

個別事項 (その3: 救急、小児・周産期等)

平成29年10月11日

個別事項(その3:救急、小児・周産期等)

1. 救急医療

- a. 救急医療の提供体制

2. 小児・周産期医療

- a. 小児慢性特定疾病の患者の入院医療
- b. 妊産婦の外来管理

3. 医療安全対策

- a. 医療安全部門への医師等の配置

個別事項(その3:救急、小児・周産期等)

1. 救急医療

- a. 救急医療の提供体制

2. 小児・周産期医療

- a. 小児慢性特定疾病の患者の入院医療
- b. 妊産婦の外来管理

3. 医療安全対策

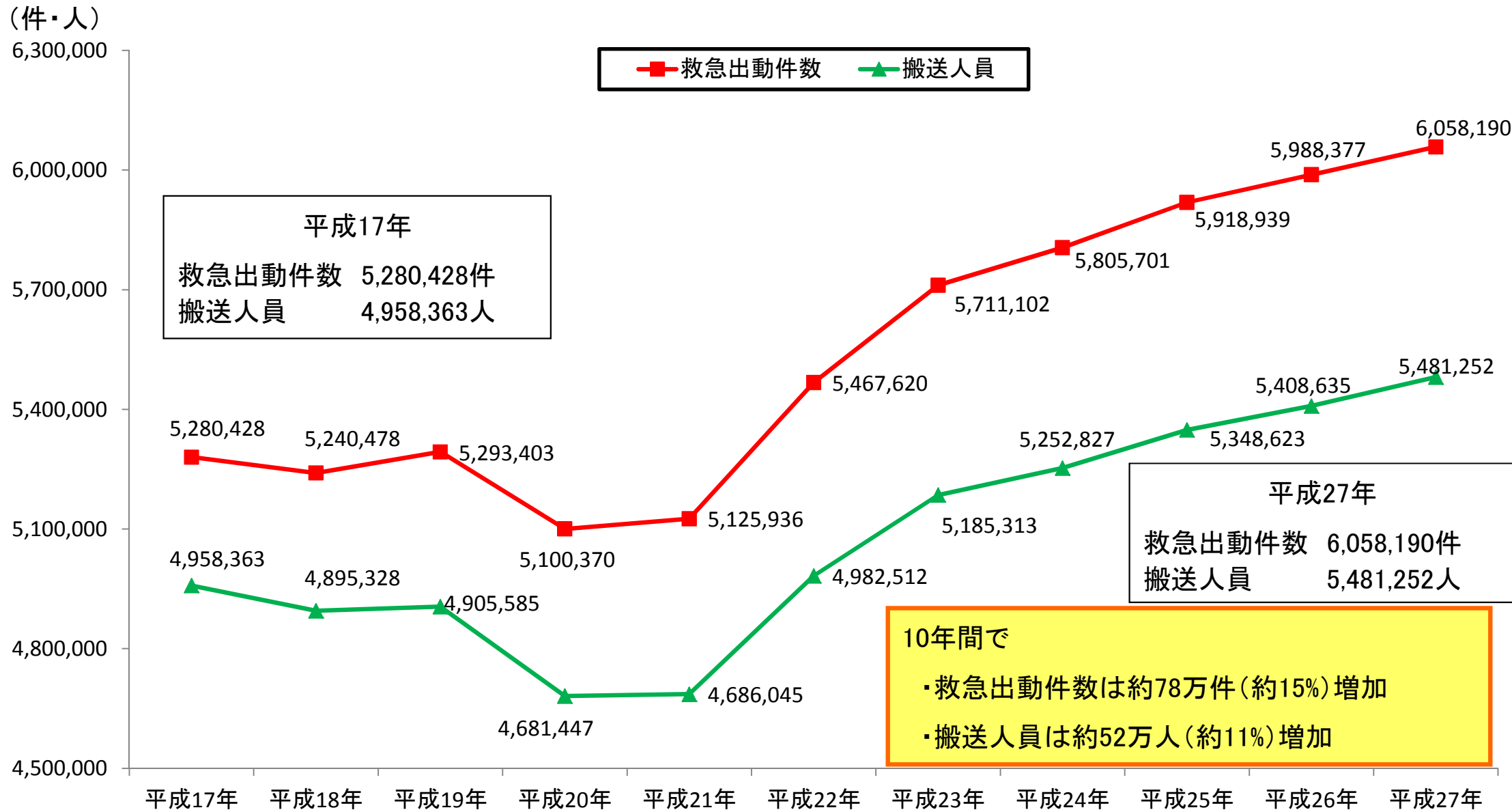
- a. 医療安全部門への医師等の配置

救急医療の現状

救急出動件数及び搬送人員の推移

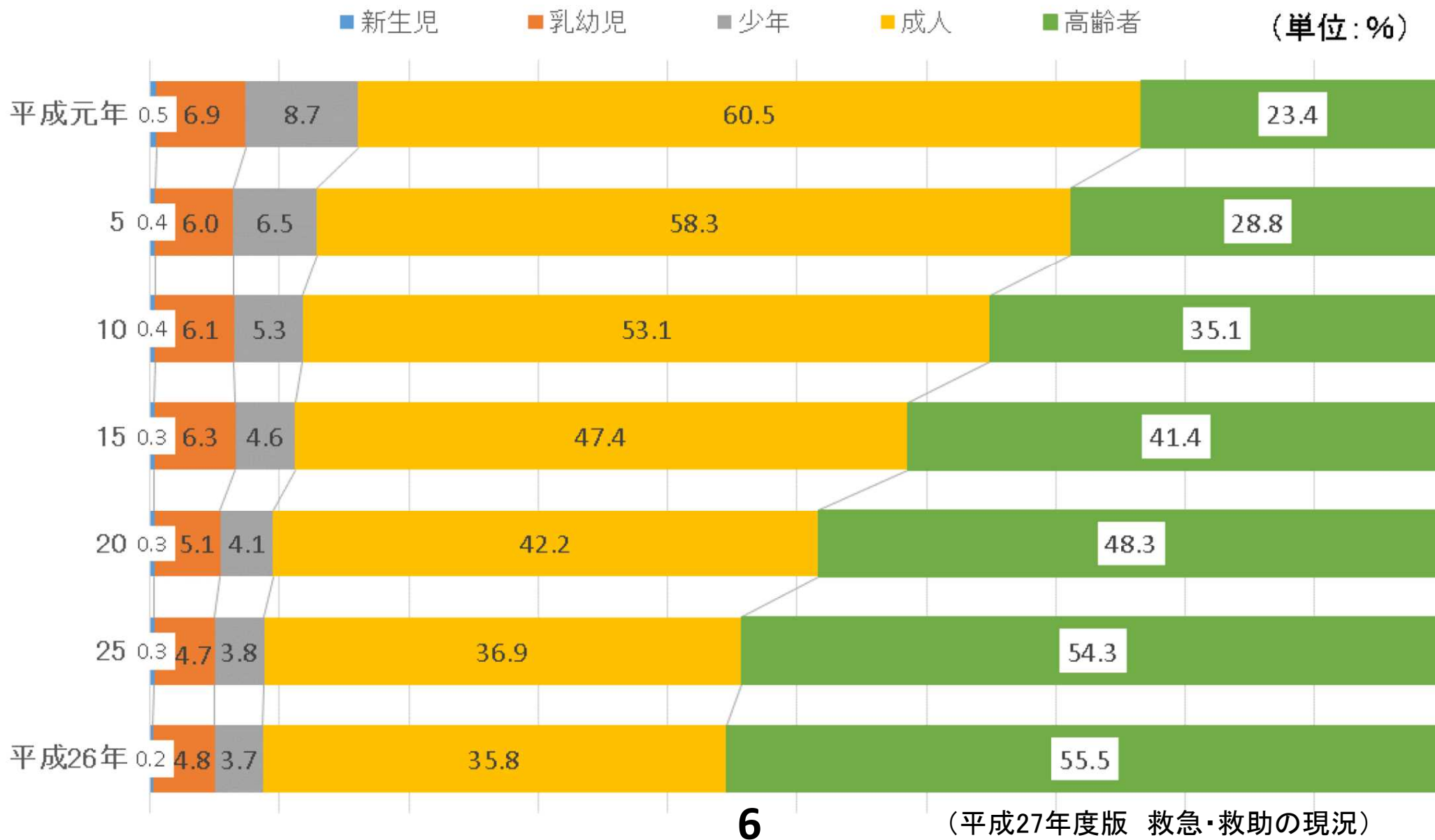
「第1回救急医療体制等のあり方に関する検討会」(平成25年2月6日)資料改

○ 救急出動件数及び搬送人員数ともに、7年連続の増加となり、過去最多となった。



年齢区分別搬送人員構成比率の推移

○ 高齢者の搬送割合は年々、増加傾向にあり平成26年には5割以上を占めている。



急病の傷病程度別の搬送人員数

○ 搬送人員数のうち、軽症であるものが約5割を占めている。

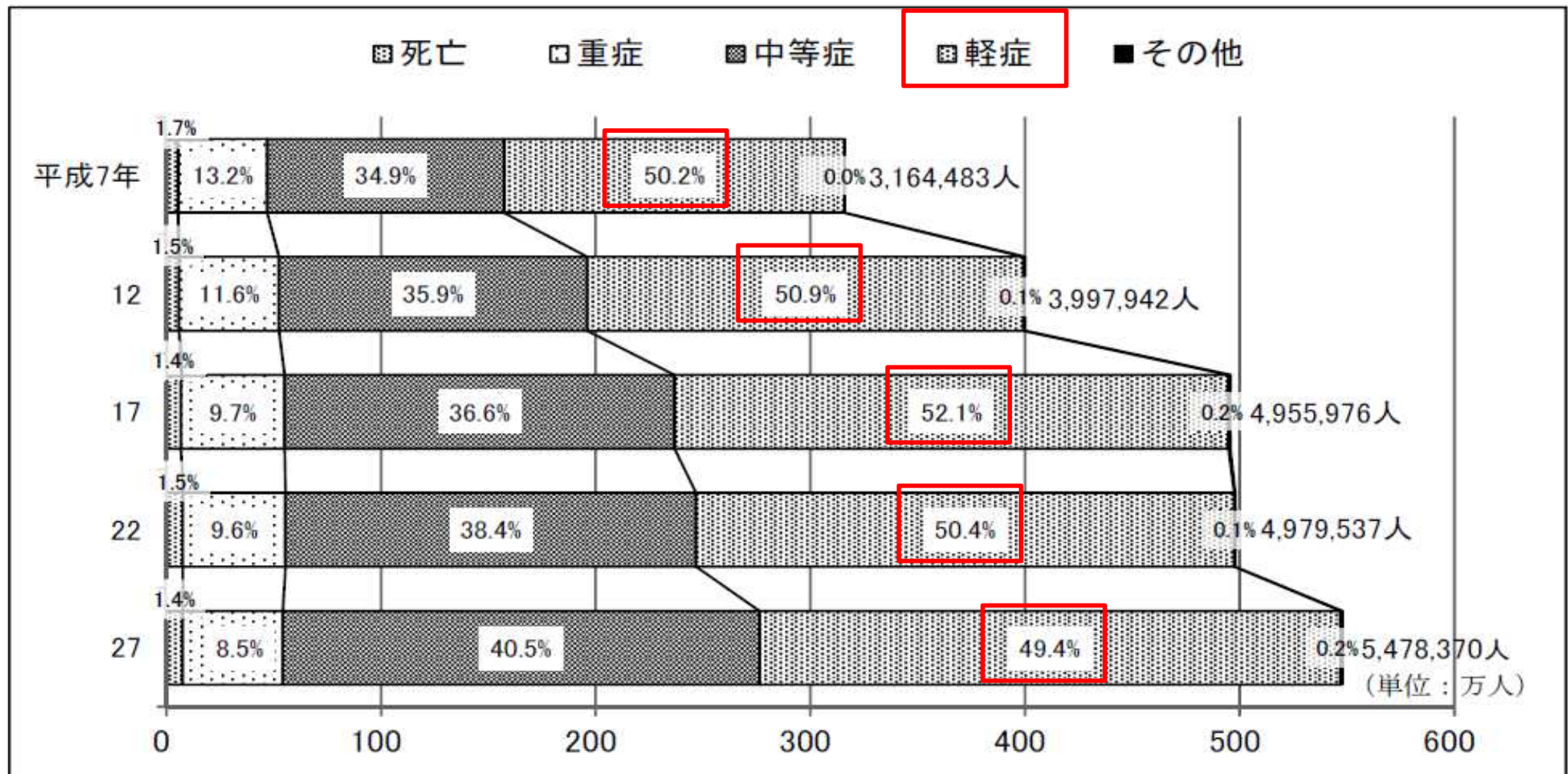
傷病程度：救急隊が傷病者を医療機関に搬送し、初診時における医師の判断に基づき以下のように分類したもの

死亡：初診時において死亡が確認されたもの

中等症：傷病程度が重症または軽症以外のもの

重症：傷病程度が3週間の入院加療を必要とするもの

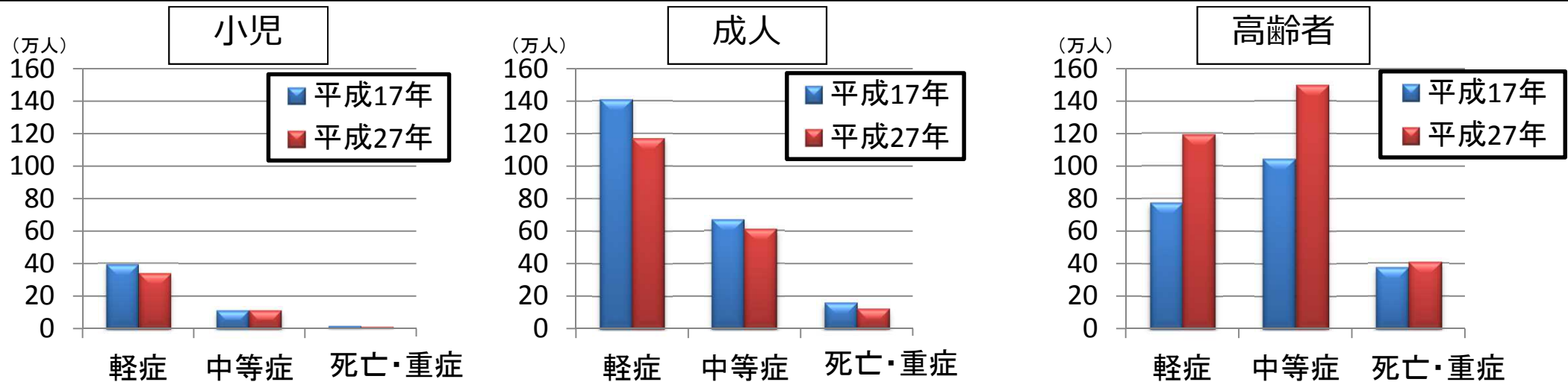
軽症：傷病程度が入院加療を必要としないもの



10年間の救急搬送人員の変化(年齢・重症度別)

「第1回救急医療体制等のあり方に
関する検討会」(平成25年2月6日)資料改

○ 救急搬送人員の伸びは、年齢別では高齢者が多く、重症度別では軽症・中等症が多い。



平成17年中

全体	小児	成人	高齢者
死亡・重症	1.4万人	16.1万人	37.6万人
中等症	10.3万人	67.9万人	100.6万人
軽症	39.5万人	141.0万人	77.5万人

平成27年中

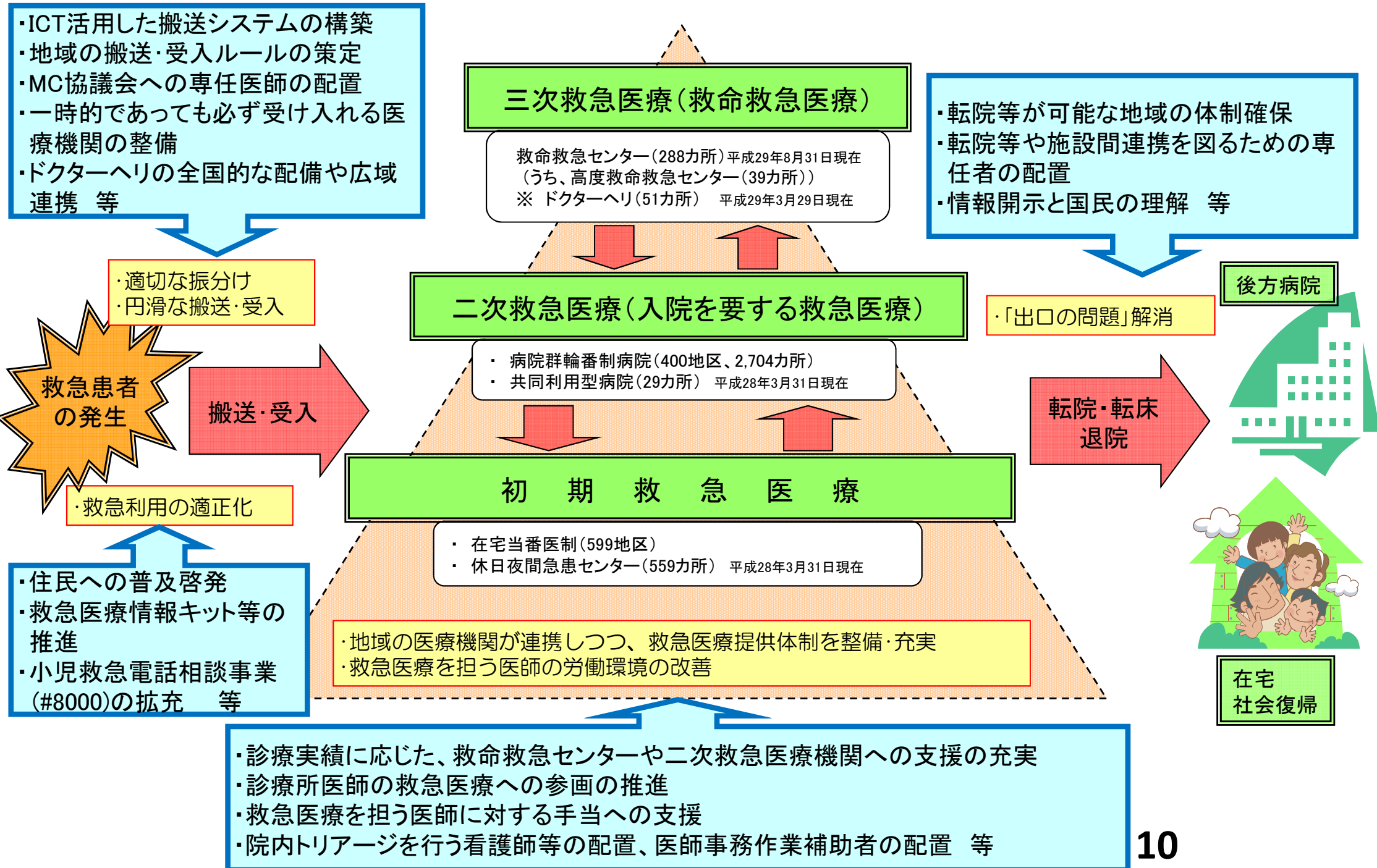
全体	小児 (18歳未満)	成人 (18歳～64歳)	高齢者 (65歳以上)
死亡・重症	1.1万人 0.4万人減 -25%	12.3万人 3.8万人減 -23%	40.8万人 3.2万人増 +9%
中等症	11.1万人 0.8万人増 +8%	61.0万人 5.8万人減 -9%	149.9万人 45.3万人増 +43%
軽症	34.1万人 5.5万人減 -14%	117.2万人 23.8万人減 -17%	119.4万人 41.9万人増 +54%

傷病程度: 救急隊が傷病者を医療機関に搬送し、
初診時における医師の判断に基づき以下のように分類したもの
死亡: 初診時において死亡が確認されたもの
重症: 傷病程度が3週間の入院加療を必要とするもの
中等症: 傷病程度が重症または軽症以外のもの
軽症: 傷病程度が入院加療を必要としないもの

救急医療体制の整備状況

救急医療の充実

「第1回救急医療体制等のあり方に
関する検討会」(平成25年2月6日)資料改



救命救急センターについて

(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3月31日付医政指発0331第3号)抜粋)
(救急医療対策事業実施要綱(平成29年3月27日付一部改正医政発0327第38号)抜粋)

概要

- ・都道府県の医療計画に基づき、都道府県知事により指定
- ・24 時間 365 日、救急搬送の受け入れに応じること
- ・傷病者の状態に応じた適切な情報や救急医療を提供すること

医療機関に求められる事項

- ・脳卒中、急性心筋梗塞、重症外傷等の患者や、複数の診療科にわたる重篤な救急患者を、広域災害も含めて24時間365日必ず受け入れる事が可能であること
- ・集中治療室(ICU)、心臓病専門病室(CCU)、脳卒中専門病室(SCU)等を備え、常時、重篤な患者に対し高度な治療が可能なこと
- ・救急医療について相当の知識及び経験を有する医師が常時診療に従事していること(救急科専門医等)
- ・必要に応じ、ドクターヘリ、ドクターカーを用いた救命救急医療を提供すること
- ・実施基準の円滑な運用・改善及び都道府県又は地域メディカルコントロール体制の充実に当たり積極的な役割を果たすこと
- ・医師、看護師等の医療従事者に対し、必要な研修を行う体制を有し、研修等を通じて、地域の救命救急医療の充実強化に協力していること
- ・都道府県又は地域メディカルコントロール協議会に医師を参加させるとともに、救急救命士の気管挿管・薬剤投与等の病院実習や、就業前研修、再教育などに協力していること
- ・DMAT派遣機能を持つ等により、災害に備えて積極的な役割を果たすこと
- ・救命救急にかかる病床の確保のため、一般病棟の病床を含め、医療機関全体としてベッド調整を行う等の院内の連携がとられていること

 現在、47都道府県、288カ所が指定されている (平成29年4月1日時点)

救急医療体制の整備状況の推移

「第1回救急医療体制等のあり方に関する検討会」(平成25年2月6日)資料改

- 三次救急医療機関は、すべての都道府県で整備され、さらに増加している。
- 二次救急医療機関は、近年、漸減している。

		25年	26年	27年	28年
三次救急（救命救急）	救命救急センター （施設数）	259	266	271	279
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）	2,904	2,836	2,769	2,733
	（地区数）	(403)	(404)	(410)	(429)
初期救急	休日夜間急患センター （施設数）	553	560	560	559
	在宅当番医制 （実施地区数）	622	621	613	599

※ 二次救急の（地区数）は、「輪番制地区＋共同利用型地区等」の数値である。

救急病院等を定める省令に 基づく医療機関数	総数	4,147	4,121	4,187	4,197
	うち、病院	3,830	3,826	3,903	3,926
	うち、診療所	317	295	285	271

（厚生労働省医政局調べ）

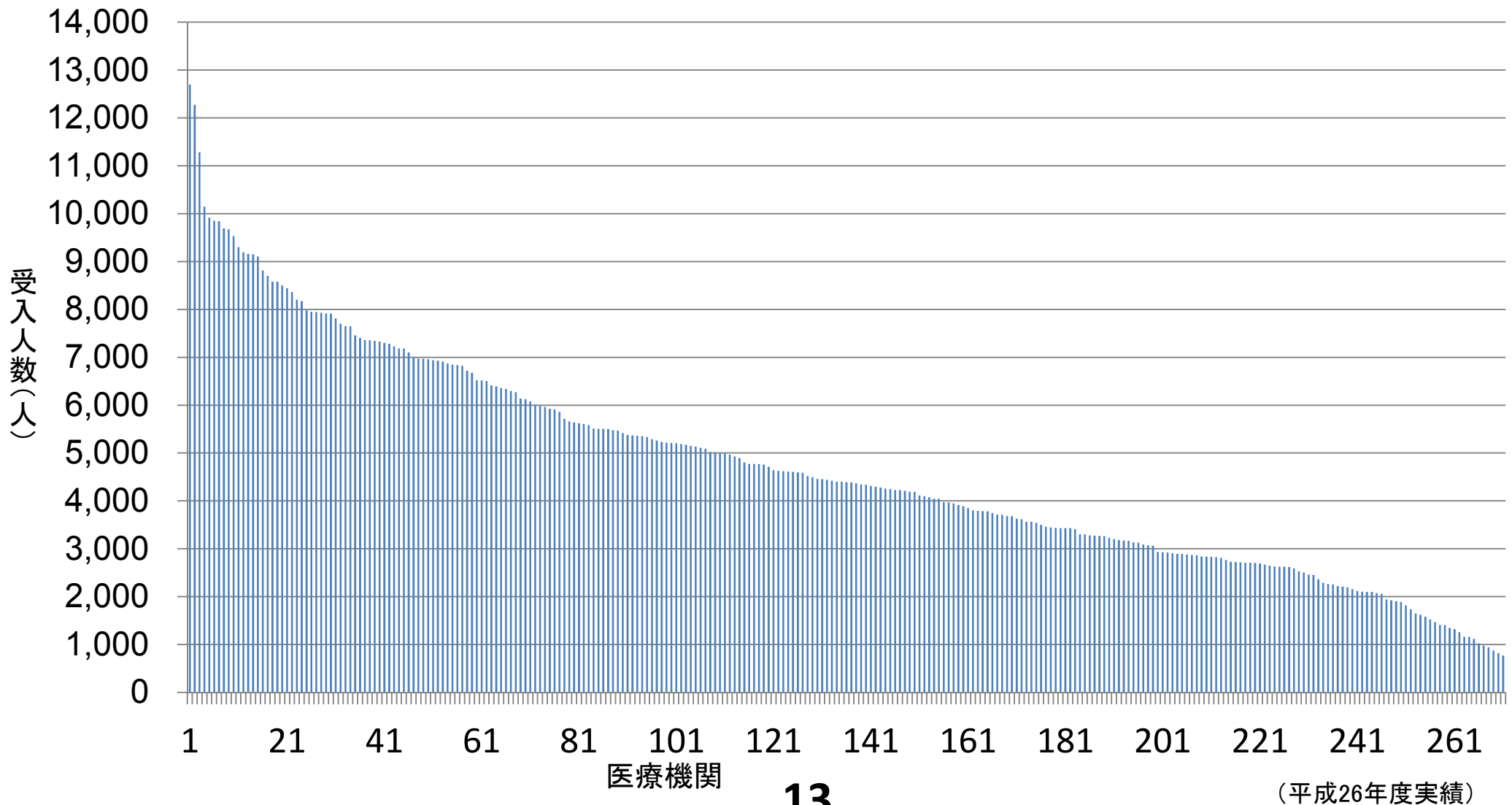
（各年3月31日時点）

救命救急センターの状況(医療機関:271か所)

(一施設当たりの年間救急搬送患者数)

「第1回救急医療体制等のあり方に関する検討会」(平成25年2月6日)資料改

○救急車により搬送される救急患者数は、救命救急センターにより差が見られた。
(最大12,701人/年、最少772人/年)



救命救急センターの充実段階評価

【背景】

- 昭和52年「救急医療対策の整備事業について」にて、第一次、第二次、第三次救急医療体制が発足し、「救急医療対策事業実施要綱」により、救命救急センターの整備が開始された。
- 平成9年「救急医療体制基本問題検討会」の提言を受け、平成11年より、質の向上を目的に救命救急センターの充実段階評価が開始された。
- 平成20年「救急医療の今後のあり方検討会」を経て、平成22年に充実度段階評価を改正した。
求められる機能の明確化、第三者の視点・検証が可能な評価、地域特性などを勘案した評価項目、病院勤務医の労働環境改善に関わる評価項目などを追加。

【主な項目】

- ストラクチャーを中心とした評価

例) 受入応需の記録の整備、受入重篤患者数、搬送受入専用電話の設置、メディカルコントロール専用電話の設置と記録の整備 等

【現状】

救命救急センターの充実段階評価

救命救急センター 総数	A評価	B評価	C評価
279	278	1	0

47都道府県、279カ所(平成28年3月31日時点)に実施

【評価方法】

- 評価項目は37項目、そのうち、是正を要する項目は16項目、是正合計点は70点。
- 是正を要する項目の合計点を基に、A、B、Cに評価
- 是正を要する項目が、2年間継続して22点以上 ⇒ B評価、3年間継続して22点以上 ⇒ C評価
- B評価とC評価以外はA評価

救命救急センターの充実段階評価の見直し①

平成25年度 「救急医療体制等のあり方に関する検討会」報告書（平成26年2月）

【現状・課題】

- ・救命救急センターの評価結果（平成24年度）（厚生労働省医政局指導課）では、専従医師数、年間受入重篤患者数など施設間に大きな差がみられ、「すべての重篤な救急患者を24時間体制で必ず受け入れる体制」といった本来の機能を果たせていない施設も見受けられる。
- ・救命救急センターの充実段階評価が、運営や結果を十分に評価したものとなっていない。

【方向性】

- ・救命救急センターの適正な評価のために、厚生労働省で実施する充実段階評価をより充実したものにする必要がある。具体的には、地域における役割機能の評価や第三者による評価の導入を検討すべきである。

平成28年度 「医療計画の見直し等に関する検討会」資料（第6回 平成28年11月9日）

【現状・課題】

- ・救急搬送人員は年々増加傾向にある。高齢者が全体の半数を占め、内訳として軽傷・中等症の搬送が増加している。
- ・救命救急センター等救急医療体制の整備は進んでいるが、医療機関によって受入れ状況に差が見られる。
- ・いわゆる救急医療の出口問題等に対応するため、救急医療機関とかかりつけ医や関連機関との連携がより重要となっている。

【方向性】

- ・救命救急センターの充実段階評価を見直し、地域連携の観点をより取り入れる。

救命救急センターの充実段階評価の見直し②

平成28年度 救命救急センター充実段階評価の見直しへ

○ 救命救急センターの充実段階評価の具体的な内容について、平成28年度まで厚生労働科学研究で研究※を行い、研究結果を基に、厚生労働省が新しい救命救急センターの充実段階評価を作成し、日本救急医学会の承認を得た。

※ 平成26～28年度厚生労働科学研究「救急医療体制の推進に関する研究(研究代表者 山本保博)」

- ・ 充実段階評価では合計点の平均は5年間で年々上昇し、点数にして8点上昇した。(平成26年度報告)
- ・ 項目ごとでは「5 転院・転棟の調整を行うものの配置」「2 救急科専門医数」「23 手術室の体制」などが比較的多くの施設で加点されていなかった。(平成26年度報告)
- ・ 各施設の年間に受け入れた重篤患者数は、平均984人で、5カ年の調査で初めて減少した(平成27年度報告)

【主な見直し】

○ ストラクチャーを中心とした評価 ⇒ プロセスを含めた評価

例)・地域貢献度※

- ・ 応需状況の公表及び院内・院外の委員会での改善に向けた検討
- ・ 地域の第二次救急医療機関、消防機関等と勉強会等を定期的に開催 等

※ 当該医療機関で受け入れた重篤患者数(実数)が、所管地域内で搬送される重篤患者数(推計値)のうち0.5以上を占めるかを評価

○ 評価の基準

是正を要する項目の合計点数を基に、A,B,C評価を決定

⇒ 評価点と是正を要する項目数の双方を合わせて評価を決定

充実段階評価の変更点

【現行】

➤ ストラクチャーを中心とした評価体系

(1) 重篤患者の診療

- ・受入応需の記録
- ・受入れた重篤患者数
- ・搬送受入専用電話の設置
- ・疾病の種類によらない受入体制

(2) 地域の救急医療体制への支援

- ・メディカルコントロール専用電話の設置と記録

(3) 救急医療の教育

- ・臨床研修医の受入人数

(4) 災害医療対策

- ・災害拠点病院の認定
- ・DMAT指定医療機関

➤ 評価の基準

是正を要する項目の点数(合計70点)を基に、A、B、C評価を行う。



【見直し後】

➤ プロセスも含めた評価体系へと見直し

(1) 重篤患者の診療

- ・受入応需の公表と改善に向けた検討
- ・地域貢献度(地域内の重篤患者受入率)
- ・転院調整を行う者の配置を是正項目に追加
- ・緊急手術の受入を是正項目に追加

(2) 地域の救急医療への支援

- ・現場への医師の派遣(ドクターカー等)
- ・地域の関係機関との連携

(3) 救急医療の教育

- ・専攻医の受入
- ・医療従事者への教育

(4) 災害医療対策

- ・BCPの策定
- ・院内及び都道府県等での災害訓練

➤ 評価の基準

評価点(合計100点)と是正を要する項目数(合計17項目)の双方を合わせた、S、A、B、C評価の基準を、平成29年度内に策定。

新たな充実段階評価のイメージ

現行評価 (平成28年度調査結果)

新評価 (平成30年度運用予定)

A評価
(278施設)

B評価
(1施設)

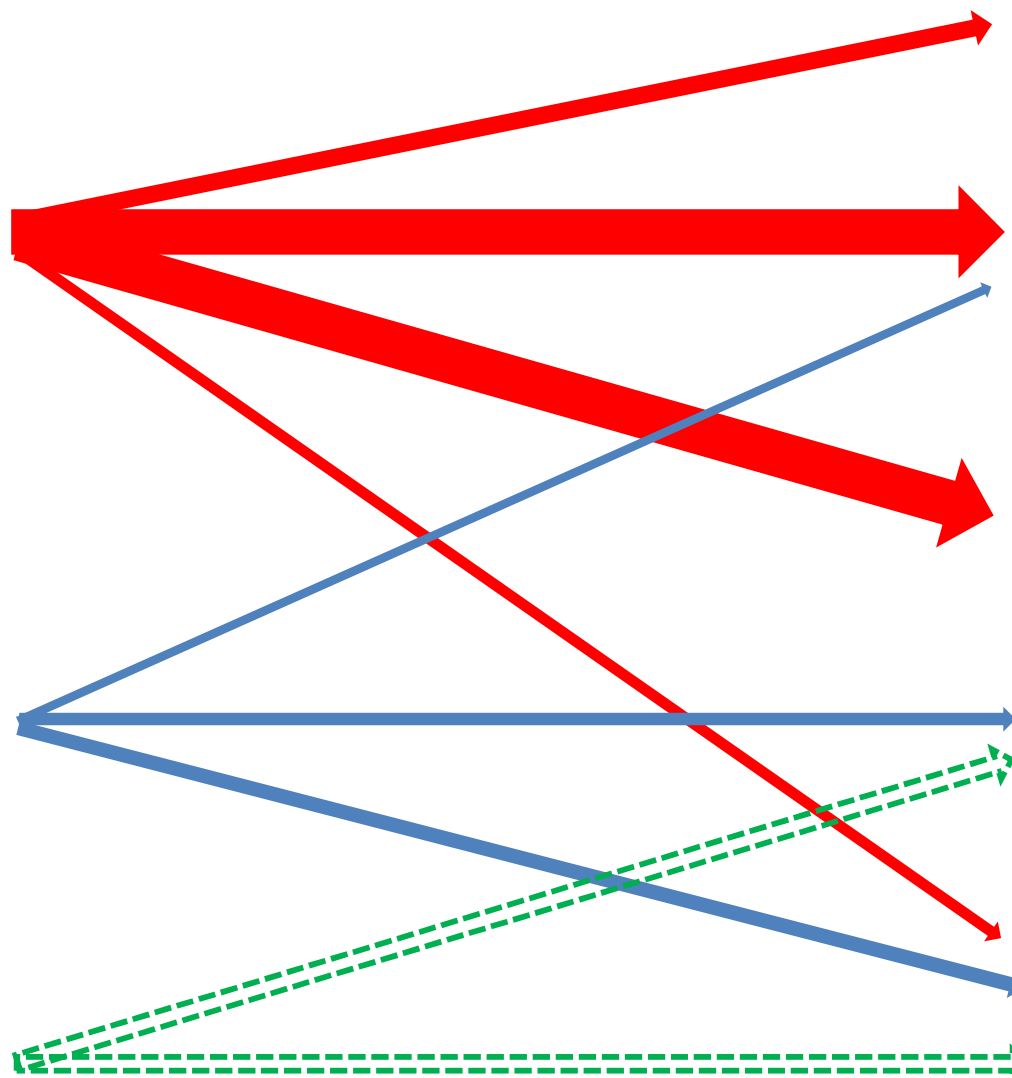
C評価
(0施設)

S評価

A評価

B評価

C評価



救命救急入院料～充実段階評価に係る加算～

A300 救命救急入院料(1日につき)

- 1 救命救急入院料1 7,623～9,869点
- 2 救命救急入院料2 9,046～11,393点
- 3 救命救急入院料3 7,623～9,869点
※広範囲熱傷特定集中治療管理料 8,030点～9,869点
- 4 救命救急入院料4 9,046～11,393点
※広範囲熱傷特定集中治療管理料 8,030点～11,393点

● 算定要件の概要

算定対象となる重篤な救急患者は、次に掲げる状態にあって、医師が救命救急入院が必要であると認めた者であること。

ア意識障害又は昏睡	イ急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪
ウ急性心不全(心筋梗塞を含む。)	エ急性薬物中毒
オショック	カ重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)
キ広範囲熱傷	ク大手術を必要とする状態
ケ救急蘇生後	コその他外傷、破傷風等で重篤な状態

※ 広範囲熱傷特定集中治療管理料の算定対象となる患者は、第2度熱傷30%程度以上の重症広範囲熱傷患者であって、医師が広範囲熱傷特定集中治療が必要であると認めた者

● 施設基準の概要

＜救命救急入院料1＞

- 救命救急センターを有している病院の一般病棟の治療室を単位として行うものであること。(※)
- 当該治療室内に重篤な救急患者に対する医療を行うにつき必要な医師が常時配置されていること。
- 当該治療室における看護師の数は、常時、当該治療室の入院患者の数が四又はその端数を増すごとに一以上であること。
- 重篤な救急患者に対する医療を行うにつき十分な専用施設を有していること。

※ 救命救急入院料1～4のいずれも救命救急センターを有していることが要件となっている。

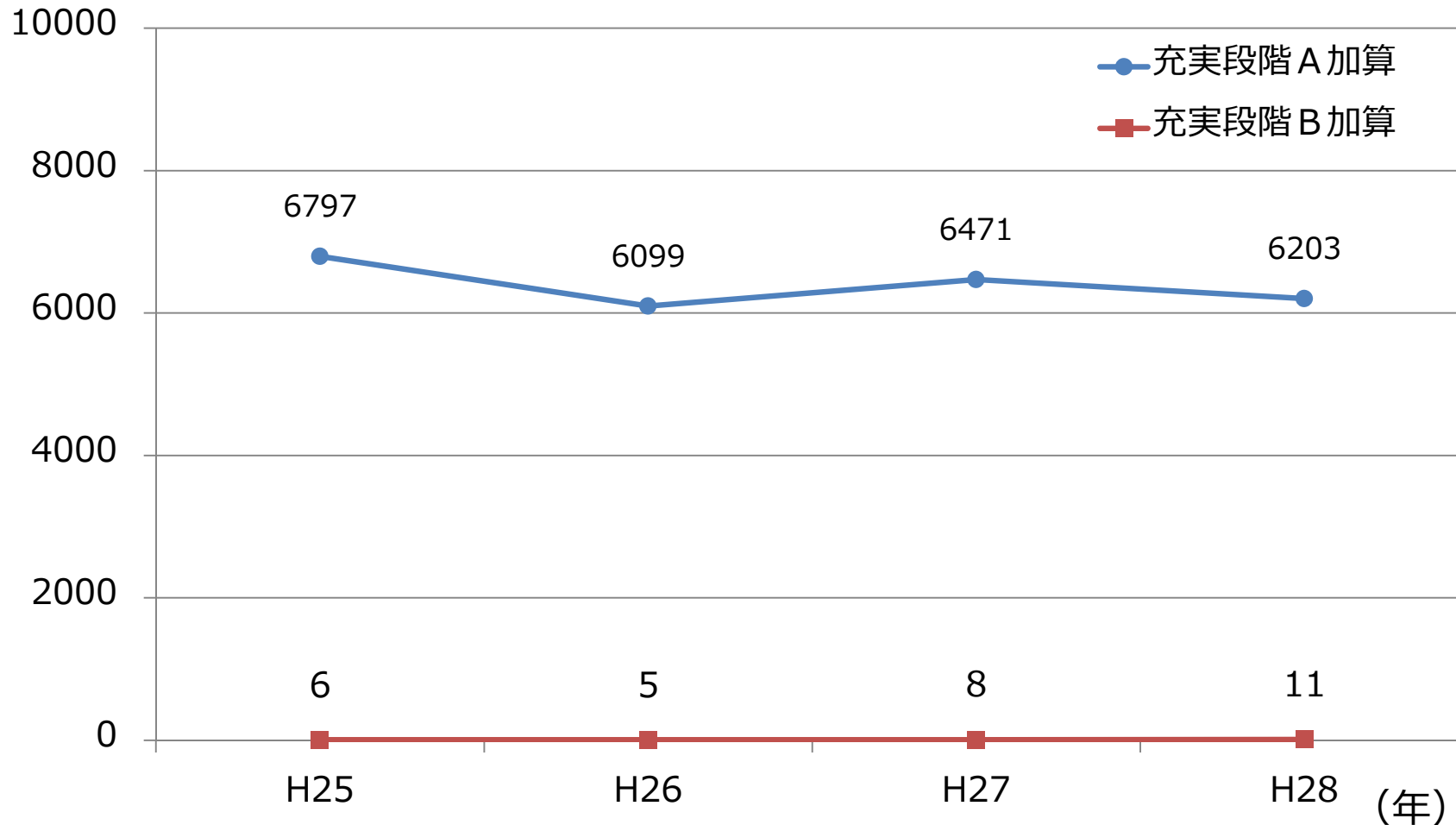
＜充実段階評価に係る加算＞

- 充実段階評価 A評価
⇒ 1日につき1,000点を加算
- 充実段階評価 B評価
⇒ 1日につき 500点を加算

救命救急入院料 充実段階評価加算の算定回数

- 救命救急入院料の充実段階評価加算の算定回数は、近年、ほとんどが充実段階A評価によるものとなっている。

(算定回数)



出典：社会医療診療行為別統計・調査（各年6月審査分）（出来高で加算を算定している場合のみであることに留意が必要）

救急医療の提供体制における課題と論点（案）

【課題】

（救急医療の現状）

- ・ 救急出動件数及び搬送人数については、この数年間にわたり増加傾向にある。
- ・ 救急搬送人員の伸びは、年齢別では高齢者が多く、重症度別では軽症・中等症が多い。

（救急医療体制の整備状況）

- ・ 初期救急医療、二次救急医療、三次救急医療からなる体系的な救急医療体制において、三次救急医療を担う救命救急センターについては、現在、すべての都道府県で整備され、288カ所が指定されている。
- ・ 救命救急センターの質の向上を目的に平成11年より、救命救急センターの充実段階評価が開始され、平成22年より充実段階評価が改正され、毎年評価を実施されている。
- ・ 救命救急センターの充実段階評価については、運営や結果を十分に評価したものとなっていない、地域連携の観点が十分に含まれていない、といった課題がある。このため、救命救急センターの機能のさらなる充実を図る観点から、地域連携の評価を含め、救急救命センター充実段階評価の見直しが予定されている。
- ・ 救命救急入院料において、充実段階評価に係る加算を設け、診療報酬上の評価を行っている。



【論点（案）】

- 救命救急センターの充実段階評価の見直しが予定されていることを踏まえ、救命救急入院料の充実段階評価に係る加算についても見直すこととしてはどうか。

個別事項(その3:救急、小児・周産期等)

1. 救急医療

- a. 救急医療の提供体制

2. 小児・周産期医療

- a. 小児慢性特定疾病の患者の入院医療
- b. 妊産婦の外来管理

3. 医療安全対策

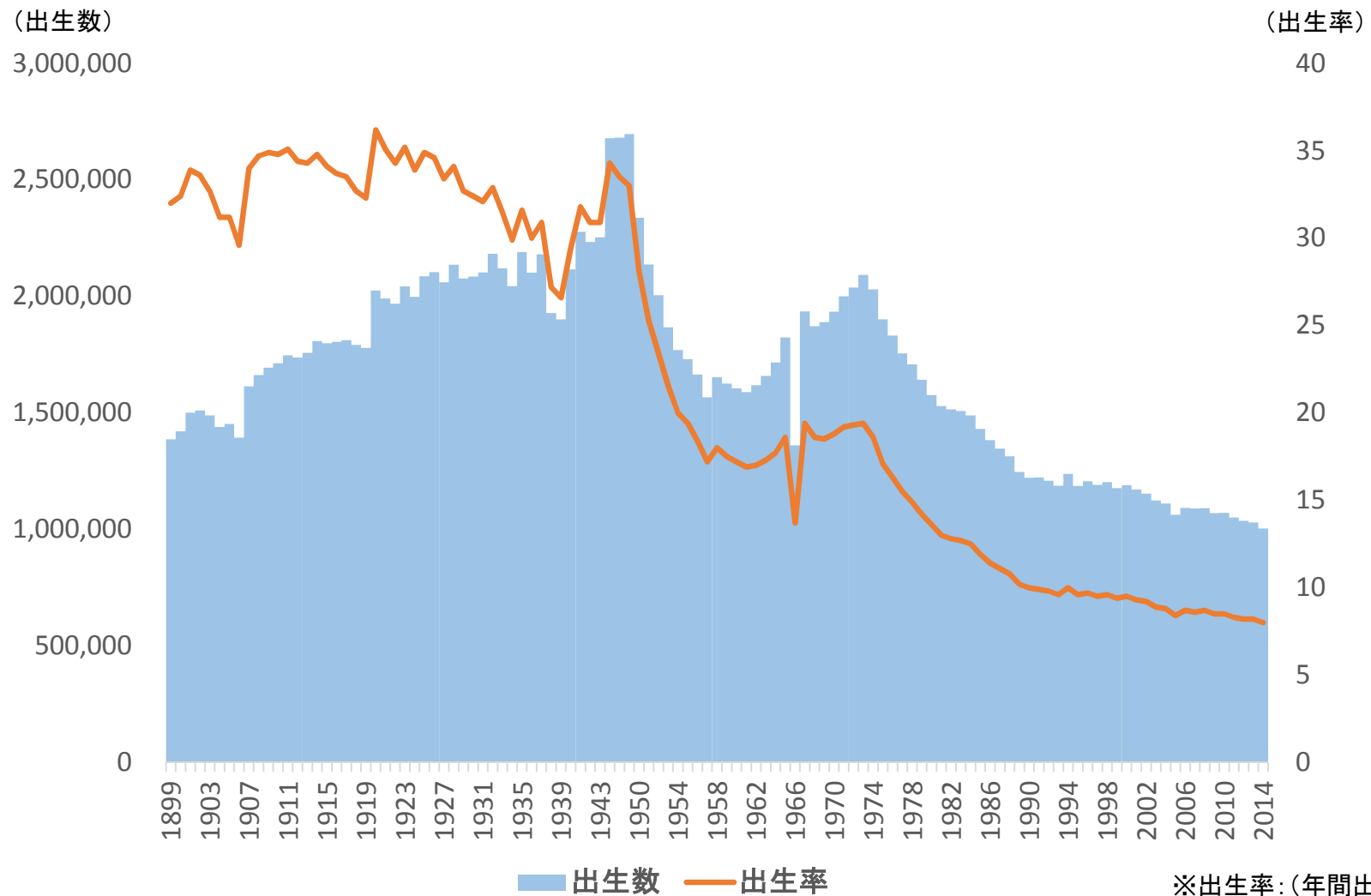
- a. 医療安全部門への医師等の配置

小児の入院患者の状況

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。

＜出生数・出生率の年次推移＞

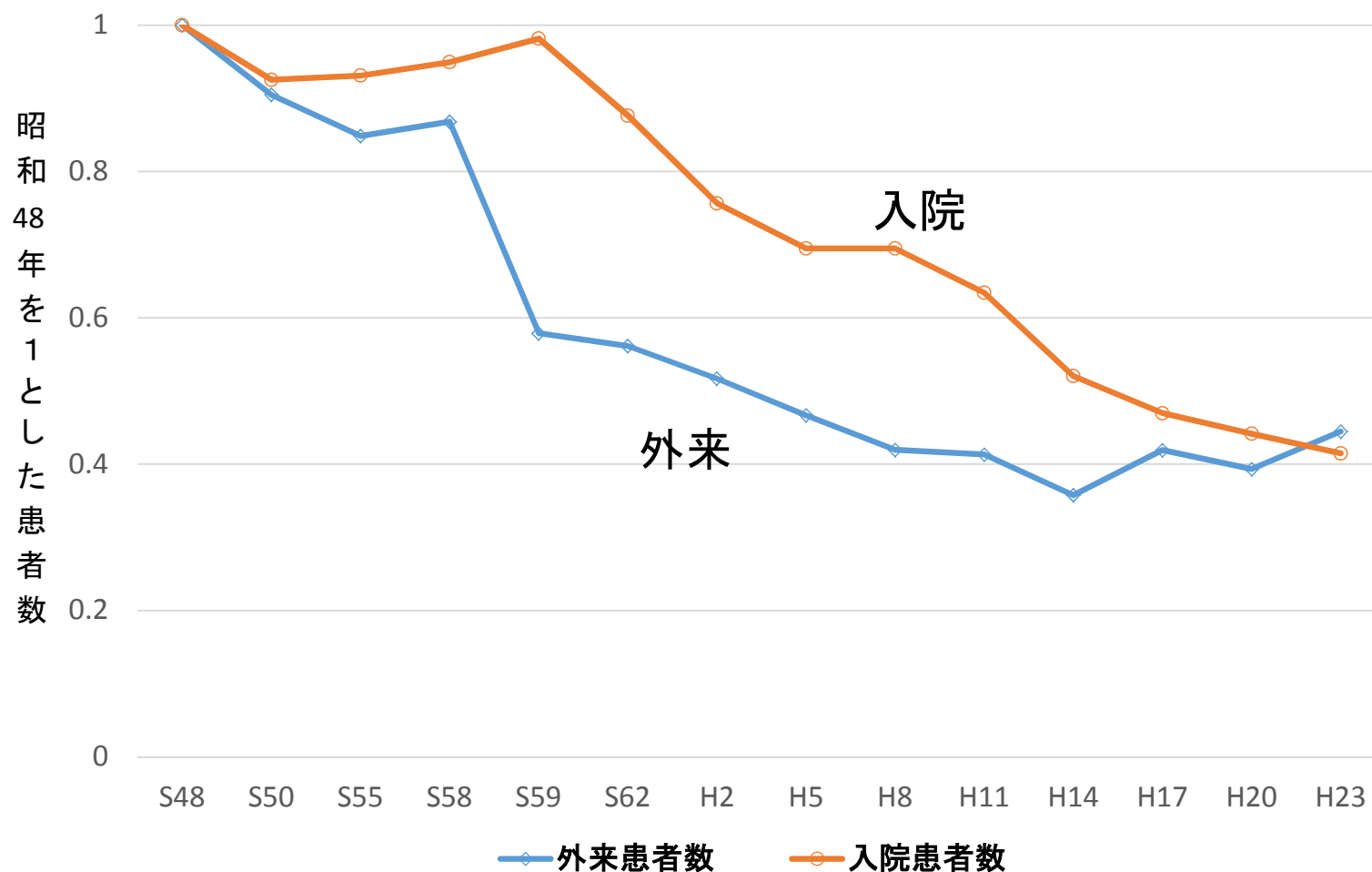


小児の患者数の推移

- 15歳未満の推計患者数は外来・入院ともに減少傾向であるが、近年は、外来患者数については、横ばいからやや増加。

＜15歳未満の外来／入院の推計患者数※の年次推移＞

～昭和48年の患者数を1とみなした患者数～



小児慢性特定疾病の医療費助成の概要

- 小児慢性特定疾病にかかっている児童等について、健全育成の観点から、患児家庭の医療費の負担軽減を図るため、その医療費の自己負担分の一部を助成する。

医療費助成の概要

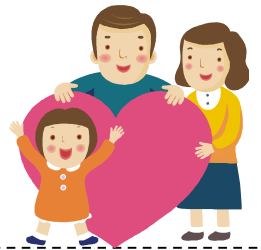
○ 対象者の要件

- ・小児慢性特定疾病(※)にかかっており、厚生労働大臣が定める疾病の程度であること。
- ※①慢性に経過する疾病であること ②生命を長期に脅かす疾病であること ③症状や治療が長期にわたって生活の質を低下させる疾病であること ④長期にわたって高額な医療費の負担が続く疾病であること の全ての要件を満たし、厚生労働大臣が定めるもの。

- ・18歳未満の児童であること。(ただし、18歳到達時点において本制度の対象になっており、かつ、18歳到達後も引き続き治療が必要と認められる場合には、20歳未満の者を含む。)

- 自己負担
- 実施主体
- 国庫負担率
- 根拠条文

申請者の所得に応じて、治療に要した費用について一部自己負担がある。
都道府県・指定都市・中核市
1/2(都道府県・指定都市・中核市1/2)
児童福祉法第19条の2、第53条



対象疾患群

- ① 悪性新生物
- ② 慢性腎疾患
- ③ 慢性呼吸器疾患
- ④ 慢性心疾患
- ⑤ 内分泌疾患
- ⑥ 膠原病
- ⑦ 糖尿病
- ⑧ 先天性代謝異常
- ⑨ 血液疾患
- ⑩ 免疫疾患
- ⑪ 神経・筋疾患
- ⑫ 慢性消化器疾患
- ⑬ 染色体又は遺伝子に
変化を伴う症候群
- ⑭ 皮膚疾患

対象疾病・対象者

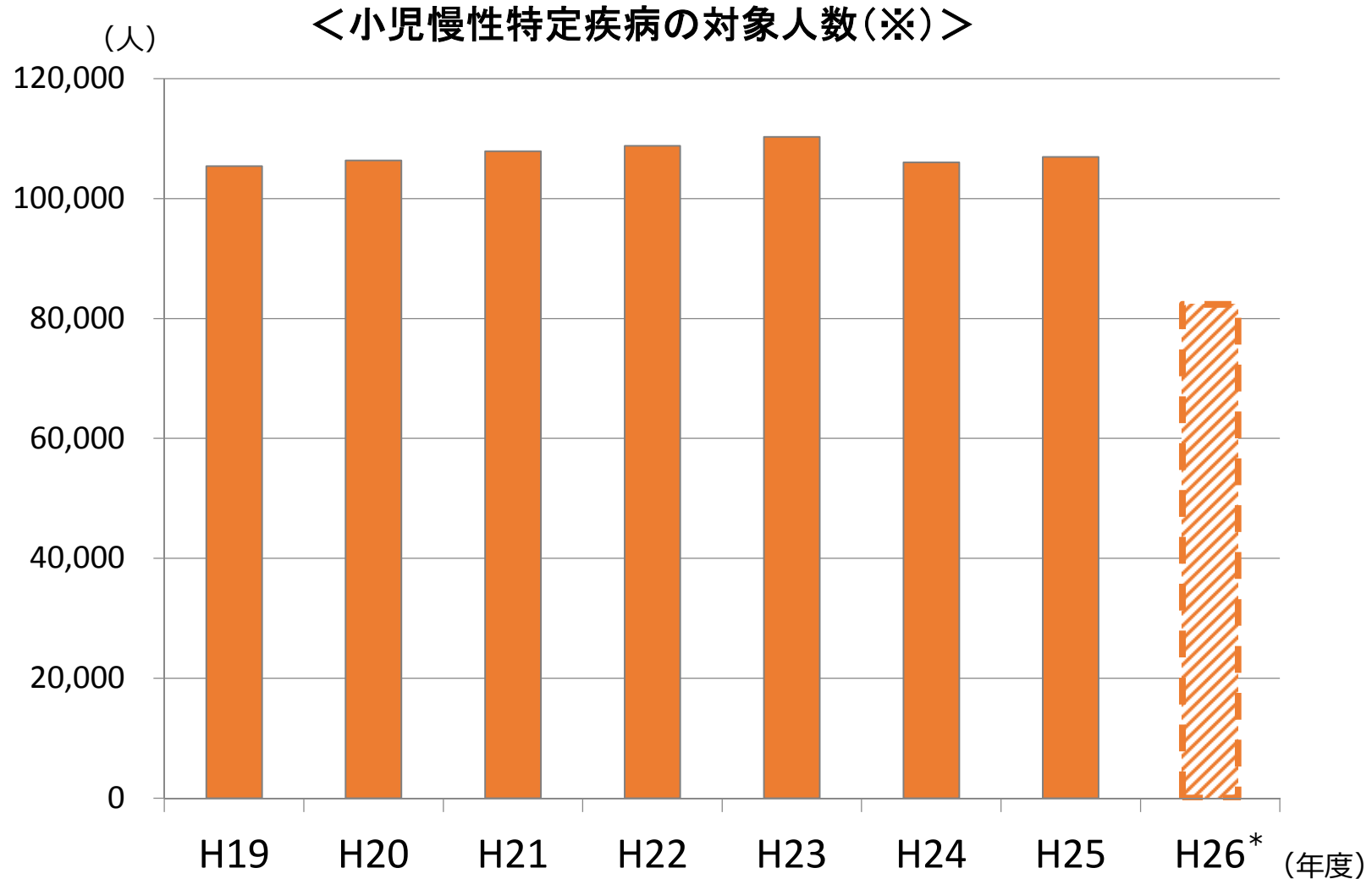
- ・対象疾病数：722疾病（14疾患群）
- ・約15万人（平成27年度推計）

予算額

- ・平成28年度予算額：16,257,259千円
- ・平成29年度予算額：16,480,608千円（+223,349千円）

長期にわたり療養を要する小児の推移

- 小児慢性特定疾病の対象人数はおおむね横ばいであり、長期にわたり療養を要する児童の数は今後も維持される傾向にある。



*H26については、平成26年12月までの速報値

※H23年までは給付人数、H24年以降は研究班調べによる医療意見書登録者数。

小児の入院医療に係る診療報酬上の評価

(参考)小児入院医療管理料

- 平成28年度診療報酬改定において、小児入院医療管理料の対象について、小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は20歳未満の患者まで拡大した。

A307 小児入院医療管理料(1日につき)

小児入院医療管理料1	4,584点	※ 診療にかかる費用は、一部を除いて管理料に含まれる。
小児入院医療管理料2	4,076点	
小児入院医療管理料3	3,670点	
小児入院医療管理料4	3,060点	
小児入院医療管理料5	2,145点	

● 算定要件

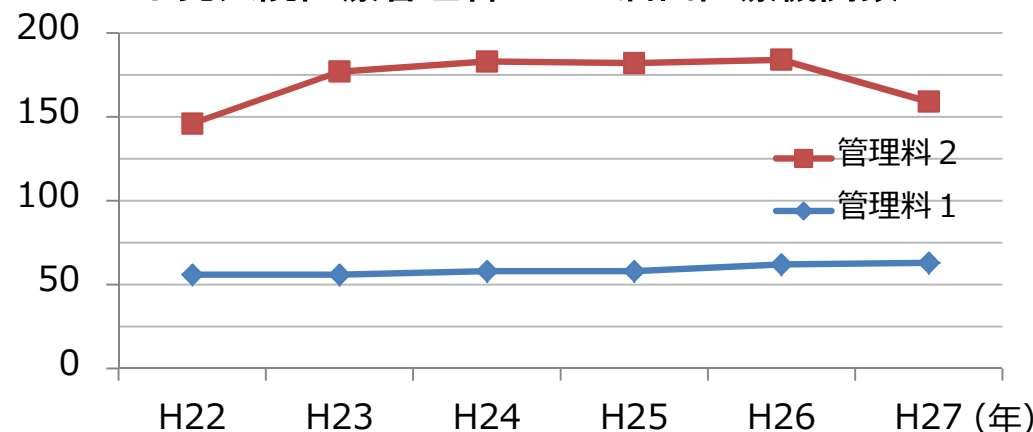
入院中の15歳未満の患者(児童福祉法(昭和22年法律第164号)第6条の2第2項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の患者)を対象に算定する。

● 施設基準の概要

<小児入院医療管理料1>

- 当該保険医療機関内に小児科の常勤の医師が20名以上配置されていること。
- 当該病棟において、一日に看護を行う看護師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が7又はその端数を増すごとに1以上であること。
- 以下に掲げる要件を全て満たしていること。
 - ア 新生児及び6歳未満の乳幼児の入院を伴う手術件数が年間200件以上であること。
 - イ 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。
 - ウ 年間の小児緊急入院患者数が800件以上であること。
 - エ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

小児入院医療管理料1・2の届出医療機関数



出典: 主な施設基準の届出状況等(平成28年10月19日中医協総-5-1など)より

<小児入院医療管理料2>

- 当該保険医療機関内に小児科の常勤の医師が9名以上配置されていること。
- 当該病棟において、一日に看護を行う看護師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が7又はその端数を増すごとに1以上であること。
- 以下に掲げる要件を全て満たしていること。
 - ア 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。
 - イ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

※ 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。

小児特定集中治療室管理料

A301－4 小児特定集中治療室管理料(1日につき)

- 1 7日以内の期間 15,752点
- 2 8日以上期間 13,720点

● 算定要件

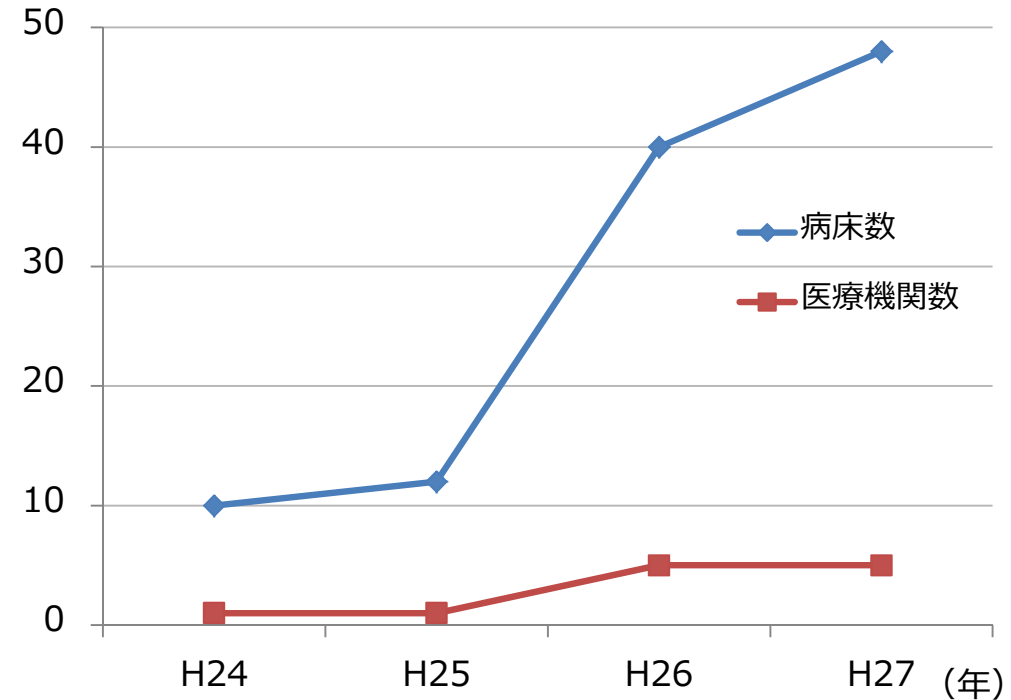
15歳未満であって、次に掲げる状態にあり、医師が特定集中治療室管理が必要であると認めた者を対象に算定する。

- ア 意識障害又は昏睡
- イ 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪
- ウ 急性心不全(心筋梗塞を含む。)
- エ 急性薬物中毒 オ ショック
- カ 重篤な代謝障害(肝不全、腎不全、重症糖尿病等)
- キ 広範囲熱傷 ク 大手術後
- ケ 救急蘇生後 コ その他外傷、破傷風等で重篤な状態

● 施設基準の概要

- 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を実施した患者が30名以上)であること。

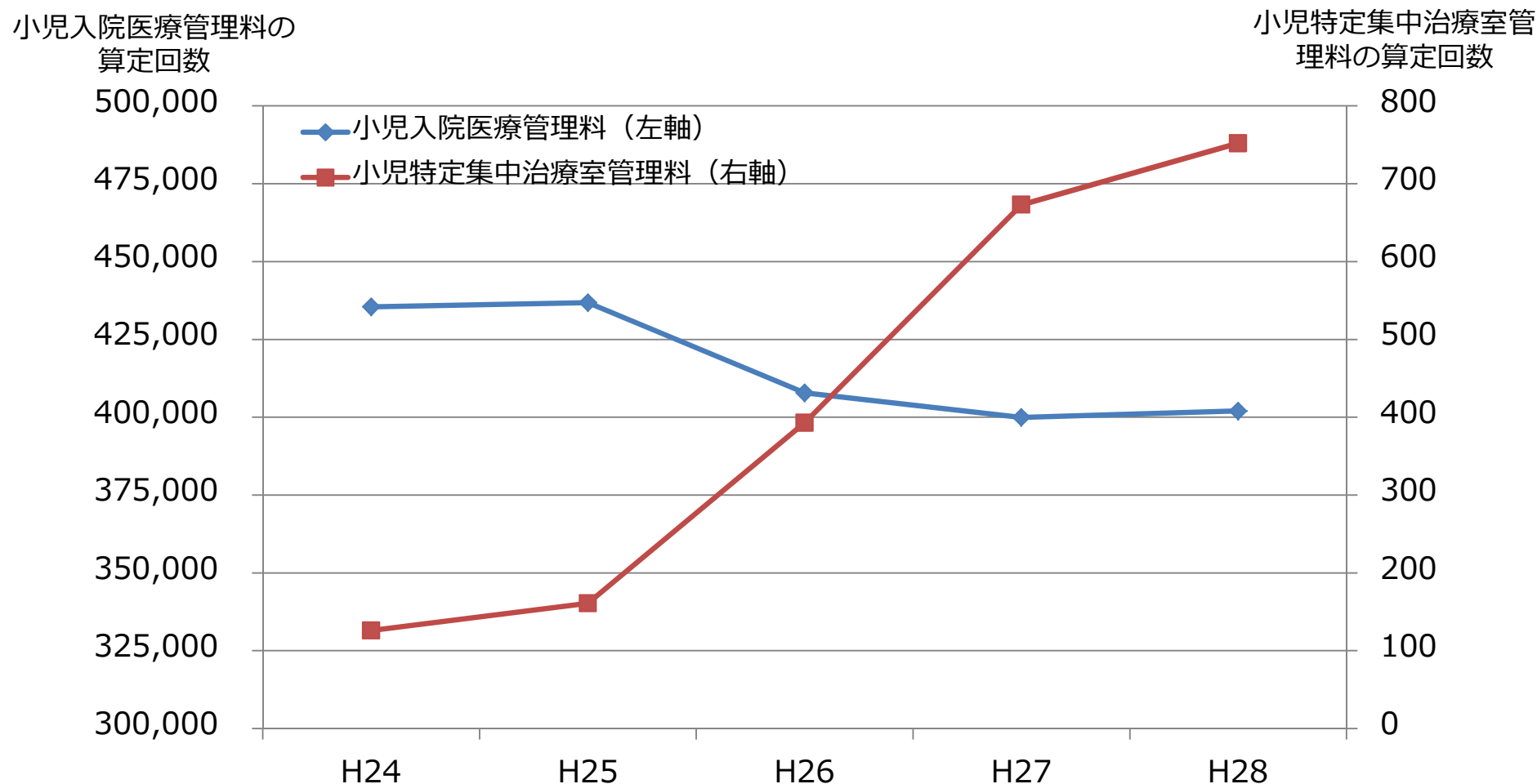
小児特定集中治療室管理料の
届出医療機関数・病床数



出典: 主な施設基準の届出状況等(平成28年10月19日中医協総-5-1など)より

小児入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料の算定回数

- 近年、小児入院医療管理料の算定回数は横ばいからわずかに減少傾向にある一方、小児特定集中治療室管理料の算定回数は増加傾向にある。



出典：社会医療診療行為別統計・調査（各年6月審査分）

小児特定集中治療室管理料の対象年齢

- 小児特定集中治療室管理料の対象は15歳未満の患者に限られており、例えば、小児慢性特定疾病の患者であっても、15歳以降は当該入院料の算定対象とならない。

A301-4 小児特定集中治療室管理料

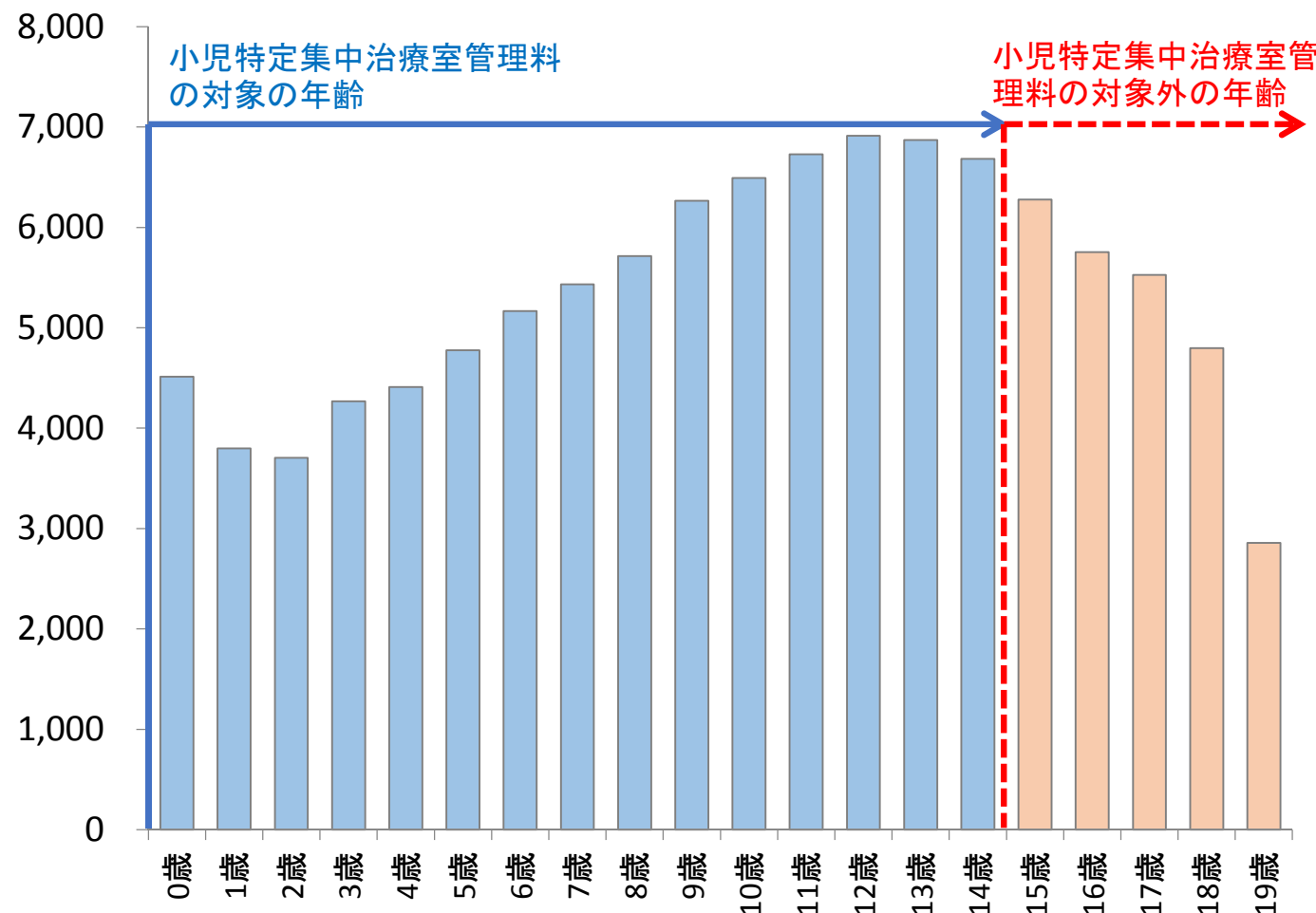
届け出た保険医療機関における
入院中の**15歳未満の患者を対象**。

※算定要件に合致しない患者が当該病棟に
入院した場合には、当該医療機関が算定し
ている入院基本料等を算定

※ 本研究班では、小児慢性特定疾患治療研究事業に
おける医療意見書の電子データを用いてデータベース
を構築し、平成29年3月までに厚生労働省に事業報告
があった11疾患群の疾患登録者数を、実施主体(都道
府県・指定都市・中核市)別、男女別、登録時年齢階級
別に集計。(平成25年度は全国109ヶ所の実施主体全
てを集計。)

＜小児慢性特定疾病の登録件数(※)＞

～年齢階級別～

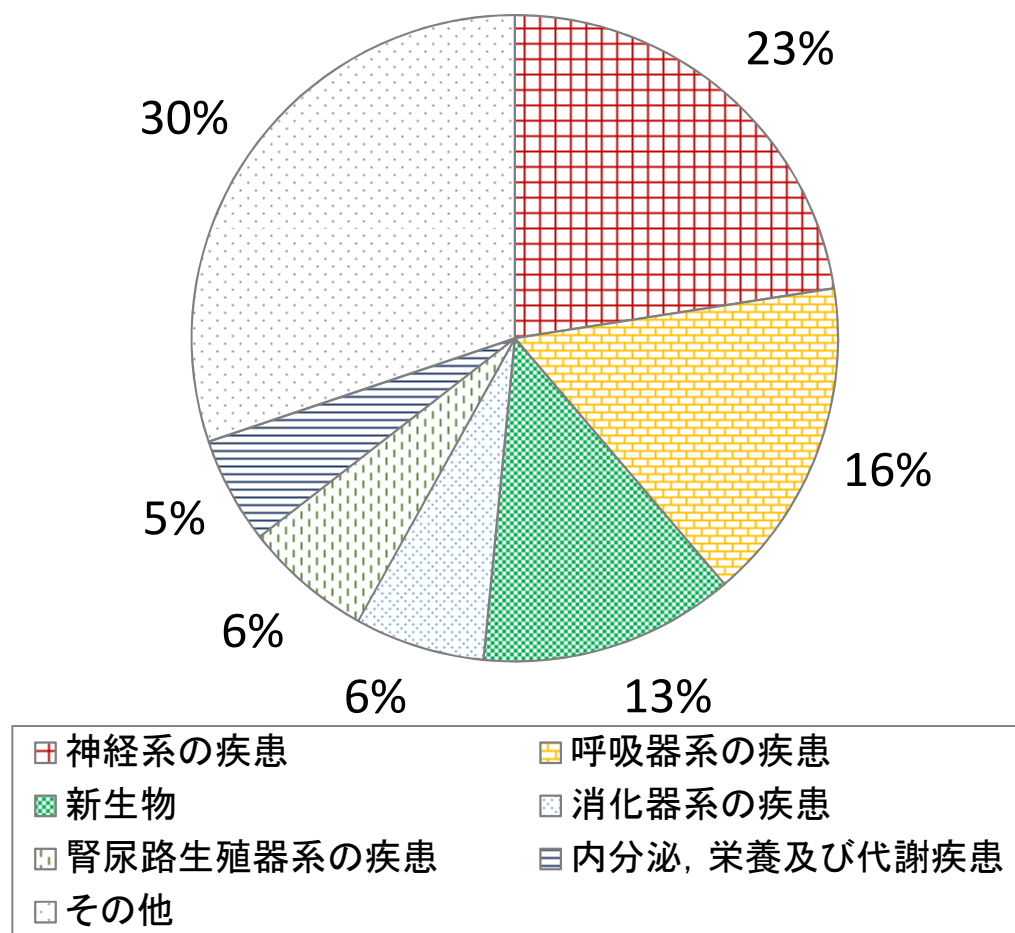


15歳以上の小児科入院患者

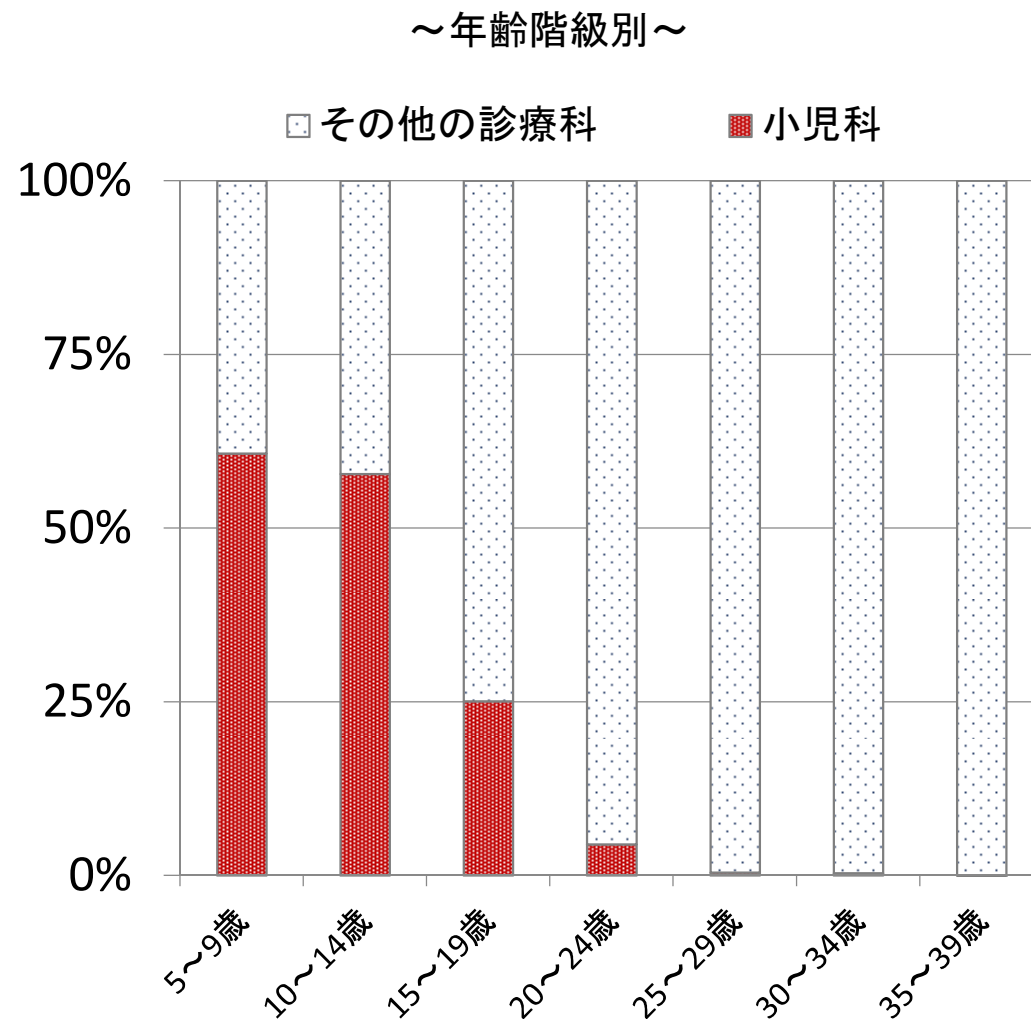
中医協 総 -3
27 . 11 . 4

- 15歳～19歳の小児科の入院患者の主傷病は、神経系・呼吸系・新生物の割合が高かった。
- 新生物の患者について、15～19歳までは小児科において診療を行っている患者が相当程度存在した。

＜15～19歳の小児科入院患者の主傷病＞

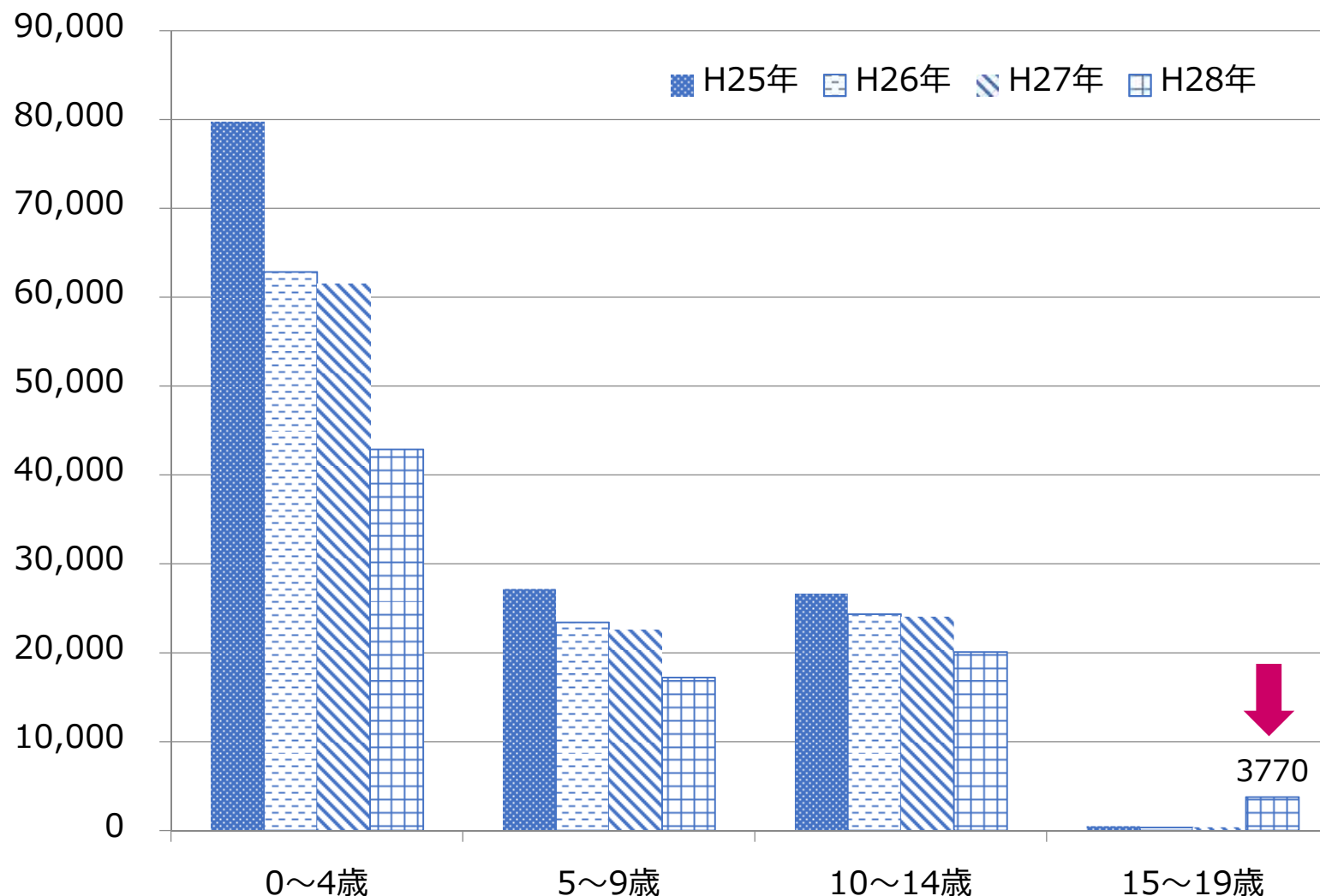


＜新生物が主傷病の患者の診療科＞



小児入院医療管理料の年齢階級別の算定回数

- 小児入院医療管理料において、平成28年度については、15～19歳の患者についても一定程度の算定回数がある。



出典：社会医療診療行為別統計・調査（各年6月審査分）（出来高で点数を算定している場合のみであることに留意が必要）

小児慢性特定疾病の患者の入院医療における課題と論点(案)

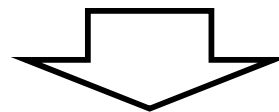
【課題】

(小児の入院患者の現状)

- ・ 我が国の出生数・出生率は減少傾向にあり、15歳未満の外来・入院患者数も減少傾向にあるが、近年、外来患者数はやや横ばいから増加している。
- ・ 一方、小児慢性特定疾病の対象者数は横ばいであり、長期にわたり療養を要する児童の数は今後も一定程度維持される傾向にある。

(診療報酬上の評価)

- ・ 小児慢性特定疾病の患者など長期の療養が必要な児については、継続的な診療が重要であると考えられることから、平成28年度診療報酬改定において、小児入院医療管理料の対象について、小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は20歳未満の患者まで拡大した。
- ・ 一方、小児特定集中治療室管理料の対象は、15歳未満までの患者となっている。
- ・ 15歳以上の児であっても小児科による入院診療を受けている患者がおり、平成28年度診療報酬改定で、小児入院医療管理料の対象を拡大したことにより、15～19歳の患者でも一定程度の算定回数がある。



【論点(案)】

- 小児特定集中治療室管理料について、小児慢性特定疾病医療支援の対象となる患者については、小児入院医療管理料と同様に、対象年齢の上限を見直すこととしてはどうか。

個別事項(その3:救急、小児・周産期等)

1. 救急医療

- a. 救急医療の提供体制

2. 小児・周産期医療

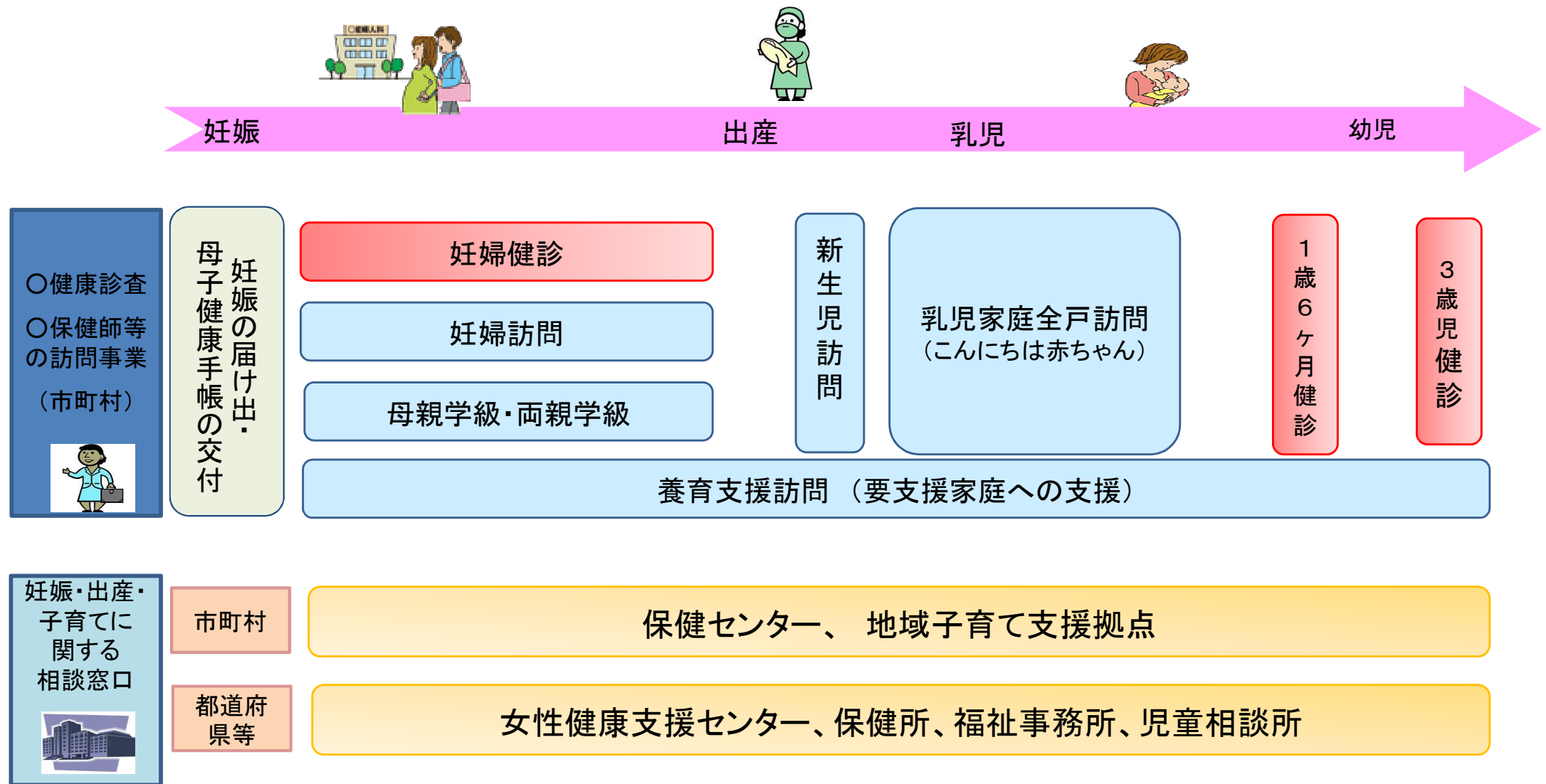
- a. 小児慢性特定疾病の患者の入院医療
- b. 妊産婦の外来管理

3. 医療安全対策

- a. 医療安全部門への医師等の配置

妊産婦の外来管理の現状

妊娠・出産等に係る支援体制の概要



※妊婦健診費用については、全市町村において14回分を公費助成。

妊婦健康診査について



根 拠

○ 母子保健法第13条(抄)

市町村は、必要に応じ、妊産婦又は乳児若しくは幼児に対して、健康診査を行い、又は健康診査を受けることを勧奨しなければならない。

妊婦が受診することが望ましい健診回数

※「妊婦に対する健康診査についての望ましい基準」(平成27年3月31日厚生労働省告示第226号)

- ① 妊娠初期より妊娠23週(第6月末)まで : 4週間に1回
 - ② 妊娠24週(第7月)より妊娠35週(第9月末)まで : 2週間に1回
 - ③ 妊娠36週(第10月)以降分娩まで : 1週間に1回
- (※ これに沿って受診した場合、受診回数は14回程度である。)

公費負担の現状(平成27年4月現在)

- 公費負担回数は、全ての市区町村で14回以上実施
- 里帰り先での妊婦健診の公費負担は、全ての市区町村で実施
- 助産所における公費負担は、全ての市区町村で実施

公費負担の状況

- 平成19年度まで、地方交付税措置により5回を基準として公費負担を行っていたが、妊婦の健康管理の充実と経済的負担の軽減を図るため、必要な回数(14回程度)の妊婦健診を受けられるよう、平成20年度第2次補正予算において妊婦健康診査支援基金を創設して公費負担を拡充。
- 平成22年度補正予算、平成23年度第4次補正予算により、積み増し・延長を行い公費負担を継続。
(実施期限:平成24年度末まで)
- 平成25年度以降は、地方財源を確保し、残りの9回分についても地方財政措置により公費負担を行うこととした。

妊婦の外来における留意点①

- 妊婦の外来においては、催奇形性や胎児毒性に留意して医薬品を処方することが求められる。

ヒトで催奇形性・胎児毒性を示す明らかな証拠が報告されている代表的医薬品(抄)

<妊娠初期>

一般名又は医薬品群名	代表的商品名	報告された催奇形性・胎児毒性
ビタミンA(大量)	チョコラA、他	催奇形性

<妊娠中・後期>

一般名又は医薬品群名	代表的商品名	報告された催奇形性・胎児毒性
テトラサイクリン系抗菌薬	アクロマイシン、レダミシン、ミノマイシン、他	胎児毒性: 歯牙の着色、エナメル質形成不全

<妊娠中・後期>

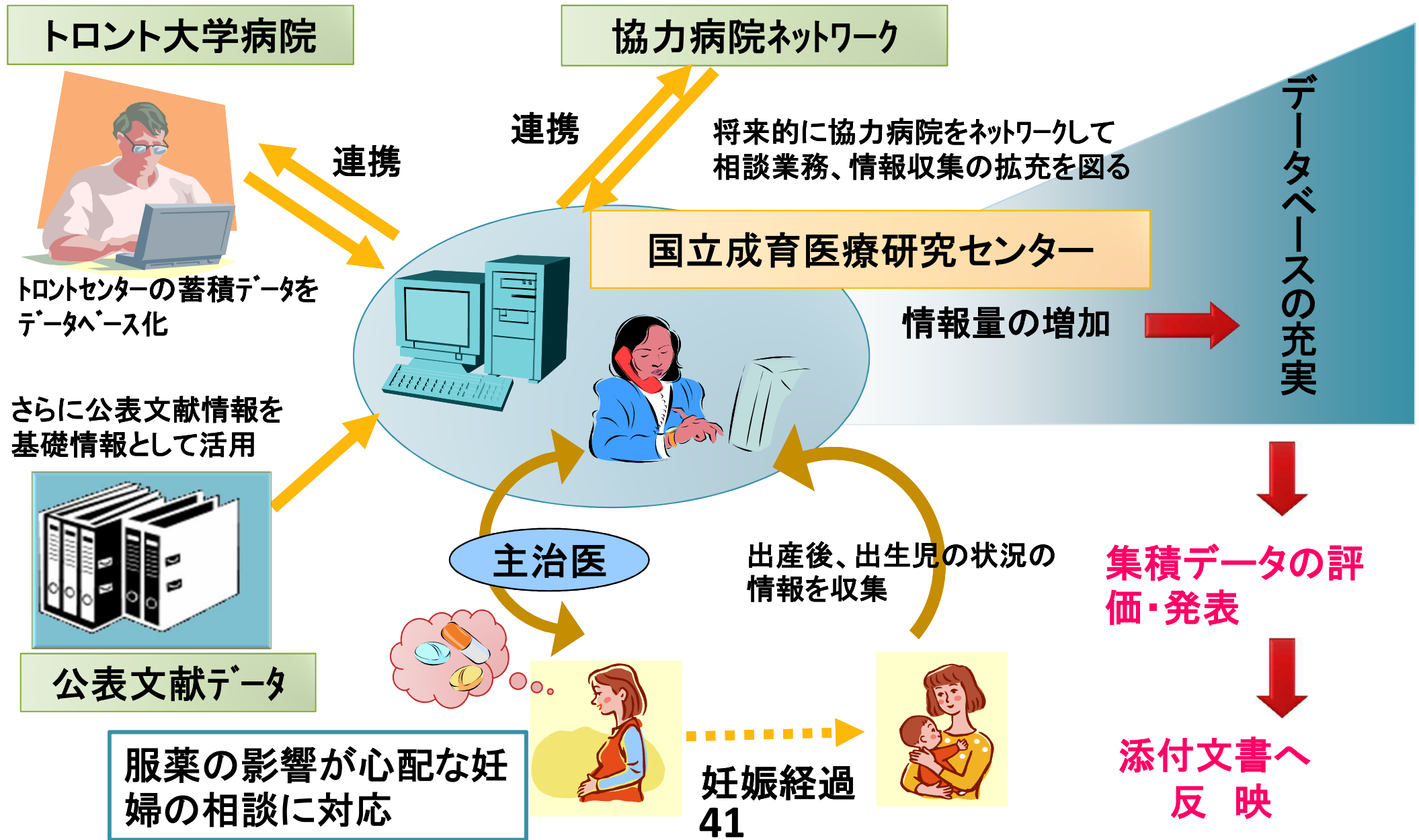
一般名又は医薬品群名	代表的商品名	報告された催奇形性・胎児毒性
非ステロイド系抗炎症薬(NSAIDs)	インダシン、ボルタレン、他	胎児毒性: 動脈管収縮、胎児循環遺残、羊水過少、新生児壊死性腸炎

出典: 産婦人科診療ガイドライン-産科編2014 (日本産婦人科学会、日本産婦人科医会)より

妊娠と薬情報センター

厚生労働省事業(2005年設立)

○「妊娠と薬情報センター」を設置し、医薬品が胎児へ与える影響など最新のエビデンスを収集・評価するとともに、その情報に基づいて、妊婦あるいは妊娠を希望している女性の相談に応じる業務を実施。



妊婦の外来における留意点②

- 妊婦は頻度の高い合併症や、診断が困難な疾患などがあることから、こうした合併症・疾患を念頭に置いた外来診察が必要となる。

<尿路感染症>

- 妊娠に伴う尿路の解剖学的変化から、一般に妊娠中に尿路感染症の頻度が高くなる。
- 急性腎盂腎炎は細菌尿を認めない妊婦の1%に発症するのに比し、無症候性細菌尿を有する妊婦では20%と高率にみられる。⇒ 無症候性細菌尿についても抗生物質治療を行う。

参考：日産婦誌60巻6号 尿路感染症

<虫垂炎>

- 虫垂炎の疑いは、産科疾患以外では、妊娠中、最も手術適応の頻度が高く、500～635妊娠につき年間約1例の頻度である。
- 妊娠中は、腹部不快感や消化器症状の頻度が比較的高いことや、子宮のボリューム増加による解剖学的な変化、妊娠中の生理的な白血球増加などが原因となり、虫垂炎の診断が特に困難である。

出典：Acute appendicitis in pregnancy: literature review. Rev Assoc Med Bras 2015;61(2):170-177

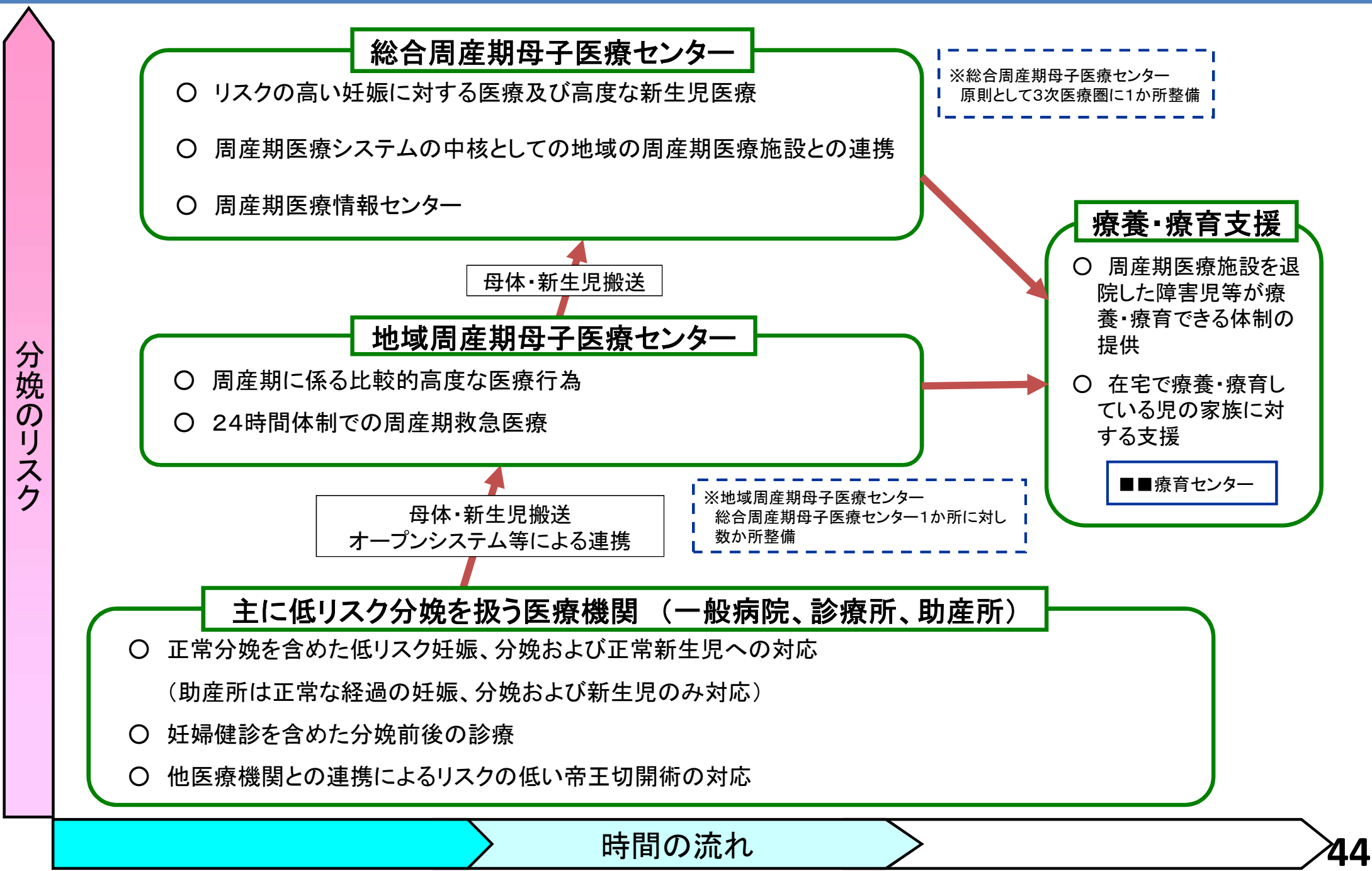
<パルボウイルスB19感染症(伝染性紅斑)>

- パルボウイルス感染は、妊婦では非免疫性胎児水腫による流死産の原因となる。
- 成人のB19感染では発熱、関節痛など非特異的な症状が強く、典型的な皮疹は出現しないことが多く、臨床症状による診断は難しい。したがって伝染性紅斑患者との接触機会のあった妊婦ではB19-IgM 抗体を確認し、最近の感染が疑われた場合には最低週1回超音波検査を実施して、胎児の状態を確認する。

出典：日産婦誌61巻12号 合併症妊娠の管理と治療

重篤な合併症を有する妊産婦への医療提供体制

周産期医療の体制



周産期母子医療センター

総合周産期母子医療センター 107箇所

母体及び新生児に対するきわめて高度な医療を提供

目標：

- 合併症妊娠、胎児・新生児異常等母体又は児にリスクの高い妊娠に対する医療、高度な新生児医療等を行うことができるとともに、必要に応じて当該施設の関係診療科又は他の施設と連携し、産科合併症以外の合併症を有する母体に対応すること
- 周産期医療体制の中核として地域周産期医療関連施設等との連携を図ること



整備内容

○施設数

- 総合周産期母子医療センターは、原則として三次医療圏に1カ所整備するものとする

○設備

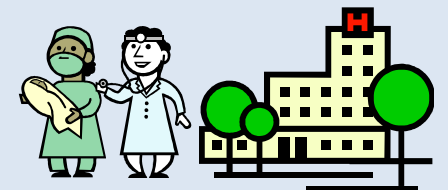
- MFICU（母体・胎児集中治療室）
- NICU（新生児集中治療室）
- GCU（新生児回復期集中治療室）
- ドクターカー等

地域周産期母子医療センター 300箇所

周産期に係る比較的高度な医療を提供

目標：

- 周産期に係る比較的高度な医療行為を実施すること
- 24時間体制での周産期救急医療（緊急帝王切開術、その他の緊急手術を含む。）に対応すること



整備内容：

○施設数

- 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1箇所に対して数カ所の割合で整備するものとする

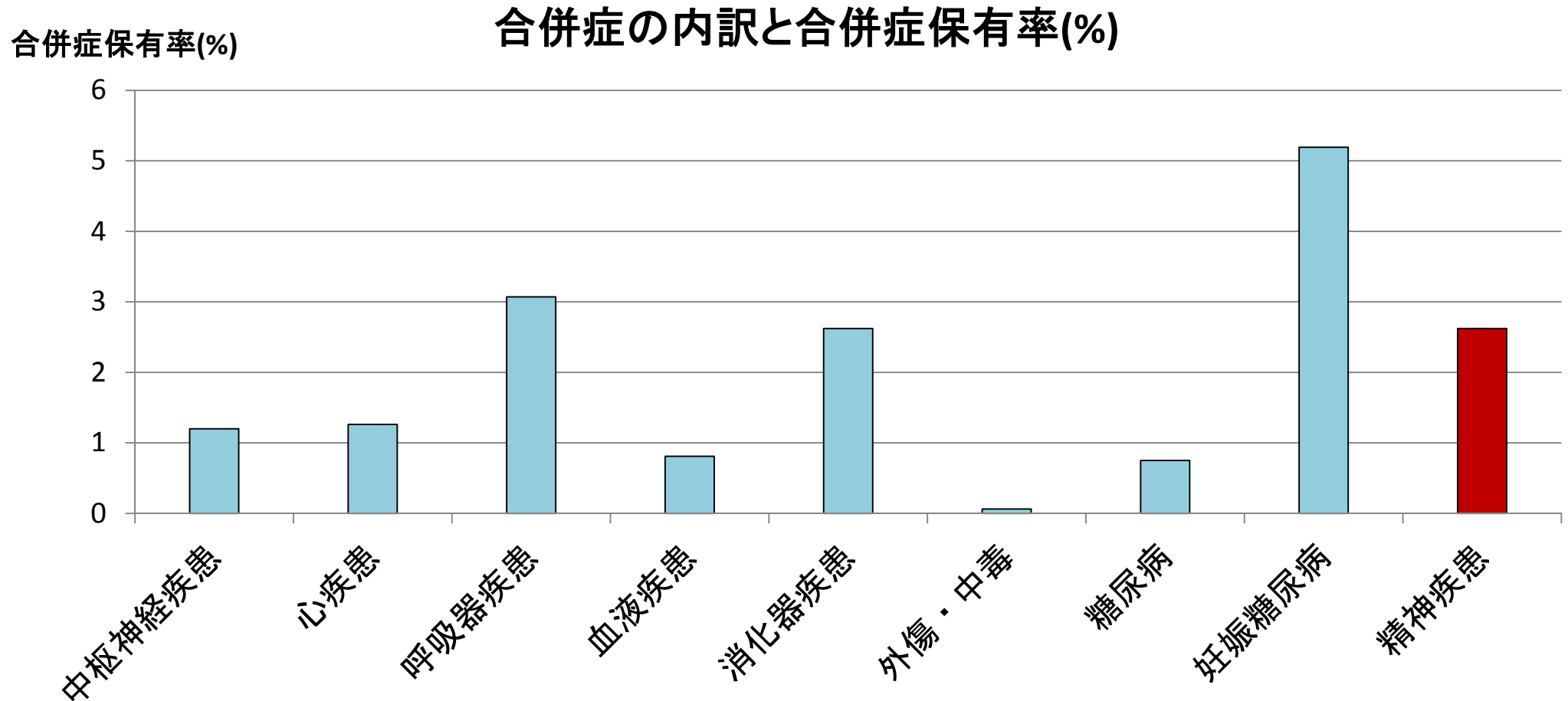
○設備

- 分娩監視装置等、産科医療に必要な設備
- 新生児用人口換気装置等を備えた新生児病室

医療機関数：平成29年4月1日現在

重篤な合併症を有する妊婦の割合（学会登録DBより）

□ 妊産婦が有する合併症は身体的疾患が多いが、疾患区分毎に比較すると精神疾患の合併も少なくない。



- ・日本産科婦人科学会 2014年周産期統計 周産期委員会報告（2016年6月）をもとに作成
- ・症例登録総数は我が国の年間出産数の21.9%
- ・登録参加施設は周産期母子医療センター268施設を含む病院355施設

重篤な合併症を有する妊婦に対する対応状況

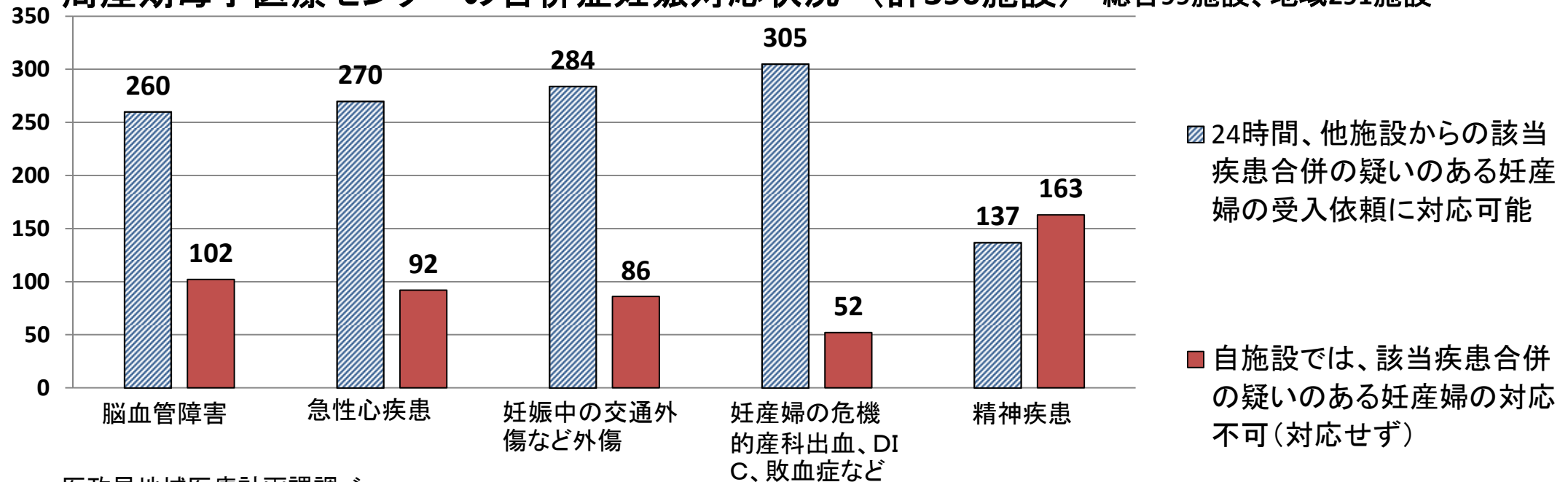
- 周産期母子医療センターの整備が進み、医療計画や周産期医療体制整備計画で輸血の準備、救急医療との連携等が周知された。
- その結果、出血や脳・心疾患合併等への対応については比較的整備されたが、「精神疾患合併」に対する対応可能施設の割合が低い。

- 脳血管障害
- 急性心疾患
- 妊娠中の交通外傷など外傷

- 妊産婦の危機的産科出血、DIC、敗血症など
- 精神疾患

について比較

周産期母子医療センターの合併症妊娠対応状況 (計390施設) 総合99施設、地域291施設



医政局地域医療計画課調べ

平成27年4月1日現在の状況

総合周産期母子医療センター: 104施設、地域周産期母子医療センター: 292施設のうち回答のあったもの

合併症を有する妊娠における課題等

「周産期医療体制のあり方に関する検討会意見の取りまとめ」(平成28年12月)より抜粋

4 合併症を有する妊産婦への対応について

(1) 現状と課題

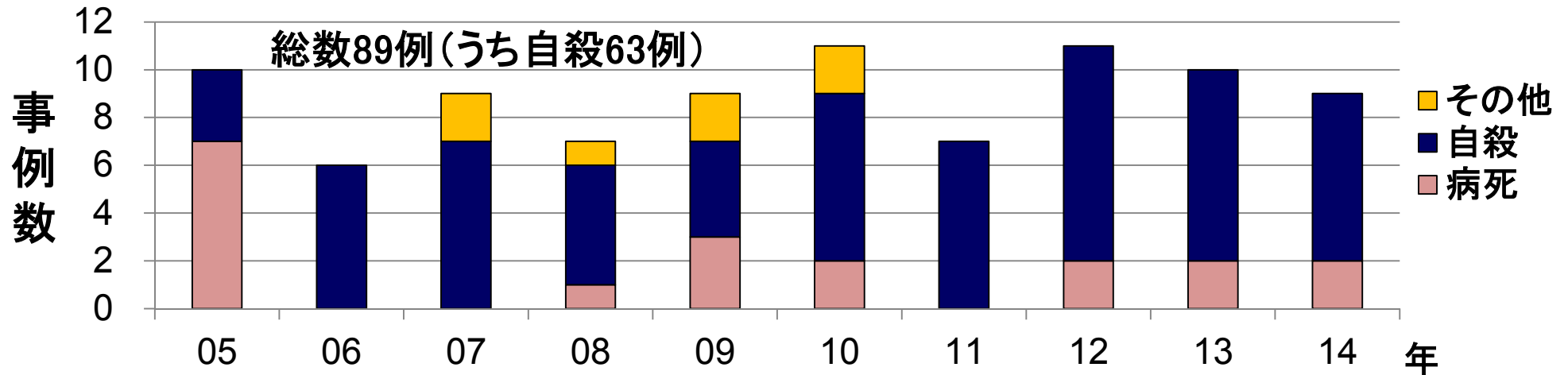
- 重篤な合併症を有する妊産婦は一定程度おり、心疾患や中枢神経疾患等の身体合併症に対する診療体制については比較的整備が進んでいる。一方で、気分障害や統合失調症、適応障害等の精神疾患を有する妊産婦の割合は身体合併症のうち例えば消化器疾患や呼吸器疾患と同程度にも関わらず、周産期母子医療センターであっても精神疾患を合併した妊産婦の管理や緊急入院に対応できない施設は多く、診療体制が十分には検討されていなかった。

(2) 必要と考えられる対応等

- 総合周産期母子医療センターにおいて、精神疾患を合併した妊産婦への対応ができるような体制の整備が必要である。

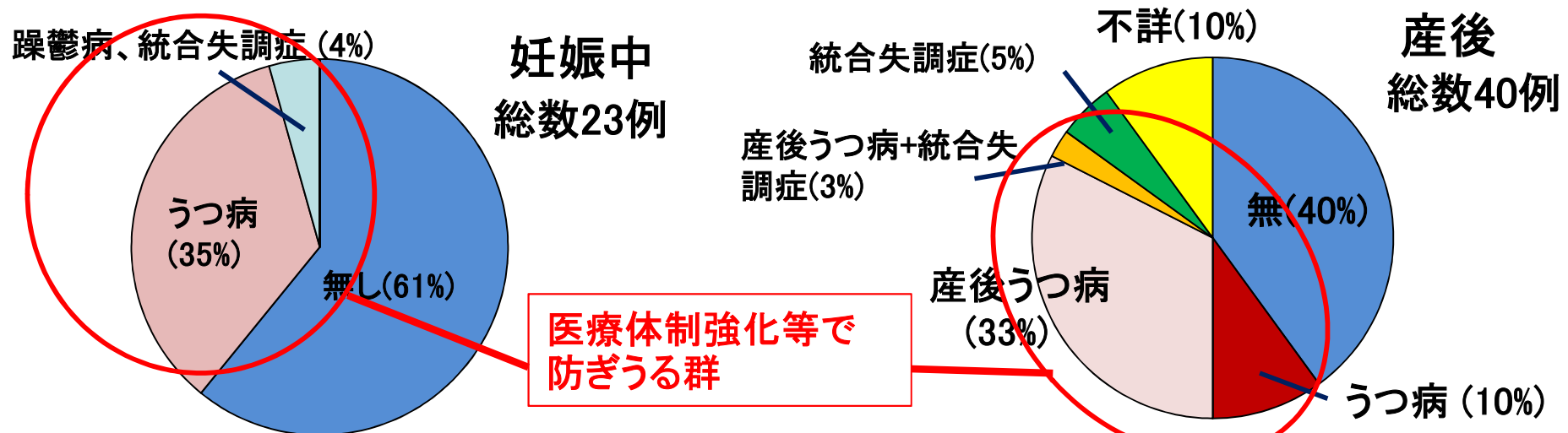
東京都23区の妊産婦の異常死 年別事例数

東京都23区の2005年から2014年までの10年間の妊産婦異常死を分析すると、総数89例のうち63例が自殺であった。



自殺事例(63例)における精神疾患の有無

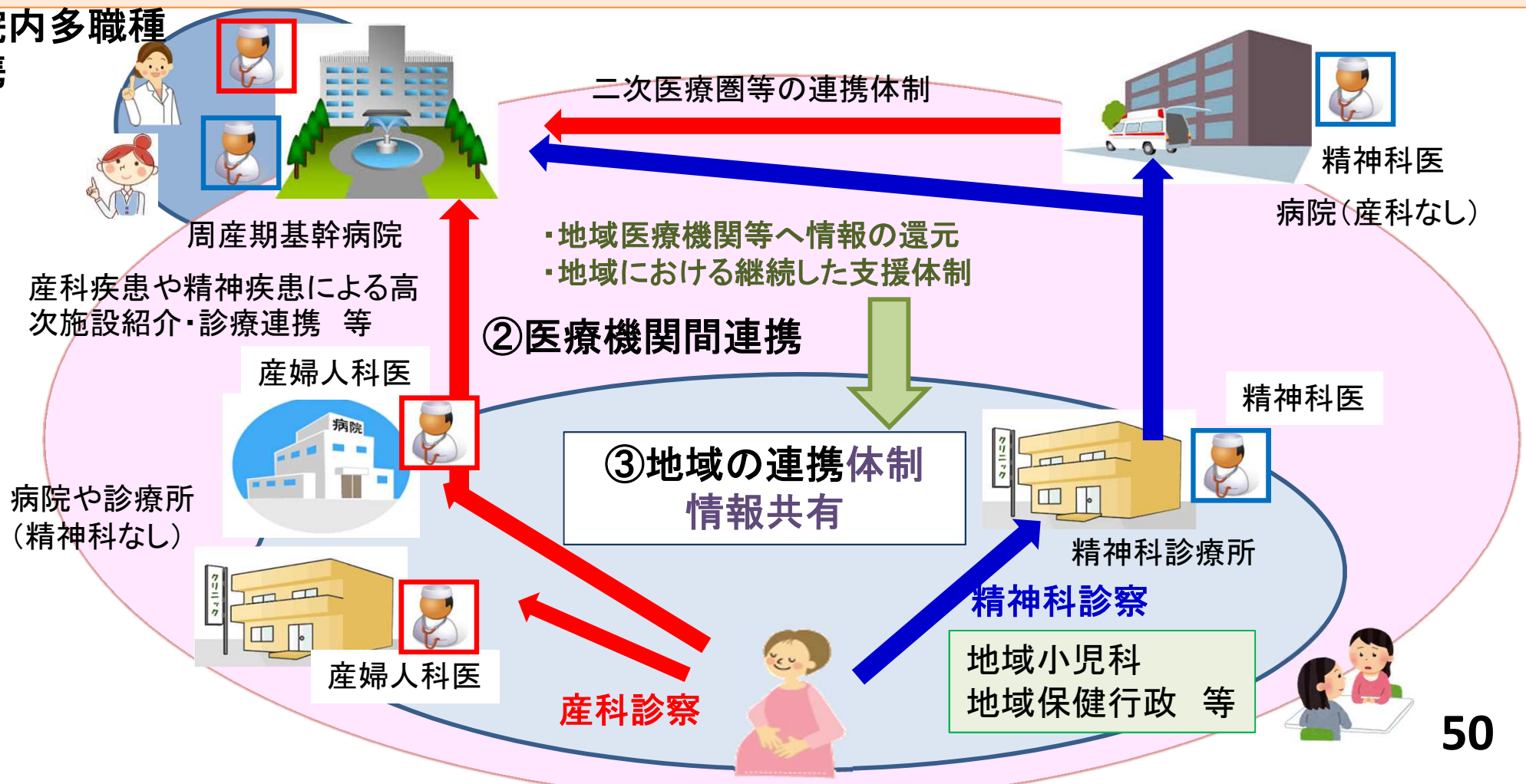
妊娠中の自殺事例の約4割、産後の自殺事例の約5割が精神疾患を持っていた。



精神科と周産期医療等の連携体制(例)

- 精神疾患の合併に対しては、母子共に長期の継続した医療的・社会的支援が必要となる。
 - うつ病を含め精神疾患を合併する妊産褥婦とその家族が、地域で安心して妊娠、出産、子育てを行うためには
 - ・地域における、産科・精神科・小児科等の関連医療機関と地域保健行政間の連携および情報共有を明確化
 - ・精神疾患の増悪等による入院や夜間診察等に対応可能な地域基幹病院の設定と周知
 - ・高次施設での診療情報等の地域へのフィードバックと、地域での長期の支援体制
- 等が特に必要ではないか

①院内多職種連携



妊産婦のメンタルヘルスケアに関する取り組み

妊産婦のメンタルヘルスの状態を評価し、早期に支援体制を整えることで、妊産婦の自殺対策や虐待防止につながることを目的として、平成29年3月、日本産婦人科医会が、妊産婦の心理や乳幼児の発達等の基礎知識や妊産婦のスクリーニング手法、産科、精神科や小児科の連携、多領域協働チームの実例等に関するマニュアルを作成。

<目次>

- I. 本マニュアルについて
- II. 妊産婦メンタルヘルスの重要性
- III. 妊産婦メンタルヘルスの基礎知識
 - 1. 妊産婦の心理
 - 2. 妊産婦メンタルヘルスケアの不調と障害
 - 3. 母子の関係性(母子相互作用)
 - 4. 乳幼児の発達
- IV. 妊産婦メンタルヘルスケアの実際
 - 1. 妊産婦への対応の基本
 - 2. 育児支援とケアが必要な妊産婦のスクリーニング
 - 3. 精神科への紹介が必要なケース
 - 4. 小児科へつなぐ
 - 5. 助産師・看護師・保健師の役割
 - 6. 特定妊婦について
- V. 妊産婦メンタルヘルスケアにおける多領域協働チームの意義と実際



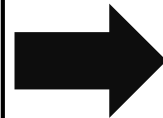
妊産婦のアセスメント

支援を要する妊婦のアセスメント

病院、診療所等が、シートを参考にして支援が必要と判断した場合は、必要な支援につなげるために、妊婦が居住する市町村に相談し、情報提供を行う。

出産後の養育について出産前から支援が必要と認められる妊婦(特定妊婦)の様子や状況例

- このシートは、特定妊婦かどうか判定するものではなく、あくまでも目安の一つとしてご利用ください。
- 様子や状況が複数該当し、その状況が継続する場合には「特定妊婦」に該当する可能性があります。
- 支援の必要性や心配なことがある場合には、妊婦の居住地である市町村に連絡をしてください。

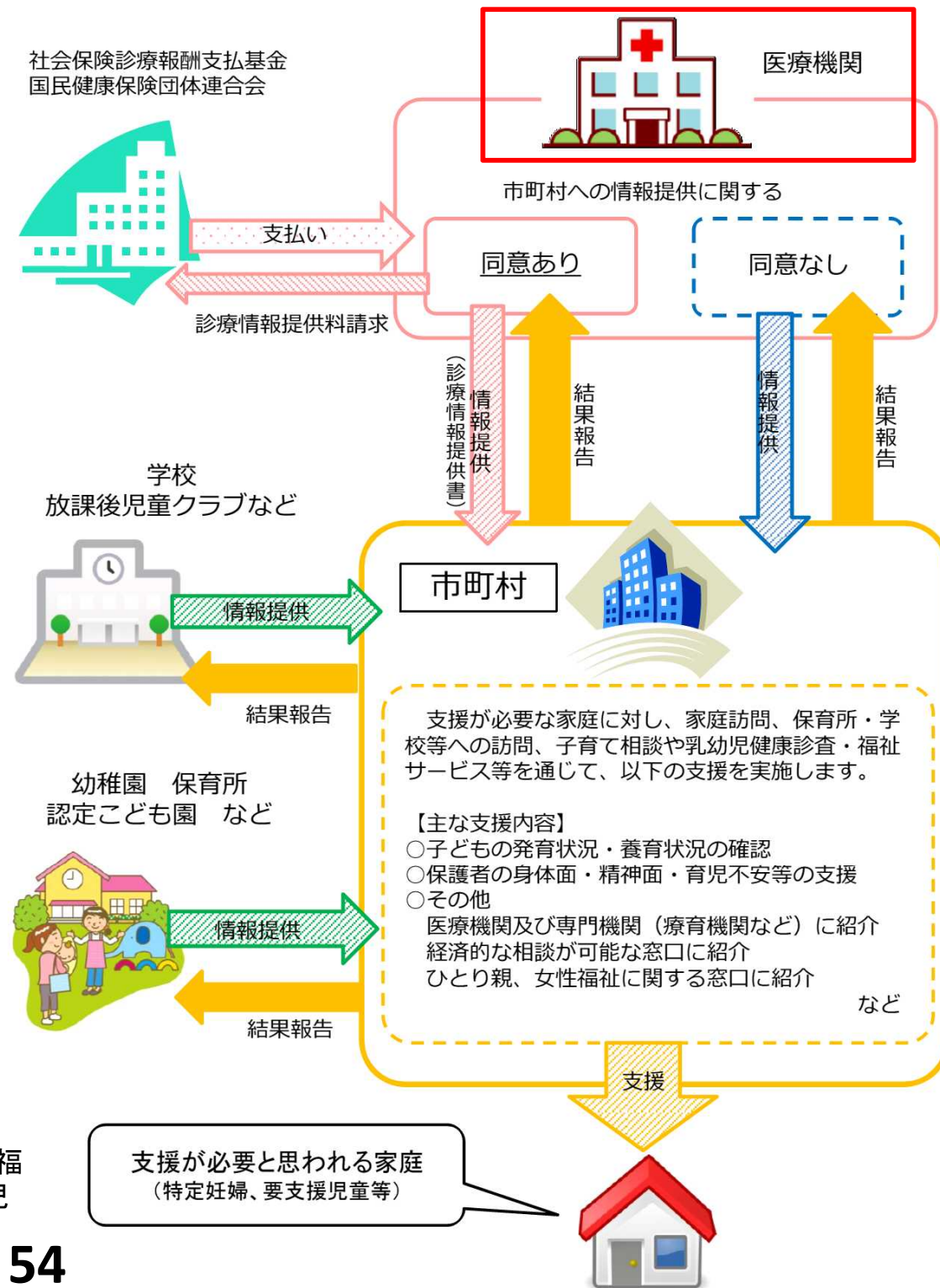


出典:「要支援児童等(特定妊婦を含む)の情報提供に係る保健・医療・福祉・教育等の連携の一層の推進について」(平成28年12月16日付け雇児総発1216第2号・雇児母発1216第2号)別表1より

	☑欄	様子や状況例
妊婦・出産	妊婦等の年齢	18歳未満 18歳以上～20歳未満かつ夫(パートナー)が20歳未満 夫(パートナー)が20歳未満
	婚姻状況	ひとり親 未婚(パートナーがいない) ステップファミリー(連れ子がある再婚)
	母子健康手帳の交付	未交付
	妊婦健診の受診状況	初回健診が妊娠中期以降 定期的に妊婦健診を受けていない(里帰り、転院等の理由を除く)
	妊娠状況	産みたくない。 産みたいが、育てる自信がない。 妊娠を継続することへの悩みがある。 妊娠・中絶を繰り返している。
	胎児の状況	疾病 障害(疑いを含む) 多胎
	出産への準備状況	妊娠の自覚がない・知識がない。 出産の準備をしていない。(妊娠36週以降) 出産後の育児への不安が強い。
妊婦の行動・態度等	心身の状態(健康状態)	精神科への受診歴、相談歴がある。(精神障害者保健福祉手帳の有無は問わない) 自殺企図、自傷行為の既往がある。 アルコール依存(過去も含む)がある。
	セルフケア	薬物の使用歴がある。 飲酒・喫煙をやめることができない。 身体障害がある。(身体障害者手帳の有無は問わない)
	虐待歴等	妊婦本人に何らかの疾患があっても、適切な治療を受けない。 妊婦の衣類等が不衛生な状態 被虐待歴・虐待歴がある。 過去に心中の未遂がある。
	気になる行動	同じ質問を何度も繰り返す、理解力の不足がある。(療育手帳の有無は問わない) 突発的な出来事に適切な対処ができない。(パニックをおこす) 周囲とのコミュニケーションに課題がある。
家族・家庭の状況	夫(パートナー)との関係	DVを受けている。 夫(パートナー)の協力が得られない。 夫婦の不和、対立がある。
	出産予定児のきょうだいの状況	きょうだいに対する虐待行為がある。(過去または現在、おそれも含む) 過去にきょうだいの不審死があった。 きょうだいに重度の疾病・障害等がある。
	社会・経済的背景	住所が不確定(住民票がない)、転居を繰り返している。 経済的困窮、妊娠・出産・育児に関する経済的不安 夫婦ともに不安定就労・無職など 健康保険の未加入(無保険な状態) 医療費の未払い 生活保護を受給中 助産制度の利用(予定も含む)
	家族の介護等	妊婦または夫(パートナー)の親など親族の介護等を行っている。
	サポート等の状況	妊婦自身の家族に頼ることができない。(死別、遠方などの場合を除く) 周囲からの支援に対して拒否的 近隣や地域から孤立している家庭(言葉や習慣の違いなど)
【その他 気になること、心配なこと】		

特定妊婦及び要支援児童等の 情報提供に関わる支援の流れ

医療機関等の関係機関からの情報提供を基に、早い段階から市町村の支援につなげていくことが期待されている。



出典:「要支援児童等(特定妊婦を含む)の情報提供に係る保健・医療・福祉・教育等の連携の一層の推進について」(平成28年12月16日付け雇児総発1216第2号・雇児母発1216第2号)参考資料2より

(参考)診療情報提供料

B009 診療情報提供料(Ⅰ) 250点

- 算定要件の概要

保険医療機関が、診療に基づき、別の保険医療機関での診療の必要を認め、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、紹介先保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。

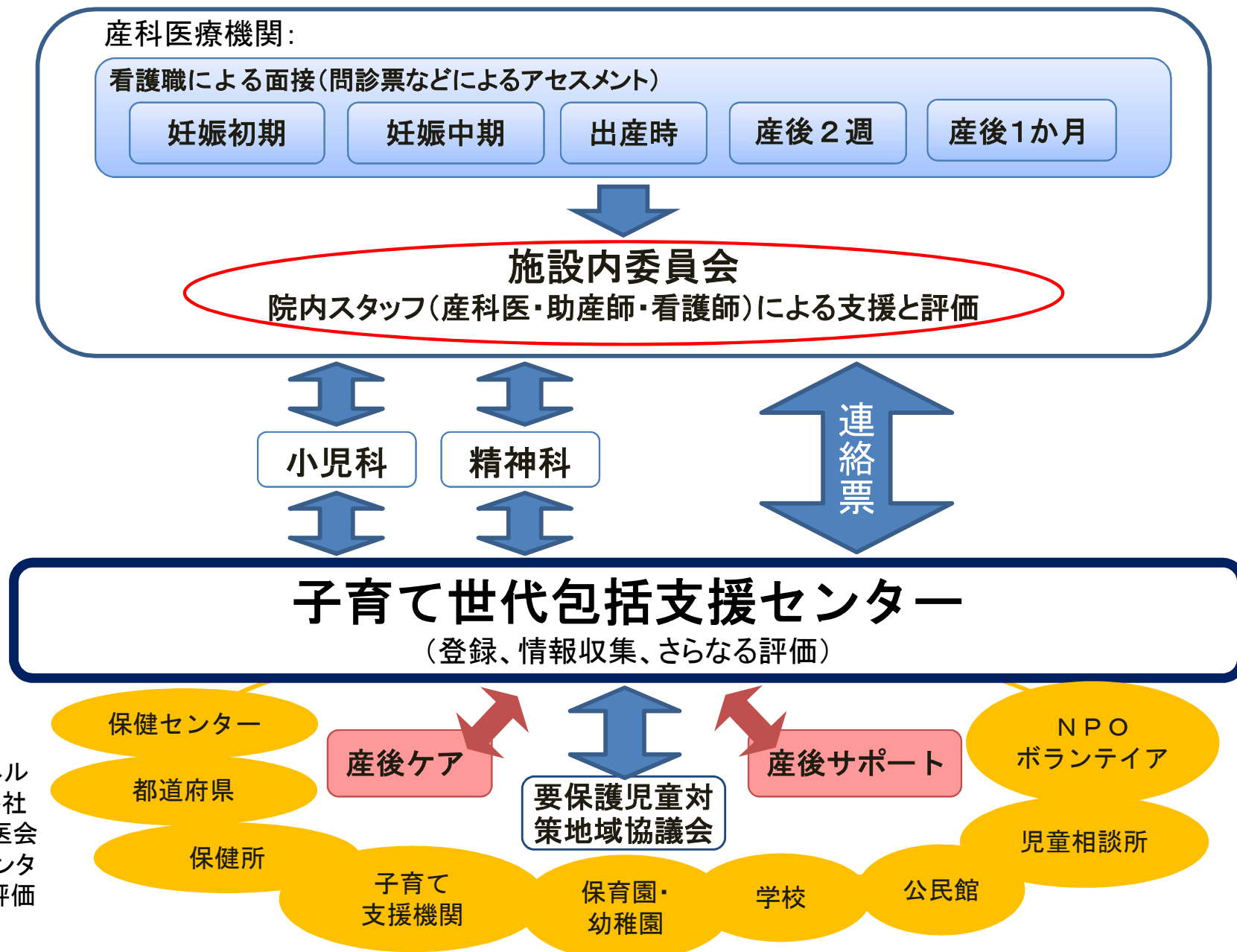
- 市町村への情報提供について

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又は介護保険法第46条第1項の規定により都道府県知事が指定する指定居宅介護支援事業者等に対して、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、患者1人につき月1回に限り算定する。

※ 「市町村又は介護保険法第46条第1項の規定により都道府県知事が指定する指定居宅介護支援事業者等」とは、当該患者の居住地を管轄する市町村(特別区を含む。以下同じ。)、保健所若しくは精神保健福祉センター又は指定居宅介護支援事業者若しくは地域包括支援センターをいう。また、「保健福祉サービスに必要な情報」とは、当該患者に係る健康教育、健康相談、機能訓練、訪問指導等の保健サービス又はホームヘルプサービス、ホームケア促進事業、ショートステイ、デイサービス、日常生活用具の給付等の介護保険の居宅サービス若しくは福祉サービスを有効かつ適切に実施するために必要な診療並びに家庭の状況に関する情報をいう。

妊産婦支援のための多領域協働チーム

妊産婦のメンタルヘルスケアの評価・支援においては、産科・精神科・小児科の医師や行政のスタッフ、助産師を含む看護職等が連携し、多領域協働チームが患者の支援を行うことが重要。



出典:「妊産婦メンタルヘルスケアマニュアル」(公益社団法人 日本産婦人科医学会 平成29年7月)妊産婦メンタルヘルスケアのための評価と連携より一部改変

診療報酬上の評価

リスクの高い妊娠管理に関する診療報酬上の評価の変遷

H20

【平成20年度改定】

・ハイリスク妊娠管理加算の創設

趣旨；合併症等により、リスクの高い妊婦に対する入院管理の評価

対象患者；妊娠22週から32週未満の早産、妊娠高血圧症候群重症、前置胎盤、妊娠30週未満の切迫早産、心疾患等

・ハイリスク分娩管理加算の対象拡大及び評価の引き上げ

追加した対象疾患；前置胎盤、双胎間輸血症候群、心疾患等

H22

【平成22年度改定】

・ハイリスク妊娠管理加算等の対象を拡大

追加した対象疾患；多胎妊娠、子宮内胎児発育遅延

・ハイリスク分娩管理加算の評価の引き上げ

H24

【平成24年度改定】

・ハイリスク妊娠管理加算等の評価の引き上げ

・ハイリスク妊産婦共同管理料の対象拡大及び評価の引き上げ

追加した対象疾患；多胎妊娠、子宮内胎児発育遅延

H28

【平成28年度改定】

・ハイリスク妊産婦共同管理料、ハイリスク妊娠管理加算等の対象を拡大

追加した対象疾患；精神疾患の患者

リスクの高い妊娠管理に関する診療報酬上の評価

- ハイリスク妊娠管理加算、ハイリスク分娩管理加算及びハイリスク妊産婦共同管理料の対象患者に、精神疾患の患者を追加した。

ハイリスク妊娠管理加算(1日につき) 1,200点
ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ) 800点、(Ⅱ) 500点

[対象疾患等]

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">・ 妊娠22週から32週未満の早産の患者・ 妊娠高血圧症候群重症の患者・ 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)・ 妊娠30週未満の切迫早産の患者であって、子宮収縮、子宮出血、頸管の改題、短縮又は何かのいずれかの徴候を示しかつ前期破水等を合併する者・ 多胎妊娠の患者・ 子宮内胎児発育遅延の患者・ 心疾患の患者・ 糖尿病の患者・ 甲状腺疾患の患者・ 腎疾患の患者・ 膠原病の患者 | <ul style="list-style-type: none">・ 特発性血小板減少性紫斑病の患者・ 白血病の患者・ 血友病の患者・ 出血傾向の患者・ HIV陽性の患者・ Rh不適合の患者・ 当該妊娠中に帝王切開術以外の回復手術を行った患者又は行う予定のある患者・ 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。) |
|--|---|

平成28年度改定にて追加

リスクの高い妊娠管理に関する診療報酬上の評価

○ リスクの高い妊産婦に関する診療報酬は、いずれも入院中の患者に対する評価となっている。

①ハイリスク妊娠管理加算

- 合併症を有する妊婦に対し、**入院中に**ハイリスク妊娠管理を行った場合
- 1日につき1,200点



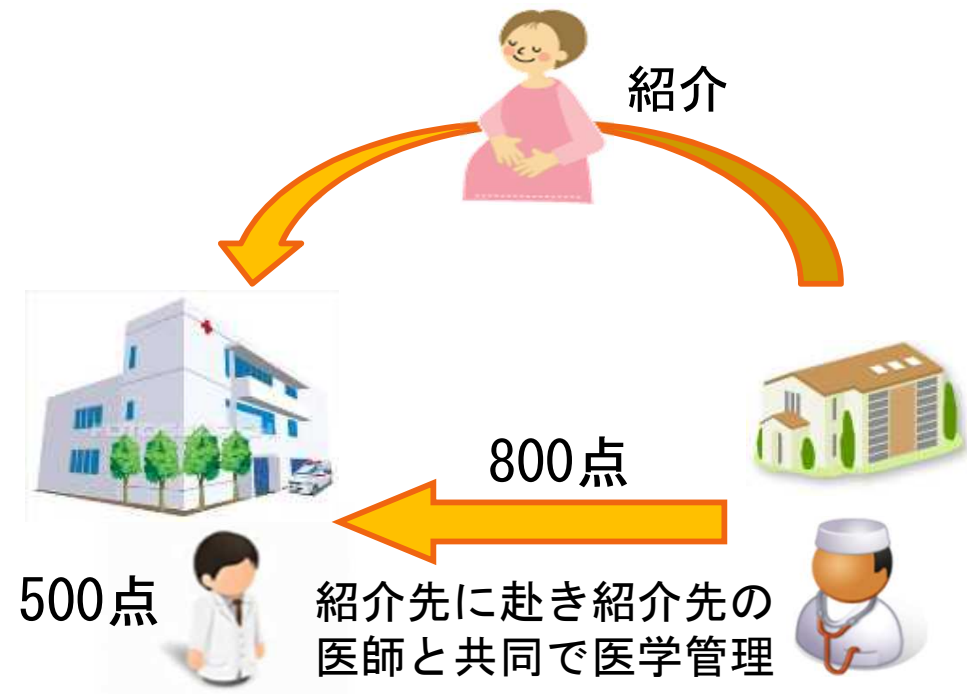
②ハイリスク分娩管理加算

- 合併症を有する妊産婦に対し、**入院中に**ハイリスク分娩管理を行った場合
- 1日につき3,200点



③ハイリスク妊産婦共同管理料

- ハイリスクの妊産婦を別の病院に紹介し、紹介先に赴いて、**入院中の患者**を紹介先の医師と共同で医学管理を行った場合
- 紹介元 800点、紹介先 500点(1回のみ)



妊産婦の外来管理における課題と論点(案)

【課題】

(妊婦の外来管理)

- 妊娠・出産等に対する公的支援として妊婦健康診査があるが、正常妊娠の妊婦であっても、妊娠中に様々な疾患で外来を受診することがある。妊婦に対しては、催奇形性・胎児毒性の低い薬剤の選択等、妊娠の継続や胎児に配慮した診療が必要となる。
- 妊婦は頻度の高い合併症や、診断が困難な疾患などがあることから、こうした合併症・疾患を念頭に置いた外来診察が必要となる。
- 妊産婦のアセスメントを行い、支援を要する妊産婦については、産科、精神科、小児科等と連携しつつ、多領域協働チームが患者の支援を行うといった取り組みが進められている。

(重篤な合併症を有する妊婦の外来管理)

- 重篤な合併症を有する妊婦を受け入れる医療機関として、総合周産期母子医療センター等が整備されており、特に精神疾患を合併する妊婦への対応も求められている。
- 精神疾患を合併する妊婦は、近年、全妊婦の約2.5%前後で推移している。また、近年、妊娠中・産後の自殺事例において、うつ病などの精神疾患が影響している等との報告がある。

(診療報酬上の評価)

- リスクの高い妊娠に対する診療報酬上の評価には、ハイリスク妊娠管理加算等があるが、いずれも、入院中の妊産婦を対象とする報酬となっている。

【論点(案)】

- 妊娠中に産科疾患以外の疾患で外来を受診した場合、妊娠の継続や胎児に配慮した診療等、様々な合併症等を考慮した適切な診療が必要となることから、妊婦の外来管理に対する評価を検討してはどうか。
- また、精神疾患を有する妊婦に対して、地域において、産科と精神科、自治体等が有機的に連携して患者の診療を行う体制の推進に資する評価を検討してはどうか。

個別事項(その3:救急、小児・周産期等)

1. 救急医療

- a. 救急医療の提供体制

2. 小児・周産期医療

- a. 小児慢性特定疾病の患者の入院医療
- b. 妊産婦の外来管理

3. 医療安全対策

- a. 医療安全部門への医師等の配置

我が国の医療安全対策の概要

これまでの経緯

平成11年～横浜市立大学附属病院（患者取違い）、都立広尾病院（消毒薬誤注入）等、大規模病院で相次ぐ医療事故の発生、社会問題化

平成13年 厚労省に医療安全推進室設置

平成14年 医療安全推進総合対策策定（医療安全対策検討会議）

平成15年 特定機能病院・臨床研修病院に医療安全専任管理者・部門等設置義務づけ

平成27年 医療事故調査制度開始（第6次医療法改正）

医療事故調査制度（平成27年10月～）

【概要】

- 医療機関において死亡または死産事例が発生した際、医療機関の管理者が制度で定義されている医療事故に該当するか判断
- 該当と判断した場合、医療機関は、遺族への説明、医療事故調査・支援センター（以下、センター）へ報告を行った上で、必要な調査を実施し、調査結果について遺族への説明及びセンターへ報告
- センターは、医療機関が行った調査結果の報告に係る整理・分析を行い、医療事故の再発防止に関する普及啓発を実施

【医療安全管理部門等に求められる役割】

医療事故調査を行うに当たり、以下の調査事項の中から必要な項目について実施することが求められる。

- ・診療録等の確認、医療従事者へのヒアリング
- ・解剖又は死亡時画像診断の結果を解釈
- ・生前に採取した血液・尿等の分析結果を解釈

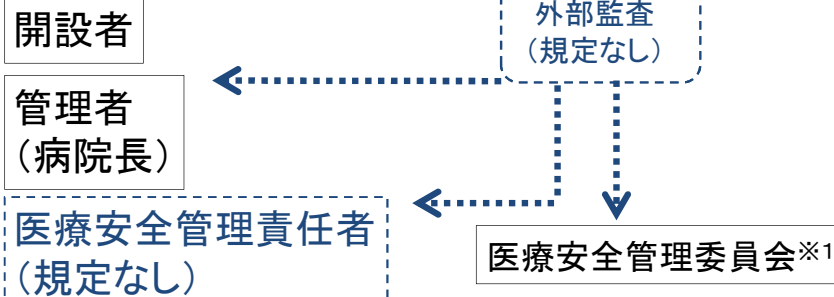


医療事故の原因を明らかにするため
速やかに必要な調査を実施



特定機能病院における医療安全対策強化のための承認要件の見直しの概要

見直し前の内部統制



医療安全管理部門※2

（医師、歯科医師、薬剤師又は看護師から少なくとも1名の専任の者を配置）

※実態は、専任の看護師がいるところが多い

※1 重大な事故の要因分析、改善策の立案を行う。検討内容は管理者へ報告する。

※2 医療安全管理委員会で策定された指針に基づき、医療安全対策（事故の防止等）を実施。死亡事案等の情報の収集、事故に対する改善策の実施状況の確認及び必要な指導を行う。

事故等の報告

- ・ 報告の基準が明確ではなく、必ずしも報告が徹底されていない

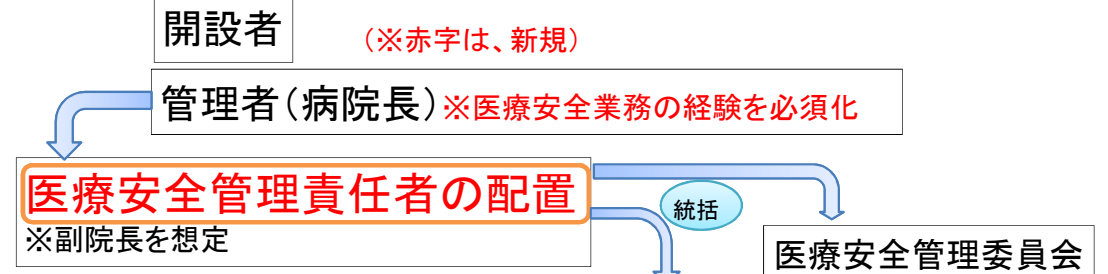
高難度新規医療技術等の導入プロセス

- ・ 導入の可否、条件等に関する標準的なルールがない
- ・ ルールが徹底されず、診療科ごとで遵守状況が異なる

外部監査
(規定なし)

- ・ 医療法に基づき、地方厚生局による年1回の立入検査

見直し後の内部統制



医療安全管理部門

（専従の医師、薬剤師、看護師の配置を原則義務化）

※ 医療安全管理業務に関わることがキャリアパスにつながり、優秀なスタッフの配置が進むよう取組を推進

事故等の報告の義務化

- ・ 全ての死亡事例の医療安全管理部門・管理者への報告を義務化
- ・ 死亡事例以外でも、一定以上の事例については事例を認識した全職員からの報告を義務化

高難度新規医療技術等の導入プロセスの明確化

- ・ 高難度新規医療技術等による医療を行う場合に、実施の適否等を確認する部門を設置
- ・ 当該技術による医療を行う場合に遵守すべき事項等を定めた規程を作成
- ・ 規程の遵守状況を確認

開設者が設置

- ・ 医師等だけでなく、法律家や一般の立場の者等も含め構成

外部監査

- ・ 医療安全に関する監査委員会の設置
- ・ 特定機能病院間の相互チェック（ピアレビュー）

地方厚生局による立入検査

- ・ 立入検査の際に管理者から直接ヒアリング
 - － ピアレビューにおける指摘事項の改善状況
 - － 内部監査時の指摘事項の改善状況

医療安全管理部門への医師の関与について

- 医療安全管理部門に「専従の医師」を配置している病院は、「専従の薬剤師もしくは看護師」を配置している病院に比べ、以下の項目で「より高度な医療安全体制」を認めた（特定機能病院以外の病院で解析した場合も、ほぼ同様の結果）。
- 医療安全管理部門への医師の関与と医療安全体制向上との関連を調査するため、全国の医療安全管理部門の医療安全管理者（医師以外）にアンケート調査を実施（ $n = 1,161$ ）。

項目	全病院 $n = 1,161$ 病院 うち、医師専従あり 47病院	特定機能病院を除く $n = 1,102$ 病院 うち、医師専従あり 29病院
✓ 医療事故調査において有効な再発予防策を立案しているか	2.3倍 / $p = 0.012$	2.9倍 / $p = 0.009$
✓ 医療安全管理部門で、アクシデントや重大事故発生時の病態の医学的評価、患者への影響や予後の判断を行っているか	3.3倍 / $p = 0.002$	2.8倍 / $p = 0.013$
✓ インシデント・アクシデント報告件数総数	1.0倍 / $p = 0.710$	1.2倍 / $p < 0.001$
✓ 医師によるインシデント・アクシデント報告件数	1.1倍 / $p < 0.001$	1.4倍 / $p < 0.001$

- ❖ たとえば、最上行では、医療安全管理部門に専従で配置されている職種が「医師」である病院は、「薬剤師もしくは看護師」である病院に比べて、「統計学的に有意に、2.3倍、医療事故調査において有効な再発予防策を立案している」ことを示唆する。
- ❖ 統計解析は多変量解析を用いて、病床数等の影響を調整している。

平成28年度厚生労働科研「医療安全管理部門への医師の関与と医療安全体制向上に関する研究」（研究代表者 長尾能雅）より引用

診療報酬上の評価

医療安全対策加算

A234 医療安全対策加算(入院初日)

- 1 医療安全対策加算1 85点
- 2 医療安全対策加算2 35点

● 算定要件の概要

組織的な医療安全対策を実施している保険医療機関を評価したものであり、当該保険医療機関に入院している患者について、入院期間中1回に限り、入院初日に算定。

● 施設基準の概要

<医療安全対策加算1>

イ 医療安全対策に係る研修*を受けた専従の薬剤師、看護師等が医療安全管理者として配置されていること。

ロ 当該保険医療機関内に医療安全管理部門を設置し、組織的に医療安全対策を実施する体制が整備されていること。

ハ 当該保険医療機関内に患者相談窓口を設置していること

<医療安全対策加算2>

イ 医療安全対策に係る研修*を受けた専任の薬剤師、看護師等が医療安全管理者として配置されていること。

○ 医療安全対策加算1 のロ及びハ

<医療安全対策に係る研修>

次に掲げる全ての事項に該当するものをいう。

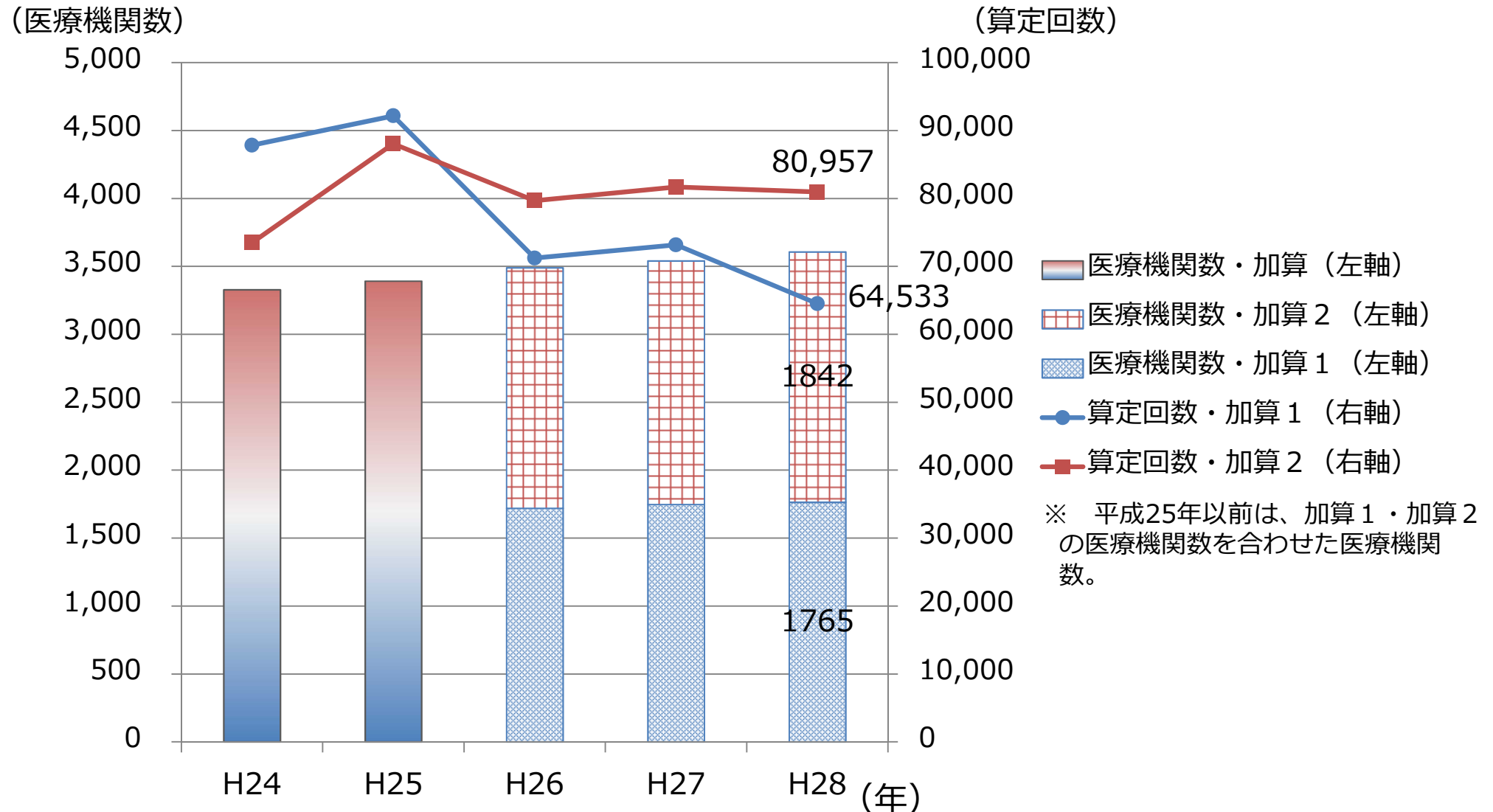
(イ) 国及び医療関係団体等が主催するものであること。

(ロ) 医療安全管理者としての業務を実施する上で必要な内容を含む通算して40時間以上又は5日程度のものであること。

(ハ) 講義又は具体例に基づく演習等により、医療安全の基礎的知識、安全管理体制の構築、医療安全についての職員に対する研修の企画・運営、医療安全に資する情報収集と分析、対策立案、フィードバック、評価、事故発生時の対応、安全文化の醸成等について研修するものであること。

医療安全対策加算

○ 医療安全対策加算の届出医療機関数は増加傾向。



出典：届出医療機関数：保険局医療課調べ（平成27年7月）

算定回数：社会医療診療行為別統計・調査（各年6月審査分）

医療安全対策における課題と論点(案)

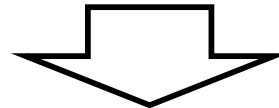
【課題】

(医療安全対策の現状)

- 医療安全対策として、平成27年10月より、医療機関において発生した死亡又は死産事例を対象とした医療事故調査制度が開始した。
- 平成28年6月の医療法施行規則改正において、特定機能病院の承認要件の見直しが行われ、特定機能病院において専従の医師、薬剤師及び看護師を配置した医療安全管理部門の設置が義務づけられた。
- 特定機能病院以外の医療機関においても、医療安全管理部門に医師が専従で関与することにより、医療事故調査における有効な再発予防策の立案など、より高度な医療安全体制に係る指標が有意に増加することが示されている。

(診療報酬上の評価)

- 現行の診療報酬では、医療安全対策加算で、医療機関におけるより高度な医療安全体制を評価しており、約3,500の医療機関が算定している。
- 現行の医療安全対策加算では、医師の配置は要件となっていない。



【論点(案)】

- 医療機関における医療安全対策推進の観点から、専従の医師、薬剤師及び看護師等を医療安全管理部門に配置している場合について、医療安全管理者の配置の現状も踏まえつつ、医療安全対策加算の評価の見直しを検討してはどうか。