

平成27年度
小児等在宅医療地域コア人材養成講習会

【日 時】

2016年2月7日（日） 8：45～17：30

【場 所】

国立研究開発法人 国立成育医療研究センター 講堂
（東京都世田谷区大蔵2-10-1）

【主 催】

国立研究開発法人 国立成育医療研究センター

国立研究開発法人 国立成育医療研究センター

平成27年度 小児等在宅医療地域コア人材養成講習会

【目 的】

全国都道府県から推薦された受講者の先生方が、地元の地域において小児在宅医療の基盤整備、推進活動においてアドバイザー役になれるように本研修を位置付ける。

本講習会を受講することで、小児在宅医療に関する様々な知識を深め、今後、自らの多業種との協働を通して、小児在宅医療の基盤整備、推進活動に関する意義と方向性を理解する。

【日 時】

2016年2月7日（日） 8：45～17：30

【場 所】

国立研究開発法人 国立成育医療研究センター 講堂
(東京都世田谷区大蔵2-10-1)

【主 催】

国立研究開発法人 国立成育医療研究センター

国立研究開発法人 国立成育医療研究センター

医学の進歩により、今まで生きることが難しかった多くの病気でも、救命、そして長期の生存が可能となりました。今後もさらに増えると考えられますが、この「救われた命をいかに輝きのあるものにする」ということも同時に考えていかなければなりません。在宅医療はこのことに対する、一つの大切な方法ではありますが、小児においては始まったばかりで、解決すべき多くの問題があります。この問題解決のために、医師が果たすべき役割も大きなものがあります。

今回、「平成27年度在宅医療関連講師人材養成事業（厚生労働省）」の小児の部分である平成27年度小児等在宅医療に係る講師人材養成事業を、国立成育医療研究センターで受託することとなり、本事業の一環として「小児在宅医療地域コア人材養成講習会」を開催する運びとなりました。

本講習会では、全国都道府県から推薦された先生方が、今後、地域の地域において、小児在宅医療の基盤整備、推進活動においてアドバイザー役になるため基礎知識を得ていただくことを目的としています。今回の講習会での基礎知識とは、日々の患者さんたちを診察、治療するためのものではなく、急速に整備の進んでいる地域包括ケアシステムの対象を、高齢者だけでなく、さまざまな障害や、日々の生活を送るために、高度の医療的ケアが必要な児・者にまで広げるためには今後どのように活動すべきであるかを考えていただくものです。小児在宅医療への期待は高まりをみせていますが、地域や、都道府県により大きな差があることも事実です。在宅医療を必要としている子どもは、私が住んでいる地域にいないと認識されている方もいらっしゃるかも知れませんが、在宅医療を必要としている子どもは自宅から外に容易には出られず、地域に知られず生活されている可能性がある、ということも理解していただく必要があると思います。このため、小児在宅患者の現状を理解し、小児在宅医療という新しい医療の形態を社会に正しく認識させるための取り組みは、決して簡単なものではありません。

本講習会を受講することで、先生方が、小児在宅医療に関するさまざまな知識を深め、今後自らが地域の中で果たすべき役割を理解し、多業種との協働を通して、小児在宅医療の基盤整備、推進活動に関する意義と方向性を理解されることを希望いたします。研修会に際し、シラバスを編纂いたしましたので、研修修了者が持ち帰り、小児在宅医療関連事業に活用し、地域で貢献いただければと考えています。

最後に、本事業を行うにあたり、本講習会企画コアメンバーおよび講演いただく先生方をはじめ、本講習の受講者の選出にご尽力いただいた日本医師会、日本小児科学会、日本小児科医会、日本在宅ケアアライアンス代表の新田國夫先生、太田秀樹先生をはじめとする皆様、さらには在宅医療助成公益財団法人勇美記念財団のご支援、ご協力に、こころより感謝申し上げます。

平成28年 初春

国立成育医療研究センター 医療連携・患者支援センター
在宅医療支援室 室長 **中村 知夫**

小児等在宅医療地域コア人材養成講習会

日時	2016年2月7日（日）08：45～17：30	
主催	国立研究開発法人 国立成育医療研究センター	
目的	<p>全国都道府県から推薦された受講者の先生方が、地域の地域において小児在宅医療の基盤整備、推進活動においてアドバイザー役になれるように本研修を位置付ける。</p> <p>本講習会を受講することで、小児在宅医療に関する様々な知識を深め、今後、自らの多業種との協働を通して、小児在宅医療の基盤整備、推進活動に関する意義と方向性を理解する。</p>	

プログラム [午前：8:45～12:40]

8:45～9:00	【開会の辞】	五十嵐 隆（国立成育医療研究センター）
	【本研修の趣旨説明】	中村 知夫（国立成育医療研究センター）
9:00～11:00	【総論】小児在宅の現状と問題点の共有	
	◆小児在宅の現状と問題点	前田 浩利（医療法人財団はるたか会）
	◆各地域での在宅医療に関する問題点グループディスカッション	
	◆小括I（5グループからの発表）	
休憩（10分）		
11:10～12:40	【各論1】地域連携・多職種協働 ～さまざまな職種と協力して、小児在宅患者が住みやすい地域を作る～	
	◆その1：行政、病院、施設との連携	岩本 彰太郎（三重大学医学部附属病院）
	◆その2：地域の医療、福祉との連携	宮田 章子（さいわいこどもクリニック）
	◆その3：大人の在宅医との連携	太田 秀樹（全国在宅療養支援診療所連絡会）
	◆その4：多職種との連携	谷口 由紀子（医療法人社団麒麟会）
	◆質疑応答	
昼食（20分）		

プログラム [午後：13:00～17:30]

13:00～14:20	◆各地域での連携に関するグループディスカッション	
	◆小括II（5グループからの発表）	
14:20～17:10	【各論2】在宅医療の仕組み ～在宅医療の仕組みを理解し、小児在宅患者の実情に合った仕組みを作る～	
	◆小児在宅医療における診療報酬	大山 昇一（川口済生会病院）
	◆福祉制度	梶原 厚子（医療法人財団はるたか会）
	◆介護保険制度の在宅の仕組み	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	奈倉 道明（埼玉医科大学総合医療センター）
	◆質疑応答	
	◆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	
	◆小括III（5グループからの発表）	
17:10～17:20	【総括】受講修了書授与（代表者）	
17:20～17:30	【閉会の辞】	中村 知夫（国立成育医療研究センター）

目次

はじめに	2
プログラム	3
研修の趣旨	6
【総論】 小児在宅の現状と問題点の共有	22
◆小児在宅の現状と問題点	22
【各論1】 地域連携・多職種協働	40
～さまざまな職種と協力して、小児在宅患者が住みやすい地域を作る～	
◆その1：行政、病院、施設との連携	40
◆その2：地域の医療、福祉との連携	52
◆その3：大人の在宅医との連携	62
◆その4：多職種との連携	74
【各論2】 在宅医療の仕組み	88
～在宅医療の仕組みを理解し、小児在宅患者の実情に合った仕組みを作る～	
◆小児在宅医療における診療報酬	88
◆福祉制度	106
◆介護保険制度の在宅の仕組み	120
◆小児在宅医療と地域包括ケアシステム	134
プロフィール	156
あとがき	160

研修の趣旨

「平成27年度
小児等在宅医療コア人材養成講習会」
趣旨および用語について

目 標

全国都道府県から推薦された先生方が、今後、地元の地域において、小児在宅医療の基盤整備、推進活動においてアドバイザー役になるため基礎知識を得ていただく。

1. 地域の小児在宅医療の現状と、問題点を理解できる。
2. 小児医療従事者が、小児在宅患者を支える地域を多業種と協働しながら、どのように作るかを考える必要があることを理解する。
3. 児童福祉法、障害者総合支援法に基づく小児在宅医療と、介護保険に基づく高齢者在宅医療の違いを理解できる。
4. 地域連携、成人期への移行を視野に入れ、大人の「在宅医療関連講師人材養成事業」との連動が重要であることを理解する。
5. 社会のセーフティネット、少子化対策としての小児在宅医療の重要性を理解できる。

Keyword

医療的ケア、高度医療依存児者、成人期移行、セーフティネット

内 容

1. **小児在宅医療に関する厚生労働省の事業**
 - ・小児等在宅医療連携拠点事業（平成25年度・26年度）
 - ・在宅医療ハイレベル人材養成事業（小児等在宅医療リーダー人材養成事業）
 - ・本事業のポイント
2. **医療面から見た小児等在宅医療を担うことのできる人材**
 - ・多業種連携
 - ・大人の在宅患者を診ている先生方との連携
 - ・小児科医が在宅医療に係る意義
3. **社会のセーフティネットとしての小児在宅医療の重要性**

本講習会で頻回に用いる言葉についての説明

医療ケアと医療的ケア	<ul style="list-style-type: none"> ○医療行為：医療職のみに許された治療行為 ○医療的ケア：経管栄養・吸引などの日常生活に必要な医療職ではない者が行う医療的な生活援助行為
重症児 (重症心身障がい児)	<ul style="list-style-type: none"> ○重度の肢体不自由と重度の知的障害とが重複した状態。医学的診断名ではなく、児童福祉の行政上の措置を行うための定義 ○大島の分類による
超重症児	<ul style="list-style-type: none"> ○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 ○運動機能：座位まで
医療依存児（者）と 高度医療依存児（者）	<ul style="list-style-type: none"> ○医療依存児（者）：日常的に医療に依存している児（者） ○高度医療依存児（者）：医療依存度が高いために常時見守りが必要な児（者）
地域連携と多職種協働	<ul style="list-style-type: none"> ○地域連携：地域の組織、団体などとの連携 例) 医師会、地域包括支援センター、消防署、急性期病院など ○多職種協働（連携）：主に有資格者の協働（連携） 例) 現場での医師・訪問看護師・介護職・訪問リハ職・薬剤師らの協働 ○地域包括ケアシステム（行政の用語）：住み慣れた地域で最期まで住み続けることのできる仕組み 地域連携・多職種協働はシステム構築の必要条件

【引用情報】

- 中村知夫：小児の在宅医療について。日本医師会雑誌144(3)：557-560, 2015.
- 文部科学省：平成25年度特別支援学校等の医療的ケアに関する調査結果
http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/material/icsFiles/afiedfile/2014/03/14/1345112_1.pdf
- 前田浩利：小児在宅医療の現状と課題。日本在宅医学会雑誌16(2)：5-12, 2015.
- 前田浩利：地域で支えるみんなで支える実践!!小児在宅医療ナビ。南山堂, 2013.
- 厚生労働省：平成26年度小児等在宅医療連携拠点事業
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html>
- 平成26年度診療報酬改定の概要【在宅医療】（在宅医療を担う医療機関の確保と質の高い在宅医療③④）
http://www.ncgg.go.jp/zaitakusuishin/zaitaku/documents/08_2-2.pdf
- 岩本彰太郎, 山城武夫, 駒田美弘：小児在宅医療を支える地域医療機関の現状と今後の連携。日本小児科学会雑誌118(12)：1747-1753, 2014.
- 中村知夫, 余谷暢之, 小穴慎二他：小児専門医療機関における在宅医療の現状と対策。日本小児科学会雑誌116(9)：1387-1391, 2012.

1 小児等在宅医療連携拠点事業（平成25年度・26年度）

■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

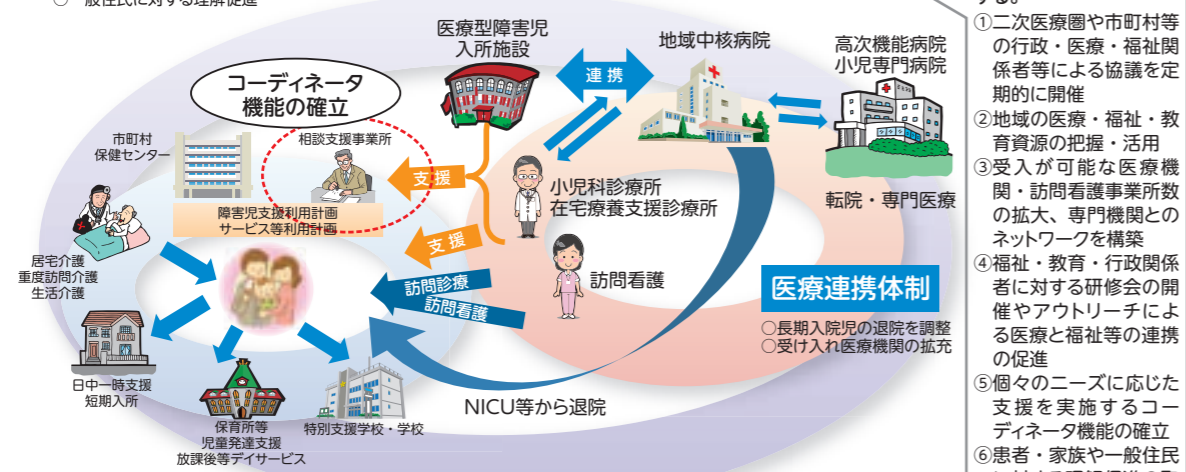
■本事業の目的・概要

- 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
- 一般住民に対する理解促進

拠点のイメージ：高次機能病院、在宅療養支援診療所、医療型障害児入所施設など



地域の福祉・教育機関の連携

- 市町村自立支援協議会などでの医療と福祉との顔の見える関係
- 福祉・教育・行政職員に対する研修、アウトリーチ

※群馬県・埼玉県・千葉県・東京都・神奈川県・長野県・三重県・福岡県・長崎県の9都県で実施

高齢者だけでなく、小児においても在宅医療の必要性が認識されるようになり、厚生労働省も平成25年度・26年度の2年間、小児在宅医療に関する事業として、9都県をモデル地区として選定し、小児等在宅医療連携拠点事業が行われた。この事業では、各都道府県がその実情に合わせて、医療・福祉連携体制の構築や、相談支援体制の整備などの事業を業者に委託し、それを行政が支えるという形で実施。そのことで、小児等が安心して在宅に移行できる小児等在宅医療モデルを全国に提示することを目的とした事業であった。

2 小児在宅医療連携拠点事業の6つのタスク

番号	タスクの内容	略称
①	市町村等の行政、地域の医療・福祉関係者等による協議の場を定期的に開催し、小児等の在宅医療における連携上の課題の抽出及びその対応方針を策定すること	会議の開催
②	地域の医療・福祉等資源を把握し、整理した情報の活用を検討すること	地域資源の把握
③	小児等の在宅医療に関する研修の実施等により小児等の在宅医療の受入が可能な医療機関・訪問看護事業所数の拡大を図るとともに、専門医療機関とのネットワークを構築すること	医療機関の拡大とネットワーク構築
④	地域の福祉・行政・教育関係者に対する研修会の開催やアウトリーチにより、小児等の在宅医療への理解を深め、医療と福祉等の連携の促進を図ること	福祉・教育・行政との連携
⑤	関係機関と連携し、電話相談や訪問支援等により、小児等の患者・家族に対して個々のニーズに応じた支援を実施すること	個別支援と相談窓口
⑥	患者・家族や小児等の在宅医療を支える関係者に対して、相談窓口の設置や勉強会の実施などを通して、小児の在宅医療等に関する理解の促進や負担の軽減を図るための取り組みを行うこと	理解促進と普及啓発

小児等在宅医療連携拠点事業では、参加した9都県に対して、①小児等在宅医療に関する問題解決のための会議の開催、②小児等在宅医療を支える地域資源の把握、③小児等在宅医療を支える医療機関の拡大とネットワークの拡大、④福祉・教育・行政との連携、⑤小児等在宅医療を必要としている患者・家族に対する個別支援と相談窓口能力の拡大、⑥小児等在宅医療に関する理解促進と普及啓発を行うこと、という6つのタスクの実施が求められた。

3 行政の担当実施部署と再委託先

	担当部署	拠点となる医療機関	再委託先の分類
群馬県	健康福祉部 医務課	群馬県立小児医療センター	こども病院
		(一部委託)群馬県看護協会	看護協会
		(一部委託)群馬大学	大学病院小児科
埼玉県	保健医療部 医療整備課 地域医療対策担当	埼玉医科大学 総合医療センター	大学病院小児科
千葉県	健康福祉部 障害福祉課	(医療法人社団) 麒麟会	在宅療養支援診療所・ 訪問看護ステーション
東京都	福祉保健局 医療政策部 医療政策課地域医療対策係	慶応義塾大学医学部附属病院	大学病院小児科
		都立墨東病院	急性期病院
		都立小児総合医療センター	こども病院
神奈川県	保健福祉局 保健医療部医療課	神奈川県立 こども医療センター	こども病院
長野県	健康福祉部 医療推進課 保険・疾病対策課	長野県立こども病院	こども病院
三重県	健康福祉部医療対策局 地域医療推進課 (小児在宅医療推進ワーキンググループ)	三重大学医学部附属病院 小児トータルケアセンター	大学病院小児科
岡山県	保健福祉部医療推進課	旭川荘	社会福祉法人
福岡県	保健医療介護部 医療指導課	九州大学病院	大学病院
		北九州市立総合療育センター	医療型障害児者入所施設
長崎県	福祉保健部 医療政策課	長崎大学医学部附属病院	大学病院小児科
進捗管理	国立成育医療研究センター		こども病院

多くの都道府県で、医療担当部局が事務局となり、拠点となる医療機関、障害福祉担当部局、教育担当部局などが一堂に会して小児在宅医療に関する施策を協議することができた。小児在宅医療は、医療だけで解決する問題ではなく、虐待防止、貧困対策、母子家庭支援、貧困対策、少子化対策、女性の社会参加など障害福祉、教育、子育てなどその野の広い問題であり、行政内でも多部署が関わることにより、幅のある施策を展開することができた。また、小児在宅医療推進のための事業を継続していくためには、都道府県医師会にも理解を得ながら都道府県行政を巻き込むことが非常に重要である。

4 重症児、超重症児からみた小児在宅医療患者数

- 障害者手帳で在宅の重症心身障害児者数を推計した場合、1万人あたり3～8
- 医療機関が調査した場合、1万人あたり0.7～1.6
- 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	医療機関 (2012)	0.7～1.6
超・準超重症児	小児科学会 (2007)	0.32

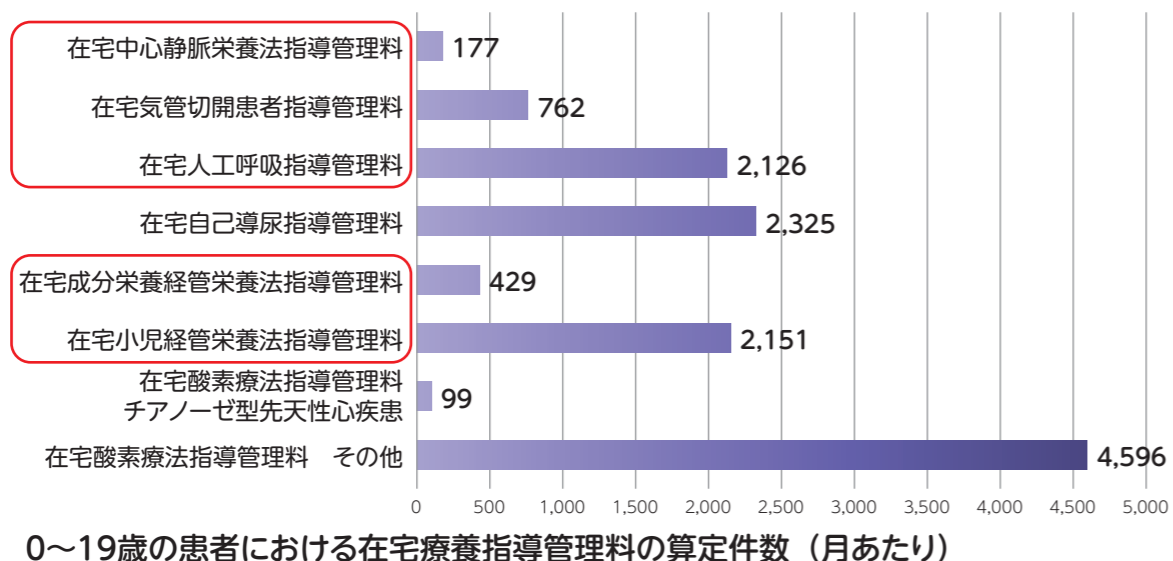
小児在宅患者数についても、今までにさまざまな調査があるが、正確には把握されていない。在宅の重症心身障害児者の人数把握に関しては、重症心身障害児(者)を守る会の推計では、全国の重症心身障害児者数は3.8万人(1万人あたり3.1)。うち、在宅2.5万人、施設1.3万人)としている。岡山県や大阪府が身障者手帳および療育手帳の取得者から重症心身障害児者数を調査して、重度心身障害児者の在宅患者数は岡山県では、1万人あたり2.9、大阪府では8.1と報告された。また、医療機関が実施した実数研究では(北海道の一部、千葉県、埼玉県、福岡県)、小児在宅医療患者数は、人口1万人あたり0.7～1.6の範囲に収まっている。日本小児科学会が8県で調査した20歳未満の超・準超重症児者数は、在宅で750人(人口1万人あたり0.32)と、調査によって把握対象者の定義や、調査方法が異なるためにばらつきが大きい。

5 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、0～19歳で人口1万人あたり5.6人）。

- ①小児在宅患者の中で、超・準超重症児に相当すると思われる患者数 5645人 (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医療的ケアを必要とするが超・準超重症児に相当しない患者数 7020人 (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、今回は対象外とした。



平成25年度社会医療診療行為別調査

0～19歳の患者における月あたり在宅療養指導管理料の算定件数から推定すると、超・準超重症児と推測される小児患者と、医療的ケアが必要だが医療内容より超・準超重症児やと推測されない医療依存児・高度医療依存児は、0～19歳で12,665人（1万人あたり1.0人、0～19歳で人口1万人あたり5.6人）と推定された。最近、埼玉県や東京都世田谷区が行った調査では、18歳未満では人口1万人あたり5.6から10人で、これらの調査から、全国における在宅で医療的ケアを必要としている18歳未満の数は12,000人ぐらいと推測される。小児在宅患者においては、高齢者に比べて絶対数が少ない上に、地域差も大きく、小児等在宅医療連携拠点事業を行うことで、全国に小児在宅患者の実態把握の必要性や、小児在宅患者家族を支援するシステムの整備の必要性に関する認識は高まったが、地域差もまだまだ大きく、引き続き小児在宅に関しても整備のための事業を行っていくことが必要であった。

6 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】

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

【事業概要】

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

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

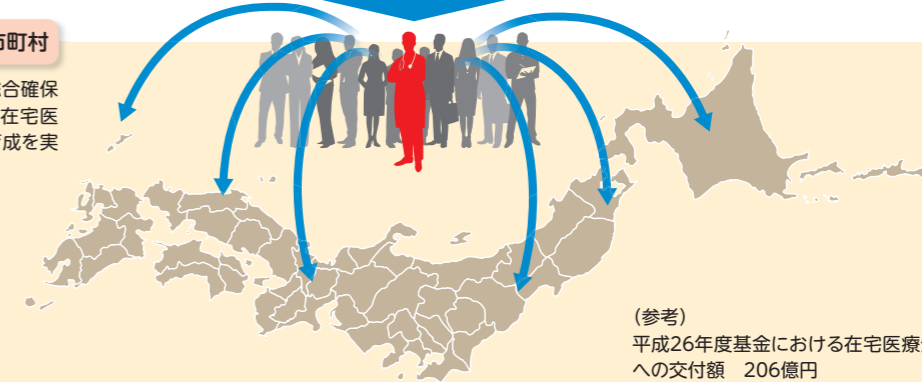


- ◆職能団体、学会、研究機関等が連携し、人材育成研修プログラムを作成。また同プログラムを活用し人材育成研修を実施。
- ◆育成した人材を地域に紹介し、活用いただくとともに、同人材による各地域での研修活動を通じて、在宅医療推進にかかる課題を収集する。
- ◆育成した人材を通じて地域に解決策を提案する。



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

本年度、在宅医療の質と量の充実を目指して、厚生労働省では在宅医療ハイレベル人材養成事業を行っている。本事業では、大人の人材事業に加えて、小児の小児等在宅医療リーダー人材養成事業の2つが行われている。小児等在宅医療リーダー人材養成事業に関しては、地域の小児在宅整備に関して中心的に活躍できる小児科の養成を目的として開始された事業であるが、患者の数や、重症度、医療資源に関しても地域差が大きく、さらに患者が長く生きることができるようになったことも考えると、小児科医だけで小児在宅を担うことには限界があると考えられ、大人の在宅医との連携も視野に入れた小児在宅医療支援体制の構築が必要である。

7 本事業の目的

1. 児在宅医療に対する自らの役割を理解する。
2. 地域の小児在宅医療の現状を理解する。
3. 他の参加者と意見交換し、地域の問題点を理解する。
4. 在宅医療の現場を理解することが必要である。
5. 最重症の子どもたちを診療でき、入院と救急外来受診の回数を減らし、子どもたちの成長を支えることのできる知識と、技術を持った医師を養成を含め、小児在宅医療患者に係る様々な医師の養成が必要であることを理解する。
6. 病院と、地域の診療所との連携の重要性を理解する。
7. 行政を含む、地域の多職種との連携が重要であることを理解する。

8 この事業によって生み出される人材

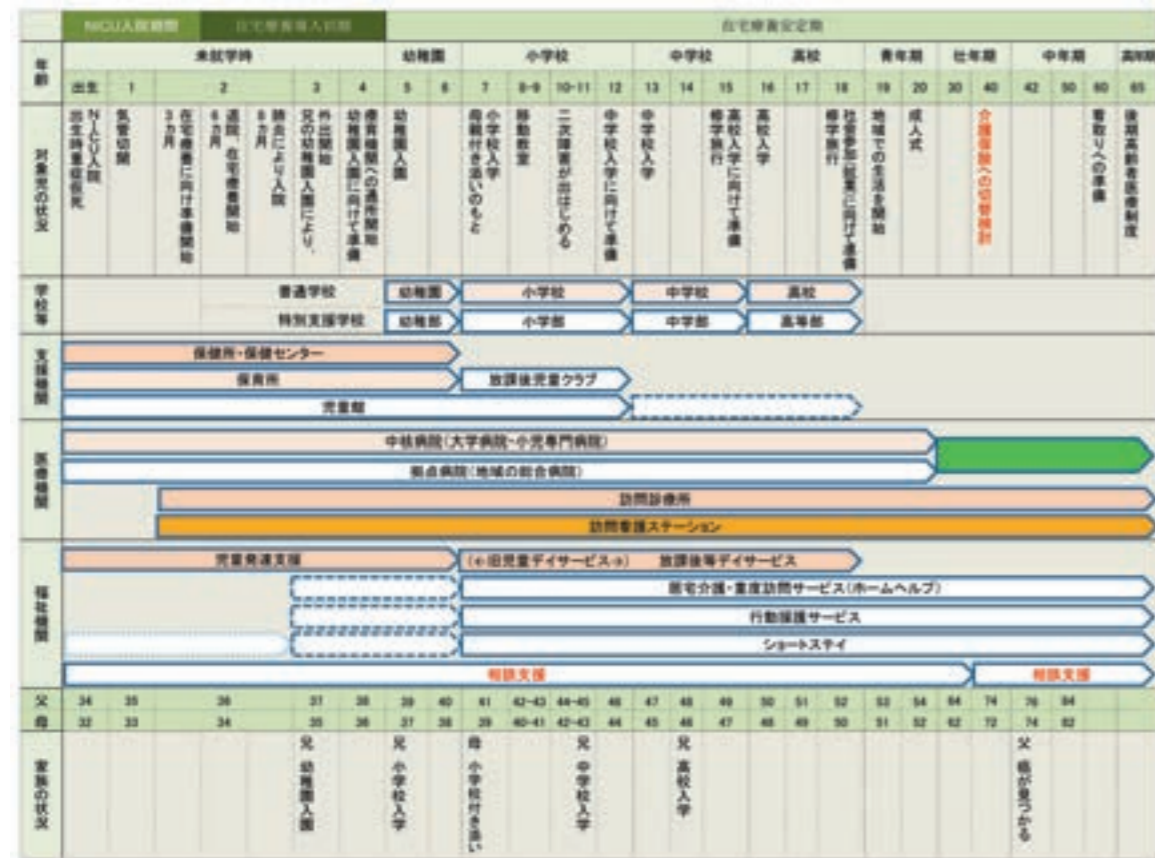
- 小児在宅医療を受けている個々の小児患者の病態の理解と、健康維持のための十分な医療技術を持った医療者を育成できる人材
- 地域の小児在宅医療を受けている小児患者、家族の現状を理解し、多業種や、関係各機関と連携して、患者・家族の地域での生活を支える仕組みを作ることのできる人材

9 小児在宅医療の地域支援に関わる職種

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

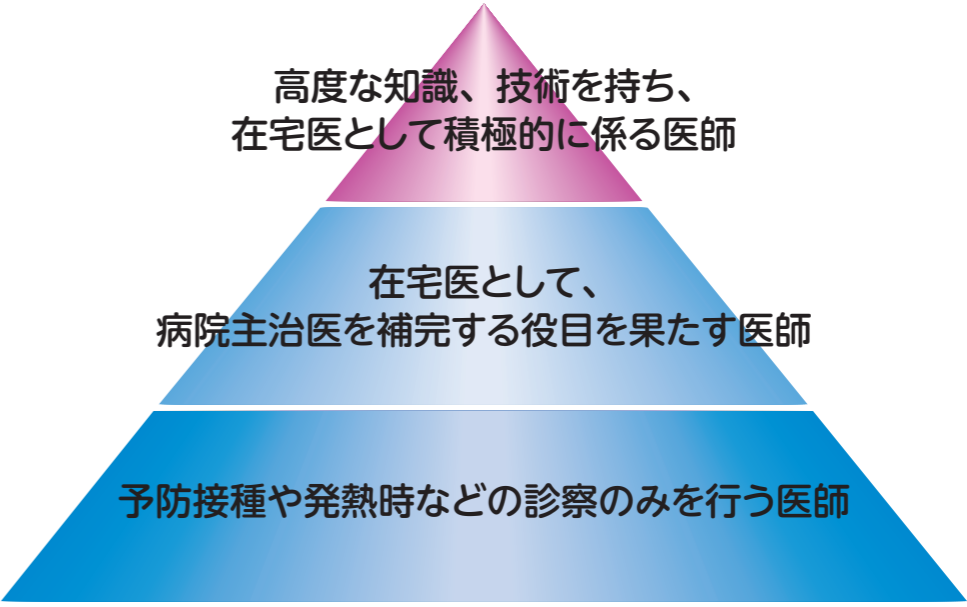
大人の在宅医療は、医療に関しては在宅医と、訪問看護の連携が患者支援に大きな力を発揮する。さらに介護に関しては、介護保険上、介護支援専門員（ケアマネジャー）の役割は明確で、仕事内容に対して金銭的な報酬も保障されている上に、支援に携わる職種も少ない。それに対して、小児在宅医療では大人と比較して、多職種の関わりが必要であり、その中でも介護支援専門員（ケアマネジャー）に相当する相談支援専門員の役割が重要であるが、十分な資源が確保されているとは言い難く、これらの職種が協働するためには、行政や医療職の積極的な関与が必要である。

10 0歳から60歳までの長期にわたる支援



多くの小児在宅患者の目的は、高齢者の看取りとは異なり、発達支援、教育支援、就労支援である。さらに、小児在宅医療を受けている子どもたちも長く生きることができるようになり、保護者が介護できなくなる時期や、保護者と死別した後のことなどの支援も考えていく必要がある。障害者総合支援法、児童福祉法と、その先の介護保険にも及び長期にわたる支援を計画、立案、実施していく必要も出てきているが、まだ未整備の部分も多い。

11 医療面から見た小児等在宅医療を担うことのできる人材

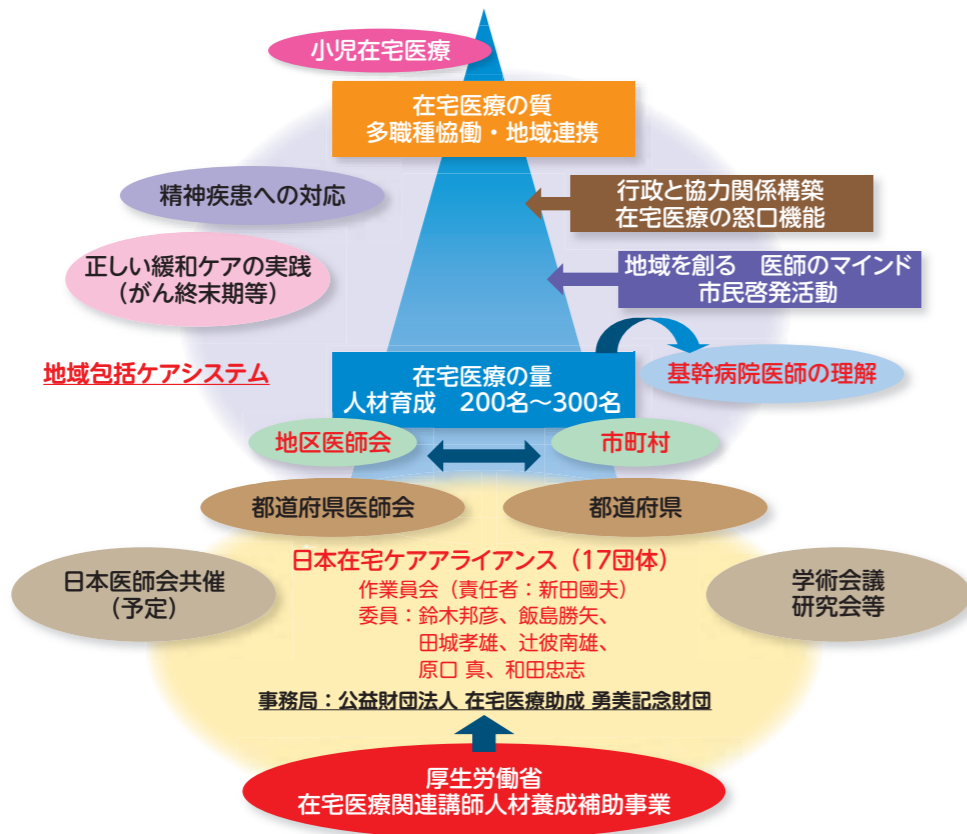


小児在宅医療だけでなく、高齢者の在宅医療でも、在宅医療の質と量の充実が求められている。高度な医療知識や技術を持った医療職を至急養成することも必要であるが、個々の医師の持つ医療レベルに応じた多くの医師の参画も必要である。行政なども協力して、小児在宅医療についての教育システムの整備とともに、多業種の方々に容易に小児在宅医療に参画していただくための環境の整備も必要である。

研修の趣旨

研修の趣旨

12 人材養成事業



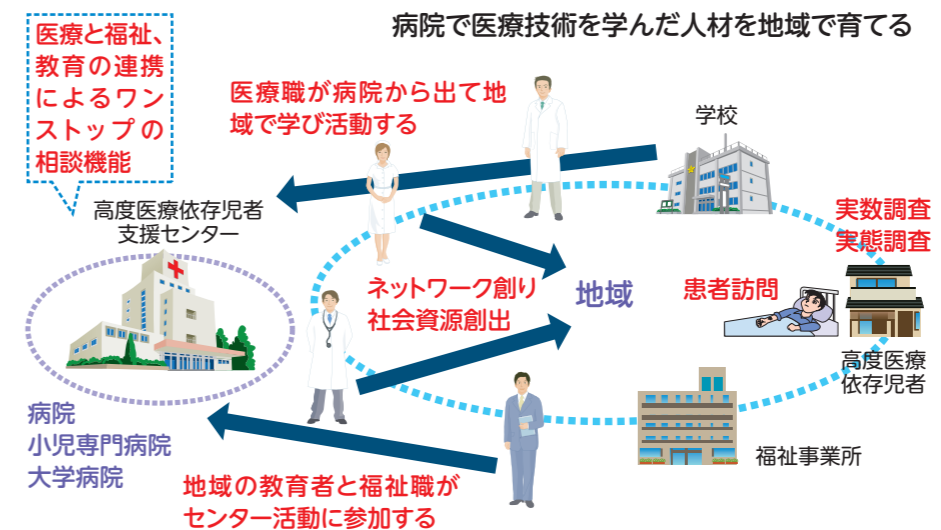
在宅医療を必要としている子どもたちや家族が、将来にわたって安心して地域で暮らしていけるシステムを創るためには、小児科医だけでなく今回、大人の在宅患者を診ている先生方の協力がぜひ必要であり、現在、小児科の分野で大きな検討課題となっている、小児期発症疾患を有する患者の移行期医療にも通じる重要な医療分野であると考えます。

13 開業医の現状と問題点

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

実際、小児科開業医、在宅医の先生方に、小児在宅医療に関わっていただくためには、開業医の現状を十分に理解した上で、今後の取り組みを考えていく必要がある。小児科開業医は、日常診療に忙しい状態であり、小児科医にとっても、大人を診ている在宅医にとっても、小児在宅医療はまさに始まったばかりの医療である。さまざまな問題点を、多くの先生方と力を合わせて解決していく必要がある。

14 地域づくりのための医療職の重要性



小児在宅患者においては、高齢者にはない発達支援や、就労支援などを考えた、学校を中心とした教育機関との連携も重要であるが、医療的ケアの重い子どもたちが圧倒的に多いために、教育機関などの医療的支援を考えながら、地域づくりを行うことが必要である。大学小児科、小児高度医療機関が、地域と協力して在宅患者家族を支援するシステムを構築することはまだまだ未知の分野であるが、病院をはじめとする医療職の重要性は高い。

15 小児在宅医療の効果

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

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

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

大学小児科、小児高度医療機関が、地域と協力して在宅患者家族を支援するシステムを構築することの一つのヒントとして、米国小児科学会が推進しているMedical Homeの概念が日本でも考慮されるべきであると考えられる。実際米国では、小児在宅患者を医療的に支えるシステムとして、Medical Homeが各地で整備されてきており、患者の生活の向上と、医療コストの軽減につながるなどの効果も明らかになってきている。

16 社会のセーフティネット

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

小児在宅患者数は、成人と比較して圧倒的に少ないのが現実であり、社会的に受け入れられることが難しいと考えられる。しかし、小児在宅医療の充実、虐待対策、格差社会の是正、子どもの貧困対策、災害時対応としても重要である。さらに、女性の就労支援、育児支援は少子化対策の要であり、周産期医療・小児医療の維持、充実は子育て支援の重要な柱であり、社会のセーフティネットとしても整備していく必要がある。

総論

【総論1】

小児在宅の現状と問題点の共有

目標

わが国が直面している少子高齢化の問題を理解し、成人でも小児でも在宅医療の推進が、わが国の医療・保健システムの維持のために重要であることを理解する。さらに、小児在宅医療の推進は、世界で最も子どもの命を救っているわが国の小児医療が生み出した課題を解決することであり、小児医療の維持のためには必須であることを理解する。その上で、小児在宅医療が直面する課題を正しく理解し、それぞれの地域で取り組むべきテーマを抽出し明確にできる。

1. わが国が直面する超高齢社会、多死社会の問題を理解し、在宅医療を推進しなければならない背景を理解する。
2. 小児在宅医療の対象となる子どもたちの状況を理解する。すなわち、重症心身障害児、超重症心身障害児、高度医療依存児の概念を理解し、医療技術の進歩によって子どもたちの障害のあり方が変化していること、医療技術の進歩に社会制度が対応できず、小児在宅医療の対象となる高度医療依存児の地域生活支援が困難になっていることを理解する。
3. 小児在宅医療が直面している課題とその展望を理解し、説明できる。
4. 小児在宅医療の目的を明確に説明できる。

Keyword

少子高齢化、重症心身障害児、大島分類、高度医療依存児、医療と福祉の協働

内容

1. 在宅医療推進の背景
 - ・少子高齢化
 - ・わが国が直面する多死社会
 - ・わが国の小児医療の進歩 子どもが死なない国
 - ・小児医療の進歩が生み出した日常的に医療機器、医療ケアが必要な子ども
2. 小児在宅医療の対象
 - ・重症心身障害児と超重症心身障害児
 - ・歩いて話せるが日常的に医療機器と医療ケアが必要な子ども
 - ・高度医療依存児 ・医療技術の進歩と社会制度のずれ
 - ・「医療的ケア」という用語について
3. 小児在宅医療の課題と展望
 - ・日常的に医療機器、医療ケアが必要な子ども（高度医療依存児）に対応できない社会福祉制度
 - ・医療と福祉の連携の壁
 - ・複雑で未整理の子どものための支援の仕組み
 - ・小児在宅医療の課題と展望
 - ・小児在宅医療を実践する医師に必要な素養
 - ・小児在宅医療の目的

【引用情報】

- 前総務省統計局：高齢者人口の推移。
http://www.stat.go.jp/data/topics/topi721.htm
- 厚生労働省：平成26年人口動態統計月報年計（概数）の概況。
- 鈴木康之、田中勝、山田美智子：超重症児の定義とその課題。小児保健研究54：406-410，1995。
- 日本小児科学会倫理委員会：超重症心身障害児の医療的ケアの現状と問題点。日本小児科学会雑誌 112：94-101，2008。
- 厚生労働科学研究費補助金：平成23年～25年度 重症の慢性疾患児の在宅での療養・療育環境の充実に関する研究、NICU/GCUからの1歳前の人工呼吸管理付き退院児の実態調査。

1 少子高齢化の問題

●高齢化

- ・世界に先駆けての超高齢社会
- ・経済への影響
- ・死亡者の急激な増加

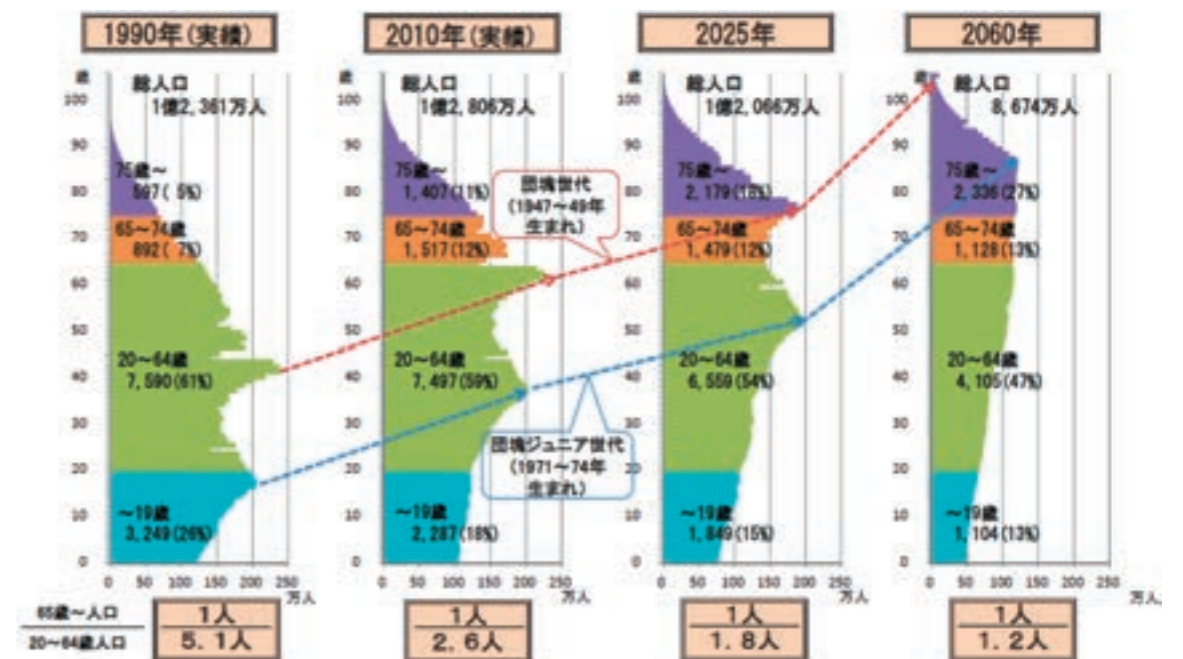
●少子化

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

現在、わが国は、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2つの大きな課題を抱えている。1つ目は、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さまざまな課題である。2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 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。



（出所）総務省「国勢調査」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）：出生中位・死亡中位推計」（各年10月1日現在人口）

わが国は、2050年頃には、65歳以上の高齢者が人口の約40%になり、就業者人口と高齢者人口の比がほぼ1対1になる。人口も減少し、現在の出生率のままでは、1億2千万の人口が8千9百万まで減少し、現在より約4千万人も人口が減少する。これは、関東圏全体の人口が無くなったのと同じインパクトを社会に与え、経済、社会の構造も劇的に変化せざるを得ない。この変化は、たった数10年の間に起こり、その変化は、2025年から急速に進む。2025年は、団塊の世代といわれている世代が、一気に後期高齢者になり、わが国は3人に1人が65歳以上の高齢者、4人に1人が75歳以上の後期高齢者になる。

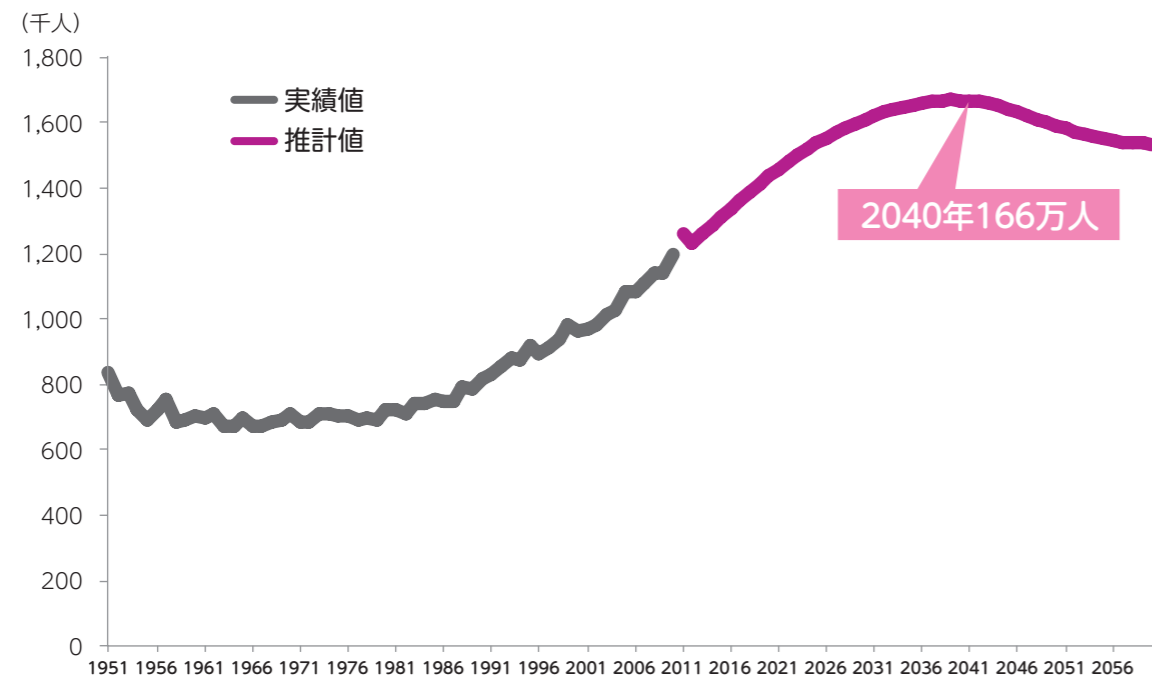
3 2025年問題と2040年問題

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

わが国は2025年には人口の33%が65歳以上（1980年は9.1%）、25%が75歳以上になり、認知症が470万人になる。年間死亡者も増え続け2040年にピークを迎え約170万人になる。

その事態に対し、2014年6月に計画的整備、地方分権を2本の柱とする「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」という19個の個別法からなる一括法が公布され、在宅医療整備の方向に向かっている。

4 死亡者数の推移

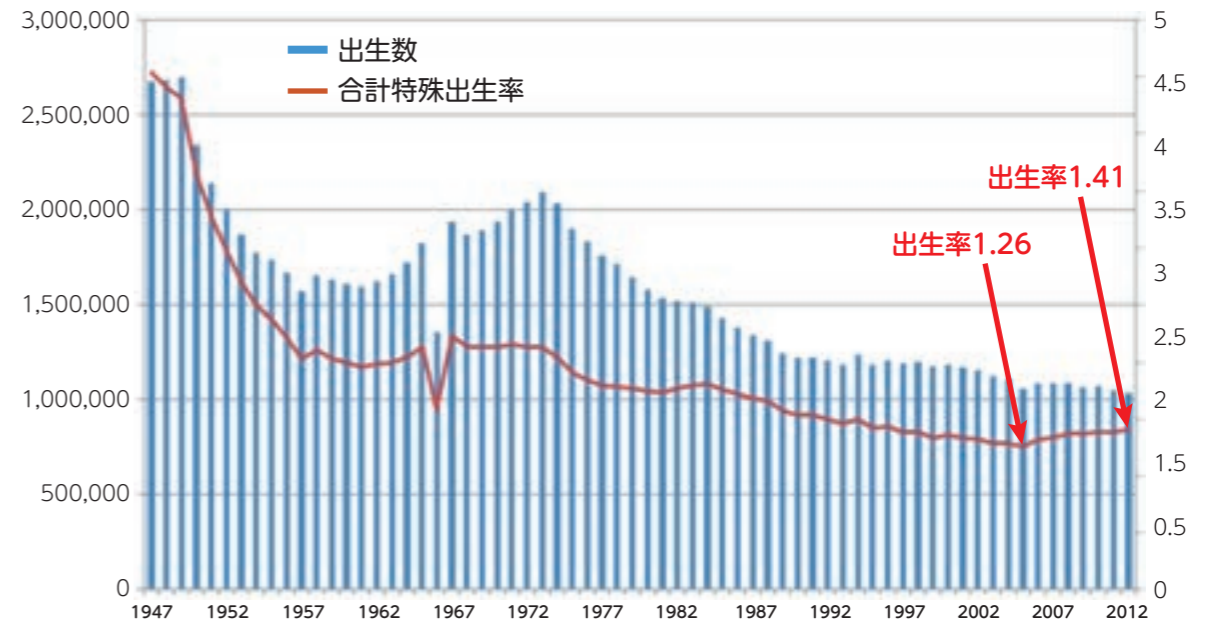


資料：1951～2010年までは厚生労働省統計情報部「人口動態統計」による。1947～72年は沖縄県を含まない。2011年以降は国立社会保障・人口問題研究所、「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」（中位推計）による。

年間死亡者が増え続け2040年にピークを迎え約170万人になるが、現状ではこれだけの死亡者をわが国の医療・保健システムは受け止めきれない。それは、現在、8割の方が病院で亡くなっており、病院以外で人を看取るシステムができていないからである。このままだと30万から40万があぶれることになる。これは、具体的には、アパートやマンションで人知れず亡くなる高齢者が急増するという事態を招く。

5 わが国の出生数と合計特殊出生率の推移

人口維持のためには合計特殊出生率が2.07必要



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

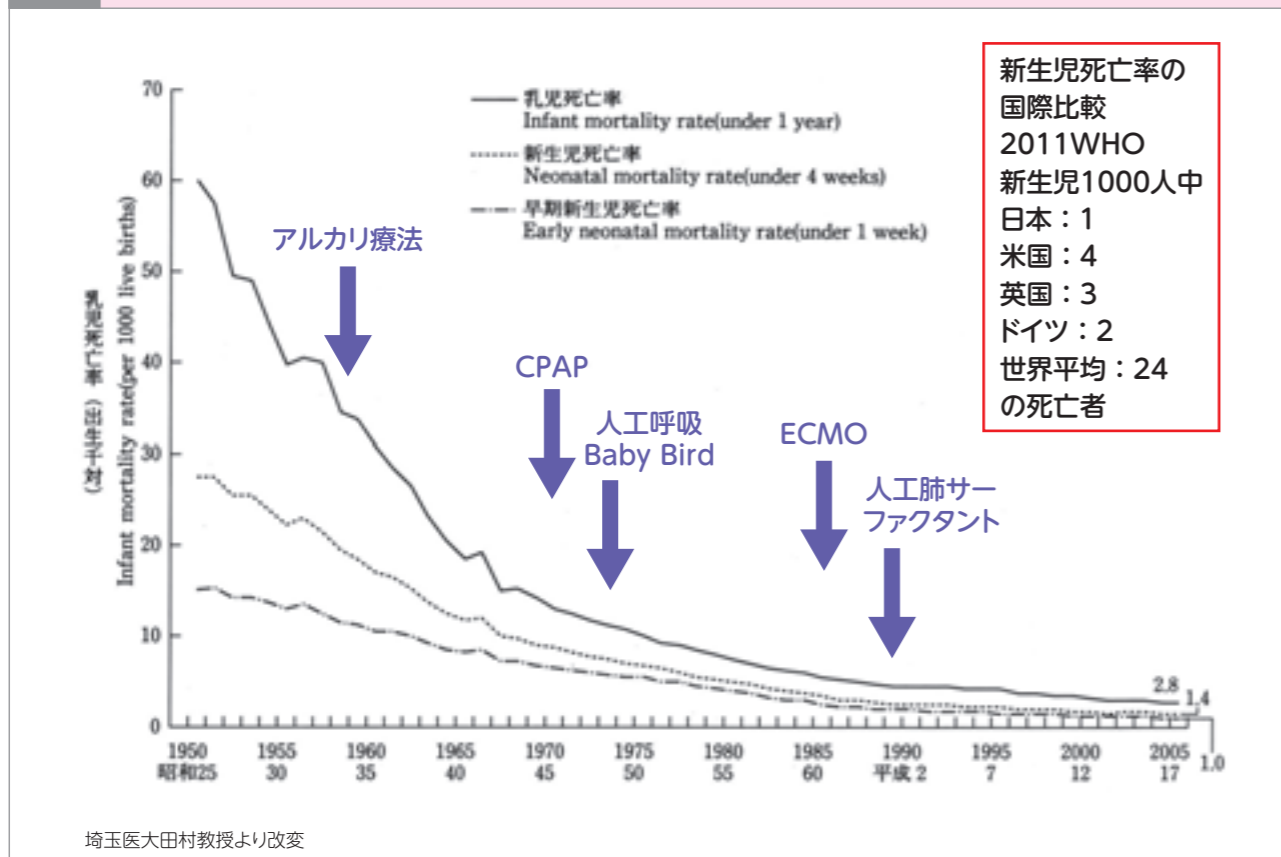
わが国の出生数と1人の女性が一生のうち何人の子どもを産むのかを示す特殊出生率の推移である。1975年に人口維持に必要な出生率2.07を切った後は減少を続け、2005年にボトムの1.26となり、2012年はわずかに上昇し1.41となっている。少子化の重要な柱が子育て支援であり、周産期医療、小児医療の充実が少子化対策の重要な柱である。そして、周産期医療、小児医療を維持するためには小児在宅医療の整備が必須である。

6 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

わが国は、この数十年小児医療を着実に進歩させてきた。その結果、救命できる子どもが増え、子どもの死亡者は急速に減少し、この30年で約1/4になっている。

7 新生児死亡率の推移



死亡率の減少は、特に新生児医療が顕著で、医療技術の進歩により、新生児の死亡率は急速に減少している。WHOの2011年の統計によると、日本では新生児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、世界一の救命率である。低出生体重児の出生数が、年々増え、現在10人に1人が低出生体重児であることを勘案すると、これは本当に素晴らしい成果である。

8 予想していなかった事態

- ほとんどの子どもたちは元気に普通に生活できるようになった
- 救命した子どもたちの中に、自分では歩けない子ども、話せない子どもたちがいた
⇒ **重症心身障害児**
- このような障害児は少数存在していたが、その数と重症度が増した
- 「全国重症心身障害児者を守る会」の結成（1964年）北浦夫妻で50年間代表を務める
- 施設建設への方向性の運動だったが、実際施設に入れたのは3割にとどまる

世界に誇れるわが国の新生児医療を創り上げてきた先輩方が、恐らく予想もしなかった事態が発生した。それは、多くの子どもを救命したがゆえ、救命できたものさまざまな障害が残った子どもたちの増加である。その中でも最も障害が重かったのが、自力で歩けない、話せない重症心身障害児であった。このような子どもたちは、少数存在していたが、その数が増えることになった。当時、社会から存在を認知されておらず、生きていくためのさまざまな法制度や社会資源も整備されていなかった重症心身障害児を守るために結成されたのが、「重症心身障害児者を守る会」だった。その活動は、そのような子どもたちが入所できる重症心身障害児施設を建設することが、大きな目標の一つであった。実際、全国に施設は多数できた。しかし、そこに入所できたのは重症心身障害児の3割といわれている。

9 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	1, 2, 3, 4の範囲が重症心身障がい児 5, 6, 7, 8は周辺児と呼ばれる
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	

現状には合わない!!

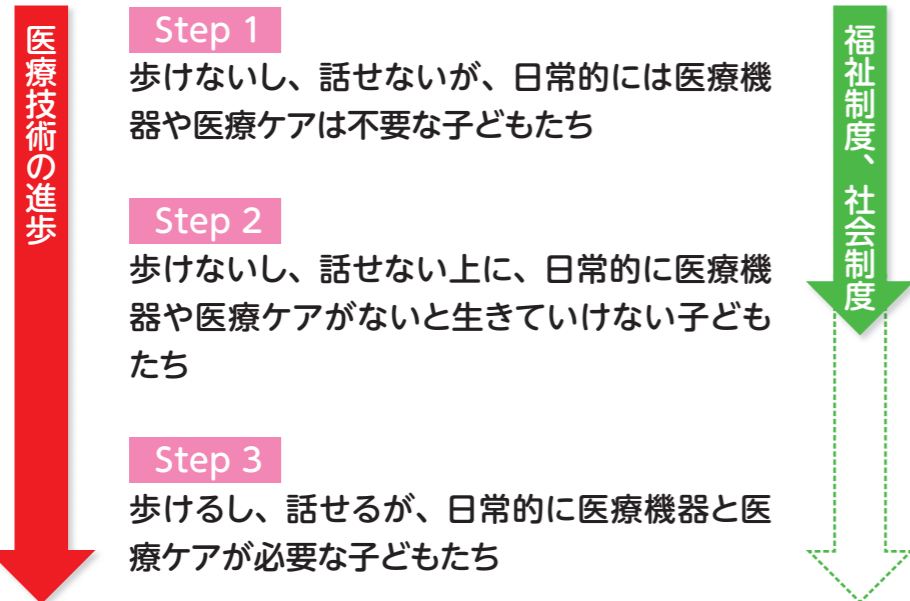
重症心身障害児とは、重度の肢体不自由と重度の知的障害とが重複した状態の子どもである。さらに成人した重症心身障害児を含めて重症心身障害児(者)、略して重症児(者)と呼ぶ。これは、医学的診断名ではなく、行政上の措置を行うための定義である。その判定基準を、国は明確に示していないが、現在は、元東京都立府中療育センター院長の大島一良氏が、1971年に発表した「大島の分類」という方法により判定するのが一般的である。

10 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) ネブライザーの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)

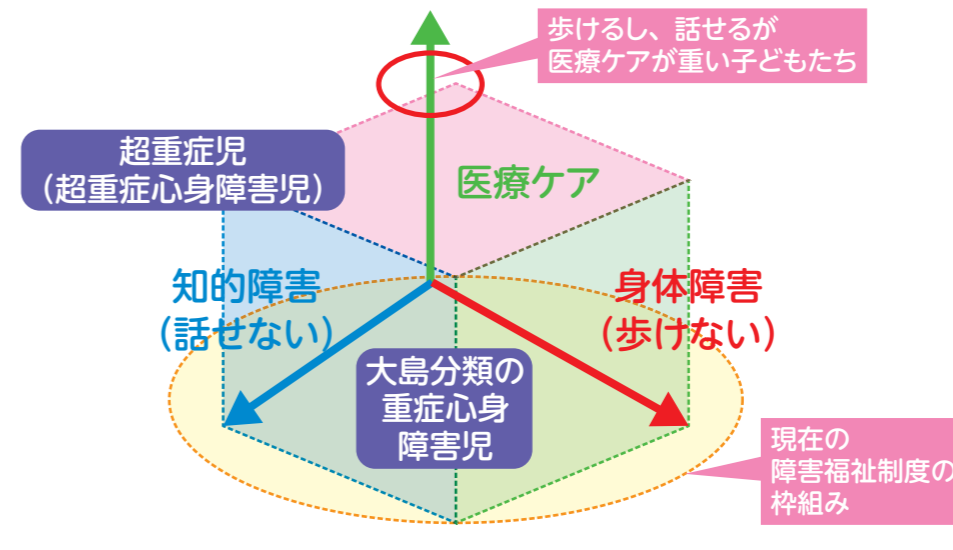
医療技術はさらに進歩し、最も重い障害と思われた重症心身障害児よりさらに別の障害を持つ子どもを産んだ。それが、医療機器と医療ケアに依存して生活する子どもたちである。そのような子どもたちは、先述の重症心身障害児にさらに医療ケアが加わったということで、「超重症心身障害児」略して「超重症児」と呼ばれる。これらの「超重症児」は、重症心身障害児の中でも、医学的管理下に置かなければ、呼吸をすることも栄養を摂ることも困難な障害状態にある障害児で、鈴木ら（超重症児の定義とその課題、小児保健研究54）の超重症児スコアを用いて必要な医療処置によって点数を付け、スコア25点以上を超重症心身障害児（超重症児）、10点以上を準超重症心身障害児（準超重症児）としている。

11 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



今まで述べたように、医療技術の進歩によって、子どもの障害のあり方が変化してきた。最初に出現したのは脳機能に障害を残し、寝たきりで発語ができない重症心身障害児である。さらに医療技術が発達し、救命できる子どもの数が増えると重症心身障害児の中には、人工呼吸器、気管切開、経管栄養などの医療機器と、気管内吸引、注入などの医療ケアが常に必要な子どもたちが出現してきた。そして、さらに医療技術が進歩すると、重症心身障害児とはいえず、歩けるし話せるが、人工呼吸器、気管切開、経管栄養が必要な子どもが出現してきた。医療技術は数年の単位で進歩し、社会制度や法律は10年の単位で変化するので、現在の福祉制度、社会制度は医療機器、医療ケアに依存して生存する子どもたちに対応できていない。このような子どもたちは、病院にしかないことになっているのである。

12 大島分類、超重症児スコア、歩けて話せる医療ケア児概念図



これまで述べてきた重症心身障害児、超重症児の考え方と社会制度を概念図で示す。重症心身障害児は大島分類で定義され、現在の障害福祉制度は、大島分類を基準とし、運営、適用されている。しかし、そこに医療ケア、医療機器を加えたのが超重症児である。さらに、最近、歩けるし話せるが気管切開、人工呼吸器、胃瘻、IVHが日常的に必要な子どもがでてきた。このような子どもたちは、大島分類、すなわち現在の社会制度上は障害がないことになり、社会支援を得ることが困難になる。

13 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

従来の重症心身障害児の枠に入らない気管切開、人工呼吸器、胃瘻、中心静脈栄養などの高度な医療を必要としながら、歩けるし、話せる子どもたちとは、例えば複雑な先天性心疾患の子どもたちである。彼らは、根治に至るまで、新生児期から何度も手術を繰り返す。その経過中に、気管軟化症を発症し、気管切開、人工呼吸管理となる。また、その中に、嚥下機能が正常でも、食事を経口で摂れず、経管栄養になった子どもがいる。食道閉鎖や、喉頭裂、気管狭窄など気管、食道の先天異常の子どもも術後、気管切開、人工呼吸管理になることがある。また、ヒルシュスプルング病で新生児期に小腸を切除し、短腸症候群となった子どもも、新生児期から中心静脈栄養を行うとともに、人工肛門や胃瘻などを造設している。何年にもわたるCVラインの管理は、困難を極め、腸が短く、消化吸収能、蠕動運動が弱い中での、排便、人工肛門の管理、など医療ケアは重い。これらの複雑先天性心疾患、気管、食道の先天異常、短腸症候群の子どもは、近年の小児医療の技術の進歩によって、救命できるようになった子どもであり、知能や、運動能力には異常がないことが多く、重症心身障害児の枠には入らない。このような日常的に高度な医療機器、医療ケアに依存して生きている子どもたちを総称して表現する表現や定義は、今のところない。あえていえば「高度医療依存児」といえるだろう。

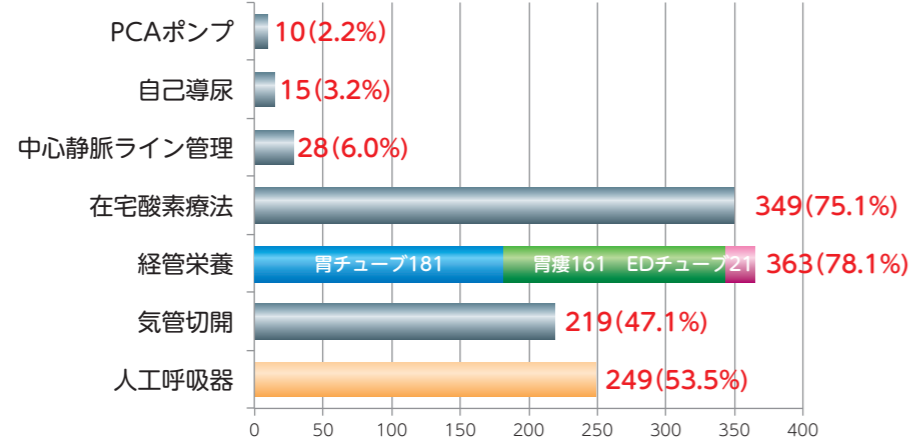
14 歩いて話せる超重症児（医療依存度の高い子ども）の増加

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

筆者が運営する在宅医療機関あおぞら診療所では、1999年の開設から2015年3月末までに465名の小児期発症の疾患をもつ患者に小児在宅医療を実施してきた。その中で、大島分類では正常になるが、超重症児スコアをつけると10点以上の患者が52人いた。さらに、その中で超重症児スコアが25点以上の患者が19人もいた。すなわち、気管切開、人工呼吸器装着、経管栄養にもかかわらず、歩いて、話せる子どもが相当数いるということである。

15 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



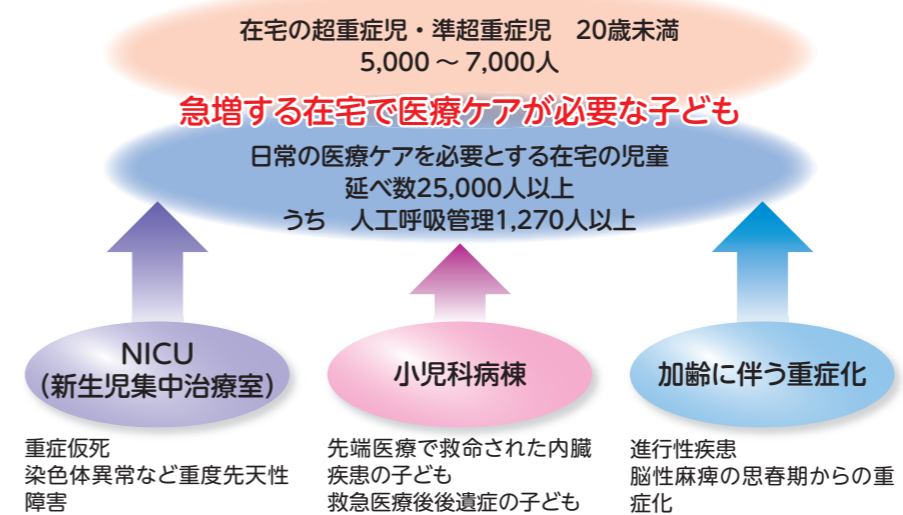
同じくあおぞら診療所が経験した465名の小児在宅医療患者の医療デバイスについての統計では、人工呼吸器が249人(53.5%)気管切開が219(47.1%)経管栄養が363(78.1%)とほとんどが医療デバイスをつけている患者であり、しかも複数の医療デバイスをつけている患者が多いのが特徴である。

16 小児在宅医療の対象となる子どもの特徴

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

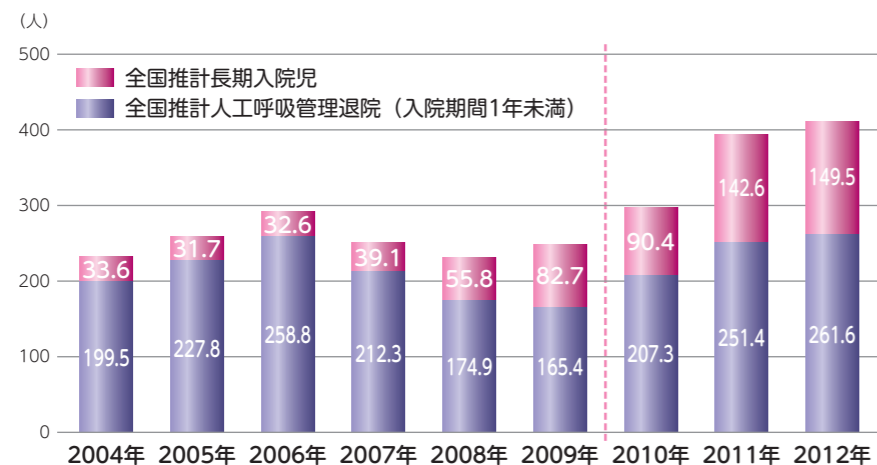
小児在宅医療の対象となる子どもの特徴は、まず、医療依存度が高いことで、複数の医療デバイスを使用していることが多い。呼吸管理は気管切開など気道管理が重要となること。また、重症児の二次障害など、成長に従って、病態が変化していくこと。本人とのコミュニケーションが困難なことが多く、異常であることの判断が難しいこと。24時間介助者が必要 独居では生存不可能で数分間も目を離せないこと。さらに、子どもは成長する存在であり、そのために、体験とできることを増やす支援が必要であることである。

17 急増する在宅で医療ケアが必要な子ども



現在、日常的に医療機器と医療ケアを必要とする子どもたちが、地域において急激に増加している。その要因が3つある。1つ目は、医療ケアを必要とする子どもたちのNICU（新生児集中治療室）から地域への移行である。2つ目の要因は、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て、以前は救命できなかった非常に複雑な先天性心疾患や、気管や食道の重度の先天異常、重度の消化管の先天異常などの子どもたちが救命し、長期生存できるようになったが、それらの子どもたちは医療機器と医療ケアがなければ生きていけない。3つ目の要因は、もともと自宅、地域で暮らす医療ケアを必要としなかった重症心身障害児の加齢に伴い、医療機器、医療ケアが必要になっていく問題である。小児医療の技術が発達しはじめた30年から20年ほど前に生まれ、救命された子どもは、歩行不能で話せない重症心身障害児でも、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た。しかし、その子どもたちが、身体機能が衰え、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、親だけで介護している場合も多く、介護している家族が突然死し、介護を受けていた障害者も餓死して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がある。

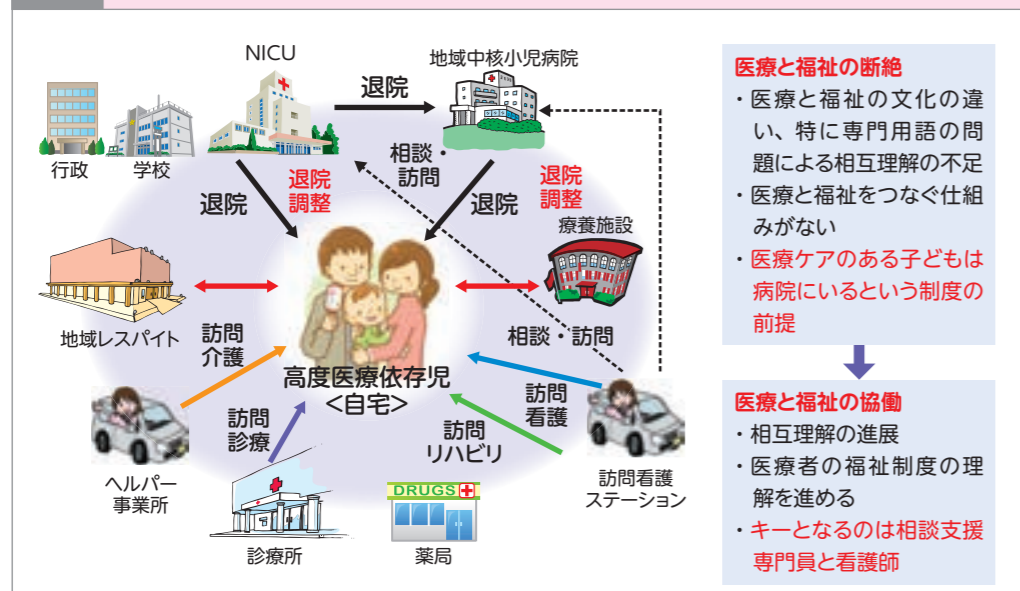
18 長期入院児と退院時人工呼吸管理児の推定全国推移



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

それぞれの年に発生している1年以上の長期間NICUに入院している患者である。一時、減少した長期入院患者が、再度増加している。同時に注目すべきは、年間約150名程度の子どもが人工呼吸器を付けて、NICUから退院し、そのほとんどが自宅に帰っており、その数は、この8年で5倍に増えていることである。実際、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や地域の病院は、現状では非常に少ない。なお、このグラフは埼玉医大総合医療センターの田村教授からお借りした。

19 在宅の高度医療依存児を支援するためのモデル



日常的に医療機器と医療ケアが必要な子どもを受けとめる地域には、本来医療と福祉の連携が必須になるが、現状では医療と福祉は断絶されているといっても過言ではない。そこには、医療と福祉の文化の違い、特に専門用語の問題による相互理解の不足、医療と福祉をつなぐ仕組みがないこと、そして最大の壁が、福祉制度が、医療ケアのある子どもは地域にはおらず、病院にいるという前提で作られているという問題がある。

20 医療的ケアという用語について

- 医療職ではない者が行う医療ケアを指す
- 特別支援教育の現場と在宅医療で使われる

「医療的ケア」は、大阪府の「医療との連携のあり方に関する検討委員会」報告書(91年)に載ったのが自治体文書としての最初。

文部科学省関係の文書で最初に「医療的ケア」が使われたのは、「特殊教育の改善・充実について(第二次報告)」(特殊教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議, 97年)

医療関係では、98年に「障害児(者)の療育・医療に携わる関東地区医師有志」が厚生省に出した要望書が最初。ここでは、「対象とする医療的介護行為(医療的ケア)」を「保険診療において在宅医療として認められている行為、および、その他の、日常的に家庭において行われている医療的生活介護・援助行為」と表現している。

「医療的ケア」と「医療ケア」が混然として使われていることがあるので、ここで整理しておきたい。「医療的ケア」とは医療職ではない者が行う医療行為であり、主に在宅医療と教育現場で使用される。この用語は、大阪府の「医療との連携のあり方に関する検討委員会」報告書(1991年)に載ったのが自治体文書としての最初である。文部科学省関係の文書で最初に「医療的ケア」が使われたのは、「特殊教育の改善・充実について(第二次報告)」(特殊教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議, 1997年)である。

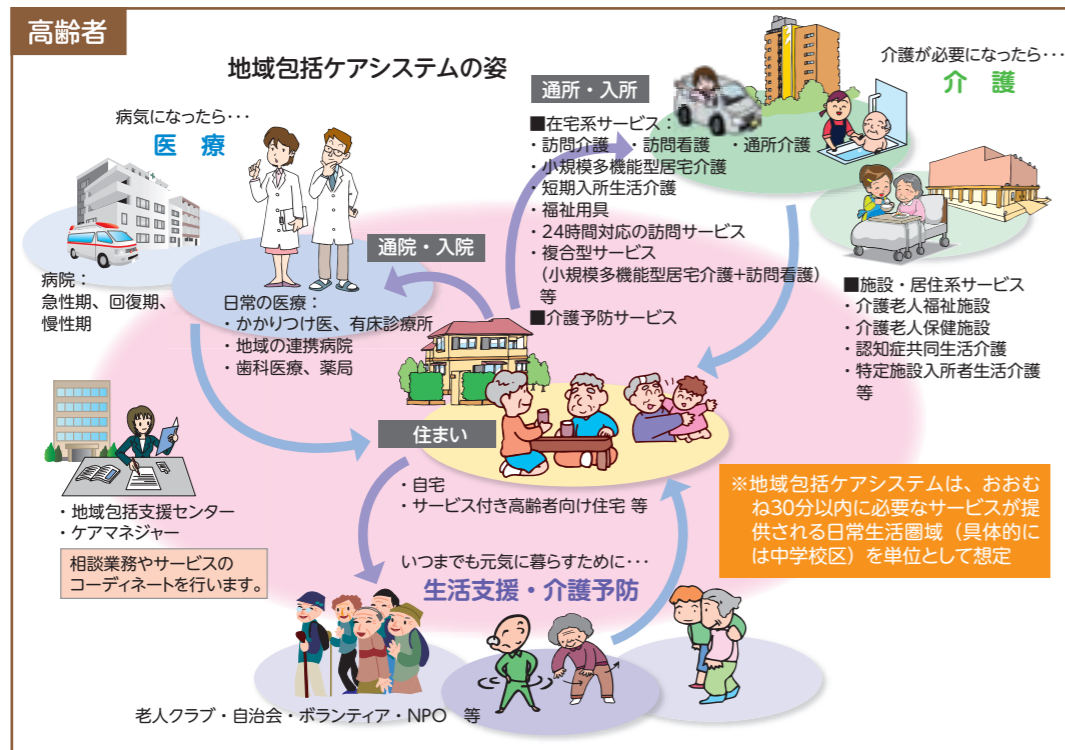
医療関係では、1998年に「障害児(者)の療育・医療に携わる関東地区医師有志」が厚生省に出した要望書が最初。ここでは、「対象とする医療的介護行為(医療的ケア)」を「保険診療において在宅医療として認められている行為、および、その他の、日常的に家庭において行われている医療的生活介護・援助行為」と表現している。

21 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

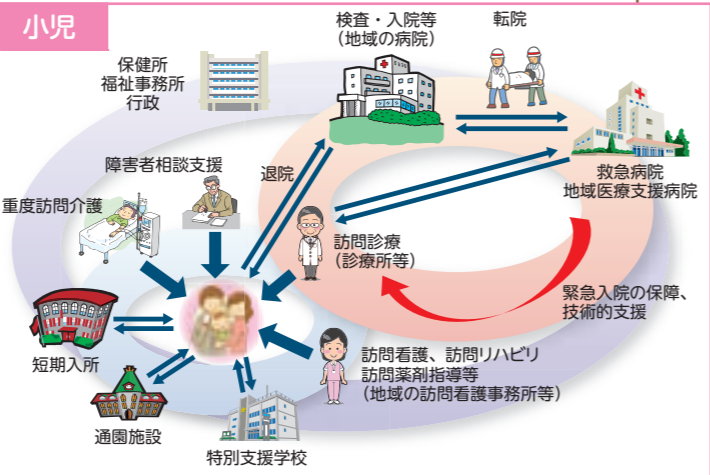
障害者総合支援法(児童福祉法)にはさまざまな課題がある。それは、介護保険と比較すると大変わかりやすい。まず、支給決定の仕組みが、未整備である。決定に至るプロセスが不透明で、調査員の医療知識が不足している。また、特に18歳以下は支給の基準が曖昧で、市区町村で決めているので国で共通のスタンダードがない。また、サービス等利用計画書を作成できる人材が不足している。医療との連携を想定されていないので、訪問看護などの連携が困難である。介護保険のケアマネジャーと異なり、コーディネーターの相談支援専門員の人材育成プログラムに医療的知識が入っていない。モニタリングの仕組みが未整備などである。

22 高齢者と小児の地域包括ケア



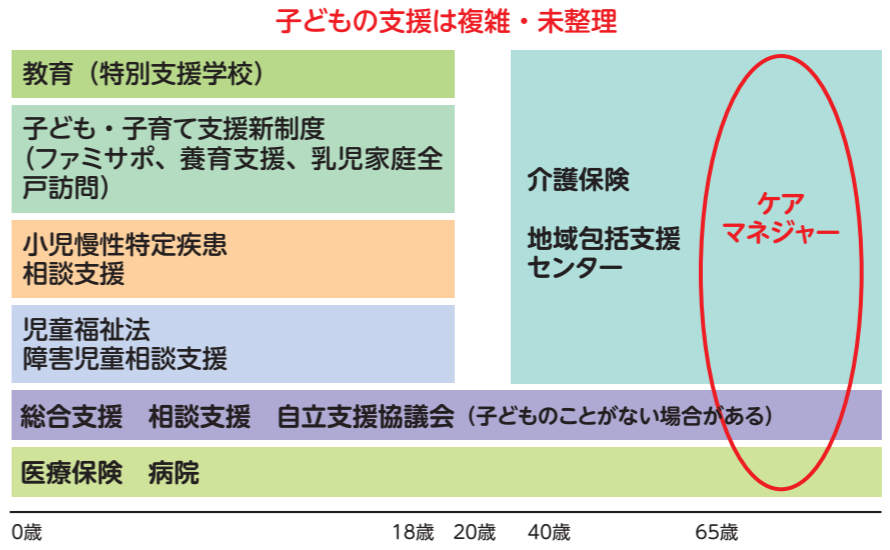
- 地域の医療や介護サービスが生活を支える
- ケアマネジャーがサービスを調整する

- 高度医療機関と地域の医療サービスとの連携が必須
- 医療、福祉、教育など多施設、多職種がかかわる
- 施設機関間、職種間を調整するコーディネーターが不在



地域包括ケアは高齢者を地域で支えるために考えられた仕組みである。しかし、小児も在宅支援を地域包括ケアという枠組みで考えるとわかりやすい。小児の場合の特徴は、高度医療機関と地域の医療サービスとの連携が必須、医療、福祉、教育など多施設、多職種が関わる、現状では施設機関間、職種間を調整するコーディネーターが不在ということが特徴である。

23 地域における医療・生活支援の現状



小児の地域支援の特徴は、医療、福祉、教育にまたがるさまざまな制度や法律が絡み合う非常に複雑な構造になっていることである。これも、高齢者支援の仕組みと比べるとわかりやすい。高齢者では、医療保険と介護保険、さらに人によっては、障害者総合支援法が入ってくるが、それを含めても、ケアマネジャーが全体を統括する。しかし、子どもの支援は実に複雑である。わが国は、子どもたちの未来を守り、大事にしようと実にさまざまな仕組みを作ってきた。総合支援法、児童福祉法、小児慢性、子ども・子育て支援制度、特別支援教育などである。しかし、それらが、相互に連携するための仕組み作りが遅れている。この複雑な制度の全体を整理し、見通しをよくしてうまく活用するのは並大抵のことではない。

24 介護支援専門員（ケアマネジャー）と相談支援専門員の機能の違い

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

ここで介護支援専門員（ケアマネジャー）と相談支援専門員の機能の違いを押さえておきたい。ケアマネジャーは訪問看護をコーディネートできるが、相談支援専門員はできない。在宅療養支援診療所もケアマネジャーに報告すると介護保険から報酬があるが、相談支援専門員は医療保険とのつながりが一切ない。ケアマネジャーが、医師、看護師も含めたサービス担当者会議を招集することが一般化しているが、相談支援専門員では難しい。ケアマネジャーは、毎月患者宅を訪問し、モニタリングすることになっているが、相談支援専門員は毎月なのは最初のみ、その後6か月ないし1年に1回などである。

小児在宅医療の現状と課題の共有

小児在宅医療の現状と課題の共有

25 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

26 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。

小児在宅医療の経済効果を示す論文をここに示す。2014年のJAMAに掲載されたもので、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。

27 高度医療依存児支援（小児在宅医療）の課題

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

高度医療依存児支援（小児在宅医療）の課題は上記の通りである。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。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。担い手となる医師は、高度医療の知識・技術が必要であり、その数は圧倒的に少ない。看護師では、訪問看護と病院看護との違いと医療機器が、看護師が訪問看護を行う際に壁になること。ヘルパーでは、医療ケアが壁になり、医療ケア実施のための制度の未熟などの課題がある。当事者団体も、障害のある子どもの変化に対応できていないなどの課題がある。

28 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

高度医療依存児支援（小児在宅医療）の展望は上記の通りである。行政主体で実数調査の実施を行い、対象の子ども**の病態が変化することを前提とした実数把握の仕組み作りが必要である**。また支援の仕組み作りとして、複雑な社会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が必要である。その担い手となる医師・看護師育成のためには、病院と地域の相互の人材交流の仕組み作りが必要である。ヘルパーも人材育成の仕組み作りが必要となる。高度医療依存児の当事者団体も育てていく必要がある。

29 小児在宅医療を担う医師に必要な資質

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

小児在宅医療を担う医師に必要なと思われる資質は上記のとおりである。

30 小児在宅医療の目的

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

各論

【各論1】

地域連携・多職種協働

～さまざまな職種と協力して、
小児在宅患者が住みやすい地域を作る～

- ◆その1：行政、病院、施設との連携
- ◆その2：地域の医療、福祉との連携
- ◆その3：大人の在宅医との連携
- ◆その4：多職種との連携

【各論2】

在宅医療の仕組み

～在宅医療の仕組みを理解し、
小児在宅患者の実情に合った仕組みを作る～

- ◆小児在宅医療における診療報酬
- ◆福祉制度
- ◆介護保険制度の在宅の仕組み
- ◆小児在宅医療と地域包括ケアシステム

その1：行政、病院、施設との連携

岩本 彰太郎

目標 医療依存度の高い重症児とその家族が、地域で安心して暮らしていただけるために必要な多機関連携体制について理解する。特に、医療的ケアを必要とする子どもの健康と成長を保証するために必要な病院、施設、行政との連携の重要性を理解し、県一圏域一地域別に取り組む必要性を理解する。

- 1. 医療的ケアを必要とする子どもと家族が在宅で暮らすために必要な連携機関を整理できる。
2. 小児在宅医療支援体制に関わる各連携機関（病院、施設、行政）の課題について説明できる。
3. 小児在宅医療支援体制に関わる多機関の連携方法について提案できる。

Keyword 小児トータルケア、顔の見える関係づくり、多機関連携、横断的行政組織改革、ケース会議に基づく地域密着型連携体制

- 内容 1. 症例から連携を考える
2. 在宅重症児・家族のニーズ
3. 多機関連携 概要と課題
4. 各機関の連携の実際
・病院 ・医療関連機関 ・行政 県一地域 ・地域における多機関連携
5. まとめ

【引用情報】
●前田浩利：地域で支える みんなで支える 実践!! 小児在宅医療ナビ。南山堂，2013。
●中村洋介，奈倉道明，新谷幸子：在宅医療推進のための厚生労働省の取り組み。小児内科45(7)：1214-1218，2013。
●岩本彰太郎，鈴木志保子：在宅医療を支える社会福祉制度。小児内科45(7)：1341-1345，2013。
●岩本彰太郎，山城武夫，駒田美弘：小児在宅医療を支える地域医療機関の現状と今後の連携。日本小児科学会雑誌 118(12)：1747-1753，2014。
●国立成育医療センター：小児等在宅医療連携拠点事業。http://www.ncchd.go.jp/center/medical/zaitaku.html
●岩本彰太郎 他：小児在宅医療のこれから—在宅医療の推進にかかわる制度・事業。小児外科 47(9)：913-918，2015。
●岩本彰太郎：病院小児科と診療所との連携。小児科臨床 68：2357-2362，2015。
●田村正徳：在宅医療。小児科臨床 68：2323-2330，2015。
●社会福祉法人むそう：世田谷区の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会資料（2015年6月27日）。

1 I. 症例から連携を考える -症例提示-

【患者】 9か月 女児
【家族構成】 両親（インドネシア国籍）
【出生歴】 羊水過多で在胎32週から総合周産母子センターにて羊水除去・切迫早産管理入院。その後、large VSD+消化管閉鎖疑いで、当院母体搬送。骨盤位もあり在胎36週6日で帝王切開にて出生。出生体重2350g Ap4/6
【診断】 多発奇形症候群（染色体異常なし）
・両側先天性白内障 ・口蓋裂 ・頭蓋骨変形
・小顎症 ・胸郭低形成 ・心室中隔欠損症
・膀胱拡大（緊張性脊髄終糸）

医療的ケアを要する子どもの在宅移行は、その重症度、家族背景および移行地域資源によってさまざまな検討が必要となる。在宅移行において必要な連携機関先は症例一つひとつで異なる。一方で、それらの積み重ねが、地域連携資源の拡充へとつながっていく。

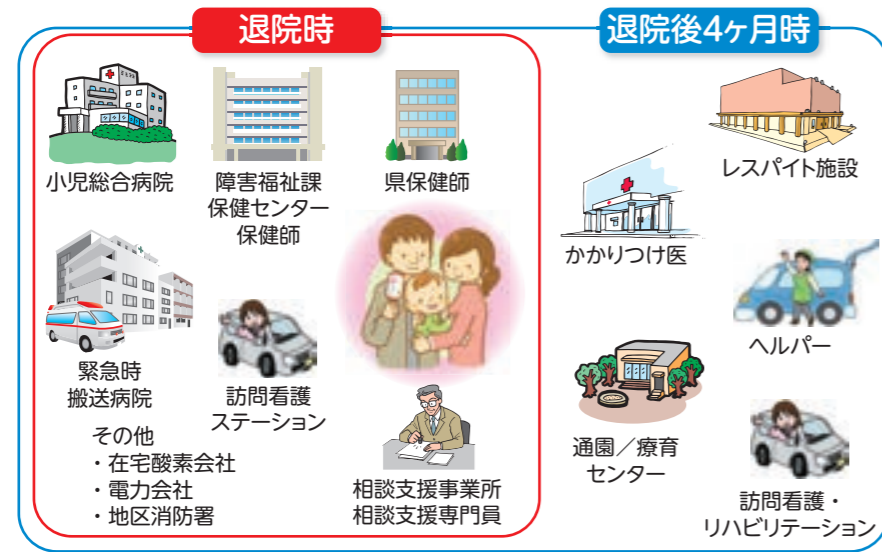
2 I. 在宅移行時の課題

【医療的ケア】
①経管栄養 ②気管切開 ③在宅酸素 ④導尿
※重症児スコア 24点 準超重症児
【家族支援】
母：主介護者・運転免許なし、インドネシア語以外理解できない
父：日中支援困難、日本語流暢
他：援助者なし
【経済支援】
取得済：小児慢性特定疾病（心臓、呼吸）、特別児童扶養手当
申請中：身体障害者手帳（肢体不自由、呼吸機能）
障がい福祉児童手当

どのような連携が必要？

在宅移行期の課題は、児の医療的ケア内容、家族背景、経済支援体制を整理するところから顕在化されてくる。特に、取得できる手帳などは、年齢や障害の程度・固定の有無などにより異なる。また、在宅移行後の児と家族の生活を支援する連携先を検討する際、24時間の時間枠で捉えていく必要がある。こうした在宅移行期においては、病院のメディカル・ソーシャル・ワーカーとよく連携し、準備することが重要である。

3 I. エコマップ



在宅移行時（退院時）の連携図を描きつつも、それらの連携を実際につなぐには、いくつかのハードルがある。地域により担当部署がさまざまであり、医療面ではかかりつけ医、訪問看護ステーション、訪問リハビリが見つからないこともしばしばである。また、入浴やレスパイトなどの福祉サービスを利用するには、相談支援専門員によるサービス等利用計画が必要となる。症例により、こうした連携先を決め、退院前カンファレンスを開き、在宅移行していく。また、在宅移行後しばらくして安定してくると、児の発達支援サービスが必要となり、児や家族生活環境変化に合った連携を構築していくことが大切である。

4 II. 在宅重症児者・家族のニーズ ①

世田谷区における
「医療的ケアを必要とする障害児・者等に対する
生活実態調査結果報告」
(平成27年6月 一部改変)

調査結果の考察

- 障がい者を受け入れられる身近な医療機関の重要性
- 地域特性を踏まえた移動手段の確保
- 医療的ケアにも対応できる生活支援サービスの整備
- 相談支援体制の整備の重要性
- 厳しい健康・睡眠状態で孤立しがちな介護者への支援

各機関との連携方法について学ぶ前に、在宅で暮らす重症児と家族のニーズを知っておく必要がある。特に、かかりつけ医は、気管切開、人工呼吸器管理の超重症児を診る機会は稀であり、児と家族の時間軸でのニーズの変化を理解しておくことは大切である。ここでは、2つの調査結果を示す。東京世田谷区での大規模調査結果では、やはり身近な地域での医療を受けられる安全を確保した上で、福祉サービスの充実が期待されている。

5 II. 在宅重症児者・家族のニーズ ②

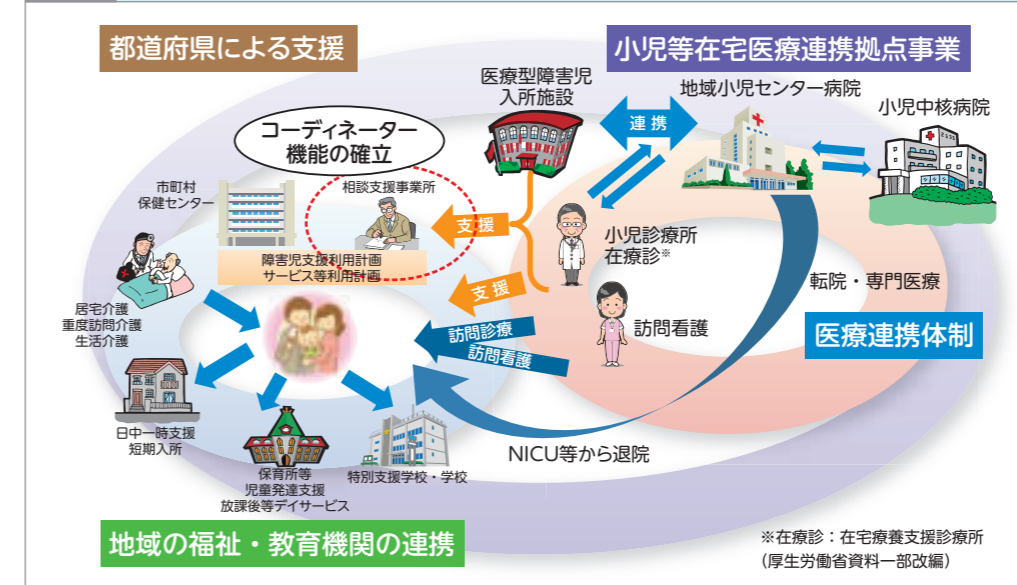
地域に必要なサービス

●利用可能な短期入所事業所の増加	60.2%
●医療機関による短期入所の実施	45.1%
●医療的ケアに対応できる福祉事業所の充実	
ホームヘルパー事業	40.8%
夜間・休日のヘルパー利用	37.1%
入院中も利用できるヘルパー制度	41.1%
●訪問看護ステーションの充実	
事業所の増	24.8%
●相談支援体制の充実	39.3%
●医療型障がい児長期入所施設の増加	39.6%

(大阪府「医療的ケアが必要な重症心身障害児者等の地域生活支援策に係る調査研究事業（平成23年3月）」一部改)

これは、大阪府での地域生活支援に係る調査結果である。東京世田谷区の調査結果と似ているが、レスパイトを含む短期入所に加え、高齢化していく両親にとっては長期入所先の確保も心配されているのが特徴である。いずれにせよ、安全を確保する医療サービスの充実が最優先であり、その上で児とその家族のQOLの向上につながる地域連携が必要であることがわかる。

6 III. 各機関（行政・病院・施設）の連携 ー概要ー



厚生労働省は、平成25・26年度に小児等在宅医療連携拠点事業を実施してきた。その概要連携図を示す。都道府県を拠点とし、医療、福祉・教育の連携を意識させる事業で、事業採択された各実施都県からは充実した企画と運営報告がなされた。本セッションでは、本日参加の医師を中心とした医療者が、どのようにして医療、福祉施設、行政との連携を図っていくべきかについて、いくつかの方策を提案したい。

7 Ⅲ. 各機関の連携 ー課題ー

【病院関係機関】

- ・在宅の子どもの重症化
- ・緊急時受入を含む地域医療連携体制
- ・小児科医と大人の往診医との連携
- ・児の成長に伴う連携の複雑化

【行政】

- ・医ケアを要する子どもが少数かつ把握困難
- ・連携体制ー縦割り／県と市町村行政の関係
- ・市町村保健師の負担増大

【福祉施設・教育機関】

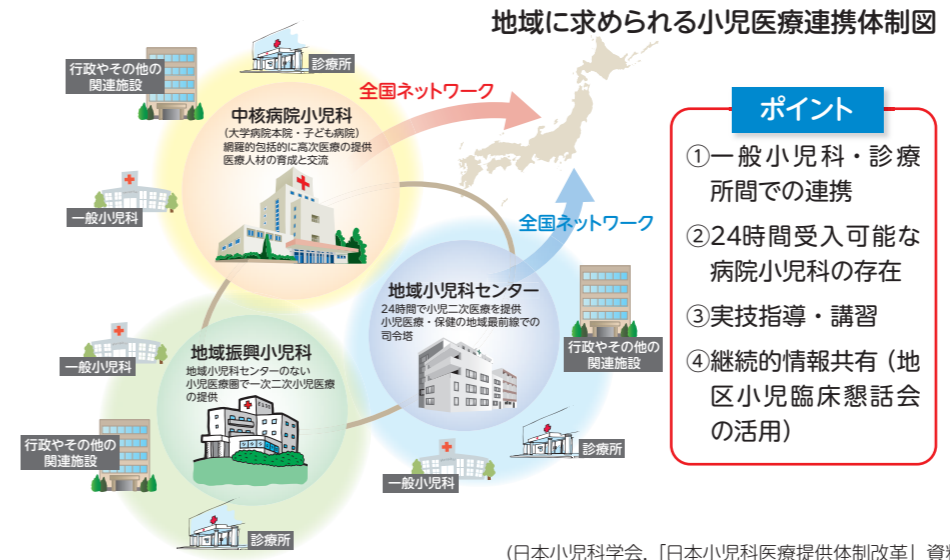
- ・看護師を含む人員不足
⇒増える超重症児への対応
- ・医療との壁（共通言語化）

共通課題

明確な
コーディネーターの
不在

はじめに、各機関が抱えている課題について列挙する。こうした、各機関の課題を理解した上で、連携の対策を議論し、一歩一歩進めていく必要がある。中でも、共通した大きな課題は、各機関を把握し、つないでいくコーディネーターがないことである。重症児ほど、関係機関が多くなり、責任部署を固定できない難しさがある。

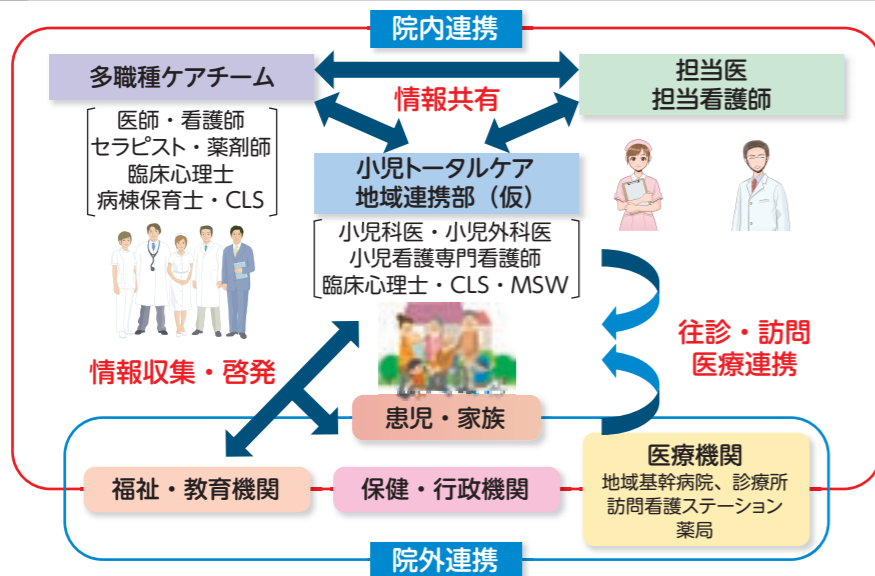
9 Ⅳ. 各機関の連携に向けて ー病院と診療所ー



(日本小児科学会、「日本小児科医療提供体制改革」資料)

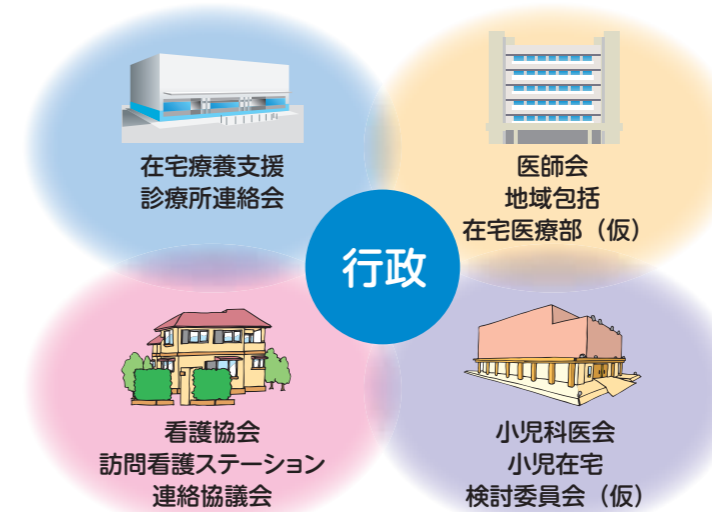
日本小児科学会は以前より、地域に求められる小児医療連携体制を提案してきた。事実、多くの都道府県で小児医療の集約化等が進んでいる。一方で、在宅移行する重症児が増える中、それらの子どもと家族を支援するには、ポイントで示す新たな小児医療連携体制の充実が望まれる。

8 Ⅳ. 各機関の連携に向けて ー病院ー



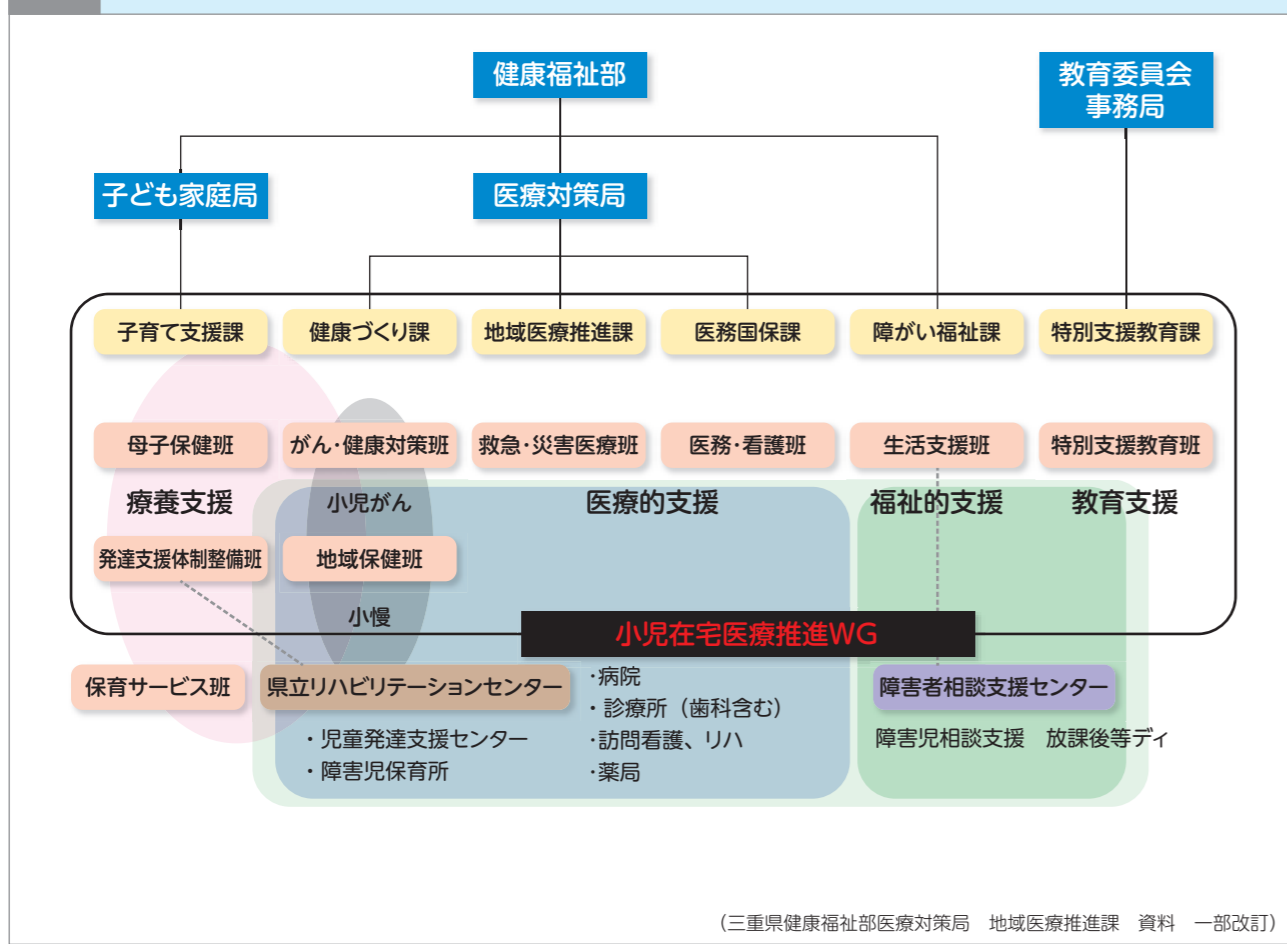
連携の方法について一つひとつ提案したい。まず病院での連携の工夫の一例を示す。在宅移行時を中心に描いているが、院内外の機関をつなぐ専門部署の設定（小児トータルケア地域連携部(仮称)）し、専門的コーディネーター機能を持たせることで、必要な連携先の抽出・情報の集約化、新たな連携先の開拓へとつながっていく。特に、福祉・教育機関、かかりつけ医への医療的スキルアップ研修会などの啓発機能も持てるといいだろう。

10 Ⅳ. 各機関の連携に向けて ー医療関連組織ー



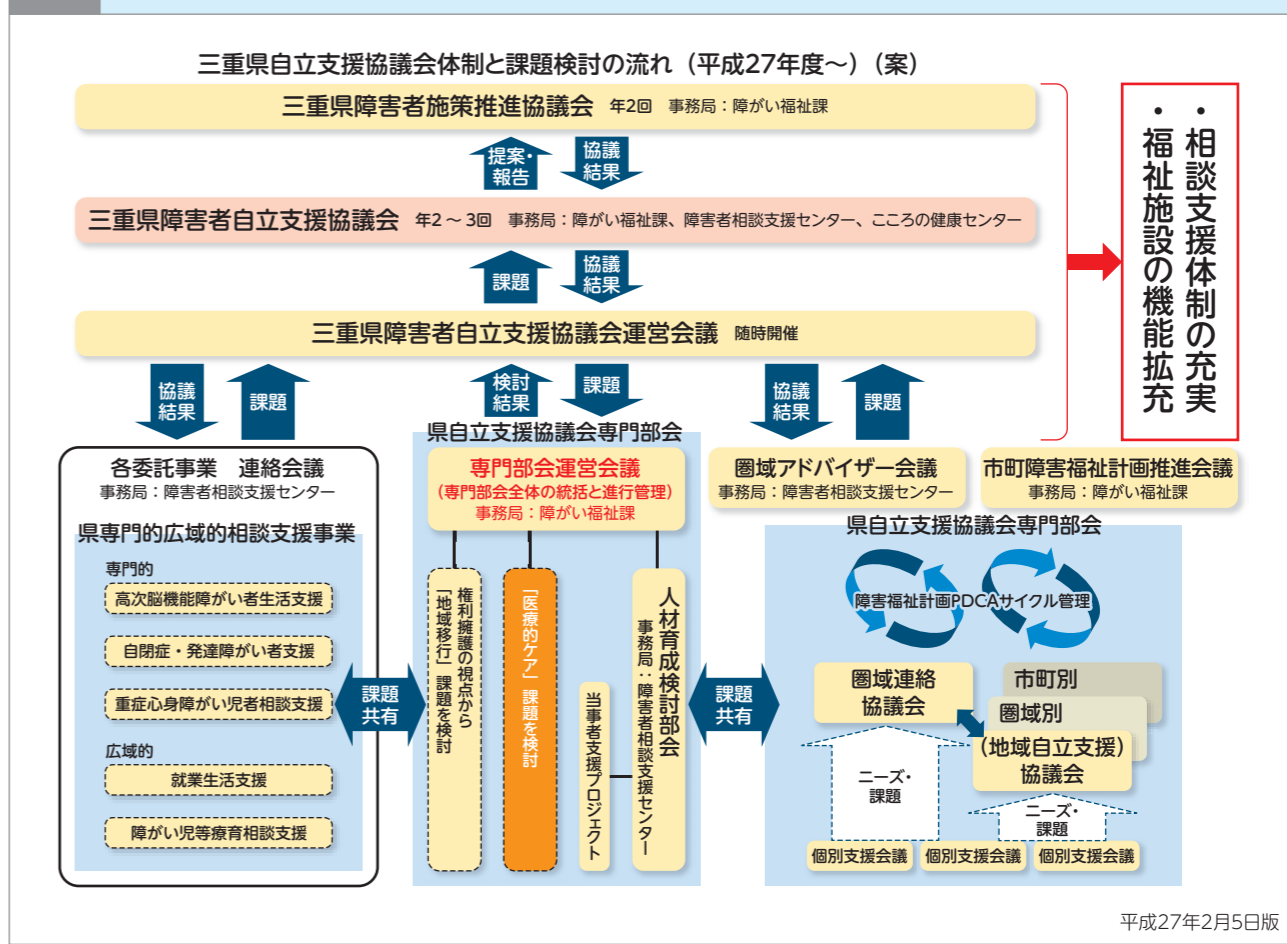
次に、医療関連組織間の連携の改革も必要となる。子どもの在宅医療なので、小児科医がその主たるプレーヤーとなることはいままでもないが、数少ない症例でも重度であると訪問診療に精通していない分、受入がなかなかできないのが現状である。小児科医会は、こうした訪問医療に精通した組織と協力していく必要がある。これらの連携を継続的かつ強固にしていくには、行政組織の参加協力が大切である。

11 IV. 各機関の連携に向けて ー行政 (例)①ー



障がい児者とその家族支援についての県行政担当部署は、従来、障がい福祉課などが主体であったが、医療依存度が増したことで、医療関係部署の責任も大きくなってきている。これは三重県の例だが、県行政内の子どもに関わる部署が、横断的連携組織「小児在宅医療推進ワーキンググループ」を設置し、医療的ケアを必要とする子どもと家族に必要な行政対応を一緒に考えるようになった。こうした横断的行政組織が構築できるように働きかけていくことも大切である。

12 IV. 各機関の連携に向けて ー行政 (例)②ー

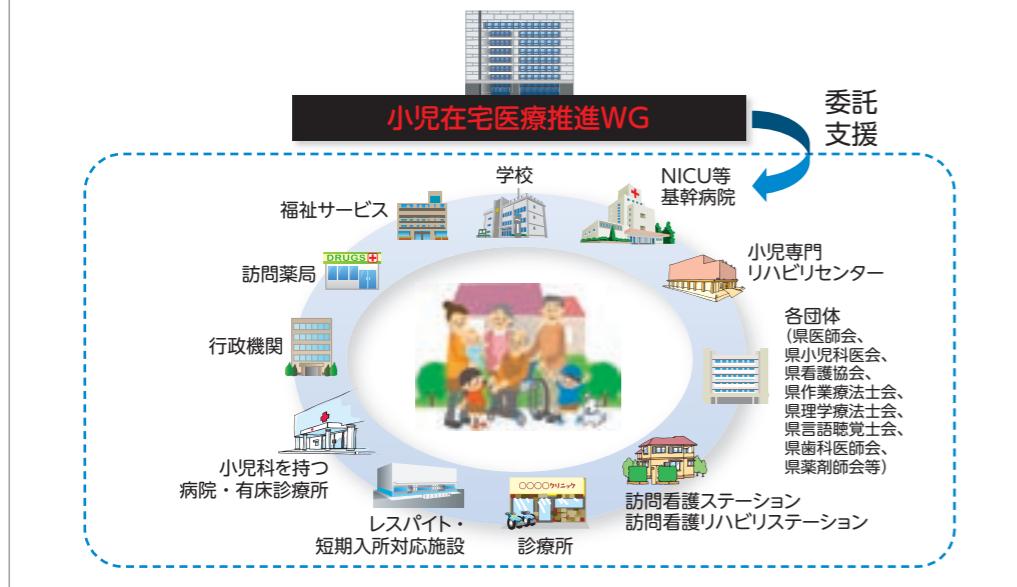


三重県の障がい福祉課の試みの一つを示す。医療度の高い子どもでも安定した在宅生活を送るには、先に示したように相談支援体制の充実と利用可能な福祉施設の拡充が望まれている。そのためにも、福祉の中に医療を巻き込んで考えていく部署が必要と考え、県自立支援協議会専門部会の一つとして、「医療的ケア」課題を検討する部会が設置された。こうした試みが各県・地域で広がることはとても重要と考える。

各論1 地域連携・多職種協働

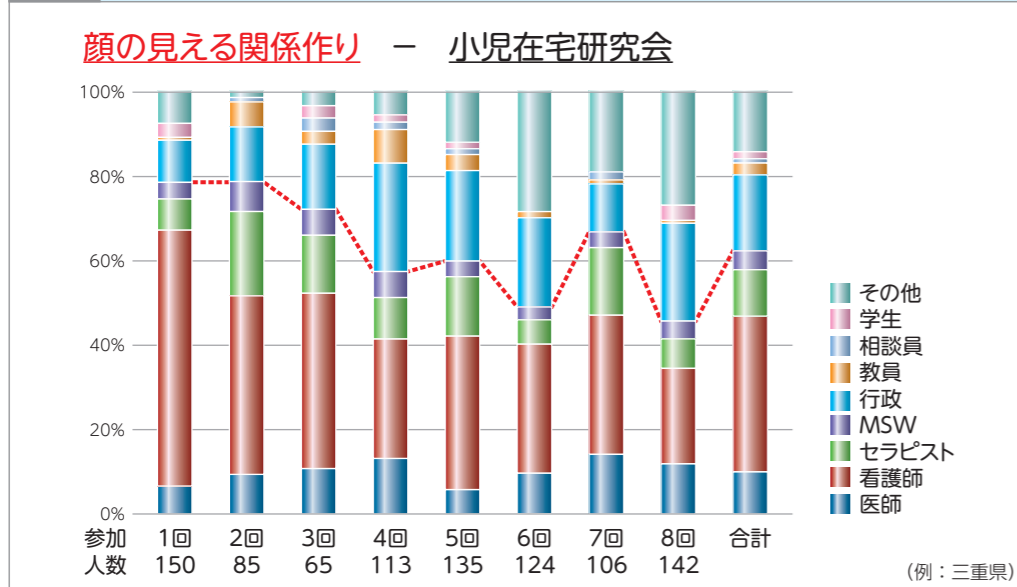
各論1 地域連携・多職種協働

13 IV. 各機関の連携に向けて 一県レベル (例)①-



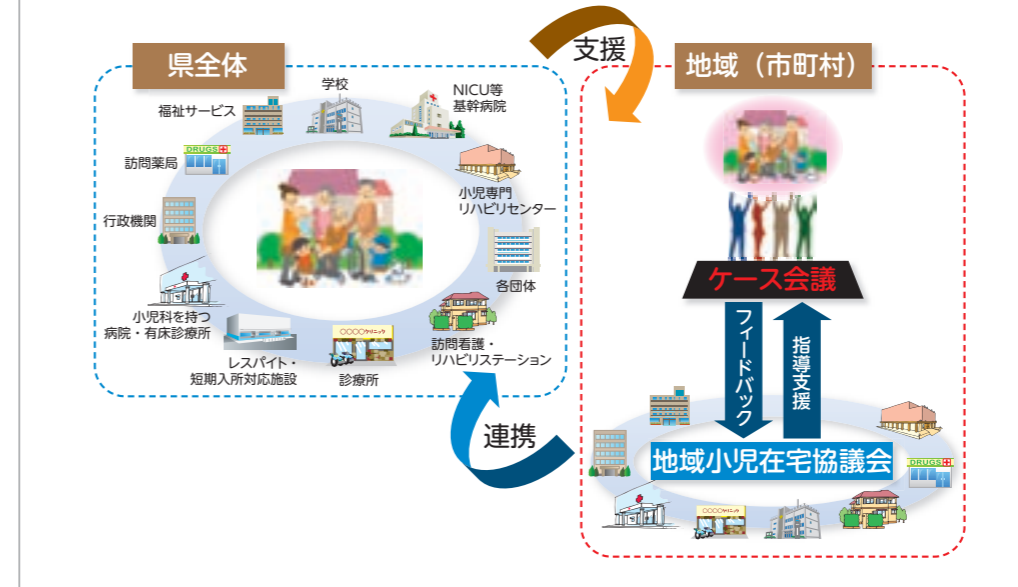
重症児の数は、人口分布に依存するが、地方では医療的ケアを必要とする子どもが居住していない地域も稀ではない。つまり、具体的連携を図る上では、県などの広域レベルで連携を工夫する必要がある。そこで、まず県レベルでの連携の構図を示す。前にも示したように、多機関・多職種との連携が必要となるが、それを束ねていくには、行政の組織的支援体制が必要となる。

14 IV. 各機関の連携に向けて 一県レベル (例)②-



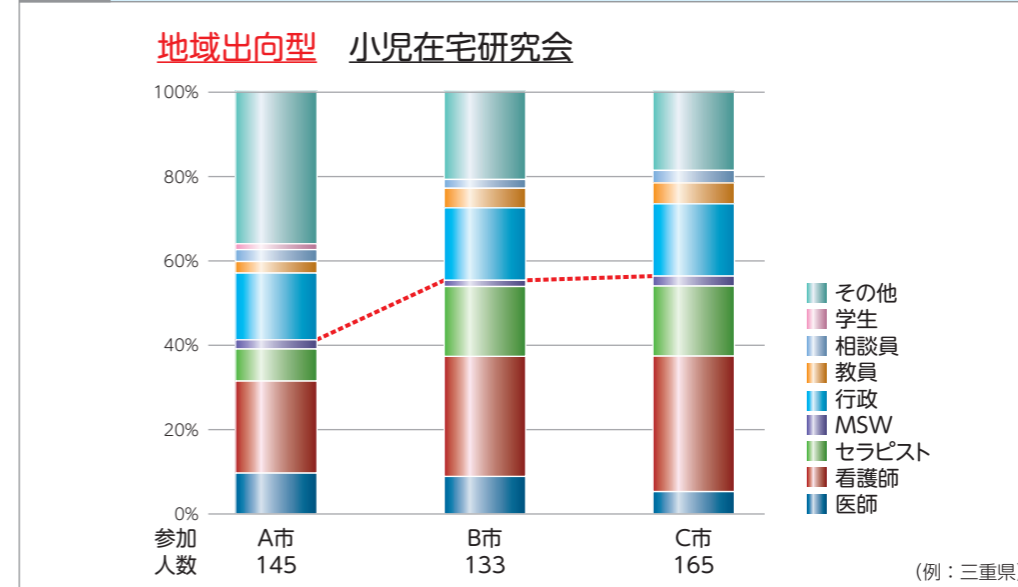
具体的には、多機関・多職種が参加し課題を議論できる場が必要である。その最も有効な方法は、小児在宅医療関連の研究会の開催である。これは三重県小児在宅研究会の実績である。医療関係者が約60%、行政関係者が約20%、福祉相談員が約5%の参加となり、県での顔の見える関係づくりができてきている。この開催には、先の県庁内の小児在宅医療推進ワーキンググループにも関与いただき、進めている。

15 IV. 各機関の連携に向けて 一県と地域連携①-

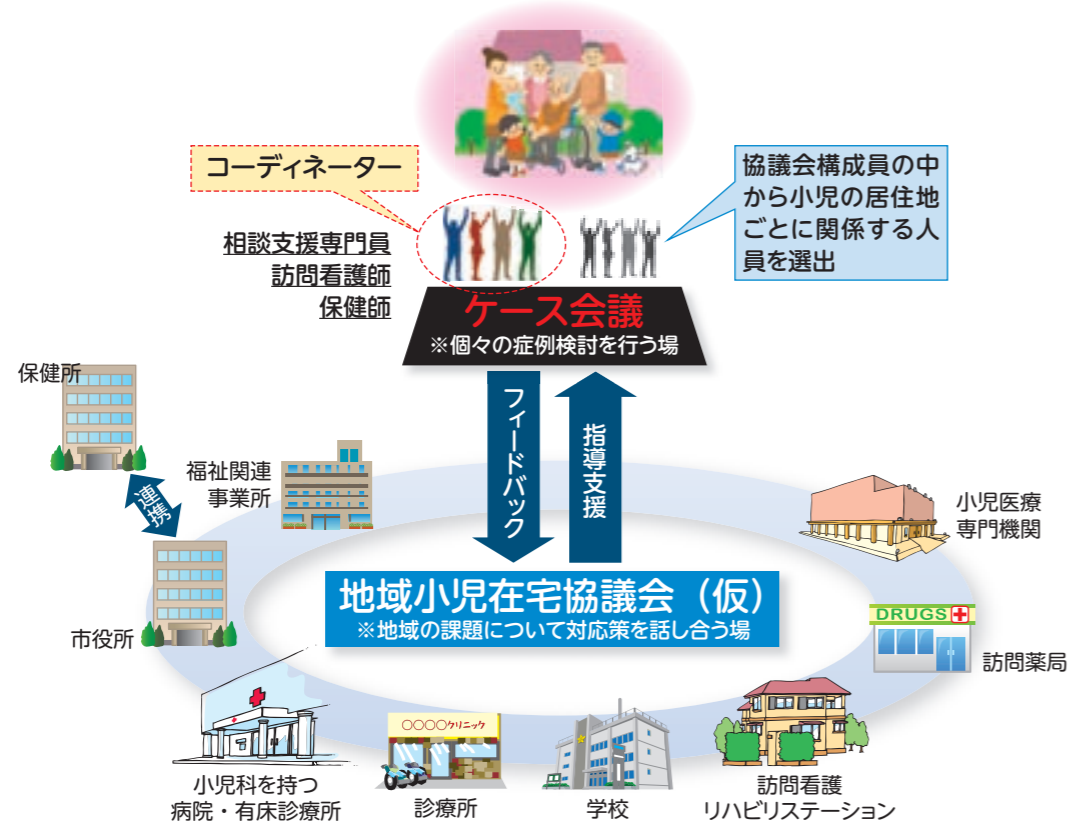


次に、県あるいは広域での連携構築が図られることで、地域（市町村）でどのようにつながっていくべきかが議論された。つまり、子どもと家族が住み慣れた地域で安心して暮らしていくためのより具体的な連携である。そのためには、県・広域で培われたノウハウを地域で展開しつつも、より具体的なケース会議に基づく連携構築を図っていく必要がある。

16 IV. 各機関の連携に向けて 一県と地域連携②-



これは、先の三重県小児在宅研究会を地域に出向して開催した実績である。参加者も多く、参加職種もさまざまである。特徴的なことは、その他（当該児童およびその家族）の参加が増えていることである。こうした地域開催により、県と地域行政が連携を図るきっかけになる上、地域連携資源の認識・発掘にもつながっていく。



(三重県健康福祉部医療対策局 地域医療推進課 資料 一部改訂)

最終的には地域内での具体的連携体制を図ることが重要である。その方策の一例を示す。ケース会議を基本とした、地域内関連（病院・福祉・教育・行政）機関による地域小児在宅協議会（仮称）を行政主体で設置することが有効である。協議会およびケース会議発足時、医師はそれらのリーダー的存在として期待されるが、組織の運営は行政職に一任していくことが大切である。また、ここで重要なのは、その地域でコーディネーターを設定し、ケースあるいは時間軸で変化するニーズに対応できる指導力のある人材を育成していくことである。

1. 重症児と家族を支える上で“トータルケア”の視点での医療・福祉・行政の連携が重要。
2. 多機関・多職種が集まれる顔の見える関係作りが大切。
3. 明確なコーディネーターの不在の中、在宅重症児の連携には、医師がリーダーとなり連携を図る必要性が高い。
 - 医療機関連携
 - ・医師会、小児科医会、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション等と連携できる枠組みを作る。
 - 行政機関連携
 - ・県及び地域行政の縦横断的組織作りを提案する。
 - 福祉施設/教育機関連携
 - ・相談支援体制の充実
 - ・医療スキルアップ研修の実施
 - ・レスパイト施設の看護師等の人的補填・機能拡充の提案

その2：地域の医療、福祉の連携

宮田 章子

目標 小児特有の成長発達による変化、在宅患者の原疾患の多様性からくる小児在宅医療の特徴を理解した上で、複数の医療機関同士の連携や地域での医療職、福祉、教育機関の連携の必要性や意義を理解してもらう。

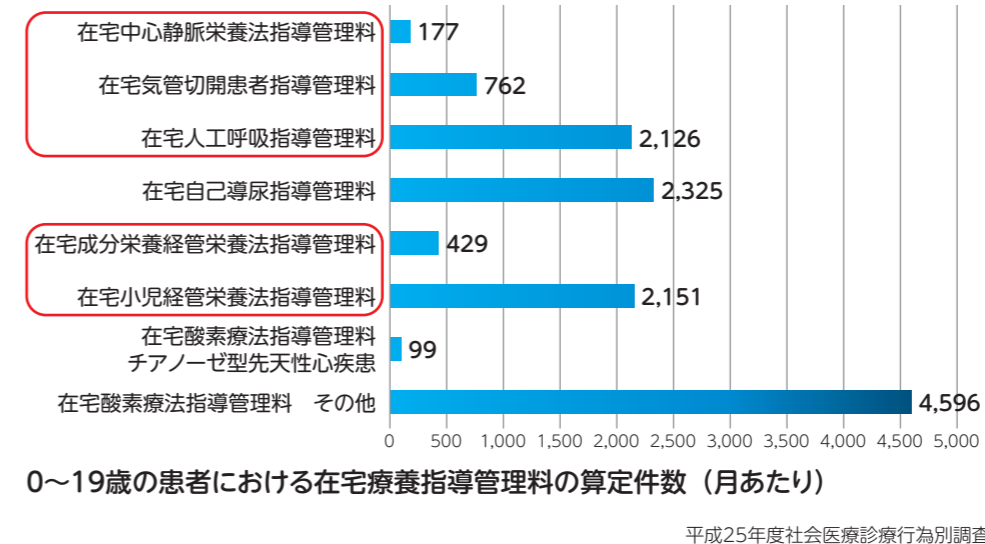
1. 稀少疾患が多く、病態が多岐にわたるため、在宅医と病院の主治医との連携が必要であることを認識する。
2. 高齢者に比較し医療処置が多く重症例が多いため、訪問看護ステーションとの密な連携、緊急入院の確保の必要性や家族の休息のためのレスパイトが重要であることを認識する。
3. 成長とともに生活環境が変わるため、それに沿った地域連携にはどのような関係機関があるか考えてみる。
4. 子どもたちの成長・発育を保障するためには医療だけでなく地域で適切な保育や教育が提供される必要があることが理解できる。
5. ケアマネジャーがいない中、連携のためには障害福祉だけでなく医療ケアにも精通したコーディネーターの養成が課題であることが認識できる。

Keyword 在宅医と病院主治医、小児の成長発達、医療・福祉・教育の連携、レスパイト・ケア、コーディネーター

- 内容**
1. 小児の在宅患者の疾患分布と医療ケアの実態
重症度と家族負担
症例提示：1日のスケジュール
 2. 医療機関の連携
在宅医と病院主治医・レスパイト病院・ケース会議
 3. 地域連携の形
地域の連携機関の種類と実態
成長の時間軸にあわせた地域連携（保育・教育、福祉サービス）
 4. コーディネーター
相談支援専門員と相談支援計画

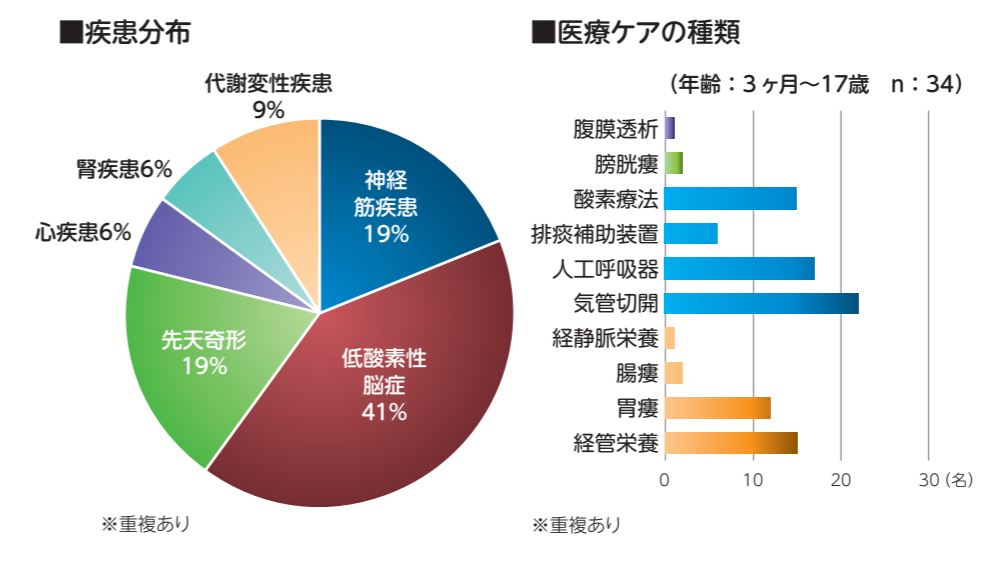
【引用情報】
 ●前田浩利：地域で支える みんなで支える 実践!! 小児在宅医療ナビ。南山堂，2013。
 ●前田浩利：NICUから始める退院調整&在宅ケアガイドブック。メディカ出版，2013。
 ●NPO 法人日本医療ソーシャルワーク研究会 編：医療福祉総合ガイドブック。医学書院，2015。

1 1-1 小児の在宅患者の医療ケア



平成25年度の在宅療養指導算定件数をグラフに示す。在宅酸素療法指導管理料は4600件近くと多いが、外来通院の子どもも多く、在宅医療の対象と思われる小児は経管栄養、気管切開、人工呼吸指導管理などが行われていると思われる。診療報酬上、管理料は一つの指導管理料しか算定できないため、重複で医療ケアを受けている場合の実数把握は難しい。小児在宅患者は複数の医療ケアを受けている場合が多く、その数が多くなればなるだけ、家族は自宅でのケアの負担が多くなり、多くの医療・福祉サービスの助けが必要である。

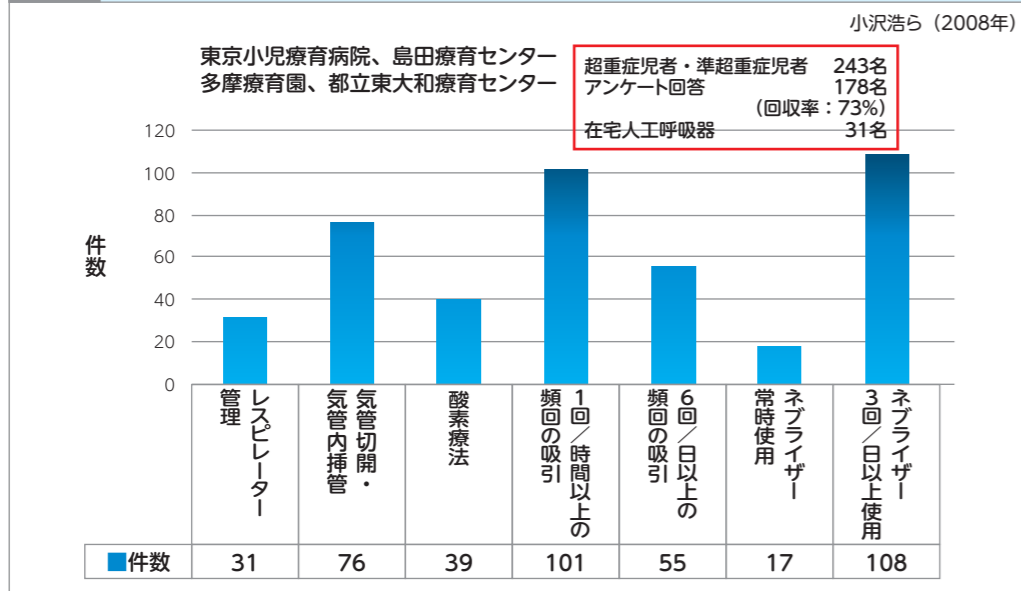
2 1-2 小児の在宅患者の医療ケアの実態 当院の訪問ケースのプロフィール



具体例として、当院の在宅患者の疾患プロフィールと医療ケアを示す。疾患の重複はあるが、低酸素脳症で寝たきりの全介助の患者は1/3強で、染色体異常を含む先天奇形と神経筋疾患はそれぞれ1/5、進行性の先天性の代謝疾患、先天性心疾患と続く。医療ケアの種類は、栄養面での問題と呼吸の問題双方を抱えている場合がほとんどで、栄養面ではほぼ全例に対して、経管栄養もしくは胃瘻・腸瘻・経静脈栄養管理をされている。気管切開患者は全体の70%、人工呼吸管理下の患者は約50%を占める。以上のように、高齢者と比較し、疾患は多岐にわたり、それぞれの疾患群の中でも、医師になって一度も経験したことのないような稀少疾患が多く、難病や小児慢性新患対象の子どもが多く含まれている。在宅医だけでは病状の評価やフォローアップはできず、広域の専門基幹病院との連携がなければ在宅生活は送れない。

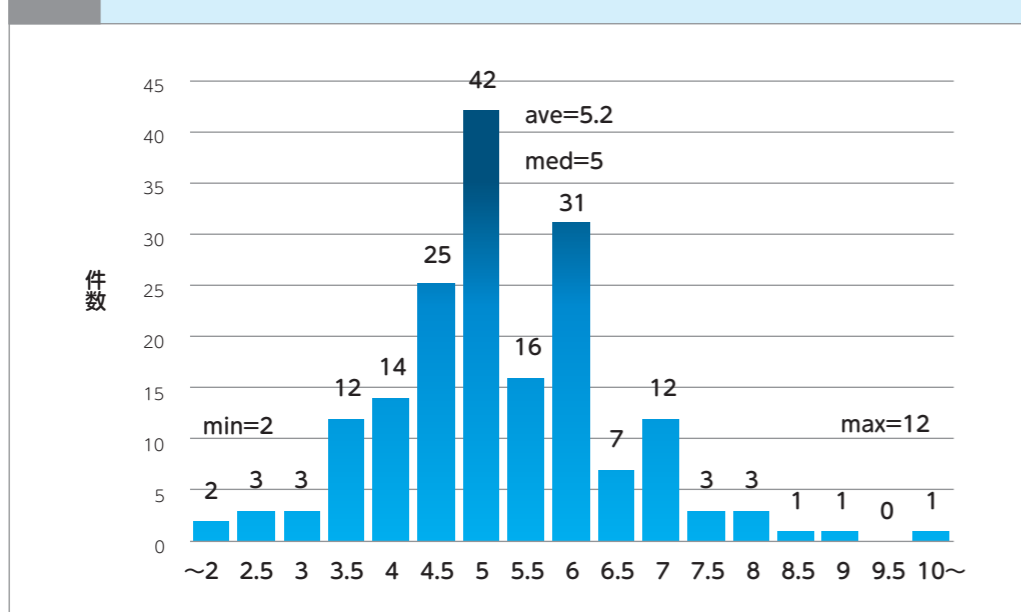
1-3 重症度と家族負担

在宅の超重症児・準超重症児の実態についてのアンケート調査



このグラフは、小沢らが2008年東京多摩地区の在宅の重症心身障害児・者の中で医療ケアの負担が大きい超重症者・準超重症者243例に対し、医療ケア負担の種類と件数を調査したもので、178例から回答を得た。横軸にケアの種類、縦軸にケアの負担の件数を示している。さまざまなケアをしなければならない家族の負担の多さを示している。特に吸引回数の多さは、家族の患者のそばにいななければならない拘束の程度が強いことを表していると思われる。調査が2008年で少し前の調査であること、対象が重症心障害のやや年齢の高い患者で、3歳未満の症例が非常に少ないことから、実際にはケアの負担はこのアンケートが示す数値よりもさらに大きいと思われる。

介護の睡眠時間



同様の調査の中での、介護者の睡眠時間の調査である。介護者の睡眠時間は平均5.2時間、最大値は5時間と、介護者の肉体的負担が非常に大きいことを表している。日中の睡眠時間の補充確保、家事援助や児のケアの援助なくしては、継続して在宅生活を送れないことは明らかである。

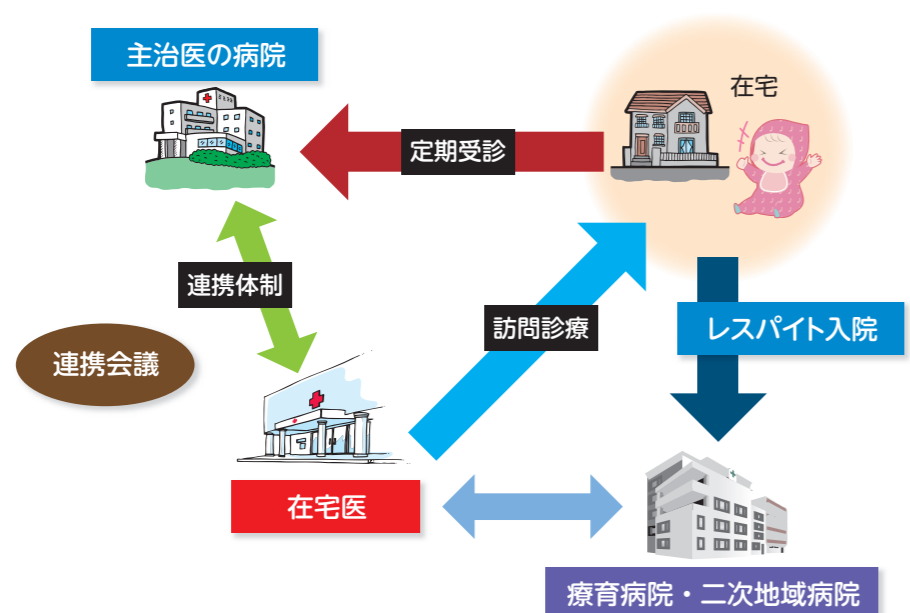
1-3 在宅乳児と家族の1日のスケジュール

時間帯	時刻	木	金	母	父
深夜	4:00				
	5:00	ミルク終了	ミルク終了		
	6:00	内服・MCT・ミルク	内服・MCT・ミルク	起床	起床
早期	6:30				
	7:00			食事	食事
	7:30				入浴
午前	8:00			掃除	会社出勤
	8:30				
	9:00	洗腸・沐浴	洗腸・沐浴		
	9:30				
	10:00	MCT・ミルク	MCT・ミルク		
	10:30				
午後	11:00				
	11:30				
	12:00				
	12:30				
	13:00			昼食準備	
	13:30	内服・MCT・ミルク	内服・MCT・ミルク	食事	
	14:00				
	14:30				
	15:00				
	15:30	看護	看護		
	16:00				
	16:30				
夜間	17:00				
	17:30				
	18:00	吸入・ブジー	吸入・ブジー		
	18:30	MCT・ミルク	MCT・ミルク		帰宅
	19:00			夕食準備	
	19:30				
深夜	20:00			食事	食事
	20:30				
	21:00	洗腸・マッサージ	洗腸・マッサージ		入浴
	22:00	内服・MCT・ミルク	内服・MCT・ミルク		
	23:00	MCT・ミルク	MCT・ミルク	入浴	
	0:00				就寝
1:00			就寝		
2:00					
3:00					
4:00					

この表は3ヶ月の乳児例である。先天奇形・先天性心疾患を持ち、経管栄養と酸素療法が必要な子どもで、ケアにかかる時間と家族の生活を24時間のタイムスケジュールに落とししてみたものである。この表でわかることは、同じケアであっても準備と片付けに時間を要し、それも1日に複数回に及ぶことある。母の睡眠時間の確保だけでなく、家事をする時間、自分自身の時間を確保することができないことが容易に理解できる。母の睡眠は4時間ほどで、母個人の時間はほとんどない。

乳児期初期は行政から介護のサービスも入らず、家族だけが頼りである。また引き受ける訪問看護事業所が少なく、訪問看護ステーションからサービスを受けることも希望通りにならないことがほとんどである。乳児期初期からの介護などの福祉サービスに加え、子育て支援の観点からも、障害がある子どもにも家事援助などの支援を入れていくことが必要である。

6 2-1 医療機関の連携 在宅医と病院主治医



在宅小児の疾患の希少性から、健康管理をするためには専門知識をもった検査・治療などのフォローが必要であり、小児在宅患者は2人の主治医が必要である。すなわち病院の主治医（基幹病院、小児専門病院など）と在宅の主治医である。この2人の主治医の存在は、成人の在宅医療ではほとんど見られない関係である。成人の場合はいったん病院から退院した時点で主治医は在宅医となり、病院との関わりはなくなってしまふ。

広域の基幹病院と地域の在宅医の連携は小児の場合は必須である。またリハビリテーションやレスパイトのための短期入所の利用のため、療育機関の病院を利用している場合が多いが、どちらも身近な地域に多く存在しているわけではなく、そのための通院や移動は家族の負担が大きい。

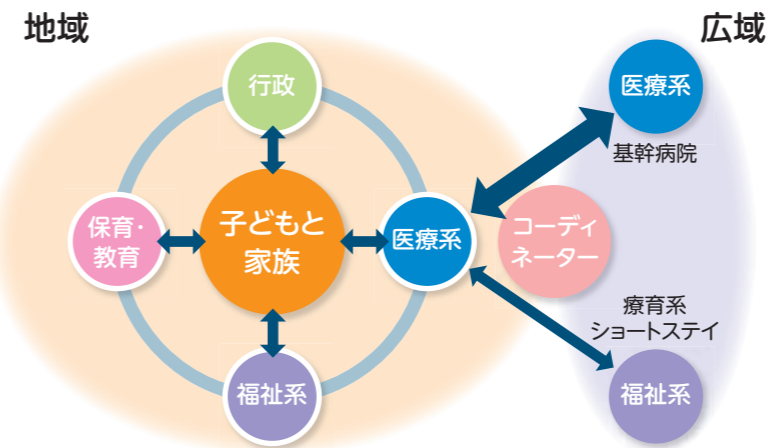
7 連携ケース会議



病院の主治医（小児専門病院）と地域の在宅チームがケースカンファレンスを行っている様子である。すでに在宅移行をした場合でも、問題が起きたり、子どもの環境が変わる時には開催する。現在の状態、治療方針、今後の見通し、地域での様子と問題点などを共有し、今後の方針につなげる会である。参加者は子どもの保護者、病院の主治医とケースワーカー、

地域の在宅医、複数の訪問看護ステーションの看護師、ヘルパー、保健師、障害福祉担当のケースワーカー、学校の教師などである。多職種で直接顔を合わせることで、その後の連携が非常に円滑なる。この会議では全ての職種に理解できるよう、お互いに専門用語や略語を使わず、わかりやすい共通言語で行うことが原則である。

8 3 地域連携の形



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

9 3-1 地域の医療系の連携

- 訪問診療
- 訪問看護ステーション
- 訪問リハビリ
- 訪問薬局
- 訪問歯科
- (急性期の二次治療入院病院)

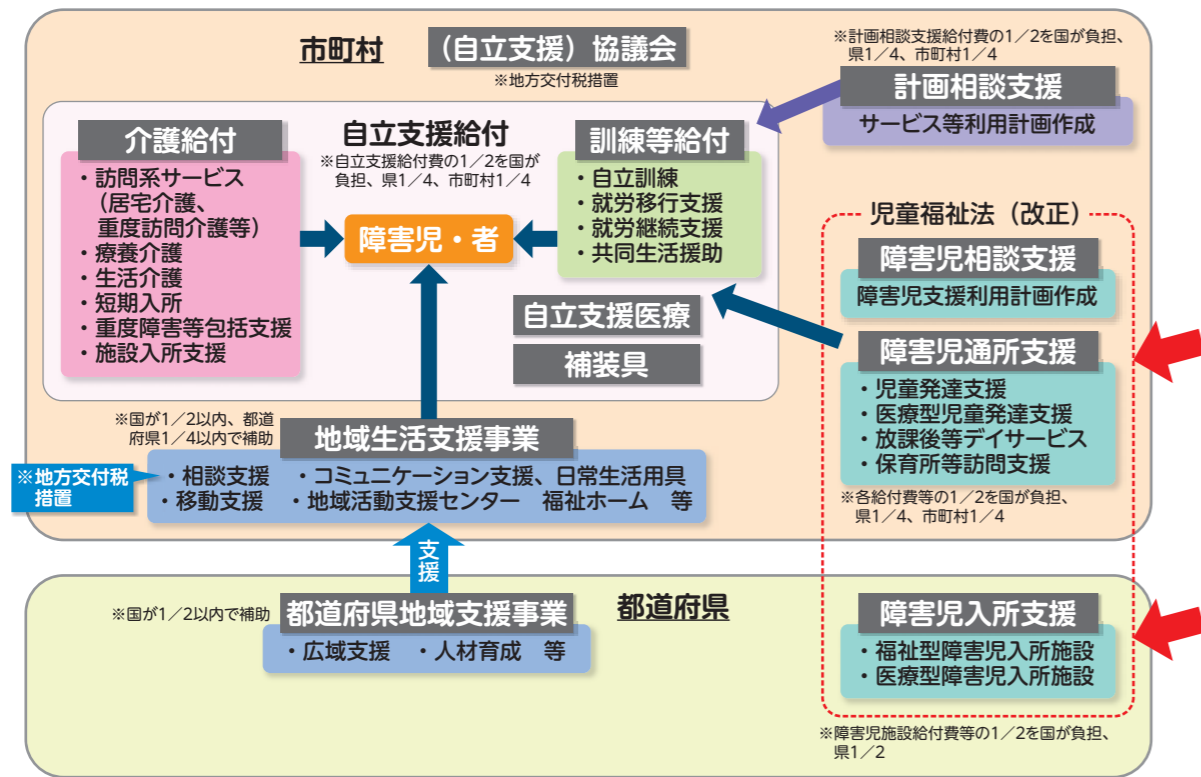
地域の医療系支援の中での多職種の連携は、非常に重要である。日常の体調管理は訪問看護師と在宅医が行うというよい。この2つの職種の情報共有と役割分担がなければ、子どもの健康の維持は不可能である。訪問看護ステーションも複数の事業所で一人の子どもをケアするケースが多く、事業所間でのアセスメントとケアの共有化は必須である。在宅医は同時に病院の主治医との連携と知識のブラッシュアップも求められる。しかしながら小児を扱う訪問看護ステーションも在宅医も絶対数が少なく、在宅移行をする子どもたちの増加に追いついていないのが現実である。特に複数の医療ケアやデバイスのついた子どもの管理は知識と技術が必要なため、早急に育成が求められている。訪問リハビリ、薬局、歯科も絶対数の少なさは同様で、現状は子どももしくは家族が出向く形が圧倒的に多い。

10 3-2 地域の福祉の連携

- 居宅介護（ホームヘルプサービス）
身体介護
生活介護
- 移動支援
- 訪問入浴サービス
- 児童発達支援（通所型）・放課後デイサービス
- 短期入所（レスパイト）

障害者総合支援法による障害福祉サービスとしてのホームヘルプサービスは、介護の負担を軽くし、家族の生活の質を上げる重要なサービスの一つであるが、年少児での利用が認められている地域は極めて少ない。また生活圏が広がる集団への参加や通院などに利用できる移動支援も医療ケアの多い重症児ほど利用しにくいのが現状である。幼児期になって利用できる通所型児童発達支援は、地域と密着した集団参加できる療育サービスの一つであるが、医療ケアの多い在宅児は医療型通所サービスも母子分離型を利用できない場合が多い。短期入所（ショートステイ）は家族の介護疲れの解消（レスパイト）には必須のサービスであるが、人工呼吸器などの医療的な処置が多い子どもには収容の問題もあり、地域で受け入れてくれる施設が少ないことが大きな障壁となっている。

11 障害者総合支援法に基づく障害福祉サービスの体系（平成24年4月～）



障害福祉サービス体系における小児の福祉サービスは、児童福祉法のもと、障害児相談支援、障害児通所支援、障害児入所支援が位置付けられている。

12 3-3 地域の自治体との連携

- 障害福祉課
・種々の福祉手当 医療器械・装具の補助
- 保健センター
・保健師
- 子育て支援関連課
・小児慢性疾患、難病手続き
・子ども家庭支援センター
・ファミリーサポート 家事援助
- 保健所
・保健師

地域の自治体とは、非常に密接な関係を持っている。たくさんの部署にまたがり利用できる制度やサービスがある。障害福祉関係の手当の支給や医療器械や生活介護品購入の補助、保健師の巡回や相談業務、時には彼らは地域のコーディネーターとして機能する。子育て支援センターでも、相談業務やファミリーサポート事業を行っており、障害があるなしにかかわらず利用できる事業がある。在宅児本人だけでなく兄弟の支援も含んで家族を支援する制度があることを知っておくと、活用できる場合がある。

13 3-4 地域の保育・教育の連携

- 保育園
- 幼稚園
- 学校
・普通学校
・特別支援学校 通学
訪問型

在宅移行し病状が安定して成長してくると、集団生活への参加、母子分離が必要となってくる。また、健やかな成長のための療育や教育を受ける権利もある。こうして子どもたちは 保育参加から就学へと進む。学校での教育がはじまり、通学または訪問学級などで授業に参加していくことで、子どもたちの成長を促すことができる。子どもたちにとって教育は大切な生活の一部となる。

14 3-5 広域の医療連携

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

周産期センターでは、在宅移行する子どもたちの退院支援を行い、家族に必要なケアの教育や、地域への退院支援会議を行い、地域へ移行するための準備を行う。

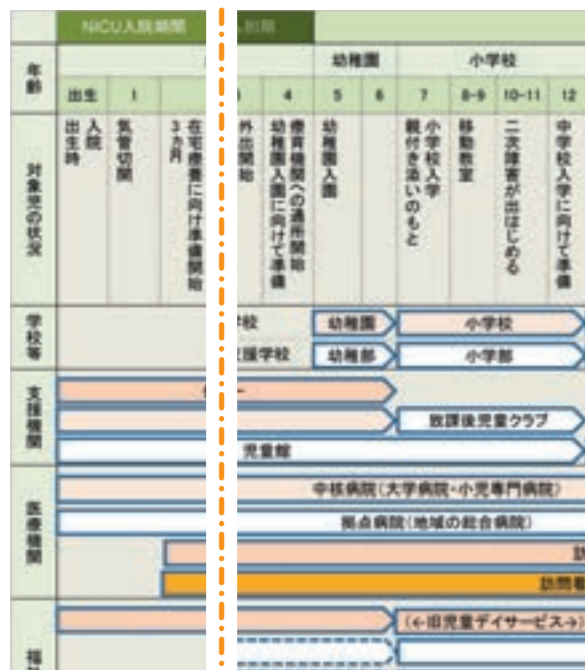
いったん退院したら、急性増悪時の入院治療や特殊治療、検査は、高次機能病院・小児専門病院が担い、二次的な急性疾患やレスパイトは地域中核病院が行う。また医療型の療育病院では、継続的なリハビリを行うなどの役割があり、複数の専門科と医師が関わっているため、その役割分担と情報の共有が必要となる。同時に在宅医との連携も欠かせない。

15 3-6 広域の福祉連携

- 児童相談所
・手帳の発行
- 療育病院 施設
・ショートステイ

広域の福祉では、児童相談所での障害手帳の発行や、長期入所の申し込みなどを担当する。療育センターとしての病院や施設では、レスパイトの意味となるショートステイ先となる。療育施設は地域ごとに配置されるほど多くなく、ショートステイを利用する場合は、遠方まで行かなければ利用できない場合も多い。

16 3-7 成長の時間軸にあわせた地域連携 (医療、保育・教育、福祉サービス)



子どもの生活環境は成長に伴って変化していく。幼児期初期までは自宅で家族とともに生活し、その後母子分離と集団への参加のための保育の保障、就学と続いていく。障害があっても、親から離れ、友達や親以外の人との交流は必要である。そのための支援機関は環境に応じたケアやサービスに変更していかなければならない。医療も小児専門から成人の医療機関の参加または移行を、在宅医も小児だけでなく成人の対応に精通した在宅医との協働も検討していくことになる。

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

17 4 コーディネーターの役割

- 相談支援専門員と相談支援計画
- 医療連携の重要性
- 医療と福祉
教育を包括した支援と計画
- だれがコーディネーターに

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

職種は相談支援専門員に限定せず、各地域の事情で、保健師であったり、訪問看護師、療育相談員などが協働して分担する形があってもよいと思われる。

18 医療系と教育 福祉サービスを包括する支援計画



福祉サービスと、医療・教育を包括した1週間の5歳児のサービス例を挙げる。就学を前に母子付き添いのもと、健康な子どもたちとの交流の目的で週2回幼稚園に通い、週2回は訪問看護で健康状態を確認、ケアしたあと母子分離の目的で分離型児童発達支援を利用、週1回は母子通園型の療育施設に通所する。その前後には外出・生活支援の介護を入れる。2週間に1回の訪問診療が集団参加後に行われ健康状態を確認し維持されていく。このように福祉サービスと医療、教育を包括した生活が保障されていくことが、真の意味で子どもと家族の生活の質を上げることになる。

その3：大人の在宅医との連携

太田 秀樹

要介護高齢者の在宅療養を支える仕組みは、地域包括ケアシステム構築の中で整いつつあるが、小児在宅医療においては、人工呼吸器管理や経管栄養管理など医療依存度が高いという印象が強く、さらに制度的支援も未整備で、ケアサービスも不足している。在宅医療に熱心な奇特定の医師と母親の強力な介護によって支えられており、地域間格差をはじめ、課題は山積し、普及推進の障壁は高いのが現状である。そこで、大人の在宅医が、小児在宅医療に関わった経験から、小児在宅医療は小児医学の特殊性より在宅医療としての共通性が大きいことを伝え、大人の在宅医も小児在宅医療の担い手として協力できることを理解いただく。

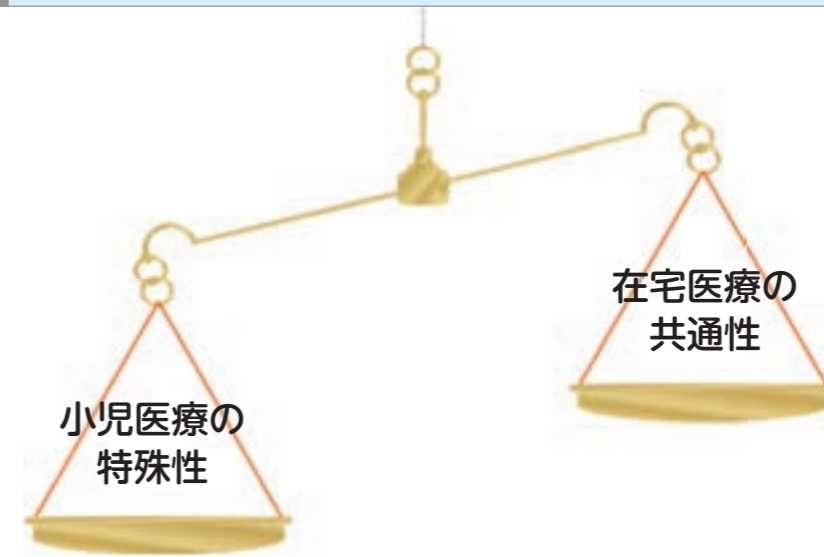
- 1. 小児在宅医療の特徴を整理し、小児在宅医療における大人の在宅医の役割を知る。
2. 小児在宅医療を支えるために病院勤務の小児科専門医が大人の医と連携、協力するための具体的な方策を考える。
3. 小児在宅医療の普及推進のために、訪問看護を中心とした地域連携、多職種協働の重要性を理解する。

Keyword 地域包括ケアシステム、在宅医療の普遍性、2人主治医制、家族介護力、バックベツド

- 内容
1. 大人の在宅医として自己紹介（経歴を含む）
2. 小児在宅医療の特徴 ～大人の在宅医療との共有点～
3. 小児在宅医療の実際 ～日常生活活動を支える視点～
4. 小児在宅医療の課題とこれから
5. 大人の在宅医との連携

【引用情報】
●吉野浩之, 太田秀樹, 他: 小児の在宅医療の課題と訪問看護師への期待. 訪問看護と介護 11(2); 112-118, 2006.
●吉野浩之, 太田秀樹, 他: 小児在宅医療制度の現状. 小児外科 38(9); 1086-1092, 2006.
●吉野浩之: 小児在宅医療に関する社会資源の活用. 日本在宅医学会雑誌 8(2); 222-225, 2007.
●吉野浩之: 小児在宅医療における医療的管理の実際. 日本在宅医学会雑誌 8(2); 232-236, 2007.
●日本医師会 編: 在宅医療 午後から地域へ. 医学書院, 2010.

1 小児在宅医療について在宅医療25年の実践から



約40年前、医学部の小児医学の講義では、小児は成人を小さくしたものではないと学んだ。ところが、実際に小児在宅医療に携わってみると、高齢者の在宅医療と共通する特徴が非常に多いことに気づかされる。四半世紀にわたる大人の在宅医の立場から、小児在宅医療に対する思いを述べる。

2 自己紹介

- 1953年生まれ (62歳)
●1979年医学部卒 (大学院 電気生理学専攻)
大学病院勤務
麻酔科標榜医・日本整形外科学会認定専門医
●1992年診療所開業
午後から地域型在宅医療開始 訪問看護実施
●現在 機能強化型在宅療養支援診療所
介護老人保健施設・グループホーム
訪問看護ステーション・デイケアセンター等運営

日本の開業医の平均年齢は、62歳と言われている。かかりつけ医として午前中は外来、午後から地域へというスタイルで在宅医療にも力を入れている。開業医として25年だが、やってきた在宅医療のかたちは当時と何ら変わっていない。訪問看護を基軸として、グループプラクティスで24時間×365日の管理をしていた。竹内孝仁先生のケアマネジメントも応用していたので、はからずも在宅療養支援診療所機能をもっていたこととなる。「家で死なれちゃ、世間体が悪いじゃないですか」といわれた時代だが、望まれれば在宅での看取りも積極的に支援してきた。現在高齢者の在宅医療は地域包括ケアシステムの中で推進される時代を迎えている。

3 小児在宅医療の経験

- 初例 1998年5月 脳性麻痺 人工呼吸器管理
- Home Care Medicine誌（廃刊）
メディカルトリビューン社2000年12月号に紹介
- 現在まで10数例の小児在宅医療を経験
- バックグラウンド（臨床歴36年）
小児医療のトレーニング経験なし
麻酔科医として、麻酔とICUを経験
整形外科医として、脊椎・骨折手術と身体障害と向き合う
開業医として、生活習慣病管理や高齢者医療・在宅医療を行う

最初に小児在宅医療を経験したのは1998年であった。当時は介護保険制度導入の議論が続けられていたことで、公的な社会的介護のシステムはほとんどない。訪問看護師が、ホームヘルパーの役割を果たさねばならない時代で、療養環境を整えるために掃除をしたり、時には飼い犬に餌をやることもあった。人工呼吸器管理と聞いて、多少抵抗はあったが、母親がアンビューでの人工呼吸法をマスターしているとのことで、とにかく引き受けてみた。この症例は雑誌で紹介されたので、参考資料として当時の記事を配布する。

4 大人の在宅医の経験から 小児在宅医療の特徴 (i) Biomedicalな視点

- 呼吸管理：気管切開 人工呼吸器 HOT
- 栄養管理：胃ろうや経鼻チューブが多い
- 小さな健康問題の管理（発熱・下痢・便秘・嘔吐・脱水など）が、主な役割
- 成人に少ない迷走神経反射に注意
- 入院の判断に苦慮することが少ない
- 看取りまで支えた例はない

小児在宅医療の10数例経験を通して、特徴を整理してみた。医学的な側面からの特徴である。高齢者の在宅医療は人生の最期まで支えることに大きな意義があるが、小児の場合に看取りまで支える例を経験したことはない。

5 大人の在宅医の経験から 小児在宅医療の特徴 (ii) Psychosocialな視点

- 母親との信頼関係構築重要
独善的ケアを絶対に否定しない
いつもと違う判断は母親が正しい
- 救急搬送は比較的容易 バギー車・体格
- 教育・時に就労 課題が変わる
- 家族の力（祖父母・両親・兄弟・姉妹）が大きい

在宅医療継続には、病態に応じた介護力が重要になってくる。高齢者の在宅医療においては、介護保険制度によって、社会的な支援があるが、小児の場合は、母親の介護負担は相当大きなものとなっている。

6 大人の在宅医の経験から 小児在宅医療の特徴 (iii) Managementの視点

- 病院主治医と地域主治医の2人主治医制
- 成長により、やがて成人に 医療介護支援体制が変化
- ケアコーディネーターが不在
- レスパイトケア施設未整備（制度なし）
- いわゆるソーシャル・キャピタル不足
- 療養社会環境は地域間格差はげしい

在宅医療をマネジメントの視点から整理してみると、小児在宅医療に特有なさまざまな課題が浮かび上がってくる。

7 成人・高齢者の在宅医療との共通点

- (○) 療養環境整備 共通点 (○)
- (△) 介護力 ← 介護保険制度
- (○) 看護力 ← 訪問看護制度
- (○) 24時間×365日 体制
多職種協働 地域連携
訪問看護の重要性
- (×?) 望まれれば看取りまで支える
- (○) 医療が生活を支配しない視点
- (×) 地域包括ケアシステムのなかで提供

高齢者の在宅医療との共通点を整理してみると、在宅療養を支える基本的な構造に大きな違いはない。

9 小児在宅医療のこれから

- 地域の開業医の担い手を増やす
- 医療資源の整備（入浴など介護サービス）する
- ケアコーディネーター 制度から養成する
- レスパイトケアを制度に盛り込む
- ケアニーズの変化、新たな課題を地域で解決する
- 介護は生涯続き、やがて家族介護力は限界に
- チームケア体制の構築 ケア会議の開催など
多くの課題を母親が一人で背負いがちな現状を打破

高齢者の在宅医療は介護保険制度に牽引され、また超高齢社会の到来で地域包括ケアシステムの構築が叫ばれる中で、市民権を得たといえるが、小児在宅医療を普及させるためにはさまざまな課題がある。繰り返すが、母親の介護負担は相当なものといえる。

8 救急搬送について

- いつもと違う 母親の判断重要
- 事前取り決め（消防署にも情報提供）
条件の例（主にバイタルサイン）
発熱 38.5度↑ サチュレーション92%↓
痰の色や性状 尿量（脱水の判断）↓ 脈・呼吸
- 原因疾患や根拠
気道感染（上・下気道）・痙攣（呼吸抑制）・除脈
急性腹症（胆石・イレウス）
尿路感染・外傷（病的骨折）

高齢者の在宅医療には、①導入期（移行期）②安定期（療養期）③不安定期（急性疾患合併時）④ 終末期（看取り期）と、大きく4つのフェーズに整理して課題を分析するとよい。しかし、小児在宅医療の場合、不安定における救急搬送は高齢者の場合と異なり、その判断に苦慮することが少ないと思われる。

10 家電製品のような人工呼吸器・モニター類 メンテナンスフリー 取扱い簡便 故障なし



小児在宅医療の現場を紹介する。生活の中で展開されているという暖かな雰囲気が伝わってくる。

11 訪問看護 訪問リハビリ



関節拘縮の予防と治療

母親にとって訪問看護は
力強い味方
重度障害でなくとも

医師の訪問診療だけでなく、訪問看護や訪問リハビリテーションも重要である。特に看護師は、医療の視点だけでなく、育児の視点でも母親のよき相談役として、精神的にも大きな支えになる。

12 病院主治医が知らない笑顔



大好きなトイプードル

ウエスト症候群の男児である。トイプードルがベッドサイドに来ると、素敵な笑顔を見せる。おそらく病院主治医が知らない表情であろう。

13 特別支援学校への通学

母親一人で送迎可能に
(助手席の取り外しは違法)



小児の場合は成長という視点が、高齢者と異なる。ネマリンミオパチの男児が、人工呼吸器を装着して通学するために、乗用車の合法的改造を行った。

助手席を外すことは本来は違法となるが、後部座席に乗せた場合には、運転しながら男児の様子を観察することが困難となる。

14 お出かけ医療支援



ディズニーランド

筑波宇宙センター

生活の中で医療を提供するということは、さまざまな日常生活活動を支援することも必要となる。在宅主治医や訪問看護師と一緒に掛けた際の一コマである。男児は人工呼吸器管理となっている。

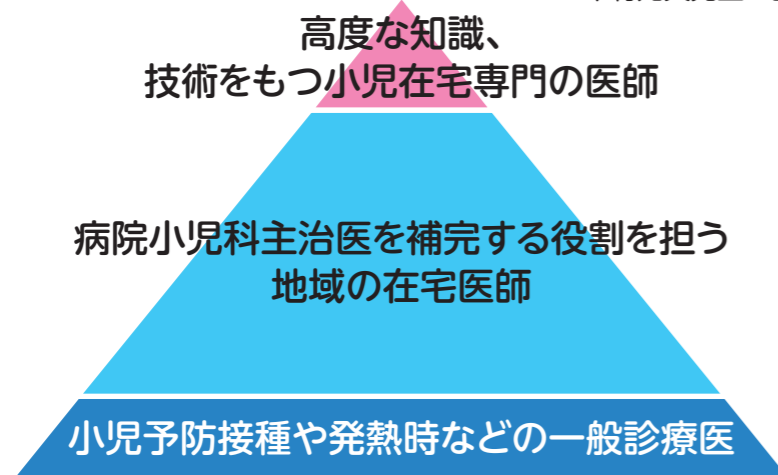
15 在宅医療の経験があれば小児在宅医療も可能

- 姑を看る嫁とは異質の愛情あふれる母の介護力
- 救急搬送は事前に取り決め 対応は厄介でない
- 小さな健康問題への対応が医師の大きな役割
- 訪問看護の力量を信頼
時にはベテラン訪問看護師の指示に従う勇氣
- 症例から学び、成長を通じ、確かな判断・診断へ
- 病院主治医から小児医療を学ぶ姿勢も大切
- 案ずるより 行方がやすし!!!

小児在宅医療は決してハードルが高いわけではないことを、高齢者の在宅医療を支えた経験則から伝えたいと思う。

16 小児の在宅医療を担うことのできる人材

中村知夫先生の図を改変



中村知夫先生の構造から一部改変。地域の在宅医が、病院の小児科主治医とともに小児在宅医療を支えることが望ましいと思う。

17 ママさんバレーの監督を オリンピック級でなくとも

- 先進的・高度ハイテック小児特化型在宅医療も重要
- どの町に住んでも、家族と共に普通の暮らしを
- 障害と暮らす子どもたちへの医療支援を医療専門職の矜持として
- 地域包括ケアシステムが構築されている地域は、小児の在宅医療も推進

小児在宅医療の質を高めることはとても大切だが、まず小児在宅医療をもっと身近なものとする必要がある。軽度な障害がある小児においても、訪問看護で日常の養生法が管理できると、よい状態で安定した在宅療養が可能となる。身近なところからリーダーをと願っている。

18 かかりつけ医の医療に信頼を!!

24時間×365日 しっかりと在宅管理しているかかりつけ医は、
緊急往診回数が多く、在宅看取り率が高く、
小児在宅医療にも対応

情報は

病院の地域連携室
評判のよい訪問看護ステーション
全国在宅療養支援診療所連絡会
在宅医療助成勇美記念財団 など
また雑誌・新聞・メディアから

連携の極意は攻め

在宅医療関連フォーラムに参加を



病院の小児科医にお願いしたいのは、地域のかかりつけ医をもっと信頼していただきたいということである。誠実に在宅医療を行っている地域のかかりつけ医たちは、小児在宅医療にも対応している。全国3980か所の診療所の在宅医療のデータを掲載した「自宅で看取るいいお医者さん」が出版されて、在宅医の提供している医療の質が評価できる。

脳性麻痺患者のケース

Kさん/4歳

(10ページの図表に該当)

ようやく手に入れた母と子の時間 全力投球しているから後悔はない

ハード面の整備に後押しされ 念願の在宅療養がスタート

「ドクーン、ドクーン、ドクーン……」
静かな部屋に鼓動のような人工呼吸器の音が規則的に流れている。この部屋では15歳の少女Kさんとその母親が暮らして、2人はほぼ毎日一日中を一緒に過ごしている。

Kさんは、生まれつき脳に障害があった。すぐ入院生活に入ったため、母親とは一緒に暮らせない状態がずっと続いていたが、2年前の1998年5月にようやく退院。在宅療養を始めることができた。以来2年半にわたって自宅で療養生活を続けている。

「帰る準備を始めたのはこの子が最初だったんです。でもいろいろと事情もあって、結局その病院からの退院は3番目になってしまっただけ。ほかの子が退院していくなか、あせったりうらやましくなったり……。とにかく一日も早く連れて帰りたくて仕方ありませんでした」

Kさんが生まれた15年前はもちろん、

ほんの数年前まで、人工呼吸器を着けた患者が在宅で療養するというのは考えられないことだった。それでも、しばらくして母親は退院させることを心に決めた。その当時は病院側も消極的で、なかなか退院は実現しなかった。ハード面が立ち遅れていたこともその一因にある。

「でも、私たちはラッキーだったんです。自宅で使える呼吸器は初めてだということで、先生方自身も使い方の指導は慎重になされたので、私も一緒にじっくりと時間を掛けて覚えることができました」

こうしてハード面が整備されてきたことも手伝い、約2年半前ようやく退院が実現したのである。

「あまり疲れは感じない。 大変だとも思わない」

Kさんを介護する母親の一日は長い。着替えや体位交換をはじめ、吸引、医療器具の交換などを行い、合間に家事をこなす。就寝はだいたい午前3～4時ころだが、6時ころにはもう起床する。

「私はもともと眠りが浅いので、あまりつらくはないですね。この子には昼夜が逆転していたころがあったのですが、そのころほとんど寝ていませんでしたから、今もそのときの延長のような感じになっています。そんなに、大変だとは思いません」

しかし、専業主婦である母親には、Kさんの介護以外にも家での仕事は多いだろう。

「この子のことで、手抜きすることはできないから、家事をほとんどはしています。せっかくなら帰ってきたのに、無理して長続きしなかったら仕方ありません」
在宅医療を継続しようとするとき、最初の1か月がヤマで、だいたい2か月目に結果が出る。3か月やれば、後は問題がない限り続くという。Kさんの母親のように2年半続けたら一生続くだろうとかかりつけ医は言ってくれるそうだ。

Kさんの在宅療養を支えているのは、母親による信じられないほどの介護力にはかならない。

「やっとならなりましたから。絶対あきらめたくなかった。退院するとき、不安がないわけではなかったけれど、やる前からあきらめて預けてしまうのは、どうしてもいやだったんです」

他人から見れば、Kさんの介護はかなり大変だ。しかし、母親にはそれが大変だとは全く感じられていない。母親には、その感覚は「介護」というよりむしろ「子育て」に近いのだろう。今の生活は、Kさんが生まれてから一緒に暮らすことができなかった2人がやっとなら入れた「母と子の時間」であり、母親が切望してきた「育児」のときなのである。

日ごろ全力投球しているから 万が一のときにも納得できる

母親が片時も目を離せない状態のKさんだが、時には外出しなくてはならないときもあるだろう。そんなとき母親は、「人工呼吸器のつなぎ目だけ確認して」外出してしまうのだという。それでも、家を空けるのはせいぜい1時間半くらいまでだ。

母親は、見ていてくれるだけでもいいからだれか代わりにしてくれたらと思うが、15歳のKさんには当然介護保険は適用されない。自治体に相談しても、Kさんの「呼吸器を着けている」状態に頭を悩ましてしまうだけで返事はない。

だから1時間半以上家を離れなくてはならないときには、友人や親類に頼むか、それが無理なら用事のほうを断るしかない。

「その」時間半の間に、地震などの非常事態があったらどうしようと不安になることはありますよ。けれど、親がそばにいてもなくても、ダメなときはダメなんだから仕方がない。運命なんだと考えることにしています。もし、万が一のときでも、今やるだけのことをやっているの、きつと満足すると思うんです」

確かに、不測の事態を心配して一生病院にいるより、家で一緒に暮らせることのほうがどれだけいいか。第一病院にいるからといって全くの安全が保障されているわけではない。病院でも家でも肺炎は発生するし、地震が起きたときは、どこにいても同じことだ。母親は、退院を決意して「どこにいても不測の事態は起こりうる」と気付いたとき、プレッシャーから解放されたのだという。

やるだけのことをやっとなら納得できるのなら、万が一の事態が起きたとしても無念さは残らない。あきらめきれないまま病院で介護し、病院で看取った人のなかで「やるだけのことをやっとなら」と言える人がどれだけいるだろうか。

データではなくこの子を診て欲しい だからできる限り在宅で

「この子の場合は、もう病気がわかっているし、何かあれば24時間診てくれるお医者さんもある。もしものときの体制は整っているわけですから、それを考えたら、逆にいちばん安全なのかもしれません」

と母親は言う。この言葉には、医師をはじめ、Kさんのケアに携わるチームへの信頼の気持ちが表れている。つまり、何かあればすぐ医師が来てくれ、そこで入院する必要があると診断されれば、連携している病院へ速やかに入院できる。そんな体制が整っているのだから、退院できる。

「私は、少しくらいのことなら入院しないで、かかりつけの先生に診てもらいたいと思っているんです。先生がおっしゃるには、やはり不安から入院させたいと言う方もいるそうなのですが、病院に行けば院内感染の心配もあるし、環境の変化によるストレスもあるので、どうしても入院する必要があるとき以外は、家での療養のほうが適しているのだそうです。何より私には、自分の目の届かないところで子供が治療を受けるより、目の前で診てもらったほうが安心なんです」

今度Kさんは、麻酔を掛けたの歯科の治療を受けるために入院をするかもしれないのだそうだ。母親は入院には気が進まないで、家で治療できる範囲で妥協するか、きちんと治療するために入院するか、今、検討中とのことである。さらに、母親はこう語ってくれた。

「かかりつけの先生は、病院の先生とは明らかに違います。それは、この子を診て診断してくれること。病院では、検査のデータがこうだからと言ってKを見てくれない。一般的にこうだから、Kさんもそうでしょうと言うんです。でも、どんなにデータがそうでも、この子はこの子。データ通りとは限らないんです。かかりつけの先生は、データがどうであっても、個別な対応をしてくれる。だから、かかりつけの先生にできる限り診てもらいたいんです」

Kさんのことは、2年毎毎日、母親がずっと見つめ続けてきた。今までも、これからも……。だから、だれよりもよく知っている。もしかすると、母親の観察には何の検査にも負けないものがあるかもしれない。

今日も、力強い鼓動が打ち続ける部屋に、Kさんと母親の静かな時間が流れている。



Kさんが生まれて初めて家で迎えたクリスマスの写真。Kさんにとっても両親にとっても、今までにない楽しいひとときとなった。

今月の基本の“き”

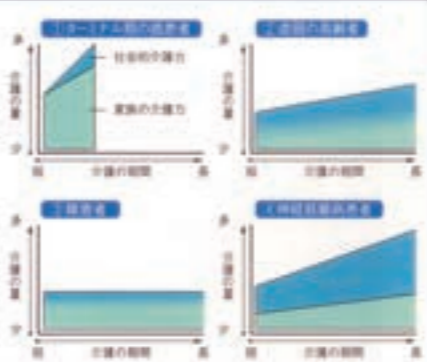
在宅医療の適応を考える

その重要な因子となるのは、介護力と療養環境である。家族の理解と協力が在宅医療継続の必須条件である。

在宅医療の対象者は、①

在宅でターミナルを迎える患者、②虚弱で医療依存度の高い高齢者、③脳性麻痺や脊髄損傷などの障害者、④神経筋疾患患者の4つに分類できる。それぞれの介護力には特徴があり、それを図で表すと上記ようになる。

※今月の基本の“き”の解説は、11月号「第2回 在宅医療のパラダイム」に掲載しています



【太田秀樹氏連載内容】

- 第1回 在宅医療とは何か?
- 第2回 在宅医療のパラダイム
- 第3回 “在宅は”病院医療より「質が高い」と見えるか①
- 第4回 “在宅は”病院医療より「質が高い」と見えるか②
- 第5回 生活誌としての専門教育を受けた医師の重要性
Vx 1 かわりつが医への要望を聞く
Vx 2 日本の「生活誌」教育事情
- 第6回 在宅医療の立ち上げ方
～チーム医療を行うためのシステムづくり～
- 第7回 在宅医療に必要な社会資源の知識と制度の理解
- 第8回 在宅医療の将来
～日本の医療の健全な発展を目指して～

多職種との連携

谷口 由紀子

目 標

◆大目標

子どもや家族の住み慣れた地域で、子どものライフステージに応じた生活を支える仕組みを構築することができるよう多職種連携の現状、構成要素・連携促進への方策を理解することができる。

◆中目標

1. 連携の基本的概念を理解する。
2. 連携と協働の関係を理解する。
3. 小児在宅における多職種連携の特徴を理解する。
4. 連携の促進・阻害要因のアセスメントの視点を理解する。
5. 多職種連携を促進する方策を知る。

Keyword

連携と協働の関係、大目標の共有、協働における流動的な過程、物差しの共有、看看連携と多職種連携、多職種連携リーダーの役割

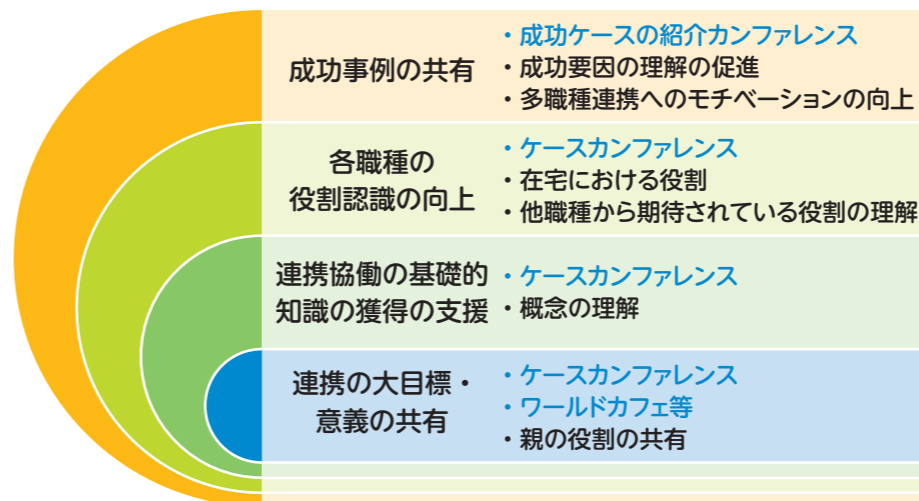
内 容

1. 地域における現状
小児在宅医療連携の経験者が感じる多職種連携の課題。
2. 連携・協働の基本的概念への理解
連携と協働の展開過程と地域の現状。
3. 養育者が抱えるストレスと多職種間での大目標の共有
障害のある子どもを持つ養育者の役割とストレス軽減の意義・必要性。
4. 在宅移行期の多職種連携の過程と構造
退院支援と調整の相違を構造から理解し、対象に応じた多機関、多職種連携の開始時期を理解する。
5. 地域の多職種連携状況のアセスメントの視点と方策
アセスメントは連携環境、組織、専門職、本人家族を対象に行い、課題を明らかにし、各地域の特性を理解・共感する。連携促進のためのアプローチは、環境、組織、専門職、本人家族の順に行うことが有効である。
6. 看看連携の必要性和意義への理解
子どもの状態が安定していることで、各支援者も安心して子どもと家族に関わることができる。そのため、医療機関と訪問看護をはじめとした地域の看護師の連携が多職種連携の核の一つである。

【引用情報】

- 川合尚：家庭の養育力・父親の役割。母子保健情報 54：29-33, 2006.
- 泊祐子，豊永奈緒美：障害児を育てる親の「親となる」意識の発達。岐阜県立看護大学紀要 6(1)：3-10, 2005.
- 川越雅弘：我が国における地域包括ケアシステムの現状と課題。海外社会保障研究 162：4-15, 2008.
- 田益信：高齢者の在宅療養場面に求められる多職種連携の技能。岡山大学大学院社会文化科学研究科紀要 39：169-178, 2015.
- 土田美樹，他：医療処置が必要な患者の退院支援における組織的取り組みと病棟看護職の実践。日本看護研究学会雑誌 36(4)：39-46, 2013.
- 大塚晃：相談支援の現状と課題～多様な相談支援への対応～（平成26年度日本相談支援専門員協会総会）。
nshk09.org/_src/sc518/ohutuka-shiryuu.pptx

1 連携状況に応じた研修会の開催



多職種連携を促進するためには、顔の見える関係の構築のための事例検討会が有効であるといわれている。本研修は、日本国中で、ある程度標準化した小児在宅医療連携を推進するために、開催されている。平成25年から2年間、小児等在宅医療連携拠点事業を全県展開した経験から、顔の見える関係性の構築と同時に、各地域の連携の状況に応じた研修会を段階的に開催することが、有用であることがわかった。なぜなら地域によって、連携協働の状況は全く異なるのが現状である。各地域の実情に応じた研修会を開催しなければ、標準化した多職種連携は進まない。

地域の多職種連携のアセスメント方法は後半で説明するが、まずは連携の大目標や意義、親の役割の共有を目的とした研修会、その後連携協働の知識の獲得、支援、各職種の役割認識向上のための研修を行い、最後に連携・協働が成功し、目標を達成しているケースを用いた多職種連携協働の成功事例を共有できる場の創出を、地域の状態に合わせて開催することが望ましい。なぜこのような研修会を開催しなければならないか、理由について説明する。

2 多職種が感じている連携上の課題

- 目標設定の視点の相違**
医療依存度の高さと状態安定・介護負担の軽減に関心が寄せられ、本人・家族が主体となる生活の視点からの目標となっていない
- 多職種間での連携の目的共有への困難感**
どのような暮らしを実現するための連携なのか連携の目的を共有できていない
- 各専門職で統一された役割認識の不足**
同じ職種間でも、役割に対する認識が異なっている
- 地域生活における子育て関係機関との連携の難しさ**
複数の職種での母親支援虐待のリスクの管理
- 希薄なエンパワメントの視点**
発言力が強い医療職の意見が反映されがちで、エンパワメントの視点が弱くなってしまう

地域で多職種が感じている連携上の課題について、複数の県の多職種連携協働を実践している専門職（看護師・相談支援専門員・特別支援学校教諭・保健師・福祉職・介護福祉士）から聞き取った内容をまとめたものである。

3 小児在宅における多職種連携の特色

1. 複数の特徴の異なる制度を包括した連携体制の構築

◆各関係法令に対する理解の不足

(医療法・障害者総合支援法・児童福祉法・母子保健法)

介護保険のように一つの制度の枠組みがない

各機関、職種の背景となる法令が異なるため、子どもと家族に対する価値観・支援のしぐみに相違があるため、共通言語・価値観が構築されにくい

例：職種で異なる子育て・家族についての価値観

医療者の考える在宅可能な医療依存度

他の職種が可能と考える医療依存度の差異

子どもと家族、教育者がとらえる教育環境の差異

◆養育力の向上への支援に対する考えの相違

専門職内・多職種の中で揺らぐ価値観

「兄弟に対する支援も、行うべき?行わない?」

2. 多職種・多機関での連携

各職種、関わる人物の考え方で異なる役割の認識

複数の主治医の存在

3. 高い医療依存度と個性

◆医療職以外の職種の心理的抵抗感

「医療が必要で、すぐに命に直結する子どもに関わるって怖い」

「私たちが関わってなにか役に立てるのでしょうか?」

「こんなに重症なのに、普通の学校に通っていいのか?」

4. 地域で異なる支援チームの状況

◆必要な職種をチームに取り入れる力

地域資源が限られているため連携する機関、人、しくみが決まっており、対象の個性に応じた連携となりづらい

◆コーディネーター（サービス調整・評価）の不在

各専門職の役割が当該地域の職種の考えで限定されており、生活全般を支援する体制の構築がなされていない

◆チームリーダー（チームビルディングを促進する役割）の不在

課題の認識に相違があり、相違を調整する役割を担うチームリーダーが不在のため、課題が更に深刻化してしまう

5. 統一されない医療機関からの在宅移行

物品提供方法・退院支援、調整業務を担う部署・担当者が各医療機関によって異なる

小児在宅における多職種連携の特色について説明する。子どもと家族には、主に5つの領域(教育・保健・医療・福祉・行政)が関わることになる。そのため、複数の特徴の異なる制度を包括した連携体制の構築が求められると同時に、支援の対象は医療依存度の高い子どもであり、かつ医療職以外にはすぐには理解できない疾患名・病状であることが多い。加えて、主治医が複数存在し、関係機関、職種が多岐にわたっている。背景となる法律、所属機関、立場、役割が異なるということは、子どもと家族の捉え方や子育てに対する考え方、すなわち支援者としての価値観が異なるということである。そのため、互いの価値観を尊重しながら、対象の目標に応じたチームを作る人材が必要となる。

しかし地域の現状は、個々の専門職が単体で支援を行い、チーム自体が存在しない地域や、地域資源が各地域で限られており、本来の目標を達成するためのチームとして役割を果たせていない場合や、連携協働がうまくいかず困難感が高くなり、連携できなくなってしまっている場合もある。また、在宅移行のプロセスや調整会議の開催時期は医療機関によって異なっていることが、現在の小児の多職種連携協働の特色であると考えられる。

4 標準化されたチームづくりが必要

子どもと家族を対象とした多職種連携の特徴を理解し、各地域で標準化されたチームづくりを先導する人材が必要である

標準化されたチームとは

連携・協働の「必要性・意義・基本概念」を理解し、子どもと家族の主体性を引き出し、障害のある子どもと家族が絆を深め、子育てをしながら地域で暮らすことを支援するチーム

小児在宅における多職種連携の現状・特徴から、これから各地域で多職種連携を促進するためには、子どもと家族を対象とした多職種連携の特徴を理解し、各地域で、標準化(複数の要素間で、仕様や構造、形式を同じものに統一すること)されたチームづくりを先導する人材が必要である。ここでいう標準化されたチームとは、まず連携協働の必要性や意義・基本概念を理解し、子どもと家族の主体性(障害を持つ子どもの親としての自己決定の尊重)を引き出し、家族が絆を深め、子育てをしながら地域で暮らすことを支援するチームを指す。子どもや家族、専門職が連携協働の概念を理解することは、連携協働の場面で起こりうることへの心理的な準備につながり、困難な中で糸をつむぐように連携協働を強めていくためには非常に重要なことであると考えられる。

5 連携の基本的概念の整理

援助において、異なった分野、領域、職種に属する複数の援助者(専門職や非専門的な援助者を含む)が、単独では達成できない、共有された目標を達成するために、相互促進的な協力関係を通じて、行為や活動を展開するプロセス

共有化された目的を持つ複数の人および機関(非専門職を含む)が単独では解決できない課題に対して、主体的に協力関係を構築して、目的達成に向けて取り組む相互関係の過程である

出典：吉池毅志、栄セツコ：保健医療福祉領域における「連携」の基本的概念整理—精神保健福祉実践における「連携」に着目して—。桃山学院大学総合研究所紀要 34(3)：109-121, 2009.

連携・協働を促進するためには、先導する人材(連携リーダー)も概念を理解する必要がある。連携の概念のキーワードは単独では達成できない課題・主体的に取り組む協力関係・相互関係の過程であり、素晴らしい成果を保証するプロセスではない。むしろ患者・家族の希望をチームで大切に、実現に向け皆(子どもと家族も含む)で相談し、合意しながら進んでいく過程のことである。

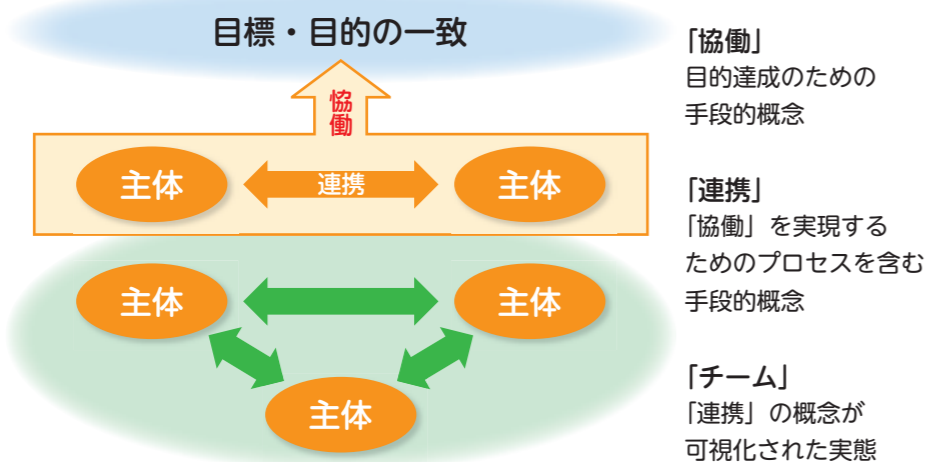
6 協働とは

ケアサービス利用者とその家族が掲げる目標を理解し、その人たちとともに支援し、協力を求め、各専門職や関わる人が持っている知識や技術を提供し、目標達成のためにともに力を合わせることができる方法を探り当てること

出典：ローリィ・N・ゴットリーブ，他：協働的パートナーシップによるケア。エルゼビア・ジャパン，2007。

協働とは、方法を探り当てることとある。困難な事象に対してこそ、協働は力を発揮する。それは一つの職種では解決できない目標に対し、必要な職種、人材に協力を求め、皆で知恵を絞り、どのように役割を分担することが有用であるかを話し合い、皆の合意のもと支援を実行し、再度評価し修正する過程を繰り返すことである。

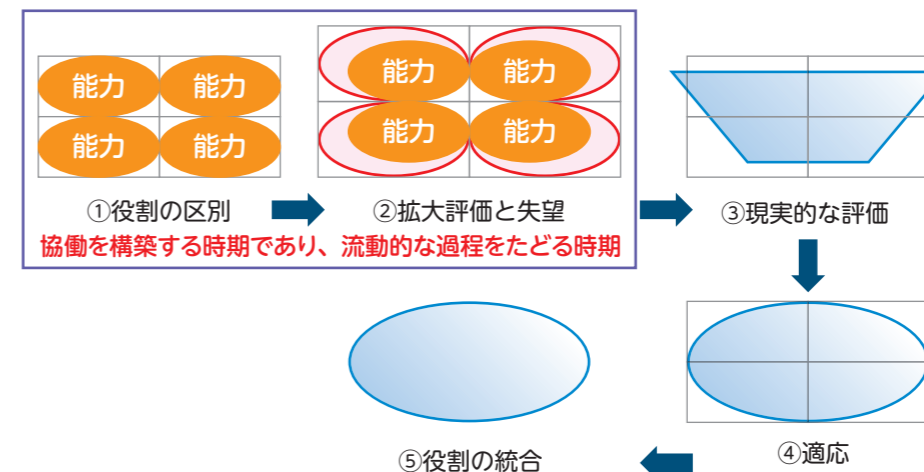
7 「連携」「協働」「チーム」各概念の関係



出典：吉池毅志，栄セツコ：保健医療福祉領域における「連携」の基本的概念整理—精神保健福祉実践における「連携」に着目して—。桃山学院大学総合研究所紀要 34(3)：109-121，2009。

ここで連携と協働、チームの関係を見てみよう。連携は協働を実現するためのプロセスを含んでいる。まず課題解決に必要な専門職・専門機関に声をかけ、連絡を取りチームを構成する。連携で作られたチームで、目標を達成するための活動を協働という。効果的な連携協働を実践するためには、支援の目標・目的の一致をチーム内で行うことが重要である。

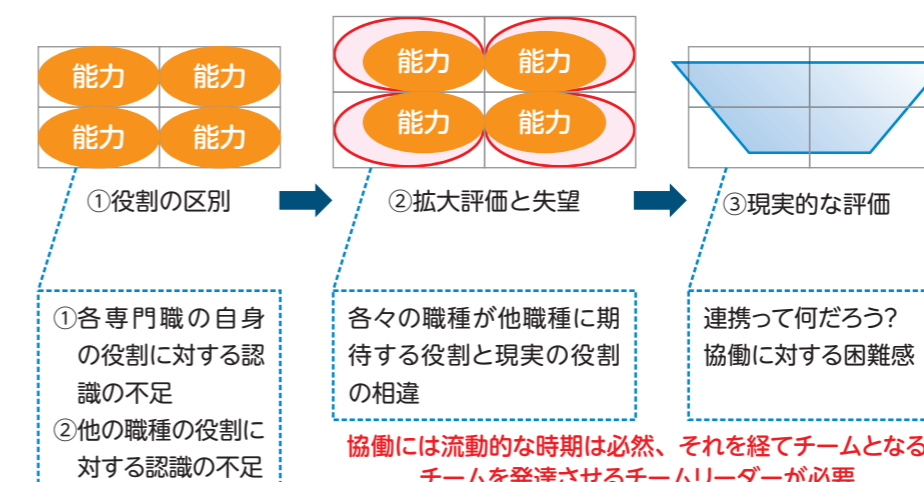
8 連携の核となる協働の展開過程



出典：吉池毅志，栄セツコ：保健医療福祉領域における「連携」の基本的概念整理—精神保健福祉実践における「連携」に着目して—。桃山学院大学総合研究所紀要 34(3)：109-121，2009。（谷口一部改変）

連携で核となる協働の展開過程（引用文献資料を谷口一部改変）において、①～②は協働を構築する時期であるが、専門職間・組織間・家族とチーム間でのコンフリクト（競合、衝突、対立、葛藤、緊張）が生じやすい流動的な時期でもある。現場では、この流動的な時期に耐えることができず、連携や協働をあきらめてしまう場合や、過大評価と失望を繰り返し、次のステップに進めていないチームが多く存在する。しかし、コンフリクトは必然であり、それを経てチームは構成されていく。協働とは、道なき道を模索し、チームで道を切り開く作業であるともいえる。多職種連携を促進する際は、子どもと家族を含む全ての関わる人々が協働の展開過程、コンフリクトの必然性を理解し、実践することが望ましい。

9 地域でよく出会う流動的な過程



出典：吉池毅志，栄セツコ：保健医療福祉領域における「連携」の基本的概念整理—精神保健福祉実践における「連携」に着目して—。桃山学院大学総合研究所紀要 34(3)：109-121，2009。

地域でよく出会う流動的な過程における問題は、目標達成のために自分が専門職として果たせる役割に対する認識が不足していたり、他の職種に対し過剰な役割を要求し、負担を強いる場面がまず①役割の区別の段階で見られる。例えば、入浴介助・お散歩はヘルパーが行うべきか訪問看護師の役割か、それは状態に応じて役割を担う職種が変化するのが現場であるが、どちらが担うべきであるかを各職種が言葉としてチームに伝えられなかったり、ヘルパーや保健師等の法令上の役割に対する認識が不足し、過度な役割を期待する場面がそれである。

②過大評価と失望の段階では、「自分たちはこれしかできません」と専門職としての役割を自身で限定し、目標達成のための協働とならない場合に、「もっといろいろな役割を担ってもらえると思っていたのに、がっかりした」といった言動が聞かれる場合がある。

こういった流動的な時期は必然である。チームメンバーは予め、流動的な過程が存在することを理解し、多職種間での対話を行いながら、協働することがコンフリクトの減少につながることを筆者は経験から知っている。コンフリクトが生じた場合こそ、チームメンバーの考えを肯定的に聴き入れ、互いの違いを認識した上でどのように目標を達成する役割を分担するかをチームで再考することが望ましい。また、この流動的な過程を乗り越え、チームを発達させるためにはチームリーダーが必要である。

10 多職種連携に必要なサービスやマネジメントの目指す目標の設定

よく地域で、「家族の負担軽減のための連携・協働」という言葉
を耳にする。負担軽減は目的?それとも方策?

介護保険でも、多職種連携の際の目標の設定に困難が生じ、
その後「生活機能の維持・向上」と設定された

障害のある子どもと家族への支援は「**それぞれの持つ力を発
揮し、子育て・生活を自分たちで営むことができるよう、多職
種が連携協働する**」子どもの権利の擁護・親として役割を果
たすための負担の軽減

連携・協働は、目標達成のためのものである。よく地域で家族の負担軽減のための連携・協働という言葉が耳に入るが、負担軽減は目標というより何かを実現するための方策ではないだろうか。介護保険が開始された頃、介護負担の軽減が多職種連携の目標のように捉えられていたが、本人の生活機能の維持・向上を制度上の大目標とし、大目標を達成するための目標を本人・家族と多職種間で設定し、連携・協働を行うと位置付けられた。障害のある子どもと家族への支援の目標は、「それぞれが持つ力を発揮し、子育て・生活を自分たちで営むことができるよう、多職種が連携協働を通じて支援する」ではないだろうか? 負担軽減は何のためのものであるかを、共有することが目標設定以前に重要である。

このプロセスを研修で関係職種と一緒に丁寧に学ぶ機会を設けることで、現在多職種が感じている課題は一つ解決できる。

11 より良き多職種連携を目指し、多職種間での大目標の共有の推進

**医療的ケアのある子どもが安心安全に、地域の子どものように暮
らせるよう、医療的ケアをはじめとする、通常の子育てとは異
なる負担を軽減し、養育者が親としての役割を遂行し、子ども
の権利を擁護**できるよう支援するために連携する

親としての役割とは

1. 生活全般を支える役割
2. 疾病の管理
3. 成長と発達を促す役割
4. 愛情を注ぐ役割
5. 子どもと一緒に子どもに有益なことを意思決定する

出典：小林倫代：障害乳幼児を養育している保護者を理解するための視点。国立特別支援教育総合研究所研究紀要
35：75-88, 2008.

連携協働では親と専門職がチームとなり役割を遂行することが原則となる。親の役割は5つに大別されている。地域で時々親がチームの一員となっておらず、専門職のみで構成されていることがあるが、親の参加は原則である。各地域で標準的なチームを作るためには、チーム内で親が果たす役割をメンバー内で共有し、何のための連携であるべきか、大目標を統一することが求められる。

12 養育者が抱えるストレス

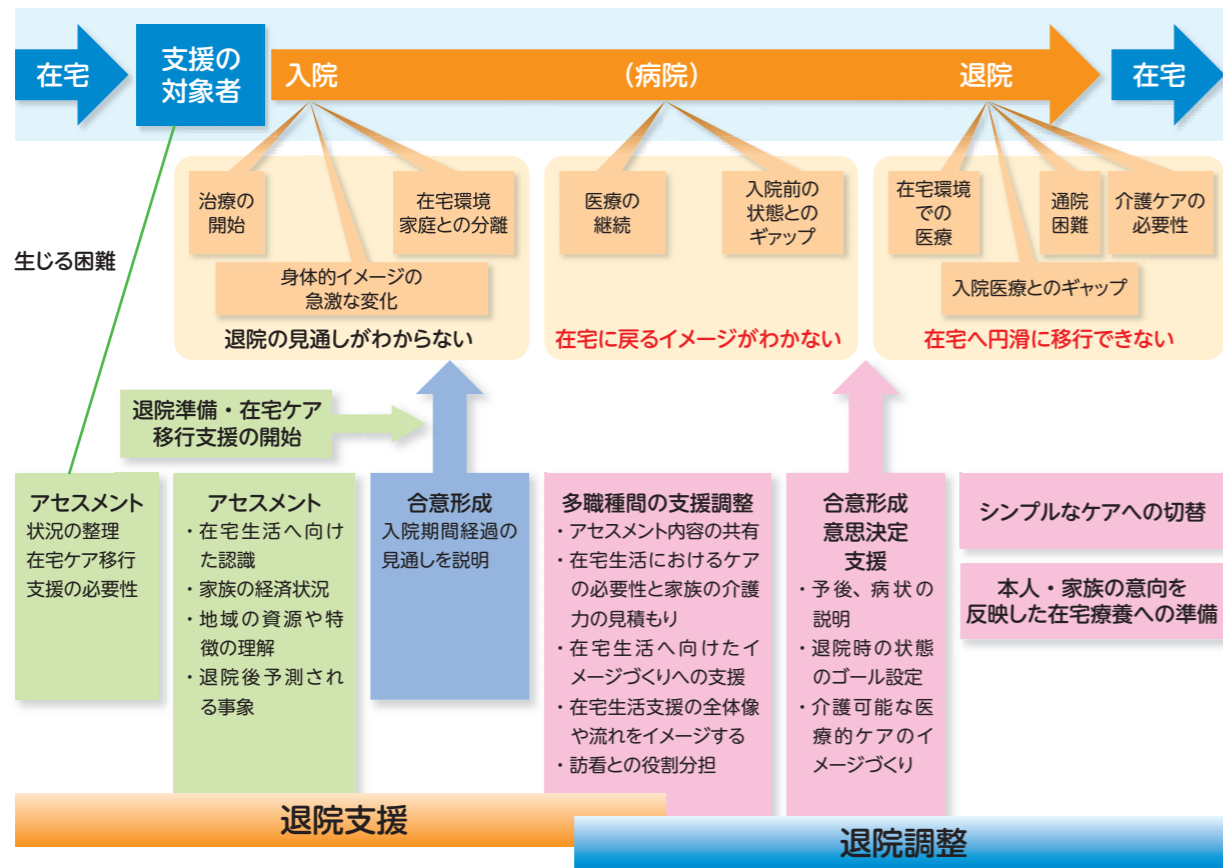
1. 一般的な子育てのストレスに加え、障害の受け入れ、子どもの状態の不安定さ、周囲からの理解の得られなさ、特別な支援を受けることへの抵抗感
2. 配偶者との関係性
3. 家族内の連帯感や家族との絆
4. 父親の就労状況と職場環境
5. 経済状況
6. 近隣地域との関係

出典：小林倫代：障害乳幼児を養育している保護者を理解するための視点。国立特別支援教育総合研究所研究紀要
35：75-88, 2008.

連携の対象となる子どもと家族の多くは、多大なストレスにより養育力すなわち親としての役割遂行能力が低下している場合が多い。親としての力を高めるためには、まず養育者が抱えやすいストレスを一つの物差しを活用し多職種でアセスメントし、支援の方向性を共有する作業を協働過程の最初に行うと効果的である。この際、スライドのように、養育者が抱えるストレスの要因をもとに対象となる養育者を多職種で捉えていく。

これは価値観の異なる職種が一つの物差しを活用して、多職種間で対象を同じ視点・価値観を共有することにつながるため有効である。

13 在宅移行期の多職種連携過程と構造



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

事業専任者として、多くの退院調整のコンサルテーションを実施し、現在もリハビリセンターでの退院支援調整のコンサルテーションを行っているが、最近では在宅移行期からの連携の必要性が認識されており、退院前から連携を開始する医療機関が増えている。しかし、連携開始時期は医療機関・対象の状況によっても異なるのが現状である。

一般的に在宅移行期は、退院支援と調整が必要といわれている。退院支援とは患者が自分の病気や障害を理解し、退院後も継続が必要な医療や看護を受けながらどこで療養するのか、どのような生活を送るのかを自己決定するための支援といわれ、退院調整とは患者の自己決定を実現するために、患者・家族の意向を踏まえて環境・ヒト・モノを社会保障制度や社会資源につなぐ等のマネジメントの過程と定義されている*。

スライドは、小児在宅移行期のどの時点から多職種連携を開始すべきか、連携に際し、どのような項目を医療機関と協働すべきかについて示している（赤の矢印、赤の□で囲まれた箇所）。本来であれば退院支援の段階から介入することが望ましいが、コストの関係や医療機関・地域の考え方で地域の多職種の介入時期が異なるのが現状である。

*池端幸彦：『かかりつけ医の在宅医療』～超高齢社会 私たちのミッション～ 退院支援・調整。
http://dl.med.or.jp/dl-med/jma/nichii/zaitaku/zleader01/zleader01_1-7.pdf

14 連携の構成要素と連携リーダーの役割

1. 連携の成果・改善点の共有
2. 目的の一致
3. 複数の主体と役割
4. 役割と責任の相互確認
5. 情報共有
(課題と課題解決策の共有)
6. 連続的な協力関係過程
7. 対象となる子どもの在宅療養・多職種連携の意義・必要性の共有
8. 関わる人の主観にとられない子育て・家族の概念の共有

連携促進のためには
1.7.8を支援する連携リーダーが必要!

小児在宅における連携構築のためには、物差しを活用した多職種の価値観の共有が必須
 物差しとは：価値・程度を判断する基準を指す

スライドの連携の構成要素（2～6）を実践できるチームを作るため、各地域の連携協働をファシリテーションする連携リーダーが必要である。ファシリテーション（Facilitation）とは会議、ミーティングなどの場で、発言や参加を促したり、話の流れを整理したり、参加者の認識の一致を確認したりする行為で介入し、合意形成や相互理解をサポートすることにより、組織や参加者の活性化、協働を促進させるリーダーの持つ能力の一つとされる（ウィキペディアより引用）。ファシリテータの役割は、連携体制の構築時にスライドの5、6を各地域で行い、多職種間の価値観を共有することである。また、チーム力を向上させるためには顔の見える関係性構築だけでなく、チームの実践の振り返り、いわゆる成功体験の共有が有効である。

15 地域での連携を推進するために

連携推進のためのアセスメントが必要

◆アプローチの対象

1. 本人・家族
2. 専門職
3. 組織レベル
4. 環境レベル

↑
アプローチの順序

◆本人・家族のアセスメントの視点

促進要因	阻害要因
<ul style="list-style-type: none"> ・主体的な参加 ・援助過程に関する知識と役割の明確化 	<ul style="list-style-type: none"> ・本人、家族の不在 ・援助過程に関する知識の欠如

出典：栄セツコ：「連携」の関連要因に関する一考察—精神障害者退院促進支援事業をもとに—。桃山学院大学総合研究所紀要 35(3)：53-74, 2010.

介護保険とは異なり、各地域によって連携体制は全く異なるのが小児在宅の大きな特徴である。そのため地域での多職種連携を促進するためには、連携リーダーが各地域の現状をアセスメントすることが必要である。地域で連携を促進する場合の対象は1～4である。そのため、アセスメント対象も1～4に対し行う。

アセスメントを行う順序はあまり重要ではないが、アプローチを行う際は、まず多職種連携の環境を整え、各組織、専門職、本人・家族の順番に行う方が有用である。なぜなら、組織の連携を促進するためには環境が整備されていることが前提であり、専門職が連携協働を現場で実践するためには組織内での体制が整備されていることが前提となる。

本人と家族に安心してチームに参加してもらうためには、先に4から2を整備し、本人家族を巻き込むことが有用である。本人・家族の連携状況は、本人家族が主体的に連携協働に参加する意向を持っているか、また、連携協働過程を理解し、チームのどの職種がどのような役割を担ってくれるかを理解しているかをアセスメントする。おおよそ多職種連携協働に課題がある場合は、阻害要因を家族が有している場合が多い。

16 連携協働の促進要因と阻害要因

専門職

促進要因	阻害要因
<p>(個人)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・卒業後の職業関連専門職の学習経験 ・勤務経歴 ・卒業後の連携学習時間 ・独自性 <p>(对客户・家族関係)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・クライアントの自己決定の尊重 ・クライアントの担当数 <p>(他職種との協働)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・互いの職務の専門性の理解 ・信頼関係に基づく相互尊重 ・同等の時間の投資 ・指導的立場の譲り合い ・問題の予測能力 	<p>(对客户・家族関係)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・クライアントの主体性と自己決定の無視 <p>(他職種との協働)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・互いの専門性に関する知識の欠如 ・役割の曖昧さ 縄張り争い ・価値観、理念、方法論の対立 ・信頼、コミュニケーション、意欲の欠如 ・不均等な理から関係の違い ・事前の準備不足

組織レベル

促進要因	阻害要因
<ul style="list-style-type: none"> ・協働を促す職場の構造や理念 ・管理者の協働に対する理解・支援 ・協働作業に対する時間、支出、労力の投資 ・情報共有 ・業務協力 ・関係職種の交流 ・連携業務の処理と管理 	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス供給に関する硬直した管理体制 ・職能団体の硬直した規則 ・クライアントに対する説明責任の欠如

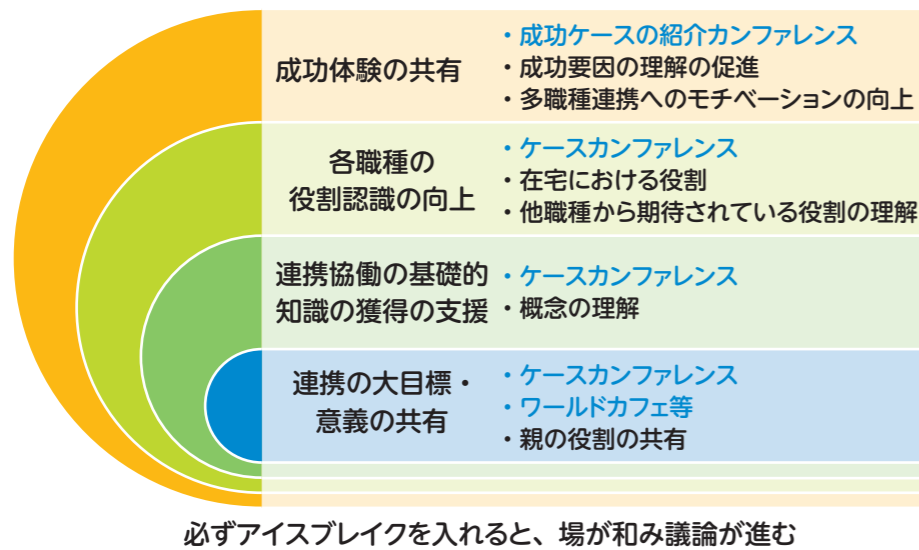
環境レベル

促進要因	阻害要因
<ul style="list-style-type: none"> ・アクセスしやすい治療・援助の場の提供 ・協働を促進する諸政策・社会状況 	<ul style="list-style-type: none"> ・縦割り行政 ・診療報酬制度

出典：栄セツコ：「連携」の関連要因に関する一考察—精神障害者退院促進支援事業をもとに—。桃山学院大学総合研究所紀要 35(3)：53-74, 2010.

子どもと家族を取り巻く連携協働の現状について専門職・組織、環境という枠組みで捉え、促進・阻害因子の視点で情報を整理し、阻害因子を有している場合は課題と認識し、促進因子はアセスメントの対象の持つ強みとして捉えることができる。アセスメント結果を支援対象となる地域の関係者と、共有することがリーダーには必要である。この際、まずは対象の持つ強みを伝え、課題を共有し、解決策を当該地域の関係者と検討し、実施することが有効である。

17 連携状況に応じた事例検討会の開催



これまで見てきたように、おおよその課題の根底は、スライドの連携の大目標の意義の共有や各専門職の役割認識、連携・協働の基礎的知識の獲得への支援が潜んでいると考える。すなわち多職種連携の推進のためには、多職種連携の必要性や意義といった大目標をもとに共有する場と連携協働の基礎的知識の付与がまずは必要である。必要性や意義を共有するための方策としてはシンポジウムの開催やワールドカフェ（人々がカフェにある空間のようなオープンで創造性に富んだ会話ができる場とプロセスを用意することで、組織やコミュニティの文化や状況の共有や新しい知識の生成を行うファシリテーションプロセス）が有効である。また異なる職種間での研修となるため、先ずリラックスして研修に参加できるようにアイスブレイクを活用することで場が和み、活発な意見交換が可能であった。

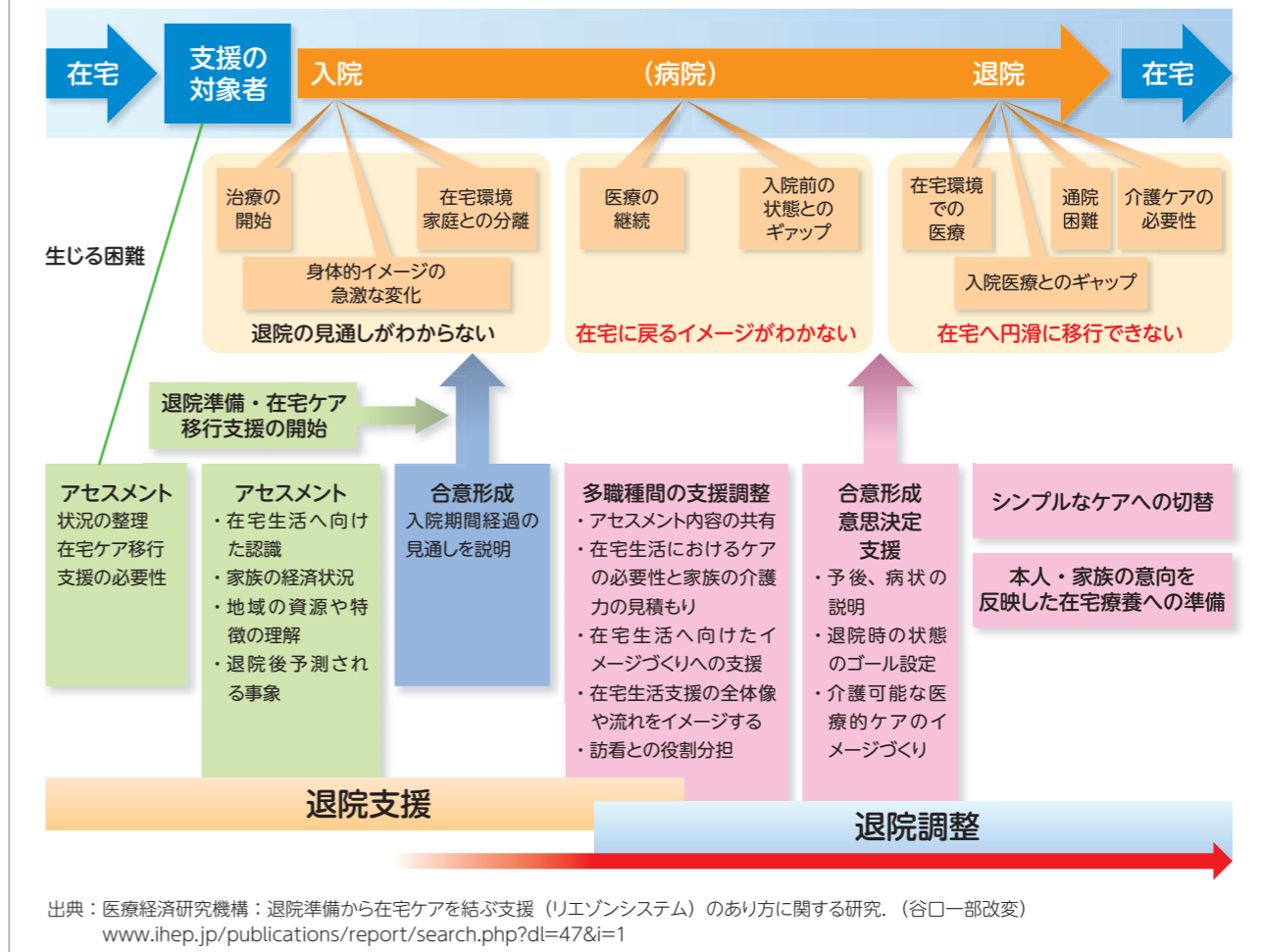
18 アイスブレイクとは

初対面の人同士が出会う時、その緊張をときほぐすための手法。集まった人を和ませ、コミュニケーションをとりやすい雰囲気を作り、そこに集まった目的の達成に積極的に関わってもらえるよう働きかける技術を指す

例：宝くじで百万円当たったら、どうしますか？
自由に自分の考えをグループ内で話してくださいと必ず、ファシリテータもアイデアを披露する

知らない者同士が一堂に会する場では、場を和ませ参加者の主体性を引き出すことを目的としてアイスブレイクという手法を用いると非常に効果的である。

19 状態安定・多職種の安心感の確保のための在宅移行期の看看連携過程の共有への支援



最後に連携リーダーは、多職種の連携を進める事業を推進すると同時に、看看連携を促進するとよりよい多職種連携となることを演者は経験から知っている。なぜなら、子どもと家族が安心して地域で暮らすためには子どもの状態安定が必然である。子どもの状態安定は養育者・家族・多職種の心理的安定につながる。医師の介入はもとより、在宅移行期から自宅での状態安定に向けた看看連携を促進することで、多職種連携の促進につながる。赤い矢印が看看連携の望ましい開始時期と考える。

小児在宅医療における診療報酬

大山 昇一

目標 診療報酬制度を理解することは、持続可能な小児在宅医療を構築するために必要であることを理解する。

1. 在宅医療における基本的な診療報酬の算定方法を説明できる。
2. 在宅療養指導管理料、在宅患者訪問診療料の算定方法を説明できる。
3. 在宅医療にかかわる医療機関の診療報酬上の連携について説明できる。

Keyword 在宅患者訪問診療料、在宅療養指導管理料、在宅療養指導管理材料加算、退院時共同指導料、在宅療養後方支援病院

内容 <総論> 在宅医療の診療報酬

1. 在宅医療における基本的な診療報酬
2. 在宅医療における診療報酬の種類
3. 平成26年診療報酬改定に示された小児在宅医療の改革

<各論> 提供される医療からみた小児在宅医療

1. 三次病院と診療所が連携する場合
2. 在宅療養後方支援病院と診療所が連携する場合

【引用情報】

- 永井康徳：たんぽぽ先生の在宅報酬算定マニュアル。日経BP社、2015。
- 社会保険研究所：診療報酬点数表。社会保険研究所、2014。
- 大阪小児科医会：小児在宅医療診療報酬の手引き 第3版。2014。
- 大山昇一：平成26年診療報酬改定と小児在宅医療。日本在宅医学会雑誌 16(2)：254-264, 2015。

1 <総論> 在宅医療における基本的な診療報酬

【在宅患者診療・指導料】

- C001 在宅患者訪問診療料
乳幼児または幼児加算
- C006 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料
- C007 訪問看護指示料
- C011 在宅患者緊急時等
カンファレンス料

【在宅療養指導管理料】

表1のうちいずれか一つ
重複しなければ従たる医療機関でも算定可能

【在宅療養指導管理材料加算】

要件を満たせば2以上を算定可能

【薬剤料】

- C200 薬剤料

【特定保険医療材料】

- C300 特定保険医療材料

在宅医療の診療報酬の算定は、A基本診療料、B医学管理料、C在宅医療の項目で主に構成されている。そのうち在宅訪問については、C在宅医療を主として使うことになる。表に示したように、在宅患者診療・指導料、在宅療養指導管理料、在宅療養指導管理材料加算、薬剤料、特定保険医療材料の5項目の合算で請求することが基本である。在宅療養指導管理料および在宅療養指導管理材料加算については、後述の表1および表2をご参照いただきたい。

なお、3歳未満でB001-2小児科外来診療料を採用している施設でも、在宅医療を行う患者については出来高算定を選択することができる。

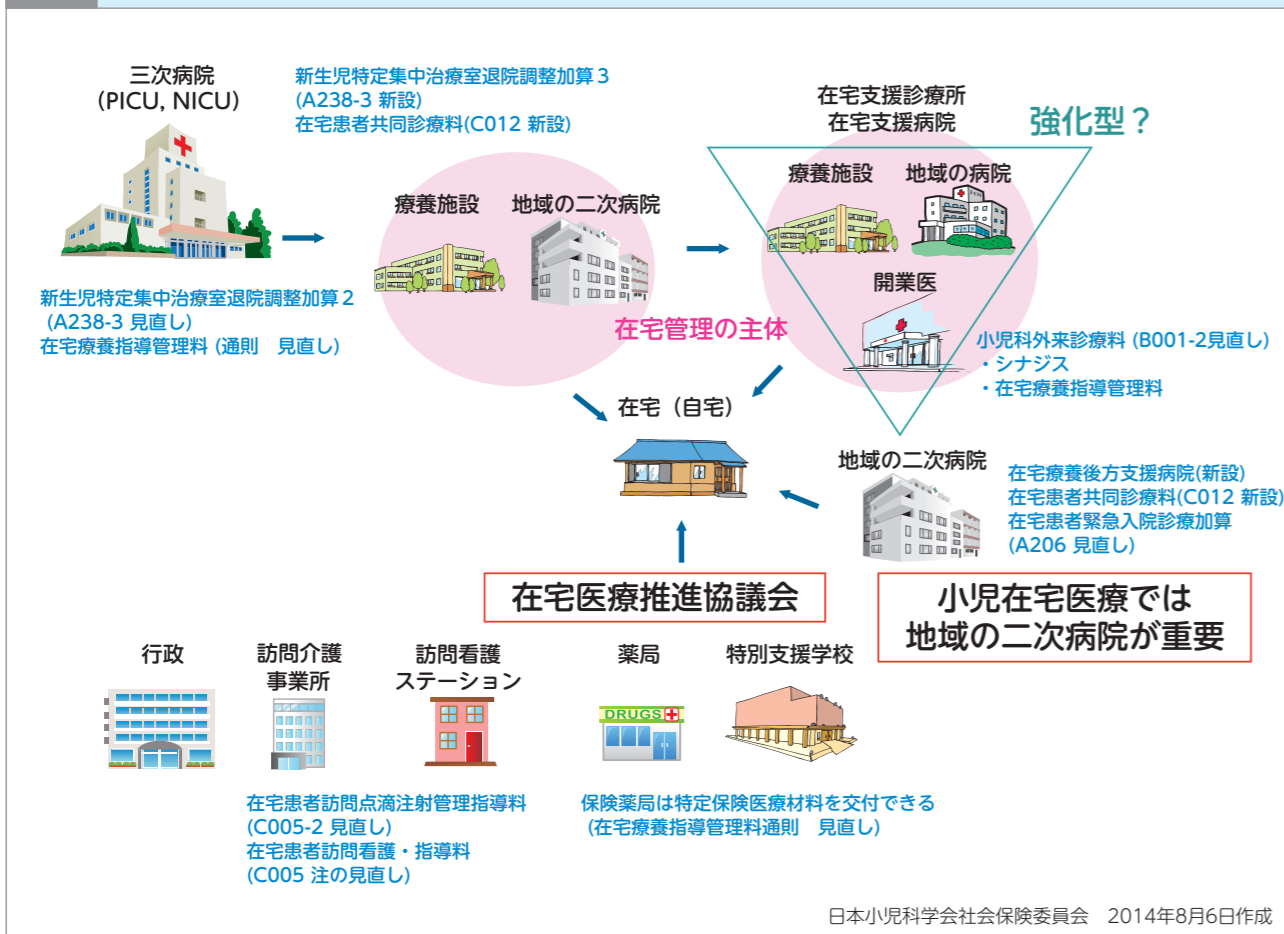
2 在宅医療における診療報酬の種類

- C000 往診料
- C001 在宅患者訪問診療料
- C002 在宅時医学総合管理料
- C003 在宅がん医療総合診療料

(在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院については講習の対象としない)

C000往診料およびC001在宅患者訪問診療料は、厳しい算定要件がなく一般の診療所で算定可能である。C002在宅時医学管理料は、在宅医療支援診療所や在宅医療支援病院が算定するもので、算定要件が厳しく、今回の講習の対象とはしない。また、C003在宅がん医療総合診療料はその内容から今回の講習の対象とはしない。

3 平成26年度診療報酬改定に示された小児在宅医療の改革

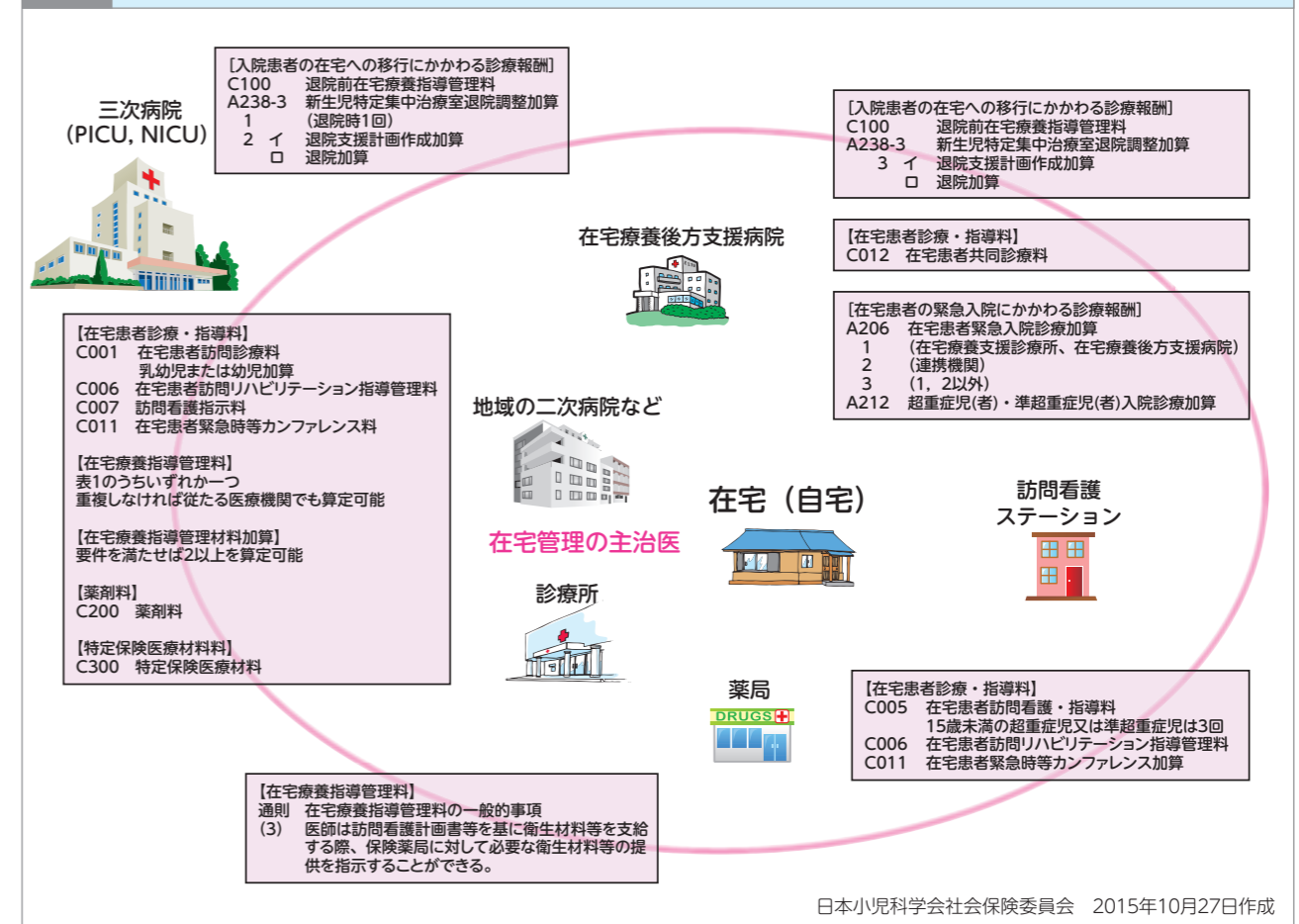


平成26年度診療報酬改定で示された小児在宅医療の構築を説明する。小児で最も在宅医療に移行することの多い新生児患者について、患者の動きに合わせて左上の三次病院から説明していく。

急性期に三次病院での治療を受けた後、症状の固定化により在宅医療を選択することになった場合、まず地域の二次病院に転院させる。二次病院では在宅医療開始のための準備や調整を行い、在宅医療に移行することになる。その際、調整を行った二次病院がそのまま在宅医療の主治医として継続的に訪問を行う方法もあるが、地域に協力を得られる診療所などがある場合には、その診療所に主治医を移すことも考えられる。もし、診療所に主治医を移した場合には、もとの在宅移行調整を行った二次病院は在宅療養後方支援病院となり、副の主治医として機能し続けることになる。

小児の在宅医療の診療報酬は成人のものと同じ仕組みを用いているため、将来のトランジションの際にも抵抗なく地域の在宅医療のシステムの中に入って行くことが可能である。平成26年診療報酬改定により、ほぼ基本的な枠組みは完成していると考えられる。

4 〈各論〉 提供される医療からみた小児在宅医療



この図には小児在宅医療に係る医療機関を示し、それぞれの医療機関が算定できる項目を列挙してある。三次病院は、在宅移行の準備に係る診療報酬を算定することができる。在宅療養後方支援病院は、同じく在宅移行の準備に係る診療報酬、診療所との共同訪問を行う場合の診療報酬、緊急入院に係る診療報酬などが算定できる。在宅医療の主治医となる診療所(場合により二次病院)は総論で示したような在宅医療の継続・維持に係る診療報酬などを算定できる。薬局は、診療所などで準備することの困難な在宅医療に必要な消耗品などを主治医の指示のもとに提供することが可能である(費用は主治医が負担)。参考までに訪問看護ステーションについても示しておく。

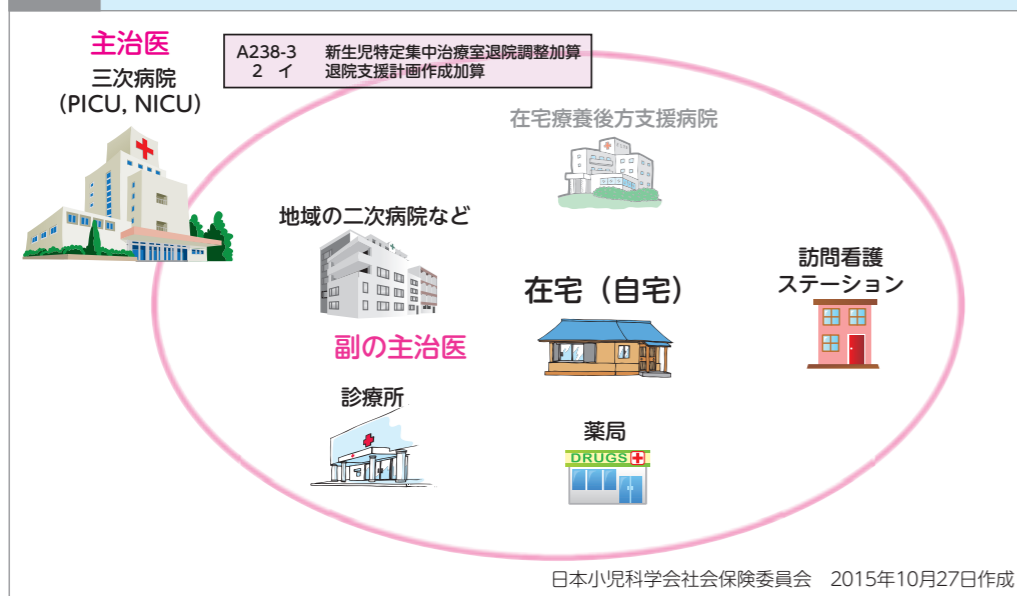
この後に、現在、最も一般的な在宅移行として行われている三次病院が主治医のまま直接在宅医療に移行し、診療所が往診のみを担当する場合の診療報酬の算定方法(図Aシリーズで示す)、次に在宅療養後方支援病院にはじめに転院し、そののち診療所が主治医として在宅医療を行った場合の診療報酬の算定方法(図Bシリーズで示す)について説明する。

5 図A-1 三次病院と診療所が連携する場合



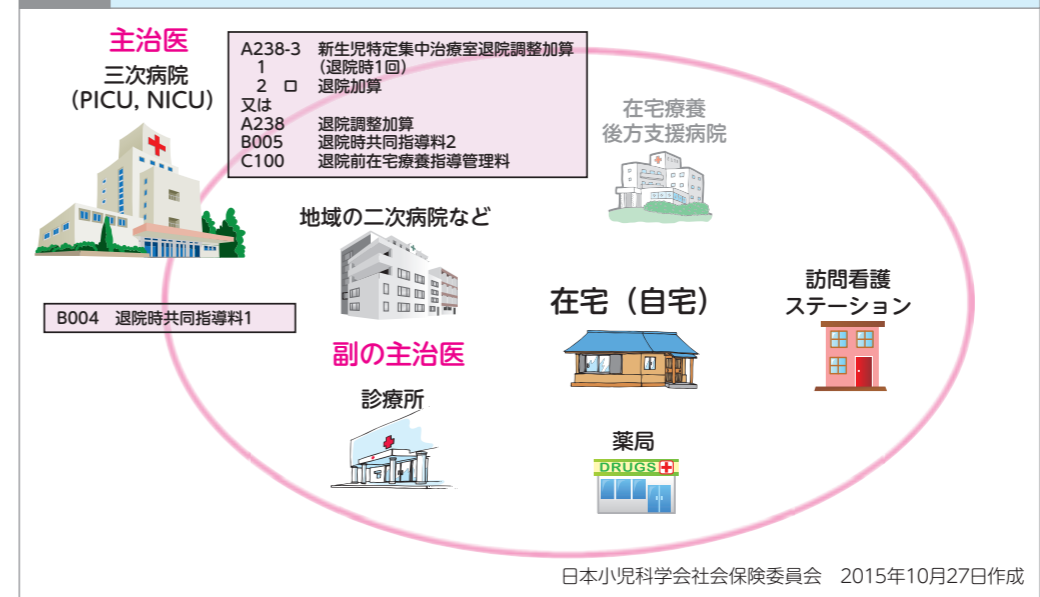
図A-1から図A-6までで、三次病院が主治医のまま直接在宅医療に移行し、診療所が往診のみを担当する場合の診療報酬の算定方法について説明する。主治医は三次病院で、診療所は副主治医となる。

6 図A-2 緊急入院・急性期治療（三次病院）



三次病院に新生児が入院となり、将来在宅医療に移行せざるを得ない病状が疑われた時点で、家族への病状説明と在宅移行への準備が始まる。入院後1週間以内にこのような対応が行われた場合、A238-3新生児特定集中治療室退院調整加算2のイ退院支援計画作成加算が入院中に算定できる（入院後早期の退院調整を行っていない場合には、退院時にのみA238-3新生児特定集中治療室退院調整加算1を算定することになる）。

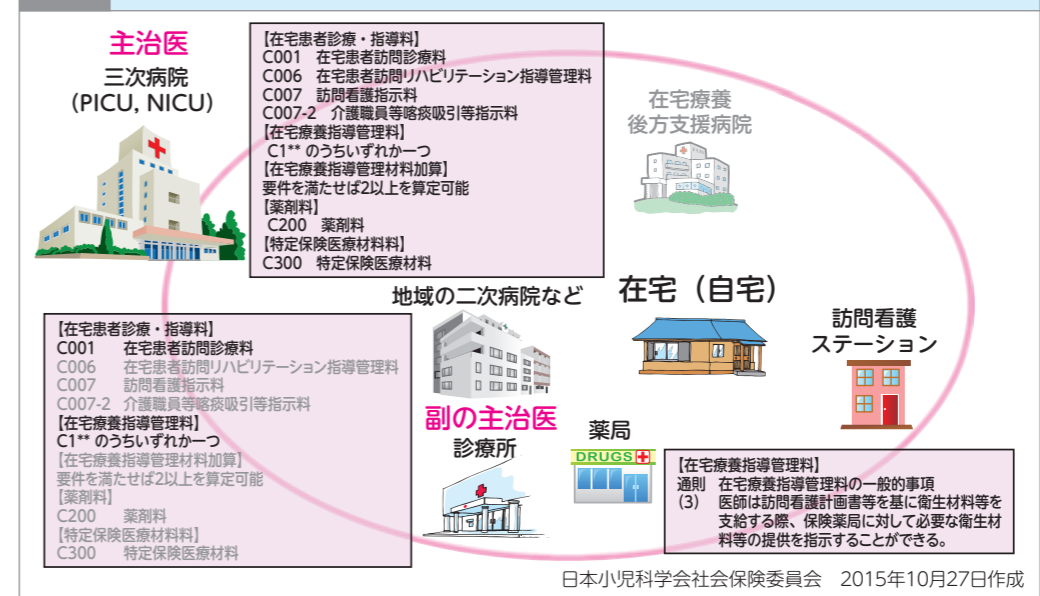
7 図A-3 在宅医療への移行調整（三次病院+診療所）



その後、退院支援計画に基づいて家族への指導が行われることになる。退院が近づくと、地域での受け皿となる診療所や訪問看護ステーションなどのスタッフとともに合同カンファレンスを開催して在宅医療の詳細について調整が行われる。その際には、三次病院側ではB005退院時共同指導料2、診療所側ではB004退院時共同指導料1を算定することができる。この退院前カンファレンスは在宅医療を円滑に行うために最も重要なカンファレンスとなる。

また、退院前の試験外泊を行った場合にはC100退院前在宅療養指導管理料が算定できる。こうして在宅医療に移行して退院する際にはA238-3新生児特定集中治療室退院調整加算2の□退院加算が算定できる（入院後早期に退院調整を行っている場合）。

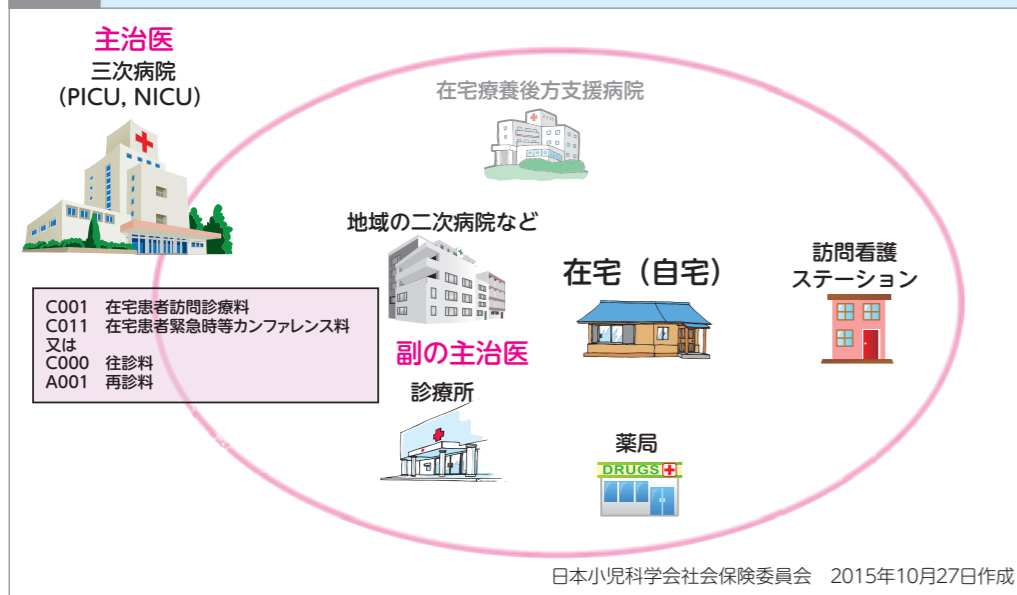
8 図A-4 在宅医療の維持（三次病院+診療所）



在宅医療が始まると、主治医である三次病院は総論で示した5項目の合算を毎月算定することになる。在宅医療に必要な器材、消耗品も含めてこの中から提供することになる。一方、主治医施設と副主治医である診療所は定期的な訪問診療に対しC001在宅患者訪問診療料を週3回まで算定することができる。さらに、複数の在宅療養指導管理料が算定可能な患者の場合であれば、主治医施設が算定していない在宅療養指導管理料を一つ算定することができる（重複して算定できない管理料は表2-補遺を参照）。

在宅医療に必要な消耗品（人工呼吸器の回路、経管栄養の回路、吸引チューブなど）は自宅近くの保険薬局に指示してそちらから提供してもらうことも可能である（その際材料費は主治医施設が管理料の中から負担）。

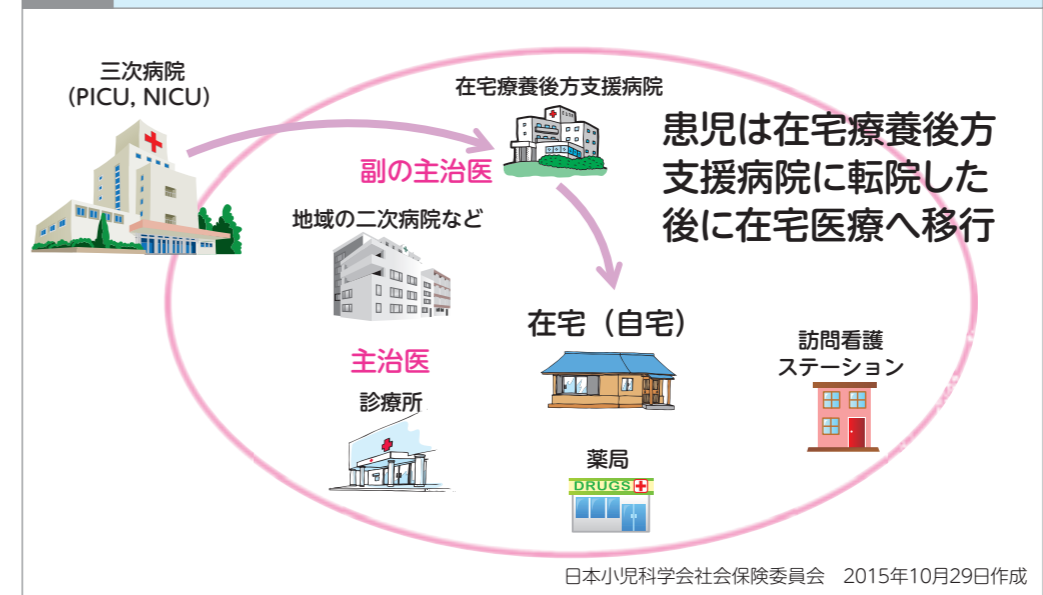
9 図A-5 在宅医療中の病状急変（診療所）



小児の在宅医療において病状の急変はしばしば経験される。この場合、患者に近い診療所の医師が赴くことになるが、在宅医療では訪問と往診を厳密に区別している。訪問は医療者側から事前に予定を決めて患者に赴く場合、往診は患者からの求めに応じて患者に赴く場合をいう。

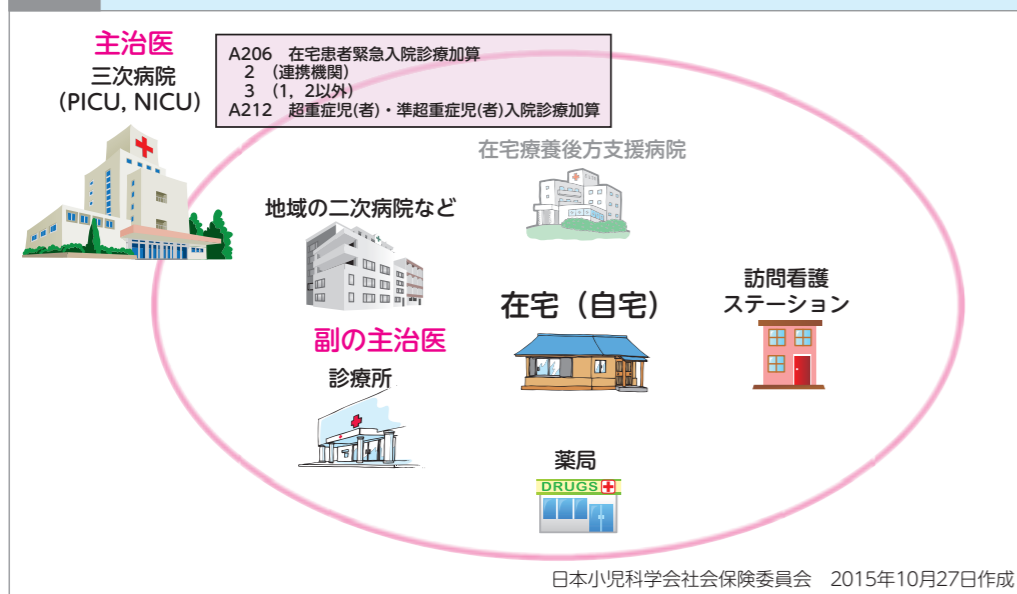
病状の思わしくないときに、あらかじめ、訪問予定を立てて赴いた場合には、C001在宅患者訪問診療料を算定することができる。さらに訪問看護ステーションのスタッフなどと示し合わせて同時に訪問し、病状などにつきカンファレンスを行った場合には、C011在宅患者緊急時等カンファレンス料を算定することができる。訪問予定がなく患者からの求めに応じて患者に赴いた場合には、C000往診料とA001再診料などを算定することになる。

11 図B-1 在宅療養後方支援病院と診療所が連携する場合



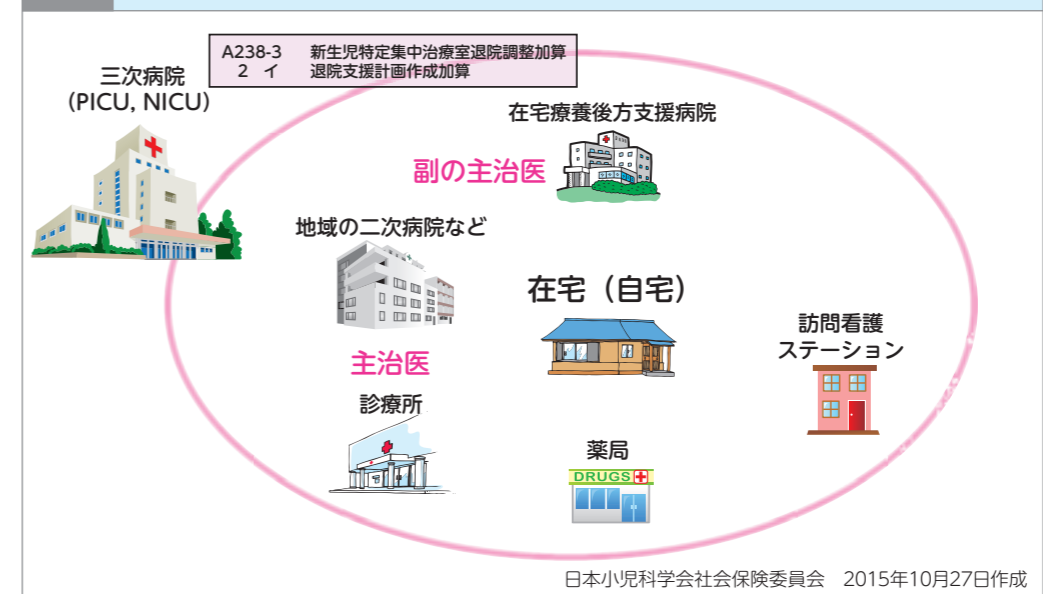
図B-1から図B-6までで、三次病院から在宅医療の調整のために地域の二次病院（在宅療養後方支援病院）に患者が転院し、その後に診療所が主治医となる場合の診療報酬の算定方法について説明する。主治医は診療所で、地域の二次病院（在宅療養後方支援病院）は副主治医となる。

10 図A-6 在宅医療中の緊急入院（三次病院）



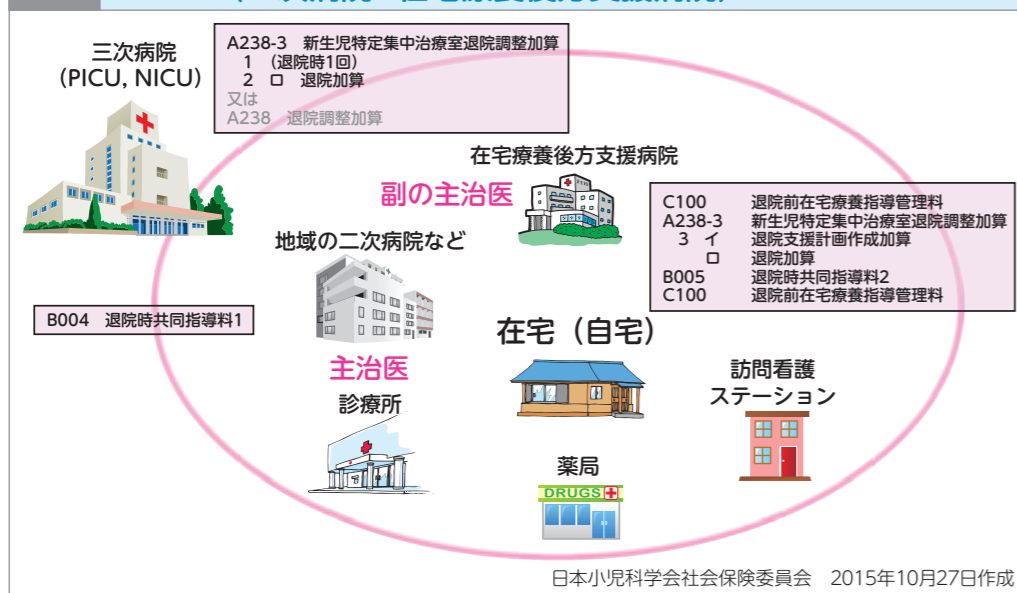
在宅医療中の緊急入院の受け皿は、主治医である三次病院となる。三次病院ではA206在宅患者緊急入院診療加算やA212超重症児（者）・準超重症児（者）入院診療加算を算定して受け入れることになる。なお、事前に患者との間で文書により受入を示している場合には、A206在宅患者緊急入院診療加算2を、そうでない場合にはA206在宅患者緊急入院診療加算3を算定する。

12 図B-2 緊急入院・急性期治療（三次病院）



三次病院に新生児が入院となり、将来在宅医療に移行せざるを得ないため家族への病状説明と在宅移行への準備が始められる過程、診療報酬の算定は図A-1と同様である。

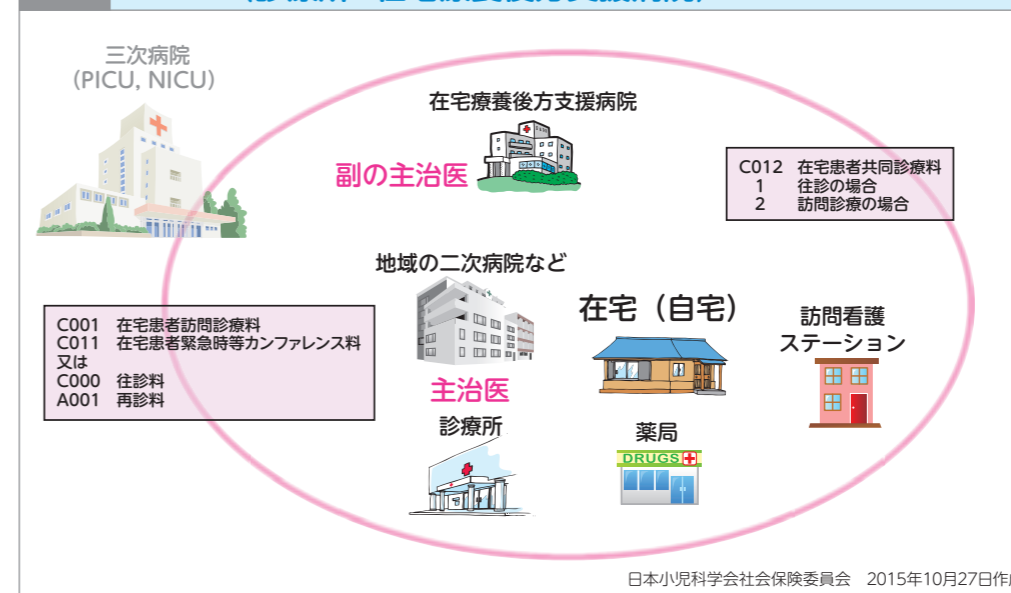
13 図B-3 在宅医療への移行調整 (三次病院+在宅療養後方支援病院)



図Aシリーズと大きく異なる点は、地域の二次病院（のちに在宅療養後方支援病院となる）において具体的な在宅医療への準備を行うことである。在宅小児を支える地域の資源（訪問看護ステーション、障害者総合支援法に基づく介護事業所、行政の取り組みなど）には極めて大きなばらつきがあり、地元でしか調整できないことが一般的であるため、患者の居住地近くでの調整が有利である。

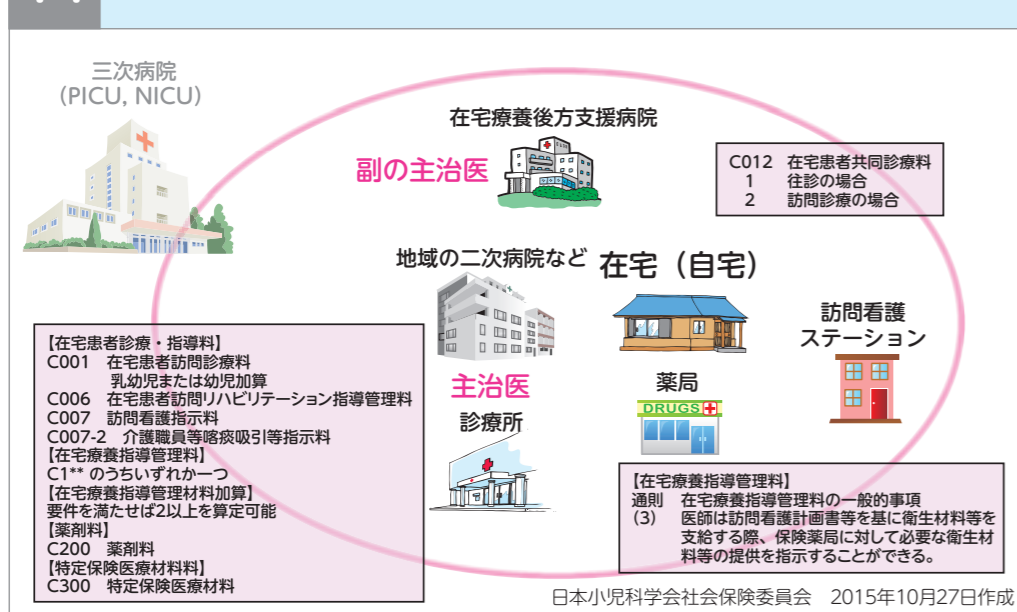
地域の二次病院はA238-3新生児特定集中治療室退院調整加算3を算定することになる。その他のカンファレンス等の加算は図A-3と同様である。地域のさまざまな資源を有効に活用するためには、退院前のカンファレンスをもっとも重要である。

15 図B-5 在宅医療中の病状急変 (診療所+在宅療養後方支援病院)



患者の病状の急変時には在宅療養後方支援病院も参加することができる。

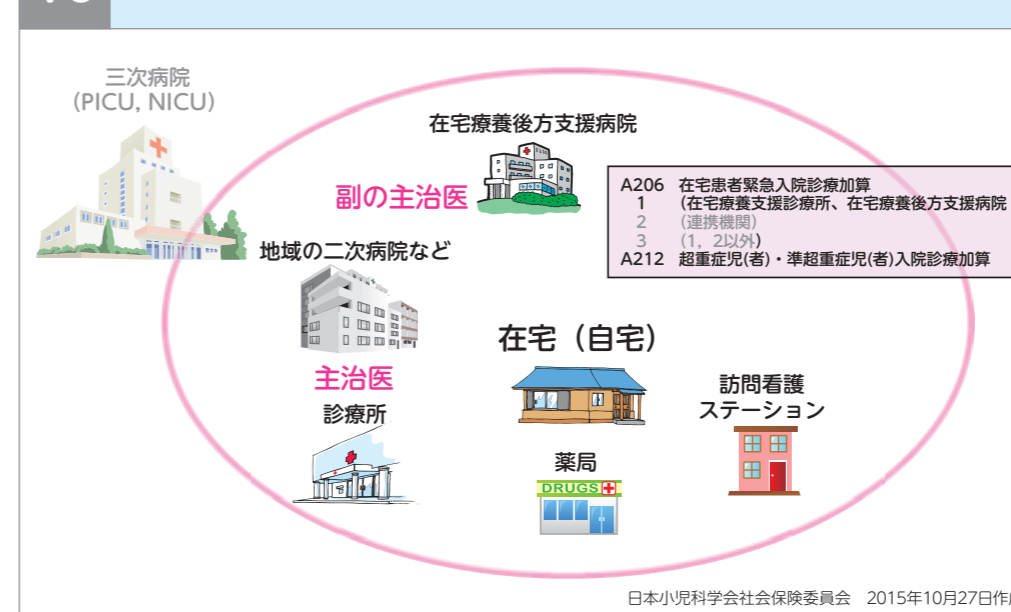
14 図B-4 在宅医療の維持 (診療所+在宅療養後方支援病院)



今回は診療所が主治医であるため、基本的な在宅療養の算定は診療所が行う。同時に在宅医療に必要な機器や消耗品も診療所から提供しなければならない。消耗品については近隣の保険薬局に提供を指示することもできる。

一方、在宅医療への調整を行った地域の二次病院は在宅療養後方支援病院としてその後の在宅医療を支援することになる。具体的には、主治医である診療所の求めに応じて往診を行ったり、日時を示し合わせて訪問を行ったりすることにより、C012在宅患者共同診療料を算定できる。在宅人工呼吸管理を行う患者などでは年間12回までの共同の訪問も可能である。

16 図B-6 在宅医療中の緊急入院 (在宅療養後方支援病院)



緊急入院が必要な際には、在宅療養後方支援病院が受け皿となる。あらかじめ文書で受入を示している場合には、A206在宅患者緊急入院診療加算1を算定することができる。

17 表1 在宅療養指導管理料の一覧

C100	退院前在宅療養指導管理料	
C101	在宅自己注射指導管理料	
C101-2	在宅小児低血糖症患者指導管理料	
C101-3	在宅妊娠糖尿病患者指導管理料	
C102	在宅自己腹膜灌流指導管理料	4000点
C102-2	在宅血液透析指導管理料	8000点
● C103	在宅酸素療法指導管理料	
1	チアノーゼ型先天性心疾患の場合	1300点
2	その他の場合	2500点
● C104	在宅中心静脈栄養指導管理料	3000点
C105	在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	2500点
● C105-2	在宅小児経管栄養法指導管理料	1050点
● C106	在宅自己導尿指導管理料	1800点
● C107	在宅人工呼吸指導管理料	2800点
C107-2	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	250点
C108	在宅悪性腫瘍患者指導管理料	1500点
C108-2	在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料	1500点
● C109	在宅寝たきり患者処置指導管理料	1050点
C110	在宅自己疼痛管理指導管理料	1300点
C110-2	在宅振戦等刺激装置治療指導管理料	810点
C110-3	在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料	810点
C110-4	在宅仙骨神経刺激治療指導管理料	810点
C111	在宅肺高血圧症患者指導管理料	810点
● C112	在宅気管切開患者指導管理料	900点
C113	削除	
C114	在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料	1000点
C115	在宅植込型補助人工心臓（拍動流型）指導管理料	6000点
C116	在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料	45000点

日本小児科学会社会保険委員会 2015年8月30日作成

●印は小児で算定することの多い管理料を示す。

18 表2 在宅療養指導管理材料加算の一覧

C150	血糖自己測定器加算	
C151	注入器加算	
C152	間歇注入シリンジポンプ加算	
C153	注入器用注射針加算	
C154	紫外線殺菌器加算	360点
C155	自己腹膜灌流装置加算	2500点
C156	透析液供給装置加算	10000点
● C157	酸素ボンベ加算	
1	携帯用酸素ボンベ	880点
2	1以外の酸素ボンベ	3950点
● C158	酸素濃縮装置加算	4000点
C159	液化酸素装置加算	
1	設置型液化酸素装置	3970点
2	携帯型液化酸素装置	880点
C159-2	呼吸同調式デマンドバルブ加算	300点
● C160	在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算	2000点
● C161	注入ポンプ加算	1250点
● C162	在宅経管栄養法用栄養管セット加算	2000点
● C163	間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル加算	600点
● C164	人工呼吸器加算	
1	陽圧式人工呼吸器	7480点
2	人工呼吸器	6480点
3	陰圧式人工呼吸器	7480点
● C165	経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器加算	1210点
C166	携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算	2500点
C167	疼痛管理用送信機加算	600点
C168	携帯型精密輸液ポンプ加算	10000点
● C169	気管切開患者用人工鼻加算	1500点
● C170	排痰補助装置加算	1800点

注) 在宅療養指導管理材料加算は、要件を満たせば2以上の指導管理について算定できる。

日本小児科学会社会保険委員会 2015年9月25日作成

表1の管理料に対応する材料加算が算定可能である。表1に示した管理料は、複数該当するものがあっても主たるもの一つしか算定できないが、表2に示した材料加算は該当する管理料に対応した材料加算は複数算定することが可能である。

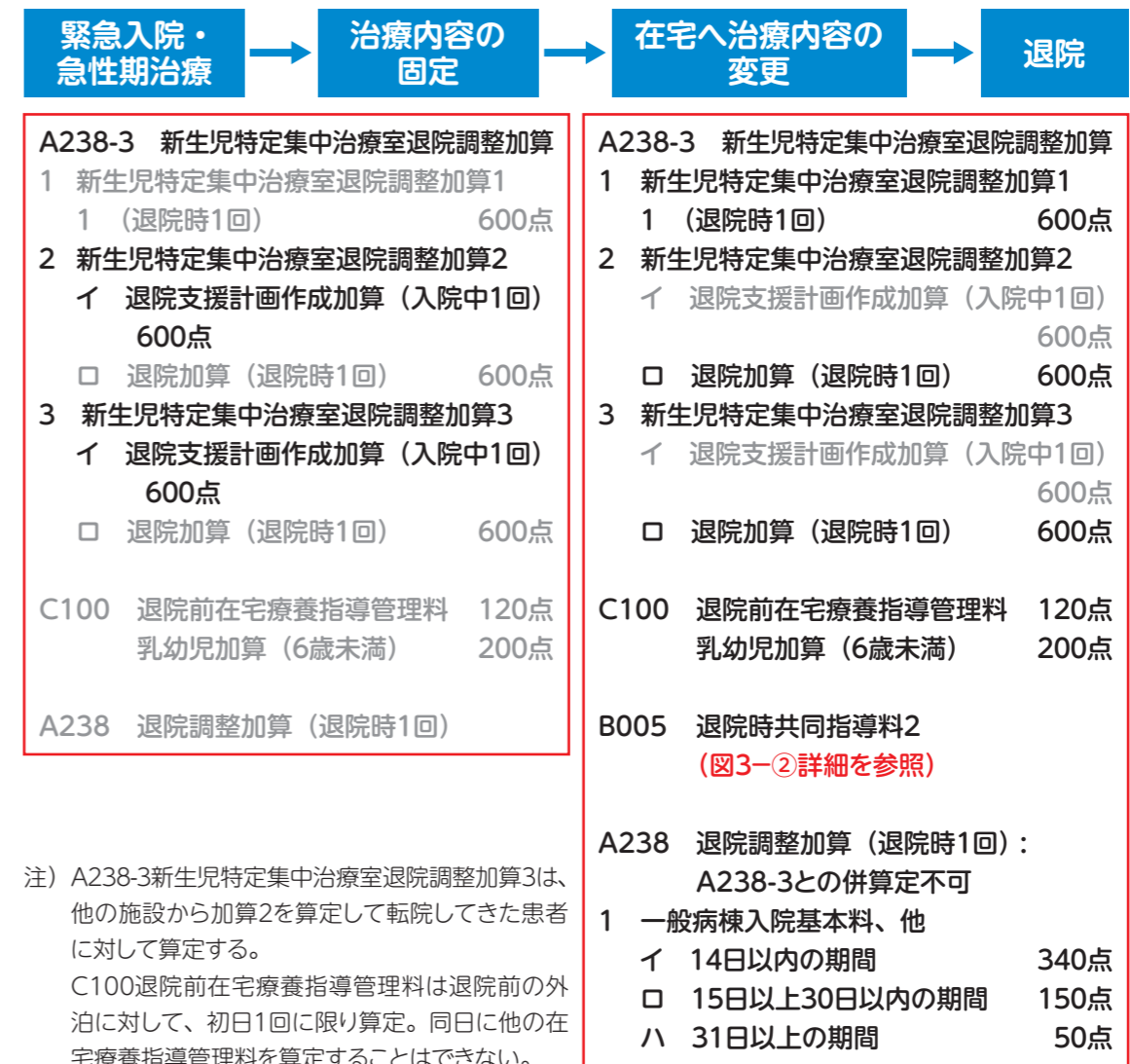
19 表2の補遺 算定できない在宅療養指導管理料の組み合わせ

C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料	C102-2 在宅血液透析指導管理料
C103 在宅酸素療法指導管理料	C107 在宅人工呼吸指導管理料 又は C107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料
C104 在宅中心静脈栄養法指導管理料	C105 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料 C105-2 在宅小児経管栄養法指導管理料
C105 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	C105-2 在宅小児経管栄養法指導管理料
C105-2 在宅小児経管栄養法指導管理料	C109 在宅寝たきり患者処置指導管理料
C107 在宅人工呼吸指導管理料	C107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料
C108 在宅悪性腫瘍患者指導管理料	C110 在宅自己疼痛管理指導管理料
C108-2 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料	C110 在宅自己疼痛管理指導管理料
C109 在宅寝たきり患者処置指導管理料	C114 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料

注) 複数の施設が在宅医療にかかわる場合、表の左側の指導管理料と右側の指導管理料は同時に算定できない。

主治医と副主治医との間で重複して算定できない管理料の組み合わせを示す。

20 図3 在宅医療への移行にかかわる診療報酬



注) A238-3新生児特定集中治療室退院調整加算3は、他の施設から加算2を算定して転院してきた患者に対して算定する。
C100退院前在宅療養指導管理料は退院前の外泊に対して、初日1回に限り算定。同日に他の在宅療養指導管理料を算定することはできない。

日本小児科学会社会保険委員会 2015年10月18日作成

以下の図3～6には在宅医療の状況に応じた診療報酬点数を一覧で示した。



- 別表3の1の2 退院時共同指導料1及び2を2回算定できる疾病等の患者並びに重症者加算の状態等にある患者
- 1 末期の悪性腫瘍の患者（在宅がん医療総合診療料を算定している患者を除く）
 - 2 (1) であって、(2) 又は (3) の状態であるもの
 - (1) 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理、在宅肺高血圧症患者指導管理、在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者
 - (2) ドレーンチューブ又は留置カテーテルを設置している状態
 - (3) 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態
 - 3 在宅での療養を行っている患者であって、高度な指導管理を必要とするもの

【病院】

B005	退院時共同指導料2	300点
注1	入院施設の医師または看護師、在宅医または看護師、訪問看護STの看護師等	
	・患者の同意、文書により情報提供	
	・入院中1回（別表3の1の2は2回）	
注2	医師同士の場合（加算）	300点
注3	上記の他、歯科医師、薬剤師、介護支援専門員のいずれか3名以上（加算）	2000点

【診療所】

B004	退院時共同指導料1	300点
1	在宅療養支援診療所	1000点
2	1以外	600点
注1	入院施設の医師または看護師、在宅医または看護師、訪問看護STの看護師等	
	・患者の同意、文書により情報提供	
	・入院中1回（別表3の1の2は2回）	
注2、3	略	

注) いずれもA238と併算可能、入院中の病院で開催（A238-3でも同様に併算できる）

日本小児科学会社会保険委員会 2015年10月18日作成

計画的な訪問による在宅医療

病状急変時の往診による在宅医療

【初診時】

A000	初診料	282点
	乳幼児加算（6歳未満）	75点
C000	往診料	720点
	又は、	
B001-2	小児科外来診療料（3歳未満、初診時）	
	処方箋あり（院外処方箋）	572点
	処方箋なし（院内調剤）	682点
C000	往診料	720点

C000	往診料	720点
A001	再診料	72点
	乳幼児加算（6歳未満）	36点
	外来管理加算	52点
	又は、	
C001	在宅患者訪問診療料	
C011	在宅患者緊急時等カンファレンス料（月2回）	200点
	（条件によりC001在宅患者訪問診療料との併算定可）	

【再診時】

C001	在宅患者訪問診療料	833点
	乳幼児加算（3歳未満）	400点
	幼児加算（3歳以上6歳未満）	400点
	・週3回を限度として算定可能	
	・急性増悪等で一時的に必要な時は14日以内に1回追加	
C1**	在宅療養指導管理料（月1回）	**点
C007	訪問看護指示料（月1回）	300点
C007-2	介護職員等喀痰吸引等指示料（3月に1回）	240点

注) 小児科外来診療料の算定除外対象

日本小児科学会社会保険委員会 2015年10月18日作成

23 図5 在宅医療の維持にかかわる診療報酬

計画的な訪問による在宅医療 病状急変時の往診による在宅医療

(在宅療養後方支援病院の場合)

C012 在宅患者共同診療料	
1 往診の場合	1500点
2 訪問診療の場合 (同一建物居住者以外)	1000点

- 注1、2 在宅療養後方支援病院の医師、1年に2回まで
- 注4 15歳未満の人工呼吸器装着患者、引き続き実施している
体重20kg未満の患者、別表13の患者は1年に12回まで

(在宅療養後方支援病院の場合)

C012 在宅患者共同診療料	
1 往診の場合	1500点
2 訪問診療の場合 (同一建物居住者以外)	1000点

- 注1、2 在宅療養後方支援病院の医師、1年に2回まで
- 注4 15歳未満の人工呼吸器装着患者、引き続き実施している
体重20kg未満の患者、別表13の患者は1年に12回まで

別表13 在宅患者緊急入院診療加算に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等

- ・多発性硬化症
- ・重症筋無力症
- ・スモン
- ・筋萎縮性側索硬化症
- ・脊髄小脳変性症
- ・ハンチントン病
- ・進行性筋ジストロフィー症
- ・パーキンソン病関連疾患
- ・多系統萎縮症
- ・プリオン病
- ・亜急性硬化性全脳炎
- ・ライソゾーム病
- ・副腎白質ジストロフィー
- ・脊髄性筋萎縮症
- ・慢性炎症性脱髄性多発神経炎
- ・後天性免疫不全症候群
- ・頸髄損傷

※15歳未満のものであって人工呼吸器を使用している状態のもの又は15歳以上のものであって人工呼吸器を使用している状態が15歳未満から継続しているもの(体重が20kg未満である場合に限る)

日本小児科学会社会保険委員会 2015年10月18日作成

24 図6 在宅医療中の緊急入院にかかわる診療報酬

病状の急変

緊急入院

A206 在宅患者緊急入院診療加算(入院初日)	
1 (在宅療養支援診療所、在宅療養後方支援病院)	2500点
2 (連携機関)	2000点
3 (1, 2以外)	1000点
A212 超重症児(者)・準超重症児(者)入院診療加算(1日につき)	
1 超重症児(者)入院診療加算	
イ 6歳未満の場合	800点
ロ 6歳以上の場合	400点
2 準超重症児(者)入院診療加算	
イ 6歳未満の場合	200点
ロ 6歳以上の場合	100点
注3 救急・在宅重症児(者)受入加算(1日につき)	
	200点
NICU、PICU入院既往者、5日を限度	

A206 在宅患者緊急入院診療加算	
1 C002,C002-2,C003,C1**を算定している患者(別表13)病状の急変時等に在宅医の求めに応じて入院 あらかじめ文書で患者に対し説明と同意、写しを保存 3か月に1回以上在宅医と情報交換 1病院につき1患者(複数の病院との契約は想定されない) 200床以上の病院、24時間対応可能な体制	
2 在宅医があらかじめ文書で緊急入院先を提示、写しを保存	

日本小児科学会社会保険委員会 2015年10月18日作成

福祉制度

梶原 厚子

目標 児童期から成人期に利用可能な障害福祉サービスを理解して、小児在宅医療を進める上でトータル的なマネジメントのイメージが持てる。

1. どのようなサービスがあるか説明できる
2. サービスを利用する方法が説明できる
3. 小児在宅医療を受けて暮らす子どもと家族を支援するために福祉サービスの活用について説明ができる。

Keyword 相談支援専門員、障害者総合支援法と児童福祉法が混在するサービス、地域自立支援協議会

- 内容**
1. 児童期に利用できるサービスについて
 2. 障害者と障害児に対する福祉サービスについて
 - ・サービスの概要
 3. 子ども子育て支援新制度
 4. 小児慢性特定疾病
 5. 訪問看護
 6. 地域における医療と生活支援の現状
 - ・相談支援体制
 - ・サービス利用
 - ・自立支援協議会
 7. その他のサービス

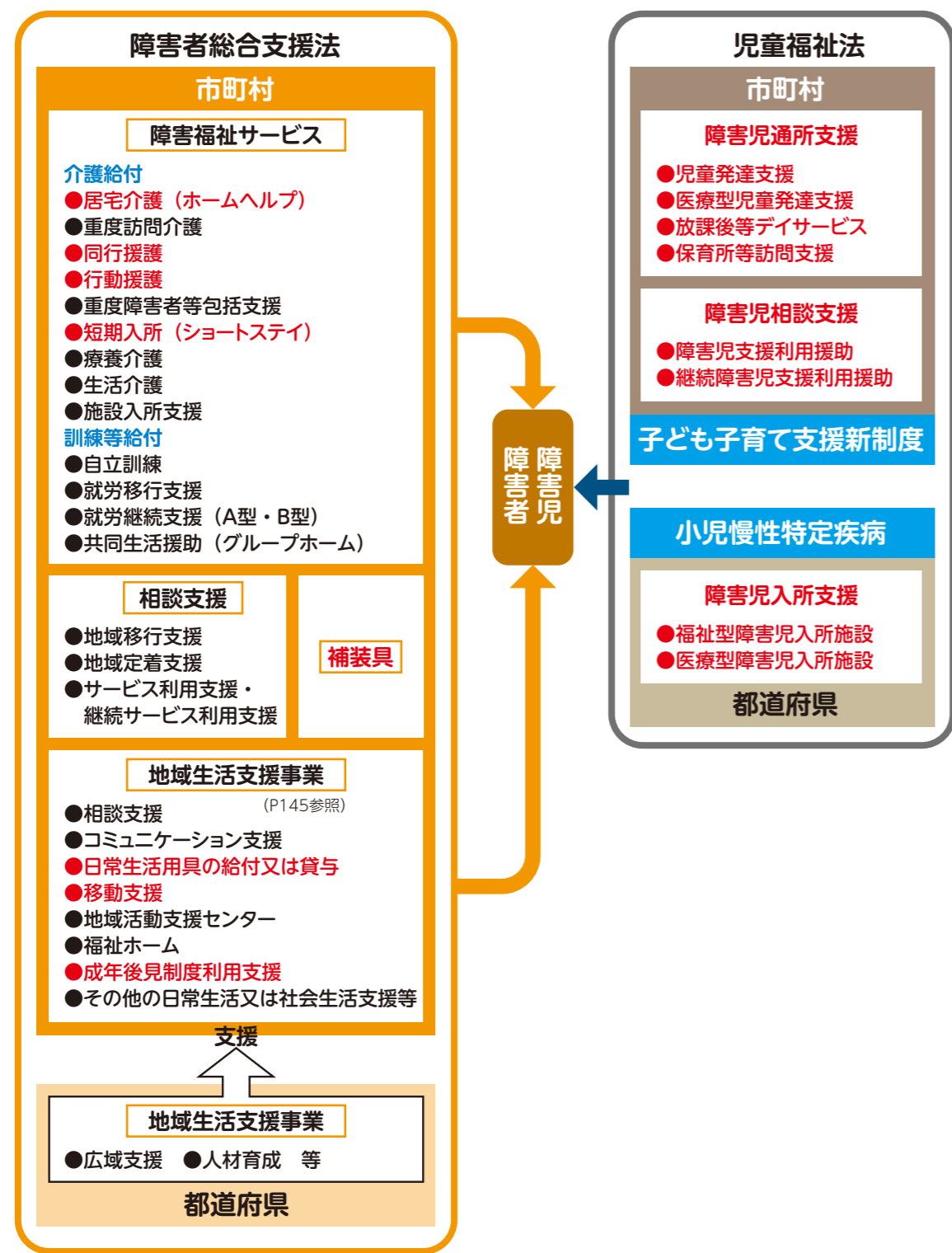
1 児童期に利用できる障害・福祉サービス

	サービス名称 (根拠法令)	概要	利用可の年齢
通所	児童発達支援 (児童福祉法)	○児童発達支援センター ○児童発達支援事業 ・児童発達支援 ・医療型児童発達支援	原則未就学・高校在学していない児も利用可能
通所	放課後等デイサービス (児童福祉法)	放課後や長期休暇の余暇活動	小・中・高に在籍する障害児
通所	保育所等訪問支援 (児童福祉法)	保育園や幼稚園、学童保育などに在籍する児童に、保育士や看護師等の専門スタッフが訪問し療育支援をする	未就学児から小学生くらいまで
自宅以外の場所	日中一時支援 (障害者総合支援法)	一時的に預かる	未就学～成人*
在宅	居宅介護 (障害者総合支援法)	身体介護・家事・通院など介助(通院・公的機関での手続き・施設見学等)	未就学～成人
自宅以外の場所	行動援護 (障害者総合支援法) 同行援護 (障害者総合支援法)	行動障害のある人 視覚障害がある人	未就学～成人
在宅	移動支援 (障害者総合支援法)	目的地までの誘導、移動。車両を用いた支援も可能	未就学～成人*
入所	短期入所 (障害者総合支援法)	保護者や家族の緊急時や休養のために一時的入所サービス	未就学～成人
入所	施設入所(長期) (児童福祉法)	家庭における療育が困難になった際に長期入所サービスを提供 ○福祉型障害児入所施設 ○医療型障害児入所施設	最長でも20歳まで

※地域生活支援事業のため市区町村で異なる

2014年4月に改正児童福祉法により児童福祉は大きく見直された。福祉サービスが新設や再編されただけでなく、都道府県から市区町村に権限委譲がなされ、より身近な市区町村が障害児支援の主体となることで、地域の実態に即した取り組みとなった。例えば通園事業は、障害別に知的障害や肢体不自由などに分けて作られていたが、障害児通所支援として、どのような障害や医療的ケアがあっても地域の子どもと一緒に近くに通うことができるように再編された。また、通所支援がより身近なものになり、地域事情に沿った取り組みが可能になるよう、都道府県事業から市町村事業に権限が委譲されたのである。都道府県事業である入所サービスも障害児入所支援として一本化し、福祉型と医療型としたのである。

2 障害者・障害児に対する福祉サービス



赤字の部分は医療的ケア児や子ども達が利用するであろうサービスである。障害福祉サービスは同じ基準や内容のサービスとして、どこの地域にも存在する。しかし、地域生活支援事業は市区町村事業なので、その地域事情に合わせて、内容を変えられるものである。例えば日常生活用具では、吸引器を給付しない市区町村もある。移動支援を未就学児には認めない地域もある。人工呼吸器などを持って移動する乳幼児期は、家族だけで外出することは困難である。吸引が頻回に必要な子どもは、吸引器を2台必要とすることもあり、給付がなく全額家族が支払うのは負担が大きいのではないだろうか。そのような市区町村が抱える問題に注目して適正にサービスが作られるようにサポートしたい。

3 子ども子育て支援新制度

- 認定こども園・幼稚園・保育所・小規模保育など
共通の財政支援
 - 施設型給付：認定こども園・幼稚園・保育園
 - 地域型保育給付：小規模保育・家庭的保育・居宅訪問型保育・事業所内保育
- 地域子ども子育て支援事業
 - 利用者支援事業
 - 地域子育て支援拠点事業
 - 一時預かり事業
 - 乳児家庭全戸訪問事業
 - 子育て短期支援事業
 - ファミリー・サポートセンター事業
 - 延長保育・病児保育・放課後児童クラブ

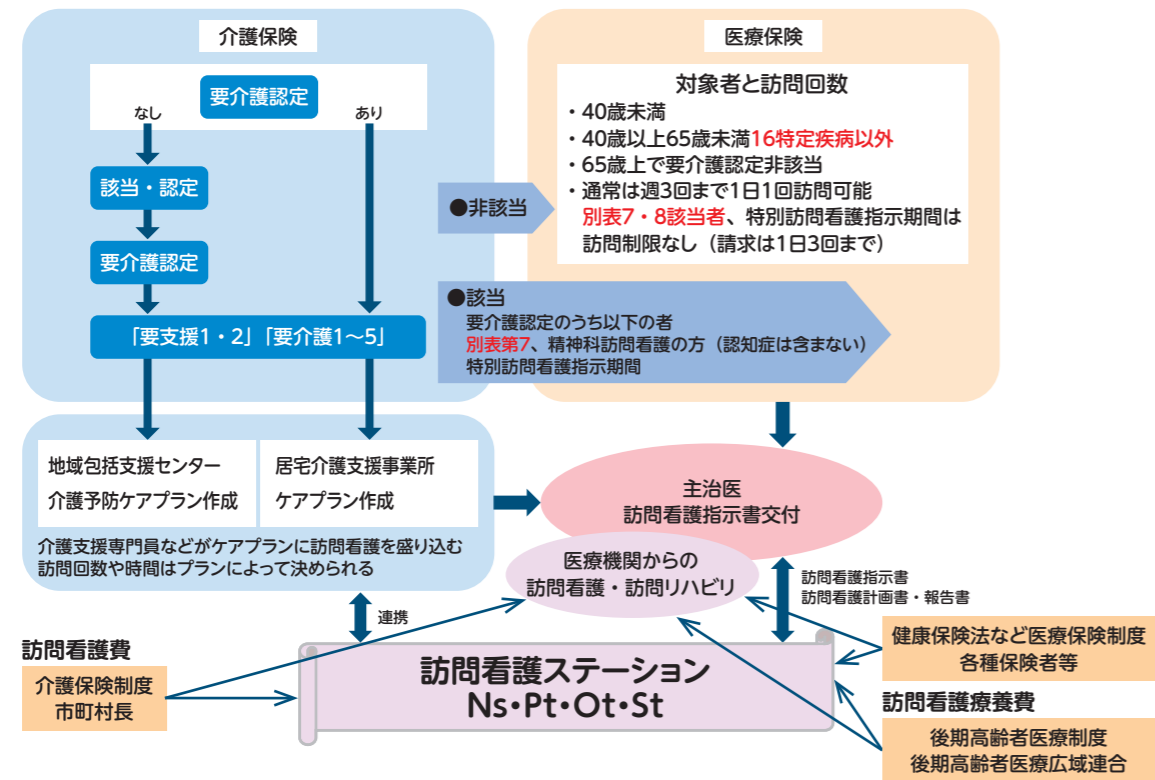
子ども子育て支援新制度は平成24年8月に自公民3党合意をふまえ、子ども子育て関連3法が成立して幼児教育・保育・地域の子ども子育て支援を総合的に推進することが決まり平成27年度4月に本格的に施行された。子ども子育て会議の設置が義務付けられていて、労働者、子育て当事者、子育て支援当事者、事業主代表、地方公共団体などが子育て支援対策のプロセスに参画関与ができる仕組みとなっている。市区町村が地域版子ども子育て会議の意見を聞きながら子ども子育て支援事業計画を策定実施する。地域型保育給付は都市部においては待機児童解消が期待され、子どもの数が減少している地域では保育機能を確保する事が期待されている。これらの子ども子育て支援事業は障害や医療的ケアの有無に関係なく利用が可能で、医療的ケアに対応するために看護師を配置している地域もある。

4 小児慢性特定疾病児童等 自立支援事業

- 必須事業
 - 相談支援事業
 - 療育相談・巡回相談・ピアカウンセリング・育成相談・学校企業などの対応
 - 自立支援員による支援
 - 利用計画の作成フォローアップ
 - 関係機関との連絡調整
 - 慢性疾病児地域支援協議会への参加
- 任意事業

平成27年から施行されている事業である。事業の目的は、都道府県等が小児慢性児童とその家族について適切な療養の確保、必要な情報の提供などを行うことで、健康の保持増進および自立を促すことである。また自立支援員による各種支援策の利用計画の作成、関係機関との連絡調整などを実施することにより、自立、就労の円滑化を図るものである。

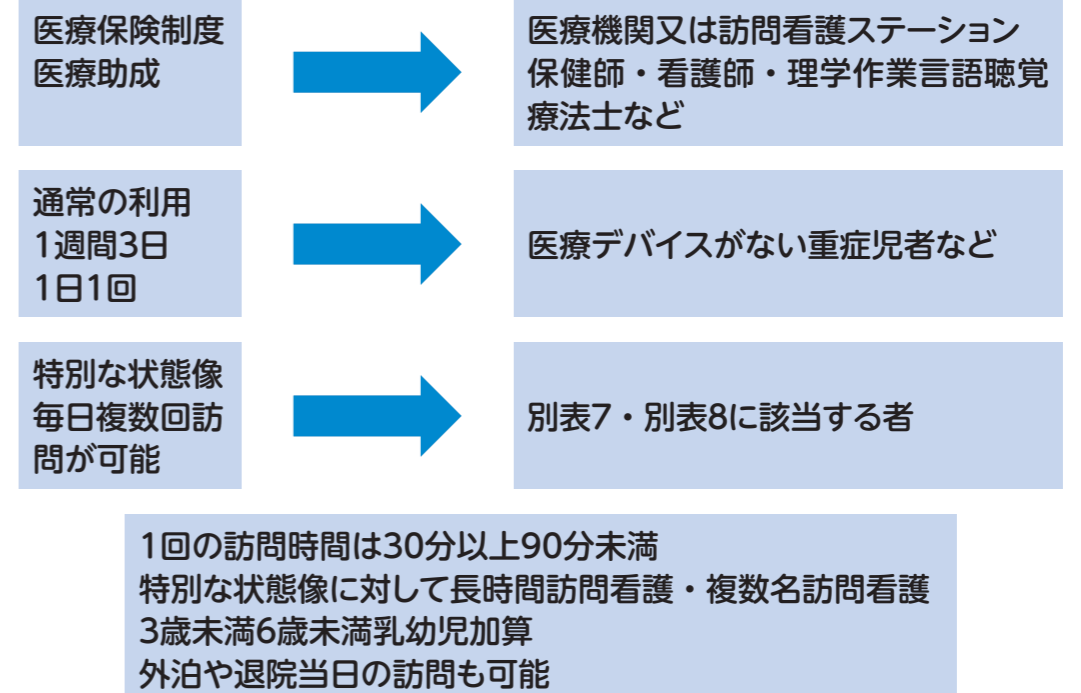
5 小児若年成人は医療保険で訪問看護を利用する



図は訪問看護の概要を示したものである。子どもたちの在宅サービスには、医療保険制度による訪問看護サービスがある。40歳未満は全ての人々が医療保険制度による訪問看護サービスを受ける。40歳以上65歳未満は介護保険に該当する16特定疾病に非該当者が医療保険制度となる。また、65歳以上で介護保険が最優先される場合も、7のスライドにある別表7該当者と精神科訪問看護、特別訪問看護指示期間は医療保険制度となる。スライド6に示すように、別表7と8該当者は毎日複数回の訪問看護が可能である。費用負担は医療助成に該当することが多く、医療費の負担は少ない。しかし訪問看護ステーションには自費請求が可能な料金設定があり、例えば、交通費の請求や休日の訪問看護に対して医療保険請求を行った上で、1回の訪問につき3,000～10,000円程度の自費請求などを設定している。また24時間対応については3パターンあり、「開業時間以外は電話連絡も取れない」「電話対応はするが訪問には行かない」「電話対応をして必要時は必ず訪問をする」というように分かれている。これは加算が請求できる体制であるかどうかによるものである。電話対応の加算を24時間連絡体制加算2,500円、訪問対応の加算を24時間対応体制加算5,400円が月に1回請求できることになっている。

これらの自費請求や24時間対応の内容については、契約書に添付されている重要事項説明書で確認ができる。乳幼児には1日500円の加算がある。90分を超える長時間訪問看護には5,200円の加算があり、15歳未満の準重症児・超重症児は週に3回まで利用可能である。

6 小児若年成人期の訪問看護



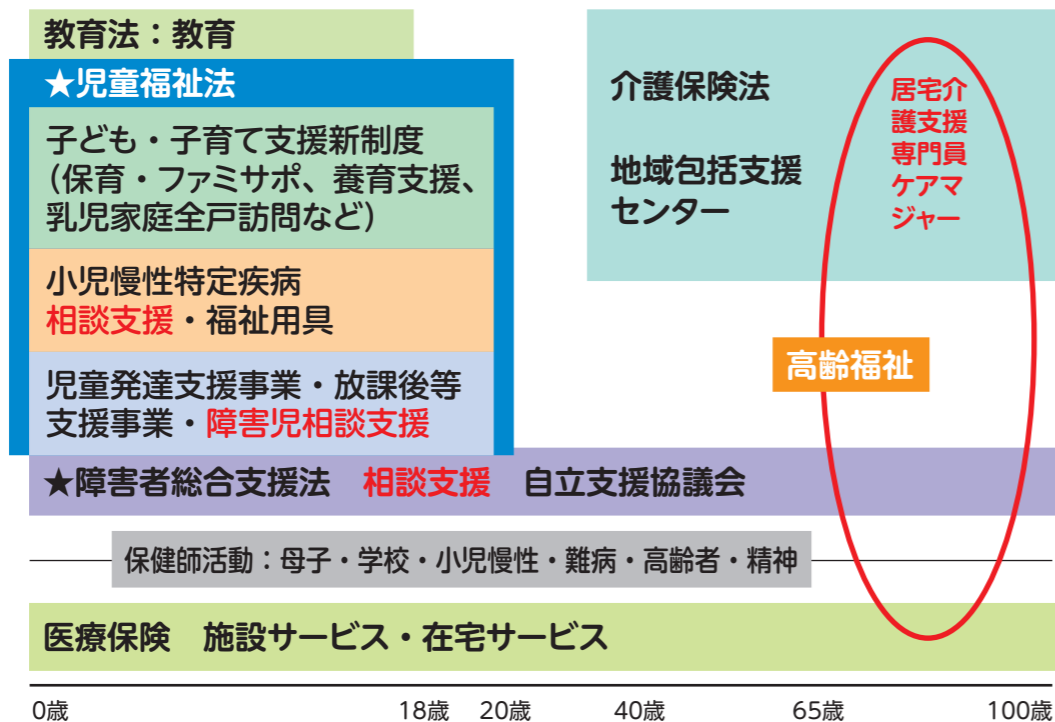
7 厚生労働大臣が定める疾病等 特掲診療料の施設基準等・別表第7

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

8 特掲診療料の施設基準等 別表第8

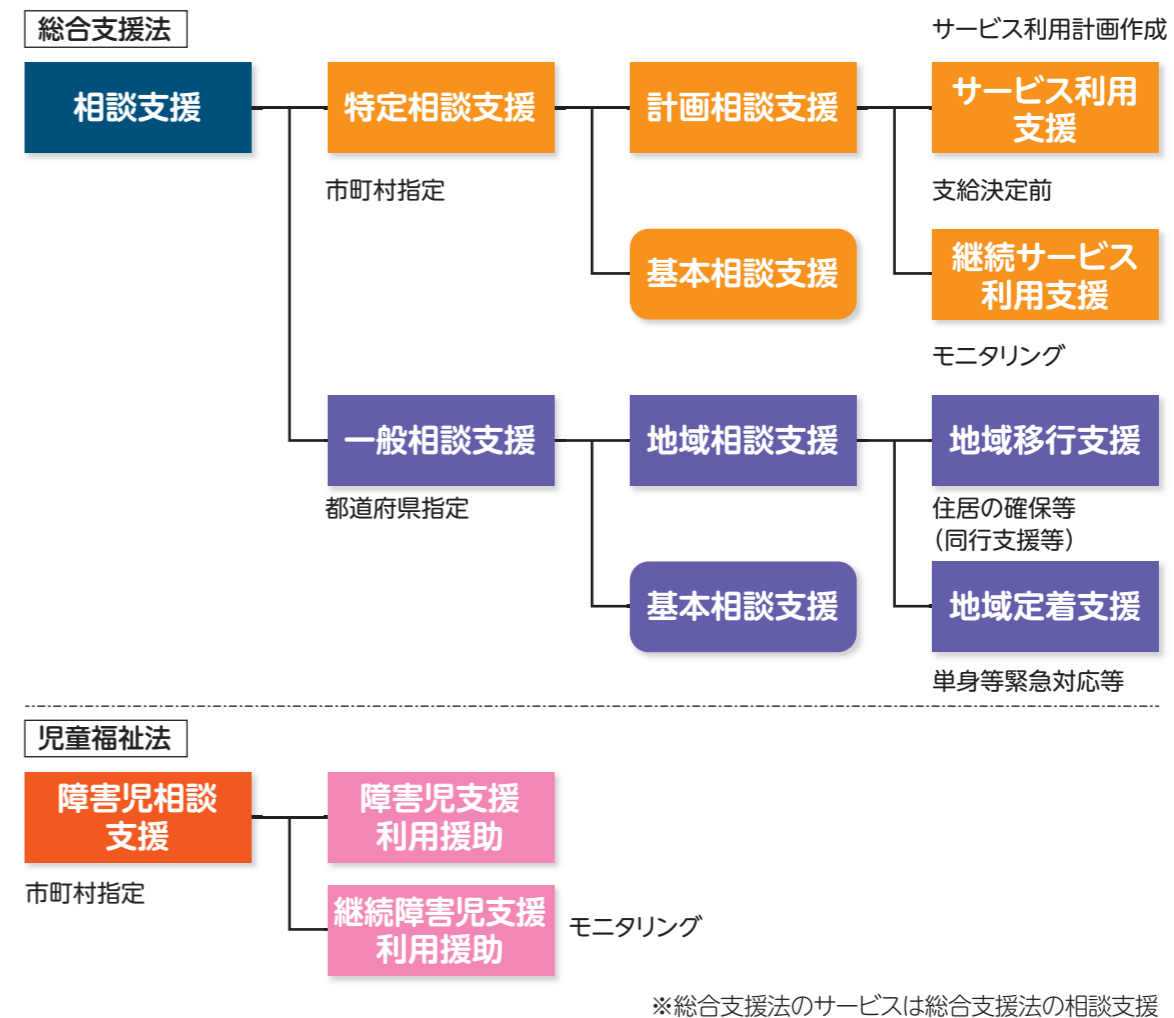
- ①在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレもしくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- ②在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態
- ③人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- ④真皮を越える褥瘡の状態にある者
- ⑤在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定してる者

9 地域における医療・生活支援の現状



子どもたちの地域におけるサービスは、多くの法令にまたがっているにもかかわらず、サービス全体を俯瞰してマネジメントする仕組みになっていないために、サービスが理解されにくい。これらのサービスマネジメントの担い手として期待されるのが、相談支援専門員である。

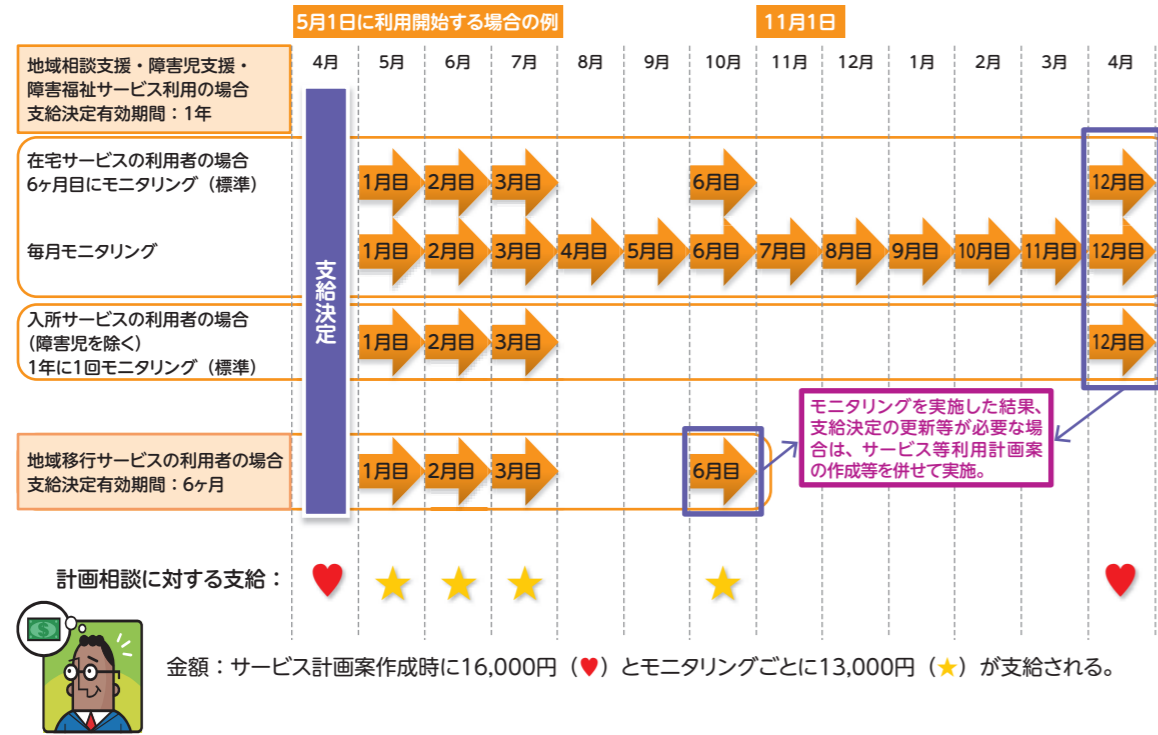
10 相談支援体制図



障害者総合支援法、児童福祉法を根拠法とする子どもの在宅支援は、それぞれに相談支援がある。双方の指定を受けている相談支援専門員ばかりではないのが実態であり、居宅支援事業（ホームヘルパー）を利用する際に、「小児のことは解らないので」との理由から、計画相談支援を受けることができず、セルフプランにならざるを得ない状況の地域もある。そのようなときに、家族がサービス利用計画を自分で作成するということが起きている。

11 モニタリングの標準期間と計画相談に対する支給

※モニタリング実施期間は、利用者の状況や利用しているサービスの内容等によって市町村が定める期間ごとに行われ、少なくとも1年に1回以上は実施されます。



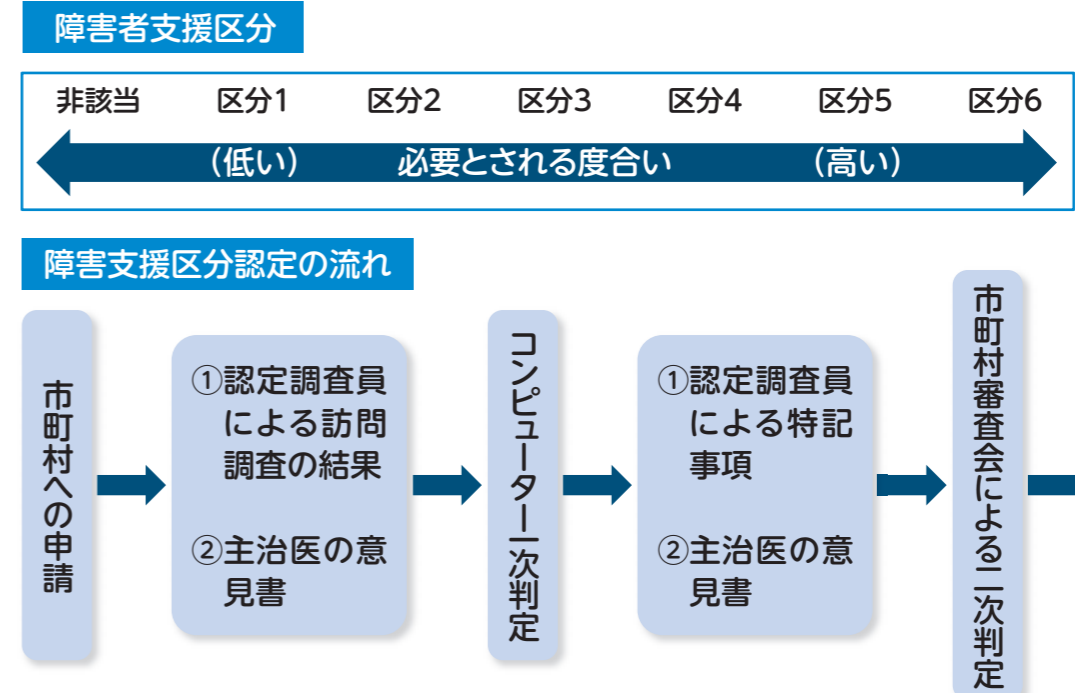
モニタリングの実施期間は利用者の状況に応じて市町村が決める期間に行うこととし、少なくとも1年に1回は実施される。モニタリングの時期には個別支援会議が開催される。スライド12で説明のとおり、0歳～17歳までは支援区分認定などがなく、主治医の意見書などが求められることがないため、個別支援会議などで主治医の意見が反映されるような工夫が必要である。

12 支援区分認定

- 18歳以上・・・80項目の認定調査あり1次審査2次審査で支援区分が認定される
 - ・支援区分により単価が決まる
 - ・医師の意見書が必要
- 0歳～17歳・・・聞き取り調査はあるが支援区分認定はない
 - ・重症心身障害児単価（身体障害者手帳、療育手帳）とそれ以外

サービスを利用するには成人（18歳以上）では支援区分認定が必要である。子どもは聞き取り調査のみである。成人は生活介護や短期入所などを利用する時に支援区分ごとに単価が設定されている。支援区分が高くなれば事業所の請求額も高くなる。支援区分認定はその単価を決めるために必要で、サービス利用料を測るものではない。支援区分の認定には医師の意見書が必要で、医療的な配慮についても反映される仕組みである。しかし子どもは、重心単価とそれ以外に設定されて、支援区分認定しないために医師の意見書を求められることがない。そもそも重症児は身体障害者手帳取得時に医師の診断書が必要なので、その時点で医療的な側面も配慮されているということである。しかし、人工呼吸器をつけながら歩行可能な子どもや、高カロリー輸液を行いながら通学する子どもたちが増えている中で、この仕組みでは対応困難になっている。

13 障害者支援区分と認定の流れ



成人（18歳以上）認定調査と医師の意見書などで1次判定を行い、その後、有識者による審査会にて特記事項などに配慮して個別性ある障害理解を深めた上で認定される。子どもは5領域11項目の聞き取り調査で認定を受けることはない。

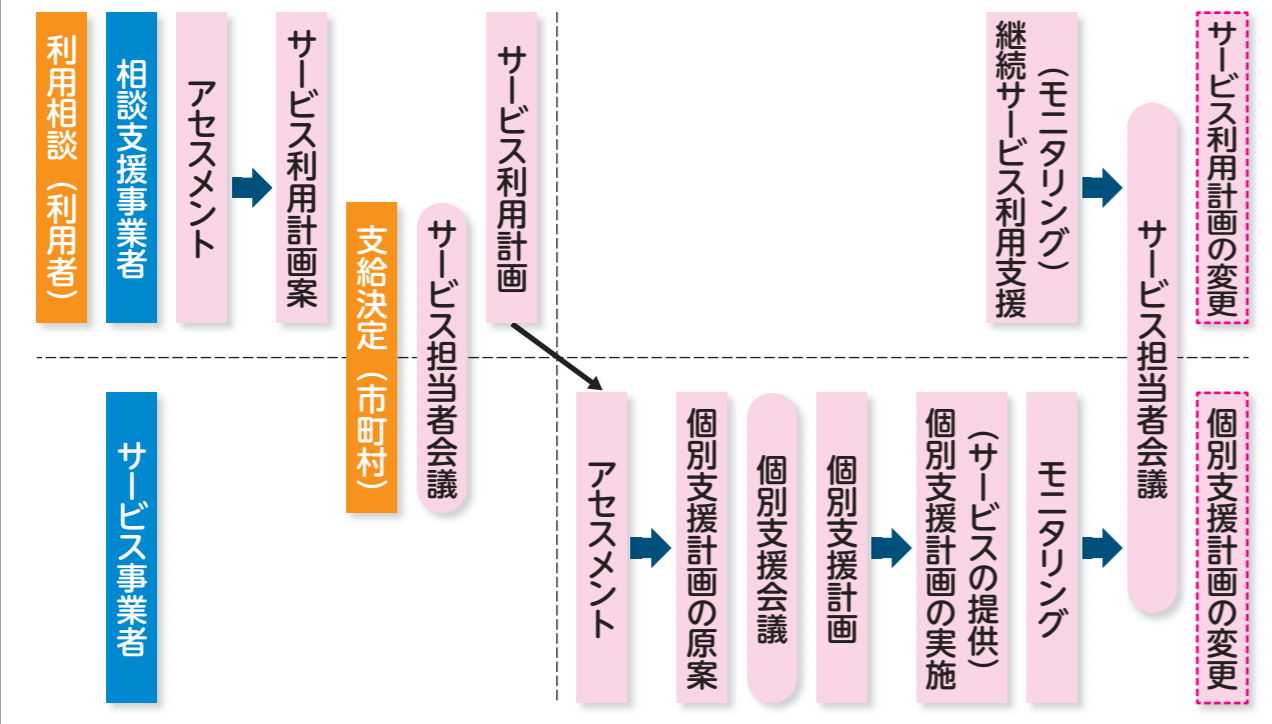
14 障害児の調査項目

●5領域11項目

- ①食事
- ②排泄
- ③入浴
- ④移動
- ⑤行動障害及び精神症状 (1) ~ (7)

こだわり、パニック、睡眠食事排泄などに係る不適切行為、自傷行為など、器物損壊、鬱思考力の低下、感覚過敏、学習障害、など

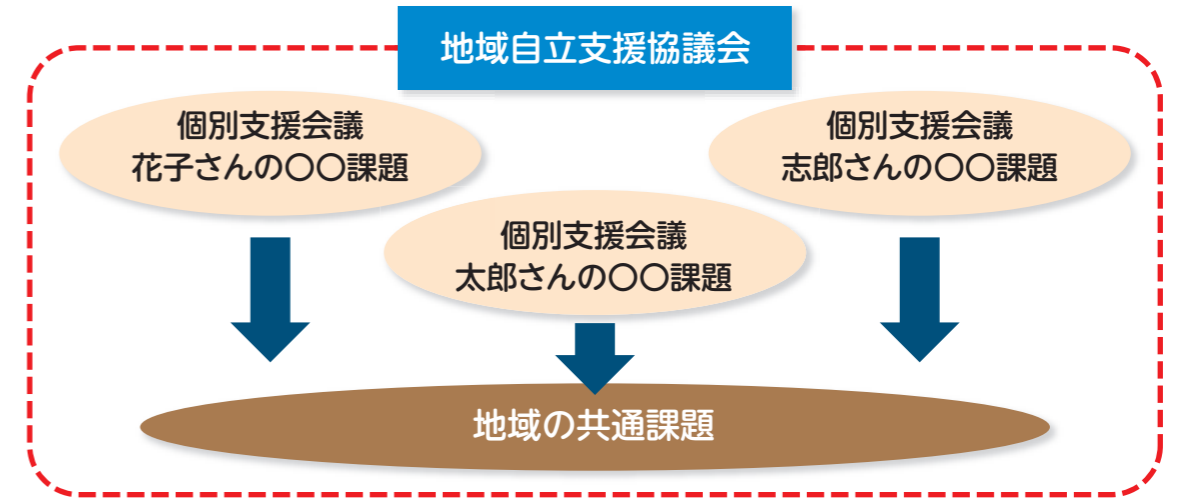
15 指定特定相談支援事業者（計画作成担当）と障害福祉サービス事業者の関係



相談支援専門員のアセスメントにより、利用者の意向や生活環境、支援の必要性が理解され、サービス利用計画案が作成される。それに基づき行政と十分検討された上で、サービスの種類、支給量、支給期限、利用者負担額上限月額などを決定し、サービス担当者会議や、個別支援会議が開催されて利用者のニーズにあったサービス利用となる。モニタリングなどを行い継続して関わる中で、利用者の希望を叶えるためのサービス利用計画立案が困難な場合がある。個々の課題が明確になると、はじめはスペシャルニーズだと捉えていたが、複数の人が同じ課題を抱えていることが明らかになっていく。その地域に共通する課題を地域自立支援協議会の場において共有し、市区町村と話し合いながら協力して課題解決に向き合うのが相談支援

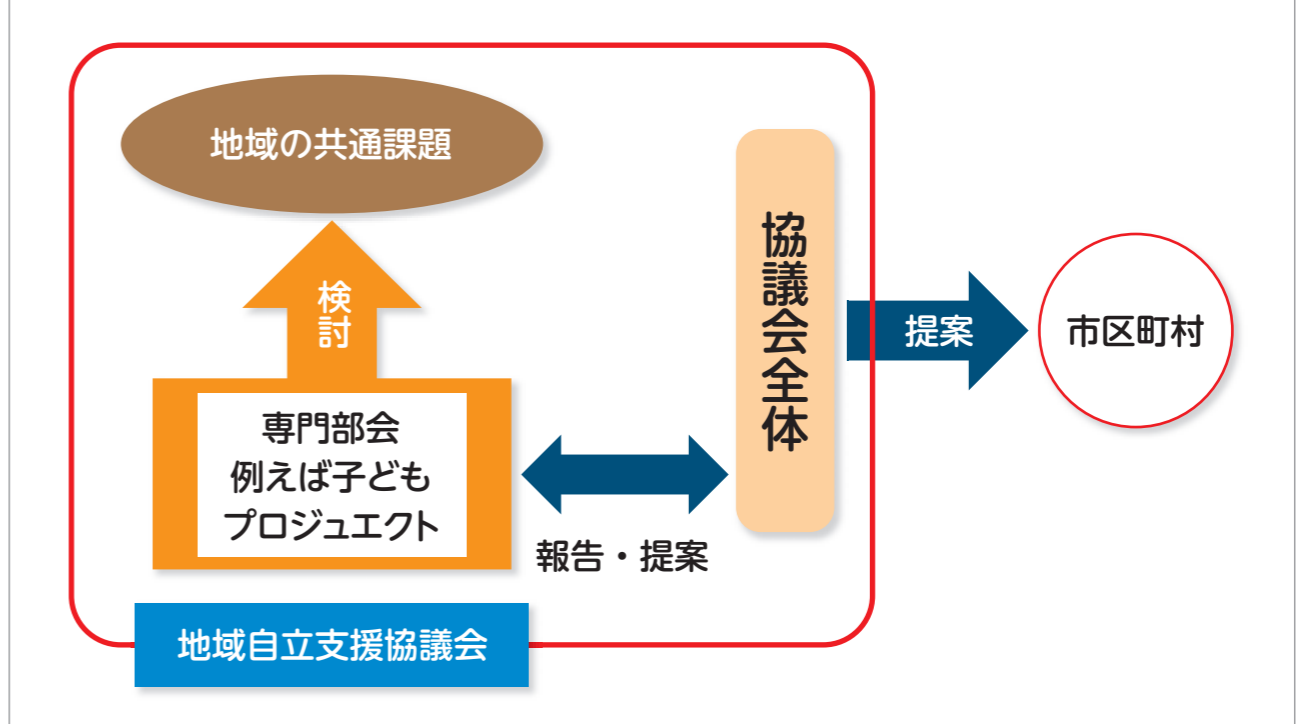
16 地域自立支援協議会

- 地域における障害福祉に関する関係者による連携及び支援の体制に関する協議を行うための会議を設置する→地域自立支援協議会



個別支援会議で解決されない共通課題が地域自立支援協議会に集約され、それが地域課題となって、新しいサービスが創設されていく。この協議会に参加するメンバー構成などが重要であると思われる。自立支援協議会は障害者総合支援法に位置付けられているために、児童福祉法での障害児相談支援事業者の相談支援専門員が参加していない可能性がある。

17 地域自立支援協議会における専門部会の設置→子ども部会



自分が住んでいる市区町村の自立支援協議会の活動に興味を持って関わり、専門部会など子どもたちの困りごとを協議する場として、自立支援協議会に設置することを提案すべきであろう。子ども子育て会議が設置されているが、医療的ケア児は多くの場で課題解決に向かって検討されるべきである。共有化された課題解決に向けて、それぞれの課題ごとに資源開発あるいは改善を行っていく。地域自立支援協議会が機能することで個別課題から共通課題と認識され、市区町村に提案されることにより、市区町村や事業主体は、予算化や事業化を進めていくことになる。地域自立支援協議会を形骸化させないように努力したい。

18 虐待・ひとり親サービス

- ひとり親家庭ホームヘルプサービス
- 母子生活支援施設
- 児童養護施設
- 里親制度

障害に関係なく提供されるサービスとして虐待や一人親に対する支援もある。地域支援事業の中の成年後見制度の利用を必要としている子どもたちが増えている。医療的ケアの有無に関わらず、子育てに困難を抱えている家族は増えている。

19 福祉手当など

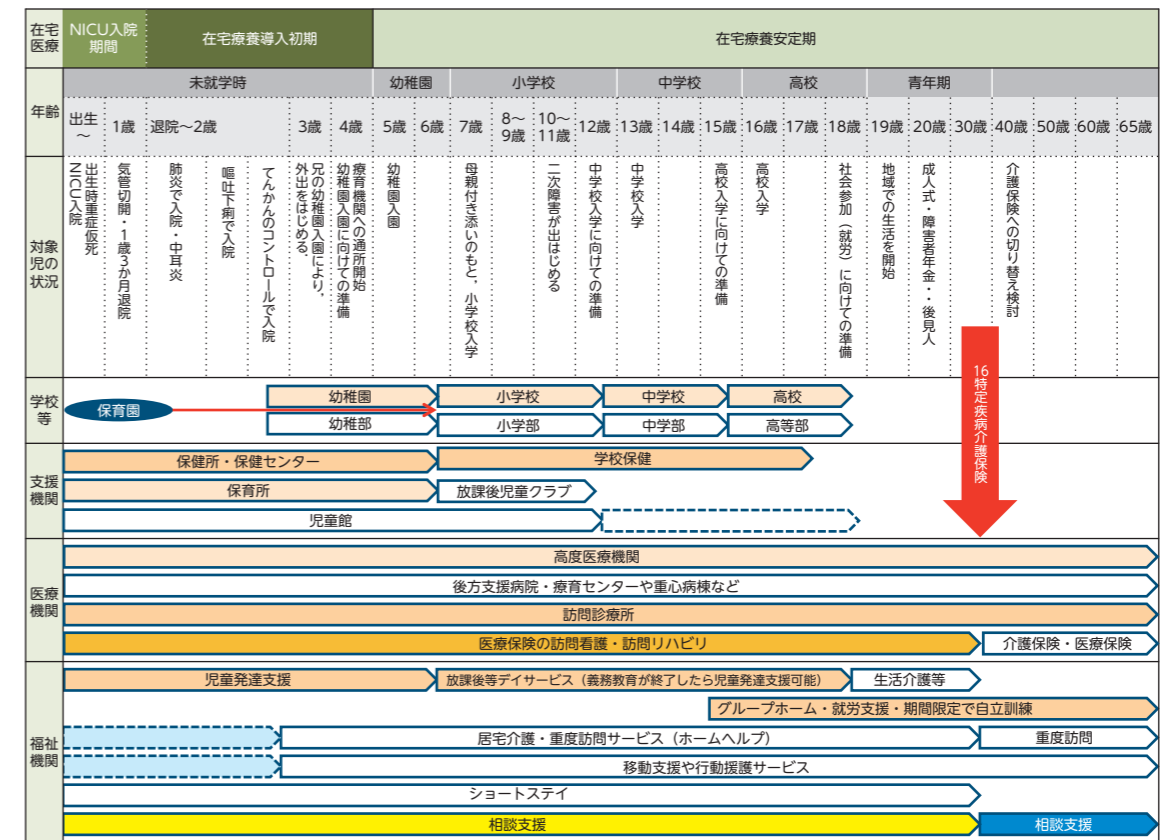
●重い障害を持つ3歳児（第1子）の場合

- ・特別児童扶養手当…………… 51,100円
- ・障害児福祉手当…………… 14,180円
- ・児童手当…………… 15,000円

自治体独自の福祉手当あり

医療的ケア児の家族は共働きが難しい。また、人工呼吸器や在宅酸素などの電気料金、通院時のタクシー料金など日常的にさまざまな費用が必要になる。この他に、市区町村独自で福祉手当を支給している場合がある。

20 子どもと社会資源（てんかん・気管切開）



福祉サービスを利用しつつ年齢を重ね40歳になると16特定疾病に該当すると介護保険を検討することになる。介護保険を利用しつつ障害者総合支援法も利用できるサービスがあることを理解しておくことよ。就労支援、移動支援、行動同行援護、重度訪問介護などは介護保険と併用が可能である。

介護保険制度の在宅の仕組み

石黒 秀喜

目標 介護保険制度の仕組みと地域包括ケアシステムの構築に向けた施策の方向性を理解する。

1. 介護保険制度の目的と創設の背景を理解できる。
2. 介護保険制度の構造を理解できる。
3. 高齢者の尊厳の保持と地域包括ケアシステム構築の意義を理解できる。
4. 地域包括ケアシステム構築のための地域支援事業等の概要を理解できる。

Keyword 介護保険法、要介護認定、ケアマネジメント、地域支援事業、医療介護総合確保推進法

- 内容** <介護保険制度の理念と概要>
1. 介護保険制度創設の目的と背景
 - ・介護の社会化の必然性
 - ・自立支援と社会連帯
 2. 介護保険制度の構造
 - ・要介護認定の仕組み
 - ・サービス利用の流れ
 - ・在宅生活を支援するサービス
 - ・サービス支給限度額
 - ・保険給付／利用者負担
 3. 地域包括ケアシステムの構築に向けて
 - ・地域包括ケアシステムの定義
 - ・介護保険制度の地域支援事業
 - ・市町村介護保険事業計画
 - ・地域医療介護総合確保基金

【引用情報】
 ●平成27年8月版 介護保険制度の解説。社会保険研究所，2015。
 ●地域包括支援センター運営マニュアル検討委員会 編：地域包括支援センター運営マニュアル。一般財団法人長寿社会開発センター，2015。
 ●厚生労働省：介護保険制度の概要。
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/gaiyo/index.html

1 1 介護保険制度の目的と創設の背景

(1) 目的（介護保険法第1条）
 第1条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

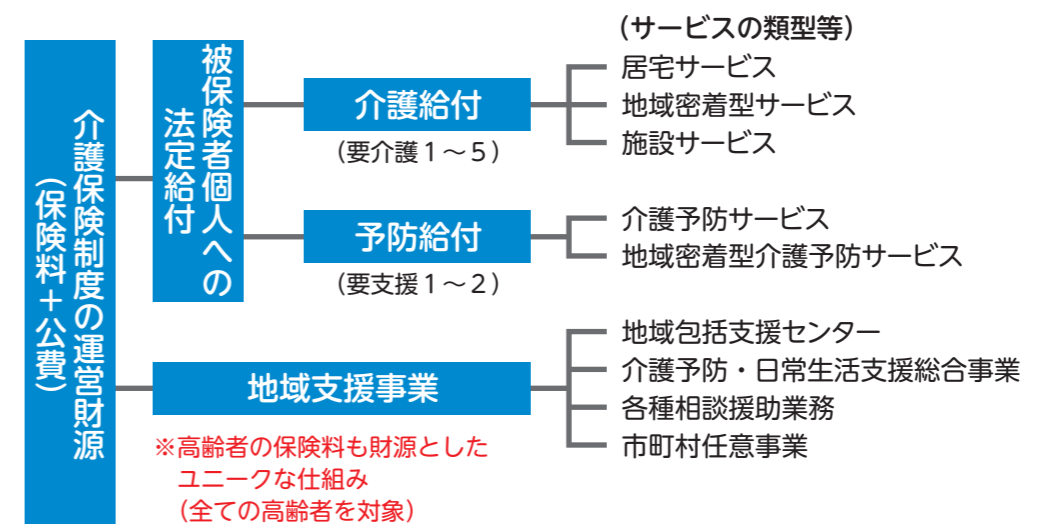
- (2) 創設の主な背景
- ①寿命の長寿化⇒虚弱・要介護高齢者の増加、要介護期間の長期化
 - ②家庭内介護力の弱体化⇒独居・老々世帯の増加、女性就労の一般化
 - ③要介護者の尊厳の保持⇒国民の共同連帯の理念で、介護の社会化
 - ④可能な限り要介護者の居宅生活継続⇒本人に対する自立支援+家族の介護負担の軽減
 - ⑤それまでの老人福祉法に基づく措置サービスの限界性、社会的入院患者の増加などに対する既存制度の抜本的な見直し

わが国の公衆衛生の向上、医療の高度化などによる人生90年代時代の到来は、一方では要介護高齢者の増加と要介護期間の長期化を招いた。並行して核家族化、女性の就労の一般化が進んできたことが介護の社会化の必要性を高めた。このような時代の変化が介護保険制度創設の大きな背景である。

現在も、家族の介護のために離職を余儀なくされる人は相当数いるので、政府は新三本の矢の一つとして介護離職ゼロの方針を打ち出している。

- 【ポイント】 ●介護保険サービスの受給対象者は、「加齢に伴って要介護状態」にあると市町村（保険者）が認めた者。
 ●サービスの理念は、「尊厳の保持」と「有する能力に応じ自立した日常生活」の支援。
 ●国民の共同連帯の理念に基づき、制度を創設 ⇒ 負担と給付の関係が明確になる「社会保険」方式を採用。

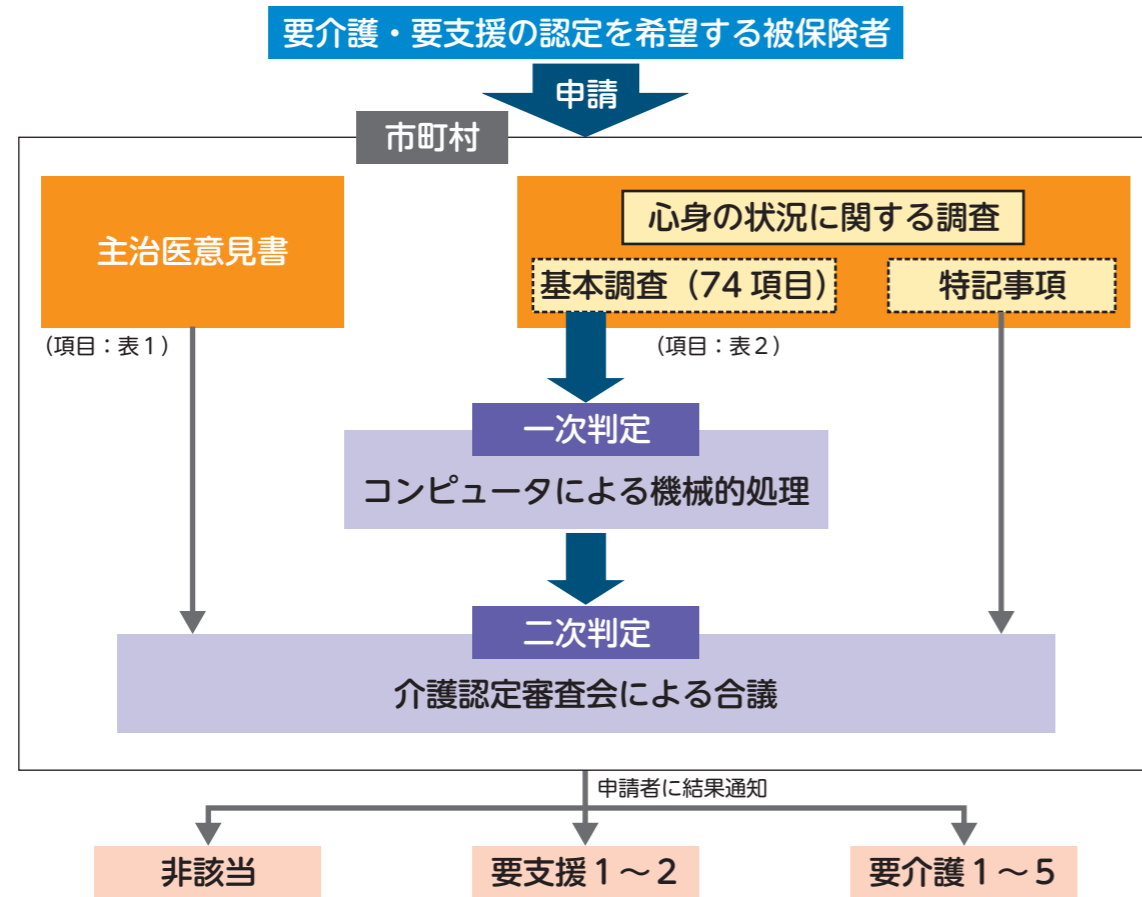
2 2 介護保険制度の構造



介護保険制度の運営財源は、40～64歳までの被保険者の保険料（28%）、65歳以上被保険者の保険料（22%）および国・都道府県・市町村の公費（50%）で賄われている。介護給付・予防給付のサービスを利用するためには、市町村の要介護認定を受けなければならない（次図参照）。また、サービス事業所・施設は、一定の基準を満たしているものとして、都道府県知事又は市町村長の指定を受けることが必要である。

- 【ポイント】 ●保険料を支払う被保険者は40歳以上。
 ●保険給付を受けることができる被保険者は原則65歳以上。
 ●ただし、加齢に起因して罹患する疾病が要介護の原因の場合は、40歳からサービス利用が可能。

3 要介護・要支援認定の流れ



前図に掲げた介護給付・予防給付を受けるためには、市町村に要介護認定の申請をする必要がある。申請を受け付けた市町村は、主治医に意見書(表1)の提出を依頼するとともに、申請した被保険者に対して詳細な心身の状況に関する調査(表2)を実施し、判定結果を申請者に通知する仕組みになっている。

4 (表1) 主治医意見書の項目

事項	主な内容
基本情報	<ul style="list-style-type: none"> 申請者氏名等 介護サービス計画作成等に利用されることの同意 医師・医療機関名等 最終診療 (年月日) 意見書作成回数 他科受診の有無
1 傷病に関する意見	<ul style="list-style-type: none"> (1) 診断名 (年月頃) (2) 症状としての安定性 (3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過および投薬内容を含む治療内容
2 特別な医療	過去14日以内に受けた医療
処置内容	<ul style="list-style-type: none"> 1. 点滴の管理 2. 中心栄養静脈 3. 透析 4. ストーマ(人工肛門)の処置 5. 酸素療法 6. レスピレーター(人工呼吸器) 7. 気管切開の処置 8. 疼痛の看護 9. 経管栄養
特別な対応	<ul style="list-style-type: none"> 10. モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) 11. じょくそうの処置 12. カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル、ウロストーマ等)
3 心身の状態に関する意見	<ul style="list-style-type: none"> (1) 日常生活の自立度 <ul style="list-style-type: none"> 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) 認知症高齢者の日常生活自立度 (2) 認知症の中核症状 <ul style="list-style-type: none"> 短期記憶 日常の意思決定を行うための認知能力 自分の意思の伝達能力 (3) 認知症の周辺症状 (4) 精神・神経症状の有無 専門医受診の有無 (5) 身体の状態
4 生活機能とサービスに関する意見	<ul style="list-style-type: none"> (1) 移動 (2) 栄養・食生活 (3) 現在あるか今後発生の可能性の高い状態と対処方針 (4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し (5) 医学的管理の必要性 (6) サービス提供時における医学的な観点からの留意事項 (7) 感染症の有無
5 その他の特記事項	

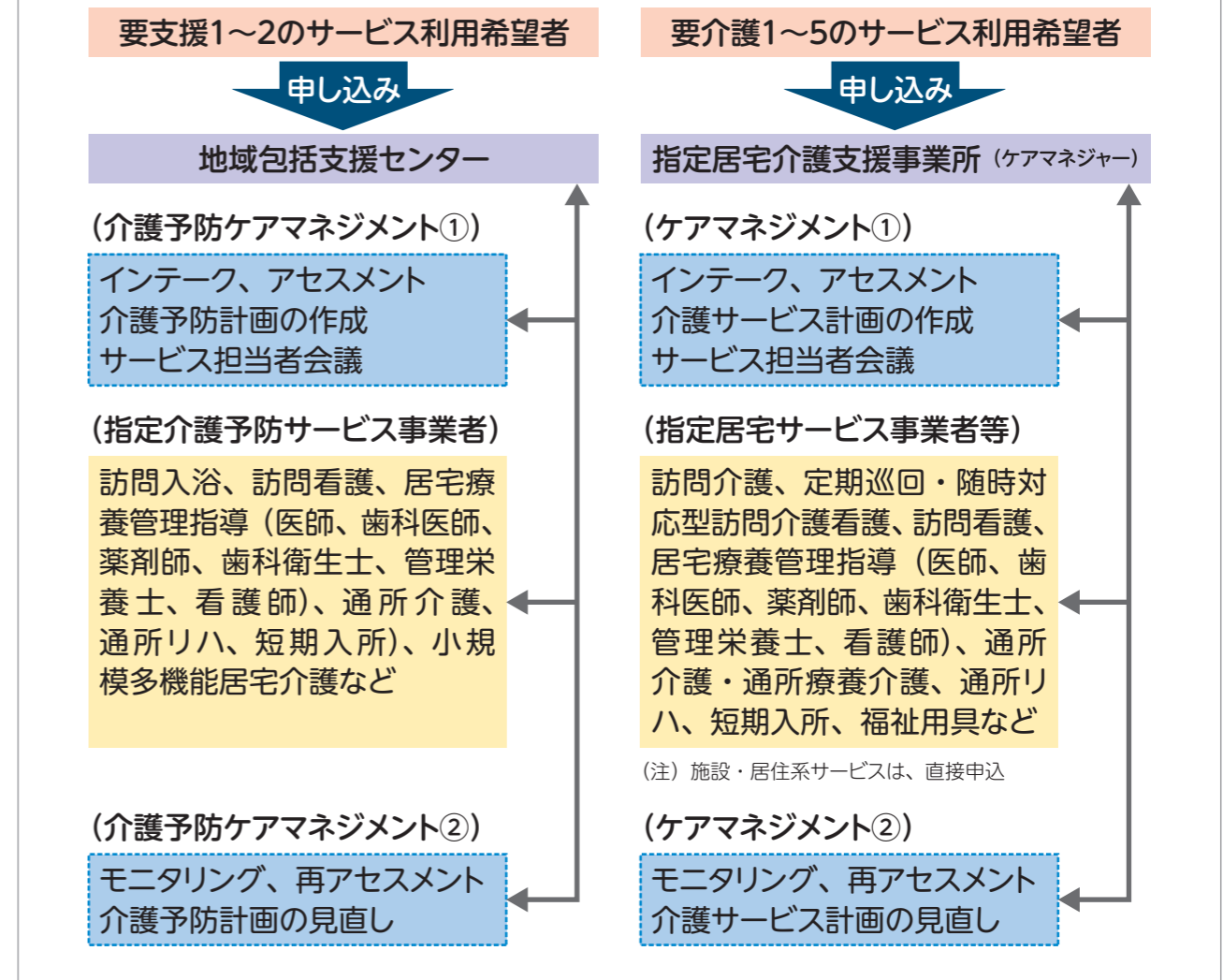
主治医意見書については、要介護認定申請書の添付書類として申請者が用意するものではなく、市町村の責任と負担のもとにおいて主治医に作成依頼する仕組みになっている。

5 (表2) 認定調査票の基本調査項目

領域	個別調査の項目 (細項目略)	領域	個別調査の項目 (細項目略)
1 身体機能・起居動作に関連する項目	①麻痺等の有無 ②拘縮の有無 ③寝返り ④起き上がり ⑤座位保持 ⑥両足での立位保持 ⑦歩行 ⑧立ち上がり ⑨片足での立位保持 ⑩洗身 ⑪つめ切り ⑫視力 ⑬聴力	4 精神・行動障害に関連する項目	①被害的になる ②作話をする ③感情が不安定になる ④昼夜逆転 ⑤しつこく同じ話をする ⑥大声を出す ⑦介護に抵抗する ⑧落ち着きがない ⑨一人で出たがり目が離せない ⑩いろいろなものを集めたり、無断でもってくる ⑪物や衣類を壊す ⑫ひどい物忘れ ⑬意味もなく独り言・独り笑いをする ⑭自分勝手に行動する ⑮話がまとまらず、会話にならない
2 生活機能に関する項目	①移乗 ②移動 ③えん下 ④食事摂取 ⑤排尿 ⑥排便 ⑦口腔清潔 ⑧洗顔 ⑨整髪 ⑩上衣の着脱 ⑪ズボン等の着脱 ⑫外出頻度	5 社会生活への適応に関する項目	①薬の内服 ②金銭の管理 ③日常の意思決定 ④集団への不適応 ⑤買い物 ⑥簡単な調理
3 認知機能に関する項目	①意思の伝達 ②毎日の日課を理解する ③生年月日や年齢を言う ④短期記憶 ⑤自分の名前を言う ⑥今の季節を理解する ⑦場所の理解 ⑧徘徊 ⑨外出して戻れない	6 特別な医療に関する項目	過去14日間に受けた特別な医療 (12項目: S4参照)
		7 日常生活自立度に関する項目	①障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度) ②認知症高齢者の日常生活自立度
		8 特記事項	①身体機能・起居動作に関連する項目についての特記事項 ②生活機能に関する項目 ③認知機能に関する項目 ④精神・行動障害に関連する項目 ⑤社会生活への適応に関する項目 ⑥特別な医療に関する項目 ⑦日常生活自立度に関する項目

心身の状況に関する認定調査は、市町村の職員または市町村から委託を受けた者が自宅等を訪問して行う。調査項目は上記のとおりである。

6 4 サービス利用の流れ



要支援1～2の人の介護予防ケアマネジメントは、地域包括支援センターまたはその委託を受けた者が本人・家族の依頼に基づき行う。要介護1以上の人のケアマネジメントは、都道府県の指定を受けた居宅介護支援事業所のケアマネジャーが本人・家族の依頼に基づき行うことになる。介護保険サービスの提供にあたっては、尊厳の保持を旨とした自立支援の視点が絶えず求められる。

【ポイント】 ●介護サービス利用にあたって、ケアマネジメント機能が法的に位置付けられていることが、介護保険制度の大きな特徴。

7 5 被保険者と保険給付の対象

被保険者（保険料を払う人）	第1号被保険者；65歳以上 第2号被保険者；40歳～64歳
給付対象被保険者	第1号被保険者 要介護（要支援）認定を受けた人（原因は問わない）
	第2号被保険者 加齢に伴い罹患することが多くなる下欄に掲げる疾病に起因するものに限定

①がん（医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。）
 ②関節リウマチ
 ③筋萎縮性側索硬化症
 ④後縦靭帯骨化症
 ⑤骨折を伴う骨粗鬆症
 ⑥初老期における認知症（法第5条の2に規定する認知症をいう。）
 ⑦進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病
 ⑧脊髄小脳変性症
 ⑨脊柱管狭窄症
 ⑩早老症
 ⑪多系統萎縮症
 ⑫糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
 ⑬脳血管疾患
 ⑭閉塞性動脈硬化症
 ⑮慢性閉塞性肺疾患
 ⑯両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

介護保険法第1条に「加齢に伴って」と規定されており、保険給付の対象者は原則として65歳以上とされているが、上記の16疾病に起因して要介護（要支援）状態になったと認められた場合は、40歳から保険給付の対象となる。

8 6 介護保険サービスの種類（介護給付；要介護認定者の場合）

形態	サービス種類
マネジメント	居宅介護支援（ケアマネジメント）
居宅サービス	<ul style="list-style-type: none"> 訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導（医師、歯科医師、薬剤師、歯科衛生士、管理栄養士、看護師） 通所介護（通所療養介護含む）、通所リハビリテーション 短期入所生活介護、短期入所療養介護 福祉用具貸与、特定福祉用具販売 特定施設入所者生活介護（介護サービスを内在した有料老人ホーム等）
地域密着型サービス（市町村が指定）	<ul style="list-style-type: none"> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護 地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型通所介護 看護小規模多機能型居宅介護 認知症対応型共同生活介護（グループホーム） 地域密着型特定施設入居者生活介護（29人以下の有料老人ホーム等） 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護（29人以下の特養）
介護保険施設	<ul style="list-style-type: none"> 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） 介護老人保健施設 介護療養型医療施設（平成30年3月末廃止）
その他	<ul style="list-style-type: none"> 住宅改修（手すり設置、段差解消、洋式便器への取替えなど）

要介護者は何らかの疾病に罹っているのが一般的であり、介護保険サービスには訪問看護や居宅療養管理指導のように医療そのもののサービスや医療との関わりが多いサービスが含まれている。そのため、介護保険法においても医療との連携への配慮規定を設けるなど、多職種協働をいかに円滑に行うかが課題となっている。

【ポイント】 ●介護保険法第2条第2項の規定が重要。「保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない」

9 7 サービスの支給限度額（訪問系・通所系・短期入所・福祉用具）

要介護度ごとに給付上限額（区分支給限度基準額）が設定されている。

要介護度	支給限度額	
要介護1	166,920単位	※1 居宅療養管理指導は医師の判断により行われるため、支給限度額の対象外となっている。 ※2 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）など、居住の場で完結するサービスは、別に要介護度別の定額の介護報酬が設定されている。
要介護2	196,160単位	
要介護3	269,310単位	
要介護4	308,060単位	
要介護5	360,650単位	

（1単位＝地域の人件費に着目して10円～11.40円）

医療保険には支給限度額の考え方はない。介護保険は生活支援の要素が強く、一定の歯止めが必要になるので、支給限度額を設定している。

11 9 地域包括ケアシステムの構築に向けて

「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」（医療介護総合確保促進法）の関係規定

（目的）

第1条 この法律は、国民の健康の保持及び福祉の増進に係る多様なサービスへの需要が増大していることに鑑み、地域における創意工夫を生かしつつ、地域において効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を促進する措置を講じ、もって高齢者をはじめとする国民の健康の保持及び福祉の増進を図り、あわせて国民が生きがいを持ち健康で安らかな生活を営むことができる地域社会の形成に資することを目的とする。

（定義）

第2条 この法律において「地域包括ケアシステム」とは、地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防（要介護状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう

高齢者にとっての地域包括ケアシステムの構成要素は、加齢に伴って虚弱化していくことを予防する「介護予防」、急性疾患・慢性疾患の診断治療から終末期の医療ケアまでを担う「医療」、その過程で生活上の支援を担う介護給付に必要な「介護」、介護給付ではないがちょっとした手助けや権利擁護などの「日常生活支援」、そして、どのような状態になっても必要不可欠な「住まい」（生活の本拠）の5つであり、それらが住み慣れた地域において包括的に提供される体制の下で行われるケアを「地域包括ケア」という。

10 8 保険給付割合／利用者負担

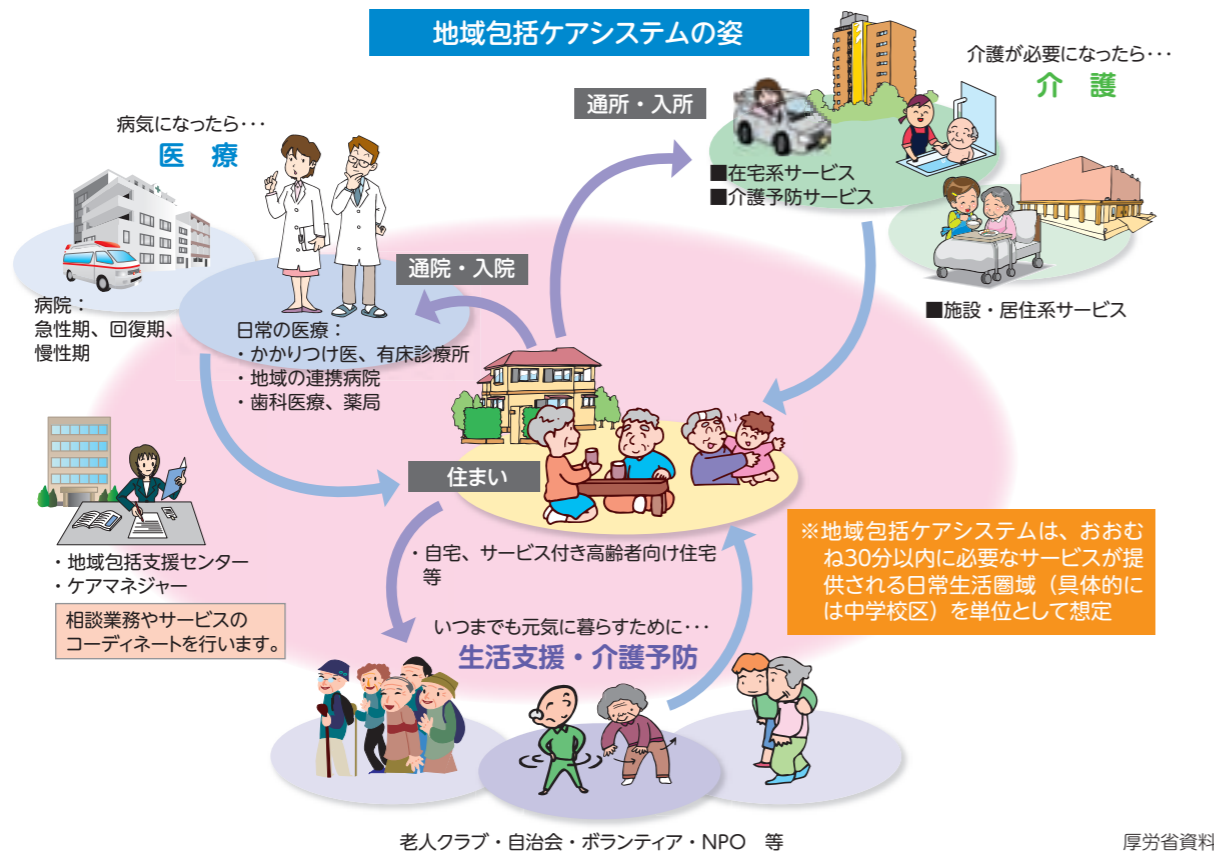
	一般利用者	一定以上の所得・資産保有者
介護費用	保険給付9割、利用者1割	保険給付8割、利用者2割
施設の食費、 室料・光熱費	所得に応じて負担の限度額を設定。 不足分を補給付	補給付はなく、全額利用者負担になる。

※高額介護サービス費の負担上限額が所得区分ごとに設定されている。
生活保護受給者／年金等80万円以下／市町村民税世帯非課税／課税世帯／現役並み

単身で年金収入280万円以上の利用者は利用者負担2割。預貯金1,000万円以上ある施設入所者は、食費、室料・光熱費は全額自己負担。

12 (参考図) 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年を目途に、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・生活支援が一体的に提供される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。



13 10 地域包括ケアの推進と介護保険制度の地域支援事業

- 市町村は次の事業を自ら実施するか、法人に委託してコーディネートする。

■地域包括支援センターの必須事業

- ①総合相談支援業務（総合相談窓口）
- ②権利擁護業務（虐待防止、成年後見制度、消費者被害防止対策など）
- ③ケアマネジメント支援業務（ケアマネジャーの支援など）
- ④介護予防ケアマネジメント業務（介護予防事業利用者の予防プランの作成）

⑤在宅医療・介護連携推進事業【⑤⑥⑦は平成26年法改正で追加】

地域の医療・介護関係者による会議の開催、在宅医療・介護関係者の研修等を行い、在宅医療と介護サービスを一体的に提供する体制の構築を促進

⑥認知症総合支援事業

認知症初期集中チームの関与による認知症の早期診断・早期対応や、認知症地域支援推進員による相談対応等を行い、認知症の人本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けることができる体制の構築

⑦生活支援体制整備事業

単身や夫婦のみの高齢者世帯、認知症の高齢者が増加するなか、高齢者が地域とのつながりや生きがいを持ちながら暮らしていくため、多様な生活支援や介護予防・社会参加へのニーズを踏まえて、NPOや地域住民をはじめとした多様な主体と、地域の特性に応じた生活支援等サービスの体制整備

※上記事業の円滑・効果的な実施のため、地域ケア会議を法的に位置づけ

要介護状態になった高齢者にとって、医療保険や介護保険の法定給付のみでは、住み慣れた地域での生活を継続できるとは限らない。そのため、介護保険制度には、法定給付とは別に地域支援事業という仕組みが設けられている。

高齢者の総合相談への個別対応から専門職同士の連携の強化、住民主体による支え合い活動が活発な地域づくり、認知症の人や家族への地域ぐるみによる見守り・支援といった包括的な取組みの確立がなされなければ、少子多死社会を乗り切ることは困難である。

- 【ポイント】**
- 地域支援事業の財源には、65歳以上被保険者の保険料も充当されていることが大きな特徴。
 - 生活支援体制整備事業は、住民の支え合いによる暮らしがあたり前になるような地域づくりを目指すもの。

14 11 市町村介護保険事業計画（第6期：平成27～29年度）

介護保険法第117条の規定に基づき、市町村は、3年毎に介護保険制度の運営方針に関する計画を策定することが義務付けられている。

国が計画策定に当たっての指針を示している。そのポイントは次のとおり。

- (1) 要介護者等地域の実態把握（日常生活圏域ニーズ調査の実施）
- (2) 保険給付の実態把握と分析
- (3) 他の関連する計画との整合性調整
（市町村総合計画、老人福祉計画、地域福祉計画、障害福祉計画、健康増進計画、高齢者居住安定確保計画、地域医療介護確保計画 等）
- (4) 各年度における介護サービス・予防サービス種類ごとの必要量の見込み
- (5) 各年度における地域支援事業の量の見込み
（介護予防・日常生活支援総合事業、地域包括支援センターの運営、地域医療・介護連携推進事業、認知症総合支援事業、生活支援体制整備事業）
- (6) 地域包括ケアシステム構築のため重点的に取り組むことが必要な事項
- (7) 各年度におけるサービス、地域支援事業の見込量の確保のための方策、
- (8) 介護保険料の設定

市町村介護保険事業計画は、議会の承認を得て住民に公表され、その市町村の介護保険事業運営に係る日常業務の根拠となる性格を有している。地域包括ケアシステムの構築にあたって、この計画に具体的な方針が記載されることが出発点になる。

15 12 地域医療介護総合確保基金の活用 （「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」に基づく基金）

○医療介護確保総合促進法の目的である「効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに地域包括ケアシステムを構築」のために都道府県、市町村は、以下の事項について計画を策定できる。

- ① 医療及び介護の総合的な確保に関する目標及び計画期間
- ② ①の目標を達成するために必要な次に掲げる事業に関する事項
 - イ 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
 - ロ 居宅等における医療の提供に関する事業
 - ハ 公的介護施設等の整備に関する事業
 - ニ 医療従事者の確保に関する事業
 - ホ 介護従事者の確保に関する事業
 - ヘ その他厚生労働省令で定める事業

○計画の実施を推進するため、都道府県に基金を設置。国はその2/3を負担するものとし、財源は消費税を充当。平成28年度予算（案）は下表のとおり。

（単位：億円）

	区分	国費	地方費	合計
平成28年度 予算（案）	医療分	602	301	904
	介護分	483	241	724
	合計	1,085	542	1,628

（平成27年度と同額）

国は、総合確保方針を定め、都道府県、市町村に提示する義務を負っている。上記の基金計画と介護保険事業計画とが相まって、地域包括ケアシステムの推進が図られようとしている。

各論2 在宅医療の仕組み

小児在宅医療と地域包括ケアシステム

奈倉 道明

目標 成人の地域包括ケアシステムを踏まえて小児在宅医療患者の地域生活を支えるための医療・福祉・教育の連携の在り方を理解し、地域医療介護総合確保基金を活用の仕方を学び、具体的な地域連携を実践する。

1. 成人と小児とでの地域生活の支援の在り方の共通点、相違点を知る。
2. 地域医療介護総合確保法とその基金を活用した小児在宅医療の進め方を知る。
3. 自立支援協議会や特別支援教育の現状を理解し、地域での具体的な連携を実践する。

Keyword 地域包括ケアシステム、医療・福祉・教育の連携、地域医療介護総合確保基金、自立支援協議会、特別支援教育

- 内容**
1. 「小児の地域包括ケアシステム」における医療・福祉・教育の連携
 2. 小児等在宅医療連携拠点事業について
 3. 地域医療介護総合確保基金について
 4. 障害者総合支援法における地域生活支援事業について
 5. 特別支援教育における医療的ケアについて
 6. 成人の地域包括ケアシステムの概要および小児との比較

【引用情報】

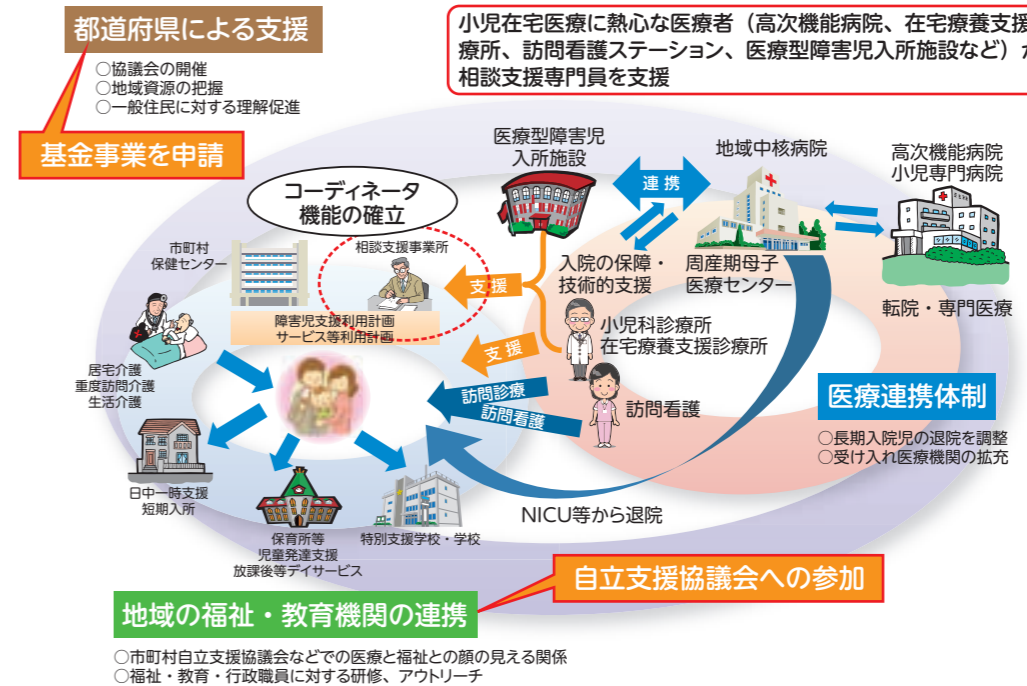
- 厚生労働省：在宅医療の推進について。
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html>
- 平成26年度小児等在宅医療連携拠点事業報告書。
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-lseikyoku/0000103144.pdf>
- 平成25年度小児等在宅医療連携拠点事業報告書。
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-lseikyoku/0000071091.pdf>
- 平成26年度重症心身障害児者の地域生活モデル事業資料。
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000078820.html>
- 平成25年度重症心身障害児者の地域生活モデル事業資料。
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000044412.html>
- 平成24年度重症心身障害児者の地域生活モデル事業資料。
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000028360.html>

●奈倉道明：より良い在宅医療をめざして 在宅医療の最近の動向。臨床神経学 53(11)：1296-1298, 2013。

134 ●中林洋介, 奈倉道明, 新谷幸子：在宅医療推進のための厚生労働省の取り組み。小児内科 45(7)：1214-1218, 2013

1 「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
- 都道府県と協議し、小児在宅医療を推進する事業を実施する
- 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



地域包括ケアシステムとは、要介護高齢者の医療、介護、介護予防、住まい、生活支援の5要素を地域（市町村）で一体的に提供する体制を指す。もともとは介護保険法の中で使われてきた概念であるため、現時点では小児についての枠組みはない。

一方で、小児在宅医療患者の地域生活を支える体制を構築するためには、成人の地域包括ケアシステムと比べて、より広域で、より多くの関係職種と協働する必要がある。本講義を通して、「小児の地域包括ケアシステム」の在り方について考えてみよう。

2 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
	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）
福祉	地方自治体条例	乳幼児・義務教育就学児医療費助成
	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
教育	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

「小児の地域包括ケアシステム」においては、医療・福祉・教育との連携が重要である。ただ、それぞれの分野で多くの制度が存在し、これらを正確に把握することは容易ではない。小児等在宅医療を積極的に担うためにはこれらの制度を理解していただきたいが、制度を理解するためには、制度の根拠となっている法律の理念を理解することがポイントになる。

3 小児等在宅医療連携拠点事業

■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

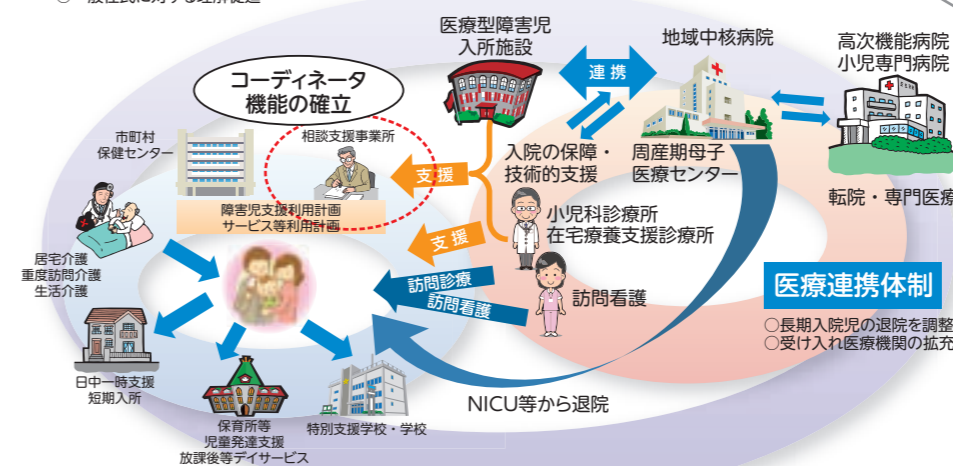
- 小児等在宅医療を担う医療機関を拡充（診療所、訪問看護、医療型短期入所施設など）
- 地域における医療・福祉・教育の連携体制の構築
- 医療と連携した福祉サービスを提供できるコーディネータ機能の確立

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

都道府県による支援

- 協議会の開催
- 地域資源の把握
- 一般住民に対する理解促進

拠点のイメージ：高次機能病院、在宅養育支援診療所、医療型障害児入所施設など



地域の福祉・教育機関の連携

- 市町村自立支援協議会などでの医療と福祉との顔の見える関係
- 福祉・教育・行政職員に対する研修、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。）

地域における包括的かつ継続的な在宅医療を提供するための体制を構築する。

- ①二次医療圏や市町村等の行政・医療・福祉関係者等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受入が可能な医療機関・訪問看護事業所数の拡大、専門機関とのネットワークを構築
- ④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

厚生労働省は平成25～26年度に小児等在宅医療連携拠点事業というモデル事業を実施した。2年間で1都9県がこの事業を実施し、小児等の在宅医療の推進のために必要な要素や実施可能な事業を検証した。

4 拠点事業における各県の取り組み

群馬県、神奈川県、長野県：こども病院で相談窓口

埼玉県：医師会との連携、診療所・訪看の拡充

千葉県：同行訪問研修、相談支援専門員研修

東京都：多職種連携研修、市町村に対する調査

神奈川県：モデル市と直接の連携

長野県：ICT（しろくまネット）

三重県：県庁内で多部署によるワーキンググループ

岡山県：社会福祉法人による重症児の地域生活支援

福岡県：大学病院と医療型入所施設のコラボ

長崎県：全県のICTネットワークを活用

厚生労働省HP

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html>

平成25年度最終報告書

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000071091.pdf>

平成26年度最終報告書

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000103144.pdf>

事業を実施する都県の担当部署および医療機関の性格が都県によって異なるため、各都県ごとにさまざまな事業が立てられた。事業の成否を短期間で評価することは難しいが、特徴ある事業をここに紹介する。詳細は厚生労働省ホームページおよび報告書を参考にさせていただくか、もしくは事業を実施した医療機関に直接問い合わせさせていただきたい。

5 都道府県行政との協議

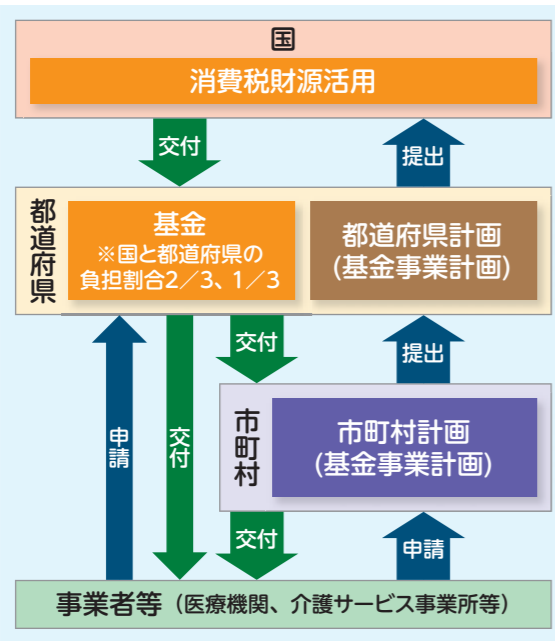
	担当部署	拠点となる医療機関	拠点の分類
群馬県	健康福祉部 医務課	群馬県立小児医療センター	こども病院
		(一部委託)群馬県看護協会	看護協会
		(一部委託)群馬大学	大学病院小児科
埼玉県	保健医療部 医療整備課 地域医療対策担当	埼玉医科大学 総合医療センター	大学病院小児科
千葉県	健康福祉部 障害福祉課	(医療法人社団) 麒麟会	在宅療養支援診療所
		麒麟会	訪問看護ステーション
東京都	福祉保健局 医療政策部 医療政策課地域医療対策係	都立小児総合医療センター	こども病院
		都立墨東病院	急性期病院
		慶応義塾大学医学部附属病院	大学病院小児科
神奈川県	保健福祉局 保健医療部医療課	神奈川県立 こども医療センター	こども病院
長野県	健康福祉部 医療推進課 健康福祉部 保険・疾病対策課	長野県立こども病院	こども病院
三重県	健康福祉部医療対策局 地域医療推進課等 子育て支援課、障害福祉課、 特別支援教育課 (小児在宅医療推進ワーキンググループ)	三重大学医学部附属病院 小児トータルケアセンター	大学病院小児科
岡山県	保健福祉部医療推進課	旭川荘	社会福祉法人
福岡県	保健医療介護部 医療指導課	北九州市立総合療育センター	医療型障害児者入所施設
		九州大学病院	大学病院
長崎県	福祉保健部 医療政策課	長崎大学医学部附属病院	大学病院小児科
進捗管理		国立成育医療研究センター	こども病院

多くの都道府県では医療担当部署が事務局となり、拠点となる医療機関と協議を重ねて具体的な事業を実施した。千葉県では、医療担当部署ではなく障害福祉担当部署が事務局となったため、障害福祉に関連した事業が充実していた。三重県では、医療対策局内の複数の課、および子育て支援課、障害福祉課、特別支援教育課が加わった小児在宅医療推進ワーキンググループを結成し、小児在宅医療に関する幅広い協議を行い、より幅のある施策を展開することができた。埼玉県もこれに習い、平成27年度より医療整備課、障害福祉課、健康長寿課、教育局が集って小児在宅医療ワーキンググループを結成している。特にレスパイト施設対象の研修、相談支援専門員対象の研修、介護士対象の研修に関しては、障害福祉課の協力が必要であった。

6 地域医療介護総合確保基金

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の課題。
- このため、消費税増収分を活用した新たな財政支援制度（地域医療介護総合確保基金）を創設し、各都道府県に設置。各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施。

平成27年度予算：公費で1,628億円
(医療分 904億円、介護分 724億円)



都道府県計画及び市町村計画（基金事業計画）

- 基金に関する基本的事項
 - ・公正かつ透明なプロセスの確保（関係者の意見を反映させる仕組みの整備）
 - ・事業主体間の公平性など公正性・透明性の確保
 - ・診療報酬・介護報酬等との役割分担
- 都道府県計画及び市町村計画の基本的な記載事項
 - 医療介護総合確保区域の設定^{※1}／目標と計画期間（原則1年間）／事業の内容、費用の額等／事業の評価方法^{※2}
 - ※1 都道府県は、二次医療圏及び老人福祉圏を念頭に置きつつ、地域の実情を踏まえて設定。市町村は、日常生活圏を念頭に設定。
 - ※2 都道府県は、市町村の協力を得つつ、事業の事後評価等を実施。国は都道府県の事業を検証し、基金の配分等に活用。
- 都道府県は市町村計画の事業をとりまとめて、都道府県計画を作成

地域医療介護総合確保基金の対象事業

- 1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業^(※)
 - 2 居宅等における医療の提供に関する事業^(※)
 - 3 介護施設等の整備に関する事業（地域密着型サービス等）
 - 4 医療従事者の確保に関する事業^(※)
 - 5 介護従事者の確保に関する事業
- ※基金の対象事業は、平成26年度は医療を対象として1、2、4を、平成27年度以降は介護を含めて全ての事業とする。

地域医療介護総合確保基金は、平成26年度に成立した地域医療介護総合確保法に基づき、消費税が5%から8%へ増税された増収分を原資として作られた基金である。法律に則った制度であるため、法改正がない限り恒久的に持続する制度である。基金には医療分と介護分があり、医療分の基金の対象事業としては、①地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備、②居宅等における医療（在宅医療）の提供、③医療従事者の確保があげられる。つまり、小児等在宅医療の事業は、②の事業として申請することができる。小児等在宅医療連携拠点事業が終わった平成27年度以降は、この基金を活用して、地域の実情に合った小児在宅医療の事業を展開していただきたいと考えている。

7 地域医療介護総合確保基金の対象事業①

1. 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業

急性期病床から回復期病床への転換等、地域医療構想の達成に向けた病床の機能の分化及び連携等について実効性のあるものとするため、医療機関が実施する施設・設備の整備に対する助成を行う。



（病床の機能分化・連携を推進するための基盤整備等の医療提供体制の改革に向けた施設及び設備等の整備）

- ・平成27年度以降に策定される地域医療構想に基づいた病床機能の転換等の施設・設備整備に対する助成事業
- ・地域医療構想の策定前の病床の機能分化・連携については、回復期病床等への転換など構想策定前においても必要性が明らかな施設・設備整備に対する助成事業
- ・医療機関（病院、診療所）をはじめ、訪問看護ステーション、薬局及び介護関係施設等におけるICTを活用した地域医療情報ネットワークの構築を行う事業

2. 居宅等における医療の提供に関する事業

地域包括ケアシステムの構築を図るため、在宅医療の実施に係る拠点の整備や連携体制を確保するための支援等、在宅における医療を提供する体制の整備に対する助成を行う。



（在宅医療の実施に係る拠点・支援体制の整備）

- ・在宅医療の実施に係る拠点の整備 / 在宅医療に係る医療連携体制の運営支援 / 在宅医療推進協議会の設置・運営等

（在宅医療や訪問看護を担う人材の確保・養成に資する事業）

- ・在宅医療の従事者やかかりつけ医の育成 / 訪問看護の促進、人材確保を図るための研修等の実施等

（その他在宅医療の推進に資する事業）

- ・在宅歯科医療の実施に係る拠点・支援体制の整備 / 在宅医療や終末期医療における衛生材料や医療用麻薬等の円滑供給の支援等

3. 介護施設等の整備に関する事業

地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域密着型サービス等、地域の実情に応じた介護サービス提供体制の整備を促進するための支援を行う。

（地域密着型サービス施設等の整備への助成）

- ・地域密着型サービス施設・事業所等の整備に対する支援

（介護施設の開設準備経費等への支援）

- ・特別養護老人ホーム等の円滑な開設のため、施設の開設準備に要する経費について支援

（※定員30人以上の広域型施設を含む。）

- ・訪問看護ステーションの大規模化やサテライト型事業所の設置に必要な設備費用等の支援

- ・土地の取得が困難な都市部等での定期借地権の設定のための一時金の支援

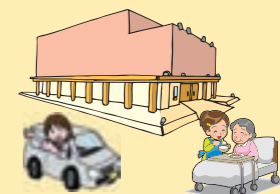
（介護施設で働く職員等の確保のために必要な施設内の保育施設の整備に対する支援）

- ・特別養護老人ホームにおける多床室のプライバシー保護のための改修に対する支援

- ・特別養護老人ホーム等のユニット化改修に対する支援

- ・介護療養型医療施設等を老人保健施設等への転換整備に対する支援

（対象施設）地域密着型特別養護老人ホーム、小規模な老人保健施設・養護老人ホーム・ケアハウス、都市型軽費老人ホーム、認知症高齢者グループホーム、小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護、緊急ショートステイ等
※定員30名以上の広域型施設の整備費については、平成18年度より一般財源化され、各都道府県が支援を行っている。

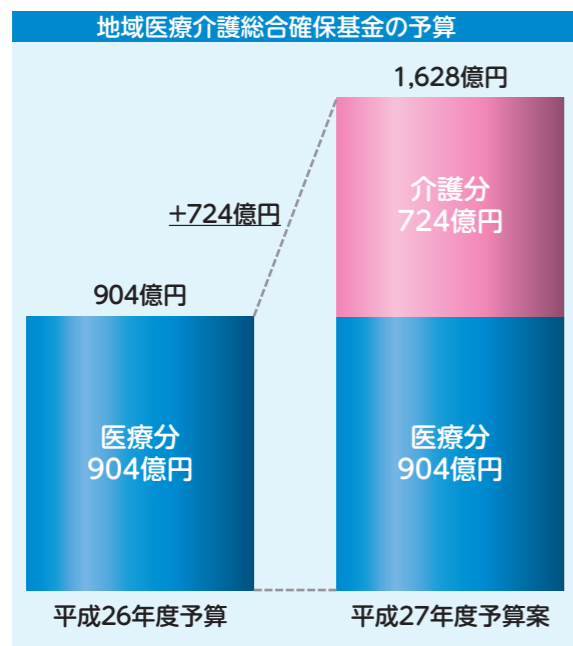


平成27年10月27日 第1回 都道府県在宅医療・介護連携担当者・アドバイザー合同会議

「居宅等における医療の提供に関する事業」としては、①在宅医療の実施に係る拠点・支援体制の整備、②在宅医療や訪問看護を担う人材の確保・養成に関する事業、③その他在宅医療の推進に資する事業があげられている。在宅医療に関する事業を申請するときにこれらのいずれかに絞る必要はないが、聞かれたら答えられるよう整理しておこう。

8 地域医療介護総合確保基金の平成27年度予算について

- 地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、消費税増収分を活用した新たな財政支援制度（地域医療介護総合確保基金）を創設し、各都道府県に設置。
- 地域医療介護総合確保基金の平成27年度予算案は、**公費ベースで1,628億円（医療分904億円、介護分724億円）**
※国と都道府県の負担割合は、2/3：1/3
- 平成27年度以降は、**介護を含む全ての事業を対象**とすることとしており、**対前年度予算724億円増**。



- ### 地域医療介護総合確保基金の対象事業
- 1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業^(※)
 - 2 **居宅等における医療の提供に関する事業^(※)**
 - 3 介護施設等の整備に関する事業（地域密着型サービス等）
 - 4 医療従事者の確保に関する事業^(※)
 - 5 介護従事者の確保に関する事業
- ※基金の対象事業は、平成26年度は医療を対象として1、2、4を、平成27年度以降は介護を含めて全ての事業とする

スケジュール（案）

27年1月～	都道府県ヒアリング実施 （※都道府県による関係者からのヒアリング等実施）
5月中	基金の交付要綱等の発出 介護分を都道府県へ内示
6月頃	医療分を都道府県へ内示
7月頃	交付決定（※都道府県計画提出）

基金に関する現行のスケジュールについては、厚生労働省は1月から都道府県に対してヒアリングを開始する。都道府県はこのときまでに、県医師会と協議しながら基金事業の計画案をまとめる。事業提案については、あらかじめ県医師会の了承を得ることが望まれる。このためには、小児科学会地方会もしくは都道府県小児科医会を通じて、都道府県医師会に対して事業に関する相談を申し込むのがよい。

9 地域医療介護総合確保基金を活用した在宅医療の充実のための取組例



医療法を所管する厚生労働省医政局地域医療計画課としては、在宅医療に関する事業を幅広く想定している。高齢者を対象とした在宅医療・介護連携に関する事業が介護保険法に規定されたのに対し、それ以外の分野の在宅医療の事業は地域医療介護総合確保法で担保される形となっている。図で示すところの上のカッコの事業は、地域医療介護総合確保法に根拠づけられた事業であり、下のカッコの右側は介護保険法に根拠づけられた事業である。

10 小児在宅医療を推進するための事業の例

- 研修：研修の対象には多くの職種が想定される
職種に応じた研修の作成が課題

	対象	主催者例
既になされている研修	小児科医（勤務医、開業医）	日本小児科学会
	訪問看護師	訪問看護財団
	リハビリ職	前田研究班
	相談支援専門員	千葉県
	介護福祉士	前田研究班
今後想定される研修	多職種連携	前田研究班、東京都
	在宅療養支援診療所医師	？
	特別支援学校教員	？
	歯科医師	？
	在宅看取り関係者	？

- 小児在宅医療に関する相談窓口の設置
- 小児在宅医療に関する普及啓発
- レスパイト受け入れ施設に対する医療補助 などなど
ただし、あくまでも医療に関する事業でなければならない。

小児在宅医療を推進するための事業の最初の取り掛かりとしては、小児在宅医療に関する研修がよいと思われる。医師はさることながら、訪問看護師、および障害児者の相談支援専門員は小児在宅医療を学ぶ機会を求めている。さらに、リハビリ職種や介護福祉士での需要もある。日本小児科学会は、平成26年度に小児在宅医療実技講習会の研修コンテンツを作成し、当該講習会の主催者に対して無償で研修コンテンツを提供している。また、あおぞら診療所の前田浩利先生を中心とした厚生労働科学研究の中では、さまざまな職種に対する研修が考案され、実際にモデルとなる研修も実施している。研修以外にさまざまな事業を想定することは可能だが、当基金の対象としては、あくまで医療に関する事業でないと認められないことに留意する必要がある。

11 地域医療介護総合確保基金の事業個票例

※在宅医療に関する事業は、「[2 居宅等における医療の提供に関する事業]」のカテゴリーになります。事業の実施主体、目標、期間、事業内容をこのような形にまとめます。

ここに、地域医療介護総合確保基金の事業個票の一例を示す（実例ではない）。提案する事業の実施主体、目標、期間、事業内容をこのような形にまとめる。

12 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事業の進め方

- ①小児在宅医療に関する事業提案については、小児科医会や小児科学会を通じて、都道府県医師会に相談する。
- ②県医師会の了承が得られたら、都道府県の基金担当部署に事業提案を提出する。
- ③事業が採択されたら、都道府県庁の医療担当部署と相談しながら事業を進める。できれば障害福祉担当部署や教育担当部署とともに協議するのが望ましい。
- ④さらに、事業説明などのために市町村の自立支援協議会に参加すれば、地域の福祉関係者と顔の見える関係ができ、適切な福祉サービスの提供に結び付けることができる。

13 地域生活支援事業

1 目的

障害者及び障害児（以下「障害者等」という。）が基本的な権利を享有する個人としての尊厳にふさわしい日常生活又は社会生活を営むことができるよう、地域の特性や利用者の状況に応じた柔軟な事業形態による事業を計画的に実施し、もって障害者等の福祉の増進を図るとともに、障害の有無に関わらず国民が相互に人格と個性を尊重し安心して暮らすことのできる地域社会の実現に寄与することを目的とする。

2 実施主体

- (1) 市町村地域生活支援事業
市町村（指定都市、中核市、特別区を含む。）を実施主体とし、複数の市町村が連携し広域的に実施することもできるものとする。
- (2) 都道府県地域生活支援事業
都道府県を実施主体とする。一部の事業は指定都市又は中核市に委託することができるものとする。

○市町村地域生活支援事業の具体的内容

以下の事業を必須事業とし、その他市町村の判断により、自立した日常生活又は社会生活を営むために必要な事業（任意事業）及び社会福祉法人等が行う同事業に対し補助する事業を行うことができる。また、障害支援区分等事務に要する経費を補助する。

【必須事業】

- | | |
|------------------|--------------------|
| ア 理解促進研修・啓発事業 | イ 自発的活動支援事業 |
| ウ 相談支援事業 | エ 成年後見制度利用支援事業 |
| オ 成年後見制度法人後見支援事業 | カ 意思疎通支援事業 |
| キ 日常生活用具給付等事業 | ク 手話奉仕員養成研修事業 |
| ケ 移動支援事業 | コ 地域活動支援センター機能強化事業 |

【任意事業】

【障害支援区分認定等事務】

○国の補助

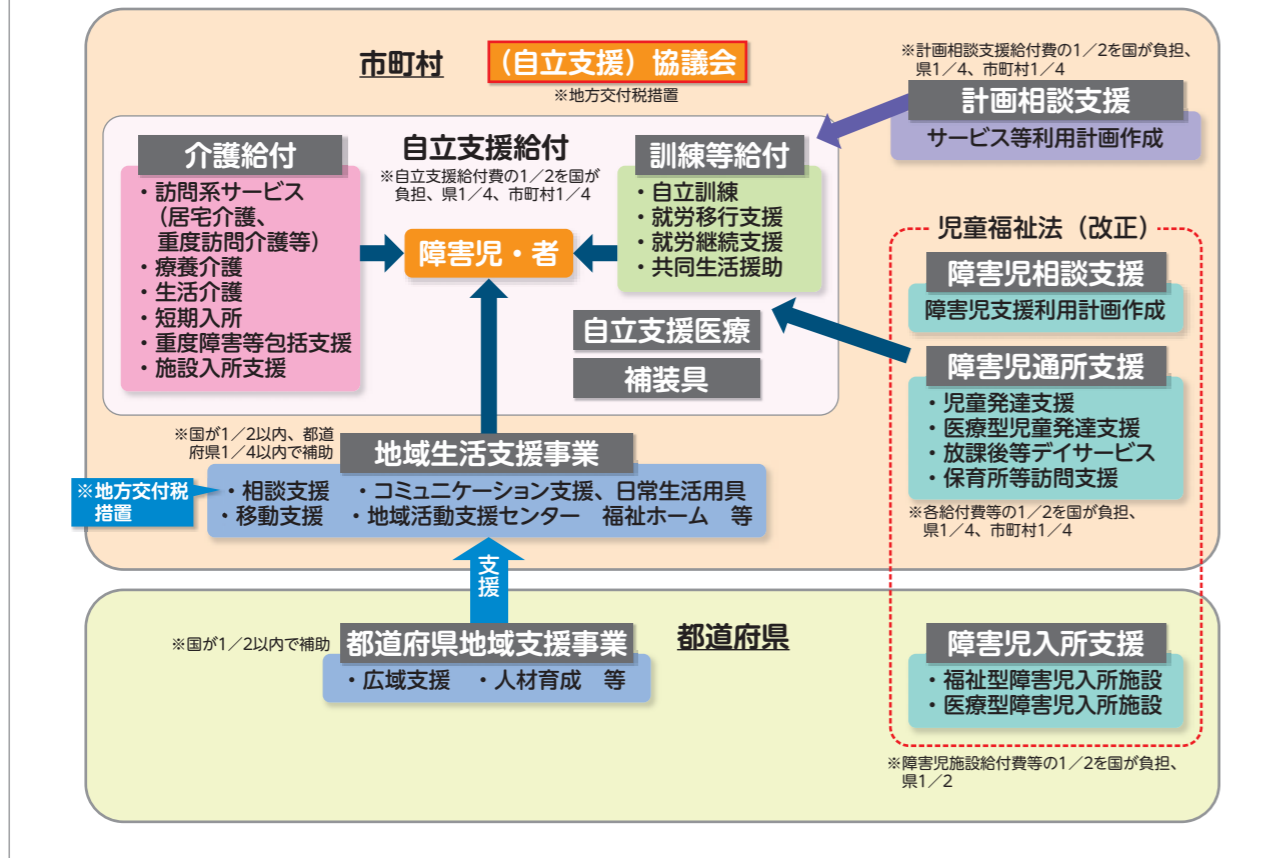
○補助金

市町村等の事業全体に補助する統合補助金として補助
【市町村事業】
国1/2以内、
都道府県1/4以内で補助
【都道府県事業】
国1/2以内で補助

○一部交付税措置あり

平成18年度の障害者自立支援法及び現在の障害者総合支援法において、「地域生活支援事業」という事業が規定されている。これは、障害者の地域生活を支援するために市町村が行う事業のことである。ただ、この制度が作られた当時は、医療的ケアが必要な小児については想定されていなかった。

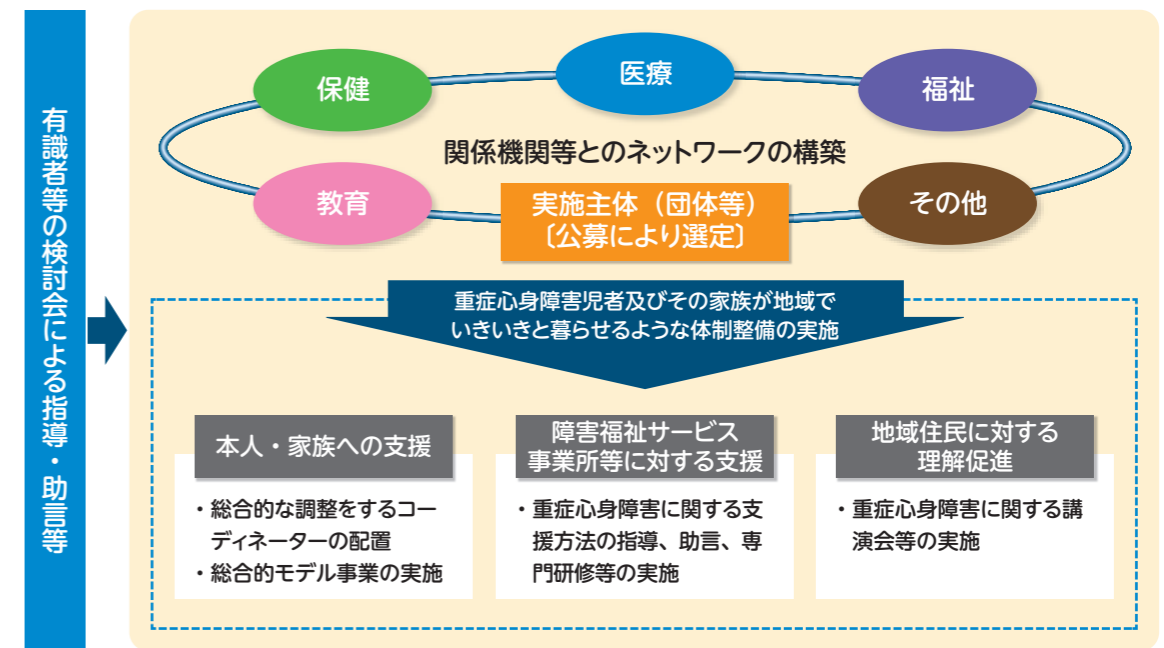
14 障害者総合支援法に基づく障害福祉サービスの体系（平成24年4月～）



障害者の地域生活について話し合う場合は、地域の自立支援協議会である。ただ、自立支援協議会では、医療的ケアを必要とする小児に関する協議がなされたことはほとんどない。このため、小児在宅医療に関わる私たちは、積極的に自立支援協議会に参加し、医療的ケアを必要とする小児の現状について説明し、医療的ケアを必要とする小児に対する福祉サービスの適切な提供について協議する必要がある。

15 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。



厚生労働省の障害保健福祉部では、平成24～26年度に重症心身障害児の地域生活を支援するためのモデル事業を実施してきた。重症心身障害児は小児在宅医療患者と重なるところが多く、その地域生活を支えるためには医療面からの支援が必須であることから、重症心身障害児者に対する地域生活支援事業は「小児の地域包括ケアシステム」に近い概念であるといえる。

16 重症心身障害児者の地域生活モデル事業の実施団体

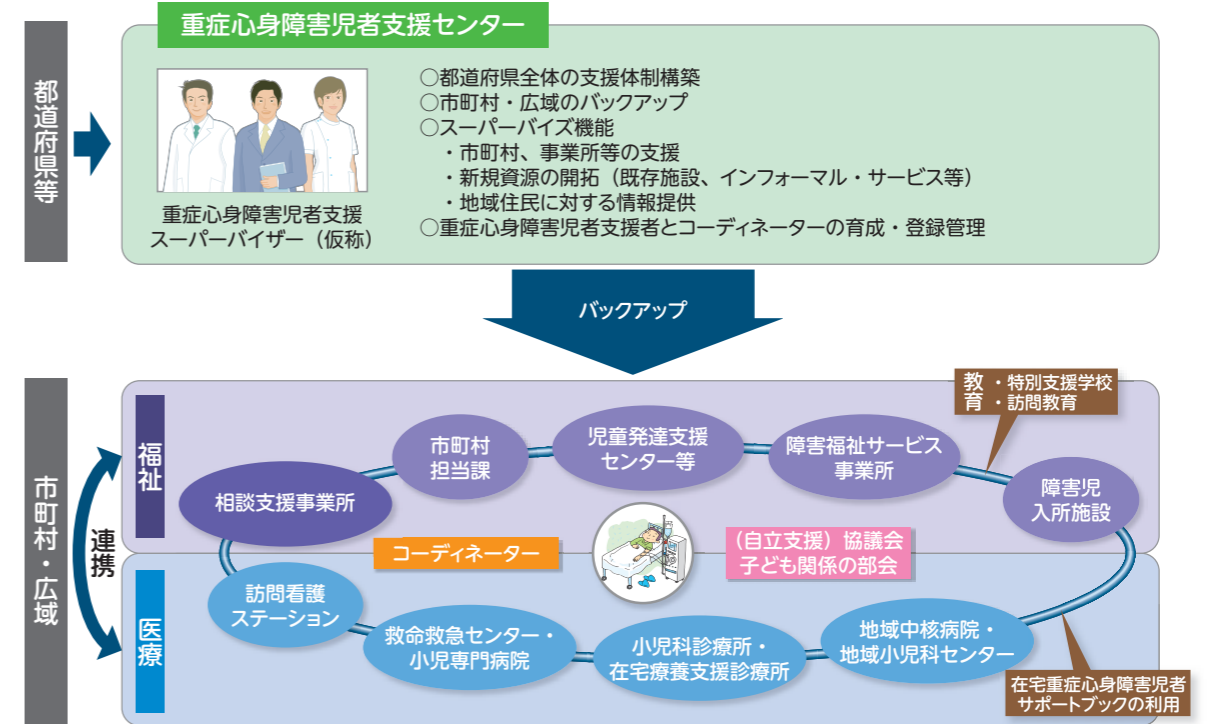
平成24年度	平成25年度	平成26年度
北海道療育園	北海道療育園	あきやまケアルーム（三鷹市）
国立下志津病院 （千葉県四街道市）	びわこ学園障害者支援センター	浜松市発達医療総合福祉センター
重症心身障害児（者）を守る会 （世田谷区）	大阪発達総合療育センター フェニックス	長良医療センター
西宮すなご医療福祉センター	重症児・者福祉医療施設鈴が峯 （広島市）	あすか山訪問看護ステーション （北区）
久留米市介護福祉サービス事業者 協議会	南愛媛療育センター	

- 平成24年度重症心身障害児者の地域生活モデル事業
検討会 <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-syougai.html?tid=141321>
資料 <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000028360.html>
- 平成25年度重症心身障害児者の地域生活モデル事業
検討会 <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-syougai.html?tid=148708>
資料 <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000044412.html>
- 平成26年度重症心身障害児者の地域生活モデル事業
検討会 <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-syougai.html?tid=213313>
資料 <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000078820.html>

ここに記載された医療・福祉機関が、モデル事業を実施した。本事業では医療型障害児入所施設（旧、重症心身障害児施設）が実施主体となっていることが多く、この点は医政局の小児等在宅医療連携拠点事業と異なる。詳しくは厚生労働省ホームページをご参照いただきたい。

17 重症心身障害児者支援体制整備モデル事業（平成27年度）

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。
 ※将来的には、全ての都道府県・指定都市・児童相談所設置市の設置を目指す
 予算額 8,850千円



3年間のモデル事業の成果により、障害保健福祉部は、重症心身障害児者を支援するためのスーパーバイザーを都道府県に置くことを推奨している。皆様の中には重症心身障害児の支援に携わってこられた方が多いと思うが、小児在宅医療患者と重症心身障害児者とは重なる部分が多く、皆様がこのスーパーバイザーとして活躍していただくことも期待している。

18 特別支援学校で医療的ケアを必要とする学童児

【特別支援学校】

- 日常的に医療的ケアが必要な幼児児童生徒は7,774名(5.9%)。小学部では10.6%にのぼる。
- これらの幼児児童生徒が延べ23,396件の医療的ケアを必要としており、一人で複数の医療的ケアを必要とする幼児児童生徒が多い状況である。
- 行為別に見ると、延べ件数のうち、たんの吸引等呼吸器関係が69.0%、経管栄養等栄養関係が24.1%、導尿が2.3%、その他が4.6%であり、このうち鼻腔経管栄養注入など認定特定行為業務従事者に許容されている行為は47.7%である。

【公立の小中学校】

- 日常的に医療的ケアが必要な児童生徒は976名であり、これらの児童生徒が延べ1,288件の医療的ケアを必要としている。
- 行為別に見ると、延べ件数のうち、たんの吸引等呼吸器関係が45.9%、導尿が21.5%、経管栄養等栄養関係が19.7%、その他が12.9%であり、このうち鼻腔経管栄養注入など認定特定行為業務従事者に許容されている行為は35.5%である。

【特別支援学校】

区分	医療的ケアが必要な幼児児童生徒数				
	幼稚部	小学部	中学部	高等部	合計
通学生	28	2,863	1,434	1,332	5,657
訪問教育(家庭)	0	601	252	257	1,110
訪問教育(施設)	0	198	98	141	437
訪問教育(病院)	0	261	135	174	570
合計	28	3,923	1,919	1,904	7,774
在籍者数	1,453	37,147	29,557	62,524	130,681
割合(%)	1.9%	10.6%	6.5%	3.0%	5.9%

【公立の小中学校】

小学校		
通常学級	特別支援学級	合計
314	491	805
中学校		
通常学級	特別支援学級	合計
62	109	171
小・中学校計		
通常学級	特別支援学級	合計
376	600	976

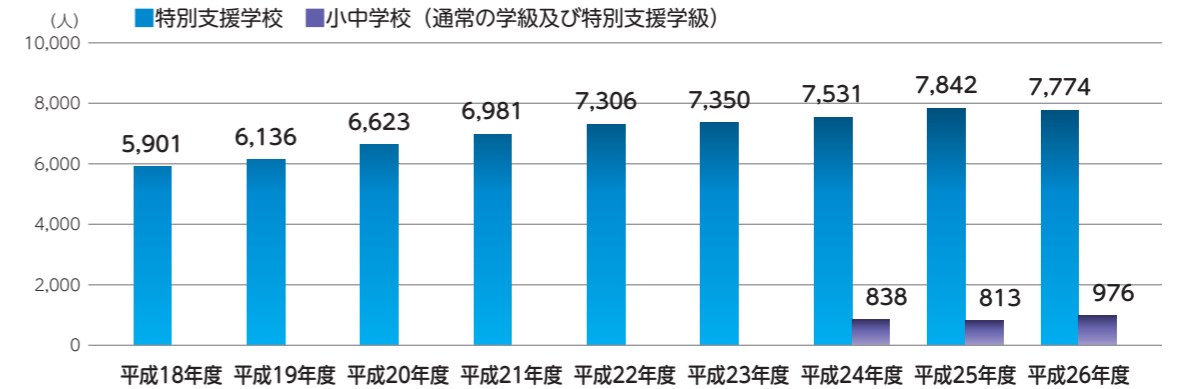
文部科学省「平成26年度特別支援学校等における医療的ケアに関する調査」(平成26年5月1日現在)
http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/material/1356215.htm

教育との連携については、まだ未開拓で今後の課題である。小児在宅医療の患者も、学童年齢に達すると学校へ進学する。平成26年度の時点で、医療的ケアを必要とする生徒は、通常の学校に976名、特別支援学校に7,774名在籍している。これは特別支援学校の生徒全体の5.9%、小学部に至っては10.6%に上る。これらの学童に対する医療的ケアは、特別支援学校に配置される看護師もしくは児童に付き添う保護者によってなされている。医療的ケアが複雑な児童については看護師でも対応できないことがあるため、学校が保護者に付き添いを求めることが多いようである。しかし、このことは平成25年度に制定された「障害者差別解消法」に違反しているとの意見もあり、学校における医療的ケアを誰が実施すべきかについて今後議論していく必要がある。

19 学校において医療的ケアが必要な障害児数の推移

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



■行為別対象幼児児童生徒数(特別支援学校)

医療的ケア項目	計(名)	割合(%)
●経管栄養(鼻腔に留置されている管からの注入)	1,957	24.1%
●経管栄養(胃ろう)	3,414	
●経管栄養(腸ろう)	139	
●経管栄養(口腔ネトラン法)	43	
IVH中心静脈栄養	76	
小計	5,629	24.1%
●口腔・鼻腔内吸引(咽頭より手前まで)	3,682	69.0%
●口腔・鼻腔内吸引(咽頭より奥の気道)	2,291	
●気管切開部(気管カニューレ内)からの吸引	1,958	
気管切開部(気管カニューレ奥)からの吸引	1,121	
経鼻咽頭エアウェイ内吸引	169	
気管切開部の衛生管理	2,388	
ネブライザー等による薬液(気管支拡張剤等)の吸入	1,905	
経鼻咽頭エアウェイの装着	153	
酸素療法	1,371	
人工呼吸器の使用	1,113	
小計	16,151	69.0%
排泄 導尿※本人が自ら行う導尿を除く	539	2.3%
その他 ※上記項目以外で、特別支援学校において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	1,077	4.6%
合計(延人数)	23,396	100.0%
医療的ケアが必要な幼児児童生徒数	7,774	

※「●」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医療的ケア項目である。

■行為別対象幼児児童生徒数(小・中学校)

医療的ケア項目	計(名)	割合(%)
●経管栄養(鼻腔に留置されている管からの注入)	59	19.7%
●経管栄養(胃ろう)	160	
●経管栄養(腸ろう)	8	
●経管栄養(口腔ネトラン法)	1	
IVH中心静脈栄養	26	
小計	254	19.7%
●口腔・鼻腔内吸引(咽頭より手前まで)	79	45.9%
●口腔・鼻腔内吸引(咽頭より奥の気道)	17	
●気管切開部(気管カニューレ内)からの吸引	151	
気管切開部(気管カニューレ奥)からの吸引	57	
経鼻咽頭エアウェイ内吸引	3	
気管切開部の衛生管理	79	
ネブライザー等による薬液(気管支拡張剤等)の吸入	34	
経鼻咽頭エアウェイの装着	6	
酸素療法	112	
人工呼吸器の使用	53	
小計	591	45.9%
排泄 導尿※本人が自ら行う導尿を除く	277	21.5%
その他 ※上記項目以外で、特別支援学校において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	166	12.9%
合計(延人数)	1,288	100.0%
医療的ケアが必要な幼児児童生徒数	976	

出典：文部科学省「特別支援学校等の医療的ケアに関する調査結果」

平成27年9月9日 第70回社会保障審議会障害者部会資料

特別支援学校および通常の学校に通う医療的ケアが必要な障害児は、年々増加している。これらの子どもたちの学校での医療をどう支えていくかは、今後の課題である。

20 喀痰吸引等制度について

- たんの吸引等の研修（喀痰吸引等研修）は、都道府県または「登録研修機関」で実施される。
- 基本研修の演習や実地研修における特定行為としては、①たんの吸引（口腔、鼻腔、気管カニューレ内部）、②経管栄養（胃ろう又は腸ろう、経鼻経管栄養）が含まれる。
- 実地研修は登録喀痰吸引等事業者となる事業所、施設等で行うことが望ましく、医療機関において実地研修を実施する場合でも、対象者の状態が比較的安定している介護療養病床や重症心身障害児施設等において研修を行うことが適当である（平成23年11月社会・援護局長通知）。

たんの吸引等の研修（喀痰吸引等研修）

介護福祉士や介護職員等が、たんの吸引等を行うためには、

- 介護福祉士はその養成課程において、
- 介護職員等は一定の研修（「喀痰吸引等研修」）を受け、たんの吸引等に関する知識や技能を修得した上で、はじめてできるようになります。

※ただし、現在既に一定の要件の下でたんの吸引等の提供を行っている者（経過措置対象者）については、こうした研修で得られる知識及び技能を有していることが証明されれば認められる旨、法律上の経過措置が定められています。

【研修機関・養成施設など】

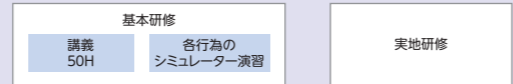


第3号研修テキスト
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaiyahukushi/kaigosyokuin/text.html

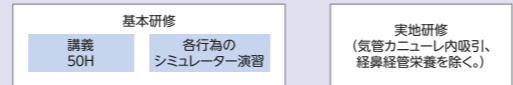
「喀痰吸引等研修」

研修には、3つの課程が設けられています。こうした研修も医師や看護師が講師になり行われます。

- 今回対象となった行為すべてを行う類型（第1号研修）



- 対象となった行為のうち、気管カニューレ内吸引、経鼻経管栄養を除く類型（第2号研修）
※講義と演習は全て行いますが、実地研修の一部が除かれます。



- 特定の方に対して行うための実地研修を重視した類型（ALSなどの重度障害者等）（第3号研修）

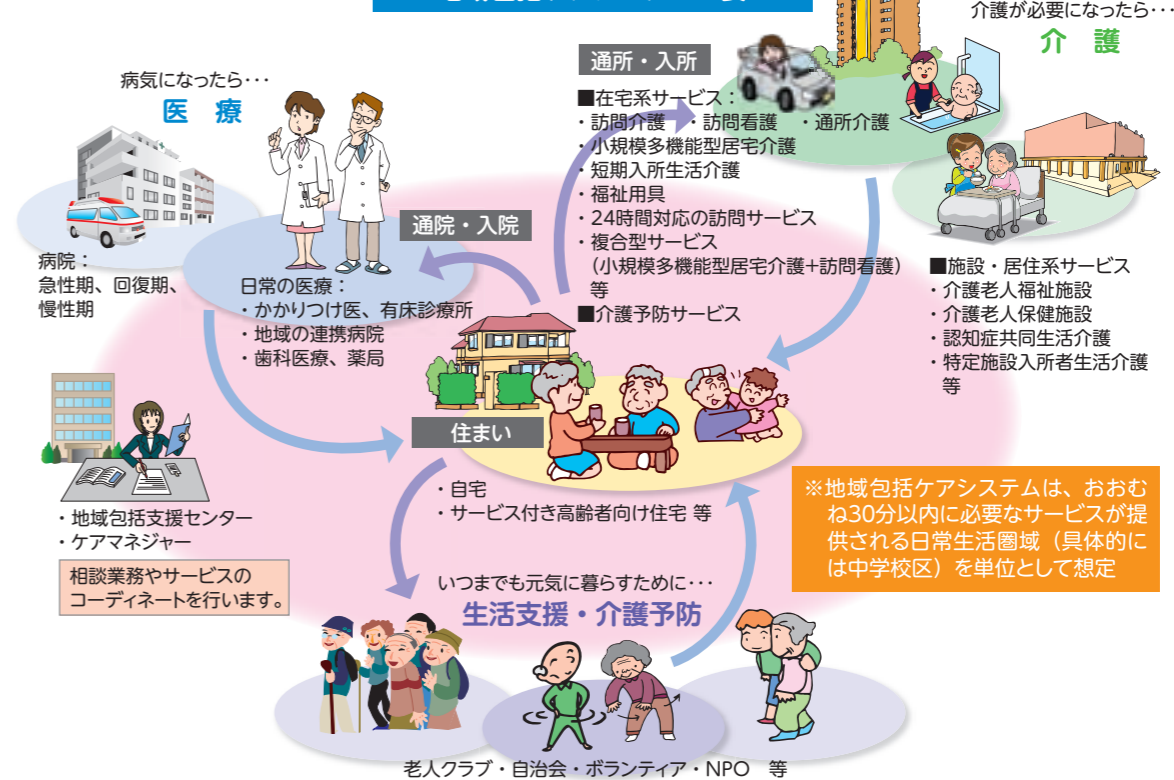


平成27年以前に学校を卒業した介護福祉士および介護職員（旧、ホームヘルパー）、特別支援学校職員等は、気管内吸引や経管栄養などの医療的ケアを実施することができない。このため、平成23年度の介護保険法改正により、介護職員等に対する喀痰吸引等研修制度が発足した。第1号研修を修了すると不特定の患者に医療的ケアを実施できるようになり、第3号研修では特定の患者のみに実施できるようになる。この中で、特別支援学校教員の受講者は少ないといわれている。また、研修の中に小児に関する内容は少ないようである。第3号研修テキストは、厚生労働省ホームページより無償でダウンロードすることができる。

21 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年を目途に、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。

地域包括ケアシステムの姿



地域包括ケアシステムとは、要介護高齢者の医療、介護、介護予防、住まい、生活支援の5要素を地域（市町村）で一体的に提供する体制を指す。平成23年度の介護保険法改正からその概念が導入され、25年度以降、下記の法律で明確に規定されるようになった。地域で生活する高齢者の介護は、この概念に基づいて介護保険制度が運用されている。しかし、小児や障害児者については、この名前の制度はない。そのかわり、障害者総合支援法の「地域生活支援事業」が、これに近い概念と考えられる。

- （参考）持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律（平成25年度成立）
- 地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（平成26年度成立）

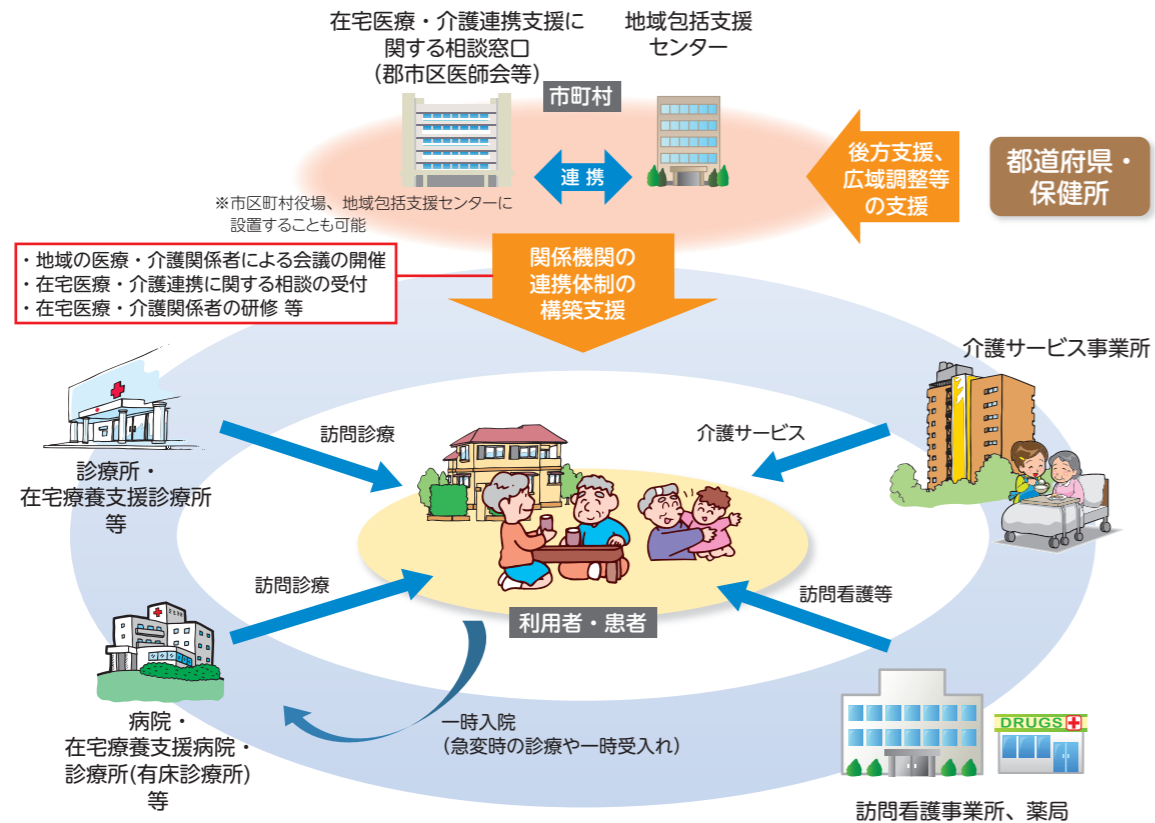
22 在宅医療・介護連携の推進

○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、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。

※在宅療養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。



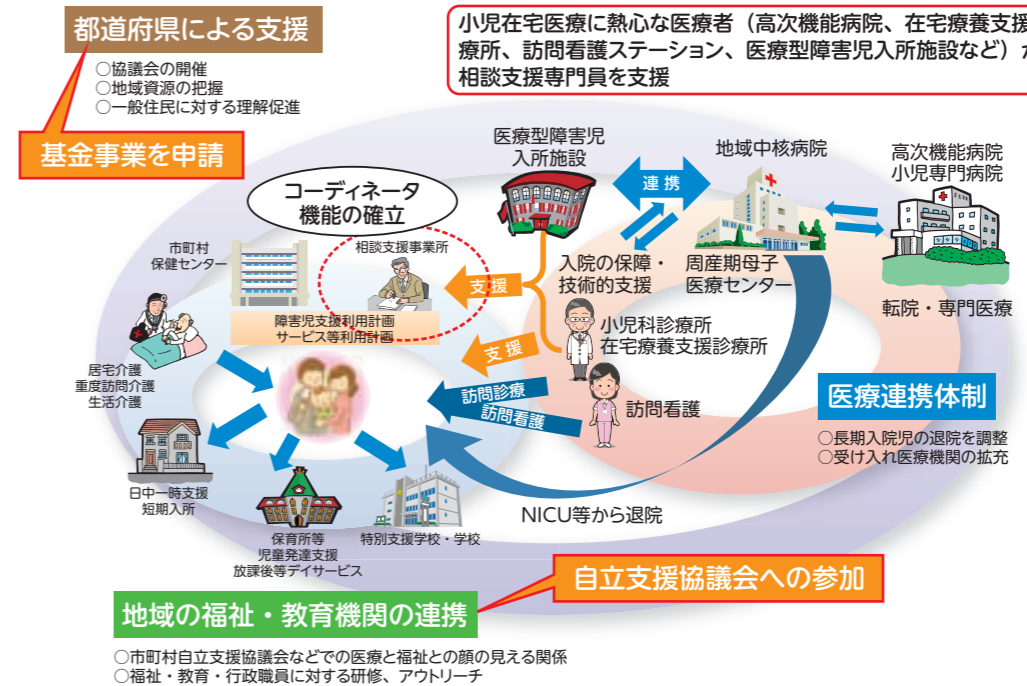
平成27年10月27日 第1回 都道府県在宅医療・介護連携担当者・アドバイザー合同会議

高齢者のための地域包括ケアシステムを構築するためには、市町村の地域包括支援センターが中心となって、訪問看護、介護サービス、介護予防・日常生活支援を提供している。訪問診療などの在宅医療と地域包括支援センターとの関わりは、以前は薄かったが、平成26年度の介護保険法の改正により、郡市区医師会等と地域包括支援センターが連携して在宅医療・介護連携支援に関する相談窓口を設置することとなり、在宅医療と介護を連携して提供する仕組みができた。

小児の在宅医療では、医療と障害福祉や教育が連携するための仕組みが整っておらず、現時点では、医療関係者と相談支援専門員が連携するという個人の取り組みによって、医療と福祉が連携したサービス提供を図っている。今後、どのような行政上の体制を構築していくかについては、これからの課題である。

23 「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
- 都道府県と協議し、小児在宅医療を推進する事業を実施する
- 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



小児在宅医療患者に関わる職種は、医師、看護師、保健師、リハビリ、相談支援専門員、介護職、学校教員等と多岐にわたる。「小児の地域包括ケアシステム」を構築するにあたっては、これら多職種と顔の見える関係を構築し、関係者が連携して臨機応変に課題に対応する柔軟性が必要である。その核となるのは、サービス等利用計画を作成する相談支援専門員とそれを支援する医療者である。この両者がコーディネーター機能として、各種関係者と連携することにより、小児在宅医療患者の地域生活を支援することができる。

24 小児在宅医療と地域包括ケアシステムのまとめ

- 地域包括ケアシステムは介護保険法上の概念であり、現時点では小児についての枠組みはない。
- 障害者総合支援法の「地域生活支援事業」は、これに近い。しかし、ここには医療の関与は想定されていない。
- 「小児の地域包括ケアシステム」を実現するためには、医療者と相談支援専門員が中心となって、医療、福祉、教育関係者が顔の見える関係を構築し連携することが必要である。
- 医療介護総合確保基金を活用し、都道府県と協議し、市町村自立支援協議会とも協議して、地域の実情に合った取り組みを進めて下さい。

石黒 秀喜（長寿社会開発センター）

【略 歴】1968～2008年、厚生労働省勤務（主に高齢者福祉、介護保険制度に関わる）。2008年、一般財団法人長寿社会開発センターへ入職。2010年、同センター理事に就任。

【資格・公職等】日本ホームヘルパー協会事務局長、厚生労働省地域ケア会議研修企画委員、認知症キャラバンメイト、高齢者ソフト食研究会顧問。

【主な著書等】『上手に老いるための自己点検ノート』（全国コミュニティライフサポートセンター、監修）。

岩本 彰太郎（三重大学医学部附属病院）

【略 歴】1992年、三重大学卒業。2003～2007年、米国セントジュード小児病院研究員。2007年、三重大学医学部附属病院小児科助教を経て、2013年、同小児トータルケアセンターセンター長。2015年、済生会明和病院なでしこ非常勤小児科医併任。

【資格・公職等】日本小児科専門医、日本血液学会認定血液専門医、日本小児血液・がん暫定指導医、日本造血細胞移植学会造血細胞移植認定医。

大山 昇一（済生会川口総合病院）

【略 歴】1983年、山形大学医学部卒。同年、順天堂大学小児科入局。1987年、済生会川口総合病院小児科医員。1992～2015年、済生会川口乳児院囑託医（兼任）。1995年、済生会川口総合病院小児科主任部長に就任。現在は同院感染管理室室長、SQMセンターGMLを併任。

【資格・公職等】日本医師会疑義解釈委員会小児科委員、日本小児科学会社会保険委員会委員長、日本小児科学会小児医療提供体制委員会委員、日本小児科学会小児救急委員会委員、日本小児科医会社会保険委員会委員。

太田 秀樹（全国在宅療養支援診療所連絡会）

【略 歴】1953年、奈良市生まれ。1979年、日本大学医学部卒。日大医学部付属板橋病院麻酔科にて研修医。自治医大学大学院修了後、同大整形外科医局長、専任講師を経て、1992年に在宅医療を旗印におやま城北クリニック（栃木県）開設。現在機能強化型在宅療養支援診療所として24時間×365日の在宅ケアサービスを展開し、地域包括ケアシステムの一翼を担う。

【資格・公職等】医学博士、日本整形外科学会認定専門医、麻酔科標榜医、介護支援専門員、日本医師会在宅医療連絡協議会委員、日本在宅医学会理事、全国知事会先進政策頭脳センター委員、在宅ケアネットワーク・とちぎ代表世話人、全国在宅療養支援診療所連絡会事務局長、日本在宅ケアアライアンス共同事務局長など。

梶原 厚子（医療法人財団はるたか会）

【略 歴】1982年、済生会宇都宮病院付属看護専門学校卒。済生会宇都宮病院付属救命救急センター・獨協医科大学付属越谷病院・愛媛大学医学部付属病院勤務。1996年、株式会社クロス・サービス福祉事業部ケアサポートまつやま入社。2000年、同法人にて訪問看護ステーションほのか及び居宅介護支援事業所を開設、ともに管理者に。2009年、ほのかおひさま児童デイサービス開設。2012年、医療法人財団はるたか会あおぞら診療所の訪問看護ステーション勤務、現在は統括看護リハビリ管理者。訪問看護師として活躍する一方、児童発達支援事業支援にも携わる。

【資格・公職等】日本小児看護学会診療報酬検討委員。

中村 知夫（国立成育医療研究センター）

【略 歴】1985年、兵庫医科大学小児科医局入局。1987年、大阪府立母子総合医療センターレジデント。1992年、国立小児病院麻酔集中治療科レジデント。1998年、The Lawson Research Institute post-doctoral fellow。2002年、国立成育医療研究センター周産期診療部新生児科医長。2014年、同センター総合診療部在宅診療科医長および在宅医療支援室室長に就任。

【主な著書等】『小児の在宅医療について』（日本医師会雑誌 144巻3号、p557-560）、『小児専門医療機関における在宅医療の現状と対策』（日本小児科学会雑誌 116巻7号、p1387-1391）。

奈倉 道明 (埼玉医科大学総合医療センター)

【略 歴】1994年、東京大学医学部卒。2003年、埼玉医科大学総合医療センター小児科助教。2013～14年、厚生労働省医政局地域医療計画課在宅医療推進室長補佐。2015年、埼玉医科大学総合医療センター小児科講師。

【資格・公職等】埼玉県地域医療構想検討会委員、日本小児在宅医療支援研究会事務局長。

【主な著書等】『カムジー先生の毎日が楽しい!1分間リズム遊び』(鈴木出版、共著)。

船戸 正久 (大阪発達総合療育センター)

【略 歴】1974年、奈良県立医科大学卒。1983年、淀川キリスト教病院小児科部長。2009年、同病院副院長。2011年、大阪発達総合療育センターフェニックス園長。2012年、大阪発達総合療育センター副センター長、南大阪小児リハビリテーション病院院長。

【資格・公職等】医学博士。日本新生児成育医学会監事、倫理問題検討委員。日本小児科学会小児医療委員会委員。大阪府医師会小児医療的ケア委員会副委員長。大阪府母子保健運営協議会委員。大阪市自立支援協議会委員。大阪市障がい者施策協議会専門委員。

【主な著書等】『医療従事者と家族のための小児の在宅医療支援マニュアル(改訂第2版)』(メディカ出版、編著)。『新生児・小児医療にかかわる人のための看取りの医療』(診断と治療社、編集)。

前田 浩利 (医療法人財団はるたか会)

【略 歴】1989年、東京医科歯科大学医学部卒。東京医科歯科大学医学部附属病院、武蔵野赤十字病院、土浦協同病院を経て、1999年におおぞら診療所開設、院長代理。2004年、おおぞら診療所新松戸院長。2011年、子ども在宅クリニックおおぞら診療所墨田院長。2013年、医療法人財団はるたか会開設、理事長。現在、医療法人財団はるたか会理事長、おおぞら診療所新松戸院長。

【資格・公職等】東京医科歯科大学医学部臨床教授。

【主な著書等】『今日の小児治療指針第16版』(医学書院)、『重症心身障害児・者診療・看護ケア実践マニュアル』(診断と治療社)、『地域で支える みんなで支える 実践!!小児在宅医療ナビ』(南山堂)など。

宮田 章子 (さいわいこどもクリニック)

【略 歴】1976年、東京女子医科大学卒。1992年、東京立川市にみやた小児科開設(2013年に医療機関名をさいわいこどもクリニックに変更)。2003年より小児在宅診療を開始。地域で小児の一般診療も同時に行いながら、小児の在宅患者にも関わっている。

【資格・公職等】日本小児科学会理事、日本小児科学会小児医療委員会担当理事、男女共同参画推進委員会担当理事、和文誌編集委員会担当理事、日本小児連絡協議会重症心身障害児(者)・在宅医療委員会担当理事、東京都医師会乳幼児保健委員会委員。

【主な著書等】『地域で支える みんなで支える 実践!!小児在宅医療ナビ』(南山堂、共著?)。

谷口 由紀子 (医療法人社団麒麟会)

【略 歴】2004年、新生児科開設に携わり、0歳からの在宅ケアシステムの必要性を痛感。2007年、在宅領域で活動を開始。2011年、麒麟会入職、現在は統括マネジャー。2013～2014年、厚生労働省小児等在宅医療連携拠点事業千葉県事業専任者として活動、現在に至る。

【資格・公職等】看護学修士(地域看護システム管理学専攻)。千葉県相談支援専門部会委員、千葉県療育支援専門部会委員、千葉県看護協会訪問看護推進理事、厚労省重症児者の支援者・コーディネータ育成研修プログラムと普及に関する研究委員、日本看護協会母子保健推進ワーキンググループ委員等、千葉リハビリテーションセンター外部委員。

重症児者・医療依存児者の地域包括ケアシステムの構築を どのようにするのか？

厚生労働省は、高齢化問題が最も深刻になる2025年を目標に「医療・介護の一体改革」を提唱し、その柱として病院機能による役割分担に加え、在宅医療の充実および地域包括ケアシステムの構築を目指している。その目的は、医療から介護への円滑な移行促進、相談業務やサービスのコーディネーターなど包括的マネジメント（在宅医療連携拠点・地域包括支援センター・ケアマネジャー）を行うことである。しかしこの計画は、あくまで高齢者が中心であり、本来入るべき重症児者や医療依存児者については余り述べられていない。これらの方々については医療と介護だけでは不十分であり、原則18歳未満の児の場合児童福祉法に基づく「発達支援」、原則18歳以上の者の場合総合支援法に基づく「自立支援」というキーワードで、トランジションを含んだ地域包括ケアの構築が必要である。同時にそれを専門的に支援する医療・福祉・教育・介護などの人材養成が急務である。

今回、小児等在宅医療地域コア人材養成講習会の受講者の方々は、是非行政と連携・協力して地域でどのように重症児者や医療依存児者の地域包括ケアシステムを確保するかを考え、実施していただきたいと願う。

社会福祉法人愛徳福祉会 大阪発達総合療育センター 小児科

船戸 正久

平成27年度 小児等在宅医療地域コア人材養成講習会・研修資料

発行：国立研究開発法人 国立成育医療研究センター

〒157-8535 東京都世田谷区大蔵2-10-1

制作：佐藤あゆ美、鈴木芳明（有限会社エス・アンド・エスクリエイティブ）