

中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会
関係者ヒアリング出席者

資料説明者

(五十音順、敬称略)

周産期関係

(産科分野)

池ノ上 克 宮崎大学医学部 生殖発達医学講座産婦人科学分野 教授
海野 信也 北里大学医学部 産婦人科学 教授

(新生児分野)

楠田 聡 東京女子医科大学母子総合医療センター 新生児部門 教授
田村 正徳 埼玉医科大学総合医療センター 総合周産期母子医療センター長

救急関係

(成人)

島崎 修次 杏林大学医学部救急医学講座 教授
菅井 桂雄 日本救急医学会 保険委員会 委員

(小児)

桑原 正彦 日本小児科医会 副会長
山田 至康 順天堂大学浦安病院救急・災害講座 教授

2009年11月6日

中央社会保険医療協議会
(診療報酬基本問題小委員会)

産科医療の現況と平成22年度 診療報酬改定への要望

海野信也

社団法人 日本産科婦人科学会

医療改革委員会

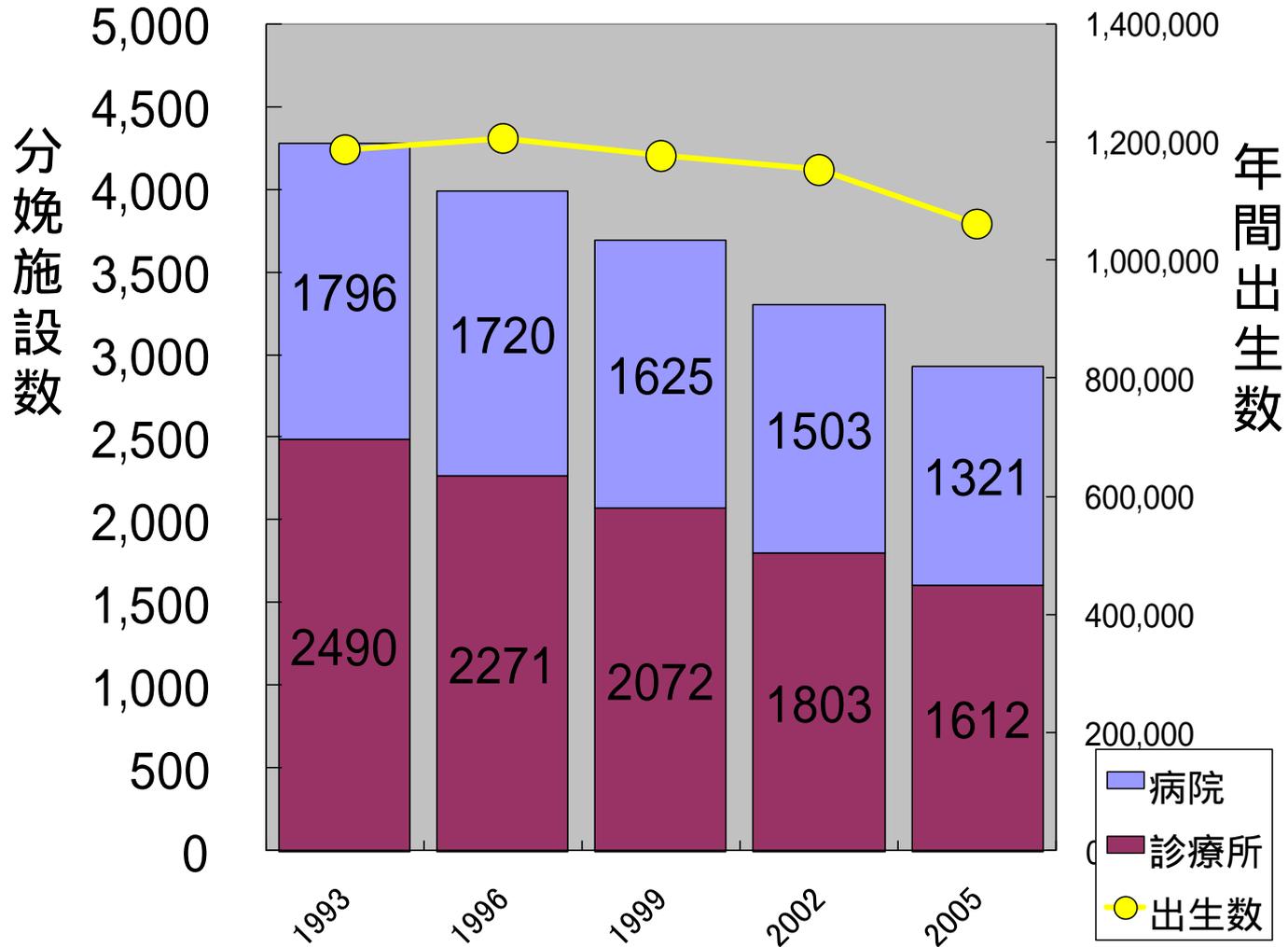
(北里大学医学部産婦人科学教授)

要望の内容

- 分娩施設の減少が続き、社会問題化している
 - 病院・診療所の分娩取扱からの撤退を防ぐ施策の実施
 - 産婦人科医の分娩取扱からの撤退を防ぐ施策の実施
- 病院の現場が働き続けることの困難な状況に陥っている
 - 病院勤務医の勤務条件の改善・勤務内容の適正な評価につながる施策の実施
 - 医師・スタッフのキャリアパスを考慮した施策の実施
- 周産期救急医療体制の安定的確保が求められている
 - 周産期救急医療体制の確保と充実に直結する施策の実施

分娩施設の減少

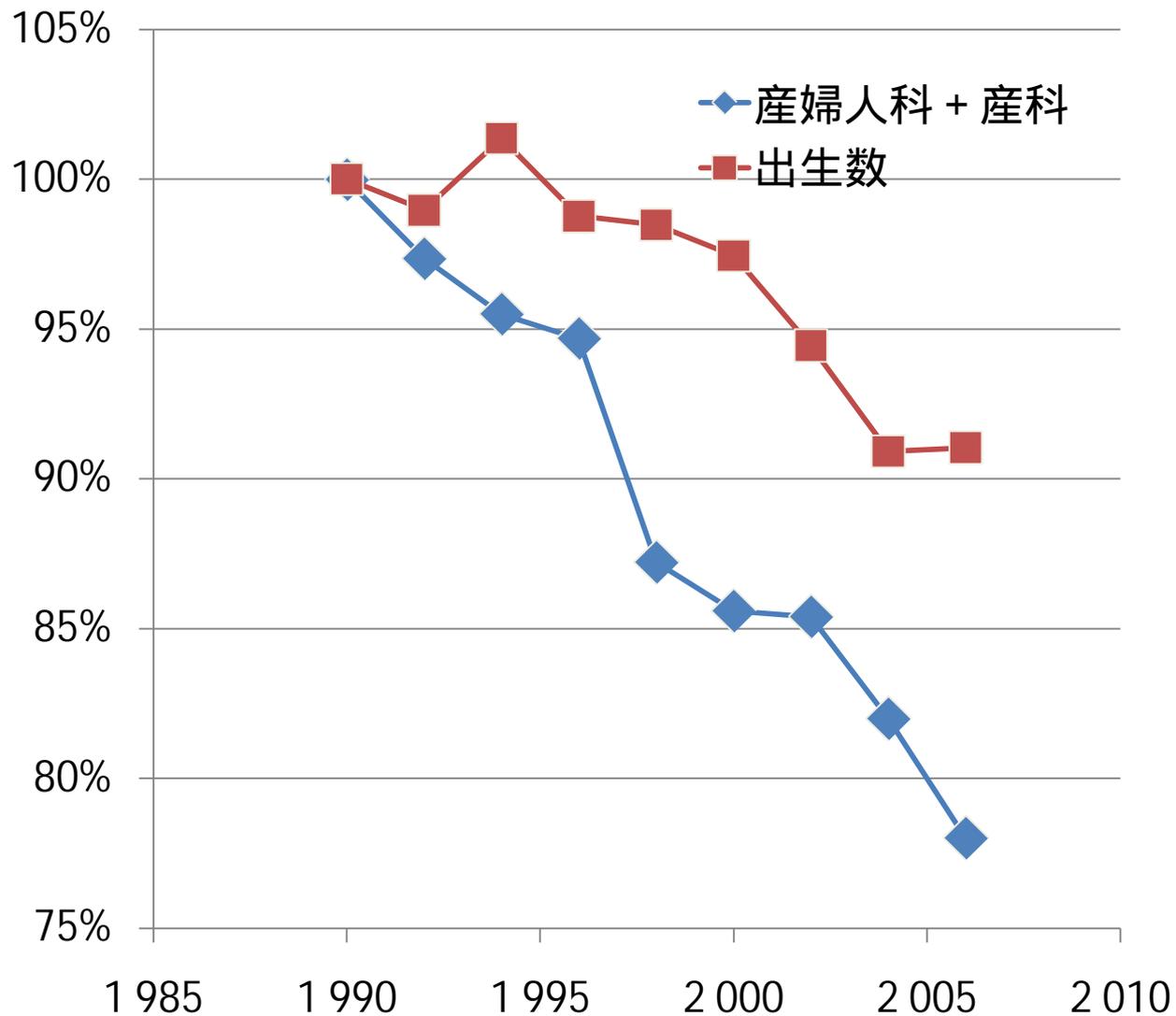
(厚労省医療施設調査)



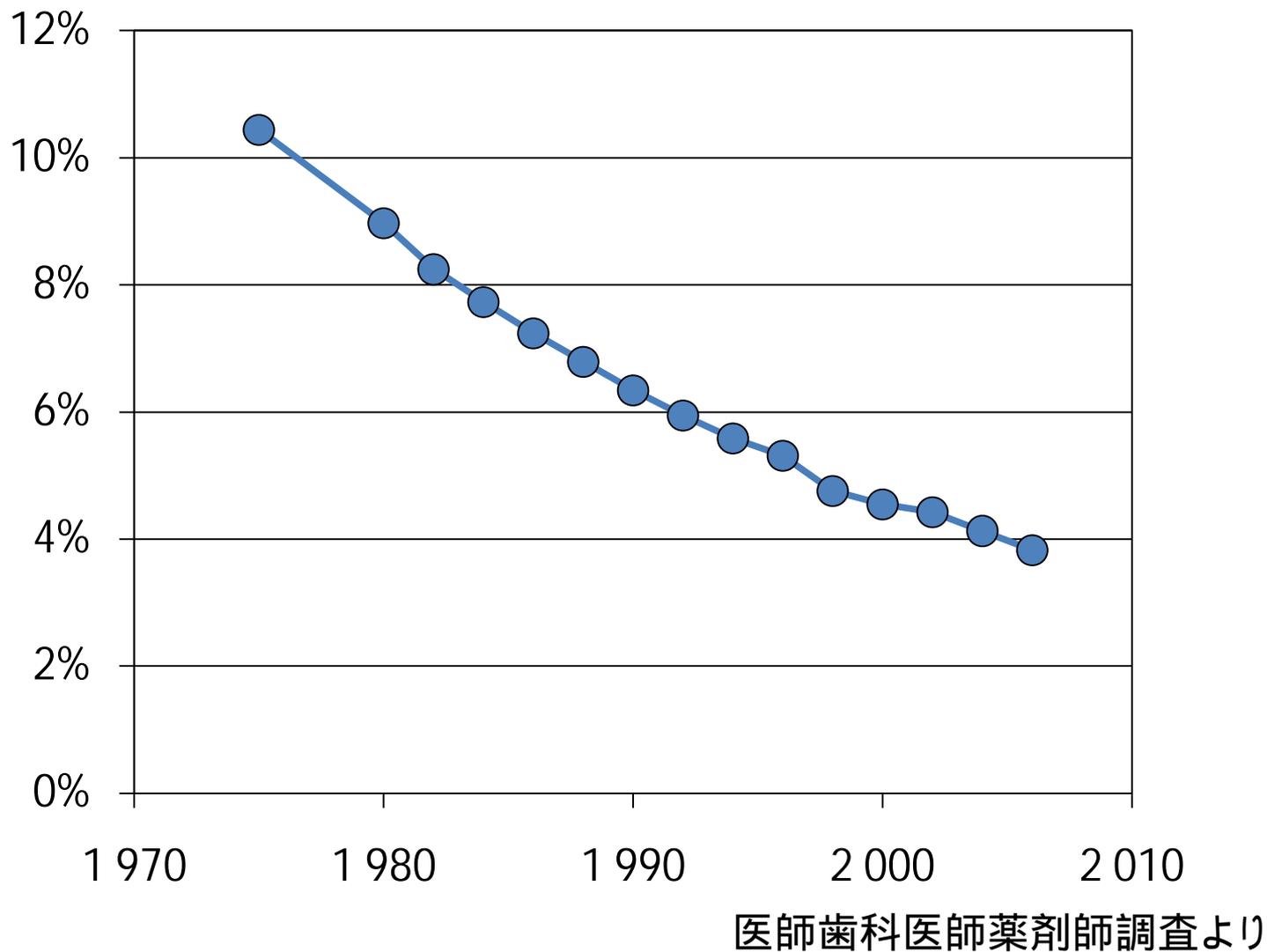
わが国の分娩の実情 —1990年以降の変化—

	1990年	2000年	2005年	2006年	2007年
病院での出生数	681,873	639,067	545,766	555,648	553,401
割合	55.8%	53.7%	51.4%	50.9%	50.8%
出生数の変化率		-6.3%	-20.0%	-18.5%	-18.8%
診療所での出生数	525,744	537,980	503,579	523,539	523,199
割合	43.0%	45.2%	47.4%	47.9%	48.0%
出生数の変化率		+2.3%	-4.2%	-0.4%	-0.8%

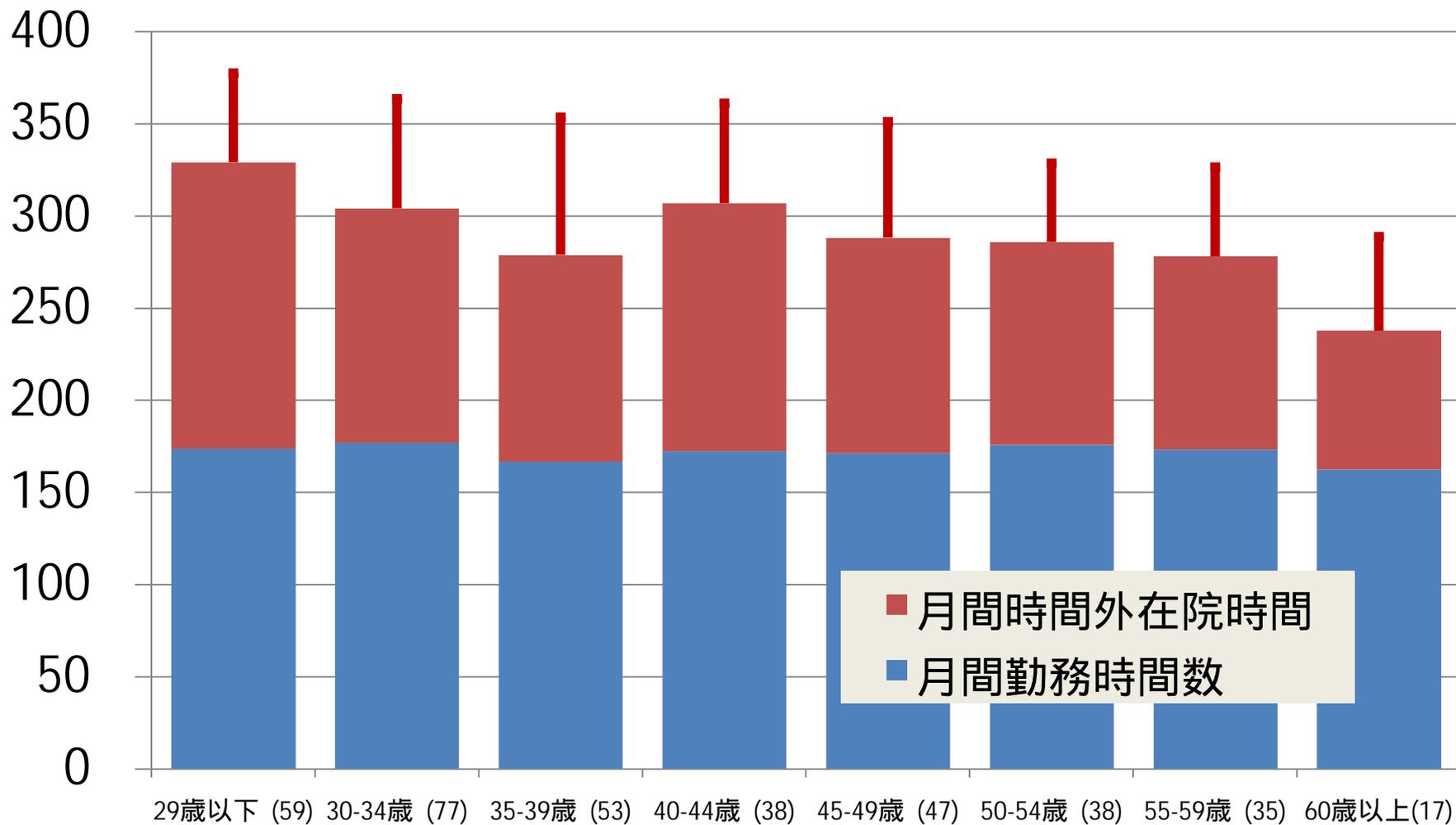
1990年以降のわが国の産婦人科医数と 出生数の推移



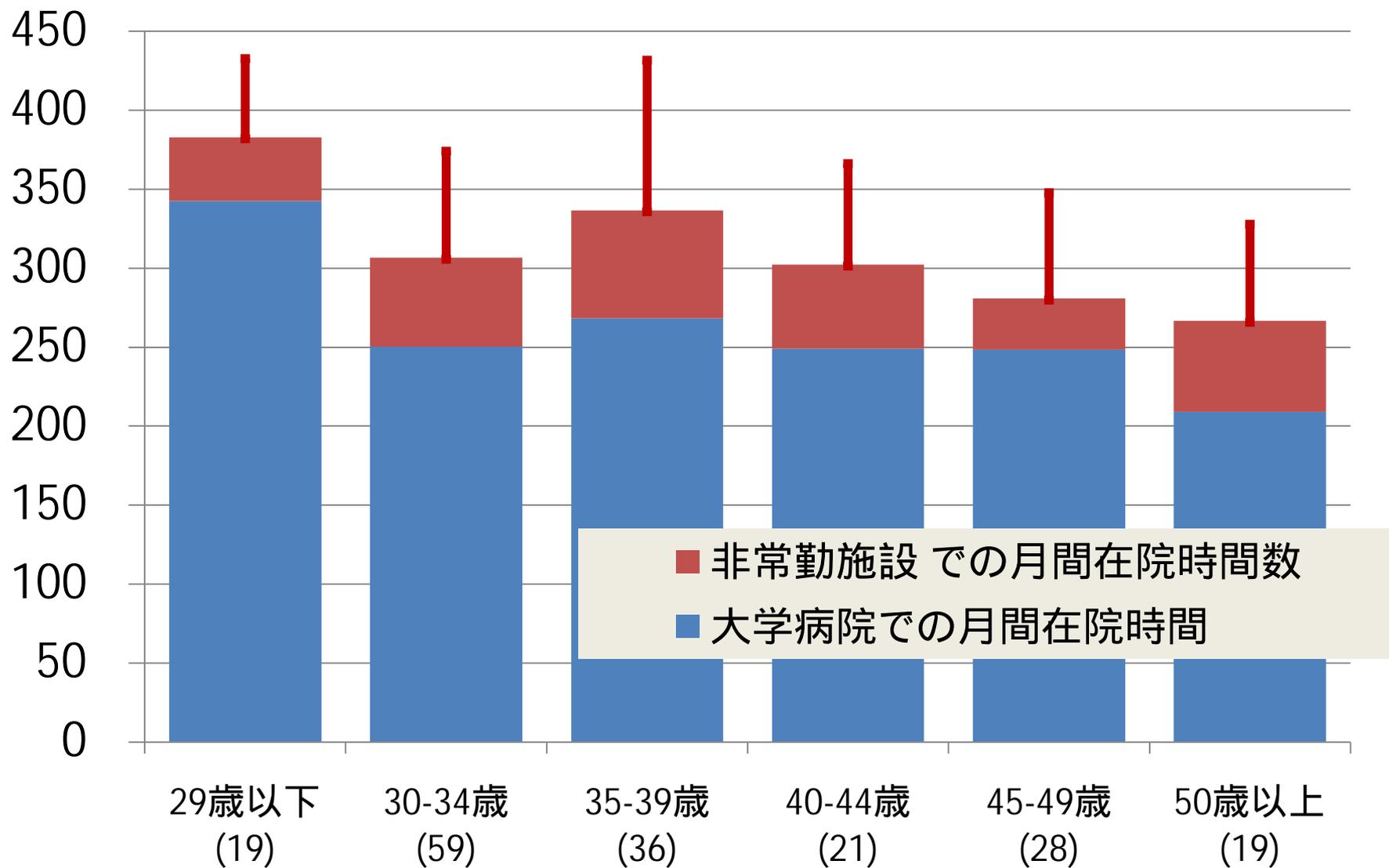
産婦人科 + 産科 医師の全勤務医師数に占める割合



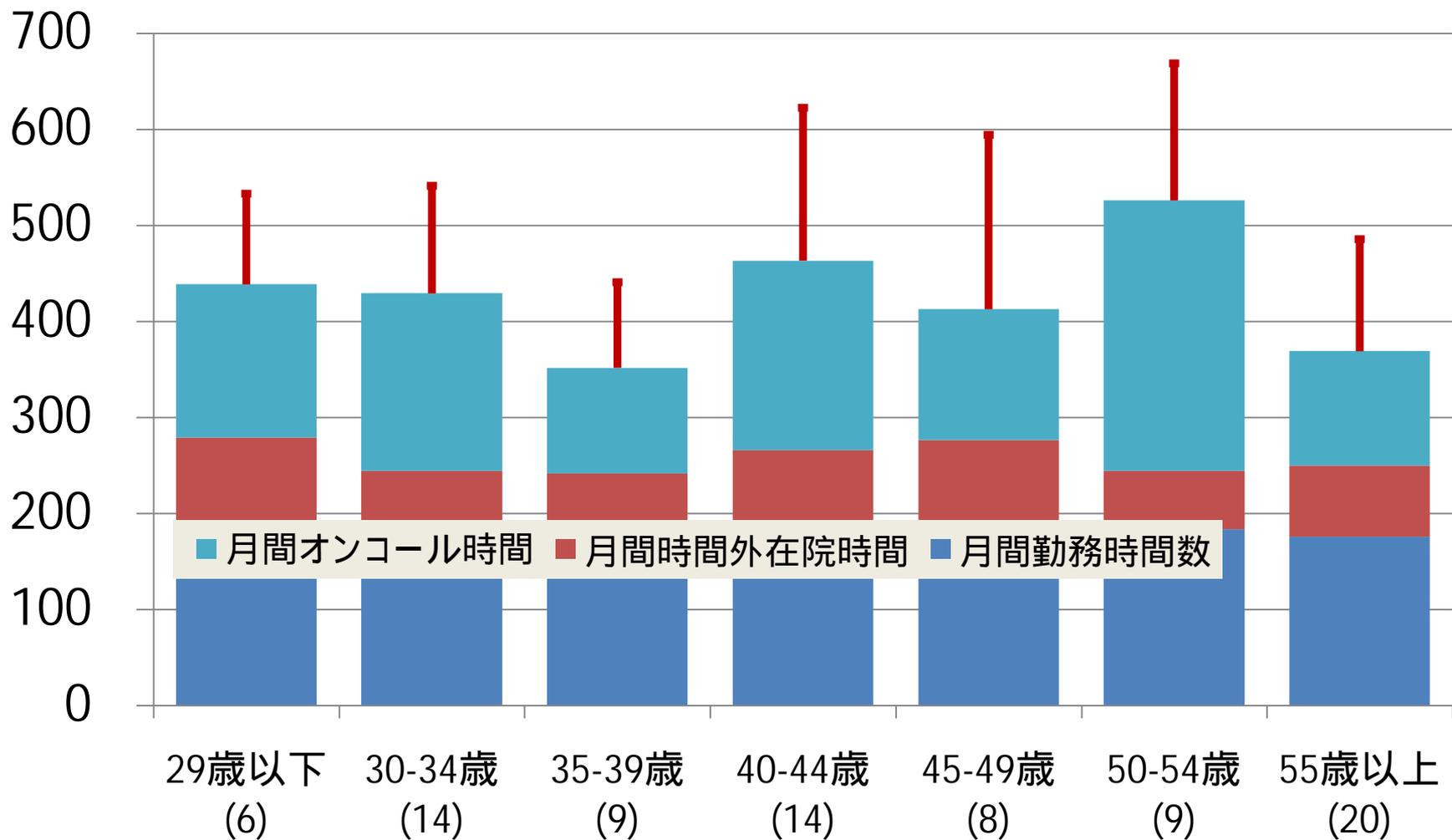
年齢層別 月間在院時間 当直体制のある一般病院



年齢層別 大学病院勤務医の在院時間

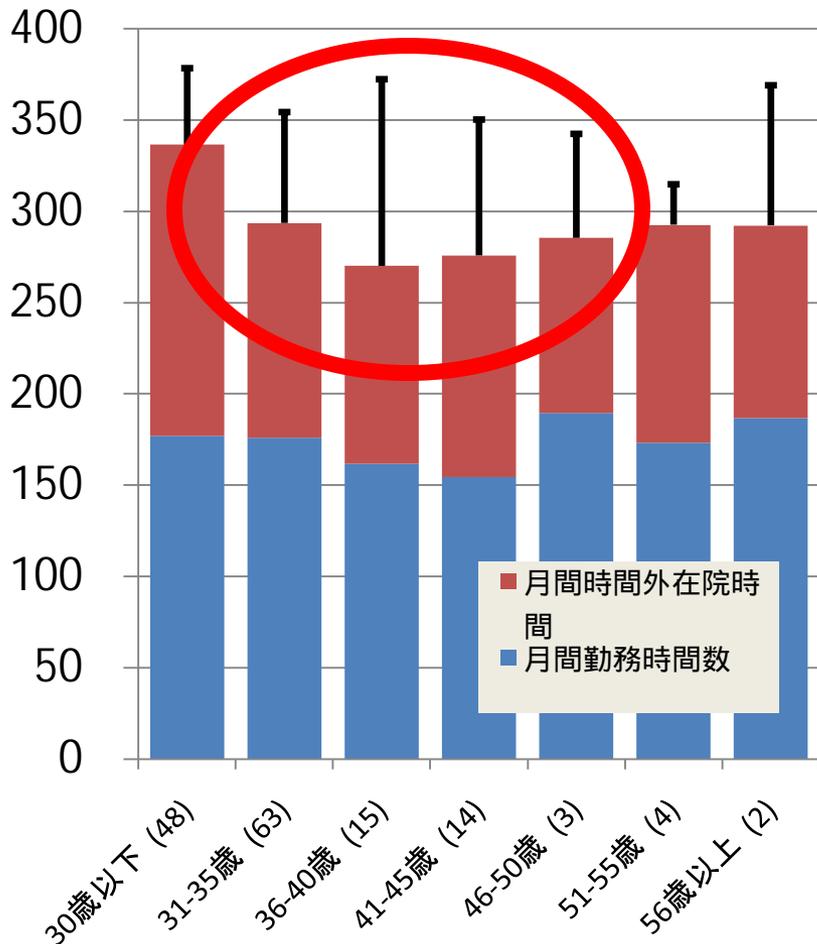


年齢層別 月間在院時間+オンコール時間 当直体制のない一般病院

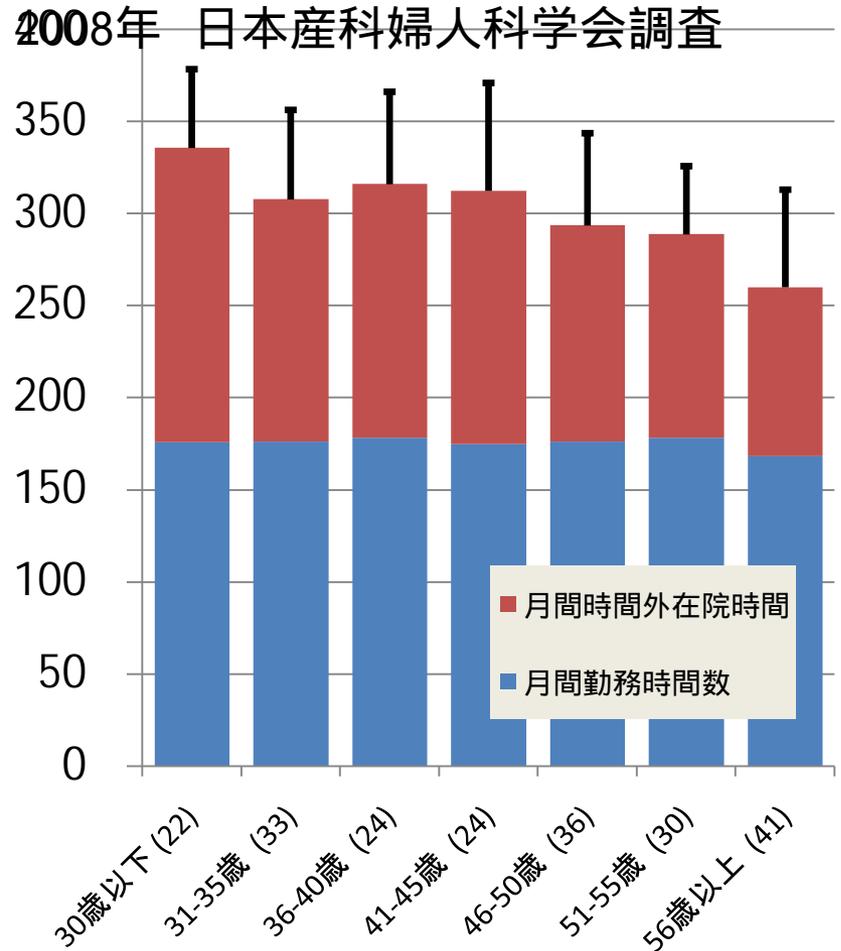


当直体制のある一般病院 女性医師と男性医師の在院時間

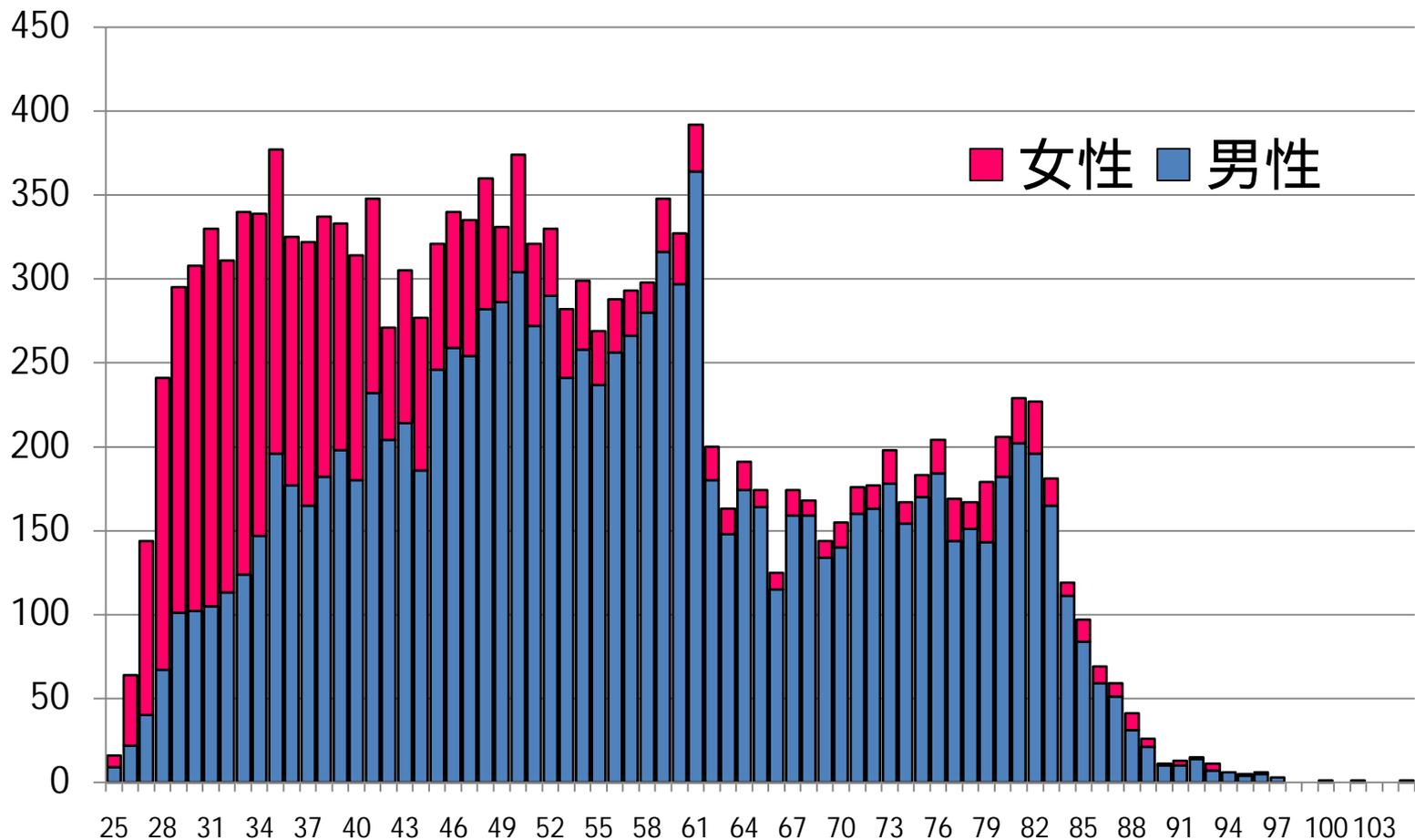
女性医師



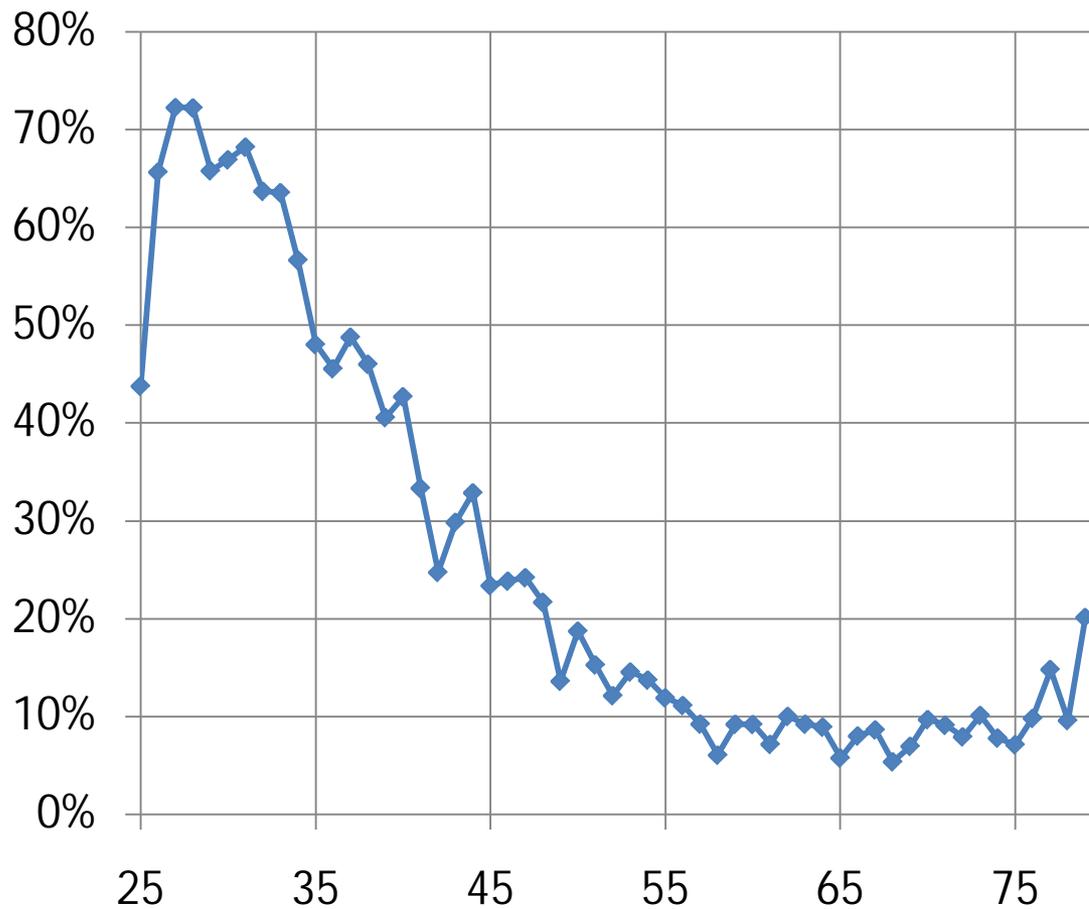
男性医師



日本産科婦人科学会 会員数 2008年

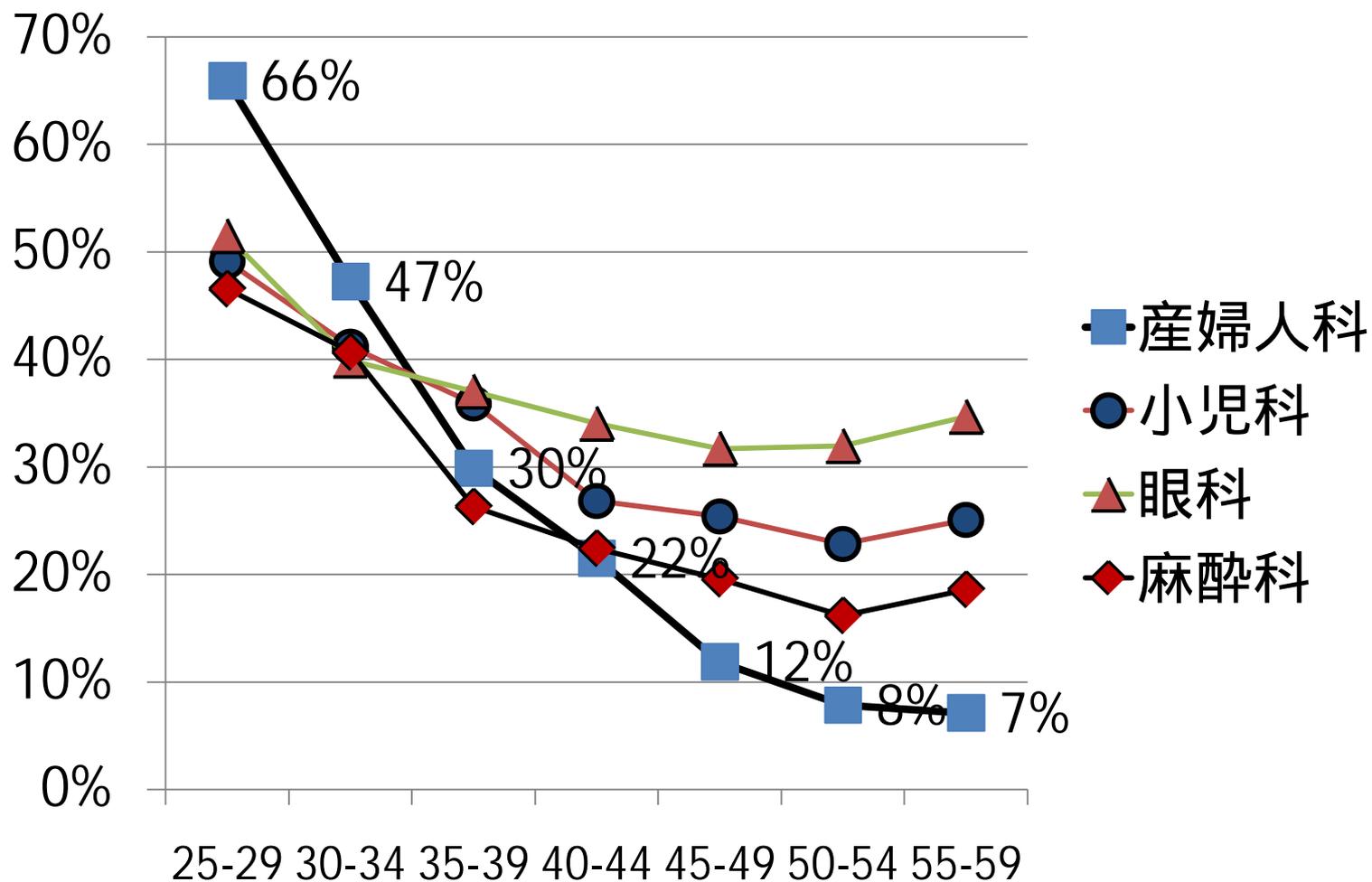


日本産科婦人科学会 年齢別女性率 2008年

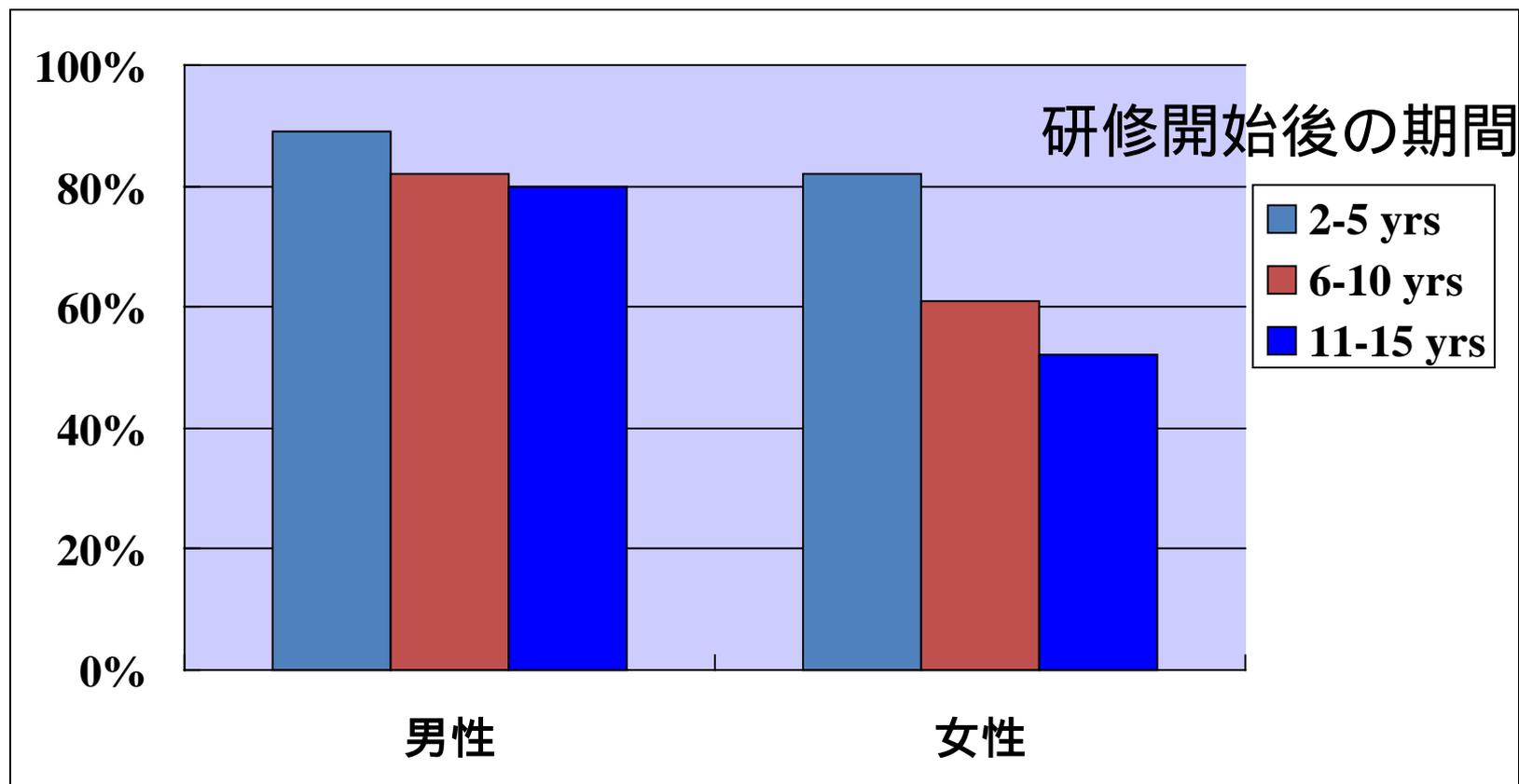


診療科別 年代による女性医師率

平成16年 医師歯科医師薬剤師調査による



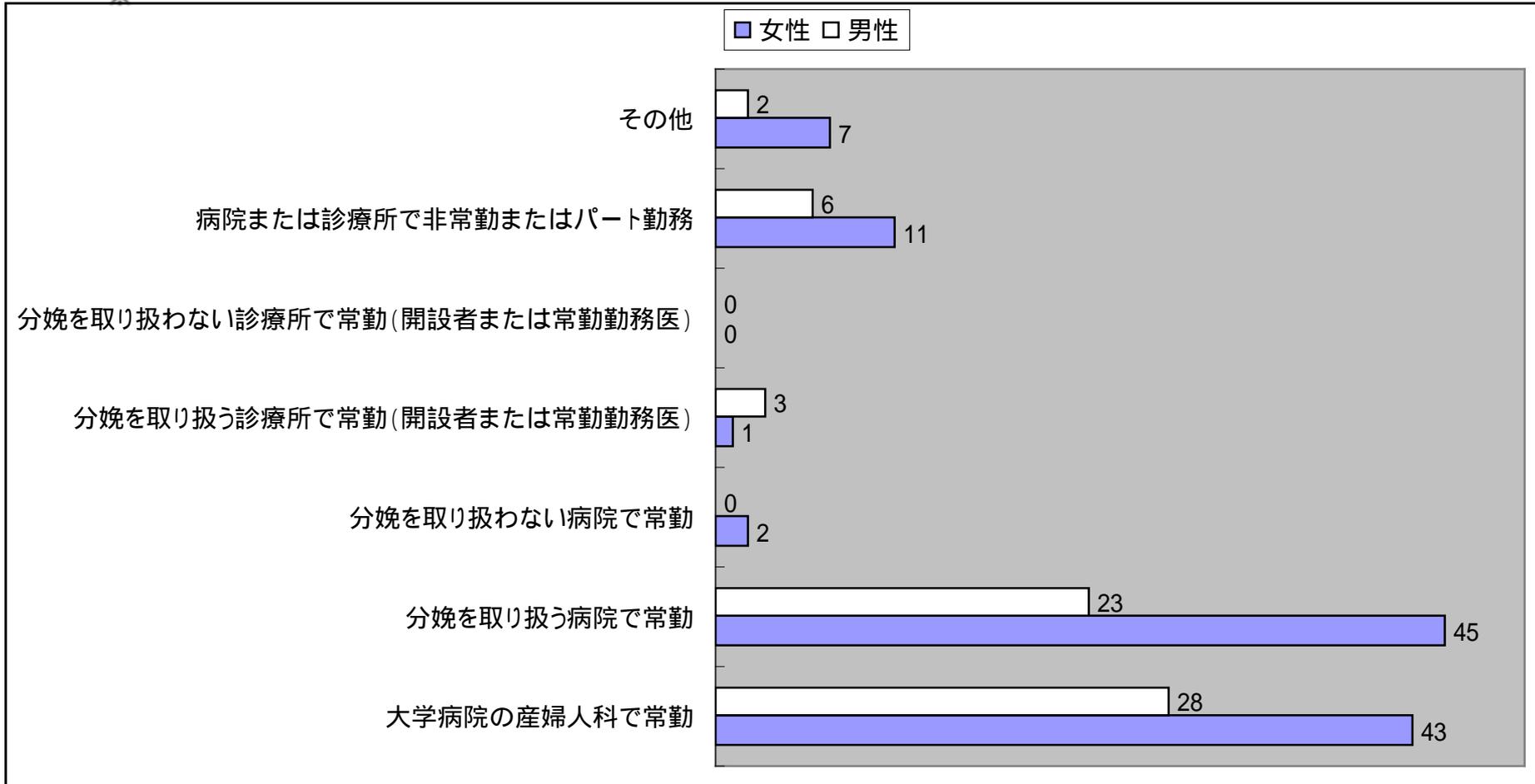
分娩取扱施設に勤務している割合



平成19年度 新専門医調査

現在の就労状況

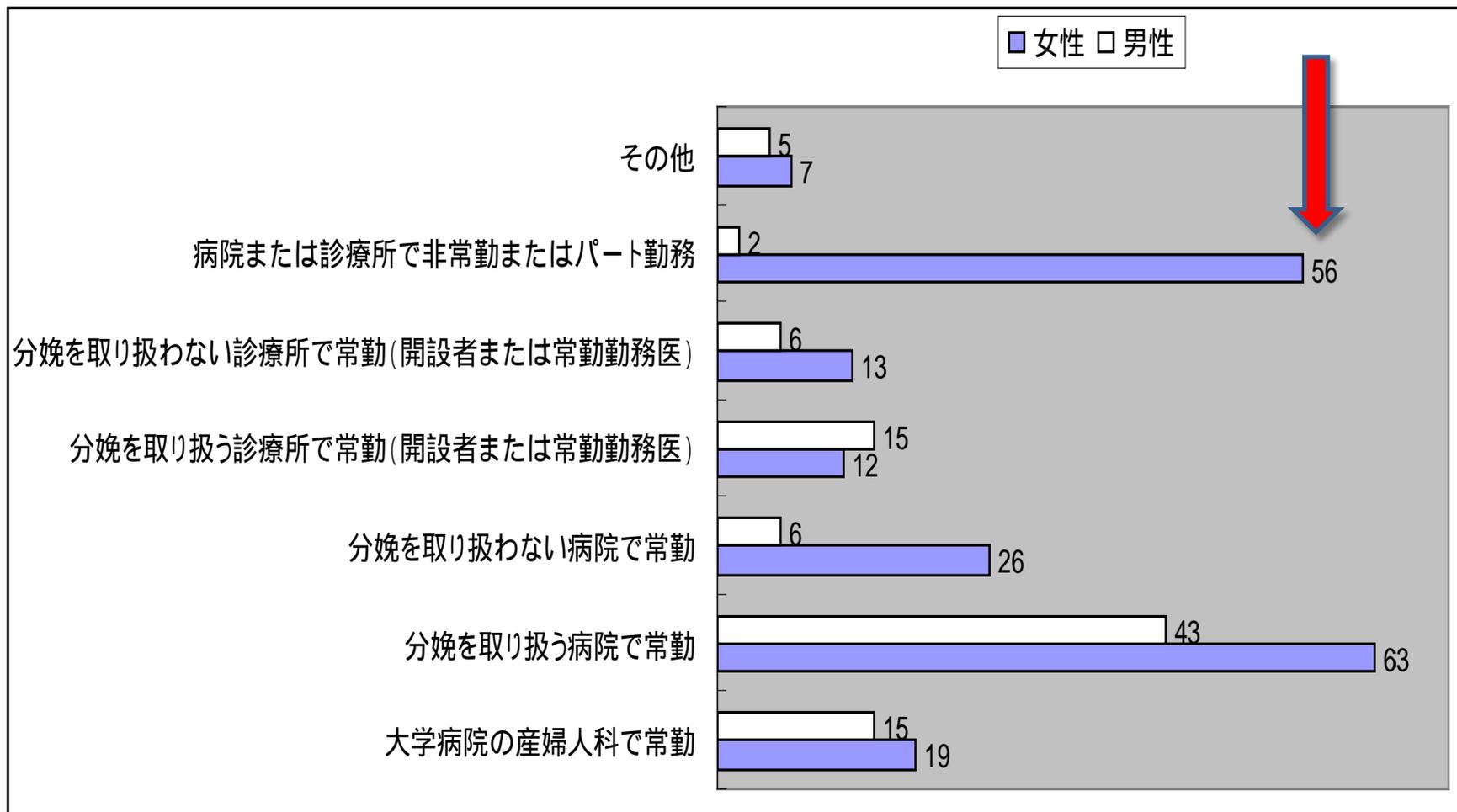
※



平成19年度 新専門医調査

5年後に希望する就労形態

(複数回答可)



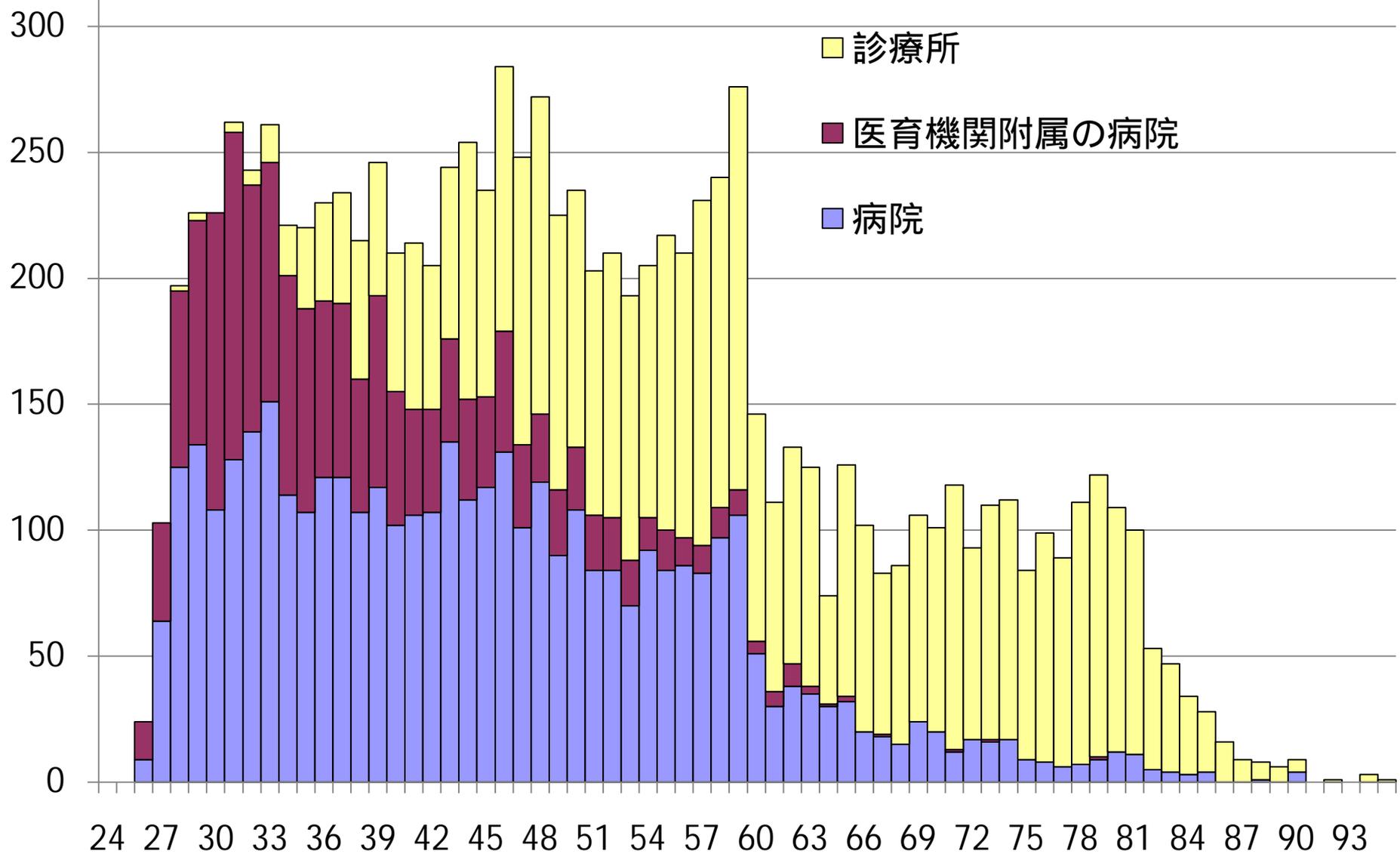
周産期母子医療センターにおける 産婦人科女性医師

総合周産期、地域周産期施設の概要

	総合	地域	全体
対象施設	75	233*	1177
有効回答	64 (85.3%)	170 (72.0%)	853 (72.5%)
分娩数			
1施設あたり	782.7	569.6	481.6
常勤医1名あたり	83.3	123.1	98.3
帝王切開率 (%)	35.1	28.8	21.9
1施設あたりの医師数			
常勤医	11.5	6.4	4.9
女性医師数 (%)	4.3 (37.4%)	2.3 (35.9%)	1.5 (30.6%)

* 236施設中産婦人科のない13施設は除く

勤務施設別・産婦人科・産科医師の年齢分布 2006年末現在



産科医療危機の展開

- 産科医療危機の背景

- 分娩施設の減少(病院・診療所)
- 産婦人科医の減少
- きわめて過酷な病院の勤務実態
- 女性医師の著増・男性医師の著減
 - 女性医師の継続的就労の困難さ→絶対数の減少
 - 緊急時にも無理ができない 基本的対応能力の低下

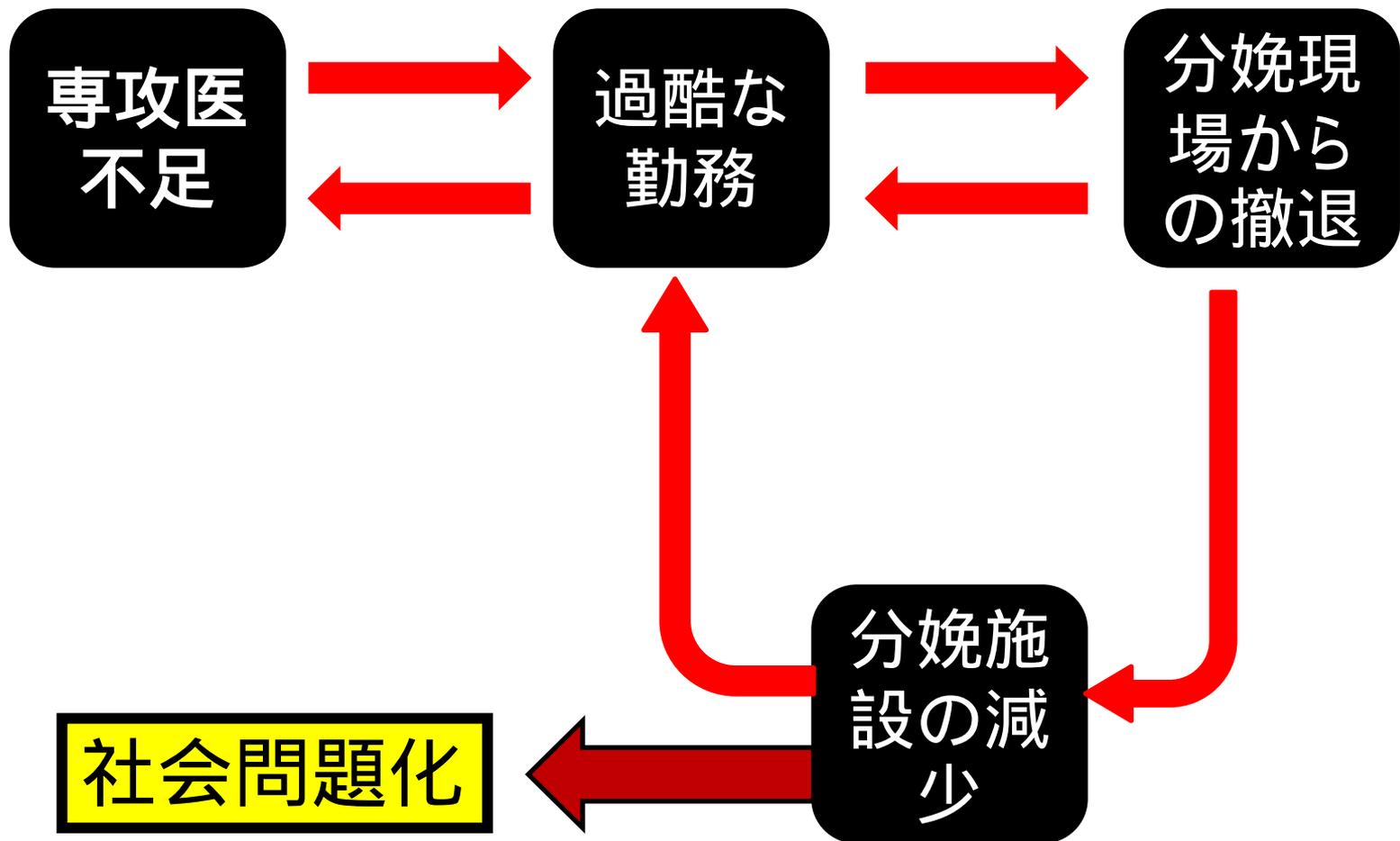
- 崩壊の始まり

- 分娩難民発生地域の増加
- 基幹病院のハイリスク・救急症例受入回避または撤退

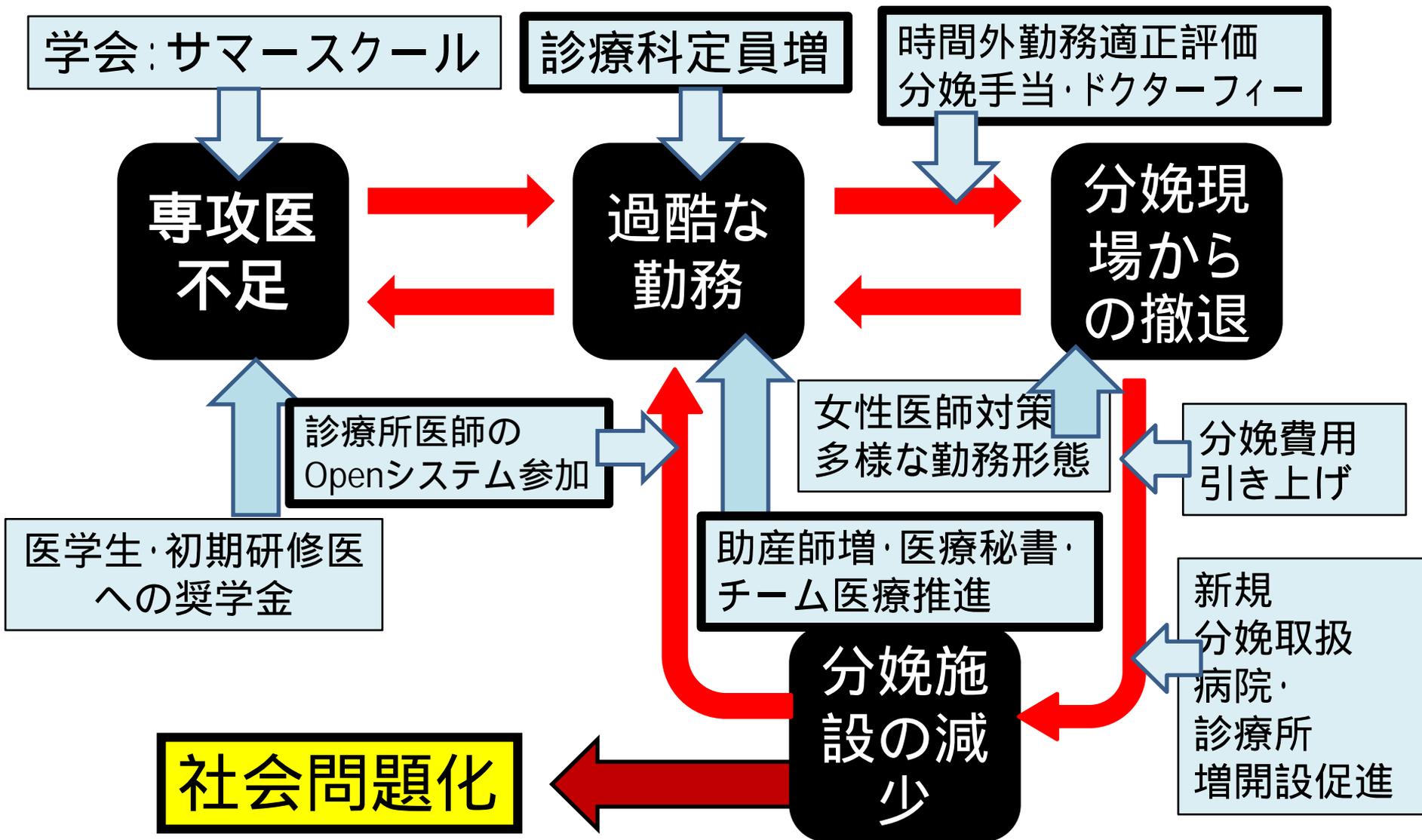
- 崩壊回避に必要な条件

- 新規専攻医の増加
- 医師・医療機関の分娩からの撤退率の減少
- 一人当たり分娩取扱数の増加

産科医療のデススパイラルと そこからの脱却方法



産科医療のデススパイラルと そこからの脱却方法



産科医療政策の分岐点

集約化 vs. 分散管理

集約化：安全な分娩環境

- 医療資源の効率的活用
- 医療提供の高度化
- 救急対応能力の強化
- 若手医師の臨床研修内容の充実
- 若手医師の勤務条件の緩和—女性医師の継続的就労の実現

分散管理：安心な分娩環境

- 地域における分娩環境の確保
- 多様な分娩への要望に、きめ細かく対応可能な分娩環境の確保

- 世代間・gender間・施設間の機能分担によって実現可能。
- 病院：若手・女性中心　診療所：ベテラン・男性中心
- 病院は集約化の方向へ誘導
- 診療所は分娩費用の引き上げにより経営の安定化をめざす。

2009年6月1日 日本産科婦人科学会

「産科・周産期医療再建のための 平成22年度診療報酬改定に関する要望書」

1. 「勤務環境確保加算」の新設
→ 勤務医の労働環境改善の大方針の明確化
2. ハイリスク分娩管理加算の算定要件、適応疾患、点数の改正
3. 「高度母体救命体制(M型)加算」の新設
4. 妊産婦救急加算の新設
→ 母体救急体制の整備
5. ハイリスク妊産婦共同管理料()及び()の算定要件、点数の改正
6. 妊産婦緊急搬送入院加算の算定要件、点数の改正
7. 周産期医療における麻酔科の評価(妊産婦に対する麻酔への重点評価)
8. 新生児・母体緊急搬送料の新設
→ 周産期センターの機能充実・周産期救急医療の基盤強化

平成22年度診療報酬改定 日産婦学会優先要望事項 「勤務環境確保加算」の新設

- 目的: 医師の勤務状況の適正化を評価することによって、医療提供体制の安定化をはかること
- 全診療領域を対象とする場合
 - 算定要件: 以下のいずれかをみたすもの
 - 当直体制を組み、時間外手当の支給が適正に行われている病院
 - 交代制勤務を実施している病院
 - 入院1日あたり100点の加算
- 産科施設のみを対象とする場合: 帝王切開術に対する加算とする
 - 算定要件:
 - 産婦人科に関して当直体制または交代制勤務を組み、産科・周産期医療に従事する各診療科医師に対して時間外手当の支給が適正に行われている病院
 - 加算: 帝王切開術1件あたり10000点

産科医療危機に対する具体的施策

- 分娩取扱継続へのincentive強化
 - － 病院：ハイリスク症例の受入を促進する
 - ハイリスク妊娠・分娩管理加算等
 - － 診療所：低リスク症例の受入を促進する
 - 分娩費用の適正化・安定化が可能な環境作りー特に地域公的病院の分娩費用の適正化
 - － 産婦人科勤務医：
 - 処遇の適正化：
 - － 時間外勤務の適正な評価・手当の支払い
 - － 分娩手当等のincentive
 - 勤務条件の緩和：分娩取扱病院の定員増・集約化
 - － (人員が確保されれば、時間外勤務自体が減少する)

産科救急医療体制における問題点

- 周産期センター等が受入能力の限界点を超える運用を続けてきた
 - － 関連診療部門との連携不全：母体救命救急受入体制の機能不全
 - － NICU不足：胎児・新生児救急の母体搬送受入困難事例の多発
 - － スタッフ不足：総合・周産期母子医療センター等における過剰労働
 - － 産婦人科医不足：二次医療機関の救急受入能力の低下→症例の集中化
 - － 麻酔科医不足：緊急手術対応困難
- 根拠のない紛争回避心理が蔓延している
 - － 産婦人科二次医療機関のハイリスク症例受入回避
 - － 他の診療科医師の妊産婦診療回避

産科・周産期救急医療体制の抱える 問題点とそこから脱却方法

- 救急医療・周産期救急医療は病院のお荷物か？
 - － 基本的に赤字体質：補助金で埋め合わる仕組み
 - － 大量の人員投入が必要だが収益は生まない
 - － 地域のニーズが存在しても、病院としては施設拡張・診療内容の充実にincentiveが働かない
- 5事業(救急医療・小児救急医療・周産期医療・災害医療・へき地医療)を担う病院はその体制確保と医療提供実態をpositiveに評価されるべきではないか
 - － (例) DPCにおける病院機能評価係数として評価する
 - － (例) 該当症例受入数に応じて評価する

周産期救急医療体制の安定的確保

- 母体救命救急対応
 - － 「高度母体救命体制(M型)加算」の新設
- 他の診療科での妊産婦診療の円滑化を誘導
 - － 妊産婦救急加算の新設
- 周産期救急医療体制全体の整備
 - － ハイリスク分娩管理加算の算定要件、適応疾患、点数の改正
 - － ハイリスク妊産婦共同管理料()及び()の算定要件、点数の改正
 - － 妊産婦緊急搬送入院加算の算定要件、点数の改正
 - － 周産期医療における麻酔科の評価(妊産婦に対する麻酔への重点評価)
 - － 新生児・母体緊急搬送料の新設

現場の医師へのincentive付与は実現したか

- 舛添厚生労働大臣(2008年1月26日)
 - 今度の診療報酬改定では、「ハイリスク分娩管理加算」の大幅拡大が予定されています。この加算を「分娩手当」などの形で、産科医への報酬に充てるよう通知を出したり、2008年度予算の新規事業である「産科医療確保事業」などでも、何らかの対応ができないかを検討しています。

平成20年3月21日付厚生労働省医政局長・保険局長通知 病院勤務医の労働環境改善の推進について

● 平成20年度診療報酬の改定等について

- － 平成20年度診療報酬改定においては、病院勤務医の負担軽減を緊急課題と位置付け、産科・小児科、救急医療に対する重点的な評価や地域の急性期医療を担う病院における医師事務作業補助者の配置に対する評価を行うこととしている。
- － さらに、ハイリスク妊産婦の管理に関する評価、地域の中核となる病院の入院機能に対する評価、地域の急性期医療を担う病院における医師事務作業補助者の評価を行うに当たり、勤務医の負担軽減のための計画作成及び職員への周知を要件とすることとしている。
- － 各医療機関においては、上記の改定の趣旨を十分に認識した上で産科・小児科、救急医療(時間外における十分な人員確保を含む。)をはじめとした病院勤務医の労働環境の改善策を講じられたいが、各都道府県におかれてもその旨了知されたい。

平成20年3月25日舩添大臣閣議後記者会見

- 勤務医の労働条件が非常に過酷であるということで、診療報酬の改定というような形で手当はしたのですが、これは病院にお金が行くが、現場のお医者さんに聞くと自分たちの給料に跳ね返らないという不満が非常に高いのです。
- 我々がなぜそれをやったかという、勤務医の皆さん方の待遇が改善される、そして給料も上がる、そういうためにやっているわけですから、病院の経営者止まりでということは、これはそういう意図ではありません。
- ですから、病院の経営も考えないといけないのですが、病院の経営者の皆さん方をお願いしたいのは、現場で働いているお医者さんの待遇改善、処遇を良くする。そして、診療報酬が上がった分は、お医者さんにきちんと配分するというを是非お願いしたいと思います。
- (<http://www.mhlw.go.jp/kaikn/daijin/2008/03/k0325.html>)
- 平成20年3月25日第12回地域医療に関する関係省庁連絡会議における伊東芳郎医政局医療計画推進指導官の発言
 - 「局長通知の中の、『勤務医の労働環境の改善』には、当然に処遇の改善が含まれます」

現場への反映状況

周産期母子医療センターの概要

	総合	地域	一般	total
対象施設	75	234*	848	1157
有効回答 (%)	62 (82.7)	167 (71.4)	594 (70.1)	823 (71.1)
分娩数				
1施設あたり	816.9	577.8	460.3	499.8
常勤医1名あたり	60.8	77.0	103.7	88.9
帝王切開率 (%)	35.3	29.1	22.2	22.5
母体搬送受入数	119.8	53.9	28.1	25.0
1施設あたりの医師数				
常勤医	13.2	7.5	4.3	5.6
(うち女性医師)	5.2	2.8	1.2	1.8
非常勤医師	2.4	1.3	2.1	1.9
常勤助産師数	30.7	17.8	11.4	14.2
当直を除く1週間の勤務時間	55.2	54.4	50.5	51.6
1ヶ月間の推定在院時間**	318.2	317.9	318.8	317.1
当直				
日勤・夜勤交代制 (%)	4 (6.5)	4 (2.4)	39 (6.6)	47 (5.7)
回数 (/月)	5.1	5.3	6.4	6.0
睡眠時間(h)	3.8	4.6	4.9	4.8
翌日勤務緩和 (%)	21 (33.9)	40 (24.0)	95 (16.0)	156 (19.0)
手当増額 (%)	7 (11.3)	36 (21.6)	101 (17.0)	144 (17.5)
分娩手当 (%)	17 (27.4)	82 (49.1)	240 (40.4)	339 (41.2)
特殊手当 (%)	13 (21.0)	35 (21.0)	95 (16.0)	143 (17.4)
産科医療確保事業による補助 (%)	20 (32.3)	70 (41.9)	215 (36.2)	305 (37.1)
ハイリスク加算の還元 (%)***	6/44 (13.6)	15/115 (13.0)	18/314 (5.7)	39/473 (8.2)
クランクの配備 (%)	39 (52.0)	95 (40.6)	212 (25.0)	346 (42.0)

* 2

**

***ハイリスク加算の請求がある施設における頻度

大学病院 101施設中ハイリスク加算請求75施設、還元は4施設のみ

2009年7月 日本産婦人科医会(勤務医部)調査

平成20年度改定

病院勤務医の負担軽減に対する体制

- 対象

- － 入院時医学管理加算
- － 医師事務作業補助体制加算
- － ハイリスク分娩管理加算

- 要件

- － 病院勤務医の負担軽減に資する計画
- － 病院勤務医の勤務時間の把握等
 - 勤務時間(平均週 時間(うち、残業 時間))
 - 連続当直を行わない勤務シフト(平均月当たり当直回数回)
 - 当直後の通常勤務に係る配慮
- － 職員等に対する周知

算定を躊躇する病院が続出

現場からのお願い

- 今の病院は、働けない職場、働き続けられない職場、スタッフを使い捨てにする職場になっています。
- 現場は全く余裕がありません。
- 国・厚生労働省・自治体の言うことを素直には信じられません。縦割り行政の中で、アクセルとブレーキを同時に踏むような施策は友好とは言えません。
- 病院が、新しい方向に踏み出すことが可能になる、ぶれない、疑問の余地のない明確な方針を示して下さい。

平成 21 年 6 月 1 日

厚生労働省保険局長
水田 邦雄 殿

社団法人 日本産科婦人科学会
理事長 吉村泰典

産科・周産期医療再建のための平成 22 年度診療報酬改定に関する要望書

- A. 産科・周産期医療については平成 20 年度診療報酬改定において重点評価がなされた経緯がありますが、平成 20 年度にも東京都において妊婦脳出血事例が続発するなど、医療現場は依然として、きわめて厳しい状況におかれています。厚生労働省では、「産科医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会」および厚生労働科学特別研究事業「救急部門と周産期部門との連携強化に資する具体的手法に関する研究」において詳細な検討を行っており、必要と考えられる施策がまとめられています。
- B. また、報道にもありますように、多くの病院が時間外勤務手当の不適正支給や過剰労働のために労働基準監督署から是正勧告等を受けている状況は、病院勤務医の勤務実態が改善されていないことを明瞭に示していると考えられます。さらに中医協の最近の調査においても、病院勤務医の状況が改善にむかっているとは言い難い結果が報告されております。
- C. これらの問題を解決の方向に誘導するためには、勤務医師の勤務条件、処遇の改善を要件とした診療報酬上の評価ならびに産科・周産期救急医療現場の活性化に直結する診療報酬上の評価がさらに必要と考え、以下の事項について、平成 22 年度診療報酬改定における実施を要望いたします。

1) ハイリスク分娩管理加算の算定要件、適応疾患、点数の改正

- ┆ 算定要件に「産科医および助産師の適正な勤務条件の確保・適正な手当の支給」を加える。
- ┆ 適応疾患に「子宮内胎児発育遅延、多胎妊娠」を加える。
 - ┆ 子宮内胎児発育遅延：算定数：10000 例 算定期間 14 日間
 - ┆ 多胎妊娠：算定数： 5000 例 算定期間 14 日間
- ┆ 「2000 点 8 日間まで」を「3000 点 14 日間まで」に増点する。

2) ハイリスク妊産婦共同管理料（ ）及び（ ）の算定要件、点数の改正

- ┆ 算定要件を「双方の医療機関がオープンシステムないしセミオープンシステムの連携関係にあることを事前に届け出ていること」とする。

- ┆ 意義：地域における周産期医療機関相互の連携を強化し、円滑な患者紹介、搬送を促進する。日常の連携を強化することにより、緊急搬送の頻度を抑制し、医療システムの安定化を図る。
- ┆ 「(I) 500 点 (II) 350 点」を「(I) 1000 点 (II) 700 点」とする。

3) 妊産婦緊急搬送入院加算の算定要件、点数の改正

- ┆ 総合ないし地域周産期母子医療センターでは+2500 点の増点とする。
- ┆ 意義：搬送を受ける施設の負担を評価することによって救急症例の受入促進を図る。

4) 「勤務環境確保加算」の新設

- ┆ 目的：医師の勤務状況の適正化を評価することによって、医療提供体制の安定化をはかること
- ┆ **全診療領域を対象とする場合**
 - ┆ 算定要件：以下のいずれかをみたすもの
 1. 当直体制を組み、時間外手当の支給が適正に行われている病院
 2. 交代制勤務を実施している病院
 - ┆ 入院 1 日あたり 100 点の加算
- ┆ **産科施設のみを対象とする場合：帝王切開術に対する加算とする**
 - ┆ 目的：産婦人科医等の勤務状況の適正化を評価することによって、医療提供体制の安定化をはかること
 - ┆ 算定要件：
 - 産婦人科に関して当直体制または交代制勤務を組み、産科・周産期医療に従事する各診療科医師に対して時間外手当の支給が適正に行われている病院
 - ┆ 加算：帝王切開術 1 件あたり 10000 点

5) 「高度母体救命体制 (M 型) 加算」の創設 1 日 10000 点、7 日間まで

- ┆ 地域の周産期医療システムの機能を向上させることを目的として、診療報酬上の誘導を行う。：高度救急母体救命体制 (M 型) 加算の創設
- ┆ 要件：救命救急センター、脳神経外科、心臓血管外科等との併診 (MFICU 加算、ハイリスク分娩管理加算、救命救急入院料、ICU 加算の他に高度母体救命加算を新設する。)

6) 妊産婦救急加算の新設

- ┆ 救命救急センターならびに二次救急病院の産婦人科以外の他の診療科における妊

産褥婦受入を奨励することを目的として、「妊産婦救急加算」を新設する。

- | 要件：救命救急センターまたは二次救急病院で、妊産婦が産婦人科以外の診療科に救急外来受診または緊急入院した場合に算定する。
- | 時間内：外来 1000 点 / 件・入院 5000 点 / 件、時間外：外来 1500 点 / 件・入院 7500 点 / 件。
- | 時間外妊産婦救急加算については、実際に診療に当たった産婦人科以外の医師に対して「時間外妊産婦救急診療手当」として支給されることを想定している。

7) 新生児・母体緊急搬送料の新設（新設） **10,000 点**

- | 医師又は看護師が同乗して緊急車両で疾病新生児や母体を搬送したときに、搬送を現に担当した施設が算定する。迎え搬送および送り搬送の両者を対象とする。
- | 意義：搬送を担当する施設の負担を評価する。広域搬送を含む緊急搬送が安全かつ円滑に行われるための基盤整備の財源とする。
- | 新生児搬送の際の看護師とは周産期母子医療センターの看護師とする。

8) 周産期医療における麻酔科の評価（妊産婦に対する麻酔への重点評価）

- | 帝王切開の脊髄くも膜下麻酔および硬膜外麻酔 **850 点** 8300 点に増点
- | 閉鎖循環式全身麻酔の「重症の患者」に妊産褥婦を加える。 **6100 点** 8300 点
- | 医学的適応のある硬膜外無痛分娩（新設） **8300 点**

産科・周産期医療再建のための平成 22 年度診療報酬改定に関する要望書
医療費への影響の程度（試算）

社団法人 日本産科婦人科学会・医療改革委員会

- 1) **ハイリスク分娩管理加算の算定要件、適応疾患、点数の改正**
 - ┆ **試算**：全体で、医療費への影響は 114 億円増と試算されるが、算定要件の問題から算定施設は限定される可能性がある。

- 2) **ハイリスク妊産婦共同管理料（ ）及び（ ）の算定要件、点数の改正**
 - ┆ **試算**：全体としての医療費は約 3 億円となる。このうち、既にハイリスク妊産婦共同管理料として算定されている医療費との差が新たな医療費増となる。

- 3) **妊産婦緊急搬送入院加算の算定要件、点数の改正**
 - ┆ **試算**：施設間の母体搬送は年間 20000 症例である。（多めに見積もって）このうちの 80%が周産期母子医療センターに対するものと仮定すると、4 億円の医療費増に相当する。

- 4) **「勤務環境確保加算」の新設**
 - (ア) **全診療領域を対象とする場合**
 - ┆ **試算**：平成 19 年の 1 日あたりの病院入院患者数は 133 万人 このうち上記の条件を満たす病院の病床数が 20%と仮定して年間 960 億円の医療費増となる。

 - (イ) **産科施設のみを対象とする場合**：帝王切開術に対する加算とする
 - ┆ **試算**：帝王切開率は分娩全体の 22%。病院の分娩数は 50 万件。条件を満たす病院の分娩が全体の 20%と仮定すると、年間 110 億円医療費増となる。

- 5) **「高度母体救命体制（M 型）加算」の創設** 1 日 10000 点、7 日間まで
 - ┆ **試算**：救命救急センターへの入院症例は年間 33 万件程度。このうち妊産婦は 0.5%程度を占める。年間分娩は 100 万件。総合周産期母子医療センターにおける救命救急対応妊婦の頻度は 0.26%程度。以上より母体救命救急対応が必要な症例数は多くて年間 2000 症例と試算できる。医療費増は 14 億円となる。

- 6) **妊産婦救急加算の新設**
 - ┆ **試算**：産科傷病者の救急搬送のうち施設間搬送でないものは年間約 20000 症例で

ある。このうち、産科および婦人科疾患が大多数を占めるが20%が他の診療科の救急疾患と仮定して症例数は4000件である。またこのうち30%に入院の必要があると仮定すれば1200件となる。全体での医療費増は14000万円となる。

- | 時間外妊産婦救急加算については、実際に診療に当たった医師に対して「時間外妊産婦救急診療手当」として支給されることを想定している。

7) 新生児・母体緊急搬送料の新設 10,000点

- | **試算：**母体搬送に関しては年間20000件であり、医療費増は20億円に相当する。

8) 周産期医療における麻酔科の評価（妊産婦に対する麻酔への重点評価）

- | **試算：**

- (ア) 帝王切開の症例数は年間20万件 このうち80%が対象となるとして、120億円の医療費増となる。（「麻酔科医」が麻酔を担当する帝王切開術の頻度は全体の42%というデータがあり、その場合は63億万円の増となる。）
- (イ) 帝王切開以外の偶発合併症の手術を行う場合を想定している。症例数は多くて2000例程度。 4400万円の医療費増となる。
- (ウ) 症例数は多くて10000例程度。 8億3000万円の医療費増となる。

新生児医療の現状と課題

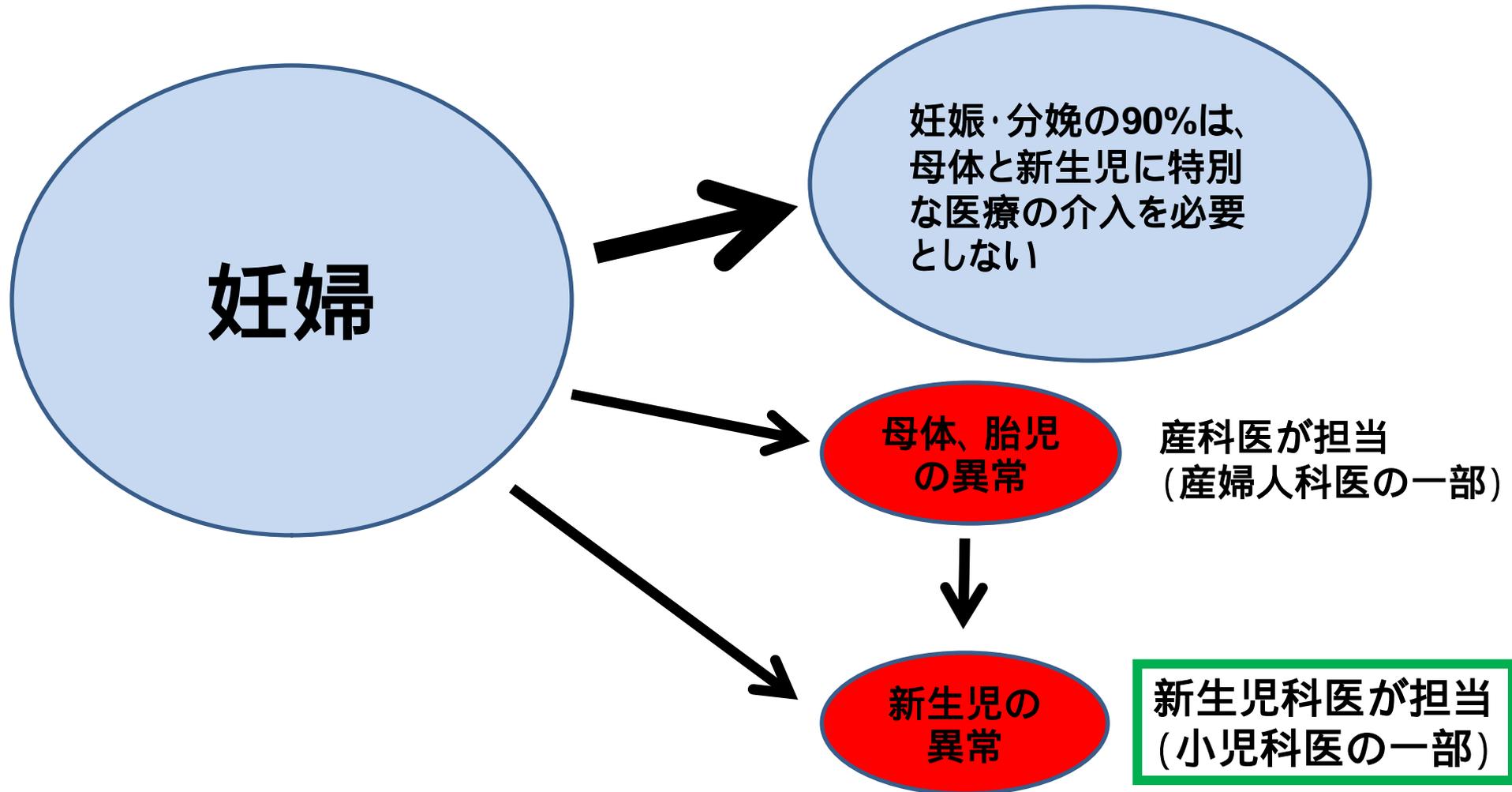
中央社会保険医療協議会 基本問題小委員会

東京女子医科大学母子総合医療センター 楠田 聡

埼玉医科大学総合医療センター 田村正徳

周産期医療とは

ローリスク妊婦と新生児



ハイリスク妊婦と新生児

救急医療からみた新生児医療

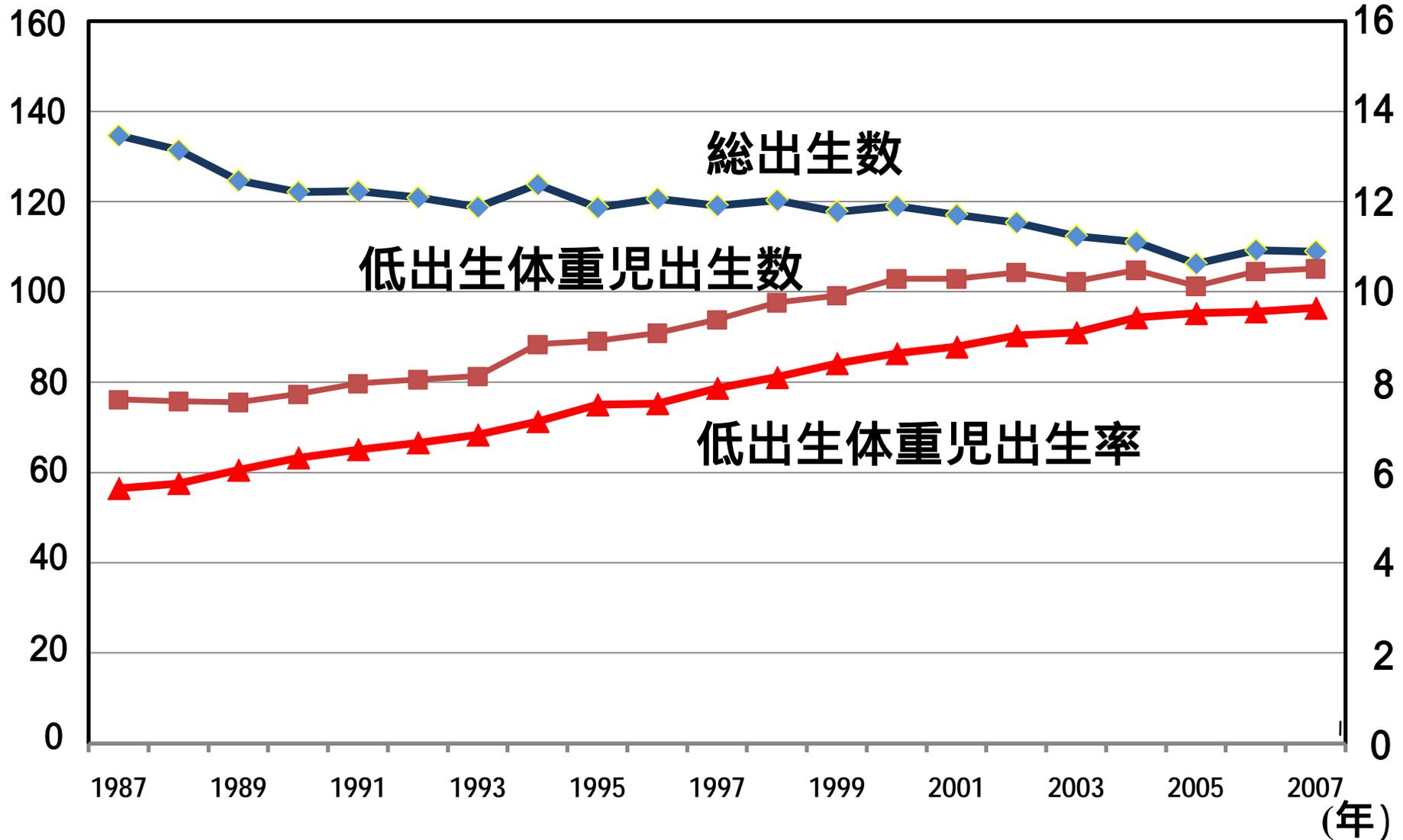


日本の新生児医療の現状

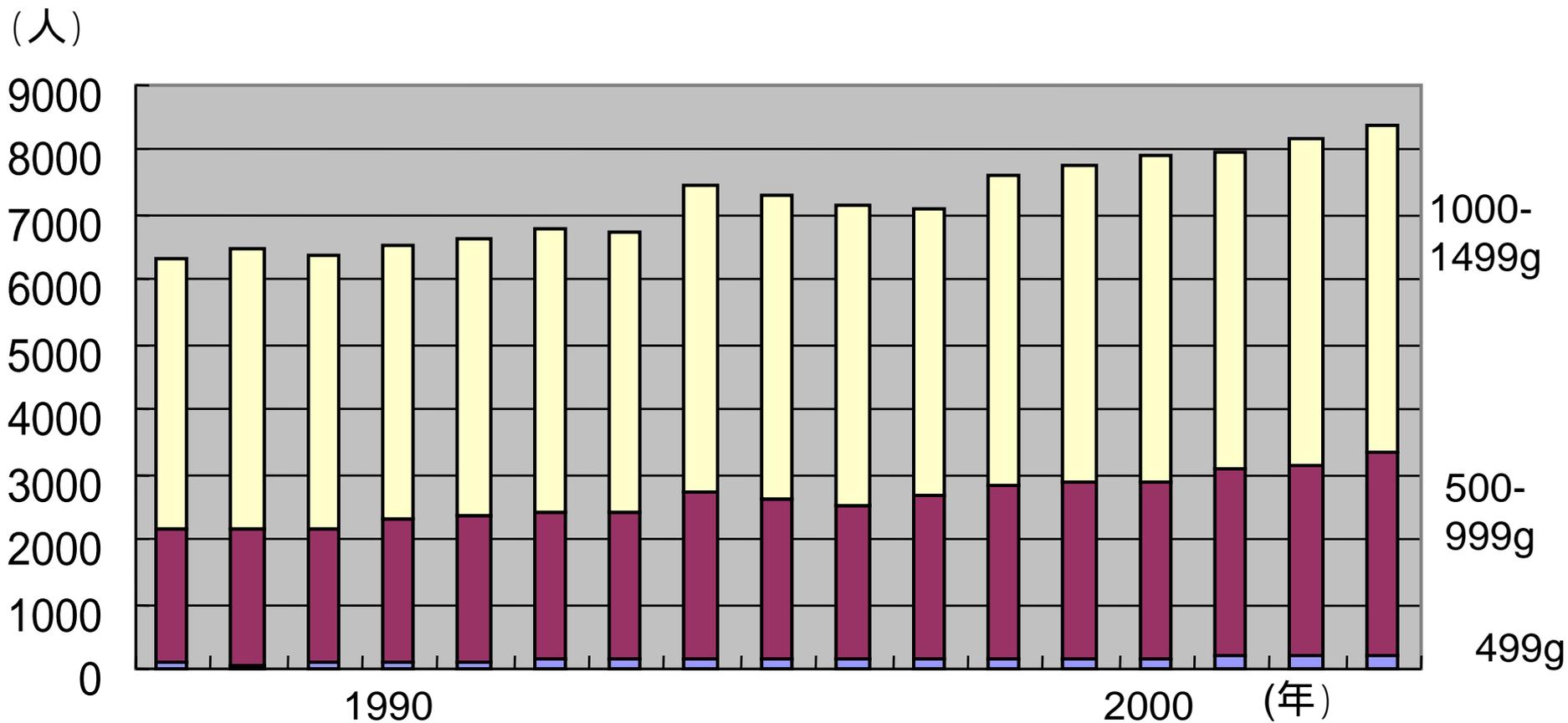
低出生体重児の出生率

(百万人)

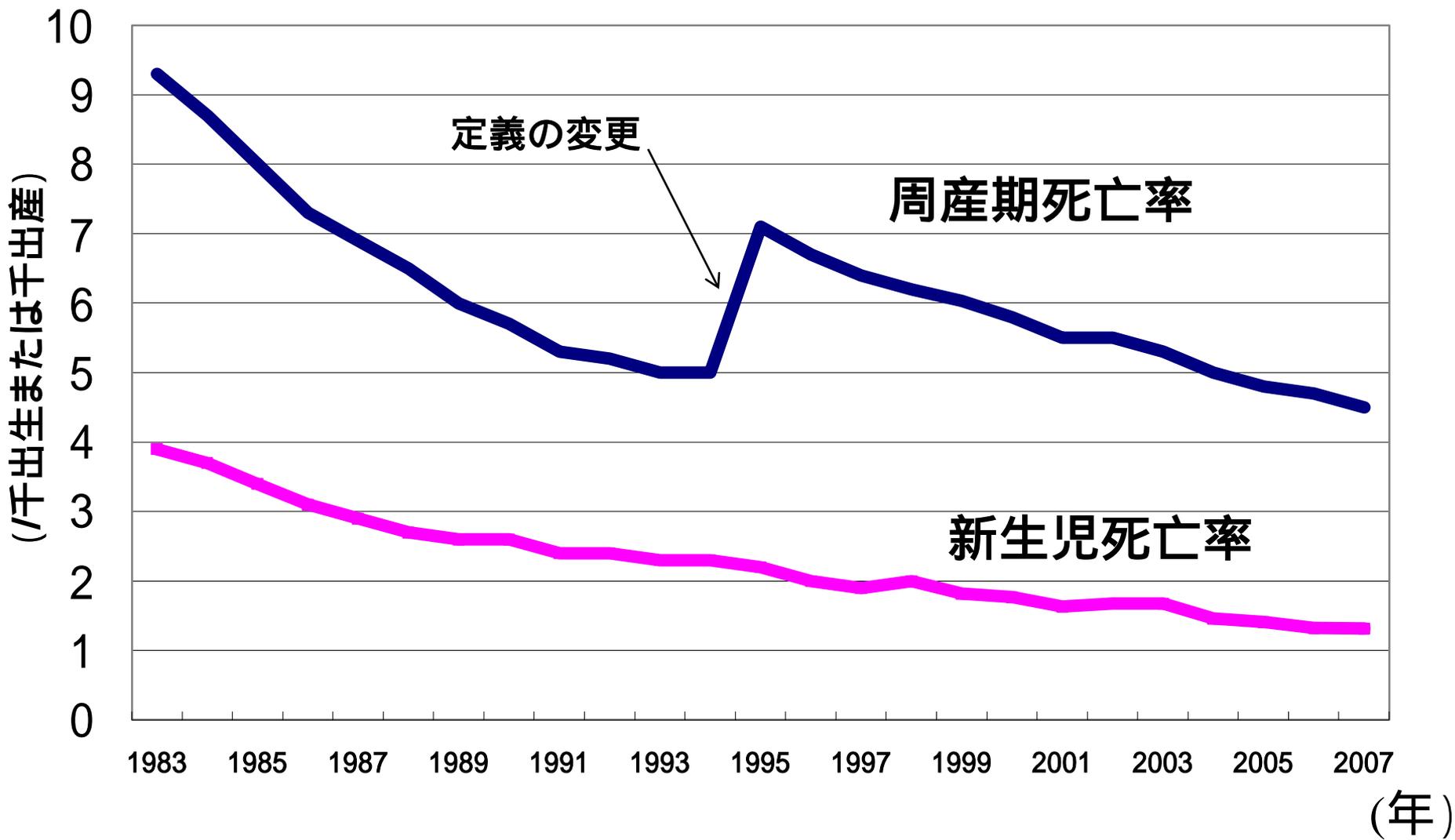
(万人/%)



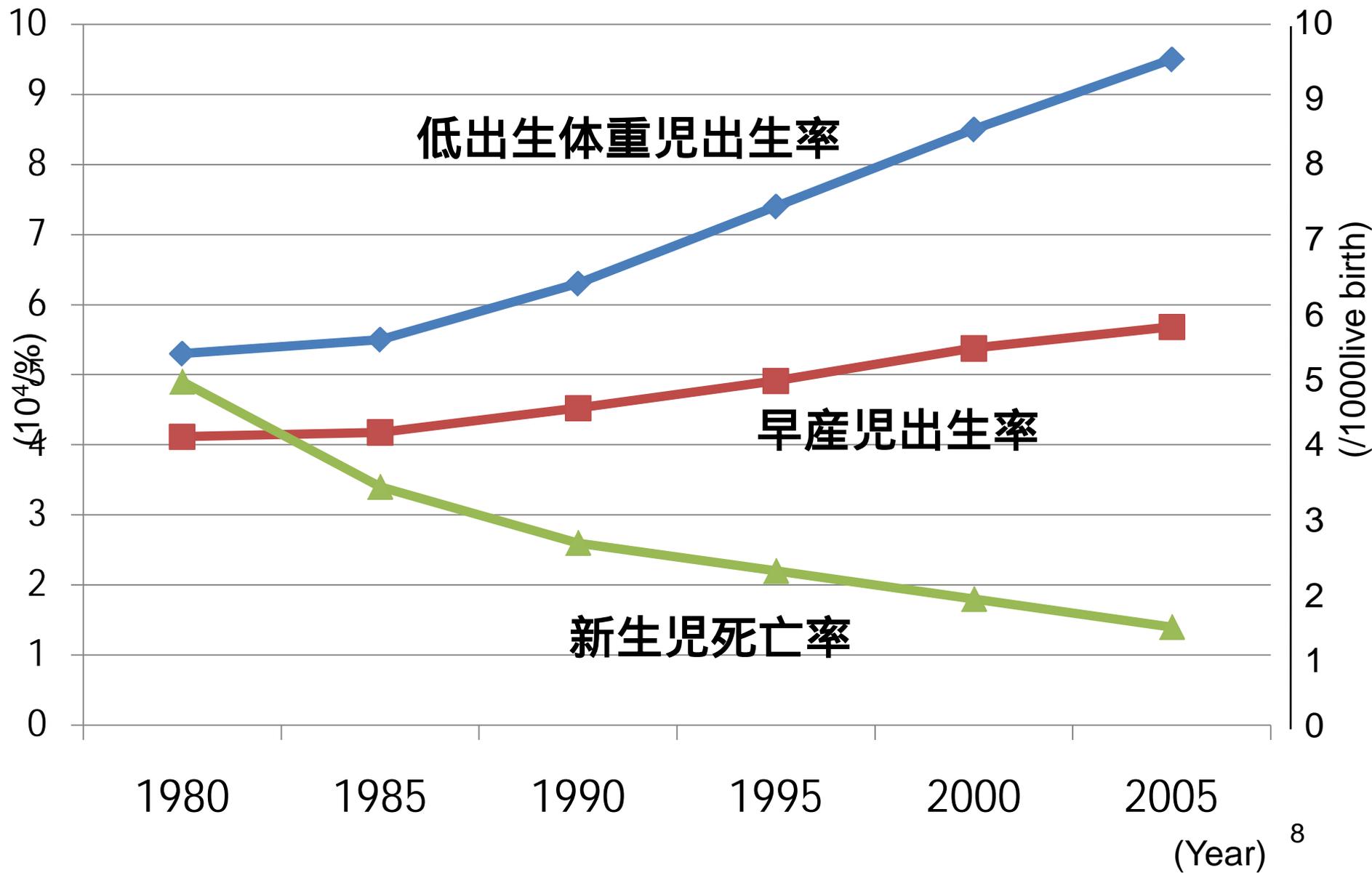
極低出生体重児(出生体重1500g未満)の増加



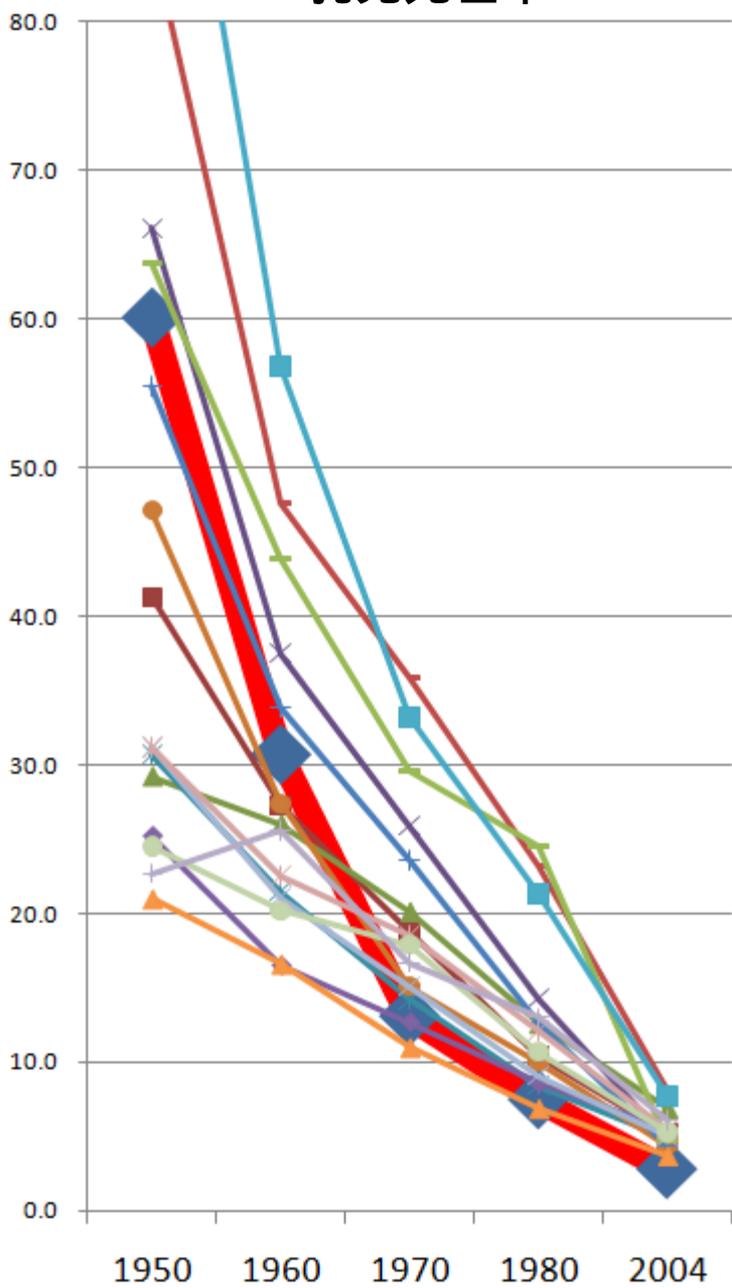
新生児死亡率と周産期死亡率



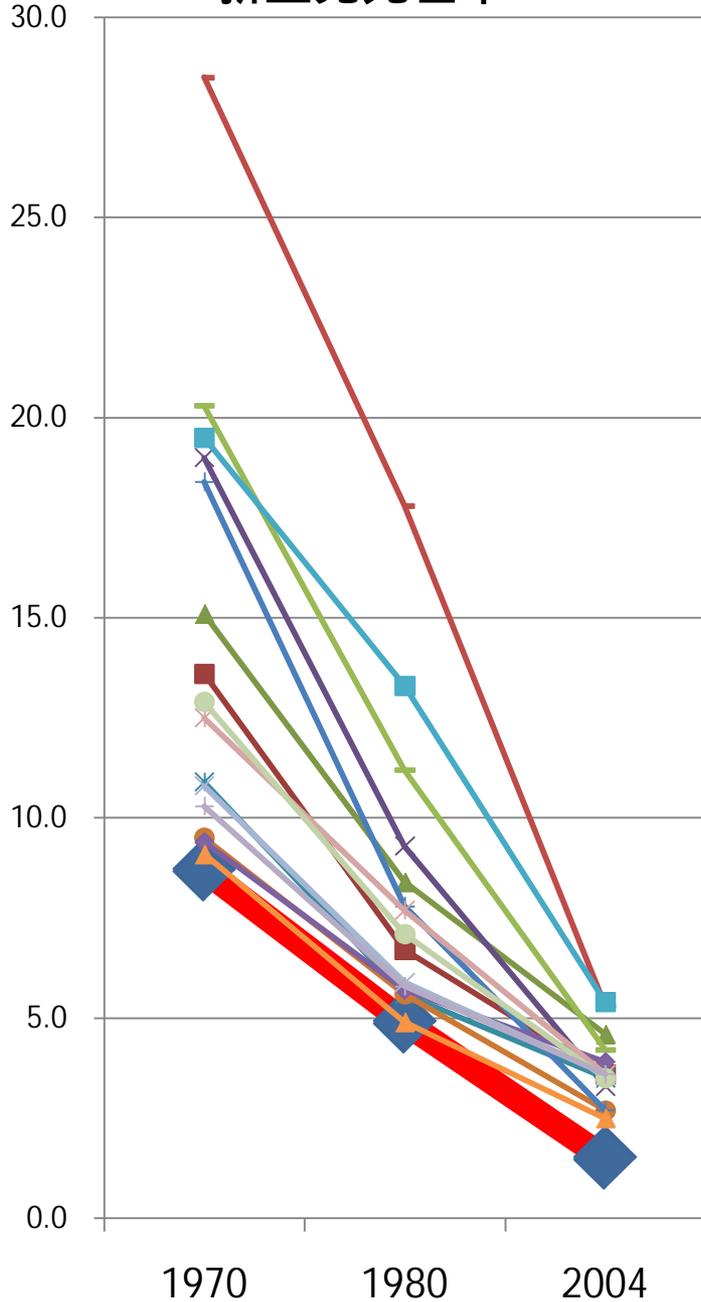
早産児、低出生体重児、新生児死亡率



乳児死亡率



新生児死亡率

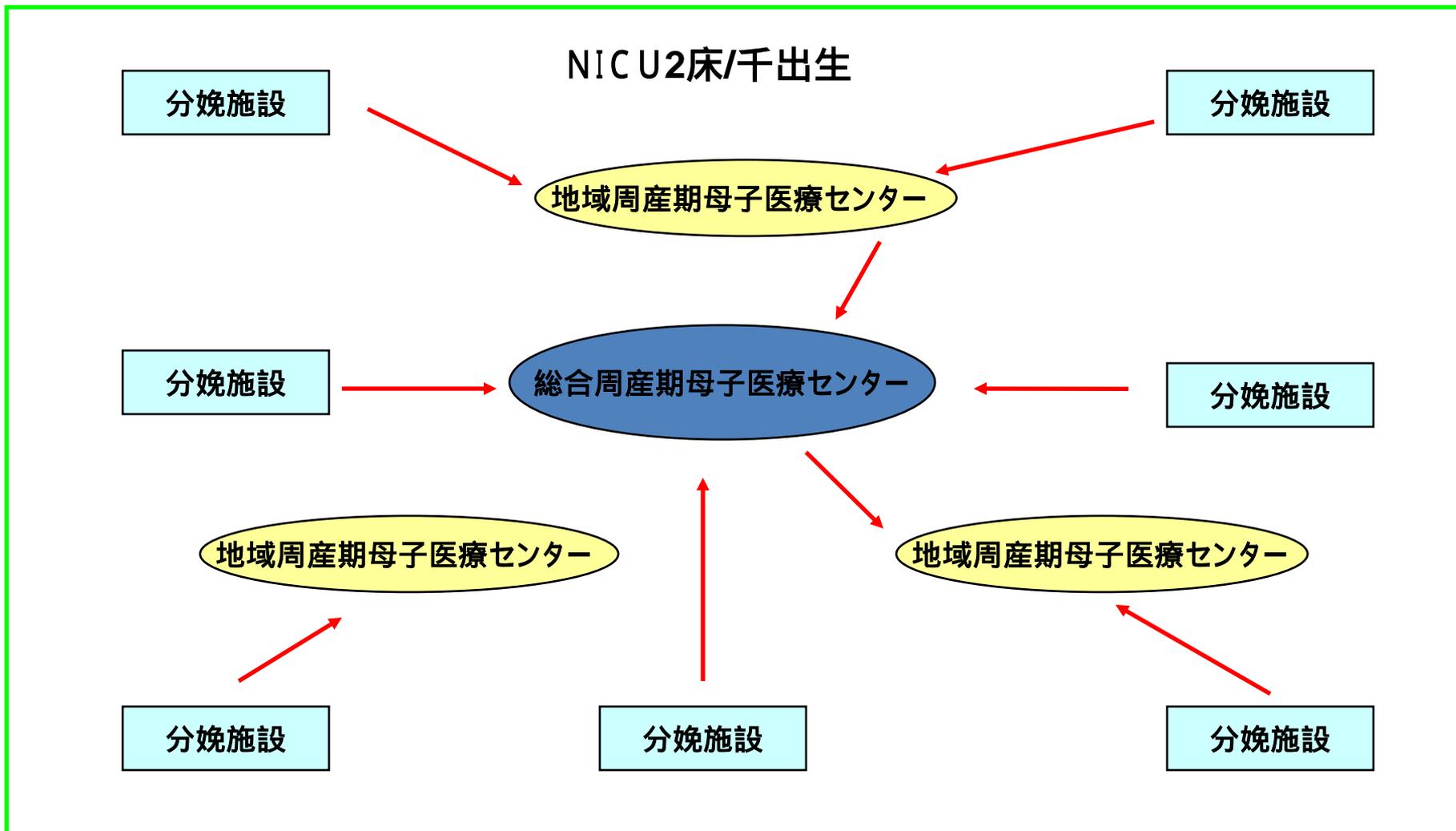


国際比較 (OECD)

- 日本
- カナダ
- ▲ アメリカ合衆国
- ✕ オーストリア
- ✱ デンマーク
- フランス
- ✱ ドイツ
- ハンガリー
- イタリア
- ◆ オランダ
- ポーランド
- ▲ スウェーデン
- ✱ スイス
- ✱ イギリス
- オーストラリア
- ✱ ニュージーランド

周産期医療ネットワーク

(人口100万人、出生1万人、低出生体重児900人)



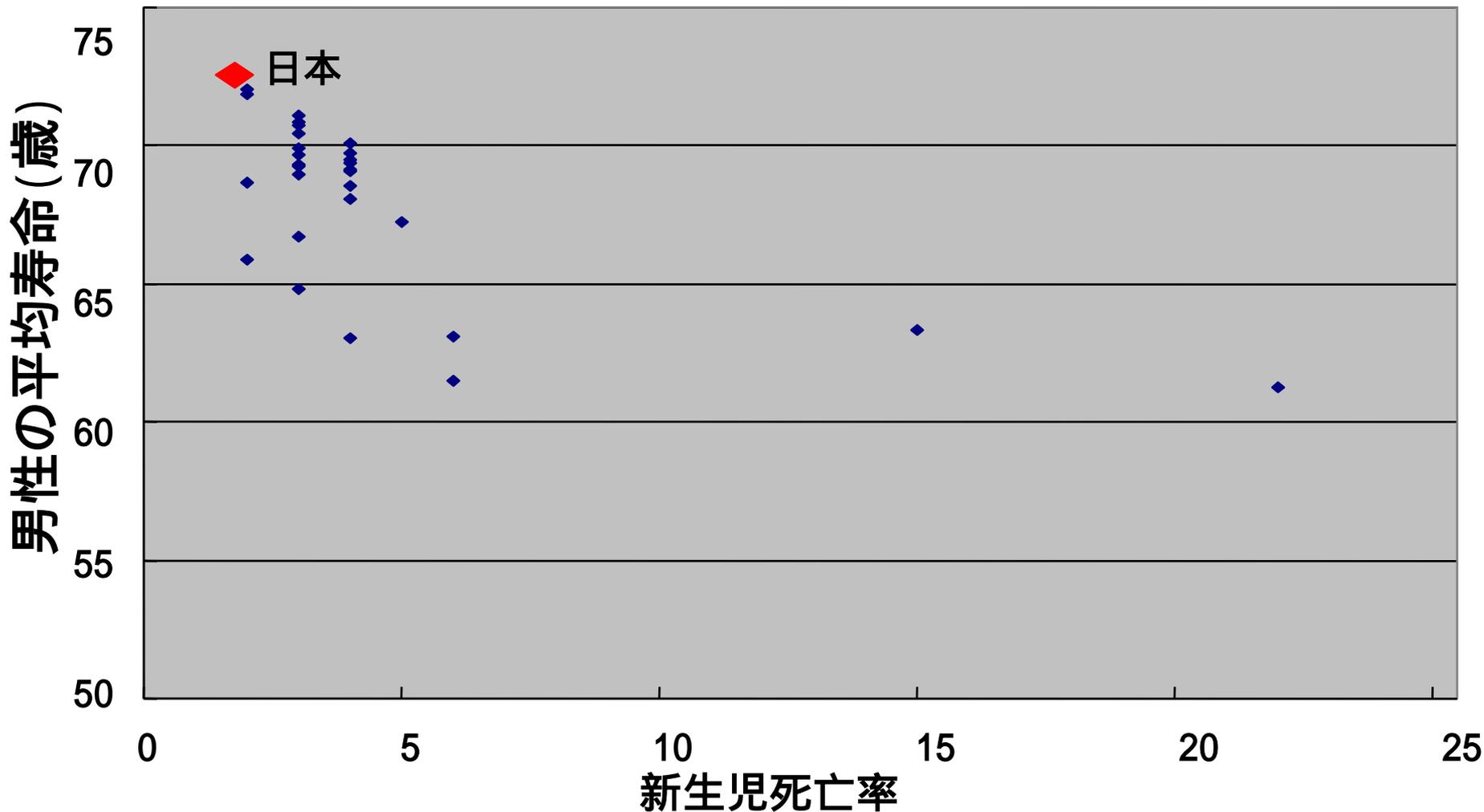
周産期医療対策整備事業（平成8年5月10日）(児発第488号)

各都道府県知事あて厚生省児童家庭局長通知

平成6年厚生省研究班

平均寿命と新生児死亡率の関係 (2002年)

OECD国際比較



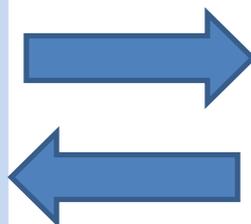
日本の新生児医療は社会に大きく貢献している



危機的状況に置かれている

どのような危機的状況か

NICUの不足



新生児科医
の不足

昨年、東京都で発生した母体搬送 受入れ不可例が明らかにした課題

- 約半数の施設がNICU満床を理由に母体搬送を受け入れなかった
- NICUの病床数が需要に見合っていない
- 現在のNICU必要数は平成6年の周産期医療体制整備事業開始時に推計されたものである

周産期医療ネットワークに関する実態調査の結果について

2 NICU等の充足状況についての認識

- (1) NICUの充足状況の認識は、「(ほぼ)充足している」が23自治体、「不足している」が22自治体、「把握していない」が2自治体。
- (2) MFICUの充足状況の認識は、「(ほぼ)充足している」が28自治体、「不足している」が11自治体、「把握していない」が6自治体。(有効回答45自治体)

(3) 搬送受入が出来なかった理由（※19年度実績）

ア) 新生児搬送受入が出来なかったケースがあったセンターは、42センター／有効回答70センター

うち搬送受入が出来なかった理由について回答のあった42センターの理由別センター数の割合（複数回答）

理由	NICU満床	診察可能医師不在	その他
センター数	40	5	11
割合(%)	95.2	11.9	26.2

イ) 母体搬送受入が出来なかったケースがあったセンターは、53センター／有効回答74センター

うち搬送受入が出来なかった理由について回答のあった53センターの理由別センター数の割合（複数回答）

理由	NICU満床	MFICU満床	診察可能医師不在	その他
センター数	49	31	12	30
割合(%)	92.5	58.5	22.6	56.6

NICUが不足する理由

需要の増加

(ハイリスク児の増加と予後の改善)

NICU利用効率の低下

(長期入院児)

稼働していない病床の存在

(スタッフ不足、待機病床)

ハイリスク新生児の増加

平成6年と17年の母子保健統計比較

	平成6年	平成17年
人口	124,069,000	126,204,902
出生数	1,238,328	1,062,530
出生率(人口1000)	10.0	8.4
低出生体重児出生数	88,362	101,272
低出生体重児出生率(%)	7.1	9.5
新生児死亡数	2,889	1,510
新生児死亡率(出生1000)	2.3	1.4

NICU利用効率の低下

長期入院児の影響

	12ヶ月以上の 長期入院が新生児 病床に占める比率(%)
NICU病床に占める比率	3.85
後方病床に占める比率	3.82
新生児病床に占める比率	3.83

$\text{NICU}2000\text{床} \times 3.85\% + \text{GCU}4000\text{床} \times 3.82\% = 230\text{名}$

在宅医療が困難な状況

- 在宅医療をコーディネートする人材の不足(訪問看護師、在宅支援診療施設の不足)
- 在宅療養児が急変した時に常時受けいれできる施設の不足(呼吸管理の出来る小児救急病院の受入れ体制の不備)
- 在宅療養を継続して実施する家族への支援の不足(重心施設のレスパイト受入れ体制の絶対的不足)

稼働していない病床

- 看護師あるいは医師不足により稼働できない病床の存在
- 小児救急との両立のため、新生児科医が不足してフル規格のNICUが維持ができない
- 院内出生児のためのいわゆる“待機病床”が存在

NICUが不足する理由

要因	寄与率
ハイリスク児の増加と予後の改善	30%
長期入院	4%
稼働できない病床	8%

NICUの必要数

NICU必要数の推計

平成6年研究班

2床/1000出生



平成19年研究班

3床/1000出生

整備すべきNICU病床数

現在あるNICUの病床数

医療施設調査

2341床

診療報酬届出数

2032床

平成19年研究班の研究結果



必要なNICU病床の総数

3000床

不足しているNICU病床の総数

700床 ~ 1000床

うち早急に整備すべき病床

200床 ~ 500床

新生児科医の不足

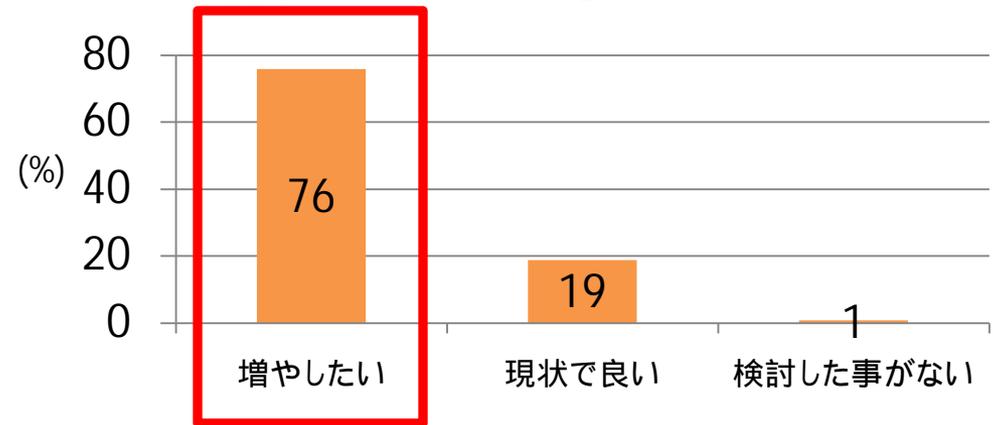
新生児病床を増床する意志はありますか？

新生児病床増床に対する地域や行政からの要望

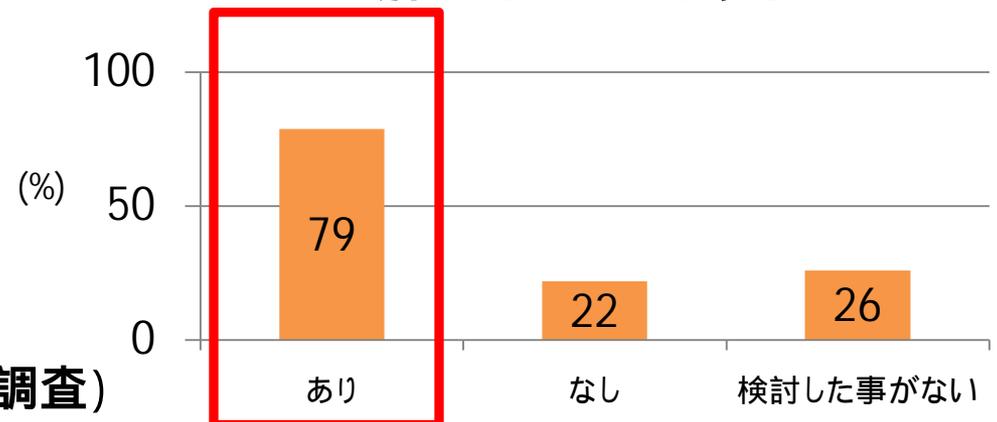


(新生児医療連絡会 杉浦正俊 2008年調査)

制約がないとして新生児病床を増やしたいとお考えですか？



病院管理者や設置者は増床に理解はあるでしょうか？



新生児病床を拡充する上での障害(複数回答)

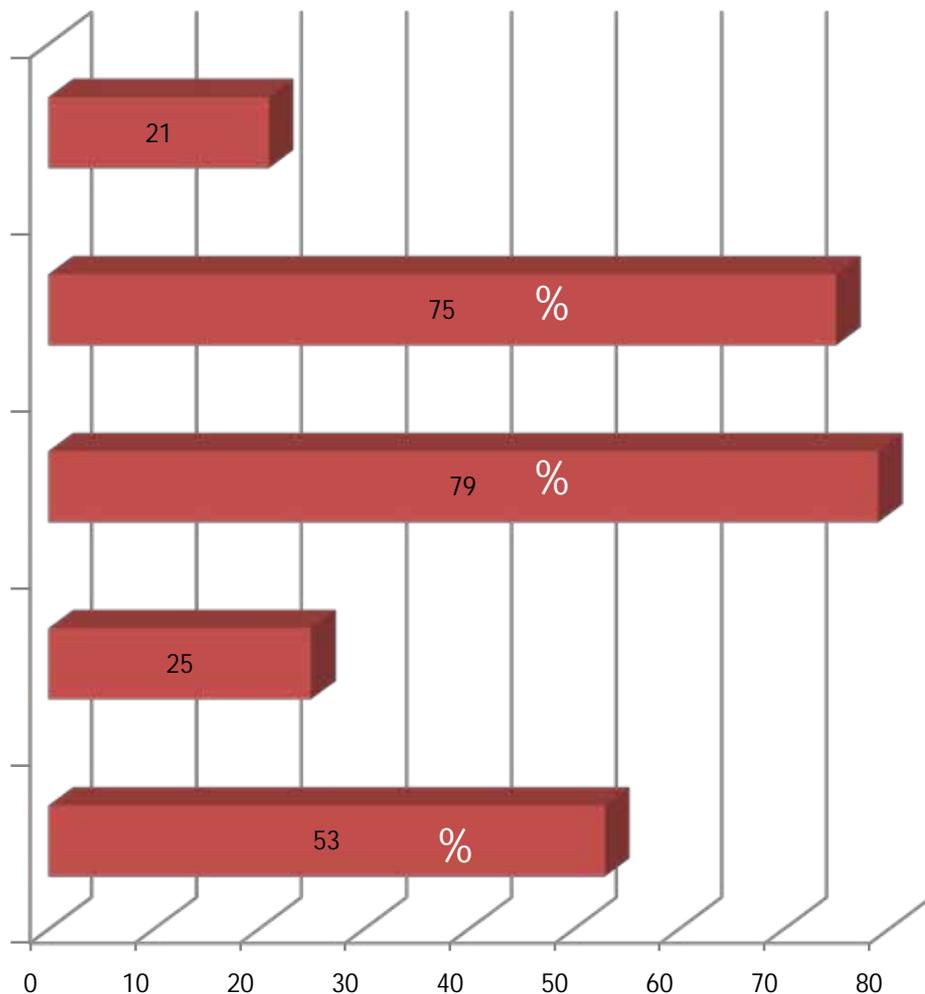
その他(総病床数制限など)

→ 看護師の確保

→ 医師の確保

運営費-診療上の収益

建設費



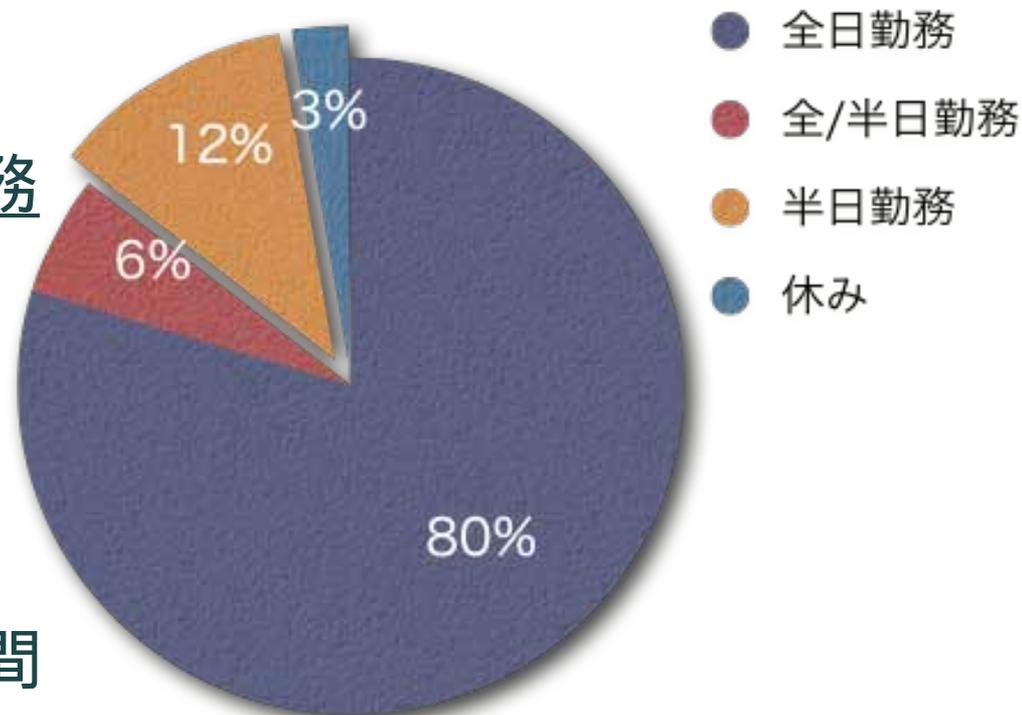
新生児科医の勤務実態

(当直:事実上の夜間・連続勤務)

当直回数/月:平均 平日4.2回、休日1.8回 計6回/月

睡眠時間:平均 3.9時間

当直明け勤務:
8割以上が連続通常勤務



最長連続勤務時間:41.4時間
(朝8:30 翌々日深夜2:00)

(新生児医療連絡会 杉浦正俊 調査結果)

新生児搬送

分娩立ち会い 母児接触



産科医院



- 【**新生児搬送の特殊性**】
- ・新生児医療に習熟した医師/看護師が同乗して迎え搬送
 - ・要請元施設での分娩立ち会い
 - ・搬送中も保温・清潔操作が必要
→保育機内での処置
 - ・自施設のNICUが満床の時は他施設へ搬送→**三角搬送**

【新生児搬送理由】

早産、低出生体重、仮死、呼吸障害、先天性心疾患、外科疾患など

【新生児搬送中の処置】

保温、清潔操作、気管挿管、人工呼吸、点滴確保、薬剤投与、胸腔ドレナージなど



新生児搬送

三角搬送



総合周産期母子医療センター



地域周産期母子医療センター

小児救急との両立が困難

小児救急医療体制整備



NICUと小児救急医療の両立のためには多くの
小児科医が必要



NICUの運営を諦め、小児救急医療を選択する
病院の出現



新生児医療担当医の不足

新生児医不足の最大要因は、
新生児科医不足による過酷な勤務

必要な対策は

- NICU運営のバックアップ
- 新生児科医の待遇改善

診療報酬上のNICU運営の バックアップ

大幅なバック
アップが必要

- 病院経営者(国公私立)がNICUを経済的に十分に運営できるだけの評価を与える
- NICUの役割分担を促すような評価を導入する(小児救急と両立できるNICU運営)
- NICU退室後の再入室に対しても算定可能とする
- 回復期病床(GCU)での医療を評価する
- NICUから移動する病床への評価、および在宅療養中の児および家族を支援することでNICUの長期入院児を減らして運用効率を上げる
- NICUの定床超過に対する算定要件を緩和する

NICUの運営経費と診療報酬

- 平成21年4月24日東京都周産期医療体制整備PT報告書「周産期医療体制の充実に向けて」でNICU1床当たりの収益、費用、損益を試算。
- その結果、NICU1床当たり、年間745万円の赤字となった。

診療報酬上の新生児科医の待遇 改善

- 勤務内容(新生児搬送、分娩立会い、ハイリスク児の受け入れ、等)に応じた報酬が新生児科医に支払われる仕組みの導入

新生児医療の将来の改善策

- **NICUの増床**

 - NICU加算の増額、運営補助金の増額

 - 大規模施設での優先的増床

 - 地域での役割分担

- **新生児医療を担当する医師の確保**

 - 標榜科としての「新生児科」の新設

 - 大学病院のNICUの整備

 - 勤務時間に則した手当での支払い

 - 他職種との連携

日本の医療全体の課題

病院の課題

救急医療の課題

成人の救急

小児の救急

周産期医療

産科医療



新生児医療

謝辞

- 貴重な発言の機会を与えて頂いた中央社会保険医療協議会委員の皆様、データの提供および助言を頂いた、新生児医療連絡会、日本未熟児新生児学会、日本周産期・新生児医学会、日本小児科学会の皆様に深謝申し上げます。

追加資料

新生児搬送に関する資料

大阪府立母子保健総合医療センター

白石 淳、藤村正哲

新生児搬送の特殊性に関する 説明スライド

- ・搬送依頼のあった新生児の疾患
- ・新生児搬送の流れ
- ・新生児搬送の行程
- ・新生児搬送の特殊性

主な新生児疾患の出生体重別実数 () 内は死亡数

	<1000g		1000g～		1500g～		2500g～		total	
呼吸窮迫症候群	1900	(502)	1916	(156)	1989	(70)	266	(12)	6071	(740)
新生児一過性多呼吸	195	(5)	823	(2)	3882	(7)	2762	(2)	7662	(16)
胎便吸引症候群	9	(0)	47	(3)	448	(16)	2241	(44)	2745	(63)
気胸	155	(103)	102	(35)	387	(41)	1054	(61)	1698	(240)
肺出血	132	(79)	108	(27)	169	(30)	325	(43)	734	(179)
無呼吸発作	432	(16)	1158	(10)	1222	(8)	401	(7)	3213	(41)
Wilson-Mikity症候群	294	(46)	160	(9)	41	(2)	6	(1)	501	(58)
気管支肺異形成症	390	(27)	147	(5)	29	(2)	1	(0)	567	(34)
動脈管開存症	850	(131)	776	(32)	702	(44)	319	(35)	2647	(242)
脳室内出血	755	(341)	363	(76)	269	(44)	15	(22)	1402	(483)
痙攣	33	(19)	37	(8)	158	(9)	720	(43)	948	(79)
心疾患	1006	(173)	1074	(82)	1750	(200)	1755	(183)	5585	(638)
敗血症	201	(131)	70	(17)	102	(17)	236	(23)	609	(188)
壊死性腸炎	71	(34)	36	(9)	32	(10)	21	(5)	160	(58)
胎便関連性イレウス	117	(20)	47	(1)	38	(1)	34	(2)	236	(24)
消化管穿孔	69	(38)	19	(5)	41	(8)	72	(15)	201	(66)
総入院数	3764	(966)	5622	(377)	21329	(688)	25100	(713)	55815	(2744)

緊急を要する疾患が多い

主な新生児疾患の出生体重別死亡率
(死亡数/同体重入院数) %

	<1000g	1000g～	1500g～	2500g～	total
呼吸窮迫症候群	13.3%	2.8%	0.3%	0.0%	1.3%
新生児一過性多呼吸	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
胎便吸引症候群	0.0%	0.1%	0.1%	0.2%	0.1%
気胸	2.7%	0.6%	0.2%	0.2%	0.4%
肺出血	2.1%	0.5%	0.1%	0.2%	0.3%
無呼吸発作	0.4%	0.2%	0.0%	0.0%	0.1%
Wilson-Mikity症候群	1.2%	0.2%	0.0%	0.0%	0.1%
気管支肺異形成症	0.7%	0.1%	0.0%	0.0%	0.1%
動脈管開存症	3.5%	0.6%	0.2%	0.1%	0.4%
脳室内出血	9.1%	1.4%	0.2%	0.1%	0.9%
痙攣	0.5%	0.1%	0.0%	0.2%	0.1%
心疾患	4.6%	1.5%	0.9%	0.7%	1.1%
敗血症	3.5%	0.3%	0.1%	0.1%	0.3%
壊死性腸炎	0.9%	0.2%	0.0%	0.0%	0.1%
消化管穿孔	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
胎便関連性イレウス	1.0%	0.1%	0.0%	0.1%	0.1%

早産児では、死亡率も高くなる。

新生児搬送の流れ

① 新生児の病的症状ないしはリスク分娩の発生

自施設で対応ないしは母体搬送が可能かどうかを判断
搬送ないしは分娩立会い依頼

② 情報をもとに、緊急かどうかを初期判断

： 緊急の場合（早産、仮死、急変）

即座に新生児搬送用救急車で出発

他医師が受け入れ先を探す

： 非緊急の場合

さらに情報を収集し、疑われる病態に応じて受け入れ先を確保し
新生児搬送用救急車で出発

専門的な知識と経験

専門的な知識と経験

新生児搬送の流れ

③到着後、診察により状態を把握し、考えうる病態から初期治療を施し、両親に説明し、搬送用保育器に収容し出発。

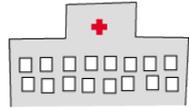
専門的な知識と経験

④搬送中、保育器のそばに張り付き、必要に応じた処置・治療を施しながら、受け入れ施設に送り届ける。

専門的な知識と経験

情報～帰院全行程平均所要時間

①



対象児発生

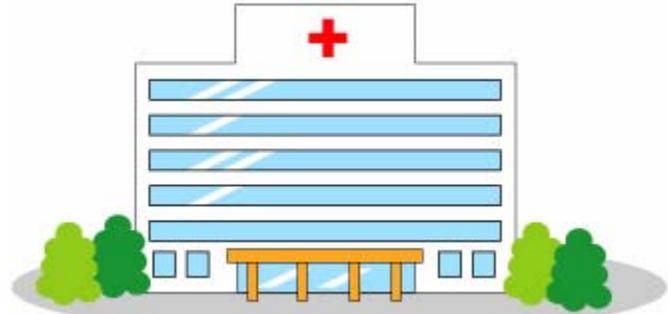
↓ 電話

自施設入院：2時間30分
三角搬送：3時間35分

②

情報受理
受け入れ先確保
出発

37分



31分

③



依頼元到着
適切な処置
安定させ出発

43分



④ 34分

入院先へ収容
申し送り

37分

④



32分



60分 (サイレン鳴らさず)

帰院

自施設入院

三角搬送

(大阪府立母子保健総合医療センター)

新生児搬送の特殊性

新生児搬送用救急車

- ・新生児用人工呼吸器の搭載（発電機も必要）
- ・搬送用保育器の搭載
- ・リフトの搭載
- ・同乗新生児科医による処置・治療（ある程度のスペース）

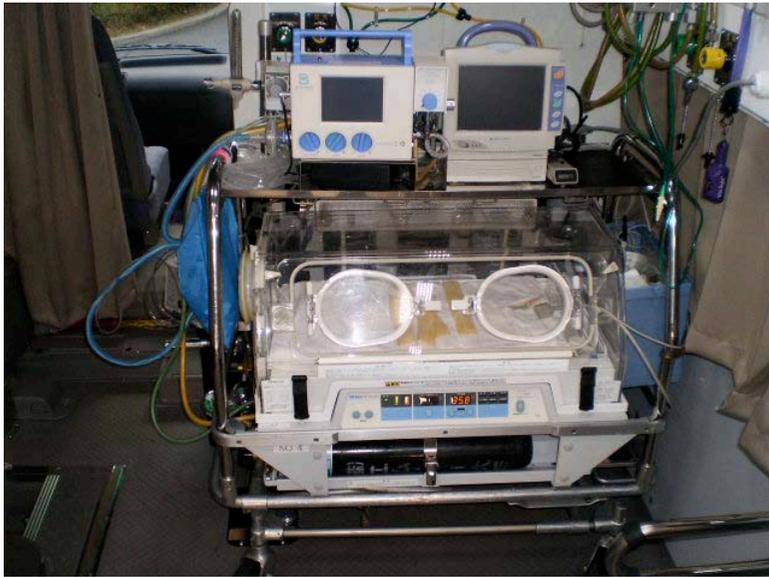
専任運転手ないしは呼び出し運転手（依頼から出動まで時間がかかりうる）

病棟当直医以外の医師による業務

搬送当直医ないしは

自宅待機医（この場合依頼から出動まで時間がかかりうる）

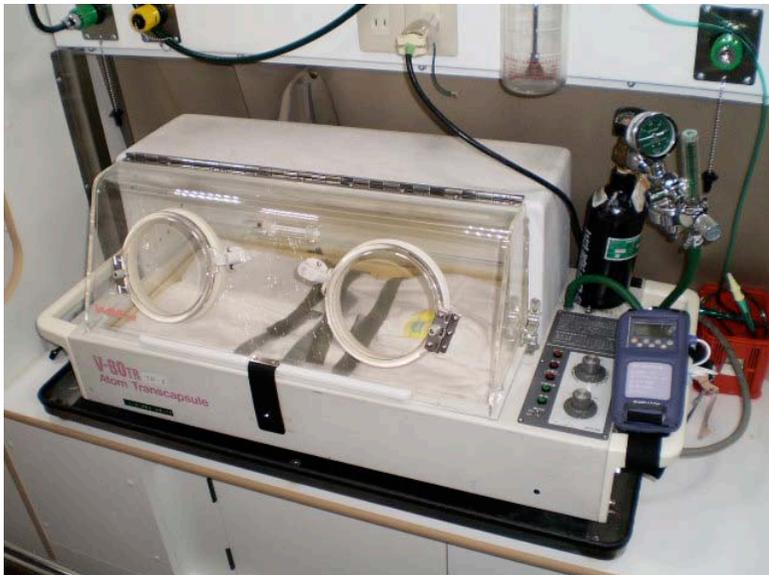
同乗看護師が必要



呼吸器付き保育器 (>100kg)



処置等のため、ある程度のスペースが必要



簡易保育器 (エレベーターのない施設も多い)



呼吸器付き保育器 (>100kg) は専用リフトで乗降



簡易保育器
(持ち上げないしは
専用ストレッチャーに
載せて移動)



専用ストレッチャーの固定
小児および母体のベッドの固定も可能

新生児緊急搬送料（新設）10,000点

医師又は看護師が同乗して緊急車両で疾病新生児を搬送した時に算定する。

- 新生児搬送の特殊性について

産科施設で出生した早産児や異常新生児への対応は、**専門的な知識と技術を要し**、医師・看護師・運転手からなるチームにて**迅速な対応**が必要であります（スライド）。

また、可能な限り、出生前に母体搬送にて新生児集中治療室を有する病院への転院を試みますが、母体の状態ないしは分娩の進行具合によっては、分娩施設へ出張し分娩立会いを行い、蘇生術等適切な対応を行い受け入れ施設への搬送を行う必要があります（資料1）。

そのためには、地域的な新生児搬送体制の整備（資料2）および地域センターにおける搬送体制の整備（人的・物的資源の整備および維持）（資料3）が必要であります。

スライド

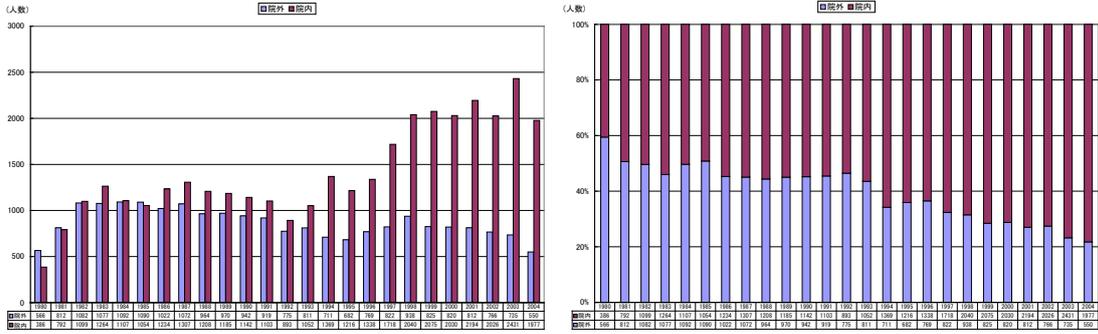
- 搬送依頼のあった新生児の疾患
- 新生児搬送の実際
- 新生児搬送の頻度
- 新生児搬送の特殊性

資料

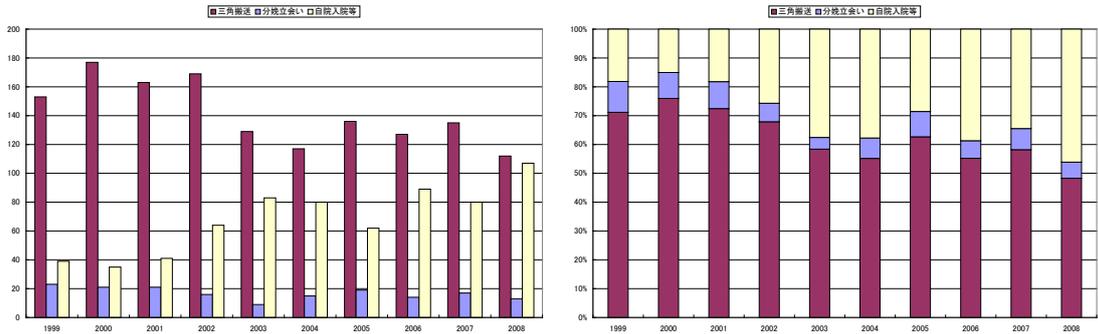
1. 母体搬送システム整備の効果についての資料
2. 地域的な新生児搬送体制の整備の必要性についての資料
3. 搬送体制の整備（人的・物的資源の整備および維持）についての資料

母体搬送システム整備の効果についての資料（NMCS 新生児白書Ⅲより、大阪府立母子保健総合医療センター2008 年報より）

1987 年の OGCS 発足以降、院外出生数は減少している。1996 年以降、院外出生児入院数は増えているが割合は減少している。（NMCS 新生児白書Ⅲより）



三角搬送数は減少傾向にあり、分娩立会い依頼数はほぼ一定である。（大阪府立母子保健総合医療センター2008 年報より）



地域的な新生児搬送体制の整備の必要性についての資料

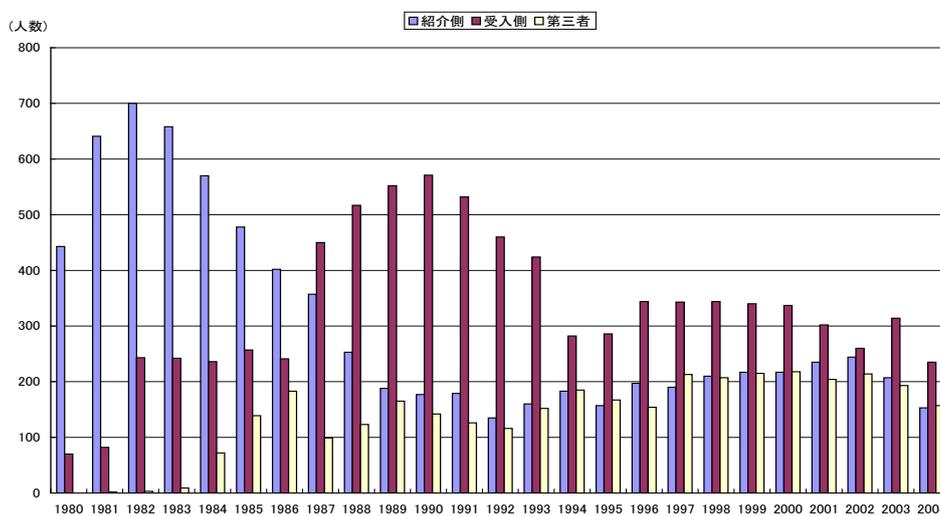
(「周産期母子医療センターネットワーク」の構築に関する研究 総合研究報告書より、NMCS 新生児白書Ⅲより)

1. 整備により期待される効果 (NMCS 新生児白書Ⅲより)

●

大阪では、1977年に大阪新生児診療相互援助システム (NMCS) が発足し、1987年には産婦人科診療相互援助システム (OGCS) が発足し、1993年には大阪新生児外科診療相互援助システム (NSCS) が発足し、地域による診療体制を確立してきた。

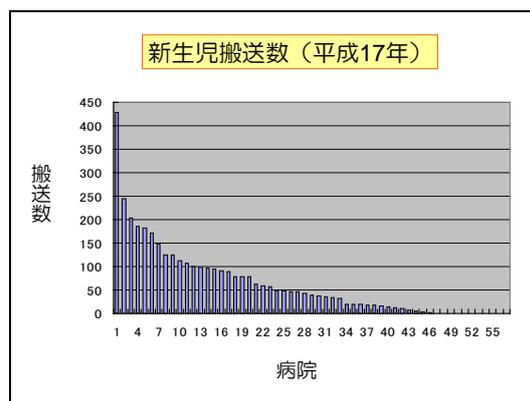
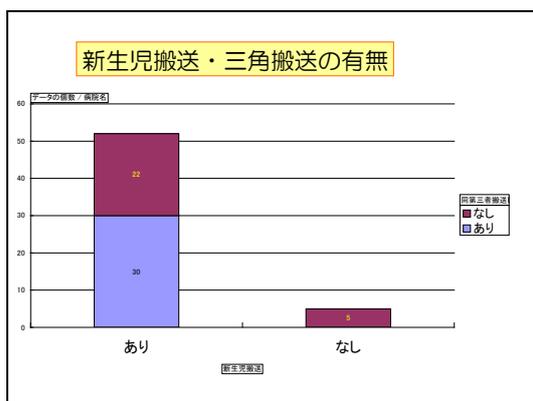
全国的にも搬送システムの充実が望まれる。



搬送主体は、紹介側から受け入れ側へと移り、新生児搬送システムの確立にともない、第三者搬送が増加

2. 全国的な地域センターの現状（厚生労働科学研究「周産期母子医療センターネットワーク」の構築に関する研究 総合研究報告書より）

- 総合周産期母子医療センターの実態調査（2006年）によると、61施設中52病院（91.2%）が新生児搬送を実施している。そのうち三角搬送を実施しているのは30病院（搬送実施病院の58%）にすぎない。また、新生児搬送数には施設間に差が大きい。年間100症例以上搬送している病院は12病院（23%）である。



搬送同乗者

58%の新生児搬送は医師のみで実施されており、38%は医師と看護師で実施されている。三角搬送の場合、医師と看護師が同乗する割合は41%とより大きい。

三角搬送と搬送同乗者

第三者搬送	搬送同乗者					総計
	医師	医師、看護師	医師、看護師、他	医師、他	看護師	
あり	16	13	1	1	1	32
なし	17	6	2			25
総計	33	19	3	1	1	57
%	58%	33%	5%	2%	2%	100%

搬送に使用する救急車

病院専用救急車は42%の施設で使用されている。一方28%の施設では自治体救急車に依存しており、残りの28%は両方を活用している。三角搬送を実施している施設では病院専用救急車の割合が47%とやや多い。

三角搬送と救急車の種類

第三者搬送	救急車				総計
	自院車	自院車、 自治体救急車	自治体救急車	その他	
あり	15	9	7	1	32
なし	9	7	9		25
計	24	16	16	1	57
%	42%	28%	28%	2%	100%

搬送体制の整備（人的・物的資源の整備および維持）についての資料

- 大阪府立母子保健総合医療センターにおける新生児搬送に要する費用の概算

人件費（月額=平均年収/12 で計算）

- 専属運転手（当直料含む）*6名 : 592,246 円
- 看護師（一人増員するとして） : 552,355 円
- 搬送医師当直料（平日当直 32,000*23 回、休日当直 48,000*8 回として）
: 1,120,000 円

小計=2,264,601 円

機材費（5年で更新として月額に換算）

- 救急車（リフト改造費・発電機等込み）（19,687,500 円/5年/12ヶ月）
: 328,125 円
- 呼吸器（2,250,000 円*2台/5年/12ヶ月）
: 75,000 円
- 保育器（大 1,932,000 円*2台/5年/12ヶ月）
: 64,400 円
- 保育器（小 902,000 円*2台/5年/12ヶ月）
: 30,067 円
- モニター（1,200,000 円*2台/5年/12ヶ月）
: 40,000 円

小計=537,592 円

維持費（2008年度費用を月額に換算）

- 燃料代（軽油=100 円/1 として、3,914 1/12*100 円）
: 32,617 円
- 保険（70,660 円/12） : 5,883 円
- 登録・自賠責（71,770 円/24） : 2,990 円
- 車検・修理（20,000 円/12） : 1,667 + α 円

小計=43,157 円

合計（月額に換算）=2,845,350 円

わが国の救急医療崩壊は 再生可能か

財団法人 日本救急医療財団 理事長
杏林大学医学部救急医学 教授
島崎 修次

救急医療崩壊

・社会的要因

急速な高齢化、核家族化、単身世帯増加、救急患者の急増

・救急患者の要因

- ・安易な受診(コンビニ受診)
- ・大病院指向による救急患者の集中化
- ・専門治療に対する過度の要求
- ・不適切な権利意識
- ・医療訴訟の増加
- ・無責任な医療報道

・医療機関の要因

- ・救急医療の疲弊、縮小化
- ・救急医療の人材確保が困難
- ・重労働(3K)
- ・医療訴訟のリスク
- ・経営上のメリットが少ない
- ・社会的評価が低い

傷病者の搬送及び受入れに係る調査分析の方法について

救急搬送における医療機関の受入状況(重症以上傷病者)

医療機関への照会回数4回以上の事案が14,732件(全体の3.6%)あり、現場滞在時間30分以上の事案が16,980件(4.1%)ある。

医療機関に受入の照会を行った回数ごとの件数

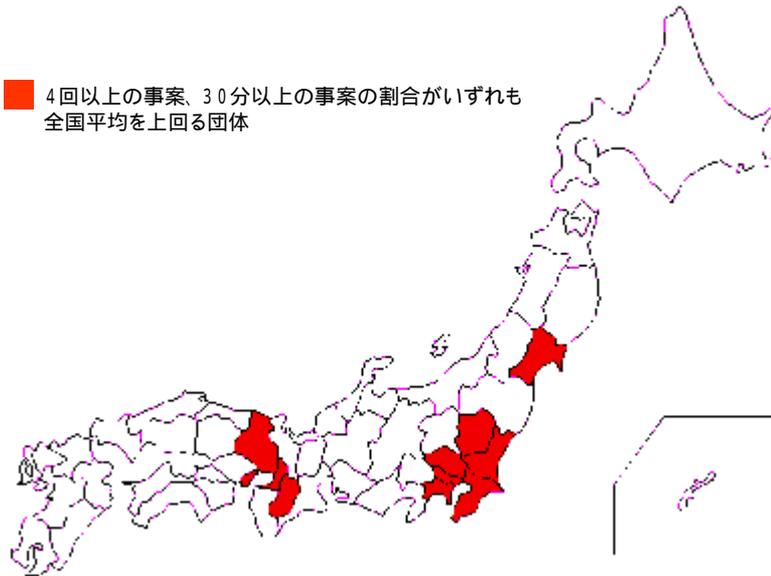
		1回	2~3回	4~5回	6~10回	11回~	計	4回以上	6回以上	11回以上	最大照会回数
重症以上傷病者	件数	344,778	49,680	9,594	4,235	903	409,190	14,732	5,138	903	49
	割合	84.3%	12.1%	2.3%	1.0%	0.2%	100%	3.6%	1.3%	0.2%	

現場滞在時間(現場到着から現場出発までの時間)区分ごとの件数

		15分未満	15分以上30分未満	30分以上45分未満	45分以上60分未満	60分以上120分未満	120分以上	計	30分以上	45分以上	60分以上
重症以上傷病者	件数	257,503	135,481	12,540	2,777	1,503	160	409,964	16,980	4,440	1,663
	割合	62.8%	33.0%	3.1%	0.7%	0.4%	0.04%	100%	4.1%	1.1%	0.4%

首都圏、近畿圏等の大都市部において、照会回数の多い事案の比率が高い。

4回以上の事案、30分以上の事案の割合がいずれも全国平均を上回る団体



都道府県	4回以上	30分以上
宮城県	5.8%	6.4%
茨城県	5.1%	5.6%
栃木県	5.0%	4.5%
埼玉県	8.7%	12.5%
千葉県	6.2%	9.1%
東京都	9.4%	9.3%
神奈川県	4.1%	6.9%
大阪府	8.2%	4.7%
兵庫県	6.2%	5.1%
奈良県	12.5%	8.4%
全国平均	3.6%	4.1%

救急医療体制の整備状況の推移

(各年3月31日時点)

		16年	17年	18年	19年	20年
三次救急 (救命救急)	救命救急センター (施設数)	170	178	189	201	208
二次救急 (入院を要する 救急)	入院を要する救急医療 施設 (施設数)	3,253	3,238	3,214	3,153	3,175
	(地区数)	(403)	(411)	(411)	(408)	(405)
一次救急 (初期救急)	休日夜間急患センター (施設数)	510	512	508	511	516
	在宅当番医制 (実施地区数)	683	677	666	654	641

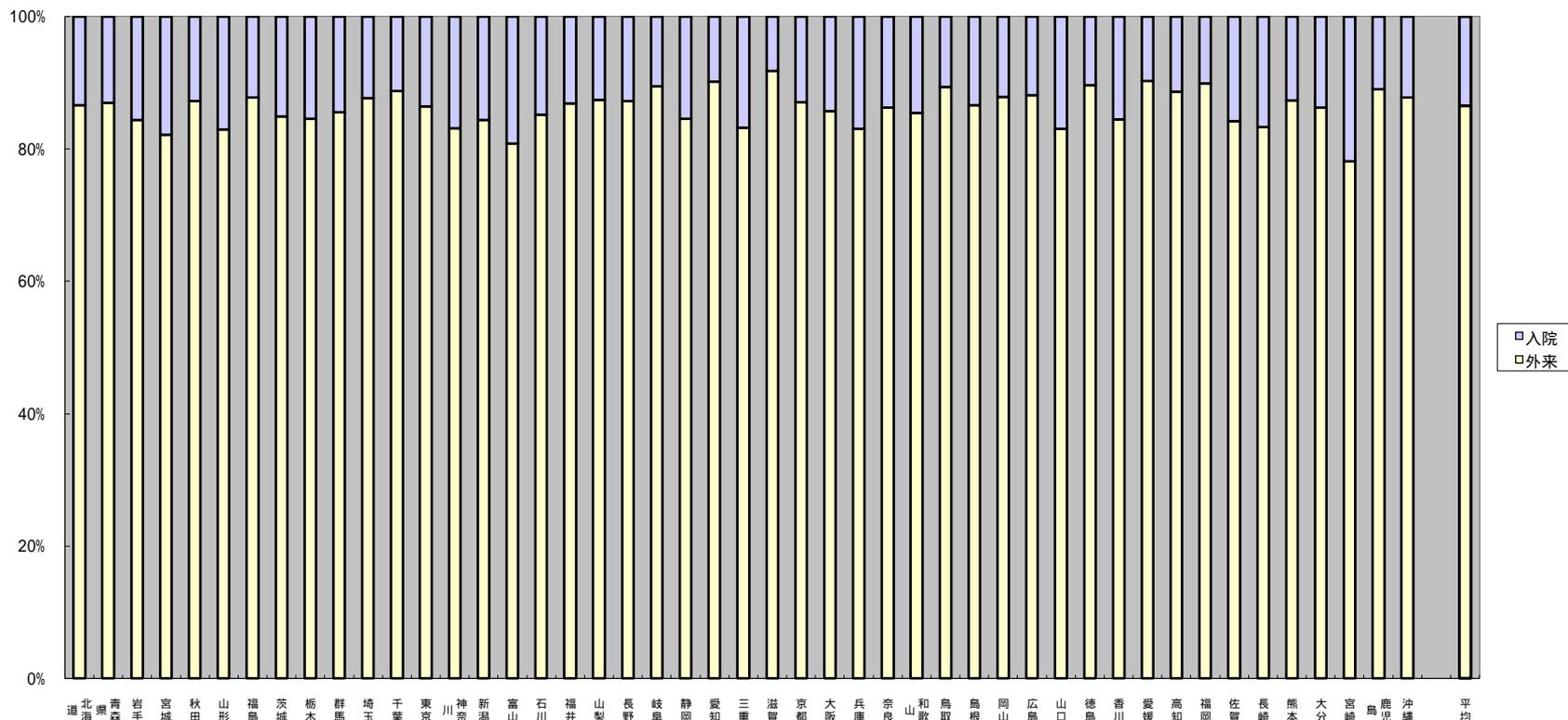
(厚生労働省医政局調べ)

二次救急医療機関 の受入状況(20年データ)

外来と入院の割合(当番日のみ)

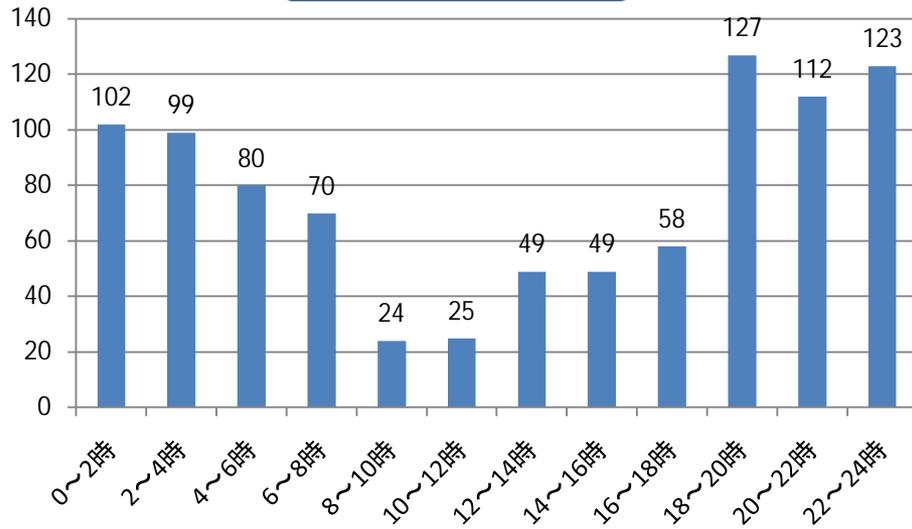
本来、入院治療を行う医療機関として位置付けられているが、実態としては、外来患者の割合が多い。

病院輪番制参加病院、共同利用型病院など

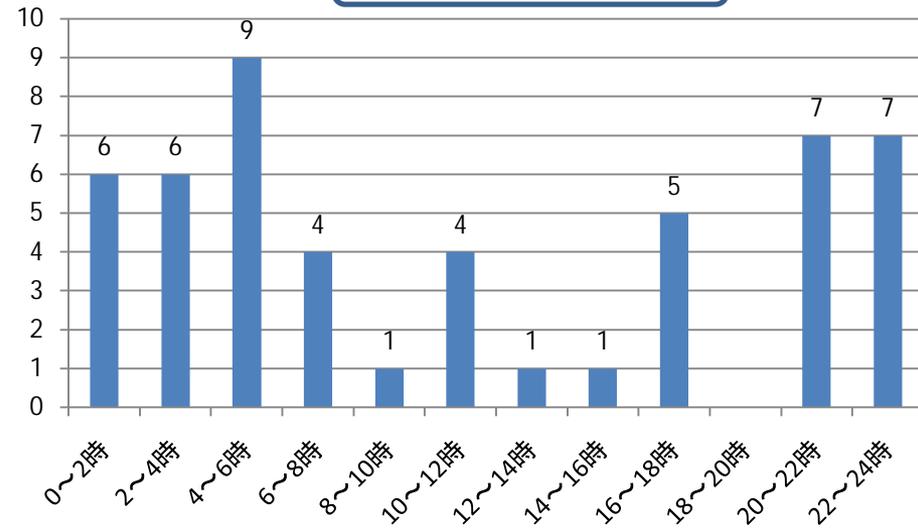


照会回数11回以上の事案における覚知時間別の分布

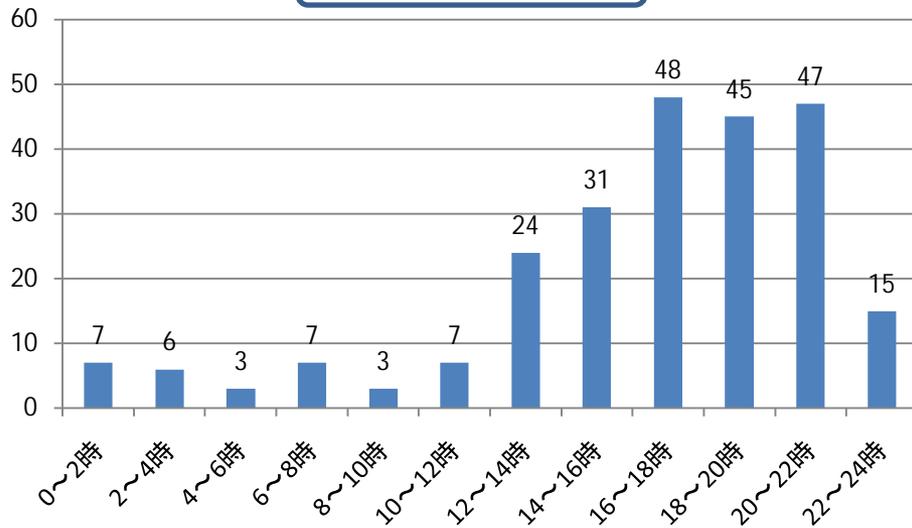
重症以上傷病者



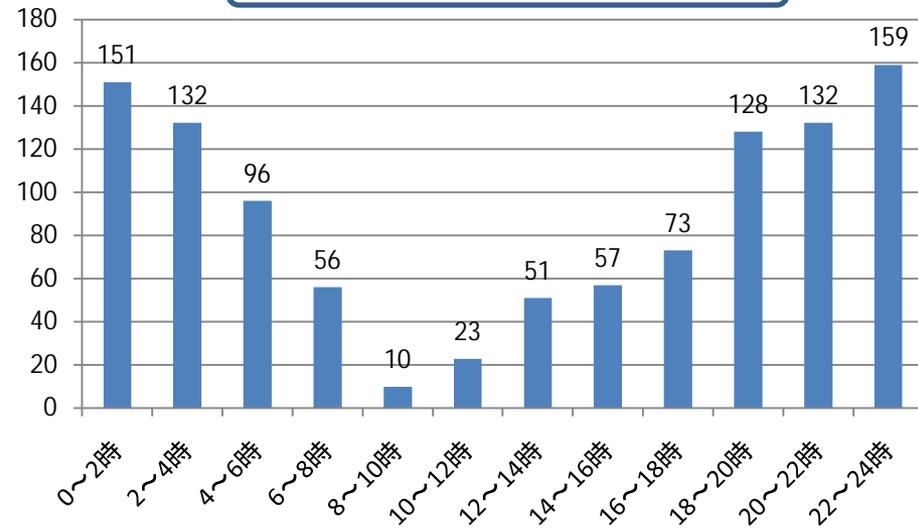
産科・周産期傷病者



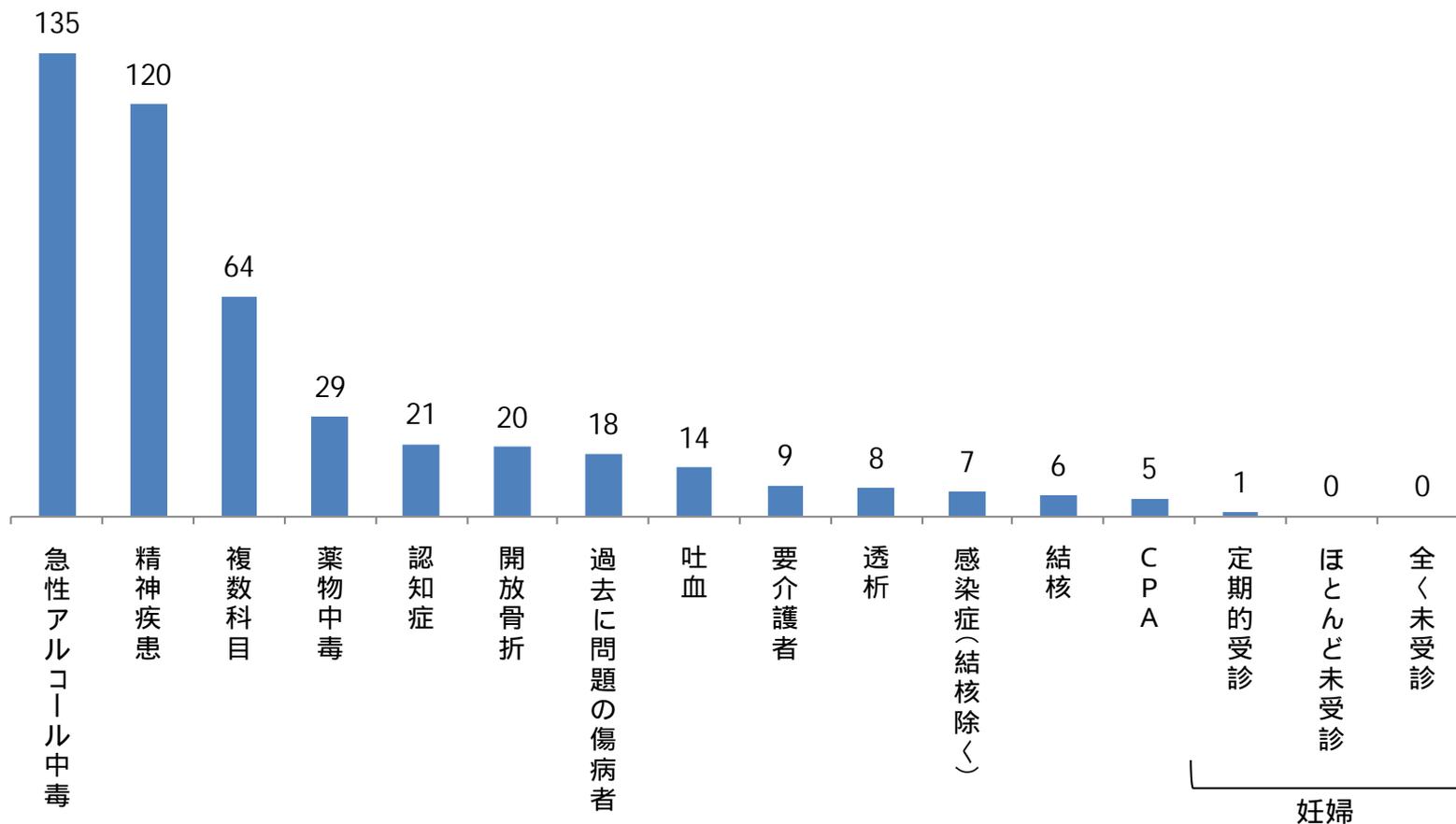
小児傷病者



救命救急センター等搬送事例



救急隊からの情報に対して医療機関から 受入困難理由として明確な回答があった内容



救急隊が伝達した傷病者背景に対し、医療機関が受入困難理由として明確に回答した件数を計上(457件)しており、1事案において複数の医療機関が傷病者背景を受入困難理由として明確に回答した場合は、延べ数として集計している。

消防法の一部を改正する法律の概要 (平成21年5月1日公布)

傷病者の搬送及び受入れを円滑に行うことが、傷病者の救命率の向上や後遺症の軽減等の観点から、重要な課題。このため、消防法を改正し、都道府県において、医療機関、地域の医師会、消防機関等が参画する協議会を設置し、地域の搬送・受入ルールを策定することとしたところ。

① 傷病者の発生

② 搬送先医療機関の選定



救急搬送

受入れ



救急医療

都道府県において、医療機関、地域の医師会、消防機関等が参画する協議会を設置し、地域の搬送・受入ルールを策定

地域の搬送・受入ルールの策定

搬送・受入の調査・分析

既存のメディカルコントロール協議会等の活用を想定

< 搬送・受入ルール >

傷病者の状況に応じた搬送先となる医療機関のリスト

消防機関が傷病者の状況を確認し、 のリストの中から搬送先医療機関を選定するためのルール

消防機関が医療機関に対し傷病者の状況を伝達するためのルール

搬送先医療機関が速やかに決定しない場合において傷病者を受け入れる医療機関を確保するためのルール

総務大臣
厚生労働大臣

指針の策定等の援助

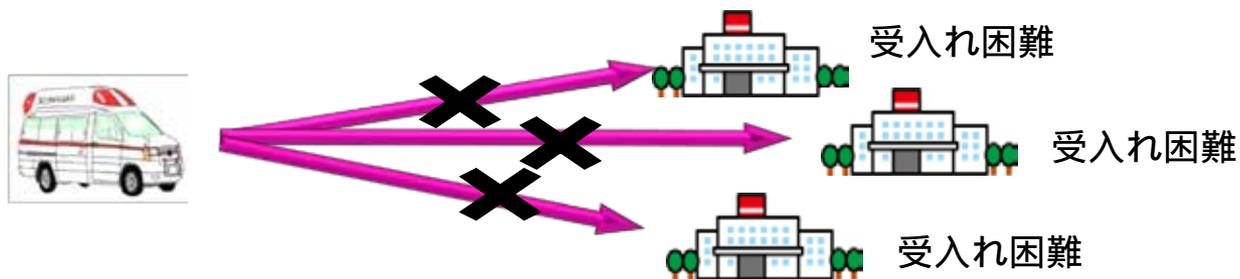
消防機関は、搬送・受入ルールを遵守しなければならない

医療機関は、搬送・受入ルールを尊重するよう努めるものとする

施行期日：公布の日から6月以内の政令で定める日

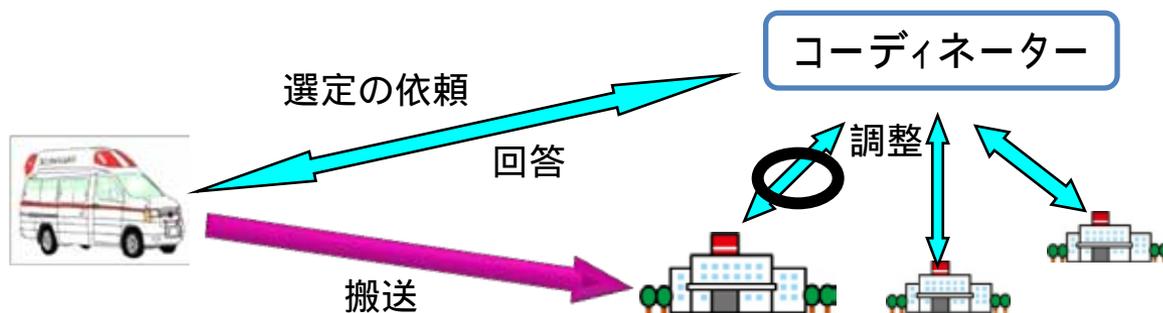
搬送先医療機関が速やかに決定しない場合に医療機関を確保するための基準のイメージ

搬送先医療機関が速やかに決定しない場合



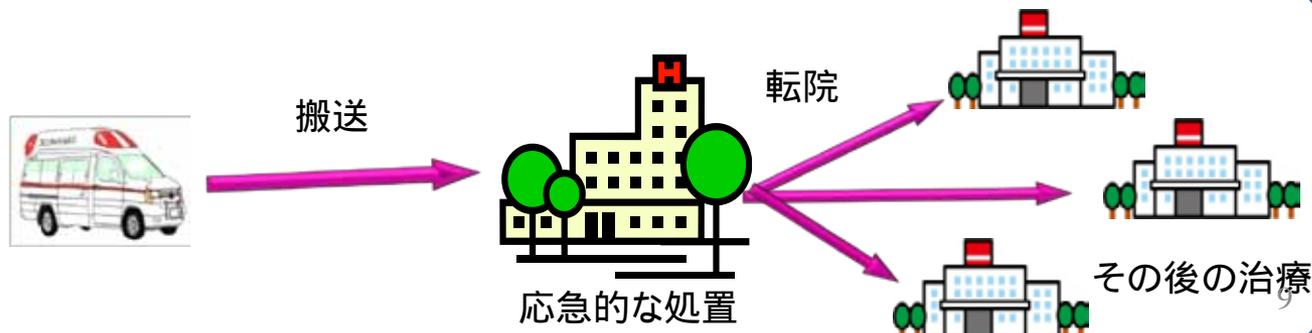
(例) コーディネーターによる調整

コーディネーターが受入医療機関の調整を行い、その調整結果に基づき、傷病者の搬送及び受入れを実施

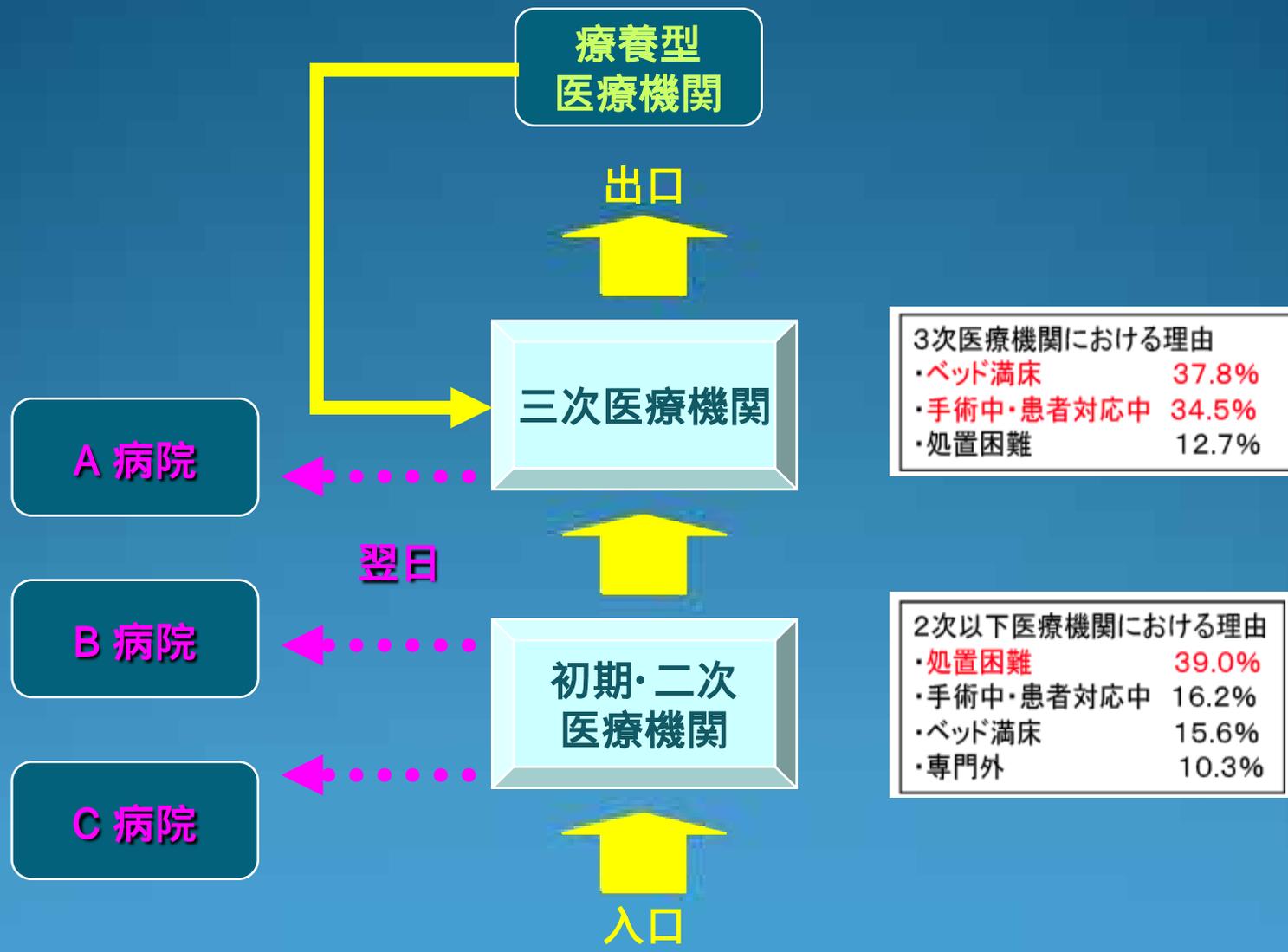


基幹病院による受入れ

地域の基幹病院が応急的な処置を行い、その後の治療は、必要に応じて転院先医療機関で実施



Key word は over night !



救命救急センター等における救急患者受入率

	都道府県	施設数	照会数 (a)	受入数 (b)	b / a
1	北海道	11	11,087	10,949	98.8%
2	青森県	3	3,936	3,931	99.9%
3	岩手県	3	5,081	5,042	99.2%
4	宮城県	4	16,342	12,484	76.4%
5	秋田県	5	6,196	6,167	99.5%
6	山形県	3	1,825	1,776	97.3%
7	福島県	4	5,354	5,072	94.7%
8	茨城県	7	19,864	18,071	91.0%
9	栃木県	5	3,970	3,536	89.1%
10	群馬県	3	1,532	1,320	86.2%
11	埼玉県	7	5,848	5,064	86.6%
12	千葉県	19	28,994	25,345	87.4%
13	東京都	26	37,706	27,282	72.4%
14	神奈川県	12	20,474	18,726	91.5%
15	新潟県	4	15,354	14,808	96.4%
16	富山県	4	6,547	6,413	98.0%
17	石川県	4	6,487	6,264	96.6%
18	福井県	3	4,400	4,384	99.6%
19	山梨県	2	846	826	97.6%
20	長野県	7	16,756	16,670	99.5%
21	岐阜県	6	18,948	18,812	99.3%
22	静岡県	6	22,194	21,909	98.7%
23	愛知県	15	48,611	47,513	97.7%
24	三重県	3	7,718	7,483	97.0%

	都道府県	施設数	照会数 (a)	受入数 (b)	b / a
25	滋賀県	5	8,378	8,367	99.9%
26	京都府	5	14,715	14,133	96.0%
27	大阪府	15	5,516	4,722	85.6%
28	兵庫県	8	13,611	12,378	90.9%
29	奈良県	3	1,608	849	52.8%
30	和歌山県	3	4,649	4,422	95.1%
31	鳥取県	2	627	608	98.1%
32	島根県	4	4,769	4,694	98.3%
33	岡山県	3	6,890	6,833	99.2%
34	広島県	8	3,303	2,895	87.6%
35	山口県	4	1,916	1,891	98.7%
36	徳島県	4	8,712	8,290	95.2%
37	香川県	2	3,607	3,485	96.6%
38	愛媛県	4	1,598	1,531	95.8%
39	高知県	3	1,706	1,643	96.3%
40	福岡県	8	24,434	24,101	98.6%
41	佐賀県	2	3,026	2,783	92.0%
42	長崎県	2	2,346	2,341	99.8%
43	熊本県	2	10,601	10,434	98.4%
44	大分県	3	2,033	2,018	99.3%
45	宮崎県	3	1,620	1,614	99.6%
46	鹿児島県	1	100	92	92.0%
47	沖縄県	4	13,655	13,511	98.9%
	合計	264	455,490	423,482	93.0%

研修後に専門としたい診療科

診療科	人数(人)	割合(%)	診療科	人数(人)	割合(%)
内科	480	14.6%	脳神経外科	57	1.7%
外科	293	8.9%	心臓血管外科	46	1.4%
小児科	247	7.5%	総合診療科	25	0.8%
消化器科	217	6.6%	小児外科	16	0.5%
整形外科	213	6.5%	呼吸器外科	15	0.5%
循環器科	207	6.3%	リハビリテーション科	15	0.5%
麻酔科	191	5.8%	病理	15	0.5%
産婦人科	163	4.9%	基礎系	11	0.3%
精神科	142	4.3%	リウマチ科	8	0.2%
眼科	131	4.0%	診療内科	6	0.2%
皮膚科	131	4.0%	美容外科	6	0.2%
放射線科	100	3.0%	緩和ケア	5	0.2%
呼吸器科	92	2.8%	医療行政職	5	0.2%
泌尿器科	86	2.6%	アレルギー科	3	0.1%
耳鼻咽喉科	84	2.5%	その他	67	2.0%
形成外科	71	2.2%	無回答	18	0.5%
救命救急	70	2.1%	全体	3,298	100%
神経内科	62	1.9%			

救急医療に必要な診療報酬上の評価

入院料等	救命救急入院料	医療計画で定める救命救急センターについては、届出病床数以上の患者を受け入れた場合についても算定を認める。	受け入れ困難事案の解消のため
DPC	DPCの扱い	重症患者は最初の3～5日間くらいに高額な医療資源を投入する必要があるため、全てDPCとすると出来高払いに比べて低額になり、医療機関の持ち出しが大きくなる。例えば、最初の3～5日は出来高払いとし、その後DPCを適用するような方法にする。	救命救急センター、二次救急医療機関への支援の充実
	救急医療管理加算（救急患者）	< 救急医療管理加算の対象拡大 > 重症患者 救急車により救急患者を受け入れた場合に軽症であっても算定可能とする（この際、重症患者を受け入れた場合はさらに増点とする。）。さらに、病院群輪番制の当番日でなくても算定できるようにする。	主として二次救急医療機関への支援の充実
入院料等	救急医療管理加算（高度救急体制加算）	高度救命救急センターが救急患者を受け入れた場合に加算	高度救命救急センターへの支援の充実
入院料等	救急医療管理加算（救急医体制加算）	・救急医として経験1年以上の医師が救急診療を担当している場合	救急医への支援、処遇向上
入院料等	救急医療管理加算（受け入れ促進加算）	医療計画上規定される受入困難事案を確実に受け入れる医療機関又は管制塔機能病院として位置づけられている医療機関の場合に算定できる。	最後の砦の支援

入院料等	救急支援医療機関加算	管制塔機能病院や救命救急センターと連携している支援医療機関が、管制塔機能病院等から患者を受け入れた場合に算定	管制塔機能支援病院への支援医療機関間の連携の強化
入院料等	急性期入院加算の復活	平成16年改訂時に存在していた「急性期入院加算(紹介率、平均在院日数等を指標とする)」を復活する。これにより、救急車搬入患者を積極的に受け入れている医療機関が評価される。	二次救急医療機関を中心とした救急医療機関への支援の充実と救急患者の受け入れ促進
基本診療料	夜間・休日救急加算	夜間・休日の加算を2～3倍に増点する。	救急医療機関への軽症患者集中の適正化 初期救急機能の向上
基本診療料	電話再診料の夜間救急加算	患者に、準夜帯又は24時間対応可能な電話番号を付与しており、夜間～深夜に患者からの診療相談に対して助言・指導した場合に算定できる (救急医療機関の受診を指示した場合は算定できない。)	救急医療機関への軽症患者集中の適正化 初期救急機能の向上
入院料等	救急医療管理加算	解釈の追加(7日以内であれば、転院搬送後、他院で継続して診療する場合を対象に加える)	後方ベッドの確保促進
基本診療料	初診料の加算	救急外来において、胸痛、喘息、アナフィラキシー等鑑別に時間と手間を要する疾患を診療する場合に加算	緊急な救急患者のうち、外来ベッドで長時間経過観察の必要な患者に対する、入院に準じた加算の創設

小児救急医療の現況と展望

順天堂大学浦安病院救急診療科

山田 至康

救急医療機関の分類 (わが国特有のもの)

3次救急

2次救急

1次救急

小児救急
医療情報

- 救命救急 N.W.
- # 8000・7119

3次救急

- 救命救急センター
- こども病院

1・2次救急

- 病院群輪番制
- 急病診療所

小児救急医療政策と社会的背景

国の政策

医療現場

市民

昭和39年

救急病院告示制度

重症拒否

たらい回し事件

昭和52年

救急対策事業実施要綱

1次・2次・3次

交通戦争

平成11年

小児救急医療支援事業

救命救急センター

(二次輪番制・200地区)

平成14年

小児救急医療拠点病院運営事業

地域連携小児
夜間・休日診療

コンビニ医療

平成16年

小児救急遠隔医療設備整備事業

平成16年

小児救急電話相談事業(#8000)

平成16年

小児救急地域医師研修事業

小児科医不足

平成17年

小児救急医師確保等調整事業

(休職医師の再教育)

平成18年

小児救急専門病床施設

平成18年

小児救急医療啓発事業(講習会)

医療崩壊

平成19年

小児救急専門病床確保事業

(救命救急センターにPICU)

小児集中治療
への注目

小児救急医療の崩壊の要因

- ・保護者のニーズに応えるマンパワーがない
- ・不採算性のため病院小児科の廃止・縮小
- ・全般的な救急(外傷を含む)に対応できていない
- ・MC(メディカル・コントロール)と連動していない
- ・若手医師への教育システムがない

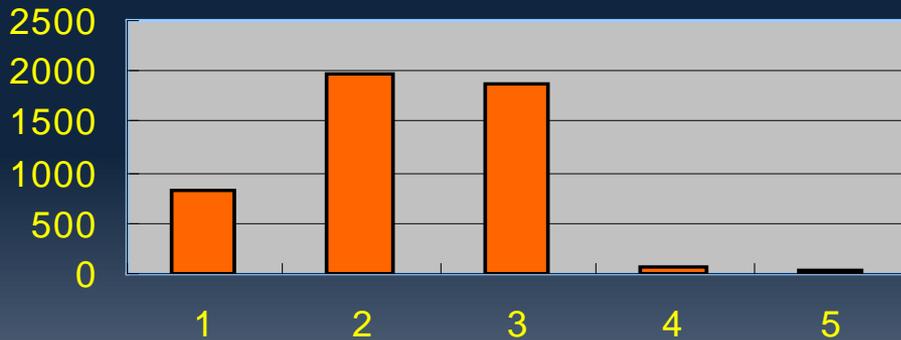


- ・保険診療報酬の小児関連の見直し
- ・救急診療科との協力・連携
- ・教育研修カリキュラムの作成
- ・MC協議会への参加

保護者5000名へのアンケート調査(平成13年・兵庫県)

夜10時子どもが39度の発熱があって機嫌が悪い時どうしますか

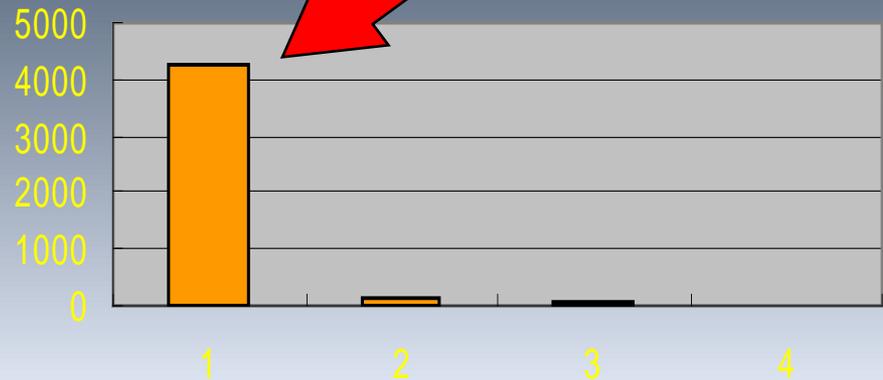
1. すぐに医療機関を受診する	834
2. 少しの間、冷やし様子を見るが不安なので夜間に医療機関を受診する	1982
3. 夜なので翌日まで待ち医療機関を受診	1870
4. 市販の薬で2,3日様子を見る	51
5. なし	22



**60%以上が夜間に受診
我慢できない・コンビニ感覚**

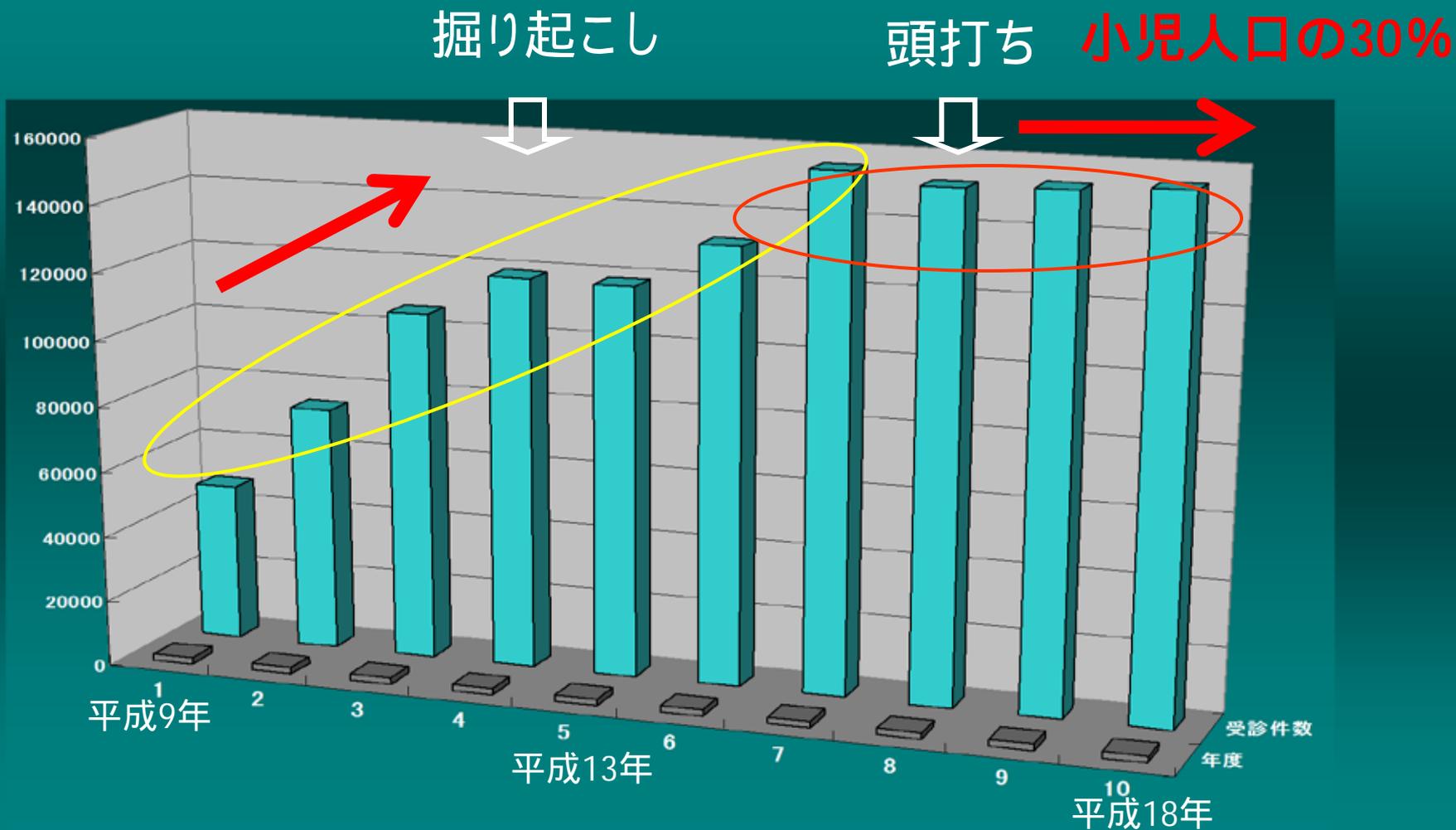
子どもの診察は小児科医を望みますか

1. 小児科医がよい	4279
2. 内科や他科の医師でもよい	123
3. 分からない	84
4. なし	27



過剰な専門医志向

小児救急患者の年次動向(兵庫県)

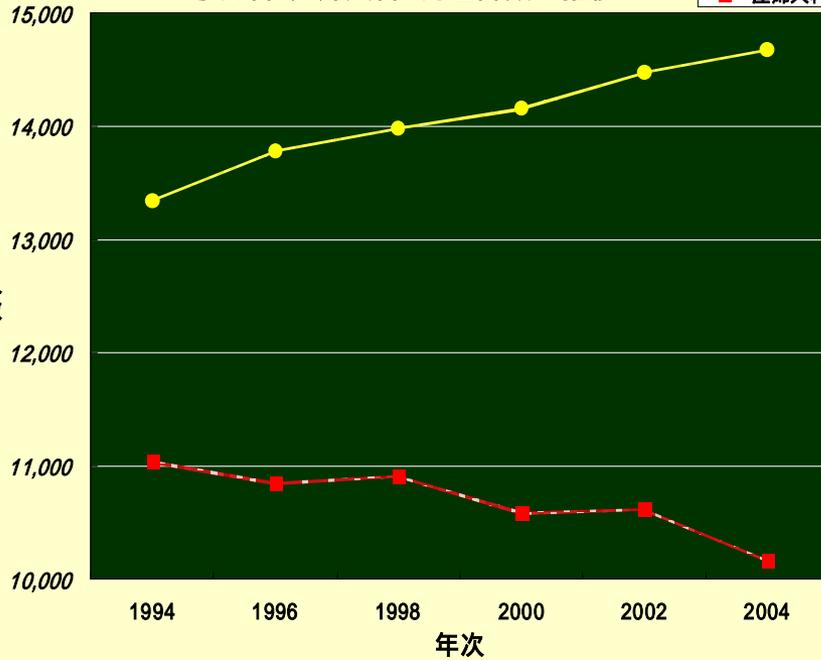


小児科医の疲弊

小児科医師数は増加している

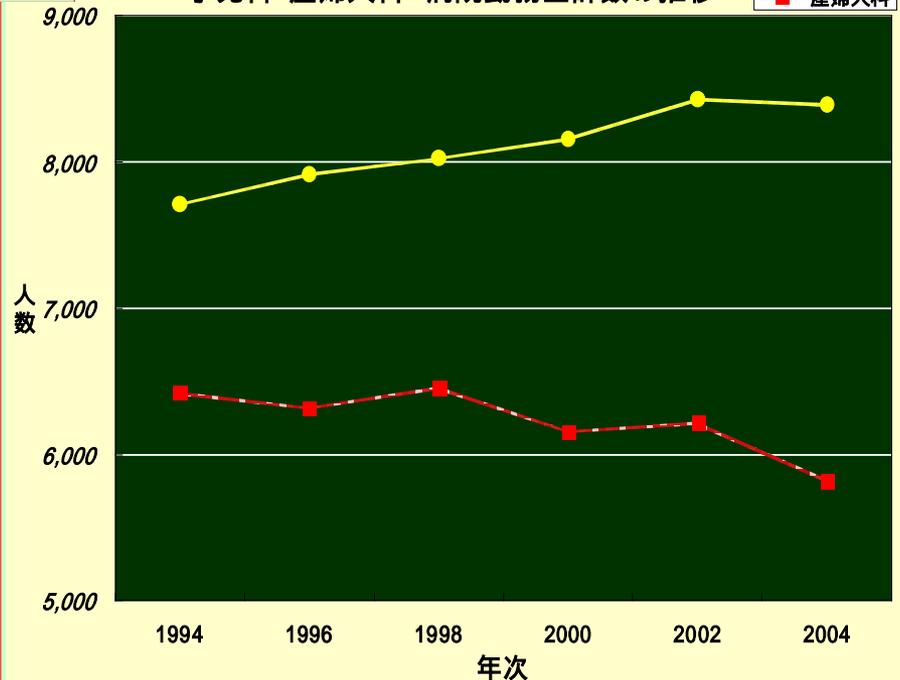
小児科・産婦人科 総医師数の推移

● 小児科
■ 産婦人科



小児科・産婦人科 病院勤務医師数の推移

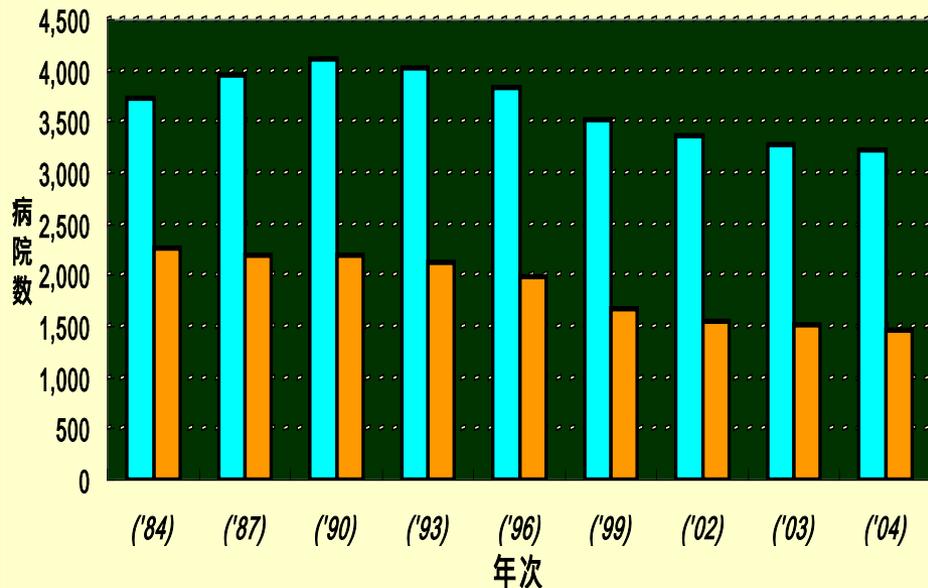
● 小児科
■ 産婦人科



小児科勤務医数も増加している

小児科産婦人科標榜病院の推移

■小児科 ■産婦人科



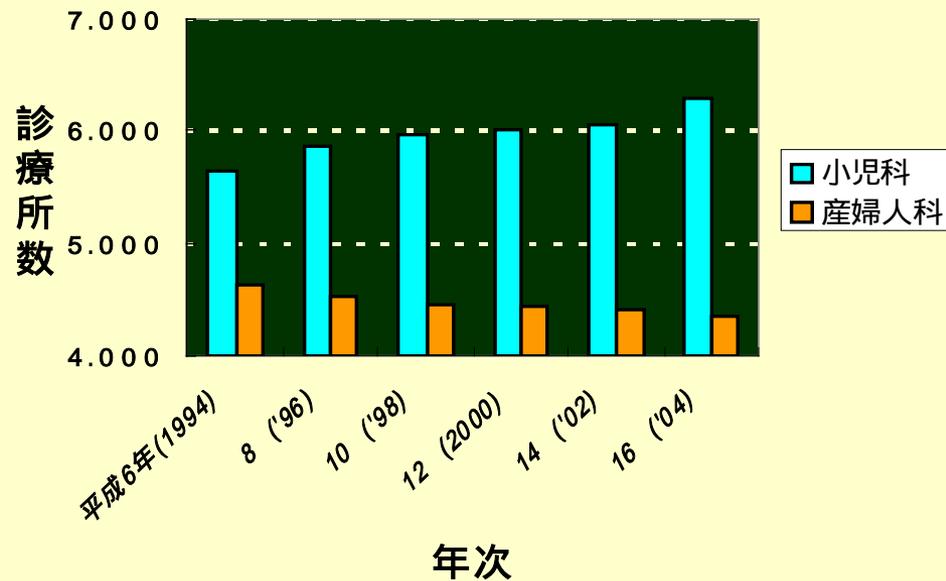
病院小児科は減少している

開業小児科が増えている

マンパワーにおける問題点

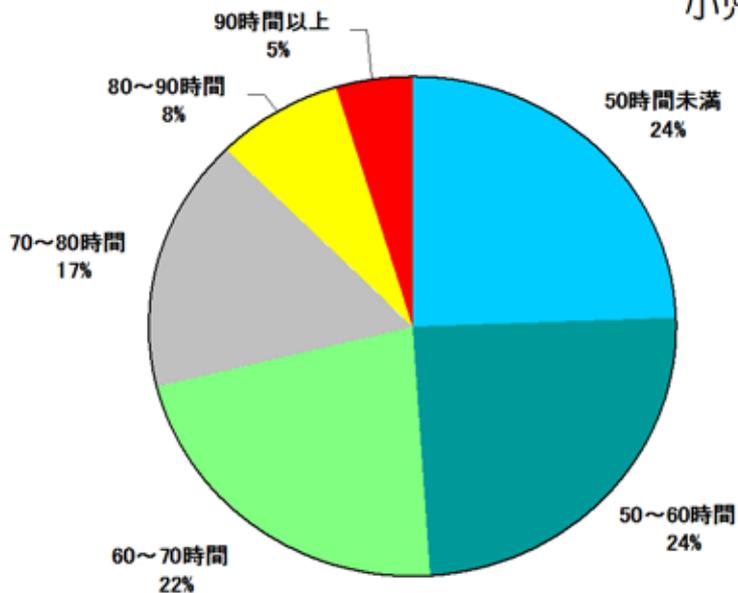
- # 勤務医から開業医へ
救急実働医師の減少
- # 女性医師の増加(40%)
産休・育休による労働力
低下

小児科・産婦人科診療所の推移



病院小児科勤務医の労働時間 (週労働時間換算)

小児科勤務医数
=5,124



(青谷裕文)

小児科医の常識は、社会にとっては非常識

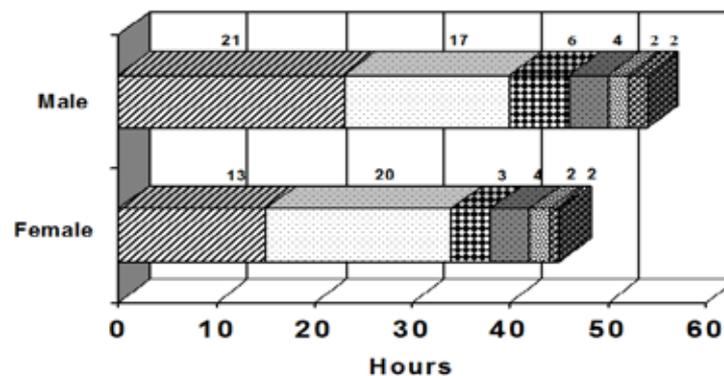
米国では男性が週50時間強、女性が40時間強である。

日本は米国に比べて週10時間加重労働である。

小児科医の労働時間は平均週61時間で、30%が70時間を超えている。

米国の小児科専門医の労働時間

Average Number of Hours per Week in Professional Activities

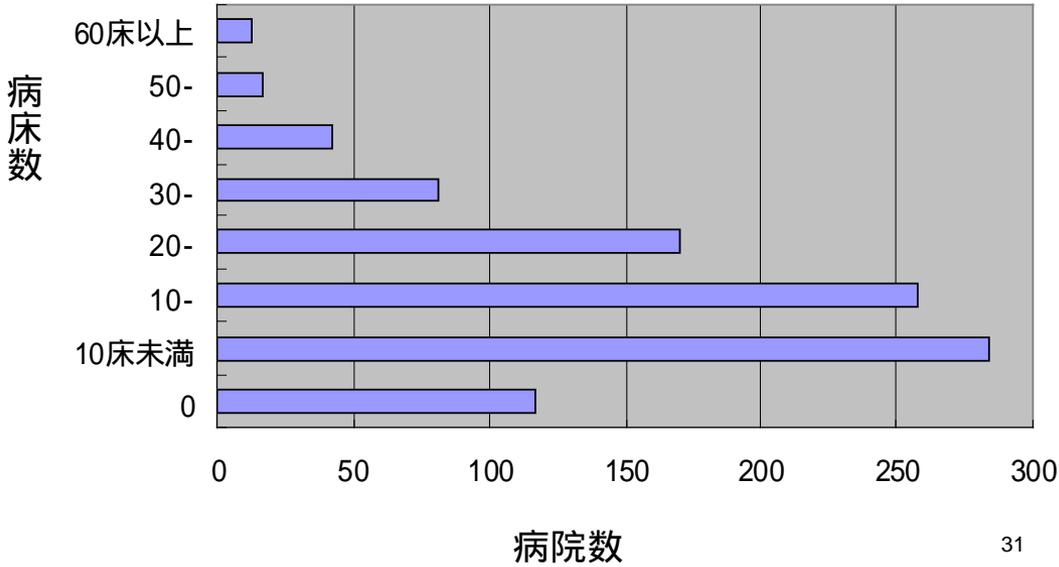


Source: American Academy of Pediatrics, Division of Health Policy Research, Periodic Survey of Fellows #47 thru #50, 2001

現在

病院当たりの小児科病床数の分布（一般病院）

N=982



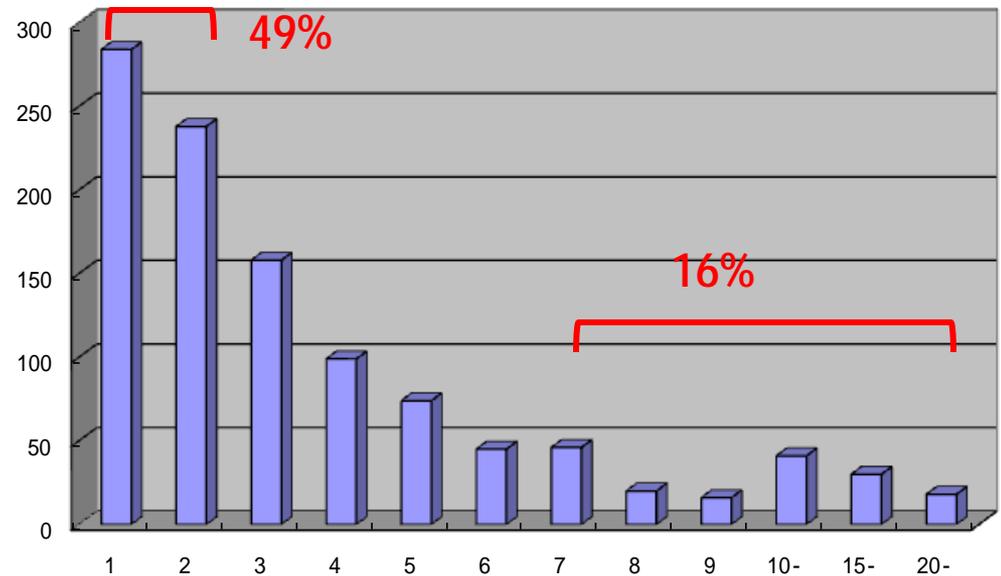
10床以下の小規模の小児科が大半を占めている。

小児科医が2名以下の病院が49%を占める。

小児科医が7名以上は16%に過ぎない。

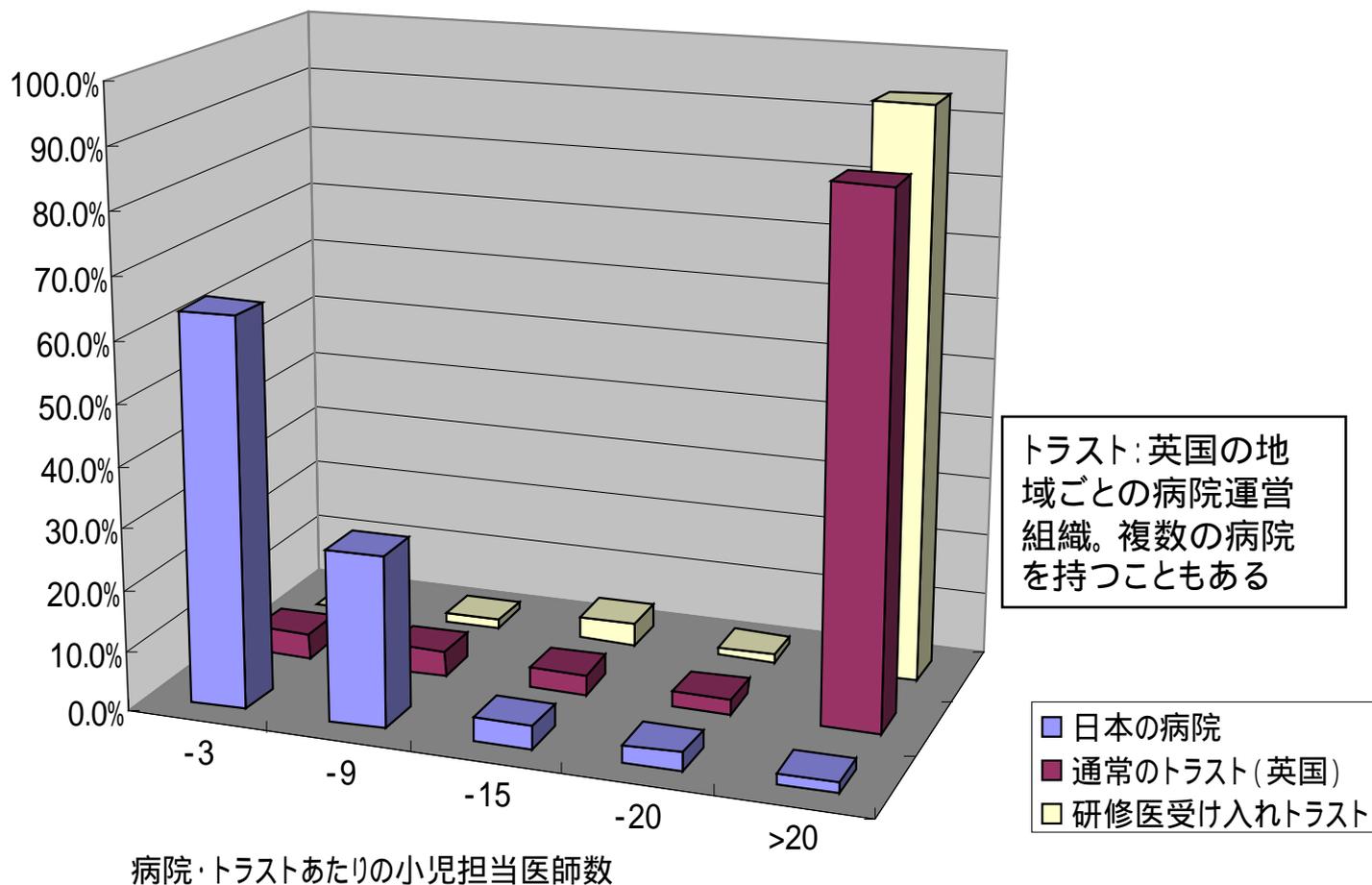
小児科医師数と病院数

小規模な病院小児科が疲弊の極致の中で取り組んでいる



1 病院当たりの小児科医数 - 日英の比較 -

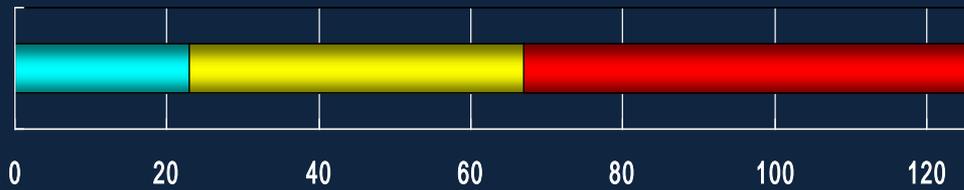
森 臨太郎：英国・国立母子保健共同研究所



日本の常識は世界の常識ではない

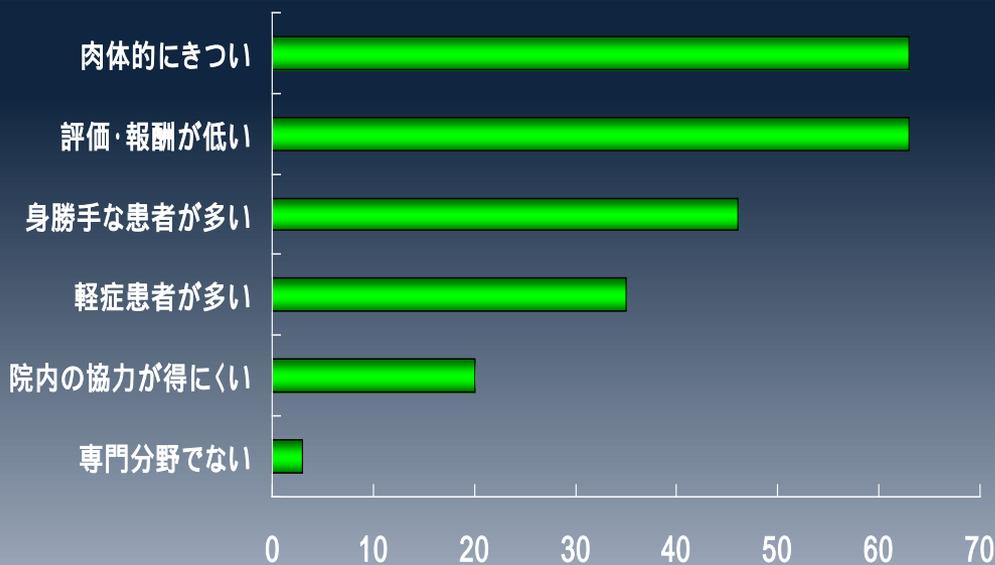
「小児救急の仕事にやりがいを感じますか？」

あり なし どちらでもない



小児科医は疲れ切っていて
日常の業務にもやりがいを見出せない。

自身の健康、医療事故等への不安を抱いている。

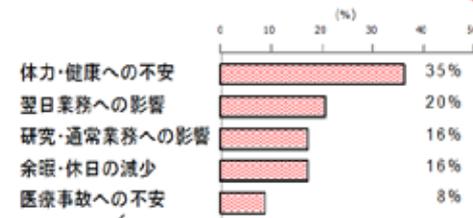


このままでは小児科の危機である

小児科医が病院を辞めてゆく！
○小児科勤務医不足

小児科医の状況

小児科医に感じる困難



救急の翌日の通常勤務
109名中98名(97%)



「限界」「大変疲れる」
109名中78名(72%)

小児救急は小児科医のボランティア精神で
当直体制の中で対応している。36時間労働
当直はあくまで**副業**、本業は日勤帯



やれどもやれども、多数の軽症患者ばかり
スキル・アップが図れない
患者の身勝手に耐えられない



燃え尽きて逃散

地域小児科センター病院施設基準作成委員会

中核病院

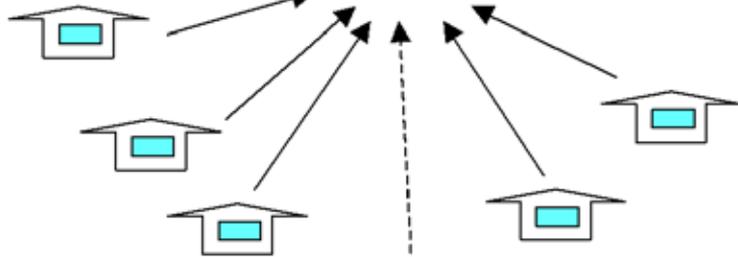
高度専門医療
周産期センター
小児救急科
PICU
救急搬送

入院・救急の集約化
救急・入院医療の広域化
病診連携の強化
身近な医療の継続
女性医師の増加
労働条件への配慮



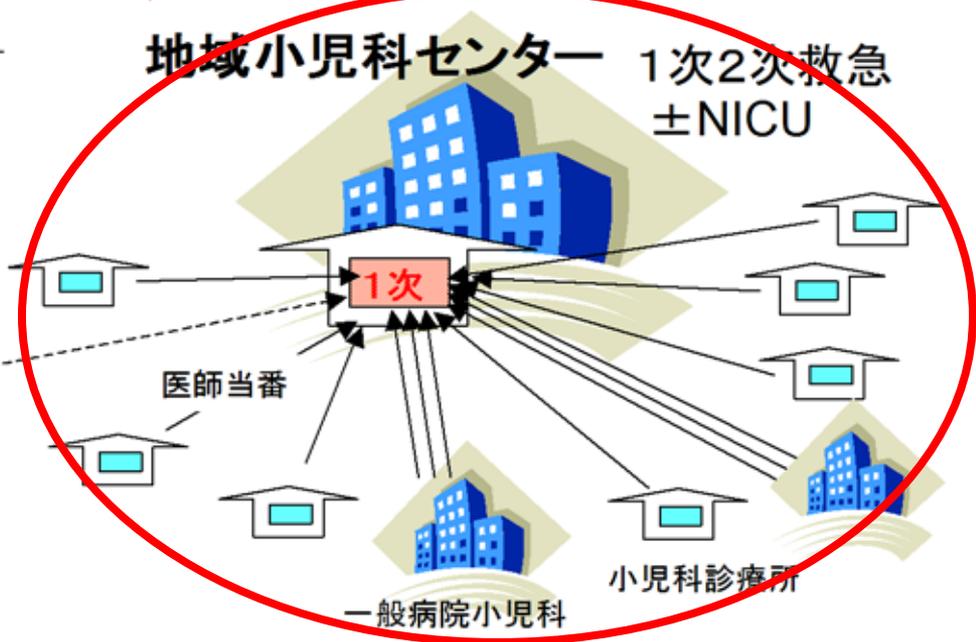
3次救急

1次



小児科診療所

地域小児科センター 1次2次救急
±NICU



医師当番

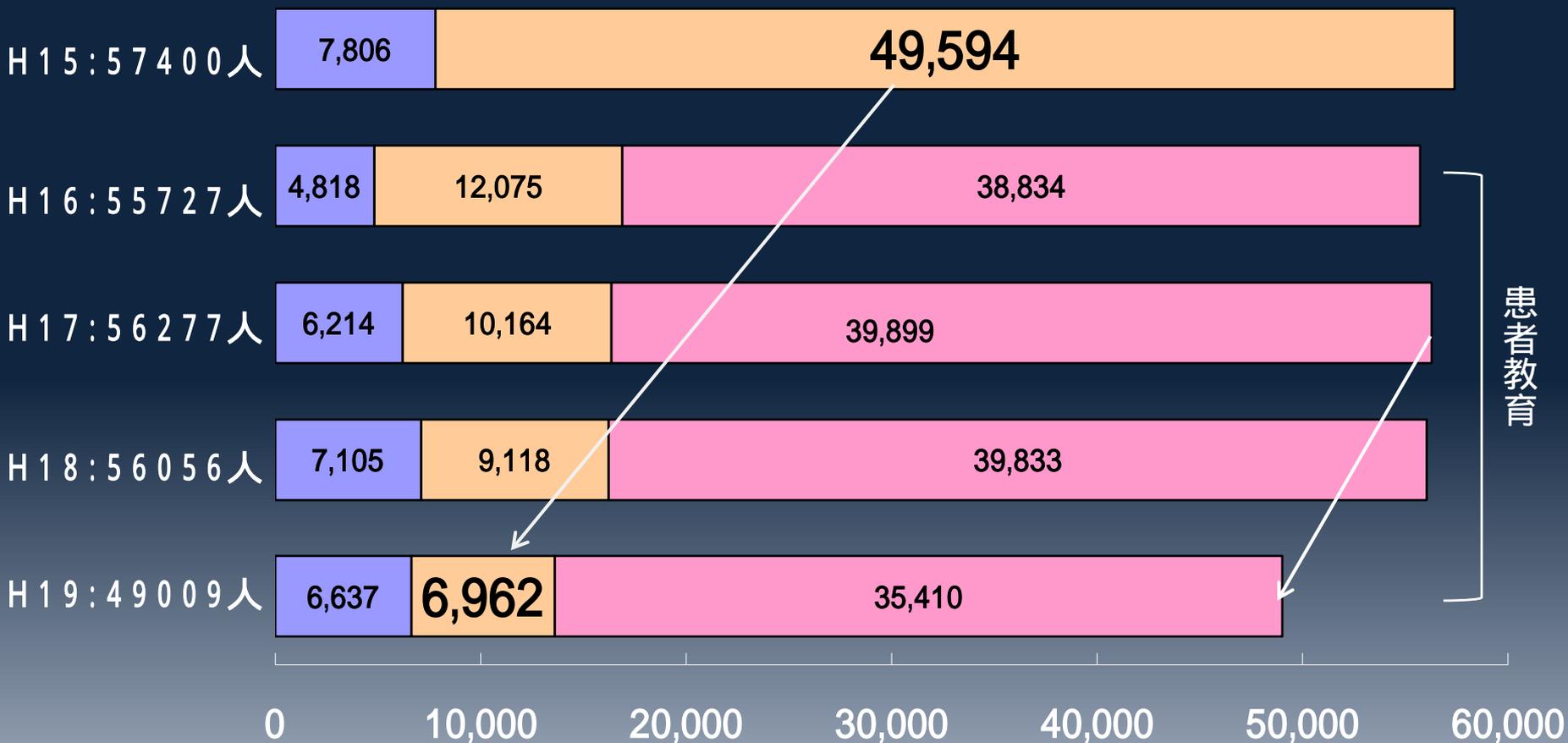
過疎地病院小児科

一般病院小児科

小児科診療所

初期救急：大規模急病センターの出現と変化

豊能医療圏での小児救急患者数の推移



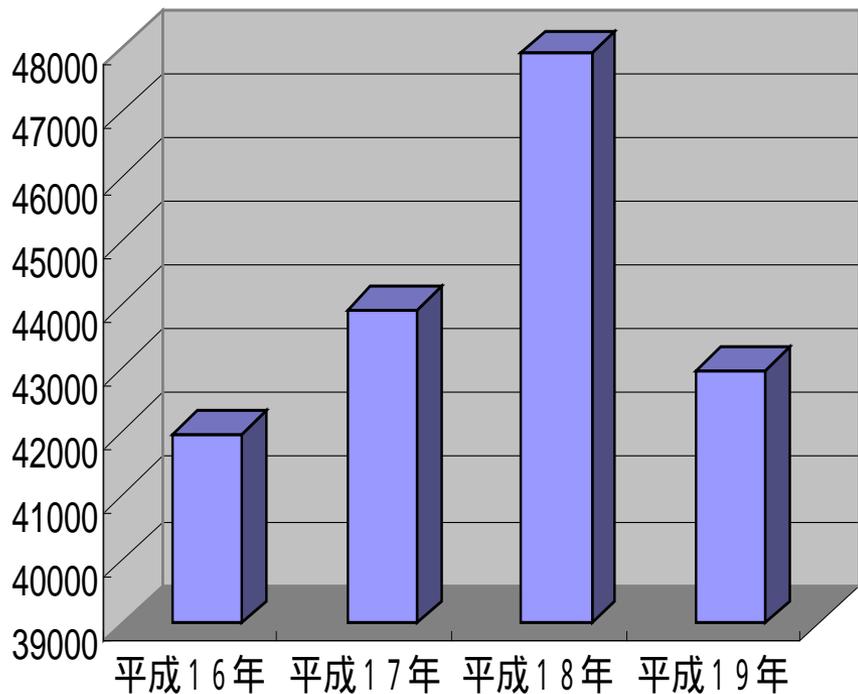
- ・病院受診数の減少
- ・患者教育の効果
- ・府下他地域の荒廃

- 4市の休日急病診療所
- 市立病院等
- 豊能広域こども急病センター

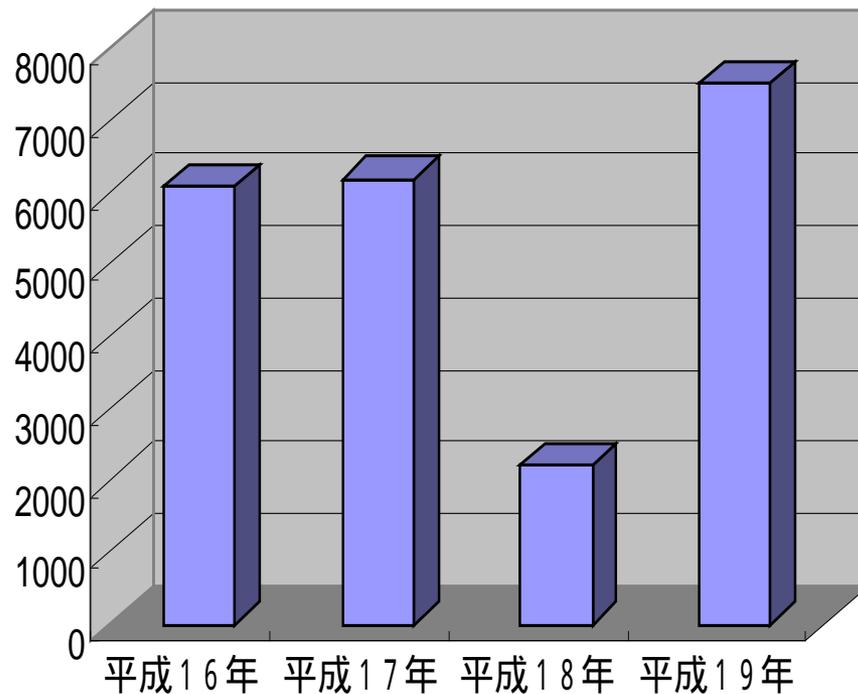
箕面市立病院小児科
山本威久先生より提供

豊能広域こども急病センター

診療報酬の推移



赤字額の推移



平成18年度診療報酬改定:地域連携加算(300から450点)
乳幼児深夜加算(595から695点)

箕面市立病院小児科
山本威久先生より提供

地域連携小児夜間・休日診療料に関する診療報酬制度の変遷

		H14年4月新設	H16年4月改定	H18年4月改定		H20年4月改定	
診療料(点数)		300点	300点	診療料1 300点	診療料2 450点	診療料1 300点	診療料2 500点
診療時間		常時(24時間)	あらかじめ周知された定められた時間	あらかじめ周知された定められた時間	24時間	あらかじめ周知された定められた時間	24時間
施設基準	算定施設の医師	小児科を担当する医師が10名以上	人数は問わない	人数は問わない	専ら小児科を担当する保険医が常時1名以上配置	人数は問わない	専ら小児科を担当する保険医が常時1名以上配置
	応援医師*	小児科を担当する医師が5名以上	小児科を担当する医師が3名以上	小児科を担当する医師が3名以上 (2名以上は専ら小児科を担当する医師)	専ら小児科を担当する医師が3名以上	小児科を担当する医師が3名以上 (2名以上は専ら小児科を担当する医師)	専ら小児科を担当する医師が3名以上
	その他	小児夜間・休日診療を行うための十分な体制が整備され、十分な構造設備を有していること 緊急時に小児が入院できる体制または他の保険医療機関との連携により緊急時の小児の入院体制が確保されていること					
算定施設数		H16年12月現在:194施設 (127診療所、67病院)				H20年11月1日現在:420施設 (診療料1:351施設、診療料2:69施設)	

*: 近隣の保険医療機関を主たる勤務先とするものに限る

山口・大分・宮崎で急増

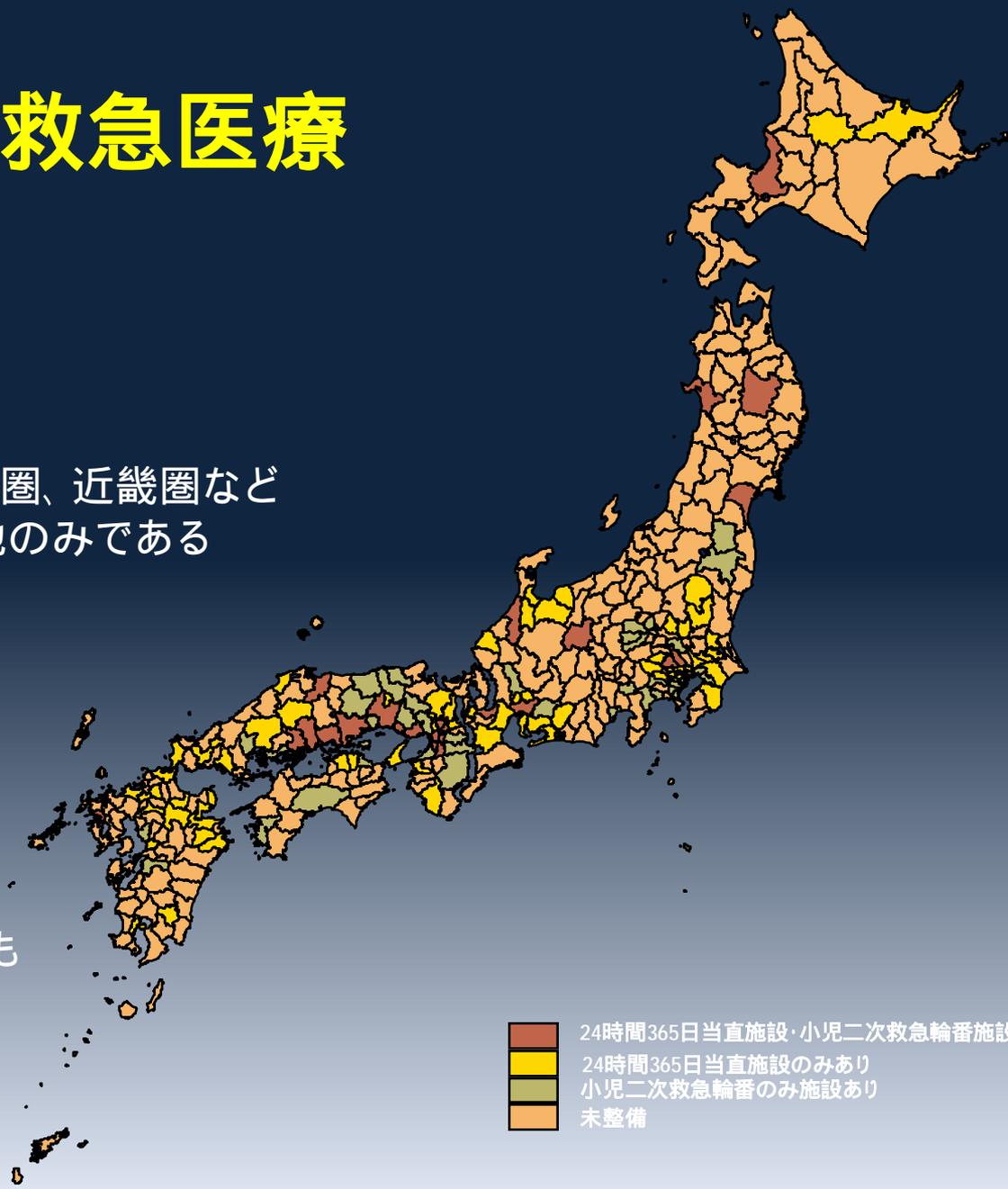
小児の二次救急医療

整備されているのは首都圏、近畿圏など
大都市周辺、県庁所在地のみである



全国的には輪番制には
限界がある

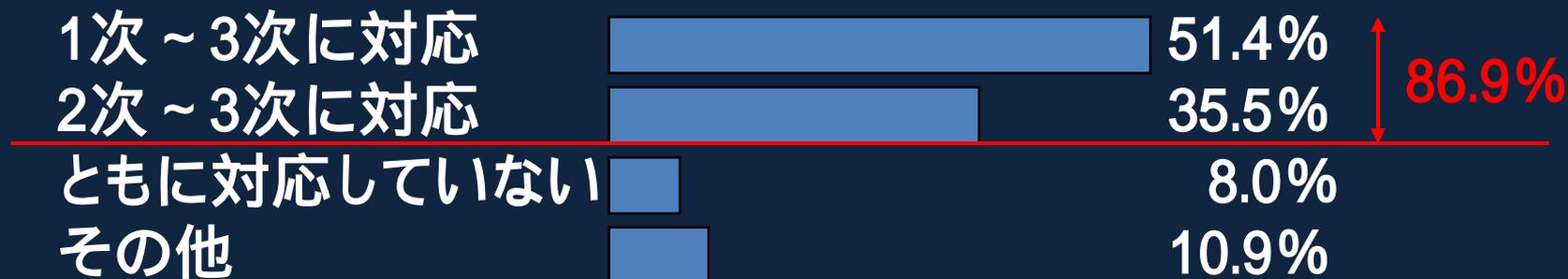
補助金が付かない地域も
ある



- 24時間365日当直施設・小児二次救急輪番施設あり
- 24時間365日当直施設のみあり
- 小児二次救急輪番のみ施設あり
- 未整備

日本救急医学会小児救急特別委員会調査(平成19年)

小児の1次・2次救急対応について



対応時間帯について

24時間対応している : **87.0%**
条件付で対応している : 10.9%

看護師のトリアージ体制について

ない : 62.3%
ある : **20.2%**

24時間体制 : 15.9%
一部時間帯のみ : 4.3%

外来で小児専用診療ブースについて

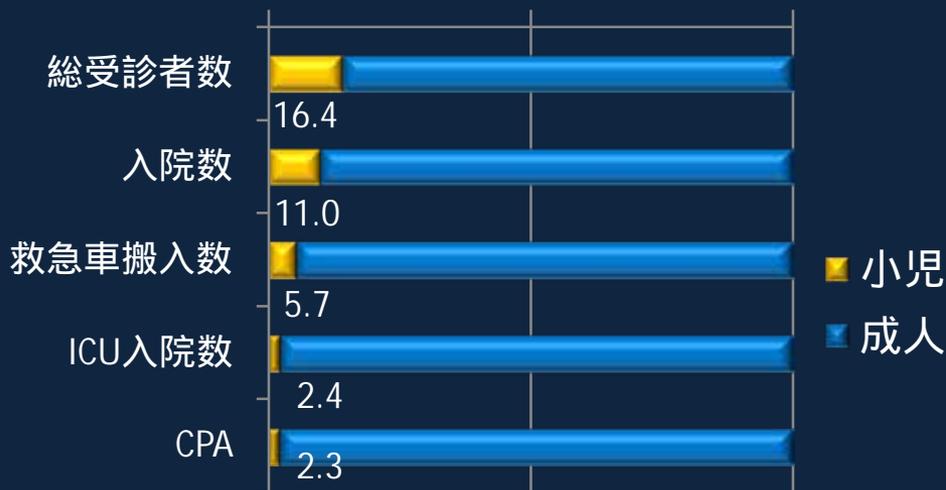
ない : 47.1%
ある(軽症中等症) : 30.4%
(重症用) : 2.9%
(決めていない) : 5.8%

39.1%

救命救急センターにおける小児診療

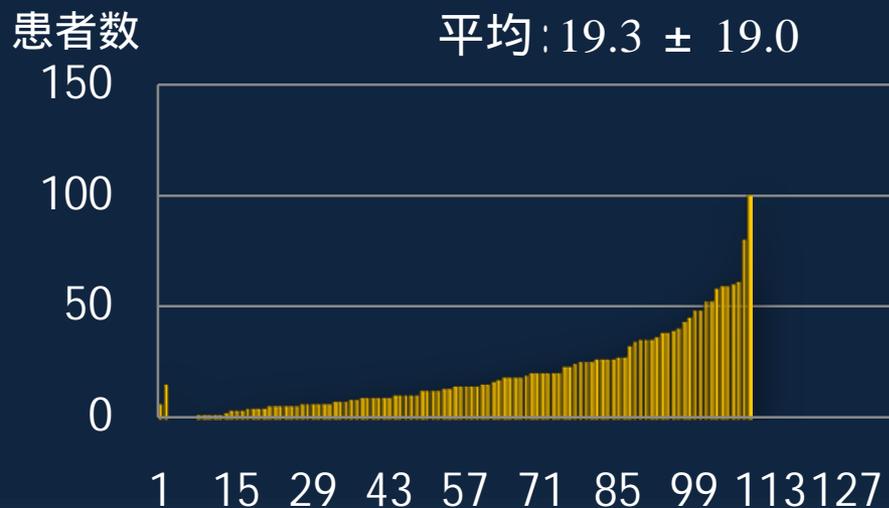
(日本救急医学会小児救急特別委員会調査)

0% 50% 100%



小児の年間ICU入院者数

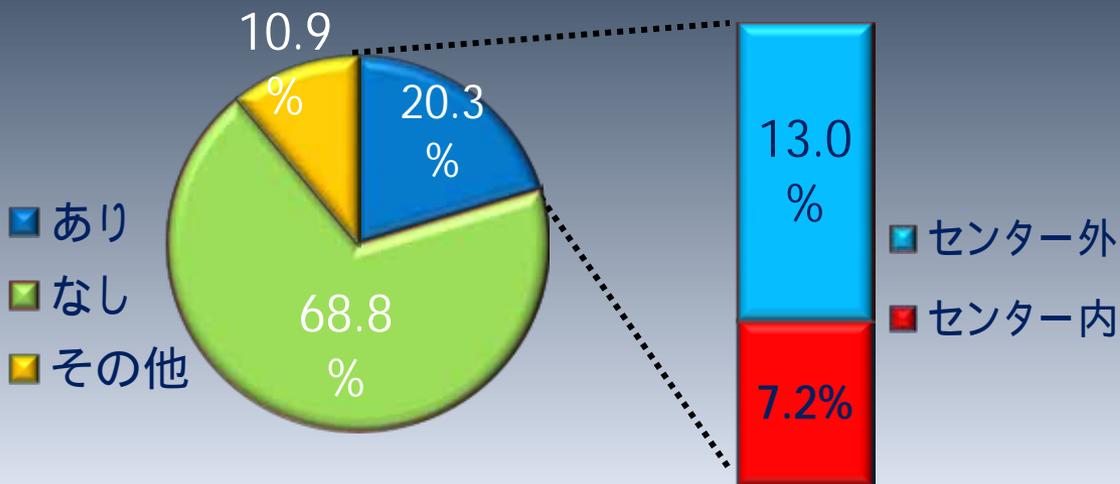
平均: 19.3 ± 19.0



小児が優先的に使用可能なICU

優先的ICU

設置場所



救命救急センターにおける小児の優先的に利用可能なICU病床



新生児死亡・幼児死亡(出生1000対)

	日本	ルクセンブルグ	カナダ	フィンランド
新生児死亡* (生後28日未満)	1.8	3.0	4.0	2.0
幼児死亡** (1~4歳)	1.2	0.4	0.8	0.8

* 世界1位 ** 世界21位 (OECD 30カ国中)

新生児死亡率は低いのに、幼児死亡率が高いのはなぜか



1~4歳の小児死亡は、小さな施設で十分な集中治療を受けることなく亡くなっている。

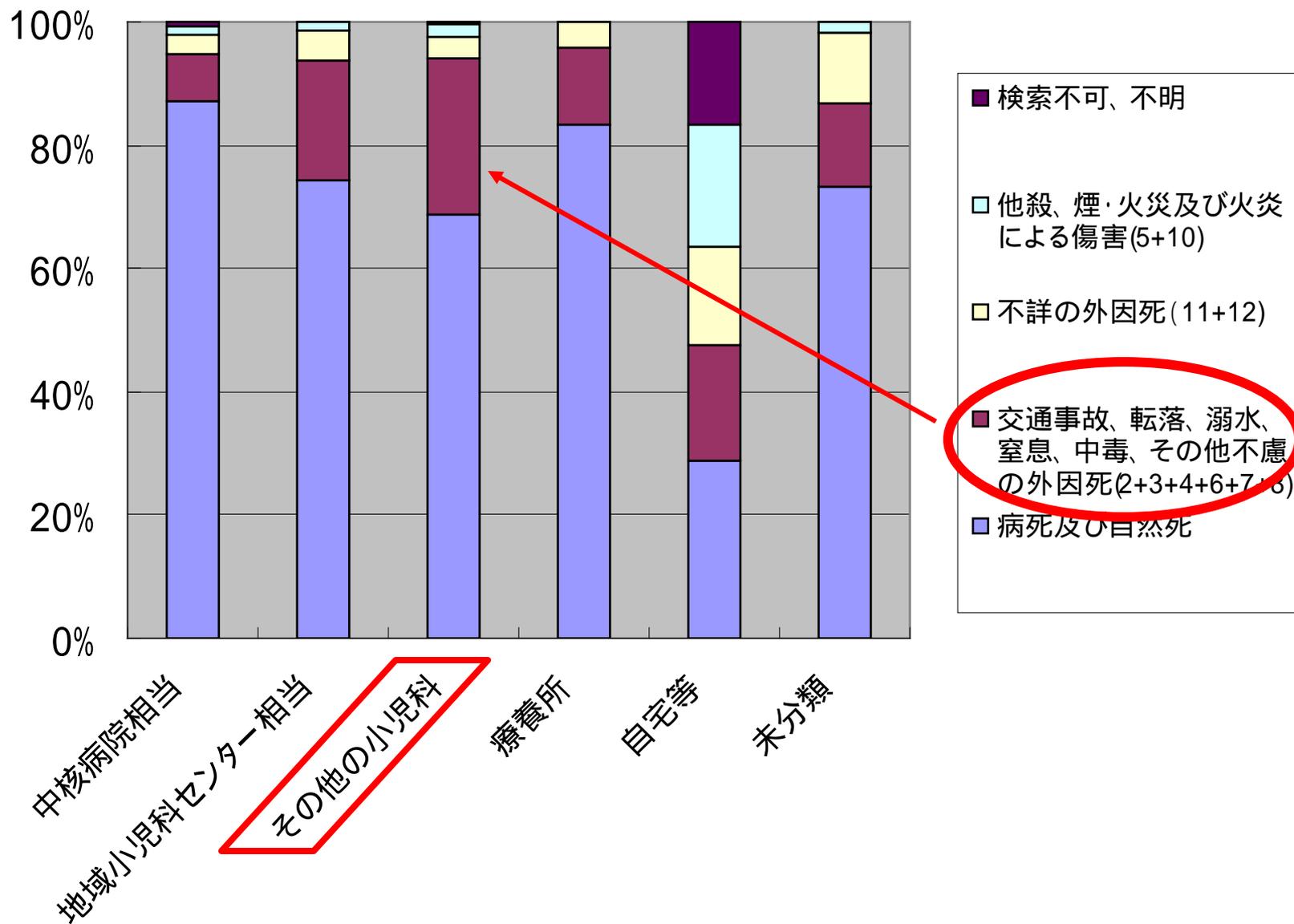


集約化・重点化による**PICU**の設置とともに**MC**における小児救急医療情報システムが必要である。

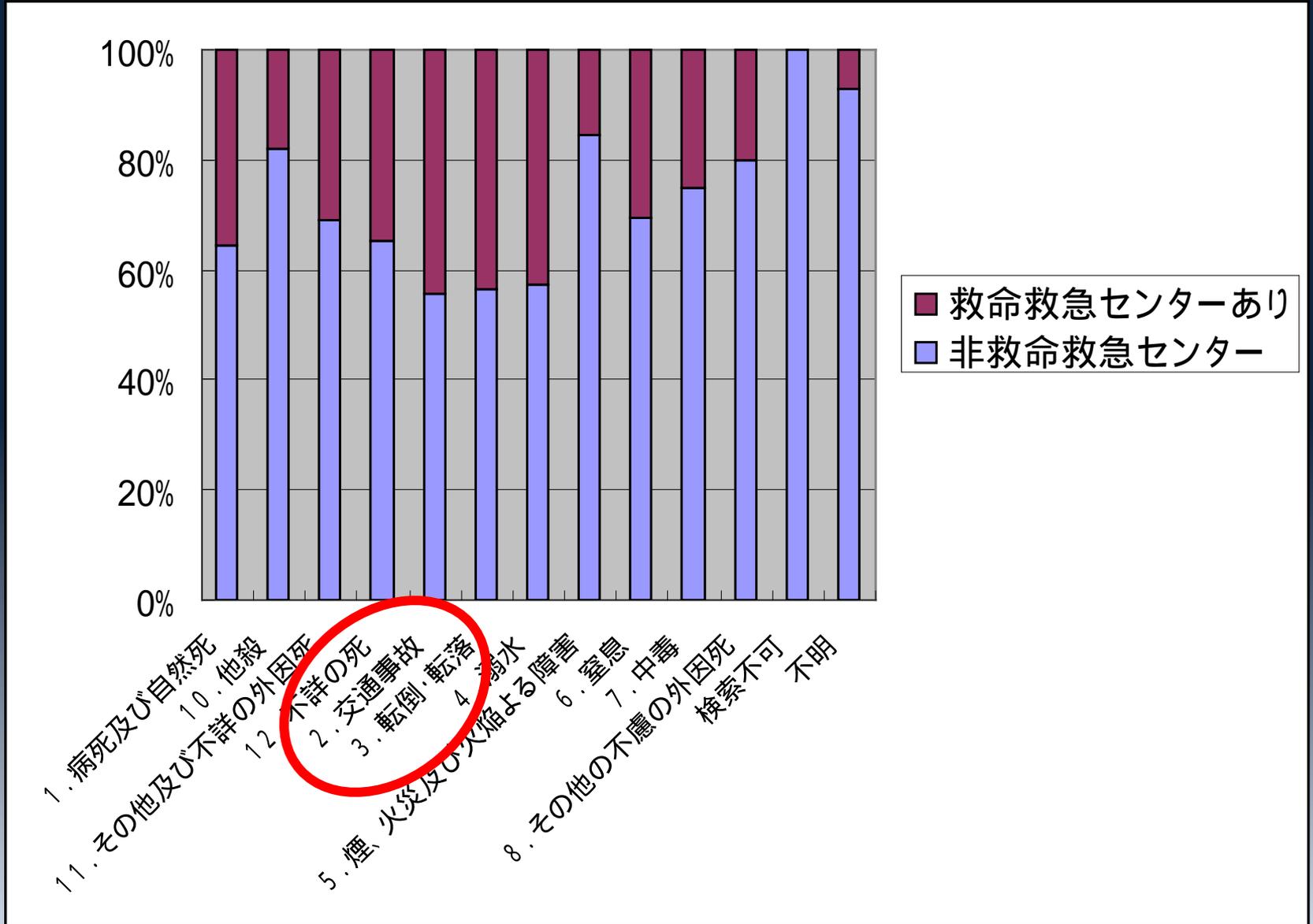
死因の種類別、死亡の場所 死亡小票 2005, 2006

1病院当たり死亡数	病死及び自然死	交通事故、転落、溺水、火災、窒息、中毒、他不慮外因死	火災、他殺	不詳の死、不詳の外因死	不明	総死亡数	病院数	病院数の割合
1	221	69	3	20	1	314	314	48.5%
2	173	46	8	9	0	236	118	18.2%
3	134	54	4	9	0	201	67	10.4%
4	110	16	5	4	1	136	34	5.3%
5	122	22	2	4	0	150	30	4.6%
6	89	17	0	2	0	108	18	2.8%
7	122	15	1	8	1	147	21	3.2%
8	56	7	0	9	0	72	9	1.4%
9	53	14	2	3	0	72	8	1.2%
10以上	132	19	1	4	1	157	14	2.2%
15以上	257	15	2	12	1	287	14	2.2%
病院内死亡計	1469	294	28	84	5	1880	647	100.0%
不明	6	1	1	3	48	59		
その他	6	41	11	16	5	79		
自宅	94	25	62	37	9	227		
病院以外の死亡計	106	67	74	56	62	365		
総計	1575	361	102	140	67	2245		

死亡の場所別、死因の種類(割合)



死因の種類 救命救急センター有無(比率)



小児の死亡から見えてきたこと

1. 1～4歳の小児死亡は、小さな施設で十分な集中治療を受けることなく亡くなっている。
2. 集約化・重点化によるPICUの設置とともにMC(メディカルコントロール)における小児の位置づけが必要である。
3. 外傷をはじめとする外因性疾患にも対応する必要がある。



重篤小児患者の対応には新たなシステムが必要

重篤な小児患者に対する救急医療体制 の検討会

—厚生労働省 平成21年3月～5月—

- | 小児救急患者の搬送と受入体制
地域におけるMC体制の整備が必要である
- | 救命救急センターの整備 (超急性期)
1～2床の小児用ベッドの設置と医療の質の確保が必要である
- | 小児専門病院・中核病院等の整備 (急性期)
「小児救命救急センター(仮称)」の設置が必要である
- | 小児集中治療室の整備
設置基準に基づく小児集中治療病床(PICU)数の検討と小児集中治療医、看護師の養成が必要である

日本集中治療学会 新生児小児集中治療委員会 PICU調査(2008年)

項目	総数(全国)
PICU(独立看護単位)	18施設
病床	120床
専属医師	37名

PICUを備えた小児施設の配置計画
(ICU必要数 1床 / 小児4万人)

全国での必要数	487床
---------	------

1型PICUと2型PICU

小児病院

1型

PICU/CCU
がある

独立看護
単位



救命救急センター

2型

常勤小児科
医2名以上

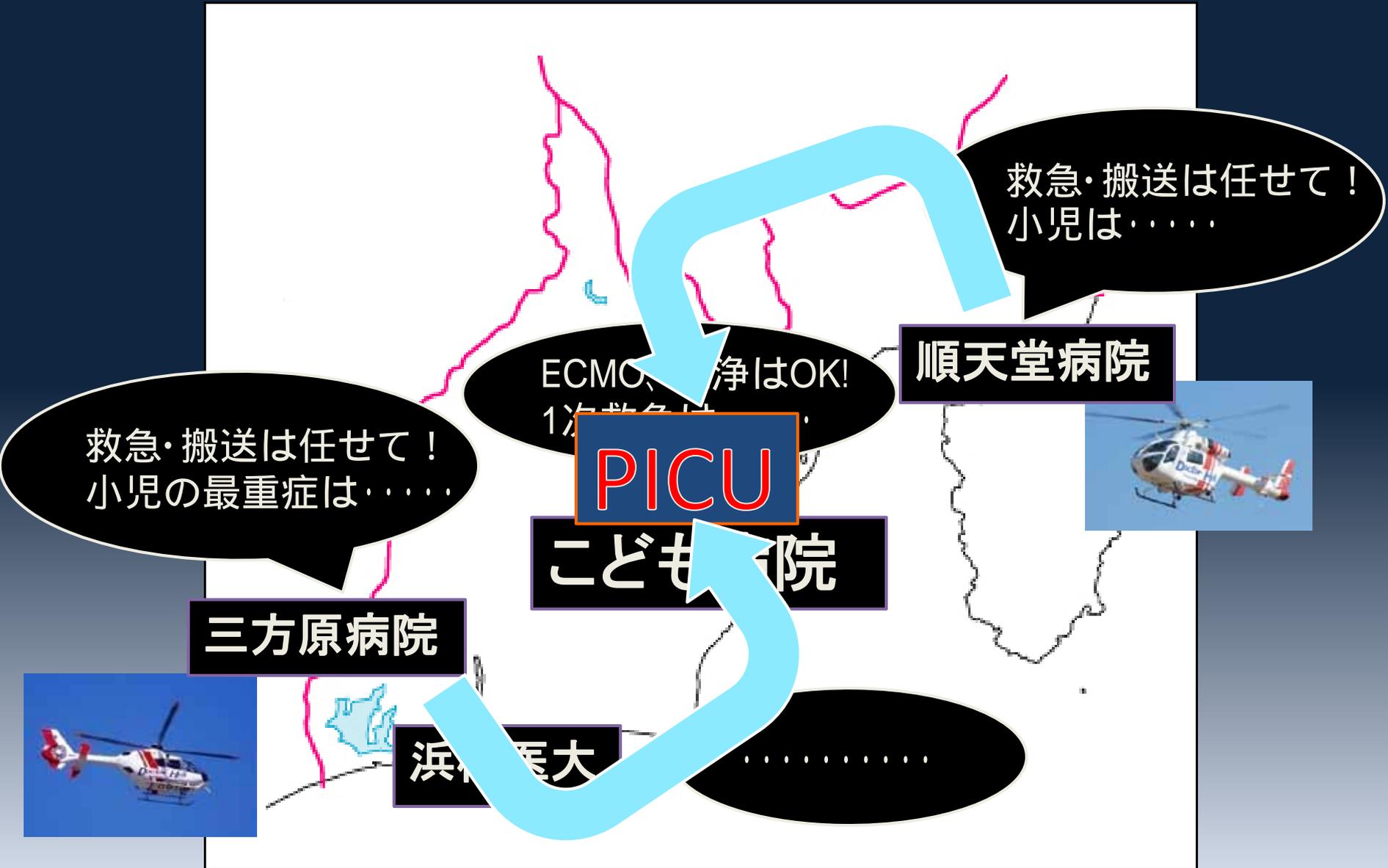
ER型である

受診件数
3000名以上



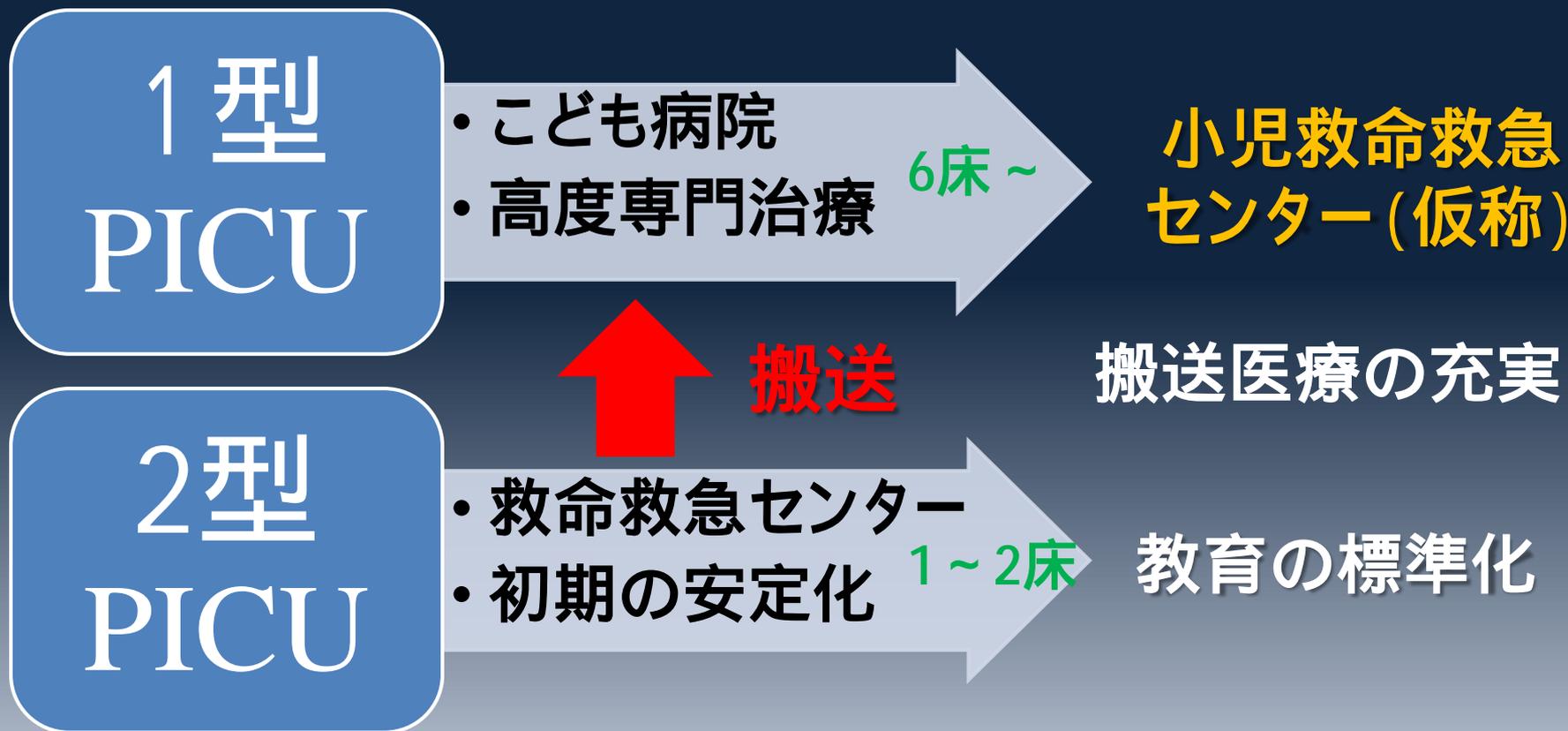
成人救急医療

静岡県立こども病院



救命救急センターとこども病院の連携

2種類のPICUは補完しあうことで重篤小児の救命に貢献する



病院におけるトリアージとは

- ・医学的重症度に沿った診療順位
- ・ガイドラインに基づく客観的トリアージ
- ・看護師によるトリアージとチーム医療



カナダ小児救急患者 トリアージおよび重症度判定基準

すべての患者は
来院後10分以内に
最初の
トリアージ
評価を
受けなければ
ならない



最初の印象
あるいは
救急隊員の評価

来院時の状態その評価
「小児患者の受診時の状態」
を参照

生理学的評価
外観—神経学的
呼吸数+呼吸努力
心拍数+灌流

再評価
あるしは
治療開始までの
時間



	レベル I 蘇生 0 MINUTES	レベル II 緊急 15 MINUTES	レベル III 至急 30 MINUTES	レベル IV やや至急 60 MINUTES	レベル V 非緊急 120 MINUTES
生理学的評価	意識なし	意識障害 増悪	乳児—泣きやまない 摂食不良 行動異常	乳児—あやすと 泣きやむ 行動異常の徴注	行動異常や バイタルの 異常なし
呼吸器系	呼吸数 NR +/- 2SD$_{\text{age}}\text{WT}$ 不適切な呼吸 重篤な窮乏状態	呼吸数 NR +/- 1.5SD$_{\text{age}}\text{WT}$ 呼吸は呼吸困難 中等度の窮乏状態	呼吸数 正常範囲外 軽度呼吸窮乏 程度窮乏状態	呼吸数 正常	呼吸数 正常
循環器系	心拍数 NR +/- 2SD$_{\text{age}}\text{WT}$ 心停止 ショック ブアノーゼ	心拍数 NR +/- 1.5SD$_{\text{age}}\text{WT}$ capillary refill>4秒	心拍数 正常範囲外 capillary refill>2秒	心拍数 正常	心拍数 正常

年齢	呼吸数 (RR)		正常範囲 (NR)	心拍数 (HR)	
	+/-2SD	+/-1SD		+/-2SD	+/-1SD
出生—3カ月	10 - 60	20 - 70	30 - 60	40 - 230	65 - 205
3—6カ月	10 - 60	20 - 70	30 - 60	40 - 210	63 - 180
6カ月—1歳	10 - 60	17 - 55	25 - 45	40 - 180	60 - 160
1—3歳	10 - 40	15 - 35	20 - 30	40 - 165	58 - 145
6歳	8 - 32	12 - 28	18 - 24	40 - 140	55 - 125
10歳	8 - 26	10 - 24	14 - 20	30 - 120	45 - 105

*評価までの時間は目標であって、これが確立された標準的時間というわけではない。
*NR：正常範囲

チーム医療としてのトリアージ

医師・看護師

チーム医療

看護師

トリアージ

患者評価

診断

治療

集中治療

症状

- 発熱
- けいれん
- 多呼吸
- 頻脈
- 腹痛
- 嘔吐・下痢
- 血便
- 意識障害
- 誤飲・誤嚥

- u 蘇生
- u 緊急
- u 準緊急
- (u 準準緊急)
- u 非緊急

- 初期評価
- 1次評価
- l 安定化
- 2次評価
- 3次評価

- n脳炎・脳症
- n髄膜炎/敗血症
- n心筋炎
- nARDS
- n頭蓋内血管病変
- n外傷
- n中毒
- n気道・食道異物
- n小児外科的疾患
- n骨折
- n腸重積症

- | 検査・治療 | 特殊治療 |
|-------|-------|
| p人工呼吸 | pPCPS |
| p心エコー | pECMO |
| pEEG | pHFO |
| pCT | pNO |
| pMRI | pTAE |
| pCV | pDCS |
| | pCHDF |
| | p脳低体温 |
| | pICP |

外傷を含む教育カリキュラムの必要性



• 小児科
医

• 小児集
中治療
医

小児内
科疾患

小児集
中治療

小児外
科疾患

外傷・
中毒

• 小児外
科医

• 救急医



外傷や中毒まで含む小児救急カリキュラムのもとに協働する

日本小児救急
医学会雑誌

Volume 7 Number 1 2008 (別冊)
Journal of Japanese Society of Emergency Pediatrics

小児救急医療の教育・研修目標

日本小児救急
医学会雑誌

田中 次郎
第一巻

論文目次

小児救急医療の動向と新たな取り組み

第1段階

【現 状】

集約化・重点化
小児科学会が推進
小児科内の改革
(小児科救急)

第2段階

【先進的な地域】

外傷・中毒への対応
北九州・成育方式
他診療科との連携
(小児救急)

第3段階

【新たな取り組み】

ER型救命センター
で外傷習得の上、
小児を専門とする
(小児救急専門医)

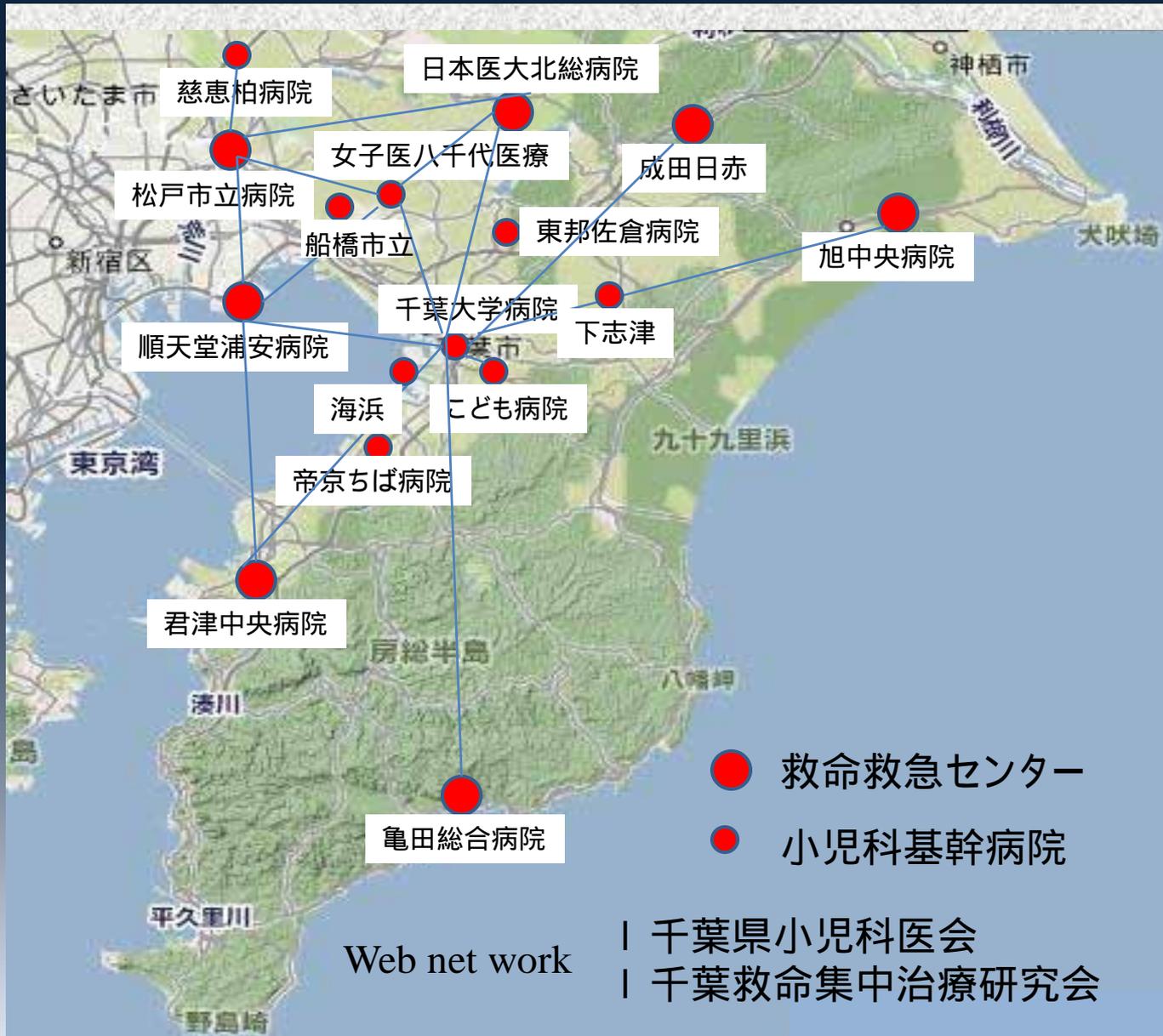


成人救急の基本を習得した小児救急医の養成が始まっている

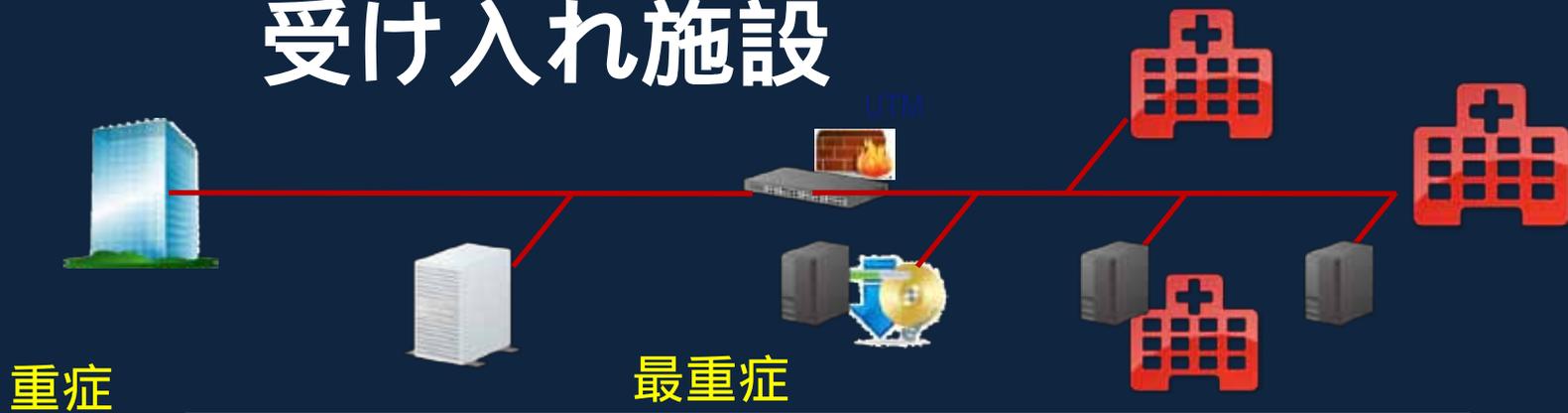
小児救急医療をめぐる新たな動き

- Ⅰ こども病院の集約化と救命救急センターとの連携
都立小児総合医療センター、静岡県立こども病院等
- Ⅰ 救命救急センターへの1～2床のPICU設置
- Ⅰ 新型インフルエンザによる重篤患者の対応施設間
ネットワークと登録制(全国)
- Ⅰ #8000、#7119の連携と推進
- Ⅰ 病院間搬送医療としてのドクターヘリ網の充実

千葉県小児救急医療支援ネットワークシステム



新型インフルエンザ重症・最重症 受け入れ施設



施設	通常呼吸管理	ARDS		急性脳症	急性心筋炎		窓口
		10歳未満	10歳以上		10歳未満	10歳以上	
A							
B		×			×		
C		×	×		×	×	
---	---	---	---	---	---	---	
G					×		

まとめ

1. 小児では1次・2次救急と3次救急はともに重要であるが、
重篤小児への対応のためにPICUの普及が重要である
2. 小児の教育カリキュラムを確立し、成人と連携の上で外傷、
集中治療に取り組む必要がある
3. 救急外来における看護師によるトリアージは医療の質や
チーム医療の点からも有用である
4. 救急医療は成人も小児も危機を迎えている

「小児救急医療の現状についてー

開業小児科の立場から」（抄録）

日本小児科医会副会長 桑原 正彦

（広島市安佐南区、桑原医院）

1 日本小児科医会開業医会員の年齢別内訳

日本小児科医会の会員数は、平成 21 年 10 月末現在、6,259 名であるが、その内、開業医会員（A 会員）は 3,839 名、勤務医会員（B 会員）は 2,420 名である。

開業医会員は高齢化が激しく、60 代以上が 52.8%（2029/3839）を占めている。

2 全国都道府県別開業医会員別小児科診療所数（日本小児科医会）

（資料 1）

開業小児科診療所は地域偏在が顕著であり、当然、独立採算であるため、経営状態の悪い過疎・中山間地域では、成り立たない。

3 開業小児科医の労働時間（全国保険医団体連合会調べ）

「開業医の実態・意識調査」（2008 年 8 - 9 月）では、1 日実働時間 11 時間以上が、医科全体で 11.5% である。さらに、時間外の病変が多い小児の疾病の特殊性、「かかりつけ医」としての責任を一人で引き受け、地域で少ない小児科医として公的な仕事も多く、勤務小児科医とは違った意味での重圧が加わっている。

4 地域医療の中で、期待される開業小児科医の役割

安心子育て指導

予防接種（集団接種、個別接種）

感染症の予防対策

学校保健、保育所保健指導・管理（学校医、園医）

地域の子育て支援（公的委員会、講演会など）

病児保育所の運営

「子どもの心相談医」認定医 1,150 名（日本小児科医会）

障害児（者）医療

虐待関連医療

自殺予防医療
救急医療

5 開業小児科医の実収入と「医療経済実態調査」の内容との相違点

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

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

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

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

6 勤務医と開業医の待遇の差について

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

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

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

7 外来小児医療の充実のための小児時間外診療

「かかりつけ小児科医」として

夜間でも相談に、時には診察

家族の健康管理、感染症予防の指導

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

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

8 地域の「時間外小児救急」の充実のために、開業小児科医が果たしている役割

(資料2、資料3)

夜間・時間外小児救急センターへの出務

全国各ブロックの例、広島市の例、津市の例、鹿児島県の例

在宅当番医制度への協力

(社)安佐医師会の例

在宅での時間外診療

(コメディカルの協力がいない場面で)

日曜日開設、

午後8時まで通常診療

公的病院の休院時間帯のカバー(土曜日、早朝)

#8000小児救急電話相談事業への協力、

海外在住邦人への電話相談事業への協力

9 次期診療報酬改定に向けての具体的な要望事項(小児救急関連のみ)

(資料4)

小児救急・地域連携医療の評価

「乳幼児地域連携救急外来加算」の新設

自己の診療所の外で、小児救急医療に携わっている実績に対して
包括医療からの高点数分の除外規定の新設

シナジス、

「診療情報提供料」 など

開業小児科外来での、「RSウイルス迅速診断」の点数化

「病院小児科空床」に一定の制限を付けて、点数化

10 おわりに

若い開業小児科医の情熱を維持し、意欲を育てる診療報酬体制を!

資料一覧:

資料1 全国都道府県別開業医会員別小児科診療所数(日本小児科医会)

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

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

資料1 全国都道府県別A会員診療所数

H21. 10. 29

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

(社)日本小児科医会A会員年齢別構成

2009/10/30現在

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

資料2

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

(日本小児科医会・小児救急医療委員会)

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

各ブロックにおける小児救急医療情勢の報告

北海道ブロック

①13都市に夜間急病センターがあり夜間時間外患者の受け入れを行っている。

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

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

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

東北ブロック

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

②重点化は宮城県では旨く行っているが、その他の地域は医師不足のため進展なし

③小児科医だけでは小児救急を維持できないので他科医師による支援が必要

④東北地域は山岳地帯が多く交通事情が良くない。

近畿ブロック

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

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

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

中四国ブロック

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

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

九州沖縄ブロック

①小児初期救急医療体制

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

②小児二次救急医療体制(事故外傷を含めて)

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

ブロック内で地域格差が大きい。

③二次三次救急体制

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

④まとめ

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

新型インフルエンザの医療体制について

①北海道ブロック

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

②東北ブロック

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

③関東ブロック

東京～神奈川ではインフルエンザ流行規模が急拡大中、脳症、肺炎患者の発生もあり、ICUにはARDS患者の入院治療が増加したとの情報あり。8月1日に茨城県土浦協同病院へ入院した脳症患者は一命を取りとめたが高次脳機能障害が残る可能性がある。茨城県では新型インフルエンザ重症患者の入院病床が不足している。茨城県保健福祉部と共同で「新型インフルエンザ患者

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

④近畿ブロック

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

⑤中四国ブロック

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

(平成21年9月27日現在)

資料 3

小児救急電話相談に係る「発熱」の相談件数の推移（広島県）

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

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

平成 21 年 5 月吉日

厚生労働大臣

舩添 要一 殿

社会保険診療報酬における小児医療に関する要望書

社団法人日本小児科学会

会長 横田 俊平

社団法人日本小児科医会

会長 保科 清

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

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

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

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

特定機能病院における小児入院医療管理料の算定

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

小児入院医療管理料の増設と小児入院医療の適正評価

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

資料 4

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

小児入院医療管理料の増設

小児入院医療管理料の算定要件と施設基準の緩和

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

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

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

外来小児医療の充実

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

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

以上のことから、

小児科外来診療料の増点と 6 歳未満への年齢拡大

診療情報提供料() および高点数検査、高額薬剤の小児科外来診療料からの除外

乳幼児育児栄養指導料の 6 歳未満への年齢拡大

を要望いたします。

小児救急・地域連携医療の評価

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

乳幼児地域連携救急外来加算

を提案し、要望いたします。

平成 22 年度社会保険診療報酬改定に関する小児医療の要望事項

【最重点要望事項】

1 . A307 小児入院医療管理料

(1) 特定機能病院においても、小児入院医療管理料の算定を可能にする

(2) 小児入院医療管理料の増設

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

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

(3) 小児入院医療管理料の増点

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

(4) 小児入院医療管理料の算定要件と施設基準の緩和

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

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

B008 薬剤管理指導料を算定可能にする。

入院中に在宅指導を行った場合は、在宅指導管理料の算定を可能にする。

小児の在宅指導には長時間を要し、年齢に応じた器材も必要である。

保育士加算におけるプレイルーム面積の緩和 30 25 m²に縮小。

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

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

検査を麻酔下で行った場合、麻酔管理料の算定を可能にする。

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

(5) レスパイト小児入院医療管理料の新設 6,000 点 (人工呼吸管理)

5,400 点 (非人工呼吸管理)

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

資料 4

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

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

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

2. B001-2 小児科外来診療料

(1) 小児科外来診療料の増点と6歳未満への年齢拡大

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

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

(3) 初診時電子化加算の算定を可能にする。

3. B001-2-3 乳幼児育児栄養指導料(130点)

(1) 乳幼児育児栄養指導料の年齢拡大 3歳未満 6歳未満

【重点要望事項】

A~G 乳幼児・学童・生徒加算の統一

低出生体重児(体重3kgを超えるまで) 200/100
新生児(生後1ヵ月未満) 100/100
乳幼児(1ヵ月以上2歳未満) 80/100
幼児(2歳以上6歳未満) 60/100
学童(6歳以上16歳未満) 40/100

A001 ネブライザー処置を行っても、外来管理加算の算定を可能にする。

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

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

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

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

心臓病、腎臓病、アレルギー疾患、神経・筋疾患等が対象

A000 乳幼児地域連携救急外来加算 20点(新設)

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

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

【要望事項】

1 基本診療料

A002 小児外来診療料の新設（200床以上の医療機関） 300点

A100 入院基本料の乳幼児加算、幼児加算の増点

乳幼児加算

病院 333点----->633点

病院（特別入院基本料を算定） 289点----->589点

診療所 289点----->589点

幼児加算

病院 283点----->583点

病院（特別入院基本料を算定） 239点----->539点

診療所 239点----->539点

A200 母体搬送後に院内で出生した新生児を紹介患者として取り扱う。

A205 乳幼児救急医療管理加算の増点 150点----->300点

A... 長時間救急外来診療処置加算[乳幼児] 300点（新設）

救急外来で、乳幼児に4時間以上の点滴治療等や症状観察のための安静保持・経過観察を行った場合に加算する。

A212 超重症児（者）・準超重症児（者）入院診療加算の適用拡大と増点

超重症児（者） 判定スコア 25以上 10以上 300点 500点

準超重症児（者） 判定スコア 10以上 5以上 100点 300点

A212-2 新生児入院医療管理加算の増点 800点 3,600点

A221-3 院内学級管理加算 300点（新設）

施設内に病弱学級を開設している場合に、通級者を対象に算定する。

A233 栄養管理実施加算の増点 現行：1日につき12点 30点

適切な栄養管理は、病状の回復促進、障害児に起こりやすい褥創や誤嚥、肺炎などの予防、免疫力の改善に伴う院内感染の発生抑制等をもたらす、医療の質の向上と同時に医療費の削減に寄与する。管理栄養士による指導・管理の時間等を勘案し、増点を要望する。

A301 小児特定集中治療室管理料の新設

14日以内 30,000点 30日以内 15,000点

A302 新生児特定集中治療室管理料を新生児特定集中治療室管理料1と名称変更して増点

8,500点----->10,000点

A302-2 新生児特定集中治療室管理料2 6,000点（新設）

施設基準は、小児科医師が施設内に常時配置されており、看護師は常時3:1を満たすこと。

A303 総合周産期特定集中治療室管理料（新生児）の増点 8,600点----->10,000点

A... 診療録長期保存加算 1入院につき 60点加算（新設）

要望理由：新生児期、小児期に高度の専門医療を受けた患者の予後の観察は重要である。また、成人して発症する疾患に対して適正な医療を行うためには、小児期の診療情報の活用が必要である。10年以上の長期にわたる診療録の保管を行う必要があるため、加算を要望する。

資料 4

A-1 救急搬送乳幼児診療加算 300点(新設)

救急車で医療機関に搬送されてきた患者を診察した場合に算定できる。

A 小児退院調整加算 1,000点(新設)

医療的ケアを日常的に必要とするなど、退院困難な要因を有する入院中の小児で、在宅での療養を希望するものに対して退院調整を行った場合に、退院時に1回に限り、所定点数に加算する(他の保険医療機関または福祉施設に転院した場合も対象に含まれる)。

2 指導管理料

B001-5 小児科療養指導料の対象疾患の拡大

小児慢性特定疾患の対象疾患をすべて対象にする。さらに自閉症などの広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害などの発達障害、二分脊椎、鎖肛、ヒルシュスプルング病、ヒルシュスプルング病類縁疾患、食道閉鎖症、短腸症候群、胃食道逆流症、肺低形成症、先天性気管異常症、胆道閉鎖症、原因不明の奇形症候群を対象疾患とする。

B001-5 小児科療養指導料の対象年齢の拡大 15歳----->20歳

B001 周産期部門・小児病棟で勤務する臨床心理士カウンセリング料の新設 350点

B001 乳幼児呼吸管理料の新設：酸素投与および人工呼吸器使用の患者に適用 250点

B001 乳幼児喘息吸入ステロイド療法指導管理料 250点(新設)

B009 診療情報提供料の対象拡大

保育所、幼稚園、学校、保健所、児童相談所、保健センター等

B001(9-11) 食事指導料

(1) 入院時食事療養()における特別食加算の対象拡大 小児食物アレルギー食

(2) B001(9-11) 食事指導料の対象疾患の拡大 「低栄養」

(3) B001(9) 外来栄養食事指導料、 B001(10) 入院栄養食事指導料の増点 130点 380点

3 在宅医療

C000 在宅医療においても乳幼児加算を設ける。

C000、B001-13：小児入院医療管理料を算定していても、在宅療養指導料(退院時を含む)は包括とせず、加算を可能にする

B001-13 小児在宅指導管理料(初期オリエンテーション) 300点(新設)

外来において15歳未満を対象として在宅療養に向けての指導を行った場合に算定する。

在宅自己注射や経管栄養など、在宅療養準備に向けての相談指導に長時間を要するため、療法開始前でも算定可能とする

C004 救急搬送診療料 6歳未満加算 150点----->700点

C004-2 新生児救急搬送診療料 10,000点(新設)

新生児を、出生した医療機関等から救急用の自動車等で保険医療機関に搬送する際、診療上の必要から当該自動車等に同乗して診療を行った場合に算定する。同時に救急搬送診療料は算定できない。

C005 小児在宅患者訪問診療料 830点(新設)

疾病にかかわらず、必要に応じて訪問診療を行った場合はすべて算定可能とする。

B001-13 退院前在宅療養指導管理料の増点と要件緩和 170点----->300点

資料 4

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

C000 小児在宅人工呼吸訪問指導料 10,000 点（新設）

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

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

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

C101 在宅自己注射指導管理料の対象薬剤の拡大 G-CSF 製剤

C102 小児在宅自己腹膜灌流指導管理料 4,940 点（新設）

C103 小児在宅酸素療法指導管理料

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

持続型 2,500 点（見直し） 発作型 1,300 点（見直し）

C103 小児在宅無呼吸発作指導管理料 600 点（新設）

無呼吸発作モニターを用いて、在宅管理をした場合に算定する。

C105 小児在宅経管栄養法指導管理料 2,500 点（新設）

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

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

C105 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料の適用拡大

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

C109 小児在宅寝たきり患者処置指導管理料 1,500 点（新設）

C112 小児在宅気管切開患者指導管理料 1,800 点（新設）

新設がなされない場合は気管カニューレ加算 600 点（新設）

C114 小児在宅腸瘻自己管理指導料 3,800 点（新設）

C115 小児在宅膀胱瘻自己管理指導料 3,800 点（新設）

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

C150 在宅小児低血糖症患者指導管理料 820 点（新設）

C151 注入器加算に、G-CSF 製剤を加える。

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

C169 小児気管切開用人工鼻加算 3,000 点（新設）

小児では人工鼻が湿潤で汚染されやすく、頻回に交換する必要がある。

C170 経皮的酸素モニター使用加算） 600 点（新設）

経皮的酸素モニターを使用して管理した場合に算定する。

C150～169 在宅療養指導管理材料加算の条件緩和

資料 4

2以上の指導管理を行った場合にも、算定可能とする。

医療機器を使った教育指導は医療機関の職員が行うが、機械自体の取り扱い説明や機械のメンテナンスについては、販売(レンタル含む)会社等が患者家族に直接説明できるようにする。

4 検査

D007	ムコ多糖体分画定量(尿中)の保険適用	1,500点(新設)
D007	極長鎖脂肪酸分析(血中)の保険適用	1,000点(新設)
D007	カルニチン分画定量(血中、尿中)	300点(新設)
D	先天性代謝異常検査(尿中有機酸分析) 対象医療機関の拡大	1,200点
D008	血清 25 水酸化ビタミンD測定の新設	700点(新設)
D008	DNAメチレ-ション試験の保険適用	2,800点(新設)
D012	RSウイルス抗原精密測定算定対象の拡大	外来での適用
D200	小児の呼気NO測定試験の保険適用	180点(新設)
D200	乳幼児気道過敏性試験の保険適用	1,000点(新設)
D200	小児のスパイロメーターによる肺機能検査の新設	160点(新設)
D200	喘息運動負荷試験の新設	1,000点(新設)
D215	胎児心エコー検査	1,500点(新設)
D215	脳磁図の保険適用	8,000点(新設)
D	神経学的検査	500点
D287	成長ホルモン分泌刺激試験の月2回までの算定を可能にする。	
D419	その他の検体採取に対する乳幼児加算	100点(新設)

診断穿刺・検体採取料(D400~419)では、ほとんどの項目で、6歳未満の乳幼児の場合に100点の加算が認められているが、「その他の検体採取」には、乳幼児加算が認められていない。他の検体採取と同様に技術と人的資源を要するため、加算を要望する。

5 画像診断

E002 エックス線・核医学・コンピュータ断層撮影診断料の小児加算の年齢群による増点

6 投薬

F000	調剤料の小児加算の新設	6歳未満	50点		
F000	計量混合調剤加算の新設	散剤	50点	水剤	50点
F100	F400 処方料、処方箋料	乳幼児加算	6歳未満まで年齢拡大	外用剤	30点

7 注射

G001 G004 G005 静脈内注射、点滴注射、中心静脈注射 乳幼児加算の増点
G004 点滴注射の6歳未満における要件緩和
1歳未満では、1日分の輸液量100mL以上を20ml以上にする。

10 処置

小児検査および処置における睡眠導入法	200点(新設)
障害児で睡眠導入法を用いた場合は	250点(新設)

資料 4

一酸化窒素吸入(NO療法)の保険適用

1日 8,300点(新設)

11 手術

手術通則 8 乳幼児・学童・生徒加算の統一

低出生体重児(体重3kgを超えるまで)	200/100
新生児(生後1ヵ月未満)	100/100
乳幼児(1ヵ月以上2歳未満)	80/100
幼児(2歳以上6歳未満)	60/100
学童(6歳以上16歳未満)	40/100

K552-2 両室ペースメーカー移植術の施設基準の緩和

心臓電気生理学的検査	年間50例以上	10例以上
静脈切開法による中心静脈カテーテル留置の保険適用		8,000点(新設)
経皮的肺動脈形成術		22,800点(新設)
経皮的動脈形成術		22,800点(新設)
先天性心疾患術後におけるその他の胸部血管に対する経皮的形成術		22,800点(新設)
経皮的心房中隔欠損作成術(ラシュキンド法以外)		22,800点(新設)

12 麻酔

L 神経ブロック(ボツリヌス毒素使用)小児脳性麻痺の尖足が対象 600点

小児において心臓カテーテル検査法やカテーテルインターベンションなどを行う場合は、全身麻酔を必要とすることから、麻酔管理料の算定を可能とする。

13 薬剤、他

別書類に記載して要望いたします。

14 その他

- 1) 小児給付率及び年齢の引き上げ 9割給付と対象年齢の18歳までの拡大
- 2) 小児独自の診療報酬体系の構築
- 3) 病(後)児保育への保険適用

(2) 医師数

平成17年度に比べて平成18年度は、病院全体として2.7%、小児科としても4.5%増であった。しかしながら、(旧)小児入院医療管理料3を算定する病院や200床未満の一般病院ではそれぞれ0.7%、3.8%の減となっていた。これは、診療報酬改定の恩恵を受けられなかった影響と思われる(データには示さないが、医師の平均給与にも影響している)。

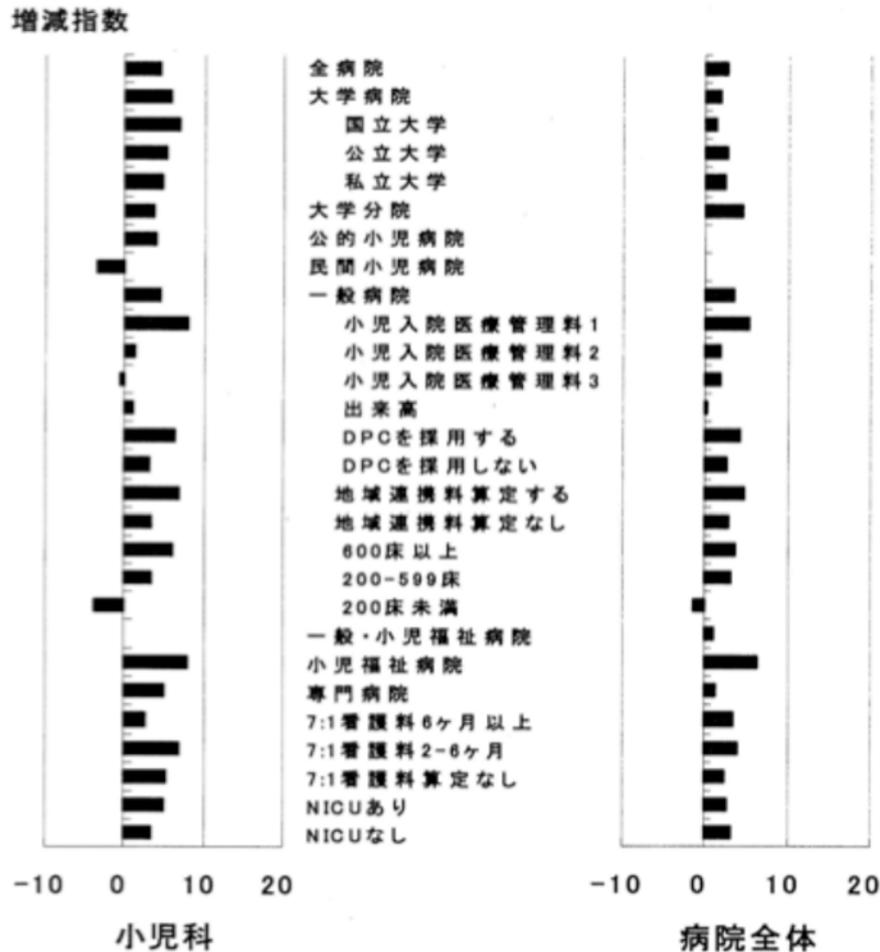


図3 医師数の平均値の年度比較

(3) 医師，看護師の診療収入からみた人件費割合

平成17年度に比べて平成18年度は、病院全体として29.1%から29.7%に微増したのに対し、小児科は35.7%から34.8%にやや減少した。しかしながら、依然として小児科の人件費割合の高い状態が続いている。

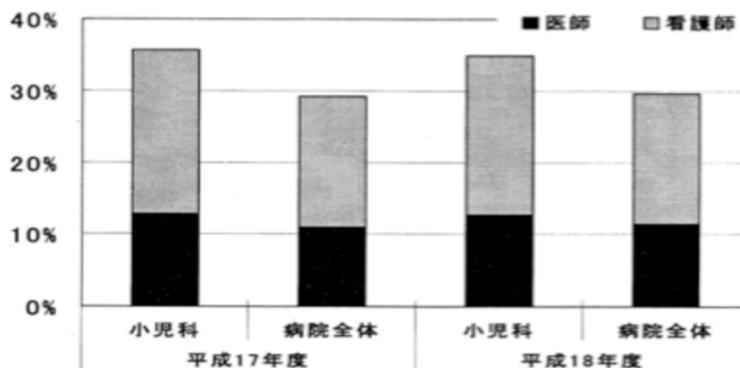


図10 病院における医師看護師の人件費割合

【2】平成20年度医療費改定の影響

平成20年3月に日本小児科学会社会保険委員会が作成した「平成20年4月診療報酬改定による病院小児科への影響について（平成20年6月分のレセプト内容の解析結果）」の概要を示す。サンプル抽出したレセプト内容を改定前の点数表を用いて置換作業を行ない、改定前後で比較した。

（1）入院診療報酬に対する影響

DPC採用病院は対象からはずしている。新設された小児入院医療管理料1を算定する病院のみが大幅な増加になっていたが、他の大部分の病院では減少していた。

	平成19年度を100とした時の差
全体	0.98
小児入院医療管理料1	7.75
小児入院医療管理料2	0.06
小児入院医療管理料3	-0.26
出来高	-0.05
出来高7：1看護	-0.14
出来高10：1看護	0.90
新生児特定集中治療室管理料 算定	0.31
新生児特定集中治療室管理料 非算定	-1.00

（2）外来診療報酬に対する影響

200床未満の病院で、地域連携小児夜間・休日診療料を算定し、院外調剤を算定している病院が最も有利である。

	平成19年度を100とした時の差
全体	-1.21
地域連携小児夜間・休日診療料 採用	0.59
地域連携小児夜間・休日診療料 不採用	-1.94
200床以上	-1.60
200床未満	-0.77
院外調剤	-0.92
院内調剤	-1.84
小児科外来診療料 採用	0.57
小児科外来診療料 不採用	-1.35

【3】3か月以上入院し人工呼吸管理を受けている患者数

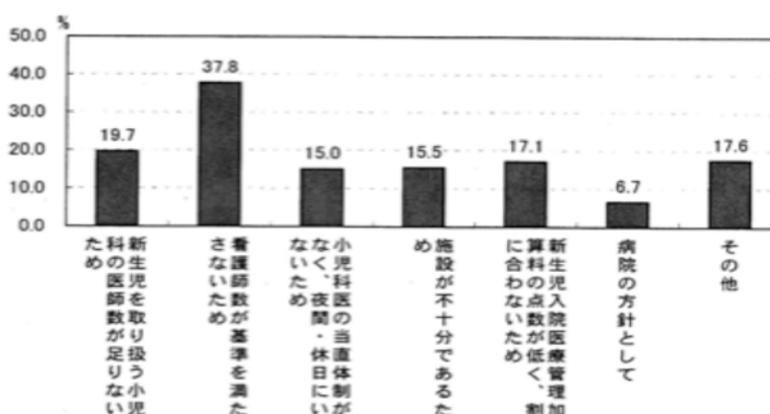
平成21年度に日本小児科学会社会保険委員会が行なっている全国病院調査の結果（中間集計）から、平成20年9月1日時点で入院中の3か月以上人工呼吸管理を受けている患者数を調査した結果を示す。

調査対象 病院数	回答数	回収率	小児科あり	閉鎖・休止	3か月以上人工呼吸管理を受ける人数		
					一般病棟	重心病棟	新生児病棟
3,234	2,992	92.5%	2,383	609	492	239	293

【4】新生児入院医療管理加算について

平成17年3月に日本小児科学会社会保険委員会が作成した「小児医療の診療報酬に関する実態調査報告書」から、新生児入院医療管理加算についての分析結果を示す。調査は平成16年度の診療報酬改定の影響調査の一環として行ない、調査対象331施設のうち200施設から回答があり、算定していたのは7施設で残りの193施設は算定していなかった。算定しない施設の理由を以下に示す。

図表 59 新生児入院医療管理加算を未算定である理由（複数回答、n=193）



【5】まとめ

平成16年度、18年度の診療報酬改定により小児科の診療報酬の改善が図られ、その経済的な問題点は改善されつつあるが医師・看護師数を適正な人数に充足しようという力が加わり、診療収入に占める人件費割合の高さは病院全体と比較して高いという構造的な問題は未だ解決していない。また、度重なる改定で経営状態が改善した施設がある一方で、小規模施設や長期入院を扱う施設などは診療報酬改定の対象からはずされてしまっているため、医師・看護師を増やすことが出来ず小児科の経営そのものが危機に瀕している。

小児の救急医療を担うべき施設のうち、上記のように比較的恵まれた施設ではその運営状況は改善傾向にあると思われるものの、それ以外の施設が経営できない状況にあることが全国各地の小児医療崩壊の一因と考えられる。一般小児救急医療より多くの人材や施設を必要とする新生児医療についてはさらに深刻な状況であろうことは想像に難くない。

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

小児救急医療の充実喫緊の課題であるが、その一方で患者さんの出口ともいえるべき後方受け入れ施設や在宅医療などの充実を同時に図らなければ画餅になってしまう可能性もあると思われる。

以上