

生にはばらつきがあると同時に、大阪府に近い地域では大阪府の病院に患者が通院していることがこの調査の限界と考えられた。兵庫県では、在宅で暮らしている小児は、2007 年の調査と比較して、7 年間におおよそ 6 倍に著増していた。

- 3 医療的ケア・全国マッピング調査：医療的ケアの必要な人たちへの地域支援ネットワーク創造のための調査（日本小児神経学会社会活動委員会：2014 年、脳と発達 46）³⁾
杉本らが日本小児神経学会社会活動委員会で、北海道、仙台市、新潟県、富山県、石川県、福井県、京都府、岐阜県、愛知県、鳥取県、北九州市、佐賀県で、年齢 20 歳未満の超重症心身障害児の在宅患者数の調査を行い、奈良県、岡山県、福岡県、熊本県の最近の調査を加えて、報告した。

	北海道	仙台市	新潟県	富山県	石川県	福井県	京都府	岐阜県
患者数	1411	330	269	363	421	240	942	377
総人口(万人)	551	104	238	109	117	81	264	206
人口 1 万人あたり	2.6	3.2	1.1	3.3	3.6	3.0	3.6	1.8
	愛知県	鳥取県	北九州市	佐賀県	奈良県 (在宅)	岡山県	福岡県 (在宅)	熊本県 (在宅)
患者数	997	245	177	241	210	223	577	406
総人口(万人)	741	59	97	85	128	195	507	182
人口 1 万人あたり	1.3	4.2	1.8	2.8	1.6	1.1	1.1	2.2

残念ながら、小児在宅患者のみを把握した調査ではありませんが、超重症心身障害児の在宅患者数に関して、大きな地域差があることが明らかになった。

- 4 大阪府内重症心身障がい児者数調査⁴⁾

大阪府では平成 24 年に福祉部障がい福祉室地域生活支援課が知事重点事業であるとして重症心身障がい児者地域ケアシステム整備事業の中で、大阪府内の重症心身障がい児者数調査を行った。「重症心身障がい児者」を、重度の身体障がい（身体障害者手帳 1 級又は 2 級）と重度の知的障がい（A 判定）が重複している者とした。総数 7916 人で、18 歳未満は約 30%。90%以上の 7257 人が在宅で生活し、18 歳未満では 2292 人が在宅で生活していた。18 歳未満では、全人口 1 万人あたり 2.6 人の重度の身体障がい児が自宅で生活していることになる。この人数は、全国的に見ても際立って多い数であり、身体障害者手帳と重度高度の知的障害から小児在宅患者を把握することに限界があることが示唆された。

- 5 群馬県での医療依存児者の把握⁵⁾

群馬県では、群馬県県庁医事課及び群馬大学教育学部が、平成 25 年度小児等在宅医療連携拠点事業の中で、「医療ニーズの高い小児の実数把握および福祉ニーズ調査」を

行い、重症心身障害児者（児童相談所から）、学校における医療的ケア対象者（特別支援学校から）などにアンケート用紙を配布した。18 歳以下の回答者は 115 人、医療的ケアを要する児は 78 人（68%）いたが、地域における在宅医療の基盤整備に加え、特に福祉サービスの充実が急務であることがわかった。しかし、この調査では 6 歳未満の未就学児の回答は 13 人と、未就学児調査の困難さが明らかとなった。今後の「医療ニーズの高い児の調査」にあたっては、保健師や相談員の情報集約に加え、市町村の福祉機器などの助成の状況、中核病院の在宅管理料、教育委員会の情報などを多角的に網羅する必要がある。しかし、それらの調査はすでに行われており、「医療ニーズという視点」を意識づけることで把握することができる。

6 熊本市、熊本県（熊本市を除く）での重症心身障がい児者生活実態調査^{6) 7)}

大阪府と同様に、「心身障がい児者」を、重度の身体障がい（身体障害者手帳 1 級又は 2 級）と重度の知的障がい（A 判定）が重複している者として調査を行った。熊本市では、18 歳未満の障害児は 160 人でうち、在宅医療的ケア障害児 49 人で、全人口 1 万人あたり 0.7 人の医療的ケアを必要とする重度の身体障がい児が自宅で生活していることになる。

一方、熊本県（熊本市を除く）では、18 歳未満の障害児 205 人、在宅障害児 123 人、在宅医療的ケア障害児 66 人で、全人口 1 万人あたり 0.4 人の医療的ケアを必要とする重度の身体障がい児が自宅で生活していることになる。熊本市を入れた熊本県全体では、全人口 1 万人あたり 0.45 人の医療的ケアを必要とする重度の身体障がい児が自宅で生活していることが明らかになった。熊本県内でも、熊本市とそれ以外では自宅で生活している、医療的ケアを必要とする重度の身体障がい児の数に大きな差が見られた。

7 長野県での重症心身障がい児者生活実態調査⁵⁾

平成 25 年度小児等在宅医療連携拠点事業の中で、全県の詳細かつ正確な「重症心身障がい児実数把握」を行った。地域保健師と障害者相談支援専門員の持つデータ統合による実数把握を試みたが、重症心身障がい児の概念に対する理解度の差からデータの一致率が極端に低かった。小児在宅医療患者数の把握を試みた結果、訪問看護師、相談支援専門員、保健師間で超重症児スコアの評価が一定せず、正確な評価ができず、未就学児の把握が困難であることが指摘された。19 歳未満の障害児は 392 人で、1 万人あたり 11 人（19 歳未満）、1 万人あたり 1.8 人（全人口）であった。

8 埼玉県での医療依存児者の把握⁵⁾

平成 25 年度小児等在宅医療連携拠点事業の中で、埼玉県の地域別の患者数の把握を行った。患者の把握の漏れをなくするために、医療機関側の調査と、行政機関からの調

査を行った。さらに、小児在宅医療患者の小児慢性特定疾患意見書の約 1/3 が県外の病院、特に東京都の病院から提出されていたため、県外の医療機関を受診している患者も把握するために、県外の小児科で埼玉県在住の小児在宅医療患者の小児慢性特定疾患意見書を提出している 23 施設（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 1 病院）に調査用紙を送付した。

● 医療機関側の調査

医療機関側からの調査としては、以下の在宅療養指導管理料と診療録より抽出した。すなわち調査月前の 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もしくは診療録で下記在宅指導管理にあたる医療デバイスを使用している患者が抽出された。

- ①在宅人工呼吸指導管理料（C107）
- ②在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料（C107-2）
 - ③在宅気管切開患者指導管理料（C112）
 - ④在宅酸素療法指導管理料（C103）
 - ⑤在宅中心静脈栄養法指導管理料（C104）
 - ⑥在宅小児経管栄養法指導管理料（C105-2）
 - ⑦在宅寝たきり患者処置指導管理料（C109）

● 行政機関からの調査

県内 15 カ所の保健所に提出された小児慢性特定疾患意見書に在宅医療の記載のある患者を抽出した。

在宅医療患者の総数 395 名

在宅人工呼吸管理患者数は 122 名

行政機関からの調査の問題点

患者総数が県内調査の約 2/3 であった

意見書は平成 26 年 12 月までの改定前のものを使用したため

小児慢性特定疾患の意見書 11 種類のうち在宅医療の記載の項目のあるものが、呼吸器疾患、神経・筋疾患、消化器疾患のみであり、心疾患意見書で申請している患者、例えば先天性心疾患で在宅酸素療法を行っている患者などは抽出されなかった。

小児慢性特定疾患の意見書の申請をしていない患者、例えば経鼻経管栄養だけの患者なども抽出されなかった。

● 医療機関側の調査と、行政機関からの調査を組み合わせた結果

18 歳以下の在宅医療を必要とする小児が 702 名/130 万人（5.5 人/1 万人、全人口では 1 人/1 万人）、6 歳未満は 316 人（45%）、呼吸管理を必要とする患者 218 名であった。

9 東京都世田谷区が実施した実態調査⁸⁾

世田谷区では、世田谷区と、社会法人むそうの共同事業として調査を行い、その調査に、医療、介護、教育も協力する形で、在宅医療を必要とする患者を把握するための実態調査を行った。

調査の概要

調査名	在宅で医療的ケアを必要とする方へのアンケート調査
調査対象	以下の条件全てを満たす者 <ul style="list-style-type: none"> ■ 世田谷区在住 ■ 医療的ケアを継続的に必要とする(障害者手帳を取得していない場合を含む) ■ 平成27年3月31日時点で65歳未満 ■ 現在、在宅で生活している(施設入所中・長期入院中は除く)
調査方法	<ul style="list-style-type: none"> ■ 調査票を郵送、または、手交で配布 ■ 郵送回収
調査時期	平成26年10月～平成27年2月

※「医療的ケア」の範囲※

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

行政としての把握対象

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

調査対象者の人数・回収数

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

		合計	18歳未満	18歳以上
世田谷区役所	今回の調査に該当する可能性が高い者※1を区保有のデータから抽出し、発送。	200	75	125
訪問看護ステーション(区内十ヶ所のある他区※2)	関わっている患者の5名、区の抽出基準に該当する状態様であったが、区から調査票が届いていない者に相成対応時等に手交。	15	5	13
東京国立光明特別支援学校	特別委員会、医療的ケアが必要な世田谷区在住の児童・生徒の保護者に手交。	50	50	0
国立成育医療研究センター	在宅医療管理診療科を決定している※3世田谷区在住の外来患者に発送。	243	189	54
全国重症心身障害児(者)を守る会	世田谷区在住の会員全員に手交、または発送。	82	10	72
重症心身障害児療育相談センター	センター利用者であったが、全国重症心身障害児(者)を守る会会員でない世田谷区在住の者に手交。	10	10	0
世田谷区医師会 五川医師会	区の抽出基準に該当する状態様であったが、区から調査票が届いていない世田谷区在住の外来患者に手交。	0	0	0
合計配布数		603	339	264
回収数		204	127	77

※6歳未満は 50人(40%)

世田谷区では、医療的ケアが必要な人は、18歳未満で127人以上(1万人あたり10人)、18歳以上で77人(1万人あたり1人)、全人口では、18歳未満の在宅患者は1万人あたり2.3人であったがすべての患者が返信していないために実際はもっと多いと推測された。

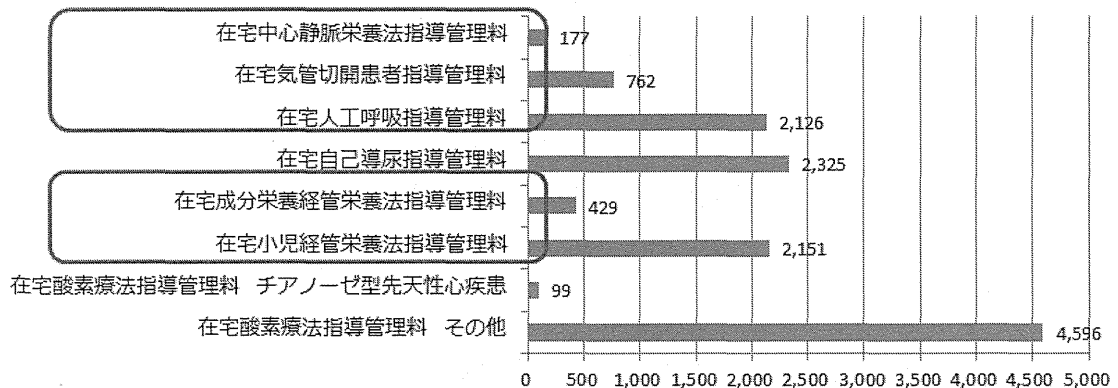
埼玉県と世田谷区の比較

	埼玉県	世田谷区
総人口(人)	726万	88万
18歳未満人口(人)	130万	12万
在宅で医療的ケアが必要		
18歳未満(人)	702	127
6歳未満(人)	316	50
18歳未満(1万人あたり人)	5.5	10
全人口(1万人あたり人)	1	1.4
呼吸管理が必要		
18歳未満(人)	218	86
6歳未満(人)	93	21
18歳未満		
人工呼吸(人)	118	40
気管切開(人)	100	46
6歳未満		
人工呼吸(人)	71	9
気管切開(人)	42	17

C. 医療報酬より推測される医療依存児者数

これまで行われてきた、様々なアンケート調査では、結果がアンケート返却率によって大きく変わる可能性がある。さらに、個人情報保護の問題、アンケートの配布、回収、まとめに多くの予算と、時間がかかるという問題もある。そこで、毎年6月審査分として、全国の保険医療機関及び保険薬局から社会保険診療報酬支払基金支部（以下「支払基金支部」という。）及び国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）に提出され、審査決定された医療保険制度の診療報酬明細書及び調剤報酬明細書を調査の対象として行われている「社会医療診療行為別調査」の結果を用いて、日常的に医療ケアが必要な「医療依存児」数を推測することができる。6月に審査されない患者は把握できないが、0～19歳の患者における在宅療養指導管理料の算定件数を組み合わせることで、制度の高い「医療依存児者」の数の把握が行えた。

平成 25 年度社会医療診療行為別調査を用いた算出では、



医療的ケアを必要とする小児在宅患者数を下記の①+②と考えた場合、12,665人となる（人口1万人あたり1.0人、0～19歳で人口1万人あたり5.6人）。

① 小児在宅患者の中で、超・準超重症児に相当すると思われる患者数 5645人(0.46)
=0～19歳で人工呼吸、経管栄養、気管切開、中心静脈栄養を要する小児患者

② 医療的ケアを必要とするが超・準超重症児に相当しない患者数 7020人(0.54)
=自己導尿が必要2,325人+在宅酸素が必要4,695人

※ 在宅自己注射を必要とする小児患者2.2万人については、今回は対象外とした。

D. これらの調査より予想される医療的ケアを必要とする小児在宅患者数

現在の日本の人口は12,730万人で、18歳未満の人口は2000万人（19歳以下：2247万人）である。在宅で医療的ケアを必要としている18歳未満の数が、18歳未満の人口あたり5人/1万人、総人口1万人あたり1.0人だとすると、全国で1万から1万3千万人、18歳未満の人口あたり10人/1万人、総人口1万人あたり2.0人だとすると、全国で2万から2万6千万人という計算になる。世田谷区は日本でも特に小児在宅患者が多い地区であり、

小児在宅患者数は、地域差が大きいことを考えると、現時点では、全国で 12.000 人から 13.000 人ぐらゐの医療ケアを受けながら自宅で生活している子どもたち「医療依存児」がいると推定される。

E. 医療依存児者の把握の問題点

1. 医療依存児者、高度医療依存児者の定義

身障害児者（重症児）や、超重症児、準超重症児に限定せずに、日々の健康の維持のために日常的に医療ケアが必要な「医療依存児者」の現状を把握するためにはまず定義と、年齢を明確にする必要がある。

「医療依存児者」の定義は、世田谷区が規定した下記の定義が妥当と考えられる。

※「医療的ケア」の範囲※

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

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

今回、研究班で検討を行っている「高度医療依存児者」の定義は、**医療依存度が高い**ために**常時見守りが必要**な児者という二つの因子を持った児者である。しかしこれまでの調査では、**医療依存度が高い**ことに焦点を当てた調査は行われてきたが、それに加えて、**常時見守りが必要**ことに焦点を当てた調査は行われていない。さらに、今後、高度医療依存児者の支援を考えたときに、**児の病態に対しての家族の介護力**も考えてゆく必要がある。

小児の定義

「青少年」と区別する場合の「子供」は、概ね 12 歳までで、「青年」と区別する場合は、概ね義務教育満了（15 歳）までである。平成 19 年 5 月に、日本国憲法の改正手続きに関する法律が成立し、平成 30 年 6 月 21 日以降に期日がある国民投票から、年齢 18 歳以上のものは、国民投票の投票権を有することとなった。児童福祉法の児童、総合支援法、年少者、児童の権利に関する条約の児童では従来より、児童は 18 歳未満と規定されている。障害児についても、障害のある「児童」とされている。現在、年齢 20 歳未満を、児童としている公職選挙法、民法、少年法その他の規定に関しても、子どもは 18 歳未満に引き下げる動きが進んでいる。

年齢別人口では年齢が 1 歳違えば、人口は 1 割変わる。文部科学省の医

療的ケアが必要な児童数（小学校から中学）全国調査では、6 歳から 16 歳未満の医療ケアが必要な数が把握されているが、小学生までの 0 歳から 6 歳未満の医療ケアが必要なこどもの数は把握されていない。また、社会医療診療行為別調査を用いる場合には、0～19 歳の患者を把握することは可能であるが、1 歳ごとの患者把握は難しい。

2. 医療依存児者の把握方法

従来の身体障害者手帳および療育手帳受給者では把握できない。手帳を受けることができない乳児も把握できない。アンケートなどの手法を用いると、医療、行政、福祉、教育側からの調査が必要であるが、個人情報への壁の問題もある。病院のデータは必要だが、地域によっては自治体を越えた、広域の医療機関を把握する必要がある。今後、在宅医が増えた場合、在宅医を利用している対象者を把握する必要がある。病院は、在宅医にかかりつけ医をお願いしているケースもデータの摺合せをする必要がでてくる。日常的に医療ケアが必要な小児が利用できる資源が増えれば、医療型障がい児入所施設などの、他施設の利用者の把握も必要になる。自治体が把握している情報として、世田谷区の調査で、世田谷区が持っていた情報は、小児在宅患者を把握するうえで非常に重要と考えられた。

F. 今後の方向性

「社会医療診療行為別調査」の結果を用いて、0～19 歳の患者における日常的に医療ケアが必要な「医療依存児」数を把握するのは非常に有効な方法であると考えられた。この方法では、6 月に審査されない患者は把握できないが、比較的把握しやすい方法であり、毎年の推移も認識しやすい方法である。その一方で、人数などに地域差も大きいと考えられるために、地域によって状況の異なる小児在宅医療の問題の解決のためには、各地域の調査結果も必要である。教育に関してはすでに非常に精度の高いデータを集積している実績がある。さらに、市町村にも「医療依存児」数を把握するのに有効なさまざまなデータベースが存在している。患者の数だけでなく、実態を把握するためには、未熟児訪問指導や、乳児家庭全戸訪問事業などによる新生児期、乳児期の在宅患者の把握、難病相談・支援センター事業による難病を持つ在宅患者の把握、小児慢性特定疾病児童等自立支援事業による小児慢性特定疾病児童の把握に加えて、新生児期、乳児期以降の発症の患者に関しては、1 歳 6 か月児と 3 歳児検診未受診児に対する保健師の厳格な訪問が実施されることが必要である。また、医療と福祉側からの行政に対して、在宅医療を必要としている小児のデータを報告するシステムが整備されれば、より精度の高い小児在宅患者の実態の把握を行うことができるであろう。

今回の検討では、小児在宅患者に焦点を当てたが、小児期を過ぎれば医療的ケ

アが無くなるわけではない。18 歳以上でも多くの患者が在宅生活を継続しているが、加齢とともにより多くの医療的ケアが必要となるケースも存在し、小児期発症の疾患を持つ患者の成人期移行の問題は、小児在宅患者についても今後さらに大きな問題となることから、18 歳以上の医療依存児者を継続的に把握する方法についても今後検討してゆく必要がある。

G. 考察

今回の検討では、日々の健康の維持のために日常的に医療ケアが必要な（依存している）「医療依存児者」の実数調査に関して、受けている医療診療行為の観点から検討した。増加している在宅医療を必要としている小児を支援する仕組みの整備を早急に行うためには、実際に医療ケアを受けながら自宅で生活している子どもたちの状態を明らかにすることが必要である。そのためには、医療ケアの重さだけでなく、**常時見守りが必要かどうか、保護者の介護力も考慮する必要がある**。今後、地域で、医療依存児者の生活支援の仕組みを構築するためには、受けている医療ケアの面だけでなく、必要としている生活支援の面からの実態調査を行う必要があると考えられた。

参考文献

- 1 杉本健郎ら. 超重症心身障害児の医療的ケアの現状と問題点 全国 8 府県のアンケート調査. 日児誌 112 : 94-101. 2008.
- 2 杉本健郎ら. 兵庫県の医療的ケア調査・2014. 日本重症心身障害学会雑誌 40:373-380. 2015
- 3 杉本健郎. 医療的ケア・全国マッピング調査：医療的ケアの必要な人たちへの地域支援ネットワーク創造のための調査. 脳と発達 46:232-236. 2014
- 4 大阪府内重症心身障がい児者数調査. 重症心身障がい児者地域ケアシステム検討報告書 平成 25 年 3 月
- 5 小児等在宅医療連携拠点事業 平成 25-26 年度 総合報告書
- 6 熊本市における重症心身障がい児・者生活実態調査 平成 25 年度
- 7 重症心身障がい児者生活実態調査報告書. 熊本県. 平成 26 年 2 月
- 8 医療的ケアを要する障害児・者等に関する実態調査報告書。世田谷区・社会福祉法人むそう、平成 27 年 7 月
- 9 平成 27 年度 小児等在宅医療地域コア人材養成講習会

在宅医療依存児の実数調査にむけて

「医療的ケア」の範囲

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

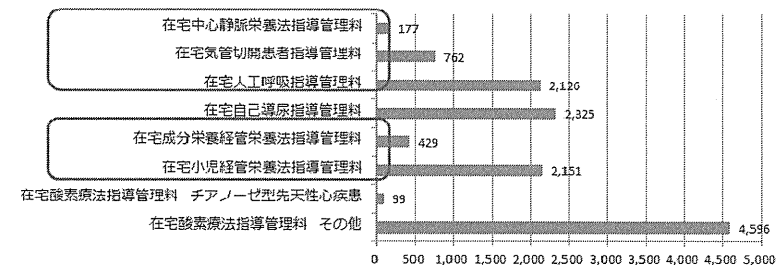
気管切開、人工呼吸器、吸引、エアウェイ、在宅酸素、経管栄養、胃瘻、中心静脈栄養、導尿、腹膜透析、尿道留置カテーテル、ストマ、腸瘻等

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

埼玉県と世田谷区の比較

	埼玉県	世田谷区
総人口(人)	726万	88万
18歳未満人口(人)	130万	12万
在宅で医療的ケアが必要		
18歳未満(人)	702	127
6歳未満(人)	316	50
18歳未満(1万人あたり人)	5.5	10
全人口(1万人あたり人)	1	1.4
呼吸管理が必要		
18歳未満(人)	218	86
6歳未満(人)	93	21
18歳未満		
人工呼吸(人)	118	40
気管切開(人)	100	46
6歳未満		
人工呼吸(人)	71	9
気管切開(人)	42	17

平成25年度社会医療診療行為別調査より



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

平成 26・27 年度厚生労働省科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進 研究事業）
小児在宅医療の推進のための研究

生活支援の制度運用のためのシステムの提案

研究分担者

奈良間美保 名古屋大学大学院医学研究科
田村 正徳 埼玉医科大学総合医療センター
小沢 浩 社会福祉法人日本心身障害児協会 島田療育センターはちおうじ

研究協力者

又村あおい 全国手をつなぐ育成連合会
西村 幸 松山市南部地域相談支援センター
船戸 正久 大阪発達総合療育センター
高橋 昭彦 ひばりクリニック
石黒 秀喜 一般財団法人 長寿社会開発センター
夏目 浩次 社会福祉法人 らばるか
戸枝 陽基 社会福祉法人 むそう
丸田 裕 (株) クロス・ケアサービス ケアサポートまつやま 在宅サービス部門
山崎 和子 埼玉医科大学総合医療センター
森脇 浩一 埼玉医科大学総合医療センター
島津 智之 独立行政法人 熊本再春荘病院小児科

報告要旨

本グループでは、日常的な医療依存度が高く、常時の医療ケアとそれに伴う見守りを必要とする児童・成人（以下、高度医療依存児者）の生活支援に必要な各般の課題について研究した。

まず、高度医療依存児者についてはこれまでの「重症心身障害」とは異なる状態像を示すことから、これを定義するとともに、現行の重症心身障害との関係性について考察した。

次に、高度医療依存の特性を考慮した判定のしくみについて、複数の基準を点数化することにより総合的に判定する手法を提言するとともに、福祉サービスを支給決定する際に留意すべき事項として、日本版 Parenting Stress Index-short form (PSI-SF)等を活用した育児ストレスの要因等を客観的に評価し、適切な支援につなげる手法をお示しする。

加えて、高度医療依存児者が安定した日常生活を送るために必要な医療・教育・福祉の各分野における支援の在り方について、サービスの創設や報酬上の加算の設定、現行制度の運用見直しなどを中心に提言する。

A. 高度医療依存児者の生活支援を検討する必要性

日常的な医療依存度が高く、常時の医療ケアとそれに伴う見守りを必要とする児童・成人（以下、高度医療依存児者）の支援を考える際には、出生時の救命救急からNICUにおける状態安定に向けた医療の提供だけでなく、退院後の在宅生活を支える支援の構築が不可欠である。

しかし、後述するとおり高度医療依存児者は在宅生活に必要な福祉サービス等の利用が極めて困難な状況にあり、全国的・悉皆的な調査は行われていないものの、複数の事例（※1）から多くの場合は自宅以外の通所・通学先がなく、自宅においてもほとんどの時間は保護者・親族の医療ケアないし介護・介助の提供を受けている可能性が強く示唆されている。

※1 研究班調べ

（3歳の双子兄弟の事例）

兄が人工呼吸器を装着した高度医療依存児、弟には発達障害がある事例。このような場合には兄弟ともに児童発達支援の利用が望ましいが、居住市の児童発達支援事業所には看護師が配置されていないため、仮に通所した場合には兄の医療ケアを親が行う必要がある。そのため弟への付き添いができず、結果的に兄弟とも通所することができず、母が自宅ですべてのケアに対応している状況である。

（神経筋疾患で常時寝たきりの10歳男児の事例）

気管切開と24時間の人工呼吸器装着、胃ろうからの経管栄養、頻回の気管および口鼻腔吸引等が必要で医療依存度が極めて高い。移動が困難なため通学は出来ず、自宅で訪問教育を受けている。現在は1～2か月に1回の医療型障害児施設での短期入所が唯一の福祉サービス利用であり、その他には体調を崩して入院する以外は自宅で過ごしており、保護者がすべての医療ケアに対応している状況である。

これらの事例にあるような状況を背景として、保護者・親族のケア負担が非常に重くなる課題が顕在化しており、加えて現時点では医療機関を退院する際に障害児の相談支援（特定相談・障害児相談）と出会う機会が少ないことから、ライフステージに応じた支援体制を構築する機会に乏しいという課題も指摘されている。

こうした課題を解決し、高度医療依存児者のより良い在宅生活・地域生活を実現するための方策等を以下にまとめる。

B. 高度医療依存児者の定義

本研究班では、高度医療依存児者を次のとおり定義する。

医療依存児者 → 日常的に医療に依存している児者

高度医療依存児者 → 医療依存度が高いため常時見守りが必要な児者

ここでいう「医療」とは、気管切開や吸引、経管栄養等生活上または生命維持上に不可欠な医療的配慮を指し、「見守り」とは、不安定な身体機能や特殊な医療ケア、児者の行動といった、医療依存に付随する身体生命の安全確保のために不可欠な注視、観察を指す。つまり、高度医療依存児者は時間単位の医療や見守りを継続しなければ、生命の維持にも危機が迫る状態像の者であるといえる。

なお、高度医療依存児者判定のあり方については後述する。

C. 現行の重症心身障害判定と高度医療依存児者との関係性

（児童福祉法における重症心身障害児者の位置づけ）

児童福祉法（以下、児福法）における重症心身障害児者（※2）（以下、重心児者）の位置づけは、平成24年の児福法改正前後で大きく異なっている。

24年改正前は、重症児・者の入所施設として「重症心身障害児者施設」が児福法に位置付けられており、予算事業として重症児の通所サービス（重症心身障害児者通園事業（A・B型））が実施されていた。これらはいずれも児童相談所が支給（利用）決定するものであり、実質的には児童相談所（主に都道府県・政令市に設置）による行政措置（利用者側に選択権がない行政処分）によって運用されていた。特に重心通園事業は予算事業だったこともあり、事業実施が確保できた予算に左右されるという課題が指摘されていた。

これに対し、24年改正後は、障害福祉サービスにおける児者の分離、サービス体系の一元化、障害児分野における利用契約制度導入の方向が明確となり、重心児者施設は原則として「医療型障害児入所（児童）」と「療養介護（成人）」に分割され（ただし、特例で両事業を同一施設で実施することは可能）、重心通園事業は「医療型児童発達支援（児童）」「放課後等デイサービス（重心児者中心）（児童）」「生活介護（成人）」に分割されることとなった（ただし、特例で3事業を同一施設で実施することは可能）。

このうち、医療型障害児入所については児童相談所が支給決定するが、それ以外は市町村が支給決定する仕組みへ改められ、通所サービスも予算事業から個別給付事業へ移行している。他方、これまで重心児者支援をほとんど行ってこなかった市町村が中心的な担い手となった結果、18歳以降に初めて重心児者判定する場合にはノウハウのない市町村が判定を行う（※3）などの課題も出ている。

※2 児童福祉法第7条第2項

この法律で、障害児入所支援とは、障害児入所施設に入所し、又は指定医療機関に入院する障害児に対して行われる保護、日常生活の指導及び知識技能の付与並びに障害児入所施設に入所し、又は指定医療機関に入院する障害児のうち知的障害のある児童、肢体不自由のある児童又は重度の知的障害及び重度の肢体不自由が重複している児童（以下「重症心身障害児」という。）に対し行われる治療をいう・・・以下略

※3 18歳以降に初めて重心児者判定するケース （平成24年11月13日・岡山県障害福祉課 発出事務連絡）

平成24年4月の障害者自立支援法・児福法改正により、重症心身障害者については支援の実施主体が県（児童相談所）から市町村へ変更となり、「療養介護」など障害福祉サービスを利用する場合の重症心身障害の判断は、市町村が担うこととなっている。

（「大島分類」による判定の概要と課題）

児福法における「重症心身障害」の定義は「肢体不自由のある児童又は重度の知的障害及び重度の肢体不自由が重複している児童」のみとなっている。

現在の重心児者判定は、重症心身障害児者施設の利用対象者を明確化する観点から導入された「大島の分類」（※4）と呼ばれるスケールを用いて行なわれている。これは、元東京都立府中療育センター院長大島一良博士により考案された判定方法であり、移動機能と知的障害の状態により判定するものである。近年では、「横地分類（改定大島分類）」による判定を推奨する動きもあるが（※5）、いずれにしても重心児者判定に該当すると行政手続き上「重症心身障害児（者）」として位置付けられ、障害児者福祉サービスにおける「重症心身障害単価・重度障害者加算」を算定することが可能となる。重心単価や加算は、看護師などの医療ケ

アを提供することのできるスタッフを配置することを念頭に置いたものであることなどを鑑みると、重心児者判定は実質的に利用可能な福祉サービスを規定するものであるといえる。

しかし、現行の重心児者判定のあり方は、「重度の肢体不自由と重度の知的障害が重複している」状態像には有効であるものの、高度医療依存児者における支援の必要度を反映できる仕組みにはなっていない（表 1 参照）。結果として、高度医療依存児者は重症心身障害に該当しない扱い、すなわち看護師等が配置されたサービスを利用することが極めて困難な状況に置かれることとなる。

表 1：重症心身障害と高度医療依存児（者）の相違点

	医療依存度	肢体不自由	知的障害
重症心身障害	医療依存度が高い者と低い者が混在(医療依存度は条件ではない)	重度の肢体不自由であることが条件	重度の知的障害であることが条件
高度医療依存	例外なく医療依存度が極めて高い	肢体不自由であるとは限らない(内部機能障害の者も存在する)	重度の知的障害であるとは限らない(知的障害は軽度または知的障害がない者も存在する)

以上のことから、現行の重心児者判定では高度医療依存児者の支援ニーズを指標化することは困難である。

※ 4

大島の分類

府中療育センター元院長大島一良が副院長時代に発表した重症心身障害児の区分。分類表の 1 から 4 までを重症心身障害児と定義している。当センターではこの 1 から 4 に当てはまる重症心身障害児（者）でかつ都知事が入所の必要があると認める方を入所対象としている。（大島一良 昭和 46 年）（東京都立府中療育センターHP より）

※ 5

横地分類（改定大島分類）

「移動機能」、「知能」、「特記事項」の 3 項目で分類するもので、「移動機能」を横軸に 6 項目、「知能」を縦軸に 5 項目の計 30 マスに分け、「特記事項」として視覚・聴覚障害の有無などを加える方法である。大島の分類を基に詳細化をはかっている。（重度・重複障害児（者）における生理的指標を用いた研究動向～重症化への対応と事例検討から～）特別支援教育センター研究紀要，4，25—32（2012）

D. 高度医療依存児者判定のあり方

本グループでは、現行の重心児者判定では高度医療依存児者の支援ニーズを指標化することは困難であるという認識に立ち、現行の重心児者判定との関係性も考慮した、高医療依存の状態像を的確に捉えた判定の導入を提言する。以下、判定の基準、法的・制度的位置づけ、福祉サービス支給決定にかかる留意事項について詳述する。（なお、各項目の点数について現時点の案である）

（高度医療依存児者判定の基準）

前述のとおり、高度医療依存児者の最大の特徴は「医療依存度の高さ」にあることから、まずはこれを指標化する。具体的には、すでに短期入所における特別重度支援加算において採用実績のある「（準）超重症児・者」の判定項目を援用する。ただし、表 1 から明らかなとおり、高度医療依存児者は必ずしも重度の肢体不自由・知的障害が併存しているわけではないため、（準）超重症児・者判定項目のうち「運動機能」については考慮しないこととする。（表 2 参照）

表 2：医療依存の判定スコア表

番号	医療行為等	スコア
1	レスピレーター管理	10
2	気管内挿管、気管切開	8
3	鼻咽頭エアウェイ	5
4	O ₂ 吸入又は SpO ₂ 90%以下の状態が 10%以上	5
5	1 回／時間以上の頻回の吸引	8
	6 回／日以上以上の頻回の吸引	3
6	ネブライザー 6 回／日以上または継続使用	3
7	I V H	10
8	経口摂取（全介助）	3
	経管（経鼻・胃ろう含む）	5
9	腸ろう・腸管栄養	8
	持続注入ポンプ使用（腸ろう・腸管栄養時）	3
10	手術・服薬にても改善しない過緊張で、発汗による更衣と姿勢修正を 3 回／日以上	3
11	継続する透析（腹膜灌流を含む）	10
12	定期導尿（3 回／日以上）	5
13	人工肛門	5
14	体位交換 6 回／日以上	3

表 2 の点数を合算したものを「医療依存の判定スコア」とし、合計が 10 点以上の場合を「高度依存」、5～9 点の場合を「中等度依存」、4 点以下を「軽度依存」とする。

加えて、医療依存児者は、医療依存ではない障害児者と比べて身体生命の維持に直結する介護や支援を必要とするケースが多いことから、「身体生命の安全確保のための見守り度」の指標を新設し、高度医療依存児者判定の基準に反映させる。具体的には、見守りを必要とするカテゴリを、①不安定な身体機能、②特殊な医療ケア、③児者の行動に対する見守りに大別

し、それぞれの見守り度に応じた点数を付与する。（表 3 参照。ただし、具体的な点数については今後の研究により各項目の重み付けと必要支援サービス量の相関や患者数の分布を検討し、提示する。）

表 3：身体生命の安全確保のための見守り度表

1. 不安定な身体機能への見守り
 - バイタルサインの著しい変動への見守り
 - 頻回の痙攣、気道分泌物貯留、嘔吐等による心拍・酸素飽和度モニターの綿密な観察等への見守り など
2. 特殊な医療ケアへの見守り
 - IVH 管理等に対する清潔な操作への見守り
 - ストーマ、褥瘡、点滴等のケアへの見守り
 - 免疫不全や易感染患者等に清潔を保持するための見守り など
3. 児者の行動への見守り
 - 児者の多動、衝動性、拒否、自傷・他害、逃走等に対応するための見守り

身体生命の安全確保のための見守り度に応じた判定スコアと、前述の医療依存の判定スコアと合算して「6 点」以上の者を「高度医療依存児者」と判定する。

なお、高度医療依存児者の判定は原則として児童相談所または更生相談所で行うこととするが、医療依存の判定スコア、身体生命の安全確保のための見守り度に応じた判定スコアの両方について知見を有する医師が点数化した場合には、市町村がその内容を確認して認定することも可能とする。また、ケースによっては医師意見書による高度（中等度）医療依存度のみで高度医療依存児者の判定を可能とする。

その他、児童においては心身の発達が見込まれることから、原則として 18 歳に至るまでは 3 年程度で再判定を行うこととする。また、医療依存の判定スコアについては医療技術の進

展に伴って適当な項目が増減する可能性があるため、少なくとも3年に1回は判定項目の検討を行うものとする。

（高度医療依存児者の法的・制度的位置づけ）

高度医療依存児者の法律上の位置付けとしては、児福法における重心児者の扱いとするか、別の扱いとするか議論を要するが、仮に重心児者の扱いとする場合には、第7条第2項を次のとおり改正する。

【児童福祉法第7条第2項・改正案】

※で挟まれた部分が改正案。厚生労働省令には、上記の判定内容を盛り込む

この法律で、障害児入所支援とは、障害児入所施設に入所し、又は指定医療機関に入院する障害児に対して行われる保護、日常生活の指導及び知識技能の付与並びに障害児入所施設に入所し、又は指定医療機関に入院する障害児のうち知的障害のある児童、肢体不自由のある児童又は重度の知的障害及び重度の肢体不自由が重複している児童※及び人工呼吸器を装着している障害児その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある障害児のうち、厚生労働省令で定める児童※（以下「重症心身障害児※等※」という。）に対し行われる治療をいう。以下略

また、児福法を改正しない場合には、少なくとも障害児者福祉サービス報酬上の評価としては重心児者と同じ扱いにすること、あるいは障害児の短期入所においては特別重度支援加算の対象とすることが不可欠である。すなわち、高度医療依存かつ重症心身障害のケース、高度医療依存のみのケース、重症心身障害のみのケースが存在し、そのすべてを制度上は重心児者の扱いとした上で、障害児の短期入所においては高度医療依存児者を特別重度支援加算（Ⅰ）の対象とする取扱いとなる。

なお、高度医療依存児者に必要なサービス等については後述する。

（福祉サービス支給決定にかかる留意事項）

高度医療依存児者が在宅系福祉サービスを利用する際には、原則として他の障害児者と同様に障害支援区分（児童の場合は5領域11項目の聞き取りによる区分）を認定し、サービス等利用計画（障害児支援利用計画）案を作成した後市町村の支給決定を受けることとなるが、高度医療依存児者の保護者は、子どもの障害に対する心の揺れ、医療ケアの負担、実際的な生活上の規制が伴いやすく、社会資源が十分に整わない現状において危機的状況に陥るリスクを抱えている。親の心理状態は、子どもの健康や生命維持への影響の重大性からも注意深く把握し、資源配置の根拠とする必要がある。また、親の心理状態は障害の程度やケア度だけでは測りきれないという特徴がある。

高度医療依存児者については保護者による医療ケアの提供が不可欠であることから、家族状況の勘案は不可欠である。そのため、高度医療依存児者においては家族背景（養育機能の評価）の考慮が非常に重要となる。サービス等利用計画の作成時にはこれらを留意すべき事項として記載し、反映させる必要がある。

勘案すべき家族の背景としては以下の項目が挙げられる。

【勘案すべき家族の背景】

1. 主たる介護者の就労状況および就労希望状況
2. 主たる介護者の産前産後
3. 病気・けが：主たる介護者が入院または入院に相当する治療や通院加療を行い、自宅安静を要する状態である場合
4. 心身の障害：主たる介護者に精神疾患や発達障害がある場合

5. 親族の介護：主たる介護者が病人や障害者（児）を介護したり、入院・通院などに頻回に付添ったりする必要がある場合
6. 児童福祉の観点から、介護の支援の必要が高いと判断される場合
 - ① ひとり親世帯等
 - ② 生活保護世帯
 - ③ 生計中心者の失業
 - ④ 医療的ケア実施可能な同居親族の有無（人数）
 - ⑤ きょうだいの状況（兄弟の年齢、人数、状況（障害や問題行動の有無など）
 - ⑥ 育児ストレス・ネグレクトのリスク

育児ストレスやネグレクトのリスク指標としては日本版 Parenting Stress Index-short form (PSI-SF) 等が活用可能である。PSI は米国の心理学者 Abidin が、1970 年代に親の危機的状況のスクリーニング尺度、あるいは小児医療にて専門的な援助を必要とする親への介入の指標として開発し、国際的に広く活用されているものである。本邦では 1990 年代に 78 項目の「日本版 PSI」の開発、信頼性・妥当性の検討が行われ、その後 19 項目の「日本版 PSI-SF」が開発された。

ストレス状態にある親子関係の早期発見、育児ストレス軽減のための早期介入と虐待リスクの減少において有用な本尺度を、医療依存度の高い子どもに活用することは、親子の健康を維持する上で極めて重要な取り組みである。

このような指標によって育児ストレスが高いと判断されるケースでは、さらに育児ストレスの要因等を客観的に評価し、適切な支援につなげることが可能となる。

なお、高度医療依存児者のうち非定型のサービス支給決定を必要とするケースについては、障害支援程度区分審査会等において本留意事項におけるチェックポイントを十分に勘案し、

たとえば点数化した上で一定点数以上だった場合には非定型の支給決定を認めるといった運用とすることが考えられる。

表 4：日本版 PSI-SF

下記項目について、「まったくそのとおりに」～「まったく違う」の 5 段階で回答

日本版 PSI-SF (19項目)	
子どもの側面	親の側面
・私の子どもは、元気づけて私がつかれる	・私は親であることを楽しんでいる
・私の子どもは、他の子どもと比べて集中力がない	・子どもの世話について問題が生じた時、助けやアドバイスを求める人がたくさんいる
・私の子どもは、私が喜ぶことはほとんどしない	・私は物事をうまく扱えないと感じることが多い
・私の子どもは、とても不機嫌で泣きやすいと思う	・子どもが生まれてから、私はやりたいことがほとんどできていないと感じている
・私の子どもは、他の子どものように笑わない	・いつも子どもが何か悪いことをすると、私のおやまちだと感じてしまう
・子どもがすることで、私がとても気になることがいくつかある	・子どもが生まれてから、私のパートナーは期待したほど援助やサポートをしてくれない
・私の子どもは、小さなことにも腹を立てやすい	・子どもが生まれたことにより、パートナーとの問題が思ったより多く生じている
・私の子どもは、他の子どもより手がかかるようだ	・私は孤独で、友達がいまいちと感じている
・私の子どもはいつも私につきまとい離れない	・この 6 か月間、私はいつもより病気がちで痛みを感じるが多かった
	・私は以前のように物事を楽しめない

浅野みどり他(2014). PSI 育児ストレスインデックス ショートフォーム (PSI-SF), 雇用問題研究会.

E. 高度医療依存児者の生活支援に必要なサービス等

高度医療依存児者の生活支援には医療ケアの提供が不可欠である。そのため、必要なサービス等については、原則として現行の重心児者向けサービスを基礎として、次のとおりとすべきである。

(主に医療)

A 高度医療依存児者を対象とした居宅療養管理指導費の新設

現在、介護保険制度においては、要介護 1 以上の者を対象に、医師、歯科医師、薬剤師等が訪問により療養上の指導等を行い、ケアマネジャーに情報提供を行った場合に「居宅療養管理指導費」を算定することができるが、療養上の指導等を必要としながら通院が困難であると

いう点においては高度医療依存児者も同様である。

特に医療の必要性が高い児者であることを踏まえ、高度医療依存児者を対象とした居宅療養管理指導費に相当する制度を新設し、相談支援専門員への情報提供を必須とすることが求められる。

B 訪問看護の利用回数等の拡大と障害児者対応の訪問看護の実施促進

現在、医療保険制度の訪問看護については原則として週3回、1回90分以内の利用となっているが、高度医療依存児者は医療依存度が極めて高いことから、利用回数や利用時間の拡大が求められる。現在、気管カニューレを使用している場合には特別訪問看護指示（14日以内）を月2回まで受けることができるが、これを高度医療依存児者に拡大するなどの取組みが必要である。

また、そもそも訪問看護においては障害児者の利用比率が低いことから、地域によってはステーションがあるにも関わらず訪問看護を利用できない高度医療依存児者も存在する。下記「C」などの方策なども含め、早急に障害児者対応の訪問看護の実施促進を図るべきである。

C 機能強化型訪問看護ステーションに対する高度医療依存児者に着目した報酬の設定

訪問看護師が最低でも5名以上配置されている機能強化型訪問看護ステーションは、地域の訪問看護サービスの核となることが期待される。そのため、機能強化型訪問看護ステーションが高度医療依存児者へ対応するよう誘導するため、「機能強化型訪問看護管理療養費」

の算定対象に高度医療依存児者を含めるなど、高度医療依存児者に着目した報酬の設定が求められる。

D 小児慢性特定疾病自立支援事業の対象拡大と利用促進

小児慢性特定疾病自立支援事業の中には、医療機関等における保護者のレスパイトや通院等への付添い、きょうだい児支援などのメニューが用意されているものの、利用状況は低調である。一方、これらの支援は高度医療依存児にも有効であるが、小児慢性特定疾病の対象が限定的なことから、必ずしもすべての高度医療依存児が利用できるわけではない。

そのため、小児慢性特定疾病の対象を拡大してすべての高度医療依存児者が対象となるよう制度を改善するとともに、利用の促進を図る必要がある。また、同事業の利用状況が好転しない場合には、その財源を高度医療依存児者支援に必要なサービス等へ活用することについても検討の余地がある。

（主に教育）

E 高度医療依存児が在住する地域の学校に対する看護職の配置と学校における看護職の位置付け明確化

高度医療依存の特徴は例外なく医療依存度が極めて高い点にあり、これは教育場面においても医療ケアの提供が不可欠であることを意味する。他方で、インクルーシブ教育の推進の観点からは、可能な限り必要な支援を得ながら高度医療依存児が在住する地域で教育機会を確保することが重要となる。そのため、特別支援学校だけでなく地域の学校に対しても看護職の配置（及び看護職の指導を前提とした教員による医療ケアの実施拡大）を進める必要があ

る。

また、その際には学校における看護職の位置付けを見直し、教員と同等の立場で医療ケアの観点から教育指導のあり方を協議するなど、役割と権限を明確化することが求められる。

F 学校や保育所等への訪問看護派遣

高度医療依存児に限らず、子どもにとって学校や保育所等は日中の多くを過ごす「生活の場」である。その意味で、学校における看護職の配置を進めるとともに、医療保険制度における訪問看護の派遣先に学校や保育所等を加えるべきである。その際には、「B」で示したとおり特別訪問看護指示（14日以内）を月2回まで受けられる特例の活用なども必要となる。

（主に福祉）

G 相談支援事業における退院時カンファレンスへの参加促進（仮称：医療依存児者支援加算の創設など）や医療知識を体得できる研修カリキュラムの導入

医療保険制度では退院時のカンファレンス開催に際して退院時共同指導料が設定されており、ケアマネジャーなどの福祉サービス関係者が参加するとより高い指導料を算定可能となっている。高度医療依存児者については、医療と連携しながら本人のライフステージに応じた支援を組み立てる相談支援専門員の役割が非常に重要となることから、退院時共同指導料の算定対象に相談支援専門員も加えるとともに、相談支援事業においても計画相談へ「仮称：医療依存児者支援加算」を設定してカンファレンスへの参加を促すとともに、地域移行相談の対象に高度医療依存児者がNICU等を退院するケースも対象とするなどの対応が必要である。

また、相談支援専門員が十分な医療ケアや保険制度に関する知識を得ることができるよう、養成研修や現任研修において医療知識を体得できるカリキュラムを導入することが求められる。

H 生活介護サービスにおける（仮称）高度医療依存者（重心者）受入れ加算や居宅介護における（医療連携加算を前提とした）（仮称）高度医療依存者（重心者）対応加算の創設

現在の重心児者支援における大きな問題は、児童福祉法サービスには設定されている「重心単価」や定員（5名以下）特例が、成人期のサービスには存在しないことである。そのため、児童期までは通所サービスを利用できても、卒業進路先の事業所に結びつかないケースもあり、高度医療依存児者についても同様のことがいえる。

そのため、成人期を迎えた高度医療依存者（重心者）の安定的な通所先を確保する観点から、生活介護における「（仮称）高度医療依存者（重心者）受入れ加算」や事業所定員の特例の創設が必要である。また、在宅における医療ケアの提供については訪問看護制度だけで対応することが困難であり、実際には看護師等の指導の下で、喀痰吸引等研修を修了したホームヘルパー等の福祉人材による医療ケアも不可欠となることから、医療連携加算を前提として「（仮称）高度医療依存者（重心者）対応加算」の創設も求められる。

I 療養通所介護の設置促進と高度医療依存児者の利用拡大

平成24年度から、療養通所介護事業の定員