

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。ほかはいかがでしょうか。はい、それでは佐保委員、お願いいたします。

○佐保昌一委員（日本労働組合総連合会総合政策推進局長）

はい、ありがとうございます。資料 113 ページに書かれてある各論点についてですが、次代を担う子どもたちのためにもですね、小児や周産期医療は充実・強化する観点での検討が必要かなというふうに考えております。

また、小児に関しては、きょうだい児を含め、家族への支援も重要ですので家族の負担軽減も必要な対応と考えます。

加えて、今回の論点にはありませんが、以前、11月22日の中医協総会で、児童思春期精神医療に関して申し上げたとおり、専門職の人材育成や多職種が連携して対応できる環境整備が重要だということも申し添えておきます。私からは以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。続きまして、松本委員、お願いいたします。

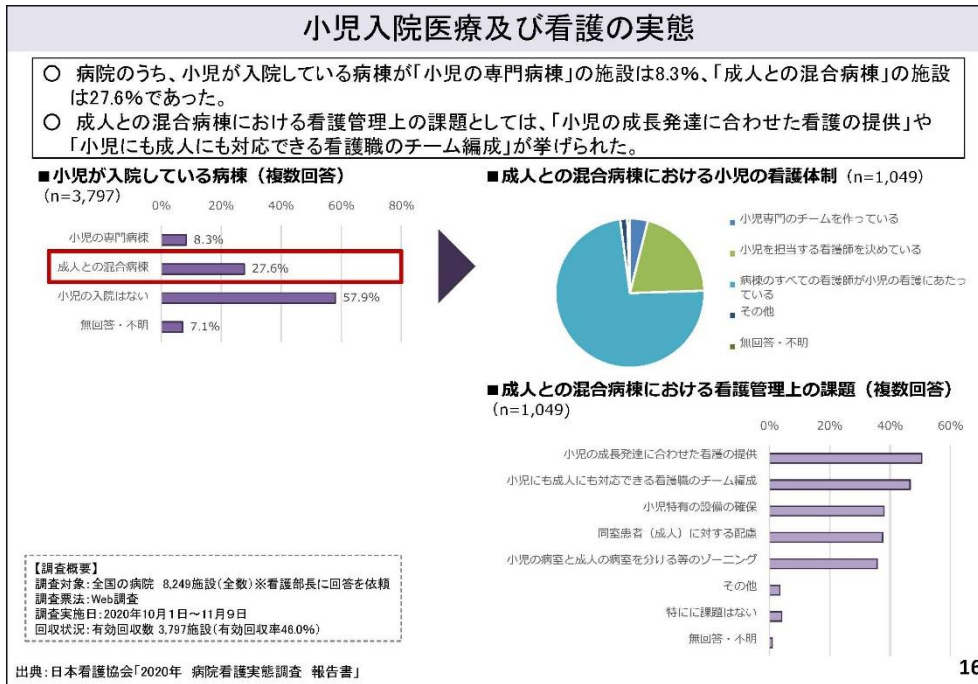
○松本真人委員（健康保険組合連合会理事）

はい、ありがとうございます。それでは、論点に沿ってコメントいたします。

（小児入院医療について）

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

資料の 16 ページ、17 ページを見てもみますと、成人との混合病棟に多くの小児患者が入院している実態がある中で、子どもの療養環境を向上させる観点から、病室単位のユニット化が推奨されているということですので、



16

【参考】成人患者との混合病棟における子どもの療養環境向上のための具体的対策

成人患者との混合病棟における子どもの療養環境向上のための具体的対策（抄）

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

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

- **ユニット化**とは、ひとつづきになっている病棟の一部を小児患者専用の「ユニット」として使用することを言い、区域管理（ゾーニング）は廊下を含むひとつまりの領域を小児患者だけの区域とし、その区域を小児科専用の「ユニット」として使用することを言います。施設の規模や入院数によっては、部屋単位、病床範囲になる場合もあるでしょう。施設全体での合意のもと、病棟の入室基準やユニット化した病床の運用方法について決めておくことが望ましいです。子どもは治療や入院などの苦痛によりぐずったり泣いたりしますし、感染症による入院の機会も多くなります。成人との混合病棟では、ゾーニングをすることにより、子どもと家族が気兼ねせず安心して過ごすことができます。
- ユニット化するときは、ユニット内の患者に関わるスタッフを固定しチームとするなどにより、子どもと家族への継続的なケアを提供することが可能になります。その際、ユニットの業務の特性に応じて看護師の適切な配置人数や、ユニットチームのスタッフが行う業務と、ユニット以外の他科スタッフと共同で行う業務の基準を作成しておくことによいでしょう。入院患者の特性や提供する医療により異なると思いますが、急変しやすい小児患者の状況を踏まえ、適切な看護職配置を考えましょう。
- 子どもに必要な療養環境としては、転倒、転落や窒息などを予防するためにも、小児の身体構造を考慮した適切なベッドや寝具が整備されていることが望まれます。また、乳児から思春期と発達段階により、必要な基準用具、トイレや浴室環境も異なります。発達段階ごとに必要な基準用具などが病棟に配備されていなかったとしても、院内のどこにあるかなど調べておき、入院時の準備マニュアルなどに定められているとよいでしょう。
- 入院前から混合病棟の入院環境について説明しましょう。そのうえで、定期的に成人患者への影響や思い、家族のストレス・思いをアセスメントし、何かあれば言いやすいよう、窓口を紹介しておきましょう。

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

ユニット化のイメージ

区域特定（ゾーニング）のイメージ

17

減少傾向にある小児入院医療管理料の届出を一定程度、確保する必要については理解をしております。

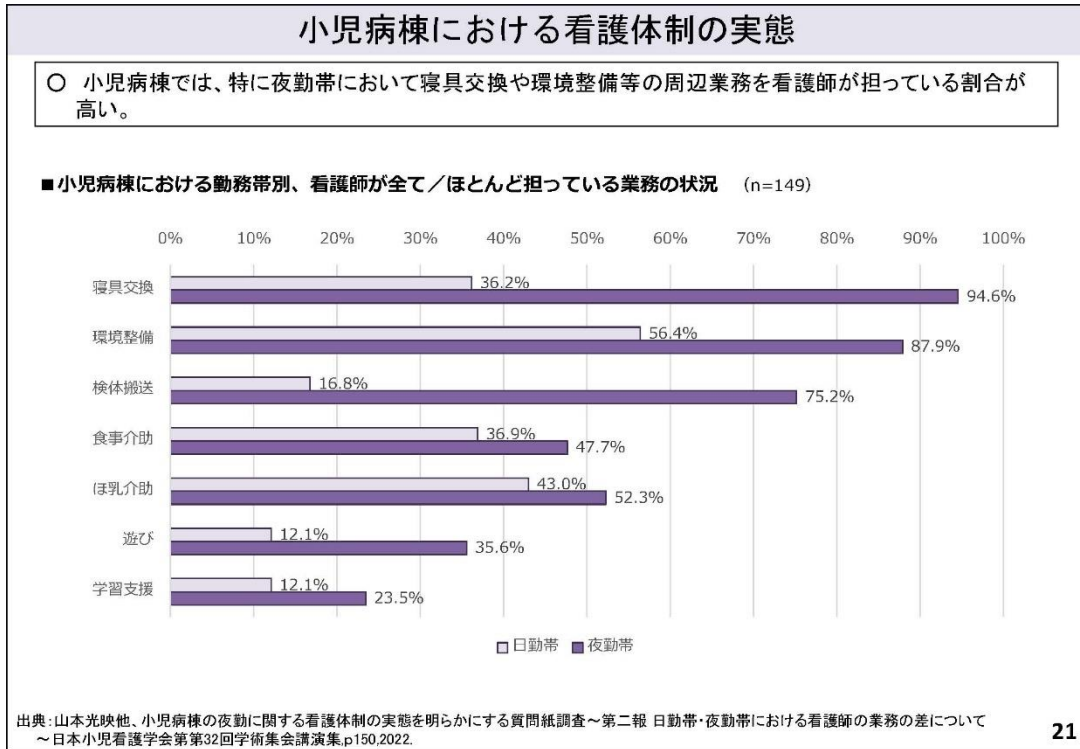
小児患者の減少も踏まえ、12 ページにあります要件を見直す余地はあるとは考えますが、

小児入院医療管理料の概要					中医協 総-6 5. 5. 17
	小児入院医療管理料 1	小児入院医療管理料 2	小児入院医療管理料 3	小児入院医療管理料 4 (病床単位)	小児入院医療管理料 5
点数	4,750点	4,224点	3,803点	3,171点	2,206点
算定対象	入院中の15歳未満の患者（児童福祉法（昭和22年法第164号）第6条の2第2項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の患者）を対象とする。				
平均在院日数	当該病棟で21日以内			当該病棟を含めた一般病棟で28日以内	
医師の配置（※）	小児科常勤医師20名以上	小児科常勤医師9名以上	小児科常勤医師5名以上	小児科常勤医師3名以上	小児科常勤医師1名以上
看護配置	看護師 7対1以上 (夜勤時間帯についても9対1以上)	看護師 7対1以上	看護師 7対1以上	看護職員 10対1以上 (7割以上が看護師)	看護職員 15対1以上 (4割以上が看護師)
その他	<ul style="list-style-type: none"> 6歳未満の入院を伴う手術件数が年間200件以上。 特定集中治療室管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料又は新生児集中治療室管理料の届出を行っていること。 年間の小児緊急入院患者数が800件以上。 	<ul style="list-style-type: none"> 入院を要する小児救急医療の提供を24時間365日行っていること。 		<ul style="list-style-type: none"> 当該病棟において、専ら小児を入院させる病床が10床以上であること。 	
<small>※ 小児科の常勤の医師とは、小児科又は小児外科を専任する常勤の医師のことをいう。 ※ 週3日以上常勤として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている小児科又は小児外科の非常勤医師を2人以上組み合わせることにより、当該保険医療機関における常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、これらの非常勤医師の実労働時間を常勤換算し常勤医師数に算入することができる。ただし、小児入院医療管理料1を算定する病棟において、常勤換算し常勤医師数に算入することができるのは、常勤の医師のうち10名までに限る。</small>					12

一方で、入院医療全般に共通する考え方として、地域のニーズを踏まえ、重点化する発想も必要であり、単なる基準の緩和だけではなく、機能強化の観点からも検討すべきだと考えます。

看護補助者の配置に関する評価についてでございますが、これは資料 21 ページにございますように、夜間に看護師が寝具の交換や環境整備を多く実施していることを踏まえすと、

タスクシェア・タスクシフトの観点で看護補助者を活用することは考えられますが、保育士の配置と同様に看護補助者を加算で評価するというのは療養環境の質を確保する観点から慎重に判断をさせていただきたいと思えます。



続きまして、小児高度急性期医療体制についてでございます。

(小児高度急性期医療について)

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

31 ページの報告によりますと、NICUにおける手厚い看護配置が予後の改善やインシデントの減少に有効であることがわかります。

一方、32 ページ目を移しますと、実際に看護配置を手厚くしたことがある施設が一定数あり、

33 ページでは、2対1看護の必要性が指摘されることを踏まえれば、25 ページにございますNICUに関する管理料について、2対1看護を検討するべきだと考えます。

重症新生児に対する看護師の配置について

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

- 新生児医療に係る文献において、以下のような報告がある。
 - ・ 医療的なインシデントの発生は患者に対する看護師の配置比率が高いときにより低かった。(Beltempo 2018^{※1})
 - ・ 在胎29週未満又は出生体重1,000g以下の児では、患者に対する看護師の配置比率が高いときに死亡や重大な合併症の割合が低かった。(Beltempo 2018^{※1})
 - ・ NICUで看護師と患者が1:1のケアを受ける日数が少ないと死亡率が上がった。(Watson 2016^{※2})
- NICUにおける看護師と患者の比率を、以下のように患者の重症度ごとに示した推奨がある。
(Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses 2022)

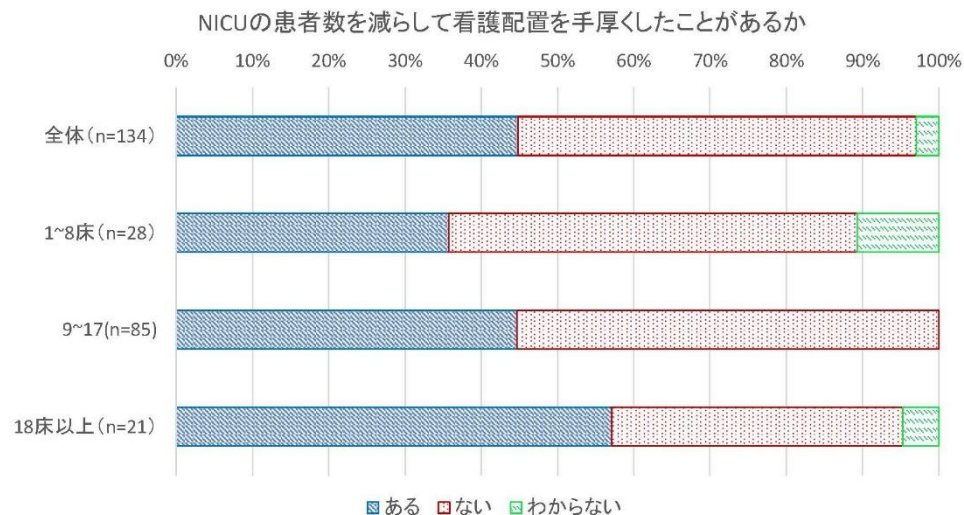
看護師一人あたりの患者人数	患者の重症度
1人	外科処置中、手術の直前・直後
1人	複数の臓器システムの治療中
1-2人	集中治療(常に看護師と心肺モニターが必要)
2-3人	中間ケア(1日に6-12時間の看護ケアが必要)
3-4人	継続ケア

出典: ※1 M Beltempo et al. Association of nursing overtime, nurse staffing and unit occupancy with medical incidents and outcomes of very preterm infants. Journal of Perinatology(2018) 38, 175-180
 ※2 S I Watson et al. The effects of a one-to-one nurse-to-patient ratio on the mortality rate in neonatal intensive care a retrospective, longitudinal, population-based study. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2016 May;101(3) .F195-200

31

重症新生児^{※1}に対する看護配置の実態

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



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

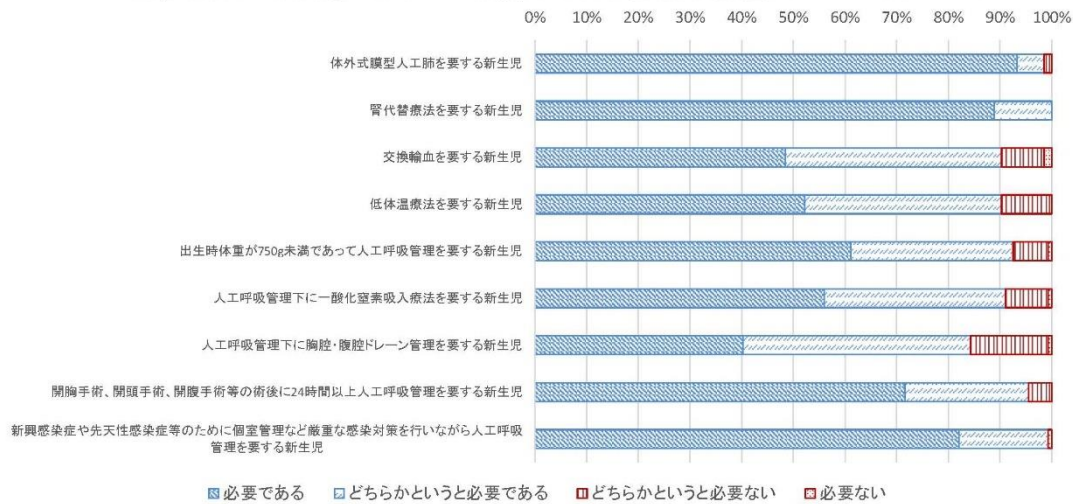
出典: 新生児医療連絡会より提供

32

必要な処置や治療ごとの十分な体制の必要性

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

必要な処置や治療ごとの2:1看護等十分な体制の必要性について(n=134)



出典: 新生児医療連絡会より提供

33

新生児特定集中治療室 (NICU) の概要

中医協 総-8
5. 5. 17

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

	A303 総合周産期特定集中治療室管理料2 10,539 点 (1日につき)	A302 新生児特定集中治療室管理料1 10,539 点 (1日につき)	A302 新生児特定集中治療室管理料2 8,434 点 (1日につき)
算定対象	次に掲げる状態にあって、医師が新生児特定集中治療室管理が必要であると認められた者 ア 高度の先天奇形、イ 低体温、ウ 重症黄疸、エ 未熟児、オ 意識障害又は昏睡、カ 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪、キ 急性心不全(心筋梗塞を含む)、ク 急性薬物中毒、ケ ショック、コ 重篤な代謝障害、サ 大手術後、シ 救急蘇生後、ス その他外傷、破傷風等で重篤な状態		
算定上限 日数	21日 ただし、以下の場合を除く 出生時体重が1500g以上で厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児: (35日) 出生時体重1000~1499g: (60日) 出生時体重1000g未満: (90日) 出生時体重が500g以上750g未満であって慢性肺疾患の新生児: (105日) 出生時体重500g未満であって慢性肺疾患の新生児: (110日)		
医師の配置	○ 専任の医師が常時、治療室内に勤務		○ 専任の医師が常時、医療機関内に勤務 ○ 緊急時は別の医師が速やかに診療に参加
看護師の配置	○ 助産師又は看護師の数は常時3対1以上		
構造設備等	○ 1床あたり7平方メートル以上 ○ 当該治療室内に、手術室と同程度の空気清浄度を有する個室及び陰圧個室を設置することが望ましい ○ 救急蘇生装置等の装置及び器具を常備、 ○ 自家発電装置を有し、電解質定量検査及び血ガス分析を含む必要な検査が常時可能		
その他	○ 出生体重1,000g未満の新生児の新規入院患者数: 直近1年間で4件以上 ○ 開胸手術、開頭手術、開腹手術、胸腔鏡下手術又は腹腔鏡下手術: 年間6件以上実施		○ 出生体重2,500g未満の新生児の新規入院患者数: 直近1年間で30件以上
	○ 総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターであること ○ 当該治療室に病床が6床以上設置されていること		—

25



また、重症新生児に対する退院支援は重要であり、転院搬送後の医療機関で退院支援が必要になるケースがあることも十分に理解ができます。

入退院支援加算3については、実態を踏まえ、看護師の経験年数の考え方や転院前の算定が転院搬送後の算定の要件になっている部分を見直す余地はあると考えられています。

臓器移植患者については、移植前からの全身管理で集中治療室の滞在日数が長くなっている実態を踏まえれば、算定上限を見直すことに異論はございません。

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

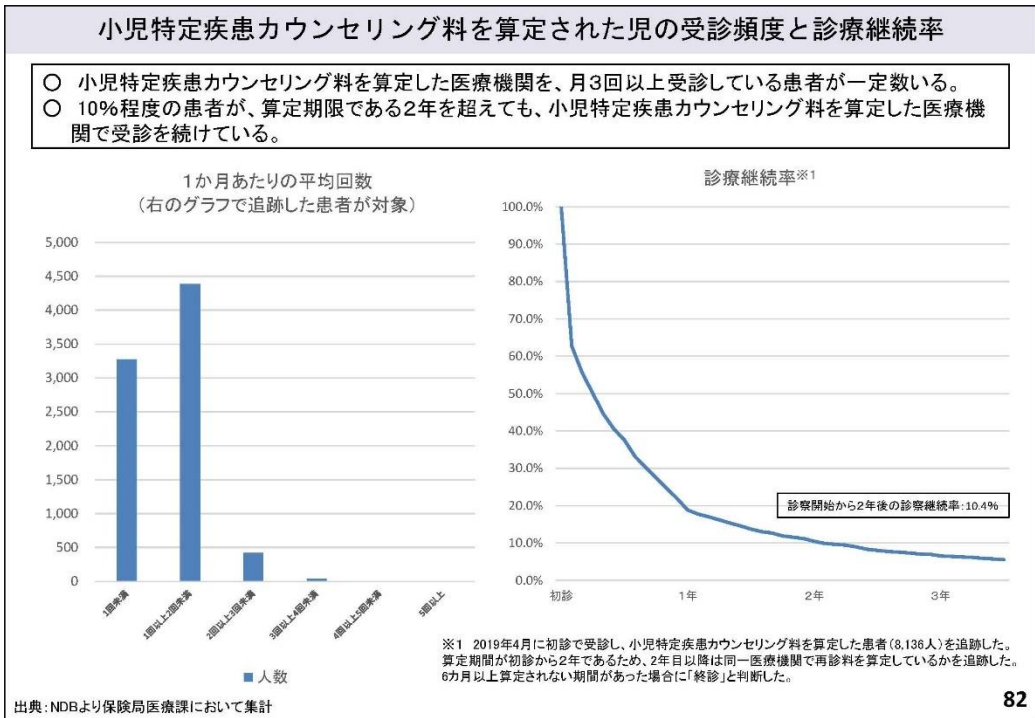
医療的ケア児については、レスパイトケアの重要性についても十分理解しております。同時改定のタイミングで、61ページ以降に紹介のあります障害福祉サービスによる評価で対応していただきたいと考えます。

障害福祉サービスにおける「医療型短期入所サービス」		中医協 総-6 5. 5. 17	
		併設型	空床利用型
対象者	<重症心身障害児等> ・ 区分6に該当し、気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理を行っている者 ・ 区分5以上に該当し、進行性筋萎縮症に罹患している者又は重度の知的障害及び重度の肢体不自由が重複している者 等 <その他> ・ 重症心身障害児等に該当しない場合であって、区分1以上に該当し、厚生労働大臣が定める基準に適合すると認められた遷延性意識障害者等又はこれに準ずる者(難病を含む) ・ 区分1以上に該当し、筋萎縮性側索硬化症等の運動ニューロン疾患の分類に属する疾患を有する者		
サービス内容	病院等に短期留の入所をさせ、入浴、排せつ及び食事の介護その他の必要な支援		
実施主体	病院、有床診療所、介護老人保健施設、介護医療院、無床診療所(日中の受入のみ) ※法人格のない病院、診療所も可		
ショートステイ用の居室の設定	あり 入所・入浴用のベッドのうち、ショートステイ用のベッドを常時確保する 	なし 空いている入所・入浴用ベッドを、ショートステイで使用する 	
人員基準	従業者 本体施設の利用者及び短期入所の利用者数の合計数を当該施設の利用者数とみなした上で、 本体施設として必要とされる数以上 管理者 管理者は原則として、専ら医療型短期入所事業所の管理業務に従事する(支援がないときは、他の職務との兼務が可能)		
設備基準	本体施設の設備を利用することにより、短期入所の効果的な運営が図られ、本体施設と短期入所のサービス提供に支障がない場合は、 本体施設の設備をショートステイで利用できる		空床を利用する 本体施設で必要とされる設備を有することで問題ない
報酬単価	基本報酬 <ul style="list-style-type: none"> ・医療型短期入所サービス費(Ⅰ)~(Ⅲ)(宿泊を伴う場合) 1,747単位~3,010単位 ・区分6の気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理を行っている者、重症心身障害児・者等に対し支援を行う場合 ・医療型特定短期入所サービス費(Ⅰ)~(Ⅲ)(宿泊を伴わない場合)、(Ⅳ)~(Ⅵ)(宿泊のみの場合) 1,266単位~2,835単位 ・医療型短期入所サービス費と同様の対象者に対し支援を行う場合 		
	主な加算 <ul style="list-style-type: none"> <緊急短期入所受入加算> 270単位 緊急時の受入れを行った場合 <特別重度支援加算> 120単位~610単位 医療ニーズの高い障害児・者に対する計画的な医療的管理や療養上必要な措置を行った場合 		
医療型短期入所サービス利用中の者に対し、診療報酬で算定可能な処置等 (1) 経皮的動脈血酸素飽和度測定、(2) 終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定、(3) 中心静脈注射、(4) 挿込み型カテーテルによる中心静脈注射、(5) 鼻マスク式補助換気法、(6) 体外式陰圧人工呼吸器治療、(7) 人工呼吸、(8) 膀胱洗浄、(9) 後部尿道洗浄、(10) 留置カテーテル設置、(11) 導尿、(12) 介達牽引、(13) 矯正固定、(14) 変形機械矯正術、(15) 消炎鎮痛等処置、(16) 腰部又は胸部固定帯固定、(17) 低出力レーザー照射、(18) 鼻腔採菌			

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

続きまして、小児科における児童精神についてでございますが、発達障害への対応や児童虐待の早期発見、相談体制の確立は社会問題としても解決が必要な課題だと認識しております。

発達障害や虐待の疑いに気づくことは、かかりつけ医機能として期待できますので、小児かかりつけ診療料の要件として、こうした役割を明確化してはどうかと考えます。

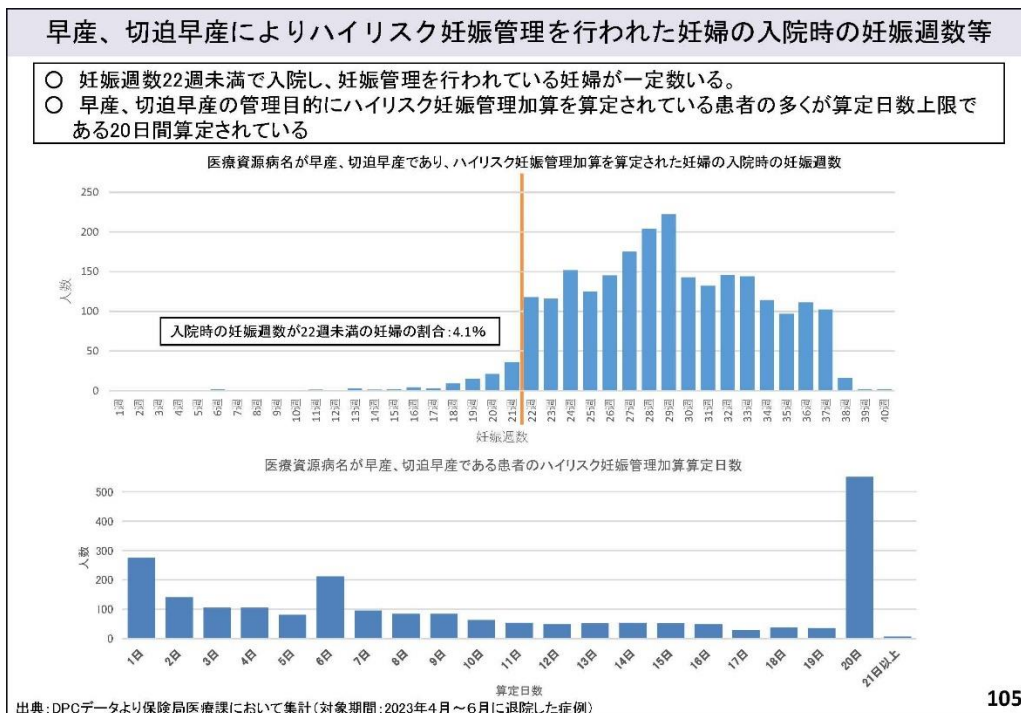


また、82 ページを見ますと、小児特定疾患カウンセリング料については、10%の患者が算定期限を超えて通院を続けている実態がわかります。

受診の理由や医療の内容を精査した上で、算定期限について検討すべきと考えます。

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

最後の周産期医療についてでございますが、ハイリスク分娩への対応が重要であることは十分に理解できます。



一方、105 ページを見ますと、早産や切迫早産でハイリスク妊娠管理加算を算定する患者の場合、一部で算定対象となる妊娠 22 週より前に入院している一方、多くの患者が上限である 20 日間まで算定されている実態があります。

正常分娩の保険適用に向けた見える化の取組も踏まえて、医療上の必要性を精査した上で、加算の算定期間を適切に設定すべきだと考えます。私からは以上でございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。ほかはいかがでしょうか。

○高町晃司委員（連合「患者本位の医療を確立する連絡会」委員）

すいません、高町です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

高町委員、お願いいたします。

○高町晃司委員（連合「患者本位の医療を確立する連絡会」委員）

はい、ありがとうございます。政府の方針によって正常分娩の保険適用と無痛分娩における麻酔医の確保を進めていますが、このことは大変、大切なことだと思います。

今回、論点にはなっていません、書かれていませんが、安心・安全な無痛分娩を実施するために施設基準など周産期医療における標準化に向けた取組が必要なのではないかと考えています。以上です。ありがとうございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。続きまして森委員、お願いいたします。

○森昌平委員（日本薬剤師会副会長）

はい、ありがとうございます。医療的ケア児のところで、65 ページ目の所の入院前の調整のところなんですけど。

私の薬局でも今、医療的ケア児の患者さん、1人、受け入れてるんですけど、調剤方法がかなり特殊ですね、今、8種類ほど、お薬出てるんですけど、本来であれば、まとめて飲ませられるものはまとめて入れるんですけども、お母さんと検討したときに、1種類ずつ、少しずつ与えたほうが患者さんは飲むってことでですね、全部、別包にしてるんですけども、1つのお薬がですね、1日量が0.082グラムっていう本当の微量なんですけどね。

医療的ケア児の入院前調整を行っている医療機関の一例

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

○ 入院前調整の内容

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

○ 入院前調整の具体的なイメージ

症例: 4歳 男児 脳性まひ

必要な医療的ケア: 人工呼吸管理、経管栄養、浣腸、服薬、吸引

入院前に自宅を訪問して確認した内容

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

65

それを1日3回に分ける。当然、0.082グラムでは均等に分包できないので、少しずつ賦形剤を入れながら、どのくらいだったら分包誤差がないのか、飲ませられるのかということをして、注意深くやって、今、調剤をしてるんですけども、

そういう患者さんが今度、入院されたときに、入院先でもですね、調剤をするときに事前にさまざまな情報を持ってないと対応できないと思いますので、

ここは入る前に、今どのような調剤方法を、どういう薬を出している、どういう飲ませ方をしているという情報の共有というのは非常に重要になるというふうに思っております。以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。はい、長島委員、お願いいたします。

○長島公之委員（日本医師会常任理事）

はい。先ほど松本委員からお話があった小児科における児童精神において、小児特定疾患カウンセリング料における要件化には反対いたします。

そうではなくて、初診時に非常に時間がかかっているという実態を踏まえて、そこをしっかりと評価するということで実際に役に立つ改定にして、つなげていただければと思います。以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。先ほど松本委員（ママ）から、専門委員ですね、木澤専門委員のご意見も伺ってはどうかというふうなご要望がございましたので、木澤委員、お願いいたします。

○木澤晃代専門委員（日本看護協会常任理事）

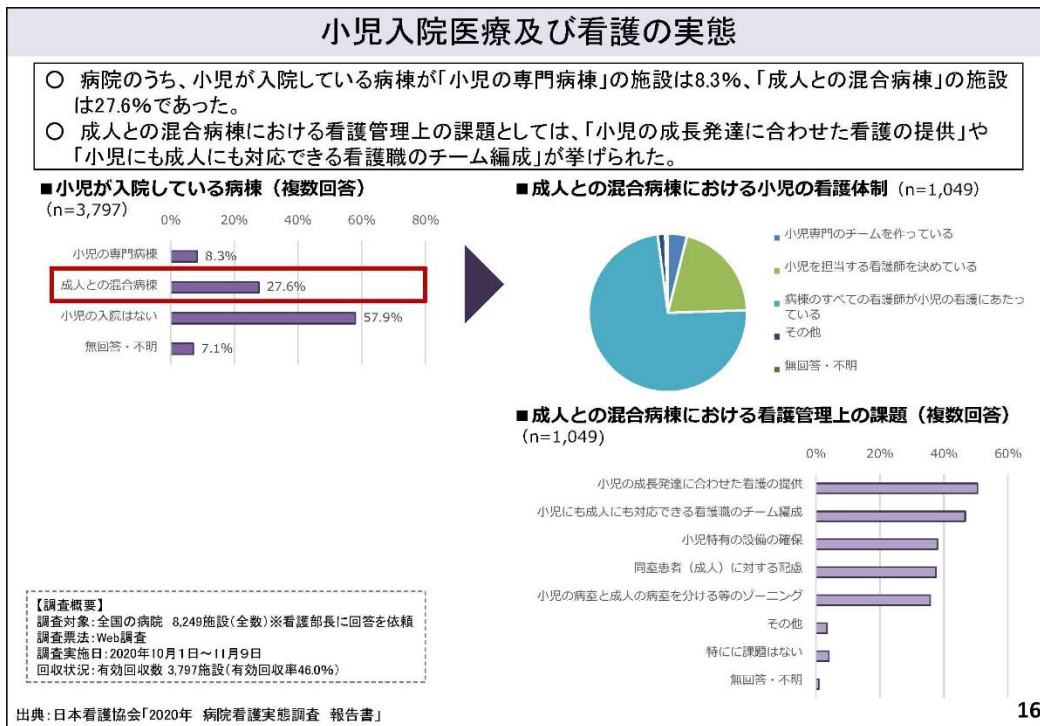
はい、ありがとうございます。まず小児医療についてです。少子化に伴って小児入院患者も減少しており、小児は多くの病院で成人との混合病棟に入院しております。

(小児入院医療について)

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

資料の16ページにありますように、混合病棟では、例えば高齢者のターミナルケアが必要な患者など、さまざまな状況の成人患者がおり、

小児の成長・発達に合わせた安心・安全な療養環境確保の観点から、小児病床の区域特定は有効であり、ぜひ推進すべきと考えております。



また、小児病棟では現在、看護補助者の配置に対する評価がなく、頻回な哺乳の準備や片付け、食事や着替えなどの生活支援等、小児特有の周辺業務が頻回に生じており、看護師がその多くを担っております。

患児のみならず、両親や家族への説明、心理的ケアも充実し、入院中も退院後も親子が安心して過ごせる入院環境を整備する必要があると考えております。

看護職員が小児患者への看護に集中でき、親子とも、より安心して過ごせるよう、保育士や看護補助者配置に関する評価が重要と考えております。

(小児高度急性期医療について)

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

次に、小児高度急性期医療体制についてです。

新生児集中治療室においては超低出生体重児や高度な処置が増加しており、高水準な医学的管理を安全に行うために、他の集中治療室と同等に2対1の看護配置が必要です。

また、手厚い配置や専門性の高い看護師の配置が新生児の呼吸管理や体温管理、家族との愛着形成や円滑な地域移行のためにも有効であることが示されておりますので、新生児集中治療室における手厚い看護配置について評価が必要と考えております。

重症新生児は退院後に在宅医療、訪問看護などが必要になる場合があります、入院早期から子どもと家族の状況を理解し、多職種や地域との連携を図りながら在宅移行に向けた支援を行っていくことが重要です。このような支援を十分に患者家族に提供できる環境を整えることが必要と考えております。私からは以上となります。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。ほかに、ご質問等はございますでしょうか。
はい、安川委員、お願いいたします。

○安川文朗委員（京都女子大学データサイエンス学部教授）

はい、ありがとうございます。論点の中で、小児虐待、児童虐待の相談件数が増えているというお話がありまして、それに対応して小児科のかかりつけ医機能を強化するといったことが論点として挙がっております。

（小児科における児童精神について）

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

虐待をする側の問題について、どの範疇で議論をしていいかっていうことをちょっと教えていただければと思います。

例えば、お母さんが産後不安などから虐待をしてしまうといった場合は、そのお母さんを含めた精神科医療という範疇で何らかの議論をすべきであるのか。

あるいは、同じ出産の問題であっても、例えば10代の低年齢妊娠から分娩、そのことによって、それが将来、虐待にいつてしまうということがある程度、明らかなのであれば、それは周産期医療の問題として、今後、議論していくべきなのか。

そのあたりのすみ分けというのは、例えば事務局におかれてはどのような形でされているのか、もし教えていただければありがたく存じます。以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。今、安川委員から虐待の定義とといいますか、考え方についてのご質問がございましたが、事務局、いかがでしょうか。

○厚労省保険局医療課・眞鍋馨課長

はい、医療課長でございます。虐待を行う側というふうなご指摘で、どう施策で受け止めるかというお尋ねだというふうに承知をいたしました。

私どもは、今日は小児・周産期で、児のほう、あるいは子どものほう、あるいは小児、新生児のほうということをテーマとしたわけでございますけれども、虐待を行う側、至る、その虐待に至る原因というのはさまざま背景があるということは、これは皆、そのように類推されるところでございます。

また、その至る過程におきましても、いつから行うのか、あるいは、どのような原因であるのか、さまざまでございます。

これは例えば、その母子保健事業で担うべきなのか。あるいは教育現場で担うべきなのか。さまざま広い観点からの検討が必要かなというふうに思っております、

今、この場で、私のほうから、こういう場で適切な検討の場がありますというふうに、ちょっと申し上げることができないことをご了承いただければと思います。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

飯塚委員（ママ）、よろしいでしょうか。

○安川文朗委員（京都女子大学データサイエンス学部教授）

ありがとうございました。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい。ほかはいかがでしょうか。はい、それでは、ほかに特にご質問等ないよう
ですので、本件に係る質疑はこのあたりといたします。

今後、事務局におかれましては、本日いただいたご意見を踏まえて対応して
いただくようお願いいたします。

そこで、いったん休憩を挟みたいと思いますので、よろしくようお願いいたします。

○厚労省担当者

厚生労働省事務局でございます。ただいまから休憩に入り、10時26分めで再
開いたします。

▼ 休憩 10:19 ~ 10:27

4. 個別事項（その10）について