

勇美記念財団小児在宅医療推進会議報告書 vol.5

2014年9月～2015年8月

2015年8月

医療法人財団はるたか会

子ども在宅クリニックあおぞら診療所墨田 前田浩利

目次

はじめに (小児在宅医療の現状)	P1
1、我が国の小児医療の危機の背景—少子高齢化	
2、病院にとどまり続ける子ども達	
3、子どもが死なない国	
4、地域社会における医療機器と医療ケアが必要な子どもの急増	
5、小児在宅支援の展望	
会議の基本的考え方と構成員	P7
1、小児在宅医療推進会議の理念・目的	
2、小児在宅医療推進会議の構成員の基本的考え方	
3、参加者名簿	
各会議概要と講演資料	P11
第23回会議	
第24回会議	
第25回会議	
第26回会議	
第27回会議	
第28回会議	
まとめ・謝辞	P 106

【はじめに（小児在宅医療の現状）】

1、我が国が直面する少子高齢化という課題

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

2、病院にとどまり続ける子ども達

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

3、子どもが死なない国

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

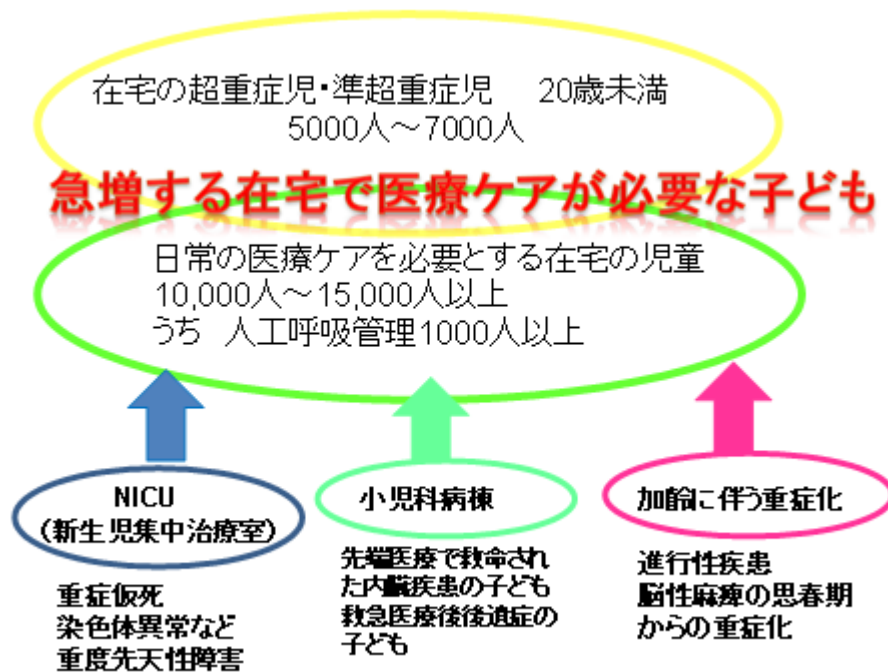
子どもの死亡数の減少

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

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

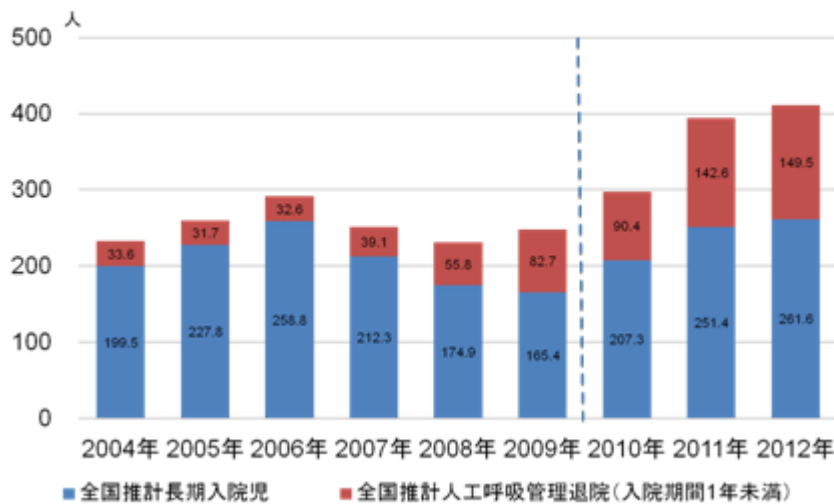
4、地域社会における医療機器と医療ケアが必要な子どもの急増

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



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

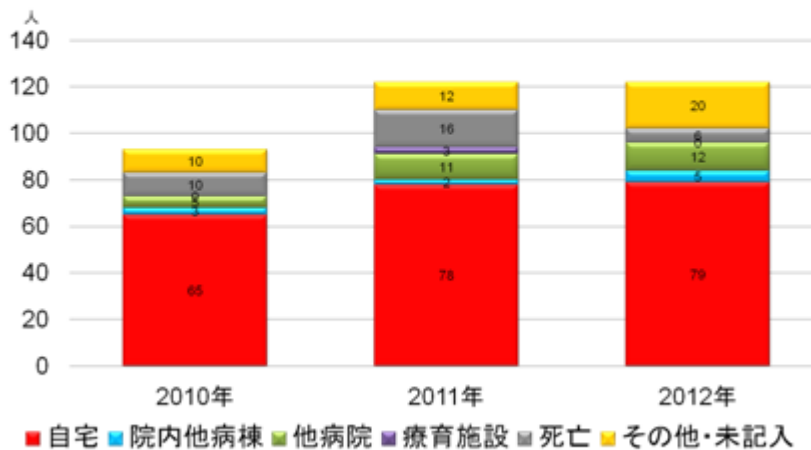
長期入院児と退院時人工呼吸管理児の推定全国推移



埼玉医科大学総合医療センター小児科小児在宅医療支援グループ 2013

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

呼吸管理(気切・CPAP含む)必要児の 最終転帰(生後1年以内)



埼玉医科大学総合医療センター小児科小児在宅医療支援グループ 2013

二つめの要因は、小児科病棟からの医療機器と医療ケアを必要とする子どもの地域移行である。新生児医療のみでなく、小児医療においても、救命技術は進歩し続けている。NICUに比べ、小児科の病床数が圧倒的に多いため、まだ小児科病棟の満床問題は表面化していないが、小児科の病棟でも、医療機器と医療ケアが必要な重症児の長期入院が常態化し、病床の稼働率が低下している。東京都では、大学病院や、成育医療研究センターなどの高度医療機関の小児科への入院が困難な状態が続いている。更に、これまでは見られなかった問題も発生している。それは、先天性の腸の異常で、24時間の中心静脈栄養が必要だが、それ以外は知能も運動も正常な子どもや、かつては心肺同時移植しか救命の術が無かった原発性肺高血圧症で24時間肺血管拡張薬を持続点滴しているが、普通の学校も通える子ども（何らかのトラブルで肺血管拡張薬の点滴が途絶すると生命に重大な危険が及ぶ）や、重度の先天性の心疾患などで、知能は正常で、自力で移動もできるが気管切開、人工呼吸器、経管栄養を行っている子どもなど、これまでの寝たきりの障害児の範疇に収まらない新しいタイプの医療ケアが必要な子どもたちが退院してきていることである。これらの子どもたちを自宅、地域でどうケアするのか、現状の在宅医療には、そのための方法論はまだ十分用意できていない。三つめの要因は、もともと自宅、地域で暮らす重症児の加齢に伴う重症化の問題である。NICUや、小児医療の医療技術が発達しはじめた30年~20年ほど前に生まれ、救命された重症児は、寝たきりであり、歩行不能で話せない重症心身障がい児でも、医療機器や医療ケアは不要で、介助すれば自力で食事を食べることができ、養護学校（特別支援学校）、病院に通い生活してきた。しかし、その子どもたちが、加齢と共に、医療ケアを必要とするよ

うになっている。また、ダウン症の子どもたちも長期に生存できるようになっているが、同時に身体機能の衰えが親より早く、気管切開や経管栄養などの医療ケアを必要とするようになる。これらの子どもたちは、社会資源を活用せず、親だけで介護している場合がほとんどである。これも表面化していないが、ひそかに、しかし確実に起こりつつある非常に重大な問題である。既に、介護している家族が突然死し、障害のある若年の方も、餓死していたのが発見されたという悲しい報道が最近いくつかあった。そのような事件が今後急速に増える可能性はあり、その背景には、もともと自宅、地域で家族の力だけで介護していた重症児の加齢に伴う重症化の問題がある。

5、小児在宅支援の展望

小児の在宅支援に関しては、介護者が声をあげにくい背景がある。それは、子どもの介護は親がすべきという社会通念が我が国にはまだまだ根強いこと。また、介護負担が大きすぎ、親同士がつながる余裕がなく、その声が大きくなれないということである。行政も在宅医療の対象となる子どもが地域にどれくらいいるのかが全くわからない現状の中、患者とそのニーズを掘り起こし必要がある。そのためには、相談機能とコーディネート機能の整備が必須である。そして、相談、調整機能をベースとしながら、訪問看護、訪問リハビリ、訪問介護、そしてレスパイトサービスが適切に組み合わせられ、更に、病院との連携を図ることではじめて、小児の在宅支援はうまく機能する。そこで、全ての支援、サービスの共通の理念となるべきは、「子どもと家族のニーズに合わせて、福祉と医療が協働してその生活と人生を支える」ということであろう。福祉と医療は、発想が異なる点があり、その違いを認識しておくことが重要である。重症児や病弱児在宅支援において、医療ケアは必須であるが、病院における医療ケアをそのまま適用しようとする生活に支障をきたすことも多い。医療者の発想も、患者、利用者の生活上のニーズより、命を守るために、安全、清潔、医学的正しさを優先する傾向がある。安全を優先すれば、活動範囲を制限せざるを得ず、安全、清潔を優先すれば、ケアの手順は複雑になり、生活を阻害する。福祉には、もともと、利用者のニーズを最優先し、それに応える発想が根強い。この両者が、互いを理解し合い、「子どもの命を守りつつ、その生活や人生を豊かにし輝かせる」という共通の目的に向かって協働することが、小児在宅支援を成功させる鍵であると考えられる。

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

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

【会議の基本的考え方と構成員】

1、小児在宅医療推進会議の理念・目的

■理念

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

■目的

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

2、小児在宅医療推進会議の構成員の基本的考え方

■学会横断 小児科学会 新生児学会

■職種横断 医師 看護師 その他の職種も含む

■官民横断 厚生労働省 公的医療機関 民間医療機関

■臨床現場横断 病院、開業医、重度心身障害児施設

3、構成員

- ・参加者名簿（敬称略）次ページ参照
- ・厚生労働省関連部署
(医政局地域医療計画課、社会・援護局 障害保健福祉部、雇用均等・児童家庭局母子保健課、保険局等)
- ・文部科学省 特別支援教育調査官
- ・東京都長関連署
(福祉保健局 医療政策部 救急災害医療課、障害者施策推進部 居住支援課等)

「小児在宅医療推進のための会」参加委員名簿

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

★座長

(50音順・敬称略)

1	い だ し の ぶ 位田 忍	大阪府立母子保健総合医療センター 消化器・内分泌科	主任部長
2	え ば ら は く よ う 江原 伯陽	エバラこどもクリニック	院長
3	こ だ ま か す お 児玉 和夫	堺市立重症心身障害者（児）支援センター ベルデさかい	センター長
4	ふ な と ま さ ひ さ 船戸 正久	大阪発達総合療育センター	副センター長

上記1-4のメンバーは2015年8月から大阪分科会に所属を移行

オブザーバー

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

【各会議概要】

■第23回会議

日時：2014年9月12日（金）19：00～21：00

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

出席者：位田忍、伊藤友哉、岩崎裕治、内海亮、及川郁子、大西延英、小沢浩、
佐々木昌弘、澤田浩、白水那智、谷口由紀子、田村正徳、徳増裕宣、冨田直、
中村知夫、奈倉道明、平林優子、藤本晃、古屋勝史、紅谷浩之、前田浩利、
松藤凡、宮坂勝之、山崎和子（24名）

オブザーバー 山口直人

議事：座長挨拶

メンバー紹介

講演「小児在宅医療拠点事業報告」

～千葉県における訪問看護師・相談支援専門員育成事業～

谷口由紀子氏（医療法人社団麒麟会 事業責任者）

澤田浩氏（千葉県健康福祉部障害福祉課 副課長）

<意見交換>

内容：まず、澤田氏が講演された。千葉県の人口は620万人。全国で第6位の規模。面積は5,000キロ平方で、東京と神奈川を合わせたより広い県である。それゆえに、医療資源、福祉資源も地域格差がある。平成21年に「障害のある子どもの政策を検討する会を作ろう」ということで療育専門部会を立ち上げた。そこで、医療関係者と福祉の関係者が話し合う場が生まれ、今に至っている。その会議で、医療ケアのある子どもたちの「生活実態調査」を実施し、医療、福祉のサービスが少ないという実態がはっきりしたので、地域で医療ケアのある子どもたちの支援の中心となると思われた訪問看護師の育成を目的に「訪問看護センター事業」を開始した。

それを受けて、谷口氏が引き続き講演された。千葉県には都市部と南の沿岸部があり、沿岸部の方たちが、資源が少ない中、懸命に地域を支えておられるのを実感し、訪問看護の人材を育成するため、その地域に出かけていく出前研修を実施した。出前研修前、受講生が子どもと家族に対する訪問看護師の役割を認識できるように在宅看護及び小児看護学の文献と自分の実践経験に基づいた、「重症児訪問看護役割行動」を作成した。その役割行動を取れる看護師の育成を目指し、実際に少ないぎりぎりの人数で運営している訪問看護ステーションの負担にならないような1回2時間、計5回で終了する研修を約100名に実施した。更にOJT(オ・サ・ジ・ョブ・トレーニング)として「同行研修」を実施した。これは15回の同行訪問に学習段階を設けて、重症児訪問看護師役割行動の基本となる52の役割行動、4つの看護技術の獲得達成を目指した。もう一つのテーマ、相談支援専門員の育成に関しては、まずは相談支援専門員と出会うところから始めた。そして、医療ケアのある子どもの相談支援ができる相談支援専門員の育成のための様々な研修を実施した。

その後、講演内容について様々議論が行われた。

小児在宅医療連携拠点事業報告

千葉県における相談支援専門員・訪問看護師育成事業

- ・千葉県障害福祉課
- ・医療法人社団 麒麟会
- 事業専任者 谷口 由紀子

千葉県の特徴



- 千葉県の人口 620万人(全国第6位)
 - 面積 5,156平方キロメートル
(東京都と神奈川県を合わせたよりも広大)
 - 3つの政令市(千葉市)・中核市(船橋市、柏市)があり、都市部を形成している。
 - 医療資源
中核病院が機能し、医療圏を構成している地域もあるが、房総半島は、人口が減少し、医療・福祉の資源の乏しい地域も数多く存在する。
 - 福祉資源
海岸沿いに存在し、内陸部には事業所が不足している状況である
- 医療・福祉資源の地域偏在が顕著な県である。

千葉県障害福祉課 療育支援専門部会

平成21年度 千葉県障害福祉課課長・SWの発案により
「障害のある子どもの政策を検討する場」を県内の医療・保健・教育・福祉分野で活動している専門職を招集し、作りたい。

- 医療:医療機関・療育施設所属医、訪問診療医、訪問看護師
- 保健:市町村健康福祉部、県児童家庭課母子保健班長
- 教育:教育庁特別支援教育課・幼稚園園長
- 福祉:福祉事業所理事長、管理者

発足時は、福祉分野の委員候補から「医療分野の人が会議に来るはずがない」との意見が多数寄せられていた。

千葉県単独事業 訪問看護センター事業の創設

平成22年 生活実態調査の実施(対象:医療的ケアのある子ども)
結果 近くに医療サービス(訪問診療・看護)福祉サービスがない。
事業所があっても、質が良くなく、安心して任せられない。



県内で、どこに住んでいても安心して安全なサービスを受けることができるよう、地域の福祉・看護職員の人材育成事業を県単独事業で実施してはどうか

自己紹介

医療法人社団麒麟会 統括マネージャー
千葉大学大学院看護研究科地域看護システム管理学領域 研究生
平成26年3月 同領域修士課程修了

職歴
ICU,CCU,手術室、脳外科病棟にて勤務
社会保険船橋中央病院NICU立ち上げ、救命する側から育む側へ
千葉健愛会あおぞら診療所新松戸勤務
平成18年 船橋市にて訪問看護ステーション開設
平成22年 麒麟会入職
平成26年度 千葉県看護協会訪問看護担当理事

訪問看護師育成事業

1. 千葉県の概要
2. 千葉県単独事業「訪問看護支援センター事業」
3. 出前研修の発案
4. 小児の基礎的知識の獲得を目標とした基礎研修プログラム
5. 出前研修の実施・結果
6. 主体的な訪問看護師育成のための同行訪問研修
7. 同行訪問研修実施・結果
8. 今年度中の同行訪問研修の予定

相談支援専門員の育成事業

1. 平成25年度 相談支援専門員アンケートの実施・結果
2. 県内における相談支援専門員の現状と課題
3. 相談支援体制の現状とあるべき姿
4. あるべき姿の実現に向けた相談支援専門員の育成

訪問看護センター事業

- 平成23年～ 医療法人財団はるたか会 訪問看護STあおぞら
 平成24年～ 医療法人社団麒麟会 きりん会若葉訪問看護ST



各地域の特徴と課題

- ・主治医が都内・県内分散している
- ・年々、社会資源を活用する子どもと家族が増えている
- ・重症児を受けてくれる訪問看護STがない
- ・亀田総合病院があり、医療圏での後方支援は望める地域
- ・医療圏内で福祉・医療資源が比較的整っている地域
- ・一市町村に一か所訪問看護STがある
- ・医療・福祉資源の不足が著しい地域(千葉市を除く)
- ・高齢率が高い
- ・訪問看護ST数が少なく、広範囲で訪問事業を展開している

● 二次救急対応医療機関所在地

県内の状況は、当該地域に在住している専門職からは見えにくい

例：日本の良さは外国人のほうが理解している

主観的ではなく、客観的なデータや事実を基に各地域の現状を査定する人材が必要

訪問看護センター事業の内容

1. 子どもと家族に対する相談支援
2. 地域の訪問看護STに対するコンサルテーションおよび同行訪問
3. 福祉事業所職員(介護職等、看護師)に対する助言、指導
4. 集合研修(訪問看護師対象)

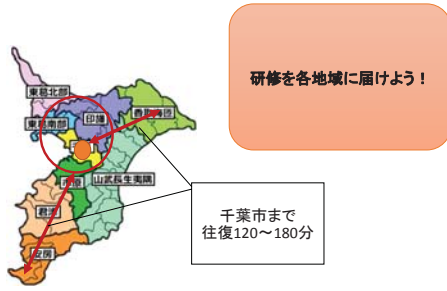
全県展開で事業を計画した理由

訪問看護センター事業の実施
 船橋市から南下して事業を展開

とある地域で
 「どうせ一年たったら、こっちのことは気にしないでしょ？モデル事業の間だけ、やるんなら、手伝ってもらわなくていい」
 「どうせ都市部中心の事業でしょう」



出前研修の発案



基礎研修プログラム立案の留意点

1. 小児看護の原則的な役割
 - ・成長発達促進・健康増進・苦痛の緩和と疾病管理・権利擁護 家族支援
2. 自宅という療養の場での役割
 - ・子育てする力や家族の機能を高める役割・
 - ・多職種間の協働を促進する役割

重症児訪問看護師役割行動

子ども	1 生活全般の基礎となる子どもの基本的な生理的ニーズを満たし、状態安定を図る
	2 子どもの持てる力を引出し、その子どもに応じた成長・発達を支援する
	3 養育者との愛着形成に始まり、子どもと家族全員との愛着形成を支援し絆を感じる事ができるよう支援する
	4 子どもが生まれながらにして持っている権利が侵害されていないかをモニタリングし、子どもの権利を守る
	5 子どもの生活をより快適にするための生活全般に対し支援をする
家族	6 対象理解と支援者として家族との信頼関係を作る
	7 家族が子どもと家族の状況をありのままに認め、自分たちがやるべきことを役割意識を持って遂行できるよう支援する
	8 家族が本来持っているセルフケア機能を引き出すための支援をする
	9 子どもを優しく育てることを支援し、家族として更に絆を深め成長していくことを支援する
地域	10 健康的な生活を家族全体で実現するために、在住地域で活用可能な社会資源の査定
	11 家族が抱えている課題解決に向けた多職種協働を促進し、子どもと家族の地域支援体制を構築する

重症児訪問看護師・指導者役割行動の妥当性の検証

目的: 先進的に重症児訪問看護を実践している他のST所属看護師4名に対し、作成した役割行動についてヒアリングを行い、修正点を明確にする

対象STの特徴

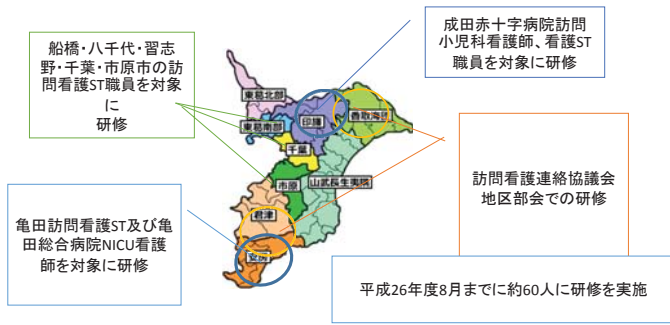
訪問看護平均経験年数 13年
重症児看護平均経験年数 7.25年
年間同行訪問指導平均件数 6人
所属看護師4名にヒアリングを実施

ヒアリング実施訪問看護ステーションの概要	実績
事業所での重症児に対する年間訪問看護総数 (平成 24 年度 1 年間)	(6,520)件/年
事業所全体の 1 週間の重症児への訪問看護件数	(140)件
所属看護師	41名
利用者数	258名(全て重症児)
訪問看護研修の昨年度 1 年間の受講生数	(15/新任者 4)人/年
訪問看護研修の受講生の特性	・小児、新生児科病棟での勤務経験者 ・重症児者施設での勤務経験者 ・重症児訪問看護未経験者
ヒアリング対象施設で行われている訪問看護研修形態	研修受講生は事前に当事業部で座学・演習を受講し、同行訪問研修を受講している

出前研修プログラムの立案

研修回数	目的	内容
第1回 座学	生活全般の基礎となる子どもの基本的なニーズを満たし、状態安定を図る役割を遂行するために必要な知識を得る	・重要児の特徴 ・全身状態の観察、判断 ・苦痛ストレスサインの見つけ方と対処
第2回 座学	子どもの持てる力を引出し、その子どもに応じた成長と発達を促すために必要な知識を得る	・子どもが持っている権利 ・身体の成長 ・身体機能の発達 ・精神的発達
第3回 座学	母子愛着形成に始まり、子どもと家族全員と愛着形成を支援するために必要な知識を得る	・母子の愛着形成の背景 ・愛着形成の必要性と在宅療養の関係 ・愛着形成に支援者が必要な理由
第4回 演習	1～3回で得た知識を活用し、看護を展開する力を身に付ける	架空の事例を通じて、0歳のNICU退院児のフィジカルアセスメントの考え方と方法、家族の捉え方について学習する
第5回 演習	現場で活用できるケアの方法や注意点について疑似体験を通じて理解を深める	・フェイスマッサージ ・全身ストレッチ ・緊急時の対応(アンビューバック操作、気管カニューレ挿入・カニューレガーゼ交換のシミュレーションを行う)

出前研修の結果



出前研修 形成的評価

研修内容	研修前の知識の有無	研修後の知識の有無
重症児の特徴	1	2
全身状態の観察・判断方法	1	3
苦痛・ストレスサインの見つけ方と対処	1	3
子どもが持っている権利	1	3
身体の成長	1	3
身体機能の発達	1	3
精神的発達	1	3
母子愛着形成の背景	1	2
愛着形成の必要性と在宅養育の関係	1	2
愛着形成の為に支援者が必要な理由	1	2
架空の事例を通じて看護展開を行う	1	2
フェイスマッサージ	0	2
全身ストレッチ	0	2

0, 経験がない 1, 知識がない 2, 研修を受けてまあまあ理解できた 3, 理解できた

自由記載欄で多かった意見

- ・小児への訪問看護師の果たす役割について理解できた
- ・得た知識を活用し、家族に支援を実践し、効果を体感した
- ・演習での学習を現場で生かしている
- ・知らないことが多く、もっと学び、子どもに良い看護を提要したい

出前研修のメリット

1. 各ステーションや地域全体で共通の知識を獲得し、地域や組織内で共有して知識を活用しやすい。
2. 地域や各ステーションの都合や要望に合わせて研修ができる
3. 集合研修の内容と同じ内容を届けることにより、県内で小児訪問看護にかかわる看護師が同じ知識を共有することになり、県全体の訪問看護の質の向上に寄与する可能性が高い

デメリット

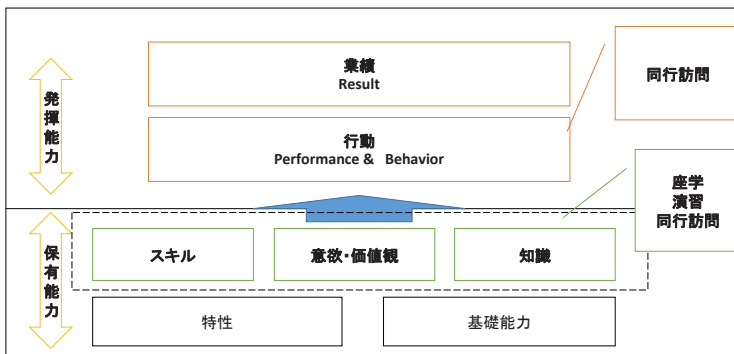


図 能力と業績の関係性モデル 谷口一部改編(出典日本能力開発マネジメントセンター編、図式でわかる部門の仕事)

同行訪問研修

獲得した基礎的知識を活かし、研修宅で自己決定的に学習し、看護実践力を獲得する

病棟と訪問看護の相違点

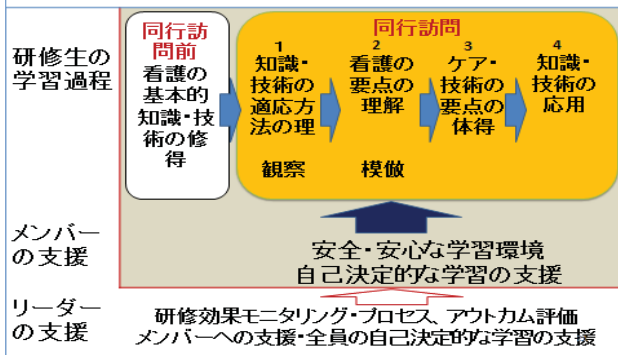
- ◆病棟
24時間、医師・同僚看護師がおり、助け合える環境
- ◆在宅
一人で患者宅を訪問し、一人で判断し、一人で看護を提供する
(患者宅では、誰も助けてくれない。自分だけが頼り)
看護過程がブラックボックス化しやすい。

あるべき姿を示し、自己の実践を内省し、改善し、実践力を高める学習力の獲得が重要

未経験看護師への同行訪問研修の目的・方法

- ◆目的
獲得した基礎的知識を活かし、研修宅で指導者からの支援を受け自己決定的に学習し、小児訪問における看護実践力を獲得する
- ◆研修期間: 15回で1セットの研修
- ◆研修宅
3歳の人工呼吸器装着児宅、思春期の気管切開児宅
- ◆15回の同行訪問に学習段階を設け、各学習段階での到達目標を設定し、最終的な研修到達目標(52の役割行動・4つの看護技術の獲得)を達成する

同行訪問仕組みの概念図



指導者役割行動

役割	行動
小児看護の原理原則に常に則り、家族の意向を踏まえて重症児訪問看護を実施できる	小児訪問看護の原理原則に則った看護を行う 在宅療養している重症児の特性を理解した看護を行う
入職者の重症児訪問看護に関する主体的な学習を指導から評価までの全過程において支援する	主体的な学習を支援する指導者役割期待と行動を理解している 指導計画を立案することができる 学習者と学習計画を共有する 管理者と指導計画を共有する
	全ての同行訪問に共通する指導者の役割を認識している 各学習段階における指導者役割を認識している

28

各学習段階における研修生の52項目の訪問看護師役割行動実行状況

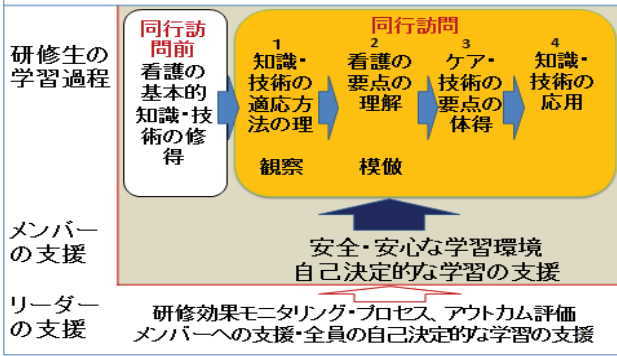
学習段階	各学習段階終了時の評価基準	到達度				
		0	1	2	3	4
研修前		39	0	0	0	13
指導者の実践を観察する	52項目レベル1以上	0	40	0	3	9
指導者の実践をまねる	重症児訪問看護役割行動1レベル2以上	0	18	16	5	13
訪問時間内の看護を一部実践する	重症児看護役割行動1から順番にレベル3以上	0	1	17	17	17
訪問時間内の看護を一人で実践する	52項目レベル3以上	0	0	0	22	30

0.実践できない 1.同行訪問を通じ、各役割行動の目的・必要性・意義を理解した 2.支援があれば実践できる
3.習った通りに実践できる 4.子どもの状態に合わせて一人で実践できる

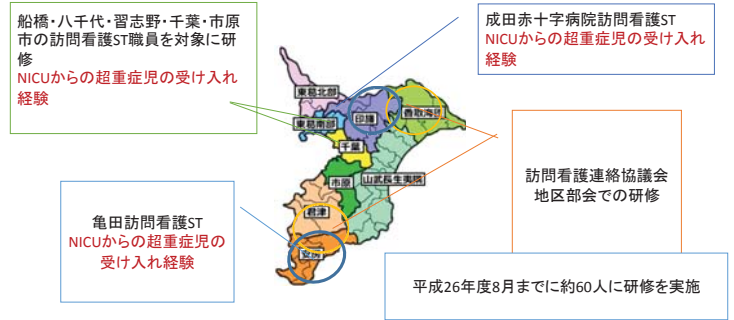
小児訪問看護の経験を有するSTの支援

1. 当該ST管理者と良好な信頼の構築
2. 当該STと契約している子ども宅への同行訪問もしくはNICUからの退院移行支援をST職員と一緒に行う
 - ・研修で得た知識の活用方法を一緒に経験し、必要性、意義、看護師の役割について理解を促す
 - ・実際に一緒に実践し、看護の要点を確認する
 - ・一人で実践できるよう支援する

同行訪問仕組みの概念図



出前・同行訪問研修の成果



訪問看護師育成の結論

1. あるべき姿の提示(訪問看護師役割・行動の提示)
2. あるべき姿を体現するための基礎的知識の付与
3. 基礎的知識の活用
研修生が安心、安全に訪問宅で研修で得た知識を活用する
4. 訪問看護師役割行動がとれる看護師の育成
学習過程(観察学習・模倣・一部模倣・一人で実践する・単独)

一番重要なのは、組織内に指導者を育成すること
経験の有無により、同行訪問の方法が異なる

平成26年度 訪問看護師育成予定

集合研修

- ・病棟、在宅に共通する核となる小児訪問看護の基本
(公益社団法人 千葉県看護協会主催)
- ・重症児訪問看護研修(千葉リハビリテーションセンター)
- ・超重症児のフィジカルアセスメント研修(千葉県子ども病院)

出前研修(柏市)

同行訪問研修

未経験者: 千葉市所在の訪問看護ST職員2名
経験者: 柏市

千葉県における相談支援専門員育成

用語の整理

相談支援

一般相談: 対象のニーズを抽出するための相談
(市町村窓口・保健センター保健師)

基本相談: 基幹型相談支援事業所、市町村ケースワーカー

計画相談: 相談支援事業所、市町村、基幹型

現状把握と課題抽出のための事業専任者の行動

1. 千葉県障害福祉課 相談支援専門部会委員への就任
2. 県内の医療的ケアのある子どもに対する相談支援専門員の困りごとを解決するためのコンサルテーション事業の実施
3. 芽づる方式(南下しながら)
一人の相談員につながる → 次の地域の相談員を紹介してもらう
4. 知り合った相談支援専門員に実践についてヒアリングを実施
5. 拠点事業に巻き込む
「ご意見番として参加して！」

力量の高い相談支援専門員分布図



力量の高い相談支援専門員の条件

1. 福祉理念の原則を理解し、実践に活用する姿勢
(福祉職の支援者としてのあるべき姿の理解)
2. 利用者と事業所双方に有益な調整を行う役割の理解
3. コミュニケーション及び交渉能力が高い
4. 自身の活動地域の状況に精通し、仲間を持っている
5. 医療者との交渉に苦手意識を持たず、自分の役割で必要なことを主張する意志と力がある

平成25年 相談支援専門員アンケート

- ◆ 県内500か所ある相談支援事業所へアンケートの送付
- ◆ 質問概要
 - ・医療的ケアのある子どもに相談支援の経験の有無
 - ・経験のない場合、どのような理由で経験がないのか
 - ・経験している場合、どのような知識が必要と考えるか

結果

- アンケート対象者：千葉県内事業所に所属する相談員
- 回答者の属性（一部のみ紹介）

表1 n=140

回答者の内訳	
1年未満	(35.7%)
1年以上3年未満	(30.0%)
3年以上10年未満	(24.3%)
10年以上	(10.0%)

35%の回答者が 支援計画の立案をしない理由

表2 n=51

医療的ケアのある子どもの支援計画を作成しない（するつもりがない）理由	
1 医療的ケアに関する知識が不足していると感じるから	(70.6%)
2 医療的ケアのある子どもの生活の実態を知らないから	(56.9%)
3 事業所の相談員数が不足しているから	(47.1%)
4 医療的ケアに対応できる利用可能な地域資源（福祉）がないから	(25.5%)
5 子どもに対応できる利用可能な地域資源（医療）がないから	(15.7%)
6 医療的ケアがあることで責任が重くなりそうだから	(15.7%)
7 利用可能な地域資源（医療・福祉以外）がないから	(13.7%)
8 医療的ケアがあることで関係者間の連携が難しそうだから	(13.7%)

計画相談を実践するために必要な知識

表3 n=140

医療的ケアのある子どもの計画相談を受けられるようにするために必要なこと		
1	医療的ケアに関する知識	(86.4%)
2	医療的ケアのある子どもに支援計画を作成した事例の紹介	(77.9%)
3	医療的ケアのある子どもの福祉サービス利用の実態に関する情報	(75.7%)
4	医療的ケアのある子どもの生活に関する知識	(72.9%)
5	医療的ケアのある子どもと暮らす、家族全体をアセスメントするための知識	(62.1%)
6	医療的ケアのある子どもの養育者の心情を理解するための知識	(52.1%)
7	その他	(11.4%)

相談支援専門員の現状のアセスメント結果

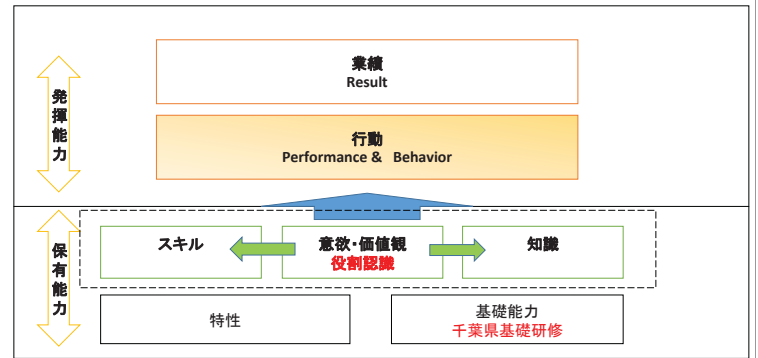


図 能力と業績の関係性モデル 谷口一部改編 (出典: 日本能力開発マネジメントセンター編、図式でわかる部門の仕事)

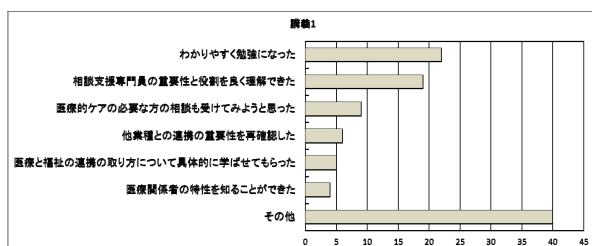
平成26年7月 初級者研修実施

1. 医療的ケアのある子どもと家族に対する相談支援専門員に期待される役割
2. 計画相談立案や多職種協働の実践
3. 相談支援専門員からの支援を受けた経験を持つ保護者が感じた相談支援専門員の役割
4. 計画立案演習

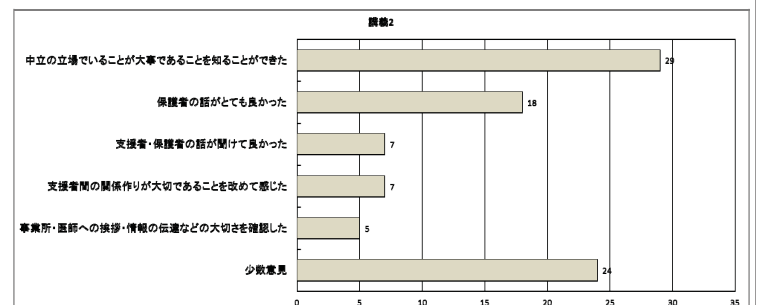
平成26年7月 初級者研修講師

1. 医療的ケアのある子どもと家族に対する相談支援専門員に期待される役割……………**事業先任者**
2. 計画相談立案や多職種協働の実践……………**計画相談を実践している相談支援専門員 (実践モデルの提示)**
3. 相談支援専門員からの支援を受けた経験を持つ保護者が感じた相談支援専門員の役割……………**相談支援専門員を活用している保護者 (実践モデルに対する利用者の評価の提示)**

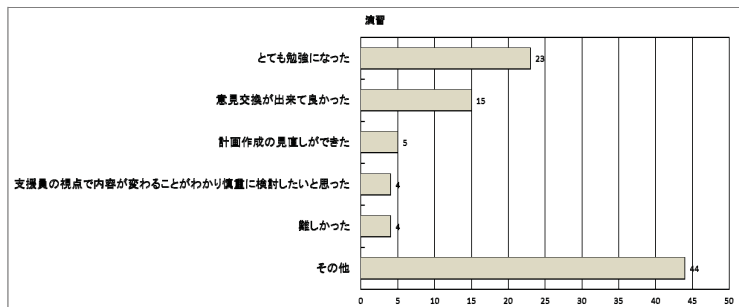
役割認識を促す講義のアンケート結果



実践モデルの提示に対する結果



計画立案スキルの促進 結果



医療的ケアのある子どもに支援が実践できる 相談支援専門員の育成

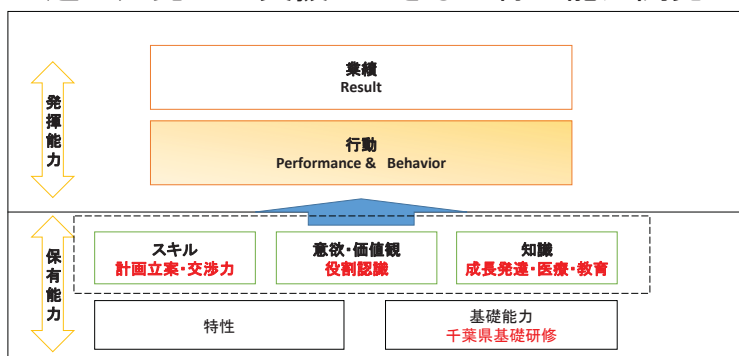
1. 研修目的

今後増加が予測される超重症児をはじめとした子どもの在宅療養において、相談支援専門員が計画相談を中心に役割を果たすことができるよう基礎的知識を獲得できる研修を行う。

2. 研修目標

- 1) 医療的ケアのある子どもと家族に対する相談支援専門員に期待される役割を理解する
- 2) 子どもの在宅療養には欠かせない医療と教育について理解を深め、小児在宅医療の核となるネットワークが果たす役割を理解する
- 3) 医療的ケアのある子どもと家族の現状・支援の方向性を理解する
- 4) 年齢及び状態に応じた計画立案の要点を理解する

超重症児への支援ができる人材の能力開発



研修目標	研修内容	時間
目標 1	① 子ども達を取り巻く現状・課題 ・NICU小児科病棟からの重症児の退院の増加 ・就学中の子どもが抱える問題 ・18歳の子どもが抱える問題 想定している講師 ：医師もしくは現状に精通している看護師	90分
	② 生活の中における医療的ケアと子ども 計画相談の対象となる子ども達とは 想定している講師 ：事業先任者	120分
	③ 障害のある乳幼児を養育している保護者を理解する視点 想定している講師 ：障害児を持つ保護者の心理に詳しい看護師	60分
	④ 多職種連携の具体的な方法 想定している講師 ：事業先任者	60分
目標 2	① 成長と発達 想定している講師 ：子どもたちの成長発達に精通している医師	60分
	② 医療・保健・福祉制度についての理解を深める ・各種助成制度（対象と各制度の関係性） ・訪問診療・看護・歯科・薬剤・リハビリテーション（PT/OT/ST）の法令や果たせる役割 ・医療用語の説明 ・母子入園・短期入所の対象と役割 想定している講師 ：制度に精通している社会福祉士	120分
	③ 教育制度について理解を深める ・教育用語（例特別支援学級と学校の違い等） ・学内の個別支援計画 ・学内の医療コーディネータ 想定している講師 ：教員以外の多職種とのかかわりの経験のある教育庁職員	90分
目標 3・4	① 経管栄養・気管切開児への具体的な支援プロセス	60分
	② 人工呼吸器装着児への具体的な支援プロセス	60分
	③ 超重症児への具体的な支援プロセス	60分
	④ 事例検討会（グループワーク）	150分

修は市町村の障害福祉課職員も受講するべき

研修内容の妥当性のヒアリングを実施

先駆的に計画相談を実施している相談員 5名

相談視線専門部会委員 10名

研修内容については

「これだけ知識が得られれば、今以上にできると思う」

こちらがいくらプランを提出しても、
行政が支給決定してくれない！
一緒に受講して知識を持ってほしい

今後の予定

◆初心者研修開催日

平成26年12月2日(火) 8日(月)

他県からの視察も予定

◆今年度中に計画相談ガイドライン案の完成

◆平成27年1月18日(日)シンポジウム開催

千葉県教育会館ホール

医療的ケアのある子どもに対する相談支援を考える

相談支援専門員研修講師

医師
家族看護に精通している看護師
社会福祉士
千葉県教育庁主査
相談支援専門員
事業先任者

事業自体が
多職種協働

終わりに

専任者のつぶやき
2年間全県展開の事業は、精神的・肉体的に
きついです。でも、千葉県どこに住んでいても安心して暮
らせる地域づくりのためあと半年頑張ります。



ご清聴ありがとうございました。



■第 24 回会議

日時：平成 26 年 11 月 14 日（金）19：00～21：00

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

出席者：伊藤友哉、岩本彰太郎、梅原実、大西延英、小沢浩、白水那智、鈴木真知子、
清宮綾子、高橋昭彦、田村正徳、徳増裕宣、富田直、中村知夫、奈倉道明、
早坂由美子、前田浩利、矢内真理子、山崎和子、和田浩、渡邊とよ子（20名）
オブザーバー 山口直人

議事：挨拶、前回の振り返り

講演「東京都小児等在宅医療連携拠点事業について」

矢内真理子氏（東京都福祉保健局 医療改革推進担当部長）

「当院の東京都多摩地区における小児在宅医療連携拠点事業の展開」

富田直氏（東京都立小児総合医療センター神経内科 医長）

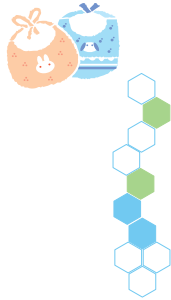
<意見交換>

内容：最初は、東京都の矢内氏から講演があった。小児等在宅医療連携拠点事業は平成 25 年から厚労省の事業として始まり、NICU を退院して地域移行する子どもを迎えるための体制整備や地域連携体制の構築が必要という課題を踏まえて事業を展開した。事業の内容としては、厚労省が提示した 6 点の活動を基本に進めた。1 点目が行政、地域の医療・福祉関係者の協議の場の開催。2 点目が地域の医療・福祉資源の把握・活用。3 点目が小児等の在宅医療の受け入れが可能な医療機関・訪問看護事業所数の拡大、専門機関のネットワークを構築すること。4 点目が地域の福祉・行政関係者の小児等の在宅医療への促進。5 点目が小児等の患者・家族に対して個々のニーズに応じた支援を行うこと。6 点目が患者・家族などに対して小児在宅医療に関する理解の促進、負担の軽減。これらを活動として行った。平成 25 年度は、都立小児総合医療センター、慶應義塾大学病院、都立墨東病院の 3 医療機関でこの事業を実施し、平成 26 年度からは都立大塚病院もこの事業に参加した。

次に富田氏から講演があった。まず、東京都立小児総合医療センターの特色として、我が国最高峰の小児専門の高度医療機関で、我が国で最大規模の新生児医療、小児集中治療の設備と人員を持っている。その分、医療ケアを受けながら、退院、地域移行する子どもが多く、その対応は困難である。そのような事態は開設時より予想されていて、重い障害を持つ子どもの地域移行と移行後の支援のための療育担当チームが常設されている。しかし、退院後は、地域の医療・福祉サービスが乏しく、制度も未整備であったために、患者さんご家族が非常に苦労しているのを見ているしかない部分があった。そのために、小児等在宅医療連携拠点事業は強い期待を持って臨んだ。しかし、地域の障害福祉サービスの制度の未熟という壁は厚くなかなか前進しなかった。今後も努力を続けたい。

その後、講演内容について様々議論が行われた。

東京都小児等在宅医療連携拠点事業について

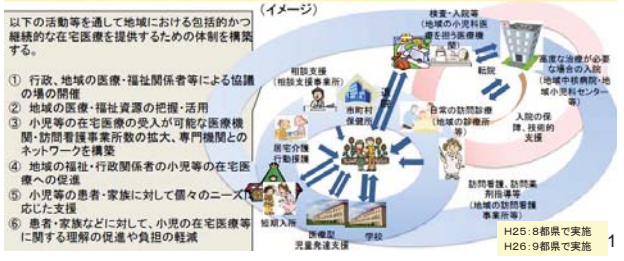


東京都福祉保健局

小児等在宅医療連携拠点事業

平成25年度
厚生労働省事業説明資料

- 背景・課題
 - 新生児集中治療管理室(NICU)に入院する小児等を受け入れる在宅医療・福祉連携体制の早急な整備が求められている。
 - NICUを退院し在宅医療に移行する小児等については、専門医療機関との連携の必要性や、福祉・教育等との連携の重要性など、特有の課題に対応する体制の検討が必要である。
- 本事業の目的・概要
 - 医療計画に基づく在宅医療の提供体制の推進状況を踏まえ、地域において小児等の在宅医療に取り組む医療機関、訪問看護事業所等の拡充、医療・福祉関係機関間の顔の見える関係の構築、関係者への研修の提供等に取り組むことにより、小児等が安心して在宅に移行できる医療・福祉連携体制を構築する。
 - 在宅にて療養を行う医療依存度の高い小児等及びその保護者に対し、患者の症状等に応じて、医療的ケア等に関する不安が生じた際の療養上の助言等や、かかりつけ医等の関係機関等との調整を行う相談支援体制を整備する。



平成25年度の事業

2

都における本事業の実施方法

- ・ 都は、低出生体重児の増加など高度な周産期医療ニーズに対応するため、**周産期母子医療センターの整備**を進めてきた(総合13か所、地域12か所)。
- ・ 在宅療養を見据えた地域への移行支援を進めるに当たっては、それぞれの施設の役割、これまでの取組及び地域の実情に応じて進めていく必要がある。

↓
福祉保健局：
全都を対象とした資源調査及び人材育成等

事業実施医療機関：
地域の実情を踏まえた地域との連携を試行

3

各事業実施医療機関での取組のポイント

【都立小児総合医療センター】

小児の「こころ」と「からだ」に至る高度・専門の医療を提供する病院の特性を活かし、子ども家族支援部門が中心となって個別ケースのきめ細かい支援を実施

【慶應義塾大学病院】

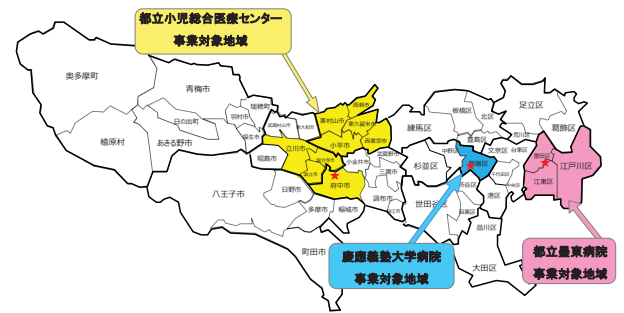
高度先進医療を提供する大学病院において、地域の医療・福祉関係者等と顔の見える関係を構築するため、共同で組織する協議会を設置するとともに研修会を実施

【都立墨東病院】

先行的に実施された退院支援モデル事業の経験と成果を活かし、地域におけるコーディネーターの育成を働きかけるなど、病院と地域との連携を強化

4

事業対象地域



★：病院所在地

5

小児総合医療センターの事業対象地域



6

小児総合医療センターでの取組①

(1) 取組の視点

児と家族がよりよい生活をおくるために

地域を熟知した医療福祉連携体制の整備が必要

⇒ 小児在宅支援体制は成人でも行われているように
地域の医療者と自治体、地域の福祉サービスを中心に行う事が望ましい

(2) 取組の具体的内容

- ①事業対象地域の自治体、医師会、地域中核病院、保健所、学校、福祉関係機関との会合を開催
- ②小児在宅医療患者及び介護者となるその家族が利用できる福祉資源について自治体に調査を実施
・吸引器・モニター・特殊マット・福祉タクシー 等 助成
・訪問介護・日中一時預かり・兄弟支援 等 人的援助 etc
- ③小児在宅医療に関する公開勉強会を開催(5回)
- ④個別ケースにおいて在宅療養に向け、地域の医療、福祉、行政関係者を含めたカンファレンスを開催 (H25.4～H26.1:約70回)



7

小児総合医療センターでの取組②

(3) 取組から得られた効果

①地域関係機関との課題の共有

- ・二次医療機関や医師会を訪問し、ヒアリングを行うことで、顔の見える関係を強化

②地域関係機関が自らの課題を認識

- ・アンケート結果を自治体にフィードバックすることで、資源の活用を促すとともに、連携の必要性を担当者が再認識

③多摩北部医療センターのモデル的な取組

医療だけでは無く、必要な福祉サービスが
入らなければ我慢や無理しない生活を送れない

- ・ 幼い兄弟姉妹への配慮
・ 保育園の優先入園や送り迎えの援助
・ 緊急時の対応
・ 家族の急病時などで児への対応
・ 医療ケアで制限せず、その児の発達状態にあった教育や課外活動の提供 など
⇒ 「積極的な地域の福祉情報の提供」の必要性を共有

(4) さらに連携を進める上でのポイント

①在宅のプランをマネジメントする人がいない

小児在宅医療にはケアマネが存在しない。福祉に対応するはずの相談支援専門員も現時点で機能している自治体が少ない

②地域の医療・福祉サービスの最大限の活用

自治体による福祉資源の差

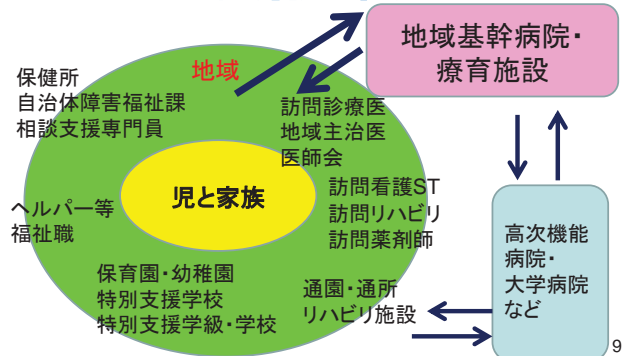
③それぞれの役割を決めて果たす

各地域に合ったモデル構築 **児と家族の「生活」を支える退院・在宅医療支援**

8

小児総合医療センターでの取組③

都立小児総合医療センターにおける
「児の『生活』を支える」取組イメージ図例



9

慶應義塾大学病院の事業対象地域



10

慶應義塾大学病院での取組①

(1) 取組の視点

①大学病院として、地域と連携し在宅医療を進める必要性を感じていたが、連携が困難との現状認識から、具体的な課題抽出はできていなかった。

②新宿区を中心とした都内小児等の在宅医療を担う医療機関、小児科を持つ病院、保健所、福祉サービス関係者、訪問看護ステーション、学校等からなる「顔の見える連携」を構築することを重視した。

(2) 取組の具体的内容

【協議会の開催】

①平成25年11月29日 ②平成26年3月7日

【講習会の開催】

①平成26年1月24日 ②平成26年3月14日

・テーマ:在宅医療に役立つ小児の呼吸ケア

③平成26年3月20日

・テーマ:大学病院と地域との連携による小児の在宅医療を考える

【事例検討会の開催】(平成26年1月31日)

・テーマ:小児等の在宅医療に必要な医療・福祉資源とは?



11

平成25年度 都が実施した調査①



○ 在宅において、医療ケア※1が必要な18歳未満の児

項目	東京都全体(人)※2
気管切開人工呼吸患者	368人
非気管切開人工呼吸患者(NIPPV)	112
気管切開患者	144
(参考)	
全人口	12,740,088
18歳未満人口	1,910,795

※1 本調査では、「気管切開」と「人工呼吸器」と定義した。
(平成25年10月の1か月分の診療報酬算定件数を計上)
※2 施設の所在地別でなく、患者の居住地別の人数である。

18

平成25年度 都が実施した調査①



○ 居宅サービスを受けている18歳未満の児

項目	東京都全体(人)※
病院から訪問診療を行った患者数	9
診療所から訪問診療を行った患者数	187
訪問看護ステーションから訪問看護を行った患者数	722

※ 平成24年4月1日から平成25年3月31日までの1年間の実績
※ 施設ごとには実数だが、同一人が重複してサービスを受けている場合がある。
※ 施設の所在地別でなく、患者の居住地別の人数である。

19

平成25年度 都が実施した調査①



○ 小児在宅医療又は小児訪問看護に取り組んでいる施設数

施設	東京都全体(施設)※
病院	48
診療所	41
訪問看護ステーション	171
合計	260

※ 公表承諾不可の施設も含む。

20

平成25年度 都が実施した調査②



周産期母子医療センター等NICU入院児実態調査

【概要】

○対象 東京都総合周産期母子医療センター(13)
東京都地域周産期母子医療センター(12)
周産期連携病院のうちNICU病床所有施設(4)

○実施時期 平成25年10月

○回収率 100%

21

平成25年度 都が実施した調査②



○ NICU退院児の状況
(平成24年度退院児について)

NICU退院児数と退院時の医療介護ニーズ	人数	退院先	人数
全体数(退院児数)	5,771	自宅	149
うち死亡退院	106	転院	26
うち医療・介護ニーズあり	183	施設入所	1
うち医療・介護ニーズなし	5,449	乳児院	1
		その他	6

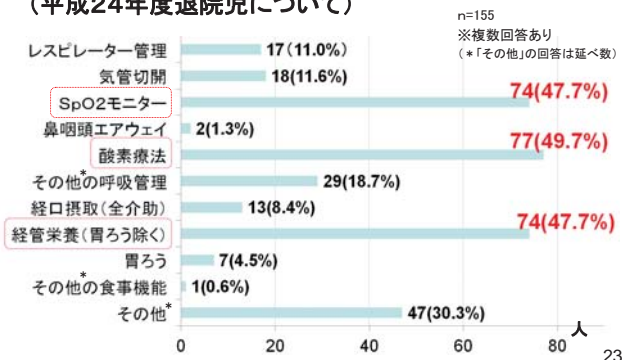
在宅療養開始 155人

22

平成25年度 都が実施した調査②



○ NICU退院児の医療・介護ニーズの状況
(平成24年度退院児について)



23

本事業を通して見えてきたもの



- 現状の把握と地域ごとの取組推進が必要
⇒ 患者、医療・福祉サービス等の把握と、各地域の実情に応じた取組
(地域による取組状況や資源等の実情を踏まえた取組の展開など)
- 事業関係者間の連携が必要
⇒ 課題認識の共有と連携による解決策の検討
(顔の見える関係づくり、連絡会の開催など)
- 継続のための仕組みづくりが必要
⇒ 地域における各主体の役割を相互に理解し尊重しあう中で、共通の目的のために協働
(コーディネーターの育成、地域ルール作りなど)

24

平成26年度の事業



25

2年目の取組



平成25年度に実施した課題を踏まえた事業展開

【実施方法】

全都を対象とした資源調査及び人材育成等は福祉保健局が行い、各事業実施医療機関においては地域の実情を踏まえた地域との連携や資源の把握等を行う。

【取組のポイント】

- 平成25年度に事業を実施した3医療機関に引き続き事業を委託し、平成25年度を踏まえた発展的な事業展開を試みる。
- また、事業の委託先として都立大塚病院を加え、より多くの事例を収集するとともに、事業の都全域への拡大を目指す。

⇒ 4医療機関で事業を展開

26

各事業実施医療機関での取組のポイント



【都立小児総合医療センター】(対象地域:17市…立川市、国分寺市、国立市、清瀬市、東村山市、東久留米市、小平市、西東京市、府中市、昭島市、東大和市、武蔵村山市、八王子市、町田市、日野市、多摩市、稲城市)

平成25年度から事業対象地域を拡大(9市⇒17市)し、また多職種連携も視野に入れ、多摩地区の課題に即した地域連携の仕組みを検討

【慶應義塾大学病院】(対象地域:6区…新宿区、世田谷区、杉並区、渋谷区、港区、中野区)

平成25年度に構築した地域とのネットワークをさらに発展させ対象地区を拡大(1区⇒6区)するとともに、コーディネーターとなるべき職種の確立のため協議会での検討を実施

【都立墨東病院】(対象地域:3区…江東区、墨田区、江戸川区)

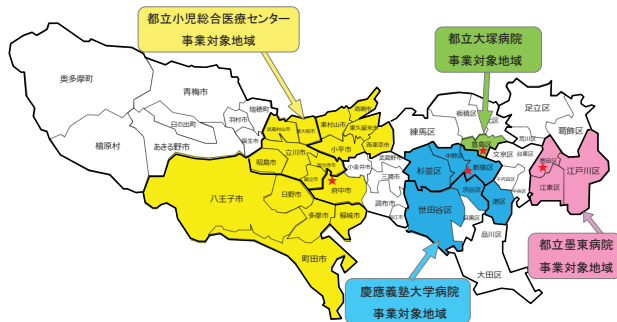
先行的に実施されたモデル事業の経験と成果を活かすとともに、平成25年度の課題認識をもとに、既に実施している事業(重症心身障害児の在宅医療に関する事業等)と合わせた効果的な事業実施について検討

【都立大塚病院】《新規》(対象地域:豊島区等)

現在実施している重症心身障害児に対する事業の枠組みを活用し、より一層連携強化を進め、今後の豊島区周辺における小児医療の拠点病院となることを目指す

27

事業対象地域



★:病院所在地

28

皆様の御協力が不可欠です！

どうぞよろしくお願ひします。



当院の東京都多摩地区における 小児在宅医療拠点事業の展開

児と家族の生活を支える

東京都立小児総合医療センター
神経内科・子ども家族支援部門 兼務
富田 直

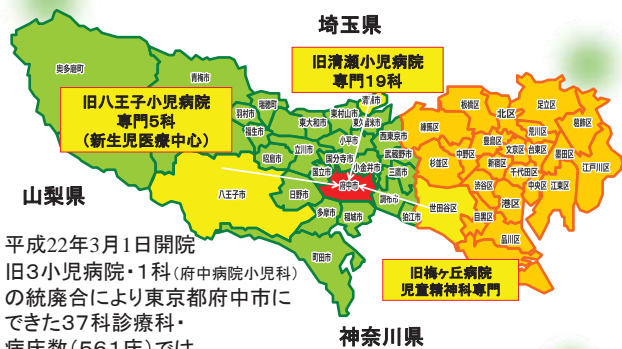
はじめに



当院の紹介をさせていただきます

小児総合医療センター外観

当院の概要



平成22年3月1日開院
旧3小児病院・1科(府中病院小児科)
の統合により東京都府中市に
できた37科診療科・
病床数(561床)では
日本最大の小児専門病院

当院の医療面の特色

- ・《東京都多摩地区における小児高度専門医療の拠点病院》
- ・《総合周産期母子医療センター》
- ・★胎児診断による合併症児の母体受け入れ
- ・★車内で治療可能なドクターカーによる新生児搬送
- ・★NICU24床・GCU48床 計72床
- ・《小児救急救命医療・集中医療》
- ・★緊急度の高い外傷・蘇生が必要な症例は24時間体制で小児専門の救命救急医が必ず最初から対応(日本初)
- ・★ヘリポートや患者搬送のためのドクターカーを備える
- ・★術後管理だけでなく、重症急性疾患や重度外傷に対応する小児集中治療室22床(PICU10床・HCU12床)を小児専門の集中治療医が完全管理

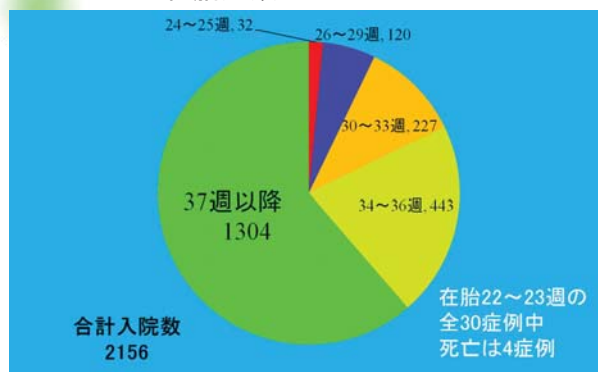
周産期母子医療センター

(施設とNICU病床数)

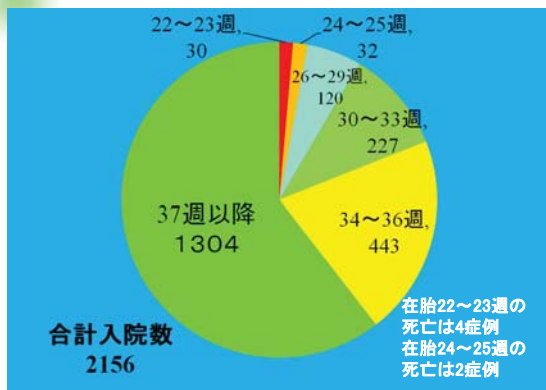


総合周産期母子医療センター★ (多摩:区部) 2施設・39床 : 11施設・150床
地域周産期母子医療センター○ 3施設・18床 : 9施設・72床

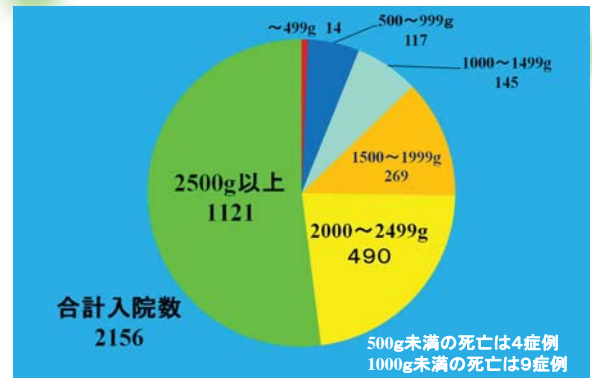
当院新生児科入院患児の内訳 在胎週数(平成23~25年度)



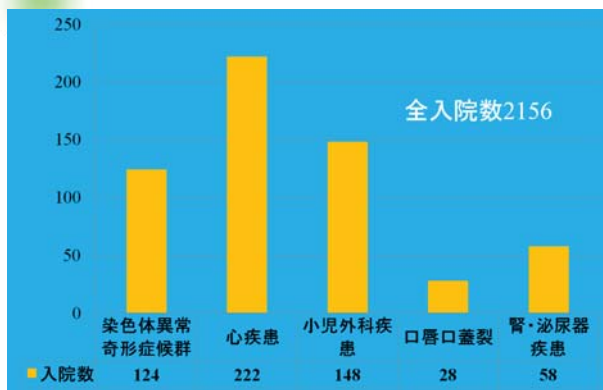
当院新生児科入院患児の内訳
在胎週数(平成23~25年度)



当院新生児科入院患児の内訳
出生体重(平成23~25年度)



新生児科入院症例の重大合併症
(平成23~25年度)



当院新生児科死亡症例
(平成25年度711入院中)

No	在胎週数(週)	出生体重(g)	アプガースコア(1分/5分)	死亡日齢	診断名
1	27	298	3/6	116	超重症児・小腸穿孔・多臓器不全
2	23	380	1/1	0	18トリソミー・食道閉鎖・鎖肛
3	40	1740	7/9	62	18トリソミー・全前脳胞症
4	36	2590	1/2	0	Potter症候群・多発性嚢胞腎
5	37	2706	0/0	124	重症新生児仮死、低酸素性虚血性脳症
6	38	3545	9/9	4	グルタル酸血症Ⅱ型

死亡例はほぼ染色体異常症・多発奇形・先天性代謝異常等の死から免れられない症例に限られる

これらの結果のまとめ

- 当院では22~23週の超早期産の症例が3年間で30症例あるが4例を除き生存
- 合併症例が非常に多い
- 生命予後が非常に悪い症例しか死亡しない
- かなりの重症例も救命できている事を示す
- これは重度障害を残す症例や強い介護負担の高い児が多数発生し自宅に帰る事を示す

当院の新規経管栄養・気管切開・在宅人工呼吸器

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

当院における在宅医療支援

- 病院機能上、**必然的に**新たな重症心身障害児(以下重症児)が発生することは自明であった
- 在宅移行を支援する院内の仕組みを構築する必要性
- 急性期専門病院という制約があり、退院後の在宅介護を支えるために地域医療連携の中で役割を分担し役目を果たす必要があった

➡ **重症児療育担当医**
在宅支援担当チーム を開院時より発足

重症児療育担当医

- **子ども家族支援部門兼務の小児神経内科医**
- ①在宅支援対策チーム(療育担当チーム)を主催
- ②院内の重症児医療全般の**コンサルタント業務**
- ③院内・院外患児**関係者会議**に出席
- ④院内の重症児・在宅医療方針決定に携わる
- ⑤重症児について他院からの相談窓口
- ⑥地域との**連携をチームで協力して交渉**
- ⑦地域医療連携促進のため**院外講演・広報活動**

療育担当チーム

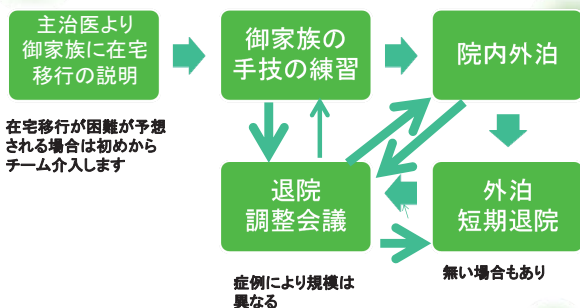
(在宅支援対策チーム)

- 重い障害を持つ児の在宅移行支援と在宅移行後の支援を院内で連携して行う目的で開院時設立
- ①重い障害を持つ児に関わる医師(療育担当医・消化器科・リハビリテーション科・新生児科・総合診療科)
- ②重い障害を持つ児に関わる専門職(医療ソーシャルワーカー(MSW)・退院在宅支援看護師・リハビリスタッフ・臨床心理士・医事課医療連携係)
- ①+②(10~15人)+αの月2回オープンな定例会
- ⇒情報共有・担当決め・支援方針話し合い
- 今回の小児等在宅拠点事業の中心となりました

常設固定チームのメリット

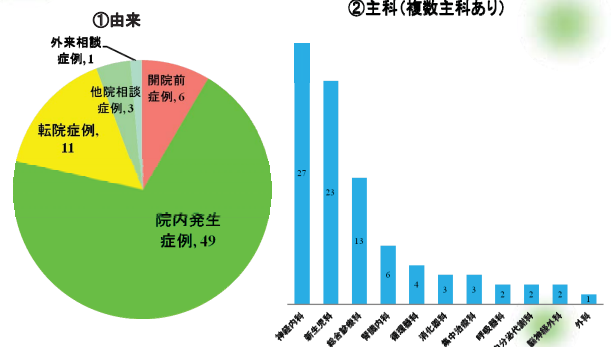
- 定例会以外の普段から活発なメンバー内の情報交換
- 実績によりチームの存在が院内に広く周知されたことで早期に主治医チームから情報が入るようになった
- 結果、より早期で適切な時期に児と親と主治医チームにサポートに入れるようになった
- 各分野の専門家の意見を普段から聞く機会に恵まれる事で自然に小児在宅移行に必要な専門的な知識と経験をメンバーが自然に身につけ能力の底上げに寄与

重症児の退院までの一般的な流れ

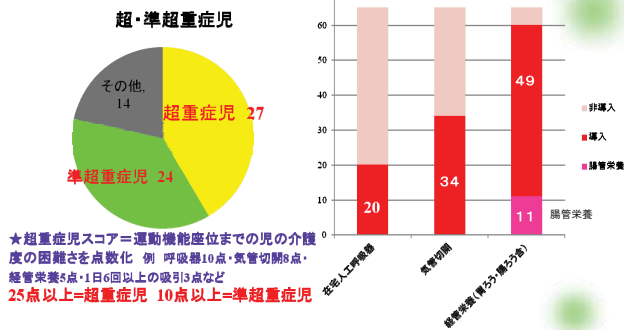


⇒退院へ

平成22~24年度
療育担当チーム扱い70症例
②主科(複数主科あり)



平成22～24年度
療育担当チーム扱い65症例
(他院からの相談のみの症例を除く)



平成22～24年度
療育担当チーム扱い65症例
⑤全症例の転帰



何とか退院はできましたが

- ①人的援助 多摩地区では居宅介護に年齢制限(3歳以上)がある。母は介護負担が大きい中、家事もこなさなければならない。**居宅介護が必要な症例は多い。**
 - ②レスパイト(社会的)入院 介護度が高い症例の家族の疲労は非常に強い。家族の疲労回復目的の施設入所・入院が必要。しかし、実際には**3歳未満の在宅人工呼吸器児の利用は非常に困難**
 - ③移動手段 呼吸器や吸引器、酸素など必要物品が多くて重く、長距離だけでなく短距離の移動も困難な症例が多い。児のための受診、療育が困難。散歩も困難
 - ④在宅のプランのマネージメント 地域に帰った後のマネージメントをする人がいない
- ⇒これらのことが不完全なまま退院させていた

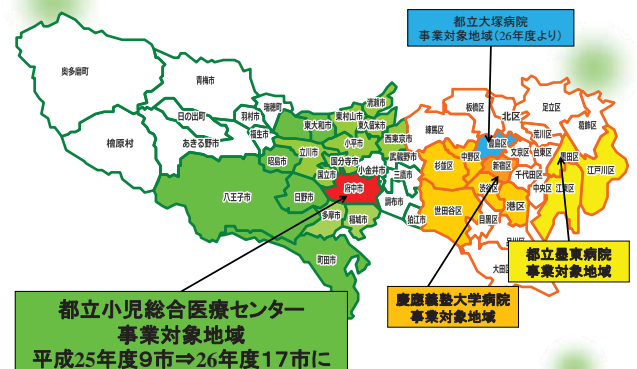
他にも・・・

- 幼い兄弟姉妹への配慮 保育園の優先入園や送り迎えの援助
 - 緊急時の対応 家族の急病時などの際に児への対応
 - 医療ケアで制限せず、その児の発達状態にあった教育や環境の提供
 - 地域との結びつき 積極的な地域の福祉情報の提供
- ⇒医療だけではなく、必要な福祉サービスが入らなければ我慢や無理しない生活を送れない

小児等在宅医療連携拠点事業



小児等在宅医療連携拠点事業・東京都



厚労省から提示された本事業の目的と概要

- 「地域の小児在宅医療患者の現状を把握し、小児の特性を踏まえた医療と福祉の連携体制の整備を各地域の行政が支えるシステムの構築」
- ★小児等在宅医療を担う医療機関を拡充
- ★地域における医療・福祉・教育の連携体制の構築
- ★医療と連携した福祉サービスを提供できるコーディネーター機能の確立
- ⇒具体的な6つのタスクの取り組み

①小児等の在宅医療が抱える課題の抽出と対応方針の策定～協議会の定期的な開催～

- 対象地域の連絡会を行う際に厚労省による拠点事業で都の援助を得られる事を最大限に利用しようと考えた
- 年度初回は対象地域の自治体障害福祉課・健康課・都の保健所等に絞って会合し、小児在宅医療の課題の共有と後述のアンケートを行った
- 年度2回目は対象地域の医師会、地域基幹病院、訪問看護、教育機関、療育機関が加わり、自治体アンケート結果の説明と小児在宅医療の課題の抽出と共有をかけた

②地域の医療・福祉資源の把握と活用

- 対象地域の自治体に対して福祉資源のアンケートを施行(例えば吸引器・モニターなど助成の有無と条件、訪問介護条件、レスパイト入院・日中一時預かりなどの人的支援の有無、送り迎え支援など兄弟への配慮、相談支援専門員の有無と職務内容など)
- 市により重症児に対する福祉サービス(特に助成や居宅介護など)に差。窓口が異なり、かつ窓口業務担当者がサービスの理解に乏しい事があり親の大きな負担だった
- 各自治体の福祉サービスの実際を公表し利便性を高める
- 裏の目的は各自治体が近隣市の福祉サービスの内容がわかることでサービスの底上げにつながるのでは、と期待
- 今年度中に病院HP等で内容を一般公開する方針

福祉資源に関する調査【調査表1-1】

福祉資源に関する調査【調査表2】

病院単独では回答を得るのが困難
東京都の協力が可能となった

③地域の小児等への在宅医療資源の拡充と専門機関との連携①

- 平成25年度・26年度と病院として(今年度は院長自ら)地域中核病院全てを訪問し小児在宅医療と重症児医療の現状を説明し、協力をお願いした
- 行う前は気管切開以上の医療的ケアの必要な児に対応可能な病院は少なかった(大学病院4→2、二次救急医療機関11→4)
- しかし、最近になり様相が変わり、気管切開児でも対応するという病院が増え始めた

③地域の小児等への在宅医療資源の拡充と専門機関との連携②

- 風向きが変わった原因は小児病棟の病床利用率の低下(感染症の減少、喘息入院の減少等)と考えられる
- 重症児入院の鍵は看護体制である。当院では地域基幹病院や訪問看護STからの重症児看護研修の受け入れを積極的に行っている
- その結果、在宅人工呼吸器児の受け入れを検討する病院も出始めている

④地域の福祉・行政関係者との連携促進

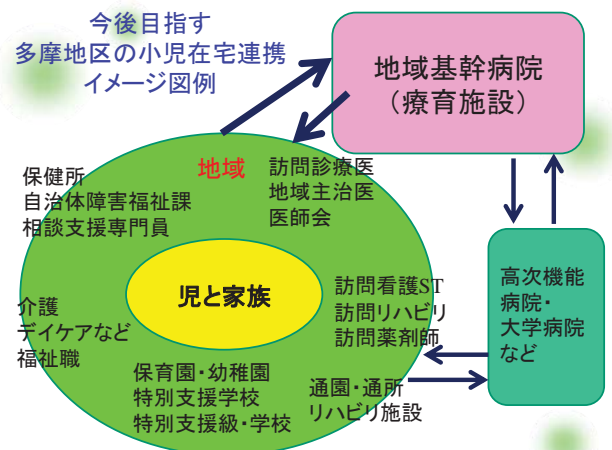
- 原則月1回の多職種対象の小児在宅医療・重症児医療の勉強会(在宅サポートチーム勉強会)を主催 (第2木曜日18時より)
- 毎回50～80人程度の参加であるが、9月に患者父親に講演をしていただいた時は120人を超えた
- 年1回土曜日の午後半日で「多摩在宅医療セミナー」を開催。今年度は6月に「重症心身障害児の呼吸」をテーマに呼吸器科、外科、新生児科、神経内科、リハ、看護、呼吸器業者を講師。遠方からも含めて200人以上の参加があった
- 来年は相談支援専門員向けの講演を行う

⑤患者・家族の個別支援 ⑥患者家族や学校関係者への理解促進・負担軽減

- 退院支援看護師・在宅支援看護師・NICU等支援看護師
⇒医療的な人的支援(訪問看護・訪問リハ等の地域医療資源の紹介)、在宅医療物品の紹介と手続き支援、両親家族の相談業務など
- MSW⇒福祉支援(各種手当・補助の申請援助)、福祉的な人的支援(居宅介護・東京都重症心身障害児在宅療育支援制度など)、地域医療・福祉資源の紹介など
- 入院中、症例によっては退院後もコーディネータ的な役割を果たしている

平成26年度 モデル事業計画

- 対象市 1～3市
- 実在の在宅人工呼吸器など介護度の高い症例、介護能力に問題がある症例を想定
- 地域(市単位)で在宅移行した重症児の今ある問題について定期的な話し合いができる恒久的な場を設けることを最終的な目標としていた
- 市の自治体・地域の保健所・医療機関・福祉施設・学校が連携・協議・解決できるシステム
- 市で障害児の協議会などが無い場合は、既設の障害者自立支援協議会の利用を想定



モデル事業想定の際に考えた事①

- 当初はモデルを市でなく医療圏に置く事を想定
⇒しかし、医師会は市ごとで地域基幹病院も医療圏と合致せず。更に市により福祉サービスが大きく異なるため医療圏は現実的でない
- 定期的に小児在宅医療児について協議する場を各市に新規立ち上げる事は症例数も少なく困難、既存の協議会の利用を想定
- 地域のコーディネーター役は現時点では相談支援専門員では困難。都の事業であり、本来、重症児の相談・訪問業務を持つ都の保健所・保健師を想定した

モデル事業想定の際に考えた事②

- モデル市の設定について当院の判断で決定
- 市で保健所を持っており、現時点で小児在宅医療・重症児について医療・福祉・自治体で既に連携して機能している八王子市
- 開院以来市の規模の割に非常に重症な小児在宅医療患者が多く、しかも介護力などで大きな問題を抱え、福祉サービスの導入の必要な事例の多いH市

モデル事業の具体的な計画

- ①モデル市の市障害福祉課・健康課、担当保健所、医師会、地域基幹病院に趣旨説明のための訪問
- ②①で協力を得られたら、地域で行われている地域カンファ等に参加し、実態の調査
- ③障害者自立支援協議会等、既存の成人で定期的に施行されているシステムに子ども部門を作れないかの検討
- ④準備委員会の設立

訪問して初めて判明した事態(主にH市)

- ①モデル市選定に対する強い疑問
何故モデル地域に選定されたのか、他の市ではダメなのか?という強い疑問があがった。仕事量増加の警戒感
⇒モデル市選定の基準を明確化・将来的な財政の裏付けの必要
- ②医療的ケア児に対する対応の必要性の認識
市や保健所は現在の対応で充分と考えている。根本的に児と親との接触が少なく問題認識自体感じていない
⇒問題が多いので対応が必要という理論が成立しない
(八王子市は問題があると考えていた)
- ③障害者自立支援協議会が利用困難
機能していない。小児に対応できない。
- ④重症児に対する相談支援制度の未整備
八王子市は危機感を持っていたが、多くの市では放置されている

コーディネーターの問題

- 地域連携を行うためには絶対必要
- 現状では相談支援専門員ができる状況ではない(能力的な問題と収入の問題)
- 都保健所保健師と市の保健センター保健師との連携が悪く、分担も不明確で問題は多いが、現状では多摩地区では都保健所保健師しか選択がないと考える
- 将来的には重症児に対応する相談支援専門員への加算や、市ごとにコーディネーターを配置するなどの対応が必要と考える

拠点事業の今後

- 小児在宅等拠点事業は今年度で終了
- 地域連携のシステム作りは始まったばかり
- 都としての来年度の事業継続の方針は?
- 医療連携とは異なり、市や保健所との連携は病院単独での努力では限界がある
- 今まで以上に東京都からの強い支援が必要
- 今後判明した課題に対する対応策を提案していくので、都は財政的な裏付けのある施策を立てて欲しい

御清聴ありがとうございました



■第25回会議 第7回「2014年度在宅医療推進のための会」との合同開催

日時：2015年1月16日（金）19：00～21：00 場所：

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

出席者：※推進のための会メンバー、厚労省、自治体

蘆野吉和、飯島勝矢、池垣淳一、宇都宮宏子、江野英夫、大島浩子、太田秀樹、大橋英司、小川聡子、亀井敏光、川井真、北澤彰浩、桑原直行、小枝淳一、小嶋一、小玉剛、後藤友美、佐々木昌弘、島田秀和、清水政克、白水那智、鈴木隆雄、武田俊彦、田城孝雄、谷水正人、土橋正彦、鶴岡優子、長尾和宏、西田伸一、西村元一、花形哲夫、英裕雄、原田敦、藤田伸輔、紅谷浩之、松嶋大、山口道子、吉野隆之、渡辺顕一郎、和田忠志、渡辺陸子（41名）

※小児在宅医療推進のための会メンバー、厚労省、文部科学省

岩本彰太郎、内海亮、梅原実、遠藤文夫、及川郁子、児玉和夫、鈴木真知子、高橋昭彦、田中真衣、田村正徳、徳増裕宣、富田直、奈良間美保、丹羽登、前田浩利、山崎和子、和田浩、渡邊とよ子（18名）

※オブザーバー

石井拓男、市川玲子、大石善也、高田常雄、竹井利香、田村文誉、千葉宏毅、辻哲、恒石美登里、根本ひろ美、伴節、松浦正人、山口直人、山中崇（14名）

議事：挨拶、本日の会の趣旨 推進のための会 座長 蘆野吉和氏

講演『小児在宅医療の現状と課題』

前田浩利（医療法人財団はるたか会 理事長）

講演『NICUから始まる社会の安全システムとしての小児在宅医療』

田村正徳（埼玉医科大学総合医療センター小児科 教授）

講演『埼玉県の小児在宅医療推進の取り組み』

山崎和子（埼玉医科大学総合医療センター小児科）

講演『東京多摩地区における小児在宅医療の取り組み』

富田直（東京都立小児総合医療センター神経内科 医長）

<意見交換>

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

次に田村氏が講演された。我が国の新生児医療は世界最高レベルにあり、救命率は世界一である。しかし、ハイリスク妊娠の増加と低出生体重児の増加のよってNICUのベッドが不足している状況になっている。そのような状況の下、NICUから地域に人工呼吸器などの重い医療ケアをしたまま帰る子どもが急増している。それに対し

て、小児科の病棟でも、そのような子どもの在宅支援の機能を持つことに肯定的な病院が増えてきているので、在宅支援の必要性が認識されつつある。

山崎和子氏が埼玉県における厚労省事業、小児等在宅医療連携拠点事業についての取り組みについて講演された。埼玉県の人口は723万7,000人で、年々増加しており、18歳以下の人口は122万7,000人、小児が多い県である。しかし、医師数が少なく、小児に訪問する医師もなかなか出てこなかった。そのような中、多職種をつなぐ連携会議を平成23年から埼玉県全域を対象に実施し、今年で、すでに16回目になっている。そのような中、医療、行政、福祉が同じイメージで在宅医療の対象となる子どもを捉える必要性を感じ、どこにどれだけのどの程度の重症度の患者さんが分布していて、どこにどれだけの社会資源があるのかを明確にする作業をした。小児の在宅医療の対象となる患者の実数把握は困難と言われている。そのような中、医療保険の在宅指導管理料を手がかりに調査を行い、在宅医療を必要とする18歳以下の小児が691名、在宅人工呼吸器の患者数が108名であった。これを、身体障害者手帳や小児慢性疾患の申請数と比較すると、かなりずれがあることがわかった。また、患者が地域偏在していることもわかった。同時に、医療・社会資源調査も行ったが、医療・社会資源も地域偏在があった。しかし、実数と居住地が正確にわかっていると、医療・福祉・行政が情報を共有しつつ、具体的に協同できた。埼玉県で目指している小児の在宅支援のモデルは、在宅管理病院と言われる小児の専門病院、中核病院が、在宅療養への移行準備と在宅療養後の方針を立てる。そして地域のかかりつけ医に、しっかり連携を取る。地域では、保健師の乳児全戸訪問で、保健師がはじめに関わり、そのあと相談支援専門員が関わる連携を構築することが重要と考える。

続いて富田氏が講演された。内容は、前回の推進のための会での講演内容とほぼ同じものであったので割愛する。

上記の講演を受け、積極的に質疑応答、意見交換が行われた。

在宅医療推進の会と小児在宅医療推進の会の合同開催は初めての試みであったが、お互いに学ぶところが非常に多く、大きな可能性を感じた。

小児在宅医療の現状と課題

医療法人財団はるたか会
あおぞら診療所新松戸

2015年1月16日
前田浩利

医療法人財団はるたか会 NPO法人あおぞらネット

千葉(松戸)
エリア



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

松戸市基幹相談支援センター

千葉県委託の中核地域相談支援センターほっとネット

東京エリア



訪問看護ステーションそら



訪問看護ステーション京都あおぞら

子ども在宅クリニックあおぞら診療所墨田(小児250名診療)

少子高齢化の問題

■ 高齢化

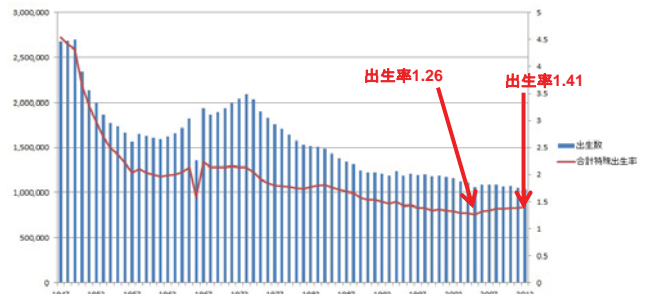
世界に先駆けての超高齢化社会
経済への影響
死亡者の急激な増加

■ 少子化

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

我が国の出生数と合計特殊出生率の推移

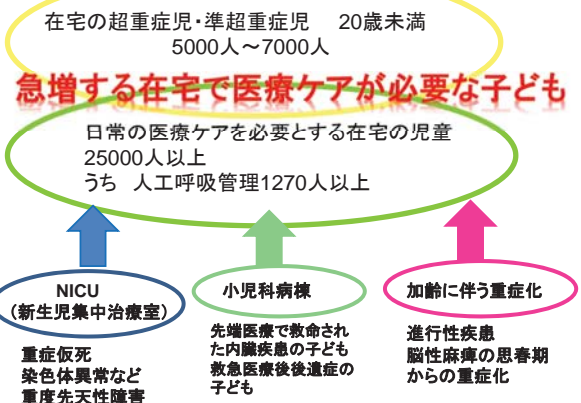
人口維持のためには合計特殊出生率が2.07必要



周産期医療・小児医療の維持、充実が少子化対策の重要な柱

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



在宅で医療ケアが必要な子どもの数

- 超重症児、準超重症児
 - 2007年小児科学会(杉本先生ら)調査・**20歳未満で5000名**(施設も含めると7350名)
 - 重症心身障害児施設(国立病院機構含む)195施設で入所中の児者含め3711名(平成20年)それが全体の30%として計算すると**在宅は児者含め8659名**
- 特別支援学校に所属している児童
 - 文部科学省調査(平成25年)では全国の特別支援学校で人工呼吸器装着している児童は**1270名**、何らかの医療的ケアを行っている児童は**25,175名**

急増する在宅で医療ケアが必要な子ども 文部科学省の全国調査から

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

小児在宅医療の対象となる患者の数 — 全国推計 —

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

小児在宅医療の対象となる子どもの特徴 — 成人との違い —

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

重症心身障がい児

- 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
- 大島の分類による

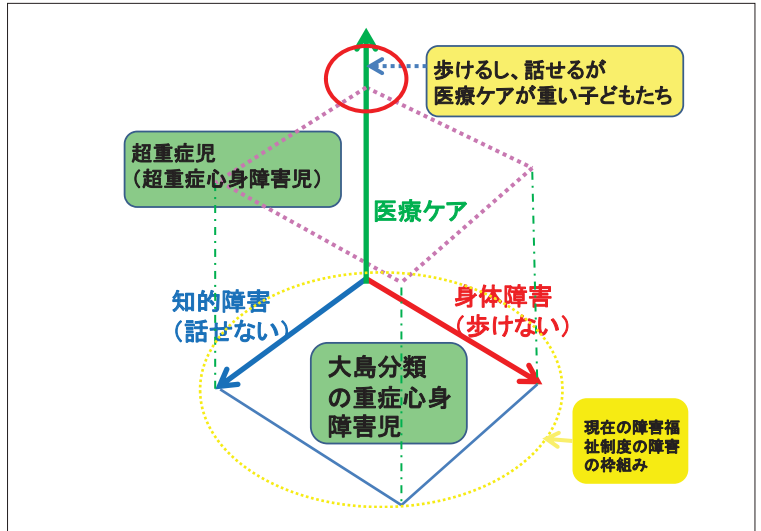
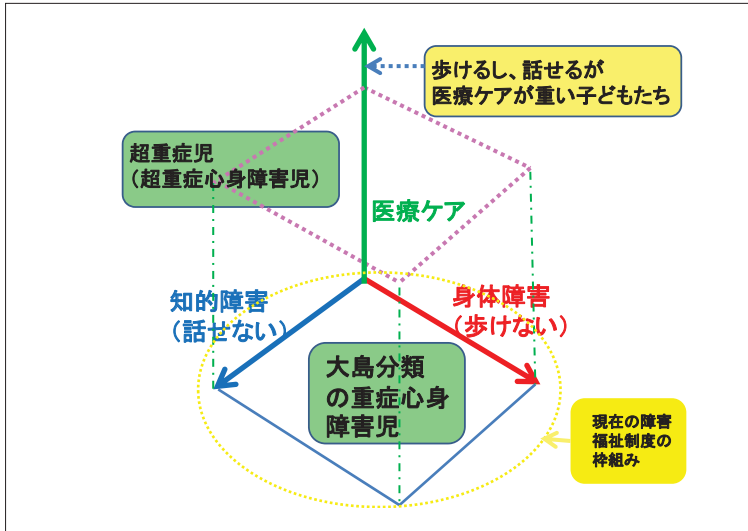
21	22	23	24	25	70
20	13	14	15	16	50
19	12	7	8	9	35
18	11	6	3	4	20
17	10	5	2	1	0
走れる	歩ける	歩行障害	座れる	寝たきり	IQ

1, 2, 3, 4
の範囲が
重症心身
障がい児

5, 6, 7, 8
は周辺児と
呼ばれる

超重症児

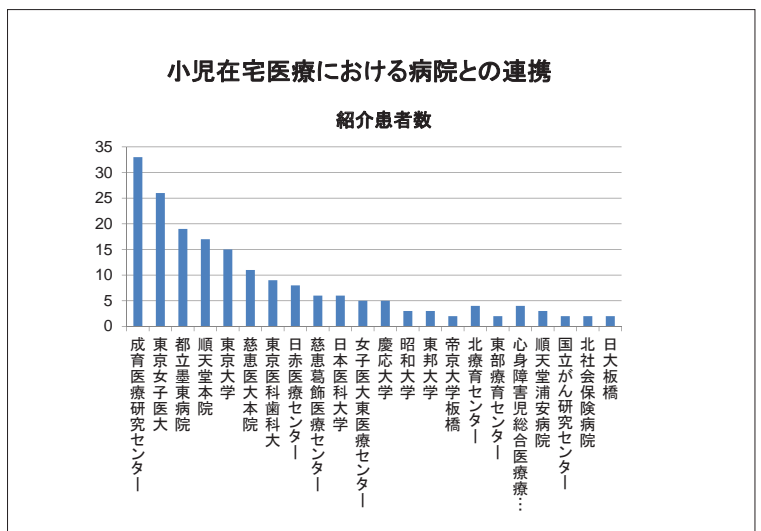
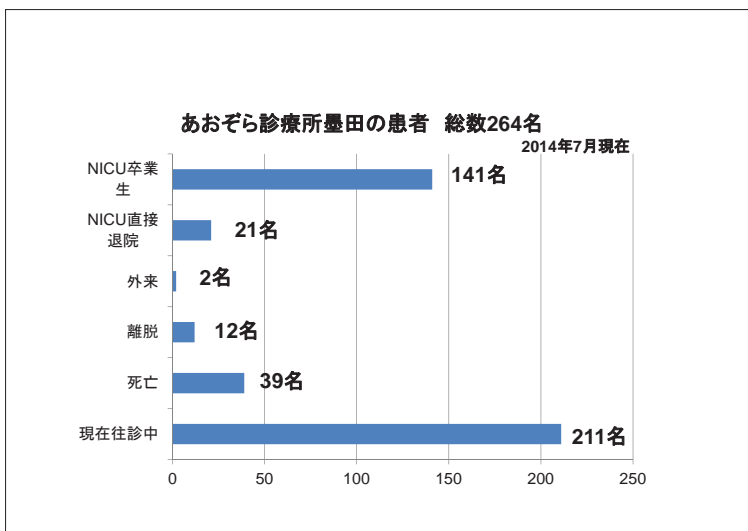
- 医学的管理下に置かなければ、呼吸をすることも栄養を摂ることも困難な障害状態にある児で以下のスコア25点以上。準超重症児は10点以上
- 呼吸管理
 - レスビレーター(10) 気管内挿管(8) 鼻咽頭エアウェイ(8) 酸素吸入(5)1時間1回以上の吸引(8) 1日6回以上の吸引(5) ネブライザーの常時使用(5) 1日3回以上使用(3)
- 食事機能
 - IVH(10) 経管、経口全介助(5)
- 消化器症状 制御できないコーヒー様の嘔吐(5)
- 他の項目
 - 血液透析(10) 定期導尿、人工肛門(5) 体位交換1日6回以上(3) 過緊張により臨時薬(3)など



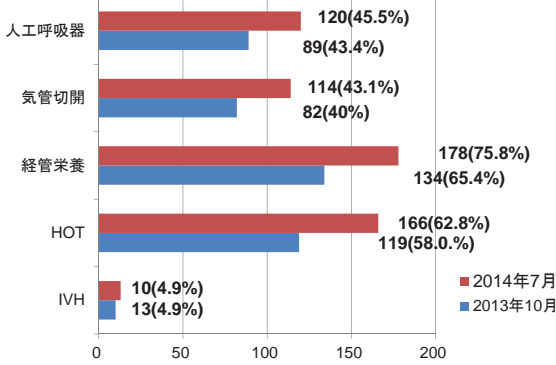
- ### 医療ケアは重いが重症心身障害児ではない子どもたち
- 重度の先天性内臓疾患 人工呼吸器あり
 - 複雑な先天性心疾患
 - 気管や食道の異常の合併
 - 人工呼吸器、気管切開、経管栄養
 - 短腸症候群 人工呼吸器なし
 - 胃瘻、人工肛門、腸洗浄
 - 中心静脈栄養のライン管理
 - 重症感染の危険性と隣り合わせの緊張感

あおぞら診療所 東京23区の患児

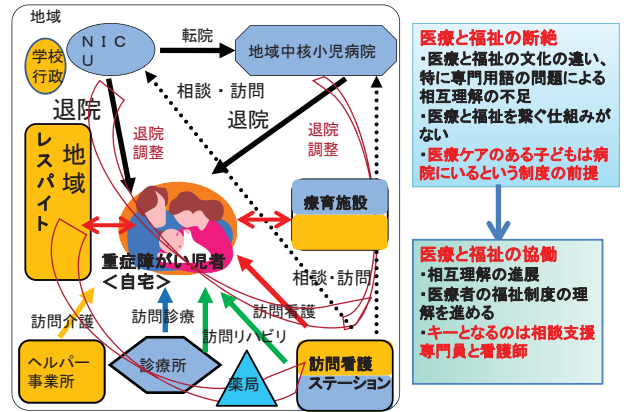
平成26年10月時点



あおぞら診療所墨田の医療デバイスの状況



在宅の医療依存度の高い重症心身障がい児者を支援するためのモデル



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

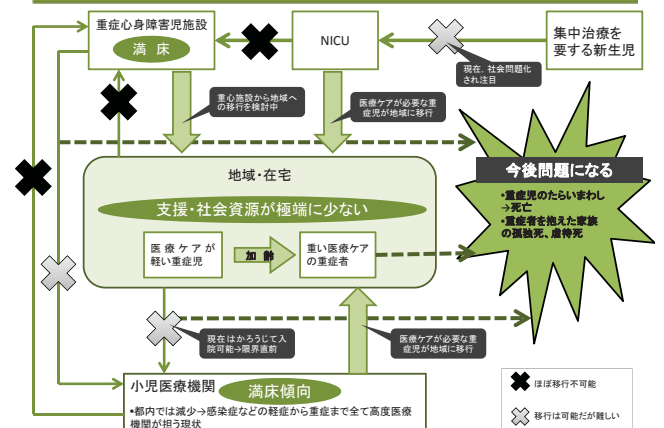
高齢者の地域支援に関わる職種

	地域	病院	レスパイト施設
医師	住診医・近隣開業医	外来医師・病棟医師	担当医師
歯科医師	訪問歯科医師	病院歯科医師	
薬剤師	地域薬剤師	病院薬剤師	
看護師	訪問看護師	病棟・外来看護師	看護師 (介護職)
リハビリセラピスト	訪問リハ	通院リハ 通所リハ	
ヘルパー	訪問ヘルパー		
ケースワーカー	ケアマネージャー	病院ソーシャルワーカー	
教育者	特別支援学校の教員		
行政	障害福祉課、保健師		

介護支援専門員(ケアマネージャー)と相談支援専門員の機能の違い

- ケアマネージャーは訪問看護をコーディネートできる。
- 在宅療養支援診療所もケアマネージャーに報告すると介護保険から報酬がある
- ケアマネージャーは、医師、看護師も含めたケア担当者会議を招集できる
- ケアマネージャーは、毎月患者宅を訪問し、モニタリングすることになっている

小児医療の現状



小児在宅医療の地域連携の特徴 —成人との違い—

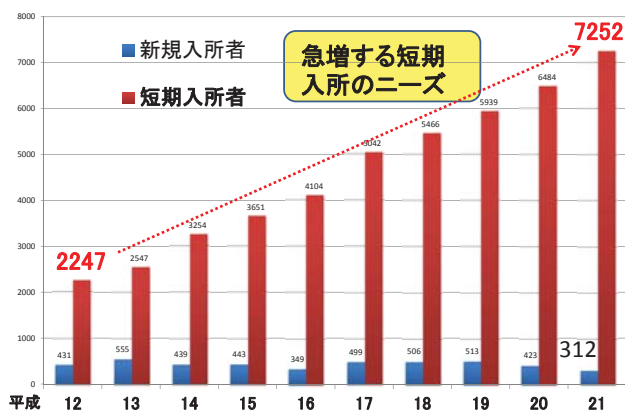
- 医療と介護(福祉)をつなぐ仕組みがない
 - ケアマネジャーにあたる機能がない
 - 訪問看護が医療保険で福祉との連携が難しい
- 福祉制度(介護)の未整備
 - ヘルパーが使えない(乳児、幼児は最初から対象外)
 - デイケア、短期入所が未整備。通所が困難で使えない
- 在宅医と病院医師の2人主治医制になる
 - かかわる医師が複数(在宅医、病院、療育機関)
 - 医師間のコミュニケーションが電話と文書になる

障害者自立支援法による、短期入所への 施設給付費

医療型短期入所サービス費Ⅱ (看護体制 10対1)	2380 単位
短期特別重度支援加算(超重症・準超重症児者)	388 単位
短期利用加算	30 単位
短期食事提供体制加算	68 単位
計	2839 単位 (28,390円)

心身障害児総合医療療育センター北住映二先生資料

公立法人立重症心身障害児者施設
年度別新規入所児者(長期)・短期入所児者実数 心身障害児総合医療療育センター北住映二先生資料

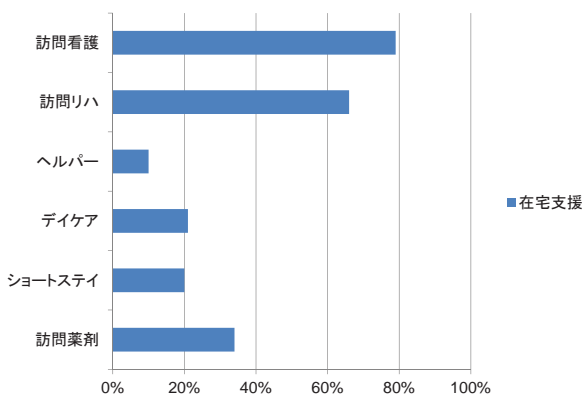


東京都の短期入所病床

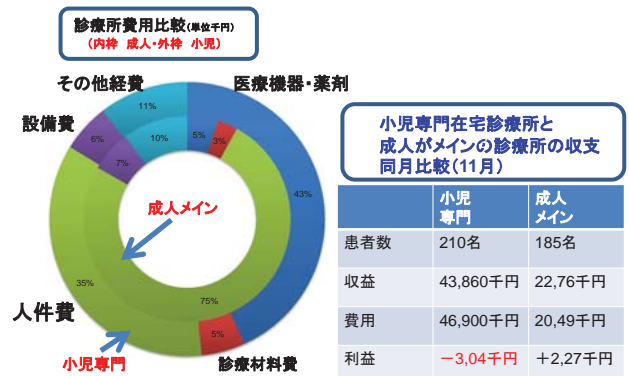
- 平成22年4月1日 都内で民間施設、医療機関の委託病床も含め100床
- 東京23区では40床

(都立府中療育センターの改築に向けた基本計画
東京都福祉保健局障害者施策推進部 平成23年6月)

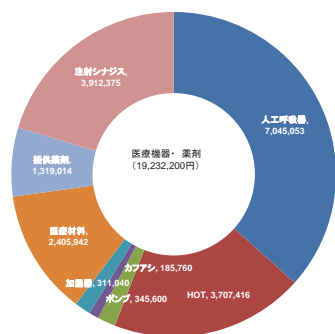
あおぞら診療所墨田の患者の利用している社会資源



小児在宅医療の特徴 在宅療養診療所の運営について



小児専門在宅クリニックの医療機器・薬剤の費用の内訳



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

小児在宅医療の経済効果

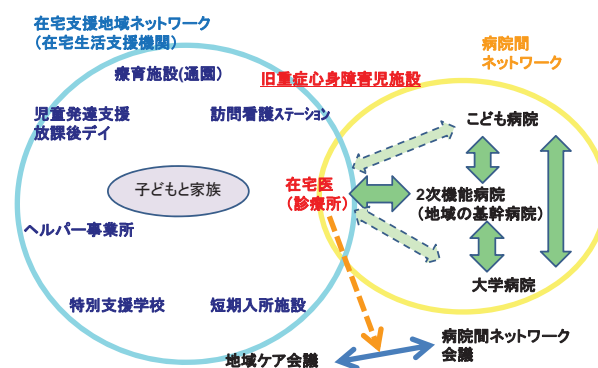
“Effect of an Enhanced Medical Home on Serious Illness and Cost of Care Among High-Risk Children With Chronic Illness

A Randomized Clinical Trial “

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

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

小児在宅医療における地域包括ケアシステム構想



小児在宅医療における地域包括ケアシステム構想

- 基本構造は地域支援のネットワークと病院間のネットワークから構成
- 地域のネットワークと病院のネットワークを繋ぐのは在宅医
- 地域に最も近い病院として2次機能病院を設定する。この病院は、PICU、NICUを持っていても良いし、持っていないでも良い
- 2次機能病院は、在宅医療を受ける子どもの緊急時の一次受け入れ、レスパイト入院、子ども救命センターや3次医療機関からの在宅移行の支援も行う
- 重症心身障害児施設(旧称)が、在宅支援を行うことで、病院間ネットワークと地域をつなぐ機能を果たす可能性もある

『在宅医療助成 勇美記念財団 小児在宅医療推進のための勉強会』

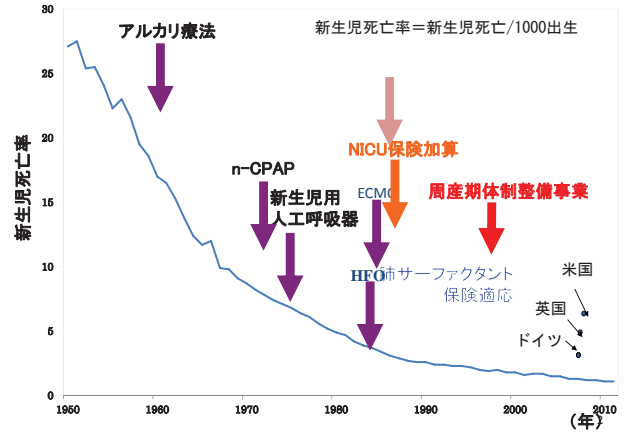
NICUから始まる
社会の安全システムとしての小児在宅医療



埼玉医科大学総合医療センター小児科

田村正徳

過去60年間の日本の新生児死亡率の推移



世界でも最高レベルの日本の新生児医療



3

日本の周産期医療の危機！

4

東京都で発生した
母体搬送受入れ不可事例

2008年 都内で急変した妊婦さんの搬送先
が決まらず、赤ちゃんは無事生まれたが
妊婦さんが不幸にも亡くなった事件
→妊婦さんの受け入れ拒否の理由

NICUが満床！！

5

総合周産期母子医療センターでの
新生児搬送受入困難の原因

周産期医療ネットワーク及びNICUの後方支援に関する21年度実態調査の結果について
(厚生労働省母子保健課2010.5/100)

新生児搬送受入が出来なかったケースがあった総合周産期センターは、
47センター/有効回答72センター
うち搬送受入出来なかった理由について回答のあった47センターの理由
別センター数の割合 (複数回答)

理由	NICU満床	診察可能医師不在	その他
センター数	40	2	16
割合	85.1%	4.2%	34.0%

6

総合周産期母子医療センターでの
母体搬送受け入れ困難の原因
周産期医療ネットワーク及びNICUの後方支援に関する21年度実態調査の結果について
(厚生労働省母子保健課2010.5/100)

母体搬送受入が出来なかったケースがあった総合周産期センターは、62センター/有効回答79センター
うち搬送受入が出来なかった理由について回答のあった47センターの理由別センター数の割合（複数回答）

理由	NICU満床	MFICU満床	診察可能医師不在	その他
センター数	53	32	17	33
割合	85.5%	51.6%	27.4%	53.2%

7

NICU病床
の不足



日本の周産期医療の危機的状況の
主因

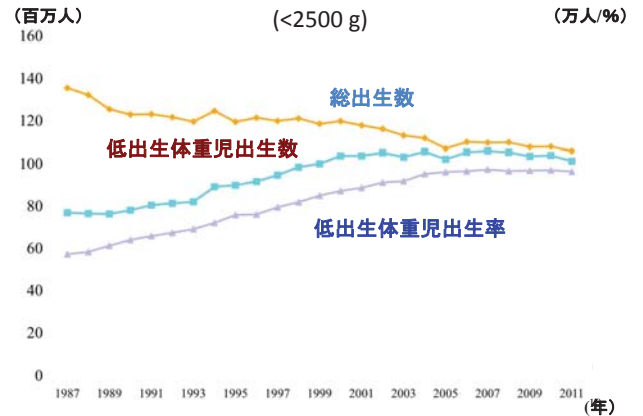
8

日本の周産期医療の問題点

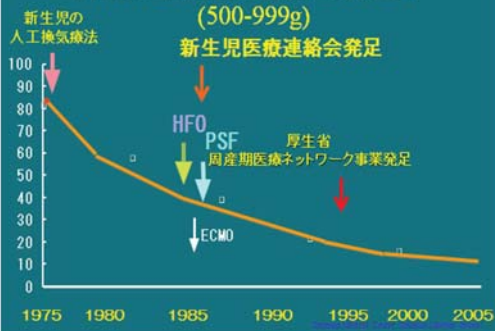
- ハイリスク妊娠・分娩の増加
- ハイリスク新生児の増加

9

低出生体重児の出生率



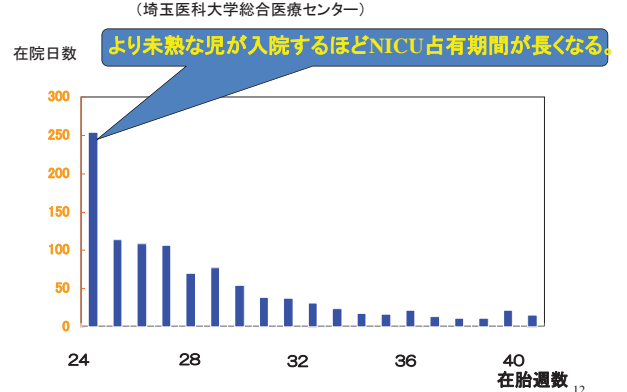
超低出生体重児早期新生児死亡率
(500-999g)



➢ 超低出生体重児死亡率の激減
→長期入院児（人工呼吸器装着）の増加

11

在胎週数別平均在院日数



12

NICU病床必要数が増えるに至った因子

(藤村、楠田等)

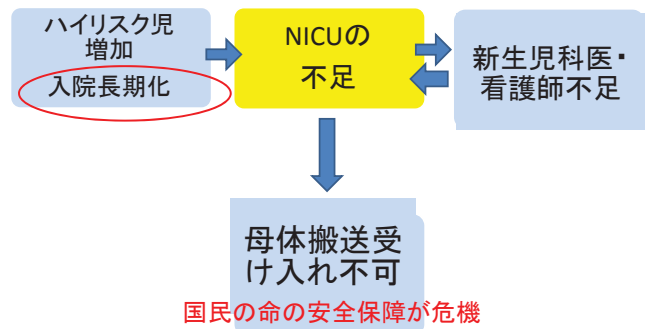
- 低出生体重児の増加と予後の改善

	平成6年	平成21年
人口	124,069,000	125,947,000
出生数	1,238,328	1,091,156
出生率(人口1000)	10.0	8.7
2500g未満低出生体重児出生数	88,362	104,479
2500g未満低出生体重児出生率	7.1	9.6
新生児死亡	2,889	1,331
新生児死亡率(出生1000)	2.3	1.2

平成6年と21年の母子保健統計比較

- 必要NICU数:1000出生数あたり:2床→3床 増床必要!
- 長期入院症例の増加(1年以上はNICU病床率の3.85%)
- いわゆる“待機病床”は8.1%

周産期医療の危機的状況

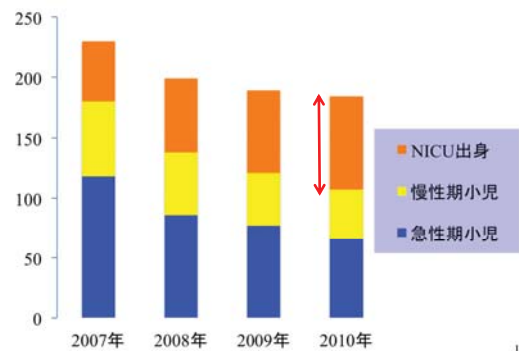


14

NICUや新生児病棟の長期入院児問題

15

埼玉医科大学総合医療センター小児科
呼吸管理病室(6+2床)に占める
新生児期発症患者



16

NICU長期入院児と 日本小児科学会専門医研修施設の 小児在宅医療支援への対応 に関する全国アンケート調査結果

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

田村正徳、森脇浩一、側島久典、高田栄子、山崎崇志、金井雅代
加藤稲子、難波文彦、星順、奈須康子
内田美恵子、小泉恵子、吉田達彦、當麻未奈世、西山史夏
山下まじこ、樽角輝子、川俣ゆり子、勝又由美子、伊東小百合

新生児病棟長期入院児全国調査 (新生児期からのNICU/GCU入院期間が1年を超えた児)

調査目的と方法

調査目的

全国のNICU・GCUに一年以上長期入院している児と人工呼吸器を装着したまま一年以内に退院した児の数と基礎疾患の出生年次別推移を明らかにして周産期医療と小児在宅医療福祉政策の基礎資料を提供する。

方法

平成20-22年「重症新生児に対する療養・療育環境の拡充に関する総合研究班」(研究代表者田村正徳)で分担研究者楠田等が実施した方法に準じて行った。

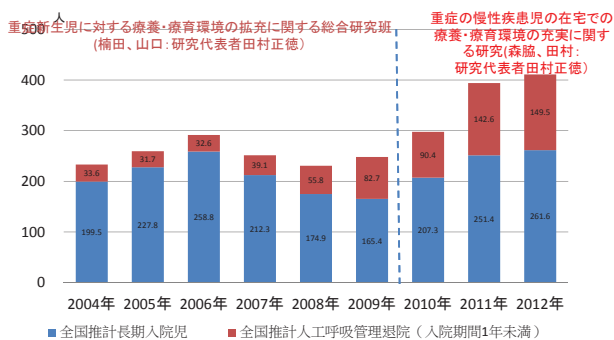
即ち、平成25年末に新生児医療連絡会加盟施設のNICU責任者にアンケート調査用紙を送付しNICU・GCUに一年以上長期入院している児と人工呼吸器を装着したまま一年以内に退院した児の数と基礎疾患を出生年次別に把握し、回答施設のNICU病床数から全国の症例数を推計した。

結果



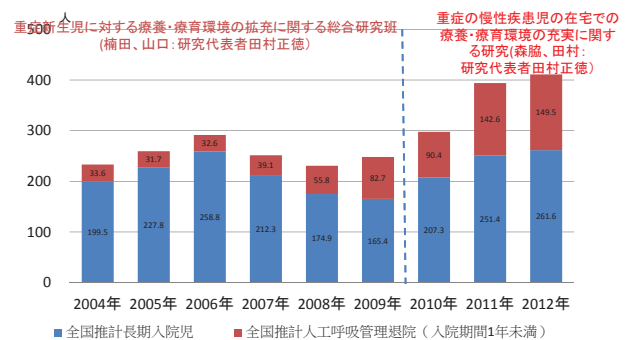
- 送付施設数215
- 回答施設数155 回答率72%

長期入院児と退院時人工呼吸管理児の推定全国推移



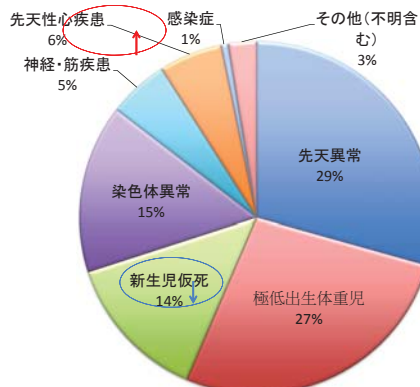
埼玉医科大学総合医療センター小児科小児在宅医療支援グループ 2013

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

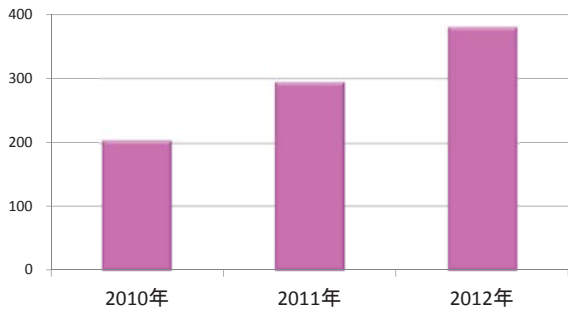
長期入院児の基礎疾患



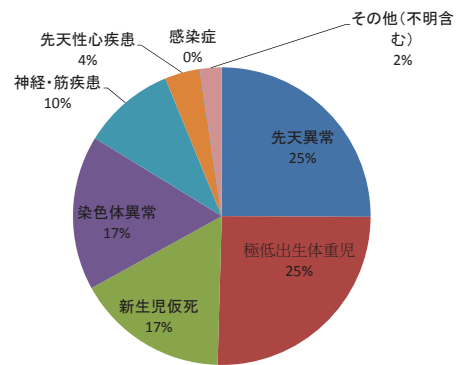
埼玉医科大学総合医療センター小児科小児在宅医療支援グループ 2013

I. 広義の呼吸管理
(IPPV以外に気管切開、CPAP,NPPVを含む)
付き
一年以内NICU/GCU退院児

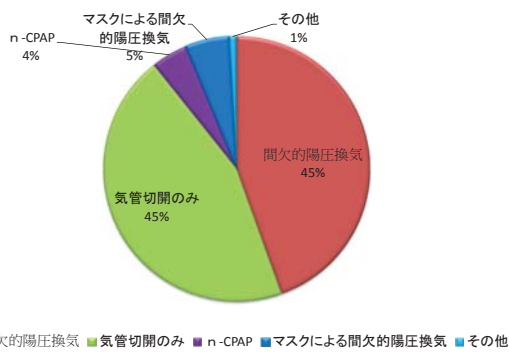
1歳前に広義の呼吸管理付きで 新生児病棟を退院した児の全国推定値



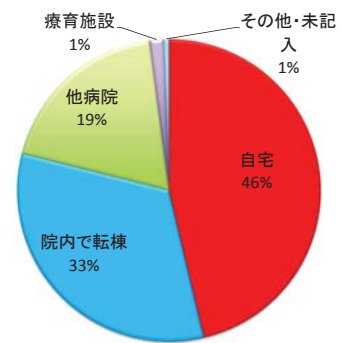
1歳前に転出した広義呼吸管理児の基礎疾患



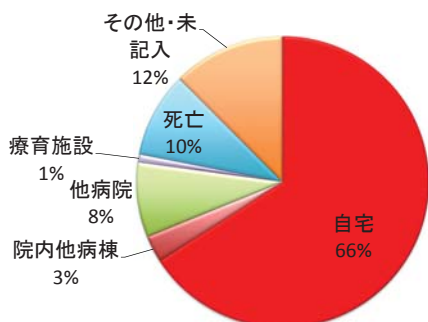
新生児病棟転出時の呼吸管理法 (2010～2012全体)



広義呼吸管理児の新生児病棟からの転出先(2010～2012)

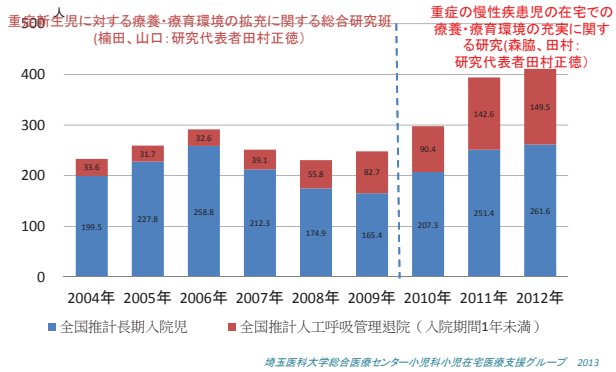


広義呼吸管理児の最終転帰 (2010～2012の3年分)

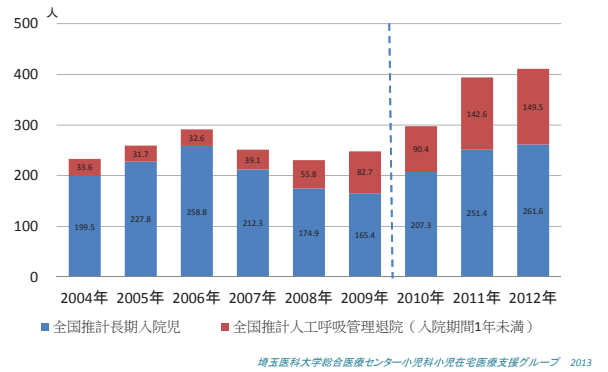


II. 間歇的陽圧式人工呼吸器付き 一年以内NICU/GCU退院児

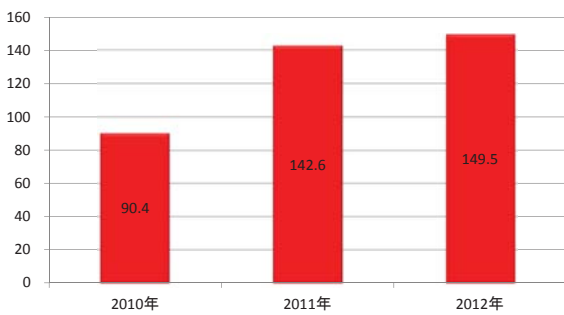
長期入院児と退院時人工呼吸管理児の推定全国推移



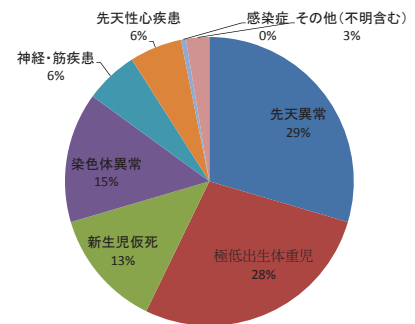
長期入院児と退院時人工呼吸器管理児の推定全国推移



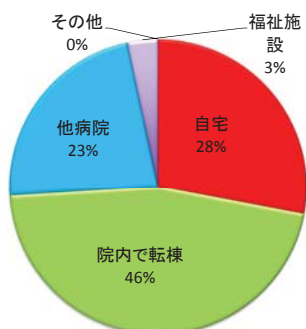
全国推計人工呼吸 (IPPV) 付き新生児病棟(入院期間1年未満) 転出児数



人工呼吸器を装着したまま1年以内に新生児病棟を退院した児の基礎疾患



人工呼吸器必要児の新生児病棟からの転帰(生後1年以内)2010から2012



小児在宅医療の問題点

小児在宅医療の特徴

1. 対象者が少なく広域に分布(埼玉県では人口720万人中600人)
2. 病状が成人とは全く異なる
3. NICUやPICU出身者が多く、医療依存度及び重症度が高い
4. 高度医療機関からの直接退院が多い
5. 小児在宅医療の患者は多くが病院主治医を持っている
病院主治医がケアマネジメントしていることが多い
→緊急時の安全弁
→しかし病院医は患者家族の生活や福祉制度に疎い
6. 在宅医、訪問看護師、介護士、訪問リハビリのいずれの
職種も重症小児には慣れておられない
7. 体格も含めて患者の個性が多い
→医療材料の支給が経済的にも大変
8. 患者の成長・発達・療育・教育の視点が必要
9. 特別支援教育との関わりや行政との関わりが重要

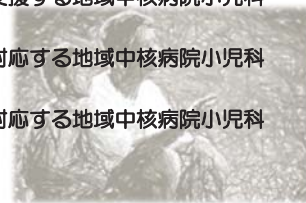
家族の
介護負
担が大
きい
(特に母
親に集
中)

ケアマネージャーがいない

小児在宅医療の課題-1

在宅医療を支援する 中間病院施設が少ない

1. 在宅医療への移行を支援する地域中核病院小児科
2. 緊急時の救急受診に対応する地域中核病院小児科
3. 緊急時の緊急入院に対応する地域中核病院小児科



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 2013⁸

調査対象と方法

対象：日本小児科学会専門医研修施設525病院の
小児科責任者

目的：小児在宅医療への支援状況と課題を明らかに
する。

方法：2013年11月にアンケート調査用紙を送
付し、返送された回答を分析した。

調査内容：気管切開以上の呼吸管理を必要とする
在宅医療児



「重症新生児に対する療養・療育環境の拡充に関する総合研究班(研究代表者田村正徳)」で研究協力施設倉敷市立総合医療センターが2009年に実施した方法に則って施設を対象としてアンケート調査を実施した。

39

結果

- 送付対象施設数 525
- 回答施設数(2014年1月末現在)419
- (回答率 80%)
- 平成24年度(または2012年1/1~12/31)に回
答施設に緊急入院した呼吸管理を必要とす
る在宅医療児は延べ2,440名



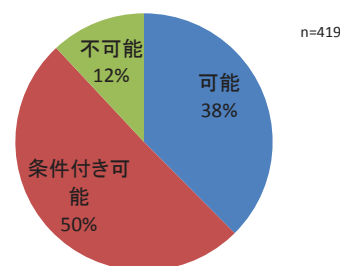
緊急時の受け入れの可否

気管切開をしていて呼吸管理が必要な在宅療
養児が急性増悪した場合、緊急に貴科で受入
れ可能ですか？

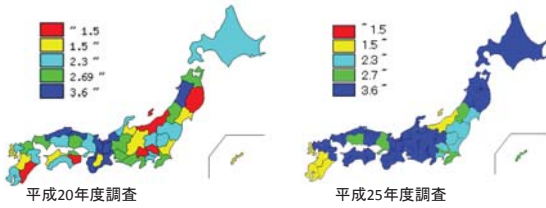
- 可能
- 条件付き可能
- 不可能



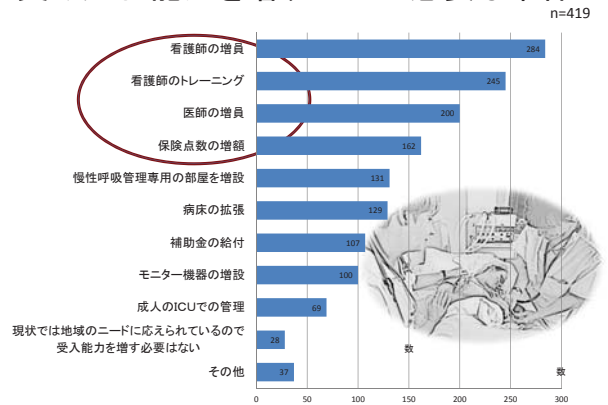
在宅人工呼吸器管理中の急性増悪 時の受け入れ可否



在宅呼吸管理児(気切以上)の
緊急受け入れ可能(条件付含む)病院数
(人口100万で補正した都道府県別小児科学会研修指定施設数)



受け入れ能力を増すための必要な条件



小児の特殊性を踏まえた
在宅医療移行への準備(1)

1. 一般小児病棟を経由して退院

- 家族が医療・ケアの質の違いを実感
- 家族の付き添い
- 試験外出・外泊
- 訪問看護師やヘルパーとの連携容易



2. 病院スタッフの意識の切り替え

- NICUやPICUのケアを在宅に持ち込まない

45

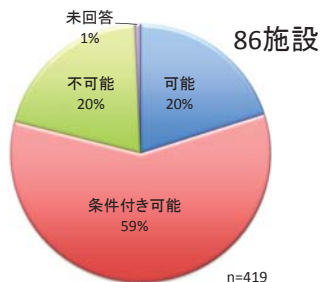
小児在宅医療への移行支援

NICUで長期に呼吸管理されている児を、在宅医療に移行させるための準備として、貴院の小児科病棟に転棟させることは可能ですか？

1. 可能
2. 条件付き可能
3. 不可能



在宅移行のための準備としての小児科病棟での受け入れ可否



平成20年度の調査では55施設が「可能」ではなかった

NICU長期入院児の在宅医療移行支援に積極的な
地域中核病院の国内分布
平成20年調査との比較



48

総括

- NICU/GCU長期入院児は再び漸増傾向を示している。
- 呼吸管理をしながらNICU/GCUから一年以内に退院する児は顕著に増加傾向が見られた。
- 広義の呼吸管理児の半数はNICU/GCUから直接自宅へ退院していた。
- 人工呼吸器を装着した児の28%はNICU/GCUから直接自宅へ退院していた。
- 日本小児科学会専門医研修施設の小児在宅医療への支援姿勢は2009年よりは改善していたが、更に充実させるには政策的な人的・経済的支援が求められる。

ご静聴有り難う御座いました。

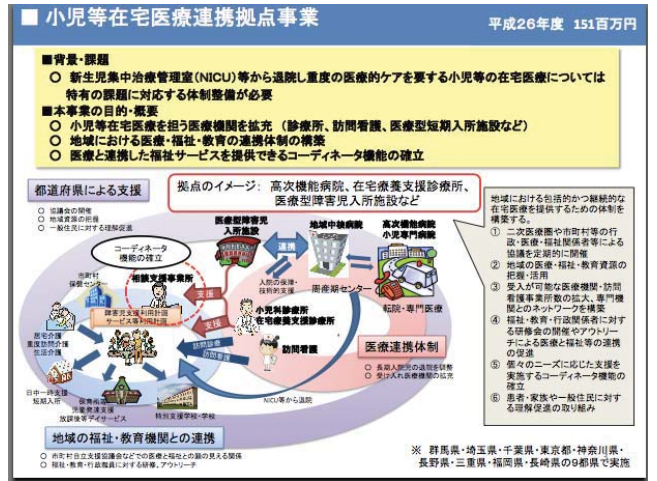
発表の機会をお与え下さった
在宅医療助成 勇美記念財団 事務局と
座長の労をお取り下さった前田浩利先生
に深謝します。

本日のお話の多くは
厚生労働科学研究費補助金
(成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業:H20-子ども一般-001)
「重症新生児に対する療養・療育環境の拡充に関する総合研究」班と
(地域医療基盤開発推進研究事業:H23-次世代一般-003)
「重症の慢性疾患児の在宅と病棟での療養・療育環境の充実に関する研究」班
の研究成果です。両班の分担研究者・研究協力員の皆様に深謝します。

埼玉県における小児在宅医療推進のとらきみ 小児等在宅医療連携拠点事業を通して

埼玉医大総合医療センター 在宅支援チーム
山崎和子、小泉恵子、富麻未奈世、吉田達彦、西脇香菜子、西山千夏、船瀬大
高田栄子、金井雅代、奈須康子、山崎崇志、星順、森脇浩一、側島久典、田村正徳

埼玉県埼玉県保健医療部医療整備課地域医療対策担当
芹澤直行、黒澤努



平成26年度小児等在宅医療連携拠点事業

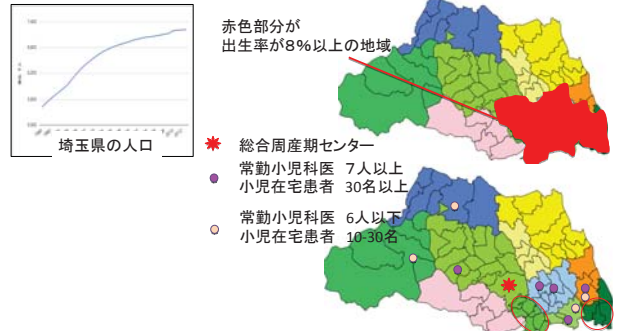
都道府県及び拠点となる医療機関とで役割分担を明確にし、下記の6つのタスクを実施する

事業実施者(9都県)
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

1. 行政、医療、福祉、教育関係者による協議を定期的に行う
2. 地域資源の把握と活用
3. 受け入れ可能な医療機関等の拡大と専門医療機関との連携
4. 福祉/行政/教育関係者に対する研修会の開催やアウトリーチ
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ー機能の確立
6. 理解促進(相談窓口の設置や講習会の実施など)

埼玉県の現状(平成26年)

埼玉県の人口; 723万7千人、
18歳以下人口; 122万7千人(大分県の人口(全国33位)に相当)
0-14歳の割合 12.9%(全国平均12.8%)
年間出生数 57,470人(出生率8.2% 全国平均相当)



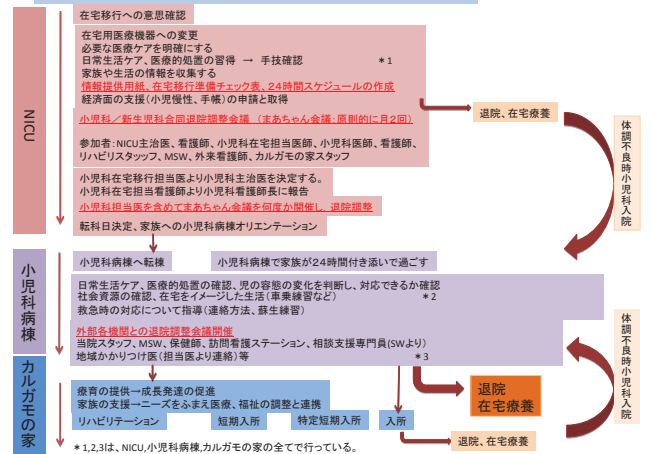
埼玉医大総合医療センターの小児在宅医療への取り組みの背景

県内唯一の総合周産期センター
小児科病床 45床 24時間365日の小児救急体制

新生児や小児救急からの高度医療依存児を抱える。一方新患者の受け入れも断れないという現実。
NICUや小児科の長期入院児が切実な問題であり、患者が在宅で安全に生活できる体制をつくることが不可欠である。

厚生労働省研究班
平成20~22年度
・重症新生児に対する療養・療育環境の拡充に関する総合研究
平成23~25年度
・重症の慢性疾患児の在宅と病棟での療養・療育環境の充実に関する研究
・医療依存度の高い小児及び若年成人の重度心身障がい者への在宅医療における訪問看護師、理学療法士、訪問介護員の標準的支援技術の確立とその育成プログラム作成のための研究
在宅医療連携拠点事業; 平成24年度から
小児等在宅医療拠点事業; 平成25年度から埼玉県が事業となり委託を受ける
埼玉県医療整備課(周産期などの担当)が事業者を請け負う。
医療側(当院)が牽引し、事業展開してきたところがある。

埼玉医大総合医療センター-NICU、小児科、カルガモの家の在宅移行連携について



平成24、25年の埼玉県小児等在宅医療拠点事業内容

- 行政、医療、福祉、教育関係者による協議を定期的に行う
 - 埼玉県小児在宅医療支援研究会を3ヶ月毎に開催し、多職種が集い、情報交換を行い、顔の見える連携作りをする。
- 地域資源の把握と活用
 - 患者受け入れに関するアンケート調査による県内の医療/福祉/介護資源マップの作成
- 受け入れ可能な医療機関等の拡大と専門医療機関との連携
 - 県主催、県医師会が中心の小児在宅医療検討小委員会での定期的な協議
 - 医師会員向けの小児在宅医療講習会(年2回)開催
 - 医師会との連携により地域毎に在宅療養支援診療所と小児科クリニックのペアによる診療体制の結成
- 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
 - 人材育成 技講習会、訪問看護講習会、多職種ワークショップ (医師向け実)
- 理解促進 (相談窓口の設置や講習会の実施など)
 - 特別支援学校、デイケア施設への医師派遣、講習会、市民講座などによる受け入れ、理解の促進

平成26年度埼玉県小児等在宅医療拠点事業内容

平成24年度、25年度の事業内容を継続しつつ、新しい事業展開を行う。
(赤字が平成26年度の新しい取り組み内容)

- 行政および医療機関両方からの県内の小児在宅医療患者の実態調査
- 小児在宅患者の個別生活状況調査
- 人材育成
 - (医師向け実技講習会、訪問看護講習会、相談支援専門員講習会)
- 保健師を活用するための講習会
- 短期入所開設援助(アウトリーチ)
- 市町村の障害福祉窓口の担当者、手続き、支給の調査

小児等在宅医療連携拠点事業は、
来年度からは基金を使用し、各都道府県が主となって行う。

2. 地域資源の把握と活用

埼玉県内の在宅医療を要する小児患者の受け入れ調査
(医療面、福祉面)

- * 目的:
埼玉県内の医療、福祉関連施設に在宅医療を必要とする小児患者の受け入れを調査し、各医療、福祉圏域毎に実数を提示し、各地域毎の問題点を明確にする。
 - * 対象: 小児科有床病院、在宅療養支援診療所、小児科開業クリニック、訪問看護ステーション、訪問介護事業所、重症心身障害児施設、**日中一時支援施設**
 - * 調査項目:
小児患者の受け入れの可否
受け入れに際しての条件(年齢、体重、医療ケアの重症度など)
不可の場合、受け入れが可能になるにはどのようなことが必要か
- 2012年、2013年に引き続き、アンケート調査を各施設担当者の了承が得られた情報をGoogle Mapに更新して公開する。

埼玉県内の小児在宅患者受け入れ医療、福祉資源マップ
(平成24年度より継続して施行)

掲載情報: 小児科有床病院、在宅療養支援診療所、小児科開業クリニック、訪問看護ステーション、訪問介護事業所、重症心身障害児施設、の受け入れ可能内容

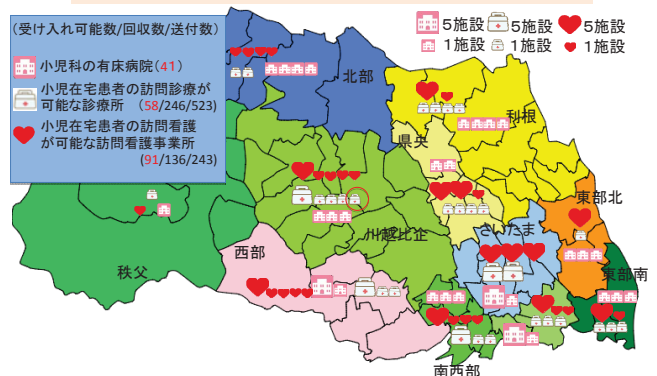


閲覧は日本在宅支援研究会のHP (<http://www.happy-at-home.org/12.cfm>) もしくは当センター小児科医局HP上 (<http://saitamasougoupedi.com/karugamonoiiesyoukai.html>)
※Google マップ使用についてはgoogle社の定める使用方針に則った方法で施行

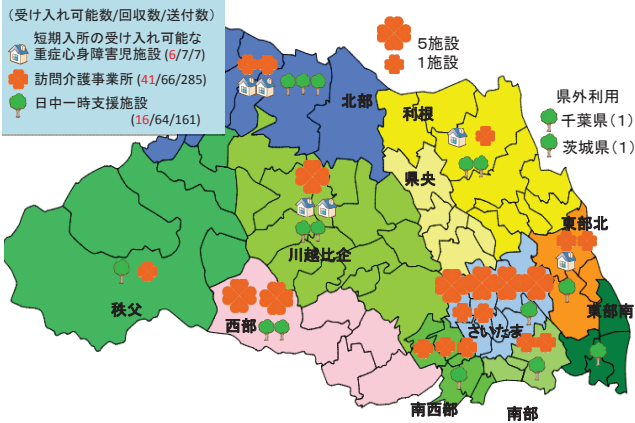
事業所名 (送付アンケート総数)	回収件数			小児在宅患者の 受入可能施設数			小児人工呼吸患者 受入可能施設数	
	H24	H25	H26	H24	H25	H26	H25	H26
小児科有床病院 (41)	9	13	41 (100%)	9	—	41	11	16 (初期治療19 今後整備21)
在宅療養支援 診療所・クリニック (523)	23	141	246	17	*31	58	18	32
訪問看護事業所 (243)	108	143	136	39	100	91	72	71
訪問介護事業所 (285)	121	84	66	34	64	41	25	17
重症心身障害児 施設 (7)	4	5	7	2	5	6	4	4
日中一時支援 施設 (161)	—	—	64	—	—	16	—	6

埼玉県内の小児在宅患者の受け入れ: 医療面

埼玉県の人口: 723万7千人、
18才以下人口: 122万7千人 (大分県の人口(全国33位)に相当)



埼玉県内の小児在宅患者の受け入れ：福祉面



埼玉県内の小児在宅患者受け入れ医療、福祉資源マップの活用

1) 訪問診療可能な在宅療養支援診療所、訪問看護事業所、介護事業所、日中一時支援施設、短期入所可能な重症心身障害児施設についての住所、連絡先、受け入れ可能条件(医療ケアの内容、年齢制限など)を明示した一覧表を作成。

2) 一覧表を以下の関係者へ配布。
積極的に退院調整や在宅移行連携に使用してもらう。

県内で在宅患者を抱える小児病院(SW、退院調整担当医師、看護師)
訪問看護事業所
相談支援専門員のコメンター
県内保健所
重症心身障害児施設

受け入れ可能な訪問看護事業所一覧表の一部

事業所名 住所 電話番号	年齢	体重	病状	沐浴	在宅医療 連携	口腔内 吸引	気管切開 の吸引	人工呼吸 機	経鼻栄養 管	経鼻十二指 腸チューブ の設置	経胃腸 の栄養 液	中心静 脈栄養 剤・点滴	経尿生 計・点滴	皮下注 射	導尿	聴覚器 着	ケアメ ルケア
A	1歳以上	5~8kg以上	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
B	3歳以上	8kg以上	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
C	6歳以上	15kg以上	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
D	13歳以上	30kg以上	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

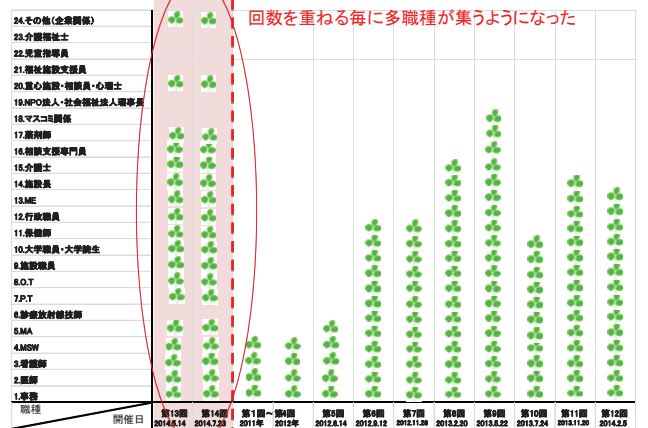
1. 行政、医療、福祉、教育関係者による協議を定期的開催

埼玉小児在宅医療支援研究会
埼玉県全域を対象とした多職種連携会議を3ヶ月毎に開催

- 第13回 2014.5.14 58名
 > 岡野クリニック 院長 岡野昌彦先生
 > 越谷市立訪問看護ステーション 瀬瀬木洋子訪問看護師
 「越谷市の在宅診療と他職種連携の現状について」
- 第14回 2014.7.23 73名
 > 毛呂病院光の家療育センター施設長 鈴木郁子先生
 「子どもを支援する人たちに親子の育ちを考えるという視点について
 障害を持った親子から学んだこと」
- 第15回 2014.11.19
 > 八雲病院 石川悠加先生
 「小児在宅医療におけるNPPVと咳介助のケアシステム」
- 第16回 2015.2.18予定
 > 愛媛県相談支援専門員 西村幸氏

毎回、小児在宅移行困難症例の提示を行い、多職種間で解決策を議論し、医療、福祉機関での情報交換を行っている。
 今年度は、県外で里帰り出産し、埼玉県内に戻ってくる複数の症例が検討され、地域の支援と連携を得た。

埼玉小児在宅医療支援研究会参加職種の推移



1. 協議会の開催

埼玉県小児在宅医療支援研究会(多職種研究会)
 医師会支援の県小児在宅医療検討小委員会
 川越自立支援協議会くらし部会
 などで協議を行い、課題の抽出と対応方針の策定を行ってきた。

在宅医療を必要とする小児患者は医療とのつながりが強い。
 小児在宅患者は少数で散在している。
 埼玉県は医療福祉資源が極めて少ない。→人材育成が必要。

埼玉県ではどこにいても、だれにきいても

『ないですよ』『ないからしかたないね』

果たして、医療者、福祉関係者、行政担当者は共通のイメージで話しているのだろうか？

行政、医療、福祉が同じ土俵で協議するためには、どこに、どれだけ、どの程度重症度のある患者が分布しているか。どこに、どれだけ、どの程度のサービスを提供できる事業所があるか。を明確にして議論することが必要。

やはり、改めて患者の実態、医療福祉資源の実情、相談支援専門員の現状、市町村毎の支給体制の違いを明らかにする必要がある。

小児在宅患者の現状把握の困難さ

・大阪府
 *重症心身障害児数 人口1万人あたり8.1
 (身体障害者手帳1,2級および療育手帳Aを交付されたものと定義する)

・厚生労働科学研究での結果
 在宅での重症心身障害者数は人口1万人あたり0.7~1.6

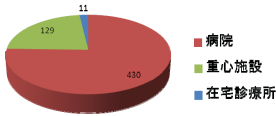
障害者手帳による人数把握は患者の実態に即した人数把握と比較して大きな相違がある。(平成24年度重症新生児に対する療養、療育環境の拡充に関する総合研究報告書)

・長野県 (平成25年度)
 訪問看護師、相談支援専門員、保健師による全県の超重症児の把握を試行したが、超重症児スコアの評価が一定せず、正確な把握ができなかった。

埼玉県内の小児在宅療養患者の実数と実態調査 (平成23年度)

準・超重症児は全国で1万人近くいると言われているが、その実数は正確に把握されていない。(2007年小児科学会)

- 2011年4月に埼玉県で小児在宅医療を担当する可能性のある医療機関238に、アンケート調査を実施。(回答:19病院、5診療所、2重心施設)
- 埼玉県の在宅重症児は570人(20歳未満1000人あたり0.4)と考えられる。
- 実数把握は困難だが、少なくとも年間100人台発生していると考えられる。
- 埼玉県の年間出生数7万人と考えると、1000出生あたり2人の重症児が発生。



総計570人⇒
20歳未満1000人あたり0.4
(全国平均は0.3)

19

埼玉県内の在宅医療を要する小児患者の実数と実態調査 (平成26年度 医療、行政の両方からの調査)

*目的:

埼玉県内の在宅医療を必要とする小児患者の実数と分布を把握する。さらに各々の患者が利用している在宅の医療、福祉内容を調査する。以上より、各医療、福祉圏域毎の問題点を明確にする。

*調査項目:

行政側からの調査:

県内15カ所の保健所に提出された小児慢性疾患意見書に在宅医療が必要な記載のある患者を抽出する。

病院側からの調査:

県内41カ所の小児有床病院と在宅管理をおこなっている小児科クリニックを対象に在宅管理料をとっている患者を抽出する。さらにそれらの患者が利用している在宅の医療、福祉内容を調査する。

在宅医療を要する小児患者実数調査:病院在宅管理料より抽出

調査内容:

調査月前の3ヶ月間に、次の在宅療養指導管理料を1回以上算定した患者を抽出

- 在宅人工呼吸指導管理料(C107)
- 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料(C107-2)
- 在宅気管切開患者指導管理料(C112)
- 在宅酸素療法指導管理料(C103)
- 在宅中心静脈栄養法指導管理料(C104)
- 在宅小児経管栄養法指導管理料(C105-2)
- 在宅寝たきり患者処置指導管理料(C109)

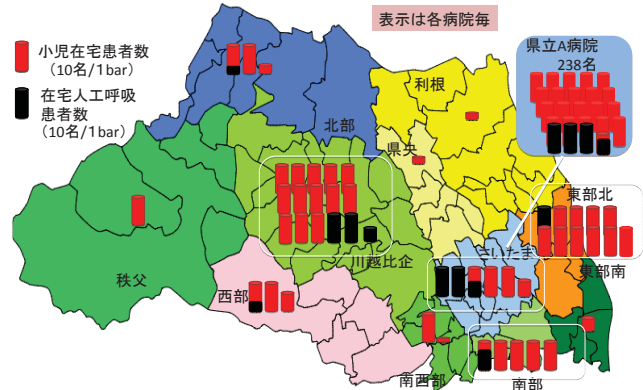
埼玉県内の小児科を標榜し、入院病床を有する病院41病院へ調査表を送付。41病院全てより調査表を回収した。(100%回収)

在宅医療を必要とする小児(18才以下)患者数: 691名
小児在宅人工呼吸管理患者数: 108名

7病院に患者が集中している。
(埼玉医大病院、埼玉医大総合医療センター、県立小児病院、独協医大越谷病院、済生会川口総合病院、川口医療センター、埼玉市立病院)

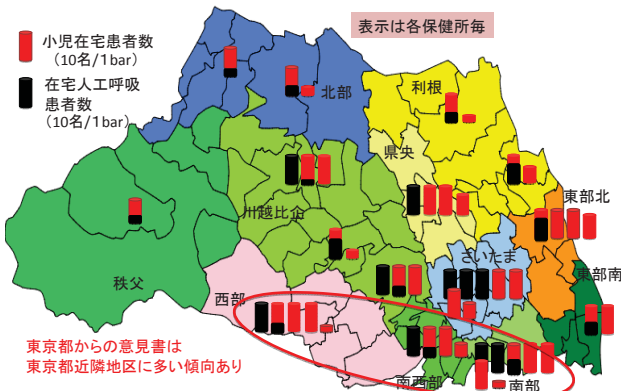
在宅医療を要する小児患者実数調査:病院在宅管理料より抽出

在宅医療を必要とする小児(18才以下)患者数:691名
小児在宅人工呼吸管理患者数:108名



在宅医療を要する小児患者実数調査:小児慢性疾患意見書より抽出

在宅医療を必要とする小児患者数:395名 (内89名は東京都より意見書提出)
小児在宅人工呼吸管理患者数:122名



埼玉県内小児在宅医療患者実態調査の課題 1

病院側:在宅管理料より抽出

*埼玉県外の病院が在宅管理病院である症例を落としてしまう。
埼玉県は東京都への医療依存度が高く、約1/4の患者は県外から小児慢性疾患意見書が提出されている。

行政側:小児慢性疾患意見書より抽出

*小児慢性疾患意見書11種類の中で在宅医療の項目があるのは、呼吸器疾患、神経・筋疾患、消化器疾患のみである。
心疾患意見書の患者(例:心疾患で在宅酸素療法)
小児慢性疾患申請をしていない患者(例:経管栄養)などは落ちてしまう。

解決策:

- 意見書が提出されている都内の病院へ調査。
- 両調査の居住市町村、年齢、性別を突き合わせて検討し、実数に迫る。

在宅医療を要する小児患者実数調査：病院在宅管理料より抽出
県外病院で在宅管理を受けている患者調査

県外の病院で埼玉県在住の小児在宅医療患者の小児慢性疾患意見書を提出している病院へ埼玉県内小児科有床病院に行ったものとほぼ同じ調査表を送付。

- 東京都 16病院
- 群馬県 2病院
- 栃木県 1病院
- 神奈川県 3病院
- 長野県 1病院

調査表を14病院より回収した。

在宅医療を必要とする小児(18才以下)患者数：93名
小児在宅人工呼吸管理患者数：10名

居住地、年齢、在宅管理料内容等が把握できたので、埼玉県内のデータと今後突き合わせる。

埼玉県内小児在宅医療患者実態調査の課題 2

1. 病院側からの調査：在宅管理料より抽出

- ・埼玉県内小児科有床病院の全て
 - ・県外の小児専門病院、大学病院(小児慢性疾患意見書提出のある病院)
- 在宅医療を必要とする18歳以下の小児患者数：691名+93名=784名
人工呼吸器を装着している小児患者数：108名+4名=112名

2. 行政(保健医療課)側からの調査

県内15カ所の保健所に提出された小児慢性疾患意見書より抽出
在宅医療を必要とする18歳以下の小児患者数：395名
人工呼吸器を装着している小児患者数：122名

3. 行政(障害者支援課)側からの調査(2013年度施行)

身体障害者手帳を取得もしくは市町村保健師の把握している患者を抽出
20歳以下の重症心身障害児：746名
20才以下の超重症児：107名

埼玉県内小児在宅医療患者実態調査の課題 3

1. 病院側からの調査：在宅管理料より抽出

埼玉県内小児科有床病院の全て+県外の小児専門病院、大学病院
・患者実数に近づいたと思われる。今後、重複を調査。

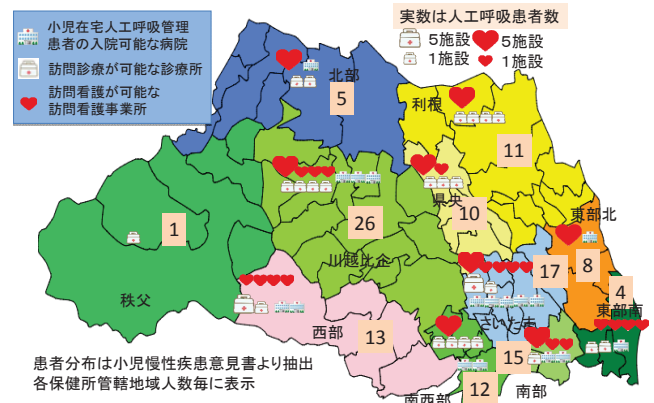
2. 行政(保健医療課)側：小児慢性疾患意見書より抽出

・在宅患者の半数は小児慢性疾患意見書の提出がないので総数は少なくなってしまうが、県外で在宅管理されている患者の存在の実態は、この調査なくしては知り得なかったため有意義であった。

3. 行政(障害者支援課)側：身体障害者手帳を取得もしくは市町村保健師が把握している患者を抽出

・本来ならば、この調査と病院側からの調査が合致するはずである。
・市町村での年少の在宅療養患者の把握方法や、超重症児スコアの評価が一定ではないかもしれないが、この調査を継続的にを行い、成熟度が上がれば正確な実数が得られるのではないかとと思われる。

埼玉県内の小児在宅人工呼吸管理患者分布と受け入れ状況
医療面



埼玉県内の小児在宅人工呼吸管理患者分布と受け入れ状況
福祉面



埼玉県内の医療的ケアを要する障害者(成人)
を受け入れる生活介護事業所数

平成26年12月 県障害者支援課調査

県内生活介護事業所数 294か所 (未回答1)

受入可能な事業所数 58か所

在宅医療の内容による受け入れ可能事業所数

人工呼吸 15か所
気管切開 34か所
経管栄養 56か所
中心静脈栄養 8か所

埼玉県内の小児在宅医療患者の実数と医療福祉資源マップ 調査結果の活用

埼玉県各医療福祉圏の患者実数と受け入れ可能な医療、福祉資源数をマッピングすることでこれまでイメージとして把握されていた各地域の問題点を明確に視覚化する。

ようやく 行政、医療、福祉が共通のイメージで協議が可能に。

1. 医療、福祉事業所の近隣地域におけるニーズを明確化して提示することで地域の事業所の意識付けや連携に用いる。
 - ・成人対象の事業所（在宅支援診療所や介護事業所など）
 - ・近隣の患者情報の要望あり。要相談で対応可能。→資源の拡充につながる。
 - ・短期入所開設援助における職員の動機付け
2. 市町村障害者支援の窓口の意識付けに用いる。
3. 人材育成や講習会などにフィードバックする
4. 自立支援協議会や相談支援専門員の検討会で高度医療依存児について検討
これまでに自立支援協議会で在宅医療の必要な障害児について検討されたのは、6/36か所のみ

今後の展開

1. 生活実態と患者ニーズの把握：二次アンケート（個別生活実態調査）

本来把握しなくてはならないのは、地域で生活する小児在宅患者の生活状況および患者家族の困り感、ニーズである。

埼玉県内の小児在宅患者全員に調査表が行き渡るように調査する。

- ・学童：特別支援学校を通じて配布
 - ・就学前の児童：
 - ・県内各保健所で小児慢性疾患意見書で把握している患者へ配布
 - ・県内の病院小児科に通院している患者へ受診時に配布
- 調査票は、患者家族より直接、県庁の担当部署へ郵送にて返送してもらう。

アンケート結果の活用

- ・行政側に患者のニーズをきちんと把握してもらう。対応策を共に協議する。
- ・地域障害者自立支援協議会で地域毎の課題と合わせて検討する。
- ・地域でケース検討会を開催し、地域毎の課題を検討する。

アンケート回答者である患者家族に目に見える形で還元することを目指す。

今後の展開

2. 市町村の障害者支援の窓口の担当者、支援支給内容、手続き方法を調査する。 (県障害者支援課が主体で調査を行う)

- ・手続きの煩雑さを改善し、県内の支給内容の公共性、公平性、透明性を目指す。
- ・県のホームページに掲載して、全ての県民に明確にする。
- ・市町村によって異なる支援支給内容を明示することで、全体的に底上げ。担当者によって異なるといった不公平をなくす。

来年度から、この事業を埼玉県に引き継げるように準備を進めている。

3. 受け入れ可能な医療機関等の拡大と専門医療機関との連携 埼玉県医師会からの支援と連携

県下の診療所医師に小児在宅医療への支援を求める。

1. 2-3ヶ月に1回埼玉県小児在宅医療検討小委員会を開催

2. 小児在宅医療研修会（年2回）

平成26年度第1回

『草加八潮地域で試行する在宅医療情報連携システムで小児在宅症例を管理してみた！』

講師：草加内科呼吸ケアクリニック 新 謙一先生 新 智美氏

『在宅医療ケアを必要とする障害児の福祉サービスの利用と課題』

講師：埼玉県相談支援専門員協会 副代表 日野原 雄二氏

平成26年度第2回（平成27年2月26日開催予定）

医師会を通じて在宅移行した小児症例の報告

講演 済生会川口総合病院小児科部長 大山昇一先生

熊谷生協病院 院長 小堀勝充先生

3. 受け入れ可能な医療機関等の拡大と専門医療機関との連携 埼玉県医師会からの支援と連携

3. 県内32郡市毎に在宅療養支援診療所と小児科医のペアによる小児在宅医療支援チームの結成の促進。

- * 医師会より郡市医師会へ小児在宅医療支援チーム結成の進行についてアンケート調査を施行した。（7月）
- * 県内の在宅療養支援診療所/小児科クリニックを対象にした小児在宅患者の受け入れ調査内容を検討し、小児科医会より発送。小児在宅医療患者の訪問診療可能診療所：58診療所
訪問診療所への協力可能な小児科開業クリニック：71クリニック
訪問診療へ同行可能：15クリニック
患者の状態の相談に応じる：29クリニック
- * 今年度、医師会への小児在宅医療症例の問い合わせが2例あり、医師会を通じて1症例が在宅へ移行した。

3. 受け入れ可能な医療機関等の拡大と専門医療機関との連携 小児科病院の短期入所開設援助

- ・少子化やワクチンの普及により、小児科の入院患者数は減少。
- ・これからの小児科に求められるもの
子どもが健全に育っていくためのサポートすなわち育児サポート。その一つとして障害児、在宅医療を必要とする児の家族へのサポートが挙げられる。
- ・県内の短期入所施設は6施設のみ
後方支援病院は1病院のみ。
- ・開業の小児科専門病院における短期入所の開設援助を10月より開始



- ・開設までの流れを管理者と討議
- ・職員の動機付けのための講演
- ・短期入所で使用する資料の提供
- ・スタッフトレーニング（看護師、医師）
- ・まあちゃん人形を用いた訓練
- ・カルガモの家の見学と実習
- ・実際の受け入れ開始後の支援

4. 福祉/行政/教育関係者に対する研修会の開催
平成26年度人材育成事業

埼玉訪問看護講習会	第1回	2014年10月4日(土)10:30~17:00	埼玉医科大学総合医療センター 第1会議室	「家族看護」「川越市の障害児施策」「相談支援専門員について」
	第2回	2014年11月1日(土)10:15~16:30	埼玉医科大学総合医療センター 第1会議室	「小児看護一元気な子どもの生活、呼吸・食・寝・排泄・体温維持への問題点と対応」
	第3回	2014年11月8日(土)10:15~17:00	埼玉医科大学総合医療センター 第1会議室	「小児看護一こどものフィジカルアセスメント、スキントラブルとケア」「重症児について」「先天性心疾患について」
	第4回	2014年11月15日(土)10:15~16:30	埼玉医科大学総合医療センター 第1会議室	「退院支援」「子どものリハビリの基礎と実際」「療育施設について」
	第5回	2014年12月20日(土)10:15~16:30	埼玉医科大学総合医療センター 第1会議室	「訪問看護実践とマネジメント」
予定の講習会	第9回	医師対象小児在宅医療実技講習会	大宮ソニックシティ 2015年3月21日(祝)	
	第1回	埼玉県相談支援専門員リーダー研修会/検討会	県行政担当者も参加 埼玉医科大学総合医療センター 第1会議室 2015年3月5日	
		保健師向け講習会:平成26年度春日部保健所管内母子保健連携調整会議 春日部地方庁舎 大会議室 2015年2月25日(水)		

訪問看護講習会参加施設:市町村



青:平成24年度
橙:平成25年度
緑:平成26年度

©埼玉医科大学について、無断複製・転載を禁じます。印刷・複製・転載を希望する場合は、埼玉医科大学へお問い合わせください。

第8回 小児在宅医療実技講習会

2015年3月21日(土・祝) 10:30~16:30
大宮ソニックシティ4階 市民ホール (埼玉県さいたま市大宮区桜木町1-7-5)

参加費 5000円 対象者 小児在宅医療士 自治医局医師

【申込締め切り】2月10日(水) (先着60名)
お申し込みはFAXまたはメールにて、氏名・所属名・住所・電話番号を下記までお送りください。
お申し込み先
E-mail: zaitaku@saitama-med.ac.jp
FAX: 049-228-1424
〒300-8550 埼玉県大宮区桜木町1番1号 TEL: 049-228-9550
http://shonizai.takusies.kan.yakai.jp/ http://www.hasei-st-hom.or.jp/
主催:埼玉医科大学総合医療センター小児科
小児在宅医療推進部の事業
共催:日本小児在宅医療の推進研究会
小児在宅医療推進部
後援:埼玉県医師会

10:30~10:35 出席挨拶 田村 正徳先生(埼玉医科大学総合医療センター小児科)
10:35~11:35 特別講演 講師: 前田 浩利先生(あおぞら診療所(豊田))
11:35~12:10 講義1 講師: 渡部 健一先生(豊野中央病院(児科))
①NICUと周産期の連携について
②在宅医療の現状
12:10~12:30 講義2 講師: 田中 邦夫先生(埼玉医科大学総合医療センター小児科)
③在宅医療の現状
12:30~12:50 講義3 講師: 栗田 肇子先生(さいたまこどもクリニック)
小児在宅医療における診療報酬解説
12:50~13:20 休憩
13:20~14:00 実習1 在宅医療と看護に関する実習
14:00~14:30 講義4 講師: 藤村 健一先生(おびた小児科・内科医科)
在宅人工呼吸ケアの実習
14:30~15:00 講義5 講師: 理 剛先生(埼玉医科大学総合医療センター耳鼻咽喉科)
在宅人工呼吸ケアと在宅呼吸ケアコーディネーターの実習
15:00~16:00 実習2 在宅人工呼吸ケアと在宅呼吸ケアコーディネーターの実習
16:00~16:30 質疑応答

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ー機能の確立
相談支援専門員研修会/検討会

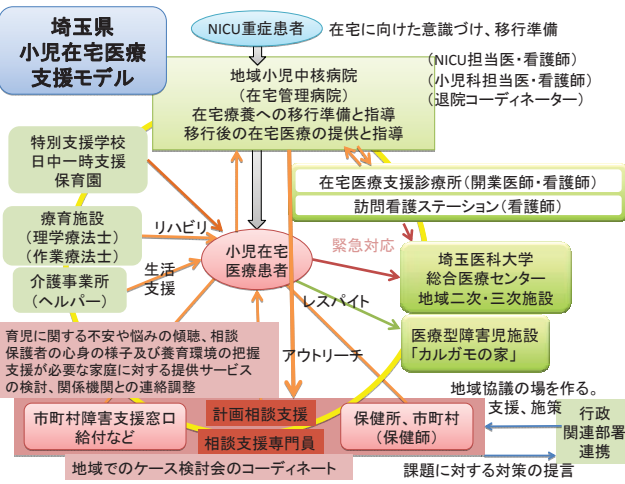
県内相談支援専門員協会のコメンターの会議に何度も参加し、在宅医療の必要な児の計画相談を県内で展開するための相談支援専門員の要望を聴取し、検討を重ね、開催。

対象者: 埼玉県内の相談支援専門員協会のコメンターと
それぞれの地域の核となる人
地域毎に参加者をアレンジする(多職種で)

日時 2015年3月5日
場所 埼玉医大総合医療センター周産期棟2F 大会議室

内容 第1部 行政の小児在宅患者支援の取り組み状況
医療整備課: 医療/福祉資源調査と患者実態調査の結果説明
教育局: 特別支援学校での医療ケアの必要な児へのとりくみ
障害支援課: 医療ケアの必要な児への支援~今後の方針~

第2部 実際のモデルケースの提示
第3部 小児在宅医療患者の個別相談支援計画の展開における
地域毎の課題の提示



6. 理解促進
保健師・教育関係者・一般市民等への啓発活動

活動
川島ひばりヶ丘特別支援学校に医師派遣 (医療ケア指導・緊急支援+評議員として助言)
川越あけぼの・ひかり児童園に医師派遣
坂戸ろう学園に医師派遣(医療ケア指導・緊急支援)
NICU卒業家族を集めて「Happy smileの会」の開催
平成26年5月17日市民公開講座 在宅医療でできること *子どもの在宅医療って? 埼玉県の現状について *小児在宅医療 我々の取組み 講演者: 埼玉医科大学総合医療センター准教授 森脇浩一 カルガモの家施設長 星 順

日本小児在宅医療支援研究会

毎年 日本小児在宅医療支援研究会を在宅医療助成勇美記念財団の共催で開催。

本年度は第4回(平成26年9月6日)参加者数284名

特別講演
NPO法人あおぞらネット 梶原厚子氏
『赤ちゃんケア、気持ちのいい毎日が早期教育』

シンポジウム
『地域で支え広めよう小児在宅医療』
基調講演
厚生労働省医政局地域医療計画課在宅医療推進室 佐々木昌弘室長

地域での小児在宅医療の取り組み
愛知県、大阪府、岐阜県
三重県、長野県、東京都多摩地区、埼玉県
(4県は小児等在宅医療連携拠点事業)

一般演題34演題
例年より会場数を増やし、3会場にて発表。

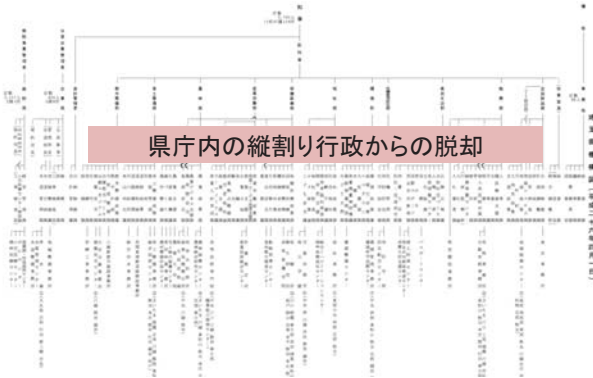


今年度から来年度へ向けた事業展開

1. 埼玉県内の小児在宅医療患者の実数と実態把握に基づき、行政、医療、福祉間の協議の場を作り、協議を重ねる。
2. 埼玉県小児在宅医療支援研究会での症例提示を通じた協議と連携
3. 人材育成の継続
(小児在宅訪問看護講習会、医師向け在宅医療実技講習会)
4. 医師会の支援による在宅療養支援診療所/小児科クリニックでの訪問診療の拡充
5. 県内相談支援専門員コアメンバーの研修会/検討会を繰り返し、小児在宅医療患者の相談相談に習熟した相談支援専門員の養成
6. レスパイト開設希望小児病院への開設援助とモデル化
今後の小児医療の動向から、小児有床病院が短期入所を提供することの意義を広める。
7. 小児在宅医療ケアや在宅移行に関する刊行物、患者支援手帳等の作成
8. 県庁内ワーキンググループ体制の構築
(保健医療部、障害者支援課、教育局、母子保健部などとの連携)

県庁内のワーキンググループ構築

小児在宅医療に係るものは多部署であるため、保健医療部、障害者支援課、教育局、母子保健部などが連携して行う必要がある。



来年度取り組みたい事業内容

8. ケース検討会や地域の小児在宅医療協議会の開催を通じた地域連携体制の構築
9. 絶対的に不足している支援サービスの提供可能な事業所数の拡充
10. 連携体制の構築
 - 1) 県庁内ワーキンググループ体制
(保健医療部、障害者支援課、教育局、母子保健部などとの連携)
 - 2) 医療機関の連携体制
小児在宅患者を多く抱える病院同士の情報共有と連携
 - 3) 地域での医療と福祉の連携
 - 4) 地域での保健師、相談支援専門員、市町村福祉担当窓口の連携
時間的な縦軸連携を目指す。
11. 教育機関との連携

平成27年度からは各都道府県が主体となって小児在宅医療推進事業を行う。

謝辞

ご発表の機会を頂きました在宅医療助成 勇美記念財団事務局と前田浩利先生に御礼申し上げます。

また、調査にご協力いただきました埼玉県内の医療、福祉事業所の皆様に深謝申し上げます。

特に患者実態調査において埼玉県内と県外の病院小児科の医師、医事科の方々にお世話になりました。御礼申し上げます。

東京都多摩地区における 小児在宅医療の取り組み ～当院における小児在宅医療の実際～

東京都立小児総合医療センター
神経内科・子ども家族支援部門 兼務
富田 直

平成27年1月16日
在宅医療推進のための会
小児在宅医療推進のための会 合同研究会

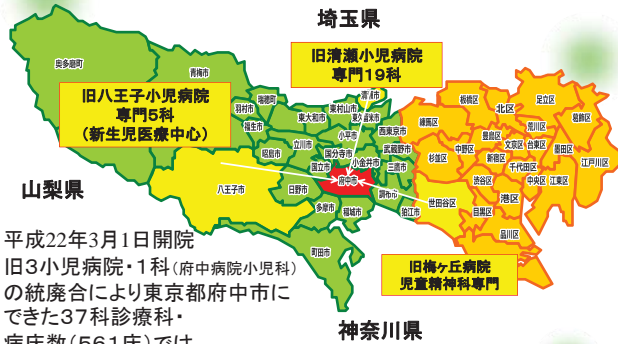
はじめに



当院の紹介をさせていただきます

小児総合医療センター外観

当院の概要

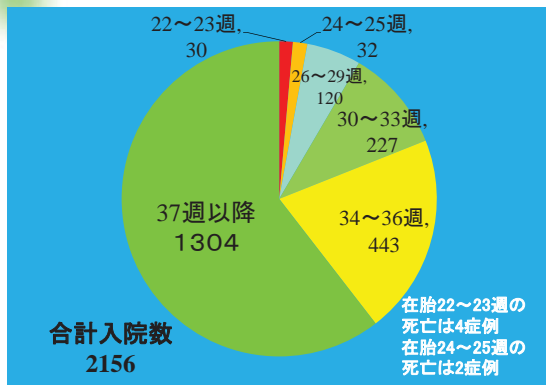


平成22年3月1日開院
旧3小児病院・1科(府中病院小児科)の統廃合により東京都府中市にできた37科診療科・病床数(561床)では日本最大の小児専門病院

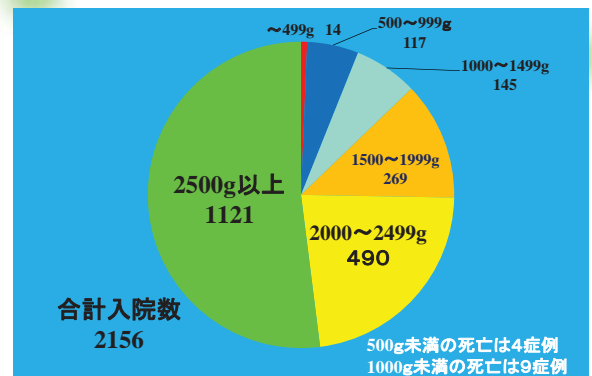
当院の医療面の特色

- ・《東京都多摩地区における小児高度専門医療の拠点病院》
- ・《総合周産期母子医療センター》
- ・★胎児診断による合併症児の母体受け入れ
- ・★車内で治療可能なドクターカーによる新生児搬送
- ・★NICU24床・GCU48床 計72床
- ・《小児救急救命医療・集中医療》
- ・★緊急度の高い外傷・蘇生が必要な症例は24時間体制で小児専門の救命救急医が必ず最初から対応(日本初)
- ・★ヘリポートや患者搬送のためのドクターカーを備える
- ・★術後管理だけでなく、重症急性疾患や重度外傷に対応する小児集中治療室22床(PICU10床・HCU12床)を小児専門の集中治療医が完全管理

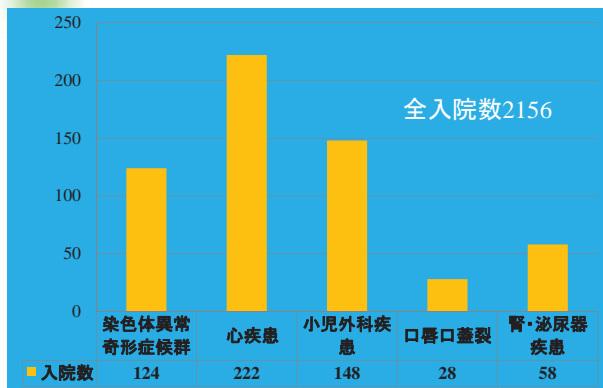
当院新生児科入院患児の内訳 在胎週数(平成23～25年度)



当院新生児科入院患児の内訳 出生体重(平成23～25年度)



新生児科入院症例の重大合併症 (平成23～25年度)



当院新生児科死亡症例 (平成25年度711入院中)

No	在胎週数(週)	出生体重(g)	アプガースコア(1分/5分)	死亡日齢	診断名
1	27	298	3/6	116	超重症児・小腸穿孔・多臓器不全
2	23	380	1/1	0	18トリソミー・食道閉鎖・鎖肛
3	40	1740	7/9	62	18トリソミー・全前脳胞症
4	36	2590	1/2	0	Potter症候群・多発性嚢胞腎
5	37	2706	0/0	124	重症新生児仮死、低酸素性虚血性脳症
6	38	3545	9/9	4	グルタル酸血症Ⅱ型

死亡例はほぼ染色体異常症・多発奇形・先天性代謝異常等の死から免れられない症例に限られる

これらの結果のまとめ

- 当院では22～23週の超早期産の症例が3年間で30症例あるが4例を除き生存
- 合併症例が非常に多い
- 生命予後が非常に悪い症例しか死亡しない
- かなりの重症例も救命できている事を示す
- これは重度障害を残す症例や強い介護負担の高い児が多数発生し自宅に帰る事を示す

当院の新規経管栄養・気管切開・在宅人工呼吸器

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

当院における在宅医療支援

- 病院機能上、**必然的に**新たな重症心身障害児(以下重症児)が発生することは自明であった
- 医療的に不可能でなければ全例自宅に退院
- 在宅人工呼吸器等高度な医療的ケアが必要な児に対して、経済的・人的援助を効果的に最大限に行うためには専門家のチーム体制による院内の取り組みが必要であった

→ **重症児療育担当医**
在宅支援担当チーム を開院時より発足

重症児療育担当医

- **子ども家族支援部門兼務の小児神経内科医**
- ①在宅支援対策チーム(療育担当チーム)を主催
- ②院内の重症児医療全般の**コンサルタント業務**
- ③院内・院外患児**関係者会議**に出席
- ④院内の重症児・在宅医療方針決定に携わる
- ⑤重症児について他院からの相談窓口
- ⑥地域との**連携**をチームで協力して交渉
- ⑦地域医療連携促進のため**院外講演・広報活動**

療育担当チーム

(在宅支援対策チーム)

- 重い障害を持つ児の在宅移行支援と在宅移行後の支援を院内で連携して行う目的で開院時設立
- ①重い障害を持つ児に関わる医師(療育担当医・消化器科・リハビリ科・神経内科・新生児科・総合診療科)
- ②重い障害を持つ児に関わる専門職(医療ソーシャルワーカー(MSW)・退院在宅支援看護師・リハビリスタッフ・臨床心理士・医事課医療連携係)
- ①+②(10~15人)+αの月2回オープンな定例会
- ⇒情報共有・担当決め・支援方針話し合い

症例 1歳1カ月男児

- 里帰り分娩先の小児専門病院NICUに入院。新生児科より自宅近くの当院に在宅移行調整目的の転院依頼
- **診断名** 脊髄髄膜瘤・水頭症(脳・脊髄の奇形)による下半身まひ・膀胱直腸障害
重症気管軟化症(⇒気管切開・人工呼吸器が必要)等

医療的ケア

- 在宅人工呼吸器
- 気管切開と頻回の
- 1日5回の経管栄養
- 導尿・浣腸など膀胱
- 定期的な体位交換



御家族より写真提供の御承諾を得ています

症例 環境

- 家族環境 ・父母とも若く健康 母小柄 兄弟無
・母のキャラクター
・父昼間の仕事 休み日曜日+α 経済的余裕無
・祖父母の直接的な援助は期待できない
・他に頼れる親戚はいない
⇒非常に介護負担の大きな症例
 - 自宅環境 ・エレベーターの無い4階
・自家用車無し 母運転できない 父運転可
・最寄駅は歩いて20分程度
・当院からは車で30分程度
- ⇒介護度と介護能力から在宅移行困難な症例と判断

この症例への介入

- 1 介護負担の高さ
⇒医療的介入検討。導尿不要となる手術(膀胱皮膚瘻)を勧めた。注入回数減少
 - 2 介護能力の問題 ⇒外泊や短期退院の時期を含めた対応の方針を決める。両親にあった指導方法。
 - 3 人的援助 ⇒地域主治医として訪問診療医に往診と在宅物品を依頼
MSWが東京都重症児在宅療育支援事業依頼・地域保健師・自治体福祉課連絡
在宅支援Nsが訪問看護ST・訪問リハビリ交渉
 - 4 経済的援助 ⇒MSWと在宅支援Nsより手当と助成制度(特別児童扶養手当・障害児福祉手当・吸引器・吸入器の助成など)説明し、療育担当医が身体障害者手帳・手当・意見書等の必要な書類記載
- ⇒関係者会議を重ね転院後9カ月で本格退院

症例 1歳1カ月 男児(退院後)

- ★在宅移行後、運動面(3歳でいざり移動)も精神発達面(スピーチバルブで話す)大きな伸びを認め御両親は喜
- ⇒小児では在宅移行により発達の伸びが期待できる
- ★退院後も訪問診療医が中心とファレンスを定期的に行っていた
- ★訪問診療医や訪問看護師と密報共有を行っている



御家族より写真提供の御承諾を得ています

退院はできましたが

- ①人的援助 多摩地区では居宅介護を年齢(3歳以上)の理由で断られるケースが多い。年齢に関わらず介護度や介護能力で居宅介護が必要な症例は多い。
- ②レスパイト(社会的)入院・デイサービス 介護度が高い症例の家族の疲労は非常に強い。家族の疲労回復目的の施設入所・入院が必要。しかし、実際には3歳未満の在宅人工呼吸器児の利用は非常に困難
- ③移動手段 呼吸器や吸引器、酸素など必要物品が多くて重く、長距離だけでなく短距離の移動も困難な症例が多い。児のための受診、療育が困難。散歩も困難
- ④在宅のプランのマネジメント 小児在宅医療は介護保険と異なりケアマネージャーがいない。地域に帰るとマネジメントを誰かがしなくてはならないが現状では親自身が行っている事が多い

地域のコーディネーターの問題

- 地域連携を行うためにも多くの病院による在宅移行を可能とするためにも絶対必要。現状では一部の訪問診療医や訪問看護師が行っているが、退院後一度も地域カンファレンスが行われていない児も多い
- 現状では相談支援専門員が行う事は困難（重症児医療の知識経験不足による能力的な問題と収入の問題）
- 様々な問題があるが、現状では多摩地区では保健所保健師の他に選択肢がなかった
- 将来的には相談支援専門員に大きな期待。重症児に対応する相談支援専門員への加算や、市や医療圏ごとにコーディネーターを配置するなどの対応が必要と考える

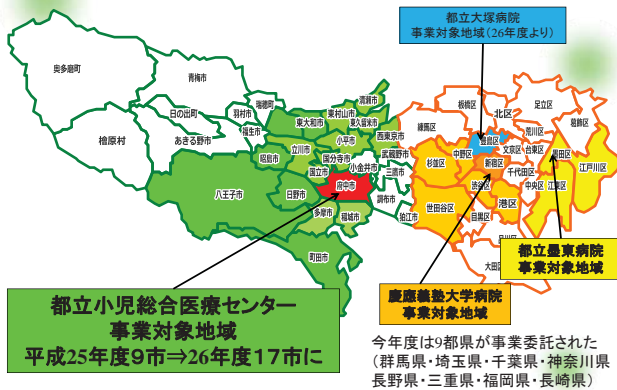
小児等在宅医療連携拠点事業



地域における医療と福祉の連携が目的
初めて小児在宅医療が厚労省の事業に
委託先は都道府県

都立小児総合医療センター 豊上庭園

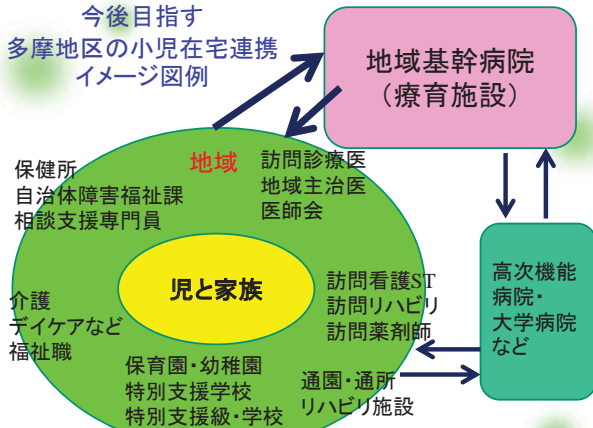
小児等在宅医療連携拠点事業・東京都



地域完結型システムの構築

- 小児在宅医療の推進のためその地域にあった医療と福祉が連携し児と家族の生活を支えるシステムが求められている
- 現在の課題は多摩地区に合う永続的な「在宅で医療的ケアの必要な児と家族を地域で支える」地域完結型システムの構築である
- 現在2市を対象にモデル市をたてて実際のシステムの模索をしている
- しかし、絶対数の少ない重症児に対して自治体や保健所の問題意識や地域の障害者自立支援協議会が小児特に重症児では全く機能していないなど障壁が多い。

今後目指す
多摩地区の小児在宅連携
イメージ図例



御清聴ありがとうございました



■第 26 回会議

日時：2015 年 3 月 13 日（金）19：00～21：00

場所：東京都千代田区丸の内 1 丁目 7-12 ステーションコンファレンス東京 6 階 「602B」

出席者：位田忍、岩本彰太郎、梅原実、大西延英、小沢浩、河俣あゆみ、木下栄作、
後藤友美、佐々木昌弘、白水那智、鈴木真知子、高田淳子、高橋昭彦、
田村正徳、徳増裕宣、富田直、長坂裕二、中村知夫、奈倉道明、奈良間美保、
丹羽登、早坂由美子、馬野隆司、平林優子、分藤賢之、紅谷浩之、前田浩利、
宮坂勝之、山崎和子、和田浩、（30名）
オブザーバー 山口直人

議事：挨拶 前回の振り返り

佐々木昌弘（厚生労働省 医政局地域医療計画課在宅医療推進室 室長）お話し

講演「小児在宅の取り組み－三重県の挑戦－」

岩本彰太郎氏（三重大学医学部附属病院小児トータルケアセンター センター長）

河俣あゆみ氏（三重大学医学部附属病院小児トータルケアセンター 副センター長）

長坂裕二氏（三重県桑名保健所 保健所長）

馬野隆司氏（三重県健康福祉部障がい福祉課生活支援班 主査）

<意見交換>

内容：まず、岩本氏から「小児トータルケアセンター」とは、というテーマで講演があった。

三重県は、18歳未満の人口が31万人。少子化の波を受け、出生数が減り続け、年間15,000を切り、県としても少子化対策に本気で取り組みつつあった。三重は、隣接する岐阜と愛知と合同で、小児在宅医療を推進させようとしていて、3県の合同小児在宅医療合同研究会を1週間前に実施し、参加者が347名と盛況だった。トータルケアセンターは、小児がんの子どもがほとんど病院で亡くなっていた現状から、少しでも地域や自宅で過ごさせてあげたいということで、創設され、徐々にその活動を広げ、NICUからの退院支援や、退院後の支援も行うようになった。また、拠点事業に応募する際も、行政に「縦割りを超え、部署が横につながってくれたらやりたい」と話すとすぐに横につながった仕組みをつくることになった。

次に河俣氏からトータルケアセンターの看護の活動について話された。トータルケアセンターは、医師や看護師が、実際に患者さんや、相談を受けた医療機関に出向く活動をし、実際訪問看護や地域の訪問看護ステーションへの支援も行っている。そのような活動で、小児に訪問する訪問看護ステーションも19施設から39施設まで増えた。

次に長坂氏が、モデル地区となった桑名市の活動を紹介した。桑名市では、県と市が合体した事務局を作り事業を進めたとのこと。

最後に馬野氏から、行政がどんどん地域に出ていくことの重要性が話された。

この講演を受け、活発に議論がされた。

小児在宅の取組 —三重県の挑戦—

三重大学医学部附属病院 小児トータルケアセンター
 センター長 岩本彰太郎
 副センター長 河俣あゆみ
 三重県桑名保健所
 保健所長 長坂裕二
 三重県健康福祉部障がい福祉課生活支援班
 主査 馬野隆司

本日の内容

- 三重県の小児診療
- 当院の小児在宅部門
 - 小児がん診療を通して
 - 小児トータルケアセンターの設置
- 三重県の小児在宅医療支援の取組
 - 体制整備
 - 活動の実際： 河俣様から
 - モデル地区： 長坂様から
- 今後の挑戦
 - 福祉との協働： 馬野様から

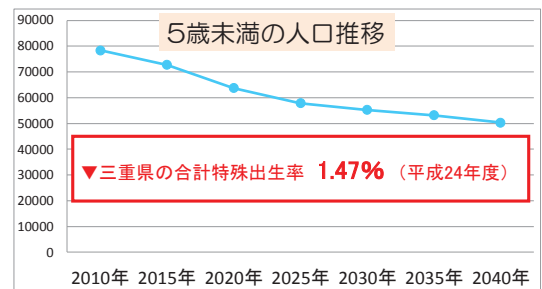
本日の内容

- 三重県の小児診療
- 当院の小児在宅部門
 - 小児がん診療を通して
 - 小児トータルケアセンターの設置
- 三重県の小児在宅医療支援の取組
 - 体制整備
 - 活動の実際： 河俣様から
 - モデル地区： 長坂様から
- 今後の挑戦
 - 福祉との協働： 馬野様から

三重県の人口

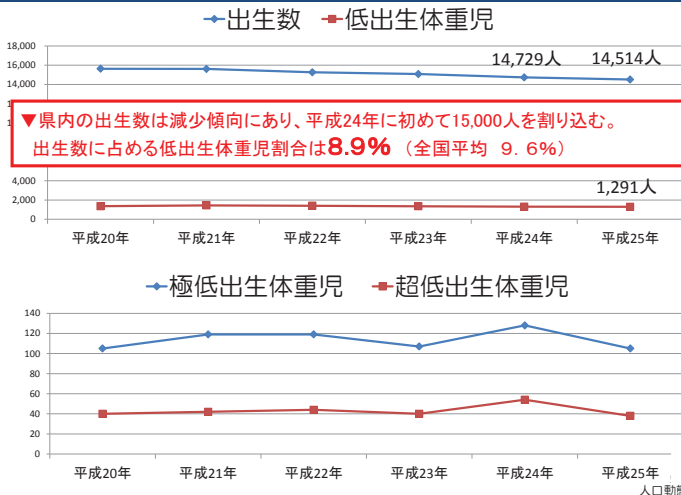
年齢別	人口
総数	1,838,611
6歳未満	93,284
6～15歳未満	154,420
15～18歳	73,575

三重県調べ (H24.10.1)

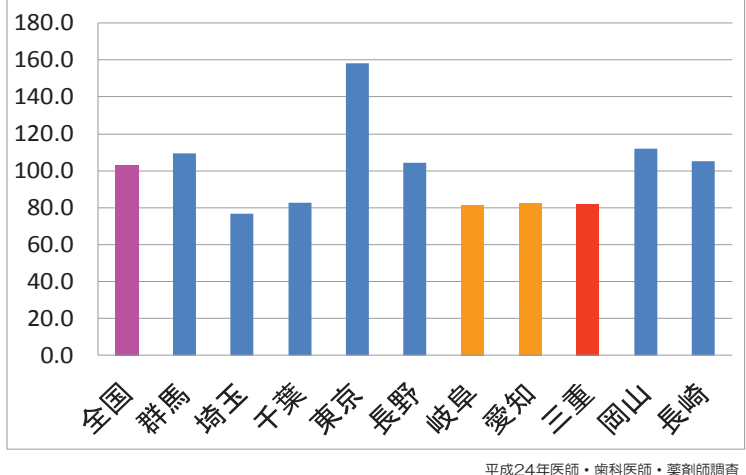


4
国立社会保障・人口問題研究所

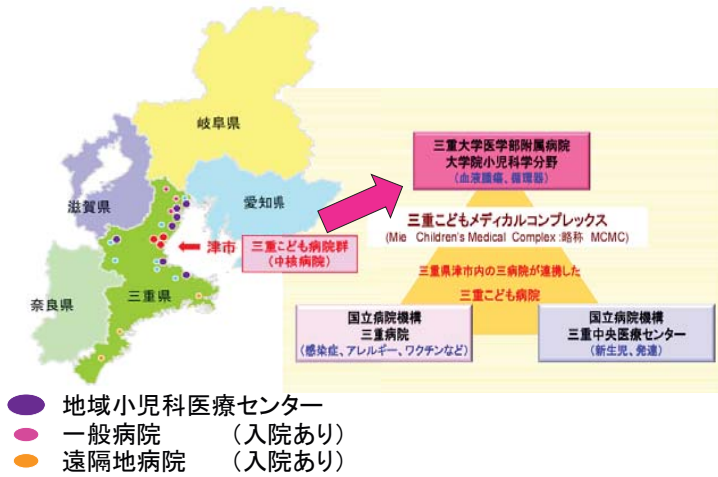
三重県における出生数の動向



小児人口10万当たり小児科医師数



三重県の小児医療体制



資料提供：鈴木志保子MSW

三重大学医学部附属病院



慢性疾患患児家族宿泊施設

三重ファミリールーム



ハーモニーハウス



三重大学医学部附属病院 小児科・小児外科

小児病棟

病床数 43床

—無菌室 5
 —準無菌室 8

● **がん** 新患：約30例
 再発：約10例
 移植：約5例

● **循環器** 心カテ検査：130例

● **小児外科** 年間手術数：250例
 鏡視下手術、
 悪性固形腫瘍
 重症・難治性消化器疾患
 (炎症性腸疾患、肝胆膵)

NICU

病床数 21床

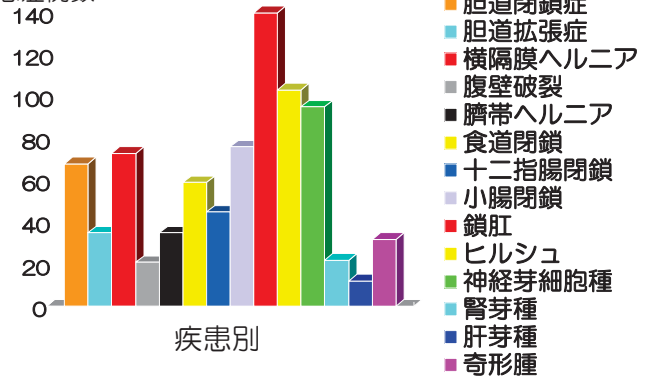
—NICU 9
 —GCU 12

2014年 入院数 315例
 ● 早産児
 27週以下 6例
 28~35週 45例
 36週以降 259例
 ● 低体重児
 1000g未満 5例
 1000~1499g 11例
 1500~2500g 95例
 ● 心臓・外科疾患児
 先天性心疾患 29例
 外科疾患 27例
 ● 胎児診断 27例

小児外科 疾患別入院症例数

1978.9~2004.3 : 6423例 (年250例程)

新患症例数



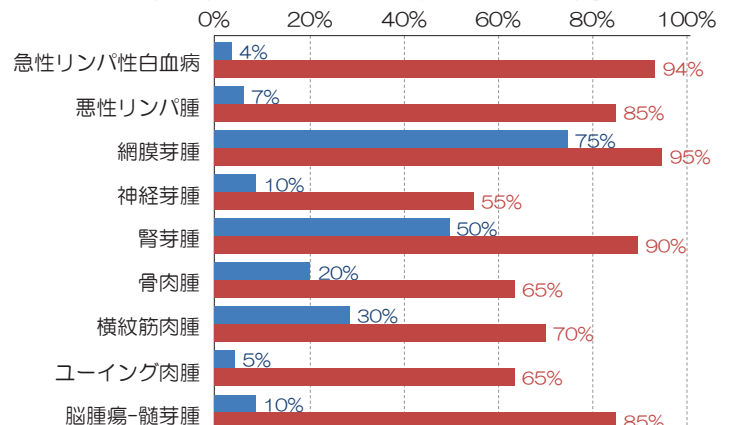
(小児外科 & 医療福祉支援センター 内田恵一准教授資料提供)

本日の内容

- 三重県の小児診療
- 当院の小児在宅部門
 - 小児がん診療を通して
 - 小児トータルケアセンターの設置
- 三重県の小児在宅医療支援の取組
 - 体制整備
 - 活動の実際：河俣様から
 - モデル地区：長坂様から
- 今後の挑戦
 - 福祉との協働：馬野様から

小児がんの治療成績は目覚ましく改善

5年生存率 (1960年代 vs. 現在)

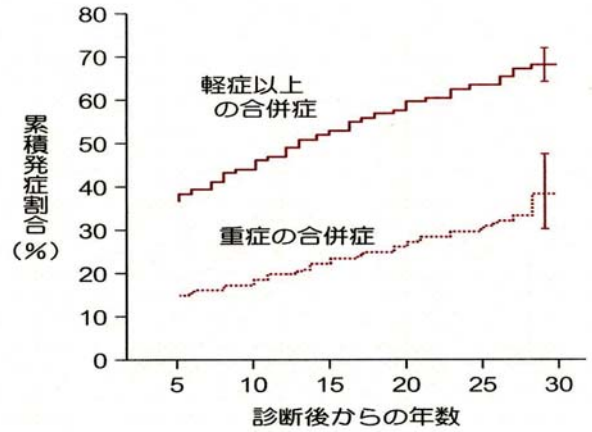


(米国セントジュードこども病院ホームページ 改)

小児がん経験者の 後遺症・晩期合併症

- 精神発達遅滞 (知的障害)
- 成長障害
- 内分泌障害
- 輸血後肝炎
- 2次癌
- 不妊症
- 生活習慣病早期罹患
- 心筋症
- 精神心理的問題

晩期合併症の累積発生割合

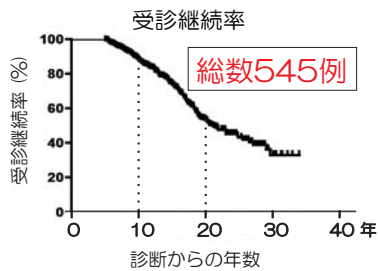


当院小児がん長期フォローアップ

- 昭和48年より小児血液がん外来を開設 (毎週火曜日)
- 平成10年より長期フォローアップ外来を開設 (毎週水曜日予約制)
- 平成19年より長期フォローアップ拠点モデル病院に指定

対象患者数 (平成23年度集計)

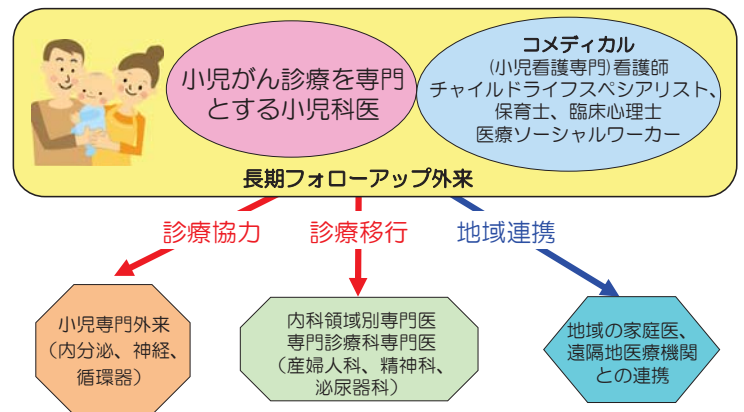
診断	対象患者数 (人)	継続率 (%)
ALL	195	66.2
AML	37	75.7
悪性リンパ腫	53	64.2
脳腫瘍	46	78.3
固形腫瘍	177	68.4
その他	37	78.3
合計	545	69.2



10年継続率 87.6%
15年継続率 73.3%
20年継続率 52.2%

小児がん患者の長期フォローアップ体制

- 小児科専門外来および成人診療科と連携し、晩期合併症に対応



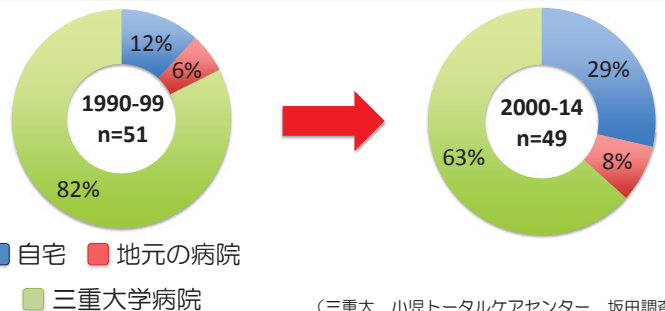
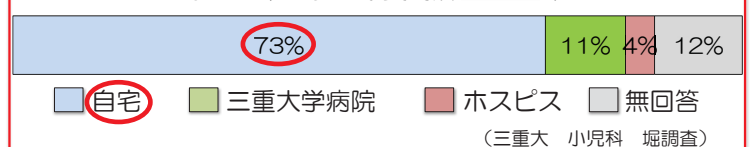
小児の年齢別・死亡順位別死因 (2012年)

	第1位	第2位	第3位
0歳	先天奇形 染色体異常	周産期 呼吸障害等	乳幼児突然 死症候群
1-4歳	先天奇形 染色体異常	不慮の事故	小児がん (101人)
5-9歳	不慮の事故	小児がん (84人)	先天奇形 染色体異常
10-14歳	小児がん (110人)	不慮の事故	自殺
15-19歳	自殺	不慮の事故	小児がん (165人)
全人口	がん	心疾患	脳血管疾患

(厚生労働省人口動態統計年報 主要統計表 改)

終末期ケアを要する子どもの療養場所

家族が希望する療養場所(1999年)

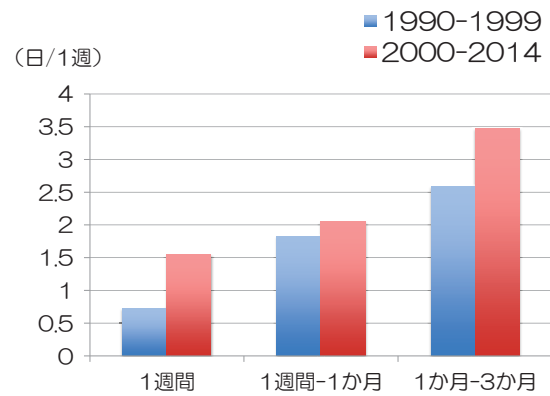


(三重大 小児トータルケアセンター 坂田調査)

当科の終末期ケアに関するコンセンサス

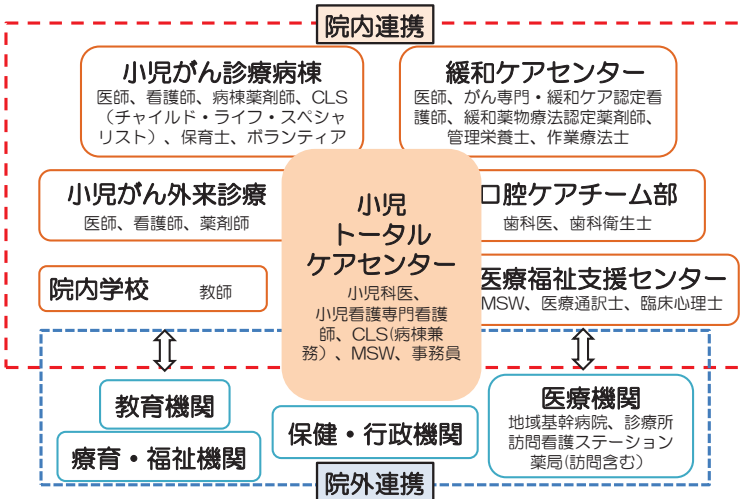
- 積極的治療の断念は、患児を見放すことではなく、今後も共に闘病することに変わりがない旨を伝える。
- 終末期ケアに移行する場合、患児・家族の意向に応じて、地域病院との連携、在宅医療等の療養方針を決める。
- 患児のみならず家族全体を支援する。
- 予期される事態については、家族に伝え、その対応についても相談する。
- 緩和ケアチーム等と連携し、全人的ケア（身体的苦痛、精神的不安のコントロール）に努める。

当科小児がんの子ども終末期在宅療養 —自宅でご過ごせた日数の推移—

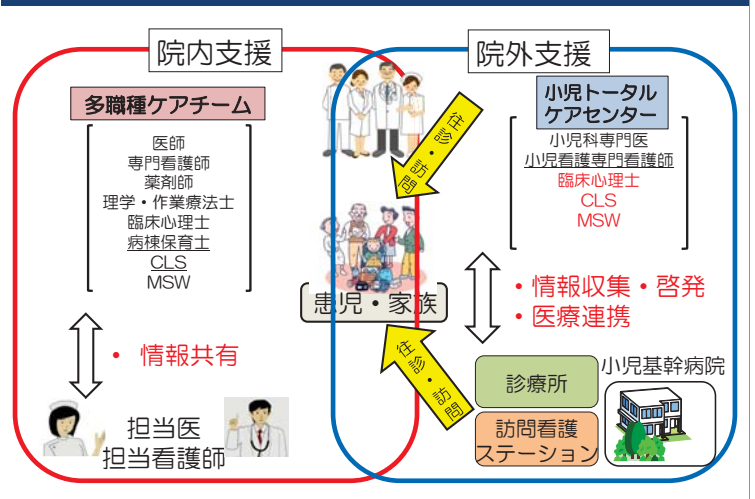


(三重大小児トータルケアセンター 坂田先生提供資料)

三重大学小児がんチーム医療の連携



院内外の連携

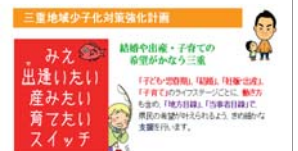


本日の内容

- 三重県の小児診療
- 当院の小児在宅部門
 - 小児がん診療を通して
 - 小児トータルケアセンターの設置
- 三重県の小児在宅医療支援の取組
 - 体制整備
 - 活動の実際： 河俣様から
 - モデル地区： 長坂様から
- 今後の挑戦
 - 福祉との協働： 馬野様から

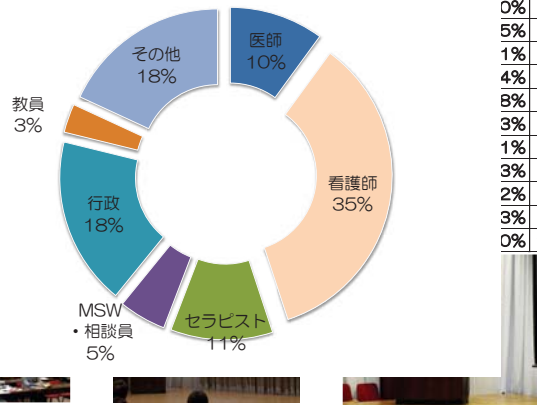
三重県の小児在宅医療の位置づけ

- 三重県保健医療計画 (第5次改訂 平成25～29年度)
- 地域医療再生事業
 - 周産期・小児科診療
 - 小児在宅医療
- 小児等在宅医療連携拠点事業
- 少子化対策—「小児在宅」組込む

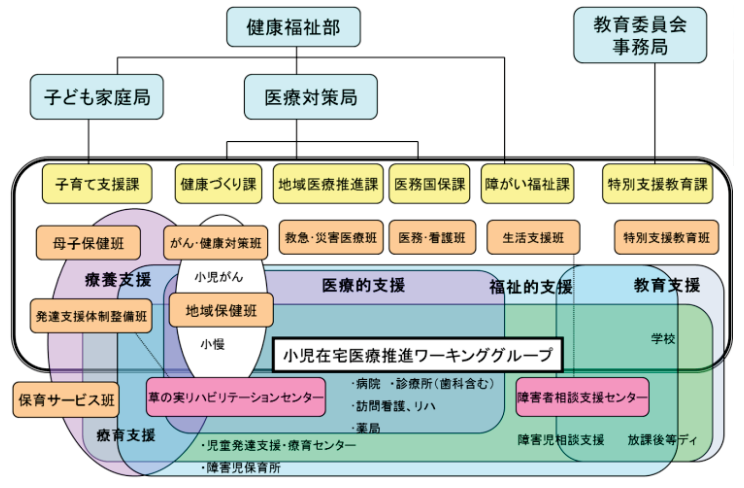


三重県小児在宅研究会

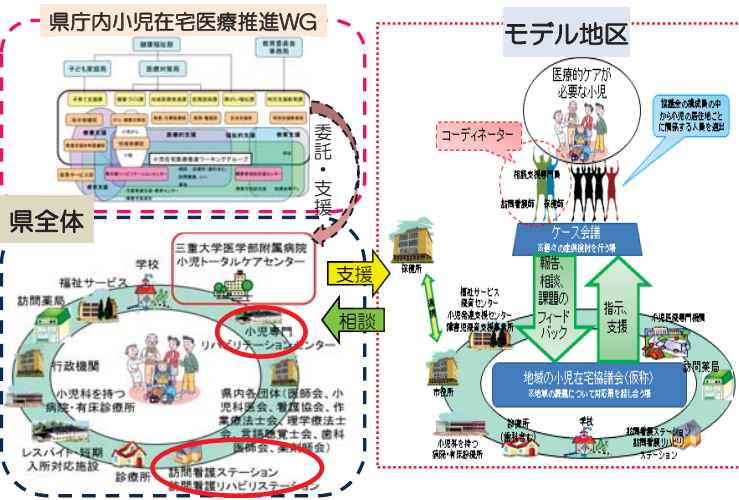
職種別参加数	1回	2回	3回	4回	5回	6回	7回	8回	9回	10回	職種別合計	合計
開催場所											0%	118
医師											5%	410
看護師											1%	128
セラピスト											4%	47
MSW											8%	211
行政(保健師)											3%	36
教員											1%	16
相談員											3%	40
事務											2%	18
学生											3%	158
その他											0%	1182
計												



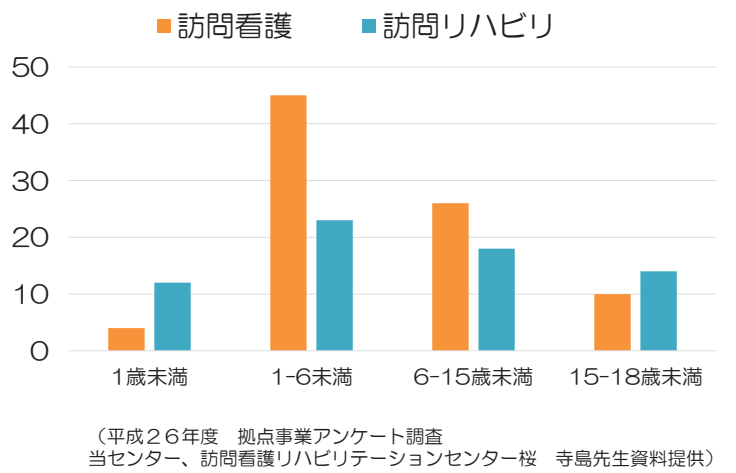
県庁内小児在宅医療推進WG



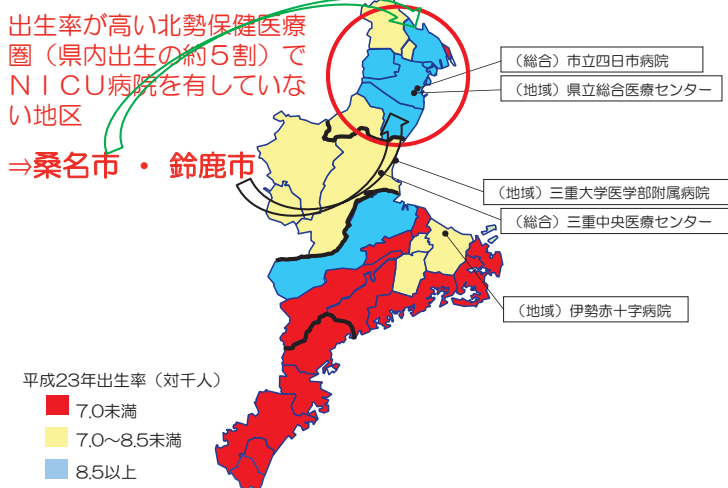
三重県の実績報告



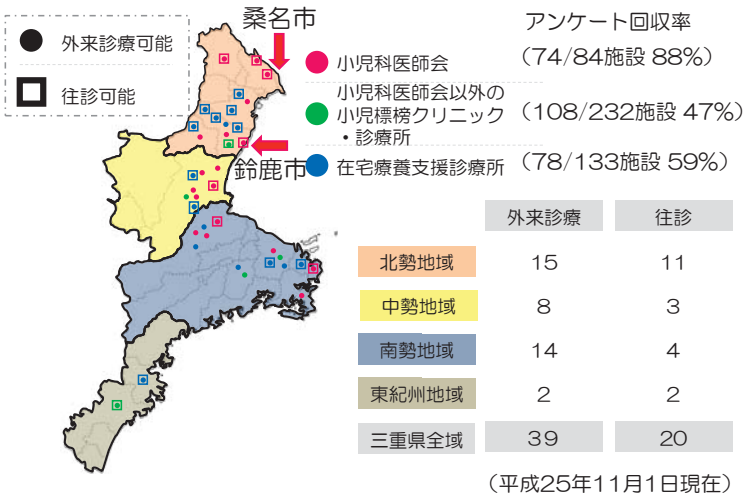
訪問看護・リハビリ



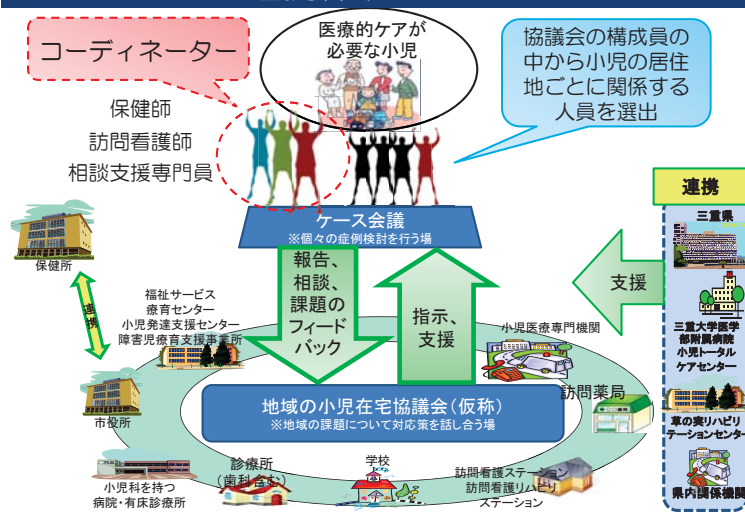
三重県モデル地区の選定



小児在宅医療支援の現状(診療所)



地域連携体制のイメージ



コーディネーター

○ 市町保健師

希望研修内容：

1. 地域連携
2. 家族支援
3. 事例検討

- ・ 契約が不要
- ・ 妊婦からの関わり
- ・ 地域保健推進
- ・ **福祉との課題**
- ・ **役割の明確化なし**

○ 訪問看護師

研修希望：

1. 小児看護知識
2. 医学的ケア・技術
3. 家族看護・事例検討

○ 相談支援専門員

研修会「福祉と医療の連携を深めるために」（四日市、伊勢市）

経験・意識の地域格差！

- ・ 医療との距離感
- ・ 事例の関わり、連携方法

教育との連携

- 医学的ケアを必要とする学童児 98名 (平成26年度11月現在)

	市町学校		特別支援学校		合計
	通学	訪問	通学	訪問	
経管栄養	4	50	8	8	62
気管切開	5	18	7	7	30
人工呼吸器	1	9	5	5	15

→ 医学一般研修
スキルアップ
セミナー
(当センター協力)

● 課題

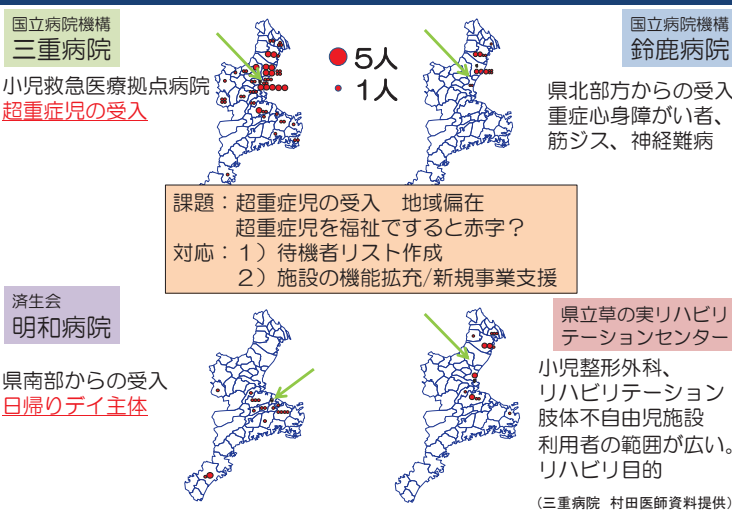
☆ 特別支援学校

- ・ 三重県は常勤講師として看護師を確保している
- ⇒ 教員定数内配置による影響、人事異動時の離職
- ⇒ 教育委員会として看護師免許所有者確保の困難さ
- ⇒ **教育の保証の視点で文科、厚労、財務省との協議が必須**
- ・ 医学的ケアの高いかたの卒業後の行き場が不足している
- ⇒ **障害福祉サービス事業所の看護師確保**

☆ 市町の学校

- ・ 看護師確保とスキルアップ ⇒ **訪問看護の利用度の拡充**

福祉との連携—短期入所 受入状況



本日の内容

- 三重県の小児診療
- 当院の小児在宅部門
 - 小児がん診療を通して
 - 小児トータルケアセンターの設置
- 三重県の小児在宅医療支援の取組
 - 体制整備
 - 活動の実際： 河俣様から
 - モデル地区： 長坂様から
- 今後の挑戦
 - 福祉との協働： 馬野様から

三重県における在宅重症児の看護と人材育成

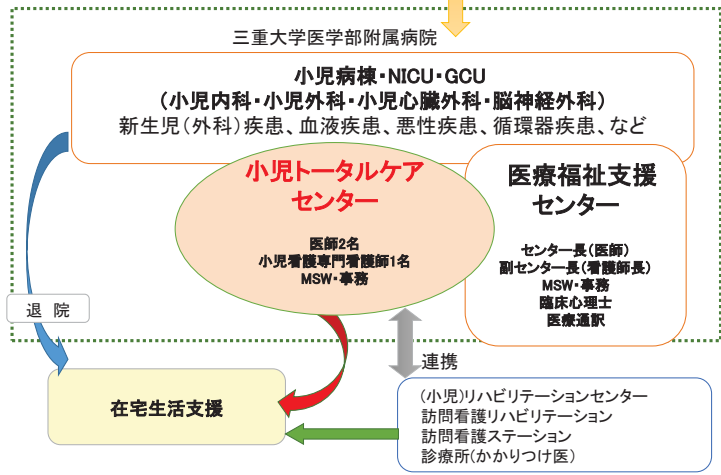
河俣あゆみ¹ 坂田佳子^{1,2} 岩本彰太郎^{1,2}

三重大学医学部附属病院
小児トータルケアセンター¹ 小児科²



病院内小児等在宅医療支援体制図

三重県小児在宅事業

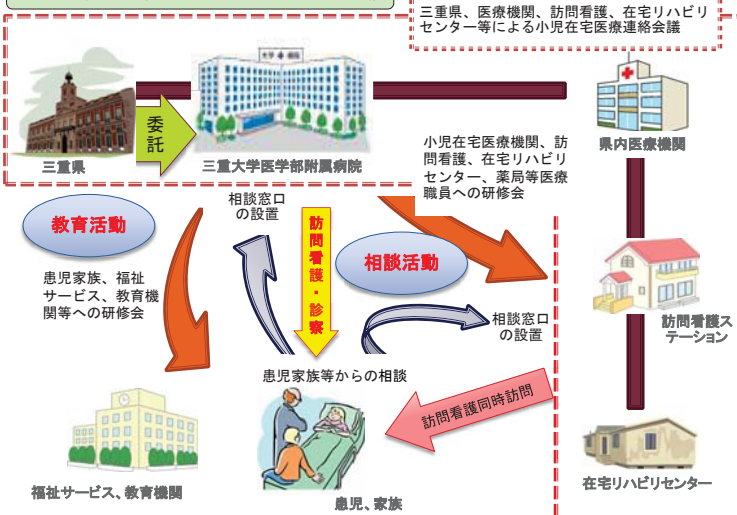


小児トータルケアセンターの活動

1. NICU入院児の退院支援
2. 医療的ケアが必要な児の退院支援
在宅移行
在宅生活のための環境調整と地域連携
3. 在宅生活支援
訪問活動
地域連携
4. 拠点病院としての活動
・小児等在宅医療連携拠点事業(H25年度～)
・小児がん拠点病院(H25年度～)
・三重県地域医療再生事業における小児在宅支援事業の活動(H24年度～)
5. 児童虐待対策に関する活動

三重大学病院

地域医療再生事業における小児在宅支援



拠点病院としての活動 実践

在宅訪問活動

- ・訪問診療
- ・訪問看護

目的: ①外来医師と情報共有することで、在宅生活を早期に安定化し、子どもの成長発達を図る
②主な訪問看護は訪問看護ステーションが行い、ステーションの訪問看護師をサポートする

多職種との連携

退院時の支援体制を家族のニーズや子どもの成長に合わせ拡大する

三重大学病院

拠点病院としての活動

訪問の実際

	2013年度	2014年度 (2月現在)
在宅訪問対象事例	17名	14名
訪問看護	190回	92回
訪問診療	16回	13回

三重大学病院

拠点病院としての活動 相談活動(病院外)

相談者	2013年度(件数)	2014年度
家族	10	52
保健師	23	13
児童相談所	6	2
訪問看護ステーション	4	21
相談支援専門員	2	1
市町行政	3	5
特別支援学校	1	1
県内医療施設	—	7
県外医療施設	—	6
合計	49	108

三重大学病院

拠点病院としての活動 教育的活動

<訪問看護師>

- 訪問看護ステーションと同時訪問による実践的ケア (2011~)
 - * **フィジカルアセスメント 成長発達支援 日常生活(入浴など)**
- 三重県小児訪問看護研修 (2014)
- 三重県看護協会 訪問看護師等養成研修会講師「小児における在宅看護」(2012.2013)
- 訪問看護師の訪問看護実践研修10日間 (2014)

拠点病院としての活動 教育的活動

<特別支援学校>

- 医学一般研修講師 (2013. 2014)
 - 対象: 医療的ケア実施予定者で研修初参加の教員
- スキルアップセミナー講師 (2013. 2014)
 - 対象: 医療的ケアを行っている学校看護師

<保健師>

- 母子保健研修会
 - 「低出生体重児における保健師の役割」(2012.2013)
 - 「小児がんの子どもと家族への支援」(2014)

小児在宅拠点事業による訪問看護の実態調査: 子どもの実態

1. 訪問看護を実施した18歳以下の子ども数

年齢	対象数	1歳未満	1-6歳未満	6-15歳未満	15-18歳未満
2013年度	92	18	26	31	17
2014年度	85	4	45	26	10

2. 重症児スコア

スコア	対象数(人)	10点以下	準超重症児	超重症児
2013年	59	10	26	23
2014年	68	23	26	19

小児在宅拠点事業による訪問看護の実態調査: 子どもの実態

3. 子どもの疾患内訳と人数(重複あり)

内訳	人数(2013年度)	人数(2014年度)
呼吸器疾患	26	19
心疾患	11	10
脳性麻痺	35	22
消化器疾患	8	15
腎疾患	1	1
染色体異常	18	11
血液疾患	1	2
神経・筋疾患・その他	4	48

- ・脳性麻痺とGERの重複多い
- ・肺疾患と気管軟化症の重複が多い

小児在宅拠点事業による訪問看護の実態調査: 子どもの実態

判定内容	スコア別患者数 2013年度	スコア別患者数 2014年度
(1)レスピレーター	23	23
(2)気管内挿管、気管切開	33	28
(3)鼻咽喉エアウェイ	1	0
(4)O2吸入又はSpO2 90%以下の状態が10%以上	19	29
(5)1回/時間以上の頻回の吸引	33	28
(6)ネブライザー6回/日以上または継続使用	5	0
(7)JVH	0	0
(8)経管(経鼻・胃ろうを含む)	46	45
(9)腸ろう・腸管栄養	5	12
(10)過緊張発汗による更衣と姿勢修正を3回/日以上	19	0
(11)継続する透析(腹膜灌流を含む)	1	0
(12)定期導尿(3回/日以上)	2	2
(13)人工肛門	2	2
(14)体位変換6回/日以上	32	1

小児在宅拠点事業による訪問看護の実態調査: 訪問看護の実態

1. 訪問看護の実施

	小児に対応可能	対応不可能
2009年度(n=79)	19施設(24%)	—
2013年度(n=64/109)	39施設(36%)	25施設(23%)
2014年度(n=55/107)	31施設(30%)	24施設(24%)

2. 対応不可能な理由

理由	2013	2014	理由	2013	2014
小児看護の知識不足	19	15	24時間体制がない	6	6
依頼が無い	5	9	小児に対する看護の難しさ	9	5
マンパワー不足	10	8	小児のコーディネーターの不在	11	5
小児看護の経験者がいない	18	14	広域な地域による物理的問題	2	2
緊急時の対応ができない	14	11	家族支援の難しさ	9	3
地域連携が困難	6	3	その他	2	4

小児在宅拠点事業による訪問看護の実態調査: 訪問看護の実態

小児の訪問看護を実施するために希望する研修

項目	2013年度	2014年度
小児看護の知識	38	41
小児在宅に必要な医療的ケア・技術	46	35
家族看護	33	24
事例検討	25	24
社会福祉制度	30	21
その他	2	2

- ・希望する研修内容が変化しない
 - ・訪問看護師が定着しない背景
- 毎年、基礎的な研修をする必要性**

49

2015/3/9

訪問看護師研修

第1日目

- 講義 1. 小児在宅の現状と課題
-三重県における小児在宅支援-
2. 在宅医療を必要とする小児の身体理解 1) 摂食・栄養
①子どもの栄養(必要カロリー・栄養素)
②摂食・嚥下機能 ~基礎的知識と機能獲得に向けた支援~
③経管栄養法
④経管栄養剤
⑤口腔ケア
3. 小児の在宅看護
①子どもに対する支援
②家族支援(両親・同胞)
- 実技講習 4. 小児在宅に必要な医療的ケアと技術

医師・看護師・MSW・理学療法士・臨床工学技士・保健師・相談支援専門員など、在宅に関わる多職種からの講義

2日目

- 講義 5. 在宅医療を必要とする小児の身体理解 2) 呼吸
①呼吸機能
②気管切開管理について
③人工呼吸器 ~小児の在宅呼吸器の種類・特徴・管理方法~
④呼吸理学療法
- 講義 6. 地域連携: 事例を用いた地域連携の実際
①医療ソーシャルワーカー(MSW)の活動と連携の実際
②保健師の活動と連携の実際
③相談支援専門員の活動と連携の実際
- 事例検討
グループワーク

50

2015/3/9

訪問看護師研修



51

2015/3/9

活動の評価と課題

1. 訪問看護師研修の内容の工夫
基礎的研修とレベルに応じた研修のあり方
2. 子どもや家族の生活の質を保障する支援のあり方
➢小児に対応できる看護師の数と、看護の質の両方を支援することの重要性
➢子どものフィジカルアセスメントと予防的ケア
➢子どもの成長発達支援: 子どもの力を引き出す
➢様々な家族に対応できる支援
3. 地域のコーディネーターを担う一員: 連携と調整
4. 看護師が活動する場と役割の拡大に向けた対応
(学校・保育園・福祉施設など)

52

2015/3/9

本日の内容

- 三重県の小児診療
- 当院の小児在宅部門
 - ー小児がん診療を通して
 - ー小児トータルケアセンターの設置
- 三重県の小児在宅医療支援の取組
 - ー体制整備
 - ー活動の実際: 河俣様から
 - ーモデル地区: 長坂様から
- 今後の挑戦
 - ー福祉との協働: 馬野様から

本日の内容

- 三重県の小児診療
- 当院の小児在宅部門
 - ー小児がん診療を通して
 - ー小児トータルケアセンターの設置
- 三重県の小児在宅医療支援の取組
 - ー体制整備
 - ー活動の実際: 河俣様から
 - ーモデル地区: 長坂様から
- 今後の挑戦
 - ー福祉との協働: 馬野様から

「小児在宅医療推進のための会」
平成27年3月13日(金)

モデル地区の取組 県型 保健所の役割

三重県 桑名保健所
長坂 裕二

1/22

はじめに私のプロフィールを少々

- 昭和56年 胸部外科医として病院勤務
- 平成4年 桑名保健所長
- 平成12年 県庁障害福祉課長
 - ・社会福祉構造改革(措置から支援費制度へ)、ICF
 - ・重心入所施設が新設されたが、定員40名が埋まらず
 - ・障害児の療育サービスの重要性を実感
 - ・医療と障害福祉行政の“溝”を経験
-
- 平成20年 四日市市に派遣され、地域包括ケア(在宅医療)に取り組む
 - ・医療と介護福祉行政の“溝”を経験
-
- 平成22年 再度の桑名保健所勤務
- 平成25年 今回のモデル事業を実施

2/22

四日市市の在宅死亡

	H20	H21	H22	H23	四日市市 (H24)	全国 (H24)	三重県 (H24)
病院	76.2%	75.8%	72.4%	72.6%	68.6%	76.3%	72.7%
老人ホーム 等	6.3%	7.4%	7.0%	7.8%	9.0%	6.3%	9.1%
自宅	13.7%	13.9%	17.6%	15.7%	18.5%	12.8%	13.6%

山中賢治、石賀丈士(四日市医師会)

3/22

“がん”の在宅死亡 四日市市

	H20	H21	H21	H23	H24
病院	90.2%	86.4%	85.5%	83.3%	77.2%
老人ホーム等	0.4%	2.1%	0.6%	1.3%	1.3%
自宅	7.3%	9.1%	12.5%	14.0%	18.8%

山中賢治、石賀丈士(四日市医師会)

4/22

三重県 桑名保健所



5/22

三重県の医療圏

三重県は、4つの医療圏と2つのサブ医療圏を設定



	人口	出生数
三重県	1,838,611	14,729
北勢 医療圏	839,352	7,288
中勢伊賀 医療圏	457,929	3,616
南勢志摩 医療圏	465,113	3,422
東紀州 医療圏	76,219	403

人口は、平成24年10月1日現在
出生数は、平成24年の人口動態調査

6/22

事業対象地域は、北勢医療圏の桑名地域

(桑名保健所管轄の一部 桑名員弁障害保健福祉圏域)



	人口	出生数
桑名地域	218,352	1,761
桑名市	140,812	1,202
いなべ市	45,640	342
東員町	25,561	193
木曾岬町	6,710	24

人口は、平成24年10月1日現在
出生数は、平成24年の人口動態調査

北勢医療圏には3つの生活圏域が存在し、三重県の障害者計画では独立した障害保健福祉圏域として設定されている。

7/22

最初に考えたこと

- 児童福祉法の改正により、平成24年度から障害児の居宅サービスや通所サービスが市町村に一元化された。
- 母子保健法の改正により、未熟児訪問や養育医療の給付が、また、障害者総合支援法に基づく育成医療(自立支援医療)の給付が、平成25年度から市町村に権限移譲された。
- このような、小児の在宅ケアサービスが市町村に一元化された平成25年度に、『小児等在宅医療連携拠点事業』が都道府県事業として開始された。
- 三重県は、2か所のモデル地域(桑名と鈴鹿)を指定した。
“工夫すれば、小地域では全数把握ができる?”
“対象児を明確にしなければ何も始まらない。”

8/22

まず、桑名市に協力を求めた

- 平成25年9月スタートというタイトなスケジュールであった。しかも、県の桑名保健所が事務局で会議を設置すれば、各種在宅ケアサービスの実施主体である市町が、“お客さん”になることは容易に想像できた。
- 桑名市の既存の会議(桑名市小児医療対策会議)を活用して、議論を深めながら事業を進めることとした。会議の事務局は“桑名地域事務局”という県と市が合体した枠組みとした。私は、委員でありながら事務局の一員として、会議の資料作成や調整をすべて行った。もちろん報告書作成も。
- 桑名市の担当課は、保健部局でも障害福祉や子ども部局ではなく、市の医療政策を担当する“地域医療対策課”であった。

9/22

なぜ、桑名市が協力を?

- 桑名市は、地域医療再生基金を活用し、市民病院と民間病院の再編統合事業を実施中(厚労省から田中謙一副市長が出向中)である。
- 小児の入院や二次救急が危機的な状況にあり、桑名市は、『小児医療対策会議』を設置し、平成24年2月に『桑名市の小児医療提供体制の再構築に関する提言書』をまとめた。
→4項目の提言の1つに小児在宅医療の推進があった。
……………(桑名市の小児医療提供体制再構築のための提言)……………
- (3)今後の医療施策を踏まえた保健・福祉との連携について
 - ◆ 医療制度改革の動向を考慮すると、小児領域においても地域生活支援の視点が重視されると思われる。小児在宅医療の推進や医療的ケアが必要な小児の在宅福祉施策については、今後さらなる充実強化が必要と考えられることから、市や県を含んだ保健、福祉、教育等の関係機関と小児医療機関との連携体制を構築すること。

10/22

“表向き”の事業計画

当初は、平成25年度の単年度事業と聞いていました。国のモデル事業で事業開始は9月であったことから、“表向き”は無理のない事業計画としました。

- (1)小児在宅医療検討委員会の設置
→とにかく、全数把握・実態調査を実施し検討したい。
→事業終了後は、桑名市の既存の会議で引き続き検討する。
- (2)小児在宅医療をテーマとした研修会(講演会)の開催
- (3)小児在宅ケア支援ガイドブックの作成
- (4)報告書の作成

11/22

事業の進め方

- 医療的ケア児の全数・実態把握を最優先
→“かなり少ないだろう”、“地域課題が明確になっても市町単独の対応は無理だろう”
- “隠れた目標”を設定
(1)市町の枠を超えた広域利用型で、医療的ケア児に対応できる発達支援センターを新設したい。
(2)関係機関は多岐にわたり、医療・福祉・保健・教育・行政の関係者による障害児支援ネットワーク組織を立ち上げたい。
- 市町を越えた広域的な仕組みづくり
→桑名市が設置する既存の会議を利用しながら、2市2町の意思統一を図り、保健所管内の2市5町の取組としたい。

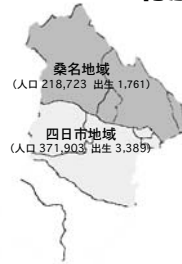
12/22

18歳未満の対象児を全数把握するためには？

- 教育課程では、小学校1年から高等部3年まで全数把握ができています(三重県には幼稚園部はありません)。
 - 「特別支援学校医療的ケア実施体制状況調査」(文部科学省調査:毎年5月1日現在)
 - 医療的ケアの定義が明確
- 0歳から小学校入学までの対象児については、関係機関から情報収集すれば良い。
 - 近隣のNICU病院、訪問看護ステーション、療育センター、市町の保健・福祉部局、保健所
 - 医療的ケアの定義を拡大し、“将来、医療的ケアの可能性がある”
 - 重複したデータの整理には、“個人情報”の壁

13/22

特別支援学校の調査



- 肢体不自由児(小学部から高等部)
- 桑名地域と四日市地域在住が対象
- 在籍児130名中、訪問教育児の3名を合わせ、35名(29.9%)が医療的ケアの在宅児
- 桑名地域では、8名を確認
- 普通学級(市町教育委員会)では、医療的ケア児はいない

特別支援学校在籍の医療的ケア児の推移(訪問教育を除く)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
医療的ケア児数	6	8	12	16	20	23	25	30	31	33	32

あとは、0歳から小学校入学までの把握

- “多くの機関”から“各種の情報”を収集
- 重複ケースを整理するため、生年月日、性別、氏名のイニシアル
- 近隣のNICU病院(3病院)、訪問看護ステーション連絡協議会桑名ブロック(8事業所)、療育センターから情報収集
- 桑名保健所が所有する行政情報
 - 未熟児養育医療、自立支援医療(育成医療)給付及び小児慢性特定疾患の受給者のうち、医療的ケアの定義に近い児も対象とした(身体障害者手帳の有無にかかわらず)。
 - 平成24年度までは、未熟児養育医療、自立支援医療(育成医療)給付は、県の事務(桑名保健所)であった。

15/22

全数把握の結果

最後に、市町(保健・福祉)によりチェックをかけた。市町が新たに追加したケースはなかった。市町は、ほとんど全ケースを把握していた。

18歳未満の医療的ケア児は、 32名

(18歳未満人口1000人あたり、0.86人)

※人工呼吸器7名、気管切開8名、吸引8名、在宅酸素4名、経管栄養(胃ろう含む)9名、リハビリ18名 など

※児童相談所が入所措置している18歳未満児はいなかった。

※日本小児科学会倫理委員会が実施した超重症心身障害児の実態数の悉皆調査(2007年)では、20歳未満地域人口1000人あたり、0.19~0.45人

16/22

保護者13名と面談を実施

- 当初は、特別支援学校の保護者に対しアンケート調査を予定。
- “あまりに人数が少ない”、“原因疾患の多様性により提供される医療の個性の高さ”から、面談による聴き取り調査を実施。
- 特別支援学校の協力で9名、障害者総合相談事業所の協力で4名の保護者と面談できた。
 - “小学校入学でホッとした。卒業後が心配。”
 - 過酷な在宅ケアの状況
 - 重心施設の不足により、NICU病院から“いっきに”在宅へ
 - 小児の在宅医療機器は格段の進歩(成人のおかげ?)
 - 障害児サービスは、“医療的ケア”という言葉で門前払い(医療と福祉の溝は現在でもある。)

17/22

さて、隠れた目標の現状は？

- (目標1)医療的ケア児に対応できる発達支援センター
 - 肢体不自由児のリハビリに経験がある産科・小児科の病院(移転計画中)に併設設置の可能性あり。
 - 病院は、“地域に必要なことであれば前向きに考える。市町がやって欲しい事業内容とその量を具体的に提示して欲しい。”
 - 2市2町の障害福祉担当課長会議で検討中。
- (目標2)関係者によるネットワーク組織
 - 平成27年度からスタートが決定(2市2町の課長会議)。
 - 事務局は、2市2町が相談支援事業を委託する事業所が担う。
 - 実態把握のデータは、当該事業所に引き継ぐことが可能となった。
 - 地元医師会や病院の小児科医師を中心に三重大小児トータルケアセンター、特別支援学校のサポートで関係者に協力要請を予定(打合せ会議は3月17日に開催予定)。

18/22

ネットワーク組織の意義

- “医的ケア児には、ケアマネージャーがない。”
→よく聞かれるが、絶対数が少なく、疾病の多様性により提供される医療の個性の高さ、医療と障害福祉サービスに精通したケアマネの確保は、高齢者のケアマネよりはるかに難しい。
- 介護保険のケアマネは、“資質向上が課題”
→「介護支援専門員(ケアマネージャー)の資質向上と今後のあり方に関する検討会」の中間報告書(平成25年1月7日)
→保険者機能の強化による介護支援専門員の支援
- “多職種協働”による地域包括支援ネットワークの構築(平成25年3月29日 厚労省課長通知「地域包括支援センターの設置運営について」の一部改正について)
→“行政職員をはじめ、地域の関係者から構成される会議体(地域ケア会議)をセンター(又は市町村)が主催し、設置・運営する……”

19/22

ネットワーク組織には、介護保険制度の“地域ケア会議”の役割を期待

- “地域ケア会議”は、平成26年の介護保険制度改革で法制化
→市町村が設置する会議であって、介護支援専門員、保健医療及び福祉に関する専門的知識を有する専門的知識を有する者、民生委員その他の関係者、関係機関及び関係団体によって構成されるものである(介護保険法第115条の48第1項)
→個別事例の検討を通じて、多職種協働によるケアマネジメント支援を行うとともに、地域のネットワーク構築につなげるなど、実効性のあるものとして定着・普及させる。
- “多職種連携”、“医療と福祉の連携”、“顔の見える関係”
- “1人の100歩より、100人の1歩”
→隣の四日市地域で、平成24(2012)年6月に設立したネットワーク組織(e-ケアネットよっかいち)の主宰者である 米本俊哉(特別支援学校教師)の言葉

20/22

まとめ

小児在宅医療を推進するために必要なこと

- 全数把握を含めた実態把握は最も重要
→現行の制度で、市町村の保健または福祉部局で基本的な情報は入手可能。庁内における情報共有の体制整備が必要。
- 介護保険の“地域ケア会議”に相当する多職種連携のネットワーク組織は不可欠
→高齢者対策よりその必要性は高い。
→小児在宅ケアには、“関係者による地域の総合力”が必要。
- 市町村の広域的な取組を促す仕組みが必要
→在宅の生活支援サービスの法的な実施主体は市町村であり、今のままでは、人口や出生数の多い大都市しか対策が進みにくい。
→市町村の広域的な調整は都道府県の業務であろうが、何らかのインセンティブは欲しい。

21/22

最後に、みなさまには大変お世話になりました。



22/22

■第27回会議

日時：平成27年5月8日（金）19：00～21：00

場所：東京都千代田区丸の内1丁目7-12 ステーションコンファレンス東京6階 「602A」

出席者：伊藤正一、伊藤達哉、岩崎裕治、岩本彰太郎、遠藤文夫、及川郁子、大西延英、小島裕司、阪井裕一、佐々木昌弘、鈴木真知子、高橋昭彦、田中桜、田村正徳、徳増裕宣、富田直、中村知夫、奈倉道明、浜野江美子、平本梨花、分藤賢之、紅谷浩之、前田浩利、松藤凡、山下美穂、和田浩、（26名）
オブザーバー 山口直人

議事：挨拶

厚生労働省医政局在宅医療推進室 佐々木室長からご挨拶と新メンバーのご紹介

講演①『在宅専門クリニックが行うキッズケア』

紅谷浩之 氏（オレンジホームケアクリニック 代表）

<意見交換>

講演②『平成25—26年 小児等在宅医療連携拠点事業』

中村知夫氏（国立成育医療研究センター 総合診療部在宅診療 医長）

<意見交換>

内容：講演に先立ち、厚生労働省在宅医療推進室、佐々木室長から地域医療構想の策定ガイドラインに小児在宅医療が言及され、今後どう進めていくのかの3か年計画が始まったということ、それによって、平成30年からスタートする各都道府県の6か年計画に小児在宅医療を盛り込んでもらえるよう進めていきたいというお話があった。その後、厚生労働省医政局地域医療計画課の新メンバーの紹介があった。

引き続き、紅谷先生が講演された。講演は、動画と音楽を豊富に取り入れた非常に楽しいものだった。最初、紅谷先生が運営されるオレンジホームケアクリニックの紹介をされた。いつも、「街づくり、地域づくり」と話され、そのような勉強会をしているので、研修に来た医学生がクリニックと思わず、帰りそうになったことや、「オレンジ劇団」という劇団を持っていて日本中で講演していることなどを紹介された。そして、紅谷先生がそのような活動をされる契機になった3人の方との出会いを紹介された。そして、医療者が街に出ていくことを大事にされ、「暮らしの保健室」を福井市に開設、市民の方々の様々な相談を受け、市民の生活の中に溶け込みつつあるということだった。現在、オレンジホームケアクリニックでは、230名の患者を診療しており、そのうち、小児が30—40名になっている。その中の一人の患者さんのお母さんが、往診の際に高校卒業後行くところがない、通所施設にも断られ、彼を遠く離れた施設に預けるか、二人で引きこもるかどっちが良いでしょうか？と言われた。それで、オレンジキッズケアラボという日中預かりの施設を作った。ここでも、夏は海に行ったり。様々な活動をしている。その中で子どもたちの目覚ましい変化、成長を目の当たりにしている。

講演を受け、活発な質疑応答があった。

その後、中村先生から平成25年—26年の小児在宅医療連携拠点事業について講演があった。

その後も活発な議論が行われた。

在宅専門クリニックが行うキッズケア ～地域包括ケアシステムの中で～



2015.5.8
紅谷 浩之

第27回 小児在宅医療推進のための会

こんな紅谷に誰がした？



医師5名、看護師12名、社会福祉士3名
ケアマネジャー、介護福祉士、相談支援専門員
医療事務、医療クラーク、保育士、栄養士
作業療法士、歯科衛生士、理学療法士、言語聴覚士
臨床心理士、臨床宗教師、プロデューサー



医療者が地域へ出て行くこと



誰もが安心して暮らせる「まち」を目指して、まちの中に医療の視点をどう組み込むか？がテーマの【ふういまちケアプロジェクト】
まちに暮らす人どうしが支え合うことで、まち全体が「健康なコミュニティ」になっていきます。そのために地域とどうつながっていくかにチャレンジしています。



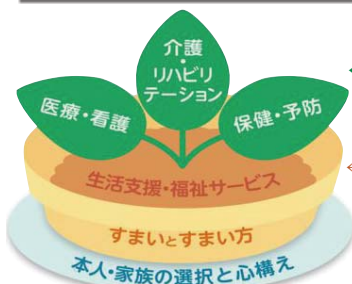
医療者が地域へ出て行くこと



まちかどで、健康に関する不安を気軽に相談できる【みんなの保健室】
どこに相談したらいいかわからない、そんな想いを聞いてまちにつないでいくことで、誰もが「安心」して暮らせるようになることが目的です。



医療者が地域へ出て行くこと



←医療・介護は個人や地域の必要に応じて植える葉っぱ

←生活を支えるツール・システムが重要
単純に介護サービスではなく
買い物や余暇活動なども充実便利になることで元気に暮らし続けられる

↑基盤になるのは
本人・家族が「自分らしい」生活を選びリスクも含め納得すること

医療・介護関係者だけで「ケア」を考える時代から
住民や別ジャンルの専門家も巻き込んで「ケア」を考える時代に
逆に言えば、医療・介護も「まちづくり・地域づくり」に参加していく

小児在宅医療のニーズから、キッズケアへ



オレンジが在宅療養を支えている子どもたちといっしょに「新しい過ごし方」にチャレンジするチーム【オレンジキッズケアラボ】
五感を刺激することで、ひとりひとりの成長を発見して、本人や家族の生き方や過ごし方を実現していくのが目的です。



小児在宅医療のニーズから、キッズケアへ



オレンジキッズケアラボの作戦① 対象を重症心身障害児者に限定
Orange Kids' Care Lab.

<対象者の制限なし>

利用定員10人以上

- 看護師 1名以上
- 理学療法士または作業療法士 1名以上
- 児童指導員（生活支援員） 2名以上
- 児童発達支援管理責任者 1名以上
- サービス管理責任者 1名以上

・放課後等デイサービス 478単位/日
・児童発達支援 205単位/日

<重症心身障害児者に限定>

利用定員5名以上

- 看護師 1名以上
- 理学療法士または作業療法士 1名以上
- 児童指導員（生活支援員） 1名以上
- 児童発達支援管理責任者 1名以上
- サービス管理責任者 1名以上

・放課後等デイサービス 1320単位/日
・児童発達支援 819単位/日

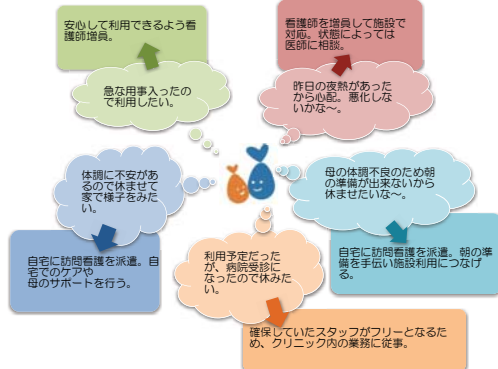
対象を重症心身障害児者に限定することで利用定員要件や一日当たりの単位数が変わる

小児在宅医療のニーズから、キッズケアへ



オレンジキッズケアラボの作戦② 柔軟な人員配置
Orange Kids' Care Lab.

クリニックとの連携により看護師などの人員を柔軟に配置している。



小児在宅医療のニーズから、キッズケアへ



オレンジキッズケアラボの作戦③ 行政にフレンドリーに働きかけ
Orange Kids' Care Lab.

働きかけ①

市町村の事業である日中一時支援。その単価や加算は市町村によってさまざま。重度心身障害児者が利用できる日中一時支援がほとんどないことや、受け入れるには看護師の確保が困難な運営、他の市町村で行われている体制などについて、行政と共有した。

→福井市において新たな加算が整備された

働きかけ②

重度心身障害児における送迎加算はまるめとなっていた。重度心身障害児こそ、送迎があればサービス利用も難しい現状であることを行政と共有した。

→重症児の送迎も加算対象になった

働きかけ③

当該市におけるオムツ支給(日常生活用具付)の対象は、二分脊椎による排便排尿障害、脳性麻痺による運動障害、ストマ装着困難といったものに限られていた。しかしさまざまな病気を抱え成長している重度心身障害児が増える中、対象範囲の拡大が必要であることを説明した。

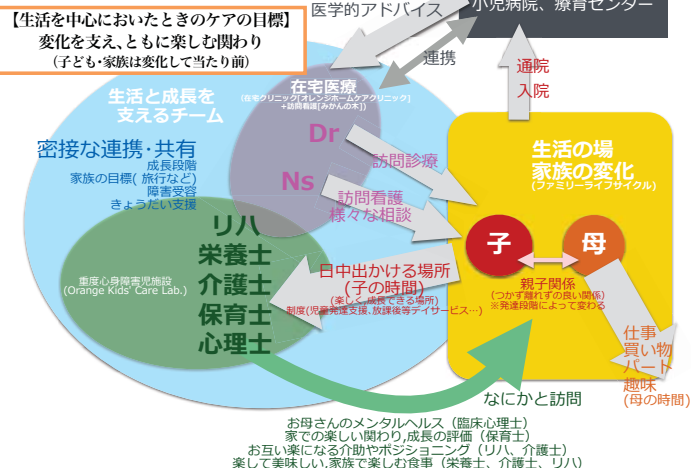
→今年度より、状態によって支給される体制が整備された

働きかけ④

利用者毎に必要なサポートが異なり、全体的には多様な対応が必要となる。事業所も行政も、柔軟に対応できる体制が必要であり、タイムリーな情報の共有が重要であることを説明した。

→現状把握のため行政担当者が訪問視察
→制度や体制の見直しのため調査が開始された

子どもたちの変化を支える

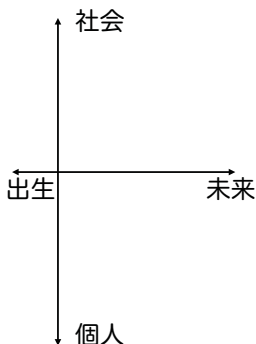


小児在宅医療のニーズから、キッズケアへ



オレンジキッズケアラボの日常
Orange Kids' Care Lab.

時間軸と社会参加を重要視したカンファレンス



医療が生活の中にやってきた

在宅医療は新しい医療

病院で行われてる医療がそのまま生活にやってきたら、生活しにくい

生活をベースに「医療」を柔軟に使う
→生活を楽しむためのツール
楽しみを増やすアプローチ



平成25-26年度 小児等在宅医療連携拠点事業

評価事業実施機関
国立成育医療研究センター

総合診療部 在宅診療科医長
医療連携・患者支援センター 在宅医療支援室 室長

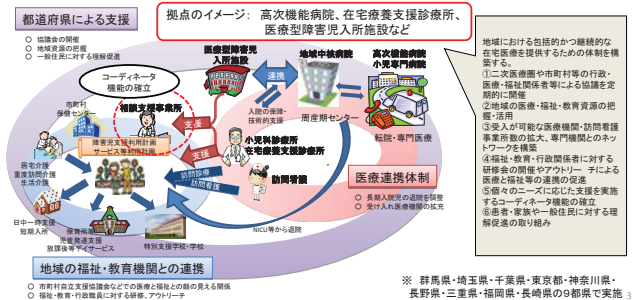
中村知夫

小児等在宅医療連携拠点事業 概要

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

小児等在宅医療連携拠点事業 平成26年度 151百万円

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



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

事業のポイント

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

都道府県の小児在宅患者の実数、分布把握

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

小児在宅医療患者実態調査

課題

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

対応

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

調査結果

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

行政での協議の場

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

医療関係者による協働・協議

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

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

行政、医療・福祉・教育関係者等 による協議の場を設置

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

地域資源の把握と活用

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

③ 家族への支援

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

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

岐阜県の小児・障がい児者支援施策 (〇は27年度新規事業)

<人材の育成>

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

<多職種連携・普及啓発>

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

<家族支援>

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

<レスパイト支援>

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

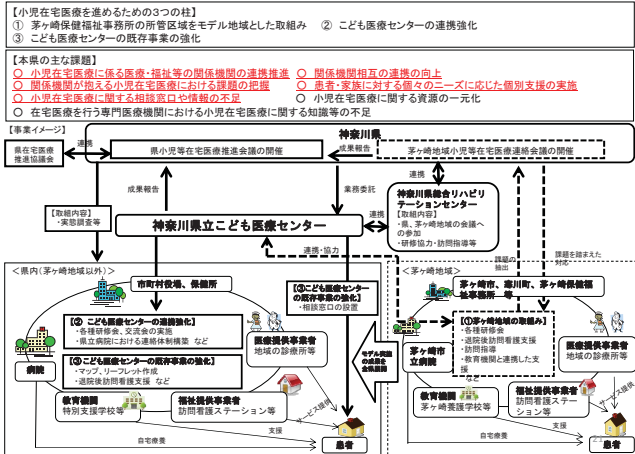
<障がい児者入所施設の整備>

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

<施策立案調査>

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

神奈川県小児等在宅医療連携拠点事業の概要



特徴的な事業①(茅ヶ崎地域のモデル事業【内容】)

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

関係機関と連携した取組の実施

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

小児在宅を進めるために

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

具体的に進めるための取り組み

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

■第28回会議

日時：平成27年7月10日（金）19：00～21：00

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

出席者：一瀬篤、伊藤正一、岩本彰太郎、遠藤文夫、及川郁子、大西延英、小島裕司、
児玉和夫、後藤友美、鹿江健、阪井裕一、佐々木昌弘、白水那智、高橋昭彦、
奈倉道明、奈良間美保、萩庭圭子、分藤賢之、紅谷浩之、前田浩利、松藤凡、
宮坂勝之、山口道子、渡邊とよ子（24名）

オブザーバー：東京都職員5名

議事：挨拶

講演①『一人一人に人生を－在宅と施設の垣根を越えて これから求められる制度
を考える』

児玉和夫氏 氏

（堺市立重症心身障害者（児）支援センターベルデさかい センター長）

<意見交換>

講演②『特定医療行為に係る看護師の研修制度について』

山口道子氏（厚生労働省医政局看護課看護サービス推進室 室長補佐）

<意見交換>

内容：講演に先立ち、今回からオブザーバーとして参加された東京都福祉保健局のメンバーが自己紹介された。また、前田の方から7月4日に開催された勇美記念財団小児在宅医療推進会議大阪分科会について報告があった。

その後、児玉氏の講演になった。児玉氏は、昭和49年に東京都板橋区小茂根にある国立心身障害児総合医療療育センターに入職。定年までそこで勤務され、その後、大阪のフェニックスという重症障害児施設を立ち上げられた。その後は、堺市から声がかかり、堺市に重症障害児施設を立ち上げることになった。その経験を通して、施設入所か在宅かという議論は過去のもので、施設機能を活かした地域包括療育という見方が重要であると考えようになった。2010年の小児神経学会の発表で、平成12年から21年までNICUからある重症心身障害児施設に移行した13名の患者のうち7名が3ヶ月から3年弱の間に亡くなっている、というものが大変ショックを受けた。また、NICUから移行した子ども達を大きなホールのような病棟で診て、モニターや医療機器に挟まれるように子どものベッドがぎっしり並んでいる病棟もあって、それをよくやっているという方もいるが、この子どもたちの生活、療育はどうなるんだろうと思われた。短期入所、レスパイトは経済的問題が大きく、現状の仕組みでは人工呼吸器のついた子どもはどうしても赤字になることの問題は大きい。重要なことはNICUを卒業された子どもをどれだけ受け入れたかではなく、受け入れたその子どもにどんな生活、人生を提供できたかである。そのお話を受け、活発に質疑応答がされた。

その後、厚生労働省の山口道子氏から特定行為に係る看護師の研修制度についてのプレゼンテーションがあり、それについても活発に議論がされた。

一人一人に人生を

在宅と施設の垣根を越えて
これから求められる制度を考える

勇美記念財団
小児在宅医療推進のための会



2015.7.10
児玉和夫
堺市立重症心身障害者(児)支援センター
ベルデさかい

1

はじめに

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

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

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

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

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

こうした状況に施策の方が対応しきれていない面があること

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

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

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

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

2

最近衝撃を受けたこと

3

1. 2010年 小児神経学会での発表

ある国立病院機構重症心身障害病棟の経験発表

H12.4からH21.9までに

NICUあるいは急性期医療機関小児病棟から13名を受入れた

10名は人工呼吸器 1名は気管切開 1名は経鼻エアウェイ

転院後13名中7名死亡 7名中5名は2歳までの転院

転院から死亡までの期間は3か月から2年11ヶ月であった。

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

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

まだ不安定な段階は、病院側が中心となったシステムを考えるべきでは

4

2. 2010年 ある重症心身障害児施設からの報告

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

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

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

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

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

5

3. 医療看護を集中させた施設側の受け方の一つの典型

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

当該病棟 定員32名 病室 1部屋 観察室2部屋

大きなホールのような病棟の一角に看護ステーションがあり

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

機器の発する音、モニターのアラーム音にあふれたホール

インフルエンザなどが発症したら全滅か?

それより、個々の療育はどうなるのか? 家族と共に成長する機会は?

NICU蓄積児の下請け 収容部屋? ?
施設の役割はそういうことなのだろうか?

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

6

4. 在宅超重症児(多くは呼吸器使用)を援助するある病院を見ました

[社会医療法人 愛仁会リハビリテーション病院]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

これにどう対応していったらよいのか!

超重症児(者)にかかる経費と妥当な受け入れ方

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

短期入所サービス費 医療型 療養介護対象者と重症心身障害児について

(他に 遷延性意識障害者等を対象とする報酬単価もある)

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

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

療養介護対象者と重症心身障害児

ア. 18歳以上の利用者 次の(i)又は(ii)のいずれかに該当すること
(i)区分6以上に該当し、気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理を行っている者
(ii)区分5以上に該当し、進行性筋萎縮症に罹患している者若しくは区分5以上に該当する重症心身障害者

イ. 障害児:重症心身障害児

障害者施設等入院基本料

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

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

特殊疾患入院施設管理加算 一人1日 350点

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

【療養介護】

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

また、療養介護のうち医療に係るものを療養介護医療として提供する。

【対象者】

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

- (1)筋萎縮性側索硬化症(ALS)患者等気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理を行っている者であって、障害程度区分が区分6の者
- (2)筋ジストロフィー患者又は重症心身障害者であって、障害程度区分が区分5以上の者

短期入所と一般病棟入院との比較(含 障害者施設等入院基本料算定病棟)

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

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

小児入院医療管理料

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

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

各利用方式毎の収入概算 診療報酬は1点=10円 福祉支給費は1単位=10円

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

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

各利用方式毎の収入概算 診療報酬は1点=10円 福祉支給費は1単位=10円

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

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

各利用方式毎の収入概算 診療報酬は1点=10円 福祉支給費は1単位=10円

準超重症児で気管切開 6歳以上 入院は14日未満 入所は30日以上利用で概算

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

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

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

に限られる

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

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

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

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

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

19

医療型障害児入所施設を開くための条件

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

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

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

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

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

20

医療型障害児入所施設 設置基準からみると困難ではない

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

施設設置基準:人員

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

21

医療型障害児入所施設

設置基準 必要設備

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

入所施設給付費 1人1日 880単位

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

22

実際には
カルガモの家 では

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

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

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

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

単一病棟で多数の超重症児・者を受入れた施設では、ケアのあり方を模索している

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

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

どの子にも それぞれの人生がなければならない
それを堺市立重症心身障害者(児)支援センター ベルデさかいの経験から語ってみる。

23

医療型障害児入所施設をどこまで弾力的に運用出来るか

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

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

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

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

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

24

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

重症心身障害施設

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



堺市健康福祉プラザ

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



ベルデさかい

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



堺市は都市型地域で、重症心身障害児・者の家庭の多数は在宅指向である

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

施設入所の希望をお持ちですか 人数表示

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

いずれ入所したい というのはいつ頃のことですか %表示

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

IVH(経静脈栄養)も2名

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

ベルデさかい 短期入所登録者概要 2015.6.30現在

登録者総数 215名 (堺市在住178名 市外37名)

医療ニーズ

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

呼吸器ケースの年齢分布

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

大阪府立母子保健総合医療センター
在宅人工呼吸器管理料算定 12名

5歳1名 7歳1名 8歳3名
12歳2名 18歳1名 30歳1名

この中のかかりの方が当方の短期入所に登録されていると思われる

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

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

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

ベルデさかい 在宅と結びついた入所施設であり

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

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

これは短期入所でも同様である

こうしたことが成り立つ背景には、個室が多いことも関係している

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

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



一つの例 超未熟児で生まれた三つ子さん

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

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

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

しばしば一緒に行事に参加
写真は 女児のプール活動に一家で加わったところ



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

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

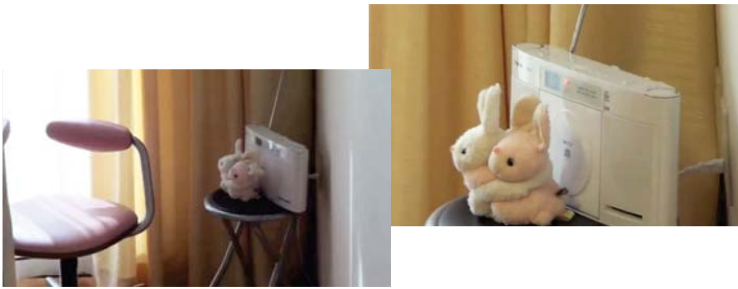


37

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



38



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

39

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



リハスタッフがベッドから抱いて
 出し、ホールの活動に少し参加



呼吸器の方も含め
 隣接する公園へ
 多くの場合 ご家族も
 参加



40



短期入所 個室

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



42

短期入所 個室
呼吸器使用の超重症児



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

短期入所 個室を自由に使う

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



短期入所の困難なところ 対象児(者)の多様性

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

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

短期入所の困難なところ 医療看護対応能力

常勤医師3名 センター長を含め 小児科2名 産婦人科1名

土曜夜と日曜日は外部医師に依存
平日の当直の70%は外部医師に依存

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

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

このため週末に利用開始をすることは避けている

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

なお在宅酸素 在宅呼吸器 等の利用者の経費負担は当方負担と
している

短期入所の困難なところ 部屋とモニター確保

対応する部屋の確保が困難になってくる

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

モニターの数の不足

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

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

重症心身障害施設入所ニーズの内容は確実に変化してきている

堺市でみる限り

NICUからの超重症児でも在宅ケアが主流

就学期までを通じ 在宅志向が主流

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

医療は大きな問題であるが、必ずしも絶対的な入所希望理由ではない

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

家庭事情

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

こうした場合、入所希望は本人の重症度とは必ずしも比例しない

また 知的障害者が更に後退して重症心身障害状態になった方などのニーズもある

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

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

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

ETC

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

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

問題は、関係自治体が承認するかどうか であるが

既に そうした企画を開始している施設がいくつかある

49

重症心身障害施設の機能を期待する方々の中には

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

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

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

そうしたサービスの多元的利用のあり方も検討していただきたい。

50

障害児・者のための地域包括支援が本格的に考えられるべき段階

そのために 決定的に欠けているのは 制度の改変とともに

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

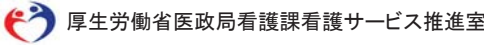
滞留しているケースを「処理」することではなく
各児 各人の望ましい人生をバックアップしていただくの熱意も
同時に持ち合わせたマネジメントを期待したい

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

了

51

特定行為に係る看護師の 研修制度について



目 次

1. 2025年に向けた医療提供体制の改革
2. 特定行為に係る看護師の研修制度の概要
 - ① 特定行為及び特定行為区分
 - ② 手順書
 - ③ 特定行為研修
 - ④ 指定研修機関
 - ⑤ 留意事項

1. 2025年に向けた医療提供体制の 改革

2025年に向けた医療提供体制の改革

2025年: 団塊の世代が75歳以上 《国民の3人に1人が65歳以上・5人に1人が75歳以上》

【高齢化の進展に伴う変化】

- ・ 慢性疾患、複数の疾病を抱える患者が増える
- ・ 手術だけでなく、その後のリハビリも必要となる患者が増える
- ・ 自宅で暮らしながら医療を受ける患者が増える



医療介護総合確保推進法による改革の主な内容

【地域における質の高い医療の確保、質の高い医療を確保するための基盤の整備】

- ・ 医療機関の医療機能の分化・連携、在宅医療の充実
- ・ 医師・看護師等の確保対策、医療機関の勤務環境改善、チーム医療の推進
- ・ 医療事故調査の仕組みの創設 等



改革の方向性

- ① 高度急性期から在宅医療まで、患者の状態に応じた適切な医療を、地域において効果的かつ効率的に提供する体制を整備し、
- ② 患者ができるだけ早く社会に復帰し、地域で継続して生活を送れるようにする

チーム医療の推進

医療の高度化・複雑化が進む中で、質が高く安全な医療を提供するため、「チーム医療」を推進し、各医療従事者が高い専門性を発揮しつつ、業務を分担しながら互いに連携することにより、患者の状態に応じた適切な医療を提供していきます。

医療従事者の業務の範囲及び業務の実施体制の見直し

特定行為を行う看護師の研修制度の創設

- ・ 診療の補助のうち一定の行為を「特定行為」として明確化
- ・ 医師・歯科医師が作成する手順書により特定行為を行う看護師の研修制度を創設

診療放射線技師の業務範囲の見直し

- ・ 放射線の照射等に関連する行為(造影剤の血管内投与等)を業務範囲に追加
- ・ 病院又は診療所以外の場所で、健康診断として胸部X線撮影を行う場合には、医師・歯科医師の立会いを不要とする

臨床検査技師の業務範囲の見直し

- ・ 検査のための検体採取(鼻腔拭い液による検体採取等)を業務範囲に追加

歯科衛生士の業務実施体制の見直し

- ・ 歯科衛生士が予防処置を実施する際には、歯科医師の指導の下に行うこととし、「直接の」指導までは要しないこととする

各医療従事者が専門性を発揮しつつ連携

患者の状態に応じた適切な医療を提供

2. 特定行為に係る看護師の研修制度の 概要

制度創設の必要性

○2025年に向けて、さらなる在宅医療等の推進を図っていくためには、個別に熟練した看護師のみでは足りず、医師又は歯科医師の判断を待たずに、手順書により、一定の診療の補助(例えば、脱水時の点滴(脱水の程度の判断と輸液による補正)など)を行う看護師を養成し、確保していく必要がある。

○このため、その行為を特定し、手順書によりそれを実施する場合の研修制度を創設し、その内容を標準化することにより、今後の在宅医療等を支えていく看護師を計画的に養成していくことが、本制度創設の目的である。

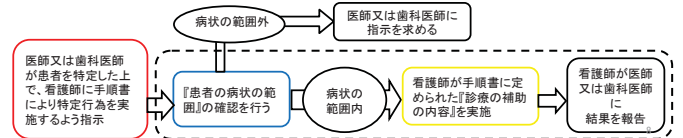
7

保健師助産師看護師法(抄)

(昭和23年法律第203号)(平成27年10月1日施行)

第三十七条の二

特定行為を手順書により行う看護師は、指定研修機関において、当該特定行為の特定行為区分に係る特定行為研修を受けなければならない。

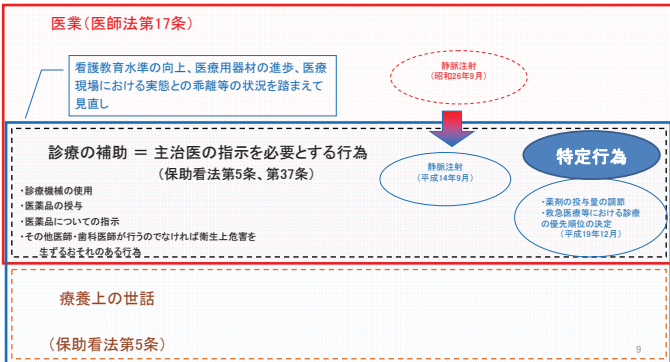


看護師の業務範囲に関する法的整理

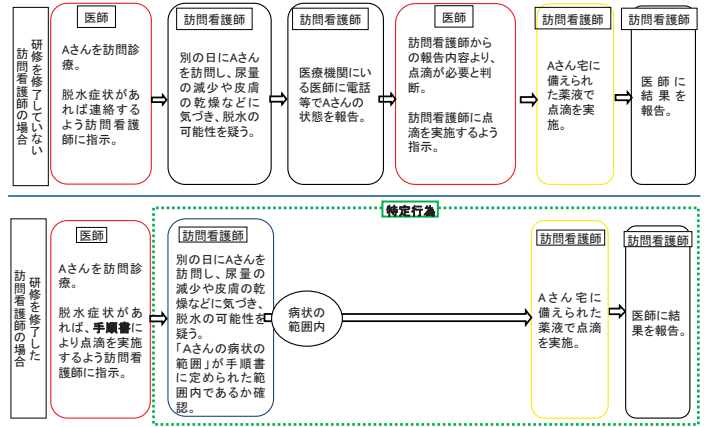
赤枠: 医師の業務

青枠: 看護師の業務

(黒枠内は主治医の指示を必要とする業務、茶色枠内は主治医の指示を必要としない業務)



在宅療養中の脱水をくり返す患者Aさんの例



保健師助産師看護師法(抄)

(昭和23年法律第203号)(平成27年10月1日施行)

第三十七条の二 特定行為を手順書により行う看護師は、指定研修機関において、当該特定行為の特定行為区分に係る特定行為研修を受けなければならない。

2 この条、次条及び第四十二条の四において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

- 一 特定行為 (略)
- 二 手順書 (略)
- 三 特定行為区分 (略)
- 四 特定行為研修 (略)
- 五 (略)

3 厚生労働大臣は、前項第一号及び第四号の厚生労働省令を定め、又はこれを変更しようとするときは、あらかじめ、医道審議会の意見を聴かなければならない。

11

①特定行為及び特定行為区分

特定行為

特定行為は、診療の補助であって、看護師が手順書により行う場合には、実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能が特に必要とされるものとして別紙に掲げる38行為であること。

(改正後の法第37条の2第2項第1号、特定行為研修省令第2条及び別表第1関係)

特定行為区分

特定行為区分は、特定行為の区分であって、別紙のとおり21区分であること。

(改正後の法第37条の2第2項第3号、特定行為研修省令第4条及び別表第2関係)

12

【別紙】特定行為及び特定行為区分(38行為21区分)

特定行為区分	特定行為	特定行為区分	特定行為
呼吸器(気道確保に係るもの)関連	経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整	創傷管理関連	痛(じよ)痛(そ)又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去
呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連	機械的陰圧換気の設定の変更 非侵襲的陰圧換気の設定の変更	創部ドレーン管理関連	創傷に対する陰圧閉鎖療法 創部ドレーンの除去
呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連	人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整 人工呼吸器からの離脱 気管カニューレの交換	動脈血液ガス分析関連	直接動脈穿刺法による採血 遠隔動脈ラインの確保
循環器関連	一時的ペースメーカーの操作及び管理 一時的ペースメーカーカソードの除去 経皮的心臓補助装置の操作及び管理	透析管理関連	急性血液浄化療法における血液透析液又は血液透析液の濃度の調整 持続点滴中の高カリウム輸液の投与量の調整
心臓ドレーン管理関連	心臓ドレーンの除去	栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	持続点滴中の高カリウム輸液の投与量の調整 脱水症状に対する検査による補正
胸腔ドレーン管理関連	胸腔ドレーンの除去	感染に係る薬剤投与関連	感染徴候がある者に対する薬剤の臨時の投与量の調整
腹腔ドレーン管理関連	腹腔ドレーンの除去(腹腔内に留置された穿刺針の抜針を含む。)	血糖コントロールに係る薬剤投与関連	インスリンの投与量の調整
ろう孔管理関連	胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうポータンの交換 閉鎖ろうカテーテルの交換	術後疼痛管理関連	硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整
栄養に係るカテーテル管理(中心静脈カテーテル管理)関連	中心静脈カテーテルの除去	循環動態に係る薬剤投与関連	持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整 持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロールの投与量の調整
栄養に係るカテーテル管理(末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理)関連	末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入	精神及び神経症状に係る薬剤投与関連	持続点滴中の降圧剤の投与量の調整 持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整
		皮膚損傷に係る薬剤投与関連	抗がん剤の投与量の調整 抗がん剤の臨時の投与 抗不安薬の臨時の投与

②手順書

手順書は、医師又は歯科医師が看護師に診療の補助を行わせるためにその指示として作成する文書又は電磁的記録※であって、次に掲げる事項が定められているものであること。
※ 電子的方式、磁気的方式その他の知覚によっては認識することができない方式で作られる記録であって、電子計算機による情報処理の用に供されるものをいう。

- (1) 看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲
- (2) 診療の補助の内容
- (3) 当該手順書に係る特定行為の対象となる患者※
※ 「当該手順書に係る特定行為の対象となる患者とは、当該手順書が適用される患者の一般的な状態を指し、実際に手順書を適用する場面では、医師又は歯科医師が患者を具体的に特定した上で、看護師に対して手順書により特定行為を行うよう指示を必要とすること。
- (4) 特定行為を行うときに確認すべき事項
- (5) 医療の安全を確保するために医師又は歯科医師との連絡が必要となった場合の連絡体制
- (6) 特定行為を行った後の医師又は歯科医師に対する報告の方法

(改正後の法第37条の2第2項第2号、特定行為研修省令第3条関係)

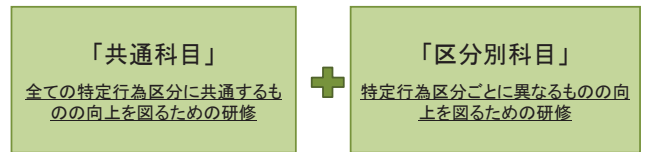
手順書による指示のイメージ

指示	「直接動脈穿刺による採血」に係る手順書のイメージ														
<p><指示></p> <ul style="list-style-type: none"> 患者の特定 特定行為を実施する看護師の特定 処方内容(薬剤に関連する行為の場合) どの手順書により特定行為を行うのか 	<table border="1"> <thead> <tr> <th>事項</th> <th>具体的な内容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>○当該手順書に係る対象となる患者</td> <td>呼吸状態の変化に伴い迅速な対応が必要となる患者</td> </tr> <tr> <td>○看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲</td> <td>以下のいずれかが当てはまる場合 呼吸状態の悪化が認められる(SpO₂ 呼吸回数、血圧、脈拍等) 意識レベルの低下(GCS●点以下又はJCS●桁以上)が認められる</td> </tr> <tr> <td>○診療の補助の内容</td> <td>病状の範囲に合致する場合は、直接動脈穿刺による採血を実施</td> </tr> <tr> <td>○特定行為を行うときに確認すべき事項</td> <td>穿刺部位の拍動がしっかりと触れ、血腫がない</td> </tr> <tr> <td>○医療の安全を確保するために医師又は歯科医師との連絡が必要となった場合の連絡体制</td> <td>①平日日勤帯 担当医師又は歯科医師に連絡する ②休日・夜勤帯 当直医師又は歯科医師に連絡する</td> </tr> <tr> <td>○特定行為を行った後の医師又は歯科医師に対する報告の方法</td> <td>手順書による指示を行った医師又は歯科医師に採血の結果と呼吸状態を報告する(結果が出たら速やかに報告)</td> </tr> </tbody> </table>	事項	具体的な内容	○当該手順書に係る対象となる患者	呼吸状態の変化に伴い迅速な対応が必要となる患者	○看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲	以下のいずれかが当てはまる場合 呼吸状態の悪化が認められる(SpO ₂ 呼吸回数、血圧、脈拍等) 意識レベルの低下(GCS●点以下又はJCS●桁以上)が認められる	○診療の補助の内容	病状の範囲に合致する場合は、直接動脈穿刺による採血を実施	○特定行為を行うときに確認すべき事項	穿刺部位の拍動がしっかりと触れ、血腫がない	○医療の安全を確保するために医師又は歯科医師との連絡が必要となった場合の連絡体制	①平日日勤帯 担当医師又は歯科医師に連絡する ②休日・夜勤帯 当直医師又は歯科医師に連絡する	○特定行為を行った後の医師又は歯科医師に対する報告の方法	手順書による指示を行った医師又は歯科医師に採血の結果と呼吸状態を報告する(結果が出たら速やかに報告)
事項	具体的な内容														
○当該手順書に係る対象となる患者	呼吸状態の変化に伴い迅速な対応が必要となる患者														
○看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲	以下のいずれかが当てはまる場合 呼吸状態の悪化が認められる(SpO ₂ 呼吸回数、血圧、脈拍等) 意識レベルの低下(GCS●点以下又はJCS●桁以上)が認められる														
○診療の補助の内容	病状の範囲に合致する場合は、直接動脈穿刺による採血を実施														
○特定行為を行うときに確認すべき事項	穿刺部位の拍動がしっかりと触れ、血腫がない														
○医療の安全を確保するために医師又は歯科医師との連絡が必要となった場合の連絡体制	①平日日勤帯 担当医師又は歯科医師に連絡する ②休日・夜勤帯 当直医師又は歯科医師に連絡する														
○特定行為を行った後の医師又は歯科医師に対する報告の方法	手順書による指示を行った医師又は歯科医師に採血の結果と呼吸状態を報告する(結果が出たら速やかに報告)														

③特定行為研修

看護師が手順書により特定行為を行う場合に特に必要とされる実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能の向上を図るための研修であって、特定行為区分ごとに特定行為研修の基準に適合するもの。
(改正後の法第37条の2第2項第4号、特定行為研修省令第5条並びに別表第3及び別表第4関係)

- 特定行為研修は、次に掲げる研修により構成される。



- 共通科目の各科目及び区分別科目は、講義、演習又は実習により行う。

- 共通科目の各科目及び区分別科目の履修の成果は、筆記試験その他の適切な方法により評価を行う。

【共通科目】

共通科目の内容	時間数	研修方法	評価方法
臨床病態生理学	45	講義・演習	筆記試験
臨床推論	45	講義・演習・実習	筆記試験、各種実習の観察評価
フィジカルアセスメント	45	講義・演習・実習	筆記試験、各種実習の観察評価
臨床薬理学	45	講義・演習	筆記試験
疾病・臨床病態概論	60	講義・演習	筆記試験
医療安全学	30	講義・演習・実習	筆記試験、各種実習の観察評価
特定行為実践	45	講義・演習・実習	筆記試験、各種実習の観察評価
	(計315時間)		

【区分別科目】

特定行為区分	時間数	研修方法	評価方法
呼吸器(気道確保に係るもの)関連	22	講義・実習※	筆記試験、実技試験(OSCE)、各種実習の観察評価
呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連	63	講義・演習・実習※	筆記試験、各種実習の観察評価
呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連	21	講義・実習※	筆記試験、実技試験(OSCE)、各種実習の観察評価
循環器関連	45	講義・演習・実習※	筆記試験、各種実習の観察評価
心臓ドレーン管理関連	21	講義・実習※	筆記試験、各種実習の観察評価
胸腔ドレーン管理関連	30	講義・演習・実習※	筆記試験、各種実習の観察評価
腹腔ドレーン管理関連	21	講義・実習※	筆記試験、各種実習の観察評価
ろう孔管理関連	48	講義・実習※	筆記試験、実技試験(OSCE)、各種実習の観察評価
栄養に係るカテーテル管理(中心静脈カテーテル管理)関連	18	講義・実習※	筆記試験、各種実習の観察評価
栄養に係るカテーテル管理(末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理)関連	21	講義・実習※	筆記試験、実技試験(OSCE)、各種実習の観察評価
創傷管理関連	72	講義・実習※	筆記試験、実技試験(OSCE)、各種実習の観察評価
創部ドレーン管理関連	15	講義・実習※	筆記試験、各種実習の観察評価
動脈血液ガス分析関連	30	講義・実習※	筆記試験、実技試験(OSCE)、各種実習の観察評価
透析管理関連	27	講義・演習・実習※	筆記試験、各種実習の観察評価
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	36	講義・演習・実習※	筆記試験、各種実習の観察評価
感染に係る薬剤投与関連	63	講義・演習・実習※	筆記試験、各種実習の観察評価
血糖コントロールに係る薬剤投与関連	36	講義・演習・実習※	筆記試験、各種実習の観察評価
術後疼痛管理関連	21	講義・演習・実習※	筆記試験、各種実習の観察評価
循環動態に係る薬剤投与関連	60	講義・演習・実習※	筆記試験、各種実習の観察評価
精神及び神経症状に係る薬剤投与関連	57	講義・演習・実習※	筆記試験、各種実習の観察評価
皮膚損傷に係る薬剤投与関連	39	講義・演習・実習※	筆記試験、各種実習の観察評価

※区分別科目の実習は患者に対しての実技を含める。

※OSCE: Objective Structured Clinical Examination(臨床能力評価試験)

特定行為研修の到達目標

- 指定研修機関は特定行為研修の到達目標を設定すること。
- 到達目標の設定にあたっては、以下を参考とすることが望ましい。

【別紙】 特定行為研修の到達目標

【共通科目】

- 多様な臨床場面において重要な病態の変化や疾患を包括的にいち早くアセスメントする基本的な能力を身につける。
- 多様な臨床場面において必要な治療を理解し、ケアを導くための基本的な能力を身につける。
- 多様な臨床場面において患者の安心に配慮しつつ、必要な特定行為を安全に実践する能力を身につける。
- 問題解決に向けて多職種と効果的に協働する能力を身につける。
- 自らの看護実践を見直しつつ標準化する能力を身につける。

【区分別科目】

- 多様な臨床場面において当該特定行為を行うための知識、技術及び態度の基礎を身につける。
- 多様な臨床場面において、医師又は歯科医師から手順書による指示を受け、実施の可否の判断、実施及び報告の一連の流れを適切に行うための基礎的な実践能力を身につける。

19

特定行為研修の受講者

- 特定行為研修の受講者としては、概ね3～5年以上の実務経験を有する看護師が想定される。
ただし、これは3～5年以上の実務経験を有しない看護師の特定行為研修の受講を認めないこととするものではない。
- 概ね3～5年以上の実務経験を有する看護師とは、所属する職場において日常的に行う看護実践を、根拠に基づく知識と実践的经验を応用し、自律的に行うことができるものであり、チーム医療のキーパーソンとして機能することができるものである。

20

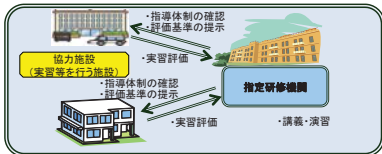
就業しながらでも受講が可能

- 指定研修機関は、協力施設と連携協力し、講義、演習又は実習を行うことが可能。
- 講義・演習は、印刷教材等による授業、メディアを利用した授業など、大学通信教育設置基準(第3条第1項及び第2項)に定める方法で実施することが可能。

＜指定研修機関において全てを実施する場合＞



＜指定研修機関以外で一部を講義、演習又は実習を実施する場合＞



- 実習は、受講生の所属施設等での実施も可能。



21

研修の一部免除について

- 既に履修した共通科目の各科目及び区分別科目については、当該科目の履修の状況に応じ、その時間数の全部又は一部を免除することができる。
 - ・ 指定研修機関において、当該免除の対象となる既に履修した科目が、共通科目の各科目又は区分別科目に合致しているか確認するとともに、必要に応じて修得の程度を確認。
(履修した科目として想定される科目)
 - 指定研修機関における特定行為研修の共通科目
 - 平成22年度及び平成23年度特定看護師(仮称)養成調査試行事業における研修並びに平成24年度看護師特定能力養成調査試行事業における研修の病態生理学、フィジカルアセスメント及び臨床薬理学、等

- 区分別科目について、指定研修機関は、当該特定行為研修に係る特定行為を手順書により行うための能力を有していると認める看護師について、その時間数の一部を免除することができる。
 - ・ 指定研修機関において、通知で示された評価方法により、当該看護師が、特定行為研修に係る特定行為を手順書により行うための能力を有しているか確認。

22

④ 指定研修機関の指定の基準

指定研修機関は、1又は2以上の特定行為区分に係る特定行為研修を行う学校、病院その他の者であって、厚生労働大臣が指定するものをいう。

＜指定の基準＞

- (1) 特定行為研修の内容が適切であること。
- (2) 特定行為研修の実施に関し必要な施設及び設備を利用することができること。
- (3) 特定行為研修の責任者を適切に配置していること。
- (4) 適切な指導体制を確保していること。
- (5) 医療に関する安全管理のための体制を確保していること。
- (6) 実習を行うに当たり患者に対する説明の手順を記載した文書を作成していること。
- (7) 特定行為研修管理委員会を設置していること。

23

⑤ 留意事項

- 特定行為以外の医行為と同様に、特定行為の実施に当たり、医師又は歯科医師が医行為を直接実施するか、どのような指示により看護師に診療の補助を行わせるかの判断は、患者の病状や看護師の能力を勘案し、医師又は歯科医師が行う。
- 本制度は、従来の診療の補助の範囲を変更するものではなく、従前通り、看護師は、医師又は歯科医師の指示の下、特定行為に相当する診療の補助を行うことができるが、引き続き、これを適切に行うことができるよう、病院等の開設者等は、人材確保法の規定に基づき、看護師が自ら研修を受ける機会を確保できるようにするために必要な配慮等を講ずるよう努めること。また、看護師は、保助看法及び人材確保の規定に基づき、その能力の開発及び向上に努めること。

24

- 特定行為研修を修了した看護師は、実際に患者に対して特定行為を行う前に、当該特定行為を行う医療現場において、安全に行うことができるよう、知識及び技能に関して事前の確認を受けることが望ましい。また、特定行為を行う医療現場においては、既存の医療に関する安全管理のための体制等も活用しつつ、特定行為の実施に関して以下を行うことが望ましい。
 - (1)実施開始前に、使用する手順書の妥当性を検討する。
 - (2)実施後に、定期的に手順書の妥当性の検証や特定行為の実施に係る症例検討等を行う。

- 特定行為を行う個々の医療現場においては、当該看護師が特定行為研修の修了者であることが、患者、家族、医療関係者等にわかるよう配慮する。

その他

2025年に向けての研修修了者の養成のイメージ

2桁万人の養成を想定

特定行為研修を修了した看護師の活躍の場



特定行為に係る看護師の研修制度 厚生労働省ウェブサイト

ホーム > 政策について > 分野別の政策一覧 > 健康・医療 > 医療 > 医療分野のトピックス
> 特定行為に係る看護師の研修制度
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000077077.html>

※地方厚生局のウェブサイトにおいても、制度のご案内をしています。

参考資料

保健師助産師看護師法(抄)

(昭和23年法律第203号)(平成27年10月1日施行)

- 第三十七条の二 特定行為を手順書により行う看護師は、指定研修機関において、当該特定行為の特定行為区分に係る特定行為研修を受けなければならない。
- 2 この条、次条及び第四十二条の四において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。
- 一 特定行為 診療の補助であつて、看護師が手順書により行う場合には、実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能が特に必要とされるものとして厚生労働省令で定めるものをいう。
 - 二 手順書 医師又は歯科医師が看護師に診療の補助を行わせるためにその指示として厚生労働省令で定めるところにより作成する文書又は電磁的記録(電子的方式、磁気的方式その他の人の知覚によつては認識することができない方式で作られる記録であつて、電子計算機による情報処理の用に供されるものをいう。)であつて、看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲及び診療の補助の内容その他の厚生労働省令で定める事項が定められているものをいう。
 - 三 特定行為区分 特定行為の区分であつて、厚生労働省令で定めるものをいう。
 - 四 特定行為研修 看護師が手順書により特定行為を行う場合に特に必要とされる実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能の向上を図るための研修であつて、特定行為区分ごとに厚生労働省令で定める基準に適合するものをいう。
 - 五 指定研修機関 一又は二以上の特定行為区分に係る特定行為研修を行う学校、病院その他の者であつて、厚生労働大臣が指定するものをいう。
- 3 厚生労働大臣は、前項第一号及び第四号の厚生労働省令を定め、又はこれを変更しようとするときは、あらかじめ、医道審議会の意見を聴かなければならない。

- 第三十七條の三 前条第二項第五号の規定による指定（以下この条及び次条において単に「指定」という。）は、特定行為研修を行うとする者の申請により行う。
- 厚生労働大臣は、前項の申請が、特定行為研修の業務を適正かつ確実に実施するために必要なものとして厚生労働省令で定める基準に適合していると認めるときでなければ、指定をしてはならない。
 - 厚生労働大臣は、指定研修機関が前項の厚生労働省令で定める基準に適合しなくなつたとき、その他の厚生労働省令で定める場合に該当するときは、指定を取り消すことができる。
 - 厚生労働大臣は、指定又は前項の規定による指定の取消しをしようとするときは、あらかじめ、医道審議会の意見を聴かなければならない。

第三十七條の四 前二条に規定するもののほか、指定に関して必要な事項は、厚生労働省令で定める。

- 第四十二條の四 厚生労働大臣は、特定行為研修の業務の適正な実施を確保するため必要があると認めるときは、指定研修機関に対し、その業務の状況に関し報告させ、又は当該職員に、指定研修機関に立ち入り、帳簿書類その他の物件を検査させることができる。
- 前項の規定により立ち入り検査をする職員は、その身分を示す証明書を携帯し、かつ、関係人にこれを提示しなければならない。
 - 第一項の規定による権限は、犯罪捜査のために認められたものと解釈してはならない。

特定行為

(注)「歯科医師」の場合は「医師」を「歯科医師」と読み替えるものとする。

特定行為	特定行為の概要
経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整	医師の指示の下、手順書により、身体所見(呼吸、一回換気量、胸郭の上がり等)及び検査結果(経皮的動脈血酸素飽和度(SpO ₂)、レントゲン所見等)等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、適切な部位に位置するように、経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの深さの調整を行う。
非侵襲的陽圧換気の設定の変更	医師の指示の下、手順書により、身体所見(人工呼吸器との同調、一回換気量、重畳レベル等)及び検査結果(動脈血ガス分析、経皮的動脈血酸素飽和度(SpO ₂)等)等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、治療適度と換気様式、呼吸回数、一回換気量等の人工呼吸器の設定条件を変更する。
非侵襲的陽圧換気の設定の変更	医師の指示の下、手順書により、身体所見(呼吸状態、気道の分泌物の量、努力呼吸の有無、重畳レベル等)及び検査結果(動脈血ガス分析、経皮的動脈血酸素飽和度(SpO ₂)等)等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、非侵襲的陽圧換気療法(NPPV)の設定条件を変更する。
人工呼吸器がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整	医師の指示の下、手順書により、身体所見(意識や覚醒のレベル、人工呼吸器との同調等)及び検査結果(動脈血ガス分析、経皮的動脈血酸素飽和度(SpO ₂)等)等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、鎮静薬の投与量の調整を行う。
人工呼吸器からの離脱	医師の指示の下、手順書により、身体所見(呼吸状態、一回換気量、努力呼吸の有無、重畳レベル等)、検査結果(動脈血ガス分析、経皮的動脈血酸素飽和度(SpO ₂)等)及び血行動態等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、人工呼吸器からの離脱(ウィニング)を行う。
気管カニューレの交換	医師の指示の下、手順書により、気管カニューレの状態(カニューレ内の分泌物の貯留、内腔の狭窄の有無等)、身体所見(呼吸状態等)及び検査結果(経皮的動脈血酸素飽和度(SpO ₂)等)等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、留置されている気管カニューレの交換を行う。
一時的ペースメーカーの操作及び管理	医師の指示の下、手順書により、身体所見(心電図モニター所見等)等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、ペースメーカーの操作及び管理を行う。
一時的ペースメーカーカリードの抜去	医師の指示の下、手順書により、身体所見(心電図モニター所見等)等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、ペースメーカーカリードの抜去を行う。
経皮的心拍補助装置の操作及び管理	医師の指示の下、手順書により、身体所見(挿入部の状態、末梢冷感の有無、腫脹等)、心拍数(収縮期圧、動脈血酸素飽和度(SpO ₂)、心係数(CI)、混合静脈血酸素飽和度(SvO ₂)、中心静脈圧(CVP)等)及び検査結果(活性化部分トロンボプラスチン(ADP)凝集のための補助の程度の調整を行う。)

特定行為	特定行為の概要
大動脈内バルーンポンピングからの離脱を行うときの補助の程度の調整	医師の指示の下、手順書により、身体所見(胸部状態、呼吸困難の有無、尿量等)及び血行動態(血圧、動脈血酸素飽和度(SpO ₂)、混合静脈血酸素飽和度(SvO ₂)、心係数(CI)等)等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、大動脈内バルーンポンピング(IABP)離脱のための補助の程度の調整を行う。
心室ドレーンの抜去	医師の指示の下、手順書により、身体所見(尿量の性状や量、挿入部の状態、心タンポナーデ状の有無等)及び検査結果等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、手術後の出血等の確認や液体等の貯留を予防するために挿入されている状況又は患者の病態が長期にわたって管理され安定している状況において、心室部へ挿入、留置されているドレーンを抜去する。抜去後は、縫合、結紮閉鎖又は閉塞性ドレッシング剤の貼付を行う。縫合糸で固定されている場合は抜去を行う。
低圧胸腔内持続吸引器の吸引圧の設定及びその変更	医師の指示の下、手順書により、身体所見(呼吸状態、エアリークの有無、尿量の性状や量等)及び検査結果(レントゲン所見等)等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、吸引圧の設定及びその変更を行う。
胸腔ドレーンの抜去	医師の指示の下、手順書により、身体所見(呼吸状態、エアリークの有無、尿量の性状や量、挿入部の状態等)及び検査結果(レントゲン所見等)等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、手術後の出血等の確認や液体等の貯留を予防するために挿入されている状況又は患者の病態が長期にわたって管理され安定している状況において、胸腔内に挿入、留置されているドレーンを、患者の呼吸を誘導しながら抜去する。抜去後は、縫合又は結紮閉鎖する。縫合糸で固定されている場合は抜去を行う。
腹腔ドレーンの抜去(腹腔内に留置された穿刺針の抜去を含む。)	医師の指示の下、手順書により、身体所見(尿量の性状や量、挿入部の状態等)等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、腹腔内に挿入、留置されているドレーン又は穿刺針を抜去する。抜去後は、縫合、結紮閉鎖又は閉塞性ドレッシング剤の貼付を行う。縫合糸で固定されている場合は抜去を行う。
胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換	医師の指示の下、手順書により、身体所見(ろう孔の破たんの有無、挿入部や周囲の皮膚の状態、発熱の有無等)等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンを交換を行う。
経鼻ろうカテーテルの交換	医師の指示の下、手順書により、身体所見(ろう孔の破たんの有無、挿入部や周囲の皮膚の状態、発熱の有無等)等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、経鼻ろうカテーテルの交換を行う。
中心静脈カテーテルの抜去	医師の指示の下、手順書により、身体所見(発熱の有無、食事摂取量等)及び検査結果等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、中心静脈に挿入されているカテーテルを引き抜き、止血するとともに、全長が抜去されたことを確認する。抜去後は、縫合、結紮閉鎖又は閉塞性ドレッシング剤の貼付を行う。縫合糸で固定されている場合は抜去を行う。
末梢置型中心静脈注射用カテーテルの挿入	医師の指示の下、手順書により、身体所見(末梢血管の状態に基づく末梢静脈点滴実施の困難さ、食事摂取量等)及び検査結果等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、結紮検査において穿刺静脈を選択し、経皮的に針静脈又は上腕静脈を穿刺し、末梢置型中心静脈注射用カテーテル(PICC)を挿入する。

特定行為	特定行為の概要
褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去	医師の指示の下、手順書により、身体所見(血流のない壊死組織の範囲、肉芽の形成状態、膿や滲出液の有無、褥瘡周囲の皮膚の発赤の程度、感染徴候の有無等)、検査結果及び使用中の薬剤等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、綿糸が留置された状況において、血流のない壊死組織を減菌ハサミ(剪刀)、滅菌ピン等で取り除き、創洗浄、注射針を用いた穿刺による排膿等を行う。出血があった場合は圧迫止血や双極性凝固器による止血処置を行う。
創傷に対する陰圧閉鎖療法	医師の指示の下、手順書により、身体所見(創部の深さ、創部の分泌物、壊死組織の有無、発赤、腫脹、疼痛等)、血液検査結果及び使用中の薬剤等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、創面全体を滅菌布で封鎖し、シリコーン管を接続し吸引装置の陰圧の設定、モード(連続、吸引回数)選択を行う。
創部ドレーンの抜去	医師の指示の下、手順書により、身体所見(尿量の性状や量、挿入部の状態、発熱の有無等)及び検査結果等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、創部に挿入、留置されているドレーンを抜去する。抜去後は開放、ガーゼドレッシング又は閉塞性ドレッシング剤の貼付を行う。縫合糸で固定されている場合は抜去を行う。
直接動脈穿刺法による採血	医師の指示の下、手順書により、身体所見(呼吸状態、努力呼吸の有無等、アチアゼ等)及び検査結果(動脈血酸素飽和度(SpO ₂)等)等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、経皮的に埃骨動脈、上腕動脈、大腿動脈等を穿刺し、動脈血を採取した後、針を抜き圧迫止血を行う。
機軸動脈ラインの確保	医師の指示の下、手順書により、身体所見(呼吸状態、努力呼吸の有無等、アチアゼ等)及び検査結果(動脈血ガス分析、経皮的動脈血酸素飽和度(SpO ₂)等)等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、急性血液浄化療法における血液透析液法における血液透析器又は血液透析濾過装置の操作及び管理を行う。
急性血液浄化療法における血液透析液法による血液透析液法における血液透析器又は血液透析濾過装置の操作及び管理	医師の指示の下、手順書により、身体所見(血圧、比重の変化、心電図モニター所見等)、検査結果(動脈血ガス分析、血中尿素窒素(BUN)、カルウム値等)及び検査結果等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、急性血液浄化療法における血液透析器又は血液透析濾過装置の操作及び管理を行う。
持続点滴中の高カリウム輸液の投与量の調整	医師の指示の下、手順書により、身体所見(食事摂取量、皮膚の乾燥の程度、排尿回数、発熱の有無、口渇や倦怠感の程度等)及び検査結果(電解質等)等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、輸液による矯正を行う。
脱水症状に対する輸液による矯正	医師の指示の下、手順書により、身体所見(尿量、比重の変化、心電図モニター所見等)、検査結果(動脈血酸素飽和度(SpO ₂)等)等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、輸液による矯正を行う。
感染徴候がある者に対する薬剤の投与量の調整	医師の指示の下、手順書(スライディングスケール)は除き、身体所見(口渇、冷汗の程度、食事摂取量等)及び検査結果(血糖値等)等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、インスリンの投与量の調整を行う。

特定行為	特定行為の概要
硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整	医師の指示の下、手順書により、身体所見(疼痛の程度、嘔気や呼吸困難の有無、血圧等)、術後経過(安静度の拡大等)及び検査結果等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、硬膜外カテーテルからの鎮痛剤の投与及び投与量の調整を行う(患者自己調節鎮痛法(PCA)を除く)。
持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整	医師の指示の下、手順書により、身体所見(動悸の有無、尿量、血圧等)、血行動態及び検査結果等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、持続点滴中のカテコラミン(注射薬)の投与量の調整を行う。
持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロロの投与量の調整	医師の指示の下、手順書により、身体所見(口渇や倦怠感の程度、不整脈の有無、尿量等)及び検査結果(電解質、陰極平衡等)等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロロ(注射薬)の投与量の調整を行う。
持続点滴中の降圧剤の投与量の調整	医師の指示の下、手順書により、身体所見(意識レベル、尿量の変化、血圧等)及び検査結果等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、持続点滴中の降圧剤(注射薬)の投与量の調整を行う。
持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整	医師の指示の下、手順書により、身体所見(食事摂取量、栄養状態、尿量、水分摂取量、不感蒸散量)等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、持続点滴中の糖質輸液、電解質輸液の投与量の調整を行う。
持続点滴中の利尿剤の投与量の調整	医師の指示の下、手順書により、身体所見(口渇、血圧、尿量、水分摂取量、不感蒸散量)等及び検査結果(電解質等)等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、持続点滴中の利尿剤(注射薬)の投与量の調整を行う。
抗けいれん剤の投与	医師の指示の下、手順書により、身体所見(発熱の程度、頭痛や嘔吐の有無、発汗の様子等)及び既往の有無等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、抗けいれん剤を投与する。
抗精神病薬の投与	医師の指示の下、手順書により、身体所見(興奮状態の程度や継続時間、せん妄の有無等)等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、抗精神病薬を投与する。
抗不安薬の投与	医師の指示の下、手順書により、身体所見(不安の程度や継続時間等)等が医師から指示された病状の範囲にあることを確認し、抗不安薬を投与する。
抗がん剤その他の薬剤が血管外に漏出したときのステロイド薬の局所注射及び投与量の調整	医師の指示の下、手順書により、身体所見(穿刺部位の皮膚の発赤や腫脹の程度、疼痛の有無等)及び漏出したときのステロイド薬の局所注射及び投与量の調整を行う。

【まとめ】

本報告書も5冊目であり、本小児在宅医療推進会議も5年目に入る。この数年で、小児在宅医療は社会の大きな関心を集め、2013年度から始まった小児等在宅医療連携拠点事業は、2014年で一旦終了となったが、各都道府県で引き続き様々な施策が実施されている。また、小児科学会も、小児在宅医療を支える医師の人材育成事業に本格的に参入し始めた。

このように、今、小児在宅医療のシステム作りに向けてのムーブメントが起きつつあることを実感しているのは、私だけではないだろう。しかし、一方で、医療ケアが必要な子ども達の地域での増加のスピードも急増している。子ども達の数も、その医療的複雑さも年々加速度的に増大している。それは、まさしく、医療の進歩のスピードに比例しているとも言える。小児在宅医療のムーブメントは、多くの方たちの努力で急速に大きくなりつつあるが、更にもそのスピードを上げないと、在宅医療が必要な子ども達の数と質の増加には対応できないと思われる。今後は、在宅医療の対象となる医療依存度の高い子どもたちの実数の把握に基づき、実質的に社会資源をどう創っていくのかが、課題になるとと思われる。しかし、これらの子ども達をカバーする制度がない現状では、子ども達の実数を把握するのは容易ではない。身体障害者手帳、難病、療育手帳など現状の社会制度では、どれもカバーしきれない子どもたちがいるので、全数は把握できない。まずは、子ども達の定義を明確にし、それに基づき、実数を把握するシステム作りがまず必要ではないかと思われる。

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

【謝辞】

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

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

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

