令和２年度厚生労働省委託事業
在宅医療関連講師人材養成事業
―小児を対象とした在宅医療分野―

小児在宅医療に関する人材養成講習会

オンライン開催

【日　時】●オンデマンド配信による講義
令和２年10月５日（月）～31日（土）

●日本医師会と各都道府県医師会を繋ぐテレビ会議システムを使用したグループワーク
令和２年10月29日（木）14：00～17：00

【主　催】国立研究開発法人　国立成育医療研究センター

【後　援】日本医師会

国立研究開発法人　国立成育医療研究センター

ごあいさつ



令和２年度　在宅医療関連講師人材養成事業
（小児を対象とした在宅医療分野）

平成28年６月の児童福祉法等の改正で、医療的ケアが必要な子どもへの支援が自治体の努力義務とされました。また、平成30年12月には成育基本法が成立し、すべての妊婦、子どもに、妊娠期から成人期までの切れ目のない医療・教育・福祉を提供することの重要性が定められ、国や地方公共団体、関係機関に必要な施策を実施する責務が明記されました。医療的ケア児やその家族が、ニーズに応じたサービス・支援が受けられるよう、今後も体制づくりを進めていかなければなりません。

また近年、地震や豪雨災害が頻発しています。医療的ケア児は、さまざまな医療機器を使用し、避難にも支援を要するため、電源や避難先・避難手段の確保等の備えを早急に整える必要があります。さらには、新型コロナウイルス感染症の影響により、消毒液等の物資不足や保護者罹患時の体制など、新たな課題も生じています。

各地域における支援体制の整備は、医療的ケア児を取り巻く状況や制度等を十分に理解し、リーダーシップを発揮できる人材の育成にかかっていると言っても過言ではありません。その意味で、本講習会が果たす役割は大変重要であると考えております。本講習会に参加される皆様は、まさに地域で中心となって活動していただくことが期待される方々です。医療的ケア児･家族が､地域で安心してすこやかに暮らせるよう､ご尽力賜りますよう、心よりお願い申し上げます。

日本医師会常任理事　松本吉郎

目　次

Ⅰ. オンデマンド配信による講義 …… 7
Ⅱ. 日本医師会と各都道府県医師会を繋ぐテレビ会議システムを使用したグループワーク… 8

日本医師会の取り組み

松本 吉郎 …… 10

総　論 1

総論 1－1
小児在宅医療基盤整備に向けた課題　田村 正徳 …… 27

総論 1－2
小児在宅医療に関わる機関・職種　岩本 彰太郎 …… 55

総論 1－3
医療機関の役割　中村 知夫 …… 69
（小児科診療所・在支診・後方支援病院・重心施設）

総論 1－4
行政の役割　奈倉 道明 …… 101

総　論 2

通所・訪問サービスの役割　小沢 浩　梶原 厚子 …… 121
（相談支援専門員、児童発達支援、放課後デイ、特別支援学校、訪問看護、訪問リハ）

総　論 3

成人を診る在宅医との連携　和田 忠志 …… 139

支　援

支援 1
在宅での生活支援　前田 浩利 …… 153

支援 2
患者中心の多職種連携　宮田 章子 …… 159

支援 3
病院での退院支援　中村 知夫 …… 173

支援 4
在宅での生活支援　竹本 潔 …… 187
～療育施設の役割～

支援 5
在宅医の緊急時対応　土畠 智幸 …… 201

支援 6
在宅での終末期対応　前田 浩利 …… 211

技　術 1

技術 1－1
呼吸に関する医療ケア　竹本 潔 …… 219
技術 1－2
栄養に関する医療ケア　梶原 厚子 …… 239

技　術 2

技術 2－1
小児在宅医療における診療報酬　大山 昇一 …… 259
技術 2－2
制度　奈倉 道明 …… 277

研修会の企画・運営

研修会の企画・運営 1
研修会の企画立案　土畠 智幸 …… 303
研修会の企画・運営 2
研修会のコンテンツ及び講師の選定　奈倉 道明 …… 313
研修会の企画・運営 3
研修会当日の運営及び事後フォローアップ　奈倉 道明 …… 327

都道府県での体制づくり

都道府県での体制づくり 1
医療・福祉等の地域資源の把握　奈倉 道明 …… 335
都道府県での体制づくり 2
医療連携体制の構築　土畠 智幸 …… 343

Ⅰ．オンデマンド配信による講義　令和２年10月５日（月）～31日（土）

◉必修講義		演者 タイトル	時間
◉		松本 吉郎 先生（日本医師会理事） 日本医師会の取り組み	15分
◉	総論1-1	田村 正徳 先生（埼玉医科大学 小児科客員教授） 小児在宅医療基盤整備に向けた課題	30分
◉	総論1-2	岩本 彰太郎 先生（三重大学医学部附属病院小児トータルケアセンター センター長） 小児在宅医療に関わる機関・職種	20分
◉	総論1-3	中村 知夫 先生（成育医療研究センター 在宅診療科診療部長） 医療機関の役割（小児科診療所・在支診・後方支援病院・重心施設）	30分
	総論1-4	奈倉 道明 先生（埼玉医科大学 小児科講師） 行政の役割	20分
	総論 2	小沢 浩 先生（島田療育センターはちおうじ 所長） 通所・訪問サービスの役割（相談支援専門員、児童発達支援、放課後デイ、特別支援学校、訪問看護、訪問リハ）	20分
◉	総論 3	和田 忠志 先生（医療法人社団実幸会いらはら診療所 在宅医療部長） 成人を診る在宅医との連携	20分
◉	支援 1	前田 浩利 先生（医療法人財団はるたか会 理事長） 在宅での生活支援	15分
◉	支援 2	宮田 章子 先生（さいわいこどもクリニック 院長） 患者中心の多職種連携	15分
	支援 3	中村 知夫 先生（成育医療研究センター 在宅診療科診療部長） 病院での退院支援	15分
◉	支援 4	竹本 潔 先生（大阪発達総合療育センター 小児科部長・医務部長） 在宅での生活支援 ～療育施設の役割～	15分
	支援 5	土畠 智幸 先生（医療法人稲生会 理事長） 在宅医の緊急時対応	15分
	支援 6	前田 浩利 先生（医療法人財団はるたか会 理事長） 在宅での終末期対応	15分
	技術1-1	竹本 潔 先生（大阪発達総合療育センター 小児科部長・医務部長） 呼吸に関する医療ケア	20分
	技術1-2	梶原 厚子 先生（株式会社スペースなる 代表） 栄養に関する医療ケア	20分
	技術2-1	大山 昇一 先生（埼玉県済生会川口総合病院小児科 主任部長） 小児在宅医療における診療報酬	20分
◉	技術2-2	奈倉 道明 先生（埼玉医科大学 小児科講師） 制度	20分

Ⅱ．日本医師会と各都道府県医師会を繋ぐテレビ会議システムを使用したグループワーク（LIVE配信）
令和２年10月29日（木）14：00 ～ 17：00

トピックスとして新型コロナウイルス禍における小児在宅医療を取り上げます。

タイトル	時間
1）地域（東京都と地方都市）において生じた問題点	15分×2
2）学校と病院で生じた問題点	15分×2
3）グループワークを２時間程行っていただき、結果を共有する。	120分

日本医師会の取り組み

松本 吉郎

1 医師会の概要



*東京都文京区
本駒込の日本医師会館

郡市区等医師会（890）
《うち、大学医師会（67）》
204,185人（令和元年11月1日現在）

都道府県医師会（47）
189,986人（令和元年11月1日現在）

公益社団法人
日本医師会

日本の医師総数
（約32.7万人）の
うち約53%が加入

日本医師会会員数
172,763人（R1.12.1現在）
内 開業医 83,368人
勤務医他 89,395人

世界医師会に認められた、日本で唯一の
医師個人資格で加入する団体です。

日本医師会初代会長



北里柴三郎先生
平成15年文化人郵便切手より

1

日本医師会、都道府県医師会、郡市区等医師会は、それぞれ独立した法人組織であるが、密接な連携のもとに活動している。
日本医師会会員の約半数は勤務医であり、「開業医のための団体」ではない。

2 医師会組織の強みを活かした地域医療の推進



地域に密着

会員は、さまざまな診療科、専門性を持ち、多くは、地域住民のかかりつけ医



市区町村：郡市区医師会

緊密な連携

都道府県：都道府県医師会

緊密な連携

国：日本医師会

厚生労働省、都道府県庁、市区町村との協議、連携



ヨコの広がり

医師会は、全国各地に存在。全国をカバー



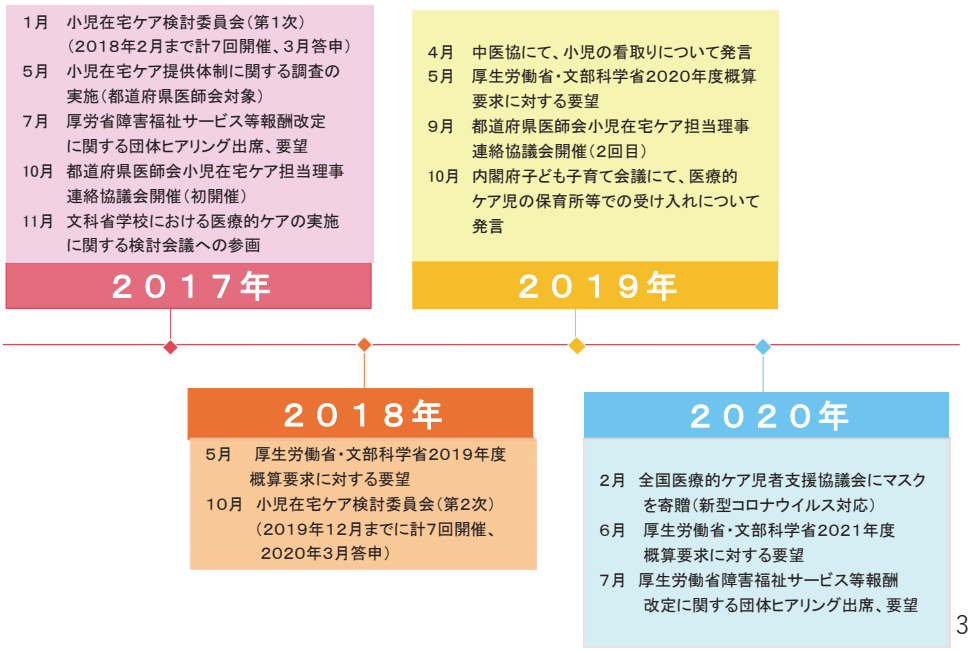


医師の生涯研修などを実施

2

郡市区医師会は、市区町村行政と協議を行いながら、学校健診や乳幼児健診、予防接種などの予防医療や、一次救急医療体制の維持などを行っている。
都道府県医師会は、各都道府県行政と密接な連携、協議のもと、各都道府県の医療政策に協力している。
日本医師会は、国・官公庁に対して医療政策に関する様々な提言を行っている。

3 日本医師会の取り組み



日本医師会では、小児在宅ケア検討委員会を設置するなどして小児在宅ケアの問題に取り組むとともに、都道府県医師会でも取り組みを進めていただくよう活動しているところである。

4 小児在宅ケア検討委員会

１．小児在宅ケア検討委員会（2018・2019年度）

会長諮問：医療的ケア児を支える体制の整備について
～医師会による取り組みのさらなる推進～

◆2018年10月～2019年12月までに計7回開催
◆2020年3月　答申
災害時の対応、教育・保育分野における課題、各都道府県・圏域毎に設置される「協議の場」への医師会の参画等について、提言をとりまとめた。

＜委員（１１名）＞
田村 正徳（埼玉医科大学総合医療センター小児科特任教授）
中尾 正俊（大阪府医師会副会長）
中村 知夫（国立成育医療研究センター総合診療部部長）
野田 正治（愛知県医師会理事）
福岡　寿（日本相談支援専門員協会顧問）
前田 浩利（医療法人財団はるたか会理事長）
峯　眞人（日本小児科医会理事）
宮田 章子（東京都医師会乳幼児保健委員会委員）
久保田 毅（神奈川県医師会理事）
髙村 一志（宮崎県医師会常任理事）
藤本　保（大分県医師会常任理事、日本医師会学校保健委員会委員長）

4

2018・2019年度の委員会では、災害時の対応や、教育・保育分野における課題、「協議の場」への医師会の参画等について検討した。

5 令和元年度小児在宅ケア検討委員会答申について

答申　目次

日本医師会ホームページに掲載しています。
http://www.med.or.jp/nichiionline/article/009212.html

はじめに
1．災害への対応
（1）小児在宅医療においては電源確保が最重要課題
（2）災害時要援護者避難支援プラン作成に向けて
（3）災害対応の課題及び対策（大阪北部地震・台風21号を経験して）
（4）ＥＭＩＳ、ＤＭＡＴへの支援要請
（5）医師会としての対応
2．医療的ケア児の教育・保育機会の確保に向けて
（1）はじめに
（2）教育と医療的ケア児の現状
（3）文部科学省「学校における医療的ケアの実施に関する検討会議」について
（4）医師会の役割
（5）学校医の役割
（6）保育所での受け入れ
3．医師会として、医療的ケア児と家族を支えるシステムの構築
（1）小児の在宅医療提供体制の確保に向けて
（2）円滑なトランジションに向けて
（3）「医療的ケア児支援のための関係機関の協議の場」への積極的な参画について
（4）医療的ケア児及びその家族、同胞に対する定期予防接種、公的乳幼児健診などの実施の重要性について
4．レスパイトの課題と改善方策
5．医療的ケア児等コーディネーターの専任化と基幹相談支援センターへの配置
付録・参考文献

5

6 都道府県医師会小児在宅ケア担当理事連絡協議会

2．都道府県医師会小児在宅ケア担当理事連絡協議会

2020年度も10月に開催予定。以下は2019年度の内容

【趣旨】
医療的ケアを日常的に必要としながら在宅で療養する子どもたちが増えている中、小児の在宅医療は成人に比べ医療資源が不足しており、その整備が課題となっている。小児も含めた地域包括ケアシステムとしての受入体制の充実に向け、地域医師会の役割が期待されている。また、学校に在籍する医療的ケア児も増え、文部科学省においては学校における医療的ケアの実施に関して検討が行われたところであり、厚生労働省における保育所での受入れも同様の方向である。これらの点からも地域医師会や学校医・園医の関与が望まれている。医療的ケア児の療養・成長とその家族の生活を支える社会的インフラの整備に、医師会としても一翼を担うべく、諸課題について協議する。

日時：２０１９年９月２５日　１４時～１６時３０分
場所：日本医師会館小講堂
参加者：都道府県医師会担当理事、事務局等　１６３名参加
（テレビ会議システムにより全国に配信。担当理事以外に、小児科医・内科医、大学関係者、行政関係者の参加もあった。）

＜プログラム＞
（1）小児在宅ケアを巡る現状と課題
①小児在宅ケア検討委員会の検討状況について
埼玉医科大学総合医療センター小児科特任教授　田村 正徳
②在宅医の立場から
医療法人財団はるたか会理事長　前田 浩利
（2）医療的ケア児に関する施策について（行政の立場から）
①医療的ケア児に関する施策について（厚生労働省）
②学校における医療的ケアの実施について（文部科学省）
（3）医師会の取り組み
①群馬県医師会　群馬県医師会副会長　川島　崇
②福井県医師会　福井県医師会長　池端　幸彦
③三重県医師会　三重県医師会理事　野村　豊樹
④大阪府医師会　大阪府医師会副会長　中尾　正俊

6

都道府県医師会の小児在宅ケアの担当理事に、小児在宅に関わる現状と課題、行政の施策、各医師会の取り組みについて知ってもらい、各地域での取り組みを進めていただくよう要請した。

7 厚生労働省・文部科学省への概算要求要望（1）

3．厚生労働省・文部科学省への概算要求要望

日本医師会では、毎年各省庁に概算要求に対する要望を行っている。
2021年度予算に関して、医療的ケア児に対する支援として、以下の内容を厚生労働省、文部科学省に要望した。

2.4. 学校保健の推進

（4）特別支援学校等における医療的ケアの充実

障害者差別解消法に伴う特別支援学校等での医療的ケアが必要な児童生徒の増加に伴い、それに対応できる専門知識を持つ看護師の配置を特別支援学校のみならず普通学校への拡充と共に、医療的ケア児の通学に関し送迎車両への看護師の同乗等に対する支援を行う。



【前年度継続要望】
【＜継続＞2021年度要望額50億円、2020年度予算額50億円（1/3）】
【要望先：文部科学省初等中等教育局】

7

日本医師会では、毎年各省庁に概算要求に対する要望を行っている。
2021年度予算に向けては、主に、学校等への看護師の配置・通学に関する支援、災害対策等について要望した。

8 厚生労働省・文部科学省への概算要求要望（2）

5.1.2. 居宅等における医療の提供に関する事業

都道府県が計画するもののうち、特に有用と思われる以下の項目を優先して採用する。

（1）小児在宅ケアの支援（相談支援専門員等の養成、地域の関係者（保健、医療、介護、福祉、教育、保育等）の連携・研修、保護者のレスパイト等）

（3）在宅医療を担う医師、看護職員等を養成するための啓発事業への支援
（例：小児科医を対象とした小児在宅研修、在宅の患者・患児や在宅に従事する医療従事者と接する機会の提供等）

【要望先：医政局】

8

9 厚生労働省・文部科学省への概算要求要望（3）

7. 災害対策への予算確保

（1） 地域包括ケアの視点に立った要配慮者（高齢者、医療的ケア児等の在宅患者等）の支援体制の構築

医療的ケア児や在宅酸素患者といった要配慮者等の生命を守るため、保健・医療・介護・福祉・教育等の関係者により平常時からの連携体制の構築、災害発生時の電源確保、避難先の整備等の支援体制を構築する。

【前年度継続要望】
【＜新規＞2021年度要望額4，700万円（1/1）】
【要望先：医政局、社会・援護局】

（5） 在宅医療における災害対策の推進

停電時において「医療的ケア児」や要介護者等の生命を守るため、在宅医療機関における自家発電機、ポータブル発電機や外部バッテリー等の整備、地方自治体や地域医師会による支援体制（電気自動車や近隣施設からの電源利用、訓練、避難先確保等）を推進する。



【前年度継続要望】
【＜新規＞2021年度要望額4億7，000万円（1/1）】
【要望先：医政局】

9

10 医師会の役割

日本医師会	都道府県医師会・郡市区医師会
国レベル ① 都道府県医師会へ、先進的な取り組みや、指針・マニュアル等の紹介。 ② 厚生労働省、文部科学省などに、医療的ケア児の支援体制整備のための政策、診療報酬評価、予算等について要望していく。	地域レベル ① 「医療的ケア児支援の協議の場」への参画（都道府県、圏域毎） ② 行政と連携し、地域の医療的ケア児の人数やニーズを把握 ③ 小児の在宅医療に対応する医療機関・訪看ST等医療資源の把握 ④ 中核病院等からの退院患者と在宅医のマッチング ⑤ 委員会を設置し、地域の課題について協議 ⑥ 小児在宅医療に関する研修会の開催

（2016・2017年度小児在宅ケア検討委員会報告書より）

10

前期の委員会報告書に記載された医師会の役割として、都道府県医師会・郡市区医師会レベルでは、行政との連携のもとでの医療的ケア児の実態把握、医療資源の把握、退院患者と在宅医のマッチングなどが挙げられている。
また、「医療的ケア児支援のための協議の場」に医師会として積極的に参画していく必要がある。

11 医療的ケア児支援のための関係機関の協議の場（1）

厚生労働省資料

医療的ケア児支援のための関係機関の協議の場の設置について

■ 協議の場の設置状況（令和元年8月1日時点）

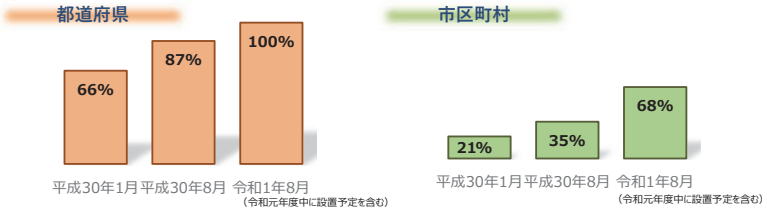
【調査方法】
厚生労働省障害保健福祉部障害福祉課から各都道府県の障害福祉部門に調査票を配布。都道府県の障害福祉部門から都道府県内他部局及び市区町村へ調査を依頼し、各都道府県障害福祉部門で取りまとめて厚労省に報告。（令和元年8月1日時点）

	協議の場の数[注1)]	協議の場を設置している自治体数[注1)]	全自治体数	設置率
都道府県	72	47	47	100%
指定都市	23	20	20	100%
市区町村	754[注2)]	1,185[注3)]	1,741	68%

注１）令和元年度中に設置予定を含む　注２）圏域の協議の場の数を含む　注３）圏域で設置している市町村を含む

<参考>

	圏域で設置	市区町村単独で設置	圏域と単独両方設置
市区町村数	675	573	63



11

厚生労働省の調査（令和元年8月1日時点）では、都道府県レベルでは協議の場は100%設置されているが、市区町村・圏域レベルでは68%の設置にとどまっている。

12 医療的ケア児支援のための関係機関の協議の場（2）

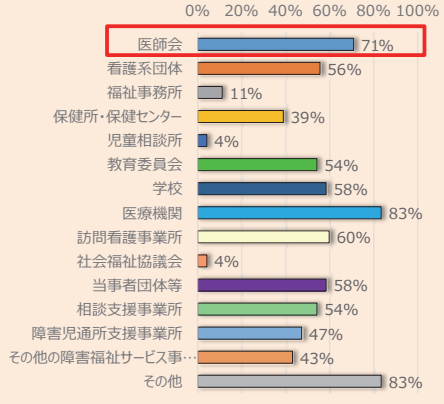
厚生労働省資料

医療的ケア児支援のための関係機関の協議の場　構成員の状況

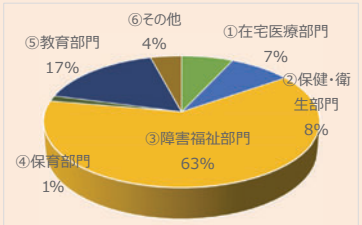
R1.8.1時点

都道府県

■ 協議の場の数：72
■ 協議の場の構成員となっている団体、事業所等の割合



■ 協議の場の事務局を担う部門



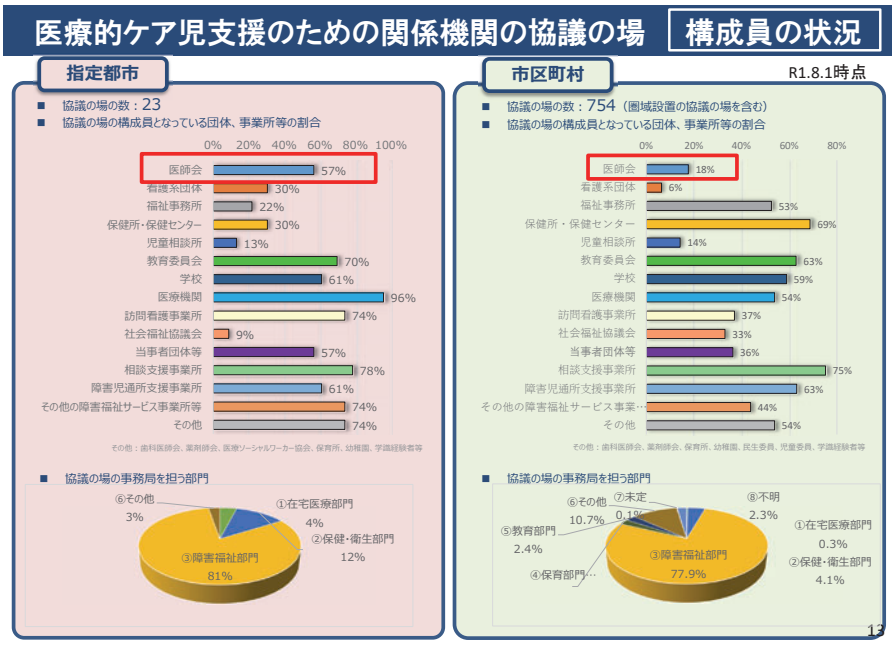
その他：市町村、歯科医師会、薬剤師会、小児科医会、保育協会、公共職業安定所、学識経験者等

12

都道府県の「協議の場」では、医師会の参画は71%となっている。

13 医療的ケア児支援のための関係機関の協議の場（3）

厚生労働省資料



市区町村の「協議の場」における医師会の参画は18%にとどまっており、郡市区医師会への周知及び参画の要請が必要である。
ぜひ、行政側からも郡市区医師会に対して参画を要請していただきたい。

14 大阪府医師会の取り組み

大阪府内市町村（43）における医療的ケア児を地域で支援するための協議の場の設置状況

【令和元年度までに設置済み】34市町

◆既存の会議活用状況

自立支援協議会の既存の部会や会議を活用	12市1町
要保護児童対策地域協議会の既存の部会を活用	2市
その他の既存の会議を活用	2市
保健所の小児在宅医療地域連携連絡会等を活用	4市3町
新規	8市2町

左記34市町のうち、

◆医師会が参画している自治体（8市4町）

大阪市・岸和田市・枚方市・箕面市・貝塚市・寝屋川市・泉南市・阪南市・豊能町・熊取町・岬町・田尻町

◆医師のみが参画している自治体（5市）

堺市・吹田市・泉佐野市・和泉市・柏原市

【令和2年度設置予定】4市町村
守口市・池田市・八尾市・千早赤阪村

【未定】5市町
大東市・藤井寺市・島本町・太子市・河南町

大阪府は、協議の場が未設置の市町村に実際に足を運び、ヒアリングをする等、積極的な働きかけを実施。

→ **府下全市町村への設置を目指す**

大阪府医師会中尾正俊副会長作成資料 14

大阪府医師会では、協議の場が未設置の市町村に積極的な働きかけを行っている。

15 まとめ

医療的ケア児に関する課題は、医療・福祉・保育・教育と多岐にわたります。

我々医師会としては、まずは在宅医療提供体制の確保が第一義的な役割ではありますが、それに留まらず、福祉分野への理解を深めるとともに、保育・教育の現場での受け入れにあたっても役割が求められています。

引き続き、医療的ケア児及び家族の方々の支援の充実に向け、取り組んでまいります。



日医君（にちいくん）

15

16 参考　各地域医師会の取り組み

参考　各地域医師会の取り組み

17 大阪府医師会の取り組み（1）

小児在宅医療体制の充実に向けて



大阪府医師会は大阪小児科医会・大阪府内科医会と協働し、小児在宅医療・移行期医療の推進に向け事業展開

大阪府医師会中尾正俊副会長作成資料 17

18 大阪府医師会の取り組み（2）

小児在宅医療同行訪問研修

【目的】小児在宅医療への理解促進、トランジション問題の解決への小児科医と内科医の円滑な連携推進を図る
【方法】内科医師が小児在宅訪問診療を行う医師に同行する形で実施

令和元年度 参加医師：5名

○診療科

	件数
①内科	2
②小児科	4
③その他	1

※複数回答あり

・心療内科 1件
・放射線内科 1件

○参加動機

	件数
①興味があったから	5
②その他	1

※複数回答あり

・地区医師会で小児在宅を取り組む立場のため

○今回の同行研修を体験して、小児の訪問診療への理解が深まりましたか？

	件数
①たいへんそう思う	3
②そう思う	2

○小児の訪問診療の依頼があった場合、引き受けは可能ですか？

	件数
①可能	1
②困難（現時点では）	2
③分からない	2

【困難・分からない】の理由

・現時点では困難。クリニックの体制が整えば可能。
・診療報酬上の学習が不十分
人工呼吸器管理や胃瘻管理等のスキルが必要であると思う。
・初めの一歩を踏み出すにあたり、ある程度安定した症例を数件経験したい

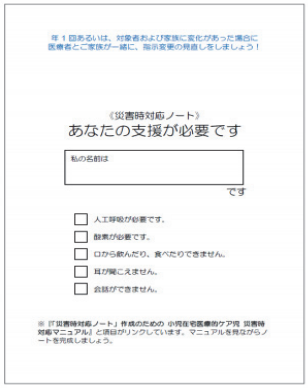
大阪府医師会中尾正俊副会長作成資料 18

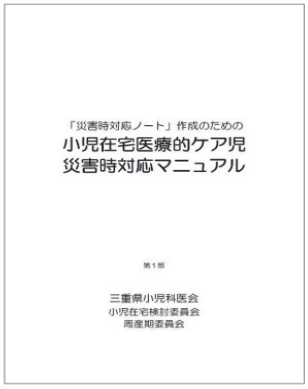
19 三重県医師会・小児科医会の取り組み（1）

《災害時対応ノート》あなたの支援が必要です

医療的ケア児の為の災害時対応ノート
小児在宅医療的ケア児災害時対応マニュアル
作成・配布

→三重県医師会・小児科医会ホームページへ掲載





三重県医師会野村豊樹理事作成資料 19

20 三重県医師会・小児科医会の取り組み（2）

県内郡市医師会小児在宅医療相談窓口医師

郡市医師会	ペア
①桑名地区	小児科医・成人診療科医
②いなべ地区	小児科医・小児科医
③四日市地区	小児科医・成人診療科医
④鈴鹿市	小児科医・成人診療科医
⑤亀山	小児科医・成人診療科医
⑥津地区	小児科医・成人診療科医
⑦久居一志	小児科医・成人診療科医
⑧松阪地区	小児科医・成人診療科医
⑨伊勢地区	小児科医・成人診療科医
⑩志摩	小児科医・成人診療科医
⑪紀北	小児科医・成人診療科医
⑫紀南	産婦人科医・成人診療科医
⑬伊賀	小児科医・成人診療科医
⑭名賀	小児科医・成人診療科医

【郡市医師会の役割】
①在宅症例の相談窓口
— かかりつけ医・支援医の調整
— 訪問／外来対応

②症例を通して
— 地域課題抽出
— 連携体制支援

【県医師会の役割】
①定期的運用課題整理

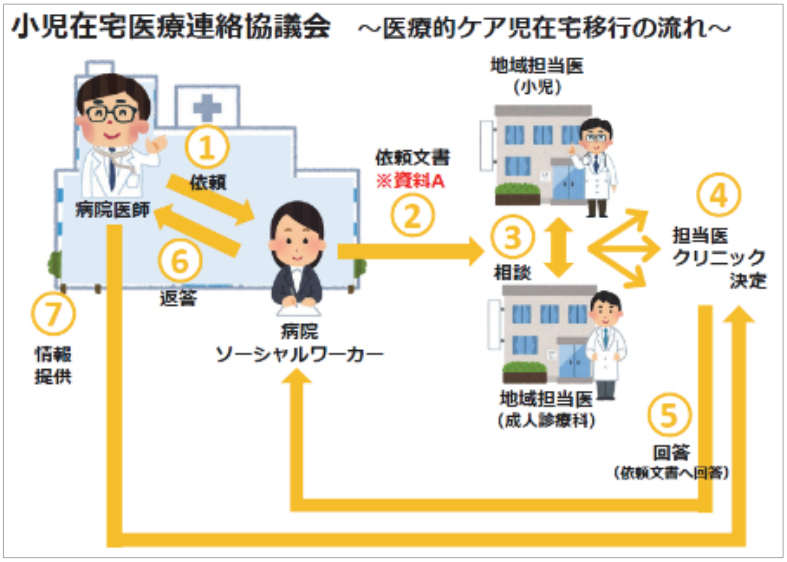
②人材育成研修会実施

③日本医師会への提言

三重県医師会野村豊樹理事作成資料 20

21 三重県医師会・小児科医会の取り組み（3）

三重県医師会小児在宅医療連絡協議会の設置



三重県医師会野村豊樹理事作成資料

22 三重県医師会・小児科医会の取り組み（4）

医療的ケア児在宅移行情報提供

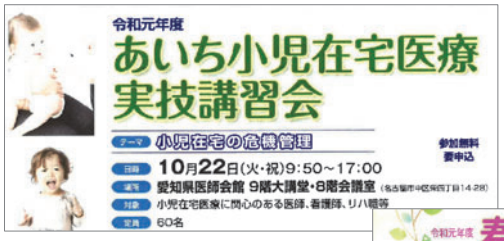


三重県医師会野村豊樹理事作成資料

23 愛知県医師会・各郡市区医師会・小児科医会の取り組み

愛知県医師会・各郡市区医師会・小児科医会の取り組み

2020年度も開催予定（検討中）



↑主催：愛知県医師会、愛知県、名古屋大学大学院

主催：愛知県医師会
共催：春日井市医師会
小牧市医師会
春日井市小児科医会
小牧市小児科医会
愛知県小児科医会





←主催：愛知県医師会
共催：刈谷医師会
愛知県小児科医会
刈谷・安城・碧南小児科医会

愛知県医師会では、2019年度は３回の実技講習会を開催している。
研修会の企画等を、郡市区医師会や小児科医会にお願いすることで、地域の先生方の小児在宅に対する意識も高まったと聞いている。

24 瀬戸旭医師会の取り組み

医療的ケア児と家族のためのイベント・・・瀬戸旭医師会

＜もーやっこジュニアの広場＞
超・準重症児やその家族が一家で外出して楽しめる場を提供するとともに、医療関係者などに向けた研修も併せて行う。医療的ケア児やその兄弟は映画などを楽しみ、保護者には“パパママカフェ”として交流の場を提供する。



愛知県医師会野田正治副会長提供資料

愛知県の瀬戸旭医師会では、医療的ケア児とその家族が一緒に外出して楽しめる場として、「もーやっこジュニアの広場」を開催している。

25 愛知県医師会の取り組み

医療的ケア児と家族のためのイベント・・・
名古屋市南部・知多半島地域小児在宅勉強会、愛知県医師会



主催：名古屋市南部・知多半島
地域小児在宅医療勉強会
共催：愛知県医師会
代表：社会医療法人宏潤会大同病院
大同こども総合医療センター

※２０２０年３月開催予定であったが、新型コロナウイルス感染症の影響により、残念ながら中止となった。

26 もーやっこジュニアの広場：まとめ・問題点・課題（1）

子どもたちや保護者の満足度

- 学齢前の保護者の交流ができる
- 一家で外出は初めての家族が多かった
- 主会場を常にパパママカフェに中継することで保護者が安心した
- 保護者にとって子どもたちを外に連れ出せる自信がついた
- 年齢制限の設定への悩み
- 医療的ケアを必要としない障害児者の参加希望が多い　一律に断れない

運営

- 実行委員の熱意・企画力
- ボランティアスタッフは申し込みを断らなければならないほど希望者が多い
- 補助金では映画上映費やパパママカフェの費用の支出が困難
- 楽屋用の大型エレベータを備えている施設でないと子供たちを会場に運ぶことは困難

愛知県医師会野田正治副会長作成資料　26

27 もーやっこジュニアの広場：まとめ・問題点・課題（2）

医学生・看護学生

- 看護学生よりも医学生の参加人数が多いことへの驚きと期待
- 学生もボランティアのみならず、研修会や講演会に参加希望が多い
- 学生の実習・試験などの日程を調整する必要がある

行政・マスコミ

- 市長や議員にとってこれまで医療的ケア児に触れることはなかった
- 行政幹部も同様
- マスコミの望む絵と我々の想いが若干食い違う

- 医療関係者などを対象とした研修会では、実際に子どもたちを囲んで、主治医や担当の看護職員の話を聞くことで、小児在宅医療に対するハードルを下げることができる。
- 市長や議員、行政担当者の参加を得て、医療的ケア児を理解してもらうことの意義は大きい。
- このイベントが知られるようになり、他地域からの参加希望が増え、参加を制限せざるを得ない状況と聞く。それだけ、家族がこうした機会を求めているということである。送迎や費用負担の問題もあるが、行政の協力も得ながら、各地域で広がっていくことを期待したい。

愛知県医師会野田正治副会長作成資料より　27

医療関係者などを対象とした研修会では、実際に子どもたちを囲んで、主治医や担当の看護職員の話を聞くことで、小児在宅医療に対するハードルを下げることができる。
市長や議員、行政担当者の参加を得て、医療的ケア児を理解してもらうことの意義も大きい。

総論 1

1－1. 小児在宅医療基盤整備に向けた課題
1－2. 小児在宅医療に関わる機関・職種
1－3. 医療機関の役割
（小児科診療所・在宅療養支援診療所・在宅後方支援病院・重心施設）
1－4. 行政の役割
（都道府県医療部署・障害部署・保健所・市町村障害部署・保健センター・医師会）

総論 1-1 小児在宅医療基盤整備に向けた課題

田村 正徳

目　標

日本において小児在宅医療が急速に求められるようになった背景を理解した上で、その現状の問題点と今後の方向性を把握する。

Keyword

NICU満床問題、医療的ケア児、小児在宅医療の特徴、重症心身障害児者、超重症児スコア、動く医療的ケア児、医療・保健・福祉・教育の連携、成育基本法

内　容

1．小児在宅医療の社会的必要性が高まった背景

新生児医療や小児医療の急速な進歩に伴って NICU の長期入院児が急性期の新生児・小児の入院の妨げになるだけで無く、妊婦の入院拒否問題にまで発展した。そのため官民を挙げての NICU の長期入院児の退院が促進されるようになった結果、人工呼吸管理等の高度な医療的ケアを必要としながら在宅に移行する児が急速に増加した。

2．小児在宅医療の特徴と最大の壁

我が国の障害の概念は、身体、知的、精神、発達障害であり、日常的に医療が必要な障害という概念が無かった。従って、日常的に医療が必要な子どもをその医療の必要度に応じて支える社会的仕組みが存在しなかった。その結果家族の介護負担が大きく、特に母親に集中している。

3．最近比重を増している小児在宅医療の課題

一つは教育問題であり、二つ目は動く医療的ケア児問題である。

4．医療側の小児在宅医療支援体制の経時的変化

在宅療養診療所を対象とした 2009 年と 2016 年の全国的調査を比較すると、小児の在宅訪問を実施している、もしくは検討中の診療所はこの間に 3 倍くらいに増加している。特に入院受け入れの保証と小児科医との連携が成人の在宅療養診療所が小児も診る鍵を握っている。一方では日本小児科学会研修指定施設を対象とした高度医療的ケア児の緊急受け入れと NICU からの在宅移行時の受け入れに関する調査では、2008 年調査に比較して 2013 年には見られた支援施設の増加傾向が 2018 年の調査では足踏み状態であった。

5．小児在宅医療支援推進への追い風

以上の様な問題点を行政や立法もやっと認識し始め、2016 年の障害者総合支援法改正と 2018 年の成育基本法が成立したので、連携してこれらの基本理念の実現を地域行政にも迫っていくべきであろう。

【引用情報】
1）多職種連携による小児在宅医療人材育成プログラムテキスト
平成26年 3 月　平成25年度厚生労働省科学研究費補助金
2）「医療依存度の高い小児及び若年成人の重度心身障がい者への在宅医療における訪問看護師、理学療法士、訪問介護員の標準的支援技術の確立とその育成プログラムの作成のための研究」総括・分担研究報告書　平成26年 3 月
3）NICUから始める退院＆調整　在宅ケアガイドブック　前田浩利　岡野恵里香　メディカ出版　平成26年 9 月
4）実践小児在宅医療ナビ　前田浩利　南山堂　2013年 5 月
5）平成30年度在宅医療関連講師人材養成事業（小児を対象とした在宅医療分野）小児在宅医療に関する人材養成講習会 プログラム総論1-1.「小児在宅医療における現状と問題点」　前田浩利　2019年 1 月
6）平成20-22年度厚生科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）「重症新生児に対する療養･療育環境の拡充に関する総合研究（研究代表者 田村正徳）」総括・分担研究報告書　平成23年 3 月
7）平成23-25年度厚生科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）「重症の慢性疾患児の在宅での療養･療育環境の充実に関する研究（研究代表者 田村正徳）」総括・分担研究報告書　平成26年 3 月
8）平成28-30年度（障害者政策総合研究事業）「医療的ケア児に関する実態調査と医療･福祉･保健･教育等の連携促進に関する研究（研究代表者 田村正徳）」総括・分担研究報告書　平成31年 3 月
9）平成30-31年度（政策科学推進研究事業）学校の療養生活の場における医療的ケア児への質の高い医療的ケアの提供に資する研究（研究代表者 田村正徳）総括・分担研究報告書　平成31年 3 月
10）平成30-31年度（障害者政策総合研究事業）障害福祉サービス等報酬における医療的ケア児の判定基準確立のための研究（研究代表者 田村正徳）総括・分担研究報告書　平成31年 3 月
11）在宅医療が必要な子どものためのケアテキストQ&A　田村正徳　梶原厚子　メディカ出版　2017年 1 月
12）新生児学テキスト Overview　田村正徳　メディカ出版　2018年12月
13）子どものリハビリテーション＆やさしいケア　田村正徳　前田浩利　三輪書店　2019年 9 月

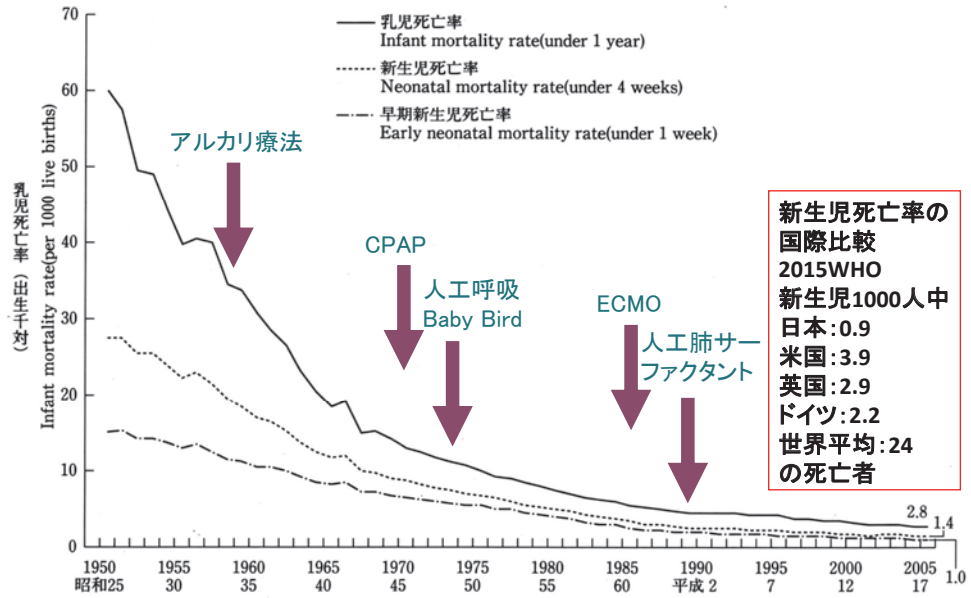
1 小児在宅医療基盤整備に向けた課題

小児在宅医療基盤整備に向けた課題

日本小児在宅医療支援研究会代表理事

田村正徳
埼玉医科大学総合医療センター 名誉教授

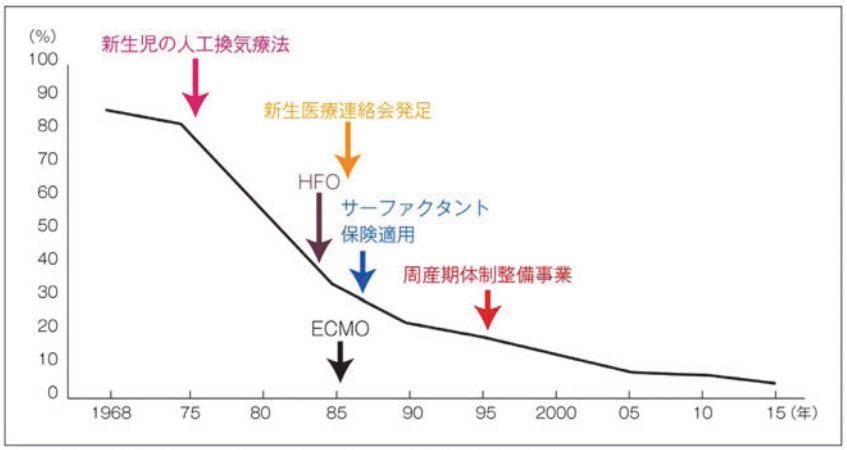
2 新生児死亡率の推移



このグラフのように、医療技術の進歩に伴い新生児の死亡率も減少し、2015WHOの国際比較では、新生児1,000人中の死亡者が、世界平均：24人のところ、日本：0.9人、米国：3.9人、英国：2.9人、ドイツ：2.2人と、日本は世界一の救命率である。2011のデータでは日本は1人だったので、この４年間でも日本の新生児医療は進歩を続けているのである。

3 超低出生体重児早期新生児死亡率の推移

Mortality rate of extremely low-weight neonates in Japan



超低出生体重児の早期新生児死亡率（500～999g）

➢ 超低出生体重児死亡率の激減
→長期入院児（人工呼吸器装着）の増加

メディカ出版　新生児学テキスト　Overview 田村正徳　2018年12月

3

我が国の出生体重500-999gの超低出生体重児は1970年頃には約90%が肺の未熟性のために呼吸窮迫症候群（RDS）で死亡していたが、種々の呼吸管理療法の発展普及により2010年代には90%以上が救命されるようになってきた。このような小さな児の救命率が上がると人工呼吸器をつけたままNICUに滞在するために長期入院児が増加する事になる。

4 予想していなかった事態

- ほとんどの子どもたちは元気に普通に生活できるようになった→退院
- しかし、一方医療機器と医療ケアに頼らなければ生きていけない子どもたちが生まれた
  - 人工呼吸器
  - 気管切開
  - 経管栄養

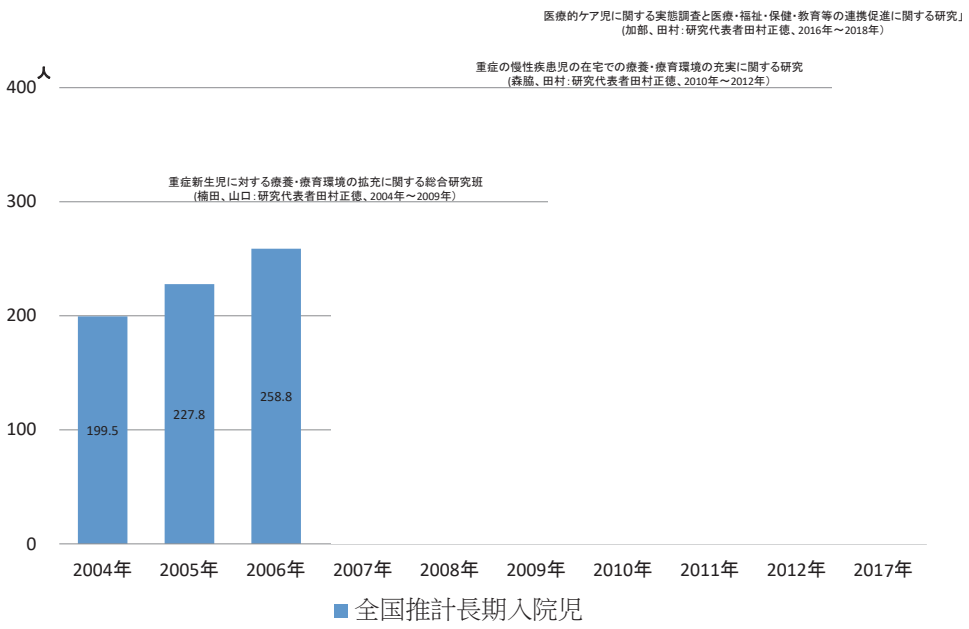
都立墨東事件
2008年10月
36歳　妊婦　脳出血　7医療機関で受け入れ拒否
NICU満床問題

医療的ケア児の増加と地域移行

(前田浩利先生スライド)

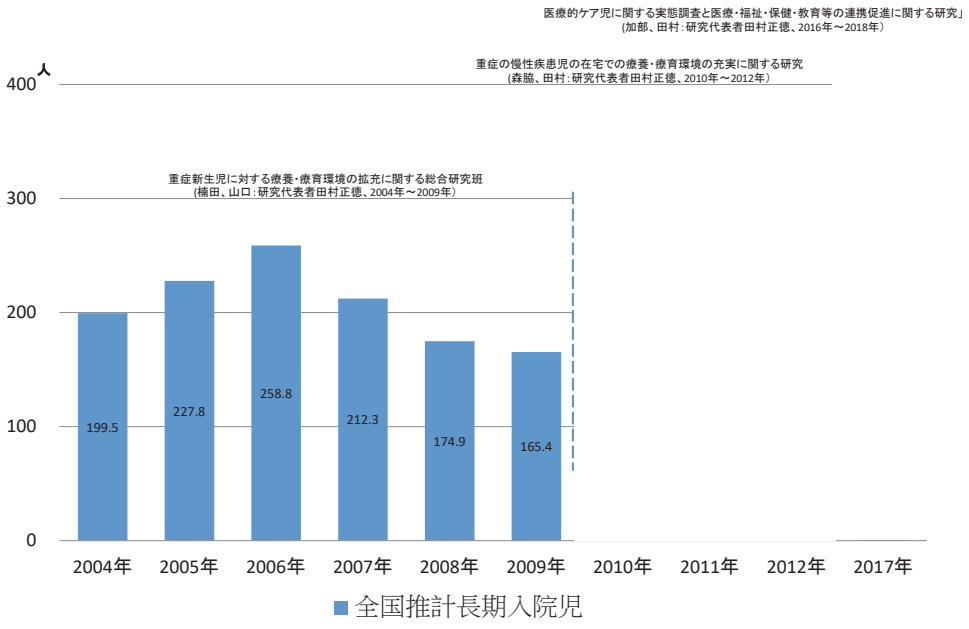
私たち小児科医が懸命に救命し、多くの子どもの命を救ってきた結果、予想していなかった事態が起きる。医療技術の進歩によって、救命されたほとんどの子どもたちは元気に普通に生活できるようになり、退院した。しかし一方、医療機器と医療ケアに頼らなければ生きていけない子どもたちが生まれた。医療的ケア児と言われる人工呼吸器、気管切開、経管栄養などが必要な子どもたちである。これらの子どもたちは、当初、なかなか退院できず、病院に長期入院していた。しかし、2008年に36歳の妊婦が脳出血を起こし、7医療機関で受け入れ拒否、その後死亡するという事件が起き、その原因がNICUの長期入院児による満床問題であると指摘され、医療的ケア児の地域移行が進められた。

5 長期入院児と退院時人工呼吸管理児の推定推移（1）



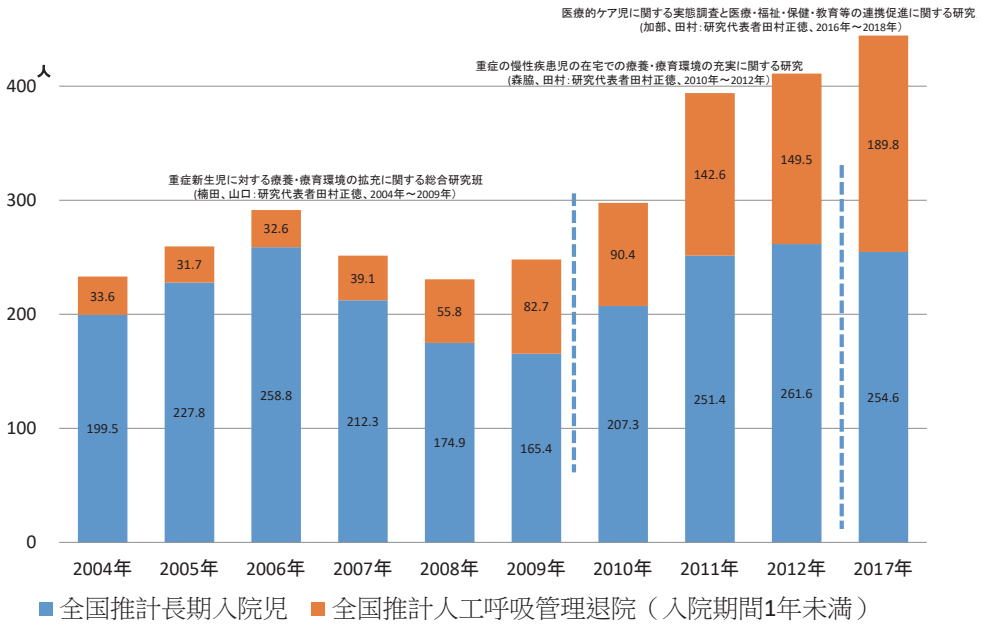
このスライドの青の棒グラフは、1 年以上NICU/GCUに入院していた長期入院児数を出生年度毎に示している。それまでは右肩上がりに長期入院児数は増加傾向を示していたが、2008年の墨東病院事件を契機に官民を挙げて長期入院児をNICUから退院ないし転出させる努力がなされるようになった結果、2007年の出生児から減少傾向を示すようになった。その代わりにオレンジ色で示される人工呼吸器を装着したまま 1 年以内にNICUから転出させられる児がうなぎ登りに増加するようになり、その傾向は今も続いている。

6 長期入院児と退院時人工呼吸管理児の推定推移（2）



このスライドの青の棒グラフは、1 年以上NICU/GCUに入院していた長期入院児数を出生年度毎に示している。それまでは右肩上がりに長期入院児数は増加傾向を示していたが、2008年の墨東病院事件を契機に官民を挙げて長期入院児をNICUから退院ないし転出させる努力がなされるようになった結果、2007年の出生児から減少傾向を示すようになった。その代わりにオレンジ色で示される人工呼吸器を装着したまま 1 年以内にNICUから転出させられる児がうなぎ登りに増加するようになり、その傾向は今も続いている。

7 長期入院児と退院時人工呼吸管理児の推定推移（3）

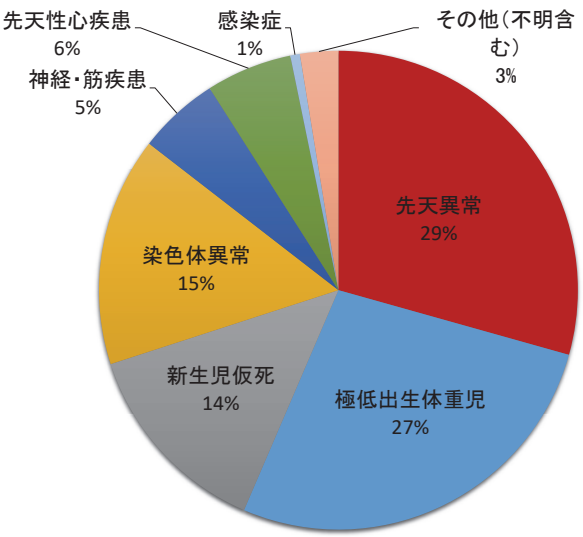


このスライドの青の棒グラフは、1 年以上NICU/GCUに入院していた長期入院児数を出生年度毎に示している。それまでは右肩上がりに長期入院児数は増加傾向を示していたが、2008年の墨東病院事件を契機に官民を挙げて長期入院児をNICUから退院ないし転出させる努力がなされるようになった結果、2007年の出生児から減少傾向を示すようになった。その代わりにオレンジ色で示される人工呼吸器を装着したまま 1 年以内にNICUから転出させられる児がうなぎ登りに増加するようになり、その傾向は今も続いている。

8 どの様な疾患を持った児がNICUから小児在宅医療に移行するのか？

どの様な疾患を持った児が
NICUから小児在宅医療に移行するのか？

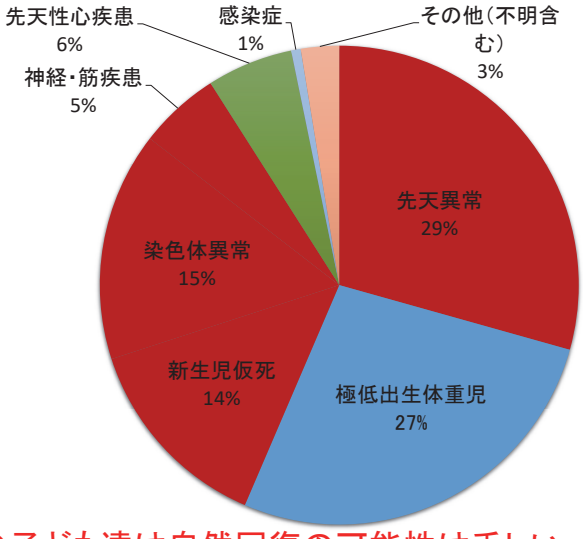
9 長期入院児の基礎疾患（1）



9
埼玉医科大学総合医療センター小児科小児在宅医療支援グループ　2013

この円グラフはNICU/GCUの長期入院児の基礎疾患を示している。

10 長期入院児の基礎疾患（2）

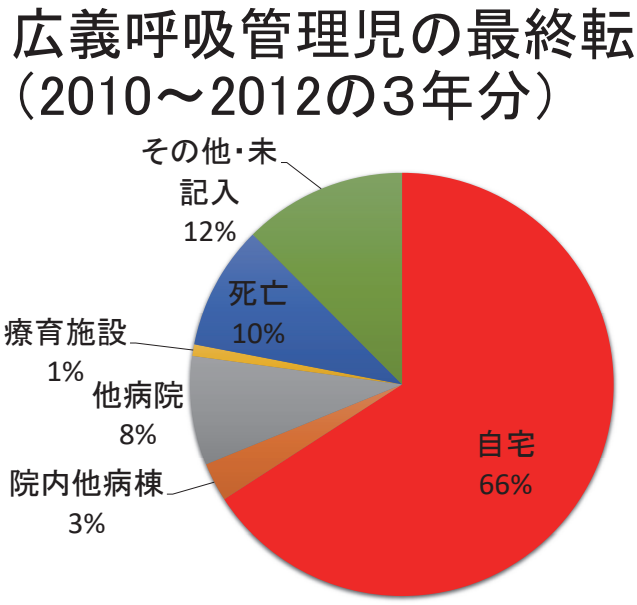


赤の子ども達は自然回復の可能性は乏しい

10
埼玉医科大学総合医療センター小児科小児在宅医療支援グループ　2013

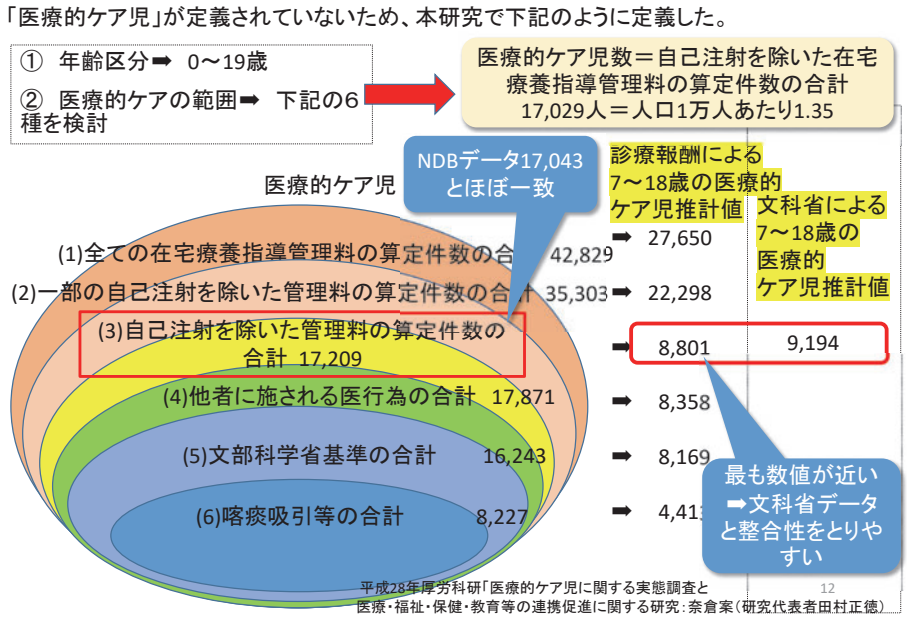
前記の基礎疾患のうち、この円グラフで赤で示された児達は時間が経過したり、外科的治療を受けても基礎病変が自然回復する可能性は非常に乏しい。

11 広義呼吸管理児の最終転帰

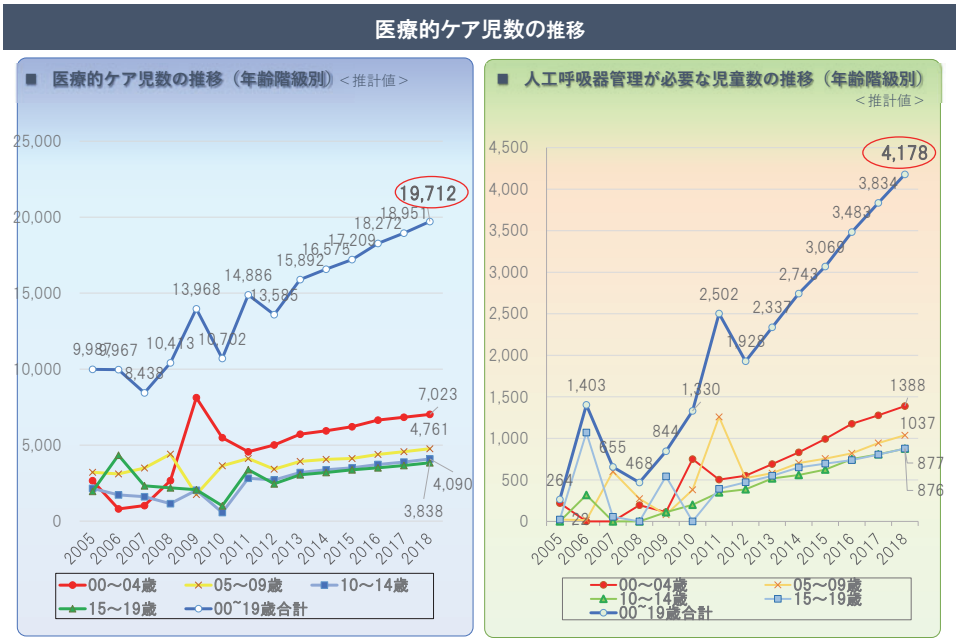


間歇的陽圧人工呼吸器や非侵襲的呼吸管理を受けながらNICUから転出した児の約2/3は、呼吸管理をしながら在宅医療に移行していた。

12 医療的ケア児数の把握



13 医療的ケア児の実数



（平成30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：奈倉作成（研究代表者田村）　13

その結果、この表に示すように医療的ケア児は急速に増加し、2005年に264人だった自宅で人工呼吸器を使用しながら生活している19才以下の子でも、2018年には4,178人と16倍に増加している。そして医療的ケア児も9,400人から19,712人と２倍以上になっている。医療的ケア児の20%が人工呼吸器を使用していて、重症度、医療依存度の高い医療的ケア児が増えていることがわかる。

14 都道府県別の医療的ケア児数、総人口並びに20歳未満人口１万人あたりの値

（参考資料）

都道府県別の医療的ケア児数（推計値）及び、総人口並びに20歳未満人口1万人あたりの値
（平成28年10月1日現在、総務省人口推計を使用）

番号	都道府県	人口（千人）	20歳未満人口（千人）	医療的ケア児 推計値	医療的ケア児 1万人あたり	医療的ケア児 20歳未満1万人
0	全国	126,933	21,820	17,058	1.344	7.818
1	北海道	5,352	837	615	1.148	7.343
2	青森県	1,293	207	101	0.783	4.891
3	岩手県	1,268	207	130	1.022	6.260
4	宮城県	2,330	399	374	1.604	9.365
5	秋田県	1,010	147	97	0.962	6.610
6	山形県	1,113	184	105	0.946	5.725
7	福島県	1,901	319	199	1.049	6.249
8	茨城県	2,905	504	402	1.382	7.968
9	栃木県	1,966	343	275	1.400	8.022
10	群馬県	1,967	344	265	1.348	7.706
11	埼玉県	7,289	1,257	664	0.911	5.280
12	千葉県	6,236	1,053	758	1.215	7.195
13	東京都	13,624	2,093	2,140	1.571	10.225
14	神奈川県	9,145	1,564	1,094	1.196	6.992
15	新潟県	2,286	379	262	1.145	6.906
16	富山県	1,061	177	115	1.087	6.516
17	石川県	1,151	204	148	1.283	7.239
18	福井県	782	143	100	1.278	6.987
19	山梨県	830	144	90	1.082	6.238
20	長野県	2,088	367	311	1.490	8.476
21	岐阜県	2,022	367	263	1.301	7.166
22	静岡県	3,688	647	559	1.516	8.639
23	愛知県	7,507	1,398	1,044	1.391	7.468
24	三重県	1,808	321	171	0.943	5.312
25	滋賀県	1,413	276	270	1.911	9.783
26	京都府	2,605	439	295	1.131	6.712
27	大阪府	8,833	1,514	1,380	1.562	9.115
28	兵庫県	5,520	975	809	1.465	8.294
29	奈良県	1,356	237	166	1.227	7.018
30	和歌山県	954	162	108	1.130	6.656
31	鳥取県	570	100	124	2.180	12.425
32	島根県	690	119	73	1.063	6.162
33	岡山県	1,915	343	345	1.799	10.044
34	広島県	2,837	509	422	1.487	8.287
35	山口県	1,394	233	131	0.943	5.640
36	徳島県	750	121	67	0.889	5.510
37	香川県	972	169	99	1.014	5.833
38	愛媛県	1,375	232	193	1.406	8.333
39	高知県	721	115	79	1.097	6.877
40	福岡県	5,104	926	796	1.560	8.598
41	佐賀県	828	157	99	1.200	6.327
42	長崎県	1,367	242	169	1.233	6.966
43	熊本県	1,774	325	264	1.487	8.115
44	大分県	1,160	199	142	1.221	7.119
45	宮崎県	1,096	201	185	1.684	9.183
46	鹿児島県	1,637	297	244	1.492	8.224
47	沖縄県	1,439	331	320	2.222	9.660

※1　平成29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）」報告書より抜粋
※2　医療機関所在地からの集計結果のため、患者の住所地とは異なる場合もあることに留意

都道府県別の医療的ケア児数、総人口並びに20歳未満人口１万人あたりの医療的ケア児の値を示す。

15 小児在宅医療の特徴

1. 対象者が少なく広域に分布（埼玉県では人口720万人中702人）
2. 病状が成人とは全く異なる
3. NICUやPICU出身者が多く、医療依存度及び重症度が高い
4. 高度医療機関からの直接退院が多い
5. 小児在宅医療の患者は多くが病院主治医を持っている
   病院主治医がケアマネジメントしていることが多い
   →緊急時の安全弁
   →しかし病院医は患者家族の生活や福祉制度に疎い
6. 在宅医、訪問看護師、介護士、訪問リハビリのいずれの職種も重症小児には慣れておられない
7. 体格も含めて患者の個別性が多い
   →医療材料の支給が経済的にも大変
8. 患者の成長・発達・療育・教育の視点が必要
9. 特別支援教育との関わりや行政との関わりが重要

ケアマネージャーがいない

家族の介護負担が大きい（特に母親に集中）



15

NICUやPICU出身者が多く、病状が成人とは全く異なり、医療依存度及び重症度が高いが絶対数は少なく、広範囲に分散している。高度医療機関からの直接退院が多く、退院後も病院主治医がケアマネジメントしていることが多い。
一方では在宅医、訪問看護師、介護士、訪問リハビリのいずれの職種も重症小児には慣れておらず、敬遠する傾向が見られる。体格も含めて患者の個別性が多いので、在宅医、訪問看護師からみると医療材料の支給が経済的にも大変である。患者の成長・発達・療育・教育の視点が必要で、特別支援教育との関わりや行政との関わりが重要である。これだけ多様な対応が必要であるにもかかわらず、介護保険でカバーされないためケアマネージャーがおらず、介護だけで無く、多くの調整機能を家族がはたさなければならず、ほとんどの場合は母親の負担が非常に大きい。

16 医療的ケア児の在宅生活を支えるための最大の壁

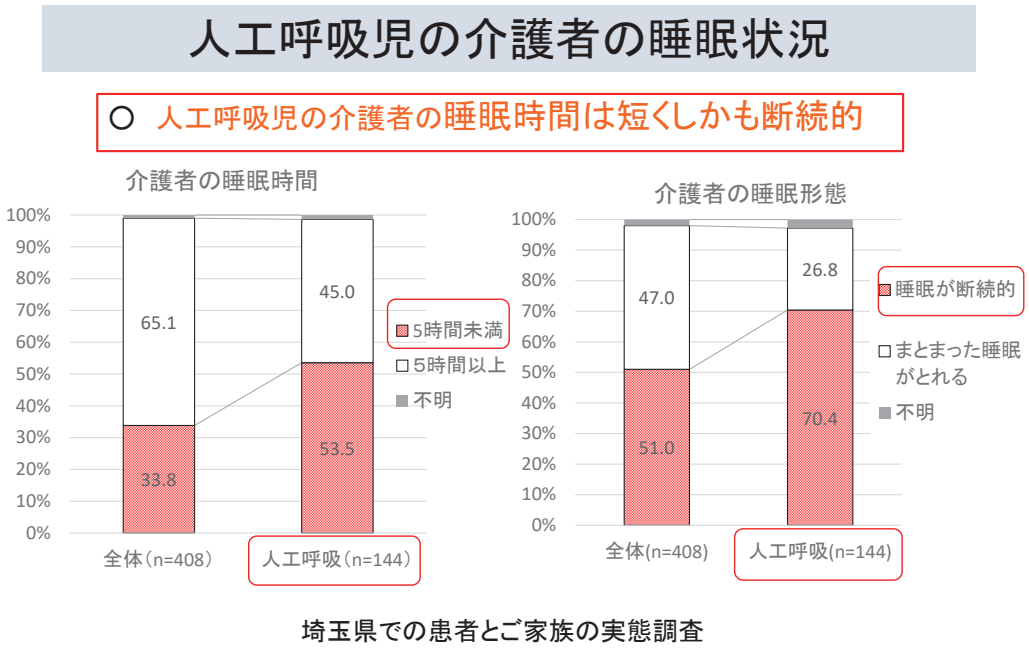
日常的に医療機器、医療ケアが必要な子どもたちは、制度上、法律上では地域にいない、そのような子どもたちは、病院にしかいないとされていた。

我が国の障害の概念は、身体、知的、精神、発達障害であり、日常的に医療が必要な障害という概念が無かった。
従って、日常的に医療が必要な子どもをその医療の必要度に応じて支える社会的仕組みが存在しなかった。

(前田浩利先生スライド)

医療的ケア児の在宅生活を支えるための最大の壁が、このような日常的に医療機器、医療ケアが必要な子どもたちは、制度上、法律上では地域にいない、そのような子どもたちは、病院にしかいないとされていたことである。つまり、我が国の障害の概念は、身体、知的、精神、発達障害であり、日常的に医療が必要な障害という概念が無かった。従って、日常的に医療が必要な子どもをその医療の必要度に応じて支える社会的仕組みが存在しなかったのである。そのことを、我々小児科医は十分認識できず、医療的ケア児たちを病院中心の医療システムの中で懸命に支えてきた。

17 母親に負担が集中



埼玉県での患者とご家族の実態調査

埼玉県での患者と家族の実態調査の結果であるが、人工呼吸器を装着した児をケアする介護者の平均睡眠時間は５時間未満で、しかも続けて５時間眠れれば良いが、気管吸引や各種処置やアラームなどに起こされた細切れの時間をつなぎあわせてやっと５時間という状況である。

18 医療的ケア児の教育問題

医療的ケア児の教育問題

19 急増する在宅医療ケアの必要な児童数

医療的ケアの必要な児童数（小学校から中学校）

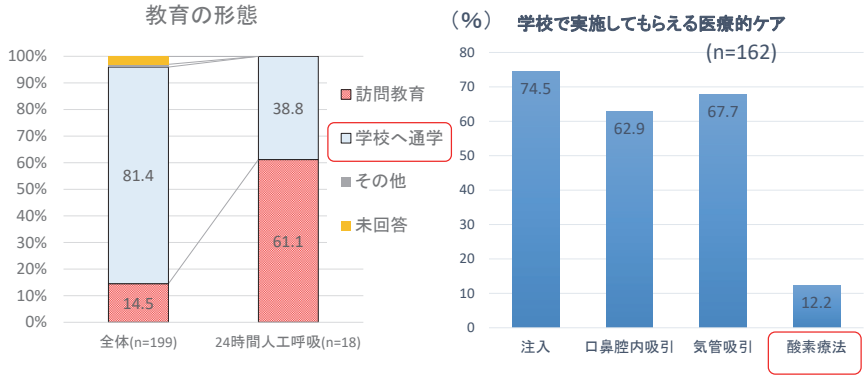
	平成18年度	平成23年度	平成29年度
医療的ケア児数 (公立特別支援学校)	5,901	→	8,218
人工呼吸器使用児数 (公立特別支援学校)	545 →	850 →	1,418
医療的ケア児数 (公立小中学校) (うち人工呼吸児)			858 (50名)

（文部科学省の全国調査から）

公立特別支援学校に在籍する医療的ケア児は、平成18年度は5,901人（通学生4,127人、訪問教育1,774人）であったのに対し、平成29年度は8,218人（通学生6,061人、訪問教育2,157人）である。（文部科学省「平成29年度特別支援学校等の医療的ケアに関する調査結果について」）
5 公立小・中学校に在籍する医療的ケア児は、858人である。（平成29年度）（文部科学省「平成29年度特別支援学校等の医療的ケアに関する調査結果について」）
6 公立特別支援学校に在籍する医療的ケア児（8,218人）のうち、人工呼吸器を使用している児童生徒は1,418人である（平成29年度）。（文部科学省「平成29年度特別支援学校等の医療的ケアに関する調査結果について」）

20 医療的ケア児の学校での生活

○ 医療的ケア児の80%は学校へ通学するが、
人工呼吸児は40%しか通学していない
○ 学校では吸引と注入のケアをお願いできるが、
酸素と呼吸器はできない

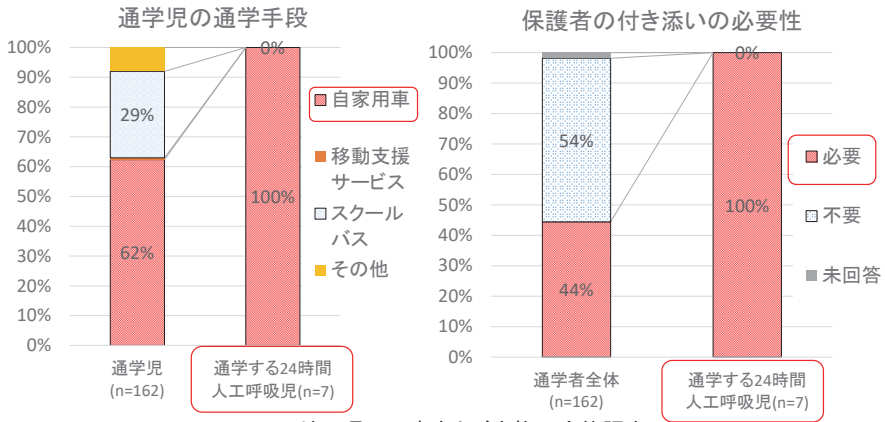


埼玉県での患者とご家族の実態調査

医療的ケア児の80%は学校へ通学するが、人工呼吸児は40%しか通学していない。
学校では吸引と注入のケアをお願いできるが、酸素と呼吸器はできない。

21 通学する人工呼吸児の状況

○ 人工呼吸児は全例、自家用車で通学している。
○ 人工呼吸児は全例、学校内で保護者の付き添いを必要とする。



埼玉県での患者とご家族の実態調査

ここでも家族、特に母親の負担が非常に大きい。
埼玉県では、人工呼吸児はスクールバスが使えないために全例、親が自家用車で送り迎えしている。
また看護師が常駐している学校でさえも人工呼吸児は全例、学校内で保護者が付き添うことを要求される。

22 厚生労働行政推進調査事業補助金（平成29年度厚生労働科学特別研究事業）医療的ケア児に対する教育機関における看護ケアに関する研究

厚生労働行政推進調査事業費（平成30年度政策科学総合研究事業）

学校の療養生活の場における医療的ケア児への質の高い医療的ケアの提供に資する研究

研究代表者 ： 田村 正徳（埼玉医科大学 総合医療センター小児科）
研究分担者 ： 田角 勝 （昭和大学 小児科）
岩本彰太郎（三重大学 小児科小児トータルケアセンター）
米山 明 （心身障害総合医療療育センター）
前田 浩利（医療法人財団 はるたか会）
田中総一郎（あおぞら診療所ほっこり仙台）
研究協力者 ： 三本 直子（あいりす訪問看護ステーション）・山口 直人（心身障害児総合医療療育センター小児科）
・伊藤 正恵（心身障害児総合医療療育センター看護科） ・西垣 昌欣（筑波大学附属桐が丘特別支援学校）
・関塚奈保美（筑波大学附属桐が丘特別支援学校養護教諭）・側島 久典（埼玉医科大学 総合医療センター小児科）
・船戸正久（大阪発達総合療育センター園長） ・森脇 浩一（埼玉医科大学 総合医療センター小児科）
・高田 栄子（埼玉医科大学 総合医療センター小児科） ・奈倉 道明（埼玉医科大学 総合医療センター小児科）
・小泉 惠子（埼玉医科大学 総合医療センター小児科）

人工呼吸器のような高度医療的ケアを必要とする学童が学校に滞在中は、訪問看護師を活用することによって保護者が学校で付き添わずに済むことが出来ないかということを介入研究してみた。

23 介入研究の目的

本研究の最終目的は医療的ケア児が学校において義務教育を受け易くする体制整備の推進のためには、どの様な方式での訪問看護師の関与が安全で効果的であるかを明らかにすることである。

今回は高度な医療的ケアであり、近年急速に増加している人工呼吸器管理を必要とする児童を対象として、呼吸器ケアに習熟した訪問看護師が学校での医療的ケアに関与することによって、保護者の付き添いを解消することの利点と課題を明らかにすることを目的として、以下の様な介入研究を実施した。

人工呼吸器管理を必要とする児童を対象として、呼吸器ケアに習熟した訪問看護師が学校での医療的ケアに関与することによって、保護者の付き添いを解消することの利点と課題を明らかにすることを目的として、以下の様な介入研究を実施した。

24 親の代わりに訪問看護師が付き添う事の利点

結果：**親の代わりに訪問看護師が付き添う事の利点**

＜保護者にとって＞

全ての事例で保護者の負担が軽減した。

＜児童にとっての教育的効果＞

- 保護者以外の者が人工呼吸器児に付き添うことにより、子どもの自立が促され、児童と教師の教育環境が良好となった。
- 児童が保護者から離れて授業を受けることにより、自分から吸引して欲しい等の意思を表明する必要が生じ、自立心が養われた。

＜他の児童にとっての教育的効果＞

- 同じ教室の他の児童が、対象児と交流を持とうとしたり、対象児のことを付き添いの看護師に訊いてくるなどして、仲間意識が育成された。

＜学校にとって＞

- 保護者が付き添わないことで児童と教師との１：１の関係性が構築できた。

当初予想した保護者の負担が軽減するだけでなく、様々な本人の自立心の育成や周囲の学童達の仲間意識の形成などの教育的効果が示された。
教師にとっても、保護者が付き添わないことで児童と教師との１：１の関係性が構築できた。

25 親の代わりに訪問看護師が付き添う事の課題

結果：親の代わりに訪問看護師が付き添う事の課題

- 今回の介入研究では、訪問看護師は医療保険に入り、研究全体として臨床研究保険に入っていたが、学校関係者も訪問看護師も万一医療的トラブルや事故が発生したときの責任は誰がどの様にとることになるのかを危惧していた。
- 一方では保護者は、訪問看護師が付き添うことが制度化された場合の費用負担を危惧していた。
- また保護者は学校で付き添いをしなくても、通学に際して我が子を自家用車で自宅と学校との間で送迎する必要があり、十分な自由時間を確保するには至らなかった。

一番の課題は、「医療的トラブルや事故が発生したときの責任は誰がどの様にとることになるのか？」である。
保護者は訪問看護師が付き添うことが制度化された場合の費用負担を危惧していた。

26 結論

十分な準備期間の下に訪問看護師を活用することにより、教育機関で保護者の付き添いが無くとも人工呼吸器管理中の児の医療的ケアを安全に実施することが出来た。

本介入は保護者の負担を軽減するだけで無く、対象児や周囲の児童にも種々の教育的効果をもたらすことが示された。しかし、今回の研究では事例数が少なく、4つの介入パターンともに種々の課題があることも明らかになったので、具体的な政策提言をするためには更なる介入研究の継続が必要であると考えられる。

27 考察：今後必要な取り組み

①学校における人工呼吸器ケアの運用改善
②学校看護師向け研修
③トラブル発生時の法的な保障の検討
④訪問看護師と学校側との連携協議
⑤看護ケア手順の作成
⑥訪問看護師介入時の費用負担の検討
⑦複数児への対応問題
⑧学校外活動時のケア

学校において訪問看護師を活用するにあたって、今後必要な取り組みは以下の通りである。

28 動く医療的ケア児問題

動く医療的ケア児問題

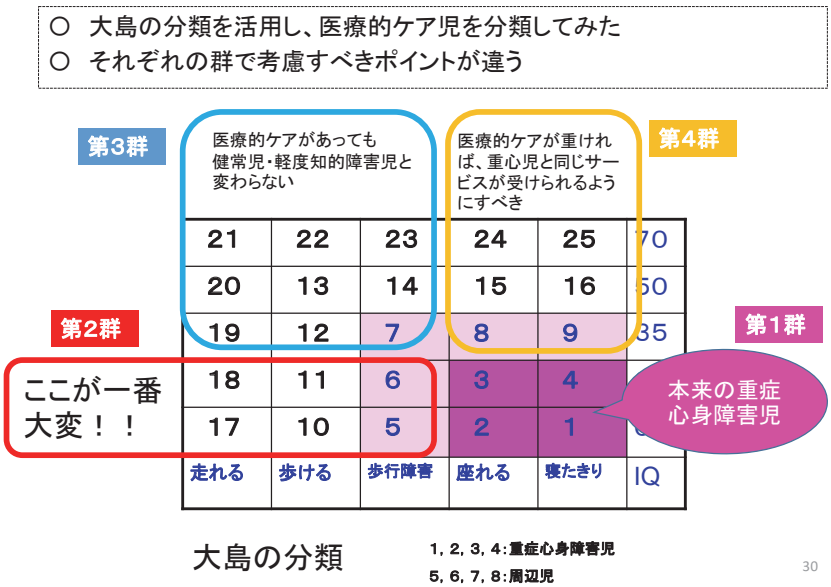
29 2つのタイプの医療的ケア児



(前田浩利先生スライド)

これらの医療的ケア児には、従来の重症心身障害児と言われる寝たきりの子どもと、動ける子どもがいる。

30 医療的ケア児の分類



「重症心身障害児 大島の分類」に医療的ケア児の分類を重ね合わせてみた。
従来の重症心身障害児の判断基準となる大島の分類では、1，2，3，4の範囲が“重症心身障害児”で障害福祉サービス等ではあつく手当てされる。5，6，7，8は周辺児と呼ばれる
この分類には、医療ケアや医療機器が加味されていない。もし人工呼吸器等が装着されている児では、寝たきりの子どもよりも移動が出来る児で聞き分けの無い児の方が、保護者や介護者は目を離せずリスクが高いことが想定される。しかし、移動が出来る故に“重症心身障害児”とはみなされず、障害福祉サービス等報酬は薄くなるので施設等では受け入れに消極的となる。

31 動く医療的ケア児者の全国の重心施設における短期入所の実態調査

全国の医療型障害児入所施設、療養介護施設、および重症心身障害病棟のある国立病院機構、全250施設に調査票を郵送し109施設から回答があった。

うち42施設で直近1年間に、移動可能な要医療的ケア児者118名の短期入所の受け入れが行われていた。うち49名において、安全確保のために、スタッフによる24時間あるいは睡眠時以外はほぼ常時の見守りや1対1での対応が必要とされていた。

「今後、動く医療的ケア児者の短期入所を積極的に受け入れたいですか?」の設問に対して「はい」は受け入れ42施設のうち9施設のみであった。短期入所が保障されるためには、安全確保のためのハード面の整備とともに、必要に応じて加配が可能な職員体制と、それを支える施設給付費などの行政からの対応が条件としてあげられた。

(「障害福祉サービス等報酬における医療的ケア児の判定基準確立のための研究」2018年度分担研究報告書北住映二)

「障害福祉サービス等報酬における医療的ケア児の判定基準確立のための研究」2018年度分担研究報告書で北住映二分担研究者の報告を引用したものである。
全国の先進的な重心施設でさえも動く医療的ケア児者の受け入れには消極的で、短期入所を保障するためには、安全確保のためのハード面の整備とともに、必要に応じて加配が可能な職員体制と、それを支える施設給付費などの行政からの対応を条件としてあげていた。

32 動く医療的ケア児の評価法の確立が急務

移動可能な高度医療的ケア児は、生命のリスクの観点からも家族負担の観点からも課題が大きいにも係わらず、現在の障害福祉報酬では医療型障害児入所施設での短期入所も通所事業所での日中一時預かりサービスも受けることが困難であり、客観的な評価法の確立が望まれる。

我々の通所事業所での日中一時預かりサービスに関する調査でも同様の結果が示された。
移動可能な高度医療的ケア児は、現在の障害福祉報酬では医療型障害児入所施設での短期入所も通所事業所での日中一時預かりサービスも受けることが困難である。

33 医療型短期入所に関する実態調査　事業要旨

厚生労働省 令和元年度障害者総合福祉推進事業

医療型短期入所に関する実態調査　事業要旨

（1）調査目的

○ 医療型短期入所について、医療的ケアを必要とする在宅の障害児者が増加している中、利用者や家族のレスパイトの観点から全国的な整備が求められていることから、医療型短期入所に関する実態を把握し、医療的短期入所の今後の在り方や次期報酬改定の検討に必要な基礎資料を得ることを目的として実施した。

（2）調査方法

【アンケート調査／① 事業所・利用者アンケート調査】

目的	医療型短期入所を提供している事業所の利用者像、医療的ケア児者のニーズに応じたサービスの提供状況、事業所の経営状況等の実態把握
調査手法	郵送による配布・回収 （利用者票は事業所からの配布、返送は利用者から直接返送）
調査実施時期	令和元年9月４日～令和元年10月31日
回収状況	事業所票：250件／363件（68.9%） 利用者票：422件

【アンケート調査／② 都道府県・市区町村調査】

目的	自治体における医療型短期入所の事業所の整備状況や医療的ケア児者とその家族のレスパイトに関する取組等の実態把握
調査手法	電子メールによる配布・回収（厚生労働省から都道府県・政令市・中核市に送付、都道府県から市町村に送付し各自治体から返送）
調査実施時期	令和２年１月７日～令和２年２月29日
回収状況	都道府県・政令市・中核市票：91件／125件（72.8%） 市区町村票：929件／1,741件（53.3%）

【事業所ヒアリング調査】

目的	具体的なサービス提供内容や人員体制、運営上の工夫、事業収支の状況、事業所の立ち上げの経緯等の把握／ガイドブック作成用の事例収集
調査手法	訪問によるヒアリング調査
調査実施時期	令和元年9月～令和２年２月
調査対象	8か所（医療的ケアに関するニーズに応じたサービス提供や地域生活支援体制の構築に資する取組をしている医療型短期入所事業所）

【ガイドブックの作成】

目的	自治体が医療機関等へ事業の実施を働きかける際に活用してもらうことを想定し、医療型短期入所への新規参入を促進するため、医療型短期入所の果たす役割や開設方法、運営イメージの醸成を目的とした冊子を作成

（3）検討委員会

○ 以下の委員による検討委員会を設置した（計6回の検討委員会を実施）。

氏 名	現　職
内多 勝康	国立成育医療研究センター もみじの家 ハウスマネージャー
片桐 誠	世田谷区 障害福祉部長
○口分田 政夫	公益社団法人日本重症心身障害福祉協会 理事 社会福祉法人びわこ学園 びわこ学園医療福祉センター草津 施設長
桑山 雄次	全国遷延性意識障害者・家族の会 代表
田口 純子	社会福祉法人 東松山市社会福祉協議会 総合福祉エリア相談支援事業所 相談員
○田村 正徳	埼玉医科大学総合医療センター 小児科学教室 特任教授
林 しのぶ	社会福祉法人 埼玉医大福祉会 医療型障害児入所施設 カルガモの家 看護師
福満 美穂子	特定非営利活動法人 なかのドリーム 理事・事務局

○委員長　（五十音順、敬称略）

（4）まとめ

【総論】

- 医療的ケア児者の増加に伴い、医療型短期入所の利用ニーズは高まっており、地域のサービス資源不足の解決が喫緊の課題である。
- 利用対象者像、医療型短期入所に求める機能が多様化しており、ニーズに応じたサービスの安定的な提供、地域資源の開発には基本報酬の引き上げや各種加算の充実・新設が求められる。

【医療型短期入所に求める機能】

- 「レスパイト」、「緊急時の支援」、「医療的ケアの安全な実施」の機能を基本とし、レスパイト機能を高める「本人の発達支援・成長支援（日中活動）」や、専門職のいる環境で一定期間の利用が可能という特徴から、「在宅生活の事前準備と継続支援」、「家庭以外の場所で生活する経験、他者にケアをゆだねる経験」、「在宅ケアの課題改善に向けた情報提供」といった在宅生活のQOL向上に資する機能が期待される。

【事業所支援、参入促進に向けて】

- 事業所の安定的な運用、参入促進に向けて、基本報酬の引き上げが必要
- 緊急時の受入を行うための空床確保、人材配置や調整に対する加算評価が必要
- その他、日中活動に対する評価、超重症児者・準超重症児者の受入や入浴、動ける医療的ケア児者等の環境・人材整備を要する受入の評価、利用キャンセル補償といった報酬上の評価が必要

34 医療型短期入所の「創設時の考え方」と「新たに求められる役割」 ～早急な全国的整備に向けて～

【全国の医療型短期入所と利用者を対象とした実態調査の概要】
医療型短期入所の「創設時の考え方」と「新たに求められる役割」
～早急な全国的整備に向けて～

○ 医療型短期入所の創設時に比べ、現在は利用希望者が増加し、求められる機能が多様化している。
○ その結果、必要なサービスを受けられずにいる医療的ケア児者等を支援するため、サービスの拡充が必要である。
⇒ **医療型短期入所の事業運営の実態を踏まえ、新たなニーズに応える機能と、安定運営を可能とする報酬の充実が求められる。**

【創設時の考え方】 ⇒ 【新たに求められる役割】

1. 医療型短期入所の機能

○ 基本ケアや緊急時対応が中心
- 入浴、食事、排泄、移動、着替え等
- 緊急時の対応
- 見守りや日常生活上必要な支援

○ 医療的ケア児者の増加、高齢化
○ ケアの重度化・複雑化
○ 家族形態の多様化
○ 事業所が果たすべき機能の多様化

全国的なサービス不足

2. 医療型短期入所の対象者

○ 主な対象者
- 気管切開を伴う人工呼吸器使用者
- 重症心身障害児者
- 進行性筋萎縮症
- 遷延性意識障害（準ずる者含む）
- 筋萎縮性側索硬化症　等

○ 新たな対象者の増加
○ 専門的かつ個別性を踏まえた支援への期待

○ 生命や生活に直結する機能
- 高度な医療行為、体調急変時の対応
- 個別性の高いケアや医療機器の習熟
- あらゆる医療的ケア児者への対応
- 日中活動（保育・療育、リハビリ等）支援
- 入浴サービス回数の増加
- 地域生活移行支援

○ 安心や利便性を担保する機能
- 予約調整、キャンセル対応
- 個別支援計画の作成
- 送迎

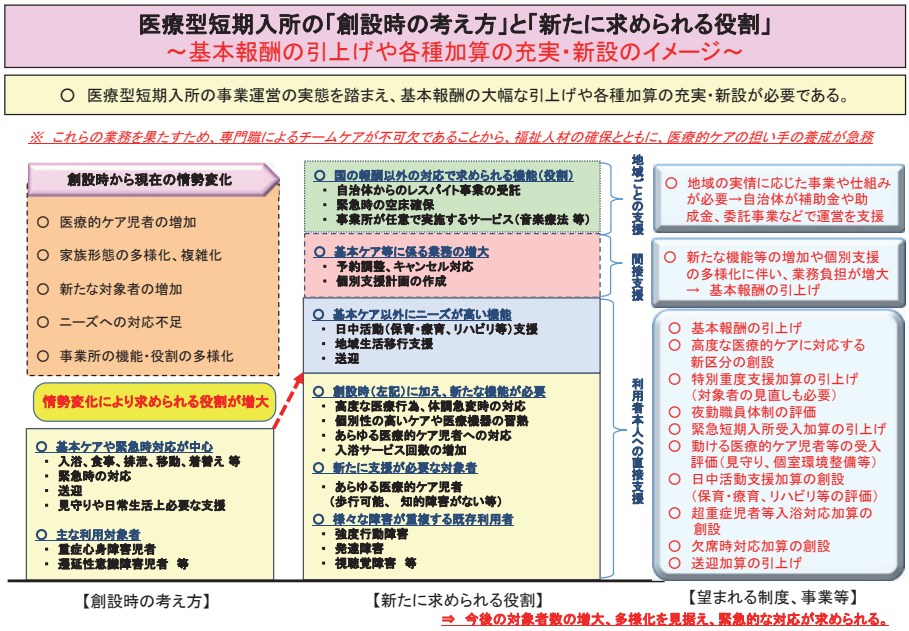
○ 創設時は想定外だった対象者
- あらゆる医療的ケア児者（歩行可能、知的障害がない等）

○ 様々な障害が重複する既存利用者
- 強度行動障害
- 発達障害
- 視聴覚障害　等

機能の強化・充実のため、安定的な運営が必要

医療型短期入所サービスの拡充と円滑な利用促進のため、基本報酬の大幅な引上げや各種加算の充実・新設が必須

35 医療型短期入所の「創設時の考え方」と「新たに求められる役割」 ～基本報酬の引上げや各種加算の充実・新設のイメージ～



36 在宅医療を支援する中間施設に関する経時的調査

調査対象と方法

対象：日本小児科学会専門医研修施設の小児科責任者

目的：小児在宅医療への支援状況と課題を明らかにする。

方法：2008年と2013年と2018年にアンケート調査用紙を送付し、返送された回答を分析した。

調査内容：

①気管切開以上の呼吸管理を必要とする在宅医療児の急性増悪時の緊急受け入れ

②NICUから在宅医療移行のための小児病棟への受け入れ

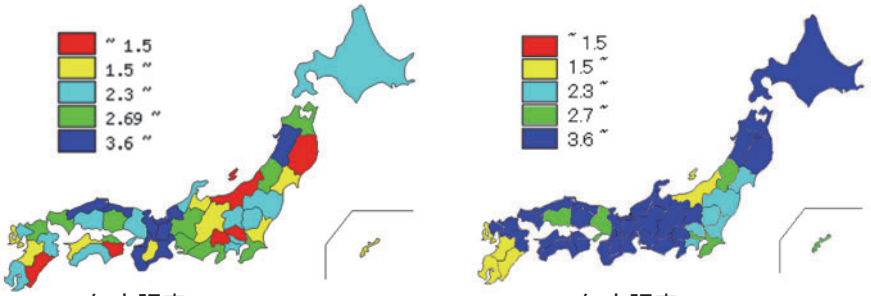
「重症新生児に対する療養・療育環境の拡充に関する総合研究班（研究代表者田村正徳）」+「重症の慢性疾患児の在宅での療養・療育環境の充実に関する研究(研究代表者田村正徳)」+「医療的ケア児に関する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携促進に関する研究(研究代表者　田村正徳)」

36

2008年、2013年、2018年と３度にわたって厚労科研の一環として日本小児科学会専門医研修施設の小児科責任者を対象として
①気管切開以上の呼吸管理を必要とする在宅医療児の急性増悪時の緊急受け入れ
②NICUから在宅医療移行のための小児病棟への受け入れ
に関しての受け入れの可否をアンケート調査した。

37 ①在宅呼吸管理児（気切以上）の緊急受け入れ可能（条件付含む）病院数

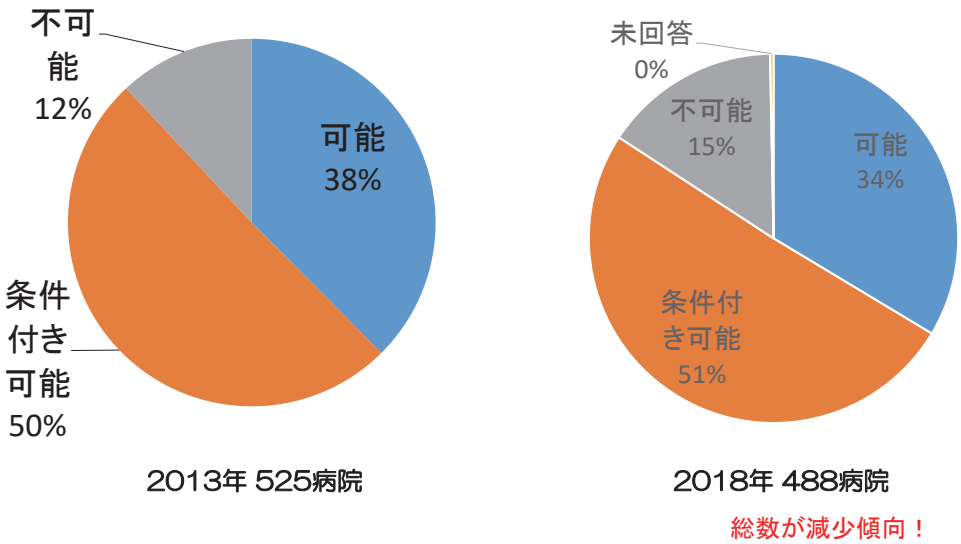
（人口100万で補正した都道府県別小児科学会研修指定施設数）





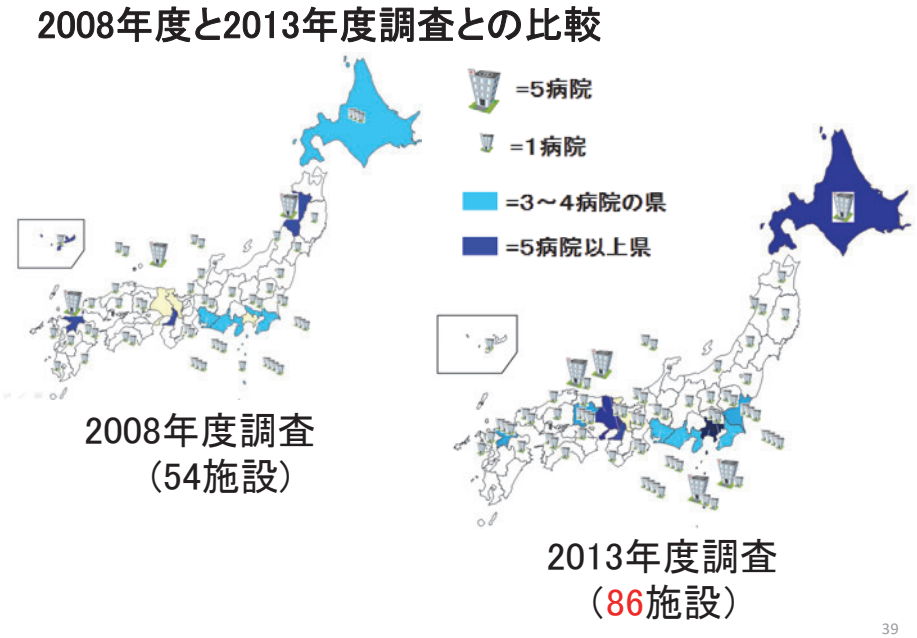
人口100万で補正した都道府県別小児科学会研修指定施設数を色分けで示している。青色が濃いほど受け入れ可能、もしくは条件付受け入れ可能と答えた施設が多いことを意味している。2008年度調査に比較して2013年度調査では全国的に受け入れても良いとする施設が増えている傾向が明らかである。

38 ①在宅人工呼吸器管理中の急性増悪時の受け入れ可否



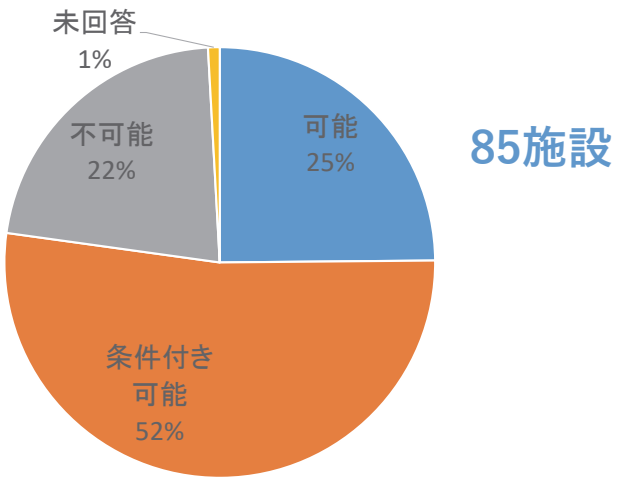
2018年度の回答を見ると、受け入れ可能＋条件付受け入れ可能とする施設の割合には大きな違いが無いが、日本小児科学会専門医研修施設そのものが2013年の525施設から2018年には488施設と減少しているため、緊急時に受け入れられる地域中核施設の絶対数は減少していると考えられる！

39 ②NICU長期入院児の在宅医療移行支援に積極的な地域中核病院の国内分布



NICU長期入院児の在宅医療移行支援のために、たとえ自施設以外のNICUの患者であっても小児病棟に受け入れても良いとする積極的な施設は2008年調査では54施設であったが、2013年調査では86施設と順調に増加していた。

40 ②在宅医療移行のための準備として小児科病棟での受け入れ可否（2018年）



ところが、NICU長期入院児の在宅医療移行支援のために、たとえ自施設以外のNICUの患者であっても小児病棟に受け入れても良いとする積極的な施設は2018年調査では85施設と2013年調査に比べて足踏み状態であった。

41 在宅療養支援診療所に対する小児在宅医療実施に関するアンケート調査（前田浩利先生）

• アンケート対象　全国の在宅療養支援診療所

	2009年調査	2016年調査
アンケート送付数	11,928	14,319
回答数	1,409（11.8%）	4,136（28.9%）

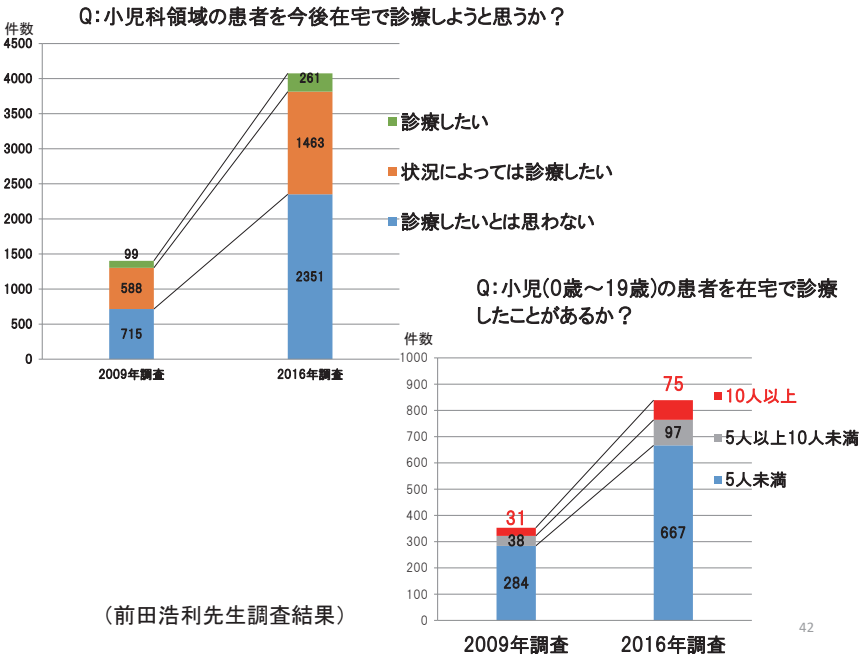
平成22年度厚労科研「重症新生児に対する療養・療育環境の拡充に関する総合研究班（研究代表者田村正徳）」

平成28年厚労科研「医療的ケア児に関する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携促進に関する研究（研究代表者田村正徳）」

41

厚労科研「重症新生児に対する療養・療育環境の拡充に関する総合研究」と「医療的ケア児に関する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携促進に関する研究」において前田浩利分担研究者が全国の在宅療養支援診療所を対象にして小児在宅医療の実施に関するアンケート調査を行った。
2009年の調査では回答数は1,409箇所であったが2016年調査では4,136箇所と回答数は約３倍に増え、小児在宅医療への関心が高まってきていることがうかがえた。

42 在宅療養診療所が小児を受け入れる動き

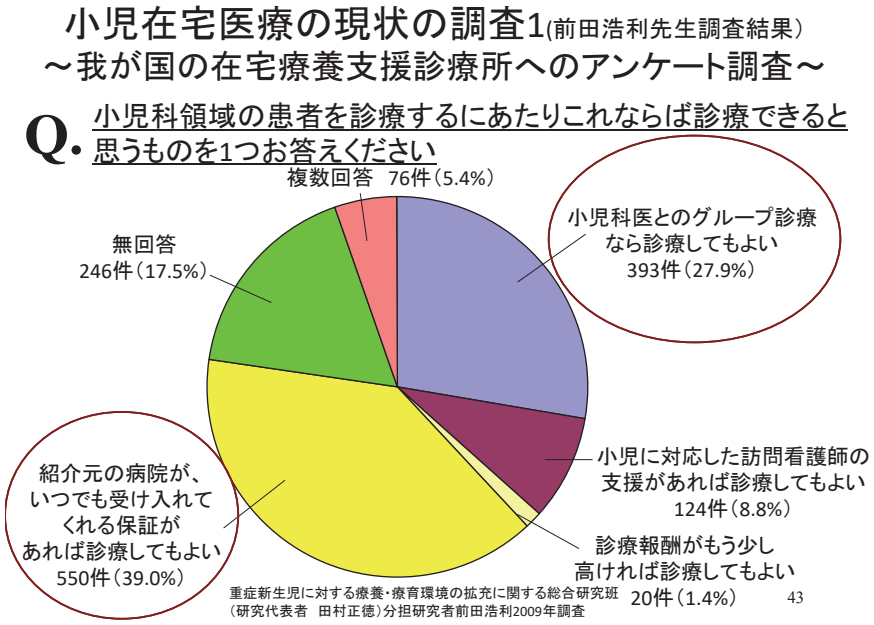


（前田浩利先生調査結果）

42

小児科領域の患者を今後在宅で診療しようと思うか？という質問に対して「診療したい」、「状況によっては診療したい」という施設が約３倍に増加していた。また５人以上ないしは10人以上小児の在宅診療を行っているという施設も順調に増えていた。

43 小児在宅医療の現状の調査 1



Q:小児科領域の患者を診療するにあたりこれならば診療できると思うものを１つお答えください
に対する回答（複数回答可）で多かった２つは２回の調査とも同じで、
1.紹介元の病院がいつでも受け入れてくれる保証があれば診療してもよい
2.小児科医とのグループ診療なら診療してもよい
であった。
入院受け入れの保証と小児科医との連携が、成人の在宅療養診療所が小児も診る鍵を握っていると考えられた。

44 小児在宅医療の目的

- 全ての子ども、どんな重い障害や病気をもった子どもも、一人の「人」として大切にされ、家族の絆、地域のつながりの下で、それぞれがもって生まれた「いのち」の可能性をできる限り発揮して、生き切ることができる社会を実現する。
- 在宅医療という形で、地域基盤(community-based)の多職種連携(multi-disciplinary)による包括的ケア(comprehensive care)を行い、Patient & Family-Centered Careを実現する。

(前田浩利先生スライド)

小児在宅医療の目的、ミッションは、全ての子ども、どんな重い障害や病気をもった子どもも、一人の「人」として大切にされ、家族の絆、地域のつながりの下で、それぞれがもって生まれた「いのち」の可能性をできる限り発揮して、生き切ることができる社会を実現することであり、言い換えると在宅医療という形で、地域基盤（community-based）の多職種連携（multi-disciplinary）による包括的ケア（comprehensive care）を行い、Patient & Family-Centered Careを実現することである。

45 小児在宅医療支援推進への追い風

小児在宅医療支援推進への追い風

- 障害者総合支援法改正
  （2016年6月3日）
- 成育基本法の成立
  （2018年12月8日）

45

まだまだ厳しい小児在宅医療ではあるが、以上の様な問題点を行政や政治家が認識し始めた結果、小児在宅医療支援推進への追い風となる２つの法律が制定された。
１つは障害者総合支援法改正であり、２つ目は成育基本法の成立である。

46 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律及び児童福祉法の一部を改正する法律（平成28年６月３日成立）（1）

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律及び児童福祉法の一部を改正する法律（平成28年6月3日成立）

第56条の6 ②（新設）

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に努めなければならない。

46

47 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律及び児童福祉法の一部を改正する法律（平成28年６月３日成立）（2）

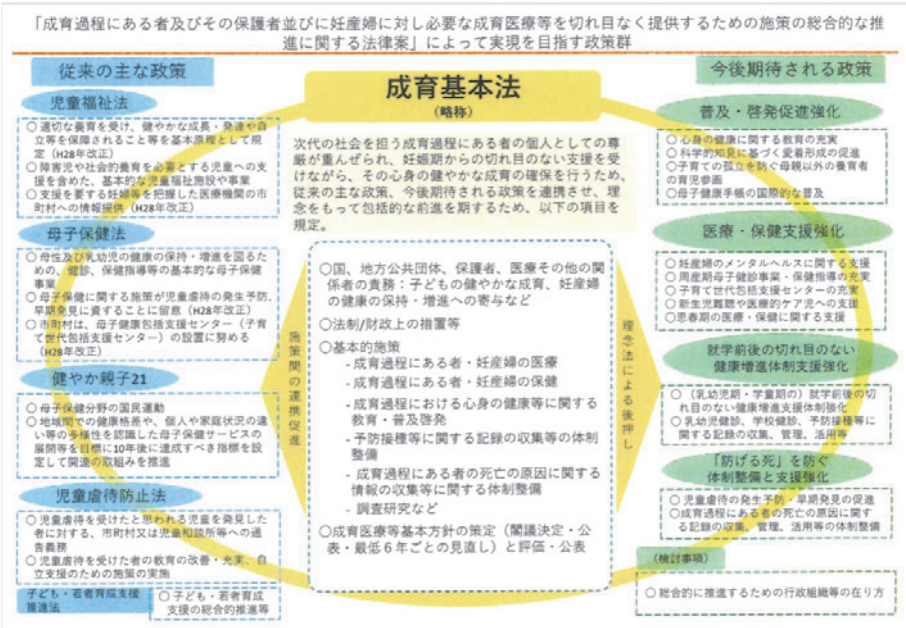
障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律及び児童福祉法の一部を改正する法律（平成28年6月3日成立）

第33条の19（新設）　厚生労働大臣は、障害児通所支援、障害児入所支援及び障害児相談支援の提供体制を整備し、障害児通所支援等の円滑な実施を確保するための基本的な指針（以下「基本指針」という。）を定めるものとする。

第33条の20（新設）　市町村は、基本指針に即して、障害児通所支援及び障害児相談支援の提供体制の確保その他障害児通所支援及び障害児相談支援の円滑な実施に関する計画（以下「市町村障害児福祉計画」という。）を定めるものとする。

第33条の22（新設）　都道府県は、基本指針に即して、市町村障害児福祉計画の達成に資するため、各市町村を通ずる広域的な見地から、障害児通所支援等の提供体制の確保その他障害児通所支援等の円滑な実施に関する計画（以下「都道府県障害児福祉計画」という。）を定めるものとする。

48 成育基本法

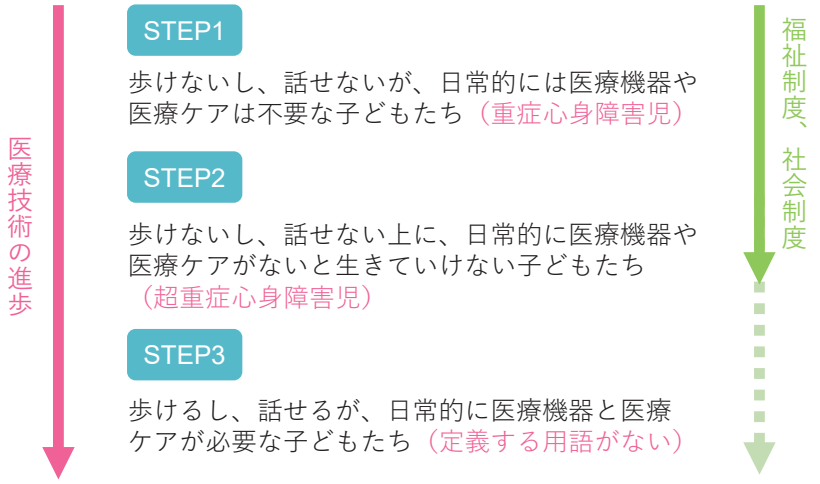


49 「地域共生社会」の実現に向けて（当面の改革工程）【概要】



主として高齢者社会を想定して提起された「地域包括ケア」の概念から更に一歩進めて「地域共生社会」の実現が提唱されるようになった今こそ、我々は成育基本法の精神を活かした社会作りに邁進しようではないか！

50 医療技術の進歩によって変わっていく子どもたちの病態



(前田浩利先生スライド)

これまで述べたことをまとめると、確かに法律の中で、医療が必要な子どもたちを支援する方向性は示された。
しかし、その具体的な現場での制度、社会資源の整備は大きく遅れているのが現状である。
歩けないし、話せない子どもたちは、重症心身障害児と呼ばれる。
歩けないし、話せない上に、日常的に医療機器や医療ケアがないと生きていけない子どもたちは、超重症心身障害児である。
しかし、歩けるし、話せるが、日常的に医療機器と医療ケアが必要な子どもたちは、まだ定義する用語がない。
このような子どもたちも包含する支援の仕組み作りは、これからの課題である。

51 まとめ

わが国の障害福祉制度では、日常的に医療機器、医療ケアが必要な医療的ケア児は、制度上では地域にいないとされてきた。

↓

生活支援の欠如、医療と福祉、教育の断絶、医療だけが抱え込まざるを得ない現状

↓

子どもと家族の生活の困難（家族の孤独なケア、家族の疲弊、学校に行けない、外出できない、15歳を超えたらかかりつけの病院が無い）医療機関の機能不全（NICU満床問題、PICU満床問題）
災害時の問題（避難場所、非常時の電源）

(前田浩利先生スライド)

これまでのお話をまとめた。
小児在宅医療の対象となる子どもたち、医療的ケア児は、制度上では地域にいないとされてきた。
その結果、生活支援の欠如、医療と福祉、教育の断絶、医療だけが抱え込まざるを得ない現状が生まれた。
そして、家族の孤独なケア、家族の疲弊、学校に行けない、外出できない、15歳を超えたらかかりつけの病院が無いなどの、子どもと家族の問題、NICU満床問題、PICU満床問題など、医療機関の機能不全も生まれた。更に、災害時の問題も大きく、東日本大震災や、熊本地震の際に、医療的ケア児の多くが避難場所が無く、自家用車の中で過ごした問題や、非常時の電源確保の問題、東日本の際の津波によって、障害者の死亡率は健常者の２倍と言われるなど避難の際の支援の問題が浮き彫りになり、今後の大きな課題となっている。

総論 1-2 小児在宅医療に関わる機関・職種

岩本 彰太郎

目　標

小児の成長発達による変化および病態・疾患の多様性から来る小児在宅医療の特徴を理解した上で、複数の医療機関同士の連携や地域での医療職、福祉、教育機関、行政など多機関・多職種との連携の必要性や意義を理解する。

Keyword

小児の成長発達と疾病特殊性、在宅医と病院主治医、看護師との連携、医療・福祉・教育の連携、地域ネットワーク、コーディネーター

内　容

1．小児在宅医療の特徴を理解

　小児在宅患者の基礎疾患と病態の多様性および医療的ケア内容と数の多さを理解し、成長とともに変わるケアにも対応していく必要がある。

2．医療機関間の連携と支援会議の重要性

　小児在宅患者の特徴から病院主治医との関係が強く、在宅医と病院主治医の連携は必須である。在宅移行に際しても事前の十分な準備と役割分担の確認のために退院支援会議の必要性、急性増悪期の緊急入院対応など、継続的な連携が重要である。

3．多機関・多職種の連携のあり方

　複雑な医療、福祉、教育の仕組みの中の広域・地域の連携機関の種類と役割を理解する。地域共生社会を目指した地域ネットワークづくりのあり方を理解する。

4．コーディネーター

　連携のためにはコーディネーターの存在が必須である。医療的配慮も可能な相談支援専門員の育成が課題である。

【引用情報】
1）平成27年度小児等在宅医療地域コア人材養成講習会
2）平成29年度及び平成30年度　厚生労働省委託事業　　在宅医療関連講師人材育成事業
（小児を対象とした在宅医療分野）　小児在宅医療に関する人材養成研修会
3）「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」の中間報告（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）
4）医療的ケア児等コーディネーター等育成研修
http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/0000161126.pdf

1 はじめに

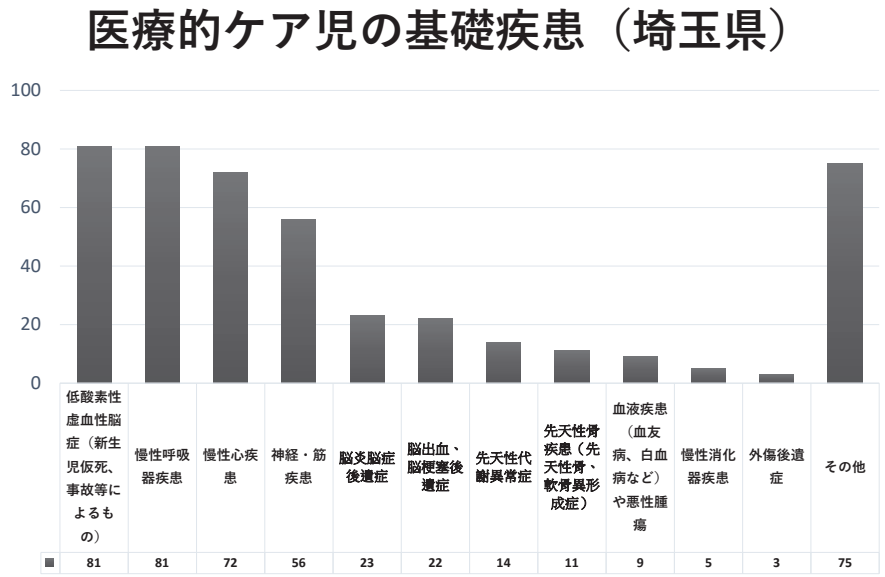
- 地域の医療・福祉などの連携を理解するためには、成人とは違う**在宅児の特徴**を理解した上で**地域連携**を構築する必要がある。
- 介護保険の対象でない中、**医療保険と福祉制度などを組み合わせ**ながら運営していくことや、**成長に伴う環境変化に対応**していかなければならない。
- 小児在宅医療の推進のためのリーダーとなるためには、各々の**専門外の領域にも理解と参加**が求められる。

2 小児在宅医療の特徴を理解し対応していく必要がある

医療的ケアや介護の負担を軽減し、持続可能な在宅生活を送るためには、**成人の在宅医療との違い**と**小児の特徴**を理解し、**成長とともにかわる病態**に対応した支援が必要である。

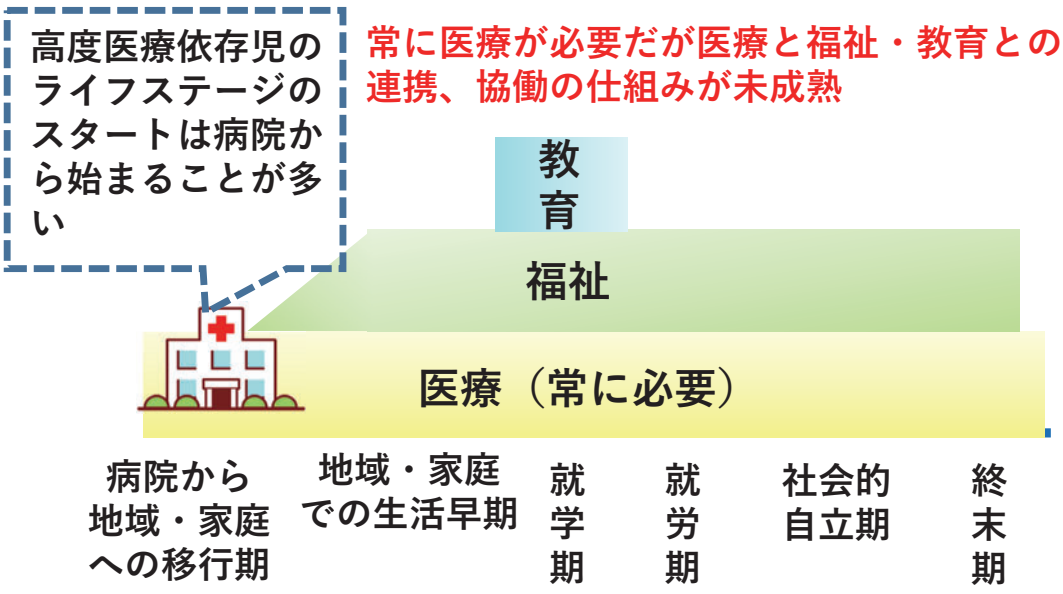
小児在宅医療の特徴を理解し対応していく必要がある。

3 医療的ケア児の基礎疾患



医療的ケア児の基礎疾患は多種多様で、先天性の疾患では染色体異常奇形症候群、代謝異常、神経・筋疾患など、また新生児期発症の低酸素性虚血性脳症、脳出血等が多い。後天的な疾患では、脳炎脳症後遺症、外傷後遺症、悪性腫瘍、血液疾患があげられる。これらの基礎疾患の病態を理解し各々に必要な医療的ケアを提供する必要があるが、在宅児の場合、医療的ケアの種類が多く重症例が多いことが特徴である。

4 医療的ケア児のライフステージ

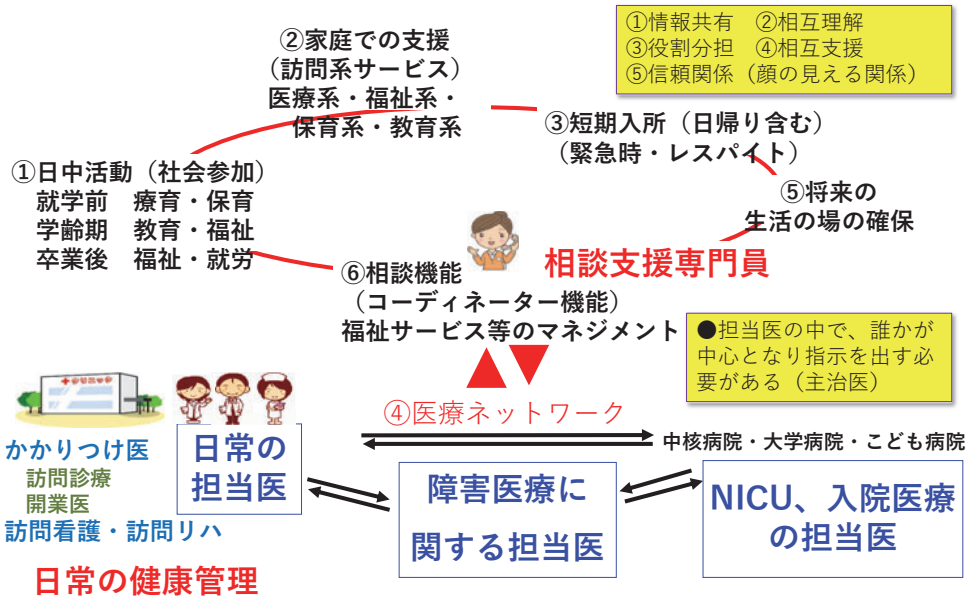


医療的ケア児にとってライフステージは、病院での治療から始まる。
急性期から安定期に移行し病状が安定すれば、地域・家庭への移行を行い在宅での生活がスタートする。地域の生活は、医療のみでなく生活するということが主体となるため、成長に合わせた福祉や保育・教育の連携と協働の仕組みが必要であるが、未成熟である。

5 医療機関間の連携と支援会議の重要性

- **病院の主治医が存在**するため、地域完結型の医療連携とはならず、病院と強い結びつきを持ちながら子どもの生活を支援していくことが多い。
- 在宅移行に際しても、事前に十分な準備と役割分担の確認のために、**退院支援会議**の必要性、急性増悪期の**緊急入院対応**など、継続的な連携が重要である。
- **退院移行だけでなく、在宅移行した後**も、治療の変更や状態の変化、子どものニーズを把握していくために、必要に応じて**連携会議を開催**していくことが重要である。

6 医療的ケア児支援ネットワーク



在宅小児の疾患の希少性から、健康管理をするためには専門知識をもった検査・治療などのフォローが必要であり、小児在宅患者は、２人の主治医が必要である。すなわち病院の主治医（中核病院・大学病院・小児専門病院など）と日常の担当医である。急変時には緊急入院先としても機能する必要がある。この２人の主治医の存在は成人の在宅医療ではほとんど見られない関係である。成人の場合は一旦病院から退院した時点で主治医は在宅医となり、病院との関わりはなくなってしまう。このように、広域の基幹病院と地域の在宅医の連携は、より強く求められる。またリハビリテーションや、レスパイトのための短期入所の利用のため、療育機関の病院との連携も必要となってくるため、多くの医療機関・療育病院が関わることとなる。

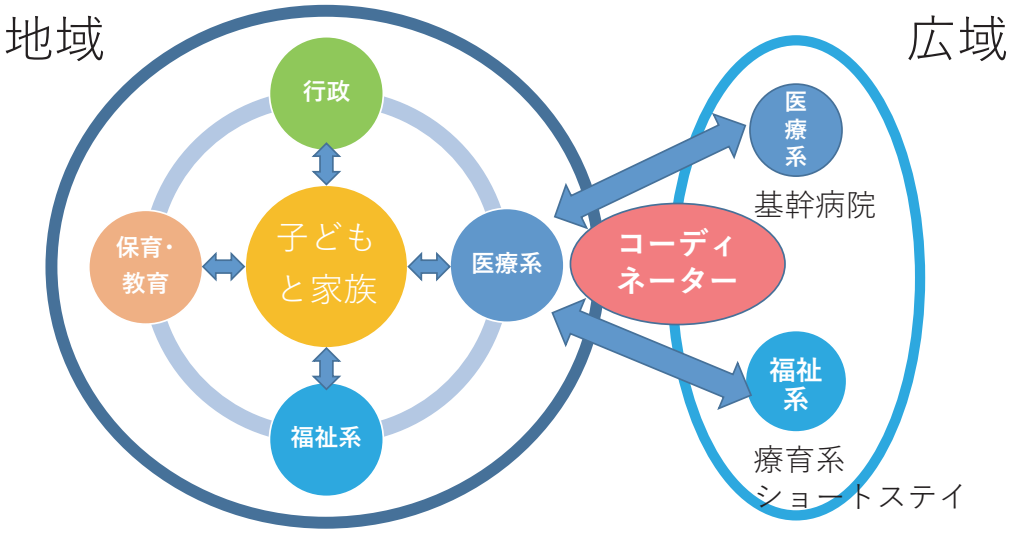
7 患者と家族を取り巻く多職種チーム作り

在宅療養児と家族にとって、

多種多様な医療社会資源の活用が有用で、

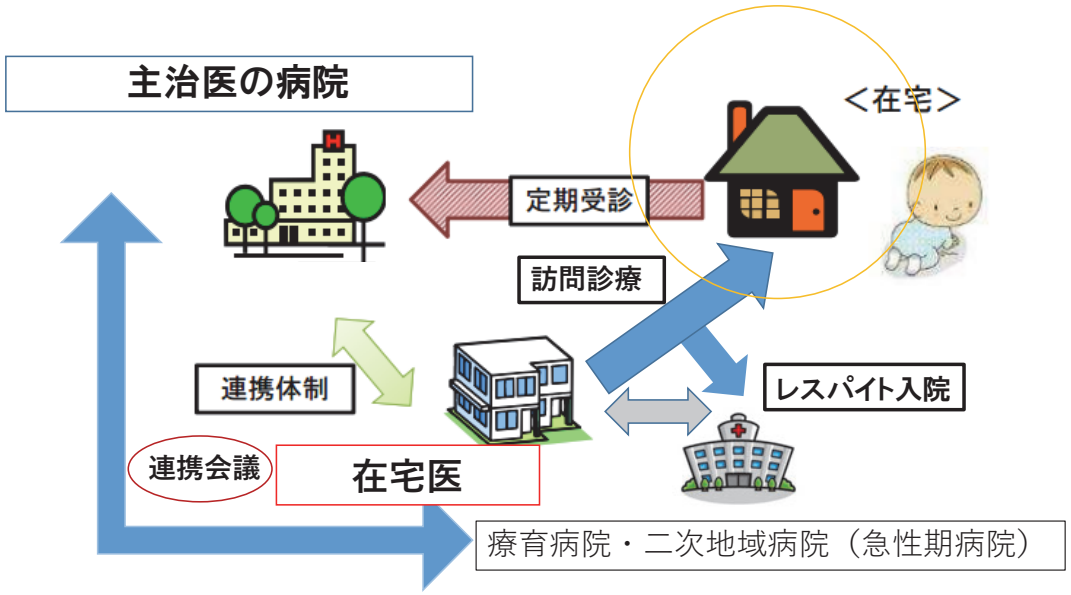
そのためには**多職種のチーム作り**が必須である。

8 連携の形



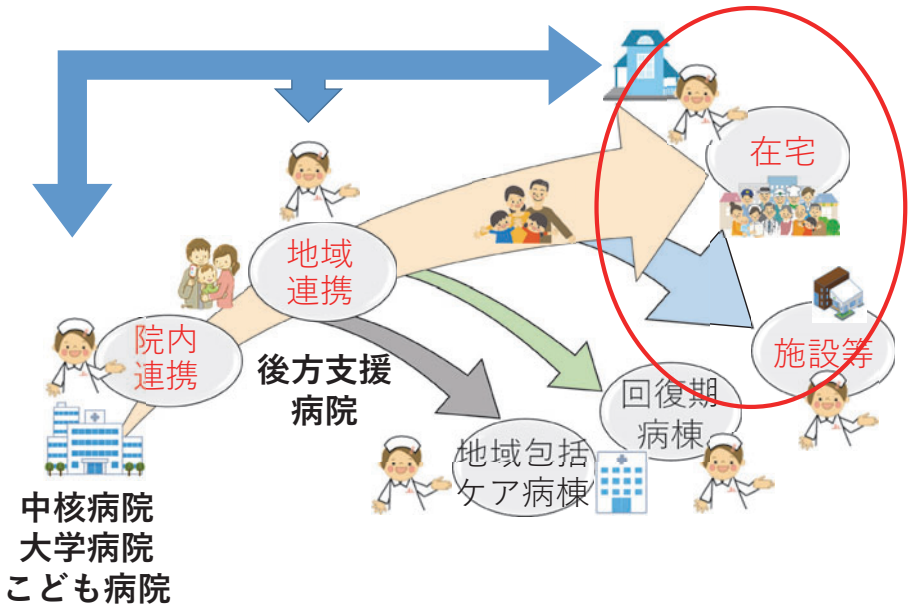
連携の形を示す。小児の場合には、連携は地域完結型ではなく、必ず広域の病院の主治医や療育施設などと連携が必要である。広域での、医療支援は基幹専門病院、病院のソーシャルワーカー、福祉系の支援は、ショートステイ、療育施設等が挙げられる。地域では、子どもと家族を核として、医療系の支援すなわち訪問診療、訪問看護、訪問歯科、訪問薬剤などが、福祉系の支援では介護、レスパイト、日中一次支援、児童発達支援など、教育関連では、幼稚園、保育園、学校が、また行政系では、障害福祉、子育て支援、保健所、児童相談所などがあげられる。地域のこれらの機関と家族の連携をコーディネートし、かつ広域の関係機関とも連携し地域とを結ぶ役割を担うコーディネーターも重要である。

9 医療機関の連携　在宅医と病院主治医



在宅小児は疾患の希少性から、健康管理をするためには専門知識をもった検査・治療などのフォローが必要であり２人の主治医が必要である。すなわち病院の主治医（基幹病院、小児専門病院など）と在宅の主治医である。この２人の主治医の存在は成人の在宅医療ではほとんど見られない関係である。成人の場合は一旦病院から退院した時点で主治医は在宅医となり、病院との関わりはなくなってしまう。広域の基幹病院と地域の在宅医の連携は小児の場合は必須である。またリハビリテーションや、レスパイトのための短期入所の利用のため、療育機関の病院を利用している場合が多いが、どちらも身近な地域に多く存在しているわけではなく、そのための通院や移動は家族の負担が多い。それを調整するコーディネーターが必要である。

10 医療機関の連携　訪問看護師と病院等の看護師



医療的ケア児と関わる医師として看護師との連携もとても重要である。特に、超重症児の在宅移行期には、在宅生活の早期安定化を図る上でも、入院していた病院の看護師と訪問看護師、レスパイト・短期入所対応可能な病院の看護師との連携及び情報共有は欠かせない。こうした連携において医師の役割は大きく、訪問看護ステーションへの指示書やレスパイト・短期入所対応病院への診療情報提供書などを提出することになる。２名の主治医体制が多い小児の場合、医師間で連携しつつ、在宅小児を支える多様な看護師の存在を理解し、スムーズに繋ぐことが求められる。

11 広域の医療連携

- 周産期センター
- 高次機能病院・小児専門病院・大学病院
  ⇒専門医療、検査入院
  急性増悪時の専門治療
- 地域中核病院
  ⇒急性期治療、レスパイト
- 医療型療育病院
  ⇒リハビリテーション
  ショートステイ、入所

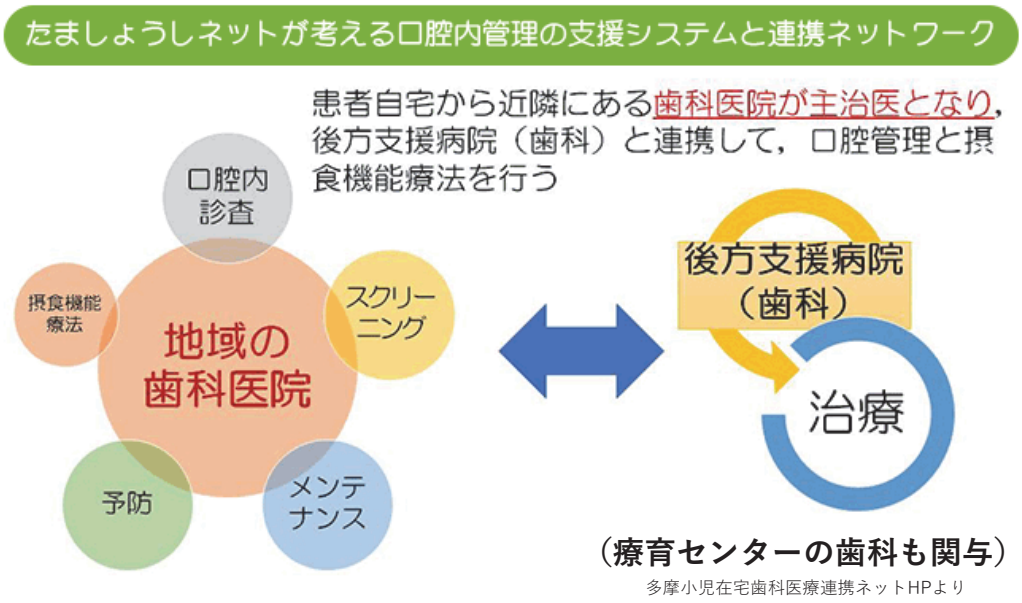
周産期センターでは、在宅移行する子どもたちの退院支援を行い、家族に必要なケアの教育や地域への退院支援会議を行い地域へ移行するための準備を行う。
一旦退院したら、急性増悪時の入院治療や特殊治療、検査は、高次機能病院・小児専門病院・大学病院が担い、二次的な急性疾患やレスパイトは地域中核病院が行う。また医療型の療育病院では、継続的なリハビリを行うなど、役割があり、複数の専門科と医師が関わっているため、その役割分担と情報の共有が必要となる。同時に在宅医との連携も欠かせない。

12 地域の医療系の連携

- 訪問診療
- 訪問看護
- 訪問リハビリテーション
- 訪問薬剤指導
- 歯科訪問診療
- 在宅患者訪問栄養食事指導
  （急性期の二次治療入院病院）

地域の医療系支援の中での多職種の連携は、非常に重要である。日常の体調管理は、訪問看護師と在宅医による訪問診療が担うといってよい。この２つの職種の情報共有と役割分担がなければ、子どもの健康の維持は不可能である。訪問看護とのアセスメントとケアの共有化は必須である。在宅医は同時に病院の主治医との連携と知識のブラッシュアップも求められる。しかしながら小児を扱う訪問看護ステーションも在宅医も絶対数が少ないことが現状で、在宅移行をする子どもたちの増加に追いついていないことが現実である。とくに複数の医療的ケアやデバイスのついた子どもの管理は知識と技術が必要なため、早急に育成が求められている。訪問リハビリ、歯科も絶対数の少なさは同様で、現状は子ども、もしくは家族が出向く形が圧倒的に多い。その他、薬剤師による訪問薬剤指導、栄養士による訪問食事指導は、在宅医療を支えるチームに重要である。

13 歯科訪問診療 歯科医による病診ネットワーク



「多摩小児在宅歯科医療連携ネット」（たましょうしネット）の紹介
東京多摩地区歯科医師会では、歯科医師による医療的ケア児への支援を行っている。その支援内容は、地域の歯科医院では口腔内診査やスクリーニングを行い、口腔内に疾患がないかを診査するのが主な役割とし、疾患があった場合、地域の後方支援病院の歯科に依頼し、治療を行う。治療後は地域の歯科医院でメンテナンスや予防に努める。摂食嚥下障害が疑われた場合、後方支援病院にて嚥下機能等を診査・診断し、口腔ケアや摂食機能訓練を行っていく。

14 訪問薬剤指導 地域かかりつけ薬局の役割

医療者としての支援

- 在宅患者訪問薬剤管理指導
  - ◆ 処方薬が多く、内服が複雑
  - ◆ 経管投与が多い
  - ◆ 小児の特殊性を理解した服薬指導
  - ◆ 中心静脈栄養、オピオイド
  - ◆ 栄養剤、加湿水
- 在宅物品（衛生材料物品）の提供

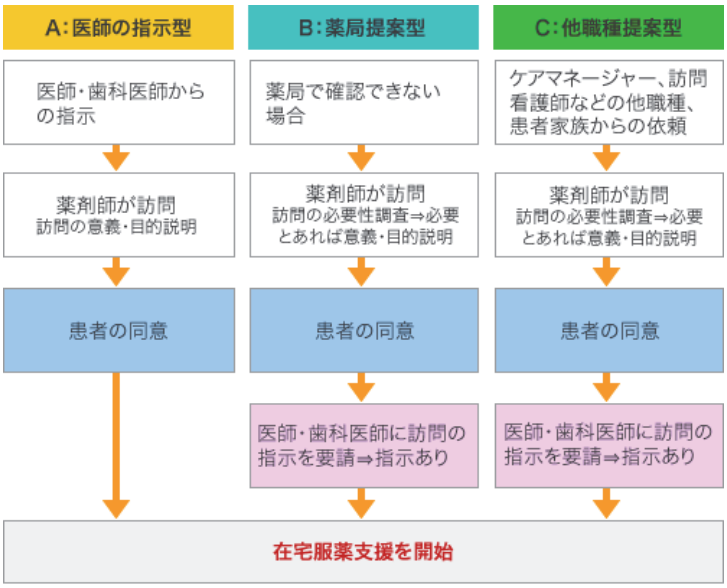


生活者・保護者視点からの支援

- 子どもの状態の把握
- 内服状況から子どもと家族の状態を把握
- 相談・話し相手
- 同職種・多職種間連携

成人の在宅医療では普通に行われている地域かかりつけ薬局との連携についても多くの小児科医には周知されていない。小児在宅医療でも地域の薬局が介入していただけると、医療だけでなく、生活者、保護者の視点で支援していただけ、患者・家族の負担軽減につながる。

15 地域薬局が在宅支援を開始するパターン



資料:日本薬剤師会「在宅服薬支援マニュアル」より一部改編

地域薬局の在宅支援を行うためには、患者の同意と、医師・歯科医師からの指示が必要であるが、開始するきっかけは複数あり、多職種が、患者・家族のくらしに寄り添い、ニーズを拾い上げることが重要である。小児在宅医療でも地域の薬局が介入していただけると、患者・家族だけでなく、医療者の負担軽減にもつながる。

16 地域の福祉との連携

- 居宅介護（ホームヘルプサービス）
  身体介護、家事、通院介助
- 移動支援、意思疎通支援
- 訪問入浴サービス
- 児童発達支援（居宅訪問型を含む）
- 放課後等デイサービス
- 短期入所（レスパイト）

障害者総合支援法による障害福祉サービスとしての居宅介護は介護の負担を軽くし、家族の生活の質を上げる重要なサービスの一つであるが年少児での利用が認められている地域は少ない。また生活圏が広がる集団への参加や通院などに利用できる移動支援も医療的ケアの多い重症児ほど利用しにくいのが現状である。幼児期になって利用できる通所型児童発達支援は、地域と密着した集団参加できる療育サービスの一つであるが、医療的ケアの多い在宅児は医療型通所サービスも少なく、かつ、母子分離型を利用できない場合が多い。人工呼吸器利用児や免疫力に課題を持つ子どもの場合には、居宅訪問型児童発達支援サービスを受けることが可能になったが、まだ十分な普及には至っていない。短期入所（ショートステイ）は家族の介護疲れの解消（レスパイト）には必須のサービスであるが、人工呼吸器などの医療的な処置が多い子どもの場合、地域で受け入れてくれる施設が少ないことが大きな障壁となっている。

17 地域の自治体との連携

●障害福祉課
　福祉サービスの支給決定
　種々の福祉手当支給
　医療器械・装具購入の補助
●保健センター、保健所
　保健師
●子育て支援関連課（子育て世代包括支援センター）
　小児慢性疾病、難病手続き
　子ども家庭支援センター
　ファミリーサポート、家事援助
●保育課
　一時保育
●教育委員会
●児童相談所

地域の自治体とは、非常に密接な関係を持っている。たくさんの部署にまたがり利用できる制度やサービスがある。障害福祉関係の手当の支給や医療器械や生活介護品購入の補助、保健師の巡回や相談業務、時には彼らは地域のコーディネーターとして機能する。子育て支援センターでも、相談業務や、ファミリーサポート事業を行っており、障害があるなしにかかわらず利用できる事業がある。在宅児本人だけでなく兄弟の支援も含んで家族を支援する制度があることを知っておくと活用できる場合がある。
その他、保育と教育に関係する保育課、教育委員会なども自治体内の一部の部署であり、各部署との情報共有や連携が必要となる。

18 地域の保育・教育との連携

- 保育園
- 幼稚園
- 小中学校
  特別支援学級
- 特別支援学校（通学、訪問学級）
- 学童保育

小児は成長に伴い、良好な保育、教育を受ける権利を持っている。医療的ケアを受けている在宅児も例外ではない。地域の保育園、幼稚園、小中学校など医療的ケアに対応できる人材と環境が整えば通うことは可能である。また障害に対応できる特別支援学級や支援学校にも通学可能である。その場合、医師は、園あるいは学校に医療的ケア指示書を提出し、加配看護師に実施してもらいたい内容を申請する。しかし医療的ケアの多い場合、保護者の付き添いが条件である場合や訪問学級になる場合も多く、今後の課題となっている。

19 地域共生社会を目指した地域ネットワーク

地域ネットワークづくりで重要な視点

- 医療的ケア児と家族支援を、一つの“**地域共生社会**”の在り方として捉える。
- 在宅医療的ケア児が少ない地域では 、“地域共生社会”の構築を**広域で検討**することも重要である。

⇩

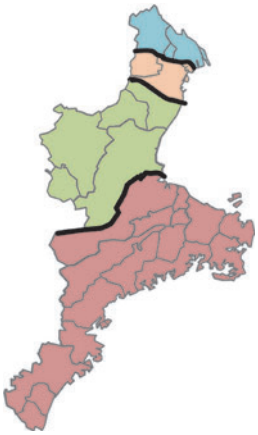
✓ **多機関・多職種**の顔の見える場となる。

✓ 人材育成・地域社会資源を把握する。

→ **“支援者支援” “地域づくり”**

✓ **災害対策**の視点を加え、**行政と共に**構築する。

20 地域ネットワークの一例（三重県）



各ネットの構成	H28年度 ネット別人口（医ケア児*）
■ **e-ケアネットそういん** 代表：開業小児科医 事務局：障がい者総合相談支援センター	21.8万（24人）
■ **e-ケアネットよっかいち** 代表：県立看護大学教授 事務局：相談支援事業所	37.7万（47人）
■ **にじいろネット** 代表：医療型入所施設MSW 事務局：大学病院	69.5万（83人）
■ **みえる輪ネット** 代表：市長、大学病院小児科医 事務局：医療型入所施設	52.3万（57人）

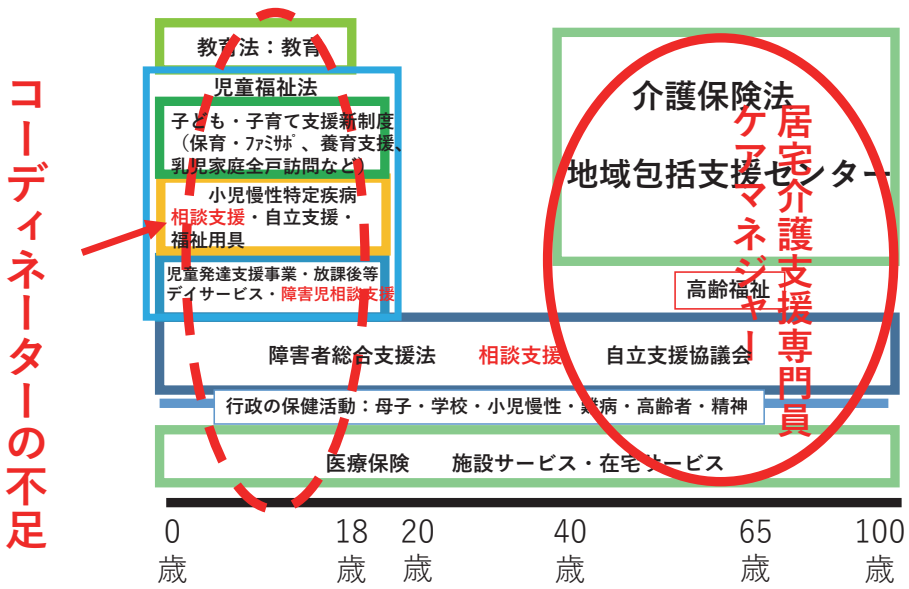
（医ケア児*　20歳未満）

広域での地域ネットワークづくりの一例として三重県の取り組みを示す。各ネットの代表や事務局は、継続的運営の要となるため、ネット毎に工夫されている。特に、医療的配慮が可能な職種・機関が入っていることは特徴といえる。各ネットの人口規模としては、30～50万人程度となっている。こうした広域ネットワーク活動が、専門職の多機関・多職種の顔の見える関係づくりだけでなく、各自治体の連携や協力に繋がっている。

21 コーディネーター

- 高齢者の支援は、おおむね介護保険法と総合支援法、医療保険でカバーされ、それをコーディネートするケアマネジャーがいる。
- 小児ではそれを担う職種として相談支援専門員が存在し、障害児福祉計画を作成しているが、医療連携に弱い方が多い。

22 地域における医療・生活支援の現状　コーディネーターの不在



子どもの支援体制は、教育、子育て支援、小児慢性、児童福祉法、総合支援法、医療保険などが複雑に絡み合って構築されている。こうした子どもを地域で支援していくには、これらの知識を持ち、かつ、医療的配慮をしながら多職種と調整できるコーディネーターが必要である。現在、相談支援専門員の業務とスキルは、福祉サービスに重きをおいている場合が多く、医療的配慮を加味したコーディネートは十分に実施されていない。

23 小児在宅医療におけるコーディネーターの役割

- 当事者と家族の**ニーズと希望**を把握する
- **ライフステージ・イベント**に沿った多職種、多事業所との調整、コーディネート
- **相談支援専門員**などによる相談支援計画作成とフォロー

特に**医療連携（医療的配慮）**の重要性

医療と福祉・教育を包括した支援と計画

＊**医療的ケア児等コーディネーター**など養成研修の充実

福祉だけでなく医療的な知識や視点も持ったコーディネーターが望ましい。また小児の在宅生活では、地域でも、介護保険でのケアマネジャー的な職種は存在しないため、障害者総合支援法に基づいた相談支援専門員が、その代わりとなる可能性があるが、本来は福祉サービスの申請の計画書作成とモニタリングが仕事である。在宅児の場合、医療サービスも大きな比重を占める。よって福祉と医療の双方が重要で、現在の相談支援計画は福祉サービスのみに注目して作成モニタリングされていることが多い。福祉サービスの中に医療サービス、教育を織り込んだ生活をイメージできる相談支援計画でなければ、本当の支援計画とはいえない。
よってコーディネーターの望ましい職種は問わないが、医療的配慮ができ、多岐にわたる制度などに精通した人材が望ましい。現在、全国で「医療的ケア児等コーディネーター養成研修」が実施されている。

総論 1-3 医療機関の役割（小児科診療所・在支診・後方支援病院・重心施設）

中村 知夫

目　標

医療的ケア児の支援の中心となる医療機関が連携する際に、それぞれの医療機関の特徴を互いに理解し、医療機関も支援し合う体制を地域で構築する。

Keyword

- 医療機関連携
- 訪問診療
- 在支診
- 後方支援病院
- トランジション
- 診療報酬

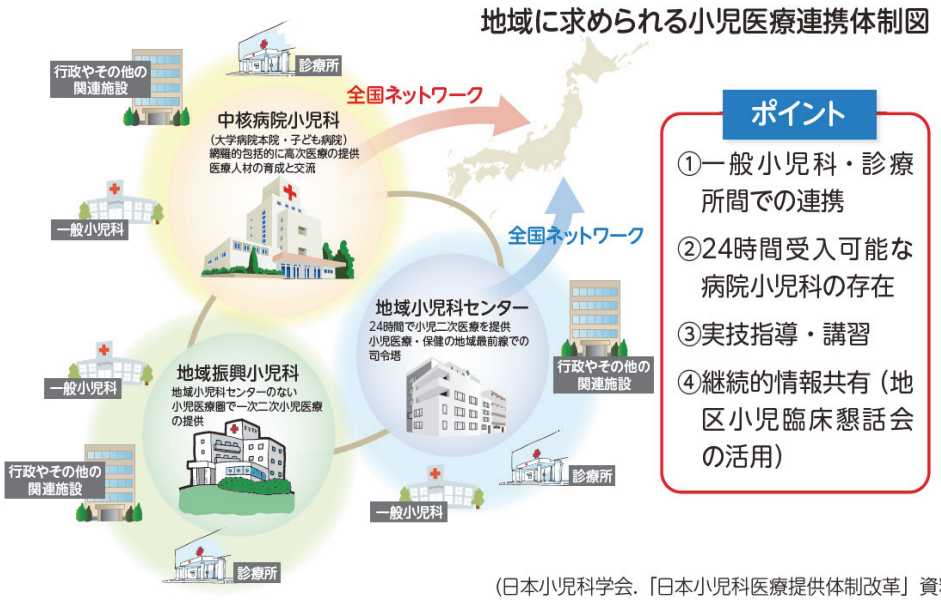
内　容

医療的ケア児の支援において、医療機関の果たすべき役割は大きいが、小児では、医療機関の連携も始まったばかりで、地域差も大きいことより手探りの部分も多い。

本章では、医療機関の連携するにあたり、在宅医療におけるそれぞれの医療機関の得意とする点、不得意とする点の理解、訪問診療と在宅診療報酬の理解を通じて、手を取り合って患者を支援し、問題解決を図ることの重要性について理解を深める。

【引用情報】
1）平成27年度　小児等在宅医療地域コア人材養成講習会
http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000114540.pdf
2）平成28年度厚生労働省委託事業　在宅医療関連講師人材育成事業（小児を対象とした在宅医療分野）　小児在宅医療に関する人材養成研修会
http://www.mhlw.go.jp/file/06-Sehou-10800000-Iseikyoku/0000144811.pdf
3）平成29年度厚生労働省委託事業　在宅医療関連講師人材育成事業（小児を対象とした在宅分野）　小児在宅医療に関する人材養成講習会
https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000197745.pdf
4）南条浩輝　他：小児在宅医療　実践の手引き　日総研
5）前田浩利　他：在宅医療の技とこころ　小児の在宅医療も始めるための29のポイント
6）船戸正久　他：在宅移行中間施設としての療育施設の役割．日本小児科学会雑誌　2017; 4: 993-999
7）渡辺章充　他：重症心身障害児（者）入所施設・国立病院機構位における短期入所の全国実態調査．日本小児科学会雑誌　2017; 4: 739-744
8）船本仁一　他：日本小児医療保健協議会重症人身障害児（者）・在宅医療員会活動報告　NICUや急性期病棟から在宅への移行を支援する中間施設に関する調査．日本小児科学会雑誌　2017; 4: 798-807
9）大山昇一　他：市中病院小児科における小児在宅医療と課題．日本小児科学会雑誌　2017; 9: 1584-1589

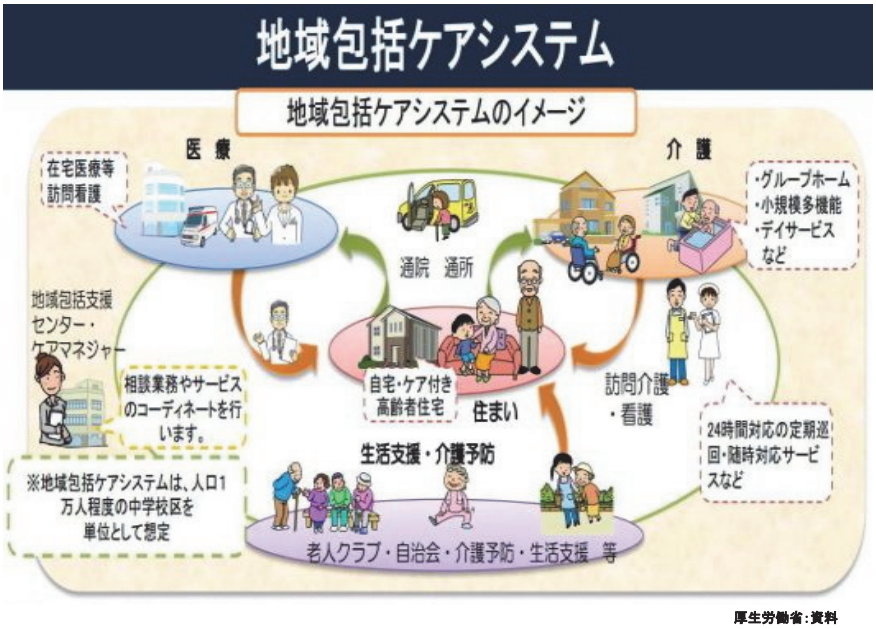
1 地域での小児医療連携体制



（日本小児科学会.「日本小児科医療提供体制改革」資料）

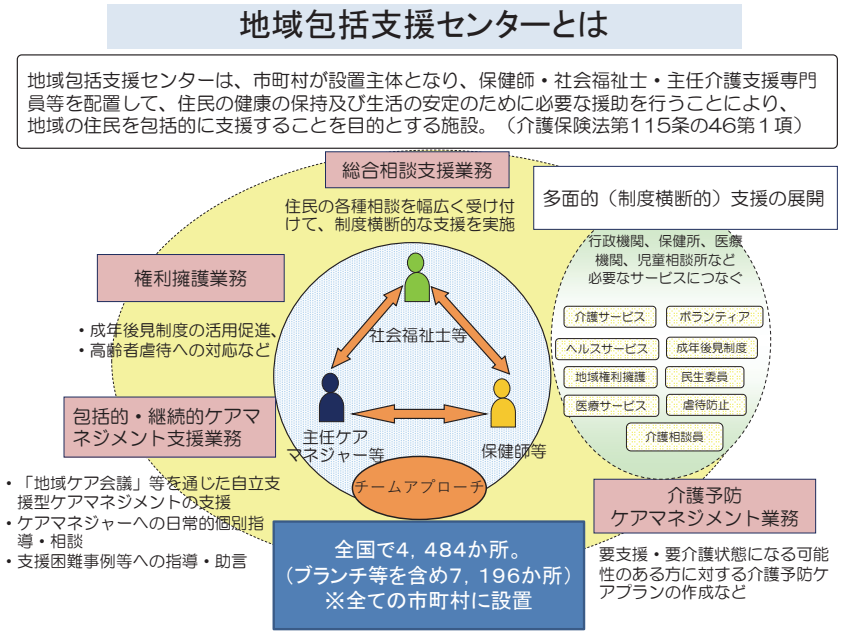
日本小児科学会は以前より、地域に求められる小児医療連携体制を提案してきた。事実、多くの都道府県で小児医療の集約化等が進んでいる。一方で、在宅移行する重症児が増える中、それらの子どもと家族を支援するには、ポイントで示す新たな小児医療連携体制の充実が望まれる。

2 地域包括ケア



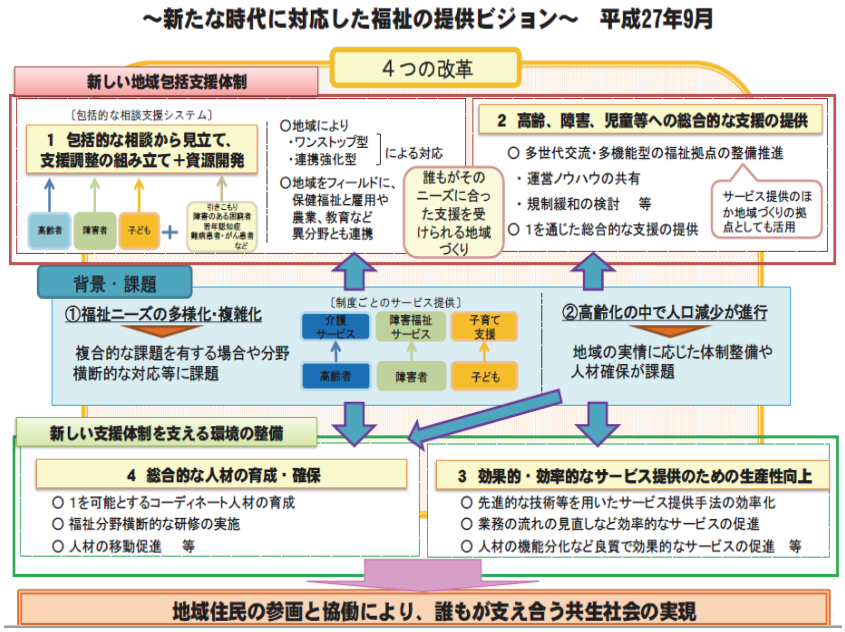
高齢者では、地域で高齢者とその家族を多職種で支援する体制の構築が行われてきた。

3 地域包括ケアセンター



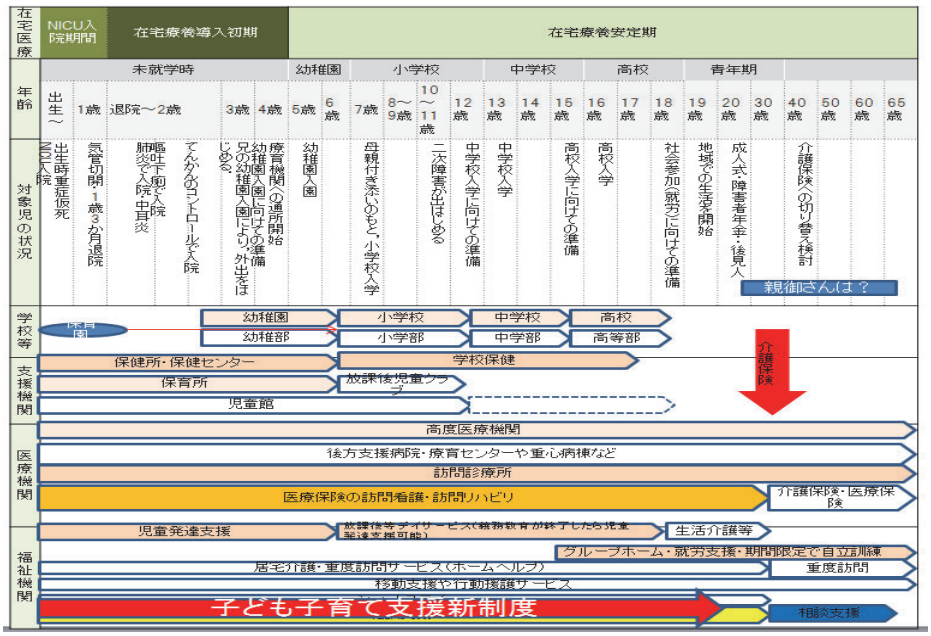
高齢ケアでは、地域で高齢者とその家族を多職種で支援する体制の中心として、地域包括ケアセンターの設置がすべての市町村で進んでいる。

4 共生社会の実現



これまでの高齢者だけでなく、子どもや、障害児者等の支援を必要な人たちが総合的な支援を受けながら地域で暮らす共生社会の実現が今求められている。

5 育ちに応じた支援



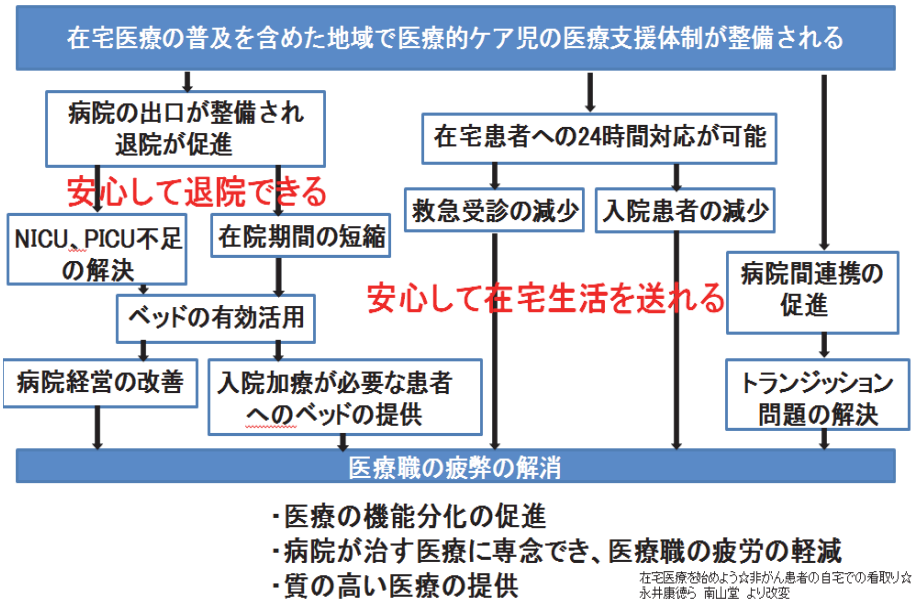
医療的ケア等が必要な子どもでは、高齢者と違い、育ちに応じた長い時間軸の中で、子育て、保育、教育、就労までも見据えた支援が必要である。
そのためには、高齢者にはない職種や、制度を組み合わせた支援が必要である。

6 地域の医療資源とその役割

地域の医療資源	期待される役割
かかりつけ医（訪問医）	日常の健康管理、デバイス交換、相談、予防接種、自宅での看取り、多職種連携など
小児高度医療機関	高度な医療、検査、相談など
地域中核病院	救急、入院治療、レスパイト、検査、相談など
訪問看護師	在宅での看護、処置等の手助け、リハビリ
地域保健師	情報提供、各職種との連携や連絡
歯科医師	口腔ケア、摂食嚥下
かかりつけ薬局	訪問服薬指導、栄養剤・注射薬の配達、無菌調剤、在宅物品提供など
重心施設	レスパイト、リハビリ、相談など

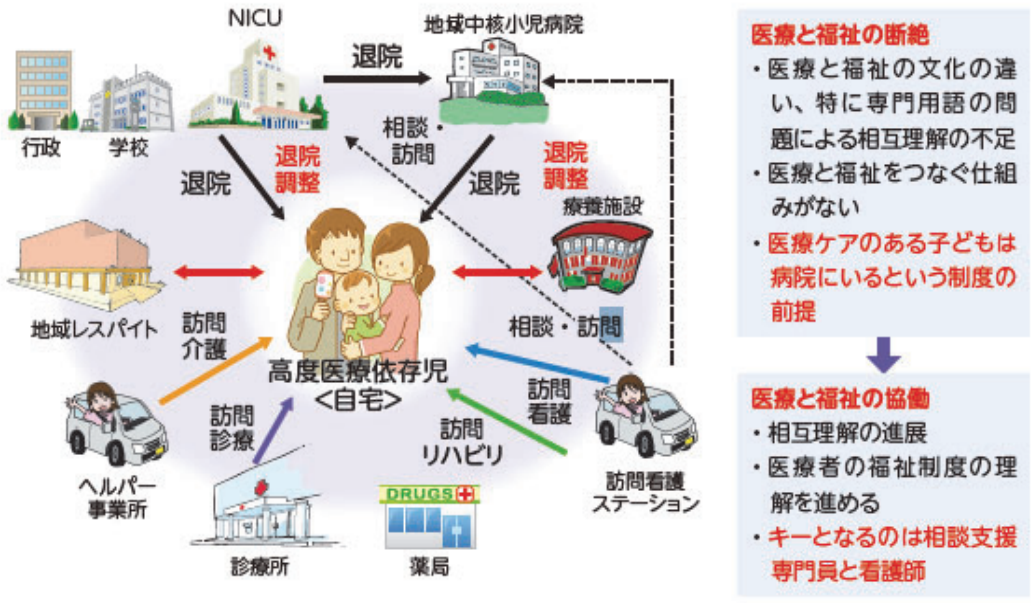
これらの医療職が、連携するネットワークを地域で構築するとともに、それぞれの医療機関の役割、得意とする点、不得意とする点、限界点を理解した上で、明確な役割分担を行いながら、常に情報交換を行い、患者・家族を支援することが重要である。

7 地域で医療的ケア児を医療支援できる人材・基盤整備の重要性



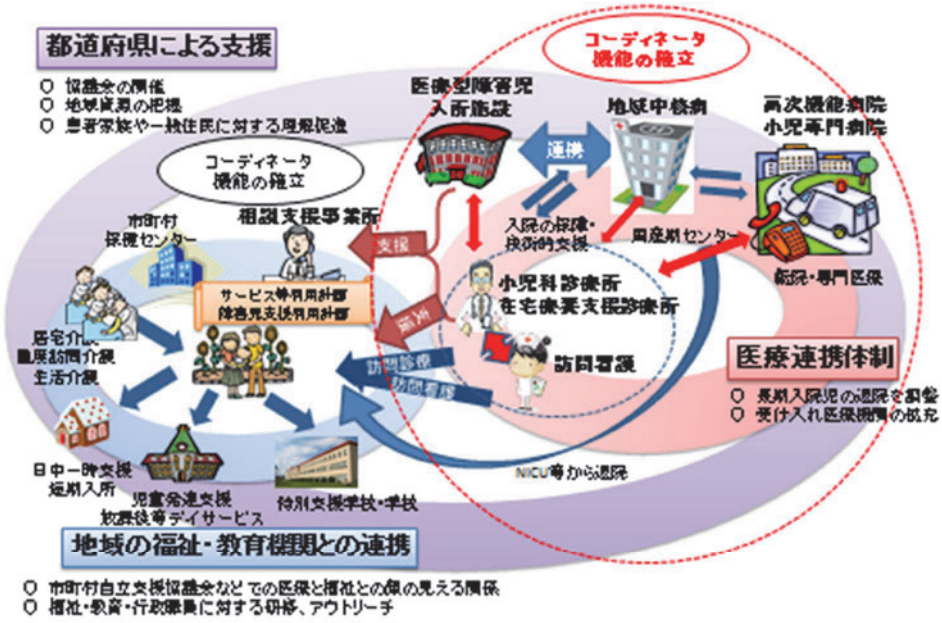
地域での医療的ケア児に対する医療支援できる人材・基盤整備が行われると、患者家族は安心して在宅医療を選択して、病院を退院することができる。また、地域で24時間対応できる支援体制が整うと、健康が維持され、遠方の病院への緊急受診や、緊急入院を減らすことができる。このことは、患者の生活の質を上げるだけでなく、家族や兄弟の生活の質の向上にもつながる。また、病院の医師も高度医療に専任でき、より質の高い病院医療の提供、過重な労働の軽減、有限な医療資源の有効活用につながると考えられる。

8 地域で医療的ケア児を支える仕組み



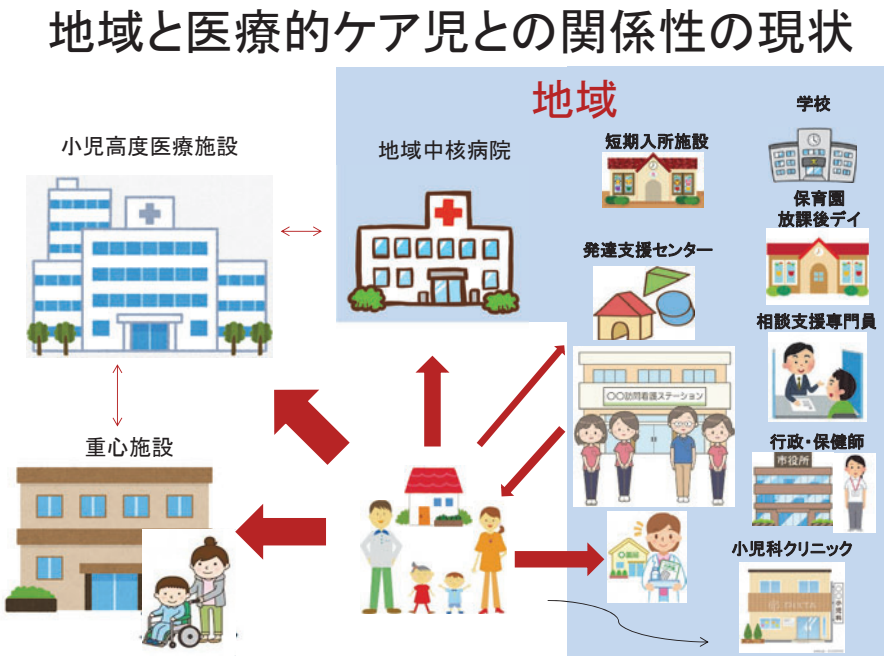
さらに、医療的ケア児と家族の退院後に地域で安心して暮らしてゆくためには、今まで医療的ケア児を支援する仕組みのなかった地域に医療的ケア児を支える仕組みを作ってゆくことも退院支援のためにも重要なことである。医療者だけではなく、図に示すように、障害福祉、介護、保育、教育、行政との協働も必要である。しかし、現状では医療と福祉には大きな壁があり、医療と福祉の文化の違い、特に専門用語の問題による相互理解の不足、医療と福祉をつなぐ仕組みがないことなどがあげられる。

9 医療的ケア児を支える仕組み、医療職を支える仕組み



小児では、病院医師（大学病院小児科、小児高度専門医療機関、地域中核病院小児科）、在宅医、地域開業医、施設の医師（ショートステイ施設、日中お預かり、放課後デイ、保育所、学校）、重心施設の医師などとの協力が必要である。さらに歯科医師（病院、訪問、地域開業歯科医）、薬剤師（病院、在宅対応、地域）などとも情報交換が必要である。これらの医療職が、それぞれの医療機関の得意とする点、不得意とする点、限界点を理解した上で、明確な役割分担を行いながら、常に情報交換を行いながら患者・家族を支援することが重要である。

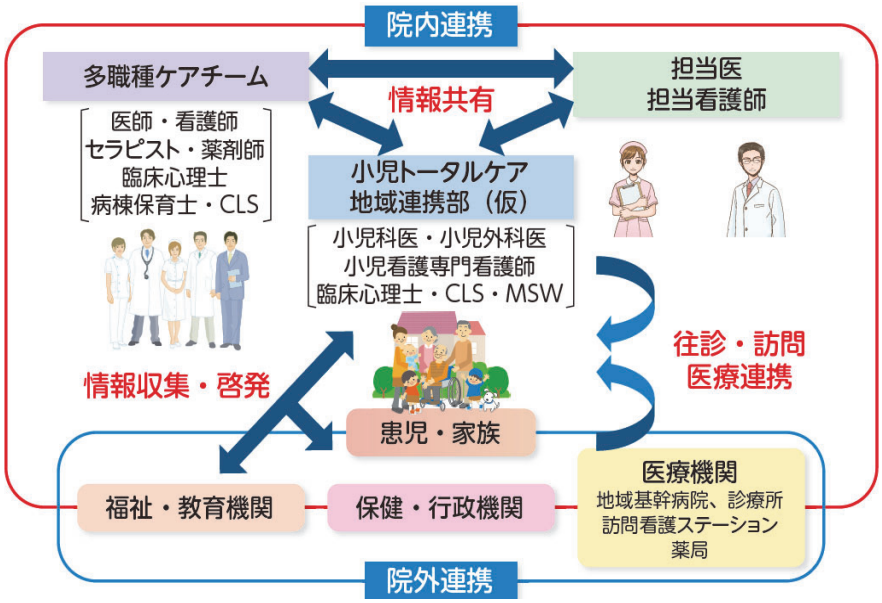
10 地域と医療的ケア児との関係性の現状



11 小児在宅医療に求められる病診・地域連携

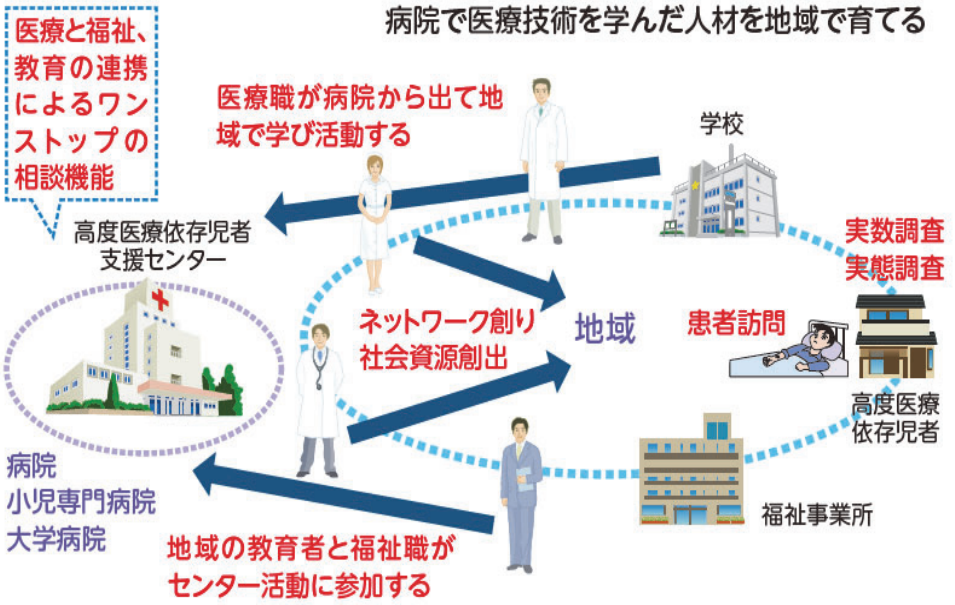


12 病院での小児トータルケア地域連携部（仮称）の必要性



病院内外の多職種の連携が必要にもかかわらず、まだまだ支援基盤が脆弱で、多くの地域で、試行錯誤しながら在宅移行を行っているのが現状である、院内外の機関をつなぎ、必要な連携先の抽出・情報の集約化、新たな連携先の開拓を効率よく行うためには、小児高度医療機関や、大学病院内に専門部署（小児トータルケア地域連携部（仮称））を設立することが必要で、この動きは三重県をはじめ、様々な地域で始まってきている。

13 小児高度医療機関の役割



小児在宅患者を支援する専門部署（小児トータルケア地域連携部（仮称））の役目は、単に院内外の機関をつなぐコーディネーター機能にとどまらず、病院と地域の壁、医療と福祉や教育の壁を越えて、地域の小児在宅患者の現状の把握、支援するネットワークの構築にとどまらず、福祉・教育機関、二次病院、かかりつけ医への医療的スキルアップ研修会などの啓発を行うことも期待される。

14 在宅医が小児在宅患者を受ける際の問題点

- 病院主治医に対する依存度が高く、在宅医との役割分担が不明瞭になりやすい。
- 重症度が高い上に、変化を評価することが困難なことが多い。
- 指導管理料は1つしか請求できないにも関わらず、多くの在宅物品提供が必要で、収入的に厳しい。
- 個々の患者の個別性が高い。
- 諸制度が煩雑で分かりにくい。
- 相談窓口が明確でない。
- 保護者の思い入れが強い。
- 成人移行を意識する必要がある。

病院側が、在宅医との連携を図る際には、小児在宅患者に関する多くの解決すべき問題点が存在することも、病院側が理解した上で、在宅医が連携しやすいシステムの構築をすべきである。

15 病院医師と在宅医と医療連携する際の問題点

- 病院での高度な医療をそのまま在宅に導入しようとする。
- 病院の医療者が在宅医療でどんなことができるかを把握していない。
- 両方の医療に関する理解が不足しているため、お互いの理解や連携が不十分である。
- 終末期、胃瘻造設、気管切開の適応等についての考え方が不明確である。
- 入院早期からの退院調整や退院前カンファレンスの開催等が不十分である。
- 多忙な病院医師と連絡がとりづらく、連携の基盤となる顔の見える関係がつくれない。

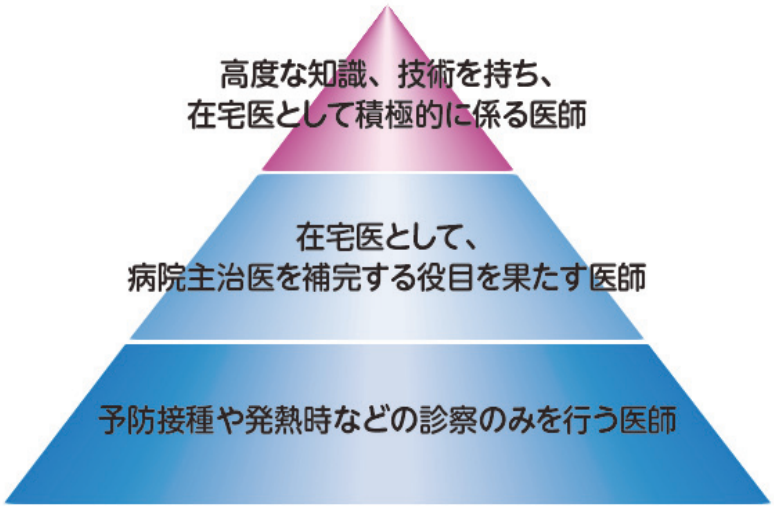
小児在宅患者は医療的ケア度が高く、多くの在宅医が小児の経験が少ない中で病院医師と在宅医との医療連携するためには、お互いが顔の見える関係性を構築する必要があるが、病院側は、在宅医療の内容を理解しないまま、病院での高度医療の実施を在宅医、家族に強制することが多く、病院医師と在宅医が協力して患者・家族に寄り添うためには、高齢者以上にお互いの理解や連携が必要である。

16 小児高度専門病院と地域医療機関と連携する上での問題点

- 本気で、地域医療機関と連携する気持ちが、小児高度医療機関の医師や、患者・家族にあるのか。
- 連携する地域の利用機関が行える医療と、小児高度医療機関の医師や、患者・家族の希望している医療にずれはないのか。
- 連携する地域の利用機関の立場を考えた連携を行おうとしているのか。
- 連携前の十分な情報交換が地域医療機関と行えているのか。
- 地域の医療機関が困った時に、小児高度医療機関がいつでも十分な支援を行うのか。
- 診療報酬、在宅物品などの具体的な話が地域の医療機関との間でできているのか。

小児在宅医療では、小児在宅患者の退院調整を行うことの多い、小児高度専門病院や、大学病院小児科と、地域の二次病院や、在宅医などの地域医療機関との連携は始まったばかりです。今後この連携を進めるためには、小児高度専門病院や、大学病院小児科が、診療報酬、在宅物品などの具体的なやり取りを通して、地域医療機関の立場に立った連携を進めてゆく必要がある。

17 地域で小児在宅医療に係る医師の質と量の確保



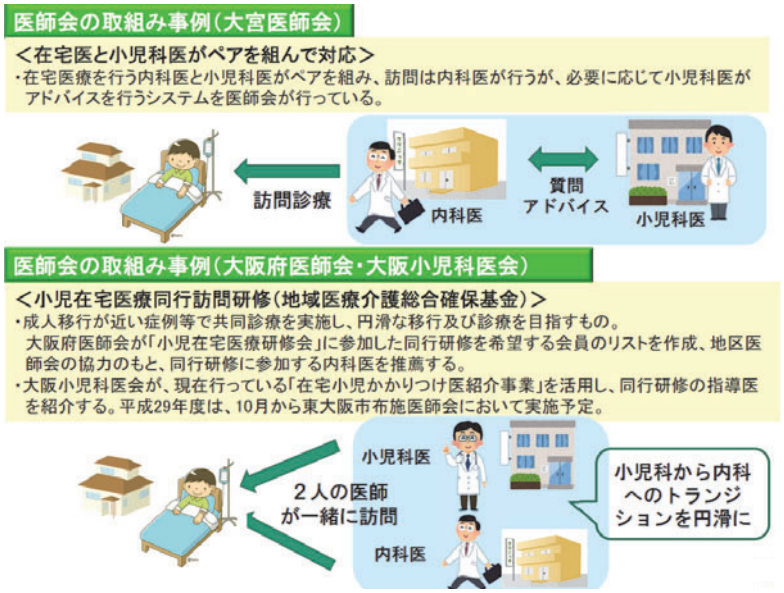
医療的ケア児と家族の退院後の通院の負担を少なくするには、地域で医療的ケア児を診ていただける医療職が増えてゆく必要がある。高齢者と比較して、高度の医療的ケアを必要とする患者が多いのが小児在宅患者の特徴であり、高度な医療知識や技術を持った医療職を至急養成することも必要であるが、小児の患者にもさまざまな医療のニーズがあり、様々なレベルの医師が協力して患者を診ることは、小児在宅医療に係る医師の質と量の確保にもつながる。

18 小児在宅患者に関わる際の、小児科医と在宅医の違い

	小児科医が在宅医となる	在宅医が小児を診る
メリット	・小児に慣れている ・母親の対応に慣れている ・教育機関、病院とのつながりが強い ・予防接種が可能	・時間の確保が容易 ・24時間365日対応可能 ・在宅医療に慣れている ・デバイスに対する抵抗感が少ない
デメリット	・外来が忙しい ・24時間対応への抵抗がある ・在宅医療の経験が少ない ・デバイスに対する抵抗感がある	・小児に不慣れ ・母親の対応が苦手 ・教育機関、病院とのつながりが薄い ・予防接種ができないことがある

小児科医か、成人を主に診ている在宅医のどちらが小児在宅患者を診るにしてもそれぞれの医師にも得意、不得意な点はある。また、小児科医がいない地域や、在宅医も少ない地域もあり、お互いにの不得意な点を補完するシステムを各地域で構築する必要がある。

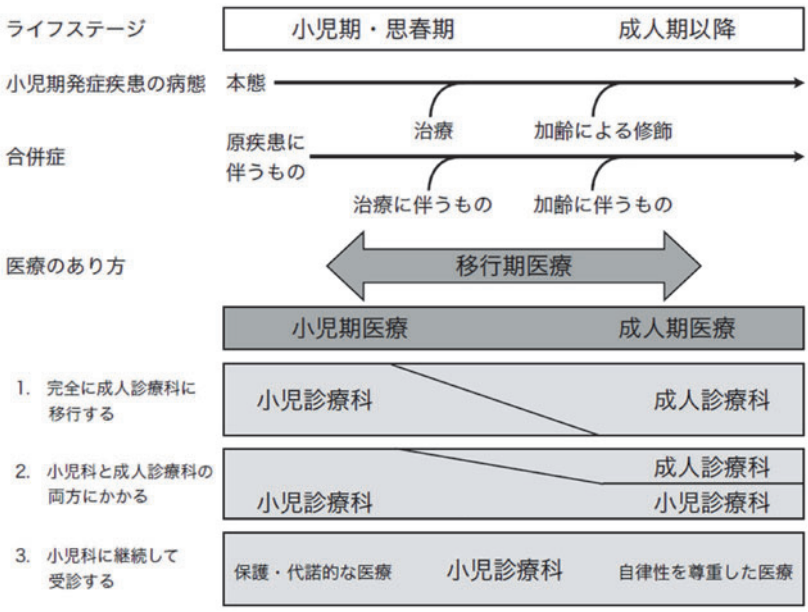
19 各地方医師会の取り組み



日本医師会の小児在宅ケアに関する取組みについて（日本医師会HPより）

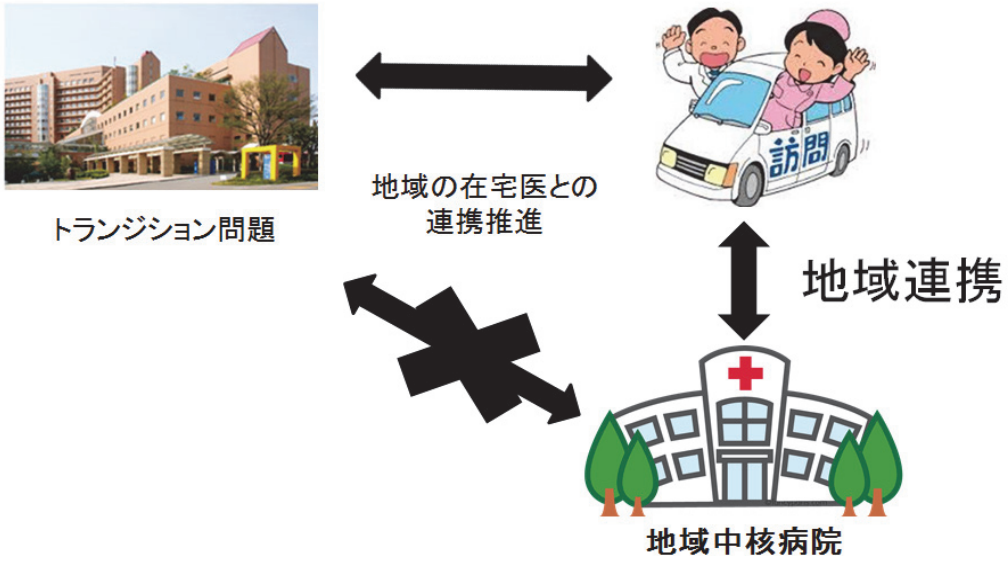
小児科医と、成人を主に診ている在宅医の不得意な点の補完、トランジションにも考慮したシステムとして、大宮医師会、大阪府医師会・大阪小児科医会の取り組みは、各地域で参考になる。

20 小児期に発症した疾患患者の成人移行（トランジション）



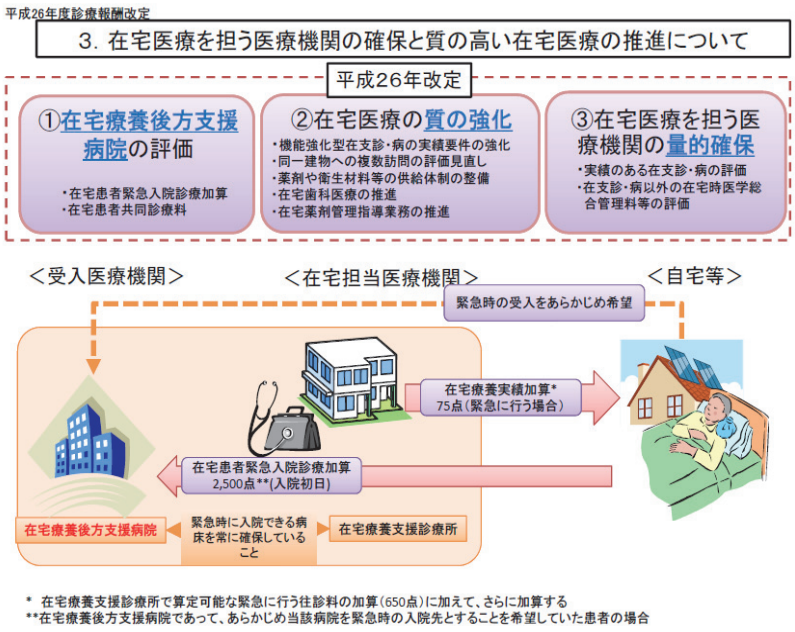
医療の進歩により、小児在宅患者の多くが成人期まで生きることができるようになり、小児期発症疾患患者の成人移行（トランジション）も、小児在宅医療の大きな問題となってきている。

21 地域の在宅医との連携によるトランジションの解決



小児期発症疾患患者の成人移行（トランジション）の問題を解決することは難しい点も多いが、成人に移行した在宅患者を診ていただく在宅医と小児期から小児在宅患者が加療を受けていた病院とが協力することで、成人期になった在宅患者を地域中核病院と在宅医が地域連携の形で来ていただけることも多いと考えられる。

22 在宅療養後方支援病院



在宅患者の緊急時の受け皿として、在宅医と連携した医療を進める上で在宅療養後方支援病院は重要な取り組みであるが、24時間対応や入院、3か月ごとの医療機関間の情報交換、年に1回、在宅療養患者の受入状況等を、地方厚生（支）局長に報告することが必要でこの取り組みを行うためには、病院全体として在宅療養後方支援病院に取り組む体制を構築する必要がある。

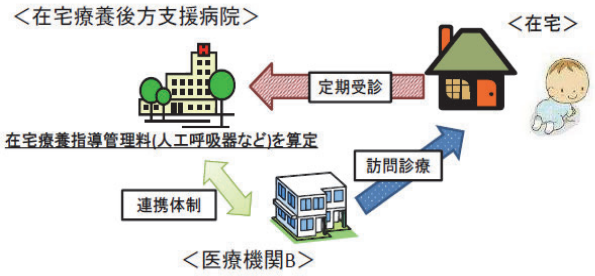
23 2か所の異なる医療機関での診療報酬の算定

平成26年度診療報酬改定

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療⑯

小児在宅医療における在宅療養指導管理料の見直し

➢ 人工呼吸器を装着している小児等の在宅療養で算定する在宅療養指導管理料について、在宅療養を担う医療機関と後方支援等を担う医療機関で異なる管理を行う場合、それぞれで算定できるよう見直しを行う。



在宅療養指導管理料(寝たきり処置など)が算定可能
(従前は算定不可)

在支診又は在支病から患者の紹介を受けた医療機関が在支診又は在支病が行う在宅療養指導管理と異なる在宅療養指導管理を行った場合及び15歳未満の人工呼吸器を装着している患者又は15歳未満から引き続き人工呼吸器を装着しており体重が20kg未満の患者に対して、在宅療養後方支援病院と連携している医療機関が、それぞれ異なる在宅療養指導管理を行った場合には、それぞれの医療機関において在宅療養指導管理料を算定できる（在支診又は在支病と患者の紹介を受けた医療機関については紹介月に限る）。
このためには、小児の人工呼吸患者であること、病院は在宅療養後方支援病院であることが必要な上、在支診では寝たきり処置は算定できず、在宅酸素療法と在宅人工呼吸器は同時に算定できないことに注意する必要がある。

24 在宅患者共同診療料

平成26年度診療報酬改定

在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療④

在宅療養における後方病床の評価②

➢ 在宅医療を担当する医師と在宅療養後方支援病院の医師が共同で訪問診療等を行った場合の評価を行う。

(新) 在宅患者共同診療料1 往診の場合 1,500点
2 訪問診療(同一建物居住者以外) 1,000点
3 訪問診療(同一建物居住者)
イ 特定施設等に入居する者 240点
ロ イ以外の場合 120点

[算定要件]
① 在宅を担当している医療機関と共同で往診又は訪問診療を行う。
② 1～3までを合わせて、最初に算定を行った日から起算して1年間に2回までに限り算定する。ただし、15歳未満の人工呼吸患者若しくは15歳未満から引き続き人工呼吸を実施しており体重が20kg未満の患者又は神経難病等の患者については最初に算定を行った日から起算して1年間に12回までに限り算定する。
③ 500床以上の病院については15歳未満の人工呼吸を実施している患者若しくは15歳未満から引き続き人工呼吸を実施しており体重が20kg未満の患者又は神経難病等の患者に限り算定することができる。

在宅医師と、病院の医師が共同で訪問診察を行えるが、このためには、小児の人工呼吸患者であること、病院は在宅療養後方支援病院であることが必要である。

25 在宅療養支援診療所（在支診）と機能強化型在支診

平成28年度診療報酬改定

参考：在宅療養支援診療所の施設基準の概要

	機能強化型在支診		在支診
	単独型	連携型	
全ての在支診が満たすべき基準	① 24時間連絡を受ける体制の確保 ② 24時間の往診体制 ③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している		
機能強化型在支診が満たすべき基準	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 3人以上	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で3人以上	
	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 10件以上	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 連携内で10件以上・各医療機関で4件以上	
	⑨ 過去1年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績のいずれか 4件以上	⑨ 過去1年間の看取りの実績が連携内で 4件以上、各医療機関において、看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績のいずれか 2件以上	
在宅患者が95%以上(※)の在支診が満たすべき基準	⑩ 5か所／年以上の医療機関からの新規患者紹介実績 ⑪ 看取り実績が20件／年以上又は超・準超重症児の患者が10人／年以上 ⑫ （施設総管の件数）／（在総管・施設総管の件数） ≤ 0.7 ⑬ （要介護3以上の患者＋重症患者）／（在総管・施設総管の件数） ≥ 0.5		

※在宅患者が95%以上とは、1か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち往診又は訪問診療を実施した患者の割合が95%以上

➢ 小児在宅医療に積極的に取り組んでいる医療機関を評価する観点から、機能強化型の在支診・病の実績要件として、看取り実績だけでなく、重症児に対する医学管理の実績を評価する。

現行	改定後
【機能強化型（単独型）】 過去1年間の在宅における看取り実績が4件以上	【機能強化型（単独型）】 過去1年間の在宅における看取り実績が4件以上又は過去1年間の15歳未満の超・準超重症児の医学管理の実績が4件以上
【機能強化型（連携型）】 過去1年間の看取り実績が、連携する他の医療機関と併せて4件以上、かつ、当該医療機関において2件以上	【機能強化型（連携型）】 ・過去1年間の看取り実績が、連携する他の医療機関と併せて4件以上 ・当該医療機関において過去1年間の看取り実績が2件以上又は15歳未満の超・準超重症児の医学管理の実績が2件以上

小児在宅患者を地域の在宅医師に依頼する病院側は、在宅患者の病状、ニーズに合った在宅医を見つけるためには、在宅療養支援診療所（在支診）と機能強化型在支診についての知識も持っておく必要がある。機能強化型在支診では、満たすべき基準として、小児在宅患者に対する診療が実績として認められるようになったが、単独型と連携型で件数が異なることに注意が必要である。

26 在宅医療を専門に行う医療機関と小児在宅医療

平成28年度診療報酬改定

質の高い在宅医療・訪問看護の確保④

在宅医療を専門に行う医療機関の開設

➢ 健康保険法に基づく開放性の観点から、外来応需体制を有していることが原則であることを明確化した上で、以下の要件等を満たす場合には在宅医療を専門に実施する診療所の開設を認める。

［主な開設要件］
① 外来診療が必要な患者が訪れた場合に対応できるよう、診療地域内に2か所以上の協力医療機関を確保していること（地域医師会から協力の同意を得られている場合はこの限りではない。）
② 在宅医療導入に係る相談に随時応じ、患者・家族等からの相談に応じる設備・人員等が整っていること。
③ 往診や訪問診療を求められた場合、医学的に正当な理由等なく断ることがないこと。
④ 緊急時を含め、随時連絡に応じる体制を整えていること。 等

在宅医療専門の医療機関に関する評価

➢ 在宅医療専門の医療機関について、在支診の施設基準に加え、以下の実績等を満たしている場合には、それぞれ同様に評価を行う。

① 在宅患者の占める割合が95%以上	④ （施設総管の件数）／（在総管・施設総管の件数） ≤ 0.7
② 5か所／年以上の医療機関からの新規患者紹介実績	⑤ （要介護3以上の患者＋重症患者）／（在総管・施設総管の件数） ≥ 0.5
③ 看取り実績が20件／年以上又は15歳未満の超・準超重症児の患者が10人以上	

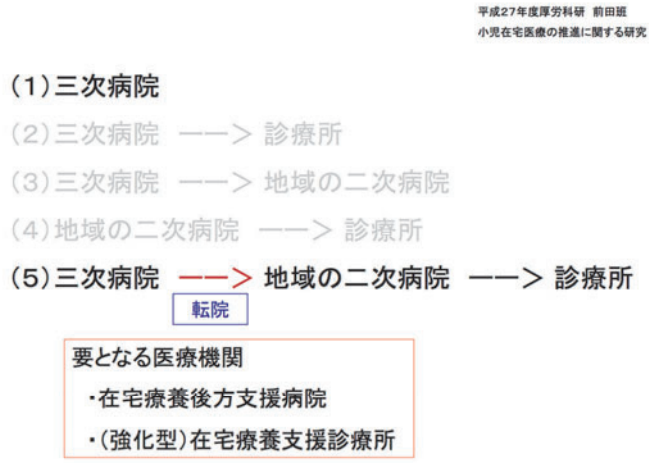
➢ 在宅医療専門の医療機関であって、上記の基準を満たさないものは、在総管・施設総管について、在支診でない場合の所定点数の80／100に相当する点数により算定する。

➢ 在宅患者の占める割合が95%未満である医療機関について、在支診の要件は現行通りとする。



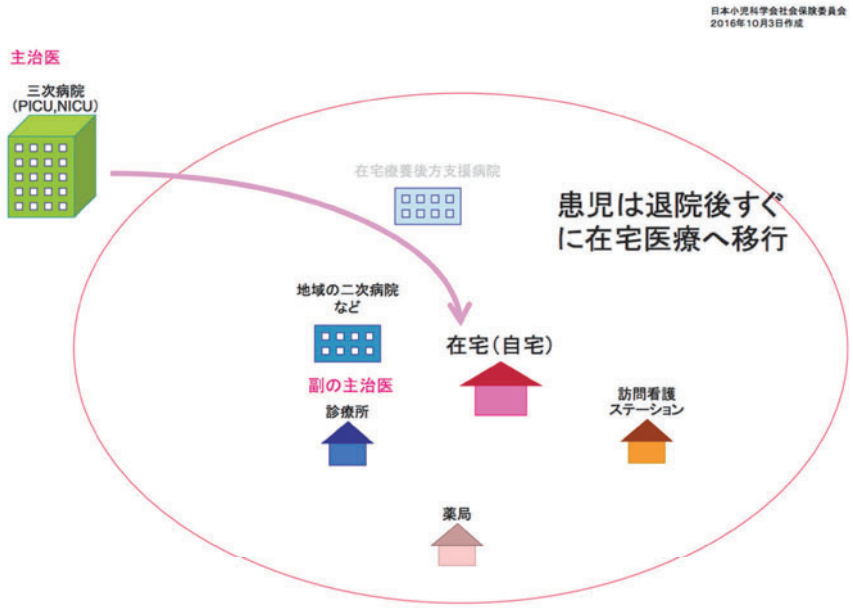
在宅療養支援診療所（在支診）と機能強化型在支診に加え、平成28年度の診療報酬改定で、在宅診療を専門に行う医療機関の開設が認められ、その評価項目にも小児在宅患者に対する診療が実績として認められるようになった。

27 総論　小児在宅医療の主治医



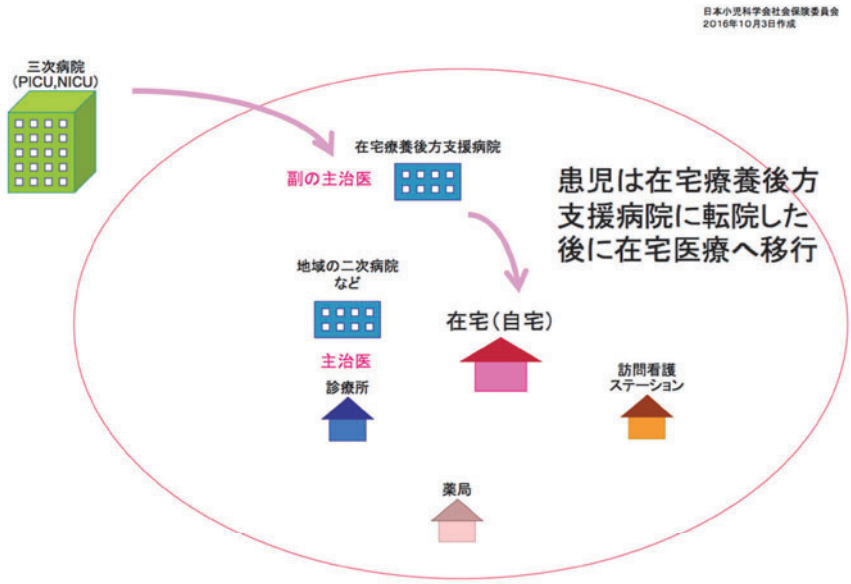
平成27年度厚労科研　前田班の報告書では、小児在宅医療の主治医となりうる施設にはいくつかの組み合わせがあるものの、そのうち典型的な二つのパターンを提案している。
一つは、「大都市型」と言えるもので従来の小児在宅医療の一般的な形である。在宅医療が必要になったこどもを三次施設から直接在宅に帰し、在宅医療の主治医も三次病院がそのまま務める場合である。大阪や東京など、比較的狭い範囲に大きな三次病院が多数あり人口密度も高い場合には、在宅医療をおこなうこどもが三次病院に通院することも容易である。
これに対して中都市型は、大都市の周辺部など三次病院からはそれなりの距離があり、在宅医療を行うこどもの自宅から近いところに二次病院がある場合である。地域における在宅医療のための社会資源は様々であり、三次病院よりは地域の二次病院の方がより具体的な情報を多く持っていると考えられ、在宅調整を行う場合には地域の二次病院の方が有利と考えられる。
そのため、在宅医療を始めようとするこどもは三次病院からまず地域の二次病院に転院して主治医を交代する。その後、転院先の二次病院が地域の診療所や在宅医療のための社会資源と連携して在宅医療の調整を行う。最終的には、地域の二次病院から自宅に帰って在宅医療を始めることになる。
在宅医療の開始当初は、調整を行った二次病院そのものが在宅医療の主治医を務め、安定してから本格的に地域の診療所に主治医を移すことも可能である。また、地域の二次病院は緊急時の入院の受け皿としても機能する。
平成26年診療報酬改定では、このような機能を持つ二次病院として在宅療養後方支援病院が新設された。また、平成28年診療報酬改定では、地域における小児在宅医療の受け皿として在宅療養支援診療所がさらに強化された。

28 総論　大都市型　図A-1　三次病院と診療所が連携する場合



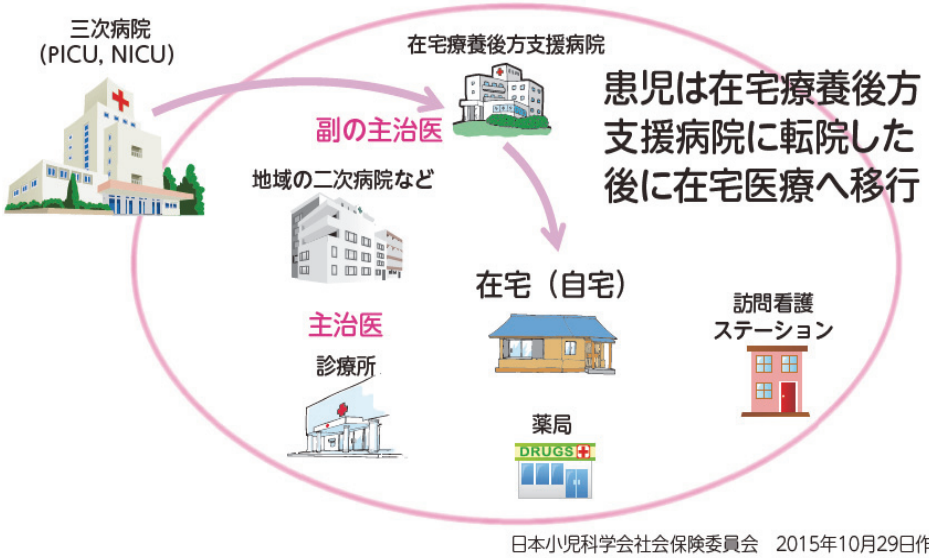
大都市型の場合、地域の診療所は副主治医の在宅医として機能する場合もありますが、多くの場合には予防接種や感冒などの際の診療のみを求められることが多いと考えられる。

29 総論　中都市型　図 B-1　在宅療養後方支援病院と診療所が連携する場合



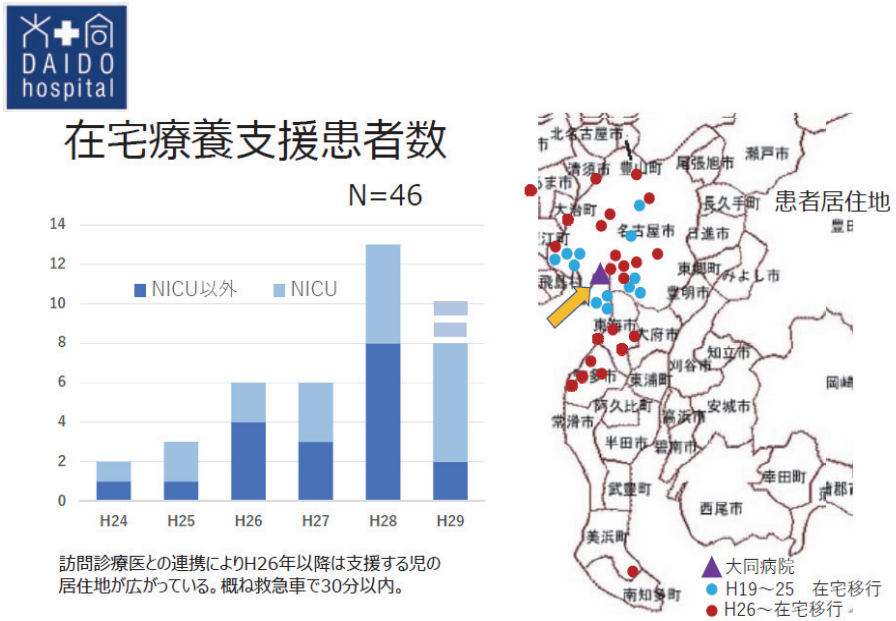
中都市型では、地域における二次病院が小児在宅医療の中心的な施設（在宅療養後方支援病院）として働くことが期待されている。
在宅療養後方支援病院の主な機能は、こどもの在宅移行の調整、在宅医療継続の際の主治医、在宅医療の主治医が診療所に移った場合の援助、在宅医療を行うこどもの病状が悪化した場合の入院の受け皿、在宅医療継続中のショートステイの受け皿となることである。

30 済生会川口総合病院　小児科の取り組み



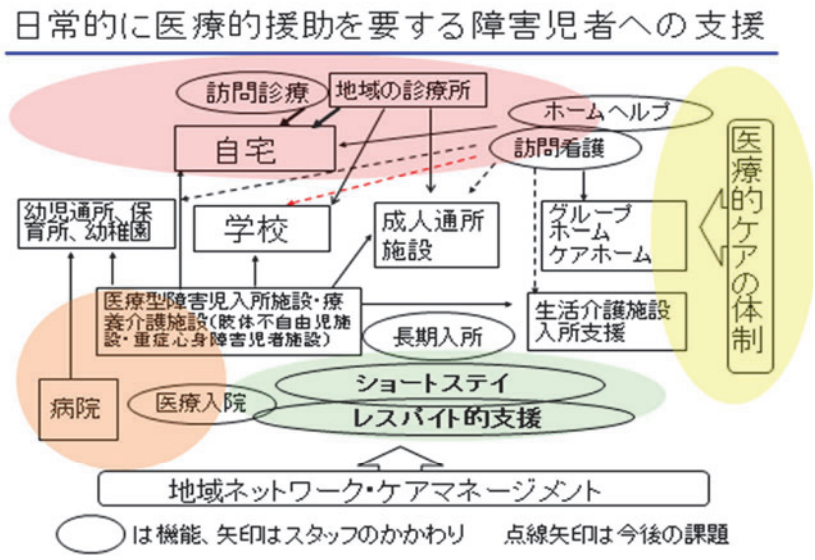
埼玉県の済生会川口総合病院小児科も、小児在宅医療の中間病床や、レスパイトベッドの確保などの問題に関して様々な取り組みを行っているが、様々な問題点が明らかになってきている。(大山昇一　他：市中病院小児科における小児在宅医療と課題.)
これらの地域以外でも、岐阜県などでは、県としてレスパイトベッドの確保などの問題に積極的に関与している地域もある。

31 社会医療法人 宏潤会・小児科の取り組み



愛知県の社会医療法人 宏潤会・小児科でも、小児在宅医療の中間病床や、レスパイトベッドの確保などの問題に関して様々な取り組みを行っている。

32 心身障害児者施設の支援



障害児支援の在り方に関する検討会ヒアリング資料より(北住映二先生)

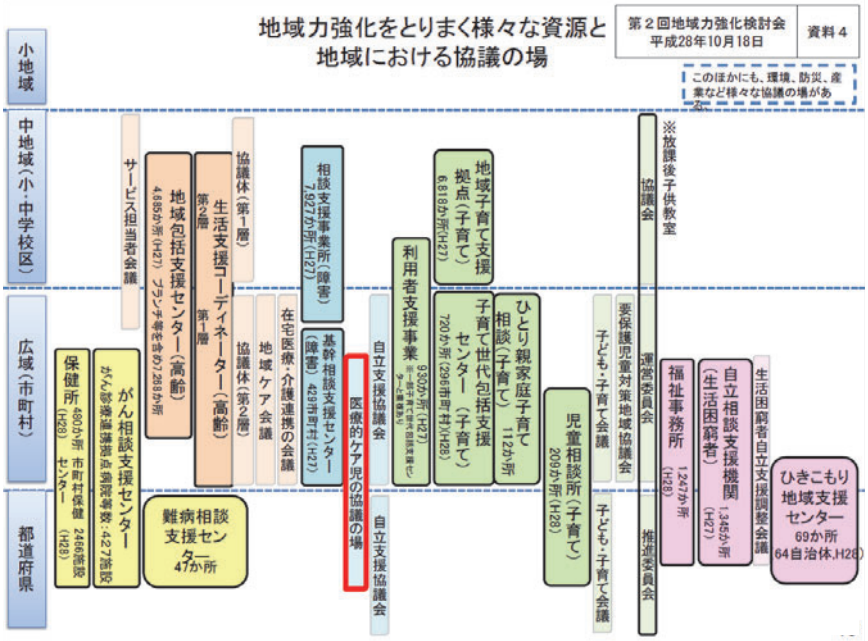
心身障害児者施設は、障害児の支援に関しては長い歴史と経験がある。心身障害児者施設が、1．家庭への直接の支援－訪問支援、2．学校教育の支援、3．通園、保育所、放課後支援、4．ショートステイ･レスパイトサービスの拡充、5．超重症準超重症児者の中～長期入所、6．コーディネート（ケアマネージメント）機能の促進などを行うことで、地域の医療的ケア児に対するサービスは格段に改善することが期待される。

33 島田療育センターでの取り組み

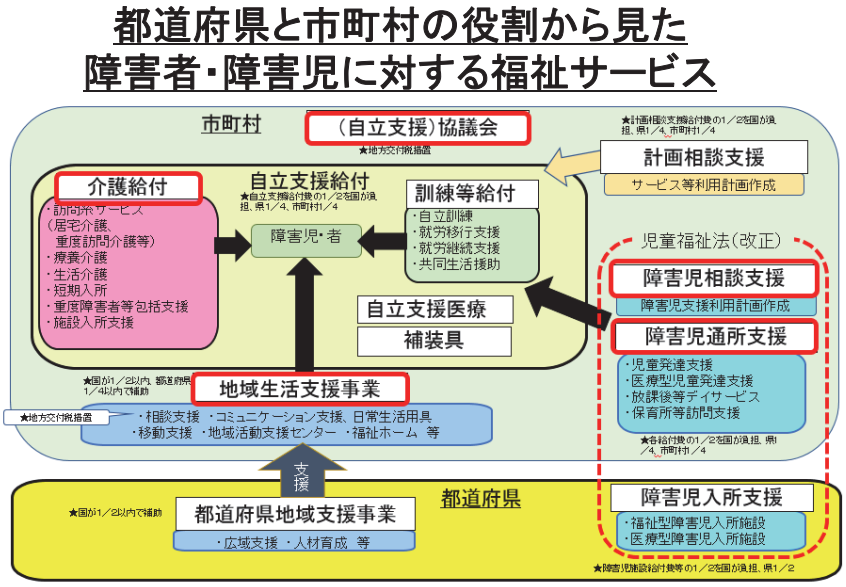


日本で最初の重症心身障害児施設として開設された島田療育センターでも、ショートステイ・デイケア、訪問診療・看護・リハビリ、相談事業、各種講演会・勉強会・教室の開催など、地域支援を積極的に行っている。

34 地域力強化をとりまく様々な資源と地域における協議の場



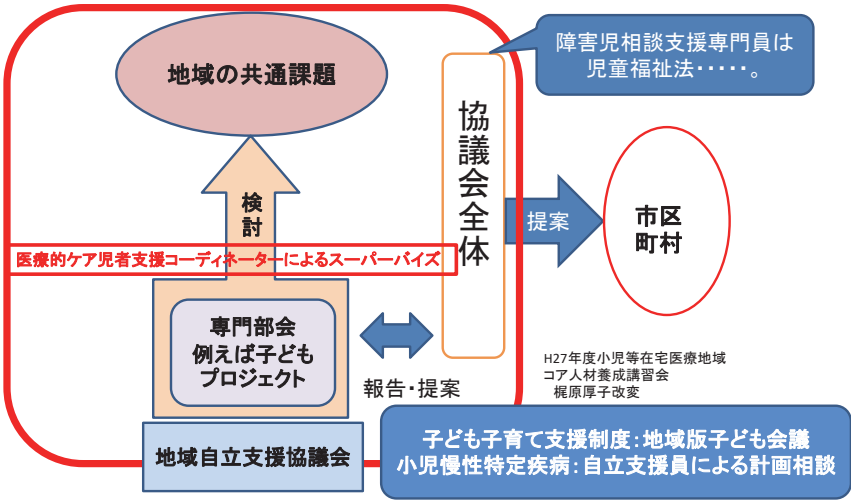
35 障害者総合支援法に基づく障害福祉サービスの体系（平成24年４月～）



障害児の福祉サービスには、主に相談支援、介護給付、通所支援、入所支援の４つがあり、それらの中で必要なサービスをアレンジしてもらう必要がある。サービスをアレンジする役割は相談支援専門員であり、市区町村の障害福祉課との交渉を手助けしてくれる。

36 医療的ケア児についての地域での話し合いの場

①相談支援体制の基礎自治体での整理は・・・・
選択（1）：**障害児**ということに着目したら「障害者総合支援法における地域自立支援協議会における専門部会の設置→子ども部会」という形がベスト。
選択（2）：**子ども**であるということに着目したら地域版子ども会議に内包がベスト。



37 市区町村行政との連携

- 市区町村での医療的ケア児の担当者は、主に障害福祉担当課
- しかし、市区町村の担当者は医療的ケア児を知らないことが多い
- 一方、市区町村保健センターの保健師は、患者の病状を把握し、自宅を訪問することができ、地域事情を把握している

医療的ケア児を支援する医師から依頼できること:

- **退院支援カンファレンスに市区町村の障害福祉担当者を招き**、患者の病状を知っていただく
- 保健センターに**保健師によるフォローアップを依頼**する
- 医療者は市区町村の**自立支援協議会に参加し、地域の体制作り**を協議する

市区町村の行政の在り方は、地域事情により異なる。市町村行政には、障害福祉を担当する課はあっても、医療を担当する課はない。小児在宅医療患者について話をする場合は、障害福祉担当者と話をすることになる。一方で、市町村の保健センターの保健師は、地域にいるNICU後の重症児等をよく把握している。
医療的ケア児を支援する医師から市町村に依頼できることとしては、以下の３点があげられる。
・退院支援カンファレンスに市区町村の障害福祉担当者を招き、患者の病状を知っていただく
・保健センターに保健師のフォローアップを依頼する
・市区町村の自立支援協議会に参加し、地域の体制作りを協議する

38 医療的ケア児についての地域での話し合い連携の例

○区医療連携推進協議会　障害部会

↓

○区医療的ケア連絡協議会

□ 構　成

- 関係機関の代表（医師会、歯科医師会、薬剤師会、病院、研究機関（国）、訪問看護ステーション、障害者施設、特別支援学校等）
- 当事者の家族
- 学識経験者
- ○区関係者（基幹相談支援センター、総合支所、障害福祉担当部、保育担当部、教育委員会など）

□ 協議事項

- ○区内における各機関の取組みに係る情報共有
- 医療的ケア児・者と家族支援に係る国や都の動向に関すること
- 医療的ケア児・者と家族支援に係る施策の充実に関すること
- その他、医療的ケア児・者と家族支援に必要な事項

39 小児在宅医療の地域支援に関わる職種

	地域	病院	ショートステイ施設 日中預かり施設
医師 歯科医師 薬剤師	往診医・近隣開業医 訪問歯科医師 地域薬剤師	外来医師・病棟医師 病院歯科医師 病院薬剤師	担当医師
看護師	訪問看護師 複数の事業所から訪問	病棟・外来看護師	看護師
リハビリ セラピスト	訪問リハ	通院リハ	施設セラピスト 通所リハ
ヘルパー	訪問ヘルパー		介護職
ケースワーカー	診療所ソーシャルワーカー 相談支援専門員	病院ソーシャルワーカー	施設ソーシャルワーカー
教育者	特別支援学校の教員		
行政	障害福祉課、保健師		

小児では、大人の在宅医療に比べ係る職種が多いにも関わらず、コーディネーターとして介護支援専門員（ケアマネジャー）が不在である。介護支援専門員と同様な働きが相談支援専門員に求められているが、十分な資源が確保されているとは言い難い。小児での在宅支援を開始するにあたって、さまざまな職種との連携を取ることも、重要であることも病院の職員は理解しておく必要がある。

40 手を添える関係性の構築

手を添える





これらの多職種が縦割りで、互いのことを知らない、支援しない関係でなく、互いのことを知り、互いに支援し合う関係性を構築することが重要である。

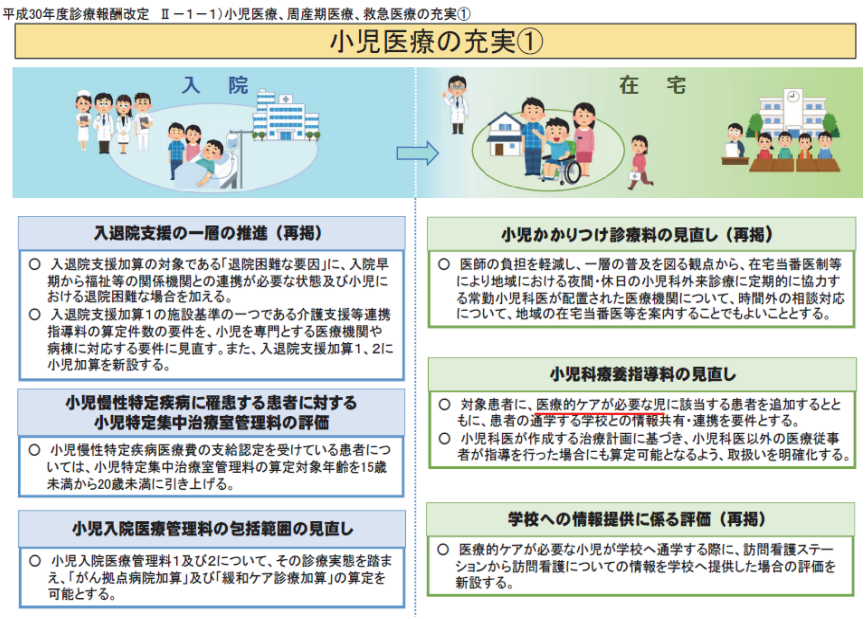
41 平成30年度、令和２年度の診療報酬改定を受けて

令和2年厚生労働省委託事業
在宅医療関連講師人材養成事業
小児を対象とした在宅医療分野

医療機関の役割
（病院・診療所・訪問看護・児童発達支援）
平成30年度、令和2年度の診療報酬改定を受けて
中村　知夫

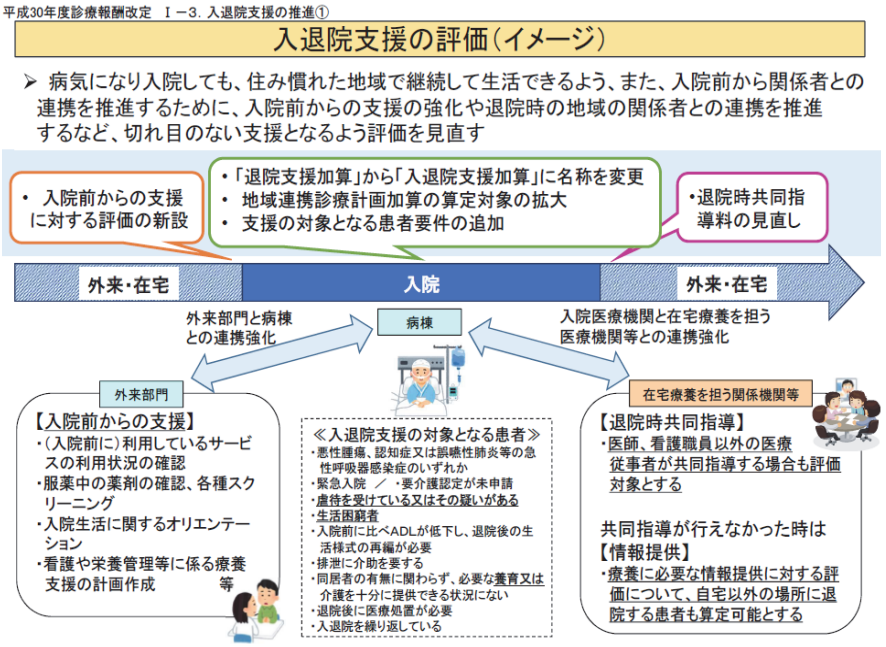
後に大山先生が詳しく述べられますが、ここでは平成30年度、令和２年度の診療報酬改定を医療機関の役割と関連づけて概説させていただきます。

42 小児医療の充実



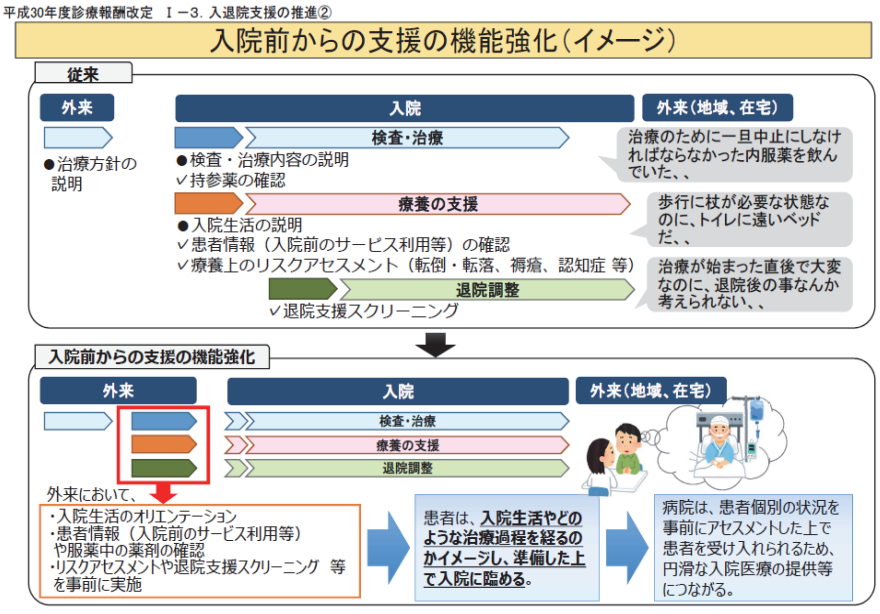
平成30年度診療報酬改定では、小児に関しても様々な改定がなされたが、その中に医療的ケア児を強く意識した改定も数多く行われた。

43 入退院支援の評価（イメージ）



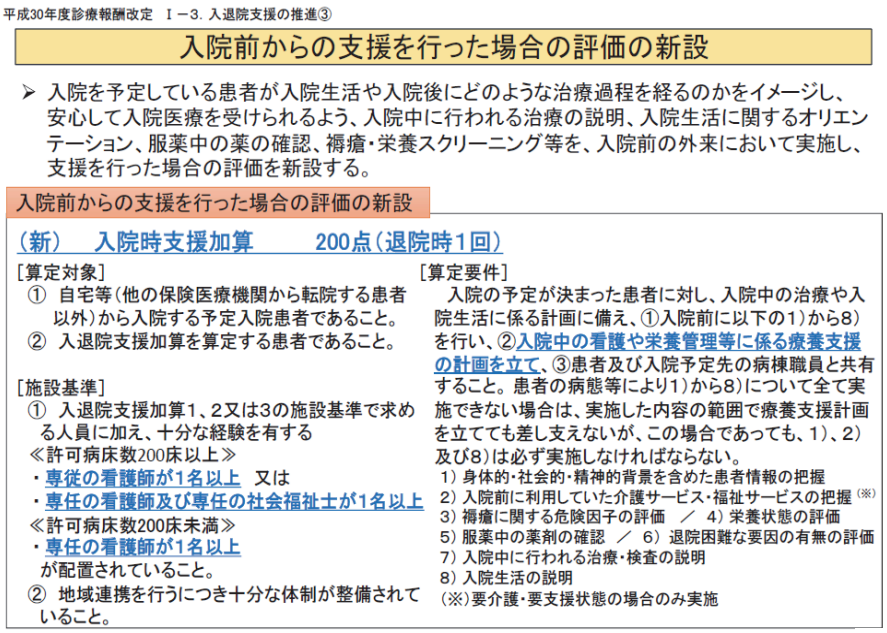
退院支援加算が、入退院支援加算となり、外来部門、病棟、在宅部門の連携が求められている。

44 入院前からの支援の機能強化（イメージ）



退院支援加算が、入退院支援加算となり、外来部門、病棟、在宅部門の連携が求められている。有意義な入院、退院を目的として、外来部門による入院前からの支援が新たに導入され、小児においても児のヘルスリテラシーの獲得のためにこの様にして行く必要がある。

45 入院前からの支援を行った場合の評価の新設



平成30年度診療報酬改定　Ⅰ－3. 入退院支援の推進③

入院前からの支援を行った場合の評価の新設

➢ 入院を予定している患者が入院生活や入院後にどのような治療過程を経るのかをイメージし、安心して入院医療を受けられるよう、入院中に行われる治療の説明、入院生活に関するオリエンテーション、服薬中の薬の確認、褥瘡・栄養スクリーニング等を、入院前の外来において実施し、支援を行った場合の評価を新設する。

入院前からの支援を行った場合の評価の新設

（新）　入院時支援加算　　200点（退院時1回）

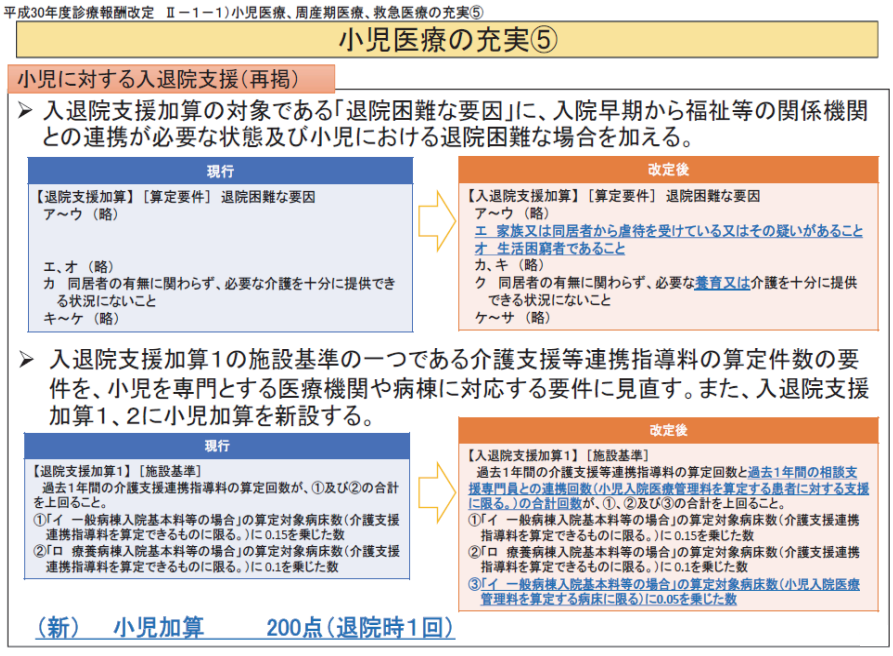
［算定対象］
① 自宅等（他の保険医療機関から転院する患者以外）から入院する予定入院患者であること。
② 入退院支援加算を算定する患者であること。

［施設基準］
① 入退院支援加算1、2又は3の施設基準で求める人員に加え、十分な経験を有する
≪許可病床数200床以上≫
・専従の看護師が1名以上　又は
・専任の看護師及び専任の社会福祉士が1名以上
≪許可病床数200床未満≫
・専任の看護師が1名以上
が配置されていること。
② 地域連携を行うにつき十分な体制が整備されていること。

［算定要件］
入院の予定が決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、①入院前に以下の1）から8）を行い、②入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、③患者及び入院予定先の病棟職員と共有すること。患者の病態等により1）から8）について全て実施できない場合は、実施した内容の範囲で療養支援計画を立てても差し支えないが、この場合であっても、1）、2）及び8）は必ず実施しなければならない。
1）身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握
2）入院前に利用していた介護サービス・福祉サービスの把握（※）
3）褥瘡に関する危険因子の評価　／　4）栄養状態の評価
5）服薬中の薬剤の確認　／　6）退院困難な要因の有無の評価
7）入院中に行われる治療・検査の説明
8）入院生活の説明
（※）要介護・要支援状態の場合のみ実施

入院時の支援は、外来、入院、在宅が有機的に結びつくことで、各部門の負担軽減にもつながる可能性がある。

46 小児医療の充実



平成30年度診療報酬改定　Ⅱ－1－1）小児医療、周産期医療、救急医療の充実⑤

小児医療の充実⑤

小児に対する入退院支援（再掲）

➢ 入退院支援加算の対象である「退院困難な要因」に、入院早期から福祉等の関係機関との連携が必要な状態及び小児における退院困難な場合を加える。

現行
【退院支援加算】［算定要件］ 退院困難な要因
ア～ウ （略）
エ、オ （略）
カ 同居者の有無に関わらず、必要な介護を十分に提供できる状況にないこと
キ～ケ （略）

改定後
【入退院支援加算】［算定要件］ 退院困難な要因
ア～ウ （略）
エ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること
オ 生活困窮者であること
カ、キ （略）
ク 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと
ケ～サ （略）

➢ 入退院支援加算1の施設基準の一つである介護支援等連携指導料の算定件数の要件を、小児を専門とする医療機関や病棟に対応する要件に見直す。また、入退院支援加算1、2に小児加算を新設する。

現行
【退院支援加算1】［施設基準］
過去1年間の介護支援連携指導料の算定回数が、①及び②の合計を上回ること。
①「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援連携指導料を算定できるものに限る。）に0.15を乗じた数
②「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援連携指導料を算定できるものに限る。）に0.1を乗じた数

改定後
【入退院支援加算1】［施設基準］
過去1年間の介護支援等連携指導料の算定回数と過去1年間の相談支援専門員との連携回数（小児入院医療管理料を算定する患者に対する支援に限る。）の合計回数が、①、②及び③の合計を上回ること。
①「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援連携指導料を算定できるものに限る。）に0.15を乗じた数
②「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援連携指導料を算定できるものに限る。）に0.1を乗じた数
③「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（小児入院医療管理料を算定する病床に限る。）に0.05を乗じた数

（新）　小児加算　　200点（退院時1回）

平成30年度診療報酬改定では、入退院支援加算も小児を強く意識した改定がなされ、虐待、生活困窮者、不十分な養育の患者も対象となった。さらに、施設基準の改定により、小児入院管理料を取っていた病棟でも診療報酬が請求できるようになったことに加え、小児加算も新設された。

47 入院前からの支援の強化の意義

- 入院の目的、入院期間の医療職と患者との共有
- 無駄のない入院生活への移行
- 安心で質の高い入院生活、退院後の生活の提供
- 患者情報把握の簡素に伴う、入院業務の軽減と事故の防止
- 不要な入院期間の短縮
- 子どもに対して十分なオリエンテーションを行うことによる児のヘルスリテラシーの獲得の促進
- スムーズな成人医療への移行

平成30年度診療報酬改正で新設された入退院支援加算の入院前からの支援の強化の意義としては、
・入院の目的、入院期間の医療職と患者との共有
・無駄のない入院生活への移行
・安心で質の高い入院生活、退院後の生活の提供
・患者情報把握の簡素に伴う、入院業務の軽減と事故の防止
・不要な入院期間の短縮
・子どもに対して十分なオリエンテーションを行うことによる児のヘルスリテラシーの獲得の促進
・スムーズな成人医療への移行
があると考えられる。

48 入退院時の関係機関の連携強化に資する見直し

平成30年度診療報酬改定　Ⅰ－3. 入退院支援の推進⑤

入退院時の関係機関の連携強化に資する見直し

➢ 入退院時の連携を評価した報酬のうち、入院医療機関が連携先の医療機関と「特別の関係」にあたる場合も算定可能となるように見直す。

［見直す対象］
（1）在宅患者緊急入院診療加算　（2）精神科救急搬送患者地域連携受入加算　（3）入退院支援加算1
（4）精神疾患診療体制加算　（5）退院時共同指導料1及び2　（6）在宅患者連携指導料
（7）在宅患者緊急時等カンファレンス料　（8）施設入所者共同指導料

➢ 入院中の患者が退院後に安心して療養生活を送ることができるよう、関係機関間の連携を推進するため、退院時共同指導料について、医師及び看護職員以外の医療従事者等が共同指導する場合も評価対象となるように見直す。

現行（共同指導の評価対象職種）		改定後（共同指導の評価対象職種）
【退院時共同指導料1】患者の在宅療養を担う医療機関の評価 医師、看護師等		【退院時共同指導料1】患者の在宅療養を担う医療機関の評価 医師、看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、社会福祉士
【退院時共同指導料2】患者の入院中の医療機関の評価		【退院時共同指導料2】患者の入院中の医療機関の評価
注1	医師、看護師等	注1 医師、看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、社会福祉士
注2	医師 ※在宅療養を担う医療機関側の医師と共同指導した場合に限る	注2 医師 ※在宅療養を担う医療機関側の医師と共同指導した場合に限る
注3	医師 ※以下のうち3者以上と共同指導した場合に限る ・在宅療養を担う医療機関の医師　又は　看護師等 ・歯科医師　又は　歯科衛生士 ・薬剤師 ・訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く） ・介護支援専門員	注3 医師、看護師等 ※以下のうち3者以上と共同指導した場合に限る ・在宅療養を担う医療機関の医師　又は　看護師等 ・歯科医師　又は　歯科衛生士 ・薬剤師 ・訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く） ・介護支援専門員　・相談支援専門員

➢ 退院時共同指導料2のうち、入退院支援加算を算定する患者に係る退院後の診療等の療養に必要な情報の提供に対する評価について、自宅以外の場所に退院する患者も算定可能とする。

平成30年度診療報酬改定では、退院時共同指導料の改定も、連携できる職種が大きく拡大され、特に小児においては相談支援専門員との連携も可能となった。

49 障害福祉サービスの相談支援専門員との連携

平成30年度診療報酬改定　Ⅰ－3．入退院支援の推進⑥

障害福祉サービスの相談支援専門員との連携

医療と障害福祉との連携の推進

➢ 医療・介護・福祉事業者間での切れ目ない連携を推進する観点から、入退院支援や退院時の指導等における要件に障害福祉サービスの相談支援専門員との連携を追加する。

現行	改定後
【介護支援連携指導料】［算定要件］ 当該保険医療機関に入院中の患者に対して、患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービスや退院後に利用可能な介護サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中2回に限り算定する。この場合において、同一日に、区分番号B005の注3に掲げる加算（居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同して指導を行った場合に限る。）は、別に算定できない。	【介護支援等連携指導料】［算定要件］ 当該保険医療機関に入院中の患者に対して、当該患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービス又は障害福祉サービス等や退院後に利用可能な介護サービス又は障害福祉サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中2回に限り算定する。この場合において、同一日に、区分番号B005の注3に掲げる加算（介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して指導を行った場合に限る。）は、別に算定できない。
【退院時共同指導料2　注3】［算定要件］ 注3　注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医が、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、2,000点を所定点数に加算する。	【退院時共同指導料2　注3】［算定要件］ 注3　注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員又は相談支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、多機関共同指導加算として、2,000点を所定点数に加算する。
【診療情報提供料（Ⅰ）】［算定要件］ 注2　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。	【診療情報提供料（Ⅰ）】［算定要件］ 注2　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項に規定する指定居宅介護支援事業者、同法第58条第1項に規定する指定介護予防支援事業者、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）第51条の17第1項第1号に規定する指定特定相談支援事業者、児童福祉法第24条の26第1項第1号に規定する指定障害児相談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。

※ 在宅患者緊急時等カンファレンス料の算定要件、退院支援加算1の施設基準についても、同様

50 病床規模に関する要件（大病院）の見直し

平成30年度診療報酬改定

病床規模に関する要件（大病院）の見直し

紹介状なしの大病院受診時の定額負担の対象範囲の拡大

➢ 大病院の外来医療の機能分化を推進する観点から、紹介状なしで大病院を受診した患者等の定額負担を徴収する責務がある医療機関について、対象病院を拡大する。

現行（対象病院）	改定後（対象病院）
特定機能病院及び一般病床500床以上の地域医療支援病院	特定機能病院及び許可病床400床以上の地域医療支援病院

［経過措置］
・ 自治体による条例制定が必要な公的医療機関については、条例を制定するまでの期間を考慮し、6か月間の経過措置を設ける。

病床数500床以上を要件としている診療報酬の取扱いの見直し

➢ 病床数500床以上を要件とする診療報酬について、当該基準を400床に変更する。

［対象］

○ 初診料及び外来診療料　※ 平成30年9月30日までの経過措置を設ける
初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低い場合において、他の病院又は診療所等からの文書による紹介がない患者（緊急その他やむを得ない事情があるものを除く）に関する減算規定の対象となる保険医療機関。

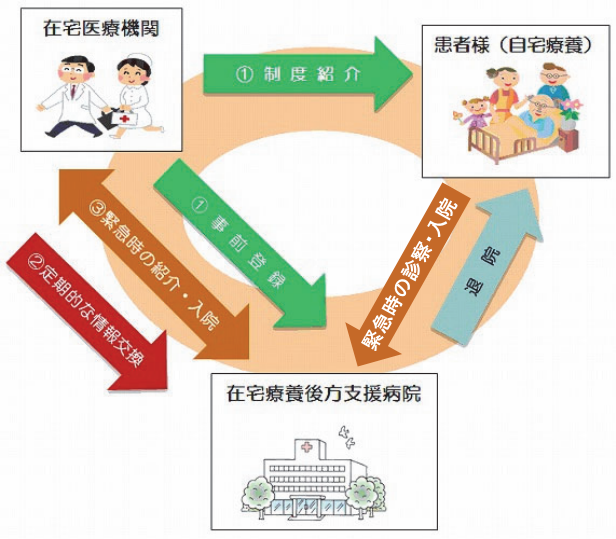
○ 在宅患者緊急入院診療加算※1及び在宅患者共同診療料※2　※1については平成31年3月31日まで、※2については平成30年9月30日までの経過措置を設ける
算定対象が、15歳未満の人工呼吸を実施している患者若しくは15歳未満から引き続き人工呼吸を実施しており体重が20kg未満の患者又は神経難病等の患者に限られる保険医療機関。



○ 地域包括ケア病棟入院料
地域包括ケア病棟入院料を届出をすることができる病棟が1病棟に限られる保険医療機関。
※ 平成 30年1月1日時点で地域包括ケア病棟入院料1又は2を2病棟以上届け出ている場合、当該時点で現に届け出ている複数の病棟を維持することができる。

病床規模に関する要件の見直しで、在宅療養後方支援病院に関係した在宅患者緊急入院診療加算と、在宅患者共同診療料に関しても注意が必要である。

51 在宅療養後方支援病院



- 急変時などに24時間体制で対応
- 必要があれば入院を受け入れる

在宅療養後方支援病院に登録することで、患者も在宅医療機関も緊急時対応、入院対応、退院時支援が必要になった時もスムーズな連携を図ることができる。

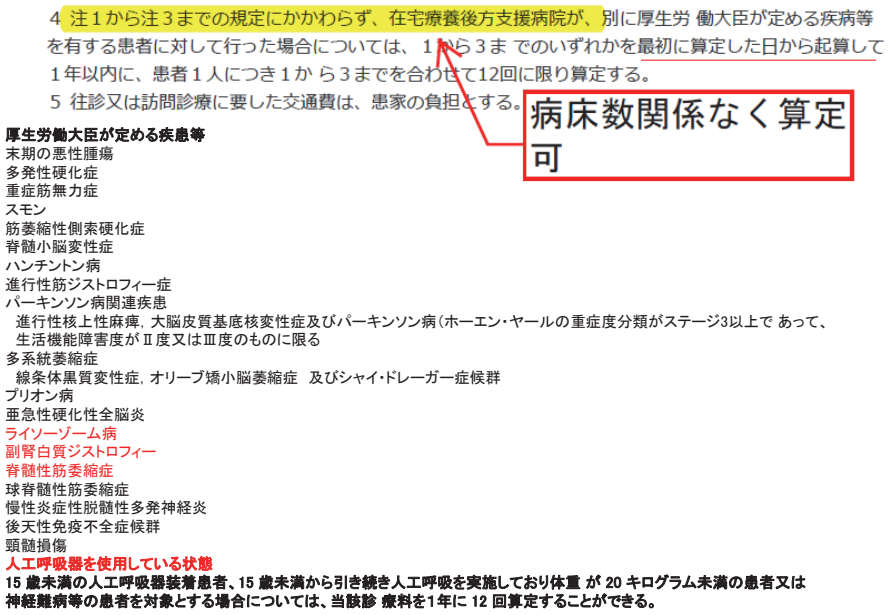
52 在宅患者共同診療料

在宅療養後方支援病院（**許可病床数が 400床未満の病院に限る**）が、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者以外の患者であって通院が困難なものに対して、当該患者に対する在宅医療を担う他の保険医療機関からの求めに応じて共同で往診を行った場合に、1から3までのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内に、患者1人につき1から3までを合わせて2回に限り算定する。

平成 31 年4月1日より適用することとする。

在宅の医師と、在宅療養後方支援病院が共同で、患者宅を訪問する、在宅患者共同診療は、小児を診ていただける在宅医を増やすために重要な取り組みである。在宅患者共同診療料に関しては、在宅療養後方支援病院の許可病床数が500から400床未満に変更となった。これでは、医療的ケア児が退院する大規模な病院では在宅患者共同診療ができないことになってしまう。

53 在宅患者共同診療料



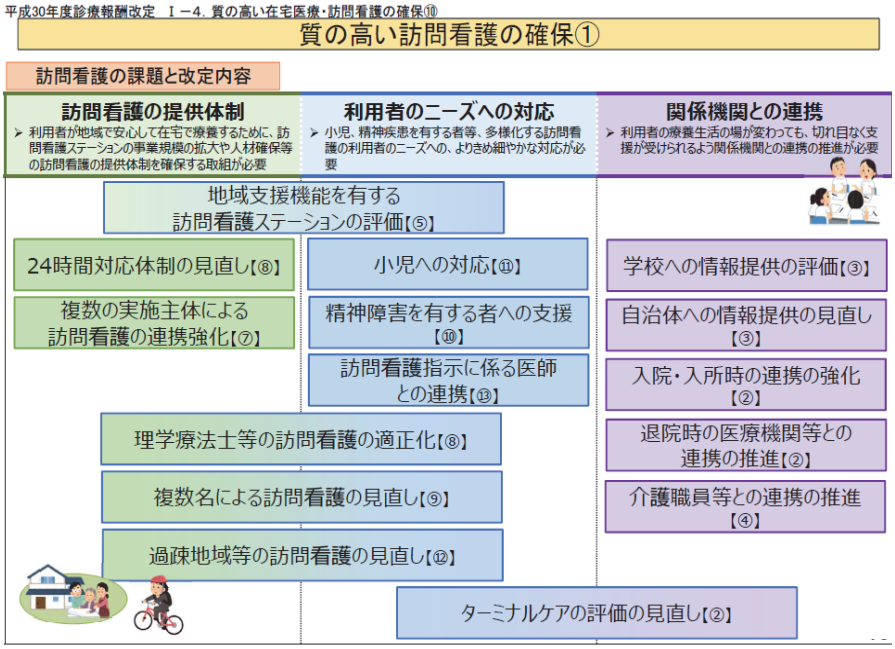
しかし、厚生労働大臣が定める疾患等であれば、病床数に関係なく、在宅の医師と、在宅療養後方支援病院が共同で、患者宅を訪問することができる。小児では、特に人工呼吸器を使用している状態の患者に活用することができる。

54 在宅患者緊急入院加算

在宅療養後方支援病院（**許可病床数が400床以上のものに限る。**）において、別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者を入院させた場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、在宅患者緊急入院診療加算を算定できるものを現に算定している 患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

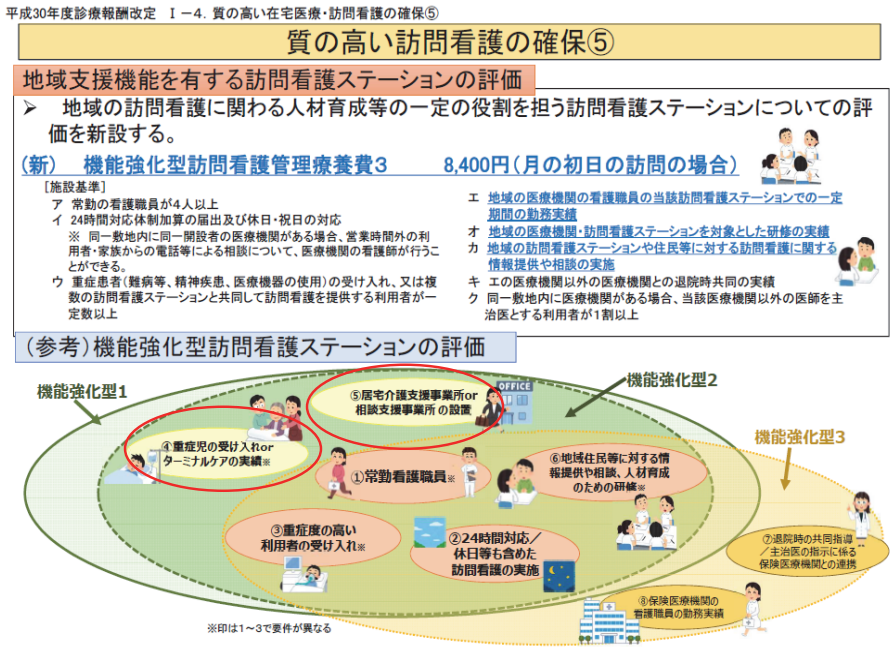
逆に、在宅療養後方支援病院に登録しておけば、入院初日に請求できる在宅患者緊急入院加算は、許可病床数が400床以上の在宅療養後方支援病院に限られた。

55 質の高い訪問看護の確保



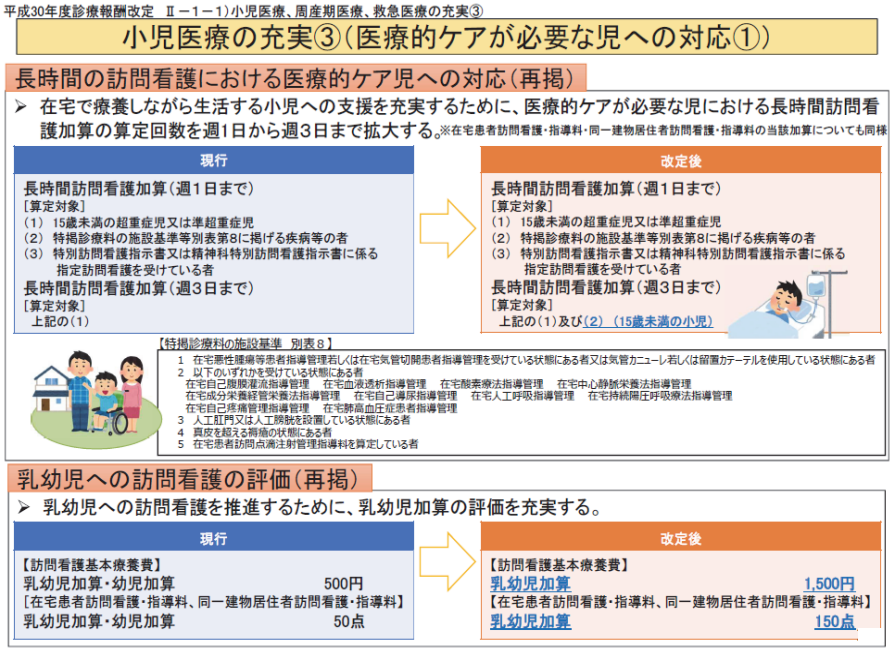
平成30年度診療報酬改定は、訪問看護も小児を強く意識した改定となっている。

56 質の高い訪問看護の確保



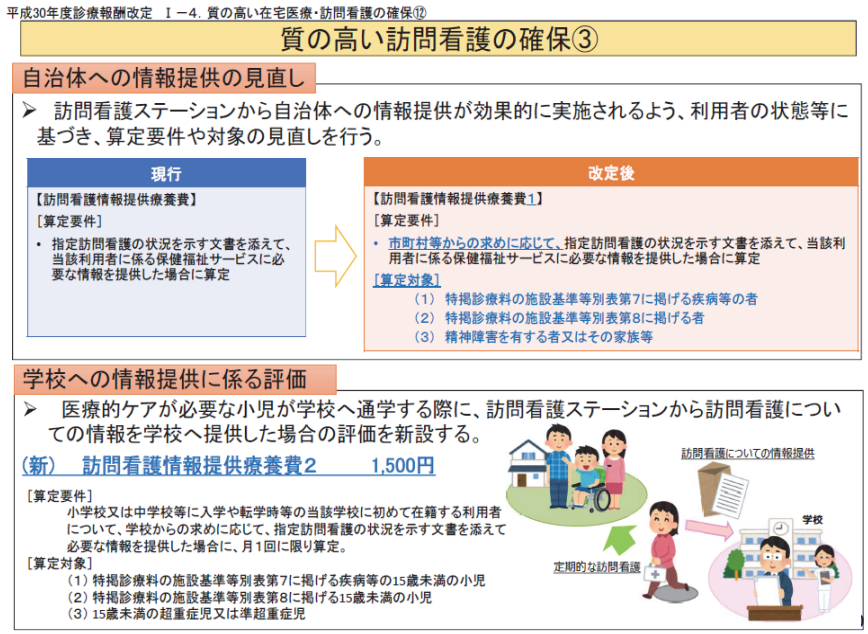
機能強化型訪問看護ステーションは、今までの高齢者を中心とした居宅介護支援事務所の設置がなくても、相談支援事務所が設置されていてもよいことになった。また、重症児の受け入れも前回の診療報酬改定以降評価項目になっている。

57 小児医療の充実（医療的ケアが必要な児への対応）



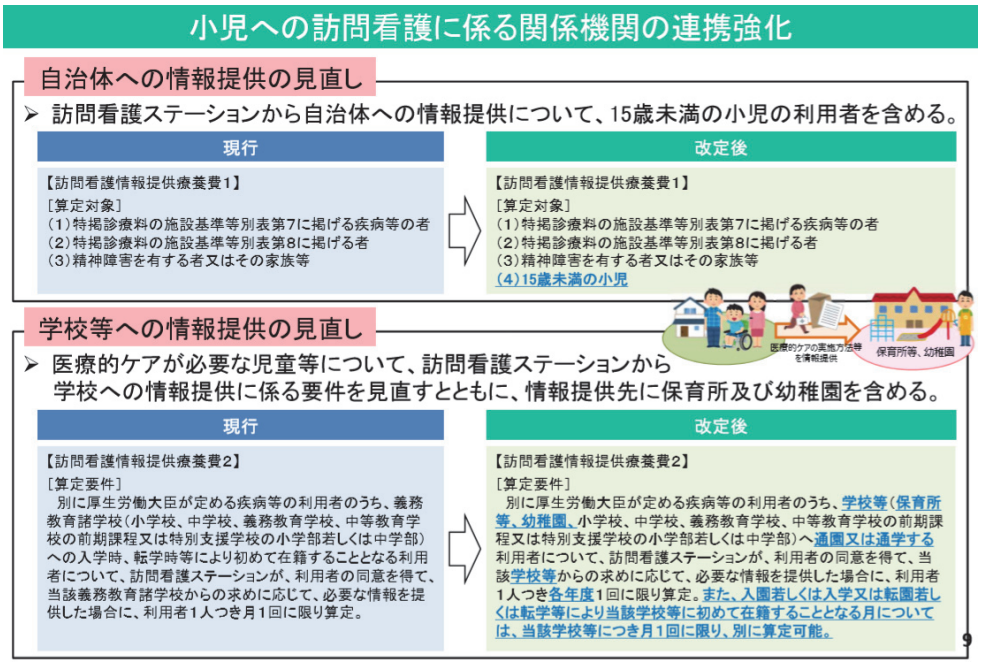
今までの超重症児、準超重症児に加え、医療的ケア児に対する長時間訪問も可能となり、乳幼への訪問看護も高い評価が得られるようになった。

58 質の高い訪問看護の確保



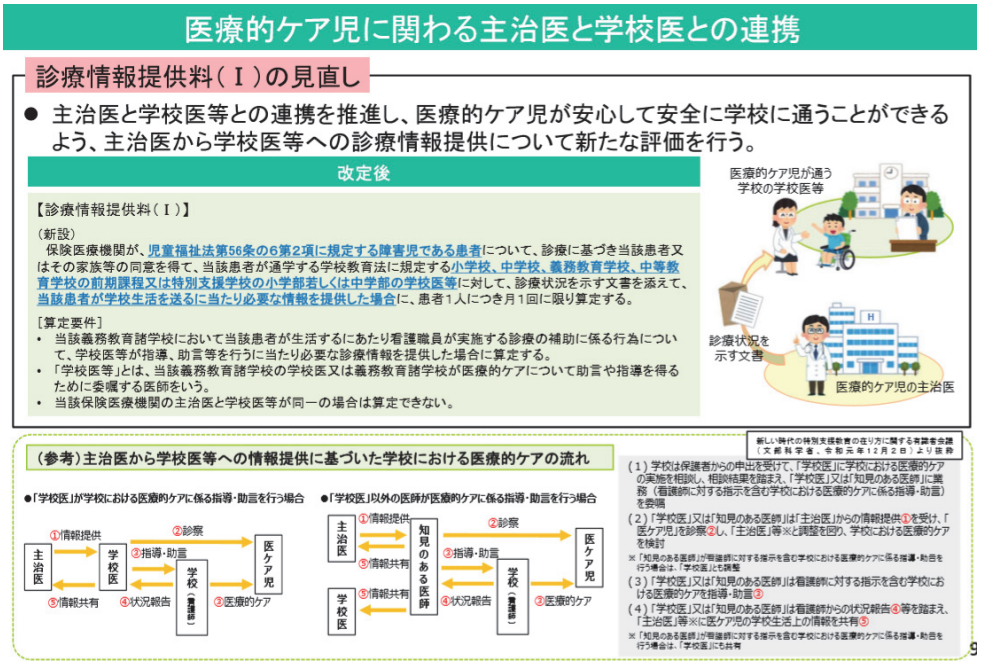
また今まで訪問看護師が関わることが難しかった学校に対しても、医療的ケアの必要な子どもに対する情報を提供することができるようになった。

59 令和２年度診療報酬改定 Ⅲ－3 質の高い在宅医療・訪問看護の確保



先に述べた訪問看護情報提供療養費１に、15歳未満の小児が加えられました。
さらに、訪問看護情報提供療養費２に、学校に加えて、保育所や幼稚園も加えられました。

60 令和２年度診療報酬改定 Ⅱ－2 患者にとって必要な情報提供や相談支援の推進



主治医が、医療的ケア児が通学する、小学校、中学校、特別支援学校の小学部、中学部の学校医、医療的ケア指導医に対して、必要な診療情報を提供した場合に、患者１人につき月１回に限り250点が算定できるようになりました。

総論 1－4 行政の役割

奈倉 道明

目　標　医療的ケア児の支援に関する行政の部署ごとの役割を理解し、施策について適切な部署と協議することができる

Keyword　行政、部署、医療、障害福祉、保育、教育、健康、日本医師会

内　容　行政職員と医療関係者との間には、現場の状況理解と専門用語の運用方法に関して隔たりがあり、円滑なコミュニケーションを取ることがしばしば困難となる。そのため、行政職員は現場を理解し、医療関係者は行政の枠組みを理解する必要がある。平成28年度に児童福祉法が改正され、地方自治体において医療的ケア児の支援のために保健、医療、福祉、教育等の多部署が連携する努力義務が課された。これを受けて厚生労働省は「医療的ケア児の地域支援体制構築に係る担当者合同会議」を年１回開催し、地方自治体における多部署連携の在り方を提示している。国では医療的ケア児の医療、障害福祉、保育、教育、健康を担当する課室が平成30年度に向けた政策を打ち出している。これらを踏まえた上で、各地域での医療的ケア児支援のための施策立案や遂行につき、行政職員と医療関係者とが協議していく必要がある。

【引用情報】
「平成29年度医療的ケア児の地域支援体制構築に係る担当者合同会議」（平成29年10月16日）
1）厚生労働省医政局地域医療課在宅医療推進室資料
2）厚生労働省障害保健福祉部障害福祉課障害児・発達障害者支援室資料
3）厚生労働省こども家庭局保育課・母子保健課資料
4）厚生労働省健康局難病対策課資料
5）文部科学省初等中等教育局特別支援教育課資料
6）日本医師会資料

1 行政と医療との連携

- 行政職員： 医療の現場や患者の実態を知らない
  （例 気管切開のケアがどう大変なのか分からない）

➡ 現場を見た方が良い

- 医療関係者： 行政の仕組みや行政用語の使い分けが分からない
  （例 医療政策の充実を市役所に訴えてしまう）

➡ 政策を所管する部署を知って交渉したほうが良い

両者がお互いの特性を知り、同じ目的を持って協力することが大切

2 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児童のこと。
○ 全国の医療的ケア児（在宅）は約2.0万人〈推計〉



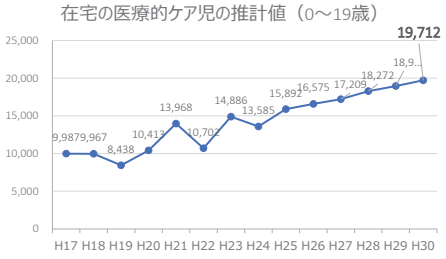


＊ 画像転用禁止

○ 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］

在宅の医療的ケア児の推計値（0～19歳）



（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）」の協力のもと障害児・発達障害者支援室で作成）

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に努めなければならない。」

3

3 都道府県別の医療的ケア児数（推計値）及び、総人口並びに20歳未満人口1万人あたりの値

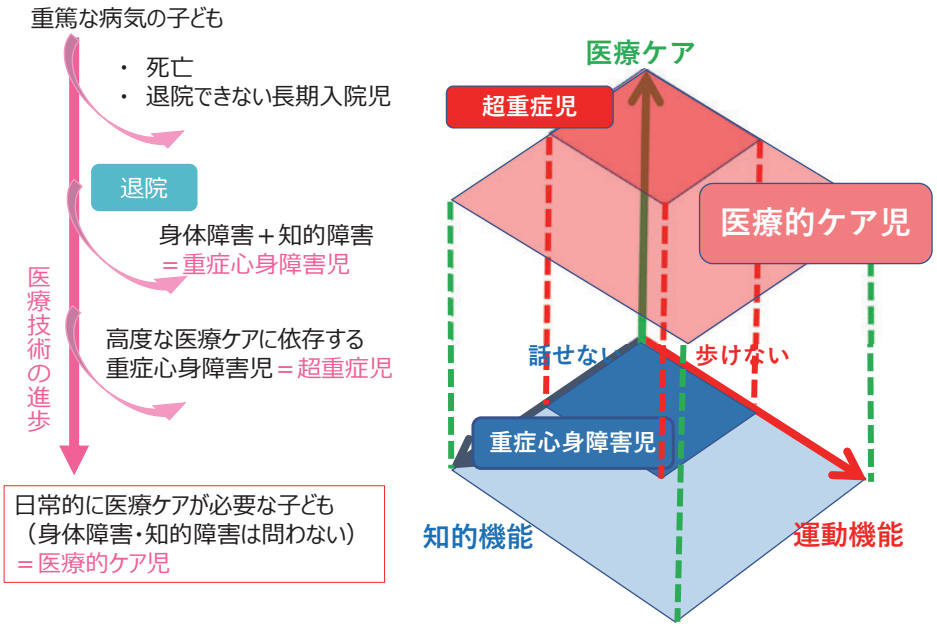
（参考資料）

都道府県別の医療的ケア児数（推計値）及び、総人口並びに20歳未満人口1万人あたりの値
（平成28年10月1日現在、総務省人口推計を使用）

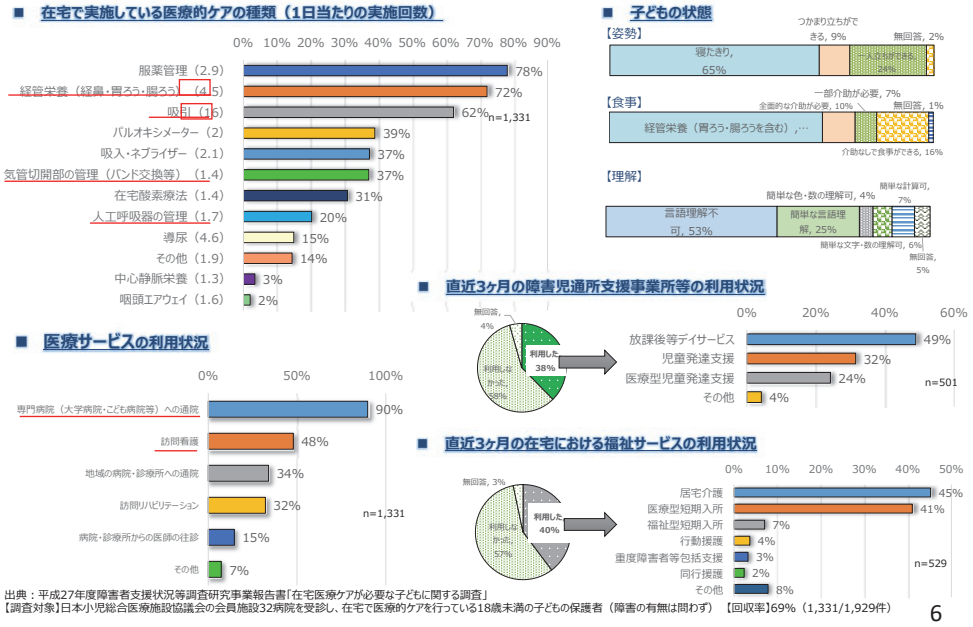
番号	都道府県	人口（千人）	２０歳未満人口（千人）	医療的ケア児推計値	医療的ケア児1万人あたり	医療的ケア児20歳未満1万人
0	全国	126,933	21,820	17,058	1.344	7.818
1	北海道	5,352	837	615	1.148	7.343
2	青森県	1,293	207	101	0.783	4.891
3	岩手県	1,268	207	130	1.022	6.260
4	宮城県	2,330	399	374	1.604	9.365
5	秋田県	1,010	147	97	0.962	6.610
6	山形県	1,113	184	105	0.946	5.725
7	福島県	1,901	319	199	1.049	6.249
8	茨城県	2,905	504	402	1.382	7.968
9	栃木県	1,966	343	275	1.400	8.022
10	群馬県	1,967	344	265	1.348	7.706
11	埼玉県	7,289	1,257	664	0.911	5.280
12	千葉県	6,236	1,053	758	1.215	7.195
13	東京都	13,624	2,093	2,140	1.571	10.225
14	神奈川県	9,145	1,564	1,094	1.196	6.992
15	新潟県	2,286	379	262	1.145	6.906
16	富山県	1,061	177	115	1.087	6.516
17	石川県	1,151	204	148	1.283	7.239
18	福井県	782	143	100	1.278	6.987
19	山梨県	830	144	90	1.082	6.238
20	長野県	2,088	367	311	1.490	8.476
21	岐阜県	2,022	367	263	1.301	7.166
22	静岡県	3,688	647	559	1.516	8.639
23	愛知県	7,507	1,398	1,044	1.391	7.468
24	三重県	1,808	321	171	0.943	5.312
25	滋賀県	1,413	276	270	1.911	9.783
26	京都府	2,605	439	295	1.131	6.712
27	大阪府	8,833	1,514	1,380	1.562	9.115
28	兵庫県	5,520	975	809	1.465	8.294
29	奈良県	1,356	237	166	1.227	7.018
30	和歌山県	954	162	108	1.130	6.656
31	鳥取県	570	100	124	2.180	12.425
32	島根県	690	119	73	1.063	6.162
33	岡山県	1,915	343	345	1.799	10.044
34	広島県	2,837	509	422	1.487	8.287
35	山口県	1,394	233	131	0.943	5.640
36	徳島県	750	121	67	0.889	5.510
37	香川県	972	169	99	1.014	5.833
38	愛媛県	1,375	232	193	1.406	8.333
39	高知県	721	115	79	1.097	6.877
40	福岡県	5,104	926	796	1.560	8.598
41	佐賀県	828	157	99	1.200	6.327
42	長崎県	1,367	242	169	1.233	6.966
43	熊本県	1,774	325	264	1.487	8.115
44	大分県	1,160	199	142	1.221	7.119
45	宮崎県	1,096	201	185	1.684	9.183
46	鹿児島県	1,637	297	244	1.492	8.224
47	沖縄県	1,439	331	320	2.222	9.660

※１　平成29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）」報告書より抜粋
※２　医療機関所在地からの集計結果のため、患者の住所地とは異なる場合もあることに留意

4 医療技術の進歩によって変わる重症な小児の病態



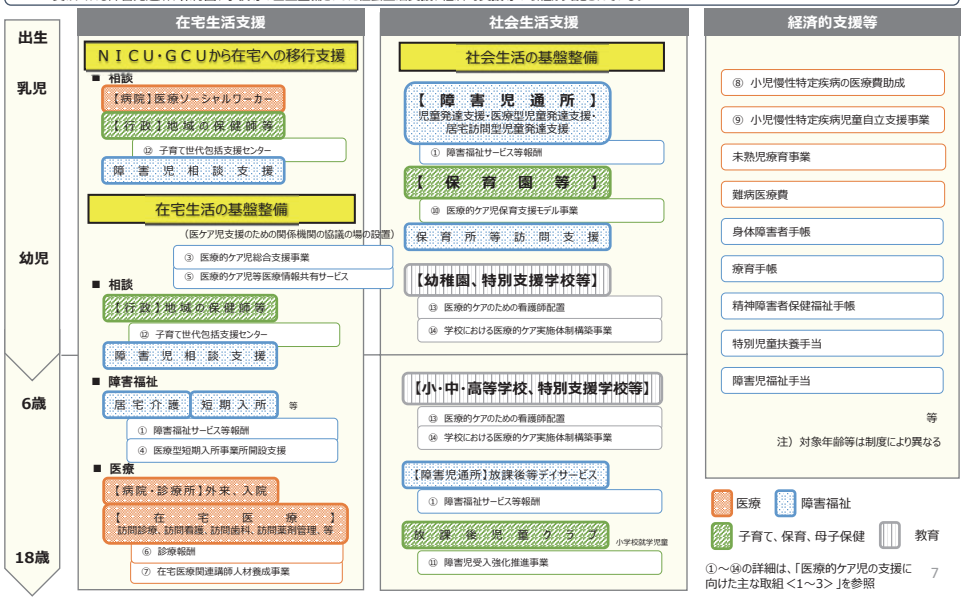
5 在宅の医療的ケア児の状態像やサービス利用の現状



出典：平成27年度障害者支援状況等調査研究事業報告書「在宅医療ケアが必要な子どもに関する調査」
【調査対象】日本小児総合医療施設協議会の会員施設32病院を受診し、在宅で医療的ケアを行っている18歳未満の子どもの保護者（障害の有無は問わず）【回収率】69%（1,331/1,929件）

6 在宅の医療的ケア児とその家族の支援に向けた主な取組

在宅における医療的ケア児とその家族を支えるため、NICU・GCUから在宅へ円滑に移行するための支援や地域における生活の基盤整備等の在宅生活支援、医療的ケア児を受け入れる障害児通所、保育園、学校等の基盤整備といった社会生活支援、経済的支援等の取組が実施されている。



①～⑭の詳細は、「医療的ケア児の支援に向けた主な取組 <1～3> 」を参照

7 動く医療的ケア児

- **医療的ケア児の33%は動ける**
  （2015年埼玉県小児在宅医療患者生活ニーズ調査）
- 動く医療的ケア児は、医療デバイスを不用意に抜去するなど生命の危険がある（特に知的障害を合併する例）
- 密接な見守りなど、より手厚い障害福祉サービスが必要
- しかし、**動く医療的ケア児は、準・超重症児入院診療加算や医療型の障害福祉サービスが使えない**



寝たきりの医療的ケア児



動く医療的ケア児
（野田聖子議員ブログ「ヒメコミュ」より）

ただ、医療的ケアがあるからと言って、全ての人が肢体不自由な状態にあるわけではありません。
近年の医療の進歩により、医療的ケアが付いているわりには身体障害が軽い方もちらほらいます。
写真の左側は従来から重心児と呼ばれる、寝たきりで知的機能がIQ35未満の子どもの例です。
写真の右側は、気管切開の医療的ケアがありますが、ランドセルをしょって学校に通っている子どもの例です。
このように「動ける医療的ケア児」は、医療的ケア児全体の40%くらいいるのではないかと推測されます。
しかし、動く医療的ケア児は準・超重症児の定義には入らないため、ケアに手がかかるわりには準・超重症児に対するサービスを利用することはできません。

8 2016年５月25日に児童福祉法が改正（６月３日公布・施行）

【改正の概要】

① 医療的ケア児支援のため、地方自治体が保健・医療・福祉等の連携体制を整備する努力義務を負う

② 市町村・都道府県が障害児福祉計画を定める

児童福祉法　第56条の6　第2項（新設）

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に努めなければならない。

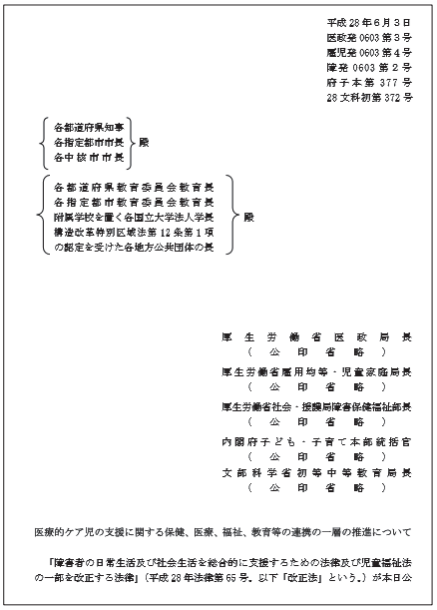
改正の概要としては、① 医療的ケア児支援のため、地方自治体が保健・医療・福祉等の連携体制を整備する努力義務を負うことになったことと、② 市町村・都道府県が障害児福祉計画を定めることになったことがあげられる。

9 医療的ケア児の支援に関する保健、医療、福祉、教育等の連携の一層の推進について（5部局連名通知　平成28年6月3日）①

以下の3省庁5部局の連名で通知を発出

☚ これこそ行政の多職種連携です！！

① 医政発（医政局）
② 雇児発（子ども家庭局）
③ 障発（障害保健福祉部）
④ 府子本（内閣府子ども・子育て本部）
⑤ 文科初（文科省初等中等教育局）



平成28年6月3日
医政発0603第3号
雇児発0603第4号
障発0603第2号
府子本第377号
28文科初第372号

各都道府県知事
各指定都市市長
各中核市市長　殿

各都道府県教育委員会教育長
各指定都市教育委員会教育長
附属学校を置く各国立大学法人学長
構造改革特別区域法第12条第1項の認定を受けた各地方公共団体の長　殿

厚生労働省医政局長（公印省略）
厚生労働省雇用均等・児童家庭局長（公印省略）
厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長（公印省略）
内閣府子ども・子育て本部統括官（公印省略）
文部科学省初等中等教育局長（公印省略）

医療的ケア児の支援に関する保健、医療、福祉、教育等の連携の一層の推進について

「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律及び児童福祉法の一部を改正する法律」（平成28年法律第65号。以下「改正法」という。）が本日公

法施行と同日の6月3日に、3省庁5部局から全国の都道府県、政令指定市・中核市、教育委員会に向けて通知が発出された。これだけの部局から連名で通知が出ることは、かなり異例である。医療的ケア児の支援には多方面からの協力が必要であることの証左と言える。

10 医療的ケア児の支援に関する保健、医療、福祉、教育等の連携の一層の推進について（5部局連名通知　平成28年6月3日）②

【通知の趣旨】
各地方公共団体においては、所管内の医療的ケア児の支援ニーズや地域資源の状況を踏まえ、保健、医療、障害福祉、保育、教育等の関係機関の連携体制の構築に向けて、計画的に取り組んでいただくようお願いする。

【技術的な助言】

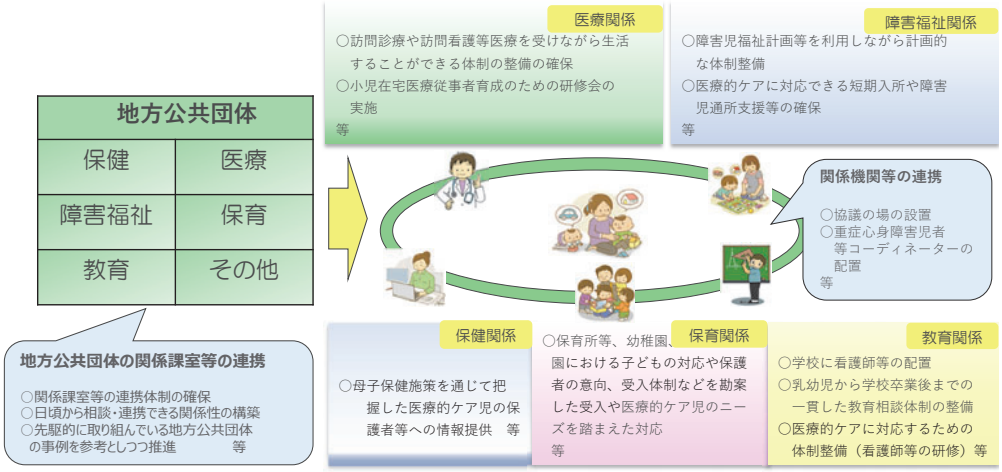
保健関係　母子保健担当者は、医療的ケア児が適切な支援が受けられるように関係課室等と情報共有
医療関係　小児病棟やNICU、PICU等から退院するに当たり療養・療育が必要な小児に対し支援を実施し、退院支援から生活の場における療養支援、急変時の対応、看取りまで継続して**在宅医療**が行われるよう、関係機関間の連携体制構築に配慮
障害福祉関係　各地方公共団体は障害福祉計画だけでなく**障害児福祉計画**を策定することが義務付けられ、これらを活用して医療的ケア児の支援の体制の確保を図る（障害児福祉計画は**平成30年4月1日より施行**）。特に、医療的ケア児を受け入れることができる**短期入所**や**児童発達支援**を必要としている医療的ケア児のための障害児通所支援等の確保が重要。
保育関係　医療的ケア児についても保育のニーズを受け止め、**保育所・幼稚園等での受け入れ**や**看護師の配置**等
子ども・子育て支援法に基づく基本指針において、全ての子どもの健やかな育ちを等しく保障することを目指す
教育関係　医療的ケア児やその保護者の意向を尊重しつつ、関係機関とも連携しながらその教育的ニーズに応える
① 乳幼児期から学校卒業後までの一貫した**教育相談体制の整備**、**専門家による巡回指導**、**関係者に対する研修**
② 医療的ケアを実施する**看護師等の配置又は活用**、看護師等を中心に教員等が連携協力した**体制整備**
③ 学校において医療的ケアを行う看護師等を確保するとともに、**看護師等に必要な研修**の機会を充実
④ **看護師等の養成課程**において特別支援学校等での実習を受け入れる
関係機関等の連携に向けた施策
① 地域において**協議の場を設置**し、定期的に開催
※**（自立支援）協議会**、医療的ケア運営協議会、慢性疾患児童等地域支援協議会、地方版子ども・子育て会議など既存の枠組みを活用。2次医療圏や障害福祉圏域、市区町村単位などの設置開催も想定。
② 重症心身障害児者等及び医療的ケア児の支援をコーディネートする者の育成
③ 地方公共団体内で保健、医療、障害福祉、保育、教育等の課室の互いの連携体制を確保

5部局連名通知の内容は多岐にわたっているが、中央官庁の発出元及び通知を受ける都道府県担当部署としては、主に地域医療もしくは障害福祉の部署が主な役割を担う。保健関係とは保健所及び市区町村保健センターを意味し、厚労省健康局や都道府県の健康担当課がこれにあたる。これらに加え、保育関係、教育関係からの支援施策も拡充しつつあるところである。

11 地域における医療的ケア児の支援体制の整備

□ 平成28年5月25日成立・同年6月3日公布の「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律及び児童福祉法の一部を改正する法律」において、地方公共団体に対し、医療的ケア児が必要な支援を円滑に受けることができるよう、保健、医療、福祉等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整備に関する努力義務を規定（児童福祉法第５６条の６第２項）（本規定は公布日施行）

□ **「医療的ケア児の支援に関する保健、医療、福祉、教育等の連携の一層の推進について」（平成２８年６月３日関係府省部局長連名通知）を地方公共団体等に発出し、連携体制の構築を推進。**



12 保健・医療・福祉・教育・保育の連携

○　関連する制度は多岐にわたるが、根拠法を知ることで制度を理解できる

分野	法律	医療的ケア児関連の制度
保健	母子保健法	新生児訪問指導、乳幼児健診
	児童福祉法	乳児家庭全戸訪問
		要保護児童への対応
医療	医療法	医療計画における小児医療・在宅医療
	健康保険法	診療報酬
	母子保健法	未熟児養育医療給付
	児童福祉法	小児慢性特定疾病医療費助成
	難病法	難病医療費助成
	障害者総合支援法	自立支援医療（育成医療・更正医療）
	地域医療介護総合確保法	基金事業による研修会、相談窓口
福祉	児童福祉法	障害児福祉計画・障害児通所支援
	障害者総合支援法	医療型短期入所
教育	学校教育法	特別支援教育、看護師配置
保育	児童福祉法	看護師配置、保育所等訪問支援
	子ども子育て支援法	全ての子どもに健やかな育ちを保障

小児在宅医療においては、医療・福祉・教育との連携が重要。ただ、それぞれの分野で多くの制度が存在し、これらを正確に把握することは容易ではない。小児等在宅医療を積極的に担う制度を理解するためには、制度の根拠となっている法律を理解することが重要。

13 施策と都道府県の担当課と国の所管課との関係

- 都道府県庁の各部署は、それぞれ関連する国の部署から下りてきた施策を受け止め、現場に下ろす構造になっている。
- このため、施策を発出した国の部署を知っておいたほうが良い。

施策	都道府県の担当課	国の所管課
救急・災害・周産期小児・在宅医療	地域医療担当課	厚労省　医政局地域医療計画課
障害児者支援、重心施設	障害福祉担当課	厚労省　障害保健福祉部障害福祉課
子育て支援、児童虐待	母子保健担当課	厚労省　こども家庭局母子保健課
小児慢性特定疾病、指定難病	健康担当課・保健所	厚労省　健康局難病対策課
特別支援学校における医療的ケア	特別支援教育担当課	文科省　初等中等教育局特別支援教育課

都道府県庁の各部署は、それぞれ関連する国の部署から下りてきた施策を受け止め、現場に下ろす構造になっている。
このため、施策を発出した国の部署を知っておいたほうが良い。

14 医療的ケア児の地域支援体制構築に係る担当者合同会議

「令和元年度医療的ケア児の地域支援体制構築に係る担当者合同会議」
日時：2019年10月11日（金）10:30～17:00
場所：厚生労働省講堂

- 地域における医療的ケア児とその家族の生活の質を向上させるため、医療的ケア児等の支援に係る最新の国の動向や地域での先進事例を発信する全国会議を開催しています。
- この会議には、全国の都道府県・指定都市の障害福祉、教育、医療、子育て、保健分野の担当者が参加し、それぞれの地域で各分野が連携した支援ができることを目指しています。

【内容】
① 行政説明（厚生労働省、文部科学省）
② 事例報告（三重県、福岡県久留米市、東京都三鷹市、岡山県教育委員会）
③ グループディスカッション（医療的ケア児にかかる協議の場の効果的な運用について）

全ての動画をYouTubeにアップ！
https://www.youtube.com/playlist?list=PLMG33RKISnWitMyxk0AM9noJPBgrKv_nL

※ 詳細は厚労省HP「障害児支援施策」
ホーム > 政策について > 分野別の政策一覧 > 福祉・介護 > 障害者福祉 > 障害者福祉分野のトピックス > 障害児支援施策 >医療的ケア児の地域支援体制構築に係る担当者合同会議 資料
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_07380.html

在宅医療及び障害福祉サービスを必要とする障害児等を地域で支えるためには、小児等在宅医療及び重症心身障害児等支援の地域体制を各都道府県・指定都市ごとに整備していくことが重要である。
このため、国のモデル事業で取り上げられた取組を参考に、在宅医療及び障害福祉サービスを必要とする障害児等支援の連携体制をどのように構築していくかを各自治体で共有するために、担当者合同会議が平成27年度から年１回開催されている。

15 医療的ケア児の支援に向けた主な取組＜1＞

障害福祉等

①障害福祉サービス等報酬改定（平成30年4月～）
・障害児通所支援・福祉型障害児入所施設における看護職員配置加算の創設
・障害児通所支援における医療連携体制加算の充実
・短期入所における福祉型強化短期入所サービス費の創設　　等

②介護報酬改定（平成30年4月～）
療養通所介護（重症心身障害児・者を通わせる児童発達支援等を実施）において、更に地域共生社会の実現に向けた取組を推進する観点から定員数を９名から18名へと引上げ。

③医療的ケア児総合支援事業（令和２年度予算額：1.3億円）
医療的ケア児とその家族へ適切な支援を届ける医療的ケア児コーディネーターの配置や地方自治体における協議の場の設置など地方自治体の支援体制の充実を図るとともに、医療的ケア児とその家族の日中の居場所作りや活動の支援を総合的に実施するため、令和元年度に創設。

④医療型短期入所事業所開設支援（令和２年度予算額：505億円の内数）
医療機関や介護老人保健施設による医療型短期入所事業所の開設を支援するため、医療機関職員の実地研修等を実施。

⑤医療的ケア児等医療情報共有サービス（令和２年度予算額：0.5億円）
救急時や、予想外の災害等に遭遇した際に、どこにいても適切な対処を受けられるよう、医療情報共有システムを構築。

16 医療的ケア児の支援に向けた主な取組＜2＞

医療・小児慢性特定疾病

⑥診療報酬改定（平成30年4月～）
・小児科療養指導料の対象として、医療的ケアが必要な小児を追加するとともに、学校との情報共有・連携を要件化
・長時間訪問看護加算を週3回算定できる対象に医療的ケアが必要な小児を追加
・医療的ケア児が学校に通学する際に、在宅で療養支援を行っている訪問看護ステーションから学校への情報提供を評価　　等

⑦在宅医療関連講師人材養成事業（令和２年度概算要求額：2,345万円）
高齢者向け在宅医療、小児向け在宅医療、訪問看護の3つの分野ごとに、医師や看護師を対象とした人材育成プログラムの開発を行うとともに、医療従事者や行政職員等が地域で在宅医療の人材育成事業を行うための中央研修を実施。

⑧小児慢性特定疾病の医療費助成（令和２年度概算要求額：160.0億円）
医療費の自己負担分の一部を助成。
【対象疾病数：756疾病（16疾患群）　⇒　令和元年7月から762疾病（16疾患群）】

⑨小児慢性特定疾病児童自立支援事業（令和２年度概算要求額：9.2億円）
学校生活での教育や社会性の涵養に遅れが見られ自立を阻害されている児童等について、相談支援事業や相互交流促進事業等を実施。

17 医療的ケア児の支援に向けた主な取組<3>

保育・母子保健

⑩医療的ケア児保育支援モデル事業（令和２年度概算要求額：477億円の内数）
医療的ケアを必要とする子どもの受入体制の整備を推進するため、引き続きモデル事業として保育所等における、看護師の配置や保育士の喀たん吸引等に係る研修の受講等への支援を実施するとともに、新たに医療的ケア児の受入れの判断をするための検討会設置等の事業費を支援する。
（90自治体（予算か所数））

⑪障害児受入強化推進事業（令和２年度概算要求額：1,304億円の内数＋事項要求（内閣府予算））
放課後児童クラブにおける医療的ケア児に対する支援に必要な看護職員の配置等に要する経費の補助を行う。

⑫子育て世代包括支援センター（令和２年度概算要求額：1,304億円の内数＋事項要求（内閣府予算））
妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援のために、保健師等を配置して「母子保健サービス」と「子育て支援サービス」を一体的に提供できるよう、妊産婦、乳幼児並びにその保護者を対象にきめ細かな相談支援等を行う。（平成30年4月1日現在で761市区町村（1,436か所）で実施）

教育

⑬医療的ケアのための看護師配置（令和２年度予算額：１，９１９百万円の内数）【文部科学省予算】
① 特別支援学校、幼稚園、小・中・高等学校等への看護師の配置
② 校外学習や登下校時における送迎車両への看護師の同乗　など
（補助対象先：都道府県、市町村、学校法人　補助率：１／３）

⑭学校における医療的ケア実施体制構築事業（令和２年度予算額：２９百万円）【文部科学省予算】
人工呼吸器の管理等が必要な児童生徒等の受入体制の在り方等を調査研究するとともに、　新たに教育委員会による看護師等に対する研修をより充実させるための取組を実施する。
（委託予定先：１０自治体、１団体）

18 医療的ケア児等コーディネーター養成研修等事業

医療的ケア児等コーディネーター養成研修等事業※地域生活支援促進事業（都道府県・指定都市）

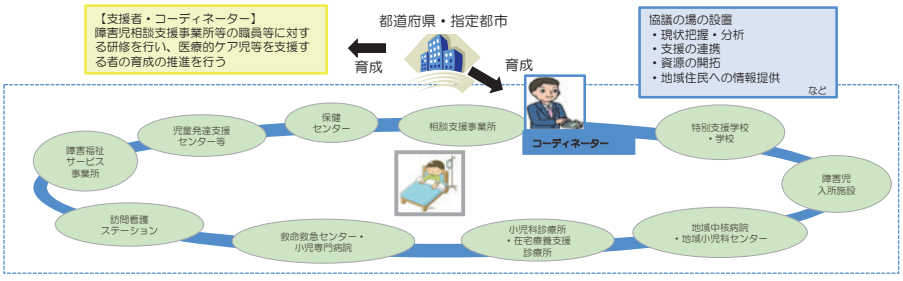
（項）障害保健福祉費
（目）地域生活支援事業費等補助金　　平成30年度予算額：68,139千円

目　的

○　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や重症心身障害児等（以下「医療的ケア児等」という。）が地域で安心して暮らしていけるよう、医療的ケア児等に対する支援が適切に行える人材を養成するとともに、医療的ケア児等の支援に携わる保健、医療、福祉、教育等の関係機関等の連携体制を構築することにより、医療的ケア児等の地域生活支援の向上を図ることを目的とする。

事業内容

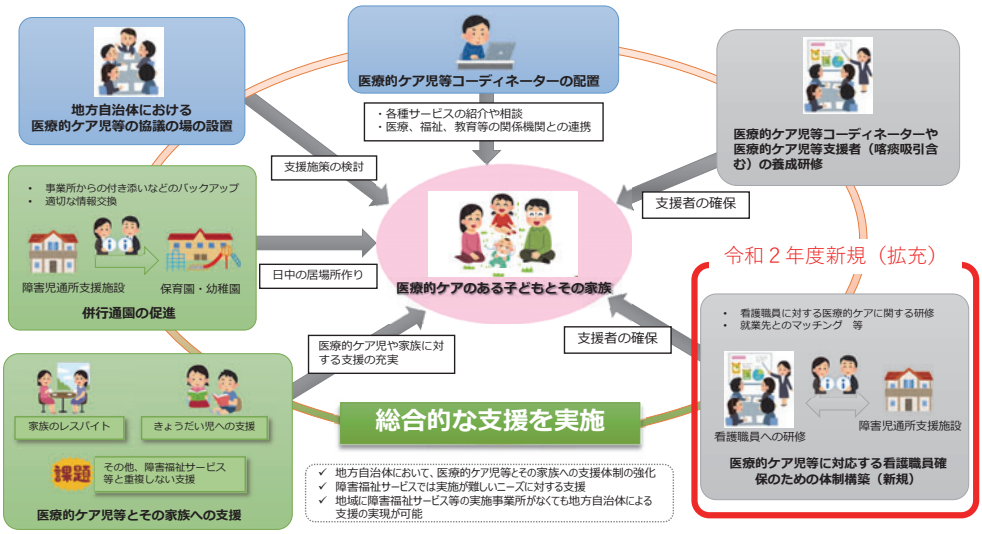
（１）医療的ケア児等を支援する人材の養成
地域の障害児通所支援事業所、保育所、放課後児童クラブ及び学校等において医療的ケア児等への支援に従事できる者を養成するための研修や、医療的ケア児等の支援を総合調整する者（以下「コーディネーター」という。）を養成するための研修を実施する。
（２）協議の場の設置
地域において医療的ケア児等の支援に携わる保健、医療、福祉、教育等の各分野の関係機関及び当事者団体等から構成される協議の場を設置する。協議の場では、現状把握・分析、連絡調整、支援内容の協議等、地域全体の医療的ケア児等の支援に関する課題と対応策の検討等を行う。



医療的ケア児を支援する多職種をつなぐ役割としてコーディネーターが必要である。
都道府県・政令指定市ごとにコーディネーターを養成する研修事業を平成29年度から実施している。
養成する対象としては、相談支援専門員や重心施設の看護師・医師などが想定される。

19 医療的ケア児等総合支援事業（地域生活支援促進事業）～医療的ケアのある子どもとその家族の笑顔のために～

【事業内容】
医療的ケア児とその家族へ適切な支援を届ける医療的ケア児コーディネーターの配置や地方自治体における協議の場の設置など地方自治体の支援体制の充実を図るとともに、医療的ケア児とその家族の日中の居場所作りや活動の支援を総合的に実施する。
【実施主体】都道府県・市町村　　【令和２年予算要求】地域生活支援促進事業　138,543千円（128,543千円）＜拡充＞



20 医療型短期入所事業所開設支援

医療型短期入所事業所開設支援※都道府県事業（指定都市、中核市も可）

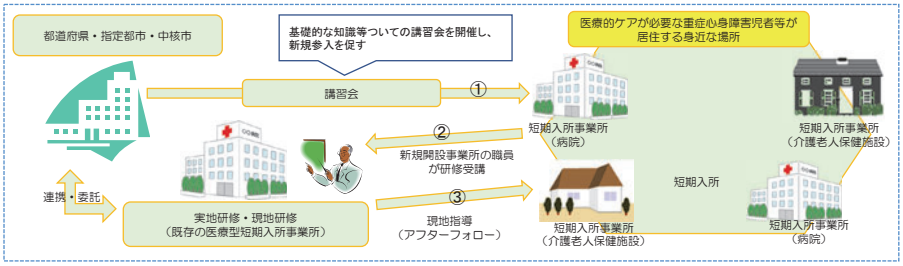
（項）障害保健福祉費
（目）地域生活支援事業費等補助金　　令和２年度予算案：505億円の内数（495億円の内数）

目　的

○　医療型短期入所事業の対象である重症心身障害児者等が身近な地域で短期入所を利用できるよう、医療機関や介護老人保健施設による医療型短期入所事業所の開設を支援し、重症心身障害児者等が在宅で安心した生活を送れるよう支援の充実を図ることを目的とする。

事業内容

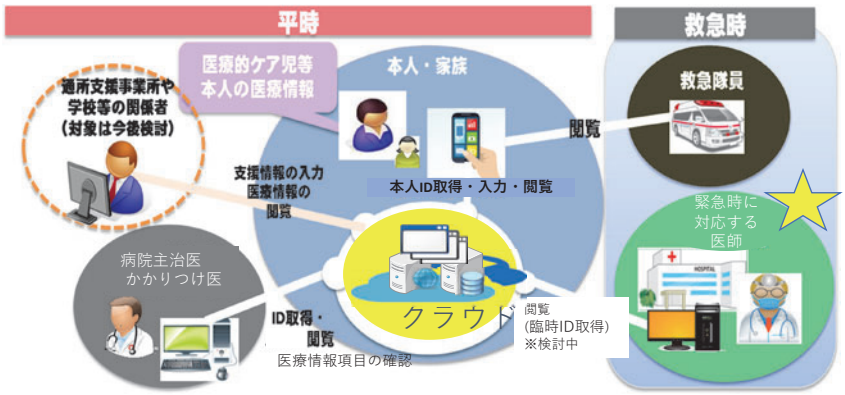
1）新規開設に向けた医療機関等に対する講習等
医療型短期入所事業所の新規開設に向けて、医療機関や介護老人保健施設等に対し、重症心身障害児者等に対する支援の基礎的な知識や、既存施設の短期入所における支援事例などについての講習等を実施する。
2）新規開設事業所の職員に対する研修等
新規開設事業所の職員に対し、重症心身障害児者等の障害特性に関する知識や支援技術の習得を図るための実地研修等を実施する。
例えば、新規開設事業所と既に医療型短期入所事業を実施している施設との間で、職員を相互に交換する研修を実施することなどが考えられる。



21 医療的ケア児等医療情報共有システム（MEIS）

- 医療的ケアが必要な児童等が救急時や、予想外の災害、事故に遭遇した際に、**全国の医師・医療機関（特に、救急医）が迅速に必要な患者情報を共有**できるようにするためのシステム。
- 医療的ケア児等は、原疾患や心身の状態が様々であり、遠方で緊急搬送等された際にも速やかに医療情報の共有を図る必要があることから、平成２８年度に調査研究を開始（検討会構成員：東京大学大学院医学系研究科教授、小児救急科医長、重症心身障害児保護者団体会長等）。令和元年度～システム開発、令和２年５月１日からプレ運用を開始。
  （※）６月９日現在、医療的ケア児等約１２２名、医師１０６名がプレ運用に登録している。
- プレ運用の結果を踏まえて、可能な範囲での改修を行い、令和２年７月末をめどに本格運用（※）を開始予定。

（※）　ＭＥＩＳのＨＰから登録申請書がダウンロード可能



MEIS：Medical Emergency Information Shareの略称

22 小児慢性特定疾病児童自立支援事業

○　幼少期から慢性的な疾病に罹患していることにより、自立に困難を伴う児童等について、地域支援の充実により自立促進を図るため、都道府県、指定都市、中核市、児童相談所設置市において、自立支援事業を実施。
○　医療費助成とともに児童福祉法に規定されており、義務的経費として国が事業費の半額を負担している。

【実施主体】都道府県・指定都市・中核市・児童相談所設置市
【国庫負担率】１／２（都道府県・指定都市・中核市・児童相談所設置市 １／２）
【根拠条文】児童福祉法第19条の22、第53条
【予算額】令和２年度予算案：923百万円

＜必須事業＞（第19条の22第１項）

相談支援事業



＜相談支援例＞
・自立に向けた相談支援
・療育相談指導
・巡回相談
・ピアカウンセリング　等

小児慢性特定疾病児童自立支援員



＜支援例＞
・関係機関との連絡・調整及び利用者との橋渡し
・患児個人に対し、地域における各種支援策の活用の提案　等

＜任意事業＞（第19条の22第２項）

療養生活支援事業



ex
・レスパイト
【第19条の22第２項第１号】

相互交流支援事業



ex
・患児同士の交流
・ワークショップの開催　等
【第19条の22第２項第２号】

就職支援事業



ex
・職場体験
・就労相談会　等
【第19条の22第２項第３号】

介護者支援事業



ex
・通院の付き添い支援
・患児のきょうだいへの支援　等
【第19条の22第２項第４号】

その他の自立支援事業



ex
・学習支援
・身体づくり支援　等
【第19条の22第２項第５号】

23 医療的ケア児保育支援モデル事業【拡充】

（保育対策総合支援事業費補助金　令和元年度予算：394億円の内数　→　令和２年度予算案：394億円の内数）

事業内容

○　保育所等において医療的ケア児の受入れを可能とするための体制を整備し、医療的ケア児の地域生活支援の向上を図る。
○　また、医療的ケアに関する技能及び経験を有した者（医療的ケア児保育支援者）を配置し、管内の保育所への医療的ケアに関する支援・助言や、喀痰吸引等研修の受講等を勧奨するほか、市区町村等において医療的ケア児の受入れ等に関するガイドラインを策定することで、安定・継続した医療的ケア児への支援体制を構築する。

令和２年度予算案における対応《拡充》

【課題】
○　保育所における医療的ケア児の受入れに当たっては、保育所において受入れが可能かどうか、関係者間で検討する必要がある。

【対応】
○　都道府県等における受入れの判断をするための検討会の設置など、環境整備を図るための事業費補助（旅費、謝金、会議費等）を創設する。

検討会の設置



＜主な役割＞
○医療的ケア児の受入れについて検討。
○関係機関との連絡体制の構築
○施設や保護者との調整
○支援計画の策定

【補助基準額（案）】
○基本分単価　【1市区町村当たり年額　7,915千円】
① 看護師等の配置（5,100千円）
② 補助者の配置（2,100千円）
③ 研修の受講支援（300千円）
④ 事業費（415千円）
○加算分単価　【1市区町村当たり年額　2,650千円】
⑤ 支援者の配置（2,100千円）
⑥ ガイドラインの策定（550千円）

【実施か所数】
令和元年度（申請ベース）：73か所
（北海道）札幌市、上富良野町、音更町、鷹越町、（青森県）五所川原市、（宮城県）仙台市、（福島県）南相馬市、（栃木県）鹿沼市、（埼玉県）上尾市、鶴ヶ島市、（千葉県）千葉市、松戸市、佐倉市、習志野市、浦安市、山武市、匝瑳市、（東京都）八王子市、国立市、東大和市、（神奈川県）川崎市、相模原市、茅ヶ崎市、厚木市、（新潟県）上越市、長岡市、（福井県）福井市、小浜市、勝山市、鯖江市、永平寺町、南越前町、（長野県）松本市、伊那市、飯田市、南箕輪村、木曽町、（愛知県）名古屋市、豊橋市、豊田市、長久手市、（三重県）伊勢市、（滋賀県）近江八幡市、草津市、甲賀市、湖南市、東近江市、（京都府）京都市、宮津市、長岡京市、亀岡市、城陽市、（大阪府）大阪市、堺市、茨木市、箕面市、岬町、（鳥取県）米子市、（岡山県）岡山市、津山市、（広島県）東広島市、世羅町、（高知県）高知市、（福岡県）福岡市、北九州市、久留米市、小竹町、筑前町、（長崎県）松浦市、佐々町、（熊本県）菊池市、（鹿児島県）霧島市、（沖縄県）宜野湾市

○　さらに、各自治体の取組みを推進するため、か所数の増加を図る（６０か所→９０か所）。

実施主体・補助割合

○ 都道府県、市区町村
○ 国：１/２、都道府県・指定都市・中核市：１/２　　国：１/２、都道府県：１/４、市区町村：１/４

24

総論 1-4

24 放課後児童クラブの障害児受入強化推進事業について

令和2年度予算案：1,453億円の内数

1．趣旨・内容
（１）障害児受入要件の拡充
障害児受入推進事業による職員１名の加配に加え、障害児３人以上の受入れを行う場合に、追加で職員１名を加配するための経費の補助を行っている。
（２）医療的ケア児に対する支援
医療的ケア児に対する支援に必要な看護職員の配置等に要する経費の補助を行う。
※（１）（２）ともに活用することが可能

2．実施主体
市町村（特別区を含む。）

3．令和２年度国庫補助基準額（案）
（１）１支援の単位当たり年額：1,900千円
（２）１支援の単位当たり年額：3,847千円

4．補助率
国１／３、都道府県１／３、市町村１／３

（参考）障害児受入推進事業
放課後児童クラブにおける障害児受入れを推進するため、障害児（1人以上）の受入に必要となる専門的知識等を有する職員の配置に要する補助を行う。
※令和2年度国庫補助基準額（案）：1支援の単位当たり年額1,900千円

①障害児を3人以上（※1）受け入れる場合、障害児受入推進事業（※2）による職員1名の加配に加え、職員を1名加配するための補助を実施。
※1　受け入れる障害児に医療的ケア児が含まれ、②による職員配置を行っている場合、医療的ケア児を除く障害児について補助要件に係る障害児数としてカウントする。
※2　障害児受入推進事業においては、医療的ケア児も含む障害児について、補助要件に係る児童数としてカウントする。

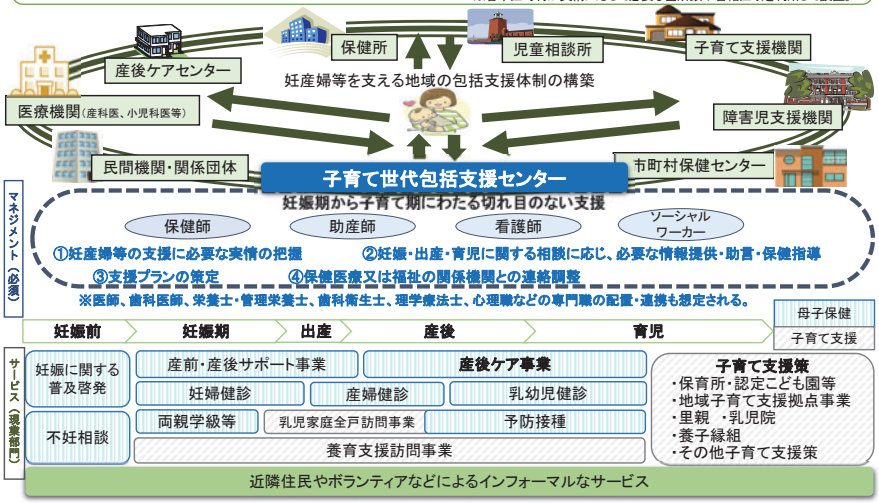


②医療的ケア児を受け入れる場合、看護職員の配置に要する費用（職員がたん吸引等を実施するための研修を受講するための代替職員の配置等、受入れに必要な経費を含めることも可能）を補助。
※　医療的ケア児を除く障害児を3人以上受け入れる場合、障害児受入のための加算と医療的ケア児受入のための加算の両方を算定することが可能。



25 子育て世代包括支援センターの全国展開

○ 妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援を提供できることを目的とするもの
○ 保健師等を配置して、妊産婦等からの相談に応じ、健診等の「母子保健サービス」と地域子育て支援拠点等の「子育て支援サービス」を一体的に提供できるよう、必要な情報提供や関係機関との調整、支援プランの策定などを行う機関
○ 母子保健法を改正し、子育て世代包括支援センターを法定化（2017年4月1日施行）（法律上は「母子健康包括支援センター」）
➢ 実施市町村数 ： 983市区町村（1，717か所）2019年4月1日現在 ➢ 2020年度末までに全国展開を目指す。
※各市区町村が実情に応じて必要な箇所数や管轄区域を判断して設置。



26 医療的ケア児に関わる主治医と学校医との連携

令和2年度診療報酬改定 Ⅱ－2 患者にとって必要な情報提供や相談支援の推進 －③

令和２年度診療報酬改定概要（厚生労働省保険局医療課）

医療的ケア児に関わる主治医と学校医との連携

診療情報提供料（Ⅰ）の見直し

● 主治医と学校医等との連携を推進し、医療的ケア児が安心して安全に学校に通うことができるよう、主治医から学校医等への診療情報提供について新たな評価を行う。

改定後

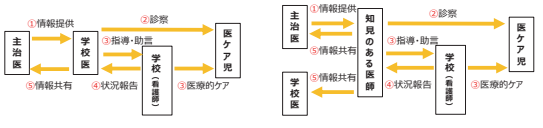
【診療情報提供料（Ⅰ）】

（新設）
保険医療機関が、児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者について、診療に基づき当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者が通学する学校教育法に規定する小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部の学校医等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活を送るに当たり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。

［算定要件］
- 当該義務教育諸学校において当該患者が生活するにあたり看護職員が実施する診療の補助に係る行為について、学校医等が指導、助言等を行うに当たり必要な診療情報を提供した場合に算定する。
- 「学校医等」とは、当該義務教育諸学校の学校医又は義務教育諸学校が医療的ケアについて助言や指導を得るために委嘱する医師をいう。
- 当該保険医療機関の主治医と学校医等が同一の場合は算定できない。



（参考）主治医から学校医等への情報提供に基づいた学校における医療的ケアの流れ



新しい時代の特別支援教育の在り方に関する有識者会議（文部科学省、令和元年12月2日）より抜粋

（1）学校は保護者からの申出を受けて、「学校医」に学校における医療的ケアの実施を相談し、相談結果を踏まえ、「学校医」又は「知見のある医師」に業務（看護師に対する指示を含む学校における医療的ケアに係る指導・助言）を委嘱
（2）「学校医」又は「知見のある医師」は「主治医」からの情報提供①を受け、「医ケア児」を診察②し、「主治医」等※と調整を図り、学校における医療的ケアを検討
※「知見のある医師」が看護師に対する指示を含む学校における医療的ケアに係る指導・助言を行う場合は、「学校医」とも調整
（3）「学校医」又は「知見のある医師」は看護師に対する指示を含む学校における医療的ケアを指導・助言③
（4）「学校医」又は「知見のある医師」は看護師からの状況報告④等を踏まえ、「主治医」等※に医ケア児の学校生活上の情報を共有⑤
※「知見のある医師」が看護師に対する指示を含む学校における医療的ケアに係る指導・助言を行う場合は、「学校医」にも共有

27

27 小児への訪問看護に係る関係機関の連携強化

令和2年度診療報酬改定　Ⅲ－3　質の高い在宅医療・訪問看護の確保　－⑦

令和２年度診療報酬改定概要
（厚生労働省保険局医療課）

小児への訪問看護に係る関係機関の連携強化

自治体への情報提供の見直し

➢ 訪問看護ステーションから自治体への情報提供について、15歳未満の小児の利用者を含める。

現行	改定後
【訪問看護情報提供療養費1】 ［算定対象］ （1）特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の者 （2）特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる者 （3）精神障害を有する者又はその家族等	【訪問看護情報提供療養費1】 ［算定対象］ （1）特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の者 （2）特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる者 （3）精神障害を有する者又はその家族等 **（4）15歳未満の小児**

学校等への情報提供の見直し

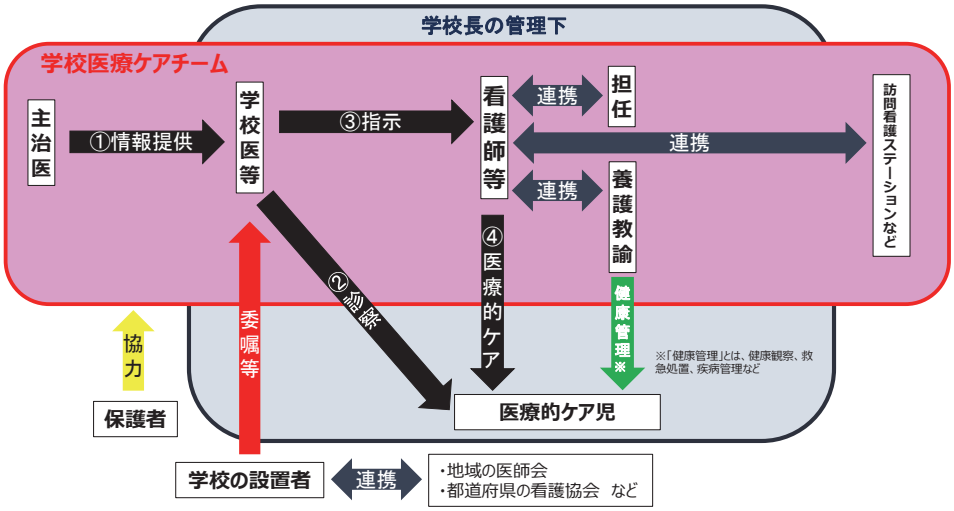
➢ 医療的ケアが必要な児童等について、訪問看護ステーションから学校への情報提供に係る要件を見直すとともに、情報提供先に保育所及び幼稚園を含める。



現行	改定後
【訪問看護情報提供療養費2】 ［算定要件］ 別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者のうち、義務教育諸学校（小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部）への入学時、転学時等により初めて在籍することとなる利用者について、訪問看護ステーションが、利用者の同意を得て、当該義務教育諸学校からの求めに応じて、必要な情報を提供した場合に、利用者１人つき月１回に限り算定。	【訪問看護情報提供療養費2】 ［算定要件］ 別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者のうち、**学校等（保育所等、幼稚園、**小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部）へ**通園又は通学する**利用者について、訪問看護ステーションが、利用者の同意を得て、当該**学校等**からの求めに応じて、必要な情報を提供した場合に、利用者１人つき**各年度**１回に限り算定。**また、入園若しくは入学又は転園若しくは転学等により当該学校等に初めて在籍することとなる月については、当該学校等につき月１回に限り、別に算定可能。**

28

28 主治医から学校医等への情報提供に基づく医療的ケアの流れ【イメージ図】



文部科学省【令和２年度関連予算】

（１）切れ目ない支援体制整備充実事業
⇒ 医療的ケアのための看護師配置に係る経費を一部補助（19億円の内数）
※看護師配置に必要な経費を地方財政措置（38億円の内数）

（２）学校における医療的ケアに関する研修機会の提供（29百万円の内数）
⇒ 標準的な研修プログラムの開発、教育委員会等による研修会の企画研修

（３）学校における医療的ケア実施体制構築（29百万円の内数）
⇒ 地域において医療的ケア児に関わる看看連携モデルの創出

「医療的ケア児に関わる主治医と学校医等との連携等について」（令和２年３月16日付け元文科初第1708号文部科学省初等中等教育局長通知）

29 切れ目ない支援体制整備充実事業

切れ目ない支援体制整備充実事業

令和２年度予算額　1,919百万円
(前年度予算額　1,796百万円)

○ インクルーシブ教育システムを構築する上では、**医療、保健、福祉、労働等の関係機関等との適切な連携が重要**である。このためには、**関係行政機関等の相互連携の下で、広域的な地域支援のための有機的なネットワークが形成されることが有効**であり、既に各都道府県レベルでは、県全域を見通した「広域特別支援連携協議会」が設けられるとともに、「障害保健福祉圏域」や教育事務所単位での支援地域の設定などが行われている。それら**支援地域内の有機的なネットワークを十分機能させるためには、保護者支援を行うこと、連絡協議会を設置すること、個別の教育支援計画を相互に連携して作成・活用すること**が**重要**である。

○ インクルーシブ教育システムの構築に当たり、障害のある子どもの地域における生活を支援する観点から、**地域における社会福祉施策や障害者雇用施策と特別支援教育との一層の連携強化に取り組む必要がある**。また、**卒業後の就労・自立・社会参加も含めた共生社会の構築を考える必要がある**。

共生社会の形成に向けたインクルーシブ教育システム構築のための特別支援教育の推進（報告）平成24年7月23日中央教育審議会初等中等教育分科会

（補助率）国：1/3　都道府県・市町村・特別支援学校等を設置する学校法人：2/3

Ⅰ　特別な支援を必要とする子供への就学前から学齢期、社会参加までの切れ目ない支援体制整備

特別な支援が必要な子供が就学前から社会参加まで切れ目なく支援を受けられる体制の整備を行う自治体等のスタートアップ※1を支援

1．連携体制を整備
教育委員会・学校と福祉部局や関係機関の連携体制を整備
⇒ 組織検討委員会(仮称)を設置したり、先進地を視察するなど

2．個別の教育支援計画等の活用
就学・進級・進学・就労に、個別の教育支援計画等が有効に活用される仕組づくり
⇒ 個別の教育支援計画等を引き継がれるネットワークシステムの構築など

3．連携支援コーディネーターの配置
教育委員会・学校と福祉部局や関係機関の連携を促進
⇒ 早期支援、発達障害支援、学校・病院連携、合理的配慮、就労支援

4．普及啓発
市民や他の自治体への普及啓発

※1　当該補助事業については交付初年度から３年を限りとする。
※2　校外学習や登下校時の送迎車両に同乗する看護師の配置を含む。

Ⅱ　看護師、外部専門家の配置

①　医療的ケアのための看護師（1,800人→2,100人）【拡充】

学校における医療的ケアの環境整備の充実を図るため、自治体等による看護師配置※2を支援

【参考】学校における医療的ケアの今後の対応について（初等中等教育局長通知）
学校で医療的ケアを行う場合には、教育委員会において、看護師等を十分確保し、継続して安定的に勤務できる体制を整備するとともに、各学校に医療的ケア児の状態に応じた看護師等の適切な配置を行うこと。

②　外部専門家（348人）

特別支援学校における自立活動の充実を図るため、個別の指導計画の作成や実際の指導に当たって、障害の状態等に応じて必要となる、専門の医師や理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などの専門家との連携協力を支援

【参考】特別支援学校幼稚部教育要領、小学部・中学部・高等部学習指導要領
第７章　自立活動
第３　個別の指導計画の作成と内容の取扱い
児童又は生徒の障害の状態等により、必要に応じて、専門の医師及びその他の専門家の指導・助言を求めるなどして、適切な指導ができるようにするものとする。

30 学校における医療的ケア実施体制構築事業

学校における医療的ケア実施体制構築事業

令和２年度予算額　29百万円
(前年度予算額　59百万円)

医療的ケアが必要な幼児児童生徒を取り巻く環境が変わりつつある。

【現状①】
学校に在籍する医療的ケア児は増加傾向



【現状②】
医療技術の進歩等により、人工呼吸器の管理等が必要な児童生徒等が約10年で約２倍※に増加

H21：720人
↓
H29：1，418人

※公立特別支援学校の状況



学校における医療的ケア実施体制構築

人工呼吸器の管理等が必要な幼児児童生徒が増加傾向にあること等を踏まえ、学校における受入体制の在り方等を引き続き調査研究する。また、これまでの調査研究の成果等を踏まえ、教育委員会等が参考となる資料を作成する。　**（９自治体）**

【参考】学校における医療的ケアの今後の対応について（H31.3.20初等中等教育局長通知）
３．教育委員会における管理体制の在り方
（１）総括的な管理体制の整備
① 各教育委員会は、医療的ケア児の受け入れに備え、域内の学校における医療的ケア児に関する総括的な管理体制を整備するため、以下に示すことを実施すること。
1)**管理下の学校における医療的ケア実施体制の策定**（医療的ケアを実施する看護師等と認定特定行為業務従事者である教職員やその他の教職員との連携及び役割分担を含む）
5)**緊急時の対応指針の策定**・学校と医師及び医療機関の連携協力の支援
6)管理下の学校における医療的ケア実施体制説明資料（保護者用リーフレット、医療関係者用リーフレット）の作成と広報

学校における医療的ケアに関する研修機会の提供

教育委員会等による看護師に対する研修をより充実させるため、研修の企画・実施の在り方等を調査研究する。
（１団体）新規

【参考】学校における医療的ケアの今後の対応について（H31.3.20初等中等教育局長通知）
８．研修機会の提供
（１）看護師等に対する研修
国は教育委員会の研修をより充実させていくために、各自治体の参考となるような最新の医療情報の提供や実技演習、実践報告、学校で働く経験の浅い看護師が安心して業務に対応することを含めた研修の企画・実施に努める。各教育委員会においては、域内や学校で指導的な立場にある看護師や各教育委員会の医療的ケア担当者等が研修に受講できるよう配慮すること。

【関連予算】
学校における医療的ケアの環境整備の充実を図るため、自治体等による看護師配置等を支援
⇒切れ目ない支援体制整備充実事業（補助率：１／３）

31 都道府県の役割

- まず地域医療、障害福祉、保育、教育などの担当部署と現場の関係者とで定期的に協議する場を持ち、地域ごとの戦略を立てる
- 小児在宅医療関連の研修会を企画し人材育成
- 地域資源の把握
  （医療的ケア児を受け入れる病院、診療所、訪問看護ステーション、医療型障害児入所施設、児童発達支援事業所、放課後デイサービス事業所、日中一時支援事業所等）
- 地域の医療的ケア児のニーズを把握
- 医療的ケア児のニーズに合った県単事業の検討
  （地域医療介護総合確保基金を活用）

都道府県と医療関係者との間で協議をした上で、以下のことを実施して頂きたい。
・地域医療、障害福祉、保育、教育などの担当部署と現場の関係者とで定期的に協議する場を持ち、地域ごとの戦略を立てる
・地域別の医療的ケア児数を把握
・地域資源の把握（医療的ケア児を受け入れる病院、診療所、訪問看護ステーション、医療型障害児入所施設、児童発達支援事業所、放課後デイサービス事業所、日中一時支援事業所等）
・小児在宅医療関連の研修会を企画し人材育成
・その他、医療的ケア児のニーズに合った県単位事業の検討（地域医療介護総合確保基金を活用）

32 市区町村行政との連携

- 市区町村での医療的ケア児の担当者は、主に障害福祉担当課
- しかし、市区町村の担当者は医療的ケア児を知らないことが多い
- 一方、市区町村保健センターの保健師は、患者の病状を把握し、自宅を訪問することができ、地域事情を把握している

医療的ケア児を支援する医師から依頼できること：

- **退院支援カンファレンスに市区町村の障害福祉担当者を招き**、患者の病状を知っていただく
- 保健センターに**保健師によるフォローアップを依頼**する
- 医療者は市区町村の**自立支援協議会に参加し、地域の体制作り**を協議する

市区町村の行政の在り方は、地域事情により異なる。市町村行政には、障害福祉を担当する課はあっても、医療を担当する課はない。小児在宅医療患者について話をする場合は、障害福祉担当者と話をすることになる。一方で、市町村の保健センターの保健師は、地域にいるNICU後の重症児等をよく把握している。
医療的ケア児を支援する医師から市町村に依頼できることとしては、以下の３点があげられる。
・退院支援カンファレンスに市区町村の障害福祉担当者を招き、患者の病状を知っていただく
・保健センターに保健師のフォローアップを依頼する
・市区町村の自立支援協議会に参加し、地域の体制作りを協議する

総論 2

通所・訪問サービスの役割
（相談支援専門員、児童発達支援、放課後デイ、特別支援学校、訪問看護、訪問リハ）

総論 2 通所・訪問サービスの役割（相談支援専門員、児童発達支援、放課後デイ、特別支援学校、訪問看護、訪問リハ）

小沢 浩、梶原 厚子

目　標

医療的ケア児の支援の中心となる通所・訪問サービスの役割を理解する。

Keyword

- 障害者総合支援法
- 児童福祉法
- 児童発達支援事業
- 放課後等デイサービス
- 特別支援学校
- 相談支援専門員
- 区分判定
- 居宅介護 → 訪問看護、訪問リハビリ

内　容

在宅において通所サービスは、生活の質を向上させるうえで非常に大切である。その制度を理解し、多職種連携を進めるうえでの理解を深めていく。

児童期に利用できる障害・福祉サービスは、さまざまなものがある。

入院から在宅へ移行するために、訪問看護、訪問リハは、介護者の負担を軽減させ、在宅の生活を充実させるために必要であり、その理解をすることが大切である。

障害のある子供が利用する通所は、児童発達支援センター、児童発達支援事業、放課後等デイサービスがある。

小児慢性特定疾病児童等自立支援事業とは、小児慢性的な疾病を抱える児童及びその家族の負担軽減及び長期療養をしている児童の自立や成長支援について、地域の社会資源を活用するとともに、利用者の環境等に応じた支援を行う。相談支援専門員とは、障害者等の相談に応じ、助言や連絡調整等の必要な支援を行うほか、サービス利用計画を作成する。

特別支援学校とは、視覚障害者、聴覚障害者、知的障害者、肢体不自由者または病弱者（身体虚弱者を含む）に対して、幼稚園、小学校、中学校または高等学校に準ずる教育を行い、合わせてその障害を補うために必要な知能技能を授ける事業所をいう。学校における医療的ケアのうち、特定行為は認定された教員などが行うことができる。

【引用情報】
1）医療的ケア児等支援者養成研修テキスト（中央法規・末光茂大塚晃）
2）日本訪問看護財団「2015年版 訪問看護関連情報酬・請求ガイド」
3）日本訪問看護財団「療養通所介護を活用した重症心身障害児者の児童発達支援事業等事例集2013年」
4）子どもが元気になる在宅ケア（南山堂・梶原厚子）

1 通所・訪問サービスの役割

総論2

通所・訪問サービスの役割

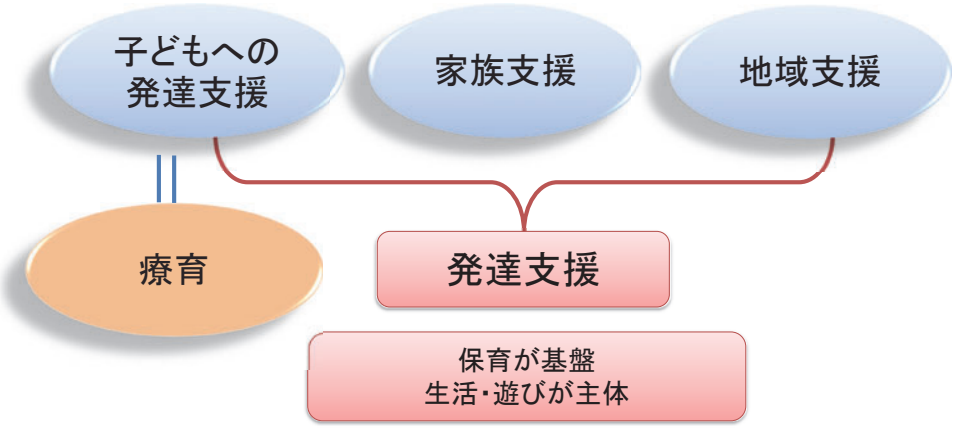
（相談支援専門員、児童発達支援、放課後ディ、特別支援学校、訪問看護、訪問リハ）

小沢 浩

通所・訪問サービスの役割について、相談支援専門員、児童発達支援、放課後ディ、特別支援学校、訪問看護、訪問リハを中心に説明します。

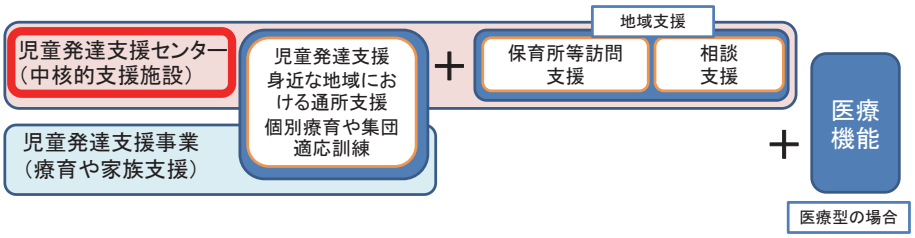
2 児童発達支援センター

児童発達支援センターは、施設の有する専門機能を活かし、地域の障害児やその家族への相談、障害児を預かる施設への援助・助言を合わせて行うなど、地域の中核的な療育支援施設であり、①子どもへの発達支援②家族支援③地域支援、の3つの柱に基づいた支援を、保育を基盤とした生活・遊びが主体となって実施し、就学前の子どもが対象となります。



発達支援とは、障害のある子ども（またはその可能性のある子ども）が地域で育つ時に生じるさまざまな問題を解決していく努力のすべてを指し、障害のある子どもへの直接的な支援、及びその育児支援や、子どもの発達の基盤である家庭生活へ、あるいは地域生活への支援も含み、地域での健やかな育ちと成人期の豊かな生活をその目標とする。

3 児童発達支援と放課後等デイサービス



■放課後等デイサービス事業（就学児童）

⇒放課後利用

⇒夏休みなど長期休暇利用

⇒学校と事業所間の送迎

＊福祉を損なう恐れがあると認めれば満20歳まで可能

児童発達支援センターは、市町村から障害保健福祉圏域の範囲に１～２箇所設置のイメージです。児童発達支援事業は、専ら利用障害児やその家族に対する支援を行う身近な療育の場です。 福祉サービスを行う「福祉型」と、福祉サービスに併せて治療を行う「医療型」があります。対象は、身体に障害のある児童、知的障害のある児童または精神に障害のある児童（発達障害児を含む）医療型については、上肢、下肢または体幹機能に障害のある児童で、手帳の有無は問いません。放課後等デイサービスは、６歳から18歳の障害のある児童を対象として、放課後や夏休み等長期休業日に生活能力向上のための訓練および社会との交流促進等を継続的に提供します。

4 小児慢性特定疾病児童等自立支援事業

■必須事業

⇒相談支援事業

療育相談・巡回相談・ピアカウンセリング・
育成相談・学校企業などの対応

⇒自立支援員による支援

利用計画の作成フォローアップ
関係機関との連絡調整
慢性疾病児地域支援協議会への参加

■任意事業

療養生活支援事業、相互交流支援事業、就職支援事業、
介護者支援事業、その他の自立支援事業

小児慢性特定疾病児童等自立支援事業とは、小児慢性的な疾病を抱える児童及びその家族の負担軽減及び長期療養をしている児童の自立や成長支援について、地域の社会資源を活用するとともに、利用者の環境等に応じた支援を行うこととなりました。相談支援事業は、療育相談・巡回相談・ピアカウンセリング・自立に向けた育成相談・学校企業などの対応があり、自立支援員による支援は、利用計画の作成フォローアップ、関係機関との連絡調整、慢性疾病児地域支援協議会への参加があります。任意事業は、療養生活支援事業、相互交流支援事業、就職支援事業、介護者支援事業、その他の自立支援事業があります。

5 特別支援学校

視覚障害者、聴覚障害者、知的障害者、
肢体不自由者または病弱者（身体虚弱者を含む）
に対して、幼稚園、小学校、中学校または高等学校
に準ずる教育を行い、合わせてその障害を補うために
必要な知能技能を授ける事業所をいう。

特別支援学校とは、視覚障害者、聴覚障害者、知的障害者、肢体不自由者または病弱者（身体虚弱者を含む）に対して、幼稚園、小学校、中学校または高等学校に準ずる教育を行い、合わせてその障害を補うために必要な知能技能を授ける事業所をいう。

6 学校において行われる医療的ケアの例

栄養	■経管栄養（鼻腔に留置されている管からの注入）
	■経管栄養（胃ろう）
	■経管栄養（腸ろう）
	経管栄養（口腔ネラトン法）
	IVH中心静脈栄養
呼吸	■口腔鼻腔内吸引（咽頭より手前まで）
	口腔鼻腔内吸引（咽頭より奥の気道）
	経鼻咽頭エアウェイ内吸引
	■気管切開部（気管カニューレ内）からの吸引
	気管切開部（気管カニューレ奥）からの吸引
	気管切開部の衛生管理
	ネブライザー等による薬液（気管支拡張剤等）の吸入
	経鼻咽頭エアウェイの装着
	酸素療法
	人工呼吸器の使用
排泄	導尿（介助）
その他	

学校において行われる医療的ケアの例を示します。■は特定行為といい、認定された教員などが行うことができます。

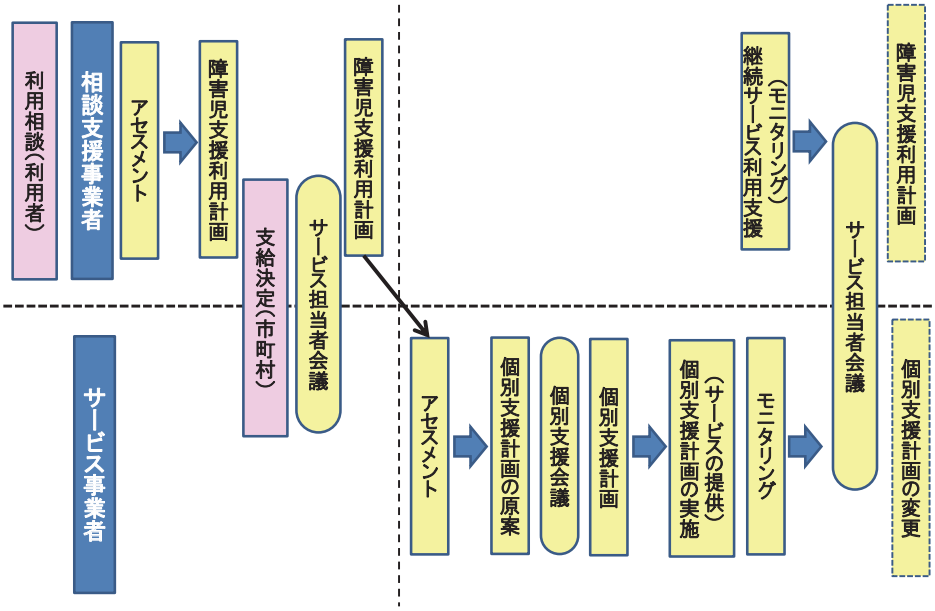
7 相談支援専門員とは

障害者等の相談に応じ、助言や連絡調整等の必要な支援を行うほか、サービス利用計画を作成する。

※相談支援事業を実施する場合は、相談支援専門員を置く必要がある。
※小児慢性疾患特定疾病児童等自立支援事業とは異なる。

相談支援専門員とは、障害者等の相談に応じ、助言や連絡調整等の必要な支援を行うほか、障害児支援利用計画を作成します。

8 指定障害児相談支援事業者と障害福祉サービス事業者の関係



2012年４月の改正障害者自立支援法施行により、市区町村は、障害福祉サービス利用者全てに対し、サービス等利用計画等を作成することになりました。そのため、相談支援事業所を開設し、障害者の地域生活を支える基本的な相談を行い、障害児支援利用計画の作成を相談支援専門員が行うことになりました。上記事業者が作成する計画案に代えて、指定特定相談支援事業者（また指定障害児相談支援事業者）以外の方が作成する「セルフプラン」を提出することができます。

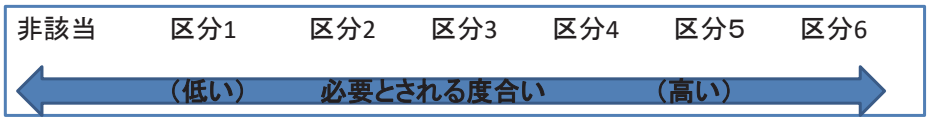
9 障害者支援区分

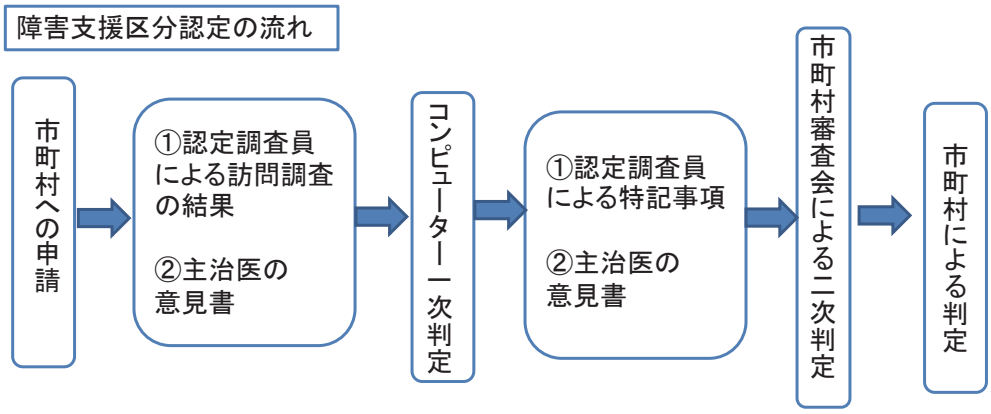
障害の多様な特性その他の心身の状態に応じて必要とされる標準的な支援の度合を総合的に示すもの
高校卒業時に必要になる

第2章4支援のスライド21～23参照

移行期の時期になり、児童福祉法から障害者総合支援法の対象になる場合に、障害者支援区分が必要になる。

10 障害者支援区分





障害支援区分は、透明で公平な支給決定を実現する観点から、（ア）身体障害・知的障害・精神障害の特性を反映できるよう配慮しつつ、3障害共通の基準とする。（イ）調査者や判定者の主観によって左右されにくい客観的な基準とする。（ウ）判定プロセスと判定に当たっての考慮事項を明確化するとしています。判定は、IADL（手段的日常生活動作）と生活項目の合わせて106項目で判定されます。

11 在宅訪問または在宅以外の場所で受けられる介護や外出支援サービス

①～⑦のサービスについて次のスライド参照

	サービス名称	概要	利用可能年齢	根拠法
在宅	①居宅介護	身体介護・家事・通院など介助（通院・公的機関での手続き・施設見学等）	未就学～成人	障害者総合支援法（介護給付）
	②重度障害者等包括支援	介護程度が著しく高い障害児者などに居宅介護などの福祉サービスを包括的に提供	原則15歳以上	障害者総合支援法（介護給付）
	③居宅訪問型保育	地域型保育　障害や疾患などの個別ケアや保育維持	0歳～2歳児	児童福祉法
それ以外	④行動援護 ⑤同行援護	行動障害のある人 視覚障害がある人	未就学～成人 未就学～成人	障害者総合支援法（介護給付）
	⑥移動支援	目的地までの誘導、移動。車両を用いた支援も可能	未就学～成人	障害者総合支援法（地域生活支援事業）
	⑦意思疎通支援	聴覚、視覚、知的、発達、重度身体障害などがある		障害者総合支援法（地域生活支援事業）

＊地域生活支援事業は市町村で適応年齢や運用などを決めることが出来る

12 自宅訪問または自宅以外の場所で受けられる介護や外出支援サービス①②

①居宅介護

⇒身体介護：居宅における入浴、排泄、食事等の介助

⇒家事援助：居宅における掃除洗濯などの家事

⇒通院介助：居宅から医療機関の通院や官公署への相談・手続き、その結果生じた障害福祉サービス見学に際した外出支援（通院乗降介助（通院介助と同様の外出時にヘルパー自ら運転する車両への乗車または降車の介助））

②重度障害者等包括支援（原則15歳以上）

介護の必要性がとても高い人に居宅介護等複数のサービスを包括的に行う。児童は児童相談所の意見で支給決定され15歳以上が対象

13 自宅訪問または自宅以外の場所で受けられる介護や外出支援サービス③④

③居宅訪問型保育

地域型保育：保育所より少人数の単位で0～2歳児の子どもを保育する事業にあるサービス。障害や疾患などで個別ケアが必要な場合や必要な場所や施設がなくなった地域で保育を維持する必要がある場合などに保護者の自宅で1対1で保育を行う

④行動援護

知的障害または精神障害により行動上著しい困難があるものに対し行動する際に生じ得る危険回避のために必要な援護、外出時における移動中の介護、排泄及び食事などの介護を行う

14 自宅訪問または自宅以外の場所で受けられる介護や外出支援サービス⑤⑥⑦

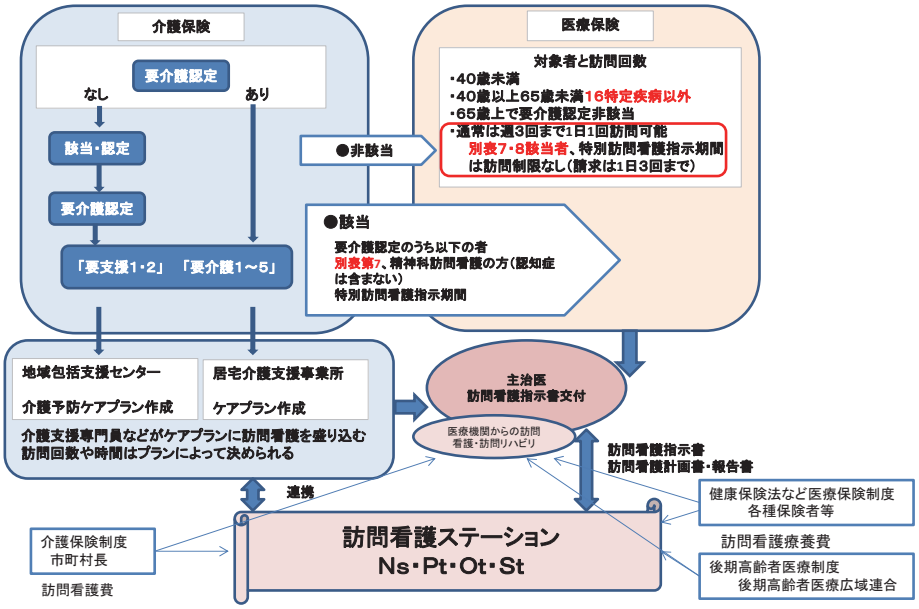
⑤同行援護

移動時及びそれに伴う外出先において必要な視覚情報の支援（代筆・代読を含む）。移動時及びそれに伴う外出先において必要な移動・排泄、食事など介護の援助移動支援

⑥余暇活動など社会参加などに使われることが多く、外出前後に付随するヘルパー業務を含む場合がある。地域格差はあるが、通学、通園に移動支援を認めている場合がある。サービス形態には個別支援型（ヘルパー1対利用者1）グループ支援型（ヘルパー1対複数利用者）

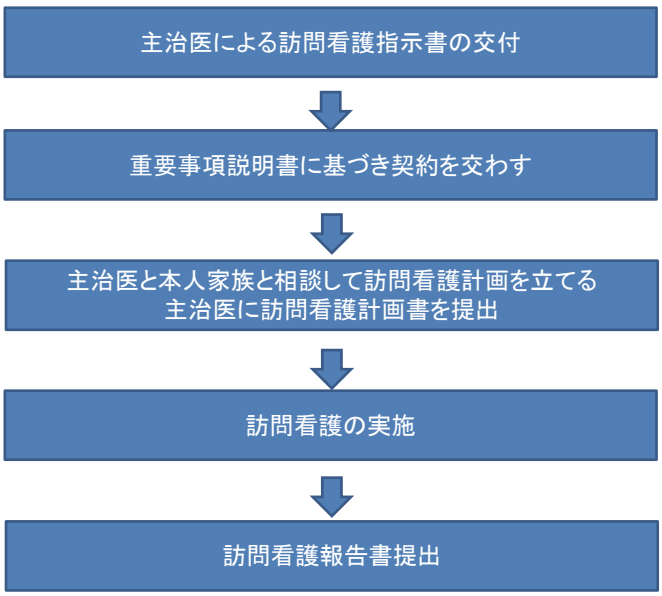
⑦視覚言語音声機能その他の障害のために意思疎通困難その他、日常生活を営むのに支障がある障害者等の円滑なコミュニケーションを図り自立と社会参加の促進を促す

15 小児若年成人など介護保険非該当者は医療保険で訪問看護を利用する



40歳未満は医療保険の訪問看護を利用する。
40歳以上は１号２号被保険者は介護保険が優先される。
訪問看護とは、居宅を訪問し本人や家族の意志やライフスタイルを尊重してQOLが向上するよう予防的支援から、成長発達、看取りまでを生活面、医療面を支えて行く医療と福祉と教育と保護等の多職種連携の中心的な役割を担う。

16 医療保険による訪問看護ステーションの利用



医療保険で訪問看護を受ける場合は、主治医と訪問看護ステーションに申し込み、主治医から訪問看護指示書が交付される。
利用者は訪問看護ステーションと利用に関する取り決めが書かれている重要事項説明書で説明を受けた後に、契約を交わす。
本人ご家族の訪問に対する希望や主治医の意見などを参考に訪問看護計画立案し訪問看護を実施する。
訪問看護ステーションは、概ね１か月で訪問看護報告書を作成し主治医に提出する。

17 厚生労働大臣が定める疾病等

特掲診療料の施設基準等・別表第7

①末期の悪性腫瘍
②多発性硬化症
③重症筋無力症
④スモン
⑤筋委縮性側索硬化症
⑥脊髄小脳変性症
⑦ハンチントン病
⑧進行性筋ジストロフィー症
⑨パーキンソン病疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る））
⑩多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群）
⑪プリオン病
⑫亜急性硬化性全脳炎
⑬ライソゾーム病
⑭副腎白質ジストロフィー
⑮脊髄性筋萎縮症
⑯球脊髄性筋萎縮症
⑰慢性炎症性脱髄性多発神経炎
⑱後天性免疫不全症候群
⑲頸髄損傷
⑳人工呼吸器を使用している状態（夜間無呼吸のマスク換気は除く）

18 特掲診療料の施設基準等

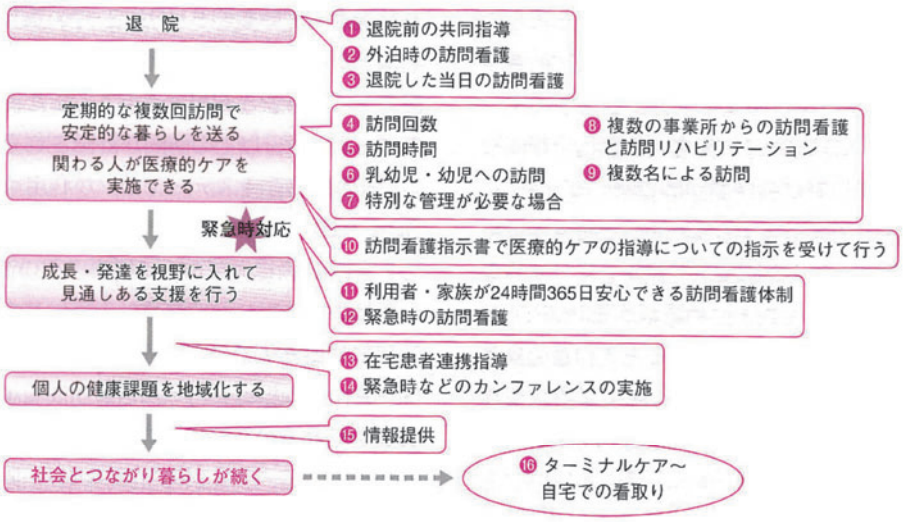
別表第8

①在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレもしくは留置カテーテルを使用している状態にある者
②在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態
③人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
④真皮を越える褥瘡の状態にある者
⑤在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

別表第８に該当する方も、訪問看護が毎日利用できるなど特別な配慮があります。

19 安定した暮らしに寄り添う訪問看護の利用

安定した暮らしに寄り添う訪問看護の利用を在宅療養の場面で示す
①～⑯について次のスライドを参照



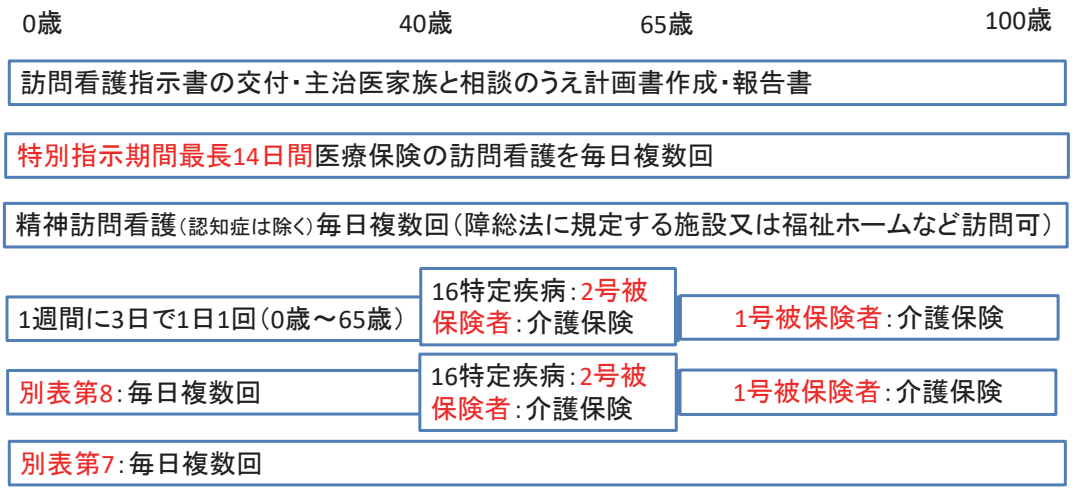
20 安定した暮らしに寄り添う訪問看護の利用①②③

①退院時共同指導（医・退院時共同指導加算）
退院するにあたり病院の医師と看護師、訪問看護師などが
共同で在宅療養生活の指導を行い、文書で指導内容を提供した
場合に算定ができる（別表第7・第8該当者は2回算定可能）。
さらに別表第8の該当者には加算が付く。

②外泊時訪問看護（医・訪問看護基本療養費Ⅲ）
在宅療養に備えて一時的に外泊をしている者で、別表第
7・第8　又は、訪問看護が必要と認められるものに対して
算定ができる。

③退院した当日訪問看護（医・退院支援指導加算）
別表第7・第8又は、退院当日の訪問看護が必要で
あると認められたものに対して算定ができる。

21 訪問看護利用は年齢や状態・疾病等で違いがある



22 安定した暮らしに寄り添う訪問看護の利用④⑤

④訪問回数

医療保険の訪問看護は通常1日に1回(医・訪問看護基本療養費Ⅰまたは Ⅱ)週に3日までだが、別表第7・第8に該当する利用者、特別指示期間は毎日、訪問が可能

別表第7・第8、特別指示期間は難病等複数回訪問として1日に複数回の訪問看護が受けられる(但し請求は3回まで、同一の訪問看護ステーションに限る)

⑤訪問時間

医療保険の訪問看護は30分以上90分未満。それを超える訪問の依頼を受けた場合はステーションごとに設定した料金を利用者が自費で支払って利用できる

別表第8と特別指示期間に該当する利用者は長時間訪問看護(90分超え)が1回/週受けられる。

＊91分で請求したり120分で請求するなどステーションごとに対応は様々。長時間訪問看護加算を請求すると自費の延長料金は請求できない。15歳未満の超重症児・準重症児と別表第8該当児は3回/週まで長時間訪問看護加算が請求できる。

23 安定した暮らしに寄り添う訪問看護の利用⑥⑦

⑥乳幼児、幼児への訪問（医・乳幼児加算・幼児加算）

乳幼児（3歳未満）幼児（3歳以上6歳未満）への訪問看護には乳幼児加算を算定

⑦特別な管理が必要な場合（医・特別管理加算）

気管切開や胃ろうなどで計画的な管理を行うなど、特別な管理が必要な場合（別表第8の利用者）には特別管理加算が算定できる

24 安定した暮らしに寄り添う訪問看護の利用⑧-1

⑧－1複数の事業所からの訪問看護と訪問リハビリ

訪問看護ステーションと医療機関からの訪問看護と訪問リハビリテーションの併用ついて下記の表に示す

表4-8 訪問看護ステーション・医療機関などからの看護とリハビリテーションの併用（医療保険）

	訪問看護ステーションからの訪問看護	訪問看護ステーションからのリハビリテーション	診療所など医療機関からの訪問看護	診療所など医療機関からのリハビリテーション
訪問看護ステーションからの訪問看護	同日条件つきで○ 同月条件つきで○	同日× 同月条件つきで○	条件つきで○	○
訪問看護ステーションからの訪問リハビリテーション	同日× 同月条件つきで○	同日× 同月条件つきで○	○	同月○ 同日×
診療所など医療機関からの訪問看護	条件つきで○	条件つきで○	期限または条件つきで○	○
診療所など医療機関からの訪問リハビリテーション	○	同月○ 同日×	○	×

25 安定した暮らしに寄り添う訪問看護の利用⑧-2

⑧－２

2か所の訪問看護ステーションからの看護・リハビリテーションの併用

別表第7・第8に該当し、週4日以上の訪問看護が計画されていると1か月に2か所（週に7日訪問が計画されていると3か所）の訪問看護ステーションが利用できる。特別指示期間は週に4日以上の計画で2か所の訪問看護ステーションが利用できる（加算算定には制限あり）ただし、同日の2ステーションからの訪問は算定できない

医師の指示や訪問看護計画に基づき、緩和ケアや褥瘡ケアの専門研修を受けた看護師と同一日に共同指導を行う場合は訪問看護療養費をそれぞれが算定できる。

26 安定した暮らしに寄り添う訪問看護の利用⑨

⑨複数名による訪問

別表第7・第8、特別指示期間、必要と認められた場合複数名の訪問が可能。看護職員と看護師等（看護師・理学療法士や作業療法士など）は1回/週、看護補助者は週に3日/週、訪問可能で別表第7・第8の該当児は毎日複数回、看護師との複数名訪問が可能

27 安定した暮らしに寄り添う訪問看護の利用⑩⑪⑫⑬

⑩医療的ケア（医・看護介護職員連携強化加算）
喀痰吸引等（特定行為業務）を行う介護保育職員などと同行訪問し実施、計画書報告書の作成、緊急対応の助言、実施の確認や連携体制にかかわるケア会議などの出席。

⑪利用者と家族が24時間365日安心できる訪問看護体制
24時間訪問できる体制（医・24時間対応体制加算）

⑫緊急時の訪問看護　（医・緊急訪問看護加算）
状態が変化した利用者に対して訪問する

⑬在宅患者連携指導　（医・在宅患者連携指導加算）
文書などにより共有されたなどを利用者や家族に指導し多職種にも情報提供した場合に算定

28 安定した暮らしに寄り添う訪問看護の利用⑭⑮⑯

⑭緊急時などカンファレンスの実施（医・在宅患者緊急時等カンファレンス加算）
医療者等が利用者宅でカンファレンスを開いて療養するうえで必要な指導を行う

⑮情報提供（医・訪問看護情報提供療養費）
この療養費には3種類あり市町村及び都道府県、保健所など・保育所、幼稚園、義務教育諸学校・保健医療機関などである

⑯ターミナルケア～自宅での看取り（医・訪問看護ターミナルケア療養費）
訪問看護ステーションが死亡日及び死亡前14日以内2日以上の訪問看護を実施し在宅で死亡した利用者（24時間以内に在宅以外で死亡した者も含む）の死亡月に訪問看護ステーション1か所のみが算定できる

29 機能強化型訪問看護ステーション要件

機能強化型1	機能強化型2	機能強化型3
・いずれかを満たすこと ターミナルケア件数が年に20以上。 ターミナルケア件数を合計した数が年に15以上、かつ超・準重症児の利用数を合計した数が常時4人以上 超・準重症児の利用者を合計した数が常時6人以上 （15歳未満）	・いずれかを満たすこと ターミナルケア件数が年に15以上 ターミナルケア件数を合計した数が年に10以上、かつ超・準重症児の利用数を合計した数が常時3人以上 超・準重症児の利用者を合計した数が常時5人以上（15歳未満）	・別表7，8該当利用者が10人以上
・居宅支援事業所又は障害児相談支援事業所が設置されていること。かつ、当該居宅介護支援事業所により居宅サービス計画、又は特定相談支援事業所・障害児相談支援事業所によりサービス等利用計画又は障害児支援利用計画を作成されているものが1割程度以上であること	機能強化型1に準ずる	同一敷地内の医療機関がある場合はその医療機関以外の主治医の利用者が1割以上であること

その他の要件として地域への活動などや研修会の実施などがある

30 訪問看護関連事業による児童の通いの場所

- 療養通所介護を活用した児童発達支援等

主に重症心身障害児・者の障害福祉サービスとして、都道府県知事の指定を受けた療養通所介護事業者は「児童発達支援事業」「多機能型事業（児童発達支援＋生活支援事業）」「放課後等デイサービス」を行うことが出来る

- 看護小規模多機能型居宅介護

「通所」「訪問」「宿泊」機能を兼ねた地域密着型サービスで、共生型サービスという位置づけで介護保険事業所が一部の障害児者福祉サービスを提供できる仕組み

総論 3

成人を診る在宅医との連携

総論 3　成人を診る在宅医との連携

和田 忠志

目　標　成人を診る在宅医への連携と、在宅療養への円滑な移行

Keyword　成人を診る在宅医、訪問看護ステーション、退院支援、トランジション

内　容

成人を診る在宅医との連携につき、次のことを述べる。

本項では、「成人を診る在宅医に期待すること」「病院の小児科医師に期待すること」を、お話しする。

高齢者等の在宅医療を、現在、実践している医師には、小児だからといって断らず、ぜひ、小児在宅医療にも参入して頂きたい。また、病院の小児科医師には、地域の在宅医療を実践する医師とのネットワークを、一緒に構築して頂きたい。そして、地域の小児医療の拠点病院と、郡市区医師会などの専門職団体が連携し、小児在宅医療体制が構築されることを期待したい。その方法についてお話しする。

1．成人を診る在宅医に期待すること

（1）小児在宅医療の課題を知る

　1．障害を持った子供の在宅療養の存在を知る

　2．重度障害児が親と一緒に生活できることの支援に関心を持つ

　3．病院小児科医と連携し、小児在宅医療を行う医師の存在を知る

（2）病院と連携し、小児の在宅医療推進に寄与する

2．病院の小児科医師に期待すること

成人を診る在宅医との連携の要点

（1）地域移行の課題

　1．退院支援

　2．小児在宅医療を提供・支援する地域資源へのつなぎ

　3．児の重症度による課題

（2）「成人を診る在宅医による小児在宅医療」での病院支援体制

【引用情報】
1）吉野真弓　他:H17勇美財団研究助成「利用者が作る在宅ケアシステムの実証研究」2006
2）前田浩利　他:小児の訪問診療も始めるための29のポイント 南山堂2016

1 成人を診る在宅医との連携

在宅医療関連講師人材養成事業
小児を対象とした在宅医療分野　研修会

成人を診る在宅医との連携

和田忠志
日本在宅ケアアライアンス有識者委員
いらはら診療所　在宅医療部

2 はじめに

本項では、「成人を診る在宅医への期待」「病院の小児科医への期待」を述べます。

高齢者等の在宅医療を行なう医師には、小児だからと断らず、ぜひ、小児在宅医療に参入して頂きたいと考えます。

病院の小児科医には、地域の在宅医とのネットワークを、ともに構築してもらいたいと考えます。

その方法について、お話しします。

本項では、「成人を診る在宅医への期待」「病院の小児科医への期待」を述べる。
高齢者等の在宅医療を行なう医師には、小児だからと断らず、ぜひ、小児在宅医療に参入して頂きたい。
病院の小児科医には、地域の在宅医とのネットワークを、ともに構築してもらいたい。

3 成人を診る在宅医との連携

1. 成人を診る在宅医への期待

2. 病院の小児科医への期待

4 1. 成人を診る在宅医への期待①

成人を診る在宅医との連携
1. 成人を診る在宅医への期待

（1）小児在宅医療の課題を知る

（2）病院と連携し、小児の在宅医療推進に寄与する

普段から高齢者等を診療している在宅医には、小児在宅医療の課題を知ってもらい、病院と連携し、小児在宅医療推進に寄与して下さることを期待している。

5 1. 成人を診る在宅医への期待②

1. 成人を診る在宅医への期待

（1）小児在宅医療の課題を知る

- 障害を持った子どもの在宅療養の存在を知る
- 重度障害児が親と一緒に生活できることの支援に関心を持つ
- 病院小児科医と連携し、小児在宅医療を行う

6 1. 成人を診る在宅医への期待③

1. 成人を診る在宅医への期待
（1）小児在宅医療の課題を知る

●障害を持った子どもの在宅療養の存在

・障害を持つ子どもが、親とともに自宅療養する希望を実現すること

・重い障害児を円滑に自宅に退院させ、小児医療システムを維持することの意義

障害を持つ子どもは親と一緒に暮らせないことがしばしばある。
小児在宅医療には、「親とともに自宅療養する希望の実現」という大きな役割がある。
また、重い障害児が病院に長期入院することは病院機能にとっても損失である。
円滑に自宅に退院してもらい、小児医療システムを維持する意義は大きいと言える。

7 1. 成人を診る在宅医への期待④

1. 成人を診る在宅医への期待
（1）小児在宅医療の課題を知る

●重度障害児が親と一緒に生活できることの支援に関心を持つ

・DNAR (do-not-attempt-resuscitation) の話がされていないことが多い
(小児では家族がDNARを決断できないことがある)
・親の思い（罪悪感）の存在
・成長や発達に対する配慮
・小児から成人への移行が難しい

当然のことであるが、小児では家族がDNARを決断できないことがある。
それゆえ、DNARの話がされていないことが多い。
高齢者在宅医療とは異なる点として、「親の罪悪感のような思い」への配慮を要する。
子どもは成長するという特徴がある。小児から成人への医療の移行が難しいという課題がある。

8 1. 成人を診る在宅医への期待⑤

1. 成人を診る在宅医への期待
（1）小児在宅医療の課題を知る



●小児在宅医療を行う医師
福岡県福岡市、ニノ坂保喜医師の例
- 消化器外科出身の在宅医、1人医師の開業医
- がん緩和ケアとともに、小児在宅医療に取り組む

●小児在宅医療を行うこと
- まずは参入体験から
- 病院への転送の「閾値」は、高齢者等より低いと考えてよい

福岡県福岡市、ニノ坂保喜医師は小児在宅医療を行う開業医である。
もともとは消化器外科医で、在宅緩和ケアの第一人者でもある。
ニノ坂保喜医師は、1人医師の開業医で、小児在宅医療に取り組んでいる。
まずは参入体験が重要である。
ニノ坂保喜医師も、最初、1人の小児の患者を診療するところから小児在宅医療を継続している。
また、小児の場合、高齢者等に比較して、病院への転送の「閾値」は、高齢者等より低いという特徴がある。

9 1. 成人を診る在宅医への期待⑥

1. 成人を診る在宅医への期待
（2）病院と連携し、小児の在宅医療推進に寄与する

- 病院医師と連携した退院支援
- 小児在宅医療の実践
- 小児在宅医療を行う訪問看護ステーションの養成
- 医師会などの公益活動を通じて、小児在宅医療を推進

成人を診る在宅医には、病院と連携して、小児の在宅医療推進に携わってもらいたい。
在宅医が病院医師と連携して退院支援を行うことで、在宅移行が円滑となる。
そして、小児在宅医療の実践、小児在宅医療を行う訪問看護ステーションの養成にも携わってもらいたい。
医師会などの公益活動を通じて、小児在宅医療を推進することも有意義である。

10 2. 病院の小児科医への期待①

成人を診る在宅医との連携
2. 病院の小児科医への期待

成人を診る在宅医との連携の要点

（1）地域移行の課題

（2）「成人を診る在宅医による小児在宅医療」での病院の支援体制

地域の小児医療拠点病院と、郡市区医師会が連携し、小児在宅医療体制が構築されることが期待される。

成人を診る在宅医との連携の要点として、
（1）地域移行の課題
（2）成人を診る在宅医による、小児在宅医療での病院連携支援体制
が挙げられる。特に郡市区医師会との連携が期待される。

11 2. 病院の小児科医への期待②

2. 病院の小児科医への期待
（1）地域移行の課題
1. 退院支援

- 小児在宅医療対象者は病院で発生する
- 全国各地に在宅医療を行う医師・看護師がいることを知る
- 成人患者の訪問をしている積極的な在宅医・訪問看護師は、小児在宅医療に関心を持つことが多い
- 郡市区医師会が在宅医に関する情報を持っていることも多い

前田浩利他:小児の訪問診療も始めるための29のポイント 南山堂2016

小児在宅医療対象者は病院で発生する。その意味で、在宅移行は退院支援に他ならない。
全国各地に在宅医療を行う医師・看護師がいるので、それらを把握し、連携する。
成人患者の訪問をしている積極的な在宅医・訪問看護師は、小児在宅医療に関心を持つことが多い。

12 2. 病院の小児科医への期待③

2. 病院の小児科医への期待
（1）地域移行の課題
1. 退院支援

- 病院スタッフが自宅に帰すことを発想
- 在宅医療に熟練した専門職に相談
- 障害福祉制度、訪問看護・訪問薬剤管理指導などの活用

前田浩利他:小児の訪問診療も始めるための29のポイント 南山堂2016

「病院スタッフが自宅に帰すことを発想」して、在宅療養の可能性が切り開かれる。
病院の連携担当者は、障害をもつ小児を、在宅に帰す知識・技能を有することが望ましい。
退院支援時に、病院担当者が、在宅医療に熟練した専門職に相談することは、その近道である。
在宅療養開始にあたり、障害福祉制度、訪問看護・訪問薬剤管理指導などの活用が推奨される。

13 2. 病院の小児科医への期待④

2. 病院の小児科医への期待
（1）地域移行の課題
2. 小児在宅医療を提供・支援する
地域資源へのつなぎ

- 訪問看護ステーションにアプローチ
- 訪問看護師に在宅医を推薦してもらう方法
- 薬剤師や、障害者相談支援専門員の導入
- 患者・家族が、自宅で、「次第に安心感を獲得」することで在宅療養は安定化

吉野真弓、吉野浩之、太田秀樹:
H17勇美財団研究助成「利用者が作る在宅ケアシステムの実証研究」2006

小児在宅医療を提供・支援する地域資源へのつなぎにおいて、訪問看護ステーションにアプローチする方法は得策である。
力量を有するステーションは小児を看ることが多い。
地域での小児を看るステーション養成が重要である。
「訪問看護師に在宅医を推薦してもらう方法」は推奨される。
小児科医の在宅医も存在するが、在宅医は必ずしも小児科医である必要はない。
トランジションへの準備を含めて成人を診る在宅医を探す。
訪問指導を行う薬剤師や、障害者相談支援専門員導入が、推奨される。
患者・家族が、自宅で療養生活を続けるうちに、「次第に安心感を獲得」することで在宅療養は安定化する。

14 2. 病院の小児科医への期待⑤

2. 病院の小児科医への期待
（1）地域移行の課題
3. 児の重症度による課題

- 成人を診る在宅医
  患者に自発呼吸があり、経口摂取可能なら診療可能なことが多い。

- 熟練した在宅医
  人工呼吸器装着、経管栄養実施の場合でも、診療可能なことが多い。

患者に自発呼吸があり、経口摂取可能であれば、ベッド上全介助の児であっても、成人を診る在宅医が診療することは、通常可能である。
人工呼吸器装着、経管栄養実施の場合でも、在宅医療に熟練した在宅医なら、診療可能なことが多い。

15 2. 病院の小児科医への期待⑥

2. 病院の小児科医への期待
（1）地域移行の課題
4. 在宅医療開始時期

- 自宅退院時が一つの機会。そのときに、訪問看護を開始することが理想である。
- 「小児を診る意欲をもつ在宅医」との連携は、いつ開始してもよい。
- 郡市区医師会が在宅医に関する情報を持っていることも多い。
- 在宅医あるいは訪問看護師の意見を聞きながら、在宅移行の時期と方法を探りたい。
- 地域移行はスピード感をもって行うとよい。在宅医との頻回の情報交換が推奨される。

在宅医療開始時期としては、最初の自宅退院時が一つのチャンスになる。
そのときに、少なくとも訪問看護を開始することが理想である。
「小児を診る意欲をもつ在宅医」との連携は、その後のどのステージで開始してもよい。
郡市区医師会が在宅医に関する情報を持っていることも多い。
郡市区医師会によっては、在宅医の得意分野や診療の領域に関する情報を保有している。
自宅療養のインフラ整備や病院の支援体制が重要な要素となる。
在宅医の意見を聞きながら、在宅移行の時期と方法を探りたい。
地域移行の連携はスピード感をもって行うとよい。在宅医との頻回の情報交換が推奨される。

16 2. 病院の小児科医への期待⑦

成人を診る在宅医との連携
2. 病院の小児科医への期待

（2）「成人を診る在宅医による小児在宅医療」での病院の支援体制

17 2. 病院の小児科医への期待⑧

2. 病院の小児科医への期待
(2)「成人を診る在宅医による小児在宅医療」への
病院連携支援体制

- 病院による在宅医支援は重要である。
- 病院医師と在宅医の併診は有意義である。
- 病院の支援活動として、特に重要なのは、
  1. 急性増悪時の24時間受け入れ態勢
  2. レスパイトケアへの応需

在宅医療が開始された後の、病院による在宅医支援は重要である。
病院医師と在宅医の併診は有意義である。病院医師の診療は頻回である必要はない。
病院の支援活動として、特に重要なのは、「急性増悪時の24時間入院等受け入れ態勢」「レスパイトケアへの応需」である。

18 2. 病院の小児科医への期待⑨

2. 病院の小児科医への期待
(2)「成人を診る在宅医による小児在宅医療」への
病院連携支援体制

- 在宅医に丸投げをしない
- 在宅医の役割を理解し、処方や医療処置等の活動が円滑にできるように配慮する

在宅医に丸投げをせず、病院医師は在宅医を支援するスタンスが推奨される。
病院医師は、在宅医の役割を理解し、在宅医が処方や医療処置等の活動が円滑にできるように配慮されたい。

19 結語

- 成人を診る在宅医との連携は、小児在宅医療推進の要諦である
- 成人を診る在宅医は小児在宅医療に関心を持つことが望ましい
- 病院医師は、成人を診る在宅医との連携を模索することが望ましい
- 医師会と地方公共団体は連携し、「病院小児科医」と「成人を診る在宅医」との連携体制を構築することが望ましい

成人を診る在宅医との連携は、小児在宅医療推進の要諦である。
成人を診る在宅医は、小児在宅医療に関心を持つことが望ましい。
病院医師は、成人を診る在宅医との連携を模索することが望ましい。
医師会と地方公共団体は連携し、「病院小児科医」と「成人を診る在宅医」との連携体制を構築することが望ましい。
成人を診る在宅医との連携により、全国に小児在宅医療が普及することを願うものである。

支援

1. 在宅での生活支援
2. 患者中心の多職種連携
3. 病院での退院支援
4. 在宅での生活支援
   ～療育施設の役割～
5. 在宅医の緊急時対応
6. 在宅での終末期対応

支援 1　在宅での生活支援

前田 浩利

目　標　小児在宅医療の生活支援の実際を理解する。

Keyword
- 医療的ケア児者
- 重症心身障害児
- 医療者の視点
- 生活者の視点

内　容　病院から地域、在宅に移行した後の生活支援、訪問診療の実際ついて学ぶ。
小児のライフステージに添った支援の必要性を理解する。
多職種連携、特に福祉と医療との連携の重要性を理解し、多職種連携の項目につなぐ。

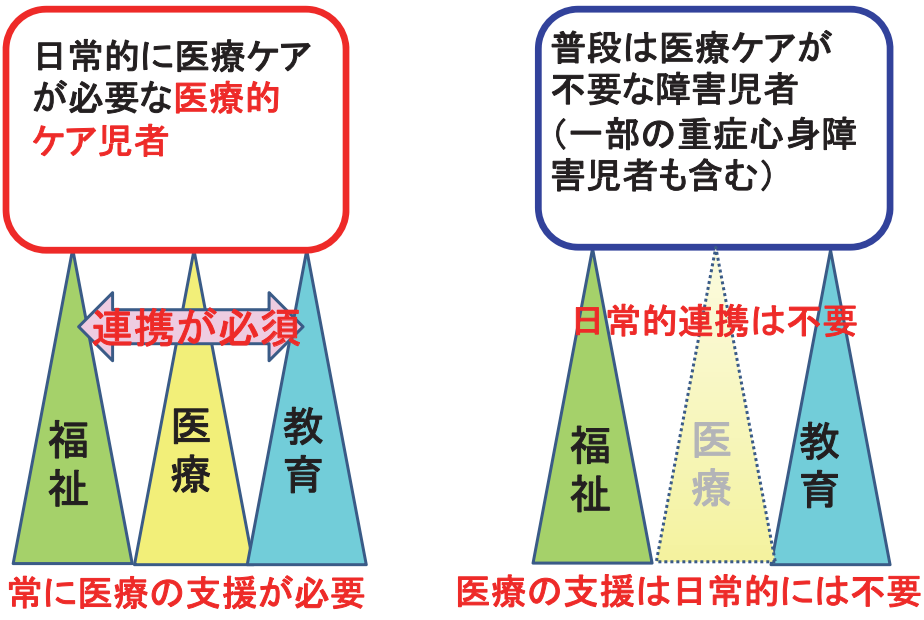
【引用情報】
1）多職種連携による小児在宅医療人材育成プログラムテキスト
平成26年３月　平成25年度厚生労働省科学研究費補助金
2）「医療依存度の高い小児及び若年成人の重度心身障がい者への在宅医療における訪問看護師、理学療法士、訪問介護員の標準的支援技術の確立とその育成プログラムの作成のための研究」総括・分担研究報告書　平成26年３月
3）NICUから始める退院＆調整　在宅ケアガイドブック　前田浩利　岡野恵里香
メディカ出版　平成26年９月
4）実践小児在宅医療ナビ　前田浩利　南山堂　2013年５月

1 医療的ケア児者の在宅医療の課題　子どもと家族の現状

- 医療依存度が重い子どもの増加（低年齢ほど重くなる）
- 医療の進歩に伴い対象が変化する
- 成長に伴う新たな問題（呼吸器を自分ではずす）
- 青年期に達し管理病院が曖昧になった患者の支援
- 医療ケアがあるがゆえの家族生活の困難
  - 移動手段がない
  - 家族が休めない、家族の病気、祭事に対応できない
  - 相談するところがない
  - 地域に居場所（ﾍﾞﾋﾞｰｶｰで行けて話せる場所）がない
- 災害時対策の困難（避難場所、連絡方法、電源）

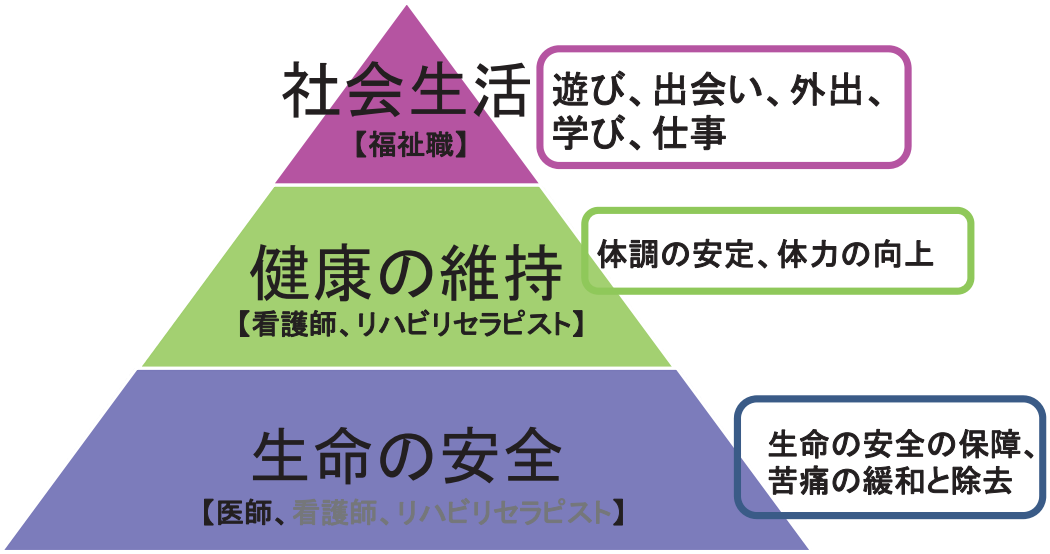
小児在宅医療の対象となる医療的ケア児者は上記のような特徴がある。特に医療依存度が重いこと、それが重複すること、問題が年齢に伴いどんどん変化していくことが特徴である。特に大きな問題は、青年期に達して、メインの病院があいまいになった患者の支援であるが、本日はあまり触れることができない。また医療ケアがあるが故の家族の生活の困難は大きい。また、災害時にもこのような子どもたちは災害弱者として行き場所が無く、支援が遅れる傾向にある。

2 医療的ケア児者への支援の特徴



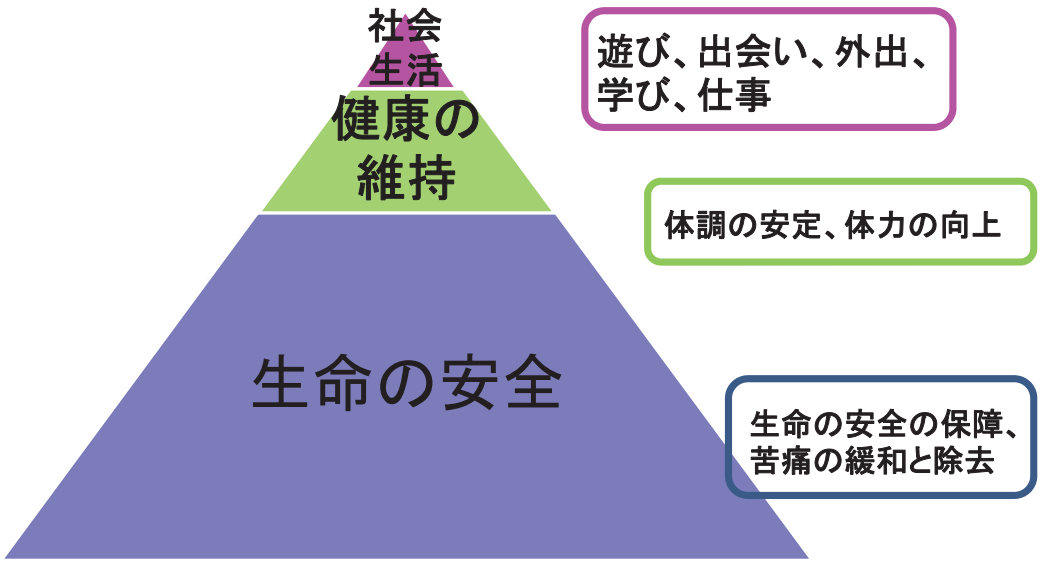
普段は医療ケアが不要な障害児者（一部の重症心身障害児者も含む）では、医療の支援は日常的には不要である。これは従来の重症心身障害児もそうであった。しかし、今、小児在宅医療の対象となる医療的ケア児は日常的に医療が必要なこどもであり、医療の支援が途切れることは無く、朝、昼、夕、外出時、学校などあらゆる生活の場、時間で医療が必要である。そこに問題が生まれる。

3 子どもの生活を支える要素



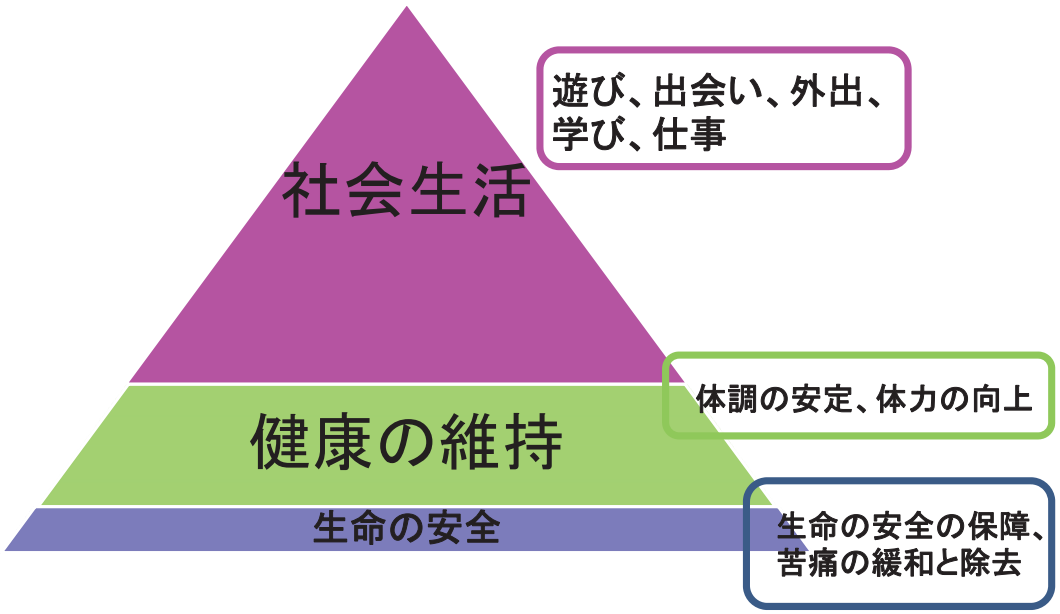
これは、私たちが考える医療と福祉の専門職のそれぞれの役割である。医師が基本となる生命の安全を守り、同時に呼吸の苦痛や、痙攣など様々な苦痛を薬物や医療機器を使って緩和する。その土台の上に、看護師やリハビリスタッフが、子どもを健康にする。NICU退院直後や、大きな心疾患の手術の後で、十分に体力のない子どもを日々のケアで、体調を安定させ、体力をつけていく必要がある。そして、命が守られ、体力がついたところで、学び、出会い、様々な体験をして、人生の時間を豊かにする。そして、日々の日常生活を支える、これが、福祉職の役割である。

4 在宅患者の生活を支える要素　医療者の視点



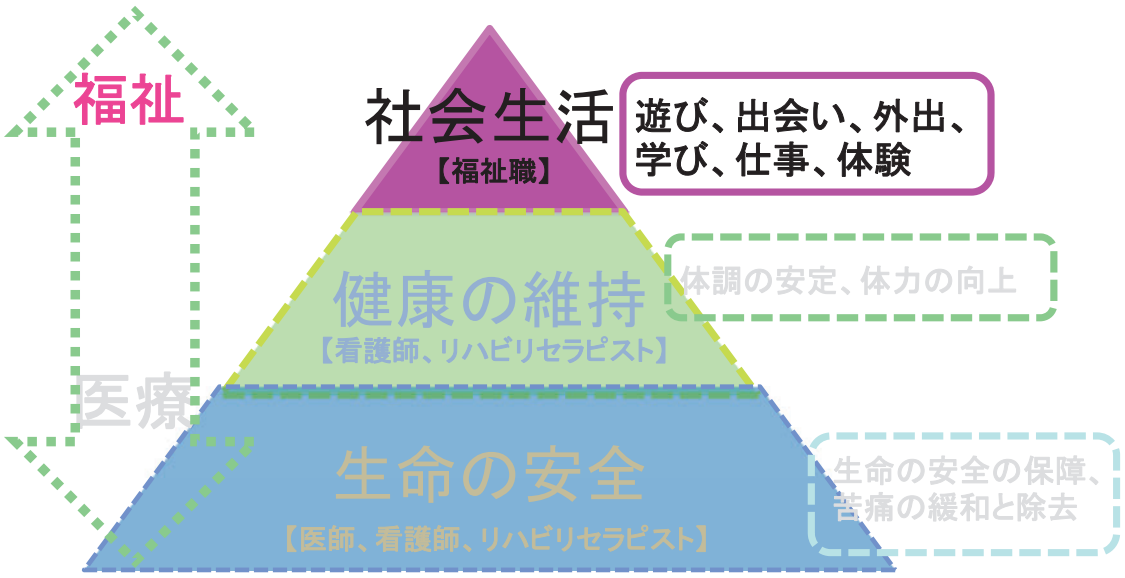
医療者の視点では、生命の安全が最優先され、生活の視点は軽視される。

5 在宅患者の生活を支える要素　生活者の視点



一般の方には生きているのは当然で、生活の質の方が優先される。
従って、医療者と生活者、一般の方は、文化が違い、言語が違い、発想が違うということになる。
これは、医療者と福祉関係者にも同じことが言える。医療者と福祉関係者は文化と言語が異なる全く違う文化圏に生きながら、一人の医療的ケア児を支援することになるのである。

6 医療的ケア児者以外の障害者支援



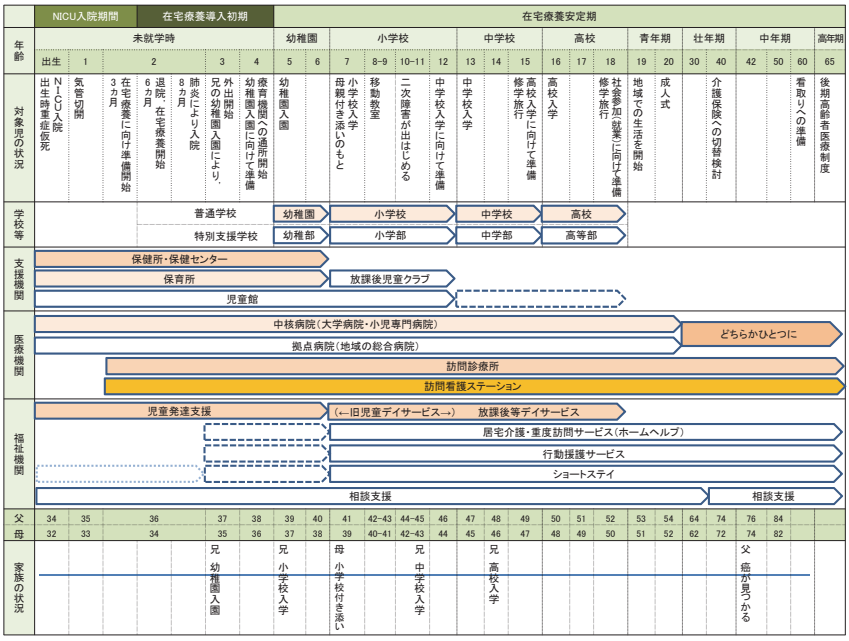
医療が日常的には不要な障害者の支援を考えると、医療的ケア児の支援の特徴が理解できる。
日常的に医療が必要でない障害者支援においては、社会生活の支援が主となり、福祉職が中心となる。医療職との連携は部分的になり、常に必要なものではない。

7 NICUからの退院支援　－成長と発達をみすえ長期的視野で支援を作る－

- 2歳3か月、主治医より自宅に退院してはどうかと提案される
- 両親は、家族が一緒に暮らせることを喜んでいるが、不安も大きい
- 準備3か月、2歳6か月で退院となる
- 1回目の退院前カンファレンスは医療職のみで開催されたが、福祉サービスの利用をしたほうがよいと提案があり、福祉職と連携しながら退院支援を進めることとなった

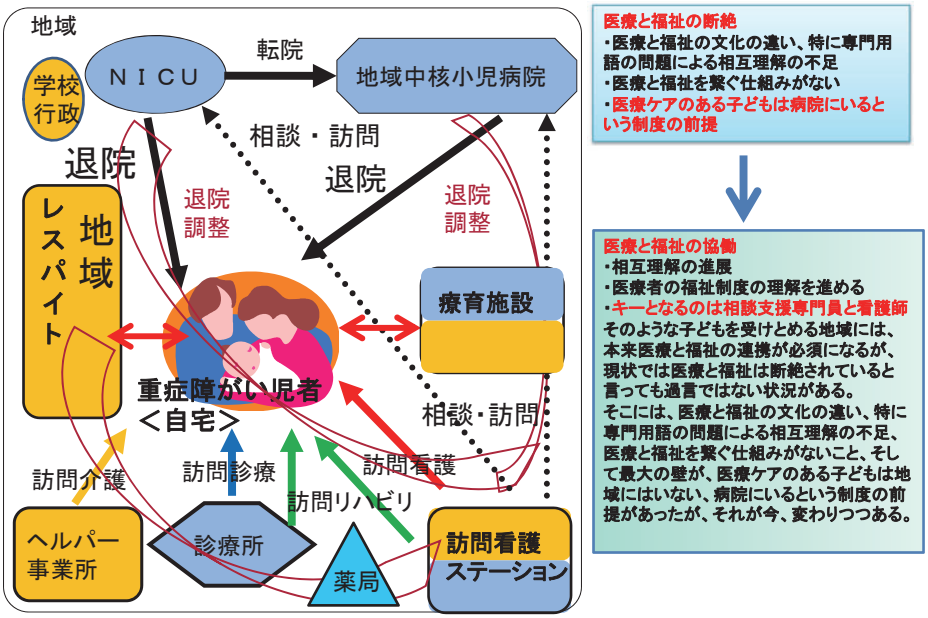
在宅での生活支援を考える際に重要なことは、子どもたちのライフステージの変化ということである。
子ども自身も成長に伴い、体と心が変わってゆく。また、その環境も変わる。また、家族の状況も変わる。
それを一つの事例を通して考えてみたい。事例は２歳３か月で、気管切開、人工呼吸器を着けたお子さんである。
２歳３か月、主治医より自宅に退院してはどうかと提案された。
両親は、家族が一緒に暮らせることを喜んでいるが、不安も大きいようであった。
準備３か月、２歳６か月で退院となった。
１回目の退院前カンファレンスは医療職のみで開催されたが、福祉サービスの利用をしたほうがよいと提案があり、福祉職と連携しながら退院支援を進めることとなった。

8 ライフステージの表



このケースのライフステージをこのような表にした。
NICUから退院した後、いかに入院を減らし、自宅で安定して生活できるようにするかが支援のポイントである。そこでは、呼吸管理と緊急時の対応が鍵になる。
その後、本人の安定に伴い、児童発達支援への通所を開始する。
成人期への移行は現在大きな課題である。小児科から成人科への移行のプロセスは、いまだ確立されておらず、それぞれのケースで試行錯誤されているのが現状である。
医療機関の役割が成人の在宅医療と小児の在宅医療では異なることは、理解しておいた方が良い。成人では在宅医療の適応は通院困難であり、在宅医療が入っている患者では、在宅医が主治医であり、病院への定期通院は原則的に無い。入院治療が必要な場合のみ、病院に受診する。小児では、病院に定期通院しながら、在宅医療を受けているケースが多く、主治医も病院医師であると患者家族が考えている場合が多い。成人科への移行には、患者家族や医師の考え方の切り替えも必要である。
しかしながら、在宅医が主治医として責任を持って診療を行っても、小児期から継続する脳性麻痺や、難病などの慢性疾患は成人科の病院の受け入れが困難な場合も多く、在宅医への負担は大きい。この負担を軽減する制度的な仕組みも今後、検討していく必要がある。
また、40歳になると16種の特定疾病があると、２号被保険者として介護保険が利用できるので、可能かどうか検討する。また、身体障害者手帳１、２、３級、療育手帳Ａがあると65歳から後期高齢者医療制度が使える。これらの仕組みを使うことを想定せざるを得ないほど、人工呼吸器を使用している子どもの生命予後は改善しつつある。

9 在宅の医療依存度の高い医療的ケア児者を支援するためのモデル



そのような子どもを受けとめる地域には、本来医療と福祉の連携が必須になるが、現状では医療と福祉は断絶されていると言っても過言ではない状況がある。
そこには、医療と福祉の文化の違い、特に専門用語の問題による相互理解の不足、医療と福祉を繋ぐ仕組みがないこと、そして最大の壁が、医療ケアのある子どもは地域にはいない、病院にいるという制度の前提があったが、それが今、変わりつつある。

10 小児在宅医療における生活支援

- 医療依存度が高い子どもの生活を安定させる
  - 医療デバイスを状況に応じ使用し入院頻度を減らす
  - 呼吸管理が重要で、加湿と排痰がポイント
- 成長に従って変化する病態に対応する
  - 重症児の二次障害など
- 本人とのコミュニケーションを重視し、重症児であっても豊かな内面を持っていることに留意する
- 24時間介助者が必要、主介護者の身体、精神状況、家族の状況に留意する。
- 成長（体験を増やす、できることを増やす）のため通所、通外の支援が必要

小児在宅医療における生活支援のポイントを以下のようにまとめた。
医療依存度が高い子どもの生活を安定させるためには、医療デバイスを状況に応じ積極的に使用し入院頻度を減らす、特に呼吸管理が重要で、そのためには気道の加湿と排痰がポイントである。
重症児の二次障害など、成長に従って変化する病態に対応する必要がある。
本人とのコミュニケーションを重視し、重症児であっても豊かな内面を持っていることに留意する。
24時間介助者が必要なことを忘れず、きょうだいの通園や病院受診、主介護者の息抜きが困難な場合が多いことに留意し、身体、精神状況、家族の状況に十分配慮する。
成長、体験を増やす、できることを増やすため通所、通外の支援が必要である。

支援 2　患者中心の多職種連携

宮田 章子

目　標　在宅で生活するためには、何が課題となっていて、どのようなサポートが必要であるかを知り、地域での患者中心の多職種連携が線（時間軸）と面（多機関）で行われるべきであることを理解する

Keyword　介護負担、医療・福祉・教育の連携、レスパイトケア、コーディネーター

内　容

1．家族の介護負担の重さを理解する
　家族の介護負担の重さを知る
　介護負担軽減のための多職種サポートの必要性を知る
2．成長にともなって変わる生活、教育環境
3．患者と家族を取り巻く、地域の多職種のチーム作り
　地域の実情を把握し、それぞれに応じた必要な連携を考えてみる。
　特に不十分な条件のなかで工夫していく多職種連携やチーム作り、保育・教育領域の連携は小児領域では重要である
4．レスパイトケア
　医療的ケアの多さのため介護負担は大きく、軽減のため、介護者の休息のためにはレスパイトケアサービスは重要である。その仕組みと種類を知る
5．コーディネーター
　医療系と福祉サービスを包括する相談支援計画の必要性
　相談支援専門員から医療的ケア相談支援専門コーディネーターの養成へ

【引用情報】
1）平成27年度小児等在宅医療地域コア人材養成講習会
2）平成29年度　厚生労働省委託事業　在宅医療関連講師人材育成事業
（小児を対象とした在宅医療分野）　小児在宅医療に関する人材養成研修会
3）「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」の中間報告（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）
4）医療的ケア児等コーディネーター等育成研修
http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/0000161126.pdf

1 1. 家族の介護負担の重さを理解する

医療的ケアが必要な小児が在宅生活を続けるために家族、特に母は家事、育児以外に医療ケアのために時間を費やすことになる。
医療ケアの種類が多ければ多いほど、かけなければならない時間が増えていき、大きな負担となる。

医療的ケアが必要な小児が在宅生活を続けるために家族、特に母は家事、育児以外に医療ケアのために時間を費やすことになる。医療ケアの種類が多ければ多いほどかけなければならない時間が増えていき、大きな負担となる。

2 医療的ケア児の状態像

○ 経管栄養、気管切開、人工呼吸器等が必要な児童のうち約９割がNICU・ICU（PICU含む）の入院経験があり、NICU等退院児の約６割以上が吸引や経管栄養を必要としており、約２割が人工呼吸器管理を必要とするなど特に高度な医療を必要としている。

NICU等の入院経験の有無（N=894）

区分	人	%
NICU・ICU（PICU含む）への入院経験あり	797	89.2
NICU・ICU（PICU含む）への入院経験なし	86	9.6
無回答	11	1.2

NICU等退院児の状態像（N=797（複数回答））

内容	人	%	内容	人	%
吸引	520	65.2	パルスオキシメーター	319	40.0
吸入・ネブライザー	326	40.9	気管切開部の管理（バンド交換等）	321	40.3
経管栄養（経鼻、胃ろう、腸ろう）	580	72.8	人工呼吸器	159	19.9
中心静脈栄養	25	3.1	服薬管理	649	81.4
導尿	121	15.2	その他	124	15.6
在宅酸素療法	265	33.2	無回答	6	0.8
咽頭エアウェイ	19	2.4	計	797	100.0

平成27年度厚生労働省社会・援護局委託事業「在宅医療ケアが必要な子どもに関する調査」速報値

吸引、経管栄養、気管切開、人工呼吸管理など医療的ケアが必要な小児のうち、約９割がNICU、ICUの入院経験があり、その退院時の６割以上が吸引、経管栄養を必要としており、約２割が人工呼吸管理など特に高度な医療を必要としている。

3 人工呼吸児、及び広義の呼吸管理児

○ 人工呼吸児（在宅人工呼吸器を使用する児）は71人（17%）
○ 広義の呼吸管理児（呼吸器又は気管切開）は143人（35%）
○ 平成26年調査ではそれぞれ103人、218人が把握されている。
ともに70%弱の回収率といえる。

うち24時間装着　42人

3-6.医ケア		人数	%（408人中）
気管切開＋人工呼吸器		71	17%
マスクによる人工呼吸		19	5%
気管切開のみ		54	13%
在宅酸素療法	呼吸器併用	53	13%
	呼吸器なし	124	30%
気管内・口腔内吸引		227	56%
体位交換		128	31%
経管栄養		261	64%
定期導尿		21	5%
中心静脈栄養		4	1%
その他		24	6%

（参考）
H26埼玉県実数調査の結果

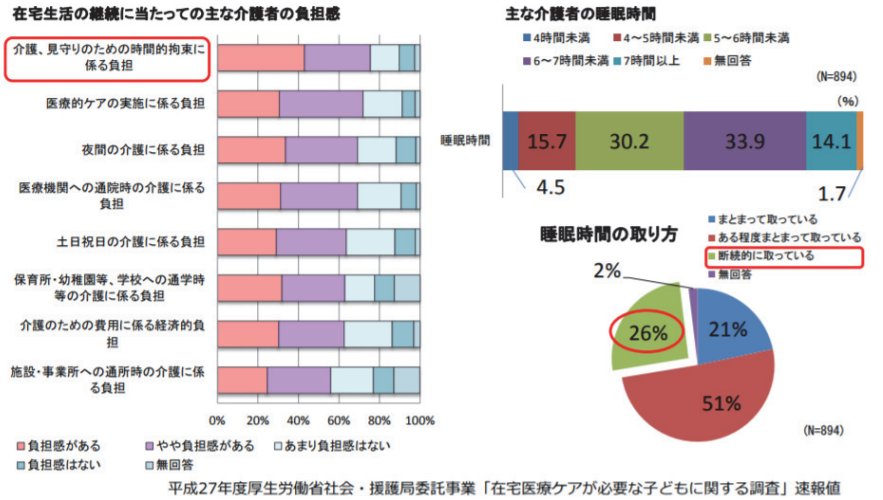
H26実数調査	人数
気管切開＋人工呼吸	103
マスクによる人工呼吸	15
気管切開のみ	100

「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」
（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）

平成26年度埼玉県の実態調査によると、在宅児の中で、呼吸器を装着している20才未満の小児は22%で、酸素療法は43%、気管口腔内吸引は56%、経管栄養は全体の約2/3、64%にのぼる。在宅で生活している小児の医療ケアの重症化、複雑化が認められる。

4 介護者の負担感

○ 主な介護者の負担感では、「介護、見守りのための時間的拘束に係る負担」について「負担感がある」「やや負担感がある」と答えた者が約8割となっている。
○ また、主な介護者の睡眠時間は「5～6時間未満」「6～7時間未満」でそれぞれ３割であるが、睡眠時間の取り方については約1/4の介護者が「断続的に取っている」状況。

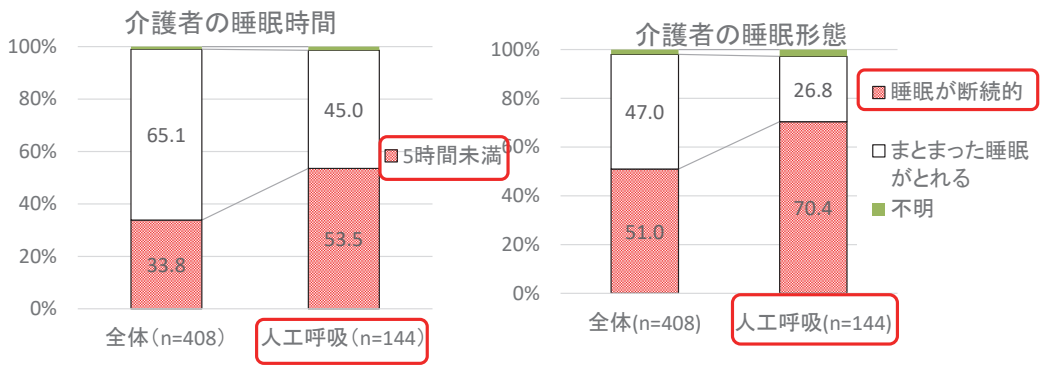


平成27年度厚生労働省社会・援護局委託事業「在宅医療ケアが必要な子どもに関する調査」速報値

主な介護者の負担感では「介護者の見守りのための時間的拘束に係る負担」が８割「医療ケアの実施に係る負担」が７割となっている。
また、主な介護者の睡眠時間は６時間未満が半数で、断続的な睡眠が26%となって介護負担は大きい。

5 人工呼吸児の介護者の睡眠状況

○ 人工呼吸児の介護者の睡眠時間は短くしかも断続的



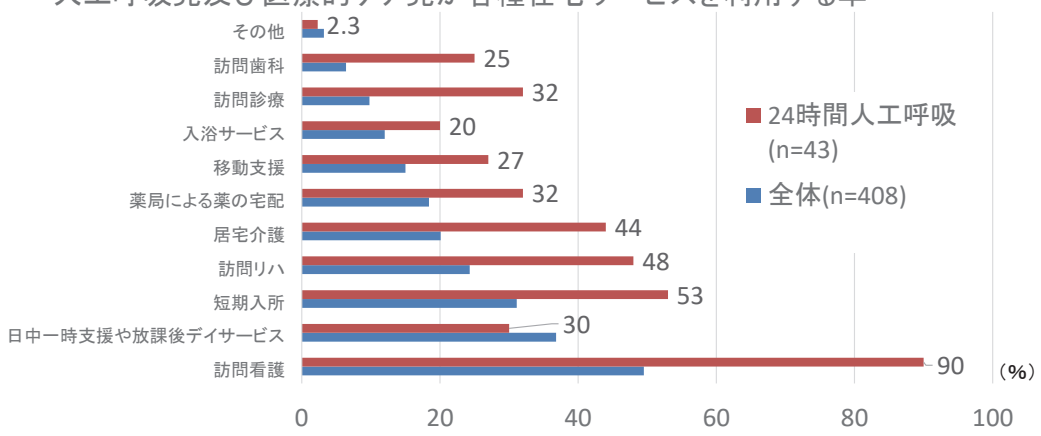
「医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究」
（平成28年度厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業）

人工呼吸管理に特化すると５時間未満の睡眠の割合は53.5%で、半数の介護者は常に睡眠不足であり、もし睡眠がとれたとしてもまとまった睡眠時間をとることがむずかしく、人工呼吸児では70.4%は断続的な睡眠しかとれてないと答えている。

6 医療的ケア児が利用する在宅サービスの現状

○ 24時間人工呼吸児のほとんどが、訪問看護を利用している。
○ 24時間人工呼吸児が在宅サービスを利用する率は比較的高いが、50%以下
○ 人工呼吸児は入浴介助が必要だが、入浴サービスをあまり利用していない

（埼玉県）



「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」
（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）

20才未満の医療的ケア児が受けている医療・福祉サービスの割合だが、訪問看護が45%で、デイサービス、訪問リハ、居宅サービス（ヘルパー）と続いている。訪問診療、訪問歯科の利用はまだ低く10%未満である。人工呼吸装着児になると、訪問看護、訪問診療と医療系のサービスが増加し、90%、32%なってくるが、人工呼吸器装着の児でさえ６割の子どもたちは訪問診療を受けないで在宅生活を送っていることになる。

7 在宅乳児と家族の１日のスケジュール例（1）

年齢3か月　先天奇形、先天性心疾患
在宅酸素、経管栄養



2 枚の表は 3 か月の乳児例で、先天奇形・先天性心疾患をもち、経管栄養と酸素療法が必要な子どもで、ケアにかかる時間と家族の生活を24時間のタイムスケジュールに落としてみたものである。
この表でわかることは、おなじケアであっても、準備と片付けに時間を要し、それも 1 日に複数回に及ぶ。母の睡眠時間の確保だけでなく、家事をする時間、自分自身の時間を確保することができないことが容易に理解できる。
乳児期初期は、行政から介護のサービスも入らず、家族だけが頼りである。また引き受ける訪問看護事業所が少なく、訪問看護ステーションからサービスを受けることも希望通りにならないことがほとんどであり、乳児期初期から介護などの福祉サービス、子育て支援の観点からも、家事援助などの子育ての支援が障害がある子どもにも入っていく必要がある。

8 在宅乳児と家族の１日のスケジュール例（2）

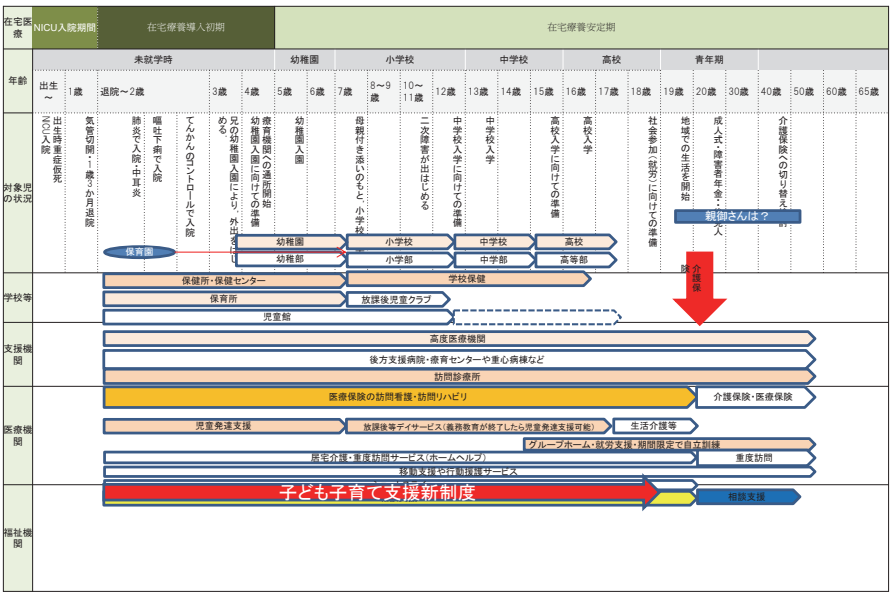


この表からは母の睡眠は 4 時間ほどで、家事をする時間は少なく、殆ど母個人の時間はないことがわかる。

9 2. 成長に伴って変わる生活、教育環境

小児の場合は在宅移行後も成長・発達をとげ、体も大きくなると同時に生活環境も年齢とともに変化していく。

10 成長の時間軸に合わせた地域連携（てんかん・気管切開例）



子どもは成長に伴って生活環境は変化していく。幼児期初期までは自宅で家族と共に生活し、その後母子分離と集団への参加のための保育の保障、就学と続いていく。障害があっても、親から離れ、友達や親以外の人との交流は必要である。そのための支援機関は環境に応じたケアやサービスに変更していかなければならない。

医療も小児専門から成人の医療機関の参加または移行を、在宅医も小児だけでなく成人の対応に精通した在宅医との協働も検討していくことになる。

このように、地域で年齢に応じた健康を支える医療、保健、生活の質を支える保育・教育が、生活を支える介護（福祉）が相互に連携していくことが、子どもの成長を支えることになる。

11 3. 患者と家族を取り巻く地域の多職種のチーム作り

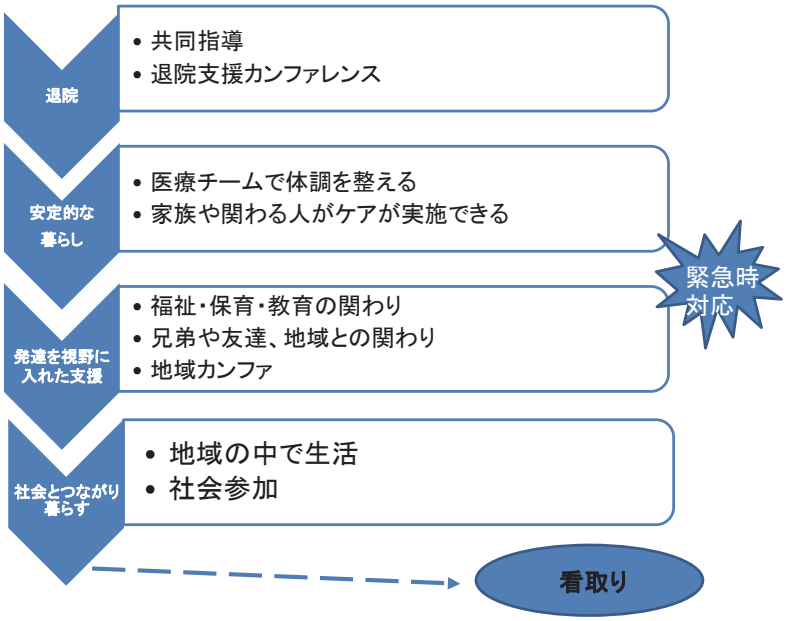
患者と家族が地域で暮らしていくために、まわりの助けなしで暮らすことは不可能である。そのために彼らを取り巻く、医療、福祉、教育、行政などを巻き込んだチーム作りが重要である。

12 地域の多職種連携の目的

保護者が子どものケアに終始するのではなく
子育てを感じられることを支援することであり、
また、家族に関わるチームもそれを意識する。

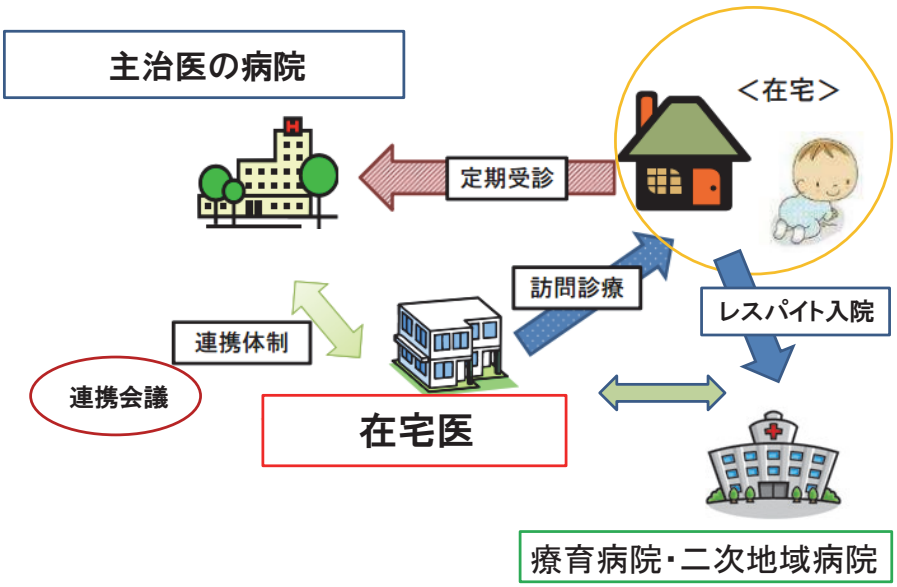
親にとって、子どもは患者ではなく家族の一員である。医療ケアを行っていて治療を続けている子どもを見ると、親にとっても、ケア優先となり子育てという感覚を忘れてしまいがちである。家族の一人として認められ、家庭で一緒に生活していることを感じられるようになることが重要である。また、関わるチームも病気のケアをするだけでなく、子どもの育ちを支援することを意識しなければならない。

13 退院から在宅安定期　成人へ



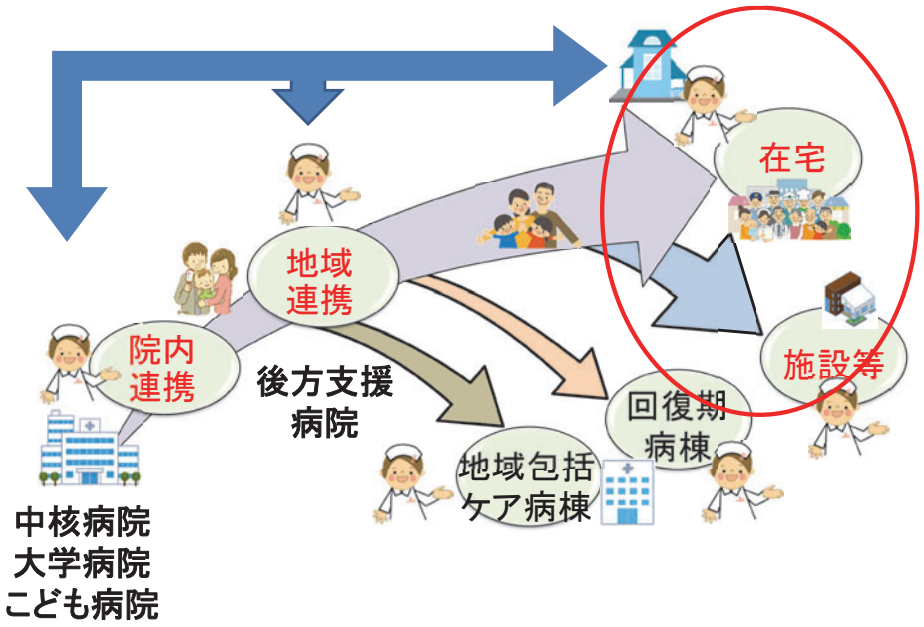
退院できたこと、そのものが子どものゴールではなく、在宅移行したときから生活が始まる。そのためにも、退院後の体調の安定化は、重要である。この時期は医療チームが主に体調を支える力となる。急性変化の対応なども、時折必要となってくる。極力入院を減らし体調を整える努力をすることにより成長を促し、家族の中で成長していけるよう支援する。安定してくると、発達を視野に入れた支援に移行していく、この時期になると療育保育、教育といったチームの関わりが強くなって自宅から地域との関わりが多くなってくる、医療チームは成長を予測した体調の維持に努める。成長や教育の節目には地域のチーム内で方向性を確認する話し合いが必要となる。思春期から成人を迎え親から離れ地域の中で支えられるような生活支援に変化していく。

14 医療機関の連携　在宅医と病院主治医



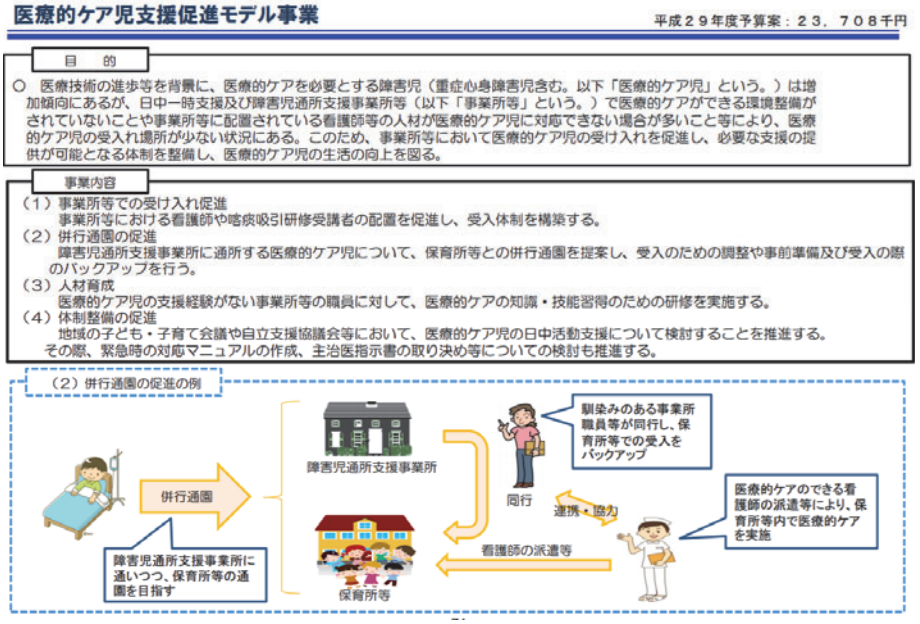
在宅移行しても病院の主治医への通院は続き、リハビリテーションや、レスパイトの短期入所の利用のため、療育機関の病院を利用している場合が多いが、どちらも身近な地域に多く存在しているわけではなくそのための通院や移動は家族の負担が多い。広域の基幹病院と地域の在宅医の連携レスパイトやリハビリを担う療育病院、二次地域病院への情報提供など、特に医師間の情報共有は小児の場合は必須である。

15 医療機関の連携　訪問看護師と病院等の看護師



医療的ケア児と関わる医師として看護師との連携もとても重要である。特に、超重症児の在宅移行期には、在宅生活の早期安定化を図る上でも、入院していた病院の看護師と訪問看護師、レスパイト・短期入所対応可能な病院の看護師との連携及び情報共有は欠かせない。こうした連携において医師の役割は大きく、訪問看護ステーションへの指示書やレスパイト・短期入所対応病院への診療情報提供書などを提出することになる。2 名の主治医体制が多い小児の場合、医師間で連携しつつ、在宅小児を支える多様な看護師の存在を理解し、スムーズに繋ぐことが求められる。

16 地域における医療的ケア児の支援体制の整備（1）



医療的ケア児支援促進モデル事業　　平成２９年度予算案：２３，７０８千円

目　的

○　医療技術の進歩等を背景に、医療的ケアを必要とする障害児（重症心身障害児含む。以下「医療的ケア児」という。）は増加傾向にあるが、日中一時支援及び障害児通所支援事業所等（以下「事業所等」という。）で医療的ケアができる環境整備がされていないことや事業所等に配置されている看護師等の人材が医療的ケア児に対応できない場合が多いこと等により、医療的ケア児の受入れ場所が少ない状況にある。このため、事業所等において医療的ケア児の受け入れを促進し、必要な支援の提供が可能となる体制を整備し、医療的ケア児の生活の向上を図る。

事業内容

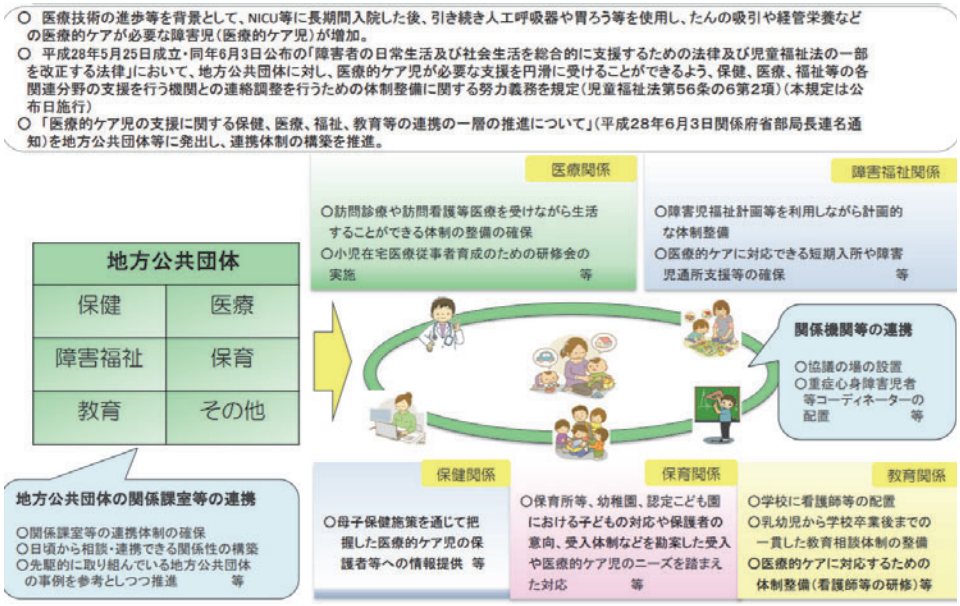
（１）事業所等での受け入れ促進
　事業所等における看護師や喀痰吸引研修受講者の配置を促進し、受入体制を構築する。
（２）併行通園の促進
　障害児通所支援事業所に通所する医療的ケア児について、保育所等との併行通園を提案し、受入のための調整や事前準備及び受入の際のバックアップを行う。
（３）人材育成
　医療的ケア児の支援経験がない事業所等の職員に対して、医療的ケアの知識・技能習得のための研修を実施する。
（４）体制整備の促進
　地域の子ども・子育て会議や自立支援協議会等において、医療的ケア児の日中活動支援について検討することを推進する。
その際、緊急時の対応マニュアルの作成、主治医指示書の取り決め等についての検討も推進する。

（２）併行通園の促進の例

http://www.mhlw.go.jp/topics/2017/01/dl/tp0117-k02-03-06p.pdf

医療ケアを行っている子どもの保護者や支援者は、障害を意識し医療ケアを重視するあまり看護優先になりがちで本来の母子の愛着関係を忘れがちとなる。医療、福祉だけでなく、子育てを支援する視点を持った連携も必要で、保護者に子育て感を実感できるようになる支援体制が整われるべきである、地域の子育てネットワークも利用し、積極的に地域の保育園、公共施設に出かけていけるような体制作りも重要である。

17 地域における医療的ケア児の支援体制の整備（2）



http://www.mhlw.go.jp/topics/2017/01/dl/tp0117-k02-03-06p.pdf

各自治体は、医療的ケア児が、保健、医療、福祉、教育などの支援を円滑に受けられるよう関係機関の連絡調整を行う。

18 地域での育児・保健・保育・教育の連携

- 保健関係、子育て支援→情報提供、育児支援事業利用
  - ファミリーサポート
  - 保健師による赤ちゃん訪問
  - 家事援助
- 保育関係→ニーズをふまえた体制の強化
  - 保育園、
  - 一時保育、
- 教育関係→一貫した教育相談体制
  - 医療ケアのできるスタッフの配置・教育
  - 幼稚園
  - 小、中学校
  - 特別支援学級、学校

地域での保健、子育て支援機関では、医療的ケア児の情報収集に基づいた保健に関係する相談、情報提供だけでなく、育児支援事業の利用のサポートをおこない、保育関係では、医療的ケア児の受け入れのための体制の強化、教育関係では、幼児期から連続した教育の相談体制と医療的ケアができるスタッフの配置及び教育を積極的に推進して地域で暮らす医療的ケア児のための体制と連携を切れ目なく行うことが必要である。

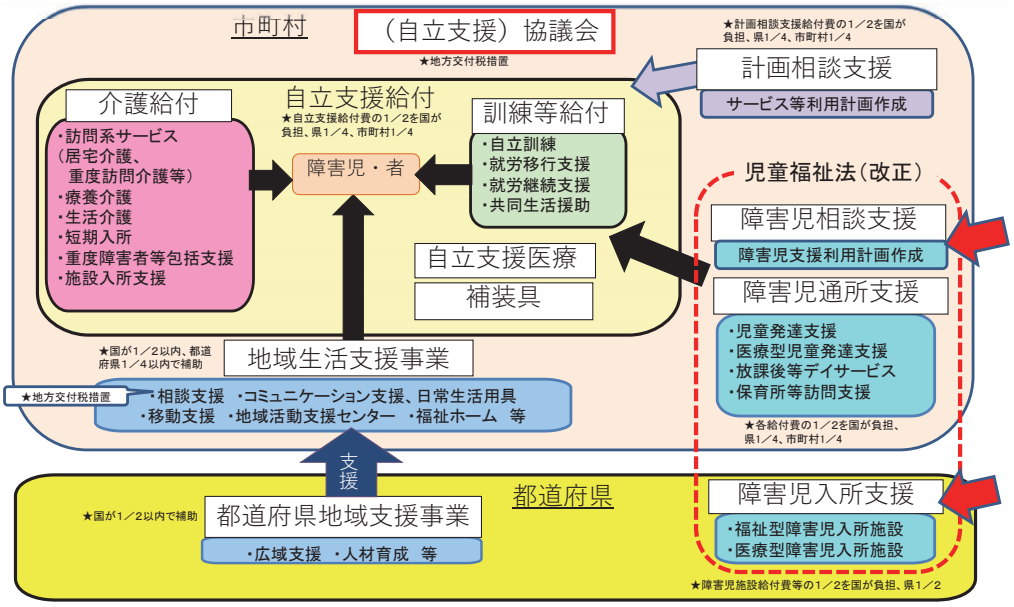
19 4. 家族を支えるレスパイトケアの必要性

家族の生活を支え継続させるためには、介護者の休息の確保が必要である。

20 5. 複雑な制度の中で必要なコーディネーター

現在コーディネーターとして、支援計画を作成する相談支援専門員の存在はあるが、子どもの支援体制は複雑で、教育、子育て支援、小児慢性、児童福祉法、総合支援法、医療保険と複雑でそれらの制度を精通し医療的な知識をもち、多職種を調整をしていけるコーディネーターとしては不十分でかつ不足している。

21 障害者総合支援法に基づく障害福祉サービスの体系



障害福祉サービス体系における、小児の福祉サービスは児童福祉法の元で、障害児相談支援、障害児通所支援、障害児入所支援が位置づけられている。
しかし、医療ケアの必要な小児の適切な福祉サービスを提供するためには医療サービスを念頭に置いた福祉サービスを提供できなければならない。

22 医療的ケア児の障害福祉サービス等の利用状況等

○ 医療的ケア児の約６割が障害福祉サービス等を利用していない。
○ 育児や療育、在宅生活等の全般に関する相談先としては、医療機関の職員が8割弱、福祉サービス事業所等の職員が約３割であるなど、多くの保護者が複数の相談先を挙げている。

直近3ヶ月における障害福祉サービス等の利用状況 (N=894)

区分	人	%
（障害福祉サービス）	—	—
利用した	354	39.6
利用しなかった	507	56.7
（障害児通所支援）	—	—
利用した	325	36.4
利用しなかった	532	59.5

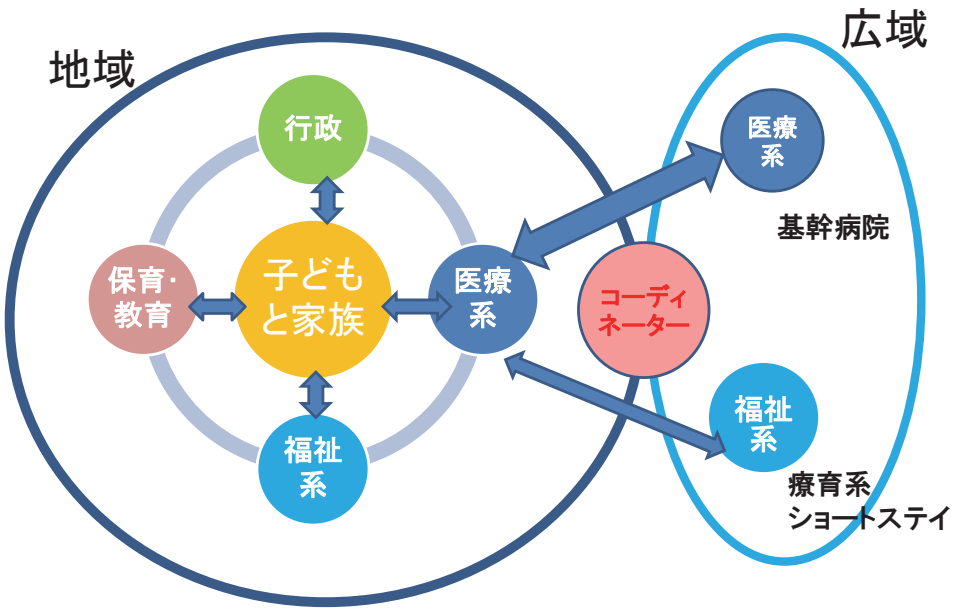
育児や療育、在宅での生活等の全般に関する相談先
(N=797（複数回答）)

相談先	人	%
医療機関の職員（医師、看護師、MSW等）	692	77.4
訪問看護事業所等の職員（看護師等）	405	45.3
福祉サービス事業所等の職員	292	32.7
行政機関の職員（保健師等）	216	24.2
学校・保育所等の職員	317	35.5
知人・友人	412	46.1
患者団体・支援団体	46	5.1
その他	32	3.6
相談先がない・分からない	31	3.5
相談することは特にない	13	1.5
無回答	10	1.1

平成27年度厚生労働省社会・援護局委託事業「在宅医療ケアが必要な子どもに関する調査」速報値

医療的ケア児の約６割は障害福祉サービスを利用せず介護者のみでのケアを行っている。また在宅生活における生活療育など全般の相談先は一本化されず介護者が複数の窓口を相談してコーディネートしている。

23 広域と地域をつなぐコーディネーターの必要性



小児の場合には、連携は地域完結型ではなく、必ず広域の病院の主治医や療育施設などと連携が必要である。広域での、医療支援は基幹専門病院、病院のソーシャルワーカー、福祉系の支援は、ショートステイ、療育施設等が挙げられる。地域では、子どもと家族を核として、医療系の支援すなわち訪問診療、訪問看護、訪問歯科、訪問薬剤などが、福祉系の支援では介護、レスパイト、日中一次支援、児童発達支援など、教育関連では、幼稚園、保育園、学校が、また行政系では、障害福祉、子育て支援、保健所、児童相談所などが挙げられる。地域のこれらの機関と家族の連携をコーディネートし、かつ広域の関係機関とも連携し地域とを結ぶ役割を担うコーディネーターも重要である。

24 小児在宅医療におけるコーディネーター

- 当事者と家族のニーズと希望を把握する
- 多職種、多事業の調整、コーディネート
- 相談支援専門員などによる相談支援計画作成
  - 特に医療連携の重要性
  - 医療と福祉　教育を包括した支援と計画

→医療的ケア児等コーディネーター養成研修事業のスタート

福祉だけでなく医療的な知識や視点も持ったコーディネーターが望ましい。また小児の在宅生活では、地域でも、介護保険でのケアマネージャー的な職種は存在しないため、障害者総合支援法に基づいた相談支援専門員が、その代わりとなる可能性があるが、本来は福祉サービスの申請の計画書作成とモニタリングが仕事である。小児在宅児の場合、医療サービスも大きな比重を占める。よって福祉と医療の双方重要で、現在の相談支援計画は福祉サービスのみに注目して作成モニタリングされていることが多い。福祉サービスの中に医療サービス、教育を織り込んだ生活をイメージできる相談支援計画でなければ、本当の支援計画とはいえない。

25 医療的ケア児等コーディネーターとは

- 入院時からの本人・家族の意思決定の支援を医療機関と協働で行う
- 医療的ケア児のニーズに合った相談支援
  （基本相談、ソーシャルワーク、
  医療と福祉を組み合わせた計画相談）
- 本人の成長と発達を支援し、その子どもなりの自立ができるように支援する
- 養育者が障害を持つ子どもの親となれるよう支援する
- 本人・家族の人生の伴走者

地域に移行するためには、入院中から地域のサービスの現状に合わせた退院支援が必要であるため、コーディネーターは入院時から、病院側へ地域の持っているサービスの情報を伝え、本人・家族の意思決定の支援を協働でおこなう。
医療ケアの知識を持ち重症児などへ相談支援業務を行い、地域の他職種との調整を行う。

支援 3　病院での退院支援

中村 知夫

目　標

病院の役割は、退院支援だけでなく、退院後の患者家族の在宅生活の支援であることを理解した上で、多くの小児在宅患者が入院、通院する病院の地域連携における役割の重要性を理解する。

Keyword

- 生活支援
- 多職種連携
- 退院前カンファレンス
- 退院時共同指導料
- 退院支援パス
- 中間病床

内　容

医療的ケア児の退院支援を行うためには、病院の医療職が中心となって病院内外の多職種と連携し、退院支援パスの利用や、退院前カンファレンスを繰り返すことによる明確な役割分担、進行状況や問題点の共有を行うこと、同時に、医療だけでなく、生活支援の視点も重要である。さらに、各地域で、在宅移行、レスパイトのための中間施設の重要性について理解を深め、整備してゆく必要がある。

【引用情報】
1）平成27年度　小児等在宅医療地域コア人材養成講習会
行政、病院、施設との連携　岩本 彰太郎（三重大学医学部附属病院）
http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000114501.pdf
2）平成28年度厚生労働省委託事業　在宅医療関連講師人材育成事業（小児を対象とした在宅医療分野）小児在宅医療に関する人材養成研修会
http://www.mhlw.go.jp/file/06-Sehou-10800000-Iseikyoku/0000144811.pdf
3）平成29年度厚生労働省委託事業　在宅医療関連講師人材育成事業（小児を対象とした在宅分野）　小児在宅医療に関する人材養成講習会
https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000197745.pdf
4）南条浩輝　他：小児在宅医療　実践の手引き　日総研
5）前田浩利　他：在宅医療の技とこころ　小児の在宅医療も始めるための29のポイント　南山堂
6）前田浩利：地域で支えるみんなで支える　実践！！　小児在宅医療ナビ　南山堂
7）奈倉道明　他：NICUからはじまる小児在宅医療. 周産期医学. 東京医学社. 43.11: 2013
8）船戸正久　他：在宅移行中間施設としての療育施設の役割. 日本小児科学会雑誌　2017; 4: 993-999
9）船本仁一　他：日本小児医療保健協議会重症人身障害児（者 9・在宅医療員会活動報告　NICUや急性期病棟から在宅への移行を支援する中間施設に関する調査. 日本小児科学会雑誌　2017; 4: 798-807
10）大山昇一　他：市中病院小児科における小児在宅医療と課題. 日本小児科学会雑誌　2017; 9: 1584-1589

1 病院での退院支援

退院支援

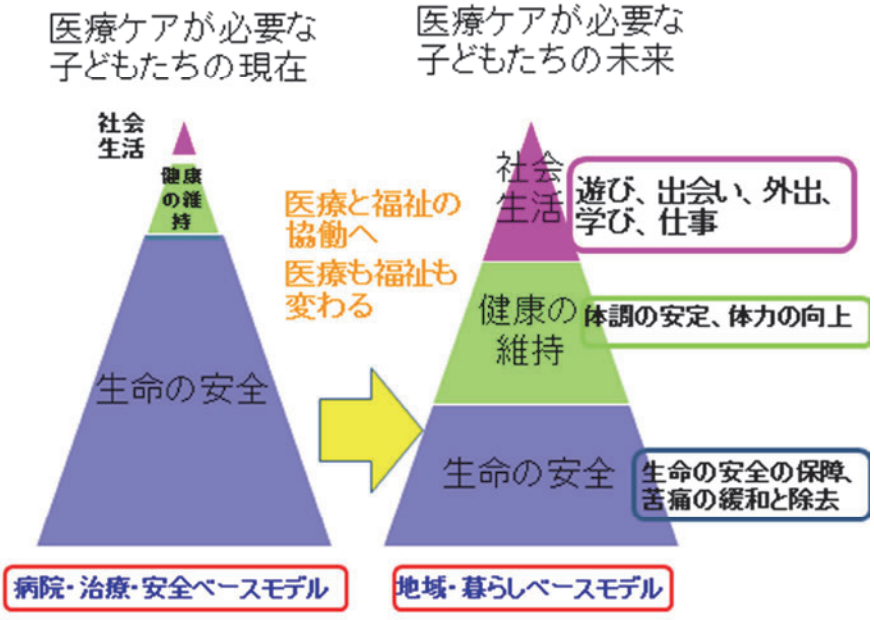
↓

在宅生活支援

子どもと家族のくらしに寄り添う

病院においては、退院支援を行うことで、早期退院を目指す傾向にあるが、小児在宅医療においては、児の発達にも考慮した子どもと、家族のくらしに寄り添った「在宅生活支援」を丁寧に行うことが重要であることを肝に銘じておくべきである。

2 医療モデルから、生活モデルへのシフト



病院での、医療行為を行うことが生活の多くの部分を占める病院・治療・安全ベースモデルから、医療は、あくまでも社会生活を送るための生命・健康維持のための黒子であるという地域・暮らしをベースとしたモデルを、病院スタッフと家族・患者が共通の意識を持つことが必要である。

3 在宅移行の前提

1. 病院スタッフとご家族との在宅医療に向けての意識の共有
   - 病院スタッフへの在宅移行への意識づけ
   - 家族の在宅移行への意識づけ
   - 家族との在宅移行への意識の共有
2. 親自らが児のケアをする環境への移行の決断
   - 予後を含めた、児の疾患に対する十分な理解
   - 在宅生活に関する十分な説明と理解
   - 児と、家族を支援し続けるという医療者の態度
   - 家族への精神的支援を含めた十分な支援

在宅医療の必要な子どもの退院支援を行うためには、前提として、病院スタッフとご家族との在宅医療に向けての意識の共有と、親自らが児のケアをする環境への移行の決断を行うことが必要である。

4 小児在宅医療の意義

人として生きていくことを選択できる幸福
分断社会を作らない

1. **患者家族に対する意義**
   - 患者が、社会の中で生きてゆくことの保証
   - 子どもとしての当たり前の経験を積む
   - 生き方を選択できる
   - 医療、福祉、教育、就労を関係づける
   - **地域とのつながりと、災害時の地域からの支援**
2. **医療に対する意義**
   - 高度医療、先端医療の保証
   - 有限な医療資源の活用
   - 難病・小児慢性疾患支援
   - 医療費の抑制

小児在宅医療では、人として多くの人たちからの支援を受けながら生きてゆくことを選択できる幸福や、どのような障害を持っていても生きてゆくことができ、分断社会を作らないことにつながる。
人の基本的権利である選択の自由がある生活を、家族・患者は追及できる可能性がある。その一方で、医療に関しても様々な意義が期待される。

5 十分な支援体制の確保

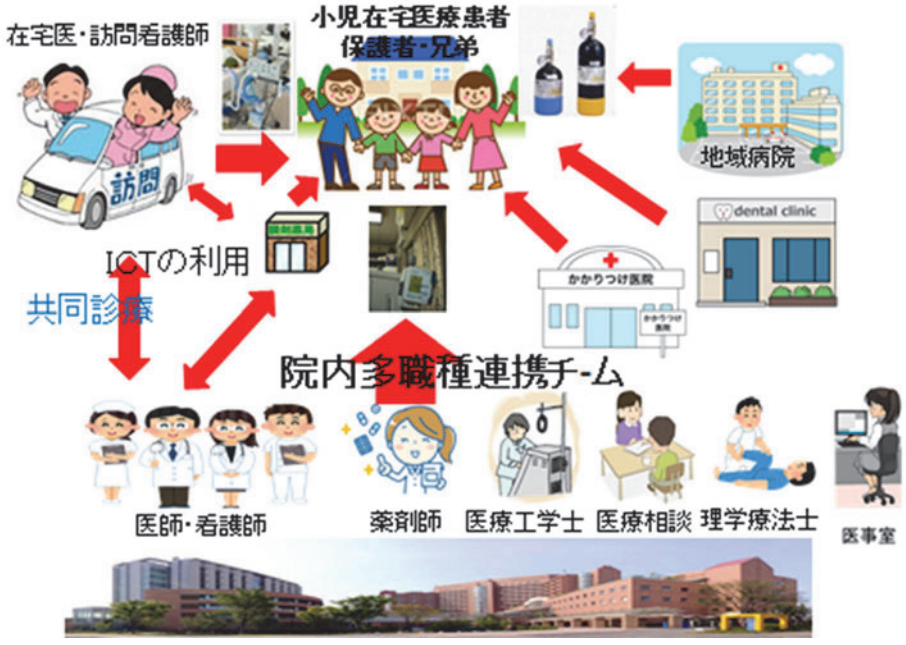
1. **医療的支援**
   - 緊急受診、緊急入院先の確保
   - レスパイト先の確保
   - 地域での医療的支援ネットワークの構築
   - **継続した医療的ケア内容の見直し**

2. **経済、福祉的支援**
   - 地域での福祉ネットワークの構築
   - 医療費補助、手当等経済的支援
   - **災害時の避難や支援についての話し合い**

3. **精神的支援**
   - コーディネーター、相談窓口の明確化
   - 保護者がケアーできなくなった際の補償

一方で、在宅生活は過酷な面があることも事実であり、厳しい現実と日々向き合わないといけない在宅医療を、患者・家族が選択する気持ちになるには、十分な医学的、経済的・福祉的、精神的支援が確保されていることも必要である。家族の負担を軽減し、レスパイト先を増やすためにも、訪問診療、訪問看護などと情報交換をしながら、医療内ケアの簡素化のための継続した見直しも重要である。

6 医療的ケアが必要なこどもたちを病院と地域のチームで支える



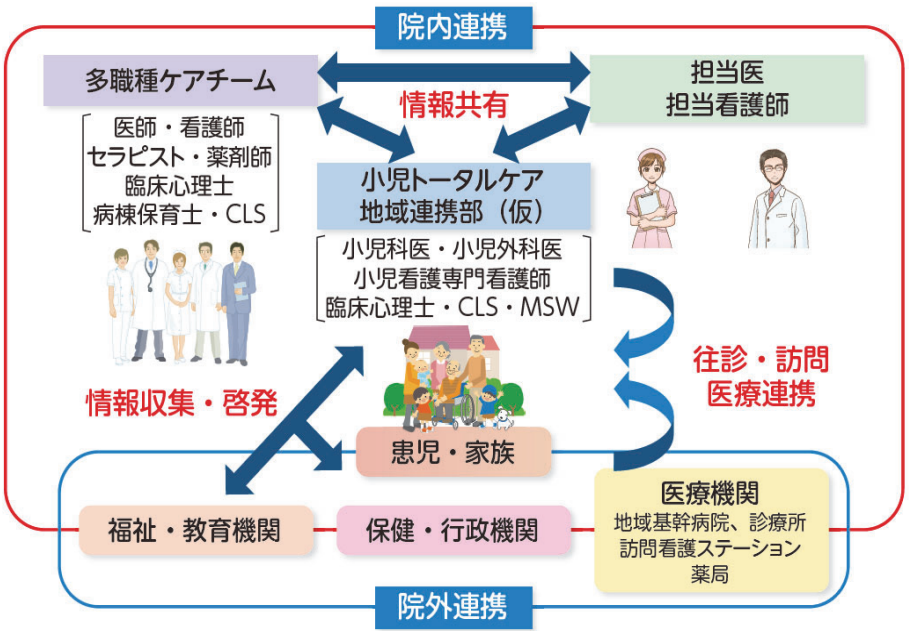
地域で小児在宅医療に係る医師の質と量の確保、多職種チームを作ることも重要であるが、その前に患者・家族、さらに院外の多職種を支援するために、病院内にも医療的ケアが必要なこどもたちを支援する多職種のチームを構築することも重要である。

7 小児在宅医療の地域支援に関わる職種

	地域	病院	ショートステイ施設 日中預かり施設
医師 歯科医師 薬剤師	往診医・近隣開業医 訪問歯科医師 地域薬剤師	外来医師・病棟医師 病院歯科医師 病院薬剤師	担当医師
看護師	訪問看護師 複数の事業所から訪問	病棟・外来看護師	看護師
リハビリ セラピスト	訪問リハ	通院リハ	施設セラピスト 通所リハ
ヘルパー	訪問ヘルパー		介護職
ケースワーカー	診療所ソーシャルワーカー 相談支援専門員	病院ソーシャルワーカー	施設ソーシャルワーカー
教育者	特別支援学校の教員		
行政	障害福祉課、保健師		

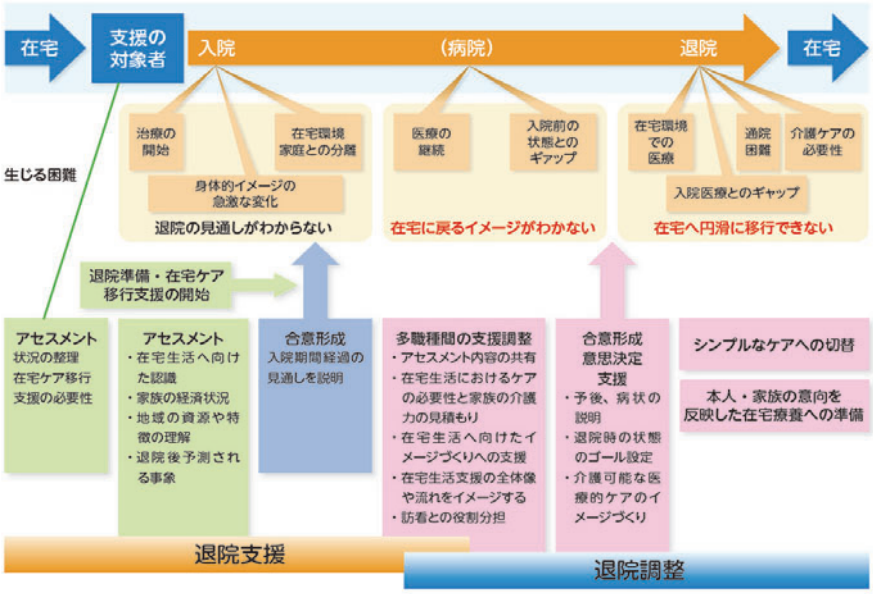
小児では、大人の在宅医療に比べ係る職種が多いにも関わらず、コーディネーターとして介護支援専門員（ケアマネジャー）が不在である。介護支援専門員と同様な働きが相談支援専門員に求められているが、十分な資源が確保されているとは言い難い。小児での在宅支援を開始するにあたって、さまざまな職種との連携を取ることも、重要であることも病院の職員は理解しておく必要がある。

8 病院での小児トータルケア地域連携部（仮称）の必要性



病院内外の多職種の連携が必要にもかかわらず、まだまだ支援基盤が脆弱で、多くの地域で、試行錯誤しながら在宅移行を行っているのが現状であり、院内外の機関をつなぎ、必要な連携先の抽出・情報の集約化、新たな連携先の開拓を効率よく行うためには、小児高度医療機関や、大学病院内に専門部署（小児トータルケア地域連携部（仮称））を設立することが必要で、この動きは三重県をはじめ、様々な地域で始まってきている。

9 退院支援と退院調整



出典：医療経済研究機構：退院準備から在宅ケアを結ぶ支援（リエゾンシステム）のあり方に関する研究。
www.ihep.jp/publications/report/search.php?dl=47&l=1

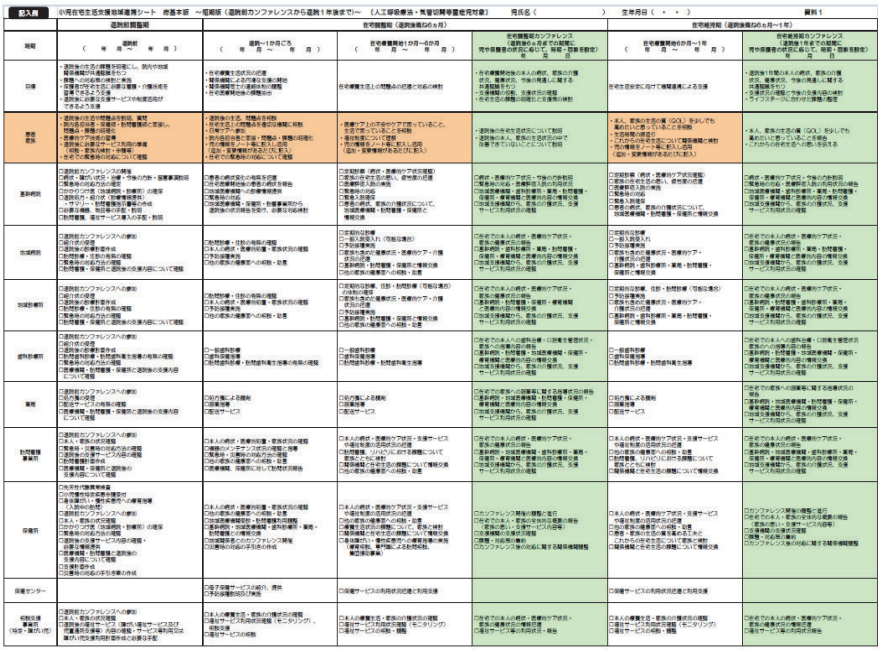
一般的に在宅移行期は、退院支援と調整が必要といわれている。退院支援とは患者が自分の病気や障害を理解し、退院後も継続が必要な医療や看護を受けながらどこで療養するのか、どのような生活を送るのかを自己決定するための支援といわれ、退院調整とは患者の自己決定を実現するために、患者・家族の意向を踏まえて環境・ヒト・モノを社会保障制度や社会資源につなぐ等のマネジメントの過程と定義されている。
スライドは、小児在宅移行期のどの時点から多職種連携を開始すべきか、連携に際し、どのような項目を医療機関と協働すべきかについて示している（ピンクの矢印、ピンクの□で囲まれた箇所）。コストの問題や医療機関・地域の考え方で地域によって多職種の介入時期は異なっている。

10 入院時期に応じた退院支援



退院支援をいつ開始するかは、一人一人の患者・家族によって異なるが、重要なことは入院した時から、医療者も患者・家族も目標としての退院の意識を持つことが重要である。入院した時から、退院支援は始まっているともいえる。

11 院内在宅移行支援パス≪大阪府版≫



記入用　小児在宅生活支援地域連携シート　府基本版　～短期版（退院前カンファレンスから退院1年後まで）～　【人工呼吸療法・気管切開等重症児対象】　児氏名（　　）　生年月日（　・　・　）　資料1

	退院前調整期	在宅調整期（退院後概ね6ヵ月）			在宅維持期（退院後概ね6ヵ月～1年）	
時期	退院前 （　年　月～　年　月）	退院～1か月ごろ （　年　月～　年　月）	在宅療養開始1か月～6か月 （　年　月～　年　月）	在宅調整前カンファレンス （退院後1か月までの期間に） 院外保護者の状況に合わせて、時期・回数を設定） 年　月　日	在宅療養開始6か月～1年 （　年　月～　年　月）	在宅維持前カンファレンス （退院後1年までの期間に） 院外保護者の状況に合わせて、時期・回数を設定） 年　月　日
目標	・退院後の生活の課題を明確にし、院内や地域関係機関と連携を図る ・課題への総合的な検討と実施 ・保護者が安心して自己の療育・介護活動を遂行することと支援 ・退院後に必要な支援サービスや制度活用ができるよう支援	・在宅療養生活状況の把握 ・関係機関による円滑な支援の開始 ・関係機関を含めた連絡体制の調整 ・在宅医療機関と病院との連携強化	在宅療養生活上の問題点の把握と対応の検討	・在宅療養開始後の本人の病状、家族の介護状況、健康状況、今後の見通しに関する共通理解を図る ・支援機関の役割、支援状況の確認 ・在宅生活の課題の明確化と支援内容の検討	在宅生活安定に向けて機関連携による支援	・退院後1年間の本人の病状、家族の介護状況、健康状況、今後の見通しに関する共通理解を図る ・支援状況の確認と今後の支援内容の検討 ・ライフステージに合わせた課題の整理
療育・教育	・退院後の生活、問題点を明確 ・在宅生活上の問題点を適切な機関に相談 ・日常ケアの確立 ・医療ケア技術の習得 ・院内療育メニューに参入し活用 （追加・変更情報があるたびに参入） ・在宅での療養時の対応について確認	・医療ケア上の不安やケアで困っていること、不足で困っていることを明確 ・個別支援について ・院内療育メニューに参入し活用 （追加・変更情報があるたびに参入）		・退院後の在宅生活状況について明確 ・退院後の本人、家族の生活状況のみで対象でないことについて明確	・本人、家族の生活の質（QOL）がよりでも高められたと思っていることを明確 ・生活時間の調査と ・在宅生活の不安点について関係機関と検討 ・院内療育メニューに参入し活用 （追加・変更情報があるたびに参入）	・本人、家族の生活の質（QOL）がよりでも高められたと思っていることを明確 ・これからの療育生活への思い等伝える
医療処置	□退院前カンファレンスへの参加 □病状の把握 □退院後の訪問看護ステーション利用の準備 ・利用し、緊急内容で、依頼 □在宅での医療処置の対応について確認	□退院前カンファレンスの参加 □病状の把握 □退院後の訪問看護ステーション利用の準備 ・利用し、緊急内容で、依頼 □在宅での医療処置の対応について確認	□患者の病状変化と処置方法 □医療機器の使用方法の見直しの処方指導 □在宅医療機関との連絡・調整 □緊急時の対応 □医療処置の確認 □患者の病状、家族の介護状況について、在宅医療機関・訪問看護・介護担当者間交換	□定期診察（病状・医療ケア状況確認） □家族の在宅生活の悩み、疑問解消支援の充実状況 □緊急時の対応・医療機関との連絡・調整 □在宅医療機関・訪問看護・介護担当者間交換	□定期診察（病状・医療ケア状況確認） □家族の在宅生活の悩み、疑問解消支援の充実状況 □緊急時の対応 □緊急入院調整 □患者の病状、家族の介護状況について、在宅医療機関・訪問看護・介護担当者間交換	□病状・医療ケア状況・今後の方針説明 □家族の在宅生活の悩み、疑問解消支援の充実状況 □緊急時の対応・医療機関との連絡・調整 □在宅医療機関・訪問看護・介護担当者間交換
福祉制度	□退院前カンファレンスへの参加 □病状の把握 □退院後の療育手帳申請 □障害福祉サービス利用の準備 □緊急時の対応方法の確認 □緊急時の対応方法の確認 □在宅医療機関・訪問看護・保護所に退院後の支援内容について確認	□定期的な受診 （一般入院受入れ（可能な場合） □予防接種実施 □本人の病状・医療状況・緊急状況の確認 □予防接種実施 □緊急時の対応方法の確認 □医療処置・機器・保護所に退院後の支援内容について確認 □他の関係の機関等への相談・紹介	□定期的な受診 （一般入院受入れ（可能な場合） □予防接種実施 □本人の病状・医療状況・緊急状況の確認 □予防接種実施 □緊急時の対応方法の確認 □医療処置・機器・保護所に退院後の支援内容について確認 □他の関係の機関等への相談・紹介	□在宅での本人の病状・医療ケア状況・ ・緊急の健康状況の確認 □本人の病状・医療状況・緊急状況の確認 □予防接種実施 □緊急時の対応方法の確認 □医療処置・機器・保護所に退院後の支援内容について確認	□定期的な受診 □一般入院受入れ □予防接種実施 □緊急時の対応方法の確認 □医療処置・機器・保護所に退院後の支援内容について確認	□在宅での本人の病状・医療ケア状況・ ・緊急の健康状況の確認 □本人の病状・医療状況・緊急状況の確認 □予防接種実施 □緊急時の対応方法の確認 □医療処置・機器・保護所に退院後の支援内容について確認
福祉制度	□退院前カンファレンスへの参加 □病状の把握 □緊急時の対応方法の確認 □緊急時の対応方法の確認 □医療処置・機器・保護所に退院後の支援内容について確認	□定期的な受診、往診・訪問診療（可能な場合） の依頼の確認 □緊急時の対応方法の確認 □緊急時の対応方法の確認 □医療処置・機器・保護所に退院後の支援内容について確認 □他の関係の機関等への相談・紹介	□定期的な受診、往診・訪問診療（可能な場合） の依頼の確認 □緊急時の対応方法の確認 □緊急時の対応方法の確認 □医療処置・機器・保護所に退院後の支援内容について確認 □他の関係の機関等への相談・紹介	□在宅での本人の病状・医療ケア状況・ ・緊急の健康状況の確認 □本人の病状・医療状況・緊急状況の確認 □予防接種実施 □緊急時の対応方法の確認 □医療処置・機器・保護所に退院後の支援内容について確認	□定期的な受診、往診・訪問診療（可能な場合） □予防接種実施 □緊急時の対応方法の確認 □緊急時の対応方法の確認 □医療処置・機器・保護所に退院後の支援内容について確認	□在宅での本人の病状・医療ケア状況・ ・緊急の健康状況の確認 □本人の病状・医療状況・緊急状況の確認 □予防接種実施 □緊急時の対応方法の確認 □医療処置・機器・保護所に退院後の支援内容について確認
歯科診療	□退院前カンファレンスへの参加 □歯の状態の確認 □緊急時の歯科診療体制 □緊急時の対応方法の確認 □医療処置・機器・保護所に退院後の支援内容について確認	□一般歯科診療 □歯科口腔指導 □訪問歯科診療・訪問歯科衛生指導の有無の確認	□一般歯科診療 □歯科口腔指導 □訪問歯科診療・訪問歯科衛生指導	□在宅での本人の歯科治療・口腔衛生管理状況・ ・緊急への医療内容の確認 □本人の病状・医療状況・緊急状況の確認 □緊急時の対応方法の確認 □医療処置・機器・保護所に退院後の支援内容について確認	□一般歯科診療 □歯科口腔指導 □訪問歯科診療・訪問歯科衛生指導	□在宅での本人の歯科治療・口腔衛生管理状況・ ・緊急への医療内容の確認 □本人の病状・医療状況・緊急状況の確認 □緊急時の対応方法の確認 □医療処置・機器・保護所に退院後の支援内容について確認
薬局	□退院前カンファレンスへの参加 □薬の服用 □配合サービスの有無の確認 □緊急時の対応方法の確認 □在宅医療機関・訪問看護・保護所に退院後の支援内容について確認	□処方箋による調剤 □服薬指導 □配合サービス	□処方箋による調剤 □服薬指導 □配合サービス	□在宅での本人の病状・医療ケア状況・ ・緊急の健康状況の確認 □本人の病状・医療状況・緊急状況の確認 □緊急時の対応方法の確認 □医療処置・機器・保護所に退院後の支援内容について確認	□処方箋による調剤 □服薬指導 □配合サービス	□在宅での本人の病状・医療ケア状況・ ・緊急の健康状況の確認 □本人の病状・医療状況・緊急状況の確認 □緊急時の対応方法の確認 □医療処置・機器・保護所に退院後の支援内容について確認
訪問看護事業所	□退院前カンファレンスへの参加 □本人・家族の状況確認 □緊急時・定期的な訪問看護の □緊急時の対応方法の確認 □他の関係の機関等への相談・紹介 □緊急時の対応方法の確認 □医療処置・機器・保護所に退院後の支援内容について確認	□本人の病状・医療状況・緊急状況の確認 □他の関係のメンテナンスの必要性の確認 □緊急時・定期的な訪問看護の実施 □他の関係の機関等への相談・紹介 □緊急時の対応方法の確認について情報交換 □緊急時・定期的な訪問看護の実施 □他の関係の機関等への相談・紹介	□本人の病状・医療状況・緊急状況の確認 ・今後も他の医療の活用の必要 □緊急時・定期的な訪問看護の実施 □他の関係の機関等への相談・紹介 □緊急時の対応方法の確認について情報交換 □緊急時・定期的な訪問看護の実施 □他の関係の機関等への相談・紹介	□在宅での本人の病状・医療ケア状況・ ・緊急の健康状況の確認 □本人の病状・医療状況・緊急状況の確認 □緊急時の対応方法の確認 □他の関係の機関等への相談・紹介 □緊急時の対応方法の確認について情報交換 □緊急時の対応方法の確認	□本人の病状・医療ケア状況・支援サービス ・今後も他の医療の活用の必要 □緊急時・定期的な訪問看護の実施 □他の関係の機関等への相談・紹介 □緊急時の対応方法の確認について情報交換 □緊急時の対応方法の確認	□在宅での本人の病状・医療ケア状況・ ・緊急の健康状況の確認 □本人の病状・医療状況・緊急状況の確認 □他の関係の機関等への相談・紹介 □緊急時の対応方法の確認について情報交換 □緊急時の対応方法の確認
保健所	□各関係機関等連絡 □小慢等各種申請等の手続 □各保護者いっぱいの療育等の準備 ・入浴等の実際 □退院前カンファレンスへの参加 □本人・家族の状況確認 □からの対応（緊急時対応・訪問等）の確保 □緊急時の方法の確認 □退院後の支援サービスの利用確認・ □必要な情報提供 □緊急時・定期的な訪問看護の □緊急時の対応方法の確認 □他の関係の機関等への相談 □緊急時の対応の手引き等の作成	□本人の病状・医療状況・緊急状況の確認 □他の関係の機関等への相談・紹介 □緊急時の対応方法の確認 □緊急時の対応方法の確認について、家族の検討 □訪問看護・保健師・歯科衛生士・薬剤・ □他の関係の機関等への相談・紹介 □退院後のカンファレンスの開催 □他の関係の機関等への相談・紹介	□本人の病状・医療状況・支援サービス ・今後も他の医療の活用の必要 □緊急時・定期的な訪問看護の実施 □他の関係の機関等への相談・紹介 □緊急時の対応方法の確認について、家族の検討 □他の関係の機関等への相談・紹介 □他の関係の機関等への相談・紹介 □緊急時の対応方法の確認について情報交換 □他の関係の機関等への相談・紹介 □他の関係の機関等への相談・紹介 □他の関係の機関等への相談・紹介

13 在宅に移行するまでに医師が書く書類、指示書

- 診療情報提供書
- 訪問看護・訪問リハビリ指示書
- 特別訪問看護指示書
- 保険薬局向け診療情報提供書
- 身体障害者手帳申請のための指定医師の診断書
- 療育手帳（基本的には児童相談所で判定になります）
- 小児慢性特定疾病の医療費助成申請の医師の意見書
- 特別児童扶養手当の申請のための医師の診断書
- 障害者福祉手当の申請のための診断書
- 医療的ケア指示書（児童発達支援及びデイケア、特別支援学校、保育園、療育センターなど）
- 在宅に使用する医療機器の医師の依頼・指示内容の分かる書面
- 介護職員等痰吸引等指示書
- 学校生活管理指導表

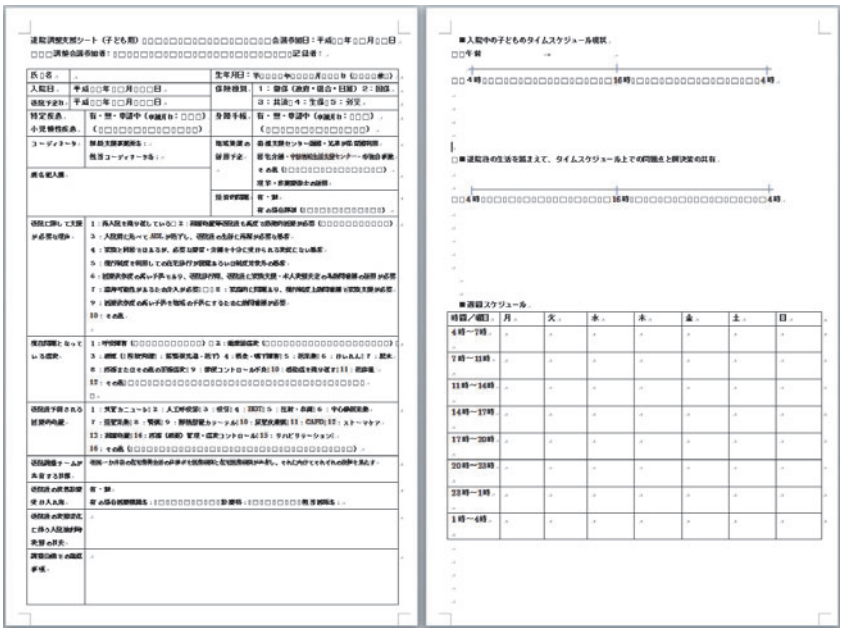
小児在宅患者の退院支援のためには医療職の介入や、サービス利用、補装具などの申請のために多くの医師が作成すべき書類がある。車いすなどは判定までの時間、選定、製作、納入の時間などに時間を必要とするため、先を見越した書類を作成をすることが必要である。

14 退院前カンファレンス



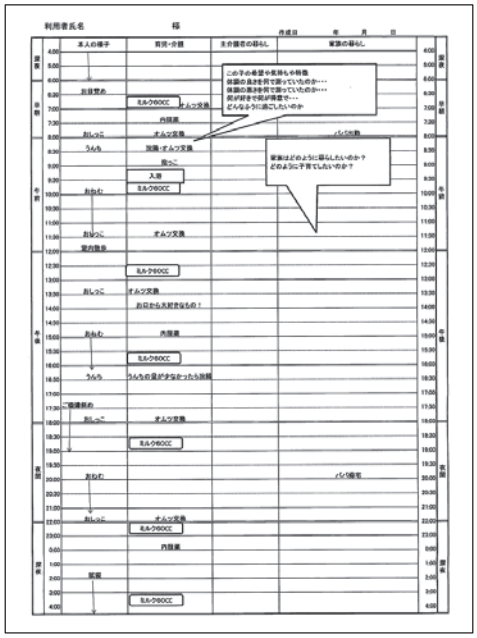
退院支援が進む中で、退院後の連携を円滑に行う上でも、現在の状態、治療方針、今後の見通し、問題点などを共有し、今後の方針を確認するための情報交換の場として、多職種連携の会議が開催される。参加者は子どもの保護者、病院の主治医とケースワーカー、地域の在宅医、複数の訪問看護ステーションの看護師、ヘルパー、保健師、障害福祉担当のケースワーカー、学校の教師などである。

15 退院前カンファレンス時の情報の共有 1



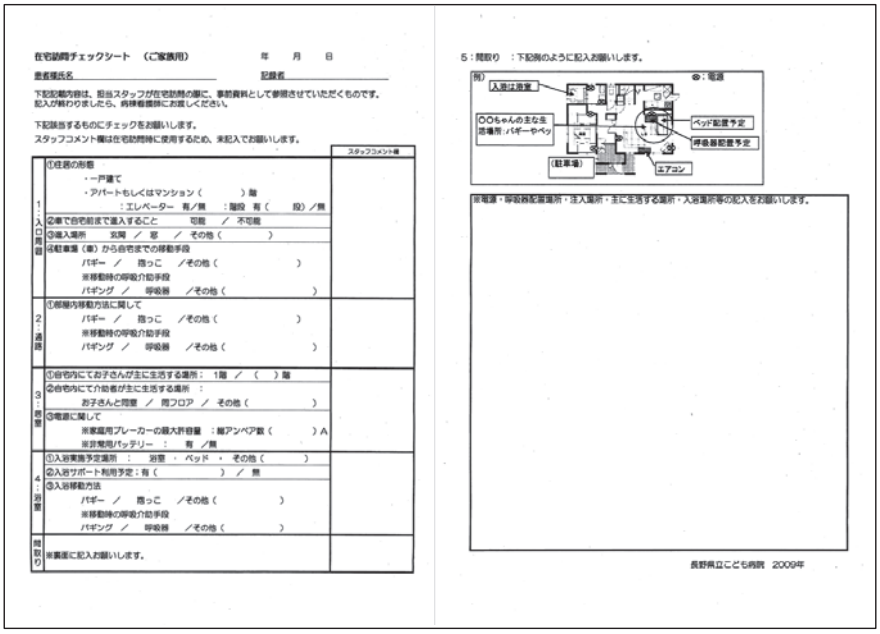
退院前カンファレンス時には、入院中の経過、児の状態や問題点、家族の児の病気の受け入れを含めた様子、問題点、退院後の生活希望、ケアプラン、必要としている医療的ケアと家族の習得度、家族のケア力、緊急時対応、週間スケジュールなどの情報の共有が必要である。

16 退院前カンファレンス時の情報の共有 2



退院前カンファレンス時には、1 日のスケジュールを提示して、そのスケジュールで家族が暮らしてゆけるか、どこでどのような支援を入れるべきかなどを検討することも必要である。

17 退院前の自宅環境のチェック



在宅訪問チェックシート （ご家族用）　年　月　日

患者様氏名　記録者

下記記載内容は、担当スタッフが在宅訪問の際に、事前資料として参照させていただくものです。
記入が終わりましたら、病棟看護師にお渡しください。

下記該当するものにチェックをお願いします。
スタッフコメント欄は在宅訪問時に使用するため、未記入でお願いします。

		スタッフコメント欄
1 入口周辺	①住居の形態 ・一戸建て ・アパートもしくはマンション（　　）階 ：エレベーター　有／無　：階段　有（　　段）／無 ②車で自宅前まで進入すること　可能　／　不可能 ③進入場所　玄関　／　窓　／　その他（　　） ④駐車場（車）から自宅までの移動手段 バギー　／　抱っこ　／その他（　　） ※移動時の呼吸介助手段 バギング　／　呼吸器　／その他（　　）	
2 通路	①部屋内移動方法に関して バギー　／　抱っこ　／その他（　　） ※移動時の呼吸介助手段 バギング　／　呼吸器　／その他（　　）	
3 部屋	①自宅内にてお子さんが主に生活する場所：　1階　／　（　　）階 ②自宅内にて介助者が主に生活する場所： お子さんと同室　／　同フロア　／　その他（　　） ③電源に関して ※家庭用ブレーカーの最大許容量　：最アンペア数（　　）A ※非常用バッテリー　：　有　／無	
4 浴室	①入浴実施予定場所：　浴室　・　ベッド　・　その他（　　） ②入浴サポート利用予定：有（　　）　／　無 ③入浴移動方法 バギー　／　抱っこ　／その他（　　） ※移動時の呼吸介助手段 バギング　／　呼吸器　／その他（　　）	
聞取り	※裏面に記入お願いします。	

5：聞取り　：下記例のように記入お願いします。

例）　◎：電源

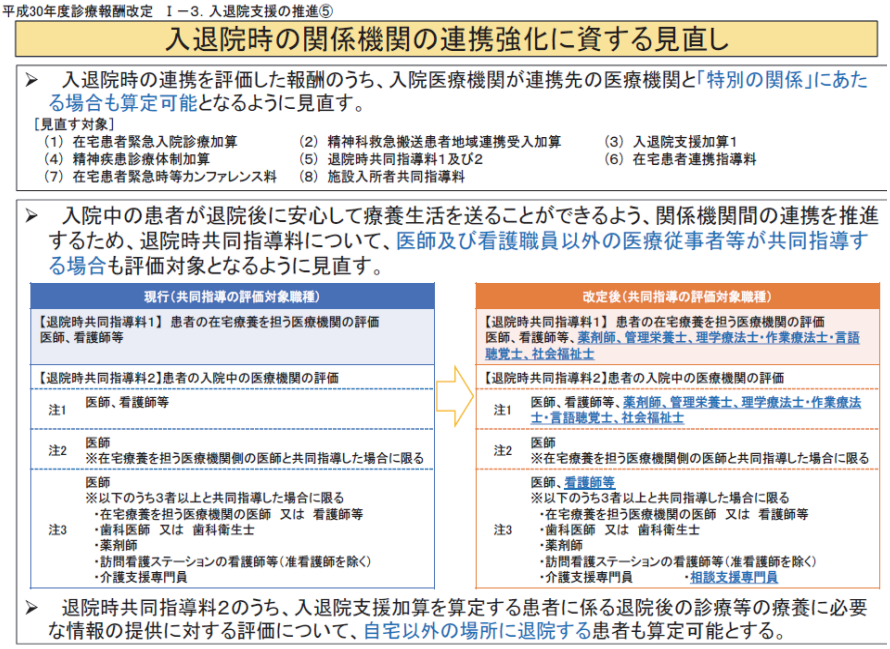
入退院経路　○○ちゃんの主な生活場所：バギーやベッド　ベッド配置予定　呼吸器配置予定　（駐車場）　エアコン

※電源・呼吸器配置箇所・注入箇所・主に生活する箇所・入浴箇所等の記入をお願いします。

長野県立こども病院　2009年

医療的ケア度の高い子どもが退院する前には自宅環境のチェックが重要である。車いすでの移動が必要な子どもの場合は、道幅、道から入口の段差の有無、アパートの場合、何階に住んでいるか、エレベーターの有無、玄関の広さ、廊下の幅のチェックも重要である。さらに、生活導線としての、ベッド位置、ベッド回りの医療的ケア物品の配置、入浴場所と方法、介護者のスペースの有無、人工呼吸や加湿器などの医療機器が多い時は、十分な電源が確保されているか、緊急時対応はどうするかなども検討することが必要である。

18 入退院時の関係機関の連携強化に資する見直し



平成30年度診療報酬改定　Ⅰ－3. 入退院支援の推進⑤

入退院時の関係機関の連携強化に資する見直し

➢ 入退院時の連携を評価した報酬のうち、入院医療機関が連携先の医療機関と「特別の関係」にあたる場合も算定可能となるように見直す。

［見直す対象］
（1）在宅患者緊急入院診療加算　（2）精神科救急搬送患者地域連携受入加算　（3）入退院支援加算1
（4）精神疾患診療体制加算　（5）退院時共同指導料1及び2　（6）在宅患者連携指導料
（7）在宅患者緊急時等カンファレンス料　（8）施設入所者共同指導料

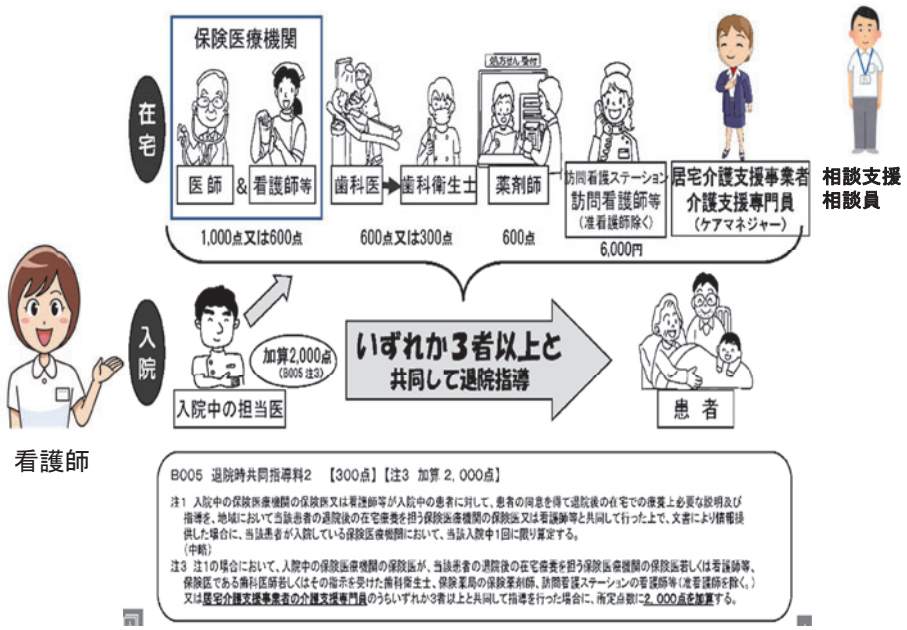
➢ 入院中の患者が退院後に安心して療養生活を送ることができるよう、関係機関間の連携を推進するため、退院時共同指導料について、医師及び看護職員以外の医療従事者等が共同指導する場合も評価対象となるように見直す。

現行（共同指導の評価対象職種）	改定後（共同指導の評価対象職種）
【退院時共同指導料1】患者の在宅療養を担う医療機関の評価 医師、看護師等	【退院時共同指導料1】患者の在宅療養を担う医療機関の評価 医師、看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、社会福祉士
【退院時共同指導料2】患者の入院中の医療機関の評価	【退院時共同指導料2】患者の入院中の医療機関の評価
注1　医師、看護師等	注1　医師、看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、社会福祉士
注2　医師 ※在宅療養を担う医療機関側の医師と共同指導した場合に限る	注2　医師 ※在宅療養を担う医療機関側の医師と共同指導した場合に限る
注3　医師 ※以下のうち3者以上と共同指導した場合に限る ・在宅療養を担う医療機関の医師　又は　看護師等 ・歯科医師　又は　歯科衛生士 ・薬剤師 ・訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く） ・介護支援専門員	注3　医師、看護師等 ※以下のうち3者以上と共同指導した場合に限る ・在宅療養を担う医療機関の医師　又は　看護師等 ・歯科医師　又は　歯科衛生士 ・薬剤師 ・訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く） ・介護支援専門員　・相談支援専門員

➢ 退院時共同指導料2のうち、入退院支援加算を算定する患者に係る退院後の診療等の療養に必要な情報の提供に対する評価について、自宅以外の場所に退院する患者も算定可能とする。

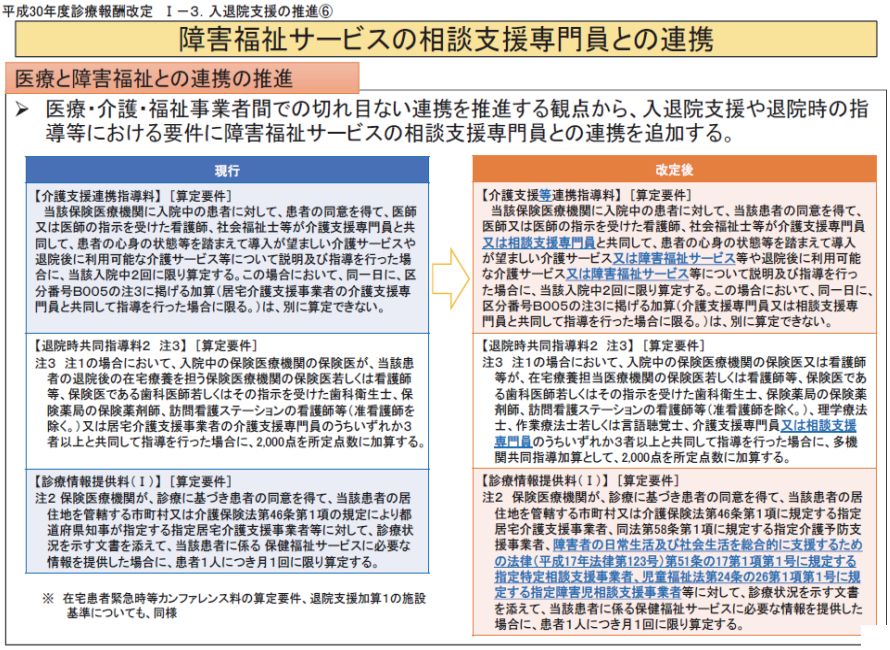
平成30年度診療報酬改定で入退院時の関係強化が見直され、より幅の広い職種との連携が可能となった。

19 退院時共同指導料 2



この指導料は、地域で在宅患者を受ける訪問診療機関と、患者が入院している保険医療機関が、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、共同して行った際に、入院中の保険医療機関が得ることのできる指導料である。地域で在宅患者を受ける職種（在宅保健機関、歯科、薬剤師、訪問看護、介護支援専門員、相談支援相談員）のうち３職種以上が共同して行うと、加算が申請できる。小児では、相談支援相談員は必須であり、薬局や歯科も小児においても重要な地域連携のパートナーである。

20 障害福祉サービスの相談支援専門員との連携



特に小児においては、相談支援専門員との協働が様々な場面で重要である。

21 補装具・日常生活用具の給付

- 補装具：車いす、座位補助装置
- 日常生活用具：電動式痰吸引器、パルスオキシメーター

などの申請が必要と予想される患者に関しては、障害者手帳、補装具・日常生活用具申請、納入に時間がかかるために、計画的な在宅移行を進めるためには、早い時期から申請できる準備を進めてゆく必要がある。

実際の在宅移行を行う際には、院内院外の職種との協働も重要であるが、車いす、座位補助装置、電動式痰吸引器、パルスオキシメーターが必要な患者の支援を行う時には、保護者が子どもの障害の受容できた時点で時間を要する障害者手帳の申請、補装具・日常生活用具申請を速やかに開始しないと、これらのことが在宅移行までの律速となることがある。特に、制作に時間を要する車いすには注意すべきである。

22 在宅医が小児在宅患者に受ける際の問題点

- 病院主治医に対する依存度が高く、在宅医との役割分担が不明瞭になりやすい。
- 重症度が高い上に、変化を評価することが困難なことが多い。
- 指導管理料は1つしか請求できないにも関わらず、多くの在宅物品提供が必要で、収入的に厳しい。
- 個々の患者の個別性が高い。
- 諸制度が煩雑で分かりにくい。
- 相談窓口が明確でない。
- 保護者の思い入れが強い。
- 成人移行を意識する必要がある。

小児の経験が少ない在宅医が、小児在宅患者を受ける際には多くの解決すべき問題点が存在することも、病院側が理解すべきである。

23 病院医師と在宅医との医療連携する際の問題点

- 病院での高度な医療をそのまま在宅に導入しようとする。
- 病院の医療者が在宅医療でどんなことができるかを把握していない。
- 両方の医療に関する理解が不足しているため、お互いの理解や連携が不十分である。
- 終末期、胃瘻造設、気管切開の適応等についての考え方が不明確である。
- 入院早期からの退院調整や退院前カンファレンスの開催等が不十分である。
- 多忙な病院医師と連絡がとりづらく、連携の基盤となる顔の見える関係がつくれない。

小児在宅患者は医療的ケア度が高く、多くの在宅医が小児の経験が少ない中で病院医師と在宅医との医療連携するためには、お互いが顔の見える関係性を構築する必要があるが、病院側は、在宅医療の内容を理解しないまま、病院での高度医療の実施を在宅医、家族に強制することが多く、病院医師と在宅医が協力して患者・家族に寄り添うためには、高齢者以上にお互いの理解や連携が必要である。

24 中間病床

- 在宅、入所施設への移行を支援する施設
- NICUやPICUなどから主に在宅を結ぶ施設
- 医療的ケアの簡素化、在宅での医療ケアの方法、在宅に必要な医療・福祉資源の利用法などを保護者などに学んでいただくことが可能な施設

病院と、在宅医を含めた小児在宅患者を受け入れる地域と溝を埋めることを目的として、日本小児科学会では中間病床の確保が重要であるとしている。

25 大阪府での取り組み



大阪発達総合療育センターでの
- NICU 後方支援在宅移行支援プログラム
- ショートステイ・デイケア事業
- 訪問看護・訪問リハ・訪問診療

ショートステイ連絡協議会

機関名・職種	
（委員）	
堺市立重症心身障害者（児）支援センター ベルデさかい センター長	児玉　和夫
四天王寺和らぎ苑	施設長　山野　恒一
枚方総合発達医療センター ケースワーカー主任	諏訪田　克彦
大阪発達総合療育センター フェニックス園長	船戸　正久
つくし医療福祉センター	副院長　飯塚　忠史
大阪市立住吉市民病院	院長　舟本　仁一
淀川キリスト教病院ホスピス・こどもホスピス病院 院長	鍋谷　まこと
愛染橋病院	小児科部長　隅　清彰
愛仁会リハビリテーション病院 障害児病棟部長	李　容桂
大阪府立母子保健総合医療センター 在宅医療支援室長	位田　忍

大阪府では、長年にわたり小児在宅医療の問題に病院、医師会、行政が取り組んできており、中間病床や、レスパイトベッドの確保に関しても様々な取り組みを行っている。

支援 4 在宅での生活支援
～療育施設の役割～

竹本 潔

目　標

在宅移行後の日常生活に必要な支援を理解し、提供できる。そのためには、退院に際して療育施設と十分連携をとっておく。また、地域において不足している支援を把握し、整備できるよう努める。

Keyword

- 療育施設
- 児童発達支援
- リハビリテーション
- 短期入所・レスパイト
- 相談支援

内　容

- 療育施設の担う役割
- 児童発達支援センターの保育を基盤とした生活・遊びの実際
- リハビリテーション（PT・OT・ST）の目標と実際
- 補装具・自助具・補助具について
- 短期入所・レスパイトの現状と課題
- 相談支援事業について

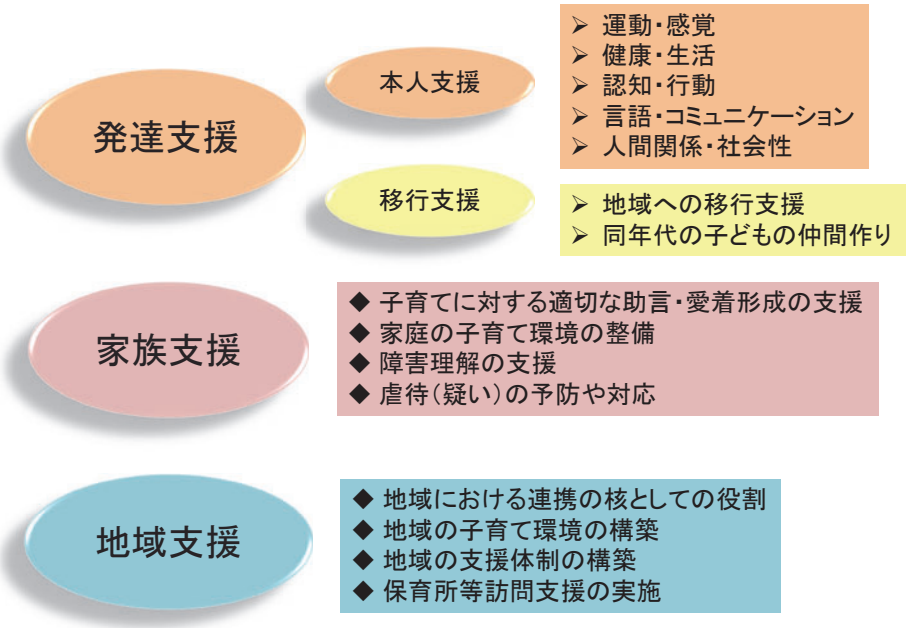
【引用情報】
1）児童発達支援ガイドライン一厚生労働省. 2017.
http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/0000171670.pdf
2）在宅医療及び障害福祉サービスを必要とする障害児等への支援について. 厚生労働省会議資料、http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/0000118084.pdf
3）脳性麻痺のリハビリテーション実践ハンドブック：梶浦一郎、鈴木恒彦　編集.市村出版.東京.2014.
4）短期入所、レスパイトの現状と問題点.　竹本潔.　小児内科：47（12）：2137-2143.　2015
5）療育施設におけるショートステイの現状と課題（総説）.竹本潔、船戸正久、馬場清ら.　日児誌・118（5）：755-761・2014
6）日本小児科学会小児医療委員会・長期入院児の移行問題ワーキンググループ　森俊彦、荒井洋、梅原実、他：重症児の一般病院小児科における短期入所（入院）の実態と課題.　日児誌118（12）1754-59、2014
7）NICU卒業生を支える・つなぐ　もっと知りたい！フォローアップ　vol17　相談支援専門員の立場から.　近藤正子、NeonatalCare(30)970-73.2017.
8）病気をもつ子どもと家族のための「おうちで暮らすガイドブック」医療的ケア・サポートが必要な子どもとの生活のヒント：監修前田浩利、メディカ出版、大阪市、2016

1 小児在宅支援において療育施設が担う役割



小児在宅医療において療育施設（重症心身障害児施設）が担う役割を示す。従来からのリハビリテーションや整形外科に加えて、最近はデイケアとショートステイが大きな柱となっている。また、相談支援や、病院から在宅への移行期を担う中間施設の役割にも力を入れる施設が増えてきた。
病院からの在宅移行に際しては地域の療育施設と十分な連携をとることが大変重要である。

2 児童発達支援の内容



児童発達支援とは、障害のある子ども（またはその可能性のある子ども）が地域で育つ時に生じるさまざまな問題を解決していく努力のすべてを指す。家族や地域への支援も含み、地域での健やかな育ちと成人期の豊かな生活を目標とする。
保育所等訪問支援とは、専門的な知識・技術を有する職員が地域の保育所等に訪問して支援する事業で、訪問先施設からではなく保護者からの依頼に基づく事業である。

3 福祉型児童発達支援センターの一日

10:30　登園・健康チェック
10:40　保育・年齢別、たてわり　など
11:20　給食・食後、順次降園



0・1才児（ももぐみ）
・お子さまとふれあいながら、好きな遊びや楽しいことを見つける
・遊びが取り組みやすい姿勢設定などの検討
2・3才児（れもん・ぶどうぐみ）
・道具を使った製作やお友達を意識した集団遊び
・就園に向けた準備
4・5才児（りんご・めろんぐみ）
・集団の一員として役割を担った取り組み
・就園・就学に向けた準備

個別保育
保育士と1対1で保育を行い、各々の課題に応じた遊びを提供し、発達を促す

たてわり保育
0歳児～5歳児まで一緒の保育。集団遊びや季節に応じた遊び、テーマ別の遊びなど異年齢のお友達と一緒に遊ぶ楽しさを経験する。

地域交流
地域の保育園との合同保育を定期的に実施したり、卒業生とその父兄を招いてピアカウンセリング座談会を実施。

併行通園
地域の保育園・幼稚園と児童発達支援を併行通園をしているお子さま対象のクラス。

大阪発達総合療育センターの福祉型児童発達支援センター「ふたば」での実際の保育内容を示す。
地域交流、併行通園は家族支援・地域支援として重要である。

4 子どもたちが楽しめるいろんな遊び

運動に制限があっても、医療的ケアがあっても楽しめる遊びがあります！


スライム遊び


シーツブランコ


泡絵の具（石けん）遊び


ボールプール

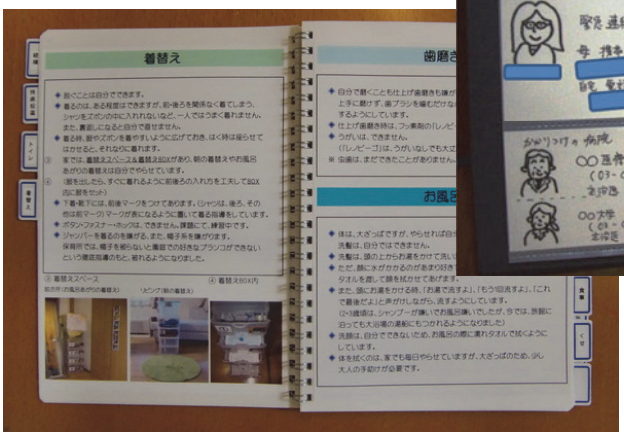

砂あそび

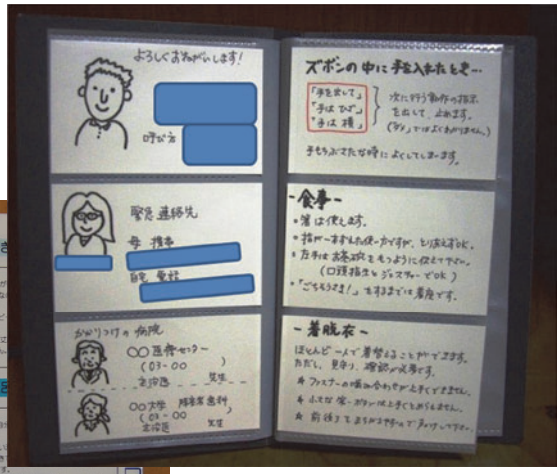

プール遊び

十分な安全配慮と工夫で、運動に制限があっても、気管切開や人工呼吸器があっても楽しめるいろんな遊びがある。遊びは子どもの発達になくてはならないものである。

5 サポートブック

インターネットでダウンロードできる書式を利用してもよいし、メモ帳のように自由に作成してもよい





自由に作成した例

地域の保育所や就学などの地域移行の際にサポートブックがあるとわかってもらいやすい。サポートブックの例を示す。医療的ケアに限らず日常生活全般において、児に関わる全ての人に児のことをよく理解していただけるよう作成しましょう。

既定の書式にとらわれず、メモ書きのように自由に作成してもOK！写真やイラストを入れるのもよい方法である。

6 小児のリハビリテーション：総論

- 成人の障害と異なって、姿勢コントロールの発達の未熟性に由来する機能障害のため、小児では理学療法（PT）、作業療法（OT）、言語聴覚療法（ST）の境界を設定しにくい。
- 児に対する直接的セラピー効果よりも、主体的に育児にかかわる養育者によるハンドリング（扱い方）の影響が大きい場合が想定される。
- このため、個別的な問題解決のための指示と、家庭や保育所でのハンドリングや補装具・自助具を含めた包括的支持の二面性を踏まえたリハビリテーションが必要。
- 具体的なリハビリテーションの指示として以下の2点が必要。

・ADL介助の方法
介助者にとって簡便な効率的介助方法を目指すのではなく、児の現在抱える発達の問題を解決し、能力向上につながる介助方法を展開するための工夫を指示

・姿勢コントロール
発達指標に従った順序を追いかけた発達の指示ではなく、未発達の姿勢コントロールによって損なわれている運動・姿勢を支援するハンドリングや補装具の使用、環境設定（遊び等）を指示

小児のリハビリテーションの総論を示す。リハは通院または訪問で実施される。リハが入ることで、介助の負担や心配が減り、「暮らしやすくなる」事例を数多く経験する。

7 理学療法（PT）

- 乳幼児期のリハは、発達初期の運動と感覚を学習する意味で重要
- さまざまな姿勢や、目と手と口を使った感覚遊び等を通して、身体の動き（筋活動）を援助し、発達を促す。
- 養育者に具体的な身体の動かし方・姿勢変換方法などを伝達する。



両足を前後に揺らし全身の抗重力方向の活動を実施。



座位からの踵に体重をかけて立ち上がりの練習に挑戦。



家庭でできるよう、人形を用いて具体的な身体の扱い方を説明。

理学療法（PT）について示す。養育者へ具体的な身体の動かし方・姿勢設定などを伝達することが大切である。

8 作業療法（OT）

- 基本的な姿勢や運動能力を日常生活場面に応用し、遊び、食事、着替え、トイレ、入浴など必要とされる具体的な生活動作がうまくできるよう取り組む。
- できるだけ少ない介助で適切な動きを誘導する。
- 生活動作が容易に継続できるよう、使用する道具や椅子、机、補装具などを工夫する。



座位姿勢で本読み



箱椅子の作製



型はめ遊びで左手のつまみ練習

作業療法（OT）について示す。興味を引き出すことや、使用する道具や補装具などの工夫・作製も重要である。

9 言語聴覚療法（ST）

- 言語機能、聴覚機能などのコミュニケーション機能障害や摂食嚥下機能障害に対する支援
- 経口摂取できない児に対しても指などで口腔への感覚刺激を行い、異物への慣れや咀嚼・嚥下運動を促す。
- 言葉の発達、知的能力、口の運動障害の状態に応じて、姿勢の安定を図りながら口の動き、発音・発声を練習し、コミュニケーション手段の獲得を支援。
- 気管切開例ではスピーチバルブ装着での発声練習も。



指しゃぶりで口腔刺激



オーラルコントロール
全身の姿勢管理も重要

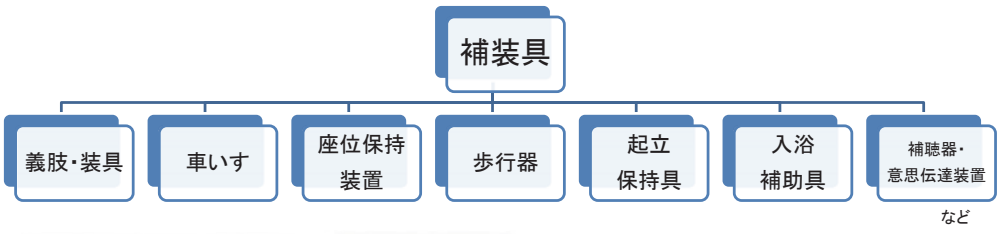


スピーチバルブを用いた
発声練習

言語聴覚療法（ST）は、コミュニケーション機能障害に対する支援と、摂食嚥下機能障害に対する支援に大別される。タブレット型PCも有用な手段である。嚥下機能評価には、嚥下造影検査（VF）や嚥下内視鏡検査（VE）などがある。

10 補装具

補装具とは、障害児者の身体機能を補完、又は代替し、かつ長期間に渡り継続して使用されるもの。身体障害者手帳（肢体不自由）で補助が受けられる。





バギー



座位保持装置



SRC歩行器



起立保持具

各種補装具を示す。日常生活においてバギーなどの移動手段は必須であるが、退院までに作製が間に合わないことが多いのが課題である。SRC歩行器や起立保持具は、自立位がとれない児でも歩行や抗重力筋活動が体感できる補装具である。

11 補装具の例



短下肢装具



動的脊柱装具プレーリーくん
（側弯矯正装具）



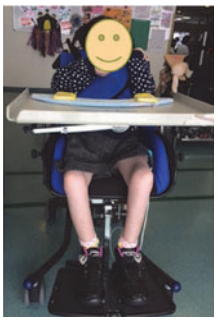
外転装具



入浴補助具（お風呂椅子）



PCW（歩行器）



座位保持機能付き車いす

補装具の例を示す。
動的脊柱装具プレーリーくんは従来の装具と異なり、軽量でしなる素材を用いた、ゆるやかな保持で自律的矯正を促進する側弯矯正装具で、脳性麻痺をはじめとする症候性側弯患者に広く使用されている。特に座位姿勢の安定性には定評がある。

12 自助具・補助具



ペンを握り続ける工夫



ホースを切ったものにマジック
テープを通して作製



斜面台
目線と手もとを一致させる





スプーンの工夫



はめ込み椅子（学校用）

自助具・補助具の例を示す。日常生活において重要な役割を担っているが、作製に公的補助は原則受けられない。

13 短期入所

家族にとって、必要不可欠な支援であり、小児在宅医療を推進していくにあたって最も必要とされる重要な支援のひとつ

【表９】平成２２年度に実施した実態調査結果による
「地域で安心して暮らし続けるうえで必要と感じているサービス等」

ニーズ（サービスの内容）		割合
短期入所事業所の増		60.2%
重症心身障がい児者を診察してくれる専門医の増		52.7%
医療機関による短期入所の実施		45.1%
医療的ケアに対応できる事業所の充実	ホームヘルプ(※)	40.8%
	ケアホーム	40.2%
	生活介護	37.0%
医療型障がい児入所施設等(旧重症心身障がい児施設)の増		39.6%
相談支援体制の充実		39.3%
訪問看護の充実	利用料の軽減	26.6%
	事業所の増	24.8%

大阪府障がい者自立支援協議会 重症心身障がい児者地域ケアシステム検討部会による重症心身障がい児者地域ケアシステム検討報告書 平成 25 年 3 月より

大阪府の調査によると、家族が地域で安心して暮らし続けるうえで最も必要と感じているサービスは短期入所事業所の増加であった。
短期入所は今後小児在宅医療を推進するにあたって必要不可欠な支援である。

14 短期入所・レスパイト

➢ 短期入所（ショートステイ）：障害者総合支援法に基づく「福祉」事業

- 介護者の精神的・肉体的休養のため、あるいは病気やご家庭の事情により一時的に介護ができなくなった場合に、施設に短期間入所し、日常生活の支援や必要な医療的ケアなどを受けること。
- 医療型と福祉型に分かれる。医療型は病院、診療所、介護老人保健施設で実施される短期入所で、日中のみの日帰り型（特定短期入所サービス）もある。福祉型は医療型以外の施設で実施される（基本的に医師不在）。

➢ レスパイト入院：「医療」に基づく入院

- 「福祉」としての介護者の休息が主目的ではあるが、副目的として、人工呼吸器の条件設定や栄養状態などの在宅医療管理の評価・修正を行う「医療」がある場合。
  医療評価入院とも呼ばれる。

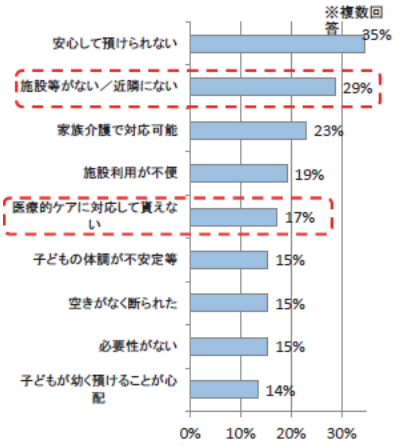
両者は区別されるべき用語であるが、混同されることも多い。
レスパイト入院は副目的の「医療」を名目に、各施設毎に柔軟に対応している実情がある。

短期入所とレスパイト入院の違いを示す。短期入所（ショートステイ）は障害者総合支援法に基づく「福祉」事業であるのに対して、レスパイト入院は「医療」に基づく入院である。
さらに、福祉事業である短期入所（ショートステイ）も、医師が常在する施設（病院等）で実施される「医療型」と、それ以外の施設で実施される「福祉型」に大別され、報酬が異なる。

15 医療型短期入所事業所を利用していない理由

○ 人工呼吸器の管理を要する障害児が医療型短期入所を利用していない理由の一つとして、「施設等がない/近隣にない」や「医療的ケアに対応して貰えない」とする回答が一定程度みられた。

＜人工呼吸器の管理を要する児が医療型短期入所を利用していない主な理由＞



出典：平成27年度厚生労働省社会・援護局委託事業「医療的ケアが必要な子どもに関する調査」速報値

＜医療型短期入所事業所の設置状況＞

都道府県	力所数	(参考)※医療機関数	都道府県	力所数	(参考)※医療機関数
北海道	18	485	滋賀県	3	49
青森県	3	79	京都府	6	158
岩手県	5	75	大阪府	15	487
宮城県	4	113	兵庫県	18	317
秋田県	2	54	奈良県	4	71
山形県	5	52	和歌山県	5	78
福島県	7	104	鳥取県	6	36
茨城県	8	154	島根県	7	43
栃木県	5	89	岡山県	10	147
群馬県	6	114	広島県	11	209
埼玉県	16	289	山口県	6	117
千葉県	7	247	徳島県	3	98
東京都	16	580	香川県	6	78
神奈川県	25	288	愛媛県	3	124
新潟県	7	108	高知県	4	112
富山県	4	85	福岡県	28	376
石川県	6	82	佐賀県	5	93
福井県	3	58	長崎県	6	124
山梨県	2	51	熊本県	9	172
長野県	11	113	大分県	10	132
岐阜県	22	90	宮崎県	3	118
静岡県	10	150	鹿児島県	3	208
愛知県	8	280	沖縄県	5	76
三重県	6	87	合計	382	7,250

出典：力所数は平成27年度障害児・発達障害者支援室調べ（平成27年4月1日時点）
医療機関数は平成26年医療施設調査（平成26年10月1日時点）
（一般病院のうち一般病床を有する病院の数）

短期入所を利用していない理由の中には、近隣に施設がない、医療的ケアに対応してもらえない、という回答が一定数あった。
出典：在宅医療及び障害福祉サービスを必要とする障害児等への支援について．厚生労働省会議資料

16 全国で短期入所・レスパイトを実施している施設とその概況

1）日本重症心身障害福祉協会加盟の公立・法人立の重症心身障害児施設

「福祉」としての短期入所を実施している最大母体。
実態調査によると、全国の加盟134施設のうち平成30年度の1年間に重症児者の宿泊を伴う短期入所を実施したのは132施設で、延べ52,645人（実人数10,762人）が、延べ195,332日利用しており、平成26年度からの4年間で、延べ利用人数は30.8%、延べ利用日数は16.5%増加していた。

2）重心病棟を持つ独立行政法人国立病院機構

国立病院機構重症心身障害協議会平成25年度報告書によると、全国の国立病院機構の計74施設のうち66施設で、平成25年度の1年間で延べ8,430人に対して、延べ37,196日の短期入所が実施されていた。

3）いわゆる多機能型事業所などの福祉事業所

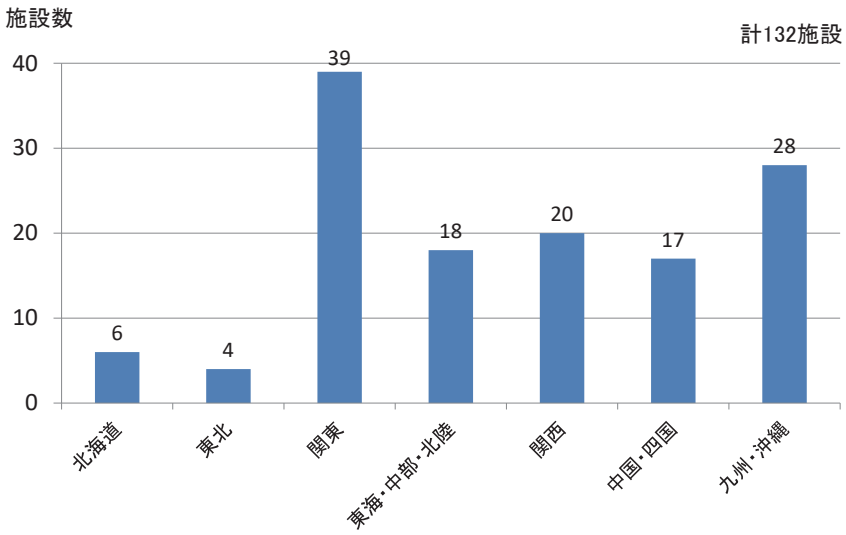
医師不在であり医療面での対応や緊急時の対応等に不安がある
平成26年2月の国保連のデータによると、重症児の割合は少ないと考えられるが、身体障害、知的障害、精神障害のいずれかで短期入所を実施しているのは全国で3,679事業所あり、34,163人が利用していた。

4）一般病院小児科

日本小児科学会の調査（平成25年12月）によると、空床を利用する形で全国135施設でレスパイト入院を実施しており、中央値は5例/年であった。

重症心身障害児施設（医療型障害児入所施設）は短期入所を実施している最大母体であり、利用者は年々増加している。
一般病院小児科が短期入所・レスパイトへの参画にあたり、最も不安に感じる点は、介護者の付き添いがない点であろう。

17 短期入所を実施している重症心身障害児施設数



（令和元年度全国重症心身障害児者施設実態調査：日本重症心身障害福祉協会.令和元年8月.の資料より作成）

H30年度に重症心身障害児者の短期入所を実施した日本重症心身障害福祉協会加盟の公立・法人立の重症心身障害児施設（計132施設）の地域別内訳を示す。関東が39施設で最も多く、東北が４施設で最も少なかった。

18 短期入所の課題と対策例（1）

● 家庭と全く同じやり方を求められることの戸惑い
（医療的ケアの方法、姿勢設定、摂食介助のコツなど）
またその情報をスタッフ間で正確に伝達することの難しさ
⇒初回利用時に写真を撮ってケアシートを作成し職員間で正確に伝達する

● 主治医や病院によって医療的ケアのやり方が違うこと
気切部のケア、気管吸引の方法など主な基幹病院と連携し、手技の統一を図る

● 多種多様の持参物品の確認の手間、紛失・破損した場合の対応
入退所時の物品チェック等は病棟事務員が担う

● 利用後の感想や苦情の対応
情報を職員全体で共有して対策を検討する

● 急変時や体調不良時の対応
新規登録時や入所時に具体的な対応（発熱時など）をできるだけ確認しておく。
短期入所の約20%に何らかの追加診療が必要であったとの報告あり。
（竹本ら、日重障誌42：405-409. 2017）

短期入所の課題と対策例を示す。医療的ケアの手技を統一すると混乱が少ないと思われる。体調不良時の対応は、予め家族と確認しておくことが望ましい。

19 短期入所の姿勢設定に関するケアシートの１例



短期入所の姿勢設定に関するケアシートの１例を示す。タオルやクッション等の位置が細かく設定されており、ベッドサイドに写真で示すと確認しやすい。

20 短期入所の課題と対策例（2）

- SpO2モニターに関して

短期入所中は、家のように常に介護者が傍にいて、様子を肌で感じることはできない。呼吸や緊張が不安定なケースだけでなく、気管切開例はSpO2モニター監視が望ましい。

- 流行性疾患の感染防止対策：特にインフルエンザとノロウイルス

入所時の問診や健康状態の確認は大変重要だが、発熱や嘔吐は感染以外でもよく認められ鑑別は難しい。特に入所後48時間以内の発症は要注意！2020年以降は新型コロナウイルス対策も最重要課題である。

- 短期入所の供給不足対策（モデル事業含む）

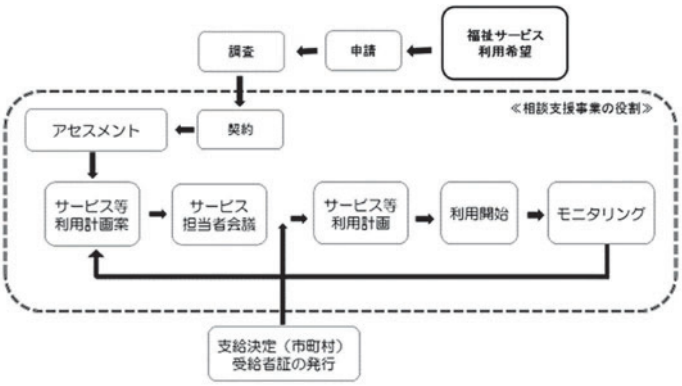
1）行政主導による短期入所の実施：急性期病院の空きベッドを利用した医療型短期入所（通常入院との収益差額を行政が補助する等）
2）療育施設同士の横の連携による空床の有効活用
3）訪問レスパイト（在宅レスパイト）：医療的ケアに対応可能な介護士・ヘルパーが自宅へ長時間訪問
4）診療所における日中一時支援、小規模多機能施設・居宅介護事業所での短期入所など

- 今後は、介護者のレスパイトだけではなく、児本人にとって楽しく有意義な短期入所（日中活動やリハの実施など）への取り組みも大切となる。

流行性疾患の施設内感染防止は大変重要である。
ショートステイは、供給量の確保がまず喫緊の課題であるが、今後必ず質の問題へ移行してくる。すなわち、単に児を安全に預かるだけでなく、児がそこでどう過ごしているか中身が問われるようになる。娯楽、創作活動、散歩、行事参加など滞在中の過ごし方が求められてくるであろう。

21 相談支援事業

地域で生活するには訪問看護や訪問診療などの医療サービスだけではなく、
様々な福祉サービスを適切に利用することが重要。相談支援専門員は介護保険
でのケアマネージャーのような役割を担う。



相談支援事業所を利用する際の流れ

◆ 必要なニーズをアセスメントし、活用できる障害福祉サービスの情報を広く提供
◆ 総合的な支援計画（サービス等利用計画）を作成
◆ 計画に沿ってサービスを調整し、一体的・総合的なサービス提供を確保

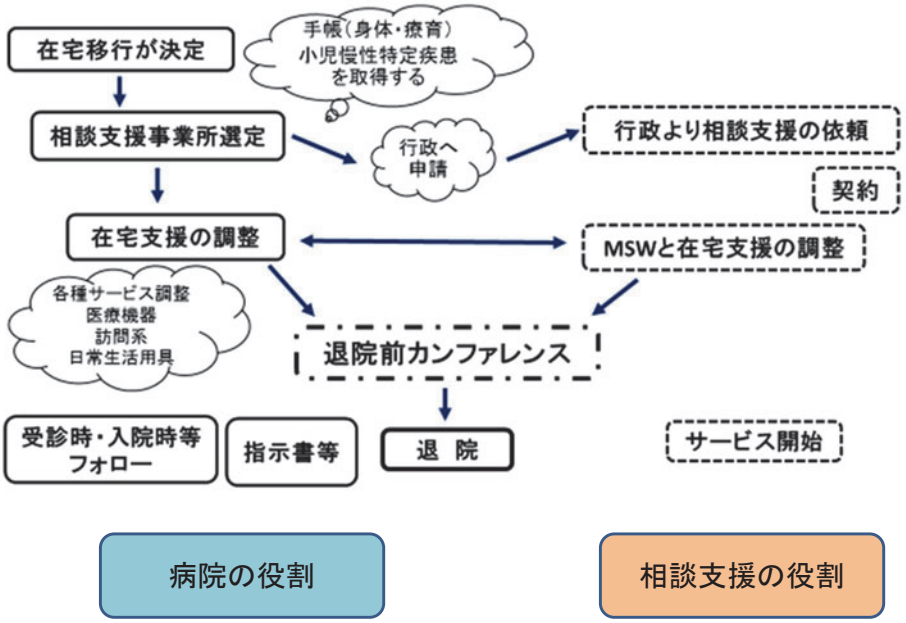
相談支援事業とは地域で生活する障がいのある方や家族、関係機関からの相談に応じ、必要な情報提供や助言を行うことで、自立した日常生活または社会生活が送れるように総合的・継続的に支援する事業をいう。図の点線内が相談支援専門員の役割となる。

22 介護支援専門員（ケアマネジャー）と相談支援専門員の機能の違い

- ケアマネジャーは訪問看護をコーディネートできる。
- 在宅療養支援診療所もケアマネジャーに報告すると介護保険から報酬がある
- ケアマネジャーは、医師、看護師も含めたケア担当者会議を招集できる
- ケアマネジャーは、毎月患者宅を訪問し、モニタリングすることになっている

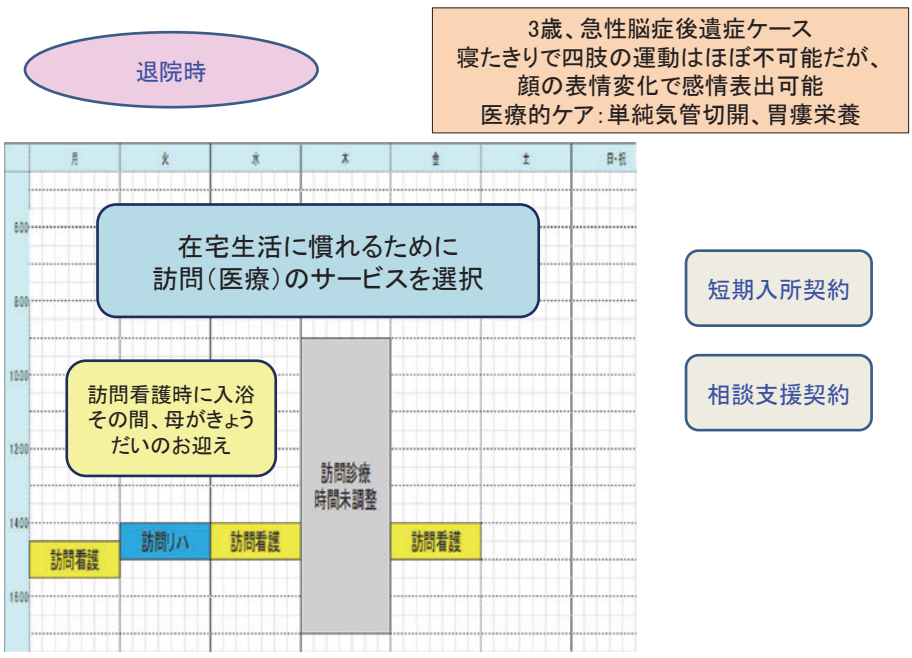
介護支援専門員（ケアマネジャー）と相談支援専門員の機能の違いを示す。ケアマネジャーに比べて、相談支援専門員は権限や報酬の点で及んでいない。

23 在宅移行する際に相談支援事業を利用する場合のイメージ



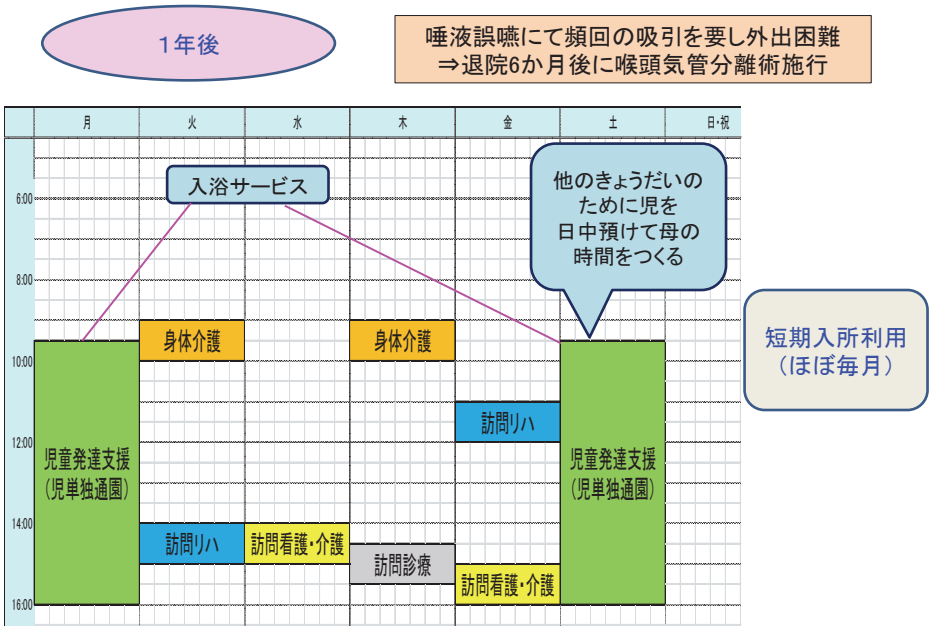
在宅移行する際に相談支援事業を利用する場合のイメージを示す。
在宅移行する場合、訪問診療や訪問看護等の医療サービスが先行し、手帳要件が必須となる福祉サービスは遅れることが多い。福祉サービスを利用するために、相談できる相談支援事業所を探しておくことが大切である。

24 在宅移行後の１週間のスケジュールの変遷例 ～退院時～



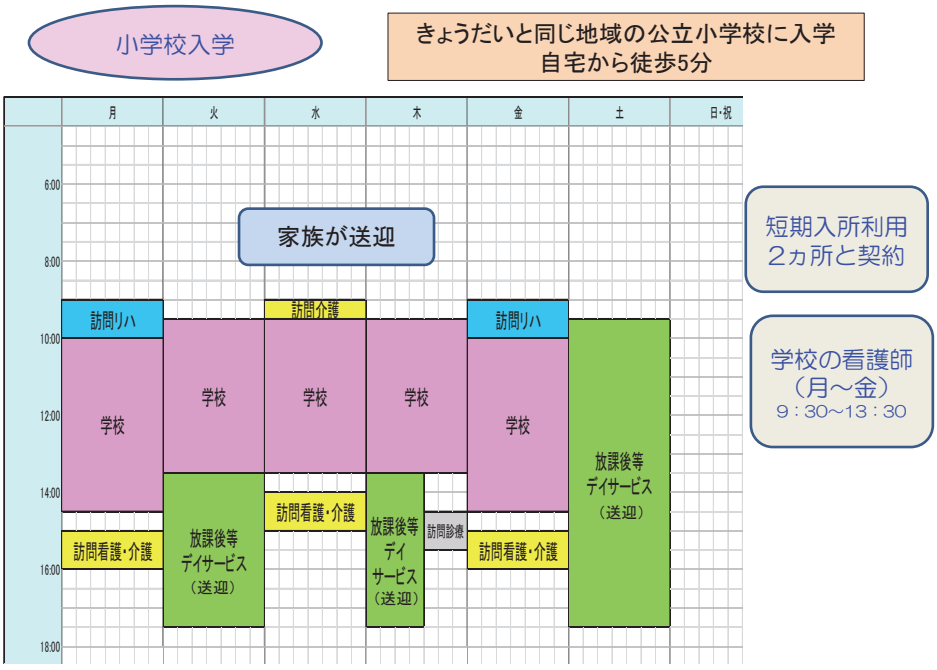
3 歳で在宅移行した、生来健康であった児の急性脳症後遺症ケースの 1 週間のスケジュールの変遷を示す。退院当初は週 1 回の訪問診療、3 回の訪問看護（入浴）、1 回の訪問リハでスタート。MSWの勧めで短期入所と相談支援の契約をした。障害福祉サービスを有効に利用するために相談支援の担う役割は大きい。

25 在宅移行後の１週間のスケジュールの変遷例 ～１年後～



喉頭気管分離術後は吸引回数が激減したため外出がしやすくなり、当センターの児単独通園（児童発達支援）にも週２回通園開始した。発熱頻度も大きく減少した。本人・家族ともに生活満足度が上がり、本ケースで喉頭気管分離術の実施は大変適切な判断であった。（このようなケースは多い。）

26 在宅移行後の1週間のスケジュールの変遷例 ～小学校～



悩んだ結果きょうだいと同じ地域の小学校へ入学した。週３回送迎付きで放課後等デイサービスを利用開始。訪問診療は２回/月で、その日はデイはお休みとした。
学校に看護師が不在の時間帯は母が待機している。訪問看護・介護の同時訪問で入浴介助を実施している。

支援 5 在宅医の緊急時対応

土畠 智幸

目　標　在宅医が小児患者での緊急時対応、予防ができるようになる

Keyword
- 実質的違法性阻却

内　容
- 緊急事態の考え方：病院と在宅の違い
- 医行為／医療的ケア／緊急避難的行為
- 呼吸器系：窒息、呼吸不全、気胸
- 循環器系：突発的な心停止、不整脈、心不全、肺高血圧、気管腕頭動脈瘻出血
- その他：敗血症、けいれん重積、腸閉塞
- 緊急事態を想定した話し合い
- 虐待

【引用情報】
1）「医行為」について．厚生労働省ホームページ．
http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/02/s0203-2g.html
2）全国訪問看護事業協会（編）．改訂介護職員等による喀痰吸引・経管栄養研修テキスト．中央法規出版，2015年

1 緊急事態への対応

緊急事態への対応の考え方：

●病院：医師が即座に対応できる
●在宅：医療者が即座に対応できない

※学校やデイサービスなどでは、家族もそばにいないことがある

⇒　在宅では「予防」と「シミュレーション」が重要
・予測される緊急事態についてはあらかじめ対策を検討しておく
・在宅移行前のカンファレンスで確認する

緊急事態への対応については、医師などの医療者が常駐する医療機関と異なり、在宅ではすぐに医療者が対応することはできない。また、学校やデイサービスなどにおいては、家族もそばにいないことがある。在宅では、より「予防」と「シミュレーション」が重要となる。
予想される緊急事態とそれへの対応については、在宅移行前のカンファレンスにおいて関係者間であらかじめ確認しておく。

2 医行為／医療的ケア／緊急避難的行為

・医師法第17条「医師でなければ医業をなしてはならない」
・医業：医行為を反復継続する意思をもって行うこと
・医行為：医師の技術および判断をもってするのでなければ危害を生ずるおそれのある行為

※絶対的医行為：医行為のうち、原則として医師のみが行うもの（気管内挿管、カニューレ挿入など）
⇒　気管カニューレ事故抜去時には看護師等が再挿入できないか？
⇒　反復継続しない「緊急避難的行為」は「医業」にあたらないとする解釈だった
⇒　2018年3月16日 緊急時のカニューレ再挿入は「臨時応急の手当て」とする通知を発出

医師の技術および判断をもってするのでなければ危害を生ずるおそれのある行為はすべて「医行為」と規定される。医行為を反復継続する意思をもって行うこと（1回のみではないということ。金銭的対価を得るかどうかは問わないのでボランティアの場合も同様）が「医業」と規定され、第一義的に医師しか行うことができないとされている。ただし、医師の指示の下に、看護師などの医療職が行うことのできる医業の範囲が徐々に拡大してきた。
気管カニューレ挿入については「絶対的医行為」として医師のみが行う行為とされているが、特別支援学校やデイサービスなど、医師がいない状況で事故抜去が発生し、窒息症状などを呈している場合には、「緊急避難的行為」として許容されると解釈されていた。
2018年3月16日に厚生労働省より、気管カニューレの事故抜去時の再挿入についての通知が発出され、看護師は「臨時応急の手当て」として実施できるとの解釈がなされた。

3 医行為と実質的違法性阻却

実質的違法性阻却

・医療的ケア児が日常生活を送るのに必要な医行為を、本人の代わりに家族が行うことは「実質的違法性阻却」※とされる

※形式的には医師法違反となるが、それなしでは日常生活を送ることができないので違法性を問わないとする運用

・介護職員による痰吸引、経管栄養
⇒ 平成24年4月より一定の条件の下で「医業」として行うことが可能となった

医療的ケア児に対する家族による医行為は、それがなければ日常生活を送ることができないということで、「実質的違法性阻却」とされる。
たんの吸引および経管栄養については、社会福祉士および介護福祉士法改正によって平成24年４月より、一定の条件の下（①一定の研修を修了して都道府県知事より認定を受ける、②所属する事業所が実施施設として登録する、③医師の文書による指示がある）、「日常生活に必要な行為」として介護職員等が「医業として」実施することが可能となった。

4 医行為ごとの実施可能な範囲

	医師	看護師	家族	介護職など
医療的ケア（痰吸引、経管栄養）	○	○	○ ※	○ 要研修
医療的ケア以外の医行為	○	○	○ ※	×
絶対的医行為（気管カニューレ挿入等）	○	△ ＊	○ ※	×
緊急避難的行為	○	○	○	○

＊ 事故抜去時の気管カニューレ再挿入は臨時応急の手当として可（2018.3.16～）

※は実質的違法性阻却

看護師であっても、気管内挿管や気管カニューレ挿入などの「絶対的医行為」（原則として医師のみが行うとされている医行為）は行わないが、大学院で研修を受けるなどして「特定行為」として行う場合もあり、行為の内容や状況によって異なることに注意が必要である。気管カニューレの事故抜去時の再挿入については、2018年３月16日に厚生労働省より通知が発出され、「臨時応急の手当て」として実施可能となった。
家族については、どのような医行為であっても、「実質的違法性阻却」として許容される。
介護職などについては、一定の研修を受けた場合は痰吸引、経管栄養といった「医療的ケア」の実施が可能となる。
心肺停止時の心臓マッサージなどは「緊急避難的行為」としてそこに居合わせた人（バイスタンダー）が行うことが許容される。気管カニューレ事故抜去についても、窒息症状が出ている場合などはこれに該当するものと考えられる。

5 緊急事態：呼吸器系（1）

1. 窒息

・排痰困難（神経筋疾患など）：
　吸引、機械式排痰補助装置（カフアシストなど）
・誤嚥：吸引、機械式排痰補助装置
・カニューレ閉塞：
　吸引、カニューレ交換（ワンサイズ小さいものを用意しておく）
※ カニューレ事故抜去

在宅で頻度の高い呼吸器系の緊急事態としてはまず「窒息」があげられる。小児在宅医療でよく遭遇する窒息は、神経筋疾患などにおける排痰困難と、誤嚥である。排痰補助装置を在宅で用いている場合にはそれを使用したのち吸引する。気管切開後の患者においては、痰などでカニューレが閉塞することがある。この場合、カニューレ内腔を吸引しても固くなった痰がこびりついていて吸引しても改善しないことがあり、その場合はカニューレを交換する。気管孔が狭小化して再挿入が困難になることがあるため、ワンサイズ小さいカニューレをあらかじめ用意しておく。

6 ※カニューレ事故抜去による窒息

※ カニューレ事故抜去による窒息

・気管軟化症がある場合、呼吸不全あるいは窒息を起こすリスクがある
⇒　カニューレ再挿入が必要
・喉頭気管分離後では、カニューレが完全抜去ではなく抜けかかった状態になった場合、気道確保ができず窒息することがあり注意
⇒　夜間はSpO_2モニター装着が望ましい

在宅においては、カニューレ事故抜去による呼吸状態の悪化に注意する必要がある。気管軟化症があると、カニューレが抜けたことで気道内に陽圧がかからなくなって呼吸不全あるいは窒息を起こすリスクがあり、カニューレ再挿入が必要となる。喉頭気管分離後では、カニューレが完全抜去ではなく抜けかかった状態となった場合、カニューレの先端が気管壁にあたるなどし、さらに上気道からの通気がもともと無いため、窒息するリスクがある。夜間についてはSpO_2モニター装着が望ましい。

7 緊急事態：呼吸器系（2）

2. 急性呼吸不全

- 慢性呼吸不全の急性増悪：
- 日中も人工呼吸器装着することで在宅加療可能な場合もあり
- 酸素を併用する場合は、高炭酸血症の合併に留意
- 肺炎などの気道感染症：
- 発熱が無いケースもあるため注意
- 酸素併用していると対処が遅くなる場合があり注意
- 無気肺：カフアシスト、体位ドレナージ、改善無ければ病院へ

急性呼吸不全に対して酸素投与で対応する場合、SpO_2だけでなくpCO_2にも留意する必要がある。

8 緊急事態：呼吸器系（3）

3. 気胸

- 突発的な胸痛については気胸の可能性を考える
- 陽圧換気中の気胸は軽度でも急速に悪化するリスクあり要注意
- 症状が強かったり、緊張性が疑われる場合は救急搬送

気胸については、陽圧換気中の場合は急速に悪化するリスクがあり早めの受診あるいは救急搬送を考慮する。

9 緊急事態：循環器系（1）

1. 突発的な心停止／不整脈

・1〜3年に1回程度のホルター心電図が望ましい
・カルニチン欠乏に留意
・リスクの高いケースでは、あらかじめ胸骨圧迫の位置を確認

緊急事態としてやはり想定しなければいけないのは、循環器系である。不整脈については、カルニチンなどの栄養素欠乏との関連もあり注意する。リスクに応じて定期的にホルター心電図を行うことが望ましい。先天性心疾患術後などで高リスクの場合は、あらかじめ胸骨圧迫の位置を確認しておくことも重要である。

10 緊急事態：循環器系（2）

2. 心不全

・筋ジストロフィーでは定期的な心エコー検査を
・呼吸不全との区別が難しいことがあり注意する
・末梢循環の悪化が無いか確認する

3. 二次性肺高血圧

・先天性心疾患や肺低形成などでPH傾向がある場合は注意
・PH crisisにより循環不良となっている場合は入院加療が必要

心不全については、呼吸不全との区別が難しいことがあるため、末梢循環の悪化に注意する。
先天性心疾患や肺低形成などでPH傾向がある場合は注意。心内シャントがある場合はよいが、ない場合はPH crisisの状態となることがあり、その場合は入院加療が必要となる。

11 緊急事態：循環器系（3）

4. 気管腕頭動脈瘻による気管出血

- 発症してしまうと致死的となるリスクが高い
- 在宅で発症したら、気管カニューレのカフを高圧にして搬送するしかない
- 気管切開患者では、年齢に応じて1～2年に1度程度の検査が望ましい
  （耳鼻科医による気管内のチェック、頸部～胸部CT、疑わしければ3D-CT）

小児在宅医療で最も恐ろしい合併症は、気管腕頭動脈瘻による気管出血であり、在宅で発症した場合には非常に死亡率が高い。とにかく予防することが重要であり、小学校高学年以降の気管切開後の児については、年１回程度は耳鼻科、CT検査が望ましい。気管狭窄が 3mm 以下と高度な場合、カニューレ先端が腕頭動脈に近接している場合、気管内から腕頭動脈の拍動が認められる場合には、腕頭動脈バイパスなどの外科的介入についても検討する。

12 緊急事態：その他（1）

敗血症：

- 急速に進行する場合には在宅での経静脈抗菌薬による加療よりも入院加療が望ましい
- 膀胱バルーン留置例などでは、尿路感染症の頻度が高い

小児在宅医療においては時折、敗血症に遭遇する。在宅での経静脈抗菌薬で加療する場合もあるが、免疫不全がある場合、ステロイドを長期内服している場合などは急速に悪化する可能性があるため、入院治療への切り替えが遅れないように注意する。

13 緊急事態：その他（2）

けいれん重積：
- もともとてんかんのある場合、ダイアップ（ジアゼパム坐剤）を用意し、使用する基準を決めておく
- 用意ができればミダゾラム点鼻も有効
- もともと中枢神経障害がなく、てんかんの基礎疾患が無い場合は、即座に救急要請する

腸閉塞：
- やせ、神経筋疾患、側弯症などでは上腸間膜動脈症候群の頻度が高い
- 早くに病院受診とするが、経鼻胃管あるいは胃瘻が留置されている場合は開放した状態で受診させる。

小児在宅医療においては基礎疾患としててんかんを有する患者が多く、けいれん重積時のためにあらかじめダイアップを処方されている場合は使用する基準を決めておく。もともと中枢神経障害がないなどの場合は、往診ではなく救急搬送したほうがよい。
腸閉塞に遭遇することも多い。一般的には珍しいとされている上腸間膜動脈症候群による十二指腸閉塞に遭遇することも多い。腸閉塞を疑ったら早めに病院受診とする。

14 緊急事態を想定した話し合い（考え方）

医療的ケア児については、もともと医療依存度が高く、病態も不安定であることも多いため、急変のリスクが高い。

がんなどの終末期はもとより、平時においても突発的な緊急事態を想定して、その際にどのような処置を行うかということを本人、家族と相談しておくことが望ましい。

ただし、家族の不安や葛藤が強い状況で無理に決定を強いることには注意が必要である。

近年、高齢者を中心として、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）という考え方が広まりつつあり、「事前医療・ケア計画」「患者の意思決定支援計画」などと言われることもある。医療依存が高く、病態が不安定であることが多い医療的ケア児においても、平時から緊急事態を想定した話し合いを行っておくことが望ましい。ただし、家族の不安や葛藤に配慮し、適切な時期、状況で話し合いを行うべきであり、無理に決定を強いることには注意が必要である。

15 緊急事態を想定した話し合い（注意点）

- 小児領域では、相談する相手が患者本人ではなく保護者（両親）であることが多い
- 権利擁護の意味でも、年齢や知的機能に応じて本人の意思を尊重することが必要

小児領域では、事前の意思決定をするのが本人ではなく家族の場合が多いこと、患者本人の意思を確認することが難しい場合が多いことなどに配慮し、子どもの最善の利益を追求する必要がある。

16 緊急事態を想定した話し合い（具体例）

- 心臓マッサージ、気管内挿管、末梢ルートキープ、強心剤の使用、中心静脈ルートの留置
- 血液透析、人工心肺、外科手術など

※ 脳腫瘍などのがん患者については必須。最近では、18トリソミーなどの染色体異常でも、在宅移行前に病院医師との間で話し合われることも多くなっている。

シミュレーション
- 適切なタイミングで、心臓マッサージやアンビューバッグによる人工換気など、保護者に緊急時の対応方法を指導する

具体的には、心臓マッサージや気管内挿管などの処置についてあらかじめ家族（年齢・発達段階・状況に応じて本人）と話し合っておくことが望ましい。脳腫瘍のがん患者など、終末期の状態については必須である。最近では、18トリソミーなどの染色体異常においても、在宅移行前に病院医師と家族の間で話し合われることが多くなっている。想定される事態と対応について、アンビューバッグなどの器具の使い方も含め、家族とともにシミュレーションを行っておくことが望ましい。

17 緊急事態：虐待

虐待：

- 育児におけるストレスは極めて高いと考えられるが、医療職などもともと関わっている他者も多いため、虐待の発生数は多くはない
- 兄弟姉妹がいる場合などでは、さらにストレスが増え、医療的ケア児のネグレクトや、兄弟姉妹への虐待につながってしまうこともある
- 次子出産の際に負担が多くなりがちであるため、保健師に介入を依頼することが望ましい
- 医療的ケア児、兄弟姉妹に及ぶ危険性が高いと判断される場合は、児童相談所へ通報する義務がある

医療的ケア児についても虐待が発生する場合がある。とくに多いのは、必要なケアを行わないネグレクトである。予防策としては、保護者にかかる負担をなるべく減らすことと、リスクの高いケースでは保健師やソーシャルワーカーなどに介入を依頼することである。次子出産の際には保護者、とくに母親に大きな負担がかかるため、あらかじめ介入を依頼することが望ましい。医療的ケア児においては、必要な医療的ケアを行わないといったネグレクトは生命の危機に直結する。医療的ケア児、兄弟姉妹に及ぶ危険性が高いと判断される場合には、在宅医の責任で児童相談所に通報する必要がある。

支援 6　在宅での終末期対応

前田 浩利

目　標　小児在宅医療における緩和ケアの実際を理解する。

Keyword
- 小児在宅緩和ケア
- 小児がん
- わが国の在宅での終末期医療
- 症状緩和
- 疼痛緩和
- 疼痛の評価

内　容　わが国の在宅での終末期医療を概観し、小児在宅医療における緩和ケアの実際を理解する。
小児緩和ケアの定義、小児在宅医療における看取りのケアの位置づけ、その重要性を理解する。
小児の在宅緩和ケアは、成長と発達と家族を支えるケアであると理解する。

【引用情報】
1）「医療依存度の高い小児及び若年成人の重度心身障がい者への在宅医療における訪問看護師、理学療法士、訪問介護員の標準的支援技術の確立とその育成プログラムの作成のための研究」総括・分担研究報告書　平成26年３月
2）NICUから始める退院＆調整　在宅ケアガイドブック　前田浩利　岡野恵里香　メディカ出版　平成26年９月
3）実践小児在宅医療ナビ　前田浩利　南山堂　2013年５月

1 小児在宅患者の死亡者数（医療法人財団はるたか会）

・死亡：**241例**（1999/4～2019/12）

・在宅での看取り：**101例**（42%）

・死亡患者の疾患

悪性腫瘍：**87例**

（自宅看取り66人 76%）

非悪性腫瘍：**154例**

（自宅看取り39人 25%）

小児在宅医療においても、終末期医療は重要である。
小児在宅患者における死亡数は、先行する研究も調査もないため、正確な実態は不明だが、筆者の法人での経験ではこれまで約1,000人以上の小児在宅患者のうちで、241人の死亡例を経験している。そのうち、在宅での看取りは101例で死亡例のうち42%になる。
死亡患者の疾患で87人は悪性腫瘍であり、66人、76%が自宅で看取り、非悪性腫瘍154人、そのうち39人、25%を自宅で看取っている。
悪性腫瘍の方が在宅看取りが可能になる率が高いのは、在宅緩和ケアに積極的に取り組んでいる高齢者、成人対象の在宅療養支援診療所と同様の傾向である。

2 日本の在宅看取りの実情

2017年のがん死亡　37.8万人（全死亡134.4万人）全死因で第1位

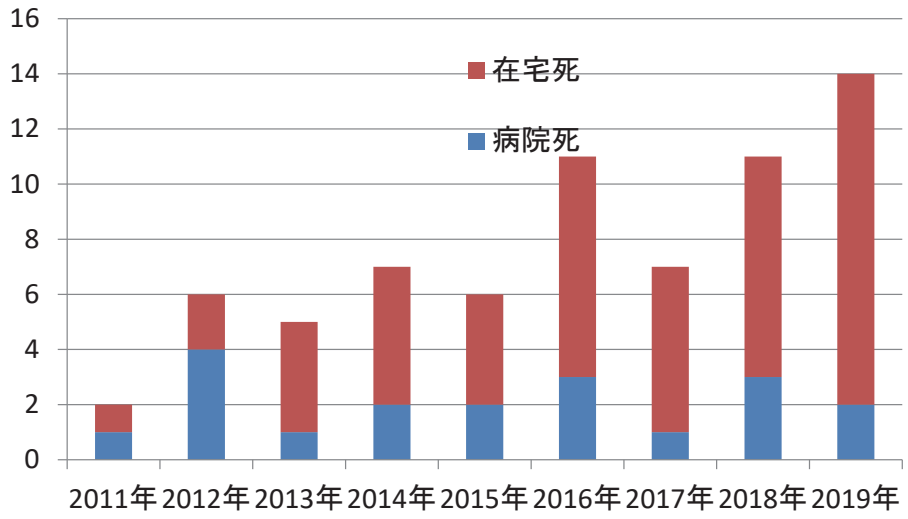
2017年	がん死	全死因
病院（緩和ケア病棟含む）	84%	71.1%
緩和ケア病棟	13.4%	3.7%
施設（老人保健施設、老人ホーム）	3.5%	9.9%
自宅	11.7%	13.2%

在宅緩和ケアの充実⇒在宅死を増やす、施設死亡を増やす
緩和ケア病棟の在院日数の短縮
現在39.5日（一般病棟は17.5　全病床でも平均31.2）

出典　ホスピス終末ケア白書2019

まず、成人も含めて、わが国の在宅での終末期医療を概観する。
2017年の全死亡134.4万人のうち、がん死亡が37.8万人で全死因で第１位であるが、がんの在宅看取りは少なく、大きな課題になっている。
また、施設での看取りも少なく、多くの老人の方は、亡くなる直前に病院に搬送され、そこで亡くなっているという状況がある。

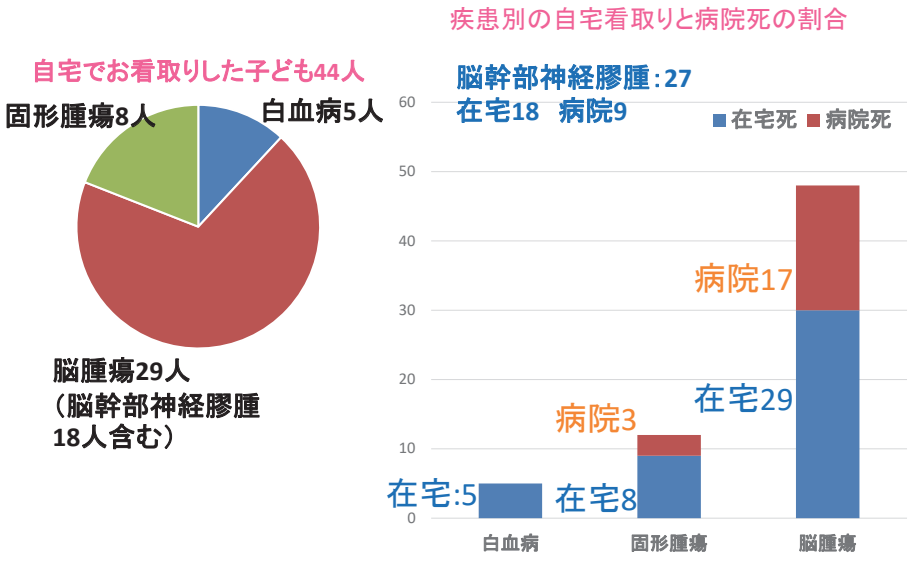
3 医療法人財団はるたか会のがんの子どもの在宅看取り数の推移



医療法人財団はるたか会のがんの子どもの在宅看取り数の推移を示した。
当法人でも、徐々にがんの子どもの看取りが増え、医療機関同士の連携が進み、がんの子どもの在宅緩和ケアが地域で根付きつつある。がんの子どもの在宅緩和ケアは我が国でも実施可能であり、今後、これが日本のどの地域でも実施可能となるようシステムの整備を進める必要がある。

4 医療法人財団はるたか会のがんの子どもの在宅医療

医療法人財団はるたか会のがんの子どもの在宅医療（1999/4~2017/12）



私どもの法人のがんの子どもの終末期医療に関して、開設から2017年までの経験を白血病、固形腫瘍、脳腫瘍でわけた。
最も多いのは脳腫瘍で、全体が46人、そのうち29人（63%）を自宅で看取っている。
次に多いのは固形腫瘍、全体で11人で、8 人（73%）を自宅で看取っている。
最も少ないのは白血病で、5 人だが、全員を自宅で看取っている。

5 小児在宅緩和ケアの特徴

- 小児在宅緩和ケアの中でがん疾患の重要性は高い
- がんの中でも、小児のがんで最も多い白血病は在宅緩和ケアに至るケースが少なく、脳腫瘍のケースが多かった
- 小児在宅緩和ケアにおいてがんの方が非がんより在宅看取り数が多く、これは成人の場合と同様の傾向
- 当院で経験したケースでは多彩な薬剤を用い、症状コントロールが非常に困難なケースが多かった。また、家族が治療を諦めきれず、緩和ケアへのギアチェンジが困難で、訪問看護導入が困難。訪問リハビリの導入から行うとスムーズにいくことが多い。

小児の在宅緩和ケアの特徴は以下のようである。
一般的に小児緩和ケアにおいて非ガン疾患の重要性は高いが、当法人の経験であるように、小児在宅緩和ケアの中でがん疾患も軽視できない。
がんの中でも、小児のがんで最も多い白血病は在宅緩和ケアに至るケースが少なく、脳腫瘍のケースが多い。
小児在宅緩和ケアにおいてがんの方が非がんより在宅看取り数が多く、これは成人の場合と同様の傾向である。
当院で経験したケースでは多彩な薬剤を用い、症状コントロールが非常に困難なケースが多かった。また、家族が治療を諦めきれず、緩和ケアへのギアチェンジが困難で、訪問看護導入が困難なことが多い。看護師のケアは親のケアと重なることが多く、看護師の介入は自分が面倒見切れず、子どもの死を予感する親が多いからであろうと思われる。親の気持ちに添って、無理のない導入が必要で、訪問リハビリから導入するとスムーズにいくことが多い。
今後は非がん疾患の在宅看取りも増えていくことが予想される。

6 緩和ケアの特徴

- 病のキュア（治癒）ではなく、症状の緩和を第一目標とする。
- 死ぬ事ではなく、残された時間をより良く生きることを大事にする。
- 患者の生活の重視
- 家族ケアの重視
- コミュニケーションの重視

緩和ケアは在宅、施設にかかわらず、以下の特徴があると言われる。
病のキュア（治癒）ではなく、症状の緩和を第一目標とする。
死ぬ事ではなく、残された時間をより良く生きることを大事にする。
患者の生活の重視
家族ケアの重視
コミュニケーションの重視

7 WHOの小児緩和ケアの定義

- 小児のための緩和ケアは特別なものである一方で、成人に対する緩和ケアとも密接に関連している。WHO(世界保健機関)は小児とその家族に対して適切な緩和ケアについて、以下のように定義しており、これらは**原則的に小児の慢性疾患について適応される。**
- 小児緩和ケアは子どもたちの**身体、精神、spiritに対するトータルケア**であり、**家族への支援**も含まれている。
- **病気の診断の時からはじまり、**子どもたちが病気に対する直接の治療を受けているか否かにかかわらず継続される。
- 医療者は、子どもたちの抱える**身体的、精神的、社会的苦痛**を評価し、それを緩和しなければならない。
- 効果的な緩和ケアのためには、**多くの専門分野にわたったアプローチ**を必要とする。そこには家族も含まれ、　適当な地域資源を利用して行われるが、たとえそうした資源が限られていても緩和ケアをうまく行うことはできる。
- **こうしたケアは高次医療機関でも、地域の病院でも、たとえ子どもたちの自宅であっても提供されるべきものである。**

http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/

WHOの小児緩和ケアの定義は以下のようである。
・小児のための緩和ケアは特別なものである一方で、成人に対する緩和ケアとも密接に関連している。WHO（世界保健機関）は小児とその家族に対して適切な緩和ケアについて、以下のように定義しており、これらは原則的に小児の慢性疾患について適応される。
・小児緩和ケアは子どもたちの身体、精神、spiritに対するトータルケアであり、家族への支援も含まれている。
・病気の診断の時からはじまり、子どもたちが病気に対する直接の治療を受けているか否かにかかわらず継続される。
・医療者は、子どもたちの抱える身体的、精神的、社会的苦痛を評価し、それを緩和しなければならない。
・効果的な緩和ケアのためには、多くの専門分野にわたったアプローチを必要とする。そこには家族も含まれ、適当な地域資源を利用して行われるが、たとえそうした資源が限られていても緩和ケアをうまく行うことはできる。
・こうしたケアは高次医療機関でも、地域の病院でも、たとえ子どもたちの自宅であっても提供されるべきものである。
ポイントは、緩和ケア、終末期医療はがん、非がんにかかわらず、提供されるべきであり、痛みなど症状のコントロールが重要であり、在宅でのケアが重要であることである。

8 A.Q.U.E.S.T　Process of Pain Assessment in Children

A(Assumption)
- 痛みがあると仮定する

Q(Question in Children)
- 子ども本人に聞く

U(Use Pain Rating Scale)
- ペインスケールを用いる

E(Evaluation Behavior)
- 自己申告できない子どもは心拍、呼吸などを評価する

S(Sensitive Parents)
- 両親の評価にも注意する　両親を巻き込む

T(Take Action)
- 実際に鎮痛薬を使用する

Connie Morain Baker et al 1987 前田改変

子どもの痛み、苦痛の評価は難しく、成人のようにはいかないのが実際である。
しかし、それにも、原則があり、我々は、Connie Morain Baker らが1987に出した評価のプロセスQ.U.E.S.Tを改変して以下のように使用している。
A（Assumption）　・痛みがあると仮定する
Q（Question in Children）　・子ども本人に聞く
U（Use Pain Rating Scale）・ペインスケールを用いる
E（Evaluation Behavior）　・自己申告できない子どもは心拍、呼吸などを評価する
S（Sensitive Parents）　・両親の評価にも注意する　両親を巻き込む
T（Take Action）　・実際に鎮痛薬を使用する
この中で、最も重要なことは最初に痛みや苦痛があると仮定することで、子どもは大人以上に苦痛や痛みの表出が困難な場合が多いことに留意するべきである。

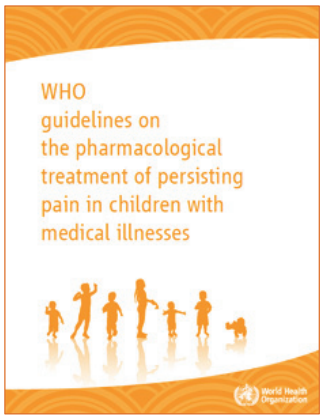
9 WHOのガイドライン（2012）：4つの原則

using a two-step strategy
- 2段階戦略を用いる

dosing at regular intervals (by the clock)
- 定期的な用法で

using the appropriate route of administration
- 適切な投与経路で

tailoring treatment to the individual child
- 個々の子どもに合わせた治療法で

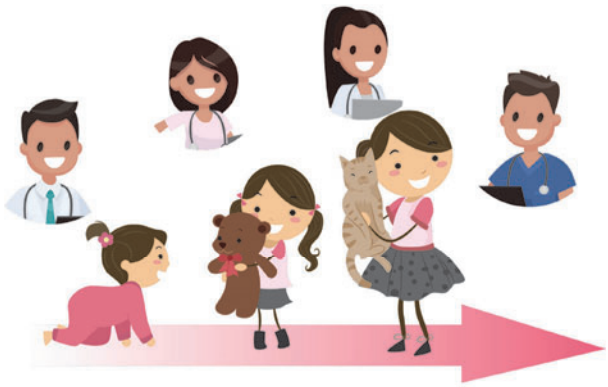


http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/guide_perspainchild/en/index.html

2012年にWHOから小児の疼痛のガイドラインを出しているので、ご紹介したい。そこでは、4つの原則を提唱している。4原則の中で、最初が鎮痛薬の選択で、2段階戦略である。第1段階が、非ステロイド系抗炎症薬、第2段階が強オピオイドである。成人は、非ステロイド系抗炎症薬と強オピオイドの間に弱オピオイドが入る3段階だが、小児では弱オピオイドが不要とされている。その他に、定期的に投与する、適切なルートを用いる、個々の子どもに合わせた治療を行う、であり、これは成人と同様である。このガイドラインは日本語訳も出版されている。

10 小児の在宅緩和ケア

小児の在宅緩和ケアは、
成長と発達と家族を支える
緩和ケア



小児の緩和ケアにおいて、もっとも重要なことは、たとえ、終末期であっても、子どもは成長し、変化し続けること、そして、その子どもの成長を見守り、子育てすることが親の喜びであり、希望であるということと感じる。小児の在宅緩和ケアは、成長と発達と家族を支える緩和ケアなのである。

技術1

1－1.　呼吸に関する医療ケア
1－2.　栄養に関する医療ケア

技術 1-1 呼吸に関する医療ケア

竹本 潔

目　標　在宅で必要な呼吸ケアについて理解し、管理・指導できる。

Keyword
- 在宅酸素
- 気管切開
- 人工呼吸管理（NPPVを含む）
- カフアシスト
- 呼吸リハビリテーション

内　容
- 在宅酸素療法（HOT）の実際
- 小児の気管切開ケアの実際
- 在宅人工呼吸器ケアと排痰補助装置について
- お家でできる重要な呼吸リハビリテーション（リラクゼーションと姿勢管理）

【引用情報】
1）小児在宅医療実技講習会マニュアル．日本小児連絡協議会（日本小児科学会、日本小児保健協会、日本小児科医会、日本小児期外科系関連学会協議会）重症心身障害児(者)・在宅医療委員会研修担当ワーキンググループ（編）平成27年５月
2）実践！！小児在宅医療ナビ．前田浩利　編．南山堂．東京.2013.
3）NPPV（非侵襲的陽圧換気療法）のすべて　これからの人工呼吸．石川悠加　編.医学書院．東京.2008.
4）竹本潔．排痰目的の機器の選択と工夫（総説）.日小呼誌：28（1）：144-49．2017
5）日本リハビリテーション医学会：神経筋疾患・脊髄損傷の呼吸リハビリテーションガイドライン、東京：金原出版．2014：47-49.
6）石川悠加．機械による咳介助．日呼ケアリハ学誌、25：72-76．2015.
7）理学療法MOOK 17 理学療法技術の再検証．重症心身障害児に対する理学療法技術の検証．榎勢道彦、三輪書店．2015

1 在宅酸素療法（HOT）の実際

1．酸素の供給源（自宅用設置型）



1）吸着型酸素濃縮器
窒素の吸着剤を入れた容器を加圧・減圧を繰り返し、
約90%と高濃度酸素を発生。機器の消音化が進み、加湿機能も付属。
供給能力：機種により2～13 L/分。

2）液体酸素
常に100%の高濃度酸素が供給可能。外出時には、携帯用ボンベに酸素を充填し使用可。電気を必要としないため災害時に有用。定期的に補充が必要。

2．酸素の供給源（外出用携帯型）：ほとんどの公共機関に持ち込み可能

1）携帯用酸素ボンベ
各種サイズあり、最大約500L。外出時には必要量を
計算して、途中で無くならないように注意！





2）携帯用酸素濃縮装置
最近登場。約2.5kgと小型軽量で、多種の電源に対応可。
ただし連続流量は最大0.5L/分まで。

＜呼吸同調装置＞
患者の呼吸に同調して、吸気時のみ酸素供給を行う
酸素使用量が軽減できる利点（約2～3倍消費時間を延長）
鼻でしっかり呼吸が出来ない乳幼児や、人工呼吸器では使用できない

自宅設置用には、吸着型酸素濃縮器と液体酸素があり、携帯型は従来酸素ボンベが主流であったが、最近携帯用酸素濃縮装置も登場した。

2 小児におけるHOT導入時の注意点

1）酸素濃縮器の設置箇所に注意！（火気、直射日光など）

2）SpO_2目標値

肺高血圧抑制の観点からはSpO_2≧95% 維持が推奨される。

心肺機能に大きな問題がない安定した年長児例ではSpO_2≧90%が目安

連続パルスオキシメトリーを実施して、測定時間の95%でSpO_2が

必要最低値以上に保たれているか確認。

3）気道感染罹患時には肺高血圧悪化の可能性があるため定期的に

肺高血圧の評価が推奨される。（特に慢性肺疾患合併例）

4）全ての家族がケア/管理できるようにする。

5）緊急時に対応できるような地域や業者との連携の構築が望まれる。

（特に災害時）

母親だけではなく、全ての家族がケア/管理できるようにしておく。

3 小児の気管切開の適応

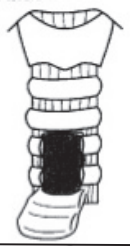
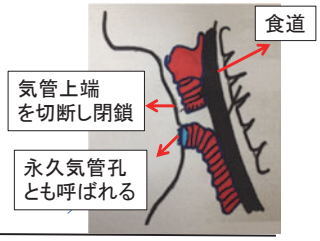
1. 気道狭窄
   喉頭軟化症
   気管軟化症
   抜管困難症
   （気管粘膜肉芽、声門（下）狭窄）

2. 長期人工換気の必要性
   小児　数か月
   成人　1–3週間

3. 気管吸引が必須（嚥下障害、咳嗽力低下）
   気道分泌物が多く、気管吸引しないと呼吸が安定しない例
   確実な誤嚥防止には、誤嚥防止術（喉頭気管分離術や声門閉鎖術など）が選択される

誤嚥防止術は喉頭気管分離術（Lindeman変法）が一般的であり、喉頭摘出術は、異常のない器官を摘出することや、術後の嚥下機能低下の懸念から、小児ではあまり実施されていない。輪状軟骨鉗除を併用する声門閉鎖術（鹿野法）は、安定した気管孔の形成が可能で、高位に位置するため気管腕頭動脈瘻のリスクを回避できる利点がある比較的新しい術式である。

4 気管切開（分離術）の術式と特徴

単純気管切開術		喉頭気管分離術（Lindeman変法）
		
逆U字切開	縦切開	誤嚥の危険消失
成人の代表的術式	・乳児で多用 ・軟骨フレームが残り気管径が維持される	気管口は軟骨輪で確実に開存維持
将来の狭窄化が少なく、安定性が高い	・気管軟化症に有用 ・後に閉鎖し易いが、挿入困難の可能性あり	・気道分泌物が減少 ・症例によっては気管カニューレが不要になる

「日本小児医療保健協議会小児在宅医療実技講習会マニュアル」より引用、一部改変

喉頭気管分離術によって気道分泌物が劇的に減少し、日常生活がとても安定する例がある。

5 気管切開児の不便

1. 上気道の気流の低下・消失
   →発声困難、嗅覚低下、副鼻腔炎

2. 喉頭の固定→嚥下機能低下

3. 気道抵抗の消失→生理的PEEPの消失
   気管軟化症による気道の虚脱が高度なら人工呼吸器依存の可能性あり

4. 声門を閉鎖して胸郭を一つのコンパートメントとして「イキむ」ことができない
   →腹圧がかけれない、便秘、上肢に力が入らない

発声困難が有名だが、スライドに示す様々な不便が存在することを理解しておく。

6 気管カニューレについて

材質：ポリ塩化ビニールまたはシリコン
シリコンの方が柔らかい



機能的に分類すると
1. 単管 or 二重管
2. カフ あり or なし
3. 側孔 あり or なし
4. カフ上部吸引管 あり or なし





・カフは「陽圧換気」の“リーク”を防ぐためにあり、誤嚥防止には限界がある。

・カフ上部吸引管は誤嚥防止に一定の効果が期待できるが、主に成人用の内径の大きなカニューレにしか付属しない。

「日本小児医療保健協議会小児在宅医療実技講習会マニュアル」より引用、一部改変

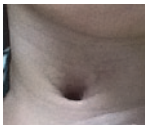
機能的には、スライドに示す４つの機能の有無で分類される。
カフ上部吸引管は細いので粘調な分泌物は吸引できず、その効果には限界がある。

7 気管カニューレの固定と気管切開孔管理のバリエーション


マジックテープ


真田紐で固結び

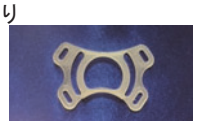

たすき掛け固定


カニューレなし


レティナによる管理

・通常はマジックテープ式気管カニューレホルダーが用いられる。事故（自己）抜去が危険な例は真田紐で確実に固結びしておく。

・筋緊張の強い児では、頸部後屈や激しい動きで抜去する可能性あり
⇒脇の下へ通す「たすき掛け固定」が有用。
たすき掛け用固定板が市販された。


ささえ フランジ固定板

・喉頭気管分離術後ではカニューレなしで管理可能な場合がある。

・「レティナ」という気切孔を保持するための製品がある。挿入には少しコツが必要。

・自発呼吸管理の場合は、加温加湿と異物侵入防止目的で人工鼻が一般的に用いられる。人工鼻加算1500点/月が算定可能。

「日本小児医療保健協議会小児在宅医療実技講習会マニュアル」より引用、一部改変

筋緊張亢進や頚部後屈による反り返り、常同運動としての首振りなどを認める例では、たすき掛け固定が有用である。たすき掛け固定用フレーム（ささえフランジ固定板・泉工医科）が発売された。脊柱側弯で気管軸と体軸が平行でない児では、無理にカニューレの翼で固定すると肉芽が必発だが、そのような例にもささえフランジ固定板は有用である。
カニューレフリーは自発呼吸が安定している例が適応で、咳で自力排痰できない例は窒息の危険があり適応は慎重に判断する。肉芽や気管腕頭動脈瘻の心配はなくなるが加湿や緊急時の対応を十分考慮しておく。

8 気管カニューレ交換と気管吸引

・気管カニューレ交換は安全な例が大半だが、危険度の高い症例もあり、常に細心の注意で実施する

・気管カニューレ交換のリスク判定を予め行っておく
  ・低リスク：自宅で家人でも安全にできる
  ・中リスク：自宅または医療施設で医師・看護師が実施する
  ・高リスク：緊急事態に備えた体制のもとに、医療施設で実施する

・気管カニューレ交換の頻度は内腔が痰で 詰まらない程度に実施する。交換時期に関するエビデンスはない。在宅管理では2週～1か月毎の交換が一般的。

・在宅での気管吸引について
在宅では簡略化した管理方法が一般的であり、以下に一例を示す。
  ・手洗い後の素手で操作する。
  ・吸引後のカテーテル内腔を洗浄するための水を入れた容器と、使用後に乾燥した状態で保管するための容器の2つを用意。
  ・吸引カテーテルは気管用と口鼻腔用を分ける。1日1本程度で交換する。

「日本小児医療保健協議会小児在宅医療実技講習会マニュアル」より引用、一部改変

気切カニューレの交換の中には、ときに危険性の高い症例がある。カニューレ交換に当たっては、そのリスク判定を事前に行っておくことが重要である。交換時の気切孔周囲の皮膚消毒は不要であり、清拭のみでよい。
在宅での気管吸引に関しては、定まった指針は存在しないが、スライドに示したような方法が一般的である。

9 気管カニューレ交換の高リスク例

1. 気管軟化症の強い乳幼児例
   処置に伴う緊張や啼泣で気管攣縮が起こり、挿入困難になる危険性あり

2. 乳幼児の単純気管切開でカフ付き気管カニューレ使用例
   孔が狭く、カフによる抵抗で挿入しにくいことが多い

3. 筋緊張が強い例や体動・興奮が激しい例

4. 自発呼吸がなく、常時人工呼吸器＋酸素が必要な例
   できるだけ短時間でカニューレ交換をする必要がある

＜対応＞
・使用しているより細い気管カニューレ、カフなしタイプ、挿管チューブ等を準備。
挿管チューブは先端が斜めにカットされているので気管カニューレより挿入しやすい
挿入困難時はいったん気切孔から細めの挿管チューブの挿入を試みるとよい
・救急蘇生バッグ、フェイスマスクを用意。
・事前に充分酸素化しておく。
・複数医師での実施を考慮する。

「日本小児医療保健協議会小児在宅医療実技講習会マニュアル」より引用、一部改変

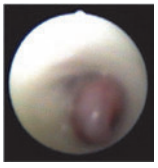
高リスク例では現在使用しているものより１～２サイズ細い気管カニューレや、カフ付き使用例ではカフなしタイプを、また経口挿管用の１～２サイズ細い気管挿管チューブを準備しておくとよい。

10 気管切開のトラブル

1. 抜ける：事故（自己）抜去
   気管カニューレが抜けると急変する可能性あり
   ・気切口周辺の皮膚・粘膜が、吸気時に引込まれ開口部が狭窄する
   ・気管軟化症では、急激な気管狭窄を来す
   ・自発呼吸が無い例では直ちに呼吸不全に陥る

2. つまる：痰や肉芽による気管カニューレ内腔の閉塞
   吸引チューブが通らない、蘇生バッグで換気できない

3. 出血する：びらん、肉芽、気管腕頭動脈瘻など



有茎肉芽による吸気時の閉塞



粘調な痰による完全閉塞
スタイレットで押し出したところ

気管切開のトラブルを示す。抜ける、つまる、出血する、が３大原因である。
気管カニューレ閉塞時に備えて、常に予備のカニューレは準備（携帯）しておくよう指導する。完全閉塞時は直ちに新しいカニューレに交換するが、肉芽が原因の場合はカニューレの長さを変更する必要がある。

11 急変時は、まず気管カニューレ抜去の有無を確認！

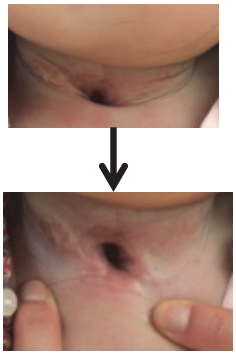
・必ずガーゼをめくって確認する！
（ガーゼに隠れてわかりにくいことがある）

・抜けていれば、落ち着いて気管カニューレを再挿入する
　・原則抜けた気管カニューレを再挿入する
　・乾燥して摩擦で入りにくいときは潤滑剤を使用。
　　児の近くにゼリーかワセリンを常備しておく。



・抜去時の挿入困難が予想される例では、使用しているものより細めのカニューレや、カフなしタイプを予備で渡しておく

・カニューレ再挿入が容易でない場合（学校内など）、気切孔を手でしっかり広げて（右図）、速やかに医療者に繋ぐ。

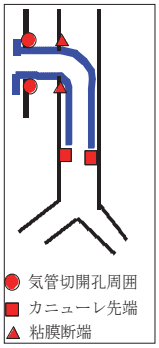


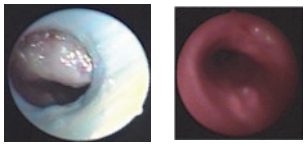
・気管カニューレ抜去時に（准）看護師が緊急に再挿入することは問題ない。（事後速やかに医師に報告すること。）

急変時は、まず気管カニューレが抜けていないかチェックすることが最も重要である。
気管カニューレ抜去の発見の遅れは時に致命的となるため、学校等ではマニュアルを作成しておくことが望ましい。
気管カニューレの交換は実施にあたり研修の受講を要する特定行為に指定されているが、緊急時の再挿入は問題ない。
（厚労省医政局看護課長通知、医政看発0316第１号）

12 気管肉芽

- 気管切開孔は元々「傷」であるため、修復しようと肉芽が増殖。
- カニューレが常時当たる先端や気管入口周囲は物理的刺激のため、肉芽ができやすい。
- 肉芽には血管が豊富に分布。刺激で容易に出血する
- 気管切開孔の肉芽は、カニューレの再挿入を困難にする
- 気管内の肉芽は気管内出血や気道閉塞の原因となる
- 治療はステロイド軟膏（カニューレに塗って挿入）や、カニューレの種類を変更して対応。カニューレが肉芽を越えるよう長くするか、もしくは触れないように短くする。
- 定期的に内視鏡でチェックして早期の対応が望ましい





カニューレ先端付近の肉芽



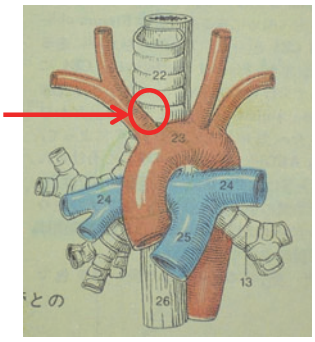
長さが調節できるカニューレは肉芽管理に有用

「日本小児医療保健協議会小児在宅医療実技講習会マニュアル」より引用、一部改変

気管肉芽形成には、不適切なカニューレの選択や固定方法などが関与する場合も多く、工夫することである程度予防可能である。
長さが調節できるアジャストフィットネオは肉芽管理に大変有用である。

13 気管腕頭動脈瘻

・気管切開の最も怖い合併症
・解剖学的に気管前面を腕頭動脈が横切り、かつ両者が胸骨や椎体に挟みこまれ、狭いスペースに存在する。
・気管カニューレで内腔から持続的に圧排されると、気管粘膜面にビランや潰瘍が生じ、時に瘻孔形成へと進展する。
・予防が重要であり、定期的な内視鏡での観察が望ましい。特に気管前壁の拍動する肉芽は要注意！
・発症したらカフ付き挿管チューブで圧迫止血しつつ緊急手術（腕頭動脈離断術）の可能性を判断する。



(人体解剖図説Ⅱ文光堂)

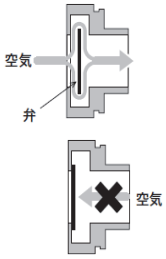
予防が最も重要である。気管前壁の拍動する肉芽は要注意で、短い気管カニューレに変更して肉芽に触れないようにする。予防的に腕頭動脈離断術を選択する例もある。

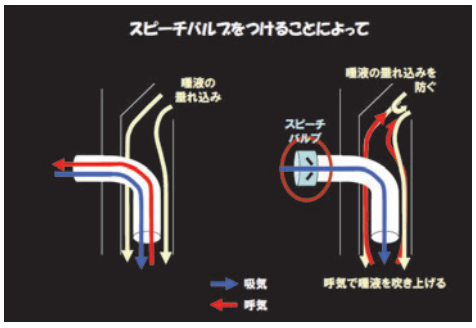
14 スピーチバルブの活用

・単純気管切開で、自発呼吸が確立している児が適応
・喉頭気管分離術後や、上気道狭窄のある児には絶対禁忌！
・睡眠中は使用しないこと！
・加湿機能はないので粘調な痰によるカニューレ閉塞に注意！

期待される効果
・発声
・唾液の誤嚥防止
・気管吸引回数減少
・嚥下機能改善

スピーチバルブ
吸えるけど、吐けない
ワンウェイバルブ





医療法人はるたか会　前田浩利先生のスライドより引用

単純気管切開管理ではスピーチバルブが有用な例がある。小児では側孔付きのスピーチカニューレではなく、通常のカフなし気管カニューレに使用する場合があるが、呼気時の呼吸困難に特に注意し、必ず経験豊富な医師の管理下で慎重に使用する。過去に不十分な理解による誤使用で死亡例もあり、厚労省から注意喚起通知が出ている（平成20年１月18日）。使用中の呼吸状態の観察と、呼吸困難時の迅速な対応を介護者に十分指導しておくことが必須である。

15 気管切開ケアのまとめ

1. 気管切開術式を確認（単純気管切開 or 喉頭気管分離術）
2. カニューレの①サイズ②素材③機能　を知っておく
3. カニューレの固定は確実に（たすき掛け固定も考慮）
4. カニューレ交換ではその症例ごとのリスク管理を
5. カニューレの事故（自己）抜去はいつでも起こりえると認識
   （学校などでのカニューレ抜去時の緊急対応を確認しておく）
6. 内視鏡で定期的な気管肉芽のチェックを
7. カニューレ挿入児の危急疾患⇒気管腕頭動脈瘻
8. スピーチバルブが有用な例がある

「日本小児医療保健協議会小児在宅医療実技講習会マニュアル」より引用、一部改変

16 小児の在宅人工呼吸管理の原因となる呼吸障害の病態

1. 呼吸中枢の問題
・中枢性の無呼吸・低呼吸：重度脳障害、中枢性肺胞低換気症候群（CCHS）など
2. 気道の問題
・上気道狭窄：喉頭軟化症、舌根沈下など
・下気道狭窄：気管・気管支の狭窄・軟化症、炎症など
・分泌物の増加・貯留による気道狭窄、気道抵抗増大　⇐嚥下障害、咳嗽力低下
3. 呼吸筋の問題
・呼吸筋のポンプ機能（筋力・持久力）低下⇒神経筋疾患（筋ジストロフィー、ミオパチー、脊髄性筋萎縮症等）、ミトコンドリア病など
4. 肺実質・胸郭の問題
・肺実質：下気道感染の反復、無気肺による酸素化の悪化⇐嚥下障害、咳嗽力低下
・胸郭：筋緊張亢進、胸郭の変形・拘縮による胸郭容量・可動域の低下
・腹部膨満による胸郭容量・可動域の低下　　など

呼吸中枢の問題、気道の問題、呼吸筋の問題、肺実質・胸郭の問題に分類すると理解しやすい。嚥下障害と咳嗽力低下は気道の問題にも、肺実質の問題にも大きな原因となる。

17 主な在宅用人工呼吸器


トリロジー100plus


クリーンエア
Astral


Vivo 50・60


モナールT50


パピーX


ニューポート
HT70


ピューリタンベネット
560


レジェンドエア


LTV

・近年小型化、消音化が進んでいる
・体重5kg以上の小児に対応
・バッテリー駆動時間は製品によって異なる
・業者の緊急時のサポート体制は大変重要

最近の在宅用人工呼吸器は性能が向上し、どれも慢性期の呼吸管理には十分対応可能といえる。どの機種を選択するかは、その地域での業者（代理店）の日常対応のフットワークの良さと緊急時のサポート体制が大事なポイントである。

18 人工呼吸器の回路は 2 タイプに分かれる

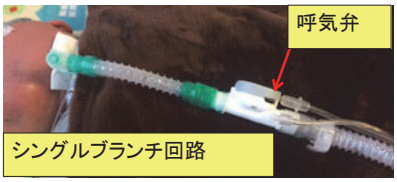
リークポート使用回路（パッシブ回路）：
呼気を排出するためのリークポートがある。NPPV回路の気管切開への応用。最低限のPEEP（EPAP）が必須。
Open single circuit


圧ラインがないシンプルな1本の回路



リークポートを塞がないように注意

呼気弁使用回路（アクティブ回路）：
従来からの呼気弁がある回路。呼気は呼気弁から排出。回路構成はシングルとダブルがある。Active valve circuit





吸気（青）と呼気（白）のダブル回路
呼気が呼吸器に戻るので、トリガーが鋭敏となり、より詳細な呼吸管理が可能

リークポート使用回路はNPPVを気管切開へ応用した回路で、リークがある分回路内フローが多いので加温加湿が不十分になる可能性や、硬い胸郭/肺だと押し負けする可能性に注意する。
呼気弁使用回路は、高い気道内圧にも対応できる点が長所だが、回路構成が煩雑となり気道内圧チューブの水滴でアラームが誤作動する可能性などの短所がある。

19 人工呼吸器の換気条件の設定について

- 換気モードの選択：従量式と従圧式
- 複数設定の活用：複数の換気条件をプリセットしておき状況に応じて使い分ける
  （日中と夜間、体調不良時、人工鼻で外出、朝の離脱前のウィーニング用など）

- 換気量（圧または量、呼吸回数）の設定
  - 適正換気の指標：・SpO_2 ・CO_2分圧 ・見た目の胸郭の上り／拡がり
  - 適正換気でもSpO_2<95%であれば酸素使用考慮

- 自発呼吸との同調：適切な吸気トリガの調節
  ・トリガが鋭敏⇒回路の揺れ、水分貯留、心拍等で吸気が開始（オートトリガ）
  ・トリガが鈍感⇒自発呼吸を感知してくれない（ミストリガ）

- PEEP（positive end expiratory pressure：呼気終末陽圧）の調節
  - 気管切開例では生理的PEEPの代用として4hPa程度かけておくのが一般的
  - 気管軟化症では高いPEEPが必要な例がある

- アラームの設定⇒ 在宅ではアラームの設定が大変重要！
  - 従圧式設定で細い気管カニューレ（概ね内径5mm以下）と回路が接続したまま事故（自己）抜去した場合は、回路外れアラームが鳴らない場合があるため換気量アラームの設定で回路外れを感知することが必ず必要！
  - 不要なアラームは鳴らないように調節（特に夜間）

人工呼吸器の換気条件の設定について押さえておくべきポイントを示す。
複数設定は、あらかじめ複数の換気条件をプリセットしておき目的に応じて介護者が使い分ける方法で在宅管理では大変有用である。
吸気トリガには圧トリガ（陰圧を感知）とフロートリガ（定常流の減少を感知）がある。ダブルブランチ回路のフロートリガは非常に鋭敏であり、吸気努力が小さくミストリガが目立つ例では考慮するとよい。

20 人工呼吸器のモード：従量式と従圧式

	従量式（VC：Volume Control）	従圧式（PC：Pressure Control）
長所	・換気量が保証される	・自発呼吸への同調性に優れる ・プラトー圧がある ・同じ換気量なら最高気道内圧は低い
短所	・気道内圧上昇のリスク ・自発呼吸との同調性の悪化 ・リークがあると換気量が保証されない	・換気量が保証されない ⇒気道抵抗・胸腔内圧が上がると低換気になる

- 小児では従圧式が多く選択される
  理由 ・カフなし気管カニューレが多い
  ・1回換気量が少ない（設定下限以下の場合も）
- 換気量保証従圧式：換気量が変動した場合に目標とする1回換気量まで自動的に吸気圧を調節する従圧式設定
  ⇒筋緊張、痰、腹部膨満などで頻回にSpO_2が低下する例が良い適応

従圧式の吸気後半のプラトーでの圧の均等化によって、不均等換気や気道クリアランス（排痰）の改善が期待できる。
筋緊張が大きく変動する児では、カフ付き気管カニューレに変更し、従圧式から従量式に変更すると非常に安定するケースがある。
換気量保障従圧式は許容する最高気道内圧と目標１回換気量を設定する。

21 加温加湿器について

- 病院と違って家は室温が低く、加湿および結露対策は在宅人工呼吸管理の最重要課題である！通常小児の人工呼吸器管理では人工鼻ではなく、加温加湿器を用いる。

＜理由＞①小児は気道やカニューレが細いため、加湿不足では痰が粘調になり、無気肺やカニューレ閉塞の危険が高まる
②小児ではカフなしカニューレが多く人工鼻が呼気を全部トラップできないため、絶対的に加湿不足となる
③人工鼻だと冬季は低体温の危険が高い

- 人工鼻は外出時の一時的な使用とする場合が多い。
- 人工鼻使用時は以下の可能性に注意
  - 従圧式換気では気道抵抗の上昇で換気量が低下する
  - 吸気のトリガ感度が低下して自発呼吸への同調性が低下し疲労する
- 回路内径と定常流量は加湿に影響する。太径より細径、リークポート回路より呼気弁回路の方が加湿効率はよい。
- 回路内吸気を電熱線で加温した方が絶対湿度は確実に上昇するが、同時に結露対策も重要となる。回路内熱線より、外巻き熱線回路（エンベッドヒーターワイヤ回路）の方が均一に加温されるため結露が非常に少ない。
- 呼吸器回路の交換に関しては特にエビデンスや指針はない。2-4週毎が一般的。


加温加湿器


外出時の人工鼻使用例


エンベットヒーターワイヤ回路

在宅人工呼吸管理において適切な加温・加湿は大変重要である。小児では人工鼻ではなく、加温加湿器を用いる場合が多い。加温・加湿は、痰の粘調度や体温に大きな影響を与えるばかりでなく、回路内結露が多いとその対応に追われ、介護者の睡眠を妨げることにもなる。
外巻き熱線回路（エンベッドヒーターワイヤ回路）は、回路内が比較的均一に加温されるため結露が少ない利点がある。

22 NPPV：noninvasive positive pressure ventilation：非侵襲的陽圧呼吸管理（1）

- 二相性陽圧換気（Bilevel PAP：positive airway pressure）が主流。1本の回路で2つの圧を交互に切り替えて圧補助換気を行う。インターフェイス（マスク）の呼気ポートからCO_2を排出するために最低限のEPAP（多くは4hPa）が必ず必要。
- 呼吸不全や気道病変の進行に対する気管切開のタイミングを慎重に考慮する。
- 気管切開を希望しない例での緩和的使用もある。
- 在宅でカフアシストが使用できる利点あり。
- NPPVは胸郭可動性の維持・改善や気道クリアランス改善が期待できる呼吸理学療法でもある。
- 睡眠時呼吸障害や気道クリアランス障害（排痰困難）に対して夜間NPPV管理がQOL改善に有用な場合がある。
- 定期的に機器の換気情報（SDカード）を解析し、1-2回/年は終夜モニタリング（SpO_2・CO_2）を実施して設定条件を調整することが望ましい。

二相性陽圧換気専用機器


バイパップA40
（フィリップス）


NIPネーザルV
（テイジン）


Vivo 45
（チェスト）

二相性陽圧換気（Bilevel PAP：positive airway pressure）が主流で、1本の回路で2つの圧（吸気時のIPAP：inspiratory positive airway pressure、呼気時のEPAP：expiratory positive airway pressure）を交互に切り替える。（IPAP－EPAP）の圧較差が呼吸のサポート圧となる。

23 NPPV：noninvasive positive pressure ventilation：非侵襲的陽圧呼吸管理（2）

- 慢性期NPPVのマスクフィッティングはとても大切。スキントラブルのない適切なマスクを選択。在宅では鼻マスクで管理したいが、開口によるリーク等でフルフェイスやトータルフェイスマスクを使用する例では嘔吐や分泌物貯留に十分な注意が必要。
- 神経筋疾患では病状の進行により終日NPPV管理が必要となり、食事や会話をするためにEPAP（PEEP）＝0の設定が必要になる。
  ⇒呼気弁使用回路でリークポートの無いマスク（ノンベントマスク）を使用する。
  マウスピース換気も選択肢。
- 在宅ハイフローセラピー：マスク装着が困難な例でNPPVに代わって導入される例がある。高性能加温加湿器が必要。装着が簡便だがNPPVに比べると気道陽圧効果は低い。

NPPVのマスク



鼻マスク　鼻ピロー/プラグ　フルフェイス　トータルfフェイス　マウスピース　ハイフローネーザルカニューラ

二相性陽圧換気専用機器以外にも、通常の人工呼吸器を使用して呼気弁使用回路としリークポートの無いマスクを使用する方法や、マウスピース換気などの選択肢がある。
近年在宅でのハイフローセラピー導入例がみられる。CPAP効果による上気道狭窄の改善や、十分な加温・加湿による気道クリアランス（排痰）の改善目的にNPPVに代わって使用される。18トリソミーなど生命予後不良な疾患において、早期に、より安全に退院することを目的に導入される例もある。

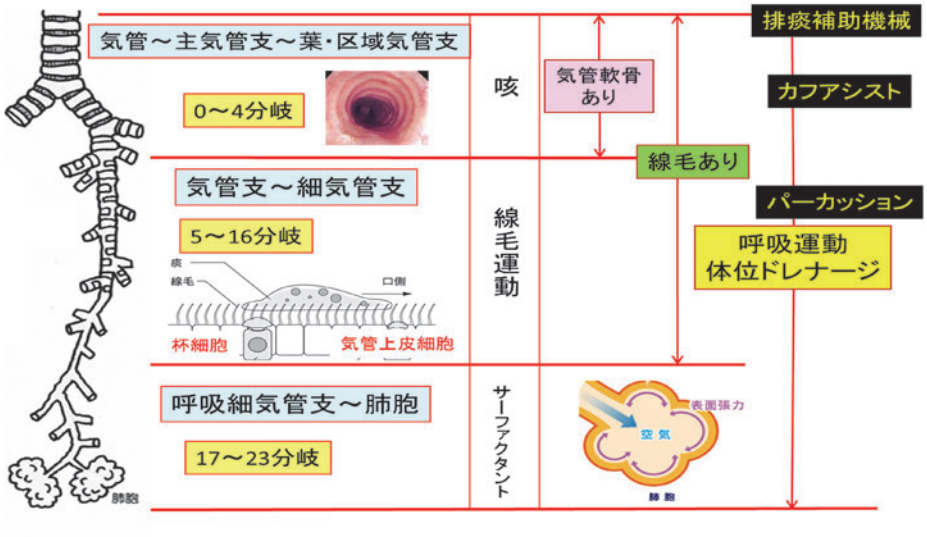
24 二相性陽圧換気（Bilevel PAP：positive airway pressure）の換気モード

二相性陽圧換気の換気モード	相当する一般的換気モード	特徴	設定するパラメーター
S（spontaneous）モード	PS（Pressure Support）	自発呼吸を圧補助する無呼吸がある例では使用不可	IPAP、EPAP ライズタイム（最小/最大吸気時間）
T（timed）モード	吸気トリガーOFFのPCV	自発呼吸に関係なく設定した条件で強制換気を行う	IPAP、EPAP、ライズタイム、呼吸回数、吸気時間
S/Tモード	バックアップ換気付きのPS	自発呼吸を圧補助するが、一定時間自発呼吸がなければバックアップ換気を行う	IPAP、EPAP、ライズタイム、バックアップの呼吸回数と吸気時間

- S/Tモードがよく使用されるが、神経筋疾患ではTモードが効果的な場合も多い。理由：①吸気努力が不要になり呼吸筋疲労が軽減、②吸気・呼気トリガの不適切な作動による同調不良がない、③食事・会話がしやすい

二相性陽圧換気の換気モード、設定するパラメーターについての説明。

25 排痰の問題：痰の貯留部位によって異なる排痰機序



パーカッションには、経気道的な肺内パーカッションベンチレータ（IPV）と、経胸壁的なRTXレスピレータの排痰モード、スマートベスト、コンフォートカフの胸壁振動などがある。

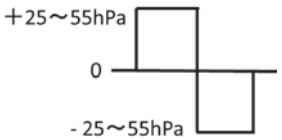
生理的な排痰は、中枢気道は咳、末梢気道は線毛運動が主役であり、排痰補助機械としては、中枢気道はカフアシスト、末梢気道はパーカッションが有用である。呼吸運動と体位ドレナージは全ての部位で有効である。

26 排痰補助装置：カフアシスト

- MI-E：Mechanical insufflation-exsufflationとも呼ばれる。在宅で最も使用される排痰補助機器。在宅人工呼吸管理（NPPV含む）を実施している神経筋疾患、脳性麻痺、脊髄損傷等が保険診療の対象。
- 陽圧により十分な吸気量を得た後に、陰圧に変換することで生じた気流で痰を移動・喀出させる機器。フェイスマスクか気管カニューレに接続して使用。
- 個々の症例で、胸郭・肺コンプライアンス、呼気時のピークフロー、有効性、受け入れに関しての忍容性等を考慮して適切な吸気/呼気の圧・時間設定を行う。
- 気管切開のない児では吸気トリガー機能（カフトラック）を使用して、できるだけリラックスした姿勢で行うと受け入れがよい。側臥位や腹臥位での実施も効果的。
- 痰の移動は気道内の圧力差ではなく、発生する呼気流量（CPF）によるので、十分な吸気量がないと排痰効果は期待できない。
- 合併症として、気胸、循環動態の変化、腹部膨満などが起こる可能性があるため、特に以下の病態での実施に関しては十分注意する。
  1）気胸の既往、ブラ・ブレブの存在
  2）心不全、複雑心奇形などの不安定な循環動態、不整脈
  3）強い気管・気管支軟化症



カフアシストE70
（フィリップス・レスピロニクス社）



カフアシスト実施時の気道内圧例

痰の移動は気道内の圧力差ではなく、発生する呼気流量（CPF：cough peak flow）による。設定吸気圧が低くて吸気量が小さいと排痰効果は期待できない。肺胞にかかる圧（経肺圧）＝気道内圧－胸腔内圧、なので、胸郭が硬い症例ではある程度高い吸気圧（40hPa以上）で実施しても肺胞へかかる圧はそれほど高くはならない。12歳以上の気管切開例では、CPF>90L/分で排痰可能との報告がある。（緒方．日重障誌 43：71-78．2018）

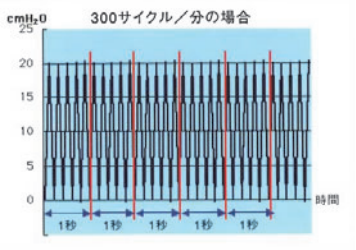
27 肺内パーカッションベンチレータ（IPV：intrapulmonary percussive ventilation）

- 経気道的パーカッションによる排痰補助機器。
- 付属のネブライザーで加湿された小換気噴流を高頻度（100～350サイクル／分）で気道に送り込むことで、痰を流動化・遊離し、さらに層状向流を生み出すことで、末梢から中枢気道へ痰の移動を促す機器。
- 在宅処方も可能だが、通常の人工呼吸器との併用は（保険請求が）できない。
- 実施後の呼吸抑制、気管カニューレの振動による肉芽の増悪に注意が必要。





在宅用IPV



IPV実施中の気道内圧

粘液詮による無気肺を穿破して再開通させることが得意な印象がある。IPVに引き続きカフアシストを実施することで、遊離・移動した痰を喀出させる相乗効果が期待できる。施行中は換気量が増加するために、実施後に$PaCO_2$低下による呼吸抑制や無呼吸が現れることがあり注意を要する。

28 救急蘇生バッグ（アンビュバッグ・バッグバルブマスク）について

- 気管切開例は、呼吸状態の急変時（気道閉塞も含む）に直ちに使用できるように、自己膨張式の救急蘇生バッグを側に準備しておく。特に人工呼吸器管理中は、呼吸器の故障に備えて外出時も常に携帯すること。
- 緊急時（人工呼吸器では状態が悪化する時を含む）は躊躇せず救急蘇生バッグで換気を行う。
- 肺が十分拡張する適切なサイズの救急蘇生バッグを選択する。（乳児用・小児用・成人用がある。）
- 乳児用・小児用には、安全のため過圧制限弁（40cmH_2Oの設定が多い）が付いている。このため、強い閉塞時（粘調な痰詰まりなど）には換気不能になることがあり要注意！必要時は過圧制限弁を押し込んで換気する。（図1）
- 気管軟化症等で高めのPEEP管理が必要な児には、救急蘇生バッグに外付けPEEP弁を装着して5-20cmH_2OのPEEPをかけることができる。（図2）
- 救急蘇生バッグは故障がないよう日常から点検し、練習しておく。

過圧制限弁



図1



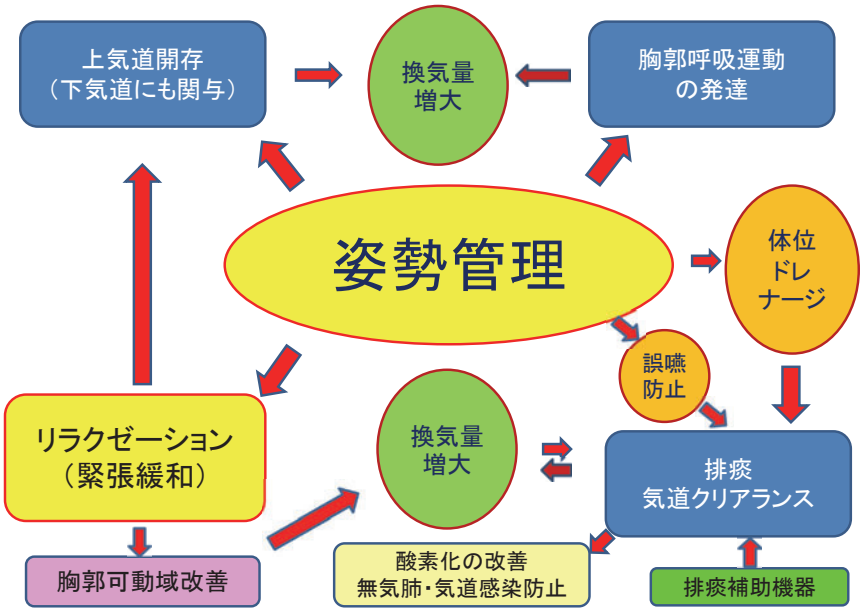
図2



外付けPEEP弁

気管切開や人工呼吸管理例では、自己膨張式の蘇生バッグを常に携帯し、いつでも使えるように指導しておく。NPPV管理中の神経筋疾患も同様である。過圧制限弁やPEEP弁についても理解しておく。通常バッグ換気程度の吸気流速が痰を押し込んで呼吸状態を悪化させることは心配しなくてよいので、呼吸状態悪化時（痰による気道閉塞を含む）は、躊躇せず救急蘇生バッグで換気を行う。

29 お家でできる呼吸リハビリテーション



姿勢管理と、それによって得られるリラクゼーション（緊張緩和）は最も効果的で重要な呼吸理学療法である。
リラクゼーション以外にも、姿勢管理（腹臥位）は下顎後退による上気道狭窄の軽減や、大血管の気管への圧排による下気道狭窄の軽減が得られる。
また、体位ドレナージ効果や誤嚥の軽減・防止によって、排痰・気道クリアランスに有効である。

30 姿勢管理による胸郭呼吸運動の発達

- ヒトは出生から経時的に背臥位、腹臥位、側臥位、座位と姿勢を獲得することで、胸郭呼吸運動を発達させてきた。



背臥位：上肢の多様な運動⇒上部胸郭の拡張
骨盤や下肢の挙上による腹筋群の収縮⇒胸郭の拡張、横隔膜の下降

腹臥位：脊柱の伸展、肋骨の上下運動の増加





側臥位：上側の胸郭の伸展、運動性の増加

座位：重力の作用と胸郭が支持面から解放されることにより、
肋骨が下降し横隔膜の収縮が強化し、胸郭の運動性が増加。



- このような生理的発達を経ずにきた児が、多様な姿勢がとれるようにすることは、胸郭呼吸運動の改善が期待できる重要な呼吸リハビリテーションである。できる限り、背臥位だけでなく、腹臥位、側臥位、座位がとれるようにすることが望ましい。

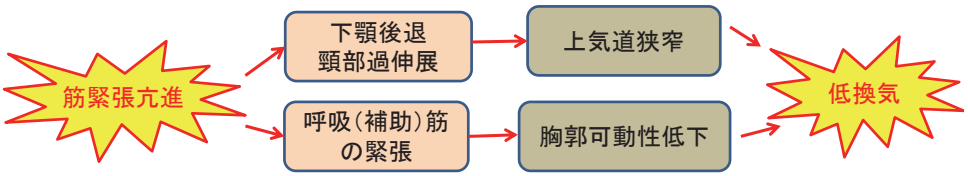


「理学療法MOOK 17 理学療法技術の再検証」より引用（榎勢，2015）

いろんな姿勢がとれるようにすることは、胸郭呼吸運動の発達を促す重要な呼吸リハビリテーションである。
できる限り、背臥位だけでなく、腹臥位、側臥位、座位がとれるようにすることが望ましい。

31 リラクゼーションが重要な呼吸リハである理由

筋緊張亢進が引き起こす病態を解除できることで換気量が増加する



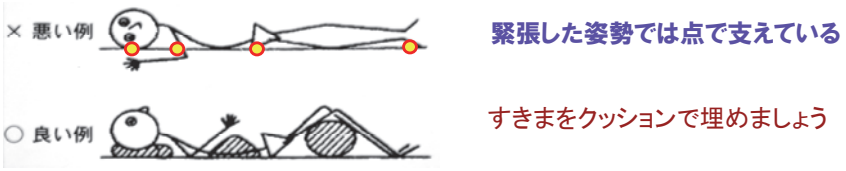
呼吸（補助）筋は、姿勢を支える筋としても機能しているが、リラクゼーションによって、これらの筋肉は呼吸補助に専念できる！

呼吸 主動作筋	吸気	横隔膜、外肋間筋
呼吸 補助筋	努力性吸気	斜角筋、胸鎖乳突筋、僧帽筋上部繊維 大胸筋　腰方形筋　脊柱起立筋
	努力性呼気	内肋間筋　腹直筋　内・外腹斜筋（腹筋群）

リラクゼーションにより、上気道狭窄が解除され、胸郭可動性が向上することで、換気量が増大する。
姿勢管理によるリラクゼーションによって、呼吸（補助）筋群が姿勢を支える必要がなくなり、呼吸運動に専念できるようになる。

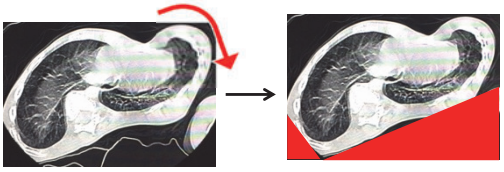
32 リラクゼーション＝支持面積を広くすること

- 具体的には、下図のようにバスタオルやクッション等で隙間を支えることで、最適な身体の支えが得られるように工夫する。



「日本小児医療保健協議会小児在宅医療実技講習会マニュアル」より引用

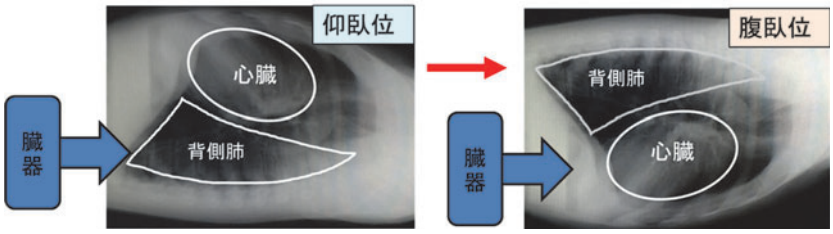
- ポイントは、姿勢の矯正ではなく、身体各部の重さを支えてリラクゼーションを得ることにある。非対称変形が進行した胸郭では下図のように三角クッション等で支えて、回旋しようとする力のモーメントを修正することが将来の脊柱や股関節の非対称変形（側弯、股関節脱臼）の予防に繋がる。



何も難しいことではなく、隙間をクッションやバスタオルで埋めることがリラクゼーションひいては呼吸リハに繋がる。

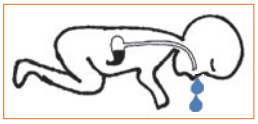
33 腹臥位の有用性（1）

1）換気量が増加
・舌根沈下による上気道狭窄の改善
・リラクゼーション効果（適切なポジショニングの併用が重要）
・容量が大きい背側肺が、支持面、心臓の重力、腹部臓器による横隔膜運動の制限から解放される。



容量が大きい背側肺のコンプライアンスが改善

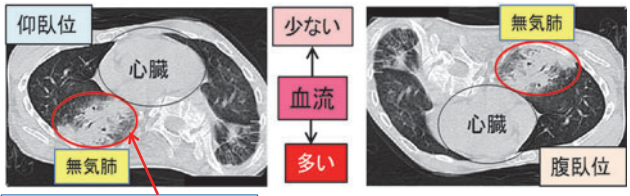
2）誤嚥の減少
・口鼻腔の分泌物が咽頭に貯留せず重力で前方に流出する
・胃食道逆流の減少：胃食道接合部は通常背側に位置するため、液体が逆流せずに“ゲップ”で済む



姿勢管理のなかでも、腹臥位は呼吸ケアに関して特に有用性が高い。
適切なポジショニングによる腹臥位はリラックスできることが多いが、個々の例で安全面への配慮と工夫が必要である。

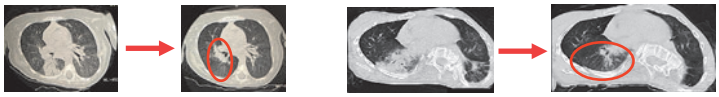
34 腹臥位の有用性（2）

3）換気・血流比の改善
長期臥床によって生じた慢性的な背側の無気肺が上側になり、正常の腹側肺が下側になることで、換気・血流比が改善し、酸素化が改善。



血流は多いが空気は入らない
⇒換気・血流のミスマッチ

4）体位ドレナージ効果で背側無気肺の改善が期待できる



日常的な腹臥位の導入で改善した例

- 腹臥位の設定は平らな床面では困難で、適切なポジショニングが必要。
- 気道の確保には十分配慮する。
- 腹臥位睡眠は突然死との関連が指摘されており、夜間睡眠時は避ける

換気・血流比と背側無気肺の改善が期待できる。腹臥位を日常的に取り入れて背側無気肺が改善する例は多い。
ただし、関節拘縮等により多くの例では平らな床面では困難で、適切なポジショニングが必要となる。

35 腹臥位設定の例





ウレタンクッションを加工して個々の身体に合わせて作製
気管切開・人工呼吸器例ではカニューレや回路に慎重な配慮が必要

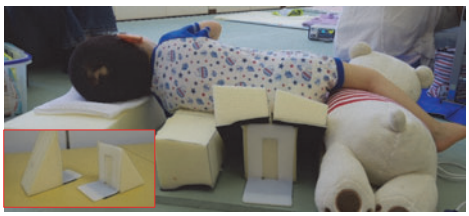




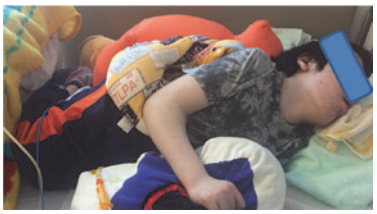
腹臥位でのリハ

関節の拘縮により平らな平面での腹臥位は困難な場合が多く、ウレタンクッションを加工して個々の身体に合わせて作製する必要がある場合が多い。
気管切開・人工呼吸器例ではカニューレや回路に慎重な配慮が必要である。

36 側臥位・座位設定の例



ウレタンクッションで作製
ブックエンドを利用する方法も



クッションを使用した側臥位



訪問リハでの座位姿勢保持



家庭の子ども椅子での前もたれ座位姿勢
背中が伸びて胸郭が拡がる効果あり

ウレタンフォームで加工して、手作りで試作しながら作製することが多い。側臥位ではクッションを用いたり、ブックエンドを利用する方法もある。
何も特別なものを作らなくても、身体を支えて座位の姿勢をとってあげたり、家庭の子ども椅子に反対向きに座って前もたれ座位姿勢をとることもよい手段である。

技術 1-2 栄養に関する医療ケア

梶原 厚子

目　標　在宅での栄養管理と必要な医療デバイスについて理解する。

Keyword
- 栄養評価
- 微量元素
- ミキサー食
- 胃瘻
- 経腸栄養、経静脈栄養

内　容　栄養状態の評価方法と適切な栄養管理について理解する。微量元素の欠乏にも注意が必要である。胃瘻・経腸栄養・経静脈栄養について必要なデバイスが扱え、それぞれの適応、合併症について理解する。

【引用情報】
1）小児在宅医療実技講習会マニュアル．日本小児連絡協議会（日本小児科学会、日本小児保健協会、日本小児科医会、日本小児期外科系関連学会協議会）重症心身障害児（者）・在宅医療委員会研修担当ワーキンググループ（編）平成27年５月
2）PDNレクチャー：http://www.peg.or.jp/lecture/index.html
3）静脈経腸栄養ガイドライン第３版：http://minds4.jcqhc.or.jp/minds/PEN/Parenteral_and_Enteral_Nutrition.pdf
4）牛尾実有紀ら．胃瘻造設症例に対するアンケート調査 - 胃瘻は重症心身障碍児者のQOLを改善するか-Medical Nutritionist of PEN Leaders 1(2): 115-123 2017
5）経腸栄養vol.27 No.5　2012　重症心身障害児の栄養　びわこ学園医療福祉センター草津病院　口分田政夫　永江彰子
6）子どもの食と栄養　改定第２版　健康なからだとこころを育む小児栄養学（治療と診断社：水野清子　當仲香　南里清一郎　長谷川智子　藤澤良知　上石明子）
7）子どもが元気になる在宅ケア（南山堂：梶原厚子）

1 栄養に関する医療ケア

●考え方
⇒子どもは成長期にある
⇒より生理的に栄養を取りこめるようにする
⇒「食の支援」は本人と家族の成長発達の過程を支援することである。多職種連携で取り組む。

2 子どもは成長期にある

●ライフステージを考えた関わり方が必要

⇒乳児期：母子とこの相互作用（アタッチメント）により人間関係の基礎を作る時期である。低体重児が増加しておりその未熟の程度に応じて合併症や栄養上の問題が生じる可能性があることを理解する。

⇒幼児期：子ども期の栄養・食生活は生涯にわたる健全な生活の基礎を作る。情緒の発達により気になる食事行動が出現する。摂食能力や栄養の消化吸収機能は未熟であることを理解する。

⇒学童期・思春期：性の成熟過程が始まり、消化吸収機能が高まり運動機能も発達し食欲旺盛。欠食、不適切な間食、夜食、買い食い、ダイエットなどが不定愁訴や貧血、ミネラル欠乏などを引き起こすことも多い。学校給食の果たす役割は大きい

3 子どもは成長期にある

●小児の1日の必要エネルギーの設定
計算式：E＝BMR×R＋α
⇒エネルギー必要量E
＝基礎代謝量（BMR）×R（活動指数×ストレス係数）＋エネルギー蓄積量α
＊BMRとは基礎代謝基準量×目標体重である
＊αとは成長期にある小児の組織増加分に必要なエネルギーである

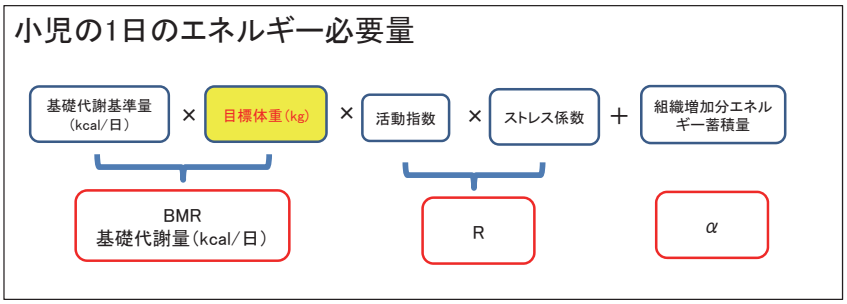
小児の１日の必要エネルギー量の算定方法を示す。
小児の戸笈長は組織増加分のエネルギーを＋することと、体格や運動量に個人差が大きく目標体重の設定もその子の状態に合わせて判断していく
基礎代謝基準量とエネルギー蓄積量は次のスライドのとおりである。

4 基礎代謝基準量とエネルギー蓄積量

厚生労働省・日本人の食事摂取基準・2010年度版

	男性			女性		
年	基礎代謝基準値（Kcal/kg/日）	エネルギー蓄積量（Kcal/日）	基礎代謝量（kcal/日）	基礎代謝基準値（Kcal/kg/日）	エネルギー蓄積量（Kcal/日）	基礎代謝量（kcal/日）
0～5か月		120	92.8×体重－152		120	92.8×体重－152
6～8か月		15			15	
9～11か月		15			15	
1～2歳	61.0	20	710	59.7	15	660
3～5歳	54.8	10	890	52.2	10	850
6～7歳	44.3	15	960	41.9	20	920
8～9歳	40.8	15	1120	38.3	25	1040
10～11歳	37.4	35	1330	34.8	30	1200
12～14歳	31.0	20	1490	29.6	25	1360
15～17歳	27.0	10	1580	25.3	10	1280

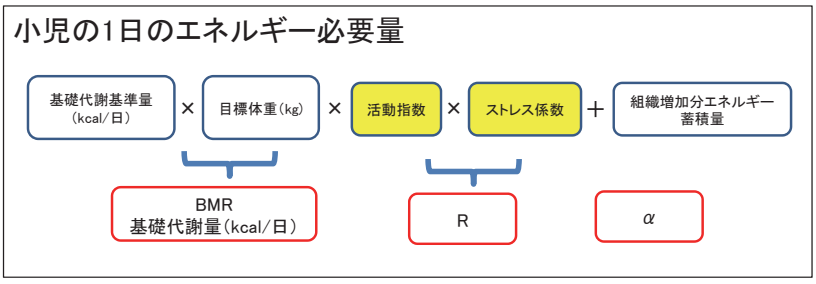
5 小児の１日のエネルギー必要量



目標体重設定
⇒現在の体重を使用する
⇒痩せすぎ、太りすぎの場合は、BMI（体重kg÷（身長m)2　または日本内分泌学会・日本小児の体格評価　身長と体重の標準値　平均身長・平均体重およびその標準偏差と案的成長曲線を参考にすると良い

＊BMIの標準値は22と言われているが重症心身障害児の場合15～18程度が標準（アテトーゼ型16くらい痙直型は18程度）にも留意する

6 小児の１日のエネルギー必要量



活動指数

活動指数	活動量
1.0	寝たきり（意識低下の状態）
1.1	寝たきり（覚醒の状態）
1.2	ベット上安静
1.3～1.4	ベット外活動
1.5～1.7	通常活動

ストレス係数

状態	ストレス係数
飢餓状態	0．6～0．9
手術	術後合併症なし10　小手術1.2　中等度1.2～1.3　大手術1.3～1.5
外傷	骨折1.1～1.3　多発外傷1.4
感染症	軽度1.2～1.4　中等度以上1.5～1.6
熱傷	熱傷1.2～2.0　60%熱傷2.0
発熱	1℃ごとに＋0.1

活動指数とストレス係数を掛け合わせた数字をＲとする。

7 栄養所要量と臨床的特徴

重症心身障害児係数・R

（R＝体重あたりの必要栄養摂取量/年齢別体重あたりの標準基礎代謝量）

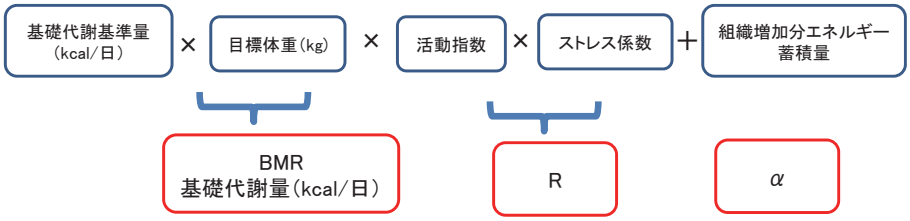
	A:高エネルギー消費群（R≧2）	B:低エネルギー消費群（R≦1）	C:中間群（1＜R＜2）
臨床的特徴	・筋緊張の変動が激しい不随意運動あり ・皮下脂肪が薄く筋肉量が多い ・刺激に対する反応性が高い ・アテトーゼ混合型脳性麻痺 ・移動能力がある ・努力性の呼吸　せき込み多い	・筋緊張の変動がない ・皮下脂肪が厚く、筋肉量が少ない ・痙直型脳性麻痺 ・移動しない ・刺激に対する反応少ない ・気管切開　人工呼吸器の装着 ・呼吸に努力を要しない	（1＜R＜1.5）まで ・経管栄養のケース （経口摂取よりエネルギー効率が良いと考えられる） ・B群の特徴をいくつか持っている （1.5＜R＜2） ・経口摂取 ・A群の特徴をいくつか持っている

＊呼吸器に依存する超重症児でB群：0.6とすることもある

静脈経腸栄養Vol.27 .No.5 2012 重症心身障害児の栄養管理　口分田政夫　永江彰子

重症心身障害児者の栄養管理は、体脂肪の検討からアテトーゼ群と非アテトーゼ群での栄養の課題が異なっていると推論され個別的に対応していく。
その栄養所要量の臨床的な特徴を示し、重症心身障害児係数Rを示す。
やせすぎや太りすぎ、急な体重の増減、養育者からの情報との不一致の時など、判断に困ったときの指標として栄養療法を開始してPDCAサイクルを活用していく。

8 例：重症心身障害児者の必要エネルギー必を求める（kcal/日）

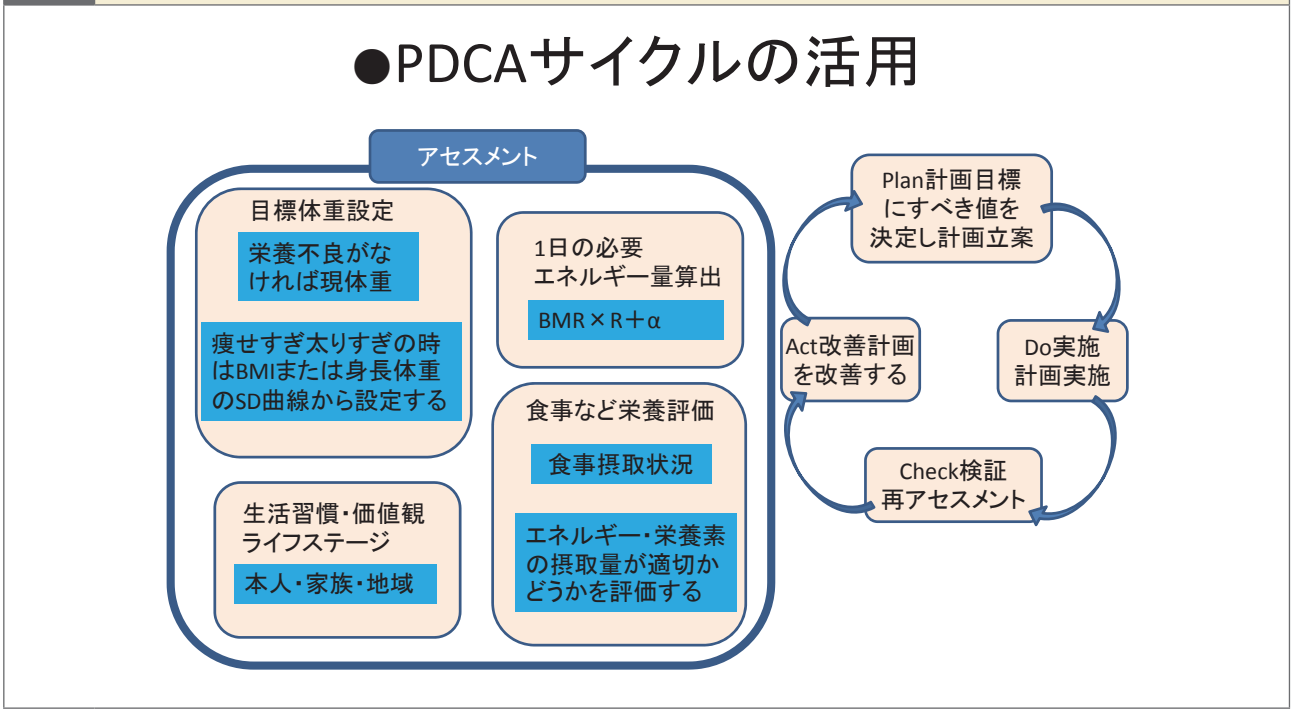


⇒事例4歳男児：現体重13kg
BMR54.8×13×R（2）＋α10＝1435kcal
エネルギー蓄積量10
臨床的な特徴Aの状態R2

⇒事例4歳男児：現体重13kg
人工呼吸器に依存している。
BMR54.8×13×R（0.6）＋α10＝437kcal
エネルギー蓄積量10
臨床的な特徴Bの状態で反応が殆どなく人工呼吸器に依存しているR0.6

Rの係数を用いて、事例を示す。
重症心身障害児では、寝たきりの状態であっても活動指数1.1ではなく、高エネルギー消費群ではRは２で計算する。
低エネルギー消費群の中でも人工呼吸に依存している子どもはエネルギー過多は急激な体重増加につながりやすい。
体重が20キログラム程度の体重に対して500～1,500kcalという摂取カロリーに幅があることや同じく1,000kcal摂取していてもその結果として体重12～44キログラムという体重の個人差が出るという報告がある。

9 子どもは成長期にある



栄養の評価にはフィードバックが重要になる。
SD曲線によって、過去から将来への見通しを立てて、推定必要エネルギーを算出し、それをその子や家庭に合わせて食事そのものが実際に提供され摂取可能な環境調整を行う。
実際に行われた内容を再度アセスメント、検証し改善しながら進めていく。

10 より生理的に栄養を取りこめるようにする

●栄養の摂取経路

①経腸栄養：経口摂取・経鼻胃管・経鼻十二指腸管・胃瘻・腸瘻・食道瘻

②経静脈栄養：中心静脈栄養・抹消静脈栄養

⇒経口摂取をするか否か、どのような方法を選択するかなどは、本人が楽しめるように、介助される側もする側もハッピーな環境調整を目指しつつ多職種で検討する。

栄養の摂取経路には経腸栄養と経静脈栄養とがあるが、その実際について述べる。

11 経鼻経管栄養から胃瘻にすることで改善する問題点

- 誤挿入による肺炎、呼吸不全のリスク
- 咽頭、喉頭の刺激による苦痛、分泌増加、嚥下への悪影響
- 鼻にチューブという外見上の問題。
- 鼻粘膜障害
- 細い管となるため、ミキサー食が困難
- 挿入困難による苦痛

「日本小児連絡協議会小児在宅医療実技講習会マニュアル」より引用、一部改変

経鼻経管栄養から胃瘻にすることで改善する問題点を示す。
多くの問題点が改善する可能性がある。

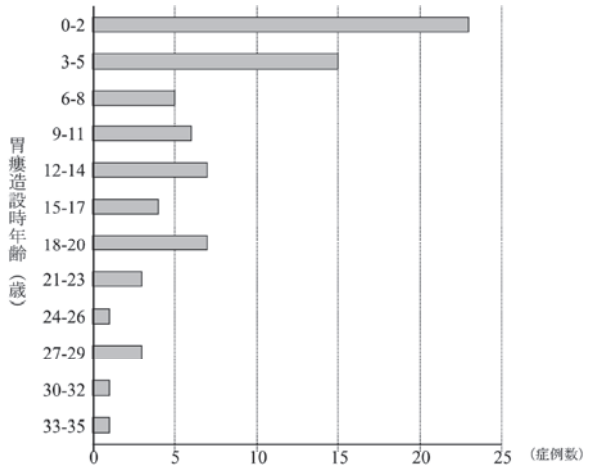
12 小児の胃瘻の問題点、考慮すべき事

- 胃瘻造設に全身麻酔が必要。
- 胃壁の腹壁への固定により十二指腸への通過障害や、嘔吐、逆流を誘発する場合がある。
- 側弯や筋緊張亢進により胃食道逆流症（GERD）の合併が多く、噴門形成術（ニッセン手術）の実施が必要な例も多い。
- 側弯等による体幹の変形で、胃が左肋骨弓下に位置することも多く、腹腔鏡下でも胃瘻造設が困難な例もある。
- バルーン型のボタンが大半である。

「日本小児連絡協議会小児在宅医療実技講習会マニュアル」より引用、一部改変

小児の胃瘻の問題点、考慮すべき事を示す。
小児ではバンパー型ではなくバルーン型のボタンが大半である理由として、小児では内視鏡下より腹腔鏡下での造設が多く、胃壁と腹壁の固定が造設直後よりしっかりしているために、交換が容易なバルーン型が選択されることが多い。

13 胃瘻造設時の年齢について

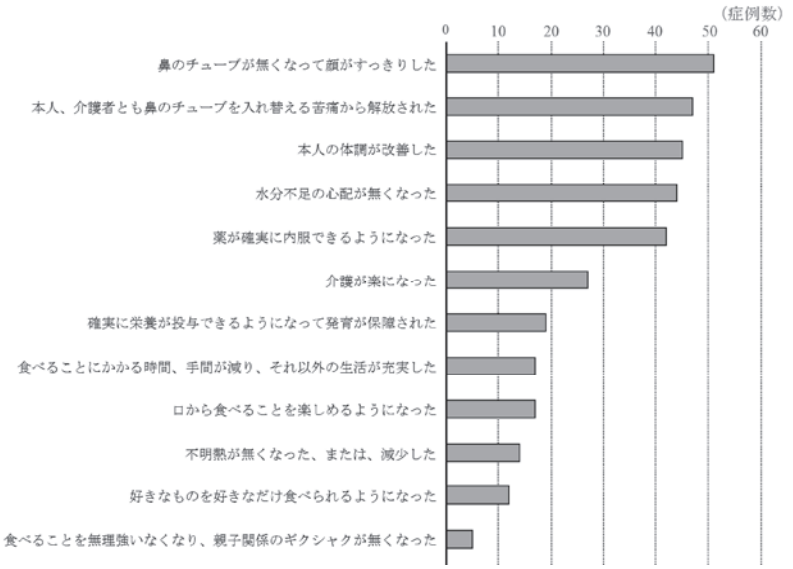


大阪発達総合療育センターを利用する重症児者へのアンケート調査結果（n=76）
0-2歳での造設が最多だが、15歳以上で造設する例も多かった。

牛尾ら．胃瘻造設症例に対するアンケート調査 - 胃瘻は重症心身障碍児者のQOLを改善するか -
Medical Nutritionist of PEN Leaders 1(2): 115 -123 2017

牛尾らの重症児者への調査では、胃瘻は 0-2 歳での増設が最多だが、15歳以上で造設する例も多かった。出生時より経口摂取不能な症例のみではなく、当初は経口で摂取可能であったが、徐々に必要なエネルギー全量を経口摂取することが困難になり、胃瘻造設を決断しなければならない時期が来る可能性があることが示されている。

14 胃瘻造設してよかったこと（複数回答）



牛尾ら．胃瘻造設症例に対するアンケート調査 - 胃瘻は重症心身障碍児者のQOLを改善するか -
Medical Nutritionist of PEN Leaders 1(2): 115 -123 2017

牛尾らの重症児者80人への調査で、胃瘻造設してよかったことの回答を示す。
胃瘻造設によって体調が改善し、食べる事を楽しめるようになり、生活が充実したというポジティブな回答が多かった。一方、デイサービスなどの施設で受け入れてもらえなくなることが胃瘻造設を躊躇する理由の一つである事も他の回答より判明した。胃瘻の利点や欠点を十分に説明し、養育者の葛藤に寄り添い、術後の具体的な生活をイメージできる説明が、我々医療者に求められている。

15 重症児の胃食道逆流症（Gastro Esophageal Reflux Disease：GERD）

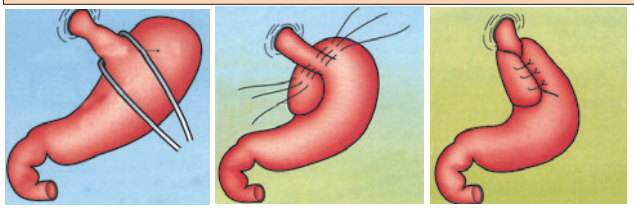
原因
• 痙攣や緊張の亢進 • 体幹の変形（側弯など） • 上気道狭窄による胸腔内陰圧の増大 • 食道裂孔ヘルニアの合併

症状
• 胸やけ、 • 咳・喘鳴 • 誤嚥性肺炎 • 消化管出血、貧血 • 体重増加不良など



内科的治療：
・食事内容の工夫(とろみ、ゲル化など)
・姿勢・体位の工夫
・薬物療法：胃酸分泌抑制（PPI）、消化管蠕動促進（モサプリド、六君子湯など）

外科的治療：噴門形成手術（ニッセン手術）

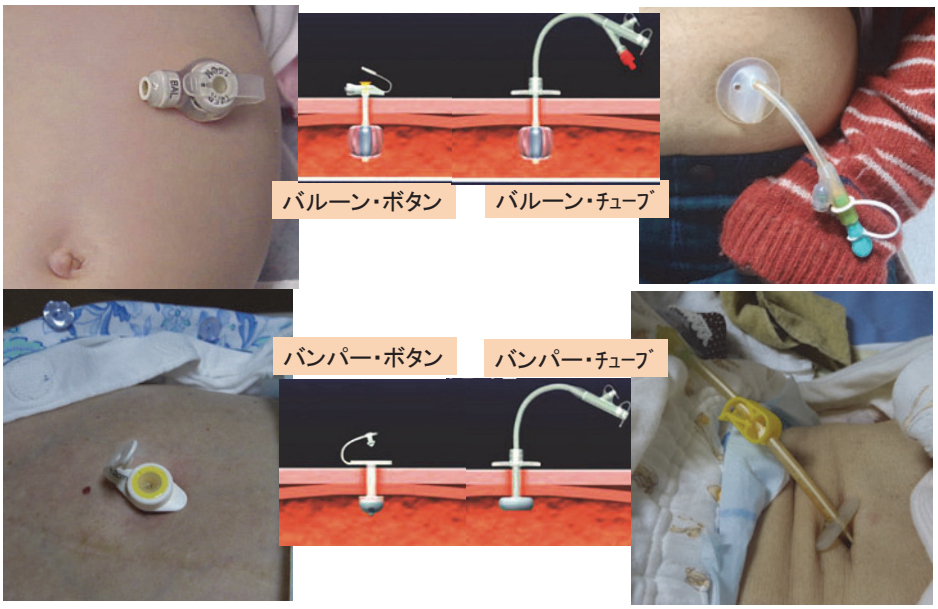


食道の周りに胃の上部を巻き付けて、逆流しにくい形を作る。食道裂孔ヘルニア修復術も併せて実施することが多い。

「日本小児連絡協議会小児在宅医療実技講習会マニュアル」より引用、一部改変

重症児の胃食道逆流症（GERD）について示す。
消化管出血、貧血や誤嚥性肺炎の原因となり、内科的治療で改善が得られなければ、外科的治療の噴門形成術が考慮される。

16 胃瘻カテーテルの種類



「日本小児連絡協議会小児在宅医療実技講習会マニュアル」より引用

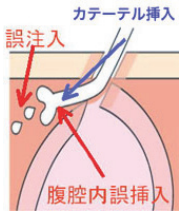
胃瘻カテーテルの種類を示す。4 つのタイプがある。
小児では交換の容易なバルーン型が多く使用され、1-2 か月に 1 回の頻度で交換されることが多い。

17 胃瘻の合併症（1）

1）誤挿入：最も怖い合併症

胃瘻の交換はやさしく垂直に挿入する。微妙ないつもどおりの抵抗を感じること。
ガイドワイヤーを使用するとより安心であるが、絶対ではないことに留意。
腹腔内に誤注入すると腹膜炎から重篤な転帰を招く可能性あり。

- 胃内に入ったかどうかの確認方法（①②が最も信頼性高い、④は最も低い）
  - ①細径の内視鏡でチューブを通して胃内を確認
  - ②レントゲン造影
  - ③色素法（ピオクタニン、メチレンブルーなど）
  - ④胃内容液がかえってくるかどうか



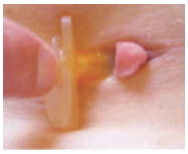
<PDNレクチャーより>

2）皮膚トラブル：よくみられる

対策：ステロイド軟膏がよく用いられる。
肉芽は硝酸銀で焼灼するのも有効


瘻孔周囲炎


肉芽



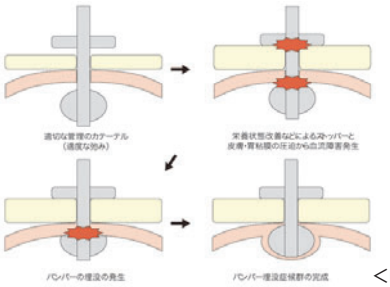

こより法（ティッシュペーパー）

「日本小児連絡協議会小児在宅医療実技講習会マニュアル」より引用、一部改変

胃瘻の合併症を示す。誤挿入は最も避けなければならない合併症である。
胃内に入ったことの確認方法は内視鏡か、レントゲン造影が最も確実である。
皮膚トラブルは最もよくみられる合併症である。軽微な漏れに対しては、ティッシュペーパーで作ったこよりを巻く方法も有効である。安価で簡便であり、どこでも交換可能である。

18 胃瘻の合併症（2）

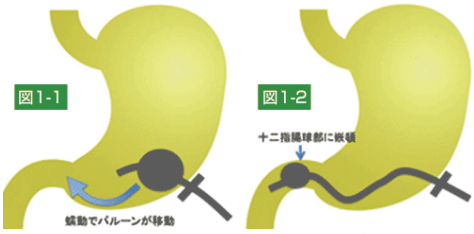
3）バンパー埋没症候群



- きつく締め過ぎることで胃粘膜・胃壁の虚血・障害が進行し発生する。
- 液漏れ対策としてきつく締めつけることはしてはいけない。
- 予防：毎日1回以上くるくる回転させ、上下に1～1.5cm動くこと確認する。

<PDNレクチャーより>

4）ボールバルブ症候群



- 先端バルーンが、十二指腸に嵌頓した状態。
- 胃瘻の液漏れや嘔吐、胃破裂をひき起こす。
- 予防：シャフト長（バルーンまでの長さ）を適切に選択・管理する。

<PDNレクチャーより>

「日本小児連絡協議会小児在宅医療実技講習会マニュアル」より引用、一部改変

胃瘻の合併症を示す。
胃瘻からの液漏れ対策としてきつく締めつけることはしてはいけない。
シャフト長が長すぎるとボールバルブ症候群をひき起こす可能性があるので、適切な長さのシャフト長を選択する。

19 経腸栄養について

- 通常は胃からの栄養が有利である。その理由は、
  ・胃液による消化が行われる
  ・胃酸による殺菌効果が期待できる
  ・緩徐に消化吸収されるので急激な血糖上昇がない

- しかし胃からの経管栄養では管理困難な場合、十二指腸～小腸（空腸）への経腸栄養が行われる。経腸栄養の適応は、
  ・胃運動が低下し、胃の貯蔵能や排泄能が低下している場合
  ・胃食道逆流による誤嚥のリスクが高い場合
  ・体幹の変形が強く、手技的に胃瘻造設が困難な場合などがある。

- 空腸へのアクセスは、経鼻、経胃瘻、腸瘻がある。
- 胃瘻に比べてチューブ径が細く詰まりやすいので、薬剤投与時は注意。
  チューブ交換はレントゲン透視下で行うことになる。
- 血糖値の急激な上昇によるダンピング症候群を避けるため、注入ポンプを使用する。

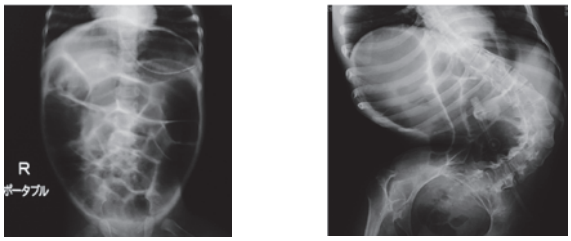


腸瘻の一例

経腸栄養について示す。通常は胃からの栄養が有利であるが、胃からの経管栄養では管理困難な場合、十二指腸～小腸（空腸）への経腸栄養が行われる。

20 経静脈栄養について

- 大原則は、「腸が機能している場合は腸を使う」である。その理由は、経腸栄養は静脈栄養に比べて生理的であり、腸管免疫系の機能が維持され、感染性合併症発生頻度が低いからである。長期に消化管を使用しなければ小腸粘膜が萎縮し、それに伴って機械的・免疫学的バリア機能が低下し、細菌の侵入を招くこと（bacterial translocation）は多くの研究で証明されている。
- 小児で在宅経静脈栄養の適応となるのは、腸管大量切除後の短腸症候群（腸軸捻転症、先天性小腸閉鎖症、壊死性腸炎、ヒルシュスプルング病など）、難治性下痢、活動性の炎症性腸疾患（クローン病、潰瘍性大腸炎）、慢性偽性腸閉塞（CIPS：Chronic Intestinal Pseudo-obstruction Syndrome）などの消化管運動障害、および悪性腫瘍（化学療法施行）などがある。

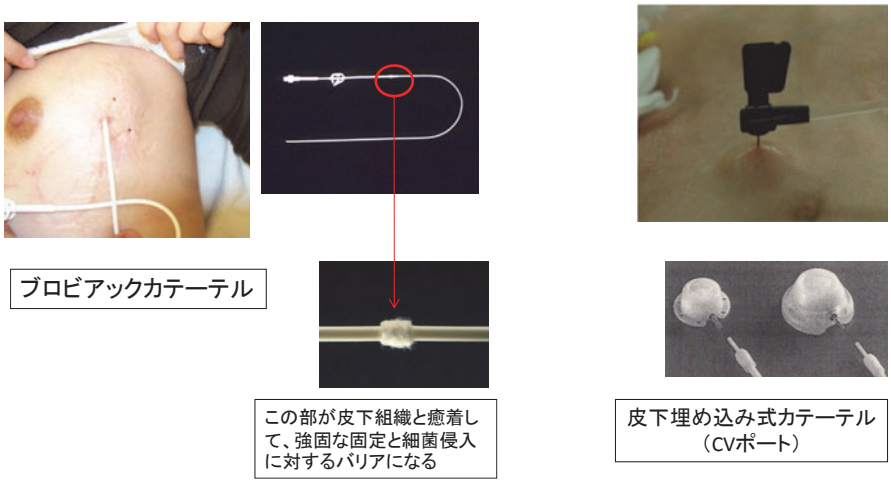


慢性偽性腸閉塞（CIPS）の2例：寝たきり、呑気症、高度の側弯等が原因となりうる。
機械的閉塞はないが、高度の腸管蠕動運動障害で経腸栄養不能になる例がある。

経静脈栄養について示す。
慢性偽性腸閉塞（CIPS）で経腸栄養が不能になった例で経静脈栄養を実施した場合、拡張して内圧が上昇した腸管からのbacterial translocationで敗血症を起こすことがしばしばある。

21 経静脈栄養のデバイスについて

- 小児では、長期留置用に開発されたブロビアックカテーテル（Broviac® catheter）がよく用いられる。成人でよく用いられる完全皮下埋め込み式カテーテル（CVポート）は輸液をしていない時間は体外部分がないという利点があるが、小児では毎回の穿刺が耐え難いことも多く、破損や感染などの合併症も多い傾向にあるため使用頻度は低い。
- 在宅では清潔操作に最も注意する。



経静脈栄養のデバイスについて示す。小児では、長期留置用に開発されたブロビアックカテーテル（Broviac® catheter）がよく用いられる。

22 より生理的に栄養を取りこめるようにする（1）

●消化吸収機能を高める
⇒生後1年の時期は腸管機能など人の体が最も成長する。腸内環境を維持するために「食物残差がある栄養がよい」「ビフィズス菌も多い」ため母乳を選択する。
⇒離乳食を始める目安は生後5～6か月。「食べたい」という欲求や「空腹感・満腹感」などを大切にする。
⇒腸内環境を整えて栄養吸収を促進する。

前述したような方法で経腸栄養を行うときの留意点について述べる。

23 より生理的に栄養を取りこめるようにする（2）

●栄養配分について
⇒炭水化物
グルコースの消費は主に脳と腎臓
総エネルギーの50～65%目安
⇒蛋白質
筋肉維持のために1.5～2.0g/kcal目安
総エネルギーの15%
NPC/N比・小児では200～250が適正とされている
・通常流動食（110～150）
・乳幼児調整乳250　アイソカルジュニア200
⇒脂質
脂肪酸は主に骨格筋と心筋で消費
総エネルギーの20%
最大3kg/kg/dayまで増量可能

炭水化物は脳で消費されることが多いので、脳障害のある小児は体重の増加に注意する。また、子どもの集団生活が始まるなど精神活動が活発になると体重減少する場合がある。
小児は排せつ機能が不十分なために、たんぱく質が多すぎるとNPC/P比が小さくなりそのために腎臓の窒素排泄能を超過して老廃物が貯留する。
特にラコールやエネーボなど成人用の流動食を使用する場合はBUNの上昇をモニターする。
横隔膜や肋間筋は骨格筋なので呼吸に問題がある場合には脂質の摂取量に注意する。
重症心身障害児に対する栄養配分の注意点を次のスライドに示す。

24 より生理的に栄養を取りこめるようにする（3）

●重症心身障害児のタイプによる栄養課題
（体脂肪量の検討からの推論）

麻痺のタイプ	アテトーゼ主体型	痙直主体型
筋肉量	非アテトーゼ型に比較して多い	委縮して少ない傾向
エネルギー消費量	不随意運動や筋肉内の消費のために多い	運動量が少なく筋肉内の消費も少ないため少ない
エネルギーの予備	脂肪として蓄積されるエネルギーが少なく、栄養不良の場合ストレス時に急変する可能性がある	通常は脂肪として蓄積できると考える
動脈硬化等の成人病	脂肪が蓄積する血管性の成人病は発生しにくいであろう	体脂肪率の高い症例では、加齢とともに動脈硬化による成人病の発生もあり得る
微量元素	投与エネルギー量が多くなる傾向のため通常は不足しにくい	投与エネルギーが少なくて体重維持ができるため不足しがちである
たんぱく	投与エネルギー量が多くなる傾向のため通常は不足しにくい。筋肉にも貯蔵される	低たんぱくになりやすい。筋肉内にも予備が少なく、免疫として動員されるたんぱくが不足し易感染性を合併しやすい
栄養課題	投与エネルギー量を消費エネルギーが多いことを考慮し多めに設定し十分な脂肪やたんぱくを補給する	総エネルギー量を少なめに設定し脂肪の過剰蓄積を防ぐ一方で、たんぱくや微量元素は十分に補給しておく

静脈経腸栄養Vol.27 .No.5 2012 重症心身障害児の栄養管理　口分田政夫　永江彰子

R係数を示したように重症心身障害児は筋緊張や呼吸などにより栄養課題はその他の子ども達とは区別して考えなくてはならないことがある。
重症心身障害児も個別対応が必要で、アテトーゼ型と痙直主体型に対する推論を示す。
適切に病態を評価して適切な栄養剤や多様な食品を摂取させることが必要。

25 より生理的に栄養を取りこめるようにする（4）

●微量元素欠乏が疑われる症状

微量元素	欠乏症状
銅	骨粗鬆症、貧血、好中球減少、骨折
亜鉛	皮膚炎、毛髪以上、味覚障害、下痢、傷が治りにくい
鉄	貧血
セレン	爪異常（爪床部白色変化）、心不全、免疫力の低下、筋肉痛（下肢痛）
ビチオン	眼瞼　口唇、肛門周囲の皮膚炎、脱毛
ヨウ素	甲状腺機能異常、甲状腺肥大
カルニチン	心筋症　横紋筋融解症

経管栄養の場合は、栄養剤の選択により、たんぱく質、脂質、電解質、ビタミン、食物繊維、微量金属などが不足する恐れがあり欠乏症状について知っておく必要がある。

26 より生理的に栄養を取りこめるようにする（5）

●医療品タイプ流動食で微量元素に配慮すること
⇒エンシュア・ラコール：セレン・カルニチンが入っていないのでブイクレスやテゾンなどのジュースやエルカルチンの併用が有効
⇒エネーボ：セレン・カルニチンは入っているがヨウ素がないので注意
⇒エレンタールだけでは必須脂肪酸欠乏になるので、エゴマ油、シソ油などの補充が有効
●人工乳で微量元素などに配慮すること
⇒フォローアップミルクは離乳食が前提なのでカルニチン、微量元素などが殆どない
⇒アレルギー用ミルクは微量元素が欠乏しやすく、テゾンあるいはビタジクスなどで補充が必要

家族の協力が得られ、家族と同様の食事が注入可能であるなら、多様な食品から栄養を取り込めるほうが良い。

27 より生理的に栄養を取りこめるようにする（6）

●栄養評価

＊慢性的な発育不良か急激な体重減少か？

⇒身体測定

身長・体重・上腕三頭筋皮下脂肪厚・上腕周囲長

⇒臨床症状

体重の変化・活動状況・食事摂取量の変化・
消化器症状（下痢、便秘、嘔吐、胃残など）・
スキントラブル・浮腫・易感染・骨折・褥瘡

⇒検査値

血算・血清総蛋白・プレアルブミン・トランスフェリン・
レチノール結合蛋白・アルブミン・脂質・BUN・微量元
素・骨密度・検尿

28 より生理的に栄養を取りこめるようにする（7）

●1日必要水分量の目安（食事の水分量も含む）

年齢	水分量（1日当たり）
1歳	120－135ml/kg
2歳	115 -125 ml/kg
4歳	100 -110 ml/kg
6歳	90 – 100 ml/kg
10歳	70 -85 ml/kg
14歳	50 -60 ml/kg
18歳	40- 50 ml/kg

体重	水分量（1日あたり）
0－10kg	100ml/kg
10－20kg	1000ml＋50ml/kg
20kg以上	1500ml＋20ml/kg

重症心身障害児は、唾液の持続吸引の使用や流延が多い、開口してるなどのことから、水分不足には注意したい。

29 より生理的に栄養を取りこむために（8）

●腸内環境を整える

⇒米：重湯は消化機能が弱ったときにも役立つ。米麹の甘酒や、米をだし汁や煮物、スープに入れて一緒に煮るとトロミが付く

⇒乳酸菌やビフィズス菌：ヤクルト、みそ、納豆、ヨーグルト、ぬか漬けなどに多く含まれる。

⇒オリゴ糖と食物繊維：乳酸菌やビフィズス菌の餌になる

・水溶性の食物繊維：吸着性（胆汁酸吸着して排出する）
粘性（食物がゆっくり通過して糖化を防ぐ）

・不溶性の食物繊維：噛む力を育てる・満腹感・胃や腸が活発に動く必要があるので適量を見極める

多様な食物を摂取することが大切である。

30 胃ろうからのミキサー食

●神奈川県立こども医療センター

http://kcmc.kanagawa-pho.jp/department/files/mixer1403.pdf

●長野県こども病院

http://nagano-child.jp/overview/public_relations

31 食の支援

●「食の支援」は本人と家族の成長発達の過程を支援することである。多職種連携で取り組む。

⇒「からだ・こころ・食」「感覚」を統合し、相関しあいながら育っていく
⇒母子相互作用を促しアタッチメント形成のために「食の支援」は有効である
⇒子どもに最善の食事・栄養を提供できるか否かは地域社会の在り方に委ねられている。

技術2

2－1. 小児在宅医療における診療報酬

2－2. 制度

技術 2-1 小児在宅医療における診療報酬

大山 昇一

目　標

小児在宅医療における基本的な診療報酬の概要を理解する。

Keyword

- 在宅患者訪問診療料
- 在宅療養指導管理料
- 在宅療養指導管理材料加算
- 入退院支援加算
- 在宅療養後方支援病院

内　容

《総論》在宅医療の診療報酬

1．長期間の在宅医療の経過からみた主治医医療機関
2．在宅医療における基本的な診療報酬

《各論》提供される医療からみた小児在宅医療

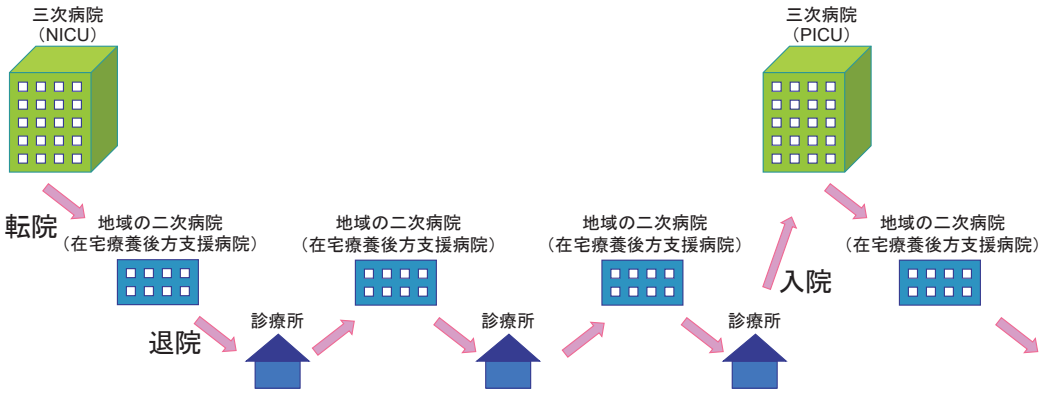
1．大都市型の場合に算定できる診療報酬
2．中都市型の場合に算定できる診療報酬
3．成人と小児の在宅診療報酬算定の違い
4．小児在宅医療の視点からみた診療報酬
5．（強化型）在宅療養支援診療所とトランジション

参　考

別表13、別表第８の２、退院支援加算、小児在宅医療における訪問看護の報酬

【引用情報】
1）永井康徳：たんぽぽ先生の在宅報酬算定マニュアル. 日経BP社、2015.
2）社会保険研究所：診療報酬点数表. 社会保険研究所, 2020.
3）大阪小児科医会、小児在宅医療診療報酬の手引き一事例を中心に、主として診療所を対象として一　第３版、平成26年６月
4）大山昇一　平成26年診療報酬改定と小児在宅医療　日本在宅医学会雑誌、16(2),254-264,2015

1 総論　長期間の在宅医療の経過からみた主治医医療機関



- 三次病院から直接在宅生活を始める場合と、地域の二次病院に一旦転院してから在宅生活を始める場合がある。
- 長期間の在宅生活の中では、しばしばレスパイトや合併症の治療のための入院等を繰り返す。
- 小児の在宅医療においては、地域の二次病院（在宅療養後方支援病院）は重要な地位を占めている。

在宅医療を行う患者さんは三次病院から退院して在宅での生活を行いますが、その経過の中でレスパイトや合併症などのため再入院をしては在宅医療に戻るということを繰り返します。
はじめて三次病院から退院する場合には、直接在宅医療に移行する場合と、地域の二次病院に一旦転院してから在宅医療に移行する場合が考えられます。このテキストでは、三次病院から直接在宅に移行する場合を「大都市型」、地域の二次病院を介する場合を「中都市型」と表現しています。これは在宅医療における診療報酬制度の構築を理解し易くするためです。地域の二次病院は在宅医療の中では「在宅療養後方支援病院」という名称で示されています。近年では、三次病院の中にこの図で二次病院と表現している機能に相当する「在宅移行支援病棟」を持つ施設も作られるようになってきました。
長い在宅医療の経過の中でみると、地域に存在する在宅療養後方支援病院の重要性がわかると思います。それぞれの地域において在宅医療を支える二次病院（地域小児科センター：在宅療養後方支援病院）を増やすことが、小児在宅医療を充実させるためには重要です。

2 総論　在宅医療における基本的な診療報酬

【在宅患者診療・指導料】
C001　在宅患者訪問診療料（Ⅰ）
　　乳幼児加算
C002　在宅時医学総合管理料
C007　訪問看護指示料
C007-2 介護職員等喀痰吸引等指示料
C011　在宅患者緊急時等カンファレンス料
C012　在宅患者共同指導料

【在宅療養指導管理料】
表1のうちいずれか一つ
重複しなければ従たる医療機関でも算定可能

【在宅療養指導管理材料加算】
要件を満たせば2以上を算定可能

【薬剤料】
C200　薬剤料

【特定保険医療材料料】
C300　特定保険医療材料

日本小児科学会社会保険委員会
2018年10月26日作成

在宅医療の診療報酬の算定はＡ基本診療料、Ｂ医学管理料、Ｃ在宅医療の項目で主に構成されています。そのうち在宅訪問についてはＣ在宅医療を主として使うことになります。
表に示したように、在宅患者診療・指導料、在宅療養指導管理料、在宅療養指導管理材料加算、薬剤料、特定保険医療材料の５項目の合算で請求することが基本です。在宅療養指導管理料および在宅療養指導管理材料加算については後述の表１および表２をご参照下さい。なお、３歳未満でB001-2小児科外来診療料を採用している施設でも、在宅医療を行う患者さんについては在宅医療の項目を出来高で算定することができます。

3　総論　在宅患者診療・指導料の類型

◆C000　往診料

◆C001　在宅患者訪問診療料

◆C002　在宅時医学総合管理料

◆C003　在宅がん医療総合診療料

◆C012　在宅患者共同指導料

（在宅がん医療総合診療料については講習の対象としない）

C000往診料およびC001在宅患者訪問診療料は、厳しい算定要件がなく一般の診療所で算定可能です。C002在宅時医学管理料は、在宅療養支援診療所や在宅療養支援病院が算定するもので算定要件が厳しく、簡単に概要に触れる程度とします。令和２年度の改定で、オンライン在宅管理料が新設されています。C012在宅患者共同指導料は在宅療養後方支援病院が算定できるものです。また、C003在宅がん医療総合診療料はその内容から今回の講習の対象とはしません。

4　総論　表１　小児で使われる在宅療養指導管理料の一覧

●	C100　退院前在宅療養指導管理料	１２０点
	C102　在宅自己腹膜灌流指導管理料	４０００点
	C102-2　在宅血液透析指導管理料	８０００点
●	C103　在宅酸素療法指導管理料	
	1　チアノーゼ型先天性心疾患の場合	５２０点
	2　その他の場合	２４００点
●	C104　在宅中心静脈栄養指導管理料	３０００点
●	C105　在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	２５００点
●	C105-2　在宅小児経管栄養法指導管理料	１０５０点
●	C105-3　在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料	２５００点
	C106　在宅自己導尿指導管理料	１８００点
●	C107　在宅人工呼吸指導管理料	２８００点
●	C107-2　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料１	２２５０点
	2	２５０点
	C108　在宅悪性腫瘍患者指導管理料	１５００点
	C108-2　在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料	１５００点
●	C109　在宅寝たきり患者処置指導管理料	１０５０点
	C110　在宅自己疼痛管理指導管理料	１３００点
●	C112　在宅気管切開患者指導管理料	９００点
	C114　在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料	１０００点

日本小児科学会社会保険委員会
2018年10月26日作成

表１には在宅療養指導管理料の一覧を示します。印は小児で算定することの多い管理料です。複数の管理料を算定できるような場合でも、算定できるのは主たる管理料を１つだけです。平成26年診療報酬改定で、主治医施設と副主治医施設の２箇所が在宅療養指導管理料をそれぞれ算定することが可能となりました。その場合には、互いに類似した管理料を算定することはできず、このあとの表３に重複して算定できない管理料の組み合わせを示しています。

5 総論　表２　小児で使われる在宅療養指導管理材料加算の一覧

日本小児科学会社会保険委員会
2018年10月26日作成

C154	紫外線殺菌器加算	３６０点
C155	自己腹膜灌流装置加算	２５００点
C156	透析液供給装置加算	１００００点
C157	酸素ボンベ加算	
1	携帯用酸素ボンベ	８８０点
2	１以外の酸素ボンベ	３９５０点
C158	酸素濃縮装置加算	４０００点
C159	液化酸素装置加算	
1	設置型液化酸素装置	３９７０点
2	携帯型液化酸素装置	８８０点
C159-2	呼吸同調式デマンドバルブ加算	３００点
C160	在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算	２０００点
C161	注入ポンプ加算	１２５０点
C162	在宅経管栄養法用栄養管セット加算	２０００点
C163	特殊カテーテル加算	略
C164	人工呼吸器加算	
1	陽圧式人工呼吸器	７４８０点
2	人工呼吸器	６４８０点
3	陰圧式人工呼吸器	７４８０点
C165	経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器加算	
1	ASVを使用した場合	３７５０点
2	CPAPを使用した場合	１０００点
C166	携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算	２５００点
C167	疼痛管理用送信機加算	６００点
C168	携帯型精密輸液ポンプ加算	１００００点
C169	気管切開患者用人工鼻加算	１５００点
C170	排痰補助装置加算	１８００点
C171	在宅酸素療法材料加算	
1	チアノーゼ型先天性心疾患の場合	７８０点
2	その他の場合	１００点
C171-2	在宅持続陽圧呼吸療法材料加算	１００点

注）在宅療養指導管理材料加算は、要件を満たせば
２以上の指導管理について算定できる。

表１の管理料に対応する材料加算が算定可能です。表１に示した管理料は、複数該当するものがあっても主たるもの１つしか算定できませんが、表２に示した材料加算は該当する管理料に対応した材料加算は複数算定することが可能です。令和２年度の改定で、胃瘻カテーテルは特定保険材料として算定できることが明示されました。

6 総論　表３　算定できない在宅療養指導管理料の組み合わせ

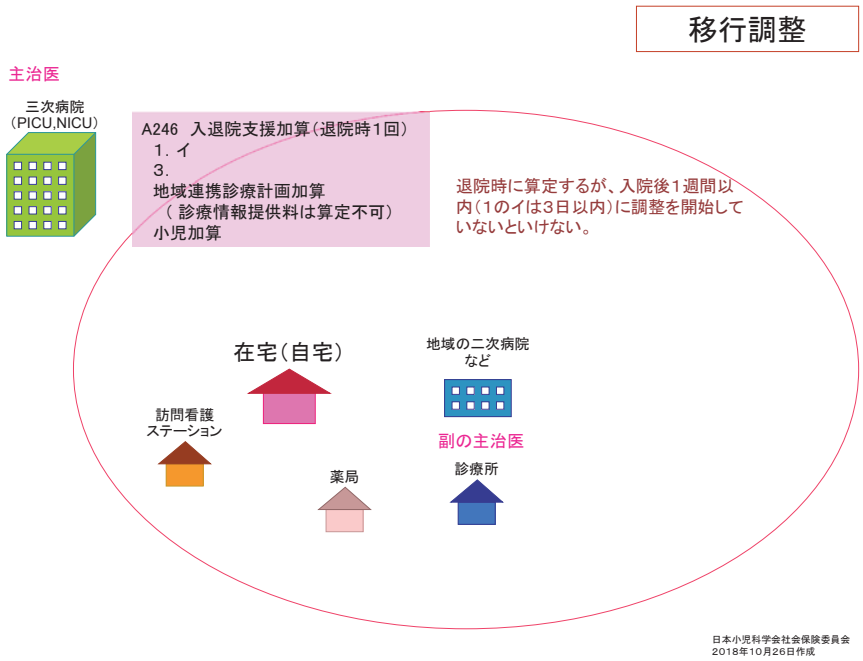
日本小児科学会社会保険委員会
2018年10月26日作成

C102 在宅自己腹膜潅流指導管理料	C102-2 在宅血液透析指導管理料
C103 在宅酸素療法指導管理料	C107 在宅人工呼吸指導管理料　又は C107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料
C104 在宅中心静脈栄養法指導管理料	C105 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料 C105-2 在宅小児経管栄養法指導管理料
C105 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	C105-2 在宅小児経管栄養法指導管理料
C105-2 在宅小児経管栄養法指導管理料	C105-3 在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料 C109 在宅寝たきり患者処置指導管理料
C105-3 在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料	C109 在宅寝たきり患者処置指導管理料
C107 在宅人工呼吸指導管理料	C107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料
C108 在宅悪性腫瘍患者指導管理料	C110 在宅自己疼痛管理指導管理料
C108-2 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料	C110 在宅自己疼痛管理指導管理料
C109 在宅寝たきり患者処置指導管理料	C114 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料

注）複数の施設が在宅医療にかかわる場合、表の左側の指導管理料と右側の指導管理料は
同時に算定できない。

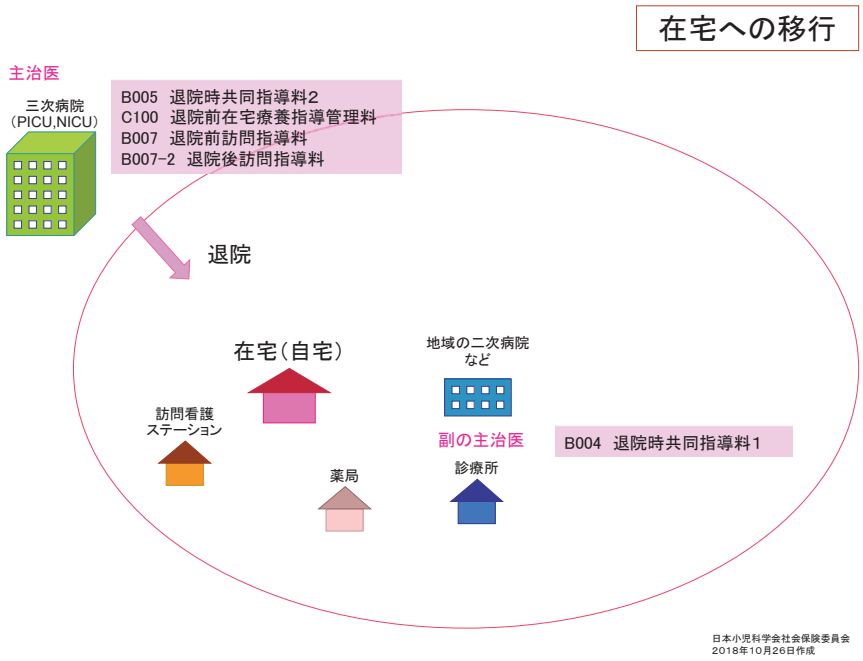
主治医と副主治医との間で重複して算定できない管理料の組み合わせを示します。
この表は、超準重症児・準超重症児にかかわる診療報酬算定の際に用いられます。

7 各論　大都市型　図A-2　初回入院・急性期治療



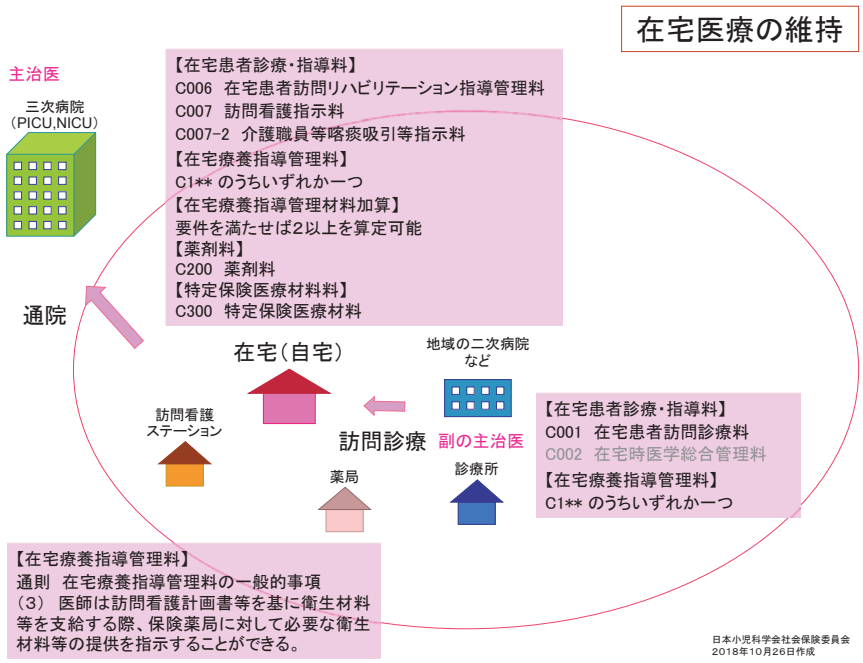
図A-2から図A-6までで、三次病院が主治医のまま直接在宅医療に移行し、診療所が往診のみを担当する場合（大都市型）の診療報酬の算定方法について説明します。主治医は三次病院で、診療所は副主治医となります。
三次病院に、将来在宅医療が必要になる可能性のあるこどもが入院した場合、入院後１週間以内に在宅移行に向けた話し合いが開始され、実際に在宅移行に結びついた場合には入退院支援加算を退院時に算定することができます。送り出し側の三次病院の多職種間での話し合いが必要です。いくつかの算定要件があり、成人も含めてすべての患者に使うことのできるのが入退院支援加算１または２、NICUに入院していた新生児に用いられるのが入退院支援加算３です。

8 各論　大都市型　図A-3　在宅医療への移行調整



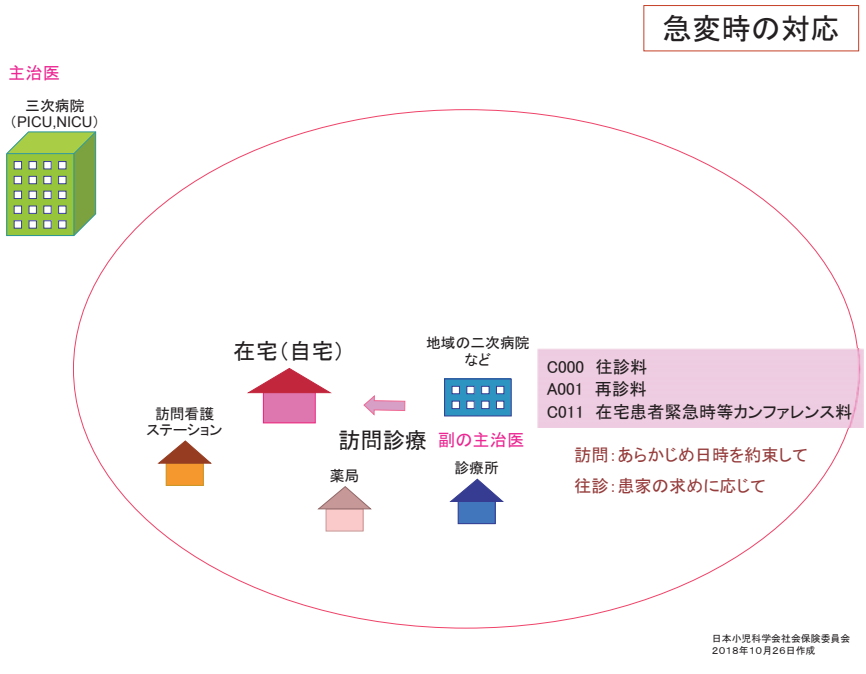
一般に、在宅移行の調整がほぼ終わった段階で、１～２泊の試験外泊が行われます。試験外泊を実施した場合算定できるのが退院前在宅療養指導管理料です。一方、実際の在宅移行に際してはこどもの自宅周囲の医療資源や福祉資源の担当者と三次病院側のスタッフが一堂に会してカンファレンスを行い、在宅医療の継続に伴う様々な内容について情報交換が行われるのが一般的です。そのカンファレンスの結果、自宅への退院に結びついた場合に送り出し側の三次病院が算定するのが退院時共同指導料２、受け側の診療所が算定するのが退院時共同指導料１です。この退院前の多職種カンファレンスが最も重要で、その後の在宅医療の質を左右するといっても過言ではありません。別に定められた状態の場合（別表３の１の２）には合計２回の算定が認められています。なお、B005退院時共同指導料２は小児入院医療管理料の包括範囲になっており、小児入院医療管理料を算定する施設では算定できません。一方、入院中の施設から医師、看護師、助産師、保健師が実際に在宅医療の現場に赴いて療養上の指導を行うことも可能で、入院中には１～２回、退院後は５回までの算定が可能です（退院前訪問指導料、退院後訪問指導料）。なお、この項目も小児入院医療管理料の包括範囲となっています。

9 各論　大都市型　図A-4　在宅医療の維持



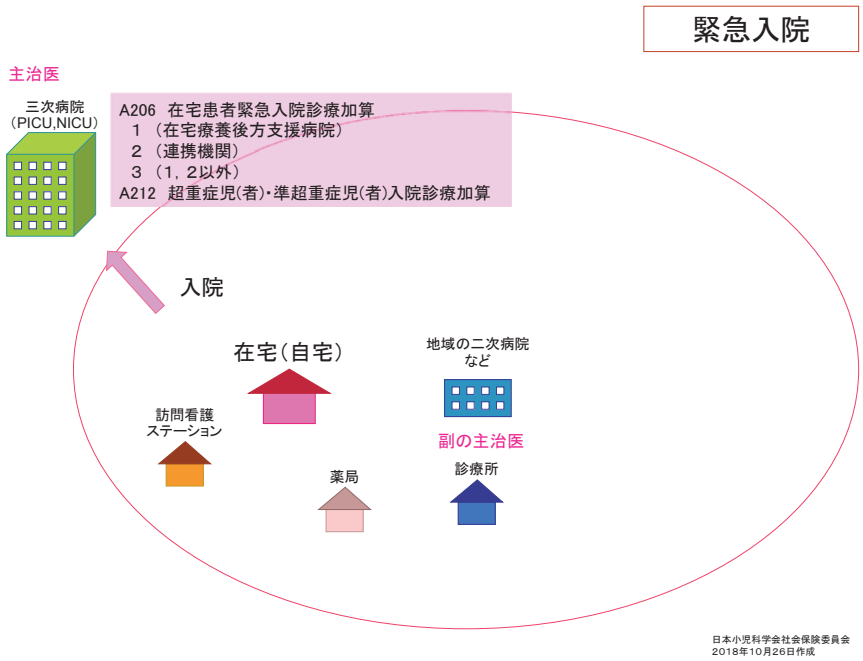
在宅医療が始まると、主治医である三次病院は総論で示した在宅医療の基本的診療報酬を毎月１度算定し、同時に在宅医療に必要な医療機器や器材、薬剤などをこどもに提供することになります。一般に三次病院が患児宅に訪問することはないため、こどもは毎月１回は主治医病院に通院することが必要です。もし、地域の診療所が副主治医となっている場合には、定期的な訪問を行って在宅患者訪問診療料、在宅療養指導管理料のいずれかを算定することが可能です。小児科外来診療料を算定する施設でも、在宅医療に関する項目は算定することが可能です。一方、在宅医療の継続に必要な衛生材料や薬剤は、重症児の場合には毎月相当の分量となります。これらについては、こどもの自宅近くの保険薬局に提供を指示することも可能となりました。

10 各論　大都市型　図A-5　在宅医療中の病状急変



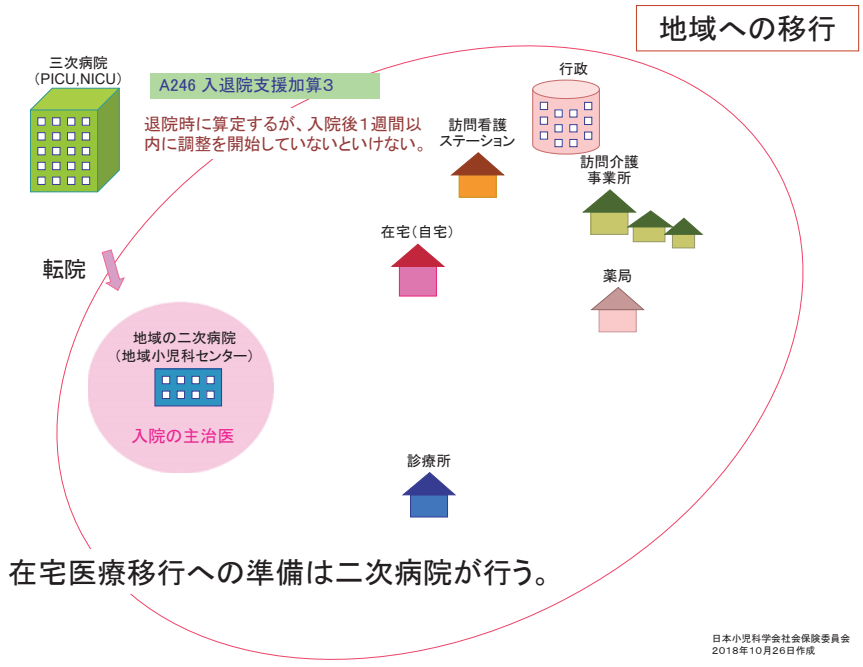
在宅療養中にこどもの状態が変化することは珍しくありません。その際、副主治医である診療所の医師がこどもの自宅を往診した場合には往診料を算定することができます。また、在宅医療にかかわる医療機関や福祉機関のスタッフがこどもの自宅で一堂に会し、今後の治療方針等について話しあった場合には在宅患者緊急時等カンファレンス料が算定できます。令和２年度の改定で、オンライン通話での参加も認められています。訪問と往診はその内容が厳密に使い分けられていますので、状況に応じて使い分けることが必要です。

11 各論　大都市型　図A-6　在宅医療中の緊急入院



在宅医療を行うこどもが急変した場合には、主治医である三次病院に入院することとなります。その際、三次病院では通常の入院算定に加えて、在宅患者緊急入院診療加算、超重症児・準超重症児入院診療加算を算定することができます。なお、平成30年改定では在宅療養後方支援病院として算定できる病院は、500床以上から400床以上に見直されました。

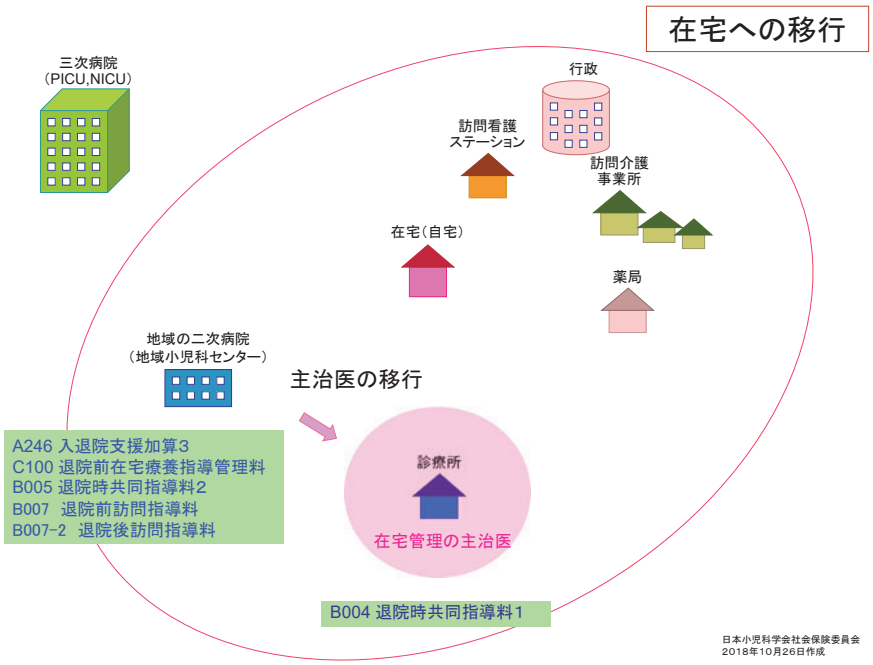
12 各論　中都市型　図B-2　初回入院・急性期治療



図B-2から図B-6で、地域の二次病院（在宅療養後方支援病院となることもできる）を介した在宅への移行（中都市型）を示します。

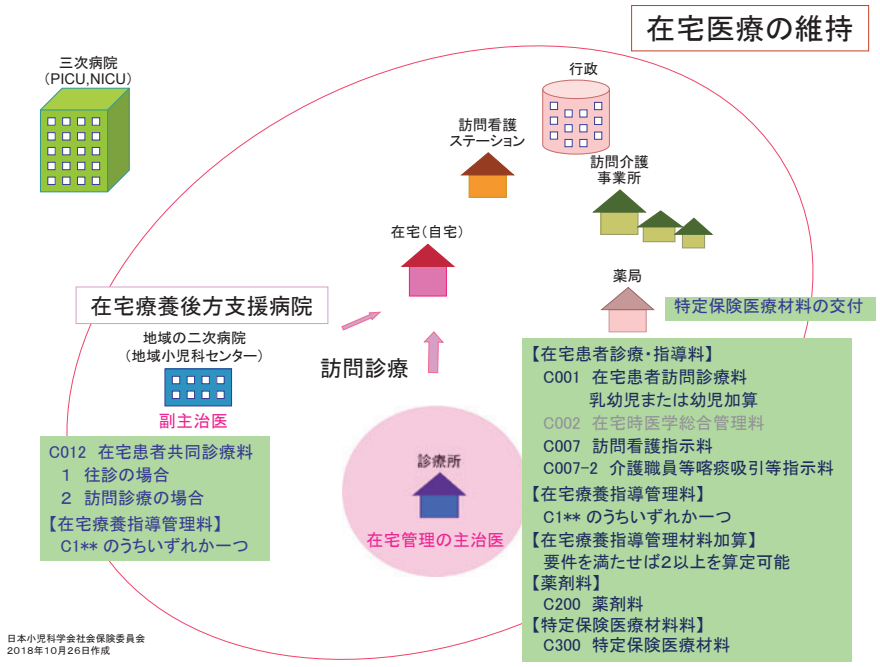
はじめに、三次病院から地域の二次病院にこどもが転院します。その際、NICUに入院していた新生児であれば、送り出し側の三次病院は大都市型の場合と同じように退院支援加算３を算定することができます。この場合は、自宅への退院ではないため退院時共同指導料２は算定できません。

13 各論　中都市型　図B-3　在宅医療への移行調整



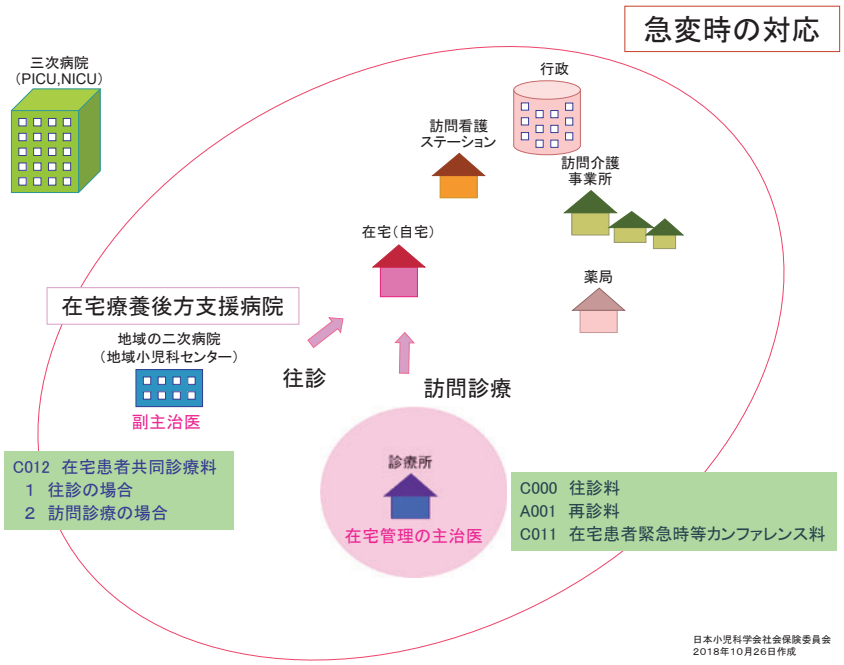
地域の二次病院は在宅移行を調整します。三次病院でNICUに入院していた新生児であれば、入退院支援加算3のロを算定することができます。また、それ以外のこどもでは入退院支援加算を算定することはできません。試験外泊に対しては退院前在宅療養指導管理料、在宅移行後の地域の医療ならびに福祉機関との調整には退院時共同指導料がそれぞれ算定できます。ただし、B005退院時共同指導料2は小児入院医療管理料の包括範囲になっており、小児入院医療管理料を算定する施設では算定できません。大都市型と同じく、退院前の多職種カンファレンスが最も重要で、その後の在宅医療の質を左右するといっても過言ではありません。別に定められた状態の場合（別表3の1の2）には合計2回の算定が認められています。一方、入院中の施設から医師、看護師、助産師、保健師が実際に在宅医療の現場に赴いて療養上の指導を行うことも可能で、入院中には1～2回、退院後は5回までの算定が可能です（退院前訪問指導料、退院後訪問指導料）。なお、この項目は小児入院医療管理料の包括範囲となっています。

14 各論　中都市型　図B-4　在宅医療の維持



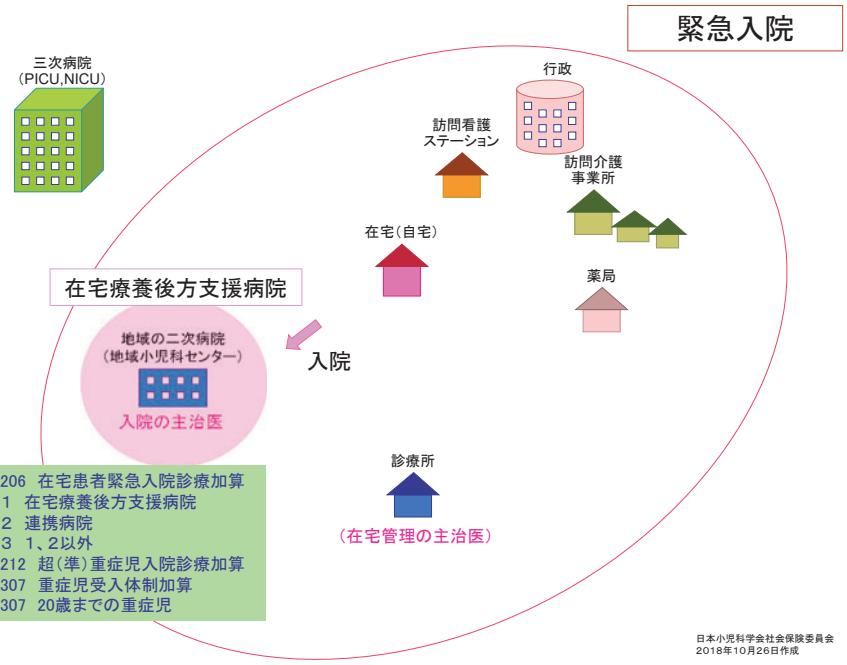
在宅医療の維持について示しました。図では診療所が主治医で、在宅移行を調整した二次病院が副主治医として示してあります。いずれの医療機関が主治医となるか、在宅療養指導管理料や在宅療養指導管理材料加算などをどちらがどのように算定するかなどは、退院前のカンファレンスでよく話し合って決めておきます。こどもの療養生活を安定して行うためには、地域の二次病院も訪問診療を行うことが強く望まれます。訪問診療を行うことのできる二次病院は、在宅療養後方支援病院として申請すれば初診から1年間は在宅患者共同診療料を算定することができます。

15 各論　中都市型　図B-5　在宅医療中の病状急変



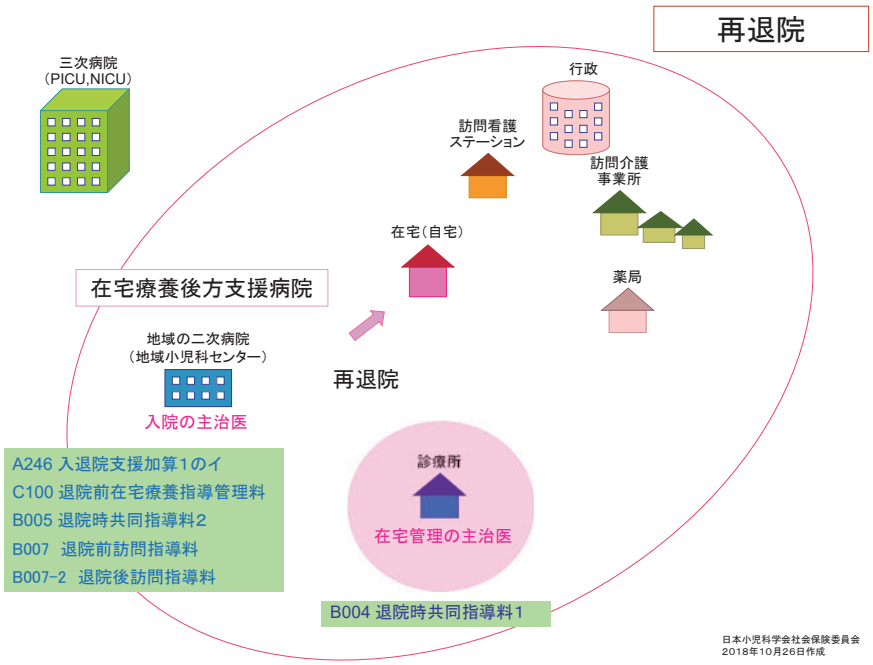
在宅医療中の病状の変化に際しては、主治医のみでなく在宅療養後方支援病院からも、こどもの自宅を訪れることができます。さらに、それ以外の医療および福祉機関のスタッフも、こどもの自宅に集まってカンファレンスを開催した場合には、在宅患者緊急時等カンファレンス料も算定できます。令和２年度の改定で、オンライン通話での参加も認められています。

16 各論　中都市型　図B-6　在宅医療中の緊急入院



こどもが入院の必要な状態であれば、はじめに在宅移行調整を行った二次病院（在宅療養後方支援病院）が入院を引き受けます。すでに在宅移行の際にこどもやその家族、病院の医師やスタッフともに顔なじみであり、地域の医療および福祉資源のスタッフとも慣れ親しんでいます。在宅医療を行うこどもは微妙な条件の違いなどで急変することもあり、そのような細かい情報も共有が容易です。これは入院するこどもにとっても、入院を引き受ける病院にとっても大きな利点となります。

17 各論　中都市型　図B-7　在宅医療中の緊急入院後の再退院



病状が安定して再退院し在宅医療を再開する際には、それまで行われていた医療の内容を変更しなければならない場合もあります。そのような際には、改めて退院調整を行う必要があるかもしれません。丁寧な情報交換が病診の間でおこなわれることが望まれます。

18 各論　成人と小児の在宅医療診療報酬算定の違い（その１）

医療保険でまかなわれる　（介護保険ではない、3割負担、各種の公費医療費助成制度あり）

C001　在宅患者訪問診療料	833点
乳幼児加算（3歳未満）	400点
幼児加算（3歳以上6歳未満）	400点
・週3回を限度として算定可能	
・急性増悪等で一時的に必要な時は14日以内に1回追加	
C105　在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	2500点
栄養維持のために主として栄養素の成分の明らかなもの	
C105-2　在宅小児経管栄養法指導管理料	1050点
（1）経口摂取が著しく困難な15歳未満の者	
（2）15歳以上の者であって経口摂取が著しく困難である状態が15歳未満から継続している者（体重が 20Kg 未満である場合に限る）	
C105-3　在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料	２５００点
（J120 鼻腔栄養は算定できない）	

日本小児科学会社会保険委員会
2018年10月26日作成

こどもの在宅医療の診療報酬は、成人のそれと同じように運用することを基本に作られています。その一方で、成人の在宅医療とのもっとも大きな違いは、40歳以上の成人では介護保険が用いられるのに対し、小児では全てが医療保険で賄われています。したがって、患者さんが支払う医療費の３割が自己負担となるため、負担軽減のため各種の公的医療費助成制度が用意されています。また、診療報酬の制度上でも成人にはないこども特有の条件に対して、医療者へも加算などの形で配慮されています。多くの診療料や指導管理料には年齢に応じた小児加算が設定されています。
在宅小児経管栄養法指導管理料もこども特有の条件に配慮されたものの１つで、成長や病態に応じて人工乳・経腸栄養剤・成分栄養剤・場合によってはミキサー食などを自由に使い分けられるよう工夫されています。平成30年度診療報酬改定で新設された在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料は小児でも活用できます。

19 各論　成人と小児の在宅医療診療報酬算定の違い（その２）

C1** 在宅療養指導管理材料加算

　　小児では複数の加算が算定できることが多い

特定保険医療材料を保険薬局から交付できる

　　サイズや種類が多く、在庫管理が煩雑

B001-2 小児科外来診療料

　　在宅医療、シナジス接種は出来高算定

（小児かかりつけ診療料を算定する施設は在宅医療支援診療所になることが推奨される）

B009 診療情報提供料(I)

C007　訪問看護指示料　　300点

　月１回の算定だが、小児では指示内容の変更が多い

C008　在宅患者訪問薬剤管理指導料　　650点

　　乳幼児加算　　100点

日本小児科学会社会保険委員会
2018年10月26日作成

成人との違いの１つに、複数のデバイスを必要とする小児が多いことが挙げられます。気管切開、人工呼吸、在宅酸素、経管栄養、胃瘻などの併用です。在宅療養指導管理料は主たるもの１つしか算定できませんが、患者さんに提供している医療に必要な在宅療養指導管理材料加算は複数算定することが可能です。もう１つの特徴として、特定保険材料のサイズや種類が多いという問題があります。これらの材料の管理は煩雑であり、在宅医療に関わる保険薬局との連携が重要です。
重症の患者さんでは病状の変化が多く、在宅での管理方法をしばしば変更することが必要なことも稀ではありません。そのため、訪問看護指示書はこまめに作成することも大切です。さらに、別の医療機関を併診していることも多く、診療情報提供書によるこまめな情報交換も重要です。

20 各論　成人と小児の在宅医療診療報酬算定の違い（その３）

B004 退院時共同指導料１：1500点（在支診）または900点

　　告示4別表3の1の2の患者　入院中2回

　　特別管理指導加算：200点

C011 在宅患者緊急時等カンファレンス料：200点（月2回）

　　訪問と往診の使い分け

C1** 在宅療養指導管理料（併算可能な場合）

　　人工呼吸器を装着する患者：在宅療養後方支援病院の算定

　　退院月：入院施設の算定

C008 在宅患者訪問薬剤管理指導料：650点

強化型在宅支援診療所の算定要件

　　過去1年間の15歳未満の超重症児または準超重症児を2人

日本小児科学会社会保険委員会
2018年10月26日作成

退院時や病状変化時のカンファレンスは重要で、安定した在宅医療を提供するために上手に使いこなすことが求められます。患者さんの病状によっては、複数回算定可能な場合もあり、情報収集の機会を上手に算定につなげることも大切です。また、病状変化時の算定では、訪問と往診で点数が大きく異なる場合もあります。

21 各論　成人と小児の在宅医療診療報酬算定の違い（その４）在宅療養後方支援病院

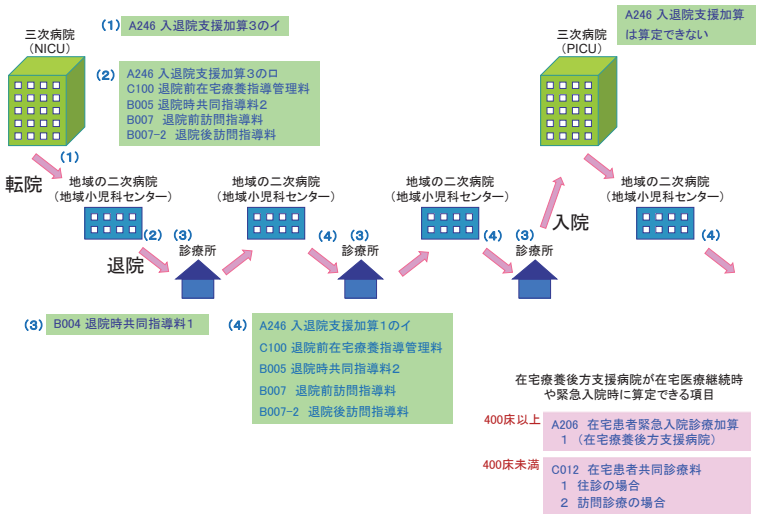
在宅療養後方支援病院の場合

C100　退院前在宅療養指導管理料　120点
　　乳幼児加算（6歳未満）　200点
C1** 在宅療養指導管理料（併算可能な場合）
　　人工呼吸器を装着する患者：在宅療養後方支援病院の算定
　　退院月：入院施設の算定
A212　超重症児(者)・準超重症児(者)入院診療加算(1日につき)
　1　超重症児（者)入院診療加算
　　イ　6歳未満の場合　800点
　　ロ　6歳以上の場合　400点
　2　準超重症児（者)入院診療加算
　　イ　6歳未満の場合　200点
　　ロ　6歳以上の場合　100点
　注3　救急・在宅重症児（者)受入加算(1日につき)　200点
　　NICU、PICU入院既往者、5日を限度
A307　重症児受入体制加算（小入管3～5)(1日につき)　200点
A247　入退院支援加算1のイまたは3、 小児加算　200点
B005　退院時共同指導料2（DPC算定施設で期間Ⅲ以内に退院の場合）
C012　在宅患者共同診療料
A206　在宅患者緊急入院診療加算

日本小児科学会社会保険委員会
2018年10月26日作成

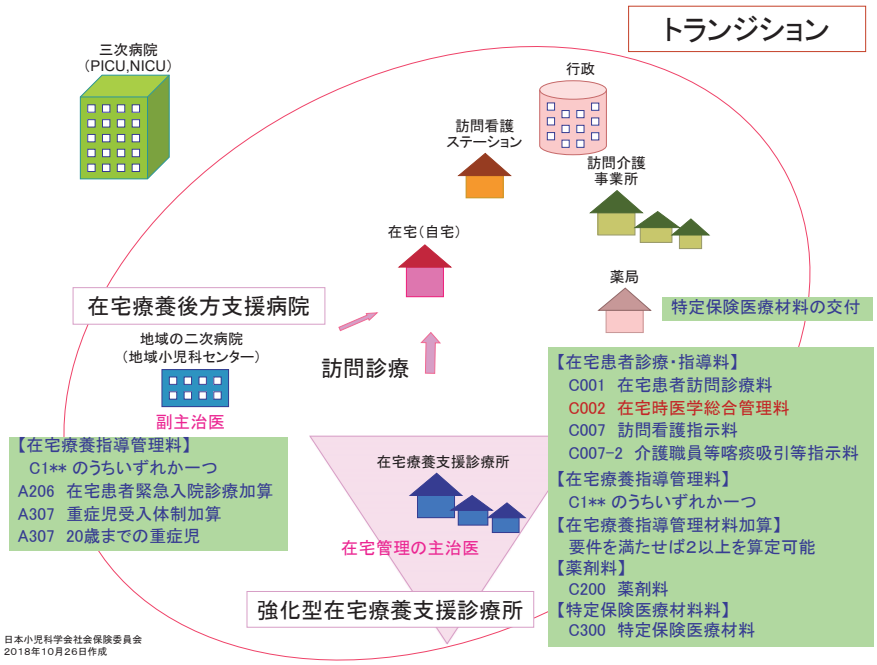
在宅療養後方支援病院は、小児の在宅医療を提供する上で重要な地位を占めると考えられ、多くの施策が講じられています。小児の入院を扱う多くの病棟は小児入院医療管理料を算定していますが、スライドに示したほとんどの項目が算定可能です。地域の中心的な病院が小児在宅医療に深く関わることを期待されています。

22 小児在宅医療の視点からみた診療報酬



長い在宅医療の経過の中では、患者さんは地域の二次病院に入院しては、また在宅医療に戻るということを繰り返します。図には、それぞれの医療機関が患者さんの退院または転院時に算定できる項目を示しています。地域の二次病院は多数の項目を算定できるように見えますが、小児入院医療管理料などの特定入院料を算定している施設では医学管理料（B項目）は包括範囲のため算定できません。一方、これらの施設もDPCを算定している場合には、医学管理料（B項目）を算定することが可能です。つまり、DPC採用で小児入院医療管理料などの特定入院料を算定している施設では、DPCの期間Ⅲ（出来高算定になる前）以内であれば、医学管理料（B項目）を算定することが可能です。
また、A246 入退院支援加算１のイ については、PICUなどの三次医療機関から二次医療機関を介した在宅移行は考慮されておらず（PICUから直接自宅退院する際は１のイを算定可能）、整合性に欠ける部分があります。さらに、A246 入退院支援加算の根本的な問題点として、退院させる施設の職員の参加は求められていますが、転院あるいは退院先の施設の職員の参加は求められていません。多施設・多職種連携という視点からは極めて不備の多い加算であると言えます。その一方、B004 およびB005 退院時共同指導料は、多施設・多職種連携という視点から先進的な要件を求めていますが、すでに示したように小児の在宅医療の中心となるべき三次、二次医療機関では算定することが難しい状況です。
図の中で地域の二次病院が重要な役割を担っていることが判ると思います。これが、在宅療養後方支援病院の役割と考えられます。図の右下に示しましたが、患者さんを在宅療養後方支援病院から訪問する場合、患者さんが緊急入院する際にもいくつかの項目が設定されています。ところが、A206 在宅患者緊急入院診療加算は400床以上の病院しか算定できず、C012 在宅患者共同診療料は400床未満の病院しか算定できないとされています。診療報酬上、在宅療養後方支援病院の役割が十分に理解されていない結果であると思われます。
さらに、在宅療養後方支援病院が関わることのできる患者さんは別表13に示された患者さんだけです。その一方、在宅療養支援診療所（図では診療所とだけ記載）が関わることのできる患者さんは別表８の２に示された患者さんです。同じ患者さんを共同で診療する場合に、それぞれの基幹となるべき施設が異なる算定要件で動いていることは、制度上の大きな問題点と考えられます。この部分を整理しないと、後段のスライドに示すトランジションへの移行はうまく行かないと思われます。

23 各論　図C-1　（強化型）在宅療養支援診療所とトランジション



成人にはない小児在宅医療の特徴としてトランジションがあります。もともとは、小児期の慢性疾患の主治医を小児科からどのように成人の診療科に交代していくかということから生まれた言葉です。小児在宅医療の場合にも、在宅主治医の小児科から成人診療科への交代という意味で用いられています。しかしながら小児在宅医療の場合には、自宅からそれ以外の施設等への生活の場の交代、主たる介護者の家族からそれ以外の人々への交代という視点が含まれていることが重要です。
平成26年度および28年度診療報酬改定では、機能強化型在宅療養支援診療所が主たる在宅医療の担い手として位置付けられました。在宅医療を受ける人たちが24時間いつでも安心して生活できるためには、在宅療養支援診療所が無理なく運営できることが必要で、在宅医療を提供する医師が燃え尽きることがないよう医師の労働環境に配慮した結果です。機能強化型在宅療養支援診療所は算定要件が厳しいものの、在宅時医学総合管理料を算定することができ、小児を含めた在宅医療の受け皿として今後の発展が期待されます。超重症児や準超重症児への在宅医療の提供が算定要件に含まれたことから、小児を主として診療する診療所の在宅医療への参入が期待されます。小児科医が運営する在宅療養支援診療所と内科医が運営する在宅療養支援診療所が連携することで、将来的なこどものトランジションへの道筋がつけられたと言えます。

24 参考　別表13　在宅患者緊急入院診療加算に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等

日本小児科学会社会保険委員会
2017年10月14日作成

多発性硬化症
重症筋無力症
スモン
筋萎縮性側索硬化症
脊髄小脳変性症
ハンチントン病
進行性筋ジストロフィー症
パーキンソン病関連疾患
多系統萎縮症
プリオン病
亜急性硬化性全脳炎
ライソゾーム病
副腎白質ジストロフィー
脊髄性筋萎縮症
慢性炎症性脱髄性多発神経炎
後天性免疫不全症候群
頸髄損傷
15歳未満のものであって人工呼吸器を使用している状態のもの又は15歳以上のものであって人工呼吸器を使用している状態が15歳未満から継続しているもの（体重が20kg未満である場合に限る）

在宅療養後方支援病院の算定要件にある疾病等を示してあります。
一番下の「人工呼吸器を使用している状態のもの」が、小児での主な対象となります。
要件のうち、「15歳以上で体重20kg未満」との記載が実態に合わないとの指摘があります。

25 参考　別表第８の２　在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料に規定する別に厚生労働大臣が定める状態の患者

日本小児科学会社会保険委員会
2017年10月14日作成

1. 次に掲げる疾患に罹患している患者
   末期の悪性腫瘍
   スモン
   難病の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項に規定する指定難病
   後天性免疫不全症候群
   脊髄損傷
   真皮を越える褥瘡
2. 次に掲げる状態の患者
   在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている状態
   在宅血液透析を行っている状態
   在宅酸素療法を行っている状態
   在宅中心静脈栄養法を行っている状態
   在宅成分栄養経管栄養法行っている状態
   在宅自己導尿を行っている状態
   在宅人工呼吸を行っている状態
   植込型脳・脊髄刺激装置による疼痛管理を行っている状態
   肺高血圧症であって、プロスタグランジンI_2製剤を投与されている状態
   気管切開を行っている状態
   気管カニューレを使用している状態
   ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態
   人工肛門又は人工膀胱を設置している状態

在宅時医学総合管理料の算定要件にある患者さんの状態を示します。在宅医療を受けるほとんどの小児が含まれると考えられます。

26 参考　A246　入退院支援加算（退院時１回）①

日本小児科学会社会保険委員会
2020年6月27日作成

入退院支援加算１
イ 退院困難な要因を有する入院中の患者であって、在宅での療養を希望するものに対して退院支援を行った場合。
ロ 略

入退院支援加算2　略

入退院支援加算3
イ 当該保険医療機関に入院中の患者であってNICU管理料またはGCU管理料を算定したことがあるものに対して、退院支援計画を作成し、入退院支援を行った場合。
ロ 他の保険医療機関において当該加算を算定した患者の転院を受け入れ、退院支援計画を作成し、入退院支援を行った場合。

退院困難な要因（入退院支援加算１、２）
ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症
イ 緊急入院であること
ウ 要介護認定が未申請（40歳以上）
エ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある
オ 生活困窮者であること
カ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活用様式の再編が必要
キ 排泄に介助を要する
ク 同居者の有無に関わらず、必要な介助を十分に提供する状況にない
ケ 退院後に医療処置が必要
コ 入退院を繰り返す
サ アからクに準ずる

退院困難な要因（入退院支援加算３）
ア 先天奇形
イ 染色体異常
ウ 出生体重1500g未満
エ 新生児仮死（Ⅱ度以上に限る）
オ その他、生命に関わる重篤な状態

	退院支援および地域連携業務に関わる職員	退院困難な要因の抽出	退院支援計画の作成への着手	共同カンファレンスの開催
1	医療機関内に退院支援部門がある。各病棟にも配置。 十分な経験を有する専従の看護師または社会福祉士が1名以上。さらに、経験を有する専任の社会福祉士または看護師を配置。 専従の看護師または社会福祉士は、週3日以上を常態として勤務し、22時間以上の勤務を行う専従の非常勤を2名以上組み合わせてもよい。	3日以内	7日以内	病棟看護師、退院支援要員、退院支援部門の看護師および社会福祉士、等 相談支援専門員との連携必要
2	略			
3	医療機関内に退院支援部門がある。 入退院支援と5年以上のNICU業務経験を有し小児患者の在宅移行に関わる研修を終了した専任の看護師または退院支援と5年以上のNICU業務経験のある専任の看護師および専従の社会福祉士が配置。専従の社会福祉士は週30時間以上入退院支援に関わる業務に関与。 また、週3日以上を常態として勤務し、22時間以上の勤務を行う専従の非常勤社会福祉士を2名以上組み合わせてもよい。	7日以内	1か月以内	病棟および退院支援部門の看護師ならびに社会福祉士、等

入退院支援加算１は600点、２は190点、３は1200点です。平成28年度診療報酬改定で、それまであった退院調整加算を整理し退院支援加算と名称が変更され、平成30年度診療報酬改定では、入退院支援加算と名称が変更されました。点数は変わりませんが、虐待や生活困窮が要因として追加されました。さらに、入退院支援加算１の要件に相談支援専門員との連携が追加されました。また、小児加算と入院時支援加算が新設されました。令和２年度診療報酬改定では、施設要件が変更されました。

27 参考　A246　入退院支援加算（退院時１回）②

日本小児科学会社会保険委員会
2020年6月27日作成

（１）NICUから直接自宅に退院する場合
入退院支援加算３のイ
（２）NICUから病院に転院する場合
入退院支援加算３のイ
（３）NICU入院既往があり病院から自宅に退院する場合
入退院支援加算３のロ
（４）病院から自宅に退院する場合
入退院支援加算１のイ
小児加算
（５）PICUから直接自宅に退院する場合
入退院支援加算１のイ
小児加算

注４　地域連携診療加算
在宅で療養する成人を対象
注６　小児加算
入退院支援加算１のイを算定する１５歳未満の患者
注７　入院時支援加算
予定入院を前提とした成人を対象

NICUからの退院の際には、自宅への退院でも在宅移行を目的とした転院でも、入退院支援加算３のイを算定します。NICUから転院し退院困難な理由のために調整のうえ退院した場合には、入退院支援加算３のロを算定します。NICU以外（小児特定集中治療室管理料や小児入院医療管理料を算定する施設）からの退院で退院困難な理由があった場合には、入退院支援加算１のイを用いることになります。これには小児加算があります。
小児の入院で特定入院料を算定する施設では、入退院支援加算１のイまたは入退院支援加算３しか算定できません。

28 参考）小児在宅医療における訪問看護の報酬（1）

◆ 小児在宅医療を維持するにあたり訪問看護師の力は絶大である。
訪問看護師の報酬について知ることは、サービスの設計上重要である。

◆ 訪問看護師の報酬は2本立てであり、患者の年齢により異なる。
40歳以上の成人　：介護保険が適応され、報酬は単位（1単位10円）
小児および若年成人：医療保険が適応され、報酬は点　（1点10円）
介護保険が適応される場合も、一部の病態では医療保険が使われる
（介護保険が優先され医療保険はその後に選択されるのが原則）

◆ 本項は、小児在宅医療に対する理解を深めるために追加されているが、訪問看護の報酬に関しての詳細は成書を参照されたい。

(1)訪問看護関連報酬・請求ガイド　介護保険と医療保険の使い分け
公益財団法人　日本訪問看護財団

29 参考）小児在宅医療における訪問看護の報酬（2）

参考）小児在宅医療における訪問看護の報酬

訪問看護ステーションの訪問看護療養費

（1）訪問看護基本療養費 ＋ 加算
（2）訪問看護管理療養費
　　または機能強化型訪問看護管理療養費＋ 加算
（3）訪問看護情報提供療養費
（4）訪問看護ターミナルケア療養費

注）本項においては、精神科訪問看護基本療養費、
　および訪問看護ターミナルケア療養費については説明しない。

30 訪問看護基本療養費

参考）小児在宅医療における訪問看護の報酬

訪問看護基本療養費

訪問看護ステーション	病院・診療所
訪問看護基本療養費（I）	C005　在宅患者訪問看護・指導料
イ　保健師、助産師、看護師、理学療法士等 （1）週3日まで　550単位 （2）週4日目以降　655単位	1　保健師、助産師または看護師 イ　週3日まで　580点 ロ　週4日目以降　680点
ロ　保健師、助産師、看護師、理学療法士等 （1）週3日まで　505単位 （2）週4日目以降　605単位	2　準看護師 イ　週3日まで　530点 ロ　週4日目以降　630点
ハ　緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師他の訪問看護事業所と同一日に共同して行う管理療養費の算定なし　1285単位／月	3　緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師他の訪問看護事業所と同一日に共同して行う　1285点／月
訪問看護基本療養費（II）	C005-1-2　同一建物居住者在宅患者訪問看護・指導料
省　略	
訪問看護基本療養費（III）　850単位	C100　退院前在宅療養指導管理料　120点
入院患者の外泊中の訪問看護入院中1回 別表7、8は入院中2回	注1　入院中の患者が在宅療養に備えて一時的に外泊するに当たり、当該在宅療養に関する指導管理を行った場合 注2　6歳未満　乳幼児加算　200点

1）算定は週3日を限度とする
2）特別訪問看護指示書の指示期間は4日以上算定可能
　・厚労大臣が定める疾患等（別表7）と特別管理加算（別表8）の対象者
　・急性増悪その他主治医が一時的に頻回の訪問看護が必要と認めた者

31 訪問看護基本療養費の加算

参考）小児在宅医療における訪問看護の報酬

訪問看護基本療養費の加算

訪問看護ステーション （訪問看護基本療養費(I)の加算）	病院・診療所 （C005 在宅患者訪問看護・指導料の加算）
難病等複数回訪問加算（特別訪問看護指示書が交付） 1日に2回訪問 450単位 1日に3回訪問 800単位	注3 難病等複数回訪問加算（特別訪問看護指示書が交付） 1日に2回訪問 450点 1日に3回訪問 800点
緊急訪問看護加算 265単位	注4 緊急訪問看護加算 265点
長時間訪問看護加算 520単位 別表8の対象者 週1日 特別訪問看護指示書 週1回 構成労働大臣が定める 週3回（15歳未満の準・超重症児）	注5 長時間訪問看護加算 520点 別表8の対象者 週1日 特別訪問看護指示書 週1回 構成労働大臣が定める 週3回（15歳未満の準・超重症児）
乳幼児加算（6歳未満） 150単位	注6 乳幼児加算（6歳未満） 150点
複数名訪問看護加算 看護師が他の保健師、助産師、看護師と 450単位 他の準看護師と 380単位 看護補助者と（1回／1日） 300単位 看護補助者と（2回／1日） 600単位 看護補助者と（3回以上／1日） 1000単位	注7 複数名訪問看護加算 イ 看護師が他の保健師、助産師、看護師と 450点 ロ 他の準看護師と 380点 ハ 看護補助者と（1回／1日） 300点 ニ 看護補助者と（1回／1日） 300点 看護補助者と（2回／1日） 600点 看護補助者と（3回以上／1日） 1000点
夜間・早朝訪問看護加算 210単位 深夜訪問看護加算 420単位	注12 夜間・早朝訪問看護加算 210点 深夜訪問看護加算 420点

32 訪問看護管理療養費（訪問看護ステーションのみ）

参考）小児在宅医療における訪問看護の報酬

訪問看護管理療養費（訪問看護ステーションのみ）

訪問看護ステーション	常勤看護職員	24時間対応体制	ターミナルケア	ターミナル重症児	15歳未満準超重症児	別表7
イ 機能強化型訪問看護管理療養費1 月の初日の訪問 1240単位 月の2日目以降の訪問 298単位	7人以上	届出あり	20以上	15以上 常時4以上	常時6以上	月10以上
ロ 機能強化型訪問看護管理療養費2 月の初日の訪問 940単位 月の2日目以降の訪問 298単位	5人以上	届出あり	15以上	10以上 常時3以上	常時5以上	月7以上
ハ 機能強化型訪問看護管理療養費3 月の初日の訪問 840単位 月の2日目以降の訪問 298単位	4人以上	届出あり				月10以上（別表7・8）
イロハ以外 訪問看護管理療養費 月の初日の訪問 740単位 月の2日目以降の訪問 298単位						

＊機能強化型1・2については居宅介護支援事業所又は特定相談支援事業所又は障害児相談支援事業所が設置が必要

訪問看護情報提供療養費１	（市町村等）	１５０単位
訪問看護情報提供療養費２	（義務教育諸学校）	１５０単位
訪問看護情報提供療養費３	（保険医療機関等）	１５０単位

33 訪問看護管理療養費の加算

参考）小児在宅医療における訪問看護の報酬

訪問看護管理療養費の加算

訪問看護ステーション （訪問看護管理療養費の加算）		病院・診療所 （C005 在宅患者訪問看護・指導料の加算）	
24時間対応体制加算	640単位		
特別管理加算 ア 特別な管理のうち重症度等の高い場合 イ 特別な管理を要する場合	500単位 250単位	在宅移行管理加算 ア 特別な管理のうち重症度等の高い場合 イ 特別な管理を要する場合	500点 250点
退院時共同指導加算	800単位	退院前訪問看護指導料	580点
特別管理指導加算（退院時共同指導加算対象者）	200単位	B004 退院時共同指導料1の加算	200点
退院支援指導加算（退院した当日の訪問看護の評価）	600単位		
退院直後の訪問看護の評価 （医療依存度の高い状態の患者について、特別訪問看護指示書に基づき14日間に限り訪問看護を提供）			
在宅患者連携指導加算	300単位	在宅患者連携指導加算	300点
在宅患者緊急時等カンファレンス加算	200単位	在宅患者緊急時等カンファレンス加算	200点
看護・介護職員連携強化加算	250単位	看護・介護職員連携強化加算	250点

技術 2-2 制　度

奈倉 道明

目　標

医療的ケア児をとりまく各種の制度を理解し、臨床や多職種連携の活動の中で適切に活用することができる

Keyword

退院支援、訪問診療、訪問看護、障害福祉、計画相談、居宅、通所支援、入所支援、児童福祉法、障害者総合支援法

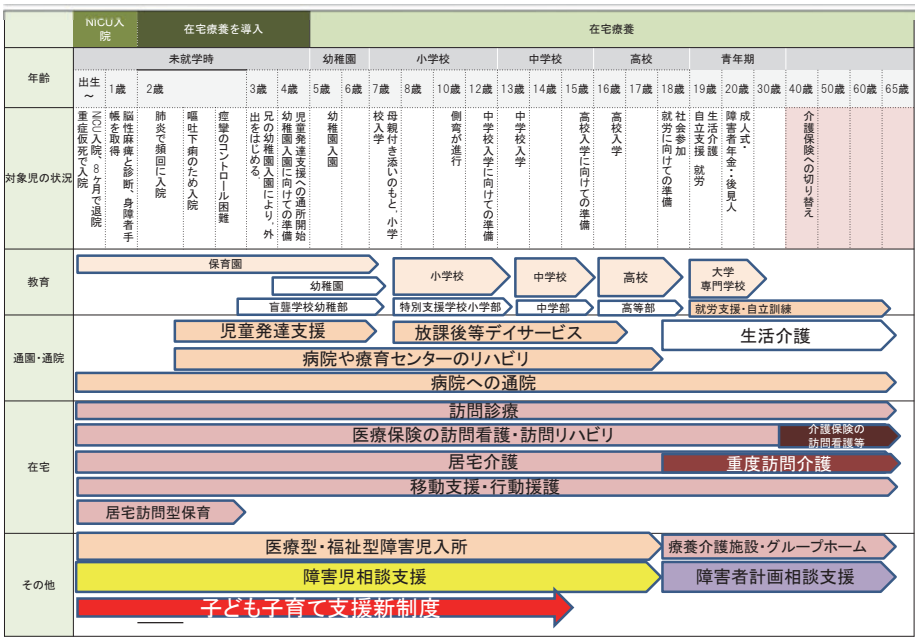
内　容

医療的ケア児や障害児を取り巻く医療、福祉などのさまざまな制度は、それぞれ法律に基づいている。医療については厚生労働省の省令・告示による診療報酬制度に基づいており、在宅療養患者の退院支援、訪問診療、訪問看護に関する診療報酬がいくつか設定されている。18歳未満の障害福祉サービスについては児童福祉法、18歳以上については障害者総合支援法に基づいており、障害児計画相談、居宅関連サービス、通所支援サービス、入所支援サービスが各種規定されている。

居宅関連サービスには居宅介護、重度訪問介護、移動支援、日常生活用具給付、居宅訪問型保育などがある。通所支援サービスには児童発達支援、放課後等デイサービス、保育所等訪問支援などがある。入所支援サービスには、医療型（特定）短期入所、日中一時支援などがある。地域生活支援事業に基づくサービスの内容や量については、市区町村間で差が見られる。保育所等訪問支援や医療型（特定）短期入所については、事業所の施設基準の幅が広く、一般の医療機関でも実施可能である。これらの制度を理解した上で、地域のニーズに合った医療的ケア児の支援の仕方を考えることが重要である。

【引用情報】
1）医科診療報酬点数表2016年
2）「平成28年度診療報酬改定の概要」厚生労働省保険局医療課資料
3）平成29年度医療的ケア児の地域支援体制構築に係る担当者合同会議
　厚生労働省障害保健福祉部資料
4）社会保障審議会児童部会放課後児童対策に関する専門委員会資料
　（平成29年11月20日）

1 医療的ケア児に関わる年齢別の各種制度



ここで、具体的な医療的ケア児の一例を例にとり、そこに入る医療、福祉、保育、教育等のさまざまな制度や支援を列記してみる。
教育においては、保育園・幼稚園、小学校、中学校、高校、あるいは特別支援学校がある。
通園・通院する場所としては、児童発達支援、放課後等デイサービス、療育センターや病院への定期通院、リハビリ通院、成人の障害者では生活介護がある。
在宅においては、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリ、ホームヘルプ（居宅介護）、居宅訪問型保育がある。
入所するサービスとしては、重心・肢体不自由児施設への入所や短期入所いわゆるレスパイトがあり、成人の障害者では療養介護施設、グループホームがある。
他に障害児の相談支援、障害者の計画相談支援において、計画に基づいた障害福祉サービスの給付を受ける。
子ども子育て支援新制度では、在宅も含めた子育て環境の整備が謳われている。

2 医療的ケア児を支援するための各種制度

- **医療**
  - ① 診療報酬・・・入院医療・外来医療・在宅医療
  - ② 医療保険・・・訪問看護
  - ② 公費負担医療・・・**自立支援医療**
- **障害福祉サービス**
  - ① 計画相談・・・適切な障害福祉サービスをケアマネしてくれる
  - ② 訪問系・・・居宅介護、行動援護
  - ③ 通所系・・・児童発達支援、放課後デイサービス
  - ④ 入所系・・・重心施設への契約入所、**医療型短期入所（重心児のみ）**
- **地域生活支援事業（障害児者のみ）**
  - 例：**日常生活用具給付**、日中一時支援（市町村によりけり）
- **保育・教育**
  - **喀痰吸引等研修を受けた教員・介護士は、主治医の指示書の下で医療的ケア可**
  - **訪問看護師が学校に対し、新入学児童に関する情報を文書で提供可**
  - 保育所や学校に看護師を配置（地方自治体の保育・教育の予算で）
- **地方自治体の単独事業**
  - （例）空床利用型短期入所に対する補助金上乗せ事業（大阪府、埼玉県）
  - 医療的ケア児の通学に対する訪問看護師の付き添い補助事業（熊本市）

3 小児在宅医療に関する令和２年度診療報酬改定のポイント

1. 小児かかりつけ診療料、小児科外来診療料
   対象年齢が3歳未満→ 6歳未満へ拡大

2. 乳幼児呼吸管理材料加算（1500点）（新設）
   6歳未満の乳幼児が在宅酸素療法指導管理料、在宅人工呼吸指導管理料を算定する場合は、1,500点を所定点数に加算→ SPO_2モニターのレンタル料として使える

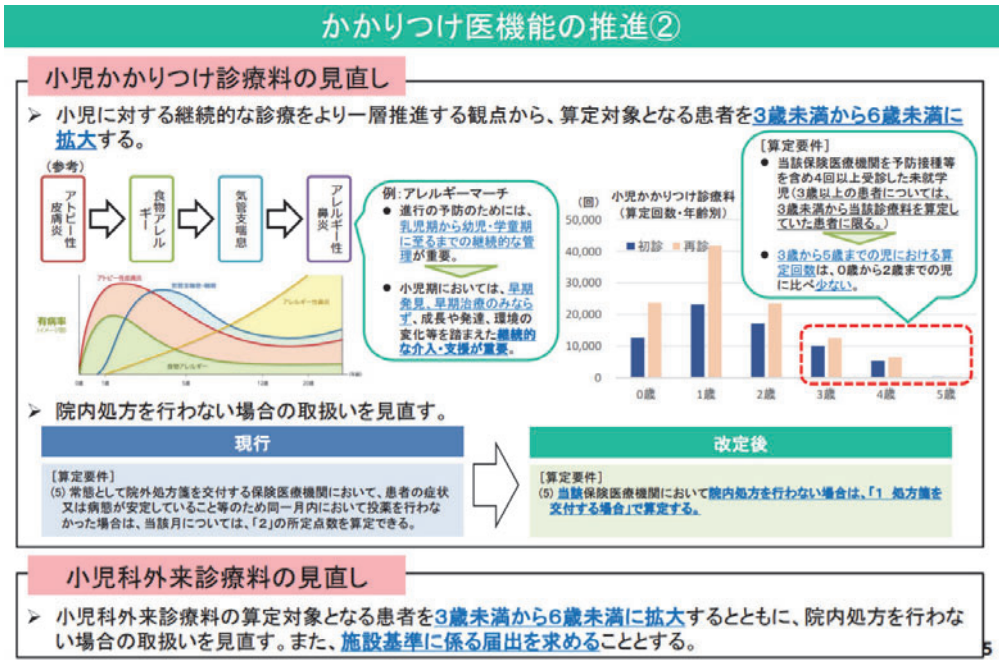
3. 診療情報提供料1の対象に、学校が加わった

4. 訪問看護情報提供療養費2（学校への情報提供）
   入学時1回のみ→ 年1回に拡大

5. 入退院支援加算3（NICUからの退院）の配置基準
   「専従の看護師」→「特定の研修を受けた専任の看護師」に緩和された

6. 小児在宅患者訪問口腔リハビリテー ション指導管理料の
   小児栄養サポートチーム等連携加算1（80点）（新設）
   在宅の歯科診療所が、他の病院に入院中の小児患者に対して栄養サポートチームに加わって診療した場合に評価

4 かかりつけ医機能の推進



5 患者のニーズに応じた在宅医療の充実のための評価の見直し

令和2年度診療報酬改定 Ⅱ－8 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーション等の新たな技術を含む先進的な医療技術の適切な評価と着実な導入 －①

患者のニーズに応じた在宅医療の充実のための評価の見直し①

小児の在宅呼吸管理における材料の評価

➢ 在宅人工呼吸管理等について、小児の呼吸管理の特性と実態を踏まえて、6歳未満の乳幼児に対する「乳幼児呼吸管理材料加算」を新設する。

（新） 乳幼児呼吸管理材料加算　　1,500点



［主な算定要件］
6歳未満の乳幼児に対して区分番号C103に掲げる在宅酸素療法指導管理料、C107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料又はC107－2に掲げる在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定する場合に加算。

※ 小児と成人との在宅人工呼吸管理の違い

	小児	成人
予備能（一時的に酸素の供給が絶たれた際の余力）	低い	一定程度あり
自覚症状	乏しい・訴えられない	あり・場合によっては訴えられない
モニタリング	原則24時間	病状によっては間欠的なモニタも可
その他の特徴	体格が小さく、活発に動く場合があり、専用のプローブが必要	継続使用可能なプローブを使用

6 医療的ケア児に関わる主治医と学校医との連携

令和2年度診療報酬改定 Ⅱ－2 患者にとって必要な情報提供や相談支援の推進 －③

令和2年度診療報酬改定概要（厚生労働省保険局医療課）

医療的ケア児に関わる主治医と学校医との連携

診療情報提供料（Ⅰ）の見直し

● 主治医と学校医等との連携を推進し、医療的ケア児が安心して安全に学校に通うことができるよう、主治医から学校医等への診療情報提供について新たな評価を行う。

改定後

【診療情報提供料（Ⅰ）】
（新設）
保険医療機関が、**児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者**について、診療に基づき当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者が通学する学校教育法に規定する**小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部の学校医等**に対して、診療状況を示す文書を添えて、**当該患者が学校生活を送るに当たり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。

［算定要件］
- 当該義務教育諸学校において当該患者が生活するにあたり看護職員が実施する診療の補助に係る行為について、学校医等が指導、助言等を行うに当たり必要な診療情報を提供した場合に算定する。
- 「学校医等」とは、当該義務教育諸学校の学校医又は義務教育諸学校が医療的ケアについて助言や指導を得るために委嘱する医師をいう。
- 当該保険医療機関の主治医と学校医等が同一の場合は算定できない。

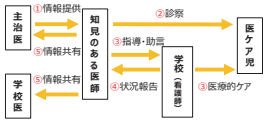


（参考）主治医から学校医等への情報提供に基づいた学校における医療的ケアの流れ

●「学校医」が学校における医療的ケアに係る指導・助言を行う場合



●「学校医」以外の医師が医療的ケアに係る指導・助言を行う場合



新しい時代の特別支援教育の在り方に関する有識者会議（文部科学省、令和元年12月2日）より抜粋

（1）学校は保護者からの申出を受けて、「学校医」に学校における医療的ケアの実施を相談し、相談結果を踏まえ、「学校医」又は「知見のある医師」に業務（看護師に対する指示を含む学校における医療的ケアに係る指導・助言）を委嘱
（2）「学校医」又は「知見のある医師」は「主治医」からの情報提供①を受け、「医ケア児」を診察②し、「主治医」等※と調整を図り、学校における医療的ケアを検討
※「知見のある医師」が看護師に対する指示を含む学校における医療的ケアに係る指導・助言を行う場合は、「学校医」とも調整
（3）「学校医」又は「知見のある医師」は看護師に対する指示を含む学校における医療的ケアを指導・助言③
（4）「学校医」又は「知見のある医師」は看護師からの状況報告④等を踏まえ、「主治医」等※に医ケア児の学校生活上の情報を共有⑤
※「知見のある医師」が看護師に対する指示を含む学校における医療的ケアに係る指導・助言を行う場合は、「学校医」にも共有

7 小児への訪問看護に係る関係機関の連携強化

令和2年度診療報酬改定　Ⅲ－3　質の高い在宅医療・訪問看護の確保　－⑦

令和2年度診療報酬改定概要
（厚生労働省保険局医療課）

小児への訪問看護に係る関係機関の連携強化

自治体への情報提供の見直し

➢ 訪問看護ステーションから自治体への情報提供について、15歳未満の小児の利用者を含める。

現行	改定後
【訪問看護情報提供療養費1】 ［算定対象］ （1）特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の者 （2）特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる者 （3）精神障害を有する者又はその家族等	【訪問看護情報提供療養費1】 ［算定対象］ （1）特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の者 （2）特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる者 （3）精神障害を有する者又はその家族等 **（4）15歳未満の小児**



学校等への情報提供の見直し

➢ 医療的ケアが必要な児童等について、訪問看護ステーションから学校への情報提供に係る要件を見直すとともに、情報提供先に保育所及び幼稚園を含める。

現行	改定後
【訪問看護情報提供療養費2】 ［算定要件］ 別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者のうち、義務教育諸学校（小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部）への入学時、転学時等により初めて在籍することとなる利用者について、訪問看護ステーションが、利用者の同意を得て、当該義務教育諸学校からの求めに応じて、必要な情報を提供した場合に、利用者1人つき月1回に限り算定。	【訪問看護情報提供療養費2】 ［算定要件］ 別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者のうち、**学校等（保育所等、幼稚園、**小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部）へ**通園又は通学する**利用者について、訪問看護ステーションが、利用者の同意を得て、当該**学校等**からの求めに応じて、必要な情報を提供した場合に、利用者1人つき**各年度**1回に限り算定。**また、入園若しくは入学又は転園若しくは転学等により当該学校等に初めて在籍することとなる月については、当該学校等につき月1回に限り、別に算定可能。**

8

8 在宅歯科医療の推進

在宅歯科医療の推進

栄養サポートチーム等連携加算の対象拡大

➢ 多職種連携を推進する観点から、小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料において栄養サポートチーム等連携加算を設定する。

現行	改定後
【小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】 450点 注1～注5　略	【小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料】　450点 **（新）注6　当該保険医療機関の歯科医師が、他の保険医療機関に入院している患者に対して、当該患者の入院している他の保険医療機関の栄養サポートチーム等の構成員として診療を行い、その結果を踏まえて注1に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、小児栄養サポートチーム等連携加算1として、80点を所定点数に加算する。** **注7　当該保険医療機関の歯科医師が、児童福祉法第42条に規定する障害児入所施設等に入所している患者に対して、当該患者の入所している施設で行われる食事観察等に参加し、その結果を踏まえて注1に規定する口腔機能評価に基づく管理を行った場合は、小児栄養サポートチーム等連携加算2として、80点を所定点数に加算する。**



歯科疾患在宅療養管理料の評価の見直し

➢ 歯科疾患在宅療養管理料について、評価を充実する。

現行	改定後
【歯科疾患在宅療養管理料】 1　在宅療養支援歯科診療所1の場合　320点 2　在宅療養支援歯科診療所2の場合　250点 3　1及び2以外の場合　190点	【歯科疾患在宅療養管理料】 1　在宅療養支援歯科診療所1の場合　320点 2　在宅療養支援歯科診療所2の場合　250点 3　1及び2以外の場合　**200点**

38

9 退院時共同指導料

入院中の診療報酬

退院時共同指導料　1，2

① 退院時共同指導料1（在宅療養支援診療所1,500点）

入院中の患者に対して、在宅担当医が病院に赴いて、病院の医師と共同して退院後の在宅療養上必要な説明及び指導を行い、文書により情報提供した場合に、在宅担当医において算定する。

② 退院時共同指導料2（400点）

入院中の患者に対して、病院の医師が、在宅担当医と共同して退院後の在宅療養上必要な説明及び指導を行い、文書により情報提供した場合に、病院において算定する。



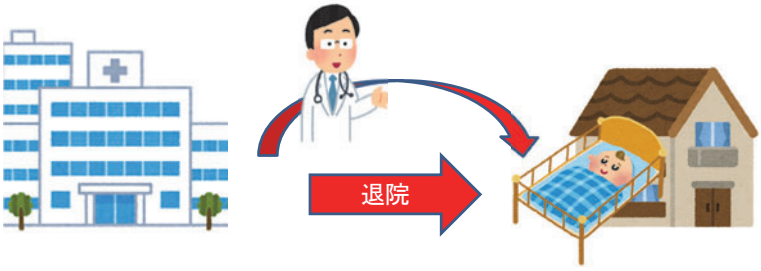
10 退院前／退院後訪問指導料

① **退院前訪問指導料**

入院期間が1月を超えると見込まれる患者の円滑な退院のため、病院から患家を訪問し、家族等に対して退院後の在宅での療養上の指導を行った場合に、1回（入院早期に訪問した場合は2回）に限り算定する。580点。

② **退院後訪問指導料**

病院が、別表第8の患者の地域における円滑な在宅療養への移行及び在宅療養の継続のため、患家等を訪問し、家族等に対して、在宅での療養上の指導を行った場合に、1月以内の期間（退院日を除く。）に限り、5回を限度として算定する。580点。



1ヶ月以上の入院が見込まれる患者の家に病院から訪問し、家族に対して在宅療養上の指導を行った場合に、退院前訪問指導料を算定できる。

別表8（後述）の状態にある患者については、退院後1ヶ月以内に病院から患者の家を訪問し、家族に対して在宅療養上の指導を行った場合に、退院後訪問指導料を算定できる。

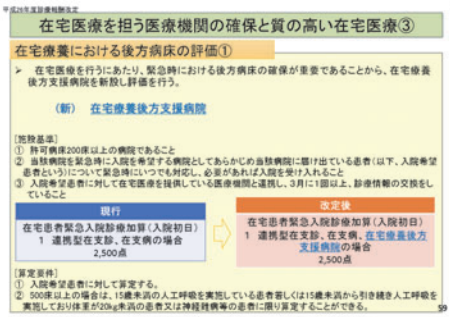
11 在宅療養後方支援病院

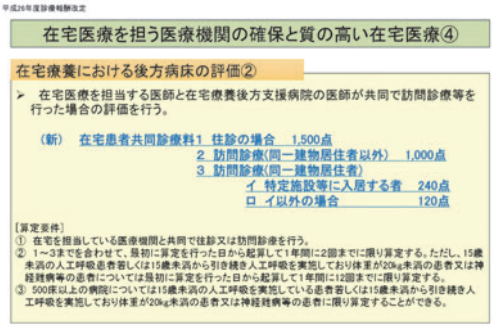
- 在宅療養患者の緊急時に入院を受け入れる契約をした病院は、「在宅療養後方支援病院」として、①②を算定できる。
- 許可病床数200床以上の病院が施設基準

①在宅患者緊急入院加算・・・緊急時に入院を受け入れた場合に算定

②在宅患者共同診療料・・・病院医師が在宅医と共同で往診・訪問診療した場合に算定（別表第13※の患者に対して年12回まで）

※ 基本診療料の施設基準別表第十三「在宅患者緊急入院診療加算に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等」:
多発性硬化症 重症筋無力症 スモン 筋萎縮性側索硬化症 脊髄小脳変性症 ハンチントン病 進行性筋ジストロフィー症
パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病の一部）プリオン病 亜急性硬化性全脳炎
ライソゾーム病 副腎白質ジストロフィー 脊髄性筋萎縮症 慢性炎症性脱髄性多発神経炎 後天性免疫不全症候群 頸髄損傷
十五歳未満から人工呼吸器を使用している状態のもの（体重が20kg未満である場合に限る。）





在宅療養患者の緊急入院先を保証するために、在宅療養後方支援病院の診療報酬が平成26年度に創設された。
在宅療養患者の緊急時に入院を受け入れるように契約した病院は、「在宅療養後方支援病院」として厚生局に届け出て、特掲診療料の①在宅患者緊急入院加算と②在宅患者共同診療料を算定することができる。
200～499床の病院に限られるが、人工呼吸器児（20kg未満）に限り500床以上の病院で算定することができる。
①在宅患者緊急入院診療加算は、登録した患者が緊急入院した場合に算定できる。ただし小児入院医療管理料を算定している場合は、そこに含まれているために算定できない。
②在宅患者共同診療料は、病院医が在宅担当医と共同で往診又は訪問診療に行った場合に算定できる。１年間に２回までだが、人工呼吸器児（20kg未満）については12回まで算定できる。

12 訪問診療料／在宅療養指導管理料

外来での診療報酬

訪問診療料

- 訪問診療料には、6歳未満の場合「乳幼児加算」400点が加算できる
- 在宅時医学管理料は高額だが、診療所でのみ算定できる

区分記号	診療報酬項目	点数
C000	往診料	720点
C001	在宅患者訪問診療料１	833点
	乳幼児加算（6歳未満）	400点
C002	在宅時医学総合管理料	
	1 強化型在支診で重症な患者	5,000点
	強化型在支診で重症でない患者	4,100点
	強化型在支診で月1回の訪問診療	2,520点
	2 一般の在支診で重症な患者	4,600点
	一般の在支診で重症でない患者	3,700点
	一般の在支診で月1回の訪問診療	2,300点
	3 一般の診療所で重症患者	3,450点
	一般の診療所で重症でない患者	2,750点
	一般の診療所で月1回の訪問診療	1,760点

在宅療養指導管理料

区分記号	診療報酬項目	点数
C101-2	在宅小児低血糖症患者指導管理料	820点
C102	在宅自己腹膜灌流指導管理料	4,000点
C102-2	在宅血液透析指導管理料	8,000点
C103	在宅酸素療法指導管理料 チアノーゼ型先天性心疾患	520点
C103	在宅酸素療法指導管理料 その他	2,400点
C104	在宅中心静脈栄養法指導管理料	3,000点
C105	在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	2,500点
C105-2	在宅小児経管栄養法指導管理料	1,050点
C106	在宅自己導尿指導管理料	1,800点
C107	在宅人工呼吸指導管理料	2,800点
C107-2	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料１	2,250点
C107-2	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料２	250点
C108	在宅悪性腫瘍患者指導管理料	1500点
C109	在宅寝たきり患者処置指導管理料	1050点
C110	在宅自己疼痛管理指導管理料	1300点
C110-2	在宅振戦等刺激装置治療指導管理料	810点
C110-3	在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料	810点
C110-4	在宅仙骨神経刺激療法指導管理料	810点
C111	在宅肺高血圧症患者指導管理料	1,500点
C112	在宅気管切開患者指導管理料	900点
C114	在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料	1,000点
C116	在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料	45,000点

在宅療養指導管理料は、1ヶ月に1個のみ算定できる物品に関する加算は複数でも算定できる（酸素濃縮器、栄養管セット等）

13 その他の連携／介護職員等喀痰吸引等指示の評価の拡大

平成26年度診療報酬改定

医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について③

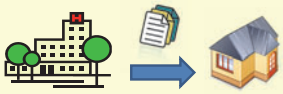
その他の連携

介護職員等喀痰吸引等指示の評価の拡大

➢ 保険医が介護職員等喀痰吸引等指示書を交付できる厚生労働大臣の定める者に特別支援学校等の学校を加える。

介護職員等喀痰吸引等指示料　240点（3月に1回算定　有効期限6か月）

現行	改定後
［対象事業者］ 厚生労働大臣の定める者 ①介護保険関係 訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、短期入所生活介護、特定施設入居者生活介護を行う者　等	［対象事業者］ 厚生労働大臣の定める者 ①介護保険関係 訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、短期入所生活介護、特定施設入居者生活介護を行う者　等
②障害者自立支援法関係 指定居宅介護の事業、重度訪問介護、同行援護又は行動援護に係る指定障害福祉サービスの事業を行う者、指定生活介護事業者　等	②障害者自立支援法関係 指定居宅介護の事業、重度訪問介護、同行援護又は行動援護に係る指定障害福祉サービスの事業を行う者、指定生活介護事業者　等
	③学校教育法関係 学校教育法一条校（幼稚園、小学校、中学校、高等学校、中等教育学校、特別支援学校、大学、高等専門学校）

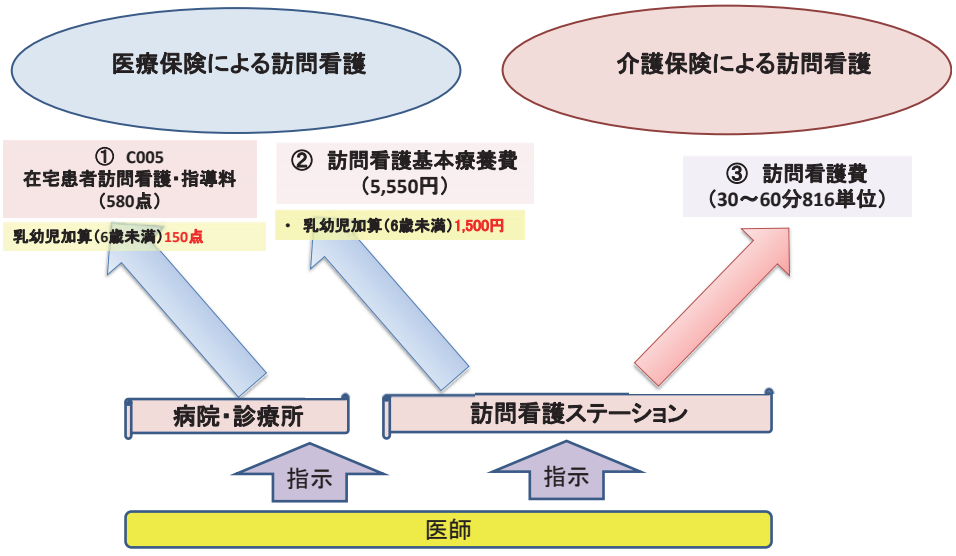


14

14 訪問看護の費用

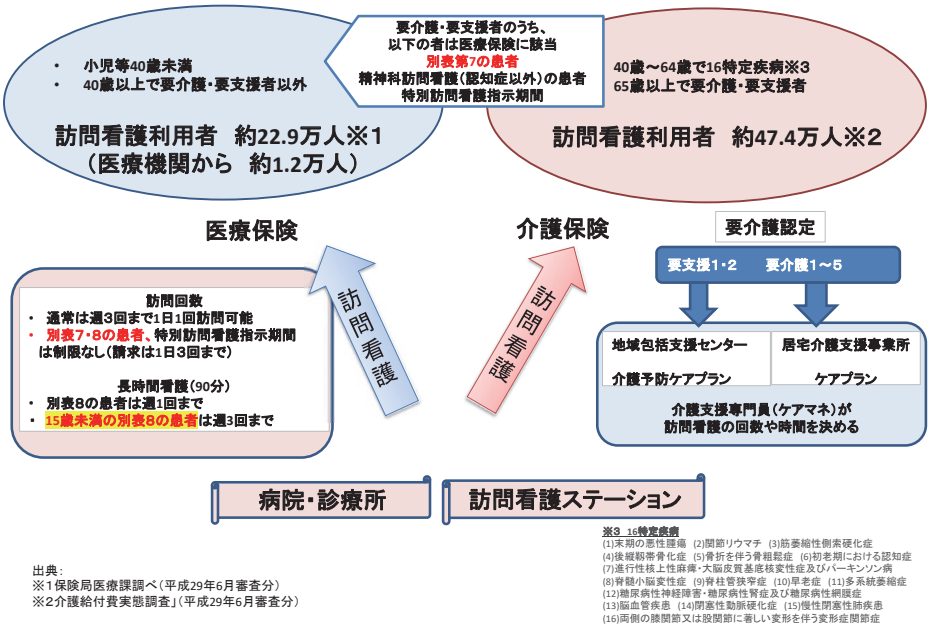
① 在宅患者訪問看護・指導料（診療報酬）
② 訪問看護基本療養費（医療保険）

③ 訪問看護費（介護保険）



訪問看護には、医療保険から給付される訪問看護療養費と介護保険から給付される訪問看護費の２種類があるが、小児はもっぱら医療保険からの訪問看護となる。

15 訪問看護の利用回数・利用時間



出典：
※1保険局医療課調べ（平成29年6月審査分）
※2介護給付費実態調査」（平成29年6月審査分）

介護保険の訪問看護では、訪問の回数や時間をケアマネが決めるのに対し、医療保険の訪問看護では、病状に応じて訪問看護事業所が回数や時間を決めることができる。別表７、８に該当する患者は重症度の高い患者として、週４回以上最大90分間まで訪問看護に入ることができ、複数の訪問看護ステーションを利用することもできる。

16 特掲診療料の施設基準等

- 訪問看護が訪問できる回数は原則週3日、1日1回まで
- しかし、別表7、別表8に該当する患者は、週4日以上訪問可能
- さらに、15歳未満の準・超重症児及び別表8の患者は、90分間の長時間訪問看護加算が可能となった（平成30年度改定）

厚生労働大臣が定める疾病等

別表第7

①末期の悪性腫瘍　②多発性硬化症
③重症筋無力症　④スモン
⑤筋萎縮性側索硬化症　⑥脊髄小脳変性症
⑦ハンチントン病　⑧進行性筋ジストロフィー症
⑨パーキンソン病疾患（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る）
⑩多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群）
⑪プリオン病　⑫亜急性硬化性全脳炎
⑬ライソゾーム病　⑭副腎白質ジストロフィー
⑮脊髄性筋萎縮症　⑯球脊髄性筋萎縮症
⑰慢性炎症性脱髄性多発神経炎
⑱後天性免疫不全症候群　⑲頸髄損傷
⑳人工呼吸器を使用している状態（夜間無呼吸のマスク換気は除く）

厚生労働大臣が定める状態等にある患者

別表第8

①在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレもしくは留置カテーテルを使用している状態にある者
②在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態
③人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
④真皮を越える褥瘡の状態にある者
⑤在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定してる者

厚労省は、在宅療養患者のうちでも重症度の高い患者として、平成20年厚生労働省告示第63号において「特掲診療料の施設基準等」別表７及び別表８を規定している。別表７は病名で、別表８は患者の状態像で表現されている。
別表７の患者に対しては、訪問診療、訪問看護が週４回以上入ることができる。
別表８の患者に対しては、退院後訪問指導料を算定でき、かつ訪問看護が週４回以上入ることができる。
別表８の２（本稿未収載）の患者に対しては、在宅時医学総合管理料の評価が上げられている。
別表第７　訪問診療、訪問看護で週４回以上訪問できる疾患
別表第８　退院時共同指導料１の注２に規定する特別な管理を要する状態等にある患者並びに退院後訪問指導料、訪問看護で週４回以上訪問できる患者
別表第三の一の二　退院時共同指導料１及び退院時共同指導料２を二回算定できる疾病等の患者並びに頻回訪問加算に規定する状態等にある患者

17 準・超重症児

判定スコア： **25点以上・・・超重症児**
10点以上・・・準超重症児

＜必要条件＞
・**介助によらなければ座位が保持できない**
・医療ケアが必要な状態が6ヶ月以上継続

残念ながら、動く医療的ケア児には適応されません！

重症児（者）判定スコア

番号	医療ケア	スコア
①	レスピレーター管理	10
②	気管内挿管・気管切開	8
③	鼻咽頭エアウェイ	5
④	O2吸入又はSpO2 90%の状態が10%以上	5
⑤	6回／日以上の頻回の吸引	3
	1回／時間以上の頻回の吸引	加点5
⑥	ネブライザー6回／日以上または継続使用	3
⑦	IVH	10
⑧	経口摂取（全介助）	3
	経管（経鼻・胃瘻含む）	5
⑨	腸瘻・腸管栄養	8
	持続注入ポンプ使用（腸瘻・腸管栄養時）	3
⑩	手術・服薬にても改善しない過緊張で、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（腹膜透析含む）	10
⑫	定期導尿（3回／日以上）	5
⑬	人工肛門	5
⑭	体位交換6回／日以上	3

平成30年3月5日保医発0305第2号
「基本診療料等の施設基準及びその届出の手続きに関する取扱いについて」

一般の小児病棟で算定されるのが、準・超重症児入院診療加算です。
医療的ケアが重い肢体不自由児の入院医療に付く加算です。
入院料を入院基本料か小児入院医療管理料かどちらで算定した場合でも、この加算が付きます。
ただし条件があり、運動機能が「介助によらなければ座位を維持できない」状態にあること、医療ケアが必要な状態が６ヶ月以上持続すること、そして医療的ケアの判定スコアが10点以上ないとこの加算が付きません。６ヶ月の規定は、NICU出身者であれば６ヶ月未満であっても算定することができるみなしのような考え方ができます。

18 準・超重症児に関する加算

- 一般病棟入院基本料を算定する病棟で準・超重症児を受け入れた場合、準・超重症児入院診療加算を加算できる。
- ただし、小児入院医療管理料1～5の病棟では加算できない。

A212 準・超重症児入院診療加算

1. 超重症児（者）入院診療加算
   イ 6歳未満・・・800点
   ロ 6歳以上・・・400点
2. 準超重症児（者）入院診療加算
   イ 6歳未満・・・200点
   ロ 6歳以上・・・100点

- 15歳未満の準・超重症児の訪問看護を行う場合、訪問看護ステーションは長時間訪問看護加算を算定できる。

長時間訪問看護加算
15歳未満の準・超重症児に対しては週3日を限度として、
5,200円を訪問看護療養費に加算

19 障害者総合支援法に基づく医療

- **自立支援医療**（**障害者総合支援法**第5条第22項）

障害者等につき、その心身の障害の状態の軽減を図り、自立した日常生活又は社会生活を営むために必要な医療

① **育成医療： 18歳未満の障害児**
② 更生医療： 18歳以上の身体障害者
③ 精神通院医療： 精神疾患の通院

- 費用は市町村が支弁
- うち50%を国が補助
- 25%を都道府県が補助
- 患者負担額は収入によって変わる

障害種	自立支援医療の内容
肢体不自由	手術、理学療法、補装具治療
視覚障害	手術
聴覚・平行機能障害	手術
音声・言語・そしゃく機能障害	手術、言語療法、歯科矯正
心臓機能障害	手術、心臓カテーテル検査
腎臓機能障害	腎移植術
その他の内臓障害	手術
免疫機能障害	HIVに関する治療
肝臓機能障害	肝移植術

- **療養介護**（同第5条第6項）➡ **18歳以上！**

医療を要する障害者（18歳以上）であって常時介護を要するもの（中略）につき、主として昼間において、病院その他の厚生労働省令で定める施設において行われる機能訓練、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び日常生活上の世話の供与をいい、「療養介護医療」とは、療養介護のうち医療に係るものをいう。

① 障害者が病院に入院した場合、付き添いしてくれる。
② 医療ケアが必要な障害者が施設に入所した場合、昼間は療養介護医療を受けられる。

20 日常生活用具給付等事業（障害者総合支援法による）

1．制度の概要

○ 障害者等の日常生活がより円滑に行われるための用具を給付又は貸与すること等により、福祉の増進に資することを目的とした事業。
・実施主体　市町村
・対 象 者　日常生活用具を必要とする障害者、障害児、難病患者等（※難病患者等については、政令に定める疾病に限る）として**市町村が定める者**
・申請方法　市町村長に申請し、市町村による給付等の決定後、給付等を受ける。

2．対象種目

○ 以下の**「用具の要件」をすべて満たす**ものであって、**「用具の用途及び形状」のいずれかに該当**するものについて**市町村が定める種目。**

【用具の要件】
・障害者等が安全かつ容易に使用できるもので、実用性が認められるもの
・障害者等の日常生活上の困難を改善し、自立を支援し、かつ社会参加を促進すると認められるもの
・用具の製作、改良又は開発にあたって障害に関する専門的な知識や技術を要するもので、日常生活品として一般に普及していないもの

【用具の用途及び形状】

介護・訓練支援用具	特殊寝台、特殊マット等その他の障害者等の身体介護を支援する用具並びに障害児が訓練に用いるいす等のうち、障害者等及び介助者が容易に使用できるものであって、実用性のあるもの
自立生活支援用具	入浴補助用具、聴覚障害者用屋内信号装置その他の障害者等の入浴、食事、移動等の自立生活を支援する用具のうち、障害者等が容易に使用できるものであって、実用性のあるもの
在宅療養等支援用具	電気式たん吸引器、盲人用体温計その他の障害者等の在宅療養等を支援する用具のうち、障害者等が容易に使用できるものであって、実用性のあるもの
情報・意思疎通支援用具	点字器、人工喉頭その他の障害者等の情報収集、情報伝達、意思疎通等を支援する用具のうち、障害者等が容易に使用できるものであって、実用性のあるもの
排泄管理支援用具	ストーマ装具その他の障害者等の排泄管理を支援する用具及び衛生用品のうち、障害者等が容易に使用できるものであって、実用性のあるもの
居宅生活動作補助用具	障害者等の居宅生活動作等を円滑にする用具であって、設置に小規模な住宅改修を伴うもの。

3．利用者負担

○ **市町村の判断**による。

21 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　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。
○ 実施主体　都道府県・指定都市・中核市
○ 国庫負担率　1／2(都道府県・指定都市・中核市1／2)
○ 根拠条文　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
⑮骨系統疾患
⑯脈管系疾患
※⑮⑯は平成30年度から追加

対象疾病

・対象疾病数：756疾病（16疾患群）

予算額

・平成30年度予算額　：15,042,557千円
・平成31年度概算要求額：15,230,461千円（187,904千円増）

22 小児慢性特定疾病児童自立支援事業

○ 幼少期から慢性的な疾病に罹患していることにより、自立に困難を伴う児童等について、地域支援の充実により自立促進を図るため、都道府県、指定都市、中核市、児童相談所設置市において、自立支援事業を実施。
○ 医療費助成とともに児童福祉法に規定されており、義務的経費として国が事業費の半額を負担している。

【実施主体】都道府県・指定都市・中核市・児童相談所設置市
【国庫負担率】１／２（都道府県・指定都市・中核市・児童相談所設置市 １／２）
【根拠条文】児童福祉法第19条の22、第53条
【予算額】令和２年度予算案：923百万円

＜必須事業＞（第19条の22第１項）

相談支援事業



＜相談支援例＞
・目立に向けた相談支援
・療育相談指導
・巡回相談
・ピアカウンセリング　等

小児慢性特定疾病児童自立支援員



＜支援例＞
・関係機関との連絡・調整及び利用者との橋渡し
・患児個人に対し、地域における各種支援策の活用の提案　等

＜任意事業＞（第19条の22第２項）

療養生活支援事業



ex
・レスパイト
【第19条の22第２項第１号】

相互交流支援事業



ex
・患児同士の交流
・ワークショップの開催　等
【第19条の22第２項第２号】

就職支援事業



ex
・職場体験
・就労相談会　等
【第19条の22第２項第３号】

介護者支援事業



ex
・通院の付き添い支援
・患児のきょうだいへの支援　等
【第19条の22第２項第４号】

その他の自立支援事業



ex
・学習支援
・身体づくり支援　等
【第19条の第22項第５号】

23 障害福祉分野

障害福祉分野



24 身体障害の認定＝身体障害者手帳

1 概要
身体障害者福祉法に定める身体上の障害がある者に対して、都道府県知事、指定都市市長又は中核市市長が交付する。
根拠：身体障害者福祉法第15条
2 交付対象者
身体障害者福祉法別表に掲げる身体上の障害があるもの
別表に定める障害の種類（いずれも、一定以上で永続することが要件とされている）
① 視覚障害
② 聴覚又は平衡機能の障害
③ 音声機能、言語機能又はそしゃく機能の障害
④ 肢体不自由
⑤ 心臓、じん臓又は呼吸器の機能の障害
⑥ ぼうこう又は直腸の機能の障害
⑦ 小腸の機能の障害
⑧ ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害
⑨ 肝臓の機能の障害
3 障害の程度
法別表に該当するかどうかの詳細については、身体障害者福祉法施行規則別表第5号「身体障害者障害程度等級表」において、障害の種類別に重度の側から1級から6級の等級が定められている。
4 交付者数（平成28年度末現在）
515万人（1級：162万人、2級：77万人、3級：86万人、4級：125万人、5級：32万人、6級：32万人）

25 知的障害の認定＝療育手帳

1 概要
知的障害児・者への一貫した指導・相談を行うとともに、これらの者に対して各種の援助措置を受けやすくするため、児童相談所又は知的障害者更生相談所において知的障害と判定された者に対して、都道府県知事又は指定都市市長が交付する。

根拠：療育手帳制度について（昭和48年9月27日厚生省発児第156号厚生事務次官通知）
※ 本通知は、療育手帳制度に関する技術的助言（ガイドライン）であり、各都道府県知事等は、本通知に基づき療育手帳制度について、それぞれの判断に基づいて実施要綱を定めている。

2 交付対象者
児童相談所又は知的障害者更生相談所において知的障害であると判定された者に対して交付する。

3 障害の程度及び判定基準
重度（A）とそれ以外（B）に区分
○重度（A）の基準
① 知能指数が概ね35以下であって、次のいずれかに該当する者
○食事、着脱衣、排便及び洗面等日常生活の介助を必要とする。
○異食、興奮などの問題行動を有する。
② 知能指数が概ね50以下であって、盲、ろうあ、肢体不自由等を有する者

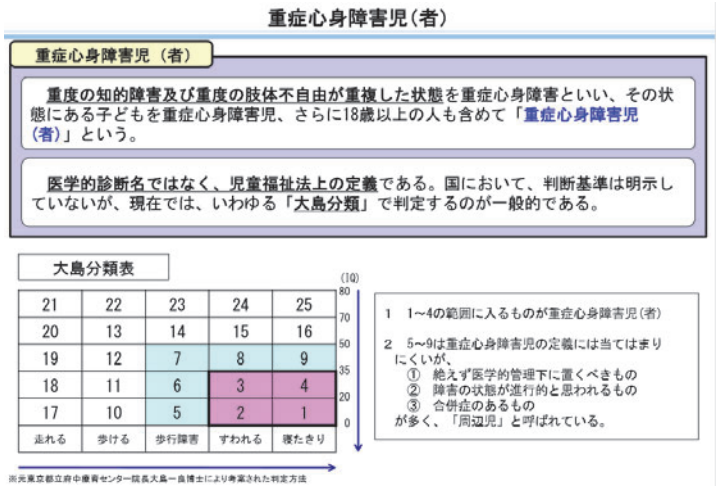
○それ以外（B）の基準
重度（A）のもの以外

なお、交付自治体によっては、独自に重度（A）とそれ以外（B）を細分化している場合もある（別添）。

4 交付者数（平成28年度末現在）
1，044，573人（重度（A）：400,891人、それ以外（B）：643,682人）

26 重症心身障害児（者）

重症心身障害児： 大島分類の1～4の範囲に入るもの
（運動機能は座位まで、知的機能はIQ35未満）
➡ 身体障害者手帳1・2級＋療育手帳Aに相当



15歳未満の準・超重症児に訪問看護を提供する場合は、90分以上の訪問看護に対して長時間訪問看護加算を算定することができる。また、準・超重症児が病院に入院する場合は、入院基本料に対して準・超重症児（者）入院診療加算を算定することができる。ただし、小児入院医療管理料を算定する場合は、この加算が含まれているため算定することはできない。
重症心身障害児とは、運動機能が座位までで知的機能がIQ35未満のものを言う。大島分類の１～４に相当する。
運動機能が座位までで（知的障害の有無は問わない）重症児スコアが10点～24点の医療的ケア児を準超重症児と呼び、重症児スコア25点以上の医療的ケア児を超重症児と呼ぶ。

27 障害福祉の制度

○ 計画相談
○ 訪問系サービス
○ 通所系サービス
○ 入所系サービス（短期）

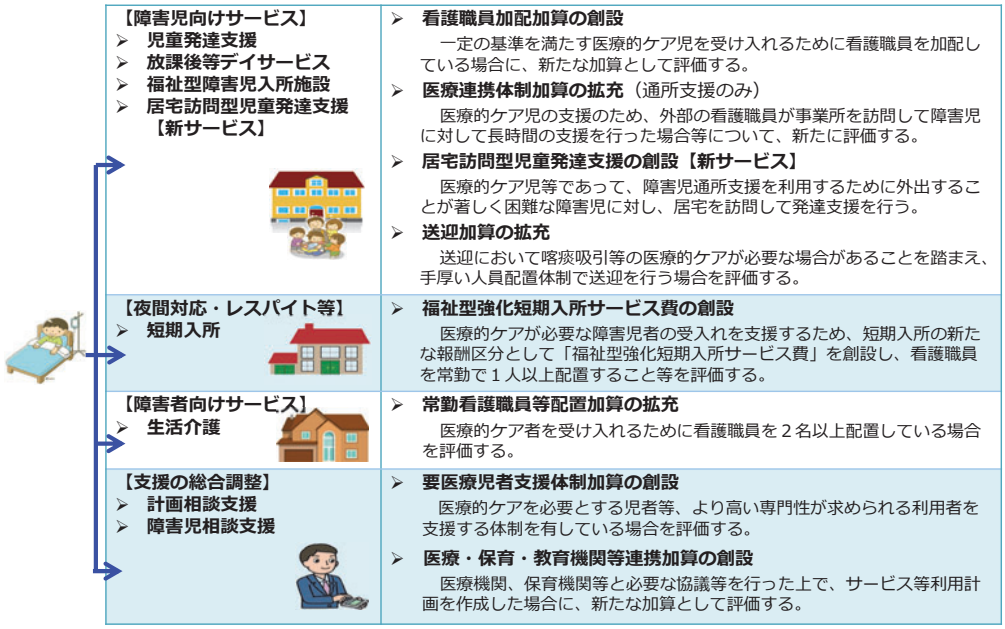
根拠法

- 18歳未満の障害児・・・児童福祉法（＋障害者総合支援法）
- 18歳以上の障害者・・・障害者総合支援法

平成24年4月に児童福祉法が改正
【改正のポイント】
① 障害児の相談支援（障害児支援計画の作成）が位置づけられた
② 児童福祉法と障害者総合支援法とで整合性が取られた
③ 各種の通所サービスが、障害児通所支援にまとめられた
④ 各種の入所施設が、医療型／福祉型障害児入所施設にまとめられた

障害児支援の施策は児童福祉法に規定されており、障害者総合支援法に規定される成人の障害者支援の施策とはもともと別ものであった。しかし、平成24年度に児童福祉法が改正され、児童福祉法は障害者総合支援法と整合性を持つこととなった。特に、障害福祉サービスを利用するために計画を立てることが求められ、障害児は障害児支援利用計画を、障害者はサービス等利用計画を作成することとなっている。また、複雑だった通所サービスが児童発達支援と放課後デイサービスにまとめられ、入所支援サービスも名称が変更され、現在は「重心施設」と呼ばなくなった。

28 医療的ケア児者に対する支援の充実



29 医療的ケア児者に対する支援の充実①

○　医療技術の進歩等を背景として、人工呼吸器等を使用し、たんの吸引などの医療的ケアが必要な障害児（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、サービス提供体制を確保する。

看護職員加配加算（障害児通所施設）

障害児通所支援（児童発達支援、放課後等デイサービス）

○　**看護職員加配加算の創設**
・　一定の基準※を満たす医療的ケア児を受け入れるための看護職員の加配を評価。

【※一定の基準】
①　看護職員を１名以上配置し、判定スコアのいずれかに該当する利用者の数が１名以上（利用定員10人以下の児童発達支援：200単位／日）
②　看護職員を２名以上配置し、判定スコアの合計が８点以上である利用者の数が５名以上（利用定員10人以下の児童発達支援：400単位／日）
③　看護職員を３名以上配置し、判定スコアの合計が８点以上である利用者の数が９名以上（利用定員10人以下の児童発達支援：600単位／

常勤看護職員等配置加算（生活介護）

常勤看護職員等配置加算に、看護職員を複数配置し、判定スコアの各項目に規定する状態のいずれかに該当する利用者を１名以上受け入れている事業所を評価する新たな区分を創設。

○　常勤看護職員等配置加算（Ⅰ）（従来からの区分）
※　看護職員が常勤換算で１人以上配置されている場合
（１）利用定員が20人以下　28単位／日
○　常勤看護職員等配置加算（Ⅱ）**（新区分）**
※　看護職員が常勤換算で２人以上配置されている場合
（１）利用定員が20人以下　56単位／日



看護職員配置加算（福祉型障害児入所施設）

○　**看護職員配置加算の見直し**
・　一定の基準※を満たす医療的ケア児を受け入れるための看護職員の加配を評価。

【※一定の基準】
人員配置基準に加え、看護職員を１名以上配置し、判定スコアの合計が８点以上である利用者の数が５名以上

【例：入所定員が10人以下の知的障害児入所施設】
○　看護職員配置加算（Ⅰ）（現行のとおり）
・　看護職員が常勤換算で１人以上配置されている場合　141単位／日
○　看護職員等配置加算（Ⅱ）（新区分）
・　上記に加え、看護職員が常勤換算で１人以上配置され、一定の基準を見対す障害児が1人以上いる場合　145単位／日

判定スコア

（１）　レスピレーター管理　＝８
（２）　気管内挿管、気管切開　＝８
（３）　鼻咽頭エアウェイ　＝５
（４）　酸素吸入　＝５
（５）　１回／時間以上の頻回の吸引　＝８
６回／日以上の頻回の吸引　＝３
（６）　ネブライザー６回／日以上または継続使用　＝３
（７）　ＩＶＨ　＝８
（８）　経管（経鼻・胃ろう含む）　＝５
（９）　腸ろう・腸管栄養　＝８
（10）　接続注入ポンプ使用(腸ろう･腸管栄養時)　＝３
（11）　継続する透析(腹膜灌流を含む)　＝８
（12）　定期導尿（３／日以上）　＝５
（13）　人工肛門　＝５



30 医療的ケア児者に対する支援の充実②

医療連携体制加算の拡充（短期入所、障害児通所支援）

○　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　て障害児者に対して看護を行った場合を評価する本加算について、長時間支援を評価する区分を設ける。

	イ　医療連携体制加算（Ⅰ）	500単位／日（利用者1人）
	ロ　医療連携体制加算（Ⅱ）	250単位／日（2人～8人）
	ハ　医療連携体制加算（Ⅲ）	500単位／日
	ニ　医療連携体制加算（Ⅳ）	100単位／日
新設	ホ　医療連携体制加算（Ⅴ）	1,000単位／日（利用者1人）
新設	ヘ　医療連携体制加算（Ⅵ）	500単位／日（2人～8人）

※　（Ⅰ）、（Ⅱ）は4時間未満に適用し、（Ⅴ）、（Ⅵ）は4時間を超えた支援に適用



福祉型強化短期入所サービスの創設

○　医療的ケアが必要な障害児者の受入れを積極的に支援するため、短期入所の新たな報酬区分として創設。

【人員配置基準】
・　併設型や空床型については、現行の取扱いと同様に、本体施設の配置基準に準じることとし、医療的ケアが必要な障害児者を受け入れる場合については、看護職員を常勤で１人以上配置。
・　単独型については、現行の区分に加えて、看護職員を常勤で１人以上配置。

○　福祉型強化短期入所サービス費（Ⅰ）※
・　区分６　1,096単位
※　短期入所のみ利用する場合

※　このほか、判定スコアのいずれかの項目に該当する者を受け入れる場合などを評価。



送迎加算の拡充（障害児通所支援）

○　送迎においても喀痰吸引等の医療的ケアが必要な場合があることから、手厚い人員配置体制で送迎を行うことを評価する。

イ	障害児（重症心身障害児以外）	片道54単位／回 ＋37単位／回※
ロ	重症心身障害児	片道37単位／回

※　看護職員加配加算を算定する事業所で、医療的ケアを行うため、運転手に加え、職員を１名以上配置して送迎を行った場合に更に加算。



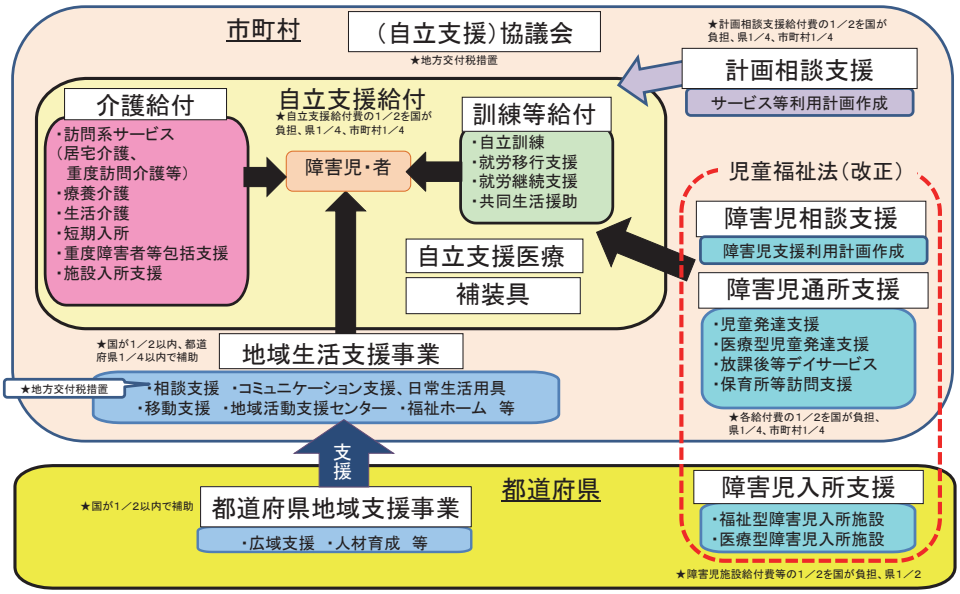
計画相談支援・障害児相談支援

○　**要医療児者支援体制加算の創設**
・　医療的なケアを要する児童や障害者に対して適切な計画相談　支援等を実施するため、専門的な知識及び支援技術を持つ相談支援専門員を事業所に配置した上で、その旨を公表している場合に加算。（35単位／月）

○　**医療・保育・教育機関等連携加算の創設**
・　サービス利用支援等の実施時において、障害福祉サービス等以外の医療機関、保育機関、教育機関等の職員と面談等を行い、必要な情報提供を受け協議等を行った上で、サービス等利用計画等を作成した場合に加算。（100単位／月）



31 障害者総合支援法に基づく障害福祉サービスの体系（平成24年４月～）



成人（18歳以上）を対象とした障害者総合支援法では、自立支援給付（介護給付、訓練給付、自立支援医療、補装具給付）に、地域生活支援事業が加わる形で構成されている。地域生活支援事業は、地域の事情に合わせて市区町村ごとの判断でサービスが提供されている。このため、地域支援事業のサービス内容に地域差が生じる理由にもなっている。
小児を対象とした児童福祉法では、通所支援、入所支援を規定しているが、小児は障害者総合支援法の障害福祉サービスの一部も利用することができる。
そして両者ともに計画作成が重要な位置を占めており、これによってバランスの取れた適切な障害福祉サービスを提供することができる。

32 障害福祉サービス等の体系（介護給付・訓練等給付）

		サービス内容		利用者数	施設・事業所数
介護給付	訪問系	居宅介護	自宅で、入浴、排せつ、食事の介護等を行う	185,105	20,421
		重度訪問介護	重度の肢体不自由者又は重度の知的障害若しくは精神障害により行動上著しい困難を有する者であって常に介護を必要とする人に、自宅で、入浴、排せつ、食事の介護、外出時における移動支援、入院時の支援等を総合的に行う	11,590	7,506
		同行援護	視覚障害により、移動に著しい困難を有する人が外出する時、必要な情報提供や介護を行う	26,624	5,976
		行動援護	自己判断能力が制限されている人が行動するときに、危険を回避するために必要な支援、外出支援を行う	11,824	1,787
		重度障害者等包括支援	介護の必要性がとても高い人に、居宅介護等複数のサービスを包括的に行う	32	9
	日中活動系	短期入所	自宅で介護する人が病気の場合などに、短期間、夜間も含めた施設で、入浴、排せつ、食事の介護等を行う	57,967	5,066
		療養介護	医療と常時介護を必要とする人に、医療機関で機能訓練、療養上の管理、看護、介護及び日常生活の世話を行う	20,657	254
		生活介護	常に介護を必要とする人に、昼間、入浴、排せつ、食事の介護等を行うとともに、創作的活動又は生産活動の機会を提供する	287,585	10,914
	施設系	施設入所支援	施設に入所する人に、夜間や休日、入浴、排せつ、食事の介護等を行う	128,114	2,587
訓練等給付	居住支援系	自立生活援助	一人暮らしに必要な理解力・生活力等を補うため、定期的な居宅訪問や随時の対応により日常生活における課題を把握し、必要な支援を行う	842	189
		共同生活援助	夜間や休日、共同生活を行う住居で、相談、入浴、排せつ、食事の介護、日常生活上の援助を行う	129,379	8,920
	訓練系・就労系	自立訓練（機能訓練）	自立した日常生活又は社会生活ができるよう、一定期間、身体機能の維持、向上のために必要な訓練を行う	2,332	176
		自立訓練（生活訓練）	自立した日常生活又は社会生活ができるよう、一定期間、生活能力の維持、向上のために必要な支援、訓練を行う	12,689	1,191
		就労移行支援	一般企業等への就労を希望する人に、一定期間、就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練を行う	33,789	3,118
		就労継続支援（A型）	一般企業等での就労が困難な人に、雇用して就労の機会を提供するとともに、能力等の向上のために必要な訓練を行う	71,518	3,822
		就労継続支援（B型）	一般企業等での就労が困難な人に、就労する機会を提供するとともに、能力等の向上のために必要な訓練を行う	267,909	12,976
		就労定着支援	一般就労に移行した人に、就労に伴う生活面の課題に対応するための支援を行う	10,440	1,182

（注）１.表中の「者」は「障害者」、「児」は「障害児」であり、利用できるサービスにマークを付している。 ２.利用者数及び施設・事業所数は、令和元年12月サービス提供分（国保連データ）

33 障害福祉サービス等の体系（障害児支援、相談支援に係る給付）

		サービス内容		利用者数	施設・事業所数
障害児通所系	障害児支援に係る給付	児童発達支援	日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与、集団生活への適応訓練などの支援を行う	121,506	7,121
		医療型児童発達支援	日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与、 集団生活への適応訓練などの支援及び治療を行う	2,083	94
		放課後等デイサービス	授業の終了後又は休校日に、児童発達支援センター等の施設に通わせ、生活能力向上のための必要な訓練、社会との交流促進などの支援を行う	232,618	14,260
障害児訪問系		居宅訪問型児童発達支援	重度の障害等により外出が著しく困難な障害児の居宅を訪問して発達支援を行う	135	64
		保育所等訪問支援	保育所、乳児院・児童養護施設等を訪問し、障害児に対して、障害児以外の児童との集団生活への適応のための専門的な支援などを行う	7,068	864
障害児入所系		福祉型障害児入所施設	施設に入所している障害児に対して、保護、日常生活の指導及び知識技能の付与を行う	1,487	185
		医療型障害児入所施設	施設に入所又は指定医療機関に入院している障害児に対して、保護、日常生活の指導及び知識技能の付与並びに治療を行う	2,000	192
相談支援系	相談支援に係る給付	計画相談支援	【サービス利用支援】 ・ サービス申請に係る支給決定前にサービス等利用計画案を作成 ・ 支給決定後、事業者等と連絡調整等を行い、サービス等利用計画を作成 【継続利用支援】 ・ サービス等の利用状況等の検証（モニタリング） ・ 事業所等と連絡調整、必要に応じて新たな支給決定等に係る申請の勧奨	185,793	8,671
		障害児相談支援	【障害児利用援助】 ・ 障害児通所支援の申請に係る給付決定の前に利用計画案を作成 ・ 給付決定後、事業者等と連絡調整等を行うとともに利用計画を作成 【継続障害児支援利用援助】	55,553	4,944
		地域移行支援	住居の確保等、地域での生活に移行するための活動に関する相談、各障害福祉サービス事業所への同行支援等を行う	761	402
		地域定着支援	常時、連絡体制を確保し障害の特性に起因して生じた緊急事態等における相談、障害福祉サービス事業所等と連絡調整など、緊急時の各種支援を行う	3,505	540

※ 障害児支援は、個別に利用の要否を判断（支援区分を認定する仕組みとなっていない）※ 相談支援は、支援区分によらず利用の要否を判断（支援区分を利用要件としていない）

（注）1.表中の「者」は「障害者」、「児」は「障害児」であり、利用できるサービスにマークを付している。 2.利用者数及び施設・事業所数は、令和 元年 12月サービス提供分（国保連データ）

34 居宅介護

○ 対象者

■ 障害支援区分1以上の障害者等

○ サービス内容

居宅における

- ■ 入浴、排せつ及び食事等の介護
- ■ 調理、洗濯及び掃除等の家事
- ■ 生活等に関する相談及び助言
- ■ その他生活全般にわたる援助

※ 通院等介助や通院等乗降介助も含む。

○ 主な人員配置

■ サービス提供責任者：常勤ヘルパーのうち1名以上
- 介護福祉士、実務者研修修了者 等
- 居宅介護職員初任者研修修了者等であって3年以上の実務経験がある者

■ ヘルパー：常勤換算2．5人以上
- 介護福祉士、介護職員基礎研修修了者、居宅介護職員初任者研修修了者 等

○ 報酬単価（令和元年10月～）

■ 基本報酬

身体介護中心、通院等介助（身体介護有り）	家事援助中心	通院等介助（身体介護なし）	通院等乗降介助
249単位（30分未満）～815単位（3時間未満） 3時間以降、30分を増す毎に81単位加算	102単位（30分未満）～ 268単位（1.5時間未満） 1.5時間以降、15分を増す毎に34単位加算	102単位（30分未満）～ 268単位（1.5時間未満） 1.5時間以降、30分を増す毎に68単位加算	1回98単位

■ 主な加算

特定事業所加算（5%、10%又は20%加算） → ①サービス提供体制の整備、②良質な人材の確保、③重度障害者への対応に積極的に取り組む事業所のサービスを評価	福祉専門職員等連携加算（90日間3回を限度として1回につき564単位加算） → サービス提供責任者と精神障害者等の特性に精通する国家資格を有する者が連携し、利用者の心身の状況等の評価を共同して行うことを評価	喀痰吸引等支援体制加算（1日当たり100単位加算） → 特定事業所加算（20%加算）の算定が困難な事業所に対して、喀痰の吸引等が必要な者に対する支援体制を評価

○ 事業所数

20,421（国保連令和元年12月実績）

○ 利用者数

185,105（国保連令和元年12月実績）

35 短期入所

○ 対象者

居宅においてその介護を行う者の疾病その他の理由により、障害者支援施設等への短期間の入所が必要な者
- ■ 福祉型（障害者支援施設等において実施可能）
  - ・ 障害支援区分1以上である障害者又は障害児の障害の程度に応じて厚生労働大臣が定める区分における区分1以上に該当する障害児
- ■ 福祉型強化（障害者支援施設等において実施可能）（※）
  - ※ 看護職員を常勤で1人以上配置
  - ・ 厚生労働大臣が定める状態に該当する医療的ケアが必要な障害者及び障害児
- ■ 医療型（病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院において実施可能）（※）
  - ※ 病院、診療所については、法人格を有さない医療機関を含む。また、宿泊を伴わない場合は無床診療所も実施可能
  - ・ 遷延性意識障害児・者、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及び重症心身障害児・者等

○ サービス内容

- ■ 当該施設に短期間の入所をさせ、入浴、排せつ及び食事の介護その他の必要な支援
- ■ 本体施設の利用者とみなした上で、本体施設として必要とされる以上の職員を配置し、これに応じた報酬単価を設定

○ 主な人員配置

- ■ 併設型・空床型　本体施設の配置基準に準じる
- ■ 単独型　当該利用日の利用者数に対し6人につき1人

○ 報酬単価（令和元年10月～）

■ 基本報酬

福祉型短期入所サービス費（Ⅰ）～（Ⅳ）	福祉型強化短期入所サービス費（Ⅰ）～（Ⅳ）	医療型短期入所サービス費（Ⅰ）～（Ⅲ）（宿泊を伴う場合）	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）
→ 障害者（児）について、障害支援区分に応じた単位の設定	→ 看護職員を配置し、厚生労働大臣が定める状態に該当する医療的ケアが必要な障害者（児）に対し、支援を行う場合	→ 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	→ 左記と同様の対象者に対し支援を行う場合
168単位～902単位	369単位～1,103単位	1,690単位～2,907単位	1,217単位～2,785単位

■ 主な加算

単独型加算（320単位） → 併設型・空床型ではない指定短期入所事業所にて、指定短期入所を行った場合	緊急短期入所受入加算（福祉型180単位、医療型270単位） → 空床の確保や緊急時の受入れを行った場合 定員超過特例加算（50単位） → 緊急時に定員を超えて受入を行った場合（10日限度で算定）	特別重度支援加算（120単位／388単位） → 医療ニーズの高い障害児・者に対しサービスを提供した場合

○ 事業所数　5,066（うち福祉型：4,704　医療型：362）（国保連令和元年12月実績）　○ 利用者数　57,967（国保連令和元年12月実績）

36

36 児童発達支援

○ 対象者

- ■ 療育の観点から集団療育及び個別療育を行う必要があると認められる未就学の障害児

○ サービス内容

- ■ 日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与、集団生活への適応訓練、その他必要な支援を行う。

○ 主な人員配置

- ■ 児童発達支援センター
  - ・ 児童指導員及び保育士　4:1以上
  - ・ 児童指導員　1人以上
  - ・ 保育士　1人以上
  - ・ 児童発達支援管理責任者　1人以上
- ■ 児童発達支援センター以外
  - ・ 児童指導員、保育士又は障害福祉サービス経験者　10:2以上
    - ※ うち半数以上は児童指導員又は保育士
  - ・ 児童発達支援管理責任者　1人以上

○ 報酬単価（令和元年10月～）

■ 基本報酬

■ 児童発達支援センター（利用定員に応じた単位を設定）
- ・ 難聴児・重症心身障害児以外　777～1,085単位
- ・ 難聴児　974～1,383単位
- ・ 重症心身障害児　923～1,330単位

■ 児童発達支援センター以外（利用定員に応じた単位を設定）
- ・ 重症心身障害児以外（主に未就学児を受け入れる事業所）　435～830単位
- ・ 重症心身障害児以外（主に未就学児以外を受け入れる事業所）361～706単位
- ・ 重症心身障害児　836～2,096単位

■ 主な加算

児童指導員等加配加算（Ⅰ，Ⅱ）	看護職員加配加算（Ⅰ～Ⅲ）
→ 基準人員に加え、理学療法士等、保育士、児童指導員等の者を加配した場合に加算	→ 医療的ケアを要する児童を一定以上受け入れている事業所が、基準人員に加え、看護職員を加配した場合に加算
（施設種別，利用定員，提供児童等に応じた単位を設定） ・ 理学療法士等　25～418単位 ・ 児童指導員等　18～309単位 ・ その他従業者（資格要件なし）　10～182単位	（利用定員，加配人数に応じた単位を設定） ・ 難聴児・重症心身障害児以外　24～201単位（センター），80～600単位（センター以外） ・ 難聴児　44～300単位（センター） ・ 重症心身障害児　80～200単位（センター），133～800単位（センター以外）

○ 事業所数　7,121（国保連令和元年12月実績）　○ 利用者数　121,506（国保連令和元年12月実績）

37 医療型児童発達支援

○ 対象者

■ 肢体不自由があり、理学療法等の機能訓練又は医学的管理下での支援が必要と認められた障害児

○ サービス内容

■ 日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与、集団生活への適応訓練、その他必要な支援及び治療を行う。

○ 主な人員配置

■ 児童指導員　1人以上
■ 保育士　1人以上
■ 看護師　1人以上
■ 理学療法士又は作業療法士　1人以上
■ 児童発達支援管理責任者　1人以上

○ 報酬単価（令和元年10月～）

■ 基本報酬

■ 医療型児童発達支援センター
・ 肢体不自由児　388単位
・ 重症心身障害児　500単位

■ 指定発達支援医療機関
・ 肢体不自由児　337単位
・ 重症心身障害児　449単位

■ 主な加算

保育職員加配加算（50単位）
→ 児童指導員又は保育士を1名加配した場合に加算。定員21人以上の事業所において2名以上配置した場合は＋22単位。

・ 延長支援加算障害児（重症心身障害児以外の場合）（61～123単位）
・ 重症心身障害児の場合（128～256単位）
→ 営業時間が8時間以上であり、営業時間の前後の時間において支援を行った場合に加算

保育・教育等移行支援加算（500単位）
→ 障害児が地域において保育・教育を受けられるよう支援を行うことにより、通所支援事業所を退所して保育所等を通うことになった際に加算（1回を限度）

○ 事業所数 94（国保連令和元年12月実績）

○ 利用者数 2,083（国保連令和元年12月実績）

38 放課後等デイサービス

○ 対象者

■ 学校教育法第1条に規定している学校（幼稚園及び大学を除く。）に就学しており、授業の終了後又は休業日に支援が必要と認められた障害児

○ サービス内容

■ 授業の終了後又は学校の休業日に、児童発達支援センター等の施設に通わせ、生活能力向上のために必要な訓練、社会との交流の促進その他必要な支援を行う。

○ 主な人員配置

■ 児童指導員、保育士又は障害福祉サービス経験者　10:2以上
※ うち半数以上は児童指導員又は保育士
■ 児童発達支援管理責任者　1人以上
■ 管理者

○報酬単価（令和元年10月～）

■ 基本報酬

■ 授業終了後（利用定員及び受入児童の状態等に応じた単位を設定）
・ 区分1（主として指標該当児）　326～ 660単位
・ 区分2（主として指標該当児以外）　299～ 612単位
・ 重症心身障害児　685～1,754単位

■ 休業日（利用定員及び受入児童の状態等に応じた単位を設定）
・ 区分1（主として指標該当児）　412～ 792単位
・ 区分2（主として指標該当児）　376～ 730単位
・ 重症心身障害児　809～2,036単位

■ 主な加算

児童指導員等加配加算（Ⅰ，Ⅱ）
→ 基準人員に加え、理学療法士等、保育士、児童指導員等の者を加配した場合に加算

（施設報酬区分，利用定員，提供児童等に応じた単位を設定）
・ 理学療法士等　84～418単位
・ 児童指導員等　62～309単位
・ その他従業者（資格要件なし）　36～182単位

看護職員加配加算（Ⅰ～Ⅲ）
→ 医療的ケアを要する児童を一定以上受け入れている事業所が、基準人員に加え、看護職員を加配した場合に加算

（利用定員，加配人数に応じた単位を設定）
・ 重症心身障害児以外　80～600単位
・ 重症心身障害児　133～800単位

○ 事業所数 14,260（国保連令和元年12月実績）

○ 利用者数 232,618（国保連令和元年12月実績）

40 居宅訪問型児童発達支援

○ 対象者

■ 重症心身障害児等の重度の障害児等であって、児童発達支援等の障害児通所支援を受けるために外出することが著しく困難な障害児

○ サービス内容

■ 障害児の居宅を訪問し、日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与その他必要な支援を行う。

○ 人員配置

■ 訪問支援員
■ 児童発達支援管理責任者 1人以上
■ 管理者

○報酬単価（令和元年10月～）

■ 基本報酬	
991単位	
■ 主な加算	
訪問支援員特別加算(679単位) → 作業療法士や理学療法士、保育士、看護職員等の専門性の高い職員を配置した場合に加算	通所施設移行支援加算(500単位) → 利用児童に対し、児童発達支援センター、指定児童発達支援事業所又は放課後等デイサービス事業所に通うための相談援助及び連絡調整を行った場合に加算（1回を限度）

○ 事業所数 64（国保連令和元年12月実績）

○ 利用者数 135（国保連令和元年12月実績）

41 保育所等訪問支援

○ 対象者

■ 保育所、幼稚園、小学校、特別支援学校、認定こども園その他児童が集団生活を営む施設に通う障害児であって、当該施設を訪問し、専門的な支援が必要と認められた障害児

○ サービス内容

■ 保育所等を訪問し、障害児に対して、障害児以外の児童との集団生活への適応のための専門的な支援その他必要な支援を行う。

○ 人員配置

■ 訪問支援員
■ 児童発達支援管理責任者 1人以上
■ 管理者

○報酬単価（令和元年10月～）

■ 基本報酬	
991単位	
■ 主な加算	
訪問支援員特別加算(679単位) → 作業療法士や理学療法士、保育士、看護職員等の専門性の高い職員を配置した場合に加算	初回加算(200単位) → 児童発達支援管理責任者が、初回訪問又は初回訪問の同月に保育所等の訪問先との事前調整やアセスメントに同行した場合に加算

○ 事業所数 864（国保連令和元年12月実績）

○ 利用者数 7,068（国保連令和元年12月実績）

42 福祉型障害児入所施設

○ サービス内容

■ 障害児入所施設に入所する障害児に対して、保護、日常生活の指導及び知識技能の付与を行う。

○ 主な人員配置

■ 児童指導員及び保育士
- 主として知的障害児又は自閉症児を入所させる施設　4.3:1以上
- 主として盲児又はろうあ児を入所させる施設
  - 乳児又は幼児　4:1以上
  - 少年　5:1以上
- 主として肢体不自由児を入所させる施設　3.5:1以上
- 児童指導員　1人以上
- 保育士　1人以上

■ 児童発達支援管理責任者　1人以上

○報酬単価（令和元年10月～）

■ 基本報酬

■ 主として知的障害児を入所させる施設（利用定員に応じた単位を設定）　447～897単位
■ 主として自閉症児を入所させる施設（利用定員に応じた単位を設定）　596～792単位
■ 主として盲児を入所させる施設（利用定員に応じた単位を設定）　438～835単位
■ 主としてろうあ児を入所させる施設（利用定員に応じた単位を設定）　437～831単位
■ 主として肢体不自由児を入所させる施設（利用定員に応じた単位を設定）　707～752単位

■ 主な加算

児童指導員等加配加算	小規模グループケア加算（240単位）	福祉専門職員配置等加算（4～10単位）
→ 基準人員に加え、理学療法士等、保育士、児童指導員等の有資格者を加配した場合に加算 （利用定員，提供児童等に応じた単位を設定） ・理学療法士等　8～151単位 ・児童指導員等　6～112単位	→ 障害児に対して、小規模なグループによるケアを行った場合に加算	→ ①常勤の児童指導員等のうち、社会福祉士、介護福祉士又は精神保健福祉士の資格保有状況に応じて加算、②児童指導員又は保育士等のうち、常勤職員が75%以上又は勤続3年以上の常勤職員が30%以上

○ 事業所数　185（国保連令和元年12月実績）

○ 利用者数　1,487（国保連令和元年12月実績）

43 医療型障害児入所施設

○ サービス内容

■ 障害児入所施設又は指定医療機関に入所等をする障害児に対して、保護、日常生活指導及び知識技能の付与並びに治療を行う。

○ 主な人員配置

■ 児童指導員及び保育士
- 主として自閉症児を入所させる施設　6.7:1以上
- 主として肢体不自由児を入所させる施設
  - 乳児又は幼児　10:1以上
  - 少年　20:1以上
- 児童指導員　1人以上
- 保育士　1人以上

■ 児童発達支援管理責任者　1人以上

○報酬単価（令和元年10月～）

■ 基本報酬

■ 主として自閉症児を入所させる施設　351単位（有期有目的の支援を行う場合（入所日数に応じた単位を設定）318～　419単位）
■ 主として肢体不自由児を入所させる施設 174単位（有期有目的の支援を行う場合（入所日数に応じた単位を設定）159～　205単位）
■ 主として重症心身児を入所させる施設　913単位（有期有目的の支援を行う場合（入所日数に応じた単位を設定）824～1,100単位）

■ 主な加算

心理担当職員配置加算（26単位）	小規模グループケア加算（240単位）	福祉専門職員配置等加算（4～10単位）
→ 心理担当職員を配置している場合に加算。公認心理士を配置している場合は、さらに10単位を加算 ※ 主として重症心身障害児を入所させる施設及び指定発達支援医療機関を除く。	→ 障害児に対して、小規模なグループによるケアを行った場合に加算	→ ①常勤の児童指導員等のうち、社会福祉士、介護福祉士又は精神保健福祉士の資格保有状況に応じて加算、②児童指導員又は保育士等のうち、常勤職員が75%以上又は勤続3年以上の常勤職員が30%以上

○ 事業所数　192（国保連令和元年12月実績）

○ 利用者数　2,000（国保連令和元年12月実績）

44 障害児相談支援

○ 対象者（平成27年度からは障害児通所支援を利用するすべての障害児の保護者が対象となった。）

■ 障害児通所支援の申請・変更申請に係る障害児（の保護者）

○ サービス内容

【障害児支援利用援助】
■ 障害児通所支援の申請に係る通所給付決定の前に障害児支援利用計画案を作成
■ 通所給付決定後、サービス事業者等との連絡調整等を行うとともに、障害児支援利用計画を作成
【継続障害児支援利用援助】
■ 障害児通所支援の利用状況等の検証（モニタリング）
■ サービス事業所等との連絡調整、必要に応じて新たな通所給付決定等に係る申請の勧奨

○ 主な人員配置

■ 相談支援専門員
※ 35件に1人を標準

○ 報酬単価（基本報酬）（令和元年10月～）

障害児支援利用援助費 （Ⅰ）1,625単位/月 （Ⅱ）814単位/月
継続障害児支援利用援助費 （Ⅰ）1,322単位/月 （Ⅱ）661単位/月
注）（Ⅰ）については、利用者が40未満の部分について算定。（Ⅱ）については、40以上の部分について算定

○ 主な加算（令和元年10月～）

特定事業所加算（（Ⅰ）500単位/月、（Ⅱ）400単位/月、（Ⅲ）300単位/月、（Ⅳ）150単位/月）
→ 手厚い人員体制や関係機関との連携等により質の高い計画相談支援が提供していることを評価

入院時情報連携加算（（Ⅰ）200単位/月、（Ⅱ）100単位/月）、**退院・退所加算**（200単位/回）、**医療・保育・教育機関等連携加算**（100単位/月）
→ 利用者の入院時や退院・退所時等、サービスの利用環境が大きく変動する際に、関係機関との連携の下で支援を行うことを評価

初回加算（500単位/月）、**サービス担当者会議実施加算**（100単位/月）、**サービス提供時モニタリング加算**（100単位/月）
→ モニタリング時等において、サービス提供場面を確認する等、利用者の状況確認や支援内容の調整等を手厚く実施したことを評価

行動障害支援体制加算（35単位/月）、**要医療児者支援体制加算**（35単位/月）、 **精神障害者支援体制加算**（35単位/月）
→ 医療的ケアを必要とする障害児者等、より高い専門性が求められる利用者を支援する体制を有していることを評価

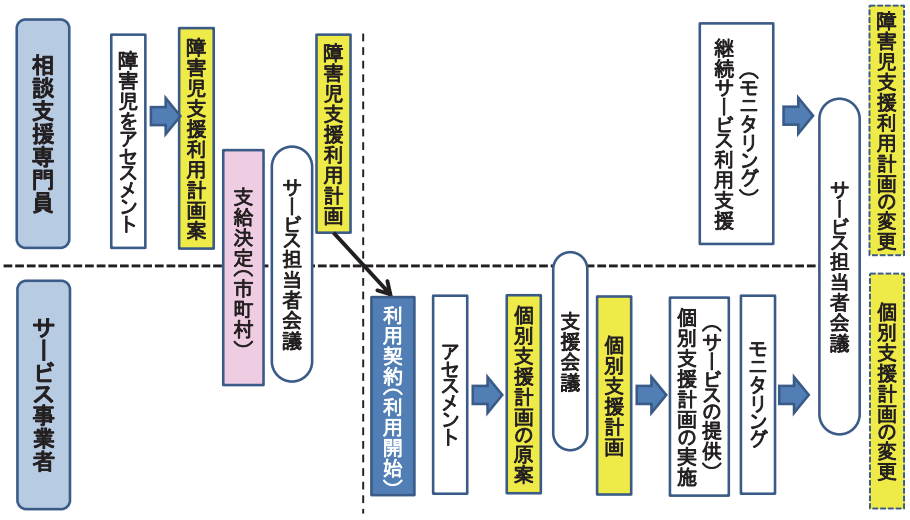
○ 請求事業所数 4,944（国保連令和元年12月実績）

○ 利用者数 55,553（国保連令和元年12月実績）

44

45 障害児相談支援

○ 相談支援専門員は、障害児を評価して障害児支援利用計画案を作成
○ サービス事業者は、障害児支援利用計画を踏まえて個別支援計画を作成



計画相談支援は、小児（児童福祉法）にも成人（障害者総合支援法）にもどちらも明記されている重要なサービスである。
相談支援専門員は小児に対して障害児支援利用計画、成人に対してサービス等利用計画を作成し、市町村に申請する。
市町村の支給決定が下りたら、その計画に基づいてサービス担当者会議が開かれ、サービス提供事業者がサービスの個別支援計画を作成する。
実際にサービスを提供した結果をモニタリングしながら、サービス担当者会議の中で計画の変更について議論していく。

研修会の企画・運営

1. 研修会の企画立案
2. 研修会のコンテンツ及び講師の選定
3. 研修会当日の運営及び事後フォローアップ

研修会の企画・運営 1

研修会の企画立案

土畠 智幸

目　標　研修会の企画立案において、どのような点を考慮すべきかについて学ぶ。

Keyword
- 研修会そのものの目的と副次的な目的
- 事務局内での役割分担
- 他団体の動機づけ

内　容
- STEP 1　研修会の目的を確定する
- STEP 2　事務局の役割分担を行う
- STEP 3　講師を選定する
- STEP 4　日程・会場を確定する
- STEP 5　講師依頼を行うための「企画書」を作成する
- STEP 6「案内チラシ」の原稿を作成する
- STEP 7　関係機関へ後援依頼を行う
- STEP 8　広報活動を開始する
- STEP 9　当日に向けた準備作業を進める
- 資金計画

1 研修会の企画立案

研修会の企画立案

研修会をどのように企画・立案するかに関して、ステップごとに説明する。

2 研修会の目的

STEP 1: 研修会の目的を確定する

・研修そのものの目的:
☐ 対象者・数、目的(知識の獲得／実技の習得)
☐ 形式(講義／実技／シンポジウム／ワークショップなど)

・副次的な目的
☐ 連携促進／多職種交流／共催団体への動機づけなど

最初に、研修会の目的を決める。知識の獲得を目的とするのであれば講義形式、実技の習得を目的とするのであれば講義＋実技形式、あるテーマに関して深く学ぶのであればシンポジウムやワークショップなどの形式となる。その他、副次的な目的として、研修会に集まることによりお互いのことを知ることができ、連携促進や多職種交流につながることも多い。また、主催団体が異なる地域から来る場合、その地域の医療・福祉機関などを共催団体とすることで、研修会の共催がその団体の動機づけとなり、その地域でのその後の展開につながることがある。

3 事務局の役割分担

STEP 2: 事務局の役割分担を行う

□ 講師調整、会場確保、広報活動、申し込み受付、当日スタッフなど

主催団体内での事務局の役割分担を行う。研修会の開催に必要な業務は多岐に渡るため、きちんと役割分担をしておかないと負担が大きくなる。当日については、体調不良などで参加できなくなることもあるため、余裕を持った配置としておく。

4 講師の選定

STEP 3: 講師を選定する

□ STEP1の目的にかなう講師を選定する
□ 講師へ打診し、日程調整を開始する

研修の目的が決まったら、講義や実技の講師を選定する。複数の講師に依頼する場合は、日程調整を早めに開始する必要がある。3カ月前くらいが望ましい。

5 日程・会場の確保

STEP 4: 日程・会場を確定する

- □ 目的、人数に応じた会場の空き状況を確認する
- □ 講師の予定を確認する
- □ その他関係機関のイベント開催有無を確認する（医師会、小児科医会、健保関連、県主催など）
- □ 日程を確定し、会場を予約する

講師の選定と同時に、会場を探す。講師の日程調整がついても、会場が確保できないことがあるので注意が必要である。日程の調整で重要なことは、医師会や小児科医会、在宅医療関係のイベントなど、同日に重なっていないかをある程度調べておくことが望ましい。

6 企画書

STEP 5: 講師依頼を行うための「企画書」を作成する

- □ 研修会名称、主催／共催（この時点で決まっているもののみ）、後援予定
- □ 開催曜日と時間、会場

講師に依頼する際、まずは電話で連絡するが、その後にその時点でわかっている研修会概要を記載した「企画書」を郵送する。

7 案内チラシの原稿作成

STEP 6:「案内チラシ」の原稿を作成する

- ☐ 研修会名称、目的、日時と会場（アクセス、駐車場の有無など）
- ☐ 当日のプログラム概要（講師名、所要時間など）
- ☐ 参加対象者と定員
- ☐ 主催、共催、後援
- ☐ 申し込み先（FAX, Eメール、郵送、電話、ホームページ）
- ☐ 申し込み期限、問い合わせ先、当日の連絡先、担当者名
- ☐ 参加費

医師会や小児科医会からの「後援」を得るための「案内チラシ原稿」を作成する。これについては、この時点でわかっている情報のみを記載し、後援が確定した時点で最終版としてSTEP 8 にあるように印刷をかける。

8 後援依頼

STEP 7: 関係機関へ後援依頼を行う

- ☐ 後援先の担当部署に依頼方法を確認（所定書式の有無確認）
- ☐ 適宜、郵送等にて依頼する
- ☐ 医師会等、生涯教育講座認定の可否を確認する

医師会や小児科医会など、関係する団体の後援を得ると、募集をしやすい。団体ごとに後援依頼の方法が決まっており、所定の書式がある場合もあるので電話で確認する。医師会等の生涯教育講座認定をとれるかを確認する。講座認定については、講義時間などによって認定の可否が変わってくるので、事前に確認しておくとよい。

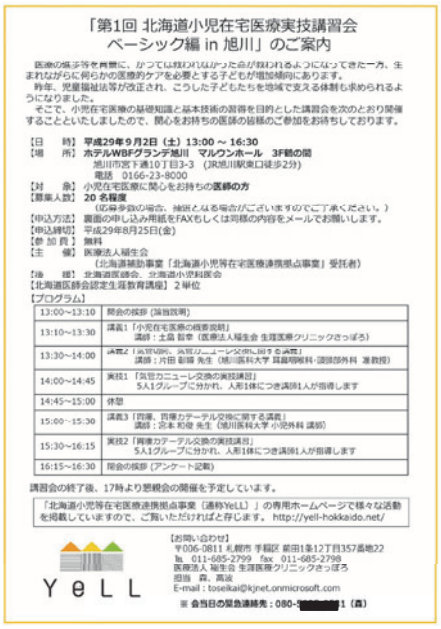
9 広報

STEP 8: 広報活動を開始する

- □ 「後援承諾」の確認を待ってチラシ原稿を校了
- □ 必要枚数を印刷業者へ入稿（外注する場合）
- □ 広報の開始（遅くとも開催日1カ月前まで）
  - □ 配布先：医師会誌、医療機関、MLなど
  - □ 配信先：ホームページ、SNSなど

後援が決まったら、チラシを印刷して広報を本格的に開始する。チラシは医師会に依頼して医師会誌にはさんでもらうと募集がしやすい。研修会の１カ月以上前の会報に載せてもらうのがよい。その他、関係する医療機関に直接郵送する、関係団体のメーリングリストでチラシのPDFと一緒に流してもらう、ホームページやSNSがある場合はそこでも広報する。

10 研修会チラシサンプル



「第1回 北海道小児在宅医療実技講習会
ベーシック編 in 旭川」のご案内

医療の進歩等を背景に、かつては救われなかった命が救われるようになってきた一方、生まれながらに何らかの医療的ケアを必要とする子どもが増加傾向にあります。
昨年、児童福祉法等が改正され、こうした子どもたちを地域で支える体制も求められるようになりました。
そこで、小児在宅医療の基礎知識と基本技術の習得を目的とした講習会を次のとおり開催することといたしましたので、関心をお持ちの医師の皆様のご参加をお待ちしております。

【日　時】平成29年９月２日（土）13:00 ～ 16:30
【場　所】ホテルWBFグランデ旭川　マルワンホール　3F朝の間
旭川市宮下通10丁目3-3　（JR旭川駅東口徒歩2分）
電話　0166-23-8000
【対　象】小児在宅医療に関心をお持ちの医師の方
【募集人数】20 名程度
（応募多数の場合、抽選となる場合がございますのでご了承ください。）
【申込方法】裏面の申し込み用紙をFAXもしくは同様の内容をメールでお願いします。
【申込締切】平成29年8月25日(金)
【参 加 費】無料
【主　催】医療法人 稲生会
（北海道補助事業「北海道小児等在宅医療連携拠点事業」受託者）
【後　援】北海道医師会、北海道小児科医会
【北海道医師会認定生涯教育講座】２単位

【プログラム】

13:00~13:10	開会の挨拶（論旨説明）
13:10~13:30	講義1「小児在宅医療の概要説明」 講師：土畠 智幸（医療法人稲生会 生涯医療クリニックさっぽろ）
13:30~14:00	講義2「気管切開、気管カニューレ交換に関する講義」 講師：片田 彰博 先生（旭川医科大学 耳鼻咽喉科・頭頸部外科 准教授）
14:00~14:45	実技1「気管カニューレ交換の実技講習」 5人1グループに分かれ、人形1体につき講師1人が指導します
14:45~15:00	休憩
15:00~15:30	講義3「胃瘻、胃瘻カテーテル交換に関する講義」 講師：宗本 和俊 先生（旭川医科大学 小児外科 講師）
15:30~16:15	実技2「胃瘻カテーテル交換の実技講習」 5人1グループに分かれ、人形1体につき講師1人が指導します
16:15~16:30	閉会の挨拶（アンケート記載）

講習会の終了後、17時より懇親会の開催を予定しています。

「北海道小児等在宅医療連携拠点事業（通称YeLL）」の専用ホームページで様々な活動を掲載していますので、ご覧いただければと存じます。 http://yell-hokkaido.net/

YeLL

【お問い合わせ】
〒006-0811 札幌市 手稲区 前田1条12丁目357番地22
℡ 011-685-2799　fax 011-685-2798
医療法人 稲生会 生涯医療クリニックさっぽろ
担当　森、高波
E-mail：toseikai@kjnet.onmicrosoft.com
※ 会当日の緊急連絡先：080-[redacted]1（森）



第1回 北海道小児在宅医療実技講習会
ベーシック編 in 旭川

申し込み用紙
※このFAX 用紙もしくはメールにてお申し込みください

申し込み締切：2017年8月25日(金)
FAX 送付先：医療法人 稲生会 011-685-2798
E-mail：toseikai@kjnet.onmicrosoft.com

YeLL

お名前：
ご所属：
ご連絡先
住　所：
電話番号：
FAX番号：
E-mail　：　　@

※お申込み以降の連絡に備え、メールアドレスの記載は明瞭にお願いします。

※講義・実技に関してお聞きになりたいことがありましたら事前にお知らせください

気管切開 気管カニューレ交換	
胃　瘻 胃瘻カテーテル交換	

【お問い合わせ】
〒006-0811 札幌市 手稲区 前田1条12丁目357番地22
医療法人 稲生会 生涯医療クリニックさっぽろ
担当　森、高波
E-mail：toseikai@kjnet.onmicrosoft.com

北海道で行った研修会のチラシを例としてあげる。表面には研修会の概要とプログラム、問い合わせ先を掲載している。場所がわかりづらい場合もあるので、必ず研修会当日の連絡先を記載しておく。裏面は申し込み用紙になっており、記載してそのままFAXできるようにする。研修会に際して、あらかじめ聞きたい内容も確認しておくと、講師が研修内容に関して調整できる。

11 当日に向けた準備

STEP 9: 当日に向けた準備作業を進める

- □ 当日の必要人員
  （主催者側／ボランティア等）
- □ 当日スタッフの役割分担表を作成
  （受付、司会、講師対応など）
- □ 会場レイアウトの確定
  （スクール形式、実技テーブル、コの字型、ロの字型）
- □ 参加申込者のリスト作成
- □ 当日必要備品の確認
  - □ 講師の配布資料、映写資料の受け取り確認
  - □ 必要備品の確認
    （PC、プロジェクター、ケーブルの接続確認）
  - □ 式次第、アンケート用紙等の作成

当日の必要人員を確保し、タイムスケジュールに合わせた役割分担表を作成する。会場レイアウトを確定する。参加申込者のリストを作成し、当日受付で時間がかからないように工夫する。当日必要備品については、チェックリストを作成し、前日までに用意をしておく。配布資料については、あまりに早すぎると講師の準備が大変なので、前日までにメール等で送ってもらい印刷する。PCとプロジェクターの接続については、当日うまくいかず時間を浪費することがある。事務局でPCを用意しておき、デスクトップに張り付けておいて、プロジェクターときちんと接続できることを確認しておくと安心である。

12 例） 小児在宅医療実技講習会

収入		支出	
補助金：	364,100 円	会場費：	81,000 円
（会場費、講師謝金、旅費、備品代等）		講師謝金：	60,000 円
			（30,000 円×2人）
		講師旅費：	54,000 円
受講料： 0 円			（27,000 円×2人）
		物品代（シミュレーター人形）	150,000円
			（内訳：75,000 円×2体）
		資料印刷費：	3,600円
		（コピー9円/枚×資料20頁×20名）	
		主催者側人件費：	12,500円
			（2,500円×5名）
		講師・座長昼食代	3,000円
			（1,000円×3名）
合計	364,100 円	合計	364,100 円

資金計画の例を示す。行政からの補助金が出たため、受講料を無しとしたケースである。気管カニューレと胃瘻チューブの交換を講義および実技で学ぶ研修を想定している。この研修のため、あらたに実技で必要な人形を２体購入する想定としている。

グループワーク 2：医療連携体制構築を意識した研修会の開催

STEP1：研修会の目的を確定する

□ 研修そのものの目的
・誰に対する（□対象者）、何のため（□知識の獲得、□実技の習得等）の研修会とするか
・どのような形式（□講義形式、□実技講習、□シンポジウム、□ワークショップ等）とするか
□ 副次的な目的（□連携促進、□多職種交流、□共催団体への動機付け等）

STEP2：事務局の役割分担を行う

□ 講師調整：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
□ 会場確保：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
□ 広報活動：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
□ 申込受付：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
□ 当日スタッフ：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

STEP3：講師を選定する

□ 上記目的に適切な講師を選定する
□ 内々に講師へ打診し、日程のすり合わせを始める

STEP4：日程・会場を確定する

□ 目的・人数に応じた会場の空き状況を確認する
□ 講師の予定を確認する
□ その他関係機関のイベント開催有無を確認する
□医師会、□郡市区医師会、□小児科医会、□小児科地方会、□在宅関連団体
□看護関連団体、□その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
□ 上記をふまえ日程を確定し、会場を予約する（前払いの場合は会場費の決済を行う）
□ 開催曜日と時間　　曜日　　：　　～　　：
□ 会場：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

STEP5：講師依頼行うための「企画書」を作成する

□ 研修会名称：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
□ 都道府県名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
□ 主　催　者：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（ 共　催：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ）※この時点で決まっていれば
□ 後援予定：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ）
□ 開催曜日と時間：　　曜日　　：　　～　　：
□ 会場：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

STEP6：「案内チラシ」の原稿を作成する

□　掲載事項

①　研修会名称・目的

②　日時・会場（アクセス、駐車場の有無等）

③　当日のプログラム概要（講師名、所要時間等）

④　参加対象者・定員

⑤　主催・共催・後援

⑥　申込先（□FAX、□E メール、□郵送、□電話、□ホームページ等）
申込み期限、問合せ先、当日の連絡先、担当者名

⑦　参加費

STEP7：関係機関へ後援依頼を行う

□　後援先の担当部署に依頼方法を確認（所定書式の有無の確認）

□　適宜、郵送等にて依頼する

□　医師会等、生涯教育講座単位認定の可否を確認する

STEP8：広報活動を開始する

□　「後援承諾」の確認を待ってチラシ原稿を校了とする。

□　必要枚数＿＿＿＿＿枚を印刷業者へ入稿（外注する場合）

□　広報の開始(遅くとも開催日 1 か月前まで)

・配布先：□医師会誌、□医療機関、□メーリングリスト、
□その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

・配信先：ホームページ／SNS

STEP9：当日に向けた準備作業を進める

□　当日スタッフ：必要人員＿＿名

・主催者側：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

・ボランティア等協力者：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

□　当日スタッフの役割分担表（タイムスケジュール）を作成
（□受付、□司会、□講師対応、□その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

□　会場レイアウトの確定：
（□スクール形式、□実技テーブル、□コの字型、□ロの字型、□その他）

□　参加申込者のリスト作成

□　当日必要備品の確認

□講師の配布資料、映写資料の受け取りの確認

□必要備品の確認・適宜手配

□式次第、アンケート用紙等の作成

※資金計画：

収入	支出
補助金①：　　円	会場費：　　円
（　　）	講師謝金：　　円
補助金②：　　円	（　　円×　　人）
（　　）	講師旅費：　　円
受講料：　　円	（　　円×　　人）
（　　円×　　人）	物品代（人形、カニューレなど）
	円
	（内訳：　　）
	資料印刷費：
	主催者側人件費：
合計　　円	合計　　円

例）小児在宅医療実技講習会

収入	支出
補助金①：361,100 円	**会場費：　　81,000 円**
（会場費、講師謝金、旅費、備品代等）	**講師謝金：　　60,000 円**
自己負担：3,000 円	（内訳：　30,000 円×　2 人）
（講師昼食代）	**講師旅費：　　54,000 円**
受講料：　　0 円	（内訳：27,000 円×　2 人）
	備品代（シュミレーター人形）150,000 円
	（内訳：　75,000 円×　2 台）
	資料印刷費：　　3,600 円
	（内訳：コピー9 円/枚×資料 20 頁×20人）
	主催者側人件費：　　12,500 円
	（内訳：　2,500 円×5 名）
	講師昼食代：　　3,000 円
合計　　364,100 円	**合計　　364,100 円**

研修会の企画・運営 2

研修会のコンテンツ及び講師の選定

奈倉 道明

目　標

研修会を実施する目的を理解し、地域の事情に合った研修会を組み立てることができる。

Keyword

役割分担、実技講習会、同行訪問、講演会、多職種連携研修、ワークショップ

内　容

研修会を実施する目的は、小児在宅医療を理解できる医師を増やし、またそこに関わる医師を増やすことである。小児在宅医療においては、高次病院と、在宅医もしくは地域の病院や重心施設と、そして地域の小児科開業医とで役割分担が発生する。このため研修会の立ち上げ時には、小児在宅医療に関わる医師として、病院勤務医、研修医、地域の開業医、在宅医（在宅療養支援診療所医師）、療育センター医師などに幅広く呼び掛け、日本小児科学会がコンテンツを提供している小児在宅医療実技講習会を実施するのが良い。また、地域に熱心な在宅医がいれば、病院医師に対するBSTや在宅への同行訪問実習を行うことも効果的である。また、多職種を対象にした講習会（勉強会）を開くことで、関係者の質の向上及び連帯感を醸成することができる。さらに、ワークショップ形式による多職種連携研修を実施すれば、多職種の特性を深く知り協働の達成感を持つことができ、顔の見える地域連携の関係を構築しやすくなる。

【引用情報】
1）公益社団法人日本小児科学会　小児在宅医療実技講習会
2）平成27年度厚生労働省委託事業「小児在宅医療地域コア人材養成講習会」
3）平成28年度厚生労働省委託事業「小児在宅医療に関する人材養成研修会」
4）平成26～27年度東京都立小児総合医療センター療育チーム・東京療育ネットワーク
5）平成27年度神奈川県立こども病院医療的ケア実技研修会
6）平成22～28年度埼玉県小児在宅医療支援研究会
7）平成28年度東京都小児等在宅移行研修事業多職種合同研修

1 研修会開催の意義

小児在宅医療に関わる医師が少ない
（病院医師、開業医、在宅医ともに）

研修会・勉強会を開催して人材育成！

【目的】
小児在宅医療を
- 理解できる医師を増やす
- 関わる医師を増やす

小児在宅医療に関わる医師が少ないため、ぜひそれぞれの地域で研修会を企画して頂きたい。研修会は、小児在宅医療を理解できる医師を増やすとともに、小児在宅医療に関わる医師を増やすことが目的である。
小児在宅医療においては、人材育成がカギとなる。

2 1．研修の対象者①

研修会には医療的ケア児に関わりの
ある医師に幅広く参加してもらう

↓

医師会・小児科医会の協力があると強力！

- 病院勤務医（小児科、小児外科など）
- 地域の小児科開業医
- 地域の在宅療養支援医（在宅医）
- 療育センター医師
- 臨床研修医

研修会には医療的ケア児に関わりのあるさまざまな医師に幅広く参加してもらうのが良い。
特に、医師会・小児科医会の協力があれば、参加者を多く集めることができる。
病院勤務医、地域の小児科開業医、地域の在宅療養支援医（在宅医）、療育センター医師、臨床研修医があげられる。

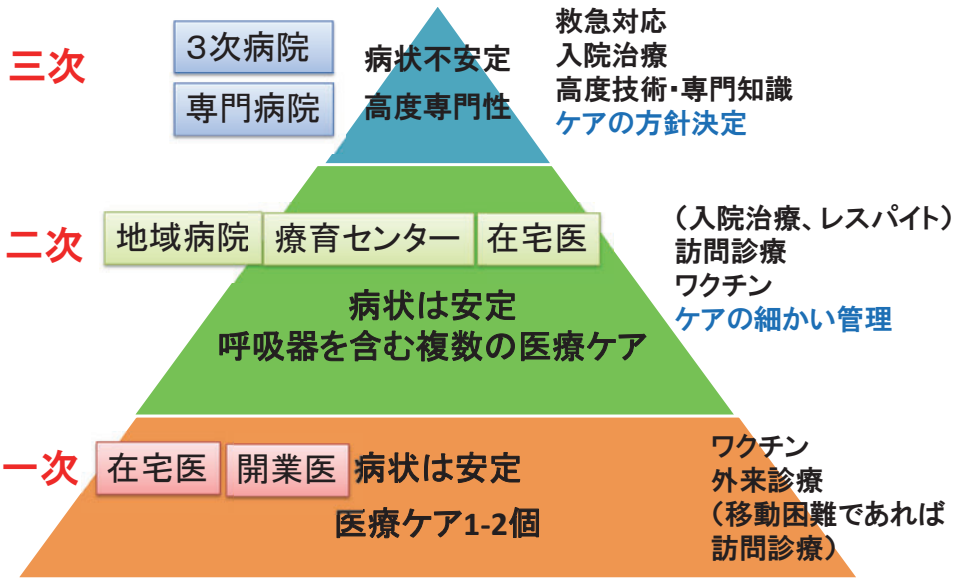
3　1．研修の対象者②

医師の役割分担

- 病院の主治医と地域の担当医とで役割分担
- 在宅療養指導管理料の分担を協議（人工呼吸器と経管栄養は分けることができる）
- 地域の担当医として、小児科開業医だけでなく、在宅療養支援診療所も視野に入れる

小児在宅医療においては、病院の主治医と地域の担当医とで、業務の役割を分担することが必要である。
特に、在宅療養指導管理料については人工呼吸器と経管栄養とで分けることができるため、病院と地域担当医とで業務分担を協議すべき。
地域の担当医としては、小児科開業医だけでなく、在宅療養支援診療所も視野に入れる。

4　1．研修の対象者③



小児在宅医療に関わる医師の業務の役割分担は、およそ３層構造に分けられる。
小児科開業医は部分的な関わりになることが多いが、発熱や予防接種などの一次診療を担って頂ける。
日常のケアの細かい管理は、地域の病院や重心施設の外来で行うことが多いが、在宅医もその役割を担うことができる。
高次の病院は、大きな治療方針の決定や緊急時の入院受け入れに関与する。

5 2. 研修のコンテンツ①

日本小児科学会、赤ちゃん成育ネットワークなどですでに実施されている研修会を参考に

代表的なコンテンツ
- 小児在宅医療の総論
- 医療ケア
  （在宅酸素、人工呼吸器、胃瘻）
- 医療ケアの実技・実習
- 在宅医療関連の診療報酬
- 企画講演

研修のコンテンツは、日本小児科学会や赤ちゃん成育ネットワークなどですでに実施されている研修会を参考にすると良い。

6 2. 研修のコンテンツ②

小児在宅医療実技講習会

- 日本小児科学会が後援する**「小児在宅医療実技講習会」は**、毎年各地で開催されている。
- 日本小児科学会から研修のコンテンツを提供してもらえる。
- 小児科勤務医の参加が意外に多い。
- 参加者の満足度は高い。

日付	場所
2015年6月28日	北海道大学
2016年6月19日	倉敷中央病院
2017年6月18日	香川大学



公益社団法人　日本小児科学会

http://www.jpeds.or.jp/modules/activity/index.php?content_id=155

日本小児科学会が後援する「小児在宅医療実技講習会」は、毎年各地で開催されている。
日本小児科学会から研修のコンテンツを提供してもらえる。
小児科勤務医の参加が意外に多い。
参加者の満足度は高い。

7 2. 研修のコンテンツ③

日本小児科学会
実技講習会用標準テキスト

小児科学会事務局にCD-ROMを依頼できる

A.講義
在宅酸素療法
胃瘻
気管切開
在宅人工呼吸器
呼吸リハビリテーション
診療報酬請求
NICUからの在宅医療
当事者支援･ﾚｽﾊﾟｲﾄ事業
在宅医療的ニーズ
病院レスパイト
小児在宅医療手技実際
小児科医のための「障害者総合支援法」入門
高齢者と小児の違い
福祉制度
防災対策
障害児を見るポイントとこつ

B.実技指導マニュアル
実習総論
胃瘻ボタン交換
気管カニューレ交換
カフマシン
肺内パーカッションベンチレーター
呼吸リハビリテーション

C.動画
呼吸リハビリテーション実習風景
排痰補助装置実習風景
経鼻移管挿入
防災対策

日本小児学会員のみ
http://www.jpeds.or.jp/modules/members/index.php?content_id=64

日本小児科学会が提供する小児在宅医療実技講習会コンテンツCDの内容は以下のとおり。

8 3. オンザジョブトレーニング①

小児に熱心な在宅医がいれば、小児の訪問診療の楽しさを伝えられる

在宅療養支援医（在宅医）が
① 病院へ出向いて勤務医を教える
② 自宅へ同行訪問して教える
- 病院勤務医、臨床研修医
- 在宅医療に興味のある開業医

現場でのオンザジョブ実習は効果的！

小児に熱心な在宅医がいれば、小児の訪問診療の楽しさを伝えられる。
在宅医が病院へ出向いて勤務医を教える形と、自宅へ同行訪問して教える形がある。

9 3. オンザジョブトレーニング②

同行訪問実習

在宅医の訪問診療に実習の医師を同行させる

同行訪問のメリット
* こどもの在宅生活を実感する
* 病院の医療ケアとの違いを認識する
* 生活を支える視点が重要と理解する
* 在宅医の役割とは何かを考える

自宅への同行訪問の実習をさせてもらえると、子どもの在宅生活を実感でき、病院の医療ケアと在宅のケアとの違いを認識し、生活を支える視点について理解することができる。これらにより在宅医の役割とは何かを深く考えることができる。病院勤務医や研修医だけでなく、小児在宅医療に興味のある小児科開業医や在宅医にとっても有益な実習である。

10 在宅医が行う病院内研修

宮田章子先生（さいわいこどもクリニック）
が都立小児総合医療センターに出向き
総合診療科レジデントに対し
入院した在宅療養児のBed Side Teaching

* わからないこと、困っていることについてのアドバイスやレクチャー
* 医療器械を扱いながら説明
* 在宅療養児の背景・長期的な通しや見方について



病院のレジデントに対する
BSTケースカンファレンスの1コマ

東京都立川市のさいわいこどもクリニックの宮田章子先生は、自分の患者が都立小児総合医療センターへ入院すると、病院へ出向き、総合診療科の研修医を対象にベッドサイドティーチングして下さっている。在宅療養患児に関する質問を受け、医療機器の扱い方を説明し、在宅療養児の診察の仕方、在宅療養が始まってからの経過、普段の状況、家族や生活の背景、長期的な見通しについて積極的に指導して下さっている。

11 4. 勉強会（講演会）のコンテンツ①

実技講習だけでなく、地域のニーズを踏まえて勉強会（講演会）を企画して下さい。参加職種は医師に限らず多職種にしたほうが良いです。

講師例
- 専門医（療育、小児神経、小児外科など）
- 在宅医
- 訪問看護師
- リハビリ療法士
- 臨床工学士
- 相談支援専門員
- 患者家族

テーマ例
- 呼吸管理
- 呼吸理学療法
- 筋緊張の緩和、ポジショニング
- 栄養管理、摂食介助
- 経年的な発達・変化
- 家族のケア

実技講習だけでなく、地域のニーズを踏まえて勉強会（講演会）を企画して頂きたい。
参加職種は医師に限らず多職種にしたほうが良い。
医療的ケアに熱心な看護師や他職種の方と協議したほうが、よい人選、よいテーマ選択ができる。

12 4. 勉強会（講演会）のコンテンツ②

例1： 東京都立小児総合医療センター 勉強会のテーマ

「重症児と家族の「地域生活」を支援する」～小児在宅医療支援の考え方について～
平成26年度　多摩地区医療的ケアセミナー　テーマ「重症心身障害児の呼吸」
平成27年度　多摩地区医療的ケアセミナー　テーマ「重症児のてんかんと緊張」
相談支援専門員の重症児に対する仕事内容について
嚥下障害のリハビリテーション
療育と栄養を～患者にベストな経管栄養法を目指して～
小児の中心静脈栄養療法・小児の中心静脈栄養療法
新生児集中治療室（NICU）における療育支援と新生児緩和ケア
訪問看護ステーションにおける小児の在宅支援
多摩における小児在宅医療の地域連携の進め方~当院における在宅移行支援の実際から~
気管切開の「導入」について徹底的に考える～症例を参考に様々な考え方～
「障害児の親になるということ」～家族の心理危機と求められるサポート～
慢性疾病を抱える児童等の実態調査（結果速報）
医療的ケア児が20歳になったら～医療・福祉の現場の現状、今後について皆で考える

東京都立小児総合医療センターでは、2011年から院内で療育チーム勉強会をスタートさせ、2014年から院外参加者に公開するようになり、年８回開催している。参加は100名を超えて大変に盛り上がる。医師だけでなく多職種が参加することが、成功の素となっている。
勉強会のテーマは幅広い。

13 4. 勉強会（講演会）のコンテンツ③

例2： 神奈川県立こども病院

平成27年度医療ケア実技研修会
「小児の在宅呼吸療法」人工呼吸器の特徴と観察のポイント（PDF）
小児の在宅医療を支える看護師交流会
1）疾患・障害のあるこどものきょうだい支援（PDF）

平成27年度　第1回小児在宅医療研修会
1）栄養アセスメントのしかた～在宅で栄養を評価する視点～（PDF）
2）口腔領域の成長・発育と摂食嚥下機能（PDF）
3）小児の栄養サポート 基本的な考え方（PDF）
4）摂食嚥下体験～普段みているこどもたちのごっくんを体験してみよう～（PDF）

小児医療ケア実技研修会
1）呼吸理学療法（PDF）
2）呼吸理学療法　実技資料（PDF）

介護職員対象
1）重症心身障がい児の骨折予防～易骨折の状態に合わせた日常ケアを考える～（PDF）

神奈川県では、神奈川県立こども病院が各種研修会を適時行っている。
講義コンテンツをホームページで公開しているところがありがたい。

14 4. 勉強会（講演会）のコンテンツ④

例3： 埼玉県小児在宅医療支援研究会の講演テーマ

回	演題	講師(敬称略)
第1回	重症児の在宅支援	廣野日善
第2回	地域の一般小児科からみた小児在宅医療	大山昇一
第3回	「地域で暮らす」～新生児フォローアップと在宅重心療育支援システムを考える	奈須康子
第4回	小児在宅医療を身近に。一見て、感じて一	宮田章子
第5回	赤ちゃんの成長に寄り添う訪問看護	梶原厚子
第6回	MSWに何ができるか	平野朋美
第7回	災害時に備えた小児在宅医療支援活動	田中総一郎
第8回	過疎遠隔地域に居住する重症障害児者とその家族への支援	林　時仲
第9回	むそう：愛知における地域展開と東京における小児在宅介護の課題	戸枝陽基
第10回	ひょんな巡り合わせからふじみ野で小児在宅医療を始めて	中野和俊
第11回	ブレンドで変わる小児在宅ケア	緒方健一
第12回	子どもたちが地域で暮らすこと	島津智之
第13回	越谷市の在宅診療と多職種連携の現状について	岡野昌彦・瀬適木洋子
第14回	親子の育ちを支えるという視点について	鈴木郁子
第15回	小児在宅医療におけるNPPVと咳介助のケアシステム	石川悠加
第16回	相談支援専門員の活動と小児在宅医療の関わりについて	西村　幸
第17回	在宅医療を必要とする小児のポジショニング・呼吸ケア	木原秀樹
第18回	療育という名のものがたり	小沢　浩
第19回	在宅専門クリニックが行うキッズケア−地域包括ケアシステムの中で−	紅谷浩之
第20回	岐阜県における重症心身障がい児者の現状と在宅医療支援施策	山田育康
第21回	小児在宅医療の地域展開一大阪府および3次病院の役割	位田　忍
第22回	ミニシンポジウム　埼玉県の在宅医療患者に対する災害対策について	
	肢体不自由児校における防災教育の取り組みについて	齋藤朝子
第23回	小児在宅医療における訪問薬局の可能性と課題	串田一樹
第24回	ミニシンポジウム　埼玉県の在宅療養児の短期入所の現状と課題	
第25回	小児医療に役立つ摂食嚥下障害の支援	田角　勝
第26回	在宅小児に対して歯科分野はどのような支援が出来るのか？	望月　司
第27回	在宅医療児に必要な呼吸リハビリテーション	カルガモの家スタッフ

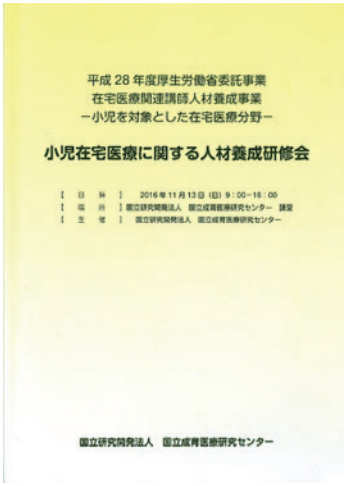
埼玉県では埼玉県小児在宅医療支援研究会を年４回行い、さまざまなテーマで講演やシンポジウムを行っている。参加者は多職種にわたり毎回80名が参加している。

15 4. 勉強会（講演会）のコンテンツ⑤

当講習会の過去資料



2016年2月7日第1回講習会

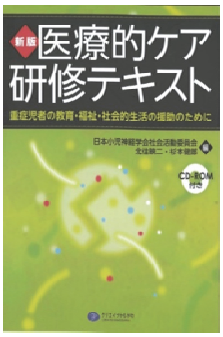


2016年11月13日第2回講習会

皆様が参加されているこの小児在宅医療人材養成講習会の過去コンテンツも、大いに参考になる。

16 4. 勉強会（講演会）のコンテンツ⑥

研修資料



クリエイツかもがわ(2012/4)
3,272円



三学出版 (2014/07)
3,456円



診断と治療社 (2014/12)
5,724円



南山堂 (2013/5)
5,832円

各種の優れた教科書が、小児在宅医療や医療的ケア児の管理について教えてくれる。

17 4. 勉強会（講演会）のコンテンツ⑦

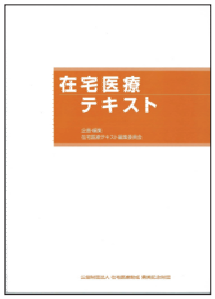
研修資料



南山堂（2016/5）
3,672円



日総研出版（2015/09）
5,184円



勇美記念財団（2015/10）



メディカ出版（2016/12）
4,320円



メディカ出版（2016/12）
2,592円

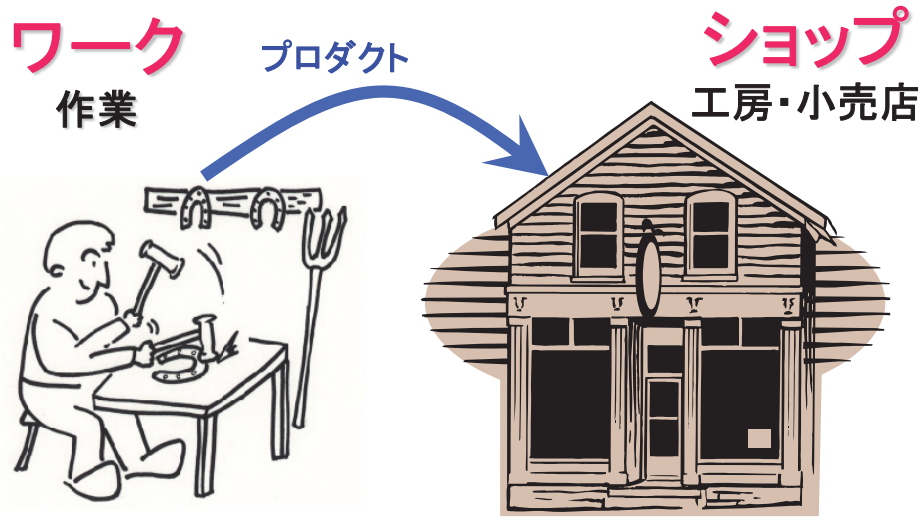
18 5. 多職種連携研修①

医師だけでなく多職種が一堂に会して
連携を体験すると、驚くほど楽しい！

① 参加者を複数の多職種チームに割り振る
② 仮想の患者像を提示し、チームで情報を共有
③ ワークショップ
　（1） 課題が与えられ
➡（2） チーム内で解決策について協議
➡（3） 成果を発表
➡（4） 他チームの発表を聞くのも勉強になる

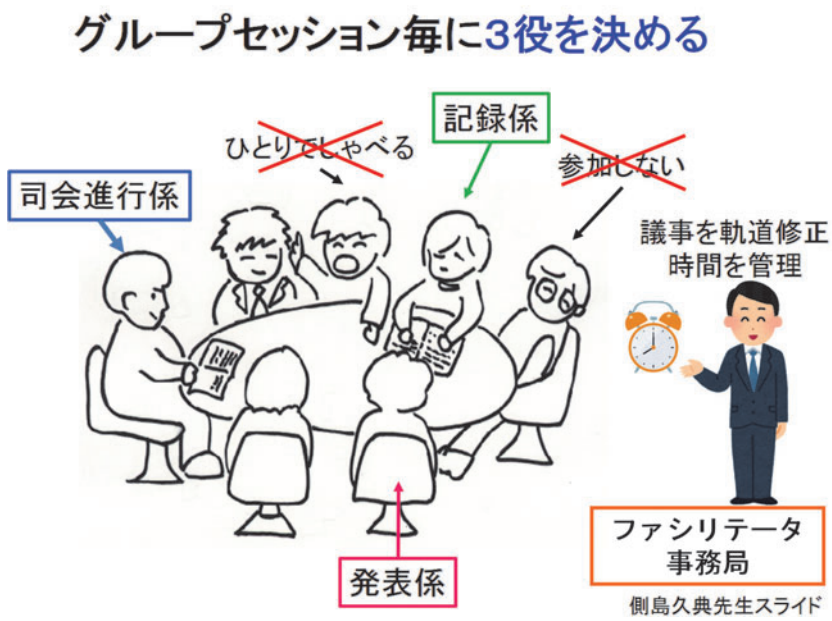
ワークショップ形式による多職種連携研修は、多職種が職種の垣根を越えてお互いに理解を深めあい、効果的な協働関係を構築するために、効果的な方法である。まず①参加者を複数の多職種チームに割り振り、②仮想の患者像を提示してチームで情報を共有する。そして、（1）全チームに同じ課題が与えられ、（2）チーム内で協議して課題に対する解決策をまとめ、（3）最後に全体に向けて各チームが成果を発表する。（4）他チームの発表を聞くことで、同じ課題に対して自チームとは異なるアプローチに気付かされることになる。協議が盛り上がることにより、充実感と親睦感が得られ、達成感を満喫することができる。

19 ワークショップとは？



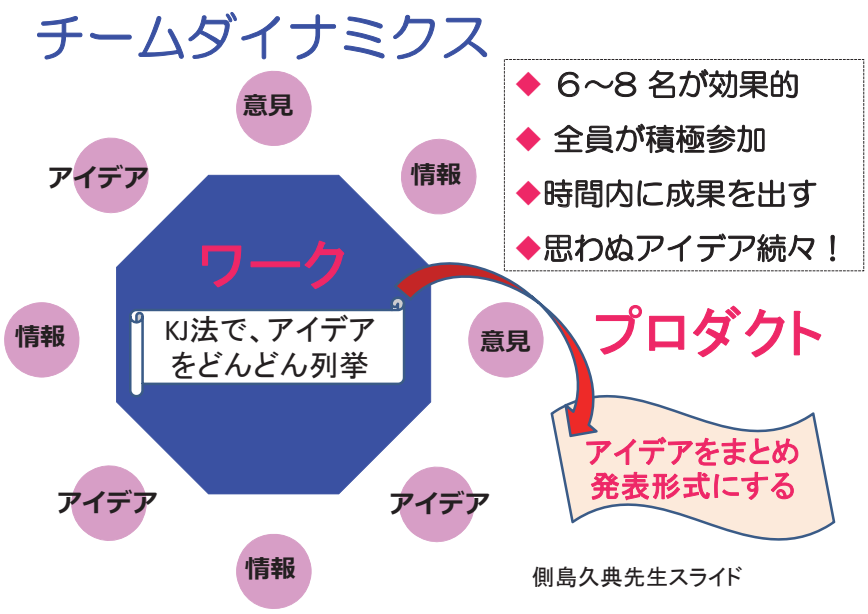
側島久典先生スライド

20 5. 多職種連携研修②



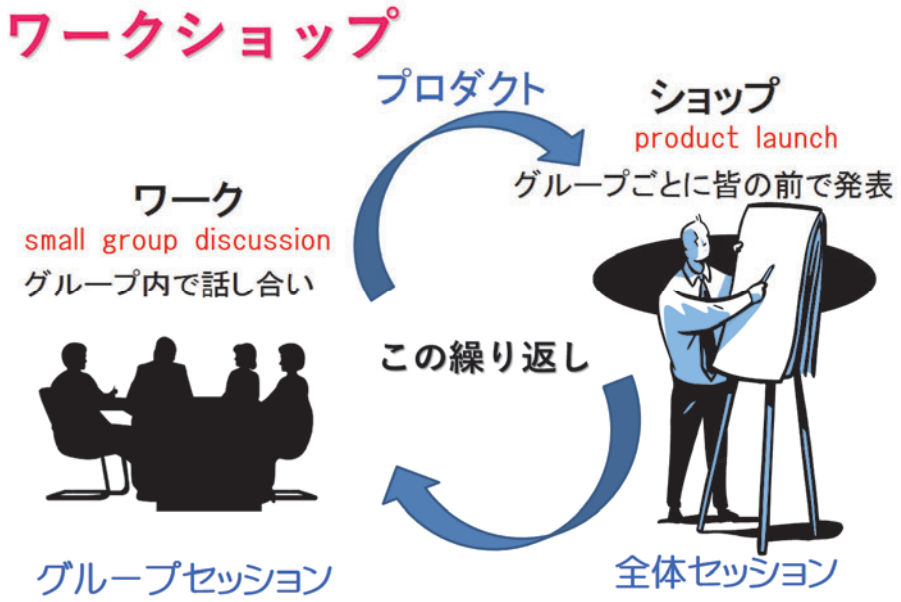
グループ協議を始める前に、まず司会進行係、記録係、発表係を決める。これらの役割は、新しい課題のもとで協議を始めるたびに交代していく。このようにして、全員が主体的に参加し、貢献する枠組みを作る。
よく問題になることとしては、独りでしゃべり続ける人、議論に参加しない人が出てくる点である。この点については司会進行係が積極的に議事をコントロールし、全てのメンバーが公平に意見を言えるよう配慮する。
議事のコントロールが難しくなった場合は、第３者であるファシリテータが介入し、議事の軌道修正を行うこともある。また、ファシリテータは時間どおりに議事が進んでまとめられるよう、助言する役割も担っている。

21　5. 多職種連携研修③



1 チームあたり 6 ～ 8 人が参加するのが理想的である。課題に対し、最初はブレインストーミングとしてKJ法を用いるとアイデアが出やすい。
KJ法（川喜田二郎）とは、各人が思いつくことをできるだけたくさんポストイットカードに書き集め、あとで協議しながらそれらを整理していく手法である。各人が持っている情報、アイデアを共有し、それらに対する意見を述べ合うことで、協議が重ねられていく（ワーク）。制限時間が設けられているため、その時間内に議論を収束させて発表できる成果物（プロダクト）を作成しなければならない。高い集中力のもとで充実した協議ができると、質の高いプロダクトを作り出せる。

22　5. 多職種連携研修④



グループ協議によりまとまった成果物（プロダクト）は、全体セッションの中でグループごとに発表係が発表する。発表係にとっては、簡潔にまとめて人前でプレゼンするスキルを養う場になる。発表後に参加者から質疑応答が出れば、さらに議論や知見の幅を広げることができる。

23 多職種連携研修のメリット

ワークショップ形式による
多職種連携研修のメリット

- 職種の壁を超えて同じ課題に取り組む
- 役割分担と協働を学ぶ
- 他職種の特性を知る
- 目標が、子どもと家族の生活支援になる
- 多職種間で顔の見える関係を構築できる
- 医師にとって学ぶことは非常に多い

ワークショップによる多職種連携研修を実施すると、職業の壁を越えて多職種が同じ課題に取り組むこととなり、お互いの役割分担と協働を学ぶことができる。このことによって他の職種の考え方や行動パターンを新たに知ることになる。協議の過程では、目標がおのずと子どもとその家族の生活を支援することに集約していき、大きな価値観を多職種で共有していることに気付かされる。多職種連携研修を通してお互いに顔の見える関係が構築され、今後の仕事にも良い影響が出てくる。
ともすれば指示的で独善的になりやすい医師にとって、多職種連携研修に参加することで学ぶものは非常に多い。

24 まとめ

- **研修会の立ち上げ**
  - **まずは医師から周知・開拓**
  - **小児科学会実技講習会を参考に**
  - **医師会・小児科医会の協力を得ること！**
- **熱心な在宅医がいれば**
  - **病院でのBST，在宅への同行訪問(on the job training!)**
- **勉強会（講演会）を企画**
  - **多職種参加型が成功のカギ！**
  - **講師を選定➡ 面白そうな人を探してくること！**
  - **講演テーマを設定**
- **多職種連携研修**
  - **多職種の協議で顔の見える関係へ**
- **継続のための秘訣**
  - **熱心な看護師と一緒に企画を考える**
  - **多職種に広げて協働したほうが面白い**

研修会の企画・運営 3

研修会当日の運営及び事後フォローアップ

奈倉 道明

目　標　研修会当日の準備や運営において注意すべき点、及び事後フォローアップにおいて留意すべき点を知る。

Keyword　準備、受付、講師、会場、演壇、聴衆エリア、懇親会、ワークショップ、KJ法、アンケート

内　容　研修会当日の準備として、スタッフ間でスケジュール及び役割分担を確認する。そして受付を設営して講師及び参加者を迎える準備をするとともに、会場内を設営する。研修会が始まると責任者は全体の進捗と時間を管理し、その指示が他のスタッフに伝わるようにする。懇親会を開く場合は、懇親会責任者がその会計業務を事前に取り決める。KJ法を活用したワークショップを開く場合、さまざまな物品が必要になる。研修会終了後は、その場と数ヶ月後の２種類のアンケートを行い、研修の効果を分析したほうが良い。研修会の見直しはより良い企画につながり、特に看護師など他職種とともに企画するのが良い。

【引用情報】
1）「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会 研修運営ガイド」
2）東京大学高齢社会総合研究機構、国立長寿医療研究センター、日本医師会
（平成25年12月）

1 研修会当日の運営及び事後フォローアップ

研修会当日の運営及び事後フォローアップ

2 研修会当日の準備

【最初の準備】

- スタッフに対しスケジュールと役割分担を確認
- 受付の設営（机、椅子、看板、文房具、金庫）

【講師に対する準備】

- 講師の発表用ファイルデータを事前に得ておく
- 講師を控室へ案内する係を決めておく
- 講師用の配布物（謝礼と領収証も）を準備

【参加者に対する準備】

- 事前登録ある場合・・・参加者名簿、氏名入りの名札、受講料支払いのチェック
- 事前登録ない場合・・・参加登録票、白紙の名札、なまえペン多数、受講料の徴収
- 配布物やお弁当を人数分用意（数の読みが重要！）

3 会場の設営

【雛壇の設営】
- 雛壇を設営し、机、椅子、垂れ幕を配置
- 演壇にパソコン、ケーブル、ポインタ、水を設置
- 会場正面にプロジェクタとスクリーンを設置しテスト射影
- 発表用ファイルデータをパソコンに入れる

【聴衆エリアの設営】
- 机、椅子を並べる
- お茶、お菓子、ゴミ箱等を設置
- 会の途中で物品や机などを移動させる必要がある場合
- 誰が、いつ、何をするのか、を事前に打ち合わせ

4 当日の運営

【本会の運営】
- 責任者が全体の進捗や時間を管理
- 柔軟に動けるスタッフを責任者の周囲に配置
- 各会場に時間管理係、パソコン係、マイク係、電灯係を配置
- ワークショップでは専用の運営が必要（後述）
- 受付係が講演などを聴けるよう、受付係の交代を配慮

【懇親会の運営】
- 懇親会を開く場合、懇親会責任者は懇親会の会計業務（会費徴収など）を事前に取り決める
- 研修会終了前に、懇親会責任者は懇親会会場で準備
- 懇親会の乾杯と閉会挨拶を偉い人に依頼
- 挨拶してもらう人の順序を考えて声をかけておく
- 終了時刻を明示

5 ワークショップの運営

- 【必要人員】
- ワークショップではグループ毎にファシリテータを配置
- ファシリテータは議事進行の修正や時間管理を担う

- 【必要物品】
- チーム毎に記録用紙、各人にペン
- ポストイットカード、模造紙、多色のポスターカラーペン（KJ法）

＜模造紙で発表する場合＞

- 記録用のデジカメが1台必要

＜パソコンで発表する場合＞

- チーム毎にパワポの入ったパソコンが必要

6 事後フォローアップ

- **①【会場での参加者アンケート】（当日）**

＜訊くべきこと＞

- （氏名）、職種
- いま小児在宅医療に関わっているか（具体的に記載）
- 各セクションごとの満足度や感想
- 運営への意見、今後の要望

- **②【郵送による参加者アンケート】（数ヶ月後）**

＜訊くべきこと＞

- （氏名）、職種
- **研修会が役に立ったか（具体的に）**
- **いま小児在宅医療に関わっているか（具体的に）**
- **将来関わりたいか（具体的に）**
- 運営への意見、今後の要望

7 その後の展開

- 研修会を見直しより良い企画に
- アンケート調査で研修の効果を分析
- 医師が熱心なら他の職種もついて来る
- 看護師など他職種とともに企画すれば、
  今後の展開は面白い

都道府県での体制づくり

1. 医療・福祉等の地域資源の把握
2. 医療連携体制の構築

都道府県での体制づくり 1

医療・福祉等の地域資源の把握

奈倉 道明

目　標　地域において医療的ケア児を支える医療・福祉等の資源を把握する方法を学ぶ

Keyword　医療機関、福祉施設、教育機関

内　容

医療的ケア児を支援する医療・福祉等の地域資源が現時点でどれだけあるかは、行政が主体となって調査しなければ分からない。既存の統計から出せる数字もあるが、医療的ケア児にどの程度対応できるのか把握するためは、個別の施設にアンケート調査を行う必要がある。特に規模の大きな自治体では、ゼロ回答や未返信の率をできるだけ減らして効率的なアンケート調査を行うためにも、アンケートの対象施設を絞り込む作業が必要であり、地域事情を勘案して議論したほうが良い。本講義はそのためのアイデアを提供するものである。ただしここに書かれた方法に縛られる必要はなく、その地域に合った方法を関係者で協議していくプロセスが必要である。

また、地域における医療的ケア児の実数と実態と分布を把握することは行政として必要になる。これを実施するには医療機関や保健所等を介したアンケート調査に依るしかない。医療的ケア児数のおよその目安をもとに、そのようなアンケート調査を実施する手法についてもアイデアを提供する。

これらをもとに、各都道府県毎に充実したグループディスカッションを行っていただきたい。

【引用情報】
1）平成25年度、26年度厚生労働省小児等在宅医療連携拠点事業
2）平成27年度東京都世田谷区「医療的ケアを要する障害児者等に関する実態調査」
3）平成27年度埼玉県「在宅医療を必要とする小児及び家族の生活状況とニーズに関するアンケート調査」
4）平成27年度岐阜県「在宅重症心身障がい児者等実態調査」
5）平成28年度栃木県「慢性疾病を抱える児童等を対象とした在宅での医療的ケアに関する実態調査」等

1 地域資源の把握

- 医療的ケア児に関わる地域資源の種類は非常に多い。
- 以下の施設の中で対象を絞り込んだ上で、医療的ケア児を受け入れられるかどうかアンケート調査を実施し、実態を把握するのが良い。

医療機関

（病院、診療所、在支診、
訪問薬局、訪問看護、医療型（特定）短期入所事業所）

福祉施設

（指定障害児相談支援事業所、居宅介護事業所、
児童発達支援事業所・センター、医療型児童発達支援センター、
放課後デイ、日中一時支援、保育所、
医療的ケア児等コーディネータ）

教育機関

（特別支援学校、一般小中学校）

・医療的ケア児に関わる地域資源の種類は非常に多い。
・以下の施設の中で対象を絞り込んだ上で、医療的ケア児を受け入れられるかどうかアンケート調査を実施し、実態を把握するのが良い。
・行政で把握できるものとアンケート調査が必要なものとがある。

2 医療資源の調査内容

- 病院・・・医療的ケア児等の入院を受け入れるか？ *アンケート*
- 小児科診療所・・・医療的ケア児等を診療できるか？
- 在宅療養支援診療所・・・小児在宅療養患者を診療できるか？
- 訪問薬局・・・小児の在宅患者訪問薬剤管理指導できるか？
- 訪問看護事業所・・・小児在宅療養患者を受け入れるか？

- 医療型短期入所事業所・・・重心児の医療型短期入所を実施する医療型障害児入所施設、介護老人保健施設、病院
- 医療型特定短期入所事業所・・・重心児の医療型特定短期入所を実施する診療所等。
  （※「特定」とは、ここでは日中だけの預かりを意味する）

・病院、診療所、薬局、訪問看護事業所に対しては、小児を受け入れるかどうか直接アンケート調査するしかない。
・医療型短期入所とは重心児を数日か預かること、医療型特定短期入所とは重心児を日中だけ預かることを意味する。

3 医療資源アンケート調査の対象

- 病院➡ 小児科の病床を有する病院にアンケート
- 小児科診療所➡ 小児科医会を通じてアンケート
- 在宅療養支援診療所➡ 医師会を通じてアンケート
- 訪問薬局➡ 薬剤師会を通じてアンケート
- 訪問看護➡ 訪問看護協会を通じてアンケート
- 医療型（特定）短期入所事業所➡ 都道府県の障害福祉部署が把握

医療資源アンケート調査の対象は最初にできるだけ絞っておかないと、調査票の配布の労が大きく益は少なくなってしまう。
病院は小児科の病床を有する病院に限定したほうが良い。
診療所は小児科医会を通じて小児在宅医療に取り組んでくれそうなところを選別したほうが良い。
在宅療養支援診療所は医師会を通じて、訪問薬局は薬剤師会を通じて、訪問看護事業所は訪問看護協会を通じてそれぞれのリストを入手できる。
医療型短期入所・特定短期入所を行う事業所は、障害福祉部署が把握しているリストを情報共有すればよい。

4 福祉資源の把握（都道府県）

- 居宅介護事業所
  ・・・喀痰吸引等研修修了の登録をしている事業所
  医療的ケア児に対応できるか？ *アンケート*

- 児童発達支援センター・事業所
- 医療型児童発達支援センター
- 放課後等デイサービス事業所
  ・・・重症心身障害児に対応している事業所は
  障害福祉部署が把握している

- 医療的ケア児等コーディネーター養成研修修了者数
- 医療的ケア児等支援者研修修了者数
  ・・・障害福祉部署が把握している

・ 居宅介護事業所のうち喀痰吸引等研修の終了認定を受けたところは、都道府県の障害福祉部署で把握できる。
・ 児童発達支援センター、児童発達支援事業所（センター以外）、医療型児童発達支援センター、放課後等デイサービス事業所は都道府県の障害福祉部署が認可するため、把握することができる。これらのうち重心児に対応している施設を抽出すればよい。
・ 都道府県の障害福祉部署は、医療的ケア児等コーディネーター養成研修及び医療的ケア児等支援者研修事業を行っているため、これらの研修修了者数は把握することができる。研修修了者の仕事場まで把握できれば、さらに有益な情報になる。

5 福祉資源の把握（市町村）

- 指定障害児相談支援事業所
・・・医療的ケア児に対応できるか？
相談支援専門員協会に問い合わせる
もしくはアンケートが必要

- 日中一時支援事業所
- 保育所
・・・医療的ケア児のために看護師を配置しているか？
配置されている看護師数は？
アンケート必要

・障害児のための障害児支援利用計画を作成する資格を認可するのは、市町村になる。市町村から指定を受けた障害児相談支援事業所のうち、医療的ケア児に対応できるかどうかは、直接アンケートするしかない。相談支援専門員協会に問い合わせると分かる可能性がある。
・日中一時支援事業は市町村の地域生活支援事業に含まれ、市町村でないと把握できない。看護師を配置するための特別な補助を出している市町村では把握しやすい。保育所に関しても同様に、市町村に問い合わせるしかない。

6 教育資源の把握

- 特別支援学校
・・・医療的ケア児のために看護師を配置しているか？
配置されている看護師数は？
都道府県の教育担当部署が把握

- 一般小中学校
・・・医療的ケア児のために看護師を配置しているか？
配置されている看護師数は？
市町村の教育担当部署が把握

・特別支援学校の多くは都道府県立であり、入学する医療的ケア児の人数や配置する看護師数は都道府県の教育担当部署が把握している。
・一般の小中学校の多くは市町村立であり、医療的ケア児が入学することは極めてまれ。一般学校が医療的ケア児の入学を受け入れるためには、教育委員会の中で協議され、看護師の配置が検討される。そのような児童がいるかどうかを市町村の教育担当部署にアンケートするのが良い。

7 医療的ケア児の把握

地域の総数

（平成28年）

医療的ケア児数
＝1.44／人口1万人

人工呼吸器児数
＝0.27／人口1万人

医療的ケア児数（0～19歳）	2015年5月	2016年5月
総数	17209	18272
20歳未満人口1万人あたり	7.74	8.33
人口1万人あたり	1.36	1.44

人工呼吸器児数（0～19歳）	2015年5月	2016年5月
総数	3069	3483
20歳未満人口1万人あたり	1.38	1.59
人口1万人あたり	0.24	0.27

総務省統計局人口推計	2015年5月	2016年5月
総人口	126,904,000	126,925,000
20歳未満人口	22,238,000	21,924,000

・地域における医療的ケア児を正確に把握するためには、医療機関を通して患者に対するアンケート調査をするしかない。
・医療的ケア児数の目安として、地域の人口あるいは20歳未満人口が参考になる。
・年とともに医療的ケア児数は増加し人口は往々にして減少する傾向にあるため、推計式は年とともに変化せざるをえないが、数値の規模感は推し量ることができる。
・平成28年の統計では、医療的ケア児数は1.44人／人口１万人、人工呼吸器児数は0.27／人口１万人である。
・つまり、200万人人口の都道府県では、医療的ケア児数はおよそ290人、人工呼吸器児数は50人くらいいることが見込まれる。
・実際には地域偏在もあるため、計算式どおりではない。

8 地域資源等を把握した後にやれること

- 地域資源を整理して表示
  ➡ 地域マップで「見える化」して公示する

- 医療的ケア児の推計値をもとに、
  医療機関を通じて患者にアンケート調査
  ➡ 医療的ケア児の実態を把握

・地域資源を整理し、地域マップで「見える化」してホームページに掲載して頂くと、調査の結果を広く活用することができます。
・医療的ケア児の推計値をもとに医療機関を通じて患者にアンケート調査を行えば、医療的ケア児の実態を把握することができます。

9 グループディスカッションの課題

- 47都道府県、19政令指定市の2016年データを別添に示します。
- これらは、平成28年12月の医療的ケア児担当者合同会議で発表された各都道府県・政令指定市の「取組報告」データ（平成28年10月現在）を一覧表にしたものです。
- 各グループの地域データを見て、今日の講義を参考にしながら、以下について話し合って下さい。

① 地域資源として何を調べれば良いか

② どのように調べれば良いか

③ 調べた後、どうするか

添付した資料は、平成28年度医療的ケア児担当者合同会議で発表された各都道府県・政令指定市の「取組報告」をもとに、作成しています。ご自身の地域データをご覧になられ、地域事情に合わせて今後どのような調査を組んでいくのが良いか話し合って頂きたいと思います。課題は３つです。

① 地域資源として何を調べれば良いか
② どのように調べれば良いか
③ 調べた後、どうするか

今日の講義を参考に、地域毎に話し合って下さい。

都道府県　2016年10月データ

都道府県番号	都道府県	障害保健福祉圏域数	人口（2016年）	コーディネータ研修修了者	医療型短期入所事業所	3号研修修了者	医療機関数	小児の医療機関	訪問看護事業所数	小児の訪看	看護師配置保育所	特別支援学校ケア児数	公立学校ケア児数	特別支援学校看護師数	公立学校看護師数
1	北海道	21	5,377,435	0	19	1,375	684		444		8.01%	282	46	45	17
2	青森県	6	1,293,619	0	4	128	100		119		43.80%	79		9	
3	岩手県	9	1,268,083	0	5	254	14		28			57		37	
4	宮城県	7	2,329,747	0	3	2,081	254		126		19.61%	94		77	
5	秋田県	8	1,009,691	0	2	180	222		65		18.14%	73	4	12	3
6	山形県	4	1,113,029	0	5	383	433		63		38.50%	66		14	
7	福島県	7	1,899,486	0	7	537	57		112		18.09%	177		26	
8	茨城県	9	2,907,109	0	9	568	1,608		1,757		45.80%	217		35	
9	栃木県	6	1,974,720	0	5	105	158		84		26.36%	141	10	29	7
10	群馬県	10	1,975,105	0	6	757	263		160		47.00%	160		25	
11	埼玉県	10	7,290,847	0	22	1,364	72		91		28.40%	177		35	
12	千葉県	16	6,222,666	0	6	5,589	355	39	242	81	44.38%	195	26	62	12
13	東京都	—	13,415,349	0	14	2,538	–		–		71.22%	788		218	
14	神奈川県	11	9,146,681	0	25	2,866	918	98	560	381	11.46%	340	17	42	5
15	新潟県	7	2,304,264	0	7	1,100	432	15	131	61	14.37%	136		36	
16	富山県	4	1,061,393	0	4	37	365	5	60	15	35.50%	72		18	
17	石川県	4	1,154,008	0	6	153	175		88	52	38.20%	78		8	
18	福井県	4	786,740	0	3	1,887	228	7	74	51	11.70%	47		13	
19	山梨県	4	829,770	0	4	323	121		53			56		10	
20	長野県	10	2,087,540	0	11	1,175	817	45	156	94	9.00%	201		25	
21	岐阜県	5	2,022,785	0	25	303	248	86	172	56	10.40%	102		36	
22	静岡県	8	3,695,364	0	4	1,514			116	81		179		48	
23	愛知県	12	7,504,117	0	10	1,888			509		17.30%	338		76	
24	三重県	9	1,807,573	0	6	269	20		41			92		32	
25	滋賀県	7	1,413,184	0	4	131	136	47	95	55	28.03%	148		40	
26	京都府	6	2,605,731	0	6	2,514	265	92	291		23.20%	136		29	
27	大阪府	8	8,839,868	108	16	9,029	1,962	1,788	887	160	90.00%	478	146	78	130
28	兵庫県	10	5,520,575	0	19	866	5,336	837	560	124	0.00%	241		129	
29	奈良県	5	1,357,642	0	4	735	167		121		33.00%	94		14	
30	和歌山県	8	953,000	0	5	90	185		99	35	12.32%	87		16	
31	鳥取県	3	569,579	0	5	88	133	8	50	21	20.63%	98		17	
32	島根県	7	689,817	0	7	141	578		70	37	36.70%	36		12	
33	岡山県	5	1,915,401	0	17	86	363		126	71	20.00%	99		41	
34	広島県	7	2,819,839	0	11	1,380	626		0		6.00%	173		27	
35	山口県	8	1,393,904	0	6	713	174	3	104	19	11.60%	86		33	
36	徳島県	3	750,540	0	2	318	179		76		19.40%	34		17	
37	香川県	5	972,156	0	6	117	784	98	76	16		69		13	
38	愛媛県	6	1,375,000	0	3	188	219	106	148	43		92		12	
39	高知県	5	721,092	0	4	188	178	47	59	13	28.97%	25	7	12	3
40	福岡県	13	5,111,697	76	32	82		36	455	112	41.70%	188	12	36	1
41	佐賀県	5	829,069	0	5	89	108	14	63	10	35.00%	82	6	19	0
42	長崎県	8	1,366,249	0	5	183	351		86	13	40.80%	94	13	13	2
43	熊本県	10	1,775,337	0	11	376	257		178		6.00%	139		39	
44	大分県	6	1,164,703	0	9	370	364		104		21.00%	98		19	
45	宮崎県	7	1,095,863	0	5	95	133	19	106	54	21.20%	51		24	
46	鹿児島県	7	1,637,847	0	3	830	282	101	154	62	20.10%	115	7	26	0
47	沖縄県		1,434,000									153		31	

政令指定市 2016年10月データ

都道府県番号	政令指定市	障害保健福祉圏域数	人口(2016年)	コーディネータ研修修了者	医療型短期入所事業所	3号研修修了者	医療機関数	小児の医療機関	訪問看護事業所数	小児の訪看	看護師配置保育所	特別支援学校ケア児数	公立学校ケア児数	特別支援学校看護師数	公立学校看護師数
1	札幌市		1,958,495	0	7	1,375	174		189		13.00%	42	6	6	0
4	仙台市	5	1,085,450	0	4	2,081	198		70		7.00%	31		26	
11	さいたま市	1	1,280,736	0	5	0	19		17		30.00%	29	5	9	0
12	千葉市	1	973,289	0	3	167	74		55		49.70%	6		4	
14	横浜市	3	3,732,768	0	10		356		223	76	43.00%	183	11	14	0
14	相模原市	1	721,686	0	4				36	27		1		0	
15	新潟市		800,413	0	3	545			51	33	35.00%	6		3	
22	静岡市	1	709,509	3	2	8	264		11		0.00%	2		0	
22	浜松市	1	797,980	0	3	0	159	5	38	14	15.00%	1		0	
23	名古屋市	1	2,306,415	0	4		871		229			16		12	
26	京都市	5	1,474,735	0	2	197						71		28	
27	大阪市		2,705,961	108	4						12.12%		76		31
27	堺市	1	837,658	0	1						52.00%	7		3	
28	神戸市	1	1,536,241	0	1		325		139		5.90%	77	23	12	5
33	岡山市	1	708,134	0	3		329		63		36.28%	10		11	
34	広島市		1,190,000		2		257		130		16.40%	44		19	
40	福岡市	1	1,553,607	0	8	7	201	16	115			45		11	
40	北九州市	1	967,149		4		230	29	82	24	7.40%	38		7	
43	熊本市	5	739,899		2				66		70.00%	13		11	

都道府県での体制づくり 2

医療連携体制の構築

土畠 智幸

目　標　県単位での医療連携体制の構築について、どのような方法があるかを学ぶ

Keyword
- 「顔の見える連携」
- アウトリーチ
- 共同開催
- トランジション
- コーディネート

内　容
- 北海道における協議会の開催を通した連携体制構築の取り組み例
- 在宅移行ガイドブック作成を通した連携体制構築の取り組み例
- 拠点病院へのアウトリーチによる連携体制構築の取り組み例
- 研修会や意見交換会の共同開催を通した医療連携体制構築の取り組み例
- 大阪市における、重症心身障害児者のトランジション（移行期医療）に関する連携体制構築の取り組み例

【引用情報】
1）小児期発症疾患を有する患者の移行期医療に関する提言」日本小児科学会
移行期の患者に関するワーキンググループ
http://www.jpeds.or.jp/uploads/files/ikouki2013_12.pdf
2）重症心身障がい児者の医療コーディネート事業について（大阪市）
http://www.city.osaka.lg.jp/kenko/page/0000268945.html
3）在宅重度障害児者医療福祉コーディネート事業の実施について（神戸市）
http://www.city.kobe.lg.jp/information/press/2016/10/20161003131001.html

1 医療連携体制の構築

都道府県での医療連携体制の構築

北海道の事例より

医療連携体制の構築に関して、北海道の事例をもとに、全県的な取り組みのアイデアを紹介する。

2 小児等在宅医療連携拠点事業を通した医療連携体制の構築



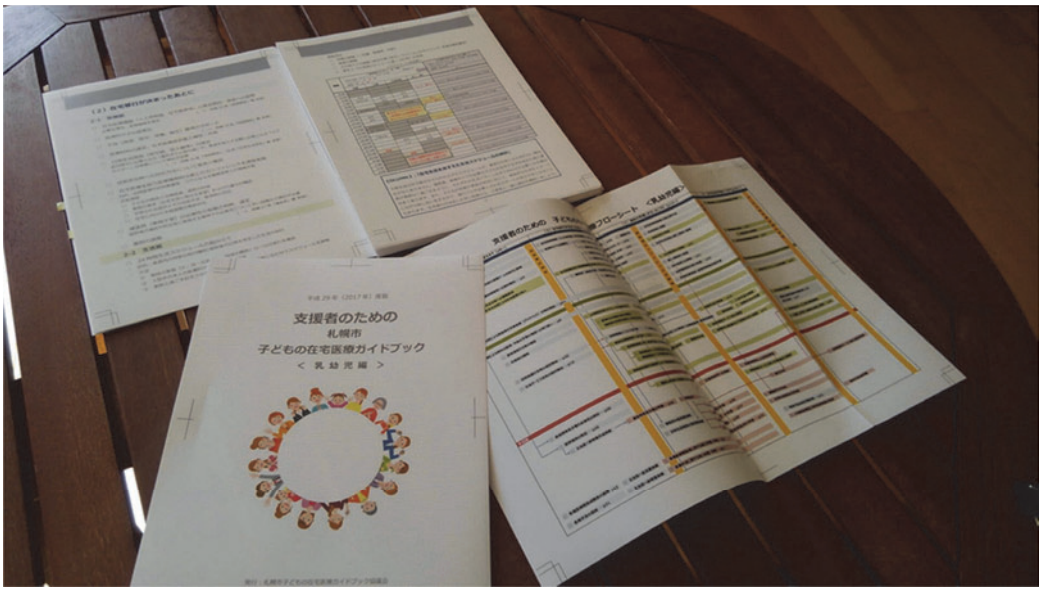
北海道では2015年度より、小児等在宅医療連携拠点事業を開始している。札幌市で小児および若年障害者の訪問診療を行う在宅療養支援診療所である「生涯医療クリニックさっぽろ」が補助事業者となり、医療的ケア児の支援に関わる保健・医療・福祉・教育・保育の連携体制構築のための活動を行っている。

3 協議会の開催を通した医療連携体制の構築



年２回、大学病院、小児病院、北海道各地の拠点病院（総合周産期母子センターのある病院）、神経筋疾患の拠点病院、重症心身障害児施設、医師会、看護協会、特別支援学校、北海道・札幌市の行政からの代表者を委員とする小児在宅医療推進協議会を開催している。
「北海道において小児在宅医療を推進するためにどのようなことを行うべきか」を話し合う中でそれぞれの機関・地域の状況や課題を知ることができ、それが医療連携体制の構築につながっている。

4 ガイドブック作成を通じた連携体制の構築



札幌市では2016年度に、大学病院、小児病院、総合病院小児病棟、訪問クリニック、相談室、重症心身障害児施設、行政関係者など市内の医療的ケア児支援者が集まり、複数回の協議を経て「支援者のための子どもの在宅医療ガイドブック　乳幼児編」を作成した。これは、NICUなどから在宅医療を必要とする子どもが初めて在宅移行する際に必要な知識や情報などをまとめたものである。
どのタイミングでどのような介入を行うべきか、どの時期にどの機関に紹介すべきか、各種申請手続きはどの時期に行うべきか、痰の吸引など医行為についてはどのように指導するか、在宅での機器・物品などに関する情報など、関係者で協議することを通して患児・家族への支援方法について情報共有することができた。

5 アウトリーチによる医療連携体制の構築（1）

1. 往診／診療支援

・専門診療に関してコンサルトを受けたときに往診する
・特殊な検査機器を貸し出す
・特殊な治療について、共同で行う

アウトリーチ（病院から出て行く）により「顔の見える連携体制」が構築されることも多い。
当院では、慢性呼吸不全の患者に対する呼吸機能評価および人工呼吸器療法を専門に行っており、それに関するコンサルトが来た場合には、積極的にその機関に出向くようにしている。経皮CO2モニターなどの特殊検査機器を持参したり、NPPV導入を共同で行うこともある。

6 アウトリーチによる医療連携体制の構築（2）

2. 地域の関係機関への共同指導

・痰の吸引や経管栄養、カニューレ事故抜去時の対応などに関する指導
・地域のかかりつけ医と専門医療機関の担当医がその機関に出向く

学校、保育園、児童発達支援施設、デイサービスなどにおいて、痰の吸引などの医行為や、気管カニューレの事故抜去時の対応について指導することがあるが、その際に地域のかかりつけ医と専門医療機関の担当医が一緒に出向くことも有効である。

7 アウトリーチによる医療連携体制の構築（3）

3. 視察

・在宅医療連携拠点事業などを用いて医療機関を視察する
・医療的ケア児支援の状況、地域で不足している専門診療などについて情報交換
・地域の複数の医療機関からの参加を得て懇親会を開催

診療絡みでなくても、在宅医療連携拠点事業などを用いて医療機関を視察し、地域での状況について情報交換したり、地域の複数の医療機関からの参加を得て懇親会を開催することも、地域での連携を促進することにつながる。

8 研修会や意見交換会の共同開催を通して医療連携体制を構築する（1）

1. 小児在宅医療実技講習会

・気管カニューレと胃瘻について講義と実技で学ぶ
・地域で小児によく関わっている耳鼻科医と小児外科医に講師を依頼
⇒　日頃疑問に思っている内容について直接講師に聞くことができた
・大都市では成人の在宅医が多く参加
⇒　在宅医同士の連携体制強化につながった
・地方都市では訪問看護ステーションから参加
⇒　訪問看護師が日頃の疑問について専門医に直接聞くことのできる機会に

研修会や意見交換会の開催が、医療連携体制の構築につながることがある。
医師を対象とした実技講習会の開催は、小児在宅医療に関心のある医師の把握とともに、「顔の見える連携」体制の構築につながる。地方都市では医師のみを対象とすると定員がうまらないことが多い。訪問看護などにも参加してもらうことで、地域での連携強化につながる。

9 研修会や意見交換会の共同開催を通して医療連携体制を構築する（2）

2. 呼吸介助勉強会

- 徒手的排痰補助などの呼吸介助に関する勉強会
- 在宅医療機関、児童発達支援施設、特別支援学校などのセラピストで共催
- 毎回、実行委員会形式として関わってくれる人を徐々に増やす
- 地方都市での開催にあたり、地域の拠点病院リハビリテーション部に協力を依頼

呼吸介助に対してセラピストが集まって勉強会を開催するなど、職種やテーマを絞った集まりをつくり、定期的な開催に移行すると地域での連携強化につながりやすい。

10 研修会や意見交換会の共同開催を通して医療連携体制を構築する（3）

3. 意見交換会

- 地域の関連機関が集まり、医療的ケア児支援について情報交換する
- 地域の拠点病院と行政から協力要請があり、共同開催とした
- 病院、在宅医、訪問看護など、地域の関係医療機関が集まる場となった

地域の拠点病院と行政との協働により意見交換会を開催することで、地域での連携体制に加え、県の中心部と地方都市の間の連携体制構築にもつながる。

11 医療連携体制の構築

医療連携体制の構築

大阪市の事例より

次に、大阪市の事例から、重症心身障害児者の移行期医療に関する医療連携体制構築のアイデアを紹介する。

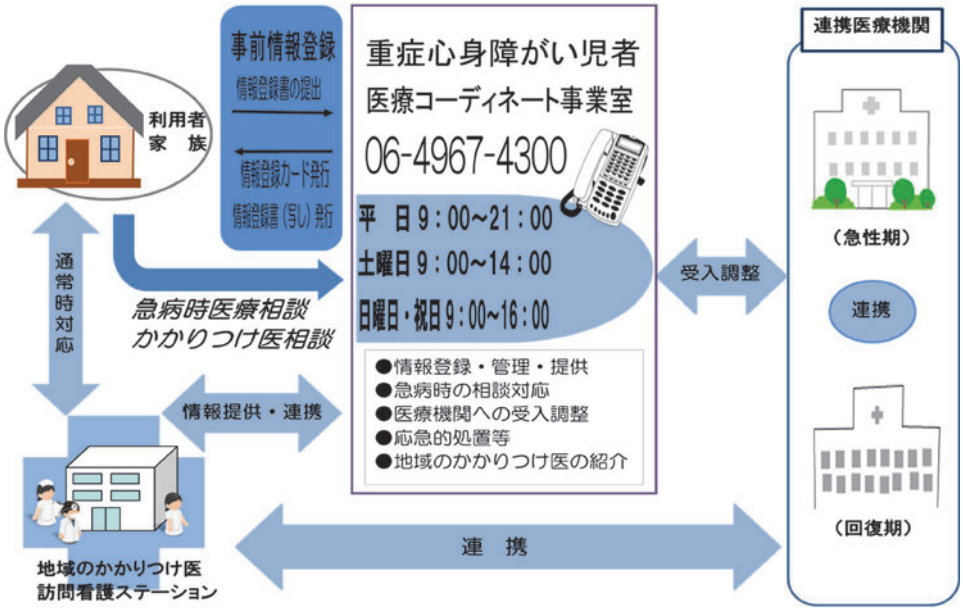
12 重症心身障害児者のトランジション（移行期医療）への取り組み例の紹介（大阪市）：　事業の背景

・基礎疾患・病歴等の「情報を持たない」医療機関において、重症心身障がい児者の受け入れが困難とされる場合がある。

・大阪市では、「受け入れ先がみつからない」「たらい回しにされた」といった患者の声を受けて、重症心身障がい児者への切れ目ない医療を目指して、大阪発達総合療育センター を委託先として、2014年10月より「重症心身障がい児者の医療コーディネート事業」を開始した。本事業は、大阪市内在住で在宅療養中の重症心身障がい児者（年齢を問わず身体障害者手帳1級または2級に加えて療育手帳A判定を保持）に対し、事前に医療情報を登録しておき、急病時には医療コーディネーターが相談を受け、必要に応じて自院で応急対応、または連携医療機関への受け入れ調整を行うものである。

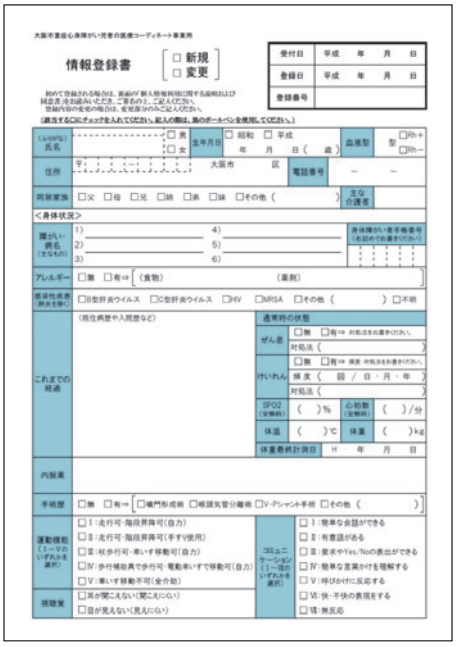
・並行して、かかりつけ医を持たない患者に地域でのかかりつけ医紹介を行い、急病時に相談できる体制を予め作っておくことも行っている。

13 大阪市医療コーディネート事業　イメージ図



重症心身障害児者のご家族から何らかの医療相談がある場合、まずセンターに電話連絡頂き、相談に可能な限りお答えし、必要に応じ当センターを受診頂くか、或いは連携医療機関や高度専門病院に、医師から連絡の上、受診頂くというのが、事業の流れとなる。
準備段階での取り組みの一つとして、連携機関としての市内医療機関や消防局等約30の施設を訪問し、事業の説明と連携の依頼を行った。

14 患者情報登録書　表



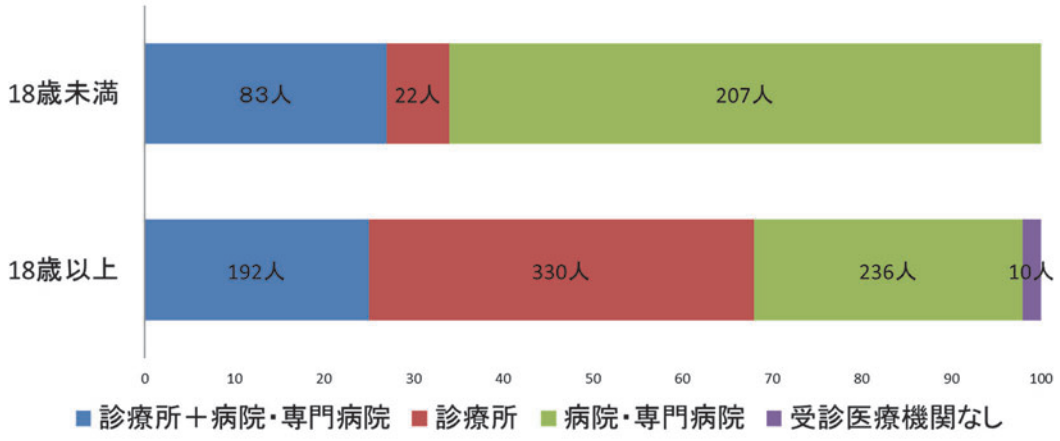
まず、対象となる方々に、この「情報登録書」を送った。
A4サイズ２頁、裏表になっており、表には、氏名・生年月日等の基本情報、既往歴や定期内服薬、運動機能、コミュニケーションの可能な範囲等の記入欄がある。

15 患者情報登録書　裏



裏には、食事、排泄、医療的ケアの内容、緊急連絡先、かかりつけ医、通所事業所などを記入する欄があり、最後に個人情報同意についても記入の上返信頂き、センターにてデータベース化している。

16 登録の状況



登録対象者2,020人中1,080人（53%）が登録済（2017年２月28日現在）。18歳以上が771人（71%）を占め、登録者の75%が医療的ケアが無かった。登録者のかかりつけ医は、地域診療所と病院の両方275名（25%）、地域診療所のみ352名（33%）、病院または高度専門病院のみ443名（41%）、なし10名（0.9%）であった。

17 事業の現況（2017.2.28.現在）

医療相談	
電話対応	651件
窓口対応	39件
救急対応件数	
2014年度(10－3月)	10件
2015年度	9件
2016年度	17件
相談後の対応	
当センター/地域診療所 受診	19件
病院/高度専門施設 へ紹介	19件
→うち 入院	5件
地域でのかかりつけ医紹介実績	13件

18 事業を実施しての考察

・かかりつけ医を全くもたない人は 1%未満と低く、このうち医療的ケアが必要な例は無かった。

・登録者の70%超が18歳以上の障がい「者」であり、今後も増加するものと考えられた。

・かかりつけ医が「高度専門病院のみ」の例が多数あり、本事業でもトランジションへの対応が大きな課題と考えられた。

・急病時対応だけでなく、生活習慣病を含む成人疾患への対応をスムーズにするためにも「地域のかかりつけ医」を持つことの重要性が窺われた。

・眼科、耳鼻科 婦人科、整形外科、泌尿器科などの受診ニーズがあり、これら地域医療機関とも連携の必要性がある。

・今後も大阪市との協力のもと、重症心身障害児者の医療の拡張そのものを目指して、多職種を対象とした専門的研修開催等にも継続して取り組んでいく予定である。

【使用方法】

上記の DVD-ROM には、テキストのスライドをパワーポイント形式で入れております。

地元で開催する研修会などでお使いいただければと思います。

ただし、こちらのパワーポイント資料には、各項目毎のタイトルの記載がございません。

タイトルは、「ノート」に記載してありますので、それを参考にして、ご自身で

ご自由に入力しご活用下さい。

地域の研修会等での使用の際には、出典元を消さないようお願い致します。