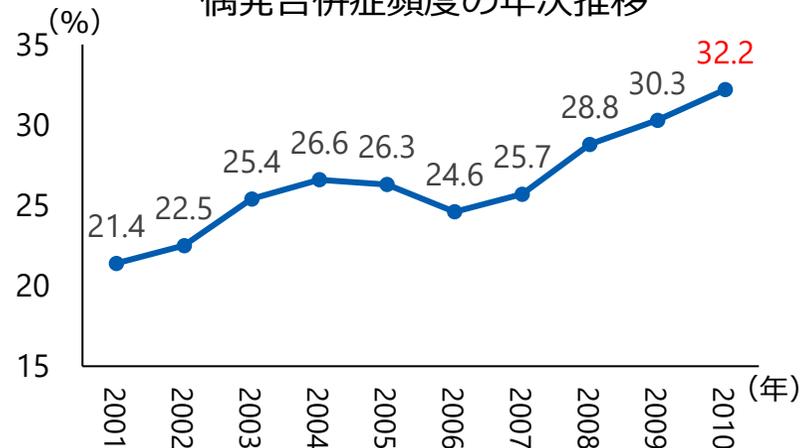
① 高齢出産の増加

母体年齢別出生数割合



② 妊娠における偶発合併症の増加

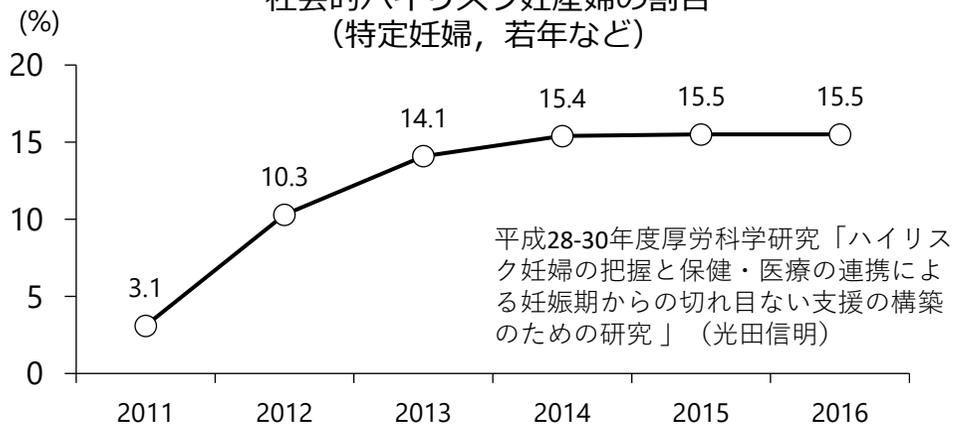
偶発合併症頻度の年次推移



日本産科婦人科学会周産期登録2001～2010年単胎584,378例 (日本医科大学作成)

③ 社会的ハイリスク妊産婦*の増加

社会的ハイリスク妊産婦の割合
(特定妊婦, 若年など)



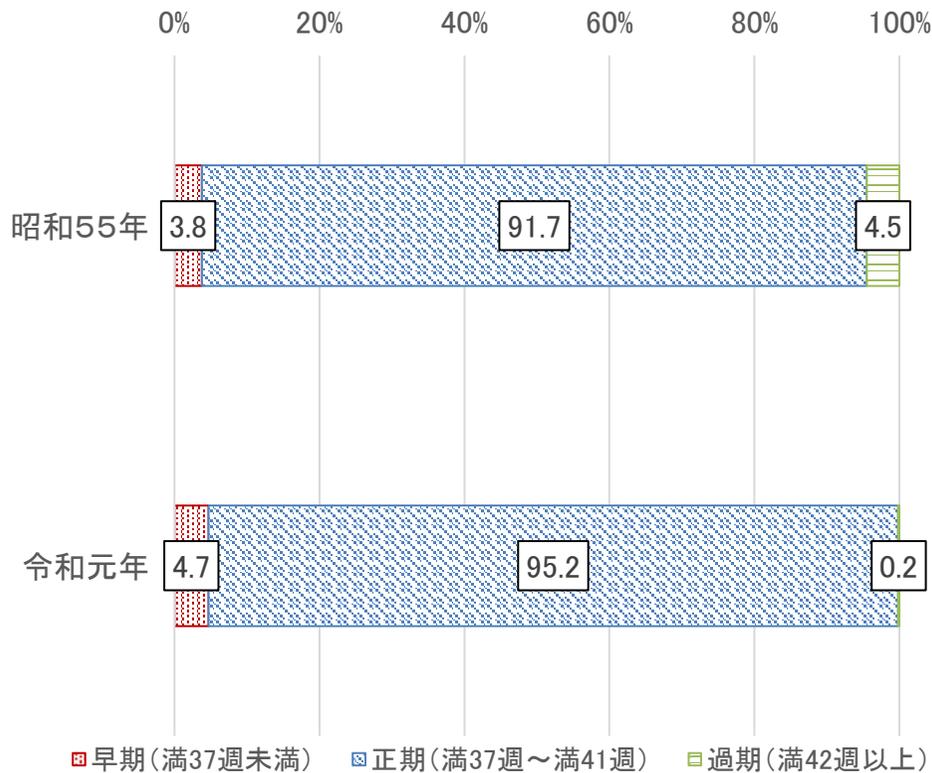
- 妊婦の高齢化 (35歳以上が30%) に伴い、合併症の頻度が増加し3人に1人が何らかのリスクを持つため、ハイリスクな妊産婦、新生児に対応する体制の充実が必要ではないか。
- 社会的なハイリスク妊産婦が増加していることから、これらの妊産婦に対応する体制の強化が必要ではないか。

*社会的ハイリスク妊産婦とは、特定妊婦等の妊娠中から家庭環境におけるハイリスク要因を有する妊婦のこと。具体的には不安定な就労等収入基盤が安定しないことや、家族構成が複雑であること等。

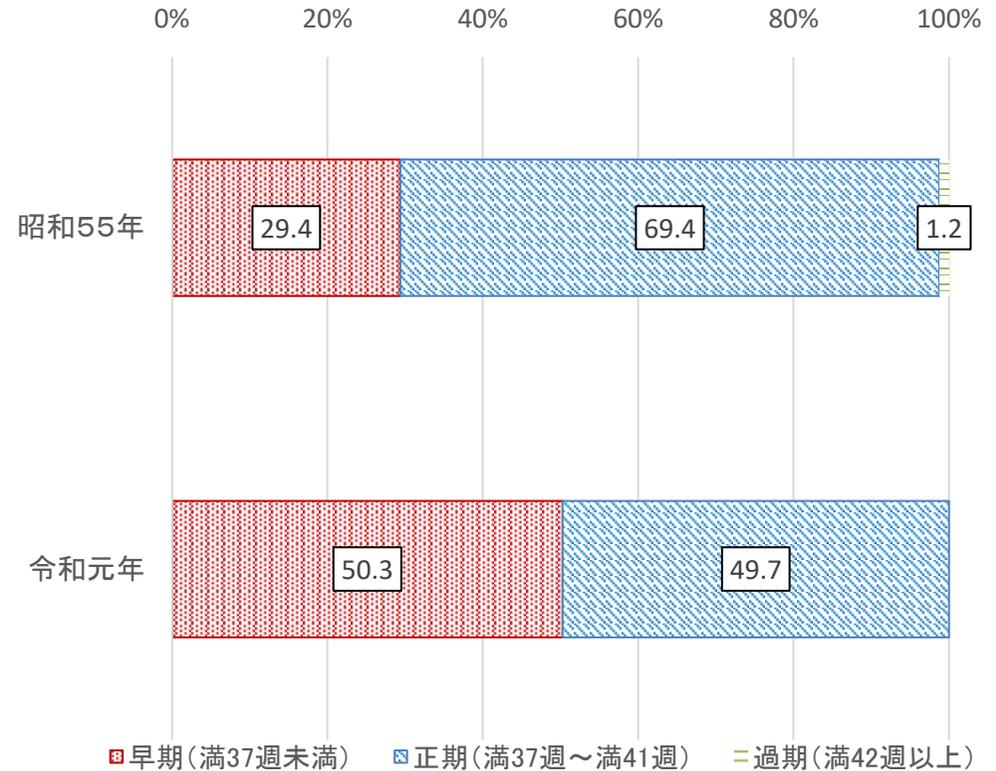
妊娠期間別にみた出生

○ 妊娠期間別の出生構成割合を昭和55年と令和元年で比較すると、双子・三つ子等多胎で生まれた出生において「早期」の占める割合が上昇している。

【単産】



【複産】



注: 1) 割合は、妊娠期間不詳を除いた総数に対する数値である。

2) 単産とは単胎で生まれた出生であり、死産は含まない。

また、複産とは双子・三つ子等多胎で生まれた出生であり死産は含まない。

出産前後の母体・胎児・新生児の特定集中治療室管理

総合周産期特定集中治療室管理料

- リスクの高い妊産婦(産褥婦を含む)や集中治療室管理が必要な新生児に対して、出産前後の母体・胎児・新生児の一貫した特定集中治療室管理を行うことを評価。

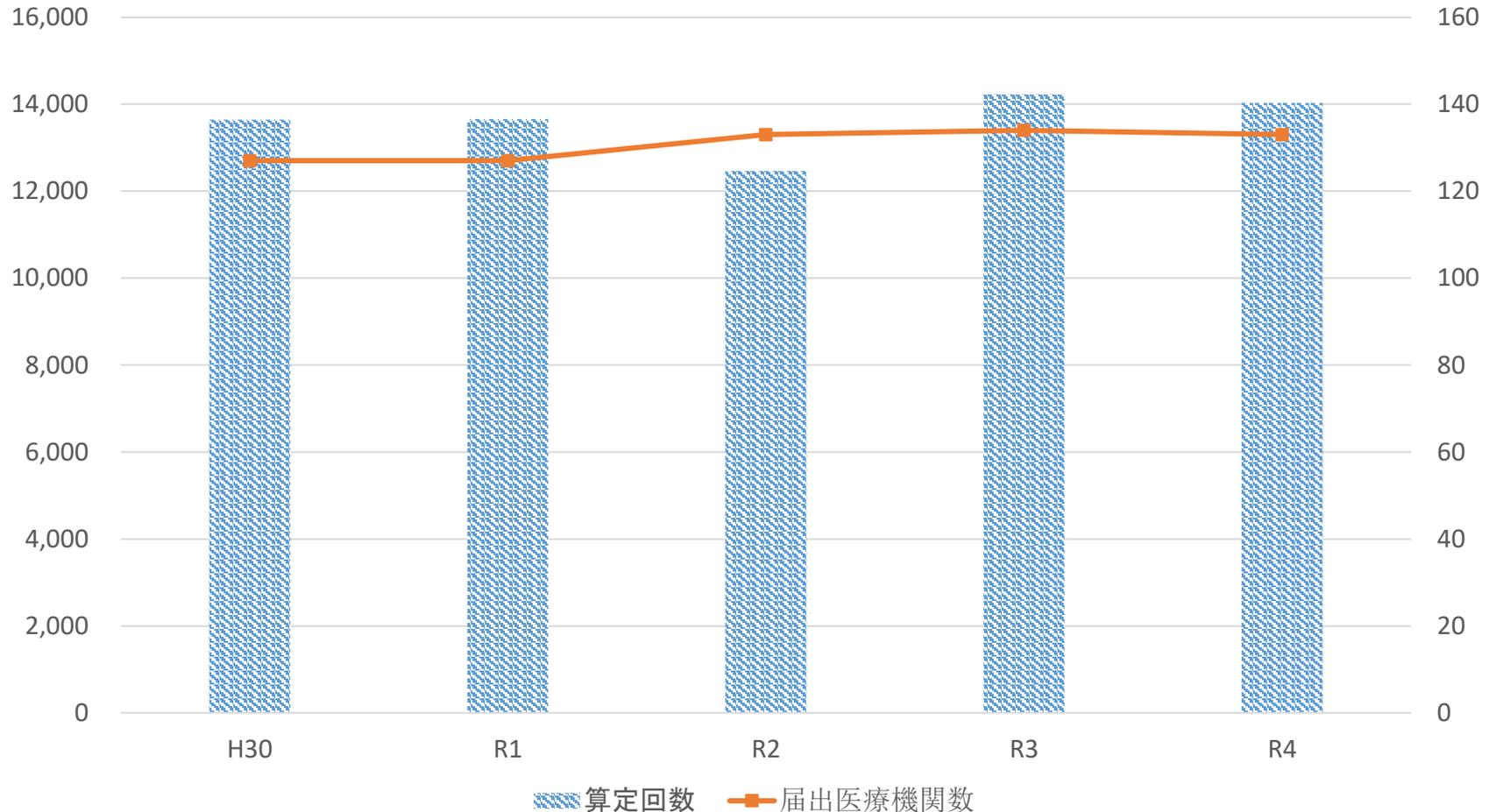
	母体・胎児集中治療室管理料 (総合周産期特定集中治療室管理料1)	新生児集中治療室管理料 (総合周産期特定集中治療室管理料2)
評価	7,381点 (1日につき・14日を限度)	10,539点 (1日につき・新生児特定集中治療室管理料及び新生児治療回復室入院医療管理料と通算して21日を限度)
対象	合併症妊娠、妊娠高血圧症候群、多胎妊娠、胎盤位置異常、切迫流早産、胎児発育遅延や胎児奇形などの胎児異常等のため、母体又は胎児に対するリスクの高い妊産婦(産褥婦)	高度の先天奇形、低体温、重症黄疸、未熟児、意識障害、急性呼吸不全、急性心不全、急性薬物中毒、ショック、重篤な代謝障害、大手術後などの状態にある新生児
要件	上記の対象に対して、必要があつて総合周産期特定集中治療室管理が行われた場合に算定。	
施設基準	<ul style="list-style-type: none"> 総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターのいずれかである。 専任の医師が常時治療室内に勤務している(ただし、看護師と連携をとって一時的に離れることは可能)。 集中治療室管理を行うにふさわしい専用の治療室を有している。 自家発電装置を有しており、電解質定量検査及び血液ガス分析を含む必要な検査が常時実施できる。 手術室と同程度の空気清浄度を有する個室及び陰圧個室を設置することが望ましい。 当該治療室勤務の医師／看護師は、同時間帯は治療室以外での当直勤務／夜勤を併せて行わない。 	<ul style="list-style-type: none"> 専用の治療室内に1床あたり7㎡以上の病床を6床以上設置。
	<ul style="list-style-type: none"> 治療室内に、次の装置・器具を常時備えていること。 救急蘇生装置、心電計、呼吸循環監視装置、分娩監視装置、超音波診断装置 	<ul style="list-style-type: none"> 治療室内に、次の装置・器具を常時備えていること。 救急蘇生装置、新生児用呼吸循環監視装置、新生児用人工換気装置、微量輸液装置、経皮的酸素分圧監視装置又は経皮的動脈血酸素飽和度測定装置、酸素濃度測定装置、光線治療器
	<ul style="list-style-type: none"> 帝王切開術が必要な場合、30分以内に児の娩出が可能であること。 	<ul style="list-style-type: none"> 次のいずれかの基準を満たしていること。 ア 直近1年間の出生体重1,000g未満の新生児の新規入院患者が4件以上。 イ 直近1年間の当該治療室の患者に対する開胸手術、開頭手術又は開腹手術の年間実施件数が6件以上。

母体・胎児特定集中治療室管理料の算定回数・届出状況

中医協 総-2
5. 8. 2

○ 母胎・胎児特定集中治療室管理料算定回数は、令和2年に一時的に減少したが、令和3年に増加した。

(算定回数/月) 母体・胎児特定集中治療室管理料の算定回数・届出状況 (医療機関数)



出典：
(届出医療機関数)各年7月1日時点の主な施設基準の届出状況
(算定回数)社会医療診療行為別統計(各年6月審査分)

合併症等により、リスクの高い妊婦に対する入院管理の評価

ハイリスク妊娠管理加算(1日につき) 1,200点

- 合併症を有する妊婦に対する入院中のハイリスク妊娠管理を評価。
- 入院中にハイリスク妊娠管理を行った場合に、1入院に限り20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婦。妊婦とは産褥婦を含まない。)

<p>ア 妊娠22週から32週未満の早産の患者</p> <p>イ 妊娠高血圧症候群重症の患者</p> <p>ウ 前置胎盤の患者</p> <p>エ 妊娠30週未満の切迫早産の患者であって、子宮収縮、子宮出血、頸管の開大、短縮又は軟化のいずれかの兆候を示しかつ以下のいずれかを満たすものに限る。</p> <p>(イ) 前期破水を合併したもの</p> <p>(ロ) 羊水過多症又は羊水過少症のもの</p> <p>(ハ) 経膈超音波検査で子宮頸管長が20mm未満のもの</p> <p>(ニ) 切迫早産の診断で他の医療機関より搬送されたもの</p> <p>(ホ) 早産指数(tocolysis index)が3点以上のもの</p> <p>オ 多胎妊娠の患者</p> <p>カ 子宮内胎児発育遅延の患者</p> <p>キ 心疾患の患者</p> <p>ク 糖尿病の患者</p>	<p>ケ 甲状腺疾患の患者</p> <p>コ 腎疾患の患者</p> <p>サ 膠原病の患者</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 Rh不適合の患者</p> <p>ツ 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>テ 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>
---	---

※ キ〜ツについては、治療中の患者に限る。

※ 急性期一般入院料、地域一般入院料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟、結核病棟、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、ハイリスク妊娠管理を行った場合に算定する。

【施設基準】

- (1) 産婦人科又は産科を標榜する保険医療機関であること。
- (2) 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医師が、1名以上配置されていること。
- (3) 緊急の分娩に対応できる十分な体制及び設備を有していること。
- (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。

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。

専門機関との連携分娩管理の評価の新設

地域連携分娩管理加算の新設

- ▶ 妊産婦に対するより安全な分娩管理を推進する観点から、有床診療所において、医療機関が総合周産期母子医療センター等と連携して適切な分娩管理を実施した場合について、新たな評価を行う。

ハイリスク分娩等管理加算（1日につき）（8日まで）

1	ハイリスク分娩管理加算	3,200点
(新) 2	地域連携分娩管理加算	3,200点

[対象患者]

次に掲げる疾患等の妊産婦であって、保険医療機関の医師が地域連携分娩管理の必要性を認めたもの。

40歳以上の初産婦である患者	—
子宮内胎児発育遅延の患者	重度の子宮内胎児発育遅延の患者以外の患者であって、総合周産期母子医療センター等から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。
糖尿病の患者	2型糖尿病又は妊娠糖尿病の患者（食事療法のみで血糖コントロールが可能なものに限る。）であって、専門医又は総合周産期母子医療センター等から当該保険医療機関に対して診療情報が文書により提出されているものに限る。
精神疾患の患者	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。

[算定要件]

- 地域連携分娩管理加算の算定に当たっては、**分娩を伴う入院前に、当該保険医療機関から、連携を行っている総合周産期母子医療センター等に当該患者を紹介し、受診させなければならない。**
- 対象患者に該当する妊産婦であっても、**当該患者が複数の疾患等を有する場合**においては、**当該加算は算定できない。**

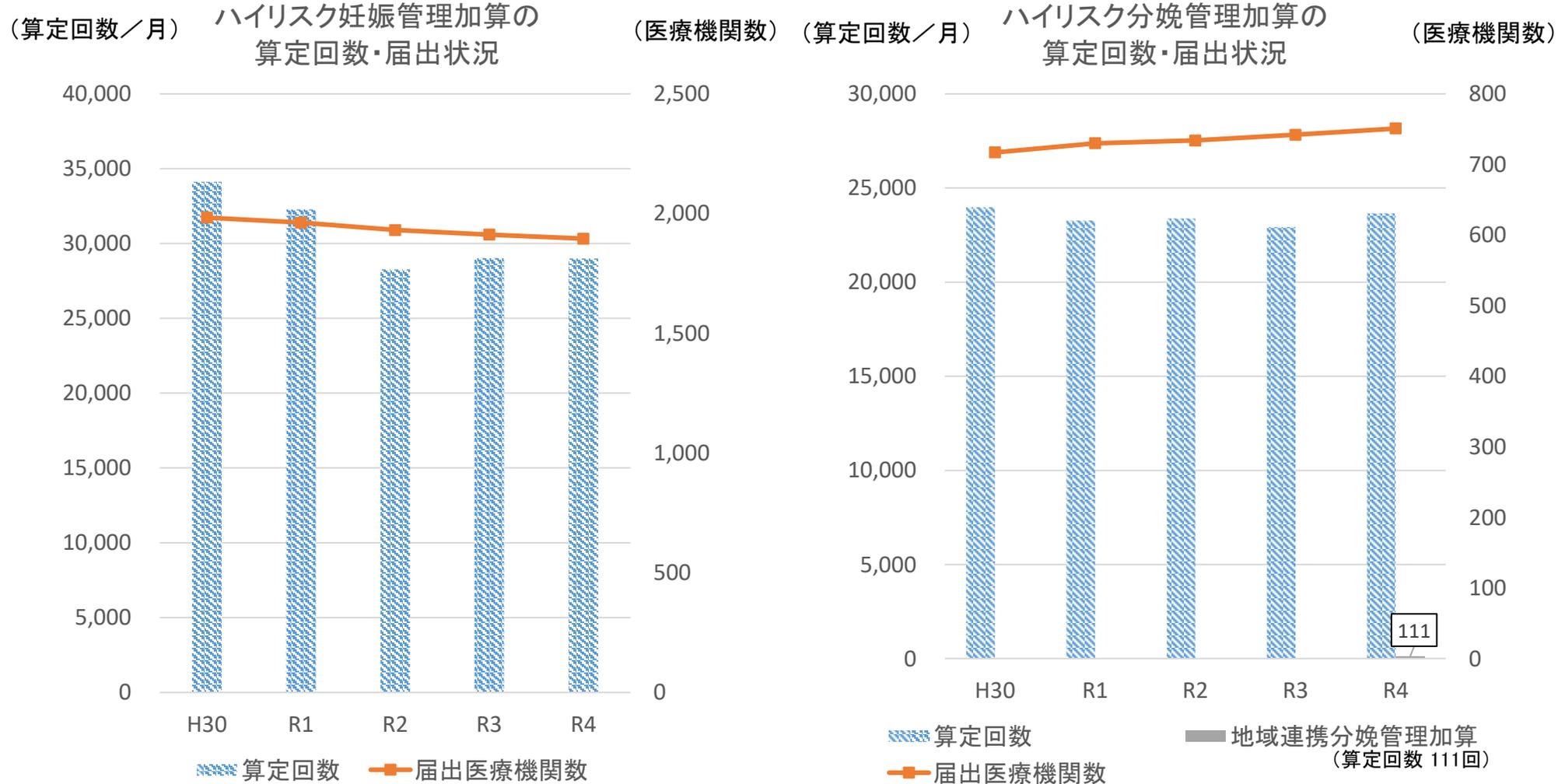
[施設基準の概要]

- 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医師が3名以上配置されていること。
- 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。なお、**そのうち1名以上が、医療関係団体から認証された助産師**であること。
- 一年間の分娩実施件数が120件以上であり、かつ、その実施件数等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。
- 当該患者の急変時には、総合周産期母子医療センター等へ迅速に搬送が行えるよう、連携をとっていること。**
- 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。

ハイリスク妊娠管理加算・ハイリスク分娩管理加算の算定回数・届出状況

中医協 総-2
5. 8. 2

○ ハイリスク妊娠管理加算・ハイリスク分娩管理加算の算定回数・届出状況は以下のとおり。

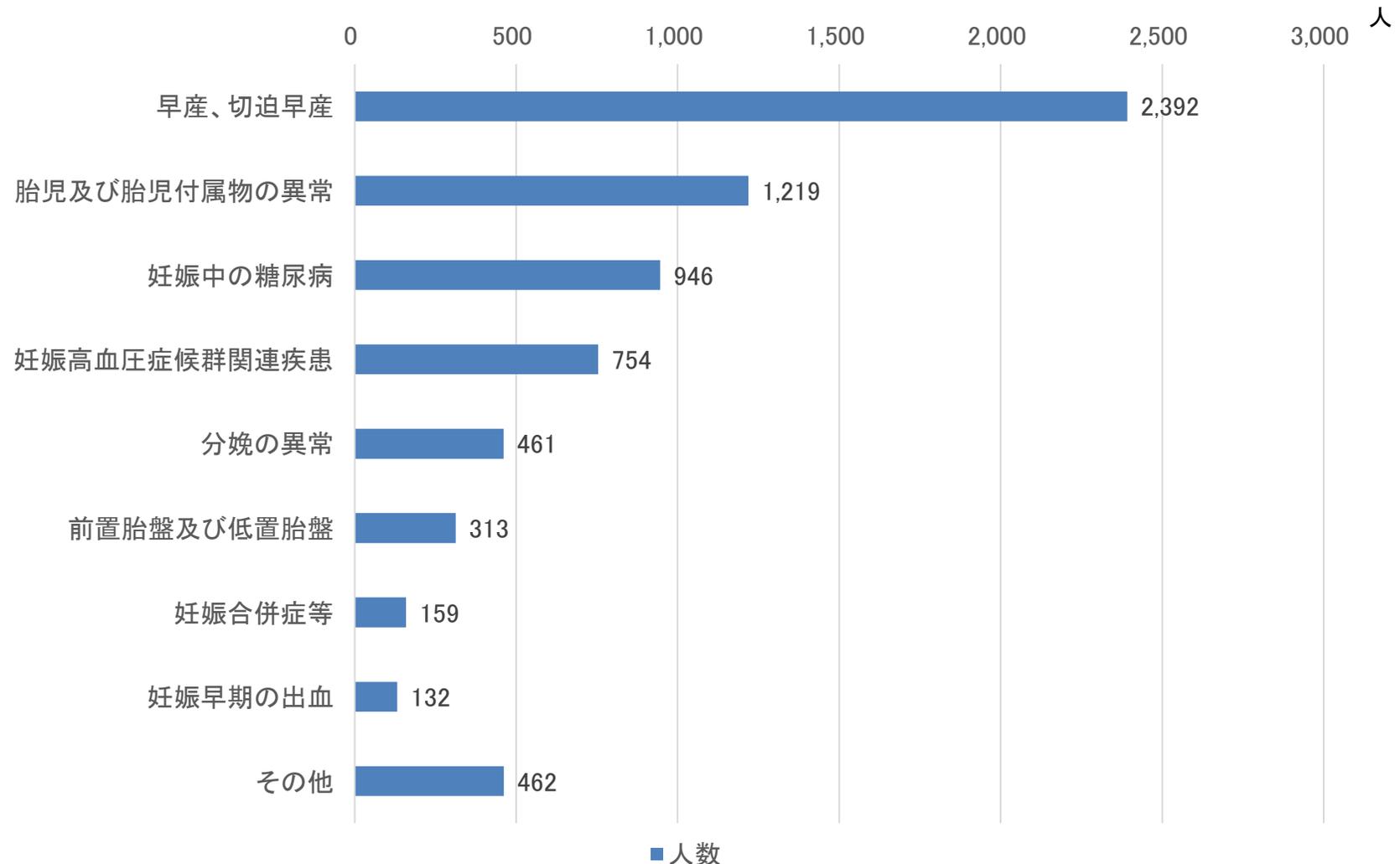


出典：
 (届出医療機関数)各年7月1日時点の主な施設基準の届出状況
 (算定回数)社会医療診療行為別統計(各年6月審査分)

ハイリスク妊娠管理加算を算定された妊婦の医療資源病名

○ ハイリスク妊娠管理加算を算定された妊婦においては、医療資源病名が早産、切迫早産の割合が最も高い。

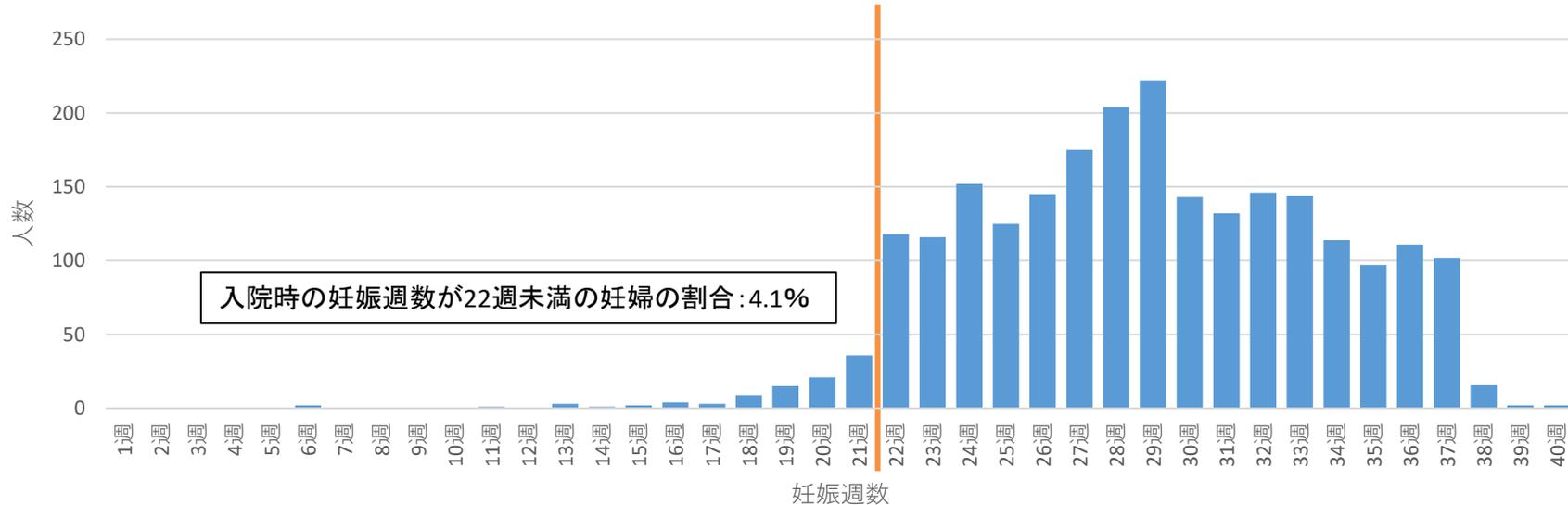
ハイリスク妊娠管理加算を算定された妊婦の医療資源病名 (n=6,838)



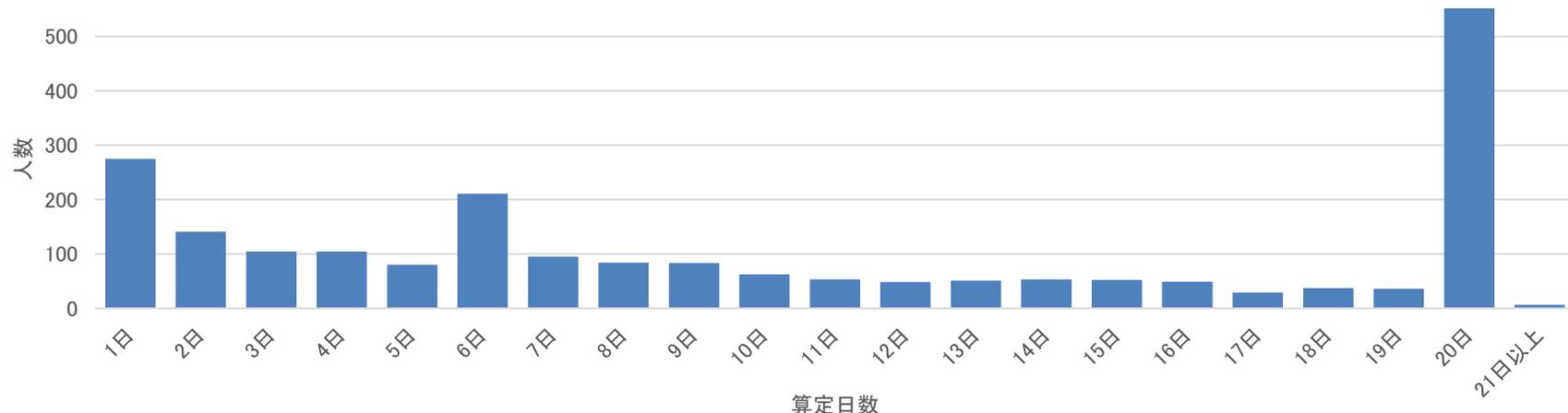
早産、切迫早産によりハイリスク妊娠管理を行われた妊婦の入院時の妊娠週数等

- 妊娠週数22週未満で入院し、妊娠管理を行われている妊婦が一定数いる。
- 早産、切迫早産の管理目的にハイリスク妊娠管理加算を算定されている患者の多くが算定日数上限である20日間算定されている

医療資源病名が早産、切迫早産であり、ハイリスク妊娠管理加算を算定された妊婦の入院時の妊娠週数



医療資源病名が早産、切迫早産である患者のハイリスク妊娠管理加算算定日数



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 小児入院医療について
- 1-3 小児高度急性期医療について
- 1-4 医療的ケア児について
- 1-5 小児医療における精神領域について

2.周産期医療について

- 2-1 ハイリスク妊婦について
- 2-2 出産費用の見える化等について

Ⅲ-1. 「加速化プラン」において実施する具体的な施策

1. ライフステージを通じた子育てに係る経済的支援の強化や若い世代の所得向上に向けた取組

(2) 出産等の経済的負担の軽減

～妊娠期からの切れ目ない支援、出産費用の見える化と保険適用～

- これまで実施してきた幼児教育・保育の無償化に加え、支援が手薄になっている妊娠・出産期から2歳までの支援を強化する。令和4年度第二次補正予算で創設された「出産・子育て応援交付金」(10万円)について、制度化に向けて検討することを含め、妊娠期からの伴走型相談支援とともに着実に実施する。
- 本年4月からの出産育児一時金の大幅な引上げ(42万円→50万円)及び低所得の妊婦に対する初回の産科受診料の費用助成を着実に実施するとともに、出産費用の見える化について来年度からの実施に向けた具体化を進める。その上でこれらの効果等の検証を行い、2026年度を目途に、出産費用(正常分娩)の保険適用の導入を含め、出産に関する支援等の更なる強化について検討を進める。あわせて、無痛分娩について、麻酔を実施する医師の確保を進めるなど、妊婦が安全・安心に出産できる環境整備に向けた支援の在り方を検討する。

経緯・今後の方針

- 出産費用の見える化を進め、妊婦の方々が、費用やサービスを踏まえて適切に医療機関等を選択できる環境を整備する。
※医療機関等ごとの出産費用の状況のみならず、その医療機関等の特色やサービスの内容なども併せて公表
- 公表項目等の詳細については、出産費用の分析等を行う調査研究の研究班（代表：田倉智之教授・東大医療経済学）において、学識者、産婦人科医、保険者、当事者の立場等の方の参画の下、素案を作成。

見える化の具体的なスケジュール案

<令和5年>

- 4～7月 見える化の公表項目について、有識者による検討・原案の作成
インターネットを通じてご意見募集（8月23日から9月3日まで実施）
- 9月7日 **医療保険部会に見える化の公表項目案を報告**
- 10～1月 医療機関等への周知・医療機関等からの情報の受付
- 10～3月 見える化に必要な情報の収集・整理

<令和6年>

- 1月～3月 見える化ウェブサイトの作成
春 見える化ウェブサイトで公表開始

【参考：医療保険部会における議論の整理（令和4年12月15日）（抜粋）】

- 被保険者等である妊婦の方々が適切に医療機関等を選択できるよう、直接支払制度を行っている医療機関等については、
①その医療機関等の特色（機能や運営体制等）、
②室料差額や無痛分娩の取扱い等のサービス内容、
③その医療機関等における分娩に要する費用及び室料差額、無痛分娩等の内容（価格等）の公表方法、
に関してそれぞれ報告を求め、
④直接支払制度の専用請求書に基づき算出した平均入院日数や出産費用、妊婦合計負担額等の平均値に係る情報と併せ、新たに設ける「見える化」のためのHPで医療機関等ごとに公表すべきである。
- なお、④については一定期間における平均値であることから、分娩数が少ない医療機関等については公表を任意とする。**①～④の公表項目等の詳細については、有識者により令和5年夏までに検討を行い、医療保険部会に報告の上、令和6年4月を目途に実施すべきである。**

公表内容等

【対象医療機関等】

出産費用の直接支払制度を利用している医療機関・助産所（約2,300施設）

※年間分娩件数が20以下の医療機関・助産所に関しては、件数が少なく平均値に代表性がないため掲載は任意とする。

【公表事項】

①分娩施設の概要	施設種別、年間の取扱分娩件数、実施される検査（新生児聴覚検査等）等
②助産ケア	助産師外来・院内助産の実施の有無、産後ケア事業の実施の有無等
③付帯サービス	立ち会い出産実施の有無、無痛分娩実施の有無等
④分娩に要する費用等の公表方法	分娩に要する費用・室料差額・無痛分娩に要する費用
⑤直接支払制度の請求書データからの費用等	平均入院日数、出産費用の平均額等、室料差額の平均額等、妊婦合計負担額の平均額等

※①～④については、各医療機関・助産所から提供のあった項目について情報を公表。

※⑤については、各医療機関・助産所の同意を得て、審査支払機関に提出された直接支払制度の専用請求書のデータの内容に基づき公表。

【公表方法】厚生労働省が新設する「見える化」のためのウェブサイトにおいて、医療機関・助産所ごとの情報を公表
別途、医療機関ごとに妊婦にとって有益と考えられる補足的な情報等について、医療機関HPにおいて公表（任意）109

調査の概要

- 分娩取扱施設(病院・診療所・助産所)の出産費用の価格改定については、令和5年4月の出産育児一時金の引上げとの関連について報道等により様々な指摘がなされている一方、質の高い周産期医療を提供するための人材の確保、物価の高騰、分娩件数の減少など、地域における分娩取扱施設を取り巻く環境も変化している。
- こうした状況を踏まえ、出産費用の価格改定の有無やその理由、これまで価格改定を行わなかった期間等について、全国の分娩取扱施設を対象としたアンケート調査を実施した。併せて、出産費用の実績値の変化については、直接支払制度の請求書データを元に把握を行った。

(調査対象) 直接支払制度を利用しており、令和5年7月時点で分娩を取り扱っている分娩取扱施設

(調査手法) 分娩取扱施設に調査票を送付し、回答(オンラインもしくは郵送)を依頼
(令和5年7月24日～8月15日)

(調査項目)

- ① 令和4年4月～令和5年4月の出産費用の価格改定の有無
- ② ①の価格改定の決定時期および理由
- ③ 価格改定の内容の妊婦への情報提供方法・時期
- ④ 令和4年3月以前の価格改定の有無および時期
- ⑤ 今後の価格改定の予定・理由
- ⑥ 自由記載

(回収状況)

- ・調査表送付数 2,232件
- ・有効回答数 1,742 (公的病院：418 私的病院：307 診療所：798 助産所：219)
- ・回答率 78%

小児・周産期医療に係る課題①

【課題】

(小児入院医療について)

- ・ 15歳未満人口は減少傾向であり、全人口に占める割合も減少している。また、15歳未満の入院患者数減少傾向であり、入院の受療率も低下している。このような背景により、小児入院医療管理料届出医療機関あたりの届出病床数はやや減少傾向である。また、小児入院医療管理料の病棟は、急性期一般入院料1に比べ、1病棟あたりの病床数が少ない。
- ・ 小児の入院環境としては、小児の専門病棟よりも成人との混合病棟が多く、小児の成長発達に合わせた看護を提供すること等が課題となっている。リスクをマネジメントし子どもの安全を守りつつ、子どもと家族に必要な継続的なケアを提供し子どもの療養環境を向上させるために、ユニットマネジメントの実施等が提言されている。
- ・ 小児入院医療管理料では、小児の療養生活や成長発達等に着目した加算の中で、保育士が1名以上常勤していることを評価しているが、看護補助者に係る加算はない。小児入院医療管理料を届け出る病棟のうち約5割は保育士を、約3割は看護補助者を配置している。
- ・ 小児病棟では、特に夜勤帯において、寝具交換等の周辺業務を看護師が担っている割合が高い。
- ・ 入院中であってもこどもの成長・発達に対する支援が行われ、かつ、希望により親が付き添う場合であっても過度な負担がかからないよう、医療機関が適切な体制を確保することが求められている。

(小児高度急性期医療について)

- ・ 医療の高度化に伴い、低出生体重児、早期産の児の死亡率は低下している。
- ・ 看護体制の強化がNICUにおける予後の改善やインシデントの減少につながるという報告があり、重症新生児に対しては、看護体制を強化している施設もある。
- ・ 重症新生児に対する退院支援は、入退院支援加算3で評価している。算定回数は概ね横ばいであり、総合周産期特定集中治療室管理料2届出施設のうち71%、新生児特定集中治療室管理料1届出施設のうち44%は入退院支援加算3を届け出ている。
- ・ 新生児特定集中治療室に入室する患者のうち、約1割はより高度な医療を要すると判断されて搬送された新生児である。これらの転院搬送された新生児においても、退院支援が必要な場合があるが、現在の規定では、転院前の医療機関で入退院支援加算3を算定した患者でなければ、転院搬送後の医療機関で入退院支援加算3を算定できない。
- ・ 入退院支援加算3の施設基準では、入退院支援部門「5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験」を有する看護師の配置を求めているが、重症新生児は治療室から小児病棟等を経て退院することもあり、退院支援にあたり求められる経験は必ずしも新生児集中治療の業務に限られない。
- ・ 令和4年度診療報酬改定において、特定集中治療室等における臓器移植患者に係る算定日数上限が延長されたが、小児特定集中治療室においても、臓器移植患者は平均滞在日数が長く、算定上限日数を超過して滞在している患者が一定数存在した。

小児・周産期医療に係る課題②

【課題】

（医療的ケア児について）

- ・ 医療的ケア児は増加傾向であり、医療計画においては、対応する医療機関は訪問看護ステーション等との連携や緊急入院・レスパイト受入等の体制を整備することとされている。
- ・ 障害福祉サービスにおける医療型短期入所サービスにおいては、医療的ケア児者を安心して預けてもらうため、事前に自宅等へ訪問し、医療的ケアの手技等を確認した上で、事業所に新たに受け入れた場合の評価について検討されている。
- ・ 医療的ケア児が入院する際、在宅時からの連続的なケアを受けることができるよう、初回の入院前調整を行っている医療機関もある。

（小児科における精神領域について）

- ・ 発達障害の初診待機が課題となっており、待機短縮化を阻止している要因として、医療機関不足、医師不足のほか、児童思春期精神医療に知見を有する専門職種の少なさがあげられている。
- ・ 小児特定疾患カウンセリング料を算定した医療機関に、月3回以上を受診している患者が一定数おり、10%程度の患者が、算定期限である2年を超えても、小児特定疾患カウンセリング料を算定した医療機関で受診を続けている。
- ・ 小児科における心身症及び神経発達症の診察時間においては、再診と比較して、初診に要する時間が長い傾向がある。
- ・ 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。

（周産期医療について）

- ・ ハイリスク妊産婦増加への対応の必要性が指摘されており、昭和55年と令和元年を比較すると早期産の割合が増加している。
- ・ ハイリスク妊娠管理加算を算定された妊婦の中で早産、切迫早産の管理目的に入院している妊婦の割合が最も多く、その中には、入院時の妊娠週数が22週未満の妊婦が一定数いる。
- ・ 2026年度を目途とした出産費用（正常分娩）の保険適用の導入を含めた、出産に関する支援等の更なる強化について検討を進めることとされている。

小児・周産期医療に係る論点

【論点】

(小児入院医療について)

- 小児の入院患者数の減少等を踏まえ、小児入院医療管理料の病棟の運用についてどのように考えるか。また、成人患者との混合病棟となる場合に、子どもとその家族の療養環境を向上させる方策についてどのように考えるか。
- 入院中であっても子どもの成長・発達に対する支援が行われ、かつ、希望によって親が子どもに付き添う場合に親に過度な負担がかからない医療機関の体制を確保するために、小児入院医療管理料における保育士や看護補助者の配置に関する評価についてどのように考えるか。

(小児高度急性期医療について)

- 医療の進歩とともに、重症新生児の死亡率は低下してきていること、重症新生児に対しては現行の新生児特定集中治療室管理料における看護配置よりも手厚くして対応する必要があるという実態を踏まえ、重症新生児に対する集中治療に係る評価についてどのように考えるか。
- 重症新生児に対する退院支援について、転院搬送された児においても退院支援が必要であったり治療室から小児病棟等を経て退院する等、新生児に対する退院支援の実態を踏まえた評価に見直すことについてどのように考えるか。
- 臓器移植患者においては、移植前からの集中治療が必要な実態を踏まえ、小児特定集中治療室管理料における評価についてどのように考えるか。

(医療的ケア児について)

- 医療的ケア児の入院受け入れに係る体制の整備が求められるなか、その評価についてどのように考えるか。

(小児科における児童精神について)

- 発達障害の初診待機が課題とされていること、児童相談所における虐待相談対応件数が上昇傾向であることを踏まえ、小児科のかかりつけ医機能を有する医療機関の役割についてどのように考えるか。また、小児特定疾患カウンセリング料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)

- 2026年度を目途とした出産費用(正常分娩)の保険適用の導入を含めた、出産に関する支援等の更なる強化について検討を進めていくなか、ハイリスク妊婦に係る評価についてどのように考えるか。