

中央社会保険医療協議会 総会（第 498 回） 議事次第

令和3年11月19日(金) 10:00～
於 オンライン開催

議 題

○個別事項（その5）について

○入院（その4）について

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

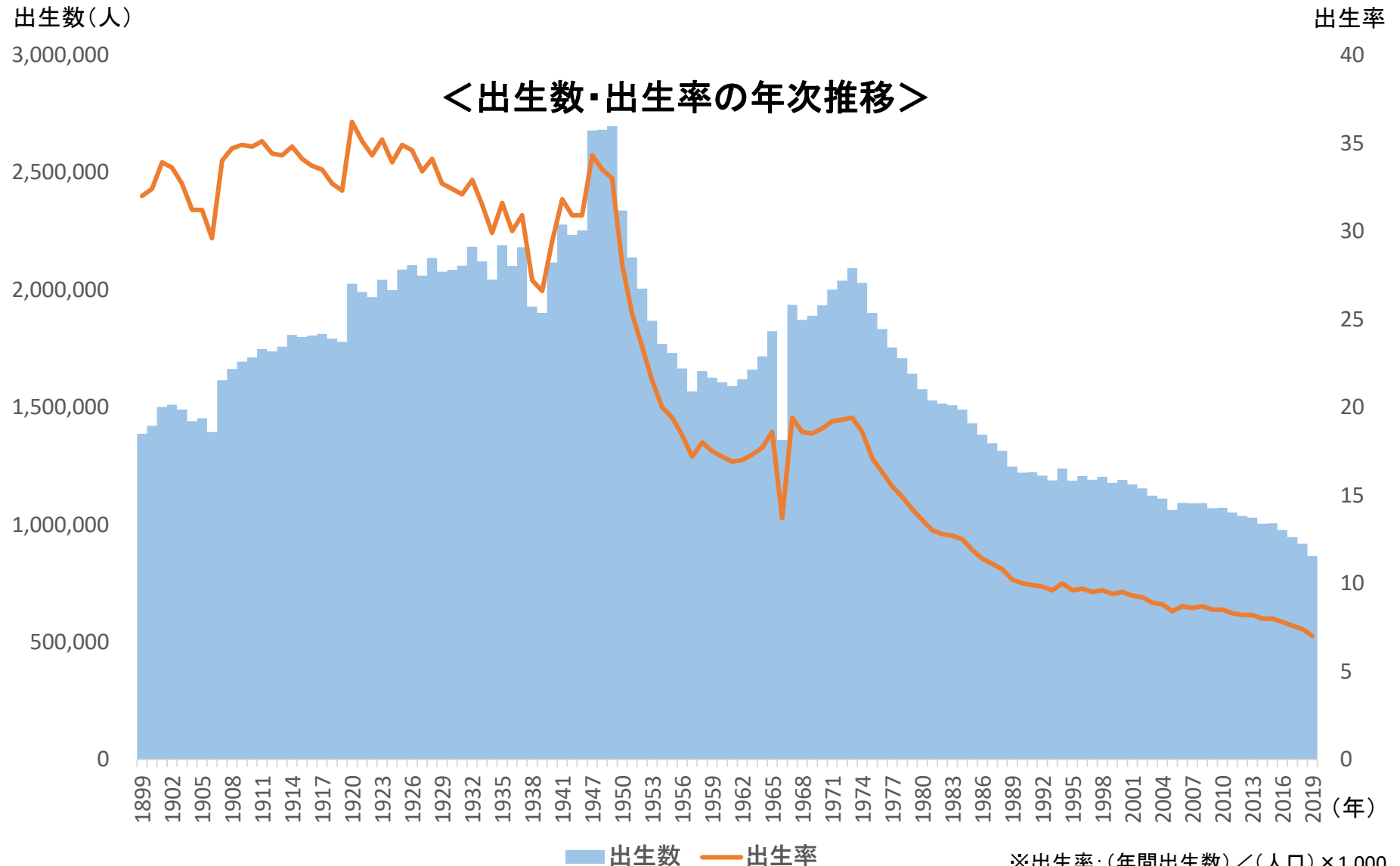
2. 周産期医療について

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

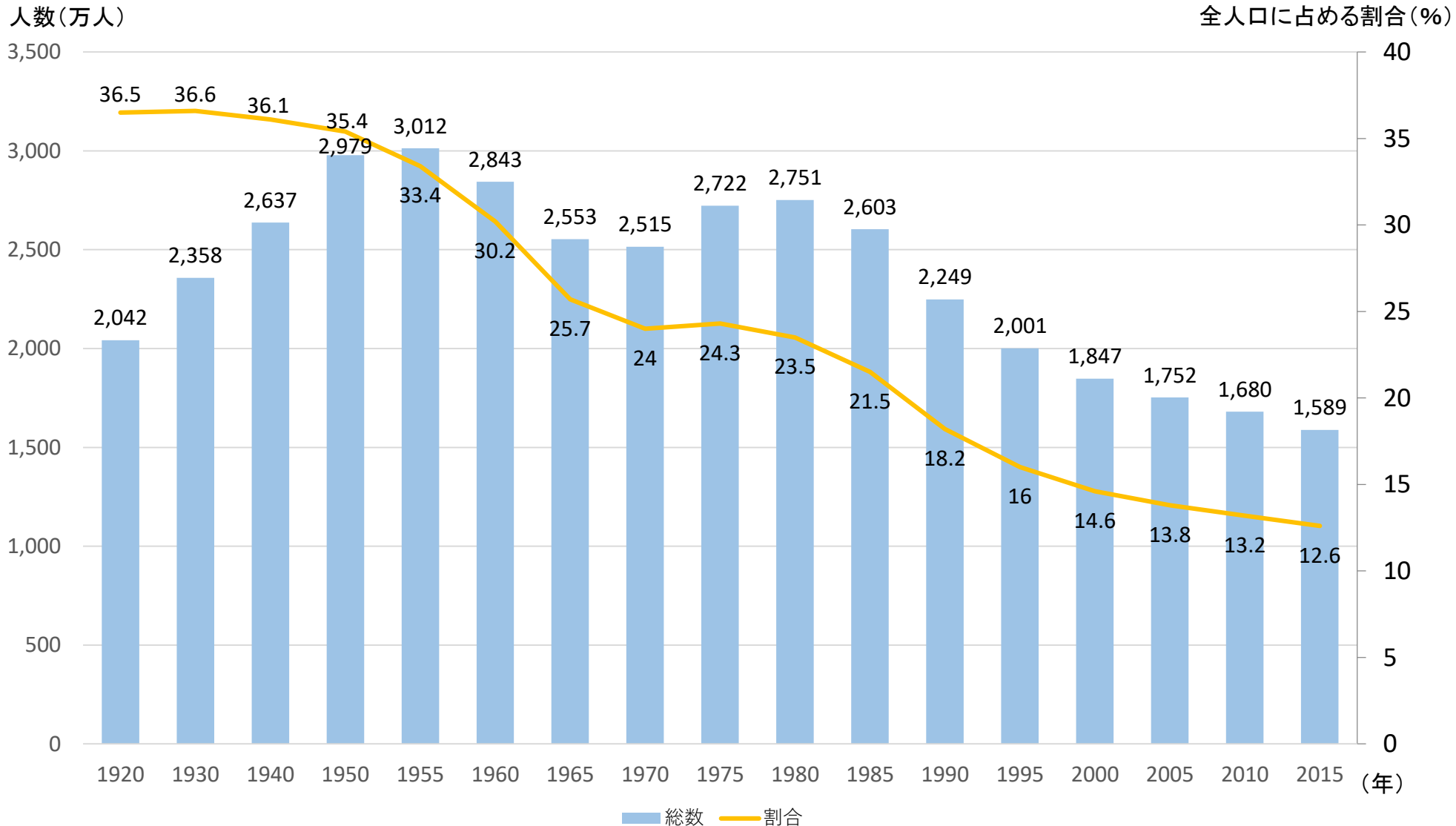
○ 日本における出生数・出生率は減少傾向にある。



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。

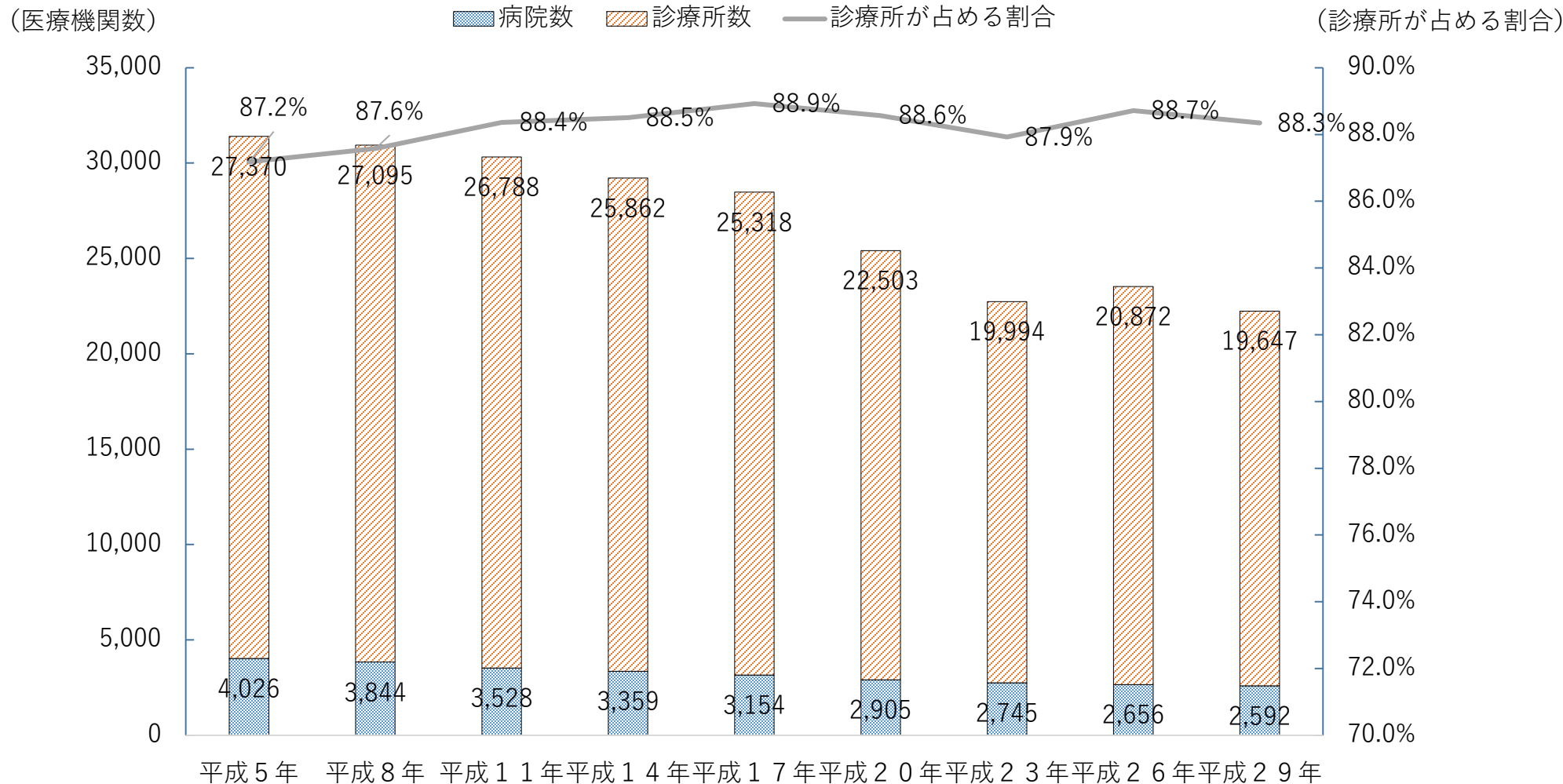


出典:総務省統計局国勢調査

小児科を標榜している医療機関数

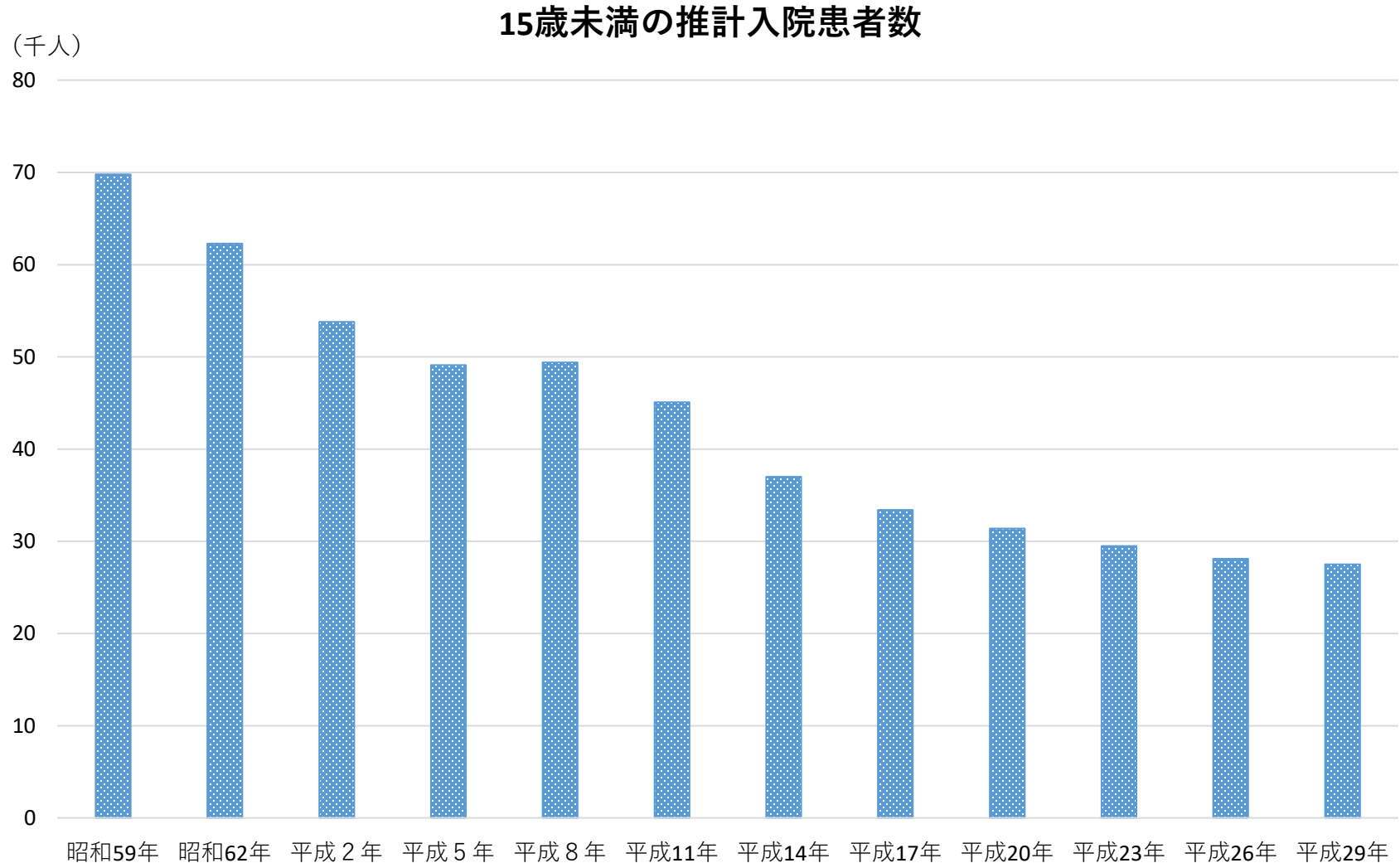
中 医 協 総 - 3
3 . 7 . 7

○ 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。

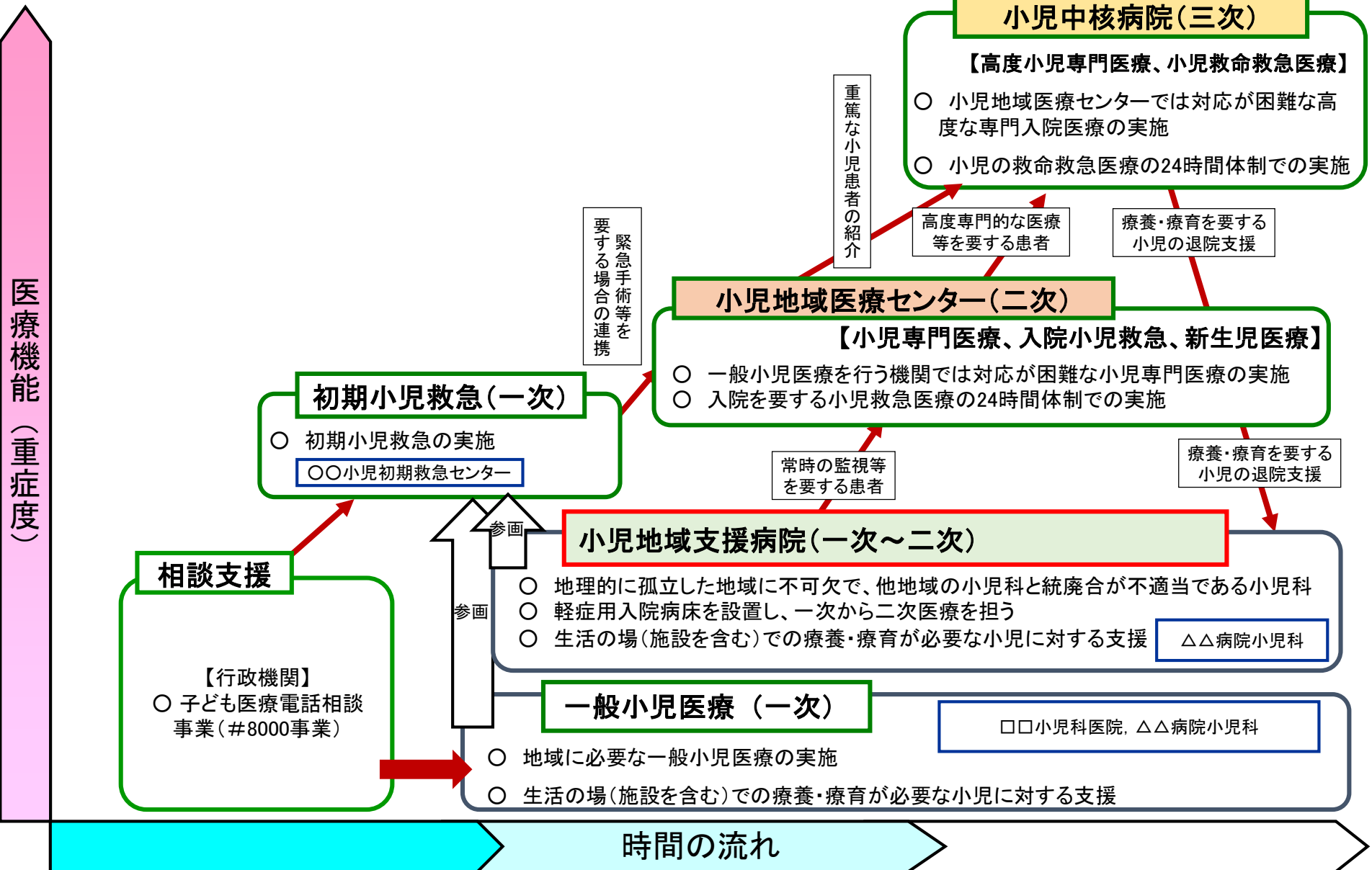


15歳未満の入院患者数の推移

○ 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	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。	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

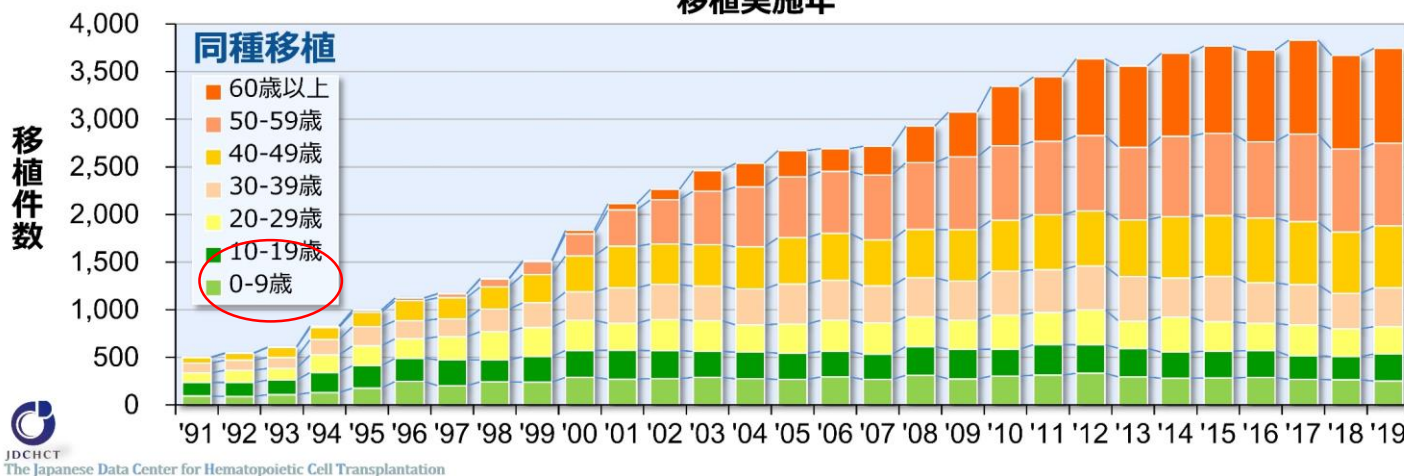
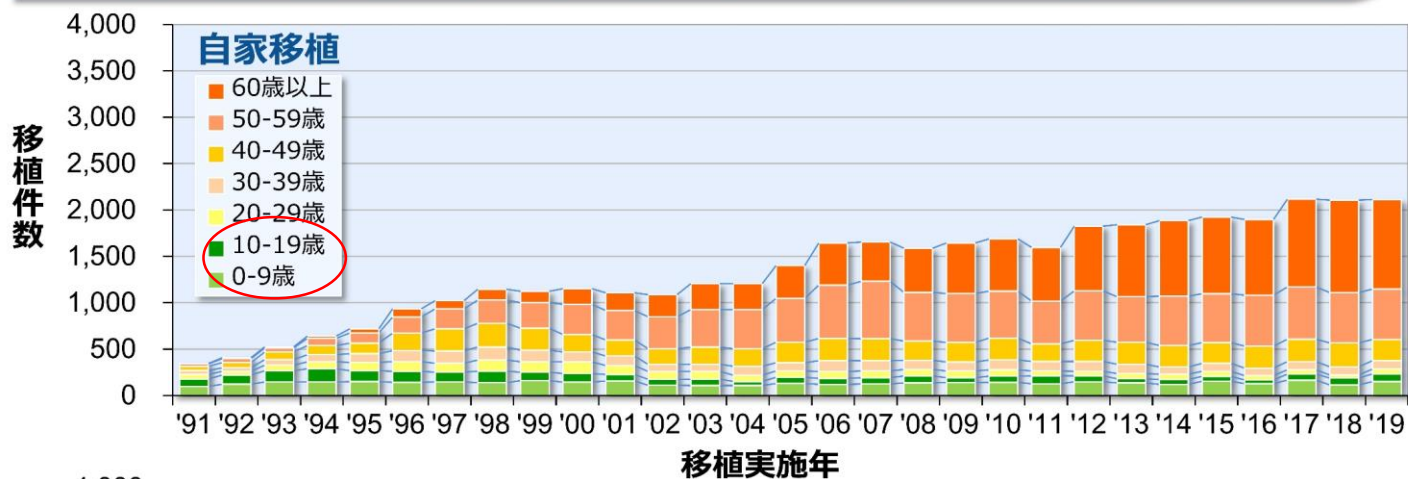
年齢階級別造血幹細胞移植の実施状況

○ 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

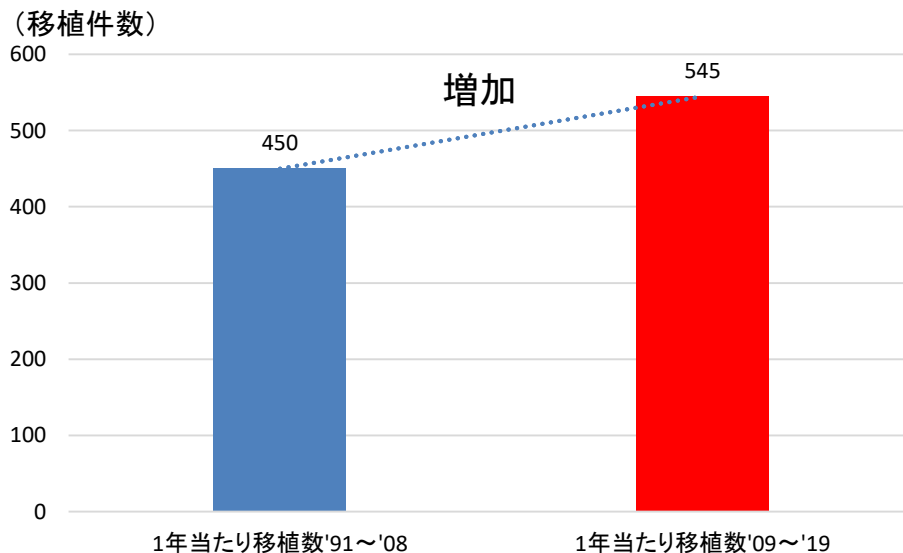


The Japanese Data Center for Hematopoietic Cell Transplantation

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割付終了)	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) 22-25(II相)	14 /16
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

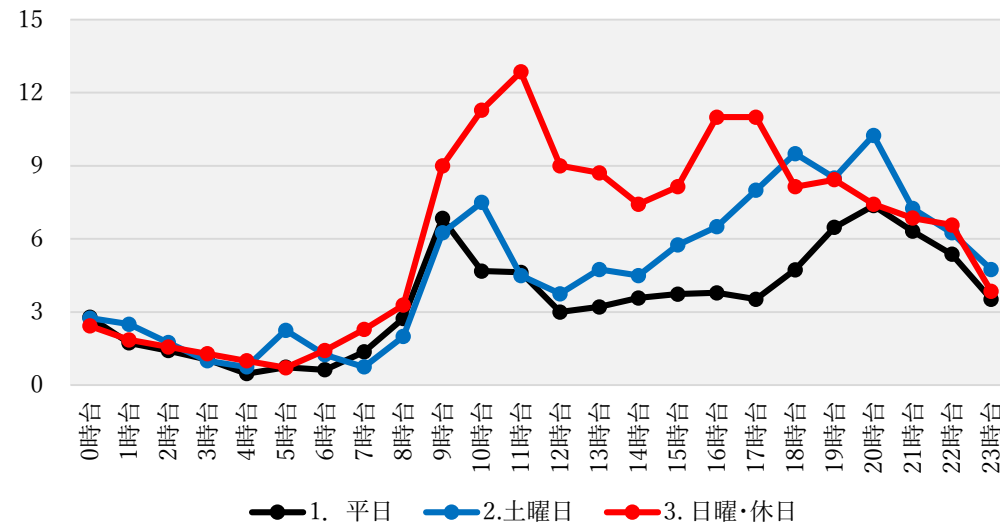
4. 防護環境で使用する物品の扱いと清掃

- 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

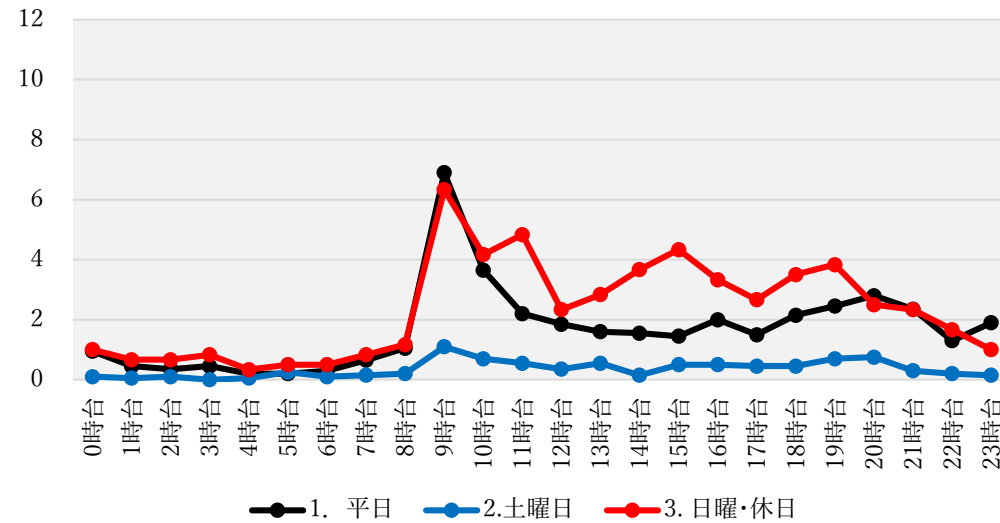
小児救急患者の時間帯別の受診状況

- 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)

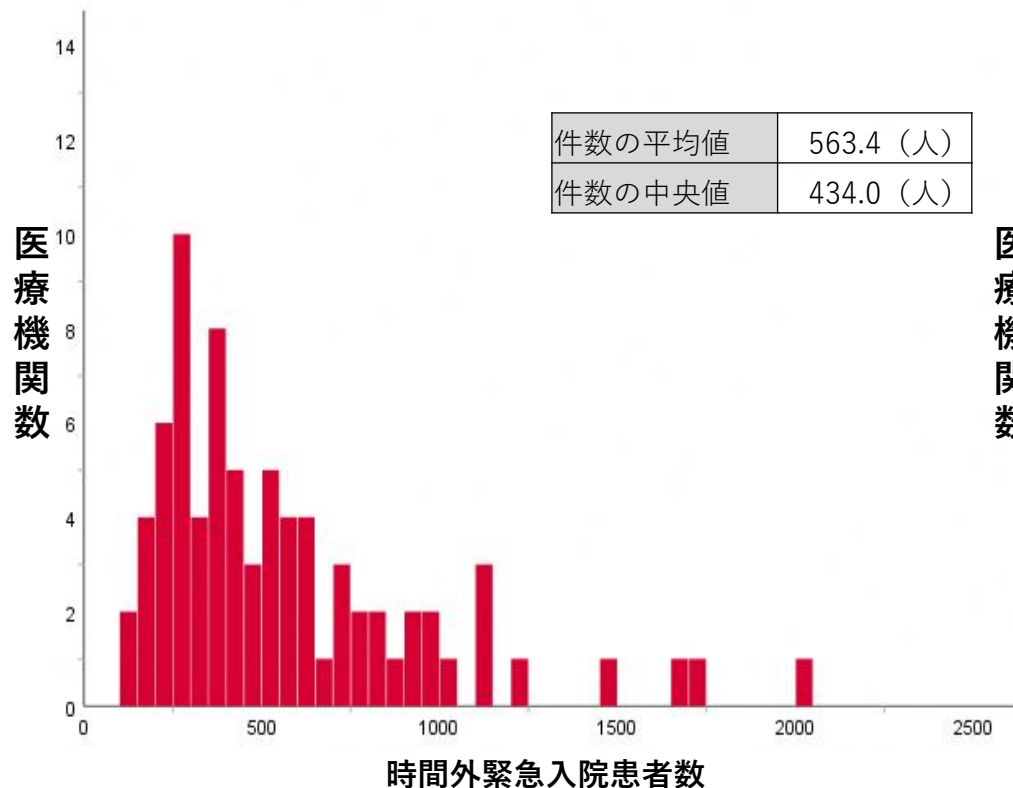


小児の時間外入院対応の現状

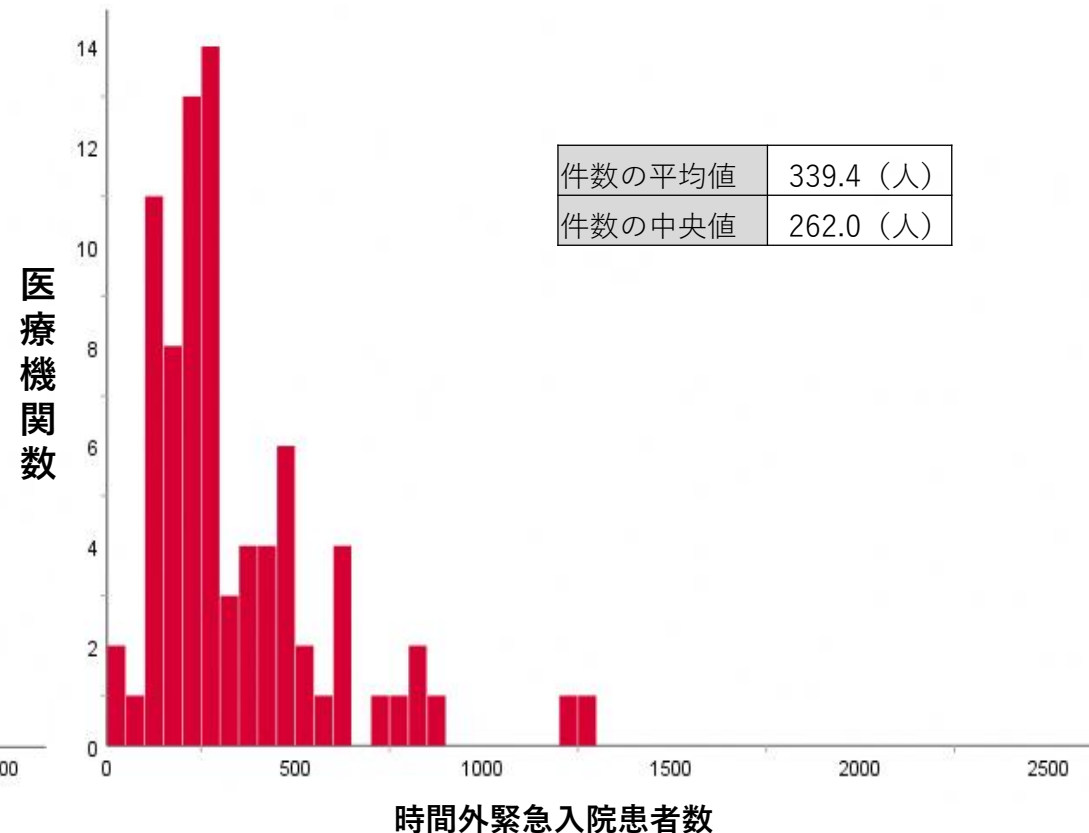
- 小児入院医療管理料1を算定する医療機関において、小児入院患者のうち時間外に緊急入院となった件数の医療機関ごとの分布をみると、時間外緊急入院の件数が年間1000件を超える医療機関も一部に存在した。

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
間 接 業 務	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		
間 接 業 務	・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		
間 接 業 務	・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
	・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

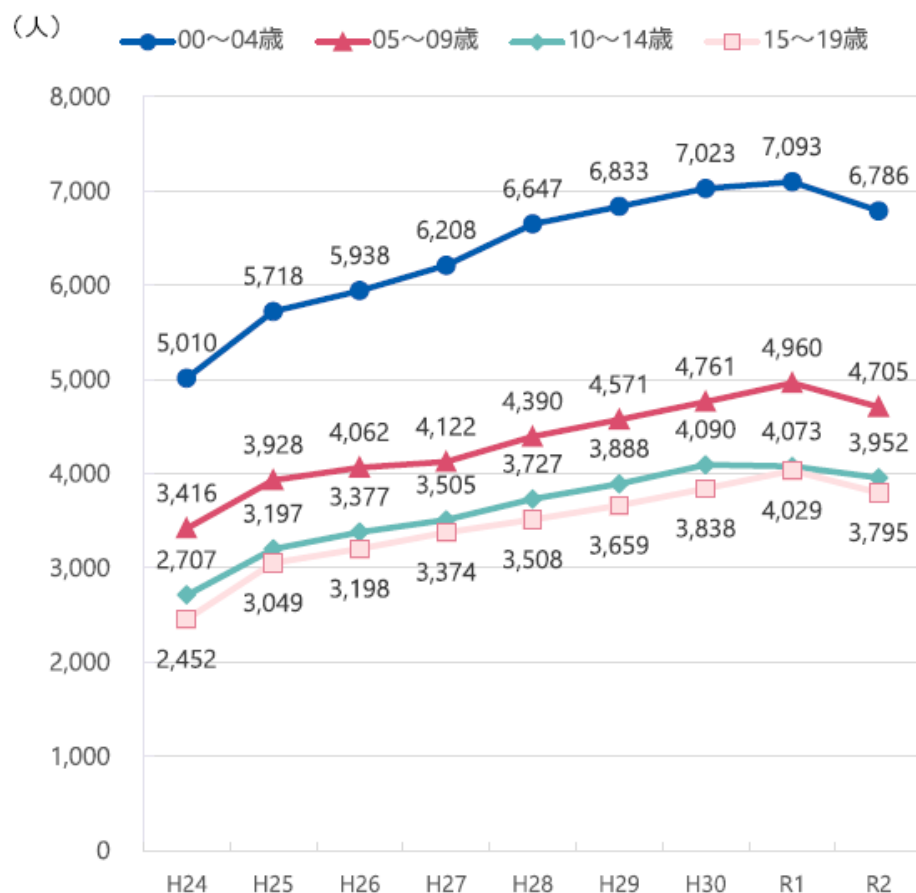
令和3年度 医療的ケア児の地域支援体制構築に係る担当者会議

2021年9月28日

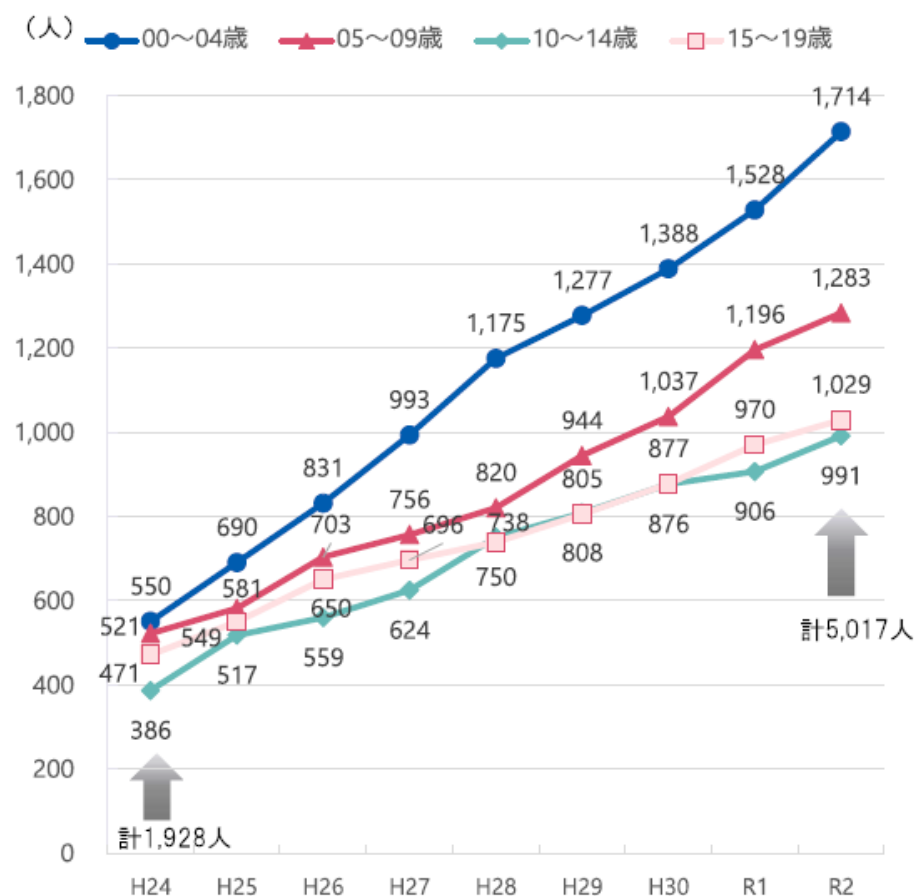
資料1-1

- 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）

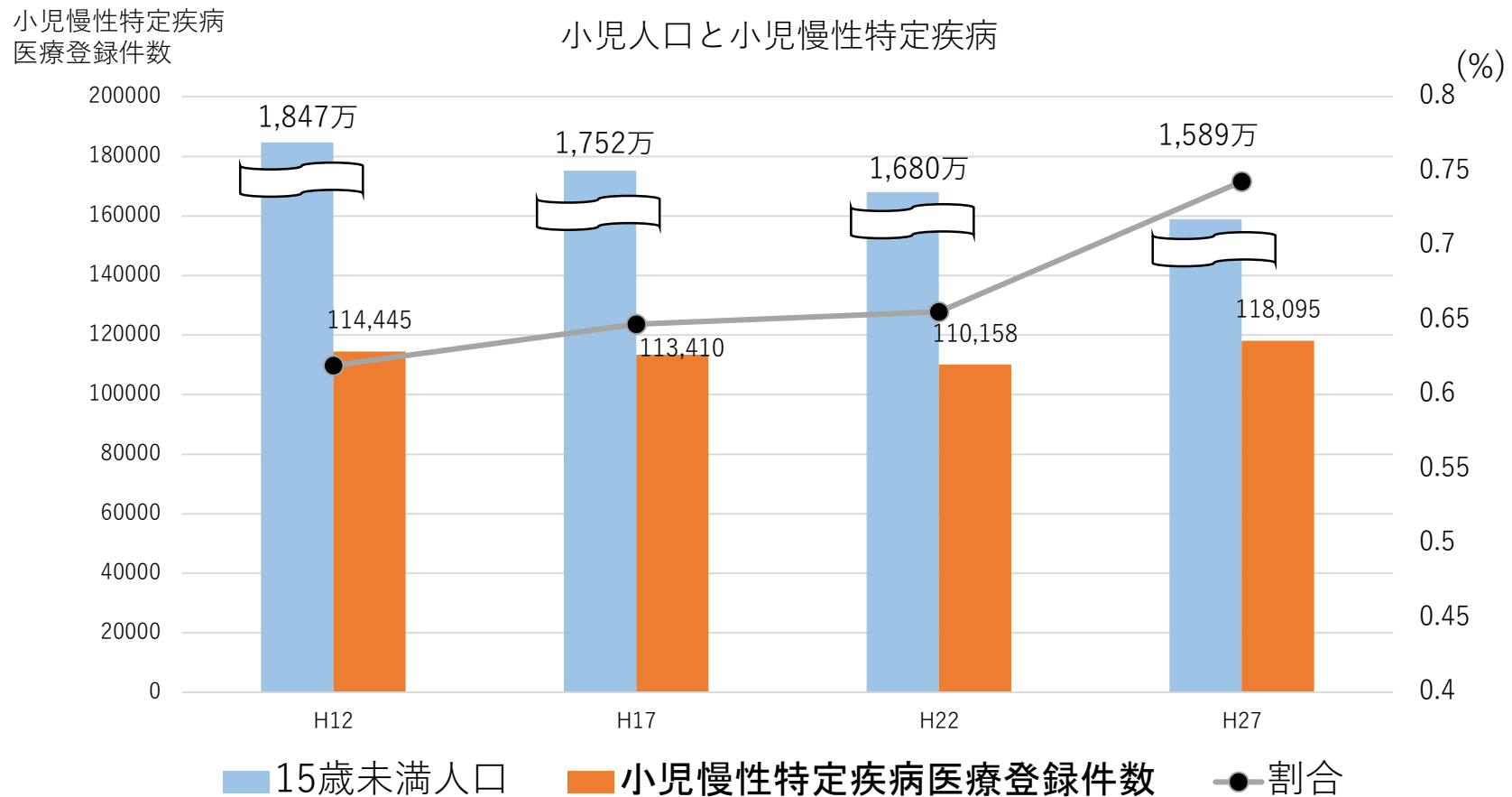


■ 年齢階級別の人工呼吸器を必要とする児童数※の年次推移（推計）



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。



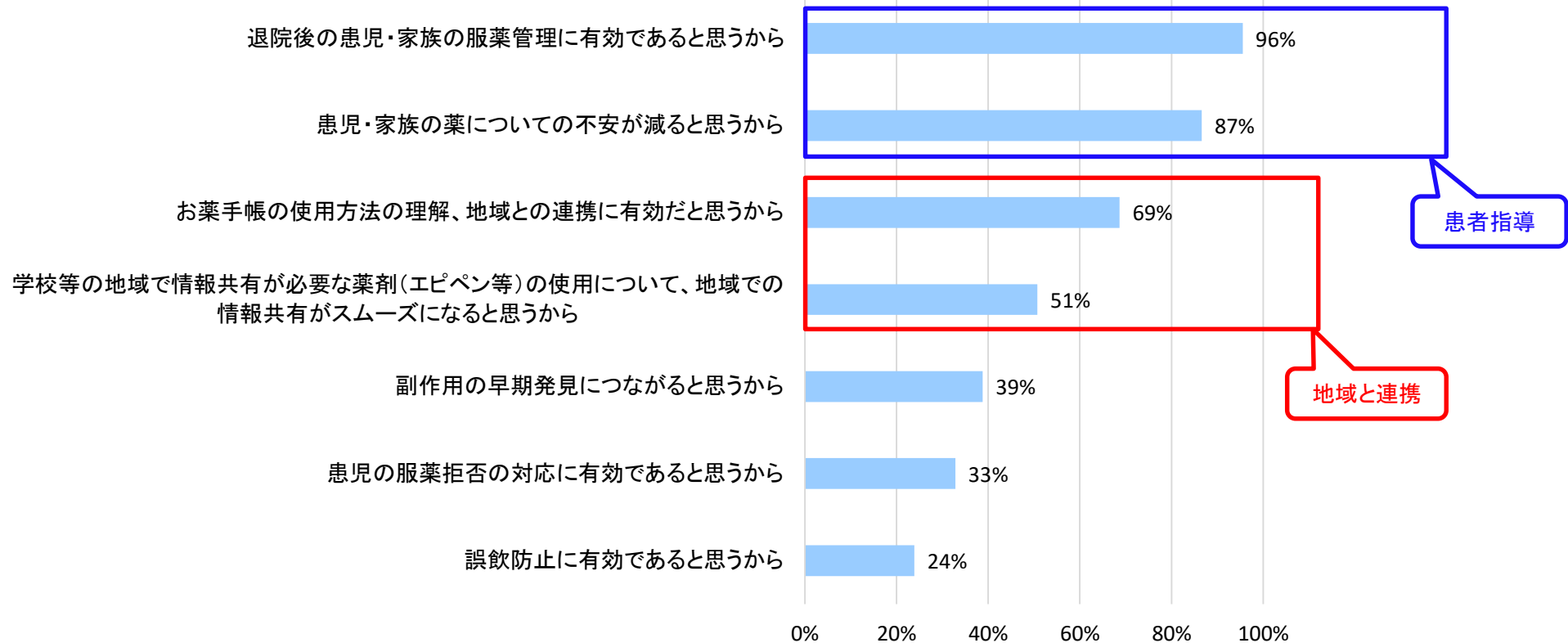
※小児慢性特定疾病医療件数は、小児慢性特定疾病情報センターで公開されている件数の、表示年度過去5年の件数を平均したもの。(H12は3年、H27はH23~26の4年)

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>

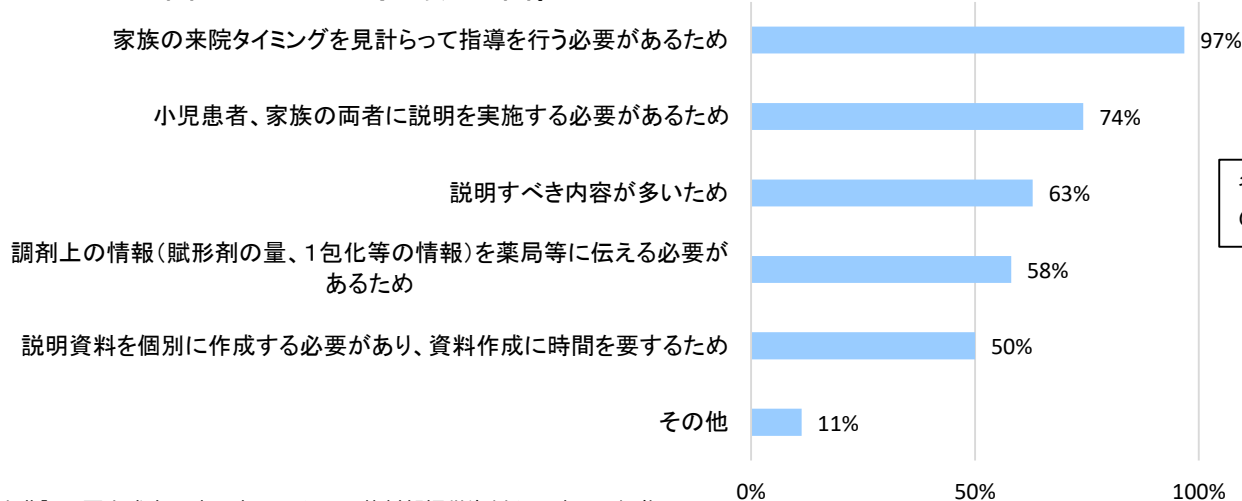
保険薬局薬剤師が医療機関の退院時服薬指導が小児患者や保護者にとって重要だと思う理由
(複数回答)



小児の退院時服薬指導の難しさ

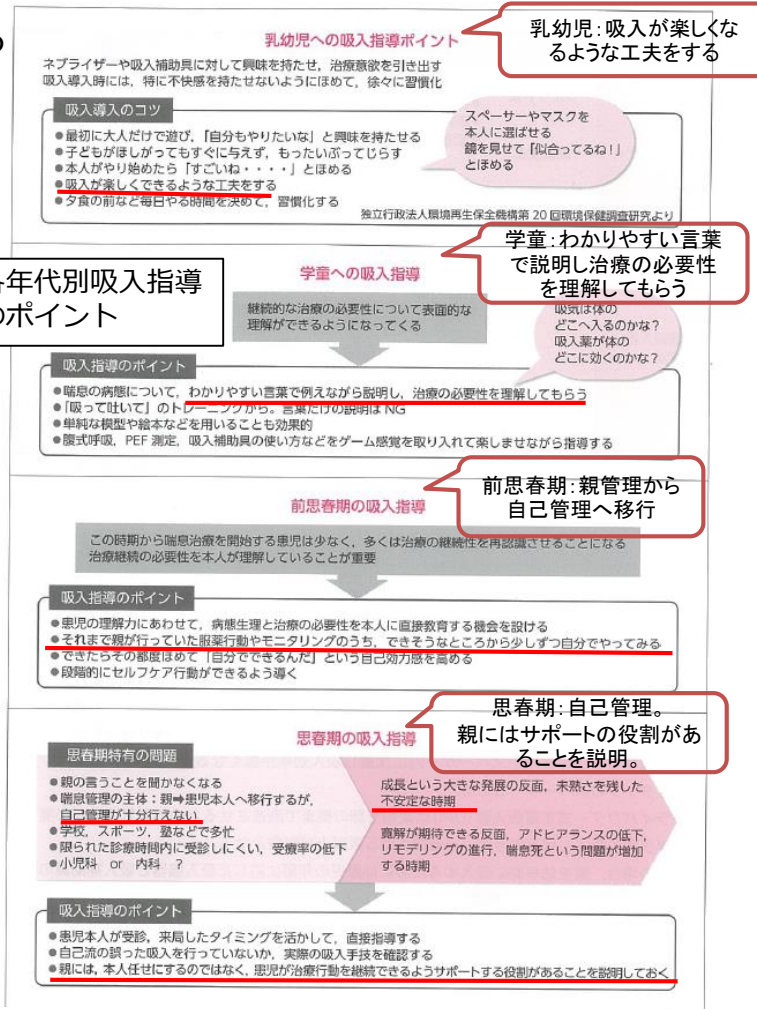
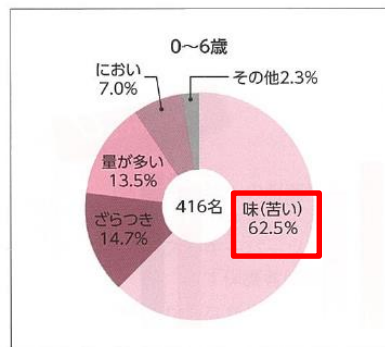
- 病院薬剤師が小児患者の退院時服薬指導は成人より時間や手間がかかると回答したり理由は、「家族の来院タイミングを見計らって指導を行う必要があるため」「小児患者、家族の両方に説明を実施する必要があるため」「説明すべき内容が多いため」の順で多かった。
- 小児は、薬の味が理由の服薬拒否が多く、発達に応じた説明と、子どもが主体性を持てるような関わりが重要である、と言われている。

➤ 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

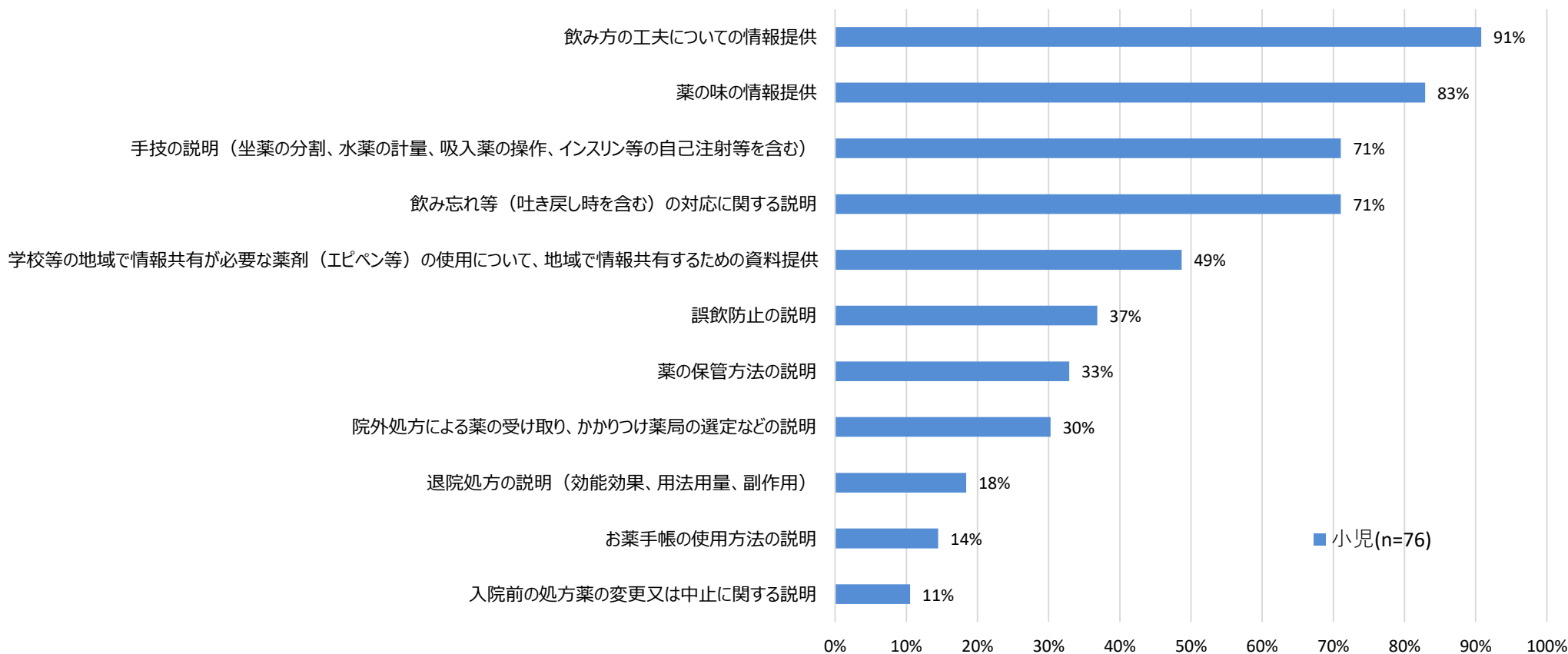
小児における服薬拒否・困難の理由



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。

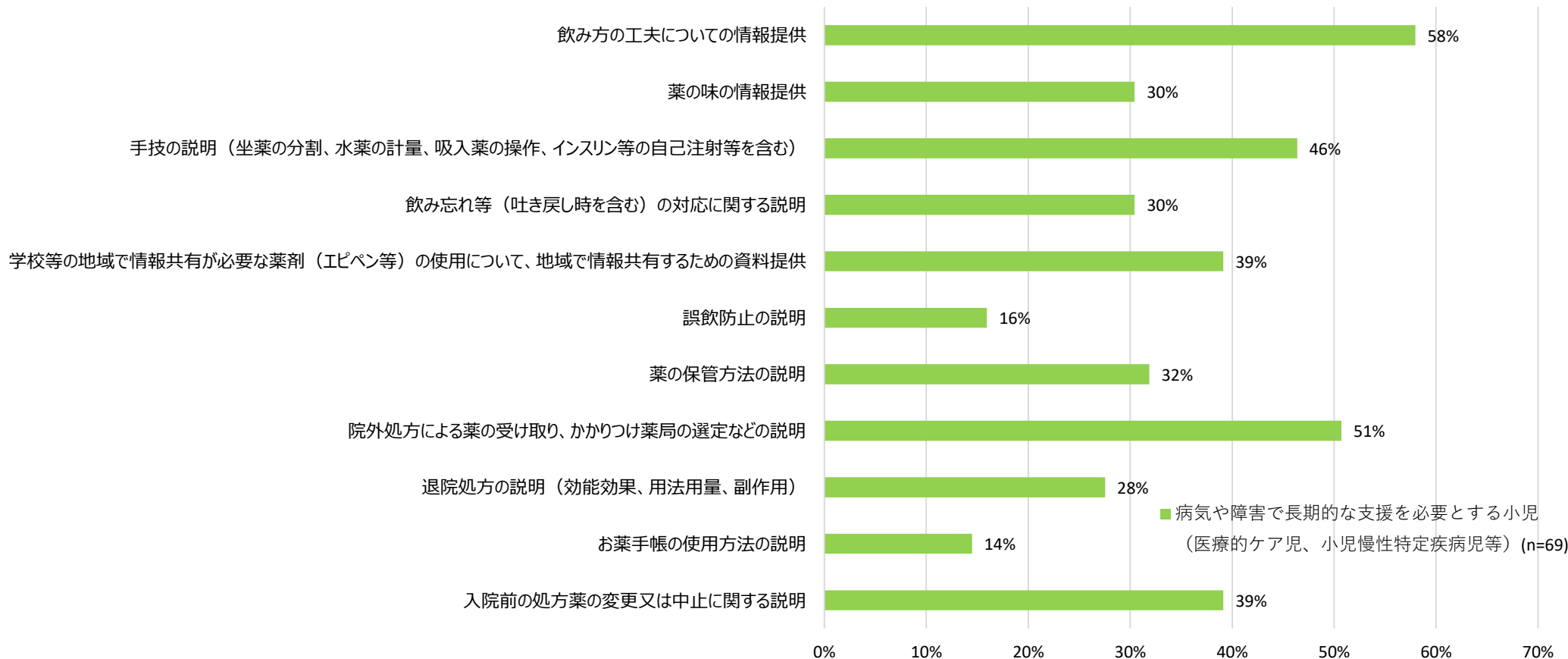
小児患者の退院時服薬指導は、
成人に比べ提供する情報の量が多い、情報が必要となる頻度が高いと病院薬剤師が思うもの（複数回答）



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

- 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。

特記事項等に追記し情報提供した内容

項目	Yes (%)	No (%)
TPNに関すること（調製、デバイス含む）	19.8%	32.7%
剤形変更（錠剤粉碎等）に関すること	64.8%	70.9%
倍散製剤に関すること	27.5%	36.4%
院内特殊製剤の使用に関すること	13.2%	18.2%
麻薬の使用に関すること	2.2%	1.8%
成分栄養に関すること（調製、デバイス含む）	15.4%	14.5%

■ 医療的ケア児 (n=55)

- ・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
- ・サマリイ発行患者には病院・診療所宛ての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

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。

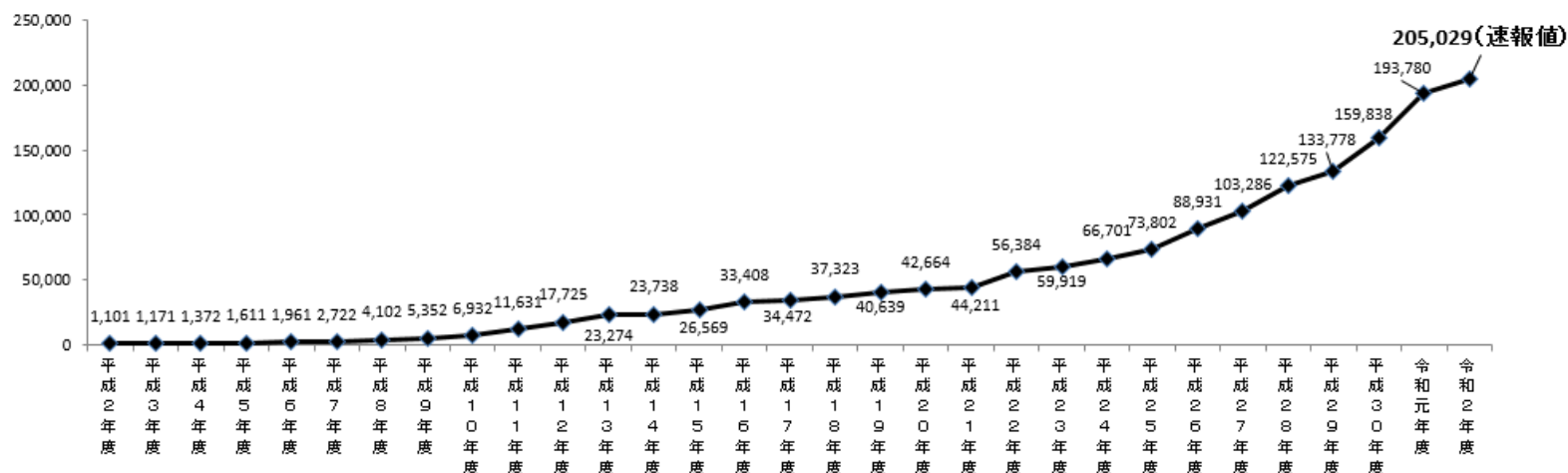
児童相談所での児童虐待相談対応件数とその推移

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、援助方針会議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（面会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。

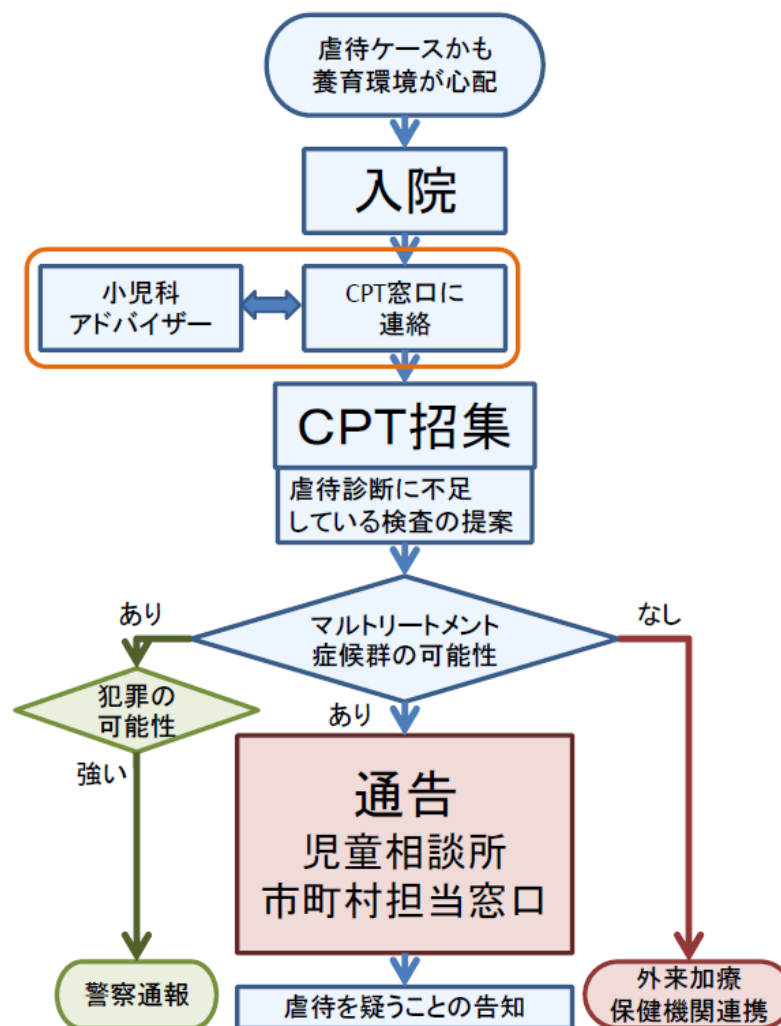
【マルトリートメント症候群】

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。

出典：厚生労働科学研究成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業「虐待対応連携における医療機関の役割(予防、医学的アセスメントなど)に関する研究」(研究代表者：奥山真紀子、平成20～22年度)分担研究報告書

虐待ケース対応フロー



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あ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）

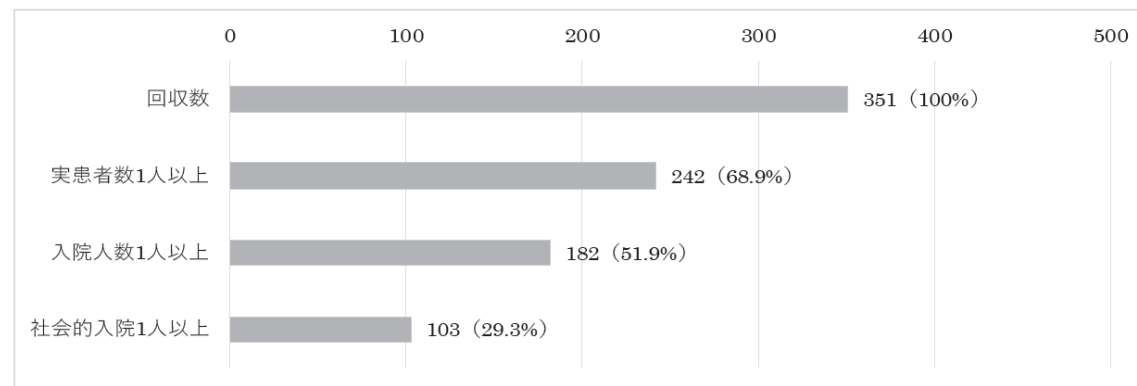


表 13 虐待対応組織の設置（単一回答）

	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

児童氏名 _____ (作成日 年 月 日)

①子どもや保護者が保護を求めている

☐ 子ども自身が保護・救済を求めている
☐ 保護者が子どもの保護を求めている

YES → ②子どもや保護者が訴えている状況が切迫している

☐ 確認には至らないものの性的虐待の疑いが濃厚
☐ 「このままでは何をやるかわからない」「殺したい」「殺されたい」などの訴え

YES → 緊急度 AA
分岐を前提とした緊急介入
緊急一時保護を検討

NO → ③子どもにすでに重大な結果が生じている

☐ 性的虐待(性交、性的行為の強要、妊娠、性感染症罹患)
☐ 致死的な外傷、内臓破裂、頭蓋骨折、火傷など
☐ ネグレクト(栄養失調、衰弱、脱水症状、医療放棄)

YES → 緊急度 AA
分岐を前提とした緊急介入
緊急一時保護を検討

NO → ④重大な結果が生じる可能性が高い

☐ 乳幼児・多胎児・低出生体重児・虚弱児である
☐ 生命に危険な行為(溺死、窒息、首絞め、戸外放置、溺れさせる、シェンキング)
☐ 性行為に至らない性的虐待

YES → 緊急度 A
発生(再発)防止のための緊急支援
発生前の一時保護を検討

NO → ⑤虐待を繰り返す可能性が高い

☐ 新旧混在した傷や、入院歴がある
☐ 過去に、通告、一時保護歴、施設入所歴、きょうだい虐待歴がある
☐ 保護者に虐待の自覚、認識がない
☐ 保護者が精神的に不安定で、判断力が衰えている

YES → 緊急度 B
集中的な支援の実施
集中的な支援によっては一時的保護を検討

NO → ⑥子どもに虐待の影響が明らかに出ている

☐ 保護者への拒否感、おそれ、おびえ、不安が強い
☐ 無表情・表情が暗い・過度のスキンシップを他の大人に求める
☐ 虐待に起因する身体的症状(発育・発達遅れ、皮膚病等)

YES → 緊急度 B
集中的な支援の実施
集中的な支援によっては一時的保護を検討

NO → ⑦保護者に虐待につながる危険がある

☐ 子どもへの拒否的感情、態度
☐ 精神状態の問題がある(うつ病、育児ノイローゼなど)
☐ アルコール、薬物等の問題がある
☐ 性格的問題(衝動的、攻撃的、未熟性)
☐ 行政機関等からの援助に拒否的、あるいは改善が見られない
☐ 家族や同居者間での暴力(DV等)、不和
☐ 子どもが日常的な世話をする人、支えてくれる人がいない

YES → 緊急度 B
集中的な支援の実施
集中的な支援によっては一時的保護を検討

NO → ⑧虐待発生の可能性が家庭環境にある

☐ 虐待によるのではない子どもの成長上の問題(発達遅れ、障害など)
☐ 子どもの問題行動(攻撃的、盗み、徘徊、自傷行為、過食など)
☐ 保護者の生育歴(被虐待歴、愛されなかった思いなど)
☐ 子どもへの養育態度や知識の問題(虐待の欠如、知識不足など)
☐ 家族状況(養父母等含む保護者の死亡・失踪、離婚、転居・出産、ひとり親等)

YES → 緊急度 C
継続的・総合的な支援の実施
継続的・総合的な支援によっては一時的保護を検討

※ 判断にあたっては、各チェック項目を参考にすること。参考に出来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)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

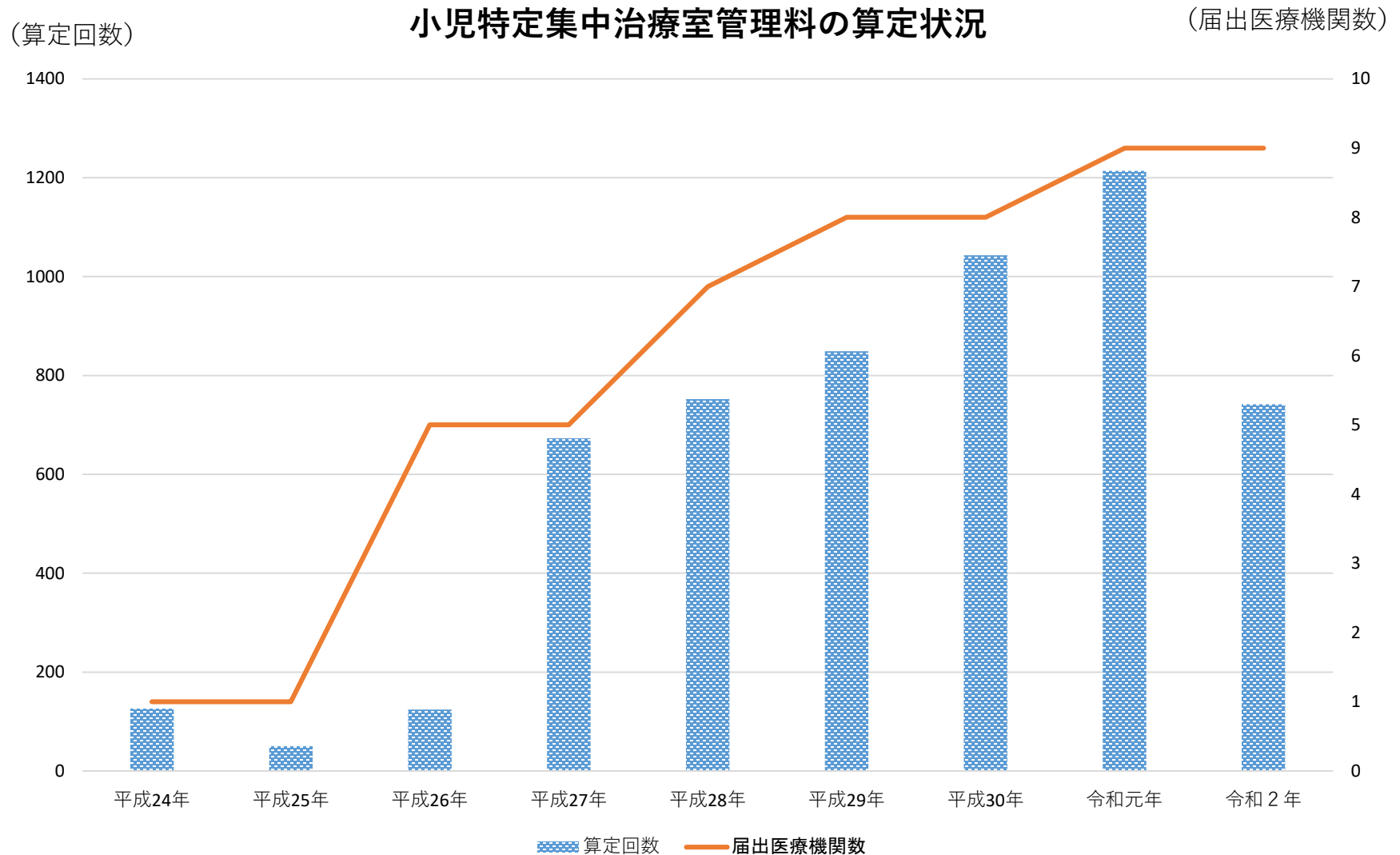
〈施設基準〉

- 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。
- 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る)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機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。

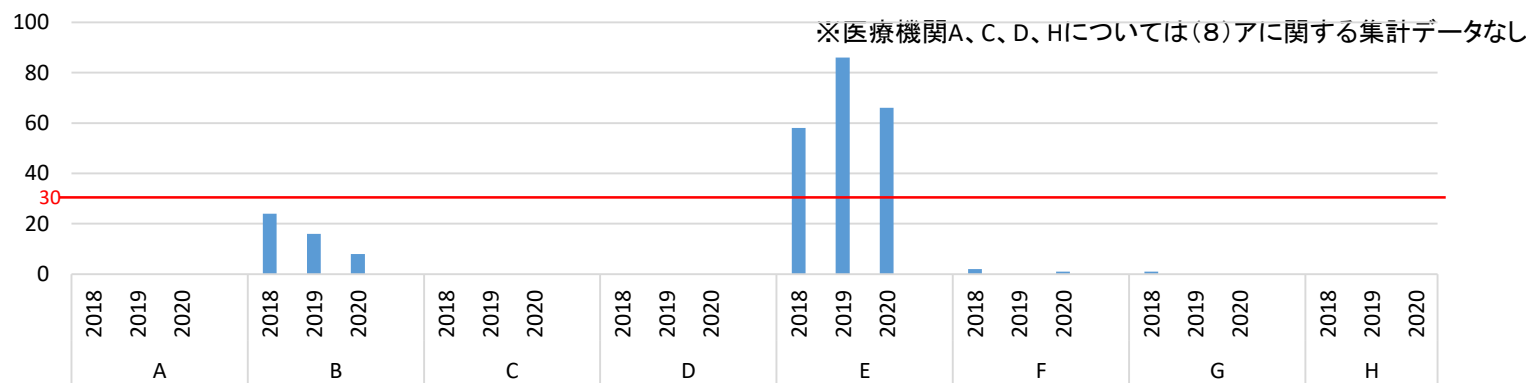


小児特定集中治療室管理料を算定する医療機関の現状

- 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。

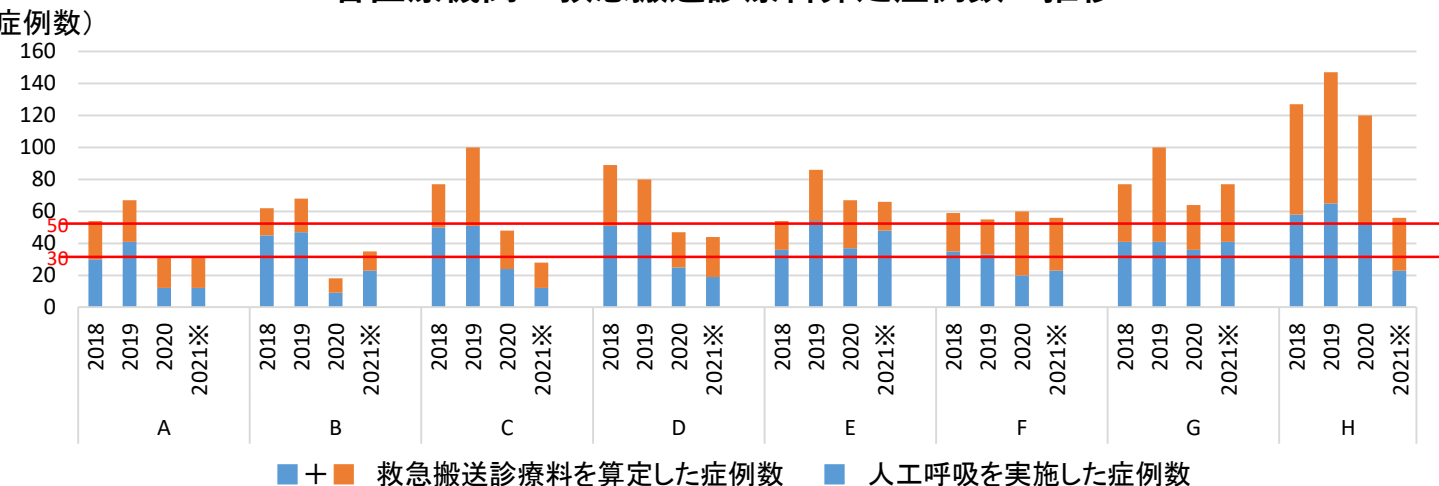
各医療機関の転院時に前医で救命救急入院料A300、あるいは特定集中治療室管理料A301を算定していた症例数。
※施設基準(8)ア 転院時に前医で救命救急入院料A300、あるいは特定集中治療室管理料A301を算定していた症例が1年間に20名以上。

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
(症例数)



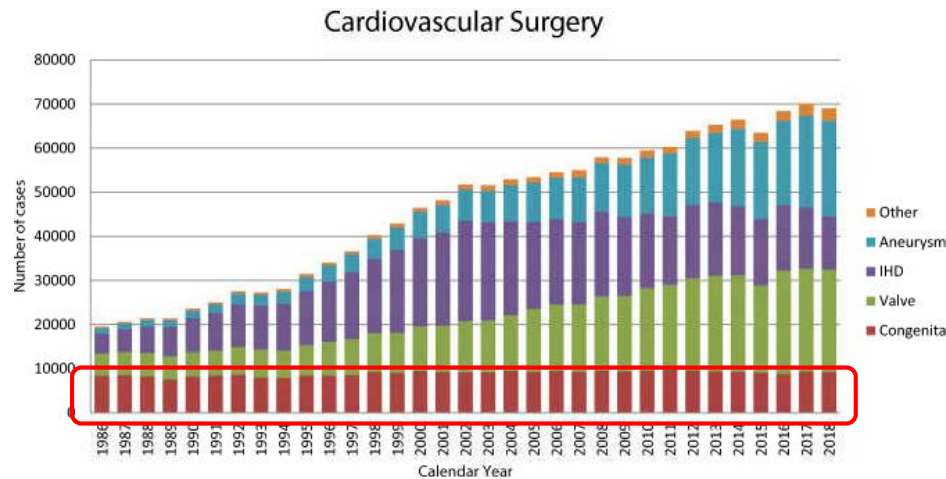
転院時に前医もしくは貴院で救急搬送診療料C004を算定した症例数、及びそのうち、PICU入室後24時間以内に人工呼吸を実施した症例数。
※施設基準(8)イ 転院時に前医もしくは貴院で救急搬送診療料C004を算定した症例が50名以上。そのうち、PICU入室後24時間以内に人工呼吸を実施した症例が30名以上。

各医療機関の救急搬送診療料算定症例数の推移
(症例数)



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

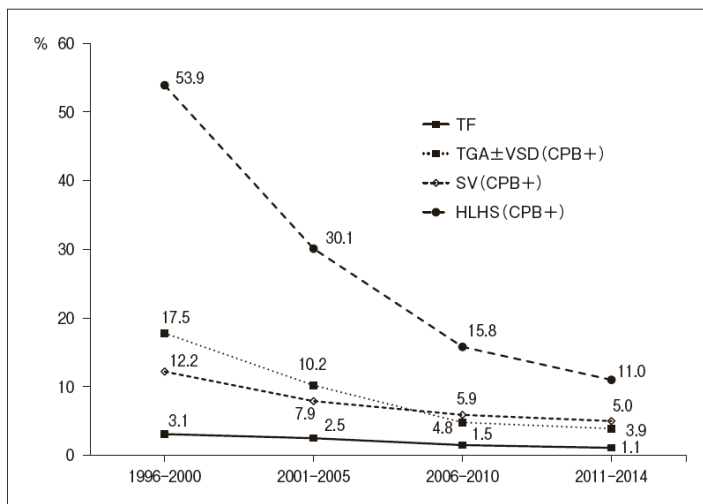


図1 代表的疾患の手術死亡率(病院死亡)

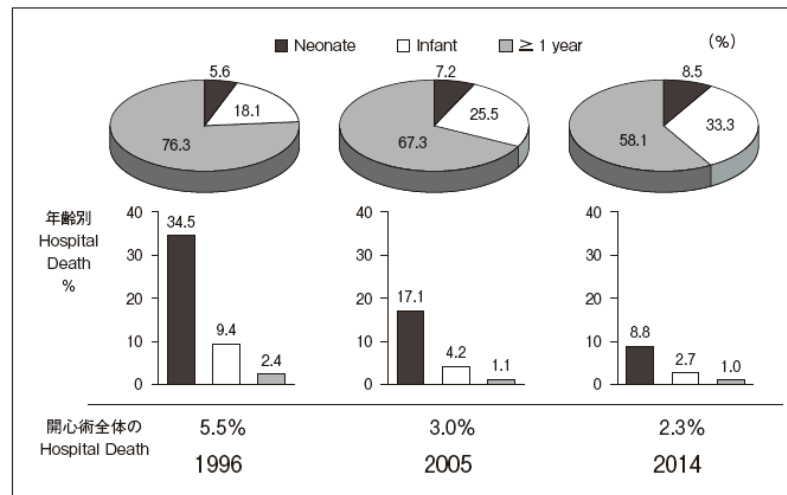


図2 先天性心疾患の手術時年齢と開心術死亡率の経年変化

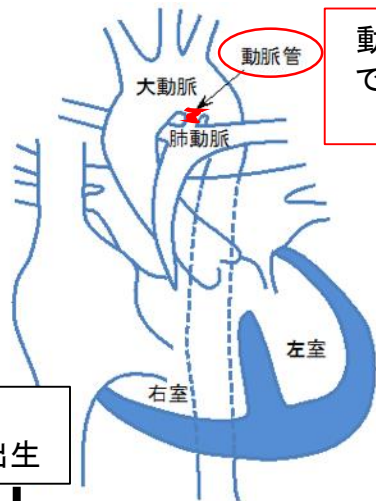
図1、図2 出典：心臓 Vol.50 No.7(2018)

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



38週
2,800gで出生

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

NICU(21日間)

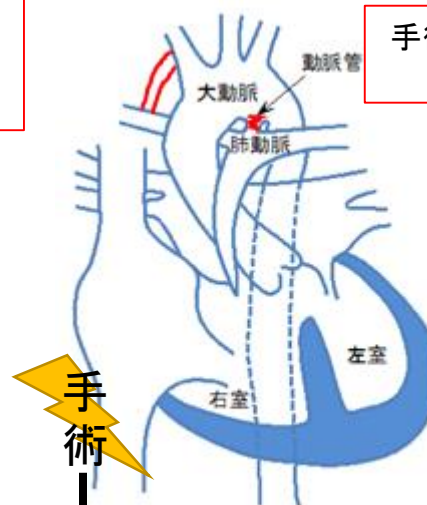
NICUでの全身管理

- ・PIカテーテルによる輸液管理
- ・カテコリン等の血管作動薬
- ・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



手術できるような全身状態になった後に手術を実施

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
- ・カテコリン等の血管作動薬
- ・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

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

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8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

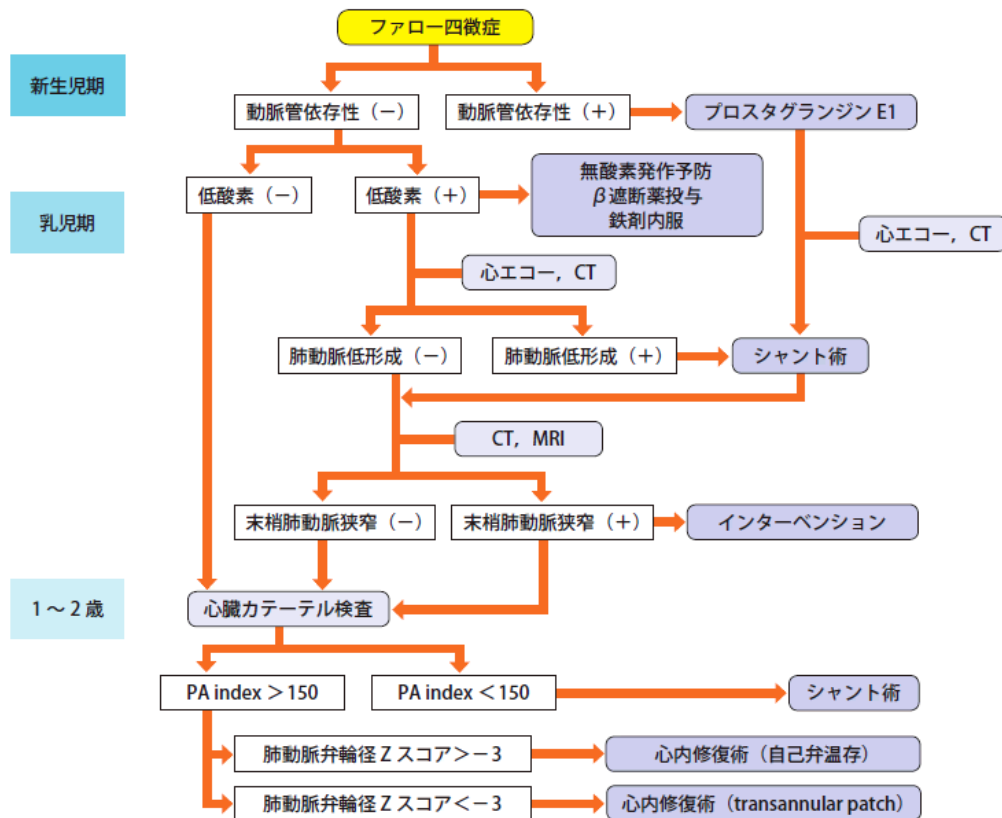
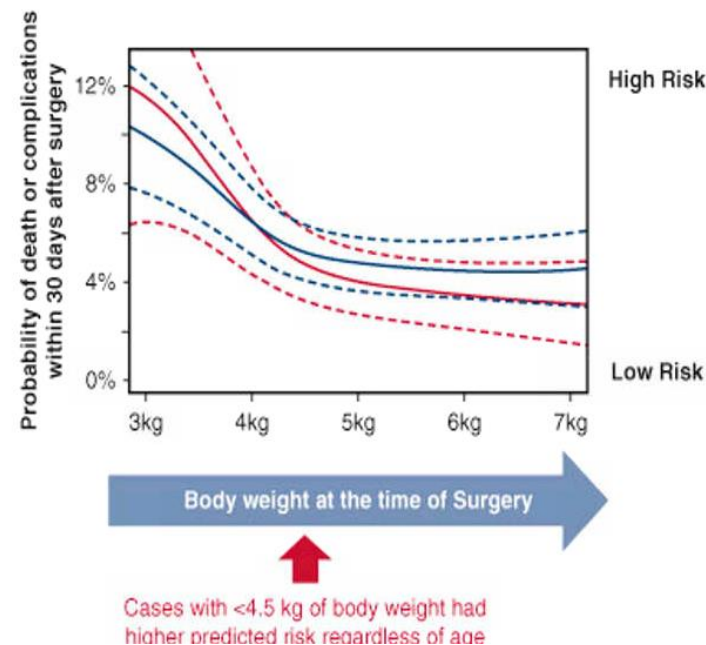


図 54 ファロー四徴症の検査と治療

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

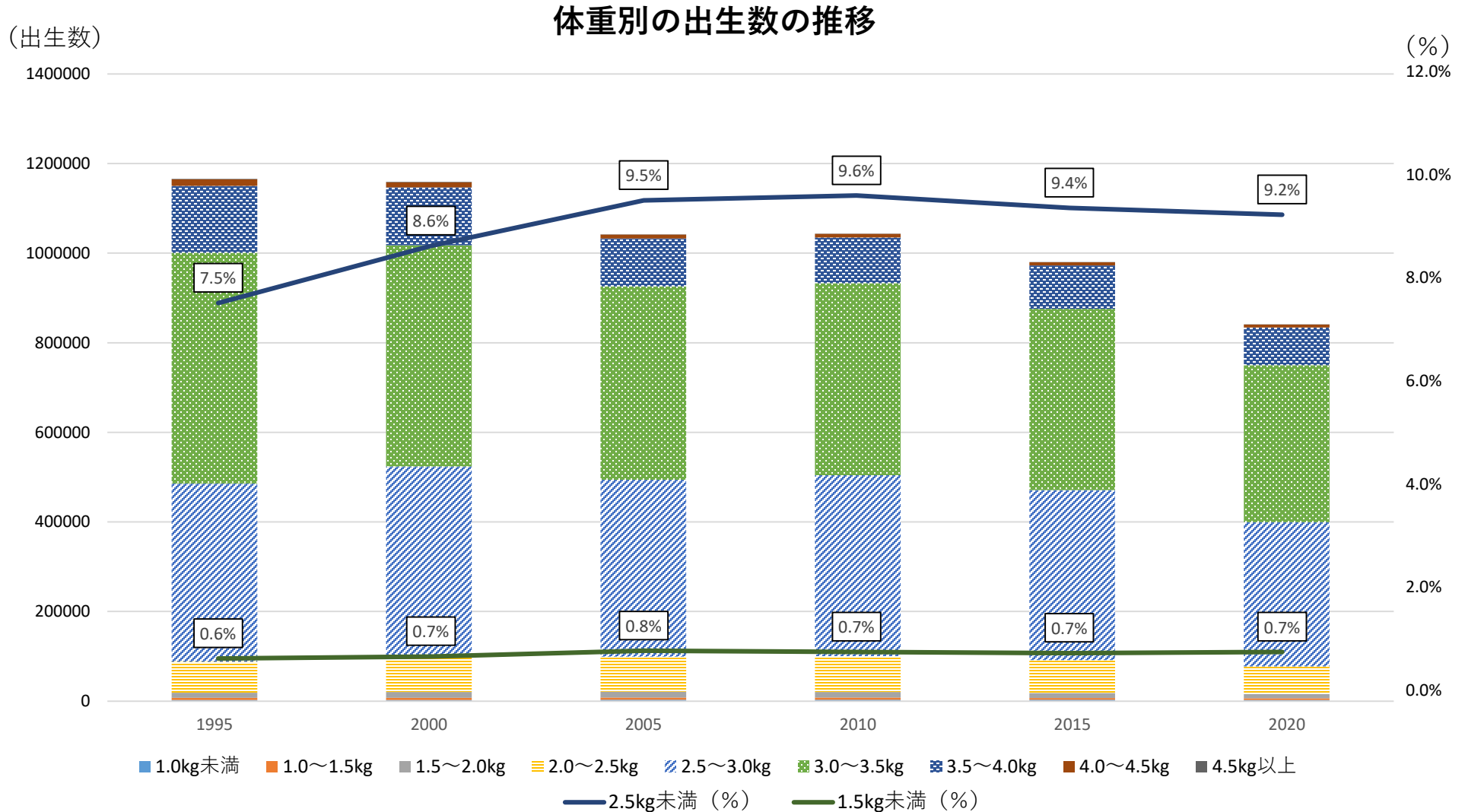
新生児特定集中治療室の概要

○ 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って、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。



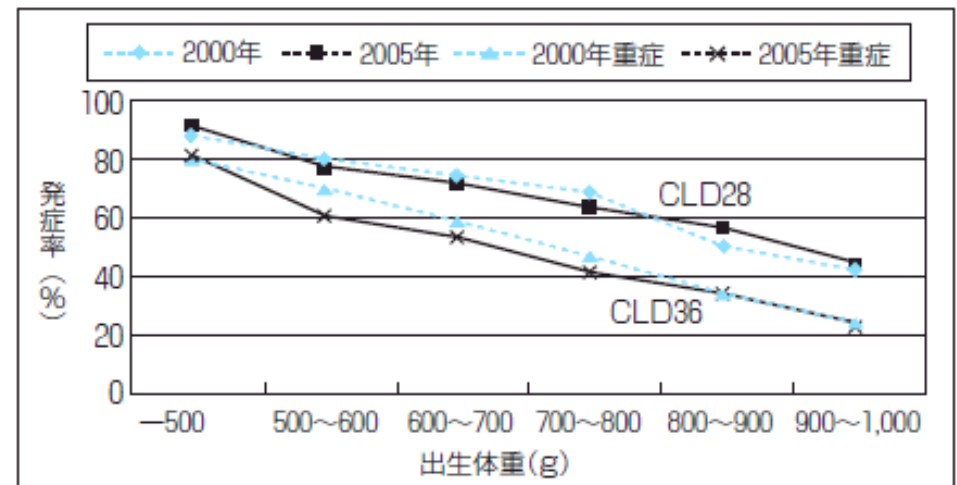
慢性肺障害(CLD)の概要

- 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。

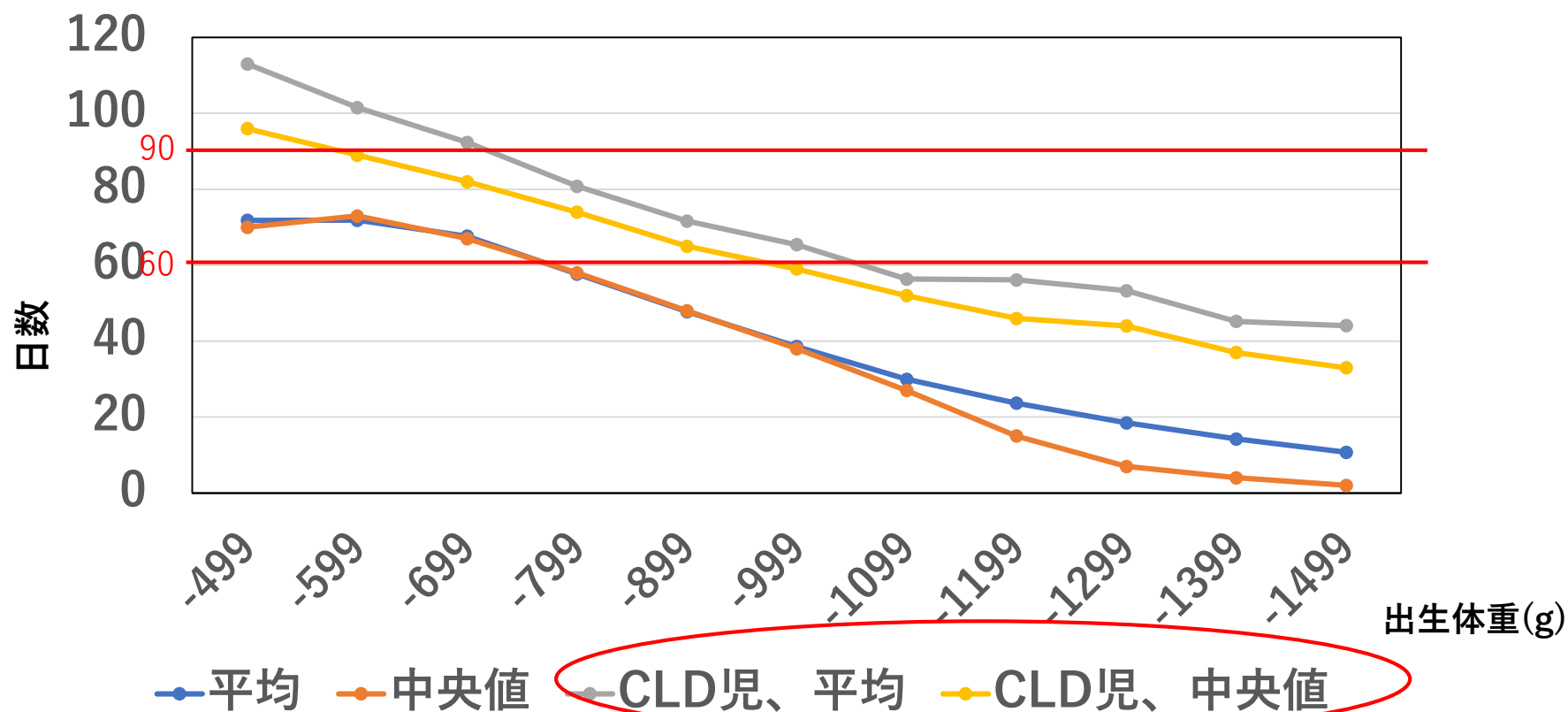
図3 体重別CLD発症率



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。

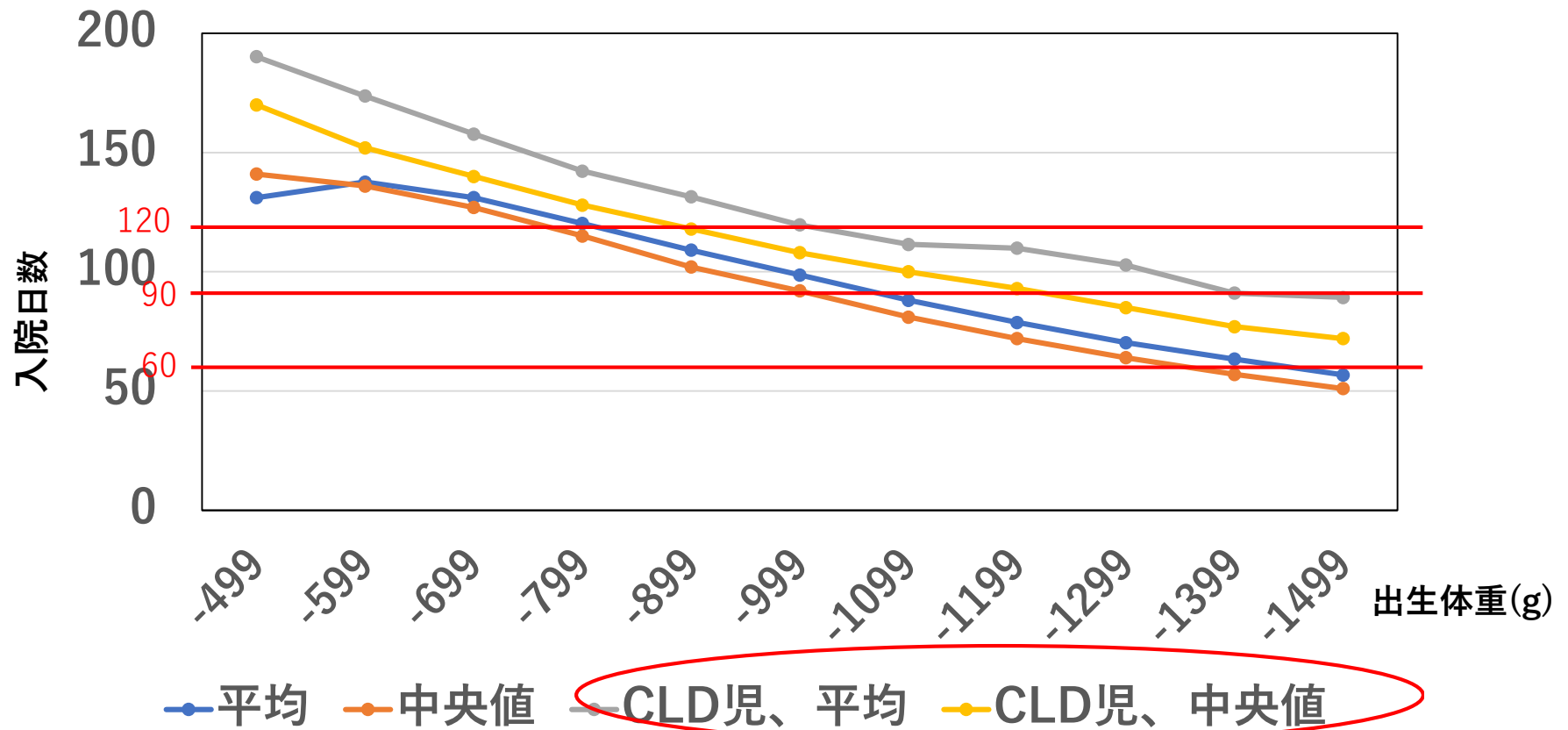
出生体重別呼吸管理必要日数 (急性期呼吸管理)



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

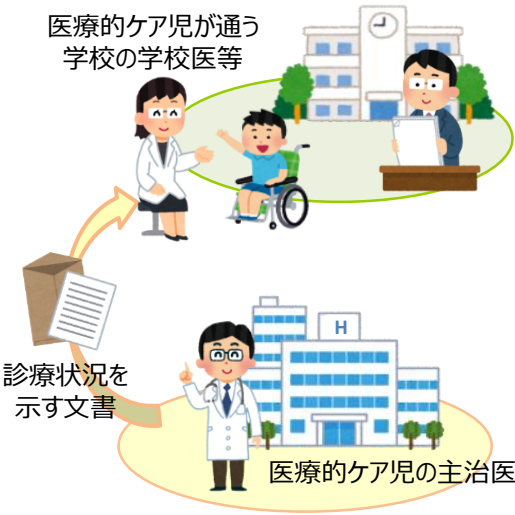
【診療情報提供料(Ⅰ)】

(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。

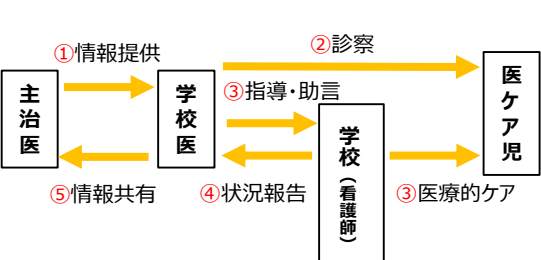
[算定要件]

- ・ 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。

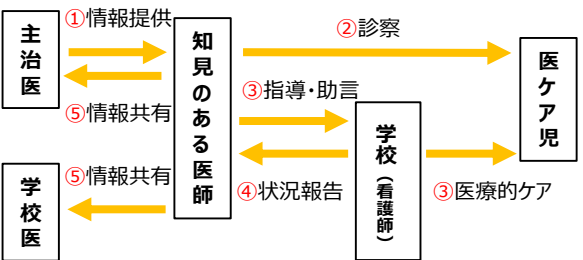


(参考)主治医から学校医等への情報提供に基づいた学校における医療的ケアの流れ

●「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人につき月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人につき各年度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）

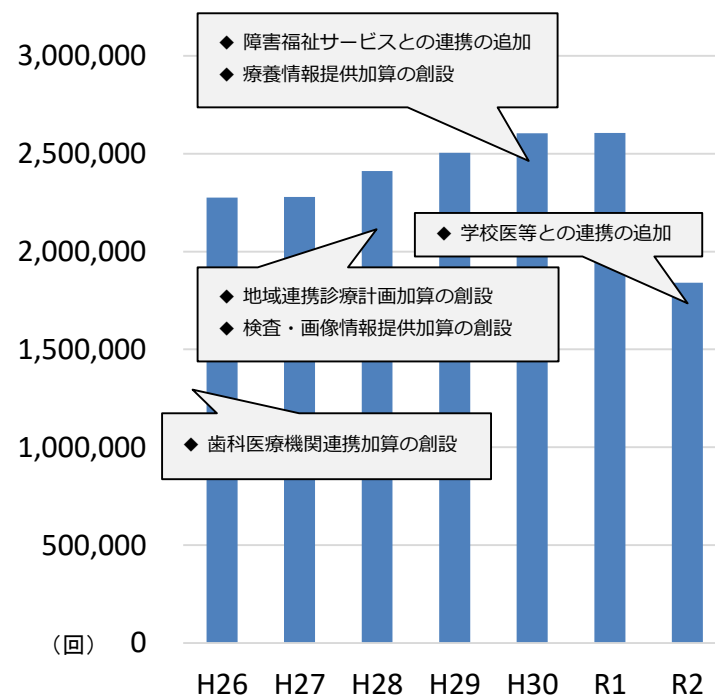
- 保険医療機関が、診療に基づき他の機関での診療の必要性等を認め、患者に説明し、その同意を得て当該機関に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定する。
- 紹介に当たっては、事前に紹介先の機関と調整の上、紹介先機関ごとに定める様式又はこれに準じた様式の文書に必要事項を記載し、患者又は紹介先の機関に交付する。また、交付した文書の写しを診療録に添付するとともに、診療情報の提供先からの当該患者に係る問い合わせに対しては、懇切丁寧に対応するものとする。

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）

- 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。

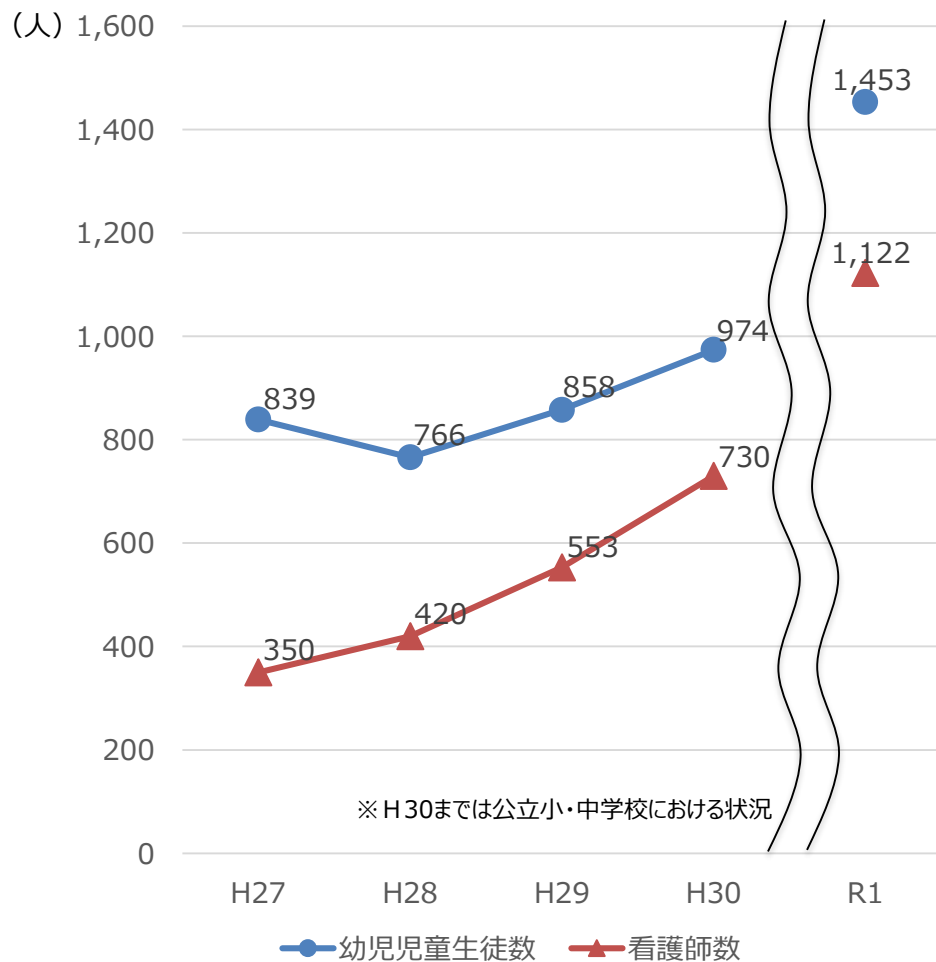
情報提供先	診療報酬上の評価
保険医療機関	○
市町村 指定特定相談支援事業者 指定障害児相談支援事業者	○ (<u>入院患者については、自宅に復帰する患者のみ</u>)
<u>保健所・児童相談所</u>	—
精神障害者施設	○
小学校、中学校 義務教育学校 中等教育学校（前期課程） 特別支援学校（小学部・中学部）	○
<u>保育所等、幼稚園</u> <u>特別支援学校（幼稚部）</u> <u>認定こども園</u>	—
<u>高等学校</u> <u>中等教育学校（後期課程）</u> <u>特別支援学校（高等部）</u>	—

医療的ケア児が
在籍する学校医等

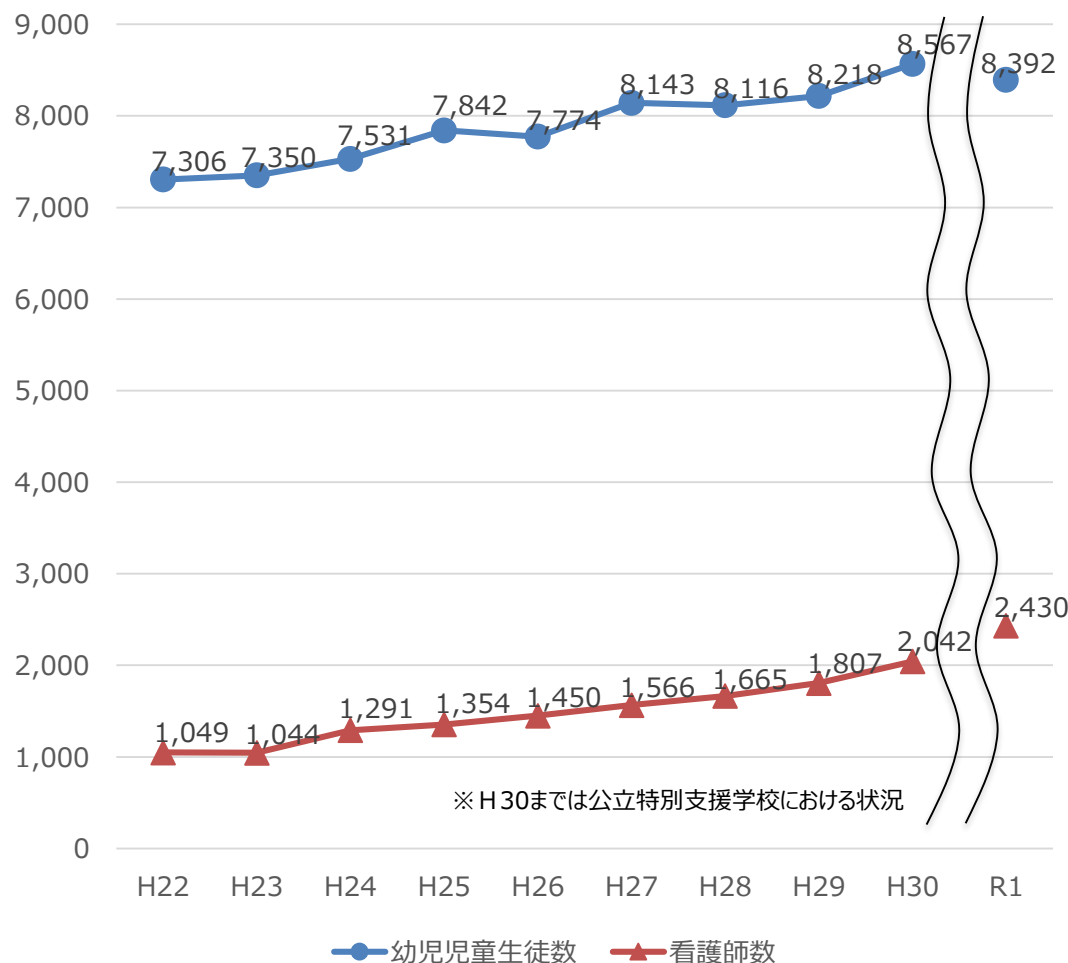
学校において医療的ケアが必要な児童生徒等の状況について①

○ 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



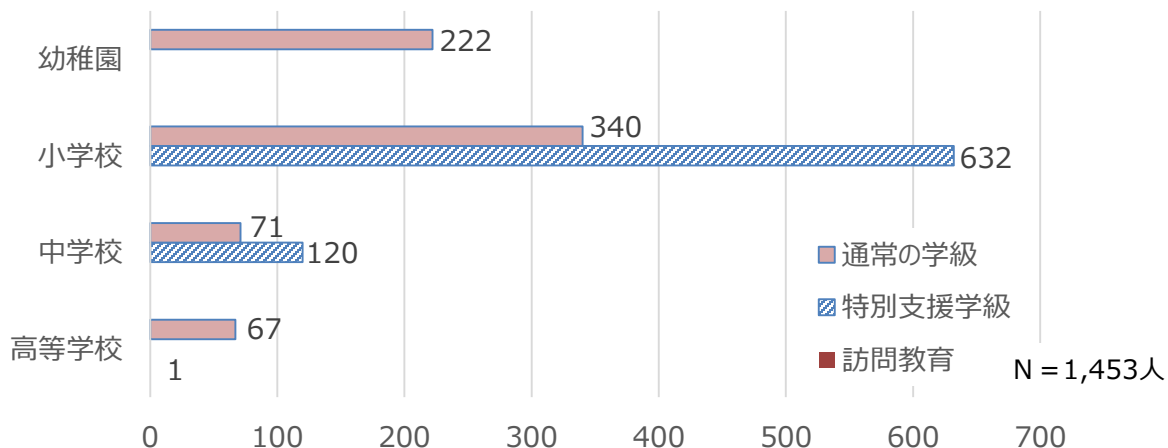
特別支援学校に在籍する医療的ケア児の推移



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。

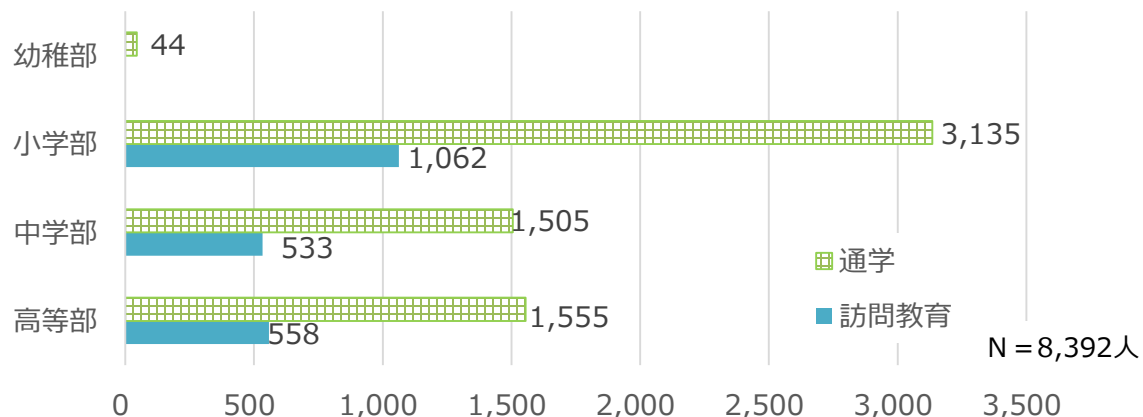
幼稚園、小・中・高等学校に在籍する医療的ケア児の数（学校の種類別）



【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
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）



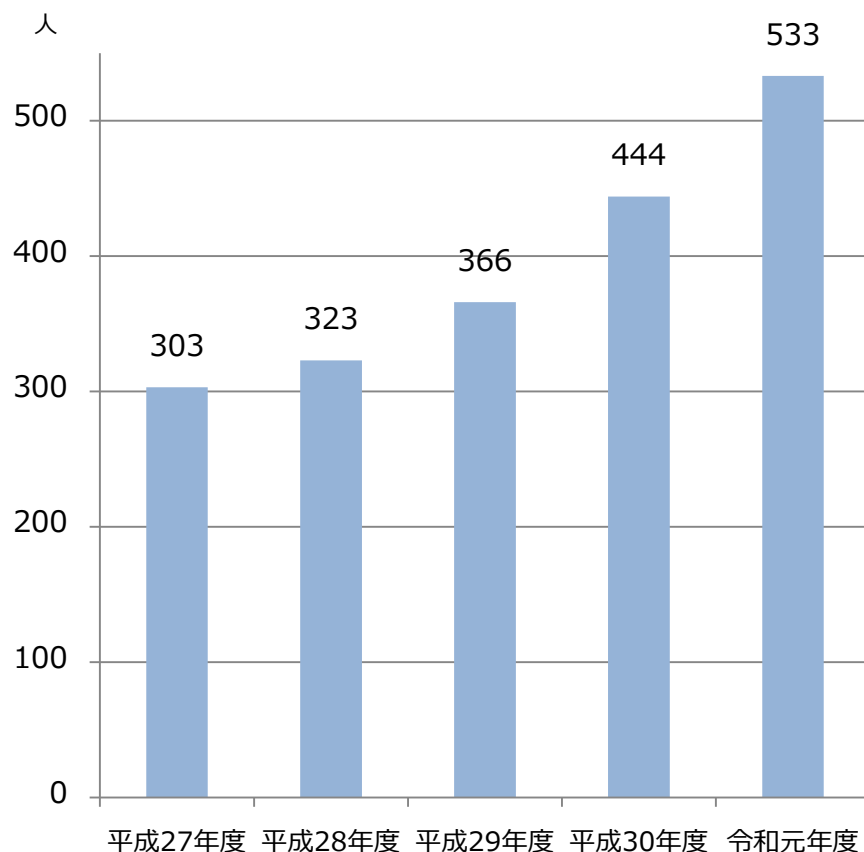
【設置者別の内訳】

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

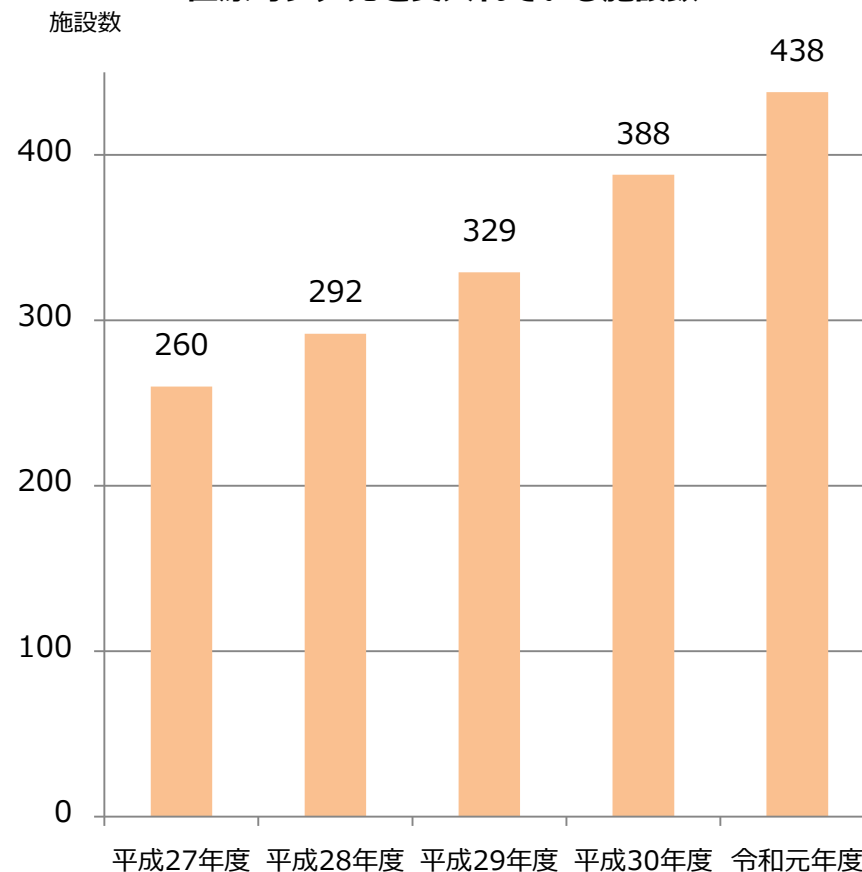
保育所等における医療的ケア児の受入れ状況の推移

- 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

＜管内保育所等＞

看護師等の配置や医療的ケア児保育支援者の支援を受けながら、**保育士の研修受講等**を行い、医療的ケア児を受入れ。



＜基幹施設＞

モデル事業を実施してノウハウを蓄積した施設等が、市町村内の基幹施設として、**管内保育所の医療的ケアに関する支援**を行うとともに、**医療的要因や障害の程度が高い児童の対応**を行う。



助言・支援等

体制整備等

＜自治体＞

検討会の設置



ガイドラインの策定

検討会の設置やガイドラインの策定により、医療的ケア児の受入れについての検討や関係機関との連絡体制の構築、施設や保護者との調整等の体制整備を実施。

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)>

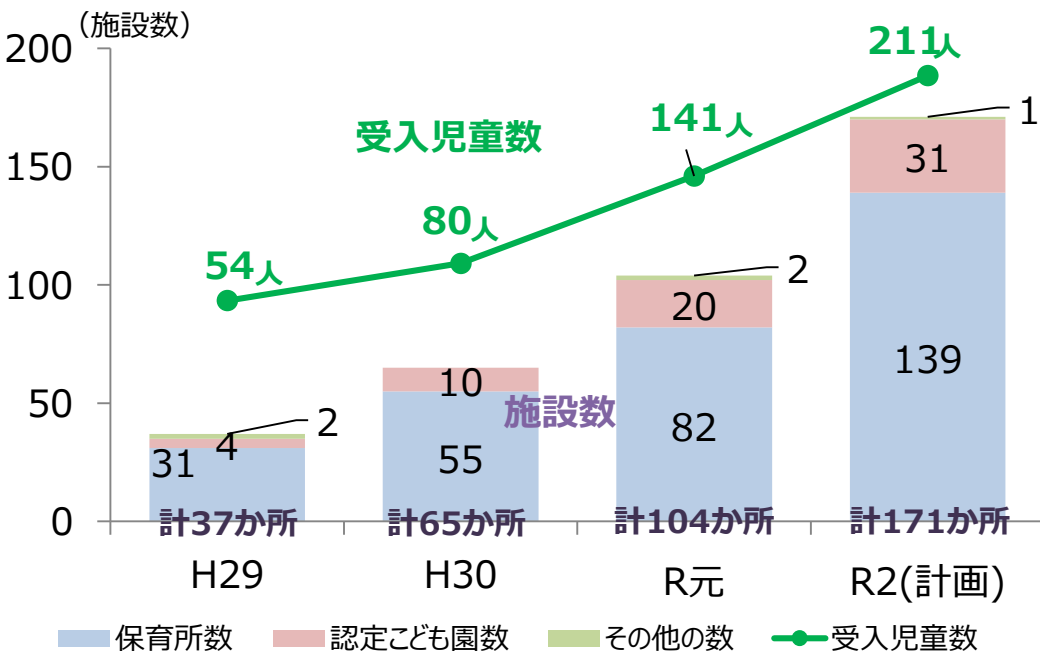
(事業概要)

(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)

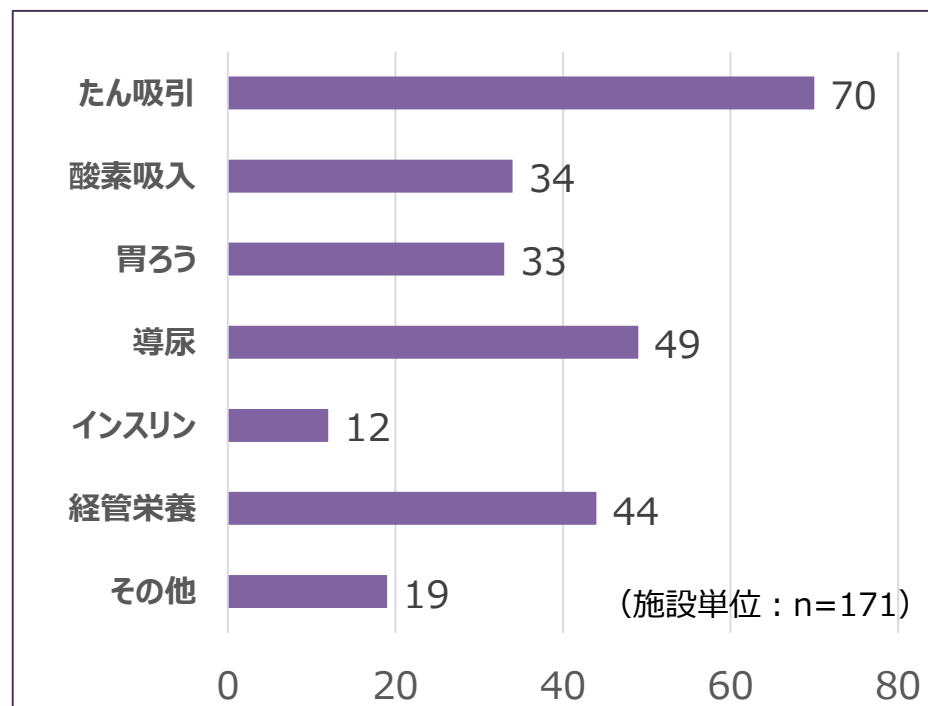
- 保育所等において医療的ケア児の受入れを可能とするための体制を整備し、医療的ケア児の地域生活支援の向上を図るため、モデル事業として平成29年度から令和2年度まで実施。
- 自治体は計画を策定し、その計画を外部有識者による検討委員会が評価。評価結果を踏まえ国が採択し、事業実施。
- 医療的ケアを実施する**看護師や喀痰吸引等研修を修了した保育士等を配置**するための経費のほか、**喀痰吸引等研修を受講するための経費**、管内保育所等への医療的ケアに関する支援・助言を行うため、**医療的ケアに関する技能及び経験を有した者（医療的ケア児保育支援者）を配置するための経費**、市区町村等において医療的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

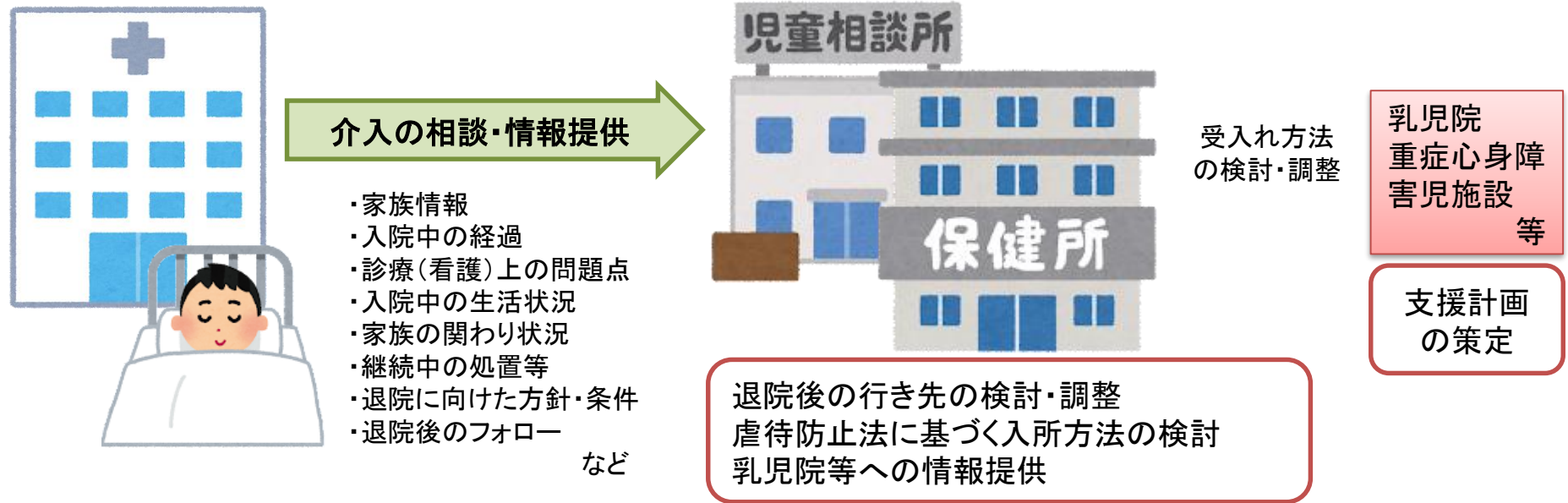
※診療情報提供料（Ⅰ）注7 情報提供先

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	－ <u>入院患者については、自宅に復帰する患者のみ</u>	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

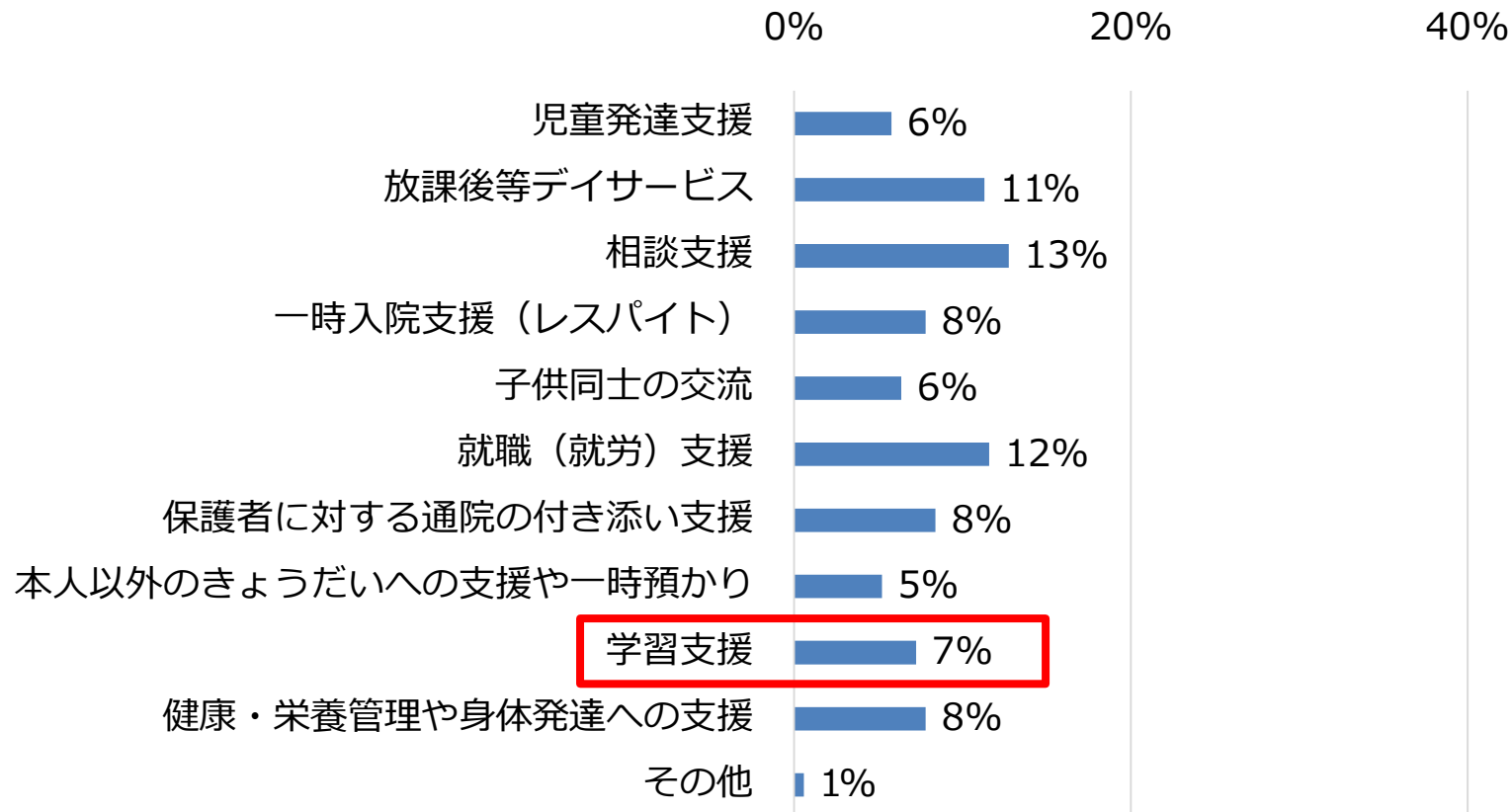
六 国は、疾病児童等の教育の機会を確保するため、疾病児童等に対する学習支援や疾病の自己管理方法の習得のための支援を含め、特別支援教育を引き続き推進する。

七～八 略

小児慢性特定疾病について

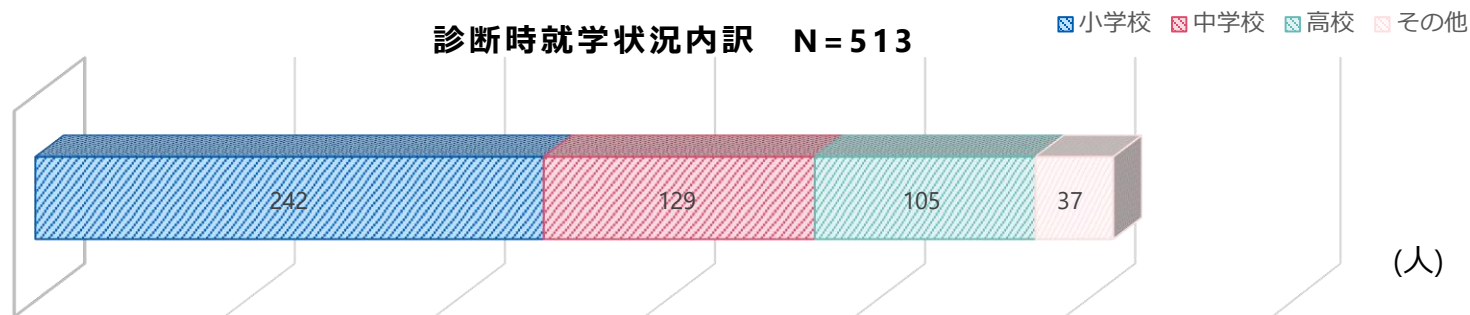
○ 小慢患者等(※)からのニーズが高い福祉サービスの一つに「学習支援」が含まれる。

(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

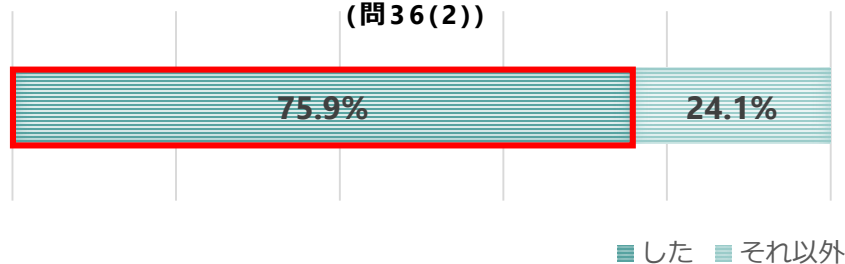


☑転校・休学・退学を経験したと回答した人の分布

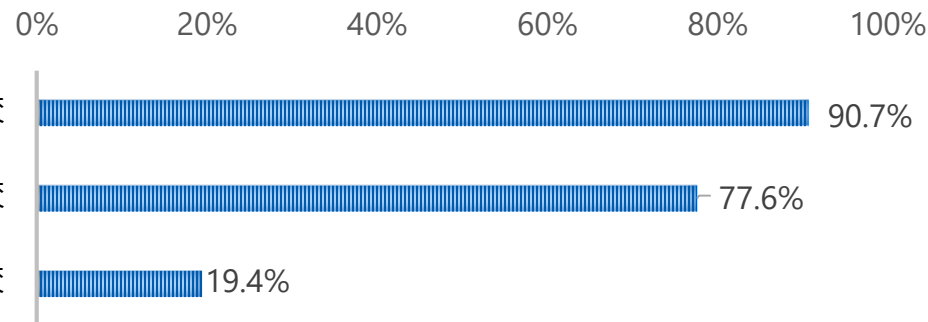
	小学校	中学校	高等学校	その他
転校	167 (81.1%)	70 (59.3%)	14 (17.5%)	7 (19%)
休学	34 (16.5%)	43 (36.4%)	49 (61.3%)	19 (53%)
退学	1 (0.5%)	1 (0.8%)	7 (8.8%)	7 (19%)
その他	4 (1.9%)	4 (3.4%)	10 (12.5%)	3 (8%)

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



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 医療 スタッフからの説明	全がん	造血器腫瘍	固形腫瘍 (脳腫瘍を除く)	脳腫瘍
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)

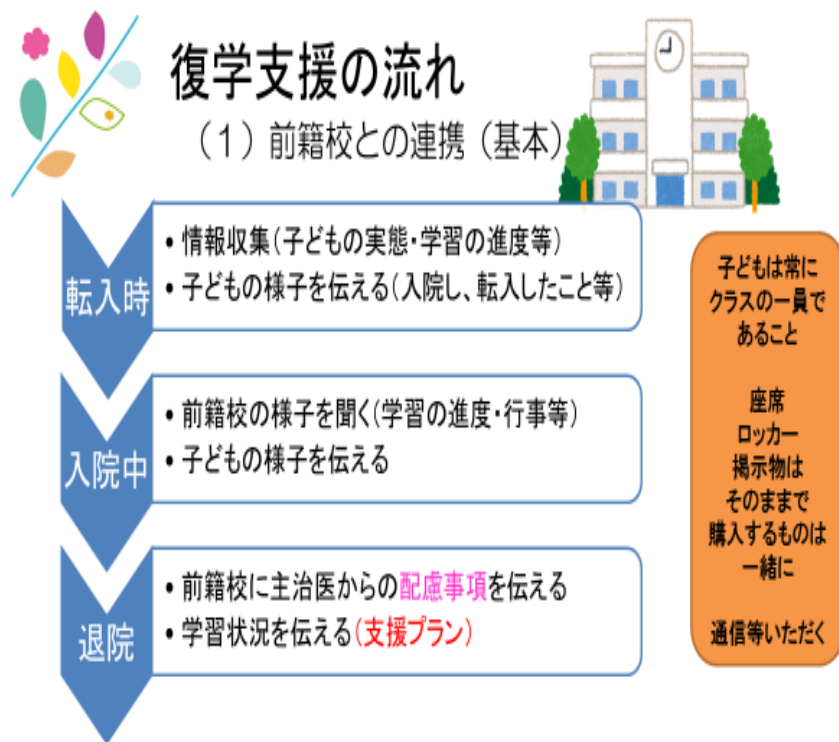
がん種 治療と教育の両立	全がん	造血器腫瘍	固形腫瘍 (脳腫瘍を除く)	脳腫瘍
とてもそう思う	276 (54.2%)	146 (60.3%)	89 (51.1%)	31 (45.6%)
ある程度そう思う	114 (22.4%)	47 (19.4%)	39 (22.4%)	21 (30.9%)
ややそう思う	40 (7.9%)	19 (7.9%)	14 (8.0%)	5 (7.4%)
どちらともいえない	36 (7.1%)	13 (5.4%)	15 (8.6%)	4 (5.9%)
そう思わない	29 (5.7%)	13 (5.4%)	10 (5.7%)	4 (5.9%)
わからない	14 (2.8%)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

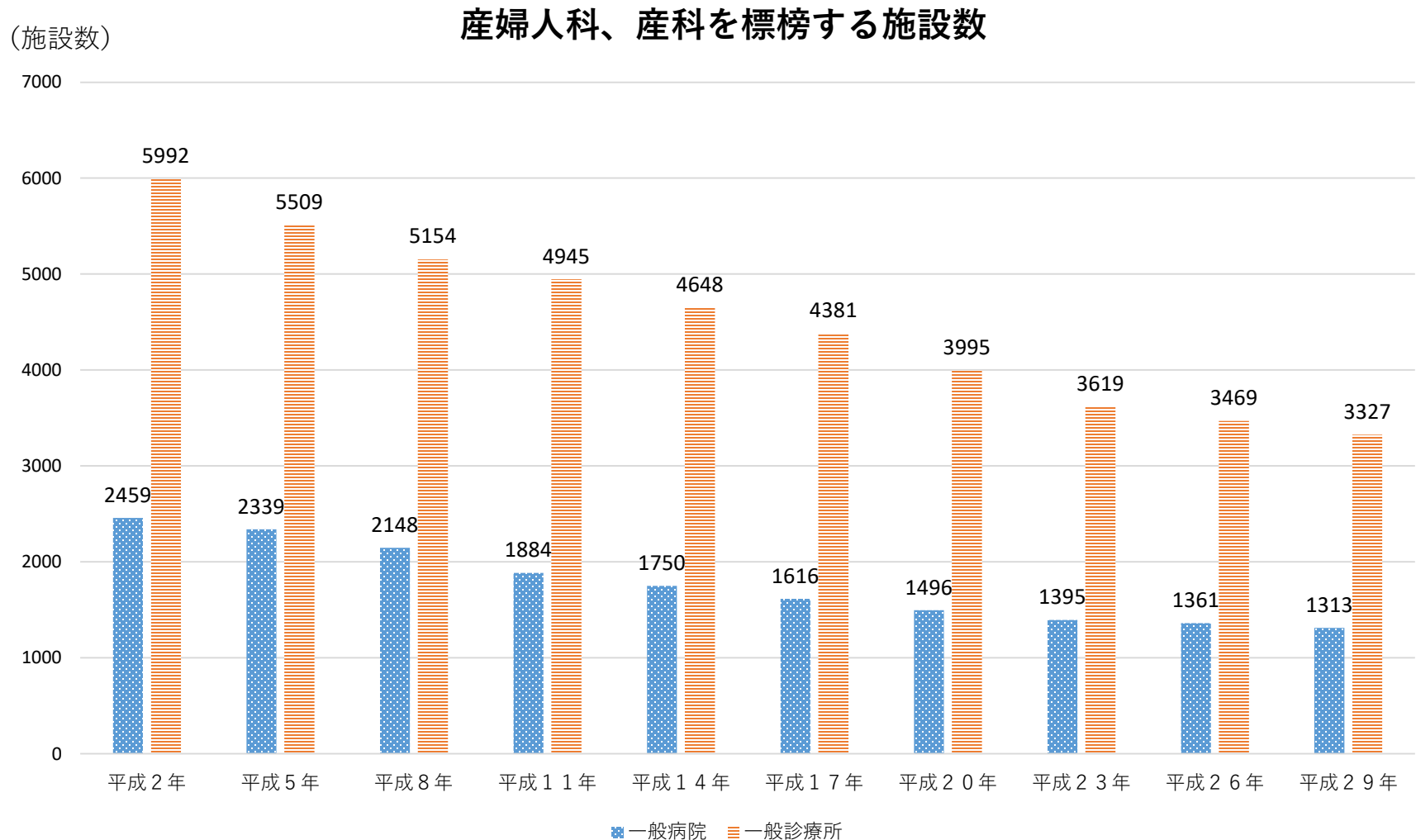
2-3 妊産婦の支援について

3. 精神科救急入院医療について

4. 論点

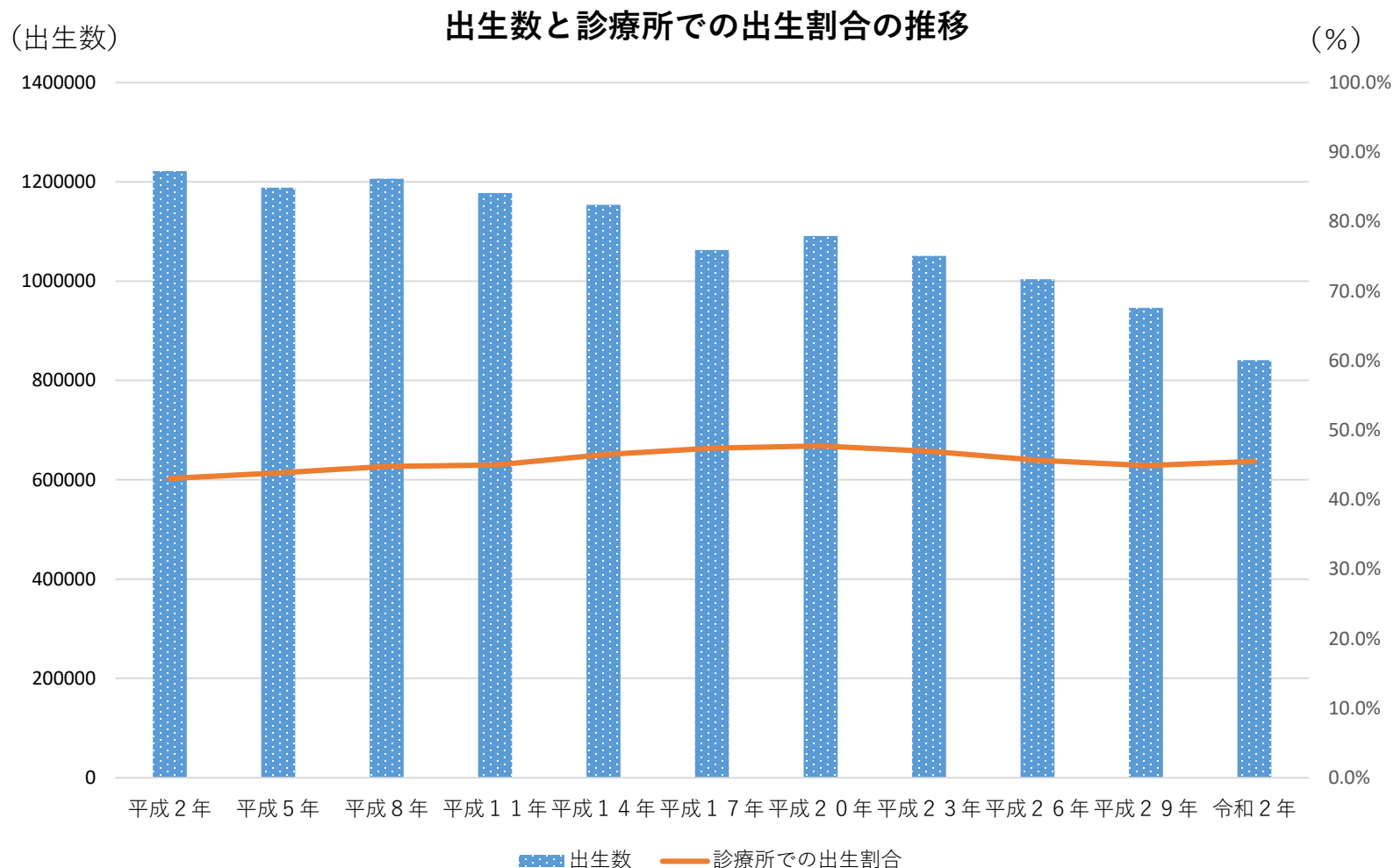
産婦人科、産科を標榜する施設数の推移

○ 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。



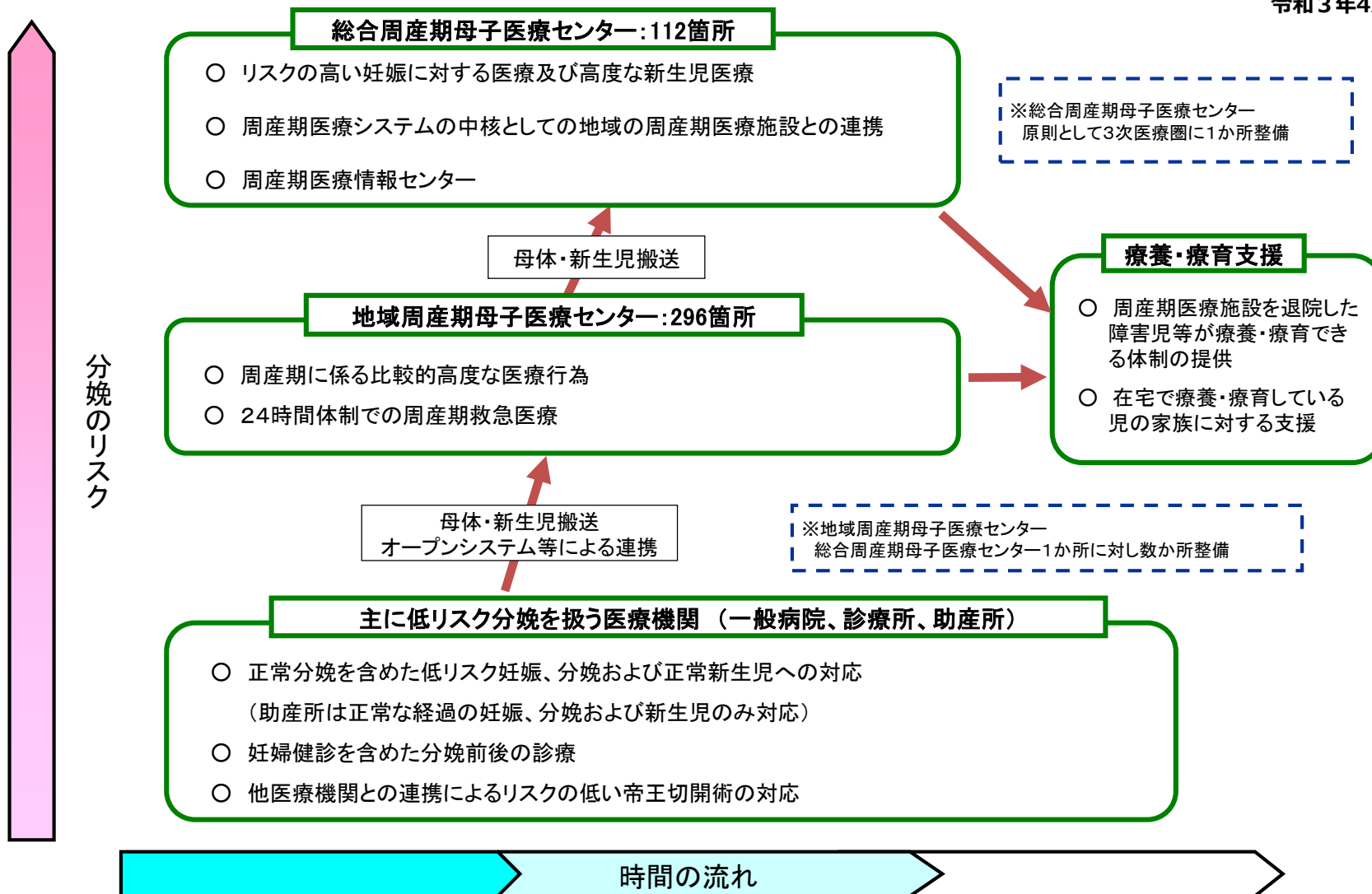
出生数と診療所での出生割合の推移

- 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。)

ア 妊娠22週から32週未満の早産の患者	コ 心疾患の患者
イ 40歳以上の初産婦である患者	サ 糖尿病の患者
ウ 分娩前のBMIが35以上の初産婦である患者	シ 特発性血小板減少性紫斑病の患者
エ 妊娠高血圧症候群重症の患者	ス 白血病の患者
オ 常位胎盤早期剥離の患者	セ 血友病の患者
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	ソ 出血傾向のある状態の患者
キ 双胎間輸血症候群の患者	タ HIV陽性の患者
ク 多胎妊娠の患者	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
ケ 子宮内胎児発育遅延の患者	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。)

※ 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 H I V 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】

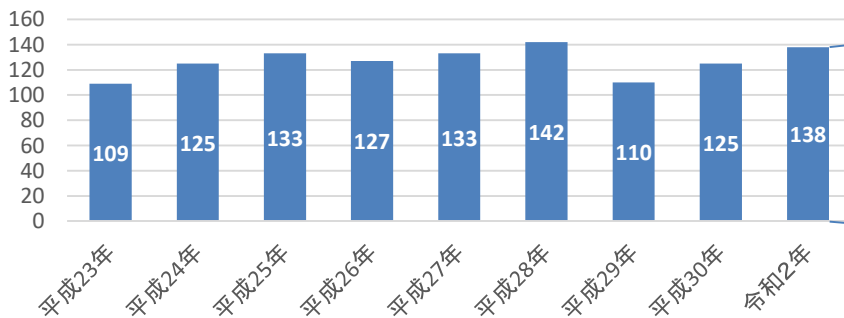
地元で健診を担当した医師・助産師が分娩時に連絡を受け、連携病院（周産期母子医療センター等）に出向き、出産に対応する。

【セミオープンシステム】

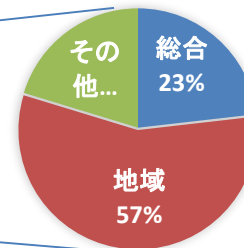
健診は地元で行い、分娩は連携病院で行う。出産には連携病院の医師、助産師が対応する。



(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



施設の内訳



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、「セリ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*

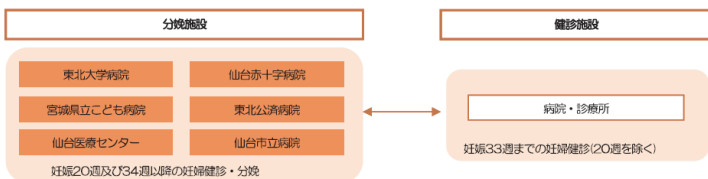
【図表5-2-9-20】宮城県内の分娩を行っている施設（平成30（2018）年2月現在。休止機関を除く）

医療圏	名称	医療圏	名称	医療圏	名称
仙南	みやぎ県南中核病院	仙台	メリーレディースクリニック	仙台	とも子助産院
	ウィメンズクリニック金上		セイ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		大崎市民病院
	毛利産婦人科		結城産婦人科病院		わんや産婦人科
仙台	東北大学病院	仙台	T's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		佐々木悦子産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		ははこっこ助産院
	東北公済病院		はらや・ゆうマタニティクリニック	石巻・登米・気仙沼	石巻赤十字病院
	仙台医療センター		桂島森S・Sレディースクリニック		結城産婦人科分院
	仙台市立病院		大井産婦人科		あべクリニック産科婦人科
	スズキ記念病院		香ウィメンズクリニック		鹿跡産婦人科病院
	光ヶ丘スペルマン病院		遠藤マタニティクリニック	合計	40施設
	坂根合病院		新産谷S・Sレディースクリニック		
	松島病院		ウィメンズクリニック利府		

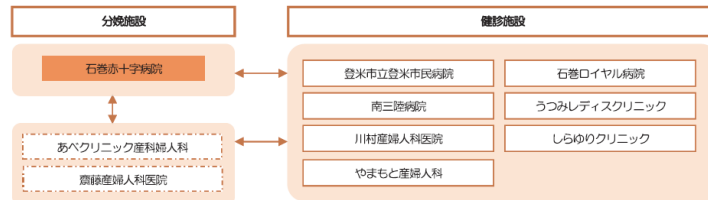
施設内訳：周産期母子医療センター 10、病院 4、診療所 23、助産所 3

出典：県保健福祉部調査

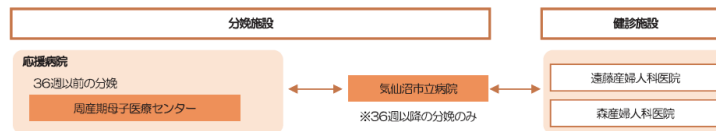
【図表5-2-9-21】仙台産科セミオープンシステム（平成29（2017）年4月現在）



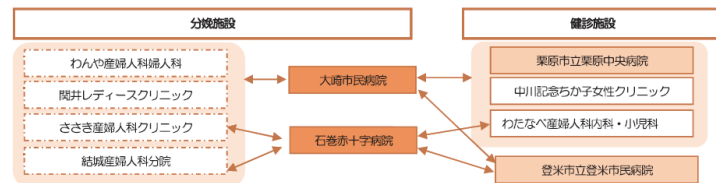
【図表5-2-9-22】石巻産科セミオープンシステム（平成29（2017）年4月現在）



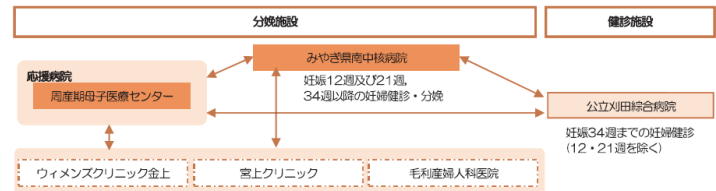
【図表5-2-9-23】気仙沼産科連携体制（平成29（2017）年4月現在）



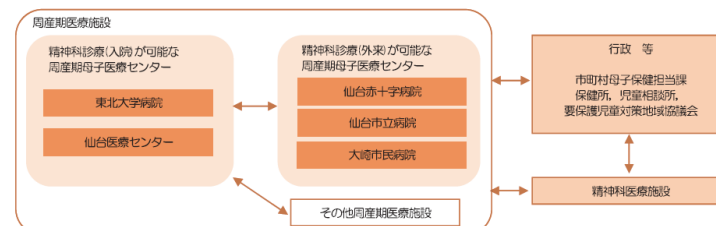
【図表5-2-9-24】東北産科セミオープンシステムを含めた連携体制（平成29（2017）年4月現在）



【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5-2-9-26】妊産婦のメンタルヘルスケア連携体制（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

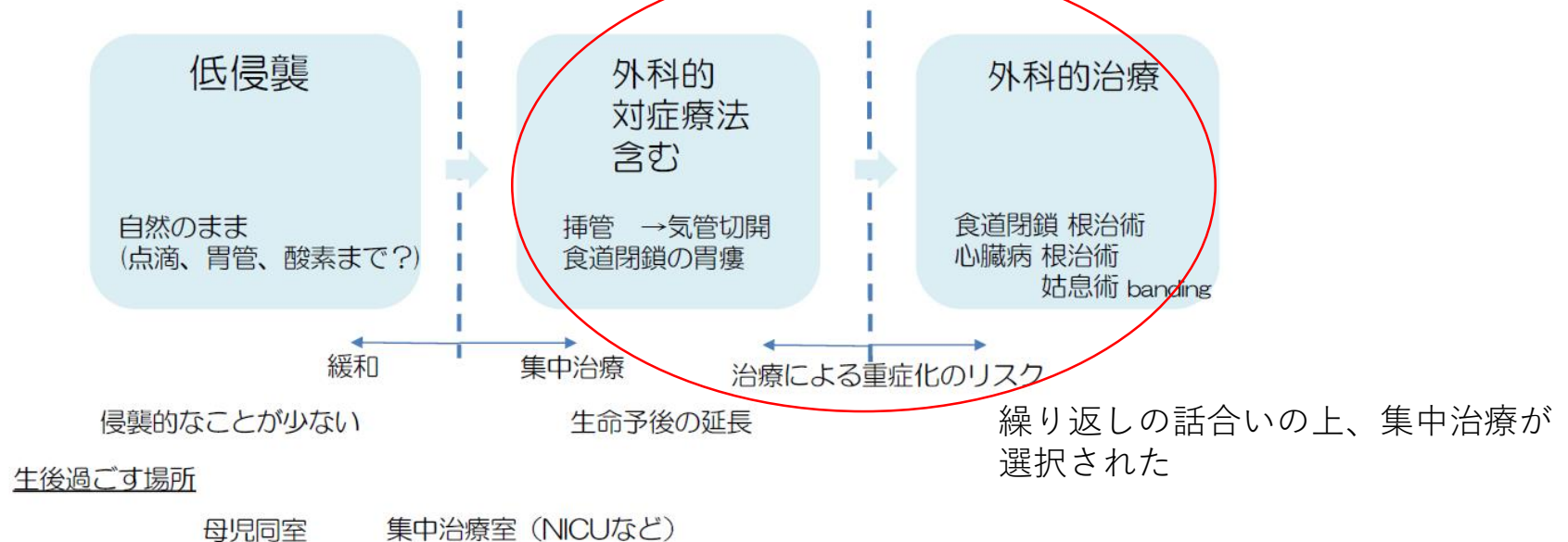
症例:18トリソミー

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)



※方針と場所はどうあれ、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。

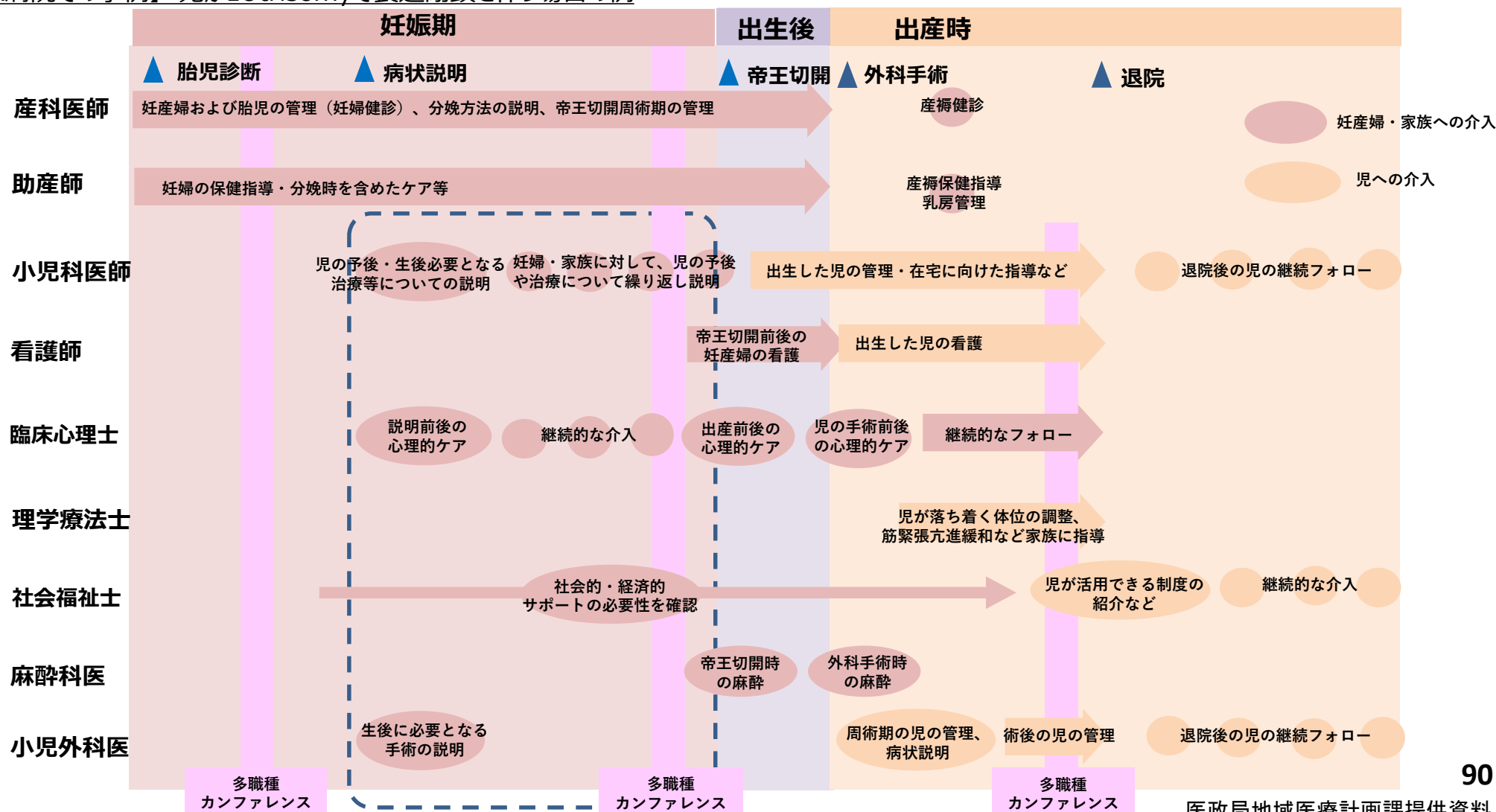
注5：説明に際しては、父母に対して精神的な支援を行う。

(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

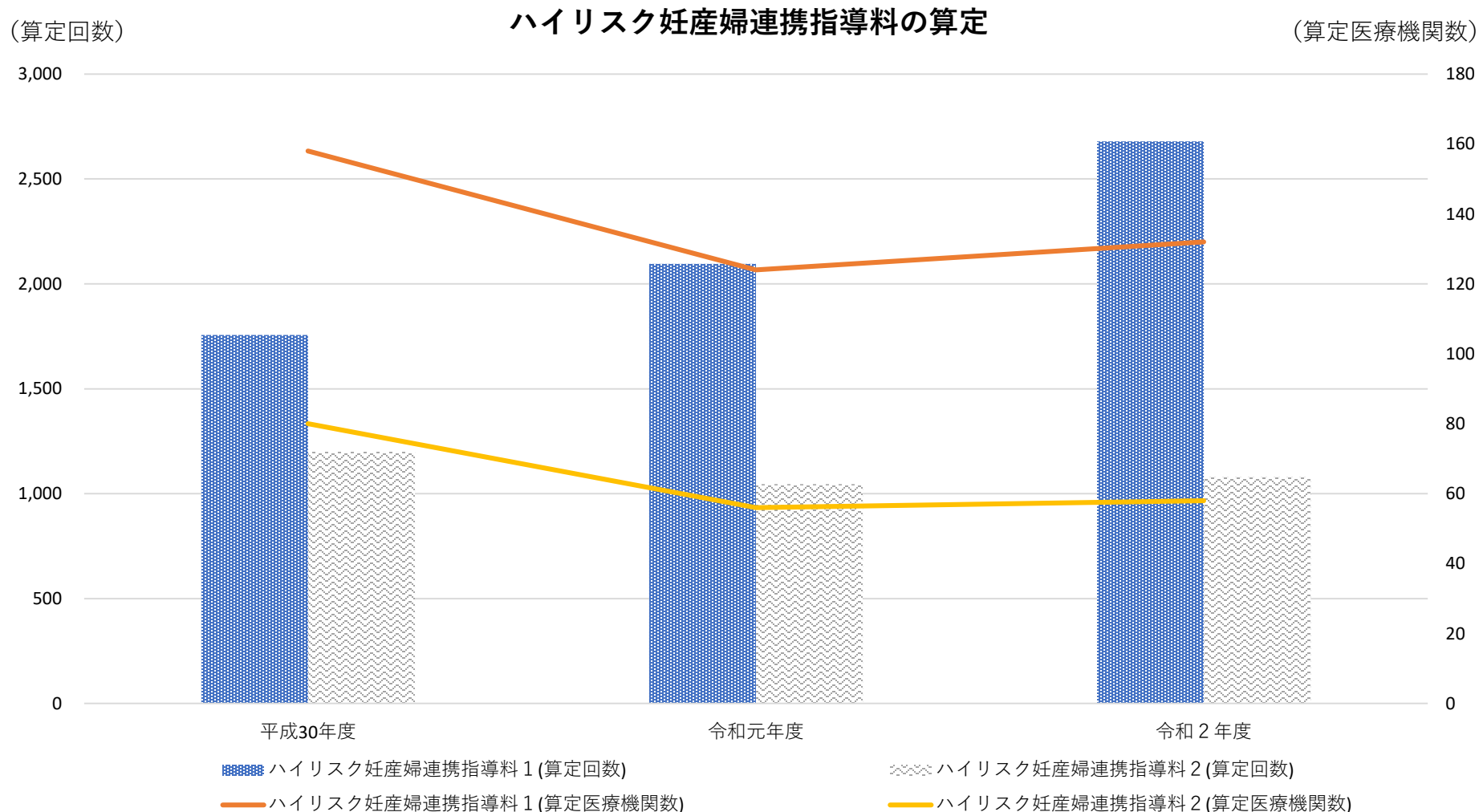
➤ 精神疾患を合併した妊産婦（ハイリスク妊産婦）に対して、産科又は産婦人科、精神科又は心療内科及び多職種等が連携して患者の外来診療を行う場合の評価。（平成30年度診療報酬改定において新設）

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。

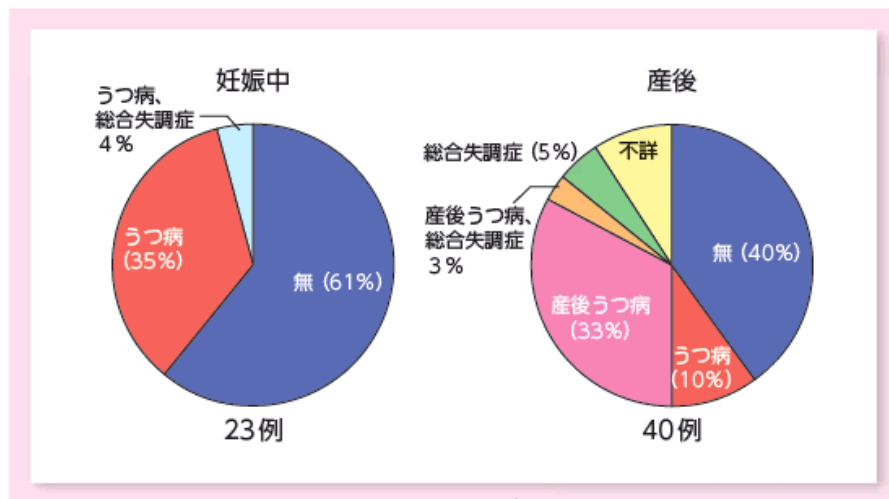


周産期におけるうつ

- 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。

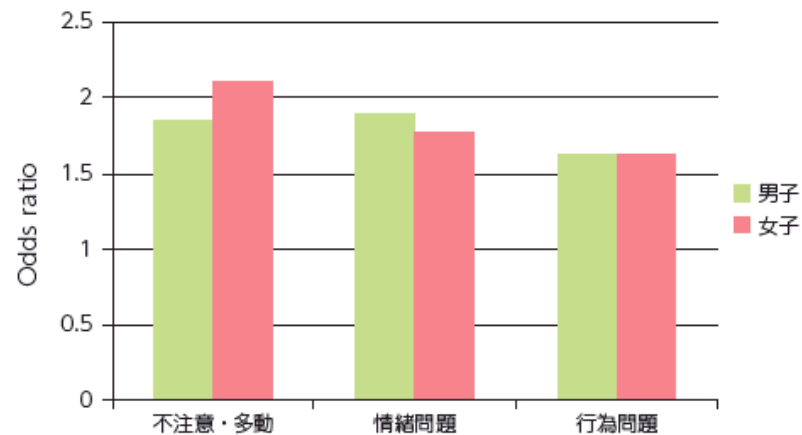
妊産婦の自殺と精神疾患



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～)

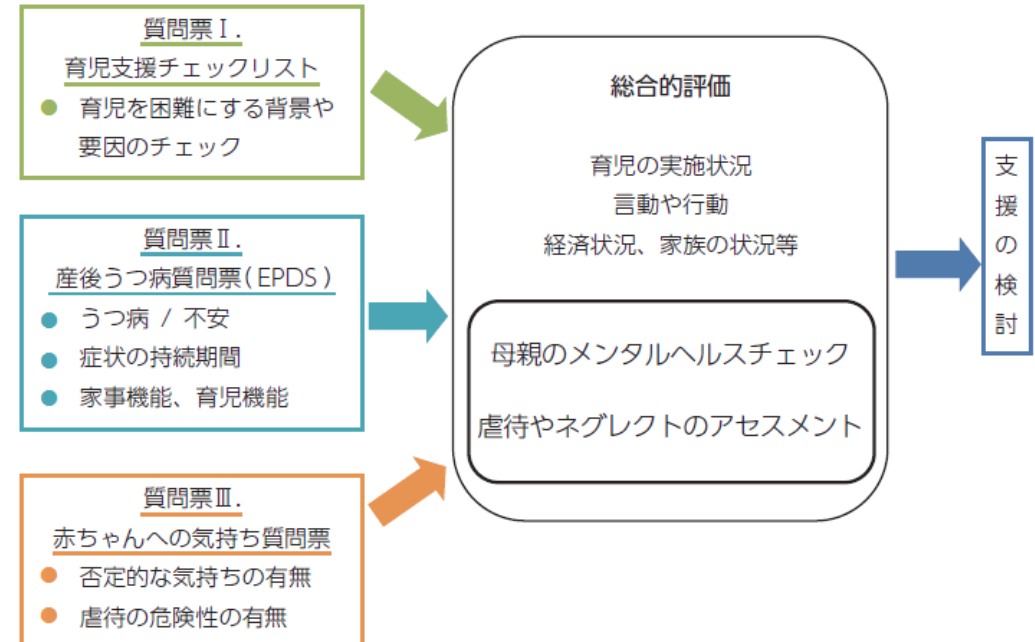
産後うつ病をスクリーニングするために開発されたもの。EPDS総合点9点以上が「うつの可能性が高い」とするもの。

→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～)

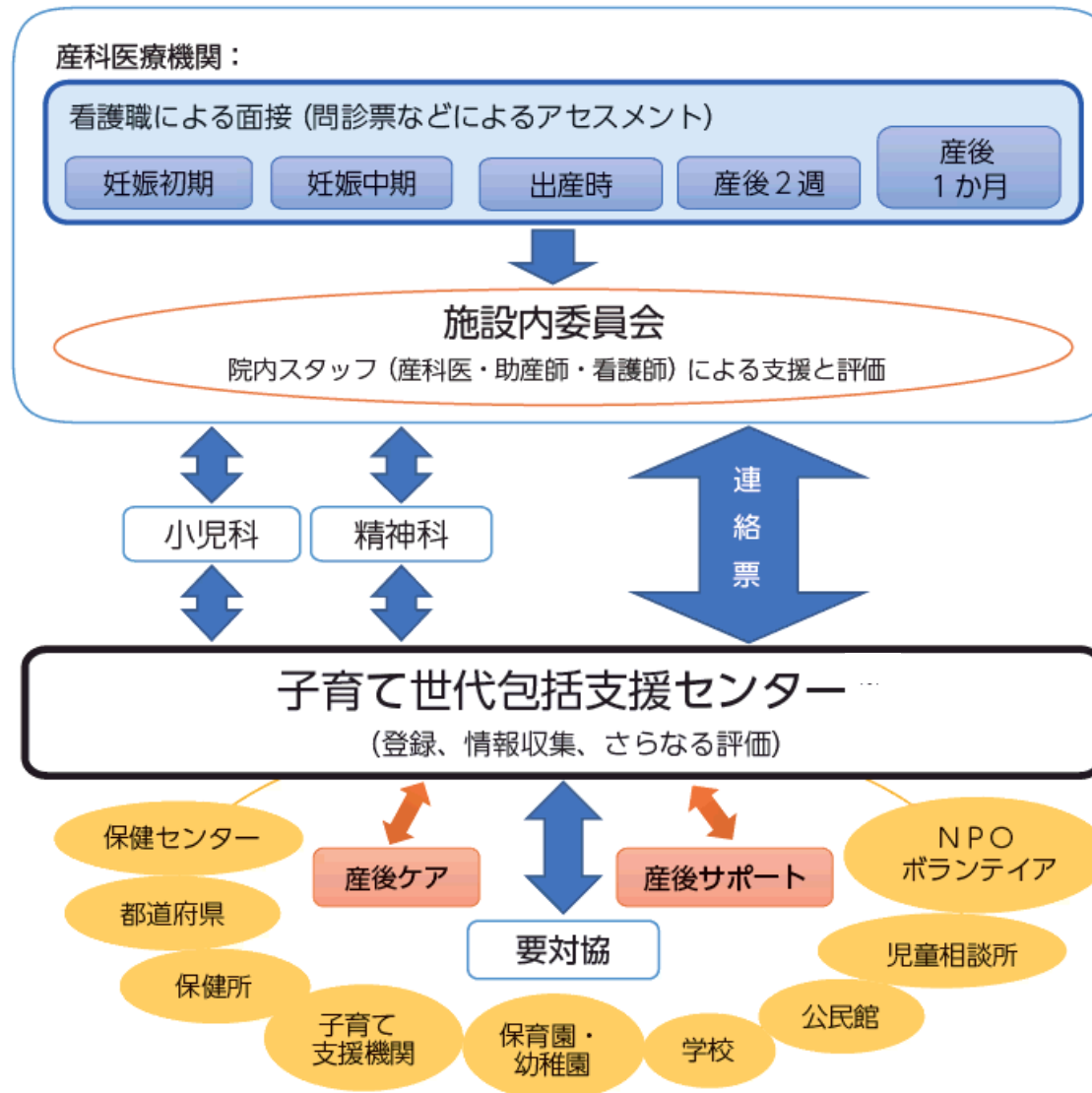
10項目の質問項目からなり、母親がこどもへ抱く気持ち(愛着)について調査する簡便な質問票であり、1歳未満のこどもを持つ母親に実施する。得点が高いほど、こどもへの否定的な感情が強い。

→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・休日に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。

入院医療を提供する医療機関において求められる役割

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

- 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】

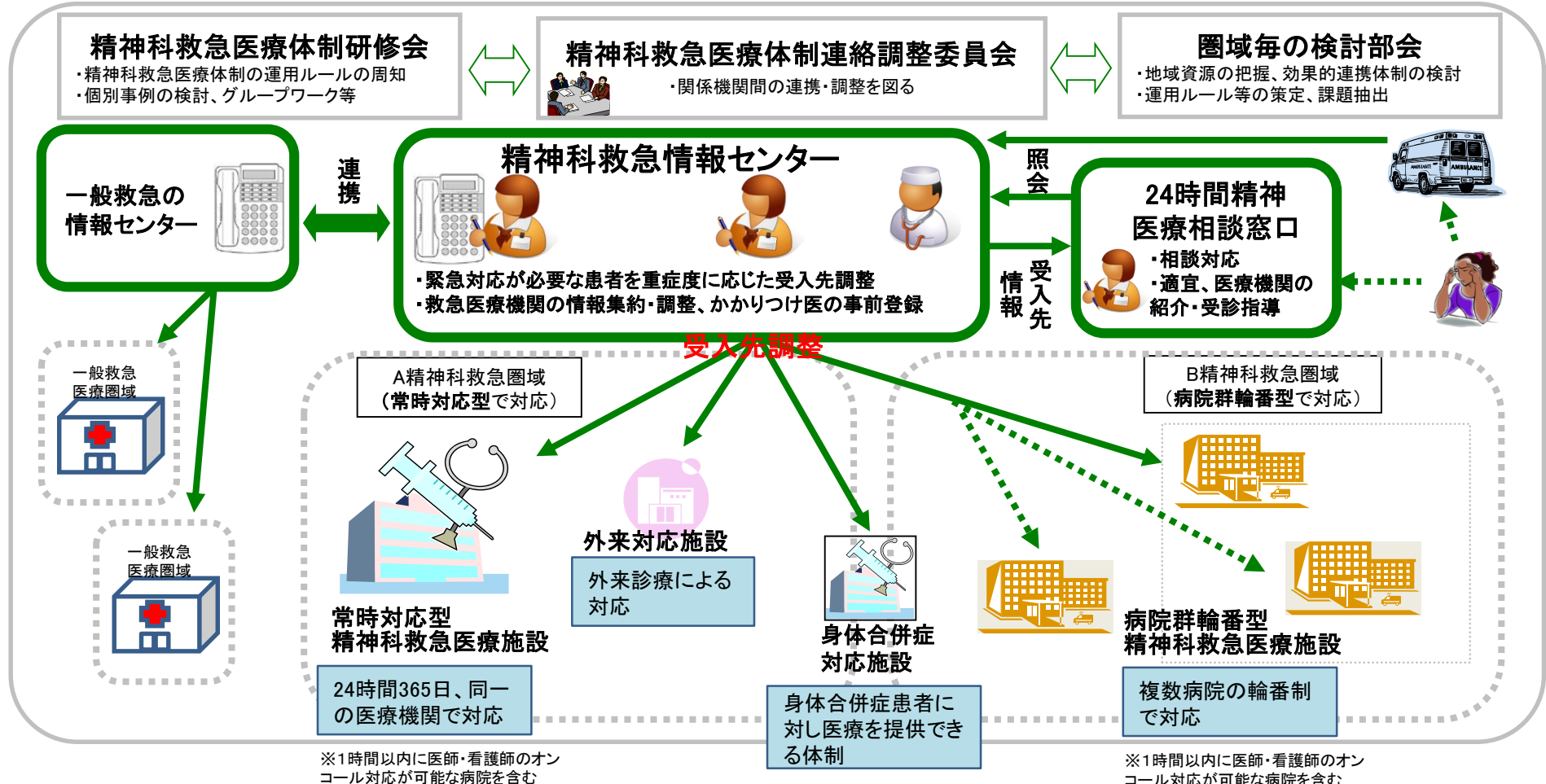
- 精神科救急医療体制連絡調整委員会等の設置
- 精神科救急情報センターの設置
- 精神科救急医療確保事業

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

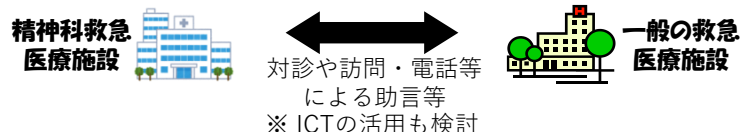
【都道府県】精神科救急医療体制に関する評価指標を用いた整備状況の整理と評価、地域の実情に合わせた体制整備の推進

【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

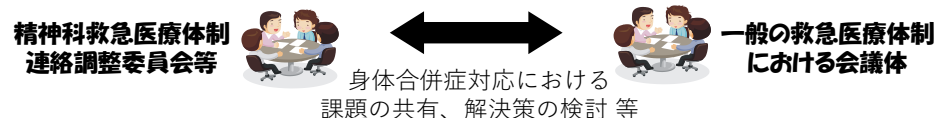
身体合併症対応の充実

- 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日以上期間</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日以上期間</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 | 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 | 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 | 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 | 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年間に上限とする
- | | | | |
|-----------|----------|--------------|--------|
| 精神科救急入院料1 | 30日以内の期間 | 3,579点、31日以上 | 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 | 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 ・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)

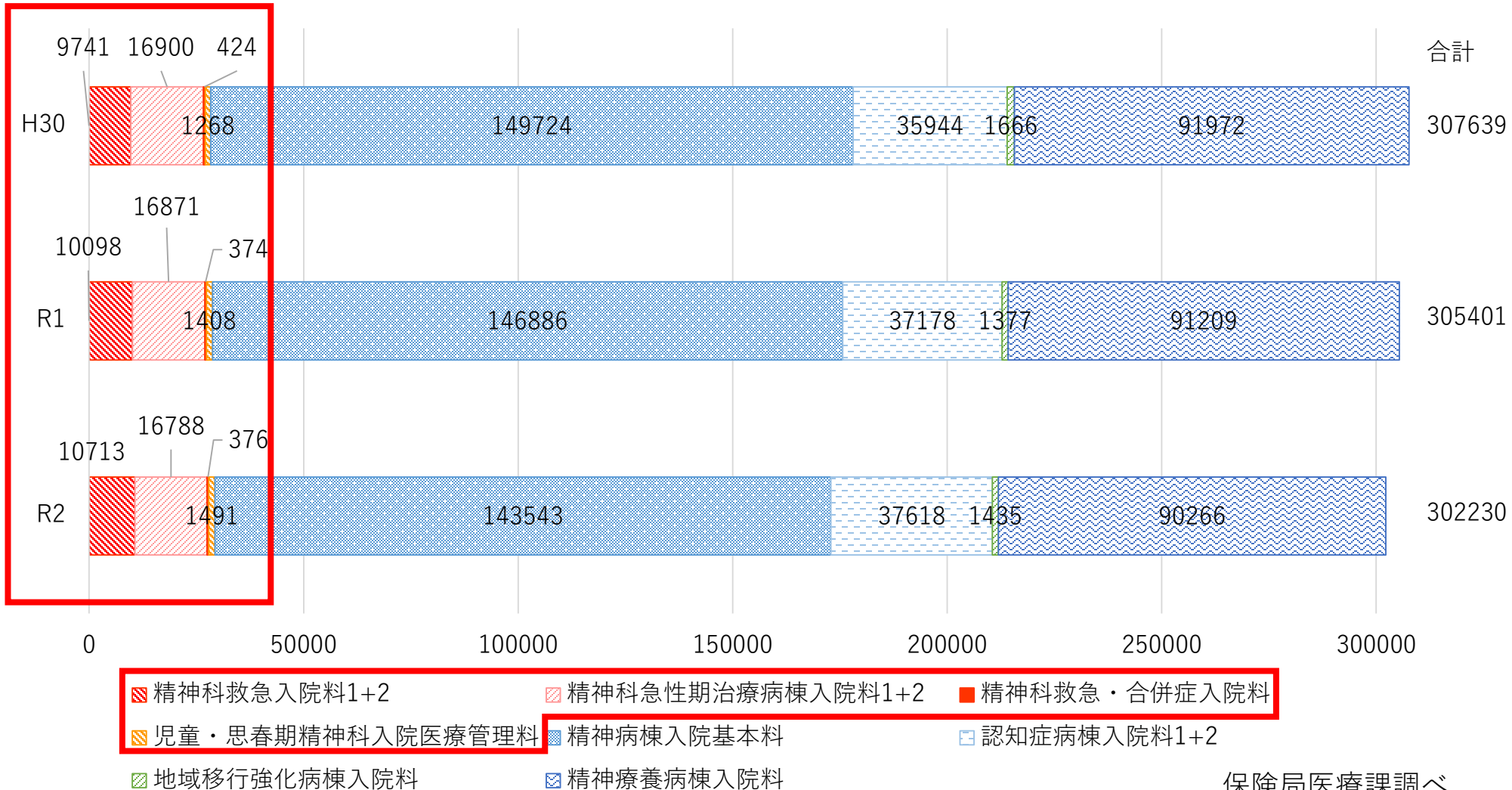
精神科入院に係る診療報酬と主要要件③（令和２年度）

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

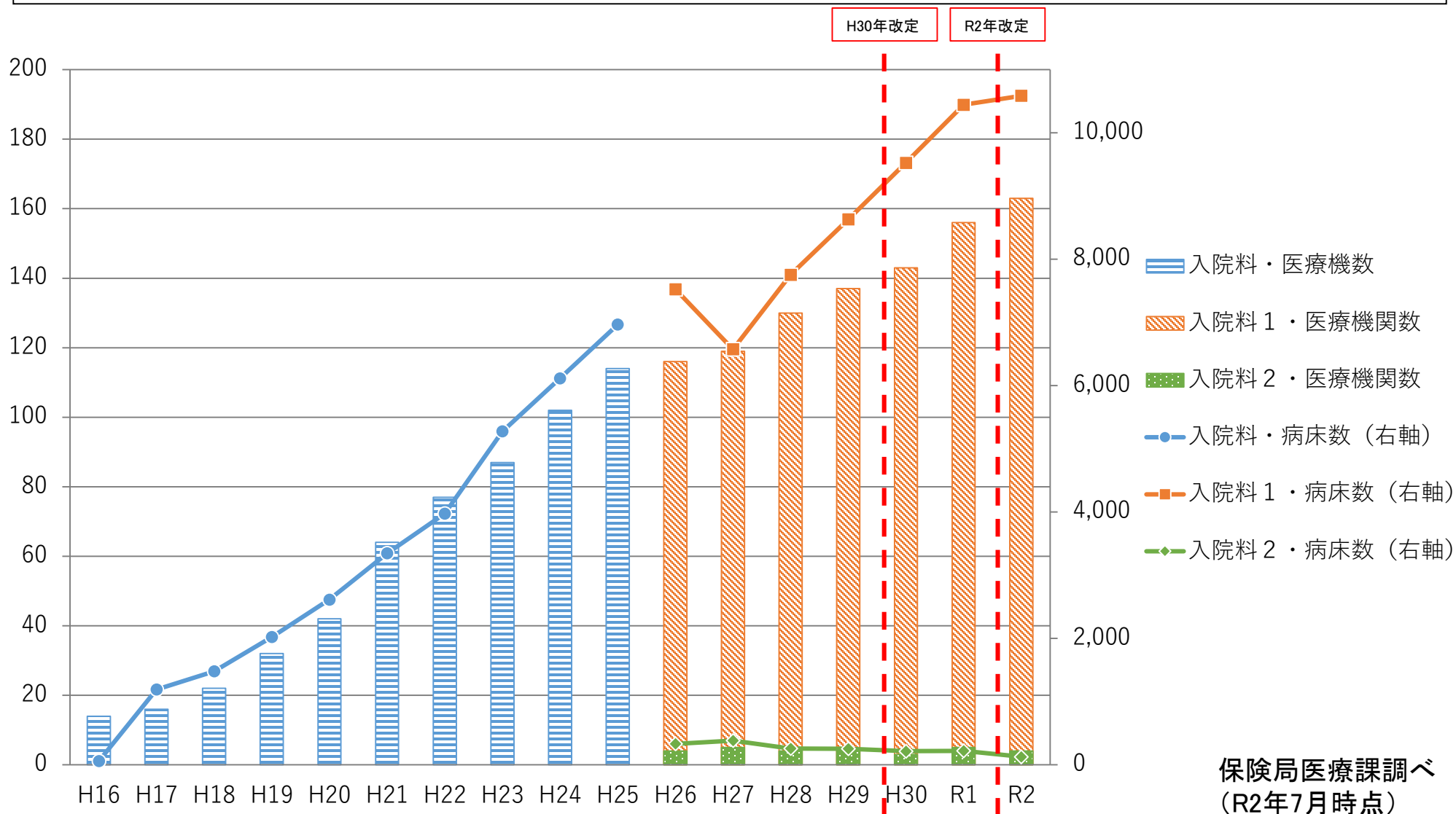
○ 精神科救急・急性期入院医療に係る特定入院料を届け出ている病床は10%程度で推移している。



保険局医療課調べ
(R2年7月時点)

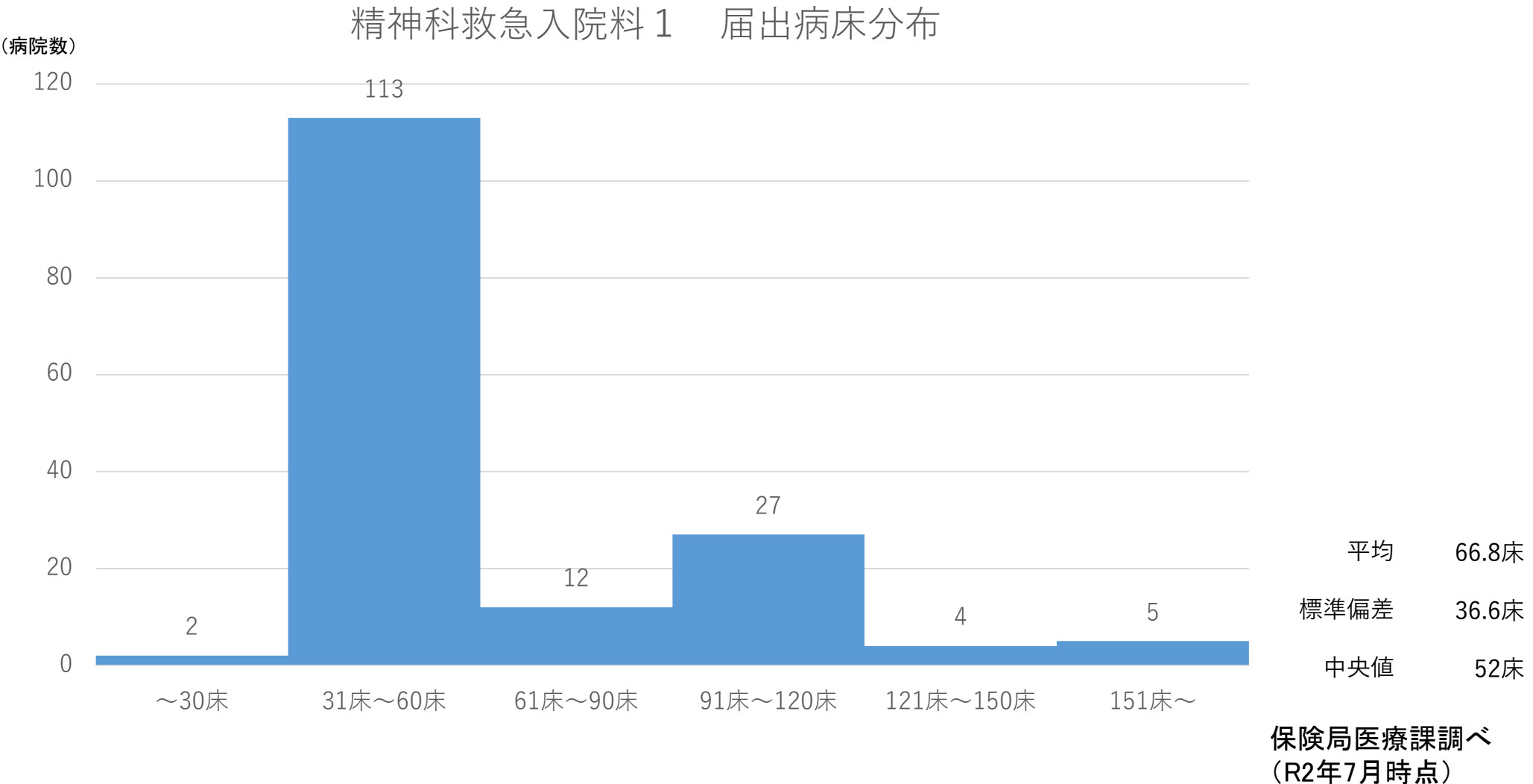
精神科救急入院料の届出医療機関数等の推移

- 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。



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。



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 <u>2割以下</u>

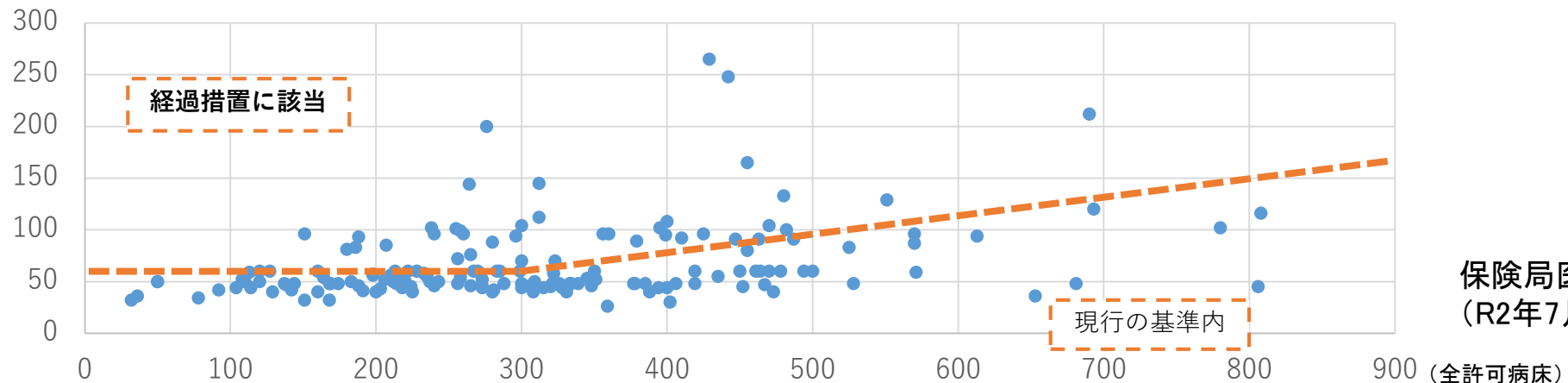
◆ A311 精神科救急入院料の施設基準(抜粋)

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 ・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 <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

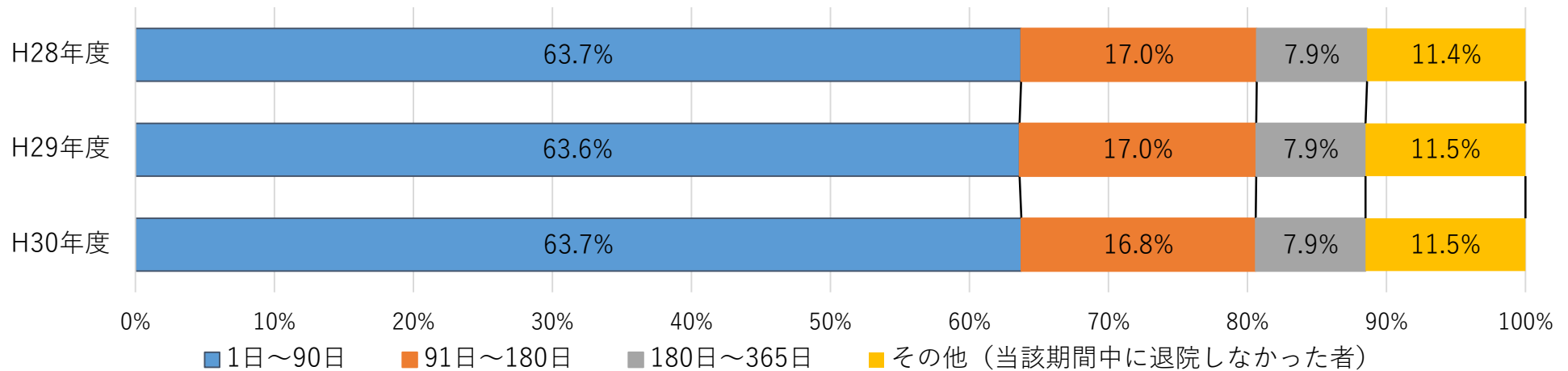
- ・精神科を標榜する病院であって、当該病棟に専任の内科又は外科の医師が1名以上配置されていること。
- ・精神病棟入院基本料(10対1、13対1及び15対1入院基本料に限る。)、特定機能病院入院基本料(精神病棟である7対1、10対1、13対1、15対1入院基本料に限る。)、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び認知症病棟入院料のいずれかを算定している病棟であること。
- ・必要に応じて患者の受入が可能な精神科以外の診療科を有する医療体制との連携が確保されていること。

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。

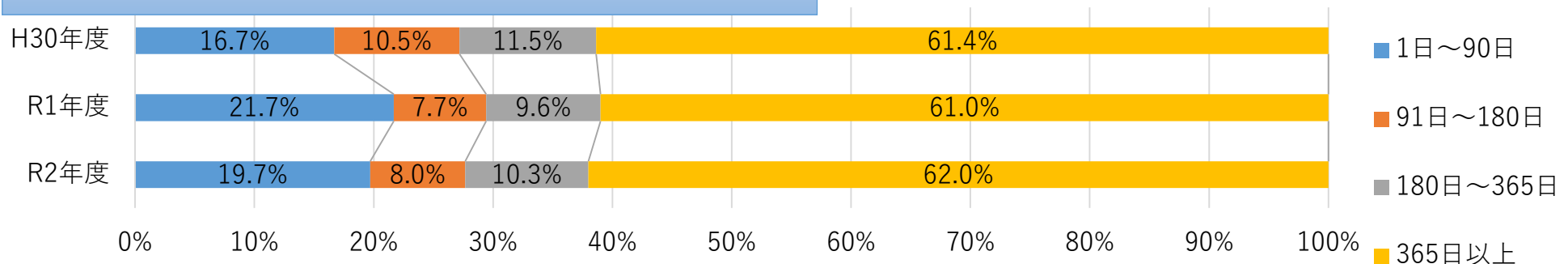
精神病床における新規入院患者の特定時点における退院率



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

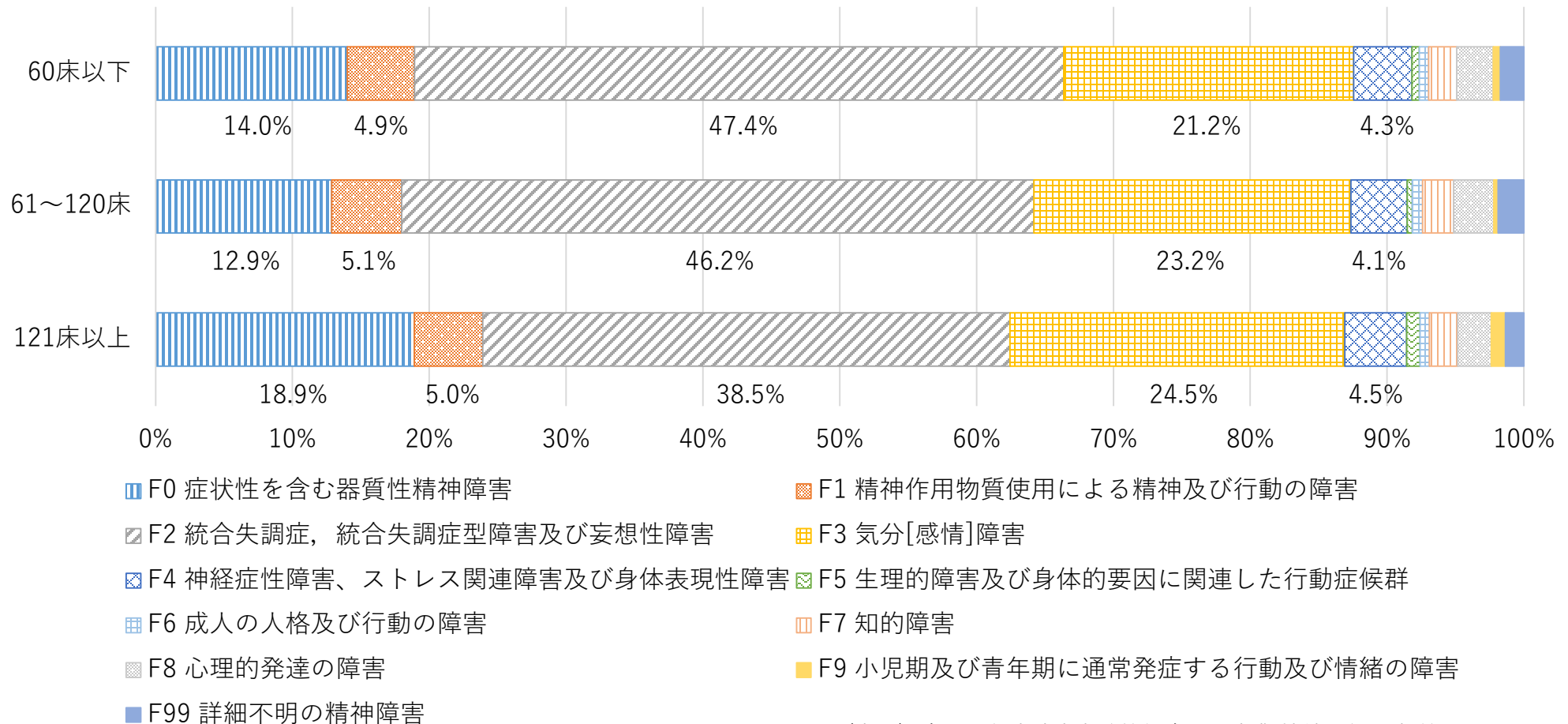


（出典）精神保健福祉資料 精神・障害保健課作成

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

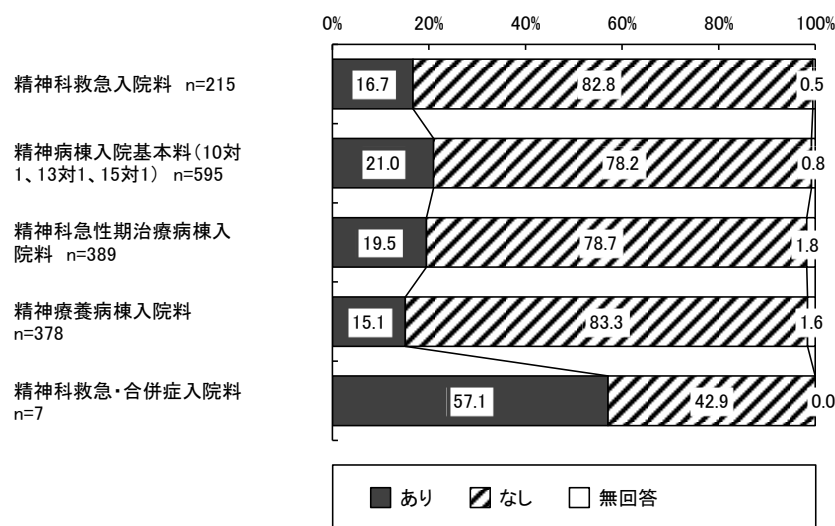


(出典) 令和3年度障害者政策総合研究事業 持続可能で良質かつ適切な精神医療とモニタリング体制の確保に関する研究班
(R2年6月30日時点)

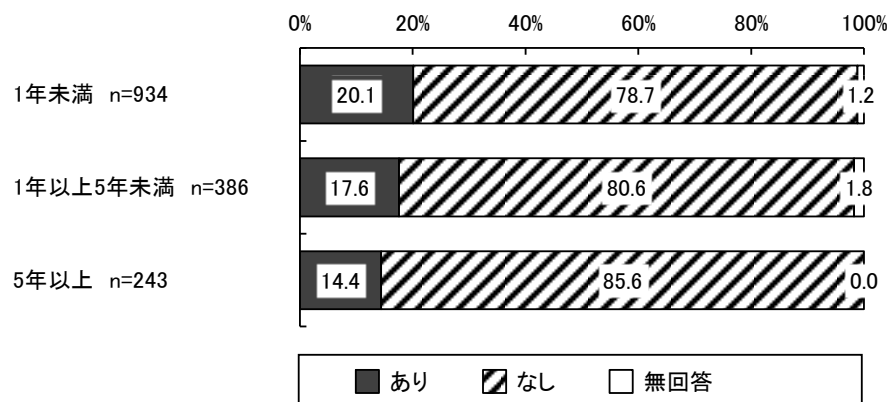
精神病棟に入院中の患者における身体合併症等の状況

- 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

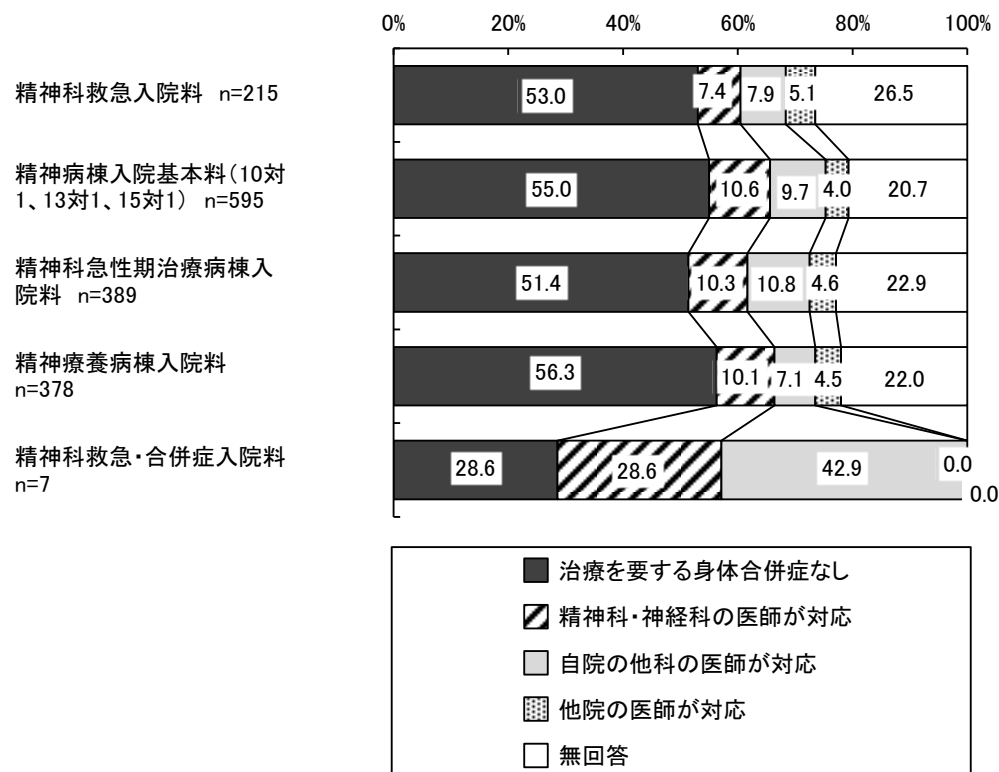
- ・入院期間が1年未満の患者1名
- ・入院期間が1年以上3年未満の患者1名
- ・入院期間が3年以上の患者1名

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

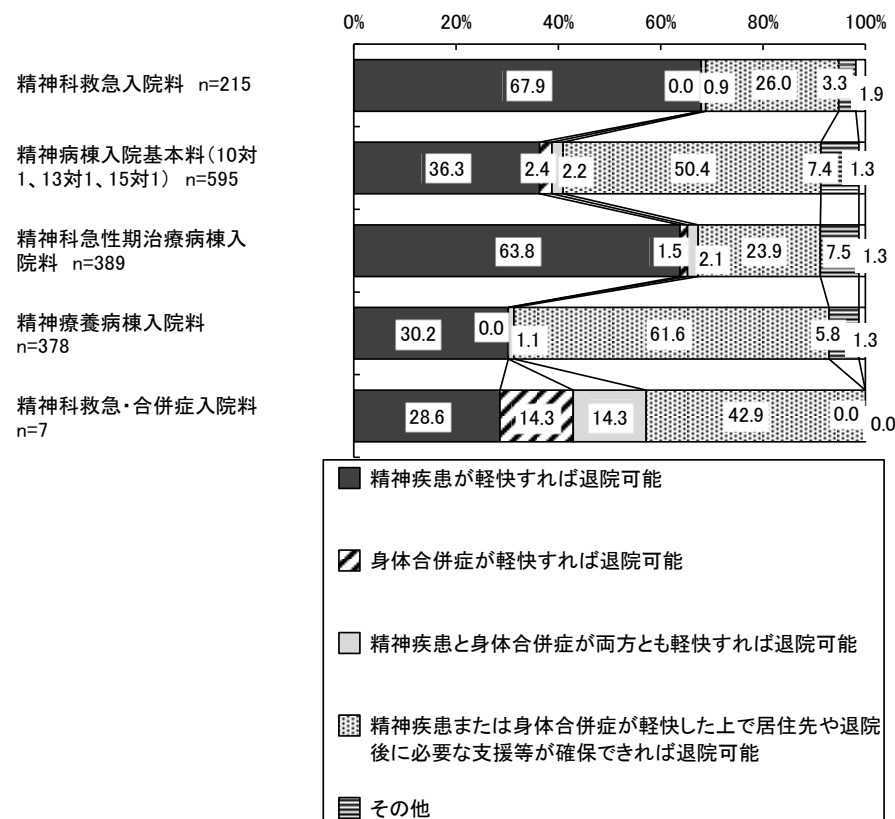
精神病棟に入院中の患者における身体合併症等の状況

- 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）



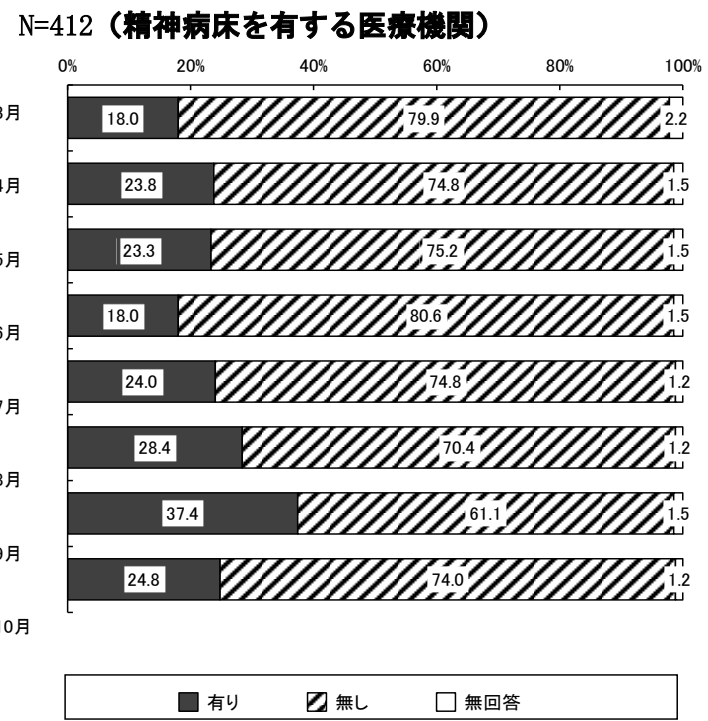
退院が可能となる状況（入院基本料別）



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

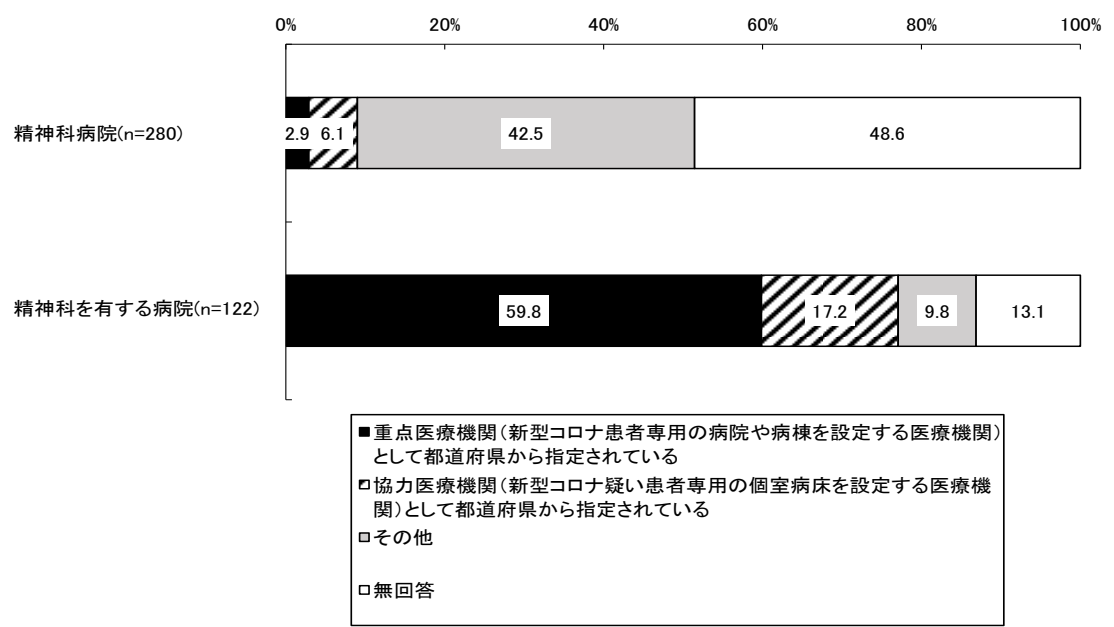
- 精神病床を有する医療機関においても、新型コロナウイルス感染症の対応を行っている場合がある。
- 重点医療機関等の指定については、精神科を有する特定機能病院等では半数以上をしめるが、いわゆる精神科単科病院等においても、半数以上で感染症対応への何らかの協力を行っている。
- 感染防止対策加算については、46.6%の医療機関が届出を行っている。

新型コロナウイルス感染患者の入院受入の有無

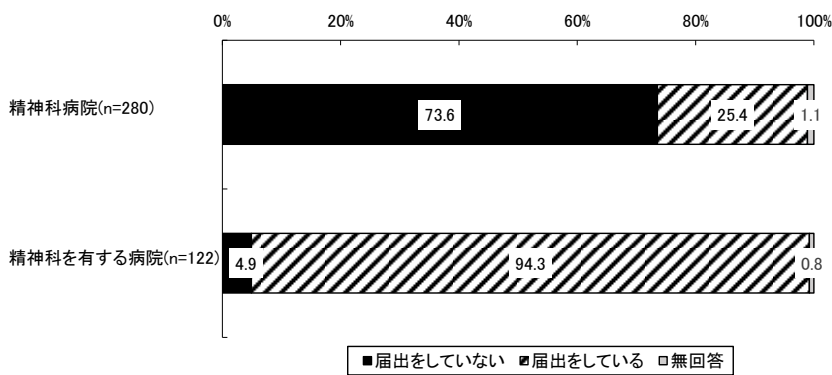


※「精神科病院」は精神科単科病院及び精神科病院（内科等一般科標榜あり）を指す。
「精神科を有する病院」は精神科を有する特定機能病院及び精神科を有する一般病院を指す。

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。

入院(その4)

慢性期入院医療について

1. 慢性期入院医療を取りまく現状等について
2. 療養病棟入院基本料について
3. 障害者施設等入院基本料等について
4. 緩和ケア病棟入院料について
5. 有床診療所入院基本料等について
6. 論点

地域医療構想について

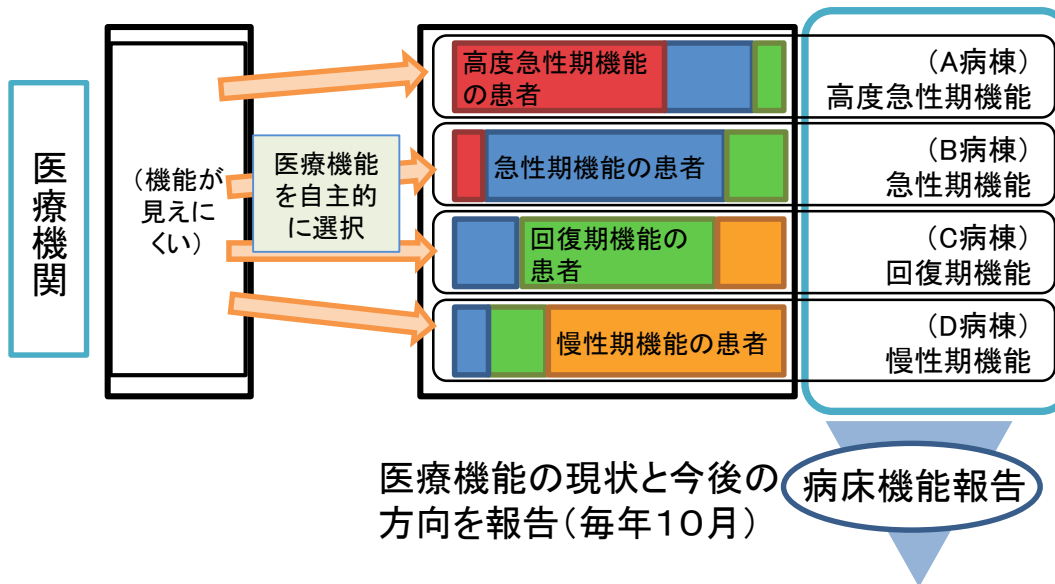
中 医 協 総 ー 2
3 . 8 . 2 5

令和3年2月8日

第78回社会保障審議会医療部会

参考資料1

- 今後の人口減少・高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化や労働力人口の減少を見据え、質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築するためには、医療機関の機能分化・連携を進めていく必要。
- こうした観点から、各地域における2025年の医療需要と病床の必要量について、医療機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）ごとに推計し、「**地域医療構想**」として策定。
その上で、各医療機関の足下の状況と今後の方向性を「**病床機能報告**」により「見える化」しつつ、各構想区域に設置された「**地域医療構想調整会議**」において、病床の機能分化・連携に向けた協議を実施。



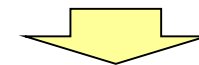
「地域医療構想」の内容

1. 2025年の医療需要と病床の必要量

- ・高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに医療需要と病床の必要量を推計
- ・在宅医療等の医療需要を推計
- ・都道府県内の構想区域(二次医療圏が基本)単位で推計

2. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策例)

- 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、在宅医療等の充実、医療従事者の確保・養成等



- 機能分化・連携については、「**地域医療構想調整会議**」で議論・調整。

医療機能の報告等を活用し、「地域医療構想」を策定し、更なる機能分化を推進

病床機能報告制度

第 1 4 回 地 域 医 療 構 想	資 料
平 成 3 0 年 6 月 1 5 日	2 - 2

- 各医療機関（有床診療所を含む。）は、毎年、病棟単位で、医療機能の「現状」と「今後の方向」を、自ら1つ選択して、都道府県に報告。

中 医 協 総 - 2
3 . 8 . 2 5

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟
急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）。
慢性期機能	○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

- 回復期機能については、「リハビリテーションを提供する機能」や「回復期リハビリテーション機能」のみではなく、リハビリテーションを提供していなくても「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療」を提供している場合には、回復期機能を選択できることにご注意ください。
- 地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択してください。
- 特定機能病院においても、病棟の機能の選択に当たっては、一律に高度急性期機能を選択するのではなく、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択してください。

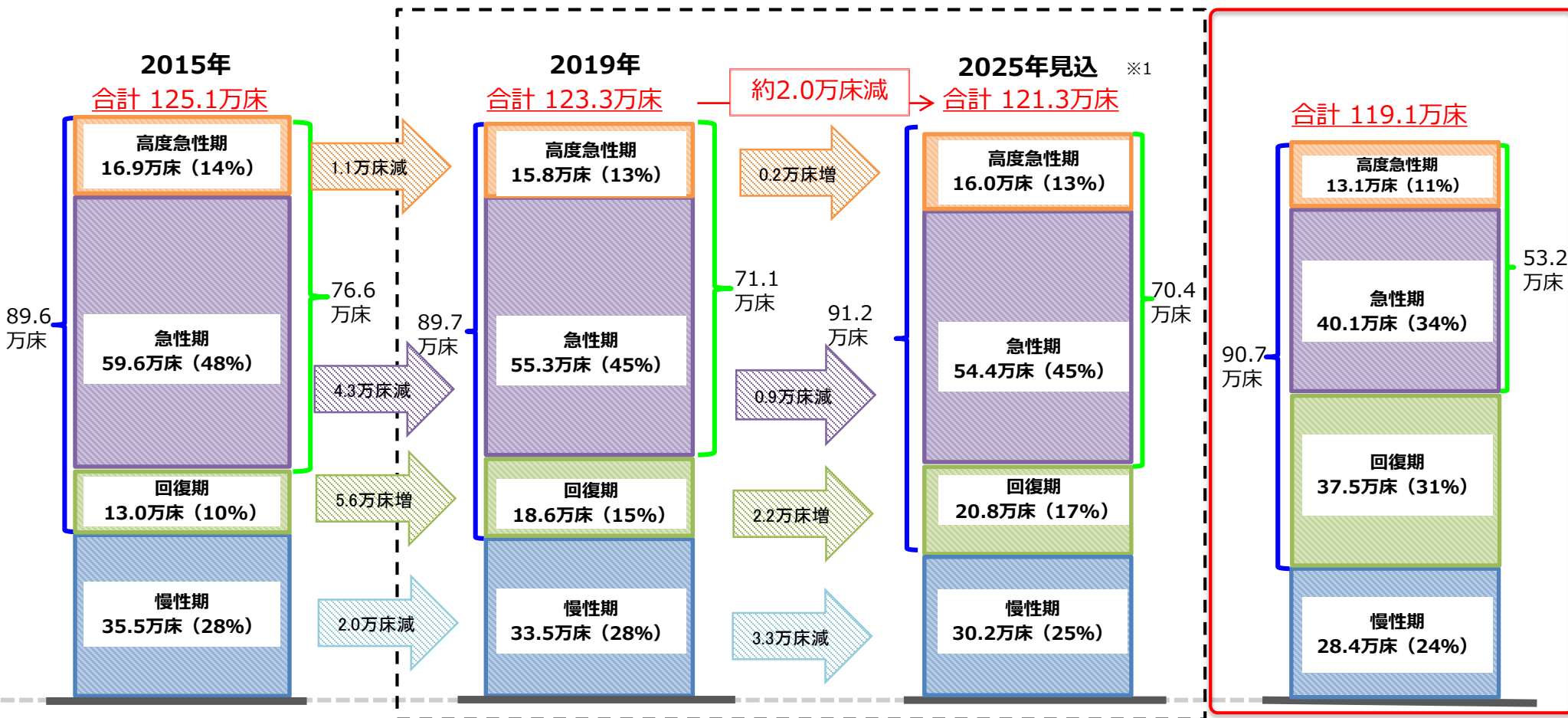
2019年度病床機能報告について

中 医 協 総 - 2
3 . 8 . 2 5

地域医療構想における ※4
2025年の病床の必要量
(平成28年度末時点の推計)

2015年度病床機能報告

2019年度病床機能報告



出典: 2019年度病床機能報告

※1: 2019年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数

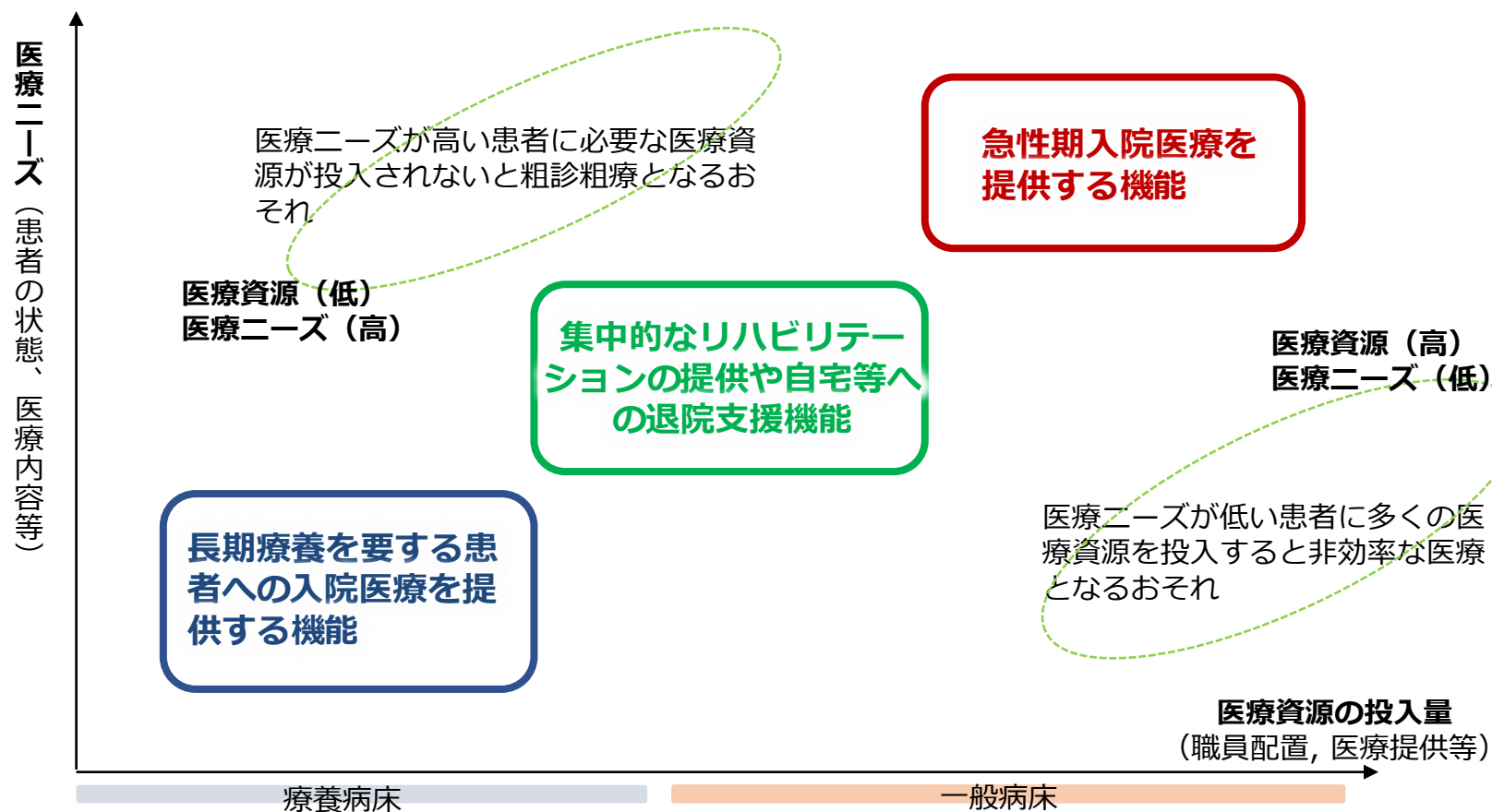
※2: 対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要

※3: 小数点以下を四捨五入しているため合計しても100%にならない場合がある

※4: 平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口(平成25年(2013年)3月中位推計)』等を用いて推計

入院医療の評価の基本的な考え方（イメージ）

- 入院医療の評価の基本的な考え方としては、個々の患者の状態に応じて、適切に医療資源が投入され、より効果的・効率的に質の高い入院医療が提供されることが望ましい。
- 患者の状態や医療内容に応じた医療資源の投入がなされないと、非効率な医療となるおそれや、粗診粗療となるおそれがある。



診療報酬における機能に応じた病床の分類（イメージ）

中医協 総－１－２
３．１０．２７

医療
位置
付け

一般病床

(R元.6末医療施設動態・病院報告)

病床数 888,920床
病床利用率 76.5%
平均在院日数 16.0日

療養病床

(R元.6末医療施設動態・病院報告)

病床数 310,621床
病床利用率 87.3%
平均在院日数 135.9日

DPC/PDPS

1,727施設 483,747床※2
(▲6,202床)
※2 H31.4.1現在

特定機能病院

入院基本料

86施設
58,175床※1
(▲395床)
※1 一般病棟に限る

専門病院入院基本料
19施設 6,133床 (▲182床)

救命救急入院料

入院料1 183施設 3,528床
入院料2 25施設 196床
入院料3 80施設 1,666床
入院料4 82施設 902床
合計 370施設 6,292床 (▲68床)

特定集中治療室管理料

管理料1 140施設 1,397床
管理料2 70施設 797床
管理料3 349施設 2,390床
管理料4 64施設 618床
合計 623施設 5,202床 (▲33床)

ハイケアユニット入院医療管理料

管理料1 582施設 5,779床
管理料2 30施設 305床
合計 612施設 6,084床 (+328床)

脳卒中ケアユニット入院医療管理料

180施設 1,479床 (+79床)

小児特定集中治療室管理料

9施設 116床 (+8床)

新生児特定集中治療室管理料

229施設 1,629床 (▲23床)

総合周産期特定集中治療室管理料

133施設 母児・胎児 851床 (+36床)
新生児 1,720床 (+67床)

新生児治療回復室入院医療管理料

202施設 2,899床 (+59床)

一類感染症患者入院医療管理料

33施設 105床 (+2床)

	管理料1	管理料2	管理料3	管理料4	管理料5
小児入院	81施設	183施設	97施設	379施設	154施設
医療管理料	5,438床 (+75床)	6,158床 (▲114床)	2,267床 (▲4床)	8,044床 (+73床)	-

一般病棟入院基本料

584,162床 (▲8,178床)

回復期リハビリテーション病棟入院料

入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5	入院料6	計
813施設	179施設	407施設	71施設	56施設	45施設	1,571施設
53,511床 (+4,960床)	9,478床 (▲213床)	18,812床 (▲1,524床)	3,323床 (▲397床)	2,184床 (▲88床)	1,876床 (▲808床)	89,184床 (+1,930床)

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	計
1,203施設	1,315施設	49施設	83施設	2,650施設
38,981床 (+7,532床)	43,803床 (▲1,564床)	1,329床 (▲69床)	1,792床 (▲499床)	85,905床 (+5,400床)

障害者施設等入院基本料

882施設
70,269床 (▲35床)

特定一般病棟入院料

入院料1 3施設 138床
入院料2 2施設 79床
合計 5施設 217床 (±0床)

特殊疾患

病棟入院料1	病棟入院料2	入院管理料
103施設	106施設	32施設
5,431床 (▲178床)	7,539床 (+328床)	444床 (▲3床)

緩和ケア病棟入院料

入院料1 209施設 4,245床
入院料2 246施設 4,684床
合計455施設 8,929床 (+283床)

介護療養 病床

33,331床
※R元.6末病院報告

施設基準届出
令和2年7月1日現在
(かつこ内は前年比較)

有床診療所（一般） 4,770施設 64,209床 (▲2,297床)

有床診療所（療養） 475施設 4,706床 (+644床)

精神科救急入院料

入院料1 163施設 10,586床 (+709床)
入院料2 4施設 127床 (▲94床)

精神科急性期治療病棟入院料

入院料1 360施設 16,280床 (+260床)
入院料2 13施設 508床 (▲343床)

精神科病棟 1,179施設 143,543床 (▲3,343床)

精神科救急・合併症入院料

11施設 376床 (+2床)

児童・思春期精神科入院

46施設 1,491床 (+83床)

精神療養病棟入院料

819施設 90,266床 (▲943床)

地域移行機能強化病棟入院料

38施設 1,435床 (+58床)

認知症治療病棟入院料

入院料1 536施設 37,322床 (+804床)
入院料2 4施設 296床 (▲364床)

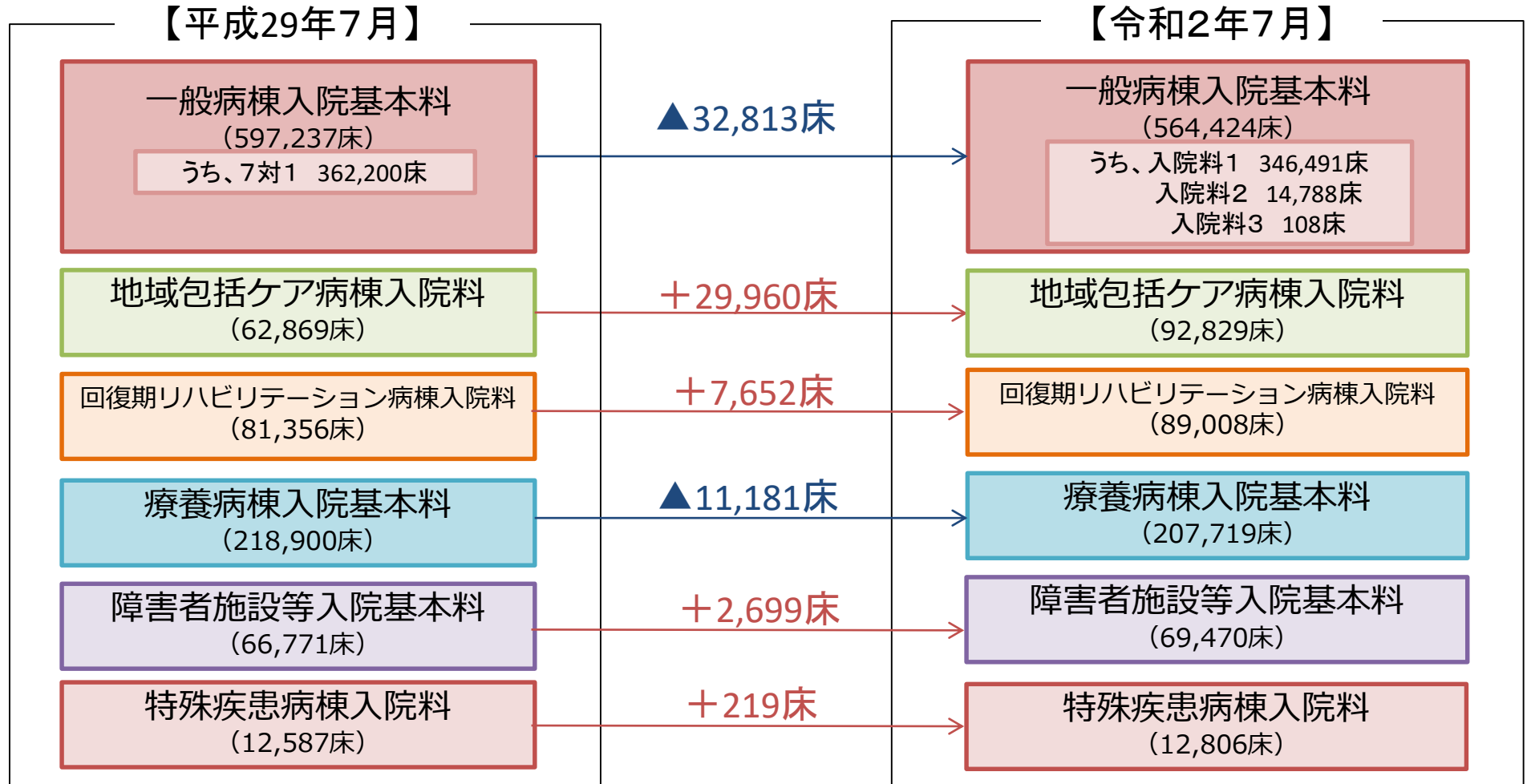
結核病棟

168施設 3,905床 (+5床)

病床数の推移について(概要)

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

- 平成29年7月時点の各入院料の届出病床数と令和2年7月時点の届出病床数を比較したところ、下記のとおりであった。



出典：保険局医療課調べ

※各年7月1日時点の届出病床数を保険局医療課において集計して比較。

慢性期入院医療に係る主な指摘事項

(8月25日 中央社会保険医療協議会 総会)

- 療養病棟入院基本料の経過措置について、経過措置終了の期限を迎えるにあたって患者に不利益が及ばないよう丁寧な対応をするべき。また、経過措置の医療機関数などについて分析するべき。
- 慢性期の医療機能を有する病棟でもデータ提出加算の届出の要件化が進んでいるが、実態を把握すべき。
- 療養病棟入院基本料の経過措置については、減少傾向にあることから、令和3年度末で終了すべき。

(9月22日・10月27日 中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会)

- 療養病棟入院基本料の経過措置は、リハビリテーションを短期間でやって減算されている点数を補っている。担っている機能にあわせ、介護施設等への移行を促す措置を行うべきではないか。
- 医療区分ADL区分について中心静脈栄養が未だに多い。また、中心静脈栄養の患者のうち、約9割に嚥下リハビリが実施されていない。医療区分の取扱いの検討と嚥下リハビリの推進を行うべきではないか。

慢性期入院医療について

1. 慢性期入院医療を取りまく現状等について
2. 療養病棟入院基本料について
 - 2－1 入院料毎の患者の状態等について
 - 2－2 医療区分・ADL区分について
3. 障害者施設等入院基本料等について
4. 緩和ケア病棟入院料について
5. 有床診療所入院基本料等について
6. 論点

入院分科会でのとりまとめ（主な指摘事項）

（療養病棟入院基本料について）

- 経過措置（注11）について、短い入院期間で、リハビリテーションを他の入院料より多く実施していること等を踏まえると、療養病棟入院基本料としての役割から少しずれており、そのあり方を検討すべき。

療養病棟入院基本料について

中医協 総－1－2
3 . 1 0 . 2 7

療養病棟入院料 1

【施設基準】

①看護配置:20:1以上 ②医療区分2・3の患者が8割以上

	医療区分3	医療区分2	医療区分1
ADL区分3	1, 813点	1, 414点	968点
ADL区分2	1, 758点	1, 386点	920点
ADL区分1	1, 471点	1, 232点	815点

医療区分

医療区分3	【疾患・状態】 ・スモン ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態（他に医療区分2又は3に該当する項目がある場合） 【医療処置】 ・24時間持続点滴 ・中心静脈栄養 ・人工呼吸器使用 ・ドレーン法 ・胸腹腔洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管 ・感染隔離室における管理 ・酸素療法（常時流量3 L/分以上を必要とする状態等）
	【疾患・状態】 ・筋ジストロフィー ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患 ・その他の難病（スモンを除く） ・脊髄損傷（頸髄損傷） ・慢性閉塞性肺疾患（COPD） ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症 ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内 ・脱水かつ発熱を伴う状態 ・体内出血 ・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態 ・褥瘡 ・末梢循環障害による下肢末端開放創 ・せん妄 ・うつ状態 ・暴行が毎日みられる状態（原因・治療方針を医師を含め検討） ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態（他に医療区分2又は3に該当する項目がない場合） 【医療処置】 ・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・喀痰吸引（1日8回以上） ・気管切開・気管内挿管のケア ・頻回の血糖検査 ・創傷（皮膚潰瘍 ・手術創 ・創傷処置） ・酸素療法（医療区分3に該当するもの以外のもの）
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者

療養病棟入院料 2

【施設基準】

①看護配置20:1以上 ②医療区分2・3の患者が5割以上

	医療区分3	医療区分2	医療区分1
ADL区分3	1, 748点	1, 349点	903点
ADL区分2	1, 694点	1, 322点	855点
ADL区分1	1, 406点	1, 167点	751点

ADL区分

ADL区分3: 23点以上
ADL区分2: 11点以上～23点未満
ADL区分1: 11点未満

当日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて、下記の4項目に0～6の範囲で最も近いものを記入し合計する。
新入院（転棟）の場合は、入院（転棟）後の状態について評価する。
（ 0. 自立、1. 準備のみ、2. 観察、3. 部分的援助、
4. 広範な援助、5. 最大の援助、6. 全面依存 ）

項目	支援のレベル
a ベッド上の可動性	0～6
b 移乗	0～6
c 食事	0～6
d トイレの使用	0～6
（合計点）	0～24

療養病棟入院基本料の概要

中医協 総－1－2
3 . 1 0 . 2 7

	療養病棟入院料1	療養病棟入院料2	経過措置 (療養病棟入院基本料「注11」に 規定される点数)
看護職員	20対1以上 (医療法上の4:1)		25対1以上
看護補助者	20対1以上 (医療法上の4:1)		25対1以上
医療区分2・3 該当患者割合	8割以上	5割以上	
データ提出	必須 (経過措置あり)		
点数(*)	医療区分1 815点～ 968点 医療区分2 1,232点～1,414点 医療区分3 1,471点～1,813点	医療区分1 751点～ 903点 医療区分2 1,167点～1,349点 医療区分3 1,406点～1,748点	療養病棟入院料2の 85／100を算定

* : 生活療養を受ける場合の点数は除く。

療養病棟入院基本料について

中医協 総－１－２
３．１０．２７

	包括範囲について
A 入院基本料等加算	— ※一部を除く。
B 医学管理等	—
C 在宅医療	—
D 検査	○
E 画像診断	○ ※一部を除く。
F 投薬	○ ※一部を除く。
G 注射	○ ※一部を除く。
H リハビリテーション	—
I 精神科専門療法	—
J 処置	○ ※一部を除く。
K 手術	—
L 麻酔	—
M 放射線治療	—
N 病理診断	○

○ 療養病棟入院基本料について、検査・画像診断（一部を除く。）等に係る費用については当該入院基本料に含まれ、リハビリテーションや手術等に係る費用は左記のとおり、出来高で算定できる。

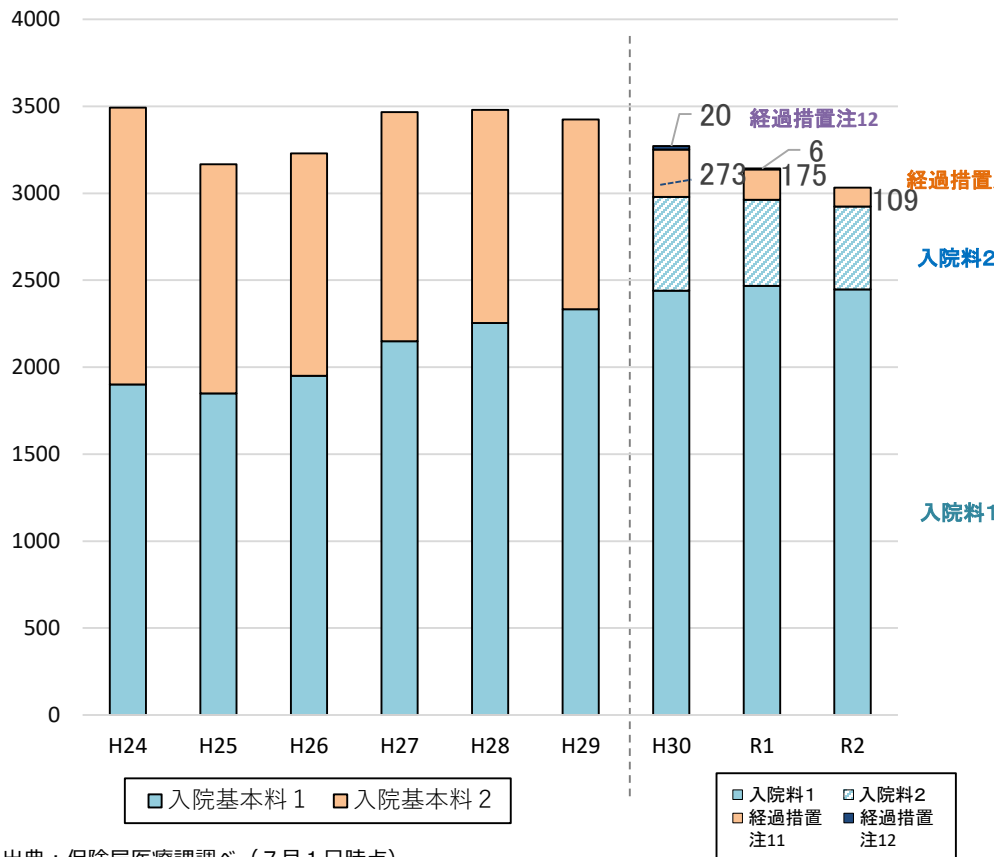
○：包括範囲
—：包括範囲外

療養病棟入院基本料の届出施設数及び病床数の推移

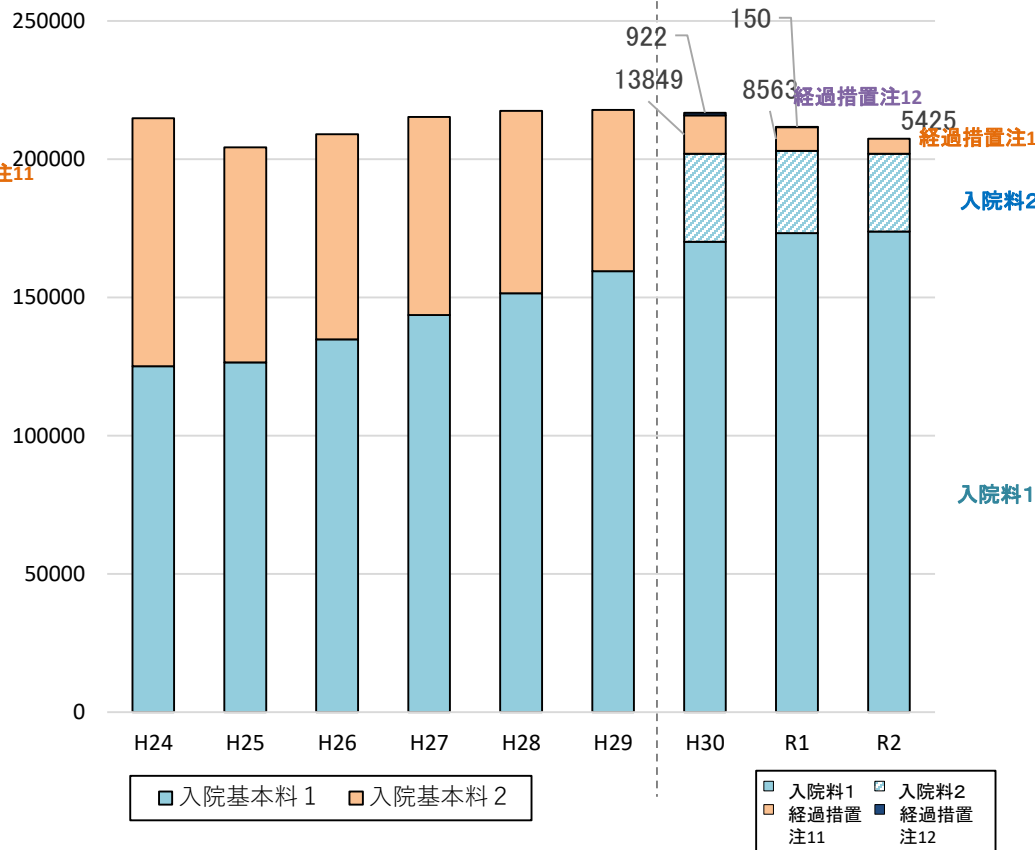
中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

○ 経過措置(注11)(看護職員配置25対1又は医療区分2・3の割合の患者5割未満)の届出施設数は令和2年7月1日時点で109施設、5425床であった。

(施設数) 療養病棟入院基本料届出施設数



(病床数) 療養病棟入院基本料届出病床数



出典：保険局医療課調べ（7月1日時点）

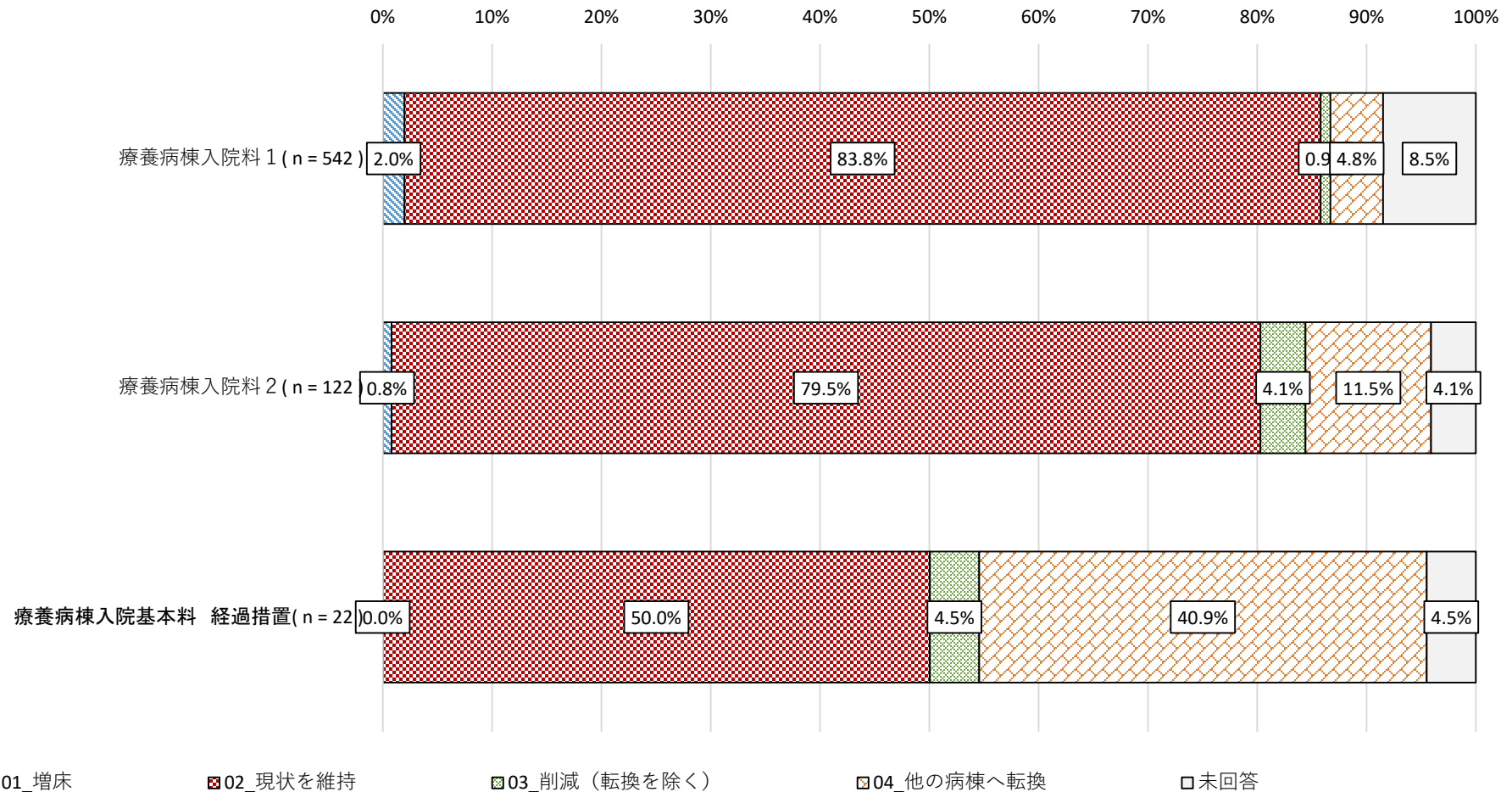
※平成24年及び平成25年は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除く

療養病棟入院基本料の今後の意向について

中医協 総－１－２
３．１０．２７

○ 療養病棟入院基本料を届け出ている病棟の、今後の意向は以下のとおりであった。

令和４年４月以降の病床数の増減及び入院料の意向

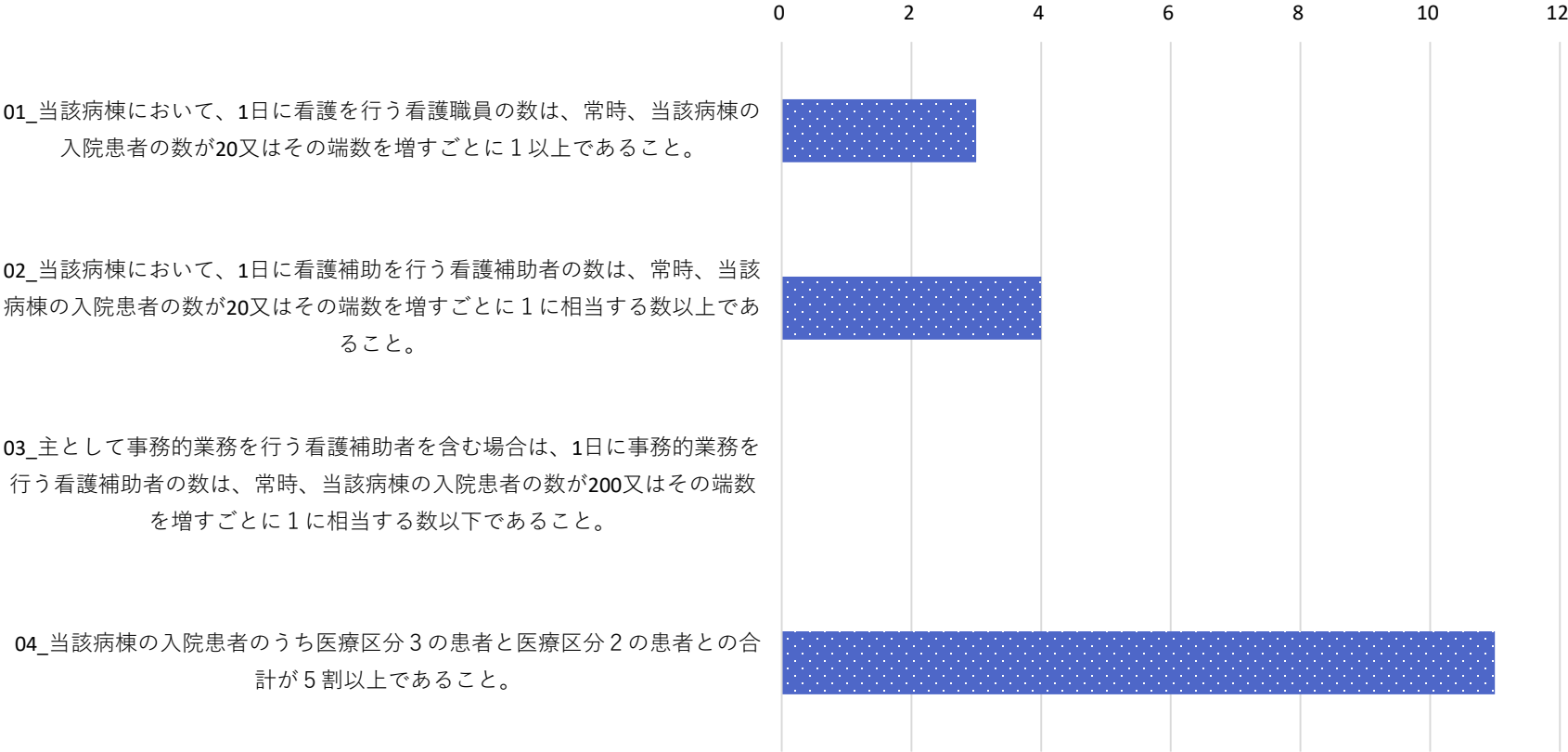


経過措置（注11）を届け出ている理由（満たせていない基準）

○ 経過措置（注11）を届け出ている医療機関について、満たせていない施設基準は以下のとおりであり、「当該病棟のうち医療区分3の患者と医療区分2の患者との合計が5割以上であること。」が最多であった。

中医協 総－1－2
3 . 1 0 . 2 7

施設数15、回答数18

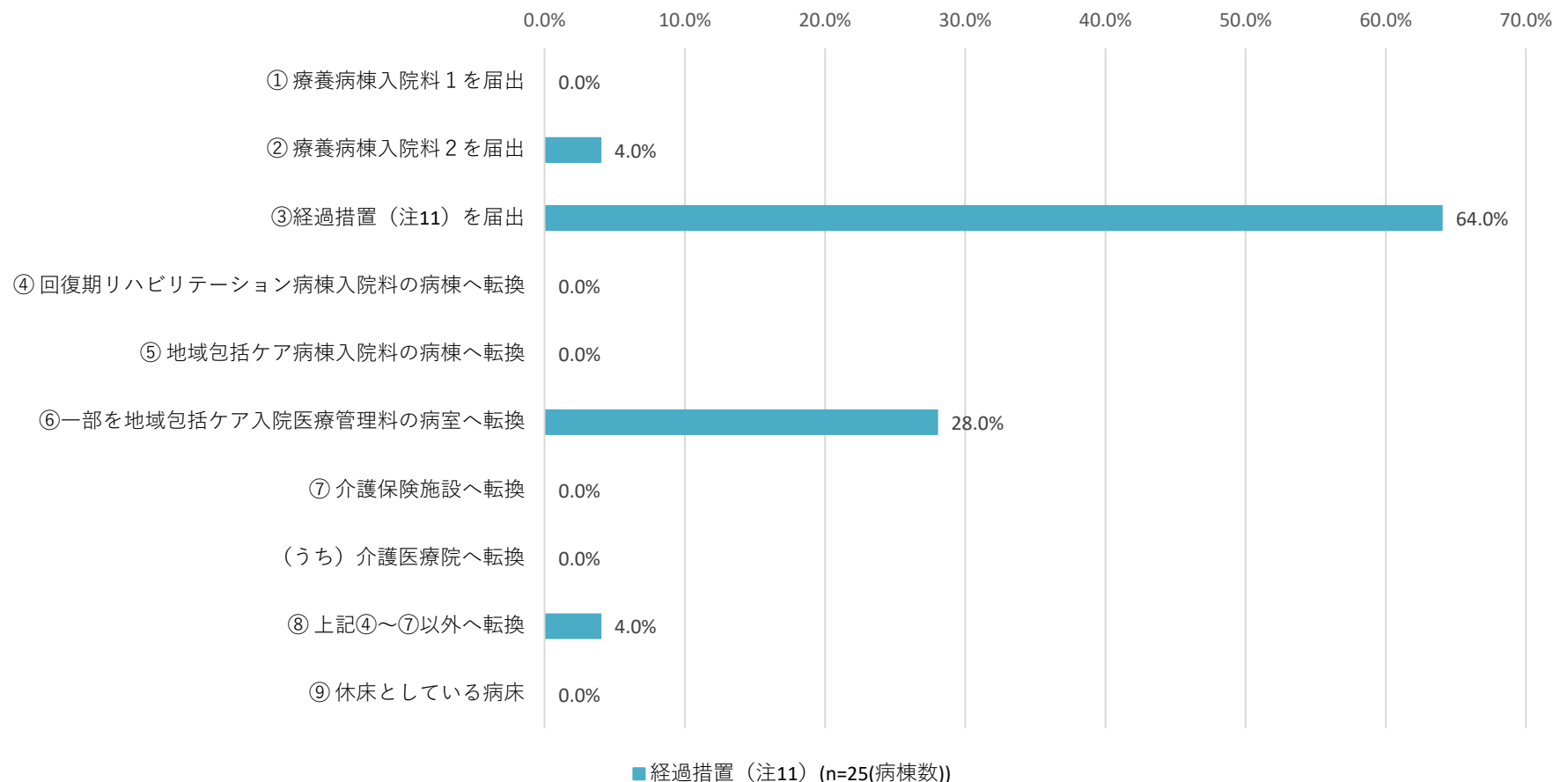


改定前に経過措置(注11)を届出していた病棟の状況

中医協 総－1－2
3 . 1 0 . 2 7

○ 改定前に経過措置(注11)を届出していた病棟について、令和2年11月1日時点の状況をみると、経過措置(注11)を届出ている病棟が最も多かった。

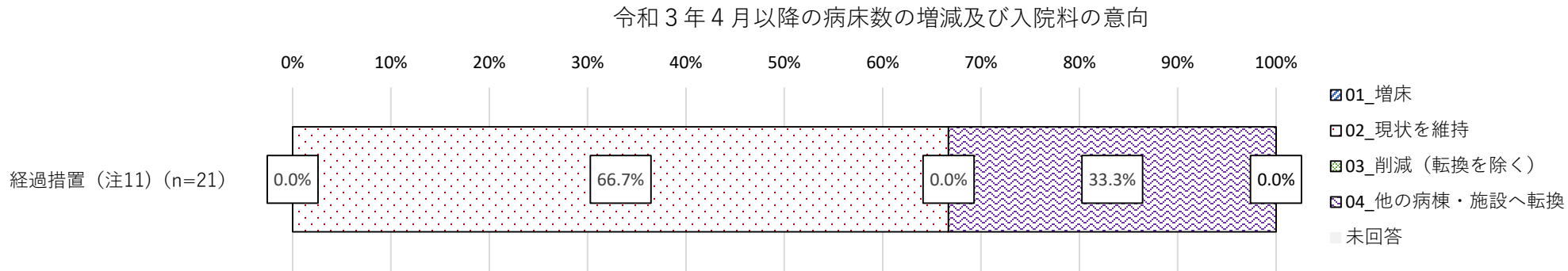
改定前（令和2年3月31日時点）に経過措置（注11）
を届け出ていた病棟の状況（令和2年11月1日時点）



経過措置（注11）を届出ている病棟の今後の届出の意向

中医協 総－1－2（改）
3 . 1 0 . 2 7

○ 経過措置（注11）を届出ている病棟のうち、33.3%の病棟で、他の病棟等への転換の意向があった。
移行先としては、介護医療院、地域包括ケア病棟が多かった。



現在届出している入院基本料から転換を検討している病棟・施設（該当するもの複数選択） [施設数]

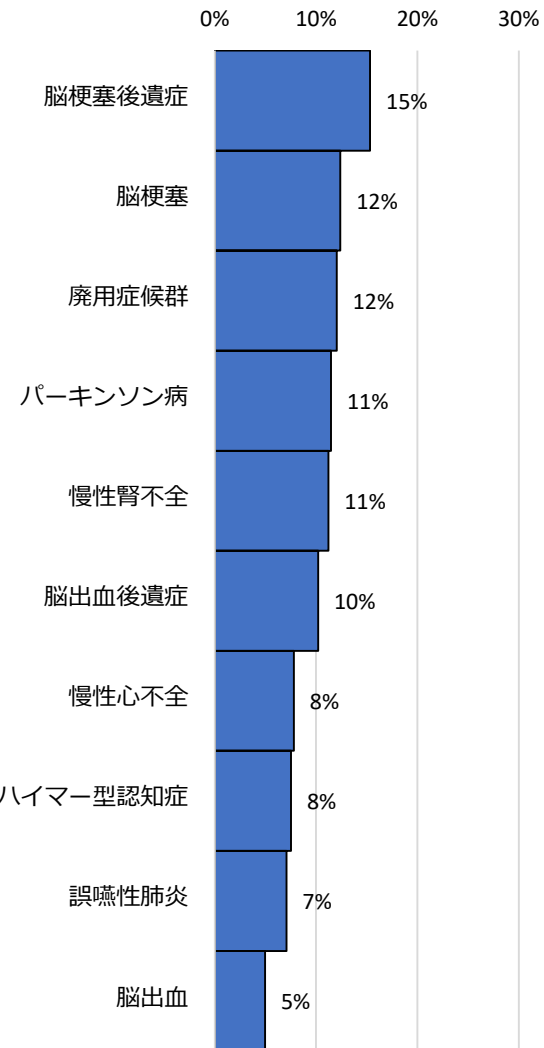


入院料毎の主傷病名

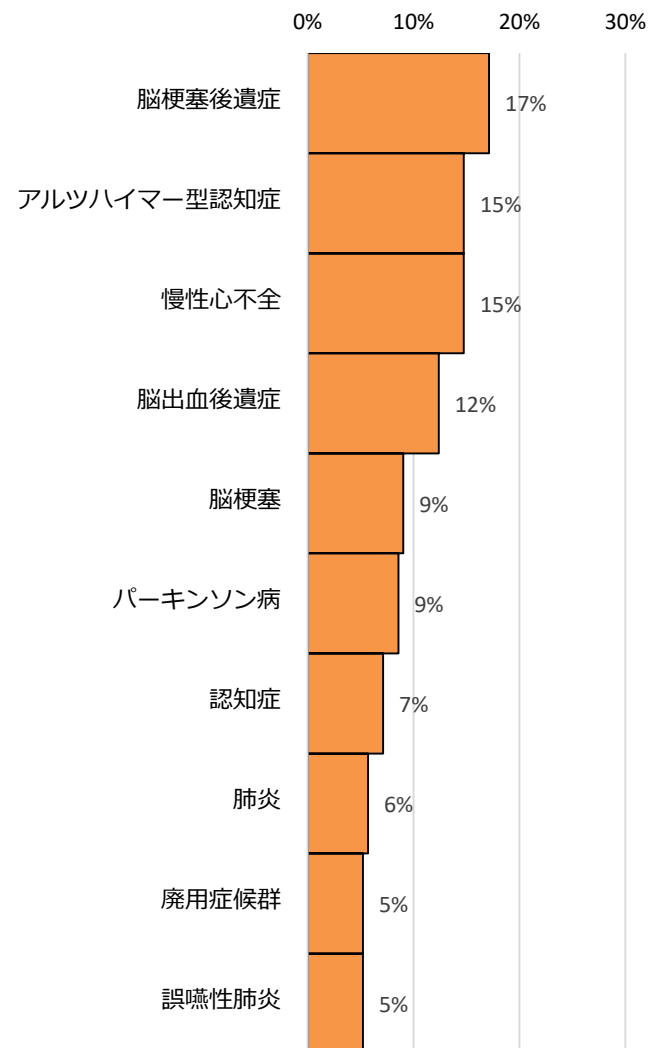
中医協 総－１－２
３．１０．２７

○ 各入院料に分けた場合の患者の主傷病名は以下のとおり。入院料１及び２を届け出ている病棟においては、「脳梗塞後遺症」、経過措置（注11）を届け出ている病棟においては「廃用症候群」が最も多かった。

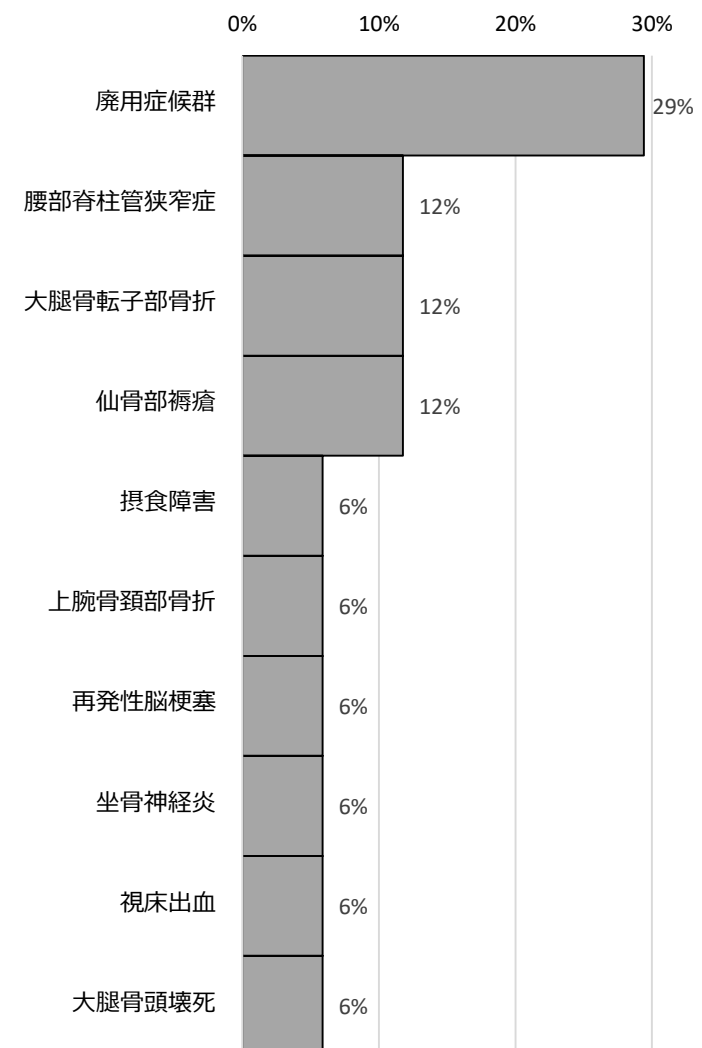
療養病棟入院料１（n=1089）



療養病棟入院料２（n=210）



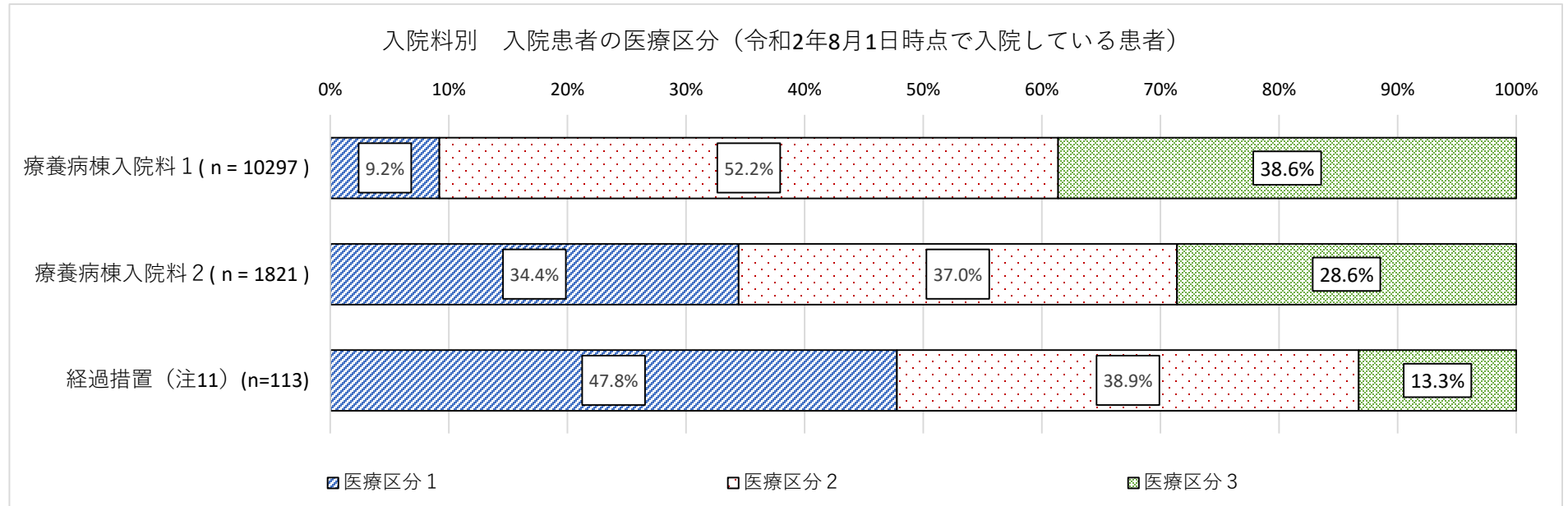
経過措置（注11）（n=17）



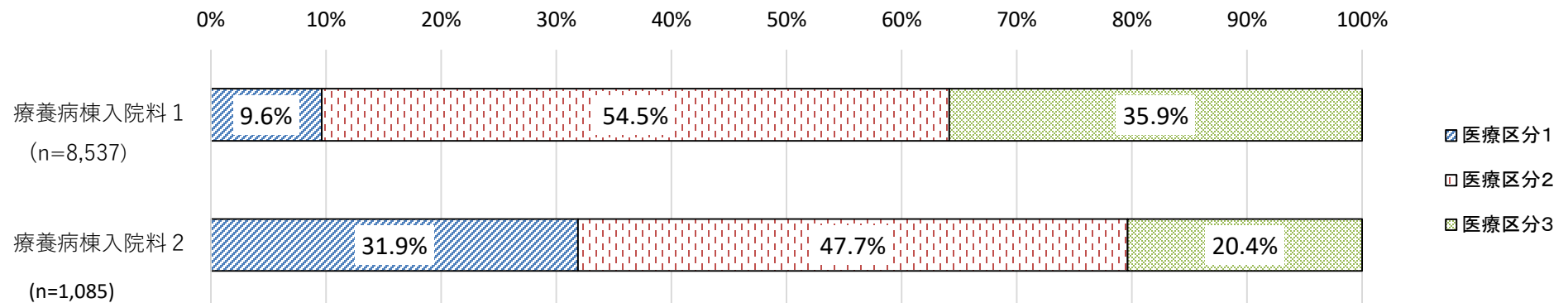
療養病棟入院料ごとの医療区分

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

○ 入院患者の医療区分をみると、区分2・3の患者は、療養病棟入院料1では全体の約9割、療養病棟入院料2では全体の約7割を占めた。



参考：平成30年度調査

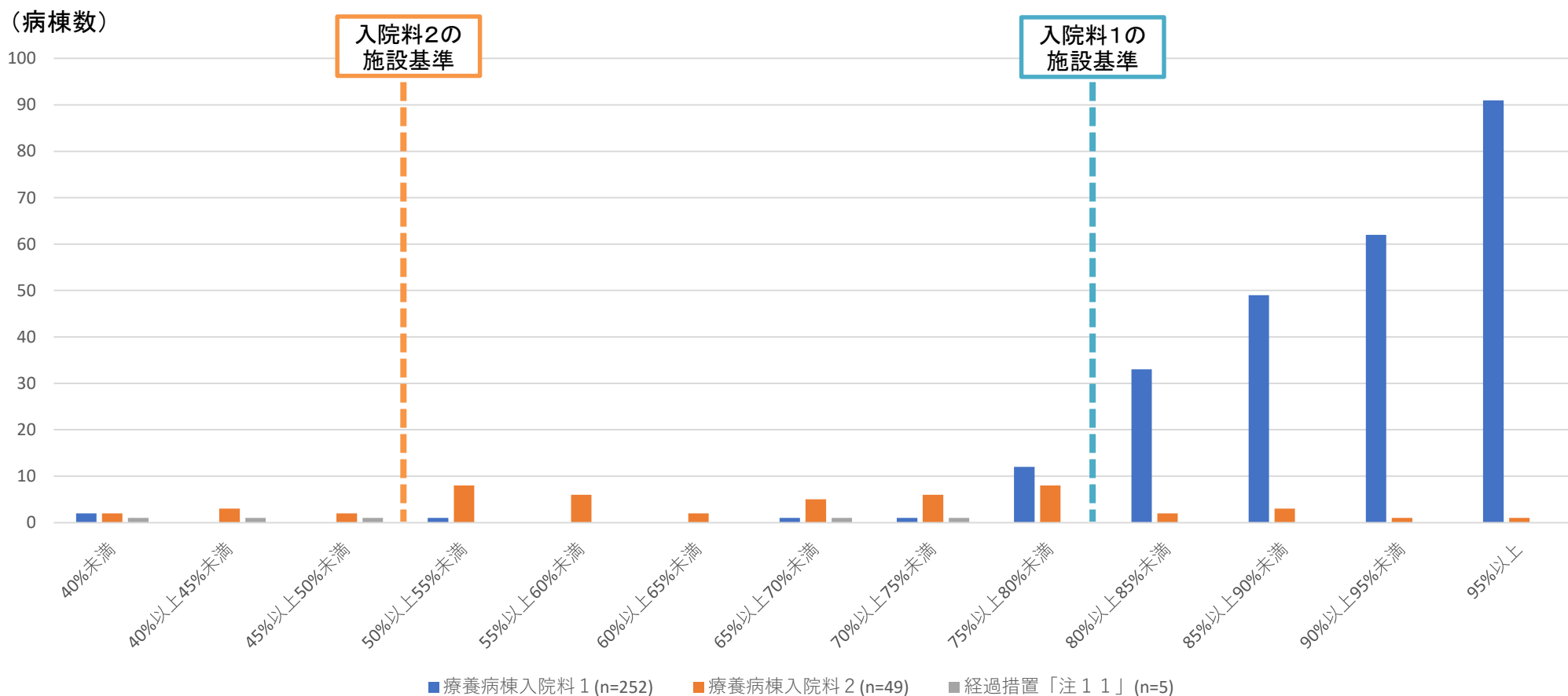


各病棟における医療区分2・3の該当患者の占める割合の分布

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

- 療養病棟入院料1を届出ている病棟において、医療区分2・3の該当患者の占める割合の分布をみると、95%以上が最も多かった。
- 療養病棟入院料2を届出ている病棟において、医療区分2・3の該当患者の占める割合の分布をみると、50%以上55%未満及び75%以上80%未満が最も多かった。

各病棟における医療区分2・3の該当患者の占める割合の分布

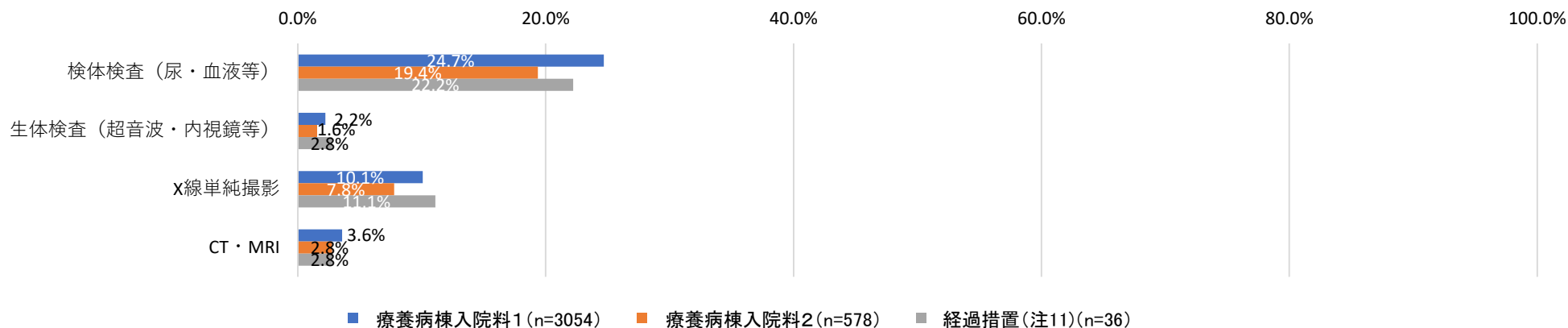


入院料毎の患者の検査等の実施状況

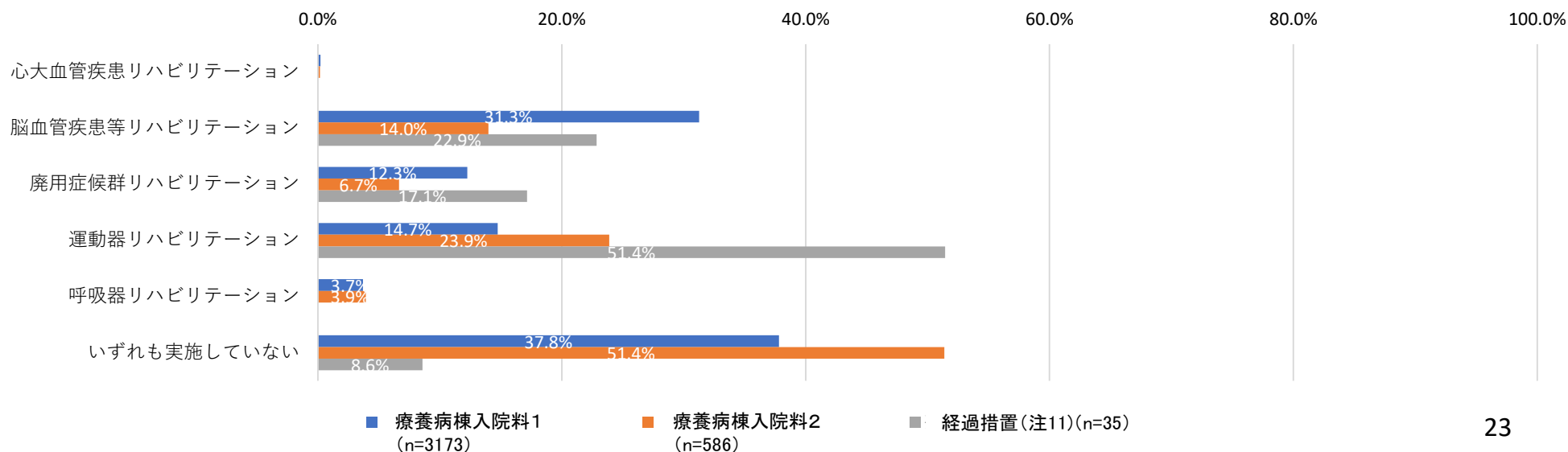
中医協 総－１－２
３．１０．２７

○ 療養病棟における、過去7日間の検査及びリハビリテーションの実施状況は以下のとおりであった。特にリハビリテーションの実施状況について、経過措置（注11）を届け出ている病棟においてリハビリテーションの実施が多い傾向であった。

過去7日間に検査実施した患者割合



リハビリテーション実施状況

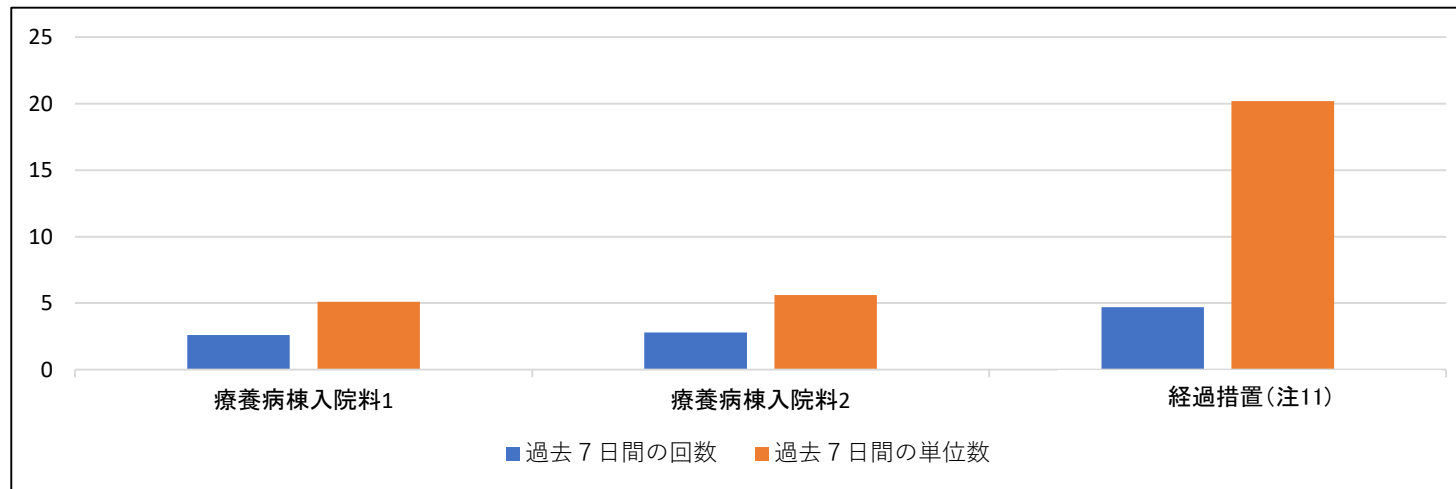


入院料毎の患者のリハビリテーションの実施状況

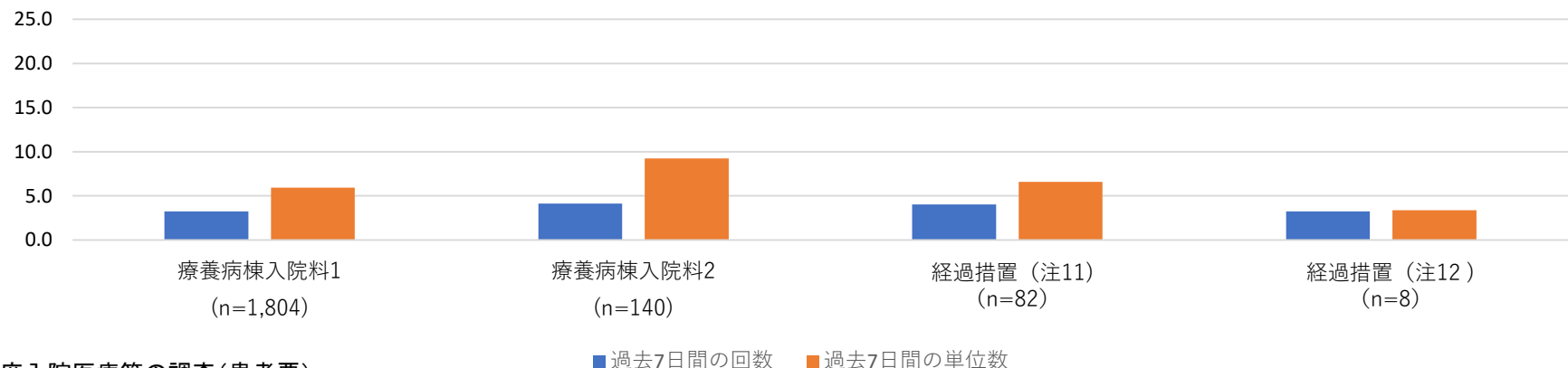
中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

○ 入院料毎にみた、過去7日間のリハビリテーション実施回数と単位数は以下のとおり。入院料1及び2と比較して、経過措置(注11)を届け出ている病棟において、回数及び単位数ともに多かった。

	全体	療養病棟入院料1	療養病棟入院料2	経過措置(注11)
過去7日間の回数	2.7 (N=2320)	2.6 (N=1859)	2.8 (N=272)	4.7 (N=20)
過去7日間の単位数	5.5 (N=2426)	5.1 (N=1933)	5.6 (N=283)	20.2 (N=29)



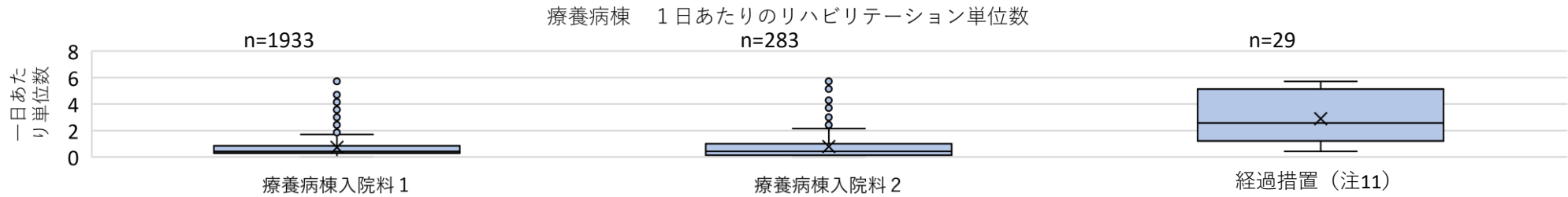
入院医療の患者のリハビリテーション実施状況 (平成30年度)



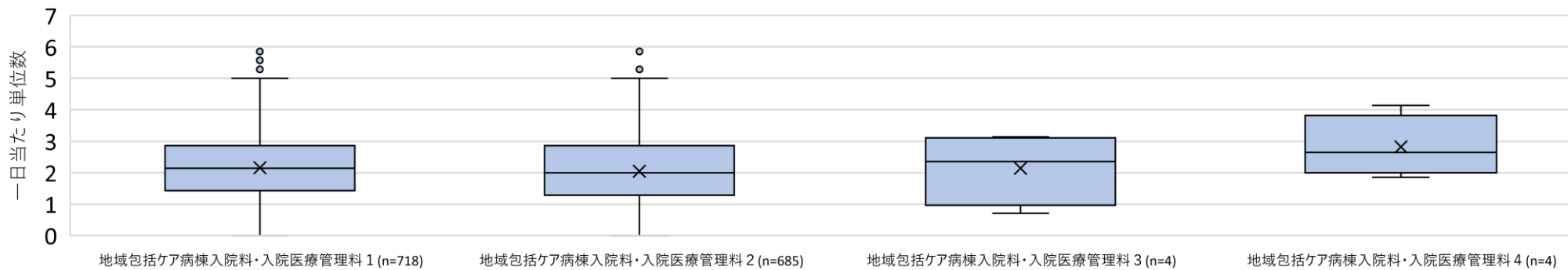
入院料別のリハビリテーション単位数(1日当たり)

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

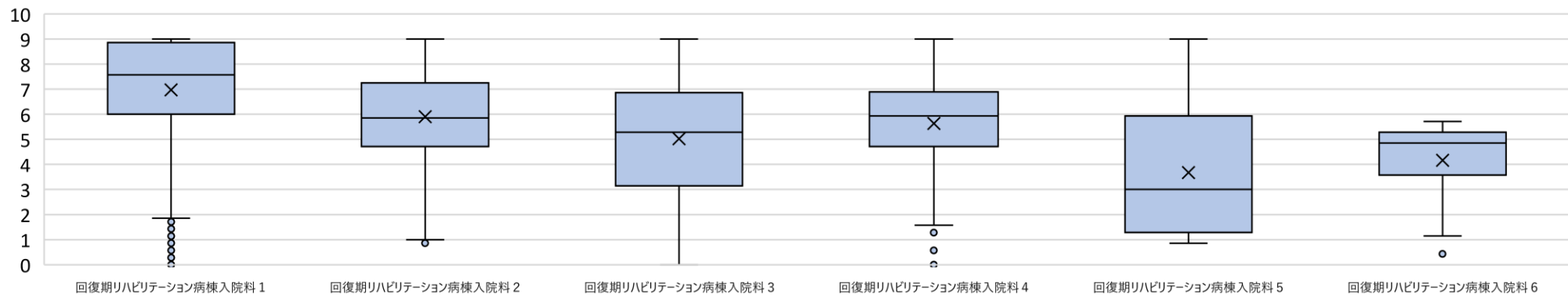
- 療養病棟における、1日当たりのリハビリテーション単位数は以下のとおり。
- 経過措置(注11)は、入院料1及び2と比較して、リハビリテーション単位数が多かった。



(参考) 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1日当たりのリハビリテーション単位数



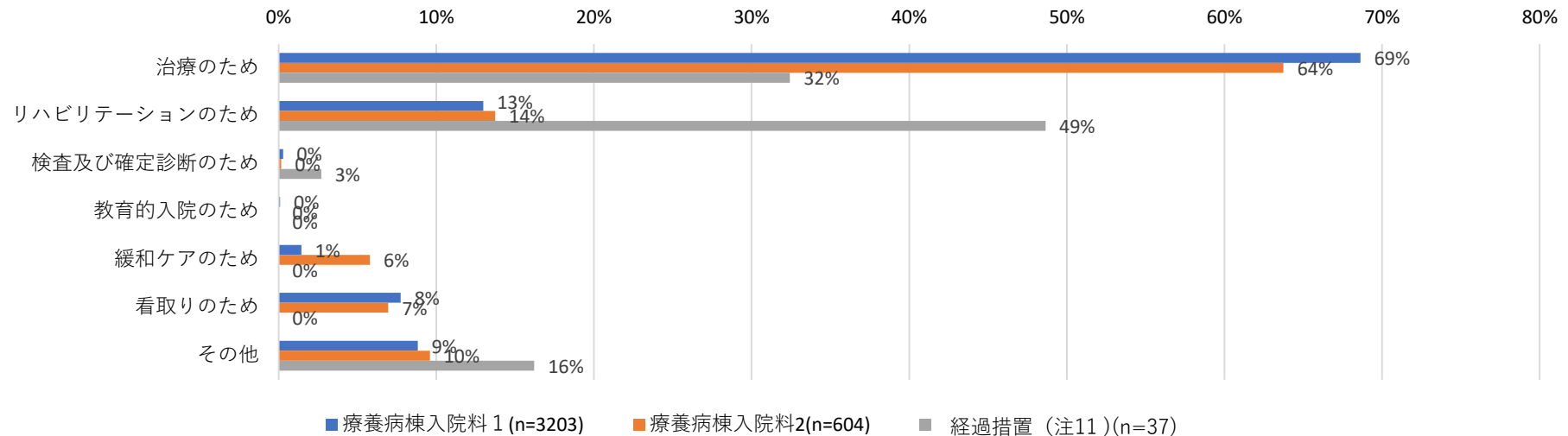
(参考) 回復期リハビリテーション病棟 1日当たりのリハビリテーション単位数



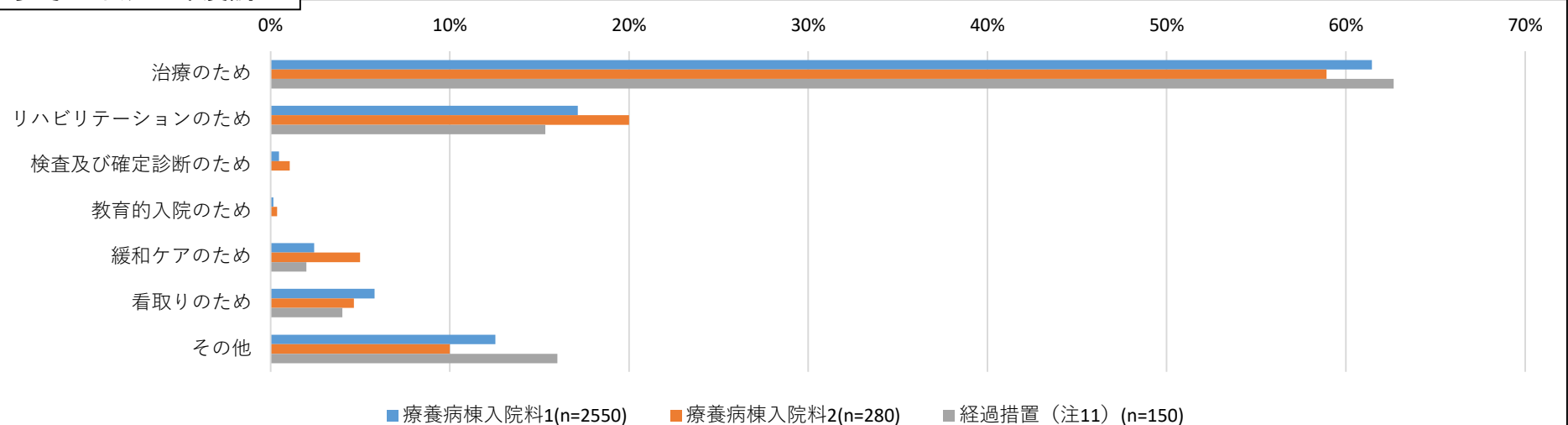
各入院料毎の患者の入院の理由

中医協 総－1－2
3 . 1 0 . 2 7

○ 各入院料に分けた場合の患者の入院理由は以下のとおり。入院料1及び2を届け出ている病棟においては「治療のため」が最も多く、経過措置（注11）を届け出ている病棟においては「リハビリテーションのため」が最も多かった。



参考：平成30年度調査



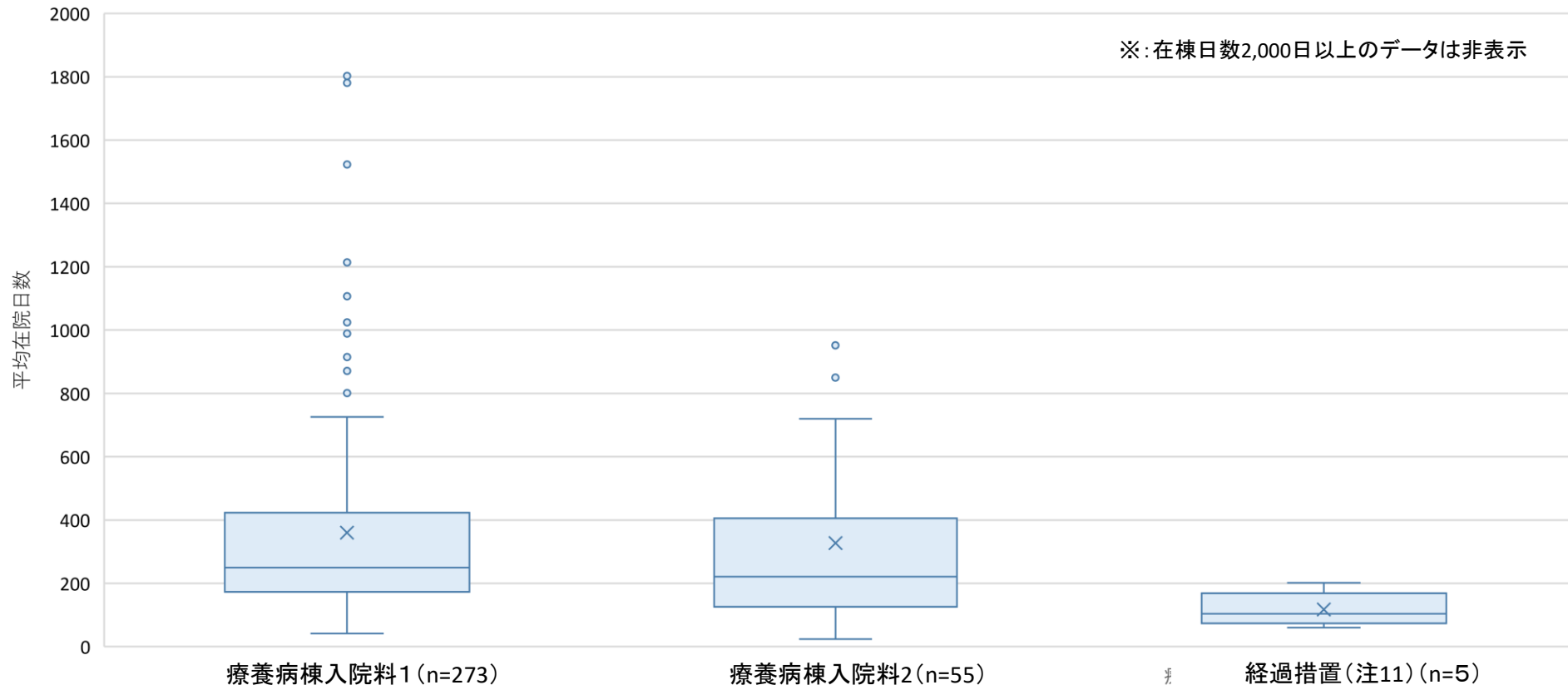
出典：平成30年度入院医療等の調査（患者票）

各入院料毎の患者の平均在院日数

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

○ 各入院料に分けた場合の患者の平均在院日数は以下のとおりであった。平均値及び中央値で比較すると、入院料1を届け出ている病棟が最も長く、経過措置(注11)を届け出ている病棟が短かった。

入院料別の平均在院日数（病棟毎）（令和2年8～10月）



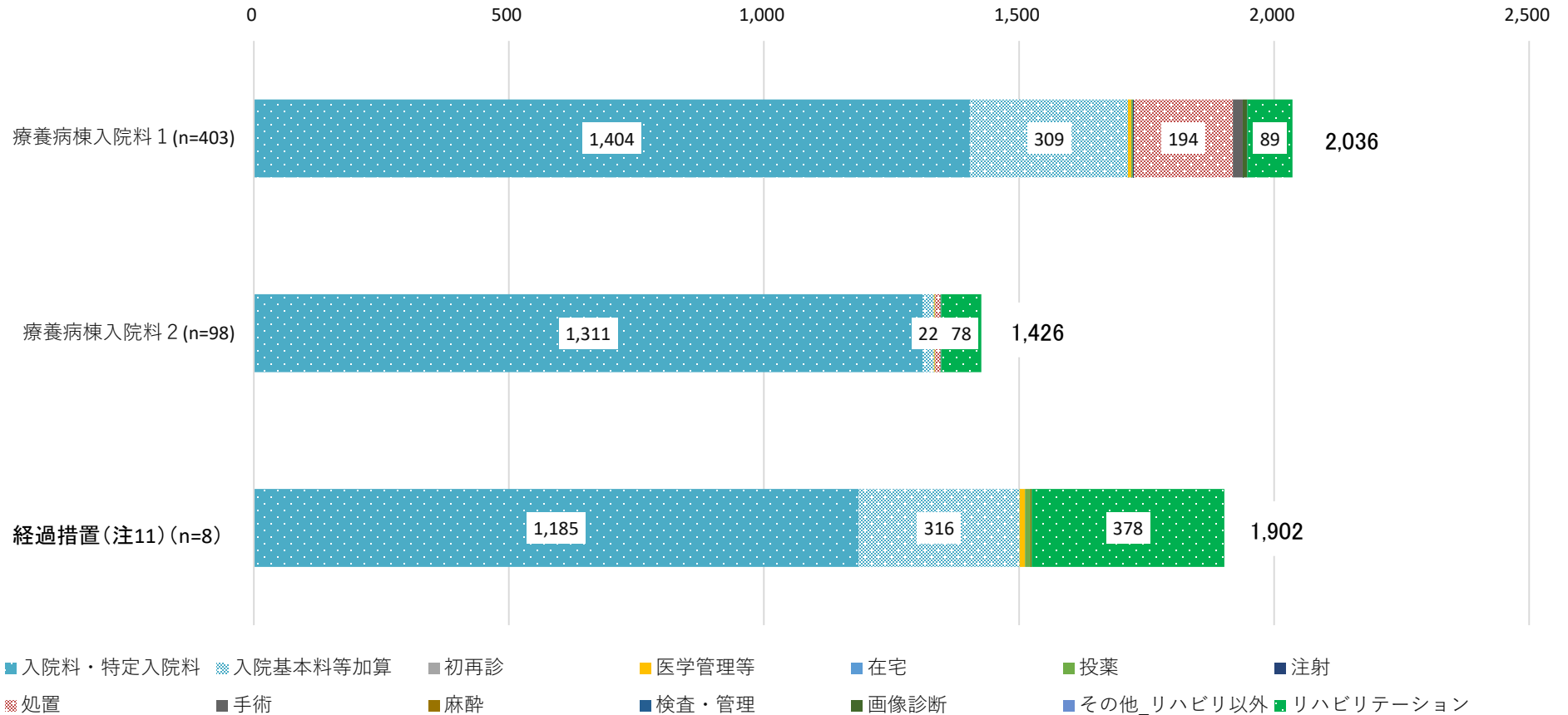
* : 平均在院日数が10,000日を超えている病棟については除いて算出。

入院料毎の１日当たりのレセプト請求点数

中医協 総－１－２
３．１０．２７

- 入院料毎のレセプト請求点数（１日当たり）は以下のとおりであった。
- リハビリテーションの点数について比較すると、経過措置（注１１）が最も高かった。

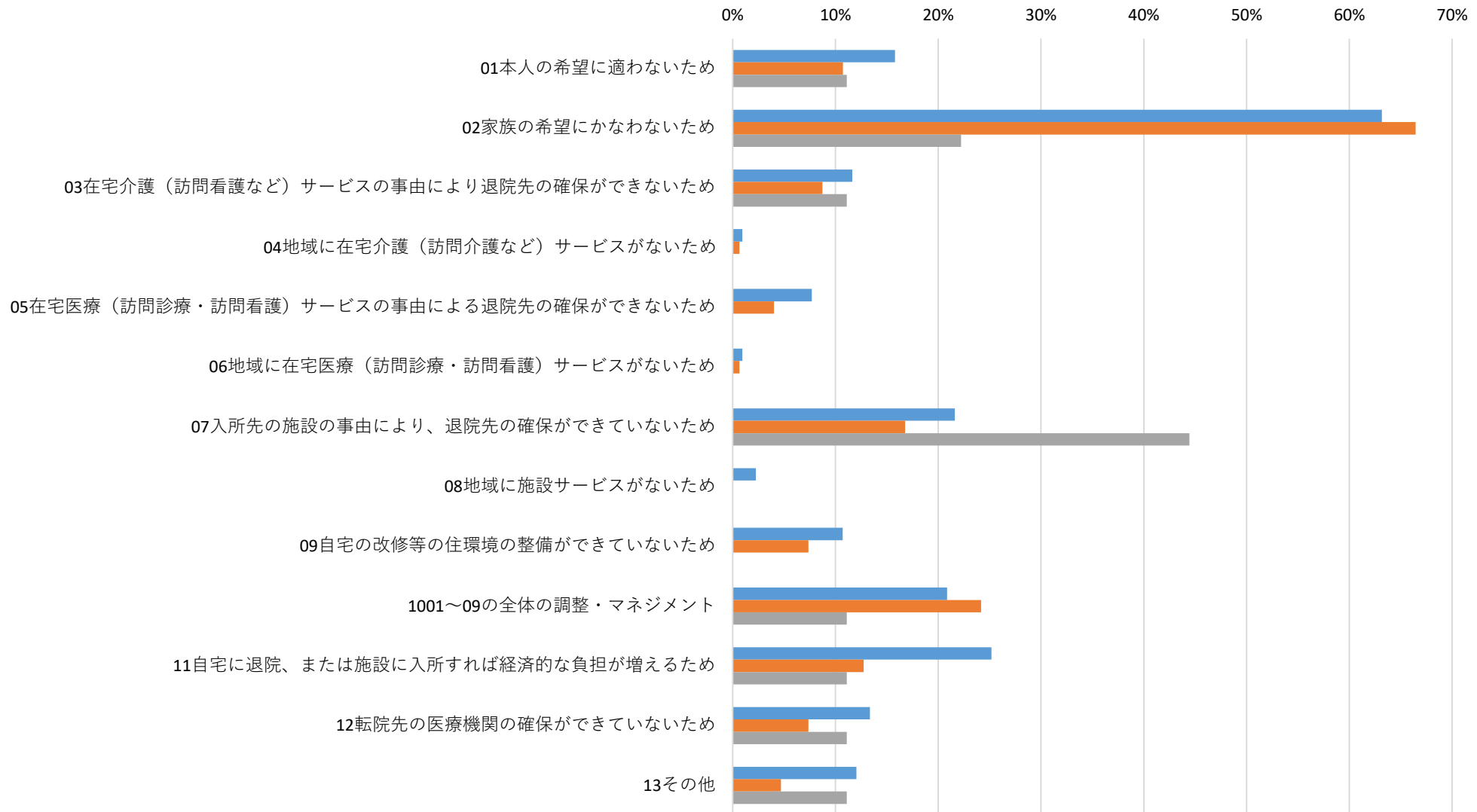
療養病棟入院基本料の一日平均単価



各入院料毎の患者の退院できない理由(複数選択)

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

○ 各入院料に分けた場合の患者が退院できない理由は以下のとおりであり、入院料1及び2を届け出ている病棟においては「家族の希望にかなわないため」が多く、経過措置(注11)を届け出ている病棟においては「入所先の施設の事由」が多かった。



療養病棟入院基本料を届出ている病棟の入院患者の医療区分の推移

○ 令和2年8月1日時点で入院していた患者を入院料毎に医療区分別に分けた場合の、3か月後の医療区分の分布は以下のとおりであった。入院料毎に令和2年8月1日時点で医療区分1であった患者であって令和2年10月30日までに退棟していた者の割合を見ると、入院料2を届け出ている病棟で最も低く、経過措置(注11)を届け出ている病棟で最も高かった。また、8月1日時点で医療区分3であった患者であって10月30日までに退棟していた者の割合は入院料間で大きな差は見られなかった。

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

入院料 1				令和 2 年 8 月 1 日時点				3	
				医療区分 1 (N=948)		医療区分 2 (N=5372)			医療区分 3 (N=3977)
令和2年10月30日	医療区分 1			46.7%		2.0%		3.0%	
	医療区分 2			8.5%		75.0%		4.7%	
	医療区分 3			8.0%		6.2%		65.6%	
	退棟			36.7%		16.8%		26.8%	
	(退棟の内訳)	医療区分 1		26.3%		1.5%		0.3%	
		医療区分 2		0.8%		6.4%		0.4%	
		医療区分 3		0.8%		0.7%		2.7%	
死亡退院		8.9%		8.3%		23.3%			
入院料 2				令和 2 年 8 月 1 日時点					
				医療区分 1 (N=627)		医療区分 2 (N=673)		医療区分 3 (N=521)	
令和2年10月30日	医療区分 1			64.4%		8.0%		2.5%	
	医療区分 2			9.4%		61.8%		3.8%	
	医療区分 3			2.7%		4.8%		61.6%	
	退棟			23.4%		25.4%		32.1%	
	(退棟の内訳)	医療区分 1		15.8%		3.1%		1.7%	
		医療区分 2		1.4%		10.3%		1.3%	
		医療区分 3		0.6%		1.3%		4.6%	
死亡退院		5.6%		10.7%		24.4%			
経過措置（注11）				令和 2 年 8 月 1 日時点					
				医療区分 1 (N=54)		医療区分 2 (N=44)		医療区分 3 (N=15)	
令和2年10月30日	医療区分 1			24.1%		2.3%		0.0%	
	医療区分 2			1.9%		13.6%		6.7%	
	医療区分 3			1.9%		9.1%		60.0%	
	退棟			72.2%		75.0%		33.3%	
	(退棟の内訳)	医療区分 1		70.3%		22.7%		6.7%	
		医療区分 2		1.9%		43.2%		0.0%	
		医療区分 3		0.0%		2.3%		13.3%	
死亡退院		0.0%		6.8%		13.3%			



療養病棟入院基本料を届出ている病棟の入院患者のADL区分の推移

○ 令和2年8月1日時点で入院していた患者を入院料毎にADL区分別に分けた場合の、3か月後のADL区分の分布は以下のとおりであった。入院料毎に令和2年8月1日時点でADL区分1であった患者であって令和2年10月30日までに退棟していた者の割合を見ると、入院料2を届け出ている病棟で最も低く、経過措置（注11）を届け出ている病棟で最も高かった。また、8月1日時点でADL区分3であった患者であって10月30日までに退棟していた者の割合についてみると、入院料間で大きな差は見られなかった。

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

入院料 1				令和 2 年 8 月 1 日時点				3	
				ADL区分 1 (N=951)		ADL区分 2 (N=2198)		ADL区分 3 (N=7290)	
令和2年10月30日	ADL区分 1			54.0%		1.6%		0.6%	
	ADL区分 2			5.4%		66.8%		1.8%	
	ADL区分 3			5.6%		8.7%		76.5%	
	退棟			35.0%		22.9%		21.0%	
	(退棟の内訳)	ADL区分 1			26.0%		0.8%		0.1%
		ADL区分 2			0.7%		12.0%		0.2%
		ADL区分 3			1.0%		0.9%		3.9%
死亡退院			7.4%		9.1%		16.8%		

入院料 2				令和 2 年 8 月 1 日時点					
				ADL区分 1 (N=221)		ADL区分 2 (N=509)		ADL区分 3 (N=1128)	
令和2年10月30日	ADL区分 1			59.7%		0.8%		2.3%	
	ADL区分 2			6.8%		69.5%		1.7%	
	ADL区分 3			2.7%		4.9%		70.5%	
	退棟			30.8%		24.8%		25.5%	
	(退棟の内訳)	ADL区分 1			24.5%		0.2%		0.0%
		ADL区分 2			0.9%		16.7%		0.3%
		ADL区分 3			0.9%		1.8%		7.4%
死亡退院			4.5%		6.1%		17.8%		

経過措置（注11）				令和 2 年 8 月 1 日時点					
				ADL区分 1 (N=55)		ADL区分 2 (N=29)		ADL区分 3 (N=29)	
令和2年10月30日	ADL区分 1			12.7%		3.4%		0.0%	
	ADL区分 2			0.0%		24.1%		0.0%	
	ADL区分 3			0.0%		6.9%		65.5%	
	退棟			87.3%		65.5%		34.5%	
	(退棟の内訳)	ADL区分 1			85.4%		27.6%		0.0%
		ADL区分 2			0.0%		31.1%		0.0%
		ADL区分 3			1.8%		0.0%		20.7%
死亡退院			0.0%		6.9%		13.8%		

改善

変化無し

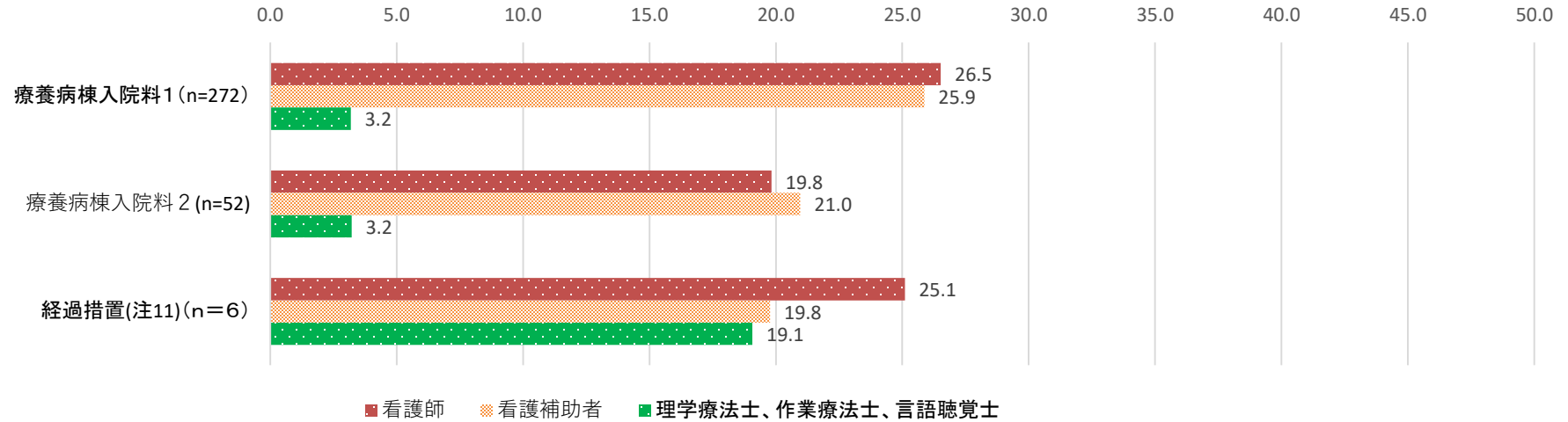
悪化

出典：令和2年度入院医療等の調査（病棟票）

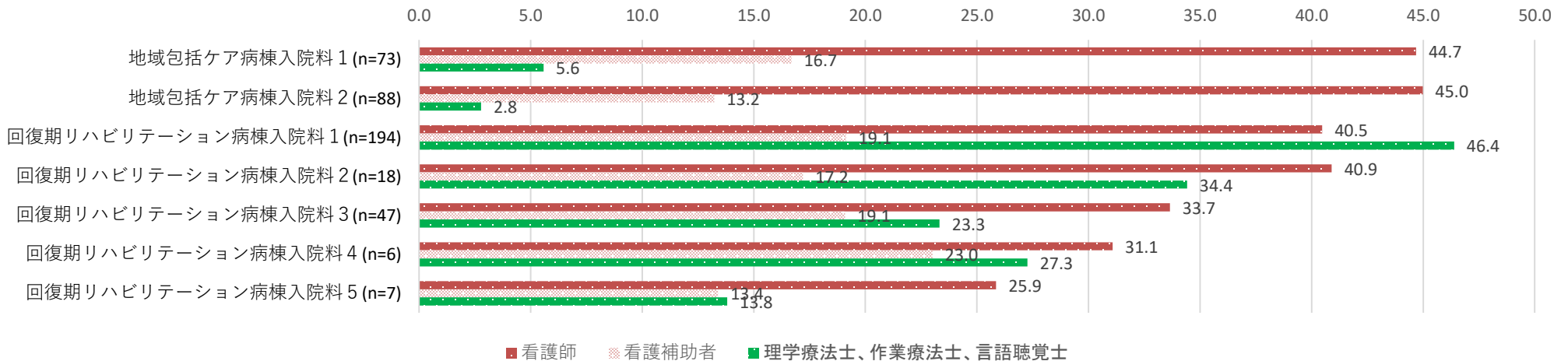
入院料毎の職員数(100床当たり)

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

- 入院料毎にみた、職員数(100床当たり)は以下のとおりであった。
- 「理学療法士、作業療法士、言語聴覚士」の数は、入院料1及び2と比べて経過措置(注11)で多かった。



(参考)地域包括ケア病棟・回復期リハビリテーション病棟



質の高いリハビリテーションの評価等①

回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカムの評価

- 回復期リハビリテーション病棟において、アウトカムの評価を行い、一定の水準に達しない保険医療機関については、疾患別リハビリテーション料の評価を見直す。

現行

患者1人1日あたり、疾患別リハビリテーションは9単位まで出来高算定

改定後

リハビリテーションの効果に係る実績が一定の水準に達しない場合、疾患別リハビリテーションは6単位まで出来高算定(6単位を超えるリハビリテーションは入院料に包括(※))

※急性疾患の発症後60日以内のものを除く

回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーション料の一部が包括される場合

回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーションについて、

①提供実績を相当程度有し、②効果に係る相当程度の実績が認められない状態が、3か月ごとの集計・報告で2回連続した場合。

注)

- ①は過去6か月間に退棟した患者の数が10名以上で、入院患者に対して提供されたリハビリテーション単位数が1日平均6単位以上である状態をいう。
- ②は、実績指数(「各患者の在棟中のADLスコアの伸びの総和」を「各患者の(入棟から退棟までの日数)／(疾患毎の回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数)の総和」で割ったもの)が27未満である場合をいう。
- ②におけるADLスコアの評価については、FIM(Functional Independence Measure)の運動項目(91点満点)を用いる。
- ②の算出においては、ADLが高いもの(FIM運動項目76点以上)、低いもの(FIM運動項目20点以下)、高齢者(80歳以上)、認知機能の障害が大きいもの(FIM認知項目24点以下)を入棟患者の3割を超えない範囲で、また高次脳機能障害の患者(入棟患者の4割以上を占める保険医療機関に限る)を全て計算対象から除外できる。

[経過措置]

平成28年4月1日以降の入院患者を実績評価の対象とし、平成29年1月1日から実施。

回復期リハビリテーション病棟のアウトカム評価に係る計算式等について①

- 回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーションの効果の実績に基づき、疾患別リハビリテーション料のうち、1日6単位を超えるもの（脳血管疾患等の患者であって発症後60日以内のものに対して行ったものを除く）は回復期リハビリテーション病棟入院料に包括する。

※ リハビリテーション充実加算（1日6単位以上）の施設基準等において、入院料に包括された疾患別リハビリテーション実施単位数は疾患別リハビリテーションの総単位数には含まない。

効果の実績の評価の対象となる医療機関

3か月ごと（1月、4月、7月、10月）の報告において、①かつ②が、2回以上連続した医療機関

- ①報告の前月までの6か月間に回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者数（実績指数の対象となるものに限る）が10名以上
かつ
- ②報告の前月までの6か月間の、回復期リハビリテーション病棟のリハビリテーションの1日平均提供単位数が6単位以上

$$\text{1日平均提供単位数} = \frac{\text{回復期リハビリテーションを要する状態の患者に提供された疾患別リハビリテーションの総単位数}}{\text{回復期リハビリテーションを要する状態の患者の延べ入院日数}}$$

①の退棟患者数の計算対象

- 平成28年4月以降に入棟し、報告月の前月までの6か月間に退棟した患者
- ただし、実績指数の計算から除外された患者は除外

②のリハビリテーションの1日平均提供単位数の計算対象

- 報告月の前月までの6か月間の在棟患者
- ただし、回復期リハビリテーションを要する状態でなかった場合は除外

回復期リハビリテーション病棟のアウトカム評価に係る計算式等について②

効果の実績の評価基準

3か月ごとの報告において報告の前月までの6か月間に退棟した患者を対象とした「実績指数」が2回連続して27未満の場合

$$\text{実績指数} = \frac{\text{各患者の（FIM得点[運動項目]の、退棟時と入棟時の差）の総和}}{\text{各患者の}\left(\frac{\text{入棟から退棟までの在棟日数}}{\text{状態ごとの回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数}}\right)\text{の総和}}$$

実績指数の計算対象

- 報告月の前月までの6か月間に退棟した患者（平成28年4月以降に入棟した患者のみ）
- ただし、以下の患者を除外

必ず除外する患者

- 在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を一度も算定しなかった患者
- 在棟中に死亡した患者

まとめて除外できる患者

- 回復期リハビリテーション病棟に高次脳機能障害の患者が特に多い（退棟患者の4割以上）保険医療機関では、**高次脳機能障害の患者**を全て除外してもよい。
（高次脳機能障害の患者とは、入院料の算定上限日数が180日となっている、高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の患者）

医療機関の判断で、各月の入棟患者数（高次脳機能障害の患者を除外した場合は、除外した後の数）の3割以下の範囲で除外できる患者

- 入棟時に**FIM運動項目の得点が20点以下**の患者 ・ 入棟時に**FIM運動項目の得点が76点以上**の患者
- 入棟時に**FIM認知項目の得点が24点以下**の患者 ・ 入棟時に年齢が**80歳以上**の患者

◎ 除外の判断は遅くとも入棟月分の診療報酬請求までに行うことが必要。

（除外に当たっては、除外した患者の氏名と除外の理由を一覧性のある台帳に順に記入するとともに、当該患者の入棟月の診療報酬明細書の摘要欄に、実績指数の算出から除外する旨とその理由を記載する。）

※ 在棟中にFIM運動項目の得点が1週間で10点以上低下したものは、実績指数の算出において、当該低下の直前に退棟したものと見なすことができる。

地域包括ケア病棟入院料に係る見直し(概要)

実績要件の見直し

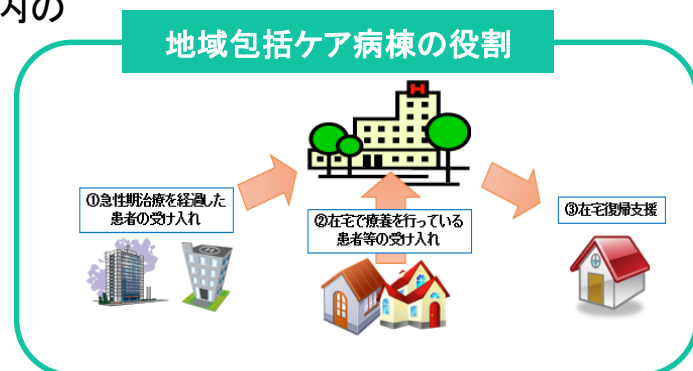
- 許可病床数が400床以上の病院について、入院患者のうち、同一保険医療機関内の一般病棟から転棟した患者の割合が一定以上である場合の入院料を見直す。
- 地域包括ケア病棟入院料(管理料)1及び3の実績に係る施設基準を見直す。

(例)

- ・入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合 1割以上 → 1割5分以上
- ・前3月における在宅患者訪問診療料の算定回数 20回以上 → 30回以上

施設基準の見直し

- 入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置を要件とする。
- 疾患別リハビリテーションの提供について、患者の入棟時に測定したADLスコアの結果等を参考にリハビリテーションの必要性を判断することを要件とする。
- 適切な意思決定支援に関する指針を定めていることを要件とする。



転棟に係る算定方法の見直し

- 地域包括ケア病棟入院料の算定方法について、同一保険医療機関内のDPC対象病棟から地域包括ケア病棟に転棟した場合は、診断群分類点数表に定められた入院日Ⅱまでの間、診断群分類点数表に従って算定するよう見直す。

届出に係る見直し

- 許可病床数が400床以上の保険医療機関については、地域包括ケア病棟入院料を届け出られないこととする。ただし、令和2年3月31日時点で地域包括ケア病棟入院料を届け出ている保険医療機関については、当該時点で現に届け出ている病棟を維持することができる。

回復期リハビリテーション病棟入院料に係る見直し

実績要件の見直し

- 入院料1及び入院料3におけるリハビリテーション実績指数について、その水準を見直す。
 - ・入院料1:リハビリテーション実績指数 (現行)37 → (改定後)40
 - ・入院料3:リハビリテーション実績指数 (現行)30 → (改定後)35

施設基準の見直し

- 入院料1について、常勤の専任管理栄養士の配置を必須とするとともに、入院料2～6についても、配置が望ましいこととする。

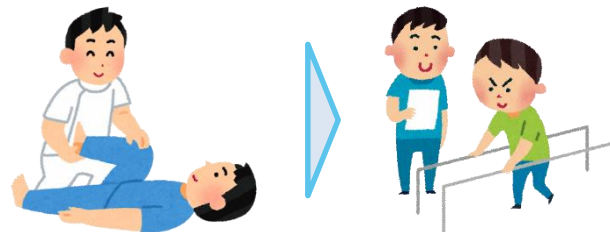
日常生活動作の評価に関する取扱いの見直し

- 入院患者に対して、入院時のFIM及び目標とするFIMについて、リハビリテーション実施計画書を用いて説明する。
- 入院時及び退院時の患者のADLの評価に用いる日常生活機能評価について、FIMに置き換えてもよいこととする。

入院患者に係る要件の見直し

- 入院患者に係る要件から、発症からの期間に係る事項を削除する。

効果的なリハビリテーションの提供の推進



適切な栄養管理の推進



入退院時における適切なADLの評価と説明



慢性期入院医療について

1. 慢性期入院医療を取りまく現状等について
2. 療養病棟入院基本料について
 - 2－1 入院料毎の患者の状態等について
 - 2－2 医療区分・ADL区分について
3. 障害者施設等入院基本料等について
4. 緩和ケア病棟入院料について
5. 有床診療所入院基本料等について
6. 論点

入院分科会でのとりまとめ（主な指摘事項）

（療養病棟入院基本料について）

- 療養病棟において、中心静脈栄養からの離脱に向けた取り組みがなされない要因として、療養病棟における人員、嚥下造影検査や嚥下内視鏡検査が療養病棟では難しいこと、疾患別リハビリテーションと摂食機能療法の設定時間の違い等があるのではないかな。
- 中心静脈栄養について、嚥下機能評価やリハビリテーションの実施をより促進させるなど、中心静脈栄養からの離脱を評価する視点の検討が必要ではないかな。
- 中心静脈栄養について、感染対策の必要性もありつつ、平成18年度の医療区分導入時と比較すると、中心静脈栄養の手技の安全性も向上し一般的に行われる医療行為となっている側面もあることから、これまでどおり医療区分3とすることが適切かどうか、引き続き検討が必要ではないかな。

療養病棟入院料 1

【施設基準】

①看護配置:20:1以上 ②医療区分2・3の患者が8割以上

	医療区分3	医療区分2	医療区分1
ADL区分3	1, 813点	1, 414点	968点
ADL区分2	1, 758点	1, 386点	920点
ADL区分1	1, 471点	1, 232点	815点

医療区分

医療区分3	【疾患・状態】 ・スモン ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態（他に医療区分2又は3に該当する項目がある場合） 【医療処置】 ・24時間持続点滴 ・中心静脈栄養 ・人工呼吸器使用 ・ドレーン法 ・胸腹腔洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管 ・感染隔離室における管理 ・酸素療法（常時流量3L/分以上を必要とする状態等）
医療区分2	【疾患・状態】 ・筋ジストロフィー ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患 ・その他の難病（スモンを除く） ・脊髄損傷（頸髄損傷） ・慢性閉塞性肺疾患（COPD） ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症 ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内 ・脱水かつ発熱を伴う状態 ・体内出血 ・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態 ・褥瘡 ・末梢循環障害による下肢末端開放創 ・せん妄 ・うつ状態 ・暴行が毎日みられる状態（原因・治療方針を医師を含め検討） ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態（他に医療区分2又は3に該当する項目がない場合） 【医療処置】 ・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・喀痰吸引（1日8回以上） ・気管切開・気管内挿管のケア ・頻回の血糖検査 ・創傷（皮膚潰瘍 ・手術創 ・創傷処置） ・酸素療法（医療区分3に該当するもの以外のもの）
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者

療養病棟入院料 2

【施設基準】

①看護配置20:1以上 ②医療区分2・3の患者が5割以上

	医療区分3	医療区分2	医療区分1
ADL区分3	1, 748点	1, 349点	903点
ADL区分2	1, 694点	1, 322点	855点
ADL区分1	1, 406点	1, 167点	751点

ADL区分

ADL区分3: 23点以上
ADL区分2: 11点以上～23点未満
ADL区分1: 11点未満

当日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて、下記の4項目に0～6の範囲で最も近いものを記入し合計する。

新入院（転棟）の場合は、入院（転棟）後の状態について評価する。

（ 0. 自立、1. 準備のみ、2. 観察、3. 部分的援助、4. 広範な援助、5. 最大の援助、6. 全面依存 ）

項目	支援のレベル
a ベッド上の可動性	0～6
b 移乗	0～6
c 食事	0～6
d トイレの使用	0～6
（合計点）	0～24

中心静脈栄養の適切な管理の推進

- 中心静脈注射用カテーテル挿入等について、長期の栄養管理を目的として留置する場合において、患者又はその家族等への説明及び他の保険医療機関等に患者を紹介する際の情報提供を要件に追加する。

中心静脈注射用カテーテル挿入、末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入、中心静脈注射用埋込型カテーテル設置、腸瘻、虫垂瘻造設術、腹腔鏡下腸瘻、虫垂瘻造設術の算定要件に以下の要件を追加する。

[算定要件]

- (1) 長期の栄養管理を目的として、当該療養を行う際には、当該療養の必要性、管理の方法及び当該療養の終了の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項について患者又はその家族等への説明を行うこと。
- (2) 長期の栄養管理を目的として、当該療養を実施した後、他の保険医療機関等に患者を紹介する場合は、当該療養の必要性、管理の方法及び当該療養の終了の際に要される身体の状態等の療養上必要な事項並びに患者又はその家族等への説明内容等を情報提供すること。



- 療養病棟入院基本料について、中心静脈カテーテルに係る院内感染対策の指針を作成すること及び中心静脈カテーテルに係る感染症の発生状況を把握することを要件に追加する。

療養病棟入院基本料の施設基準に以下の要件を追加する。

[施設基準]

中心静脈注射用カテーテルに係る感染を防止するにつき十分な体制として、次の体制を整備していること。

- ア 中心静脈注射用カテーテルに係る院内感染対策のための指針を策定していること。
- イ 当該療養病棟に入院する個々の患者について、中心静脈注射用カテーテルに係る感染症の発生状況を継続的に把握すること。



【経過措置】

令和2年3月31日において、療養病棟入院基本料に係る届出を行っている病棟については、同年9月30日までの間に限り、上記のアに該当するものとみなす。



- 療養病棟の入院患者に係る医療区分3の評価項目のうち、「中心静脈栄養を実施している状態」については、毎月末に当該中心静脈栄養を必要とする状態に該当しているかを確認することを要件に追加する。

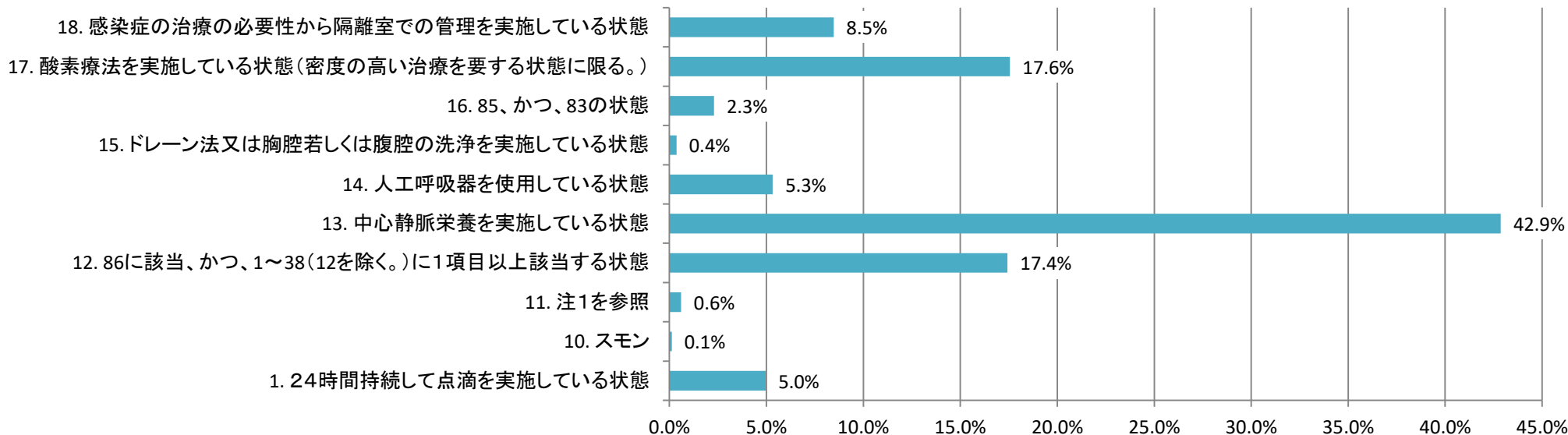
医療区分3における1項目該当の場合の該当項目

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

○ 医療区分3において、1項目に該当している患者の該当項目は、中心静脈栄養が多かった。

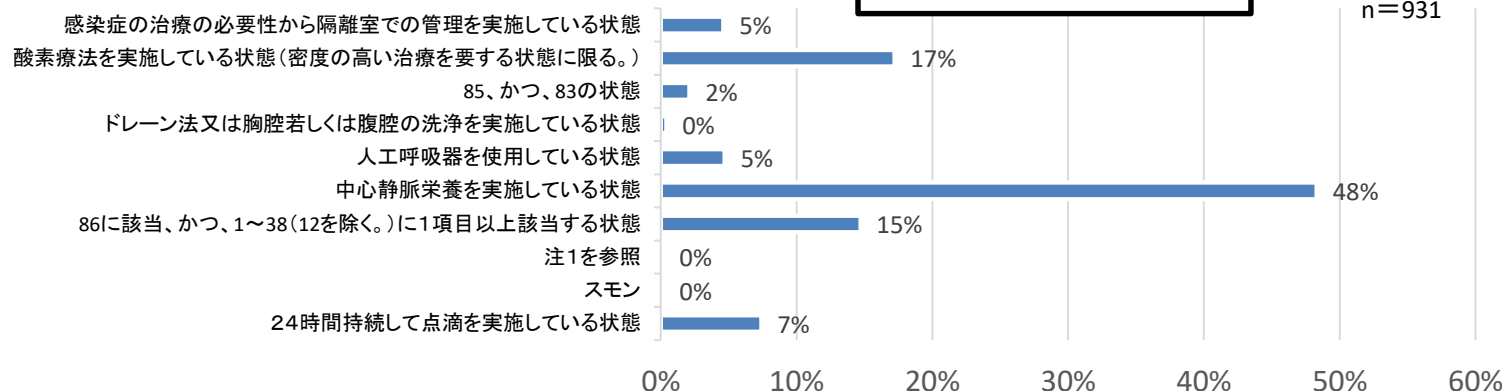
医療区分3の1項目該当の場合の該当項目(構成割合)

n=826



参考:平成30年度調査

n=931



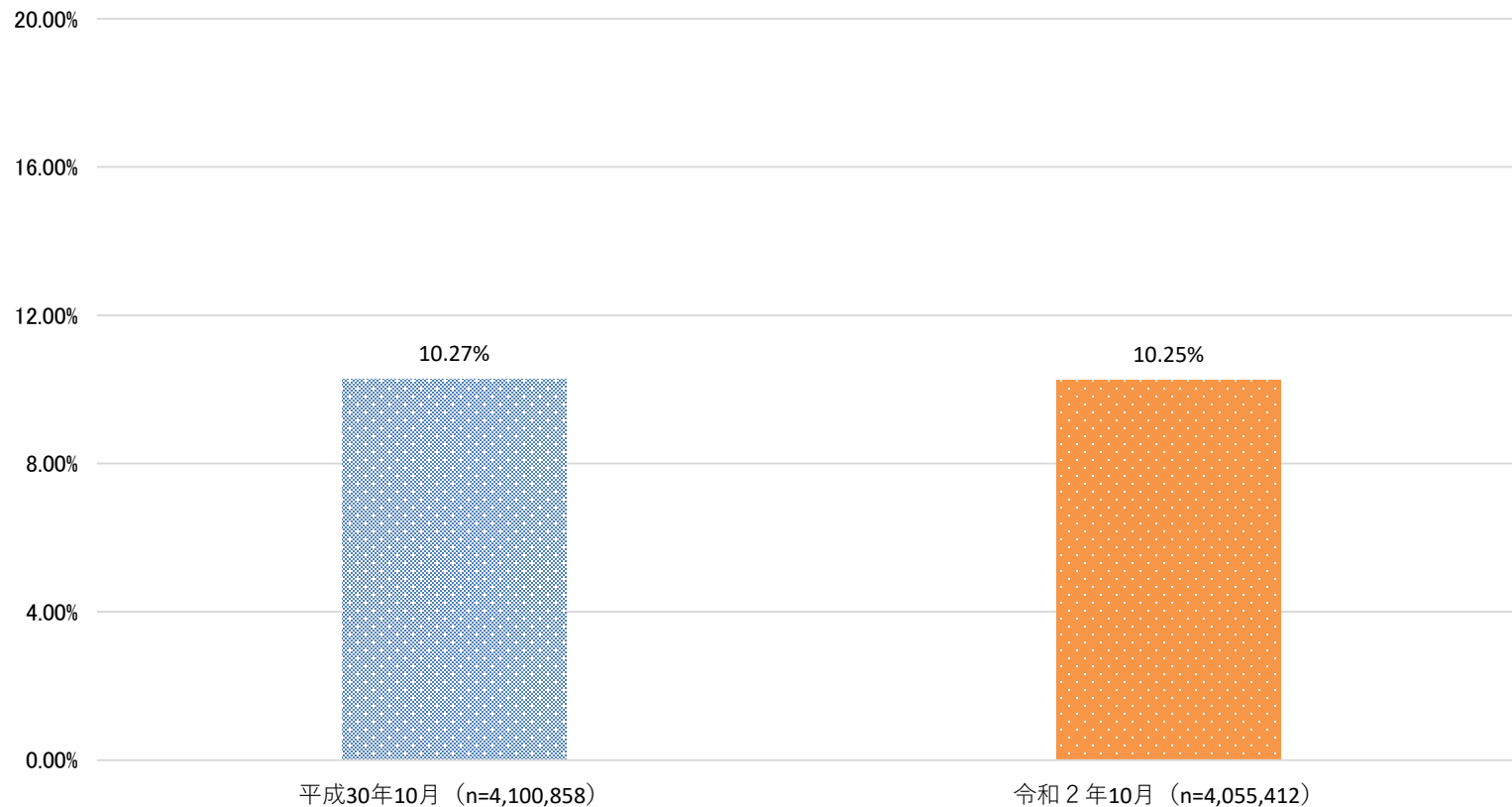
81 脱水に対する治療を実施している状態
82 頻回の嘔吐に対する治療をしている状態
83 発熱がある状態
84 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態
85 気管切開又は気管内挿管が行われている状態
86 医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態
91 身体抑制を実施している

中心静脈栄養を実施している患者数についての分析

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

- 平成30年10月時点でデータ提出加算を届け出ていた医療機関を対象に、平成30年10月と令和2年10月の中心静脈栄養を実施している患者の、療養病棟入院基本料を算定する病棟に入院する全患者に占める割合を比較した。平成30年10月では10.27%、令和2年10月では10.25%であり、平成30年と令和2年で大きな差はみられなかった。

中心静脈栄養を実施している患者の割合

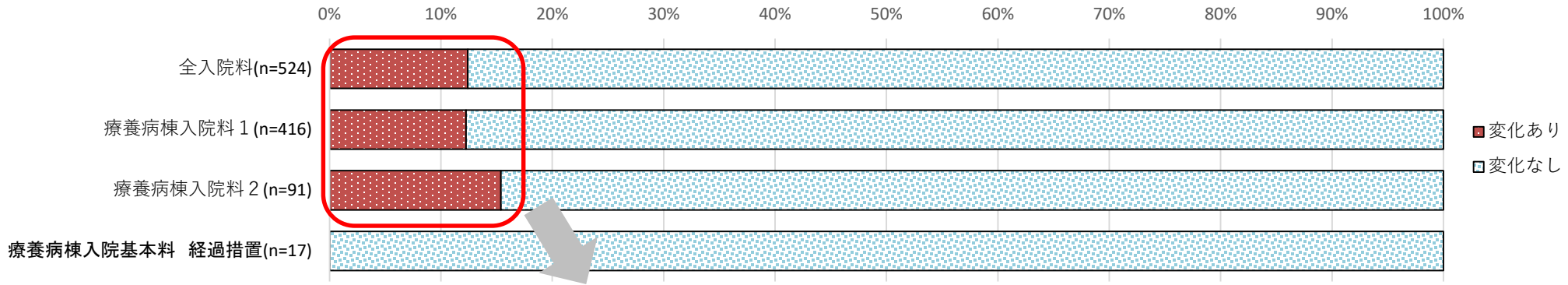


中心静脈栄養の対象患者の変化について

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

- 令和2年度改定において要件とされた、「患者・家族等に療養上必要な事項を説明する」ことにより、対象患者に変化があったと回答した施設は全体の約10%であった。対象患者の変化の内容について、全入院料でみると、「中心静脈栄養以外が選択されるようになった」が最多であった。

中心静脈カテーテル挿入時の要件である、「患者・家族等に療養上必要な事項を説明する」ことによる対象患者の変化

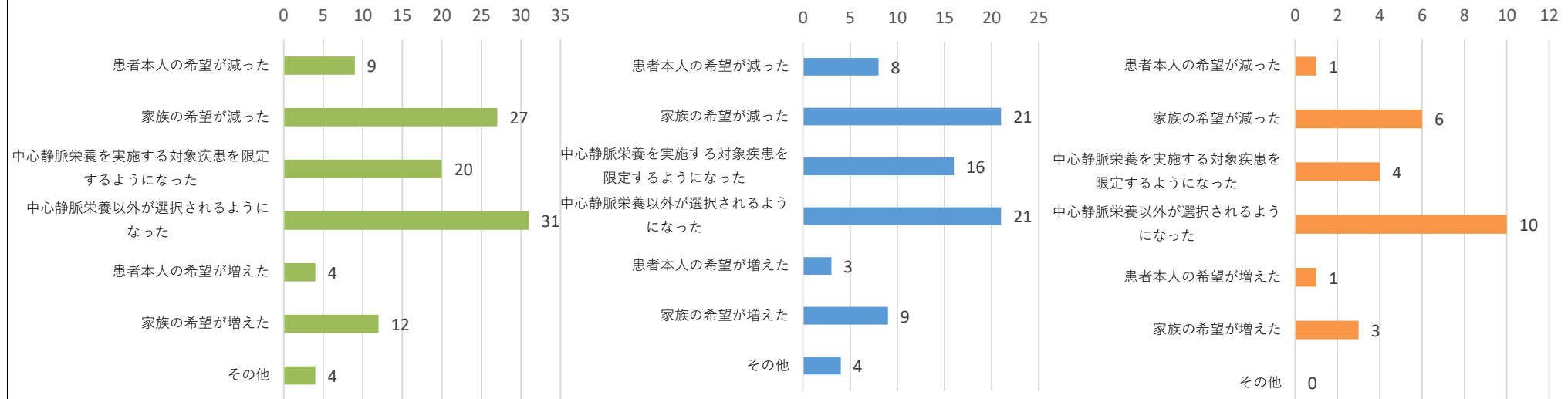


説明による変化があった場合の、中心静脈栄養を選択する対象患者の変化の内容(複数回答)

全入院料(回答施設数：64、回答数：107)

療養病棟入院料 1 (回答施設数：50、回答数：82)

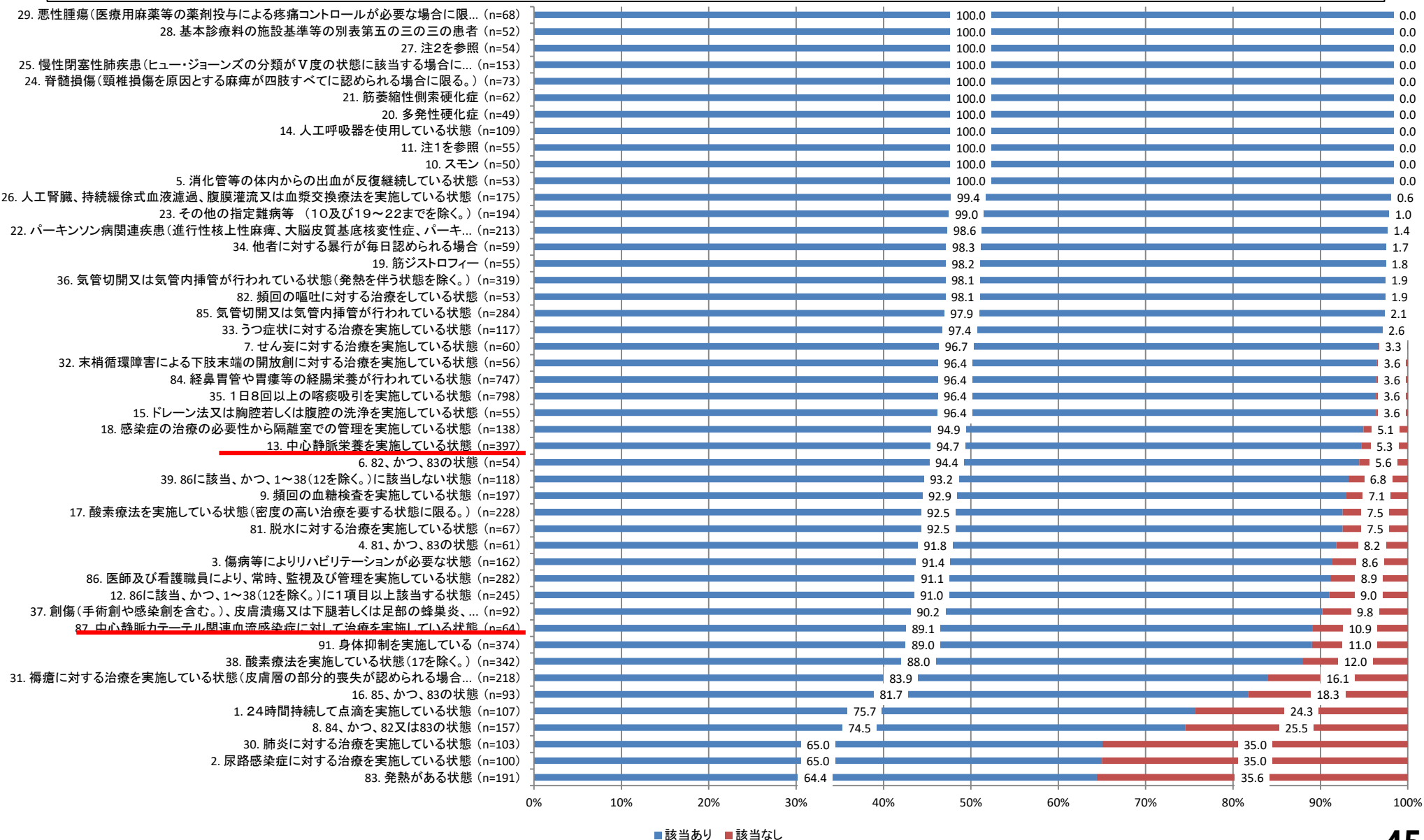
療養病棟入院料 2 (回答施設数：14、回答数：25)



調査基準日3か月前と調査基準日の医療区分の該当項目の比較

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

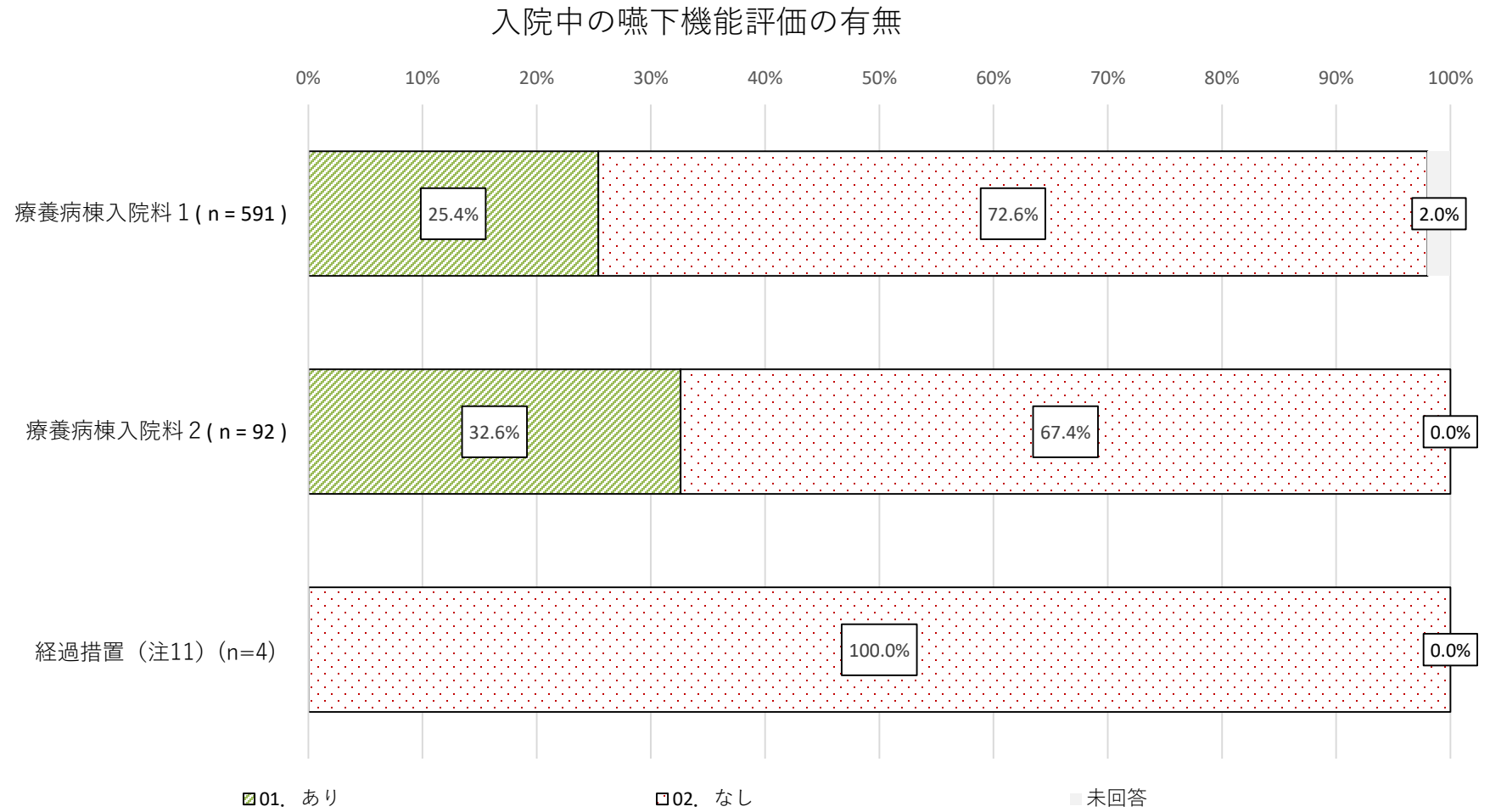
○ 調査基準日3か月前に該当していた患者のうち、調査基準日においても該当している患者の割合は以下のとおりであった。



中心静脈栄養の患者について（嚥下機能評価）

中医協 総－1－2
3 . 1 0 . 2 7

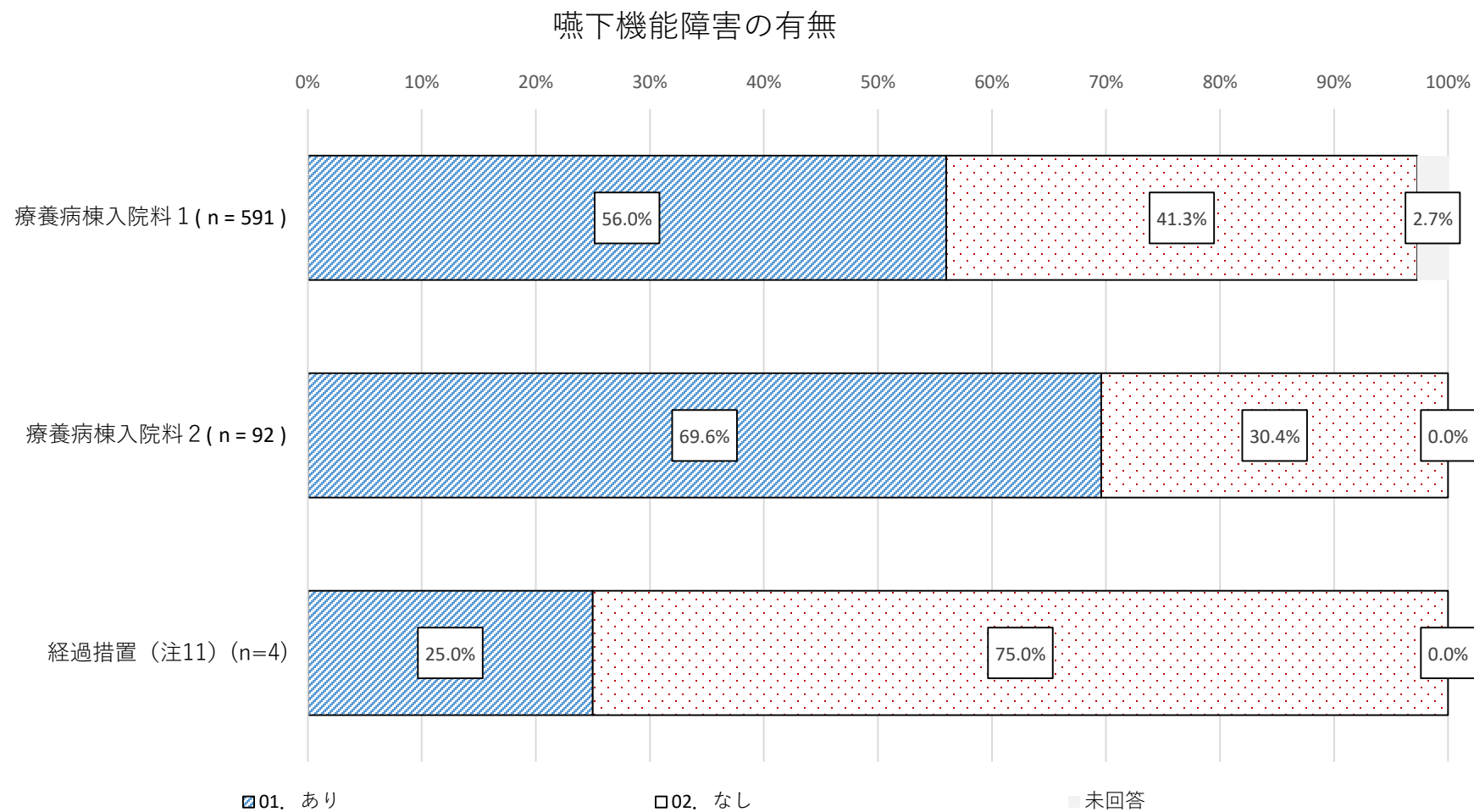
○ 入院中の嚥下機能評価の実施状況は以下の通りであった。



中心静脈栄養の患者について（嚥下機能障害）

中医協 総－1－2
3 . 1 0 . 2 7

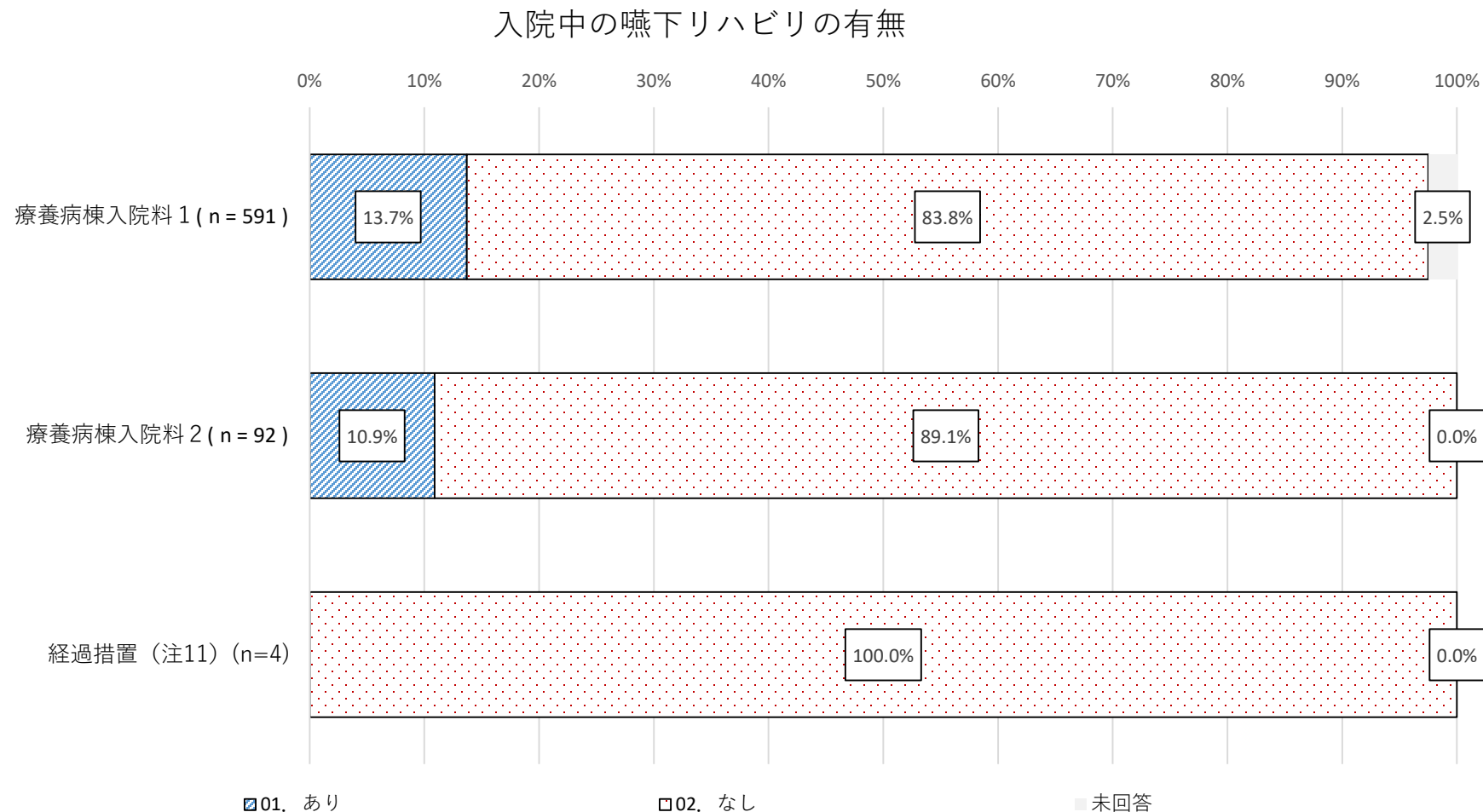
○ 中心静脈栄養を行っている患者の嚥下機能障害の有無は以下のとおりであり、半数前後の患者が嚥下機能障害なしと評価されていた。



中心静脈栄養の患者について（嚥下リハビリ）

中医協 総－1－2
3 . 1 0 . 2 7

○ 中心静脈栄養を実施している患者のうち、嚥下リハビリを入院中に実施されたことのある患者は以下のとおりであり、約9割の患者が実施されていなかった。

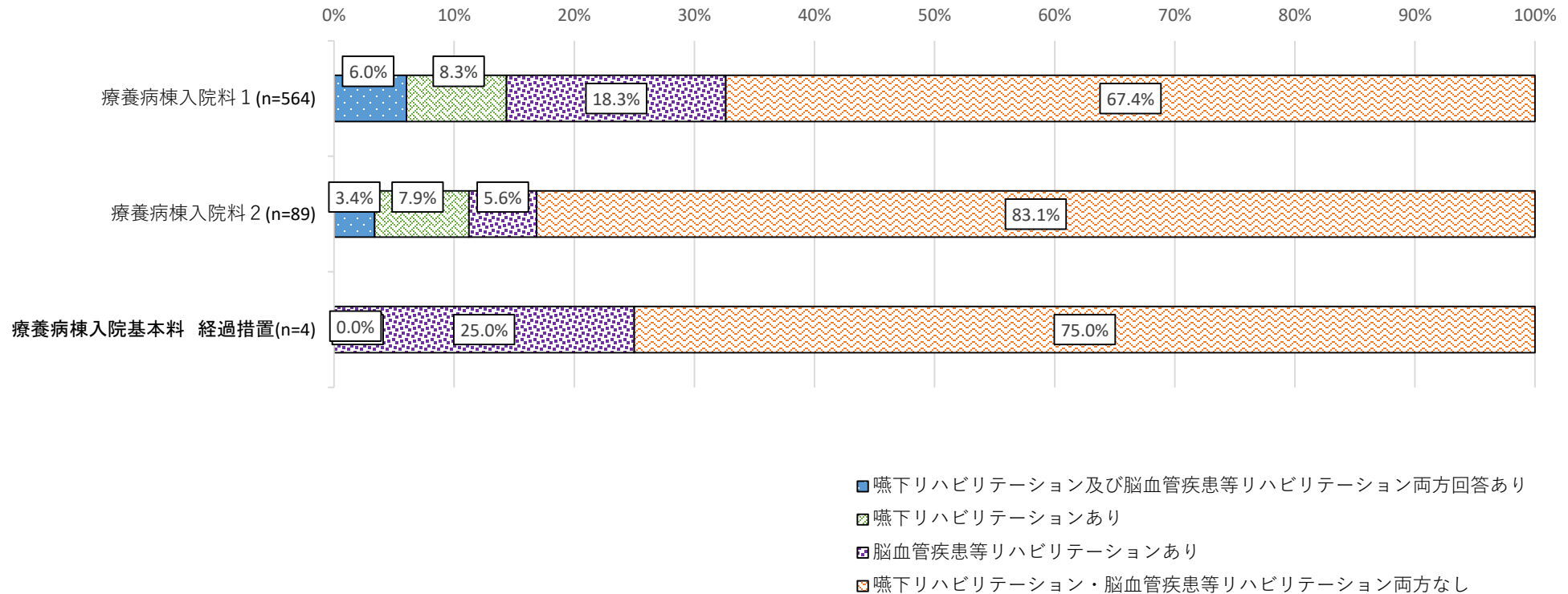


中心静脈栄養を実施している患者における嚥下リハビリ等の実施割合

- 中心静脈栄養を実施している患者のうち、嚥下リハビリ又は脳血管疾患等リハビリテーションを入院中に実施されたことのある患者は以下のとおり。
- 入院料1では32.6%、入院料2では16.9%、経過措置(注11)では25.0%の患者が、嚥下リハビリ・脳血管疾患等リハビリテーションのどちらか又は両方を実施されていた。

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

入院料別の嚥下リハビリ等の実施割合

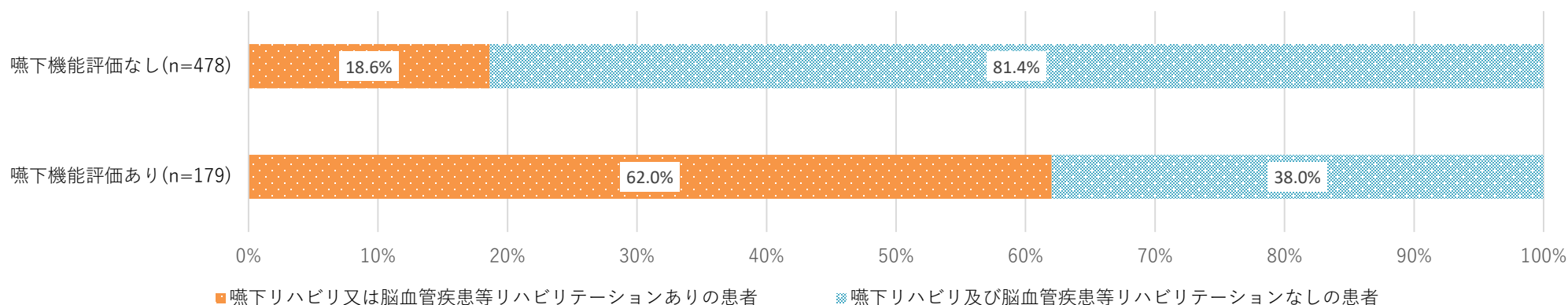


中心静脈栄養の患者における嚥下リハビリ等の実施状況

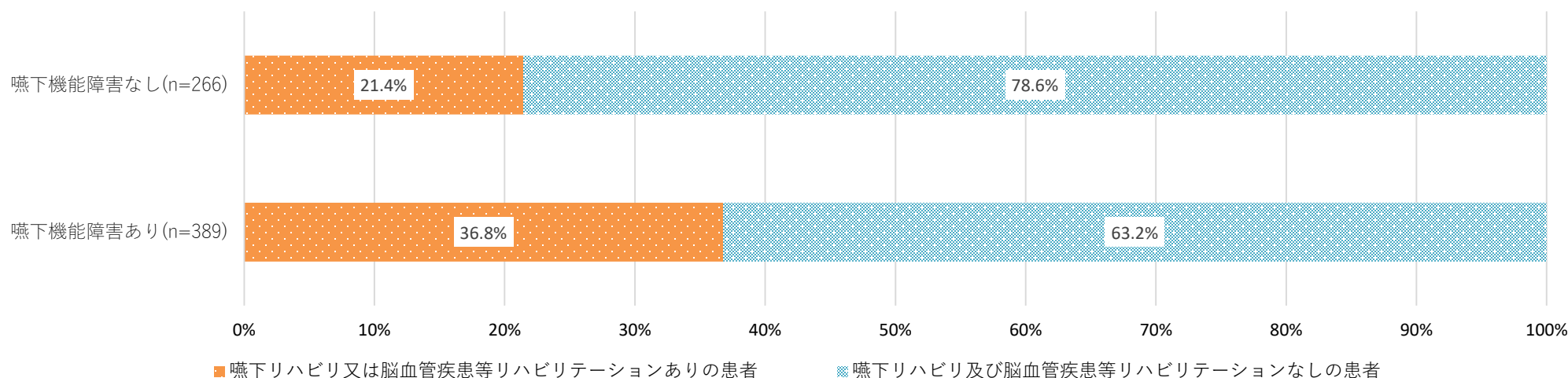
中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

- 中心静脈栄養を実施している患者について、嚥下機能評価の有無、嚥下機能障害の有無により分けた場合の、嚥下リハビリ又は脳血管疾患等リハビリテーションの実施割合は以下のとおり。
- 嚥下機能障害ありの患者のうち、嚥下リハビリ又は脳血管疾患等リハビリテーションのどちらも実施されていない患者の割合は5割超であった。

嚥下機能評価有無別の嚥下リハビリ等の実施状況



嚥下機能障害有無別の嚥下リハビリ等の実施状況

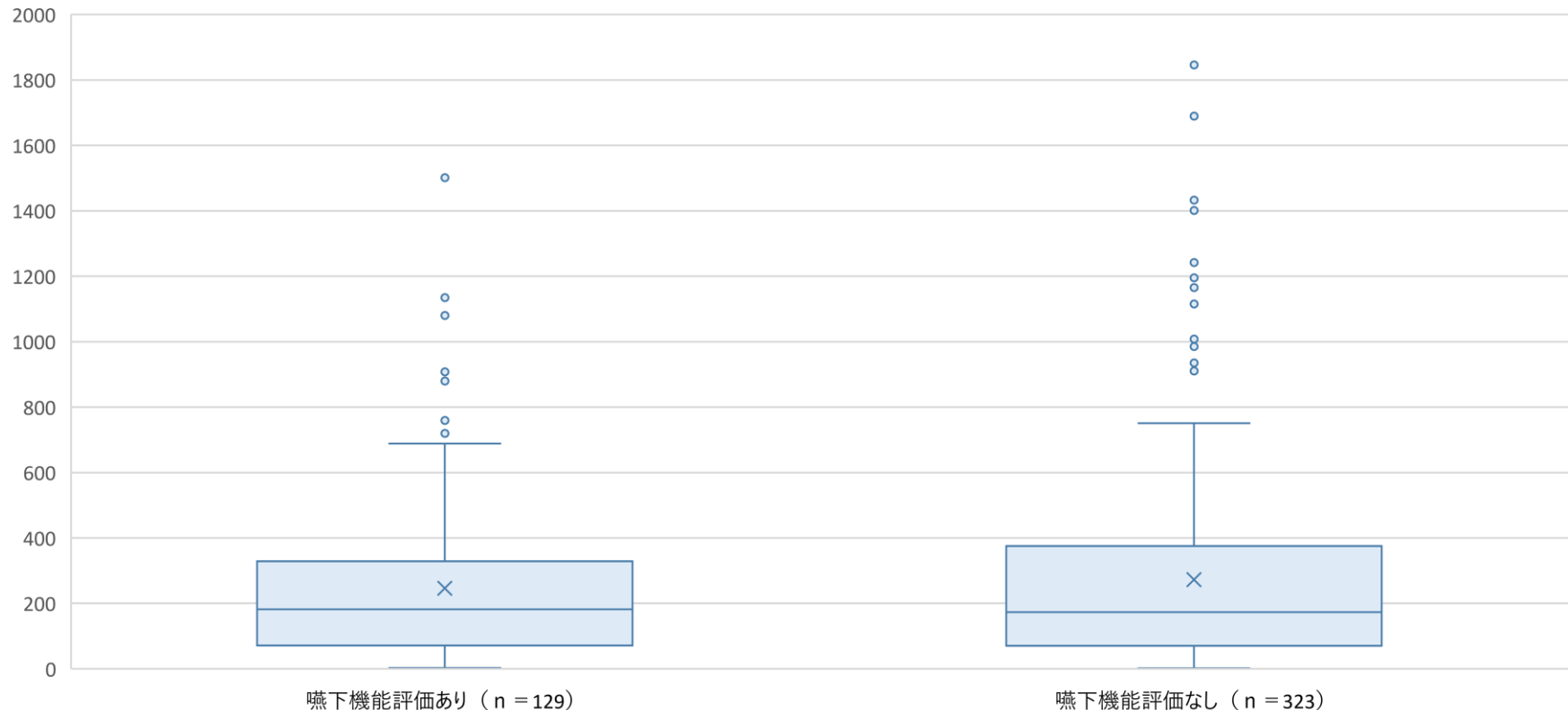


嚥下機能評価の有無別にみた中心静脈栄養開始からの日数

○ 中心静脈栄養を実施している患者について、嚥下機能評価の有無で分けた場合の中心静脈栄養開始からの日数は以下のとおり。平均値で見た場合、嚥下機能評価ありの方がなしと比較して開始からの日数が短い傾向であった。

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

嚥下機能評価別_中心静脈栄養開始からの経過日数



出典：令和2年度入院医療等における実態調査（患者票）

	平均値	25%タイル値	50%タイル値	75%タイル値
嚥下機能評価あり (n = 129)	246.0	71.5	182	328.5
嚥下機能評価なし (n = 323)	272.3	70	173	375

入院時点で中心静脈栄養を実施していた患者の割合

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

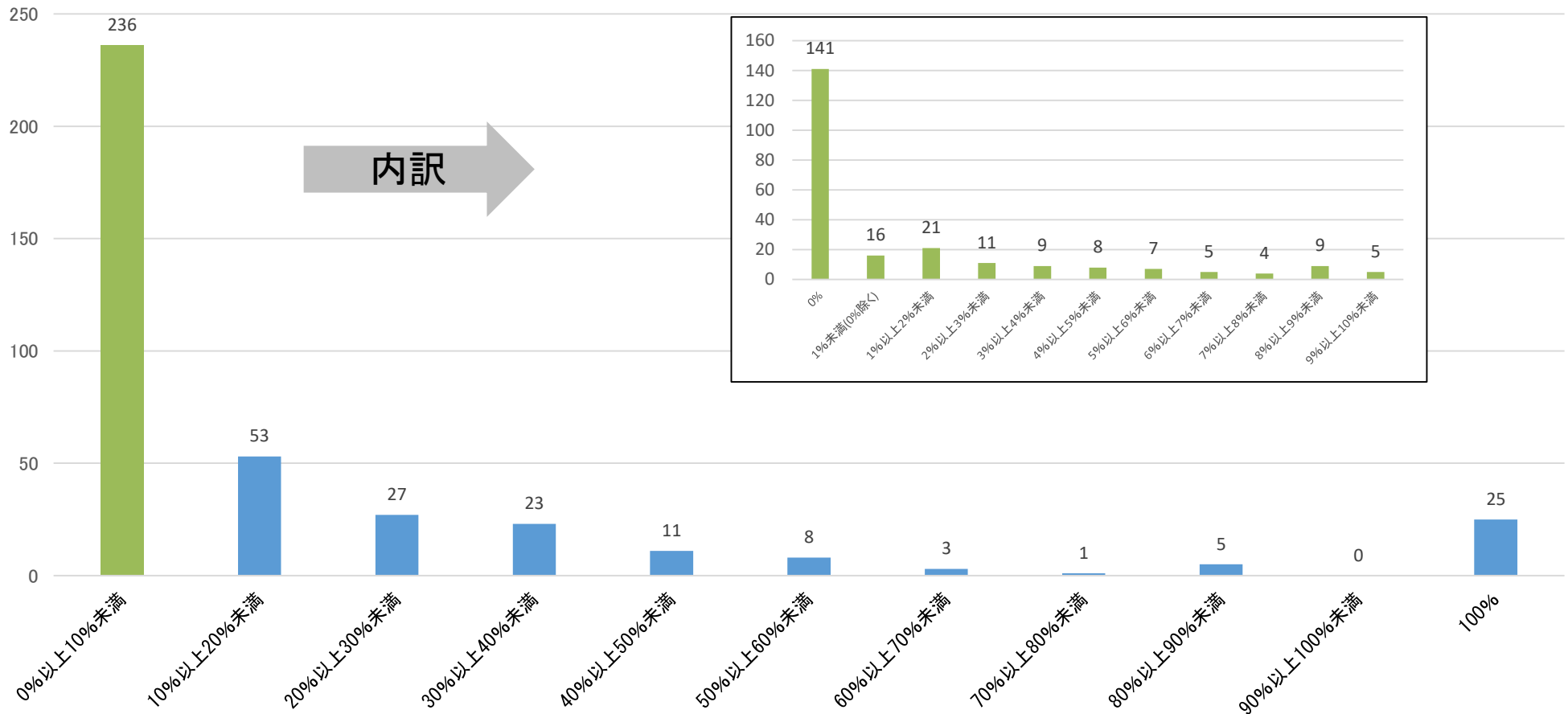
○ 新規入院患者のうち、入院時点で中心静脈を実施していた患者の割合の医療機関分布は以下のとおりであった。

○ 0%以上10%未満の医療機関が最も多かった。一方で、100%の医療機関も存在した。

(施設数)

令和2年8～10月の3か月間(n=392)

内訳



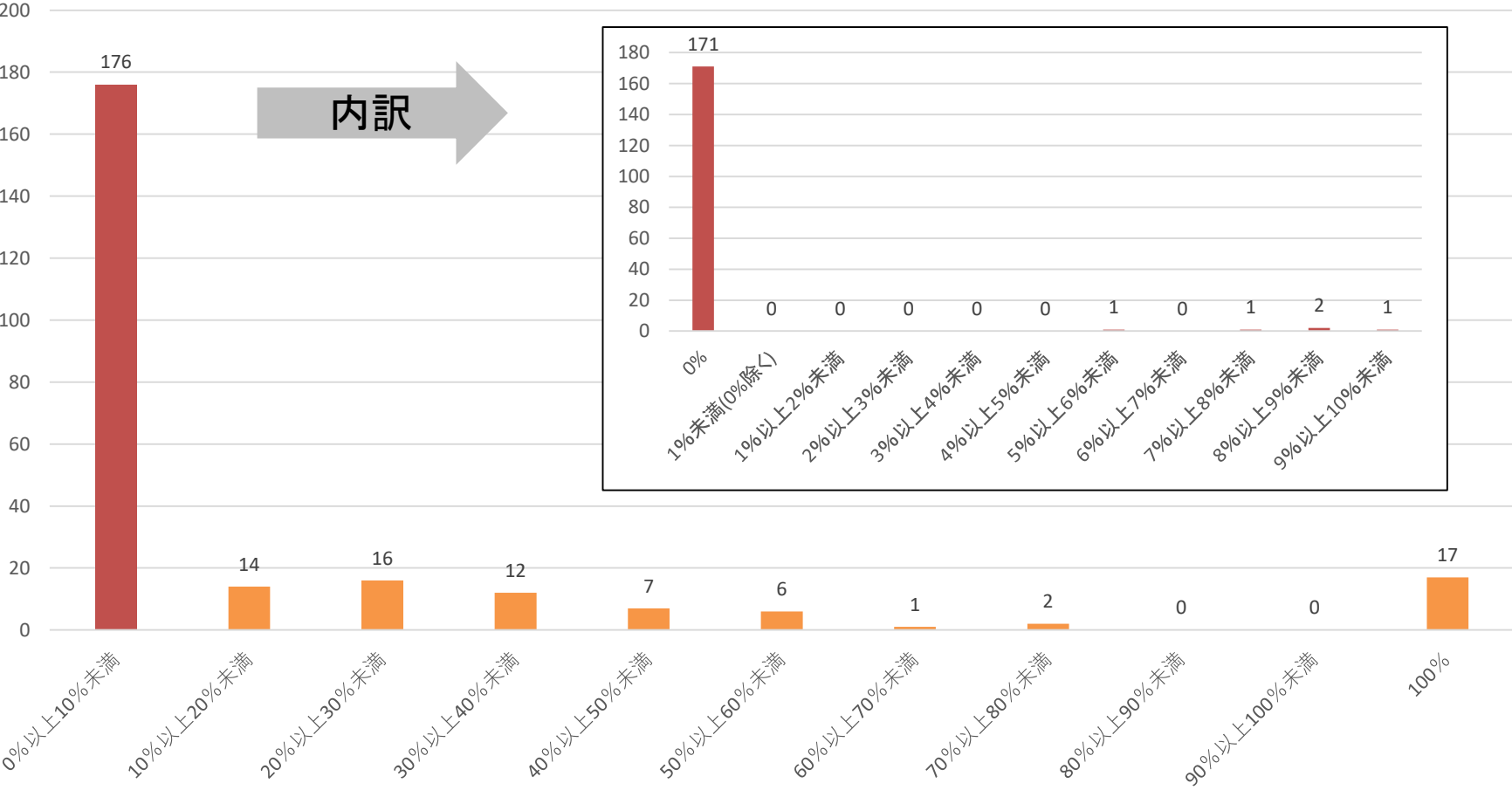
入院時から中心静脈栄養を実施している患者のうち中止又は終了した患者の割合

- 新規入院患者のうち、入院時点で中心静脈栄養を実施していた患者のうち、中止又は終了した患者の割合の医療機関分布（令和2年8～10月の3か月間）は以下のとおりであった。
- 0%以上10%未満の医療機関が最も多かった。一方で、100%の医療機関も存在した。

中医協 総－1－2
3 . 1 0 . 2 7

（施設数）

令和2年8～10月の3か月間（n=251）

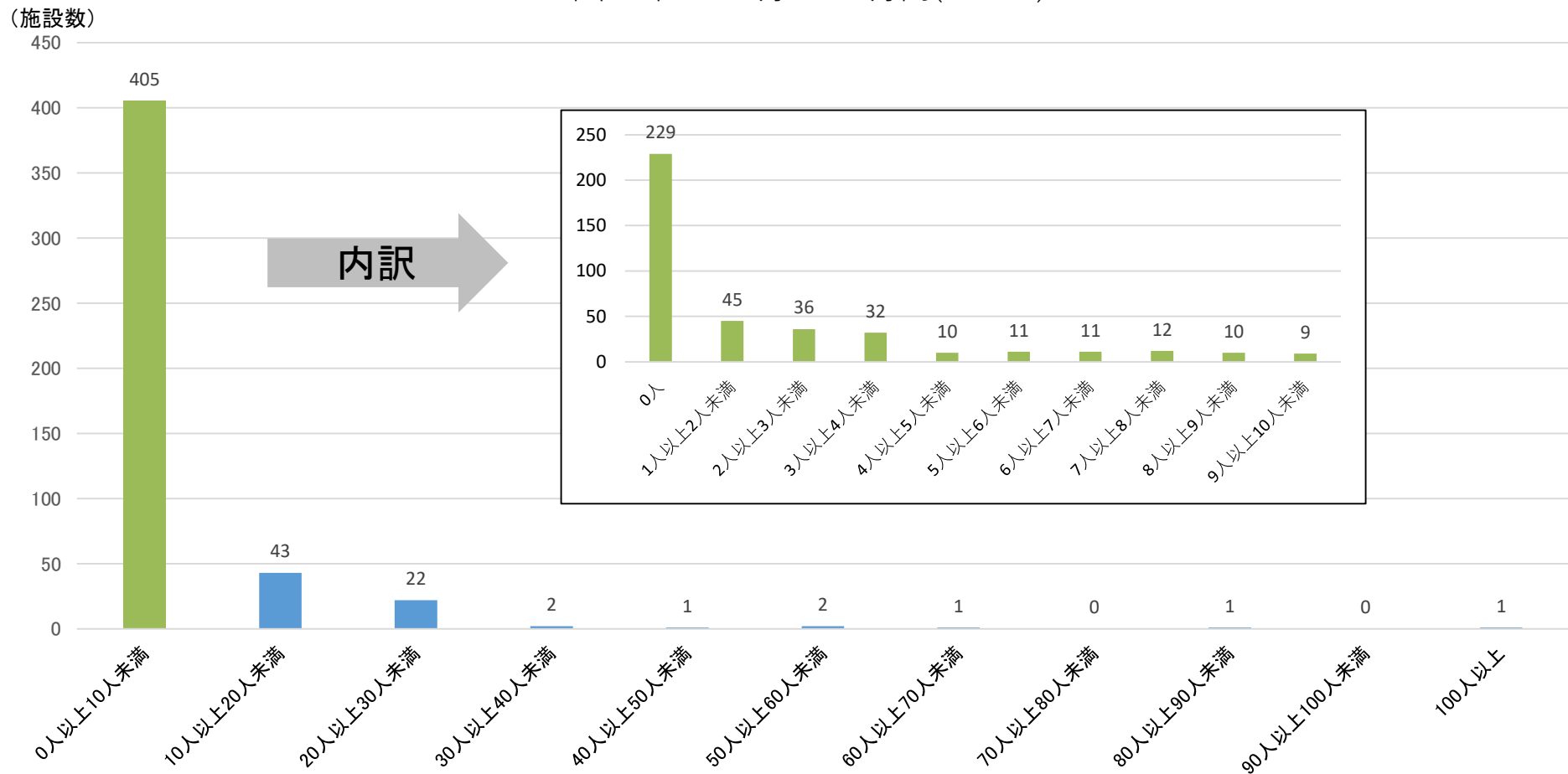


入院後に中心栄養静脈を開始した患者に関する分析

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

- 入院後に中心静脈栄養を開始した患者数の医療機関分布は以下のとおりであった。
- 0人以上10人未満の医療機関が最も多かった。

令和2年8～10月の3か月間(n=478)



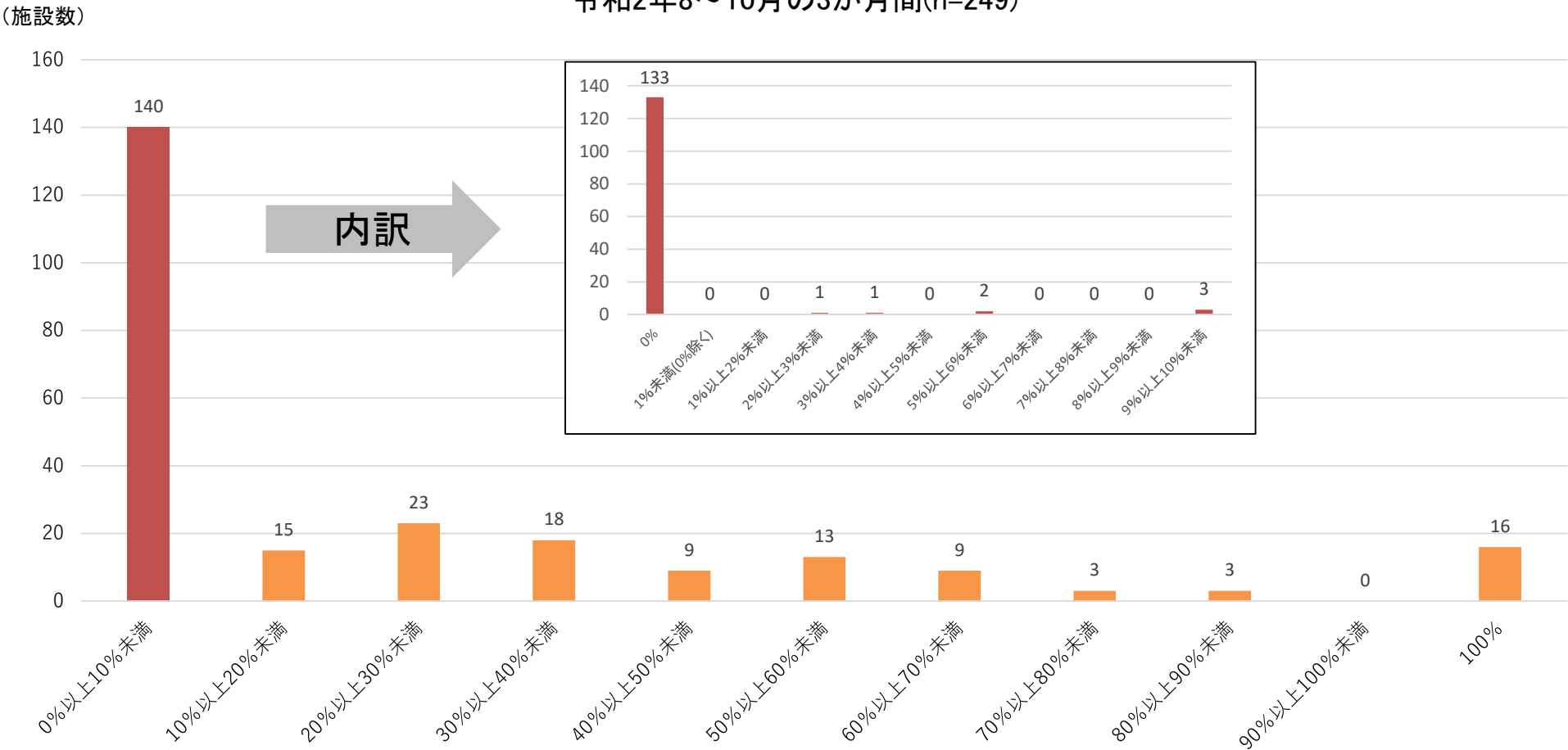
入院後に中心静脈栄養を開始した患者のうち、中心静脈栄養を中止・終了した患者数の割合

○ 入院後に中心静脈栄養を開始した患者のうち、中心静脈栄養を中止・終了した患者数の割合の医療機関分布（令和2年8～10月の3か月間）は以下のとおりであった。

○ 0%以上10%未満が最も多かった。一方で、100%の医療機関も存在した。

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

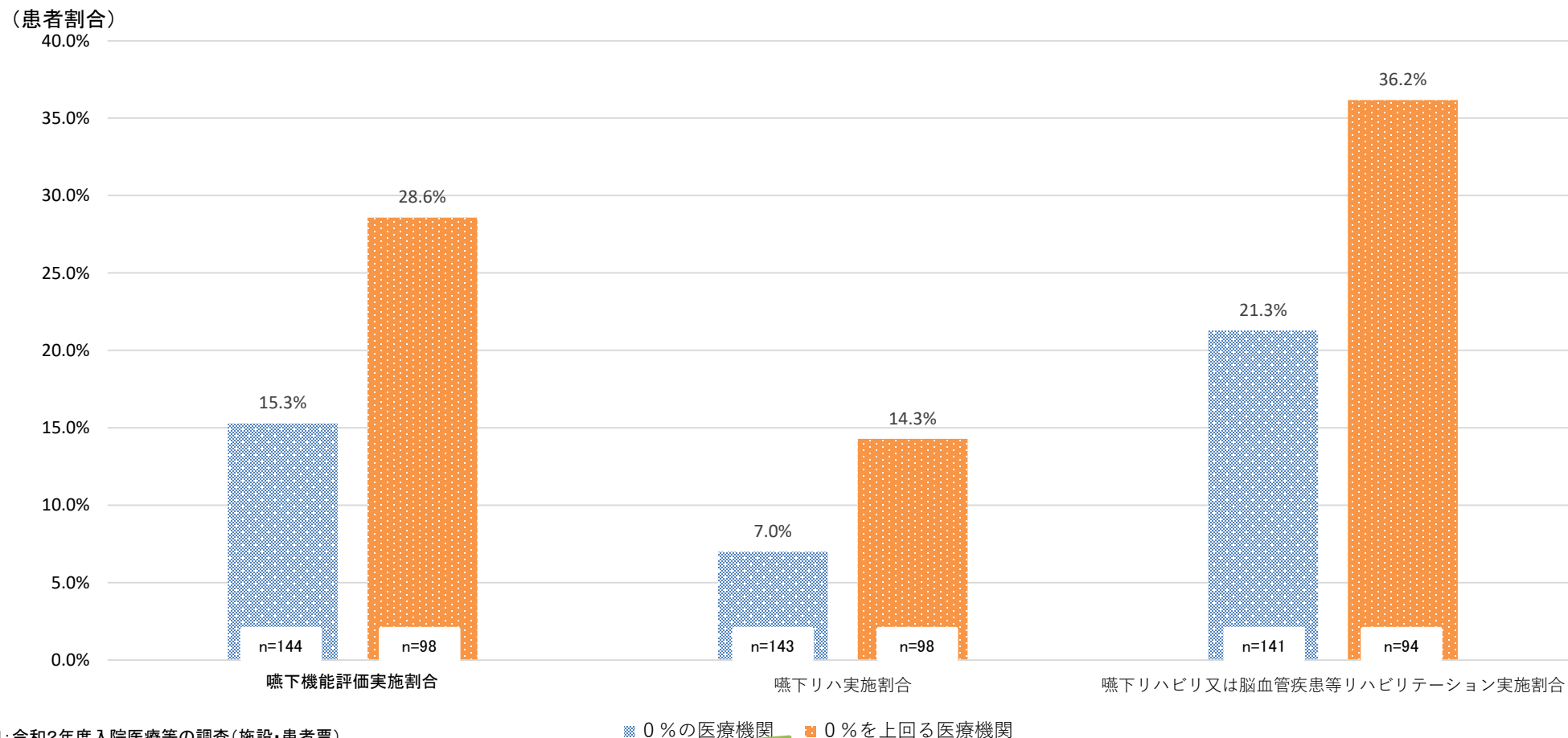
令和2年8～10月の3か月間(n=249)



「入院後に中心静脈栄養を開始した患者のうち、中止・終了した患者」 の割合についての分析

○ 「入院時点で中心静脈栄養を実施していた患者のうち、中止又は終了した患者」の割合が0%の医療機関を対象として、「入院後に中心静脈栄養を開始した患者のうち、中止・終了した患者」の割合について0%の医療機関と0%を超える医療機関に入院する患者の嚥下機能評価等の実施割合を比較した。

○ 0%を超える医療機関は、それ以外の医療機関に比べ、嚥下機能評価、嚥下リハビリ等の実施割合が高かった。



出典: 令和2年度入院医療等の調査(施設・患者票)

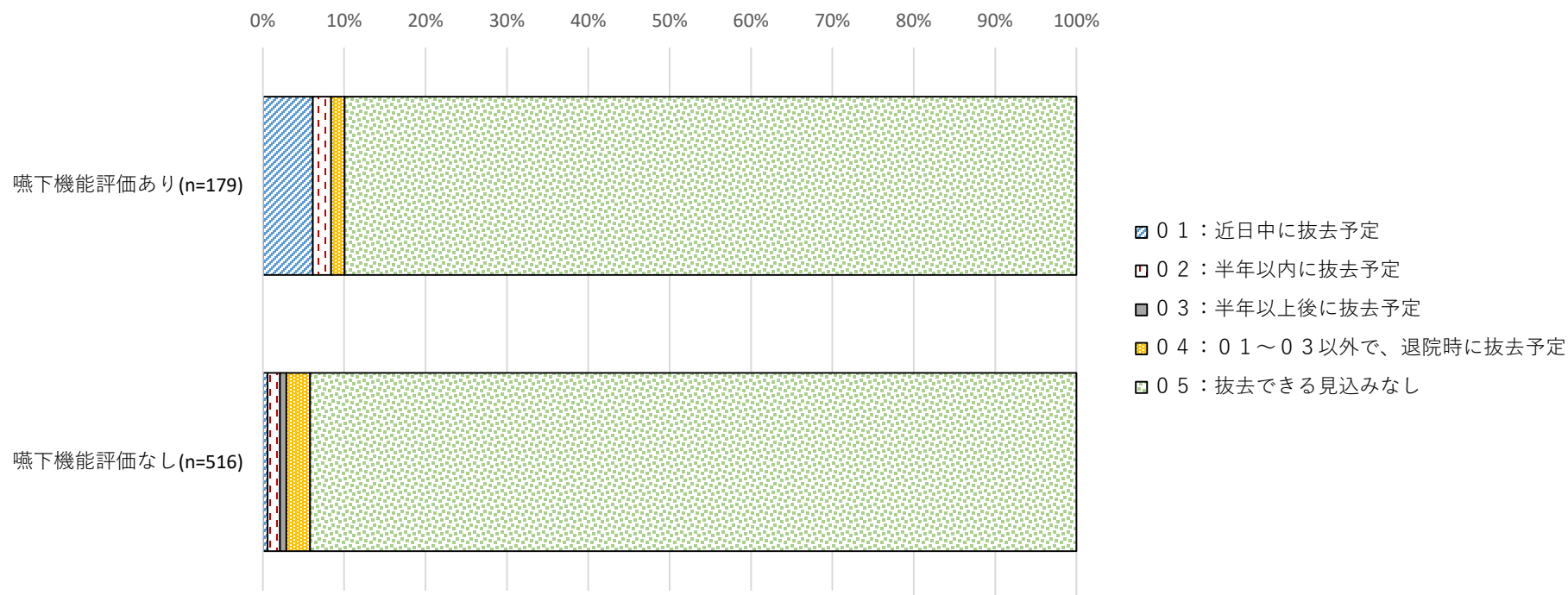
「入院後に中心静脈栄養を開始した患者のうち、中止・終了した患者」の割合が、
0%の医療機関と0%を超える医療機関の2群に分け、それぞれに入院している患者について分析

嚥下機能評価の有無別にみた、中心静脈カテーテル抜去の見込み

○ 中心静脈栄養を実施している患者について、嚥下機能評価の有無別に、抜去の見込みを比較した。嚥下機能評価ありの方がなしに比較して抜去予定のある患者の割合が高かった。例として近日中～半年以内に抜去予定との回答を比較すると、評価ありは8%、評価なしは3%であった。

中医協 総－1－2
3 . 1 0 . 2 7

嚥下機能評価有無別にみた中心静脈カテーテル抜去の見込み



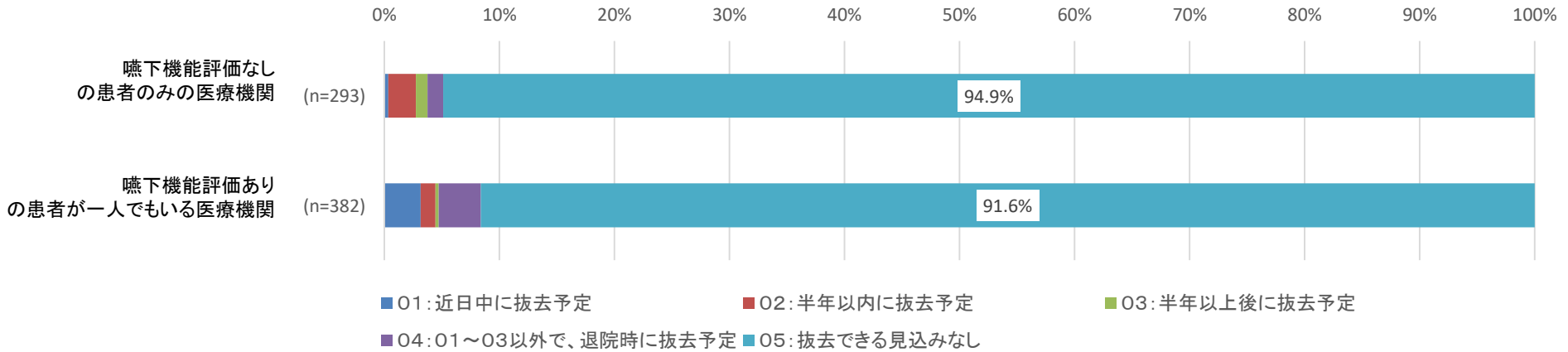
出典：令和2年度入院医療等における実態調査（患者票）

嚥下機能評価・嚥下リハビリ有無別で分けた医療機関 に入院している患者の中心静脈カテーテル抜去の見込み

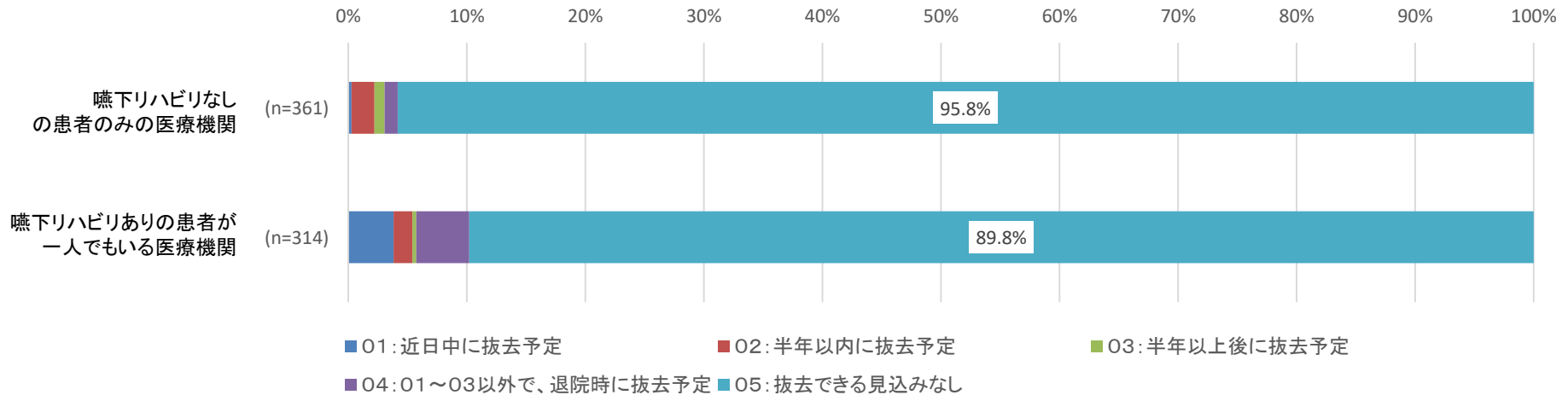
中医協 総－１－２
３．１０．２７

○ 中心静脈栄養を実施している患者に対して嚥下機能評価・嚥下リハビリを１人でも実施している医療機関としていない医療機関で分け、それぞれの医療機関に入院している患者について、中心静脈カテーテル抜去の見込みを比較した。「抜去できる見込みなし」の割合は、それぞれ、嚥下機能評価なしの患者のみの医療機関及び嚥下リハビリなしの患者のみの医療機関で高かった。

嚥下機能評価の有無別の中心静脈カテーテル抜去の見込み



嚥下リハビリの有無別の中心静脈カテーテル抜去の見込み



摂食機能療法の概要

H004 摂食機能療法

1 30分以上の場合 185点

2 30分未満の場合 130点

摂食機能療法1は、摂食機能障害を有する患者に対して、1月に4回に限り算定する。ただし、治療開始日から起算して3月以内の患者については、1日につき算定できる。

摂食機能療法2は、脳卒中の患者であって、摂食機能障害を有するものに対して、脳卒中の発症から14日以内に限り、1日につき算定できる。

＜算定要件（抜粋）＞

- 摂食機能障害を有する患者に対して、個々の患者の症状に対応した診療計画書に基づき、医師又は歯科医師若しくは医師又は歯科医師の指示の下に言語聴覚士、看護師、准看護師、歯科衛生士、理学療法士又は作業療法士が1回につき30分以上訓練指導を行う。

＜対象患者（概要）＞

摂食機能障害者とは、以下のいずれかに該当する患者をいう。

ア 発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳卒中等による後遺症により摂食機能に障害があるもの

イ 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影によって他覚的に嚥下機能の低下が確認できるものであって、医学的に摂食機能療法の有効性が期待できるもの

ガイドラインで推奨されている嚥下機能評価について

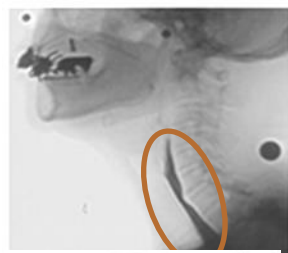
○ 学会ガイドラインにおいて、嚥下機能評価として、嚥下造影検査、内視鏡下嚥下機能検査等が推奨されており、それらの結果に基づき栄養摂取法や代償嚥下法の検討とその指導を本人や家族に行うことは、誤嚥性肺炎や脱水・栄養障害を減少させ、有効であるとされている。

中 医 協 総 - 2
2 5 . 1 2 . 1 1

【脳卒中診療治療ガイドライン2009】(日本脳卒中学会,日本脳神経外科学会,日本神経学会,日本神経治療学会,日本リハビリテーション医学会)より抜粋

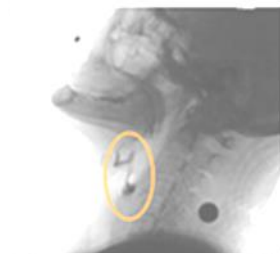
脳卒中患者においては、嚥下障害が多く認められる。それに対し、嚥下機能のスクリーニング検査、さらには嚥下造影検査、内視鏡検査などを適切に行い、その結果を元に、栄養摂取経路(経管・経口)や食形態、姿勢、代償嚥下法の検討と指導を行うことが勧められる(グレードB)

嚥下造影(VF:VideoFluoroscopic examination of swallowing)
造影剤入りの食物を嚥下し、嚥下の状態、食物の残存等を評価する。



正常な嚥下ができている場合

- ・黒く写っているのが検査食
- ・正常に食道を流れており、残存はない



喉に残存がある場合

- ・喉のくぼみに検査食が残っている
(後から気管に入り、肺炎の原因となることがある)

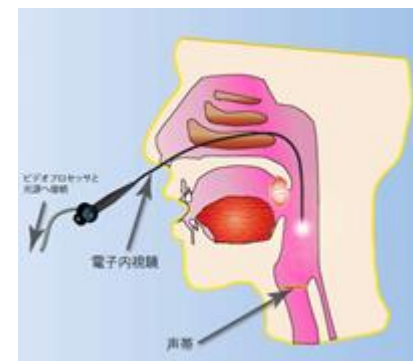


気管への流入がある場合

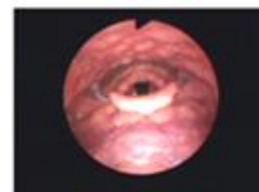
- ・気管に流入している検査食が見える。

内視鏡下嚥下機能検査(VE:VideoEndoscopic examination of swallowing)
実際の食物を利用して、嚥下を行いながら喉頭内視鏡による観察を行い、嚥下の状態、食物の残存等を評価する。

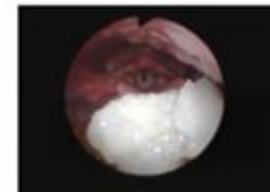
実施の様子



<実際の内視鏡所見>



健康な人の喉
(中央の黒いところが気管)



ご飯が流れて
きているところ



飲み込んだ後
(ご飯が少し残っている)

(岩手医大病院提供資料)

摂食嚥下支援加算の概要と算定状況

中医協 総-7-2
3 . 1 1 . 1 7

H004 摂食機能療法

注3 摂食嚥下支援加算

200点

摂食嚥下支援チームの対応によって摂食機能又は嚥下機能の回復が見込まれる患者に対して、医師・看護師・言語聴覚士・薬剤師・管理栄養士等が共同して、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な指導管理を行った場合に、週に1回に限り摂食機能療法の点数に加算する。

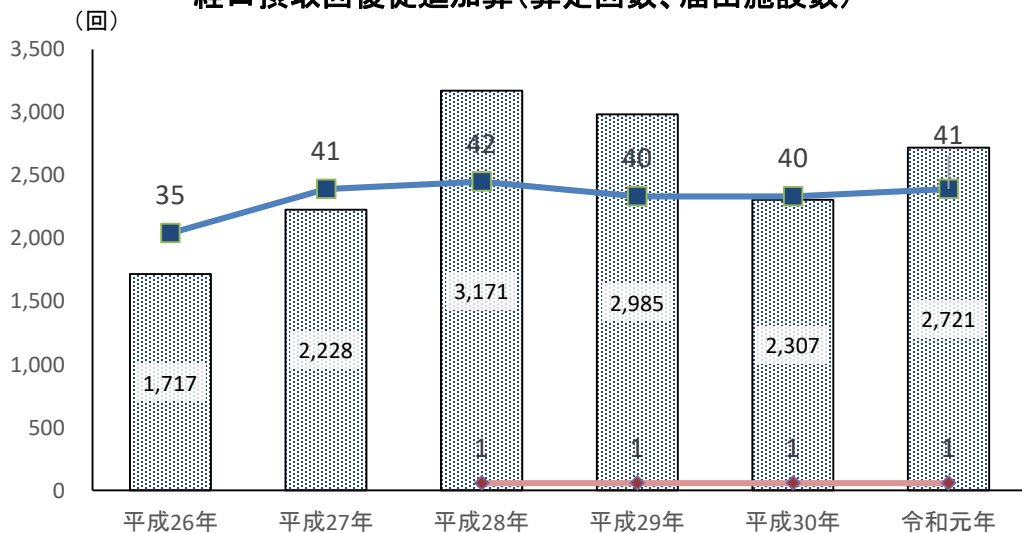
【施設基準】

- 摂食嚥下支援チームを設置 *の職種は、カンファレンスの参加が必須
 - 専任の常勤医師又は常勤歯科医師 *
 - 専任の常勤看護師(経験5年かつ研修了) *
 - 専任の常勤言語聴覚士 *
 - 専任の常勤薬剤師 *
 - 専任の常勤管理栄養士 *
 - 専任の歯科衛生士
 - 専任の理学療法士又は作業療法士
- 入院時及び退院時の嚥下機能の評価等について報告

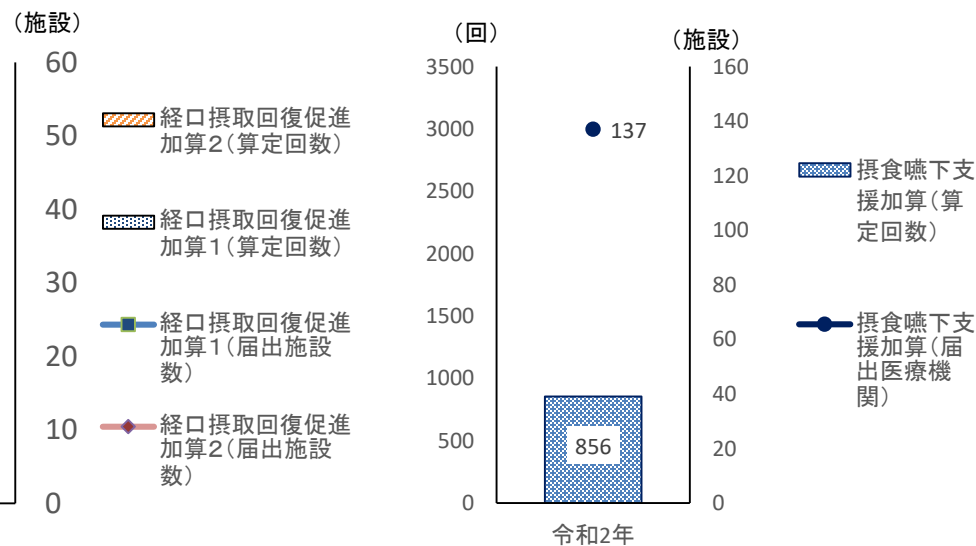
【算定要件】

- 摂食嚥下支援チームにより、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果に基づいて、摂食嚥下支援計画書を作成
- 内視鏡嚥下機能検査又は嚥下造影を実施(月1回以上)
- 検査結果を踏まえ、チームカンファレンスを実施(週1回以上)
- カンファレンスの結果に基づき、摂食嚥下支援計画書の見直し、嚥下調整食の見直し等を実施 等

経口摂取回復促進加算(算定回数、届出施設数)



摂食嚥下支援加算(算定回数、届出施設数)



出典(算定回数): 社会医療診療行為別統計(平成27年より)、社会医療診療行為別調査(平成26年まで)(各年6月審査分)

出典(届出施設数): 保険局医療課調べ(各年7月1日時点)

多職種チームによる摂食嚥下リハビリテーションの評価

摂食機能療法の加算の見直し

➤ 摂食嚥下障害を有する患者に対する多職種チームによる効果的な介入が推進されるよう、摂食機能療法の経口摂取回復促進加算について要件及び評価を見直す。

現行

【摂食機能療法】

経口摂取回復促進加算1	185点
経口摂取回復促進加算2	20点

(治療開始日から6月を限度として摂食機能療法に加算)

[算定対象]

- ・ 鼻腔栄養を実施している患者(加算1のみ)
- ・ 胃瘻を造設している患者

[算定要件]

- ・ 内視鏡嚥下機能検査又は嚥下造影を実施(月1回以上)
- ・ 検査結果を踏まえ、多職種カンファレンスを実施(月1回以上)
- ・ カンファレンスの結果に基づき、リハビリテーション計画の見直し、嚥下調整食の見直しを実施

[施設基準]

- ・ 専従の常勤言語聴覚士 1名以上
- ・ 加算1:
胃瘻新設の患者 2名以上
鼻腔栄養又は胃瘻の患者の経口摂取回復率 35%以上
- ・ 加算2:
胃瘻の患者の経口摂取回復率 30%以上

改定後

【摂食機能療法】

摂食嚥下支援加算	200点
----------	------

(週1回に限り摂食機能療法に加算)

[算定対象]

- ・ 摂食嚥下支援チームの対応によって摂食機能又は嚥下機能の回復が見込まれる患者

[算定要件]

- ・ 摂食嚥下支援チームにより、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果に基づいて、摂食嚥下支援計画書を作成
- ・ 内視鏡嚥下機能検査又は嚥下造影を実施(月1回以上)
- ・ 検査結果を踏まえ、チームカンファレンスを実施(週1回以上)
- ・ カンファレンスの結果に基づき、摂食嚥下支援計画書の見直し、嚥下調整食の見直し等を実施 等

[施設基準]

- ・ 摂食嚥下支援チームを設置
 - * の職種は、カンファレンスの参加が必須
 - 専任の常勤医師又は常勤歯科医師 *
 - 専任の常勤看護師(経験5年かつ研修修了) *
 - 専任の常勤言語聴覚士 *
 - 専任の常勤薬剤師 *
 - 専任の常勤管理栄養士 *
 - 専任の歯科衛生士
 - 専任の理学療法士又は作業療法士
- ・ 入院時及び退院時の嚥下機能の評価等について報告



中医協 総－ 7 － 2
3 . 1 1 . 1 7

- (千葉県摂食嚥下ネットワークHPより一部抜粋し医療課にて作成)

療養病棟入院基本料に係る課題（小括）

（1）総論

- ・療養病棟入院基本料は、平成30年度診療報酬改定において、20対1看護職員配置を要件とした療養病棟入院料に一本化し、医療区分2・3の該当患者割合及び看護職員配置に応じた2段階の評価に見直した。令和2年度診療報酬改定においては、看護職員配置30対1の経過措置を終了し、看護職員25対1の経過措置については、入院料を切り下げた。
- ・療養病棟入院基本料届出医療機関数・病床数のうち、経過措置（注11）を届け出ている病棟については、届出医療機関数・病床数ともに減少していた。令和2年においても、引き続き減少傾向であるが、現に届け出ている医療機関・病床は存在した。
- ・経過措置（注11）を届け出ている医療機関について、満たせていない施設基準は「当該病棟のうち医療区分3の患者と医療区分2の患者との合計が5割以上であること。」が最多であった。

（2）療養病棟入院基本料における、入院料毎の患者の状態等について

- ・各入院料で、患者の主傷病名に差がみられた。最も多い主傷病名をみると、入院料1及び2においては、「脳梗塞後遺症」、経過措置（注11）においては「廃用症候群」であった。
- ・医療区分2・3の該当患者の占める割合について、療養病棟入院料1では95%以上が最も多く、入院料2では50%以上55%未満及び75%以上80%未満が多かった。経過措置（注11）においては、50%未満の病棟と50%以上の病棟が両方存在した。
- ・療養病棟の入院患者に行われている医療等に注目すると、入院料毎によって差が見られており、入院料1及び2ではリハビリテーションの過去7日間の単位数は約5単位であったが、経過措置（注11）では約20単位であった。また、入院の理由について、経過措置（注11）では「リハビリテーションのため」が最多であった。
- ・1日当たりレセプト請求点数は、入院料1、経過措置（注11）、入院料2の順に高かった。リハビリテーションの点数について比較すると、経過措置（注11）が最も高かった。
- ・療養病棟における、1日当たりのリハビリテーション単位数は、入院料1及び2と比較して経過措置（注11）において多かった。入院料毎に平均在院日数について、平均値及び中央値で比較すると、入院料1を届け出ている病棟が最も長く、経過措置（注11）を届け出ている病棟が短かった。
- ・100床当たりの職員数を比較すると、「理学療法士、作業療法士、言語聴覚士」の数は、入院料1及び2と比べて経過措置（注11）で多かった。また、看護師数は入院料1、経過措置（注11）、入院料2の順、看護補助者数は、入院料1、入院料2、経過措置（注11）の順に多かった。

療養病棟入院基本料に係る課題（小括）

（3）医療区分・ADL区分について

- ・ 令和2年度診療報酬改定において、中心静脈栄養の適切な管理の推進の観点から、中心静脈注射用カテーテル挿入等について、長期の栄養管理を目的として留置する場合において、患者又はその家族等への説明及び他の保険医療機関等に患者を紹介する際の情報提供を要件に追加する見直しを行ったことから、その影響等について分析した。
- ・ 医療区分3の1項目に該当している患者の該当項目は、中心静脈栄養を実施している状態が最も多かった。
- ・ 平成30年10月時点でデータ提出加算を届け出ている医療機関を対象に、平成30年10月と令和2年10月の中心静脈栄養を実施している患者の、療養病棟入院基本料を算定する病棟に入院する全患者に占める割合を比較した。平成30年10月では0.27%、令和2年10月では10.25%であり、平成30年と令和2年で大きな差はみられなかった。
- ・ 令和2年度改定において要件とされた「患者・家族等に療養上必要な事項を説明する」ことにより、対象患者に変化があったと回答した施設は全体の約10%であった。対象患者の変化の内容について、全入院料でみると、「中心静脈栄養以外が選択されるようになった」が最多であった。
- ・ 中心静脈栄養に該当する患者について、入院中の嚥下機能評価の有無をみたところ、ありの割合は入院料1では25.4%、入院料2では32.6%、経過措置（注11）では0%であった。嚥下機能障害については、半数程度の患者が嚥下機能障害なしと評価されていた。また、嚥下リハビリについては、約9割の患者で入院中に実施されたことがなかった。
- ・ 中心静脈栄養を実施している患者のうち、嚥下リハビリ又は脳血管疾患等リハビリテーションを入院中に実施されたことのある患者の割合を入院料毎に比較した。入院料1では32.6%、入院料2では16.9%、経過措置（注11）では25.0%の患者が嚥下リハビリ・脳血管疾患等リハビリテーションのどちらか又は両方を実施されていた。
- ・ 中心静脈栄養を実施している患者について、嚥下機能障害の有無により、嚥下リハビリ又は脳血管疾患等リハビリテーションの実施割合を比較した。嚥下機能障害ありの患者のうち、嚥下リハビリ又は脳血管疾患等リハビリテーションどちらも実施されていない患者の割合は5割超であった。
- ・ 中心静脈栄養を実施している患者の中心静脈栄養開始からの日数の平均値について、嚥下機能評価ありの患者の場合は、なしの場合と比較して、その日数が短かった。
- ・ 新規入院患者に占める、入院時から中心静脈栄養を実施している患者のうち、令和2年8～10月の3か月間で中止又は終了した患者の割合の医療機関分布は、0%以上10%未満の医療機関が最も多かった。一方で100%の医療機関も存在した。
- ・ 入院後に中心静脈栄養を開始した患者のうち、中心静脈栄養を中止・終了した患者数の割合の医療機関分布は、0%以上10%未満が最も多かった。一方で100%の医療機関も存在した。
- ・ 「入院時点で中心静脈栄養を実施していた患者のうち、中止又は終了した患者」の割合が0%の医療機関を対象として、「入院後に中心静脈栄養を開始した患者のうち、中止・終了した患者」の割合について0%の医療機関と0%を超える医療機関に入院する患者の嚥下機能評価等の実施割合を比較すると、0%を超える医療機関は、それ以外の医療機関に比べ、嚥下機能評価、嚥下リハビリ等の実施割合が高かった。
- ・ 中心静脈栄養を実施している患者について、嚥下機能評価の有無別に、抜去の見込みを比較すると、嚥下機能評価ありの患者の方がなしの患者と比較して、抜去予定のある患者の割合が高かった。
- ・ 中心静脈栄養を実施している患者に対して嚥下機能評価・嚥下リハビリを1人でも実施している医療機関としていない医療機関で分け、それぞれの医療機関に入院している患者について、中心静脈カテーテル抜去の見込みを比較した。「抜去できる見込みなし」の割合は、それぞれ、嚥下機能評価なしの患者のみの医療機関及び嚥下リハビリなしの患者のみの医療機関で高かった。

慢性期入院医療について

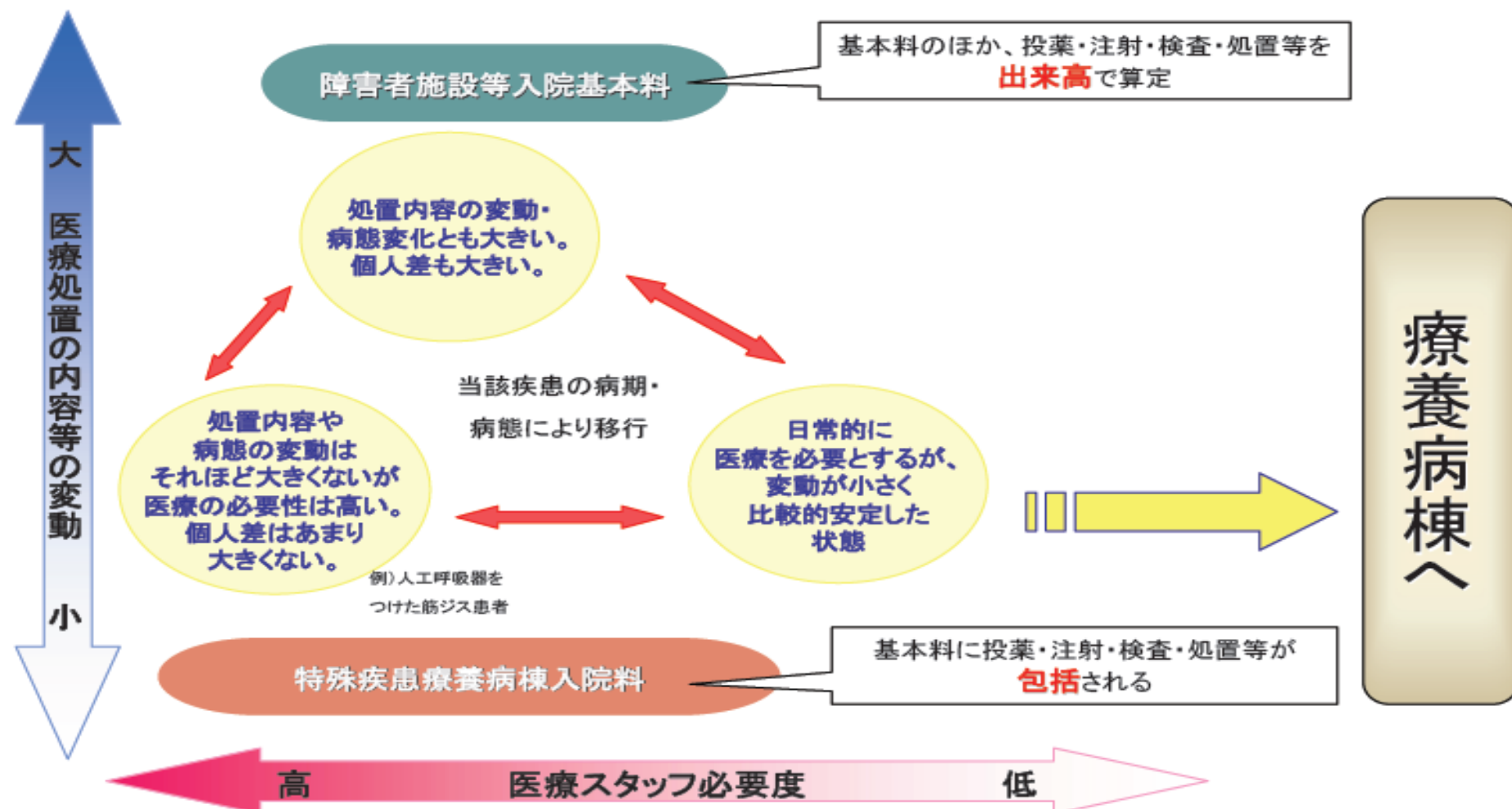
1. 慢性期入院医療を取りまく現状等について
2. 療養病棟入院基本料について
3. 障害者施設等入院基本料等について
4. 緩和ケア病棟入院料について
5. 有床診療所入院基本料等について
6. 論点

入院分科会でのとりまとめ（主な指摘事項）

（障害者施設等入院基本料等について）

- 障害者施設等入院基本料と療養病棟入院基本料において、脳卒中患者に対する医療的な状態等に大きな相違がないことを踏まえて評価の在り方について検討すべきではないか。

障害者施設等・特殊疾患療養病棟等の位置づけ



障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料等の主な施設基準等

中医協 総－１－２
３．１０．２７

			障害者施設等 入院基本料1	障害者施設等 入院基本料2～4	特殊疾患病棟 入院料1	特殊疾患病棟 入院料2	特殊疾患入院 医療管理料	療養病棟 入院料1	療養病棟 入院料2
看護配置			7対1以上	10対1以上～ 15対1以上	20対1以上	—	20対1以上	20対1以上	
どちらか一方を満たす	施設		医療型障害児入所施設又は 指定医療機関(児童福祉法)		—	医療型障害児 入所施設又は 指定医療機関 (児童福祉法)	—		
	両方を満たす	患者像	—	重度の肢体不自由児(者)、脊髄損傷等の重傷障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等が概ね7割以上	脊椎損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等が概ね8割以上	重度の肢体不自由児(者)、重度の障害者(脊髄損傷等を除く)が概ね8割以上	脊椎損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等が概ね8割以上	医療区分2、3の患者が8割以上	医療区分2、3の患者が5割以上
		看護要員	—	10対1以上			10対1以上 (うち、看護職員5割以上)	10対1以上	看護補助者 20対1以上
その他			一般病棟			一般又は 精神病棟	一般病棟の病室	療養病棟	
			超重症、準超重症児(者)3割以上	—				褥瘡の評価	
点数	通常	1,615点	1,356～995点	2,070点	1,675点	2,070点	1,813～815点	1,748～751点	
	重度の意識障害者(脳卒中後)	1,496, 1,358点	1,496～1,107点	1,910, 1,745点	1,657, 1,491点	1,909, 1,743点			
包括範囲	通常	出来高			一部の入院基本料等加算・除外薬剤、注射剤を除き包括			検査・投薬、注射(一部を除く)・病理診断・X線写真等・一部の処置等は包括	
	重度の意識障害者(脳卒中後)	療養病棟入院基本料と同様の取扱							

69

障害者施設等入院基本料に関するこれまでの経緯

中医協 総－2
3 . 8 . 2 5

H12

障害者施設等入院基本料を新設

【対象となる施設】

- 児童福祉法が規定する
- ・肢体不自由児施設
- ・重症心身障害児施設
- ・国立療養所 その他

【上記施設以外における要件】

- 重度の肢体不自由児(者)
 - 脊髄損傷等の重度障害者
 - 重度の意識障害者
 - 筋ジストロフィー患者
 - 難病患者等
- これらの患者が概ね7割以上

<障害者施設等入院基本料の特徴>

個別の病態変動が大きく、
その変動に対し高額な薬剤や
高度な処置が必要となるような
患者が対象

→投薬・注射・処置等が出来高払い

H19

H19実態調査

- ・肢体不自由児施設等以外の多くの施設において、脳出血及び脳梗塞の患者が多いことが判明。
- ・肢体不自由児施設等では、退院の見通しの立たない患者が多いことが判明。

H20

平成20年度診療報酬改定

(特殊疾患病棟に合わせた見直し)

- ・対象疾患の見直し(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を対象疾患から除外)
- ・脳卒中後遺症や認知症等の患者が多くを占める病棟に対する病床転換支援(経過措置)

H28

平成28年度診療報酬改定

(特殊疾患病棟に合わせた見直し)

- ・重度の意識障害(脳卒中の後遺症の患者に限る。)であって、当該患者の疾患及び状態等が療養病棟入院基本料に規定する医療区分1又は2に相当する場合は、療養病棟入院基本料の評価体系を踏まえた評価とした

特殊疾患病棟入院料に関するこれまでの経緯

中医協 総－2
3 . 8 . 2 5

H6

特殊疾患療養病棟を新設

H12

特殊疾患入院医療管理料を新設

(病室単位で算定可能に)

H16実態調査

実際には医療療養病床で対応可能な患者が相当数入院していることが判明。

H16

平成18年度診療報酬改定

特殊疾患療養病棟入院料等算定病床について

- ・療養病床部分 → 廃止
- ・一般病床、精神病床部分 → 19年度末に廃止を予定

H18

H19

H19実態調査

- ・肢体不自由児施設等以外の多くの施設において 脳出血及び脳梗塞の患者が多いことが判明。
- ・肢体不自由児施設等では、退院の見通しの立たない患者が多いことが判明。

H20

平成20年度診療報酬改定

- ・存続を決定
- ・対象疾患の見直し(脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を対象疾患から除外)
- ・名称変更
(特殊疾患療養病棟入院料→特殊疾患病棟入院料)
- ・脳卒中後遺症や認知症等の患者が多くを占める病棟に対する病床転換支援(経過措置)

H28

平成28年度診療報酬改定

- ・重度の意識障害(脳卒中の後遺症の患者に限る。)であって、当該患者の疾患及び状態等が療養病棟入院基本料に規定する医療区分1又は2に相当する場合は、療養病棟入院基本料の評価体系を踏まえた評価とした

＜特殊疾患病棟入院料の特徴＞

処置内容や病態の変動はそれほど大きくないが、医療の必要性は高い

→投薬・注射・処置等が包括払い

医療機能に応じた入院医療の評価について⑭

障害者施設等入院基本料等における脳卒中患者の評価

- 重度の意識障害（脳卒中の後遺症の患者に限る。）であって、当該患者の疾患及び状態等が療養病棟入院基本料に規定する医療区分1又は2に相当する場合は、療養病棟入院基本料の評価体系を踏まえた評価とする。

※ 特掲診療料の包括範囲は療養病棟と同様とし、看護配置に応じた入院料を設定

※ 平成28年3月31日に既に6か月以上当該病棟に入院している患者は、医療区分3に相当するものとみなす。

※ 特殊疾患病棟入院料・特殊疾患入院医療管理料についても、重度の意識障害（脳卒中の後遺症の患者に限る。）について、医療区分1、2に相当する場合は、医療区分に応じた報酬を設定。

障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料等の対象患者

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

障害者施設等入院基本料

- 重度の肢体不自由児(者)(脳卒中後の患者及び認知症の患者を除く)
- 脊髄損傷等の重度障害者(脳卒中後の患者及び認知症の患者を除く)
- 重度の意識障害者(以下の状態の患者・脳卒中後の患者を含む)
 - ・ 意識レベルがJCSでⅡ-3又はGCSで8点以下の状態が2週間以上持続
 - ・ 無動症(閉じ込め症候群、無動性無言、失外套症候群等)
- 筋ジストロフィー患者
- 難病患者等

上記患者が概ね7割以上
(児童福祉法に定める医療型障害児入所施設、指定医療機関以外の場合)

特殊疾患病棟入院料1 特殊疾患入院医療管理料

- 脊髄損傷等の重度障害者(脳卒中後の患者及び認知症の患者を除く)
- 重度の意識障害者(以下の状態の患者・脳卒中後の患者を含む)
 - ・ 意識レベルがJCSでⅡ-3又はGCSで8点以下の状態が2週間以上持続
 - ・ 無動症(閉じ込め症候群、無動性無言、失外套症候群等)
- 筋ジストロフィー患者
- 神経難病患者

上記患者が概ね8割以上
(児童福祉法に定める医療型障害児入所施設、指定医療機関以外の場合)

特殊疾患病棟入院料2

- 重度の肢体不自由児(者)(日常生活自立度のランクB以上に限る)等の重度の障害者

ただし、特殊疾患病棟入院料1の対象患者、脳卒中後の患者及び認知症の患者を除く

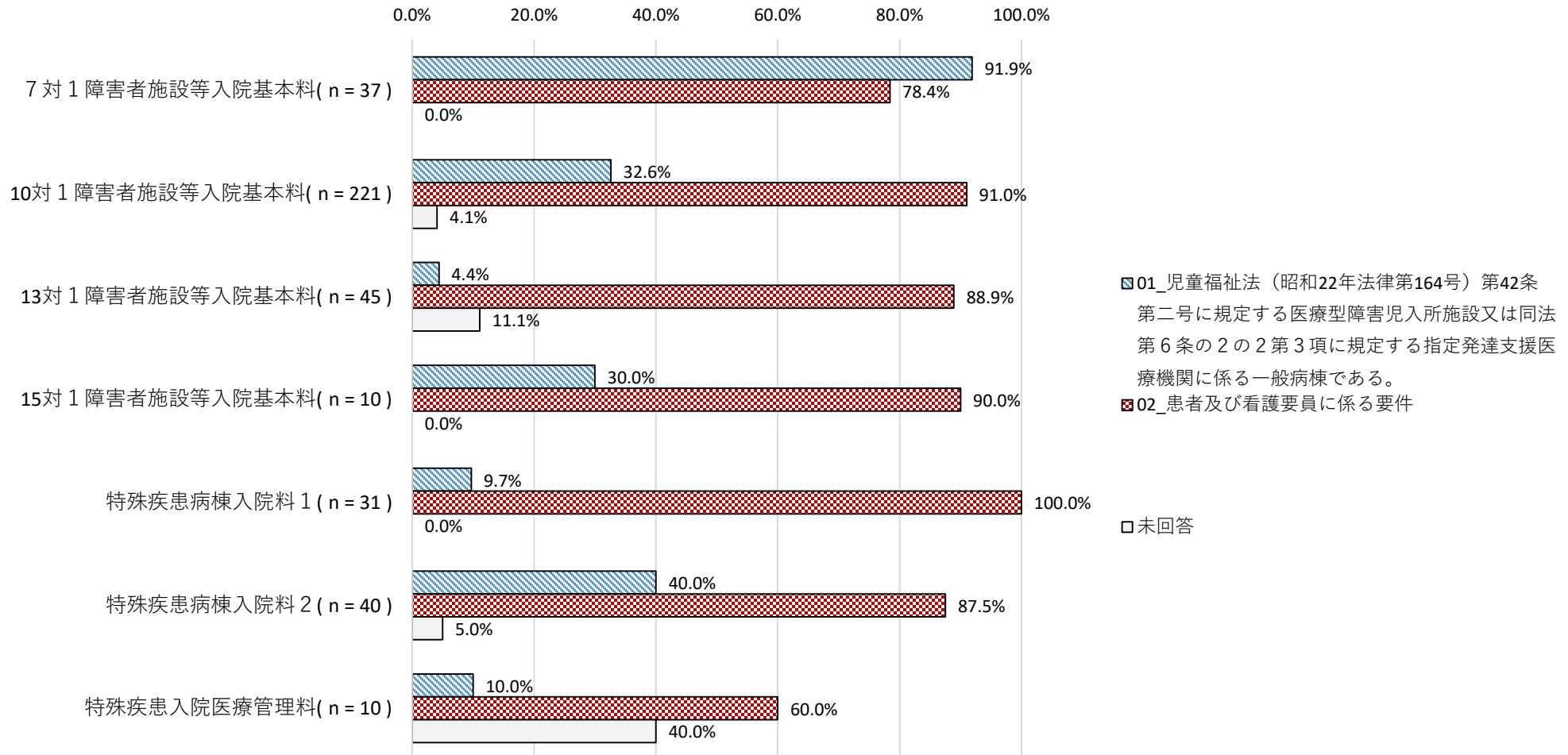
上記患者が概ね8割以上
(児童福祉法に定める医療型障害児入所施設、指定医療機関以外の場合)

障害者施設等入院基本料等における施設基準について

○ 障害者施設等入院基本料等について、満たしている施設基準は以下のとおりであった。

中医協 総－１－２
３．１０．２７

障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料等 満たしている施設基準（該当するもの複数選択）



障害者施設等入院基本料の対象患者と算定する入院料の関係（イメージ）

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

全入院患者

対象患者
入院患者のうち、おおむね7割以上

脊髄損傷等の重度障害者等
(特定除外:90日超減算なし)

障害者施設等
入院基本料

重度の意識障害者
(脳卒中の後遺症であるものに限る。)
医療区分3

脳卒中の後遺症以外の
重度の意識障害者

重度の意識障害者
(脳卒中の後遺症であるものに限る。)
医療区分2
医療区分1

その他

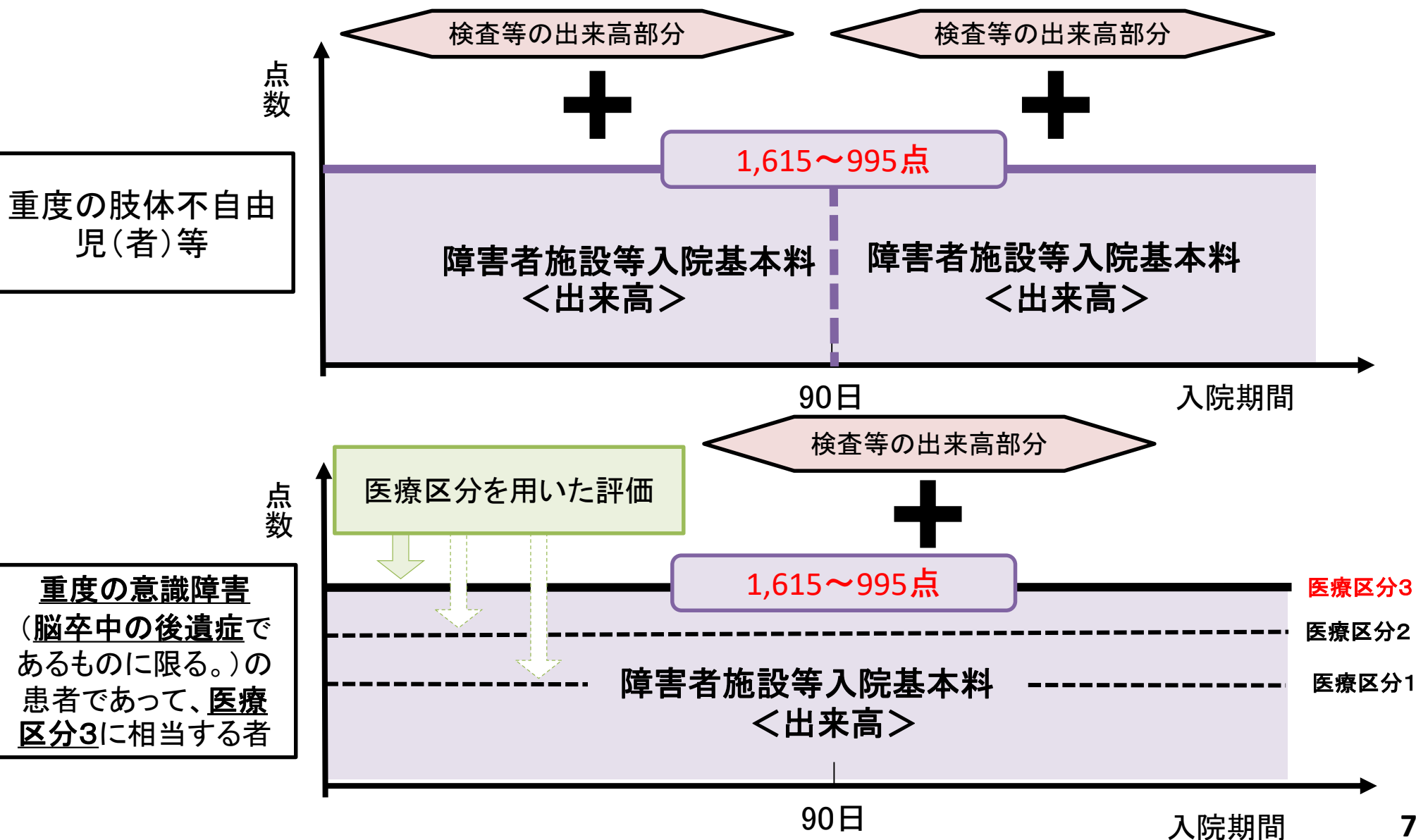
脳卒中患者
(重度の意識
障害以外)

障害者施設等
入院基本料

療養病棟入
院基本料
の評価体系を
踏まえた評価

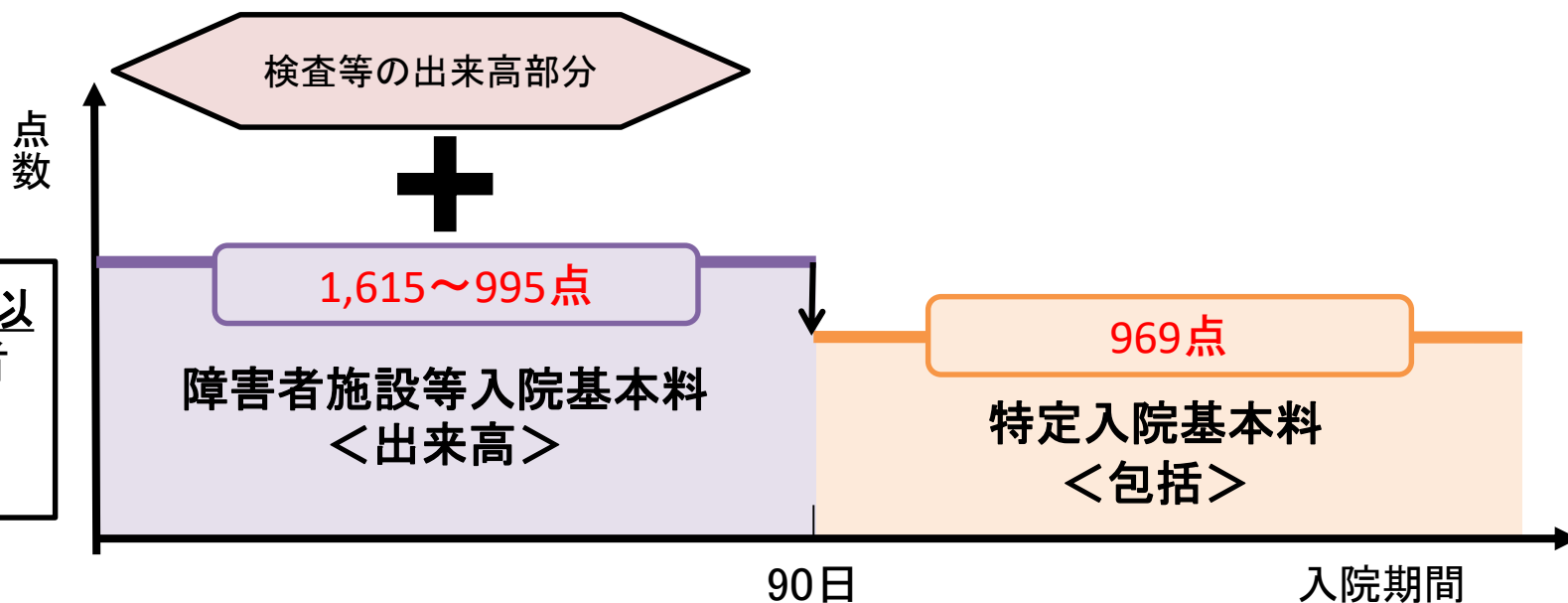
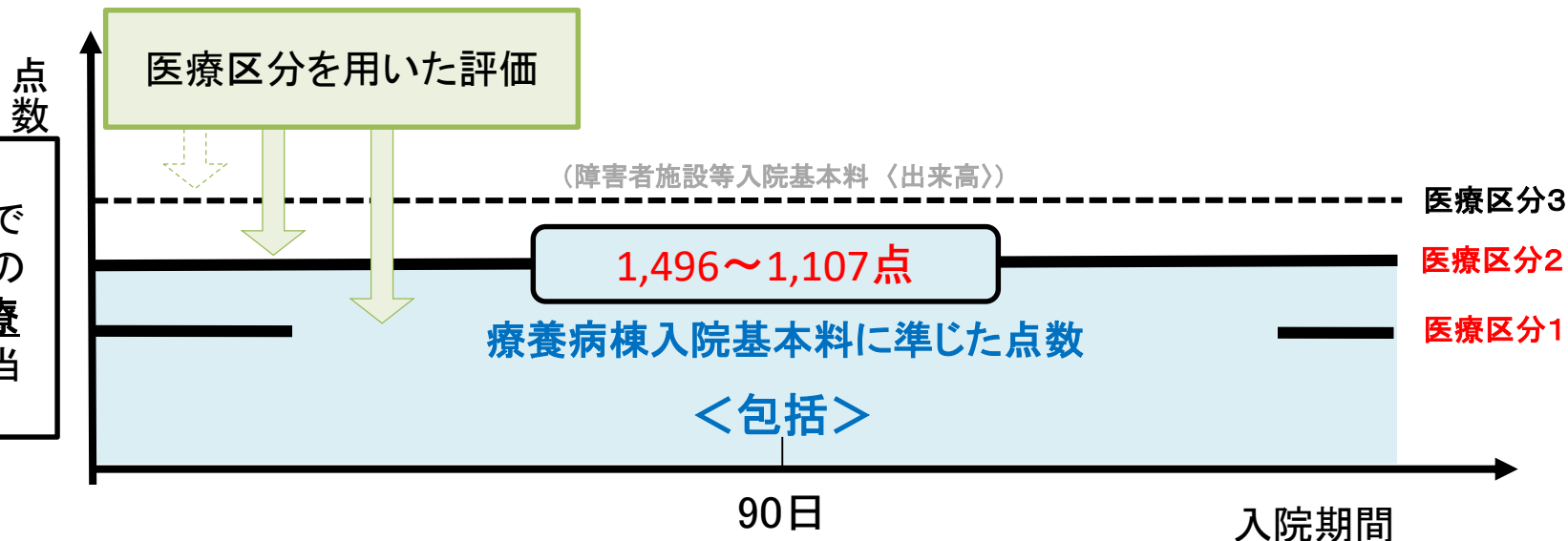
障害者施設等入院基本料の算定する入院料のイメージ①

○ 障害者施設等入院基本料について、患者の状態及び入院期間に応じた、算定する入院料のイメージは以下のとおり。



障害者施設等入院基本料の算定する入院料のイメージ②

○ 障害者施設等入院基本料について、患者の状態及び入院期間に応じた、算定する入院料のイメージは以下のとおり。

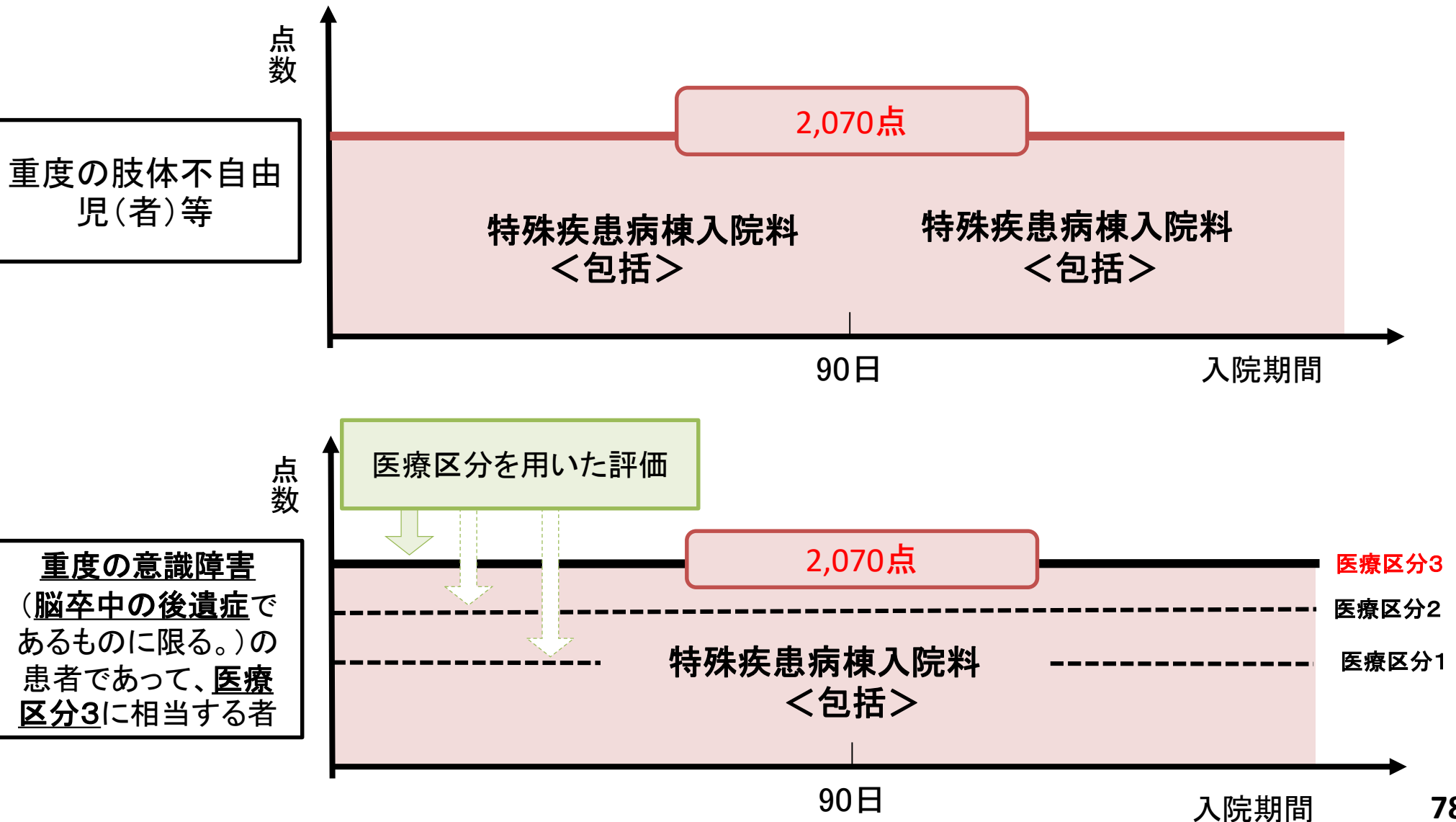


重度の意識障害
(**脳卒中の後遺症**であるものに限る。)の患者であって、**医療区分1又は2**に相当する者

重度の意識障害以外の脳卒中患者
及び
その他の患者

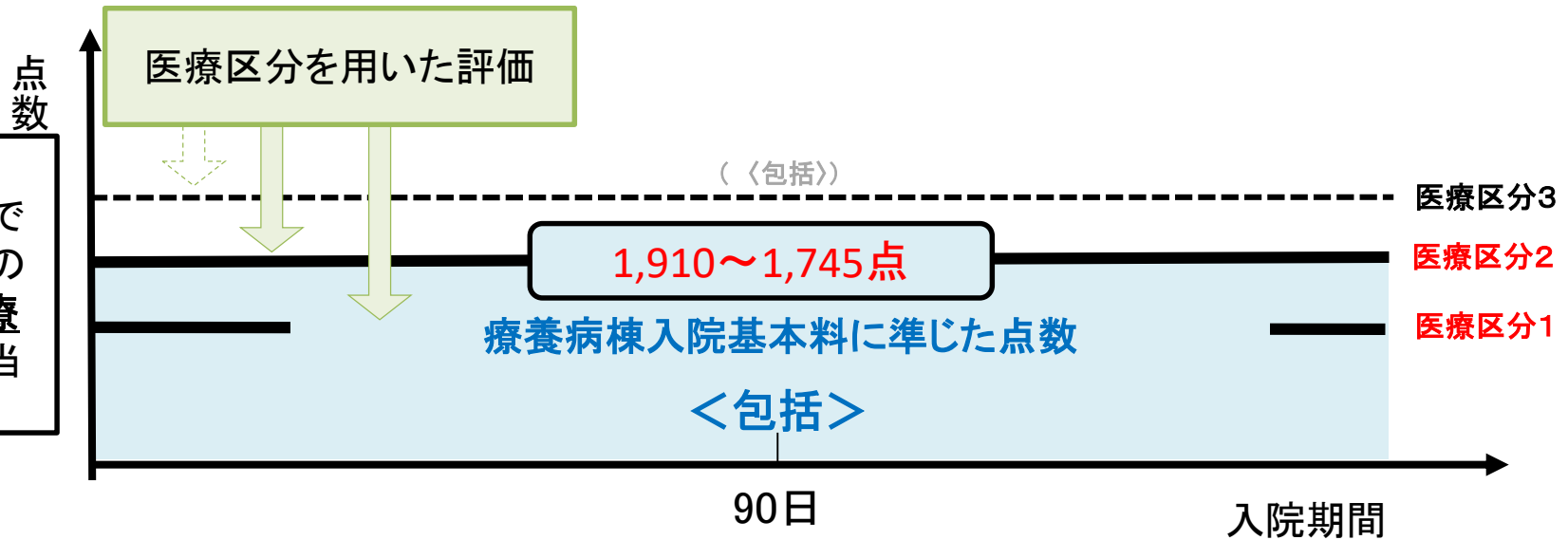
特殊疾患病棟入院料の算定する入院料のイメージ①

○ 特殊疾患病棟入院料について、患者の状態及び入院期間に応じた、算定する入院料のイメージは以下のとおり(入院料1の場合)。

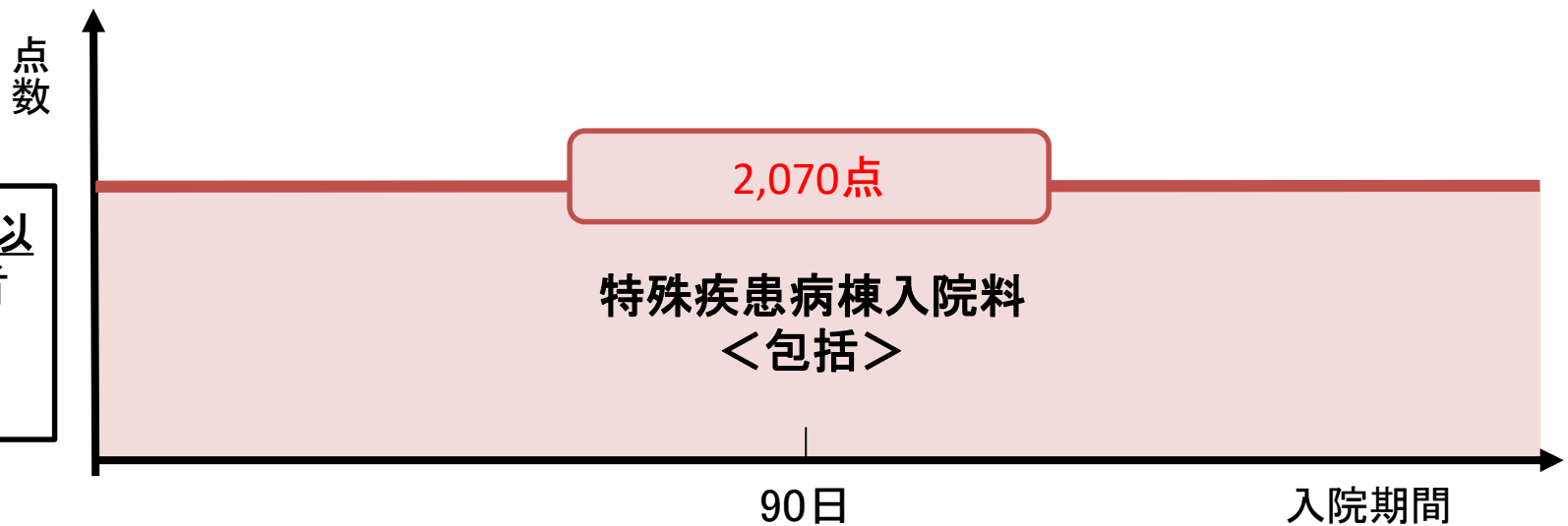


特殊疾患病棟入院料の算定する入院料のイメージ②

○ 特殊疾患病棟入院料について、患者の状態及び入院期間に応じた、算定する入院料のイメージは以下のとおり(入院料1の場合)。



重度の意識障害
(**脳卒中の後遺症**であるものに限る。)の患者であって、**医療区分1又は2**に相当する者



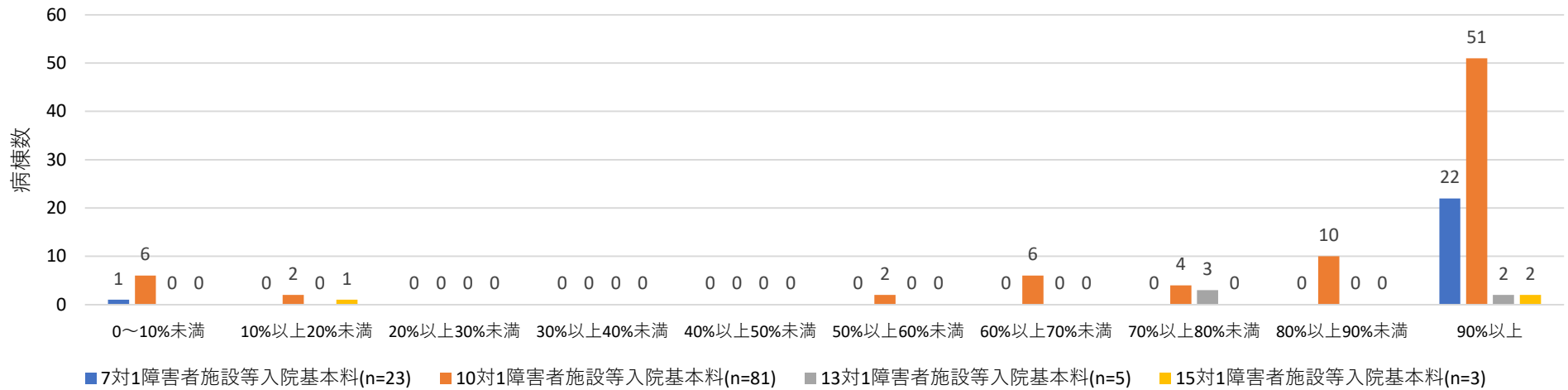
重度の意識障害以外の脳卒中患者
及び
その他の患者

障害者施設等入院基本料等を届出ている病棟の対象患者割合の分布

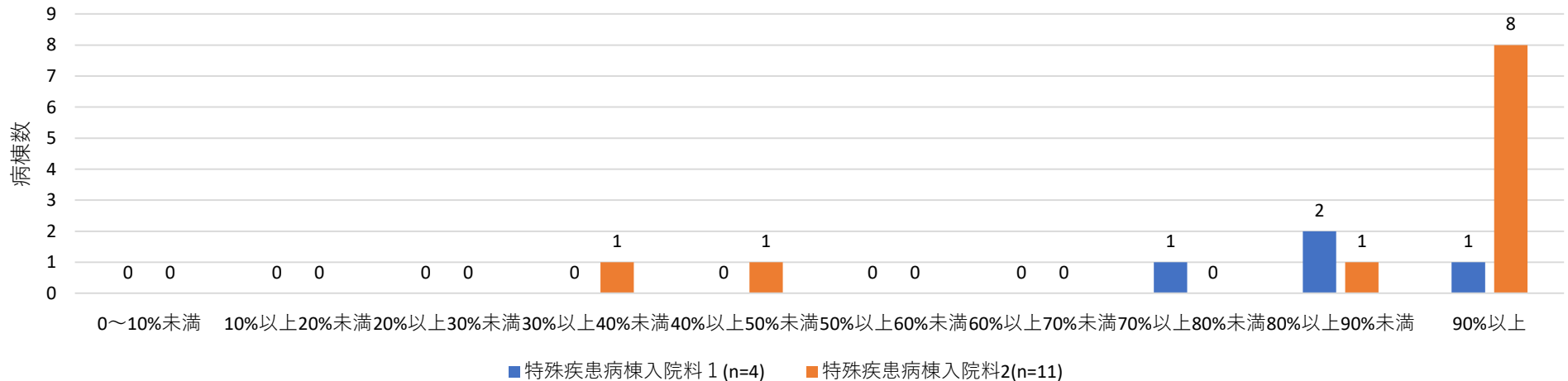
○ 障害者施設等入院基本料等を届出ている病棟における対象患者割合は90%以上が最も多かった。一方で70%を下回る病棟も存在していた。

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

障害者施設等入院基本料の対象患者割合10月（病棟票）



特殊疾患病棟入院料・管理料の対象患者割合10月（病棟票）

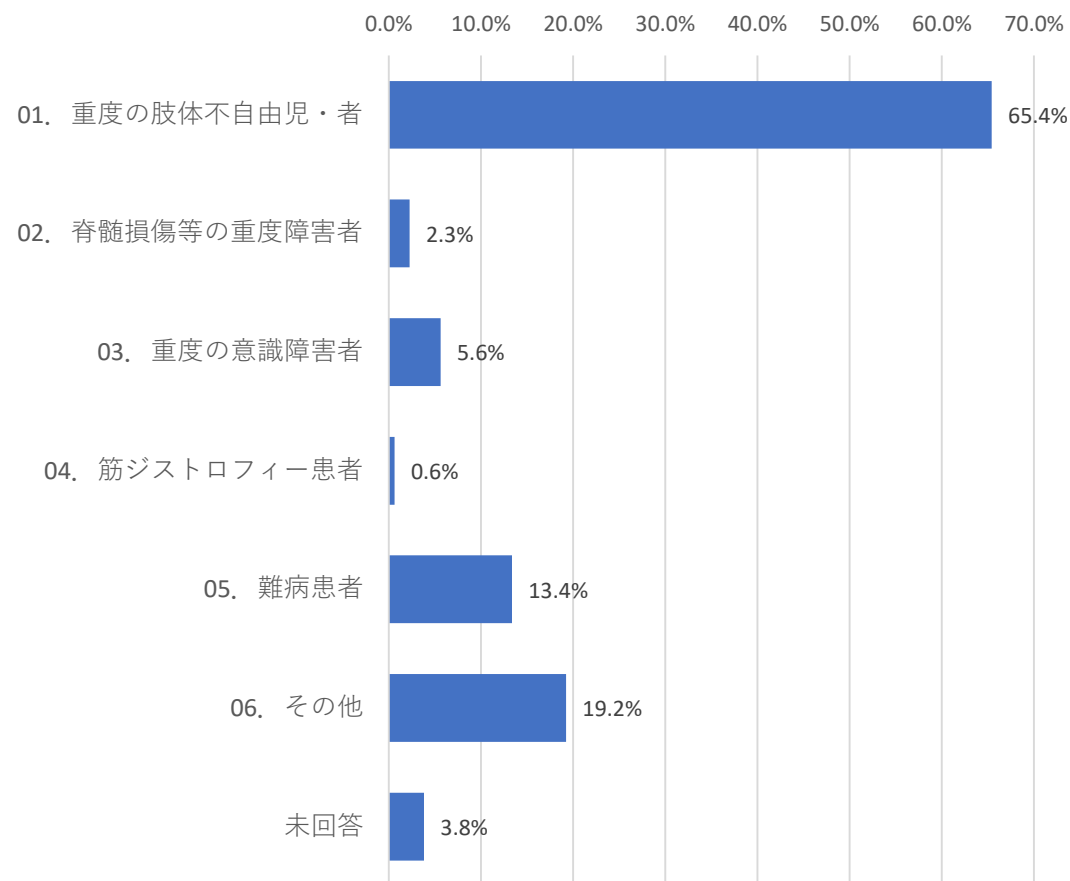


障害者施設等入院基本料等を届出ている病棟に入院している患者の 対象疾患ごとの該当割合の分布

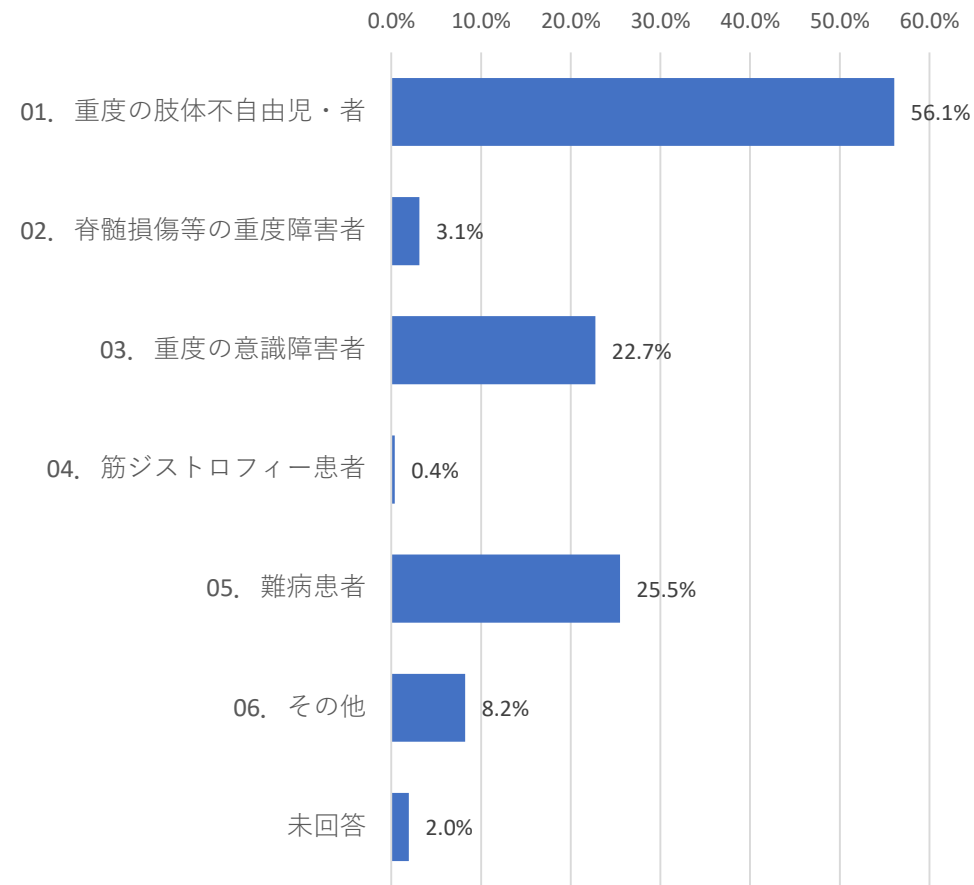
中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

○ 障害者施設等入院基本料等を届出ている病棟の入院患者は、重度の肢体不自由児・者に該当する者が多かった。一方で、その他の患者も一定程度存在した。

障害者施設等入院基本料を届け出ている病棟の入院患者の対象疾患ごとの該当割合（n = 1,720）（該当するもの複数選択）



特殊疾患病棟入院料等を届け出ている病棟の入院患者の対象疾患ごとの該当割合（n = 255）（該当するもの複数選択）



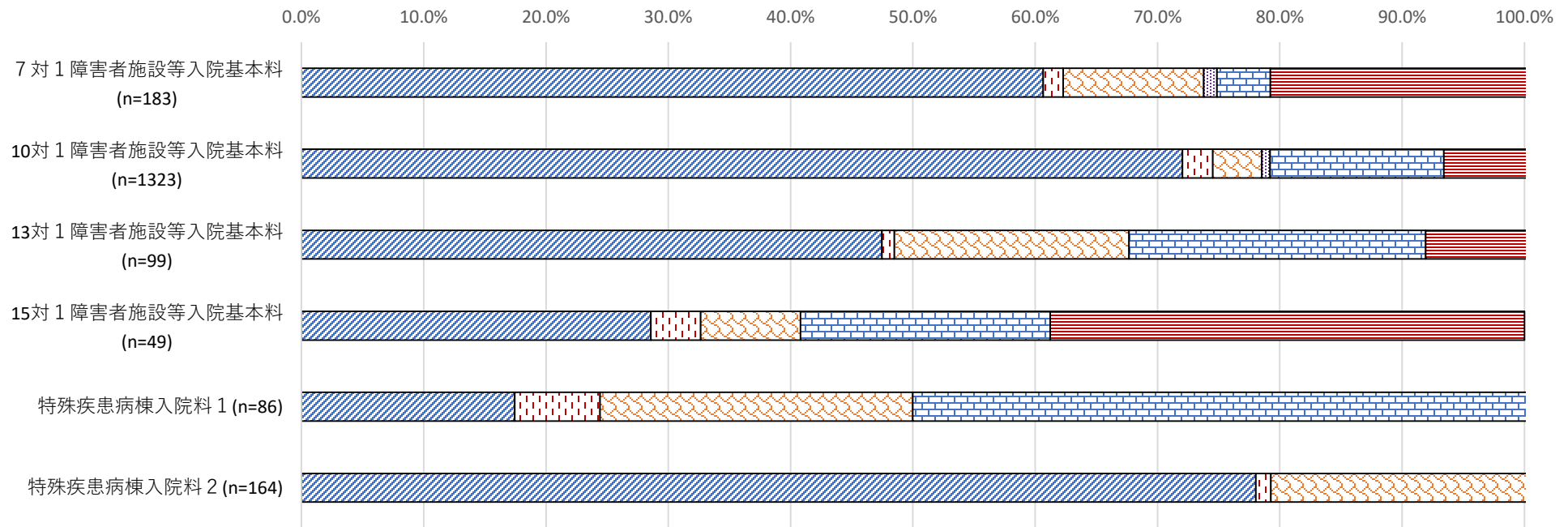
障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料の対象患者

中医協 総－1－2
3 . 1 0 . 2 7

○入院料毎の対象疾患への該当割合は以下のとおりであった。15対1障害者施設等入院基本料において、「その他」患者が多い傾向であった。

入院料別 障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料等の対象疾患等への該当患者の割合

(該当するもの複数選択)



■ 重度の肢体不自由児・者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く）

■ 重度の意識障害者

■ 難病患者

■ 脊髄損傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く）

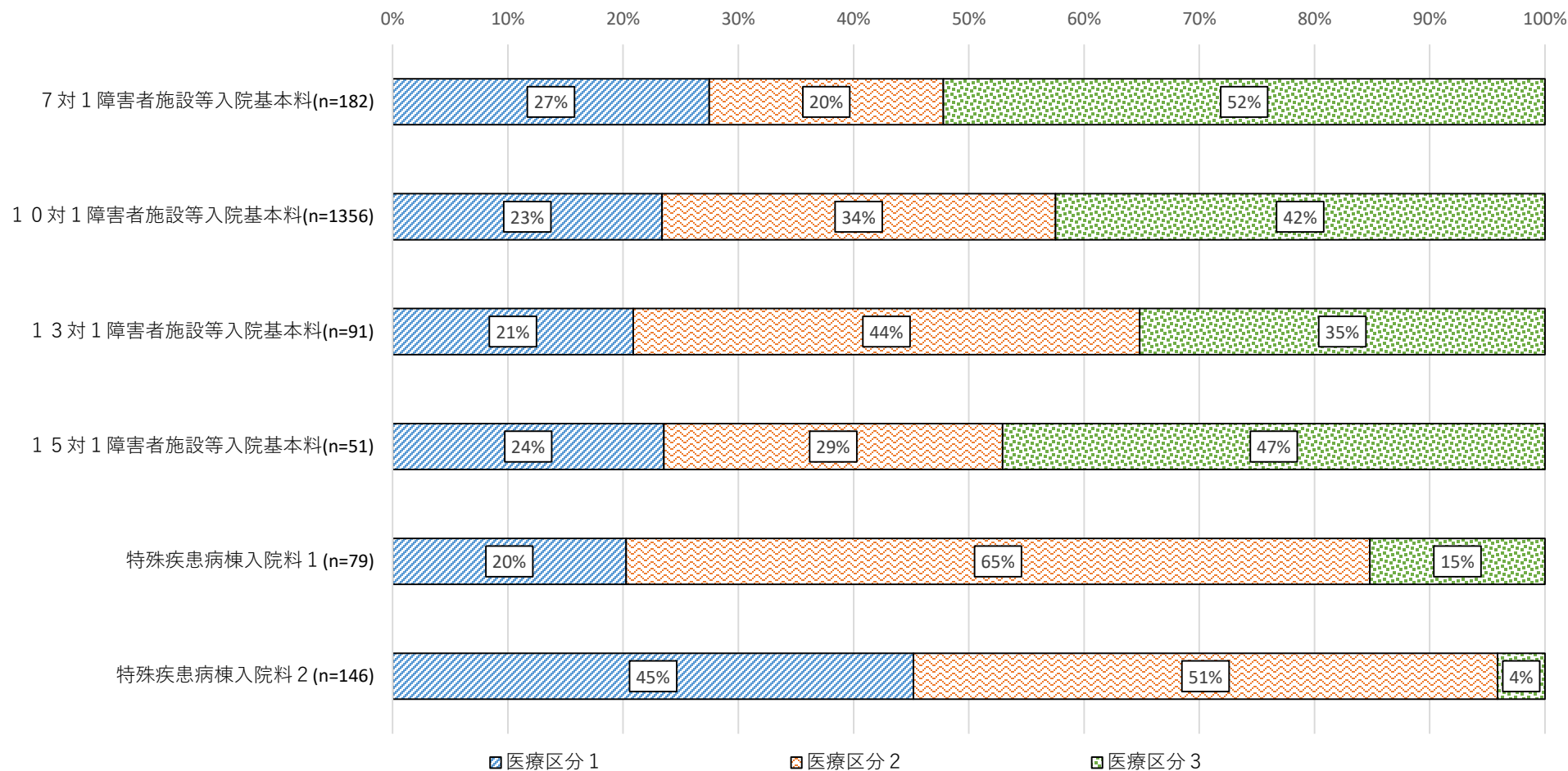
■ 筋ジストロフィー患者

■ その他

障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料の患者の医療区分

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

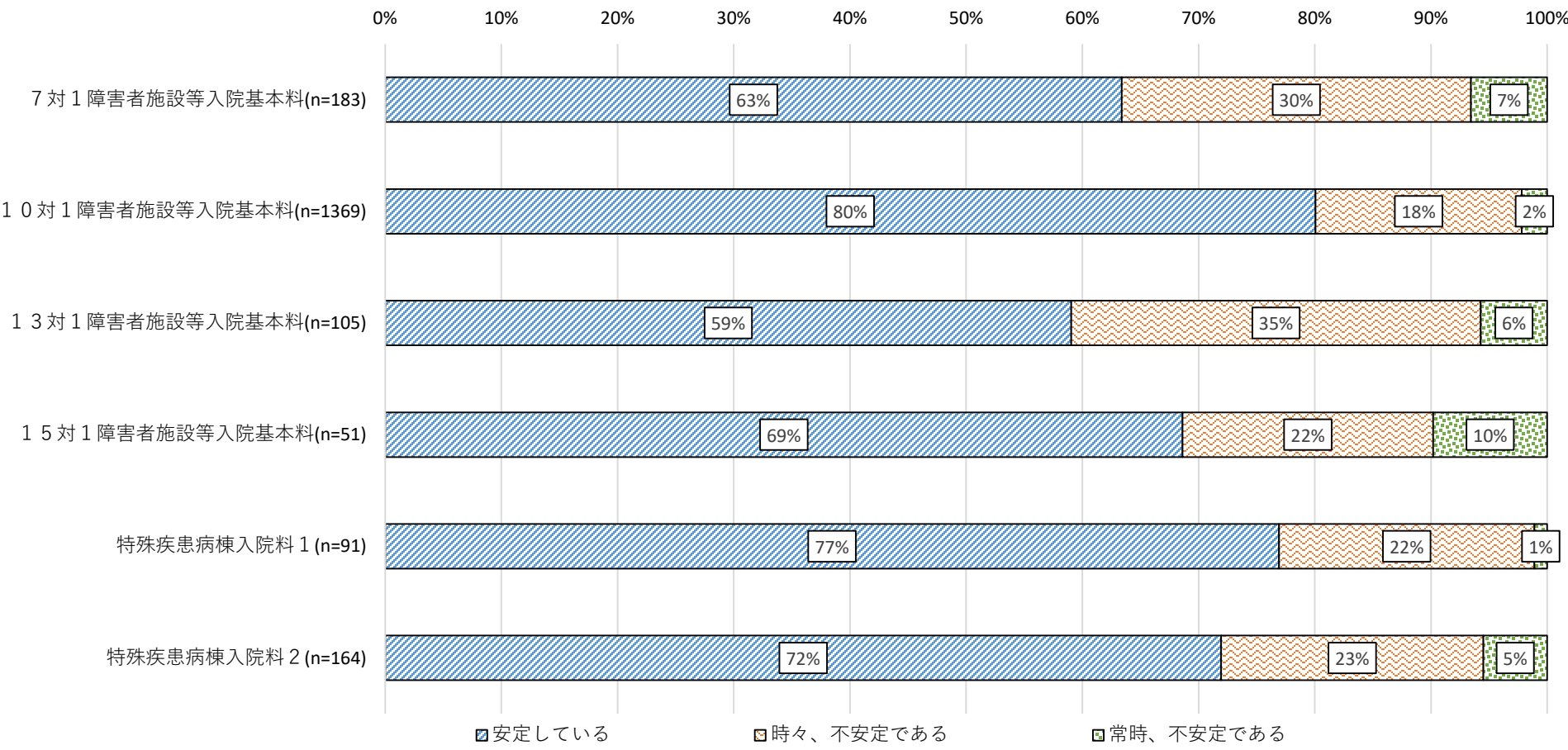
○入院料毎の患者の医療区分は以下のとおりであった。障害者施設等入院基本料においては、医療区分3の患者が約4～5割程度存在していた。特殊疾患病棟入院料においては、ほとんどが医療区分1・2の患者であった。



障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料の患者の医療的な状態

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

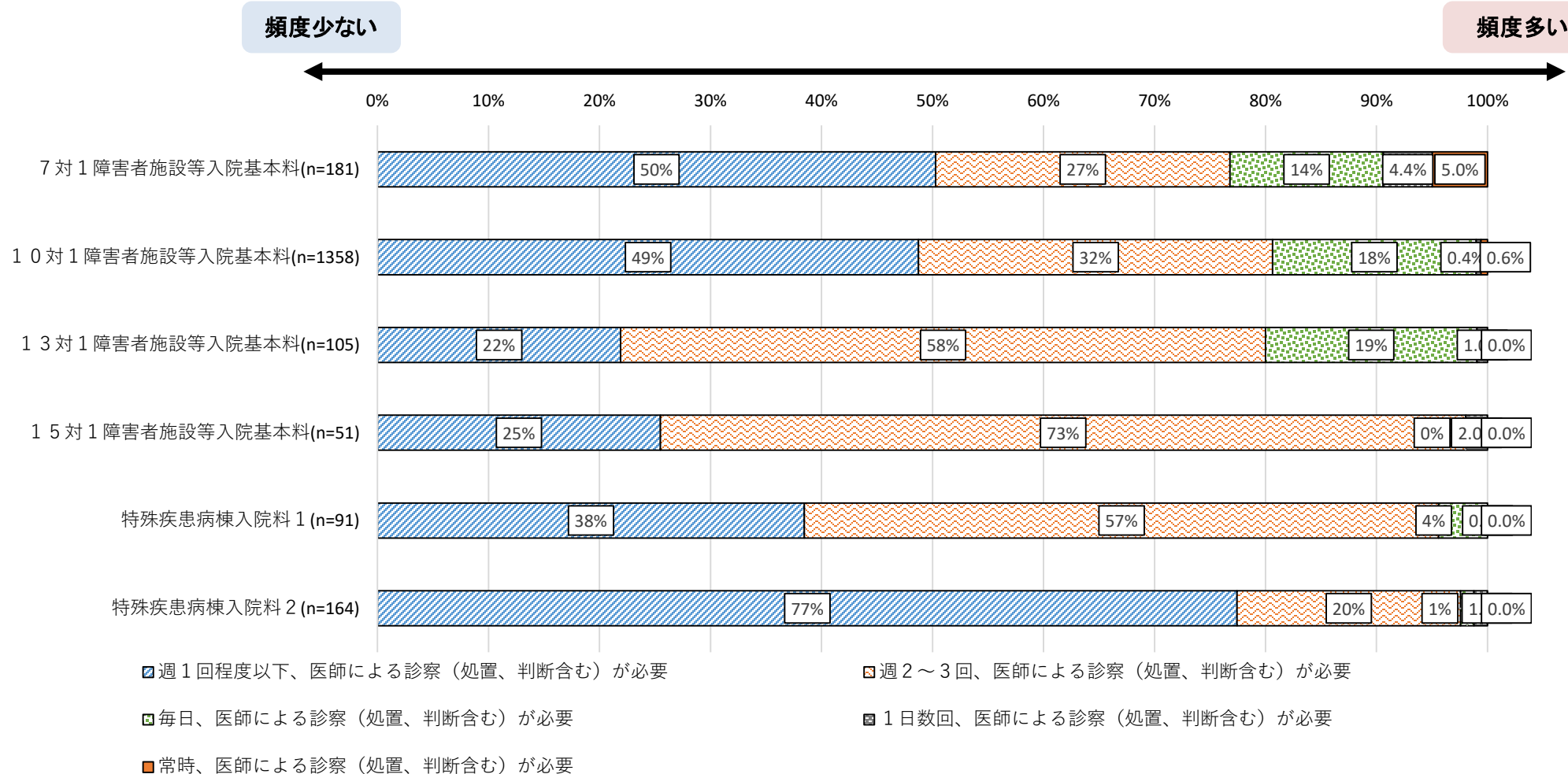
○入院料毎の患者の医療的な状態は以下のとおりであった。安定している患者がどの入院料でも多い一方、不安定な患者も存在した。



医師による診察の頻度

中医協 総－１－２
３．１０．２７

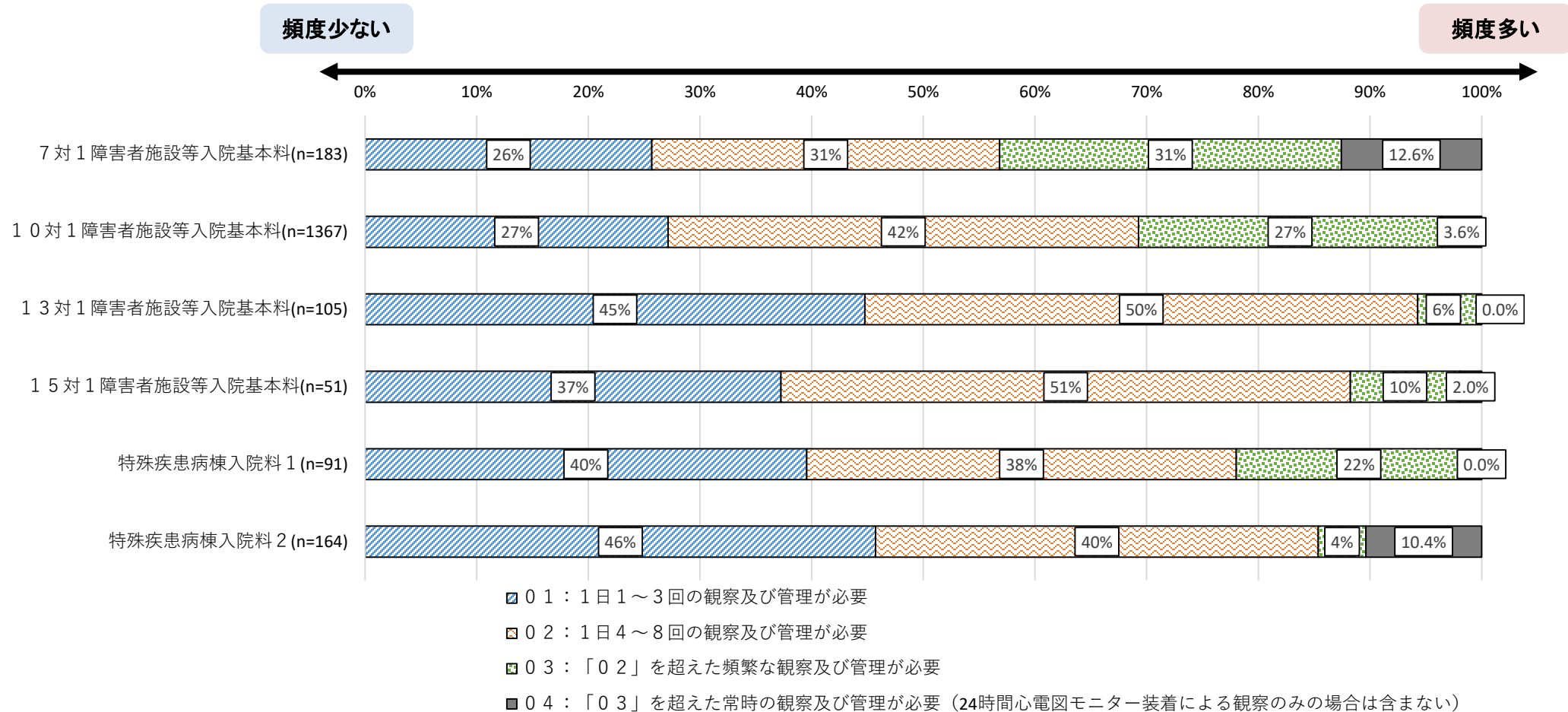
○入院料毎の患者への医師による診察の頻度は以下のとおりであった。



看護師による看護提供の頻度

中医協 総－１－２
３．１０．２７

○入院料毎の患者への看護師による看護提供の頻度は以下のとおりであった。７対１及び１０対１の障害者施設等入院基本料は他の入院料と比較して、（１日９回以上の）頻繁な観察及び管理が必要との回答が多かった。

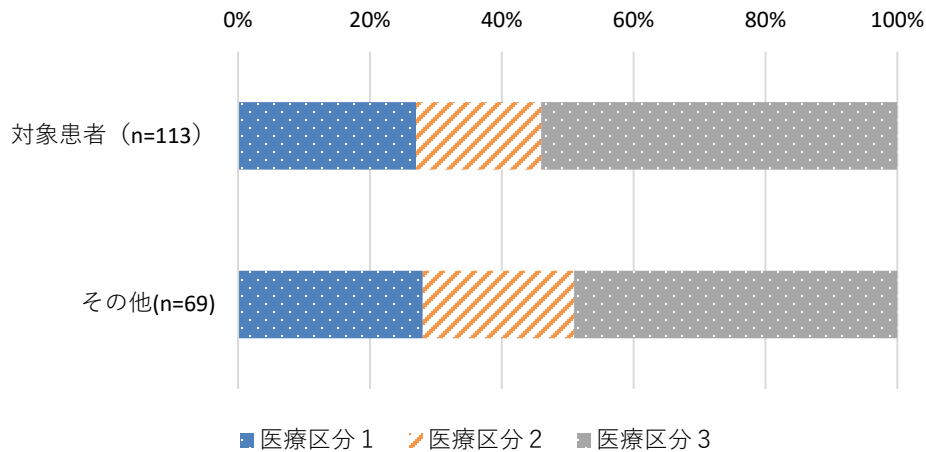


障害者施設等入院基本料の医療区分

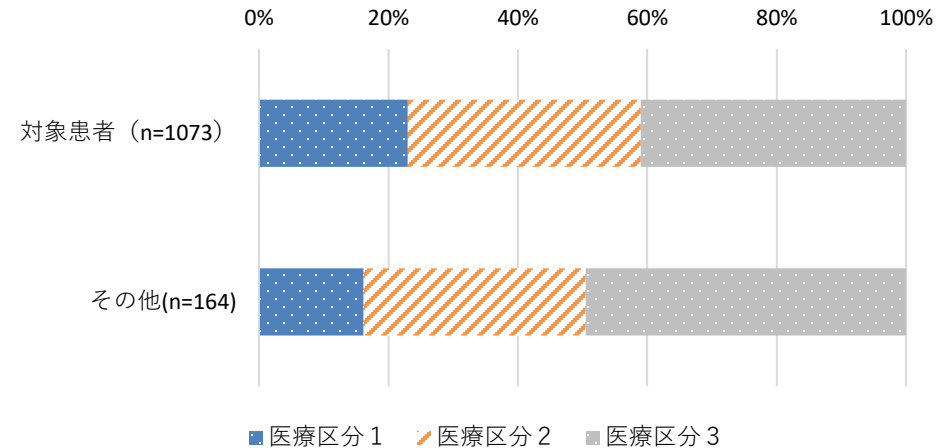
中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

○ 障害者施設等入院基本料を算定する病棟に入院している患者について、「対象患者」と「その他」を分けた場合の医療区分は以下のとおり。

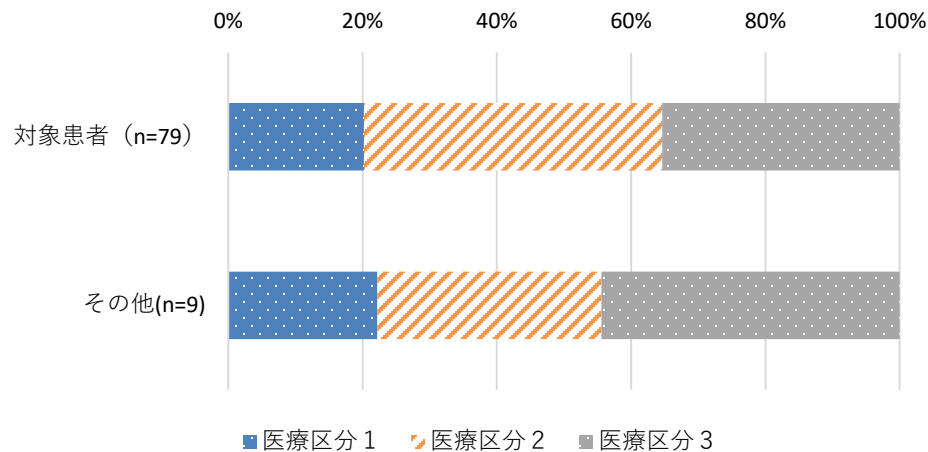
7 対 1



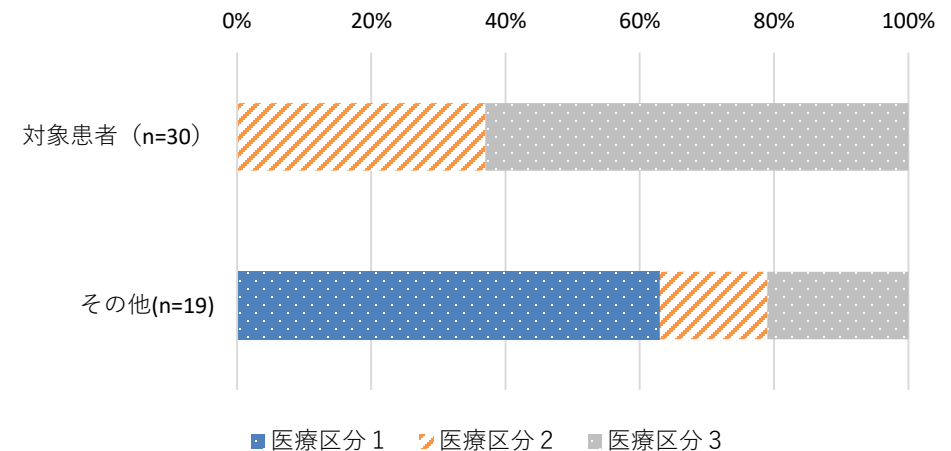
10対 1



13対 1



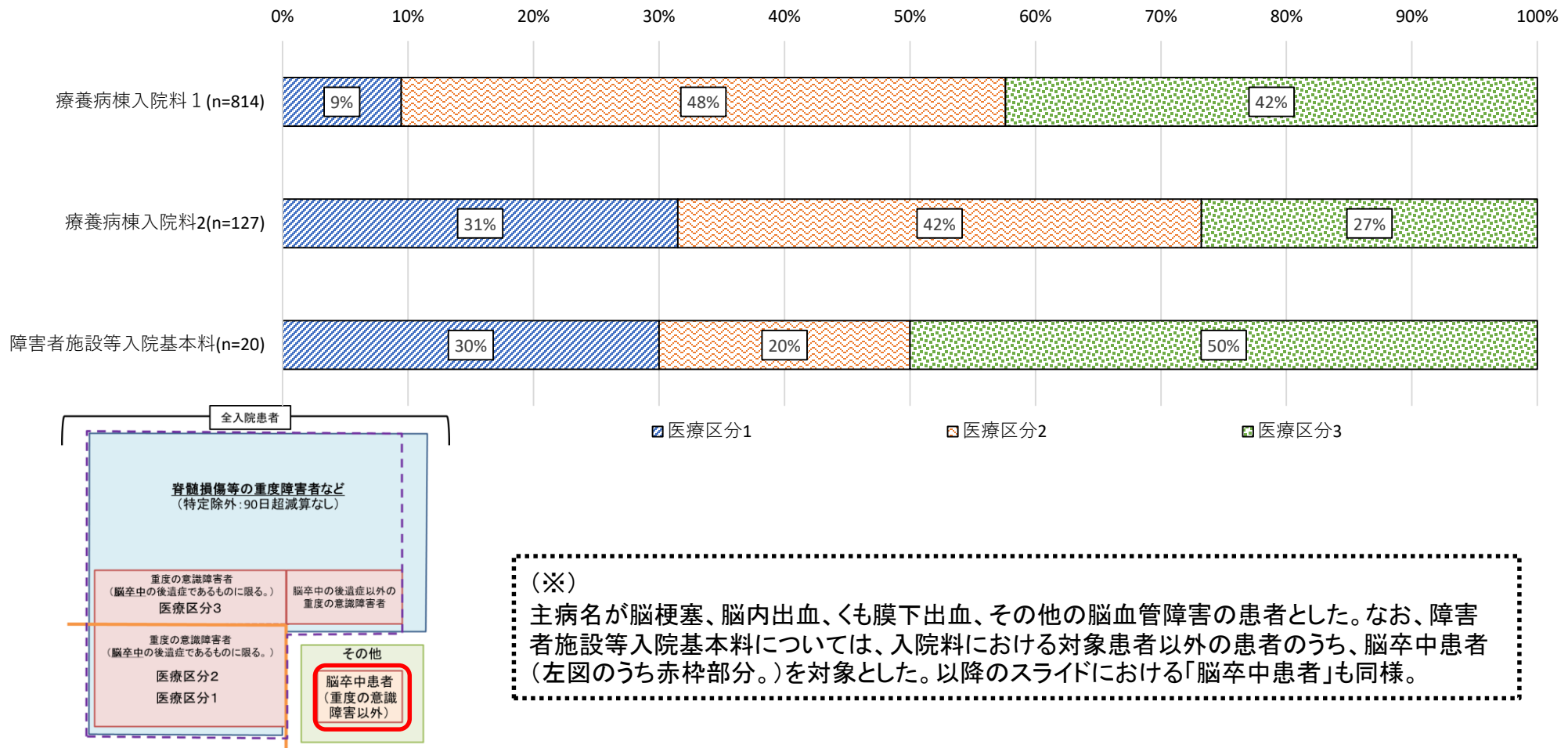
15対 1



脳卒中患者（※）における医療区分

中医協 総－1－2
3 . 1 0 . 2 7

- 以下に、療養病棟入院料1及び2に入院している脳卒中患者（※）の医療区分と、障害者施設等入院基本料に入院している「その他」患者のうちの脳卒中患者（※）の医療区分を比較した。
- 医療区分1の患者の比率は療養病棟入院料1では約10%、入院料2では約30%のところ、障害者施設等入院基本料の病棟では30%程度であった。



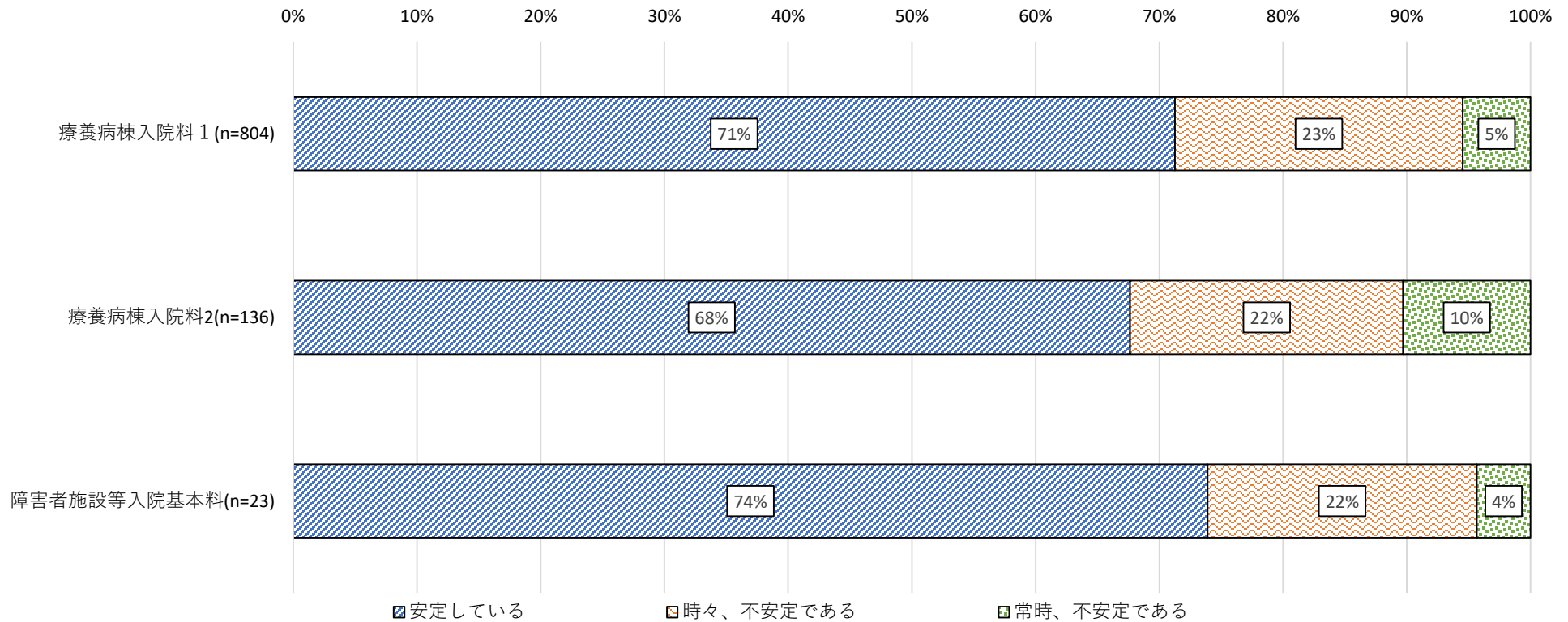
（※）

主病名が脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血、その他の脳血管障害の患者とした。なお、障害者施設等入院基本料については、入院料における対象患者以外の患者のうち、脳卒中患者（左図のうち赤枠部分。）を対象とした。以降のスライドにおける「脳卒中患者」も同様。

脳卒中患者における医療的な状態

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

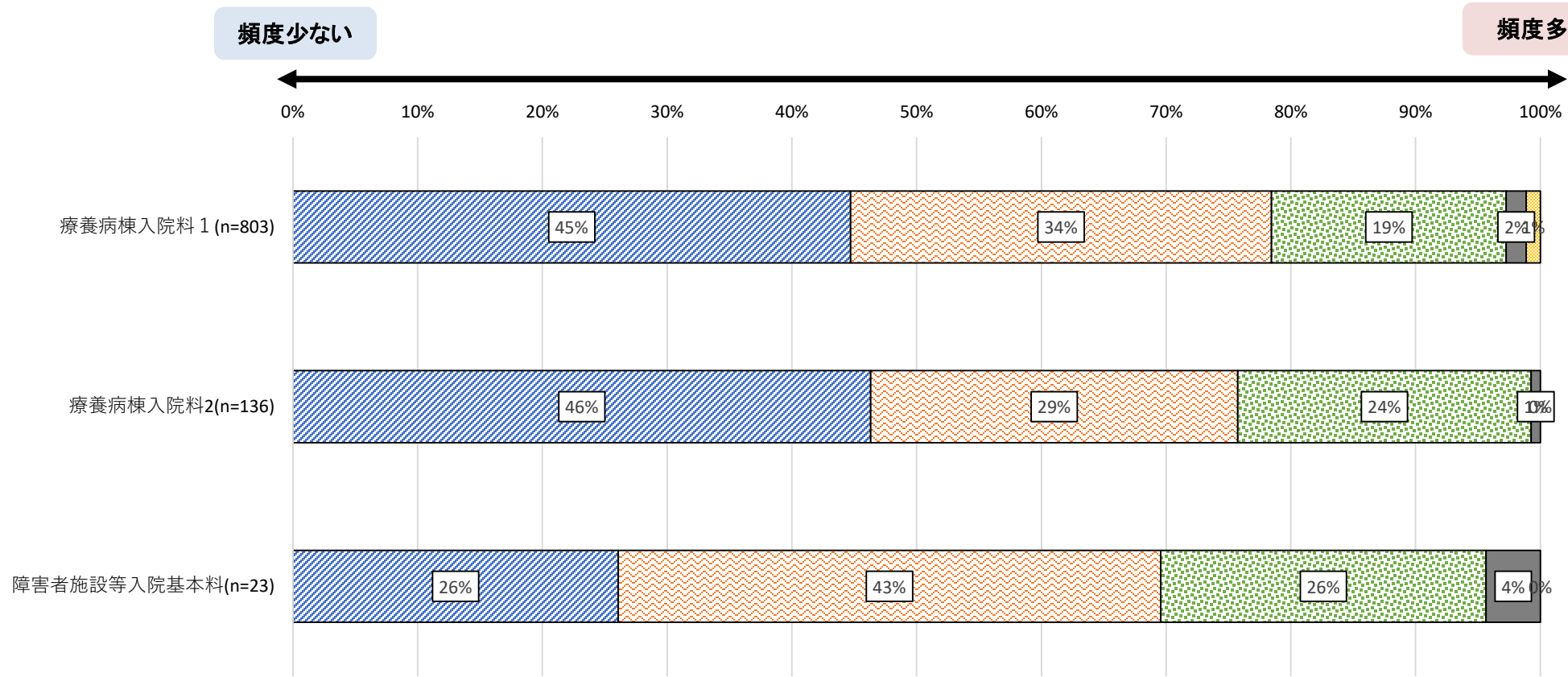
- 以下に、療養病棟入院料1及び2に入院している脳卒中患者の医療的な状態と、障害者施設等入院基本料に入院している「その他」患者のうちの脳卒中患者の医療的な状態を比較した。
- 「安定している」患者の割合は療養病棟入院料1では71%、入院料2では68%のところ、障害者施設等入院基本料の病棟では74%であった。



脳卒中患者における医師による診察の頻度

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

- 以下に、療養病棟入院料1及び2に入院している脳卒中患者の医師による診察の頻度と、障害者施設等入院基本料に入院している「その他」患者のうちの脳卒中患者の医師による診察の頻度を比較した。
- 「週1回程度以下」及び「週2～3回」医師による診察が必要な患者の割合は、療養病棟入院料1では79%、入院料2では75%となっており、障害者施設等入院基本料の病棟では69%であった。

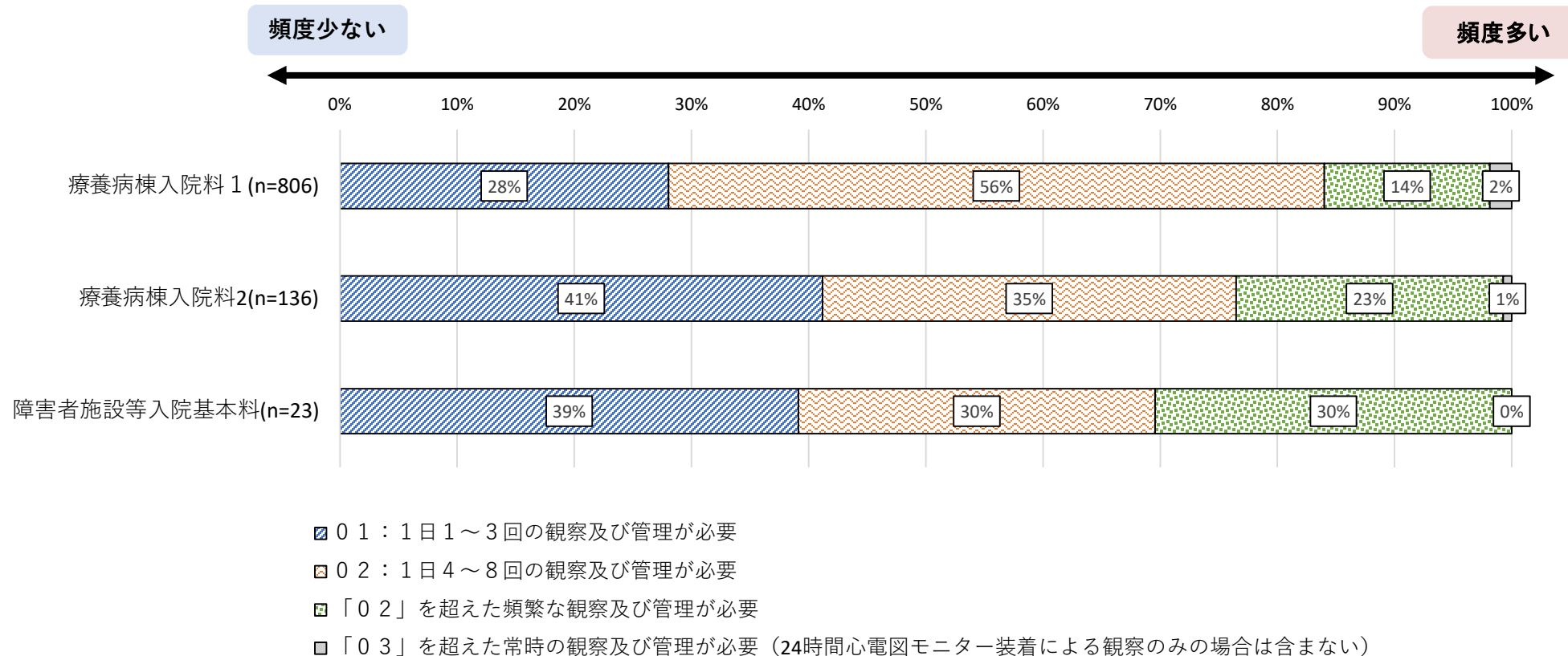


- 週1回程度以下、医師による診察（処置、判断含む）が必要
- 週2～3回、医師による診察（処置、判断含む）が必要
- 毎日、医師による診察（処置、判断含む）が必要
- 1日数回、医師による診察（処置、判断含む）が必要
- 常時、医師による診察（処置、判断含む）が必要

脳卒中患者における看護師による看護提供の頻度

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

- 以下に、療養病棟入院料1及び2に入院している脳卒中患者の看護師による看護提供の頻度と、障害者施設等入院基本料に入院している「その他」患者のうちの脳卒中患者の看護師による看護提供の頻度を比較した。
- 「1日1～3回の観察及び管理が必要」な患者の割合は療養病棟入院料1では28%、入院料2では41%のところ、障害者施設等入院基本料の病棟では39%であった。



入院に係る栄養管理に対する主な評価について

- 入院に係る栄養管理に対する主な評価は、以下のとおり。
- 入院中の評価としては、入院栄養食事指導料や栄養サポートチーム加算を中心として、一部の状態に着目した加算による評価も導入している。

入院前



外来栄養食事指導料

(初回260点、2回目以降200点／月1回)

管理栄養士が医師の指示に基づき、栄養指導が必要な患者に対して食事計画案などを交付し、初回は概ね30分以上、2回目以降は概ね20分以上指導を実施

または、外来化学療法を実施している患者に関しては、月2回以上の指導を実施

入院時支援加算

(200、230点／退院時1回)

入院予定患者に対して治療方針、服薬中の薬の確認、栄養スクリーニングを入院前に実施

入院中

入院栄養食事指導料

(初回260点、2回目200点／週1回・入院中2回)

管理栄養士が医師の指示に基づき、腎臓食等の特別食が必要な患者、がん患者、摂食・嚥下機能が低下した患者、低栄養状態にある患者に対して食事計画案などを交付し、初回は概ね30分以上、2回目は概ね20分以上指導を実施



栄養情報提供加算

(50点／入院中1回)

栄養指導に加え退院後の栄養・食事管理について指導し、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明し、在宅担当医療機関等に情報提供を実施

栄養サポートチーム加算

(200点／週1回)

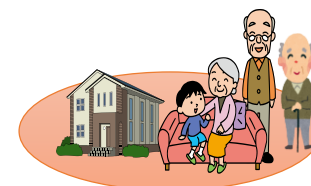
医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等からなるチームを編成し、低栄養患者等の栄養状態改善の取組を実施した場合を評価

早期栄養介入管理加算

(400点／1日)

特定集中治療室の入室患者全員に栄養スクリーニングを実施し、抽出された患者に対し、栄養アセスメント、栄養管理に係る早期介入の計画を作成、腸管機能評価を実施し、入室後48時間以内に経腸栄養等を開始

退院後



外来栄養食事指導料 (再掲)

在宅患者訪問栄養食事指導料

(440～530点／月2回)

在宅で療養を行っており通院が困難であって、腎臓食等の特別が必要な患者、がん患者、摂食・嚥下機能が低下した患者、低栄養状態にある患者に対して、管理栄養士が医師の指示に基づき食事計画案などを交付し、栄養管理に係る指導を概ね30分以上実施

栄養サポートチーム加算の概要

栄養サポートチーム加算 200点（週1回）

栄養管理を要する患者に対して、医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合について、週1回に限り、所定の点数を算定する。

【対象患者】

栄養サポートチーム加算は、栄養管理計画を策定している患者のうち、次のアからエまでのいずれかに該当する者について算定できる。

- ア 栄養管理計画の策定に係る栄養スクリーニングの結果、血中アルブミン値が3.0g/dL以下であって、栄養障害を有すると判定された患者
- イ 経口摂取又は経腸栄養への移行を目的として、現に静脈栄養法を実施している患者
- ウ 経口摂取への移行を目的として、現に経腸栄養法を実施している患者
- エ 栄養サポートチームが、栄養治療により改善が見込めると判断した患者

【算定要件】

栄養サポートチームは、以下の診療を通じ、栄養状態を改善させ、また、必要に応じて経口摂取への円滑な移行を促進することが必要である。

- ア 栄養状態の改善に係るカンファレンス及び回診が週1回程度開催されており、栄養サポートチームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担当する保険医、看護師等が参加している。
- イ カンファレンス及び回診の結果を踏まえて、当該患者の診療を担当する保険医、看護師等と共同の上で、別紙様式5又はこれに準じた栄養治療実施計画を作成し、その内容を患者等に説明の上交付するとともに、その写しを診療録等に添付する。
- ウ 栄養治療実施計画に基づいて適切な治療を実施し、適宜フォローアップを行う。
- エ 治療終了時又は退院・転院時に、治療結果の評価を行い、それを踏まえてチームで終了時指導又は退院時等指導を行い、その内容を別紙様式5又はこれに準じた栄養治療実施報告書として記録し、その写しを患者等に交付するとともに診療録等に添付する。
- オ 当該患者の退院・転院時に、紹介先保険医療機関等に対して診療情報提供書を作成した場合は、当該報告書を添付する。

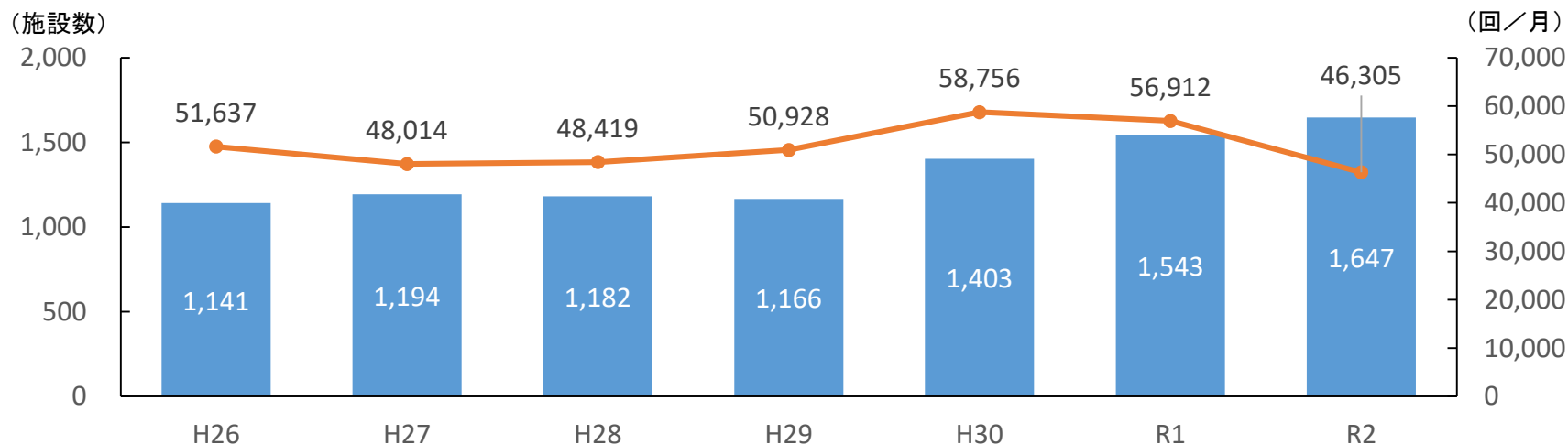


図 栄養サポートチーム加算の届出施設数と算定回数の推移

栄養サポートチーム加算の算定可能な入院料等について

- 当該加算は、平成22年度診療報酬改定において新設され、平成24年度改定から算定可能な入院料の範囲が広がった。
- また、平成26年度改定において、医療資源の少ない地域に配慮し、専従要件を緩和した評価が新設された。
- 平成30年度改定では、より効率的な医療提供を可能とするため、より弾力的な運用が可能なように医療従事者の専従要件の見直しがされた。
- 令和2年度改定において、結核病棟、精神病棟も算定可能となった。

○:算定可、×:算定不可

	基本入院料									特定入院料	
	一般病棟入院料	療養病棟入院料	結核病棟入院基本料	精神病棟入院基本料	特定機能病院入院基本料 (一般病棟)	特定機能病院入院基本料 (結核病棟)	特定機能病院入院基本料 (精神病棟)	専門病院入院基本料	障害者施設等入院基本料	特定一般病棟入院料	その他の入院料
平成22年	○ (7対1、10対1のみ)	×	×	×	○	×	×	○ (7対1、10対1のみ)	×	×	×
平成24年	○	○	×	×	○	×	×	○	×	○	×
令和2年	○	○	○	○	○	○	○	○	×	○	×
備考	平成26年度改定より医療資源の少ない地域に配慮した評価が追加 平成30年度改定より専従要件を緩和										

栄養サポートチームの介入効果について

- 栄養サポートチームの介入終了時、一般病棟よりも障害者病棟において改善した割合が高い。
- 栄養サポートチームの介入により、障害者病棟において、BMI及び血清アルブミン値が有意な改善が認められた。

【対象・方法等】

2011年度～2013年度に呼吸器病棟（肺がん、肺結核、COPD等）（114名）を一般病棟、神経筋病棟（神経難病、筋ジストロフィー等）（153名）を障害者病棟として、各病棟に入院した患者に対する栄養サポートチームの介入の有用性について比較検討。

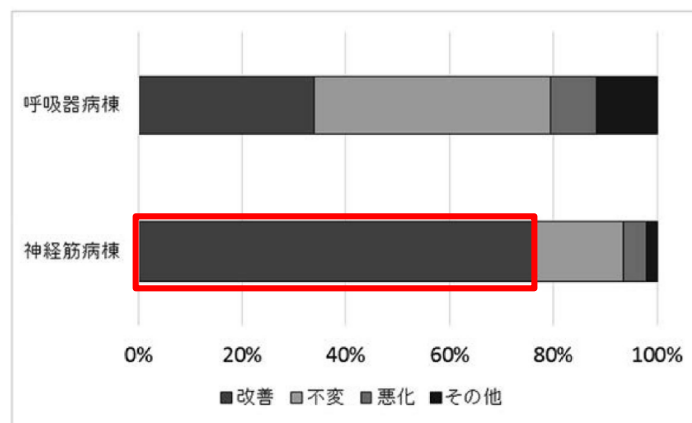


図1 病棟種別 NST 介入終了時の評価（2011年度-2013年度）

【改善】血清Alb値が3.0g/dl以上となった場合
 【不変】血清Alb値が3.0g/dlに達しなかった場合
 【悪化】血清Alb値が介入前より低下、病状悪化
 や死亡により介入中止の場合
 【その他】上記以外

表2 NST 介入前後の BMI と血清 Alb 値（2011年度-2013年度）

		NST 介入前	NST 介入後	
呼吸器病棟 (n=68)	BMI	18.08 ± 4.08	17.98 ± 4.15	ns
	血清 Alb 値 (g/dl)	2.57 ± 0.33	2.60 ± 0.41	ns
神経筋病棟 (n=93)	BMI	17.04 ± 3.55	17.40 ± 3.71	p=0.01
	血清 Alb 値 (g/dl)	2.80 ± 0.32	3.04 ± 0.43	p<0.001

障害者施設等入院基本料に係る課題（小括）

- ・ 障害者施設等入院基本料については「個別の病態変動が大きく、その変動に対し高額な薬剤や高度な処置が必要となるような患者」を対象としており、一方、特殊疾患病棟入院料については「処置内容や病態の変動はそれほど大きくないが、医療の必要性は高い患者」を対象としている。平成28年度診療報酬改定において、脳卒中の後遺症による重度の意識障害者については、患者の状態が医療区分の1、2に相当する場合は療養病棟入院基本料の評価体系を踏まえた評価とする見直しを行った。
- ・ 障害者施設等入院基本料・特殊疾患病棟入院料等における「対象患者」について、病棟毎にみると、「対象患者」が90%以上入院している病棟が最も多かった。
- ・ 障害者施設等入院基本料における「対象患者」以外の患者のうち、脳卒中患者に着目すると、療養病棟入院基本料を算定する病棟における当該疾病の患者と、医療区分、患者の医療的な状態、医師による診察の頻度、看護師による看護提供の頻度について、類似していた。
- ・ 栄養サポートチームの介入終了時、一般病棟よりも障害者病棟において改善した割合が高く、栄養サポートチームの介入により、障害者病棟において、BMI及び血清アルブミン値が有意な改善が認められたという報告がある。

慢性期入院医療について

1. 慢性期入院医療を取りまく現状等について
2. 療養病棟入院基本料について
3. 障害者施設等入院基本料等について
4. 緩和ケア病棟入院料について
5. 有床診療所入院基本料等について
6. 論点

緩和ケア病棟入院料の経緯

中医協 総－1－2
3 . 1 0 . 2 7

平成2年度	緩和ケア病棟入院料2500点を新設
平成4年度	緩和ケア病棟入院料を2500から3000点へ見直し
平成6年4月	緩和ケア病棟入院料3000から3300点へ見直し 後天性免疫不全症候群を対象患者に含めることとした
平成6年10月	緩和ケア病棟入院料3300から3120点へ見直し
平成8年度	緩和ケア病棟入院料3120点から3600点へ見直し
平成12年度	緩和ケア病棟入院料3600点から3800点へ見直し
平成14年度	緩和ケア病棟入院料3800点から3780点へ見直し
平成24年度	緩和ケア病棟入院料について、入院日数に応じた点数へ見直し 30日以内4791点、31～60日4291点、61日以上3291点
平成28年度	緩和ケア病棟入院料に緩和ケア病棟緊急入院診療初期加算200点を新設
平成30年度	平均待機期間や在宅への移行実績に関する要件に応じ、入院料の区分を設けた (新) 緩和ケア病棟入院料1 30日以内 5,051点60日以内 4,514点61日以上 3,350点 [入院料1の施設基準]入院料2の施設基準に加え、以下のいずれかの要件を満たしていること。 ○ 以下のア及びイを満たしていること又はウを満たしていること。 ア 直近1年間の当該病棟における入院日数の平均が30日未満。 イ 当該病棟の入院患者について、入院の待機に係る期間の平均が14日未満であること。 ウ 直近1年間において、退院患者のうち、他の保険医療機関に転院した患者等以外の患者が15%以上であること。 (新) 緩和ケア病棟入院料2 30日以内 4,826点60日以内 4,370点61日以上 3,300点 [入院料2の施設基準]変更なし
令和2年度	緩和ケア病棟入院料1について、直近1年間の当該病棟における入院日数の平均が30日未満の要件を削除、他病棟、外来又は在宅における緩和ケア診療に係る項目の届出を要件とした

緩和ケア病棟入院料の見直し

- 緩和ケア病棟入院料について、待機患者の減少と在宅医療との連携を推進する観点から、平均待機期間や在宅への移行実績に関する要件に応じ、入院料の区分を設ける。

現行

【緩和ケア病棟入院料】

30日以内	4,926点
60日以内	4,400点
61日以上	3,300点



改定後

【緩和ケア病棟入院料】

(新) 緩和ケア病棟入院料1

30日以内	5,051点
60日以内	4,514点
61日以上	3,350点

(新) 緩和ケア病棟入院料2

30日以内	4,826点
60日以内	4,370点
61日以上	3,300点

[入院料1の施設基準]

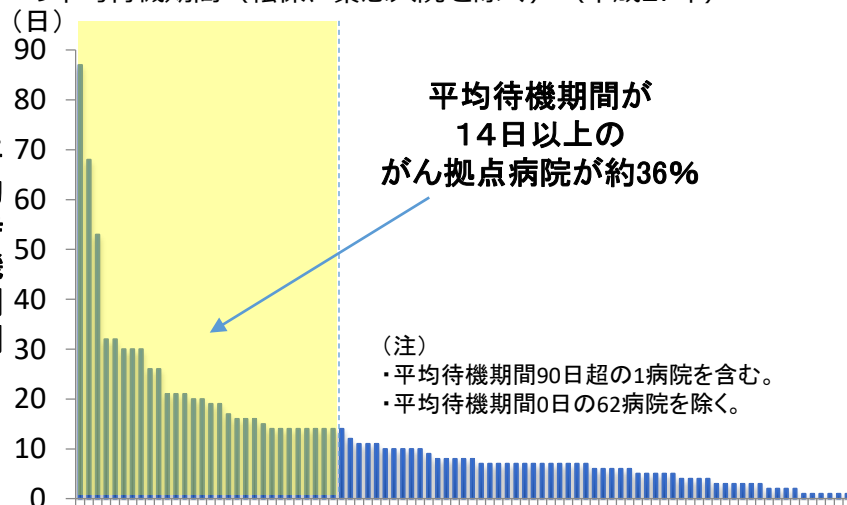
入院料2の施設基準に加え、以下のいずれかの要件を満たしていること。

- (1) 入院を希望する患者の速やかな受入れにつき十分な体制を有すること。
- (2) 在宅における緩和ケアの提供について、相当の実績を有していること。

[入院料2の施設基準]

現行と同様

緩和ケア病棟に入院した患者の申し込みから入院するまでの平均待機期間（転棟、緊急入院を除く）（平成27年）



緩和ケア病棟と地域との連携の推進

➤ 患者や家族の意向に沿いつつ、地域との連携を推進する観点から、緩和ケア病棟入院料1について、平均在院日数に係る要件を削除するとともに、他病棟、外来又は在宅における緩和ケア診療に係る項目の届出を要件とする。

現行

【緩和ケア病棟入院料1】
[施設基準(概要)]
○ 以下のア及びイを満たしていること又はウを満たしていること。

ア 直近1年間の当該病棟における入院日数の平均が30日未満。
⇒ 削除

イ 当該病棟の入院患者について、入院の待機に係る期間の平均が14日未満であること。

$$\left(\begin{array}{l} \text{緩和ケアを担当する医師等} \\ \text{から説明を受け、患者等が} \\ \text{入院の意思表示を行った日} \end{array} \right) - \left(\begin{array}{l} \text{患者が当該病棟に} \\ \text{入院した日} \end{array} \right) \leq \text{平均14日}$$

ウ 直近1年間において、退院患者のうち、他の保険医療機関に転院した患者等以外の患者が15%以上であること。



- (イ) 他の保険医療機関※1に転院した患者
- (ロ) 同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟※2への転棟患者
- (ハ) 死亡退院の患者

※1 療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を算定する病棟及び病室を除く。
※2 療養病棟入院基本料を算定する病棟を除く。

改定後

【緩和ケア病棟入院料1】
[施設基準(概要)]
○ 次のいずれかに係る届出を行っていること。

- ① 緩和ケア診療加算※1
- ② 外来緩和ケア管理料※1
- ③ 在宅がん医療総合診療料※2

※1 悪性腫瘍等で身体症状等を持つ入院患者又は外来患者について、緩和ケアチームによる診療が行われた場合に算定する。
※2 在宅での療養を行っている通院が困難な悪性腫瘍の患者に、往診及び訪問看護により24時間対応できる体制を確保し、総合的な医療を提供した場合に算定する。

○ 以下のア又はイを満たしていること。

ア 当該病棟の入院患者について、入院の待機に係る期間の平均が14日未満であること。(変更なし)

イ 直近1年間において、退院患者のうち、他の保険医療機関に転院した患者等以外の患者が15%以上であること。(変更なし)



緩和ケア病棟入院料の概要

中医協 総－1－2
3 . 1 0 . 2 7

- 緩和ケア病棟は、主として苦痛の緩和を必要とする悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者を入院させ、緩和ケアを行うとともに、外来や在宅への円滑な移行も支援する病棟であり、当該病棟に入院した緩和ケアを要する悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者について算定する。
- 悪性腫瘍の患者及び後天性免疫不全症候群の患者以外の患者が、当該病棟に入院した場合には、一般病棟入院基本料の特別入院基本料を算定する。

○ 緩和ケア病棟入院料1

30日以内 5,207点 31日以上60日以内 4,654点 61日以上 3,450点

○ 緩和ケア病棟入院料2

30日以内 4,970点 31日以上60日以内 4,501点 61日以上 3,398点

[入院料1の施設基準]

入院料2の施設基準に加え、以下の要件を満たしていること(一部抜粋)。

○ 以下のア又はイを満たしていること

ア) 当該病棟の入院患者について、入院の待機に係る期間の平均が14日未満であること

イ) 直近1年間に於いて、退院患者のうち、他の保険医療機関に転院した患者等以外の患者が15%以上であること。

○ 次のいずれかに係る届出を行っていること。

① 緩和ケア診療加算※1

② 外来緩和ケア管理料※1

③ 在宅がん医療総合診療料※2

[入院料2の施設基準]

○ 看護配置7対1、緩和ケアを担当する常勤の医師を1名以上配置

○ がん診療の拠点となる病院若しくは公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれらに準ずる病院であること 等

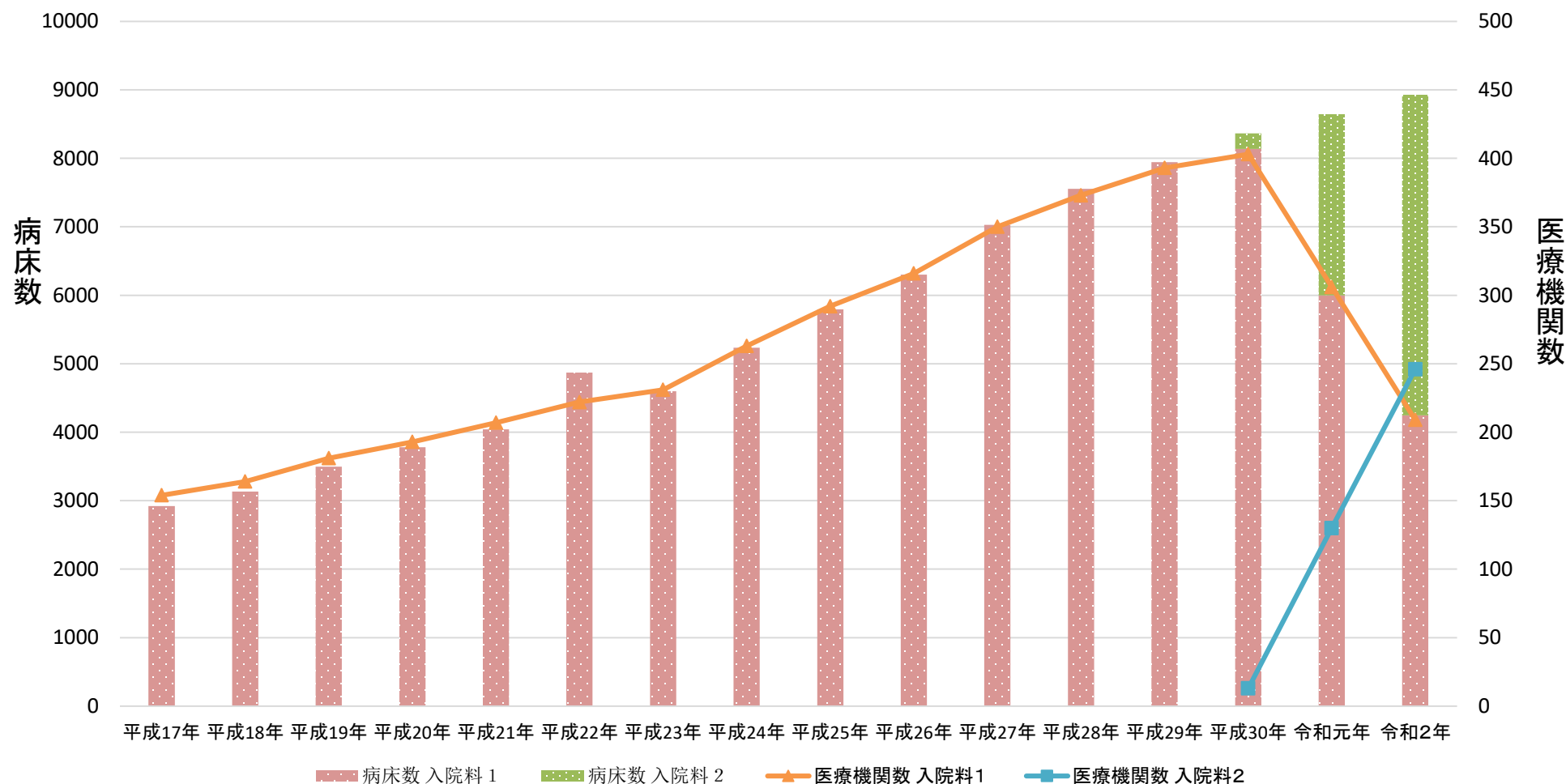
※1 悪性腫瘍等で身体症状等を持つ入院患者又は外来患者について、緩和ケアチームによる診療が行われた場合に算定する。

※2 在宅での療養を行っている通院が困難な悪性腫瘍の患者に、往診及び訪問看護により24時間対応できる体制を確保し、総合的な医療を提供した場合に算定する。

緩和ケア病棟入院料を算定している医療機関数・病床数の推移

中医協 総－1－2
3. 10. 27 (改)

○ 緩和ケア病棟入院料を算定している医療機関数・病床数は、年々増加している。



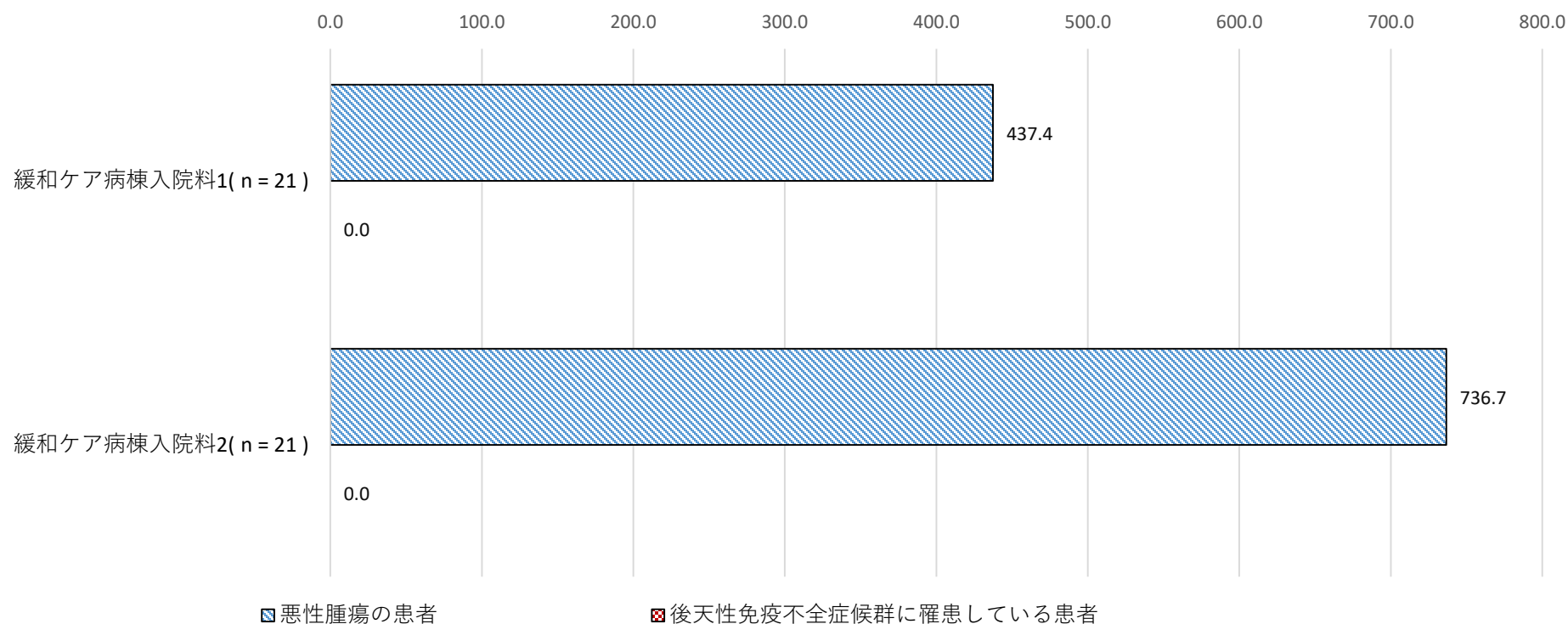
※保険局医療課調べ

緩和ケア病棟入院料における入院患者について

中医協 総－1－2
3 . 1 0 . 2 7

○ 緩和ケア病棟に入院している患者の疾患については、以下のとおりであった。

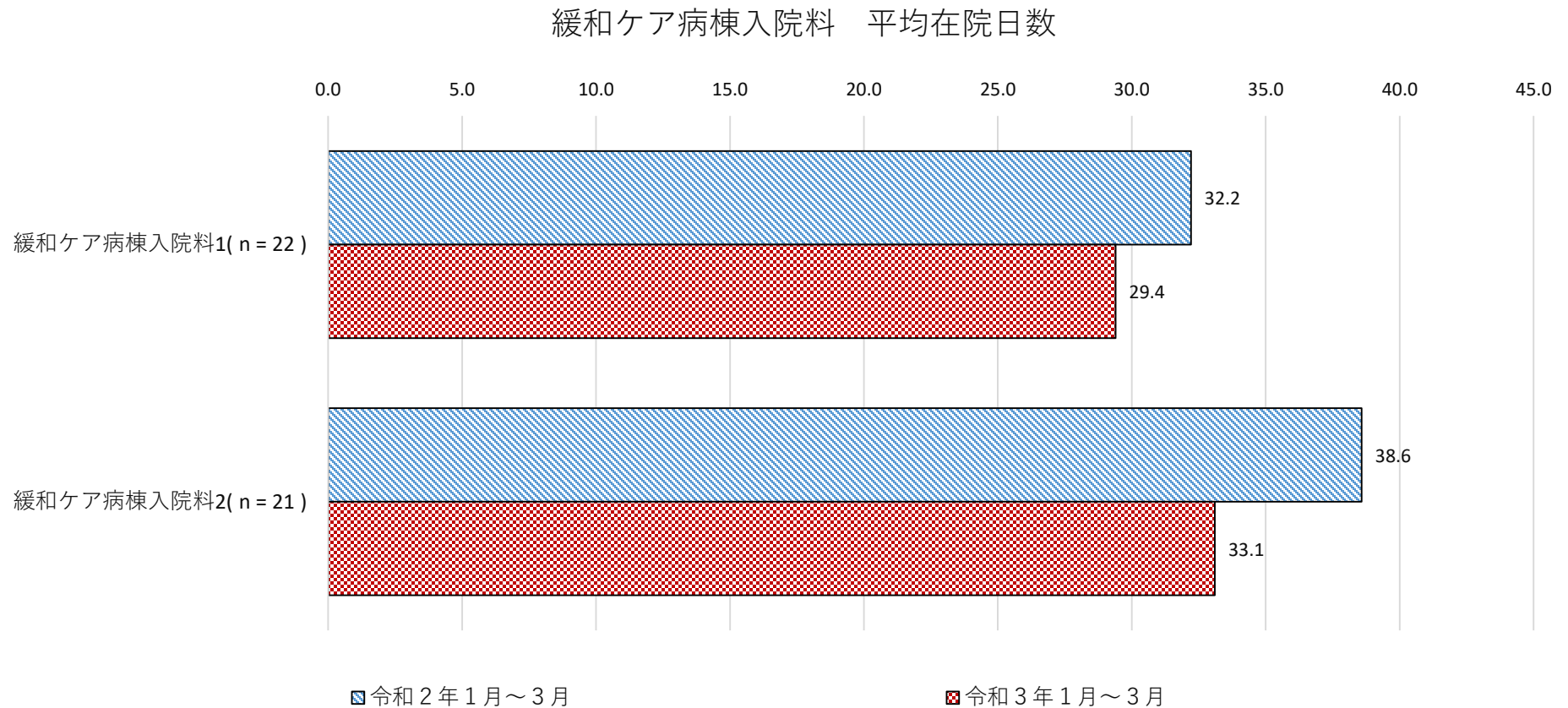
緩和ケア病棟入院料 疾患ごとの患者数（令和2年6月1日から令和3年5月31日）
（病棟あたり）



緩和ケア病棟入院料における平均在院日数

中医協 総－1－2
3 . 1 0 . 2 7

○ 緩和ケア病棟における平均在院日数は以下のとおりであった。

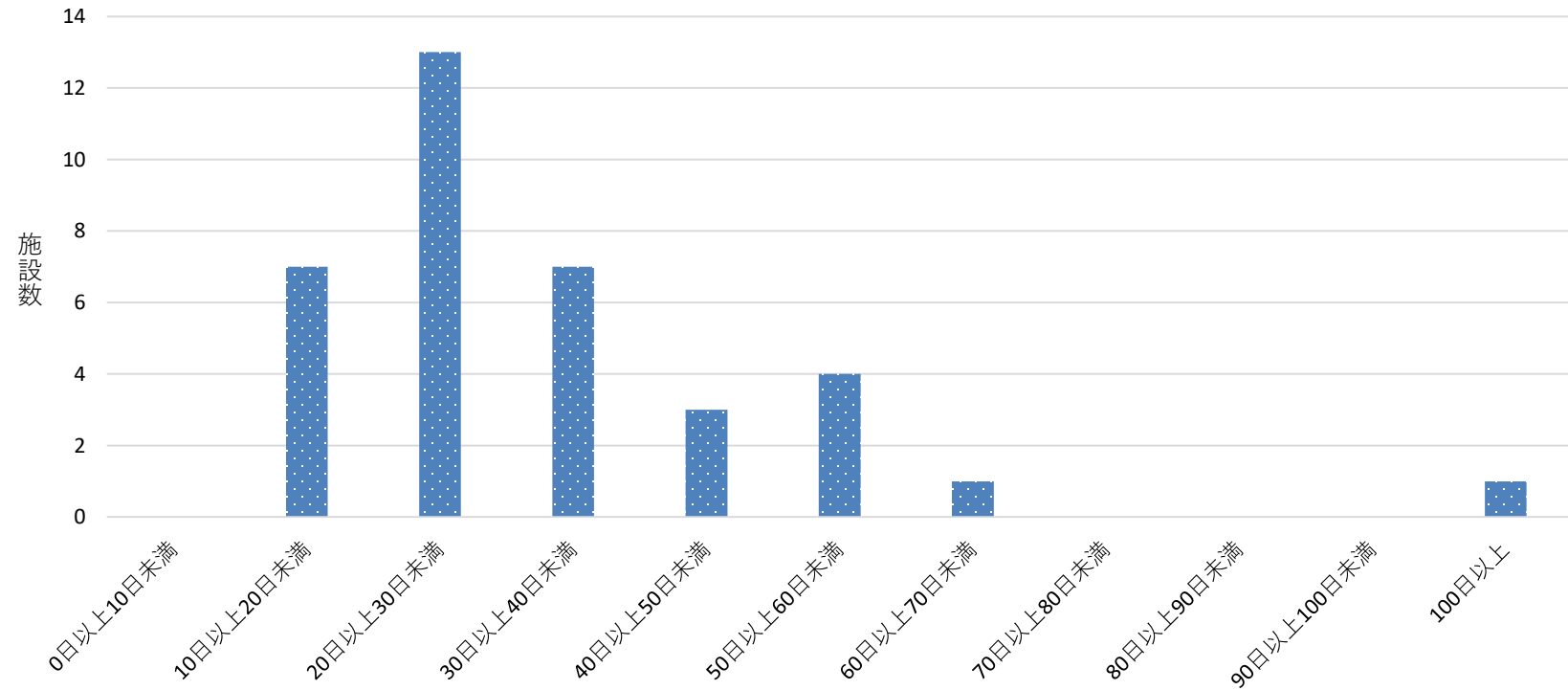


平均在院日数について

中医協 総－1－2
3 . 1 0 . 2 7

- 緩和ケア病棟における、平均在院日数の医療機関分布は以下のとおり。
- 「20日以上30日未満」の医療機関が最多であった。

緩和ケア病棟の平均在院日数(n=36)
(令和3年1～3月)

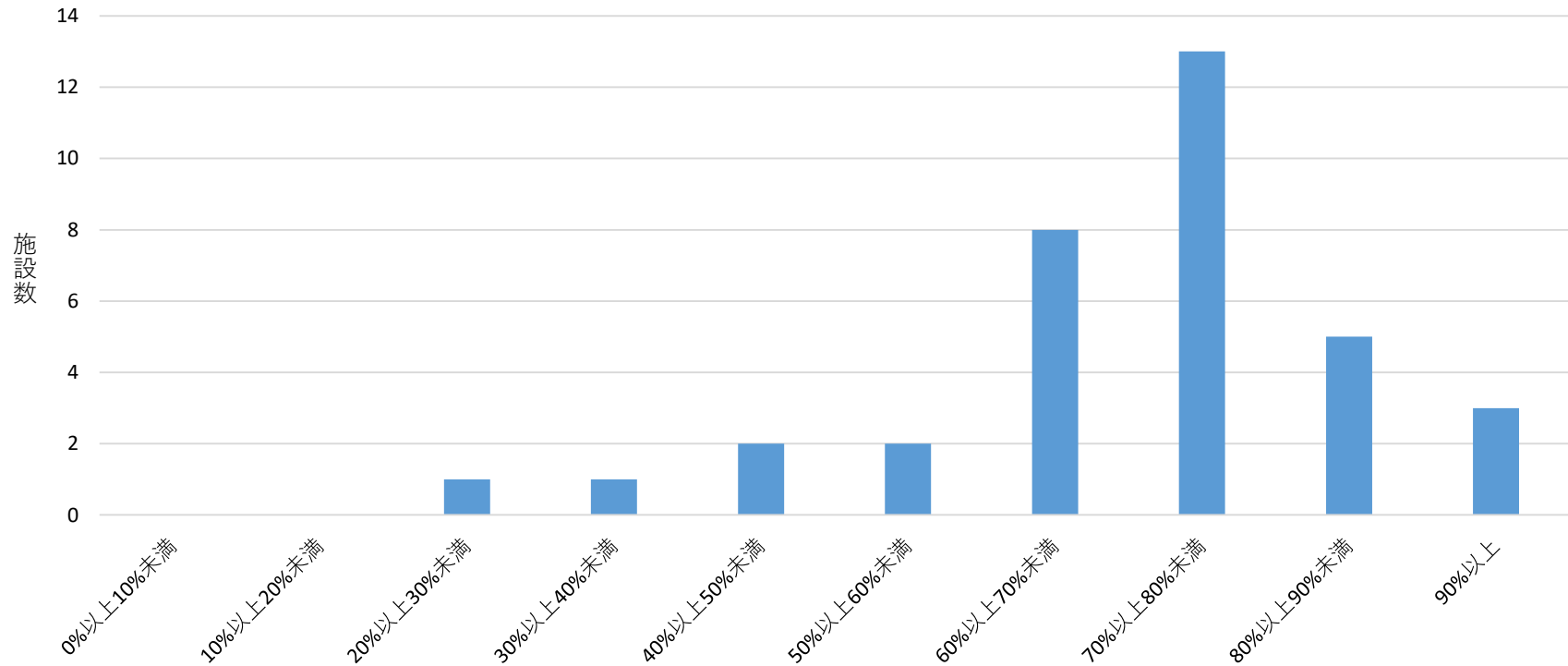


病床利用率について

中医協 総－1－2
3 . 1 0 . 2 7

- 緩和ケア病棟における、病床利用率の医療機関分布は以下のとおり。
- 「70%以上80%未満」の医療機関が最多であった。

緩和ケア病棟の病床利用率(n=35)
(令和3年1～3月)



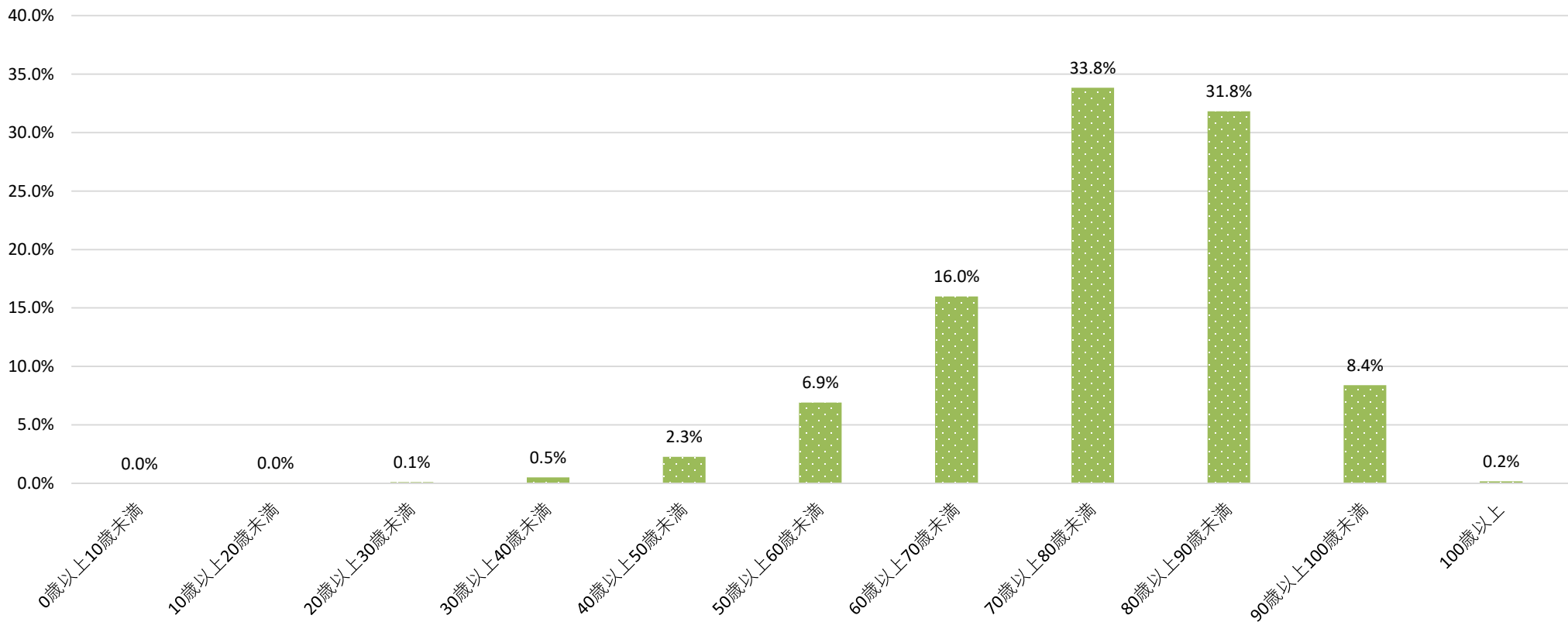
緩和ケア病棟に入院する患者の年齢について

中医協 総－1－2
3 . 1 0 . 2 7

- 緩和ケア病棟に入院した患者の、入院時年齢の分布は以下のとおり。
- 「70歳以上80歳未満」の患者が最多であった。

令和3年1月から3月緩和ケア病棟入院時年齢区分別患者割合

411施設(n=19467)

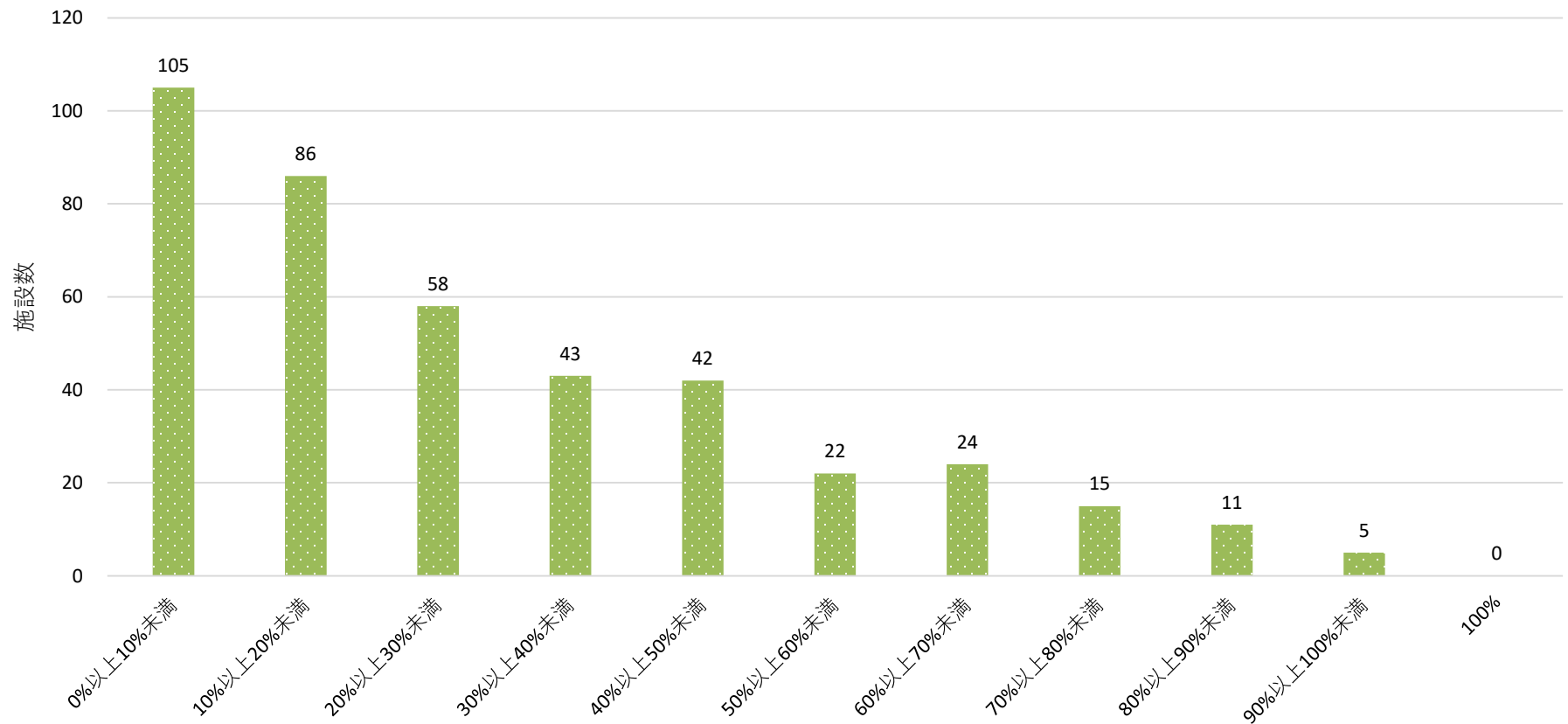


緊急入院について

中医協 総－1－2
3 . 1 0 . 2 7

○ 令和3年1月から3月の間に緩和ケア病棟に入院した患者について、入院経路が緊急入院であった患者の割合は以下のとおり。

令和3年1～3月緊急入院患者の割合
(n=411)

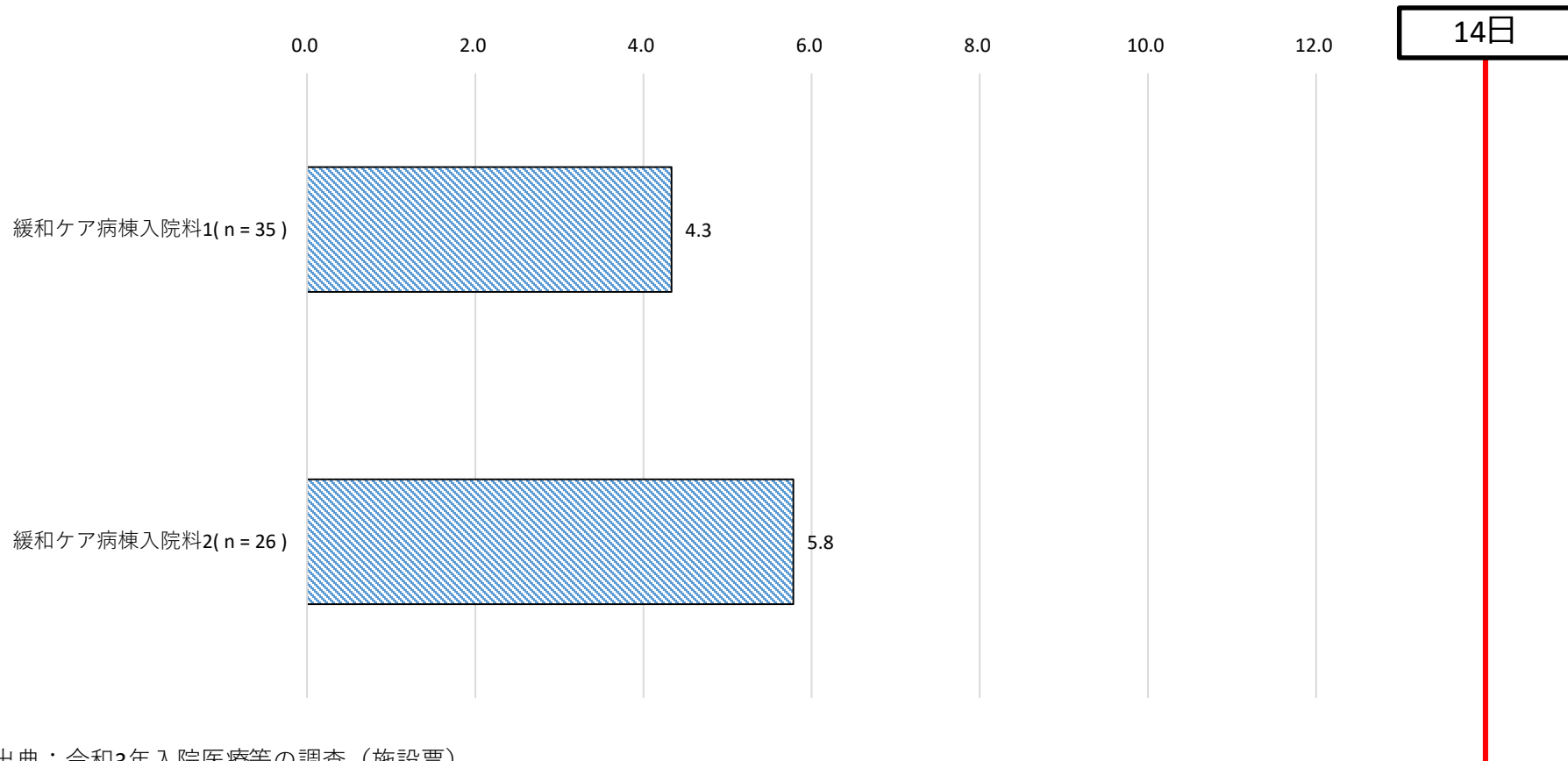


緩和ケア病棟入院料の施設基準について①

中医協 総-1-2(改)
3 . 1 0 . 2 7

- 入院料1について要件として設けられている、「当該病棟内の緩和ケアを担当する常勤の医師又は当該医師の指示を受けた看護職員から説明を受けた上で、患者等が文書又は口頭で入院の意思表示を行った日」から、「患者が当該病棟に入院した日」までの期間の平均値は以下のとおり。
- 入院料1及び2ともに、入院料1の施設基準である 14日以内を大きく下回っていた。

「当該病棟内の緩和ケアを担当する常勤の医師又は当該医師の指示を受けた看護職員から説明を受けた上で、患者等が文書又は口頭で入院の意思表示を行った日」から、「患者が当該病棟に入院した日」までの期間（平均）
（令和2年6月1日から令和3年5月31日）（一施設あたり）



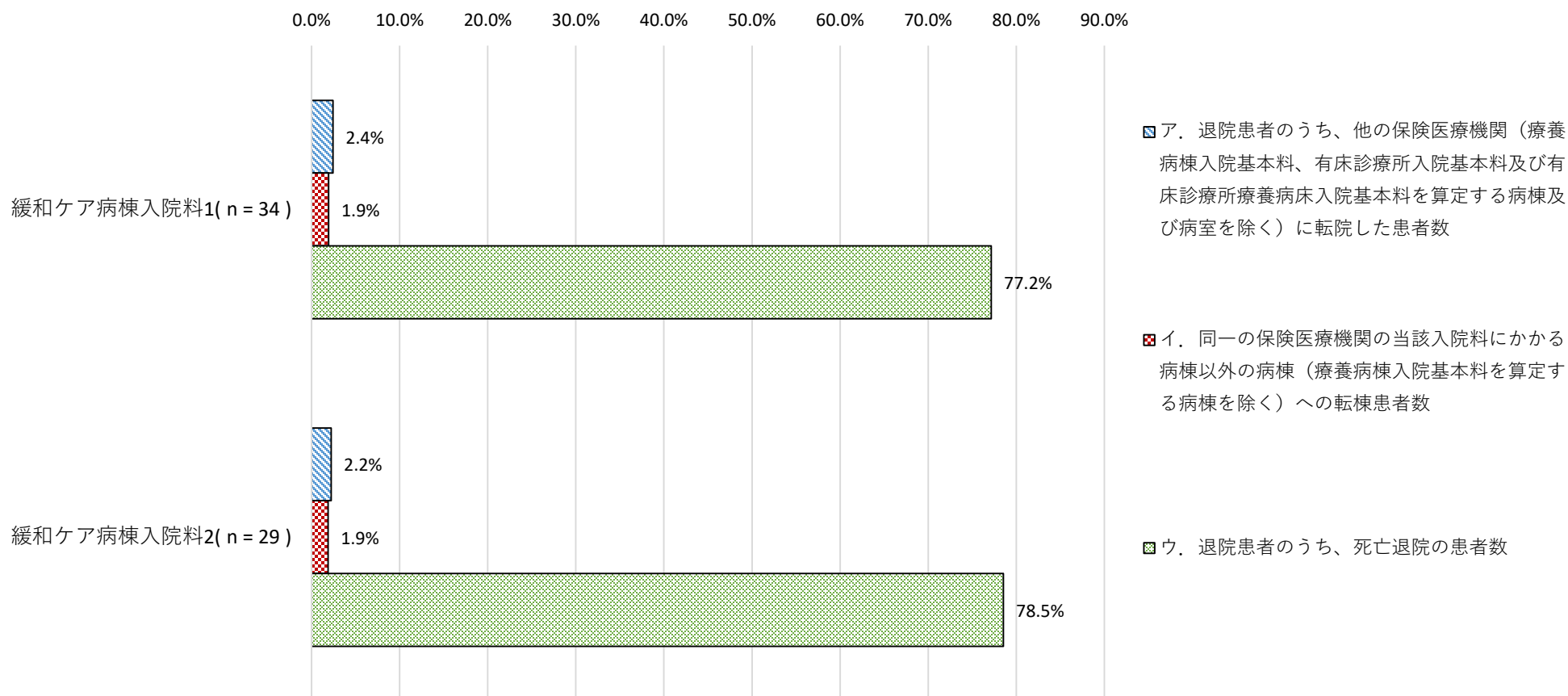
出典：令和3年入院医療等の調査（施設票）

緩和ケア病棟入院料の施設基準について②

中医協 総-1-2(改)
3 . 1 0 . 2 7

- 入院料1について要件として設けられている、「直近1年間に於いて、退院患者のうち、他の保険医療機関に転院した患者等以外の患者が15%以上であること。」に関連して、他の保険医療機関に転院した患者等の割合の平均値は以下のとおり。

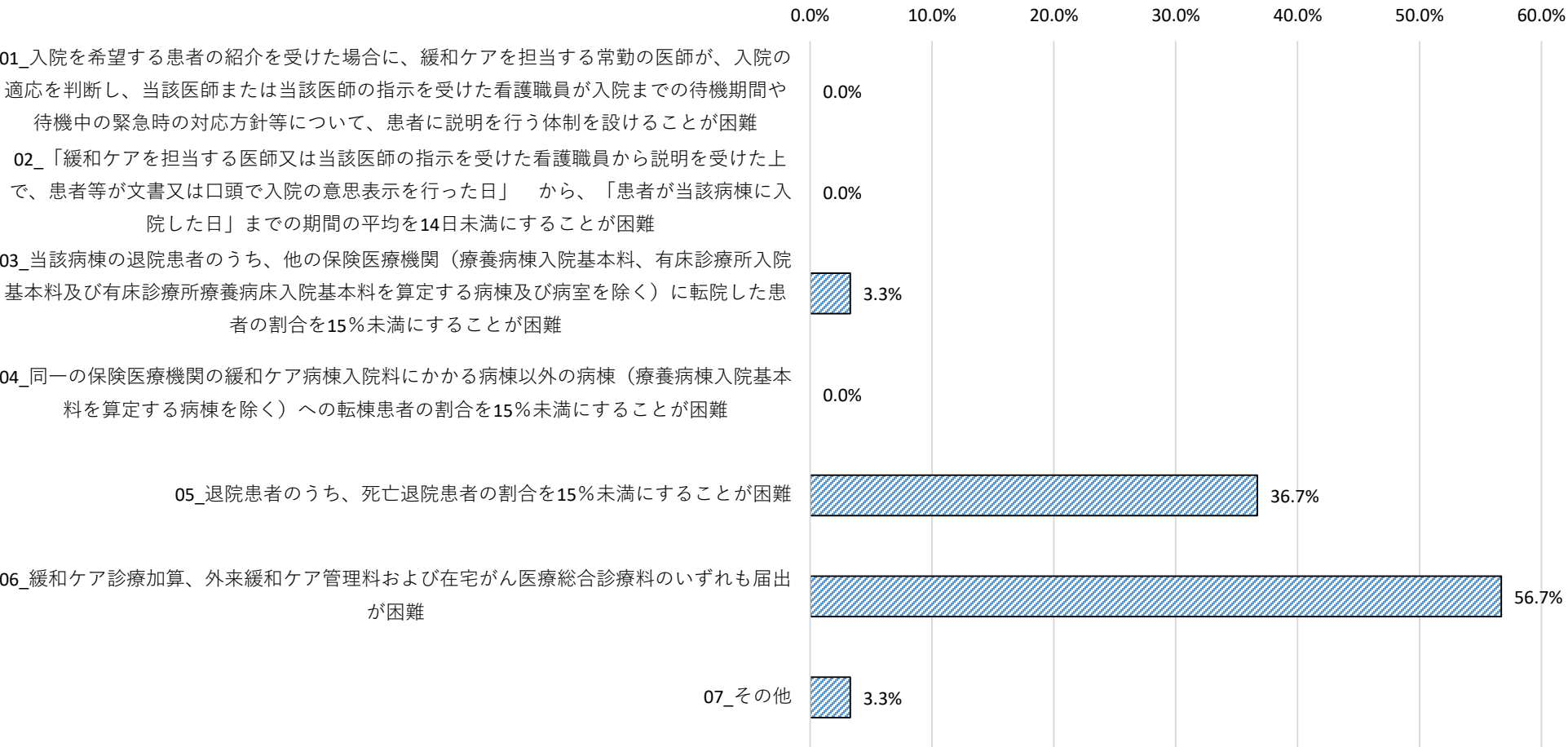
緩和ケア病棟入院料 各退院・転棟患者数の退院患者に占める割合（一施設あたり）



緩和ケア病棟入院料の施設基準について③

- 緩和ケア病棟入院料2を算定している医療機関について、入院料1を算定できない理由は以下のとおり。
- 「緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料、在宅がん医療総合診療料のいずれも届出が困難」が最多であった。

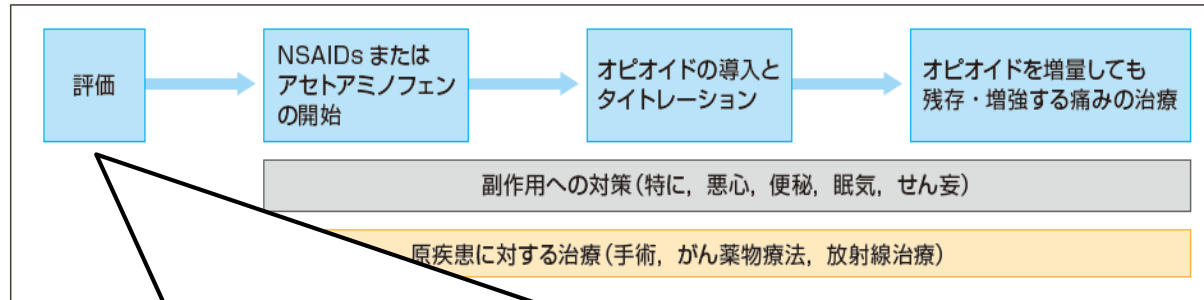
緩和ケア病棟入院料2を算定している施設において 緩和ケア病棟入院料 1 を算定できない理由（最も該当するもの）



がん疼痛治療の概要について

- 「新版がん緩和ケアガイドブック」(日本医師会監修、厚生労働科学特別研究事業「適切な緩和ケア提供のための緩和ケアガイドブックの改訂に関する研究」班)において、がん疼痛治療の概要が以下のとおり示されている。「疼痛の評価は、患者自身が痛みをどのように感じているかを評価することがゴールドスタンダードである」とされており、評価に当たっては、疼痛の強さや疼痛のパターン等を評価することとされている。

がん疼痛治療の概要



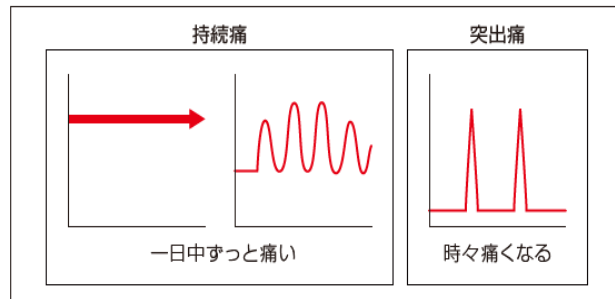
疼痛の評価の内容(一部抜粋)

疼痛の強さ

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

疼痛の強さをNRS (Numerical Rating Scale) で表してもらう。現在の強さ、24時間を平均した場合の強さ、1日のうち最小・最大の強さを聞く。一般的に0～3点を軽度の疼痛、4～6点を中等度の疼痛、7点以上を強い疼痛と考える。

疼痛のパターン



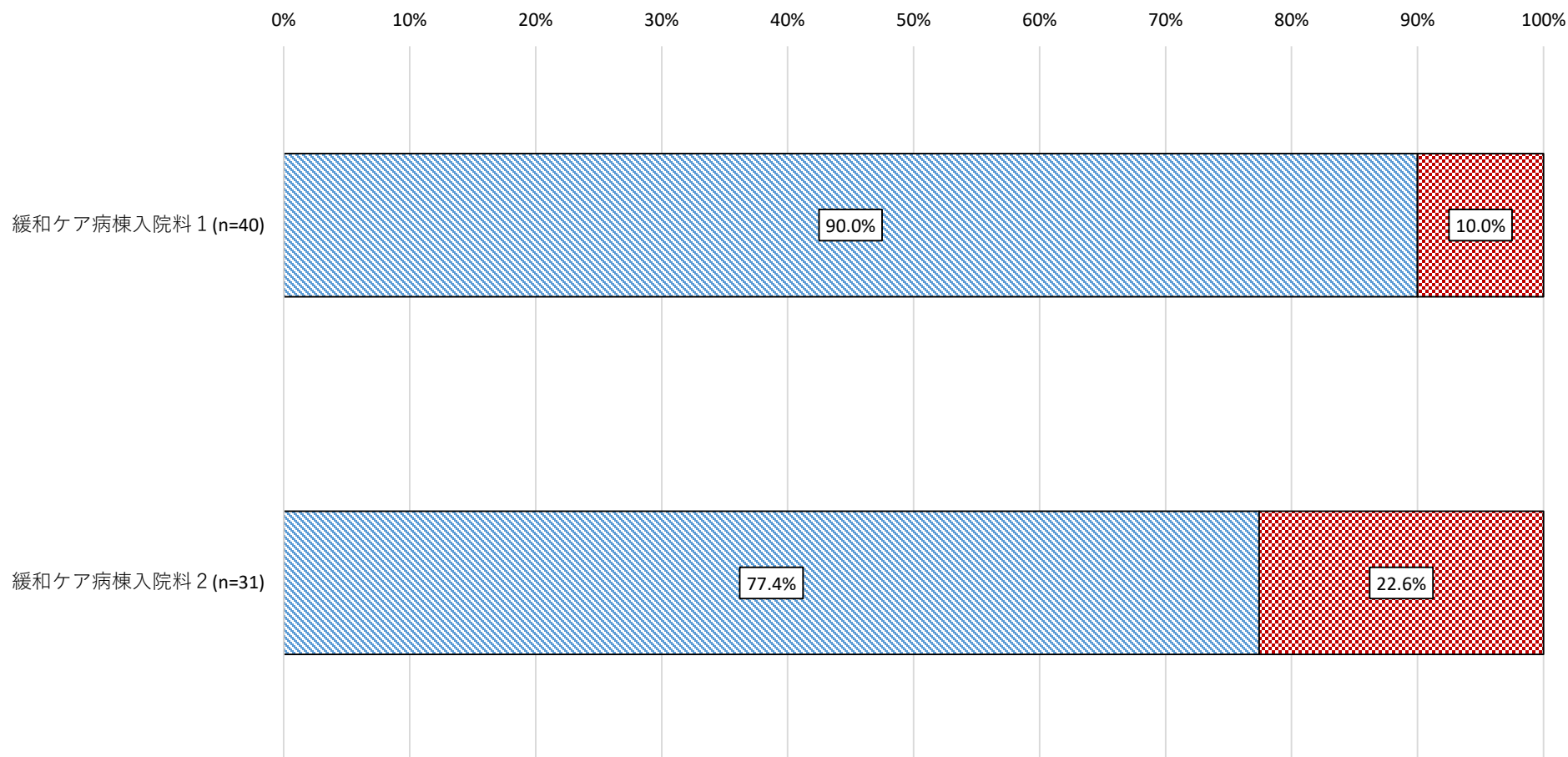
疼痛のパターンには、大きく分けて、持続痛(1日を通して続く痛み)と突出痛(1日に数回ある強い痛み)がある。疼痛のパターンを知ることは、治療方針を決定することに役立つ。

緩和ケア病棟入院料における疼痛の評価について

中医協 総－1－2
3 . 1 0 . 2 7

- 緩和ケア病棟において、「数字等を用いた評価」を実施している施設の割合は以下のとおりであり、入院料1では約1割、入院料2では約2割の施設において実施されていなかった。

「新版がん緩和ケアガイドブック」等にある、疼痛の数字等を用いた評価



出典：令和3年入院医療等の調査（施設票）

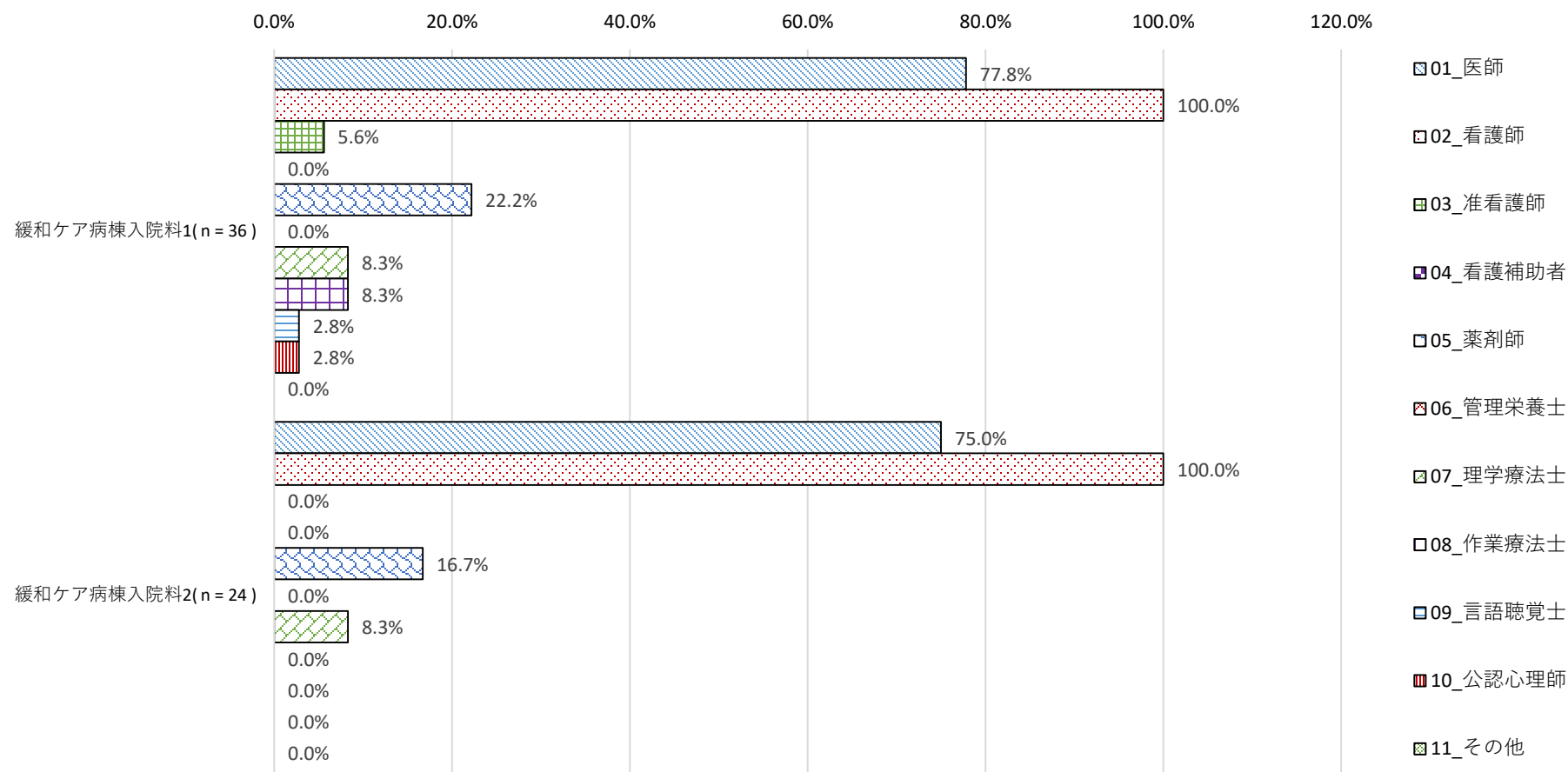
■ 評価を行っている ■ 評価を行っていない

緩和ケア病棟入院料における疼痛の評価について

中医協 総－１－２
３．１０．２７

○ 疼痛の数字等を用いた評価を実施している職種の割合は以下のとおりであり、看護師が最も多かった。

「新版がん緩和ケアガイドブック」等にある、疼痛の数字等を用いた評価を実施している職種
(回答施設数 入院料１：３６、入院料２：２４) (回答数 入院料１：８２、入院料２：４８)

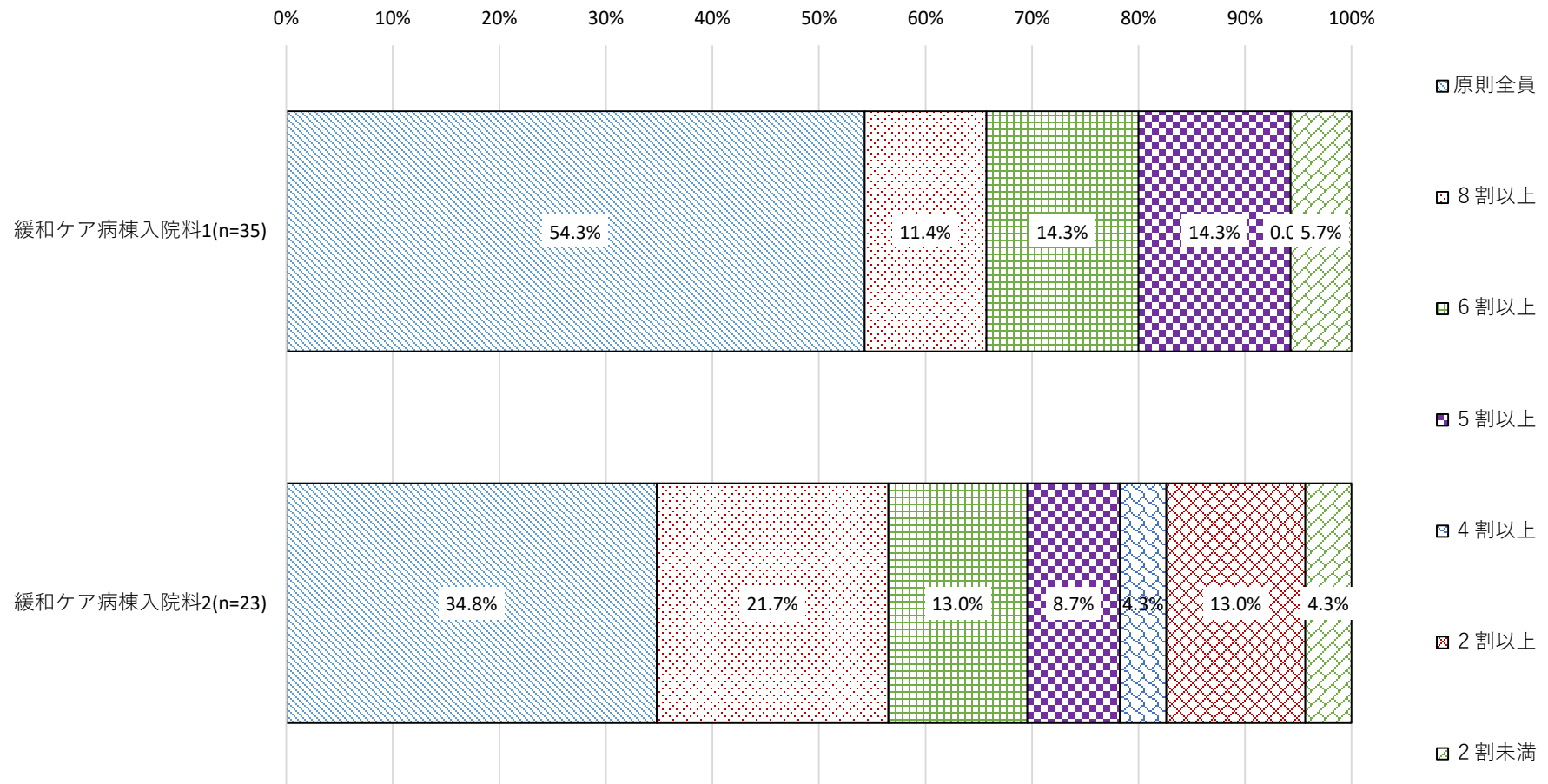


緩和ケア病棟入院料における疼痛の評価について

中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

- 疼痛の数値を用いた評価を行っている施設について緩和ケア病棟内の何割の患者に対して実施しているかの結果は以下のとおりであった。
- 原則全員、が最も多い一方、2割未満との回答も約5%みられた。

緩和ケア病棟内の何割くらいの患者に対して、疼痛の数値を用いた評価を行っているか（令和3年5月の1か月）



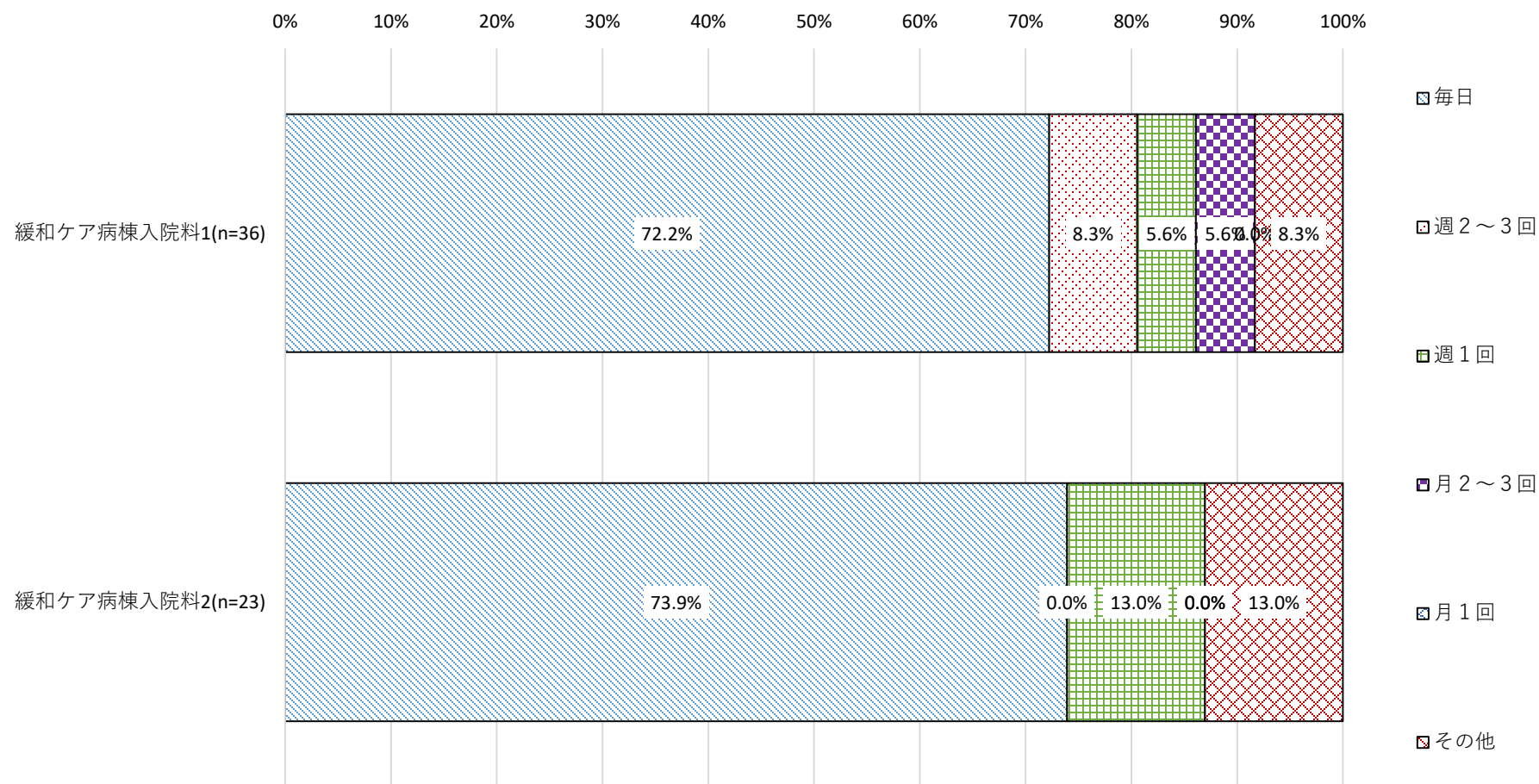
出典：令和3年入院医療等の調査（施設票）

緩和ケア病棟入院料における疼痛の評価について

中医協 総－1－2
3 . 1 0 . 2 7

- 疼痛の数値を用いた評価を行っている施設について、評価を実施している頻度は以下のとおりであった。
- 毎日、が最も多かった。

「新版がん緩和ケアガイドブック」等にある、疼痛の数値等を用いた評価を実施することとしている頻度
(令和3年5月の1か月)



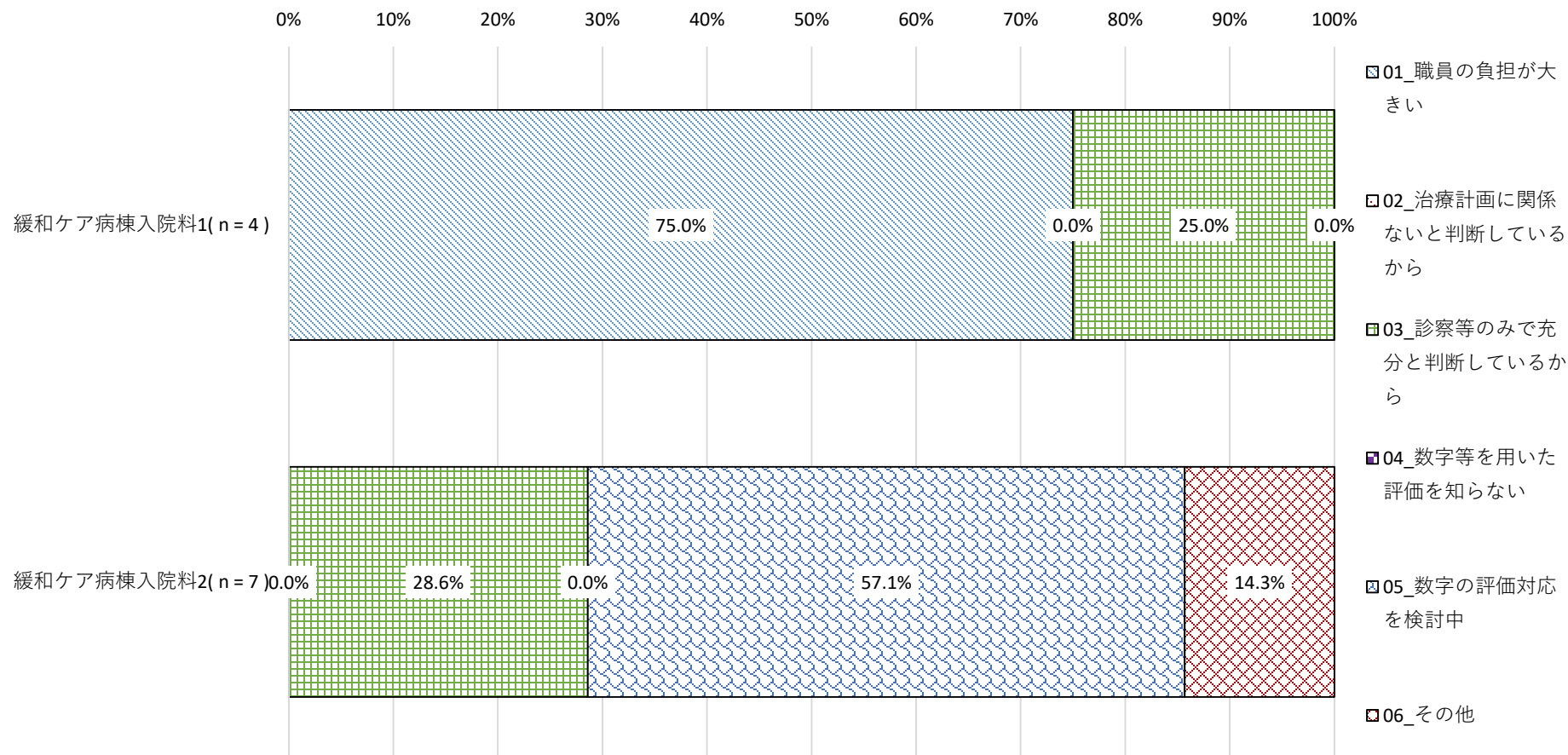
出典：令和3年入院医療等の調査（施設票）

緩和ケア病棟入院料における疼痛の評価について

中医協 総－1－2
3 . 1 0 . 2 7

○ 疼痛の数字等を用いた評価を行っていない理由は以下のとおりであり、入院料1においては「職員の負担が大きい」が最も多かった。入院料2においては、「対応を検討中」が最も多かった。

「新版がん緩和ケアガイドブック」等にある、疼痛の数字等を用いた評価を行っていない理由



緩和ケア病棟入院料に係る課題（小括）

（1）緩和ケア病棟入院料の概要

- ・ 緩和ケア病棟入院料は平成2年に、主として苦痛の緩和を必要とする悪性腫瘍の患者を入院させ、緩和ケアを行うとともに、外来や在宅への円滑な移行も支援する病棟として新設された。平成30年以後は、緩和ケア病棟入院料1を算定している医療機関数・病床数が減少し、入院料2を算定している医療機関数・病床数が増加している。
- ・ 緩和ケア病棟に入院した患者の疾患はほとんどが悪性腫瘍の患者であった。
- ・ 緩和ケア病棟入院料2を算定している医療機関について、入院料1を算定できない理由は、「緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料、在宅がん医療総合診療料のいずれも届出が困難」が最多であった。

（2）がん患者疼痛に係る数字等を用いた評価について

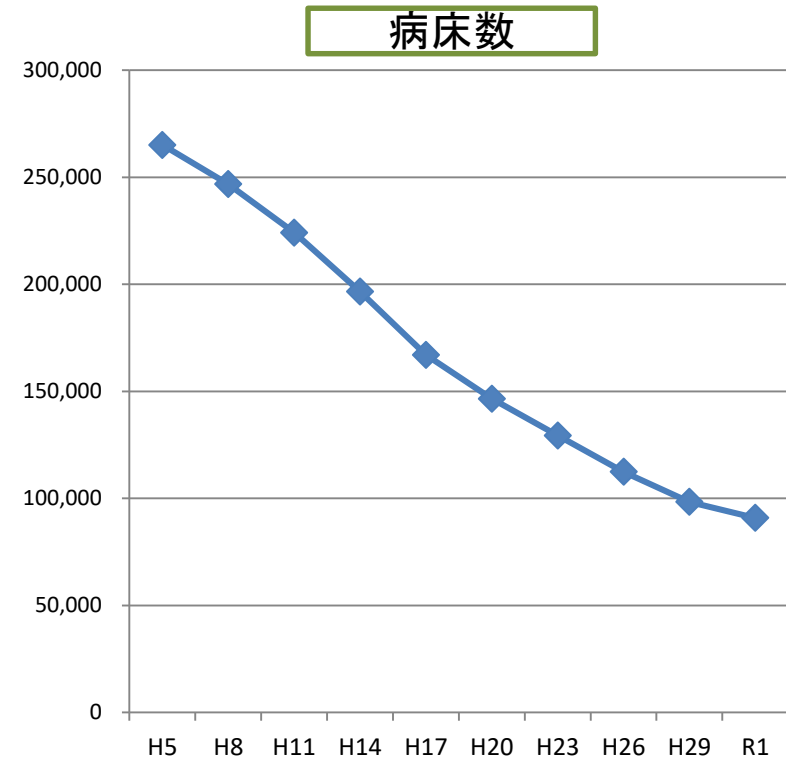
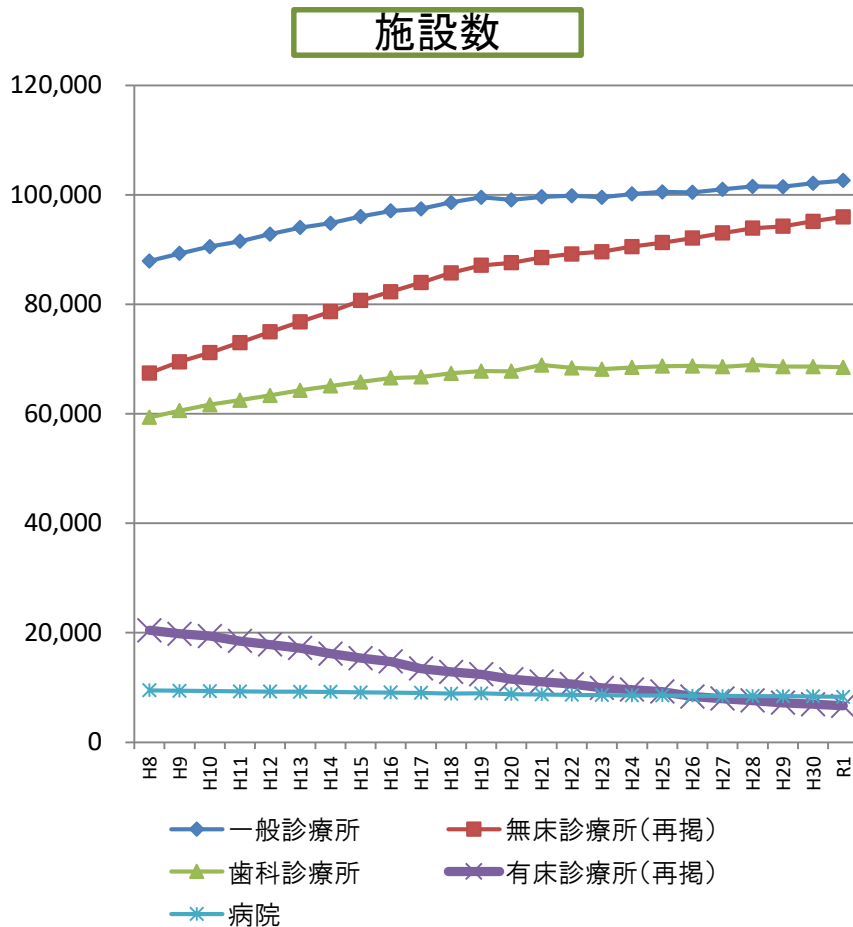
- ・ 「新版がん緩和ケアガイドブック」（日本医師会監修、厚生労働科学特別研究事業「適切な緩和ケア提供のための緩和ケアガイドブックの改訂に関する研究」班）において、がん疼痛治療の概要が示されており、「疼痛の評価は、患者自身が痛みをどのように感じているかを評価することがゴールドスタンダードである」とされており、評価に当たっては、疼痛の強さや疼痛のパターン等を評価することとされている。
- ・ 緩和ケア病棟において、「数字等を用いた評価」を実施している施設の割合は、入院料1では約1割、入院料2では約2割の施設において実施されていなかった。
- ・ 「数字等を用いた評価」を行っている施設における実施患者の割合は、原則全員、が最も多い一方、2割未満も約5%みられた。また、評価を実施している頻度は、毎日、が最も多かった。
- ・ 評価を行っていない理由は、入院料1においては、「職員の負担が大きい」が最も多かった。

慢性期入院医療について

1. 慢性期入院医療を取りまく現状等について
2. 療養病棟入院基本料について
3. 障害者施設等入院基本料等について
4. 緩和ケア病棟入院料について
5. 有床診療所入院基本料等について
6. 論点

医療施設数・病床数の年次推移

- 医療施設数の年次推移は、無床一般診療所は増加傾向、有床一般診療所は減少傾向である。
- また、有床診療所の病床数は、経年的に減少している。



有床診療所入院基本料等の算定回数等の推移

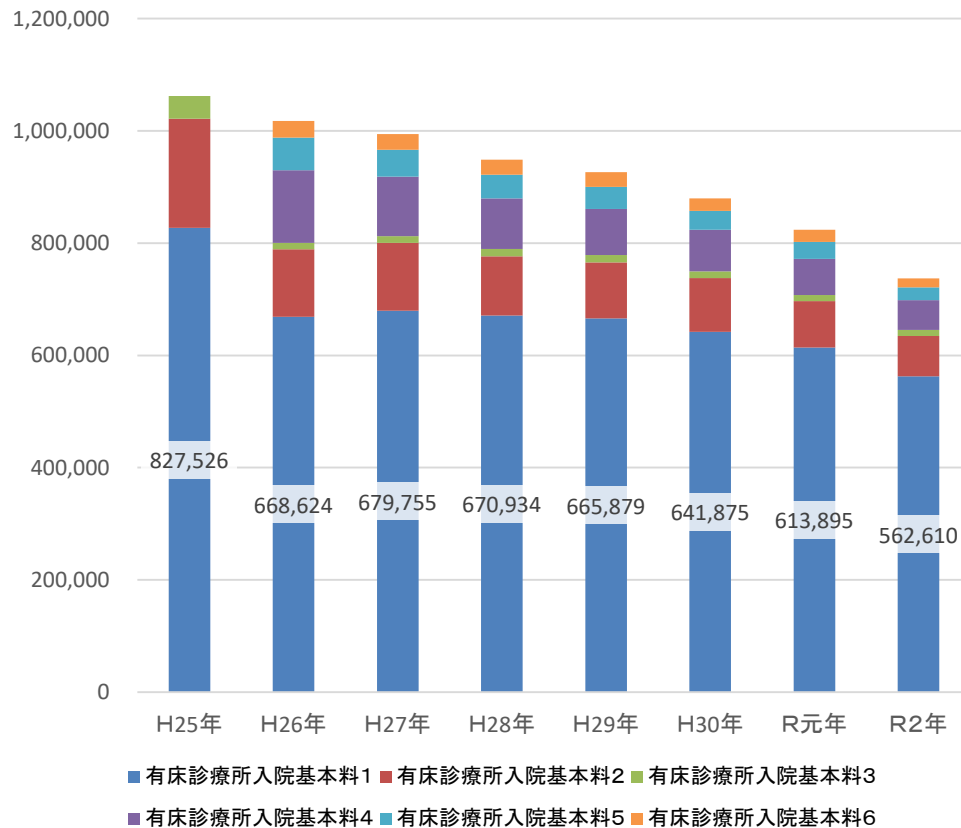
A108 有床診療所入院基本料1～6

917～480点

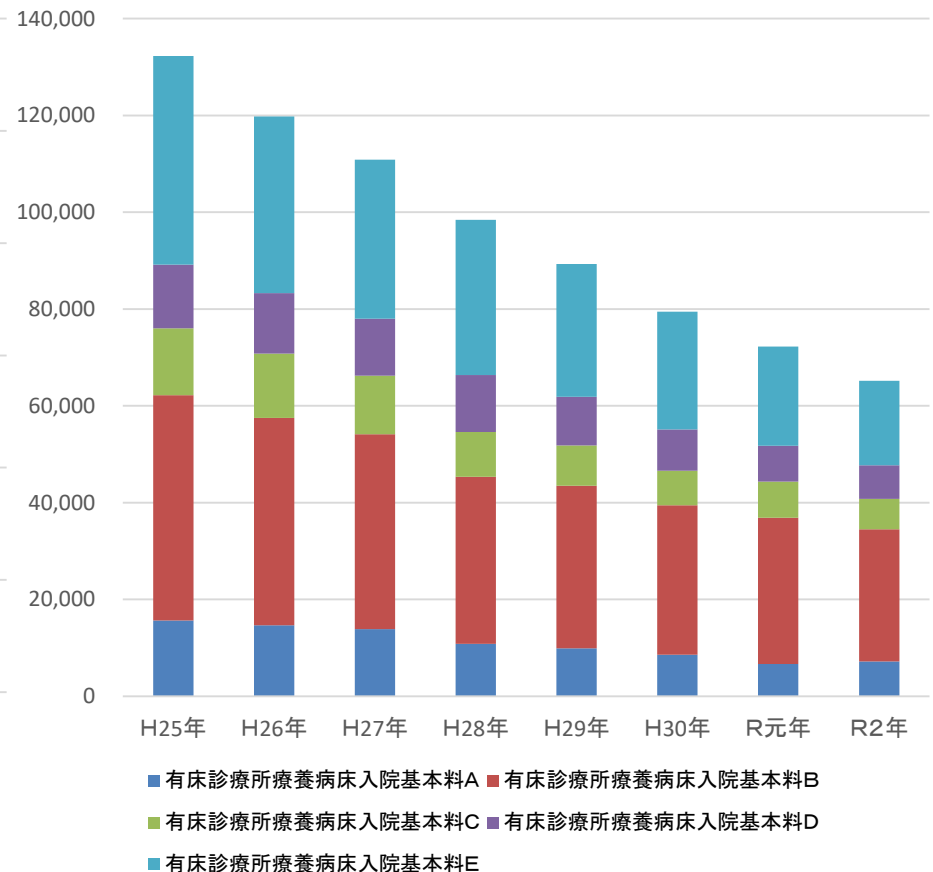
A109 有床診療所療養病床入院基本料A～E

1,057～564点 (生活療養を受ける場合 1,042～549点)

有床診療所入院基本料1～6



有床診療所療養病床入院基本料A～E



有床診療所一般病床初期加算等の概要

A108 有床診療所入院基本料

注3 有床診療所一般病床初期加算(14日を限度) 150点

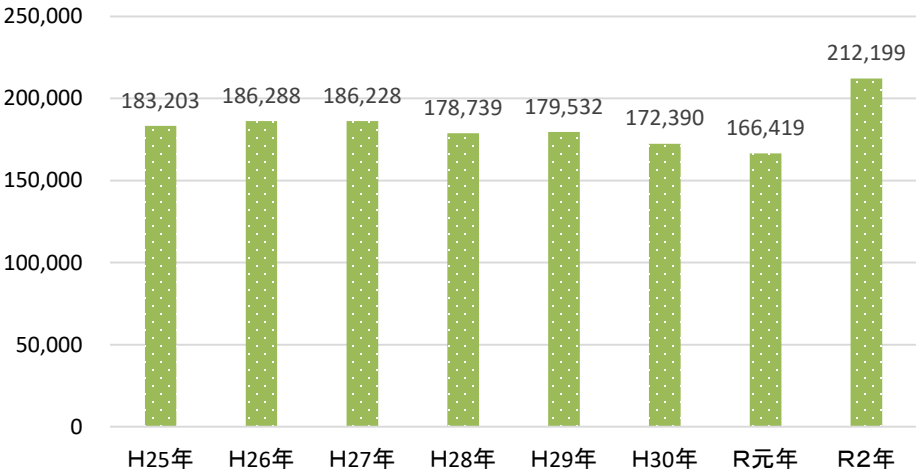
入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者について、転院又は入院した日から起算して7日を限度として加算する。

A109 有床診療所療養病床入院基本料

注6 救急・在宅等支援療養病床初期加算(14日を限度) 150点

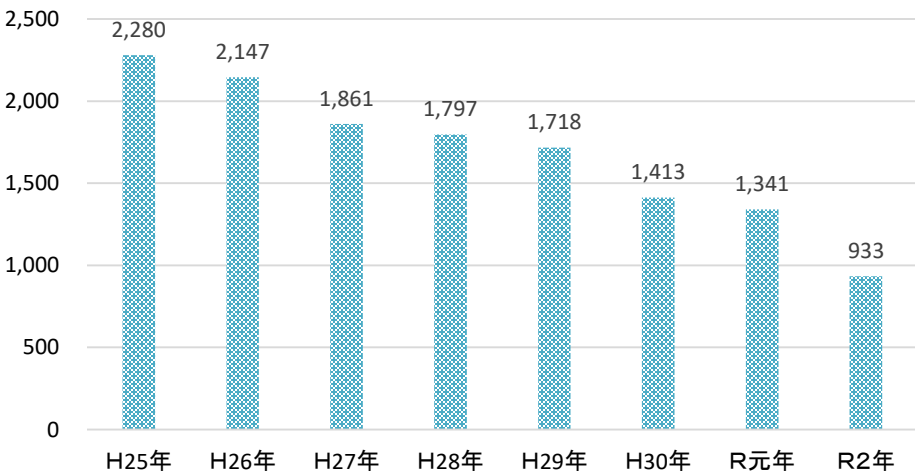
入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者について、転院又は入院した日から起算して14日を限度として加算する。

有床診療所一般病床初期加算



	H30	R元	R2
有床診療所入院基本料 (算定回数)	888,950	832,447	741,747
有床診療所一般病床初期 加算の算定割合	19.4%	20.0%	28.6%

救急・在宅等支援療養病床初期加算



	H30	R元	R2
有床診療所療養病床 入院基本料(算定回数)	80,151	72,931	65,751
救急・在宅等支援療養病床 初期加算の算定割合	1.8%	1.8%	1.4%

出典：社会医療診療行為別統計（平成27年より）、社会医療診療行為別調査（平成26年まで）（各年6月審査分）
保険局医療課調べ（各年7月1日時点）

有床診療所の機能に応じた評価

中	医	協	総	-	2	
2	5	.	1	2	.	4

病院



①病院からの早期退院患者の受入れ

有床診療所



専門医療を担う機能
→個々の技術の評価で対応

在宅医療の拠点機能
→在宅療養支援診療所及び機能強化型
在宅療養支援診療所に係る評価で対応

終末期医療を担う機能
→看取り加算で対応

③有床診療所が持つ複数の機能

介護施設等



②在宅患者等の急変時の受入れ

自宅



今回の見直しでは、機能に応じた評価について、①病院からの早期退院患者の受入れ機能、②在宅患者等の急変時の受入れ機能、③有床診療所が持つ複数の機能の評価について見直しを図ることとしてはどうか。

有床診療所の地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)での運用の支援

- 介護サービスを提供している有床診療所について、入院基本料1から3までの要件を緩和する。

現行(有床診療所入院基本料1～3の施設基準(抜粋))

在宅療養中の患者への支援に関する実績(介護サービスの提供を含む)、専門医療等の実施に関する実績、急性期病院からの患者の受け入れに関する実績、医療機関の体制等に係る11の施設基準のうち、2つ以上に該当すること。



改定後(有床診療所入院基本料1～3の施設基準(抜粋))

次のいずれかに該当すること。

- ① 介護サービスを提供していること。
- ② 在宅療養中の患者への支援に関する実績、専門医療等の実施に関する実績、急性期病院からの患者の受け入れに関する実績、医療機関の体制等に係る10の施設基準のうち、2つ以上に該当すること。

- 介護サービスを提供している有床診療所について、高齢患者等に対する入院受入れに係る評価を新設する。

(新) 介護連携加算1 192点(1日につき)

(新) 介護連携加算2 38点(1日につき)

[算定要件] (1) 65歳以上又は40歳以上の要介護・要支援被保険者の患者。
(2) 入院日から起算して15日以降30日までの期間に限り算定。

[施設基準]

介護連携加算1 (1) 有床診療所入院基本料1又は2の届出を行っている。
(2) 介護サービスを提供している。

介護連携加算2 (1) 有床診療所入院基本料3に係る届出を行っている。
(2) 介護サービスを提供している。

- 有床診療所在宅復帰機能強化加算の平均在院日数に係る要件等を見直す。

現行(点数、施設基準(抜粋))

入院日から起算して15日以降に1日につき5点

(3) 平均在院日数が60日以内であること。



改定後(点数、施設基準(抜粋))

入院日から起算して15日以降に1日につき20点

(3) 平均在院日数が90日以内であること。

<参考>有床診療所のモデル分析

	主に地域医療を担う有床診療所 ⇒地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)	主に専門医療を担う有床診療所 ⇒専門医療提供モデル
入院患者の年齢・特徴	医療と介護のニーズを併せ持つ高齢者	専門的な医療ニーズのある患者 (相対的に若くADLが自立している患者が多い)
在院日数	相対的に長い	短期滞在(高回転型)
総点数における各診療行為の内訳	入院料等の割合が相対的に高い	検査・手術の割合が高い
病床稼働率	(休眠していない病床の)稼働率は高い	必ずしも高くない
典型的な診療科	内科、外科	眼科、耳鼻咽喉科

救急・在宅等支援病床初期加算等の見直し

救急・在宅支援病床初期加算の見直し

- 地域包括ケア病棟入院料及び療養病棟入院基本料の救急・在宅等支援病床初期加算について、急性期医療を担う一般病棟からの患者の受入れと、在宅からの受入れを分けて評価する。

現行

当該病棟(地域包括ケア病棟入院料を算定する場合にあつては、又は病室)に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者又は当該保険医療機関(急性期医療を担う保険医療機関に限る。)の一般病棟から転棟した患者については、転院、入院又は転棟した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援(療養)病床初期加算として、1日につき150点(療養病棟入院基本料1を算定する場合にあつては、1日につき300点)を所定点数に加算する。

改定後

【急性期病棟から受入れた患者】

当該病棟(地域包括ケア病棟にあつては、又は病室)に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険医療機関(急性期医療を担う保険医療機関に限る。)の一般病棟から転棟した患者については、転院又は転棟した日から起算して14日を限度として、急性期患者支援(療養)病床初期加算として、1日につき150点(療養病棟入院基本料を算定する場合にあつては、1日につき300点)を所定点数に加算する。

【在宅から受入れた患者】

当該病棟(地域包括ケア病棟にあつては、又は病室)に入院している患者のうち、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者に対し、治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合に、入院した日から起算して14日を限度として、在宅患者支援(療養)病床初期加算として、1日につき300点(療養病棟入院基本料を算定する場合にあつては、1日につき350点)を所定点数に加算する。

治療方針に関する患者・家族の意思決定に対する支援を行う体制の構築

- 療養病棟入院基本料、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1及び3の施設基準において、病棟の特性を踏まえ、医療機関での看取りの方針を定めておくことを規定する。

[施設基準]

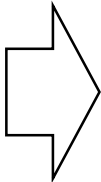
(新設) 当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、看取りに関する指針を定めていること。

有床診療所入院基本料等の見直し

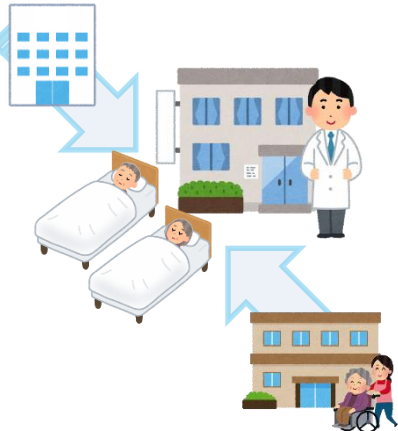
有床診療所入院基本料の注加算の見直し

- 有床診療所が地域において担う役割を踏まえ、病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡し機能や、終末期医療を担う機能等を更に推進する観点から、以下の見直しを行う。
1. 有床診療所一般病床初期加算の算定要件について、転院又は入院した日から起算した算定上限日数を、7日から14日へと延長するとともに、評価を見直す。

現行	
[算定要件(有床診療所一般病床初期加算)]	
(中略)入院した患者については、転院又は入院した日から起算して7日を限度として、有床診療所一般病床初期加算として、1日につき100点を所定点数に加算する。	

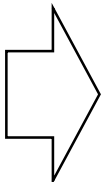


改定後	
[算定要件(有床診療所一般病床初期加算)]	
(中略)入院した患者については、転院又は入院した日から起算して14日を限度として、有床診療所一般病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。	



2. 医療従事者の追加的配置に係る評価を見直す。

現行	
注3	
イ 医師配置加算1	88点
ロ 医師配置加算2	60点
注6	
イ 看護配置加算1	40点
ロ 看護配置加算2	20点
ハ 夜間看護配置加算1	85点
ニ 夜間看護配置加算2	35点
ホ 看護補助配置加算1	10点
ヘ 看護補助配置加算2	5点

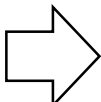


改定後	
注3	
イ 医師配置加算1	120点
ロ 医師配置加算2	90点
注6	
イ 看護配置加算1	60点
ロ 看護配置加算2	35点
ハ 夜間看護配置加算1	100点
ニ 夜間看護配置加算2	50点
ホ 看護補助配置加算1	25点
ヘ 看護補助配置加算2	15点



3. 有床診療所緩和ケア診療加算について、評価の見直しを行う。

現行	
[算定要件]	
有床診療所緩和ケア診療加算	150点



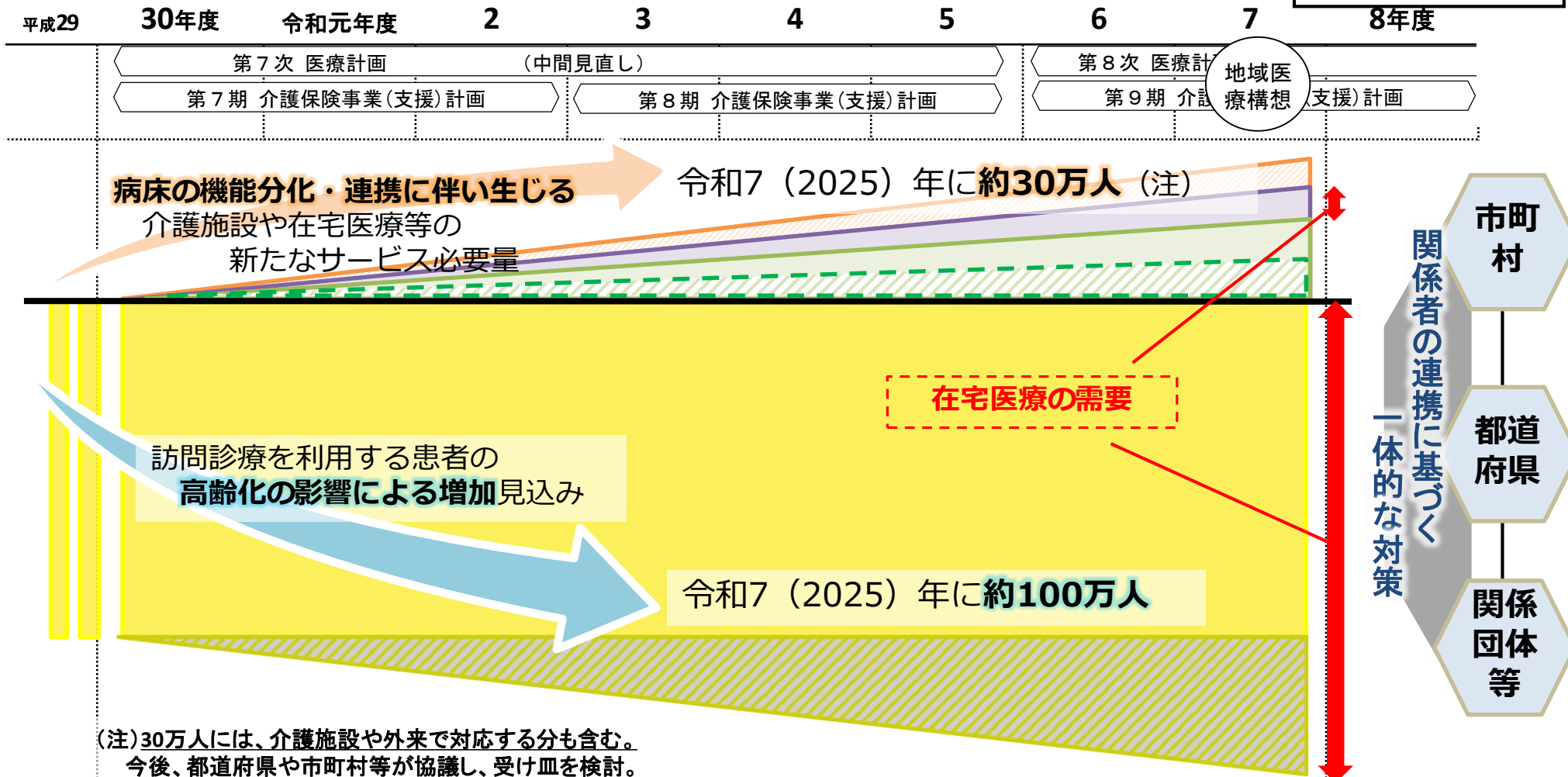
改定後	
[算定要件]	
有床診療所緩和ケア診療加算	250点



2025年に向けた在宅医療の体制構築について

- 2025年に向け、在宅医療の需要は、「**高齢化の進展**」や「**地域医療構想による病床の機能分化・連携**」により**大きく増加**する見込み。
- こうした需要の増大に確実に対応していくための提供体制を、**都道府県・市町村、関係団体が一体となって構築**していくことが重要。

中医協 総 - 1 - 1
3 . 8 . 2 5



- 在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載。
- 国は「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が確保すべき機能等を示している。

～ 「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ ～

在宅医療の提供体制に求められる医療機能

①退院支援

- 入院医療機関と在宅医療に係る機関との協働による退院支援の実施

②日常の療養支援

- 多職種協働による患者や家族の生活を支える観点からの医療の提供
- 緩和ケアの提供
- 家族への支援

④看取り

- 住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施

③急変時の対応

- 在宅療養者の病状の急変時における往診や訪問看護の体制及び入院病床の確保

医療計画には、各機能を担う医療機関等の名称を記載

- ・病院、診療所（歯科含む） ・薬局
- ・訪問看護事業所 ・居宅介護支援事業所
- ・地域包括支援センター
- ・短期入所サービス提供施設
- ・相談支援事業所 等

圏域は、二次医療圏にこだわらず、市町村単位や保健所圏域など、地域の資源の状況に応じて弾力的に設定

多職種連携を図りつつ、24時間体制で在宅医療を提供

在宅医療において積極的役割を担う医療機関

- ①～④の機能の確保にむけ、積極的役割を担う
 - ・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供
 - ・他医療機関の支援
 - ・医療、介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援

- ・在宅療養支援診療所
- ・在宅療養支援病院 等

在宅医療に必要な連携を担う拠点

- ①～④の機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割
 - ・地域の関係者による協議の場の開催
 - ・包括的かつ継続的な支援にむけた関係機関の調整
 - ・関係機関の連携体制の構築 等

- ・医師会等関係団体
- ・保健所 ・市町村 等

- 『在宅医療の体制構築に係る指針』において、「自ら24時間対応体制の在宅医療を提供するとともに、他の医療機関の支援も行いながら、医療や介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援を行う病院・診療所を在宅医療において積極的役割を担う医療機関」を医療計画に位置付けることが望ましい、とされており、これは、在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所等の中から位置付けられることが想定されている。

- 自ら24時間対応体制の在宅医療を提供するとともに、他の医療機関の支援も行いながら、医療や介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援を行う病院・診療所を、在宅医療において積極的役割を担う医療機関として医療計画に位置付けることが望ましい。
- 基本的には、在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所等の中から位置付けられることを想定している。

① 目標

- ・在宅医療の提供及び他医療機関の支援を行うこと
- ・多職種が連携し、包括的、継続的な在宅医療を提供するための支援を行うこと
- ・在宅医療に関する人材育成を行うこと
- ・災害時および災害に備えた体制構築への対応を行うこと
- ・患者の家族への支援を行うこと
- ・在宅医療に関する地域住民への普及啓発を行うこと

② 在宅医療において積極的役割を担う医療機関に求められる事項

- ・医療機関(特に一人の医師が開業している診療所)が必ずしも対応しきれない夜間や医師不在時、患者の病状の急変時等における診療の支援を行うこと
- ・在宅での療養に移行する患者にとって必要な医療及び介護、障害福祉サービスが十分確保できるよう、関係機関に働きかけること
- ・在宅医療に係る医療及び介護、障害福祉関係者に必要な基本的知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行うこと
- ・臨床研修制度における地域医療研修において、在宅医療の現場での研修を受ける機会等の確保に努めること
- ・災害時等にも適切な医療を提供するための計画(人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む)を策定し、他の医療機関等の計画策定等の支援を行うこと
- ・地域包括支援センター等と協働しつつ、療養に必要な医療及び介護、障害福祉サービスや家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること
- ・入院機能を有する医療機関においては、患者の病状が急変した際の受入れを行うこと
- ・地域住民に対し、在宅医療の内容や地域の医療及び介護、障害福祉サービスに関する情報提供を行うこと

有床診療所入院基本料等に係る課題（小括）

- ・ 有床診療所は、地域において、「在宅・介護施設への受け渡し」「緊急時対応」「在宅医療の拠点」「終末期医療」等の様々な機能を担っている。
- ・ 有床診療所が地域において担う役割を踏まえ、病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡し機能や、終末期医療を担う機能等を更に推進する観点から、令和2年度診療報酬改定において、有床診療所一般病床初期加算の見直し等を行った。
- ・ 医療施設数の年次推移は、無床一般診療所は増加傾向、有床一般診療所は減少傾向である。また、有床診療所の病床数は、経年的に減少している。
- ・ 2025年に向け、在宅医療の需要は、「高齢化の進展」や「地域医療構想による病床の機能分化・連携」により大きく増加する見込みであり、こうした需要の増大に確実に対応していくための提供体制を、都道府県・市町村、関係団体が一体となって構築していくことが重要であるとされている。

慢性期入院医療について

1. 慢性期入院医療を取りまく現状等について
2. 療養病棟入院基本料について
3. 障害者施設等入院基本料等について
4. 緩和ケア病棟入院料について
5. 有床診療所入院基本料等について
6. 論点

慢性期入院医療に係る論点

【療養病棟入院基本料について】

- 療養病等入院基本料経過措置（注11）について、令和3年度末で経過措置が終了することとなっているが、現に届け出ている医療機関・病床が存在していること、入院している患者の状況、行われている医療行為等を踏まえ、どのように考えるか。
- 医療区分3のうち「中心静脈栄養を実施している状態」について、中心静脈栄養を実施されている患者に対する嚥下機能評価等の取り組みの現状等を踏まえ、評価の在り方についてどのように考えるか。

【障害者施設等入院基本料等について】

- 障害者施設等入院基本料における「対象患者」以外の患者のうちの脳卒中患者の状態等を踏まえ、評価の在り方についてどのように考えるか。
- 質の高い栄養管理を推進する観点から、栄養サポートチームの取組による評価について、どのように考えるか。

【緩和ケア病棟入院料について】

- 緩和ケア病棟入院料について、「新版がん緩和ケアガイドブック」等において疼痛の数字等を用いた評価を行うこととされていること等を踏まえ、質の高い緩和ケアの更なる推進の観点から、評価の方法をどのように考えるか。

【有床診療所入院基本料等について】

- 有床診療所が地域において担っている在宅患者等の急変時の受入れなどの役割等を踏まえつつ、在宅において療養を行っている患者の病状が急変した際の受入れ医療機関の確保を更に推進する観点から、受入れ患者の状態に応じた有床診療所における入院医療の評価の在り方についてどのように考えるか。