

医療的ケアが必要な障害児の支援に係る 報酬・基準について 《論点等》

医療的ケア児について

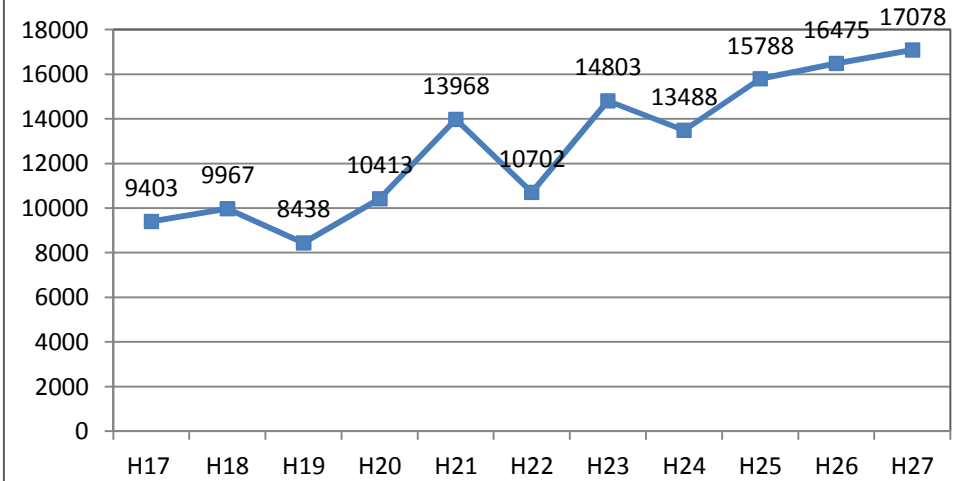
- 医療的ケア児とは、医学の進歩を背景として、NICU等に長期入院した後、引き続き人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアが日常的に必要な障害児のこと。
- 全国の医療的ケア児は約1.7万人〈推計〉 [平成28年厚生労働科学研究田村班中間報告]



- 歩ける医療的ケア児から寝たきりの重症心身障害児※1までいる。
- 生きていくために日常的な医療的ケアと医療機器が必要
例) 気管切開部の管理、人工呼吸器の管理、吸引、在宅酸素療法、胃瘻・腸瘻・胃管からの経管栄養、中心静脈栄養等

※1: 重症心身障害児とは重度の知的障害と重度の肢体不自由が重複している子どものこと。全国で約43,000人(者も含まれている)。[岡田.2012推計値]

医療的ケア児数



(平成28年度厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業「医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究(田村班)」の中間報告)

児童福祉法の改正 (平成28年5月25日成立・同年6月3日公布)

第五十六条の六第二項

「地方公共団体は、人工呼吸器を装着している障害児その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある障害児が、その心身の状況に応じた適切な保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を受けられるよう、保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を行う機関との連絡調整を行うための体制の整備に関し、必要な措置を講ずるよう努めなければならない。」

* 画像転用禁止

関係団体ヒアリングにおける主な意見

No	意見等の内容	団体名
1	○医療の進化で日々新たな状態像の対象者が現れる医療的ケア児者の特性を理解し、報酬改定で加算などを創設するに際し、支援を必要とする者の漏れのない定義、判定方法を設定すること。	全国医療的ケア児者支援協議会
2	○障害児の通所系サービスにおける医療的ケア児受入れ促進のため、医療的ケアの判定をもって重症心身障害児扱いとした上で、医療的ケア加算を創設する。	日本医師会
3	○医療的ケア児に関する報酬体系を創設することや、医療的ケア児を支援するため、看護職員を追加配置した場合の新たな加算制度を構築すること等が必要である。 また、事業所が医療的ケアへの対応を実践的に学ぶための研修体制を構築すること。	熊本県
4	○超重症児等への医療的ケアには現行基準を大幅に超える手厚い看護配置が必要である。医療的ケア児者の受け入れを促進するために、必要な医療的ケアに応じて、医療的ケア児者加算、準超重症児者加算、超重症児者加算を新設すべき。	全国重症心身障害日中活動支援協議会
5	○医療的ケア児の受け入れのためには、心身の状態を観察し、異常の有無をアセスメントでき、医療行為が実施できる看護職の配置が必要である。看護職を配置している場合には、報酬上の評価をすべき。	日本看護協会 他 (同旨：全国重症心身障害日中活動支援協議会)
6	○医療的ケア児が利用できる放課後デイサービスを整備・推進すべき。	日本看護協会
7	○医療的ケア児者の通園、通学、通所にかかる送迎について、看護職等の同乗化及び加算を創設すべき。	日本医師会
8	○「医療的ケア」の定義（判定基準）を早急に設定し、該当する場合は「重症心身障害」扱いとする。（その際には、国立療養所における、いわゆる「動く重心」との整合性を考慮し、運動機能は考慮せずに判定する）	全国手をつなぐ育成会連合会

医療的ケア児支援の報酬・基準に係る論点

医療的ケア児支援に係る論点

論点1 医療的ケア児への支援に対する評価の必要性

論点2 医療的ケア児支援の評価の方法

論点3 評価の具体的な要件

論点4 医療的ケア児の送迎の評価

論点5 その他

【論点1】 医療的ケア児への支援に対する評価の必要性

【通所】

- 児童発達支援等の障害児通所支援については、現行の報酬体系は「重症心身障害児」と「それ以外」の区分がある。
- 主として重症心身障害児を支援する事業所については、人員配置基準上、看護職員を配置することとしているため、比較的多くの事業所で医療的ケア児を受け入れ、たんの吸引や経管栄養等のケアを実施している例があるが、それ以外の事業所では、看護職員の配置に対する評価がなされていないこともあり、大半の事業所において医療的ケア児を受け入れる体制がとられていない。

【入所】

- 障害児入所施設(福祉型)においては、重度の知的障害や機能障害等に対する支援への評価(重度障害児支援加算や重度重複障害児加算等)が存在する。
- 一方、医療的ケア児への支援については、看護職員を配置した場合の加算があるものの、1人分の評価しかしておらず、医療的ケアへの対応が十分とは言えない。



- 医療技術の進歩等を背景として、医療的ケア児が増加している中で、個々の障害児やその家族の状況及びニーズに応じて、地域において必要な支援を受けることができるように、サービス提供体制を確保する必要があるのではないか。
- そのためには、障害児通所支援や障害児入所支援(福祉型)において、医療的ケア児に対する支援をより積極的に評価することが必要ではないか。

児童発達支援の基本報酬等

基本部分		利用者の数が利用定員を超える場合	又は 指導員又は保育士の員数が基準に満たない場合(1日につき)	通所支援計画が作成されない場合	開所時間減算	
児童発達支援センターで行う場合	イ 障害児(難聴児、重症心身障害児を除く)の場合	(1) 定員30人以下	(976単位)	× 70/100	× 95/100	4時間未満 × 70/100 4時間以上6時間未満 × 85/100
		(2) 定員31人以上40人以下	(917単位)			
		(3) 定員41人以上50人以下	(858単位)			
		(4) 定員51人以上60人以下	(800単位)			
		(5) 定員61人以上70人以下	(779単位)			
		(6) 定員71人以上80人以下	(759単位)			
		(7) 定員81人以上	(737単位)			
	ロ 難聴児の場合	(1) 定員20人以下	(1220単位)			
		(2) 定員21人以上30人以下	(1073単位)			
		(3) 定員31人以上40人以下	(987単位)			
		(4) 定員41人以上	(900単位)			
	ハ 重症心身障害児の場合	(1) 定員15人以下	(1152単位)			
		(2) 定員16人以上20人以下	(874単位)			
		(3) 定員21人以上	(798単位)			
児童発達支援センター以外で行う場合	ニ 障害児(重症心身障害児を除く)の場合	(1) 定員10人以下	(620単位)	× 70/100	× 95/100	4時間未満 × 70/100 4時間以上6時間未満 × 85/100
		(2) 定員11人以上20人以下	(453単位)			
		(3) 定員21人以上	(364単位)			
	ホ 重症心身障害児の場合	(1) 定員5人	(1608単位)			
		(2) 定員6人	(1347単位)			
		(3) 定員7人	(1160単位)			
		(4) 定員8人	(1020単位)			
		(5) 定員9人	(911単位)			
		(6) 定員10人	(824単位)			
		(7) 定員11人以上	(699単位)			

放課後等デイサービスの基本報酬等

基本部分		利用者の数が利用定員を超える場合	又は 配置すべき従業者の員数が基準に満たない場合(1日につき)	通所支援計画が作成されない場合	開所時間減算
イ(1) 障害児(重症心身障害児を除く)に授業終了後に行う場合	(一) 定員10人以下	(473単位)	× 70 / 100	× 95 / 100	4時間未満 × 70 / 100 4時間以上6時間未満 × 85 / 100
	(二) 定員11人以上20人以下	(355単位)			
	(三) 定員21人以上	(276単位)			
イ(2) 障害児(重症心身障害児を除く)に休業日に行う場合	(一) 定員10人以下	(611単位)			
	(二) 定員11人以上20人以下	(447単位)			
	(三) 定員21人以上	(359単位)			
ロ(1) 重症心身障害児に授業終了後に行う場合	(一) 定員5人	(1329単位)			
	(二) 定員6人	(1112単位)			
	(三) 定員7人	(958単位)			
	(四) 定員8人	(842単位)			
	(五) 定員9人	(751単位)			
	(六) 定員10人	(679単位)			
	(七) 定員11人以上	(577単位)			
ロ(2) 重症心身障害児に休業日に行う場合	(一) 定員5人	(1608単位)			
	(二) 定員6人	(1347単位)			
	(三) 定員7人	(1160単位)			
	(四) 定員8人	(1020単位)			
	(五) 定員9人	(911単位)			
	(六) 定員10人	(824単位)			
	(七) 定員11人以上	(699単位)			

医療的ケア児の支援の現状

障害児通所支援事業所における医療的ケアの実施状況(平成27年度報酬改定検証調査より)

(1)実施の有無

○児童発達支援(重症心身障害児事業所含む)

	医療ケアを実施している	医療ケアを実施していない	無回答	計
施設・事業所数	232	614	96	942
構成比%	24.6%	65.2%	10.2%	100.0%

○児童発達支援(うちその他の障害児事業所のみ)

	医療ケアを実施している	医療ケアを実施していない	無回答	計
施設・事業所数	72	494	74	640
構成比%	11.3%	77.2%	11.6%	-

○放課後等デイサービス(重症心身障害児事業所含む)

	医療ケアを実施している	医療ケアを実施していない	無回答	計
施設・事業所数	204	730	108	1,042
構成比%	19.6%	70.1%	10.4%	100.0%

○放課後等デイサービス(うちその他の障害児事業所のみ)

	医療ケアを実施している	医療ケアを実施していない	無回答	計
施設・事業所数	155	714	105	974
構成比%	15.9%	73.3%	10.8%	-

(2) 医療的ケアの行為

① 児童発達支援

○ 全事業所(重症心身障害児事業所含む)

施設・事業所数=232

	総数	割合%
医療ケアを受けている児童数(人)	1,373	-
吸引	566	41.2%
吸入・ネブライザー	177	12.9%
経管栄養(経鼻、胃ろう、腸ろう)	637	46.4%
中心静脈栄養	2	0.1%
導尿	53	3.9%
在宅酸素療法	139	10.1%
咽頭エアウェイ	4	0.3%
パルスオキシメーター	360	26.2%
気管切開部の管理(ガーゼ交換等)	222	16.2%
人工呼吸器の管理	68	5.0%
服薬管理	587	42.8%
その他	74	5.4%

○ うちその他の障害児事業所のみ

施設・事業所数=72

	総数	割合%
医療ケアを受けている児童数(人)	218	-
吸引	50	22.9%
吸入・ネブライザー	13	6.0%
経管栄養(経鼻、胃ろう、腸ろう)	69	31.7%
中心静脈栄養	0	0.0%
導尿	10	4.6%
在宅酸素療法	12	5.5%
咽頭エアウェイ	0	0.0%
パルスオキシメーター	23	10.6%
気管切開部の管理(ガーゼ交換等)	6	2.8%
人工呼吸器の管理	1	0.5%
服薬管理	117	53.7%
その他	22	10.1%

②放課後等デイサービス

○全事業所(重症心身障害児事業所含む)

施設・事業所数=204

	総数	割合%
医療ケアを受けている児童数(人)	1,019	-
吸引	310	30.4%
吸入・ネブライザー	79	7.8%
経管栄養(経鼻、胃ろう、腸ろう)	374	36.7%
中心静脈栄養	-	-
導尿	33	3.2%
在宅酸素療法	47	4.6%
咽頭エアウェイ	4	0.4%
パルスオキシメーター	212	20.8%
気管切開部の管理(ガーゼ交換等)	114	11.2%
人工呼吸器の管理	35	3.4%
服薬管理	589	57.8%
その他	39	3.8%

○うちその他の障害児事業所のみ

施設・事業所数=155

	総数	割合%
医療ケアを受けている児童数(人)	616	-
吸引	116	18.8%
吸入・ネブライザー	34	5.5%
経管栄養(経鼻、胃ろう、腸ろう)	164	26.6%
中心静脈栄養	0	0.0%
導尿	19	3.1%
在宅酸素療法	17	2.8%
咽頭エアウェイ	1	0.2%
パルスオキシメーター	73	11.9%
気管切開部の管理(ガーゼ交換等)	32	5.2%
人工呼吸器の管理	8	1.3%
服薬管理	387	62.8%
その他	25	4.1%

福祉型障害児入所施設における医療的ケアの実施状況(平成27年度報酬改定検証調査より)

(1)実施の有無

○福祉型障害児入所施設

	医療ケアを実施している	医療ケアを実施していない	無回答	計
施設・事業所数	130	65	8	203
構成比%	64.0%	32.0%	3.9%	-

○主として知的障害児を対象とした福祉型障害児入所施設

	医療ケアを実施している	医療ケアを実施していない	無回答	計
施設・事業所数	117	61	8	186
構成比%	62.9%	32.8%	4.3%	-

(2) 医療的ケアの行為

○福祉型障害児入所施設

施設・事業所数
=130

	総数	割合%
医療ケアを受けている児童数（人）	2,063	-
吸引	25	1.2%
吸入・ネブライザー	17	0.8%
経管栄養（経鼻、胃ろう、腸ろう）	8	0.4%
中心静脈栄養	0	0.0%
導尿	5	0.2%
在宅酸素療法	0	0.0%
咽頭エアウェイ	1	0.0%
パルスオキシメーター	4	0.2%
気管切開部の管理（ガーゼ交換等）	1	0.0%
人工呼吸器の管理	2	0.1%
服薬管理	1,998	96.8%
その他	48	2.3%

○主として知的障害児を対象とした福祉型障害児入所施設

施設・事業所数
=117

	総数	割合%
医療ケアを受けている児童数（人）	1,883	-
吸引	5	0.3%
吸入・ネブライザー	7	0.4%
経管栄養（経鼻、胃ろう、腸ろう）	0	0.0%
中心静脈栄養	0	0.0%
導尿	2	0.1%
在宅酸素療法	0	0.0%
咽頭エアウェイ	0	0.0%
パルスオキシメーター	1	0.1%
気管切開部の管理（ガーゼ交換等）	0	0.0%
人工呼吸器の管理	2	0.1%
服薬管理	1,856	98.6%
その他	46	2.4%

【論点2】 医療的ケア児支援の評価の方法

○ 「医療的ケア児」の支援を評価するには以下①～③の方法が考えられるが、評価の方法をどのように考えるか。

①「主として重症心身障害児を通わせる事業所」のように「主として医療的ケア児を通わせる事業所」として報酬区分を設けた上で、指定基準上で看護職員を必置とすることで基本報酬における評価を行う。

②「医療的ケア児」を支援した場合に、加算によりその行為（看護職員による医療的ケア）の評価を行う。

③人員配置基準に加え看護職員を配置した場合に、加算によりその体制の評価を行う。



○ ①、②については、医療的ケア児に対する支援を直接的に評価するものとなる。そのためには、評価の対象となる「医療的ケア児」の正確な判定基準が必要であるが、現在医療的ケア児について厳密に確立した定義は存在しておらず、見守り度や療育機能をどのように勘案するかなど、基準の確立には実証作業を含め更なる検討が必要な状況である。

○ このため、医療的ケア児の判定基準の確立に向けた作業を引き続き進める一方で、医療的ケア児に対する速やかな対応が必要である現状に照らし、次期報酬改定においては、医療的ケアの必要性に関する簡素な基準を設け、③のような体制加算の創設を検討してはどうか。

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等 (詳細版)

I. 「重症心身障害児」にあてはまらない医療的ケア児への支援の充実

(1) 医療的ケア児の重症度の判定基準の導入 【視点2】

【意見・提案を行う背景、論拠】

- 従来の「重症心身障害児」にはあてはまらないが、高度な医療的ケアが必要な子どもが増加傾向にあり(参考資料2～4頁目参照)、こうした児をケアする家族や障害児施設・各種事業所の負担が大きい(参考資料5頁目参照)。しかし、それに見合う障害福祉報酬が保障されないために、現場において適切な対応をすることが困難な状況にある。

【意見・提案の内容】

- 上記課題に対応するためには、運動機能及び医療的ケアの継続期間を考慮しない「医療依存度の重症度の判定基準」(参考資料6頁目参照)を導入し、「身体生命の安全確保のための見守り度」の指標(参考資料7頁目参照)も考慮した上で、対象となる児者は、報酬評価上「重症心身障害」と同等に扱う(医療的ケアに特化した支援を要する場合には当該支援に関する加算等を設定)よう要望する(参考資料8頁目参照)。

歩行ができ、知的障害のない医療的ケア児は重症心身障害児には該当せず、支援から外れてしまう。

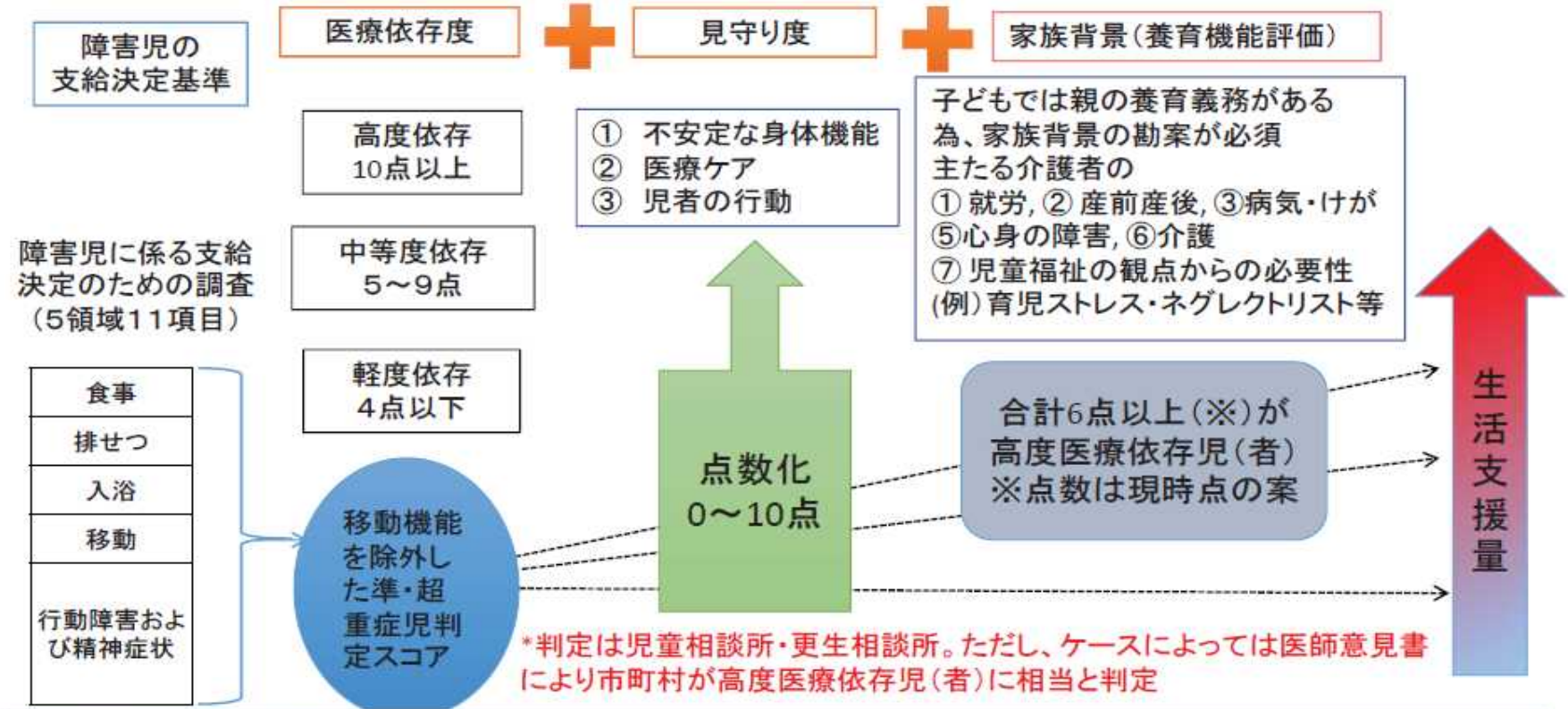
<重症心身障害児>

重度の肢体不自由と重度の知的障害とが重複した状態。医学的診断名ではなく、児童福祉の行政上の措置を行うための定義。

- ◆ 1, 2, 3, 4の範囲が重症心身障害児
- ◆ 5, 6, 7, 8は周辺児と呼ばれる

21	22	23	24	25	70
20	13	14	15	16	50
19	12	7	8	9	35
18	11	6	3	4	20
17	10	5	2	1	0
走れる	歩ける	歩行障害	座れる	寝たきり	IQ

高度医療依存児(者)の判定と生活支援のイメージ



必要な生活支援の提案

- * 相談支援専門員の退院時カンファレンス参加
- * 生活介護や居宅介護における(仮称)高度医療依存者対応加算創設
- * 訪問看護利用の柔軟化と促進
- * 小児慢性特定疾病自立支援事業利用促進
- * 介護保険制度の「療養通所介護」利用促進
- * 子ども子育て新制度「居宅訪問型保育」の活用促進
- * 障害児福祉サービスにおける居宅訪問型療育支援サービスの創設
- * 学校における看護職の配置促進と役割分担
- * 生活の場である学校や保育園への訪問看護派遣
- * 通園、通学への移動支援の運用

平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等(詳細版)

(1)医療的ケア児(者)の定義と判定方法(医療的ケア児者を報酬改正の加算の対象等にするとして)

運動機能を考慮しない「医療的ケア」の定義(判定基準)を早急に設定し、対象となる児者は報酬評価上「重症心身障害」と同等に扱う(さらに医療的ケアに特化した支援を要する場合には当該支援に関する加算等を設定)

重症心身障害と医療的ケアの相違

	医療依存度	肢体不自由	知的障害
重症心身障害(重心)	医療依存度が高い者と低い者が混在(医療依存度は条件ではない)	重度の肢体不自由であることが条件	重度の知的障害であることが条件
医療的ケア(高度医療依存)	例外なく医療依存度が極めて高い	肢体不自由であるとは限らない(内部機能障害などの者も)	重度の知的障害であるとは限らない(知的障害は軽度またはない者も)

①平易で広い意味合いを持つ定義・定義に該当することで判定とする

「他者により日常的に施される医行為を受けながら生活している子ども」
 ・平成28年度厚生科学研究田村研究班報告書 奈倉道明:医療的ケア児の定義

②医療的ケア児(者)への理解が進んでいる自治体が行っている判定(3つのうちのどれかひとつ対象になれば良い)

- 1、大島分類による重症心身障害児判定
- 2、超重症児(者)・準重症児(者)スコアによる判定(6ヶ月状態が固定を前提、終末期など進行が速い場合判定不能)
- 3、医師の診断書・意見書によるよりイレギュラーな状態の子どもへのサービス支給決定をする

③より正確な判定基準の新設

医政局:平成28年度厚生科学研究前田班提案の「小児在宅医療推進のための研究班・生活支援のための運用のしくみグループ」の基準を活用

- 1、障害児に係る支給決定のための調査(5領域11項目)
- 2、移動機能を除外した準・超重症児判定スコアによる区分
- 3、見守り度の評価(不安定な身体機能、医療ケアのシビアさ、児者の行動などによる見守りの難度を判定)
- 4、療育機能評価(主たる介護者を中心とした介護チームの支援力やストレス度を勘案する)

第4回報酬改定検討チーム議事録(抜粋)

○千把アドバイザー

4ページの(1)の3番目で、見守り度の評価とか、4番目で療養機能評価とございますが、支給決定をする市町村としましては、医療的ケア児の定義をつくる場合は、いわゆる客観的であるとか統一的な判断基準が必要ではないかと考えるわけです。その見守り度の評価とか、療養機能評価について、協会さん考えている判断基準があるのかどうかをお教えいただけますか。

○全国医療的ケア児者支援協議会

2つ目の認定のところなのですが、これは障害者の自立支援法をつくるタイミングで支援制度がある意味財政的に大きくはねたということも含めて、ケアマネジメントが大事だと。その中では認定調査をちゃんとしようという流れがあって、子供も判定するのかという議論は大分あったわけですが、子供というのは、例えば、3カ月で違う人になっていくとか、状態の変動性が高いので判定になじまないだろうということで、今は大きく3段階の目安みたいな判定をするというところに、実際の事務としてもとどまっているのだと思うのです。


その結果、例えば、先ほど言ったように、医療的ケアがシビアな子供さんが、医師の意見書を出す場面が全くないとか、そもそも目安がないので、こんなに大変だということを自治体の方に言っても、自治体の方も何を根拠に特別な決定をしていいのかということがわからないので、子供さんなどに会ってしまうと、皆さんは共感して、これはとても大変だと思うのだけれども、それを役所の中で合意形成をする根拠がないのです。

そうなってくると、子供にも一部判定をきちんとすることで、全国どこにいても必要な支援が受けられるようにするということを考えざるを得ないのではないかと考えていまして、これは報酬改定ということでは、もしかしたら1の広い書きぶりで今回はやるしかないのではないかと、現実問題としては私どもも考えています。


ただ、障害者の総合支援法の見直しとかには法律改正なども議論するわけですから、どこかのタイミングでは責任のある判定を持ち込まないと、漏れたりとか助けてもらえない子供たちが出るのではないかということで、2番目までぐらいが今回の現実的な報酬改定に連動した提案で、3番目は法改正を含みますから、そういうタイミングがあればぜひ考慮いただきたいというつもりで提案させていただいています。

【論点3】評価の具体的な要件

通所

- 論点2のような体制加算を新たに設ける場合、算定要件(対象となる事業所)をどのように考えるか。

- 単なる人員配置に対する評価とならないようにするため、医療的ケアの必要性に関する簡素な基準(p18)を設け、基準に該当する児を受け入れている事業所が看護職員を配置した場合に加算することとしてはどうか。
- さらに、基準に該当する児の数に応じて加算を上乗せしてはどうか。

入所

- 障害児入所施設における「医療的ケア児」への支援のあり方をどのように考えるか。

- 現行の報酬体系との整合性に留意しつつ、現行の看護職員を1名以上配置した場合の加算を、通所支援同様の基準に該当する障害児受け入れている施設が看護職員を2名以上配置した場合に更なる評価を行うこととしてはどうか。

<障害者に対する対応は別途議論予定>

医療的ケアの必要性に関する簡素な基準(仮案)

○ 診療報酬の「超・準超重症児(者)判定基準」から、「看護職員以外も可能な行為」を除外したスコアにより判定(各項目に規定する状態が6ヵ月以上継続する場合)。

※運動機能は考慮しない

【算定要件(仮案)】

- ・○点以上の障害児が1人以上いる場合:看護職員1名分を評価
- ・○点以上の障害児が○人以上いる場合:看護職員2名分を評価など

判定スコア		判定スコア	
	スコア		スコア
①レスピレーター管理	=10	⑦IVH	=10
②気管内挿管、気管切開	=8	⑧経口摂取(全介助)	=3
③鼻咽頭エアウェイ	=5	経管(経鼻・胃ろう含む)	=5
④酸素吸入	=5	⑨腸ろう・腸管栄養	=8
⑤1回/時間以上の頻回の吸引	=8	接続注入ポンプ使用(腸ろう・腸管栄養時)	=3
6回/日以上以上の頻回の吸引)	=3	⑩手術・服薬にても改善しない過緊張で	
⑥ネブライザー6回/日以上または継続使用	=3	発汗による更衣と姿勢修正を3回/日以上	=3
		⑪継続する透析(腹膜灌流を含む)	=10
		⑫定期導尿(3/日以上)	=5
		⑬人工肛門	=5
		⑭体位交換6回/日以上	=3

診療報酬における超重症児(者)・準超重症児(者)

①運動機能は座位まで、②呼吸管理、食事機能、消化器症状の有無(胃・食道逆流の有無)、定期導尿、体位変換などの各項目に規定する状態が6か月以上継続し、各項目のスコアの合計が

→ 25点以上である場合…**超重症児(者)**

→ 10点以上25点未満である場合…**準超重症児(者)**

※基本診療科の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて(平成26年3月5日保医発第0305第1号)別添6の別紙14の「超重症児(者)・準超重症児(者)の判定基準」による判定スコアにより超重症児(者)等を判定することになっている。

超重症児(者)・準超重症児(者)の判定基準

以下の各項目に規定する状態が6か月以上継続する場合に、それぞれのスコアを合算する。

1. 運動機能：座位まで(共通項目)

2. 判定スコア

	スコア		スコア
①レスピレーター管理	=10	⑦IVH	=10
②気管内挿管、気管切開	=8	⑧経口摂取(全介助)	=3
③鼻咽頭エアウェイ	=5	経管(経鼻・胃ろう含む)	=5
④酸素吸入	=5	⑨腸ろう・腸管栄養	=8
⑤1回/時間以上の頻回の吸引	=8	接続注入ポンプ使用(腸ろう・腸管栄養時)	=3
6回/日以上以上の頻回の吸引)	=3	⑩手術・服薬にても改善しない過緊張で	
⑥ネブライザー6回/日以上または継続使用	=3	発汗による更衣と姿勢修正を3回/日以上	=3
		⑪継続する透析(腹膜灌流を含む)	=10
		⑫定期導尿(3/日以上)	=5
		⑬人工肛門	=5
		⑭体位交換6回/日以上	=3

運動機能が座位までであり、かつ、判定スコアの合計が25点以上の場合を超重症児(者)、10点以上25点未満の場合を準超重症児(者)

重症心身障害児(者)

重症心身障害児(者)

重度の知的障害及び重度の肢体不自由が重複した状態を重症心身障害といい、その状態にある子どもを重症心身障害児、さらに18歳以上の人も含めて「**重症心身障害児(者)**」という。

医学的診断名ではなく、児童福祉法上の定義である。国において、判断基準は明示していないが、現在では、いわゆる「大島分類」で判定するのが一般的である。

大島分類表

			(IQ)		
			80		
21	22	23	70	24	25
20	13	14	50	15	16
19	12	7	35	8	9
18	11	6	20	3	4
17	10	5	0	2	1
走れる	歩ける	歩行障害		すわれる	寝たきり

- 1 1~4の範囲に入るものが重症心身障害児(者)
- 2 5~9は重症心身障害児の定義には当てはまりにくいですが、
 - ① 絶えず医学的管理下に置くべきもの
 - ② 障害の状態が進行的と思われるもの
 - ③ 合併症のあるものが多く、「周辺児」と呼ばれている。

【論点4】医療的ケア児の送迎の評価

○ 医療的ケア児を送迎した場合の評価についてどのように考えるか。

○ 医療的ケア児の厳密な定義がない中、医療的ケア児に対して送迎支援を行った場合、どのような評価が可能か分析した上で、送迎加算の見直しを検討してはどうか。

【現行の送迎加算の概要】

内容	加算単位数
障害児（重症心身障害児を除く）に対して行う場合（児童発達支援センター以外の事業所に限る）	54単位/回
重症心身障害児に対して行う場合 ※重症心身障害児に対する送迎については、基本報酬で評価していることから、本加算は運転手に加え、直接支援業務に従事する職員を配置した場合に算定できる。	37単位/回

【論点5】その他

- 看護職員を直接配置しない場合の医療的ケア児の支援の評価についてどのように考えるか。
- 現行の医療連携体制加算の単価(1日500単位)では、十分な支援(長時間)が行えないのではないか。



- 医療機関との連携等により、外部の看護職員が事業所を訪問して障害児に対して看護を行った場合等を評価する「医療連携体制加算」の見直し(例えば、長時間支援を上乗せして評価など)を検討してはどうか。

【現行の医療連携体制加算の概要】

	加算単位数	内容
医療連携体制加算(Ⅰ)	500単位/日	看護職員が事業所を訪問して障害児に対して看護を行った場合(障害児1人)
医療連携体制加算(Ⅱ)	250単位/日	看護職員が事業所を訪問して障害児に対して看護を行った場合(障害児2人以上8人以下)
医療連携体制加算(Ⅲ)	500単位/日	看護職員が介護職員等にたんの吸引等に係る指導のみ行った場合
医療連携体制加算(Ⅳ)	100単位/日	研修を受けた介護職員等がたんの吸引等を実施した場合

【算定率(H29.4国保連データ)】

児童発達支援:2.8%

放課後等デイサービス:2.2%