

厚生労働大臣が定める疾病

- 訪問看護を週4日以上算定できる
- 一日に3回訪問看護をすることができる。
- 3つの訪問看護ステーションの利用が可能(週7日利用の場合)
- 3つの訪問看護ステーションの利用ができるが、同一日には一つの訪問看護ステーションしか算定できない。つまり、同一日に複数の訪問看護ステーションによって訪問看護が行われた場合もあらかじめ予定されていた1ヶ所しか訪問看護療養費は算定できない。



在宅医療の診療報酬の基本構造

- ① 基本診療料・初診料、再診料
- ② 在宅患者診療・指導料
 - 往診料、訪問診療料、在医総管、在宅がん医療総合診療料、訪問看護指示料
- ③ 在宅療養指導管理料
- ④ 薬剤料・注射薬
- ⑤ 特定保険医療材料料・創傷被覆材など
- ⑥ その他
 - 診療情報提供料、検査料など

保険診療における往診と訪問診療

往診とは患者からの求めがあってから患者に赴くことで、計画的な医学管理のもとに定期的に患者に赴く訪問診療とは異なる。

往診料と在宅患者訪問診療料の比較

	往診料	訪問診療料
実施	患者の求めに応じて実施	計画的な医学管理のもと定期的に訪問
算定回数	そのつど(1日に2回以上算定可)	1日につき(高齢等々の患者、後日訪問の強いになる場合を除き原則として週3回が限度)
算定の制限	特になし	初診料を算定する初診の日および往診料を算定した翌日までは算定不可(支援診療は別を参照)
診療料等の同時算定	診療料(初診料、再診料)外管理加算は別に算定可	再診料、外管理加算、往診料は包括されているため算定不可
点数	720点	1、同一建物居住者以外 830点 (8歳未満は+60点) 2、同一建物居住者 200点 (8歳未満は+60点)
緊急加算等	緊急加算、夜間加算、深夜加算あり	なし
診療時間加算	あり	あり
算	同一日に往診と訪問診療を行ってもいずれか一方の点数しか算定できない。(病状変化による訪問診療等の後の往診を除く)	

※在宅診療・連携医療機関、在宅病院が24時間緊急対応を行っている場合には、往診の翌日の訪問診療についても訪問診療料の算定ができる。

在宅療養支援診療所と在宅療養支援病院

- 24時間連絡を受ける医師または看護師を指定
- 24時間往診、訪問看護ができる体制の確保
- 連絡先と担当医師・看護師の氏名などを患者に文書で提供
- 緊急入院受け入れ体制の確保
- 地方厚生局長に年1回在宅看取り数を報告
- 届け出可能な医療機関は診療所、200床未満の病院(病院は半径4km以内に診療所がない場合は200床以上でも可能)

機能強化型の在支診、在支病

- 在宅医療を担当する常勤医師3名以上
- 過去1年間の緊急の往診実績5件以上
- 過去1年間の在宅看取り実績2件以上
- 複数の医療機関が連携して上記の要件を満たす場合も可。その場合は以下の要件を満たす必要がある
 - 患者からの連絡先の一元化
 - 月1回以上のカンファレンス
 - 連携する医療機関は10ヶ所未満
 - 病院が入る場合は200床未満

機能強化型の在支診、在支病の報酬

項目	在支診、在支病以外	在支診、在支病	機能強化型在支診、在支病(病床なし)	機能強化型在支診、在支病(病床あり)
往診料緊急加算	325点	650点	750点	850点
往診料夜間加算	650点	1300点	1500点	1700点
往診料深夜加算	1300点	2300点	2500点	2700点
訪問診療在宅ターミナルケア加算	3000点	4000点	5000点	6000点
訪問診療看取り加算	3000点	3000点	3000点	3000点
訪問診療死亡診断加算	200点	200点	200点	200点
在宅時医学総合管理料処方なし	2500点	4500点	4900点	5300点
在宅時医学総合管理料処方あり	2200点	4200点	4600点	5300点

在宅時医学総合管理料

- 在宅時医学総合管理料は在宅医療を行う医療機関の柱となる診療報酬
- 以下算定要件
 - 在宅療養計画に基づき月2回以上継続して訪問診療（往診含む、ただし初診料を算定する往診は除く）を行った場合
 - 当該患者に関して一つの医療機関が算定



在宅時医学総合管理料の加算

- 重症者加算1000点：月4回以上の往診または訪問診療を行った場合算定可能 以下が要件
 - 末期の悪性腫瘍
 - 在宅酸素療法指導管理の対象であって、ドレーンチューブまたは留置カテーテルを使用している患者
 - 在宅酸素療法指導管理と在宅中心静脈栄養指導管理など2つ以上の指導管理の対象
 - 在宅酸素療法指導管理の対象であって、人工肛門または人工膀胱を使用している患者
- 在宅移行早期加算100点：在宅医療に移行後在宅総管を算定した月から3カ月以内月1回算定（在宅移行1年以内の患者）

在医総管に含まれる費用

- 在医総管を算定する場合は以下の管理料が算定できない。
 - 特定疾患療養管理料、小児科療養指導料、難病外来指導管理料、皮膚科特定疾患指導管理料、小児悪性腫瘍患者指導管理料、在宅寝たきり患者処置指導管理料、投薬の費用（処方箋料、外来受診時の投薬の費用）
- 治療に必要な衛生材料や保険医療材料は支給すべき 厚労省通知2003年3月31日
- 患者から実費を徴収できるサービス（厚労省通知2005年9月1日）：おむつ代、証明書代、在宅医療にかかわる交通費、薬剤の容器代、予防接種、他院から借りたフィルム返却時の郵送代

救急搬送診療料と在宅患者薬剤管理指導料

- 救急搬送診療料：在宅患者の急変時に医師が救急車に同乗した場合1300点を算定可能
 - 6歳未満 500点加算
 - 新生児 1000点加算
- 在宅患者薬剤管理指導料：薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に月2回まで算定可能 550点/回 医師が保険薬局に診療情報提供書を発行すると診療情報提供料が算定可能

在宅療養指導管理料

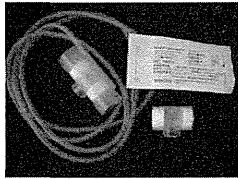
- 在宅での継続した医療機器の使用や処置を要する場合に算定
- 2つ以上の在宅療養指導管理を行っていても主となる1つの管理料を算定
- 在医総管との併算定は可能
- 退院した月は入院していた病院と在宅医療機関の両方が算定できる
- 治療に必要な衛生材料は医療機関負担

在宅酸素療法指導管理料

- チアノーゼ型先天性心疾患・・・1300点
- その他の場合・・・2500点
 - 高度慢性呼吸不全・・・血中酸素分圧60mmHG以下で医師が認めた者
 - 慢性心不全でNYHAⅢ度以上で無呼吸低呼吸がある者
- 酸素濃縮装置加算（2か月2回まで）
- 酸素ポンプ加算、液化酸素装置加算
- 算定に当たっては動脈血酸素分圧かパルスオキシメーターによる酸素飽和度の測定月1回必要

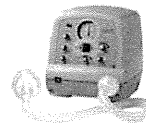
在宅気管切開患者管理指導料

- 在宅気管切開患者指導管理料・・・900点
- 人口鼻加算・・・1500点



在宅人工呼吸指導管理料

- 在宅人工呼吸指導管理料・・・2800点
- 人工呼吸器加算
 - 陽圧式人工呼吸器・・・7430点 通常の呼吸器
 - 人工呼吸器・・・6480点 バイパップなど
 - 陰圧式人工呼吸器・・・7480点
 - 排痰補助装置加算・・・1800点 カフアシスト、ALS、筋ジストロフィー、脳性麻痺、脊髄損傷で算定可能



在宅成分栄養経管栄養法 在宅小児経管栄養法

- 在宅成分栄養経管栄養法 月1回 2500点
 - 注入ポンプ加算 1250点
 - 在宅経管栄養法用栄養管セット加算 2000点
 - 対象薬剤はエレンタール、エレンタールP、ツイラインのみ
 - 胃瘻などの経管栄養をしているだけでは対象外
- 在宅小児経管栄養法 月1回 1050点
 - 注入ポンプ加算 1250点
 - 在宅経管栄養法用栄養管セット加算 2000点
 - 経管栄養をしている小児(15歳未満、15歳以上で15歳未満から経管栄養を継続し体重20kg未満)
 - 対象薬剤の定めはない

在宅中心静脈栄養法指導管理料

- 在宅中心静脈栄養法指導管理料・・・3000点
 - 在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算・・・2000点
 - 注入ポンプ加算・・・1250点
 - 特定保険医療材料
 - 在宅中心静脈栄養用輸液セット
 - 本体・・・1930円
 - フーバー針・・・400円
 - 輸液バッグ・・・400円
- 中心静脈注射の費用は算定不可
- 輸液セットの費用は一月に6組まで、7組以降は特定保険医療材料で算定
- 院外処方・・・薬局に無菌調剤クリーンベンチが必要

在宅患者訪問点滴注射管理指導料 在宅患者緊急時等カンファレンス料

- 在宅患者訪問点滴注射管理指導料 60点 週1回
 - 医療機関または訪問看護ステーションの看護師に1週間のうち3日以上以上の点滴を行った場合に算定
 - 3日以上実施できなかった場合も薬剤料は算定できる
- 在宅患者緊急時等カンファレンス料 200点月2回
 - 訪問診療を実施している医師が患者の状態の変化などに際して患者を定期的に訪問している歯科医師、薬剤師、看護師、ケアマネージャーなど他の医従事者と共同でカンファレンスを行った際に算定できる

退院時共同指導料

- 入院中の患者に在宅医療機関の医師または看護師が病院に赴き、病院の医師、看護師と共同して行った場合に入院中1回のみ算定可能(医療デバイスがついていると2回算定可能)
 - 共同指導料1:受け手の診療所 在支援 1000点 それ以外600点
 - 共同指導料2:入院中の病院:300点
 - 医師共同指導加算300点:入院している病院の医師が、他の医療機関の医師、看護師、歯科医師、薬剤師、訪問看護ステーションの看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、ケアマネージャーのいずれか3者以上と共同した時

2013.11.17 小児在宅支援に関わる多職種合同セミナー

在宅重症児のその家族との コミュニケーション、遊びを考える

作業療法士 岸本光夫

I はじめに

近代医学の発展の中にあっても、重症児の思いを理解することは難しく、生活支援の課題は山積み。

我々の役割は、

- ① 問題点を指摘するのではなく、対象児の潜在能力を浮き彫りにし、家庭生活に貢献していくことにある。
- ② さらに家族の中にいる子どもという視点で、家族が楽しく暮らせる支援が大切。
- ③ そのために、対象児・家族とのコミュニケーション技術は重要。

⇒ 家族中心理論と生態学的理論

II なぜコミュニケーションが重要なのか

子どもが周囲を理解すると同時に、快適さを求め、ほしいものを手に入れ、楽しく遊び、成長を続けていくためである。

我々受け手のコミュニケーションスキルが重要

① コミュニケーションの構成要素

- (ア) メッセージを送る契機
- (イ) メッセージの伝え方
- (ウ) メッセージの理解

② 定位反応 (注目的反応)、予測的・期待的反応、催促反応、能動的かかわり行動を促す

- ☆コンピテンスの発達がコミュニケーションの鍵
- ☆コミュニケーションの基本はタイミング

III 事例を通し学ぶこと

1. 子どもとのコミュニケーションの進め方

- ポイント①: 「無反応な子ども」ではなく「反応の分りにくい子ども」
- ポイント②: ストレス反応と適応反応を観察することがコミュニケーションの鍵
- ポイント③: 家族の係り方を参考にする

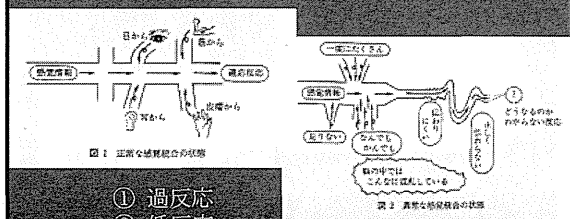
2. 両親・家族とのコミュニケーションを円滑にするために

- ポイント①: 母親にも発達障害があることの認識
- ポイント②: 訪問 (子どもと過ごす時間) を楽しむこと
- ポイント③: 子どもと家族がもっている利点を目を向け、それを表現し、順察に欣賞する

覚醒状態の分類 (ブラセルトン1988より)

状態1	閉眼した規則正しい呼吸での睡眠 眼球運動、自発運動はない
状態2	閉眼した浅い睡眠。呼吸は不規則 わずかな自発運動
状態3	開眼し、眠そうな反居眠り状態 刺激に対し、覚醒レベルが上がる
状態4	覚醒しているが、自発運動は少ない 感覚刺激に対し、注意を向ける
状態5	覚醒し、外部刺激に対し大きく反応 ぐずって声を出す
状態6	啼泣状態 外部刺激を受けつけがない

様々な感覚の調整の難しさに対する理解



- ① 過反応
- ② 低反応
- ③ 感覚探求

対象児が、レのようことで環境を把握しているが刺激への反応が大切

行動規範の再考(2015年10月)

重症児の刺激に対する反応（行動）様式

- ① 自己調節に向かう合図
- ② 自己調節に対処する合図
- ③ ストレス反応

重症児に見られるストレス徴候

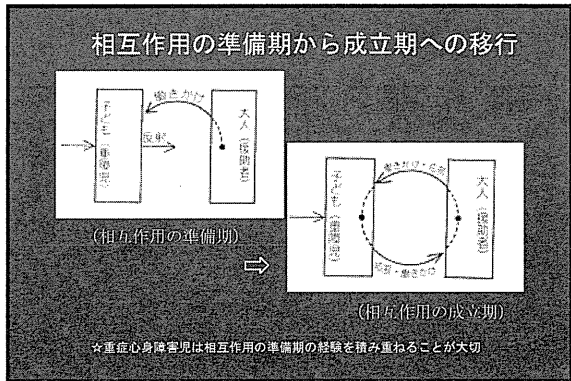
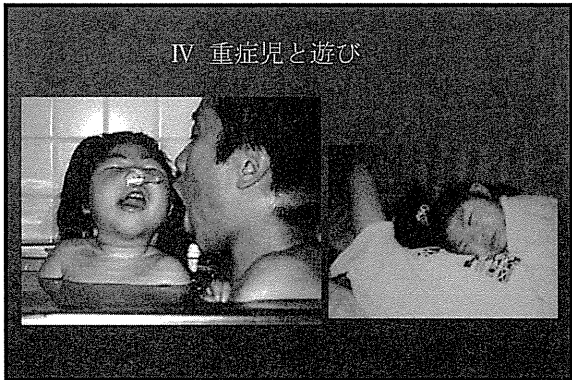
- ① 注意/相互作用のストレス徴候
- ② 行動覚醒状態のストレス徴候
- ③ 運動的ストレス徴候
- ④ 生理的（自律的）ストレス徴候

→ 我々は、常に自分（環境）が与えている刺激の意味を
自覚できる必要がある



「微弱」とされる発信をつかんでいくために

- ① 不快反応の特徴、その契機、対処方法を把握していく
- ② とりあえず、不快反応が積み重ならないように働きかける
- ③ 働きかけの中で対象児（者）の定位反応や期待反応とその仕草を理解していく
- ④ 「仮説」をたてる。～をしたら○○をするのではないかと
○○の仕草は●●なのではないかと
- ⑤ 「仮説」に基づいて、働きかけを継続し、因果関係を確かめる
- ⑥ 「仮説」の検証・修正



重症児の遊びの支援

なぜ子どもは遊ぶのか？

古典的おそし理論

1. 剰余エネルギー説
2. 気晴らし・エネルギー再生説（リラックス理論）
3. 練習・準備説（プラクティス理論）

どんな遊びでも目標を成就することと関係はあるが、
重要なのは成就する過程である。
（リチャード・ダットナー）

遊びを援助する上での全般的な留意点

- ① 出来栄ではなく、試行錯誤できる自由
- ② 繰り返しが可能な充分な時間の確保
- ③ 自分で遊べた有能感と達成感

参与観察による「重症児の遊び」の印象 (岸本)

遊んでもらう中で遊びらしくなる
介助者が楽しんでいることが条件
介助者の調節的な関わりが、遊びの出会いと発展に影響する
「とぎれ」と「かすり」の関係 (Brazelton 1981) は、多く観られる。
不快刺激は快刺激 (快経路) と組み合わせると遊びらしくなる。
子どもの遊びは子どもの特徴をよく知る介助者によって伝承される。

① 人との遊び

家族が子どもの反応を楽しむ遊び
定位的遊び (気づかせる、戸惑わせる)
笑顔を引き出す遊び
期待・予測を引き出す遊び
コミュニケーション (相互作用) を楽しむ遊び
人に働きかける遊び

② 物との遊び

物との出会い
物への定位 (気づき)
反復・再現・変化
物のもつ感覚的印象の強化
感覚間の総合

重症児との心を繋ぐコミュニケーション

- ① セラピストの志向性 (君がいて僕がいる)
- ② セラピストの映し返し (受け手効果)
- ③ 対象者とセラピストの感情のチャンネル (情動共有)
- ④ コミュニケーションの基底にある力動感 (何を大切にするの? 今でしょ。)

笑いの効用

- ① 免疫力・自然治癒力が高まる
- ② ストレスが解消される
- ③ 脳を活性化させ、ひらめきを与える
- ④ 人間関係が円滑になる
- ⑤ 緊張を緩和し、リラックスさせる

<笑いの療育> 笑いの療育を楽しむ

V 終わりに (重症児とは?)

- ① 「生命力」をもっている
- ② 生涯「発達する力」をもっている
- ③ 価値ある人、無くてはならない存在

→ 新しい価値の創造

☆ 実践の歴史

「この子らを世の光に」(糸賀一雄)
「天寿を全うする医学 (第5の医学)」(小林堤樹)

重度な障害をもたらす特性

- ① コミュニケーションが妨げられている
- ② 自己理解が困難である
- ③ ストレスの回避が困難である
- ④ リズムがでにくい

(ヘルツカ1970)

屋台プログラム③

10:50～11:35

第1会場（ホール） ヘルパー部会	第1会場（ホール） 看護部会	第2会場（100会議室） 医師部会	第3会場（109会議室） リハ部会
つぶれないために ～介護事業所の運営・ 地域連携マネジメント～ （戸枝陽基）	育ちへの支援 ～子どもたちは 何を感じているのかな～ （梶原厚子）	医療デバイス概論と実技① 気管カニューレの交換 （島津智之・高田栄子）	呼吸リハビリテーション （緒方健一、他）

つづれないために
～介護事業所の運営・地域連携マネジメント～

戸枝 陽基 (とえだ ひろもと)
NPO法人 ふわり
社会福祉法人 むそう 理事長

感想など、こちらまで。
全部読みますが返信できないこともあります。
とえだ Email hiromoto@toeda.org

ノーマライゼーションの理念

- 障害者の住居、教育、労働、余暇などの生活の条件を、可能な限り障害のない人の生活条件と同じにする(=ノーマルにすること)。
- ①1日のノーマルなリズム②1週間のノーマルなリズム③1年間のノーマルなリズム④ライフサイクルを通じてノーマルな発達のための経験をする機会を持つこと⑤願望や自己決定の表現に対してノーマルな尊厳が払われること⑥男女両性の世界で暮らすこと⑦他の市民と同じノーマルな経済水準が保障されること⑧ノーマルな環境水準が保障されること(両親や職員の環境水準もノーマルであること)

ベングト・ニリエ BengtNirrie スウェーデン

施設・在宅・地域を定義する

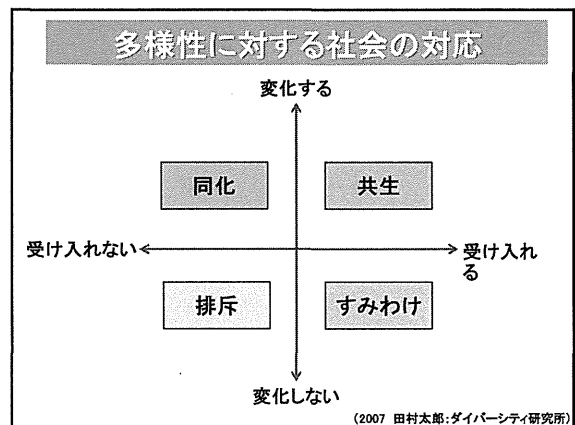
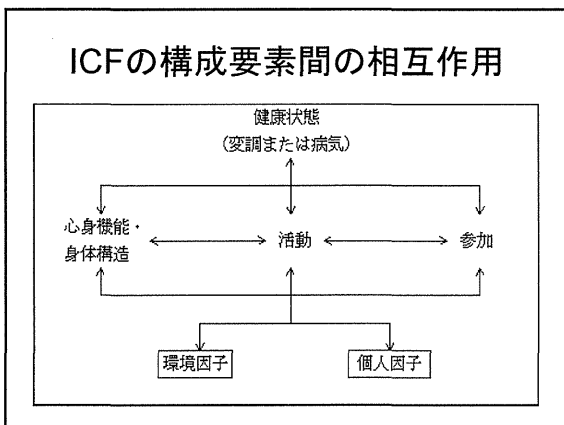
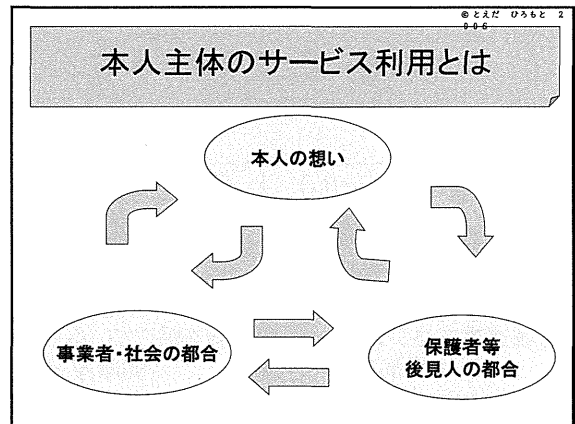
- 施設支援は 大きな人数 他人に支援
- 在宅支援は 小さな人数 家族に支援
- 地域支援は 小さな人数 他人に支援

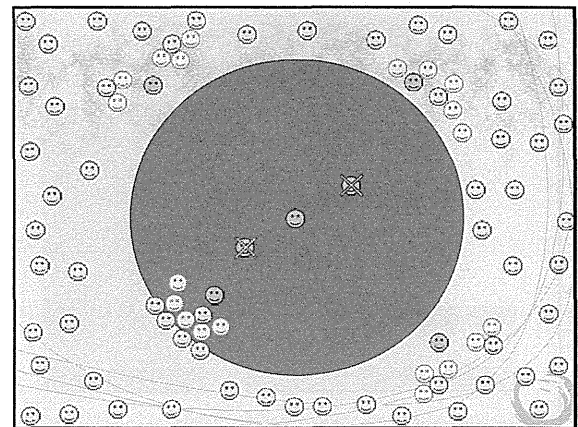
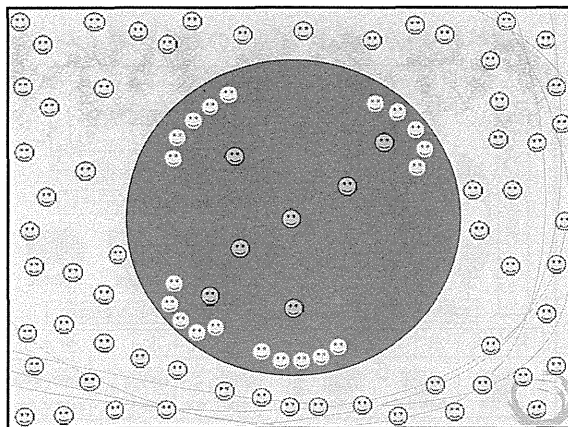
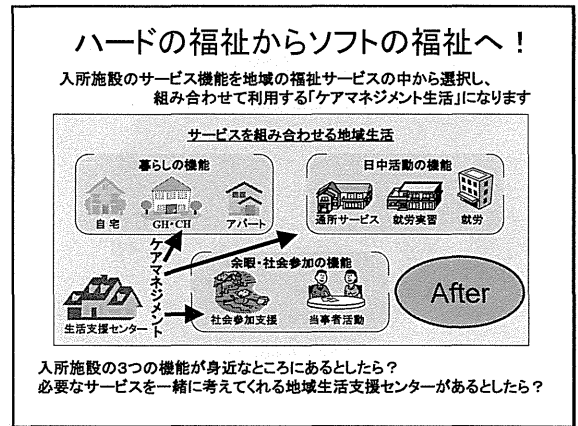
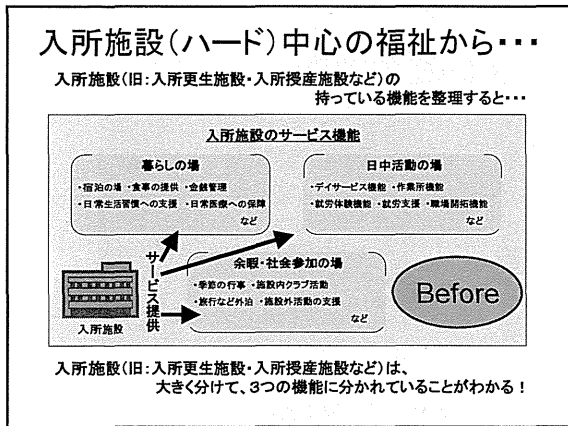
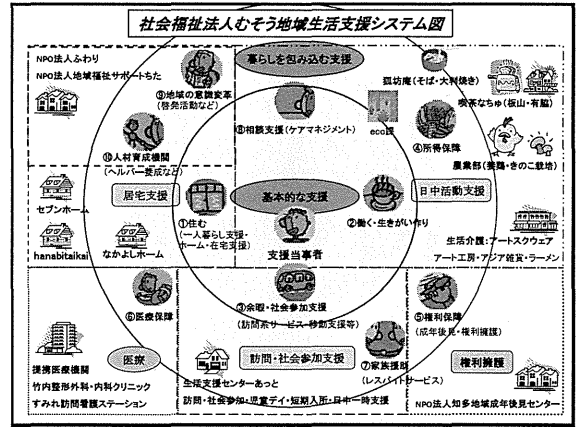
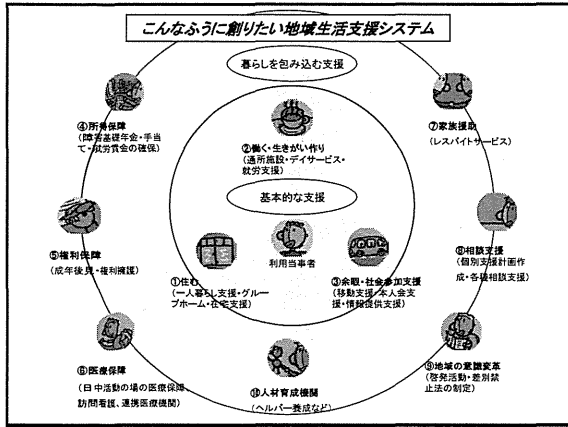
大規模処遇はノーマライゼーションの理念に沿わないため批判されている。

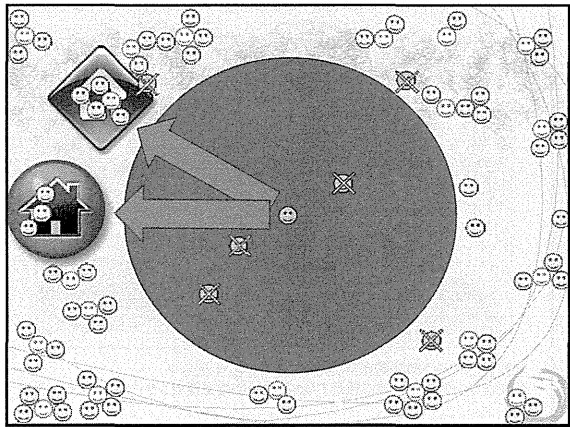
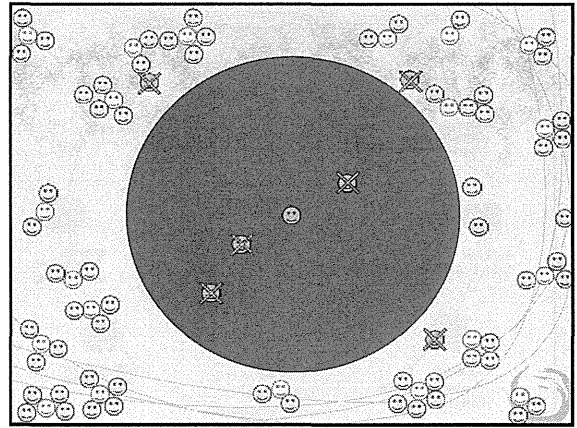
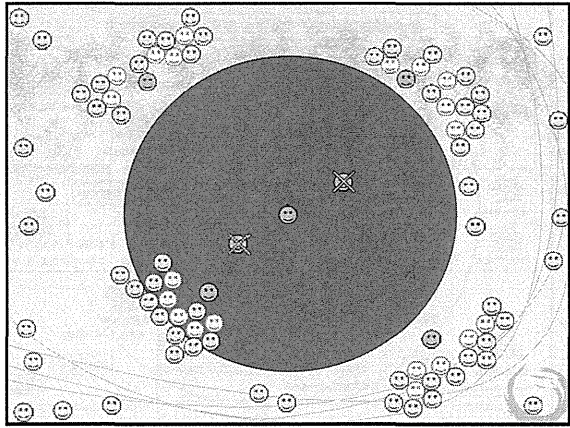
在宅支援は、家族という介護力を前提とし、それが壊なれた場合にその生活は終わってしまう。また、家族のノーマライゼーションが損なわれる。

介護保険制度でも在宅支援と同量の家族介護が行われている。

日本も地域支援を！ 家族介護から個別支援へ！







3つの柱になるサービスで地域で支える

0時.....9時.....16時.....18時.....24時

	<居住系>	<日中系活動系>	<訪問系>	<居住系>
月	GH・CH	生活介護 就労移行 就労継続	GH・CH	GH・CH
火				
水				
木				
金				
土				
日				
	ホームヘルプ ガイドヘルプなど			

