

日本小児科学会社会保険委員会報告

急性期後のリハビリテーションを要する小児患者の受け入れ実態調査報告書

日本小児科学会社会保険委員会委員¹⁾, 同 副委員長²⁾, 同 委員長³⁾, 同 オブザーバー⁴⁾, 同 担当理事⁵⁾

奈倉 道明¹⁾ 儘田 光和²⁾ 遠藤 明史³⁾ 大野 拓郎¹⁾ 中林 洋介²⁾
石崎 優子¹⁾ 稲毛 英介¹⁾ 阪下 和美¹⁾ 武田 充人¹⁾ 戸谷 剛¹⁾
水野美穂子¹⁾ 村上 潤¹⁾ 森 伸生¹⁾ 柳町 昌克¹⁾ 大山 昇一⁴⁾
奥村 秀定⁴⁾ 楠田 聡⁴⁾ 高木 英行⁴⁾ 横谷 進⁴⁾ 楠原 浩一⁵⁾
窪田 満⁵⁾ 森岡 一朗⁵⁾

要 旨

厚生労働省は、高齢者が入院する病院を患者の病像に応じて適正に割り振るために、全国の病院の病床を高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能に分化させる「地域医療構想」という政策を2014年に打ち出した。小児科の病床に関しても、地域医療構想に関して議論する必要が出てきた。小児科領域では、急性脳症などの重篤な患者が発生した場合、高度急性期病院が急性期治療を提供し、引き続きそのまま長期間のリハビリテーションと在宅復帰に向けた調整を行っていることが多く、病床機能の分化がなされていない。高度急性期治療が終わった後の患者は地域の病院へ転院させ、そこで回復期治療やリハビリテーションや在宅復帰調整を行うことにより、地域の連携体制を構築しやすく、退院が円滑になり、患者や家族のQOL向上につながると考えられる。そこで小児科学会社会保険委員会は、2021年1月~3月に全国の学会員が所属する病院、及び医療型障害児入所施設と国立病院機構の重症心身障害児病棟(以下、重心施設と呼ぶ)に対してアンケート調査を行った。アンケートでは、急性脳症などの重篤な疾患の後遺症患者を他院から受け入れてリハビリや在宅復帰調整を行うための条件を尋ねた。その結果、高度急性期病院は地域医療への責任感のために後遺症患者を受け入れており、地域に転院先の受け皿がないことが課題であった。高度急性期以外の病院では、この問題に関心を持たないところが多く、受け入れるとすれば病床不足よりも人手不足と入院リハビリの体制不足が課題であった。重心施設では、病床の不足及び急変患者を他院へ送る医療連携体制が課題であった。今後、小児医療における地域医療構想を実現するためには、転院にかかる加算を創設するだけでなく、地域の病院における小児科医不足を解消し、入院リハビリの体制を充実させるとともに、重心施設の機能を再考し、病床不足、急性期病院との連携体制を強化するなど、抜本的な変革を長期的な視野で進めていくことが必要であると言える。

背 景

小児が急性脳症や頭部外傷などによりけいれん重積や意識障害を発症すると、3次救急を担う高度急性期病院に入院し、急性期治療を受けることになる。そこで重篤な後遺症が残ると、引き続きその病院で長期間のリハビリテーションと在宅復帰に向けた調整を行っていることが多い。しかし、高度急性期病院がこれらの取り組みに必ずしも適しているとは限らない。高度急性期治療が終わった後の患者は、地域の病院へ転院させ、そこで回復期治療やリハビリテーションや在宅復帰調整を行ったほうが、地域で支援する体制を構築しやすく、退院が円滑になり、患者や家族のQOL向上につながる可能性がある。また、高度急性期病院では次々と新患者が入院するため、このような患者を長期に入院させると病床を逼迫させるという問題も生じ

る。

厚生労働省は、全国の病院の病床を高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能に分化させ、2025年を目標にその数を適正に配分させる地域医療構想のためのガイドラインを2014年に策定し(図1)、2016年に各都道府県で地域医療構想の大枠が定まり、現在は2025年に向けて地域での病院の再編が進められている¹⁾。我が国は人口当たりの入院病床数が先進国の中でも多いため、これらの病床を機能分化させることで、効率的で適正な医療機関の利用を目指している。この政策は、高齢の患者の入院病床を適正に割り振るためのいわば高齢者対策という側面があるが、小児科の病床に関しても病院の機能のある程度分化させ、地域での効率的な適正配置を目指すことが求められている。

そこで小児科領域においても、重症な患者が高度急性期機能を持つ病院に入院し、急性期治療を終えて後

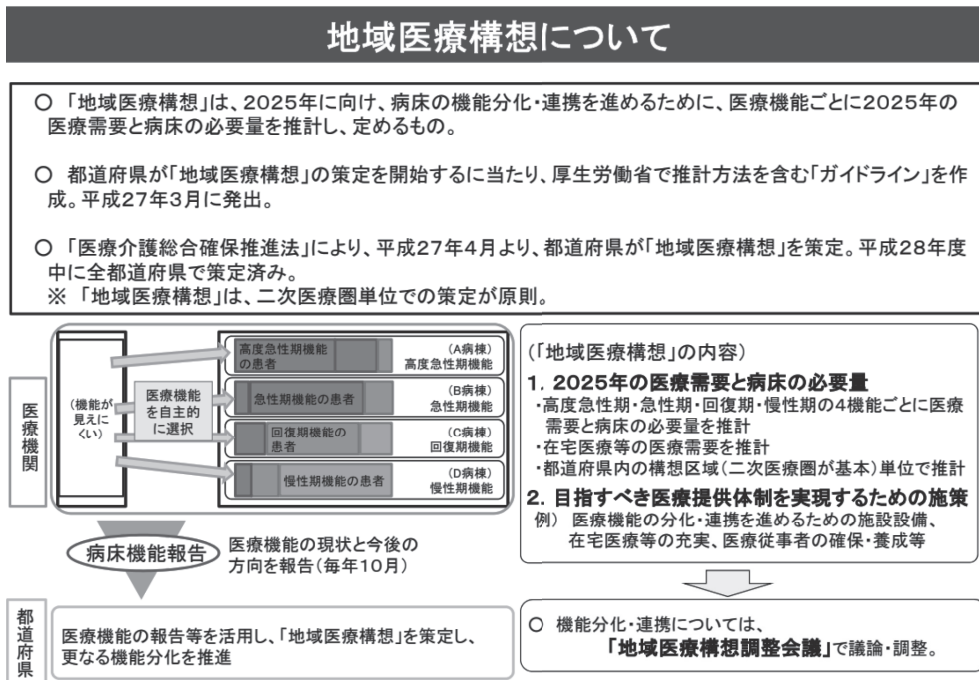


図1 2019年6月7日第1回医療政策研修会「地域医療構想について」資料より

遺症を残した場合、回復期機能を持つ地域の病院へ転院し、そこでリハビリテーションを受けて退院に向けた調整を進めるといった流れを構築することを検討することは必要である。そのための基礎資料として、「急性期後のリハを要する小児患者の受け入れ実態調査」を行った。

方 法

日本小児科学会社会保険委員会は、2021年1月に「急性期後のリハを要する小児患者の受け入れ実態調査」を行った。この調査は「令和4年度診療報酬改定要望に関する調査」と同時に行った²⁾。調査対象は小児科学会員が所属する病院、そして医療型障害児入所施設及び国立病院機構重症心身障害児病棟（以下、重心施設等）とした。

調査期間：2021年1月15日～3月26日

調査対象：日本小児科学会員が所属する病院 2,501 か所、医療型障害児入所施設 135 か所、国立病院機構で重症心身障害児病棟を持つ病院 75 か所 計 2,711 か所

調査方法：別添の調査票を調査対象施設に対して下記の方法で配布し、回答を得た。

1. 手書きの質問票を郵送で送付し、手書きの回答を郵送で回収した
2. 手書きの質問票を郵送で送付し、手書きの回答をFAX 返信で回収した
3. SurveyMonkey による質問 URL を案内し、オン

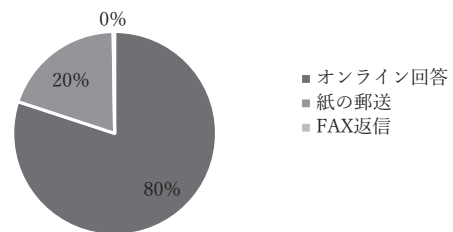


図2 回答方法の種別内訳 (n=1,092)

ライン回答で回収した

本調査は、質問票の冒頭に本調査に対する協力の同意を確認する質問を設け、日本小児科学会倫理委員会の審査にて承認を得た。

結 果

(1) 回答票のプロファイル

①回答方法の種別内訳

病院 2,501 か所からの回答数は 882(35%)であった。病院票の回答方法の内訳はオンライン 698 (79%)、紙の郵送 172 (20%)、FAX の返信 2 (0%) であった。

重心施設 210 か所(医療型障害児入所施設 135 か所、及び国立病院機構で重症心身障害児病棟を持つ病院 75 か所)からの回答数は 126 か所 (60%) であった(図2)。

②病院を高度急性期と高度急性期以外との2群に分類

病院への最初の質問を以下のように設定した。「貴施

設で、脳障害（例：低酸素性虚血性脳症、急性脳症、頭部外傷等）により肢体不自由、知的障害、てんかんなどの後遺症を持った子どもが発生したとします。貴施設ではこのような患者を急性期後も長期入院させ（概ね1か月以上、NICUの場合はトータルで6か月以上）、回復期のリハビリテーションや在宅復帰調整をしていますか？」との質問に対し、Yesと回答した施設を「高度急性期病院」として扱い、Noと回答した施設を「高度急性期以外の病院」として扱った。その結果、高度急性期病院からの回答は233か所(26%)、高度急性期以外の病院からの回答は504か所(57%)、無回答は145か所(17%)であった(図3)。これら病院を高度急性期病院と高度急性期以外の病院とに分けて、それぞれ解析した。

高度急性期病院と高度急性期以外の病院の属性を検討するため、それぞれにおける小児入院医療管理料の算定状況を解析した(表1)。ここで扱う「高度急性期以外の病院」は、小児入院医療管理料の算定状況が不明な病院を除く493か所となった。

高度急性期病院233か所のうち220か所(95%)は小児入院医療管理料を算定していた。5種類の管理料の中では管理料2を算定する病院が81か所(35%)と最も多く、次いで管理料4(59か所、26%)、管理料1(48か所、21%)であった。管理料4の病院であっても積極的に高度急性期医療を行っていることが分かった。

これに対し、高度急性期以外の病院では、小児医療入院管理料を算定する病院は54%に留まった。この中では管理料4(138か所、28%)が最も多かった。また、高度急性期以外の病院の46%は小児入院医療管理料を算定しておらず、成人の一般病棟入院基本料を使っ

て小児患者を診療していると考えられた。

高度急性期病院と高度急性期以外の病院のそれぞれの属性は、小児入院医療管理料の算定レベルとも相関しており、妥当な分類方法と思われた。

③患者数

高度急性期病院に対して、質問2で「そのような入院患者は何人いますか？」と問うたところ、総数で602人と計算された。回収率35%の本調査から出た数値より、そのような患者は全国に少なくとも600人以上はいると推定された。高度急性期病院一か所あたりの平均患者数は2.8人であったが、標準偏差7.8と幅が広がった。

(2) 高度急性期病院について

高度急性期病院233か所の中で、他院から後遺症患者を受け入れる病院は61か所(26%)、条件付きで受け入れる病院は98か所(42%)、受け入れない病院は74か所(32%)であった(図4)。

条件付きで受け入れる高度急性期病院98か所が、受け入れるために提示した条件(複数回答可)は、「病床が空けば」(64%)、「人手があれば」(54%)、「報酬が付けば」(36%)であり、病床不足と人手不足が課題となっていた(図5)。自由記載欄には「退院の目途がついていれば」(5件)、「期間限定であれば」(4件)、「近隣の住民であれば」(4件)、「他に受け入れる施設がなければ」(4件)、「地域に受け皿がないため受け入れるしかない」「受け入れることが急性期病院の役割かどうか疑問」といった意見があった。これらの病院は地域医療に対する責任感で患者を引き受けてはいるが、できるだけ早期に確実に退院させることを望んでいた。またそもそ

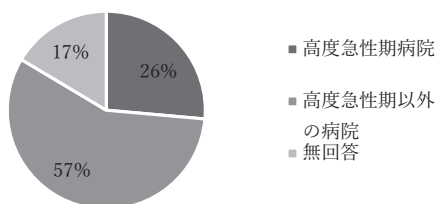


図3 回答した病院の分類内訳 (n=882)

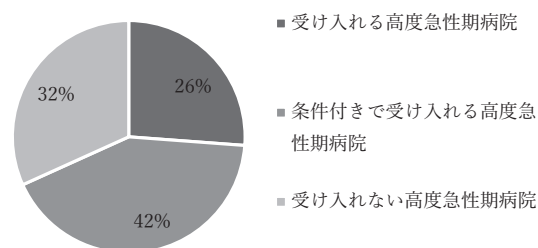


図4 高度急性期病院における受け入れの可能性 (n=233)

表1 高度急性期病院と高度急性期以外における小児入院医療管理料の算定状況

入院料	高度急性期 (n=232)	% 表示	高度急性期以外 (n=493)	% 表示
小児入院医療管理料1	48	20.7%	12	2.4%
小児入院医療管理料2	81	34.9%	40	8.1%
小児入院医療管理料3	28	12.1%	24	4.9%
小児入院医療管理料4	59	25.4%	138	28.0%
小児入院医療管理料5	4	1.7%	51	10.3%
上記以外	12	5.2%	228	46.2%

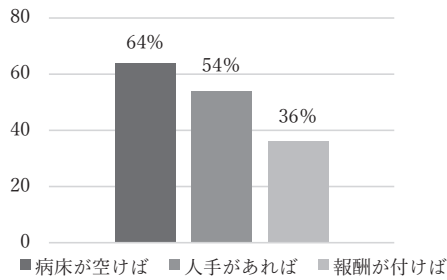


図5 条件付きで受け入れる高度急性期病院が提示する条件 (n=98)

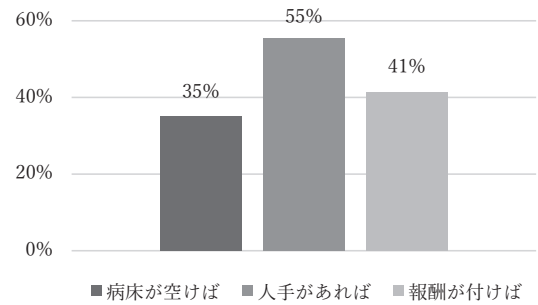


図7 条件付きで受け入れる高度急性期以外の病院が提示する条件 (n=94)

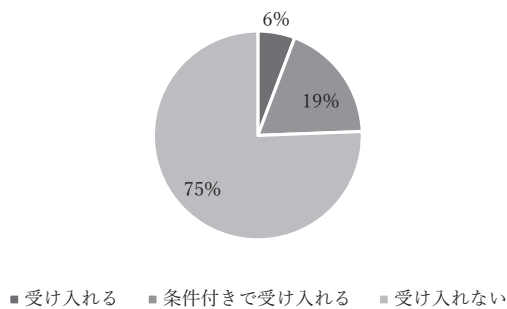


図6 高度急性期以外の病院の受け入れ可能性 (n=504)

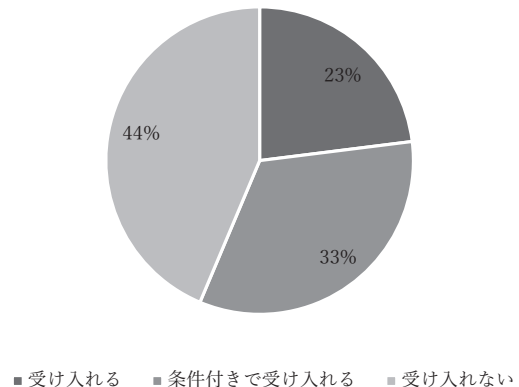


図8 重心施設の受け入れ可能性 (n=126)

も、高度急性期病院がこのような後遺症患者を受け入れて長期にリハビリ入院させることは、地域医療構想の理念に合致しない。

(3) 高度急性期以外の病院について

高度急性期以外の病院は504か所の中で、他院からの後遺症患者を受け入れる病院はわずか29か所(6%)であり、条件付きで受け入れる病院は94か所(19%)、受け入れない病院は381か所(無回答4を含む)(75%)であった(図6)。地域医療構想によれば、高度急性期以外の病院は高度急性期病院で発生した重症患者を転院させて受け入れる受け皿として機能することになっているが、これらの病院にそのような認識は薄いと言わざるをえなかった。

条件付きで受け入れる高度急性期以外の病院94か所が、受け入れるために提示した条件(複数回答可)は、「病床が空けば」(35%)、「人手があれば」(55%)、「報酬が付けば」(41%)であった。高度急性期病院と比べると人手不足の課題が大きく、病床不足の課題は少なかった(図7)。また自由記載欄には、「リハビリの体制が充実すれば」(7件)、「リハビリは入院では対応できないが外来なら可能」(5件)、「期間限定ならば」(4件)といった意見が挙げられ、入院でのリハビリ体制に課題があることが示唆された。

(4) 重心施設について

重心施設210か所のうち127か所(60%)の重心施

設から回答を得、1か所は本調査に同意しないと回答したため、それを除く126か所で解析した。「受け入れる」と答えた施設は29か所(23%)、「条件付きで受け入れる」は42か所(33%)、「受け入れない(無回答を含む)」は55か所(44%)であった(図8)。

重心施設は入所者に対して障害児医療や小児リハビリを積極的に行っているが、一般的には長期で契約入所している患者に対してその資源を投入していることが多く、在宅復帰を目指す患者に対して短中期の集中的なリハビリを提供しているところは少ない。受け入れると答えた29か所(23%)は、このような集中リハビリを提供していると考えられる。

条件付きで受け入れる重心施設42か所(33%)が提示する条件(複数回答可)としては、「病床が空けば」(72%)、「人手があれば」(40%)、「報酬が付けば」(29%)であり、病床不足が大きな課題であることが窺われた。自由記載欄では「バイタルサインやてんかんが落ち着いていれば」「人工呼吸器がなければ」「急性期医療がなければ」(合計31%)と、医学的に安定していることを条件に挙げている意見が多かった(図9)。これは裏を返せば、患者が急変したときに十分な対応ができないという不安の表れと考えられた。

重心施設において、これらの患者を受け入れる際に

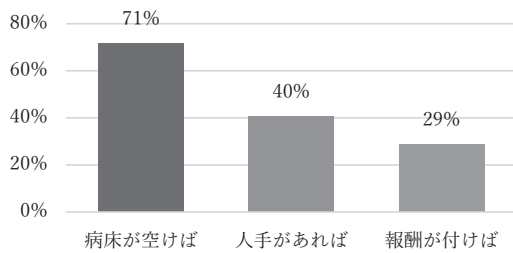


図9 条件付きで受け入れる重心施設が提示する条件 (n=42)

算定する入院料について解析した。「受け入れる」と答えた重心施設27か所と「条件付きで受け入れる」と答えた重心施設43か所との合計70か所を対象に解析した。

50か所(71%)が障害者施設等入院基本料、17か所(24%)が小児入院医療管理料、5か所(7%)が一般病棟入院基本料、1か所(1%)が回復期リハビリテーション入院料を算定していた(重複あり)。13か所(19%)は障害福祉の報酬である医療型障害児入所施設給付費のみを算定し、そのほとんどは有期有目的特定入所の給付費を算定していた(図10)。

考 察

「急性期後のリハを要する小児患者の受け入れ実態調査」を高度急性期病院、高度急性期以外の病院、重心施設で行い、それぞれの受け入れ実態を明らかにした。

重度の脳障害等の小児患者は高度急性期病院で発生し、その数は600人以上と推定された。高度急性期病院の26%は自院の患者だけでなく他院からの後遺症患者も受け入れ、42%は受け入れに前向きであった。しかしそれは、地域に後遺症患者の受け皿が他にないためであり、受け入れても早期に確実に退院させることを望んでいた。

高度急性期以外の病院では、高度急性期病院で発生した後遺症患者の転院を受け入れるところは6%しかなく、大多数(75%)はこの問題に対する関心が低いと言えた。19%は受け入れに前向きであったが、これらの病院では人手不足と入院リハビリの体制が充実していないことが課題であった。病床不足で困っている割合は少なかった。地域医療構想の実現のためには、これら地域の中核病院において小児科医を増員し、小児の入院リハビリを充実させることが必要であると考えられた。

重心施設では、後遺症患者を受け入れるもしくは条件付きで受け入れる施設が56%あったのに対し、受け入れない施設は41%あり、この問題に関しては二極化していることが示唆された。条件付きで受け入れる施設では、病床不足と病状が不安定な患者が受け入れら

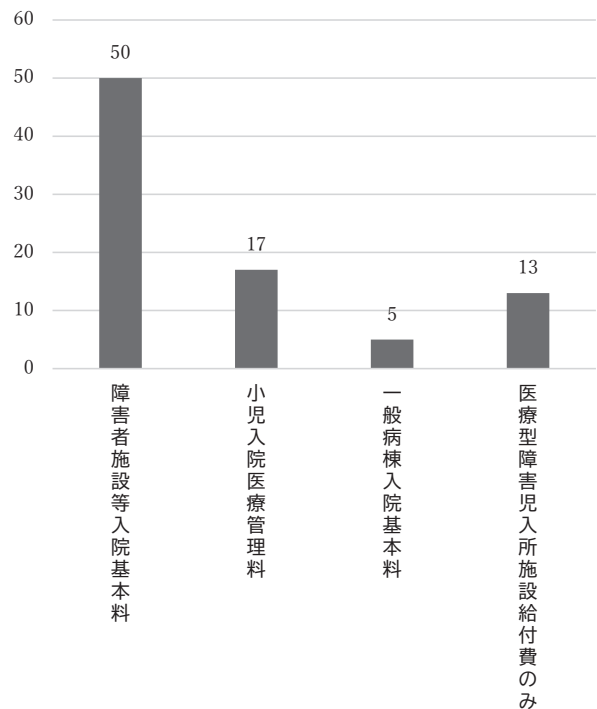


図10 患者を受け入れる際に算定する入院料 (n=70)

れないことが課題であり、患者の急変時に急性期病院へ転院させるための医療連携体制が必要と考えられた。

本調査の限界は、高度急性期病院、高度急性期以外の病院の分け方があいまいであったことや、また回答者はおそらく勤務医であり、日常診療において診療報酬をあまり意識していないと思われるため「報酬が付けば」という選択肢は低い回答率となったことが考えられた。それでも上記の結果は、現場の実態を反映した調査結果となったのではないかとと思われる。

地域医療構想は、もともと高齢者の入院医療に関する政策である。小児の入院医療においては、小児が入院治療を受けられる病院の数が年々減少傾向にあり、機能分化できるだけの病院の数がそもそもなく、近年新型コロナウイルス感染症により益々減っている³⁾。特に高度急性期以外の病院で小児が入院できる病院は比較的規模が小さく、小児科としての経営は不安定になりがちで、医師やリハビリテーションのスタッフが十分に整備できる体制にはない。高度急性期病院から発生する小児の後遺症患者は、不安定な呼吸状態への介入、年齢や体格や病状に応じた栄養管理、小児特有のリハビリテーション、患者本人や家族との丁寧なコミュニケーションといった特殊な医療やケアを必要としている。こういった患者を高度急性期以外の地域の中核病院で受け入れて退院調整に繋げるためには、小児が入院できる地域の中核病院の小児科医を増やし、これらの障害児医療と小児リハビリの体制を充実させ

ていくことが必要である。また、重心施設の中で短中期的に自宅退院を目標としたリハビリを積極的に行うところは少ない。重心施設が後遺症患者を受け入れるためには、病床不足と急変時に急性期病院へ転院させるための医療連携体制が必要になる。今後、重心施設に後遺症患者の在宅復帰を支援する機能を付与するためには、これらの課題に向き合わなければならない。

高齢者医療においては、地域医療構想を受けて、急性期医療を終えた患者の転院を回復期・慢性期病床が受け入れるための診療報酬として地域包括ケア病棟入院料の急性期患者支援病床初期加算(150点)や、療養病棟入院基本料の急性期患者療養支援病床初期加算(300点)などが設定されている¹⁾。小児医療においても地域医療構想を実現させるためには、後遺症患者の転院が促されるよう、障害者施設等入院基本料、小児入院医療管理料、一般病棟入院基本料、医療型障害児入所施設給付費に対して後遺症患者を受け入れるための新たな加算を設定する必要がある。ただ、小児入院医療管理料においてはあらゆる加算が包括される構造になっており、新たな加算が付与されないことが多い。今後は、必要な加算を必要なところに付けて頂くことを厚労省に望む。

また、地域医療構想の実現のためには、病院スタッフに対して障害児医療や小児リハビリについて学ぶ研修の機会を積極的に設けたほうが良いと思われる。地域の中核病院においてこれらの機能を充実させていけば、後遺症患者の受け入れがより円滑になり、そのノウハウが蓄積してスタッフの確保やレベルアップを図ることも期待できる。

今後の小児の入院医療のあり方を議論するときに、重心施設の機能についても再考し、さまざまな課題に対して抜本的な変革を長期的な視野で進めていくことが必要であると言える。

文 献

- 1) 「地域医療構想」厚生労働省ホームページ。
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080850.html>
- 2) 日本小児科学会社会保険委員会. 令和4年度診療報酬改定要望に関する調査について。
https://www.jpeds.or.jp/modules/activity/index.php?content_id=359
- 3) 日本小児科学会小児医療提供体制委員会. 小児医療提供体制調査報告 2019. 日児誌 2021; 125: 694-708.