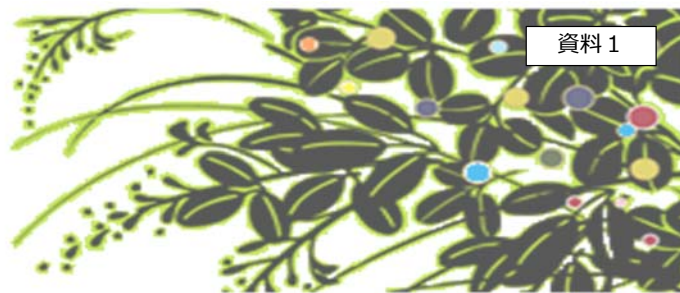


1. 宮城県提供資料（第2回委員会資料）
2. 内多委員提出資料
3. 内多委員、福満委員提出資料
4. 田口委員提出資料
5. 事業所・利用者アンケート調査票
6. 都道府県における取組（文献・資料調査結果）
7. 都道府県・市区町村調査票

1. 宮城県提供資料（第2回委員会資料）



宮城県における 医療型短期入所事業所支援について

宮城県保健福祉部障害福祉課
課長 小松 雄司

目 次

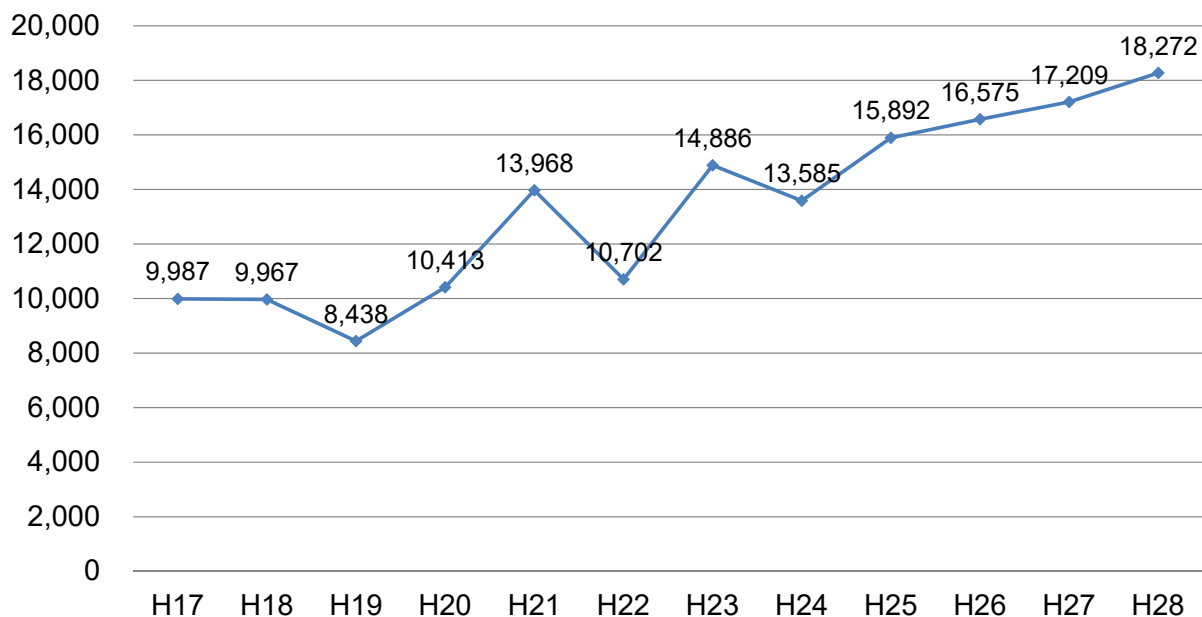


- ➡ 1. 宮城県の医療的ケア児数と医療型短期入所事業所数
- 2. 医療的ケア児者等の現状調査
- 3. 宮城県医療的ケア等推進検討会の設置
- 4. 医療型短期入所事業所の拡充に向けた取組
- 5. 医療型短期入所コーディネーターの配置
- 6. 今後の支援方針

全国の医療的ケア児数



医療的ケア児数（全国）



（平成29年度厚生労働科学研究費補助金障害者制作総合研究事業
「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）

3

都道府県別の医療的ケア児数



－北海道・東北地方－

番号	都道府県	人口 (千人)	人工呼吸器児	医療的ケア児	人工呼吸器	医療的ケア児
			推計値	推計値	1万人あたり	1万人あたり
1	北海道	5,352	137	615	0.256	1.148
2	青森県	1,293	15	101	0.114	0.783
3	岩手県	1,268	17	130	0.135	1.022
4	宮城県	2,330	54	374	0.231	1.604
5	秋田県	1,010	23	97	0.224	0.962
6	山形県	1,113	13	105	0.115	0.946
7	福島県	1,901	39	199	0.206	1.049
参考	全国	126,933	3,357	17,058	0.264	1.344

（平成29年度厚生労働科学研究費補助金障害者制作総合研究事業
「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）

4

都道府県別1万人あたり医療的ケア児数（平成28年10月）



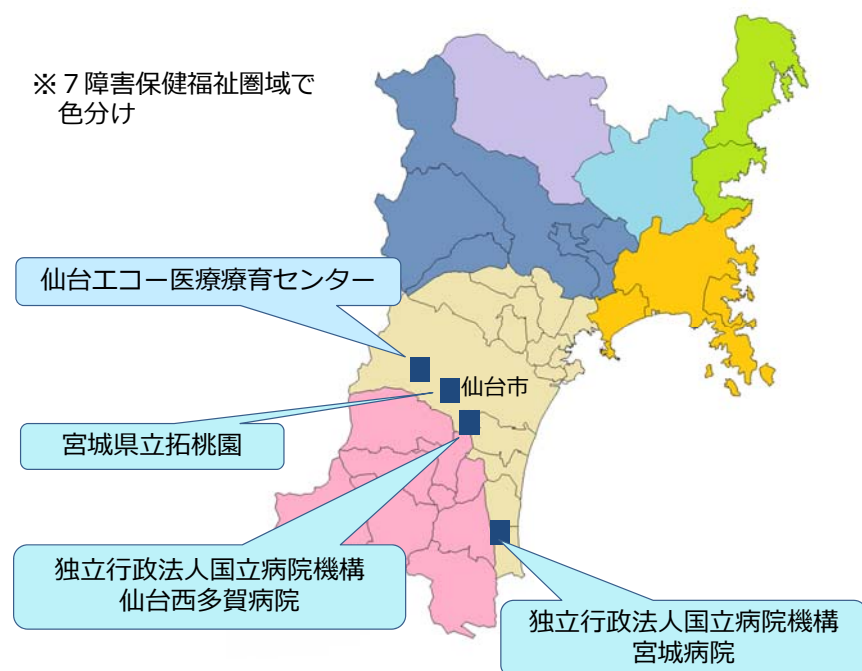
（平成29年度厚生労働科学研究費補助金障害者制作総合研究事業
「医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究（田村班）」報告）

5

県内の医療型短期入所事業所開設状況（～H27年度）



※7障害保健福祉圏域で
色分け



<医療型短期入所事業所の定員等>

事業所名	定員	備考
仙台エコ医療療育センター	10人	
宮城県立拓桃園	6人	空床型
仙台西多賀病院	2人	
宮城病院	2人	空床型

※空床型事業所の定員は，平均利用者数又は想定利用者数

6

1. 宮城県の医療的ケア児数と医療型短期入所事業所数
- ➡ 2. 医療的ケア児者等の現状調査
3. 宮城県医療的ケア等推進検討会の設置
4. 医療型短期入所事業所の拡充に向けた取組
5. 医療型短期入所コーディネーターの配置
6. 今後の支援方針

障害児者の医療的ケア等の有無及び現状に関する調査

1. 調査の目的

重症心身障害児者をはじめとする医療行為や医療的ケア等を必要とする障害児者の日中活動の場や短期入所について、ニーズに対して事業所数が少なく介護者が疲弊しているとの訴えや事業所数増に向けた施策を求める要望が関係団体等から提出されていた。

このことから、県においては医療的ケア等が必要な方々についての実態（人数、通常サービス、サービス利用ニーズなど）を把握し、医療的ケア等が必要な方に対して、必要な支援策を検討するための参考とする。

2. 調査の方法

調査の実施期間	平成28年2月から3月
調査の対象者	身体障害者手帳（肢体不自由）1級又は2級所持者（仙台市を除く） 上記を除く居宅系の障害福祉サービスの支給決定を受けている障害児（仙台市を除く）
調査の手法	送付：市町村を通し、対象者にアンケート用紙を郵送 回収：県への直接郵送
調査の回答状況	調査票送付数：10,028人 回 答 数：6,172人（回答率61.5%） 有 効 回 答 数：5,984人 うち、医療的ケア等「あり」1,974人（有効回答数の33.0%）

調査結果

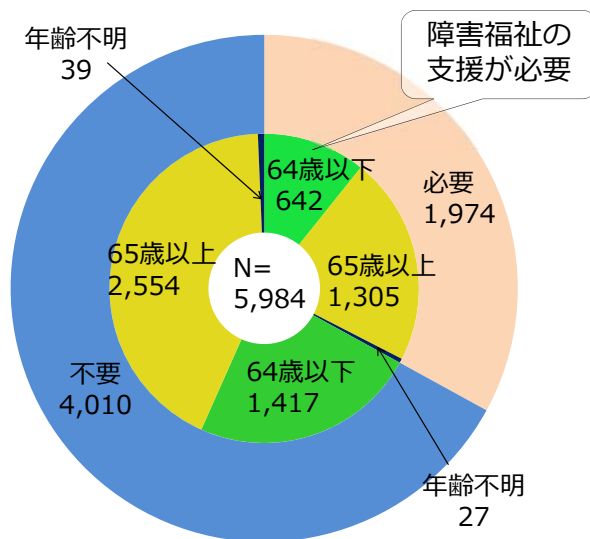


医療的ケア等が必要な障害児者の数(年齢別)

年 齢	回答者数	医療的ケア等が必要		医療的ケア等が不要	
		人数	比率	人数	比率
0～6歳	57人	29人	50.9%	28人	49.1%
7～18歳	185人	53人	28.6%	132人	71.4%
19～64歳	1,817人	560人	30.8%	1,257人	69.2%
65歳～	3,859人	1,305人	33.8%	2,554人	66.2%
不明 (未回答)	66人	27人	40.9%	39人	59.1%
合計	5,984人	1,974人	33.0%	4,010人	67.0%

障害児者の医療的ケア等の有無及び現状に関する調査【結果報告書】
平成28年7月 宮城県保健福祉部障害福祉課

医療的ケアが必要な方



9

調査結果



医療的ケア等を必要とする障害児者の数（圏域別）

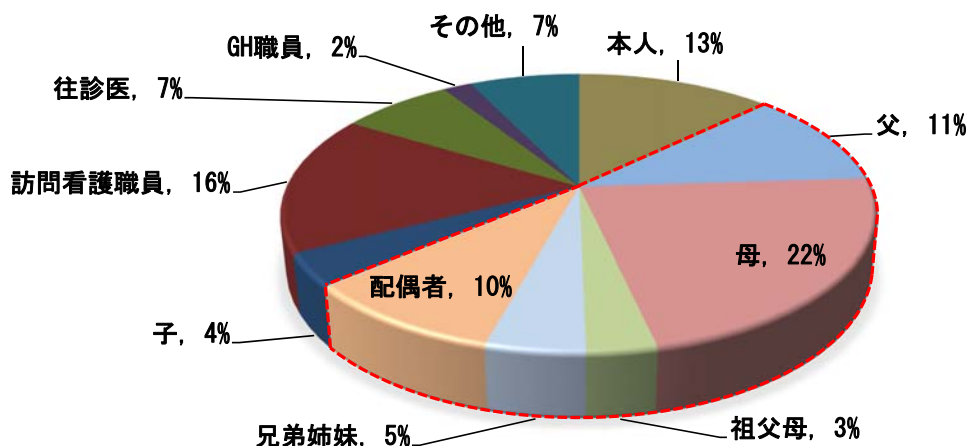
圏域	回答者数	医療的ケア等が必要		医療的ケア等が不要	
		人数	比率	人数	比率
仙南圏域	722人	213人	29.5%	509人	70.5%
仙台圏域※	2,177人	704人	32.3%	1,473人	67.7%
大崎圏域	1,005人	342人	34.0%	663人	66.0%
栗原圏域	395人	135人	34.2%	260人	65.8%
登米圏域	371人	109人	29.4%	262人	70.6%
石巻圏域	767人	243人	31.7%	524人	68.3%
気仙沼圏域	346人	120人	34.7%	226人	65.3%
不明（未回答）	201人	108人	53.7%	93人	46.3%
合計	5,984人	1,974人	33.0%	4,010人	67.0%

※（仙台市を除く）

障害児者の医療的ケア等の有無及び現状に関する調査【結果報告書】
平成28年7月 宮城県保健福祉部障害福祉課

10

医療的ケア等の実施者（複数回答可）

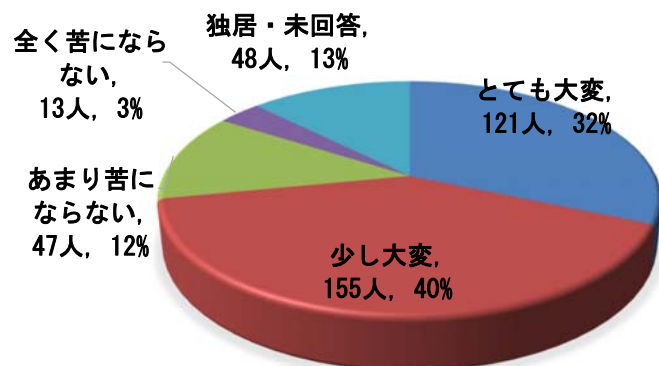


※ 64歳以下で自宅またはGHで生活している医療的ケアが必要な384人の回答

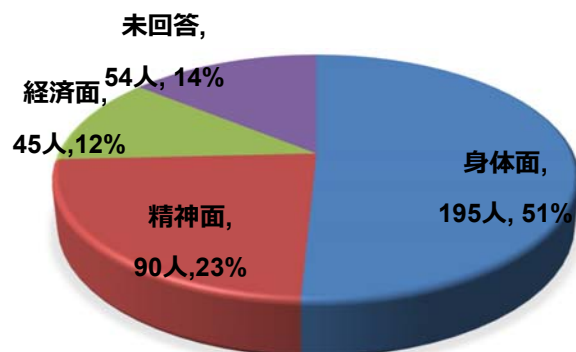
- ・ 医療的ケア等の実施者は母を中心に家族が多く、約5割となっている。
- ・ 主な介護者が病気等で支援困難となった場合、医療的ケア等実施への影響が大きい。

介護への負担について

介護の大変さ



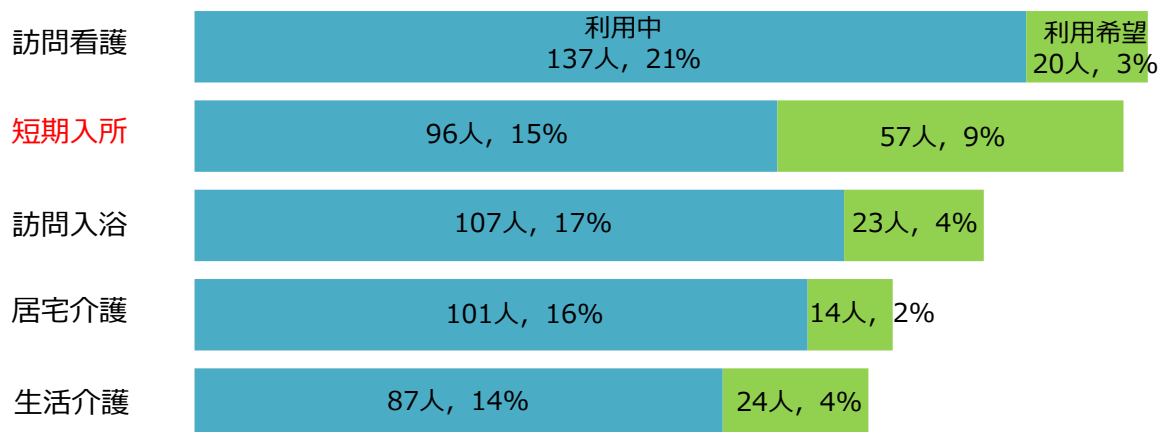
介護において特に大変だと感じる面



※ 64歳以下で自宅またはGHで生活している医療的ケアが必要な384人の回答

- ・ 介護の大変さについて、「とても大変」及び「少し大変」の回答が約7割。
- ・ 介護者の約5割が身体的負担を、約2割が精神的に大きな負担を感じている。

利用中，利用希望サービス（複数回答可）



※64歳以下で医療的ケアが必要な642人に対する割合

- ・ 短期入所のニーズは他サービスに比べて高い。
- ・ 短期入所は他のサービスに比べて利用希望に留まっている割合が高い。

調査結果から判明した宮城県の現状

- ・ 障害児者のうち，3分の1が医療的ケア等が必要。
- ・ 医療的ケア児者の主な介護者は家族である。
- ・ 家族の方々は，介護を大変だと感じている割合が高く，過度な負担がかかっている可能性が高い。
- ・ 医療型短期入所のニーズは他サービスより比較的高い。

1. 宮城県の医療的ケア児数と医療型短期入所事業所数
2. 医療的ケア児者等の現状調査
- ➡ 3. 宮城県医療的ケア等推進検討会の設置
4. 医療型短期入所事業所の拡充に向けた取組
5. 医療型短期入所コーディネーターの配置
6. 今後の支援方針

関係者を交えた検討の場

常設	名称	宮城県障害者自立支援協議会こども部会		位置付け	児福法に基づく「協議の場」		
	検討内容	障害児通所支援に係る調査・研修，医療的ケア児等支援に関すること等（H30）					
時限的	名称	宮城県医療的ケア等推進検討会(H28)		回数	3回	構成員	外部有識者 6名
	目的	医療的ケア児者やその家族の生活環境整備に向けた検討					
	検討結果	①医療型・福祉型短期入所の増設・増床 ②医療的ケアに対応出来る介護職員の育成，医療従事者の確保 ③コーディネーターの配置による事業所間連携 等					
	名称	医療型短期入所事業所連携連絡会議(H29)		回数	4回	構成員	事業所・行政 12名
	目的	医療型短期入所事業所の連携強化・ノウハウ共有，情報の集約・発信に係る検討					
	検討結果	情報集約・発信体制及び研修体制の構築，事業所間の連携強化に向けて，「医療型短期入所コーディネーター」を配置する。					

「宮城県医療的ケア等推進検討会」（以下、検討会という）は平成28年10月に設置し、宮城県における医療的ケア等を必要とする障害児者の現状や課題の把握と支援策について検討を行った。

【メンバー】

学識経験者，障害福祉サービス事業関係者，医療関係団体，家族会

【主な検討内容（検討課題）】

- （１）医療型短期入所事業所の不足及び偏在について
- （２）医療的ケア等に対応した福祉型短期入所事業所の偏在について
- （３）医療的ケア等に対応した日中活動サービス及び訪問系サービス事業所の偏在について
- （４）医療的ケア等に対応した人材の不足について
- （５）医療的ケア等に対応した事業所の情報・連携の不足について

検討会における医療型短期入所への意見まとめ

- 医療型短期入所事業所の地域偏在が大きく，現状では医療的ケア等を必要とする障害児者が，緊急時や家族のレスパイトのために利用可能な医療型短期入所事業所が不足している。
- 医療型短期入所事業所数が限られている背景としては，医師や看護師等の不足，医療的ケア等を必要とする方を支援するために必要なノウハウの蓄積や信頼関係の構築に時間を要すること，入院時の診療報酬と医療型短期入所の介護給付費の差等が考えられる。

⇒ 医療型短期入所事業所の拡充が必要

1. 宮城県の医療的ケア児数と医療型短期入所事業所数
2. 医療的ケア児者等の現状調査
3. 宮城県医療的ケア等推進検討会の設置
- ➡ 4. 医療型短期入所事業所の拡充に向けた取組
5. 医療型短期入所コーディネーターの配置
6. 今後の支援方針

医療型短期入所事業所の拡充に向けた支援

○検討会で医療型短期入所事業所の不足・偏在が指摘された

～空白圏域での事業所確保に向けて～

- ・医療機関等に対し，医療型短期入所事業実施を依頼
- ・医療機関等による医療型短期入所が進まない理由として，
「入院時の診療報酬と医療型短期入所の介護給付費の差」
に着目

⇒差を補填できれば，医療型短期入所事業の開始が容易になる
のではないかと

医療型短期入所事業所の拡充に向けた支援



課題

- 医療的ケア児等を一時預かる医療型短期入所事業所は、病床数が不足し、予約が取りにくい
- 病気等により介護が困難な場合の対応や介護者の精神的・身体的負担の軽減などが求められている

医療型短期入所モデル事業の実施

事業の目的

- 医療機関等で、短期入所事業を実施してもらい、利便性の向上を図る
- 在宅の重症心身障害児者等及びその家族が地域の中で安心して生活できるよう支援する

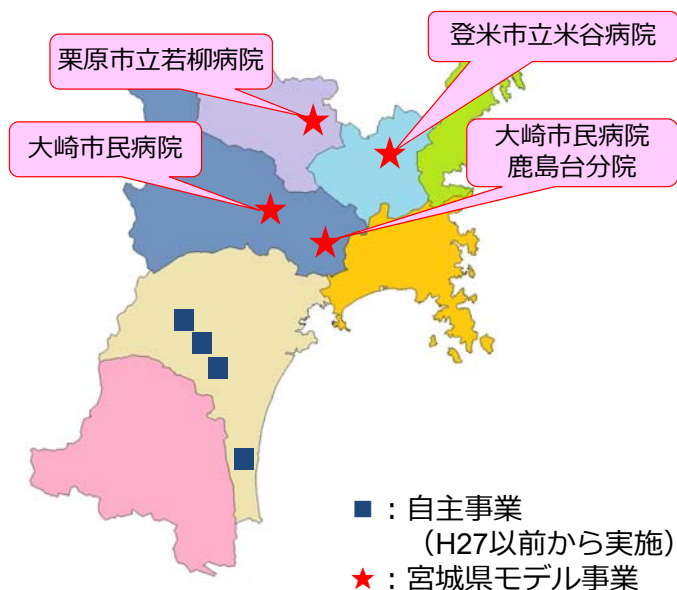
対象	事業内容
登米市立米谷病院（H28.10～） 栗原市立若柳病院（H29.10～） 大崎市民病院（R1.10～） 大崎市民病院 鹿島台分院（R1.10～）	・ 医療機関で、短期入所事業所の指定を新たに取得 ・ サービス利用時の診療報酬と介護給付費の差額を補償 ・ 空床時の必要経費を補償（登米市立米谷病院，栗原市立若柳病院のみ）

21

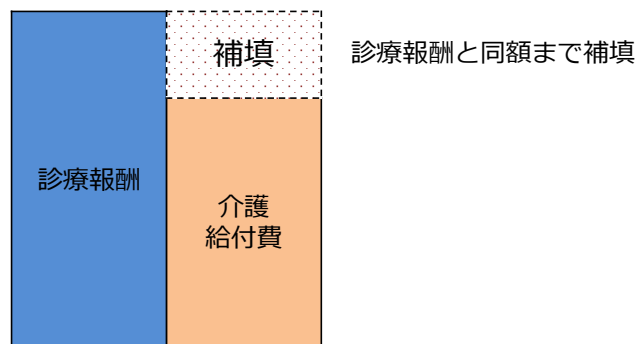
医療型短期入所モデル事業



医療型短期入所モデル事業実施事業所
（R1.11現在）



● 差額補填の考え方



● 空床補償の考え方

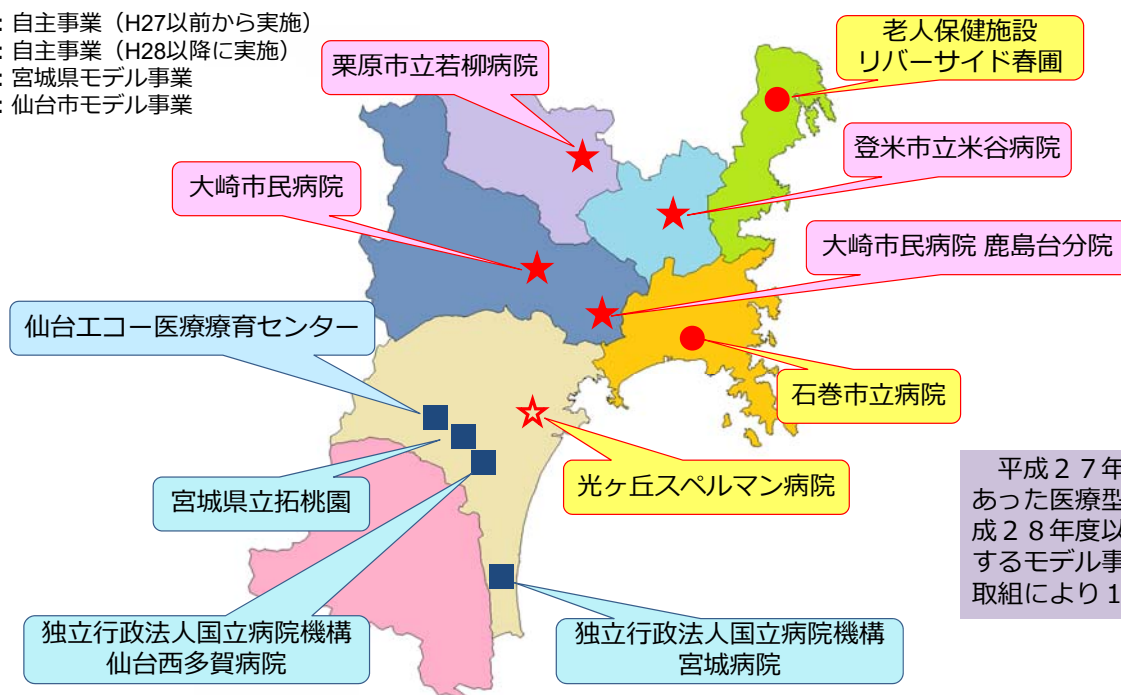
医療型短期入所を利用したいときに、入院により満床で利用できない、という事態を防ぐため、医療型短期入所に常時一床確保していただくが、利用がない日は病院側の損失となるので、入院基本料等の診療報酬を一部補償する。

22

県内の医療型短期入所事業所開設状況（R1.11現在）



- : 自主事業（H27以前から実施）
- : 自主事業（H28以降に実施）
- ★ : 宮城県モデル事業
- ☆ : 仙台市モデル事業



平成27年度まで4か所のみであった医療型短期入所事業所は、平成28年度以降、県・仙台市が実施するモデル事業の他、医療機関等の取組により11か所に増加

23

目 次



1. 宮城県の医療的ケア児数と医療型短期入所事業所数
2. 医療的ケア児者等の現状調査
3. 宮城県医療的ケア等推進検討会の設置
4. 医療型短期入所事業所の拡充に向けた取組
- ➡ 5. 医療型短期入所コーディネーターの配置
6. 今後の支援方針

24

① 事業所間のノウハウの共有及び連携強化

平成28年度以降に新設された医療型短期入所事業所の利用ニーズはあるが、支援に必要なノウハウの蓄積や信頼関係の構築には長い時間を要するため、新設事業所の看護師の不安から、全体的に新規利用者の獲得が困難で、受入実績が伸び悩む。

② 情報集約・発信を担う機能がない

サービスを利用するために有用な情報について一元管理されておらず、利用者やその家族、相談支援事業所の職員等が情報を一括して把握することができない。

関係者を交えた検討の場

常設	名称	宮城県障害者自立支援協議会こども部会		位置付け	児福法に基づく「協議の場」		
	検討内容	障害児通所支援に係る調査・研修，医療的ケア児等支援に関すること等（H30）					
時限的	名称	宮城県医療的ケア等推進検討会(H28)		回数	3回	構成員	外部有識者 6名
	目的	医療的ケア児者やその家族の生活環境整備に向けた検討					
	検討結果	①医療型・福祉型短期入所の増設・増床 ②医療的ケアに対応出来る介護職員の育成，医療従事者の確保 ③コーディネーターの配置による事業所間連携 等					
	名称	医療型短期入所事業所連携連絡会議(H29)		回数	4回	構成員	事業所・行政 12名
	目的	医療型短期入所事業所の連携強化・ノウハウ共有，情報の集約・発信に係る検討					
	検討結果	情報集約・発信体制及び研修体制の構築，事業所間の連携強化に向けて，「医療型短期入所コーディネーター」を配置する。					

【課題】

- ① 事業所間のノウハウの共有及び連携強化
- ② 情報集約・発信を担う機能がない

【解決策】

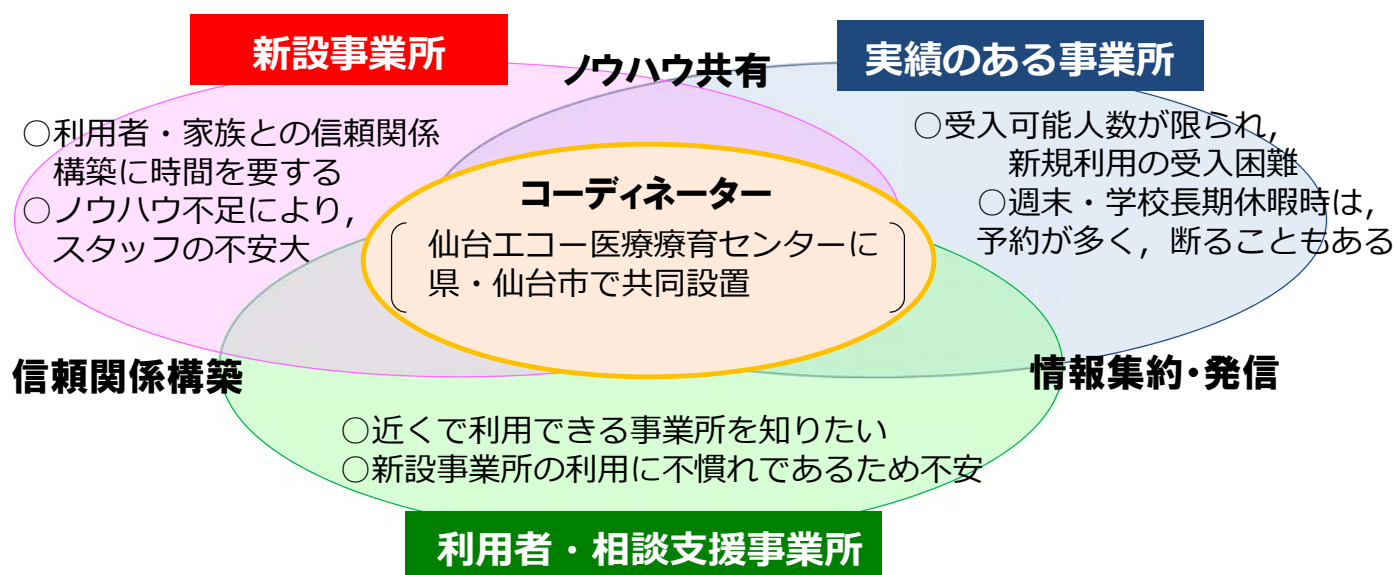
医療型短期入所事業所に係る各種情報の集約・発信，事業所間の連携強化を担う「**医療型短期入所コーディネーター**」を配置する。

⇒県・仙台市の共同で平成30年7月から設置開始

27

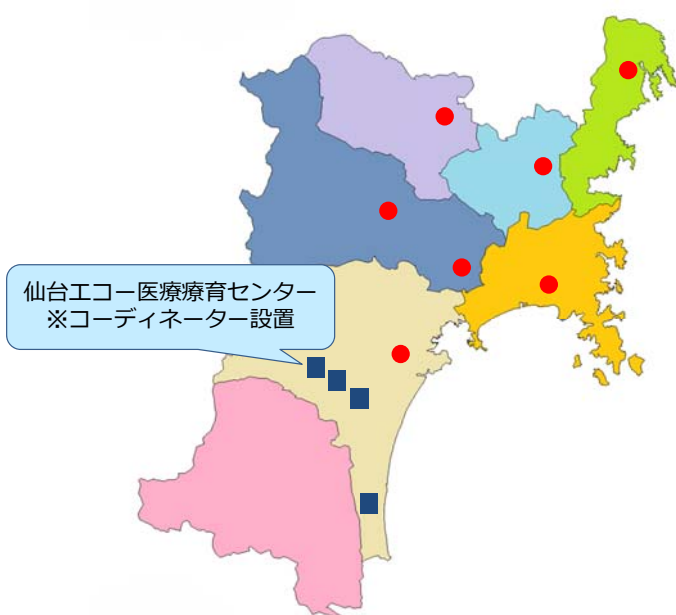
医療型短期入所コーディネーターの役割

- 医療型短期入所事業所に係る各種情報の集約・発信，事業所間の連携強化を担う



28

医療型短期入所コーディネーターの配置



平成30年度の主な取組

- 新設事業所への座学研修開催
- 新設事業所からの現場研修受入れ
- 医療型短期入所利用相談の対応
- 担当者会議の開催（課題の共有） など

成果

- ・新設事業所における重症心身障害児者への理解が深まった。
- ・各事業所が抱える課題の共有ができた。

今後の取組

- ・座学研修から現場研修への切り替え。
- ・共有された課題の解決。

29

目次



1. 宮城県の医療的ケア児数と医療型短期入所事業所数
2. 医療的ケア児者等の現状調査
3. 宮城県医療的ケア等推進検討会の設置
4. 医療型短期入所事業所の拡充に向けた取組
5. 医療型短期入所コーディネーターの配置

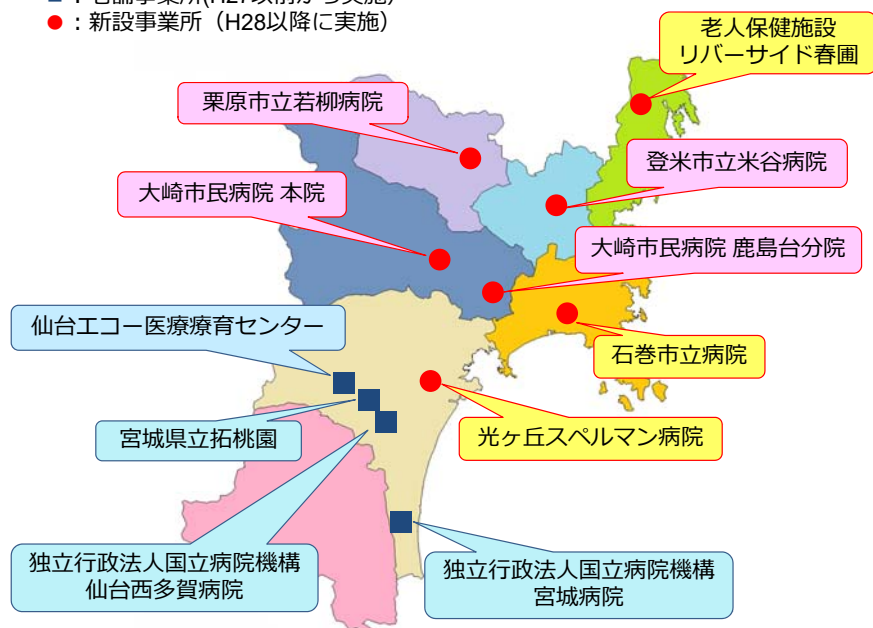
➡ 6. 今後の支援方針

30

医療型短期入所事業所の受入対象（R1.11現在）



- ：老舗事業所(H27以前から実施)
●：新設事業所（H28以降に実施）



事業所名	受入対象年齢
仙台エコ医療療育センター	要相談
宮城県立拓桃園	18歳未満
仙台西多賀病院	要相談
光ヶ丘スベルマン病院	中学生以上
宮城病院	小学生以上
大崎市民病院本院	15歳未満
鹿島台分院	15歳以上
石巻市立病院	18歳以上
栗原市立若柳病院	中学生以上
登米市立米谷病院	中学生以上
リバーサイド春園	中学生以上

小児（0～14歳），特に小学生以下を受入可能な事業所が少ない

31

今後の支援方針



- （1）医療型短期入所モデル事業
 - ・事業所の自主事業化に向け，空床補償は縮小・撤廃。
 - ・事業所がない空白圏域，または小児を対象とした新事業所の開拓と支援。
- （2）医療型短期入所コーディネーター
 - ・新設事業所の利用者受け入れへの不安感の解消に向けた研修実施。
⇒平成30年度は座学研修メインであったが，不安感を解消するに至らず，今年度は実習など，より実践的な研修へ移行。
 - ・老舗事業所（平成27年度以前開設事業所）から新設事業所への利用者の移行に向けた取組を強化。

■通所系サービスの拡大

訪問看護ステーションと連携し，通所事業所で医療的ケア児の受入環境を整備する市町村に対し補助を実施。

32

ご清聴ありがとうございました。

2. 内多委員提出資料

＜アンケート調査から抽出される課題解決に向けた論点総括＞

医療型短期入所に関する実態調査 検討委員 内多勝康

＜総論＞医療型短期入所サービスの運営を持続可能にする

新たな報酬体系を設定する

2016年の児童福祉法改正により、地方公共団体は、医療的ケアが必要な障害児について、その心身の状況に応じた適切な保健、医療、福祉その他の関連分野の支援を受けられるよう、必要な措置を講じるよう努めなければならない、とされた。

さらに、成育医療等基本法(2019.12.1 施行)では、妊娠から成人期になるまで切れ目のない医療、保健、教育、福祉等を提供することを国と地方公共団体の責務と規定し、政府はそのために必要な法制上、財政上、その他の措置を講じなければならない、と定めている。

一方、医療的ケアが必要な障害児者が年々増え続ける中、障害福祉サービスや教育機関が十分利用できず、在宅での24時間のケアに忙殺され、地域社会の中で孤立感を深める家族が全国各地で増えていると言われる。中でも、多くの当事者にとって利用がかなわない障害福祉サービスが、「医療型短期入所」である。

また、アンケートで「この(医療型短期入所)事業所を利用した理由」の29.1%を占めた「その他」の回答には、「ここしかなかった」「他に選択肢なし」という理由が多く、事業所不足の中、満足度が低いまま利用を続けざるをえない現実が浮かび上がった。

日本医師会の「平成28・29年度小児在宅ケア検討委員会報告書」でも、短期入所について、「重症児者や医療的ケア児者の家族が最も望む支援の一つであり、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。増加しつつある在宅医療児者に対して、現状では短期入所の地域資源が絶対的に不足状態にあると考えられる」と指摘している。

その背景として、同報告書は「報酬が非常に低く抑えられている」ことを挙げ、医療的ケア児者の短期入所・レスパイト入院を「医療制度または障害福祉制度の中できちんと位置づけ、統一した条件と報酬体系を設定すべきである」と提言している。

増加、多様化する医療的ケアが必要な障害児者が地域社会の中で孤立することなく安心して暮らし続けるためには、従来の福祉制度の発想を刷新する必要がある、医療型短期入所の運営を持続可能にする報酬体系を整備することで、サービスを提供する医療機関を各地に広げていくことが求められている。

<各論①>

◎一日利用の医療型短期入所サービス費の基本報酬の増額

◎特別重度支援加算の増額

(アンケート集計結果参照)

p50<報酬で評価してほしい取組>

- ・重症心身障害児者の受入 ⇨ 51.3%
- ・超重症児者・準超重症児者の受入 ⇨ 58.8%

P46<補助金の交付状況>補助金の交付は受けていない 66.7%

P48<間接業務で手間・コストがかかること>

- ⇨ 予約調整 74.2%、出入りの物品チェック 64.2%、職員のシフト調整 38.3%

現在の制度では、24時間のサービス利用に対する医療型短期入所サービス費と、日帰りの利用に対する医療型特定短期入所サービス費が別々に規定されているが、業務量の差に対応するような報酬とはなっていない。

例えば、国立成育医療研究センターの医療型短期入所施設「もみじの家」の場合、24時間のサービスは日帰りに加えて0時～8時半、17時15分～24時、計15時間15分×2人分の看護師の勤務が必要となるが、報酬の上乗せは122単位に過ぎない。

このため、宿泊を伴う一日利用の医療型短期入所では必要な人件費を公的制度からの報酬だけで賄うのは極めて困難となり、構造的に運営が不安定となる。

医療型短期入所の利用者は、深夜早朝も痰の吸引などのケアが必要となるケースが珍しくなく、短い休憩時間以外は専門性の高い業務が継続することから、業務量に見合った基本報酬の増額が求められる。

さらに、個別性の高い様々な医療的ケアに加え、以下の業務が日常的に必要となり、負担感を増幅させている。

- ・食事、排泄、入浴などの介助
- ・入所前、入所時の対応(相談、診察、家族からのケアの引き継ぎ、職員のシフト調整、物品や薬の管理、事務手続き)
- ・登録面談や主治医からの診療情報入手、カルテ作成など、事前の情報収集、管理
- ・利用希望受付、利用者を確定する予約調整、キャンセル対応などの入所者管理
- ・利用予定者のケアについて多職種が集まって検討するケアカンファレンスの開催
- ・利用中の体調変化への適切な対応(判断、処置、連絡、搬送など)

※アンケート(p40)によれば、利用者の半数がサービス利用中に体調変化している

- ・事業所内での感染症発生の際の対応(情報収集、家族への連絡、感染経路の確認、受入中止の手続き)

※アンケート(p49)によれば、27.5%の事業所が経営上の課題として「感染症の発生」を挙げている

こうした、一日利用の医療型短期入所サービスの運営に必要な日常業務に対し、相応の報酬を保障する必要がある。

日本重症心身障害福祉協会の試算によると、超・準超重症児のみが入所している病棟での経費は、少なくとも1人1日 43,400 円の経費が必要としている。

しかし、今の制度では、7:1看護の病院に入院した場合の小児入院医療管理料が1日 45,840 円なのに対し、医療型短期入所サービス費は最も報酬の高いカテゴリで2,907 単位(東京23区内で 32,558 円)にとどまる。

短期入所事業に対する補助金制度を持つ自治体は限られ、事業所の3分の2は補助金の交付を受けずに運営を続けていることが、アンケートから明らかになった。補助金の有無は収支に大きな影響を与えることから、短期入所サービスの地域間格差を生む要因になることも考えられる。

24時間利用できる短期入所事業への参入を医療機関に促し、サービスの均てん化を図るため、報酬の基本単価となる医療型短期入所サービス費のベースアップが求められる。

一方、現在の医療型短期入所制度は、超重症児などの医療を要する利用者を受け入れた場合の加算制度「特別重度支援加算」がある。

しかし、加算される報酬は、最重度の医療的ケアが必要な障害児者を受け入れても388単位、経管栄養が行われている状態のみでは120単位の加算しかない。

医療依存度の高い利用者に対する入浴や移動、排せつなどの介助を安全に行うためには、専門性の高い医療職の介在が複数人必要となるため、業務量に見合った加算の増額が求められる。

また、有床診療所の場合、利用者の安全のため看護職員の夜勤を2名体制にしても、病院ではないため報酬を低く抑えられてしまう。病床の規模にかかわらず、看護職員を加配した事業所に対する相応の加算を規定しなければ、安定した運営は厳しくなる。

以上の観点から、以下の措置が必要と考えられる。

☆医療型短期入所サービス費(Ⅰ)、(Ⅱ)、(Ⅲ)を増額する。

☆特別重度支援加算(Ⅰ)、(Ⅱ)を増額する

☆看護職員の夜勤を2名体制にした場合、一律に医療型短期入所サービス費(Ⅰ)を算定可能にする。(もしくは看護職員加配加算の新設)

<各論②> ◎緊急受入に対する加算

(アンケート集計結果参照)

p39<緊急受入ベッドの確保状況> ⇨「確保なし」が65.0%

p15<緊急時の受入> ⇨理想と現実の差が最も大きい

・「果たすべき機能と答えた事業所」71.3%に対し「現在果たしている」は47.5%

⇨23.8ポイントのギャップ

・「期待する利用者」78.2%に対し、「実際に果たしていると思う」は32.0%

⇨46.2ポイントのギャップ

p49<経営上の課題> ⇨職員体制の項目が上位を占める

「職員の確保が難しい」43.8%、「緊急受け入れ体制の確保が難しい」29.2%

アンケート結果からは、約3分の2の事業所で緊急枠を設けていない一方で、事業所、利用者ともに緊急時の受入を医療型短期入所の機能として重要視している意識が読み取れる。サービスの中で、期待されながら実施が困難な最たるものと言える。

緊急受入には、以下の条件が必要となる。

- ・常時、緊急(介護者の急病や急用、出産など)の際の受入用ベッドを空けておく
- ・突然でもあらゆる医療処置に対応できる、専門職の人員体制や医療環境の整備

予定が立たない緊急の利用者のために常にベッドを確保しておく、空いたままになるリスクが常に生じる。利用がなければ、収入はゼロとなる。さらに緊急時の対応のために職員を増員すれば人件費がかさみ、収支の悪化要因となる。これが、緊急枠を設けることの大きな壁となっていると思われる。

民間の施設の努力だけで緊急枠を確保することは難しく、ベッドを確保することを国や自治体の事業と位置づけ、短期入所事業者へ委託するという形で委託料を支給する仕組みで報酬を担保できれば、施設側の負担軽減につながる。

また、実施が非常に困難なサービスであることから、緊急受入を行った際の加算を現在の 270 単位から大幅に増額することも検討すべきである。

以上の観点から、以下の措置が必要と考えられる。

☆行政が緊急受入用病床確保事業を立ち上げ、受入事業者と委託契約

を結ぶことで、緊急用ベッドを確保する

☆緊急短期入所受入加算の大幅増額

<各論③> ◎動ける医療的ケア児者や行動障害などの受入への加算

(アンケート集計結果参照)p24<障害特性による受入状況>

- ・動ける医療的ケア児者の受入不可 ⇨ 48.3%(児)、52.9%(者)
- ・障害による受入不可 ⇨ 強度行動障害 69.2%、発達障害 64.2%、視聴覚障害 55%

重症心身障害児者や超・準超重症児者の受入不可が5～14%台であるのに対し、上記の割合は半数近く～約7割に達し、個別の特性に対応し常に安全を確保するための見守りや付き添いの必要な(以下、見守り度の高い)利用者の受入に消極的な事業者が多数を占めることが明確となった。

見守り度の高い利用者の受入先は制限され、限られた事業所に集中する。受け入れを行っている事業所も負担やリスクが過剰となるのを避けるため、受入人数を制限する傾向にあり、動けない利用者よりも、さらにサービスが利用しづらくなってしまう。

移動可能で指示が理解できないと、他の利用者の人工呼吸器や経管栄養のチューブに触れて事故につながる危険があるため、拘束をしない限り、マンツーマンの対応が必要となる。しかし、現在の制度では、見守り度の高さに対応した加算がない。受入を進める事業者は無報酬で負担とリスクを担っているのが現状である。

また、利用者の状態によっては、ベッドからの転落防止のためにマットと布団で対応するなど居住環境を特別に準備したり、他の利用者と交わらないよう個室空間を確保したり、通常とは違う対応を求められる。

さらに、歩けることで特別重度支援加算Ⅰの対象外となることに加え、重症心身障害と判定されなければ医療型ではなく福祉型(強化)短期入所サービスの対象となって報酬単価が大幅に下がるため、事業者が受け入れに消極的になる要因となっている。

以上の観点から、以下の措置が必要と考えられる。

☆見守り度の高い利用者の受入に対する加算を新設する

☆利用者の特性に応じた個室などの環境整備に対する加算を新設する

☆動ける医療的ケア児者も医療型短期入所サービスの対象者とする

☆超・準超重症児者を判定する条件から「運動機能(座位まで)」を外し、

動ける医療的ケア児者も特別重度支援加算Ⅰの対象とする

<各論④> ◎日中活動(保育、療育、リハビリなど)への加算

(アンケート集計結果参照)

p15<利用者の発達支援・成長支援>

「果たすべき機能と答えた事業所」31.7%に対し、「現在果たしている」は16.7%

⇒ 15ポイントのギャップ(この差は「緊急時の受入」に次いで、2番目に大きい)

p31<利用者満足度>

日中活動は、満足度(「満足」「まあ満足」の合計)が60%に満たない。

⇒ 他の項目がすべて85%を超えている中で、際立って低くなっている。

p32<短期入所サービスに対する不便・不安と感じたこと>

「日中活動がない、本人にあった日中活動が行われていない」33.2%

⇒ 利用者の3人に1人は、日中活動の有無や良し悪しを重視している

p42<日中活動の実施状況>

・日中活動に対する意向・意見の確認 ⇒ 家族に聞く82.8%、利用者に聞く49.7%

・実施していない理由 ⇒ 長期入所との兼ね合いで難しい48.1%

実施に必要な職員を確保できない37.0%

現在の制度では、短期入所利用中の障害児者の成長発達や健康増進を支援するための専門性を持つ保育士やリハビリスタッフなどの人員配置は、施設要件には入っておらず、日中活動を行っても報酬の対象とはならない。

しかし、本人にあった日中活動が実施されなければ3人に1人は利用に不安を感じ、中には「日中活動がない施設は利用しない」と話す保護者もいる。必要最低限の医療的ケアと日常生活の介助だけを提供し、残りの時間はベッドに寝たままでは、成長発達が阻害され、身体の機能維持にも悪影響となる。

日中活動を行うことで利用者にとって豊かな時間を過ごすことが可能になり、それによって日常的な主介護者も障害児者と安心して離れることができ、心身ともにレスパイトが可能となる。それを実現するため、事業所は利用者や家族の意向・意見を確認する負担を背負いながら、55%以上で「保育・療育」を行い、「18歳以上を対象にした生産活動や余暇活動など」も20%近くで実施しているが、報酬上の規定がないため、事業者側の自助努力、ボランティアで行われているのが現実である。

一方で、日中活動を実施していない理由の半数近くが「長期入所者との兼ね合いで難しい」、37%が「必要な職員を確保できない」と回答していて、短期入所利用者に対して日中活動を提供するための十分な環境が整わない現状が明らかになった。

必要な職員体制を確保し、日中活動を実施する事業所に対する以下の加算を新設することで、短期入所サービス中の日中活動が促進されることが期待される。

☆日中活動の実施に対し、日中活動支援加算を新設する

(個別支援計画を作成し、専門職の配置と日中活動の実施を要件とする)

<参考>

日中活動への報酬は、重い障害者を対象にしたグループホームで認められている
(日中サービス支援型共同生活援助)

<各論⑤> ◎超重症児者等入浴対応加算の新設

(アンケート集計結果参照)

p43<入浴の実施頻度> 1週間に2回以下が60%超

<入浴の職員体制> 看護師が82.5%

時事通信社が2004年に行った「入浴に関する世論調査」によると、毎日風呂に入る日本人は全体の77.2%で、週に2回以下はわずかに6.3%だった。それに対し、医療型短期入所サービス利用中にほぼ毎日入浴できるのはわずか9.2%で、1週間に2回以下が60%以上、1回未満という事業所が5.4%存在する。

入浴は一般的に清潔を保つことはもちろん、血行を良くし、新陳代謝の促進や浮力の効果による筋肉・関節への負担軽減などの効果があるとされる。逆に入浴しないことで皮膚が不潔になり、疾患や褥瘡、ウイルス感染のリスクが高まるため、入浴は短期入所中の健康を保つために必要なサービスと言える。しかし、入浴の回数に応じて報酬が加算される制度はなく、福祉施設での入浴は週に1～2回が標準となっている現状がある。

『「超重症児」の在宅おふろ事例集＜SMA: 脊髄性筋萎縮症Ⅰ型篇＞』（代表研究者: 大泉江里）によると、幼児期の段階から気管切開や在宅人工呼吸療法の適用となる場合が多いSMA(脊髄性筋萎縮症)Ⅰ型児の入浴ケアは、以下の点で困難を伴う。

- ・気管切開による首の穴に水を入れない
- ・呼吸の安定を確保する
- ・体温調節を適切に行う
- ・首が座っていないため、重い頭と細い首を支える
- ・脱臼や骨折に注意する
- ・カニューレ抜去などの不測の事態に常に備える

さらに、成人の障害者は、親の高齢化で自宅での入浴がますます困難となるため、短期入所中に入浴サービスのニーズは、より高まる。しかし、身体の高い成人を入浴させるのは、スタッフの体力の消耗を加速し、肉体への負担や入浴時の事故のリスクを増大させることから、利用者の成長に伴う新たな課題への対応が必要となる。

また、『「超重症児」の在宅生活での入浴習慣の実際を知る～介護当事者の視点からの研究～＜SMA: 脊髄性筋萎縮症Ⅰ型篇＞』（代表研究者: 大泉江里）では、「入浴習慣をどのように位置付けているか」との問いに対し、「リラックス・リフレッシュ(81.8%)」「排痰ケア＝加湿により痰を排出しやすくする(36.4%)」に加え、コミュニケーションが約3割、学習の機会や浮力で体を浮かせることができるためリハビリテーションの機会という回答もあり、単なる身の清潔ということ以上に、それぞれの生活の中で多様に位置づけがなされていることを確認している。

在宅障害児・者の地域における入浴支援に関する研究(住総研 研究論文集 No3 9,2012年版: 野口祐子ら)でも、施設入浴サービスによって「ご機嫌で帰ってくる」「よく眠れる」という本人のストレス軽減につながったケースが複数見られたことに加え、親以外の人との交流による気分転換とともに、情報を得て楽しみを生み出していることがわかったと考察している。

アンケートによると、入浴時の職員の負担が最も大きい利用者像は、人工呼吸器(65.4%)、気管切開(62.1%)が上位を占める。医療依存度の高い障害児者を安全に入浴させるためには、80%以上の事業所で有資格者である看護師が常に対応し、利用者の病態によってはスタッフ3人態勢が必要になる(例: アンビューバッグ担当＋吸引担当＋洗浄担当)など業務負担が増大することが、入浴回数を増やせない背景にあると推察される。

超・準超重症児の入浴サービスに対する加算を新設し、利用者の体調管理やQOLを高めるために必要な入浴の回数増加を促す。

＜各論⑥＞ ◎欠席時対応加算の新設

(アンケート集計結果参照)

p50＜報酬で評価してほしい取組＞

- ・急なキャンセルに対する補償 42.9%

p48＜間接業務で手間・コストがかかること＞

- ・キャンセル発生に伴う対応 29.2%

生活介護や児童発達支援事業所などでは、発生したキャンセルに対応した際に「欠席時対応加算」が94単位算定できるが、短期入所中には認められていない。

医療依存度の高い障害児者を受け入れる事業所では慢性的にキャンセルが発生し、利用開始後に体調を崩して緊急退所するケースも少なくない。あらゆる医療的ケア児が利用する「もみじの家」では、年間平均のキャンセル率(緊急退所を含む)が25%を超えている。これが収支を悪化させる大きな要因となっていることは、4割を超える事業所が急なキャンセルに対する補償を求めていることから明らかである。

やむを得ない理由で、使われるはずだったベッドがキャンセルされた場合、その日数に応じて収益減を補填するための加算を新設することが求められている。

＜各論⑦＞ ◎送迎加算の増額

(アンケート集計結果参照)

p38＜送迎の実施状況＞

- ・送迎は実施していない 83.3%
- ・送迎車両に同乗する職種 ⇨ 看護師 72.5%

P39＜送迎を実施していない理由＞

- ⇨ 同乗する看護師等を確保できない 77%、運転手を確保できない73.5%、送迎用の車両を確保できない 65.5%

p32＜短期入所サービスに対する不安など＞ 送迎がない 43.1%

「きょうされん」が行った送迎支援についての実態調査の結果報告(2019. 11. 26)によると、放課後等デイサービスでは定員総数の 96.2%と、ほぼすべて利用者が送迎支援を活用し、生活介護事業でも 70%を超える利用者が支援を受けていた。

一方、今の制度では、短期入所事業者が居宅等と事業所間の送迎を行うと、片道186単位の加算が認められているものの、医療型短期入所事業所では 80%以上が送迎を実施しておらず、その理由として、多くの事業所が看護師や運転手、車両の確保ができないことを挙げている。

また、利用者が不便・不安と感じていることの中で「送迎がない」は全体の4番目に高い43%以上を占めていて、送迎支援がないことが利用者の満足度を下げていることが浮き彫りとなった

医療処置が必要な利用者を送迎することが頻繁な医療型短期入所事業所では、看護師が同乗するケースが70%を超え、医療の資格を持った専門職が安全を守るために必要とされていることが伺える。

しかし、送迎する以前に、看護師の配置が十分できないことを理由に利用者の受け入れを制限している医療型短期入所事業所が多数存在し、そうした事業所では看護師を送迎に充てることは非常に困難となる。

同乗する看護師に加え、運転手の人件費、車いす・医療機器など多くの荷物を載せられる大型車両の購入および維持費、駐車場の経費などを継続的に支えるため、現在の送迎加算を増額する。

<各論⑧> ◎高度な医療に対応する事業所への報酬の新設

(アンケート集計結果参照)

p26<医療的ケアの種類による受入の可否>

- ⇒ 受入不可は、継続する透析(68.3%)、IVH(31.7%)、レスピレーター管理(19.2%)で多くなっている。

<医療的ケアの種類によって受け入れていない理由>

- ⇒ 医療的ケアの技術に不安があるから(40.8%)の他、「その他」として「透析の設備がない」「設備、技術の両面から安全に預かれない」など、ハード面やスキルに対する不安を理由とする回答が目立った。

すべての事業所で高度な医療を担うことは困難で、透析やIVH、人工呼吸器管理などに対応できない事業所では受け入れの対象を制限せざるを得ない。また、すでに設備やスタッフが整っている大規模な医療機関では、ハード面やスキルに対する不安は軽減されても、入院に比べて報酬が大きく下がる短期入所への積極的な参入は望めない。その結果、高度な医療が必要な障害児者は、障害福祉サービスにアクセスできずに孤立しがちとなってしまう。

大規模な医療機関が短期入所へ参入しやすくする、従来とは違う報酬区分を新設することで、あらゆる医療的ケアに対応できる短期入所事業所の増加が期待できる。24時間365日の救急対応などの十分な医療環境が整い、重症度の高い医療的ケア児者を一定の割合以上受け入れ、歩ける医療的ケア児者も排除しない事業所に限って「高度医療対応型類型」と位置づけ、高いレベルの報酬を保障する。

＜各論⑨＞ ◎医療的ケアの担い手を増やすための仕組みづくり

(アンケート集計結果参照)

p51＜職員の確保・育成＞

- ・職員不足により利用者の受け入れ制限をしている(したことがある) 53.3%
- ・不足している(不足していた)職種 ⇨ 看護師 90.8%

p26＜受入不可としている理由＞

- ・医療的ケアの技術に不安があるから 40.8%

(追加集計分参照)

P21＜利用者が必要とする医療的ケアの内容＞

⇨吸引と経管栄養以外のケアが必要な利用者 81.3%

(事業所の種類別でも、「診療所」を除き、全ての事業所の種類で 80%以上)

医療型短期入所事業所の9割以上が看護師不足と回答し、職員不足を理由に半数以上が受入の制限を行っている。また、4割以上の事業所で医療的ケアの技術に不安を感じている現実が明らかになった。看護師不足は全国共通の課題となっており、その育成やスキルアップおよび潜在看護師と現場をマッチングさせる、全国的な仕組みづくりが喫緊の課題となっている。

また、看護師以外の医療的ケアの担い手を増やしていけるかどうかとも検討を要する。現在は介護職員が必要な研修を受ければ、喀痰吸引や経管栄養のケアを行えるようになっているが、医療機関に限っては介護職員の研修の受講が認められていないため、医療的ケアを行うのは看護職員に限定されている。ケアを担う人材を増やすため、医療型短期入所施設の介護職員も医療的ケアを行えるようにするための規制緩和を進めることが求められている。

さらに、今後も地域で暮らす医療的ケア児者が増え続け、必要とする医療処置が高度化、多様化していく中、介護職員が実施できる医療的ケアの範囲を拡充することを検討することも必要であると考ええる。

以上

関連資料

<総論関連>

※医療型短期入所サービスを利用できない現状

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

・医療型短期入所を利用していない理由(複数回答)

施設等がない／近隣にない～23.7%

安心して預けられない～20.8%

医療的ケアに対応して貰えない～9.9%

△平成24年度障害者総合福祉推進事業報告書「地域における短期入所(ショートステイ)の利用体制の構築に関する調査(独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみ園)

・利用相談があったがサービスの利用に至らなかった理由(複数回答)

定員がいっぱいで希望の日に入れない～61.3%

利用者の心身の状況から対応できない～40.1%

△『重症心身障害児者』および『医療的ケア児者』の実態調査報告書(社会福祉法人千葉県身体障害者福祉事業団 千葉県千葉リハビリテーションセンター 愛育園)

・利用希望があるが利用できていないサービス

施設での短期入所～42%(1位)

入所施設～26%(2位)

医療施設でのレスパイト入院～24%(3位)

・在宅生活を維持するためには、日中の在宅サービスよりも宿泊可能な福祉(ないしは医療)サービスを必要としていることが判明した。

△もみじの家資料(別紙①参照)

・利用申込が定員を上回るため、毎月20～50家族の希望を断っている。

※家族の介護負担感

△障害児をもつ母親の子育てと就労に対する意識調査(YMCA健康福祉専門学校：原田放子ら)

・就労中の母親は、時間に追われるものの、精神的に安定し、母子癒着に陥ることなく、子どもの存在や成長を客観視している。

・これに対して専業主婦として子育てに従事している母親は、子育てと仕事の両立はとても難しいと考えている。子育ての役割期待に応えようとする感情と就労欲求との間で葛藤状況が認められる。性別分業意識と経済的困難の狭間に立たされた障害児の母親の苦悩は深刻なものがある。

△医療的ケアが必要な重症心身障がい児(者)等の地域生活支援策に係る調査報告書(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 2011)

・家族が地域で安心して在宅生活を継続するために必要としているサービスは、レスパイトを含むショートステイの増加であった。

△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」(平成28年3月(株)みずほ情報総研実施)

・主な実施者の代わりにケアを依頼できる相手の有無(複数回答)

特になし～14.7%

(その理由)

対応が難しく、家族等以外ではケアの実施が難しいと考えられるため～35.9%

地域に依頼できる事業所や医療機関がないため～34.4%

その他～42.1%(安心して依頼できる相手・相談先がない、どこに相談してよいかわからない、どのようなサービスがあるかわからない、訪問看護師に依頼しても人手不足や医療的ケアが必要であるために断られる等)

・医療型短期入所を利用していない場合の理由

施設等がない／近隣にないため～23.7%

安心して預けられないため～20.8%

・在宅での障害福祉サービスの対応状況や実施体制に対する満足度

満足～7.0%

やや満足～28.2%

やや不満～31.9%

不満～24.0%

△障害児の母親に対する支援(立教大学コミュニティ福祉学紀要第8号 2006年／須田真侑子、坂田周一)

障害をもつ子の母親を対象に行った調査において

・常勤的職業をもつグループの方もたないグループよりも負担感得点が低い

・障害は人を区別するカテゴリーではなく、属性のひとつであると考えれば、地域の中でさまざまな人とかかわりながら生活することが自然なあり方である。そのような生活が難しいために、孤立感や負担を感じるようになるのである。

・子どもの世話を安心して委託することができ、かつ様々な人とかかわる機会を作ることのできる方策が望ましい。

・母親の負担を軽減するためには子どもの世話から母親が一時的に解放されることが必要になることが示唆された。そして母親の社会参加の機会を作り、母親が肯定的な自己概念をもち、地域社会の一員であることを確認できることが必要である。

△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

・介護生活に当たっての介護者の負担感(約7割以上の回答項目)
介護、見守りのための時間的拘束、医療的ケアの実施、夜間の介護、医療機関への通院時の介護

＜各論①＞◎一日利用の医療型短期入所サービス費の基本報酬の増額

◎特別重度支援加算の増額

△障害児入所施設の機能強化をめざして ― 障害児入所施設の在り方に関する検討会報告書 ― (令和2年2月10日 厚生労働省 障害児入所施設の在り方に関する検討会)

・短期入所のニーズを踏まえると身近な地域で利用できる短期入所が必要であり、障害児入所施設以外の医療機関が行う短期入所の取組の拡充も期待される。
・短期入所は単に家族のレスパイト利用だけに止まらず、障害児の育ちの保障とその家族が安心して豊かな生活を送ることができるよう家族全般のニーズを把握し、サービスをマネジメントする必要がある。
・医療型短期入所を必要とする障害児についてはニーズが多様化しており、健康面や生活面で個々に応じた適切な対応が望まれるため、体制を整備するうえでも報酬の見直しも必要である。

△日本医師会「平成28・29年度小児在宅ケア検討委員会報告書」

・短期入所について、「重症児者や医療的ケア児者の家族が最も望む支援の一つであり、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。増加しつつある在宅医療児者に対して、現状では短期入所の地域資源が絶対的に不足状態にあると考えられる」と指摘している。
・その背景として、同報告書は「報酬が非常に低く抑えられている」ことを挙げ、医療的ケア児者の短期入所・レスパイト入院を「医療制度または障害福祉制度の中できちんと位置づけ、統一した条件と報酬体系を設定すべきである」と提言している。

△日本医師会「令和元年度小児在宅ケア検討委員会答申」

・一定レベル以上の重症度の医療的ケア児者については、病院の医療型短期入所の報酬を引き上げる。

△日本重症心身障害福祉協会提出 平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等より

・超重症児・準超重症児のみが入所している病棟での経費試算～一人1日少なくとも43,400円の経費が必要(別紙②参照)

△国立成育医療研究センターもみじの家の平成30年度実績より試算

・一人1日約62,580円の経費が必要(年間経費 192,192,448 円、利用者 7.2 人/日)

△医療的ケアを要する児童生徒の保護者のレスパイトとQOL(生活の質)に関する調査(東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻家族看護学分野／研究責任者:上別府圭子)

・医療的ケアを要する児童生徒の保護者の「身体的・精神的・社会的健康度」は、いずれも国民標準値(50点)に比べて優位に低く、「社会的健康度」が特に低く(37.8点)になっていた。

・社会的健康度の低さは、仕事や家事などの普段の活動をするときに問題を感じたり、友人や親せき等との付き合いが妨げられているように感じていることを示している。

・(準)超重症児(超重症児スコア10点以上)の保護者は、超重症児スコア10点未満の児童生徒の保護者に比べて、「身体的健康度」が優位に低く、保護者の活力や疲労など身体的な面に影響していることが分かった。

<各論②>◎緊急受入に対する加算

△東京23区内で「医療型短期入所サービス費(Ⅰ)」を算定する場合で試算

<年間を通して1床を緊急用に確保した場合の収入減の計算式>

病床単価 32,558円×(365日－緊急利用があった日数)×稼働率

(例)年間100日の緊急利用があり、稼働率が70%の場合

病床単価 32,558円×265日×0.7＝6,039,509円 の収益減となる

※特別重度支援加算や診療報酬は考慮していない

△愛媛県重症心身障害児(者)を守る会の資料より(当事者の事例)

・(平成29年1月に愛媛県東予地域であった事例)母親がインフルエンザに罹り、人工呼吸器の子供に感染すると生命にも関わるため、緊急に短期入所が必要になりました。しかし、住んでいる地域には子供を預けるところがないため、緊急で引き受けてくれることになった国立病院機構愛媛医療センター(東温市)まで、母親は40度近い高熱をおして1時間半近くかけ、自分で運転して連れて行きました。

<各論③> ◎動ける医療的ケア児者や行動障害などの受入への加算

△移動可能な要医療的ケア児者の、短期入所の現状とケアの問題点についての調査(平成30年度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／心身障害児総合医療療育センター:北住映二)

・回答のあった109施設のうち、直近1年間に移動可能な要医療的ケア児者の受け入れを行っていたのは、42施設にとどまっている。

・動く医療的ケア児者の短期入所においては、移動不可能な医療的ケア児者よりも受入施設側の負担が大きいことを反映して、「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、23施設が「いいえ」であった。

・動く医療的ケア児者の短期入所を積極的に受け入れたくない理由として、本人の安全確保および他の入所児者の安全確保のための、環境面と職員体制の問題が挙げられている。

- ・在宅生活を支えるための重要な支援である短期入所が、動く医療的ケア児者において保障されるために、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挙げられている。(動く医療的ケア児者の短期入所受け入れのための条件～居室環境の整備、1対1での対応も可能な体制、1対1など必要な職員の配置のための財源の確保、動けても医療的ケアが必要なケースへの医療型短期入所の支給 等)
- ・移動不可能な要医療的ケア児者よりも、移動可能な要医療的ケア児者の短期入所受け入れの方が、施設側の負担が大きく、それが積極的な受け入れを阻んでいる実態が示されている。ハード面の整備とともに、本人および他の利用者の安全を確保するための職員配置が必要であり、それが可能になるような、経済的基盤への行政からの対応が必要と考えられる。

△日本医師会「令和元年度小児在宅ケア検討委員会答申」

- ・重心児にあたらぬ「動く医療的ケア児」の短期入所を受け入れた場合に、その安全な見守りに必要なハード及びソフトの対応に見合った医療型短期入所の報酬とする。

<各論④> ◎日中活動(保育、療育、リハビリなど)への加算

△「社会的不利や健康・発達の問題が3, 4歳で保育園・幼稚園等に通っていないことと関連—約4万人を対象とした全国調査の分析から—」(北里大学医学部公衆衛生学講師: 可知悠子/報道発表2019年3月27年)

- ・アメリカの経済学者ヘックマンによると、質の高い幼児教育は、低社会階層の家庭の子どもたちの非認知能力(社会性や忍耐力など)を伸ばすことで、成人後の経済状況を改善する効果が期待されている。
- ・4歳では、出生週数が37週以降の正規産と比較して、36週未満の早産では、未就園の可能性が2倍高い。3歳でも同様の傾向が見られた。
- ・3歳では、先天性疾患がない場合と比べ、ある場合では未就園の可能性が1.4～1.5倍高い。
- ・早産や先天性疾患は直接、未就園と関連している可能性に加え、それらが発達の遅れと関連し、発達の遅れが未就園と関連している可能性もある。
- ・政策提言「健康や発達に問題を抱えている子どもたちも幼児教育を受けられるよう、障害児保育を充実すべきではないか」

△短期入所施設における新たな家族支援の現状と課題(日本小児科学会雑誌123巻11号1640～1647 2019 年/国立成育医療研究センター神経内科: 鈴木智、久保田雅也)

- ・短期入所施設を利用する際に、利用者本人が納得し、満足して入所期間を過ごせるように配慮することは、本人のためのみならず子どもを施設に預けることに対して介護者が少なからず抱く罪悪感を軽減しうる。家族の肉体的負担の軽減のみならず精神的負担の軽減にも寄与しうる有益な取り組みである。

△重症心身障害児に対し音楽を用いることで見られた反応の変化とその意義(作業療法 19:327～337,2000/斎藤恭子ら)

- ・重心児に音楽を用いることの影響

喜びの表現の増加、人との関わりや活動参加への能動性の発現、物を持ち続けていることの出現または増加、自己刺激(指吸い)の中断の増加、新たな要求表現の出現(下肢をばたばたさせる)、大きい声を出すことの出現、対象に顔を向けることの増加、手の能動的動きの増加

- ・重心児に音楽を用いることの意義として、人と関わり楽しく遊ぶ体験を与えること、またこれ以外に作業療法分野以外の場でもコミュニケーションか活動の種類を増す機会を作ることが考えられた。

△座位保持機能未獲得な重症心身障害児の姿勢と感覚遊び刺激に対する反応(作業療法 11:358～365,1992/岩間孝暢ら)

- ・重症児が抱える問題

- ①抗重力的姿勢(座位姿勢)保持機能の未発達

- ②そのため、従重力的姿勢(臥位姿勢)に長期間置かれる

- ③抗重力的姿勢に比べると、環境的刺激の入力が極端に少ない状況が作られる

- ④その結果、自己刺激が主要な刺激源となりやすく、発達とともに自己刺激的行動が常同行為として習慣化されやすい

- ⑤習慣化された常同行為によって、環境的刺激がさらに入力されにくくなるという悪循環に陥りやすい

- ・対策としては、重症児を取り巻く上述のような悪循環を断ち切るために、まず姿勢の改善を行い、正常運動発達を促すことが重要であると思われる。

- ・積極的な座位姿勢の提供と、子どもが外界に対して働きかけを起こすように促す、最適な玩具を用いた遊び刺激の組み合わせを提供することが(中略)重要であると考え

- ・そして、このような環境の設定が、治療的介入の一つであると位置づけられる。

- ・まとめ

- ①臥位姿勢に比べ、座位姿勢の方が玩具を用いた遊び刺激への反応性が高いことがわかった

- ②無刺激状態に比べ、5種の玩具を用いた遊び刺激のある方が反応性が高い。特に、第2次循環反応(自己の操作可能な環境内の対象物に、同じ効果がもたらされるような行動を繰り返し行い始める)と思われる反応を引き出す、玩具を用いた遊びが有効であった

- ③姿勢と玩具を用いた遊びの刺激の組み合わせによって、より効果的に反応を引き出せることがわかった

△日本医師会「令和元年度小児在宅ケア検討委員会答申」

- ・医療型短期入所において、保育士の配置によって児の発達を促すようなプログラムを実施した場合には、加算を付ける。

△短期入所利用に関するアンケート(仙台エコー医療療育センター／令和元年)

・当センターの短期入所を利用するにあたり、どのようなサービスを希望されますか？

日中活動への参加～73%

リハビリ訓練～52%

△「医療的ケア児に関する保育ニーズ調査」(福岡市こども未来局／平成31年2月)

※「お子さんの教育・保育・療育等に関して、求めるサービス」

・保育施設(保育所等)での医療的ケアの提供体制の整備～55.7%

・児童発達支援施設又は事業所での専門的な療育体制の充実(医療型含む)～52.9%

<各論⑤> ◎超重症児者等入浴対応加算の新設

△「入浴に関する世論調査」(時事通信社／2004年)

・毎日風呂に入る日本人～77.2%

・週に2回以下～6.3%

△短期入所利用に関するアンケート(仙台エコー医療療育センター／令和元年)

当センターの短期入所を利用するにあたり、どのようなサービスを希望されますか？

・入浴～75%

△社会福祉法人キャンパスの会 平成30年度実績より

入浴に関する費用～月額277,839円／入浴1回あたり1,509円(入浴利用者～月平均184人)※バスタオルなどのリネン経費、浴槽等の保守管理費、減価償却分は含まない

△長期人工呼吸器管理下にある重症心身障害児の入浴(東京都立北療育医療センター:高野和子・三好晶子・小出祐美)

・呼吸障害を持つ重障児は入浴により筋緊張が緩和され、安定した呼吸につながる。

・長期人工呼吸器管理下にある重障児にとっての入浴は、清潔を図ることばかりでなく、より安全・安楽な入浴方法の確立により、患児のQOLを高めることにつながると考える。

△人工呼吸器を装着した状態での入浴介助(難病と在宅ケアVol.11 No.1 2005.4／独立行政法人長崎神経医療センター神経内科 福留隆泰・看護師 藤戸麻由)

・入浴の効果・効能には(1)循環の促進、(2)新陳代謝の亢進、(3)呼吸運動の活発化、(4)筋肉の負荷を軽減し疲労回復や関節可動域を拡大する、などがあげられる。

・入浴中の人工呼吸器使用に対する不安

81%の介護者が人工呼吸器を使用することに不安を感じていた。

△人工呼吸器装着中の子どもの清潔ケア(小児看護第24巻第5号2001年5月／滋賀県立小児保健医療センター看護師:山田裕美)

- ・入浴の効果

- (1)皮膚を清潔にする

乳幼児は新陳代謝が盛んで発汗が多い上、人工呼吸器装着中の患児、MRSA感染者は分泌物が多く口角より流れ出ることにより、皮膚汚染しやすい状態である。このため、入浴により皮膚が清潔に保たれ、皮膚状態が良好に保たれた。

- (2)心身の疲労や緊張を除く

入浴を施行することで、閉眼する、心拍数が安定しているなど、児がリラックスする状況がみられた。

- (3)血液の循環、新陳代謝、各臓器の機能を増進させる

入浴による加湿効果で、排痰が促せた。また、重症児であるため循環障害があるが、循環をよくし体温上昇を認めた。

- (4)筋肉軟部組織や関節の拘縮などを和らげる

関節の拘縮があり、また、触れることに対し過敏に反応し緊張が入りやすい児であっても、入浴により関節の拘縮を和らげることができた。

△人工呼吸管理の必要な脊髄性筋萎縮症児の入浴介助(小児看護第28巻第11号2005年10月／田村晃ら)

- ・入浴を施行することで、心身の疲労や緊張をやわらげ、患児のリラックスをはかる、すなわち、人工呼吸管理中の重症児にも、入浴のリラックス効果が期待できるといえる。

- ・安全で安楽な入浴方法の確立により、患児と家族のQOL向上、そしてスタッフの医療的ケアの質の向上が得られると思われる。

△「在宅障害児・者の地域における入浴支援に関する研究(住総研 研究論文集 No 39,2012年版:野口祐子ら)」

施設入浴サービスによって「ご機嫌で帰ってくる」「よく眠れる」という本人のストレス軽減につながったケースが複数見られたことに加え、親以外の人との交流による気分転換とともに、情報を得て楽しみを生み出していることがわかったと考察している。

△『「超重症児」の在宅おふろ事例集<SMA:脊髄性筋萎縮症Ⅰ型篇>』(代表研究者:大泉江里)〈資料3〉によると、幼児期の段階から気管切開や在宅人工呼吸療法の適用となる場合が多いSMA(脊髄性筋萎縮症)Ⅰ型児の入浴ケアは、以下の点で困難を伴う。

- ・気管切開による首の穴に水を入れない
- ・呼吸の安定を確保する
- ・体温調節を適切に行う
- ・首が座っていないため、重い頭と細い首を支える
- ・脱臼や骨折に注意する
- ・カニューレ抜去などの不測の事態に常に備える

△『「超重症児」の在宅生活での入浴習慣の実際を知る～介護当事者の視点からの研究～＜SMA:脊髄性筋萎縮症Ⅰ型篇＞』（代表研究者:大泉江里）

「入浴習慣をどのように位置付けているか」との問いに対し、「リラックス・リフレッシュ（81.8%）」「排痰ケア＝加湿により痰を排出しやすくする（36.4%）」に加え、コミュニケーションが約3割、学習の機会や浮力で体を浮かせることができるためリハビリテーションの機会という回答もあり、単なる身の清潔ということ以上に、それぞれの生活の中で多様に位置づけがなされていることを確認している。

＜各論⑥＞ ◎欠席時対応加算の新設

△国立成育医療研究センターもみじの家のキャンセル率の実績」（別紙③参照）

・事前キャンセルと入所後の体調不良による緊急退所の合計）～25%

△大阪発達総合療育センターフェニックスのキャンセルによる損失（2018年度）

・1日 37,978 円（福祉報酬 35,768 円＋診療報酬 2,210 円）×685 日（キャンセル日数）
＝26,014,930 円

＜各論⑦＞ ◎送迎加算の増額

△社会福祉法人キャンパスの会 平成30年度実績より

・送迎に関する費用～月額583,646円／送迎1回あたり3,159円（送迎回数～月平均184.7回）※車両の減価償却分は含まず

△「医療的ケア児に関する保育ニーズ調査」（福岡市こども未来局／平成31年2月）

※「お子さんの教育・保育・療育等に関して、求めるサービス」

・自宅と上記施設等の送迎サービス～45.7%

△送迎支援についての実態調査の結果報告（きょうされん／2019年11月26日）

・定員総数に占める送迎利用人数の割合

放課後等デイサービス～96.2%

生活介護事業～70.9%

＜各論⑧＞ ◎高度な医療に対応する事業所への報酬の新設

△重症心身障害のある超重症児（者）と母親の生活の実態及び生活の質に関する調査研究（研究代表:帝京科学大学 加藤洋子／平成29年8月31日）

・母親の負担は「限界」になり、睡眠時間を確保し健康を維持しなければ継続したケアが困難となっている。

・医療的ケアがあると受け入れてくれるサービス事業所が少なく、放課後等児童デイサービスや卒業後の通所サービスが利用困難となっている。

・64%の母親が可能な限り在宅生活を続けたいと思っているが、36%の人が困難と感じていた。それは95%の人が介護による疲労が「限界」に達していると訴えているように、過酷な介護の実態があるからと考えられる。

- ・超重症児(者)、準超重症児(者)は、「高度医療依存児(者)」である。「医療的ケア児(者)」への支援と「高度医療依存児(者)」を棲み分けないと在宅医療が必要な超重症児(者)、準超重症児(者)の支援体制が整わないのではないかと。
- ・医療依存度の高い超重症児(者)、準超重症児(者)の母親の健康を維持することが在宅医療の継続に繋がり、家族全体の生活の質を維持・向上させるために重要である。

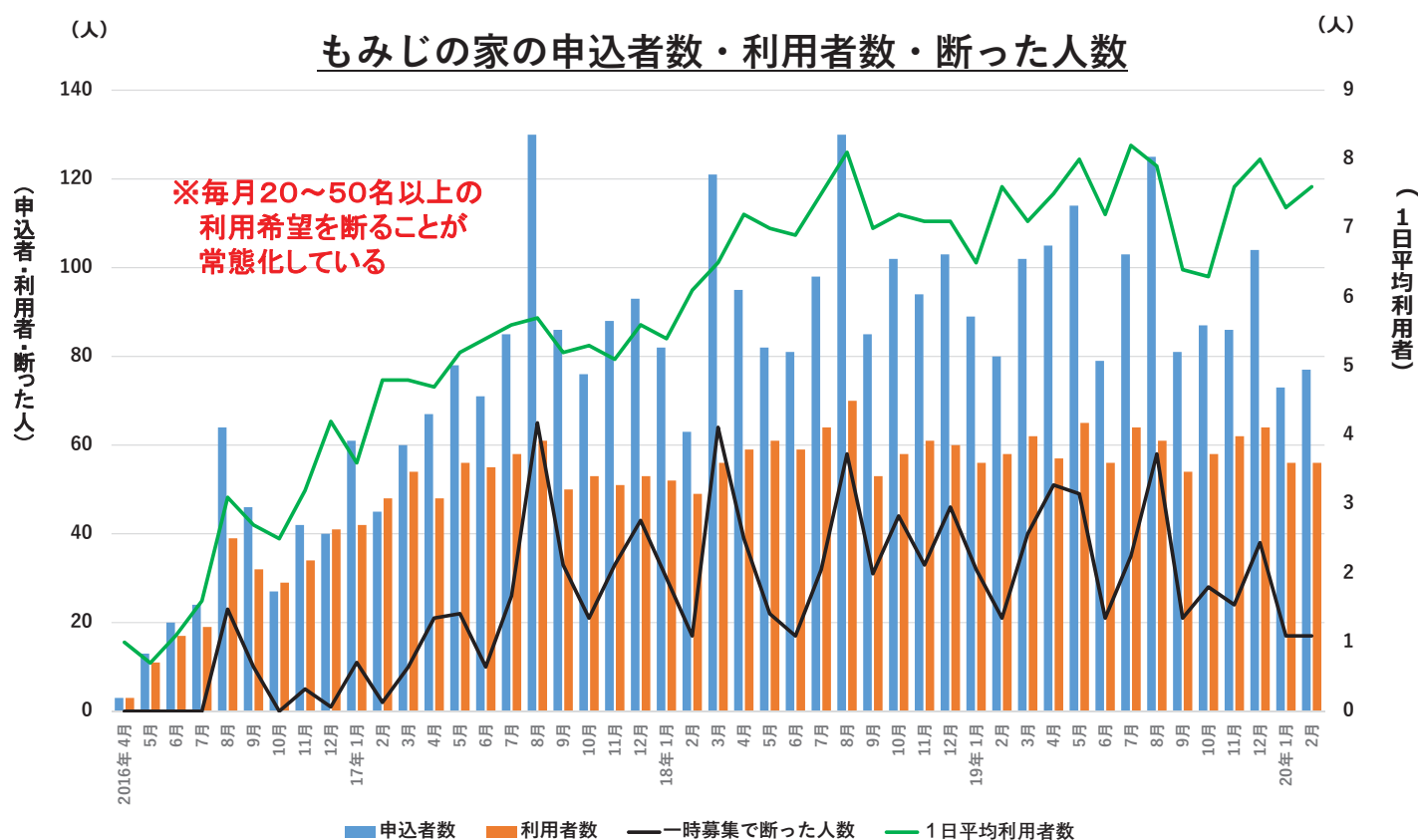
△公益社団法人日本医師会提出 平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関する意見等より

- ・短期入所における「高度医療対応型類型」の新設(別紙④参照)

△国立成育医療研究センターもみじの家提案

- ・短期入所サービス高度医療対応型類型(別紙⑤参照)

以上



超重症児・準超重症児者のみが入所している病棟での経費試算(A施設)

超重症児者32人、準超重症児者19人、計51人が入所している病棟について、超・準超重症児者の入所1人1日あたりの支出額(経費)の算定

(1) 病棟特定支出(この病棟にかかわる支出) : **34,228円**

- ① 人件費 : **27,237円** (病棟職員(医師、看護師、生活支援員等))
- ② 医療関連支出 : **5,811円** (医療機器(リース料、減価償却費を含む)、医療材料、医薬品、検査費用、酸素)
- ③ その他の病棟特定支出 : **1,180円** (看護補助業務委託費、病棟内修繕費、各種備品、消耗品)

(2) 給食関連支出 : **1,926円**

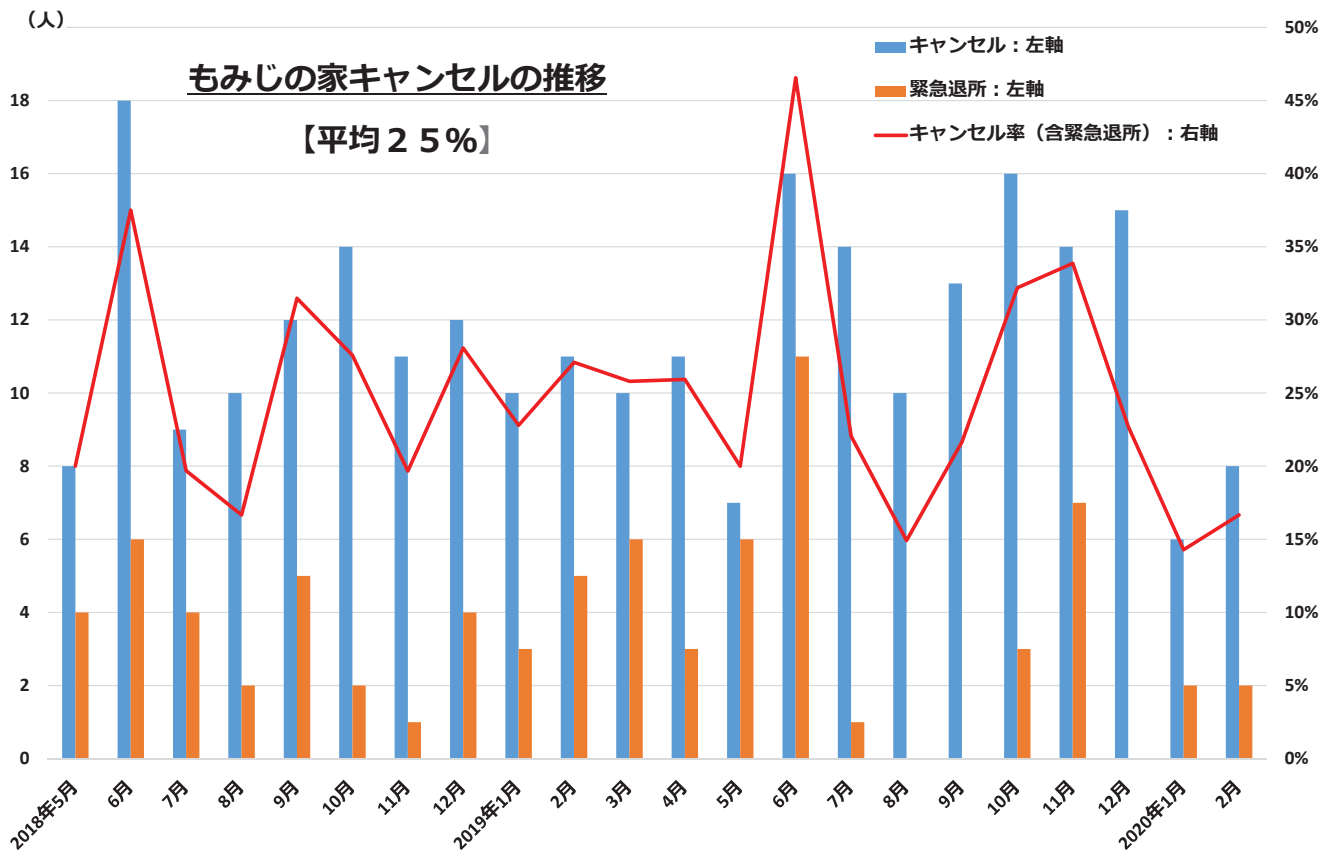
- ① 人件費 : **1,140円** (栄養士、調理員等)
- ② その他の支出 : **786円** (給食材料費、厨房機器、各種備品、消耗品、厨房維持管理費)

(3) 施設共通支出 : **7,285円**

- ① 人件費 : **1,309円** (事務員、用務員等)
- ② その他の支出 : **5,976円** (法人運営費、福利厚生費、研修費、水道光熱費、建物設備維持管理費、車両経費、賠償保険、通信費他)

合計 (1) + (2) + (3) 一人1日当たりの支出額 **43,439円**

その他のB施設の試算でも43,800円となり、**少なくとも43,400円の経費が必要**



(2) 医療的ケア児の各種支援体制の充実

① 短期入所における「高度医療対応型類型」の新設 【視点2】

【意見・提案を行う背景】

- 医療的ケア児の家族は休みなく子どものケアに当たっており、睡眠もままならない状況にある(参考資料5頁目参照)。家族の負担軽減のため、医療的ケア児の短期入所サービスの充実を図る必要があるが、医療的ケアを提供可能な医療型短期入所は、報酬単価が医療保険による報酬と比較すると低い水準にとどまり、参入が進んでいない。

【意見・提案の内容】

- 上記課題に対応するためには、短期入所における「高度医療対応型類型(仮称)」を新設する必要がある。
- 具体的には、医療型の報酬に加え、医療保険の障害者施設等入院基本料(1,588点/1日)相当を加算した報酬とする。また、主治医や看護職と連携し、喀痰吸引等研修修了者が対応する福祉型短期入所でも、医療的ケア児者の受け入れを可能とし、報酬上の扱いを医療型短期入所とする。
- また、医療型障害児入所施設等で行われる医療的ケアについて、「酸素療法」や「喀痰吸引」の加算の算定を可能とする。

《高度医療対応型類型(仮称)の概要》

類型	対象	報酬	備考
福祉型	障害児者全般	通常の児童福祉法・総合支援法の報酬(区分に応じた報酬)	児童の区分は3段階、成人の区分は6段階(最大でも1泊9千円)
医療型	重心判定児者等	医療型専用単価	福祉型の報酬より高水準(1泊2万5千円程度)。ただし医療機関のみ実施可能
高度医療対応型(新設)	医療的ケア児者	医療型単価に、医療保険の点数(1,588点)相当を加えた報酬とする	1泊4万円程度を想定

※短期入所サービス高度医療対応型類型（案）

1日のサービス利用	高度医療対応型短期入所サービス費（Ⅰ） ？単位／日	高度医療対応型短期入所サービス費（Ⅱ） ？単位／日
日中のみの利用	高度医療対応型特定短期入所サービス費（Ⅰ） ？単位／日	高度医療対応型特定短期入所サービス費（Ⅱ） ？単位／日
施設要件	次の基準を満たすとして、都道府県へ届け出た事業所 ・医療法第1条の5第1項に規定する病院であること ・病棟で看護職員を利用者に対して常時7：1以上配置し、夜勤は2以上及び看護職員のうち7割以上が看護師 ・24時間365日の救急医療を提供 ・全利用者の一定割合以上が超重症児・準超重症児 ・「歩ける医療的ケア児・者」の受け入れも行う	次のいずれかの基準を満たすとして、都道府県へ届け出た事業所 ・医療法第1条の5第1項に規定する病院か、もしくは第2項に規定する診療所であって19人以下の患者を入院させるための施設を有するもの ・介護保険法に規定する介護老人保健施設、介護医療院 ※高度医療対応型特定短期入所サービス費（Ⅱ）は、無床診療所も含む
対象者	厚生労働省が定める医療的ケア児・者	

3. 内多委員、福満委員提出資料

保育・療育、リハビリ等の日中活動の必要性 ※福満委員、内多委員提出資料

- 医療型短期入所には、個別性の高い障害への適切な対応や本人の発達支援・成長支援が求められている。実際に、医療型短期入所に関する実態調査の結果でも、保育・療育、リハビリ等の日中活動を実施している割合が大きい。
- 保育・療育、リハビリ等の日中活動を通じて、筋緊張緩和や、社会生活での他者との交わり、自宅と違う環境で過ごすことへの不安の解消(心身の安定)が期待できることから、医療型短期入所における日中活動に対する報酬上の評価が必要である。

【保育・療育なし】



- 寝かされているだけのため、表情が乏しく、不安を感じている。家族は後ろめたさを感じ、短期入所に預けることを躊躇する。
- 結果、子離れができず、施設利用や家族以外のケアに消極的になってしまう。

【保育・療育あり】



- 保育や療育があると、表情からもリラックスしていることがよくわかり、効果が大きいと言える。
- 家族も定期的に利用するようになり、職員も慣れてスムーズにケアが行える。

もみじの家の日中活動に対する利用者の感想

・「仲間との遊びが提供され、自宅では味わえない子どもらしい生活を送れる。」
・「子どもの笑顔がたくさん見られた。自宅では味わうことのできない楽しくワクワクする遊びの時間があること、子どもらしく生き生きと過ごせることに感謝しています。」



保育士やリハビリを担当する専門職員を配置し、個別支援計画を策定することを要件とした、日中活動に対する報酬上の評価が必要である。

超重症児者等の入浴支援 ※福満委員、内多委員提出資料

- 医療型短期入所に関する実態調査によると、利用者の入浴回数は60%以上が「1週間に1～2回」と頻度が低い
- 入浴時の職員の負担が最も大きい利用者は、人工呼吸器使用者や気管切開している人がそれぞれ60%以上で上位を占める
- また、その対応は80%以上の事業所で看護師が実施しており、医療の専門職による支援が欠かせない
- さらに、利用者家族の高齢化で自宅での入浴が困難となり、短期入所中での入浴のニーズは、今後一層高まるが見込まれる
- これらの実態を踏まえ、事業所での安心・安全な入浴支援の実施や専門職の業務負担の軽減を図るため、医療依存度の高い「超・準超重症児者」を入浴させた際の報酬上の評価が必要である

【入浴の効果】

- 入浴は清潔を保つだけでなく、血行を良くし、新陳代謝の促進や浮力の効果による筋肉・関節への負担軽減などの効能がある。逆に、入浴しないことで皮膚が不潔になり、疾患や褥瘡、ウイルス感染のリスクが高まる。
- 「入浴習慣の生活の中での位置づけ」は、「リラックス・リフレッシュ(81.8%)」「排痰ケア＝加温により痰を排出しやすくする(36.4%)」に加え、コミュニケーションが約3割、学習の機会や浮力で体を浮かせることができるためリハビリテーションの機会という回答もあり、それぞれの生活の中で多様に位置づけがなされている。

出典:「超重症児」の在宅生活での入浴習慣の実態を知る～介護当事者の視点からの研究～(代表研究者:大泉江里)

- さらに、施設入浴によって「ご機嫌で帰ってくる」「よく眠れる」など、本人のストレス軽減につながったケースが見られたことに加え、親以外の人との交流による気分転換とともに、情報を得て楽しみを生み出していることが明らかになっている。

出典:在宅障害児・者の地域における入浴支援に関する研究(住総研 研究論文集 No.39,2012年版:野口祐子ら)

【人工呼吸器使用や気管切開に対する困難さ】

- 「気管切開による首の穴に水を入れない」、「呼吸の安定を確保する」、「体温調節を適切に行う」、「カニユーレ抜去などの不測の事態に常に備える」、「脱臼や骨折に注意する」、「首が座っていないため、重い頭と細い首を支える」

出典:「超重症児」の在宅おふろ事例集<SMA:脊髄性筋萎縮症I型編>(代表研究者:大泉江里)

- 短期入所中での入浴は、看護師が3人がかり(吸引担当・アンピューバック担当・洗浄担当)での実施が必要なケースもある。【もみじの家の入浴支援の様子】写真参照)

【もみじの家の入浴支援の様子】



※ 参考

○ 日本人の77.2%は毎日風呂に入り、週に2回以下はわずかに6.3%である
出典:「入浴に関する世論調査」(時事通信社(2004年))

○ 一方、医療型短期入所を利用中にもほぼ毎日入浴できるのはわずか9.2%で、1週間に2回以下が60%以上、1回未満という事業所が5.4%存在する
出典:医療型短期入所に関する実態調査(厚生労働省)



医療依存度の高い「超・準超重症児者」の体調管理やQOLを高めるために、入浴の回数を増やし、職員の負担軽減を図るため、看護師を手厚く配置することを要件とした報酬上の評価が必要である。

4. 田口委員提出資料

1 MCSとは①

○在宅医療・ケアにおける多職種連携の重要性

- ・「医療・介護の分野は、様々な職種がそれぞれ専門性を高めて技術やサービスを高度化しており、もはやどの職種も、独力では全ての問題を解決することはできないのです。」
- ・「患者さん・利用者さんを中心に据えて、他の職種と目標・目的を共有しながら、話し合い、助け合って、良いケア・サービスを提供していくことが、これからの『当たり前』になります。」

（日本医師会「地域包括ケアと多職種連携」から引用）

1

1 MCSとは②

- ・「他の職種と目標・目的を共有しながら、話し合い、助け合って、良いケア・サービスを提供していくためには・・・



まずは、患者さんを支えるために必要な「あらゆる情報」を多職種チームの皆で「共有する」ことが必要です。

（情報共有 → 分析（専門的視点） →
課題抽出 → 解決策を見出す）

○全員が積極的な情報提供、共有の意識を！

2

1 MCSとは③

MedicalCare STATION

(通称「MCS : エム・シー・エス」)

MCSは「医療と介護のスムーズな情報連携」を
支援するツール

として、平成29年度から
県内全域で導入を進めてきたもの

3

1 MCSとは④

○導入状況など

- ・ 埼玉県のほか、栃木県、群馬県、京都府が
県全域で導入
- ・ 全国の200医師会以上が導入
- ・ 全国の30,000施設以上が参加

○埼玉県内の登録ユーザー数

7,462人 (令和2年2月末現在)

- ・ 毎月、100～200人くらいずつ
増えている状況

4

1 MCSとは⑤

MedicalCare STATION

- メンバーを限定した
拡散しないSNS
(医療・介護従事者専用)
- 任意のグループや
個人とタイムライン
形式でやり取り
- 導入＋運用コスト
＝ 0円！
(基本的には通信費のみ)



5

1 MCSとは⑥

【MCSのメリット】 (利用面)

- グループ (又は個人) 単位で情報を管理
⇒ やり取りした全情報がグループ (又は個人) 単位で管理されるので、経過の確認やファイルの管理が容易
- 誰に情報が伝わったか確認できる
⇒ メッセージごとに、誰が読んだか (確認したか) が分かる機能あり

6

1 MCSとは⑦

【MCSのメリット】（システム面）

- 専用のソフト不要、使う端末を選ばない
⇒情報をクラウドで管理。インターネットにアクセスできる環境があれば利用可能
- 強固なセキュリティ対策を実装
⇒個人情報の取扱いを前提としているため、IPA（独法 情報処理推進機構）が推奨する各種セキュリティ対策、三省ガイドライン（厚労省、総務省、経産省）にも準拠

7

1 MCSとは⑧

【MCSのデメリット】

- いつ情報を確認してもらえるか分からない
⇒情報の受け手が、いつメッセージを読むか不明。情報の受け取りが受け手のタイミングに委ねられるので、「緊急の用件」には不向き！

「緊急の用件は必ず電話で」のルールが必要

8

1 MCSとは⑨

MCSは良い所がたくさん！！



MCS

メリット

- 導入、運用コスト0円
- 専用ソフト不要、端末を選ばない
- 簡単操作、手軽
- 優れたセキュリティ対策を実装
- 事前にグループ化、誤送信のリスクが低い
- 相手を拘束しない
- 伝達スピードが早い
- 文字、写真等を送れるので正確性がある
- 一度のアクションで大勢に同じ情報を送れる

9

1 MCSとは⑩



MCS

デメリット

- × 緊急の用件には不向き
- × 利用するにはID登録が必要

利便性、効率性の高いICTだけど…
使い方はよく考えて

【まとめ】

- MCSはスムーズな情報連携のための一つの手段。
既存の手段とうまく組み合わせて、
便利に、効率的に情報連携していきましょう。

10

○本日の内容

1 MCS (Medical Care STATION) とは

2 MCSでできること

3 MCSの活用例

4 情報セキュリティ



MedicalCare STATION

11

2 MCSでできること①

○大きく分けて「3通り」の使い方があります。



- ・「患者グループタイムライン」

患者さんを中心にして、それを支える多職種チームで
情報連携

- ・「自由グループタイムライン」

任意の関係者（仲間同士、好きな人同士）が集まって
情報連携

12

2 MCSでできること②


患者リスト


グループ


つながり

- ・「つながり（個人タイムライン）」
個人同士、1対1で情報連携

○どの使い方も、基本的に操作は同じ。

⇒ ここから、基本的機能について
簡単に御紹介します。

13

2 MCSでできること③

MedicalCareSTATION でできること（やること）は？

①見る！

- ・タイムラインを見るだけで、手軽に情報把握
- ・時系列に情報が整理されているから分かりやすい

②書き込む！

- ・好きな時に気軽に書き込めばOK
- ・面倒な時はファイル添付（写真など）で

③ファイルを送る！

- ・写真でも、文書ファイルでも送れる
- ・検索機能を使えば、過去のファイルもすぐにみつかる

14

2 MCSでできること④

○見る！



新しいメッセージが
上に表示されます

- ・ 時系列に表示される
タイムラインを見る
(メッセージを読む)

- ・ 読んだら、を押す



誰がメッセージを読ん
だか確認できる！

15

2 MCSでできること⑤

○書き込む！



メッセージ入力
ボックス

- ・ メッセージ入力ボック
スに文字を入力し、送
信ボタンを押すだけ！



タイムラインの最上段
に表示される
(上から新しい順)

16

2 MCSでできること⑥

○ファイルを送る！



・メッセージ入力ボックスの左下にある  を押す

・送りたいファイルを選択して、送信ボタンを押す



タイムラインに表示される！

こんな感じで表示。
もちろん拡大もできる！

17

2 MCSでできること⑦

○各種ファイルで情報共有



・写真（動画）を送る！

訪問した際、気になることがあったら
写真や動画に撮って共有



・文書ファイルを送る！

必要書類、会議録等を
送って共有



・X線画像も送れます！

他にも、PC画面を画像化して送るなど、
手間を掛けずに情報共有が可能

送ったファイルは
検索もできます！

18