

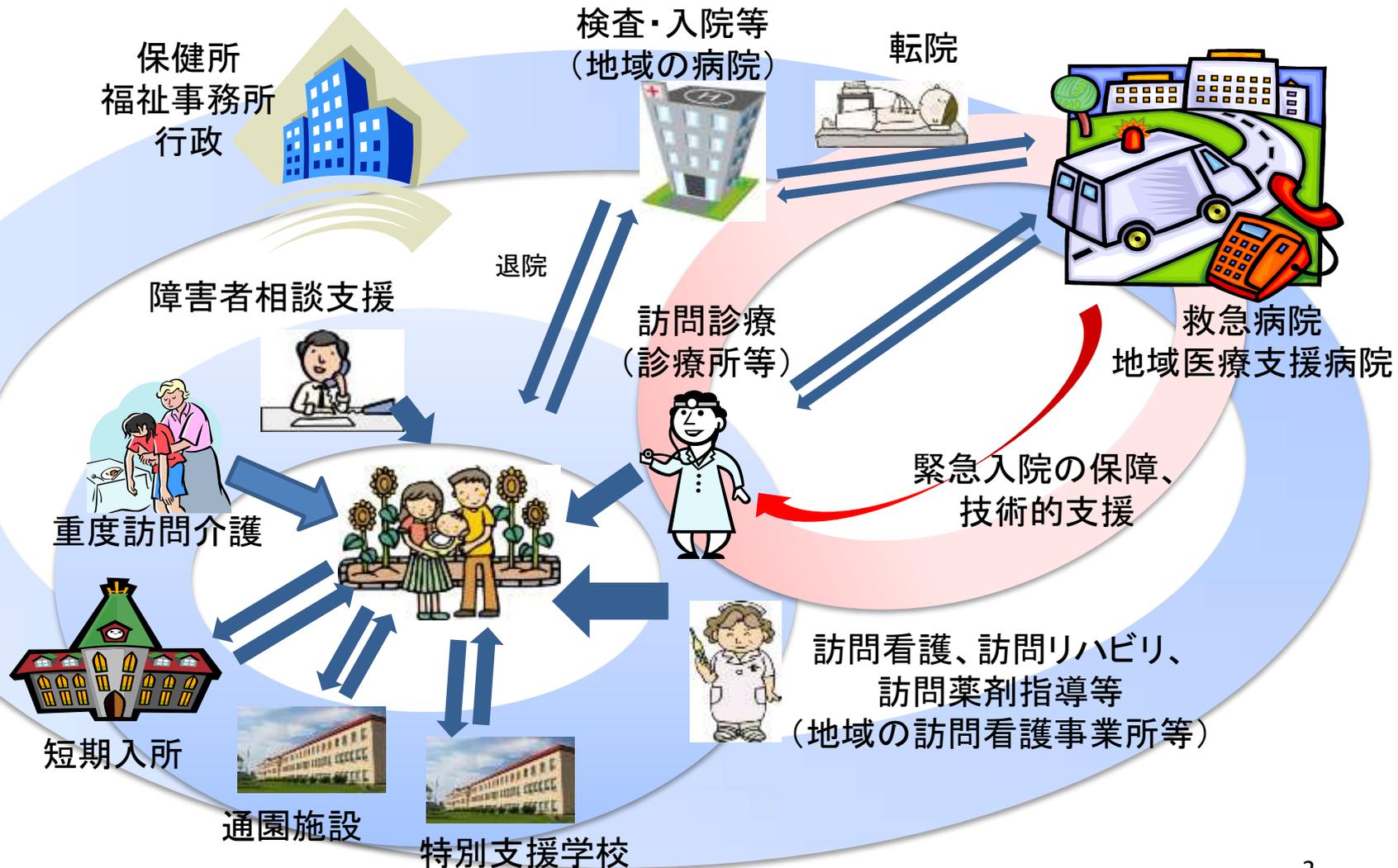
# 小児等在宅医療連携拠点事業 について

2013年7月26日

厚生労働省医政局指導課  
在宅医療推進室

# 平成25年度小児等在宅医療連携拠点事業の目指すイメージ

地域の医療・福祉関係者が顔の見える関係でつながり、関係者の連携によって問題が解決できることを目指す。



# 背景

# 在宅医療の推進に関する各種制度の変遷

## 診療報酬

1980年	1984年	1986年	1992年	1994年	1996年	2000年	2004年	2006年	2008年	2012年
在宅医療における指導管理料の新設 インスリン在宅自己注射指導管理料の創設	緊急往診の加算創設	訪問診療の概念導入 寝たきり老人訪問診療料の新設 各種の指導管理料の新設	在宅医療の包括点数の原型が誕生 寝たきり老人在宅総合診療料	各種指導料、管理料の創設 在宅時医学管理料、在宅末期総合診療料、ターミナルケア加算	在宅終末期医療の評価の充実 在宅末期医療総合診療料の適用拡大 在宅患者末期訪問看護指導料新設等	24時間の在宅医療の提供体制の評価 24時間連携加算の創設	重症者・終末期患者に対する在宅医療の充実 在宅終末期医療の評価の充実 重症者への複数回訪問看護の評価	在宅で療養する患者のかかりつけ機能の確立と在宅療養の推進 在宅療養支援診療所の創設	高齢者医療制度の創設に併せた在宅医療の充実と評価 在宅療養支援病院の創設	在宅医療の充実と評価 機能強化型在宅療養支援診療所・病院の創設

## 医療法・予算

1985年	1992年	1997年	2000年	2004年～	2006年	2011年	2012年
第1次医療法改正 地域医療計画の創設	第2次医療法改正 「居宅」が医療提供の場として位置づけられる	第3次医療法改正 地域医療支援病院の創設	第4次医療法改正 病床機能分化	訪問看護推進事業 (57百万円)	第5次医療法改正 医療機能分化・連携 在宅医療の確保に関する事項 を医療計画に位置づけ	在宅医療連携拠点事業 (108百万円)	在宅医療に係る体制構築の指針を发出 在宅医療連携拠点事業 (2100百万円)

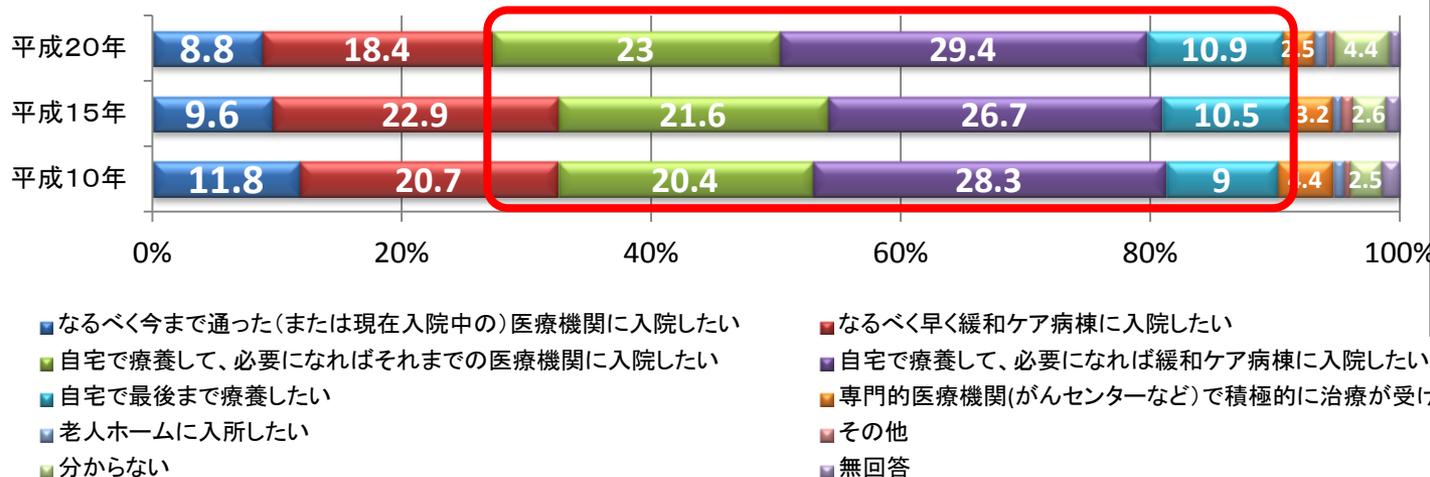
## その他

1973年	1980年	1982年	1986年	1989年	1990年	1991年	1992年	1994年	1995年	2000年	2006年	
老人福祉法改正 老人医療費の無料化	老人福祉法改正 老人医療費の有料化	老人保健法制定 疾病の予防・治療・機能訓練の保健事業を総合的に実施	老人保健法改正 老人保健施設の創設等	長寿社会対策大綱閣議決定 在宅サービスの拡充	福祉8法改正 在宅福祉サービスの推進を目的に8法を一括改正	老人保健法改正 老人訪問看護Sの創設	福祉人材確保法および看護婦等人材確保法の制定 ゴールドプランの円滑な実施を図るための福祉人材確保	健康保健法等改正 在宅医療を「療養の給付」として位置づけ 指定訪問看護制度の創設	21世紀福祉ビジョン 21世紀に向けた新たな介護システムの構築等	高齡社会対策基本法の成立 適切な介護のサービスを受けることができる基盤の整備	新ゴールドプラン ゴールドプランの数値目標の上方修正	介護保険法の施行 訪問介護倍増等
				ゴールドプラン 市町村における在宅福祉対策の緊急整備					高齡社会対策基本法の成立 適切な介護のサービスを受けることができる基盤の整備		介護保険の改正 介護予防の重視等	

# 在宅医療に関する国民のニーズ

- 自宅で療養して、必要になれば医療機関等を利用したいと回答した者の割合を合わせると、**60%以上の国民が「自宅で療養したい」と回答した**(上図)。
- また要介護状態になっても、**自宅や子供・親族の家での介護を希望する人が4割を超えた**(下図)。
- 住み慣れた環境でできるだけ長く過ごせるよう、また望む人は自宅での看取りも選択肢になるよう、在宅医療を推進していく必要がある。

## ■ 終末期の療養場所に関する希望



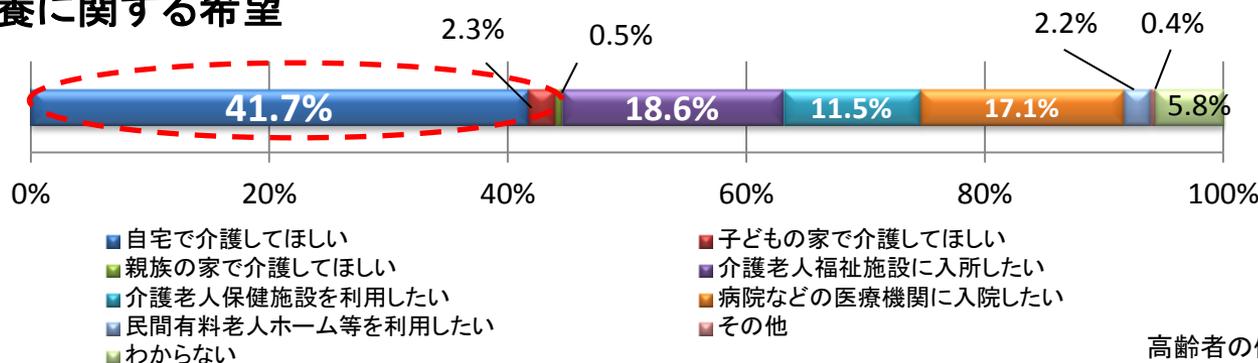
○調査対象及び客体  
 ・全国の市区町村に居住する満20歳以上の男女から5,000人を層化二段無作為抽出法により抽出  
 ・150国勢調査区の住民基本台帳から客体を無作為に抽出

○調査の方法  
 郵送法

○回収数  
 2,527人(回収率50.5%)

出典: 終末期医療に関する調査(各年)

## ■ 療養に関する希望



○調査対象  
 全国の55歳以上の男女5,000人

○調査の方法  
 調査員による面接聴取法

○標本抽出方法  
 層化二段無作為抽出法

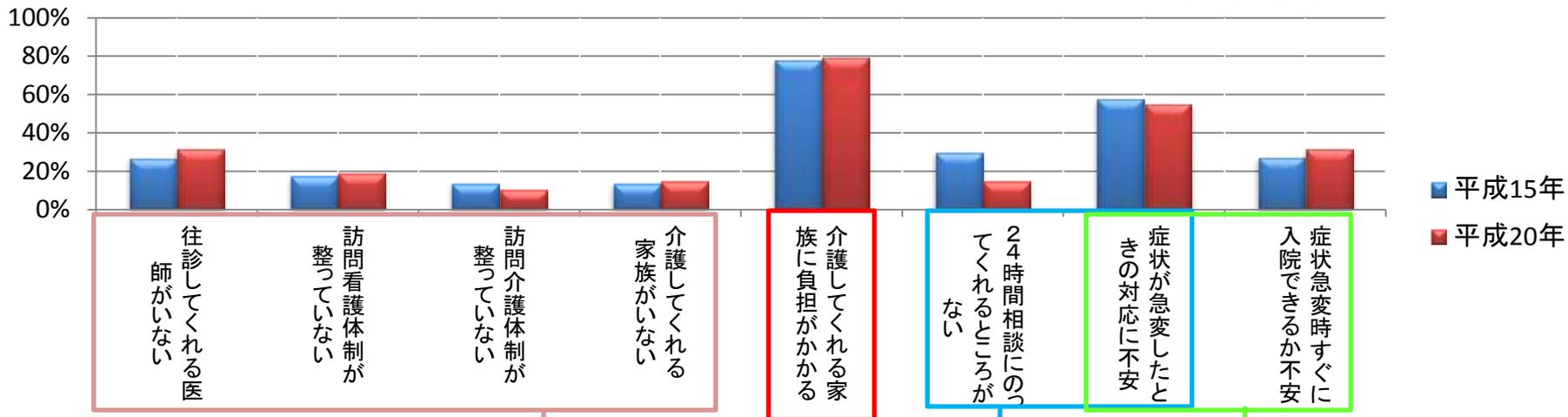
○回収数  
 3,157人(回収率63.1%)

# 在宅医療推進にあたっての課題

- 在宅医療を必要とする者は2025年には29万人と推計され、約12万人増えることが見込まれる。
- 急性期治療を終えた慢性期・回復期患者の受け皿として、終末期ケアも含む生活の質を重視した 医療としての在宅医療のニーズは高まっている。

## ■在宅療養移行や継続の阻害要因

出典：終末期医療に関する調査（各年）



## ■在宅医療推進にあたっての課題

在宅医療・介護サービス供給量の拡充  
医療/介護の連携によるサービスの質の向上及び効率化

家族支援

在宅療養者の後方ベッドの確保・整備

24時間在宅医療提供体制の構築

# 在宅医療・介護連携・推進に当たっての課題

## 【社会保障・税一体改革大綱】(抄)

- 急性期をはじめとする医療機能の強化、病院・病床機能の役割分担・連携の推進、在宅医療の充実等を内容とする医療サービス提供体制の制度改革に取り組む
- できる限り住み慣れた地域で在宅を基本とした生活の継続を目指す地域包括ケアシステム(医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援)の構築に取り組む

## 在宅医療・介護連携・推進に当たっての課題

- 現状を将来に投影した場合、1日当たり入院者数は、133万人→162万人(2025年)に増加。このニーズに対応する必要病床数も急増が見込まれる。

	平成23(2011)年度	平成27(2015)年度	平成37(2025)年度
高度急性期	【一般病床】 107万床	【一般病床】 114万床	【一般病床】 129万床
一般急性期			
亜急性期・回復期等			
長期療養(慢性期)	23万床	27万床	34万床
精神病床	35万床	36万床	37万床
入院計	166万床	178万床	202万床

※社会保障・税一体改革における「医療・介護に係る長期推計」におけるデータによる。

- 高齢者数(65歳以上)の増加は特に都市部において深刻である。



人口推計(平成23年10月1日現在)

国立社会保障・人口問題研究所「都道府県の将来推計人口(平成24年1月推計)」

- ケアマネジャーは医師との連携がとりづらいつ感じている。また、医師も生活支援に関する関心も高いとはいえず、医療と介護の連携が十分ではない。



「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の実態に関する調査報告書」(平成21年度老人保健健康増進等事業)

- 訪問診療を提供している医療機関も病院の3割、診療所の2割程度であり、十分とは言えない。

	箇所	対全数の割合(%)
病院	2,407	28.0
診療所	19,950	20.0
訪問看護ステーション	5,815	—

病院、診療所: 厚生労働省「医療施設調査(静態)」(平成23年)

訪問看護ステーション: 介護給付費実態調査(平成23年)

# 在宅医療・介護の推進

# 在宅医療・介護の推進について

**できる限り、住み慣れた地域で必要な医療・介護サービスを受けつつ、安心して自分らしい生活を実現できる社会を目指す。**

- 我が国は国民皆保険のもと、女性の平均寿命86歳(世界2位)、男性79歳(同8位)を実現するなど、世界でも類を見ない高水準の医療・介護制度を確立。
- 65歳以上の高齢者数は、2025年には3,657万人となり、2042年にはピークを迎える予測(3,878万人)。
- 世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく。
- 国民の60%以上が自宅での療養を望んでいる。
- ケアマネジャーの50%近くが医師との連携が取りづらいと感じているなど医療・介護の連携が十分とはいえない。

- 国民の希望に応える療養の場の確保は、喫緊の問題。
- 「社会保障・税一体改革大綱」に沿って、病院・病床機能の分化・強化と連携、在宅医療の充実、重点化・効率化、地域包括ケアシステムの構築等を着実に実現していく必要があり、2025年のイメージを見据えつつ、あるべき医療・介護の実現に向けた策が必要。

## ■ 施策を総動員し、「在宅医療・介護」を推進

### ○ 予算での対応

- ・平成24年度補正予算や平成25年度予算により、在宅医療・介護を推進

### ○ 制度的対応

- ・平成25年度からの5カ年の医療計画に、新たに「在宅医療について達成すべき目標、医療連携体制」等を明記
- ・在宅医療の法的位置づけを含め、医療法改正について検討中

### ○ 診療報酬・介護報酬

- ・24年度同時改定において、在宅医療・介護を重点的に評価

### ○ 組織

- ・省内に「在宅医療・介護推進プロジェクトチーム」を設置し、在宅医療・介護を関係部局で一体的に推進

# 在宅医療・介護に関する予算事業

## 1 在宅医療・介護を担う人材の育成

- 多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業
- 歯の健康力推進歯科医師等要請講習会
- 訪問看護推進事業
- 介護人材確保等のための各種事業(多様な人材の参入促進、人材育成による介護職員の資質の向上と定着促進、処遇の改善と魅力ある職場づくり)
- 居宅介護従事者等養成研修事業

## 2 在宅医療・介護の実施拠点の整備

- 在宅歯科診療設備整備事業
- 在宅医療拠点薬局整備事業
- 訪問看護支援事業
- 栄養ケア活動支援整備事業
- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護・小規模多機能型居宅介護の推進
- 複合型サービスの推進

## 3 在宅医療・介護の連携推進

- 介護と連携した在宅医療の体制整備(地域医療再生臨時特例交付金の拡充)
- 地域ケア会議活用推進等事業
- 在宅歯科診療連携室整備事業
- 薬物療法提供体制強化事業

## 4 個別の疾患等に着目したサービスの充実・支援

### (1) サービスの充実・支援に向けた取組

- 国立高度専門医療研究センター(5カ所)を中心とした在宅医療推進のための研究事業
- 在宅医療推進のための医療機器承認促進事業
- チーム医療・在宅医療推進のための看護業務の安全性等検証事業

### (2) 個別の疾患等に対応した取組

- 小児等在宅医療連携拠点事業
- 難病患者の在宅医療・在宅介護の充実・強化事業
- HIV感染者・エイズ患者の在宅医療・介護環境整備事業
- 在宅緩和ケア地域連携事業・緩和ケア推進事業
- 在宅での医療用麻薬使用推進モデル事業
- 在宅介護者への歯科口腔保健推進設備整備事業
- 認知症対策等総合支援事業

- 平成25年度からの医療計画には、新たに「在宅医療について達成すべき目標、医療連携体制」等を盛り込むこととし、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」などを含めた連携体制を位置づけ。  
医療計画に基づく体制の構築に必要な事業費等に対応するため、平成24年度補正予算において、地域医療再生基金を積み増し。
- 国において、平成23年度及び24年度に実施した「在宅医療連携拠点事業」で得られた成果を随時、情報提供する予定。  
都道府県においては、これらの知見を参考に、在宅医療・介護提供体制の確保のため、市町村や地域医師会等の関係者と連携した取組を実施。

## (在宅医療推進事業の例)

- ・地域全体の在宅医療を推進するに当たり、特に重点的に対応が必要な地域での取組の実施。
- ・事業実施に当たっては市町村が主体となって、地域医師会等と連携しながら在宅医療の提供体制構築に向けた取組を支援。
- ・具体的には、以下のような取り組みを通して、地域の在宅医療・介護関係者の顔の見える関係の構築と、医療側から介護への連携を働きかける体制作りに取り組むことが考えられる。
  - ① 地域の医療・福祉資源の把握及び活用
  - ② 会議の開催(会議への医療関係者の参加の仲介を含む。)
  - ③ 研修の実施
  - ④ 24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築
  - ⑤ 地域包括支援センター・ケアマネを対象にした支援の実施
  - ⑥ 効率的な情報共有のための取組(地域連携パスの作成の取組、地域の在宅医療・介護関係者の連絡様式・方法の統一 など)
  - ⑦ 地域住民への普及・啓発

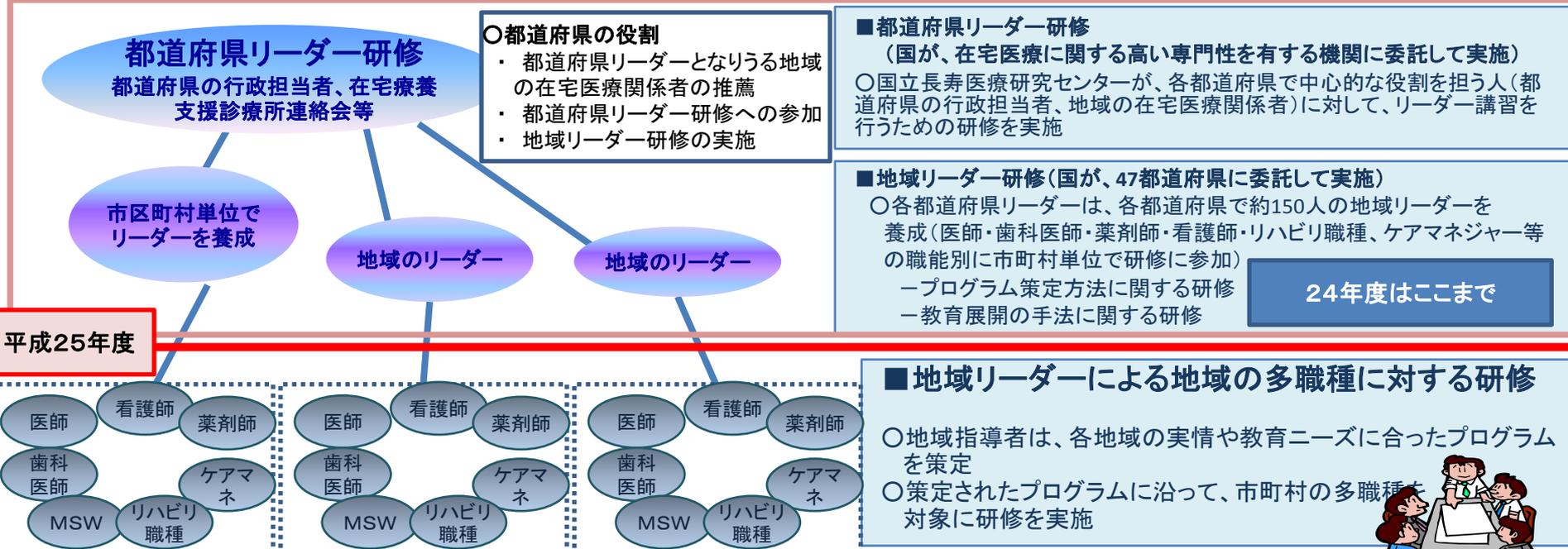
# 多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業

25年度予算 100百万円

## ■本事業の目的

- 在宅医療においては、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、リハビリ職種、ケアマネジャー、介護士などの医療福祉従事者がお互いの専門的な知識を活かしながらチームとなって患者・家族をサポートしていく体制を構築することが重要である
- 国が、都道府県リーダーに対して、在宅医療を担う多職種がチームとして協働するための講習を行う(都道府県リーダー研修)
- 都道府県リーダーが、地域リーダーに対して、各地域の実情やニーズにあった研修プログラムの策定を念頭に置いた講習を行う(地域リーダー研修)
- 地域リーダーは、各地域の実情や教育ニーズに合ったプログラムを策定し、それに沿って各市区町村で地域の多職種への研修を行う。これらを通して、患者が何処にいても医療と介護が連携したサポートを受けることができる体制構築を目指す

※WHO(世界保健機関)は、「多職種協働のためには、多職種の研修が重要である。」と推奨している。(2002年)



# 在宅医療連携拠点事業(平成24年度まで)

平成23年度 10カ所  
平成24年度 105カ所

## 【背景】

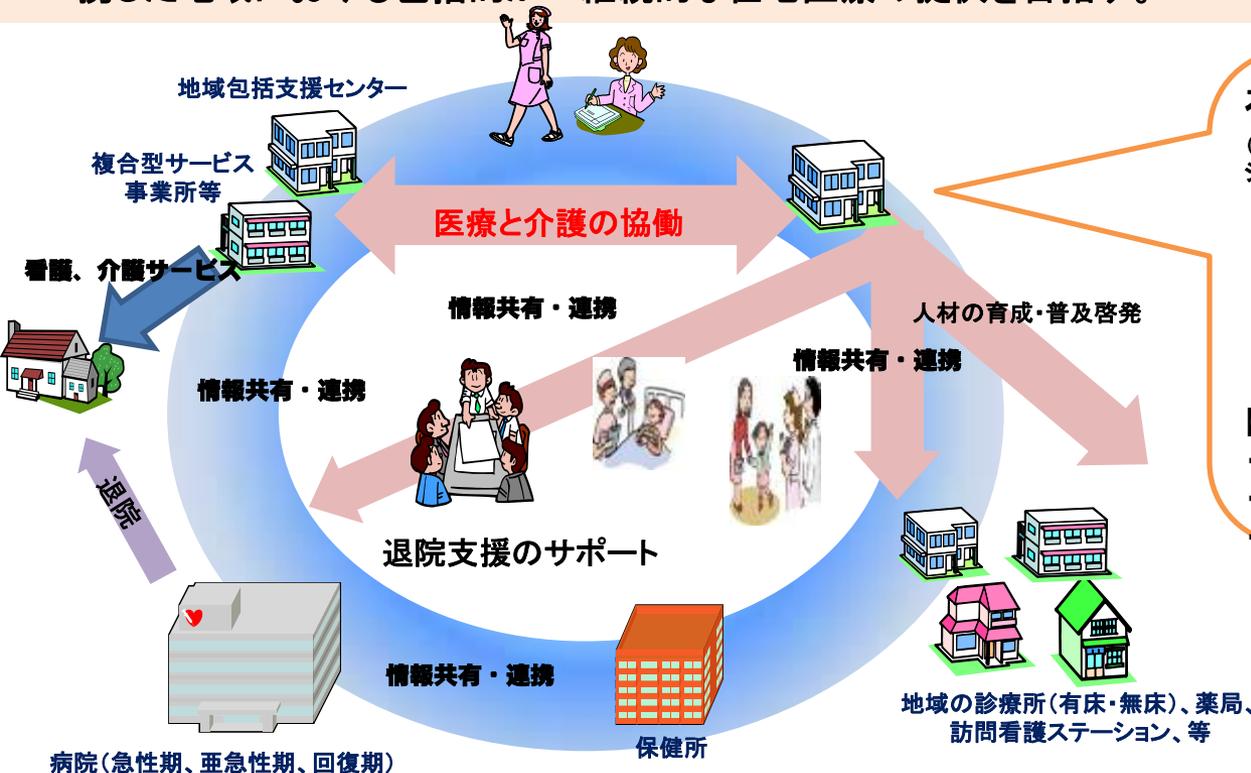
- 国民の60%以上が自宅での療養を望んでいる。
- 特に都市部において急速な高齢化が進展しており、死亡者数は、2040年にかけて今よりも約40万人増加。

## 【在宅医療・介護における課題】

- 在宅医療を推進するには、関係する機関が連携し、医療と介護のサービスが包括的かつ継続的に提供されることが重要。しかし、これまで、医療側から働きかけての連携の取り組みが十分に行われてきたとはいえない。

## 【事業の概要】

- 在宅医療を提供する機関等を連携拠点として、多職種協働による在宅医療の支援体制を構築し、医療と介護が連携した地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供を目指す。



## 在宅医療連携拠点

(在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所・訪問看護ステーション・医師会等)

連携拠点に配置されたケアマネジャーの資格を持つ看護師等と医療ソーシャルワーカーが地域の医療・介護を横断的にサポートすることで、病気をもちながらも住み慣れた地域で自分らしく過ごすことが可能となる。

### 【具体的な活動】

- ・地域の医療・介護関係者による協議の開催
- ・医療・介護関係機関の連携促進
- ・在宅医療に関する人材育成や普及啓発

24時間連携体制、チーム医療提供

# 平成24年度在宅医療連携拠点事業

## 実施主体

実施主体	箇所数	実施主体	箇所数
自治体	14	医師会等医療関係団体	16
病院	32	訪問看護ステーション	10
うち在宅療養支援病院	14	薬局	1
診療所	29	その他(NPO法人等)	3
うち在宅療養支援診療所	28	合計	105

## (1) 地域の医療・福祉資源の把握及び活用

- ◆地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、地図又はリスト化
- ◆更に連携に有用な項目(在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等)も調査し、関係者に配布、ネット上に公表等



### 【効果】

- ◆照会先や協力依頼先を適切に選べるようになった。
- ◆医療機関への連絡方法や時間帯、担当者が明確になり、連携がとりやすくなった。

## (2) 会議の開催

- ◆関係者が集まる会議を開催し、地域の在宅医療・介護の課題を抽出し、解決策を検討

### 【効果】

在宅医療多職種連携会議の開催回数とその評価



## (3) 研修の実施

- ◆グループワーク等の多職種参加型研修の実施
- ◆訪問診療同行研修の実施
- ◆医療機器に係る研修等の座学
- ◆介護職種を対象とした医療教育に関する研修等

### 【効果】

- ◆介護職、医療職間の理解が促進され、研修に参加した事業所、医療機関等による新たな連携体制が構築できた。
- ◆専門医療機関との勉強会等で各職種のスキルアップができた。

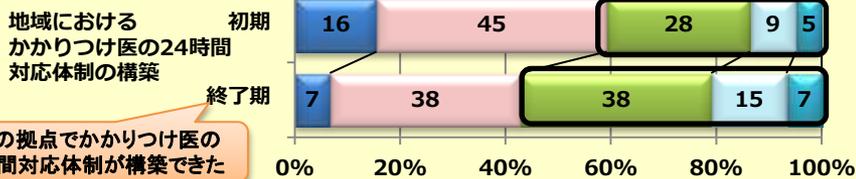
# 平成24年度在宅医療連携拠点事業

## (4) 24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築

- ◆ 緊急入院受け入れ窓口の設置
- ◆ 主治医・副主治医制のコーディネート 等

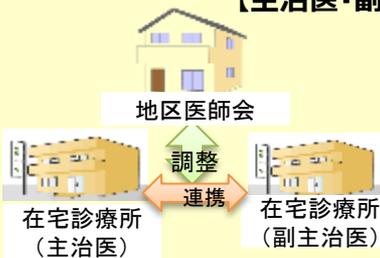
### 【効果】

24時間対応の在宅医療提供体制



60%の拠点でかかりつけ医の24時間対応体制が構築できた

- 未構築
  - 構築不足
  - まあまあ構築
  - よく構築
  - 非常によく構築
- 【主治医・副主治医制】



担当医調整様式(例)

## (5) 患者・家族や地域包括支援センター・ケアマネージャーを対象にした相談窓口の設置

- ◆ 患者・家族、地域包括支援センターやケアマネからの在宅医療・介護に係る総合的な問い合わせへの対応

### 【効果】

- ◆ ケアプランに必要な医療的支援を位置づけられ、より適切なケアマネジメントが行われるようになった。
- ◆ 医療・介護ニーズが高い方について、各関連施設への連絡・調整が円滑になった。

## (6) 効率的な情報共有のための取組

- ◆ 地域の在宅医療・介護関係者の連絡のための様式・方法の統一
- ◆ 地域連携クリティカルパスの作成
- ◆ ショートステイの空き情報等のネット上のリアルタイム情報の発信

### 【効果】

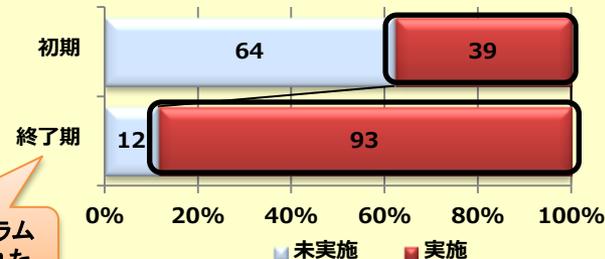
- ◆ 多職種の専門性を生かした質の高いサービスの提供ができた。
- ◆ ICTやメーリングリストを活用することにより、タイムリーな情報共有が可能となった。

## (7) 地域住民への普及啓発

- ◆ 地域住民を対象にしたシンポジウムの開催
- ◆ 地域住民に対する在宅医療相談窓口の設置(市の施設への設置、病院への設置)
- ◆ パンフレット、チラシ、区報、ホームページ等を活用

### 【効果】

フォーラム・講演会等の開催



93%の拠点でフォーラムや講演会が開催された

# 平成24年度在宅医療連携拠点事業（事例）

## 長野県須坂市

### 須高在宅ネットワークの体制の構築

#### ● 須高地域医療福祉推進協議会

3市町村長、三師会長、保健福祉事務所長、3病院長、介護保険施設の代表等

#### ● ネットワーク体制構築

病 院： 3施設（県立須坂病院・新生病院・轟病院）

診療所： 18診療所

訪問看護事業所： 6事業所

行 政： 3市町村（須坂市・小布施町・高山村）

◆ 医師会・三病院・訪問看護ステーション・三市町村で住民が24時間安心して在宅療養ができる体制を構築。

◆ 緊急対応は、在宅療養支援病院（新生病院・轟病院）と診療所と訪問看護ステーションがチームとなって対応する。

## 山形県鶴岡地区医師会

### 14のアクションプランを計画・実行

- 研修会・意見交換会の開催
- 主任介護支援専門員へのアンケート調査
- 連携シートの作成（ケアマネ⇔医師）
- NET4U（患者情報共有ツール）の利用促進・導入促進
- 行政担当者との定期的なミーティング
- 短期入所の空き情報提供（毎週更新）
- 医療依存度の高い方の施設受入れ情報DB作成



## 福岡県宗像市医師会

#### ● 在宅用診療情報提供書

#### ● バックベッド受け入れ手順書

受診歴のない方の情報を事前に登録し  
緊急入院に備えたバックベッドの体制の構築

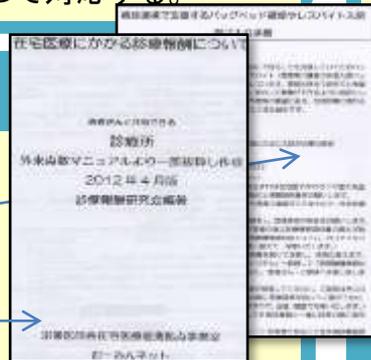
#### ● 在宅医療診療報酬

連携の方法と代診の診療報酬算定の取り決め

#### ● 資源ガイド・在宅支援ネットワークマニュアル

薬剤・医療材料供給システム、  
在宅医連携マニュアル  
災害支援情報を作成

#### ● iPadを使った情報共有システム（開発中）



## 東京都板橋区医師会

#### ● 療養相談室によるケアマネ等への支援

困難事例等について居宅介護支援事業所、地域包括支援センターからの相談体制を整備

#### ● 主任ケアマネジャーの会（月1回）の設置

ケアマネ、拠点担当医師、看護師が参加

#### ● Care&Cure会議（月1回）の開催

日常的にチームを組んでいる訪問介護兼居宅介護支援事業所管理者、拠点担当医師、看護師、MSWが参加

# 平成24年度在宅医療連携拠点事業

## 中間まとめ

- 平成23年度の10ヶ所、平成24年度は105ヶ所の地域において、都道府県、市町村、医師会、在宅療養支援診療所(病院)、訪問看護ステーション等が連携拠点となり、在宅医療において、医療側から介護への連携を図る取り組みを実施。
- 各拠点においては、平成23年度の在宅医療連携拠点事業で得られた知見を活かし市町村と地域医師会が連携を図りつつ取組みが進められた。
- 拠点事業の効果としては、在宅医療提供機関間のネットワークの構築により在宅医療提供機関数が増加するとともに、重症例への対応機能の強化につながり、在宅医療の充実と在宅医療を含めた地域包括ケアシステムの構築に寄与したと考えられる。
- また、顔の見える関係性が構築されたことで介護関係者側にとっては医療関係者へのアプローチが容易になり、医療者側の介護への理解も深まった。さらに研修会等で介護関係者の医療分野の知識の充実が図られる等を通じてケアマネジメントの質が向上していると考えられる。
- 地域包括ケアシステムの実現のためには、地域において面的に在宅医療・介護連携を展開していくことが不可欠であるが、その推進体制としては地域全体を見渡せ、中立的な立場で関係者間の調整を行うことができる市町村が中心となり、医療側から他職種も含めて地域全体に働きかけやすい医師会等の理解と協力を得て取り組むことが重要であることが改めて確認された。またその前提として都道府県レベルでの関係団体等への働きかけや調整など、都道府県が市町村を支援する体制を整えることも重要である。

# 在宅医療・介護の連携推進の方向性

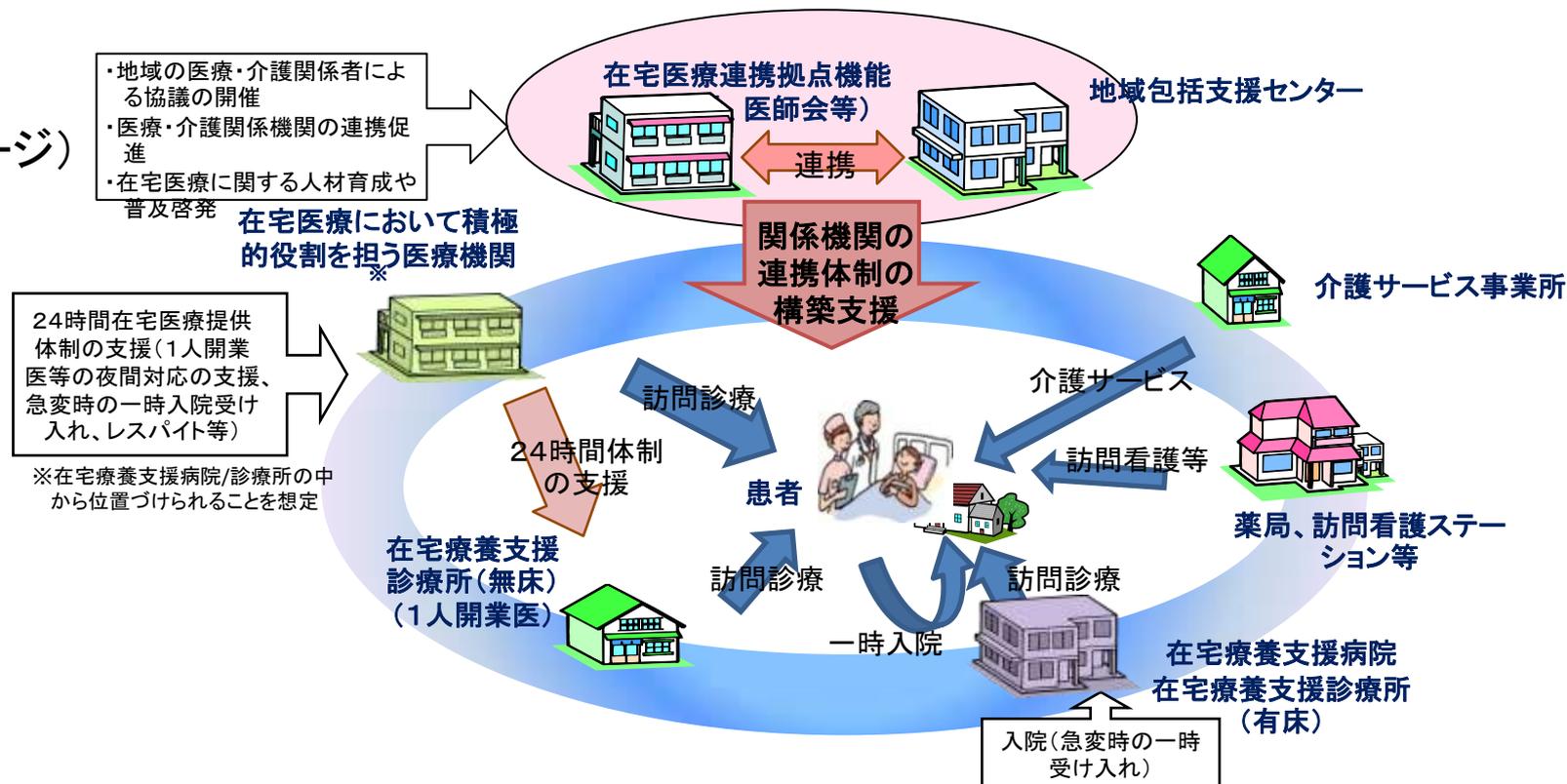
○ 疾病を抱えても、自宅等の住み慣れた生活の場で療養し、自分らしい生活を続けられるためには、地域における医療・介護の関係機関(※)が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を行うことが必要である。

(※)在宅療養を支える関係機関の例

- ・地域の医療機関（定期的な訪問診療の実施）
- ・在宅療養支援病院・診療所(有床)（急変時に一時的に入院の受け入れの実施）
- ・訪問看護事業所（医療機関と連携し、服薬管理や点眼、褥瘡の予防、浣腸等の看護ケアの実施）
- ・介護サービス事業所（入浴、排せつ、食事等の介護の実施）

○ このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、市町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を図る。

(イメージ)



# 小児等の在宅医療について

# 小児等の在宅医療における 高齢者との違いと課題

- NICUに長期に入院する児の中には、在宅医療の適応のある児も多い。
  - NICU等の病床の適切な利用のためにも、小児等に対する在宅医療を充実することが必要。
- 高齢者に比較して患者数が少ない。
- 在宅人工呼吸器の使用等、医療密度の高い児が多い。
  - 専門医療機関を含めた広域な連携体制の構築が必要。
- 小児在宅医療患者を受け入れる医療機関が少ない。
  - 在宅医療を提供する医療機関の拡充が必要。
- 教育関係者との連携も必要。

# 長期入院児の転帰

- 研究班の報告書によると、年間の長期入院児の発生数のうち、約55%（約120名）に対する受入れ施設あるいは在宅支援体制を整える必要がある。

長期入院児\*の年間発生数：  
約220例（約2.2例/出生1万人）  
\*12ヶ月以上のNICU入院児を長期入院児とした

(参考) 年間NICU入院 約36,000例

死亡退院：約15%

自宅退院：約30%

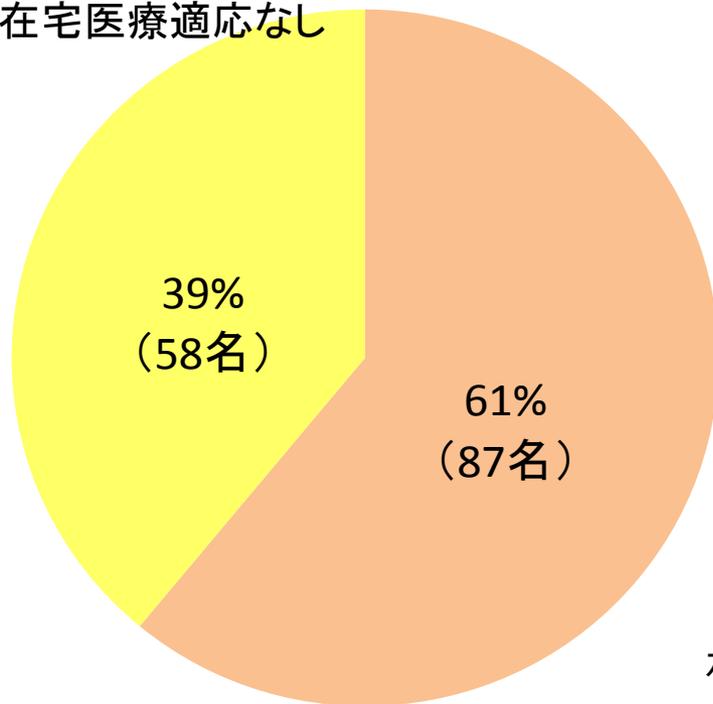
約55%（約120名）の症例に対し、受入れ施設  
あるいは在宅支援体制を整える必要がある。

# NICUから在宅医療への移行の阻害要因

- 研究班が行った新生児施設へのアンケート調査によると、長期人工換気患者がNICUを退院できない理由の上位は、「病状が安定しない」24%、「家族の受け入れ不良」20%、「家族の希望なし」18%であった。

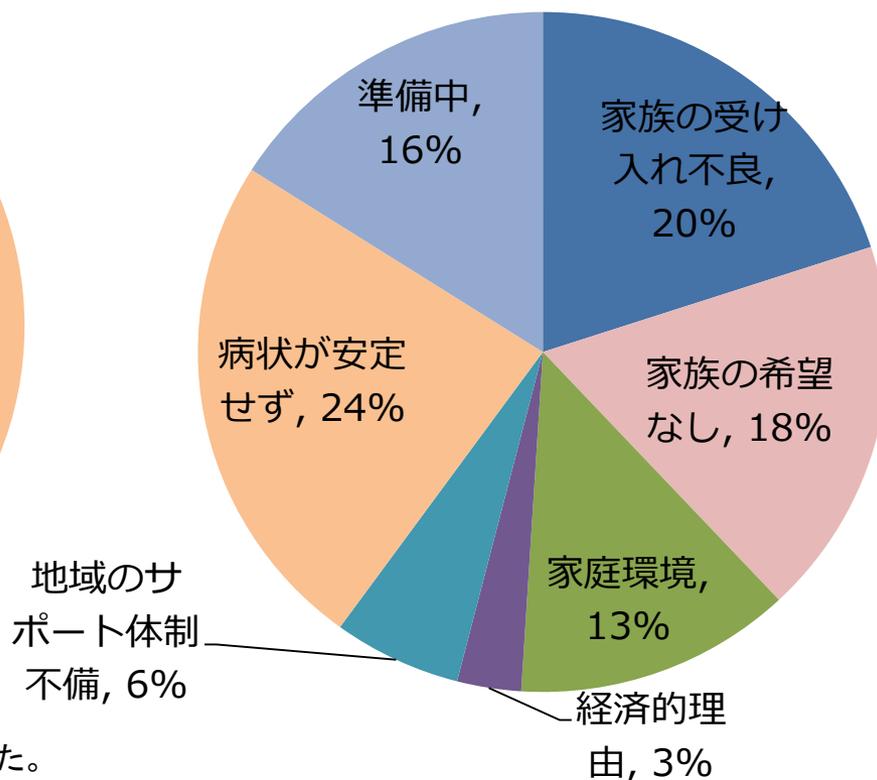
長期人工換気患者\*(n=145)

- 在宅医療適応あり
- 在宅医療適応なし



NICU入院中の長期人工換気患者

退院できない理由

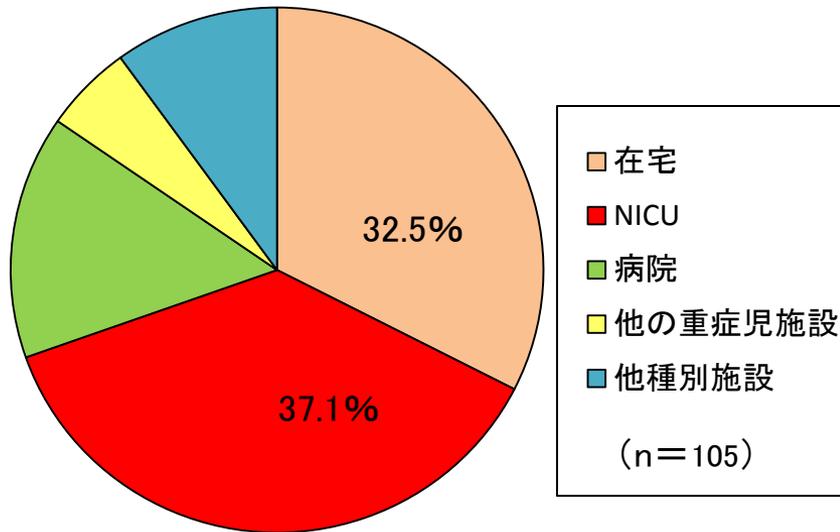


\*6ヶ月以上人工換気患者を長期人工換気患者とした。

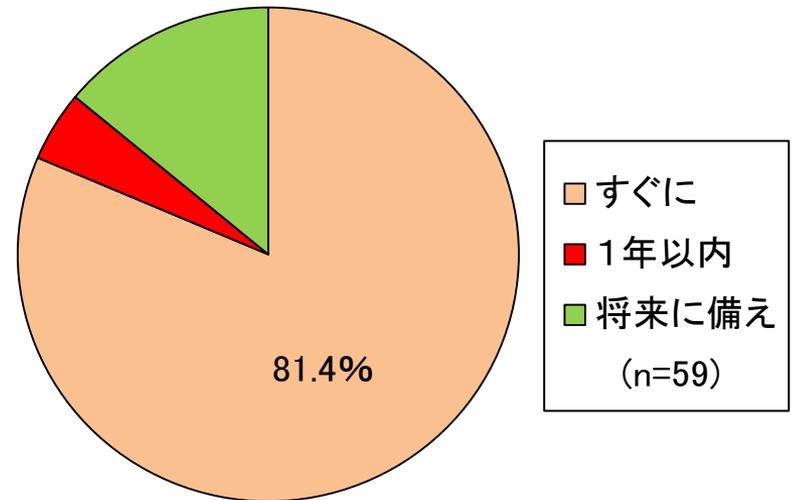
# 重症心身障害児施設における入所待機の状況

- 研究班が行った重症心身障害児施設へのアンケート調査によると、入所待機のうち0～5歳では待機場所は新生児集中治療室（NICU）が最も多く37%を占めていた。また、待機場所がNICUの重症児は入所希望時期が「空き次第すぐに」が81.4%と極めて高かった。

## 待機状況（場所）（0～5歳）



## 入所希望時期（NICU）



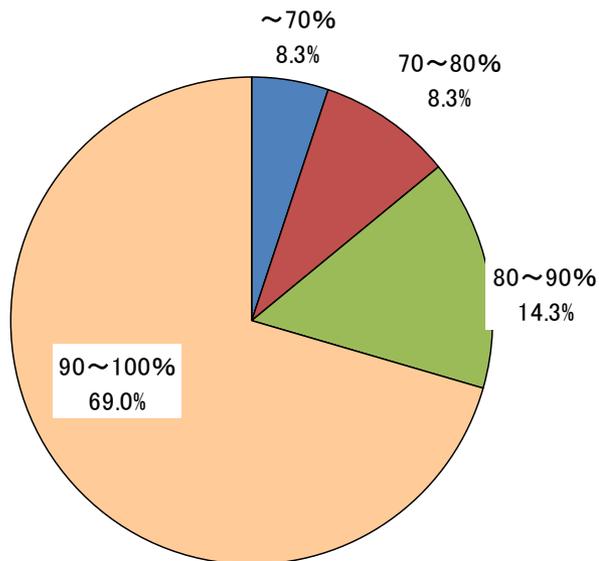
# 母体及び新生児の搬送受入

- 約7割の総合周産期母子医療センターにおいて、NICU（新生児集中治療管理室）の病床利用率が90%超。母体・新生児の搬送受入れが困難である理由として、「NICU満床」と回答したセンターは9割を超えている。

## 「周産期医療ネットワークに関する実態調査（平成23年1月実施）」結果にみる現状について

NICU病床利用率について  
(総合周産期母子医療センター84施設における21年度実績)

### NICU病床利用率90%超のセンターは約7割



母体及び新生児搬送受入れができなかった理由について  
(総合周産期母子医療センター 21年度実績)

### 受入れができなかった主な理由は「NICU満床」

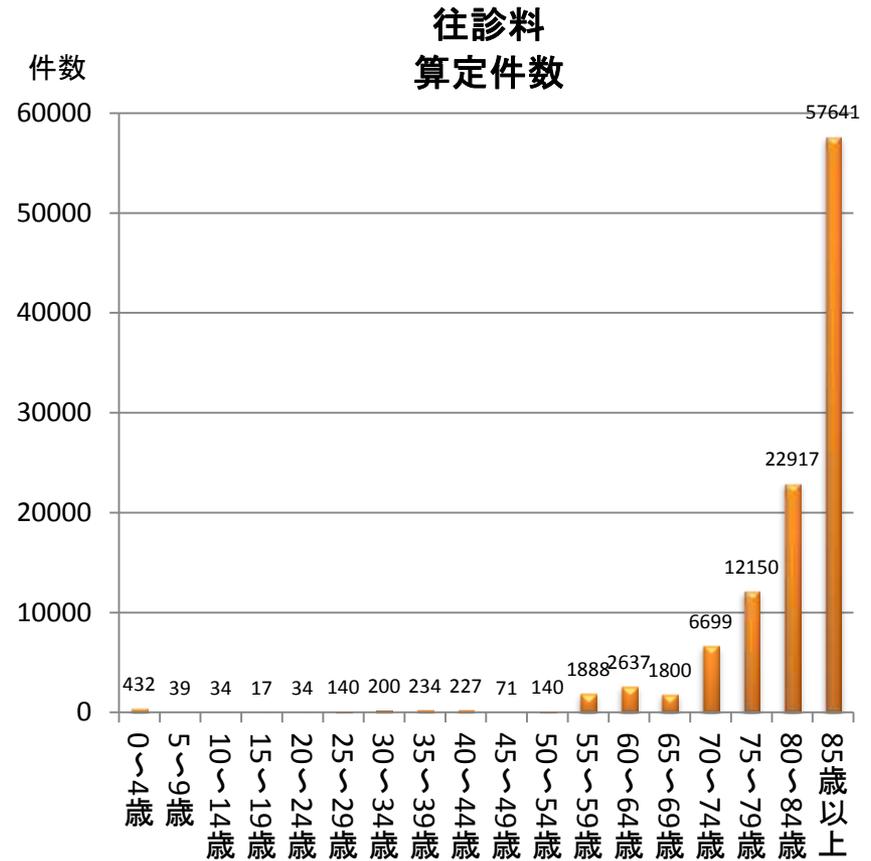
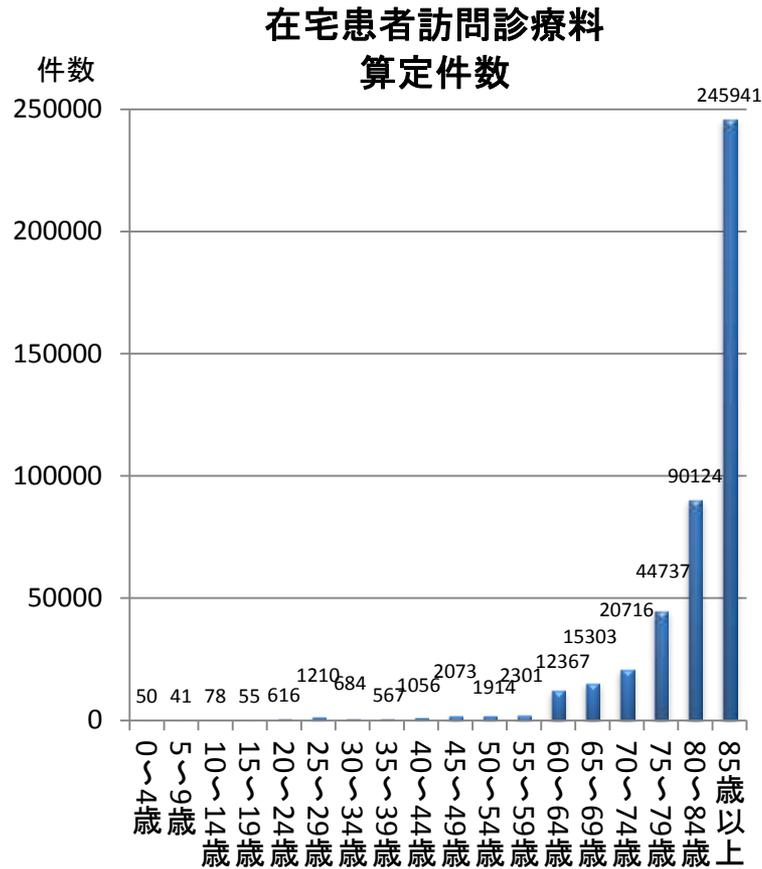
母体	理由	NICU満床	MFICU満床	診察可能医師不在	その他
	センター数	64/67	40/67	22/67	39/67
割合(%)※		95.5%	59.7%	32.8%	58.2%

新生児	理由	NICU満床	診察可能医師不在	その他
	センター数	50/54	5/54	17/54
割合(%)※		92.6%	9.3%	31.5%

※受入れができなかったことがあるセンター数に対する割合

# 在宅医療を受ける小児患者の状況

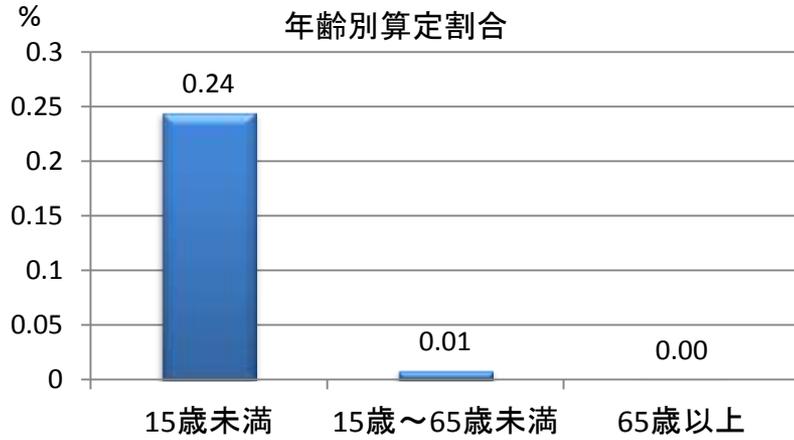
○ 小児で在宅医療(訪問診療、往診)を受ける患者は少ない。



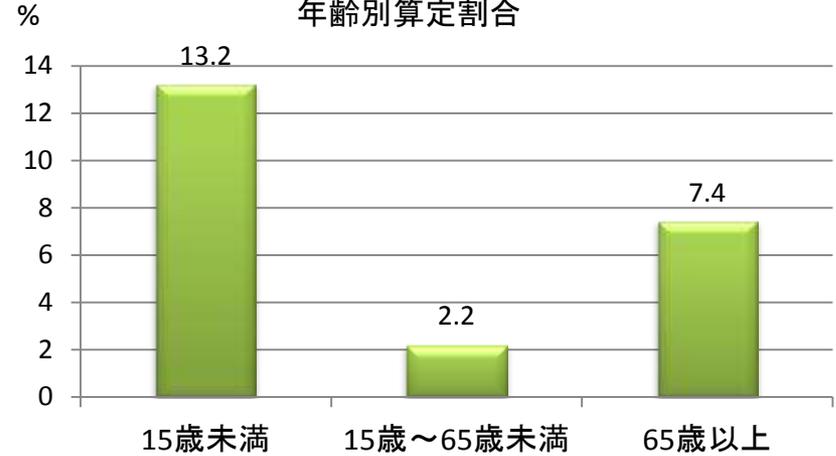
# 在宅医療を受ける小児患者の状況

○ 在宅医療を受ける者※に占める在宅酸素療法、在宅成分栄養、在宅人工呼吸、在宅気管切開等の医療を受ける患者の割合は、15歳未満の小児において高くなっている。

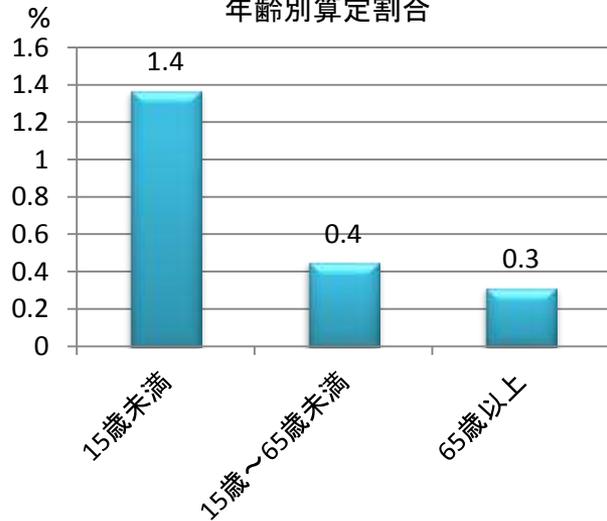
在宅酸素療法指導管理料  
チアノーゼ型先天性心疾患  
年齢別算定割合



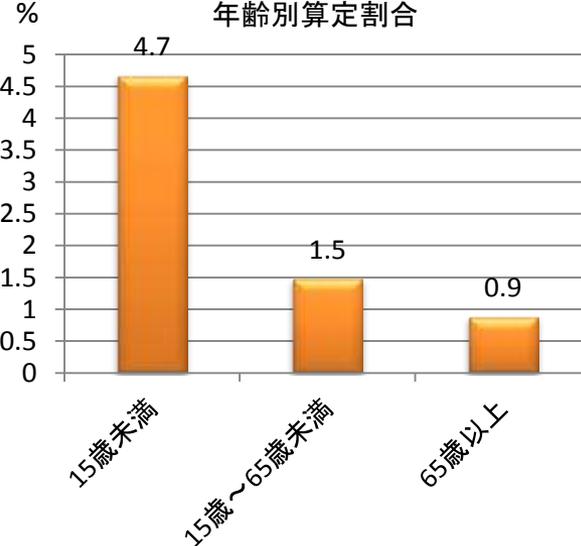
※ 「在宅医療」に係る診療報酬項目の算定のある患者  
在宅酸素療法指導管理料その他  
年齢別算定割合



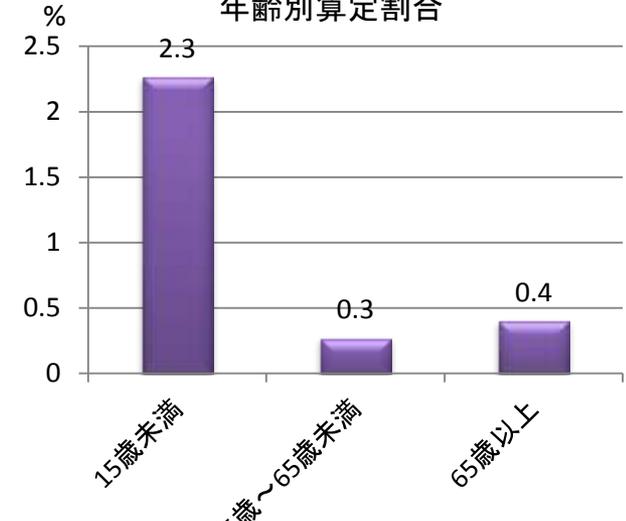
在宅成分栄養経管栄養法指導管理料  
年齢別算定割合



在宅人工呼吸指導管理料  
年齢別算定割合



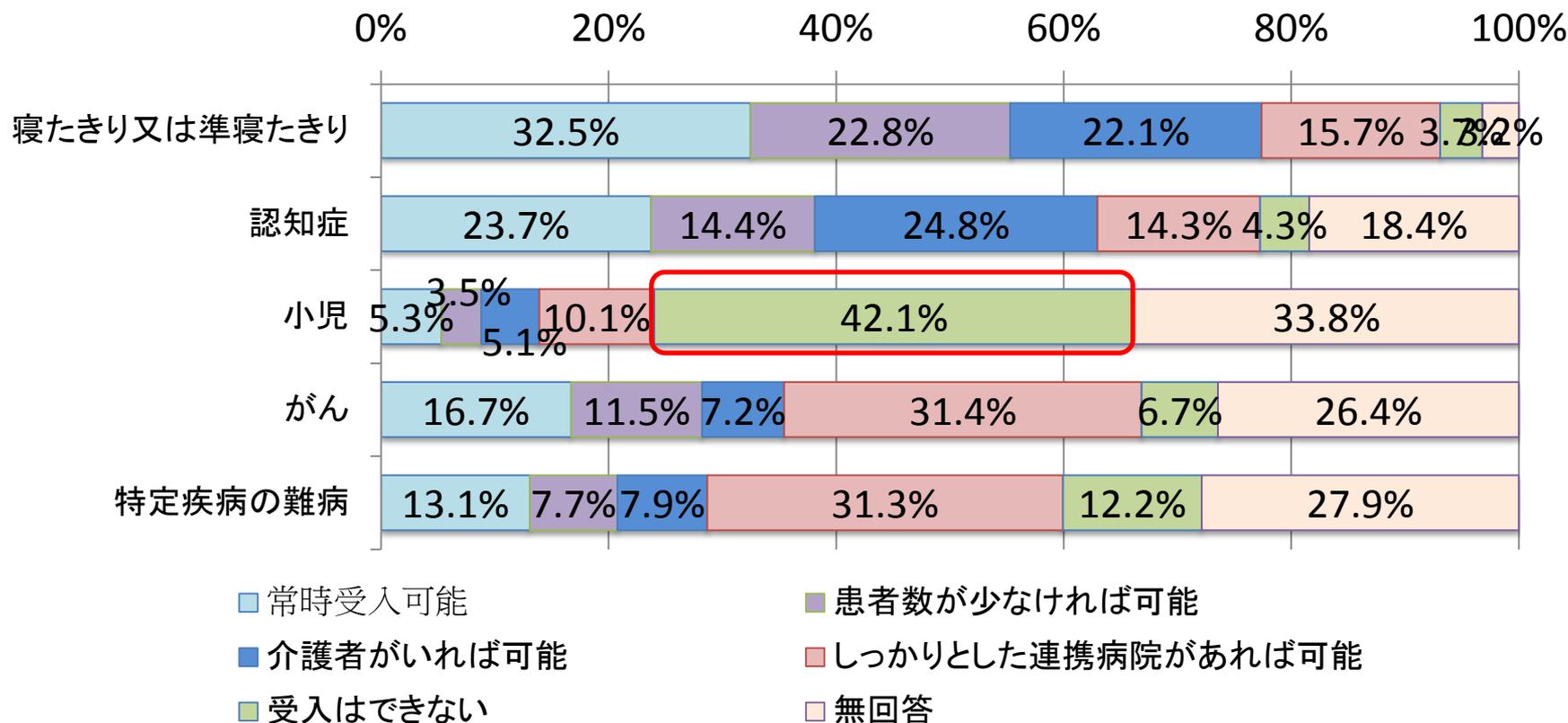
在宅気管切開患者指導管理料  
年齢別算定割合



# 在宅医療を提供する医療機関における小児等の受け入れ状況

- 在宅医療を担う診療所のうち、小児の受入ができないと回答する診療所は42.1%であった。
- なお、当該調査において、主たる診療科として小児科を挙げたのは1446施設中3.3%(48施設)未満であった。

主傷病別にみた自院の受け入れ状況(n=624)



※ 平成22年11月現在、在宅療養支援診療所又は在宅時医学総合管理料の届け出を行っている診療所を対象として調査を実施。調査対象3,905施設、有効回答数1,446施設(有効回答率37.0%)。

(日医総研 在宅医療を担う診療所の現状と課題)

# 小児等在宅医療連携拠点事業について

## ■背景・課題

- 新生児集中治療管理室(NICU)に入院する小児等を受け入れる在宅医療・福祉連携体制の早急な整備が求められている。
- NICUを退院し在宅医療に移行する小児等については、専門医療機関との連携の必要性や、福祉・教育等との連携の重要性など、特有の課題に対応する体制の検討が必要である。

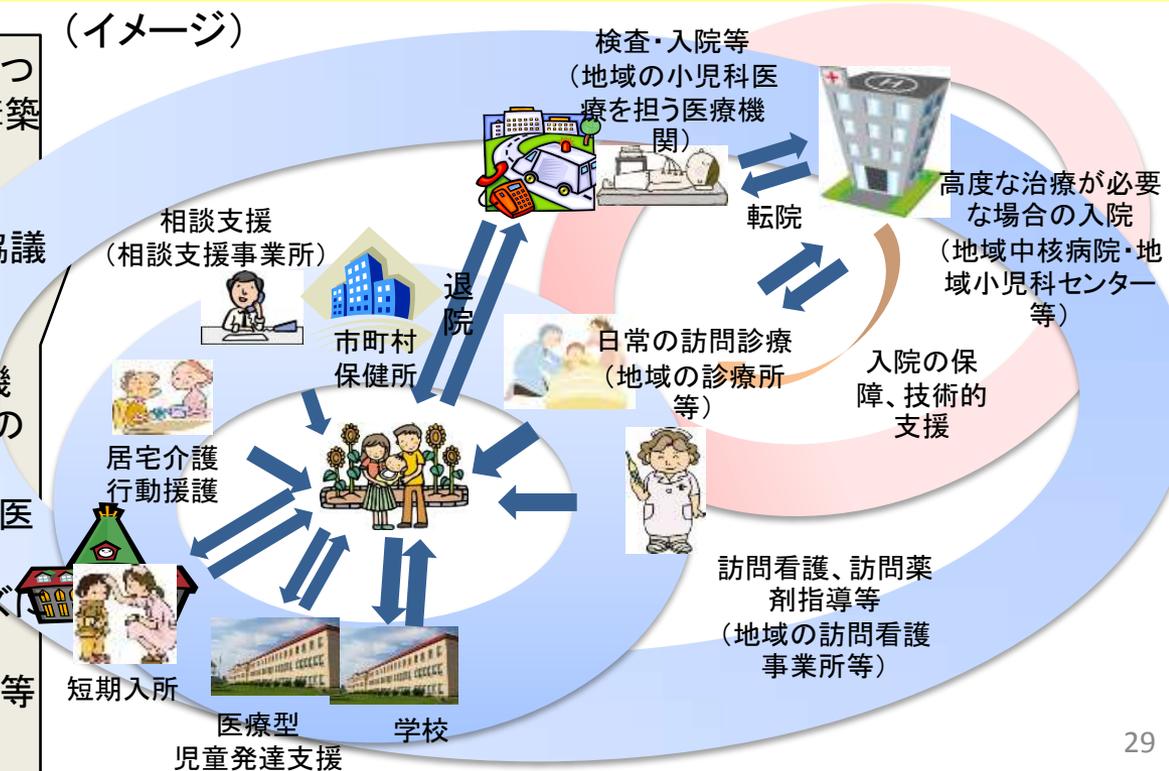
## ■本事業の目的・概要

- 医療計画に基づく在宅医療の提供体制の推進状況を踏まえ、地域において小児等の在宅医療に取り組む医療機関、訪問看護事業所等の拡充、医療・福祉関係機関間の顔の見える関係の構築、関係者への研修の提供等に取り組むことにより、小児等が安心して在宅に移行できる医療・福祉連携体制を構築する。
- 在宅にて療養を行う医療依存度の高い小児等及びその保護者に対し、患者の症状等に応じて、医療的ケア等に係る不安が生じた際の療養上の助言等や、かかりつけ医等の関係機関等との調整を行う相談支援体制を整備する。

以下の活動等を通して地域における包括的かつ継続的な在宅医療を提供するための体制を構築する。

- ① 行政、地域の医療・福祉関係者等による協議の場の開催
- ② 地域の医療・福祉資源の把握・活用
- ③ 小児等の在宅医療の受入が可能な医療機関・訪問看護事業所数の拡大、専門機関とのネットワークを構築
- ④ 地域の福祉・行政関係者の小児等の在宅医療への促進
- ⑤ 小児等の患者・家族に対して個々のニーズに応じた支援
- ⑥ 患者・家族などに対して、小児の在宅医療等に関する理解の促進や負担の軽減

(イメージ)



## 1 事業の再委託について

- ・基本的には都道府県が主体的に取り組むこととするが、専門性が必要な事業等について、委託により実施することも可能。

## 2 配置すべき職員等について

- ・専任の職員
  - ・担当する医師
  - ・当該地域の医療資源及び福祉資源に詳しい職員  
(他業務との兼務でも差し支えないが、勤務時間の少なくとも2割程度を拠点事業に割けるような体制とすること)
  - ・医療的ケアに関する家族支援や、退院支援などの経験を有する看護職員  
(他業務との兼務でも差し支えないが、勤務時間の少なくとも2割程度を拠点事業に割けるような体制とすること)
  - ・保健師(配置することが望ましい)
- ※ 各担当者が異なる施設に所属する場合には、定期的なミーティングの開催等、情報共有がきちんといわれる体制を確保すること。

- ① 協議会の開催
- ② 地域資源の把握と活用
- ③ 受け入れ可能な医療機関等の拡大と  
専門医療機関との連携
- ④ 福祉、行政、教育との連携
- ⑤ 患者・家族への個別支援
- ⑥ 関係者の負担軽減・理解促進

# ①協議会の開催

## ○背景・目的

地域によって、医療資源の状況や患者の受療動向が異なることから、地域の医療・福祉関係者が、地域の実情を踏まえ、課題を抽出し、その課題を解決するために取り組むことが必要である。

## ○内容

市町村等の行政、地域の医療・福祉関係者等による協議の場を定期的開催し、小児等の在宅医療における連携上の課題の抽出及びその対応方針を策定すること

### (具体例)

- ・ 都道府県が中心となり、二次医療圏もしくは障害福祉圏域で、市町村、保健所、医師会、小児医療関係者、在宅医療関係者、福祉関係者、特別支援学校関係者等からなる会議等を開催し、地域の小児等の在宅の課題の抽出及び対応方針を策定する。
- ・ 都道府県の障害福祉計画や高齢者を含めた在宅医療推進施策と連携する形で、推進を図る。



## 在宅ケアワーキング委員会・運営委員会の設置

相談支援員、特別支援学校職員、福祉事務所等小児特有の関係者も追加

### ●委員構成

事務局 ・医師1名 ・看護師1名 ・MSW1名 ・事務員1名

在宅ケアワーキング委員

- ・医師1名 ・ケアマネージャー3名 ・訪問看護師2名 ・訪問薬剤師1名 ・訪問理学療法士1名
- ・訪問介護従事者1名 ・**盛岡市高齢者支援室担当者1名**

運営委員 ・**岩手県県央保健所担当者1名** ・**岩手県長寿社会振興財団1名** ・**病院医療相談担当者2名**

### ●委員会の開催状況

日程	主な議題
6月1日(水)	顔合わせ、在宅医療連携拠点事業の趣旨説明・事業内容説明
7月7日(木)	研修会(多職種情報交換会)の詳細検討・課部門別課題の今後の取り組み
9月7日(水)	医療・介護資源実態調査の検討
11月9日(水)	中間とりまとめと今後の方向性
2月1日(水)	行政担当官との意見交換会の詳細検討
<b>3月14日(水)</b>	<b>総括</b>

### ●概要

隔月1回のペースで、実務者レベルでのワーキング委員会を開催。

在宅医療にかかわる多職種を委員としたことは、多職種合同カンファランス、研修会、調査等の企画に伴う実態の把握において有益であり、より現状に即した企画運営を行うことができる。

また、委員それぞれが所属の団体へ課題を持ち帰り、解決へ向けて動き始めている。

## 協議会での課題の抽出

### (3) あおぞら診療所墨田

\* 全体会議(23区内の多職種対象)

具体例: 全体会議(2ヶ月に1回程度開催)

○参加者(23区全体より64名参加)

行政の障害福祉課職員、相談員、学校教員、進路コーディネーター、訪問看護師、ヘルパー、医師、看護師、PT、MSW、保健師、児童福祉施設関係者等

○内容

「地域の中で小児在宅医療に関わる際に困難に思う事」というテーマでグループディスカッションを実施し、K-J法により課題を抽出。

○課題の抽出

678項目が抽出され、165項目に整理統合。

その中で、「連携」に関わる項目が最多であった。

連携に関わる項目を整理集約して課題を抽出。

- 病院と地域が繋がっていない
- 病院と地域の医療連携のメソッド構築が必要
- 医療以外の社会資源が乏しい
- 生活を支える社会資源の不足

○解決策の検討

- 病院と地域をつなぐためのクリティカルパス作成
  - 訪問スタッフと行政、教育等を繋げる相談支援の人材育成 等
- \* 墨田区を対象とした地域連携会議も開催。

(全体会議の合間に開催)



## ②地域資源の把握と活用

### ○背景・目的

- ・地域の在宅医療・福祉連携体制構築に当たっての課題を抽出するためには、地域の医療・福祉資源の実態等を把握することが必要不可欠である。
- ・また、把握した情報を整理し、地域の医療・福祉関係者と共有することにより、地域の医療・福祉連携の構築に活用することが可能である。

### ○内容

地域の医療・福祉等資源を把握し、整理した情報の活用を検討すること

#### (具体例)

- ・地域の小児患者の数と分布を把握する。
- ・小児在宅医療患者を受け入れる病院、診療所、訪問看護ステーション、訪問介護事業所、通園施設、特別支援学校、短期入所施設(老人健康保健施設を含む)等を把握し、退院支援の際や既に外来医療を受けている患者に参考にできるように整理し、地域の医療・福祉関係者に提供する。
- ・地域の短期入所施設の空き状況をインターネット上に掲示する。



### ③受け入れ可能な医療機関等の拡大と専門医療機関との連携

#### ○背景・目的

- ・小児等に対し地域において在宅医療・訪問看護等を提供できる医療・福祉資源が十分とは言えない。
- ・NICU等からの円滑な退院や、医療密度の高い児等を支えるためには、NICUを有する医療機関等の専門医療機関と地域の医療・福祉関係者の連携が必要である。

#### ○内容

小児等の在宅医療に関する研修の実施等により、小児等の在宅医療の受入が可能な医療機関・訪問看護事業所数の拡大を図るとともに、専門医療機関とのネットワークを構築すること

#### (具体例)

- ・医師会等の協力を得て、地域の病院、診療所、在宅療養支援診療所等の医師を対象に、小児等の在宅医療に関する研修を実施する。
- ・特に小児を診療する医師、在宅療養支援診療所の医師に対して小児等の在宅医療への協力を働き掛け、小児等の受け入れが可能な医療機関のすそ野を拡大する。
- ・看護師、リハビリ職種に対しても小児等の在宅医療に関する研修を実施し、受け入れ可能な医療機関のすそ野を拡大する。
- ・小児医療や障害児者の専門機関と連携を取り、小児等の在宅医療への技術援助が得られる関係を構築する。

- 多職種に対するグループワーク等の参加型の研修
- 訪問診療等の体験型の研修
  - ・病院医師・医学生等の訪問診療同行研修
  - ・一般開業医に対する在宅医療同行研修
- 医療知識・技術等に関する伝達型の研修
  - ・喀痰吸引・CVポート・HOT等の体験、症例検討会、口腔ケア研修会の開催
  - ・介護従事者向けの研修の開催
  - ・職種別の研修、個別学習会の開催。
  - ・在宅リハビリ研修
  - ・ケアマネのスキルアップのために居宅介護支援事業所に出向き勉強会の開催
  - ・在宅医療機器勉強会の開催
  - ・ボランティア養成講座の開催
  - ・他事業所と一緒に同じ事例に関わる教育的在宅緩和ケアを実施。



## 効果

- ・他の業種の業務を理解し、自己が果たすべき役割の認識や連携の重要性への理解が深まる。
- ・実技を取り入れることで日常業務に直結する技術が身につけられる。
- ・研修を通して、顔の見える関係を築くことができる。
- ・同行研修により、医師が在宅医療に関心を持つきっかけとなる。
- ・他事業所の同職種との交流が良い刺激になる。

# 専門職の技術の向上

## ●職種別研修

実施日	対象者	テーマ	参加者
7/13	訪問看護師・薬剤師	「スキンケア・褥瘡ケア」	45
8/9	介護職	「看護の視点を生かした高齢者ケア」	81
9/27	介護・看護職員	「慢性腎不全・透析に関する学習会1」	77
10/11	介護支援専門員	「地域包括支援センターの困難事例」	71
11/14	医師	「事例検討会」医師間の連携	27
2/14	訪問看護師	「事例検討会」	35
3/7	介護・看護職員	「慢性腎不全・透析に関する学習会2」	85



- 職種が抱える課題に焦点をあてたテーマを設定
- 在宅医療を支えるスタッフのスキルアップ
- 多数の参加者と継続研修を熱望
- 「同じ研修を職場研修でしてほしい」「企画や構成を参考にしたい」などの高い評価

病院、一般診療所、在宅療養支援診療所の医師、訪問看護師などに対する研修会

## (3) あおぞら診療所墨田

「在宅医向け小児在宅医療研修会」を開催。既に在宅医療を知っている医師が対象であるため、実践的な研内容とした。

対象： 診療所医師12名。

- ・在宅療養支援診療所で勤務している医師
- ・成人で寝たきり、気管切開、人工呼吸器などの医療ケアの必要な患者を在宅で診療したことがある医師

テーマ：

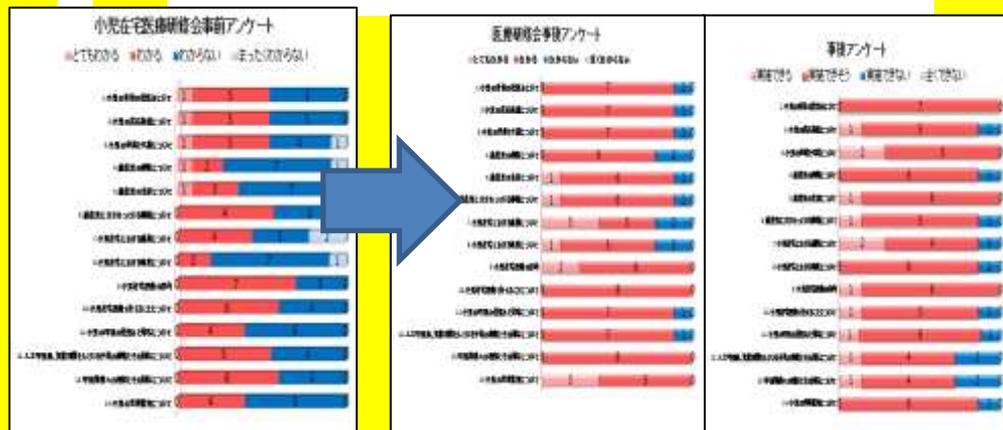
- ・「重症児の病態と特別支援学校の状況」
- ・「小児在宅医療における連携と知っておくべき制度」
- ・「NICUでの新生児医療から外来へ」等の8項目

### 【効果】

事前アンケートでは「小児在宅医療に関して分からない」「全く分からない」とする回答が多かった。

研修後アンケートでは「とても分かる」「分かる」との回答に変化。

この研修を継続することで、成人の在宅医療に従事する医師が小児在宅医療を実施する可能性の高さを感じた。



- ・平成23年度厚生労働科学研究『小児・若年成人の重度心身障がい者への在宅医療における技術確立と育成プログラム研究』にて、職種別の小児在宅医療関連の研修プログラムを作成中。

## ④福祉・行政・教育関係者との連携

### ○背景・目的

・医療・福祉連携の推進のためには、医療側から福祉側に積極的に働きかけを行うことが必要である。

### ○内容

地域の福祉・行政・教育関係者に対する研修会の開催やアウトリーチにより、小児等の在宅医療への理解を深め、医療と福祉等の連携の促進を図ること

### (具体例)

- ・ 定期的な症例検討会、グループワークを取り入れた多職種  
の研修会、交流会などを通じて、地域の福祉、行政、  
教育関係者(介護士、障害者相談支援専門員、保健師  
等の行政担当者や特別支援学校教員も含む。)との顔  
の見える関係を構築する。
- ・ 福祉、教育関係者等のニーズに応じた研修会を実施す  
る。



- ①福祉、行政、教育職との症例検討会等
- ②福祉、教育、多職種を対象とした研修

## (1)長野県立こども病院

保健師、特別支援学校、療育施設、訪問看護師、患者家族を対象に特別支援学校で研修。

- ・ 障害児のための遊びと絵本(20名参加)
- ・ 挿管している子の口腔ケア(17名参加)
- ・ 障害を持つ子の口腔ケア(17名参加)
- ・ 胃ろうと栄養(39名参加)
- ・ 障害児教育のシンポジウム(74名参加)
- ・ 呼吸理学療法(40名参加)
- ・ 在宅医療を支える医療機器展

### インターネットオンライン会議

医師・看護師、理学療法士、作業療法士がインターネットを通じて、患者の容態把握と技術支援を実施。

養護学校:12回、病院:6回、療育センター:2回、患者宅:3名、養育者支援:1名)。

・在宅医療支援チーム(Dr,Ns,PT)が他施設へ支援訪問(3病院、1診療所、1民間事業所、1特別支援学校)。

- ・ 退院支援コーディネータ(医師)が10の障害保健福祉圏域の地域自立支援協議会に出席し、各地域の障害者総合支援センターの活動を把握。

## (2)埼玉医大総合医療センター

- ・ 市の自立支援協議会に参加し、相談支援専門員との連携を強化。
- ・ 多職種連携研修会1回(24名参加)。
- ・ 特別支援学校へ訪問し、技術支援8回。

## (3)あおぞら診療所墨田

多職種を対象とした連携会議:

東京都23区広域で3回実施。

墨田区域で3回実施。

行政の障害福祉課職員、相談員、学校教員、進路コーディネータ、訪問看護師、ヘルパー、医師、看護師、PT、MSW、保健師、児童福祉施設等から多く参加。

# 出張勉強会

きっかけ…  
ケアマネからほたるへの電話相談。



(参加者)7名  
居宅介護支援事業所・地域包括支援センター職員  
(講師)2名  
ほたる

開催前に…聞きたいこと・学びたいことを事前に知るべく、事業所にアンケート調査を実施。

アンケート内容をもとに、福祉は行政担当部署、在宅医療は訪問看護師から情報を収集して開催準備。

ほたるのスタッフ（看護師・相談員）が事業所へ出向き、勉強会を開催。



## 【参加者の感想】

- ◆基礎資格が介護職のケアマネジャーは医療に弱いため「**医療サービスに繋がられない**」という大きな不安を抱えて、ケアマネジメントを行っている。
- ◆ケアマネジャーを対象にした研修会は多数行われているが、「**大きい規模ではなかなか聞けないこと**」を聞ける場を、小規模な勉強会として開催してくれることはとても心強い。



- ◆ケアマネジャーの医療に関する知識の底上げのためのひとつの手段として、出張勉強会にはニーズがあることがわかった。
- ◆ほたるによる出張勉強会の開催について、地域全体に周知していく。

出張勉強会の開催が、**ケアマネジャーの医療に対する苦手意識や不安感の軽減に繋がることを実感。継続事業として力を入れていく！**

# ⑤患者・家族への個別支援

## ○背景・目的

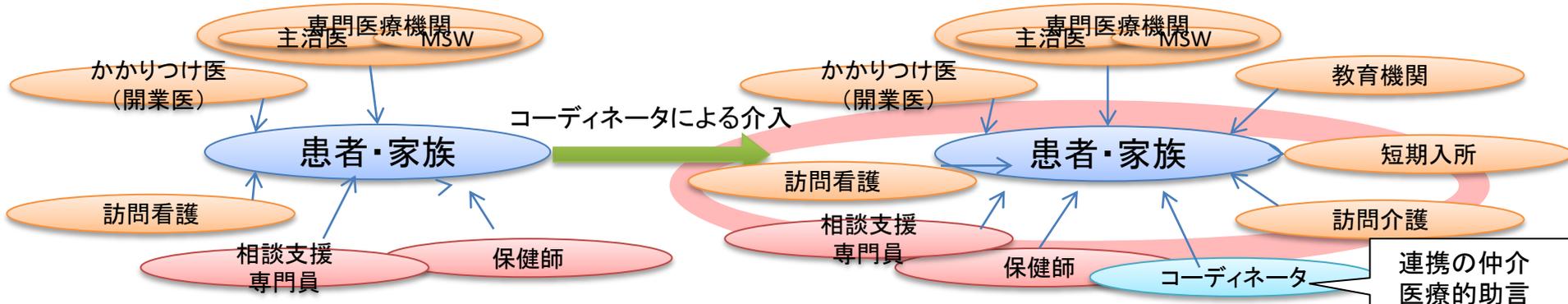
・小児等の在宅医療患者は重症度が高い場合が多い。医療・福祉・教育にまたがる様々なサービスが適切に調整されるためには、個別の症例について、個別のサポートが必要である。

## ○内容

関係機関と連携し、電話相談や訪問支援等により、小児等の患者・家族に対して個々のニーズに応じた支援を実施すること

### (具体例)

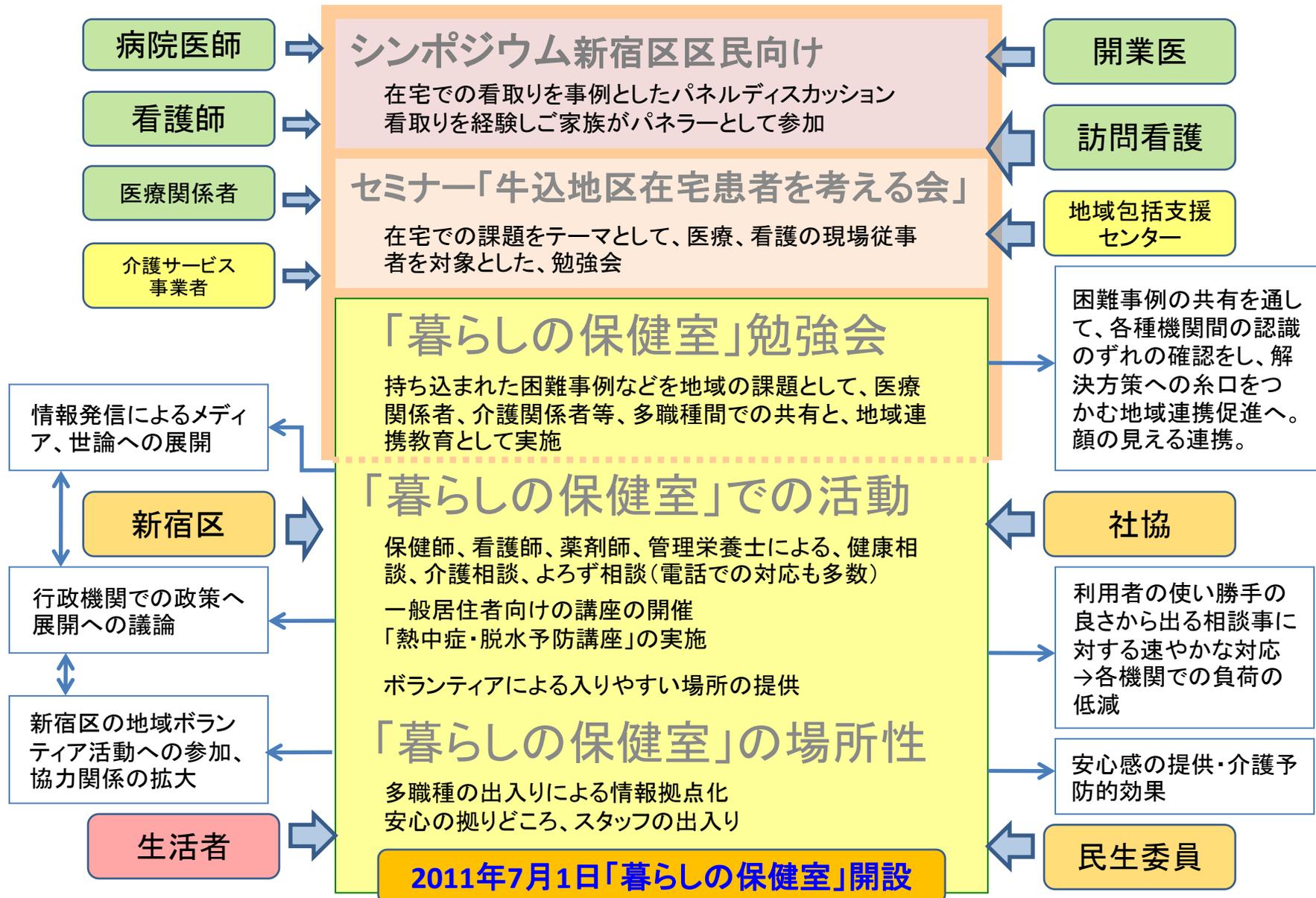
- ・ 個々の事例に対して関係者がケア会議を開き、サービスと役割分担を明確にする。
- ・ 訪問看護師や保健師や相談支援専門員等が、患者に提供されるサービスをコーディネートする。
- ・ 必要に応じて患者・家族の定期的なフォローアップを行い、継続的な支援を実施する。
- ・ その他、患者の生活支援に関する情報を提供する。



- ・家族の介護負担が重い
- ・教育機関の理解が不十分
- ・サービス提供者同士が他のサービス提供者の行っていることを知らない

- ・相談支援専門員に働きかけ、痰の吸引が可能な訪問介護を導入
- ・短期入所の受け入れ先を確保し、家族のレスパイトを行った
- ・教育機関に医療的な研修を行い、重度者受入への理解を促進
- ・サービス担当者会議を開催し、関係者間の情報共有を図った

## 「暮らしの保健室」での在宅連携拠点事業



## 患者・家族の相談支援

### (3) あおぞらクリニック墨田

在宅医、訪問看護師、訪問リハビリ、訪問介護士等で定期的にケア会議を開き、個々の患者のニーズに合わせたケアをコーディネートしている。



小児患者のレスパイト先が確保できなかったが、福祉型入所施設と訪問看護ステーションとが連携することで、レスパイトが実現した。

### (1) 長野県立こども病院

長野こども療育推進サークル「ゆうテラス」が患者家族を支援している。

### (2) 埼玉医大総合医療センター

他院の患者に関して、他院のMSW、地域の相談支援専門員、病院医師、訪問看護師とでカンファレンスを開き、当該患者の在宅医療を受け入れた。

## ⑥関係者の負担軽減・理解促進

### ○背景・目的

・家族や地域の関係者が在宅医療を受ける小児等を支えて行くためには、気軽に相談できる環境の整備が重要である。

### ○内容

患者・家族や小児等の在宅医療を支える関係者に対して、勉強会の実施などを通して、小児の在宅医療等に関する理解の促進や負担の軽減を図るための取り組みを行うこと

### (具体例)

- ・相談室を設置し、患者や関係者からの相談に対応したり、必要に応じて適切な書籍を紹介する。
- ・患者・家族が参画する定期的なピアカウンセリングの場を提供する。
- ・小児在宅医療患者を持つ家庭に対し、ニーズを踏まえた勉強会を開催する。
- ・講演会等により、障がい児のあり方について広く周知啓発する。



在宅ケアセンター  
ひなたぼっこ(平成24年)

## 総合相談窓口の設置

相談件数	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
平成24年度	7	2	6	6	7	9	7	3	9	9	4		69
(うち地域住民)	1		1		2		1			3	2		10
平成23年度					2	1	1	2	3	8	3	9	29

### 相談元施設

施設区分	件数
居宅介護支援事業所	29
医療機関	20
地域住民	10
地域包括支援センター	3
訪問看護ステーション	2
グループホーム	2
障がい者支援センター	1
小規模多機能施設	1

### 主な相談内容

内容	件数
地域資源の情報提供	19
相談支援	13
医療依存度の高い方の入所先	12
往診医について	10
入所施設について	8

相談件数は昨年度の約2倍以上になりましたが、地域住民からの相談はまだ少ないです。



相談内容データベースを作成。相談業務の品質を高めるとともに、地域の課題抽出等にも役立てることが期待できる。



相談件数は地域からの信頼のリトマス試験紙。医療・介護従事者からの相談は増えているが、地域住民の認知度はまだまだ低い。周知の強化が必要！

# 地域住民向け周知・啓発活動

## 住民向けリーフレットの作成



◆リーフレットを地域住民向けに作成。

4000部発行しました！



## 「市民健康のつどい」に参加

- ◆多くの地域住民が参加する鶴岡市主催の大規模イベント。
- ◆昨年度に引き続き参加して、ブースを出展。
- ◆204人のブース訪問とアンケートへの記載を頂いた。



## 地域で行われる各種イベントに

- ◆庄内プロジェクト市民公開講座
- ◆庄内地域医療連携の会市民公開講座
- ◆鶴岡市主催福祉体育祭

在宅医療や「ほたる」の普及啓発だけではなく、地域住民からの声を直接聞ける良い機会でした！



地域住民に新しい医療サービスを提供する「ほたる」を知ってもらうことが当面の課題。メディアの積極的活用等も含め、周知・啓発活動を拡大する！

## (1)長野県立こども病院

長野こども療育推進サークル「ゆうテラス」が機関誌を発行し、こども病院と協働でシンポジウムや研修会を企画。

## (2)埼玉医大総合医療センター

・日本小児在宅医療支援研究会を開催。一般演題10題、講演2題、シンポジウムを開き、医師、看護師、リハビリ、MSW、保健師、介護職員等280名が参加。

・NICU卒業生とその家族、ボランティア等を集めた同窓会を1回開催し、小児の在宅医療について講義。

・保健師研修会にて小児在宅医療の現状について講義。

## (3)あおぞら診療所墨田

3つのシンポジウム「多職種連携」「end-of-life care」「小児在宅医療の実践」を同日に開催。

医師、看護師、PT、OT、MSW、介護職、保健師、薬剤師、教育職、児童指導員、患者家族など320名が参加。

### 参加者のブログから(抜粋)

①「連携」といふのは「使われられたことば」でありながら、実際は中身があえないようなもの、具体的なモデルとなりうる関係が築かれてきているということ

またその「連携」といふものが、子どもひとりひとりが地域で生きていく中で開ける、さまざまな分野、医療、介護、福祉、教育etc...に渡っており、「子どもが地域でより豊かに生きる」という同じ方向を見ているということ

そして、そんな取り組みをされている方々がとても魅力的であたたかい\*\*\*

②(中略)  
言葉を豊かにする子どもたちにとって、医療分野の人、介護分野の人、それぞれの専門性があって、そのどちらも必要不可欠。

色々な場面で見えることだと思っけど、それがどの分野なのかとか、どっちの仕事なのかとか、業種がどうなのか、そういうことばかりで、「子どもの暮らし」といふものを中心に見れば、それぞれの分野の専門性、つまり「資力」が、子どもや家族にとっては、かけがえのない「支え」になるんだと思ふ。

③(中略)  
それぞれの分野の方々が、真摯に、子どもたちのいのち、暮らしについて考えて日々実践してくださっているということは、我が家の生活にとっても、大きな励みだ。

いのちを守り、いのちを豊かに、夢を叶え、夢を高くつくる、さまざまな方たちと関わってスリキとつ●●さんと、かあさんの子育ては、とても楽しか。

今はまだ、言葉が通じず、どこにいても、誰でも、というふうにはいかない小児在宅という分野だけど、だからこそ、たくさんの人が、たくさんの視点で、考え、作り、生かすことができる。

そこには、たくさんの一生懸命生きる子どもたちのいのちのようにより、希望が溢れている、そんな風に感じた。



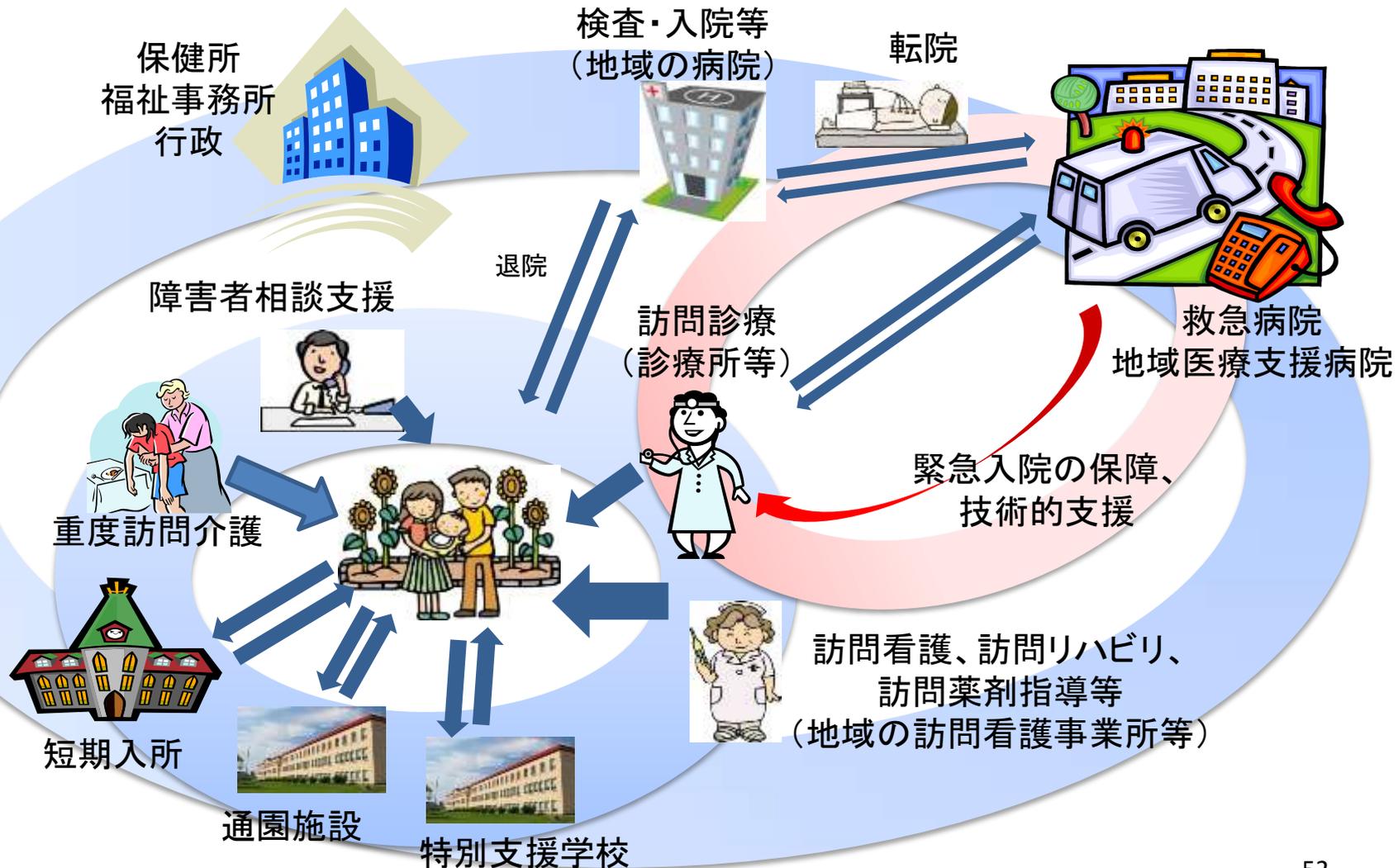
参加者の母親が「多職種連携」の考え方に共感し、自身のブログにコメントを掲載した。

<7>その他(成功事象と今後の課題)

	成功事象	今度の課題
長野県立こども病院	院内に在宅患者用の後方病床11床を確保。稼働率80%。	障害者相談支援専門員との連携
埼玉医大総合医療センター	24時間入院受け入れ体制あり、救急車搬送2件。	介護事業所との連携
あおぞら診療所墨田	訪看STとの連携によって、福祉型障害者施設でのレスパイトが実現。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・相談支援事業の充実</li> <li>・地域と病院との連携</li> <li>・レスパイトの確保</li> </ul>

# 平成25年度小児等在宅医療連携拠点事業の目指すイメージ

地域の医療・福祉関係者が顔の見える関係でつながり、関係者の連携によって問題が解決できることを目指す。



# 在宅医療関係施策資料について

## ■在宅医療の推進について(厚生労働省HP)

[http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuu/zaitaku/index.html](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/index.html)

## ■在宅医療・介護の推進について(厚生労働省HP)

[http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/zaitakuiryuu\\_all.pdf](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/zaitakuiryuu_all.pdf)

## ■小児等在宅医療連携拠点事業

[http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/renkeikyotenjigyuu\\_01.pdf](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/renkeikyotenjigyuu_01.pdf)

## ■多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業(国立長寿医療研究センターHP)

<http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/jinzaiikusei-1-1.pdf>

○都道府県リーダー研修(10月13日、14日開催)資料

[http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/jinzaiikusei/leader01\\_doc.html](http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/jinzaiikusei/leader01_doc.html)

## ■在宅医療・介護の連携における情報通信技術(ICT)活用に関する研究班報告書抜粋

(平成24年度厚生労働科学特別研究事業)

地域における在宅医療・介護連携を進めるために

～市町村主体で医師会と連携して在宅医療介護連携ICTシステムを整備するための考え方と進め方～

[http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/h25\\_0509-01.pdf](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/h25_0509-01.pdf)

## ■国立長寿医療研究センター

<http://www.ncgg.go.jp/>