

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

「小児在宅医療推進のための会大阪分科会」

報告書 vol.1

2015年7月～2016年6月

2016年7月

船戸 正久

大阪発達総合療育センター 副センター長

—目次—

はじめに	P1
1、小児医療はなぜ必要か？	
2、「Make a wish（子ども達の夢をかなえよう）」基金	
3、マー君の外出の試み	
4、Aさんの退院	
5、Aさんの講演	
6、H氏の遺言	
7、医療的ケアと自立を考えるシンポジウム	
8、大阪の現状と課題	
9、高度医療依存症の在宅移行支援のためにとくに大切な三本柱（医療・福祉・教育）	
10、厚生労働省の小児在宅医療推進事業	
11、地域包括支援システムの実現	
委員名簿	P10
＜各会議概要と講演資料＞	
第1回会議（2015年7月4日）	P13
第2回会議（2015年8月14日）	P23
第3回会議（2015年10月9日）	P37
第4回会議（2015年12月18日）	P47
第5回会議（2016年2月12日）	P61
第6回会議（2016年4月8日）	P75
第7回会議（2016年5月20日）	P79
第8回会議（2016年6月10日）	P93

(公財) 勇美記念財団「小児在宅医療推進のための会」(大阪分科会)

【はじめに】

小児在宅医療はなぜ必要か？

船戸正久

厚生労働省前田班の推計によると、日常の医療的ケアを必要とする在宅の児童は 25,000 人以上、うち在宅人工呼吸管理は 1,270 人以上とされている(小児在宅医療の現状と問題点の共有、平成 27 年度小児等在宅医療地域コア人材養成講習会テキスト、p.31)。これらの要因には、まず(1) ハイテク医療技術の進歩：①周産期・新生児医療の進歩、②小児外科、小児心臓外科の進歩、次いで(2) 医療の大きな発想転換：①急性期から慢性期への移行、②延命医療から QOL 医療、③ノーマライゼーションの思想への転換、最後に(3) 在宅医療の進歩：①在宅医療技術の発達、②在宅医療の保険点数化、③支援システムの整備、④医療的ケアの普及、⑤社会の理解・受け入れの推進などである。さらに近年総合支援法の対象とならない「歩ける話せる医療的ケア児」も問題になっている。すなわち医療に依存する重症児の病院から地域へのパラダイムシフトが起こっている。こうしたパラダイムシフトの中で「子どもの最善の利益」を支援する小児在宅医療はなぜ必要か、について自験例から考察する。

1. 小児在宅医療はなぜ必要か？

「児童の権利に関する条約(子どもの権利条約)」は、子どもの基本的人権を国際的に保障するために定めた条約である。1989 年の第 44 回国連総会において採択され、1990 年に発行された。そして日本は 1994 年に批准した。その 4 本柱は、(1) 生きる権利、(2) 守られる権利、(3) 育つ権利、(4) 参加する権利の保障である。

一方近年人工呼吸器など医療技術の著しい進歩に伴い「NICU という家」から帰れない子どもたちというように NICU・小児病棟などの長期入院児が大きな社会的問題になってきている。長期入院児の多くは、医療的ケアが必要な超重症児・準超重症児という子どもたちである。今こうした発達途上にある子どもにとって「何が最善の利益か？」ということが医療現場でも問われている。

一般に発達途上にある子どもの最善の利益は、「家庭で愛する家族と共に暮らす」こととされている。現在、そうした視点からも小児在宅医療の推進が重要となってきており、医療関係者は病院だけでなく、子どもが暮らす地域と協働しながらこどものトータルケアを支援することが求められている。このことを A ちゃんの在宅生活を通して学んだ経験から「小児在宅医療はなぜ必要か？」について考察したい。

2. 「Make a wish (子ども達の夢をかなえよう)」基金

以前私が勤務した淀川キリスト教病院において、在宅人工呼吸法を開始する大きな切っ

掛けになったのは、リーダーズ・ダイジェストに載った「Make a wish (夢をかなえよう基金) 基金」(1980 年米国アリゾナ州で設立) の記事であった。1970 年代に小児用人工呼吸器が開発され、今まで生存できなかった超重症児という難病の子どもたちが長期生存可能となった。小児科回診ではこうした中で子どもたちの「感染」はどうか、「電解質」はどうかという話はしたが、この子どもにとって「何が最も大切か」という話し合いはしなかった。こうした時期に私たちの病院で働いていた南長老派教会宣教師モア氏を通して、米国における「Make a wish 基金」の働きが紹介された。その記事を見て、医療チームで話し合い、人工呼吸器を長期使用している子ども達の外出・外泊を始めようということになった。

3. マー君の外出の試み

その時の様子が文章に残っている。『人工呼吸器を使つての帰宅の第1号は、重症低酸素性虚血性脳症になったマー君という4歳の子どもでした。重症仮死のために入院して病院の天井を向いたままの状態でも一度も家へ帰ったことのないマー君、このマー君のために何ができるだろうかと頭を悩ましていた時、モア先生が米国アリゾナ州で設立された「Make a wish 基金」の記事を見せてくれました。それをヒントに「マー君に家の畳を踏ませてあげよう」ということが家族とスタッフの願いになりました。1985年の秋のある日、家族と共にお父さまの車でバクバク(アンビューバッグ)を揉みながら、初めて家に連れて帰りました。たった1時間の短い滞在でしたが、お母さまから次のような感謝の手紙をいただきました。「前略、今日はお忙しい中、大切な時間をマー君並びに私達のために家に帰らせて下さいまして、本当に有難うございました。マー君にとっては生まれてはじめて家へ帰ることができました。私達にとっても思ってもみなかったことだけに、本当に、本当に、うれしい1日でした。苦しいことや悲しいこと、いっぱいあって自分自身くじけそうになったことが何度かありましたが、私達2人マー君のために”がんばろうね!”と励まし合い、ことある度に色々なことを話し合い、時には慰め合ってまいりました。そんな私達にとって今日はがんばってきて本当に”よかった”とつくづく思える日でした』

その試みの後、小児科医師や看護師の協力の下に新しく米国で開発された搬送用人工呼吸器(BP2000)をつけて、AさんやSさんを始めとする人工呼吸器をつけた子ども達に外出、外泊を繰り返すようになった。その試みが「人工呼吸器の子らを 戸外へ、家族の下へ」という見出しで1988年7月17日の朝日新聞(日曜版)に紹介された。その記事を見て高知のある小学校の子どもたちが自主的に募金を集めてくれたり、多くの善意の寄付をいただいたのは今も心に残る嬉しい思い出である。

4. Aさんの退院

そうした経験の中、小児病棟308号室に人工呼吸器をつけながら入院していた子ども達8人の家族が中心となり「バクバクの会」が設立された。在宅人工呼吸法が保険で認可される1年前の1990年4月、先駆的にととうAさんが本格的な在宅人工呼吸法に向けて退院



「おでかけかんごふさんとわたし
びょういんのなか びょういでれないのいやだった
おうちかえれないのいやだった
おとうさんとおかあさんとあえないのいやだった
おそとそらたいようみたかったそれだけ」

図 1. A さんの絵日記

した。その切っ掛けは、約一週間の外泊後病院に帰ってきた時、ご両親が「A ちゃん、帰るよ。バイバイ」というと、A さんが涙を流しながら「家に帰りたい」との意思表示をはっきりしたことであった。そのことを見て「娘のいのちと思いを大切に」したいと、住む家の引っ越し、2 台の人工呼吸器の購入など経済的にも大きな負担を覚悟で、両親は家に連れて帰る決心をした。そしてただ家に帰って病院のように天井を見て過ごす生活ではなく、通常の子どもと同じように保育園へ通うという夢の実現をした。在宅生活と保育園への通園により A さんは大きな成長を遂げた。1992 年 4 月普通小学校にも入学した。A さんは、退院後字が書けるようになってから、「おでかけかんごふさんとわたし」という素晴らしい絵日記を書いてくれた（図 1）。これには私たち医療者も本当に驚いた。もし病院で一生天井を見つめて暮らしていたなら、A さんがこんなすばらしい能力をもっていることを誰一人知らずにいたかもしれない。この短い絵日記が今も私の心に宿り、現在の活動の原動力になっている。

その後 A さんは、小・中・高校時代は学校に通学すると同時に、ご家族や支える会のボランティアの人々と共に新幹線や飛行機で旅行したり、立山登山や雪山スキーを楽しんだ。このように「バクバクの会」創立後 20 年の間で多くの変化が起った。最初受け入れが拒否的であった学校も、「医療的ケア」など大きな障害がまだあるものの、徐々にこうした障がいをもつ子ども達を一人の生徒として受け入れるようになってきた。社会自体がノーマリゼーションと QOL の大切さを徐々に認識するようになってきた。それに果たした「バク

バクの会」の役割は大変大きく、社会的にも非常にインパクトのあるものであった。

5. Aさんの講演

Aさんは、中学3年生の時に講演を依頼され、ワープロで打った文章を音声化して下記のような講演を行った。

『みなさん、こんにちは。私の名前は、HAです。中学3年です。趣味は、お出かけや旅行とパソコンです。好きな教科は、英語です。嫌いな教科は、数学です。1学期の実力テストで、英語53点取りました。みなさん、すごいでしょ!.....』

学校生活で一番心に残っているのは、6年生の時の修学旅行と、中3の時の修学旅行です。6年生の時の修学旅行の時は、パルケエスパーニャへ行きました。中3の時は、志賀高原へ行きました。志賀高原で、スキーをしました。330メートルを55秒で滑り降りました。もう、メッチャ最高な気分でした。

お父さんが、小学校の時から、ずーっと学校に付き添って来ています。なぜかという、痰がたまった時、吸引をしなければならぬからです。練習すれば、誰だって出来るのに、教育委員会が、「教師には出来ない」と言っています。お父さんが、ずーっとそばにいるのは、嫌です。5月23日に、初めてお父さんなしで写生会へ行きました。親と離れてチョー嬉しかったです。大人になったら、親と離れて暮らしていけるかな.....』

私の夢は、I高校へ行って、どっかの看護学校へ行って、nurseになることです。前は、学校の先生になりたかったけど、子供に教える自信がないから、やめました。なぜ、nurseになりたいかという、かっこいいdoctorと結婚したいからです。そのためには、いっぱい勉強しなければなりません。みなさん、私を応援して下さい。』

この講演では、Aさんが、学校での吸引など医療的ケアの問題、そして将来の自立生活の問題なども意識していることがわかる。

6. H氏の遺言

2006年に私と神戸大学保健学科教授高田哲氏が編集して、厚生労働省研究班の仕事として「医療従事者と家族のための小児在宅医療支援マニュアル」という本をメディカ出版から出版した。その中に「家族が望む援助」という項目をAさんの父親であるH氏に書いてもらった。H氏は、人工呼吸器をつけた子どもの親の会すなわち「バクバクの会」初代会長で、「娘のいのちとを大切に」という原点を基に運動を積極的に進めた。しかしH氏は、この本の原稿を仕上げた後、体調を崩し、入院生活を余儀なくされた。淀川キリスト教病院に転院して治療を続けたが、この本の発刊をみることなく天に召された。H氏の突然の死は、Aさんや家族に深い悲しみと喪失感を与えただけでなく、バクバクの会や関係する人に活動の大きな支柱を失ったというショックと悲嘆を与えた。H氏は、私にとっても尊敬すべき良き師であり、パートナーでもあった。H氏の文章は、彼の遺稿となった。(1) こうした重症の子ども達を支える医療的ケアは、「医療行為」ではなく、「生活支援行為」であること、

(2) 医療者に対しては「メディカル・コントロール（医療者による制御）」ではなくて「メディカル・サポート（医療者による支援）」を望むこと、そして(3) 在宅の安全と生活上必要な情報収集と提供を行う「ナショナル・センター」創設などの夢が語られている。さらにポケットサイズの人工呼吸器やペースメーカーのような体内埋め込み型人工呼吸器の開発などの夢も話し合った。

7. 医療的ケアと自立を考えるシンポジウム

2008年、厚生労働省研究班（主任研究者：春見静子）で「医療的ケアを必要とする障害者と家族への支援策に関する研究」報告書を出した。それを機会に医療的ケアと自立を考えるシンポジウム実行委員会が組織され、堺市において『輝くいのち、だれもが「普通」に生きられるように—今求められている学校卒業後の障害者と家族の支援—』をテーマに医療的ケアと自立を考えるシンポジウムが開催された。シンポジウムの最後にバクバクの会を含んだ家族会の意見を中心に次のような宣言文を採択した。

【宣言文】『痰の吸引や管からの注入による栄養摂取、導尿など、医療的ケアを必要とする人が年々増加してきています。特別支援学校では看護師が配置されるなど対応が進んできていますが、学校卒業後においては、保護者が在宅ですべてを担わざる得ない状況にあります。日常生活において頼みとするヘルパーには、医療行為とされている医療的ケアが制限され、また医療的ケアの法的位置づけがあいまいなため、事故が起こった場合の責任の所在が明確でないこともあって、ケアが積極的に推進される状況が見えてきません。このようなことが相まって、何よりも現在、本人の自立と社会参加が推進されるのに程遠い現状となっています。・・・

本日のシンポジウムでは、医療的ケアの担い手の拡大こそが、本人の自立生活に欠かせないものであるとの共通認識が得られました。また本人の自立支援体制の整備こそが家族の負担軽減に繋がるとの確認ができました。そして、本シンポジウムに参集したメンバーによって、関係者すべてが協力し施策を推進していくことを確認し、ここに以下の宣言をいたします。

- 一、医療的ケアの必要な人が、地域の中で排除されることなく、自立して当たり前で暮らせるようにすること。
- 一、医療的ケアを生活支援行為として認定し、家族以外の非医療者が医療的ケアのできる法整備をすること。
- 一、ヘルパーや施設職員などが一定の研修の下に医療的ケアを実施する場合は、業務の一環として位置づけ、研修制度を確立すること。
- 一、万が一の事故が起こったときには補償が行われる保険制度の整備をすること。
- 一、本人・家族・支援者・医療・福祉・教育等関係機関が連携できるシステムを確立すること。
- 一、ホームヘルプサービス、デイケア、ショートステイや外出介助などの保健福祉サービスを確実に利用できるように、必要な人員と予算の確保をすること。
- 一、経験と技量の豊富な看護師による訪問看護を充実するとともに、ヘルパーの資質向上を図り医療的ケアに積極的に取り組めるようにすること。

最後に、「本人の自立支援体制の確立が最も重要であり、そのことによって、家族の負担が減り、本人も家族も豊かに生きることができると」いうことを確認いたします。

2008年9月27日 「医療的ケアと自立を考えるシンポジウム」参加者一同』

こうした家族の希望に沿った施策が、医療・福祉・教育・行政などの協働により、現在、地域においても支援する体制が徐々に推進されつつある。

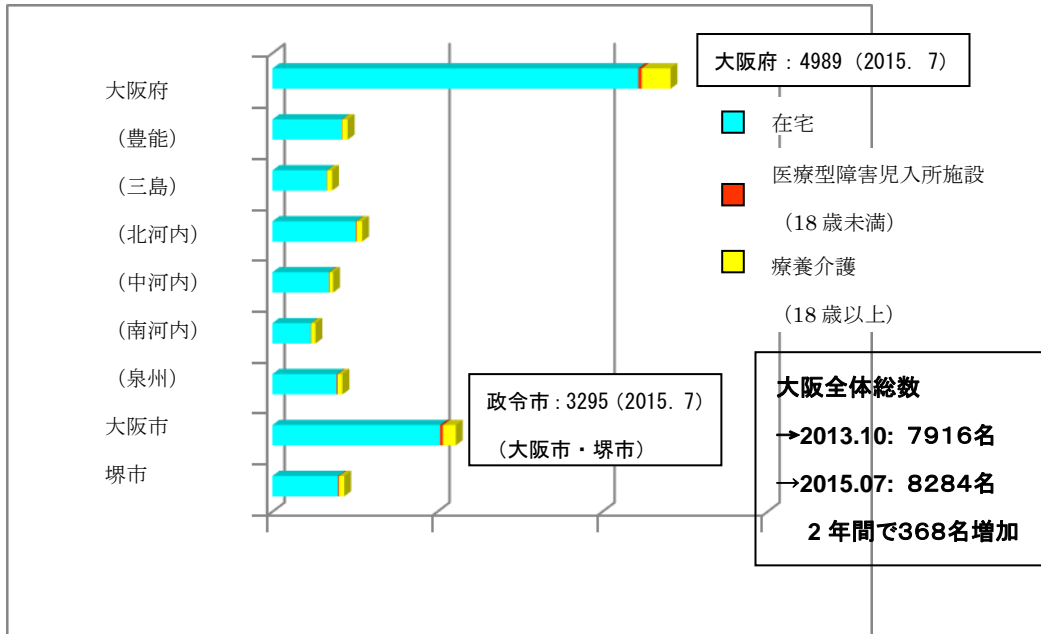


図2. 大阪府圏域ごとの重症心身障害児者数<大阪市・堺市を含む>
(大阪府、医療的ケアが必要な重症心身障がい児者の現状に関する検討報告書、2013. 10 に 2015 年 7 月集計分を挿入)

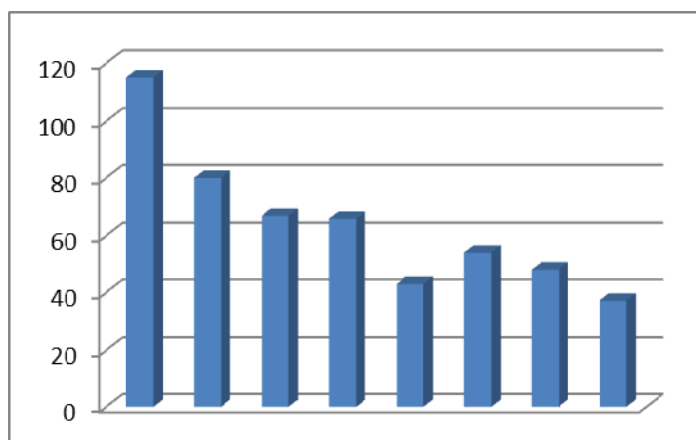
8. 大阪の現状と課題

大阪では、2015年7月現在、障害者手帳1, 2級および療育手帳Aを取得している重症心身障害児者は、政令市(大阪市・堺市)3295名、大阪府4989名で大阪全体計8284名である。2年前(2013年10月)の計7916名に比較して368名の増加である(図2)。その特徴は、何らかの医療的ケア児者が約半数を占めるが、施設入所は約8%であり、しかも入所者の内訳は、児が少なく14%、一方者が86%を占める。すなわち重症児者の約92%は地域で在宅生活を送っているのが現状である(2013年10月データより)。すなわち医療型障害児入所施設への入所は、様々な制約から現在ほぼ不可能な状況と考えられる。一方地域の在宅生活支援体制は、まだ大阪全体でも充分ではなく、家族に多くの負担を背負わせている現状である。

図3は、大阪府資料であるが、大阪のNMCS(新生児診療相互援助システム)等NICUを有する医療機関における長期入院者数は、2007年の117名から2014名の37名まで7年間で年々低下し約1/3まで減少している。これは医療機関において退院コーディネータを配置し、退院支援のための意識変革が進んだことと深く関係している。それではそうした重症児はどこに退院するのかを見ると、一部施設に空きなどがあると入所することがあるが、ほとんどのケースは地域に在宅移行することが多い。

さらに図4も大阪府のデータであるが、その裏付けを地域の保健所の立場から見たものである。年々地域の保健師が介入する重症児が増加している様子がわかる。とくに人工呼吸器をつけた児が7年間で5.5倍に著増している(政令市は除く。2013年度以降2つの市

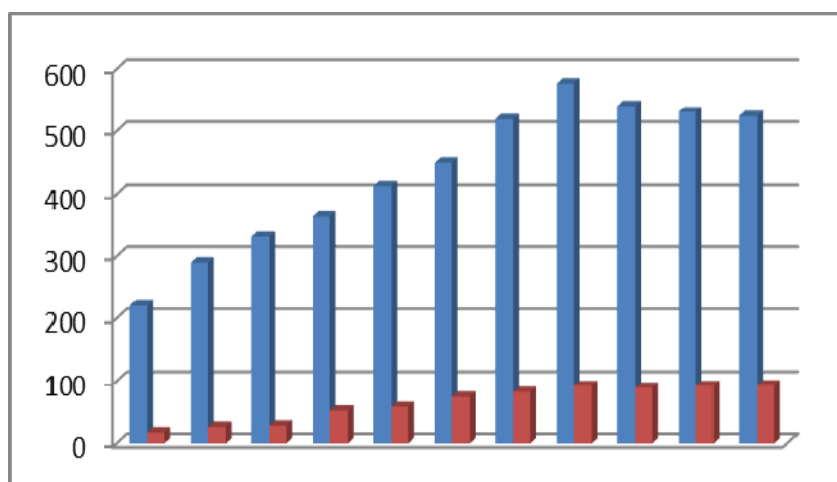
人数 115 80 67 66 43 54 48 37



年 2007 08 09 10 11 12 13 14

図3. NICUを有する医療機関における長期入院児数（6か月以上）
（H27年度大阪府母子保健運営協議会資料、H27.7.30）

人数 220(17) 577(92) 527(93)



年 2004 05 06 07 08 09 10 11 12 13 13

4. 大阪府保健所支援在宅高度医療児実数の推移（中核都市は除く）
（H27年度大阪府母子保健運営協議会資料、H27.7.30）

が中核市となり統計から除外されているため一見減少）。

こうした状況に地域でとくに医療的ケアが必要な重症児者と家族をいかに支援するかが、今後の大きな課題である。

9. 高度医療依存児の在宅移行支援のためにとくに大切な三本柱（医療・福祉・教育）

それではこうした重症児の在宅移行のためになんが支援が必要であろうか？

現在、地域で最低限在宅移行を支援するためとくに大切と思われる三本柱を下記に示す。

■医療の三本柱は、(1) 重症児・者に対応可能な訪問看護師・訪問リハスタッフ、(2) 地域かかりつけ医（訪問診療・往診も含む）、(3) 緊急時の受入れ体制の構築などである。

■福祉の三本柱は、(1) レスパイトを含めたデイケア・ショートステイ事業、(2) 医療的ケアに対応可能な居宅（訪問）介護事業、(3) 相談支援事業の推進などである。

■教育の三本柱は、(1) 学校における看護配置、(2) 教員による医療的ケア研修、(3) 移動中、泊行事中の医療的ケア保障などである。

まだまだ地域における専門的な支援人材は少なく不十分な現状であるが、関心の高まりと並行して少しずつ人材養成がなされつつある。

10. 厚生労働省の小児在宅医療推進事業

厚生労働省は、こうした医療的ケアを必要とする重症児の在宅医療を推進するために「小児等在宅医療連携拠点事業」を2013年度から10都県（群馬・埼玉・千葉・東京・神奈川・長野・三重・岡山・福岡・長崎）で進めた。その成果を基に2015年度から地域医療介護総合確保基金を活用して実施する事業に移行し、現在各都道府県で事業が進められている。

一方2012-2014年度には、「重症心身障害児者の地域生活モデル事業」を13施設・事業団（北海道・千葉・東京・兵庫・久留米・滋賀・大阪・広島・愛媛・浜松・岐阜）において推進した。こうした動きの中で高齢者と同様「重症児者の地域包括ケアシステム」の構築をどのようにするかということも、地域において大きなテーマとなっている。



図4. 大阪市立大学での「重症児の支援を担う専門職種養成のためのインテンシブコース」（2015年度）

一方2015年度文科省の事業で4大学（鳥取大学・大阪市立大学・秋田大学・山形大学）

に委託し、「重症児の在宅支援を担う専門職養成のためのインテンシブコース」が開始された（図4）。将来この事業は、大学院での人材養成も視野に入れている。

1.1. 地域包括支援システムの実現

現在の重症心身障害児者（重症児者）支援の土台となる法律は、主に「児童福祉法」（2012年改正）と「障害者総合支援法」（2013年施行）である。重症児（原則18歳未満、ときに20歳まで）の場合は、児童福祉法と総合支援法を土台に「発達支援」というキーワードで児童発達支援サービスを受ける。一方重症者（原則18歳以上）の場合は、障害者総合支援法を土台に「自立支援」というキーワードで障害福祉サービスを受ける制度になっている。

国の政策に最も大きな影響を与えているのが、2006年国連総会で採択されたノーマリゼーションの思想（バンク・ミケルセン、1960年代）に基づく「障害者権利条約」である。第19条には「自立した生活および地域社会で受入れられる権利」が述べられている。日本は2007年に批准に署名し、全世界に公約した。この条約の正式批准のために国内法の整備が必要となり、障害者総合支援法に加え、虐待防止・差別解消・インクルーシブ教育・就労支援などに対して「障害者虐待防止法」（2012年施行）、「障害者差別解消法」（2013年成立、2016年施行予定）、「学校教育法施行令の改正」（2013年成立）、「障害者雇用促進法」（2013年成立、2016年施行）など次々と法律が成立した。その結果2014年日本も国内法の整備ができたとの判断の元で「障害者権利条約」に正式批准することができた。

さらに2014年医療介護総合確保推進法が成立し、2025年に向けて病院機能分化と地域包括ケア体制の構築が推進されることになった。しかしその対象は高齢者となっており、重症児者の地域包括ケア体制を今後どのように確立するのかが、すべての関係者に問われている新たな課題である。しかし重症児者の場合は、医療と介護だけでは不十分であり、児に対しては「発達支援」、者に対しては「自立支援」のための専門的支援者が地域においても必要となる。この支援内容には、さらに児の場合は兄弟を含めた子育て支援・母親の就労支援などの視点、者の場合はトランジション支援・生涯学習支援・就労支援・社会参加支援・余暇支援などの視点が必要となると思われる。

2015年厚生労働省プロジェクトチームは、新たな時代に対応した「福祉の提供ビジョン」報告書を出し、誰もが支え合う地域の構築に向けた福祉サービスの実現を目指している。それを「新しい地域包括支援体制の構築」と呼び、その対象は、全世代・全対象型包括支援体制としている。そうした中、とくに在宅医療を行っている重症児者のトータルケアを専門家としてどのように支援するかが、小児医療に関わる私達の新たな課題となっている。

「小児在宅医療推進のための会（大阪分科会）」参加委員名簿（2016.6月当時）

氏名	所属	役職
1 いづか ただし 飯塚 忠史	和歌山つくし医療・福祉センター	院長
2 いしぎき ゆうこ 石崎 優子	関西医科大学附属滝井病院 小児科	診療部長
3 いだしのぶ 位田 忍	大阪府立母子保健総合医療センター 消化器・内分泌科	主任部長
4 えばら はくよう 江原 伯陽	エバラこどもクリニック	院長
5 おかきしん 岡崎 伸	大阪市立総合医療センター 小児神経内科	副部長
6 かみや かずこ 上家 和子	大阪府健康医療部	部長
7 くらだ けんじ 黒田 研二	関西大学 人間健康学部 人間健康学科	教授
8 こだま かずお 児玉 和夫	堺市立重症心身障害者（児）支援センター ヘルデさかい	センター長
9 こんどう まさこ 近藤 正子	大阪発達総合療育センター 地域医療連携部医療相談室	室長
10 さんだ こうへい 三田 康平	社会福祉法人大阪重症心身障害児者を支える会	事務局長
11 しおかわ ちずか 塩川 智司	社会福祉法人四天王寺福祉事業団 四天王寺和らぎ苑	施設長
12 しおみ なつこ 塩見 夏子	淀川キリスト教病院 小児科	医長
13 しわがま さとこ 下釜 聡子	愛染園訪問看護ステーション	所長
14 しんたく ほるお 新宅 治夫	大阪市立大学大学院 医学研究科 発達小児医学分野	教授
15 すみ きよあき 隅 清彰	愛染橋病院 小児科	部長
16 たいえ ゆみこ 田家 由美子	大阪府立母子保健総合医療センター 患者支援センター	副センター長
17 たかだ さとし 高田 哲	神戸大学大学院保健学研究科	教授
18 たかばし ゆきひろ 高橋 幸博	日本赤十字社奈良血液センター / 奈良県立医科大学	所長・名誉教授
19 たけもと きよし 竹本 潔	大阪発達総合療育センター	医務部長・小児科部長
20 たばた のぶただ 田端 信忠	大阪市保健所/旭区役所	医務主幹
21 たむら たろう 田村 太郎	公益財団法人チャイルド・ケモ・サポート基金	副理事長
22 とみわ きよたか 富和 清隆	東大寺福祉療育病院	院長
23 なべたに 鍋谷 まこと	淀川キリスト教病院 ホスピス・小児ホスピス	院長
24 なんじょう ひろき 南條 浩輝	かがやきクリニック	院長
25 にわ のぼる 丹羽 登	関西学院大学 教育学部	教授
26 ほるもと つねお 春本 常雄	東大阪生協病院 小児科	部長
27 ふなと まさひさ ★船戸 正久	大阪発達総合療育センター	副センター長
28 ふなもと ひとかず 舟本 仁一	大阪市立住吉市民病院	院長
29 まえかき よしひろ 前垣 義弘	鳥取大学医学部附属病院 脳神経小児科	教授
30 みうら きよくに 三浦 清邦	豊田市こども発達センター	センター長
31 みさわ あきこ 三沢 あき子	京都府乙訓保健所	所長
32 みなみ ひろたか 南 宏尚	高槻病院	副院長
33 もちつき なるたか 望月 成隆	大阪府立母子保健総合医療センター 新生児科	医長
34 よたに のぶゆき 余谷 暢之	神戸大学医学部附属病院 腫瘍センター・緩和ケアチーム	特定助教
35 わだ かずこ 和田 和子	大阪大学 医学部附属病院 総合周産期母子医療センター	副センター長

★座長

(50音順・敬称略)

ご陪席者

氏名	所属	役職
1 さかがみ ゆみ 阪上 由美	武庫川女子大学 看護学部 在宅看護学分野	助教
2 すずき やすひろ 鈴木 保宏	大阪府立母子保健総合医療センター 小児神経科	主任部長
3 わだ ひろし 和田 浩	大阪発達総合療育センター訪問診療科	部長

(50音順・敬称略)

他、大阪府、大阪府関連部署（健康医療部、福祉部、健康局等）

【各会議概要】「小児在宅医療推進のための会」（大阪分科会）

■第1回大阪分科会会議

日時：2015年7月4日（土）19：00－21：00

場所：大阪府大阪市北区茶屋町1番27号 AP大阪梅田茶屋町 会議室H

出席者：飯塚忠史、江原伯陽、上家和子、黒田研二、児玉和夫、近藤正子、三田康平、下釜聡子、隅清彰、田家由美子、高田哲、高橋幸博、玉崎章子、田村太郎、富和清隆、鍋谷まこと、丹羽登、船戸正久、舟本仁一、前田浩利、三沢あき子、南宏尚、望月成隆、余谷暢之、和田和子（25名）

陪席者：山本宗作、和田浩（2名）

議事：

- 1) 座長挨拶（船戸）
- 2) 新メンバー紹介（全員）
- 3) 講演「小児在宅医療の現状と課題」（スライド資料参考）

前田浩利（医療法人財団はるたか会理事長）

<意見交換>

<内容>：今回大阪分科会の記念すべきキックオフの会議であるので、勇美記念財団「小児在宅医療推進のための会」の座長である前田氏に東京から来阪いただいた。日本における小児在宅医療の現状と今後の課題について話題を提供した。特に高齢化・少子化の中で超重症児・準超重症児の増加、とくに新たな問題として、「歩けるし、話せるが、医療的ケアが重い子どもたち」、高度医療依存児について述べた。それらに対応する小児在宅医療における地域包括ケアの構築、介護保険法との違い、そして最後に在宅小児緩和ケアの課題についても述べた。

<質疑>：その発表を受けて、「高齢者の介護保険にも様々な問題があるが、地域支援事業の中で医療と介護の連携を図っていこうという施策が介護保険制度の中に盛り込まれていた。その点は、小児の在宅医療と比較すると制度的には進んでいるといえる」「医療は広域行政（都道府県）でやり、介護・福祉は初めから市町村でやるという構図になっている。通常市町村で医療担当者がいないのが現状。そのために医療にうまく繋げることが難しい状態」「高齢者の介護保険法に比較して、子どもの場合支援する法的基盤がヤマトノオロチのように非常に複雑に絡み合っている。こうしたことを共通認識する場が必要」「小児の在宅医療に熱意をもってかかわってくれる若い医師の養成が非常に大切で、どうしたらいいのか大きな課題」「大学もそうした医療的ケアの必要な重症児を地域に退院させる以上、トータルケアを視野に入れた若い医師の教育が必要」「支援体制も市町村によって大きな格差がある」「今の支援制度は、相談支援員にとって非常に使いにくい制度になっている。例えば市町村によっては、在宅人工呼吸児であっても、訪問介護と居宅介護と一緒に使えない。『子どもを親が見るのは当然』という制度のために重症であってもヘルパーを入れることが困難」など多くの意見交換ができた。

小児在宅医療の現状と課題

第1回 勇美記念財団大阪小児在宅医療推進会議

医療法人財団はるたか会

前田浩利

2015年7月4日

医療法人財団はるたか会 NPO法人あおぞらネット

千葉(松戸)
エリア



松戸市基幹相談支援
センター



千葉県委託の中核
地域相談支援セン
ターほっとネット

あおぞら診療所新松戸(成人220名 小児90名診療)
訪問看護ステーション あおぞら

東京エリア



子ども在宅クリニックあおぞら診療所墨田
(小児250名診療)



訪問看護ステー
ションそら



訪問看護ステー
ション京都あおぞら

少子高齢化の問題

■ 高齢化

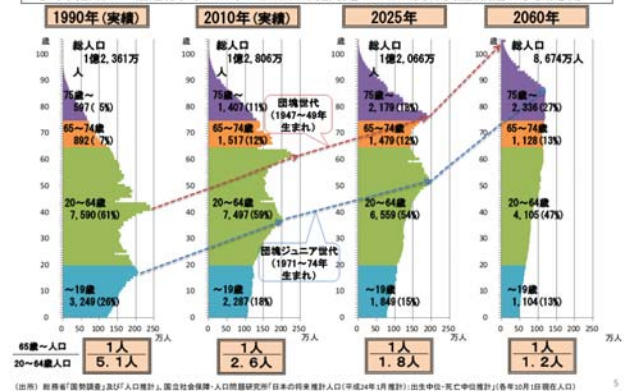
世界に先駆けての超高齢社会
経済への影響
死亡者の急激な増加

■ 少子化

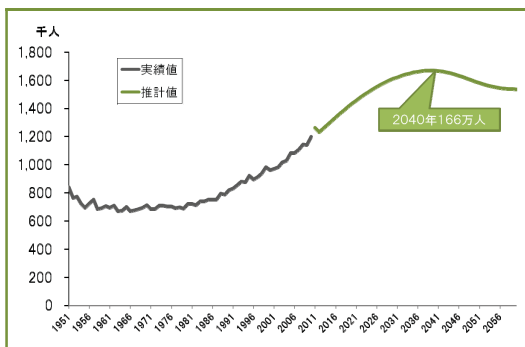
- ・未熟児の出産の増加
- ・子ども達は全てが稀少児
- ・医療依存度の高い重症児の増加

人口ピラミッドの変化(1990~2060年)

○日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定



死亡者数の推移



資料:1951~2010年までは厚生労働省統計情報部「人口動態統計」による。1947~72年は沖縄県を含まない。2011年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」(中位推計)による。

死亡場所による死亡者数の現状と予測

日本人はどこで亡くなる?

日本人の死亡場所の内訳(2010)と30年後の予測
(死亡場所の内訳が同じだった場合)

	2011年	.....	2040年
総数	1,253,066	.....	160~170万人と仮定
病院・診療所等 (78.5%)	983,948	.....	130~140万人?
自宅・老人ホーム等 (18.5%)	206,482	.....	27~29万人?
うち自宅 (12.5%)	156,491	.....	20~22万人?

現在の医療体制ではとても受け止めきれない

(表は厚生労働省、平成23(2011)年人口動態統計より筆者作成。)

日本のがん死の実情

2014年のがん死亡 37万人(全死亡126.9万人)全死因で第1位

2011年	がん死	全死因
病院 (緩和ケア病棟含む)	90.1%	78.5%
緩和ケア病棟	8.2%	2.4%
施設(老人保健施設、 老人ホーム)	1.5%	5.4%
自宅	8.2%	12.5%

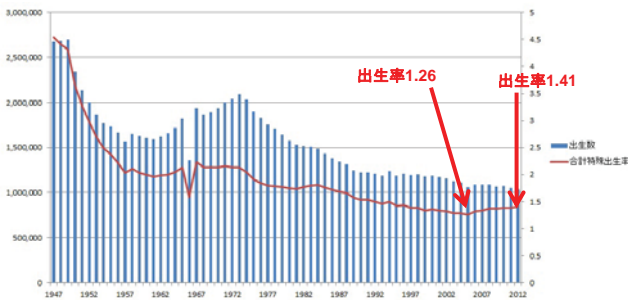
在宅緩和ケアの充実⇒在宅死を増やす、施設死亡を増やす
緩和ケア病棟の在院日数の短縮
現在39.5日(一般病棟は17.5 全病床でも平均31.2)

2025年問題と2040年問題

- 2025年には人口の33%が65歳以上(1980年は9.1%)、25%が75歳以上になり、認知症が470万人になる。
- 年間死亡者も増え続け2040年にピークを迎え約170万人になり
- 2014年6月に計画的整備、地方分権を2本の柱とする「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」という19個の個別法から成る一括法が公布され、在宅医療整備の方向に向かっている

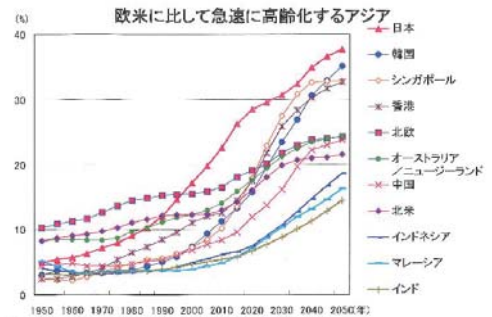
我が国の出生数と合計特殊出生率の推移

人口維持のためには合計特殊出生率が2.07必要



女性の就労支援、育児支援は少子化対策の要
周産期医療・小児医療の維持、充実は子育て支援の重要な柱

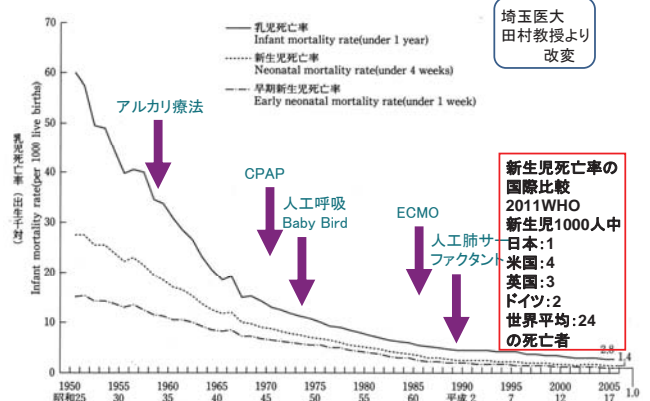
我が国を追って高齢化するアジア



子どもの死亡数の減少

	0歳～19歳までの 死亡者数
昭和60年 (1985年)	18,488人
平成13年 (2001年)	8,069人
平成22年 (2010年)	5,836人

新生児死亡率の推移



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
- 救命した子どもたちの中に、自分では歩けない子ども、話せない子どもたちがいた

⇒ 重症心身障害児

- このような障害児は少数存在していたが、その数と重症度が増した
- 「全国重症心身障害児者を守る会」の結成（1964年）北浦夫妻で50年間代表を務める
- 施設建設への方向性の運動だったが、実際施設に入れたのは3割にとどまる

重症心身障害児 大島の分類

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

■ 現在も障害福祉制度の基盤の考え方

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

1, 2, 3, 4
の範囲が
重症心身
障がい児

5, 6, 7, 8
は周辺児と
呼ばれる

現状には合わない！！

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
- 救命した子どもたちの中に、自分では歩けない子ども、話せない子どもたちがいた

⇒ 重症心身障害児

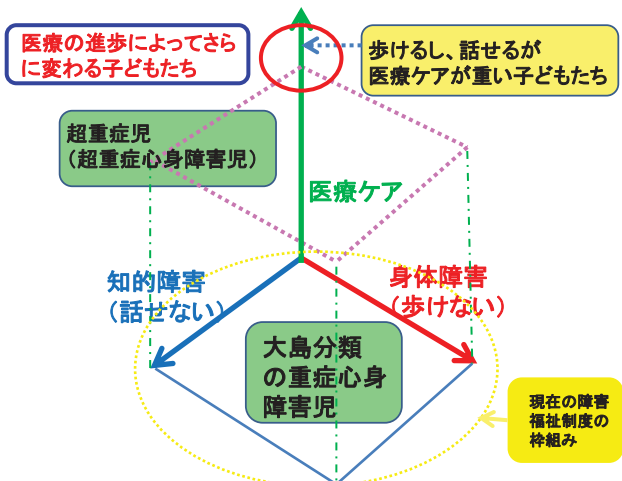
- 更に医療技術が進歩し、救える子どもが増えていくと、医療機器と医療ケアに頼らなければ生きていけない子どもたちが生まれた

⇒ 超重症児（超重症心身障害児）

医療の進歩が障害のある子どもの姿を変えていく

超重症児スコア 大島分類に医療ケアを加味

- 医学的管理下に置かなければ、呼吸をすることも栄養を摂ることも困難な障害状態にある児で以下のスコア25点以上。準超重症児は10点以上
- 呼吸管理
 - レスプレーター(10) 気管内挿管(8) 鼻咽頭エアウエイ(8) 酸素吸入(5)1時間1回以上の吸引(8) 1日6回以上の吸引(5) ネプライザーの常時使用(5) 1日3回以上使用(3)
- 食事機能
 - IVH(10) 経管、経口全介助(5)
- 消化器症状 制御できないコーヒー様の嘔吐(5)
- 他の項目
 - 血液透析(10) 定期導尿、人工肛門(5) 体位交換1日6回以上(3) 過緊張により臨時薬(3)など



医療ケアは重いが重症心身障害児ではない子どもたち

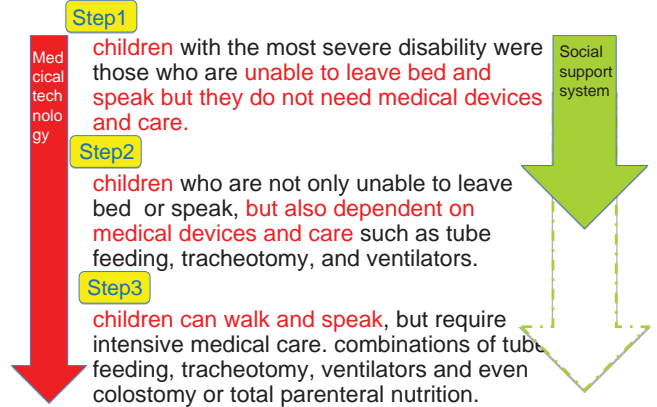
- 重度の先天性内臓疾患 人工呼吸器あり
 - 複雑な先天性心疾患
 - 気管や食道の異常の合併
 - 人工呼吸器、気管切開、経管栄養
- 短腸症候群 人工呼吸器なし
 - 胃瘻、人工肛門、腸洗浄
 - 中心静脈栄養のライン管理
 - 重症感染の危険性と隣り合わせの緊張感

高度医療依存児というべき子どもたち

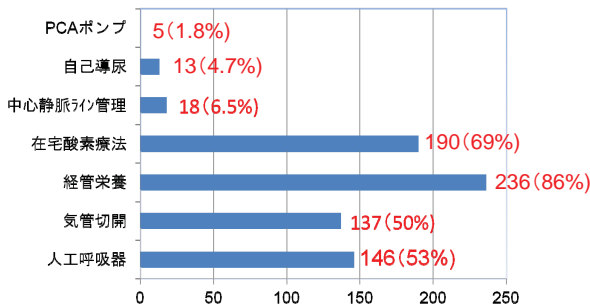
歩いて話せる超重症児 (医療依存度の高い子ども)の増加

- 2011年3月から2014年9月までのあおぞら診療所墨田の患者で歩いて話せる患者で、**超重症児スコアが10点以上が30人**
- その中で**超重症児スコアが25点以上が12人**
- すなわち、気管切開、人工呼吸器装着、経管栄養にもかかわらず、歩いて、話せる子どもが増えている。

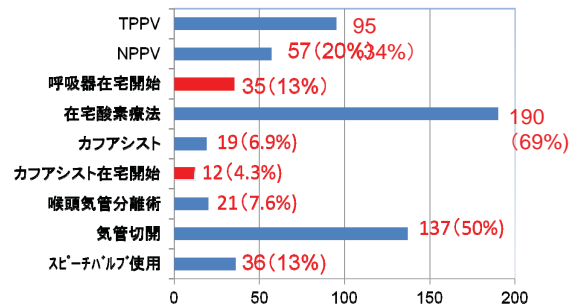
Clinical conditions of children with disability changes as medical technology progressed.



小児在宅医療の対象の子ども:医療デバイスの多さ 2011年4月から2014年9月末までのあおぞら診療所墨田の患者の医療デバイス 総患者数 276名

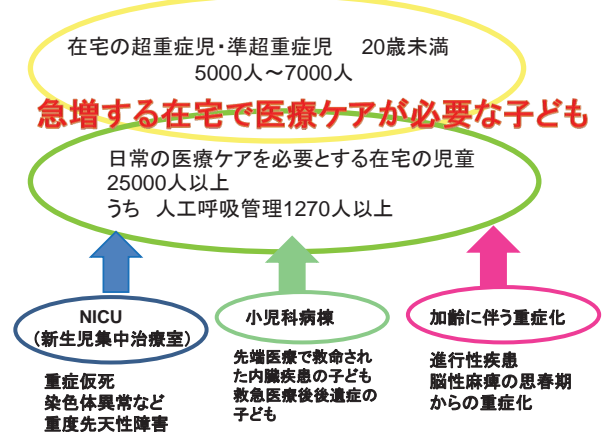


2011年4月から2014年9月までのあおぞら診療所墨田の患者の呼吸管理 全患者数 276名

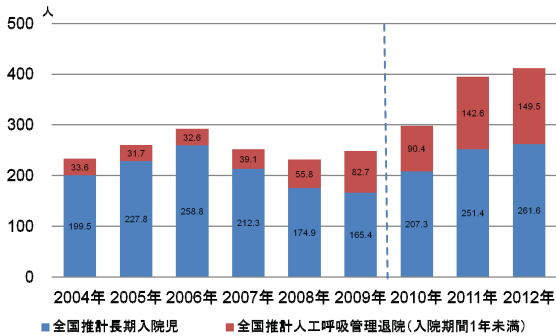


小児在宅医療の対象となる子どもの特徴

- 医療依存度が高い
 - 複数の医療デバイスを使用していることが多い
 - 呼吸管理は気道管理が重要(気管切開など)
- 成長に従って、病態が変化していく
 - 重症児の二次障害など
- 本人とのコミュニケーションが困難なことが多く、異常であることの判断が難しい
- 24時間介助者が必要 独居では生存不可能で数分間も目を離せない
- 成長(体験を増やす、できることを増やす)のための支援が必要



長期入院児と退院時人工呼吸管理児の推定全国推移



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

急増する在宅で医療ケアが必要な子ども 文部科学省の全国調査から

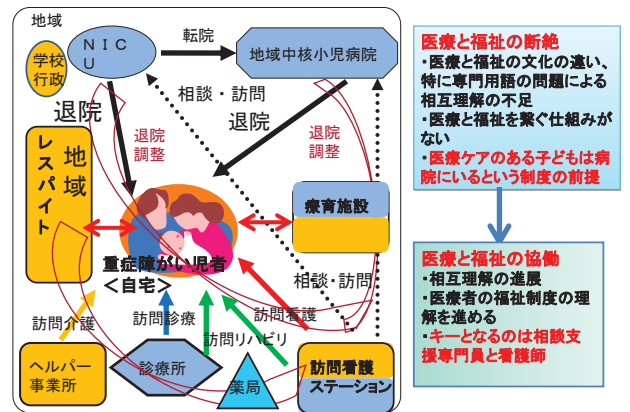
医療的ケアが必要な児童数(小学校-中学)		
	平成23年5月	平成25年5月
人工呼吸器の使用数	850名	1270名
医療的ケアが必要な児童数(延べ数)	19,303名	25,175名

小児在宅医療の対象となる患者の数 ー全国推計(前田)ー

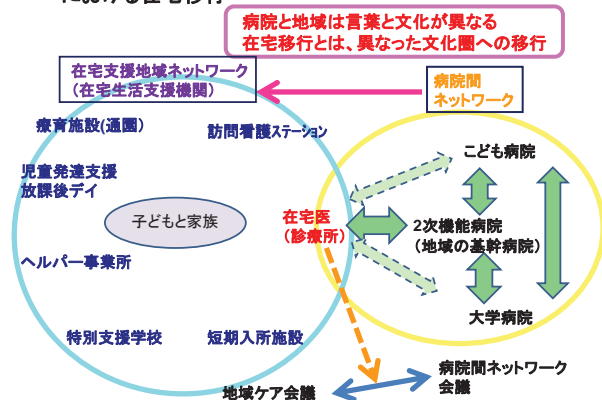
- 日常の医療ケアを必要とする在宅の15歳以下の子ども・・・**48360人以上**
- そのうち人工呼吸器使用者・・・**2440人以上**
- 地域にいる超、準超重症者(医療ケアの重い20歳以上の重症心身障害者) **約4000人**
- 15歳~19歳の対象者は不明

政策策定の基礎になる実数、どこにどれだけいるかは全く不明
 国・行政も小児科学会にもつかめていない

在宅の医療依存度の高い重症心身障がい児者を支援するためのモデル



小児在宅医療における地域包括ケアシステム構想における在宅移行



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	往診医・近隣開業医	外来医師・病棟医師	担当医師
歯科医師	訪問歯科医師	病院歯科医師	
薬剤師	地域薬剤師	病院薬剤師	
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	

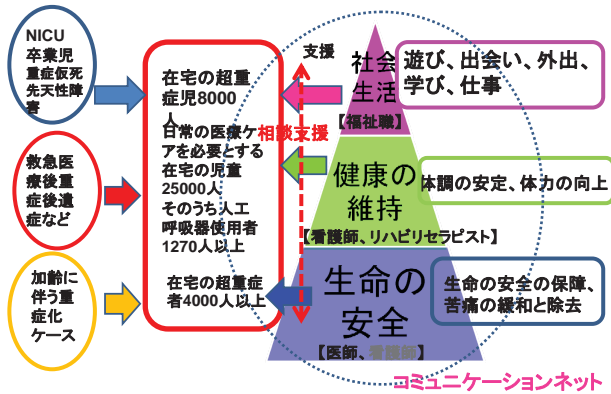
高齢者の地域支援に関わる職種

	地域	病院	レスパイト施設
医師 歯科医師 薬剤師 看護師	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
リハビリセラピスト	訪問リハ	通院リハ 通所リハ	看護師 (介護職)
ヘルパー	訪問ヘルパー		
ケースワーカー	ケアマネージャー	病院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		

障害者総合支援法の課題

- 支給決定の仕組みの未整備
 - 決定に至るプロセスの不透明さ
 - 調査員の医療知識の不足
 - 支給の基準が曖昧 市区町村で決めている
- サービス等利用計画書を作成できる人材が不足
 - 訪問看護などの医療との連携が困難
 - 相談支援専門員の人材育成プログラムに医療的知識が入っていない
- モニタリングの仕組みが未整備
 - 医療との連携が困難で、調整機能が弱い
 - サービス担当者会議を開催するのが困難

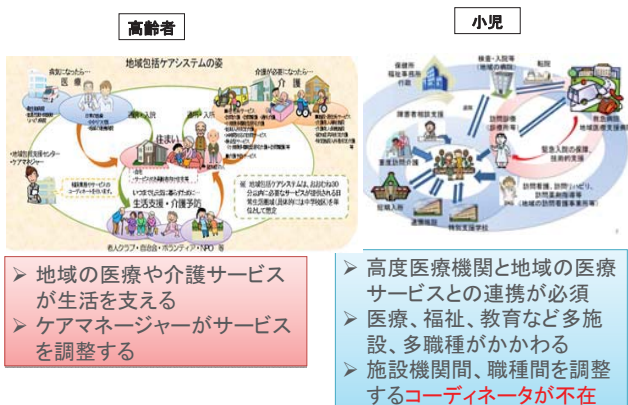
小児在宅医療における地域包括ケア



小児在宅医療を担う医師に必要な資質

- **プライマリケア**が実践できる
- **複数の医療デバイス**の管理ができる(特に呼吸管理)
- 生活の中で行う医療の特徴を理解し、多職種連携をコーディネートし、**地域包括ケア**を実践できる
- **子どものライフステージ**を理解し、それに沿ったケアをコーディネートできる。
- **Patient & Family-Centered Care**を理解し、実践できる
- 小児在宅医療の対象となる子どもにかかわる**複数の医師の役割分担**を理解し、その調整ができる
- **緩和医療**を理解し、End of Life Careができる

高齢者と小児の地域包括ケア



介護支援専門員(ケアマネージャー)と相談支援専門員の機能の違い

- ケアマネージャーは訪問看護をコーディネートできるが、相談支援専門員はできない
- 在宅療養支援診療所もケアマネージャーに報告すると介護保険から報酬があるが、相談支援専門員は医療保険とのつながりが一切ない
- ケアマネージャーが、医師、看護師も含めたサービス担当者会議を招集することが一般化しているが、相談支援専門員では難しい
- ケアマネージャーは、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が、相談支援専門員は毎月なのは最初のみ、その後6か月乃至1年に1回

小児在宅医療の波及効果

- 小児在宅医療の整備がなくては、周産期医療も小児救急医療も維持が困難
- 医療が急速に進歩したために、現状に適合しなくなった福祉と医療の協働のための仕組みを構築するための基盤となる
- どんな子どもも安心して地域で育つ子育ての環境が整備され、少子化対策の柱である子育て支援が充実する
- 成人の難病及び、医療依存度が重いケースへの在宅医療支援の仕組みが整備される
- 医療費のコストが抑制される

小児在宅医療の経済効果

“Effect of an Enhanced Medical Home on Serious Illness and Cost of Care Among High-Risk Children With Chronic Illness

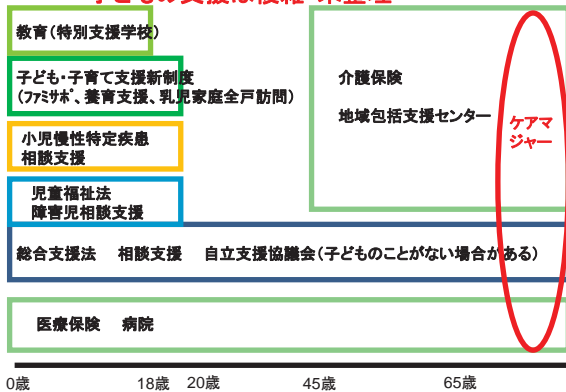
A Randomized Clinical Trial“

JAMA December 24/31, 2014 Volume 312, Number 24

多職種連携による、継続的で包括的な小児の在宅医療支援は**医療費を42%削減し、子どもの救急受診と入院頻度を半分に減らす**ことが示された。

地域における医療・生活支援の現状

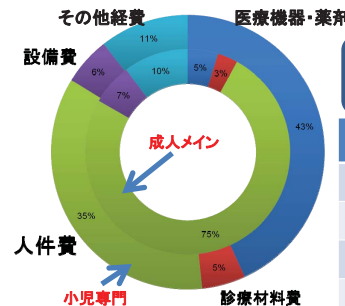
子どもの支援は複雑・未整理



小児在宅医療の特徴 在宅療養診療所の運営について

診療所費用比較(単位千円)
(内訳 成人・外枠 小児)

人件費より医療機器にかかる費用が多い
成人メインの人件費は75% 小児専門は35%



小児専門在宅診療所と
成人がメインの診療所の収支
同月比較(11月)

	小児 専門	成人 メイン
患者数	210名	185名
収益	43,860千円	22,76千円
費用	46,900千円	20,49千円
利益	-3,04千円	+2,27千円

高度医療依存児支援(小児在宅医療)の課題

- 対象
 - 医療の進歩に従い対象が変化している
 - 対象の子どもがどこにどれだけいるのか不明
- 制度・社会資源
 - 複雑で見通しが悪い支援制度
 - 医療と福祉の連携とコーディネーターの未整備
- 担い手
 - 医師・高度医療の知識・技術の必要性 誰が担うか不明
 - 看護師・病院看護との違い、医療機器の壁
 - ヘルパー・医ケアの壁、制度の未熟
- 当事者団体
 - 障害のある子どもの変化に対応できていない

高度医療依存児支援(小児在宅医療)の展望

- 対象
 - 行政主体の実数調査の実施
 - 医療の進歩を前提とした実数把握の仕組み作り
- 制度・社会資源
 - 複数の支援制度を包括する仕組み
 - 医療と福祉の連携とコーディネーターの整備
- 担い手
 - 医師・看護師・病院と地域の相互の人材交流の仕組み
 - ヘルパー・人材育成の仕組み作り
- 当事者団体
 - 高度医療依存児の当事者団体の検討

小児在宅医療

小児緩和医療

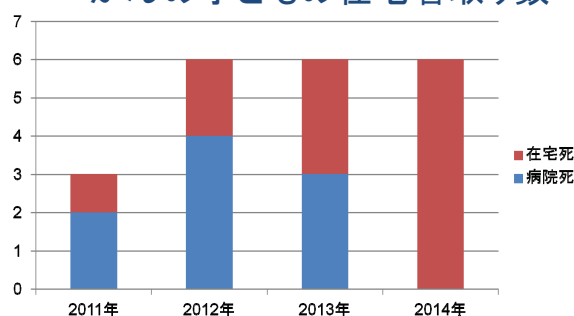
あおぞら診療所新松戸(千葉県)における小児在宅患者の死亡者数

- 死亡:62例(1999/4-2014/12)
- 在宅での看取り:23例(37%)
- 死亡患者の疾患
 - 悪性腫瘍:25例
(自宅看取り15人 60%)
 - 非悪性腫瘍:37例
(自宅看取り9人 24%)

あおぞら診療所墨田(東京都)における小児在宅患者の死亡者数

- 死亡:50例(2011/4-2014/12)
- 在宅での看取り:20例(40%)
- 死亡患者の疾患
 - 悪性腫瘍:20例
(自宅看取り11人 55%)
 - 非悪性腫瘍:30例
(自宅看取り9人 30%)

あおぞら診療所墨田の がんの子ども在宅看取り数



成人と子どもの緩和ケア

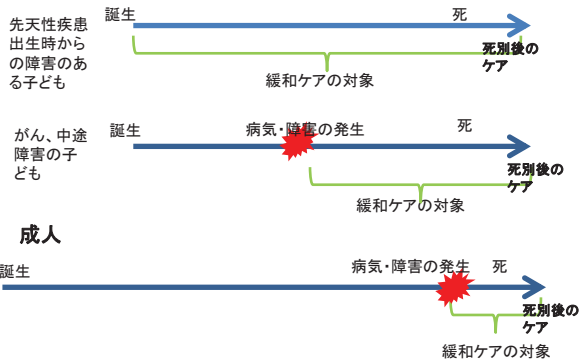
- 成人と子どもに共通な点
 - 患者の生命予後が限られていること
 - QOL(生活の質)の重視→在宅ケアの重要性
 - 症状コントロールの重要性
 - 精神面のケアの重要性
 - 家族ケアの重要性
 - 他職種連携が必要なこと

成人と子どもの緩和ケア

- 成人と子どもが異なる点
 - 子どもの死が稀なこと
 - 子どもの方が対象となる疾患の種類が多く、稀な疾患が多く、経過も異なり、時として進行が急速で予測困難である
 - 子どもは発達・成長を考慮しなければならない
 - 知的・あるいはコミュニケーションに障害がある子どもへのケアに特殊な技術が必要とする
 - 家族のケアの幅広さ 兄弟や祖父母など
 - 家族の悲嘆が深い
 - 倫理的配慮 子どもの自己決定権など
 - 関わる職種が多い 地域、病院、学校など
 - 関わるスタッフの精神的負担が大きい
 - 子どもは家庭で生活することが決定的に重要であること

緩和ケアを必要とする期間の比較

小児 (life-threatening conditions)



小児緩和ケアの特性

- Life-threatening conditions、つまり死と常に向き合いながら、“**限りあるとき**”を生きている **子どもと家族の生活と人生を、年余にわたって支え続ける**
- 従って、生活の場、家庭で、家族ごと支えること、すなわち“**在宅ケア**”が重要になる
- “**生きる時間**”を延ばすことが、苦痛がないこと、QOLを高めることと同程度に重要であり、医療者がそのために、家族と一緒に葛藤し、努力することが家族の想いに寄り添うことになる

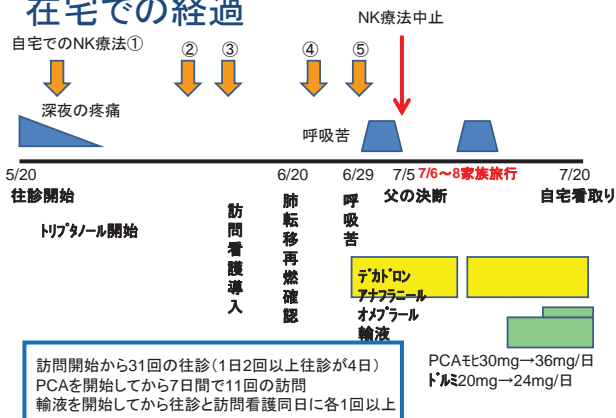
症例 7歳男児 骨肉腫

- 2012年1月 頭部に腫瘤ができ、近医受診
- 2012年4月 足が痛く跛行を主訴に専門病院受診し、右下肢、左肩甲骨、肋骨、右坐骨、頭蓋骨、両側肺への多発転移した骨肉腫と診断
- シスプラチン、ミノレキセート大量療法を8クール実施
- 2012年9月 腫瘍摘出術(2回)局所放射線療法にて画像上寛解となる
- 2012年12月 臍帯血幹細胞移植し3月退院
- 2014年1月 PET-CTで多発再発を認めた
- 2014年1月 増幅NK細胞療法を行うクリニック受診
- 2014年3月 ハーセプチン+増幅NK細胞療法開始

症例 当院受診時の状況

- 体重24.7kg 意識清明、座位可能、座位のままいざって屋内移動できる
- 深夜午前2時30分～午前3時に右下肢(液体窒素処理した側)の強い痛みを訴え
- コール200mg3錠分3、オキシコドン5mg寝る前1回 レスタミン10mg分1、モルヒネ2.5mg頓用で内服
- CVポートあり
- 月、火、金にNK細胞療法クリニック受診し治療
- 当院は週1回のNK療法を自宅で実施することで2014年5月20日導入

在宅での経過



本症例からの学び

- 最初から治療を諦めている親は少ない。ご両親、ご家族のニーズに応えることから介入する。緩和ケアという言葉、訪問看護は治療を諦めると同義に受け取られる可能性がある。
- 訪問看護導入のタイミングをよく検討する
- 本人の「恐怖と不安」にも十分留意する
- 症状緩和は重要だが、難しい。特に呼吸苦の緩和が重要。PCAが必要なケースが多い。
- 輸液は多くのケースで必要
- 最末期はIntensiveな在宅ケアを要する

■第2回大阪分科会会議

日時：2015年8月14日（金）19：00～21：00

場所：大阪府大阪市北区茶屋町1番27号 AP大阪梅田茶屋町 会議室F

出席者：飯塚忠史、位田忍、今井龍也、江原伯陽、上家和子、黒田研二、児玉和夫、近藤正子、三田康平、下釜聡子、新宅治夫、隅清彰、田家由美子、高田哲、高橋幸博、竹本潔、玉崎章子、田村太郎、富和清隆、中村知夫、鍋谷まこと、丹羽登、春本常雄、船戸正久、舟本仁一、三沢あき子、南宏尚、望月成隆、余谷暢之（29名）

陪席者：上林孝子、鈴木保宏、前野祐一、撫井賀代、森河内麻美、山本宗作（6名）

議事：

- 1) 座長挨拶（船戸）
- 2) 新メンバー紹介（位田・今井・新宅・竹本・鈴木・上林・前野・撫井・森河内・春本）
- 3) 講演「厚生労働省小児等在宅医療連携拠点事業と今後」（スライド資料参考）

中村知夫（国立成育医療研究センター総合診療部在宅診療科医長、
医療連携・患者支援センター在宅医療支援室室長）

<意見交換>

<内容>：前回の前田氏に次いで厚生労働省小児等在宅医療連携拠点事業の取りまとめを行った中村氏に東京から来ていただいた。平成25年-26年度においてなされた小児等在宅医療連携拠点事業は、長野県・埼玉県・東京都を始め10都道府県において実施された。その目的は、小児等が安心して在宅移行できる医療福祉連携体制の構築モデルであり、行政が支えるシステムを構築することである。事業のポイントは、小児在宅患者の現状の把握、理解促進と普及啓発、医療・福祉・教育・行政との理解・連携、個別支援と相談窓口の充実であり、それも都道府県の行政を巻き込んで実施することであり、この点が非常に良かったと評価している。さらに平成27年度に開始される小児等在宅医療リーダ人材養成事業についても紹介した。

<質疑>：その発表を受けて、「小児の場合、高齢者と比較して色々な行政の部署がバラバラの施策を提案するが、統一性がない感じがする」「大変な小児在宅医療に対する評価が低く、診療報酬に正當に反映していない印象を受ける」「とくに小児医療に関しては、診療報酬が実際の医療費用に見合っていないのが問題」「行政の担当者の理解が問題。理解があれば、事業に予算が付き現場で進むことがある」「大阪では、市町村の保健師が在宅児に関わることが多いが、その活用が重要」「日本小児神経学会では、医療的ケアセミナーをやっているが、細かい手技ではなく互いの経験とか地域の実情を交換する会も必要」「在宅の人材育成では、現在文科省事業でインテンシブコースが開始、さらに大学院コースも作る予定」「在宅支援の中間施設として地域小児科センターの役割が重要」「例えば総合周産期センターの施設要件として、在宅療養後方支援病院として在宅支援のための人材を提供するなどの施策が必要」など多面的な意見・提案が出された。また、「全数把握が必要」など多くの意見が出た。

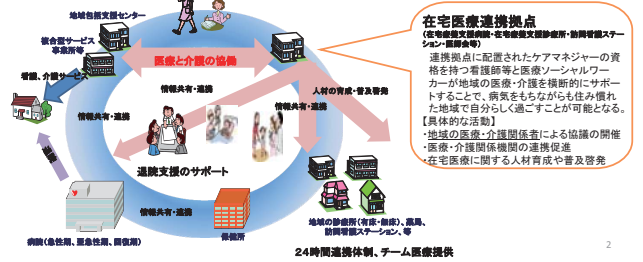
厚生労働省小児等在宅医療連携拠点事業と今後

国立成育医療研究センター
総合診療部 在宅診療科医長
医療連携・患者支援センター
在宅医療支援室 室長

中村知夫

在宅医療連携拠点事業(平成24年度まで)

- 【背景】 平成23年度 10カ所
平成24年度 105カ所
- 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んでおり、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。



小児等在宅医療における課題

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させることが必要。
- 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(福祉)機関が少ない。
- 在宅医療を提供する医療(福祉)機関の拡充が必要。
- 教育関係者との連携も必要。

平成24年度在宅医療連携拠点事業における取り組み(小児対象)

- 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)
- ・障害児の子の口腔ケア(17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、技術支援回。

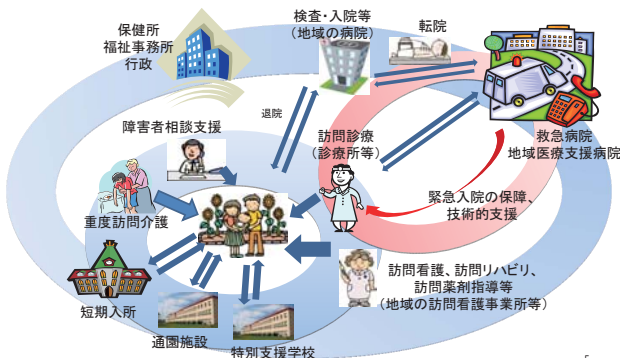
(3) あおぞら診療所量田

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、道路コーディネータ、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。

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

25年度予算 165百万円

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。



● 平成25年度小児等在宅医療連携拠点事業実施都道府県

- 埼玉県
- 千葉県
- 三重県
- 長野県
- 群馬県
- 長崎県
- 東京都
- 岡山県

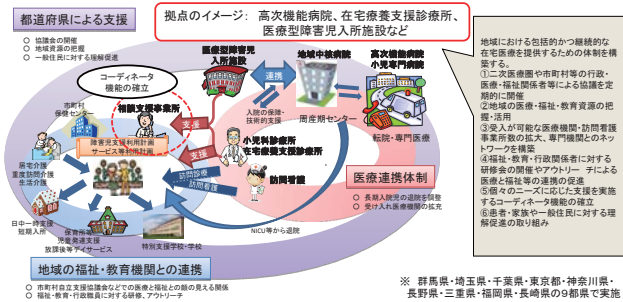
● 平成25年度小児在宅医療拠点病院事業評価事業実施機関

- 国立成育医療研究センター

■ 小児等在宅医療連携拠点事業

平成26年度 151百万円

- 背景・課題
 - 新生児集中治療管理室(NICU)等から退院し重度の医療的ケアを要する小児等の在宅医療については特有の課題に対応する体制整備が必要
- 本事業の目的・概要
 - 小児等在宅医療を担う医療機関を拡充（診療所、訪問看護、医療型短期入所施設など）
 - 地域における医療・福祉・教育の連携体制の構築
 - 医療と連携した福祉サービスを提供できるコーディネート機能の確立



小児等在宅医療連携拠点事業 概要

- 小児等が安心して在宅に移行できる医療・福祉連携体制の構築
- 療養上の助言等、関係機関等との調整を行う相談支援体制の整備
- 都道府県が、実情に合わせて体制を効果的に構築した小児等在宅医療モデルの提示
- 行政が支えるシステムの構築

6つのタスク

番号	タスクの内容	略称
①	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	会議の開催
②	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	地域資源の把握
③	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	医療機関の拡大とネットワーク構築
④	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	福祉・教育・行政との連携
⑤	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	個別支援と相談窓口
⑥	患者・家族や小児等の在宅医療を支える関係者に対して、相談窓口の設置や勉強会の実施などを通して、小児の在宅医療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	理解促進と普及啓発

小児等在宅医療連携拠点事業評価

1. 各小児等在宅医療連携拠点事業者の**進捗状況の把握**
2. 各小児等在宅医療連携拠点事業者への**技術的支援**
3. **進捗報告会の開催**(中間報告会、最終報告会)
4. 定期的な進捗報告会の開催の事務及び事業を通じた**課題の把握や効果の評価**
5. **全国展開する上での提言や、参考となる資料の取りまとめ**

事業のポイント

- 小児在宅患者の現状の把握
- 理解促進と普及啓発
- 医療、福祉、教育、行政との理解、連携
- 個別支援と相談窓口の充実

都道府県の小児在宅患者の実数、分布把握

- 病院と、クリニックへ、在宅管理料を取っている患者の抽出を依頼
- 小児慢性疾患意見書から患者を抽出
- 身体障害者手帳取得
- **市町村保健師**
- 特別支援学校
- 訪問看護ステーション
- 保護者団体

小児在宅医療患者実態調査

課題

- 実態把握が困難である
※身体障害者手帳や超重症スコアからの調査では正確な把握ができず

対応

- 病院側からの調査と行政側からの調査の両方の実施
(行政)小児慢性疾患意見書に在宅医療が必要な記載のある患者の抽出
(病院)在宅管理料をとっている患者の抽出(※埼玉県外の医療機関にも照会)
⇒ 両者の結果を突合せ、小児在宅患者の実態に迫る

調査結果

- 在宅医療を必要とする小児在宅患者数 :720名
- うち人工呼吸器を装着している小児在宅患者数 :122名
(埼玉県の特徴)
 - ・ 東京都など県外の医療機関が主な管理病院である患者が15%いる。
 - ・ 人口の多い県南部、さいたま市に患者が多い。
 - ・ 県内では、いくつかの病院に主な管理病院が集中している。

行政での協議の場

- 庁内の協力と主導する部署
 - 継続性と、責任の所在
- ワーキング・グループ
 - 定期的な情報、意見、進捗状況の交換の場
 - 各部署で取り組んでいる計画との連動性
- 他県の取り組みに関する情報
- 他県との協働
- 市町村との協働

医療関係者による協働・協議

- 医療関係者全体の支援体制構築：役割分担
- 病院内の連携
- 病院間、重心施設との連携
- 開業医（小児科、在宅医）
- 地域医師会
- 地域小児科学会 小児在宅医療検討会
- 歯科、薬局との連携
- 訪問看護、リハビリ、介護

- 多くの小児在宅患者の通院している医療機関の積極的な関与
- 在宅移行前、移行後の連携
- 知識支援、技術支援
- 医療福祉機関への相談支援
- コーデネート

行政、医療・福祉・教育関係者等 による協議の場を設置

- 療育支援専門部会(障碍児者検討部門)
- 市町村への働きかけ、事業説明
- 地域での連携体制:誰が、中心となる人材
 - 自立支援協議会
 - 小児在宅協議会
 - ケース会議
- 市町村の現状把握(必要性、施設、人)
- モデル地区から広域へ

地域資源の把握と活用

- 患者、家族の実態把握
- どこから始めるのか
- どこまでの実態把握をするのか
 - 文部科学省の調査
 - アンケート調査(個人情報)
- 情報提供
 - 小児在宅に特化したもの(三重県)
 - 方法(HP、雑誌・パンフレット)
 - 対象
 - 内容

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

- 小児在宅研究会
 - 出張研修、講演会
- 医療実技講習会: **対象者の選択、個別講習**
 - 医師対象
 - 看護師対象
 - 介護職: 喀痰吸引研修
- **重心施設、リハビリセンターとの連携**
- **訪問看護ステーションに対する研修、同行訪問**
- **病院と訪問看護ステーションとの相互研修**
- ケースカンファレンス

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

- 研修会: 認知度を高める
- **人材育成**
- **アウトリーチ**
 - 行政と地域の結びつけを作る
 - 地域のネットワークを作る
- **地域保健師への研修・アンケート調査**
 - 医療的ケアの必要な子どもの把握
 - 支援

個々のニーズに応じた支援を実施する コーディネーター機能を支援

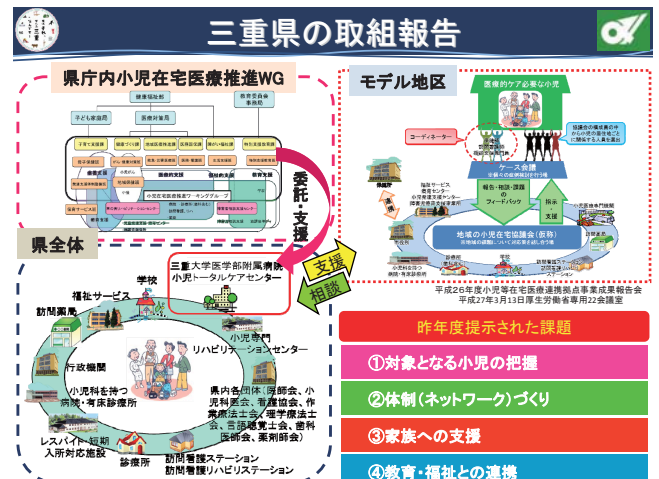
- **相談支援員への研修**
 - 相談支援員の必要性の共有
 - 相談支援員の支援内容の共有
 - 相談支援員への支援
 - 在宅支援ガイドラインの活用
- **相談窓口**
 - 患者家族
 - 医療従事者
 - 看護師
 - 保健師
- 地域の病院との連携、支援

理解促進の取り組み

- シンポジウムの開催
- 特別支援学校
 - 校長・市教育担当との意見交換
 - 進路指導担当との意見交換
 - 教師・看護師への医療的ケア支援

レスパイトへの取り組み

- **レスパイト連絡協議会**
- **HP上への空床状況表示**
- 地域の病院でのレスパイト
 - マンパワー確保
 - 技術的支援
 - コンサルテーション
 - 多様性への対応(ケア、付き添い)
 - 金銭的支援
- 地域での暮らしと、レスパイト
 - 在宅型
 - 小規模多機能型居宅介護



③ 家族への支援

相談支援事業		モデル地区事業	
電話相談		〇桑名市 支援ガイドブック作成	
相談者	件数	 <ul style="list-style-type: none"> ・相談・訪問事業について ・医療費などについて ・予防接種について ・障害者手帳・福祉・医療サービスについて ・税金・手当・各種料金などについて ・療育センター ・保育・教育について ・訪問看護ステーション ・親の会・支援団体など ・関係機関の電話番号 	
家族	52	〇鈴鹿市 保護者へのニーズ調査	
保健師	13	<ul style="list-style-type: none"> ・サービスに対する希望（ベビシッター、相談窓口案内、将来の相談、親同士のつながり） ・訪問看護、訪問リハビリなど相談窓口 ・ケアマネージャーが欲しい ・就労支援、居住支援の充実 	
児童相談所	2		
訪問看護ST	21		
相談支援専門員	1		
市町行政	5		
特別支援学校	1		
医療施設	13		

対応職種：
小児科医、小児看護専門看護師、MSW
(三重大病院 小児トータルケアセンター報告)

岐阜県の小児・障がい児者支援施策 (〇は27年度新規事業)

<人材の育成>

- 〇障がい児者医療学寄附講座の設置
- 〇重症心身障がい看護人材育成研修
- 〇障がい児在宅看護マニュアルの作成
- 〇岐阜県小児在宅医療実技講習会
- 〇在宅障がい児診療医指導研修
- 〇在宅ケア専門技術研修
- 〇略痰吸引研修への補助
- 〇障がい児者看護フェアの開催

<多職種連携・普及啓発>

- 〇岐阜県小児在宅医療研究会
- 〇東海三県小児在宅医療研究会
- 〇NICU在宅移行支援実証研究
- 〇障がい児診療連携パスの作成
- 〇障がい児者医療・福祉を理解する講座
- 〇小児在宅医療資源マップの作成
- 〇新聞紙上での知事鼎談等の実施

<家族支援>

- 〇障がい児者在宅医療支援センターの設置
- 〇在宅重症心身障がい医療福祉ガイドブックの作成
- 〇「かけはしノート」の活用

<レスパイト支援>

- 〇訪問看護師を活用した短期入所事業
- 〇専任看護師を雇用する短期入所事業
- 〇短期入所報酬差額補助
- 〇短期入所基盤整備補助

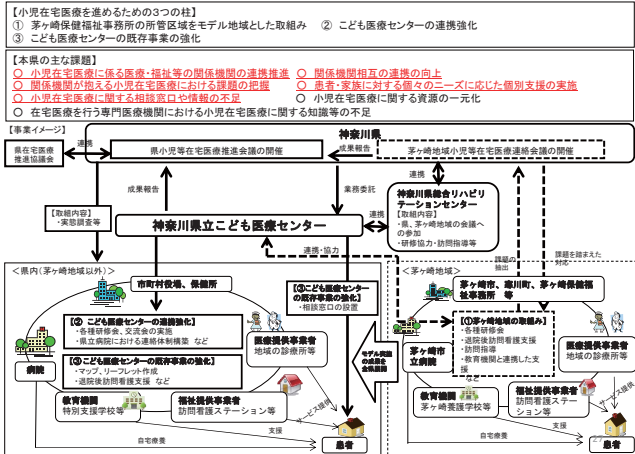
<障がい児者入所施設の整備>

- 〇希望が丘こども医療福祉センターの整備(50床、短期入所最大5名)
- 〇岐阜県総合医療センター障がい児病棟の整備(30床、短期入所2床)

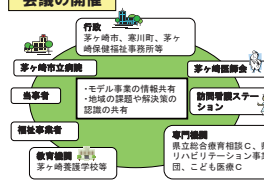
<施策立案調査>

- 〇在宅重症心身障がい児者実態調査
- 〇重症心身障がい者入所施設整備調査

神奈川県小児等在宅医療連携拠点事業の概要



特徴的な事業①(茅ヶ崎地域のモデル事業【内容】)

会議の開催	回数	議題
	第1回 (8/29)	〇小児在宅医療連携拠点事業の内容報告 〇地域の課題抽出(別紙1) 【会議後】 事務局で課題を整理し、関係機関ごとに課題の原因と解決策について議論してもらった
	第2回 (12/11)	〇課題解決に向けた意見交換(別紙2) →茅ヶ崎地域でできる取組内容を抽出(別紙3)
	第3回 (2/12)	〇平成27年度以降に茅ヶ崎地域の関係機関が行う小児在宅に係る取組内容の検討・承認(別紙4)

関係機関と連携した取組の実施

事業名	内容	主な連携先	実績(1月末時点)
各種研修会の実施	関係機関向けの研修会・交流会を実施する	市立病院、訪問看護ST、茅ヶ崎市、保健福祉事務所	12/4
退院後支援の実施	訪問看護STの初回患者訪問時にこども医療センターの看護師が同行訪問する	市立病院、訪問看護ST	1件実施
こども医療センター職員による出張支援	関係機関からの研修依頼等に対応する	市立病院、訪問看護ST、茅ヶ崎市、保健福祉事務所	医療ケア実技研修 12/4 支援者交流会 3/13予定
重症心疾患児、重症心身障害児へ訪問指導	在宅の重症心疾患児や重症心身障害児宅を訪問し、個別支援を行う	茅ヶ崎市、児童相談所	重症心疾患児: 1件 重症心身障害児: 0件
地域の特別支援学校等と連携した支援	県立横浜南養護学校の教育コーディネーターが養護学校等と連携して復学支援を行う	茅ヶ崎養護学校	支援数: 28件(復学支援22件、復学フォロー6件)

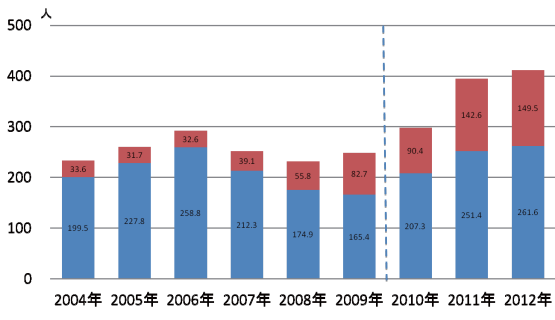
小児在宅を進めるために

- ・現場感覚
- ・行政内における小児在宅医療の重要性の認識
- ・継続性
- ・保健医療計画
- ・少子化対策、女性の社会進出など
- ・難病、小児慢性
- ・行政、医療、地域の各業種の中で中心的な役割をする人を見つけ、1人だけにしない、つなぐ

具体的に進めるための取り組み

- ・行政担当者が現場へ出向く
- ・学会、研究会への参加
- ・生活実態調査
- ・多職種間の情報交換
- ・各現場で中心となる人を見つけ、つなぐ
- ・地域での中核となる施設を見つめる
- ・課題の認識、共有、解決への合意形成
- ・対象、目的、到達レベルが明確な教育、育成研修
- ・ICTの利用

長期入院児と退院時人工呼吸管理児の推定全国推移



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

全国の人工呼吸管理の長期入院児 平成22年度全国病院小児科の基本調査 日本小児科学会・社会保険委員会

	一般小児科病棟 (90日以上)	重症病棟 (90日以上)	新生児病棟 (NICU) (180日以上)
15歳未満	453	228	184
15歳以上 20歳未満	48	128	—
計	501	356	184
総計	1041		

在宅の超重症児・準超重症児 20歳未満
5000人～7000人
急増する在宅で医療ケアが必要な子ども

日常の医療ケアを必要とする在宅の児童
25,000人以上
うち 人工呼吸管理1270人

**NICU
(新生児集中治療室)**
重症仮死
染色体異常など
重度先天性障害

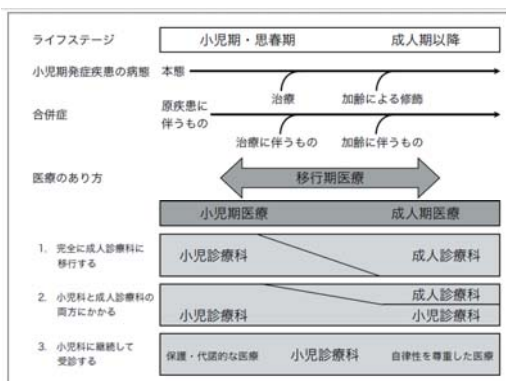
小児科病棟
先端医療で救命され
た内臓疾患の子ども
救急医療後遺症の
子ども(脳炎・脳症、
外傷、溺水、悪性疾
患末期)

加齢に伴う重症化
進行性疾病
脳性麻痺の思春期
からの重症化
あおぞら・前田先生資料

医療的ケアの必要な児童数

	医療的ケアが必要な児童数(小学校～中学校)	
	平成23年5月	平成25年5月
医療的ケアが必要な児童数 (延べ数)	19303名	25175名
人工呼吸器の使用数	850名	1270名

小児期発症疾患患者移行



小児等在宅医療連携拠点事業

- 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。
- 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。
- 親がケアできなくなった後も、生涯にわたって地域に住み続けることができる体制の構築

平成27年度小児等在宅医療に係る講師人材養成事業

国立成育医療研究センター
総合診療部 在宅診療科医長
医療連携・患者支援センター
在宅医療支援室 室長
中村知夫

■在宅医療ハイレベル人材養成事業 平成27年度予算案 11百万円

○平成26年度より地域医療介護総合確保基金が創設され、在宅医療推進のための研修など、地域における人材育成の取組は今後より一層活性化し、研修の開催頻度が飛躍的に増加することが期待される。
○一方で、研修の増加により、専門知識等を教授する講師人材の不足や、研修の質の格差などの課題が顕在化することが懸念される。特に、高齢者に比べ患者数が少なく、より専門的な知識・技術が必要な小児等在宅医療については、その担い手はもとより、講師人材の不足が特に指摘されている。
○このため、国において、高齢者に対する在宅医療及び小児等在宅医療の推進について専門知識や経験を豊富に備え、地域の研修を支えることができるハイレベルな人材を養成し、地域に紹介することにより、地域の在宅医療推進のための取組を支援する。

地域包括ケア推進のための在宅医療推進講師人材養成事業	小児等在宅医療リーダー人材養成事業
平成27年度予算案 7百万円	平成27年度予算案 4百万円
●目的 地域で実施される、在宅医療推進のための導入研修等を支援 ●事業内容 国において、在宅医療の高度な研修を実施するための知識と経験を備えた講師（医師、看護師など）を育成し、都道府県や市町村の要請に応じ、紹介する。 ・講師が関与した地域の研修における課題等を収集し、解決策の提案などを実施、全国の自治体間で広く共有する。	●目的 地域で実施される、小児等在宅医療にかかわる専門研修を支援 ●事業内容 国において、小児の在宅医療を担う医師を養成するための研修プログラムを開発し、実際にプログラムに沿った指導ができる知識・技術を備えた講師人材（小児科医師）を育成し、都道府県や市町村の要請に応じ、紹介する。 ・講師が関与した地域の研修の事例等を収集し、研修プログラムの改訂を行う。

国（研究機関、学会等）
 ●講師（医師や看護師など）を育成
 ●地域のニーズに応じて、講師を紹介

都道府県・市町村
 新たな財政支援制度を活用した研修（平成26年度～）
 在宅医療の高度な研修
 小児在宅医療の専門研修

国（研究機関、学会等）
 ●有識者により研修プログラムを開発し、全国に提供
 ●研修プログラムを実践できる講師人材を育成し、地域のニーズに応じて人材を紹介

事業目的

NICU で長期の療養を要した児を始めとする在宅医療を必要とする小児等が、医療や福祉、教育の連携のもと、地域で安心して療養できる体制を整備するため、小児等在宅医療に関する高度な知識や経験を備え、地域で小児等在宅医療の研修を担うことのできる高度な講師人材を養成することで、地域における小児等在宅医療の充実のための人材育成の取組を支援する

事業内容

- ① 講師人材育成研修プログラムの作成
- ② 研修の実施、人材の紹介
- ③ 課題の収集、対応策の検討

事業内容

- 国において、小児の在宅医療を担う医師を養成するための研修プログラムを開発し、実際にプログラムに沿った指導ができる知識・技術を備えた講師人材（小児科医師）を育成し、都道府県や市町村の養成に応じ、紹介する。
- 講師が関与した地域の研修事例等を収集し、研修プログラムの改訂を行う。

講師人材育成研修プログラムの作成

- 小児等在宅医療に関連する団体・学会等と連携し、小児等在宅医療推進のための人材育成研修にかかる講師を担うにふさわしい人材を育成するための研修プログラムを作成する。
- なお、研修の内容や、受講者の募集・選定方法については、厚生労働省医政局地域医療計画課と十分に協議を行った上で決定すること。

研修の実施、人材の紹介

- 「講師人材育成研修プログラム」を活用した研修を実施し、研修修了者に係る情報について、都道府県や市区町村等の関係機関に対し、本事業の趣旨に照らし必要な講師人材を紹介するための情報提供を実施する

課題の収集、対応策の検討

- 小児等在宅医療にかかる人材育成研修を都道府県等が実施する際の課題等の情報を収集し、受講者と共有する等のフォローアップを実施すること。

医療から見た小児在宅患者の現状

- 小児在宅患者数の増加
- 複雑な病態を持つ在宅患者の増加
- 人工呼吸などの高度な医療ケアの必要な在宅患者の増加
- 複数の医療的ケアの必要な在宅患者の増加
- 看取り、緩和医療の必要な在宅患者の増加

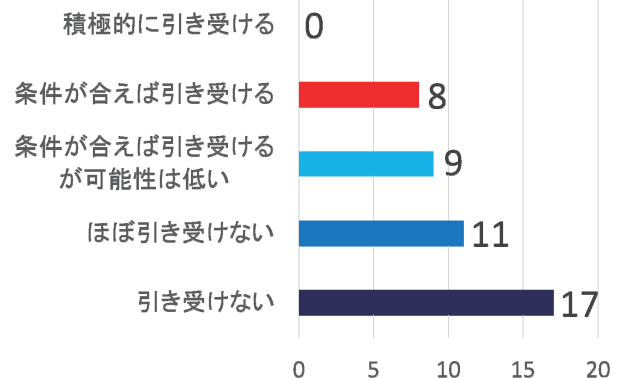
地域における小児等在宅医療の充実に求められているもの

小児在宅医療の、質と量の充実

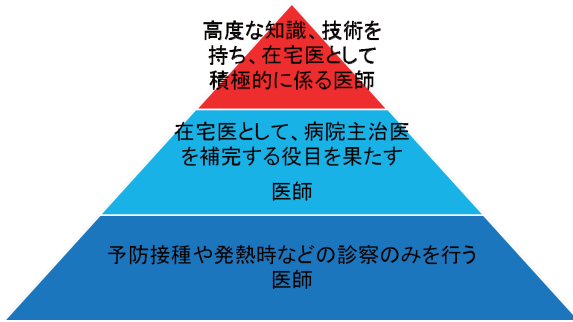
開業医の現状と問題点

- 小児科
 - 日々の診療などで手いっぱい
 - 不効率な診療
 - 在宅診療に対する経験がない
- 在宅医
 - 小児の診療経験が乏しい
- 緊急時に対応してくれる病院が不明瞭
- 医療デバイスが多い
- 明確な役割分担が必要
- 医療物品の払い出しが困難
- 複雑な診療報酬
- 連携する多職種とのかかわりが煩雑

今後、小児の訪問診療(定期)を行いますか
(n=48) 世田谷区小児科医会会員アンケート(橋本倫太郎先生)



医療面から見た小児等在宅医療を担うことのできる人材



高度な知識、技術を持ち、在宅医として積極的に係る医師とは

- 実際に訪問診療を行なえる医師である。
- 最重症の子どもたちを診療でき、入院と救急外来受診の回数を減らし、子どもたちの成長を支えることのできる医師である。
- 多職種地域連携のリーダーとなれる医師である。
- 核心になる技術と知識
 - 在宅での呼吸管理
 - 中心静脈栄養、カテーテルの管理
 - 小児の看取り、症状緩和
 - 小児期発症の疾患を持つ若年成人のケア
 - 地域包括ケア、在宅医療を支える福祉や、保険制度などの各種制度を知り、活用できる

小児在宅医療の効果

“Effect of an Enhanced Medical Home on Serious Illness and Cost of Care Among High-Risk Children With Chronic Illness: A Randomized Clinical Trial”

JAMA. 2014;312(24):2640-2648.

慢性疾患を有する高リスクの小児に対し、**専門的治療を含めた総合的な小児の在宅ケアの提供は**、緊急部門受診と入院頻度(半分)、およびコスト(42%)の低減に結び付くことが示された。



現状

小児在宅医療を担える医師は、あまりに少なく、今、急速に増えている小児在宅医療ニーズに全く対応できていない



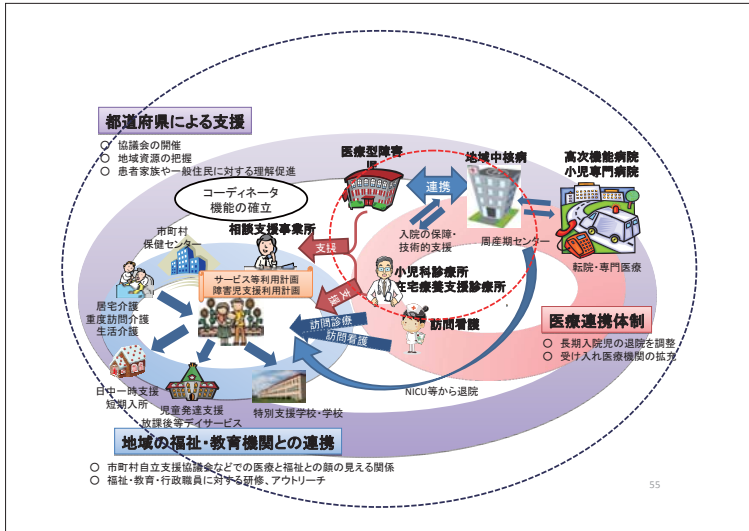
様々な医療者の協力が必要
高度な小児在宅医療を行える在宅医も必要

53

方向性

- 地域の現状を踏まえ、どのような教育システムを創ることで小児在宅医療のニーズに合った医師を輩出できるのか考える。
- 地域の現状を踏まえ、どのような医療者間の協力をすべきか考える。
- 小児在宅医療を行う医師を支援するシステムも考えるべきなのではないか
- 地域の小児在宅患者・家族の暮らしの支援にも関与することが必要

54



この事業によって生み出される人材

- 小児在宅医療を受けている個々の小児患者の病態の理解と、健康維持のための十分な医療技術を持った医療者を育成できる人材
- 地域の小児在宅医療を受けている小児患者、家族の現状を理解し、多業種や、関係各機関と連携して、患者・家族の地域での生活を支える仕組みを作ることのできる人材

今までの小児在宅に関する事業

- 平成20～22年度厚生労働科学研究費補助金(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」
- 平成23～25年度厚生労働科学研究費補助金(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・療育環境の拡充に関する総合研究」

↓

NICU退院患者の重症化、長期入院児の増加傾向

- 平成23年度～平成25年度厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業前田班
- 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

↓

多業種連携による小在宅医療人材育成プログラムテキスト

(平成25年度、26年度)
小児等在宅医療連携拠点事業

↓

小児在宅の現状の把握と、
行政と協力して進めてゆく重要性の認識

文部科学省 大学改革推進等補助金 課題解決型高度医療人材養成 重症児の在宅支援を担う医師等養成事業 平成26-30年

- ✓ 人材養成
 - 重症児診療の専門医師の養成
大学院コースを開設(鳥取大学と大阪市立大学)
 - 重症児診療・支援できる地域の医師、看護師、ソーシャルワーカーの養成
インテンシブコースを開設(4大学)
- ✓ 地域支援ネットワークの構築
4拠点

日程	講義名	対象者
4月30日	重症児に多い基礎疾患	医師、社会福祉士
5月7日	重症児の診察	医師
5月21日	重症児の呼吸器疾患・関連する医療器材	医師、看護師、社会福祉士
6月4日	重症児の循環器疾患	医師、看護師、社会福祉士
6月18日	重症児の消化器疾患・関連する医療器材	医師、看護師、社会福祉士
6月24日	てんかん・知的障害・運動障害・嚥下摂食障害と看護	看護師
7月2日	重症児の泌尿器疾患・関連する医療器材	医師、看護師、社会福祉士
7月16日	重症児の内分泌疾患	医師、看護師、社会福祉士
7月30日	重症児の栄養管理・関連する医療器材	医師、看護師、社会福祉士
8月6日	在宅医療経済と診療報酬	医師、看護師、社会福祉士
8月20日	社会福祉制度	医師、看護師、社会福祉士
8月28日	重症児の神経疾患	医師、看護師、社会福祉士
9月4日	重症児の運動器疾患	医師、看護師、社会福祉士
9月16日	重症児の皮膚・眼・頭頸部・歯疾患	医師、看護師、社会福祉士

講義エッセンス: [CLICK](#) 「鳥取大学 重症児の在宅医療を担う医師等養成」

様々なテキストや、実技講習会

- 医療ケア研修テキスト: 日本小児神経学会社会活動委員会
- 重症心身障害者療養マニュアル
- 実践!! 小児在宅医療ナビ
- 重症心身障害児・者 診療・看護ケア 実践マニュアル
- 小児在宅医療ケアマニュアル(小児在宅医療実技講習会)
- CLIC: 小児科医のための緩和ケアプログラム

本講習の意義

- すでにある講習と同じものを繰り返しても意味がない。
- 小児在宅医療に対する自らの役割の理解することが重要である。

コアメンバー

- 前田浩利(あおぞら診療所新松戸所長)
- 奈倉道明(埼玉医科大学総合医療センター小児科、元厚生労働省医政局地域医療計画課在宅医療推進室長補佐)
- 宮田章子(さいわいクリニック院長、日本小児科学会小児医療委員会 担当理事)
- 船戸正久(大阪発達総合療育センター副センター長)
- 中村知夫(本事業実務責任者)

本事業のポイント

- 小児在宅医療に対する自らの役割の理解
- 参加者が小児在宅医療の問題を認識し、他の参加者と意見交換し、各地域の問題を解決する。
- 参加者は、在宅医療の現場を理解することが必要。
- 小児在宅医療患者に係る様々な医師の養成。
- 最重症の子どもたちを診療でき、入院と救急外来受診の回数を減らし、子どもたちの成長を支えることのできる知識と、技術を持った医師を養成する。

研修項目

小児在宅医療の現状、問題点の理解

- 小児在宅医療全体の現状と、問題点の理解
- 地域の小児在宅医療の現状と、問題点の理解
- 行政を含めた多くの人に対する、小児在宅医療の現状、問題点、今後の方向性の理解の促進
- 地域包括医療における在宅医の役割

研修項目 地域で体制を整備するための知識

1. 院内、院外での多業種連携
2. 行政との協働
3. 病院での協働(小児専門病院、地域病院)
4. 医学教育、大学病院での在宅医療
5. 重心施設との協働
6. 地域連携(開業医、地域医師会)

研修項目 事業支援

1. 医療報酬
2. 福祉制度
3. 成人の在宅の仕組みと成人在宅医との連携

研修項目 現場で求められる知識、手技

1. 手技、知識
2. 緩和医療・小児医療倫理

事業予定

実施時期	事業内容
2015年 7月	○厚生労働省医政局指導課在宅医療推進室と協議の上、
	・本事業の年間計画、プログラム作成メンバーの決定
	・研修参加都道府県、研修受講者の募集、選定について協議
2015年 7月～11月	○プログラム作成メンバーによる、講師人材育成研修プログラムについての内容検討、協力者の選定
	○講師人材育成研修プログラム作成協力者に対する参加意向の確認
	○講師人材育成研修プログラム内容についての協議会の開催
2015年 12月～2016年 2月	○日本小児科学会からの受講者の推薦
	○講師人材育成研修プログラム作成メンバー、協力者の担当項目の内容についての整理、確認、整理、資料作成
2016年 2月～3月	○研修の実施(2月7日)
	○在宅同行研修の実施
2016年 3月	○講師人材育成研修プログラムの修正、公開、本事業のとりまとめ

研修(2月7日)履修項目と担当者(案)

時間	講師	履修内容
午前の部		
9:00-9:05	五十嵐 隆	開会のあいさつ
9:05-9:15	中村 知夫	講習会の趣旨説明
9:15-9:55	前田 浩利	小児在宅の現状と問題点
9:55-10:15	森倉 道明	小児在宅医療と地域包括ケア
10:15-10:35	瀧口 克彦(三重県)	地域から見た小児在宅の現状と問題点、連携
10:35-10:45		質問
10:45-10:55		休憩
10:55-11:35		各地域での在宅医療に関するグループディスカッションと小括 I
11:35-12:25		昼食
11:55-12:15	宮田 章子	地域連携
午後の部		
12:25-12:45	谷口 由紀子(顧問)	多業種連携
12:45-13:05	島津 智之	病院(地域病院)
13:05-13:25	富田 直	病院(小児専門病院)
13:25-13:45	岩本 彰太郎	医学教育、大学病院での在宅医療
13:45-14:05	船戸 正久	重心施設
14:05-14:15		質問
14:15-14:55		各地域での連携に関するグループディスカッションと小括 II
14:55-15:10		休憩
15:10-15:25	大山 昇一	報酬
15:25-15:45	梶原 厚子	福祉制度
15:45-16:05	石原 秀喜	成人の在宅の仕組み
16:05-16:35	前田 浩利	在宅医療に必要な手技、知識の獲得
16:35-16:55	多田 隆 竜平	緩和医療(倫理)
16:55-17:35		ディスカッション
17:35-17:50	中村 知夫	総括
17:50-17:55	中村 知夫	開会のあいさつ

医療機関としての役割

1. 小児専門病院、大学病院小児科
2. 地域中核病院小児科(地域小児科センター)
3. 開業医(小児科、在宅医)
4. 医療型障害児入所施設
5. 地域中核病院(小児科以外)

多くの在宅患者が通院する小児専門病院、大学病院小児科が、積極的に、行政とともに、地域の医師と協力して、小児在宅患者を支える地域のネットワークに参画しなければ、地域での受け皿は構築できない

小児専門病院、大学病院小児科の役割

- 医療者の意識変革
- **小児在宅部門、在宅患者診察チームの設立**
- **Total Care Team、Medical Home**
- 地域での小児在宅患者の認知のための活動
- 緊急時の患者受け入れの保証
- 地域の医療、福祉資源の開拓
- 医療、福祉、教育の話し合いの場の提供
- 地域の施設に対する小児在宅に関する教育の機会の提供
- 研修医に対する在宅患者を診るための教育
- 親に対する教育

地域中核病院小児科(地域小児科センター)

地域小児科センター認定基準

次の院内委員会またはチームを設置している

1. 小児救急
2. 虐待対策
3. 感染対策
4. **在宅医療**
 - 小児専門病院、大学病院小児科、地域の開業医との協働
 - 外来診察
 - NICUからの転出患者の受け入れ
 - 緊急時の入院
 - レスパイトの提供
 - 訪問診療

医療型障害児入所施設

- 日中一次支援(通園、通所)
- 短期入所(レスパイト)
- NICUからの転出患者の受け入れ
- 病院、診療所への患者診察に関する教育、情報の提供
- 医療、福祉、教育に関する相談

地域中核病院(小児科以外)

- 成人期に達した小児在宅患者の診療、入院
- 在宅医との連携

社会のセーフティネット

- こどもの権利の保証
- 女性の就労・キャリアアップ
- 少子化対策
- こども(兄弟)の貧困対策
- 格差社会の是正
- 虐待防止
- 災害時対策
- 有限な急性期診療病院、小児高度医療病院の機能の維持により、必要な人が、必要な時に、必要な医療を受けることのできる社会

先生方からの、ご意見、ご助言など
いただければ幸いです

御静聴ありがとうございました



■第3回大阪分科会会議

日時：2015年10月9日（金）19：00～21：00

場所：大阪府大阪市北区茶屋町1番27号 AP大阪梅田茶屋町 会議室G

出席者：石崎優子、江原伯陽、岡崎伸、上家和子、黒田研二、児玉和夫、三田康平、下釜聡子、新宅治夫、田家由美子、高橋幸博、竹本潔、富和清隆、鍋谷まこと、南條浩隆、船戸正久、舟本仁一、三沢あき子、南宏尚、余谷暢之（20名）

陪席者：上林孝子、寺澤昭二、松本一美、森河内麻美、山本宗作（5名）

議事：

1) 座長挨拶（船戸）

2) 新メンバー紹介（石崎・松本・寺澤・南条・岡崎）

3) 講演「一人一人に人生をー在宅と施設の垣根を越えて

これから求められる制度を考える」（スライド資料参考）

児玉和夫（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）

<意見交換>

<内容>：今日 NICU や小児病棟で長期入院の超重症児が急増し、その多くは在宅移行している。在宅ケアの児と家族を支援することが非常に重要な課題になっている。重症心身障害児施設でもこれまで超重症児の入所受入れ、短期入所の拡充などに努めてきたが、ニーズを満たすにはほど遠い。しかしどの年齢層に対しても地域のセーフティネットとしての施設の役割は非常に大事である。施設は NICU の下請け機関ではない。今後施設を活かした地域包括療育という視点が必要である。こうした地域ケアを推進する強力なコーディネート機能が存在しないことが最大の問題である。施設においても長期入所だけでなく、有目的・有期限入所の導入が必要である。障害児者の地域包括支援が本格的に検討されるためには、強力なマネージメント能力を持つケアマネージャのような存在が必要である。

<質疑>：「短期入所の概算コストが最低1日4万円の試算があるが、療育施設では3万円弱しか出ない。一方病院の医療型ショートステイに対しては1万円の補助が行政から出ている」「今の制度であれば施設が重症を受け入れるほど赤字」「質的な問題を要求するのであれば10:1看護ではなく、7:1看護が必要」「療育施設における医療安全に対する対応、モニター着用の適応基準の必要性」「障害認定をされていない小児難病など慢性疾患を持つ子どもたちに対する支援がない」「周産期センター指定の条件に在宅支援のレスパイトベットの必置を義務づけることも一案」「子どもに対するコーディネート機能が見えてこない」「本来相談支援員がそのキーパーソンであるが、セルフプランでもよいという制度設計でその役割が中途半端で低価格、やればやるほど赤字になる」「例えば退院カンファレンスに相談支援員が参加しても診療報酬が付かなくてボランティア」「介護保険の場合、ケアマネジャーが退院カンファレンスに参加すると報酬が付く」「急性期病院と在宅繋ぐ中間施設が必要」「中間施設として、地域包括ケア病床も一つの選択として考えられる」など意見があった。

一人一人に人生を

在宅と施設の垣根を越えて
これから求められる制度を考える

勇美記念財団
小児在宅医療推進のための会
大阪分科会



2015.10.9
児玉和夫
堺市立重症心身障害者(児)支援センター
ベルデさかい

1

はじめに

今日 NICUや小児病棟で長期入院の超重症児が急増し、その多くは在宅移行を
していること。

この在宅ケアを行っている超重症児とその家族を支えることが非常に重要な課題
になっていること

重症心身障害児施設でもこれまで、超重症児の入所受入れ、短期入所の拡充など
に努めてきたが、ニーズを満たすにはほど遠いこと

在宅ケアの方々の多くは施設入所を希望しておられないこと。これは乳幼児段階に
限ったことではない。

ただし、どの年齢層に対しても地域のセーフティネットとしての施設の役割は非常に
大事であること

こうした状況に施策の方が対応しきれていない面があること

更に大事なことは、どれだけ受け入れたか、ということが表に出てくるが、最も重要な
のは、超重症児といわれる個々の児童の人生、発達、生活をどれだけ考慮したものにな
っているのか、ということであること

施設としても NICU等の児童を引き受けることが最優先になり、個々の生活に配慮
できないのでは任務を果たしたことはないこと

施設はNICUの下請け機関ではない、と語った真意はそこにある
施設入所か在宅か、という論議があるが、これは過去にしばられた論であること
施設機能を活かした地域包括療育という立場で見方を変える必要がある

最後に こうした地域ケアを推進する協力的なコーディネート機能が存在していない
ことが最大の問題である

2

最近衝撃を受けたこと

3

1. 2010年 小児神経学会での発表

ある国立病院機構重症心身障害病棟の経験発表

H12.4からH21.9までに

NICUあるいは急性期医療機関小児病棟から13名を受入れた
10名は人工呼吸器 1名は気管切開 1名は経鼻エアウェイ

転院後13名中7名死亡 7名中5名は2歳までの転院

転院から死亡までの期間は3か月から2年11ヶ月であった。

NICU関連の病院から、直に重症心身障害施設(医療型障害児入所施設)に
移行することが果たして望ましいのか？

施設側では小児科医師体制や、看護力の限界があったとしているが
そうした条件下で受けていくのが良いといえるのか

まだ不安定な段階は、病院側が中心となったシステムを考えるべきでは

4

2. 2010年 ある重症心身障害児施設からの報告

同じ県内の大きな周産期センターNICUから何名かの超重症を受入れたが
亡くなる例も少なくない。

その中で1名は転院してすぐに容態悪化で元の病院へ戻し多臓器不全で
亡くなる。

その病院では施設に行けばリハビリも行い元気になれると説明。
重症心身障害状態であることもよく理解してもらわないまま施設へ。
施設側への事前情報交換も不十分。
親はよくなるという期待で入所したのに、と施設を訴えかねない様子であった。

病院側からの長期化ケースの施設への押しつけ移転
親に病状や障害像の説明も不十分なままに 施設への期待を抱かせる

施設側も、受入れる以上は超重症児にも個々に応じた療育を保証していけるよう
な準備を整え、病院側に施設の役割をしっかりと認識してもらわなければならない

5

3. 医療看護を集中させた施設側の受け方の一つの典型

最近 多数の超重症児(多くはNICU経由の人工呼吸器装着児)を新病棟で
受け入れた施設

当該病棟 定員32名 病室 1部屋 観察室2部屋

大きなホールのような病棟の一角に看護ステーションがあり

呼吸器とモニターをつけた超重症児のベッドがぎっしりと埋まっている
一部カーテン仕切りだが基本は境なし

機器の発する音、モニターのアラーム音にあふれたホール

インフルエンザなどが発症したら全滅か？

それより、個々の療育はどうなるのか？ 家族と共に成長する機会は？

NICU蓄積児の下請け 収容部屋？
施設の役割はそういうことなのだろうか？

過去 多数の呼吸器装着などの超重症児を引き受けた重症心身障害施設では
似たような受け方をしているところが少なくない
どんなに重度の児であっても、個々に応じた療育を提供することが日本の
重症心身障害施策であると誇ってきたのではなかったか

6

4. 在宅超重症児(多くは呼吸器使用)を援助するある病院を見ました

[社会医療法人 愛仁会リハビリテーション病院]

隣に NICU(新生児特定集中治療室) GCU(成長回復室) MFICU(母体・胎児集中治療室)を抱えた 総合周産期母子医療センター と PICU(小児特定集中治療室) を持ち

365日 24時間対応の小児二次救急患者受け入れ施設を有する500床近くの病院があり(高槻病院)、そこから数多くの在宅超重症児が生じてきている。

この子たちと家庭のために在宅援助の短期入所、入院を受けてきていたが、リハビリテーション病院をつくるにあたり、障害者病棟を持つことにした

6F 障害者病棟 57床 中の20床分を在宅超重症児援助に用いている
病棟基準は 障害者施設等入院基本料Ⅱ(10:1看護)

訪問した日は 20床のうち18床が埋まり 14名が呼吸器使用の超重症児
このうち長期入院が12名 短期入院として在宅超重症児4~6名を受入れている
短期入所の登録は高槻市内外で約100名、利用は6日前後が多い
長期入院時の内訳は、施設入所待機/入院管理継続/在宅移行支援が各1/3ずつ

「レスパイト入院援助」等に対応している基幹病院は多いが、このように病棟として準備した例はまだ少ないだろう

しかし、これで運営(経営)は成り立つのだろうか?
長期入院ケースへの生活支援(療育)は可能だろうか?

7

埼玉県川越市 埼玉医科大学総合医療センターに隣接したカルガモの家 も見てきました

本当にたくさんの 超重症の子も達が 入所 短期入所を含め入っておられました。
星施設長 那須先生のお二人が中心ですが、背後に埼玉医科大学総合医療センターがあり、総合医療面の支えともなっています

基幹病院機能を背景に、医療型障害児入所施設をつくり、NICU他からの多数の超重症児を受入れていく
これも一つのモデルだと思います

ただし 呼吸器使用の短期入所を多数受入れるほど、運営(経営)は赤字になっていきます。

重症心身障害施設にとって、短期入所(特に超重症児者の)の比率が定床の5%以下程度であれば、まだ運営面ではカバーできますが、10%を超すと大きなマイナス因子となってきます。

これにどう対応していったらよいのか!

8

超重症児(者)にかかる経費と妥当な受け入れ方

一般的には超重症児(者) 1人1日あたり 約40,000円以上といわれていた
最近の調査の一つでは 以下ようになっていた

超重症児(者) 人工呼吸器有り	43,940円	人工呼吸器ケースを20人以上かかえる施設での調査 平成25年度
なし	40,622円	
準超重症児(者)	39,597円	

呼吸器有りの超重症児(者)にかかる経費は施設入所も短期入所も同様と考えられるが、短期入所での福祉支給費は
7対1看護病棟で 総計2,997単位(29,970円) + 外来扱いの多少の診察料
10対1看護病棟で 2,795単位(27,950円) + 同上
で大幅なマイナスとなる

もし呼吸器有りの超重症児(者)を中心に在宅支援レスパイト受け入れ病棟を運営する場合、短期入所に拠るのではかなりのマイナス収支になってしまう
これは病院でも施設(医療型障害児入所施設)でも同様である

(準)超重症児(者)でない場合は 10対1看護病棟では 2407単位+α になってしまうが、医療型障害児入所施設入所の平均は 入院料+入所での福祉支給+診察収入で約29,000円であり、短期入所はマイナス運営となる

こうした短期入所が病棟定床の5%以下程度であれば、マイナス面のカバーは可能かもしれないが、10%を超えると運営(経営)に大きなマイナス影響を与えることになる

9

超重症児の短期入所が運営上はマイナスとなるのは本来こうした児はかなりの医療を必要としているが、入院扱いにならないため以下のような請求ができないことが多い

- 入院料
- 特殊疾患入院施設管理加算(1人1日350点)
- 超重症児の加算(6歳未満では800点)
そのかわり特別重度支援加算がつくが、6歳未満の超重症児加算に比すと少ない(398単位)
- 乳幼児加算 入院初期加算
- 人工呼吸器使用も酸素使用 吸引などの気管切開処置
(人工呼吸器加算は 1日5時間超で819点)

今の短期入所制度が出来た時点では、超重症児(者) 特に人工呼吸器使用児(者)が使用することまでは想定できていなかったのではないかと

あるいは 入所定床に比して 高い率での運用までは考えられていなかったのではないかと

しかし現在は、特に医療ニーズを抱えた在宅障害児(者)に対する短期入所の役割は急増しており、このニーズへの対応は新たな政策課題ともいえるのではないかと

今後は、短期利用が柱になった施設、病棟の運営を促進するための施策をお願いしたい

10

短期入所サービス費 医療型 療養介護対象者と重症心身障害児 について

(他に 遷延性意識障害者等を対象とする報酬単価もある)

区分	実施施設	報酬単価(単位/日)	備考
医療型短期入所サービス費 対象:療養介護対象者及び重症心身障害児			
(I)	医療機関 (7:1看護以上)	2,609	
(II)	医療機関	2,407	
医療型特定短期入所サービス費 対象:療養介護対象者及び重症心身障害児			
(I)	医療機関 (7:1看護以上)	2,489	宿泊を伴わない利用の場合
(II)	医療機関	2,277	
(IV)	医療機関 (7:1看護以上)	1,738	日中活動系サービスを併せて利用する場合
(V)	医療機関	1,606	

特別重度支援加算(I):超重症児・者又は準超重症児・者 388単位/日
(II):上記以外の医療ニーズが高い障害児・者 120単位/日

療養介護対象者と重症心身障害児

ア. 18歳以上の利用者 次の(i)又は(ii)のいずれかに該当すること
(i)区分6以上に該当し、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
(ii)区分5以上に該当し、進行性筋萎縮症に罹患している者若しくは区分5以上に該当する重症心身障害者

イ. 障害児:重症心身障害児

11

障害者施設等入院基本料

イ 児童福祉法に規定する医療型障害児入所施設又は同法に規定する指定医療機関に係る一般病棟であること。

- ロ 次のいずれにも該当する一般病棟であること。
 - ① 重度の肢体不自由児(者)、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等を概ね7割以上入院させている病棟であること
 - ② 看護基準が10:1以上であること

特殊疾患入院施設管理加算 一人1日 350点

- ① 重度の肢体不自由児(者)、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等を概ね7割以上入院させている一般病棟、精神病棟又は有床診療所(一般病床に限る)
- ② 10:1の看護体制以上であること

12

【療養介護】

病院において機能訓練、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護、日常生活上の世話その他必要な医療を要する障害者であって常時介護を要するものにつき、**主として昼間において病院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を行う。**

また、療養介護のうち医療に係るものを療養介護医療として提供する。

【対象者】

病院等への長期の入院による医療的ケアに加え、常時の介護を必要とする障害者として次に掲げる者

- (1)筋萎縮性側索硬化症(ALS)患者等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であって、障害程度区分が区分6の者
- (2)筋ジストロフィー患者又は重症心身障害者であって、障害程度区分が区分5以上の者

13

短期入所と一般病棟入院との比較(含 障害者施設等入院基本料算定病棟)

(病棟は7:1看護と10:1看護基準病棟に限定)医療費は点数 福祉支給は単位で表示 1点=1単位=10円

	一般病棟		障害者施設等		短期入所		
	7:1	10:1	7:1	10:1	7:1	10:1	
看護基準	7:1	10:1	7:1	10:1	7:1	10:1	
入院基本料	1,591	1,332	1,588	1,329	× 外来再診扱い可		
短期入所	×				2,609	2,407	
加算	特殊疾患入院施設管理加算		×		350	×	
	小児療養環境特別加算		300(個室使用加算)		×	×	
	乳幼児加算		<3y 333 3y~<6y 283		×		
	(準)超重症加算		超:<6y 800 6y≤400 準:<6y200 6y≤100		×		
	特別重度支援加算	I		×		(準)超重症388	
		II		×		その他要医療120	
入院初期加算	<14日450 <30日192		<14日312 <30日167		×		
人工呼吸器加算	5時間超で819				× 喀痰吸引も×		
特掲	検査 画像 投薬 処置 リハビリ		○		× 外来扱いは可		

14

小児入院医療管理料

	1	2	3	4	5	
入院基本料	4,584	4,076	3,670	3,060	2,145	
加算	乳幼児加算	×				
	(準)超重症児(者)加算	90日まで ○ [6y未満:超800 準200 6y以上:超400 準100]				
	入院初期加算	×				
	人工呼吸器加算	600				
特掲診療	保育士配置加算	100				
	投薬	○				
	注射	○				
基準	検査 画像 処置 リハ	×				
	医師数 小児科医常勤	20名以上	9名以上	5名以上	3名以上	1名以上
	看護職員	7:1夜9:1	7:1	7:1	10:1	15:1

小児科常勤医師=病院全体で 小児科又は小児外科を専任する常勤の医師をいう
 新生児・乳幼児の手術件数年200件以上 NICU等有り 小児救急入院年800件以上:管理料1
 専ら15歳未満の小児を入院させる病棟、平均在院日数21日以内:管理料1~3
 小児病床が10床以上、平均在院日数28日以内:管理料4

15

各利用方式毎の収入概算 診療報酬は1点=10円 福祉支給費は1単位=10円

超重症児で人工呼吸器使用 3歳以上6歳未満 入院は14日未満 入所は30日以上利用で概算した

	一般入院		小児入院医療管理料				障害者施設等入院基本料				短期入所	
			15歳まで				一般病棟		医療型入所施設			
	1	2	3	4	7:1	10:1	7:1	10:1	7:1	10:1	7:1	10:1
看護基準	7:1	10:1	7:1	7:1	7:1	10:1	7:1	10:1	7:1	10:1	7:1	10:1
入院料	1591	1332	4584	4076	3670	3060	1588	1329	1588	1329	×外来再診料で	
支給単位	(平成27年度より 有期限有目的入所は968単位 90日以内)						880(968)		2609	2407		
特殊疾患入院施設管理加算							350					
超重症児加算	6歳未満800 6歳以上400(90日以内)						90日以上可能					
特別重度加算									388			
乳幼児加算	3~6y 283		×		<3y333 3~6y 283							
入院初期加算	<14日450		×		<14日312 <30日167							
人工呼吸器	5H ≤ 819		600		5時間超 819							
検査 画像 処置 リハ	実績請求		投薬 注射は可 他は×		+α		実績請求 +α		外来扱い +α			
総計概算	3943 +α	3684 +α	5984 +α	5476 +α	5070 +α	4460 +α	4152 +α	3893 +α	4808 +α	4549 +α	2997 +α	2795 +α

各利用方式毎の収入概算 診療報酬は1点=10円 福祉支給費は1単位=10円
 超重症児で人工呼吸器使用 6歳以上 入院は14日未満 入所は30日以上利用で概算

	一般入院		小児入院医療管理料				障害者施設等入院基本料				短期入所	
			15歳まで				一般病棟		医療型入所施設			
	1	2	3	4	7:1	10:1	7:1	10:1	7:1	10:1	7:1	10:1
看護基準	7:1	10:1	7:1	7:1	7:1	10:1	7:1	10:1	7:1	10:1	7:1	10:1
入院料	1591	1332	4584	4076	3670	3060	1588	1329	1588	1329	×外来再診料で	
支給単位	(平成27年度より 有期限有目的入所は968単位 90日以内)						880(968)		2609	2407		
特殊疾患入院施設管理加算							350					
超重症児加算	6歳未満800 6歳以上400(90日以内)						90日以上可能					
特別重度加算									388			
乳幼児加算			×									
入院初期加算	<14日450		×		<14日312 <30日167							
人工呼吸器	5H ≤ 819		600		5時間超 819							
検査 画像 処置 リハ	実績請求		投薬 注射は可 他は×		実績請求		実績請求		外来扱い			
総計概算	3260 +α	3001 +α	5584 +α	5076 +α	4670 +α	4060 +α	3469 +α	3210 +α	4125 +α	3866 +α	2997 +α	2795 +α

各利用方式毎の収入概算 診療報酬は1点=10円 福祉支給費は1単位=10円
 準超重症児で気管切開 6歳以上 入院は14日未満 入所は30日以上利用で概算

	一般入院		小児入院医療管理料				障害者施設等入院基本料				短期入所	
			15歳まで				一般病棟		医療型入所施設			
	1	2	3	4	7:1	10:1	7:1	10:1	7:1	10:1	7:1	10:1
看護基準	7:1	10:1	7:1	7:1	7:1	10:1	7:1	10:1	7:1	10:1	7:1	10:1
入院料	1591	1332	4584	4076	3670	3060	1588	1329	1588	1329	×外来再診料で	
支給単位	(平成27年度より 有期限有目的入所は968単位 90日以内)						880(968)		2609	2407		
特殊疾患入院施設管理加算							350					
準超重症加算	6歳未満200 6歳以上100(90日以内)						90日以上可能					
特別重度加算									398			
乳幼児加算			×									
入院初期加算	<14日450		×		<14日312 <30日167							
人工呼吸器												
検査 画像 処置 リハ	実績請求		投薬 注射は可 他は×		実績請求		実績請求		外来扱い			
総計概算	2141 +α	1882 +α	4684 +α	4176 +α	3770 +α	3160 +α	2350 +α	2091 +α	3006 +α	2747 +α	3007 +α	2805 +α

以上をみると 短期入所ないし短期入院で 運営上マイナスとならないのは
人工呼吸器使用の超重症児の場合は

小児入院医療管理料(Ⅰ～Ⅳ)を算定している病棟への入院
医療型障害児入所施設への入所(短期入所ではなく)

に限られる

実際NICUを有する基幹病院では いわゆるレスパイト入院の形で短期受け入れを
しており、現実のPost-NICUの支援は 不可欠の要素になっている

障害者施設等入院基本料算定の病院や施設でも 一般入院の形で受け入れしている
ところが少なくない
この場合、総請求点数は、外来再診、いくつかの診療費などを重ねると必要経費に
かなり近づく

ただし、レスパイト的入院を何らかの形で認めていただけるようになることが肝要である

短期入所での受け入れの場合は、
少なくとも 人工呼吸器使用 酸素使用 喀痰吸引 呼吸心拍モニター装着などの
費用について そのまま認めるか 別加算として付けていただければ かなりの
改善となるであろう

もし、短期入所を医療型障害児入所施設の通常入所扱いで認めてもらえるのであれば
運営面でのマイナスは解消する。ただし入所定数の問題 数日単位でも可能か など
いくつかの難題が存在する

19

医療型障害児入所施設を開くための条件

1. 本施設は第1種社会福祉事業であり、(行政か)基本的には社会福祉法人が経営
することになる。手続きは都道府県知事等への届出でよい。
この場合、開設への諸援助(国や自治体等からの)その他の支援が受けられる。

しかし 社会福祉法人以外でも開設は可能であり、社会医療法人も第1種社会福祉事業
経営することが可能である。ただし都道府県知事等の許可を得ることが必要になる。
実際には会計処理なども含め、開設に至にはかなりのハードルがあるようだ

2. 施設設置基準は 主に重症心身障害児を対象とする場合クリアは容易であろう
医療機関として必要な職種、人員を確保した上で
児童指導員と保育士を各1名以上配置し
理学療法士か作業療法士を1名以上
心理指導担当職員を1名以上
児童発達支援管理責任者を1名以上 おけばよいことになっている。兼務可能職種
も含まれるため、以上を配置することは困難ではない。

設備面でも「医療法に規定する必要とされる設備」と「訓練室 浴室」以外の指示は
ない

3. 問題は どこまで 有目的 有期限の利用が柔軟にできるか、ということにある

20

医療型障害児入所施設 設置基準からみると困難ではない

18歳までの障害児が入所対象
主に重症心身障害 主に肢体不自由 主に自閉症 の3つの基準がある

施設設置基準:人員

	主に重症心身障害児	主に肢体不自由児	主に自閉症児
病院としての従業者	医師・看護師その他 医療法に規定する必要数		
児童指導員 及び 保育士	児童指導員1人以上 保育士1人以上		
心理指導担当職員	1人以上		
PT又はOT	1人以上		
児童発達支援管理 責任者	1人以上		
職業指導員		職業指導実施の際に置く	

21

医療型障害児入所施設

設置基準 必要設備

	主として 重症心身障害児	主として 肢体不自由児	主として 自閉症児
病院として 必要な設備	医療法に規定する必要とされる設備		
児童区分に 応じた設備	●訓練室及び浴室	●訓練室 及び 浴室 ●屋外訓練場、ギブス室、特殊工芸 等の作業を指導するのに必要な 設備、義肢道具を制作する設備 (又は他の適当な設備)並びに浴 室及び便所の手すり等身体の機 能の不自由を助ける設備 ●階段の傾斜は緩やかに	●訓練室及び浴室 ●静養室

入所施設給付費 1人1日 880単位

平成27年度より 有期限有目的入所については
90日以内 968単位
91日目以降180日目までは880単位
181日目以降 792単位 となった

22

実際には

カルガモの家 では

超重症児(者)スコアが25点以上の超重症児を短期入所て受入れる場合
埼玉県と市町村自治体から 各1万円が出るようになった。
これにより 短期入所の採算があうことになった。

いくつかの自治体では、それぞれ異なるが、超重症児受入れに対する
金銭的支援を行っている

施設に対しては 東京都など 空床確保料と利用時の支給
自治体契約の病院に対するベッド確保料としては 大阪府など

しかし、大多数の自治体ではこうした補助は出ていない。ますます重要になって
くる在宅超重症児・者短期入所が成り立つ為の施策が問われてくる。

単一病棟で多数の超重症児・者を受入れた施設では、ケアのあり方を模索している

高槻リハビリテーション病院では 医療型障害児入所施設開設に向け一時努力
したが、現在のところは 入院扱いを中心に運用を行っている。

運用(経営)以上に重要なのは、こうした超重症児たちの 人生 生活 家族との関係
などがしっかり保証されたものになっているか であろう

どの子にも それぞれの人生がなければならない

それを堺市立重症心身障害者(児)支援センター ベルデさかいの経験から語ってみる。

23

医療型障害児入所施設をどこまで弾力的に運用出来るか

病院としては 1日入院でも問題なしに可能 保護者と施設(病院)との自由契約
施設入所としては 入所利用サービス費が国から出るため 児童相談所を含め
行政による入所サービス支給決定が必要となる。

現在の児童福祉法等において、医療型障害児入所施設の利用日数について、
それを制約する法律、通知等は一切ない。ゆえに形式上は1日利用からでも
利用可能な筈だが、上記のように行政の支給決定が必要で、本人(保護者)と
施設とで自由に決められるとはいえない。

過去に入所決定が都道府県知事等の措置として行われていたが、最低期間は
1か月以上であることが多かった。現在でもほぼ同様である。ただし常に例外があり、
2週間でも認められていたし、緊急事態回避のためには数日でも認められたことが
あった。

結局、医療型障害児入所施設をどう活用するか、ということで各地域(行政)が利用
の仕方を決めていけばよいことになる。

更に 入所となると手当類が打ち切られることになるのが大きな支障になっている
この点について何らかの解決手段はないか! (例:利用期間のみの制限(日割りで)

24

大阪府 人口約885万人
 大阪市 人口約270万人
 堺市 人口約84万人

重症心身障害施設

1. 枚方療育センター 400床(短期40)
2. 大手前整肢園 40床(0)
3. 和らぎ苑 100床(10)
4. フェニックス 63床(17)
5. すこやか 105床(5)
6. **ベルデさかい** 50床(10)



堺市健康福祉プラザ

左側には
 体育館
 プール
 右側の1階2階が
ベルデさかい
 3階以上に子ども相談センター
 更生相談所 など



ベルデさかい

重症心身障害のための
 施設ですが
 60床の病院です
 入所 50
 短期入所 10
 通所 毎日 20
 その他外来リハビリ等



堺市は都市型地域で、重症心身障害児・者の家庭の多数は在宅指向である

平成20年度 堺市の調査「重症心身障害者に関する実態調査」
 療育手帳A判定 + 身体障害者手帳1級・2級 661名を対象にアンケート
 回答数389名

施設入所の希望をお持ちですか 人数表示

	全体 N=389	5歳以下 N=18	6~17歳 N=99	18~39歳 N=174	40歳以上 N=89
できるだけ早く入所したい	35名	0名	4名	21名	10名
いずれは入所したい	160	8	48	78	20
入所や希望しない	73	8	27	27	11
既に施設に入所している	49	0	6	22	20

いずれ入所したい というのはいつ頃のことですか %表示

	全体 N=160	5歳以下 N=8	6~17歳 N=48	18~39歳 N=78	40歳以上 N=20
おおむね5年以内	20.6	0.0	6.3	26.9	45.0
おおむね5~10年	37.5	0.0	33.3	26.3	35.9
おおむね10年以上	36.3	100.0	56.3	43.6	35.0
無回答	5.0	0.0	4.2	3.8	15.0

入所者募集に対しては 約170名の応募があったが
 そのすべての方について 当方が直接訪問して 入所の必要性を判断した
 医療面での大変さ
 本人の要介護度の大変さ
 保護者・養育者の状況の大変さ
 の3点を点検し、すべてもつとも大変な方を最優先とした
 その上で 堺市の審査会を経て入所者が決まった

府立母子保健総合医療センターを長期利用し、かつ家庭復帰が困難な
 児のほとんどは引き受けた
 他にも 大阪市立総合医療センター、愛染橋病院などから呼吸器の超重症児
 を受入れた

入所対象の50名のうち、児童(18歳未満)は10名で、他は50歳台も含め、各年齢層
 にまたがっている。

特に児童では、母子家庭で家庭養育が困難、母親の心理的受容困難、などのケース
 が大半であり、それに虐待(ネグレクトも含め)が加わる

両親健在で、養育意志を持っている家庭からの入所希望はゼロに近い
 ただし、母子家庭であっても家庭養育を望み、実践している方も少なくない

年齢が高いケースでは、今まで家庭養育を熱心に行っていた保護者の高齢化
 や疾病、死亡等で継続が困難になった方が多い

ベルデさかい にみる施設入所決定者50名の概要 H24.4.1現在
 堺市:人口約85万人 政令指定都市

	人数	準・超重症					準・超 比率
		気切	呼吸器	超	準	計	
< 6 y	2	2	2	2		2	100%
< 11 y	5	3		3	1	4	80%
< 18 y	3	2	1	2	1	3	100%
< 30 y	14	6	3	4	5	9	64%
< 40 y	13	1			4	4	31%
< 50 y	9	3	1	1	4	5	56%
< 60 y	4						0%
合計	50	17	7	12	15	27	54%

超重症児(者)+準超重症児(者)/入所児(者)=27/50=54% 西日本でトップクラス

ベルデさかい にみる施設入所決定者50名の概要 H24.4.1現在
 堺市:人口約85万人 政令指定都市

	人数	準・超重症			気切・呼吸器		病院・在宅		入所が必要な要因		
		超	準	計	気切	呼吸器	病院から	家庭から	医療要因	家庭要因	両要因
< 6歳	2	2		2	2	2					2
< 12歳	5	3	1	4	3		2	3		1	4
< 18歳	3	2	1	3	2	1	1	2			3
< 30歳	14	4	5	9	6	3	2	12	4	6	5
< 40歳	13		4	4	1			13		12	1
< 50歳	9	1	4	5	3	1		9		4	5
< 60歳	4									4	
合計	50	12	15	27	17	7	7	39	4	27	20

IVH(経静脈栄養)も2名

超重症児(者)+準超重症児(者)/入所児(者)=27/50=54% 西日本でトップクラス

ベルデさかい 短期入所登録者概要 2015.6.30現在

登録者総数 215名 (堺市在住178名 市外37名)

医療ニーズ

呼吸器(含むBiPAP) 20名 気管切開46名 IVH 1名 その他(酸素等) 20名

呼吸器ケースの年齢分布

	男	女	計
3歳~<10歳	2	5	7
<18歳	3	1	4
<20歳	0	1	1
<30歳	1	2	3
<40歳	1	1	2
<50歳	2	1	3
50歳≤	0	0	0
計	9	11	20

大阪府立母子保健総合医療センター
在宅人工呼吸器管理料算定 12名

5歳1名 7歳1名 8歳3名
12歳2名 18歳1名 30歳1名

この中のかかりの方が当方の短期入所に登録されていると思われる

大阪発達総合療育センター[フェニックス]
短期入所登録 堺市在住 呼吸器ケース
呼吸器 4名・2歳(男)、7歳(女)、8歳2名(男女)
BiPAP 2名・22歳(女)、26歳(男)

重複しながら おそらく堺市内の呼吸器使用児者のほとんどがベルデさかいの短期入所の登録をしていると思われる

入所 + 短期入所 + 重症心身障害者に特化した通所(生活介護)で 堺市内(短期入所は市外も含め) 地域センターとしての役割をかなり果たしているのではないかと

ベルデさかい 在宅と結びついた入所施設であり

入所児者50名の中で、少なくとも週に1回以上は保護者が訪れる方は70%にのぼる。毎日のように来られる方は10名あまり、そのうち数名はご両親のどちらかが、日中の大部分を一緒に過ごしておられる。

家庭で24時間みるのは困難だが、施設に入れておいて、そこを家庭の延長として考え、日中の多くを一緒に過ごす
こうした利用の仕方があって良いのではないかと

これは短期入所でも同様である

こうしたことが成り立つ背景には、個室が多いことも関係している

病棟の部屋構成
個室 10部屋 2人部屋3室 4人部屋11室
全ベッドには酸素 吸引配管 個室は圧縮空気も
短期入所専用部屋は設けていない

問題点
非常に長い病棟 全長80m
詰所は1個所
部屋はドアを締めると音は聞こえず



一つの例 超未熟児で生まれた三つ子さん

- 1人は超重症女児: 気管切開-喉頭気管分離、酸素使用、胃瘻 緊張亢進反り返り、視覚障害
 - 1人はアテトーゼ型重度脳性麻痺男児 知的障害も伴い重症心身障害とみなされる
 - 1人は健常男子
- 母子家庭で3人同時に養育するのは無理。超重症の子は長期間、頻回に母子センターの入院を続けてきた

8歳時に超重症女児はベルデさかい に入所
部屋は個室
母親は毎朝本児を迎えに来て支援学校に通わせる

頻回に脳性麻痺の児を短期入所させ、その間に入所女児を外泊させたり、3人一緒に個室で過ごしたりする。

しばしば一緒に行事に参加
写真は 女児のプール活動に一家で加わったところ



入所か在宅か ではなく、入所と短期入所を活用しながら一家が育っている と言えよう

41歳女性 作業所での誤嚥による肺炎を機に気管切開 呼吸器管理となる
 高齢のご両親は毎日来られ、一緒に散歩などをしておられる
 プール参加の場面 呼吸器の代わりにバギングをして援助

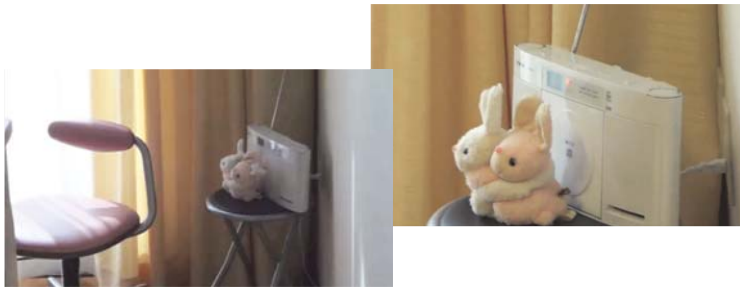


37

5歳で入所の女兒
 呼吸器完全依存
 出生以後入所まで大阪市内の
 病院に入所
 家庭引き受け困難例
 IPVやケアアシストなどの呼吸排痰
 補助機器も毎日使用
 入所以来一年半で 全身状態は安定
 してきた



38



部屋のコーナーには CDラジオが置かれ、母親が選んだ音楽が流れる
 週に1回は母親が来られ、この椅子に座って一緒に過ごされる

39

状態が安定してきたので 外に出る体験を
 開始 病棟看護師 リハスタッフ 心理士
 が参加している 梅の花を持たせ香りも嗅ぐ



リハスタッフがベッドから抱いて
 出し、ホールの活動に少し参加



呼吸器の方も含め
 隣接する公園へ

多くの場合 ご家族も
 参加



40



短期入所 個室

色素性乾皮症の28歳の女性
 紫外線が強いと疾患が進行するので
 昼は暗くし ベッドでDVDを見る
 夜の蛍光灯は許容範囲なので明るく
 している



42

短期入所 個室
呼吸器使用の超重症児



43



短期入所 20歳台の女性 個室
床生活の方がよい方もおられ 部屋に
マット、畳を入れて対応



短期入所 個室を自由に使う

50歳台の一定の理解力もある重度
アトニー型脳性麻痺 介護は大変
母親は家庭養育を続けていたが、80歳
になり最近急に体力低下
当人の施設入所を希望
当人もここが気に入る
この方を受入れるグループホーム、生活介護
は今のところない

44

短期入所の困難なところ 対象児(者)の多様性

3歳から60歳まで
在宅超重症ケースも多いが
動きが活発で家で困っているケースも
歩行可能ケースは対象としていないが、這いや座位移動ケースは
含まれる
トイレ誘導を必要とする大きな体のケース、
30分単位で腹臥位一背臥位・・・と体位を換えるケース
複雑な装具装着方法と時間
個々別々の注入時間と方式
特別な温度管理が必要なケース
その上 療育的生活時間の提供
医療トラブル 事故 怪我 などへの注意
体調変化時の対応についての家族毎で異なる要望
利用時の細かな情報提供と報告義務

すべてをクリアしてお帰りにいただくには、大変な労力と神経が必要となる
無事に終了して当たり前、少しでも問題があればクレームの対象
2~3名ならともかく 1病棟で10名近くを受けるのは至難の事業である

45

短期入所の困難なところ 医療看護対応能力

常勤医師3名 センター長を含め 小児科2名 産婦人科1名

土曜夜と日曜祝日は外部医師に依存
平日の当直の70%は外部医師に依存

このため 週末と夜間の急変対応は非常に難しい
外の医療機関の受入対応を前提としなければ成立しない

看護は60床 1病棟 に対し看護職員3名夜勤を組んでいるが
看護職員安定確保が大変で 完全3名夜勤は組めず
看護職員の資質にも幅がある

このため週末に利用開始をすることは避けている

既に気管切開やIVHは受けており、呼吸器も日中利用での
試し利用を開始しているが、1泊以上の利用は入所受入が
終了して、部屋や機器類、看護体制が安定してからに開始予定

なお在宅酸素 在宅呼吸器 等の利用者の経費負担は当方負担と
している

46

短期入所の困難なところ 部屋とモニター確保

対応する部屋の確保が困難になってくる

入所児(者)50名の中で 超重症+準超重症は27名となり 呼吸器も6~7名
詰所の近くは入所医療ケースで占められる
個室は10部屋あるが、医療ケースと行動多のケースで占められる
短期利用ケースの中には 動きがある等で床でのマット対応例が少なくない
受入可能数の中で 要医療ケースは同時には通常2名 最大でも3名
床でのマット対応(原則個室)ケースは最大2名

モニターの数の不足

セントラルモニターは24チャンネル用意してあるが 既に入所者で
21チャンネルを使用しており、今後入所してくるケースに最低3チャンネル
は必要のため 短期利用に廻すチャンネルがなくなってきている

しかし病棟は全長80mで、ドア内からの音は聴こえない。詰め所は1カ所
でありどうしてもモニター観察が必要となる

47

重症心身障害施設入所ニーズの内容は確実に変化してきている

堺市でみる限り

NICUからの超重症児でも在宅ケアが主流

就学期までを通じ 在宅志向が主流

入所を必要としているのは、家庭ケアが困難な家族状況を抱えたケースが中心
年長になると 入所希望が増えてくるが、それも家族状況が関係している

医療は大きな問題であるが、必ずしも絶対的な入所希望理由ではない

逆に言うと、在宅ケアが困難な家庭事情を抱えたケースの受け皿としての
重症心身障害施設の役割は大であり、その需要はすぐには減少しない

家庭事情

両親が健在とは云えない状況 母子(父子)家庭 親の病気 親の高齢
親の受容拒否(心理的拒否、虐待、ネグレクト 他)
等々+医療や看護の必要性

こうした場合、入所希望は本人の重症度とは必ずしも比例しない

また 知的障害者が更に後退して重症心身障害状態になった方などのニーズもある

48

医療型障害児入所施設 も 療養介護事業も
入所＝長期永続的入所ではなく 必要に応じた有目的 有期限入所
を取り入れても良いのではないかと

平成27年度より医療型障害児入所で有期限・有目的入所が載ったのは評価できるが

そうした事例は多数存在する
祖父母の介護が終わる迄
身内の疾患の目処がつくまで

ETC

例えば 3か月～6か月くらいの有期限入所で その間 検査やリハビリを
しっかり行う などの企画があってもよい

入所＝永続入所では 施設の定数をいくら増やしても切りがない
家庭も未練があっても今入れなければ、という思いがなくてすむ

問題は、関係自治体が承認するかどうか であるが

既に そうした企画を開始している施設がいくつかある

49

重症心身障害施設の機能を期待する方々の中には

例えば 気管切開をしていて あるいは呼吸器を装着していても
理解力があり、重症心身障害の生活の中に閉じ込めるのでは
人生を制限してしまうようなケースがある

施設に滞在しながら、日中は作業所に行くとか、他の生活を組み合わせる
などを期待したいが、療養介護利用の場合は他のサービスと組み合わせる
ことは出来ない。

現在そうしたケースを当方の通所で迎えている。同時に短期入所をご利用
していただいている。短期入所の場合は、日中の活動に参加することは可能
であるが、もし入所となると出来なくなる。最近介護者である母親の急病で
この方の入所が打診されているが、おそらく重症心身障害施設に閉じ込められた
生活ではパニック状態になるであろう。
しかし、呼吸器をつけ、膀胱瘻があるこの方を受けてくれる機関は他にはない。

そうしたサービスの多元的利用のあり方も検討していただきたい。

50

障害児・者のための地域包括支援が本格的に考えられるべき段階

そのために 決定的に欠けているのは 制度の改変とともに

協力的なマネジメント能力を持つ ケアマネージャーのような
存在 あるいは 機能 である

滞留しているケースを「処理」することではなく
各児 各人の望ましい人生をバックアップしていただくの熱意も
同時に持ち合わせたマネジメントを期待したい

これは今後5年～10年をかけても 実現していかなければならない課題
であろう

了

51

■第4回大阪分科会会議

日時：2015年12月18日（金）19：00～21：00

場所：大阪府大阪市北区茶屋町1番27号 AP大阪梅田茶屋町 会議室G

出席者：飯塚忠史、位田忍、江原伯陽、岡崎伸、黒田研二、児玉和夫、近藤正子、三田康平、新宅治夫、高橋幸博、南條浩隆、船戸正久、三沢あき子、余谷暢之（14名）

陪席者：上林孝子、塩川智司、寺岡新司、前野祐一、松本一美、撫井賀代、山本宗作（7名）

議事：

- 1) 座長挨拶（船戸）
- 2) 新メンバー紹介（寺岡・塩川）
- 3) 講演「大阪府医師会が進める地域包括ケア」（スライド資料参考）

黒田研二（関西大学人間健康学部教授）

<意見交換>

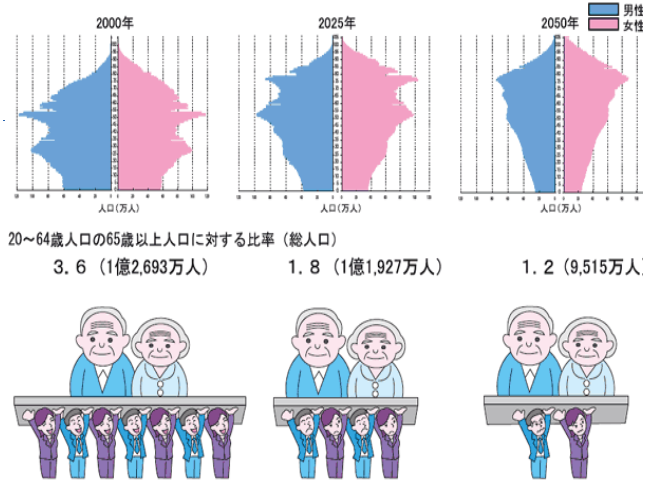
<内容>：大阪府の高齢者地域包括ケアの構築について、大阪府医師会の取組みを中心に発表いただいた。地域包括ケアを確立するためには、在宅サービスの複合化・多機能化、新たな「住まい」の整備、施設における個別ケアの実現などと共に、介護と医療をはじめとする支援が継続的・包括的に提供される仕組みが必要とされる。2012年介護保険制度改正、2014年医療法改正、2014年介護保険法改正などを基に、地域医療構想が策定され、医療機関の病床機能分類と在宅医療の充実を推進し、地域医療体制・地域包括ケア・医療介護連携を目指している。そうしたなか大阪府医師会の事業として、在宅医療の連携拠点整備と人材育成（多職種研修）を行政と協力して推進している。在宅療養支援診療所・病院以外に地域医療支援病院、地域包括ケア病棟、緩和ケア病棟などが制度上あるが、府医師会は、地区医師会の個々の活動を在宅医療コーディネータ・かかりつけ医・認知症サポート研修など各種研修を行い支援している。

<質疑>：「都道府県レベルと市町村レベルでの地域の取組みには格差があるが、在宅医療介護連携推進事業は介護保険の予算内でやるので、この事業に関しては市町村の義務事業」「地区医師会でも地域包括ケア推進の取組みは行っているが、熱心な所との温度差がある」「高齢者中心の地域包括ケアをどのように重症な小児にまで広げられるかが、大きな課題」「生活支援は高齢者に限ったものではない。必要な人は全年齢世代に渡る」「医療に関してはその枠を超えているが、介護サービスと障害福祉サービスの間には法的基盤において大きな障碍がある」「医療・介護・福祉サービスの連携が確保できるような基金の使い方が必要」「障害児者の場合は、高齢者のように医療と介護だけではだめで、障害児の場合は『発達支援』、障害者の場合は『自立支援』というキーワードで支援する地域包括ケアが必要」「在宅専門クリニックが、医師会に入会しにくい状況があるので改善を希望する」などの活発な意見が出された。

大阪府医師会が進める 地域包括ケア

1. 地域包括ケアシステムについて
2. 医療と介護の供給体制の再編
3. 大阪府におけるこれまでの取り組み
4. 在宅医療・介護連携事業
5. 在宅医療コーディネータ事業
6. 今後の課題と医師会の役割

黒田研二(関西大学人間健康学部)



認知症高齢者数2012年推計(厚生労働省)

将来推計(年)	2010	2015	2020	2025
日常生活に支障を来す症状が見られる認知症高齢者数(万人)	280万人	345万人	410万人	470万人
65歳以上人口当たりの率(%)	9.5%	10.2%	11.3%	12.8%

厚生労働科学研究を基にした認知症の有病率推計値
(2010年現在)

- 65歳以上における認知症の全国有病率推定値は15%、有病者数439万人
- 軽度認知障害(MCI)の有病率は13%、有病者数380万人

「地域包括ケアシステムの確立」 『2015年の高齢者介護』より(2003年6月)

地域包括ケアを確立するためには、在宅サービスの複合化・多機能化、新たな「住まい」の整備、施設における個別ケアの実現などとともに、介護と医療をはじめとする支援が継続的・包括的に提供される仕組みが必要。

地域包括ケアシステムの定義 地域包括ケア研究会報告書(2010年3月)

- ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場(日常生活圏域)で適切に提供できるような地域での体制。
- 日常生活圏域は、おおむね30分以内に必要なサービスが提供される圏域として、具体的には中学校区を基本とする。

2012年介護保険制度改正の目標

高齢者が地域で自立した生活を営めるよう、医療、介護、予防、住まい、日常支援サービスが切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」の実現に向けた取り組みを進めること。

地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律(最終改正平成26年6月25日)の定義

- ・(第二条)この法律において「地域包括ケアシステム」とは、地域の实情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防(要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。)、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう。

地域包括支援センター運営マニュアル2012

- ・地域包括ケアは、地域住民が住み慣れた地域で安心して尊厳あるその人らしい生活を継続することができるように、介護保険制度による公的サービスのみならず、その他の**フォーマルやインフォーマルな多様な社会資源**を本人が活用できるように、包括的および継続的に支援することです。
- ・地域包括ケアシステムは「**自助・互助・共助・公助**」それぞれの関係者の参加によって形成されるため、全国一律のものではなく、地域ごとの**地域特性や住民特性等の实情**に応じたシステムとなります。

地域包括ケアシステムにおける「5つの構成要素」



**誰もが支え合う地域の構築に向けた福祉サービスの実現
—新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン—**

厚労省「新たな福祉サービスのシステム等のあり方検討」プロジェクトチーム 2015・9・17

検討方針	改革の方向性
<p>課題を解決するため、あらゆる地域で全世代・全対象型地域包括支援の実現を図るべく、以下の視点で検討していく。</p> <p>① 対象者やその世帯への相談支援体制を分野横断的かつ包括的に確保するための方策を検討</p> <p>② それぞれの地域がその实情に合った体制を整えることを可能とし、複数分野の支援を総合的に提供する方法等を検討</p>	<p>左記を踏まえると、新たな福祉サービスを構築するため、以下のようなことが求められる。</p> <p>【改革の方向性】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ニーズに即応できる地域の福祉サービスの包括的な提供の仕組み ○生産性の向上 ○総合的な福祉人材の育成 <p>【改革の方向性を踏まえた当面の取組例】</p> <p>① 包括的な相談支援の実施 複数のサービスをコーディネートする機能を強化するとともに、既に取り組んでいる事例を分析・検証し、全国展開</p> <p>② 地域の实情に合ったサービス提供体制の確立 地域の实情に合わせたサービス提供を可能とするため、分野を問わず総合的にサービスを行うことも一つの在り方として提示し、これを阻害する基準緩和等</p>

**医療制度改革の動き
～地域医療連携の推進～**

ひとつの医療機関で完結する医療
↓
一定の地域内で完結する医療
医療提供者が医療の機能を分担し、地域として完結する医療を提供する

医療とケアに含まれる様々な機能

- ・ 通院医療、在宅医療、入院医療
- ・ 急性期医療と慢性疾患の医療
- ・ リハビリテーション医療
- ・ ターミナルケア
- ・ 小児医療、成人・老人医療
- ・ 疾病予防と介護予防
- ・ 介護サービス

在宅医療とは

- ・ 居宅（自宅、施設など）で提供される医療（外来医療や入院医療ではない）
- ・ 訪問診療が基本（状態に応じ定期的・計画的に居宅等へ訪問）
- ・ 継続的な療養管理・指導、看取り
- ・ 往診（急変時・緊急時に患者の求めに応じ居宅等へ訪問）

大阪府健康医療部高齢医療室医療対策課

医療を効率的なものにするための諸施策

- 医療提供体制の改善（医療機能の分担と地域医療連携） ← **医療計画**の策定
- **診療報酬制度**（医療費の支払い方法）の改定
- **介護保険**等との機能分担
- **健康増進・疾病予防・介護予防**

13

医療機関の機能分化にともなってみられる変化

- 病院数、病床数の減少
- 平均在院日数の短縮
- 診療所数の増加
- 医療と介護の機能連携の必要性増大

14

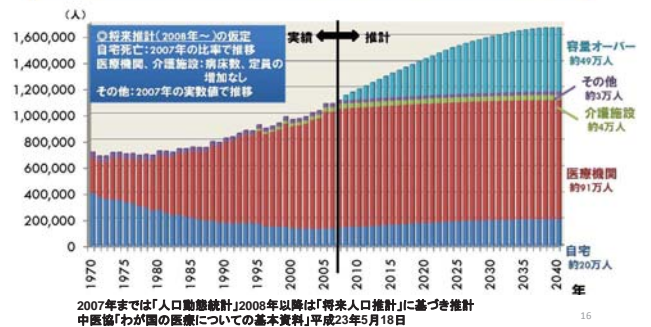
種類別医療施設数の推移

	1993年	2011年
病院 (病床数)	9,844 (1,690,952床)	8,606 (1,583,073床)
一般病院	8,767	7,528
療養病床を有する病院(再掲)	—	3,920
精神科病院	1,059	1,076
一般診療所	84,128	99,547
無床診療所	61,745	89,613
有床診療所	22,383	9,943

厚生労働省「医療施設調査」15

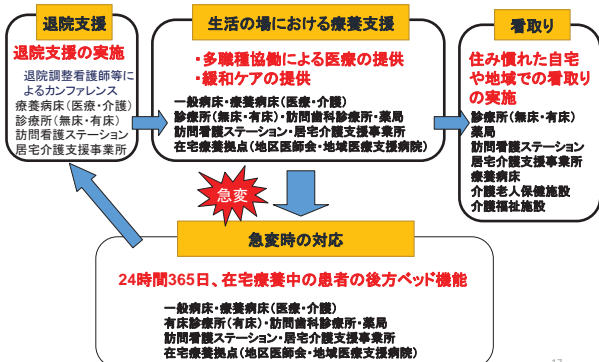
看取りの場所の確保が今後、必要

1976年に在宅死の割合と医療機関等での死亡の割合が逆転。2007年時点での医療機関死亡者数、介護施設死亡者数、自宅死亡者割合、その他の死亡者数のまま推移すると、2040年には約49万人分の看取りの場所が不足する見込み。



16

在宅医療の体制



17

2014年医療法改正 病床機能の報告制度

- 医療機関の病床（一般病床及び療養病床）が担っている医療機能の現状と今後の方向を選択し、**病棟単位**を基本として、都道府県に報告する仕組み。
- 医療機能の名称は「**高度急性期機能**」「**急性期機能**」「**回復期機能**」「**慢性期機能**」の4区分
- 医療機関は各医療機能の内容に照らして、病棟ごとにこの中からいずれか1つを選択して、都道府県に報告

18

地域医療構想

- 都道府県は、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化・連携を進め、医療資源の適正な配分を図り、今後、増大する医療・介護サービスの需要に対応できる地域医療提供体制を構築するために、地域医療構想を策定。
- 地域医療構想は、地域の医療需要の将来推計や病床機能報告制度により医療機関から報告された情報等を活用し、二次医療圏等ごとに、各医療機能の将来の必要量等を含む地域の医療提供体制の将来の目指すべき姿を示すもの。医療計画の一部として策定。
- 国は、地域医療構想の策定のためのガイドラインを作成。

10

在宅医療の充実

- **在宅医療の提供体制**は、在宅医療を受ける患者の生活の場である日常生活圏域での整備が必要であることから、国、都道府県の支援のもと、**市町村が主体**となって地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会及び看護協会等と協働して推進。
- 地域包括ケアシステムの構築に必要な在宅医療の提供体制(在宅医療を担う病院、診療所、薬局及び訪問看護事業所等)については、市町村の意向を踏まえ、都道府県と市町村で協議を行い、都道府県は、市町村間の調整および分析を行った上で、適切な圏域を設定し、**医療計画の中に在宅医療の提供体制の整備目標**を定める。
- **在宅医療・介護の連携促進事業**を、介護保険法の地域支援事業の包括的支援事業に位置づけ、市町村が主体となり取り組む。

11

2024年 介護保険法の改正

- **特養ホーム利用者の重点化**:介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)給付対象を、厚生労働省令で定める要介護状態区分(要介護3以上)の者、その他居宅において日常生活を営むことが困難な要介護者とする。
- **高所得者2割負担**:介護給付および予防給付について、政令で定める額以上の所得を有する第一号被保険者に係る利用者負担の割合を、その費用の2割(百分の二十)とする。
- **地域支援事業の見直し**:介護予防サービスのうち介護予防訪問介護と介護予防通所介護を地域支援事業に移行し、平成29年3月31日までに、市町村は、介護予防・日常生活支援総合事業を行う。包括的支援事業を強化する。

12

地域包括ケアシステム構築に向けた地域支援事業の見直し

- **包括的支援事業の強化**
 - ① **在宅医療・介護連携の推進**
 - ② **認知症施策の推進**(認知症地域支援推進員、初期集中支援チームなど)
 - ③ **地域ケア会議の推進**
- **介護予防・日常生活支援総合事業**:全国一律の予防給付(訪問介護・通所介護)を市町村が取り組む地域支援事業の移行し、多様化(生活支援サービスの強化)
- 介護予防事業の一次予防、二次予防の区別は廃止

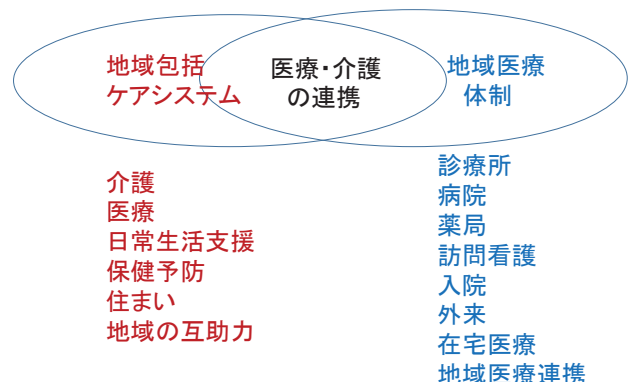
13

介護予防・日常生活支援総合事業 (新たな総合事業)

- **予防給付のうち訪問介護・通所介護**について、市町村が地域の实情に応じた取組ができるように、介護保険制度の**地域支援事業**に移行(2017年度までに)。
- 既存の介護保険事業所によるサービスに加えて、非営利団体、民間企業、ボランティアなど**地域の多様な主体**を活用して支援の仕組みを作る。
- 高齢者は支え手側にも回る。

23

地域包括ケア、地域医療体制、医療・介護連携



《平成24～25年度》大阪府の取り組み

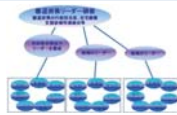
①在宅医療の拠点をづくります！

- 地区医師会等から事業提案を公募
- 従事者間の情報共有・連携の場
- 介護との連携を促進
⇒転退院調整・在宅医療円滑化ネットワーク事業



②在宅医療の従事者をふやします！

- 医療・介護の多職種に対して研修
- 府内各地域で従事者を育成
⇒多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業



大阪府健康医療部保健医療室医療対策課

《平成24～25年度》
在宅医療関連事業の整理

事業概要	平成24年度	平成25年度
連携拠点の整備	(厚生労働省) 在宅医療連携拠点事業 ⇒府内3か所採択	(大阪府) 転退院調整・在宅医療円滑化ネットワーク事業 ⇒府内19か所採択
人材の育成 (多職種による研修)	(厚生労働省からの委託) 多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業 ⇒地域リーダーの育成 (約150名)	※市町村との連携によるモデル研修実施が要件 (厚生労働省からの委託) 多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業 ⇒府内12か所にて多職種研修を実施

大阪府健康医療部保健医療室医療対策課

平成26年度 大阪府在宅医療連携拠点機能

- ①研修の実施
- ②会議の開催
- ③地域の医療・福祉資源の把握及び活用
- ④地域住民への普及・啓発
- ⑤地域包括支援センター・ケアマネジャーを対象とした支援の実施
- ⑥効率的な情報共有のための取り組み
- ⑦24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築に向けた検討



大阪府健康医療部保健医療室医療対策課

平成26年度 大阪府在宅医療連携拠点支援事業



大阪府健康医療部保健医療室医療対策課

介護保険法 在宅医療・介護連携推進事業の要件
厚労省老健局「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」2015年3月

- (ア) 地域の医療・介護の資源の把握
- (イ) 在宅医療・介護連携の課題と抽出の対応策の検討
- (ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進
- (エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援
- (オ) 在宅医療・介護関係者に関する相談支援
- (カ) 医療・介護関係者の研修
- (キ) 地域住民への普及啓発
- (ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

実施可能な市区町村は平成〇〇年4月から取組を実施し、平成〇〇年度にはすべての市町村で実施

大阪府健康医療部保健医療室医療対策課

(ア) 地域の医療・介護の資源の把握

- 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、リスト・マップづくり
- 必要に応じて連携に有用な事項(在宅医療の取組み状況、医師の相談対応が可能な日時等)を調査
- 結果を関係者間で共有

(イ) 在宅医療・介護連携の課題と抽出の対応策の検討

- 地域の医療・介護関係者が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討

(ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進

- 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進
- 在宅療養者のバックベットの確保
- 入院医療から在宅医療・ケアへの円滑な移行

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

- 情報共有シート、地域連携バス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援
- 自宅での看取り、急変時の情報共有にも活用

(オ) 在宅医療・介護関係者に関する相談支援

- 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネータの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営。
- 連携の取り組みを支援

(カ) 医療・介護関係者の研修

- 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じて、多職種連携の実際を習得
- 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催など

(キ) 地域住民への普及啓発

- 地域住民を対象としたシンポジウム等の開催
- パンフレット、チラシ、広報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発
- 在宅での看取りについての講演会の開催など

(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

- 同一の医療圏内にある市区町村や隣接する市町村などが連携して、広域で対応が必要な事項について検討

大阪府内地区医師会「在宅医療・介護の連携の推進」に関連した取り組み

- **7割以上で「(十分)(おおむね)実施」**
「医師会員、医療関係者、介護関係職員に対して在宅医療を推進するための研修を実施している」
「医療と介護の関係者の連携を推進するためグループワーク等を取り入れた多職種協働研修を実施している」
「地域住民対象の講演会や学習会を行っている」
「地域の医療提供施設、介護施設、介護事業者の機能、連絡先等の情報を収集して、医療・介護の資源のリスト又はマップとして公表している」
「病診連携、診療所間連携、医療介護連携などを進めるための協議の場が組織され、機能している」
- **5～6割の実施**
「医師会員が地域(町内会等)へ出かけて啓発活動や相談業務を行っている」
「日常生活圏域で地域包括支援センターが開催する会議に医師会から参画している」
「かかりつけ医がケアマネジャーと連携できるよう、各開業医の連絡可能な時間帯を明示している」

大阪府内地区医師会「在宅医療・介護の連携の推進」に関連した取り組み

- **4割台の実施**
「医師会として在宅患者の急変時に円滑に医療・介護の対応ができる地域体制を検討している」
「病院からの退院時に、円滑に在宅、地域に移行し、継続的な医療・介護を提供できるような地域体制を検討している」
「地域の医療・介護関係者が情報を共有するために連携シート(情報共有シート)を活用している」
- **7～8割の医師会で未実施**
「ICTを活用した情報共有に取り組んでいる」
「在宅医療・介護連携のための医療機関や介護事業者に対する相談支援について医師会に在宅医療と介護の連携を支援する相談窓口を置き、コーディネータを配置している」

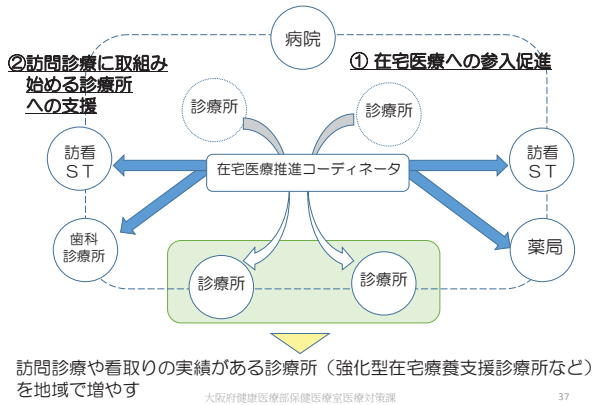
「医介連携」と「在宅医療の拡充」

	在宅医療と介護の連携	在宅医療の拡充
平成24年度	<ul style="list-style-type: none"> ○地域リーダーの育成 ○在宅医療連携拠点にむけたモデル事業の実施 	
平成25年度	<ul style="list-style-type: none"> ○多職種による研修会の開催 ○在宅医療連携拠点のモデル整備 	<p>地域の診療所等への働きかけなどにより、在宅医療に取り組む診療所等を増やす活動をする人材</p>
平成26年度	<ul style="list-style-type: none"> ○在宅医療連携拠点の整備・推進 	<ul style="list-style-type: none"> ○在宅医療コーディネータによる活動支援(在宅医療推進事業)
平成27年度～平成29年度	<ul style="list-style-type: none"> ○介護保険法の地域支援事業(27年度に限り、拠点整備事業も) 	<ul style="list-style-type: none"> ○在宅医療コーディネータによる活動支援(在宅医療推進事業)

まず在宅医療推進の基本となる医介連携を府として推進
→一定の基盤をもとに、府として在宅医療の拡充に取組む

大阪府健康医療部保健医療課医療対策課

在宅医療推進事業の目的



在宅医療推進コーディネータの役割

- ・在宅医療の新規参入に向けた課題把握
- ・在宅医療に伴う負担感の軽減を図るためのサポート
- ・後方ベッドの確保に向けた病院との連携体制の構築
- ・在宅医療にかかる関係機関（歯科医師会、薬剤師会、看護協会、訪問看護ステーション協会など）との連携構築
- ・在宅医療を行わない医療機関であっても、今後部分的に役割を担ってもらえる場合を想定し、各医療機関の得意分野を把握するなど、関係を構築
- ・医療資源（連携可能な病院、歯科医院、薬局等の情報）を把握し、新たに在宅医療に取組む医療機関へ情報提供



訪問診療や看取りの実績のある診療所を地域で増やす
(在宅医療の体制の確保・充実)

大阪府健康医療部保健医療室医療対策課 38

在宅医療推進コーディネータの要件

【経歴面から】

地域の医療資源等の実情や在宅医療・訪問看護の現場に通じている

【知識面から】

ケースごとに在宅医療で必要とされる医療の内容（例えばガンの緩和ケアをされている方とか、人工呼吸器を装着されている方に対する医療的ケア）を理解している

訪問看護の実務経験が5年以上ある方、訪問看護ステーションの管理者に次ぐ職員の方などを想定

(ただし、資格や経験年数にこだわらない)

大阪府健康医療部保健医療室医療対策課 39

診療所の在宅医療への取組状況 現状把握の仕方とポイント

○調査手法

アンケート、個別ヒアリングなど

- ※アンケートを行う場合、既存のものがないか活用できないかを検討する
(かかりつけ医マップや多職種マップの作成は地域支援事業で実施すべき内容であり、本事業で行うものではない)

在宅医療に取組んでいる診療所の現状把握だけではなく、取組んでいない診療所の『**阻害要因**』を知ることがポイント

大阪府健康医療部保健医療室医療対策課 40

(アンケート調査内容例)

○アンケート項目は必要に応じて変更可能ですが、阻害要因の把握は以降の活動に資するものであるため、必要なアンケート項目について関係者と十分に調整してください。

1. 訪問診療を行っていますか

はい いいえ
⇒【「いいえ」の理由】

2. 住診を行っていますか

はい いいえ
⇒【「いいえ」の理由】

3. 近畿厚生局へ「在宅療養支援診療所」の届け出をしていますか

はい (在宅療養支援診療所1 在宅療養支援診療所2 在宅療養支援診療所3)
 いいえ

4. 1. で「はい」と回答いただいた先生にお尋ねします。

①現在の在宅患者数 【 】名
②ひとりの患者様への訪問回数 【 】回
③昨年度(平成〇年〇月～〇月)の看取り患者数【 】名

大阪府健康医療部保健医療室医療対策課 41

(アンケート調査内容例)※この項目すべての調査が必須ではありません。

5. 1. で「いいえ」と回答いただいた先生にお尋ねします。いづれかに選択してください。

- ①今後条件が整えば、在宅医療を行ってもよい
【具体的な条件: 】
②在宅医療を行う予定はまったくない

在宅医療への意欲の把握

6. 訪問診療を行う上での不安点を選択してください。(複数回答可)

- ①技術面(緩和ケア・特殊な措置)
②緊急時・夜間・休日の対応が困難
③患者・家族との対応
④訪問看護師・ケアマネ等との連携
⑤複雑な診療報酬体系
⑥その他【 】

阻害要因の把握

7. 上記の不安を解消するために有効だと思われる方法

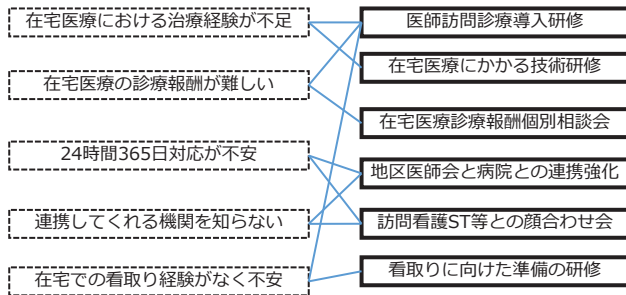
【 】

大阪府健康医療部保健医療室医療対策課 42

現状把握（阻害要因）を具体的対策につなげる

【在宅医療を実施しない理由】

【具体的対策】



※上記の実施しない理由や具体的対策はあくまでも例です

大阪府健康医療部保健医療室医療対策課

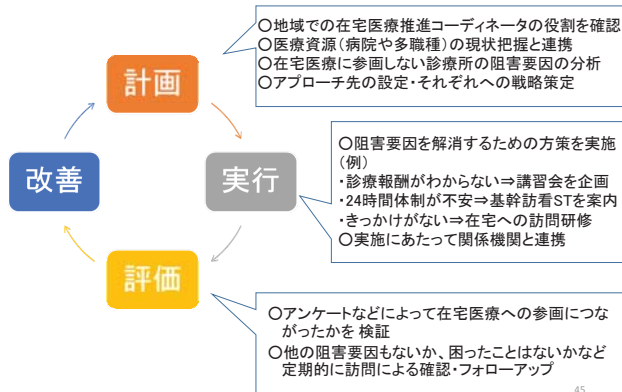
在宅医療推進コーディネータの推進体制の確保

- 在宅医療推進コーディネータを地区医師会が強力にバックアップする仕組みが必要（担当理事の設置、医師会事務局との連携、コーディネータ活動への同行、事前調整）
- 地域の関係者間で「在宅医療推進協議会（仮称）」などを立上げ『在宅医療の拡充』（医療介護連携ではない）にいかに関わるべきかを関係者で十分情報共有する。
- さらに確実に成果を上げるため、活動計画の策定、実行、評価、改善の仕組みを確立し、進めていくことが必要です。

大阪府健康医療部保健医療室医療対策課

44

確実に成果を上げるための活動計画の策定



大阪府健康医療部保健医療室医療対策課

在宅療養支援診療所

地域において在宅医療を支える24時間の窓口として、他の病院、診療所等と連携を図りつつ、24時間往診、訪問看護等を提供する診療所

【主な施設基準】

- ① 診療所
 - ② 24時間連絡を受ける体制を確保している
 - ③ 24時間往診可能である
 - ④ 24時間訪問看護が可能である
 - ⑤ 緊急時に入院できる病床を確保している
 - ⑥ 連携する保険医療機関、訪問看護ステーションに適切に患者の情報を提供している
 - ⑦ 年に1回、看取りの数を報告している
- 注1: ③、④、⑤の往診、訪問看護、緊急時の病床確保については、連携する保険医療機関や訪問看護ステーションにおける対応でも可

施設基準や実績の違いにより大きく分けて3つ（細かく分けると4つ）の分類があります

大阪府健康医療部保健医療室医療対策課

在宅診療 施設基準まとめ

【在宅診療1＝単独強化型】

基本＋単独で医師3名以上＋単独で看取りなど実績（緊急往診10件＋看取り4件以上）

【在宅診療2＝連携強化型】

基本＋他医療機関と計医師3名以上＋他医療機関と看取りなど実績（緊急往診10件＋看取り4件以上）
※ただし、各機関ごとに緊急往診4件、看取り2件以上

【在宅診療】（実績加算）

基本＋緊急往診10件＋看取り4件以上の実績

【在宅診療3】

基本的な基準のみ

単に在宅診療3という場合は【在宅診療】＋【在宅診療3】を指すことが多い
【在宅診療】は在宅診療3のうち、実績のある診療所を指す

大阪府健康医療部保健医療室医療対策課

在宅療養支援病院

診療所のない地域において、在宅療養支援診療所と同様に、在宅医療の主たる担い手となっている病院

【主な施設基準】

- ① 200床未満又は4km以内に診療所がない病院
 - ② 24時間連絡を受ける体制を確保している
 - ③ 24時間往診可能である
 - ④ 24時間訪問看護が可能である
 - ⑤ 緊急時に入院できる病床を確保している
 - ⑥ 連携する保険医療機関、訪問看護ステーションに適切に患者の情報を提供している
 - ⑦ 年に1回、看取りの数を報告している
- 注: ④の訪問看護については、連携する保険医療機関や訪問看護ステーションにおける対応でも可

大阪府健康医療部保健医療室医療対策課

在支診・在支病 大阪府府内の状況 (平成27年9月1日時点)

支援診1	支援診2	在診実	支援診3	ア:支援診 計
17	285	121	1403	1826

支援病1	支援病2	支援病3	イ:支援病 計
7	33	59	99

支援診（ア）＋支援病（イ）＝1,925医療機関

上記の数字は、大阪府が近畿厚生局ホームページ 保険医療機関・保険薬局の指定一覧（全体）より抜粋したものを独自集計したものであり、届出内容を正確に集計した公式データではありません。

大阪府健康医療部保健医療室医療対策課

特定機能病院

次の要件に該当する病院。厚生労働大臣の承認が必要。

- 一 高度の医療を提供する能力を有すること。
- 二 高度の医療技術の開発及び評価を行う能力を有すること。
- 三 高度の医療に関する研修を行わせる能力を有すること。
- 四 その診療科名中に、厚生労働省令の定めるところにより、厚生労働省令で定める診療科名を有すること。（略）

50

地域医療支援病院

国、都道府県、市町村、社会医療法人等開設する病院。地域における医療の確保のために必要な支援を行う。都道府県知事の承認。

- 一 他の病院又は診療所から紹介された患者に対し医療を提供。かつ、当該病院の建物、設備、器械を、当該病院に勤務しない医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者の診療、研究又は研修のために利用させる体制が整備されている。
- 二 救急医療を提供する能力を有する。
- 三 地域の医療従事者の資質の向上を図るための研修を行わせる能力を有する。（以下、略）

51

大阪府内の地域医療支援病院承認施設一覧 1

(H27年11月19日現在)

- 1 医療法人橘会 東住吉森本病院 大阪市
- 2 医療法人ベガサス 馬場記念病院 堺市
- 3 医療法人愛仁会 高槻病院 高槻市
- 4 宗教法人在日本南アリスティアミッション 淀川キリスト教病院 大阪市
- 5 医療法人若弘会 若草第一病院 東大阪市
- 6 独立行政法人地域医療機能推進機構 大阪病院 大阪市
- 7 府中病院 和泉市
- 8 独立行政法人地域医療機能推進機構 星ヶ丘医療センター 枚方市
- 9 医療法人仙養会 北摂総合病院 高槻市
- 10 地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪府立急性期・総合医療センター 大阪市
- 11 独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター 大阪市
- 12 独立行政法人国立病院機構 大阪南医療センター 河内長野市
- 13 ヘルランド総合病院 堺市
- 14 地方独立行政法人大阪市市民病院 大阪市立総合医療センター 大阪市
- 15 大阪赤十字病院 大阪市
- 16 公益財団法人田附興風会医学研究所 北野病院 大阪市
- 17 社会福祉法人恩賜財団 大阪府済生会吹田病院 吹田市
- 18 市立池田病院 池田市

52

大阪府内の地域医療支援病院承認施設一覧 2

(H27年11月19日現在)

- 19 パナソニック健康保険組合 松下記念病院 守口市
- 20 一般財団法人大阪府警察協会 大阪警察病院 大阪市
- 21 市立岸和田市民病院 岸和田市
- 22 市立豊中病院 豊中市
- 23 箕面市立病院 箕面市
- 24 社会福祉法人恩賜財団 大阪府済生会千里病院 吹田市
- 25 地方独立行政法人堺市立病院機構 堺市立総合医療センター 堺市
- 26 高槻赤十字病院 高槻市 平成23年11月25日
- 27 独立行政法人労働者健康福祉機構大阪労災病院 堺市
- 28 りんくう総合医療センター 泉佐野市
- 29 国家公務員共済組合連合会 大手前病院
- 30 社会医療法人同仁会 耳原総合病院 堺市
- 31 八尾市立病院 八尾市
- 32 社会福祉法人恩賜財団 大阪府済生会野江病院 大阪市
- 33 社会福祉法人恩賜財団 大阪府済生会中津病院 大阪市
- 34 国家公務員共済組合連合会 枚方公済病院 枚方市
- 35 東大阪市立総合病院 東大阪市

53

大阪府健康医療部保健医療室医療対策課

地域包括ケア病棟

- ・地域包括ケア病棟とは、急性期治療を経過した患者および在宅において療養を行っている患者等の受け入れ並びに患者の在宅復帰支援等を行う機能を有し、地域包括ケアシステムを支える役割を担う病棟または病室。

(平成26年度診療報酬改定において新設)



大阪府内の地域包括ケア病棟入院料を届出している病院のリスト

【出典：近畿厚生局 保険医療機関の届出状況(平成27年2月1日時点)から特掲診療料で抽出】

基準	医療圏	病院名
(1) (2)		
1 ●	豊能	医療法人ガラシア会 ガラシア病院
2 ●	豊能	市立吹田市民病院
3 ●	豊能	医療法人善正会 上田病院
4 ●	豊能	医療法人若葉会 豊中若葉会病院
5 ●	三島	医療法人東和会 うえた下田部病院
6 ●	三島	医療法人東和会 第二東和会病院
7 ●	三島	摂津ひかり病院
8 ●	三島	医療法人医誠会 摂津医誠会病院
9 ●	三島	医療法人清仁会 水無瀬病院
10 ●	北河内	医療法人全心会 寝屋川ひかり病院
11 ●	北河内	医療法人りんどう会 向山病院
12 ●	北河内	医療法人柏友会 柏友会楠葉病院
13 ●	北河内	社会医療法人弘道会 豊島生野病院
14 ●	北河内	医療法人清水会 鶴見緑地病院
15 ●	北河内	社会医療法人弘道会 守口生野記念病院
16 ●	北河内	医療法人一祐会 藤本病院
17 ●	中河内	医療法人仁風会 牧野病院
18 ●	中河内	医療法人恵生会 恵生会病院
19 ●	中河内	医療法人主持会 池田病院
20 ●	中河内	医療法人寿山会 喜馬病院

【参考：地域包括ケア病棟(地包括)の基準について】
 (1) 在宅復帰率7割以上及び(2)を満たす
 (2) 看護13対以上、リハビリの届出、重症度・医療看護必要度等の要件を満たす
 ただし、在宅療、後方支援病院、二次救急病棟のいずれかであること

大阪府健康医療部保健医療室医療対策課

大阪府内の地域包括ケア病棟入院料を届出している病院のリスト

【出典：近畿厚生局 保険医療機関の届出状況(平成27年2月1日時点)から特掲診療料で抽出】

基準	医療圏	病院名
(1) (2)		
21 ●	南河内	医療法人生登会 寺元記念病院
22 ●	南河内	阪南中央病院
23 ●	南河内	富田林病院
24 ●	南河内	医療法人正清会 金剛病院
25 ●	南河内	医療法人樞本会 樞本病院
26 ●	南河内	医療法人さくら会 さくら会病院
27 ●	堺市	医療法人大泉会 大仙病院
28 ●	堺市	社会医療法人清恵会 清恵会病院
29 ●	堺市	社会医療法人頌徳会 日野病院
30 ●	堺市	医療法人いずみ会 阪堺病院
31 ●	堺市	南堺病院
32 ●	堺市	ヘルピアノ病院
33 ●	堺市	吉川病院
34 ●	堺市	医療法人温心会 堺温心会病院
35 ●	堺市	公益財団法人 浅香山病院
36 ●	泉州	医療法人啓仁会 咲花病院
37 ●	泉州	医療法人泉秀会 かわい病院
38 ●	泉州	医療法人三和会 永山病院
39 ●	泉州	医療法人聖心会 堀病院
40 ●	泉州	医療法人晴心会 野上病院

【参考：地域包括ケア病棟(地包括)の基準について】
 (1) 在宅復帰率7割以上及び(2)を満たす
 (2) 看護13対以上、リハビリの届出、重症度・医療看護必要度等の要件を満たす
 ただし、在宅療、後方支援病院、二次救急病棟のいずれかであること

大阪府健康医療部保健医療室医療対策課

大阪府内の地域包括ケア病棟入院料を届出している病院のリスト

【出典：近畿厚生局 保険医療機関の届出状況(平成27年2月1日時点)から特掲診療料で抽出】

基準	医療圏	病院名
(1) (2)		
43 ●	大阪市	医療法人啓信会 中之島いわき病院
44 ●	大阪市	東和病院
45 ●	大阪市	一般財団法人淀川勤労者厚生協会 附属西淀病院
46 ●	大阪市	医療法人中本会 中本病院
47 ●	大阪市	医療法人朋愛会 朋愛病院
48 ●	大阪市	特定医療法人仁生会 内藤病院
49 ●	大阪市	医療法人錦秀会 阪和記念病院
50 ●	大阪市	医療法人慈心会 おびこ病院
51 ●	大阪市	医療法人同友会 共和病院
52 ●	大阪市	医療法人育和会 育和記念病院
53 ●	大阪市	医療法人彰療會 大正病院
54 ●	大阪市	社会福祉法人恩賜財団 大阪府済生会泉尾病院
55 ●	大阪市	社会福祉法人石井記念愛染園 附属愛染橋病院
56 ●	大阪市	社会医療法人弘道会 なにわ生野病院
57 ●	大阪市	社会福祉法人大阪福祉事業財団 すみれ病院
58 ●	大阪市	医療法人 緑風会病院
59 ●	大阪市	社会医療法人 景岳会 南大阪病院
60 ●	大阪市	大阪回生病院
61 ●	大阪市	生活協同組合ヘルスコープおおさか コープおおさか病院
62 ●	大阪市	国家公務員共済組合連合会 大手前病院
63 ●	大阪市	医療法人正和会 協和病院

【参考：地域包括ケア病棟(地包括)の基準について】
 (1) 在宅復帰率7割以上及び(2)を満たす
 (2) 看護13対以上、リハビリの届出、重症度・医療看護必要度等の要件を満たす
 ただし、在宅療、後方支援病院、二次救急病棟のいずれかであること

大阪府健康医療部保健医療室医療対策課

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③

在宅療養における後方病床の評価①

在宅療養を行うにあたり、緊急時における後方病床の確保が重要であることから、在宅療養後方支援病院を新設し評価を行う。

(新) 在宅療養後方支援病院

【施設基準】
 ① 許可病床200床以上の病院であること
 ② 当該病院を緊急時に入院を希望する病棟としてあらかじめ当該病棟に届け出ている患者(以下、入院希望患者)というについて緊急時にいつでも対応し、必要があれば入院を受け入れること
 ③ 入院希望患者に対して在宅医療を提供している医療機関と連携し、3月に1回以上、診療情報の交換をしていること

現行	改定後
在宅患者緊急入院診療加算(入院初日) 1 連携型在支診、在支病の場合 2,500点	在宅患者緊急入院診療加算(入院初日) 1 連携型在支診、在支病、在宅療養後方支援病院の場合 2,500点

【算定要件】
 ① 入院希望患者に対して算定する。
 ② 500床以上の場合は、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。

大阪府健康医療部保健医療室医療対策課

大阪府内の在宅療養後方支援病院のリスト

【出典：近畿厚生局 保険医療機関の届出状況(平成27年2月1日時点)から特掲診療料で抽出】

医療圏	病院名
1 豊能	社会福祉法人恩賜財団済生会支部 大阪府済生会千里病院
2 三島	社会医療法人愛仁会 高槻病院
3 三島	医療法人東和会 第一東和会病院
4 北河内	国家公務員共済組合連合会 枚方公済病院
5 中河内	社会医療法人若弘会 若草第一病院
6 堺市	耳原総合病院
7 堺市	医療法人恒進會 恒進會病院
8 泉州	大阪府立母子保健総合医療センター
9 泉州	医療法人譲仁会 与田病院
10 泉州	医療法人康生会 泉佐野優人会病院
11 大阪市	一般財団法人淀川勤労者厚生協会 附属西淀病院
12 大阪市	社会医療法人愛仁会 千船病院
13 大阪市	公益財団法人日本生命済生会 付属日生病院
14 大阪市	社会医療法人専業会 大野記念病院
15 大阪市	医療法人同友会 共和病院
16 大阪市	社会福祉法人大阪明徳会 大阪明徳館病院
17 大阪市	医療法人山崎会 山本第三病院
18 大阪市	社会医療法人協和会 加納総合病院
19 大阪市	一般財団法人 住友病院
20 大阪市	公益財団法人田附興国会医学研究所 北野病院
21 大阪市	医療法人寿会 喜永病院
22 大阪市	社会福祉法人石井記念愛染園 附属愛染橋病院
23 大阪市	医療法人寺西報恩会 長吉総合病院

大阪府健康医療部保健医療室医療対策課

緩和ケア病棟

○ 緩和ケア病棟は、主として苦痛の緩和を必要とする悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者を入院させ、緩和ケアを行うとともに、外来や在宅への円滑な移行も支援する病棟であり、当該病棟に入院した緩和ケアを要する悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者について算定する。

○緩和ケア病棟入院料を算定する保険医療機関は、地域の在宅医療を担う保険医療機関と連携し、緊急時に在宅での療養を行う患者が入院できる体制を保険医療機関として確保していること。

○緩和ケア病棟入院料を算定する保険医療機関は、連携している保険医療機関の患者に関し、緊急の相談等に対応できるように、24時間連絡を受ける体制を保険医療機関として確保していること。

等

大阪府健康医療部保健医療室医療対策課

大阪府内の緩和ケア病棟入院料を届出している病院のリスト

【出典：近畿厚生局 保険医療機関の届出状況(平成27年2月1日時点)から特掲診療料で抽出】

医療圏	病院名
1 豊能	医療法人ガラシア会ガラシア病院
2 豊能	医療法人協和会 千里中央病院
3 三島	高槻赤十字病院
4 三島	医療法人友誼会 彩都友誼会病院
5 北河内	医療法人協仁会 小松病院
6 北河内	市立ひらかた病院
7 北河内	独立行政法人 地域医療機能推進機構 重ヶ丘医療センター
8 南河内	医療法人榎本会 榎本病院
9 堺市	耳鼻喉総合病院
10 堺市	医療法人藤秀会 阪和第二豊北病院
11 堺市	ヘルランド総合病院
12 泉州	和泉市立病院
13 泉州	岸和田医進会病院
14 泉州	市立岸和田市民病院
15 大阪市	医療法人橘会 東住吉森本病院
16 大阪市	医療法人社団 湯川青鏡病院
17 大阪市	多根総合病院
18 大阪市	淀川キリスト教病院ホスピス・こどもホスピス病院
19 大阪市	医療法人社団有隣会東大阪病院
20 大阪市	大阪市立総合医療センター

大阪府健康医療部保健医療室医療対策課

医師会が担うべき役割と課題 行政に向けて

- ・ 地域包括ケアシステムを構築する責任主体は市町村。医師会は地域包括ケアの実現に向けて行政に協力する。様々な立場の組織が協働関係を築きながら、ネットワークを形成して、地域の課題やその解決のための対策について協議する場（地域ケア会議など）に、医師会も参画。
- ・ 医療の専門職団体として在宅医療・介護の連携推進事業などに協力、助言や提言。
- ・ 地域包括ケアの中の医療は、主としてかかりつけ医による一次医療すなわち外来治療や在宅医療。入院を含む二次医療や高度専門医療（三次医療）との連携体制を構築するために、医療計画や地域医療構想策定に協力。地域医療の連携体制の構築に尽力。
- ・ 地域包括ケアシステムの対象は、現在主に高齢者に限定されている。全世代を対象とした地域包括ケアを構想し、行政に提言をしていく。
- ・ 在宅医療コーディネータ事業を通じ在宅医療の拡充に取り組む。本事業を継続するために、行政との協議を継続。

63

医師会が担うべき役割と課題 医師会員等に向けて

- ・ 在宅医療の拡充に向けて在宅医療に従事する医師を増やすこと。在宅医療コーディネータを配置し、医師会員を対象とした調査、情報提供、研修会等の活動を推進。
- ・ 地域医療全体の質の向上、地域医療の連携体制構築が課題。医師会として地域の病院に働きかけて病診連携を推進。病院関係者に在宅医療への理解を深めてもらう。診療所間の連携を通じて、在宅主治医と他の診療科医師との連携、強化型在宅療養支援診療所への取り組みを推進。
- ・ 在宅医療を担っている医師が医師会に加入していないことがある。会員層を厚くしていくことも課題。

64

医師会が担うべき役割と課題 他の関係職種に向けて

- ・ 歯科医師会、薬剤師会、看護協会、その他の医療関係の専門職団体、介護支援専門員や介護関係者の団体などとの連携を図り、個別の事例において多職種協働の支援が円滑に提供できるような基盤を作り出していく。
- ・ 医療と介護の関係者が共同で取り組む学習会、研修会を活発にしていくことが重要。
- ・ 市町村や日常生活圏域で開催される協議の場（地域ケア会議など）を通じて、多職種・多機関のネットワークを作り出す。
- ・ 個々の事例の支援において、多職種チームとして情報を共有する方法を普及させていくことも課題。

65

医師会が担うべき役割と課題 市民に向けて

- ・ 地域包括ケアシステムおよび地域医療体制を実現し円滑に運営していくことは、市民の理解なくしては困難。
- ・ 今後重要となってくる在宅医療における看取りへの対応なども、市民の理解なくして進めることはできない。
- ・ 医師会は、地域住民が参加する講演会や学習会などの機会を作り出し、市民の理解を促進するとともに、市民とともに歩む姿勢をもつことが重要。

66

医師会が担うべき役割と課題 大阪府医師会として

- 地区医師会の取り組みを支援するとともに、広域の視点から次のような役割を担う。
- より進んだ地域の取り組みから学びながら、他の地域に適用できるものを広げていくために、地域における取り組みの情報を広く地区医師会と共有し普及させていく。
- 地域包括ケアシステム構築に重要な役割を担う人材研修（在宅医療コーディネータの研修、かかりつけ医のための各種の研修、認知症サポート医の研修など）。
- 行政との協議や行政への提言は、府レベルや国レベルで取り上げるべきものについて府医師会として対応。

67

■第5回大阪分科会会議

日時：2016年2月12日（金）19：00～21：00

場所：大阪府大阪市北区茶屋町1番27号 AP大阪梅田茶屋町 会議室F

出席者：飯塚忠史、石崎優子、位田忍、江原伯陽、岡崎伸、黒田研二、児玉和夫、近藤正子、三田康平、下釜聡子、新宅治夫、高橋幸博、竹本潔、田村太郎、鍋谷まこと、南條浩輝、船戸正久、舟本仁一、松本一美、三沢あき子、望月成隆、余谷暢之、和田和子（23名）

陪席者：上林孝子、塩川智司、鈴木保宏、寺澤昭二、前野祐一、撫井賀代、森河内麻美、山本宗作

議事：

- 1) 座長挨拶（船戸）
- 2) 新メンバー紹介
- 3) 講演「成人期小児慢性特定患者の移行支援（在宅移行）と被虐待児の社会的入院」（スライド資料参考）

石崎優子（関西医科大学附属滝井病院教授）

<意見交換>

<内容>：なぜ今移行支援かを問うことから始め、今後小児期発症の慢性疾患は増加する前提の下で対応が必要とした。アンケートでは、移行プログラムに必要なものとして、疾患共通の総論的プログラム、各疾患ごとのプログラム、小児医療と成人医療とのネットワークが挙げられた。移行プログラムを作成する目的は、成人期発症慢性疾患患者の小児医療から成人医療への円滑なシフトと、患者の自立と社会参加とを計画的に支援することとした。厚生労働省水口班（2013年）の「成人移行期小児慢性疾患患者の自立支援のための移行支援ガイドブック」医師版（試案）も提示し、各学会でもガイドブックの必要性が認識されている。そして虐待後遺症を含む養育環境により退院できない児の社会的入院の問題提起をした。

<質疑>：「医療的ケアが必要な重症児者のトランジションの場合、専門化した大病院より地域の中小病院の方が連携を取りやすい印象」「病院へ来なくなった重症児の場合、療育施設への移行が多い」「日本の場合、小児科の抱え込みが多く、学会レベルでの小児科から内科へのアプローチが必要」「誰が生涯守るか」「病院は診断治療に関しては熱心だが、患者のトータルケアに対しては無関心」「大阪市医療コーディネート事業では、16病院が障害児者でも急性で診てくれるシステムとなっている」「慢性特定疾患の場合、本人が病気を理解し、決定や社会参加ができるような支援が必要」「本人が他人に病気を伝え、援助を求めるソーシャルスキルを育てる移行支援プログラムが必要」「NICUの長期入院から在宅移行するためには、中間施設が必要」「米国ではこうした中間施設に外傷や虐待もたくさんいて、急性期治療後リハや心理士、チャイルド・ライフ・スペシャリストがたくさんいて支援」「児相でも病院から帰せない虐待児がどんどん増えて困っているのが現状」などの意見が出た。

成人期小児慢性疾患患者の 移行支援(在宅移行)と 被虐待児の社会的入院

関西医科大学小児科学講座
関西医科大学附属滝井病院小児科
石崎優子

本日の内容

- なぜ今移行支援なのか
- 今、移行支援はどうなっているのか
- 成人期小児慢性疾患患者の成人科への移行支援の取り組み
- 移行とは
- 養育環境により退院できない児の社会的入院について

なぜ今移行支援なのか

成人した小児慢性疾患患者の現状

小児期発症の慢性疾患は 今後益々増加する

- 治療法の進歩により生命予後が改善。
 - 悪性疾患、先天性疾患
- ある種の慢性疾患に罹患する小児が増加。
 - 2型糖尿病、気管支喘息
- 以前には少なかった疾患に罹患する小児が増加。
 - 生活習慣病、精神疾患、(HIV)

成人した小児期発症慢性疾患患者の 運命は？

- そのまま小児科に留まる。
- 内科に転科する。
- 自発的または自然とドロップアウトする。
 - 原疾患が急性増悪して改めて医療機関に戻ってくる。
- 旨く内科に適応できなかったら。
 - 小児科に逆戻り。

成人した小児慢性疾患患者の 動向と現状

- 小児慢性疾患“キャリアオーバー”患者の動向。
 - 20歳を越える小児慢性疾患患者数は年間約1,000名ずつ増加。
 - 53.6%が原病・合併症・後遺症による障害保有者、30.3%は病状が進行している。それ以外は？
 - 半数以上の患者が定期的な受診が必要。
- 大学進学率
 - 全国平均は55.3%、慢性疾患患者のそれは40%以下。
- 就労への影響
 - 就労時に病気が問題となった者は56.3%。
- 小児慢性疾患患者の医療費の負担額
 - 20-24歳で国民平均の約4倍、30-34歳では5倍。

キャリアオーバーした 小児慢性疾患患者の医療

小児医療機関を対象とした調査結果から

研究 I : キャリーオーバー患者の 医療の実態に関する調査

方 法: 神経(大学病院小児神経外来)、腎(大学病院小児腎外来)、血液(国立病院小児血液外来)、内分泌(開業医)における小児科管理のキャリアオーバー患者の問題点を、診療録や質問紙調査などで探った。

東野博彦、石崎優子、荒木 敦、竹村 司、多和昭雄、岡田義昭。小児発症の慢性疾患患者の長期支援について—小児—思春期—成人医療のギャップを埋める「移行プログラム」の作成をめざして—。小児内科。2006;38:962-968.

研究 I : キャリーオーバー患者の医療の実態に関する調査 結 果

【成人患者を小児科で
みる際の共通の問題点】

1. 疾患への対応ができない。
2. 妊娠・出産の管理ができない。
3. 成人患者が小児科外来に違和感を持つ。
4. 成人患者が小児科病棟に入院できない。

【小児科から内科への転科を阻
む共通の要因】

1. 保護者と主治医との信頼関係が強すぎる。
2. 内科側に専門医がいない。
3. 患児の心の問題。

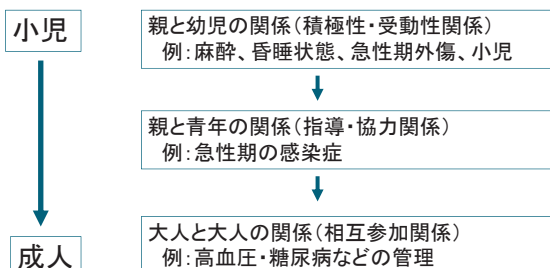
東野博彦、石崎優子、荒木 敦、竹村 司、多和昭雄、岡田義昭。小児内科。2006;38:962-968.

Carry over or carry on?

- Carry over患者をどうするのか？
 - いつまで、誰が診るのか？
 - 転科の時期
 - 内科医に伝えたいこと
 - 小児科でやって欲しいこと
- Carry on
 - いっそのこと小児科医が一生涯面倒みる？

石崎優子、他。特集 知っておきたい小児疾患のキャリアオーバー—小児科医から患者を引き継ぐ際に聞いておきたいこと。「治療」、2003;85:9-171
後藤彰子。20歳を過ぎた慢性疾患を持ったキャリアオーバーの患者さんと家族。日誌、2004;108:843-849

小児から成人への医師患者関係の変化 (サズとホルンダーの役割モデル,1956)



以下の問題にどう対応していますか

- 成人疾患のケア
- 妊娠
- 医療費
- 患者管理
 - 病棟
 - 外来

なぜ今、移行なのか？

思春期の心理社会的発達

思春期の課題	早期(10-13歳)	中期(14-16歳)	後期(17-21歳)
親からの自立	親のすることへの興味を減ずる 気分が揺れ動く	親への葛藤、反抗のピーク	親の持つ価値観や アドバイスを受け入れる
友人関係	同性の友人と緊密な関係を築く	仲間関係を最も大切にす時期 友達の中での価値観に従う 異性関係が始まる	仲間関係の重要性は薄れる 親密な関係の異性とより長い 時間を過ごす

(Neinstein LS et al. Adolescent health care. A practical guide. 3rd ed. Neinstein LS edn., pp45. Williams & Wilkins, 1996.)

研究Ⅱ：移行期のケアに関する意識と移行プログラムの実態に関する調査

対象: 日本小児総合医療機関連絡協議会(29施設)に所属する医療機関の医師。

方法: 上記の施設長あてに、調査の趣旨を記載した質問紙を郵送して協力を依頼し、同封した切手つき封筒で回収した。

回答者: 41名(男性38名、医師歴27.1年)

- 専門科
 - 小児科 30名(73.2%)
 - その他 11名(26.8%)
- 小児科における専門性:
 - 神経、腎 各6名(14.6%)
 - 循環器、アレルギー・膠原病・感染症 各4名(9.8%)
 - 新生児 3名(7.3%)
 - 内分泌 2名(4.9%)
 - その他 7名(17.0%)

研究Ⅱ：移行期のケアに関する意識と移行プログラムの実態に関する調査

移行の必要性に関する意識について

- キャリーオーバー患者の診療について
 - 外来治療のみ 5(12.2%)
 - 外来治療と入院治療 31(75.6%)
- キャリーオーバーに対する医療が話題になる 37(90.2%)
- 「移行プログラム」が必要と考えるか
 - はい(考える) 32(78.0%)
 - いいえ 0
 - わからない 7(17.1%)
- 成人疾患へのプライマリ・ケアは可能か
 - はい 11(26.8%)
 - いいえ 25(61.0%)

研究Ⅱ：移行期のケアに関する意識と移行プログラムの実態に関する調査

キャリーオーバー患者を内科(成人科)へと移行させようと思うか否か

はい 26(63.4%)
いいえ 7(17.1%)
わからない 4(9.8%)

「いいえ」「わからない」一患者が高齢になっても担当しようと思うか。
思う 2名
思わない 6名
わからない 1名

「移行させようと思わない」「わからない」と回答した理由(N=11)

専門の疾患は成人科に専門家がない 7(63.6%)
専門の疾患は、成人後まもなくすれば治療が終結する 0
そこまで考える余裕がない 0
その他 4(36.4%)

研究Ⅱ：移行期のケアに関する意識と移行プログラムの実態に関する調査

移行の時期と移行を決定する要因について(N=31)

- 移行を決定する要因
 - 社会要因(進学、就職、転居など) 25(80.6%)
 - 患者の年齢 22(71.0%)
 - 患者の心理社会面での成熟 16(51.6%)
 - 病状の安定度 12(38.7%)
 - 自分の手に負えない問題が生じた時 12(38.7%)
- 専門疾患の小児科と成人科との間の診療ネットワーク
 - ある 8(25.8%)
 - ない 21(67.7%)
 - わからない 2(6.5%)
- 移行の準備(患者指導のプロセス)を決めているか
 - はい 9(22.0%)

研究Ⅱ：移行期のケアに関する意識と移行プログラムの実態に関する調査
成人を迎える小児慢性疾患患者への医療についての意見（自由記述）

- **神経（脳性麻痺）、循環器、小児外科疾患**の移行に問題が大きい。
- 医療費負担に対する支援制度を検討する必要がある。
- キャリーオーバーした患者を診る専門家を養成するべきである。
- **障害児医療では、成人のリハビリ病院と連携して、小児～成人までトータルにケアできるシステムが必要である。**
- 成人領域側に知識と問題意識を持たせることが大切である。
- 小児科⇒成人各科への移行をスムーズに行うシステムは必要である。

研究Ⅱ：移行期のケアに関する意識と移行プログラムの実態に関する調査

考察

- 回答者の3/4が、移行プログラムが必要と考えていたが、プロセスを決めているのは1/4であった。
- 移行を阻む要因として「成人科に専門家がいな

- ①疾患共通の総論(移行期のありかた)的プログラム
- ②各疾患ごとのプログラム
- ③小児医療と成人医療とのネットワークづくり

今、移行期支援はどうなっているのか？

タイトルページ

「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」（案）

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

横谷進¹、落合亮太²、小林信秋³、駒松仁子⁴、増子孝徳⁵、水口雅⁶、南砂⁷、八尾厚史⁸

- 1 国立成育医療研究センター 病院
- 2 東京女子医科大学看護学部 成人看護学
- 3 難病のこども支援全国ネットワーク
- 4 東京学芸大学芸術・スポーツ科学系 義肢教諭講座
- 5 弁護士法人のぞみ法律事務所
- 6 東京大学小児科（医学系研究科 国際保健学専攻 発達医学分科）
- 7 読売新聞編集局
- 8 東京大学循環器内科

Children with special health care needs 成人への移行

小児期に発症した後遺性麻痺、先天性心疾患、神経難病、先天性体質異常などの慢性疾患の患者は、成人にまで到達できる可能性が少なくない。近年、医療の進歩により小児慢性疾患の生存率が増え、成人になる（transition）患者が増加している。成人になってからも定期的な診療や検査が必要な病、地域にだけ診療による治療が受けられる可能性がある。小児慢性疾患の慢性疾患が顕著に成人になってからも診療が必要な病に、学生生活や社会生活を送るうえで必要なスキルも少なくない。すなわち transition した患者は、医療者の診療・管理が必要不可欠である。小児慢性疾患の患者やそのご家族のニーズを把握し、適切な支援を提供することが重要である。本提言では、小児慢性疾患患者への移行期支援に関する現状を整理し、今後の取り組みを提言している。目標は以下のとおりである。

(1) 小児慢性疾患患者やそのご家族のニーズを把握し、適切な支援を提供することが重要である。小児慢性疾患患者やそのご家族のニーズを把握し、適切な支援を提供することが重要である。小児慢性疾患患者やそのご家族のニーズを把握し、適切な支援を提供することが重要である。

(2) 小児慢性疾患患者やそのご家族のニーズを把握し、適切な支援を提供することが重要である。小児慢性疾患患者やそのご家族のニーズを把握し、適切な支援を提供することが重要である。小児慢性疾患患者やそのご家族のニーズを把握し、適切な支援を提供することが重要である。

知識の普及や意識の向上などが成人医療を必要とする場合に期待される。

(3) 医療機関にわたり診療中心の生活を送ってきた子どもは精神的にも不安定な点があり、保護者や医療従事者などにも負担が大きい。

(4) 何らかの遺伝的要因に起因する慢性疾患をもつ子どもを成人でしまったらという期待が保護者から、産後、胎児に発症した子どもは親を苦しめる結果、しばしば遺棄に至っている。

(5) transition に関する意識を高めるために、以下の施策が必要である。

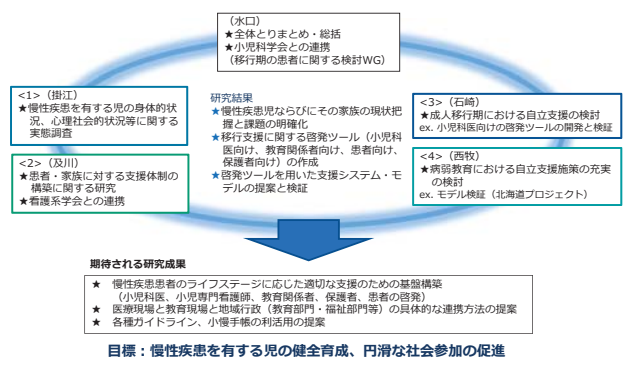
(1) transition に関して、医療上大きな困難に陥ることを回避し、適切な支援を提供する。

(2) 地域での小児慢性疾患患者から成人慢性疾患患者への働きかけによって移行期患者への理解を深めるだけでなく、学生時代にの働きかけを行う。

(3) 小児慢性疾患について小児科医、内科医、産科医、精神科医や保健師などの医療従事者が連携を深めて協力して、移行期患者を診療する体制づくりを推進する。

(4) 小学生の患者には自分から疾患を管理する意識をもたせようとする教育や、中学生になったら一人で生活が送れるようになるまでには十分な教育を必要とするべきである。

「慢性疾患を有する児の社会生活支援や療養生活支援に関する実態調査およびそれら施策の充実に関する研究」



成人期小児慢性疾患患者の 成人科への移行支援の取り組み

石崎 優子^{1,2)} 水口 雅^{2,3)} 掛江 直子^{2,4)}
樋口 隆弘¹⁾ 柳本 嘉時¹⁾ 金子 一成¹⁾

- 1) 関西医科大学医学部小児科学講座
- 2) 厚生労働省「慢性疾患に罹患している児の社会生活支援ならびに療育生活支援に関する実態調査およびそれら施策の充実に関する研究」班
- 3) 東京大学大学院医学系研究科発達医科学
- 4) 国立成育医療研究センター研究所生命倫理室

背景

- 成人となった小児期発症慢性疾患患者(APCCD)の医療の在り方が国内外で問われている。

(Blum RW, et al. 1993; Schidlow DV, et al.1990;
東野博彦, 他, 2006; 横谷 進, 他, 2014)

- APCCDの生涯支援において成人科移行が重要であるが、小児科医が十分理解しているとは言い難い。
- 厚生省研究水口班では、平成25年度『成人移行期小児慢性疾患患者の自立支援のための移行支援ガイドブック医師版(試案)』(ガイドブック(試案))を作成した。

『成人移行期小児慢性疾患患者の自立支援のための 移行支援ガイドブック医師版(試案)』

はじめに

- I. 移行期とは
- II. 移行支援プログラムとは
- III. 移行支援プログラムの参加者
- IV. 移行を妨げる要因と成功させる要因

資料:役に立つツール

コラム

- I. 日本小児科学会「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」より移行期をめぐる国内の動向
- II. 移行期支援 看護師の立場から
- III. 都立小児総合医療センターにおける移行期支援について
- IV. 小児慢性疾患成人移行期患者の妊娠出産管理について
- V. 骨髄移植後の移行期患者の支援について



目的

- APCCDの医療の重要性と意義を認識し、小児科医に啓発するため、
- 厚生省研究班作成のガイドブック試案に対する各団体の意見
- 各団体における移行支援の現状を明らかにする。

方法

- 対象:日本小児科学会分科会ならびに関連学会計17団体(16団体から回答)。
- 方法:日本小児科学会小児慢性疾患患者の移行支援ワーキンググループを通じて、ガイドブック医師版(試案)と質問紙を配布、意見を集約する。
- 質問項目:
 - 関連団体における移行期患者の有無
 - ガイドブックの内容・実用性
 - 関連団体における移行支援の現状

結果1. 成人科移行の対象となる疾患

学会名	疾患名
日本小児外科学会	直腸肛門奇形など4疾患
日本小児栄養消化器肝臓学会	先天性多発肝内胆管拡張症 など39疾患
日本小児循環器学会	修正大血管転位症など6疾患
日本小児精神神経学会	自閉スペクトラム症など9疾患
日本小児心身医学会	摂食障害など4疾患
日本アレルギー学会	喘息など5疾患
日本小児呼吸器学会	小児慢性特定疾病の呼吸器疾病全て(14疾患)
日本小児腎臓病学会	ネフローゼ症候群など7疾患
日本先天代謝異常学会	フェニルケトン尿症など4疾患
日本小児内分泌学会	糖尿病など35疾患
日本小児リウマチ学会	若年性特発性関節炎など11疾患
日本小児血液がん学会	小児がんなど5疾患
日本小児神経学会	てんかんなど5疾患
日本未熟児新生児学会	早産低出生体重に起因する慢性腎臓病など6疾患
小児皮膚科学会	表皮水疱症
日本免疫不全症研究会	分類不能免疫不全症(CVID)など7疾患

結果2. ガイドブック医師版(試案)の実用性

- ガイドブック医師版(試案)を用いた患者の移行
 - 「移行できる」:6。
 - 「移行できない」:1, 「その他」4。
- 「移行できない、その他の理由」
 - 成人診療科と協力関係が確立していない
 - 成人科医師が疾患についてほとんど知識がない
 - 疾患群個々のガイドラインが必要

小児科学会分科会・
関連学会に作成依頼

既存の調査結果と同じ
(Schidlow DV, et
al. 1990;
東野博彦, 他, 2006.)

結果3. 関連団体における移行支援の現状

- 関連団体における移行の話題
 - 16団体全てで「話題になる」。
- 関連団体における移行期支援への取り組み
 - 移行期支援を担当する委員会・ワーキンググループ
「ある」:6, 「ない」:7。



委員会の立ち上げの予定が
「ある」:2, 「未定」:2, 「ない」:2。

結果4. 移行支援ガイドラインを作成した/ 作成予定のある団体

学会名	疾患名
日本小児外科学会	学会として移行に関連する4病態(直腸肛門奇形、膀胱直腸障害、胆道閉鎖症、腸管不全)をあげ、冊子作成のための作業が進行中。
日本小児循環器学会	日本循環器学会 成人先天性心疾患ガイドラインがある。
日本アレルギー学会	アレルギー疾患 診断・治療ガイドラインで一部触れている。
日本小児腎臓病学会	現在作成中。

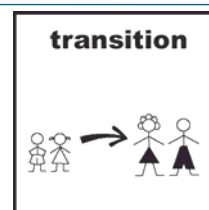
考 察

- 回答した日本小児科学会分科会ならびに関連学会の全てにおいて移行期医療が話題となり、移行の対象疾患が存在した。
- 移行期支援ワーキンググループ、ガイドラインを有する団体は半数に満たない。
- 移行期医療の普及のために、日本小児科学会や研究班による小児科医への啓発事業、国による経済面の支援、地域での患者支援などの方策が望まれる。

小児から成人までの Seamless careを 目指して

- 慢性疾患をもつ子ども達の生涯を支える医療は、継ぎ目のないものでなければならない(seamless care)。
- 「移行(Transition)」とは一連の過程(process)を示すものであり、「転科」はその一部の出来事(event)である。
- **在宅移行を目指す子どもたちの医療を担うのは小児科医・内科医・家庭医?**

移行(TRANSITION)とは



移行(transition)の定義

- 定義：思春期の患者が小児科から内科に移るときに必要な医学的・社会心理的・教育的・職業的必要性について配慮した多面的な行動計画である。
 - J Adolesc Health 1993;14:570-576)

移行プログラムを作成する目的

- 小児期発症慢性疾患患者の小児医療から成人医療への円滑なシフトと、患者の自立と社会参加とを計画的に支援すること

移行プログラムのテーマ

- 疾患を持ちつつ成長する患儿が
- ① コミュニケーション、意思決定、決断力、自己管理、自己啓発の技術を高める。
 - ② 健康管理におけるコントロールや、相互依存の感覚を高める。
 - ③ 自分の持つ機能や潜在能力を最大限に伸ばす。

プログラムの基本目標

1. 参加者の移行への関与を求める
2. 開始時のパートナーを特定する
3. 担当機関が支援することを保証する
4. 経済面を保証する
5. 基本計画を作成する
6. 良好なパートナーシップを構築する
7. 患者の良好な移行を実現する

Bronheim S, Fiel S, Schidlow D, et al. Crossing: A Manual for Transition of Chronically Ill Youth to Adult Health Care.
<http://hctransitions.ichp.edu/CrossingsPDFs/Crossings.pdf>

年代別の目標

- | | |
|------------|--|
| 早期(12-14歳) | 成人医療への移行の概念および、若者が家族によって支援され自律性を獲得する必要性を患者と家族の中に確立する |
| 中期(14～15歳) | 移行の過程と、患者と家族が成人医療制度に期待できることを認識させる |
| 後期(15～16歳) | 患者と家族は小児科のシステムを終了することについて安心し、患者が自身のケアに関してかなりの程度で自立する |

Royal College of Nursing Adolescent Transitional Care Guidance for Nursing Staff:
www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0011/78617/002313.pdf

移行計画に影響を与える要因

- 患者の認知能力
- 病態(基礎疾患)の進行度

—Reiss JG et al. Health care transition: youth, family, and provider perspectives. Pediatrics 2005; 115: 112-20.

移行時期を決定する要因

- 決まった年齢はない。
- 年齢・成熟度・現在の健康状態で変わる。
- 進学・就職が契機になる。
- 精神的に不安定な時期は避ける。
- 原疾患が安定していない時は避ける。
- 治療に対する積極性の有無。
- 自分自身で健康管理が出来ているか。

スムーズに移行するための条件

- 適切な成人医療の専門医がいる。
- 患者の準備状態を把握する。
 - 発達チェックリスト
 - 自己管理を啓発するためのハンドアウト
- 十分な準備期間が必要。
- 移行プログラムについての資料(ハンドアウト・リーフレット)を作成する。

養育環境により退院できない児の社会的入院について

社会的入院とは

- 社会的入院 (Social Hospitalisation)とは、入院の本来の趣旨を逸脱して、必ずしも治療や退院を前提としない長期入院を続ける状態のことを指す。
- 入院は本来、病状が継続的な看護または医学的管理を要するために医療機関に留め置く措置であり、病状が快復もしくは安定すれば当然退院し、必要に応じて外来診療に移行することが本来のあり方であるが、医学的観点からは既に入院の必要性が薄いにもかかわらず、患者やその家族の生活上の都合により、事実上の介護の代替策として行われている点が社会的入院の特徴である。
(Wikipedia)
- 元来、精神科病院や高齢者介護の場での問題であった。

(高齢者、精神疾患患者の) 社会的入院の問題点

- 患者側では長期入院による社会性や生活習慣の衰退。
- 介護に相当することを保険診療で支払うことによる医療費の増大。
- 不必要な入院でベッドが満床になるために救急患者を受け入れられない。
- 2000年～ 介護保険制度の導入。
 - 傷病の治療は医療機関、要介護状態の介護はソーシャルワーク。
 - 入院が長期に及ぶと診療報酬を減額することにより長期入院を抑制。

児童虐待

児童虐待(Child abuse)

- 身体的虐待 (Physical abuse)
- 心理的虐待 (Psychological abuse)
- 性的虐待 (Sexual abuse)
- 養育の保護または怠慢 (Neglect)

(厚生省通知 1997年、2000年 児童虐待防止法)

児童虐待と医師

- 医師は「児童の福祉に職務上関係のある者」として児童虐待の早期発見の努力義務を課されている。
- 虐待を疑ったら**児童相談所**に通告を行う。
- **通告は、診療内容の守秘義務違反にならない。**

児童虐待を疑ったら、
児童相談所に通告する。

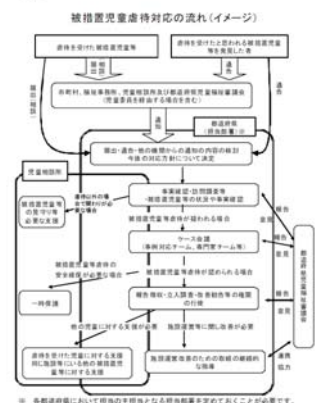
通告後の子どもたちは

通告後の流れ

- 児童相談所へ通告
- **48時間以内に安全確認のための初期調査**
- 必要なら『一時保護』
- 方針決定
 - 施設措置(乳児院、児童養護施設、里親、ファミリーホーム)
 - 在宅指導

通告後の流れ (厚生労働省HPより)

3 被措置児童虐待対応の流れ(イメージ)
以下4-9、に記載する対応策に関する全体の流内のイメージは以下の通りとなります。



一時保護とは

一次保護とは(厚生労働省HPより)

- ・第1節 一時保護の目的と性格
- ・法第33条の規定に基づき**児童相談所長**又は都道府県知事等が必要と認める場合には、子どもを**一時保護所**に一時保護し、又は**警察署、福祉事務所、児童福祉施設、里親その他児童福祉に深い理解と経験を有する適当な者(機関、法人、私人)**に一時保護を委託する(以下「**委託一時保護**」という。)ことができる。一時保護は行政処分であり、保護者等に対する教示については、第4章第1節に示すところによる。
- ・なお、虐待等を受けた子どもの一時保護については、本指針に定めるほか、平成9年6月20日児発第434号「児童虐待等に関する児童福祉法の適切な運用について」及び「子ども虐待対応の手引き」による。

一時保護の必要性の必要性(厚生労働省HPより)

(1) 緊急保護

ア 棄児、迷子、家出した子ども等現に**適当な保護者又は宿所がない**ために緊急にその子どもを保護する必要がある場合

イ 虐待、放任等の理由によりその**子どもを家庭から一時引き離す必要がある**場合

ウ 子どもの行動が**自己又は他人の生命、身体、財産に危害を及ぼし若しくはそのおそれがある**場合

(2) 行動観察

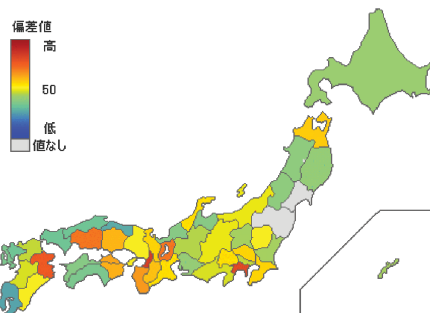
適切かつ具体的な援助指針を定めるために、一時保護による十分な行動観察、生活指導等を行う必要がある場合

(3) 短期入所指導

短期間の心理療法、カウンセリング、生活指導等が有効であると判断される場合であって、地理的に遠隔又は子どもの性格、環境等の条件により、他の方法による援助が困難又は不適當であると判断される場合

児童虐待件数

何の偏差値でしょう?



虐待発見の入口が広がった。 では出口は？

社会的入院の例

- ・望まない出産、子どもを連れて帰らない。
- ・母が入院、障害を持つ子どもを見る人がいない。
- ・母が精神疾患で産後入院のため、生誕直後から施設入所まで入院継続。
- ・軽度の外傷(熱傷、度重なる外傷など)で通告後、児の症状が軽快しても退院させられず。
- ・自傷他害があり、近隣の人を傷つけないよう。
- ・一時保護所に長期間いるが、施設にも移行できず。

養育環境の問題により病院に 入院する児の実態調査

大阪小児科医会被虐待児養育環境検討委員会
2015年9月実施

病院・小児科入院施設 代表者様
養育環境の問題により病院に入院する児(社会的入院)の実態調査への
ご協力のお願い

平成27年9月現在
早業より大阪小児科医会被虐待児養育環境検討委員会に提供していただきましてありがとうございます。
さて、本調査による死因や中絶など養育環境による子どもの心身の健康の問題が注目されて
います。これにより養育環境が子どもの健康や発達に与える影響が、虐待被害・虐待発見が顕
な原因にあげられています。その理由の一つとして、親子に子どもを保護する意識が少な
く、保護する意思の弱さに対応できないことがあげられます。
このような背景で、虐待被害発見や虐待防止の必要性が叫ばれているにもかかわらず、ア
ドラーの認知不足や意識の低さにより虐待で子ども入院し続けている状態、すなわち
『社会的入院』と呼ばれる状態が顕著になってきています。
『社会的入院』とは虐待による、1.虐待被害発見が顕著な状態に陥りながらも、虐待被害
発見のための医療機関に入院している(例:ネグレクトや虐待被害で入院しているが、入
院する施設が養育のため病院から退院させられない)、2.虐待により養育の心身の
健康被害を受けている状態のアドラーを指し、入院した病院に長く入院し続けている
(例:重症心身障害児施設の入所待ちが長期に及ぶ)とあります。この『社会的入院』
のため、小児入院施設の問題を重視し解決する状況が発生し、虐待被害の入院受け入れ
に苦慮していることがあります。一方で虐待被害発見が顕著な状態に陥りながらも、虐待
防止のため、必ずしも子どもの成長に不利な養育環境ではないと考えます。
そこで、大阪小児科医会被虐待児養育環境検討委員会の先生方にお願いいたします。
ご協力ください。この調査『社会的入院』の実態について調査を行うことになりました。解
答が返送されるまでは厳格に秘密に保ち、調査結果は一切に第三者に開示されず、研
究目的以外に転用されません。
今回の調査は虐待の被害を知らせるための一助です。ご協力のある施設には、調査の
結果を共有する形でご報告をさせていただきます。なお、調査の結果は本委員会
で集計して報告いたしますが、ご回答いただきました先生・施設の情報をお見せすること
はございません。調査にご協力いただきご協力ありがとうございます。お礼申し上げます。
なお、調査結果については大阪小児科医会被虐待児養育環境検討委員会に提出し、公表は調査結果
よりなるとお断り申し上げます。
虐待被害発見調査実施検討委員会代表者 岡崎博子 (大阪医科大学小児科)
調査協力 大阪医科大学小児科
委員会委員 西尾幸代 西尾繁紀
経理委員長 中野義人
一般社団法人 大阪小児科医会被虐待児養育環境検討委員会

対象と方法

- 1)対象
大阪小児科医会で把握している「小児が入院する病床を持つ病
院」* 106施設
*註:「小児科ネットワーク」+小児科医会の小児の救急、小児の
外科疾患に対応する病院リストにある病院ならびに診療科。
- 2)方法
対象機関の代表者に質問紙(別紙)を郵送しファックスにて返送を
求めた。
- 3)回収率
返送数 67(回収率63.2%)
小児科病床数 平均24.0床**
**註:小児科病床がないもしくは定床が0と回答した施設数 10

質問項目

- Ⅰ『特別な医療的ケアは必要ないにもかかわらず家庭環境
のために医療機関に入院を継続している』症例(例:ネグレク
トや養育不全で家に帰せないが、入所させる施設が満員のた
め病院から退院させられない。ただし事務上の手続き等で2-3
日入院期間が延長になる例は省く)
- Ⅱ『虐待行為により重度の後遺症をきたして医療的ケアを
必要とし、その後の受け入れ先がなく入院が延長している』
(例:重症心身障害児施設の入所待ちが長期に及ぶ)症例
- Ⅲ『それぞれについて、経験の有無、経験症例数、その問題を
解決するために良いと思うこと(選択肢から複数回答)の回答
を求めた。』

I. 『特別な医療的ケアは必要ないにもかかわらず家庭環境のために医療機関に入院を継続している』症例

- 1). 上記の入院症例の経験の有無
ある 30施設(44.8%)
- 2). 「ある」と回答した施設の2012年7月～2015年6月までの経験症例数(複数施設に入院した同一症例を含む)
168名
- 3). この問題を解決するために良いと思うこと(複数回答可、回答者における回答率)。

乳児院などの増設	28(41.8%)
児童養護施設の増設	35(52.2%)
里親制度の推進	25(37.3%)
上記以外の子どもを養育する機関を設立	11(16.4%)
保護者支援	41(61.2%)

I. の問題を解決するために良いと思うこと(自由記述)

- 4). この問題に関する自由記述
 - ・虐待児をより迅速に保護できる制限。
 - ・本人、保護者が生活する行政(市町村)単位の支援ネットワーク
→児相では相談を受けるのが限界のようです。
 - ・case by case のためただ施設をつくっただけでは解決しないと思います。
 - ・当院に入院するのは虐待ではなく、兄弟が入院をし、他の子どもを面倒みる家族がいいため、兄弟で入院するケースがほとんどです。
 - ・虐待児を保護するための新たな法的整備。
 - ・重症心身障害児施設(療養所なども含む)の有効利用。

II. 『虐待行為により重度の後遺障害をきたして医療的ケアを必要とし、その後の受け入れ先がなく入院が延長している』症例

- 1). 上記の入院症例の経験の有無
ある 12施設(17.9%)
- 2). 「ある」と回答した施設の2012年9月～2015年8月までの症例数(複数施設に入院した同一症例を含む)
29人
- 3). この問題を解決するために良いと思うこと(複数回答可、回答者における回答率)。

重症心身障害者施設の増設	43(64.1%)
病院におけるレスパイトの普及	26(38.8%)
乳児院の増設	13(19.4%)
里親制度の推進	8(11.9%)
その他の子どもを養育する機関を設立	24(35.8%)
保護者支援	4(6.0%)

II. の問題を解決するために良いと思うこと

- 4). この問題に関する自由記述
 - ・虐待行為により重度の後遺症等をきたした児が保護者のもとに戻ることは考えられない。
 - ・乳児院が少し医療的ケアの必要な子どもをみてもらえるようになることを願います。

III. 被虐待児の養育環境問題の軽減、解消のために可能な対策、その他の意見(自由記述) 1

- ・保護者の経済的、教育的支援。
- ・地域のコミュニティー機能の充実。
- ・地域の行政の連携 ・児童虐待に精通した裁判官や調停員の充実。
- ・児相における医療スタッフ(保健師、看護師)の増員と児相の中でケースワーカーに対する医療スタッフの発言力のアップ。
- ・里親制度の推進のための里親支援の中間施設・機能の充実が不可欠。
- ・第1子が一時保護された母親の第2子妊娠中からの関わり。

III. 被虐待児の養育環境問題の軽減、解消のために可能な対策、その他の意見(自由記述) 2

- ・介入を子どもが被害に合う前に開始すること(お役所は事例化しないと動かない)。
- ・保護する施設の種類と数を増やす。
- ・医療的ケアが必要な児を受け入れられる施設、里親を増やす。
- ・病院の経営面から考えると時間とエネルギーがかかるわりに報酬は得られない。病院の経営面にメリットがある方策を考えていただきたい。
- ・委託費を増額する。
- ・虐待事例の個人情報保護に関して公表するための何らかの対策。
- ・2, 3歳からの幼稚園、2か月に1回(生後すぐ～1歳まで)の健診(個別)の義務化。

考察

- 府下の医療機関では医学的には入院の必要がないにもかかわらず、ケアや家庭の事情などにより退院できず入院し続けている『社会的入院』の例が少なくない。
- 問題への対策として、Ⅰの入院に関しては「保護者支援」を充実させ、重大な虐待に至らないようにすること、Ⅱの入院に関しては、もはや保護者の元に返すのではなく、重症心身障害児入所施設を増設することが挙げられる。
- この状況の改善に向けて、早急にこの結果を周知するとともに、大阪府内の関連各所と連携して、対策を考案する必要があると考える。

医療的ケアは必要ないが家庭環境のために医療機関に入院=社会的入院の問題点

- 引受先
 - 乳児院を作れない(後述)
 - 里親は広まらない。里親は新生児、軽微な問題を持つ児をみられない。
 - 施設は小規模、分散の方向にむかっている。
- 入院を引き受ける医療機関
 - 病院の安全管理に関する責任
 - 医療費
 - 安い委託費
 - レセプト病名
 - 他の入院が必要な患者の受け入れが困難
- 子ども自身
 - 医療機関は子どもが育つのに適切な環境ではない。

虐待行為により重度の後遺障害をきたした症例の入院の問題点(とその解決策)

- 医療的ケアが可能な施設を増設
 - 重症心身障害児入所施設の設置には厚生労働省の認可が必要。
 - 乳児院、児童養護施設では重い障害のある子はみられない。
- 現在は全く問題のない児以外は重症心身障害児施設に入所。
 - 重症度がきわめて高い児と比較的に重症度が低い児とを分け、重症度が低い児の入れる新たな施設の開設が提案される。

この問題にかかわって感じた問題点

- 児童相談所の担当者が、NICU卒業生と被虐待児は同じ重症心身障害児なので同じ対応を、すなわち「重篤な身体的後遺症を残した子の支援方針は在宅移行支援」と考えている。
 - 児童虐待の入口と出口の管轄が異なる。
 - どこに尋ねても責任の所在が不明確である。
- ⇒ すべての管轄は厚生労働省！
- **小児科、在宅移行支援、小児救急**、いろいろな現場から声を挙げるにより、厚生労働省の意識を変えていく必要がある。

■第6回大阪分科会会議

日時：2016年4月8日（金）19：00～21：00

場所：大阪府大阪市北区茶屋町1番27号 AP大阪梅田茶屋町 会議室F

出席者：飯塚忠史、石崎優子、岡崎伸、黒田研二、児玉和夫、近藤正子、三田康平、塩川智司、塩見夏子、下釜聡子、新宅治夫、田家由美子、高田哲、高橋幸博、竹本潔、田端信忠、南條浩輝、丹羽登、廣川宏、船戸正久、舟本仁一、余谷暢之（24名）

陪席者：上林孝子、鈴木保宏、中山浩二、本郷美由紀、松本一美、撫井賀代、山口理恵子、山本宗作、廣川宏

議事：

- 1) 座長挨拶（船戸）
- 2) 新メンバー紹介（廣川・中山・本郷・山口・岡本・田端・塩見）
- 3) 講演「医療的ケアが必要な重症心身障がい児者に対する大阪府の取組みについて」（スライド資料参考）

赤井計洋（大阪府福祉部障がい福祉室地域生活支援課課長）

<廣川宏（同地域生活支援課地域サービス支援グループ総括主査）代理発表>

<意見交換>

<内容>：大阪全体では、2015年7月1日時点で重症心身障がい児者数が8284名（身障手帳1級・2級、療育手帳A）。この内約半数が何らかの医療的ケアが必要と推計。年齢分布は、18歳以上約30%、18歳以上約70%で、80%以上が在宅生活しているのが現状。現在大阪府では知事重点事業として重症心身障がい児者地域ケアシステム整備事業を（2012年度以降）を推進している。2014年度以降は、ケアコーディネート事業、医療型短期入所整備促進事業を進めている。その中で本人と介護者を支える仕組みのために、現場の医療・介護・福祉・行政などが協働でモデル事業として二次医療圏地域ケア連絡会議の開催、障がい福祉サービス等体験会、交流会、相談会を持った。さらに情報発信のために「重症心身障がい児者支援マニュアル」および「ガイドブック」の作成、関係団体が行う重症児者の在宅連携に関するシンポジウムや研修会などの取組み内容についても発信している。

<質疑>「障害がないインシュリン注射のような場合、医療的ケアの福祉的に対象とするか、定義が必要」「医療的ケア児の通学への移動の支援が問題」「大阪市では学校看護師が付添い、介護タクシーを使って移動しているケースもある」「話せるし歩ける医療的ケア児の問題が多くなっている」「府の事業を市町村へ継続的に移行できるかが問題」「大阪に比較して他県では医療機関が均一でなく、連携の困難さを感じる」「大阪市では医療コーディネート事業が始まり比較的うまく運用されている」「親の緊急時などショートステイ対応に関してはまだ難しい」「緊急ショートステイに対応できる所が欲しい」「地域病院小児病棟は、ワクチンの普及で患者が減っているが、障がい福祉サービスとしての医療型ショートステイは病院の制約が多く受入として難しい所が多い」など多面的に意見交換があった。

医療的ケアが必要な重症心身障がい児者に対する大阪府の取組について

大阪府福祉部障がい福祉室地域生活支援課

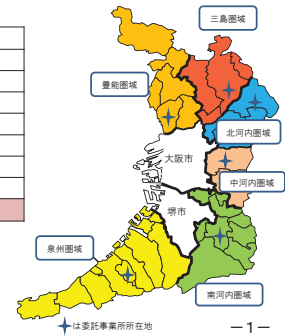
1、重症心身障がい児者について

・「重症心身障がい児者」の定義は全国的に統一されていない

(大阪府の定義)
重症の身体障がい(身体障害者手帳1級又は2級)と
重度の知的障がい(重度)が重複している者

・大阪府内の重症心身障がい児者数(平成27年7月1日時点)

圏域	重症心身障がい児者数
豊能圏域	1,013名
三島圏域	714名
北河内圏域	1,111名
中河内圏域	762名
南河内圏域	535名
泉州圏域	854名
政令市(大阪市・堺市)	3,295名
大阪府内合計	8,284名



・うちの約半数が何らかの医療的ケアが必要と推計
・年齢分布は、18歳未満が約30%、18歳以上40歳未満が約40%、40歳以上が約30%

2、大阪府の取組について

【知事重点事業】重症心身障がい児者地域ケアシステム整備事業(平成24年度～)

- 重症心身障がい児者地域ケアシステムの検討
- 2次医療圏単位での身体介護技術研修等
- 平成24年度：有識者による地域ケアシステム構築に向けた検討課題の整理
- 重症心身障がい児者地域ケアシステム検討報告書を作成
- 平成25年度：サービス提供者を対象に、医療的ケアの実施状況や重症心身障がい児者へのサービス提供の課題等について調査を実施
- 検討報告書で整理した検討課題を基に、今後、取り組むべき課題についての調査
- 身体介護技術研修
重症心身障がい児者の特性理解や専門的な身体介護技術等を、ヘルパー等を対象に研修し、医療的ケアに対応可能な事業所の拡大を図る。平成24年度は基礎研修、平成25年度はスキルアップ研修を実施。
- 圏域会議
地域ケアシステム構築に向けた地域課題を整理

《これから取り組むべき課題の内容》

- ライフステージに応じた一貫した相談体制の整備
 - 当事者を中心としたネットワークを構築し、包括的に支援する機能を整備
 - 市町村域を超えた広域的な視野で情報を収集し、当事者にとって身近な場所で、必要な情報を提供する体制づくり
- 医療と介護の連携強化
 - 福祉サービス事業所で実施される医療的ケアをバックアップする医療機関との連携強化
 - 医療と介護の互いの課題を共有と強固な地域ケアシステムを構築
- 障がい福祉サービス等の充実強化
 - 医療的ケアに対応できる福祉サービス事業所の充てと地域生活の場を確保

【知事重点事業】重症心身障がい児者地域ケアシステム整備事業(平成26年度・27年度)

(1) ケアコーディネーター事業

地域ケアシステムの実践

平成25年度までの知事重点事業で整理された課題の解決に向けて、医療機関を含む様々な分野が参画した地域ケアシステムの実践

- 医療機関を含む二次医療圏ケア連絡会議を設置するとともに、市町村が調査した重症心身障がい児者とその家族の具体的な状況を分析し、地域生活の維持に必要なサービスの量と質を把握
- 重症心身障がい児者の福祉サービスの利用を促進するため、福祉サービス体験や介護者向け相談会・交流会、事業所向けの相談会を実施
- 重症心身障がい児者とその家族や支援者への情報発信

(2) 医療型短期入所整備促進事業

障がい福祉サービス等の充実強化

介護手当受給者アンケートにおける「介護者が最も希望する福祉サービス」で介護者の年齢を問わず最もニーズの高い短期入所事業を充実

医療機関が空床を活用して短期入所事業を実施

入院診療報酬との差額相当額を補てん

平成26年度：2圏域(三島圏域、南河内圏域)で先行実施⇒3病院

平成27年度：府内6圏域(豊能、三島、北河内、中河内、南河内、泉州)で実施⇒6病院

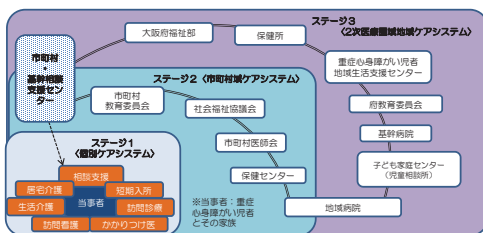
現在、3病院が実施に向けて準備中。

3、重症心身障がい児者とその介護者を支える仕組み

重症心身障がい児者地域ケアシステムには、医療・福祉・保健など様々な分野をつなぐネットワークが必要であり、個別ケア会議を支えるための市町村域、さらに医療基盤整備の基本である2次医療圏域での重層的なケアシステムの整備が必要。

実施主体	内容
個別ケアシステム	基幹相談支援センター等
市町村域ケアシステム	市町村
2次医療圏域ケアシステム	大阪府→市町村連合体

【重層的なケアシステムの完成イメージ図】



重症心身障がい児者地域ケアシステム整備事業ケアコーディネーター事業 ～取り組み内容～

1. 二次医療圏域ケア連絡会議(協議の場)

重症心身障がい児者及びその家族の地域での生活を支えるためには、医療・福祉・保健・教育などの様々な支援者が関わる地域ケアシステムが構築し、実践される必要がある。その実践に必要な、医療、福祉、保健、教育などの機関が参画し、重症心身障がい児者及びその家族のニーズ把握の方法・傾向分析・有効な情報発信方法等について協議を行い、各機関で取り扱う支援内容を決定し実践するケアシステムを運用するための核となる会議を、政令市を除く二次医療圏域ごとに府内5圏域に設置。(許年或南河内圏域に設置済)各圏域とも年間5回の会議を開催。二次医療圏域ケア連絡会議の参加機関が、それぞれの専門分野のスーパーバイザーとして、当事者の状況、支援の場面に即して、本来果たすべき役割を果たしていく。また、各圏域ごとに、府が任意に設置している重症心身障がい児者地域生活支援センターの法人には、拠点として、各関係機関をバックアップする役割を担っていただく。

設置状況	政令市を除く二次医療圏域ごとに設置
会議の構成機関	市町村医師会、地域病院、訪問看護ステーション、支援学校、児童相談所、保健所、重症心身障がい児者地域生活支援センター、市町村(※基幹相談支援センターも参画者として参加)、大阪府
設置目的	重症心身障がい児者の地域生活を支える各構成機関が、相互理解を深め、連携体制を構築するとともに、重症心身障がい児者の支援に係る課題について、法令等に基づく役割を各機関ごとに整理し、その課題解決に向けた取組を進めていく。

開催月	主な内容
第1回 6・7月	『自己紹介』・『平成26年度重症心身障がい児者地域ケアシステム整備事業』について報告
第2回 8・9月	『重症心身障がい児者及びその介護者の実態調査』項目(案)の議論・『障がい福祉サービス体験会』の確定・基幹相談支援センターの選定
第3回 10・11月	『重症心身障がい児者及びその介護者の実態調査』項目の確定・『医療的ケア実施相談会』の確定・介護者からの聞き取り
第4回 12・1月	『重症心身障がい児者及びその介護者の実態調査』結果(速報版)の報告及び集計方法の議論・『社会資源調査』項目(案)の議論
第5回 2月	『重症心身障がい児者及びその介護者の実態調査』結果に基づく協議・『社会資源調査』項目の確定・実地での実施体制の確定

2. 重症心身障がい児者とその介護者の実態把握

・個別具体的な重症心身障がい児者とその家族の実態を把握するためアンケート調査を、5圏域（豊能・三島・北河内・中河内・泉州）で実施。重症心身障がい児者とその家族の実態を把握するための質問項目については、各二次医療圏域ケア連絡会議で検討する。その回答については、併年度実施した南河内圏域も含めて、各市町村、各二次医療圏域、大阪府全体（政令市除く）ごとに、重症心身障がい児者の傾向を分析し、必要な支援を検討。

・アンケート調査の項目は6つのブロックで構成（本人や家族の状況、医療的ケアの内容や質、福祉サービスや医療サービスの利用状況、教育のこと、情報収集のこと）

【アンケート実施概要】

1. 調査方法 質問紙による郵送調査
※個人情報保護上、アンケート調査資料及び郵送費については大阪府負担の上、発送は市町村が実施
2. 調査対象 大阪府内（政令市除く）の重症心身障がい児者
3. 調査期間 平成27年12月～平成28年1月（豊能・三島・北河内・中河内・泉州圏域）
※平成28年7月～8月に南河内圏域で実施したアンケートと併せて集計。
4. 回収率 41.6%

【主なアンケート調査項目と結果】

1. 年齢分布：18歳以下 28.2%、19歳～39歳 35.7% 40歳以上 35.1%
2. 医療的ケアの状況：医療的ケアが必要 61.7%
うち経管管理のみが必要なものを除外した場合、医療的ケアが必要 46.7%
3. 介護者の状況：主な介護者 母親 80.9%、その他の介護者 父親 45.1%
4. 利用医療機関：大阪府立母子保健総合医療センター 232名 南大阪小児リハビリテーション病院 214名
5. 通学の課題：家族の代わりに送迎できるものがない 17.2% 支援学校の入に集まらない 9.6%
6. 主な情報収集源：口コミ 31.9% 市町村の広報・HP 28.4% 市町村への問い合わせ 18.7%

【アンケート結果、これからの取組】

- ・医療的ケアが必要な重症心身障がい児者は、大きな介護負担がある
- ・入浴や移動等での介護者の負担は大きく、負担軽減策の検討が必要
- ・圏域ごとの差異は少なく、課題解決に向けては大阪府域での検討が必要
- ・今後、医療的ケア別や年齢別などの視点から、更なる分析が必要

3. 障がい福祉サービス等体験会、交流会、相談会等

（1）障がい福祉サービス等体験会（本人と介護者向け）

障がい福祉サービスを活用していない重症心身障がい児者に福祉サービスを体験する機会を設け、事業所と本人のマッチングと参加した介護者の交流会を行った。その後、参加者の感想について二次医療圏域ケア連絡会議にて報告を行い、利用促進のための課題解決について議論を行った。

圏域	開催日	対象者	内容	参加者数		
				全体	障がい児	障がい者
豊能圏域	8月30日	重症心身障がい児者とその家族等	サービスの現地体験（スヌーズレン、音楽療法、感覚統合）、介護者同士の交流会	6名	4人	0人
三島圏域	10月25日		サービスの紹介・体験（ボールプール・リハビリ）、介護者同士の交流会	37名	12名	6名
北河内圏域	8月8日		福祉サービス体験（スヌーズレン・ミスト浴）、介護者同士の交流会、看護師等によるケアの相談	7名	3名	2名
泉州圏域	8月29日		サービスの体験（音楽療法）、介護者同士の交流会	8名	5名	1名

※中河内圏域については、参加予定者の都合により中止

【アンケート結果】

- ・今後、福祉サービスを利用したい：約90%（参加者コメント）
- ・「子供が楽しそうに見えた」「慣れない感覚に子どもは戸惑っていたが、それも良い経験と思う」（体験会）
- ・「福祉サービスを利用したいが、医療的ケアがあるためサービスを利用できない」（体験会）
- ・「同じような立場の方と話せてよかった」「先輩の意見を聞いて良かった」（交流会）

障がい福祉サービス等体験会 音楽療法の様子



障がい福祉サービス等体験会 交流会の様子



（2）医療的ケア実施相談会（事業所向け研修会）

医療的ケアに取り組むサービス事業所の増加を目的に、各圏域の重症心身障がい児者とその家族の状況やニーズを事業所へ発信する。

【実施内容】

講義：「在宅重症心身障害者支援者育成研修テキスト」等を活用し、重症心身障がい児者の基本的理解や障がい者に係る福祉制度について説明。

実践研究：多職種連携によって重症心身障がい児者が地域生活を送るモデルケースを紹介した上で、支援者と介護者による支援事例報告とパネルディスカッションを実施。

器具展示：医療や福祉機器の展示、製造業者による説明

（主な対象事業所）

福祉サービス事業所、訪問看護ステーション 等

圏域	開催日	対象者	内容	参加人数
豊能圏域	1月16日（土）	障がい福祉サービス事業所と訪問看護ステーション事業所の職員等	・講義Ⅰ「重症心身障がい児者の現状と福祉サービス等について」	35名
三島圏域	1月30日（土）		・講義Ⅱ「施設受入等の制度」	50名
北河内圏域	11月28日（土）		・実践報告「医療的ケアを必要とする重症心身障がい児者のチーム支援」	56名
中河内圏域	1月17日（日）		・福祉機器の展示	21名
泉州圏域	1月30日（土）		・モデル事例を活用した施設受入体験（豊能圏域のみ）	73名

【アンケート結果】

今後の取組の参考となった：約80%

（参加者コメント）

- ・「サービス提供の参考となった」
- ・「多くの事業所で支える必要性があることとわかり、考えさせられた。」
- ・「事業所として、本人様を中心として全体を見ることで、自分たちの各個人の課題もみつかった」
- ・「サービス提供を検討したい」「制度の疑問が解決した」

医療的ケア実施相談会 講義



医療的ケア実施相談会 福祉機器展示



- 12 -

医療的ケア実施相談会 事例発表の様子



- 13 -

4. 情報発信

(1) 「重症心身障がい児者支援マニュアル」及び「ガイドブック」の作成

○重症心身障がい児者支援マニュアル（支援関係者向け）
重症心身障がい児者の支援機関が適切に対応できるよう、重症心身障がい児者の概況、事業所情報、支援機関情報を掲載した支援者向けの「重症心身障がい児者支援マニュアル」を作成し、情報共有を行う。事業所情報については、各市町村では把握が難しい項目について、圏域ごとに福祉サービス事業所へ調査を実施し、支援に必要な情報を集約する。
調査事項：事業種別、看護師配置、送迎実施、入浴施設、聴覚吸引等の実施（登録特定制事業所）等
○ガイドブック（当事者・家族向け）
重症心身障がい児者が得る情報は、現在、口コミが最大の情報源となっている。正確な情報源へと重症心身障がい児者を誘導するため、相談窓口を記載した当事者向け「ガイドブック」を送付する。
○配布時期：平成28年3月下旬（それぞれの対象者あて発出）

(2) 医療や保健などの関係者へ情報を発信

重症心身障がい児者への支援は、医療や保健などの分野との連携することが必要である。各分野の関係者が重症心身障がい児者の現状や必要な支援について理解を深めるために、関係団体が開催する会議等で大阪府の取組内容等について発信を行った。

開催日	主催	内容
平成27年6月28日	医療と福祉の連携強化のためのシンポジウム実行委員会	医療と福祉の連携強化のためのシンポジウムステージⅡ
平成27年7月25日	一般社団法人 大阪府看護協会	小児フィジカルアセスメント研修
平成27年10月31日	一般社団法人 大阪府訪問看護ステーション協会	訪問看護実務研修会<初級編>
平成27年10月31日	ショートステイ連絡協議会世話人会	第5回ショートステイ連絡協議会
平成27年12月5日 平成28年2月27日	一般社団法人 大阪府医師会	小児の在宅医療研修会
平成28年1月17日	大阪小児在宅医療を考える世話人会	第6回大阪小児在宅医療を考える会

- 14 -

5. 重症心身障がい児者支援の課題と来年度の取組

(1) 支援にかかわる課題

課題	広域的支援の必要性	移動・入浴	医療的ケアに対応できる事業所不足
	・市町村域にとどまらない、広域的な医療・福祉サービス利用 ・市町村域では対象者が少なく、支援ノウハウが蓄積されない	・市町村事業であり、サービスの提供内容が大きく異なる ・訪問入浴サービスは任意事業であるため、未実施市町村がある	・医療的ケアに対応できる介護職員・訪問看護師の不足 ・医療型短期入所事業所が整備されていない二次医療圏もある

(2) 来年度の取組

内容	医療的ケア連絡会議の継続	人材育成の実施	医療型短期入所整備促進事業
	・重層的なネットワークを維持し、連携体制の強化を図る ・アンケート結果の詳細な分析に基づき課題共有 ・広域的な視点で情報収集を行い、関係機関への情報提供	・重症心身障がい児者へ対応できる訪問看護師等の養成のため研修を実施 ・研修は座学に加えて、重症心身障がい児者への支援体験も実施 ・研修開催に合わせて、今年度と同様のイベントを開催	・平成28年度から新たに政令市を補助対象として追加 ・大阪府の各二次医療圏ごとに、医療型短期入所事業所の整備を目指す

(3) その他

重症心身障がい児者の在宅生活の推進とさらなる広域を目的として、平成28年度より『重症障がい者在宅生活応援制度事業』を創設。重症障がい者と同居している介護者へ給付金を支給。本給付金については、大阪府及び堺市の各政令市についても対象とし、オール大阪として重症心身障がい児者への支援を実施していく。

- 15 -

■第7回大阪分科会会議・第33回「小児在宅医療推進のための会」合同研究会（東京・大阪）

日時：2016年5月20日（金）19：00～21：00

場所：ステーションカンファレンス東京 605BC 会議室

出席者（大阪分科会参加者）：飯塚忠史、岡崎伸、上家子、児玉和夫、三田康平、
富和清隆、丹羽登、船戸正久、舟本仁一、三沢あき子

議事

1) 座長挨拶（前田） 2) 大阪分科会活動紹介（船戸）

3) 講演（話題提供）：（スライド資料参考）

・「小児在宅医療に関する施策について」

桑木光太郎（厚生労働省 医政局 地域医療計画課 在宅医療推進室室長補佐）

・「医療的ケアが必要な障害児に対する支援について」

田中真衣様（厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部 障害福祉課 障害児・
発達障害者支援室障害福祉専門官）

・「学校における医療的ケアの必要な児童生徒等への対応について」

分藤賢之様（文部科学省初等中等教育局特別支援教育課特別支援教育調査官）

<意見交換>東京での記録を参照。

座長から懇談会での母親の訴えを紹介。「自分が気管切開の子どもと一緒に保育園に行くが、子がどんなに安定していても自分が必ず付いていかないといけないが、自分の体調が悪いとその子が保育園に行けない。『お母さん行けないの』と言って子ども泣く。それが切れない。「5分ごとに昼も夜も吸引しないといけない状態。自分が体調壊すと吸引できない。『もう自分が朦朧としていつ倒れるんだ』という危機感でいっぱい」。

<内容>厚生労働省医政局（在宅医療）、社会・援護局（障害福祉）、文科省初等中等教育局（特別支援）の立場から、現在および今後の国の事業および大きな方向性について話があった。

<質疑>「診療報酬で短期入所の医療的処置が認められたことは大変ありがたいが、酸素療法、吸引処置などが入っていない」「福祉サービスのコーディネータとして相談支援専門員が退院前カンファレンスに入るよう勧めているが、それに対して報酬がつかない」「今後セルフプランの位置づけはどのようにするのか」「診療所などで医療と短期入所事業ができる可能はあるか」「そのような暖かいショートステイに対する補助の可能性は」「重症児者のコーディネータ研修を受けることによって、ケアマネのような報酬や権限が与えられる可能性は」「公立小学校の看護配置に、看護師の派遣を訪問看護ステーションに依頼する可能性は」「学校看護師の身分の問題があり、責任が重いにもかかわらず非常勤の形が多いのでは」「自立事業関係でも小児慢性特定疾患や難病など、制度が複雑で相談もバラバラ、もっと整理が必要では」「重度の子どもの教育の質の保障をどのように担保するか」「NICU や PICU から在宅移行する場合、中間施設と呼ばれる施設の機能をどうしていくか」「医療型ショートステイの位置づけと質の保障をどうするか、診療報酬上の整理が必要」

小児在宅医療に関する施策について

平成28年5月20日

厚生労働省医政局地域医療計画課

小児医療の充実に係る診療報酬改定

平成28年度診療報酬改定

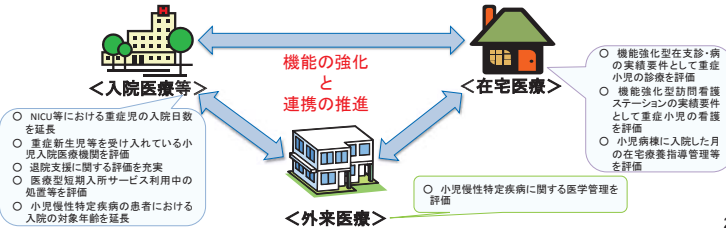
小児医療の充実にについて

乳幼児期から学童期まで、継続性のある小児科外来診療を評価するとともに、重症小児等の診療に積極的に取り組んでいる入院・在宅医療の評価及び連携の充実を図る。

① 小児かかりつけ医として、幼児期までの継続的な診療を評価



② 重症小児の受入体制・連携体制の強化



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

小児在宅医療に係る評価の推進

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、機能強化型の在宅診療・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歳未満の児・学童重産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過去1年間の看取り実績が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歳未満の児・学童重産児の医学管理の実績が2件以上

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

機能強化型訪問看護ステーションの要件見直し

在宅医療を推進するために、機能の高い訪問看護ステーションを実情に即して評価する。また、超重症児等の小児を受け入れる訪問看護ステーションを増加させるために、超重症児等の小児の訪問看護に積極的に取り組む訪問看護ステーションを評価する。

現行	改定後
【機能強化型訪問看護管理療養費1】 ハ 訪問看護ターミナルケア療養費又はターミナルケア加算の算定数が年に合計20回以上 ホ 居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置すること。	【機能強化型訪問看護管理療養費1】 ハ 次のいずれかを満たすこと。 ① ターミナルケア件数を合計した数が年に20以上 ② ターミナルケア件数を合計した数が年に15以上、かつ、超重症児及び学童重産児の利用者数を合計した数が常時4人以上 ③ 超重症児及び学童重産児の利用者数を合計した数が常時6人以上 ホ 居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置すること。なお、ハにおいて②又は③に該当する場合は、医療費総合支援法に基づき指定特定相隣支援事業費又は児童福祉法に基づき指定障害児相談支援事業費と算定することが可能。
【機能強化型訪問看護管理療養費2】 ハ 訪問看護ターミナルケア療養費又はターミナルケア加算の算定数が年に合計15回以上 ホ 居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置すること。	【機能強化型訪問看護管理療養費2】 ハ 次のいずれかを満たすこと。 ① ターミナルケア件数を合計した数が年に15以上 ② ターミナルケア件数を合計した数が年に10以上、かつ、超重症児及び学童重産児の利用者数を合計した数が常時3人以上 ③ 超重症児及び学童重産児の利用者数を合計した数が常時5人以上 ホ 居宅介護支援事業所を同一敷地内に設置すること。なお、ハにおいて②又は③に該当する場合は、医療費総合支援法に基づき指定特定相隣支援事業費又は児童福祉法に基づき指定障害児相談支援事業費と算定することが可能。

※ターミナルケア件数：訪問看護ターミナルケア療養費の算定件数、ターミナルケア加算の算定件数及び在宅で死亡した利用者のうち当該訪問看護ステーションと共同で訪問看護を行った保険医療機関において在宅がん医療総合診療料を算定していた利用者数を合計した数

平成28年度診療報酬改定

小児医療・周産期医療・救急医療の充実

小児入院医療から在宅医療への円滑な移行

重症小児の在宅移行を推進するため、小児入院医療管理料について、在宅療養指導管理料や在宅療養指導管理材料加算など、在宅医療の導入に係る項目を退院月にも算定できることとする。

医療型短期入所サービス利用中の処置等の評価

在宅療養指導管理料を算定しているために、入院外等では別途算定することができない医療処置等について、医療型短期入所サービス利用中に算定できることを明確化する。

- 【処置等の例】
- 中心静脈注射
 - 鼻マスク補助換気法
 - 人工呼吸
 - 留置カテーテル設置
 - 導尿 等

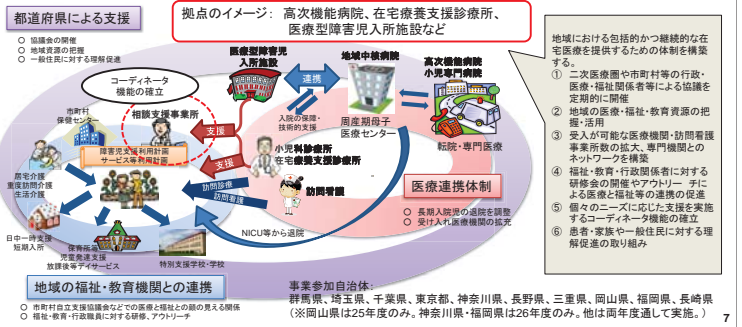
小児等在宅医療連携拠点事業について

小児等在宅医療連携拠点事業

平成25年度 165百万円 (8都県)
 平成26年度 151百万円 (9都県)
 平成27年度以降は地域医療介護総合確保基金

■背景・課題

- 新生児集中治療管理室(NICU)等から退院し直度の医療的ケアを要する小児等の在宅医療については特々の課題に対応する体制整備が必要
- 地域における医療・福祉・教育の連携体制の構築
- 医療と連携した福祉サービスを提供できるコーディネーター機能の確立



平成25・26年度 小児等在宅医療連携拠点事業

事業実施者

◆ 行政(都県)の体制
 医療所管課、障害保健福祉所管課、児童福祉所管課、教育庁等の連携

◆ 事業責任者

都道府県	事業実施者	責任者	連携機関	備考
北海道	道庁の小児医療センター	こども病院		
埼玉県	埼玉医科大学総合医療センター	大学病院小児科		
千葉県	千葉県社会福祉協議会	在宅療養支援診療所・訪問看護ST		
東京都	東京都立小児医療センター	大学病院小児科		
神奈川県	神奈川県立こども医療センター	こども病院		
長野県	長野県立こども病院	こども病院		
三重県	三重大学医学部附属病院小児科	大学病院小児科		
福岡県	九州大学病院	大学病院		
岡山県	岡山県立総合医療センター	在宅療養支援診療所		
長崎県	長崎県立総合医療センター	大学病院小児科		

(1) 関係者による会議の開催

◆ 関係者が集まる会議を開催し、小児等の在宅医療における連携上の課題を抽出し、対応案を検討

群馬県 群馬県小児等在宅医療連絡協議会

- 大学病院小児科、県医師会、小児科医療、在宅療養支援診療所、訪問看護ST、連絡協議会、県心臓病・腎臓病・教育委員会、病院局、保健所等が構成。
- 課題と解決に向けた具体的な取組のため

長崎県 長崎県小児在宅医療連携検討委員会

各地域での協議会も開催。

(2) 医療・福祉・教育等の資源の把握と活用

◆ 地域の医療・福祉・教育等の資源を把握し、連携の際や、既に外来医療を受けている患者の在宅医療導入の際に参考とできるよう整理し、地域の医療・福祉関係者に提供する。

◆ 地域の短期入院が可能施設の空き状況をインターネット上に掲示する。

埼玉県 小児在宅医療患者実態調査

病院側からの調査と行政側からの調査の両方の実施(行政)小児慢性疾患見直しで在宅医療が必要な患者の抽出(病院)在宅医療を予定している患者の抽出(埼玉県外の医療機関に転居)

⇒ **両者の結果を突き合わせ、小児在宅患者の実態に迫る**

- 在宅医療を必要とする小児在宅患者数 : 720名
- うち人工呼吸器等を着用している小児在宅患者数 : 122名

長野県 資源マップ

重度な身体障害児の地域での受け入れ先を把握し、小児等在宅医療連携拠点として整備する。

宮城県小児在宅医療支援研究会を模範とし、宮城県小児在宅医療コーディネーター研修会および小児在宅医療実態調査の開催を行う。

医療・福祉・行政等の県内関係者による協議会の運営やシンポジウム等の実施、コールセンター事業や医師・訪問看護師研修事業等を支援する。

また、在宅医療への移行を検討している患者に係る遠隔支援協議会、専門的な見地から助言・支援を行う専門家チームを派遣し、医療機関に対する情報提供や地域における円滑な連携等を支援する。

平成25・26年度 小児等在宅医療連携拠点事業

(3) 小児等に対する医療機関の拡充

◆ 在宅医療を提供する診療所や訪問看護事業所等に対して、小児等在宅医療に関する研修を実施すること等により、小児等在宅医療の受け手が可能な医療機関の数を拡大する。

◆ 小児等在宅医療の患者が必要に応じて医療機関や医療型障害児入所施設等に短期入院・入所できる体制を構築する。

千葉県 訪問看護人材育成事業

訪問看護STは規模が小さく、遠方の研修に参加することが難しいことから、「出勤研修」を実施。

①研修(2時間/週)を6ヵ所で行う。

②研修内容: 在宅療養支援診療所・訪問看護ST・地域連携(地域連携研修)。

埼玉県 小児在宅医療でマニュアル作成

初めて在宅で小児の診療を行う内科医、総合診療医などに、経験豊富な小児科医が、適切な特約や診療の留意点等について、実地指導する。電話での相談等を行う研修を実施。

※拠点事業以外の研修場

(4) 医療・福祉・教育・行政の連携

◆ 地域の福祉・教育・行政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。

三重県 特別支援学校への支援、福祉事業所調査の実施

◆ 特別支援学校を対象とした研修の開催

◆ 特別支援学校校長との意見交換

◆ 市立小学校校長・市教育委員会担当との意見交換

研修会出席者数(研修会等) 52名

研修会出席者数(研修会等) 109名

研修会出席者数(研修会等) 79名(66.9%)

研修会出席者数(研修会等) 65名(65%)

研修会出席者数(研修会等) 18名

◆ 特別支援学校長・福祉事業所調査の実施

◆ 特別支援学校校長との意見交換

◆ 市立小学校校長・市教育委員会担当との意見交換

(5) 個別支援のためのコーディネーター機能

◆ 関係機関と連携し、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し、地域での連携体制を確立する。

千葉県 相談支援専門員の育成

- 相談支援専門員による医療的ケアのある子どもに対する計画相談の手引きの作成。
- 相談支援専門員の人材育成
- 相談支援専門員のリーダー研修

(6) 普及啓発

◆ 患者・家族や一般住民に対し、総合窓口の設置や勉強会等の実施などを通して、小児等の在宅医療に関する理解の促進を図るための取組を行う。

- 一般住民向けシンポジウム
- 家族交流会
- ピアカウンセリングの提供
- 医療的ケアが必要な児と家族のための支援ガイドブック作成

地域医療介護総合確保基金を活用した小児在宅医療に関する主な事業(平成27年度計画)

事業名	都道府県	事業の実施主体	内容
小児等在宅医療連携拠点事業	北海道	医療機関	医療・福祉・教育関係者への研修やカンファレンスを通じて、地域における小児在宅医療の担い手拡大と連携体制構築を図るほか、家族からの相談支援や遠慮への普及啓発などに取り組む医療機関を「小児等在宅医療連携拠点」として整備する。
小児在宅医療支援センターの設置	宮城県	東北大学病院	宮城県小児在宅医療支援研究会を模範とし、宮城県小児在宅医療コーディネーター研修会および小児在宅医療実態調査の開催を行う。また、小児在宅医療に係る調査を行う。
小児等在宅医療連携拠点事業	群馬県	群馬県	医療・福祉・行政等の県内関係者による協議会の運営やシンポジウム等の実施、コールセンター事業や医師・訪問看護師研修事業等を支援する。
小児在宅医療推進事業	埼玉県	埼玉県、埼玉医科大学総合医療センター	小児在宅医療の担い手を拡大するための研修会を実施するとともに、関係者による連携体制構築(小児在宅医療実態調査)や患者の実態把握を行う。
小児等在宅医療連携拠点事業	神奈川県		在宅医療を行う医療機関の多い地域やその家族が地域での療養生活を支える体制を構築する。
小児在宅医療体制整備推進事業	新潟県	新潟県医師会	医療依存度の高い重症児者に対して、医療及び保健・福祉サービスの提供主体等が協力し、在宅で長期療養を要する重症児及び家族を総合的に支援する体制整備を目的として、小児在宅医療体制整備のための連携協議会等を開催する。
重症心身障害児と家族のための在宅生活サポート事業	福岡県	通所支援事業所	退院後の在宅生活を支援するために、医療的ケアが必要な小児等在宅医療支援事業所等の運営や受け入れを支援することにより、一時受入れの環境の充実を図る。
在宅医療連携体制支援事業	愛知県	県(一部委託)	県内の在宅医療関係者で構成する在宅医療推進協議会を設置するとともに、0次医療圏と1次医療圏を軸とした在宅医療の中核的な役割を担う研修会及び小児在宅医療体制の連携のための相談支援を行う。
小児等在宅医療連携拠点事業	三重県	市町	医療の高度化により救命率は改善しており、医療的ケアが必要な小児が増加する傾向にあること。こうした小児が地域へ戻り安心して生活を営むための体制整備について、関係する多機関が協議する場を運営する意向に申し合わせる。
小児在宅医療・福祉連携事業	三重県	三重大学医学部附属病院	①地域の小児在宅医療・福祉連携体制の整備に際し組む事業への補助 ②医療的ケアを必要とする重症児に対するレスパイト・短期入所事業の拡充に取り組む事業への補助
障がい児のリハビリテーションのための支援事業	滋賀県	ヴォーリズ記念病院	県東部においてはこれまで小児の専門性に特化した支援体制が整備されてこなかったため、障がい児が安心して医療的ケアを受けながら在宅生活を送ることができるよう、小児に特化した診療機能やリハビリテーション提供体制の整備を行う。

地域医療介護総合確保基金を活用した小児在宅医療に関する主な事業(平成27年度計画)

事業名	都道府県	事業の実施主体	内容
小児のかかりつけ医療事業	大阪府	大阪府(一部大阪府医師会に委託)	医療的ケアが必要な児と保護者が安心して在宅医療を継続するため、地域の小児科医や小児科以外の医師及び医療スタッフが小児の特性を理解し、児の診療ができるよう必要な医療技術を身に付ける。また、関係機関によるネットワーク構築の必要性を理解したかかりつけ医療を育成する。
在宅医療人材育成基盤整備事業	兵庫県	兵庫県医師会	在宅医療において中心的な役割を果たす医師を対象とした在宅医療研修や在宅介護において重症度の高い小児を対象とした在宅医療に関する研修等を行う。各種リハビリ・相談支援、関係者への技術指導を実施。
重症心身障害児等在宅医療等連携体制整備	和歌山県	和歌山県	①在宅で生活する医療的ケアが必要な対象者の具体的な支援方法を関係者で共有・役割分担を行うチームを形成し、支援を実施。 ②専門家によるチームが家庭や施設等を訪問、各種リハビリ・相談支援、関係者への技術指導を実施。
NICUからの地域移行支援事業	鳥取県	鳥取県	N I C U等に入院した連携する子どもで、入院中に訪問看護の支援が必要と医療機関等が判断した場合、その訪問看護師派遣費用を訪問看護事業所に対して助成を行う。
小児在宅医療支援訪問看護師育成事業	高知県	高知県看護協会	GOU等を退院する小児の在宅移行や包括支援を行うことできる小児訪問看護師を養成する。
小児等在宅医療推進事業	福岡県	福岡県(委託)	NICUから退院した患者を受け入れる地域の医療体制を整備するため、地域の小児科医や訪問看護師に対する研修会を実施するとともに、NICUから地域へ退院する際、医療機関において児にとって相応しい場所へ退院できるように調整するコーディネーターを配置する。
医療的ケアが必要な在宅療養児等への支援事業	長崎県	長崎県、社会福祉法人	また、レスパイト入所の体制整備に関する検討会を開催する。地域の1次小児等在宅医療推進事業等との連携を図り、地域において、地域で安心して療養できるように、小児の在宅医療環境を整え、地域で家族を支える体制の充実と、NICU病床の負担軽減を図る。
小児訪問看護ステーション支援事業	熊本県	熊本県(NPO法)	訪問看護ステーションを対象とした小児訪問看護相談窓口やきめ細やかな調整を行う小児在宅医療推進事業
重度障がい者居宅生活支援事業	熊本県	熊本県(NPO法)	社会福祉法人、N O家族のレスパイトケアを図るため、居宅介護サービスや医療的ケアを行う事業所の設置PO法人等研修会等を実施する。

在宅医療の人材確保・育成について

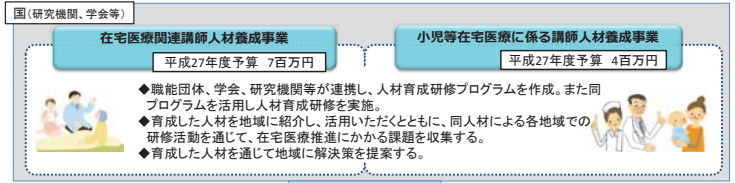
12

在宅医療ハイレベル人材養成事業

平成27年度予算 11百万円

【趣旨】
 ○地域包括ケアシステムの構築に向け、在宅医療にかかる人材育成の取組は今後も一層活発化することが見込まれる。
 ○国において、将来の講師人材の不足や質の格差などの問題に対処し、地域の取組を財政面以外でも支えていくため、在宅医療に関する専門知識や経験を豊富に備え、地域で人材育成事業を支え、主導することのできる高度な人材を養成する。

【事業概要】
 ○高齢者に対する在宅医療及び小児等に対する在宅医療の2分野について、複数の関係団体・学会等が連携し、人材育成プログラムを開発。同プログラムを活用し、地域において在宅医療の人材育成を主導できる高度な人材を養成する。
 ○特に小児等の在宅医療に関しては、「小児等在宅医療連携拠点事業」の成果を全国に普及させる観点から、行政や医療機関等との連携など地域で体制構築を図るための方策を中心に構成し、医師のみならず行政側も活用できるようなプログラム開発を行う。



在宅医療関連講師人材養成事業 概要 (平成27年1月17日開催)

○主催：日本在宅ケアアライアンス 共催：日本医師会
 ○研修受講者：都道府県医師会を通じて募った医師約280名

在宅医療関連講師人材養成事業	プログラム (午後 13:30～17:00)
【日時】 2016年1月17日 (日) 09:00～17:00 (日曜開催) 大ホール 【会場】 日本在宅ケアアライアンス 【対象者】 都道府県医師会から推薦された医師等が、研修で在宅医療の重要性を学ぶ。アライアンス事務局より在宅医療の重要性を学ぶ。	【趣旨】 多職種連携・地域連携 ◆各自治体での取組をより広げ、地域での連携のあり方
プログラム (午前 9:00～12:10) 【開会・挨拶・本研修の趣旨説明】 前田 浩利 (日本在宅ケアアライアンス)	1) 研修概要 佐藤 博子 (日本医師会)
9:10～9:30 【論議1】 地域包括ケアシステムと在宅医療 ◆地域包括ケアシステムにおける在宅医療の役割 ◆かかりつけ基の在宅医療の現状と課題 前田 浩利 (日本医師会)	2) 研修講師紹介 西田 昌博 (日本医師会)
10:00～11:00 【論議2】 地域へのアプローチの仕方 ◆各自治体での取組のあり方 ◆地域連携の推進 三浦 久幸 (国立在宅医療研究センター)	3) 研修実践演習 西田 昌博 (日本医師会)
11:10～11:40 【論議3】 連携推進等との連携 ◆地域包括ケアシステムにおける在宅医療の役割 ◆かかりつけ基の在宅医療の現状と課題 前田 浩利 (日本医師会)	4) 研修実践演習 西田 昌博 (日本医師会)
11:40～12:10 【論議4】 小児在宅医療 中村 知夫 (国立在宅医療研究センター)	5) カラオケイベント 前田 浩利 (日本医師会)
12:10～12:30 【閉会】 前田 浩利 (日本医師会)	6) 研修実践演習 前田 浩利 (日本医師会)

※資料については厚労省ホームページに掲載
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html>

14

小児等在宅医療に係る講師人材養成事業 概要 (平成27年2月7日開催)

○事業受託者：国立成育医療研究センター
 ○研修受講者：都道府県医師会、日本小児科学会地方会、都道府県小児科医会の推薦を受けた医師約140名

8:45～9:00	【趣旨説明】	中村 知夫 (国立成育医療研究センター)
9:00～11:00	【総論】 小児在宅の現状と問題点の共有 ・小児在宅の現状と問題点 <30分> ・各地域での在宅医療に関する問題点グループディスカッション <40分> ・小括Ⅰ (グループ発表) <50分>	前田 浩利 (医療法人財団はるか会)
11:10～14:20	【各論1】 地域連携・多職種協働 ・その1: 行政、病院、施設との連携 <20分> ・その2: 地域の医療、福祉との連携 <20分> ・その3: 大人の在宅医療との連携 <20分> ・その4: 多職種との連携 <20分> ・各地域での連携に関するグループディスカッション <30分> ・小括Ⅱ (グループ発表) <50分>	岩本 彰太郎 (三重大学医学部附属病院) 宮田 章子 (さいわいこどもクリニック) 太田 秀樹 (全国在宅医療支援診療所連絡会) 谷口 由紀子 (医療法人社団藤樹会)
14:20～17:10	【各論2】 在宅医療の仕組み ・報酬 <20分> ・福祉制度 <20分> ・介護保険制度の在宅の仕組み <20分> ・小児在宅医療と地域包括ケアシステム <20分> ・質疑応答 <10分> ・地域を創るための取り組みと自らの役割グループディスカッション <30分> ・小括Ⅲ (グループ発表) <50分>	大山 昇一 (川口済生会病院) 梶原 厚子 (医療法人財団はるか会) 石黒 秀喜 (長寿社会開発センター) 奈倉 道明 (埼玉医科大学総合医療センター)

※資料については厚労省ホームページに掲載
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html>

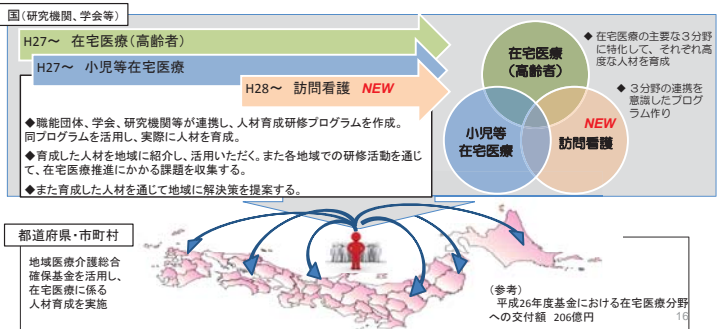
15

在宅医療・訪問看護ハイレベル人材養成事業

平成28年度予算 16百万円

【趣旨】
 ○地域包括ケアシステムの構築に向け、在宅医療にかかる人材育成の取組は今後も一層活発化することが見込まれる。
 ○国において、将来の講師人材の不足や質の格差などの問題に対処し、地域の取組を財政面以外でも支えていくため、在宅医療に関する専門知識や経験を豊富に備え、地域で人材育成事業を支えることのできる高度な人材を養成する。

【事業概要】
 ○平成27年度事業では、高齢者に対する在宅医療及び小児等に対する在宅医療に注目し、それぞれについて人材育成プログラムの開発を行っており、同プログラムを活用した人材育成を引き続き実施する。
 ○また、平成28年度は新たに「訪問看護」の領域を追加し、研修プログラム開発、人材育成に取り組む。



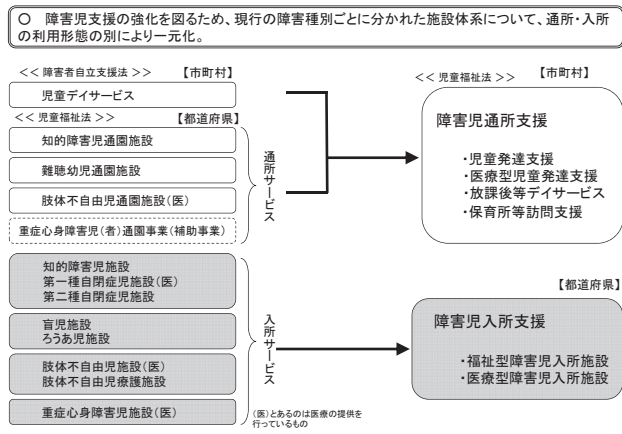
16

医療的ケアが必要な障害児に対する支援について

厚生労働省社会・援護局
障害保健福祉部障害福祉課
障害児・発達障害者支援室
障害福祉専門官 田中 真衣

障害福祉サービスの仕組み

障害児施設・事業の一元化



3

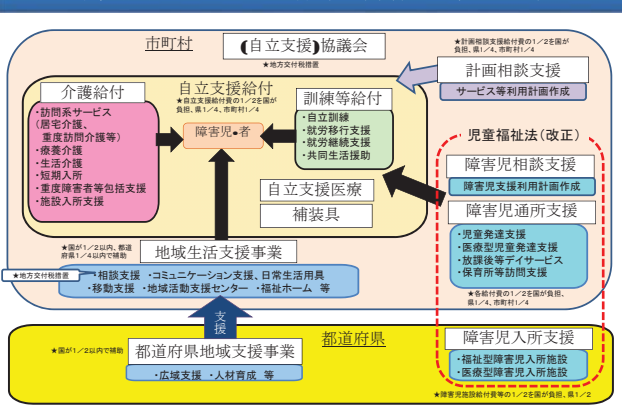
障害児が利用可能な支援の体系

(注)利用者数及び施設・事業所数は平成27年12月現在の国保連データ

サービス名	利用児童数	施設・事業所数
障害児が利用可能な支援の体系		
訪問系		
居宅介護(ホームヘルプ)	9,283	19,245
同行保護	171	6,004
行動保護	2,674	1,499
重症障害者等包括支援	0	9
日中		
短期入所(ショートステイ)	6,938	4,176
障害児通所系		
児童発達支援	80,173	3,709
医療型児童発達支援	2,590	100
放課後等デイサービス	116,954	7,378
保育所等訪問支援	2,400	422
障害児入所系		
福祉型障害児入所施設	1,720	182
医療型障害児入所施設	2,078	185
障害児支援		
計量相談支援	1,088	6,559
障害児相談支援	26,838	3,110

4

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～)

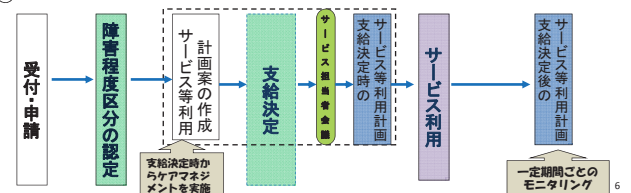


5

支給決定プロセスの見直し等

- 市町村は、必要と認められる場合として省令で定める場合には、指定を受けた特定相談支援事業者が作成するサービス等利用計画書の提出を求め、これを助産して支給決定を行う。
* 上記の計画書に代えて、指定特定相談支援事業者以外の者が作成する計画書(セルフプラン)を提出可。
* サービス等利用計画作成対象者を拡大する。
- 支給決定時のサービス等利用計画の作成、及び支給決定後のサービス等利用計画の見直し(モニタリング)について、計画相談支援給付費を支給する。
- 障害児についても、新たに児童福祉法に基づき、市町村が指定する指定障害児相談支援事業者が、通所サービスの利用に係る障害児支援利用計画(障害者のサービス等利用計画に相当)を作成する。
* 障害児の居宅介護等の居宅サービスについては、障害者自立支援法に基づき、「指定特定相談支援事業者」がサービス等利用計画を作成。(障害児に係る計画は、同一事業者が一体的(通所・居宅)に作成)

※ 異なるものは法律に規定されている事項。以下同じ。

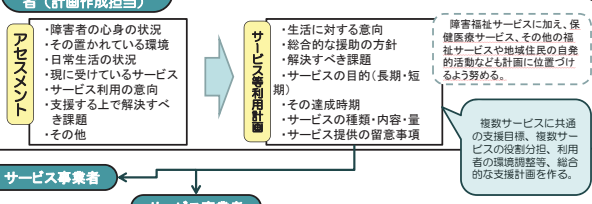


6

サービス等利用計画と個別支援計画の関係

- サービス等利用計画については、相談支援専門員が、総合的な援助方針や解決すべき課題を踏まえ、最も適切なサービスの組み合わせ等について検討し、作成。
- 個別支援計画については、サービス管理責任者が、サービス等利用計画における総合的な援助方針等を踏まえ、当該事業所が提供するサービスの適切な支援内容等について検討し、作成。

指定特定相談支援事業者(計画作成担当)

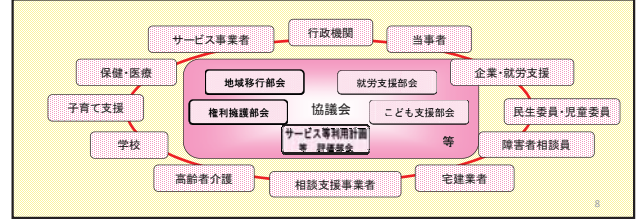


サービス事業者



市町村の協議会の役割

- 従来より、自立支援協議会として、地域の関係者が集まり、地域における課題を共有し、その課題を踏まえて、地域のサービス基盤の整備を進めていく重要な役割を担っているが、協議会の法律上の位置付けが不明確であったことから、障害者自立支援法の一部改正により、平成24年4月から設置の促進や運営の活性化を図るため、法定化。
- さらに、障害者総合支援法の成立により、平成25年4月から自立支援協議会の名称を、地域の実情に応じて変更できるよう「協議会」に変更。
- 地方公共団体は協議会を設置するよう努めることとし、構成員についても「障害者等及びその家族」が含まれる旨を明記。



重症心身障害児者に対する支援について

重症心身障害児者に対する支援①

- **重症心身障害とは**
「重度の知的障害と重度の肢体不自由が重複」(児童福祉法第7条第2項)し、発達期に発症し、医療的ケアの必要な児者。
○ 重症心身障害児者の推計値は、全国でおおよそ43,000人。(うち、入所14,000人、在宅29,000人)
※ 岡田喜重氏(元川崎医療福祉大学学長)の推計(2012年4月1日現在)。

- **重症心身障害児者施策の目的**
生命を守り、ひとりひとりのライフステージに応じた支援の提供

施設における支援

- (障害児(原則として18歳未満)の場合)
- ◆ **障害児入所支援(医療型)(児童福祉法)**
 - 概要: 障害児を入所させて、適切な医療及び日常生活の指導等を提供
 - 実施機関: 医療型障害児入所施設、指定発達支援医療機関
 - ・医療型障害児入所施設: H24.4児童福祉法改正により障害種別を一元化し、重症心身障害児施設等を再編・統合した施設(都道府県が指定する病院)
 - ・指定発達支援医療機関: 国が指定する国立病院に重症児病棟を設置
- (障害者(18歳以上)の場合)
- ◆ **療養介護(障害者総合支援法)**
 - 概要: 著しく重度の18歳以上の障害者に対し、適切な医療及び常時の介護を提供
重症心身障害児施設等に入所する重症心身障害者や筋ジストロフィー患者等を対象
 - 実施機関: 都道府県の指定を受けた病院

重症心身障害児者に対する支援②

在宅における支援

- ◆ **通所系サービス**
(障害児(原則として18歳未満)の場合)
 - 児童発達支援事業等(児童福祉法)
 - ・重症心身障害児(者)通所事業(H14.4~補助事業として開始)
 - ・児童福祉法への法定化(職務的経費化)、障害種別の一元化により重症児に対応できる事業所の拡大
 - ・療養通所介護事業所(介護保険)において重症児の受入れ(H24.4~)
 - (障害者(18歳以上)の場合)
 - 生活介護等(障害者総合支援法)
- ◆ **短期入所**
 - 短期入所(障害者総合支援法)
 - ・医療型短期入所の整備率の増強及び自費型創設(H21.4~)
 - ・医療ニーズの高い児者に対する特別重度支援加算を規定(H24.4~)
 - ・緊急短期入所受入加算を増額(H27.4~)
- ◆ **訪問系サービス**
 - 訪問看護等(医療保険)、居宅介護等(障害者総合支援法)
- ◆ **その他**
 - 介護職員等によるたんの吸引等の医療的ケアの実施
・H24.4~ 社会福祉士及び介護福祉士法の改正

主に重症心身障害児者を通わせる児童発達支援の事業等を療養通所介護事業所において実施する場合の取扱い(概要)

- ◆ **趣旨**
(平成24年4月3日付厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課、老健局老人保健課連名事務連絡)
介護保険法令に基づく療養通所介護事業所において、主に重症心身障害児者を通わせる児童発達支援等を実施する場合の指定基準の取扱いを明確にし、医療的ニーズの高い重症心身障害児者の地域での受入を促進し、QOLの向上及び介護者等のレスパイトを推進する。

	療養通所介護(介護保険法)	主に重症心身障害児者を通わせる児童発達支援等	
		主に重症心身障害児者を通わせる児童発達支援・放課後等デイサービス	主に重症心身障害児者を通わせる生活介護事業
定員	9名以下	5名以上 (左記の定員のうち上記定員を設定可)	
管理者	管理者1名 (看護業務可)	1名(左記との業務可)	
嘱託医	—	1名(特に要件なし)	
従業者	看護師又は介護職員 (利用人数に応じて1.5:1を配置)	児童指導員又は保育士1名以上 看護師1名以上 機能訓練担当職員1名以上 ※提供時間帯を通じて配置。	生活支援員 看護職員 理学療法士又は作業療法士(実施する場合) ※上記職員の総数は障害程度区分毎に規定。
支援管理責任者	—	児童発達支援管理責任者1名 (管理者との業務可、責任加算あり)	サービス管理責任者1名 (管理者及び左記との業務可)
設備	専用部屋(6.4㎡/人) 必要な設備(兼用可)	指導訓練室の他、必要な設備(左記と兼用可)	

※主に、重症心身障害児者を通わせる場合、児童発達支援及び放課後等デイサービス、生活介護を一体的に運営することが可能。
※主に、重症心身障害児者を通わせる場合、療養通所介護事業所の人員基準に規定のない「児童指導員又は保育士」「児童発達支援管理責任者」又は「サービス管理責任者」の配置が必要。

医療的ケア児に対する支援について

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。

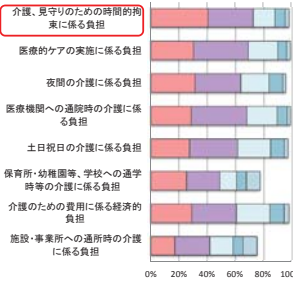
NICU等の入院経験の有無 (N=1331)			NICU等退院児の状態像 (N=1331 (複数回答))					
区分	人	%	内容	人	%	内容	人	%
NICU・ICU（PICU含む）への入院経験あり	1206	90.6	吸引	828	62.2	パルスオキシメーター	518	38.9
NICU・ICU（PICU含む）への入院経験なし	114	8.6	吸入・ネブライザー	496	37.3	気管切開部の管理（バンド交換等）	494	37.1
無回答	11	0.8	経管栄養（経鼻、胃ろう、腸ろう）	960	72.1	人工呼吸器	269	20.2
			中心静脈栄養	45	3.4	皮膚管理	1039	78.1
			導尿	198	14.9	その他	191	14.4
			在宅酸素療法	410	30.8	無回答	15	1.1
			咽頭エアウェイ	27	2.0	計	1331	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」

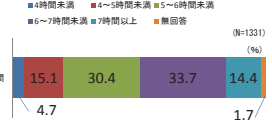
介護者の負担感

○ 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7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。

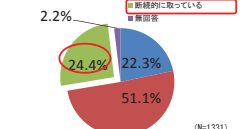
在宅生活の継続に当たっての主な介護者の負担感



主な介護者の睡眠時間



睡眠時間の取り方



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」 15

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=1331)

区分	人	%
(障害福祉サービス)	—	—
利用した	529	39.7
利用しなかった	758	56.9
(障害児通所支援)	—	—
利用した	501	37.6
利用しなかった	771	57.9

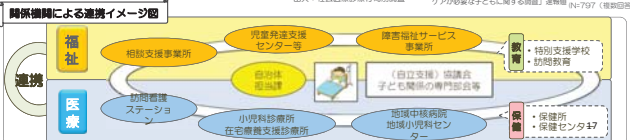
育児や療育、在宅での生活等の全般に関する相談先 (N=1331 (複数回答))

相談先	人	%
医療機関の職員（医師、看護師、MSW等）	1040	78.1
訪問看護事業所等の職員（看護師等）	606	45.5
福祉サービス事業所等の職員	444	33.4
行政機関の職員（保健師等）	320	24.0
学校・保育所等の職員	451	33.9
知人・友人	606	45.5
患者団体・支援団体	68	5.1
その他	51	3.8
相談先がない/分からない	39	2.9
相談することは特になし	15	1.1
無回答	18	1.4

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」

医療的ケアを要する障害児に対する支援

○ 医療技術の進歩等を背景として、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必要な障害児（医療的ケア児）が増加している。
 ○ このため、医療的ケア児が、地域において必要な支援を円滑に受けることができるよう、地方公共団体は保健、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ついて必要な措置を講ずるよう努めることとする。
 ※ 施策例：都道府県や市町村による関係機関の連携の場の設置、技術・知識の共有等を通じた医療・福祉等の連携体制の構築



「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」

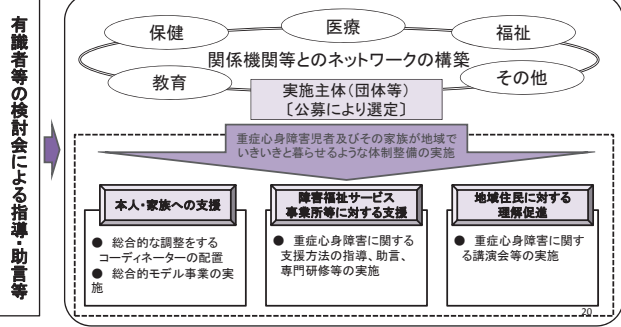
第五十六条の六第二項

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

医療、教育、福祉等関係機関との連携体制整備について

重症心身障害児者の地域生活モデル事業【平成24～26年度】

重症心身障害児者及びその家族が安心、安全に地域でいきいきと暮らせるよう、効果的なサービスの利用や医療、保健、福祉、教育等の関係施設・機関の連携の在り方等について、先進的な取り組みを行う団体等に対して助成を行い、あわせて地域住民に対する理解促進や障害福祉サービス事業所等に対する支援を行うことにより、重症心身障害児者に対する地域支援の向上を図る。



有識者等の検討会による指導・助言等

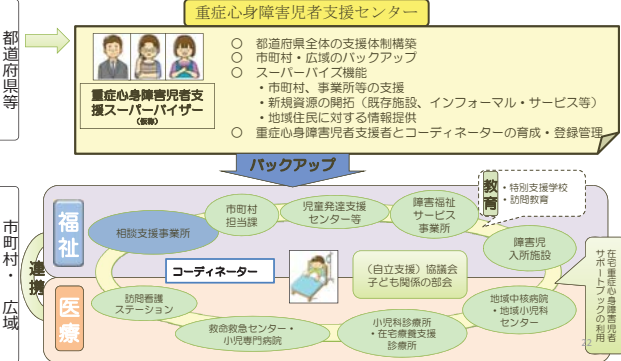
重症心身障害児者の地域生活モデル事業

- 重症心身障害児者及びその家族が地域で安心・安全に生活できるようにするため、医療型障害児入所施設等を中核として関係する分野との協働による支援体制を構築すること等による総合的な地域生活支援の実現を目指し、モデル事業を実施。
- 平成24年度から平成26年度に採択された14団体が取り組んだ実例の報告をもとに、**重症心身障害児者の地域生活を支援する体制をつくる上で特に留意すべき点**をまとめると以下の通りである。

現状等の共有	幅広い分野にわたる協働体制の構築	具体的な支援の取組：好事例
① 地域の現状と課題の把握 <ul style="list-style-type: none"> 地域の重症心身障害児者の実情を把握 利用できる地域資源の把握 地域の資源マップの作成 課題の明確化 	② 協働の場の設定 <ul style="list-style-type: none"> 目的に沿って有効な支援を図ることができる構成員を選定（当事者、行政、医療、福祉、教育等関係機関等） 検討内容は、実情把握、地域資源の評価、必要な支援体制の構築、運営、評価、改善・多様な形態（障害者総合支援法に基づく協議会の設置等、ネットワーク型協議会等） 	③ 重症心身障害児者や家族等に対する支援 <ul style="list-style-type: none"> 「アセスメント」「計画支援」「モニタリング」★ツール1 保護者の学びの場の提供（家族介護教室等） 重症心身障害児者のきょうだい支援（きょうだいキャンプ） 家族のレスパイト支援（ショートステイ） 重症心身障害児者のケアホーム利用 地域の既存資源の再資源化 中山間地域への支援（ICTの活用、巡回相談） ライフステージに応じた支援 ケアからの退院支援 ★ツール2 ★ツール3 ★ツール4
④ 協働体制を強化する工夫 <ul style="list-style-type: none"> 支援の届かない地域の施設等との相互交換研修や出前研修の実施（実技研修が有効） 地域の相談支援事業所の後方支援（相談支援等専門員等に向けたセミナーの開催、調査等） 	⑤ コーディネーター等の責の配置 <ul style="list-style-type: none"> 福祉と医療に知見のある者を配置（相談支援専門員と看護師がペアを組む、相談支援専門員に着任してもらう等） 	支援ツールの例 <ul style="list-style-type: none"> ★1 『「重症心身障害児者のアセスメントシート」』 ★2 『「重症心身障害児者のライフスタイル検討シート」』 ★3 『「NICUから地域移行に向けての支援ガイドライン」』 ★4 『「重症心身障害児者の移行支援に向けたガイドライン」』 ★5 『「NICUから地域移行に向けた支援ガイドライン」』
⑥ 地域住民への啓発 <ul style="list-style-type: none"> 重症心身障害児者の存在を知ってもらうために、講演会やドキュメンタリー映画上映会の開催 重症心身障害児者や家族のエンパワメント 視界に入れたイベントの開催 		（平成24年度） <ul style="list-style-type: none"> 北陸保健福祉専門学校 全国障害児福祉推進（財） 中山間福祉センター 久米米市介護福祉サービス事業協議会 （平成25年度） <ul style="list-style-type: none"> 公益社団法人 北陸障害児者支援センター 公益社団法人 北陸障害児者支援センター 公益社団法人 北陸障害児者支援センター 公益社団法人 北陸障害児者支援センター 公益社団法人 北陸障害児者支援センター

重症心身障害児等の地域支援に関するモデル事業の概要

重症心身障害児者への支援の強化・充実を図るため、地域の中核となる重症心身障害児者支援センターを設置し、市町村・事業所等への支援、医療機関との連携等を行い、地域全体における重層的な支援体制の構築を図る取組を進める都道府県・指定都市・児童相談所設置市に対して補助を実施する。



重症心身障害児者支援者育成研修プログラム

在宅重症心身障害児者を支援していく者を増やしていくために、重症心身障害児者支援と多職種連携について基礎的知識の習得を目指す人材育成プログラム。プログラム内容は、重症心身障害児者支援に関する医療的ケアや福祉に関する知識と、関係機関との連携について学習できるものとなっている。

科目名	時間数	内容
1 総論	1	支援の目的 支援者としての現職種のための支援のありか 家族を理解するための視点 家族の発達段階・役割理論 セルフケア理論 支援者の主観で家族をとらえかたへの理解
	3	障害のある子どもの成長と発達 特徴 疾患の特徴 日常生活における支援 生息 緊急・緊急時の対応・突然死 在宅医療、訪問看護 リハビリ・歯科・薬剤
2 医療	3	支援の基本的枠組み 制度 遊び、子どもらしさ、保育 児童虐待 家族を理解する視点 重症児の親になるということ 親になることへの支援
	4 連携	2 連携と協働の基本的概念 連携と協働の目的 あくまで子育て支援であること 子どもと家族の強みを支援する ライフステージごとの支援について NICUから移行支援 児童期における支援 学童期における支援 成人期における支援 医療的ケアの必要性が高い子どもへの支援

平成26年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業「在宅重症心身障害児者を支援するための人材育成プログラム開発事業」公益社団法人日本重症心身障害児者協会／平成27年度厚生労働省科学研究費補助金「重症心身障害児者の支援者・コーディネーター育成研修プログラムと普及に関する研究」において開発

重症心身障害児者等コーディネーター育成研修プログラム

在宅重症心身障害児者を支援していく者を増やしていくために、重症心身障害児者支援の基礎的知識の習得を目指すとともに、多職種間連携を円滑にできるための人材育成プログラム。プログラム内容は、重症心身障害児者支援に関する医療的ケアや福祉に関する知識と、関係機関との連携や重症心身障害児者等のためのサービス等利用計画作成について具体的手法を習得できるものとなっている。

科目名	時間	内容
概要説明	15分	研修の概要（目的、期待する成果等）を説明
総論	2時間	コーディネーターの役割、役割等 アドボカシー、エンパワメントの視点 多職種との連携、ネットワーク作り、資源の活用 ケアマネージメントの手法 子育て支援としての相談支援
	2時間	重症心身障害児者の特徴、代表的疾患の経過・特点、地域連携関係
医療的ケアの実践	1時間	重症心身障害児(者)に必要な具体的な医療的ケア
ライフステージにおける支援の視点	1時間	NICUからの移行や、学童期、成人期それぞれの特徴
福祉・医療資源	1時間	重症心身障害児(者)の計画相談に必要な福祉・医療・福祉資源、特にその地域特有の制度など
加訓管理	2時間	介入事業所 介護事業所 在宅支援診療所等 医療機関 生活介護 重症心身障害児施設、NICUなど
	1時間	医療・福祉・教育の連携 (チーム作り)
個別支援	1時間	本人・家族の思い、ニーズ、GOAL 当事者の思い、ニーズ、または本人・家族のQOLをどのようにとらえるか
	1時間	重症心身障害児(者)の3:1:1の措置、緊急対応計画について どのように重症児者支援を行うか、具体的な取組の組み立て
実践	2時間	重症心身障害児(者)に対する計画作成のポイント 計画作成のポイントを学ぶ、実践に向けて
	7時間	事例をもとにした計画作成の演習、実際自分たちで計画を作成、また模擬担当役員になり、当事者の思いを反映し、支援者間の調整を行う
振り返り	7時間	事例をもとに、意見交換・スーパーバイザーによる計画作成の指導を行う

平成27年度厚生労働省科学研究費補助金末光班「重症心身障害児者の支援者・コーディネーター育成研修プログラムと普及に関する研究」において開発

重症心身障害児等コーディネーター養成研修等※市町村事業(必要に応じ複数市町村による共同実施)

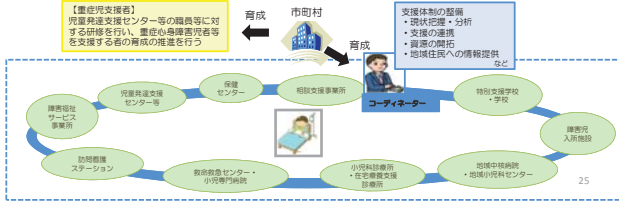
(項) 障害保健福祉費
(目) 地域生活支援事業費補助金 平成28年度予算案：464億円の内訳

目的

○ 重症心身障害児や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(以下「重症心身障害児等」といふ。)が地域で安心して暮らしていただけるよう、重症心身障害児等に対する支援が適切に行え人材を養成するとともに、重症心身障害児等の支援に携わる福祉、医療、保健、教育等の関係機関等の連携体制を構築することにより、重症心身障害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

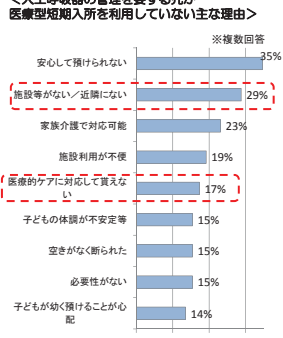
1. 重症心身障害児等を支援する人材の養成
地域の障害児通所支援事業所や保育所等において重症心身障害児等への支援に従事できる者を養成するための研修や、重症心身障害児等の支援を総合調整する者(コーディネーター)を養成するための研修を実施する。
2. 支援体制の整備
地域において重症心身障害児等の支援に携わる福祉、医療、保健、教育等の各分野の関係機関及び当事者団体等から構成される協議の場を設置し、支援にあたっての現状把握・分析、連絡調整、支援内容の協議等を行うとともに重症心身障害児等々の支援を行う施設の確保等を行う。



医療型短期入所事業所を利用していない理由等

○ 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>



<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	495	滋賀県	3	49
青森県	3	79	大阪府	6	158
岩手県	5	75	大分県	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	7,260

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」速報集
(医療的ケアが必要な子どもに関する調査)速報集

平成28年度診療報酬改定

医療型短期入所サービス利用中の処置等の評価

医療型短期入所サービスにおける重症心身障害児の受入れを促進するため、入所中の医療処置等について、診療報酬上の取り扱いを明確にした。



具体的な内容

在宅療養指導管理料を算定しているために、入院外等では別途算定することができない以下の医療処置等について、医療型短期入所サービス利用中に算定できることを明確化する。

- 【対象処置等】
- | | |
|-------------------------|------------------|
| (1) 経皮的動脈血酸素飽和度測定 | (10) 留置カテーテル設置 |
| (2) 終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定 | (11) 導尿 |
| (3) 中心静脈注射 | (12) 介達牽引 |
| (4) 挿え込み型カテーテルによる中心静脈注射 | (13) 矯正固定 |
| (5) 鼻マスク補助換気法 | (14) 変形機械矯正術 |
| (6) 体外式陰圧人工呼吸器治療 | (15) 消炎鎮痛等処置 |
| (7) 人工呼吸 | (16) 腰部又は胸部固定帯固定 |
| (8) 膀胱洗浄 | (17) 低出力レーザー照射 |
| (9) 後部尿道洗浄 | (18) 鼻腔栄養 |

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)

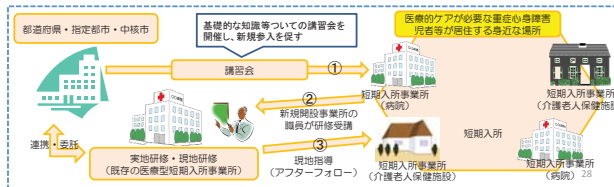
(項) 障害保健福祉費
(目) 地域生活支援事業費補助金 平成28年度予算案：464億円の内訳

目的

○ 医療型短期入所事業の対象である重症心身障害児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、重症心身障害児等が在宅で安心して生活を営めるよう支援の充実に資することを目的とする。

事業内容

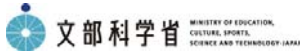
- 1) 新規開設に向けた医療機関等に対する講習等
医療型短期入所事業の新規開設に向けて、医療機関や介護老人保健施設等に対し、重症心身障害児等に対する支援の基礎的な知識や、既存施設の短期入所における支援事例などについての講習等を実施する。
- 2) 新規開設事業所の職員に対する研修等
新規開設事業所の職員に対し、重症心身障害児等の障害特性に関する知識や支援技術の習得を図るための実地研修等を実施する。
例えば、新規開設事業所と既に医療型短期入所事業を実施している施設との間で、職員を相互に交換する研修を実施することなどが考えられる。



在宅医療及び障害福祉サービスを必要とする障害児等の地域支援体制構築に係る医療・福祉担当者合同会議について

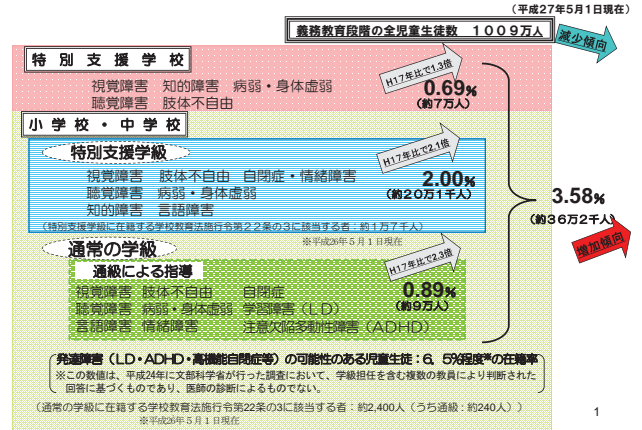
1. 目的
在宅医療及び障害福祉サービスを必要とする障害児等を地域で支えるためには、小児在宅医療及び重症心身障害児等支援の地域体制を各都道府県・指定都市ごとに整備していくことが重要であるが、現状では、自治体ごとに医療・福祉の連携体制に差がある状況である。そこで、国のモデル事業で取り上げられた先駆的な事例を参考に、在宅医療及び障害福祉サービスを必要とする障害児等支援の連携体制をどのように構築していくかを各自治体で共有するために合同会議を開催する。
2. 日時など
○日時：平成28年3月16日(水) 13:00~17:10
○場所：厚生労働省講堂
○対象：都道府県、指定都市の地域医療担当者と障害児支援担当者等
(1自治体4名まで(想定：地域医療担当2名、障害児支援担当2名))
3. 主な内容(予定)
○医療的ケア児について
○行政説明
○医政局地域医療計画課
○小児在宅医療連携拠点事業
○地域医療介護総合確保基金事業
○在宅医療・訪問看護ハイレベル人材養成事業 など
○社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課
○重症心身障害児者支援体制整備モデル事業
○(新)重症心身障害児者コーディネーター等養成研修等事業
○(新)医療型短期入所事業所確保事業 など
○先駆的自治体事例発表
○グループディスカッション・情報交換

学校における医療的ケアの必要な 児童生徒等への対応について



文部科学省初等中等教育局特別支援教育課

特別支援教育の対象の概念図(義務教育段階)



医療的ケアに関する調査結果

文部科学省初等中等教育局特別支援教育課「特別支援教育資料」より ²

特別支援学校における医療的ケアに関する調査結果

【調査期日】 平成24年度: 10月1日現在、平成25年度以降: 9月1日現在

年度	対象等	医療的ケア対象幼児児童生徒		看護師 (名)	※2 教員 (名)
		在籍校数 (校)	幼児児童生徒数 (名)		
平成18年度		553	5,901	707	2,738
平成19年度		548	6,136	853	3,076
平成20年度		575	6,623	893	3,442
平成21年度		600	6,981	925	3,520
平成22年度		607	7,306	1,049	3,772
平成23年度		580	7,350	1,044	3,983
平成24年度		615	7,531	1,291	3,236
平成25年度		615	7,842	1,354	3,493
平成26年度		622	7,774	1,450	3,448
平成27年度	※1	645	8,143	1,566	3,428

※1 岩手県、宮城県、福島県、仙台市は調査対象外。
 ※2 平成24年度からは、認定特定行為業務従事者として医療的ケアを行っている教員数。

年度	H24	H25	H26	H27
通学生	5,517	5,654	5,657	5,935

3

行為別対象幼児児童生徒数

医療的ケア項目	H27 (名)	H26 (名)	H25 (名)
栄養			
●経管栄養 (鼻腔に留置されている管からの注入)	1,996	1,957	2,376
●経管栄養 (胃ろう)	3,796	3,414	3,672
●経管栄養 (腸ろう)	144	139	137
経管栄養 (口腔ネラトン法)	37	43	66
I V H中心静脈栄養	71	76	105
小計 (割合)	6,044 (23.5%)	5,629 (24.1%)	5,740 (25.2%)
呼吸			
●口腔・鼻腔内吸引 (喉頭より手前まで)	4,068	3,682	3,967
●口腔・鼻腔内吸引 (喉頭より奥の気道)	2,484	2,291	2,532
経鼻咽喉頭エアウェイ内吸引	2,273	169	233
●気管切開部 (気管カニューレ内) からの吸引	1,237	1,958	2,844
●気管切開部 (気管カニューレ外) からの吸引	167	1,121	3,080
気管切開部の衛生管理	2,605	2,388	2,728
ネブライザー等による薬液 (気管支拡張剤等) の吸入	1,891	1,905	2,010
経鼻咽喉頭エアウェイの装着	170	153	205
酸素療法	1,505	1,371	1,447
人工呼吸器の使用	1,333	1,113	1,270
小計 (割合)	17,733 (68.9%)	16,151 (69.0%)	17,236 (68.5%)
排泄			
導尿 (介助) (割合) ※本人が自ら行う導尿を除く	628 (2.4%)	539 (2.3%)	599 (2.4%)
その他 (割合)	1,323 (5.1%)	1,077 (4.6%)	984 (3.9%)
※上記以外、学校で児童生徒が日常的に受けているケアで、医行為としてとらえている行為			
合計 (延人数) ※	25,728 (100%)	23,396 (100%)	25,175 (100%)
医療的ケアが必要な幼児児童生徒数	8,143	7,774	7,842

※1 1名が複数の行為を受ける場合は、それぞれ該当する項目に1名ずつ計上、延人数となる
 ※2 認定特定行為業務従事者が行うことを許容されている項目

4

公立の小学校、中学校 (中等教育学校の前期課程含む) における医療的ケアの対象児童生徒数

各年5/1現在
単位: 名

年度	小学校		中学校		小・中学校計			看護師数 ※		
	通常の学級	特別支援学級	通常の学級	特別支援学級	通常の学級	特別支援学級	特別支援学級			
27	262	433	695	39	105	144	301	538	839	350
26	314	491	805	62	109	171	376	600	976	—
25	257	418	675	46	92	138	303	510	813	—
24	259	432	691	52	95	147	311	527	838	—

※ 「対象児童生徒」とは、小・中学校において日常的に、看護師や保護者などから、経管栄養やたんの吸引などの医行為を受けている者である。(本人が行うものを除く)

※ 看護師数は、平成27年度から調査

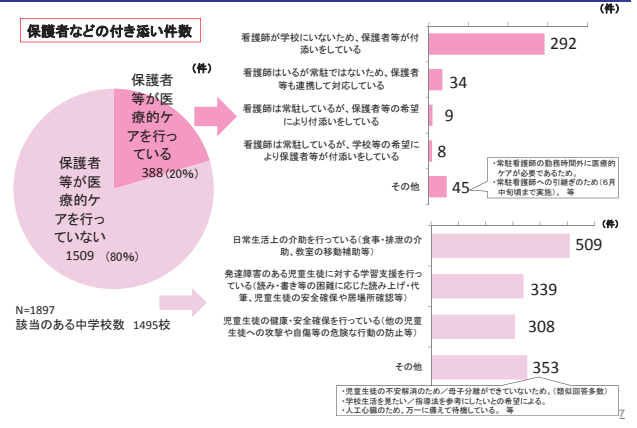
5

行為別対象幼児児童生徒数

医療的ケア項目	H27 (名)	H26 (名)	H25 (名)
●経管栄養（鼻腔に留置されている管からの注入）	64	59	52
●経管栄養（嚥下）	150	160	147
●経管栄養（嚥下）	9	8	6
●経管栄養（口腔ネトラン法）	0	1	1
I V H中心静脈栄養	14	26	10
小計	237 (19.3%)	254 (19.7%)	216 (18.2%)
●口腔・鼻腔内吸引（咽頭より手前まで）	90	79	72
●口腔・鼻腔内吸引（咽頭より奥の気道）	29	17	31
●経鼻咽喉工アウェイ内吸引	166	3	4
●気管切開部（気管カニューレ（内）からの吸引）	65	151	184
●気管切開部（気管カニューレ（奥）からの吸引）	1	57	1
●気管切開部の衛生管理	79	79	99
●ネブライザー等による薬液（気管支拡張剤等）の吸入	34	34	29
●経鼻咽喉工アウェイの装着	3	6	4
●酸素療法	93	112	103
●人工呼吸器の使用	47	53	48
小計	607 (49.3%)	591 (45.9%)	574 (48.4%)
●導尿（介助）	266 (21.6%)	277 (21.5%)	278 (23.4%)
●その他（割合）	120 (9.8%)	166 (12.9%)	118 (9.9%)
※上記以外、学校で児童生徒が日常的に受けているケアで、医行為としてとらえている行為	9,830 (100%)	12,888 (100%)	11,866 (100%)
合計（延人数）※	1,230 (100%)	1,288 (100%)	1,186 (100%)
医療的ケアが必要な幼児児童生徒数	839	976	813

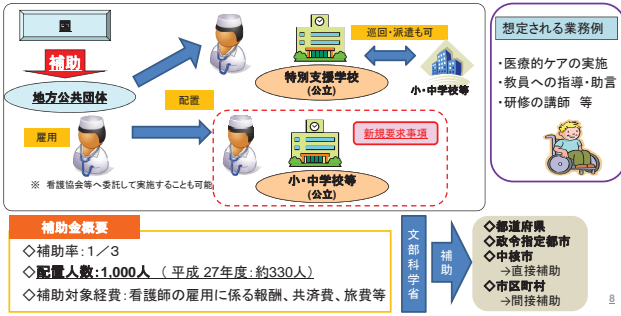
※1名が複数の行為を要する場合は、それぞれ該当する項目に1名ずつ計上、延人数となる。
●は認定特定行為業務従事者が行うことと許容されている項目

【小・中学校】障害のある児童生徒の学校生活における保護者等の付添いに関する実態調査(27.5.1現在)



(平成28年度予算額) 特別支援教育専門家(看護師)配置事業 (インクルーシブ教育システム推進事業費補助)

【目的】 近年、学校において日常的にたんの吸引や経管栄養等の「医療的ケア」が必要な児童生徒が増加している。
平成28年4月から施行される障害者差別解消法等を踏まえ、医療的ケアを必要とする児童生徒の教育の充実を図るため、これまで特別支援学校を対象としていた看護師配置補助について、小・中学校等を追加するとともに、人数の拡充を図る。
・平成28年度予算額 700百万円 (平成27年度予算額 235百万円)



特別支援教育支援員の地方財政措置について

「特別支援教育支援員」は、公立幼稚園、小・中学校、高等学校において、校長、教頭、特別支援教育コーディネーター、担任教師等と連携のうえ、日常生活上の介助(食事、排泄、教室の移動補助等)、発達障害等の幼児児童生徒に対する学習支援、幼児児童生徒の健康・安全確保、周囲の幼児児童生徒の障害理解促進等を行う。

■特別支援教育支援員の配置に係る経費(拡充)

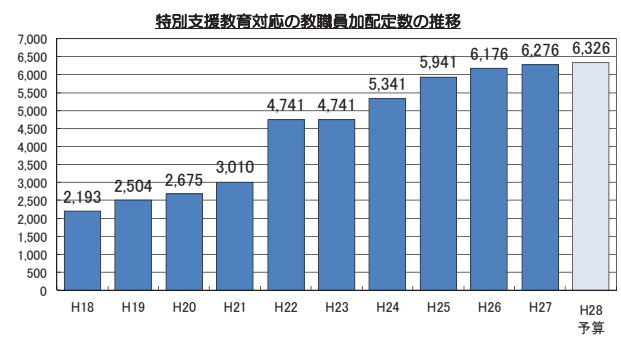
□ 公立幼稚園、小・中学校及び高等学校において、障害のある幼児児童生徒に対し、学習活動上のサポート等を行う「特別支援教育支援員」を配置するため、都道府県・市町村に対して、必要な経費を措置するもの。

学校種	平成28年度	平成27年度	平成26年度	平成25年度
幼稚園【拡充】	6,500人	5,600人	5,300人	4,800人
小・中学校【拡充】	46,800人	43,600人	40,500人	39,400人
高等学校	500人	500人	500人	500人
合計	53,800人	49,700人	46,300人	44,700人

平成19年度～公立小・中学校について地方財政措置を開始
平成21年度～公立幼稚園について地方財政措置を開始
平成23年度～公立高等学校について地方財政措置を開始 (概数法)

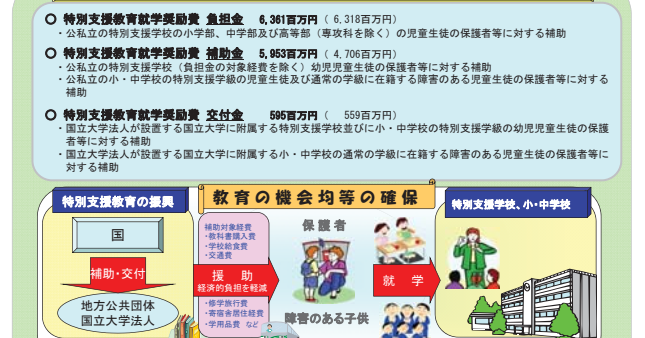
特別支援教育対応の教職員加配定数の推移

○ 平成28年度予算における特別支援教育対応の加配定数は、6,326人



特別支援教育就学奨励費(負担金・補助金・交付金)

平成28年度予算額(案) 12,909百万円 (平成27年度予算額 11,583百万円)



長期入院児童生徒に対する教育支援に関する実態調査

長期入院児童生徒に対する教育支援に関する実態調査

1. 調査の目的

近年、医療の進歩による入院期間の短期化などにより、入院等をして治療を受ける児童生徒等を取り巻く環境は大きく変化している。

平成26年5月の児童福祉法一部改正に際しては、長期入院児童等に対する学習支援を含め、小児慢性特定疾病児童等の平等な教育機会の確保に係る措置を早急かつ確実に講じることなどを求める附帯決議が 付された。

今回の調査は、こうした状況を踏まえ、平成25年度中に病气やけがによって入院した児童生徒に対して行われた教育等の実態を把握するもの。

2. 調査対象期間

平成25年4月1日～平成26年3月31日

4. 主な調査事項

【学校】
○病气やけがによる入院により学期に家更(転学等)があった児童生徒数
○入院に伴い一時転学等をしている児童生徒に対する学校の支援

○病气やけがにより長期にわたり入院した児童生徒数
○長期にわたり入院した児童生徒に対する学校の支援

【教育委員会】
○転学等が必要になった場合の支援
○長期にわたる入院が必要になった場合の支援

3. 調査の対象

【学校】
全国の国公立の小学校、中学校、中等教育学校、高等学校、特別支援学校(小・中・高等部)

【教育委員会】
全都道府県及び市町村教育委員会

長期入院児童生徒に対する教育支援に関する実態調査

■ 病气やけがによる入院により転学等をした児童生徒

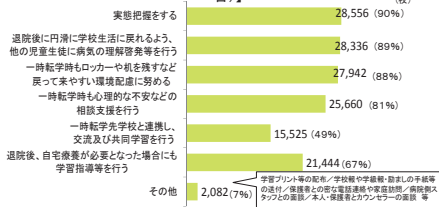
【実態】

- 平成25年度に約4,700人(延べ)。
- 小・中学校からの主な転学先は、県内の特別支援学校。一方、高等学校では、特別支援学校以外の学校が退学が多い。
- 小・中学校では約7割が復籍するが、うち約1割は再度転学等をしている。
- 在籍児童生徒が転学等をした小・中学校は約3,600校(全小・中学校の約1割)。

【支援の状況】

- 転学先の学校(在籍校)が教育を行うが、多くの前籍校において、復籍を見据えた療育支援、退院後自宅療養中の学習指導などの取組を実施。

【一時転学等をしている児童生徒に対する学校の取組(小・中学校の場合)】



※割合は、平成25年5月1日時点の全小・中学校数に占める割合(出典:「学校基本統計」(文部科学省))

長期入院児童生徒に対する教育支援に関する実態調査

■ 病气やけがにより長期入院(年間延べ30課業日以上)した児童生徒

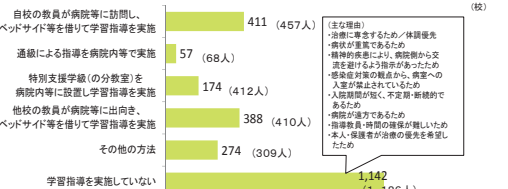
【実態】

- 平成25年度に約6,300人(延べ)。
- 在籍児童生徒が長期入院した小・中学校は約2,400校(全小・中学校の1割弱)

【教育等の状況】

- 長期入院した児童生徒への学習指導は自校の教員が病院を訪問する形式が多いが、実施回数は週一日以下、実施時間は一日75分未満が、それぞれ過半数を占める。
- 約4割に当たる2,520人には、在籍校による学習指導が行われていない。理由として、治療に専念するためや病院側からの指示・感染症対策のほか、指導教員・時間の確保が難しいこと、病院が遠方であること等が挙げられた。

【病气やけがにより長期入院した児童生徒に対する学習指導(小・中学校の場合)】



(主な理由)
・治療に専念するため/体調優先
・病気が重いため
・精神的苦痛により、病院側から交流を避けるよう指示があったため
・感染症対策の観点から、病室への入室が禁止されているため
・入院期間が長く、不定期・継続的であるため
・病院が遠方であるため
・指導教員・時間の確保が難しいため
・本人・保護者が治療の優先を希望しているため

※割合は、平成25年5月1日時点の全小・中学校数に占める割合(出典:「学校基本統計」(文部科学省))

入院児童生徒等への教育保障体制整備事業

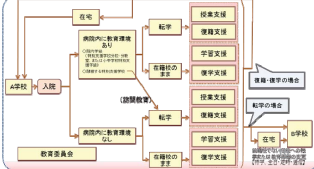
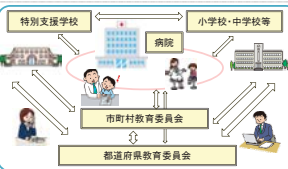
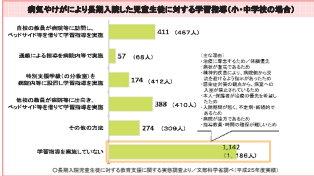
平成28年度予算額7.8百万円(新規)

長期にわたり又は断続的に入院する児童生徒の教育機会を保障するため、在籍校、病院、特別支援学校、教育委員会等の関係機関が連携して支援する体制の構築方法に関する調査研究を行う。

＜事業内容＞

- 在籍校を所管する教育委員会と、病院の所在する教育委員会等の連携した連携方法の構築に関する研究
 - 長期中等教育を受ける入院生徒の、退院後の復学又は転学が円滑に行えるよう関係機関の連携方法構築に関する研究
 - 関係機関の連携を図るための学校・病院連携支援員の配置
- ②入院児童生徒等に対する教育機会の確保に関する研究
【取組】
●入院児童生徒等への復学又は転学を見据えた指導内容・評価等に関する研究
●入院児童生徒等に対するタブレット端末等ICT機器及び通信機器等の有効な活用方法の研究
●入院児童生徒等への復学又は転学を見据えた交流及び共同学習に関する研究

【改正児童福祉法に係る参院院附帯決議(平成26年5月20日)】
児童福祉法の基本理念である児童の健全育成を確実に実施するため、長期入院児童等に対する学習支援を含めた小児慢性特定疾病児童等の平等な教育機会の確保に係る措置を早急かつ確実に講じる。



特別支援学校高等部の療養中及び訪問教育の生徒に対する遠隔教育について

○学び方のイメージ

■訪問して対面で指導する場合



■訪問して対面で指導するとともに通信による教育を行う場合



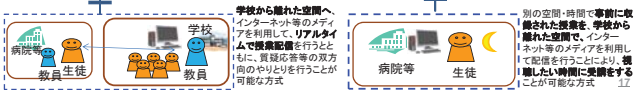
(Ⅰ) 通達指導及び遠隔指導



(Ⅱ) メディアを利用して行う授業 ※全科目履修化



(Ⅲ) オンデマンド型の授業 ※全科目履修化



特別支援学校高等部の療養中及び訪問教育の生徒に対する遠隔教育について

(例)

例えば、訪問教育を行っている生徒について、校長が**74単位修得を全課程の修了要件として定めている場合**
⇒メディアを利用して行う授業又はオンデマンド型の授業の方法によるものは**74単位の2分の1未満である37単位未満**に限られる

36単位	38単位
・メディアを利用して行う授業	・訪問して対面で指導
・オンデマンド型の授業	・添削指導及び面接指導

メディアを利用して行う授業又はオンデマンド型の授業の1単位あたりの指導の回数等は実情に応じて適切に定めることができるが、

例えば、世界史Aの場合、地理歴史に属する科目は、1単位あたり1単位時間以上(60分以上)対面により授業を行うことが標準として示されていることを踏まえて計画することが必要。

特別支援教育就学奨励費の拡充

※平成26年度高等部入学者から学年進行で拡充(平成28年度完成)

●高等部の学用品購入費を拡充

・ICT機器の急速な進展に伴い、学用品として比較的高額なICT機器(例えば、携帯用金銭補助装置、携帯型拡大読書器等)を使用することが多くなっている現状を踏まえ、保護者の負担が軽減できるよう補助対象限度額を見直す。

・従来の「学用品・通学用品購入費」の補助対象限度額に、50,000円を加算する。

	保護者等の収入等による区分	学用品・通学用品購入費補助対象限度額	ICT機器等を購入した場合の加算額
高等部 (本科・別科)	I	31,690円	60,000円
	II	15,845円	60,000円
	III	-	60,000円

●高等部の交通費の補助対象範囲等を拡大

・交通費(実費)の補助の対象範囲及び補助の割合を小・中学部と同様に措置。

	保護者等の収入等による区分	通学費	通学の付添人経費(肢体不自由・重度・重複障害の生徒)	滞省費	滞省の付添人経費(肢体不自由・重度・重複障害の生徒)	職場実習交通費	交流及び共同学習交通費
高等部 (本科・別科)	I	10/10	10/10	10/10	10/10	10/10	10/10
	II	1/2→10/10	1/2→10/10	1/2→10/10	1/2→10/10	1/2→10/10	1/2→10/10
	III	0→10/10	0→10/10	0→10/10	0→10/10	0→1/2	0→1/2

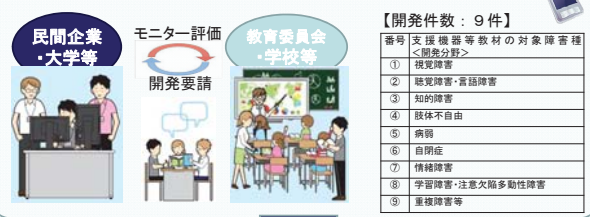
学習上の支援機器等教材活用促進事業

平成28年度予算額 305百万円 (平成27年度予算額360百万円)

- 障害のある児童生徒の将来の自立と社会参加に向けた学びの充実を図るためには、障害の状態や特性を踏まえた教材を効果的に活用し、適切な指導を行うことが必要である。
- このため、各学校における必要な教材の整備、新たな教材の開発、既存の教材を含めた教材の情報収集に加え、教員がこれらの教材を活用して適切な指導を行うための体制整備の充実が求められている。
- 一方で、障害の状態や特性を踏まえた教材の実用化・製品化は市場規模が小さい等の理由から進んでいない状況にある。

学習上の支援機器等教材研究開発支援事業

企業・大学等が学校・教育委員会等と連携して行う、ICTを活用した教材など、児童生徒の障害の状態等に応じて使いやすい支援機器等教材の開発を支援する。



支援機器等教材を活用した特別支援教育の充実

開発例

＜東京大学先端科学技術研究センター＞
文字を電子化し指で読むアプリ
タッチ&リード
パソコンやタブレットのカメラを用いて
重度・重複障害のある子供の動きをとらえる
OAK Cam

OAK Camの2つの特徴

- モーションヒストリー
動いた体の部分を着色して表示し、動きを可視化。
- エアスイッチ機能
わずかな動きに反応する非接触型スイッチとして利用可能。

OAK Camの画面の例
モーションヒストリーでは、動いた部分が(上図は右字がよく動いた場合の例)着色される

インクルーシブ教育システム推進事業費補助

平成28年度予算額(案)1,001百万円(新規)

障害者権利条約の批准や改正障害者基本法の趣旨及び平成28年4月からの障害者差別解消法の施行等を踏まえ、インクルーシブ教育システムの推進に向けた取組として、都道府県等が、①特別支援教育専門家等(早期支援コーディネーター、合理的配慮協力員、外務専門家、看護職)の配置、及び②連携協議会及び研修による特別支援教育の体制整備を図る場合に要する経費の一部を補助する。

I 特別支援教育専門家等配置

①早期支援コーディネーター
・自治体が行う早期からの教育相談・支援に資するため、関係部局・機関等や地域等との連絡・調整、情報収集等を行う。(94人)

②合理的配慮協力員
・各学校の設置者及び学校が、障害のある子供に対し「合理的配慮」の実現に資するため、学校内外・関係機関との連絡調整、特別支援教育コーディネーター等のアドバイザー、保護者の教育相談の対応の支援等を行う。(292人)

③外務専門家
・特別支援学校のセンター機能を充実させ、特別支援学校も含めての専門性を確保するため、特別支援教育以外の多様な学びの場における特別支援教育の推進を支援するため、外務専門家を配置・活用する。(426人)

④医療的ケアのための看護職
・学校において日常的に人の吸引や経管栄養等の「医療的ケア」が必要な児童生徒が増加している状況等を踏まえ、これらの児童生徒後の教育の充実を図るため、学校に看護師を配置し、医療的ケアの実施等を行う。(1,000人)

II 特別支援教育体制整備の推進

・インクルーシブ教育システム推進のための体制整備を推進することにより、合理的配慮の質的向上を図ることを目的とする。

①特別支援連携協議会
・医療・保健・福祉・労働等との連携を強化し、社会の様々な機能を活用できるようにするため、特別支援連携協議会の設置し、障害のある子供の教育の充実を図る。

②研修
・管理職(校長等)や各学校を支援する指導主事を対象とした学校全体としての専門性を確保するための研修。
・担当教員としての専門性の向上のための研修。

お知らせ

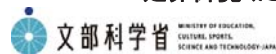
文部科学省では、ホームページ等により、特別支援教育の最新情報を提供しております。
http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/main.htm

(主な刊行物)
季刊特別支援教育(年4回 3, 6, 9, 12月)
学習指導要領解説
教科書(視覚障害、聴覚障害、知的障害)及び指導書・解説
改訂第2版 道徳による指導の手引 ●解説とQ&A ●
よりよい理解のために-交流及び共同学習事例集-

独立行政法人国立特別支援教育総合研究所でも、発達障害教育情報センターをはじめとするホームページ、メールマガジン等により、特別支援教育の情報発信をしております。

<http://www.nise.go.jp/>
発達障害教育情報センター <http://icedd.nise.go.jp>
メールマガジン <http://www.nise.go.jp/magazine/>

是非御覧ください!



■第8回大阪分科会会議

日時：2016年6月10日（金）19：00～21：00

場所：大阪府大阪市北区茶屋町1番27号 AP大阪梅田茶屋町 会議室F

出席者：飯塚忠史、石崎優子、位田忍、岡崎伸、上家和子、児玉和夫、近藤正子、三田康平、塩見夏子、下釜聡子、新宅治夫、田家由美子、高田哲、高橋幸博、竹本潔、田端信忠、富和清隆、鍋谷まこと、船戸正久、舟本仁一、三沢あき子、望月成隆、余谷暢之（23名）

陪席者：上林孝子、鈴木保宏、中山浩二、本郷美由紀、松本一美、撫井賀代、山口理恵子、山本宗作

議事：

- 1) 座長挨拶（船戸）
- 2) 新メンバー紹介（蔵野・阪上）
- 3) 講演「大阪府における小児在宅医療の支援体制ー現場で在宅支援をどのように行っているのか、大阪全体の動き『こないするねん!小児在宅医療移行支援』病院の安全主体の管理から在宅生活も含めた応援が求められている」（スライド資料参考）
位田忍（大阪府立母子保健総合医療センター消化器内分泌科部長、
患者支援センター在宅医療支援部門室長）

<意見交換>

<内容>：自施設のデータから増加する人工呼吸器・気管切開など医療的ケア児を示す。在宅医療の推進には、安全のみ中心の医療モデルから地域の暮らしや成長発達にもバランスよく支援する生活モデルが必要。そうした視点の中で行政が主導して長期入院児退院促進事業などの中で、退院コーディネータの配置、地域連携パスの作成、大阪小児在宅医療を考える会の開催、さらに保健所保健師の地域コーディネータの活動促進などを行った。さらに知事の重点事業として地域連携システムの構築として、医療と福祉を結ぶ仕組みをモデル的に試みている。その成果として「大阪発ーこないするねん小児在宅医療移行支援」冊子が作成され、また全大阪的なボランティア活動として「大阪小児在宅医療連携協議会」「ショートステイ連絡協議会」が組織され現在活動している。

<質疑>：「医療的ケアが必要な児は、福祉制度に中々結びつかない印象」「相談支援事業所もまだ少ない感じ」「相談支援員が、退院前カンファレンスから入ればケアマネのように報酬がつく制度が必要」「そうした場合現実に人工呼吸器の児も送迎付き児童発達支援に結びつく可能性がある」「とくに成人した重症者で、親が介護できなくなった場合は誰が福祉サービスのケアプランを立てるのか、より深刻になる」「相談支援員の場合、その報酬が介護保険のケアマネと比較して1/6位で非常に低価。施設としては経営的には雇えない」「病院でレスパイトを受け入れているが、量的にも質的にもこれ以上限界がある」「新生児専門医制度の条件に地域の医療福祉制度の現地研修を義務付けることが必要」「少なくとも行政は、災害に備えリスクの高い在宅人工呼吸器患者の全数把握が必要」など多くの意見が出た。

大阪府における小児在宅医療の支援体制

一現場で在宅支援をどのように行っているのか、大阪全体の動き-
こないすねん/小児在宅医療移行支援
病院の安全主体の管理から在宅生活も含めた応援が求められている



大阪府立母子保健総合医療センター
患者支援センター在宅医療支援部門/消化器内分科
位田 忍

第8回小児在宅医療推進のための会 大阪分科会
2016年6月10日(金)19:00-21:00

大阪府立母子保健総合医療センター



母と子、そして家族が笑顔になれるよう、質の高い医療と研究を推進します。

病床数:	新生児	45
	小児内科系	85
	小児外科系	60
	循環器系	33
	母性	40
研究所	ICU	12

大阪府における小児在宅医療の支援体制

現場で在宅支援をどのように行っているのか、大阪全体の動き-
こないすねん/小児在宅医療移行支援
病院の安全主体の管理から在宅生活も含めた応援が求められている

レジメ

- 対象症例数の推移
- 小児在宅医療の対象となる子どもの特徴
- 医療ケアが必要な子どもたちへの在宅医療支援に求められるもの「安全」主体から「生活や成長発達」支援へ
- 大阪府主導により行った「長期入院児退院促進等支援事業（平成21～23年度）」に引き続き、平成24年4月から2年間「高度専門病院における小児在宅移行支援体制整備事業」の概略
 - エンパワーメント支援員とコーディネーターの配置と役割
心理士のコメント
 - 長期入院がなくなった、2年で退院が可能になった
 - 人工呼吸器装着での在宅医療移行パスの作成と効果
- 医療評価入院
- 今後の課題: 急性期病棟で、慢性期管理をする看護の困難さ
在宅支援病床設置の検討
(pediatric subacute care, long term care options)



在宅の超重症児・準超重症児 20歳未満
5000人～7000人
急増する在宅で医療ケアが必要な子ども

日常の医療ケアを必要とする在宅の児童
25,000人以上
うち 人工呼吸管理1300人

NICU
(新生児集中治療室)

重症仮死
染色体異常など
重度先天性障害

小児科病棟

先端医療で救命された
内臓疾患の子ども
救急医療後遺症の
子ども

加齢に伴う重症化

進行性疾患
脳性麻痺の思春期
からの重症化

厚労科研 前田班資料

重症心身障がい児者について

・国などが定めた「重症心身障がい児者」の定義はない

(大阪府の定義)

重度の身体障がい(身体障害者手帳1級又は2級)と
重度の知的障がい(A判定)が重複している者



・大阪府内の重症心身障がい児者数(平成24年7月1日時点)

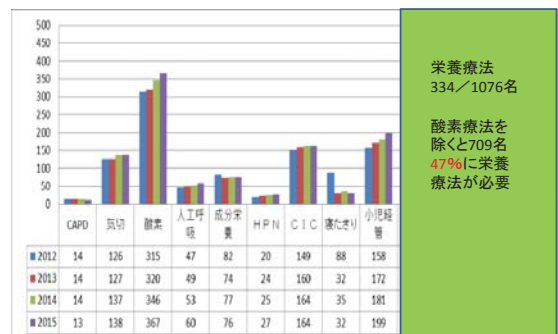
圏域	重症心身障がい児者数
豊能圏域	912名 1013
三島圏域	722名 714
北河内圏域	1,087名 1111
中河内圏域	734名 762
南河内圏域	521名 535
泉州圏域	848名 854
政令市(大阪市・堺市)	3,092名 3295
大阪府内合計	7,916名 8284

右の数値は
平成27年7月1日
時点

- 90%以上の方が在宅生活をしている
- 約30%は18歳未満
- 約40%は18歳以上40歳未満
- 約30%が40歳以上であり、その介護をする親の高齢化が予想される

大阪府福祉部障がい福祉室地域生活支援課

大阪府立母子保健総合医療センター 在宅医療患者数の推移



小児在宅医療の対象となる子どもの特徴

- **医療依存度が高い**
 - 複数の医療デバイスを使用していることが多い
 - 呼吸管理は気道管理が重要（気管切開など）
- **成長に従って、病態が変化していく**
 - 重症児の二次障害など
- **本人とのコミュニケーションが困難なことが多く、異常であることの判断が難しい**
- **24時間介助者が必要** 独居では生存不可能
- **成長（体験を増やす、できることを増やす）のための支援が必要**

（厚労省前田研究班より）

症例の特徴

大阪府立母子保健総合医療センター

対象者の重症度

重症度	人数
超重症児(25点以上)	25
準超重症児(10点以上25点未満)	47
10点未満	54
合計	126

医療依存度

療法数	人数
1療法	63
2療法	32
3療法	22
4療法	8
5療法	1
合計	126

重症児における様々な医療的ケア

- 栄養経路: 胃瘻、経静脈栄養
- 呼吸経路:
 - 気管切開-人工呼吸器
 - たん吸引
- 排尿経路: 導尿
- 排便: 浣腸

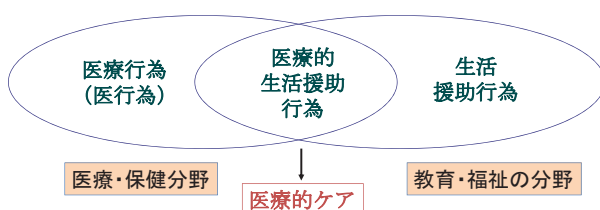


在宅医療 (Home medical care)

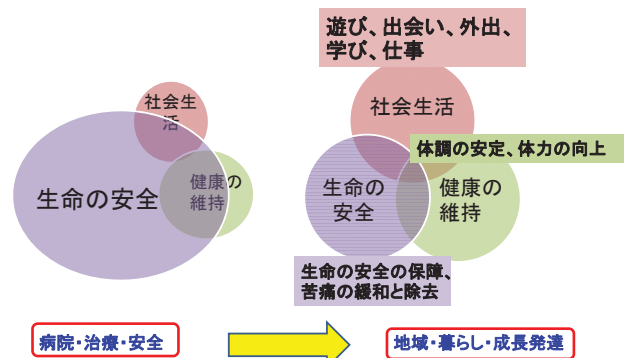
地域医療の枠組みの中で、自宅で適切な医療提供を受けながら、可能な限り患者の精神的・肉体的な自立を支援し、患者とその家族のQOLの向上を図ること

医療的ケア

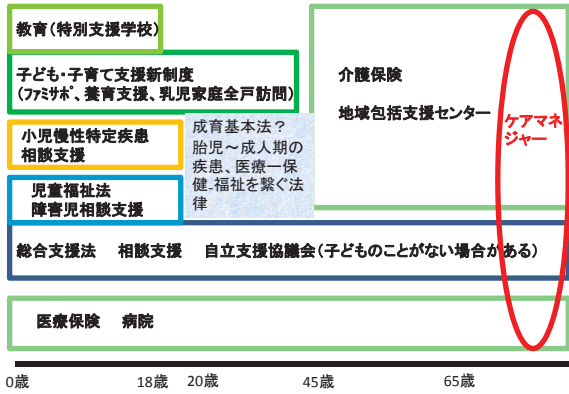
- 経管栄養、吸引などの日常生活に必要な医療的な生活援助行為を、治療行為としての医療行為とは区別して「医療的ケア」と呼ぶ



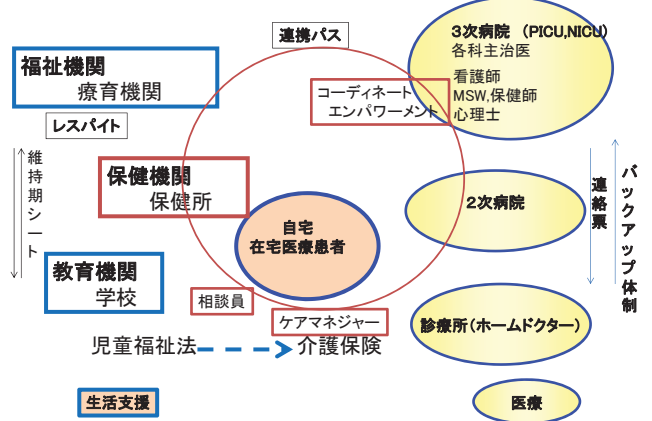
医療ケアが必要な子どもたちへの在宅医療支援に求められるもの



地域における医療・生活支援の現状(前田班資料)



小児在宅医療連携に関わる諸機関



事業参加病院

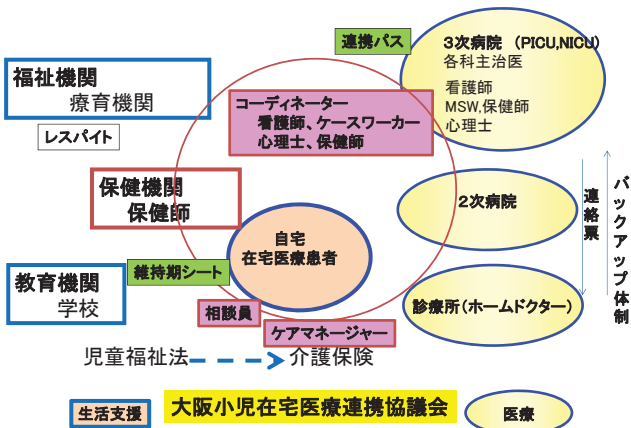


在宅支援コーディネーター等の配置

病院名	採用名	職種
愛仁会高槻病院	コーディネーター	MSW (黒井)
	エンパワメント支援員	MSW (村上)
愛染橋病院	コーディネーター	MSW (上原)
	エンパワメント支援員	看護師 (橋詰)
淀川キリスト教病院	エンパワメント支援員	臨床心理士 (出崎)
大阪市立総合医療センター	コーディネーター	MSW (篠原)
大阪府立母子保健センター	エンパワメント支援員	看護師 (濱崎・福島)
大阪府立母子保健センター	トータルコーディネーター	医師 (位田・望月)
	コーディネーター	MSW (藤井・一ノ瀬)
	エンパワメント支援員	看護師 (上田・溝脇)
	エンパワメント支援員	臨床心理士 (水田・大野)
	事務支援員	(水出)

大阪府立母子保健総合医療センターにトータルコーディネーター(医師)2名、調査支援員(事務)1名を配置

小児在宅医療連携に関わる諸機関



保健所と保健師

保健師は、主に行政機関に従事し、すべての住民の健康の保持にかかわる

小児在宅医療地域連携パス

(在宅人工換気) (和泉保健所、訪問看護Stと共に作成)

関係機関	役割
患者・家族	参加者
医師 (院外・地域基幹病院・診療所)	参加者
看護師 (院内・病棟・訪問看護)	参加者

タイムスケジュール	内容
カンファレンスを軸にして	
第1回	在宅移行導入検討
第2回	情報共有・意思統一
第3回	外泊前
第4回	退院前
第5回	退院後

児の紹介

Aちゃん 4歳 女児

病名:多発奇形 ウエスト症候群

入院までの経過:気管切開喉頭気管分離 胃瘻造設

家族によるケア:気管切開カニューレ交換・吸引

間歇ミルク注入を行っていた。

家族構成:父 母 姉(7歳)妹(0歳)

<入院経過>

自宅にて心肺停止の蘇生後脳症

ICUで脳低温療法、呼吸器管理され約2週間後に

病棟へ転入

* 24時間人工呼吸管理、持続ミルクの注入

病棟での家族の思いや児の状態

- 家族「ICUで看護師さんに励まされ、今まで以上に前向きになれた、絶対にこの子を家に連れて帰りたい。」と発言あり。
- ↓
- 家族の思いは病棟転入時にはすでに決まっていた。
- ↓
- スムーズに在宅への指導に取り組むことができた。
- 在宅移行に向けて
- 在宅用呼吸器への変更や呼吸器条件の調節
- 腹部状態のコントロール

地域連携パス

参加者	役割
患者家族	参加者
主治医	参加者
病棟看護師	参加者
外来看護師MSW	参加者
心理士	参加者
ME	参加者
院内保健師	参加者
地域保健師	参加者
訪問看護師	参加者
かかりつけ医	参加者
地域教育関係者	参加者

移行時期とカンファレンス	内容
第1回カンファレンス	在宅移行導入検討
第2回カンファレンス	情報共有・意思統一
第3回カンファレンス	外泊前
第4回カンファレンス	退院前
第5回カンファレンス	退院後

地域連携パス

参加者	役割
患者家族	参加者
主治医	参加者
病棟看護師	参加者
外来看護師MSW	参加者
心理士	参加者
ME	参加者
院内保健師	参加者
地域保健師	参加者
訪問看護師	参加者
かかりつけ医	参加者
地域教育関係者	参加者

第1回カンファレンス	内容
在宅移行導入検討	

☆在宅移行決定期 第1回 カンファレンス

- カンファレンス参加者
主治医、病棟師長、受け持ち看護師、院内保健師、在宅支援室(医師、看護師、MSW)
- 目的
在宅医療導入の検討
院内情報共有と意思統一
小児在宅医療移行地域連携パスシート使用の確認
- * 家族の意思確認しパスシートの同意書をもらう。
在宅ケアマニュアルを用いて指導を開始する。



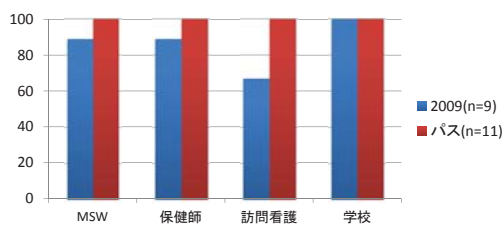
<家庭訪問確認事項>

- 車への移動、自宅への移動、部屋について、
- 日常生活について(入浴方法等)
- センターまでの距離、所要時間
- 問題点の抽出
- 緊急時、災害時の対応の確認
- 呼吸器業者より、電気関係の確認

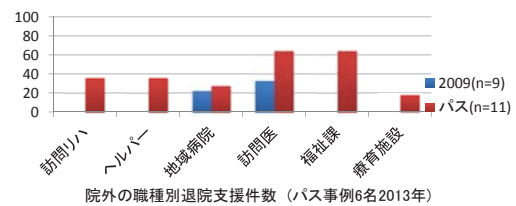
パス利用による効果

- パスはそれぞれの職種のロードマップである。
- 初期の段階で情報共有ができるので、次のカンファレンスには経過説明だけで済み、時間の短縮ができる。
- それぞれの役割が決まっているので、無駄な動きがない。今後の見通しがたつ。
- ケアの標準化ができて、経験の少ない関係者でも在宅移行支援ができる。
- 臨床心理士などエンパワーメントに関わることで、より、家族や患者の思いをより深く理解できる。
- 入院中から地域の関わりがあるので、退院後の家族の不安が軽減できる。

パスによる地域連携の変化(1)



パスによる地域連携の変化(2)



院外の職種別退院支援件数 (パス事例6名2013年)

職種	人数	割合
地域医療機関	4	2名は原病から繋げない
保健師	5	1例は28歳
訪問看護師	6	100%
福祉機関	4	67%
療育機関	1	4例は年齢が3歳以下
教育機関	1	就学年齢は1例のみ

心理支援のポイント

- 入院中
 - 家族の思いやペースに配慮した在宅支援
 - ⇒ 家族の不安・葛藤・罪悪感に対する理解と配慮
- 退院後
 - 在宅生活での危機を早期発見・予防する
 - ⇒ 負担感・行き詰まり感の把握と緩和
- 入院中から退院後も継続してかわることが大切 (水田心理士の報告より)

在宅移行における心理的支援

本当の意味で家族の心理面に配慮した支援とは？

- 家族の潜在的な力や可能性を支えつつ、ネガティブな想いも汲み取る
- 言葉での語りだけでなく、訴えや行動の背景にある思いも理解する
- 家族の心理的な状況を評価し、他職種と共有する
- あるべき姿・しかるべき支援を家族に押し付けるのではなく、それぞれの家族の視点に立った支援をする (水田心理士)

事業前後での長期入院児の動向

(大阪府長期入院児退院促進等支援事業)

	入院1年後の退院	入院2年後の退院	入院3年後の退院	入院4年後の退院
2008年度以前の入院	43%	63%	67%	86%
2008年度入院	52%	86%	91%	97%
2009年度入院 (事業開始1年目)	63%	88%	92%	
2010年度入院 (事業開始2年目)	66%	94%		
2011年度入院 (事業開始3年目)	65%			

事業開始に伴い、より早期の退院が可能となった

退院後の満足度について

点数	1点	2点	3点	4点	5点	6点	7点	8点	9点	10点
人数	0	0	0	0	0	0	3	3	2	13

家で一緒に過ごせる	22
自分で子どもの世話ができる	15
家に帰れるような状態(安定したこと)になったこと	17
子ども(子どもの表情)が楽しそうにしている	18
子どもの変化・成長がみれる	18
きょうだいの交流が増えた	15
その他	1

実態調査でみえてきたこと

全症例があてはまるわけではないが

医療的ケアの質・量(重症度)が退院を困難にしているのではなく、
こどもを家族の一員として受け入れることができるかが退院に影響している

そのために

- 早期介入：主とする疾患の治療中から在宅へ向けての準備を開始。
家族の抱える不安への心理的サポート
- 関連部署の連携強化：
 - 院内：病棟回診、カンファレンス・勉強会の開催
 - 院外：地域医療機関、訪問看護ステーション、府保健所、市町村保健センター、療育機関、福祉施設 等
- 支援体制の確立：訪問看護ステーション、訪問医の拡充、レスパイト、社会福祉制度、行政機関、学校
- 児童福祉施設入所体制

医療評価(レスパイト)入院

- 当センターの在宅医療的ケアの推移
人工呼吸器装着例に対して安全を確保するため
定期的医療評価入院を施行している
- 医療評価(レスパイト)入院の試み
 - 医療評価(レスパイト)入院のルールづくり
 - お正月(2014年)休みレスパイト入院
夫婦で初めて温泉に行けた、
母のお見舞いに行けた、...
 - 他の医療機関との連携

医療評価(レスパイト)入院の比較 (病院全体)

2012年9月にルール化した医療評価(レスパイト)入院システムの導入

	ルール化前(2011年)	ルール化後(2013年)
レスパイト入院患者数	45人 (1回のみ 16人)	52人 (1回のみ19人)
レスパイト入院件数	224件	321件
平均入院日数	9.0日	8.0日
1人の年間入院回数	4.9回(1~24回)	6.2回(1~24回)
総入院日数	2,027日	2,591日

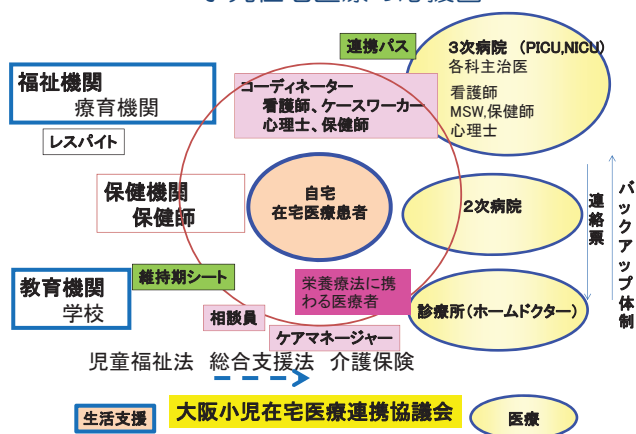
医療評価(レスパイト)入院の連携

小児科

- フェニックス
- 和らぎ苑
- ベルデさかい
- つくし医療・福祉センター
- 市立堺病院
- 泉大津市立病院
- 府立急性期・総合医療センター
- 府立呼吸器・アレルギーセンター
- 耳原総合病院小児科
- ばあばのおうち

内科

小児在宅医療の応援団



大阪小児在宅医療連携協議会

- メンバーは新生児相互援助システム関連病院、地域の中核病院、大学（大阪大学、大阪市立大学、大阪医大、関西医大、近畿大学）、大阪府医師会、大阪小児科医会の医師、大阪府看護協会の病院診療所の看護師、訪問看護師、療育機関の医師・看護師・理学療法士、心理士、ソーシャルワーカー、教育委員会の教諭、大阪府・堺市・大阪市行政関係（医療・福祉・保健）
- 活動を2012年4月より開始
- 活動内容は
 - 各関連機関の在宅関係の活動の情報公開をする。メールで情報交換。将来的にはHPを作る。
 - 「大阪小児在宅医療を考える会」を主宰すること。

大阪小児在宅医療連携協議会主催 大阪小児在宅医療を考える会

- 第1回 大阪小児在宅医療を考える会 2011年1月30日開催
 テーマ「どないするねん大阪の小児在宅医療「現状を知る」」参加者230名
 在宅医療推進のキーワードは早期介入、情報共有（連携）、情報提供、標準化、キーパーソンであることを導き出した。
- 第2回 大阪小児在宅医療を考える会 2011年12月2日開催
 テーマ「在宅医療の標準化」気管切開の在宅のケアについて、参加者220名
 関係する諸機関・職種が顔の見える連携のために、ケースカンファや連携バスなどを通してオール大阪の在宅ケア方式「在宅移行バス」の検討を開始
- 第3回 2012年12月9日開催 テーマ「大阪の小児在宅医療の新しいうねり」
 参加者195名、各諸機関の活動を紹介。移行バスの使用開始し、さらに在宅移行後の生活に重点を置いた、「維持期シート」作成開始。
- 第4回 2014年1月12日開催 テーマ「地域連携と役割分担、後方支援」
 参加者237名、「維持期シート」の使用を開始
- 第5回 主題講演「障がい児の地域支援の現状と課題、参加者230名
 退院前カンファレンスをロールプレーで再現
- 第6回 医療と福祉のレンケイ当番世話人船戸正久 参加者350名

【大阪府知事重点事業】 大阪府重症心身障がい児者 地域ケアシステム整備事業

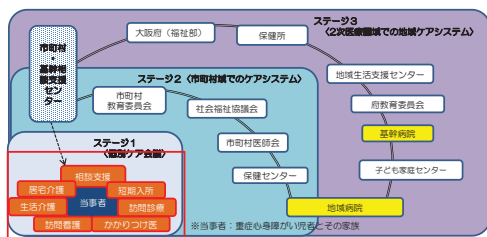
大阪府福祉部障がい福祉室地域生活支援課

3. 大阪府重症心身障がい児者とその介護者を支える仕組み

重症心身障がい児者地域ケアシステムには、医療・福祉・保健など様々な分野をつなぐネットワークが必要であり、個別ケア会議を支えるための市町村域、さらに医療基盤整備の基本である2次医療圏域での重層的なケアシステムの整備が必要。

実施主体	内容
個別ケア会議	基幹相談支援センター等
市町村域でのケアシステム	市町村
2次医療圏域での地域ケアシステム	大阪府 →市町村連合体

【重層的なケアシステムの完成イメージ図】



6. まとめ 26年度大阪府調査

- 重症心身障がい児者の地域での生活を支えるためには、医療・福祉・保健・教育など様々な分野の支援者が関わる必要がある。
- 様々なサービスを組み合わせる地域生活を送るためには、多岐にわたるサービスをコーディネートする役割が必要である。
 ⇒現在のコーディネーター役は、家族が担っている。
 (幼少期は保健所保健師、学齢期は学校教員からの支援もある)
- 重症心身障がい児者の支援に関わる全ての関係機関が、医療・福祉・保健・教育など様々な分野の情報を共有する仕組みが必要である。
- 特にコーディネーターの中心を担う支援者は、様々な分野のサービスについて知識を持ち、重症心身障がい児者と介護者に多くの選択肢を提示できるようにスキルアップが求められている。

表1 三次施設から二次施設へ転院する際のチェックリスト

厚労科研前田班 報告書 大山昇一、位田 忍、富田 直、緒方健一、船戸正久、梶原厚子、山田雅子、宮田章子

- 早期の三次施設および二次施設間でのケースカンファレンスの日程調整
- 転院について家族の同意の有無、理解や覚悟の程度
- 主治医(主治医施設)が変更されることへの説明と同意の有無
- 「DNR」の説明、同意の有無
- 器材、薬剤、栄養管理、医学的管理の具体的な内容
- 家族のトレーニング状況
- 家族構成、経済状態、生活状況など
- 各種申請の有無
- 児童相談所、市町村行政等への連絡の有無
- 急変時の入院受入の確約
- 新たな病態が出現した際の相談窓口の有無
- 三次施設への継続的通院の必要性の有無と頻度

急性憎悪時の体制

■ 受け入れの病院間での事前取り決めが必要

在宅に送り出す際に、急変時には必ず引き受ける確約
 満床時の病院間の相互協力システム、あるいは地域での連携確立
 「看取り」に繋がる可能性の説明と理解。
 例)「DNR」を文書として保存

■ 主治医、副主治医の明確化(一次的交代)

■ 緊急入院の後のケースカンファレンス

ICTの活用

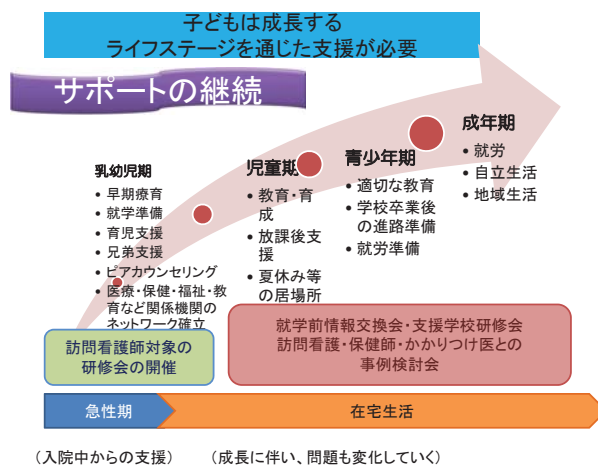
今後の課題

■ 地域における強化型在宅支援診療所の育成

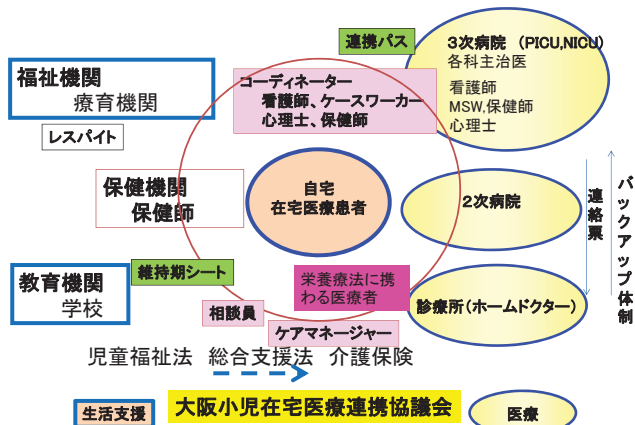
■ 小児から成人へのシームレスな医療提供

■ 小児・若年成人の緩和医療のあり方について議論を深める

厚労科研前田班 報告書 大山昇一、位田 忍、
 富田 直、緒方健一、船戸正久、梶原厚子、
 山田雅子、宮田章子



小児在宅医療の応援団



大阪発～こないするねん！ 小児在宅医療移行支援



【大阪府・周産期医療関連ページ】

<http://www.pref.osaka.lg.jp/iryyo/syusankiiryoy/>

【冊子のページ】

http://www.pref.osaka.lg.jp/attach/3073/00000000/shounizaitak_uikousien.pdf

氏名	所属・職
足立 百合奈	大阪府健康医療部 保健医療室 地域保健課 母子グループ 課長補佐
位田 忍	地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪府立母子保健総合医療センター 消化器・内分泌科 主任部長/患者支援センター 在宅医療支援室 室長 トータルコーディネーター
岩本 寿美子	地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪府立母子保健総合医療センター 子どものこころ診療科/患者支援センター 在宅医療支援室 エンバワメント支援員
上田 智加子	地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪府立母子保健総合医療センター 患者支援センター 在宅医療支援室 エンバワメント支援員
川野 由子	地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪府立母子保健総合医療センター 子どものこころ診療科/患者支援センター 在宅医療支援室 エンバワメント支援員
黒井 明奈	社会医療法人 愛仁会高槻病院 地域医療部 医療福祉相談科 コーディネーター
古賀 晃	大阪府福祉部 障がい福祉室 生活基盤推進課 推進グループ 総括主査
佐藤 拓代	地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪府立母子保健総合医療センター 母子保健情報センター センター長
嵐見 夏子	宗教法人在日本南ブレスピテリアンミッション 淀川キリスト教病院 小児科 部長
鈴木 保宏	地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪府立母子保健総合医療センター 小児神経科 主任部長/患者支援センター 地域医療連携室 室長
山口 眞規子	社会医療法人 愛仁会高槻病院 地域医療部 医療福祉相談科 科長
出崎 麗	宗教法人在日本南ブレスピテリアンミッション 淀川キリスト教病院 小児科 エンバワメント支援員
富和 清隆	東大寺福祉療育病院 院長
仁本 敦子	地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪府立母子保健総合医療センター 母子保健情報センター 母子保健調査室 主査
橘詔 奈緒	社会福祉法人石井記念愛染園附属 愛染橋病院 エンバワメント支援員
浜崎 敏恵	地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪府立総合医療センター 患者支援センター エンバワメント支援員

氏名	所属・職
本郷 美由紀	大阪府健康医療部 保健医療室 地域保健課 母子グループ 総括主査
細川 勝利	大阪府健康医療部 保健医療室 地域保健課 母子グループ 総括主査
南 宏尚	社会医療法人 愛仁会高槻病院 副院長 小児科部長
後迫 瑞穂	社会医療法人 愛仁会高槻病院 看護副部長
小田 明美	社会医療法人 愛仁会高槻病院 GCU 病棟科長
小寺 智子	社会医療法人 愛仁会高槻病院 エンバワメント支援員
岡 清彰	社会福祉法人 石井記念愛染園附属 愛染橋病院 小児科部長
赤名 雅子	社会福祉法人 石井記念愛染園附属 愛染橋病院 看護部 副看護部長 母性・小児部門統括部長
田中 小百合	社会福祉法人 石井記念愛染園附属 愛染橋病院 NICU・GCU 病棟科長
上原 希	社会福祉法人 石井記念愛染園附属 愛染橋病院 医療サービス部 医療福祉相談室 室長 コーディネーター
川崎 壽	地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪府立総合医療センター 小児神経内科 部長
工藤 香代子	地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪府立総合医療センター 小児病棟科長

執筆者一覧50音順

氏名	所属・職
福島 美智子	地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪府立総合医療センター 患者支援センター エンバワメント支援員
藤井 みどり	地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪府立母子保健総合医療センター 患者支援センター 在宅医療支援室 コーディネーター
溝脇 尚美	地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪府立母子保健総合医療センター 患者支援センター 在宅医療支援室 エンバワメント支援員
峯 一二三	地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪府立母子保健総合医療センター 看護部 外来副看護部長/患者支援センター 在宅医療支援室 副室長
望月 成隆	地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪府立母子保健総合医療センター 新生児科 部長/患者支援センター 在宅医療支援室 トータルコーディネーター
和田 浩	大阪発達総合医療センター 訪問診療科 部長/地域医療連携部 部長

氏名	所属・職
久保田 美枝子	地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪府立総合医療センター 患者支援センター 保健副主幹
鍋谷 まこと	宗教法人在日本南ブレスピテリアンミッション 淀川キリスト教病院 小児科 部長
富田 亜紀	宗教法人在日本南ブレスピテリアンミッション 淀川キリスト教病院 地域医療連携センター 医療社会事業課 係長
下田 公子	宗教法人在日本南ブレスピテリアンミッション 淀川キリスト教病院 地域医療連携センター 医療社会事業課
藤森 美千代	宗教法人在日本南ブレスピテリアンミッション 淀川キリスト教病院 小児病棟 課長
東 百合子	宗教法人在日本南ブレスピテリアンミッション 淀川キリスト教病院 NICU 病棟 課長
平松 瑞子	宗教法人在日本南ブレスピテリアンミッション 淀川キリスト教病院 地域医療連携センター (退院支援)
竹内 志布子	宗教法人在日本南ブレスピテリアンミッション 淀川キリスト教病院 地域医療連携センター 医療社会事業課 コーディネーター
最上 友紀子	地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪府立母子保健総合医療センター 小児神経科 部長/患者支援センター 在宅医療支援室
錦戸 和喜	地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪府立母子保健総合医療センター 呼吸器・アレルギー科 部長/患者支援センター 在宅医療支援室
松尾 規佐	地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪府立母子保健総合医療センター 看護部 外来看護部長/患者支援センター 在宅医療支援室
荒川 つくし	地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪府立母子保健総合医療センター 看護部/患者支援センター 在宅医療支援室
一ノ瀬 由加	地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪府立母子保健総合医療センター 患者支援センター 在宅医療支援室 コーディネーター
水出 明子	地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪府立母子保健総合医療センター 患者支援センター 在宅医療支援室 調査支援員