

勇美記念財団小児在宅医療推進会議報告書 vol.6

2015年9月～2016年7月

2016年8月

医療法人財団はるたか会

子ども在宅クリニックあおぞら診療所墨田 前田浩利

目次

はじめに（小児在宅医療の現状）	P1
1、我が国の小児医療の危機の背景—少子高齢化	
2、病院にとどまり続ける子ども達	
3、子どもが死なない国	
4、地域社会における医療機器と医療ケアが必要な子どもの急増	
5、小児在宅支援の展望	
会議の基本的考え方と構成員	P7
1、小児在宅医療推進会議の理念・目的	
2、小児在宅医療推進会議の構成員の基本的考え方	
3、参加者名簿	
各会議概要と講演資料	P9
第29回会議	
第30回会議	
第31回会議	
第32回会議	
第33回会議	
第34回会議	
まとめ	P98
謝辞	P99

【はじめに（小児在宅医療の現状）】

1、我が国が直面する少子高齢化という課題

現在、我が国は、少子高齢化という大きな壁に直面している。それに伴い医療は二つの大きな課題を抱えている。一つは、成人医療の領域で、超高齢社会への突入によってもたらされる様々な課題である。二つ目は、私たち小児科医が直面している医療の進歩による医療依存度の高い重症・病弱児の急増という課題である。

2、病院にとどまり続ける子ども達

小児科領域において、医療ケアが日常的に必要な子どもの急速な増加が、問題になっている。それは、医療ケアが必要な子どもが、病院から外に出ることができず、病院に留まり続け、そのベッドの稼働率が低下し、新規の入院を取れなくなるからである。この問題が、いち早く明らかになったのが、NICU（新生児集中治療室）である。出産間近で、脳出血を起こした妊婦が、受け入れてくれる病院が見つからず、東京中を救急車で廻った結果、自宅近くの都立墨東病院によりやく収容されたものの、結局は死亡された2008年に起こった「墨東事件」は多くの方の記憶に残っていると思われる。これは、脳出血の治療を行う脳外科がいっぱいだったからではなく、生まれてくる赤ちゃんの治療を行うNICUが、東京中で満床だったからである。この事件以来、NICUのベッドの稼働率を低下させる原因である長期入院児が問題になった。そして、長期入院児の地域移行を進めるため、様々な努力が行われた。しかし、これを困難にしている要因は、NICUの側のみならず地域の側にある。地域に、このような重症児を支える社会資源がほとんど無く、極めて医療依存度の高い超重症児が、主に家族の力で在宅療養を送っているのが地域の現状である。このような状況が続けば、家族は疲弊し、子どもの状態は容易に悪化し、在宅療養の継続が困難になり、入院頻度が増え、その地域の小児医療の基幹病院の負担が益々増加することになる。重症児、あるいは医療ケアが必要な病弱児を地域で支えていくためには今後、小児在宅医療を整備することが焦眉の急であり、今、小児在宅医療の整備を進めなければ、小児医療そのものが崩壊しかねない。

3、子どもが死なない国

この問題の背景には、小児医療の急速な進歩がある。我が国の小児医療は、急速に進歩し、我が国は、世界でも類を見ない子どもの死なない国になった。国民の年間死亡者数が120万人を超す現在、19歳以下の小児の年間死亡者数は、約5800人であり、死亡原因で最も多いのが事故であることを考えると、病気で亡くなる子どもは更に少ない。

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

新生児の死亡率も、WHOの2011年の統計によると、新生児1000人の中の死亡者は1人であり、これは、米国の4人、英国の3人、ドイツの2人に比べても少なく、世界1の救命率である。未熟児の出生数が、年々増えていることを勘案すると、これは本当に素晴らしい成果であろう。

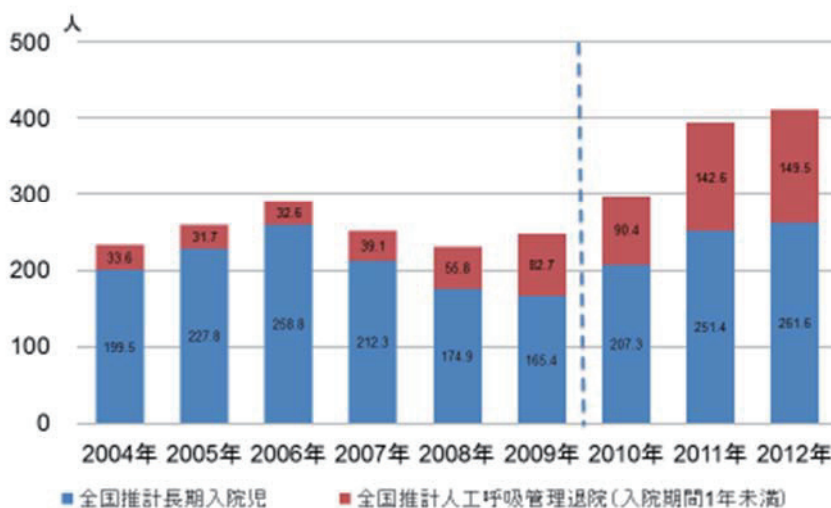
4、地域社会における医療機器と医療ケアが必要な子どもの急増

同時に、救命と治療に集中してきた小児医療は、これまで予想しなかった問題に直面している。それは、医療機器、医療ケアに依存して生存する子どもたちの急激な増加による医療システムへの圧迫と不適合という問題である。これによって、我が国の小児医療は、重大な危機に直面している。それは、在宅生活支援のための社会資源のほとんどない地域社会における、医療機器と医療ケアを必要とする子どもたちの急激な増加である。つまり、現在、成人以上に、小児の医療資源の地域移行あるいは地域の在宅医療資源の整備は遅れており、地域における在宅医療および生活支援のための社会資源は、ほとんど整備されていない状況である。これは、我が国いずれの地域でも、共通した状況である。しかるに、そのような資源の乏しい地域社会に医療機器と医療ケアが必要な子どもたちが、急速に増えている。



図に示すようにその要因が3つある。一つは、NICU（新生児集中治療室）からの医療ケアを必要とする子どもたちの地域への移行であり、厚生労働省はじめ行政の問題意識がとりわけ高い問題である。NICUは、図3に示すように、社会の要請として新しく出生する新生児を受け入れなければならない。そのために、病床の回転率をあげるため長期入院児を減らしたい。しかるに、医療機器と医療ケアを必要とするNICUの卒業生を受け入れる施設は、現状では、一部の重症心身障害児施設を除いては、ほとんど無い。多くの重症心身障害児施設は、医療の進歩によって長期生存が可能になったこともあり、入所者が動いていないため、既に一杯で、新規の受け入れは困難である。また、NICUから退院する医療ケアが必要な子どもを受け入れる病院も少ない。従って、そのような子どもたちは、医療機器と医療ケアを必要としながら自宅、地域に帰らざるを得ない。以下に示す図3のグラフは、NICUの長期入院児の全国調査である。

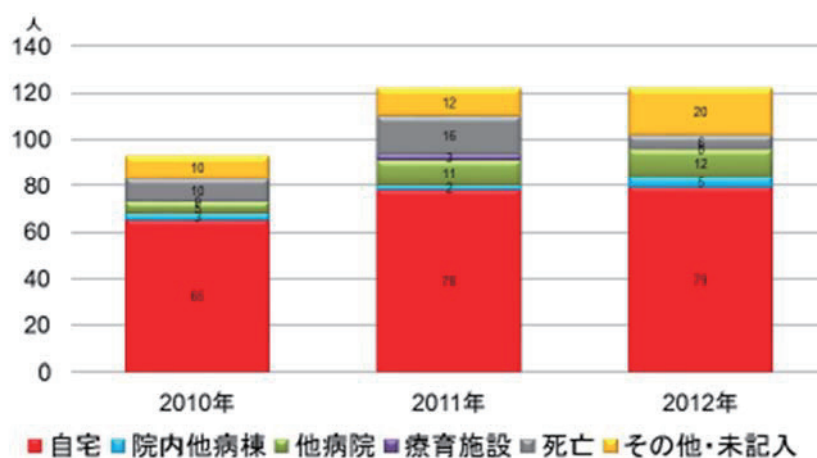
長期入院児と退院時人工呼吸管理児の推定全国推移



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

この表の青の部分は、各年に発生する1年以上の長期入院児の数を示している。各年なので、これが蓄積していくことになる。NICUの長期入院児は、2006年をピークに2009年まで減少しているが、2010年から再度増加に転じている。また、赤は人工呼吸器を着けたまま、退院している子どもで、年々増加し、8年で約5倍になっている。これらの子どもの多くが、図4に示すようにNICUから自宅に帰っている。

呼吸管理(気切・CPAP含む)必要児の最終転帰(生後1年以内)



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

二つめの要因は、小児科病棟からの医療機器と医療ケアを必要とする子どもの地域移行である。新生児医療のみでなく、小児医療においても、救命技術は進歩し続けている。NICUに比べ、小児科の病床数が圧倒的に多いため、まだ小児科病棟の満床問題は表面化していないが、小児科の病棟でも、医療機器と医療ケアが必要な重症児の長期入院が常態化し、病床の稼働率が低下している。東京都では、大学病院や、成育医療研究センターなどの高度医療機関の小児科への入院が困難な状態が続いている。更に、これまでは見られなかった問題も発生している。それは、先天性の腸の異常で、24時間の中心静脈栄養が必要だが、それ以外は知能も運動も正常な子どもや、かつては心肺同時移植しか救命の術が無かった原発性肺高血圧症で24時間肺血管拡張薬を持続点滴しているが、普通の学校も通える子ども（何らかのトラブルで肺血管拡張薬の点滴が途絶すると生命に重大な危険が及ぶ）や、重度の先天性の心疾患などで、知能は正常で、自力で移動もできるが気管切開、人工呼吸器、経管栄養を行っている子どもなど、これまでの寝たきりの障害児の範疇に収まらない新しいタイプの医療ケアが必要な子どもたちが退院してきていることである。これらの子どもたちを自宅、地域でどうケアするのか、現状の在宅医療には、そのための方法論はまだ十分用意できていない。三つめの要因は、もともと自宅、地域で暮らす重症児の加齢に伴う重症化の問題である。NICUや、小児医療の医療技術が発達しはじめた30年~20年ほど前に生まれ、救命された重症児は、寝たきりであり、歩行不能で話せない重症心身障がい児でも、医療機器や医療ケアは不要で、介助すれば自力で食事を食べることができ、養護学校（特別支援学校）、病院に通い生活してきた。しかし、その子どもたちが、加齢と共に、医療ケアを必要とするようになっていく。また、ダウン症の子どもたちも長期に生存できるようになっているが、同時に身体機能の衰えが親より早く、気管切開や経管栄養などの医療ケアを必要とするようになる。これらの子どもたちは、社会資源を活用せず、親だけで介護している場合がほとんどである。これも表面化していないが、ひそかに、しかし確実に起こりつつある非常に重大な問題である。既に、介護している家族が突然死し、障害のある若年の方も、餓死していたのが発見されたという悲しい報道が最近いくつかあった。そのような事件が今後急速に増える可能性はあり、その背景には、もともと自宅、地域で家族の力だけで介護していた重症児の加齢に伴う重症化の問題がある。

5、小児在宅支援の展望

小児の在宅支援に関しては、介護者が声をあげにくい背景がある。それは、子どもの介護は親がすべきという社会通念が我が国にはまだまだ根強いこと。また、介護負担が大きすぎ、親同士がつながる余裕がなく、その声が大きくなならないということである。行政も在宅医療の対象となる子どもが地域にどれくらいいるのかが全くわからない現状の中、患者とそのニーズを掘り起こし必要がある。そのためには、相談機能とコーディネート機能の整備が必須である。そして、相談、調整機能をベースとしながら、訪問看護、訪問リハビリ、訪問介

護、そしてレスパイトサービスが適切に組み合わせり、更に、病院との連携を図ることではじめて、小児の在宅支援はうまく機能する。そこで、全ての支援、サービスの共通の理念となるべきは、「子どもと家族のニーズに合わせて、福祉と医療が協働してその生活と人生を支える」ということであろう。福祉と医療は、発想が異なる点があり、その違いを認識しておくことが重要である。重症児や病弱児在宅支援において、医療ケアは必須であるが、病院における医療ケアをそのまま適用しようとする生活に支障をきたすことも多い。医療者の発想も、患者、利用者の生活上のニーズより、命を守るために、安全、清潔、医学的正しさを優先する傾向がある。安全を優先すれば、活動範囲を制限せざるを得ず、安全、清潔を優先すれば、ケアの手順は複雑になり、生活を阻害する。福祉には、もともと、利用者のニーズを最優先し、それに応える発想が根強い。この両者が、互いを理解し合い、「**子どもの命を守りつつ、その生活や人生を豊かにし輝かせる**」という共通の目的に向かって協働することが、小児在宅支援を成功させる鍵であると考えている。

そのために、本勇美小児在宅医療推進会議は、様々な職種、立場の方がフラットに自由に学び合える場を提供してゆきたいと考える。

更に本年は、小児在宅医療推進会議が始まって5年目に当たる節目の年とも言える。そのような年に、近畿圏で小児在宅医療を推進するための場として、優美記念財団小児在宅医療推進会議大阪分科会を開始していただいたことは、私たちにとって大きな喜びであり、励みとなった。今後、大阪分科会と東京での会議が、歩調を合わせ、我が国の小児在宅医療推進のセルモーターとなっていくことを願う。

【会議の基本的考え方と構成員】

1、小児在宅医療推進会議の理念・目的

■理念

- 安心して子どもを産み、育てることのできる社会を創造する
- そのために、我が国に地域と病院の循環型の小児医療システムを構築し、重症児とその家族が安心して生活できる社会を創るための小児在宅医療の在り方とその推進のための方策に関して討議、検討してゆく。

■目的

- 小児在宅医療を推進し、
 - ・在宅医療の対象となる重症児の生活の質を守り向上させる
 - ・重症児をもつ家族の生活を守りその質を向上させる
 - ・重症児の病院から地域への移行をスムーズに行い、重症児が病床を占有することのない循環型の医療体制を構築する
 - ・それによって適切な医療資源の活用を行い、小児医療の質の維持と向上に貢献する
- 上記を実現するために、日本の小児医療に関わる医師、看護師の意識を変え、小児在宅医療への関心と理解を広げる。

2、小児在宅医療推進会議の構成員の基本的考え方

■学会横断 小児科学会 新生児学会

■職種横断 医師 看護師 その他の職種も含む

■官民横断 厚労省 公的医療機関 民間医療機関

■臨床現場横断 病院、開業医、重度心身障害児施設

3、構成員

・参加者名簿（敬称略）次ページ参照

・厚生労働省関連部署

（医政局地域医療計画課、社会・援護局 障害保健福祉部、雇用均等・児童家庭局母子保健課、保険局等）

・文部科学省 特別支援教育調査官

・東京都庁関連署

（福祉保健局 医療政策部 救急災害医療課、障害者施策推進部 居住支援課等）

「小児在宅医療推進のための会」参加委員名簿（2016.7.1当時）

	氏名	所属	役職
1	いわさき ゆうじ 岩崎 裕治	東京都立東部療育センター	副院長
2	いわもと しょうたろう 岩本 彰太郎	三重大学医学部附属病院 小児トータルケアセンター	センター長
3	うめはら みのる 梅原 実	うめはらこどもクリニック	院長
4	えんどう ふみお 遠藤 文夫	くまもと江津湖療育医療センター	総院長
5	おいかわ いくこ 及川 郁子	東京家政大学 家政学部児童学科	教授
6	おざわ ひろし 小沢 浩	島田療育センターはちおうじ	所長
7	さかい ひろかず 阪井 裕一	埼玉医科大学総合医療センター小児科	教授
8	すずき まちこ 鈴木 真知子	京都大学大学院 医学研究科人間健康科学系専攻 成育看護学	教授
9	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
10	たかはし あきひこ 高橋 昭彦	ひばりクリニック	院長
11	たむら まさのり 田村 正徳	埼玉医科大学総合医療センター小児科	教授
12	とくます ひろのぶ 徳増 裕宣	公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構 臨床研究支援センター	チーフフェロー
13	とみた すなお 富田 直	東京都立小児総合医療センター 神経内科	医長
14	なかむら ともお 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
15	なぐら みちあき 奈倉 道明	埼玉医科大学総合医療センター小児科	講師
16	ならま みほ 奈良間 美保	名古屋大学医学部保健学科看護学専攻 発達看護学講座	教授
17	ひらばやし ゆうこ 平林 優子	信州大学医学部保健学科看護学専攻 小児・母性看護学領域	教授
18	べにや ひろゆき 紅谷 浩之	オレンジホームケアクリニック	代表
19	ほそや りょうた 細谷 亮太	聖路加国際病院	顧問
20	★まえだ ひろとし ★前田 浩利	医療法人財団はるたか会	理事長
21	まつふじ ひろし 松藤 凡	聖路加国際病院	副院長
22	みやさか かつゆき 宮坂 勝之	聖路加国際病院 周術期センター	センター長
23	やまざき かずこ 山崎 和子	埼玉県医科大学総合医療センター 小児科	医員
24	わたなべ しょう 渡辺 象	医療法人社団 じゅんせいクリニック	院長
25	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

★座長

(50音順・敬称略)

オブザーバー

	氏名	所属	役職
1	やまくち なおと 山口 直人	心身障害児総合医療療育センター 小児科	

【各会議概要】

■第29回会議

日時：2015年9月11日（金）19：00～21：00

場所：東京ステーションコンファレンス6階 「605B」（東京都千代田区丸の内1丁目7-12）

出席者：伊藤正一、岩本彰太郎、内海亮、大西延英、小沢浩、小島裕司、白水那智、
鈴木真知子、鈴木保宏、高橋昭彦、田村正徳、冨田直、中村知夫、奈倉道明、
萩庭圭子、分藤賢之、前田浩利、松本陽子、宮田章子、和田浩（20名）

オブザーバー：山口直人、東京都職員5名

議事：座長挨拶 メンバー紹介

講演：

- ① 病院と行政との協働—世田谷区が実施した「在宅で医療的にケアを必要とする障害児者に関する調査」を通して見えてきたもの
中村知夫様（国立成育医療研究センター総合診療部・在宅医療支援室医長・室長）
- ② 多摩地区の小児在宅医療にかかわって～現場からの報告～
宮田章子様（さいわいこどもクリニック院長）

報告

第5回日本小児在宅医療支援研究会のご報告

<意見交換>

内容：

まず中村先生が、昨年、世田谷区が実施した「在宅で医療的にケアを必要とする障害児者に関する調査」という画期的な調査に関して、成育医療センターという日本を代表する小児専門病院であるだけでなく、地域の小児科中核病院の在宅診療科の責任者として、お話しされた。この調査は、地域の小児在宅患者の現状を把握して、世田谷区の特長、患者のニーズに届く支援を行いたいという世田谷区の意向で実施された。世田谷区は、東京23区の南西部にありまして、23区最大の人口88万人で、どんどん増えているという区である。18歳未満の人口が12万人、これも増加傾向で、待機児童が一番多い区でもある。その世田谷区で調査を実施して、在宅で生活している超重症児者は、世田谷区は、全国平均の5倍から10倍くらいはいて、しかも成育医療センターのある地区が最も多く、増加し続けているとのことだった。そして、医療的にケアを必要とする障害児が、障害者手帳や療育手帳を持っていない場合も多く、その実数を把握することの困難さが明らかになった。

つぎに、奈倉先生から、9月5日に大宮で開催された第5回日本小児在宅医療支援研究会について報告があった。今回は非常に多くの演題が集まり、非常に盛況で、小児在宅医療への関心の高まりが伺われた。

最後に、多摩地区の小児在宅医療にかかわって—現場からの報告というテーマで、宮田先生が講演された。宮田先生は、約12年前の2003年に、3歳で初めて退院する先天性のミオパチーのお子さんの訪問診療を行い、その後、そのお子さんは6か月で亡くなったが、その方の弟が双子で生まれたのを契機に、2007年から本格的に在宅医療を始められた。それから、2010年に都立小児総合医療センターが開設し、急に新患が増え、現在2010年からの5年で28件の新患の依頼があった。しかも、最近急激に重症な子どもが増えている。その中で様々な患者さんやご家族との出会いがあり、中でも、宮田先生にとって忘れられない経験になった6歳の神経芽腫の子の看取りのケースのお話が心に残った。地域で開業された小児科医が実践する小児在宅医療のモデルが宮田先生の実践であり、そこに小児科医の生きがい、やりがいもたくさん秘められていると感じた。

その後、講演内容について様々議論が行われた。



病院と、行政との協働

世田谷区が実施した
「在宅で医療的ケアを必要とする障害児者に関する調査」
への協力を通じて見えてきたもの

国立成育医療研究センター
総合診療部 在宅診療科、医療連携・患者支援センター

中村 知夫



小児在宅患者の現状

- 年々小児在宅患者は増加している
- 小児在宅患者は重症患者が多い
- 医療の進歩により、今後も数も増加し、重症度も高くなることが予測される
- しかし継時的な、実数と状態把握がなされていない



どのような取り組みをすべきか方向性が見えない

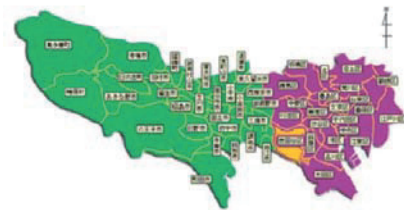
世田谷区が実施した
「在宅で医療的ケアを必要とする障害児者
に関する調査」

地域の小児在宅患者の現状を把握する



世田谷区の特徴、患者家族のニーズに
基づいた支援が行える

世田谷区



- 東京23区の南西部
- 23区最大の人口 88万人 増加傾向

世田谷区の子ども



- 18歳未満の人口 12万人 増加傾向
- 待機児童数が日本一多い

多子高齢化

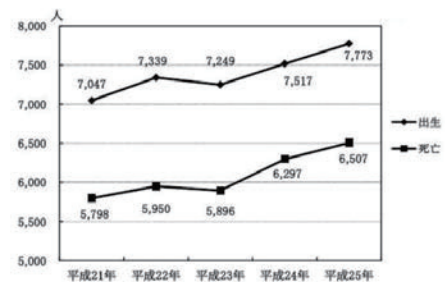
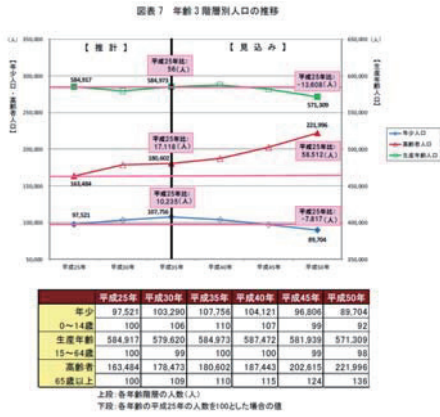
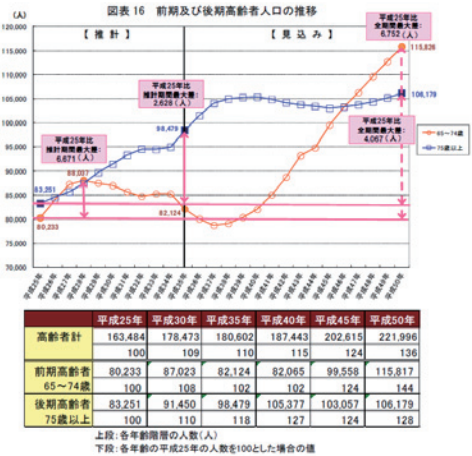


図5: 出生数と死亡数の推移(世田谷区)

引用: 世田谷区『平成25年度 統計書 人口編』P.30



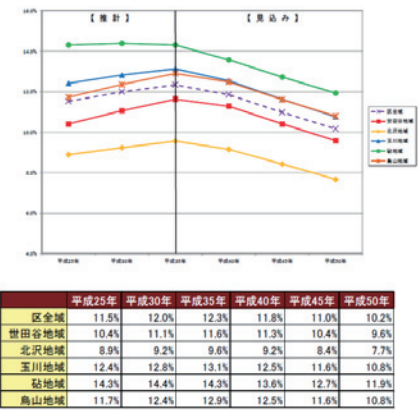
年少人口(0～14歳)



図表10 世田谷区における年少人口の構成比(全国、東京都との比較)
(平成28年からの5年間隔)



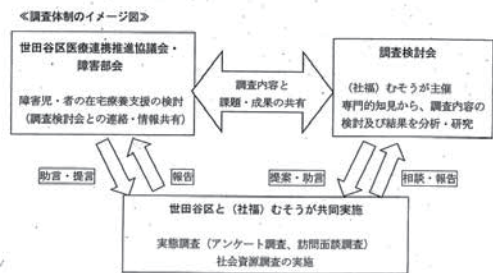
図表26 世田谷区における年少人口の構成比(世田谷区全域及び各地域)



事業の概要

事業名	東京都在宅療養推進区市町村支援事業 「東京都保健医療計画に掲げた課題を解決するために実施する在宅療養体制の構築」
実施主体	世田谷区保健福祉部計画調整課、(社)むそう
事業目的	<ul style="list-style-type: none"> 世田谷区には公立の小児専門病院があり、医療ニーズを有する在宅の障害児・者等が多く居住 地域の医療機関、訪問看護、相談支援事業者等の連携→医療・介護サービスの提供や相談支援等を充実 医療ニーズを有する障害児・者に対する在宅療養支援体制を構築
事業内容	<ul style="list-style-type: none"> 検討の推進：地域の医師会、病院、訪問看護、福祉施設等で構成する会議体を設置 対象者の実態把握：アンケート調査、ヒアリング調査 医療・介護の資源調査 医療・介護サービス基盤、相談支援の充実 担い手の人材育成等 ネットワークづくり：障害児・者に対応する医療・介護等の関係者による地域のネットワーク会議を開催

実施主体



調査の概要

調査名	在宅で医療的ケアを必要とする方へのアンケート調査
調査対象	以下の条件全てを満たす者 ■世田谷区在住 ■医療的ケアを継続的に必要とする(障害者手帳を取得していない場合を含む) ■平成27年3月31日時点で65歳未満 ■現在、在宅で生活している(施設入所中・長期入院中は除く)
調査方法	■ 調査票を郵送、または、手交で配布 ■ 郵送回収
調査時期	平成26年10月～平成27年2月

※「医療的ケア」の範囲※

- ・「医行為」とは異なり、日常生活に不可欠な生活援助行為であって、長期にわたり継続的に必要とされる以下のようなケアをさす。
- ・気管切開、人工呼吸器、吸引、エアウェイ、在宅酸素、経管栄養、胃瘻、中心静脈栄養、導尿、腹膜透析、尿道留置カテーテル、ストマ、腸瘻等

成育医療研究センターの関わり

世田谷区医療連携推進協議会障害者部会
調査検討会への参加

①調査内容の検討、結果の分析検討

病院倫理審査委員会社会医学研究部の研究計画書の提出、審査、承認

②調査説明書を作成し、センターで加療されている患者家族に対し調査票に同封し郵送

③アンケート内容についての説明会の開催

配布方法(1027人重複あり)

配布主体	方法
世田谷区役所	今回の調査に該当する可能性が高い者を区保有のデータから抽出し、郵送(又は手交。)
世田谷区内(及び区内の小児に訪問実績があると思われる)訪問看護ステーション	関わっている利用者等のうち、今回の調査に該当する可能性が高い者に、相談対応等に手交。
東京都立光明特別支援学校	保護者会で、今回の調査に該当する可能性が高い世田谷区在住の児童・生徒の保護者に手交。
国立成育医療研究センター	今回の調査に該当する可能性が高い世田谷区在住の外來患者に手交。
重症心身障害児(者)を守る会(保護者団体)	会を通じて手交又は郵送
都立重症児センター	センターを通じて手交
世田谷区内医師会	医師会事務局に預け、事務局を通じて、アンケートの実施を周知し、対象者に該当する患者のいる医師からの意思表示により、用紙を郵送

区保有のデータ

- ・在宅レスパイト事業の利用登録者
- ・在宅重症心身障害児・者の訪問看護利用者
- ・災害時個別支援計画の対象者
- ・酸素購入費の助成対象者
- ・重度心身障害者(児)の日常生活用具の給付を受け、在宅での医療的ケアが必要と考えられる者(透析液加温器、酸素吸入装置、ネブライザー、電気式たん吸引器、ストマ装具、パルスオキシメーター等)
- ・難病患者の日常生活用具の給付を受け、在宅での医療的ケアが必要と考えられる者(ネブライザー、電気式たん吸引器、パルスオキシメーター等)
- ・小児慢性疾患特定疾患時の日常生活用具の給付を受け、在宅での医療的ケアが必要と考えられる者(ネブライザー、電気式たん吸引器、パルスオキシメーター等)
- ・保健師の通常業務で把握している者で、本調査の対象に該当する可能性がある者

図表1 調査票配布のルート・配布件数

配布主体	方法	配布件数		
		合計	18歳未満	18歳以上
世田谷区役所	今回の調査に該当する可能性が高い者を区保有のデータから抽出し、郵送。	200	75	125
区内の訪問看護ステーション、区内障害児への訪問実績がある他地区の訪問看護ステーション	関わっている患者のうち、今回の調査に該当する可能性が高い者に相談対応等に手交。	(197)	(127)	(70)
東京都立光明特別支援学校	保護者会で、今回の調査に該当する可能性が高い世田谷区在住の児童・生徒の保護者に手交。	135	125	10
国立成育医療研究センター	今回の調査に該当する可能性が高い世田谷区在住の外來患者に手交。	243	189	54
重症心身障害児(者)を守る会(保護者団体)	会を通じて手交又は郵送	82	10	72
都立重症児センター	センターを通じて手交	10	10	0
世田谷区医師会	今回の調査に該当する可能性が高い世田谷区在住の外來患者に手交。	(160)	(50)	(110)
合計		1027		

1.1-8 調査票回収状況

合計	18歳未満	18歳以上
204件	127件	77件

18歳未満で医療的ケアが必要な人が
1万人あたり10人
18歳以上で医療的ケアが必要な人が
1万人あたり1人

* 18歳未満の人口は12万人

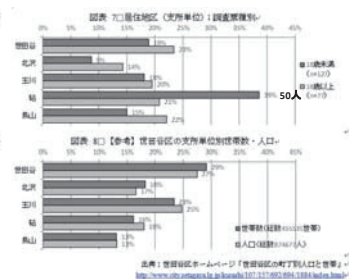
超重症障害児の我が国の現状 全国8府県のアンケート調査

- ・宮城、千葉、神奈川、滋賀、奈良、大阪、兵庫、鳥取で20歳未満の超重症児を日本小児科学会倫理委員会(杉本ら)が2007年に調査
- ・超重症児は1246人で、67%が新生児期に発症し、発生率は小児人口1000人対0.19～0.45 平均して0.3(全国に6800人と推計)
- ・在宅児は約70%
- ・在宅超重症児は、人口10,000人対2

調査内容

基本情報	<ul style="list-style-type: none"> 性別、年齢 居住地区、居住年数 療養環境を整えることと居住地区の関係 障害者手帳の状況、障害支援区分 	<ul style="list-style-type: none"> 心身の状態、日常生活上の介助の要否 日中の主な生活の場 手当等の受給状況
医療ニーズ 医療的ケア	<ul style="list-style-type: none"> 現在の健康状態 障害を有する原因となった疾患 障害の発症・主たる疾患の診断の時期 出生週数、体重、NICUへの入院有無 日常的に必要な医療的ケア、頻度・かかる時間 この1年に定期的に通院している病院・診療所の箇所数、名称、診療科、頻度、受診方法、所在地、きっかけ 病院・診療所にかかる時に困っていること 	
福祉ニーズ 生活支援サービス	<ul style="list-style-type: none"> 公的な生活支援サービスの利用有無、現在利用しているサービス、サービス利用で困っていること、サービス利用しない理由 在宅での生活を始めるにあたって相談した機関等、相談に当たって困ったこと 現在在宅での生活をするにあたって相談している機関等、相談に当たって困っていること 	
家族の生活状況	<ul style="list-style-type: none"> 世帯の人数、同居者の続柄 主たる介護・看護者の続柄、年齢 主たる介護・看護者の健康状態 主たる介護・看護者の1日の平均睡眠時間、睡眠の形態 代替りの介護・看護の有無：ありの場合、属性、お願いできる時間数 介護・看護を行うにあたっての不安や悩み 	
その他	<ul style="list-style-type: none"> 在宅で生活しているうえでの意見・要望・健康状態、日常生活、医療・保健サービスの利用、福祉・介護サービス等の利用、将来の生活設計 	

どこに住んでいるか



成育のある砧地区に小児在宅患者が集中している
 ⇒ 小児を診れる訪問看護の不足、訪問医の普及、薬局の協力
 レスパイト、訓練施設の確保
 大人への移行

基本情報：住まい

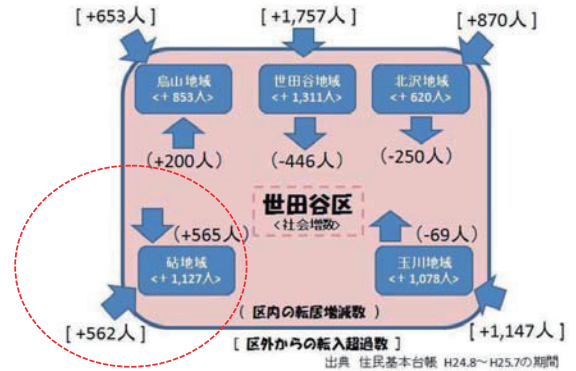
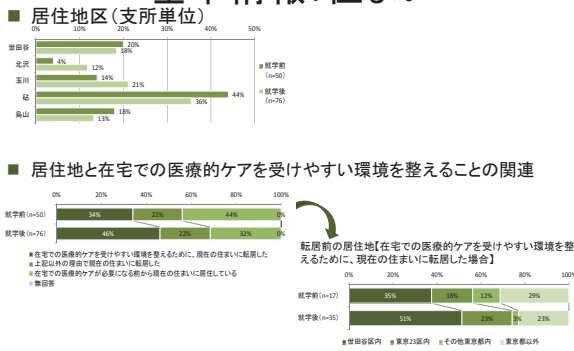
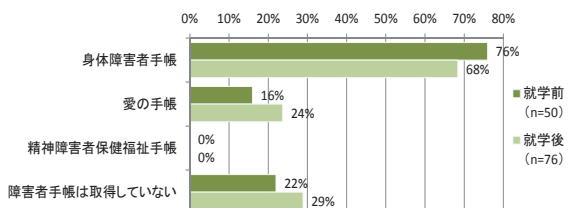
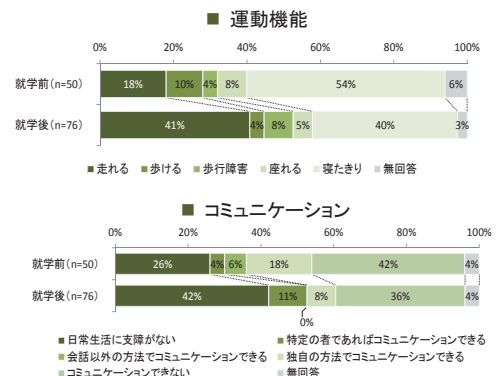


図 15: 世田谷区内の社会増減数(5地域別)

障害者手帳等の状況



心身の状態



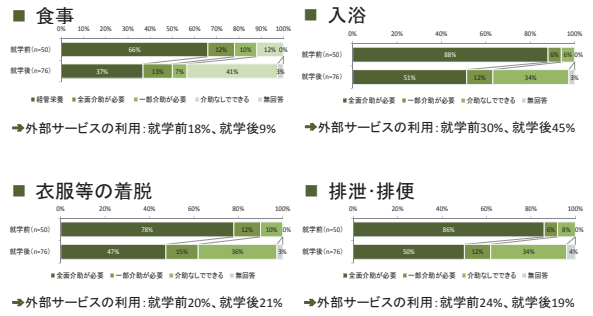
心身の状態

18歳未満では、

- 「寝たきり」45%
- 「走れる」32%
- 「座位が保持できる」50%
- 「座位が保持できない」46%

18歳未満には医療的ケアが必要であっても比較的活発に動ける層と動けない層が同程度いることがうかがえる。

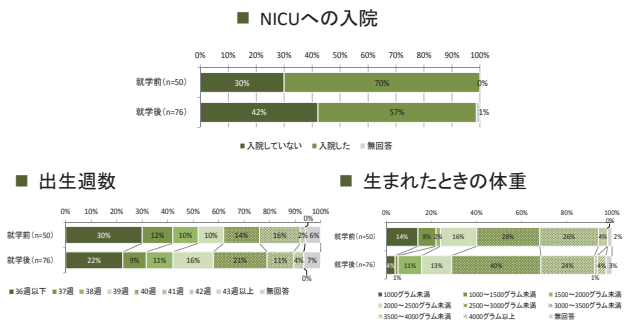
基本情報：日常生活での介助の要否



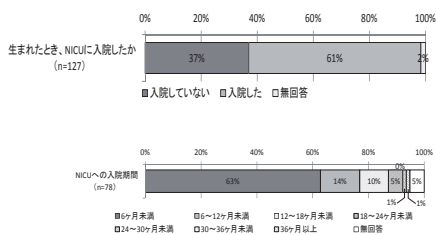
日常生活における介助

- 食事、衣服等の着脱、入力、排泄・排便いずれの項目も、18歳以上と比べ18歳未満の介助の必要度が高い。
- 介助の実施者を見ると、「同居家族が実施」の割合が最も多い
- 18歳以上と比べ18歳未満は「同居家族が実施」の割合が多く、「外部サービスを利用」の割合が少ない。

出生時の状況

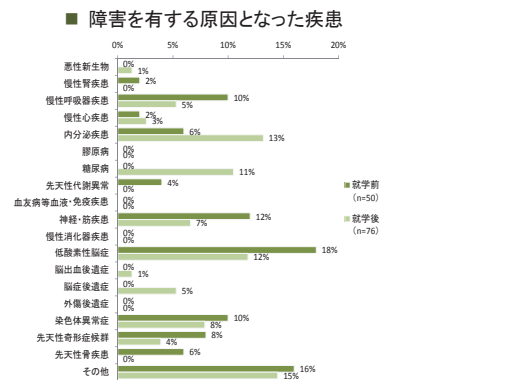


NICU入院

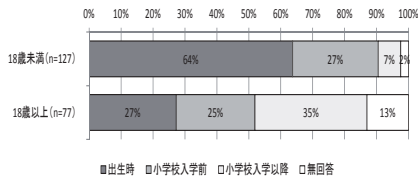


NICU長期入院児が多い

医療ニーズ：障害の発症

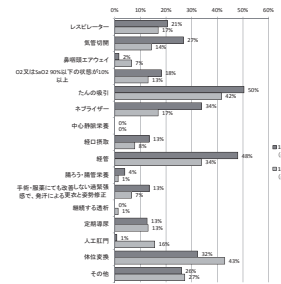


障害の発症、または主たる疾患等の診断の時期



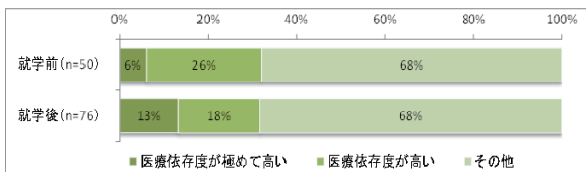
18歳未満では、
 ・「出生時」64%、
 ・「小学校入学前」27%で、9割が就学前に障害を発症
 18歳未満では、
 ・「出生時」27%、
 ・「小学校入学前」25%で、5割が就学前に障害を発症

日常的に必要な医療的ケア



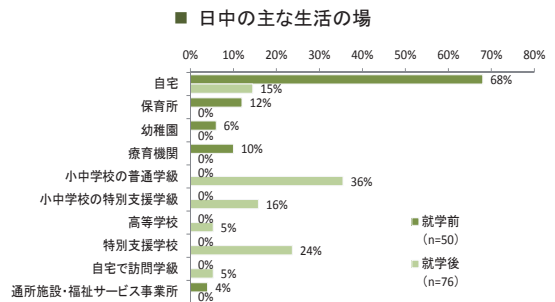
子どもも成人も医療的ケア度が高い

医療依存度の高低

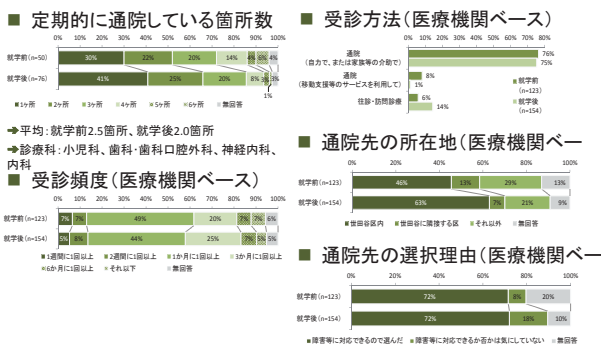


※医療依存度は、「超重症児スコア」に準じて算出。

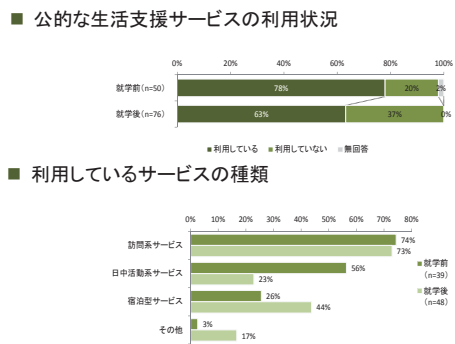
基本情報：日中活動



医療ニーズ:定期的な通院状況

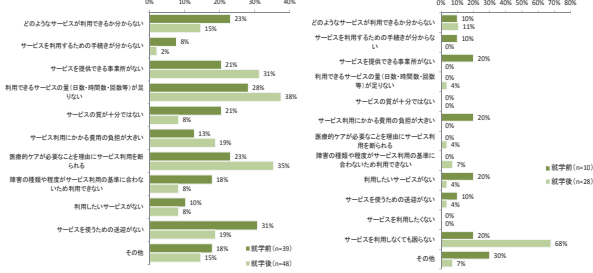


福祉ニーズ:サービス利用状況



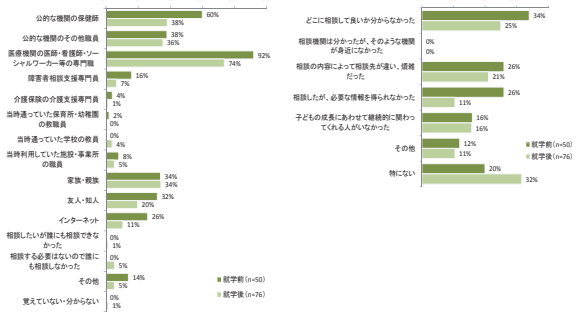
福祉ニーズ:サービス利用の困りごと

■ サービスを利用している場合 ■ サービスを利用していない場合



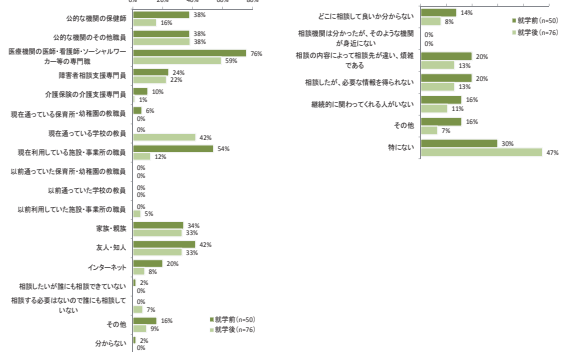
在宅生活を始めるに当たっての相談

■ 相談先 ■ 相談で困ったこと



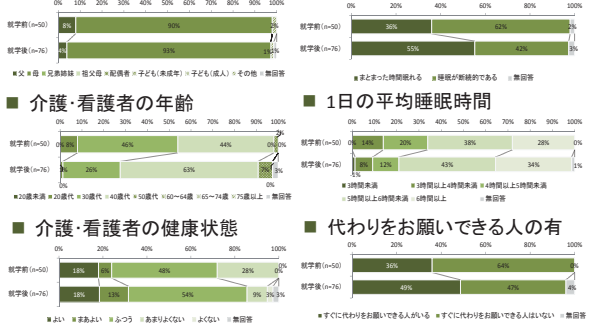
現在の在宅生活上の相談

■ 相談先 ■ 相談で困ったこと

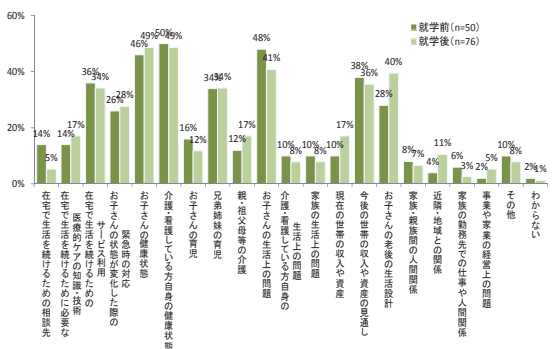


介護・看護者の状況

■ 本人からみた続柄 ■ 睡眠の形態



介護・看護を行うに当たっての不安・悩み



調査結果の考察

- 居住地域:「砧」支所エリアへの期待
- 相談支援体制の整備の重要性
- 医療的ケアにも対応できる社会資源(生活支援サービス)の整備
- 障害者を受け入れられる身近な医療機関の重要性
- 厳しい健康・睡眠状態で孤立しがちな介護・看護者への支援
- 地域特性を踏まえた移動手手段の確保

調査結果より

- 世田谷区の小児在宅患者数がほぼ把握できた
- 小児在宅患者がどこで、どの様な生活をしているかがわかった

しかし、

- 親や患者の協力が必要
- 時間とコストがかかり、毎年するのは無理

多摩地区の 小児在宅医療にかかわって —現場からの報告—

さいわいこどもクリニック
宮田 章子



勇美財団
2015.9.11

当院の紹介 ごく普通の小児科クリニック

- ・開設:1992年
- ・位置:東京都下 多摩地区 立川市北部
- ・診療内容:
一般小児科診療、予防接種、健診、
心理発達相談、**在宅診療**、病児保育
- ・体制:グループ診療(常勤医師 4名)
- ・診療圏:概ね半径4~5km
(在宅診療10km)
- ・コンセプト:障害のあるなしにかかわらず
どんなお子さんでも地域で
すこやかに育ってほしい。
そのお手伝いをする



当院の在宅訪問医療

- 2003年 保健師の誘いで 人工呼吸器を付けた
3歳の先天性ミオパチーK君の往診の開始
- 2007年 K君の双子(同疾患)の往診依頼
前後して同じ疾患の1歳の先天性
ミオパチーS君の依頼 3名の訪問診療開始
- 2010年 近くに高度先進医療を行う小児病院が誕生
- 2012年から
在宅依頼ケースが増加
- 2015年8月末現在 28件
(12年間で 死亡 4名 訪問から卒業 2名)

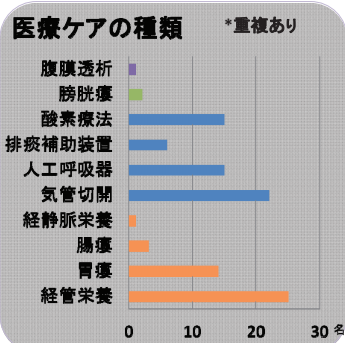
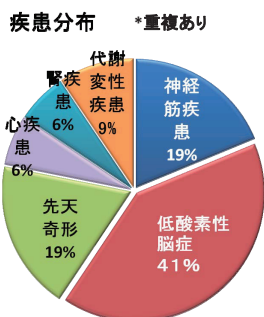
本格的に在宅診療に関わりはじめた 初めてのお子さん

9才 男児 先天性筋疾患

人工呼吸器、気管切開、胃瘻
2007年(1才時)から 丸7年半
途中 母子家庭となりつつも レスパイトを
使いながら 無事に在宅で生活中
外への活動範囲が広がっている

当院の訪問ケースのプロフィール

年齢: 10ヶ月~17才 N:28名



訪問診療範囲 現在28名



クリニックの周辺医療事情

高次機能病院

都立小児医療センター（2010年設立）
NICU、PICUの併設

神経の専門病院

都立神経病院
国立精神・神経センター

療育施設が充実

東京都内の2/3 6つの重心入所施設が
多摩地区に存在 通所の患者も多い

NICU/PICU 退院後の小児が多い



小児の在宅難病・慢性疾患患者
重症心身障害児が多い

さいわい子どもクリニックでの 訪問診療部の現状

医師:常勤1名 + 非常勤2名
診療体制:月2回の訪問診療 + 臨時往診
24時間対応の在宅療養支援診療所
患者数:28名 うち超重症児 25名

半年間の訪問実績

*看取り:6か月で 血液腫瘍患者 1名
平均件数/月(2015/1~6月)の平均)

訪問診療数	51回
臨時往診数 (時間外往診数)	9.8回 (3.3回) 看取りの臨時は除外
電話診療数	10.6回
カンファレンス数	1.1回

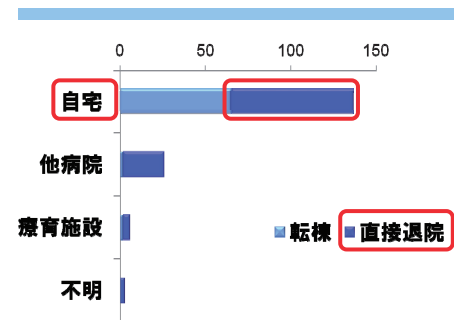
新規経管栄養・気管切開・在宅人工呼吸器 都立小児総合医療センター

	経管栄養	気管切開	在宅人工呼吸器
平成22年度	30	7	4
平成23年度	44	20	6
平成24年度	65	14	8
平成25年度	64	16	9
平成26年度	61	18	14

平成26年度の在宅呼吸器児は 14 症例に

⇒在宅呼吸器は年々増加 もはや 特別な医療機器ではない

人工呼吸器のまま1年以内に NICUから多くが直接在宅移行



厚生労働省「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(主任研究者田村正徳)班」報告書から(楠田、山口等)

立川市の12才未満の重症児の頻度

* 重心の国内平均 頻度1000人に0.3(岡田ら:2001)
そのうち重症児は 20% とされている(小林ら:2013横浜)
1000人に0.06

立川市12才未満人口: 約6万人

当院立川市内訪問症例(ほぼ100%のシェア)

超重症児 + 重症児 = 12名

1000人に 0.2名(全国平均の 3.3倍)

逆算すると 重症心身障害児は

1000人に 1名存在する計算になる(全国平均の3倍)

→ 数年前の統計は 使えない

高度医療圏の周囲の医療的依存度の高い小児の

頻度は非常に高い

特に政令指定都市と 地域との 差が著しいと予測される

重症児の在宅ケア —全国8府県の超重症児のアンケート調査より—

重症児の多くが濃厚な医療

- 人工呼吸器…………… 31%
- 気管切開…………… 54%
- 経管栄養…………… 94%

在宅医療の資源は不足している

- 訪問診療を受けている児…………… 7%
- 訪問看護を受けている児…………… 18%

当院で この10年で変化したこと

1. 重心患者・神経筋疾患以外の 多様な内臓障害の患者の増加（染色体異常 先天性心疾患など）
2. 医療的ケアの非常に多い患者の増加
呼吸 循環 代謝 栄養などの複合問題を抱えておりそれを理解し対応することが要求される
3. 以前は救命しえなかったNICU,PICU卒業の子どもが一般病棟を飛び越え在宅にそのまま移行している現状
⇒ 非常に重症
4. がんの看取りの経験
5. 広義の緩和医療を意識することが多くなっている

1. 多様な病態の子ども、3. 重症のまま退院

予後不良と言われている染色体異常の退院後の積極的治療後の安定化

1才 男子 13トリミー NICUから ほぼ直接退院

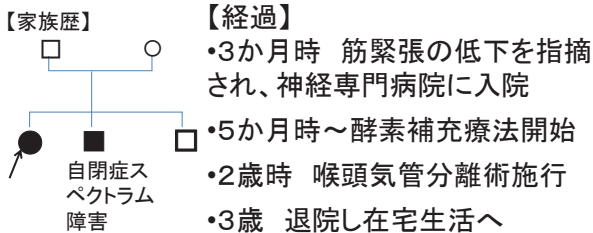
呼吸器の設定変更
心不全の対応
そして 第2子誕生



2. 医療的ケアの非常に多い子ども

在宅医側の医療介入が有効だったケース

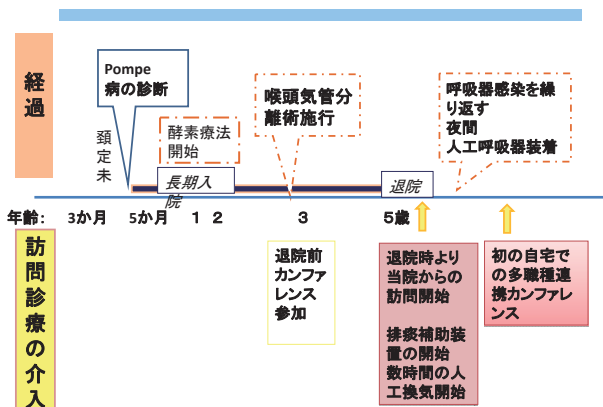
5歳女児 乳児型ポンペ病



【現在の様子】

- ・喉頭気管分離、胃管による経管栄養
- ・夜間人工呼吸器装着している。
- ・頻回の吸引を必要とする。
- ・抗重力運動は不可 わずかに指を動かす程度
- ・反応は良好。こちらの問いかけに頷きあり。口を動かし、音の形を作ることができる パパなど。少量経口摂取可。頸定 未。
- ・2週に1回 治療のため 数日間の入院を定期的に行っている

経過



介入内容

医療

- ① 排痰補助装置(カフアシストE-40)の導入
人工呼吸器の導入
- ② 経管栄養の調節
- ③ 自宅での急病時の対応・入院判断
- ④ 自宅での多職種連携会議の開催
- ⑤ 訪問歯科診療の導入

家族支援

- ① 物品・薬剤(訪問薬剤管理)の配達手配
- ② 地域の二次病院へのレスパイト先の確保
- ③ 家族の健康相談・診察

4. 末期がんの子どもの看取り

専門医でない一介の小児科医が引き受けてもいいのだろうか？とおもいつつ

- ・拘束感が大きかったが
貴重な経験となった
- ・患者さんと先輩在宅医から学んだ
- ・何よりも現場に出る事、家族と併走する
大切さを実感

5. 広義の緩和医療を意識する

予後不良の先天性疾患のケース

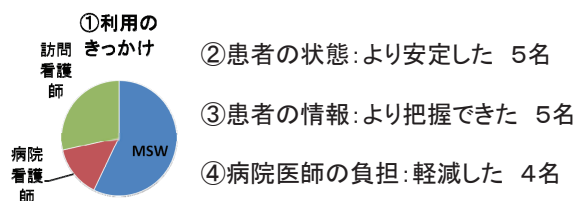
- ・重症過ぎて 本来は在宅移行は困難なケース
- ・家族の希望で 緩和の目的の在宅と言われても
貧弱な資源しかない地域のサポートは
負うべき事なのか？
- ・合意書という 書面の必要性を実感

当院訪問診療についてのアンケート

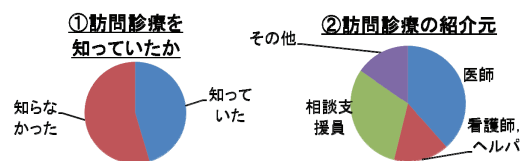
主な患者家族・病院主治医にアンケートを行った

・家族11名(回収率 55%) 病院主治医5名(回収率71%)から回答を得た

病院主治医 5名 からのアンケート結果



患者家族 11名からのアンケート結果



③訪問診療の開始後、良かった点

- ・外来受診の負担の軽減
- ・入院の要否の判断をしてもらった
- ・在宅で支援が得られる安心感
- ・薬品・物品が配達されることでの負担軽減

課題

1. 小児を診る在宅医が増えない
2. 小児の在宅医として備えるべきスキルがあがっている
(新しいデバイス 治療機器 病態に精通していく必要性がでてきている)
(在宅で新しい医ケアの導入や変更が必要)
これから参加しようと考えている 開業医はどこまで
なうことができるか？
→家族が在宅医療に求める内容とのギャップが
起きてきている
3. 多摩地区には24時間実働する訪問看護ステーションが
少なすぎる(電話相談のみでは重症の子どもを診てい
ることにはならない)

医療が必要な子どもたちが
地域で暮らしやすくなるために

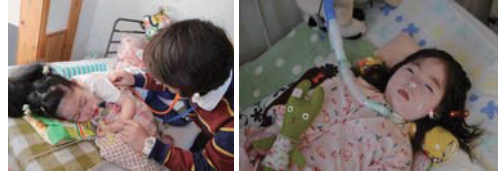
- 在宅医療になれた医師が増える
- 子どもに対応できる訪問看護ステーションが増える
- 医療的ケア(非医療者によるケア)が拡がり、
子どもの生活の場が増える
- レスパイト資源が増える



地域医療資源の育成 特に医師の場合

医学教育の現状

- 医学教育や小児科医師の研修の場で、この写真のような子どもたちの医療を学ぶ機会はほとんどない



- 「経験がないので」という理由により、重症児の診療が地域の医療機関で受け入れられにくい現状

これからの小児在宅医像は？ 今感じていること

- 1. 在宅医療になれた医師が増える事が必要だが...**
 - ・専門性の高い小児在宅医の存在が必要（ハブステーションとして存在）
 - ・ここに病院側の医師やコメディカルの交流
 - ・病医院医師の研修ローテーション
 - ・その下に安定して医ケアの方針が変わらない患者の定期訪問する医師（開業医 内科在宅医）

⇒この二つの役割分担が必要？
- 2. 福祉・教育・地域資源を知らずして 在宅医はできない**

⇒教育をうける 経験する場の提供が必要
- 3. 多職種との連携・コーディネート力**

⇒相談支援専門員や 訪問看護師との連携

重症児を理解し 支える医師を増やすためには

- **地域基幹病院**
 - *レジデント教育
 - 出前BST**
 - *NICU PICU医師
 - 訪問診療への参加
 - ローテーション制度
- **診療所**
 - *小児在宅専門医との連携
 - *サテライト機能として

後期研修医・レジデントを対象とした研修

- **出前BST** :在宅児が急性入院した時
重症児の診かたのチェックポイント
在宅での医療機器・デバイスをする
在宅児が急性疾患で入院したときの疑問
相談を気軽にできることで重症児の理解を深めてほしい
2014.9月から開始
- **在宅医療見学を研修期間に必須にする**
在宅の現状をしる

NICU・PICU医師を対象とした研修

- **現場を経験することでの 日常の診療のフィードバック**
- **高度医療の自宅アレンジ**
訪問診療への参加
ローテーション制度の導入
インセンティブの付加

診療所医師の研修

一般診療所医師の役割分担 負担を少なくする

- *小児在宅専門医との連携
- *サテライトとして機能とする

小児在宅研修は 基本実技と基礎講義

まとめ

- ✓刻々と 小児在宅の実態(数と質)が変化している
- ✓在宅小児のさらなる重症化により 求められている在宅医としてのスキルレベルが上がっている
- ✓専門病院と地域医療機関との人的交流・教育の必要性

■第30回会議

日時：平成28年11月13日（金）19：00～21：00

場所：東京ステーションコンファレンス6階「605A」（東京都千代田区丸の内1丁目7-12）

出席者：伊藤正一、岩崎裕治、大西延英、小沢浩、阪井裕一、鈴木真知子、鈴木保宏、
高橋昭彦、田村正徳、戸枝陽基、徳増裕宣、中村知夫、奈倉道明、奈良間美保、
紅谷浩之、萩庭圭子、前田浩利、松藤凡、和田浩（19名）

オブザーバー：山口直人、東京都職員2名

議事：挨拶、前回の振り返り

講演 医療的ケアを必要とする障害児・者等に対するアンケート調査結果報告
戸枝陽基様（社会福祉法人むそう代表）

<意見交換>

内容：

最初は、戸枝氏が、もともと活動拠点にしていた愛知県半田市から東京に進出された理由をお話くださったケアが必要な子どもの支援が、まだ誰も手がけていなかったときに、その支援の必要性についていち早く認識され、墨田区と世田谷区に医療的ケアが必要な子どもを受け入れる児童デイの施設を作られた。そのときに、世田谷区の担当者は、そのような子どもは世田谷には居ないと言われた。それに対して、戸枝さんが、自分の施設を見に来てくれと言われ、世田谷区も毎月のように見学され、子供たちの数が増えているので、現状を理解し始めたということである。そして、始まった世田谷区との関係の中で、今回の在宅で医療的ケアが必要な子どもの実態調査の実施が依頼された。この調査を通して、世田谷区には、非常に多くの医療的ケアが必要な子どもが生活していること、その何割かは、障害者手帳や療育手帳を持っていないこと、不足しているサービスが移動支援であること、やはり、主介護者の母の睡眠時間は短く負担は重いことなどが明らかになった。

そして、戸枝氏は、この調査結果を有効に活用するために、医療機関と区、教育、福祉の連携の仕組みを作っていくことを提案された。

その後、講演内容について様々議論が行われた。

医療的ケアを必要とする障害児・者等に対するアンケート調査結果報告 概要版

調査の概要

事業の概要

事業名	東京都在宅療養推進区市町村支援事業 「東京都保健医療計画に掲げた課題を解決するために実施する在宅療養体制の構築」
実施主体	世田谷区、(社)福むそう
事業目的	<ul style="list-style-type: none"> ■ 世田谷区には公立の小児専門病院があり、医療ニーズを有する在宅の障害児・者等が多く居住 ■ 地域の医療機関、訪問看護、相談支援事業者等の連携・介護サービスの提供や相談支援等を充実 ■ 医療ニーズを有する障害児・者に対する在宅療養支援体制を構築
事業内容	<ul style="list-style-type: none"> ■ 検討の推進：地域の医師会、病院、訪問看護、福祉施設等で構成する会議体を設置 ■ 対象者の実態把握：アンケート調査、ヒアリング調査 ■ 医療・介護の資源調査 ■ 医療・介護サービス基盤、相談支援の充実 ■ 担い手の人材育成等 ■ ネットワークづくり：障害児・者に対応する医療・介護等の関係者による地域のネットワーク会議を開催

調査の概要

調査名	在宅で医療的ケアを必要とする方へのアンケート調査
調査対象	以下の条件全てを満たす者 ■ 世田谷区在住 ■ 医療的ケアを継続的に必要とする(障害者手帳を取得していない場合を含む) ■ 平成27年3月31日時点で65歳未満 ■ 現在、在宅で生活している(施設入所中・長期入院中は除く)
調査方法	■ 調査票を郵送、または、手交で配布 ■ 郵送回収
調査時期	平成26年10月～平成27年2月

※「医療的ケア」の範囲※
 ・「医行為」とは異なり、日常生活に不可欠な生活援助行為であって、長期にわたり継続的に必要とされる以下のようなケアをさす。
 ・気管切開、人工呼吸器、吸引、エアウェイ、在宅酸素、経管栄養、胃瘻、中心静脈栄養、導尿、腹膜透析、尿道留置カテーテル、ストマ、腸瘻等

調査対象者の人数・回収数

- 対象者を正確に捕捉できる一覧データがない(組織を越えた名寄せも困難) → 区役所や関係機関等の複数ルートを通じて調査票を配布

		18歳未満	18歳以上	合計
世田谷区役所	今回の調査に該当する可能性が高い者※1を区保有のデータから抽出し、郵送。	200	75	125
訪問看護ステーション(区内+実績のある地区※2)	関わっている患者のうち、区の抽出基準に該当する状態像であって、区から調査票が届いていない者に相談対応等に手交。	18	5	13
東京都立光明特別支援学校	保護者会で、医療的ケアが必要な世田谷区在住の児童・生徒の保護者に手交。	50	50	0
国立成育医療研究センター	在宅療養管理指導科を算定している65歳未満の世田谷区在住の外来患者に郵送。	243	189	54
全国重症心身障害児(者)を守る会	世田谷区在住の会員全員に手交、または郵送。	82	10	72
重症心身障害児療育相談センター	センター利用者であって、全国重症心身障害児(者)を守る会会員でない世田谷区在住の者に手交。	10	10	0
世田谷区医師会 玉川医師会	区の抽出基準に該当する状態像であって、区から調査票が届いていない世田谷区在住の外来患者に手交。	0	0	0
合計配布数		339	264	603
回収数		127	77	204

※1 具体的な抽出基準は以下のとおり。
 在宅レスパイト事業の利用登録者/在宅重症心身障害児・者の訪問看護利用者/災害時個別支援計画の対象者/施設入居の助成対象者/重症心身障害児(児)の日常生活用具の給付を受け、在宅での医療的ケアが必要と考えられる者(送迎追加通院、搬送収入装置、ネプライザー、電気たん吸引器、ストマ器具、ハルスオキシメーター等)/重度心身の日常生活用具の給付を受け、在宅での医療的ケアが必要と考えられる者(ネプライザー、電気たん吸引器、ハルスオキシメーター等)/保健師の通常業務で把握している者。本調査の対象に該当する可能性がある者
 ※2 地域の訪問看護ステーションについては、調査実施主体が区内障害児・者の訪問実績があることを把握できている事業所に協力を依頼したため、全数ではない可能性がある。

調査内容

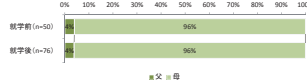
基本情報	<ul style="list-style-type: none"> ■ 性別、年齢 ■ 居住地区、居住年数 ■ 療養環境を整えることと居住地区の関係 ■ 障害者手帳の状況、障害支援区分 ■ 現在の健康状態 ■ 障害を有する原因となった疾患 ■ 障害の発症・主たる疾患の診断の時期 ■ 出生週数、体重、NICUへの入院有無 ■ 日常的に必要な医療的ケア、頻度・かかる時間 ■ この1年に定期的に通院している病院・診療所の箇所数、名称、診療科、頻度、受診方法、所在地、きっかけ ■ 病院・診療所にかかるときに困っていること 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 心身の状態、日常生活上の介助の要否 ■ 日中の主な生活の場 ■ 手当等の受給状況
医療ニーズ 医療的ケア	<ul style="list-style-type: none"> ■ 公的な生活支援サービスの利用有無：現在利用しているサービス、サービス利用で困っていること/サービスを利用しない理由 ■ 在宅での生活を始めるにあたって相談した機関等、相談に当たって困ったこと ■ 現在在宅での生活をjするに当たって相談している機関等、相談に当たって困っていること 	
福祉ニーズ 生活支援サービス	<ul style="list-style-type: none"> ■ 世帯の人数、同居者の続柄 ■ 主たる介護・看護者の続柄、年齢 ■ 主たる介護・看護者の健康状態 ■ 主たる介護・看護者の1日の平均睡眠時間、睡眠の形態 ■ 代わりの介護・看護者の有無：ありの場合、属性、お願いできる時間数 ■ 介護・看護を行うにあたっての不安や悩み 	
家族の生活状況		
その他	<ul style="list-style-type: none"> ■ 在宅で生活しているうえで、意見・要望・健康状態、日常生活、医療・保健サービスの利用、福祉・介護サービス等の利用、将来の生活設計 	

※調査内容は、先行研究である川崎市「重症心身障害児(者)の生活調査」(平成26年3月)を参考に設計した。
http://www.city.kyamamoto.jp/hpkj/pub/detail.aspx?c_id=5&id=3967&e_id=10

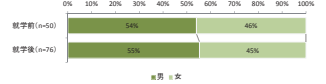
障害児(18歳未満票)の結果概要

基本情報: 記入者、性別、年齢

調査票の記入者



本人の性別



本人の年齢

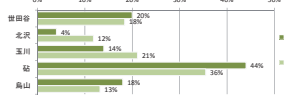
年齢	人数	%	割合
1歳	2	4%	2%
2歳	12	24%	3%
3歳	7	14%	6%
4歳	4	8%	3%
5歳	10	20%	3%
6歳	4	8%	3%
7歳	20	40%	2%
8歳	5	10%	3%
9歳	4	8%	3%
10歳	4	8%	5%
11歳	12	24%	9%
12歳	5	10%	4%
13歳	4	8%	3%
14歳	4	8%	3%
15歳	7	14%	6%
16歳	2	4%	2%
17歳	3	6%	2%
合計	70	100%	100%
無回答	1	-	1%
全体	127	-	100%

本人の学年(就学後)

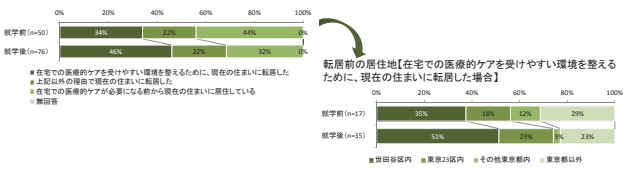
学年	人数	%	人数	%
小学1年生	18	21%	31	41%
小学2年生	12	16%	16	21%
小学3年生	3	4%	4	5%
小学4年生	4	5%	19	25%
小学5年生	8	11%	1	1%
小学6年生	1	1%	1	1%
中学1年生	2	3%	15	20%
中学2年生	6	8%	3	4%
中学3年生	5	7%	3	4%
高校1年生	5	7%	3	4%
高校2年生	3	4%	3	4%
高校3年生	0	0%	0	0%
無回答	3	4%	1	1%
全体	76	100%	76	100%

基本情報: 住まい

居住地区(支所単位)

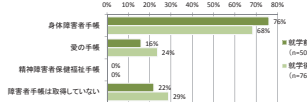


居住地と在宅での医療的ケアを受けやすい環境を整えることとの関連

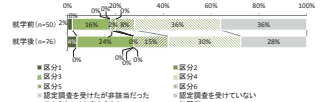


基本情報: 手帳、障害支援区分

障害者手帳等の状況



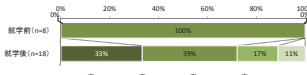
障害支援区分



身体障害者手帳の等級

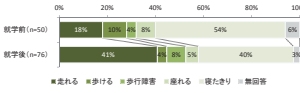


愛の手帳(療育手帳)の度数

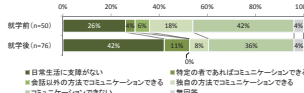


基本情報: 心身の状態

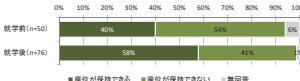
運動機能



コミュニケーション

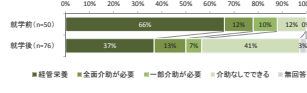


座位保持

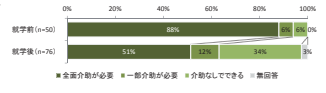


基本情報: 日常生活での介助の要否

食事

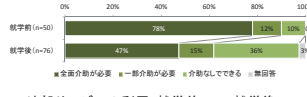


入浴

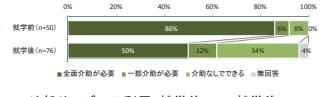


→外部サービスの利用: 就学前18%、就学後9% →外部サービスの利用: 就学前30%、就学後45%

衣服等の着脱



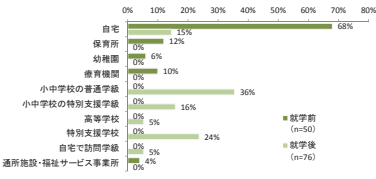
排泄・排便



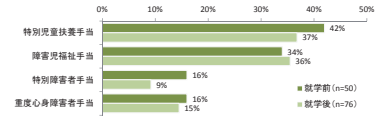
→外部サービスの利用: 就学前20%、就学後21% →外部サービスの利用: 就学前24%、就学後19%

基本情報：日中活動、手当等

■ 日中の主な生活の場

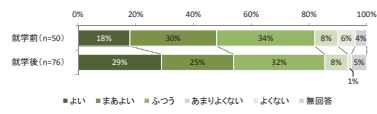


■ 手当等の受給状況



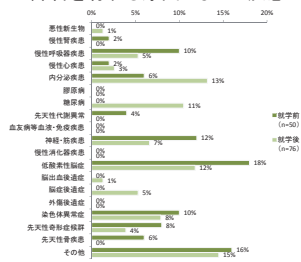
医療ニーズ：健康状態

■ 本人の健康状態

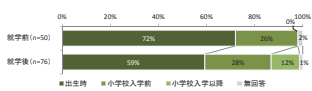


医療ニーズ：障害の発症

■ 障害を有する原因となった疾患



■ 障害の発症時期

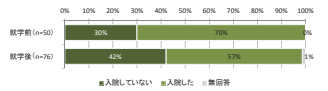


医療ニーズ：出生時の状況

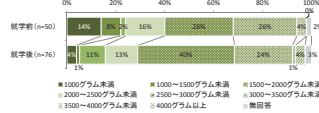
■ 出生週数



■ 生まれたときのNICUへの入院

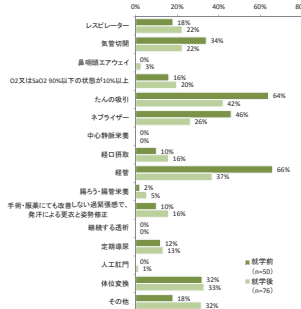


■ 生まれたときの体重

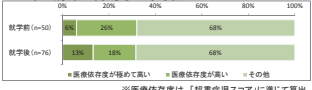


医療ニーズ：日常的に必要な医療的ケア

■ 日常的に必要な医療的ケア

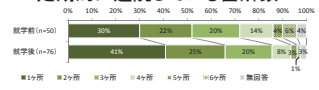


■ 医療依存度の高低

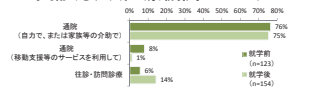


医療ニーズ：定期的な通院状況

■ 定期的に通院している箇所数

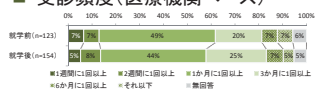


■ 受診方法(医療機関ベース)

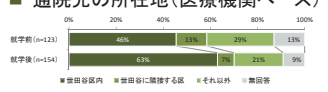


平均：就学前2.5箇所、就学後2.0箇所
診療科：小児科、歯科・歯科口腔外科、神経内科、内科

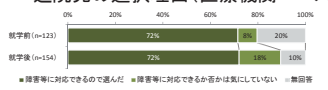
■ 受診頻度(医療機関ベース)



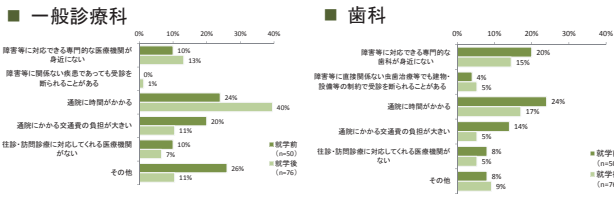
■ 通院先の所在地(医療機関ベース)



■ 通院先の選択理由(医療機関ベース)

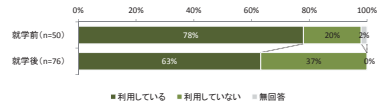


医療ニーズ:通院等で困っていること

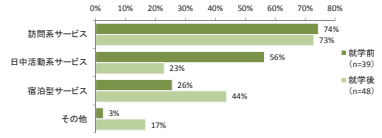


福祉ニーズ:サービス利用状況

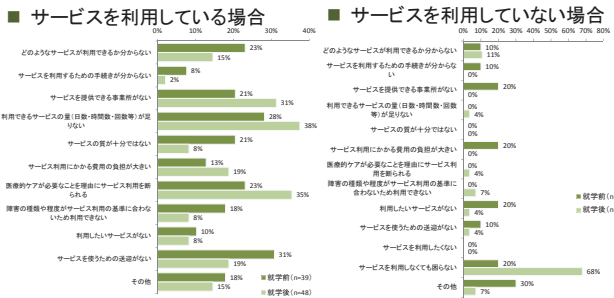
公的な生活支援サービスの利用状況



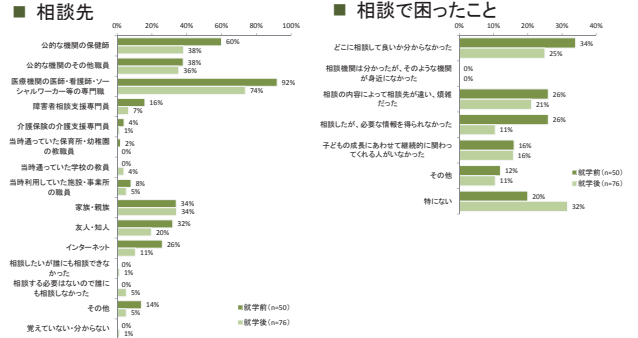
利用しているサービスの種類



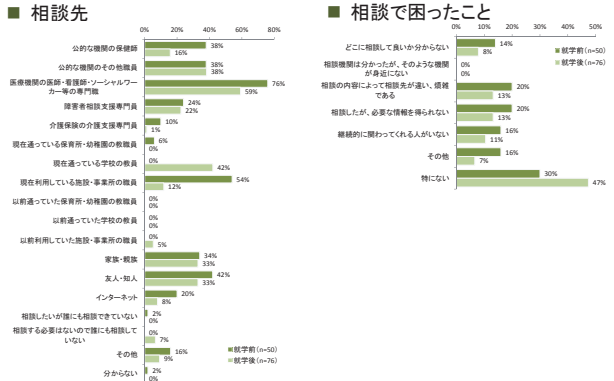
福祉ニーズ:サービス利用の困りごと



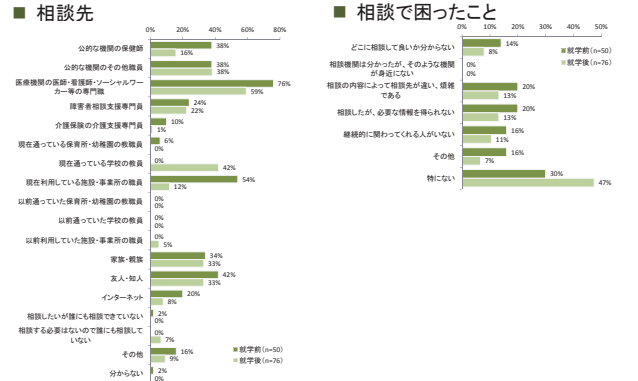
在宅生活を始めるに当たっての相談



現在の在宅生活上の相談

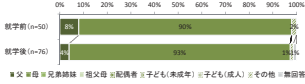


現在の在宅生活上の相談

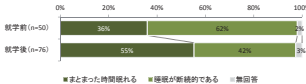


介護・看護者の状況

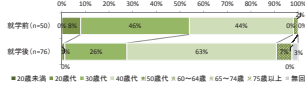
■ 本人からみた続柄



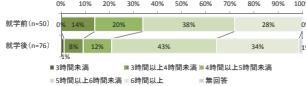
■ 睡眠の形態



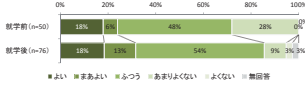
■ 介護・看護者の年齢



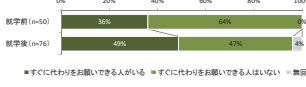
■ 1日の平均睡眠時間



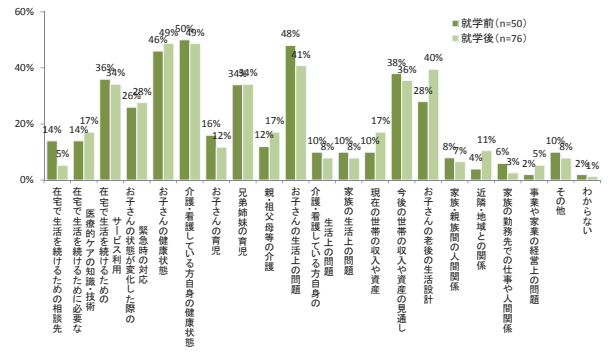
■ 介護・看護者の健康状態



■ 代わりをお願いできる人の有無



介護・看護を行うに当たっての不安・悩み



調査結果の考察

- 居住地域:「砦」支所エリアへの期待
- 相談支援体制の整備の重要性
- 医療的ケアにも対応できる社会資源(生活支援サービス)の整備
- 障害者を受け入れられる身近な医療機関の重要性
- 厳しい健康・睡眠状態で孤立しがちな介護・看護者への支援
- 地域特性を踏まえた移動手段の確保

■第31回会議 第7回「2015年度在宅医療推進のための会」との合同開催

日時：2016年1月16日（金）19：00～21：00

場所：東京ステーションコンファレンス5階「503BCD」（東京都千代田区丸の内1丁目7-12）

出席者：※推進のための会メンバー、厚労省、自治体

蘆野吉和、飯島勝矢、井尾和雄、宇都宮宏子、大島浩子、太田秀樹、大橋英司、川井真、北澤彰浩、金田一成子、桑原直行、小嶋一、小玉剛、清水政克、鈴木央、高田常雄、田城孝雄、谷水正人、土橋正彦、鶴岡優子、長尾和宏、萩田均司、原口真、堀田聰子、紅谷浩之、山中崇（26名）、厚生労働省4名、大阪府1名

出席者：※小児在宅医療推進のための会メンバー、厚労省

岩崎裕治、遠藤文夫、小沢浩、鈴木真知子、鈴木保宏、高橋昭彦、田村正徳、中村知夫、松藤凡、宮坂勝之（10名）、厚生労働省8名

オブザーバー：15名（東京都職員3名含）

議事：挨拶、本日の会の趣旨 推進のための会 座長 蘆野吉和先生

講演：

- ① 小児在宅医療の現状と課題
前田浩利（医療法人財団はるたか会理事長）
- ② 小児在宅医療推進のための会大阪分科会報告
位田忍様（大阪府立母子保健総合療育センター 消化器・内分泌科主任部長）
- ③ 行政の視点から見た小児在宅医療
奈倉道明様（埼玉医科大学 総合医療センター小児科講師）
- ④ THE 卒前教育～医歯薬看の学生は今～
佐々木昌弘様（文部科学省 高等教育局 医学教育課企画官）

<意見交換>

内容：最初に小児在宅医療の現状と課題を医療法人財団はるたか会の前田から報告した。我が国で在宅医療推進の流れは、高齢者と死亡者の急増という大きな課題から来ている。しかし、子どもの場合は、医療技術の急速な進歩で、子どもが死ななくなり、医療依存度が非常に高い重症な子どもが増えているということが最も大きな要因になっている。しかも、その子ども達の病態は、医療技術の進歩によって急速に変化しつつあり、既存の福祉制度の枠組みの中に納まらなくなってきている。

次に位田氏が小児在宅医療推進のための会大阪分科会についてご紹介くださった。小児在宅医療は、大阪で小児科医、行政、医師会との連携により非常に進んでおり、大阪方式とも呼べる独自の支援体制が構築されつつある。その中で、さらに連携を深め、活動を広げてゆく場として大阪分科会が生まれ、実際にその活動が広がりつつあることを感じた。

次に、奈倉氏が、2年間厚生労働省医政局在宅医療推進室で行政官として働かれた経験から、行政の視点から見た小児在宅医療を豊富なデータを駆使されて話してくださった。特に様々なデータを基に現在の小児在宅医療が必要な患者数の概数を示してくださったのが印象に残った。さらに、成人の在宅医療同様に子どもにも在宅医療を取り巻く地域包括ケアシステムが必要であるが、そのあり方は地域事情により異なるため、地域医療介護総合確保基金等を使って現場から構築していかなければならないと論理的かつ力強く語られた。

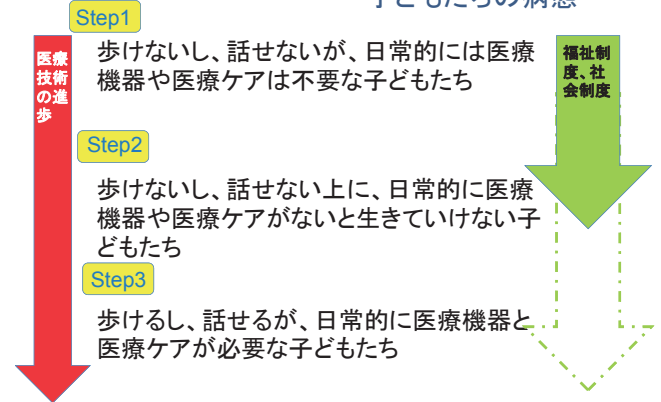
最後に、佐々木氏が、医歯薬学生の教育について話してくださった。いつもながらの幅広かつわかりやすいお話の展開に引き込まれた。自分も通ってきたわが国の医歯薬教育であるが、超高齢社会という医療・保健の大きな課題を前に、小児在宅も含めて様々なニーズを応えるべく再度見直し、本当に時代にフィットしたものにしていく必要性を感じた。

上記の講演を受け、積極的に質疑応答、意見交換が行われた。在宅医療推進の会と小児在宅医療推進の会の合同開催は2回目の試みであったが、お互いに学ぶところが多く大きな可能性を感じた。来年度も是非、実施したい。

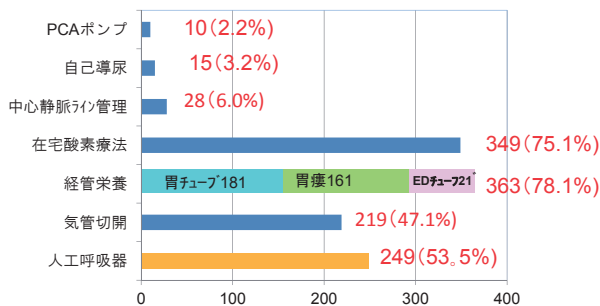
小児在宅医療の現状と課題

医療法人財団はるたか会
前田浩利
2016年1月22日

医療技術の進歩によって変わっていく 子どもたちの病態



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2015年3月末までのあおぞら診療所の患者の 医療デバイス 総患者数 465名



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

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
 - 訪問医師・高度医療との密接な連携と知識が必要
 - 時に特殊な知識・技術が必要 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

小児在宅医療推進のための会 (大阪分科会) 報告

座長 船戸正久
副座長 位田忍

講演内容

第1回「小児在宅医療推進のための会」(大阪分科会)2015.7.4	小児在宅医療の現状と課題 講演者(前田浩利先生)
第2回「小児在宅医療推進のための会」(大阪分科会)2015.8.14	厚生労働省小児等在宅医療連携拠点事業と今後 講演者(中村知夫先生)
第3回「小児在宅医療推進のための会」(大阪分科会)2015.10.9	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 講演者(児玉和夫先生)
第4回「小児在宅医療推進のための会」(大阪分科会)2015.12.18	大阪府医師会が進める地域包括ケア 講演者(黒田研二先生)

「小児在宅医療推進のための会（大阪分科会）」参加委員名簿

氏名	所 属	役 職
1 いづか 忠史 飯塚 忠史	和歌山つくし医療・福祉センター	院長
2 いしぎ 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 いまい たつや 今井 龍也	大阪市保健所 母子保健担当	医務主幹
5 えばら はくよう 江原 伯陽	エバラこどもクリニック	院長
6 おかぎ 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
7 かみや かずこ 上家 和子	大阪府健康医療部	部長
8 くらた 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
9 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 ベルデさかい	センター長
10 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
11 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
12 しもがま さとこ 下釜 聡子	愛染園訪問看護ステーション	所長
13 しんたく はるお 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
14 すみ きよあき 隅 清彰	愛染橋病院 小児科	部長
15 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
16 たかだ さとし 高田 哲	神戸大学大学院保健学研究科	教授
17 たかばし ゆきひろ 高橋 幸博	奈良県立医科大学総合周産期母子医療センター 新生児集中治療部門	教授
18 たけちと 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
19 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
20 とみわ きよたか 富和 清隆	東大寺福祉療育病院	院長
21 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
22 なんじょう ひろき 南條 浩輝	かがやきクリニック	院長
23 にわ のぼる 丹羽 登	関西学院大学 教育学部	教授
24 はるもと つねお 春本 常雄	東大阪生協病院 小児科	部長
25 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
26 ふなもと ひとかず 舟本 仁一	大阪市立住吉市民病院	院長
27 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
28 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
29 みさわ あきこ 三沢 あき子	京都府乙訓保健所	所長
30 みなみ ひろたか 南 宏尚	高槻病院	副院長
31 もちづき 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
32 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
33 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	紹介者
1 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

陪席者として大阪府・大阪市より毎回数人参加者有

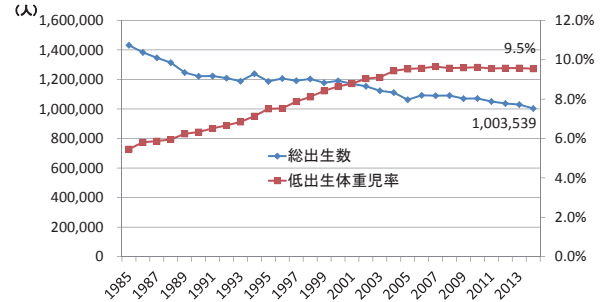
行政の視点から見た 小児在宅医療

2016年1月22日(金)
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)

1

総出生数と 低出生体重児率(出生体重<2500g)

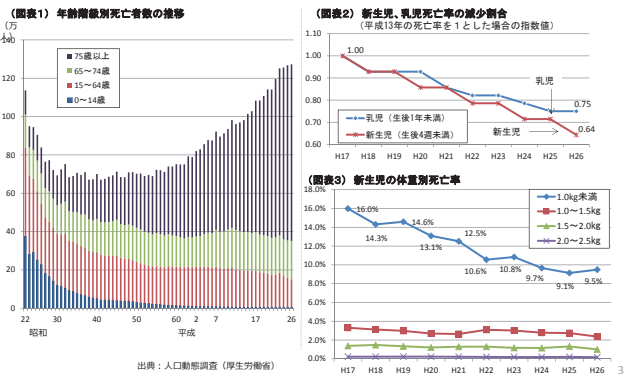
- 総出生数は減少傾向。
- 一方、低出生体重児の比率は、1985年以降増加傾向。
- 2005年以降の低出生体重児率は9.5%で横ばいとなる。



出典：人口動態調査 2

小児・乳児・新生児の死亡率の推移

- 小児の死亡者数は減少している。(図表1)
- 新生児(生後4週未満)、乳児(生後1年未満)の死亡率は減少している。(図表2)
- 特に、NICUに長期入院する体重1kg未満の新生児の死亡率は著しく減少している。(図表3)

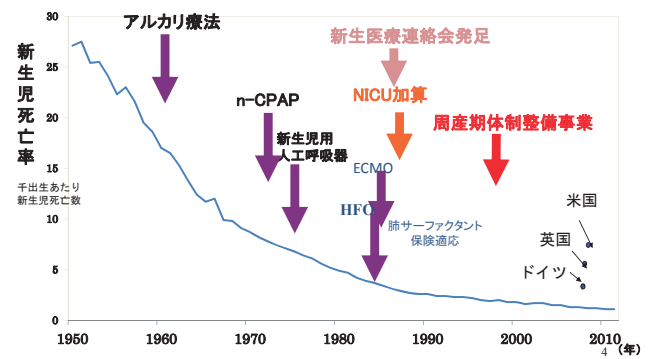


出典：人口動態調査(厚生労働省)

3

日本の新生児死亡率の推移

- 戦後、日本の新生児死亡率は激減して1990年代に世界一位を達成。
- その背景には、医療技術の進歩、新生児科医による独自の協力体制の構築など、さまざまな要因があげられる。



4

日本の乳児死亡率の低さは世界一

- 2000年の世界保健機関(WHO)の発表によれば、健康寿命(disability-adjusted life expectancy)及び健康達成度(health system attainment)は日本が世界一。
- 乳児死亡率の低さ及び平均寿命も、日本は高人口国の中では世界一。

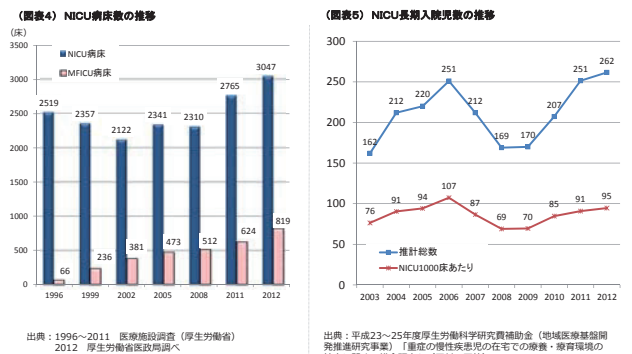
健康達成度 WHO 2000年	健康達成度 WHO 1990年	乳児死亡率(1000出生あたり)	平均寿命(歳)
1位	1位	1.5	83.83
2位	2位	1.6	83.38
3位	3位	1.9	83.14
4位	4位	2.0	82.75
5位	5位	2.0	82.43
6位	6位	2.1	82.25
7位	7位	2.1	82.25
8位	8位	2.2	82.20
9位	9位	2.4	81.87
10位	10位	2.6	81.80
11位	11位	2.6	81.70
12位	12位	2.8	81.45
13位	13位	2.9	81.40
14位	14位	3.0	81.10
15位	15位	3.1	81.04
16位	16位	3.2	80.95
17位	17位	3.3	80.89
18位	18位	3.4	80.83
19位	19位	3.5	80.39
20位	20位	3.5	80.35
21位	21位	3.5	80.35
22位	22位	4.3	78.84
23位	23位	5.6	

出典：WHO, The World Health Report 2000 World Bank Statistics 2015

5

NICUにおける長期入院児(1年以上)の患者数の推移

- NICU病床数は2002年以降、増床している。(図表4)
- NICU長期入院児の数も、2010年以降増加傾向にある。(図表5)

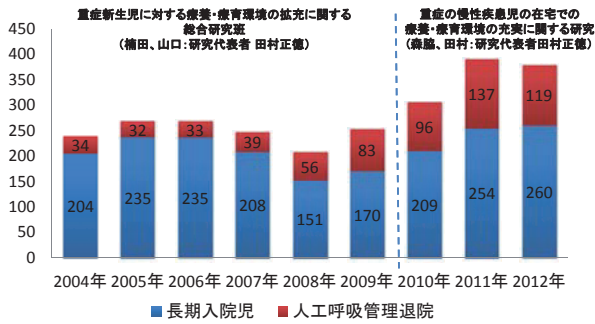


出典：1996～2011 医療施設調査(厚生労働省) 2012 厚生労働省医政局調べ

出典：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等)「徹底の慢性疾患の在宅での療養・療育環境の拡充に関する総合研究」(田村 正徳)

6

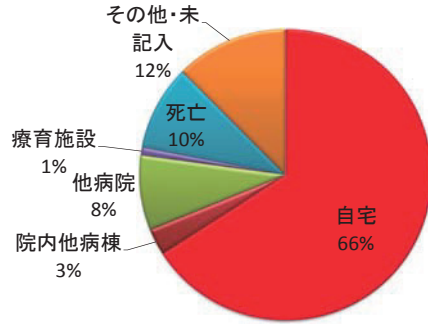
NICU長期入院児及び人工呼吸管理退院数の年次経過(全国推計)



7

人工呼吸管理児の最終転帰

人工呼吸管理(気管切開、NPPV、CPAPを含む)を必要とするNICU退院者の66%は、自宅へ帰っている。(2010~2012年データ)

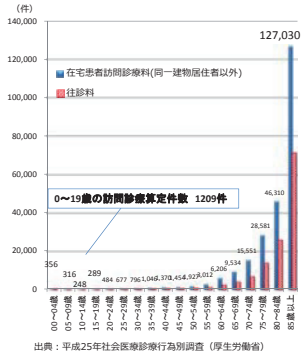


森脇、田村「重症の慢性疾患児の在宅での療養・療育環境の充実にに関する研究」

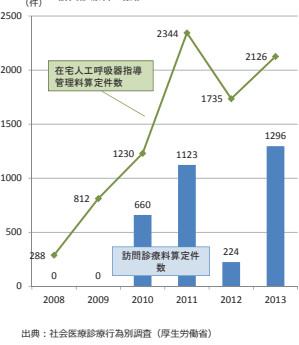
小児に対する在宅医療の実施状況

- 往診や訪問診療をうける小児の患者数は少ない。(図表6)
- 在宅で人工呼吸器を使用している小児の患者数は増加傾向にあり、また訪問診療を受けている患者数を上回る。(図表7)

(図表6) 年齢階級別の訪問診療料・往診料算定件数



(図表7) 19歳以下における在宅人工呼吸器指導管理料算定件数と訪問診療料の推移

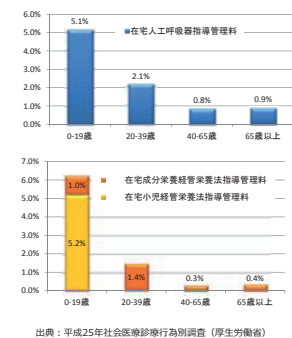


9

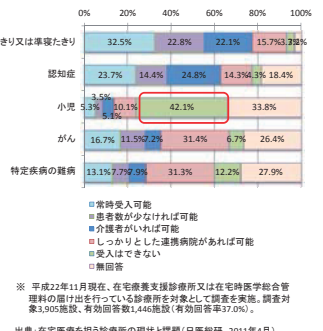
小児に対する在宅医療の実施状況②

- 在宅医療を受ける患者のうち、小児については、在宅人工呼吸、気管切開、経管栄養など特別な処置が必要な患者の占める割合が高い。(図表8)
- 在宅医療を行う診療所のうち、小児の受入ができないと回答する診療所は42.1%であった。(図表9)

(図表8) 在宅医療を受ける患者に占める特別な措置の実施状況



(図表9) 在宅医療を行う診療所における主備病種にみた受入れ状況(n=824)



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

出典：在宅医療を行う診療所の現状と課題(日医総研、2011年4月)

10

小児在宅医療患者数の把握

- 小児在宅医療の患者数を把握するためには、①年齢を何歳で区切るか、②何をもち「小児在宅医療患者」と呼ぶか、の2点を明確にしなければならない。

【年齢に関して】

児童福祉法から障害者総合支援法に切り替わる年、通常の高校3年生となる18歳と考えるのが妥当。一方で、診療報酬の統計は5歳毎の年齢別別に公表されており、20歳未満としたほうがデータを得やすい(社会医療診療行為別調査など)。

【定義に関して】

- 小児在宅医療の患者とは、「在宅で医療的ケアを必要とする小児」と定義することができる。

○ その医療内容は超重症児スコアによってスコアリングすることができるが、特に超重症児・準超重症児に相当する場合、「高度な医療的ケアを必要とする児」として、より手厚いケアが必要になる。

○ 重症心身障害児施設や肢体不自由児施設に入所している例は、一般的に在宅医療患者と呼ばない。このため、施設に入所している医療的ケア児(1.3万人の内数)は別途計算しなければならない。

11

超重症児(者)・準超重症児(者)の判定基準

1の運動機能が座位までであり、かつ、2の判定スコアの合計が25点以上の場合を超重症児(者)、10点以上25点未満である場合を準超重症児(者)とする。

1	運動機能：座位まで	点数
2	判定スコア(スコア)	点数
	(1) レスビレーター管理※2	10
	(2) 気管内挿管・気管切開	8
	(3) 鼻明視エアウェイ	5
	(4) O2 吸入またはSaO2 90%以下の状態が10%以上	5
	(5) 1回/時間以上の顔面の吸引	8
	6回/日以上の顔面の吸引	3
	(6) ネブライザ 6回以上/日または継続使用	3
	(7) IVH	10
	(8) 経口摂取(全介助)※3	3
	経管(経鼻・胃ろう含む)※3	5
	(9) 腸ろう・腸管栄養	8
	持続注入ポンプ使用(腸ろう・腸管栄養時)	3
	(10) 手術・服薬にても改善しない過緊張で、発汗による更衣と姿勢修正を3回以上/日	3
	(11) 継続する透析(腫膜灌漑を含む)	10
	(12) 定期導尿(3回/日以上)※4	5
	(13) 人工肛門	5
	(14) 体位交換 6回/日以上	3

※1 重症児室の診療費を算定した際であって施設外診療での診療が引継ぎ継続する形については、当該施設が6か月以上継続する場合とする。

※2 1. 重症児室中診療費を算定した後の状態改善、又は新たな医療行為の発生についてその後の状態が6か月以上継続する場合とする。

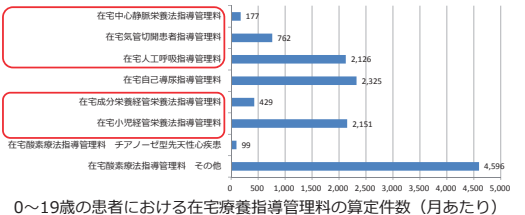
※3 経管(経鼻・胃ろう含む)※3 経管(経鼻・胃ろう含む)※3 経管(経鼻・胃ろう含む)※3 経管(経鼻・胃ろう含む)※3 経管(経鼻・胃ろう含む)※3

※4 人工肛門を含む。

12

医療的ケアを必要とする小児在宅医療患者数

- 医療的ケアを必要とする小児在宅患者数を下記の①+②と考えた場合、**12,665人**となる(人口1万人あたり1.0人)。
 - ① **高度な医療的ケアを必要とする患者数 5645人**(人口1万人あたり0.46)
 - = 0~19歳で人工呼吸、経管栄養、気管切開、中心静脈栄養を要する小児患者
 - ② **一般的な医療的ケアを必要とする患者数 7020人**(人口1万人あたり0.54)
 - = 自己導尿が必要2,325人 + 在宅酸素が必要4,695人
- ※ 在宅自己注射を必要とする小児患者2.2万人については、対象外とした。



0~19歳の患者における在宅療養指導管理料の算定件数 (月あたり)
平成25年度社会医療診療行為別調査

重症心身障害児の定義

- 重症心身障害児とは、下記の「大島の分類」における**1群~4群**に相当する障害児を指す。
- つまり、運動機能が寝たきりか座位までで、かつIQ35未満の児のこと。

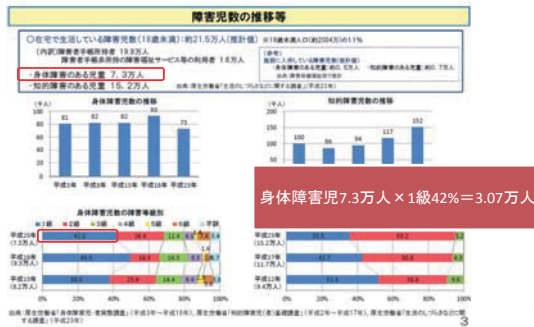
大島の分類					IQ
21	22	23	24	25	70以上
20	13	14	15	16	50-69
19	12	7	8	9	35-49
18	11	6	3	4	20-34
17	10	5	2	1	0-19

運動機能 走る 歩く 歩行障害 座る 寝たきり

※ 大島一良、1971年作成

重症心身障害児の数

- 身体障害(肢体不自由)1級の小児は「重症心身障害児」であることが多い。
- 在宅の身体障害1級の小児数は3.1万人(厚労省、2011年)
- 重症心身障害児者数の推計値は4.3万人
うち、在宅は2.9万人(岡田喜篤氏の推計、2012年4月1日現在)



過去の研究データ

- ・ 障害者手帳から推計した在宅の重症心身障害児者数は、1万人あたり3~8
- ・ 医療機関が調査した小児在宅医療患者数は、1万人あたり0.7~1.6
- ・ 小児科学会が報告した超・準超重症児者数は、1万人あたり0.32

実態	調査主体	人口1万人あたり患者数
重症心身障害児	障害者手帳、守る会(2011)	3~8
医療的ケア児	各種医療機関(2012)	0.7~1.6
超・準超重症児	小児科学会(2007)	0.32

学校において医療的ケアが必要な児童の数

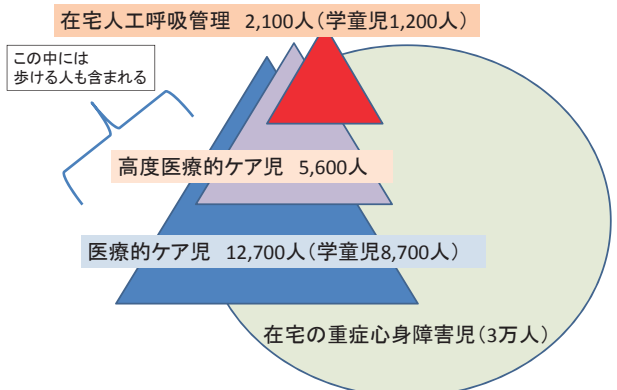
医療的ケアが必要な障害児②

- 特別支援学校及び小中学校における医療的ケアが必要な幼児児童生徒数(小中学校は平成24年度から調査)
- 平成26年度 公立の特別支援学校 7,774名、公立の小・中学校 976名



項目	数	割合(%)
特別支援学校	7,774	97%
公立の小・中学校	976	1%
合計	8,750	98%

小児在宅医療患者数の推計



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タ機能の確立

都道府県による支援

- 協議会の開催
- 地域資源の把握
- 一部住民に対する無料相談



地域における包括かつ継続的な在宅医療を提供するための体制を構築する。

- ① 二次医療機関や市町村等の行政・医療・福祉関係者による協議を定期的に開催
- ② 地域の医療・福祉・教育資源の把握・活用
- ③ 受け手可能な医療機関・訪問看護事業所数の拡大、専門機関とのネットワークを構築
- ④ 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る医療と福祉等の連携の促進
- ⑤ 個々のニーズに応じた支援を実施するコーディネータ機能の確立
- ⑥ 患者・家族や一般住民に対する理解促進の取り組み

地域の福祉・教育機関との連携

- 市町村自主立案協議会などの連携と福祉との顔の見える関係
- 福祉・教育・行政関係者に対する研修会、アウトリーチ

事業参加自治体：群馬県・埼玉県・千葉県・東京都・神奈川県・長野県・三重県・岡山県・福岡県・長崎県（※岡山県は25年度のみ、神奈川県・福岡県は26年度のみ、他は両年度通して実施。）

医療・福祉・教育の連携

- 小児在宅医療においては、医療・福祉・教育の連携がポイント
- 特に、地域の実情に応じた現場での連携が必要
- 関連する法律や制度は多岐に渡るが、根拠法を知ることによって制度を理解できる

分野	法律	規定事項
医療	医療法	病院・診療所の整備、医療職の資格
	地域医療介護総合確保法	地域医療介護総合確保基金、在宅医療
	健康保険法	診療報酬
	母子保健法	未熟児養育医療給付
	児童福祉法	小児慢性特定疾病医療費助成
福祉	難病法	難病医療費助成
	障害者総合支援法	自立支援医療（育成医療・更正医療）
	地方自治体条例	乳幼児・義務教育就学児医療費助成
教育	児童福祉法	障害児相談支援、児童発達支援、障害児入所施設
	障害者総合支援法	訪問系、日中活動系、居住系、訓練・就労系サービス
	学校教育法	特別支援教育

重症障がい児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	訪問診療医	外来医師・病棟医師	担当医師
歯科医師	近隣開業医	病院薬剤師	
薬剤師	訪問歯科医師 地域薬剤師		
看護師	訪問看護師（医療保険） 複数の事業所可	病棟・外来看護師	看護師
リハビリセラピスト	訪問リハ	外来通院リハ	施設セラピスト 通所リハ
ヘルパー	介護福祉士		介護職
ケースワーカー	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		

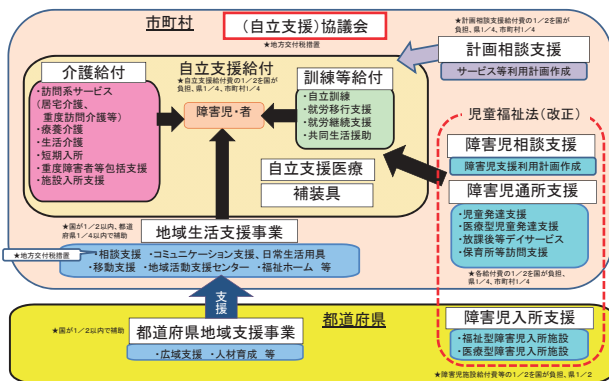
前田浩利先生スライドを改変

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	訪問診療医	外来医師・病棟医師	担当医師
歯科医師	近隣開業医	病院薬剤師	
薬剤師	訪問歯科医師 地域薬剤師		
看護師	訪問看護師（介護保険）	病棟・外来看護師	看護師（介護職）
リハビリセラピスト	訪問リハ	通院リハ 通所リハ	
ヘルパー	訪問介護員		
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			
行政	高齢者支援課		

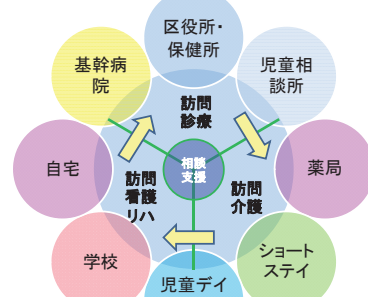
前田浩利先生スライドを改変

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～）



相談支援を中心とした在宅支援

キーは、相談支援と多職種連携

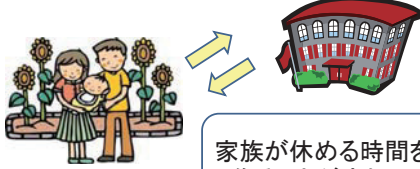


前田浩利先生スライドを改変

レスパイトの確保

- 家族は必ず疲弊します。
- 在宅医療を持続させるためには、疲弊の顔色が見えたらいち早く入院を勧めること。
- そのためには、入院医療機関との連携が欠かせません。

- 医療型障害児入所施設における医療型短期入所
- 一般病院における医療管理入院・検査入院



家族が休める時間を作ることが大切！

重症心身障害児ニオケル医療型短期入所サービス

0 対象者

■ 医療型短期入所サービス費(Ⅰ)(Ⅱ)の対象者
 (ア) 18歳以上で(Ⅰ)区分に該当し、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、
 (イ) 障害児、重症心身障害児
 (イ) 障害児、重症心身障害児

0 施設基準

■ 医療型短期入所サービス(Ⅰ)、
 医療型特定短期入所サービス(Ⅰ)(Ⅳ)
 厚生労働大臣が定める基準(平18厚労告551号・二のニイ)
 次の(1)から(3)までのいずれにも該当する指定短期入所事業所
 次の(1)又は(2)のいずれか(医療法第1条の5第1項)(注1)
 (1) 看護体制が2.1以上、かつ各病棟における改動看護職員数は2以上であること
 (2) 当該病棟において、看護職員の最小必要数の100分の70以上が看護師であること
 ■ 医療型短期入所サービス(Ⅱ)、
 医療型特定短期入所サービス(Ⅱ)(Ⅴ)
 厚生労働大臣が定める基準(平18厚労告551号・二のニロ)
 次の(1)又は(2)のいずれか(医療法第1条の5第1項)又は有床診療所(同条第2項)
 (1) 病院(医療法第1条の5第1項)又は有床診療所(同条第2項)
 (2) 介護老人保健施設(介護保険法第8条第27項)

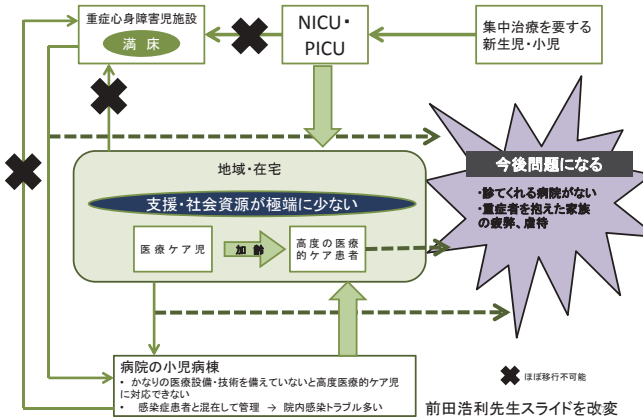
注1 医療型については24年度から法人格がない病院、診療所も事業者指定の対象となつた(障害者自立支援法施行期日の改正)
 注2 利用者が日中活動サービスを利用した日・夜間のみの特定期間入所を行う場合、日中活動サービスの報酬と併せて算定可能

- 事業所数 医療型短期入所(Ⅰ)37ヶ所、(Ⅱ)201ヶ所
- 利用者数 医療型短期入所(Ⅰ)571人、(Ⅱ)2,547人 (出典: H25.12月国保連データ)

0 報酬単価(平成26年4月～)

1日	報酬単価
医療型短期入所サービス費(Ⅰ)	2,598単位
医療型短期入所サービス費(Ⅱ)	2,397単位
日中のみ	
医療型特定短期入所サービス費(Ⅰ)	2,478単位
医療型特定短期入所サービス費(Ⅱ)	2,267単位
夜間のみ(注2)	
医療型特定短期入所サービス費(Ⅳ)	1,731単位
医療型特定短期入所サービス費(Ⅴ)	1,599単位
主な加算	
空床の確保や緊急時の受入れを行った場合	
緊急短期入所体制確保加算	40単位
緊急短期入所受入加算(医療型)	90単位
超重症児・者又は準超重症児・者の場合	
特別重度支援加算Ⅰ	388単位
特別重度支援加算Ⅱ	120単位

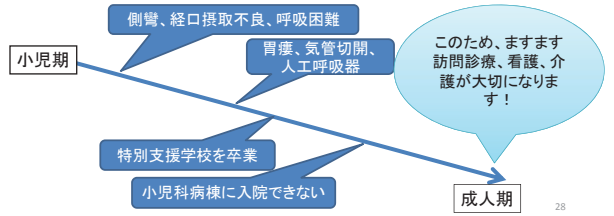
小児在宅医療患者の危機



前田浩利先生スライドを改変

成人期に入った小児在宅医療患者

- ・ 小児在宅医療患者は、18歳以降も在宅医療を必要とする可能性が高い。
- ・ 一方で、加齢により、側弯、経口摂取不良、呼吸困難が増悪し、胃瘻や気管切開が新たに必要になる(加齢による重症化)。
- ・ さらに、小児科年齢を超えると(15~20歳)、病院小児科が入院させてくれない。
- ・ しかも、18歳以上になると特別支援学校がなくなり、児童福祉法による児童発達支援などのサービスもなくなり、作業所と生活介護施設以外に行くところがなくなる。



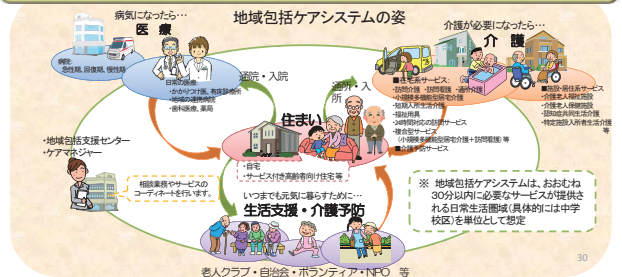
多動な小児在宅医療患者

- ・ NICU、PICUで集中治療を受けた子どもに、自閉症や多動を合併することがあります。
- ・ 人工呼吸器を外してしまう子、IVHを引きちぎって走り出す子など、常時見守りを欠かせない小児在宅医療患者が、新たな問題となっています。



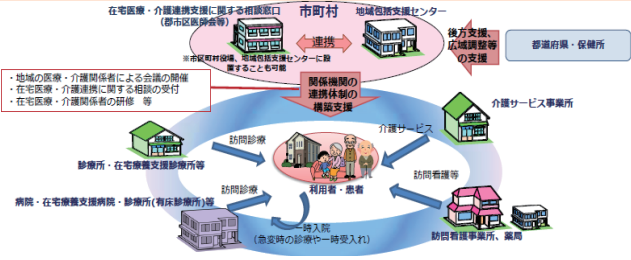
地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目的に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差。
- 地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。



在宅医療・介護連携の推進

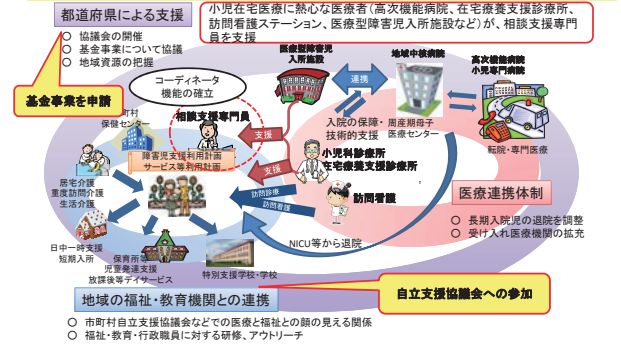
- 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関（※）が連携して、包括かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。
 (※) 在宅医療を支える関係機関の例
 - ・ 診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等（定期的な訪問診療等の実施）
 - ・ 病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等（急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）
 - ・ 訪問看護事業所、薬局（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
 - ・ 介護サービス事業所（入浴、排せつ、食事等の介護の実施）
- このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。



平成27年10月27日 第1回 都道府県在宅医療・介護連携担当者・アドバイザー合同会議 2

「小児の地域包括ケアシステム」の構築のために

- 医療、福祉、教育関係者が顔の見える関係を構築し、課題に柔軟に対応する
- 医療者と相談支援専門員が連携してコーディネータ機能を担う
- 都道府県と協働し、基金を活用した小児在宅医療の事業を実施する
- 市町村自立支援協議会に参加し、より適切な福祉サービスの提供を図る



32

THE卒前教育

～医歯薬看の学生は今～



高等教育局 医学教育課
佐々木 昌弘
sasa@mext.go.jp

平成28年1月22日

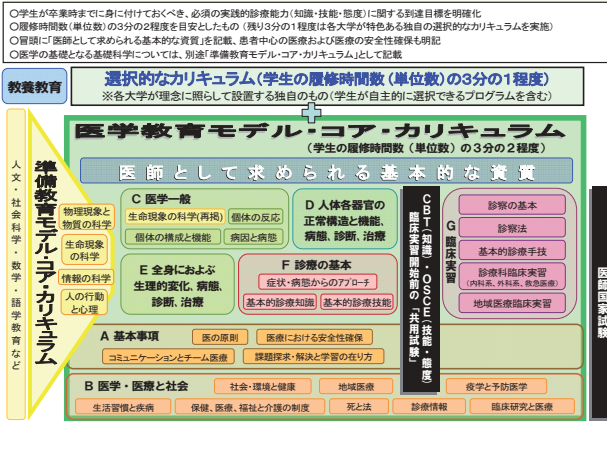
今日のポイント

- ・ 医歯薬看はどんな教えられ方をしているか
- ・ 教育の自由との関係の中でどう教えるべきか
- ・ 文科省はどんなことをしようとしているのか
- ・ 我々は後輩をどう育て迎えるべきか

(余談)こうして近代医学はスタートしました・・・

- 明治4年:文部省設置(廃藩置県、梅毒検査規則)
- 明治5年:**学制**公布(鉄道開通、明治天皇牛肉食べる)
- 明治6年:文部省に**医務局**設置(徴兵令、天皇断髪)
- 明治7年:**医制**公布(民選議員設立建白、人口調査)
- 明治8年:内務省に移管、**衛生局**設置(煙草税則)

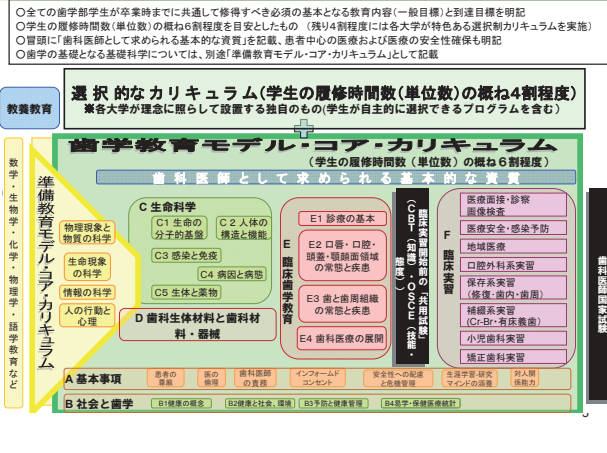
医学教育モデル・コア・カリキュラム(H13.3策定、H19.12、H23.3改訂) (概要)



平成22年度医学教育モデル・コア・カリキュラム改訂のポイント

- ①基本的診療能力の確実な習得**
臨床実習終了時まで(到達すべき)総合的な診療能力の基礎としての、知識、技能、態度に関する目標を明確化。
- ②地域の医療を担う意欲・使命感の向上**
地域医療に関して、入学時から段階的・有機的に関連づけて実施することに効果的に体験を蓄積していくことが必要であることを記載。
- ③基礎と臨床の有機的連携による研究マインドの涵養**
「A 基本事項」に「**医学研究への志向の涵養**」に係る項目を新設。
- ④社会的ニーズへの対応**
医療安全(患者および医療従事者の安全性確保)の観点、患者中心の**チーム医療**(医療分野における多職種連携)の観点
その他(少子高齢化、男女共同参画)の促進)へ対応する観点から、記載を充実。
- ⑤大学、学会等へ期待する事項**
・卒前の研究室配属などの学生時代から医学研究への志向を涵養する教育や、医療関係者以外の方の声を聴くなどの授業方法の工夫など、**各大学における特色ある取組の実施**。
・より効果的な医学教育方法の確立に向けた、**学会等における具体的教育手法や教材開発**。
・基本的臨床能力の習得のため、各大学・大学病院が、臨床実習に参加する学生の適性と質を保証し、患者の安全とプライバシー保護に十分配慮した上で、**診療参加型臨床実習の一層の充実**。

歯学教育モデル・コア・カリキュラム(H13.3策定、H19.12、H23.3一部改訂) (概要)



平成22年度改訂のポイント ①

平成22年度版・歯学教育モデル・コア・カリキュラム改訂概要

- (1) 歯科医師として必要な臨床能力の確保**
臨床実習終了時(卒業時)までに、到達すべき総合的な診療能力の基礎としての知識・技能・態度に関する目標を明確化
・診療参加型臨床実習の充実
前提となる診療技能の向上・確保について各大学の学生が卒業時に到達すべき目標を明確化
- (2) 優れた歯科医師を養成する体系的な歯学教育の実施**
「歯科医師として求められる基本的な資質」の記載内容を修正
幅広い歯学教育が行えるよう関連項目に係る記載内容の改善・充実
- (3) 未来の歯科医療を拓く研究者の養成**
学生の興味や将来の専門分野への志向に応じて、学生が自由に選択可能なプログラムを提供すること、研究室配属等をおとした科学的・論理的思考の修得や基礎研究や臨床研究を実施するため必要な基礎的訓練等、学部教育のあらゆる段階を通じて学生一人ひとりの研究志向の涵養に努めるべきことを記載

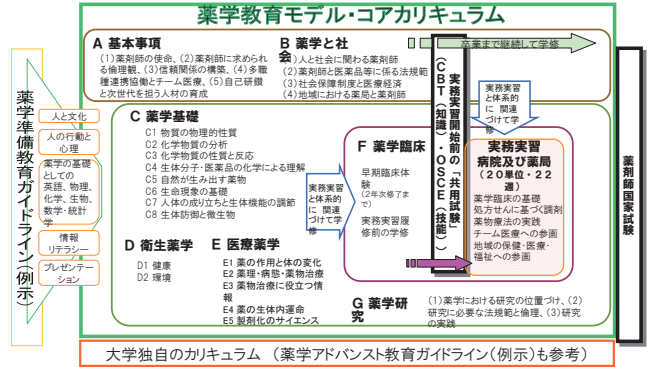
平成22年度改訂のポイント ②

- (4) 多様な社会的ニーズへの対応
歯学教育に係る多様な社会的ニーズのうち、緊急性が高く、歯科の関与により社会への貢献が大きいと考えられる内容について改訂
- ① 歯科医師として普遍的に求められる資質の観点
モデル・コア・カリキュラム全体を包括した、「医師に求められる基本的資質」として8つにまとめ、冒頭に記載
 - ② 医療安全(患者および医療従事者の安全性確保)の観点
院内感染を含む医療関連感染症、薬剤等の副作用、薬害等における医療安全に関わる記載を充実
 - ③ 患者中心のチーム医療(医療分野における多職種連携)の観点
チーム医療の記載を充実
歯科医師に必要な医学的知識を新設
 - ④ その他
大規模災害などにおける、歯科による個人識別を用いた被害者の迅速な特定や歯科疾患の状況の把握および急応の対応を新設
小児虐待の兆候と対応を新設
- (5) モデル・コア・カリキュラムの利便性向上等に係る対応
- ① 全体構成の工夫
「産科教育モデル・コア・カリキュラム」における専門領域に関連が深い「生命現象の科学」の項目を統合して内容を整理
 - ② 関連領域の整理
関連が深い従来の「A 医の原則」と「B 歯科医師としての基本的な態度」を統合し、「A 基本事項」とした。併せて統合後の記載内容を見直し、項目数を減少
 - ③ 表記の調整
用語等については必要に応じて、適正な表記への修正や追加を行った。また、記載上の誤りを修正
 - ④ 旧モデル・コア・カリキュラムの臨床実習の量的配分の例示の取り扱い
旧モデル・コア・カリキュラムの臨床実習の量的配分の例示の内容については、大学独自の判断で設定されるべきでもあり、今回の改訂版からは削除

7

薬学教育モデル・コアカリキュラム(平成25年12月改訂、27年度から実施)

- ・6年制薬学部のカリキュラム作成の参考となる教育内容ガイドラインであり、学生が卒業までに身に付けておくべき必須能力の到達目標を提示
- ・薬劑師として求められる基本的な資質を設定し、それを身に付けるための一般目標、到達目標を設定する学習成果基盤型教育(outcome-based education)に力点
- ・教育課程の時間割の7割はモデル・コアカリキュラムに示された内容を、3割は大学独自のカリキュラムを履修



薬学教育モデル・コアカリキュラム改訂の概要 (平成25年12月25日改訂)

- 従前のモデル・コアカリキュラム
日本薬学会が「薬学教育モデル・コアカリキュラム」(H14.8)を作成し、文部科学省の協力者会議が「実務実習モデル・コアカリキュラム」(H15.12)を作成。
- 改訂の体制
・文部科学省の「薬学系人材養成の在り方に関する検討会」が改訂を決定。
・検討会の審議を踏まえ「薬学教育モデル・コアカリキュラム改訂に関する専門研究委員会」が改訂の原案、方針等を作成。
・具体的なモデル・コアカリキュラムの作成は日本薬学会に委託。
※上記三者が連携して改訂作業を実施。
- 改訂の基本方針
・6年制薬学・学科の学士課程教育に特化した内容とする。
・現在の「薬学教育モデル・コアカリキュラム」及び「実務実習モデル・コアカリキュラム」の二つを関連づけて一つのモデル・コアカリキュラムとして作成する。
・薬劑師として求められる資質を明確にし、その資質を身に付けるために学ぶという形に変更する。
- 改訂のポイント
①薬劑師としての心構え、②患者・生活者本位の視点、③コミュニケーション能力、④チーム医療への参画、⑤基礎的な科学力、⑥薬物療法における実践的能力、⑦地域の保健・医療における実践的能力、⑧研究能力、⑨自己研鑽、⑩教育能力
- ①「基本的な資質」を前提とした学習成果基盤型教育(outcome-based education)に力点を置き、「基本的な資質」を身に付けるための一般目標(GIO)を設定し、GIOを達成するための到達目標(SBO)を明示。
- 大項目: A基本事項、B薬学と社会、C薬学基礎、D衛生薬学、E医療薬学、F薬学臨床、G薬学研究
- ②「薬劑師としての資質を養成するため「A基本事項」、「B薬学と社会」を充実。学生は6年間継続して学修。
- ③「F薬学臨床」は今後の薬劑師業務の進歩を想定し大幅に見直し、他の大項目は「F薬学臨床」と体系的に関連づけて教育できるように見直し。
- ④教育課程の時間割の7割はモデル・コアカリキュラムに示された内容を、3割は大学独自のカリキュラムを履修。

平成27年度から各大学において改訂モデル・コアカリキュラムに基づく
新たな教育を開始

○改訂モデル・コアカリキュラムの内容

- A 基本事項**
(1)薬劑師の使命(2)薬劑師に求められる倫理観(3)信頼関係の構築(4)多職種連携協働とチーム医療(5)自己研鑽と次世代を担う人材の育成
- B 薬学と社会**
人と社会、地域に関わる薬劑師法規範、社会保障制度、医療経済
- C 薬学基礎**
C1 物質の物理的性質
原子・分子の構造、熱力学、反応速度論等の物理系薬学
C2 化学物質の分析
物質の定性、定量
C3 化学物質の性質と反応
原・分子の構造、熱力学、反応速度論等の物理系薬学
C4 生体分子・医薬品の化学による理解
医薬品種別および医薬品の構造と性質、生体反応の化学
C5 自然が生み出す薬物
生薬に関する基本的事項
C6 生命現象の基礎
細胞の成り立ちや生命現象をなす分子
C7 人体の成り立ちと生体機能の調節
人体の構造、機能、調節
C8 生体防御と微生物
免疫反応による生体防御機構および病原微生物
- D 衛生薬学**
D1 健康
D2 環境
- E 医療薬学**
E1 薬の作用と体の変化
E2 薬理・病態・薬物治療
E3 薬物治療に役立つ情報
E4 薬の生体内運命
E5 製剤化のサイエンス
- F 薬学臨床**
薬物療法の実践とチーム医療・地域保健医療への参画
- G 薬学研究**
(1)薬学における研究の位置づけ、(2)研究に必要な法規制と倫理、(3)研究の意義
- D 衛生薬学**
D1 健康
疾病とその予防、栄養と健康
D2 環境
化学物質などの人への影響、適正な使用および地球生態系や生活環境と健康との関わり
- E 医療薬学**
E1 薬の作用と体の変化
疾病と薬物の作用および医薬品の作用する過程
E2 薬理・病態・薬物治療
疾病に伴う症状などの患者情報を解析し、最適な薬物治療を実施するための薬理、病態・薬物治療
E3 薬物治療に役立つ情報
医薬品情報ならびに患者情報の収集・評価・加工、臨床研究デザイン・解析
E4 薬の生体内運命
薬物の体内動態およびその解析
E5 製剤化のサイエンス
薬物と製剤材料の物性、製剤設計およびDDS
- F 薬学臨床**
薬物療法の実践とチーム医療・地域保健医療への参画
- G 薬学研究**

薬劑師として求められる基本的な資質

豊かな人間性と医療人としての高い使命感を有し、生命の尊さを深く認識し、生涯にわたって薬の専門家としての責任を持ち、人の命と健康な生活を守ることを通して社会に貢献する。
6年卒業時に必要とされている資質は以下の通りである。

- (薬劑師としての心構え)**
医療の担い手として、豊かな人間性と生命の尊厳について深い認識をもち、薬劑師の職務及び法令を遵守するとともに、人の命と健康な生活を守る使命感・責任感及び倫理観を有する。
- (患者・生活者本位の視点)**
患者の人格を尊重し、患者及びその家族の秘密を守り、常に患者の立場に立ち、これらの人々の安全と利益を最優先する。
- (コミュニケーション能力)**
患者・生活者、他職種から情報を適切に収集し、これらの人々に有益な情報を提供するためのコミュニケーション能力を有する。
- (チーム医療への参画)**
医療機関や地域における医療チームに積極的に参画し、相互の尊重のもとに薬劑師に求められる行動を適切にとる。
- (基礎的な科学力)**
生体及び環境に対する医薬品・化学物質等の影響を理解するために必要な科学に関する基本的知識・技能・態度を有する。
- (薬物療法における実践的能力)**
薬物療法を主体的に計画、実施、評価し、安全で有効な医薬品の使用を推進するために、医薬品を供給し、調剤、服薬指導、処方設計の提案等の薬学的管理を実践する能力を有する。
- (地域の保健・医療における実践的能力)**
地域の保健、医療、福祉、介護及び行政等に参画・連携して、地域における人々の健康増進、公衆衛生の向上に貢献する能力を有する。
- (研究能力)**
薬学・医療の進歩と改善に資するために、研究を遂行する意欲と問題発見・解決能力を有する。
- (自己研鑽)**
薬学・医療の進歩に対応するために、医療と医薬品を巡る社会的動向を把握し、生涯にわたって自己研鑽を続ける意欲と態度を有する。
- (教育能力)**
次世代を担う人材を育成する意欲と態度を有する。

大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会最終報告(平成23年3月11日)概要

検討の背景

- あらゆる看護ニーズに対応できる看護専門養成を目指して、学士課程では保健師・助産師・看護師に共通の看護学の基礎を体系化して教授し、保健師・看護師国家試験受験資格取得を卒業要件としてきた。
- 医療・看護ニーズの変化・拡大に対応するため、教育の充実を図ってきた。
- 平成4年「看護師等の人材確保に関する法律」施行後、看護系大学が急増している。

大学における看護学教育の課題

- 学士課程で学生が身に付けるべき学習成果の明確化が求められている。
 - 学生の増加や実習施設の減少等により、実習施設の確保が困難となっている。
 - 社会環境の変化により、実習内容が制限される傾向がある。
- ↓
- 今後の看護系大学の人材養成の在り方を明確にし、教育の質を確保する必要性

大学院における看護学教育の課題

- コースワークの整備をはじめとする大学院教育の実質化が課題
 - 養成する人材像や習得すべき能力の明確化が不十分
 - 社会人受け入れ体制の整備等による教員の負担増や大学院に在学中の教員が多いなど、教員の質的、量的充実が課題
- ↓
- 教育研究者養成の充実、高度専門職業人養成の質保証を推進する必要性

今後の大学における看護系人材養成の在り方

1) 大学における看護系人材養成の基本方針

- 学士課程段階では、長い職業生活においてあらゆる場、あらゆる利用者のニーズに対応できる応用力のある国際性豊かな看護系人材の養成を目指す。
- 修士課程等では、看護学の学術研究を通して社会に貢献できる研究者や教育者、学士課程では養成困難な特定領域の高度専門職業人、医療専門職の協働においてマネジメント能力を発揮できる人材の養成を目指す。

2) 大学における保健師及び助産師教育の在り方

- 保健師教育については、大学による選択制の導入を可能とする。
- 大学は、学士課程、大学専攻科、大学院等それぞれの役割や教育理念を踏まえて、社会のニーズに応じた保健師や助産師教育の充実を図る。

大学における看護学教育の質保証について

1) 学士課程教育においてコアとなる看護実践能力と卒業時到達目標の策定

- 学士課程教育の質保証のための参照基準として、学士課程教育においてコアとなる看護実践能力と卒業時到達目標(学士課程版看護実践能力と到達目標)を策定
- 「学士課程版看護実践能力と到達目標」に定める看護実践能力を修得するための取り組みを提案
 - ・ 教員が各自の専門領域の枠を超えて創造的な議論をし、連携していくこと
 - ・ 学生の状況に合わせた効果的なカリキュラムや教授方法を開発・実施すること
 - ・ 実践と教育を兼務する教員(臨地教員)等、多様な人材が教育に参画すること
 - ・ 国家試験受験資格にふさわしい卒業時到達目標を定め、それを実現する教育課程を構築すること
 - ・ シラバス等の公表や相互評価、学生・卒業生の評価等により教育課程の改善に取り組むこと

2) 学位課程における教育の質保証について

- 学士課程教育の質保証に向けた提言
 - ・ 学生が4年間で身につける学習成果(学士力と看護実践能力が統合された成果)を具体化すること
 - ・ 十分に精選した教育課程を編成し、学生の主体的な学習時間を確保すること
- 修士課程等における教育の質保証に向けた提言
 - ・ 各課程にふさわしい学習成果を定め、それに基づき教育課程を編成すること
 - ・ 高度専門職業人養成においては、臨地教員の積極的な登用や、専門職学位課程における養成を考慮すること
 - ・ 大学院間連携等により異なる専門性を有する教員が協働して教育を担当する方を検討すること
- 修士課程等において保健師・助産師養成を行う場合の質保証に向けた提言
 - ・ 養成する人材像と到達目標は、高度専門職業人に相応しいものであること
 - ・ 指定規則的教育内容を超える、学位に相応しい科目を開設すること

今後の検討課題

○ 教育の充実に向けた課題

- ・ 「学士課程版看護実践能力と到達目標」の継続的な評価と改訂
- ・ 教員の量的、質的充実に向けた検討
- ・ 実習施設の不足や実習が困難な領域の存在を踏まえた実習環境の充実に向けた検討
- ・ すべての看護職の生涯学習に積極的な貢献をする体制の整備
- ・ 教育者、研究者養成を推進するための博士課程教育の充実に向けた検討

○ 看護学教育の質保証の推進

- ・ 分野別の第三者評価の推進
- ・ 長期的な教育の成果に基づく教育課程の評価、改善
- ・ 新たな看護師等の教育の質保証の在り方についての検討

学士課程においてコアとなる看護実践能力と卒業時到達目標

【構成】

- ・ 看護実践を構成する5つの能力群
- ・ それぞれの群を構成する20の看護実践能力
- ・ 20の看護実践能力ごとに以下3点を例示
 - 「卒業時の到達目標」
 - 「教育の内容」
 - 「学習成果」

学士課程においてコアとなる5つの能力群の定義(抜粋)

I群 ヒューマンケアの基本に関する実践能力	人々の多様な生活背景による様々な価値観・世界観を尊重し、看護の対象となる人々の尊厳と権利を擁護する看護を提供すること、実施するケアの根拠や必要性について情報を提供し実施するケアに対して十分に説明して選択の基に同意を得ること、さらにそうした人々との援助的関係を形成し、意志決定を支えつつ人間的な配慮ある看護を提供することに関わる実践能力
II群 根拠に基づき看護を計画的に実践する能力	多様な対象の特性や状態を理解した上で、科学的に検証された最新の知識・技術を用いて必要とされる看護を判断し、計画的に必要な看護を行う能力。 ケアとケアの統合体としての看護の考え方にに基づき、必要な看護援助技術を組み合わせて実施・応用することにかかわる実践能力。
III群 特定の健康課題に対応する実践能力	人々の健康の保持増進と健康障害の予防、急激な健康破綻と回復、慢性病および慢性的な健康問題、終末期において、それらの状況・状態にある人々への援助に必要な能力。特定の健康問題には、地域住民や患者、利用者などが健康課題を自ら達成・克服していく必要のあるものから、問題解決に専門的援助を必要とするものまで多岐にわたるため、求められる能力も多様である。
IV群 ケア環境とチーム体制整備に関する実践能力	保健医療福祉専門職の多様化、専門化、機能化によって役割分担と共同が推進されている中で、施設内および在宅ともに対象者の状況に合わせたチームを構築し、専門職として看護の機能を発揮するための方法を理解できる能力。我が国の疾病構造、保健医療福祉制度、保険制度を理解し、世界的な視点からこれらの制度を評価する能力も必要
V群 専門職者として研鑽し続ける基本能力	専門職者としての自己の現状を客観的に振り返り、陥りやすい自らの傾向、充足・開発すべき内容について自己評価できる能力。さらに、新たに獲得した知識とそれに基づく判断、行動の結果とを統合し、専門職者としての価値観や専門性の理解を発展させていくことのできる能力。

学士課程においてコアとなる看護実践能力

I群 ヒューマンケアの基本に関する実践能力
1) 看護の対象となる人々の尊厳と権利を擁護する能力
2) 実施する看護について説明し同意を得る能力
3) 援助的関係を形成する能力
II群 根拠に基づき看護を計画的に実践する能力
4) 根拠に基づいた看護を提供する能力
5) 計画的に看護を実践する能力
6) 健康レベルを成長発達に応じて査定(Assessment)する能力
7) 個人と家族の生活を査定(Assessment)する能力
8) 地域の特性と健康課題を査定(Assessment)する能力
9) 看護援助技術を適切に実施する能力
III群 特定の健康課題に対応する実践能力
10) 健康の保持増進と疾病を予防する能力
11) 急激な健康破綻と回復過程にある人々を援助する能力
12) 慢性疾患及び慢性的な健康課題を有する人々を援助する能力
13) 終末期にある人々を援助する能力

学士課程においてコアとなる看護実践能力

IV群 ケア環境とチーム体制整備に関する実践能力
14) 保健医療福祉における看護活動と看護ケアの質を改善する能力
15) 地域ケアの構築と看護機能の充実を図る能力
16) 安全なケア環境を提供する能力
17) 保健医療福祉における協働と連携をする能力
18) 社会の動向を踏まえて看護を創造するための基礎となる能力
V群 専門職者として研鑽し続ける基本能力
19) 生涯にわたり継続して専門的能力を向上させる能力
20) 看護専門職としての価値と専門性を発展させる能力

モデル・コア・カリキュラムにおける在宅医療について

○医学教育モデル・コア・カリキュラム(平成22年度改訂版)

- B 医学・医療と社会
 - (2) 地域医療
 - 到達目標：5) 地域における、救急医療、在宅医療の体制を説明できる。
- F 診療の基本
 - 2 基本的診療知識
 - (12) 介護と在宅医療
 - 一般目標：介護と在宅医療の基本を学ぶ。
 - 到達目標：3) 在宅医療(酸素療法、栄養療法、透析療法を含む)を概説できる。
- G 臨床実習
 - 5 地域医療臨床実習
 - 到達目標：3) 地域の救急医療、在宅医療を体験する。

○歯学教育モデル・コア・カリキュラム(平成22年度改訂版)

- E 臨床歯学教育
 - E-4 歯科医療の展開
 - E-4-3) 高齢者の歯科治療
 - 到達目標：*⑧要介護高齢者(在宅要介護者も含む)の歯科治療時の注意点を説明できる。

モデル・コア・カリキュラムにおける在宅医療について(2)

○薬学教育モデル・コアカリキュラム(平成25年度改訂版)

- B 薬学と社会
 - (4) 地域における薬局と薬剤師
 - 【2地域における保健、医療、福祉の連携体制と薬剤師】
 - 2. 在宅医療及び居宅介護における薬局と薬剤師の役割について説明できる。
- F 薬学臨床
 - (5) 地域の保健・医療・福祉への参画

GIO 地域での保健・医療・福祉に積極的に貢献できるようになるために、在宅医療、地域保健、福祉、プライマリケア、セルフメディケーションの仕組みと意義を理解するとともに、これらの活動に参加することで、地域住民の健康の回復、維持、向上に関わることができるとともに、

 - 【①在宅(訪問)医療・介護への参画】
 - 1. 前) 在宅医療・介護の目的、仕組み、支援の内容を具体的に説明できる。
 - 2. 前) 在宅医療・介護を受ける患者の特色と背景を説明できる。
 - 3. 前) 在宅医療・介護に関わる薬剤師の役割とその重要性について説明できる。
 - 4. 在宅医療・介護に関する薬剤師の管理業務(訪問薬剤管理指導業務、居宅療養管理指導業務)を体験する。(知識・態度)
 - 5. 地域における介護サービスや介護支援専門員等の活動と薬剤師との関わりを体験する。(知識・態度)
 - 6. 在宅患者の病状(症状、疾患と重症度、栄養状態等)とその変化、生活環境等の情報収集と報告を体験する。(知識・態度)

学士課程においてコアとなる看護実践能力と卒業時到達目標における在宅医療について

看護実践能力	卒業時の到達目標	教育の内容	学習成果
IV ケア環境とチーム体制整備に関する実践能力	17) (1) チーム医療における看護及び他職種との役割を理解し、対象者を中心とした協働の在り方について説明できる。 (2) 保健医療福祉サービスの継続性を保障するためにチーム間の連携について説明できる。	□ チーム医療 □ 保健医療福祉チームの専門性と相互の尊重 □ チームの中での看護専門職の役割 □ リーダーシップ □ カンファレンスの運営方法 □ 情報の共有 □ 継続看護 □ 在宅医療と社会制度 □ 在宅医療推進と看護活動 □ 保健医療福祉機関の連携・協働 □ ケアマネジメント □ 家族を含めた対象者中心の連携 □ 退院支援・退院調整 □ 地域包括支援センターとの連携 □ 訪問看護ステーションとの連携 □ 地域保健・産業保健・学校保健との連携	□ チーム医療、保健医療福祉チーム員の機能と専門性、チーム医療の中での看護の役割について説明できる。 □ チーム医療の中での業務として、情報の共有と守秘義務、対象者を中心とするチーム医療の構築方法について説明できる。 □ チーム医療の中での、相互の尊重・連携・協働について説明できる。 □ チーム医療の中で効果的な話し合いをするための方法について説明できる。 □ 在宅医療を推進するために、保健医療福祉機関の連携・協働を促す看護の活動・役割について説明できる。 □ ケアマネジメントやチームの連携方法について説明できる。 □ 継続看護、退院支援・退院調整など、地域の関連機関と協働関係を形成する看護援助方法について説明できる。 □ 病院、保健所、市町村保健センター、地域包括支援センター、訪問看護ステーション、診療所、学校、職場などとの連携の必要性について説明できる。 □ 同僚や他の医療従事者と安定した適切なコミュニケーションをとる必要性を理解し、指導の下で実践できる。 □ チームの一員として、報告・連絡・相談の必要性を理解し、指導の下で実践できる。

ここから先はビジーなスライドです

- ・ 医歯薬看はどんな教えられ方をしているか
→ 座学中心から、現場中心に様々な取組がなされています。
- ・ 教育の自由との関係の中でどう教えるべきか
→ 国試やコアカリで画一的な部分は担保しながら、どんな工夫が大学はできるでしょうか。
- ・ 文科省はどんなことをしようとしているのか
→ まずは来年度予算を含め説明しますが、
- ・ 我々は後輩をどう育て迎えるべきか
→ 在宅・小児在宅の面白さをどう伝え、どんな場を与えればいいのかねえ？

高度医療人材の養成と大学病院の機能強化

平成28年度予算額(案)：40億円(44億円)
注：()の数値は、27年度予算額

【1 先進的医療イノベーション人材養成事業】

我が国が抱える様々な医療課題を解決し、国民に提供する医療水準を向上させるため、大学における研究マインドを持った次世代医療人材の養成拠点の形成を促進する。

- 未来医療研究人材養成拠点形成事業 14億円(16億円)
- がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン 15億円(16億円)

【2 大学・大学院及び附属病院における人材養成機能強化事業】

高度な教育力・技術力を有する大学が核となって、我が国が抱える医療現場の諸課題等に対して、科学的根拠に基づいた医療が提供でき、健康長寿社会の実現に寄与できる優れた医療人材の養成を推進する。

加えて、近年、若手医師の臨床志向に伴い基礎医学研究に専念する医師が減少していることから、魅力ある教育プログラムの構築により、病理学や法医学などの優れた基礎研究医の養成を推進する。また、診療参加型臨床実習の充実及び国際標準の認証評価制度等の導入に向けた基盤を構築する。

- 課題解決型高度医療人材養成プログラム 9億円(8億円)
- 基礎・臨床を両輪とした医学教育改革によるグローバルな医師養成 2億円(2億円)

【3 大学における医療人養成の在り方に関する調査研究】

我が国における今後の社会・経済構造の変化に伴う保健医療分野のニーズに対応するため、大学及び大学院における医療人養成の在り方について検討するための調査・研究を実施する。

1億円(1億円)

*27年度予算額には、27年度限りで終了した事業「専門的看護師・薬剤師等医療人材養成事業」の予算額を含む。

*単位未満四捨五入のため、計が一致しない場合がある。

1 先進的医療イノベーション人材養成事業

平成28年度予算額(案)：28億円
(平成27年度予算額：32億円)
研究拠点形成費等補助金
(※単位未満四捨五入のため、計が一致しない場合がある)

背景・課題

- 日本復興のため、健康・医療の分野は我が国の成長分野として位置づけられ、医療関連分野におけるイノベーションの推進が求められている。また、急速な高齢化の進展が見込まれる中、「医療」「介護」「予防」「生活支援」「住まい」の5つの要素を柱とした「地域包括ケアシステム」の実現が新たな課題となっている。
- がんは、我が国の死因第一位であり、国民の生命及び健康にとって重大な問題となっている現状から、「がん対策基本法」が制定され、手術、放射線療法、化学療法その他のがん医療に携わる専門的知識・技能を有する医師その他の医療従事者の育成が求められている。

【対応】

- 高度な教育・研究・診療機能を有する大学・大学院における高質で戦略的な人材養成拠点を形成

【内容】

- 未来医療研究人材養成拠点形成事業 14億円
 - ◆ 世界の医療水準の向上及び日本の医療産業の活性化に貢献するため「メディカル・イノベーション推進人材」を養成。
 - また、将来の超高齢社会における地域包括ケアシステムに対応するため「リサーチ・チーム」を持った総合診療医を養成。(内訳) @55,600千円 × 25件
- がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン 15億円
 - ◆ 複数の大学がそれぞれの個性や特色、得意分野を活かしながら相互に連携・補完して教育を活性化し、がん専門医療人養成のための拠点を構築。(内訳) @96,667千円 × 15件

【政策目標】

- 我が国の医療水準の維持向上及び医療産業の活性化を促進する人材養成
- 大学の地域医療・社会への貢献による将来の医療不安等の解消

未来医療研究人材養成視点形成事業

平成28年度予算額(案) 14億円
(平成27年度予算額 16億円)

課題1 革新的な技術開発の創出促進

① 医師の高度な知識・技術や臨床現場で培った実践的・実践的知識・経験の蓄積を、大学・大学院で体系的に学ぶ機会を創出する。

② 医師・薬剤師等の専門的知識・経験の蓄積を、大学・大学院で体系的に学ぶ機会を創出する。

③ 医師・薬剤師等の専門的知識・経験の蓄積を、大学・大学院で体系的に学ぶ機会を創出する。

課題2 高度化の進捗・医師ニーズの変化

① 高度化の進捗が図られることにより、「高度」「専門」「学際」の知識・技能・経験を有する医師の養成が求められる。

② 医師・薬剤師等の専門的知識・経験の蓄積を、大学・大学院で体系的に学ぶ機会を創出する。

【健康・医療戦略】平成26年7月22日閣議決定(抄)

2. 医師 医療に関する先端の研究開発及び新薬開発に関する教育の振興: 人材確保に関する事項
3. 新薬の開発を促進する観点から必要な人材の育成・確保等
4. 先端医療に関するイノベーション人材を養成するため、先端医療・先端医療人材を養成する。

【社会保険制度改革国民会議 報告書(概要)】平成25年8月6日(抄)

第2部 社会保険4分野の改革

1. 医師 介護サービス上の関係体制改善
- (6) 医師の働き方

① 医師の働き方 ② 医師の働き方 ③ 医師の働き方

テーマA: メディカル・イノベーション推進人材の養成

① 高度な知識・技術、地域性を活かすこと、国際的な視点と連携した人材の養成

② 高度な知識・技術、地域性を活かすこと、国際的な視点と連携した人材の養成

テーマB: リサーチマインドを持った総合診療医の養成

① 高度な知識・技術、地域性を活かすこと、国際的な視点と連携した人材の養成

② 高度な知識・技術、地域性を活かすこと、国際的な視点と連携した人材の養成

【取得大学】

① 医学部 ② 医学部附属病院

① 医学部 ② 医学部附属病院

【取得大学】

① 医学部 ② 医学部附属病院

① 医学部 ② 医学部附属病院

がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン

平成28年度予算額(案) 15億円
(平成27年度予算額 16億円)

課題

- がんは、わが国の死因第一位の疾患であり、国民の生命及び健康にとって重大な問題。
- がん対策の一層の充実を図るため、「がん対策基本法」が制定(平成19年4月)。(※基本法に基づき「がん対策推進基本計画」を閣議決定)

背景・施策等

がんによる死亡者数は、第1位

【死因別死亡者数】1日に約1,000人が、がんで亡くなっている。

1 がん	364,723人
2 心疾患	196,723人
3 肺炎	122,969人
4 脳血管疾患	118,347人
5 糖尿病	69,720人
6 その他	395,805人
死亡者数計	1,268,436人

(出所:平成25年度人口動態報告書)

本事業の取組内容(これまでの成果)

- 本事業では、複数の大学がそれぞれの個性や特色、得意分野を活かしながら相互に連携・補完して教育を活性化し、**がん専門医療人養成のための拠点**を構築する。
- 現在、平成24年度に選定された**15拠点(連携100大学)**において、講座や教育コースを設置して人材養成に取り組んでいるところ。

がん専門医療人の養成コースへの入人数

① 北海道人材育成センターによるがん専門医療人養成プログラム

年度	H24	H25	H26
入人数	1,019	1,159	1,723

(H24:平成24年度～H26:10月末迄の累計)

がんが特化した講座の新設

事業開始から新たに**42講座**等を設置

※新設講座等の例
 ・放射線治療学(北海道大学)
 ・腫瘍薬物治療学分野(京都大学)
 ・緩和医療学講座(近畿大学)等

2 大学・大学院及び附属病院における人材養成機能強化事業

平成28年度予算額(案)11億円
(平成27年度予算額 10億円)

背景・課題

- 健康長寿社会の実現には、高度な医療提供体制の構築が必要であり、医療安全管理や感染制御等の病棟基礎専門等を含む医師等の養成や体制の充実、高度な知識・技術を有する医師等の養成が必要。また、高度な医療提供を支える看護師、薬剤師等のメディカルスタッフの養成が必要。
- 我が国の医学教育では、基礎医学を志す医師の減少に伴う基礎医学教育・研究の質の低下や、諸外国に比べて期間・内容とも不十分とされている臨床実習の充実が喫緊の課題。
- 医師不足や医師の高度化を背景に、医師の効率的、効率的な提供を目的とするチーム医療の推進が医療全体の課題。

対応内容

【対応】①高度な教育力・技術力を有する大学が核となり、我が国が抱える医療現場の諸課題等に対して、科学的根拠に基づいた医療が提供でき、健康長寿社会の実現に寄与できる優れた医療人材の養成を推進する。

②我が国の臨床志向に伴い基礎医学研究に進む医師が減少していることから、魅力ある教育プログラムの構築により、基礎医学や法医学などの優れた基礎研究医の養成を推進する。また、診療参加型臨床実習の充実及び医学・歯学分野の第三者評価制度等の導入に向けた基盤を整える。

【内容】

- ① 課題解決型高度医療人材養成プログラム 9億円
 - 医師・歯科医師を対象とした教育プログラム ④40,000千円 × 14件 (新規)②0,000千円 × 4件 ②00,000千円 × 12件
 - 看護師・薬剤師等を対象とした教育プログラム ②億円
- ② 基礎・臨床を軸とした医学教育改革によるグローバルな医師養成 2億円
 - 医学・医療の高度化の基盤を担う基礎研究医の養成 ⑧12,222千円 × 10件 ⑧12,222千円 × 10件
 - グローバルな医学教育認定に対応した診療参加型臨床実習の充実 ⑧22,000千円 × 1件 (国) ⑧11,000千円 × 1件

政策目標

- ① 社会から求められる多様な医療ニーズに対応できる優れた専門医療人材の養成
- ② 医療の安全確保や質の向上を図るための大学病院の体制強化
- ③ 質の高い医療関連職種の人材の養成・活用促進

課題解決型高度医療人材養成プログラム

平成28年度予算額(案)9億円(平成27年度予算額:8億円)

概要

高度な教育力・技術力を有する大学が核となり、我が国が抱える医療現場の諸課題等に対して、科学的根拠に基づいた医療が提供でき、健康長寿社会の実現に寄与できる優れた医療人材の養成を推進する。

背景・課題

健康長寿社会を実現するための疾患克服課題 ①人口減少・少子化の進行

高度医療専門人材の不足
 ①がん専門医療人養成(がん対策推進基本法)
 ②感染制御等専門人材養成
 ③緩和医療等専門人材養成

社会から求められる多様な医療ニーズの増加
 ①がん専門医療人養成(がん対策推進基本法)
 ②感染制御等専門人材養成
 ③緩和医療等専門人材養成

高齢化に伴う歯科医療ニーズの変化
 ①口腔疾患と全身疾患の関わりに関する領域を担う高度な歯科医師の養成

取組

【取組1】医師・歯科医師を対象とした教育プログラム ④40,000千円(新規) × 14件 + ②0,000千円(国) × 4件 + ②00,000千円(国) × 12件

① がん専門医療人養成(がん対策推進基本法)
 ② 感染制御等専門人材養成
 ③ 緩和医療等専門人材養成

④ 看護師・薬剤師等を対象とした教育プログラム ②億円

⑤ 基礎・臨床を軸とした医学教育改革によるグローバルな医師養成 2億円

成果

高度医療専門人材の輩出、我が国が抱える医療課題の解決、健康立国・健康長寿社会の実現

【医師・歯科医師を対象とした教育プログラム】

(特に高度な知識・技能が必要とされる分野の医師養成)

課題

- ① 医師の進歩・発展に求められる知識・技能の高度化、社会から求められる医師ニーズの多様化等により、高度な知識・技能を有した医師の養成が急務
- ② がん対策推進基本法に基づき、がん専門医療人養成が急務
- ③ がん対策推進基本法に基づき、がん専門医療人養成が急務

対応

① がん専門医療人養成(がん対策推進基本法)
 ② 感染制御等専門人材養成
 ③ 緩和医療等専門人材養成

効果

- ① がん専門医療人養成(がん対策推進基本法)
- ② 感染制御等専門人材養成
- ③ 緩和医療等専門人材養成

メディカルスタッフを対象とした教育プログラム

背景(看護師を例に)

- ① 地域医療の課題 ② 2016年地域医療課題
- ③ 地域医療の課題 ④ 2016年地域医療課題
- ⑤ 地域医療の課題 ⑥ 2016年地域医療課題

課題

- ① 地域医療の課題 ② 2016年地域医療課題
- ③ 地域医療の課題 ④ 2016年地域医療課題
- ⑤ 地域医療の課題 ⑥ 2016年地域医療課題

取組

- ① 地域医療の課題 ② 2016年地域医療課題
- ③ 地域医療の課題 ④ 2016年地域医療課題
- ⑤ 地域医療の課題 ⑥ 2016年地域医療課題

成果

- ① 地域医療の課題 ② 2016年地域医療課題
- ③ 地域医療の課題 ④ 2016年地域医療課題
- ⑤ 地域医療の課題 ⑥ 2016年地域医療課題

取組① 地域での暮らしや看取りまで見据えた看護が提供できる看護士の養成

課題

- 看護学生や病院で働く看護師は病院の中で提供する医療を中心に教育されてきた。超高齢化社会においては病院から暮らしや看取りまで見据えた看護を養成して、看護士の専門性を強化していくことが必要
- 看護大学の教育の充実に向けた課題「教育目的に適した多様な教員の構成」「実習環境の充実」「すべての看護職の生涯学習に積極的な貢献をする体制の整備」(大学における看護人材養成の在り方に関する検討会最終報告、23年3月)

対応

- 大学・実習病院・地域医療機関等が連携を強化し、新たな教育指導体制を構築する

取組例

- 訪問看護ステーションや介護施設等
- 看護士の研修・人事交流・地域や女性・学生の実習指導看護職の学習支援
- 看護系大学、病院看護部、訪問看護ステーション等が連携し、地域医療連携にかかわる業務に精通し、学生・看護職に地域医療連携の実践を教育できる教育指導者の養成
- 看護系大学、実習病院、訪問看護ステーション等が連携し、地域医療連携にかかわる業務に精通し、学生・看護職に地域医療連携の実践を教育できる教育指導者の養成

成果

- 国民に対する安心・安全な医療提供体制の構築
- 看護士の教育の連携が進むことによる医療の質向上

選定結果

群馬大学「群馬一丸で育てる地域完結型看護リーダー」、鹿児島大学「地域での暮らしを最期まで支える人材育成」、昭和大学「実践力ある在宅療養支援リーダー育成事業」、山形県立保健医療大学「山形発、地元で育てるホームファーマシスト」、東邦大学「都市部の超高齢社会に挑む看護士養成事業」(申請件数:66件、選定件数5件)

取組② 指導力を有し地域医療で活躍できる薬剤師の養成

課題

- 医療人としての質の高い薬剤師を養成するためには、実務実習の充実と指導者としての現場薬剤師の質向上が不可欠
- 6年制薬学部においては、モデル・コカリキュラムに基づく教育を行うことに加え、各大学において養成すべき薬剤師像を明確化し大学独自の教育を行うことが必要
- 在宅医療など地域に密着し、チーム医療に対応できる薬剤師の養成に向けた教育の充実が必要

対応

- 大学が病院・薬局等と連携し、卒業後を見据えた特色ある優れた学部教育プログラムと、卒業後の薬剤師の現職教育プログラムを構築・実施する
- 在宅医療、プライマリケア、地域におけるチーム医療について指導できる薬剤師の養成を通じて、実務実習の内容充実と質向上を図る
- 大学と病院・薬局のグループ内で薬剤師の交流を促すことにより、薬剤師の質向上と実務実習の質の底上げを図る
- 病院・薬局における実務家教員の研修プログラムを作成・実施する

事業の内容

- 大学が病院・診療所・薬局等と連携し、卒業後を見据えた特色ある優れた学部教育プログラムと、卒業後の薬剤師の現職教育プログラムを構築・実施する
- 在宅医療、プライマリケア、地域におけるチーム医療について指導できる薬剤師の養成を通じて、実務実習の内容充実と質向上を図る
- 大学と病院・薬局のグループ内で薬剤師の交流を促すことにより、薬剤師の質向上と実務実習の質の底上げを図る
- 病院・薬局における実務家教員の研修プログラムを作成・実施する

成果

- 地域医療に貢献できる優れた薬剤師の養成
- 実務実習における高い指導力を持った薬剤師の養成

選定結果

大阪大学「地域チーム医療を担う薬剤師養成プログラム」、昭和大学「大学と地域で育てるホームファーマシスト」(申請件数:27件、選定件数2件)

特に人材が不足している領域の医師等の養成について(拡充)

平成28年度予算額(案):0.8億円(課題解決型高度医療人材養成プログラム平成28年度予算額(案):1億円内)

領域① 放射線検査を含む放射線健康リスクに関する領域

課題

- 放射線や放射線同位体元素は、医学・医療領域で広く利用されているにもかかわらず、その人体への影響や防護に関する基礎知識が十分に習得されていない

教育の現状

- 放射線の人体への影響や、放射線防護と安全管理等については、コアカリキュラムに盛り込まれているが、教育が行われているが、これらを専門として教える基礎知識を習得する必要がある

対応策

- 医師養成の卒前・卒業後教育において、放射線による人体への影響・リスク・防護についての知識を十分習得できるように、放射線に関する教育を強化することが必要

領域② 慢性の痛みに関する領域

課題

- 慢性の痛みを持つ患者は、生活の質が著しく低下し、社会的困難を抱くなど、社会負担が大きい

教育の現状

- 慢性疼痛の基本を学ぶことや、治療の開始を指導できることをコアカリキュラムに盛り込み、教育が行われているものの、慢性の痛みの専門性を踏まえた統合的な教育が十分に実施されているとは言い難い

対応策

- 医師・看護師等の医療従事者の育成において、慢性の痛みの専門性を踏まえた統合的な教育が十分に実施されているとは言い難い

本事業における取り組みの例(イメージ)

【領域①の取組例】

- 放射線健康リスク管理やリスクの概念、放射線と化学物質とのリスク比較等に関して体系的に学習することのできる新たな教育プログラムを構築し、普及を図るとともに、事業の継続的な実施による専門人材の養成に取り組む

【領域②の取組例】

- 医学部又は附属病院等において、慢性の痛みに関する新たな教育プログラムや研修コース等を構築し、教育を行うとともに、取組の各大学の普及に向けて、関係職種を含めた専門人材の養成等に取り組む

基礎・臨床を両輪とした医学教育改革によるグローバルな医師養成

平成28年度予算額(案):2億円(平成27年度予算額:2億円)

課題

- 基礎医学の基礎
- 基礎医学大学院に進学する医師(基礎系MD)は極めて少なく、基礎医学研究は衰退の危機
- 医学系大学院(博士課程:4年制)入学者数の推移

対応策(本事業の取組内容・これまでの成果)

テーマA:医学・医療の高度化の基盤を担う基礎研究医の養成(取組件数:10件)

- 医学部及び医学系大学院において魅力ある基礎研究医養成プログラムを構築する優れた取組を支援
- 取組の例:熊本大学「薬部プログラム」
高校生を対象に研究指導を行う「薬部プログラム」(薬部)で、学部生が大学院の基礎研究医として博士課程の講義を先修し、2年次を修了し、卒業後臨床で実務を担い、2年次を修了し、シムス入組を実施

本事業で設置した基礎研究医養成コースへの受入人数

401名

テーマB:グローバルな医学教育に資する国際化の推進(取組件数:10件)

- 医学系大学院の国際化の推進を図る取組を支援
- 取組の例:熊本大学「薬部プログラム」
国際化の推進を図る取組を支援し、低学年から英語学習を行うなど、カリキュラム全体の国際化
国際化の推進を図る取組を支援し、卒業後の臨床能力評価(Post-CO-OSCE)の実施
教育関係機関との連携強化による学外臨床実習の実施等

テーマC:医学・歯学教育認定制度等の実施(取組件数:医学分野1件、歯学分野1件)

- 日本における国際標準の医学・歯学教育認定制度等の実施を推進するための優れた取組を支援
- 医学分野の取組:日本医学教育学会が策定した分野別評価基準(グローバルスタンダード)に基づき、自己評価及びトピカル評価を実施中

3 大学における医療人養成の在り方に関する調査研究

平成28年度予算額(案):1億円(平成27年度予算額:1億円) 大学改革推進委員

背景・課題

- 2025年には3人に1人が65歳以上、5人に1人が75歳以上となり、現在の我が国の医療・介護サービスの提供体制では十分に対応できないことが見込まれている。このため、高度急性期から在宅医療・介護までの一連のサービスを地域において総合的に確保することで、住み慣れた地域での継続的な生活を可能とすることが必要とされている
- これらを実現するため、平成26年6月に医療法、介護保険法等が改正され、医療・介護の連携強化、地域医療支援センターによる地域の医師確保支援、メディカルスタッフの業務実施体制の見直し等に取り組むこととされているほか、医師養成の改善・見直しに向けた検討が行われている
- 例えば、医学・歯学教育においては、平成13年に学生が卒業時までに身に付けておくべき必須の実践能力の到達目標を定めたモデル・コア・カリキュラムを策定し、各国公私立大学においてこれを踏まえた教育が実施されているが、これらでも社会状況の変化等に対応して、改訂を行ってきたこと

対応内容

【対応】 我が国における今後の社会・経済構造の変化に伴う保健医療分野のニーズに対応するため、大学及び大学院における医療人養成の在り方について検討するための調査・研究を実施する

【内容】 医師、歯科医師、その他の医療関係職種について、将来の医療提供体制の構築に向けて、大学・大学院において、今後どのような医療人材養成を行っていくべきか検討するための調査・研究を行う

(主な調査研究テーマ)

- 医学教育モデル・コア・カリキュラム等の改訂に向けた調査・研究
- 医学系大学院における教育研究の実態に関する調査・研究
- 地域医療に従事する医師の確保・養成のための調査・研究 等

政策目標

- 効率的かつ質の高い医療提供体制の構築に貢献できる医療人の養成
- 医療の進歩に貢献できる研究者、高度専門医療人材の養成

平成27年度「大学における医療人養成の在り方に関する調査研究委託事業」

調査研究テーマ

【テーマ1:医学教育モデル・コア・カリキュラム等の改訂に向けた調査・研究】

- 現行の医学教育モデル・コア・カリキュラム又は歯学教育モデル・コア・カリキュラムに係る課題の抽出・分析
- 医学教育モデル・コア・カリキュラム又は歯学教育モデル・コア・カリキュラムの改訂案の策定
- モデル・コア・カリキュラムの構築

【テーマ2:医療系大学院における教育研究の実態に関する調査・研究】

- 平成23年1月の「グローバル化社会の大学院教育」答申で指摘された事項に対する医療系の大学院の取組状況に関する実態調査と検証
- 近々の医療系大学院の教育内容や、質保証のための制度設計等の比較調査

【テーマ3:看護等の卒業時到達目標等に関する調査・研究】

- 学士課程の実習環境に関する調査・研究
- 学士課程における看護実践能力と卒業時到達目標の達成状況の検証・評価の方法の開発

【テーマ4:歯学教育の充実・発展に関する調査・研究】

- 学部における教育の現状把握及び分析
- 海外の歯学教育との比較調査
- 大学院4年制博士課程の現状把握及び分析

【テーマ5:国内外の医療系学部等におけるシミュレーション教育・研修に関する調査・研究】

- シミュレーション教育に関する国内外の先進的取組事例の調査
- シミュレーション教育・研修効果の検証
- 今後のシミュレーション教育・研修のあり方の研究

【テーマ6:地域医療に従事する医師の確保・養成のための調査・研究】

- 各都道府県・大学が設けている地域枠の制度や活用実績等に関する情報収集
- 都道府県・大学ごとの地域枠の効果検証
- 制度的差異や地域格差、関連する施策の実施状況等を踏まえた、効果の違いに関する分析

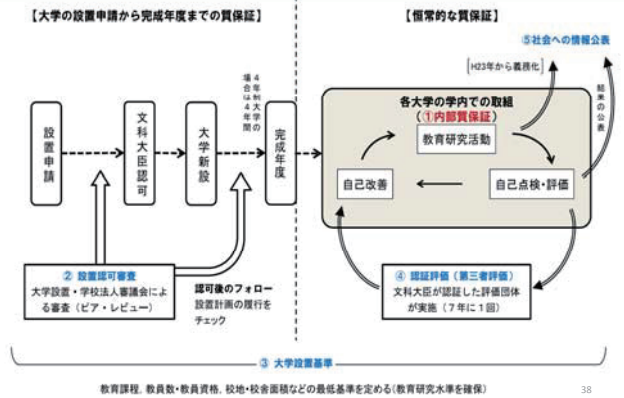
申請対象・実施期間

申請対象: 国公私立大学(短期大学を含む)、独立行政法人、学協会、民間の調査研究機関等
実施期間: 平成27年度から30年度を限り実施

詳細は文科省HPに掲載→http://www.mext.go.jp/b_menu/boshu/index.htm

医学教育認証評価の導入

我が国の大学の質保証のイメージ図



平成15年の質保証に関する制度改正の概要

【規制改革の動き】

- 総合規制改革会議「規制改革の推進に関する第1次答申」(平成13年12月)
 - ・高等教育における自由な競争環境の整備
 - ・大学・学部の設置規制の事実上の撤廃(審判基準をあらかじめ法令上明確化)と認可制の導入
 - ・大学・学部の設置等に際する認可方針の見直し
 - ・第三者による継続的な評価制度の導入
- 中央教育審議会の提言
 - 「大学の質の保証に係る新たなシステムの構築について」(平成14年8月「答申」)
 - 「国の事前規制である設置認可を廃止し、大学が自らの判断で社会のニーズ等に応じて多様で特色のある教育研究活動を展開できるようにする。それとともに、大学設置後の状況について当該大学以外の第三者が客観的な立場から継続的に評価を行う体制を構築する。これらにより、大学の自主性・自律性を醸成しつつ、大学の教育研究活動の質的維持向上を図り、その一層の活性化が可能なよう新たなシステムを構築することとする。」
 - 設置認可の在り方を見直し
 - ・設置認可の対象の見直し(編出制の導入)
 - ・認可方針の整理
 - ・法部、国土交通省との連携(併設)
 - ・審査基準の見直し(審査基準をあらかじめ法令上明確化)
 - 第三者評価制度の導入
 - ・国の認証を受けた評価機関が大学を定期的に評価
 - ・評価結果を公表
 - 法令違反状態の大学に対する是正措置
 - ・段階的な是正措置の導入(段階命令の前に改善勧告や改善命令等の是正措置を要す)
- 1) 設置認可の見直し(平成15年度審査(平成16年度開設)より適用)
 - 編出制の導入(学校教育法の改正)
 - ・既設の学部等の異動など、大学が毎年する学部の種類と分野に変更がない場合は編出で継続改編ができるようになる。
 - 規制方針の整理(審判内閣府の提言)
 - ・大学等の設置を抑制してきた方針を整理(医歯、農林漁業等の業種分野を除く。)
 - ・大都市圏の大学等の設置抑制を撤廃(工業(専)専制法の廃止に待った措置)
 - 設置認可の明確化(在学中(大学設置基準)及び編出制の導入・制約)
 - ・審議内閣府等で定められていた審査基準について、一貫性を高め、明確化を図る観点から原則として告示以上の法令に規定し直す。
 - ・特に従来の告示の基準の必要性を再検討し、整理を図る。
- 2) 認証評価制度の導入(平成16年度より適用)(学校教育法の改正)
 - ・全ての大学が7年ごとに文部科学大臣の認証を受けた認証評価機関の評価を受けることを義務付け
 - ・認証評価機関は評価結果を公表する。
- 3) 法令違反状態の大学に対する段階的な是正措置の導入(平成15年度より適用)(学校教育法の改正)
 - ・法令違反状態の大学に対する法的措置として、従来の「閉鎖命令」に加え、その前段階として「改善勧告」、「改善命令」を規定し、早期の改善を促す。
 - ・改善勧告を行うための必要がある場合、大学に対し報告や資料提出を求められるようになる。

日本における評価制度

1. 学校教育法第109条等に基づく評価
 - (1) 自己点検・評価
 - ・大学は、教育・研究、組織・運営、施設・設備の状況について、自ら点検・評価を行い、結果を公表する。
 - (2) 認証評価(機関別認証評価)
 - ・大学は、教育研究等の総合的な状況について、7年以内ごとに、認証評価機関による認証評価を受ける。
 - (3) 専門職大学院認証評価(専門分野別認証評価)
 - ・専門職大学院の教育課程、教員組織その他の教育研究活動の状況について、5年以内ごとに、認証評価機関による認証評価を受ける。
2. 国立大学法人法第35条等に基づく国立大学法人評価
 - (1) 各年度終了時の評価
 - ・各法人の中期計画の達成に向けた進捗状況の総合的な評価
 - (2) 中期目標期間の業務実績評価
 - ・各法人の中期目標の達成状況の総合的な評価
3. その他の評価
 - (1) 技術者教育プログラムの認定(工学、理学、農学)
 - ・(社)日本技術者教育認定機構(JABEE)が実施
 - ・学界と産業界との連携により、統一的基準に基づいて、大学等が行う技術者を育成する専門教育プログラムの認定を行う。
 - (2) 薬学教育プログラムの評価
 - ・一般社団法人薬学教育評価機構が実施
 - ・薬学教育機関の教育の質を保証するために、6年制薬学教育プログラムの評価を行う(7年に1度)。(23年度にトライアル評価実施、25年度から本評価開始)

認証評価機関の一覧(機関別認証評価)

学校の種類	認証評価機関	認証日
大学	公益財団法人大学基準協会	平成16年8月31日
	独立行政法人大学評価・学位授与機構	平成17年1月14日
	公益財団法人日本高等教育評価機構	平成17年7月12日
	一般財団法人短期大学基準協会	平成17年1月14日
短期大学	公益財団法人大学基準協会	平成19年1月25日
	公益財団法人日本高等教育評価機構	平成21年9月4日
	独立行政法人大学評価・学位授与機構	平成17年7月12日

認証評価機関の一覧(専門職大学院認証評価)

分野	認証評価機関	認証日
法科大学院	公益財団法人日弁連法務研究財団	平成16年8月31日
	独立行政法人大学評価・学位授与機構	平成17年1月14日
	公益財団法人大学基準協会	平成19年2月16日
経営(経営管理、技術経営、ファイナンス、経営情報)	一般社団法人ABEST21	平成19年10月12日
会計	特定非営利活動法人国際会計教育協会	平成19年10月12日
経営(経営管理、会計、技術経営、ファイナンス)	公益財団法人大学基準協会	平成20年4月8日
助産	一般財団法人日本助産評価機構	平成20年4月8日
臨床心理	公益財団法人日本臨床心理士資格認定協会	平成21年9月4日
教員養成(教職大学院、学校教育)	一般財団法人教員養成評価機構	平成22年3月31日
公共政策	公益財団法人大学基準協会	平成22年3月31日
情報、創造技術、組込技術、原子力	一般社団法人日本技術者教育認定機構(JABEE)	平成22年3月31日
ファッション・ビジネス	公益財団法人日本高等教育評価機構	平成22年3月31日
公衆衛生	公益財団法人大学基準協会	平成23年7月4日
知的財産	一般社団法人ABEST21	平成23年10月31日
	公益財団法人大学基準協会	平成24年3月29日
ビューティビジネス	一般社団法人専門職高等教育質保証機構(旧称:ビューティビジネス評価機構)	平成24年7月31日
環境・造園	公益社団法人日本造園学会	平成24年7月31日

※認証評価機関が未整備の分野(4分野) 福祉マネジメント、グローバル・コミュニケーション実践、デジタルコンテンツ、映画プロデュース

分野別評価に関する提言等

- 「大学の質の保証に係る新たなシステムの構築について」(H14. 8. 5中央教育審議会答申)
 - 4 専門分野別第三者評価
 - ・大学の専門性を様々な分野ごとに評価する、いわゆる**専門分野別第三者評価について**も、例えば日本技術者教育認定機構(JABEE)が行っているように、**将来的には多様な分野で行われることが必要**である。(中略)当面、第三者評価の導入に対する必要性が特に強い法科大学院等の専門職大学院から開始することとする。
- 「学士課程教育の構築について」(H20. 12. 24中央教育審議会答申)
 - 第4章 公的及び自主的な質保証の仕組みの強化
 - ・**第三者評価制度の見直しに当たっては、分野別の評価をどのように進めていくかが重要な課題**となる。
- 「新たな未来を築くための大学教育の質的転換に向けて」(H24. 8. 28中央教育審議会答申)
 - ・文部科学省等には、大学の主体的な取組を支える観点から、以下のような取組が求められる。
専門職人養成のいくつかの分野において進められている分野別到達目標や分野別第三者評価の策定などの分野別質保証の取組を支援する。
- 第2期教育振興基本計画**(H25. 6閣議決定)
 - ・高度専門人材の育成に向けて、大学及び高等専門学校における**分野別質保証の構築・充実に向けた取組を促進**する。

43

大学改革推進等補助金「医学・歯学教育認証制度等の実施」事業

事業の目的

日本の医学部・歯学部が国際標準の教育を実施していることを証明するとともに、国際標準を超えるグローバルかつ優れた医師・歯科医師を養成するため、**日本における国際標準の医学・歯学教育認証制度等の基盤を構築**することを目的として実施(H24～28予定)。

選定大学

分野	大学名	連携大学	プログラム名称
医学	東京医科歯科大学	千葉大学 東京大学 新潟大学 東京慈恵会医科大学 東京女子医科大学	国際基準に対応した医学教育認証制度の確立
		新潟大学	
歯学	東京医科歯科大学	九州歯科大学 東京歯科大学 大阪歯科大学	歯学教育認証制度等の実施に関する調査研究

44

分野別評価の確立に向けた我が国の取組

これまでの主な取組状況

○医学教育分野別評価確立に向けた検討

委員会開催(毎年数回)
 医学教育質保証検討委員会
 文科省GP連携校委員会

評価基準の策定

(平成25年7月、平成26年4月改訂、平成27年4月改訂)
評価者養成ワークショップ開催(毎年1回)

○トライアル外部評価の実施

平成25年12月16日～20日 新潟大学医学部
 平成26年1月20日～24日 東京医科歯科大学医学部
 6月2日～6日 東京慈恵会医科大学医学部
 6月30日～7月4日 千葉大学医学部
 平成27年2月16日～20日 東京大学医学部

45

分野別評価の確立に向けた我が国の取組

平成27年度以降の計画

※ 青文字は主に大学改革推進等補助金の取組として実施

○医学教育分野別評価試行

※平成26年度までに補助事業連携校のトライアル評価は終了
 ※平成27年度以降、連携校以外の各校が受審予定

※覚えてますか?「アメリカで医師ができなくなる?」、「医学教育の2023年問題」、「医学部に黒船がやってきた!」みたいな記事が載ったのを

○

平成27年12月

一般社団法人日本医学教育評価機構(JACME)発足
 JACME(ジャックミー)発足後、
 ・世界医学教育連盟WFMEによる認定
 ・JACMEによる分野別評価 本格実施
 ・認証校をFAIMERに登録

46

診療参加型臨床実習の充実に向けた取組

診療参加型臨床実習の必要性に関するこれまでの提言①

平成11年 **21世紀に向けた医師・歯科医師の育成体制の在り方について(抄)**

2 大学における教育研究体制の改善の方向

(1)学部教育の改善

③少人数教育の推進と臨床実習の充実

現代の医学・医療は多岐にわたり、しかも日進月歩で発展しており、医療をとりまく状況が変化し、複雑化する中、学生や卒業臨床研修の段階における教育だけで、必要な知識・技能の全てを修得することは不可能である。このため、医師・歯科医師には、自ら問題を発見し、その解決方法を見出す能力、生涯にわたって自ら学び、その成果を患者に還元していく能力が求められる。このような能力の育成を図るため、少人数教育やチュートリアル教育の導入を図る大学が増えてきているが、これを一層促進していくべきである。そのためには、学部教育・卒業臨床研修を通じて、学部及び附属病院の全ての教員や医員が協力して、学生や後輩の医員の教育に当たるという意識を高めるとともに、ティーチング・アシスタント制度の活用も考える必要がある。

また、**学生に対し、専門的な知識にとどまらず、患者、家族や他の医療人とのコミュニケーションの在り方を含む医師・歯科医師としての実践的な臨床能力や態度を体得させるためには、実際の医療の場における臨床実習の一層の充実を図ることが重要である。このため、クニニカル・クラークシップ(*)と呼ばれる臨床実習の実施、地域の医療機関の臨床経験豊かな人材に学生の教育に協力していただく臨床教授]制度の導入、大学病院と地域の医療機関との連携による学外実習の実施等を引き続き推進することが必要**である。

さらに、患者の人権や意思を尊重した医療の実現という観点から、インフォームド・コンセントの重要性が高まり、医療情報の積極的な開示が求められるような状況を踏まえ、診療録などの医療記録の記載方法に関する教育等について、臨床実習の前段階及び臨床実習を通じて、その充実を図ることや、看護などの医療職に係る理解を深めるための教育についても、充実を図ることが望まれる。

* 学生が病棟に所属し、医療チームの一員として、実際に患者の診療に携わるような臨床実習の形態。

48

診療参加型臨床実習の必要性に関するこれまでの提言②

平成13年 21世紀における医学・歯学教育の改善方策について一学部教育の再構築のために(抄)

医学教育モデル・コア・カリキュラム:教育内容ガイドライン作成の背景と考え方

3 臨床実習

1) 臨床実習の考え方

臨床実習は、学生が臨床現場を見学するだけでは不十分であり、効果的に学習するためには、実際の診療に携わることが不可欠である。指導医と研修医などによって構成される診療チームの一員として学生が実習する形態を診療参加型実習(クリニカル・クラークシップ)と呼び、今まで広く行われてきた見学型臨床実習や模擬診療型臨床実習と区別される。

学生はチームの一員として患者の診療に参加し、診断・治療計画の策定、カルテへの記載、医療スタッフへの情報の伝達などを行う。個々の学生の態度・技能・知識の到達度に合わせてチーム内での役割を与え、能力が向上すればより進んだ役割へと移行させるべきである。そのためには**指導医は学生を評価し、形成的フィードバックを行うことが重要**である。

2) 臨床実習の内容

臨床実習では、症例として、①発生頻度が高い症候・疾患、②緊急を要する症候・疾患、③死亡原因として頻度の高い症候、疾患を経験するのに最低限必要とされるものを設定した。**指導医のもと、診療チームの一員として、病棟及び外来において、患者の診察、診療記録、診療計画、基本的診療手技を含む患者マネジメントを行う。**これらの診療参加型実習においては、単に診療手技を学生に行わせることが主目的ではなく、**患者や医療チームのコミュニケーションを保って医療の現場に溶け込むように自覚させることが最も重要**である。また、医科大学・医学部付属病院ばかりでなく、他の医療機関における実習を含めることによって、多様な患者を経験する機会を増やすなど実践的な実習とすることが望ましい。

49

診療参加型臨床実習の必要性に関するこれまでの提言③

医師国家試験改善検討部会報告書(平成23年6月9日)(抄)

(医師国家試験問題について)

・医師国家試験では、臨床実習での学習成果を中心とした臨床研修開始前の到達度を確認することに主眼を置くべきである。したがって、出題基準の改定に際しては、医学教育モデル・コア・カリキュラムで明示されている到達目標との整合を図ることが望ましい。

・**問題作成時には、医学生が臨床実習に主体的に取り組んだ場合に経験可能な事項や卒業臨床研修で実際に対応が求められる状況について、具体的に想定する。**

・基本的診療能力を問う出題に重点化していく観点から、「一般問題」の出題数を再考する余地があるが、ただし、そのためには、各大学医学部・医科大学において現在統一されていない共用試験に基づく成績評価が、一定程度標準化される必要がある。

・当面は現行の500題を維持した上で、卒前教育の動向をみながら出題数の在り方について引き続き議論。

(OSCE(オスキー)に関して)

・約5割の大学医学部・医科大学では卒前OSCEを実施しており、さらにその結果を卒業認定に用いているのは約3割である。

ただし、臨床実習前OSCEも卒前OSCEも、評価が全国的に標準化されていないという点で共通している。

・**OSCEを制度化する方向性を打ち出すことで臨床実習の不足に対する警鐘とすべきとの意見が出された一方、OSCEを実施する場として、医師国家試験よりも大学医学部・医科大学における取組を推進することが重要であるという指摘もあった。**

・合否判定を伴う医師国家試験としてOSCEを実施することが最適かどうかについては、大学医学部・医科大学における卒前OSCEの実施状況をみながら引き続き議論していくべきである。

(結論)

・我が国における医学教育の充実と医師国家試験の改善とは深く関わっており、今後の改善検討部会においても、卒前教育の動向を注視しながら引き続き連携に努めるべきである。

50

先導的学改革推進委託事業を活用した診療参加型臨床実習の推進

○ 平成24年度「高齢社会を踏まえた医療提供体制見直しに対応する医療系教育の在り方に関する調査研究」報告書(概要)

1) 教育の各段階における臨床現場の体験

○ 現代の医学教育では、学習段階にあわせて実際の臨床現場を体験することが求められている。

低学年では見学型中心であったり、コミュニケーション主体であったりした臨床実習があり、その後、大病院、大規模教育病院と地域基盤型病院や診療所での実習を経験し、最後には実際のチームに加わって、診療に参加する診療参加型臨床実習へと、学習段階に沿った臨床経験が求められる。

2) チーム医療の実践に向けた教育(多職種連携教育)

○ 臨床実習においても、多職種連携の現場を体験し、チームの一員として活動することが望ましい。

3) 在宅医療の実践に向けた教育

○ 臨床実習においても、在宅診療を経験し、実践に向けた能力を涵養することが望ましい。

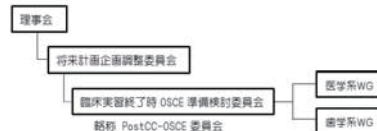
4) 基礎医学、臨床医学並びに社会医学を統合した高齢者医療の教育

○ 講義、少人数グループ学習、現場体験並びに参加型臨床実習などを学習段階に応じて取り入れることが望ましい。

51

◇公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構(CATO:カトー)の対応

1) 検討組織の設置



2) 検討組織の活動状況

① Post-CC-OSCE委員会・・・7月17日に第1回開催。第2回を2016年2月に開催予定。

② 医学系WG・・・・・・・15回開催(11月30日現在)。

➢ 臨床実習終了時OSCE実施状況についてアンケート調査を実施(5月14日～29日)

・80大学中54大学で臨床実習終了時OSCEを実施。

・実施ステーション数や内容については各大学によりきわめて多様。

➢ 有識者ヒアリングを実施(8月19日)

➢ 各大学臨床実習終了時OSCEの現状について実地調査(6月6日～10月27日:12大学訪問)

➢ NPO法人卒業臨床研修評価機構(JCPE)認定244病院の指導医及び研修医(各1名)に「医師臨床研修を開始する上で必要とされる能力について」アンケート調査を実施(結果集計中)

52

③ 歯学系WG・・・・・・・6回開催(11月30日現在)。

➢ 臨床実習終了時における技能試験およびOSCEの実施状況についてアンケート調査を実施(8月)

- ・ 全29大学中23大学が実施、残り6大学のうち4大学が2年以内に実施、2大学予定なし

➢ 「臨床実習終了時OSCEの在り方に関する講演会-卒業時に必要な臨床能力とは-」(10月29日開催:9大学53名の教員出席)

➢ 各大学臨床実習終了時における技能試験およびOSCEについて実地調査(9月17日～11月30日現在 7大学訪問)

3) 医学系正式実施までの想定スケジュール

- 2016年(平成28年) トライアル(一部大学・一部課題)
- 2017年(平成29年) トライアル
- 2018年(平成30年) トライアル
- 2019年(平成31年) 最終トライアル(全大学参加必須)
- 2020年(平成32年) 正式実施

53

◇医師国家試験改善検討部会報告書(平成27年3月30日)抜粋

臨床実習開始前のOSCEの実施について10年以上の実績がある医療系大学間共用試験実施評価機構において、**現在、全ての医学部における統一した臨床実習終了時のOSCEを導入する準備が進められており、平成32年度を目処に全国的に正式実施が開始される見込み**である。

これらの状況を踏まえると、現時点では、全国医学部長病院長会議及び医療系大学間共用試験実施評価機構による全ての医学部での臨床実習終了時OSCEの導入を進めていくことが重要であると考えられる。**医師国家試験へのOSCEの導入の是非については、その達成状況を確認してから、改めて議論していく必要がある。**

このことにより、各医学部で実施されるOSCEについては、今後の医師国家試験の在り方に関する議論と密接に関わるものであり、各医学部においては、共用試験OSCE、臨床実習終了時OSCEともに、OSCEの試験としての重要性を改めて認識し、厳正な実施に努め、医学生の質の向上のため、OSCEの更なる充実に向けた取組みが重要となる。

54

ちなみに私がコアカリを作ると...

- 1 医学って、とても面白い。
- 2 医療って、皆さんの役に立つ。
- 3 自分で仮説を立て、他人に批判される習慣をつけよ。

になっちゃいます。

「これだと困る」とお考えの皆さん、
このあと私を批判して下さい!

【謝 辞】

勇美記念財団から、本年度だけで、以下の助成を各大学にいただきました。心の底から、お礼申し上げます。 佐々木昌弘

○ 一般公募(22/37件)

名古屋市立大、つくば国際大、福山平成大、首都大学東京、豊橋創造大、大妻女子大、名桜大、熊本保健科学大、四国大、東大、桜美林大、大分大、埼玉医大、兵庫県立大(2件)、京大、健康科学大、神戸常盤大、札幌市立大、大阪医大、法政大、京都府医大

○ 指定公募(10/90件)

島根県立大、名大、獨協医大、高崎健康福祉大、秋田大、熊本大、岡山大、三重大、大阪医大、埼玉医大

●今後の催し物

1月31日、3月26日@大宮ソニックシティ(埼玉医大主催)、2月6日@高崎健康福祉大(同大主催)、2月7日@京大(同大主催)

■第 32 回会議

日時：2016 年 3 月 11 日（金）19：00～21：00

場所：東京ステーションコンファレンス 6 階 「605A」（東京都千代田区丸の内 1 丁目 7-12）

出席者：伊藤正一、岩本彰太郎、及川郁子、大西延英、小沢浩、小島裕司、阪井裕一、
鈴木真知子、鈴木保宏、高橋昭彦、田村正徳、徳増裕宣、冨田直、中村知夫、
奈倉道明、紅谷浩之、萩庭圭子、前田浩利、和田浩（19名）

オブザーバー：佐藤美佳、早坂由美子、東京都職員3名

議事：挨拶

講演

- ① 平成 27・28 年度厚生労働科学研究費補助金研究
小児在宅医療推進のための研究報告
前田浩利（医療法人財団はるたか会理事長）
- ② 北里大学病院 小児在宅支援センターの機能
佐藤美佳（北里大学病院 トータルサポートセンターソーシャルワーカー）
早坂由美子（北里大学病院 トータルサポートセンターソーシャルワーカー）

<意見交換>

内容：まず、前田から、平成 27・28 年度厚生労働科学研究費補助金研究 小児在宅医療推進のための研究報告についての報告を行った。本研究で最も重要な論点が、小児在宅医療の対象となる子どもは、重症心身障害児という枠組みでは捉えきれないということである。重症心身障害児とは、歩けず、話せない、重度の知的及び身体の障害が合併した子どもを言う。近年、小児医療の進歩によって、救命できた子どもの中には、人工呼吸器などをつけながら歩いて、話せる者がいて、その割合は徐々に増えている。歩いて、話せる子どもは重症心身障害児とは言えない。重症心身障害児の地域支援も十分とは言えず、近年徐々に制度が整えられてきた。しかし、上記の医療ケアが日常的に必要な子どもは、重症心身障害児とは限らず、重症心身障害児のための支援制度の対象とすらならない。我々は、重症心身障害児とは別に日常的に医療ケアと医療機器が必要な子どもを定義する必要があると考え、それを「高度医療依存児者」とした。近年、行政では「医療的ケア児」という言葉を使っているが、「高度医療依存児」はそれとほぼ同義である。そして、「高度医療依存児」が必要とするケア度の判定基準を、本人が必要な医療ケアの内容と、これらの子どもは、大人と異なり、数分間目を離すだけで命を失う可能性があり、常に抜けたチューブを挿入したり、詰まった痰を引いたりなど、救急対応が可能な人が見守る必要性があり、その見守りと育児ストレスを加えたケア度の判定基準が必要と考えた。

その後、北里大学病院 小児在宅支援センターの機能ということで、北里大学病院が取り組まれている小児在宅支援について佐藤美佳様と早坂由美子様からご紹介があった。大学病院にも関わらず、地域に積極的にかかわり、連携し、子どもたちとご家族の困りごとに対応しておられる姿勢が印象的だった。

その後、この講演を受け、活発に議論がされた。

平成26・27年度厚生労働科学研究費補助金研究
小児在宅医療の推進に関する研究

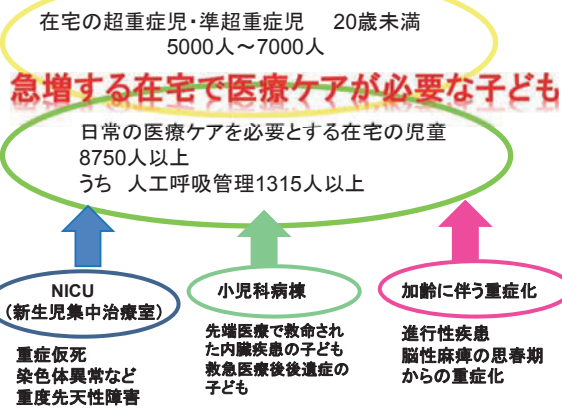
医療法人財団はるたか会
前田浩利

2016年3月11日

研究の背景

小児医療の進歩が生んだ
新たな課題

急増する医療依存度の高い
子どもたち



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

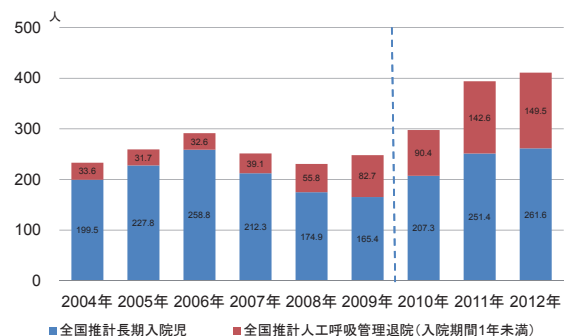
医療的ケアが必要な児童数(小学校～中学)		
	平成23年5月	平成25年5月
人工呼吸器の使用数	850名	1270名
医療的ケアが必要な児童数(延べ数)	19,303名	25,175名

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

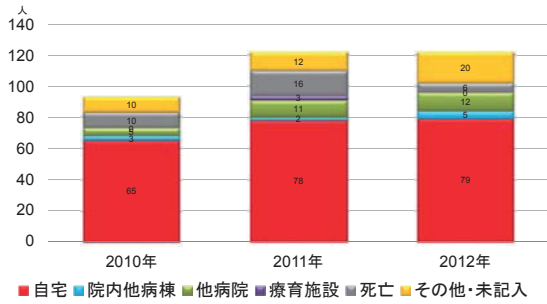
	一般小児科病棟 (90日以上)	重症病棟 (90日以上)	新生児病棟 (NICU) (180日以上)
15歳未満	453	228	184
15歳以上 20歳未満	48	128	—
計	501	356	184
総計	1041		

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

呼吸管理(気切・CPAP含む)必要児の最終転帰(生後1年以内)



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

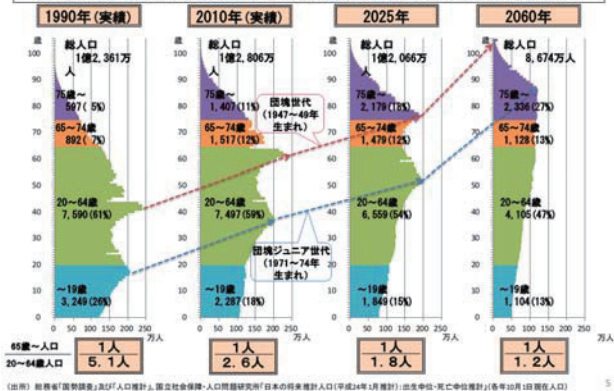
研究の背景

我が国が直面する課題
少子高齢化

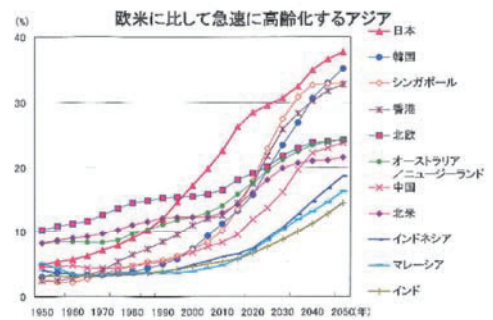
少子化の進行

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

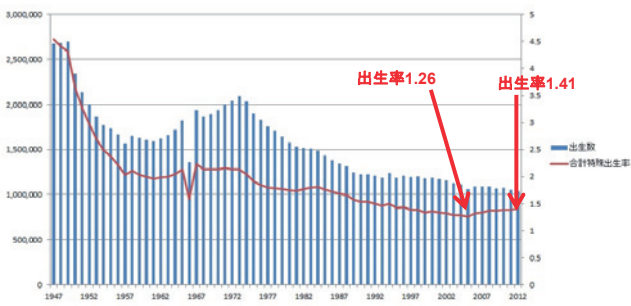


我が国を追って高齢化するアジア



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

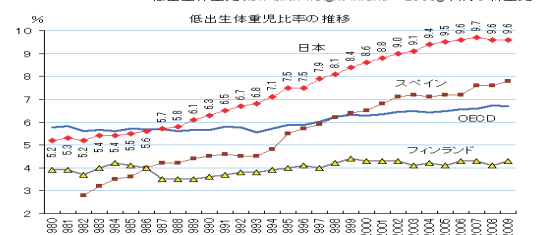


周産期医療・小児医療の維持、充実は少子化対策の重要な柱

低出生体重児(未熟児)の増加

低出生体重児の増加

低出生体重児(low birth weight infant)=2500g未満の新生児



14 女性の年齢と子どもの染色体異常の頻度

中村知夫先生からお借りしました

女性の年齢	ダウン症の子が生まれる頻度		染色体異常をもつ子が生まれる頻度	
	出生率	出生率	出生率	出生率
20	1/1667	0.0	1/526	1.9
25	1/1250	0.8	1/476	2.1
30	1/952	1.1	1/384	2.6
31	1/909	1.1	1/384	2.6
32	1/769	1.3	1/323	3.1
33	1/625	1.6	1/286	3.5
34	1/500	2.0	1/238	4.2
35	1/385	2.6	1/192	5.2
36	1/294	3.4	1/156	6.4
37	1/227	4.4	1/127	7.8
38	1/175	5.7	1/102	9.8
39	1/137	7.3	1/83	12.0
40	1/106	9.4	1/66	15.2
41	1/82	12.2	1/53	18.9
42	1/64	15.6	1/42	23.8
43	1/50	20.0	1/33	30.3
44	1/38	26.3	1/26	38.5
45	1/30	33.3	1/21	47.6
46	1/23	43.5	1/16	62.5
47	1/18	55.6	1/13	76.9
48	1/14	71.4	1/10	100.0
49	1/11	90.9	1/8	125.0

資料: Hook EB (Obstetrics and Gynecology 58:282-285, 1981)
Hook EB, Cross PK, Schreinemachers DM (Journal of the American Medical Association 249(13):2034-2038, 1983)
を基に母子保健課にて作成

研究の背景

小児医療の進歩が生んだ 新たな課題

医療ケアのある子どもたちの
病態像の変化

医療ケアのある子どもたちを
支える支援の仕組みの未整備

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
障害児

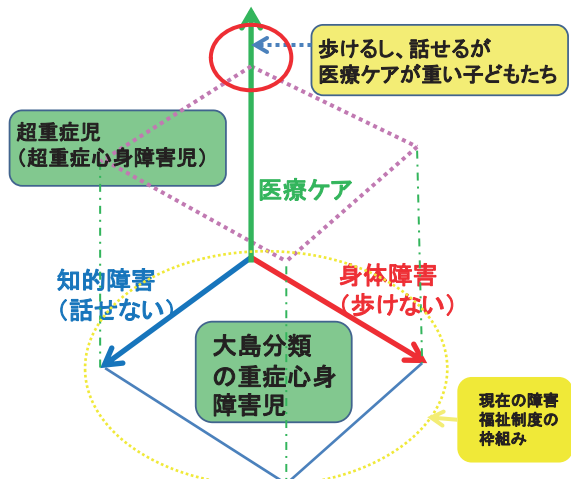
5, 6, 7, 8
は周辺児と
呼ばれる

現状には合わない！！

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、気管切開(8) 鼻咽頭エアウェイ(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(3) ネプライザーの6回/日以上または常時使用(3)
- 食事機能
 - IVH(10) 経口全介助(3) 経管(経鼻、胃瘻)(5) 腸瘻(8) 腸瘻・腸管栄養時に注入ポンプ(3)
- 他の項目
 - 継続する透析(10) 定期導尿、人工肛門(5) 体位交換1日6回以上(3) 過緊張で発汗し更衣と姿勢修正3回/日以上(3)

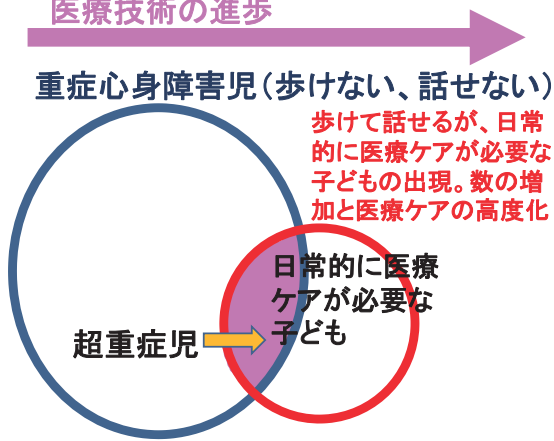


医療技術の進歩

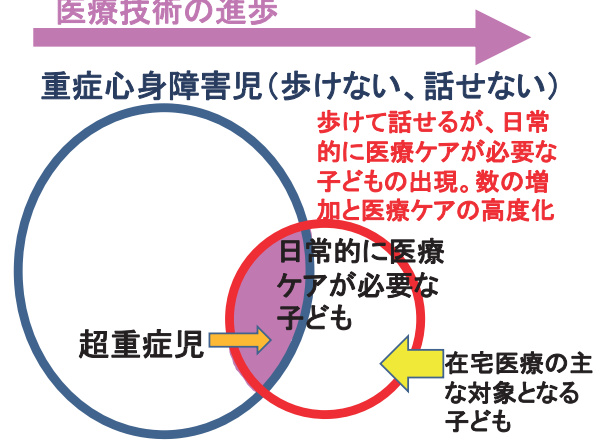
重症心身障害児(歩けない、話せない)



医療技術の進歩



医療技術の進歩



医療ケアは重いが重症心身障害児ではない子どもたち

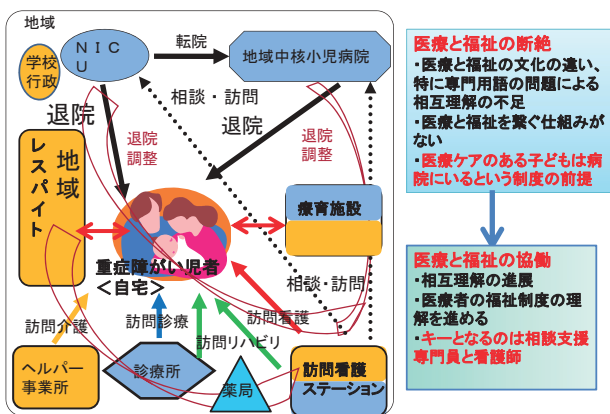
- 重度の先天性内臓疾患 人工呼吸器あり
 - 複雑な先天性心疾患
 - 気管や食道の異常の合併
 - 人工呼吸器、気管切開、経管栄養
- 短腸症候群 人工呼吸器なし
 - 胃瘻、人工肛門、腸洗浄
 - 中心静脈栄養のライン管理
 - 重症感染の危険性と隣り合わせの緊張感

高度医療依存児というべき子どもたち

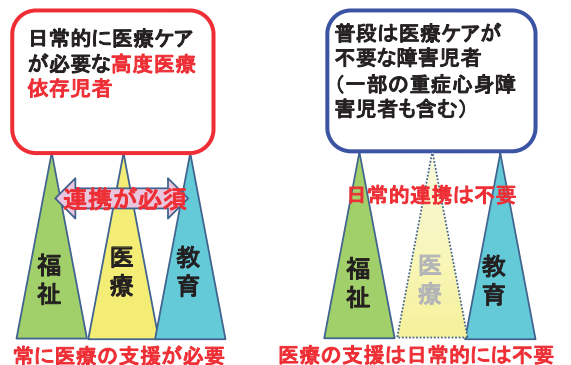
歩けて話せる超重症児 (医療依存度の高い子ども)の増加

- 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けて話せる患者で、**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、歩けて、話せる子どもが増えている。

在宅の高度医療依存児者を支援するためのモデル



高度医療依存児者への支援の特徴



小児在宅医療の地域連携の課題

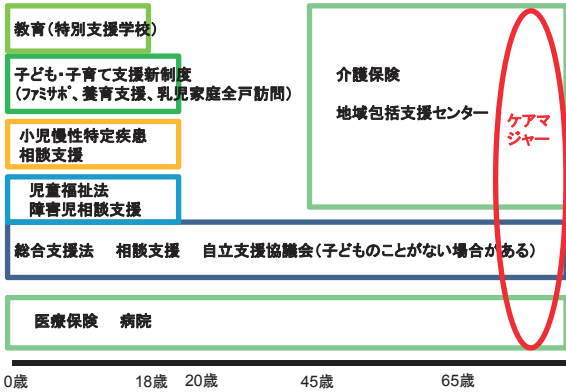
—成人との違い—

- 医療と介護(福祉)をつなぐ仕組みがない
 - ケアマネジャーにあたる機能がない
 - 訪問看護が医療保険で福祉との連携が難しい
- 福祉制度(介護)の未整備
 - ヘルパーが使えない(乳児、幼児は最初から対象外)
 - デイケア、短期入所が未整備。通所が困難で使えない
- 在宅医と病院医師の2人主治医制になる
 - かかわる医師が複数(在宅医、病院、療育機関)
 - 医師間のコミュニケーションが電話と文書になる

障害者総合支援法・児童福祉法の課題

- 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

地域における医療・生活支援の現状



医療ケアのある子どもたちの未来

- 人工呼吸器をつけながら50歳以上まで生きる子どもたちが出てくる
 - 親が介護できなくなる
 - 医療ケアを受けながら地域で暮らしていくために何が必要か？
- ↓
- 病院から地域の移行初期から安定期、そして終末期まで支える仕組み
 - 医療に加えホームヘルプ、レスパイト、就労支援

年齢	NCU入院期間										在宅療養導入初期										在宅療養安定期									
	出生	1	2	3	4	5	6	7	8-9	10-11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	30	40	42	50	60	65					
医療機関	NICU	NICU	NICU	NICU	NICU	NICU	NICU	NICU	NICU	NICU	NICU	NICU	NICU	NICU	NICU	NICU	NICU	NICU	NICU	NICU	NICU	NICU	NICU	NICU	NICU					
療育機関																														
福祉機関																														
介護機関																														
その他																														
ケアマネ																														

研究の目的と意義

研究の目的

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

研究の意義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
- 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 “

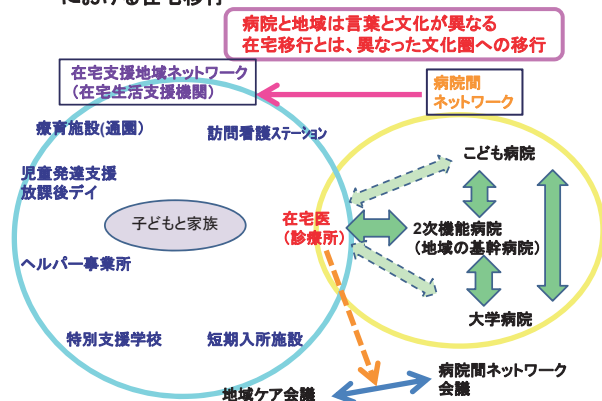
JAMA December 24/31, 2014 Volume 312, Number 24

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。

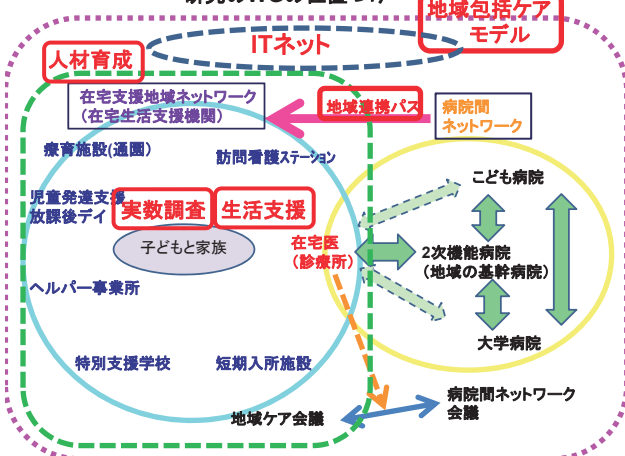
研究が目指すもの(1) 各ワーキンググループの目的

医療と福祉、病院と地域をつなぐネットワークの構築
全体像の把握

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



研究のWGの位置づけ



研究が目指すもの(2)

支援の対象となる子どもたちの定義

地域支援の仕組みの構築

支援の対象となる子どもたちの把握

- 重症心身障害児という概念の限界
- 新たな枠組みを創り出す必要性
- その基準は「育てにくさ、生きにくさ(生活困難感)」
 - 医療ケアの内容(フィジカルケア)
 - 発達障害の合併(メンタルケア)
 - その他の生きにくさ(てんかんの合併、治療後遺症、内服薬の副作用、集団行動の困難など)
 - これを成長ステージに合わせて把握できるようにする
 - 家族の状態、介護力も評価する
 - 医療の進歩に対応できる仕組みをあらかじめ組み込む

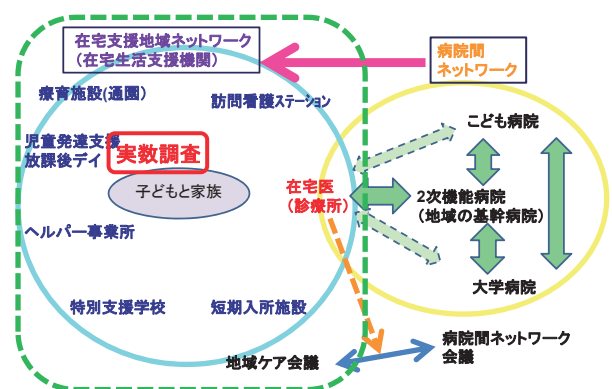
新しいネーミング案

高度医療依存児・者
(重度医療依存児・者)

年齢	NICU入院期間		在宅療養導入初期				在宅療養安定期																						
	出生	退院	1	2	3	4	幼稚園	小学校	中学校	高校	青年期	壮年期	中年期	高齢期	成長ステージ														
対象児の状況	出生時診断	退院時診断	1ヶ月後	3ヶ月後	6ヶ月後	1年後	保育園入園	小学校入学	中学校入学	高校入学	成人式	就職	結婚	子育て	医療ケアの継続・変更														
学校	無学校						幼稚園	小学校	中学校	高校	教育機関の経過																		
療育	療育施設						特別支援学校	特別支援学校	特別支援学校	特別支援学校	療育機関の経過																		
医療	在宅療養						療養施設	療養施設	療養施設	療養施設	医療機関の経過																		
福祉	在宅療養						障害者施設	障害者施設	障害者施設	障害者施設	福祉サービスの経過																		
家族	家族の状況																												

研究成果

研究のWGの位置づけ



目的

1. どの地域にどれだけ、支援の必要な子どもがいるかを明らかにする
2. 全国に、どれだけ、支援の必要な子どもがいるかを明らかにする

検討課題

1. 今までに行われたいくつかの地域の実態調査を挙げる
2. すでに行われた実態調査の内容の検討
3. 今後実態調査を行う際の手順、方法論の提案

各地域での実態調査(例)

- 熊本市
- 世田谷区
- 大阪府
- 愛知県
- 小児等在宅医療連携拠点事業参加都道府県
 - 長野県
 - 埼玉県
 - 岡山県
 - 東京都
 - 長崎県
 - 千葉県
 - 三重県
 - 群馬県

埼玉県

- 調査主体: 埼玉県保健医療課、埼玉医科大学総合医療センター小児科
- 行政、病院から調査: 県外に通院している患者も把握
- 行政: 小児慢性疾患意見書(保健所)
- 病院: 在宅管理料(小児有床病院、在宅小児科クリニック)、県外の小児慢性疾患意見書提出病院(14病院)
- 18歳以下

長野県

- 調査主体: 長野県健康福祉部、長野県立こども病院
- 過去の調査より、重症心身障がい児数調査集計表を作成(18歳未満)、大島分類
- 市町村母子保健担当課、福祉担当課、療育コーディネーター間での整合性
- アンケート調査
- 施設訪問調査あり

熊本市

- 調査主体: 熊本市健康福祉こども局障がい保健福祉課
- 身体障害者手帳1級又は2級(肢体不自由)かつ療育手帳A1又はAを所持するもの
- 障害児(18歳未満)
- 医療的ケアの必要な児
- アンケート調査
- 患者訪問調査あり

世田谷区

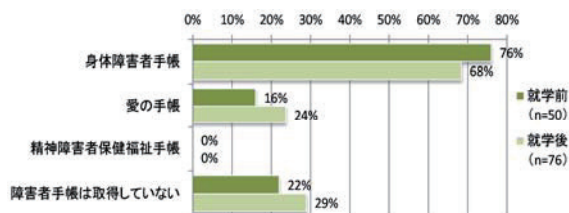
- 調査主体:世田谷区保健福祉部計画調整課、チャイルドデイケアほわわ瀬田
- 世田谷区在住で、住宅において継続的に医療的ケアが必追う方で、65歳未満の人(平成27年3月31日現在)の数と生活実態

※対象とする医療的ケア(例)

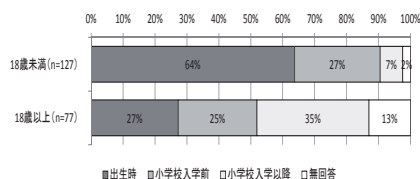
気管切開、人工呼吸器、吸引、エアウェイ、在宅酸素、経管栄養、胃瘻、中心静脈栄養、導尿、腹膜透析、尿道留置カテーテル、ストマ、腸瘻、その他、随時見守りが必要と考えられる医療的ケア(糖尿病等の自己注射、(介助者による)洗眼、抗痙攣剤等の生命に関わるような薬の服薬等)

- 障害者手帳等の有無は問わない。
- アンケート調査
- 患者訪問調査あり

障害者手帳等の状況



障害の発症、または主たる疾患等の診断の時期



- 18歳未満では、
- 「出生時」64%、
 - 「小学校入学前」27%で、9割が就学前に障害を発症
- 18歳以上では、
- 「出生時」27%、
 - 「小学校入学前」25%で、5割が就学前に障害を発症

在宅医療依存児の実数調査にむけて

「医療的ケア」の範囲

「行為」とは異なり、日常生活に不可欠な生活援助行為であって、長期にわたり継続的に必要とされる以下のようなケアをさす。

気管切開、人工呼吸器、吸引、エアウェイ、在宅酸素、経管栄養、胃瘻、中心静脈栄養、導尿、腹膜透析、尿道留置カテーテル、ストマ、腸瘻等

- 年齢的に手帳が申請できないこどもや、自分で移動が可能のために、従来の、身体障害者手帳と重度 高度の知的障害から把握することが難しい小児在宅患者が存在する。
- 人数などに地域差も大きく、実態が大きく異なると考えられる小児在宅医療の現状を把握するためには、地域での調査結果も必要である。
- 「高度在宅医療依存児」の把握のためには、医療ケアの重さだけでなく、常時見守りが必要かどうか、保護者の介護力も考慮する必要がある。

埼玉県と世田谷区比較

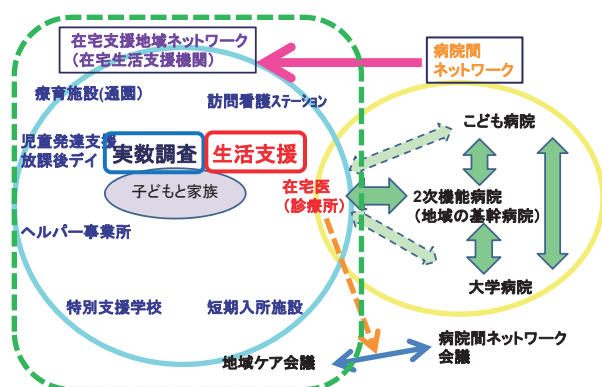
	埼玉県	世田谷区
個人(人)	17,276	1,278
医療的ケアが必要な個人(人)	700	117
医療的ケアが必要な個人(1万人あたり)	4.05	9.23
医療的ケアが必要な個人(10万人あたり)	40.5	92.3
医療的ケアが必要な個人(100万人あたり)	405	923
個人(人)	17,276	1,278
医療的ケアが必要な個人(人)	700	117
医療的ケアが必要な個人(1万人あたり)	4.05	9.23
医療的ケアが必要な個人(10万人あたり)	40.5	92.3
医療的ケアが必要な個人(100万人あたり)	405	923

平成25年度社会医療診療行為別調査より



上記の調査などから、全国に約13,000人(人口1万人あたり1.0人、0~18歳で人口1万人あたり5.6人)の子どもが自宅で医療的ケアを受けながら暮らしていると推測される。

研究のWGの位置づけ



医療依存度 (新設)

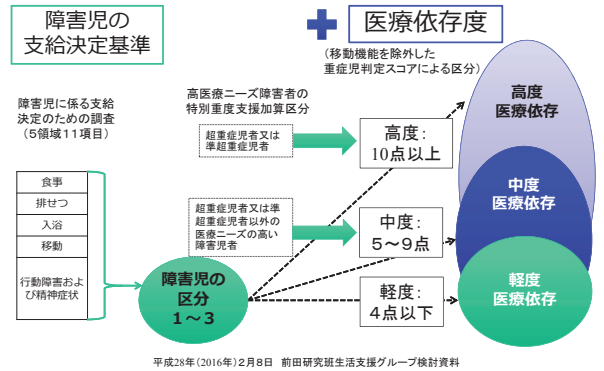
- 医療依存児は、医療による生活の制限を受けることから、医療ニーズの少ない障害児と比べて多くの介護や支援を必要とする。
- このため、「医療依存度」の指標を新設し、基本サービスに医療対応サービスを付加するための基準としてはどうか。
- 「医療依存度」は、短期入所における医療ニーズの高い障害児者に対する特別重度支援加算で使用される重症児・超重症児判定スコアによって判定してはどうか。

医療依存度「高・中・軽度」の判定基準

2の判定スコアの合計が10点以上の場合を「高度」、5～9点の場合を「中度」、4点以下を「軽度」とする。

1	運動機能：座位まで【高度医療依存判定においては考慮しない】	
2	判定スコア（スコア）	点数
	(1) レスピレーター管理※2	10
	(2) 気管内挿管・気管切開	8
	(3) 鼻咽喉エアウェイ	5
	(4) O2 吸入またはSaO2 90%以下の状態が10%以上	5
	(5) 1回/時間以上の頻回の吸引	8
	6回/日以上の頻回の吸引	3
	(6) ネブライザ 6回以上/日または継続使用	3
	(7) IVH	10
	(8) 経口摂取(全介助)※3	3
	経管(経鼻・胃ろう含む)※3	5
	(9) 腸ろう・腸管栄養	8
	持続注入ポンプ使用(腸ろう・腸管栄養時)	3
	(10) 手術・服薬にても改善しない過緊張で、発汗による更衣と姿勢修正を3回以上/日	3
	(11) 継続する透析(腹膜灌流を含む)	10
	(12) 定期導尿(3回/日以上)※4	5
	(13) 人工肛門	5
55	(14) 体位交換 6回/日以上	3

医療依存度を考慮した判定のイメージ



身体生命の安全確保のための見守り度（新設）

- 見守りを多く必要とする医療依存児者は、一般的な障害児者と比べて身体生命の維持に直結する介護や支援を必要とするケースが多い。
- このため、「身体生命の安全確保のための見守り度」の指標を新設し、高度医療依存児者判定の基準に反映させてはどうか。
- 見守りを要するカテゴリは、①不安定な身体機能、②特殊な医療ケア、③児者の行動に対する見守りに大別することができる。

平成28年(2016年)2月8日 前田研究班生活支援グループ検討資料

57

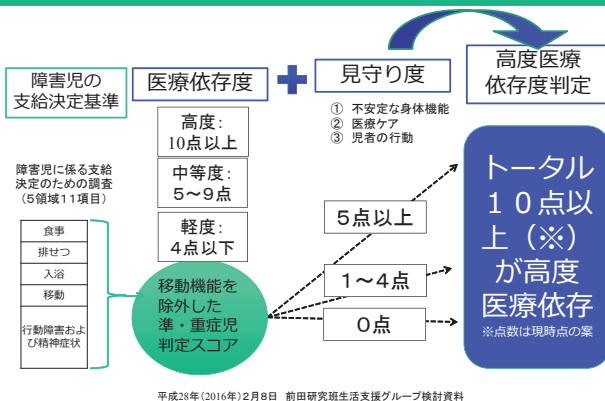
身体生命の安全確保のための見守り度（案）

1. 不安定な身体機能への見守り
バイタルサインの変動が著しい、あるいは痙攣、気道分泌物貯留、嘔吐等が頻回なため、心拍・酸素飽和度モニターの綿密な観察が必要・・・3点
 2. 特殊な医療ケアへの見守り
 - IVH管理等に対する清潔な操作への見守り・・・1点
 - ストーマ、褥瘡、点滴等のケアへの見守り・・・1点
 - 免疫不全や易感染患者等に清潔を促す見守り・・・1点
 3. 児者の行動への見守り
 - 児者の多動、衝動性、拒否、暴力（自傷・他害）、逃走などに対応するための見守りが必要・・・最大4点
- 合計最高 10点

平成28年(2016年)2月8日 前田研究班生活支援グループ検討資料

58

医療依存度に見守り度を加味した判定のイメージ



平成28年(2016年)2月8日 前田研究班生活支援グループ検討資料

家庭背景への配慮

- 安定していない家庭背景で障害児を養育する場合、安定している家庭と比べて多くの介護や支援を必要とする。
- このため、配慮すべき「家庭背景」の指標を新設し、サービス等利用計画の作成に反映させてはどうか。
- 「家庭背景」は、保護者のストレス度などを図る指標などを参考にして作成してはどうか。

平成28年(2016年)2月8日 前田研究班生活支援グループ検討資料

60

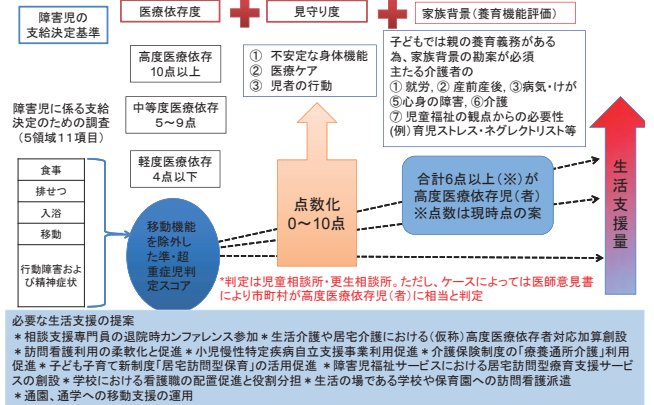
サービス等利用計画における家庭背景の考慮

- 平成27年4月から、障害児者についても「障害児支援計画」「サービス等利用計画」（介護保険でいうケアプラン）を立てることとなっている。
- 障害福祉サービス支給量については、市町村ごとに基準を設けることとなっている。
- 基準については、居宅介護の場合国庫負担基準をベースに設定され、通所系サービスの場合は平日の日数で設定されている。
- 基準を超える支給決定については、市町村の審査会が審査することになっており、その際にはサービス等利用計画も重要となる。
- 相談支援専門員が医療依存児のサービス等利用計画を作成する場合、「医療依存度」「見守り度」だけでなく、「家庭背景」も考慮して作成することとしてはどうか。

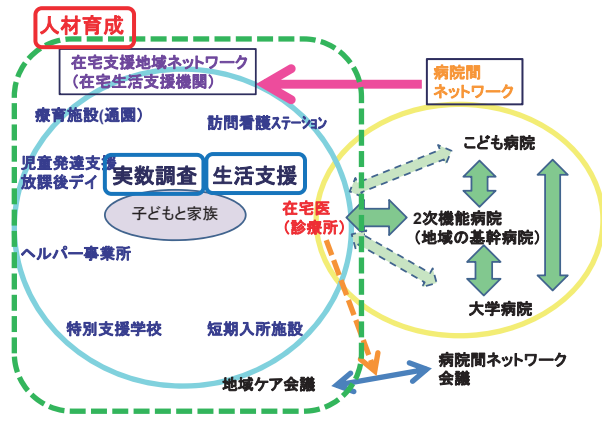
平成28年(2016年)2月8日 前田研究室生活支援グループ検討資料

61

高度医療依存児(者)の判定と生活支援のイメージ



研究のWGの位置づけ



地域包括ケアを担う人的資源を増やすための提案 高度医療依存児(者)・重症心身障害児(者)における医療・福祉人材の育成と充実

	子ども(一部成人も含む)	成人・高齢者
主な目的	社会参加の促進・成長発達への支援 QOD(クオリティオブデス)への支援	QOLの維持向上 QOD(クオリティオブデス)への支援
対象例	高度医療依存児(者)・重症心身障害児(者) 要保護児童・社会的弱者・健康児	加齢に伴う変化を主とする
共助・公助に関わる根拠法	児童福祉法・障害者総合支援法 健康保険法 母子手帳法 子ども子育て関連3法・学校教育法 市区町村の制度	介護保険法・障害者総合支援法 健康保険法

2. 根拠法が多様・職種・資格・経験値も多様⇒未発達・未整備から社会資源・人材確保の問題を社会全体の問題として捉えなおす
 ⇒多様さゆえに教育・人材育成・研修が未整備
 ⇒職種職能を担う人材に研修機会・職種の制度を包括したコーディネーターが不在なので、部分的な相談支援の位置づけにとどまらない相談支援専門員の育成が必要

3. 職種のありさま(パフォーマンスモデル)を定義する必要性
 ⇒成人を対象にした社会資源・人材が任意的に多いという実情をふまえる
 ⇒一部の対象者のうち小児期発症等に起因する特有の状態・成長発達に配慮した視点及び成人医療とは異なる家族支援などの特性に対応できる人的資源が必要という実態をふまえる
 ⇒体系的に整理された「人材育成体系」を作り、ある一定の部分のみを最適にするのではなく、全体を俯瞰した人材育成を目指すべき
 ①基礎教育(医師・歯科医師・薬剤師・看護職・介護福祉士・社会福祉士・保育士・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、教員他)
 障害児者における人権教育・インクルージョン教育・地域コミュニティ作りの教育
 (例)小児科医科医科連携「障害児の現状・療育制度・在宅医療・支援体制・地域における連携」が取り上げられている
 ②人材育成
 各専門職種ごとの研修(職種により多少の差はあるが、全国統一されたパフォーマンスモデルが定義しやす(共通コンテツツ作成が可))
 多職種協働に向けた研修(地域ごとのパフォーマンスモデルの定義が重要であり、地域事情に合わせて部々全段階やインセンティブの影響や各職種における役割に十分配慮したもので、全国共通コンテツツ・地域別コンテツツ(市区町村事業の存在等)が必要)
 (例)文部科学省 課題解決型高度医療人材養成プログラム「重症児の在宅支援を担う医師等養成」
 ③人材開発
 人的資源が増え地域包括ケアがシステム化されていく過程でスーパーバイザーが育成され、新たなパフォーマンスモデルが定義されるべく、人材育成のビジョンを持つ

4. 各研究などにより開発された「人材育成プログラムや研修テキストなどを活用する事と人材開発の視点
 ⇒人材開発を強く意識して、技術開発や商品開発にとどまらない職能を固く先導し、都道府県、市区町村が、それを積極的に展開する

5. 参考になるコンテツツやプログラムについては報告書参照

研究のWGの位置づけ

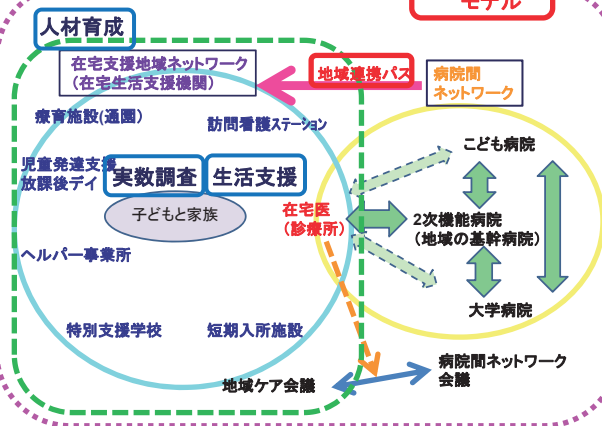


図2 小児在宅医療提供の階層化

階層	施設	医療ケアの内容	ショートステイ 緊急入院	訪問	在宅移行 の調整
一次	診療所、病院 ・地域の病院、診療所 ・在宅支援診療所、病院 ・強化型の診療所、病院 ・医療型療育病院 ・地域振興小児科	病状は安定 経管栄養 在宅酸素療法 ワクチン接種	△	○	×
二次	二次病院 ・在宅療養後方支援病院 ・地域小児科センター ・病院 ・地域振興小児科 ・医療型療育病院	病状は比較的安定 気管切開 胃瘻	○	○	○
三次	基幹病院 ・特定機能病院 ・小児病院など ・地域小児科センター	病状が不安定 人工呼吸管理 中心静脈栄養	○	△	○

注)この表は小児在宅医療のための資源が整わない地域で構築する際の目安。
 すてに独自のシステム構築がなされている場合に実態に必要とするものではない。

図7 基幹・大学病院のクリティカルパス
NICU又は病棟⇒在宅へ

保護者用

2015 大阪府

項目	内容	実施主体	実施時期	実施回数	実施場所	実施内容	実施状況	実施結果	実施評価
入院時	入院時	医師	入院時	1回	病棟	入院時	100%	100%	100%
退院前	退院前	医師	退院前	1回	病棟	退院前	100%	100%	100%
退院後	退院後	医師	退院後	1回	病棟	退院後	100%	100%	100%
在宅時	在宅時	医師	在宅時	1回	在宅	在宅時	100%	100%	100%

図8 基幹・大学病院のクリティカルパス
NICU又は病棟⇒在宅へ 病院と地域のスタッフ用 人工呼吸器装着例 2015年大阪府

在宅支援プログラム(医療者用)	実施内容	実施主体	実施時期	実施回数	実施場所	実施内容	実施状況	実施結果	実施評価
在宅支援プログラム(医療者用)	在宅支援プログラム(医療者用)	医師	在宅支援プログラム(医療者用)	1回	在宅	在宅支援プログラム(医療者用)	100%	100%	100%
在宅支援プログラム(医療者用)	在宅支援プログラム(医療者用)	医師	在宅支援プログラム(医療者用)	1回	在宅	在宅支援プログラム(医療者用)	100%	100%	100%
在宅支援プログラム(医療者用)	在宅支援プログラム(医療者用)	医師	在宅支援プログラム(医療者用)	1回	在宅	在宅支援プログラム(医療者用)	100%	100%	100%

図9 病院スタッフ用 埼玉医大小児科

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

- 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

図10 二次病院のクリニカルパス
基幹病院から地域の二次病院へ移行した場合の在宅移行

項目	内容	実施主体	実施時期	実施回数	実施場所	実施内容	実施状況	実施結果	実施評価
在宅移行	在宅移行	医師	在宅移行	1回	在宅	在宅移行	100%	100%	100%
在宅移行	在宅移行	医師	在宅移行	1回	在宅	在宅移行	100%	100%	100%
在宅移行	在宅移行	医師	在宅移行	1回	在宅	在宅移行	100%	100%	100%

病院と地域をつなぐ仕組みと役割分担及びクリニカルパスの作成

小児在宅医療提供を行う施設を階層化して考えることが必要。その上で、それぞれの役割分担を明確にしていくことで、重層的な小児在宅医療の受け皿を構築できる。



大都市型の病診連携

基幹病院から直接退院し在宅へその後病院が管理



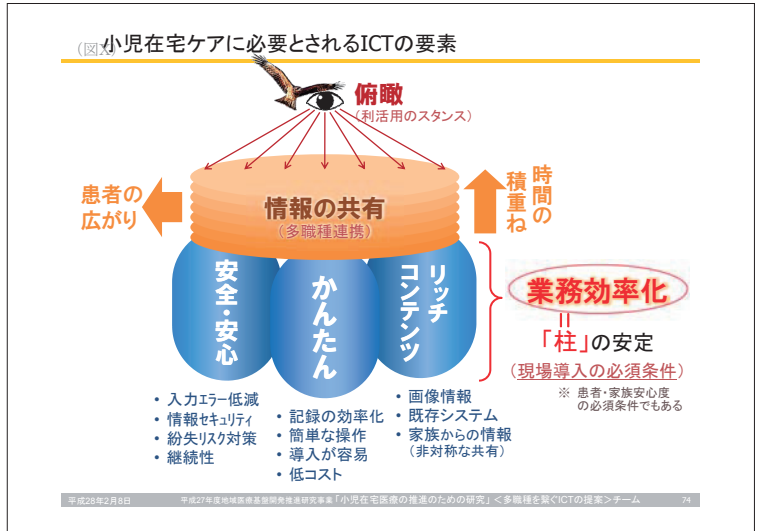
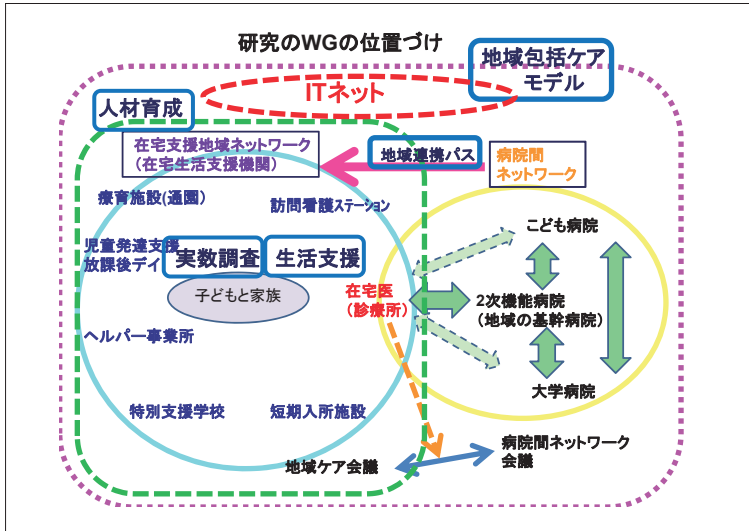
中都市型の病診連携

基幹病院から地域二次病院へ移行した後に在宅へ管理は二次病院または在宅医



大都市型および中都市型の病診連携の類型を提案し、そのための移行パスを示した。

- (1) 三次病院あるいは在宅養後方支援病院から在宅移行するためのパス
- (2) 基幹病院から在宅養後方支援病院へ転院する際のチェックリスト
- (3) 在宅から入院する際のチェックリスト

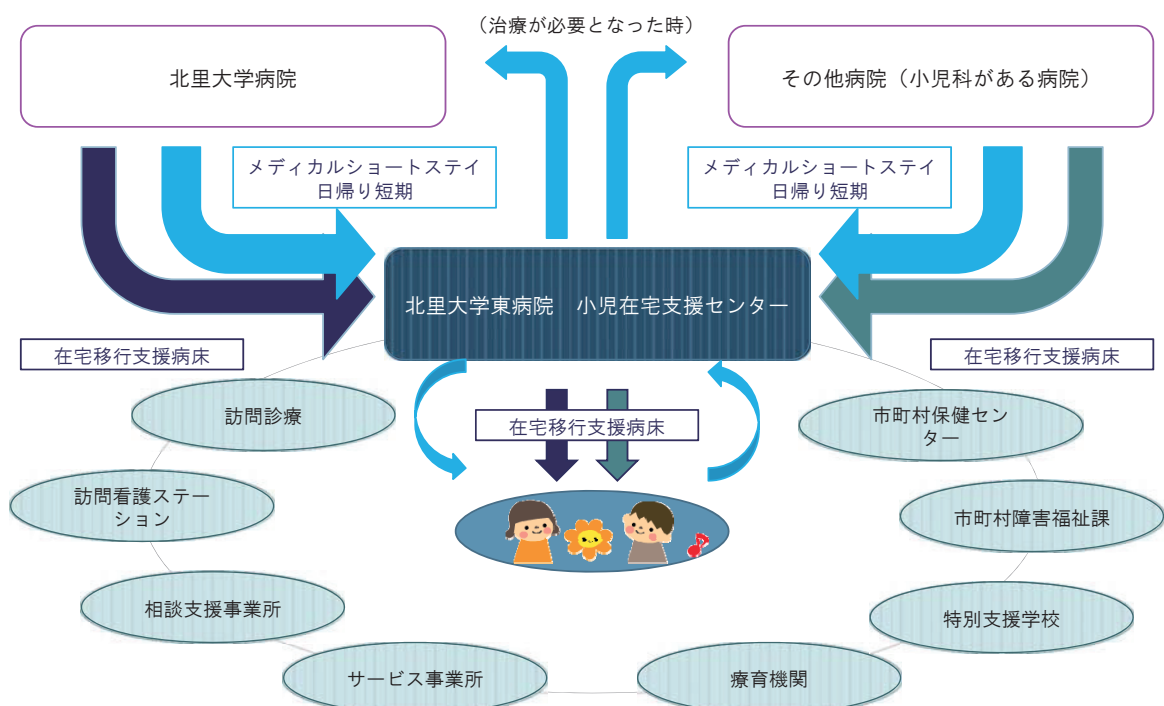


北里大学東病院 小児在宅支援センターの機能

1. 在宅移行支援病床
急性期医療が終了し、在宅準備のための病床
2. メディカルショートステイ病床
入院という形でのレスパイト
3. 日帰り短期ベッド
医療型特定短期入所（お泊まりなし）



北里大学東病院小児在宅支援センターの概要



■第33回会議（大阪分科会との合同開催）

日時：平成27年5月20日（金）19：00～21：00

場所：東京ステーションコンファレンス6階「605BC」（東京都千代田区丸の内1丁目7-12）

出席者：飯塚忠史、岩本彰太郎、梅原実、遠藤文夫、及川郁子、岡崎伸、上家和子、
桑木光太郎、児玉和夫、阪井裕一、迫井正深、三田康平、鈴木真知子、鈴木保宏、
浄土創太、高橋昭彦、田中真衣、富田直、富和清隆、中村知夫、奈倉道明、丹羽登、
平林優子、船戸正久、舟本仁一、分藤賢之、萩庭圭子、紅谷浩之、前田浩利、
松藤凡、三沢あき子、山口道子、渡辺象、和田浩（34名）

オブザーバー：山口直人、厚生労働省1名、東京都職員5名

議事：挨拶

小児在宅医療推進のための会 大阪分科会のご紹介

今小児在宅医療で取り組んでいること ということで参加者の自己紹介
講演

厚生労働省

① 小児在宅医療の施策について

桑木光太郎様（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）

② 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（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）

文部科学省

③ 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（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>

内容：

昨年2015年7月から開始された勇美記念財団小児在宅医療推進のための会大阪分科会との初の合同開催となった今回は、多くの参加者による熱心な討議の場となった。

最初は、大阪分科会の座長の船戸正久先生から大阪分科会の紹介をしていただき、その後、メンバーの自己紹介を行った。様々なフィールドで小児在宅医療とかかわるメンバーのお話をお聞きして、小児在宅医療の裾野の広がりを感じた。

その後、厚生労働省の医政局と社会・援護局、さらに文部科学省から担当官にお越しいただき、お話を伺った。お話の主なテーマは医療的ケアが必要な子どもたちの支援についてということで、それぞれの部署が取り組んできたこと、今取り組みつつあること、今後の課題についてお話くださった。お話の中でのエピソードは、5月の通常国会で審議される予定の医療的ケア児への支援のための障害者総合支援法、児童福祉法の一部改正案のことだった。この法律ができると、これまで障害と認められていなかった医療的ケアの必要な状態が、障害と認められ、そこに医療、福祉、教育の連携による支援ができるということであった。お聞きしていた多くの方から、厚労省、文科省の取り組みの進展の速さに驚きと喜びの声をいただいた。初の合同会議にふさわしい中身の濃い広がりのある会となった。

小児在宅医療に関する施策について

平成28年5月20日

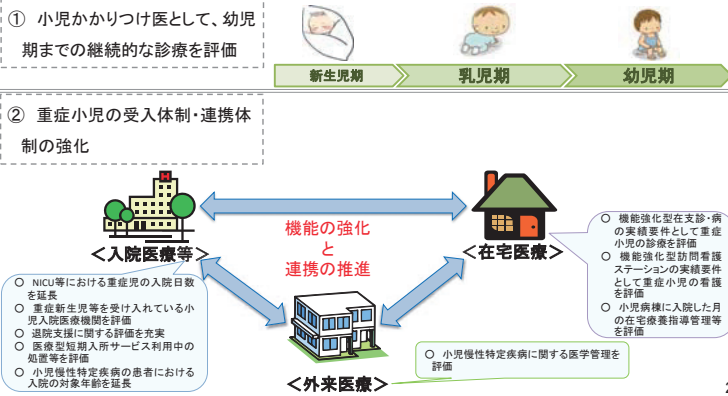
厚生労働省医政局地域医療計画課

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。



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・学童重症児の医学管理の実績が4件以上
【機能強化型(連携型)】 過去1年間の看取り実績が、連携する他の医療機関と併せて4件以上、かつ、当該医療機関において2件以上	【機能強化型(連携型)】 ・過去1年間の看取り実績が、連携する他の医療機関と併せて4件以上 ・当該医療機関において過去1年間の看取り実績が2件以上 又は15歳未満の児・学童重症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地域内に設置すること。	【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症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症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地域内に設置すること。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く指定特定相隣支援事業費又は児童福祉法に基づく指定児童相談支援事業費と連携することが望ましい。
【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地域内に設置すること。	【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症児の利用者数を合計した数が常時8人以上 ③ 超重症児及び学童重症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地域内に設置すること。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く指定特定相隣支援事業費又は児童福祉法に基づく指定児童相談支援事業費と連携することが望ましい。

※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。

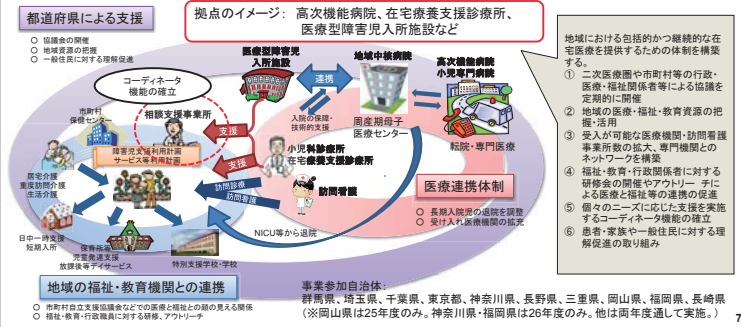
- 【処置等の例】
- 中心静脈注射
 - 鼻マスク補助換気法
 - 人工呼吸
 - 留置カテーテル設置
 - 導尿
 - 等

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々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タ機能の確立



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
 - 医政所管課、障害保健福祉所管課、児童福祉所管課、教育庁等の連携
- ◆ 事業委託先

都道府県	委託先	委託先事業委託医療機関	分類
北海道	○	札幌市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	○	千葉県立総合医療センター	在宅医療支援診療所、訪問看護ST
東京都	○	国立成徳医療科学センター	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	在宅医療支援診療所
長崎県	○	長崎県立総合医療センター	在宅医療支援診療所

(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

長崎県 長崎県小児在宅医療連携検討委員会

(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、遠隔地の際や、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。
- ◆ 地域の短期入所が可能な施設の空き状況をインターネット上に提示する。

埼玉県 小児在宅医療患者実態調査

長野県 資源マップ

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により、小児等在宅医療の受入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短期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

埼玉県 小児在宅医療でマニュアル作成

岐阜県 在宅でいっしょに診療研修指導

(4) 医療・福祉・教育・行政の連携

- ◆ 地域の医療・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、医療と福祉と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

(5) 個別支援のためのコーディネータ機能

- ◆ 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するためのコーディネータ機能を確立する。

千葉県 相談支援専門員の育成

(6) 普及啓発

- ◆ 患者・家族や一般住民に対して、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。

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隔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開催し、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地講習会の開催等。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実施する。
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(小児在宅医療支援研究会)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	神奈川県	在宅医療の高度化を推進する小児在宅医療連携協議会を設立するとともに、関係者による連携体制構築(小児在宅医療支援研究会)や患者の実態把握を行う。
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	退院後の生活を支える在宅医療を充実させるために、医療的ケアが可能な障害児通所支援事業所等の運営や受け入れを支援することにより、一時受け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次医療圏ごとに地域に根ざした在宅医療の核となる人材を育成する研修会及び小児在宅医療体制の連携のための検討会等を開催する。
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死亡率は改善しており、医療的ケアが必要な小児が増加する傾向にある。このため、こうした小児が地域へ戻り安心して生活を送るための体制整備について、関係者多職種が協働する場を運営する意向に申し述べている。
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地域小児在宅医療・福祉連携体制の構築により重症児者への補助 ②医療的ケアが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、障がい児が身近な地域で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
小児のかかりつけ育成事業	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提供する。
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核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診療において重症度の高い児を対象とした在宅医療に関する研修の実施により、在宅医療提供体制の「量」及び「質」の向上をめざす。
重症心身障害児等在宅医療連携推進事業	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検診や人材育成のための研修会を実施。 ③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	NICU等に入院した医師の子どものも、入院中に訪問看護師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の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負担が少な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	また、レスパイト入院の体制整備に関する検討会を開催する。 小児等がNICU等から退院後において、地域で安心して療養するために、地域のリーダーの養成や多職種連携による退院支援等を行うアドバイザーを配置することにより、小児の在宅医療環境を整備し、地域で家族を支援する体制の充実と、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)	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支援事業
重度障がい者居宅生活支援事業	熊本県	熊本県	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検診や人材育成のための研修会を実施。 ③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。

在宅医療の人材確保・育成について

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、主導することが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にも活用できるようなプログラム開発を行う。

国（研究機関、学会等）

在宅医療関連講師人材養成事業
平成27年度予算 7百万円

小児等在宅医療に係る講師人材養成事業
平成27年度予算 4百万円



- ◆ 職能団体、学会、研究機関等が連携し、人材育成研修プログラムを作成。また同プログラムを活用し人材育成研修を実施。
- ◆ 育成した人材を地域に紹介し、活用いただくとともに、同人材による各々地域での研修活動を通じて、在宅医療推進にかかる課題を収集する。
- ◆ 育成した人材を通じて地域に解決策を提案する。



都道府県・市町村

地域医療介護総合確保基金を活用し、在宅医療に係る人材育成を実施



（参考）平成26年度基金における在宅医療分野への交付額 206億円

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

2014年1月17日 日 09:00～17:00 国立成育医療研究センター
日本在宅ケアアライアンス
日本医師会
主催：日本在宅ケアアライアンス
共催：日本医師会
研修会場：国立成育医療研究センター（東京都中央区）

プログラム【午前】9:00～12:10

【開会・本研修の趣旨説明】
【第1】地域包括ケアシステムと在宅医療
【第2】在宅医療推進に向けた課題と取り組み
【第3】在宅医療の現状と課題

【第4】小児在宅医療
【第5】在宅医療の現状と課題

【第6】在宅医療の現状と課題
【第7】在宅医療の現状と課題

プログラム【午後】13:30～17:00

【第1】在宅医療の現状と課題
【第2】在宅医療の現状と課題

【第3】在宅医療の現状と課題
【第4】在宅医療の現状と課題

【第5】在宅医療の現状と課題
【第6】在宅医療の現状と課題

【第7】在宅医療の現状と課題
【第8】在宅医療の現状と課題

【閉会】

※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>

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】小児在宅の現状と課題の共有
・小児在宅の現状と課題点 <30分> 前田 浩利（医療法人財団はるか会）
・各々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>

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> 岩本 彰太郎（三重大学医学部附属病院）
・その2：地域の医療、福祉との連携 <20分> 宮田 章子（さいわいこどもクリニック）
・その3：大人の在宅医療との連携 <20分> 太田 秀樹（全国在宅医療支援診療所連絡会）
・その4：多職種との連携 <20分> 谷口 由紀子（医療法人社団願仙会）
・各々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>

14:20～17:10 【各論2】在宅医療の仕組み
・報酬 <20分> 大山 昇一（川口済生会病院）
・福祉制度 <20分> 梶原 厚子（医療法人財団はるか会）
・介護保険制度の在宅の仕組み <20分> 石黒 秀喜（長寿社会開発センター）
・小児在宅医療と地域包括ケアシステム <20分> 奈倉 道明（埼玉医科大学総合医療センター）
・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>

※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>

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。

国（研究機関、学会等）

H27～ 在宅医療（高齢者）

H27～ 小児等在宅医療

H28～ 訪問看護 NEW



- ◆ 在宅医療の主要な3分野に特化して、それぞれ高度な人材を育成
- ◆ 3分野の連携を意識したプログラム作り

都道府県・市町村

地域医療介護総合確保基金を活用し、在宅医療に係る人材育成を実施



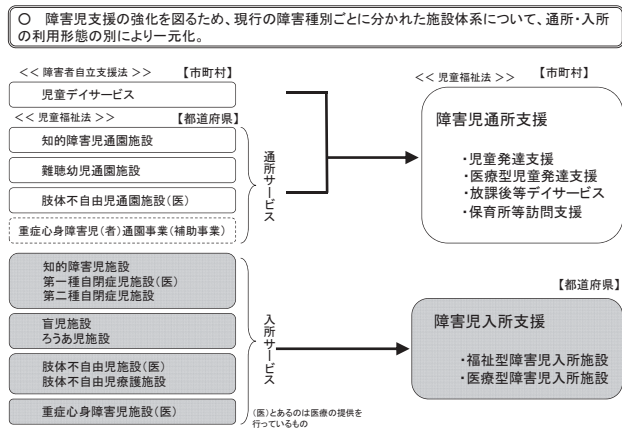
（参考）平成26年度基金における在宅医療分野への交付額 206億円

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

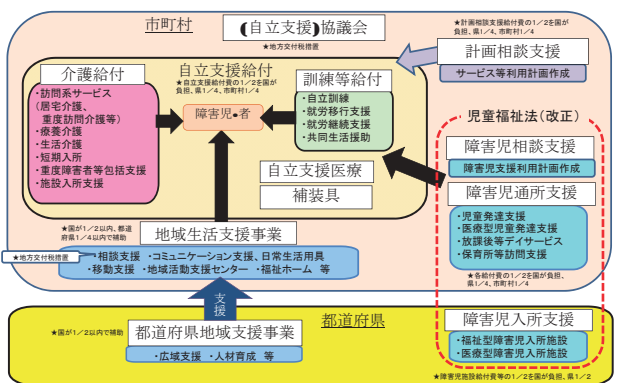
障害児が利用可能な支援の体系

(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
防犯系		
居宅介護(ホームヘルプ)	9,283	19,245
同行介護	171	6,004
行動支援	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	4,178
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	2,560	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
指定系		
計画的相談支援	1,088	6,559
障害児相談支援	28,838	3,110

4

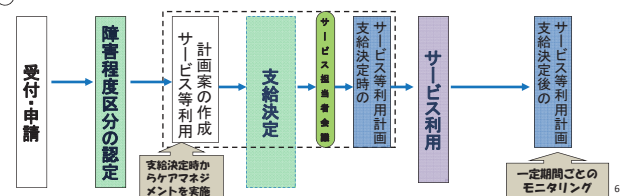
障害者総合支援法に基づく 障害福祉サービスの体系 (平成24年4月～)



5

支給決定プロセスの見直し等

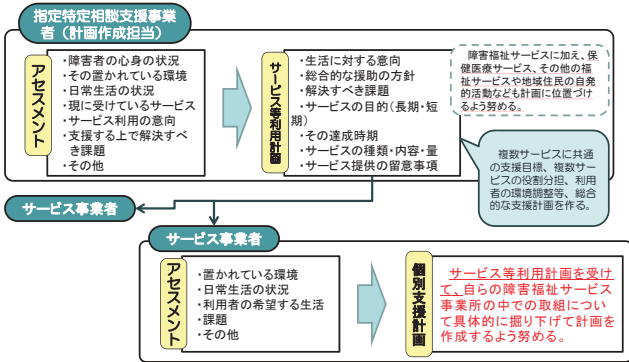
- 市町村は、必要と認められる場合として省令で定める場合には、指定を受けた特定相談支援事業者が作成するサービス等利用計画書の提出を求め、これを勘案して支給決定を行う。
* 上記の計画案に代えて、指定特定相談支援事業者以外の者が作成する計画案(セルフプラン)を提出可。
* サービス等利用計画作成対象者を拡大する。
- 支給決定時のサービス等利用計画の作成、及び支給決定後のサービス等利用計画の見直し(モニタリング)について、計画相談支援給付費を支給する。
- 障害児についても、新たに児童福祉法に基づき、市町村が指定する指定障害児相談支援事業者が、通所サービスの利用に係る障害児支援利用計画(障害者の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)
- 定めるものは法律に規定されている事項。以下同じ。



6

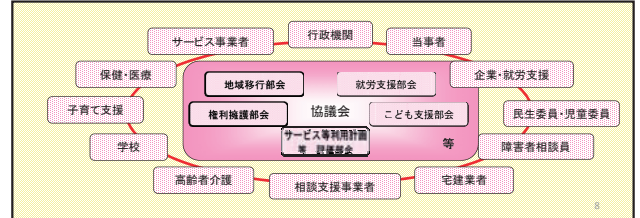
サービス等利用計画と個別支援計画の関係

- 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。



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
 - 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(義務的経費化)、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)
 - ・療養型短期入所の報酬単価の増額及び日帰り型の創設(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設定(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)
介護保険法に基づき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 (看護師業務可)	1名(左記との業務可)	
嘱託医	-	1名(特に要件なし)	
従業員	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、兼任加算あり)	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」と「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。

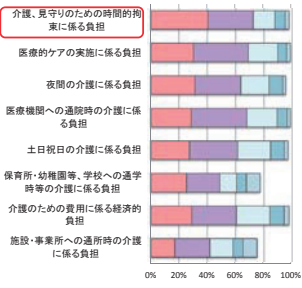
NICU等の入院経験の有無 (N=1331)			NICU等退院児の状態像 (N=1331 (複数回答))					
区分	人	%	内容	人	%	内容	人	%
NICU・ICU（PICU含む）への入院経験あり	1206	90.6	吸引	828	62.2	パルスオキシメーター	518	38.9
NICU・ICU（PICU含む）への入院経験なし	114	8.6	吸入・ネブライザー	496	37.3	気管切開部の管理（バンド交換等）	494	37.1
無回答	11	0.8	経管栄養（経鼻、胃ろう、腸ろう）	960	72.1	人工呼吸器	269	20.2
			中心静脈栄養	45	3.4	服薬管理	1039	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」

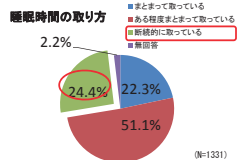
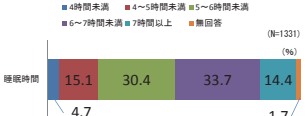
介護者の負担感

- 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



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

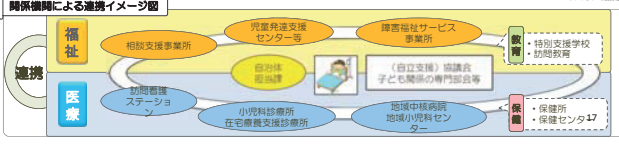
育児や療育、在宅での生活等の全般に関する相談先 (N=1331 (複数回答))

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。



「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」

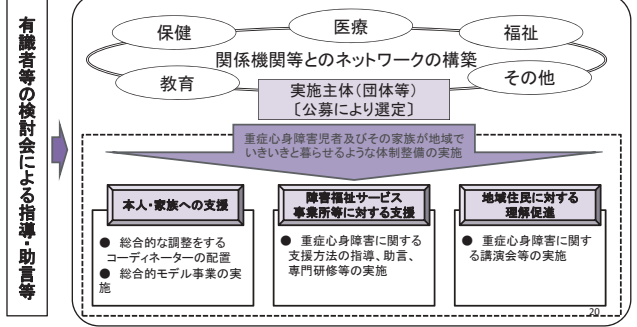
第五十六条の六第二項

「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に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。



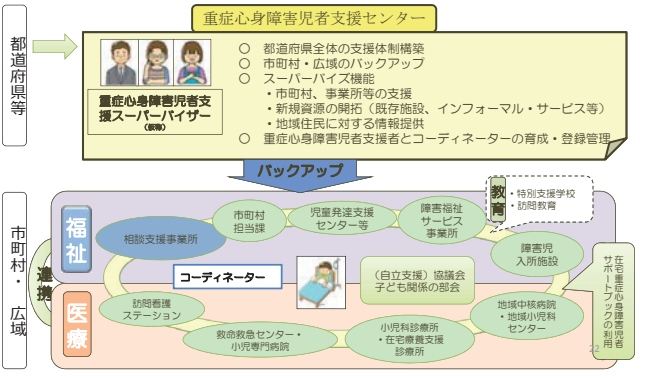
重症心身障害児者の地域生活モデル事業

- 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の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**をまとめるこ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：好事例集
① 地域の現状と課題の把握 ・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 ・目的に沿って有効な支援を図ることができる構成員を特定（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） ・ネットワーキング会議（協議会）	③ 重症心身障害児者や家族等に対する支援 ・「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（きょうだいかンパ） ・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 ・中山間地域の支援（ICV等の活用、巡回相談） ・ライフステージに応じた支援 ・病院からの退院支援 ・退院後の生活に関する病院と家族の意識の違いを埋める ・病院退院後のコースと支援（退院後の訪問看護等コースに対応） ・医療機関に対する医療型短期入所の新規開設支援 ・併行保育に向けた支援 ★ツール4
④ 協働体制を強化する工夫 ・支援の場から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 コーディネーターの配置 ・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、相談支援専門員に看護師を置く等）	④ 協働体制を強化する工夫 ・支援の場から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（相談支援専門員等に向けたセミナーの開催、調査等）
⑤ 地域住民への啓発 ・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の上映会の開催 ・重症心身障害児者や家族のエンパワメントを視野に入れたイベントの開催	支援ツールの例 ★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別相談シート』 ★3 『11区から協働型に開かれた支援ガイド』 ★4 『重症心身障害児者の移行期に向けたガイドライン』（※1-3は平成24年度、※4は平成25年度の報告書に添付）	⑤ 地域住民への啓発 ・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の上映会の開催 ・重症心身障害児者や家族のエンパワメントを視野に入れたイベントの開催

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 種のための支援であるべきか 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ないことへの理解
	3	障害のある子どもの成長と発達 の特性 疾患の特徴 生理 日常生活における支援 急変・緊急時の対応・突然死 在宅医療、訪問看護 リハビリ・薬物・薬剤
	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こと ライフステージごとの支援について
5 ライフステージにおける支援	3	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な手法を習得できるものとなっている。

科目名	時間数	内容	習得目標
概要説明	15分	研修の概要（目的、期待する成果等）を説明	在宅支援連携の理解
	2時間	コーディネーターの役割、役割等 アドボカシー、エンパワメントの活用 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 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
重症心身障害児学 識、地域の医療 連携など	2時間	重症心身障害児者の特性、代表的な疾患の経過・特 性、認知・行動障害、医療連携の確保等	1時間 本人・家族の思い、 ニーズ、QOL
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 の支援の要	1時間 重症心身障害児者(者)の 意思決定支援 重症心身障害児者(者)の 意思決定支援を行うか、具 体的な取組の組み合わせ
ライフステージに おける支援の要	1時間	NICUからの移行や、学童期、成人期それぞれの 支援の要	2時間 計画作成のポイントを学ぶ、実践に向けて
福祉制度・福祉資源	1時間	重症心身障害児者(者)の計画相談に必要な福祉制 度・福祉資源、特にその地域特有の制度など	7時間 事例をもとにした計画作成の演習。案 例がたがて計画を作成。また事例報告 会により、当事者の理解を促進し、支 援者間の関係を行う
	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	7時間 事例検討

平成27年度厚生労働科学研究費補助金光班「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

重症心身障害児者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)

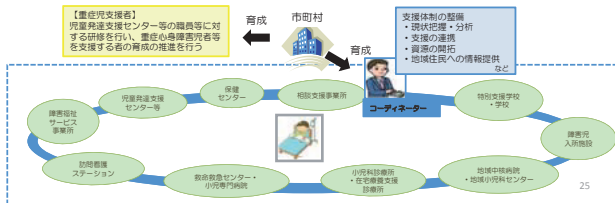
(項) 障害保健福祉費
(目) 地域生活支援事業費補助金
平成28年度予算案：4.64億円の内訳

目的

○ 重症心身障害児者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「重症心身障害児者等」という。)が地域で安心して暮らしていただけるよう、重症心身障害児者等に対する支援が適切に行え人材を養成するとともに、重症心身障害児者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、重症心身障害児者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

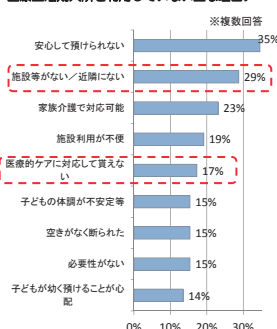
1. 重症心身障害児者等を支援する人材の養成
地域の障害児通所支援事業所や療育所等において重症心身障害児者等への支援に従事できる者を養成するための研修や、重症心身障害児者等の支援を総合調整する者(コーディネーター)を養成するための研修を実施する。
2. 支援体制の整備
地域において重症心身障害児者等の支援に携わる福祉、医療、保健、教育等の各分野の関係機関及び当事者団体等から構成される協議の場を設置し、支援にあたっての現状把握・分析、連絡調整、支援内容の協議等を行うとともに重症心身障害児者等の支援を行う施設の確保等を行う。



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	435	埼玉県	3	49
青森県	3	79	京都府	6	158
岩手県	5	75	大阪府	15	487
宮城県	4	113	兵庫県	18	317
秋田県	2	54	奈良県	4	71
山形県	5	52	和歌山県	5	78
福島県	7	104	鳥取県	6	36
茨城県	8	154	島根県	7	43
栃木県	5	89	岡山県	10	147
群馬県	6	114	広島県	11	209
埼玉県	16	289	山口県	6	117
千葉県	7	247	徳島県	3	98
東京都	16	580	香川県	6	78
神奈川県	25	288	愛媛県	3	124
新潟県	7	108	高知県	4	112
富山県	4	85	福岡県	28	376
石川県	6	82	佐賀県	5	93
福井県	3	58	長崎県	6	124
山梨県	2	51	熊本県	9	172
長野県	11	113	大分県	10	132
岐阜県	22	90	宮崎県	3	118
静岡県	10	150	鹿児島県	3	208
愛知県	8	280	沖縄県	5	76
三重県	6	87	合計	382	7,260

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」速報版
医療機関数は平成26年度施設設置(平成26年10月1日時点)
(一般病院のうち一般病床を有する病院の数)

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)

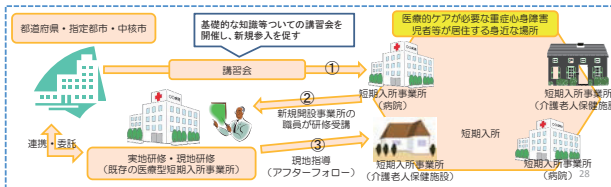
(項) 障害保健福祉費
(目) 地域生活支援事業費補助金
平成28年度予算案：4.64億円の内訳

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送れるよう支援の充実を図ることを目的とする。

事業内容

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



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、小児等在宅医療及び重症心身障害児等支援の地域体制を各都道府県・指定都市ごとに整備していくことが重要であるが、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

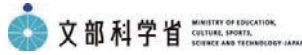
- 日時：平成28年3月16日(水) 13:00~17:10
- 場所：厚生労働省講堂
- 対象：都道府県、指定都市の地域医療担当者と障害児支援担当者等
(1自治体4名まで(想定：地域医療担当2名、障害児支援担当2名))

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
 - ・小児等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
 - 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
- 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

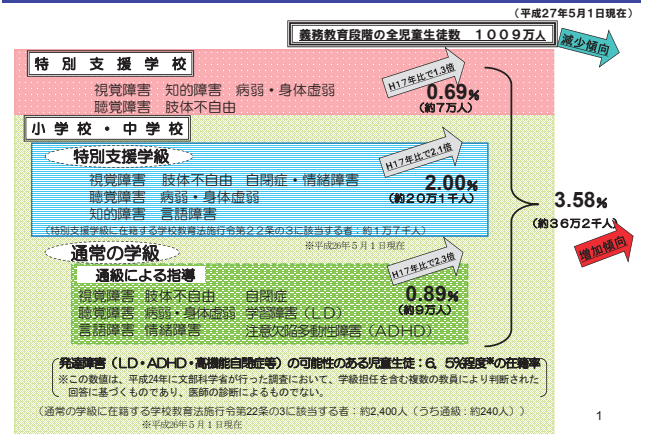
小児在宅医療推進のための会
合同研究会（東京・大阪）

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
●経鼻吸引(口腔ネラトン法)	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	
●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
●経鼻吸引(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	25,728(100%)	23,396(100%)	25,175(100%)
合計(延人数) ※	8,143	7,774	7,842
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名ずつ計上し、延人数となる
●は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	小・中学校計	通常の学級	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

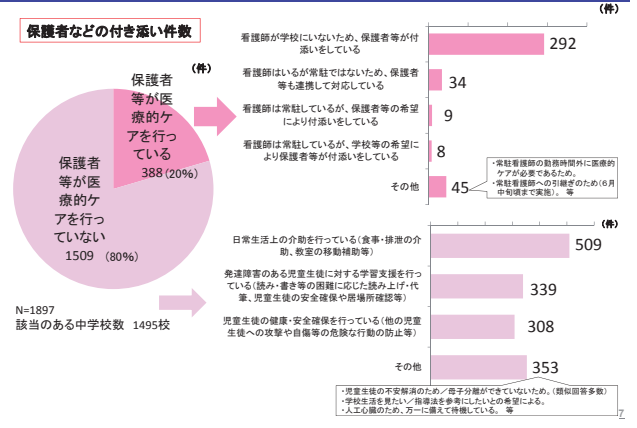
5

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 (嚥ろう)	150	160	147
●経管栄養 (嚥ろう)	9	8	6
●経管栄養 (口腔ネトラン法)	0	1	1
IVH中心静脈栄養	14	26	10
小計 (割合)	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
●経鼻咽頭エアウェイ内吸引	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
●経鼻咽頭エアウェイの装着	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	277	278
※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	120 (9.8%)	166 (12.9%)	118 (9.9%)
その他 (割合)	120 (9.8%)	166 (12.9%)	118 (9.9%)
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

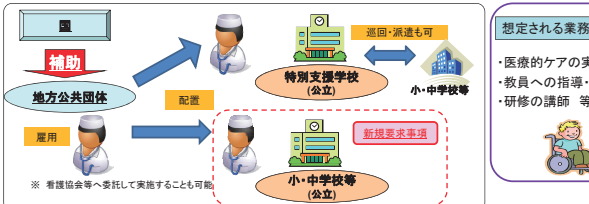
※1名が複数の行為を要する場合は、それぞれ該当する項目に1名ずつ計上、延人数と数。
●は認定特定行為業務従事者が行うことを許容されている項目

【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)



- 想定される業務例
- ・医療的ケアの実施
 - ・教員への指導・助言
 - ・研修の講師等
- 補助金概要
- ◇補助率: 1/3
 - ◇配置人数: 1,000人 (平成27年度: 約330人)
 - ◇補助対象経費: 看護師の雇用に係る報酬、共済費、旅費等
- ◇都道府県
◇政令指定都市
◇中核市
◇市区町村
→間接補助

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)、発達障害のある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。

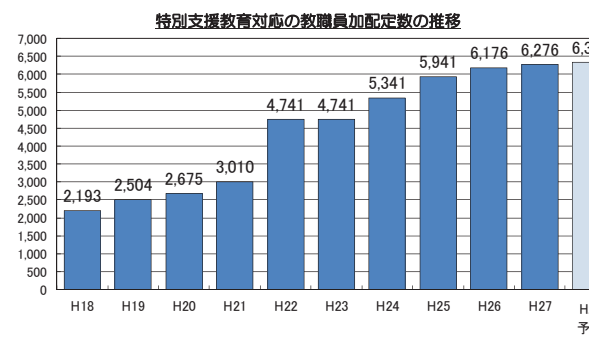
■特別支援教育支援員の配置に係る経費(拡充)

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

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)

- 特別支援学校及び小・中学校の特別支援学級等への就学の充実を図るため、障害のある児童生徒等の保護者等の経済的負担を軽減するために必要な奨励費を行い、もってこれらの学校への就学を奨励するとともに特別支援教育の振興を図る。(取扱法: 特別支援学校への就学奨励に関する法律)
- 特別支援教育就学奨励費 負担金 6,361百万円 (6,318百万円)
・公私立の特別支援学校の小学部、中学部及び高等部(専攻科を除く)の児童生徒の保護者等に対する補助
 - 特別支援教育就学奨励費 補助金 6,968百万円 (4,706百万円)
・公私立の特別支援学校(負担金の対象経費を除く)幼児児童生徒の保護者等に対する補助
・公立の小・中学校の特別支援学級の児童生徒及び通常の学級に在籍する障害のある児童生徒の保護者等に対する補助
 - 特別支援教育就学奨励費 交付金 595百万円 (559百万円)
・国立大学法人が設置する国立大学に附属する特別支援学校並びに小・中学校の特別支援学級の幼児児童生徒の保護者等に対する補助
・国立大学法人が設置する国立大学に附属する小・中学校の通常の学級に在籍する障害のある児童生徒の保護者等に対する補助



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

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

4. 主な調査事項

【学校】
○病气やけがによる入院により学業に支障(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

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

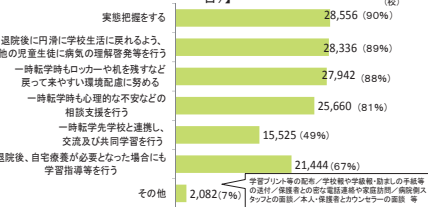
【実態】

- 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等の実態把握や相談支援、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

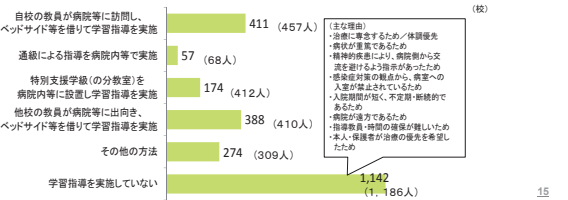
【実態】

- 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)】



※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

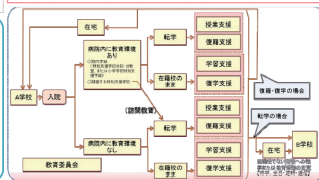
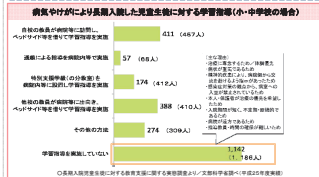
平成28年度予算額78百万円(新規)

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＞

- 対象: 都道府県・指定都市・市町村教育委員会
- 事業期間: 契約締結後～平成29年3月31日
- 調査内容:
 - ①地域や学校の実態等を踏まえた体制整備・連携方法に関する研究
 - 【取組】
 - 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児童の、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支援した指導内容・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支援し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。



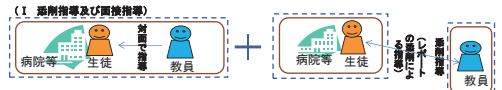
特別支援学校高等部の療養中及び訪問教育の生徒に対する遠隔教育について

○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



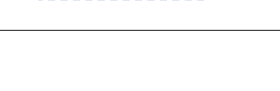
(Ⅰ 通期指導及び個別指導)



(Ⅱ メディアを利用して行う授業) ※今回限定的



(Ⅲ オンデマンド型の授業) ※今回限定的



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	50,000円
	II	15,845円	50,000円
	III	-	50,000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(身体不自由・重度・重複障害の生徒)	滞省費	滞省の付添人経費(身体不自由・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

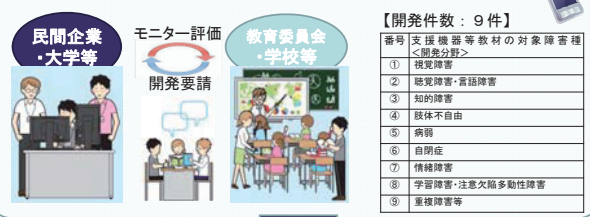
学習上の支援機器等教材活用促進事業

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さわって読むアプリ
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(上図は右手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、外部専門家、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・機関等や地域等の連携・調整、情報収集等を行う。
(54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。
(282人)

③**外部専門家**
・特別支援学校のセンター的機能を充実させ、特別支援学校全体の専門性を確保するとともに、特別支援学校以外の多様な学びの場における特別支援教育の体制整備を図るため、外部専門家を配置・活用する。(428人)

④**医療的ケアのための看護職**
・学校において日常的に必要とされる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、これらの児童生徒の教育の充実を図るため、学校に看護職を配置し、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

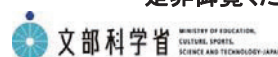
文部科学省では、ホームページ等により、特別支援教育の最新情報を提供しております。
http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/main.htm

(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ー交流及び共同学習事例集ー

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34回会議

日時：平成28年7月8日（金）19：00～21：00

場所：東京ステーションコンファレンス6階「605A」（東京都千代田区丸の内1丁目7-12）

出席者：岩本彰太郎、遠藤文夫、大西延英、緒方健一、小沢浩、川瀬昭彦、神ノ田昌博、小島裕司、迫井正深、鈴木真知子、高橋昭彦、田村正徳、冨田直、奈倉道明、奈良間三保、伯野春彦、紅谷浩之、萩庭圭子、細谷亮太、前田浩利、松本陽子、渡辺象（22名）

オブザーバー：飯倉いずみ、梶原厚子、山口直人、東京都職員5名

議事：挨拶

- ① ALL TOKYO の多職種連携と小児在宅医療（20分）
渡辺 象 様（じゅんせいクリニック院長・東京都医師会理事）
- ② 熊本震災における小児在宅医療への対応（30分）
緒方 健一 様（おがた小児科・内科医院院長）
- ③ 平成28年度熊本地震 熊本市民病院からの報告（30分）
川瀬 昭彦 様（熊本市民病院 総合周産期母子医療センター 新生児内科部長）

<意見交換>

内容：今回は今年3月に起こった熊本震災と在宅医療がテーマであった。そのテーマでの二つの講演に先だち、新しくメンバーに加わられた東京都医師会理事の渡辺象先生が、「ALL TOKYO の多職種連携と小児在宅医療」というテーマでご講演された。内容は、小児在宅医療の必要性を地域医療に尽くしてこられた渡辺先生の視点から、介護保険のケアマネジャーが、小児の総合支援法や児童福祉法のケアプランを作成できるようにすべきだと熱心に語られ、その先見性に強い印象を受けた。同時に、医師会が中心になって小児在宅医療を支えていく可能性も感じた。

熊本震災における地域と実際に大きな被害を受け閉鎖せざるを得なかった小児高度医療機関からの報告をいただいた。熊本は、日本でも屈指の小児在宅医療が整備された地域である。人工呼吸器が装着された患者は全員地域での往診する主治医がおり、市内、近郊の重症心身障害児、準、超重症心身障害児が把握されている珍しい地域であり、今回の震災においても一人も在宅医療の対象の子どもは亡くしていないという大きな実績がある。緒方先生方が中心になって活動している熊本小児在宅ケア・人工呼吸研究会は2000年に起こった9918台風による高潮被害を受け、人工呼吸器の子どものお母さんが、一晩自分の力でアンビューバッグを押して子どもの命を守ったというエピソードから、地域の人工呼吸器をつけている子どもの命を守るために発足した会ということもあり、災害対策は常日頃から考えられていたとのことだった。それで、緊急時の避難病院も既に想定されていたこと、緒方先生は不十分と言われるものの、停電対策が浸透していたことなどが大きくプラスに作用していたと思われた。また、頻回に外出していた子どもの対応が良くてきたことから、外出は避難訓練と言えるというお話が印象的だった。今回の震災で大きな被害を受け、閉鎖になった熊本市民病院は、日本屈指の総合周産期医療センターであり、心疾患、小児外科の熊本におけるセンター病院であった。このような高度医療機関が閉鎖になったのは、戦後初めてのことであり、日本の小

児医療にとって未曾有の出来事であった。その渦中にあり、現場で実際の指揮を執られた川瀬先生のお話はリアルでまるで映画のように迫力があつた。保育器に入り、人工呼吸管理をされていた赤ちゃんたちをスタッフが毛布にくるんで運び、熊本市内や九州中の病院に一晩のうちに搬送した経過は、本当に子どもたちの命を守ろうとするスタッフの熱い想いと日ごろから培っていた九州の周産期医療にかかわる医師たちのネットワークの力強さを強く感じた。同時に、関東で同じことが起きたら、現状では、とても子どもたちの命を守れないという危機感にもなった。

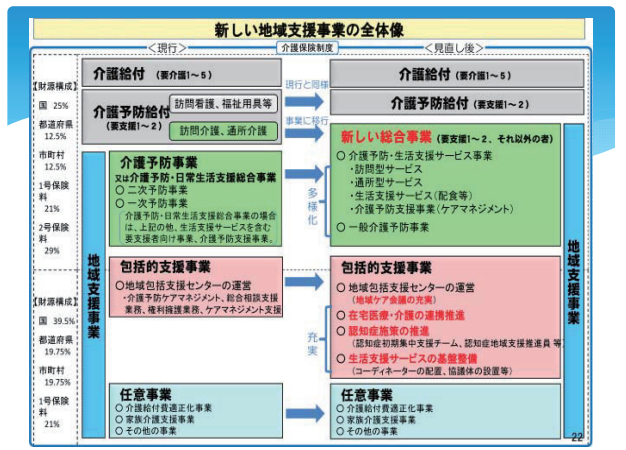
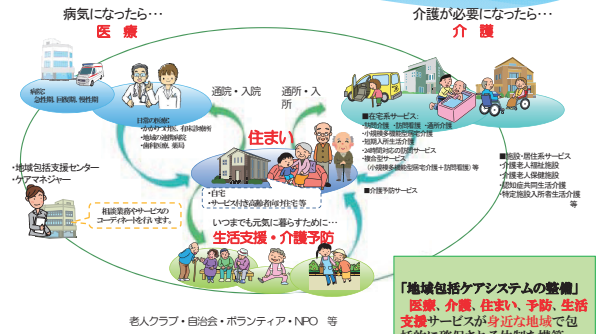
その後、熱心に様々な意見交換がされた。

平成28年7月8日
小児在宅医療推進のための会

ALL TOKYOの多職種連携 と小児在宅医療

東京都医師会理事
渡辺 象

地域包括ケアシステムの姿



I 在宅療養を取り巻く現状

在宅療養推進に向けた国の動き

在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業、平成27年度～）

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで取組が分散した在宅医療連携拠点事業（平成23～24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～）により一定の成果、それを踏まえ、介護保険法の中で創設。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、都庁医師会等と連携しつつ取り組む。
- 実施可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施。
- 各市区町村は、原則として（ア）～（ウ）の全ての事業取組を実施。
- 事業取組の一部を都庁医師会等（地域の中核的医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県・保健所は、市区町村と都道府県医師会等の関係調整、情報等との協議の支援や、都道府県レベルでの取組等により支援、国は、事業実施関係の資料や事例集の整備等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

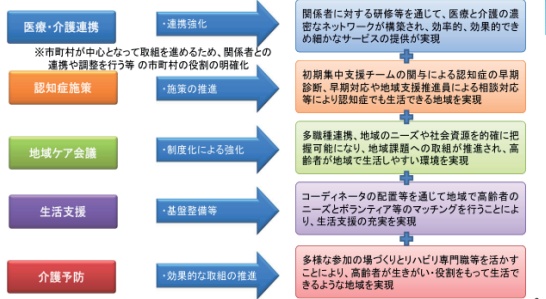
【事業取組と取組例】

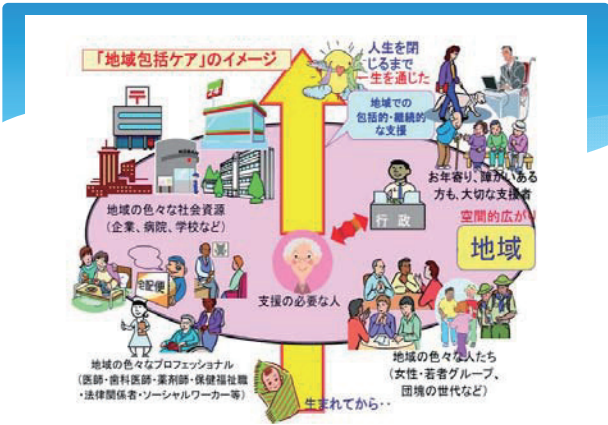
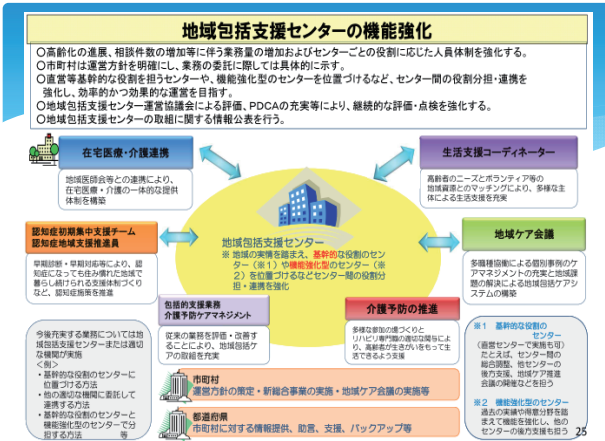
- (ア) 地域医療・介護の連携の促進
 - 地域の医療機関との連携
 - 連携したリストアップ
 - 連携したことで、連携が促進される
 - 在宅医療の連携促進、医師の継続的ケアが可能になる
 - 結果を関係者間で共有
- (イ) 在宅医療・介護連携の推進の取組
 - 地域の医療・介護関係者が連携して、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進
- (ウ) 継続的な在宅医療と介護の提供体制の構築
 - 地域の医療、介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進
- (エ) 在宅医療・介護連携に関する取組
 - 医療・介護関係者の連携を促進するコーディネーターの配置等により、在宅医療・介護連携の推進を図る
- (オ) 地域医療・介護連携に関する取組
 - 地域の医療、介護関係者がグループワーク等を通じて、連携を促進する
 - 連携を促進した結果、医師会等の関係者を活用
- (カ) 地域医療・介護連携に関する取組
 - 地域の医療、介護関係者がグループワーク等を通じて、連携を促進する
 - 連携を促進した結果、医師会等の関係者を活用
- (キ) 地域医療・介護連携に関する取組
 - 地域の医療、介護関係者がグループワーク等を通じて、連携を促進する
 - 連携を促進した結果、医師会等の関係者を活用
- (ク) 地域医療・介護連携に関する取組
 - 地域の医療、介護関係者がグループワーク等を通じて、連携を促進する
 - 連携を促進した結果、医師会等の関係者を活用
- (ケ) 地域医療・介護連携に関する取組
 - 地域の医療、介護関係者がグループワーク等を通じて、連携を促進する
 - 連携を促進した結果、医師会等の関係者を活用
- (コ) 地域医療・介護連携に関する取組
 - 地域の医療、介護関係者がグループワーク等を通じて、連携を促進する
 - 連携を促進した結果、医師会等の関係者を活用

【参考資料】厚生労働省 地域医療（平成27年7月8日）

医療・介護連携、認知症施策、地域ケア会議、生活支援、介護予防の充実・強化

- 地域包括ケア実現のため、地域支援事業の特組みを活用し、以下の取組を充実・強化。
- あわせて要支援者に対するサービスの提供の方法を給付から事業へ見直し。
- これらを市町村が中心となって総合的に取り組むことで、地域で高齢者を支える社会が実現。





東京都における地域包括ケアシステム

- ### I 在宅療養を取り巻く現状
- ### II 在宅療養の取組の方向性
- 1 地域における在宅療養体制の確保
 - 2 在宅療養生活への円滑な移行の促進
 - 3 医療・介護に関わる多職種の人材育成・確保
- ### III その他の取組
- 1 転院支援情報システムについて
 - 2 小児在宅の取組について

東京都多職種連携連絡会

東京都医師会会長が委嘱して、下記の関係団体の代表（委員）で構成

- 東京都歯科医師会
- 東京都薬剤師会
- 東京都看護協会
- 東京都病院協会
- 東京都理学療法士協会
- 東京都作業療法士会
- 東京都言語聴覚士会
- 東京都栄養士会
- 東京都医師会
- 東京都
- 東京訪問看護ステーション協議会
- 東京都介護支援専門員研究協議会
- 東京都老人保健施設協会
- 東京社会福祉士会
- 東京都理学療法士協会
- 東京都介護福祉士会
- 東京都社会福祉協議会
(東京都高齢者福祉施設協議会)
- 認知症の人と家族の会 東京都支部
- 東京都老人クラブ連合会
- 全国有料老人ホーム協会

NICU長期入院児等の推移



医療的ケア児の状態像

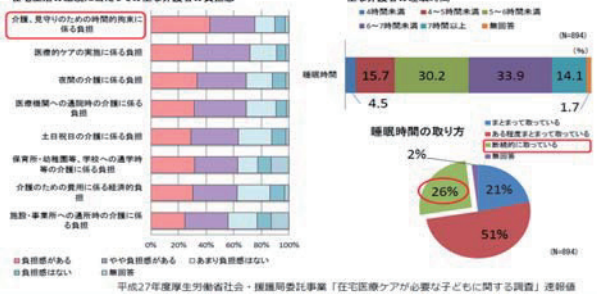
○ 経管栄養、気管切開、人工呼吸器等が必要な児童のうち約9割がNICU・ICU (PICU含む)の入院経験があり、NICU等退院児の約6割以上が吸引や経管栄養を必要としており、約2割が人工呼吸器管理を必要とするなど特に高度な医療を必要としている。

NICU等の入院経験の有無 (N=894)		NICU等退院児の状態像 (N=797 (複数回答))			
区分	人	%	内容	人	%
NICU・ICU (PICU含む)への入院経験あり	797	89.2	吸引	520	65.2
NICU・ICU (PICU含む)への入院経験なし	86	9.6	バルスオキシゲーター	319	40.0
無回答	11	1.2	経管栄養 (経鼻、胃ろう、腸ろう)	326	40.9
			気管切開部の管理 (NICU交換等)	321	40.3
			人工呼吸器	159	19.9
			中心静脈栄養	25	3.1
			尿管管理	649	81.4
			誤嚥	121	15.2
			その他	124	15.6
			在宅酸素療法	265	33.2
			無回答	6	0.8
			咽嚥エアウェイ	19	2.4
			計	797	100.0

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

介護者の負担感

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



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の職員が約3割であるなど、多くの保護者が複数の相談先を挙げている。

直近3ヶ月における障害福祉サービス等の利用状況 (N=894)

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

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

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

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等に長期間入院した後、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られるよう、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。



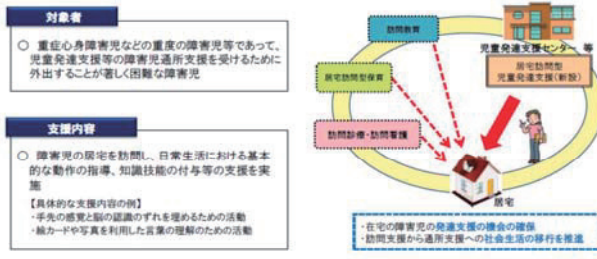
「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律及び児童福祉法の一部を改正する法律案」

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。」

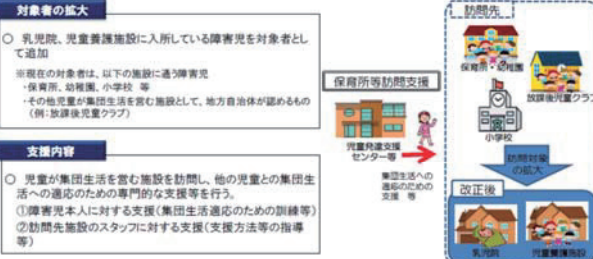
居宅訪問により児童発達支援を提供するサービスの創設

- 障害児支援については、一般的には複数の児童が集まる通所による支援が成長にとって望ましいと考えられるため、これまで通所支援の充実を図ってきたが、現状では、重度の障害等のために外出が難しく(困難な障害児に発達支援を受ける機会が提供されていない。
- このため、重度の障害等の状態にある障害児であって、障害児通所支援を利用するために外出することが難しく困難な障害児に発達支援が提供できるように、障害児の居宅を訪問して発達支援を行うサービスを新たに創設する(「居宅訪問型児童発達支援」)。



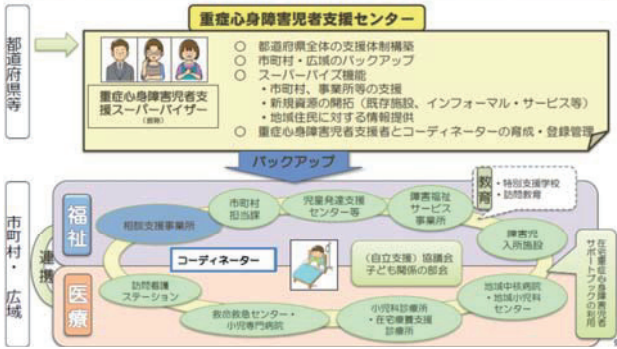
保育所等訪問支援の支援対象の拡大

- 乳児院や児童養護施設の入所者に占める障害児の割合は3割程度となっており、職員による支援に加えて、発達支援に関する専門的な支援が求められている。(乳児院:28.2%、児童養護施設:28.5%/平成24年度)
- このため、保育所等訪問支援の対象を乳児院や児童養護施設に入所している障害児に拡大し、障害児本人に対して他の児童との集団生活への適応のための専門的な支援を行うとともに、当該施設の職員に対して障害児の特性に応じた支援内容や関わり方についての助言等を行うことができることとする。



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、地域全体における包括的な支援体制の構築を図る取組みを進める都道府県・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

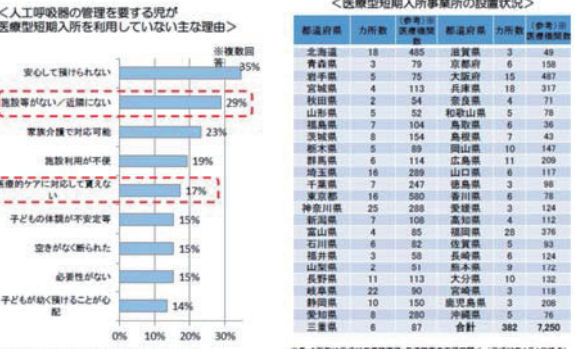
在宅重症心身障害児者等を支援していく者を増やしていくために、重症心身障害児者支援の基礎的知識の習得を目指すとともに、多職種連携を円滑にできる人材育成プログラム。プログラム内容は、重症心身障害児者等支援に関する医療的ケアや福祉に関する知識と、関係機関との連携や重症心身障害児者等のためのサービス等利用計画作成について具体的な手法を習得できるものとなっている。

科目名	時間	内容	在宅支援施設等の連携	時間	担当事業種
概要説明	15分	研修の概要(目的、期待する成果等)を説明	2時間	2時間	介護事業 児童発達支援施設等 医療機関
総論	2時間	コーディネーターのあり方、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 開発等 ケアマネージメントの手法 子育て支援としての役割	(関連施設見学)	1時間	生活介護 重症心身障害児施設、NCLなど 重症心身障害児者の 資源が存在し、連携をどう構築していくか
重症心身障害児者 福祉、医療の連携 連携など	2時間	重症心身障害児者の特性、代表的な疾患の経 緯・特性、地域の医療機関、医療連携の形 態等	本人、家族の思い、 ニーズ、QOL	1時間	当事者の思い、ニーズ、また本人、家族の QOL、生活の質などについて
医療的ケアの実際	1時間	重症心身障害児者に必要な具体的な医療的ケ ア	重症心身障害児者(児)の 意思決定支援	1時間	重症心身障害児者(児)のケアの実際、 意思決定支援について どのように意思決定支援を行うか、具体 的なやりかたなど
ライフステージに おける支援の実際	1時間	乳児からの移行や、学童期、成人期それぞれ の支援の実際	重症心身障害児(児)に おける計画作成のポイント	2時間	計画作成のポイントを学ぶ、実践に あわせて
福祉制度・福祉員	1時間	重症心身障害児者(児)の福祉制度に必要な福祉制 度、福祉員、特にその役割等や制度など	計画 計画作成	7時間	事前も含めて計画作成の実際、実施 部分から計画を作成、また実施担当者 出席による、当事者の意向を反映し、ま た支援者の負担を軽減する
			研修 事例検討	7時間	事例をもとに、支援方法、サービスバ イヤーによる計画作成の実際を行う

平成27年度厚生労働科学研究補助金(失明・重症心身障害児者等の支援)「重症心身障害児者等の支援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

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。

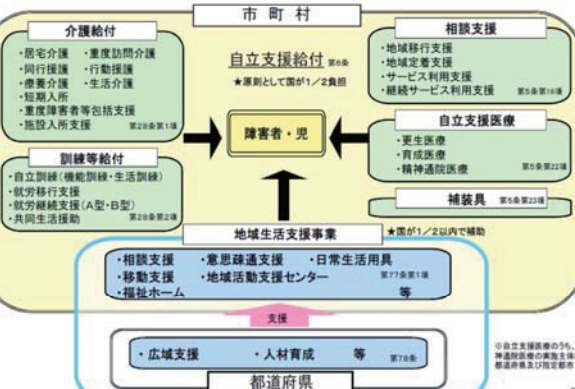


出典：平成27年度厚生労働省社会・援護局委託事業「医療的ケアが必要な子どもに関する調査」速報集

疾病等により外出が困難な障害児に対する支援

	訪問教育	居宅訪問型保育	訪問看護	居宅介護
概要	障害が重度・重篤している特別支援学校等に通学困難な児童生徒に対し、教員が派遣、児童福祉施設、医療機関等を訪問して行う教育	保育が必要とする乳児・幼児であって3歳未満の児童について、当該保育を必要とする乳児・幼児の居宅において家庭の保育者による育児を行う事業。(3歳以上の幼児に係る地域の事情の状況その他の地域の事情の発生により、保育が必要と認められる状況であって3歳以上のものも対象) ※平成27年4月1日から子ども子育て支援制度改革の中で開始	疾病又は高齢により居宅において継続して療養を受ける状態にある者に対しその居宅において看護等を行う療養上の世話又は必要な訪問の補助を行う。	利用者が在宅において自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、入浴、洗濯及び食事等の介護、調理、洗濯及び掃除等の家事に生活に際して必要と認められる生活全般にわたる援助を効果的に行う。
対象者	障害が重度・重篤している特別支援学校等に通学困難な児童生徒	保育の必要性の認定を受けた乳幼児のうち、障害、長病等の原因で家族が保育を行うことが困難である乳児幼児の乳幼児	居宅において継続して療養を受ける状態にある者、高度認知症患者、要介護認定された者。	障害支援区分1以上1階層にこれに相当する心身の状態である者。
訪問者	特別支援学校の教員	家庭の保育者1人以上乳幼児1人 ※家庭の保育者が保育者や保護者(専業主婦等)である場合は訪問者	看護師、准看護師、保健師、助産師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	介護福祉士、居宅介護員初任者研修修了者等の修了者など
利用日数等	児童の状態次第(週3日、1回2時間程度)	保育の必要性の範囲内で利用 ※月平均27時間程度(保育費標準額相当)、又は月平均20時間程度(保育給付額相当)	保険給付の対象となる場合は週に1〜2回、1回の訪問は30〜90分基本。	認定次第

障害者総合支援法の給付・事業



障害福祉サービス等の体系1

サービス名	利用人数	事業費(百万円)
居宅介護(ホームヘルプ)	155,787	18,719
重度訪問介護	9,960	8,629
行動援護	22,512	5,736
行動援護(個別型)	8,519	1,426
重度障害者等包括支援	29	9
短期入所(ショートステイ)	43,118	3,977
作業介護	19,457	241
生活介護	280,189	8,801
施設入所支援	132,296	2,626
共同生活援助(グループホーム)	96,012	6,637
自立訓練(機能訓練)	2,435	187
自立訓練(生活訓練)	12,254	1,184
就労移行支援	28,828	2,865
就労継続支援(A型・B型)	47,733	2,868
就労継続支援(B型)	196,019	9,223

障害福祉サービス等の体系2

サービス名	利用者数	職員・事務員
児童発達支援	75,011	3,198
障害児児童発達支援	2,823	101
放課後等デイサービス	94,978	5,815
保育所等訪問支援	1,870	212
福祉型障害児入所施設	1,844	192
医療型障害児入所施設	2,148	186
計画相談支援	17,411	5,895
障害児相談支援	26,738	2,512
地域移行支援	505	278
地域定着支援	2,167	414

各障害福祉サービスにおける主な従業者の資格要件について

サービス種別	主な従業者の資格要件	その他必要な従業者	
居宅介護	サービス提供責任者	介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員初任者研修修了者等であって、3年以上の実務経験を有する者 又は、居宅介護職員初任者研修修了者等であって、3年以上の実務経験を有する者	-
	ヘルパー	介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員初任者研修修了者等 又は、居宅介護職員初任者研修修了者、障害児居宅介護職員初任者研修修了者等	-
重度訪問介護	サービス提供責任者	居宅介護基準と同様	-
	ヘルパー	居宅介護基準 又は、重度訪問介護従業者養成研修修了者 等	-
同行支援	サービス提供責任者	同行支援従業者養成研修修了者等であって、①伊たは②の要件を満たす者 ①介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員初任者研修修了者等 ②行動支援従業者養成研修修了者等であって、3年以上の実務経験を有する者	-
	ヘルパー	同行支援従業者養成研修修了者等、居宅介護職員初任者研修修了者等であって、1年以上の実務経験を有する者	-
行動支援	サービス提供責任者	行動支援従業者養成研修修了者等又は行動支援従業者養成研修修了者等であって、3年以上、知的障害者、精神障害者の福祉に関する事業（直接担当に限り）に従事した経験を有する者	-
	ヘルパー	行動支援従業者養成研修修了者等又は行動支援従業者養成研修修了者等であって、1年以上の実務経験を有する者 又は、介護福祉士、介護職員初任者研修修了者等 又は、介護職員初任者研修修了者等	-
重度障害者等包括支援	サービス提供責任者	行動支援従業者養成研修修了者等であって、重度障害者包括支援対象者の連絡担当に3年以上従事した者	-
居宅介護	居宅介護員	介護福祉士又は介護福祉士	-
	生活支援員等	-	-
療養介護	サービス提供責任者	障害児者の保護・福祉・経済・教育の分野における介護支援・相談支援などの業務における実務経験（3～10年）を有し、相談支援従業者初任者研修（調整部分）及びサービス管理責任者研修修了している者	生活支援員、医師、看護師、薬剤師、作業療法士又は作業療法士、臨床心理士
	サービス管理責任者	同上	-
生活介護	サービス管理責任者	同上	医師、看護師、作業療法士又は作業療法士、臨床心理士

各障害福祉サービスにおける主な従業者の資格要件について

サービス種別	主な従業者の資格要件	その他必要な従業者	
自立訓練（機能訓練）	サービス管理責任者	障害児者の保護・福祉・経済・教育の分野における介護支援・相談支援などの業務における実務経験（3～10年）を有し、相談支援従業者初任者研修（調整部分）及びサービス管理責任者研修修了している者	管理職、理学療法士又は作業療法士、言語支援員
自立訓練（生活訓練）	サービス管理責任者	同上	生活支援員、地域移行支援員
就労移行支援	サービス管理責任者	同上	障害支援員、生活支援員、就業支援員
就労継続支援（A型・B型）	サービス管理責任者	同上	障害支援員、生活支援員
共同生活援助	サービス管理責任者	同上	-
	世話人 生活支援員 介護サービス負担者のみ	障害児者の福祉の確保に働きかけ、障害者の日常生活を適切に支援する能力を有する者 同上	-
施設入所支援	サービス管理責任者	施設施設等において、居宅サービスを行う場合に配置されるサービス管理責任者であること	-
地域移行支援	相談支援専門員	相談支援・介護等の業務に従事した経験があり、かつ相談支援従業者初任者研修修了している者 ※ 当該地域の相談支援従業者現任研修（更新研修）あり	-
地域定着支援	相談支援専門員	同上	-
計画相談支援	相談支援専門員	同上	-
児童発達支援	児童発達支援管理責任者	障害児者の保護・福祉・経済・教育の分野における介護支援・相談支援などの業務における実務経験（3～10年）を有し、相談支援従業者初任者研修（調整部分）及び児童発達支援管理責任者研修修了している者	障害児又は児童、調理師、作業療法士又は作業療法士、言語療法士又は言語療法士、臨床心理士
医療型児童発達支援	児童発達支援管理責任者	同上	児童発達支援員、医師、看護師、理学療法士又は作業療法士、言語療法士又は言語療法士、臨床心理士
放課後等デイサービス	児童発達支援管理責任者	同上	障害児又は児童、管理職
保育所等訪問支援	児童発達支援管理責任者	同上	幼児教育支援員、管理職
福祉型障害児入所施設	児童発達支援管理責任者	同上	児童発達支援員、管理職、医師、看護師
医療型障害児入所施設	児童発達支援管理責任者	同上	児童発達支援員、医師、看護師
障害児相談支援	相談支援専門員	地域移行支援基準と同様	-

小児等在宅療養における課題

- * 小児等在宅医療に対応できる相談支援専門員の不足
- * 区市町村ごとのサービス、取組み状況、理解に差
- * コーディネーターの職種がない
- * レスパイトのための病床確保

小児・若者ケアマネジャー（仮称）

現在、病院、施設、地域では小児在宅医療に関して社会福祉士、医療社会福祉士等がコーディネーターとして活躍している。しかし実際に在宅で小児が療養する場合に十分な体制とはなっていない。病院NICUは満床状態であり、本来NICUで診るべき児童も一般小児病棟に移らざるを得ず、また地域での在宅療養をせざるを得ない状況となっている。今後、高齢出産や低出生体重児のさらなる増加が見込まれている。40歳未満の小児・若者世代の在宅療養支援がほとんど無いに等しい状態である。

そこで東京都医師会としては、高齢者の在宅療養に欠かせない専門職であるケアマネジャーを一定程度研修会等で「小児・若者ケアマネ」(仮称)として人材育成したいと考えている。

小児・若者ケアマネジャー（仮称）

実際の事業は、まず初年度はモデル事業として都内の3か所程度の自治体で開始し、順次広めていくことが想定される。研修項目はこれからの検討になるが、厚労省では4日間という構想がある。処遇に関しては、現在のケアマネジャー処遇と同様が目標となると考える。

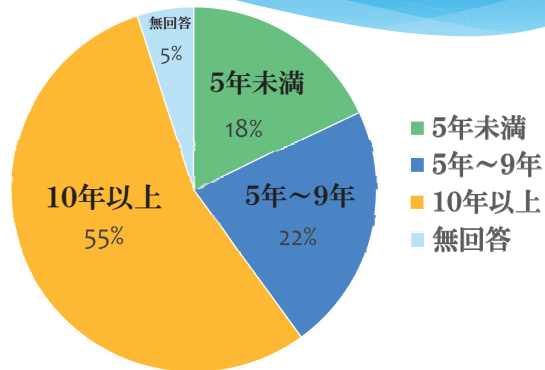
在宅療養している小児の保護者は、人工呼吸器から目が離せず、喀痰吸引や体位交換などに多くの時間を割いているが、そのケアの手配やレスパイト支援。就学・教育支援や就労支援なども視野に入れて小児在宅ケアの細やかな体制を考えていく必要がある。

特定非営利活動法人
東京都介護支援専門員研究協議会
第8回研究大会(活動報告会)
～多職種連携のケアマネジメント～

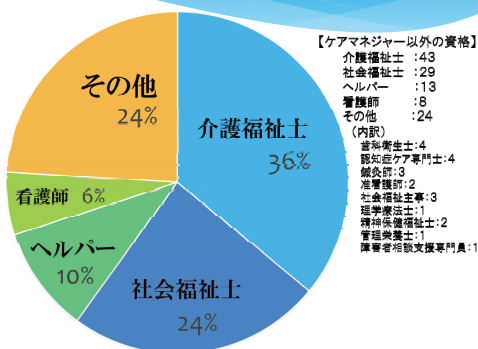
第8回研究大会は、協議会の活動報告に加え、様々な職種の方より多職種連携事例についてご報告頂きます。医師会から講演先にお越しいただきご講演頂くと共に、栄養士会、理学療法士協会、作業療法士会、歯学会が賛同を持ち寄り開催報告を行います。高齢になってからの離れた地域で暮らし続けられる社会の実現のために、医療・介護・福祉の専門職が連携して支援を行うことの意義とケアマネジメントの重要性を見つめます。毎年最も期待の積極的なご参加をお待ちしております。

日 程：平成28年6月25日(土)
会 場：連合会館 2階大会議室(東京都千代田区神田駿河台3-2-11)
内 容：研究大会(活動報告会) 12:10～15:00
12:10 開会挨拶
(第一部) 12:20～12:45 協議会活動報告
・地域連携推進会の活動報告
・在宅介護支援専門員の活動報告
(第二部) 12:45～13:00
13:00～13:15 45名協議会AL10010の活躍と連携を目標して(45分)
公益社団法人 東京都医師会理事 渡辺雅夫先生
(第三部) 13:15～13:30 研究大会(活動報告会)
講演 臨床実習指導
多職種連携事例の発表
・東京都医師会からの事例報告
・東京都理学療法士協会からの事例報告
・東京都作業療法士協会からの事例報告
・多職種からの事例報告
(閉 会) 13:30
主 催：特定非営利活動法人 東京都介護支援専門員研究協議会
定 員：100名
参加費：会員 1,000円 会員以外の方 2,000円
*研究大会終了後平成28年度定期総会を予定しています。
お申込み方法：申込み(裏面)に必要事項をご記入の上、FAXにてお申込みください。
※先着順にて受付となります。お申込みの多い場合は、参加人数が定員を超えます。
お申込み締切日：平成28年6月10日(金) ※後日定員に達し次第締め切りとさせていただきます。
【お申込・お問い合わせ先】 NPO法人東京都介護支援専門員研究協議会事務局 TEL:03-3556-1541

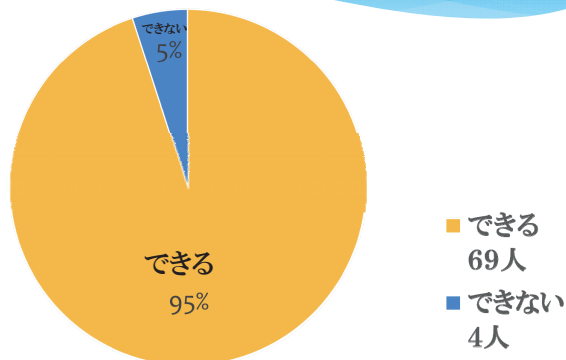
ケアマネジャー歴(調査数114名)



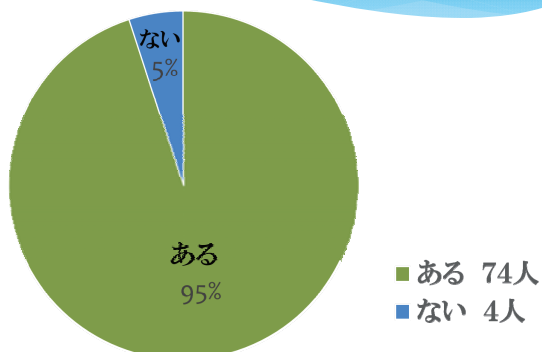
ケアマネジャー以外の資格(調査対象114名)



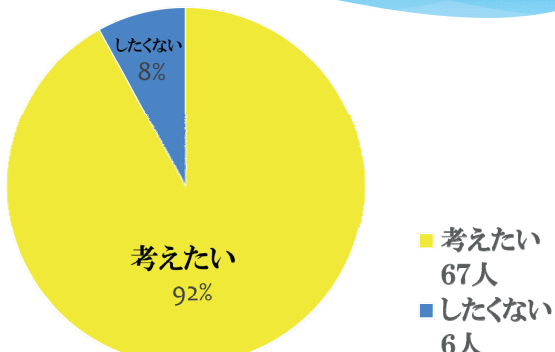
小児・若者ケアマネジャー(案)という考え方について理解できるか



小児・若者ケアマネジャー(案)について興味があるか



小児・若者ケアマネジャー(案)という制度が開始されたら資格取得するか



小児・若者ケアマネジャー(仮称)について 自由意見

- * ケアマネジャーは人の役に立つ仕事なので、小児・若者についても学び、理解を深めたい。
- * 今後の総合福祉への流れからも全体視できるポジションが必要。
- * 最近、障がい児相談支援の依頼が増えており、是非小児・若者ケアマネジャーを実現してほしい。
- * 高齢者はゴールがあるが、小児に対してどこまで頑張れるか、自分のメンタルな部分で不安もある。
- * 今後わが国を支えていく小児・若者を支援していくコーディネーターとしてこれまでの経験を活かしていきたい。

小児・若者ケアマネジャー(仮称)について 自由意見

- * 目からウロコです。障害のある方だけでなく、親のない子どもにも一人ひとり必要だと思います。
- * ケアマネの技術が小児に役立つのならば是非活用して、私たちケアマネがこんなに良い仕事をして、世の中に貢献しているということを知ってもらえれば嬉しい。
- * 実現しても給付管理と小児マネジメントは、絶対に一緒にしないで別にしてほしい。
- * 「生誕～死」に至るトータルケアのシステムが必要。人生はシームレスですから。

小児・若者ケアマネジャー(仮称)について 自由意見

- * 以前、40才以下の方々の「介護の調整」サポート不足を感じて、社内会議で話をしました。小児・若者ケアマネジャーを実現できたら、とても素敵だと思いました。
- * 94才の利用者さんから「ママ」と呼ばれています。高齢者でも可愛いと感じているのに、小児はどんなに可愛いでしょう。一緒に成長できたらどんなに楽しいでしょう。
- * 高齢者のケアマネジャーもそうですが、入院されると無報酬となり各種コーディネーター業務が全てボランティアになってしまいます。病院と在宅、どちらにいてもご本人に伴走したコーディネートができるために入院中でも評価を、特に小児の場合は検討していただけると幸いです。

ご清聴 有難うございました。

第34回小児在宅医療推進のための会

「熊本震災における小児在宅医療への対応」



熊本小児在宅ケア人工呼吸研究会
緒方 健一

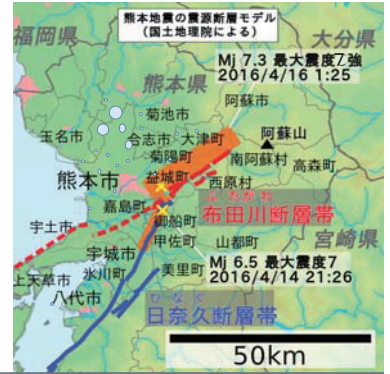
2016.7.8.

平成28年熊本地震

2016年 4月14日 21時26分
前震 M6.5 震度7

4月16日 1時25分
本震 M7.3 震度7

死者 49人
関連死 13人(4/25)
死傷者 1100人
避難者 18万3882人(4/16以降)



熊本小児在宅ケア・人工呼吸研究会 2000年

9918号台風による松合地区の高潮被害
(中心気圧945hPa 最大瞬間風速66.2m/s 死者12名)

毎年台風被害を受けている



電源確保のため避難先の病院がきまっている。

1、直下型地震: 圧死や怪我から避難

2タイプの大震災による死因

- 阪神淡路大震災では、8割が圧死・外傷による死亡
- 東日本大震災では、溺死90.5%、圧死4.5%、焼死1%
(津波による被害が大きかった)

2、津波: 逃げて逃げて!
てんでんこ

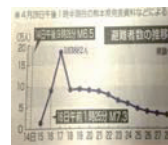
停電時に電源確保したい機器

- ・冷蔵庫(食料) 200W~400W
- ・テレビ(情報) 150W~250W(50型の4Kは200W超え)
- ・冷暖房 200W~500W
- ・人工呼吸器 60W (在宅向け呼吸器)
- ・加温加湿器 100W
- ・酸素濃縮器 120W
- ・吸引器 130W~400W (災害時はバッテリーに充電し使用する)

人工呼吸器60W + 酸素濃縮器120W + 加温加湿器100W = 280W

加温加湿は人工呼吸器回路用の人工鼻で代用
酸素は携帯用酸素ボンベで代用
吸引器は手動・足踏式吸引器で代用

田中総一郎先生より



車中泊が多かった

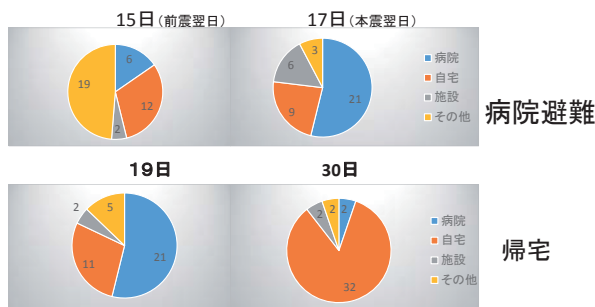
電源確保 3-5日間 回復
水



熊本県 重症心身障碍児 <18歳 準超重症児

- 熊本市 112名
- 熊本市外 205名
- 総数 317名
- 49名
- 61名
- 110名

当院が関わっている39名の 病院避難と帰宅状況



外出すると避難訓練？

安全について考える
チェックの仕方が実践向きになる
子どもは自信がつく
親は手抜きがうまくなる

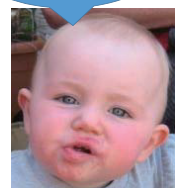


災害時の避難訓練になる。
本人と家族、ケアスタッフの経験値が上がる

小児在宅人工呼吸管理の目的

- 1、酸素化
- 2、換気
- 3、呼吸仕事量
- 4、気道確保
- +
5、扁桃核を利用

ICUではない
生活バイ!



- 1、かぼちゃんクラブ
診療所併設短期入所施設
- 2、パンプキンくらぶ
児童発達デイケア+放課後デイケア

用手 & 機械的咳介助

MAC
(Mechanical Assist Cough)
保険点数付きました！



線毛運動の強力助 人 IPV (Intrapulmonary percussion ventilation)



呼吸理学療法で使用される機器
榊方健一、上原恵里奈、谷川章太郎
重症心身障害児における呼吸障害と合併症
小児看護 34(5):569-574,2011

問題点、今後予想されること

- 避難・退院支援
- 心のケア
- 早期退院による小児在宅移行増加対策(2拠点構想)
- 気道のクリアランスが、病棟でも可能に…。
- 大都市をどう支援できるか？(道州制的視点)

熊本 ⇒ 福岡と近隣県

福岡 ⇒ 九州各県で収容できる？

東京 ⇒ 埼玉 山梨 長野…？

結語

災害時 : 1、避難
2、準備 避難訓練
3、装備 電源 水 出来れば3日分

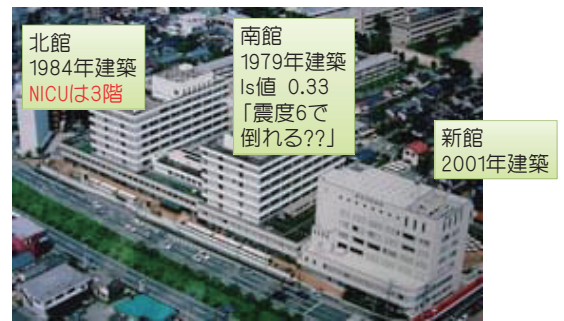
皆さま、今回の熊本地震に
ご支援ありがとうございました。
人的、物的、義援金までも お陰で様で
折れそうな気持の支えになりました。

この場をおかりして、感謝申し上げます。

平成28年熊本地震 熊本市民病院からの報告

熊本市民病院 新生児内科
川瀬昭彦

熊本市民病院概要



※ Is値(耐震指標): 0.6以上あればまずまず良い。
0.33 = 地震の振動に対して倒壊、又は崩壊の危険性あり⇒「耐震性劣る」

熊本市民病院 1階フロア図



熊本市民病院NICU概要

- NICU 18床(熊本県内48床の38%)
GCU 24床(同65床の37%)
- 年間入院数 352例
- 2015年 超早産児54例中35例(同65%)
- 手術を要する先天性心疾患(同100%)

熊本県の周産期医療

- 総合周産期母子医療センター2か所
熊本市民病院 超早産児、心疾患、外科疾患
熊本大学病院 重症仮死、肝臓疾患、代謝異常など
- 地域周産期母子医療センター2か所
福田病院 日本一の分娩数 病床数は最も多い
 在胎26週以降の早産児
熊本赤十字病院 PICU、小児救急の拠点
 新生児は34週以降
- NICU病床数は48床で、出生1万当たり約30床は確保
- 全て熊本市内に存在。

熊本地震

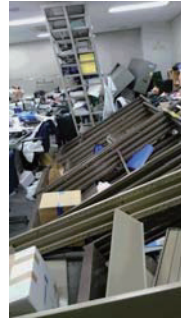
【前震】 4月14日 21:26
マグニチュード6.5、最大震度7(当院6強)

【本震】 4月16日 1:25(前震から28hrs)
マグニチュード7.3、最大震度7(当院6強)

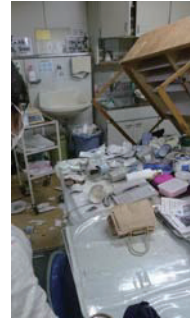
前震

- NICU内で窒素ボンベが倒れたが、児などへの影響はなし。
その他、保育器、人工呼吸器などに問題はなかった。
- コットはロックできないものもあったため、床におろして対応した。
- 院内の一部は激しく揺れ、本棚などは倒壊した。

前震

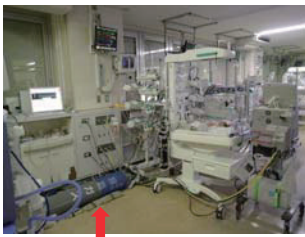


医局(新館5階)

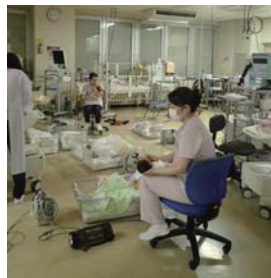


NICU看護師控室
(休憩中看護師1名)

前震



窒素ボンベは横に寝かせて
引き続き使用。



ロックできないコットは
床におろして対応。

前震のあと

- トリアージの再確認

NICU 黒0、赤14、黄4、緑0
GCU 黒0、赤3、黄15、緑2

(後にNICUの赤の優先順位
で苦慮)



トリアージ基準

1. **緑**: すぐに移送できる児
コット、経口哺乳、モニターのみ
⇒ 搬送用バッグに2人乗せ、保温しながら避難。
2. **黄**: 輸液や経管栄養を要する児
⇒ ポンプ毎、あるいはシリンジを外して避難。
3. **赤**: 酸素投与中、保育器管理、循環作動薬使用、
人工呼吸管理の一部
⇒ 必ず複数のスタッフで避難
4. **黒**: NO吸入、窒素療法、低体温療法、高い条件の
人工呼吸管理、終末ケアの児

患者搬送について(例)

トリアージI係(緑)

対象: コットの児

- ☑ モニターを外し、バスタオルでくるむ
- ☑ 児を可能な限りコットやキャリーバックに乗せ移動

(避難後)

- ☑ 患児の状態観察
- ☑ 他部門からの応援者への指示
- ☑ 避難患児の観察に必要な人数を残し、
病棟へ戻り、児の搬送依頼をする。

患者搬送について(例)

トリアージII係(黄)

対象:点滴のあるコットの児

☑点滴の接続部もしくはシリンジポンプから外した状態で搬送

☑児を2人以上収容する場合

⇒片方のコットに移動

・移動児はポンプ類から点滴を外した状態で移送

・残留児はポンプ類をつないだままの点滴を外した状態でポンプの電源のみ外して移送

前震のあと

- ・ 避難経路の再確認
- ・ 窒素ボンベ、コットはそのまま
- ・ 「アクションカード」の携帯
- ・ 患者搬送について見直し
- ・ とりあえず通常業務へ。

アクションカード

・ 前震後各自携帯



本震

4月16日(土) 1:25

NICU 18名(18床)
人工呼吸6名、CPAP5名、酸素1名
GCU 20名(24床)
人工呼吸1名、CPAP1名、酸素1名

- ・ NICU:保育器、人工呼吸器が30cm程動き、児の横のパソコンが倒れた。点滴ルートが一部外れた。
- ・ GCU:コット、モニター類はロックや砂嚢固定を行っており、倒れることはなかった。



本震

- ・ 本震と、約20分後に起こった余震により、まず「重症患者の避難」を院長が決断。ただし、全館への告知はなく、各病棟が適宜動き出す。
- ・ 本震の時間帯が幸いし、準夜帯看護師10名＋深夜帯看護師10名、さらに当直医1名＋医師1名で避難の決断および開始。
- ・ トリアージ順に建物外の非常階段を使い、同館の1階のリハビリ室へ避難。しかし重症児(赤)の順番決定には戸惑った。

本震(看護師記録より)

- ・ 「ドン」と音がして激しく揺れる。
- ・ Mさんの点滴スタンドが倒れそう。
- ・ CPAP中のコット児が横に揺れて、2,3人で抑えた。
- ・ 一瞬真っ暗になる。ナースの悲鳴。
- ・ もう一回大きく揺れる。⇒避難決定。

NICUからの避難の様子

- ・ 北館3階NICU⇒北館1階リハビリ室への避難。
- ・ エレベーターは全て緊急停止
- ・ トリアージ順に、屋外の非常階段を使って避難。
- ・ まずは子どもの搬送用ストレッチャーに児を5,6人乗せ、非常階段の入り口まで移動。
⇒そこからは看護師が抱っこで階段を下りた。
- ・ 保育器、人工呼吸器などは全く運べず。

NICUからの避難の様子(看護師記録より)

- ・ 非常階段からの避難。(コットなどは全く使えず)
寒くて暗い。
- ・ まずはリハビリ室横の**駐車場**に避難。
マットレスを敷き、児は毛布、おくるみなどで保温。
- ・ 途中で、**リハビリ室**に避難、との話が伝わり、改めて移動。
- ・ モニター、酸素ボンベ、追加の掛物、体温計、母乳・ミルク関係(温乳器など)を、適宜病棟に取りに上がる。

本震(リハビリ室)



- ・ 幸い非常電源はついた。
- ・ 携帯はずっとつながった。
- ・ ご家族から病院へ電話はつながらなかった。
- ・ 気温は比較的暖かかった。
(当日の最低気温13.1℃)

(既に残り約10名になった時の写真)

本震(リハビリ室の様子)

- ・ 勤務以外の医師、看護師が次々に集まり、看護師は児の人数を超えた(1:1対応可能)。
- ・ 保温(タオル、毛布、スタッフの上着)に努めた。
- ・ **人工換気中の7名はずっと用手バギング。**
CPAP及び酸素投与中の児が計8名いたが、酸素配管はなく、酸素ボンベを複数の児に適宜使用した。ポータブル吸引器も利用した。
- ・ **母乳/ミルクも適宜哺乳、注入を行った。**
- ・ 主治医は**親への連絡**や**サマリー記載**を並行して行った。

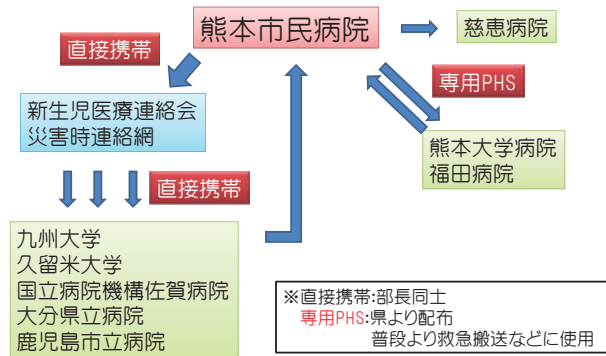
リハビリ室の様子(看護師記録より)

- ・ リハビリ室の中央に赤ちゃんを並べて、おくるみ、布団をかけて。用手バギング、シリンジをそばに並べる。
- ・ モニターが足りない、延長コードが要る。中の階段は成人患者が降りてきてなかなか上がれない。
- ・ 一人顔色が悪い児がいて、途中でSpO2をつける。
- ・ 吸引を要する児が複数いたが、間に合わない時はシリンジで吸引していた。
- ・ 余震がある度に赤ちゃんに覆いかぶさった。

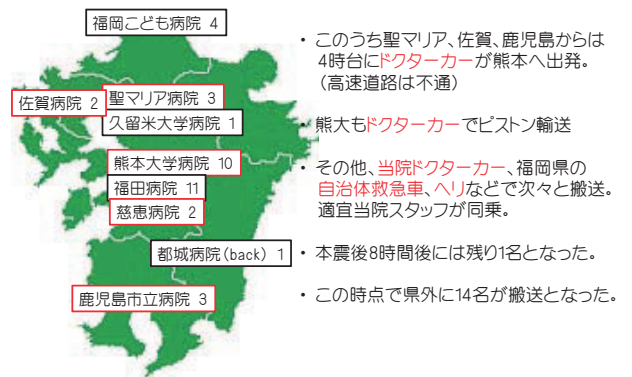
本震(院外への一次搬送)

- ・ 熊本県内外のNICUへ連絡開始(2ルート)
- ① **新生児成育医学会災害対策委員会**の和田先生
⇒**新生児医療連絡会災害時連絡網**の大木先生へ連絡。
この2名より、熊本県外のNICUならびに部長へ連絡を取っていただいた。
⇒各NICUより私へ連絡があり、以後やり取り。
- ② 当院より 県内の他のNICU(熊大、福田病院)、久留米大へ連絡。

二重の連絡体制



本震（一次搬送）



一次搬送におけるヘリ搬送の問題

- ・ 当院からの一次搬送においては、計3名がヘリにて搬送となった。
- ① 先天性心疾患で震災数日後に手術予定の児。人工呼吸管理、窒素療法中。防災ヘリで福岡こども病院へ搬送予定。「6:10に着く」との連絡があったが、実際は「7:13」にランデブーポイントにヘリが到着。児は約1時間救急車内で待機となった。
- ② 超低出生体重児、慢性肺疾患 高い条件で人工呼吸管理中。鹿児島市立病院のドクターヘリにて搬送。9:40頃。

一次搬送におけるヘリ搬送の問題

- ③ 先天性心疾患の術後 都城病院へバック搬送の方針。当科と、当院に入ったDMATが、別々にヘリおよびランデブーポイントまでの救急車を手配し、混乱。
- ④ 先天性心疾患の術後 久留米大のヘリで聖マリア病院へ搬送予定であったが、DMATの方針により、陸路での搬送となる。

本震（二次搬送）



振り返って

問題点

- ・ 耐震基準を満たしていないにもかかわらず、再建が延び延びになっていた。
- ・ 地震に対するスタッフの認識も甘かった。
- ・ たまたま搬送が無事に終わっただけで、県内外の施設へは多大な負担をお掛けすることになり、児およびご家族へも負担を強いることとなってしまった。

幸いだったこと、良かったこと

- ・ 偶然 準夜帯の看護師が残っている時間帯であった。
- ・ 九州各地のNICUの先生方が、熊本の状況も鑑みず、まず迎えに来てくれたこと。
- ・ 熊大、福田の両NICUが地理的に近く、とりあえず計21名を引き受けてくれたこと。

現在、および今後の問題点

- ・ 当院の機能が喪失したことにより、現在熊本県ではNICU病床数を48床⇒32床で運営。
- ・ 震災後1.2ヵ月は、里帰りなども減ったためか、残る2病院のNICUは満床にならなかった。
- ・ 最近重症患者の入院が増えてきた。
- ・ 残る2病院のNICU増床も計画されているが、なかなか進まない。(病院全体の病床数、人の確保など)
- ・ おそらく熊本県外にて、多数のハイリスク妊婦が出産していると思われる。
- ・ 当院も3年後には再建される予定だが、その間のスタッフのスキルの維持などに関しては、まだまだ不透明。

現在、および今後の問題点

- ・ NHK 福祉ポータブル ハートネットTV
7月13日(水) 20:00～
シリーズ 熊本地震(7)
赤ちゃんの”命の砦”NICUからの報告

小児周産期リエゾンとの関係について

- ・ 今回、小児周産期リエゾンが初めて活動した災害となった。

参照(災害時小児周産期リエゾン活動要領案より)
「災害時小児周産期リエゾンが担うべき機能」

1. 被災地における小児・周産期医療のニーズの情報収集と発信
 2. 被災地外における小児・妊産婦受け入れ態勢の構築
 3. 平時における小児・周産期医療ネットワーク構築と訓練
 4. 行政機関と連携した災害時の小児や妊産婦にかかる医療や保健課題解決
- ・ 当院からの児の避難については、今回は時間の関係で関わることはなかったが、災害当初より、地域のリエゾンの医師が災害本部に存在すれば、ヘリ搬送などについてもう少し円滑に進んだであろう。
 - ・ 1については、後日行動をともし、妊産婦や乳児を探したが、日中の避難所にはいなかった。
 - ・ 2については上述
 - ・ 3,4 は今後各地に配置されれば、非常に有効であると思われる。

考察

災害時を見据えた周産期の望ましい「事業継続計画」とは、また平時からの備えには何が必要か、有効か。

- ・ 当院は熊本県下の4割弱のNICU病床を有していた。全機能喪失の場合、残りの施設での補完は難しく、事業が継続できていない状況にある。このような事態を想定し、NICU病床数に普段から余裕を持たせておくことは、理想的ではあるが、現実的ではない。
- ・ 現時点においても、隣県(福岡、鹿児島)のNICUと密に連絡を取っているが、常日頃より、「都道府県」の垣根を超えた強い連携、また、多数の総合周産期母子医療センターを有する都道府県においてはセンター間の強い連携を意識しておくことが重要であろう。
- ・ 阪神淡路や東日本のように、ライフラインが大規模かつ広範囲に断たれる際の想定も別に必要である。

考察

被災後の中長期的な体制整備について

- ・ 当院の機能は未だまったく回復していないため、熊本県下における新生児収容能力は引き続き限りがある。
- ・ 当院のように大規模NICUがあり、免震などを満たしていない施設があれば、早急に検討すべきである。
- ・ 他施設との連携の重要性は先に述べたが、**連絡手段の確保**も重要である。今後SNSや衛星携帯電話なども用いた、複数の連絡手段の確保が必要である。

考察

災害時に周産期医療体制に起こる問題と、解決策について

- ・ 今回、県内最大の総合周産期母子医療センターの全機能喪失という、本邦初の事象が発生した。
- ・ どの医療機関も大切ではあるが、とくに**補完の効きにくい部門**を抱える医療機関においては、免震などの災害対策の重要性を痛感した。また、大規模NICUは自治体病院にあることも多く、経営状況が思わしくない病院・自治体もある。今後、何らかの形で国の補助も検討に値すると思われる。
- ・ また災害は地震だけではなく、大規模火災なども含まれることより、免震施設でも平時の避難訓練などは必要である。

まとめ

- 総合周産期CのNICUが機能不全に陥ったのは本邦初である。
- 主に看護師の活躍により、リハビリ室への移動は速やかであった。
- 九州内の強い連携により搬送は無事に行えた。
- ぜひ「明日は我が身」として、全国全てのNICUにおいて、災害対策について考えていただきたい。

【まとめ】

本報告書も6冊目であり、本小児在宅医療推進会議も6年目に入る。この数年で、小児在宅医療は社会の大きな関心を集め、2013年度から始まった小児等在宅医療連携拠点事業は、2014年で一旦終了となったが、各都道府県で引き続き様々な施策が実施されている。厚生労働省は、小児も地域包括ケアが必要であるという認識を明確に打ち出し、在宅医療ハイレベル人材養成事業を成人の在宅医療と同時に、小児在宅医療においても同時に実施した。これによって、各都道府県に小児在宅医療推進の核となる医師を養成し、全国が足並みを揃えて、小児在宅医療を推進してゆくことが期待できる。この事業は、平成27年度に引き続き、今年度も実施される。また、小児科学会も、小児在宅医療を支える医師の人材育成事業に本格的に参入し始めた。

また、今年最大のトピックで、おそらく小児在宅医療推進に向けての大きな分岐点、未来においてあの時点で小児在宅医療推進の流れが決定的になったと言われるであろう出来事があった。それは、5月24日の通常国会で、新しい障害概念として、人工呼吸器などの医療を日常的に必要な状態を定義し、その支援が必要とした法案が成立したことである。この法案は、6月3日には、厚労省医政局長、厚労省雇用均等・家庭児童局長、厚労省社会・援護局保健障害福祉部長、内閣府子ども・子育て本部統括官、文部科学省初等・中等教育局長の連名で、各地方自治体に、その実施に関して通達が出た。この5つの部局が同時に連携して通達を出すということも異例ながら、制定、公布、施行が同時というこれも異例の対応が行われた。ここに、法案の全文を掲載する。

「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、必要な措置を講じるよう努めなければならない。」

このように、今、小児在宅医療のシステム作りに向けてのムーブメントが明らかにかつてないスピードと規模で起きつつある。しかし、一方で、医療ケアが必要な子ども達の地域での増加のスピードも急増している。子ども達の数も、その医療的複雑さも年々加速度的に増大している。それは、まさしく、医療の進歩のスピードに比例しているとも言える。小児在宅医療のムーブメントは、多くの方たちの努力で急速に大きくなりつつあるが、更にそのスピードを上げていく努力をしないと、在宅医療が必要な子ども達の数と質の増加には対応できないと思われる。今後は、在宅医療の対象となる医療依存度の高い子どもたちの実数の把握に基づき、実質的に医療・福祉・教育が連携した支援のための社会資源をどう創っていくのが、課題になると思われる。

今後、在宅医療を必要とする子どもの定義、必要な支援の内容、そして、その支援をどう作っていくのか、更に議論、検討を重ね、本会議が、本当に一人ひとりの子どもと家族を助けることのできるシステムを、我が国に構築するための一助になっていくことを切に願う。

【謝辞】

勇美記念財団の多大なご尽力によってこのような会を立ち上げ、継続できた。特に今年は、1月に本会である在宅医療推進の会との合同開催が実施できたこと、昨年7月に立ち上がった勇美記念財団小児在宅医療推進会議大阪分科会との初の合同会議を5月に開催できたことなど、大きな成果をあげることができた。これらは、小児在宅医療全体にとって非常に意義が深いものであると思われる。これも、一重に勇美記念財団の支援のお蔭であると心から感謝申し上げたい。

同時に、お忙しいお仕事の合間にご参加いただき、講演して下さった先生方、また熱心にご討議下さったメンバー諸氏に深く感謝したい。

今後、この会が、小児在宅医療推進の一助となり、我が国に現代の社会情勢と医療技術の進歩に対応した新しい小児医療のシステムが創造されることを心から願ってやまない。

