

厚生労働科学研究費補助金  
障害者製作総合研究事業

－医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携  
に関する研究－

平成 28 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 田村 正徳

平成 29 (2017) 年 3 月

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）

－医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究－

平成 28 年度 総括・分担研究報告書

A. 総括研究報告書	1
田村 正徳（埼玉医科大学総合医療センター）	
B. 分担研究報告書	
I. 医療的ケア児数と資源調査	
1. 医療的ケア児数①－医療的ケアの定義－	21
奈倉 道明（埼玉医科大学総合医療センター 小児科）	
田村 正徳（埼玉医科大学総合医療センター 小児科）	
2. 医療的ケア児数②－医療的ケア児数のシミュレーション－	33
奈倉 道明（埼玉医科大学総合医療センター 小児科）	
田村 正徳（埼玉医科大学総合医療センター 小児科）	
3. 医療的ケア児数③－厚労省データと文科省データの比較－	43
奈倉 道明（埼玉医科大学総合医療センター 小児科）	
田村 正徳（埼玉医科大学総合医療センター 小児科）	
4. 医療的ケア児数④－医療的ケア児数の経年的変化－	57
奈倉 道明（埼玉医科大学総合医療センター 小児科）	
田村 正徳（埼玉医科大学総合医療センター 小児科）	
5. 埼玉県小児在宅医療患者ニーズ調査の解析	69
奈倉 道明（埼玉医科大学総合医療センター 小児科）	
田村 正徳（埼玉医科大学総合医療センター 小児科）	
6. 都道府県の医療的ケア児実数把握の実態	90
奈倉 道明（埼玉医科大学総合医療センター 小児科）	
田村 正徳（埼玉医科大学総合医療センター 小児科）	
II. 都道府県における医療・福祉・保健・教育等の連携体制のあり方に関する調査と研究	95
前田 浩利（医療法人財団はるたか会）	
III. 相談支援専門員のスーパーバイザーに関する研究	105
谷口由紀子（祝徳大学看護栄養学部）	
大塚 晃（上智大学社会福祉学科）	
福岡 寿（社会福祉法人高水福祉会）	

IV. 重症心身障害児施設等における高度医療児の短期入所の実態と課題に関する研究……116  
岩崎裕治（東京都立東部療育センター）

V. 訪問看護を利用している小児の実数調査…… 151  
大田えりか（聖路加国際大学大学院看護研究科国際看護学）

—医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究—

研究代表者総括

研究代表者：田村 正徳（埼玉医科大学総合医療センター）

研究分担者：前田浩利（医療法人財団はるたか会）

大塚晃（上智大学社会福祉学科）

岩崎裕治（東京都立東部療育センター）

大田えりか（聖路加国際大学大学院看護研究科国際看護学）

研究協力者：奈倉道明、山崎和子、阪井裕一、側島久典、森脇浩一、高田栄子、星順、加部一彦

難波文彦、内田 恵美子、吉田達彦、當間未奈世、船瀬大、磯田茜

（埼玉医科大学総合医療センター）

：位田忍（大阪府立母子保健総合医療センター）、江原伯陽（エバラこどもクリニック）、大

沼仁子（成育医療研究センター）、大山昇一（済生会川口総合病院小児科）、緒方健一（医療

法人おがた会 おがた小児科・内科医院）、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）、梶原厚子（NPO 法人あおぞらネット）、島津智之（独立行政

法人熊本再春荘病院小児科）、高橋昭彦（ひばりクリニック）、田添敦孝（東京都立小平特別

支援学校武蔵分教室）、土屋邦彦（京都府山城北保健所医務主幹 京都府立医科大学小児科

併任講師）、戸枝陽基（社会福祉法人むそう）、冨田直（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・総合診療科兼務）、中川尚子（医療法人財団はるたか会あお

ぞら診療所新松戸）、長島史明（医療法人財団はるたか会あおぞら診療所新松戸）、中村知夫

（成育医療研究センター）、奈良間美保（名古屋大学大学院 医学系研究科）、西村幸（松山

市南部地域相談支援センター）、萩原綾子（神奈川県立こども医療センター）、長谷川功（医

療法人はせがわ小児科）、船戸正久（大阪発達総合療育センター）、星野陸夫（神奈川県立こ

ども医療センター）、又村あおい（全国手をつなぐ育成会連合会）、松葉佐正（くまもと芦北

療育医療センター）、宮田章子（さいわいこどもクリニック）、柳貞光（神奈川県立こども医

療センター）、吉野浩之（群馬大学大学院 教育学研究科）

：谷口由紀子（祝徳大学看護栄養学部） 福岡寿（社会福祉法人高水福祉会）

：後藤一也（国立病院機構西別府病院）, 椎木秀俊（東京小児療育病院）

宮野前健（国立病院機構南京都病院）

**【研究要旨】**

**I. 医療的ケア児数と資源調査（奈倉道明、田村正徳）**

**I-1 「医療的ケア児の定義」**

医療的ケアは学校、特別養護老人ホーム、在宅などにおいて非医療職によって日常的に行われている医行為を指すが、法的に定義されたものではない。非医療職による医行為に関する厚生労働省の法令通知を検索すると、平成 15 年から段階的に、在宅における ALS 患者、非 ALS 患者、特別支援学校、特別養護老人ホームでの医行為が追認され、平成 24 年度における喀痰吸引等研修制度及び介護福祉士養成施設の教育カリキュラム改正によって非医療者による医療的ケアの制度が整備された。医療的ケアの中には、少なくとも「喀痰吸引等」は含まれ

る。医療的ケアを定義するにあたり、医療的ケアと診療報酬における在宅療養指導管理との対応を考察し、4つの定義を提案した。第1の定義は在宅療養指導管理の対象となる全ての医行為であり、第2の定義は日常的に他者により実施される医行為もしくは見守りを必要とする医行為、第3の定義は文部科学省の調査の対象となる医行為、第4の定義は喀痰吸引等に該当する医行為である。

#### I-2. 「全国の医療的ケア児数のシミュレーション」

医療的ケア児の4つの定義に基づき、社会医療診療行為別調査のデータから6種類の医療的ケア児数を算出した。医療的ケア児の年齢層は0～19歳に設定した。

第1定義①（全ての在宅療養指導管理料を含める場合）：	42,829人
第1定義②（在宅自己注射のうちCSIIと頻回血糖測定のみを含める場合）：	35,303人
第1定義③（在宅自己注射を除く指導管理料を含める場合）：	17,078人
第2定義（他者による日常的な医行為を施される場合）：	17,871人
第3定義（文部科学省の調査の基準に準ずる場合）：	16,243人
第4定義（喀痰吸引等に医行為を限定する場合）：	8,227人

#### I-3. 「厚生労働省データと文部科学省データの比較」

前述の診療報酬に基づいて算出された医療的ケア児数を厚生労働省データと呼ぶこととした。一方で、文部科学省による特別支援学校等を対象とした調査で医療的ケア児数が得られており、これを文科省データと呼ぶこととした。文科省データから、全国の7～18歳の医療的ケア児数は9194人前後と考えるのが妥当と考えた。厚生労働省データによる6種類の医療的ケア児数の中で文科省データと最も整合性が取れていたのは、定義1③「在宅自己注射指導管理料を除く全ての在宅療養指導管理料の算定件数を合計する方法」（7～18歳では推計8801人）であった。よって、この方法をもって医療的ケア児数の算出方法とする。

#### I-4. 医療的ケア児数の妥当性と年次推移」

しかし、在宅療養指導管理料の算定件数を合計する方法で医療的ケア児数とするには、以下の3点に留意する必要があった。(1) 同一の患者で複数の診療報酬項目が算定されるダブルカウント、(2) 同一の患者で複数の医療機関から異なる診療報酬項目が算定されるとダブルカウント、(3) 5月の診療報酬算定件数がその年の代表値とすることの妥当性。研究の結果、(1)の問題は回避でき、(2)は数が少なく問題にならないことが判明した。(3)については、NDBデータ(17043)と当該医療的ケア児数(17209)とがよく一致しており、当該方法が妥当であると言えた。以上より、平成27年度の医療的ケア児数は17209、人工呼吸器患者数は3069となる。平成17～27年の11年間の医療的ケア児数を算出すると、増加傾向にあることが分かる。医療的ケア児数は平成27年の全国平均で人口1万人あたり1.35、0～19歳人口1万人あたり7.82と計算される。これらをもとに、地方自治体は医療的ケア児数を把握することができる。

#### I-5. 「埼玉県小児在宅医療ニーズ調査における医療的ケア児の実像分析」

埼玉県で平成26～27年度に実施した小児在宅医療患者ニーズ調査の結果を解析した。当該調査は、埼玉県保健医療部医療整備課から埼玉県内で小児科の標榜のある病院に調査票を配布し、医療的ケアに関連する在宅療養指導管理料を算定する小児の人数を答えてもらった。これを県で集計したのち、それぞれの病院から、該当する患者に対して生活実態を把握するニーズ調査票を配布して頂いた。対象患者は702名で、408名(56%)から回答を得た。その内容を解析すると、医療的ケア児の6割が重症心身障害児に相当し、その群のうちほとんどが経管栄養を必要とし、4割が人工呼吸器・気管切開を利用していた。知的障害は軽度だが身体障害が重い群も同様の傾向にあった。身体障害が軽度な群では、知的障害が重度なほど経管栄養に依存していた反面、知的障害と人工呼吸器・気管切開・在宅酸素との間に関連はなかった。

今後、都道府県で医療的ケア児の実数を把握するためには、以下のプロセスが必要になる。

① 平成27年度の医療的ケア児数は人口1万人あたり1.35であることから、都道府県は自圏域の医療的ケア児数の規模感を推計する。

② 次に、圏域内の医療機関に対して実数把握のための一次調査を行う。対象となる医療機関は小児科の標榜のある病院及び在宅療養支援診療所であり、調査内容は0～19歳の在宅療養指導管理料の算定者リストである。これにより、都道府県内の医療的ケア児の全体数を把握することができる。

③ そして、都道府県もしくはそれぞれの医療機関から、患者に対して医療的ケアの内容や障害の区分と重症度を把握するための二次調査を行う。

この方法の問題点は、都道府県外の医療機関を受診する「流出患者」の把握ができないことである。これを解決するためには、全国の都道府県で同時に一次調査を行い、その際に患者住所地もデータ化し、流出患者の情報を近隣の都道府県に提供することにより、把握可能となる。また、患者に対する質問では重症児スコアを正確に評価することができない。このため、非医療者でも医療的ケアの程度を評価できる新しい指標を考案する必要がある。

#### I-6 「都道府県・政令指定都市における医療的ケア児数把握調査の実態分析」

医療的ケア児数を把握する試みが全国でどの程度なされているかを知るため、平成28年10月に、全国47都道府県の在宅医療担当部署及び障害児福祉担当部署に対してアンケート調査を実施した。質問内容は、医療的ケア児数を把握する調査を行ったことがあるか否かであった。その結果、調査実績のある都道府県は21（うち医療担当部署15、福祉等の担当部署7）であった（大阪府は2部署で実施）。医療担当部署が実施した都道府県は、平成25～26年度小児等在宅医療連携拠点事業を実施した9都県（群馬県、埼玉県、東京都、神奈川県、長野県、三重県、岡山県、福岡県、長崎県）＋栃木県、新潟県、岐阜県、京都府、大阪府、山口県の15都府県であった。福祉等担当部署が実施した地域は、北海道、岩手県、宮城県、大阪府、鳥取県、高知県、鹿児島県の6県であった。これら調査実績のある21都道府県に対し、調査方法やその問題点などを尋ねる二次調査を実施したところ、19道府県から回答を得た。また、22政令指定都市に対しても同様の調査を行い、3都市（新潟市、静岡市、浜松市）に調査実績があることが判明した。今後、これらの詳細な解析を行う予定である。ただ、地域によってデータの開示の程度に差があり、全てを一律に公開するわけにはいかない制約がある。

### II. 都道府県における医療・福祉・保健・教育等の連携体制のあり方に関する調査と研究（前田浩利）

本研究は、都道府県における医療・福祉・保健・教育等の連携体制のあり方に関する調査と研究を目的とする。医療的ケア児は、24時間医療が必要なために、医療と福祉、教育の地域での連携が必須であるが、我が国はまだその連携の仕組みについて制度的に未整備である。医療的ケア児が急速に増加している今、医療がベースとなる医療・福祉・教育の連携の在り方について我が国の現状にマッチしたシステムを検討・開発することの意義は大きく、それは病院のみに限定されていた医療を地域化、生活化していくことに他ならず、小児でも地域包括ケアの推進という形で病院と地域の連携システムを構築する必要がある。医療的ケア児を支えるための地域包括ケアシステム、具体的には病院から地域への移行、医療的ケア児の障害とそれに対して必要な支援の評価と運用、人材育成のシステムについて、28年度は医療・福祉・保健・教育などの連携体制のモデル構築を千葉県松戸市と東京都世田谷区で開始した。また、全国の在宅療養支援診療所対象にアンケート調査を行ったところ、8年前に比較すると、小児在宅医療を実施している在宅療養支援診療所が約3倍に増加していた。その一方で関心を持っているが実践出来ないという在宅療養支援診療所も数多くみられたので実践するために必要な条件を分析した。その結果、医療的ケア児を支える連携体制の構築のためには、行政も縦割りを超えると同時に、県、市区町村まで含めた連携を行う必要があり、担当者の意識改革が必須であると同時に従来になかった医師と行政の連携、協働も必須となることがわかった。

### III. 相談支援専門員のスーパーバイザーに関する研究（谷口由紀子、大塚晃、福岡寿）

本研究では、地域の実情に応じた医療的ケア児等への相談支援体制の構築のため、各都道府県で必要な支援

体制の構成要素、スーパーバイザーの機能の明確化及び研修プログラム骨子案の作成を目的とする。、  
スーパーバイザーへの支援体制の要素及び、スーパーバイザーの機能の抽出を目的に、小児在宅  
医療連携拠点事業を受託した 3 県の自治体と拠点事業を受託していない自治体 2 県に対し、アンケート、  
インタビューを実施し、専門家会議で議論した。結果スーパーバイザーは、アドバイス、コンサルテーション  
2 つの機能を有する必要があること、アドバイス、コンサルテーション機能では配置が期待される場所  
が異なることがわかった。また、機能するために必要な環境の要素は双方とも、行政の後方支援、立場の保  
障や活動費の保障であった。スーパーバイザーとして必要な能力は、行政と連携する力・地域診断力・事  
業所を査定する力・チームを作り、議論を集約できる力・関わる人を元気づける力の 6 項目であった。これ  
らの能力は、活動範囲は異なるがアドバイス機能を有するアドバイザー、コンサルテーション機能を有す  
るコンサルタント双方の人材に必要な力であった。このことから次年度の研究では、スーパーバイザーに 2  
つの能力を高めるための研修を計画し、自治体等へ受講生募集の案内を予定する。

#### IV. 重症心身障害児施設等における高度医療児の短期入所の実態と課題に関する研究 (岩崎)

1. 全国の小児科学会指導医のいる病院 (以下小児科病院) 525 施設、全国の重症心身障害施設 199 施設、  
肢体不自由児施設 37 施設を対象に、短期入所・入院受け入れの有無、施設の体制や運営状況、短期入所受  
け入れの実態、医療的ケア児の受け入れの実態、またその課題、実施していない施設には、今後の実施予定  
などについて調査を行った。
2. 小児科病院では実施している施設が 42%で、43 施設で今後実施が予定されていた。療育施設では国立  
病院機構施設で、84.3%、公法人立施設で 95.4%とほとんどで実施されており、実施予定も 4 施設あった。
3. 小児科病院では利用児実人数の 9 割、療育施設でも 3 割程度が準・超重症児(者)であり、在宅での重  
度化がうかがえた。
4. 小児科病院では、短期入所・短期入院の実施率には地域差があり、関東、近畿、九州沖縄で高かった。  
また実施している施設では、約 8 割で小児科病棟での受け入れが多く、入院管理料、小児科医師数など  
の関連がみられた。
5. 療育施設では超重症児、人工呼吸器の受け入れが増加していた。また看護体制が手厚い、小児科医が多  
い、当直が自科でまかなえるなど、医療体制の基盤がしっかりしているところほど重度な利用児の受け入  
れが多く、また地域での調整会議などの有無や財政援助なども受け入れの増加につながっていた。
6. 短期入所実施の課題では、病院・療育施設に共通なものとして、急な相談への対応、日程調整、動く重  
心児、状況把握、ケアの重度化などであった。
7. 重症心身障害以外の高度医療的ケア児の受け入れには、動くことへのリスクや、入所している他児へ  
の影響などが心配され、人の配置など新たな施策が望まれる。

#### V. 訪問看護を利用している小児の実数調査(大田えりか)

高度な医療的ケアが必要な小児の場合、在宅移行後に訪問看護を利用するケースが多いことから、訪問看  
護事業所に小児の訪問看護利用者数と必要な医療的ケアの内容を調査し、医療的ケア児に必要な支援につ  
いて示唆を得ることを目的として、アンケート調査を計画した。今後、訪問看護事業所にアンケート用紙を  
配布し、回収されたアンケート内容を分析する予定である。

#### A. 研究目的

気管切開や経管栄養等の医療的ケアに依存  
しながら退院後も生活する小児のことを「医療  
的ケア児」と呼ぶ。人工呼吸器を装着して NICU

から退院する医療的ケア児や、特別支援学校で  
人工呼吸器装着している医療的ケア児は、平成  
23 年以降急増している。こうした医療的ケア児  
を地域において支援するための関係機関の連携

の枠組みは現時点ではない。そもそも、ほとんどの都道府県で、このような医療的ケア児の実数は把握されておらず、それを支える地域資源もまた把握されていない。医療的ケア児に適切な障害福祉サービスを提供するためには、地域において関係機関に支援を働きかけるコーディネータ機能が必要であるが、コーディネータ機能を担うべき相談支援専門員はその機能を十分に担えていない。そのため、このような相談支援専門員を支援し助言するようなスーパーバイザーが必要になる。そこで本研究は、平成 24～26 年度「重症心身障害児者の地域生活モデル事業」、平成 27 年度「重症心身障害児者支援体制モデル事業」、平成 27 年度厚生労働科学研究「重症心身障害児者の支援者を育成するための研究」の成果に基づき、①各都道府県で地域における医療的ケア児数と地域の社会資源を把握し、②都道府県における医療・福祉・保健・教育等の連携を進めるための手引書を作成し、③医療的ケア児を支援する関係機関の連携を推進するスーパーバイザーを育成するための研修システムを確立し、④重症児施設における医療的ケア児数を把握するとともに地域で生活する医療的ケア児に対する短期入所の新しい取り組みを提案することが本研究の目的である。

## B. 研究課題

### I. 医療的ケア児数と資源調査(奈倉道明、田村正徳)

I-1 「医療的ケア児の定義」

I-2. 「全国の医療的ケア児数のシミュレーション」

I-3. 「厚生労働省データと文部科学省データの比較」

I-4. 医療的ケア児数の妥当性と年次推移」

I-5. 「埼玉県小児在宅医療ニーズ調査における医療的ケア児の実像分析」

I-6 「都道府県・政令指定都市における医療的ケア児数把握調査の実態分析」

II. 都道府県における医療・福祉・保健・教育等の連携体制のあり方に関する調査と研究(前田浩利)

III. 相談支援専門員のスーパーバイザーに関する研究(谷口由紀子, 大塚晃, 福岡寿)

IV. 重症心身障害児施設等における高度医療児の短期入所の実態と課題に関する研究(岩崎)

V. 訪問看護を利用している小児の実数調査(大田えりか)

## C. 研究方法

### I. 医療的ケア児数と資源調査

I-1, 2, 3, 4 医療的ケア児数を把握するために医療的ケアを定義しなければならない。このため、過去の法令や施策から数種類の医療的ケアの定義を作成し、それぞれの場合についての医療的ケア児数を算出した。算出にあたっては、医療的ケア児の年齢層を 0～19 歳と定義し、平成 27 年度社会医療診療行為別調査のデータを使用した。そしてこれらの複数の定義に基づいた医療的ケア児数を厚労省データと呼び、これらのうち文部科学省が行っている医療的ケア調査のデータ(文科省データ)と整合性が取れるものがどれかを検討した。

I-5 また、平成 26～27 年度に埼玉県で実施した小児在宅医療患者実数調査と患者ニーズ調査のデータを活用し、医療的ケア児の障害区分と医療的ケアの内容との関係について考察した。そして、都道府県における医療的ケア児数把握のための調査の最善の在り方について検討した。

I-6 最後に、平成 26 年 10 月及び 27 年 1 月に、全国の都道府県及び政令指定都市を対象に、医療的ケア児数を把握する調査を実際に行ったことがあるかについてアンケート調査を行った。

II. 都道府県における医療・福祉・保健・教育等の連携体制のあり方に関する調査と研究(前田浩利)

世田谷区と松戸市をモデルとして医療・福祉・



保健・教育などの連携体制の現状について、法制的観点と実際の地域現場における実情から調査し、その問題点を抽出し、問題点を解決するための方法論を検討し、実際の連携体制構築のモデル事業を開始した。全国の在宅療養診療所に小児在宅への取り組み状況を調査し、9年前の調査結果と比較検討した。29年度には、試験的実践を継続するとともに、その効果を評価検討し、改善点を明確にし、研究の総括を行い、医療・福祉・保健・教育等の連携体制のための手引書を完成させる。

### III. 相談支援専門員のスーパーバイザーに関する研究(谷口由紀子, 大塚晃, 福岡寿)

28年度には、医療連携拠点事業を受託した3県の自治体と拠点事業を受託していない自治体2県に対し、アンケート、インタビューを実施し、専門者会議で議論して、各都道府県の連携状況の把握のための評価項目、求められる人材像の明確化及びプログラムの骨子案を作成中である。29年度には、各都道府県における関係機関を連携する人材をスーパーバイズできる人材育成プログラムを完成させて実施し、プログラムの評価及び修正を行う。

### IV. 重症心身障害児施設等における高度医療児の短期入所の実態と課題に関する研究(岩崎)

アンケート調査の対象は以下のとおりである。

- 1) 全国の小児科学会指導医のいる病院(以下小児科病院) 525 施設
- 2) 全国の重症心身障害施設(公法人立重症児施設 125 施設、国立精神・神経医療研究センターを含む国立病院機構重症心身障害病棟 74 施設)、肢体不自由児施設 37 施設(重複している施設は除く)を対象に、短期入所・入院受け入れの有無、施設の体制や運営状況、短期入所受け入れの実態、医療的ケア児の受け入れの実態(重症心身障害以外の医療的ケア児についても)、またその課題、実施していない施設には、今後の実施予定な

どについて、調査を行った。

29年度にはこれをベースに家族のニーズ調査を行う。また、東京都において高度医療児短期入所ネットワーク(仮称)をモデル的に立ち上げ、情報共有、ニーズの把握、受け入れ調整などを図る。30年度には、29年度の取り組みの評価を行い、重症心身障害施設における高度な医療を必要とする患者の受け入れに關しての提言を行う。

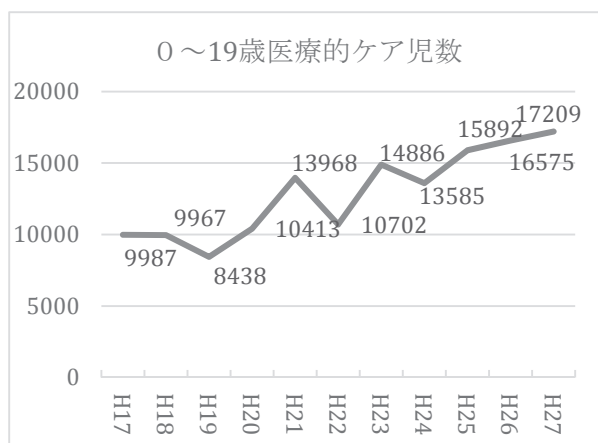
### V. 訪問看護を利用している小児の実数調査(大田えりか)

全国訪問看護事業協会の会員である訪問看護事業所にFAXにてアンケート用紙を送付し、訪問看護を利用している小児の実数を把握する。質問項目は、小児、成人を含む訪問看護利用者数、医療的ケア児の年齢別の数と医療的ケアの内容である。

### D. 研究結果

#### I 「医療的ケア児数と資源把握」

I-1, 2, 3, 4 文科省データから、全国の7~18歳の医療的ケア児数は9194人前後と考えるのが妥当と考えた。厚労省データによる6種類の医療的ケア児数の中で文科省データと最も整合性が取れていたのは、定義1の③「在宅自己注射指導管理料を除く全ての在宅療養指導管理料の算定件数を合計する方法」(推計8801人)であった。よって、この方法をもって医療的ケア児数の算出方法とする。この方法によれば平成27年度の医療的ケア児数は17209、人工呼吸器患者数は3069となる。この方法に基づいて平成17年度からの医療的ケア児数の推移を見ると、増加傾向が見られた。平成27年度の医療的ケア児数は人口1万人あたり1.35、0~19歳人口1万人あたり7.82と計算された。



I-5 平成 26 年度埼玉県調査では医療的ケア児の実数は 702 名であり、平成 27 年度のニーズ調査では 408 名（56%）から回答を得た。その内容を解析すると、医療的ケア児の 6 割が重症心身障害児に相当した。

医療的 ケア児	言語理解			
	不可	可能		
移動	不可	235 (58%)	34 (8%)	269
	可能	26 (6%)	108 (27%)	134
		261 (65%)	142 (35%)	403

重症心身障害児の群のほとんどが経管栄養を必要とし、4 割が人工呼吸器・気管切開を利用していた。知的障害は軽度だが身体障害が重い群も、同様の傾向にあった。身体障害が軽度な群では、知的障害が重度なほど経管栄養に依存していた反面、知的障害と人工呼吸器・気管切開・在宅酸素との間に関連はなかった。

今後、都道府県で医療的ケア児の実数を把握するためには、以下のプロセスが必要になる。

- ① 平成 27 年度の医療的ケア児数は人口 1 万人あたり 1.35 であることから、都道府県は自圏域の医療的ケア児数の規模感を推計できる。
- ② 次に、圏域内の医療機関に対して実数把握のための一次調査を行う。対象となる医療機関は小児科の標榜のある病院及び在宅療養支援診療所であり、調査内容は 0～19 歳の在宅療養指導管理料別の算定者リストである。これにより、都道府県内の医療的ケア児の全体数を把握することができる。

③ そして、都道府県もしくはそれぞれの医療機関から、患者に対して医療的ケアの内容や障害の区分と重症度を把握するための二次調査を行う。

この方法の問題点は、都道府県外の医療機関を受診する「流出患者」の把握ができないことである。これを解決するためには、全国の都道府県で同時に一次調査を行い、その際に患者住所地もデータ化し、流出患者の情報を近隣の都道府県と共有することにより、把握可能となる。また、患者に対する質問では重症児スコアを正確に評価することができない。このため、非医療者でも医療的ケアの程度を評価できる指標を考案する必要がある。

I-6 全国の都道府県及び政令指定都市に対するアンケート調査の結果、少なくとも 21 都道府県及び 3 政令指定都市が医療的ケア児を把握するための調査を行っていた。これらの地域での調査の手法及び問題点については、今後解析する予定である。ただ、地域によってデータの開示の程度に差があり、全てを一律に公開するわけにはいかない制約がある。

## II. 都道府県における医療・福祉・保健・教育等の連携体制のあり方に関する調査と研究（前田浩利）

医療的ケア児支援のための医療・福祉・保健・教育などの連携体制の構築は従来の医療政策、障害福祉政策の枠を大幅に組み換える必要があるため、自立支援協議会などを連携のための検討の場とすることは困難でありことが明らかとなり、新しい仕組みを立ち上げた。

### 研究 1： 世田谷区でのモデル事業

国立成育医療研究センターや光明特別支援学校や重症心身障害児施設あけぼの学園があり、障害児施策に熱心な区である世田谷区と以下のようなステップでモデル事業を開始した。

2 回にわたって世田谷区役所での担当者会議を開催し医療連携推進協議会（障害者部会）を医療、福祉、教育の連携のための会議として進める

方向で合意し、その後 2 回にわたって**医療連携推進協議会**（障害者部会）を開催した。

医療連携推進会議の参加メンバーは、世田谷区医師会、世田谷区歯科医師会、世田谷区薬剤師会、国立成育医療研究センター総合診療部在宅診療科医師、訪問看護ステーション、基幹相談支援センター、通所施設、世田谷区保健福祉部長、障害福祉担当部長、保健福祉部、障害施策推進課長、障害者地域生活課長、世田谷総合支所、砧総合支所、烏山総合支所、世田谷保健所、子ども若者部、教育政策部となっている。平成 29 年度は具体的な地域の医療的ケア児の直面する課題の解決に向かって取り組む予定である。

### 研究-2 : 松戸市でのモデル事業

小児の基幹病院である松戸市立病院や松戸特別支援学校があり、重症心身障害児者施設、東葛医療福祉センター光陽園が隣接し、17 年間小児在宅医療を行ってきたあおぞら診療所新松戸がある松戸市でのモデル事業は、まず医師会からの強い支援の下で始まった。松戸市長と医師会の定期懇談会で小児在宅医療推進の必要性をプレゼンテーションして、**医療的ケア児の連携会議**を作ることが決まった。数回の担当者との打ち合わせを経て、連携会議は松戸市の自立支援協議会とは別組織にすることになり、「**松戸市医療的ケア児の支援のための連携推進会議**」という名称になり以下のように開催された。

### 2016 年 11 月 24 日 第 1 回松戸市医療的ケア児の支援のための連携推進会議開催

参加メンバーは、医療関係者として松戸市医師会会長、松戸市歯科医師会会長、松戸市薬剤師会副会長、松戸市立病院小児科副部長、訪問看護連絡協議会会長、松戸市の医療的ケア児の在宅医療機関として最大のあおぞら診療所新松戸の院長として筆者、福祉から介護事業所が 3 か所、児童発達支援事業所 1 か所、千葉県独自の事業で県内外から高い評価を受けている知的、肢体不自由、精神の 3 障害横断の 24 時間対応の中核支援センター、基幹相談支援センターなどが参

加し、教育から松戸特別支援学校の校長、教育研究所所長が参加した。松戸市から障害福祉課課、障害福祉課、健康福祉政策課などが参加した。会議では、各団体、機関の医療的ケア児の支援に関する取り組みの共有、医療的ケア児の支援に関する地域の課題について話し合い、医療的ケア児の実態調査を実施するという方向性について合意された

### 研究-3 : 在宅療養支援診療所に対するアンケート調査結果

全国の在宅療養支援診療所 14319 か所に下記のようなアンケートを送付した。

#### 【在宅療養支援診療所へのアンケート調査】

質問事項（以下の項目に対して選択式で質問）

Q1：小児の患者について訪問診療の相談又は依頼を受けたことがありますか？

Q2：小児の患者を在宅で診療したことがありますか。

Q.3：小児科領域の患者を今後在宅にて診療しようと思われませんか。

Q.4：小児科領域の患者を診療するにあたりこれならば診療できると思うものを 1 つお答えください。

今回の調査では 5092 か所の診療所から回答が寄せられ、2009 年の同様調査よりも 3 倍以上の回収率であった。更に小児の在宅医療の依頼を受けたことがある診療所が 367 から 1051 と実数として 3 倍以上に増加していた。以下順次それぞれの質問に対する回答を 2009 年調査と 2016 年調査を比較してグラフで表示した。

図- 1

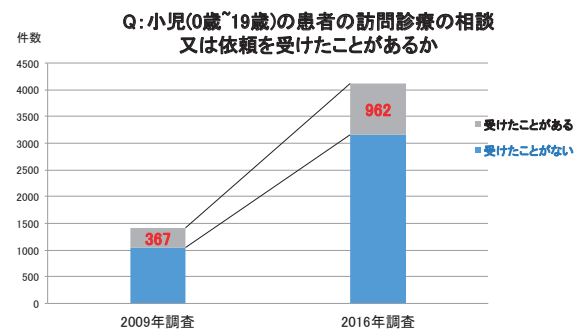


図-2

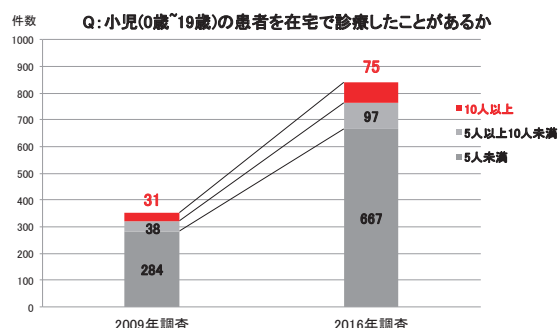


図-3

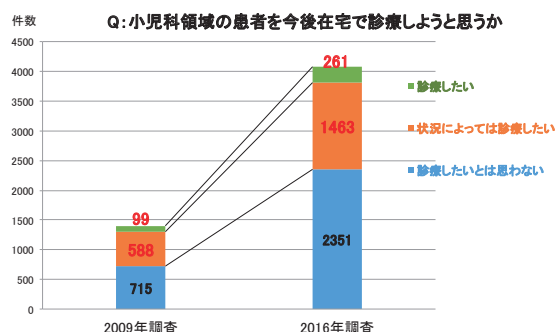


図-4

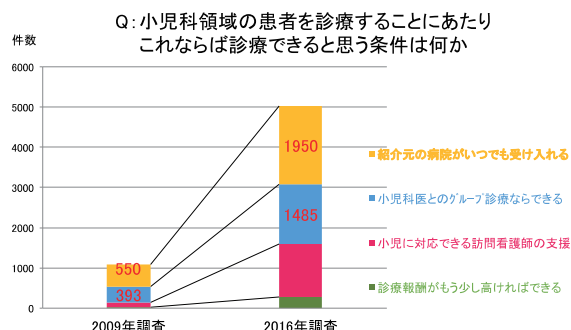


図-5

### III. 相談支援専門員のスーパーバイザーに関する研究 (谷口由紀子, 大塚晃, 福岡寿)

#### 1. 小児在宅医療の先進県での相談支援体制とスーパーバイザーの現状についての調査

平成 25、26 年の小児等在宅医療連携拠点事業実施県のうち、先進的に県内で相談支援体制の構築を行っている 3 つの自治体 (以下 A、B、C 県) にアンケートとインタビューを行った。

A 県と B 県は相談支援事業推進のための体制

整備を既に進めており、A、C 県は相談支援専門員への研修に力を入れていた。

NICU からの在宅移行時の相談支援については、3 県とも担当する相談支援専門員の心理的負担が強く、スーパーバイザーが必要であるとの一致した見解であった。研修に力を入れていた C 県では、在宅医療児は個別性が高いため、人材育成研修だけでなく、個々のケースの相談支援に対するスーパーバイザーが求められていた。スーパーバイザーは保健福祉圏域に 1 名程度は必要であると考えた。スーパーバイザーに期待される役割は、

- 1) 子どもおよび家族との関わり方に対する指導・助言、
- 2) 医療知識の提供が挙げられた。

#### 2. 8 地方区分の相談支援の現状と課題の把握

##### 1) 東北・東海地域の自治体への調査

次に D 県、E 県に同様の調査を行ったが、両県とも相談支援体制の整備がほとんどなされていないことが分かった。そこで、E 県自治体職員と小児在宅医療関係者を対象に E 県の医療的ケア児に関する意見交換会を開催した。

意見交換会では、小児専門看護師から、小児在宅医療患者は増加傾向であるが、介護保険のようにケアマネジャーの役割を担う職種の不在が課題であることが挙げられた。自治体職員からは、医療的ケア児の家族から自治体窓口への相談が多いこと、相談支援専門員の介入なく、セルフプランで福祉サービスを活用している家族が多いことが挙げられた。相談支援専門員協会に確認したところ、E 県内では、医療的ケア児の相談支援の経験を有する相談支援専門員は限定されていることも分かった。そこで、相談支援専門員のスーパーバイザーには、経験豊富な相談支援専門員と看護師がペアで支援するような形態が望ましく、行政が後方支援する体制作り、圏域毎の医療の必要性に応じた多様な受け皿の整備、事業所や職員への支援体制の構築が必要であるとの結論になった。

## 2) 地域の発達支援センターが中心となり、相談支援事業を行っている中核都市（近畿地方 F 市）の調査

発達支援センターの職員がアウトリーチをしている F 市において、障害児者の医療・生活支援を中心に行っている G 医師にインタビューを行った。地域の相談支援の中心となっている G 医師は、中核病院からの在宅移行期から多職種が介入して支援することが必要であると考え、中核病院の小児科医師との関係性を構築していた。F 市では、発達支援センターが医療的ケア児等への相談支援を実施できる拠点の役割を果たしているように見受けられた。また、同市では、自立支援協議会がスーパーバイザーとして困難ケースに対する助言を行っていた。

## 3) 専門者会議の開催

8 地方区分の現状と課題についての意見交換を目的に専門者会議を開催した。この中で 1) 現行の福祉制度の課題、2) 相談支援専門員の現状、3) 乏しい社会資源の根底にある課題、4) 社会資源の創出に必要なこと、5) スーパーバイザーに求められる役割について以下のような議論がなされた。

### ・ 現行制度の課題

医療的ケア児は従来の障害児像と異なる。現在障害児の様相は多様化してきているためその概念を整理し、適切な支援サービスを提供できるしくみが必要である。一方で医療福祉資源は限られており、支援サービスの提供や対応には限界がある。

### ・ 相談支援専門員の現状

相談支援専門員の力量により患者の生活支援が異なってしまう。医療福祉資源の偏在を理解した上で、既存の社会資源から必要な支援を創出できる人材が必要である。

### ・ 乏しい社会資源の根底にある課題

### ・ 県及び地域の自治体の課題

自治体により重症児への関心の度合いが異なっている。社会資源や多職種連携に必要な

情報を継続して把握し情報を提供できる機関が設置されていない。在宅医療に関する協議の場も不足している。自立支援協議会が形骸化している

### ・ 事業所の課題

医療的ケア児数の増加に対して、利用出来る社会資源が不足している。医療的ケア児を預かる事業所の安全管理やニーズに対しての支援体制も必要である。

### ・ 社会資源の創出に必要なこと

医療福祉資源の地域偏在を認識し、戦略的に行政と社会資源を創出し、連携の仕組みづくりを行える人材が必要である。その人材については福祉・医療職のペアが望ましいと考えられる。

これらの議論から最終的にスーパーバイザーに期待される役割として、次のような点が挙げられた。

- 1) 県内の社会資源をモニタリングし、地域毎の資源の偏在を理解した上で地域の特性を生かした活動を行政と連携して行うことができる。
- 2) 医療と福祉の双方の視点から、医療ケア児の状態に合わせた地域の医療福祉資源の提案ができる。

スーパーバイザーに適した職種としては、地域で活動する社会福祉士、訪問看護師、相談支援専門員が挙げられた。

## IV. 重症心身障害児施設等における高度医療児の短期入所の実態と課題に関する研究（岩崎）

### 1 小児科病院への調査

#### 1) 一次調査

全国の小児科学会研修指定施設 525 を対象に、短期入所の実施の有無に関する一次調査を実施し、390 施設から回答を得た（回答率 76.5%）。結果は

短期入所・入院の実施方法	施設数
①障害者総合支援法に基づく短期入所を実施	14施設(4%)
②いわゆる短期入院またはレスパイト入院	124施設(32%)
③①ならびに②を実施	25施設(6%)
④実施していない	224施設(57%) 内43施設は予定あり
⑤不明	3施設(1%)

## 2) 二次調査

一次調査で回答のあった 390 施設に二次調査を依頼し、254 施設から回答があった（回答率 65.1%）。

254 施設中、短期入所・入院の実施ありの施設は 95 施設だった（実施率 37.4%）。

### ①施設概要

短期入所・入院の実施率では、社会福祉法人と医療法人が高かった。地域別実施率では、関東、近畿、九州沖縄で高かった。

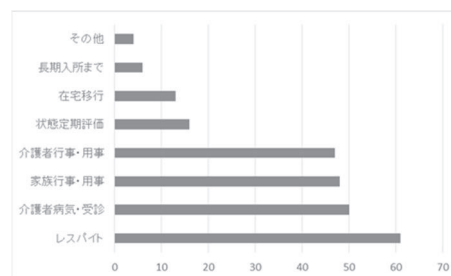
病棟種別では、混合病棟よりも小児科単独病棟での、短期入所・入院実施が高かった。実施しているところでは、小児入院管理料の 1,2 が 3,4 に比べると高かった。実施施設では総ベッド数 2498（平均 28.1）実施しない施設では総ベッド数 4750（平均 22.0）であった。看護体制では、7:1 がほとんどで、10:1 と比較しても実施率の差がなかった。受け入れ病床形態は空床を運用する空床型が 77 施設、定床型が 17 施設であった。小児科医師数と短期入所・入院の実施率を比較してみると、平均の小児科医師数は、実施施設 9.0、実施なし施設では 9.1 と差がなかった。当直体制では実施率にあまり差がなく、救急時対応では二次救急、三次救急の施設で実施率が高かった。財政援助では、22 施設で公的な財政援助があるとのことだった。

### ②短期入所・入院の実態

短期入所の定員は、合計で 178 名、1 日の定員が 1-3 名がほとんどを占めていた（平均 2.3 名）。医療ケアでは人工呼吸、気管切開とも、ほとんどの施設で受け入れが可能だったが、重症心身障害以外の対象者特に、多動・行動障害について

は、6 割を超える施設で受け入れが不可能だった。受け入れ実績は、実人数で 785 名（平均 10.9）、延べ人数 4731 名（平均 65.7）、延べ日数 17944 日（平均 112.5）だった。このうち準・超重症児の占める割合は、実人数では 9 割以上、延べ日数でも 50%以上だった。

短期入所・入院の理由は以下のとおりである。

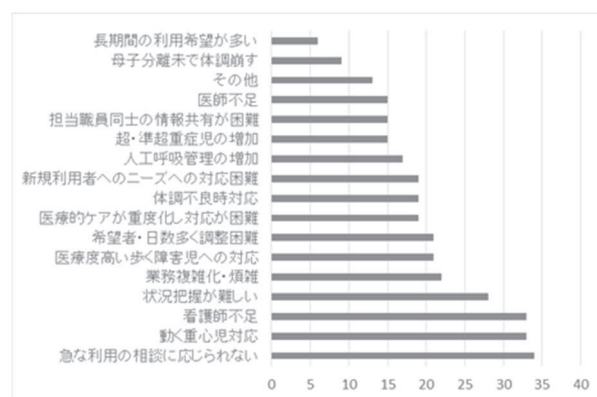


短期入所・入院中の活動では、半数以上が入浴可能で、約半数で病棟の活動や、リハビリテーションを受けられていた。

半数以上で短期入所・入院中に体調の変化があると回答している。

重症心身障害児(者)以外の高度医療的ケア児の短期入所の受け入れは、15 施設であったと回答し、疾患では脳性麻痺、奇形症候群、呼吸器・心疾患、脳症、神経筋疾患などが多かった。年齢は 0-5 歳の低年齢に多い。医療的ケアは、気管切開、吸引・吸入、人工呼吸器など呼吸関連のケアを要する児が多かった。受け入れに伴う困難さは、動くことのリスクが一番であった。

短期入所・入院の受け入れの課題については、一番多かったのが急な利用に応じられない、次に動く重心児への対応、看護師不足、などであった。



地域での調整会議・支援会議は半数弱で実施されていた。地域のニーズに応えられているかという設問には、半数強で答えられていないという回答であった。

## 2 療育施設への調査

全国の重症心身障害施設 199 施設)、肢体不自由児施設 37 施設を対象に調査を実施した。

全体で、221 施設に送付し、160 施設から回答を得た（回答率 73.1%）。

### 1) 施設概要

回答のあった施設の運営形態は、国立病院機構病院 51、社会福祉法人 86、公立 19、その他 3 だった。短期入所はほとんどの施設で実施されており、実施率は国立病院機構病院で、84.3%、公法人立施設で 95.4%だった。

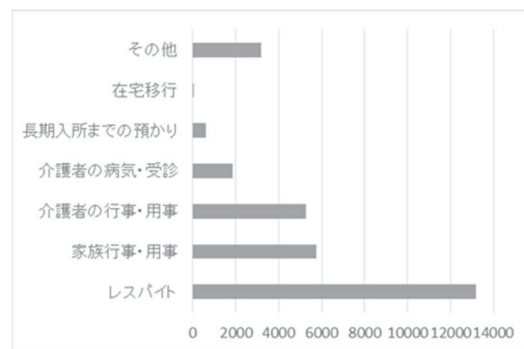
その短期入所は、ほとんどが障害者総合支援法に基づくものであった。短期入所受け入れ病床定床数は総計で 10274 床（平均：38.8 床）。入院管理料は、ほとんどが障害者施設等入院基本料で、一部が特殊疾患病棟入院料や、療養病棟入院基本料であった。看護体制は、回答のあった施設の約 60%が 10：1 で 24%が 7：1 であった。医師数は、1 施設あたり 8.3 名で小児科がその半分強であった。

財政援助は 23 施設で受けられていた。

### 2) 短期入所受け入れ実態

短期入所の 1 日の定員の合計は 916 名で、112 施設で登録制があり、9442 名の登録があった。利用条件では、年齢制限が約半数にあり、利用日数の制限も約 1/3 にみられた。ケアの種類では人工呼吸器が 73.4%で多くの施設で利用可能で、気管切開は 93.8%とほとんど施設で可能であった。受け入れ実績は、実人数の総計が 7629 名で 1 施設あたり 53 名であった。延べ人数では、総計が 44900 名（1 施設あたり 311.8 名）、延べ日数では 168397 日（1 施設あたり 1153.4 日）であった。受け入れ利用児（者）の 3 割強が準・超重症児（者）であった。平均利用日数は 11.7 日であった。人工呼吸器を必要とする利用児（者）は総数

で 809 名で、延べ人数 6557 名、気管切開は 1318 名、延べで 10730 名であった。年間の短期利用の申込みは、37326 件で、その内受け入れが困難でお断りしたケースが 4041 件と総数の 9.0%で、その内呼吸器のケースが 534 件 13.2%であった。短期入所の理由は以下の通りである。



短期入所中の活動は病院よりも多様であった。

短期入所中の活動参加	施設数	%
①病棟での活動参加	123	84.8
②リハビリテーション	56	38.6
③通所	42	29
④学校	58	40
⑤入浴	142	97.9
⑥その他	8	5.5

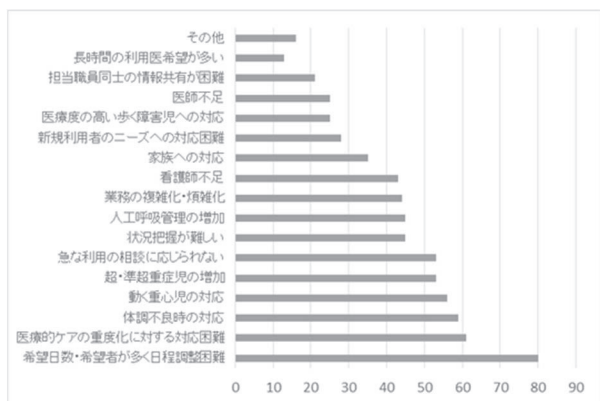
短期入所中の変化はたまにみられるが多かった。重症心身障害以外の高度医療的ケア児の短期入所利用については、18 施設で受け入れがあり、実人数 82 名、延べ人数 1050 名であった。疾患別では、脳性麻痺、神経・筋疾患が多く、奇形症候群、染色体異常、呼吸器・心疾患などであった。年齢は 11-30 歳に多かった。医療的ケアは、吸引・吸入、気管切開、人工呼吸器、胃ろうなどであった。受け入れ困難な点は、動くことでリスクが高い、医療的に重度の他に、1 対 1 での対応、要求に応じてあげられない、他児への他害などがあった。受け入れの希望があれば受け入れるという施設が 28 あった。

### 3) 短期入所受け入れの取り組みおよび地域の現状

予約時期は、いつでもという施設が 38、1 ヶ月前が 40 施設、2 ヶ月前が 45 施設、3 ヶ月前が 13

施設であった。

短期入所受け入れの課題は以下の通りである。



地域での調整会議、支援会議は、約半数の地域で実施されていた。一般病院でのレスパイト目的の短期入院が必要と思われるかという問いには、ほとんどの施設で思うと回答している。

短期入所を実施していない施設では、その理由として、医師・看護師不足、ベッドのやりくり、地域のニーズがないなどであった。

#### 4) 短期入所受け入れ実績と、関連要因

短期入所受け入れ実績（利用延べ日数）と、医療体制では、看護体制、小児科医師数、当直体制、医療入院必要時の対応との関連をみた。看護体制では、7：1 と一番手厚い看護体制での受け入れが延べ日数も多く、また超＋準超重症児という医療的に重度な利用児（者）も多く受け入れていた。その次が 10：1 でそれ以外に比較すると大きく差があった。小児科医師数では、医師数の増加に伴い、準・超重症児（者）の利用が増加している。当直体制では、全て自施設の担当科の医師が当直できている施設では、そうでない施設の倍以上、超＋準超重症児（者）の利用が多かった。医療入院必要時の対応では、同じ病院で医療入院に切り替えられる施設で、重度の方達の利用が多かった。

何らかの地域連携がある施設で超＋準超重症児（者）の利用が多かった。また自治体などからの財政援助がある施設は無い施設に比較して超＋準超重症児（者）の利用が多かった。

## V. 訪問看護を利用している小児の実数調査(大田えりか)

今後アンケート用紙を配布し、回収されたアンケート内容を分析する予定である。

## E. 考察

### I. 医療的ケア児数と資源調査

文部科学省の調査結果と整合性のとれる医療的ケア児を定義すると、「在宅自己注射を除く全ての在宅療養指導管理料を算定する 0～19 歳の患者」の数をもって医療的ケア児数と定義するのが最も妥当であり、平成 27 年度は 17209 人であった。この方法により対人口あたりの医療的ケア児数の目安が得られる（人口 1 万人あたり 1.35）。ここからさらに、実際の医療的ケア児の実態を把握することが必要である。この際、重症児スコアよりも簡便な医療的ケアの程度を測る指標があったほうが良い。

地域での医療的ケア児の実態把握のためには、都道府県内の対象となる全ての医療機関に対して一次調査を実施し、さらにそこから得られた患者リストに対して二次調査を実施するという、複雑なプロセスが必要となる。調査対象となる医療機関のうち、病院に対しては都道府県から調査を行うのが良いが、在宅療養支援診療所に対しては都道府県医師会から調査を行うのが良いと思われる。なぜならば、医師会は圏域内の在宅療養支援診療所の診療実態をよく知るからである。

都道府県外の流出患者を把握するためには、患者の住所地情報も得た上で、近隣の都道府県と情報交換を行う必要がある。

全国では 21 都道府県及び 3 政令指定都市において医療的ケア児を把握する調査を行った経験があるが、その手法は様々であり、全ての患者を把握しているわけではない。また、各地域の同意を得ずにその情報を開示することはできない。



以上より、地域での医療的ケア児の実態を把握するためには、今後は都道府県内で悉皆かつ簡便に実施できる調査手法を開発し、全国で共有できるようにしなければならない。厚労省保険局が持つ NDB データがよりオープンになれば医療的ケア児数の地域別の算出が可能になることから、今後 NDB データの開示請求について検討してみる価値はある。これらの取り組みにより、地方自治体は自圏域における医療的ケア児の実態を把握し、より有効な支援につなげることができる。

## II. 医療・福祉・教育の連携のモデル事業

世田谷区と松戸市の取り組みから、医療的ケア児支援のための医療・福祉・保健・教育の連携の場作りに関しては、まず行政の中で中核となって取り組む部署を明確することが必要で障害福祉部課か児童家庭課が適切と考えられた。連携のための協議の場は新規に立ち上げる必要があった。それは、小児在宅医療に関わる医療・福祉の関係者は高齢者とは異なっており、教育の視点からも関与する職種が大幅に多いからである。医療的ケア児は、病院で発生し、常に医療をベースとして必要としながら、生活のための福祉支援、更に成長のために教育の支援が必要になる。この概念の理解が連携支援会議の前提として重要である。

全国の在宅療養診療所に対するアンケート調査からは 9 年前の調査に比較して、小児在宅医療に関わる施設は約 3 倍に増加していたが、小児在宅医療ができない理由として「紹介が無い」ということを挙げている診療所が多く、まだまだ病院側で地域資源の開拓を進めていく余地が相当にあると考えられた。

## III. 相談支援専門員のスーパーバイザーの養成

相談支援専門員のスーパーバイザーには、アドバイスとコンサルテーションを行うことが求められる。

### 1) アドバイス

アドバイスとは、経験の少ない地域のコーディネータに対する指導・助言である。医療的ケア児の支援は医療・福祉・保健・教育の連携が必須であるため、アドバイザーは多職種のチームで保健福祉圏域毎に配置されることが望ましい。

### 2) コンサルテーション

コンサルテーションとは、都道府県内の社会資源の格差の是正（小児在宅医療地域診断）や地域に必要な社会資源を創出するために福祉事業所等への指導、助言（事業所の査定）を行うことである。

スーパーバイザーとして期待される職種には在宅移行支援の経験のある看護師や保健師、MSW・相談支援専門員が挙げられる。スーパーバイザーが、アドバイスとコンサルテーションを行う役割を果たすためには、行政の後方支援、スーパーバイザーの立場の保障と活動費の担保が必要である。

次年度は、この役割を担うために必要な能力を備えたスーパーバイザーを養成するための教育・研修プログラムを作成し、その効果を評価する。

## IV. 短期入所

全国の小児科研修指定施設に対する調査では、短期入所・短期入院は、41.6%の施設で実施されているとの結果であった。これは、2014 年の森らの調査の 38%よりわずかではあるが増加している結果であった。病院での短期入所・入院の必要性については、病院からも、療育施設からも必要であるとの回答が多い。しかし病院ではサービス給付費が医療診療報酬に比較して低い障害者総合支援法を活用した短期入所は少ない。実施施設では、小児入院料管理料の 1-2 が多く、小児科医師数の増加にある程度までは実施率が上がっていた。しかし小児科医師数が 12 名以上だと帰って実施率が下がっており、大学病院や

専門病院など専門性のはっきりした大規模の施設での実施がされていないことが原因かと思われた。

これに対して、療育施設では看護体制や小児科医師数、自科での当直体制や同施設での医療入院の対応などと短期入所の実施率が相関しており、重度な方達の受け入れにはしっかりした医療的な基盤が必要であることがわかった。そうした施設では超重症児や、人工呼吸器装着児の受け入れの数が明らかに多い傾向が認められた。

短期入所中の体調変化は、決して少ないものではないので、多くの施設が、事前の情報収集、病棟見学、段階的な受け入れ等の工夫を行っている。それでも体調変化を経験している施設が多いため、施設での医療的な体制の強化が望まれる。

また準・超重症児と呼ばれる医療的に重度な利用児(者)の受け入れ実績には地域での調整会議や、支援会議、自治体からの財政援助などが大きく関わっており、これは、受け入れ実績の地域格差にも関与していると考えられた。

今回新たに明らかになったことは病院でも療育施設でも短期入所に対応が難しい症例として多動・行動障害いわゆる“動く重心児”をあげており、小児在宅医療推進においての大きな課題になると考えられる。

## F. 結語

医療的ケア児数は人口 1 万人あたり 1.35 が目安となる。その実態を把握するためには、都道府県から医療機関を対象とした一次調査を行い、さらに患者に対して実態把握のための二次調査を行う必要がある。また重症児スコアよりも簡便な医療的ケアの程度を測る指標を開発したほうが良い。この調査は全国で同様の手法で同時に行うことが理想的であり、そうすれば流出患者に関する情報を近隣の都道府県に提供することができる。NDB の詳細なデータの開示請

求を試みる価値はある。今後は都道府県の担当者と協議し、確実に簡便な調査手法の開発を進めていくこととする。このことにより、地方自治体は自圏域における医療的ケア児の実態を把握し、より有効な支援につなげることができる。

在宅での医療的ケア児は、各種のどの定義や調査方法に従っても明らかに急増の傾向を示している。これに対して、今回の研究によれば、小児在宅医療支援に必要な要因のうち、在宅療養診療所医師の受け入れ体制や関心は 9 年前の調査に比較して明らかに拡大しているものの、短期入所・入院の実施施設は以前の調査に比較して、比較的医師・看護師スタッフに恵まれた小児科学会研修指定病院では微増していたものの、療育施設では変化がなかった。これは在宅医療ケア児の重度化と“動く”高度医療的ケア児の増加を反映しているものと考えられた。こうした新しい障害概念である医療的ケア児を支える連携体制の構築のためには、個々の医療機関や福祉施設だけでの自助努力だけでは不十分で、行政が従来の役割分担を超えて、医療部門、福祉部門、地域の基幹病院、教育委員が協議する場を用意する必要がある。さらには行政も県、市区町村まで含めた連携を行う必要があり、担当者の意識改革が必須であると同時に従来になかった医師と行政の連携、協働も必須となることがわかった。28 年度は世田谷と松戸市でそれぞれ行政と一体となって「**医療的ケア児の支援のための連携推進会議**」を立ち上げたので、平成 29 年度は具体的な地域の医療的ケア児の直面する課題の解決に向かって取り組む予定である。

その際の橋渡し役を期待されている相談支援専門員のスーパーバイザーは**個々の相談支援専門員へのアドバイス機能と事業者だけで無く行政関連部署に対するコンサルテーション機能**を有する必要があることが明らかとなった。スーパーバイザーとして必要な能力は、1)行政と連

携する力、2) 地域診断力、3) 事業所を査定する力、4) チームを作り、5) 議論を集約できる力、6) 関わる人を元気づける力であった。このことから次年度の研究では、2つの能力を高めるための研修を計画し、自治体等へ受講生の募集案内を行いその効果を評価する予定である。

## G. 研究発表

田村正徳

1. Perlman JM, Wyllie J, Kattwinkel J, Wyckoff MH, Aziz K, Guinsburg R, Kim HS, Liley HG, Mildenhall L, Simon WM, Szyld E, ○Tamura M, Velaphi S; Neonatal Resuscitation Chapter Collaborators. Part 7: Neonatal Resuscitation 2015 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. Circulation. 2015. 132(suppl 1):s204-s2041
2. Perlman JM, Wyllie J, Kattwinkel J, Wyckoff MH, Aziz K, Guinsburg R, Kim HS, Liley HG, Mildenhall L, Simon WM, Szyld E, ○Tamura M, Velaphi S; Neonatal Resuscitation Chapter Collaborators. Part 7: Neonatal Resuscitation: 2015 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations (Reprint).. Pediatrics. 2015.136(2):S120-S166
3. Wyllie J, Perlman JM, Kattwinkel J, Wyckoff MH, Aziz K, Guinsburg R, Kim HS, Liley HG, Mildenhall L, Simon WM, Szyld E, ○Tamura M, Velaphi S; Neonatal Resuscitation Chapter Collaborators. Part 7: Neonatal resuscitation: 2015 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations.. Resuscitation. 2015. 95:e169-e201
4. Sakurai Y, ○Tamura M. PhD Efficacy of the Airway Scope (Pentax-AWS) for Training in Pediatric Intubation. 2015. 57(2):217-221
5. Sakazaki S1, Masutani S, Sugimoto M, Tamura M, Kuwata S, Kurishima C, Saiki H, Iwamoto Y, Ishido H, Senzaki H. "Oxygen Supply to the Fetal Cerebral Circulation in Hypoplastic Left Heart Syndrome: A Simulation Study Based on the Theoretical Models of Fetal Circulation. Pediatr Cardiol.. 2015. 36(3):677-684
6. Ogawa R, Mori R, Sako M, Kageyama M, Tamura M, Namba F Drug therapies in bronchopulmonary dysplasia in Japan: questionnaire survey.. Pediatr Int. 2015. 57(1):189-192
7. 田村正徳（日本救急医療財団心肺蘇生法委員会），4章「新生児の救急蘇生法」．（改訂5版）救急蘇生法の指針2015（医療従事者用）へるす出版. 2017.01. 166-177
8. ○田村正徳（監修），梶原厚子（著，編集），在宅医療が必要な子どものための図解ケアテキスト Q&A. メディカ出版. 2016.12.
9. 田村正徳，新生児の蘇生—JRC 蘇生ガイドライン 2015 に基づく最新知見. 小児科 金原出版. 2016.10. 57(11):1377-1383
10. ○田村正徳，「まもられた小さな命を地域ではぐくむ ～乳幼児小児の在宅医療移行の現状と課題～」．日本重症心身障害福祉協会西日本施設協議会広報 日本重症心身障害福祉協会西日本施設協議会事務局. 2016.10. (18):36-49

平成 28 年度 医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究

11. 森脇幸一、奈倉道明、山崎和子、高田栄子、側島久典、星順、奈須康子、小泉恵子、○田村正徳、小児在宅医療の医療機器. 病院設備日本病院設備協会. 2016.09. 58(5):2016-9
12. 田村正徳, 15「新生児・乳幼児の呼吸管理」. 第 21 回 3 学会合同呼吸療法認定士認定講習会テキスト 3 学会合同呼吸療法認定士認定委員会事務局. 2016.08. 385-418
13. 側島久典、○田村正徳、紅谷浩之、宮田章子、高田栄子、梶原厚子、市橋亮一、日本在宅医療、現在の問題点. 在宅療養支援診療所医師、成人対象訪問看護師向け小児在宅医療講習会テキストブック 公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団助成. 2016.08.
14. 田村正徳, 1「新生児心肺蘇生法」. 症例から学ぶ周産期診療ワークブック (改定第 2 版) (株) メジカルビュー社. 2016.07. 230-236
15. 田村正徳、横尾京子, ガイドライン準拠 NICU に入院している新生児の痛みのケア実践テキスト. ガイドライン準拠 NICU に入院している新生児の痛みのケア実践テキストメディカ出版. 2016.05.
16. 田村正徳、監修：細野茂春, 国際蘇生法連絡委員会の Consensus2015 から日本版ガイドライン 2015 まで. 日本版救急蘇生ガイドライン 2015 に基づく 新生児蘇生法テキスト 第 3 版 メジカルビュー社. 2016. 18-23
17. 田村正徳、金井雅代、野村雅子、内田美恵子, "日本の医療体制に適合した新生児心肺蘇生法ガイドラインの作成【体制】 予定帝王切開への NCPR (Neonatal Cardio-Pulmonary Resuscitation:新生児蘇生法) 講習会を受けた看護師による分娩立会の安全性と課題の抽出. 「我が国に適應した神経学的予後の改善を目指した新生児蘇生法ガイドライン作成のための研究」. 2016.. 23-30"
18. 田尻達郎、臼井規朗、左合治彦、小野滋、野坂俊介、米田光宏、宗崎良太、仙尾部奇形腫. 小児期からの気象難治性消化器管疾患の移行期を包含するガイドラインの確立に関する研究. 2016. 323-334
19. ○田村正徳, NICU から在宅に移行する子どもたち. 重症心身障害児者等支援者育成 研修テキスト. 2016.. 220-230
20. 森脇浩一、田村正徳、側島久典, NICU 診療を支援する職種の配置の現状と効果. 地域格差是正を通じた周産期医療体制の将来ビジョン実現に向けた先行研究班平成 26-27 年度総合研究報告書. 2016.. 142-147
21. 田村正徳、側島久典、森脇浩一、難波文彦、内田恵美子、吉田達彦、當麻未奈世, 全国の総合周産期母子医療センターの新生児診療指導体制に関するアンケート調査. 地域格差是正を通じた周産期医療体制の将来ビジョン実現に向けた先行研究班平成 26-27 年度総合研究報告書. 2016. 108-113
22. 難波文彦、田村正徳、側島久典、森脇浩一、内田恵美子、吉田達彦、當麻未奈世, 総合・地域周産期センターと日本小児科学会研修指定施設における新生児医療研修の課題.. 2016. 138-141
23. 研究代表者末光茂、研究協力者○田村正徳他, 重症心身障害児者等コーディネーター育成 研修テキスト.. 2016.03.
24. 研究代表者 末光茂、研究協力者○田村正徳、他, 重症心身障害児者等支援者育成研修テキスト.. 2016.. 220-230
25. 田村正徳, 新生児の蘇生. 助産師基礎教育テキスト 2016 年版 第 5 巻分娩期の診断とケア 日本看護協会出版会. 2016. 189-201
26. 櫻井淑男、田村正徳, 小児集中治療. 救急・集中治療医学レビュー 2016 救急・集中治療医学レビュー. 2016. 306-312
27. 田村 正徳, 第 4 章 新生児の蘇生. JRC 蘇生ガイドライン 2015 医学書院. 2016. 244-289
28. 細野茂春、田村正徳、和田雅樹、杉浦崇浩、

平成 28 年度 医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究

- 草川功, 新生児蘇生法 2015 ガイドライン.  
日本新生児成育医学会雑誌. 2016. 28(2):10-15
29. 奈倉道明、山崎和子、高田栄子、森脇浩一、星順、奈須康子、側島久典、○田村正徳、埼玉県小児在宅医療連携拠点事業の取り組み. . 2016. 11-11
30. 田村正徳 ILCOR の Consensus2015 から NCPR ガイドライン 2015 まで. 周産期医学 東京医学社. 2016. 46(2):139-140
31. 森脇浩一、奈倉道明、内田美恵子、○田村正徳, 小児在宅医療における地域中核病院の役割移行支援、緊急対応についてー現状と課題ー. 小児科臨床. 2016 69:13-18
32. 森脇浩一、内田美恵子、○田村正徳, NICU 長期入院児在宅医療移行の受け入れに関する地域中核病院アンケート調査. 日本小児科学会雑誌. 2016. 120:72-76
33. ○田村正徳.在宅医療. 小児科臨床 日本小児医事出版社. 2015.11. 68(増刊号):2323-2330
34. 國方徹也、桜井隼人、笥紘子、本田正和、川崎秀徳、○田村正徳.我が国の新生児蘇生体制の現状と課題の分析ー2005年・2010年のアンケート調査と比較して. 日本周産期・新生児医学会雑誌 日本周産期・新生児医学会. 2015.3(51):947-953
35. 横尾京子、田村正徳.合同シンポジウム「NICUの新生児の痛みを軽減するガイドライン」. 日本新生児成育医学会雑誌 日本新生児成育医学会. 2015.. 27(2):10-12
36. 田村正徳.小児の在宅医療. 月刊地位域学 公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所. 2015.. 29(4):265-269
37. ○田村正徳.小児在宅医療の支援体制整備はなぜ必要かー医療費削減だけでなく、母子の社会的安全システムとしても機能する小児在宅医療. 月間 新医療 エムイー振興協会.2015.. 42(3):18-21
38. 田村 正徳.6.新生児の蘇生. 助産師基礎教育テキスト 2015 年版 第 5 巻 分娩期の診断とケア. 2015. 5:189-200
39. ○田村正徳、山崎和子.NICU から在宅医療への移行ー特に人工呼吸器装着患者に関してー. 日在医会誌. 2015.01. 16(2):21-25
40. ○田村正徳.N I C Uから始まる小児在宅医療. 日本在宅医療学会雑誌. 2014.07. 16(1):88
41. 山田悠花子、○田村正徳、川島瞳、小泉恵子、安藤てる子、「A 病院小児科を主科とする医療的ケア児の災害時避難場所の確認～Google マップによるマッピングの作成～」, 第 6 回日本小児在宅医療支援研究会. 2016.09.03. 大宮ソニックシティ
42. 吉井牧子、長谷川朝彦、○田村正徳,「医療型障害児入所施設における具体的総合目標の設定と意識づけの試み～在宅移行支援施設としてのチームアプローチ～」, 第 6 回日本小児在宅医療支援研究会. 2016.09.03. 大宮ソニックシティ
43. ○田村正徳,「NICU から始まる小児在宅医療」シンポジウム「小児在宅医療を進めるために」, 第 18 回日本在宅医学会大会. 2016.07.17. 東京 (東京ビッグサイト)
44. 田村正徳,『重度重複障害のある児の在宅支援ー医療の立場から』, 障害児・者相談支援事業全国連絡協議会, 2016.6.16, 千葉 (幕張メッセ)
45. 73 田村正徳,「小児慢性特定疾病の在宅医療」難病のこども支援全国ネットワーク総会, 2016.7.2, 東京 (飯田橋レインボービル)
46. ○田村正徳, 小児在宅医療の現状と課題と解決策の検討ー埼玉県での取り組み, 第 63 会 日本小児保健協会学術集会. 2016.06. 大宮ソニックシティ
47. ○田村正徳, 新生児医療の現状と課題 NICU の整備及び NICU 勤務医師の充足度の地域格差に関する報告, 小児科チェアマン

- 会議. 2016.05. 札幌 (ロイトン札幌)
48. ○田村正徳, 日本の周産期医療の現状と医療的ケアの必要な子どもが増えている, 特別シンポジウム”医療的ケアの必要な子どもの未来を拓きます!! ~子ども未来課意義と自民党の提言と~. 2016.01. 秋葉原 (東京)
49. NHKE テレ 2016 年 7 月 13 日ハートネット TV シリーズ熊本地震 7. 『赤ちゃんの“命の砦”』
50. 読売新聞 2016 年 10 月 7 日 「医療ルネッサンス 医療的ケア児」
51. 毎日新聞 2016 年 12 月 23 日 「医療的ケア児と保育所／上 「仕事、辞めるしかない」
52. 朝日新聞 2017 年 1 月 16 日 「増える医療ケア児、足りない施設
- 『0-100 在宅診療』2016 年 2 月号 Vol.1 No.2 (P.155), へるす出版, 2016
8. ○前田浩利, 「対象となる子どもの特徴」, 『0-100 在宅診療』 2016 年 2 月号 Vol.1 No.2 (P.163-167), へるす出版, 2016
9. ○前田浩利, 「緩和ケア」, 『0-100 在宅診療』 2016 年 2 月号 Vol.1 No.2 (P.245-249), へるす出版, 2016
10. 前田浩利, 対談 「在宅医、人を、子どもを、家族を、地域を支えるジェネラリスト」, 『0-100 在宅診療』 2016 年 1 月号 Vol.1 No.1 (P.14-21), へるす出版, 2016
11. ○前田浩利, 「在宅療養支援診療医の立場からみた現状と課題」, 『小児科臨床』 2016 年 1 月号 Vol.69 No.1(P.7-12), 日本小児医事出版社, 2016
12. 編集: ○前田浩利, 小児・重症児者の訪問看護, 中央法規出版, 2015.09.
13. ○前田浩利, 福祉との連携, 今日の小児治療指針』 第 16 版.医学書院、2015.09.930-931
14. ○前田浩利, 在宅での看取り, 今日の小児治療指針』 第 16 版、医学書院、2015.09.940
15. ○前田浩利, 悪性腫瘍の緩和ケア、重症心身障害児・者 診療・看護ケア実践マニュアル、診断と治療社、2014.12、223-225
16. ○前田浩利, その他の疾患の緩和ケア、重症心身障害児・者 診療・看護ケア実践マニュアル、診断と治療社、2014.12、223-225
17. ○前田浩利, 在宅医療 Q & A、じほう、2015.8
18. ○前田浩利、他、【コラム】NICU と在宅医療、テキスト肢体不自由教育ー子ども理解と教育実践、全国障害者問題研究会、2014.06.44-46
19. ○前田浩利 (企画協力)、とても大切な人が がんになったときに開く本、青海社.2014.06
20. 長島史明、梶原厚子、○前田浩利, 「小児在宅支援を担う看護師に対するリハビリテーション
- 前田浩利
1. ○前田浩利 (監修): 病気をもつ子どもと家族のための「おうちで暮らすガイドブック」 Q&A, メディカ出版, 2016.12
2. ○前田浩利 戸谷剛 : 総説「小児がんの在宅緩和ケア」:『日本小児血液・がん学会雑誌』 53 巻 5 号 2016
3. ○前田浩利 編集アドバイザー:『0-100 在宅診療』 へるす出版 2016
4. ○前田浩利, 「初めて子どもの在宅医療を始める医師や看護師の皆さんへ」, 『0-100 在宅診療』 2016 年 6 月号 Vol.1 No.6(P.491), へるす出版, 2016
5. ○前田浩利 沖本由理, 「脳腫瘍の子どもの在宅ケア」, 『0-100 在宅診療』 2016 年 6 月号 Vol.1 No.6 (P.514-518), へるす出版, 2016
6. ○前田浩利, 「小児在宅の対象; 重症心身障害児、超重症心身障害児、医療的ケア児」, 『0-100 在宅診療』 2016 年 2 月号 Vol.1 No.2 (P.157-161), へるす出版, 2016
7. ○前田浩利, 「序文「小児在宅医療のエッセンスー必要な知識・技術から緩和ケアまでー」,

## 平成 28 年度 医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究

- ン研修の紹介～事前・事後アンケート結果からみえた校歌と課題～」, 第 6 回日本小児在宅医療支援研究会. 2016.09.03. 大宮ソニックシティ
21. 梶原厚子、○前田浩利, 「熊本の災害に学ぶための実態調査について」, 第 6 回日本小児在宅医療支援研究会. 2016.09.03. 大宮ソニックシティ
22. 田中総一郎、○前田浩利、梶原厚子, 「災害時における多職種協働」, 第 6 回日本小児在宅医療支援研究会. 2016.09.03. 大宮ソニックシティ
23. ○前田浩利、戸谷剛, 「小児の在宅緩和ケアの対象となる疾患の分析」, 第 21 回日本緩和医療学会 2016.6.17. 京都市
24. ○前田浩利, 「小児在宅医療を支える医療技術とその課題」, 第 18 回日本在宅医学会, 2016.7.17, 東京ビッグサイト
25. ○前田浩利, 「在宅医療の現場から 重症児者の地域包括ケア」, 第 119 回日本小児科学会 2016.5.15, (札幌市)
26. ○前田浩利, 「在宅における子どもの看取り」, 第 52 回日本小児循環器学会, 2016.7.7, (東京)
- 岩崎裕治
1. ○岩崎裕治、堀江久子、木原肖子、齊木弘、山本雅章 東京都における重症心身障害者のグループホーム調査 日本重症心身障害学会誌;41:347-356, 2016
2. ○岩崎裕治、北住映二、福岡寿、安藤真知子、谷口由紀子、田村正徳、村下志保子、等々力寿純、藤野孝子、堀江久子, 重症心身障害児者等の祖団支援専門員およびコーディネーターの人材育成プログラムの開発, "重症心身障害児者の支援者・コーディネーター育成研修プログラムと普及に関する研究 平成 27 年度総括・分担研究報告書 3-26, 2015
3. ○岩崎裕治. 「重症心身障害に対する医療・支援の現状」 小児保健研究 73: 240-242. 2014
4. ○岩崎裕治、山本雅章、齋木博、木原肖子、堀江久子. , 「重症心身障害児者得に「準・超重症児」に即したグループホーム等のあり方に関する調査研究」 「障害支援区分」下での在宅重症心身障害者の日中活動と、短期入所ならびにグループホームのあり方に関する総合的な研究. 公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団 研究報告書, 69-85. 2014
5. 田代恵野、○岩崎裕治, "慢性期の超重症児 NICU 最前線 日常のギモンを徹底解説! なぜ? から分かる体温管理の「べからず」", ネオネイタルケア ;27:784-788, 2014
6. 山本晃子、岩崎裕治、北住映二、口分田政夫、西藤武美 月経前緊張症候群など女性ホルモン周期に関連した問題, 重症心身障害児・者診療・看護ケア実践マニュアル, 180-182, 診断と治療社, 2014
7. 酒井朋子、岩崎裕治、北住映二、口分田政夫、西藤武美 骨折の原因としての骨粗しょう症、骨折予防のための薬物療法, 重症心身障害児・者診療・看護ケア実践マニュアル, 197-199, 診断と治療社, 2014

### H 知的財産権の出願・登録状況

なし

研究協力者： 奈倉 道明（埼玉医科大学 総合医療センター小児科）

研究分担者： 田村 正徳（埼玉医科大学 総合医療センター小児科）

### 【研究要旨】

医療的ケアは、学校、特別養護老人ホーム、在宅などにおいて、非医療職によって日常的に行われている医行為を指すが、法律で定義された概念ではない。非医療職による医行為、すなわち医療的ケアが実質的な違法性の阻却事由となるかについては、長らく議論の対象となっていた。本研究の目的は、医療的ケアが法的にどう整理され、法的立場と現場の実態とでどのような関係にあるのかを考察し、医療的ケアの在り方を適切に定義づけることである。

#### < 1 > 法令解釈の歴史的探索

非医療職による医行為に関する厚生労働省の法令通知を検索したところ、平成 15 年から段階的に、在宅における ALS 患者、非 ALS 患者、特別支援学校、特別養護老人ホームでの医行為が追認され、平成 24 年度における喀痰吸引等研修制度及び介護福祉士養成施設の教育カリキュラム改正によって医療的ケアの制度は整備されたと言える。そして平成 28 年度における児童福祉法の改正により、医療的ケア児に対する幅広い職種が連携する支援体制を構築することが推奨されることとなった。法令上、医療的ケアの具体的な内容は人工呼吸器以外に言及されていないが、少なくとも「喀痰吸引等」は医療的ケアの一部である。さらに文部科学省の調査においては、医療的ケアは「喀痰吸引等」よりも幅広い行為が採用されていることが判明した。

#### < 2 > 医療的ケアの定義

医療的ケアと診療報酬における在宅療養指導管理との対応を考察し、医療的ケアの定義の方法を 4 つ提案する。第 1 の定義は在宅療養指導管理の対象となる全ての医行為であり、第 2 の定義は日常的に他者により実施される医行為もしくは見守りを必要とする医行為、第 3 の定義は文部科学省の調査の対象となる医行為、第 4 の定義は喀痰吸引等に該当する医行為である。いずれの定義を妥当とするかは、医療的ケア児数を把握する目的によって異なる。

## A. 研究目的

医療的ケアとは、法律で定義された概念ではないが、学校、特別養護老人ホーム、在宅などにおいて、非医療職によって日常的に行われている医行為を指す。医行為は、本来ならば医師法及び保健師看護師助産師法により、医師と診療の補助者としての看護師にしか認められない行為である。しかし実際には、学校や特別養護老人ホーム、在宅において、非医療職によって医行為の一部が日常的に行われている。それ

らを「医行為」「医療行為」「医ケア」と呼ぶことについては、違法とされる可能性があったため、現場で「医療的ケア」と呼ばれてきた。

ある行為が処罰に値する構成要件に該当する場合に、その行為が正当化されるだけの事情が存在するかどうかを実質的に判断し、正当化されるときに違法性が阻却される、とする考え方を「実質的違法性阻却論」と言う。非医療職による医行為、すなわち医療的ケアが実質的な違法性の阻却事由となるかについては、長らく議論の対象となっていた。医療的ケアは法律上に



定義された概念ではないが、医療的ケアが法的にどう整理され、法的立場と現場の実態とどのような関係にあるのかを考察し、医療的ケアの在り方を適切に定義づけることが、本研究の目的である。

## B. 研究方法

### < 1 > 法令解釈の歴史的探索

非医療職による医行為に関する法令通知を過去にさかのぼって検索し、その条文を精査し、医療的ケアが違法性の阻却事由とされる法令解釈の歴史的な変遷を考察した。法令の検索には厚生労働省の法令等データベースサービスを利用した。

### < 2 > 医療的ケアの定義

実際には、喀痰吸引や経管栄養以外にも、医学の進歩により、医療的ケアと言える医行為ははるかに多く存在する。例えば、1型糖尿病におけるインスリン自己注射、腎不全における透析治療、在宅酸素療法、中心静脈栄養、在宅人工呼吸管理、神経因性膀胱における導尿、寝たきり患者における褥瘡処置など、例をあげれば枚挙に暇がない。医療的ケア児数を算出するにあたり、どの範囲の医行為を医療的ケアとして定義するかによって、その数は変わってくる。現在のところ厚生労働省は「医療的ケア」の内容を明確には定義していないため、本研究では、医療的ケアの定義から議論を始め、医療的ケアの暫定的な定義を定め、その範囲を明確にすることから始める。

日常生活を営むために居宅等で医行為を行うことは、まさに「在宅医療」に他ならない。医療的ケアは、在宅医療における医行為と密接な関係にあると言える。そこで本研究では、医療的ケアを、医科診療報酬点数表の特掲診療料に記載された在宅療養指導の対象となる医行為で説明できるかどうか考察した。

(倫理面への配慮)

本研究における利益相反はなく、また個人情報 は扱っていない。

## C. 研究結果

### < 1 > 法令解釈の歴史的探索

#### ① 在宅での医療的ケア

厚生労働省は、非医療職による医行為の適切な在り方について局長通知レベルで個別に追認してきた。例えば、平成 15 年 10 月に発出した医政局長通知「ALS(筋萎縮性側索硬化症)患者の在宅療養の支援について」(文献 1)では、「在宅 ALS 患者にとっては、頻繁にたんの吸引が必要であることから、家族が 24 時間体制で介護を行っているなど、患者・家族の負担が非常に大きくなっており、その負担の軽減を図ることが求められる」との背景を説明し、痰の吸引という医行為を、家族以外の者に指導して実施させることを「当面のやむを得ない措置として許容されるもの」とした。また、平成 17 年 3 月には、ALS 以外の療養患者・障害者に対しても同様の判断を下した(文献 2)。

#### ② 特別支援学校での医療的ケア

平成 16 年 10 月に厚生労働省医政局は「盲・聾・養護学校におけるたんの吸引等の取扱いについて(協力依頼)」を発出し(文献 3)、養護学校(現在の特別支援学校)に看護師が配置されるという前提のもとで、教員が特定の研修を受けた上で以下の医行為の実施が許容されるとした。

盲・聾・養護学校における「医療的ケア」

- (1) 咽頭・鼻腔への痰の吸引
- (2) 経管栄養(胃瘻、腸瘻を含む)
- (3) 導尿の介助

#### ③ 特別養護老人ホームでの医療的ケア

また、平成 22 年 4 月に厚生労働省医政局は、「特別養護老人ホームにおけるたんの吸引等の取扱いについて」を发出した（文献 4）。ここでは「特別養護老人ホームにおける看護職員と介護職員の連携によるケアの在り方に関する取りまとめ」報告書に基づき、特別養護老人ホーム（現在の介護老人福祉施設）に看護師が配置されている前提のもとで、介護職員が以下の医行為を実施することは「やむを得ない」とした。特別養護老人ホームにおける「医療的ケア」

- (1) 口腔内の痰の吸引
- (2) 胃瘻による経管栄養（チューブ等の接続及び注入の開始は除く）

#### ④ 医療スタッフによる医療的ケア

また、厚労省医政局は、特別養護老人ホームに関する通知とほぼ同時期に「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」を发出した（文献 5）。この中で「喀痰等の吸引」は、医師、看護師以外にリハビリテーション関係職種及び臨床工学士が実施できる医行為として認められることとなり、実施可能な職種の幅が広がった。

#### ⑤ 介護職員による医療的ケア

さらに、平成 24 年度に社会福祉士及び介護福祉士法が改正され、介護職員や学校教員が実施できる医行為の在り方が整理され、これらの者を対象とした「喀痰吸引等」と呼ばれる医療的ケアに関する研修制度が発足した（文献 6）。社会福祉士及び介護福祉士法では、「喀痰吸引等」を「喀痰吸引その他の身体上又は精神上的の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者が日常生活を営むのに必要な行為であって、医師の指示の下に行われるもの（厚生労働省令で定めるものに限る。）」と定義している。そして当該厚生労働省令である社会福祉士及び介護福祉士法施行規則では、「喀痰吸引等」として以下の 5 つの医行為を記載している（参考 1）。

「喀痰吸引等」

- (1) 口腔内の喀痰吸引
- (2) 鼻腔内の喀痰吸引
- (3) 気管カニューレ内部の喀痰吸引
- (4) 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養
- (5) 経鼻経管栄養

#### ⑥ 介護福祉士養成施設での教育課程

また、平成 24 年度の社会福祉士及び介護福祉士法の改正により、介護福祉士養成施設の教育カリキュラムに喀痰吸引等研修と同等の医療的ケアに関する講義・演習・実地研修が組み込まれ、平成 27 年度以降に介護福祉士国家試験に合格した者は喀痰吸引等を実施できることとなった（文献 7）。

#### ⑦ 特別支援学校での調査

一方で、特別支援学校における医療的ケアの内容は、厚生労働省とは別に、文部科学省において検討の対象とされてきた。文部科学省では平成 19 年度より「特別支援学校医療的ケア実施体制状況調査」を実施し、全国の医療的ケアの対象児童の実数を発表してきた。平成 24 年度からは実数把握の調査を「特別支援学校等の医療的ケアに関する調査」として独立させて解析を行っている。ここで調査の対象となる医療的ケアは、以下のように定められている（文献 8）。これらの医行為は、教員と看護師とで役割分担されている。

特別支援学校における「医療的ケア」

（※ ●は「喀痰吸引等」に含まれるもの、○はそれ以外）

#### 【栄養】

- 経管栄養（鼻腔に留置されている管からの注入）
- 経管栄養（胃ろう）
- 経管栄養（腸ろう）
- 経管栄養（口腔ネラトン法）

- I V H 中心静脈栄養

【呼吸】

- 口腔・鼻腔内吸引（咽頭より手前まで）
- 口腔・鼻腔内吸引（咽頭より奥の気道）
- 気管切開部（気管カニューレ内）からの吸引
- 気管切開部（気管カニューレ奥）からの吸引
- 経鼻咽頭エアウェイ内吸引
- 気管切開部の衛生管理
- ネブライザー等による薬液（気管支拡張剤等）の吸入
- 経鼻咽頭エアウェイの装着
- 酸素療法
- 人工呼吸器の使用

【排泄】

- 導尿

【その他】

- 上記項目以外で、特別支援学校において児童生徒が日常的に受けているケアで、医行為としてとらえている行為

⑧ 改正児童福祉法における医療的ケア児

平成 28 年 6 月に児童福祉法が改正され、初めて医療的ケア児について言及された。児童福祉法第 56 条 6 の②では、医療的ケア児は「人工呼吸器を装着している障害児その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある障害児」と表現され、地方公共団体は医療的ケア児の支援のために保健、医療、福祉等の関係機関と連携する努力義務が課せられることとなった（参考 2）。児童福祉法が 18 歳未満に適応されることから、医療的ケア児はこの年齢を想定することが妥当である。ただここでは、具体的な医療的ケアの内容は人工呼吸器以外記載されていない。

以上より、医師、看護師以外の者が実施する医行為（医療的ケア）は、厚生労働省により平成 15 年から段階的に個別的に追認され、平成 24 年度における喀痰吸引等研修制度及び介護福祉士養成施設の教育カリキュラム改正によって制度として整備されたと言える。そして平成 28 年度における児童福祉法の改正により、医療的ケア児に対する幅広い職種が連携する支援体制を構築することが推奨されることとなっている。医療的ケアの具体的な内容は人工呼吸器以外に言及されていないが、少なくとも「喀痰吸引等」は医療的ケアの一部である。さらに、文部科学省の調査では、喀痰吸引等よりも幅広い行為が医療的ケアに採用されている。

< 2 > 医療的ケアの定義

実際には、喀痰吸引等以外にも、医療的ケアと言える医行為が医学の進歩とともに数あまたある。医療的ケア児数を算出するにあたり、どの範囲の医行為を医療的ケアとして定義するかによって、その数は変わってくる。現在のところ厚生労働省は「医療的ケア」の内容を明確には定義していないため、本研究では医療的ケアの定義から議論を始めなければならない。そして、医療的ケアの暫定的な定義を定め、その範囲を明確にすることとする。

社会福祉士及び介護福祉士法第 2 条の 2 においては、「喀痰吸引等」を「喀痰吸引その他身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者が日常生活を営むのに必要な行為であって、医師の指示の下に行われるもの」と定義している（参考 3）。そして児童福祉法第 56 条の 6 ②では、医療的ケア児は「人工呼吸器を装着している障害児その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある障害児」とされている。ここで言う「障害」を、内部障害を含めた広い概念でとらえた場合、「疾病」と読み替えることが可能となる。これらを統合的

に考えた場合、医療的ケアを定義するのに蓋然性の高い表現としては、「障害もしくは疾病があることにより日常生活を営むために必要となる医行為」と表現することができよう。では、医療的ケアには具体的にどの範囲の医行為を設定すべきであろうか。以下に 4 つの定義の可能性について考察する。

- (1) 在宅医療に関わる全ての医行為
- (2) 他者により日常的に施される医行為
- (3) 文科省調査の基準に則った医行為
- (4) 喀痰吸引等に含まれる医行為

(1) 在宅医療に関わる全ての医行為

日常生活を営むために居宅等で医行為を行うことは、まさに「在宅医療」であり、医科診療報酬点数表の特掲診療料に記載された在宅療養指導の全ての医行為が、医療的ケアに合致すると考えることができる。これが第 1 の定義である。しかし、この定義に基づいた医療的ケア児全てが、地方自治体によって把握されるべき存在であるとは言い難い。例えば、身体的・知的に大きな障害はなく成長ホルモン分泌不全症のために成長ホルモンの自己注射を 1 日 1 回夜間に行う児が、特別に支援を必要とする対象であるとは考えにくい。また、この定義に基づいて医療的ケア児数を算出するとかなり大きな数値となり、現実的ではない。(詳細な数値は次研究をご参照頂きたい。)

(2) 他者により日常的に施される医行為

そこで、より現場感覚に沿った医療的ケアの定義として、「他者により日常的に施される医行為」という条件を設定してみることにする。なぜならば、この条件を満たす者は生存のために他者の支援を絶対的に必要としており、多職種による支援の必要度も高いからである。この観

点に基づき、該当する在宅療養指導管理料を列記してみる。これが第 2 の定義である。

在宅自己注射指導管理料

➡ 他者による医行為がないため除外×

在宅自己腹膜灌流指導管理料

➡ 他者により回路が装着される○

在宅血液透析指導管理料

➡ 他者により血管ルートが確保される○

在宅酸素療法指導管理料

➡ 他者により回路が装着される○

在宅中心静脈栄養法指導管理料

➡ 他者により点滴を交換される○

在宅成分栄養経管栄養法指導管理料

➡ 他者により注入処置を受ける○

在宅小児経管栄養法指導管理料

➡ 他者により注入処置を受ける○

在宅自己導尿指導管理料

➡ 他者により導尿処置される場合がある○

在宅人工呼吸指導管理料

➡ 他者により呼吸器回路が装着される○

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料

➡ 他者による医行為がないため除外×

在宅悪性腫瘍等患者指導管理料

➡ 他者により鎮痛剤の投与を受ける○

在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料

➡ ダブルカウントのため除外×

在宅寝たきり患者処置指導管理料

➡ 他者による各種の医行為を受ける○

在宅自己疼痛管理指導管理料

➡ 他者による医行為がないため除外×

在宅振戦等刺激装置治療指導管理料

➡ 他者による医行為がないため除外×

在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料

➡ 他者による医行為がないため除外×

在宅仙骨神経刺激療法指導管理料

➡ 他者による医行為がないため除外×

在宅肺高血圧症患者指導管理料

- ➡ 他者により点滴を交換ける○  
在宅気管切開患者指導管理料
- ➡ 他者により気管内を吸引される○  
在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料
- ➡ 他者による皮膚処置を受ける○

(3) 文部科学省調査の基準に則った医行為

文部科学省の調査の対象となっている各種の医行為をもって医療的ケアと定義することも可能である。文科省調査の医療的ケアに相当する医行為を以下に記載し、その医行為に相当する在宅療養指導管理料を付記した。これらの医行為は、教員ではなく看護師が行うものも含まれており、「喀痰吸引等」よりも幅が広い。ただし、文部科学省の医療的ケアには「その他」（上記項目以外で、特別支援学校において児童生徒が日常的に受けているケアで、医行為としてとらえている行為）と分類されるカテゴリーが存在し、その具体的内容は定義されていない。

文部科学省の医療的ケア

(※ ●は「喀痰吸引等」に含まれるもの、○はそれ以外)

【栄養】

- 経管栄養（鼻腔に留置されている管からの注入）
  - 経管栄養（胃ろう）
  - 経管栄養（腸ろう）
  - 経管栄養（口腔ネラトン法）
- ➡ 在宅小児経管栄養法指導管理料  
在宅成分栄養経管栄養法指導管理料
- I V H 中心静脈栄養

- ➡ 在宅中心静脈栄養指導管理料

【呼吸】

- 口腔・鼻腔内吸引（咽頭より手前まで）
- ➡ 該当する管理料なし

- 口腔・鼻腔内吸引（咽頭より奥の気道）
- ➡ 該当する管理料なしだが、在宅寝たきり患者処置指導管理料に含まれる。

- 気管切開部（気管カニューレ内）からの吸引

- ➡ 在宅気管切開指導管理料  
在宅人工呼吸指導管理料

- 気管切開部（気管カニューレ奥）からの吸引

- ➡ 上に同様

- 経鼻咽頭エアウェイ内吸引
- ➡ 該当する管理料なし
- 気管切開部の衛生管理
- ➡ 在宅気管切開指導管理料
- ネブライザー等による薬液（気管支拡張剤等）の吸入

- ➡ 該当する管理料なし

- 経鼻咽頭エアウェイの装着

- ➡ 該当する管理料なし

- 酸素療法
- ➡ 在宅酸素療法指導管理料
- 人工呼吸器の使用

- ➡ 在宅人工呼吸指導管理料

【排泄】

- 導尿
- ➡ 在宅自己導尿指導管理料

【その他】

- ➡ 在宅寝たきり患者処置指導管理料  
「その他」の中にはあらゆる医行為が含まれる余地がある

(4) 「喀痰吸引等」に含まれる医行為

また、喀痰吸引等研修を受講することにより非医療者が実施することができる医行為をもって、医療的ケアとする考え方もありえるだろう。これが第4の定義である。具体的には、① 口腔内の喀痰吸引、② 鼻腔内の喀痰吸引、③ 気

管カニューレ内部の喀痰吸引、④ 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養、⑤ 経鼻経管栄養の 5 行為に限られる。在宅療養指導管理料に変換して考えれば、以下のようになる。

- ① 口腔内の喀痰吸引  
➡ 該当する管理料なし
- ② 鼻腔内の喀痰吸引  
➡ 該当する管理料ないが、在宅寝たきり患者処置指導管理料に含まれる
- ③ 気管カニューレ内部の喀痰吸引  
➡ 在宅気管切開指導管理料  
在宅人工呼吸指導管理料
- ④ 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養  
➡ 在宅小児経管栄養法指導管理料  
在宅成分栄養経管栄養法指導管理料
- ⑤ 経鼻経管栄養  
➡ ④と同じ

以上のように、医療的ケアの定義として 4 種類のを提案した。いずれを妥当とするかは、医療的ケア児数を把握する目的によって異なると考えられる。広く在宅医療を必要とする児を医療的ケア児と定義するならば、第 1 の定義「在宅医療の全ての医行為」となる。第 2 の定義「他者により日常的に行われる医行為」は、最も厳密に医療的ケアを拾っている。第 3 の定義「文科省調査の基準に則る」は、文部科学省の調査と整合性があるが、文部科学省の「その他」に対応する部分が算出できない。第 4 の定義「喀痰吸引等」は、非医療職に可能な医行為のみを抽出したものである。

これらの 4 つのパターンをもとに、次の研究で実際の医療的ケア児数の算出をシミュレートしてみることにする。

(参考 1)

社会福祉士及び介護福祉士法施行規則

## 第一条

社会福祉士及び介護福祉士法（昭和六十二年法律第三十号。以下「法」という。）第二条第二項の厚生労働省令で定める医師の指示の下に行われる行為は、次のとおりとする。

- 一 口腔内の喀痰吸引
- 二 鼻腔内の喀痰吸引
- 三 気管カニューレ内部の喀痰吸引
- 四 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養
- 五 経鼻経管栄養

(参考 2)

児童福祉法

第 56 条の 6 ②

地方公共団体は、人工呼吸器を装着している障害児その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある障害児が、その心身の状況に応じた適切な保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を受けられるよう、保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を行う機関との連絡調整を行うための体制の整備に関し、必要な措置を講ずるよう努めなければならない。

(参考 3)

社会福祉士及び介護福祉士法

第二条第二項

2 この法律において介護福祉士とは、第四十二条第一項の登録を受け、介護福祉士の名称を用いて、専門的知識及び技術をもつて、身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき心身の状況に応じた介護（喀痰吸引その他のその者が日常生活を営むのに必要な行為であつて、医師の指示の下に行われるもの（厚生労働省令で定めるものに限る。以下「喀痰吸引等」という。）を含む。）を行い、並びにその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行うこと（以下「介護等」という。）を業とする者をいう。

(参考文献)

なし

文献 1 : 「ALS(筋萎縮性側索硬化症)患者の在宅療養の支援について」(平成 15 年 7 月 17 日)(医政発第 0717001 号)

## F. 知的財産権の出願・登録状況

なし

文献 2 : 「在宅における ALS 以外の療養患者・障害者に対するたんの吸引の取扱いについて」(平成 17 年 3 月 24 日)(医政発第 0324006 号)

文献 3 : 「盲・聾・養護学校におけるたんの吸引等の取扱いについて(協力依頼)」(平成 16 年 10 月 20 日)(医政発第 1020008 号)

文献 4 : 「特別養護老人ホームにおけるたんの吸引等の取扱いについて」(平成 22 年 4 月 1 日)(医政発 0401 第 17 号)

文献 5 : 「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」(平成 22 年 4 月 30 日)(医政発 0430 第 1 号)

文献 6 : 厚生労働省「喀痰吸引等研修制度について」

[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunit/suite/bunya/hukushi\\_kaigo/seikatsu\\_hogo/tannokyyuin/](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunit/suite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsu_hogo/tannokyyuin/)

より「制度周知パンフレット」(平成 23 年 11 月版)

文献 7 : 同「介護福祉士養成施設における「医療的ケア」の追加について」(平成 25 年 3 月 27 日)

文献 8 : 文部科学省 HP「特別支援教育に関する調査の結果関連」

[http://www.mext.go.jp/a\\_menu/shotou/tokubetu/1343889.htm](http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/1343889.htm)

より「平成 27 年度特別支援学校等の医療的ケアに関する調査結果について」

## D. 健康危険情報

なし

## E. 研究発表

(研究 1-1 参考文献 3)

○盲・聾・養護学校におけるたんの吸引等の取扱いについて(協力依頼)

(平成 16 年 10 月 20 日)

(医政発第 1020008 号)

医師又は看護職員の資格を有しない教員によるたんの吸引等の実施を許容するための条件

I たんの吸引、経管栄養及び導尿の標準的手順と、教員が行うことが許容される行為の標準的な範囲

たんの吸引、経管栄養及び導尿について、文部科学省のモデル事業等における実績と現在の医学的知見を踏まえると、看護師<sup>1)</sup>が当該盲・聾・養護学校に配置されていることを前提に、所要の研修を受けた教員が行うことが許容される行為の標準的な範囲は、それぞれ以下の通りである。しかし、いずれの行為にあっても、その処置を行うことが適切かどうかを医療関係者が判断し、なおかつ、具体的手順については最新の医学的知見と、当該児童生徒等の個別の状況を踏まえた医療関係者の指導・指示に従うことが必要であり、緊急時を除いては、教員が行う行為の範囲は医師の指示の範囲を超えてはならない。

1 たんの吸引

(1) 標準的な手順

- ① 深く入りすぎないようにあらかじめチューブを挿入する長さを決めておく。
- ② 適切な吸引圧で、吸引チューブを不潔にしないように、吸引する。
- ③ 咽頭にある痰を取り除くには、鼻腔から吸引チューブを挿入して吸引した方が痰を取り除きやすい場合もある。
- ④ その場合、鼻腔粘膜などを刺激して出血しないようにチューブを入れる方向等に注意しながら挿入する。

(2) 教員が行うことが許容される標準的な範囲と看護師の役割

- ① 咽頭より手前の範囲で吸引チューブを口から入れて、口腔の中まで上がってきた痰や、たまっている唾液を吸引することについては、研修を受けた教員が手順を守って行えば危険性は低く、教員が行っても差し支えないものと考えられる。



- ② 鼻からの吸引には、鼻腔粘膜やアデノイドを刺激しての出血が、まれではあるが生じうる。また、鼻や口からの、咽頭の奥までの吸引を行えば、敏感なケースでは嘔吐・咳込み等の危険性もある。したがって、鼻からの吸引や、口から咽頭の奥までの吸引は、「一般論として安全である」とは言い難い。しかし、鼻からの吸引は、児童生徒等の態様に応じ、吸引チューブを入れる方向を適切にする、左右どちらかのチューブが入りやすい鼻からチューブを入れる、吸引チューブを入れる長さをその児童生徒等についての規定の長さにしておく、などの手順を守ることにより、個別的には安全に実施可能である場合が多い。以上の点を勘案すると、教員は、咽頭の手前までの吸引を行うに留めることが適当であり、咽頭より奥の気道のたんの吸引は、看護師が担当することが適当である。

## 2 経管栄養(胃ろう・腸ろうを含む)

### (1) 標準的な手順

- ① 鼻からの経管栄養の場合には、既に留置されている栄養チューブが胃に挿入されているか注射器で空気を入れ、胃に空気が入る音を確認する。
- ② 胃ろう・腸ろうによる経管栄養の場合には、び爛や肉芽など胃ろう・腸ろうの状態に問題がないことの確認を行う。
- ③ 胃・腸の内容物をチューブから注射器でひいて、性状と量を確認、胃や腸の状態を確認し、注入内容と量を予定通りとするかどうかを判断する。
- ④ あらかじめ決められた注入速度を設定する。
- ⑤ 楽な体位を保持できるように姿勢の介助や見守りを行う。
- ⑥ 注入終了後、微温湯を注入し、チューブ内の栄養を流し込む。

### (2) 教員が行うことが許容される標準的な範囲と看護師の役割

- ① 鼻からの経管栄養の場合、栄養チューブが正確に胃の中に挿入されていることの確認は、判断を誤れば重大な事故につながる危険性があり、看護師が行うことが適当である。
- ② 胃ろう・腸ろうによる経管栄養は、鼻からの経管栄養に比べて相対的に安全性が高いと考えられるが、胃ろう・腸ろうの状態に問題のないことの確認は看護師が行うことが必要である。
- ③ 経管栄養開始時における胃腸の調子の確認は、看護師が行うことが望ましいが、開始後の対応は多くの場合は教員によっても可能であり、看護師の指示の下で教員が行うことは許容されるものと考えられる。

### 3 導尿

#### (1) 標準的な手順

- ① 全手順を通じ、身体の露出を最小限とし、プライバシーの保護に努める。
- ② 尿道口を消毒薬で清拭消毒する。
- ③ カテーテルが不潔にならないように、尿道口にカテーテルを挿入する。
- ④ カテーテルの挿入を行うため、そのカテーテルや尿器、姿勢の保持等の補助を行う。
- ⑤ 下腹部を圧迫し、尿の排出を促す。
- ⑥ 尿の流出が無くなってから、カテーテルを抜く。

#### (2) 教員が行うことが許容される標準的な範囲と看護師の役割

- 尿道口の清拭消毒やカテーテルの挿入を本人が自ら行うことができない場合には、看護師が行う。
- 本人又は看護師がカテーテルの挿入を行う場合には、尿器や姿勢の保持等の補助を行うことには危険性はなく、教員が行っても差し支えないものと考えられる。

(参考文献 3)

「喀痰吸引等制度周知パンフレット」、厚生労働省、平成 23 年 11 月

## たんの吸引等の制限

(いつから始まりますか)

平成 24 年 4 月から、  
「社会福祉士及び介護福祉士法」(昭和 62 年法律第 30 号)の一部改正(※)により、介護福祉士及び一定の研修を受けた介護職員等においては、**医療や看護との連携による安全確保が図られていること等**、一定の条件の下で『**たんの吸引等**』の行為を実施できることとなります。

※「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」(平成 23 年法律第 72 号)の第 5 条において、「社会福祉士及び介護福祉士法」の中で介護福祉士等によるたんの吸引等の実施を行うための一部改正が行われました。

(対象となる医療行為は何ですか)

【たんの吸引等の範囲】

今回の制度で対象となる範囲は、

- たんの吸引(口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部)
- 経管栄養(胃ろう又は腸ろう、経鼻経管栄養)

です。

※実際に介護職員等が実施するのは研修の内容に応じ、上記行為の一部又は全部です。

(誰が行うのでしょうか)

今回の制度では、医師の指示、看護師等との連携の下において、

- 介護福祉士(※)
- 介護職員等(具体的には、ホームヘルパー等の介護職員、上記以外の介護福祉士、特別支援学校教員等)であって一定の研修を修了した方が実施できることとなります。

※介護福祉士については平成 27 年度(平成 28 年 1 月の国家試験合格者)以降が対象。

(どこで行われるのでしょうか)

特別養護老人ホーム等の施設や在宅(訪問介護事業所等から訪問)などの場において、介護福祉士や介護職員等のいる登録事業者(P-6 参照)により行われます。

※登録事業者には、介護保険法や障害者自立支援法の施設や事業所などが、医療関係者との連携などの一定の要件を満たした上でなることができます。

《参考：これまでの背景》

これまで介護職員等によるたんの吸引等は、当面のやむを得ない措置として一定の要件の下に運用(実質的違法性阻却)されてきましたが、将来にわたって、より安全な提供を行えるよう今回法制化に至りました。

なお法制化にあたっては、利用者を含む関係者から成る検討の場(介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の在り方に関する検討会)が設けられました。

研究協力者： 奈倉 道明（埼玉医科大学 総合医療センター小児科）

研究分担者： 田村 正徳（埼玉医科大学 総合医療センター小児科）

### 【研究要旨】

医療的ケア児数を算出するためには、医療的ケア児を定義しなければならない。前研究では、医療的ケア児として4つの定義を提案した。本研究では、社会医療診療行為別調査のデータから医療的ケア児数を算出するために、医療的ケア児の年齢層を0～19歳に設定した。そして、それぞれの定義に基づく医療的ケア児数を算出した。

第1定義（全ての在宅療養指導管理料を含める場合）：	42,829人
第1定義（在宅自己注射のうちCSIIと頻回血糖測定のみを含める場合）：	35,303人
第1定義（在宅自己注射以外の指導管理料を含める場合）：	17,209人
第2定義（他者により日常的な医行為を施される場合）：	17,871人
第3定義（文部科学省の調査の基準に準ずる場合）：	16,243人
第4定義（喀痰吸引等の医行為に限定する場合）：	8,227人

4つの定義のどれが正しいと結論付けることはできないが、目的に応じて数字を活用するしかない。次研究において、文部科学省データとの整合性を見た上で、妥当な医療的ケア児数の在り方を評価する予定である。

## A. 研究目的

全国に医療的ケア児が何人いるかは、正確に議論されていない。その理由の一つは「医療的ケア」の範囲が明確に定義されていないためであり、もう一つの理由は「医療的ケア児」の年齢が定められていないためである。

医療的ケアの定義として、前研究では4つの定義を提案した。本研究では、社会医療診療行為別調査のデータを用いてそれぞれの定義に基づく医療的ケア児数を算出し、定義によってどの程度の数値の幅が出るのか考察することで、医療的ケア児数の妥当なモデルを提案することが目的とである。

## B. 研究方法

社会医療診療行為別調査は、毎年5月の全国の診療報酬明細票（いわゆるレセプト）を全国

で集計したデータで、厚生労働省保険局から発表されている。在宅療養指導管理料通則・一般的事項によれば、在宅療養指導管理料は外来で1患者につき1月あたり1件しか算定できないこととなっているため、各種の在宅療養指導管理料の算定件数を合計することにより、医療的ケア患者の数に相当すると考えられる。

社会医療診療行為別調査は5歳年齢群ごとに集計されていることから、本研究では便宜的に、0～19歳の年齢群で区切って医療的ケア児数を算出することとした。

在宅療養指導管理料は、C101在宅自己注射指導管理料からC116在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料まで合計25項目が設定されている。医療的ケア児の数を算出するためには、在宅療養指導管理料の項目の中でどの項目を採用するべきか検討しなければならない。

本研究では、平成27年5月の社会医療診療行為別調査のデータを用い、前研究の4つの定義

に従った項目でそれぞれの医療的ケア児数を算出した。

## C. 研究結果

### <第1の定義>

全ての在宅療養指導管理料を算定されている児を医療的ケア児とした場合

医療的ケアを定義するためには、在宅自己注射指導管理料の扱いについて検討しなければならない。なぜならば、成長ホルモン分泌不全性低身長症の患者の場合は、成長ホルモンの自己注射を自宅で1日1回夜に実施しているが、このような患者を医療的ケア児と呼んで行政による支援の対象とすべきとは言えない。これに対し、1型糖尿病で毎日複数回の間欠的インスリン自己注射を実施する患者は、学校など居宅外で自己注射を行う必要があり、医療的ケア児と呼ぶことには抵抗を感じないかも知れない。また、1型糖尿病で持続皮下インスリン注入療法（CSII; continuous subcutaneous insulin infusion）を実施する患者は、常に医療デバイスが身体に装着され、装置の離脱を気にしなければならず、高血糖のときはインスリンのボラス投与を行うなど適宜医行為を実施しており、医療的ケア児と呼ぶにふさわしいかも知れない。

診療報酬上、CSIIは「在宅自己注射指導管理料1（複雑な場合）」として算定される。これに対し、日常的に頻回の間欠的インスリン自己注射を行う患者は「在宅自己注射指導管理料2」の中の「月28回以上の血糖測定を要する場合」を算定している。

#### ① 全ての在宅自己注射を含める場合

在宅自己注射指導管理料1及び2を全て計上した場合の医療的ケア児数は、42,829人である。

#### ② 在宅自己注射の中でCSII及び頻回の血糖測定の患者のみを含める場合

在宅自己注射の患者の中で、「在宅自己注射指導管理料1（複雑な場合）」の算定件数、及び「在宅自己注射指導管理料2」のうち「月28回以上の血糖測定を要する場合」の算定件数を含めた場合の医療的ケア児数は、35,303人となる。

#### ③ 在宅自己注射以外を含める場合

自己注射を全て除外した医療的ケア児数は、17,209人となる。厚生労働省で2016年12月13日に行われた医療的ケア児担当者合同会議で中間発表を行った際は、在宅小児低血糖患者指導管理料の算定件数131人を除外して17,078人と報告させて頂いたが、在宅小児低血糖患者指導管理料の患者群は医療的ケア児に含めるべきと判断した。

以上に見たように、在宅自己注射指導管理料をどこまで医療的ケアの中を含めるかによって、医療的ケア児数は容易に変わってしまう。表3においては、グレイで塗ったセルを集計から除外している。

### <第2の定義>

他者により日常的に施される医行為を医療的ケアと考える場合

ここでは、医療的ケアを「他者により日常的に施される医行為」と定義して、医療的ケア児数を算出することとする。この場合、在宅療養指導管理料の中で除外されるものがいくつかある。例えば、前述のインスリン自己注射は、小学生以上であれば基本的に自分で自分に行う行為となり、「他者により日常的に施される医行為」にあたらなくなるため、5歳以上の在宅自己注射指導管理料を除外することとした。在宅持続陽圧呼吸法は、睡眠時無呼吸に対して夜間に行う治療であって、呼吸障害に対して行うNPPV（鼻・顔マスクを使用する在宅人工呼吸器）とは別ものであり、小学生以上から自分で実施す

ることができることから、5 歳以上の算定件数は除外した。在宅自己疼痛管理についても同様に、5 歳以上を除外した。自己導尿については、小学校高学年ならば自分で行えることが多いが、一方で、障害があるために自分で導尿できない例も含まれている。障害の有無を統計で区別することはできないため、在宅自己導尿指導管理料に関しては全例を含めることとした。

パーキンソン病における脳深部刺激療法 (deep brain stimulation)、難治性てんかんにおける迷走神経刺激療法 (vagal nerve stimulation)、直腸障害における仙骨神経刺激療法、心不全における埋込型人工心臓については、日常的に他者の医行為を必要としないため、C100-2 在宅振戦等刺激装置治療管理料、C100-3 在宅迷走神経電気刺激療法指導管理料、C100-4 在宅仙骨神経刺激療法指導管理料、C115 及び 116 在宅埋込型補助人工心臓指導管理料の 5 項目は除外した。とはいえ、小児年齢でこれらを算定した件数は微々たるものであった。

以上のように、日常的に他者により医行為が行われる可能性が高い項目で医療的ケア児数を算出すると、17,871 人となった。表 4 においては、グレイで塗ったセルを集計から除外している。

### < 第 3 の定義 >

文部科学省の調査の対象となる医行為を医療的ケアと考える場合

文部科学省の「特別支援学校等の医療的ケアに関する調査」で調査対象となっている医療的ケアは以下のとおりとなっている。

#### 【栄養】

- 経管栄養 (鼻腔に留置されている管からの注入)
- 経管栄養 (胃ろう)
- 経管栄養 (腸ろう)
- 経管栄養 (口腔ネラトン法)

- IVH 中心静脈栄養

#### 【呼吸】

- 口腔・鼻腔内吸引 (咽頭より手前まで)
- 口腔・鼻腔内吸引 (咽頭より奥の気道)
- 気管切開部 (気管カニューレ内) からの吸引
- 気管切開部 (気管カニューレ奥) からの吸引
- 経鼻咽頭エアウェイ内吸引
- 気管切開部の衛生管理
- ネブライザー等による薬液 (気管支拡張剤等) の吸入
- 経鼻咽頭エアウェイの装着
- 酸素療法
- 人工呼吸器の使用

#### 【排泄】

- 導尿

#### 【その他】

- 上記項目以外で、特別支援学校において児童生徒が日常的に受けているケアで、医行為としてとらえている行為
- (※ ●は認定特定行為業務従事者が行うことを許容されている医療的ケア項目、○はそれ以外)

これらに該当する在宅療養指導管理料としては、以下のものが該当すると考えた。

- 在宅小児経管栄養法指導管理料
- 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料
- 在宅中心静脈栄養法指導管理料
- 気管切開患者指導管理料
- 在宅人工呼吸療法指導管理料
- 在宅酸素療法指導管理料
- 在宅自己導尿指導管理料
- 在宅寝たきり患者処置指導管理料

これらの項目で算出した医療的ケア児数は、16,243 人となる。表 4 においては、グレイで塗ったセルを集計から除外している。

< 第 4 の定義 >

喀痰吸引等として非医療者に許容される医行為を医療的ケアと考える場合

平成 24 年度から始まった喀痰吸引等研修によって非医療者が実施可能となる医行為としては、以下のものがあげられる。

- ① 口腔内の喀痰吸引
- ② 鼻腔内の喀痰吸引
- ③ 気管カニューレ内部の喀痰吸引
- ④ 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養
- ⑤ 経鼻経管栄養

これらを在宅療養指導管理料の観点から見ると、以下の項目が相当するものと考えられる。

- 在宅小児経管栄養法指導管理料
- 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料
- 気管切開患者指導管理料
- 在宅人工呼吸療法指導管理料
- 在宅寝たきり患者処置指導管理料

これらの項目で算出した医療的ケア児数は、8,227 人となる。表 5 においては、グレイで塗ったセルを集計から除外している。

以上から、各定義に従った医療的ケア児数を列記すると、下記ようになる。

定義	内容	医療的ケア児数
1	① 全ての指導管理料を含める	42,829
	② 自己注射のうちCS IIと頻回血糖測定のみ含める	35,303
	③ 自己注射以外を含める	17,209
2	他者による日常的医行為	17,871
3	文部科学省基準	16,243
4	喀痰吸引等に限定	8,227

4 つの定義に基づいた医療的ケア児数を算出した。どれが正しいと結論付けることはできな

いが、目的に応じて使い分けるしかない。

次研究において、文部科学省データとの整合性を見た上で、妥当な医療的ケア児数の在り方を評価する予定である。

参考文献：

○ 平成 27 年度社会医療診療行為別統計 閲覧 1 「診療行為の状況」 医科診療 第 1 表 医科診療（総数） 件数・診療実日数・実施件数・回数・点数，診療行為（細分類）、一般医療 - 後期医療・年齢階級別  
<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL02020101.do?method=extendTclass&refTarget=toukeihyo&listFormat=hierarchy&statCode=00450048&tstatCode=000001029602&tclass1=000001085182&tclass2=000001085187&tclass3=000001085188&tclass4=&tclass5=>

○ 医科診療報酬点数表平成 28 年 4 月版 社会保険研究所、2016 年 3 月

D. 健康危険情報

なし

E. 研究発表

なし

F. 知的財産権の出願・登録状況

なし

研究 1-2 「全国の医療的ケア児数シミュレーション」資料

表 1 第 1 定義の①（全ての在宅療養指導管理料を含める場合）に基づいた医療的ケア児数

項目番号	診療報酬項目	00～04歳	05～09歳	10～14歳	15～19歳	合計
C101	在宅自己注射指導管理料 1 複雑な場合	87	192	327	427	1033
C101	在宅自己注射指導管理料 2 1 以外の場合 月 3 回以下	540	1318	1196	689	3743
C101	在宅自己注射指導管理料 2 1 以外の場合 月 4 回以上	10	34	49	114	207
C101	在宅自己注射指導管理料 2 1 以外の場合 月 8 回以上	285	1225	1583	483	3576
C101	在宅自己注射指導管理料 2 1 以外の場合 月 28 回以上	1136	4851	7550	3524	17061
C101-2	在宅小児低血糖症患者指導管理料	81	40	10	-	131
C102	在宅自己腹膜灌流指導管理料	53	33	39	49	174
C102-2	在宅血液透析指導管理料	-	-	-	-	0
C103	在宅酸素療法指導管理料 チアノーゼ型先天性心疾患	78	23	12	11	124
C103	在宅酸素療法指導管理料 その他	2764	1209	785	625	5383
C104	在宅中心静脈栄養法指導管理料	68	62	49	51	230
C105	在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	69	63	73	121	326
C105-2	在宅小児経管栄養法指導管理料	1216	755	561	126	2658
C106	在宅自己導尿指導管理料	411	574	672	622	2279
C107	在宅人工呼吸指導管理料	993	756	624	696	3069
C107-2	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	6	31	105	285	427
C108	在宅悪性腫瘍患者指導管理料	-	-	-	2	2
C109	在宅寝たきり患者処置指導管理料	225	334	364	562	1485
C110	在宅自己疼痛管理指導管理料	-	-	-	2	2
C110-2	在宅振戦等刺激装置治療指導管理料	-	2	-	8	10
C110-3	在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料	8	30	37	39	114
C110-4	在宅仙骨神経刺激療法指導管理料	-	-	-	-	0
C111	在宅肺高血圧症患者指導管理料	-	2	6	8	16
C112	在宅気管切開患者指導管理料	208	187	148	146	689
C114	在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料	28	21	17	10	76
C115	在宅植込型補助人工心臓（拍動流型）指導管理料	-	-	-	-	0
C116	在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料	-	-	3	11	14
		8266	11742	14210	8611	42829



表 2： 第 1 定義の②（在宅自己注射のうち CSII と頻回血糖測定のみを含める場合）に基づいた医療的ケア児数  
グレイで塗ったセルは集計から除外している。

項目番号	診療報酬項目	00～04歳	05～09歳	10～14歳	15～19歳	合計
C101	在宅自己注射指導管理料 1 複雑な場合	87	192	327	427	1033
C101	在宅自己注射指導管理料 2 1 以外の場合月28回以	1136	4851	7550	3524	17061
C101-2	在宅小児低血糖症患者指導管理料	81	40	10	-	131
C102	在宅自己腹膜灌流指導管理料	53	33	39	49	174
C102-2	在宅血液透析指導管理料	-	-	-	-	0
C103	在宅酸素療法指導管理料 チアノーゼ型先天性心疾患	78	23	12	11	124
C103	在宅酸素療法指導管理料 その他	2764	1209	785	625	5383
C104	在宅中心静脈栄養法指導管理料	68	62	49	51	230
C105	在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	69	63	73	121	326
C105-2	在宅小児経管栄養法指導管理料	1216	755	561	126	2658
C106	在宅自己導尿指導管理料	411	574	672	622	2279
C107	在宅人工呼吸指導管理料	993	756	624	696	3069
C107-2	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	6	31	105	285	427
C108	在宅悪性腫瘍患者指導管理料	-	-	-	2	2
C109	在宅寝たきり患者処置指導管理料	225	334	364	562	1485
C110	在宅自己疼痛管理指導管理料	-	-	-	2	2
C110-2	在宅振戦等刺激装置治療指導管理料	-	2	-	8	10
C110-3	在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料	8	30	37	39	114
C110-4	在宅仙骨神経刺激療法指導管理料	-	-	-	-	0
C111	在宅肺高血圧症患者指導管理料	-	2	6	8	16
C112	在宅気管切開患者指導管理料	208	187	148	146	689
C114	在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料	28	21	17	10	76
C115	在宅植込型補助人工心臓（拍動流型）指導管理料	-	-	-	-	0
C116	在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料	-	-	3	11	14
		7431	9165	11382	7325	35303

表 3： 第 1 定義の③（在宅自己注射以外を含める場合）に基づいた医療的ケア児数

グレイで塗ったセルは集計から除外している。

項目番号	診療報酬項目	00～04歳	05～09歳	10～14歳	15～19歳	合計
C101	在宅自己注射指導管理料 1 複雑な場合	87	192	327	427	1033
C101	在宅自己注射指導管理料 2 1 以外の場合月28回以	1136	4851	7550	3524	17061
C101-2	在宅小児低血糖症患者指導管理料	81	40	10	-	131
C102	在宅自己腹膜灌流指導管理料	53	33	39	49	174
C102-2	在宅血液透析指導管理料	-	-	-	-	0
C103	在宅酸素療法指導管理料 チアノーゼ型先天性心疾患	78	23	12	11	124
C103	在宅酸素療法指導管理料 その他	2764	1209	785	625	5383
C104	在宅中心静脈栄養法指導管理料	68	62	49	51	230
C105	在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	69	63	73	121	326
C105-2	在宅小児経管栄養法指導管理料	1216	755	561	126	2658
C106	在宅自己導尿指導管理料	411	574	672	622	2279
C107	在宅人工呼吸指導管理料	993	756	624	696	3069
C107-2	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	6	31	105	285	427
C108	在宅悪性腫瘍患者指導管理料	-	-	-	2	2
C109	在宅寝たきり患者処置指導管理料	225	334	364	562	1485
C110	在宅自己疼痛管理指導管理料	-	-	-	2	2
C110-2	在宅振戦等刺激装置治療指導管理料	-	2	-	8	10
C110-3	在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料	8	30	37	39	114
C110-4	在宅仙骨神経刺激療法指導管理料	-	-	-	-	0
C111	在宅肺高血圧症患者指導管理料	-	2	6	8	16
C112	在宅気管切開患者指導管理料	208	187	148	146	689
C114	在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料	28	21	17	10	76
C115	在宅植込型補助人工心臓（拍動流型）指導管理料	-	-	-	-	0
C116	在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料	-	-	3	11	14
		6208	4122	3505	3374	17209

表 4： 第 2 定義（他者から日常的に施される医行為とする場合）に基づいた医療的ケア児数

グレイで塗ったセルは集計から除外している。

項目番号	診療報酬項目	00～04歳	05～09歳	10～14歳	15～19歳	合計
C101	在宅自己注射指導管理料 1 複雑な場合	87	192	327	427	87
C101	在宅自己注射指導管理料 2 1 以外の場合月28回以	1136	4851	7550	3524	1136
C101-2	在宅小児低血糖症患者指導管理料	81	40	10	-	131
C102	在宅自己腹膜灌流指導管理料	53	33	39	49	174
C102-2	在宅血液透析指導管理料	-	-	-	-	0
C103	在宅酸素療法指導管理料 チアノーゼ型先天性心疾	78	23	12	11	124
C103	在宅酸素療法指導管理料 その他	2764	1209	785	625	5383
C104	在宅中心静脈栄養法指導管理料	68	62	49	51	230
C105	在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	69	63	73	121	326
C105-2	在宅小児経管栄養法指導管理料	1216	755	561	126	2658
C106	在宅自己導尿指導管理料	411	574	672	622	2279
C107	在宅人工呼吸指導管理料	993	756	624	696	3069
C107-2	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	6	31	105	285	6
C108	在宅悪性腫瘍患者指導管理料	-	-	-	2	2
C109	在宅寝たきり患者処置指導管理料	225	334	364	562	1485
C110	在宅自己疼痛管理指導管理料	-	-	-	2	0
C110-2	在宅振戦等刺激装置治療指導管理料	-	2	-	8	10
C110-3	在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料	8	30	37	39	114
C110-4	在宅仙骨神経刺激療法指導管理料	-	-	-	-	0
C111	在宅肺高血圧症患者指導管理料	-	2	6	8	16
C112	在宅気管切開患者指導管理料	208	187	148	146	689
C114	在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料	28	21	17	10	76
C115	在宅植込型補助人工心臓（拍動流型）指導管理料	-	-	-	-	0
C116	在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料	-	-	3	11	14
		7423	4059	3360	3029	17871

表 5： 第 3 定義（文部科学省調査の基準となる医行為とする場合）に基づいた医療的ケア児数

グレイで塗ったセルは集計から除外している。

項目番号	診療報酬項目	00～04歳	05～09歳	10～14歳	15～19歳	合計
C101	在宅自己注射指導管理料 1 複雑な場合	87	192	327	427	1033
C101	在宅自己注射指導管理料 2 1 以外の場合月28回以	1136	4851	7550	3524	17061
C101-2	在宅小児低血糖症患者指導管理料	81	40	10	-	131
C102	在宅自己腹膜灌流指導管理料	53	33	39	49	174
C102-2	在宅血液透析指導管理料	-	-	-	-	0
C103	在宅酸素療法指導管理料 チアノーゼ型先天性心疾	78	23	12	11	124
C103	在宅酸素療法指導管理料 その他	2764	1209	785	625	5383
C104	在宅中心静脈栄養法指導管理料	68	62	49	51	230
C105	在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	69	63	73	121	326
C105-2	在宅小児経管栄養法指導管理料	1216	755	561	126	2658
C106	在宅自己導尿指導管理料	411	574	672	622	2279
C107	在宅人工呼吸指導管理料	993	756	624	696	3069
C107-2	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	6	31	105	285	427
C108	在宅悪性腫瘍患者指導管理料	-	-	-	2	2
C109	在宅寝たきり患者処置指導管理料	225	334	364	562	1485
C110	在宅自己疼痛管理指導管理料	-	-	-	2	2
C110-2	在宅振戦等刺激装置治療指導管理料	-	2	-	8	10
C110-3	在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料	8	30	37	39	114
C110-4	在宅仙骨神経刺激療法指導管理料	-	-	-	-	0
C111	在宅肺高血圧症患者指導管理料	-	2	6	8	16
C112	在宅気管切開患者指導管理料	208	187	148	146	689
C114	在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料	28	21	17	10	76
C115	在宅植込型補助人工心臓（拍動流型）指導管理料	-	-	-	-	0
C116	在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料	-	-	3	11	14
		6032	3963	3288	2960	16243

表 6： 第 4 定義（喀痰吸引等に限定した医行為の場合）に基づく医療的ケア児数

グレイで塗ったセルは集計から除外している。

項目番号	診療報酬項目	00～04歳	05～09歳	10～14歳	15～19歳	合計
C101	在宅自己注射指導管理料 1 複雑な場合	87	192	327	427	1033
C101	在宅自己注射指導管理料 2 1 以外の場合月28回以	1136	4851	7550	3524	17061
C101-2	在宅小児低血糖症患者指導管理料	81	40	10	-	131
C102	在宅自己腹膜灌流指導管理料	53	33	39	49	174
	在宅自己連続携帯式腹膜灌流頻回指導管理	10	4	11	11	36
C102-2	在宅血液透析指導管理料	-	-	-	-	0
	在宅血液透析頻回指導管理	-	-	-	-	0
C103	在宅酸素療法指導管理料 チアノーゼ型先天性心疾患	78	23	12	11	124
C103	在宅酸素療法指導管理料 その他	2764	1209	785	625	5383
C104	在宅中心静脈栄養法指導管理料	68	62	49	51	230
C105	在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	69	63	73	121	326
C105-2	在宅小児経管栄養法指導管理料	1216	755	561	126	2658
C106	在宅自己導尿指導管理料	411	574	672	622	2279
C107	在宅人工呼吸指導管理料	993	756	624	696	3069
C107-2	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	6	31	105	285	427
C108	在宅悪性腫瘍患者指導管理料	-	-	-	2	2
C108-2	在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料	-	-	-	-	0
C109	在宅寝たきり患者処置指導管理料	225	334	364	562	1485
C110	在宅自己疼痛管理指導管理料	-	-	-	2	2
C110-2	在宅振戦等刺激装置治療指導管理料	-	2	-	8	10
	在宅振戦等刺激装置治療指導管理料 導入期 加算	-	-	-	1	1
C110-3	在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料	8	30	37	39	114
	在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料 導入期 加算	2	-	5	2	9
C110-4	在宅仙骨神経刺激療法指導管理料	-	-	-	-	0
C111	在宅肺高血圧症患者指導管理料	-	2	6	8	16
C112	在宅気管切開患者指導管理料	208	187	148	146	689
C114	在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料	28	21	17	10	76
C115	在宅植込型補助人工心臓（拍動流型）指導管理料	-	-	-	-	0
C116	在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料	-	-	3	11	14
		2711	2095	1770	1651	8227

研究協力者： 奈倉 道明（埼玉医科大学 総合医療センター小児科）

研究分担者： 田村 正徳（埼玉医科大学 総合医療センター小児

### 【研究要旨】

医療的ケア児数を全国規模で経時的に算出するためには、定義の透明性と算出の簡便性が求められる。前研究では診療報酬の算定件数に着目し、医療的ケア児数を算出するための4つの定義に基づく6種類の数字を提示した（厚労省データ）。一方で、文部科学省による特別支援学校等の調査で、信頼性の高い医療的ケア児数が得られている（文科省データ）。これらを比較し、最も信頼性の高い医療的ケア児数を算出する方法を選択した。

#### < 1 > 文科省データの解析

文科省データから、全国の7～18歳の医療的ケア児数は9194人前後と考えるのが妥当と考えた。この数は、7～18歳児の1万人中、6.724人に相当する。

#### < 2 > 文科省データと厚労省データとの比較

厚労省データに基づいた6種類の算出方法から7～18歳の医療的ケア児数を推計すると、第1定義の①：27,650、②：22,298、③：8,801、第2の定義：8,358、第3の定義：8,169、第4の定義：4,413となった。これらの中で、文科省データと最も整合性が取れていたのは、第1定義の③「在宅自己注射指導管理料を除く全ての在宅療養指導管理料の算定件数を合計する方法」であった。よって、この方法をもって医療的ケア児数の算出方法とする。

## A. 研究目的

医療的ケア児数を全国規模で経時的に算出するためには、定義の透明性と算出の簡便性が求められる。前研究では診療報酬の算定件数に着目し、医療的ケア児数を算出するために4つの定義を提示し、それらに基づく数値を算出した。これらを「厚労省データ」と名付ける。厚労省データにおける4つの定義にはそれぞれ長短があり、いずれを妥当とすべきかの決め手はなかった。一方で、文部科学省（文科省）は平成19年度から特別支援学校等を対象に調査を行っており、全国の医療的ケアを必要とする児童生徒数を把握している。学校は義務教育年齢の子どもを全数調査する場として最も適した場所であり、文部科学省が把握しているデータは信頼性が高いと言える。本研究の目的は、文科省のデ

ータを詳細に分析し、さらに厚労省データと比較して、最も整合性の高い「医療的ケア児数」を選択することである。

## B. 研究方法

文科省では平成19年度より「特別支援学校医療的ケア実施体制状況調査」を実施し、全国の医療的ケアの対象となる児童生徒数を把握してきた。平成24年度からは実数把握の調査を「特別支援学校等の医療的ケアに関する調査」と題し、医療的ケア児に特化した解析を行っている。医療的ケア児数としては、平成27年5月1日に実施した調査が最新であり、その結果を本研究で使用することとする<sup>1)</sup>。この調査結果から普遍性の高い医療的ケア児数を算出し、厚労省データの4つの定義に基づいた医療的ケア児数と

比較し、厚労省データによる整合性の高い「医療的ケア児数」を選択する。

## C. 研究結果

### < 1 > 文科省データの解析

文科省による「特別支援学校等の医療的ケアに関する調査」の調査対象は、全国の公立特別支援学校に在籍する日常的に医療的ケアが必要な幼児児童生徒、及び全国の公立小中学校に在籍する日常的に医療的ケアが必要な児童生徒とされている。調査結果は下記のとおりである。

特別支援学校に在籍する医療的ケア児

- ① 幼稚部 46 人
- ② 小学部 4099 人
- ③ 中学部 2016 人
- ④ 高等部 1982 人

公立小中学校に在籍する医療的ケア児

- ⑤ 839 人

これらの数値を年齢層別に考察する。

幼稚部（3～6 歳）について考察すると、幼稚部を持つ特別支援学校は全国で 171 校であり、全 1114 校の 15%にすぎない 2)。そして、全国の特別支援学校幼稚部の幼児生徒数は 1499 人であり 2)、そのうち 1378 人（92%）は聴覚障害もしくは視覚障害を持っている。つまり、特別支援学校の幼稚部の生徒は、聴覚もしくは視覚障害を持っている者にほぼ限られている。よって「幼稚部の医療的ケア児 46 人」という数値は、この年齢層の全医療的ケア児を反映したものではないため、3～6 歳の年齢層の全国データとして採用すべきではない。

小学校～中学校の年齢層（7～15 歳）については、義務教育年齢であるため、この年齢層の医療的ケア児の全数を捕捉していると言え、信頼性が高い。

高等部について考察すると、特別支援学校中

学部の卒業生 9967 人のうち、96.3%が特別支援学校高等部へ進学しているが、進学せずに福祉施設への入所・通所する者が 86 人いる 2)。重症な高校年齢の医療的ケア児はこちらに含まれる可能性が高い。また、中学校特別支援学級の卒業生 18227 人の 94.1%は高校へ進学し、61.4%は特別支援学校高等部へ進学している 2)。中学校特別支援学級の医療的ケア児は、通常高校よりも特別支援学校高等部へ進学する可能性が高いと考えられる。よって、高校年齢の医療的ケア児は、特別支援学校高等部及び福祉施設に在籍していると考えられる。高校年齢の医療的ケア児の推計値としては、④の特別支援学校高等部に在籍する 1982 人に加え、福祉施設在籍者 86 人×3 学年=258 人を加えるべきと考えられる。よって、全国の 7～18 歳の医療的ケア児数は 9194 人前後と考えるのが妥当であろう。

$$\textcircled{2} + \textcircled{3} + \textcircled{4} + \textcircled{5} = 8936 \text{ 人}$$

$$\rightarrow \textcircled{2} + \textcircled{3} + \textcircled{4} + \textcircled{5} + 258 = 9194 \text{ 人}$$

ちなみに総務省統計局人口推計によれば、平成 27 年 10 月 1 日における 7～18 歳の人口の合計は 1367.4 万人である 3)。よって、7～18 歳の児童生徒の中では 1 万人中 6.724 人が医療的ケア児である、とすることができる。

### < 2 > 厚労省データと文科省データとの比較

以上を踏まえて、前述の厚労省データによる医療的ケア児数を振り返る。厚労省データは 0～19 歳を対象年齢としたが文科省データは 7～18 歳を対象年齢としていることから、両者を比較するためには、厚労省データを 5～19 歳で再集計した上で以下の仮定に基づく補正を行わなければならない。

$$5 \sim 19 \text{ 歳 (15 年分) の数値} \times 80\%$$

$$= 7 \sim 18 \text{ 歳 (12 年分) の数値}$$

この仮定に従うと、前述の厚労省データの 6 種類の算出方法に基づいた 7～18 歳の医療的ケア児数は以下ようになる。

#### 第 1 の定義

(全ての在宅療養指導管理料)

- ① 在宅自己注射を全て含む---27, 650
- ② 在宅自己注射の一部を除く-22, 298
- ③ 在宅自己注射を除く ----8, 801

#### 第 2 の定義 ----8, 358

(他者により施される医行為)

#### 第 3 の定義 ----8, 169

(文部科学省調査の基準に則る)

#### 第 4 の定義 ----4, 413

(喀痰吸引等)

第 1 定義の③、第 2 定義、第 3 定義、第 4 定義での推計値は、いずれも 8 千人台で近い値であるが、文科省データ 9194 に最も近いのは、第 1 定義の③の 8801 (95.7%) である。よって、第 1 定義の③をもって「医療的ケア児数」と定義すれば、文科省データとの整合性が最も高いと考えられる。

以上をまとめると、文科省データからは全国の 7～18 歳の医療的ケア児数は 9194 人前後と考えられ、同年齢の 1 万人中 6.724 人に相当する。そして、診療報酬の算定件数に着目した医療的ケア児数の 6 種類の算出方法の中で文科省データと最も整合性が高い方法は、定義 1 の③「在宅自己注射指導管理料を除く全ての在宅療養指導管理料の算定件数を合計する方法」である。

#### D. 健康危険情報

なし

#### E. 研究発表

なし

#### F. 知的財産権の出願・登録状況

なし

文献

- 1) 文部科学省「特別支援教育に関する調査の結果関連」より「平成 27 年度特別支援学校等の医療的ケアに関する調査結果について」  
[http://www.mext.go.jp/a\\_menu/shotou/tokubetu/1343889.htm](http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/1343889.htm)
- 2) 文部科学省「特別支援教育資料（平成 27 年度）」  
[http://www.mext.go.jp/a\\_menu/shotou/tokubetu/material/1373341.htm](http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/material/1373341.htm)
- 3) 総務省統計局人口推計「年齢（各歳）、男女別人口－総人口、日本人人口（平成 27 年 10 月 1 日現在）」



## 平成27年度特別支援学校等の医療的ケアに関する調査結果について

### 1. 調査期日

平成27年5月1日（認定特定行為業務従事者数は平成27年9月1日）

### 2. 調査対象

- (1) 公立の特別支援学校
- (2) 公立の小学校、中学校（中等教育学校の前期課程含む。）

### 3. 調査項目

- ① 日常的に医療的ケアが必要な幼児児童生徒数
- ② 行為別対象幼児児童生徒数
- ③ 医療的ケアに対応する看護師数及び教員数

### 4. 調査結果の概要

#### (1) 公立の特別支援学校について

##### ① 対象幼児児童生徒数（表①より）

全国の公立特別支援学校において、日常的に医療的ケアが必要な幼児児童生徒は8,143名であり、全在籍者に対する割合は6.1%である。

##### ② 行為別対象幼児児童生徒数（表②より）

8,143名の幼児児童生徒が、延べ25,728件の医療的ケアを必要としており、一人で複数の医療的ケアを必要とする幼児児童生徒が多い状況である。

行為別に見ると、延べ件数のうち、たんの吸引等呼吸器関係が68.9%、経管栄養等栄養関係が23.5%、導尿が2.4%、その他が5.1%であり、このうち鼻腔に留置されている管からの栄養注入など認定特定行為業務従事者に許容されている行為は47.7%である。

##### ③ 対象幼児児童生徒数・配置看護師数等の推移（表③より）

対象幼児児童生徒数については、平成26年度の7,774名から369名増加し、8,143名となっており、平成18年度の5,901名から増加傾向にある。

また、医療的ケアに対応するため配置されている看護師は、平成26年度の1,450名から116名増加し、1,566名となっており、平成18年度の707名から増加傾向にある。

併せて、認定特定行為業務従事者として医療的ケアを行っている教員は平成26年度の3,448名から20名減少し、3,428名となっているものの、平成18年度の2,738名から増加傾向にある。

#### (2) 公立の小学校、中学校（中等教育学校の前期課程含む。）について

##### ① 対象児童生徒数（表①より）

全国の公立小中学校において、日常的に医療的ケアが必要な児童生徒は839名である。

##### ② 行為別対象児童生徒数（表②より）

839名の児童生徒が、延べ1,230件の医療的ケアを必要としている。

行為別に見ると、延べ件数のうち、たんの吸引等呼吸器関係が49.3%、導尿が21.6%、経管栄養等栄養関係が19.3%、その他が9.8%である。

##### ③ 児童生徒数の推移等（表③より）

児童生徒数について、調査を開始した平成24年度の838名とほぼ同水準の傾向にある。また、新規調査項目として、医療的ケアに対応するため配置されている看護師の調査結果は、350名となっており、看護師配置が進んでいない小・中学校が多数ある傾向が見られる。

(1) 平成27年度特別支援学校における医療的ケアに関する調査結果

(平成27年5月1日現在の状況)

①対象幼児児童生徒数

【表①】

区分	医療的ケアが必要な幼児児童生徒数(名)				
	幼稚部	小学部	中学部	※ <sup>1</sup> 高等部	合計
通学生	46	2,997	1,488	1,404	5,935
訪問教育(家庭)	0	648	272	260	1,180
訪問教育(施設)	0	203	105	147	455
訪問教育(病院)	0	251	151	171	573
合計	46	4,099	2,016	1,982	8,143
※ <sup>2</sup> 在籍者数(名)	1,366	37,852	30,152	63,730	133,100
割合(%)	3.4%	10.8%	6.7%	3.1%	6.1%

※<sup>1</sup> 高等部の専攻科は除く。

※<sup>2</sup> 平成27年度学校基本調査による。

②行為別対象幼児児童生徒数

【表②】

※「●」は認定特定行為業務従事者が行うことを許容されている医療的ケア項目である。

医療的ケア項目		計(名)	割合(%)
栄養	●経管栄養(鼻腔に留置されている管からの注入)	1,996	23.5%
	●経管栄養(胃ろう)	3,796	
	●経管栄養(腸ろう)	144	
	経管栄養(口腔ネラトン法)	37	
	IVH中心静脈栄養	71	
	小計	6,044	
呼吸	●口腔・鼻腔内吸引(咽頭より手前まで)	4,068	68.9%
	口腔・鼻腔内吸引(咽頭より奥の気道)	2,484	
	●気管切開部(気管カニューレ内)からの吸引	2,273	
	気管切開部(気管カニューレ奥)からの吸引	1,237	
	経鼻咽頭エアウェイ内吸引	167	
	気管切開部の衛生管理	2,605	
	ネブライザー等による薬液(気管支拡張剤等)の吸入	1,891	
	経鼻咽頭エアウェイの装着	170	
	酸素療法	1,505	
	人工呼吸器の使用	1,333	
	小計	17,733	
排泄	導尿 ※本人が自ら行う導尿を除く	628	2.4%
その他	※上記項目以外で、特別支援学校において児童生徒が日常的に受けているケアで、医行為としてとらえている行為	1,323	5.1%
合計(延人数)		25,728	100.0%
●認定特定行為業務従事者が行うことを許容されている医ケア項目延べ数		12,277	47.7%
医療的ケアが必要な幼児児童生徒数		8,143	

③ 幼児児童生徒数・看護師数等の推移

【表③】

年度	医療的ケア対象幼児児童生徒		看護師数(名)	教員数(名) ※2
	対象等 在籍校数(校)	幼児児童生徒数(名)		
平成18年度	553	5,901	707	2,738
平成19年度	548	6,136	853	3,076
平成20年度	575	6,623	893	3,442
平成21年度	600	6,981	925	3,520
平成22年度	607	7,306	1,049	3,772
平成23年度 ※1	580	7,350	1,044	3,983
平成24年度	615	7,531	1,291	3,236
平成25年度	615	7,842	1,354	3,493
平成26年度	622	7,774	1,450	3,448
平成27年度	645	8,143	1,566	3,428

※1 平成23年度は、岩手県、宮城県、福島県、仙台市は調査対象外

※2 平成24年度からは、認定特定行為業務従事者として医療的ケアを行っている教員数  
(調査期日は平成24年度:10月1日現在、平成25~27年度:9月1日現在)

(2) 平成27年度小・中学校における医療的ケアに関する調査結果

(平成27年5月1日現在の状況)

①医療的ケアが必要な児童生徒数(名)

【表①】

小学校			中学校			小・中学校計		
通常の学級	特別支援学級		通常の学級	特別支援学級		通常の学級	特別支援学級	
262	433	695	39	105	144	301	538	839

②行為別医療的ケアが必要な児童生徒数

【表②】

医療的ケア項目		計(名)	割合(%)
栄養	●経管栄養(鼻腔に留置されている管からの注入)	64	19.3%
	●経管栄養(胃ろう)	150	
	●経管栄養(腸ろう)	9	
	経管栄養(口腔ネラトン法)	0	
	IVH中心静脈栄養	14	
	小計	237	
呼吸	●口腔・鼻腔内吸引(咽頭より手前まで)	90	49.3%
	口腔・鼻腔内吸引(咽頭より奥の気道)	29	
	●気管切開部(気管カニューレ内)からの吸引	166	
	気管切開部(気管カニューレ奥)からの吸引	65	
	経鼻咽頭エアウェイ内吸引	1	
	気管切開部の衛生管理	79	
	ネブライザー等による薬液(気管支拡張剤等)の吸入	34	
	経鼻咽頭エアウェイの装着	3	
	酸素療法	93	
	人工呼吸器の使用	47	
	小計	607	
排泄	導尿 ※本人が自ら行う導尿を除く	266	21.6%
その他	※上記項目以外で、小・中学校において児童生徒が日常的に受けているケアで、医行為としてとらえている行為	120	9.8%
合計(延人数)		1,230	100.0%
●認定特定行為業務従事者が行うことを許容されている医ケア項目延べ数		479	38.9%
医療的ケアが必要な児童生徒数		839	

※「●」は認定特定行為業務従事者が行うことを許容されている医療的ケア項目である。

※ 公立の小学校、中学校(中等教育学校の前期課程を含む)を調査対象としている。

※ 「医療的ケアが必要な児童生徒」とは、小・中学校において日常的に、看護師や保護者などから、経管栄養やたんの吸引などの医行為を受けている者である。(本人が行うものを除く)

※ 1人が複数の行為を要する場合は、それぞれ該当する項目に1名分ずつ計上する。よって、「②行為別医療的ケアが必要な児童生徒数」の計は延人数となる。

③児童生徒数・看護師数の推移

【表③】

対象等 年度	医療的ケア対象児童生徒			看護師数(名)※
	通常の学級数	特別支援学級数	児童生徒数(名)	
平成24年度	311	527	838	—
平成25年度	303	510	813	—
平成26年度	376	600	976	—
平成27年度	301	538	839	350

※看護師数は、平成27年度から調査。

都道府県市	通学生											訪問教育											合計										
	在籍者数			家庭			施設			病院			訪問教育合計																				
	幼	小	中	高	計	幼	小	中	高	計	幼	小	中	高	計	幼	小	中	高	計	幼	小	中	高	計								
01 北海道	5,162	10	51	28	39	128	0	42	18	19	79	0	15	8	15	38	0	19	9	9	37	0	76	35	43	154	10	127	63	82	282	5.5%	
02 青森県	1,638	0	18	20	15	53	0	9	3	10	22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	3	10	23	0	28	23	25	76	4.6%
03 岩手県	1,587	0	20	9	10	39	0	3	3	0	6	0	0	0	1	2	0	2	0	2	4	0	5	4	3	12	0	25	13	13	51	3.2%	
04 宮城県	2,220	0	49	21	18	88	0	8	6	8	22	0	3	5	14	22	0	2	4	2	8	0	13	15	24	52	0	62	36	42	140	6.3%	
05 秋田県	1,232	0	19	7	11	37	0	13	6	2	21	0	0	0	0	0	0	6	3	10	19	0	19	9	12	40	0	38	16	23	77	6.3%	
06 山形県	1,089	0	32	13	7	52	0	5	2	5	12	0	0	0	0	0	0	3	5	9	0	6	5	10	21	0	38	18	17	73	6.7%		
07 福島県	2,109	1	46	29	23	99	0	11	3	7	21	0	0	0	0	0	0	4	1	0	5	0	15	4	7	26	1	61	33	30	125	5.9%	
08 茨城県	3,903	0	52	26	28	106	0	31	4	7	42	0	11	3	2	16	0	16	8	4	28	0	58	15	13	86	0	110	41	41	192	4.9%	
09 栃木県	2,494	0	48	22	15	85	0	9	10	3	22	0	4	1	3	8	0	11	5	10	26	0	24	16	16	56	0	72	38	31	141	5.7%	
10 群馬県	2,080	0	56	31	25	112	0	10	3	4	17	0	10	4	2	16	0	0	0	0	0	0	20	7	6	33	0	76	38	31	145	7.0%	
11 埼玉県	6,960	1	105	49	36	191	0	34	16	11	61	0	20	8	7	35	0	0	4	0	4	0	54	28	18	100	1	159	77	54	291	4.2%	
12 千葉県	5,750	5	149	73	58	285	0	27	16	10	53	0	5	2	3	10	0	9	8	3	20	0	41	26	16	83	5	190	99	74	388	6.4%	
13 東京都	12,044	4	291	147	114	556	0	76	19	30	125	0	10	6	5	21	0	22	17	7	46	0	108	42	42	192	4	399	189	156	748	6.2%	
14 神奈川県	5,833	0	137	61	64	262	0	24	14	6	44	0	5	4	4	13	0	6	9	6	21	0	35	27	16	78	0	172	88	80	340	5.8%	
15 新潟県	2,206	1	27	15	28	71	0	7	6	4	17	0	3	1	0	4	0	1	3	1	5	0	11	10	5	26	1	38	25	33	97	4.4%	
16 富山県	1,228	0	24	21	11	56	0	0	0	1	1	0	1	1	0	2	0	7	6	6	19	0	8	7	7	22	0	32	28	18	78	6.4%	
17 石川県	1,137	1	23	19	7	50	0	5	6	3	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	6	3	14	1	28	25	10	64	5.6%	
18 福井県	926	3	23	20	8	54	0	2	1	0	3	0	0	0	0	0	0	6	3	7	16	0	8	4	7	19	3	31	24	15	73	7.9%	
19 山梨県	988	0	23	10	4	37	0	2	1	2	5	0	0	0	1	1	0	5	5	2	12	0	7	6	5	18	0	30	16	9	55	5.6%	
20 長野県	2,419	1	84	30	33	148	0	16	6	10	32	0	0	0	0	0	0	6	3	4	13	0	22	9	14	45	1	106	39	47	193	8.0%	
21 岐阜県	2,494	0	60	37	35	132	0	3	1	2	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	1	3	7	0	63	38	38	139	5.6%	
22 静岡県	4,753	2	109	41	40	192	0	20	7	16	43	0	27	12	4	43	0	8	1	4	13	0	55	20	24	99	2	164	61	64	291	6.1%	
23 愛知県	6,101	2	155	67	80	304	0	36	17	15	68	0	0	0	0	0	0	9	3	0	12	0	45	20	15	80	2	200	87	95	384	6.3%	
24 三重県	1,534	0	37	15	20	72	0	8	2	0	10	0	0	0	0	0	0	1	3	1	5	0	9	5	1	15	0	46	20	21	87	5.7%	
25 滋賀県	2,194	0	78	30	21	129	0	2	1	5	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	5	8	0	80	31	26	137	6.2%	
26 京都府	1,567	0	47	33	39	119	0	3	4	3	10	0	0	0	0	0	0	1	0	2	3	0	4	4	5	13	0	51	37	44	132	8.4%	
27 大阪府	6,324	0	143	80	80	303	0	13	6	3	22	0	9	3	14	26	0	10	4	2	16	0	32	13	19	64	0	175	93	99	367	5.8%	
28 兵庫県	4,318	1	102	47	49	199	0	13	6	6	25	0	34	11	24	69	0	3	1	8	12	0	50	18	38	106	1	152	65	87	305	7.1%	
29 奈良県	1,600	0	33	12	14	59	0	12	4	1	17	0	3	3	5	11	0	0	0	0	0	0	15	7	6	28	0	48	19	20	87	5.4%	
30 和歌山県	1,389	0	27	19	15	61	0	8	6	8	22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	6	8	22	0	35	25	23	83	6.0%	
31 鳥取県	777	3	40	19	15	77	0	3	1	0	4	0	0	0	0	0	0	4	3	2	9	0	7	4	2	13	3	47	23	17	90	11.6%	
32 島根県	948	0	16	7	12	35	0	2	1	1	4	0	0	0	0	0	0	2	4	3	9	0	4	5	4	13	0	20	12	16	48	5.1%	
33 岡山県	2,175	1	47	13	17	78	0	18	9	6	33	0	7	2	2	11	0	0	0	3	3	0	25	11	11	47	1	72	24	28	125	5.7%	
34 広島県	2,084	0	45	21	32	98	0	19	6	4	29	0	7	6	3	16	0	10	3	6	19	0	36	15	13	64	0	81	36	45	162	7.8%	
35 山口県	1,707	0	27	15	15	57	0	2	1	1	4	0	0	0	0	0	0	11	5	6	22	0	13	6	7	26	0	40	21	22	83	4.9%	
36 徳島県	959	0	21	12	15	48	0	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0	3	3	1	7	0	4	3	2	9	0	25	15	17	57	5.9%	
37 香川県	1,088	0	16	12	11	39	0	4	1	1	6	0	1	2	1	4	0	12	2	2	16	0	17	5	4	26	0	33	17	15	65	6.0%	
38 愛媛県	1,383	1	28	4	10	43	0	10	4	5	19	0	1	3	1	5	0	2	1	1	4	0	13	8	7	28	1	41	12	17	71	5.1%	
39 高知県	781	1	9	9	6	25	0	5	3	1	9	0	0	0	0	0	0	5	1	1	7	0	10	4	2	16	1	19	13	8	41	5.2%	
40 福岡県	3,012	4	42	30	31	107	0	21	6	12	39	0	13	7	14	34	0	5	0	3	8	0	39	13	29	81	4	81	43	60	188	6.2%	

都道府県市	在籍者数										通学生										訪問教育										合計				
	家庭					施設					病院					訪問教育合計					幼	小	中	高	計										
	幼	小	中	高	計	幼	小	中	高	計	幼	小	中	高	計	幼	小	中	高	計															
41 佐賀県	1,055	0	24	8	11	43	2	0	0	0	2	0	2	3	5	10	0	6	3	6	15	0	10	6	11	27	0	34	14	22	70	6.6%			
42 長崎県	1,479	0	30	21	10	61	0	7	3	4	14	0	1	0	0	1	0	0	0	2	2	0	8	3	6	17	0	38	24	16	78	5.3%			
43 熊本県	1,709	2	40	19	31	92	0	8	3	3	14	0	2	3	3	8	0	7	1	2	10	0	17	7	8	32	2	57	26	39	124	7.3%			
44 大分県	1,240	0	39	21	20	80	0	5	5	1	11	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	6	5	1	12	0	45	26	21	92	7.4%			
45 宮崎県	1,346	0	30	10	12	52	0	7	3	1	11	0	0	0	0	0	0	5	4	19	28	0	12	7	20	39	0	42	17	32	91	6.8%			
46 鹿児島県	2,042	0	62	26	35	123	0	16	4	3	23	0	5	2	8	15	0	4	4	2	10	0	25	10	13	48	0	87	36	48	171	8.4%			
47 沖縄県	2,156	1	81	39	29	150	0	17	5	5	27	0	1	2	0	3	0	2	3	1	6	0	20	10	6	36	1	101	49	35	186	8.6%			
都道府県計	121,220	45	2,685	1,318	1,259	5,287	0	599	252	250	1,101	0	201	103	141	445	0	234	140	156	530	0	1,034	495	547	2,076	45	3,699	1,813	1,806	7,363	6.1%			
51 札幌市	272	0	19	15	15	49	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19	15	15	49	18.0%			
52 仙台市	156	0	6	3	2	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	3	2	11	7.1%			
53 さいたま市	88	0	22	10	4	36	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22	11	4	37	42.0%			
54 千葉市	332	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
55 川崎市	547	0	1	2	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	4	0.7%			
56 横浜市	1,480	1	108	64	48	221	0	14	2	5	21	0	0	0	0	0	1	1	1	0	2	0	15	3	5	23	1	123	67	53	244	16.5%			
57 相模原市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
58 新潟市	232	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.4%		
59 静岡市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
60 浜松市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
61 名古屋	1,109	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
62 京都市	1,085	0	27	16	12	55	0	4	3	1	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	3	1	8	0	31	19	13	63	5.8%			
63 大阪市	2,218	0	42	22	26	90	0	3	1	1	5	0	0	0	2	2	0	5	5	1	11	0	8	6	4	18	0	50	28	30	108	4.9%			
64 堺市	341	0	3	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	3	0.9%			
65 神戸市	1,010	0	41	21	13	75	0	2	2	0	4	0	2	2	4	8	0	5	0	2	7	0	9	4	6	19	0	50	25	19	94	9.3%			
66 岡山市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
67 広島市	484	0	21	3	9	33	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	21	3	9	33	6.8%			
68 北九州市	1,137	0	20	3	9	32	0	6	6	3	15	0	0	0	0	0	2	6	0	2	0	8	6	3	17	0	28	9	12	49	4.3%				
69 福岡市	1,389	0	22	10	6	38	0	20	5	0	25	0	0	0	0	0	4	5	12	21	0	24	10	12	46	0	46	20	18	84	6.0%				
70 熊本市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
指定都市計	11,880	1	332	170	145	648	0	49	20	10	79	0	2	2	6	10	0	17	11	15	43	0	68	33	31	132	1	400	203	176	780	6.6%			
全体計	133,100	46	2,987	1,488	1,404	5,935	0	648	272	260	1,180	0	203	105	147	455	0	251	151	171	573	0	1,102	528	578	2,208	46	4,099	2,016	1,962	8,143	6.1%			

※「-」は該当なしを示す。  
 ※在籍者数は、平成27年度学校基本調査による。(高等部の専攻科は除く。)

医療的ケアを必要としている幼児児童生徒が在学している学校  
学校種

都道府県市	学校数	(左の内数)											実施学校 在学者数	対象幼 児 児童生 徒数	配置されている 看護師数 <small>(看護師が 養護教諭が 看護師資格 を活用 の内数)</small>	看護 師 置 学 校 数	認定特定行為業 務従事者										
		視覚	聴覚	知的	肢体	病弱	(視知)	(知肢)	(肢病)	(知病)	(聴知)	(肢病)					(聴肢)	(肢病)	(視肢)	(聴肢)	(肢病)	教員	教員 以外				
		視覚	聴覚	知的	肢体	病弱	(視知)	(知肢)	(肢病)	(知病)	(聴知)	(肢病)					(聴肢)	(肢病)	(視肢)	(聴肢)	(肢病)						
01 北海道	33	2	3	20	8	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2,917	282	45	19	98	0
02 青森県	8	1	0	3	6	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	606	76	9	7	12	0
03 岩手県	8	0	1	6	7	3	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,002	51	28	7	0	0
04 宮城県	15	1	0	11	2	3	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,828	140	63	0	13	15
05 秋田県	10	0	1	8	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	917	77	11	0	8	0
06 山形県	7	0	2	4	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	685	73	13	0	7	0
07 福島県	13	0	1	7	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,795	125	26	0	12	35
08 茨城県	13	0	1	9	3	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2,738	192	31	0	11	7
09 栃木県	12	0	0	8	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,993	141	29	0	10	0
10 群馬県	14	1	0	10	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,129	145	18	0	9	73
11 埼玉県	16	0	2	7	9	1	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3,074	291	24	4	11	94
12 千葉県	32	1	2	23	8	5	0	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4,858	368	58	0	24	184
13 東京都	26	1	2	12	18	3	1	8	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5,747	748	212	0	20	269
14 神奈川県	18	1	2	15	14	2	0	12	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3,490	340	42	0	16	337
15 新潟県	20	1	1	14	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,377	97	23	0	17	15
16 富山県	7	0	1	4	5	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	585	78	15	0	6	20
17 石川県	8	0	1	5	3	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,055	64	7	0	3	16
18 福井県	10	1	1	6	6	5	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	758	73	12	2	9	23
19 山梨県	5	0	0	3	4	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	607	55	10	0	4	5
20 長野県	17	2	1	11	2	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2,333	193	26	0	15	18
21 岐阜県	15	0	0	11	9	9	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,995	139	38	0	15	0
22 静岡県	18	1	1	11	15	2	0	11	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2,789	291	47	0	14	286
23 愛知県	22	0	5	8	10	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4,189	384	53	0	14	0
24 三重県	9	0	1	4	6	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	803	87	16	0	9	133
25 滋賀県	10	0	1	8	8	1	0	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,974	137	30	0	9	0
26 京都府	14	1	1	10	11	2	0	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,553	132	30	5	10	90
27 大阪府	16	0	1	7	10	2	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2,443	367	58	0	13	546
28 兵庫県	29	0	2	18	13	1	0	3	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3,467	305	118	0	28	85
29 奈良県	8	0	1	4	3	3	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,234	87	11	1	5	83
30 和歌山県	9	1	0	6	7	1	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,190	83	13	0	9	80
31 鳥取県	4	0	0	2	3	2	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	448	90	14	0	4	0
32 島根県	5	0	0	2	4	3	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	499	48	9	0	5	15
33 岡山県	10	0	1	7	6	1	0	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,516	125	34	2	8	21
34 広島県	13	0	2	9	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,811	162	24	0	11	32
35 山口県	11	11	11	11	11	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,437	83	32	0	9	32
36 徳島県	6	1	0	3	3	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	518	57	12	0	6	0
37 香川県	6	0	1	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	714	65	10	0	5	0
38 愛媛県	8	0	1	4	3	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,307	71	11	0	6	10
39 高知県	7	1	0	2	4	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	384	41	8	0	5	0
40 福岡県	18	2	5	10	6	2	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2,673	188	36	0	16	3



都道府県市	医療的ケアを必要としている幼児児童生徒が在学している学校														認定特定行為業務従事者 教員 教員以外									
	学校数	学校種														看護 師配 置学 校数								
		視覚	聴覚	知的	肢体	病弱	(認知)	(聴知)	(聴知)	(聴知)	(聴知)	(聴知)	(聴知)	(聴知)			対象幼 児児童 生徒数	配置されている 看護師数 (内数) 養護教諭が 看護師資格 を活用						
41 佐賀県	5	0	0	4	5	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	732	70	19	0	5	0	0	
42 長崎県	10	0	0	6	5	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1,153	78	13	0	8	6	0	
43 熊本県	10	0	0	6	5	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	728	124	23	0	8	27	0	
44 大分県	15	1	1	10	2	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1,213	92	19	0	14	27	0	
45 宮崎県	9	0	1	8	8	1	0	6	0	1	0	0	0	0	0	0	847	91	25	0	9	2	0	
46 鹿児島県	13	0	0	11	13	2	0	10	1	0	0	0	0	0	0	0	1,861	171	26	0	13	38	0	
47 沖縄県	12	3	3	4	8	5	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	1,240	186	23	0	7	8	0	
都道府県計	604	34	61	375	290	101	1	120	21	8	7	17	2	1	1	13	80,212	7,363	1,454	14	493	2,745	14	
51 札幌市	3	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	113	49	6	0	2	21	0	
52 仙台市	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	156	11	9	0	1	0	0	
53 さいたま市	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	88	37	8	0	2	0	0	
54 千葉市	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
55 川崎市	2	0	0	2	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	478	4	2	0	1	0	0	
56 横浜市	7	0	1	1	5	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	713	244	14	0	5	302	0	
57 相模原市	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
58 新潟市	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	98	1	1	0	1	0	0	
59 静岡市	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
60 浜松市	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
61 名古屋市	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
62 京都市	4	0	0	4	4	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	742	63	22	0	4	42	0	
63 大阪市	8	0	1	4	4	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1,641	108	18	0	4	208	22	
64 堺市	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	3	2	0	1	4	0	
65 神戸市	4	0	0	2	4	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	614	94	11	0	4	106	21	
66 岡山市	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
67 広島市	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	484	33	4	0	1	0	0	
68 北九州市	2	0	0	0	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	234	49	5	0	2	0	0	
69 福岡市	5	0	0	3	2	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	912	84	10	0	5	0	0	
70 熊本市	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
指定都市計	41	0	2	19	28	6	0	9	2	1	0	1	0	0	0	0	6,277	780	112	0	33	683	43	
全体計	645	34	63	394	318	107	1	129	23	9	7	18	2	1	1	13	86,489	8,143	1,566	14	526	3,428	57	

※内容により複数回答の部分がある。また「-」は該当なしを示す。

医療的ケアを必要としている幼児児童生徒が在学している学校

都道府県市	学校数(校数)		医療的ケアが必要な児童生徒数(人)						実施学校在学者数					対象幼児児童生徒数	配置されている看護師数	看護教諭が看護師資格を有する者(内数)	認定特定行為業務従事者	
	小学校	中学校	【小学校】	通常学級	特別支援学級	【中学校】	通常学級	特別支援学級	【小・中合計】	通常学級	特別支援学級	実施学校在学者数	児童生徒数				教員	教員以外
01 北海道	35	7	38	6	32	8	0	8	46	6	40	11,703	46	17	0	0	0	
02 青森県	3	0	3	0	3	0	0	0	3	0	3	1,145	3	0	0	0	0	
03 岩手県	12	4	8	6	2	4	4	0	12	10	2	2,818	12	0	0	0	0	
04 宮城県	9	0	9	2	7	0	0	0	9	2	7	3,479	9	4	1	0	0	
05 秋田県	6	4	4	2	2	2	1	1	6	3	3	1,653	6	1	0	0	0	
06 山形県	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	92	1	0	0	0	0	
07 福島県	6	5	7	5	2	1	1	0	8	6	2	2,078	8	0	0	0	0	
08 茨城県	23	2	23	16	7	2	1	1	25	17	8	8,332	25	4	0	0	0	
09 栃木県	8	7	9	6	3	1	1	0	10	7	3	2,184	10	7	0	0	0	
10 群馬県	15	14	14	5	9	1	0	1	15	5	10	6,154	15	4	2	0	0	
11 埼玉県	24	17	18	6	12	7	3	4	25	9	16	11,325	25	7	3	0	0	
12 千葉県	24	0	26	21	5	0	0	0	26	21	5	13,290	26	12	0	0	0	
13 東京都	39	36	37	33	4	3	2	1	40	35	5	19,638	40	6	0	0	0	
14 神奈川県	17	13	13	4	9	4	0	4	17	4	13	9,112	17	5	0	0	0	
15 新潟県	9	8	10	4	6	1	0	1	11	4	7	2,343	11	4	1	0	0	
16 富山県	2	2	2	0	2	0	0	0	2	0	2	904	2	0	0	0	0	
17 石川県	8	8	8	3	5	0	0	0	8	3	5	4,571	8	0	0	0	0	
18 福井県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
19 山梨県	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	320	1	0	0	0	0	
20 長野県	17	12	13	7	6	5	3	2	18	10	8	7,577	18	10	0	0	0	
21 岐阜県	10	7	8	4	4	3	2	1	11	6	5	4,956	11	1	0	0	0	
22 静岡県	12	11	14	7	7	1	1	0	15	8	7	5,525	15	2	0	0	0	
23 愛知県	37	32	34	20	14	5	2	3	39	22	17	20,837	39	6	0	0	0	
24 三重県	19	16	17	2	15	3	0	3	20	2	18	9,889	20	16	0	0	0	
25 滋賀県	14	12	12	4	8	2	0	2	14	4	10	6,766	14	8	0	0	0	
26 京都府	6	4	4	1	3	2	0	2	6	1	5	2,733	6	1	0	0	0	
27 大阪府	88	66	85	5	80	24	1	23	109	6	103	45,688	109	108	0	0	0	
28 兵庫県	23	17	18	8	10	6	0	6	24	8	16	10,526	24	11	0	0	0	
29 奈良県	7	6	6	0	6	1	0	1	7	0	7	3,489	7	3	0	0	0	
30 和歌山県	4	3	3	3	0	1	0	1	4	3	1	1,081	4	2	1	0	0	
31 鳥取県	8	7	7	0	7	1	0	1	8	0	8	2,400	8	0	0	0	0	
32 島根県	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	572	1	1	0	0	0	
33 岡山県	3	3	3	3	0	0	0	0	3	3	0	691	3	0	0	0	0	
34 広島県	10	8	9	0	9	2	1	1	11	1	10	3,851	11	3	0	0	0	
35 山口県	3	3	3	1	2	0	0	0	3	1	2	1,117	3	1	0	0	0	
36 徳島県	3	2	2	1	1	1	0	1	3	1	2	1,116	3	0	0	0	0	
37 香川県	3	3	3	0	3	0	0	0	3	0	3	1,273	3	2	0	0	0	
38 愛媛県	15	8	13	4	9	8	0	8	21	4	17	6,877	21	0	0	0	0	
39 高知県	7	7	7	1	6	0	0	0	7	1	6	1,064	7	3	0	0	0	
40 福岡県	12	7	7	1	6	5	2	3	12	3	9	5,437	12	1	0	0	0	

都道府県市	学校数(校数)		医療的ケアが必要な児童生徒数(人)										医療的ケアを必要としている幼児児童生徒が在学している学校				認定特定行為業務従事者	
	小学校	中学校	【小学校】		【中学校】		特別支援学級	通常学級	【小中合計】	通常学級	特別支援学級	実施学校在学者数	対象幼児児童生徒数	配置されている看護師数	養護教諭が看護師資格を活用(内数)	教員	教員以外	
			通常学級	特別支援学級	通常学級	特別支援学級												
41 佐賀県	6	4	2	4	1	3	2	1	6	2	4	2,438	6	0	0	0		
42 長崎県	7	6	1	6	2	4	1	0	7	1	5	2,308	7	2	0	0		
43 熊本県	14	12	2	13	2	11	2	1	15	3	12	5,281	15	16	0	0		
44 大分県	6	4	2	4	1	3	2	2	6	3	3	3,149	6	0	0	0		
45 宮崎県	4	3	1	3	2	1	1	0	4	2	2	1,262	4	0	0	0		
46 鹿児島県	11	9	2	10	4	6	2	1	12	5	7	3,689	12	0	0	0		
47 沖縄県	12	10	2	11	6	5	2	1	13	7	6	7,355	13	5	0	0		
都道府県計	604	492	112	551	209	342	116	31	667	240	427	270,088	667	273	8	0		
51 札幌市	5	4	1	5	5	0	1	1	6	6	0	2,473	6	0	0	0		
52 仙台市	17	15	2	18	6	12	2	0	20	6	14	10,282	20	16	0	0		
53 さいたま市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
54 千葉市	4	4	0	4	2	2	0	0	4	2	2	1,766	4	0	0	0		
55 川崎市	10	10	0	11	1	10	0	0	11	1	10	7,087	11	0	0	0		
56 横浜市	10	9	1	10	3	7	1	0	11	3	8	4,467	11	0	0	0		
57 札幌原市	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	623	1	1	0	0		
58 新潟市	6	6	0	6	5	1	0	0	6	5	1	2,652	6	2	0	0		
59 静岡市	2	2	0	2	2	0	0	0	2	2	0	1,758	2	0	0	0		
60 浜松市	12	10	2	10	9	1	2	1	12	10	2	6,898	12	0	0	0		
61 名古屋市	12	10	2	11	7	4	2	2	13	9	4	5,318	13	12	12	0		
62 京都市	3	1	2	2	1	1	2	1	4	2	2	2,513	4	4	0	0		
63 大阪市	29	21	8	22	2	20	9	0	31	2	29	14,057	31	20	0	96		
64 堺市	6	5	1	5	0	5	1	0	6	0	6	2,270	6	2	0	0		
65 神戸市	13	9	4	9	2	7	4	0	13	2	11	8,879	13	0	0	0		
66 岡山市	9	8	1	8	3	5	2	2	10	5	5	4,191	10	6	0	0		
67 広島市	6	6	0	6	2	4	0	0	6	2	4	3,653	6	6	0	0		
68 北九州市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
69 福岡市	6	5	1	5	2	3	1	0	6	2	4	2,352	6	0	0	0		
70 熊本市	8	7	1	9	1	8	1	1	10	2	8	5,414	10	8	0	0		
指定都市計	159	133	26	144	53	91	28	8	172	61	111	86,653	172	77	12	96		
全体計	763	625	138	695	262	433	144	39	839	301	538	356,741	839	350	20	96		

※内容により複数回答の部分がある。

※「配置されている看護師数」とは、看護師が複数の学校を巡回している場合、実人数としている。

研究協力者： 奈倉 道明（埼玉医科大学 総合医療センター小児科）

研究分担者： 田村 正徳（埼玉医科大学 総合医療センター小児科）

### 【研究要旨】

前研究では、最も整合性の高い医療的ケア児数の算出方法は、「在宅自己注射指導管理料を除く全ての在宅療養指導管理料の算定件数を合計する方法」であることが判明した。しかし、在宅療養指導管理料の算定件数を合計する方法には以下の 3 点に留意する必要がある。その対応について検討した。(1) 同一の患者で複数の診療報酬項目が算定されるとダブルカウントが生じる、(2) 同一の患者で複数の医療機関から異なる診療報酬項目が算定されるとダブルカウントが生じる、(3) 5 月の診療報酬算定件数とその年の代表値とすることが妥当かどうか検証する必要がある。(1) については、C108-2 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を合算に含めないなど、6 の注意点を整理した。(2) については、平成 27 年時点で在宅患者緊急入院診療加算と在宅患者共同診療料の算定件数がほとんどないことから、小児において在宅療養後方支援病院と他の医療機関とが同一の患者に対して診療報酬を算定するダブルカウントはほとんど発生していないと結論付けた。(3) 平成 27 年度 NDB データを 12 で除した 1 年平均の医療的ケア児数は 17,043 であり、5 月の算定件数から算出した医療的ケア児数 17,209 とよく数値が一致した。これにより、社会医療診療行為別調査のデータで医療的ケア児数を算出することは妥当と言える。

平成 17～27 年の 11 年間の医療的ケア児数を算出すると、増加傾向にある。医療的ケア児数は平成 27 年の全国平均で人口 1 万人あたり 1.35、0～19 歳人口 1 万人あたり 7.82 と計算される。これらをもとに、地方自治体は医療的ケア児数を把握できると考える。ただし、医療的ケア児数の増加傾向、人口の減少傾向を考慮すると、この数値は年々増大していくものと考えられる。

## A. 研究目的

前研究において、医療的ケア児数を算出するためには、も整合性の高い医療的ケア児数の算出方法は、「在宅自己注射指導管理料を除く全ての在宅療養指導管理料の算定件数を合計する方法」であることが判明した。診療報酬の算定件数は、社会医療診療行為別調査により、5 歳年齢群別にデータを得ることができる<sup>1)</sup>。しかし、この方法が妥当性を持つためには、解決しなければならない点が以下の 3 点ある。

(1) 診療報酬の算定件数を合算する際のダブルカウント

基本的に在宅療養指導管理料は 1 人につき 1 月に 1 件しか算定できないが、同一の患者に対し

て複数の項目を算定できる場合がいくつかある。この点を留意して、ダブルカウントを回避できるような算出方法としなければならない。

(2) 複数の医療機関が同一の患者を算定するダブルカウント

平成 26 年度の診療報酬改定では、在宅療養後方支援病院が 15 歳未満の小児の在宅人工呼吸指導管理料を算定し、かかりつけの診療所がその他の在宅療養指導管理料を同時に算定できることとなった<sup>3)</sup>。これにより同一の患者でダブルカウントが発生する可能性が生じた。この問題が患者数の算出にどの程度結果に影響を与えるかを考察する必要がある。

(3) 5 月分のデータの妥当性

5 月は連休があるために、平日に診療を受ける患者数、つまり診療報酬算定件数は他の月と比べて少ない可能性が懸念されている。このため、5 月分の診療報酬算定件数とその年度の患者数を代表すると言えるかどうか、検討する必要がある。

## B. 研究方法

e-stat より平成 27 年度（27 年 5 月分）の社会医療診療行為別調査（（閲覧 1「診療行為の状況」医科診療 第 1 表 医科診療（総数） 件数・診療実日数・実施件数・回数・点数、診療行為（細分類）、一般医療 - 後期医療・年齢階級別）1）の結果を得た。平成 27 年度現在での在宅療養指導管理料は表 1 のとおりとなる。これらの中で、（1）合算するとダブルカウントが発生する診療報酬の項目は何か、詳細に検討した。また、（2）複数の医療機関が同一の患者に対して在宅療養指導管理料を算定することによるダブルカウントの程度を、在宅患者緊急入院診療加算と在宅患者共同診療料の算定件数を精査することで評価した。そして、（3）厚生労働省で公表している平成 27 年度分の NDB データを解析し、平成 27 年 5 月の診療報酬算定件数とその年度 1 年間の平均値にどの程度一致するかを検討した。

## C. 研究結果

（1）合算するとダブルカウントが発生する診療報酬項目

表 1 にある診療報酬項目のうち、その通知・細則を検討し、ダブルカウントが発生する項目として以下のものが判明した。これらを除外して医療的ケア児数を算出する必要があることになる。そのような項目を、表 1 においてグレイで塗りつぶした。

- ① 「C100 退院前療養指導料」とその他の在宅療養指導管理料
- ② 「C108 在宅悪性腫瘍患者指導管理料」と「C108-2 在宅悪性腫瘍共同指導管理料」
- ③ 「C102 在宅自己腹膜還流指導管理料」と「在宅自己連続携行式腹膜還流頻回指導管理」
- ④ 「C102-2 在宅血液透析指導管理料」と「在宅血液透析頻回指導管理」
- ⑤ 「C110-2 在宅振戦等刺激装置治療指導管理料」とその「導入期加算」
- ⑥ 「C110-3 在宅迷走神経電気刺激療法志度管理料」とその「導入期加算」

これらの知見をもとに、ダブルカウントとなる項目を除外して算定件数を算出すると表 2 のようになり、平成 27 年の医療的ケア児数は 17,209 と算出された。

（2）複数の医療機関が同一の患者に対して在宅療養指導管理料を算定するダブルカウント

在宅療養指導管理料の細則を精査した結果、複数の医療機関でダブルカウントされるのは以下の 2 つの場合である（「在宅療養指導管理料通則・一般的事項」、平成 26 年医科診療報酬点数表）3）。

- ① 在支診又は在宅病から患者の紹介を受けた医療機関が、在支診又は在宅病が行う在宅療養指導管理と異なる在宅療養指導管理を行った場合（紹介月に限る）、及び
- ② 別に厚生労働大臣の定める患者 4）（15 歳未満の人工呼吸器を装着している患者又は 15 歳未満から引き続き人工呼吸器を装着しており体重が 20kg 未満の患者など 5））に対して、在宅療養後方支援病院と連携している医療機関が、それぞれ異なる在宅療養指導管理を行った場合には、それぞれの医療機関において在宅療養指導管理料を算定できる。

①の理由で算定する場合は、「その月に限る」ため、算定件数が恒常的に多いとは言えない。

②の理由で算定する場合は、在宅療養後方支援病院と地域の診療所とで連携している必要がある。小児患者において診療所と在宅療養後方支援病院との連携がどの程度行われているか直接測る指標がないが、それを推測するための指標として

① A206 在宅患者緊急入院診療加算

② C012 在宅患者共同診療料

の算定件数が参考になる。

平成 27 年度社会医療診療行為別調査によれば、0～19 歳におけるこれらの算定件数は、①在宅患者緊急入院診療加算 1（後方支援病院）が 0 件、②在宅患者共同診療料が 1 件と、極めて少なかった（表 3）。この結果から、平成 27 年の時点では、診療所と在宅療養後方支援病院とで連携して同一の小児患者を診療するスタイルはほとんど普及しておらず、同一患者のダブルカウントは問題にならないと考えられた。

### （3）NDB との比較

厚労省が公開している第 1 回 NDB オープンデータ「C 在宅医療：性年齢別算定回数」6)から、平成 26 年 4 月～平成 27 年 3 月までの 12 ヶ月分の所定の在宅療養指導管理料の算定件数を合計したものを得、12 で除した。これは平成 26 年度 1 年間の平均の医療的ケア児数を現しており、NDB データと呼ぶこととする（詳細は表 4）。これらを平成 27 年 5 月分のデータである社会医療診療行為別調査の結果と比較すると、以下のようになった。

#### ① 医療的ケア児数

データソース	0～4歳	5～9歳	10～14歳	15～19歳	合計
H27.5月分データ	6,208	4,122	3,505	3,374	17,209
H27度NDBデータ	6,134	4,112	3,509	3,289	17,043

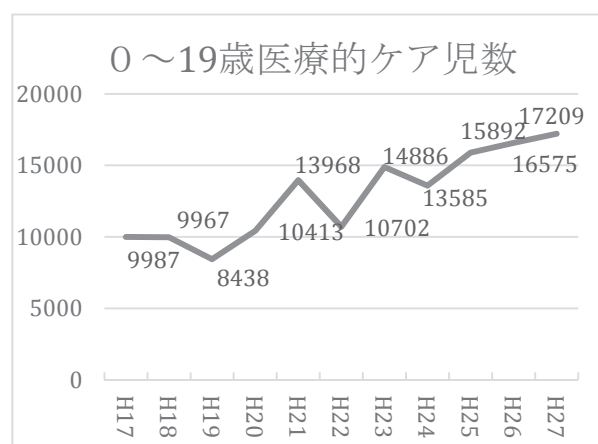
#### ② 在宅人工呼吸患者数

データソース	0～4歳	5～9歳	10～14歳	15～19歳	合計
H27.5月分データ	993	756	624	696	3,069
H27度NDBデータ	906	705	595	659	2,865

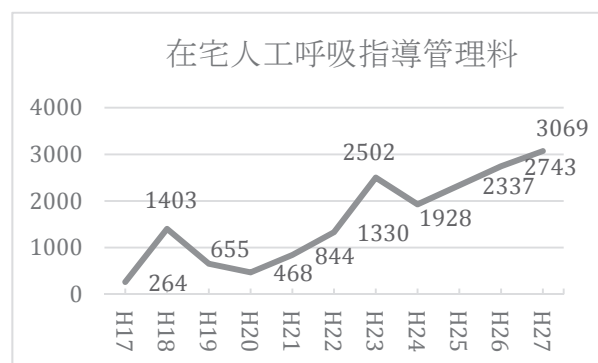
NDB データと 5 月分データとを比較すると、5 月分データは NDB データにかなり近い数値を示していた（107～113%）。このことより、5 月分データが少ないとする仮説は成り立たず、社会医療診療行為別調査のデータはその年度を代表する数値と考えて差し支えないと言える。

### （4）経年変化と人口換算

（3）の考察により、5 月分データはその年度を代表値として扱うことができると考え、医療的ケア児数の平成 17 年度から以下のように算出した（詳細は表 5）。これから分かるように、医療的ケア児数は経年的に増えていると言える。



同様に、在宅人工呼吸管理の 0～19 歳患者数も著しい増加傾向にあることが分かる。



医療的ケア児数 17,209 を平成 27 年 10 月 1 日現在の日本の総人口で除すと、人口 1 万人あたり 1.35 と計算される。また、0～19 歳人口 1

万人あたり 7.82 と計算される（平成 27 年 10 月総務省統計局人口推計）（表 6）。

今後、この数値を目安に地方自治体で医療的ケア児の規模感を把握することができると考える。ただし、医療的ケア児数が年々増加する中、日本の総人口／小児人口は減少傾向にあるため、これらの数値は年々増大していくものと考えられる。

#### D. 健康危険情報

なし

#### E. 研究発表

なし

#### F. 知的財産権の出願・登録状況

なし

文献

##### 1) 平成 27 年度社会医療診療行為別統計

閲覧 1 「診療行為の状況」医科診療

第 1 表 医科診療（総数） 件数・診療実日数・実施件数・回数・点数，診療行為（細分類）、一般医療 - 後期医療・年齢階級別

<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL02020101.do?method=extendTclass&refTarget=toukeihyo&listFormat=hierarchy&statCode=00450048&tstatCode=000001029602&tclass1=000001085182&tclass2=000001085187&tclass3=000001085188&tclass4=&tclass5=>

##### 2) 医科診療報酬点数表平成 28 年 4 月版 社会保険研究所、2016 年 3 月

##### 3) 平成 26 年厚生労働省告示第 57 号

「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」第 2 章第 2 節第 1 款「在宅療養指導管理料」、p14，平成 26 年 3 月 5 日

##### 4) 平成 26 年度厚生労働省告示 59 号

「特掲診療料の施設基準」p40，平成 26 年 3 月 5 日

##### 5) 平成 26 年度厚生労働省告示 58 号

「基本診療料の施設基準」p165，平成 26 年 3 月 5 日

##### 6) 厚生労働省 HP「政策について」「医療保険」より

第 1 回 NDB オープンデータ

C 在宅医療： 性年齢別算定回数

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000139390.html>

表 1 平成 27 年 5 月分の 0～19 歳の全ての在宅療養指導管理料の算定件数

医療的ケア児数を算出する際にはグレイの項目を除外している

第1款 在宅療養指導管理料		0～19歳算定件数
C100	退院前在宅療養指導管理料	47
	退院前在宅療養指導管理料 乳幼児 加算	29
C101	在宅自己注射指導管理料 1 複雑な場合	1043
	在宅自己注射指導管理料 2 1以外の場合 月3回以下	3743
	在宅自己注射指導管理料 2 1以外の場合 月4回以上	207
	在宅自己注射指導管理料 2 1以外の場合 月8回以上	3576
	在宅自己注射指導管理料 2 1以外の場合 月28回以上	17061
	在宅自己注射指導管理料 導入初期 加算	1545
C101-2	在宅小児低血糖症患者指導管理料	131
C101-3	在宅妊娠糖尿病患者指導管理料	3
C102	在宅自己腹膜灌流指導管理料	174
	在宅自己連続携行式腹膜灌流頻回指導管理	36
C102-2	在宅血液透析指導管理料	0
	在宅血液透析頻回指導管理	0
C103	在宅酸素療法指導管理料 チアノーゼ型先天性心疾患	124
	在宅酸素療法指導管理料 その他	5383
C104	在宅中心静脈栄養法指導管理料	230
C105	在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	326
C105-2	在宅小児経管栄養法指導管理料	2658
C106	在宅自己導尿指導管理料	2279
C107	在宅人工呼吸指導管理料	3069
C107-2	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	427
C108	在宅悪性腫瘍患者指導管理料	2
C108-2	在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料	0
C109	在宅寝たきり患者処置指導管理料	1485
C110	在宅自己疼痛管理指導管理料	2
C110-2	在宅振戦等刺激装置治療指導管理料	10
	在宅振戦等刺激装置治療指導管理料 導入期 加算	1
C110-3	在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料	114
	在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料 導入期 加算	9
C110-4	在宅仙骨神経刺激療法指導管理料	0
C111	在宅肺高血圧症患者指導管理料	16
C112	在宅気管切開患者指導管理料	689
C114	在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料	76
C115	在宅植込型補助人工心臓（拍動流型）指導管理料	0
C116	在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料	14



表 2 平成 27 年 5 月分の 0～19 歳の医療的ケア児の算定件数

区分記号	診療報酬項目	点数	0～19歳算定件数
C101-2	在宅小児低血糖症患者指導管理料	820	131
C102	在宅自己腹膜灌流指導管理料	4,000	174
C102-2	在宅血液透析指導管理料	8,000	0
C103	在宅酸素療法指導管理料 チアノーゼ型先天性心疾患	1,300	124
C103	在宅酸素療法指導管理料 その他	2,500	5,383
C104	在宅中心静脈栄養法指導管理料	3,000	230
C105	在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	2,500	326
C105-2	在宅小児経管栄養法指導管理料	1,050	2,658
C106	在宅自己導尿指導管理料	1,800	2,279
C107	在宅人工呼吸指導管理料	2,800	3,069
C107-2	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	250	427
C108	在宅悪性腫瘍患者指導管理料	1,500	2
C109	在宅寝たきり患者処置指導管理料	1,050	1,485
C110	在宅自己疼痛管理指導管理料	1,300	2
C110-2	在宅振戦等刺激装置治療指導管理料	810	10
C110-3	在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料	810	114
C110-4	在宅仙骨神経刺激療法指導管理料	810	0
C111	在宅肺高血圧症患者指導管理料	1,500	16
C112	在宅気管切開患者指導管理料	900	689
C114	在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料	1,000	76
C115	在宅植込型補助人工心臓（拍動流型）指導管理料	6,000	0
C116	在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料	45,000	14
合計			17,209

表 3 在宅療養後方支援病院に関連した診療報酬の 0～19 歳の算定件数

診療報酬項目		総件数 00～19歳 (再掲)	
A206	在宅患者緊急入院診療加算 1 在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院 又は在宅療養後方支援病院である場合	271	-
	在宅患者緊急入院診療加算 2 連携医療機関である場合 (1 以外の場合)	448	-
	在宅患者緊急入院診療加算 3 1 及び 2 以外の場合	773	4
C012	在宅患者共同診療料 往診	1	-
	在宅患者共同診療料 訪問診療 同一建物居住者以外	3	1
	在宅患者共同診療料 訪問診療 同一建物居住者 (特定施設等)	-	-
	在宅患者共同診療料 訪問診療 同一建物居住者 (特定施設等以外)	-	-

表 4 平成 26 年 4 月～27 年 3 月の NDB データの合計を 12 で除したもの  
第 1 回 NDB オープンデータ C 在宅医療 性年齢別算定回数より算出

	性別	0～4 歳	5～9 歳	10～14 歳	15～19 歳	合計
医療的ケア児	男児	3,239	2,099	1,841	1,844	17,043
	女児	2,896	2,012	1,667	1,445	

人工呼吸器 患者	男児	501	360	339	395	2,865
	女児	406	345	257	264	

表 5 平成 17～27 年の医療的ケア児数の経年的変化

グレイの項目は、その当時診療報酬として設定されていなかったため塗りつぶしている。

また薄青色の項目は、医療的ケア児数の集計で除外した項目である。

	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27
<b>0～19歳医療的ケア児数</b>	9987	9967	8438	10413	13968	10702	14886	13585	15892	16575	17209
在宅小児低血糖症患者指導管理料						0	83	97	104	100	131
在宅自己腹膜灌流指導管理料	0	552	0	10	50	0	178	151	146	150	174
在宅自己腹膜灌流・頻回指導管理料		0	0	0	0	0	45	35	31	26	0
在宅血液透析指導管理料	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
在宅血液透析・頻回指導管理料		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
在宅酸素療法指導管理料 チアノーゼ型先	0	40	0	230	200	0	73	83	105	117	124
在宅酸素療法指導管理料 その他	2662	3150	2330	3159	4582	3486	4853	4459	4899	5118	5383
在宅中心静脈栄養法指導管理料	0	0	150	150	300	150	164	174	200	226	230
在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	514	240	150	200	700	1090	648	517	457	380	326
在宅小児経管栄養法指導管理料								1052	2257	2549	2658
在宅自己導尿指導管理料	4230	1026	3848	2200	1908	2342	2098	2046	2359	2309	2279
在宅人工呼吸指導管理料	264	1403	655	468	844	1330	2502	1928	2337	2743	3069
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	521	116	20	204	0	164	287	173	354	384	427
在宅悪性腫瘍患者指導管理料	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	2
在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料								0	0	0	0
在宅寝たきり患者処置指導管理料	1212	2482	915	2402	3144	1620	3164	2059	1715	1526	1485
在宅自己疼痛管理指導管理料	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2
在宅振戦等刺激装置治療指導管理料								2	11	8	10
在宅振戦等刺激装置治療指導管理料 導入期加算								0	2	0	1
在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料								35	79	110	114
在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料 導入期加算								13	21	11	9
在宅仙骨神経刺激療法指導管理料										0	0
在宅肺高血圧症患者指導管理料	0	0	0	0	0	0	8	7	13	11	16
在宅気管切開患者指導管理料	584	958	370	1390	2240	520	780	748	783	761	689
在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料						0	46	52	70	76	76
在宅植込型補助人工心臓（拍動流型）指導管理料								0	0	0	0
在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料								1	2	6	14

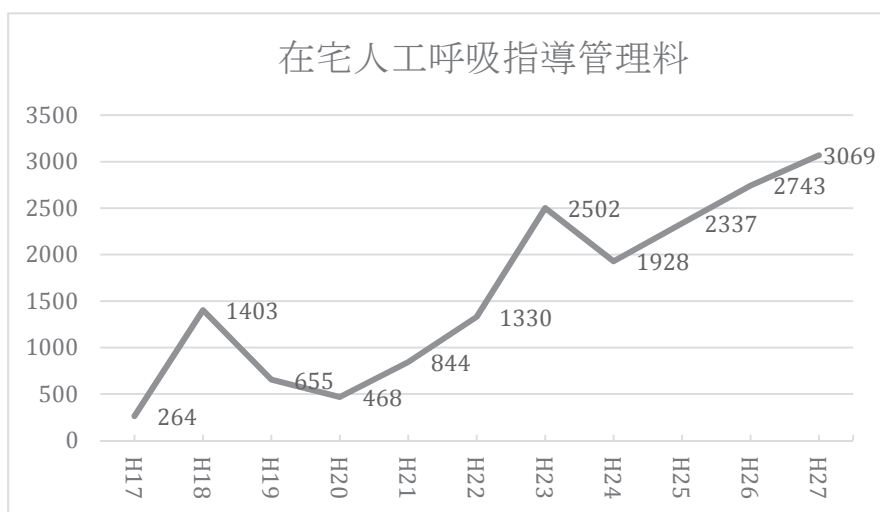
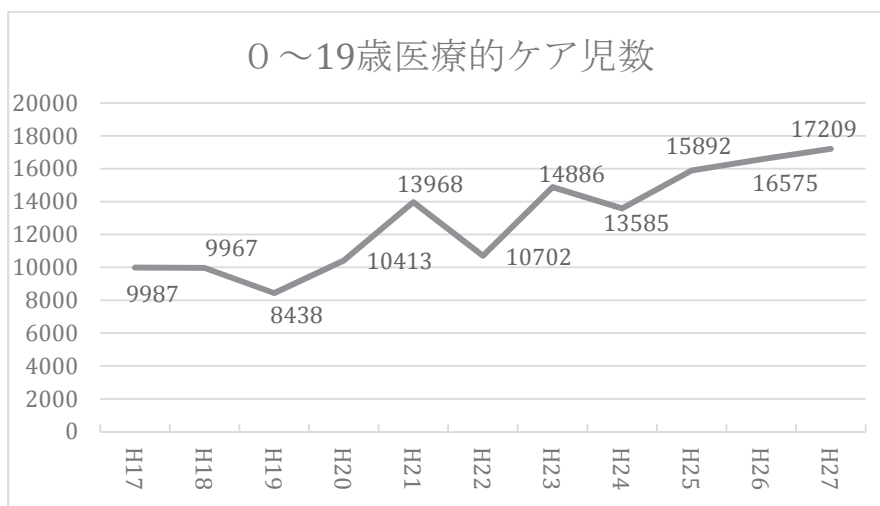


表 6 総務省統計局人口推計（平成 27 年 10 月 1 日現在）

<http://www.stat.go.jp/data/jinsui/2.htm#annual>

年齢	年齢別人口(千人)
総数	127,095
0	961
1	974
2	1,010
3	1,016
4	1,045
5	1,048
6	1,059
7	1,079
8	1,071
9	1,063
10	1,065
11	1,103
12	1,123
13	1,156
14	1,173
15	1,201
16	1,202
17	1,220
18	1,218
19	1,214

(研究 1-4 資料 1)

平成 26 年度厚生労働省告示第 57 号「診療報酬改定」

## 第 1 款 在宅療養指導管理料

### 通則

- 1 本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料は、特に規定する場合を除き、月 1 回に限り算定し、同一の患者に対して 1 月以内に指導管理を 2 回以上行った場合においては、第 1 回の指導管理を行ったときに算定する。
- 2 同一の患者に対して、本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料に規定する在宅療養指導管理のうち 2 以上の指導管理を行っている場合は、主たる指導管理の所定点数のみにより算定する。
- 3 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院から患者の紹介を受けた保険医療機関が、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が行う在宅療養指導管理と異なる在宅療養指導管理を行った場合（紹介が行われた月に限る。）及び在宅療養後方支援病院が、別に厚生労働大臣の定める患者に対して当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関と異なる在宅療養指導管理を行った場合（C 1 0 2 に規定する指導管理と C 1 0 2 - 2 に規定する指導管理、C 1 0 3 に規定する指導管理と C 1 0 7 に規定する指導管理又は C 1 0 7 - 2 に規定する指導管理、C 1 0 4 に規定する指導管理と C 1 0 5 に規定する指導管理、C 1 0 4 に規定する指導管理と C 1 0 5 - 2 に規定する指導管理、C 1 0 5 に規定する指導管理と C 1 0 5 - 2 に規定する指導管理、C 1 0 5 - 2 に規定する指導管理と C 1 0 9 に規定する指導管理、C 1 0 7 に規定する指導管理と C 1 0 7 - 2 に規定する指導管理、C 1 0 8 に規定する指導管理と C 1 1 0 に規定する指導管理、C 1 0 8 - 2 に規定する指導管理と C 1 1 0 に規定する指導管理及び C 1 0 9 に規定する指導管理と C 1 1 4 に規定する指導管理の組合せを除く。）には、それぞれの保険医療機関において、本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料を算定できるものとする。
- 4 入院中の患者に対して退院時に本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合においては、各区分の規定にかかわらず、当該退院の日に所定点数を算定できる。この場合において、当該退院した患者に対して行った指導管理（当該退院した日の属する月に行ったものに限る。）の費用は算定しない。

(資料 2)

平成 26 年度厚生労働省告示第 59 号

「特掲診療料の施設基準の一部改正」

六の六 在宅療養後方支援病院の施設基準等

(1) 在宅療養後方支援病院の施設基準

- イ 許可病床数が二百床以上の保険医療機関である病院であること。
- ロ 在宅療養後方支援を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(2) 在宅患者共同診療料に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等  
基本診療料の施設基準等別表第十三に掲げる疾病等

六の七 在宅療養指導管理料に規定する別に厚生労働大臣の定める患者  
基本診療料の施設基準等別表第十三に掲げる疾病等の患者

(資料 3)

平成 26 年度厚生労働省告示第 58 号

「基本診療料の施設基準の一部改正」

別表十三 在宅患者緊急入院診療加算に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等

多発性硬化症

重症筋無力症

スモン

筋萎縮性側索硬化症

脊髄小脳変性症

ハンチントン病

進行性筋ジストロフィー症

パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。))

多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群)

プリオン病

亜急性硬化性全脳炎

ライソゾーム病

副腎白質ジストロフィー

脊髄性筋萎縮症

慢性炎症性脱髄性多発神経炎

後天性免疫不全症候群

頸髄損傷

十五歳未満の者であって人工呼吸器を使用している状態のもの又は十五歳以上のものであつて人工呼吸器を使用している状態が十五歳未満から継続しているもの(体重が 20 キログラム未満である場合に限る。)

研究協力者： 奈倉 道明（埼玉医科大学 総合医療センター小児科）

研究分担者： 田村 正徳（埼玉医科大学 総合医療センター小児科）

### 【研究要旨】

診療報酬の請求書（レセプト）からは、患者の実態を把握することはできない。このため本研究では、医療的ケア児の実態を把握するための調査手法及び解析手法を検討することを目的に、埼玉県で平成 26～27 年度に実施した小児在宅医療患者ニーズ調査の結果を解析することとした。

当該調査は、埼玉県保健医療部医療整備課から埼玉県内で小児科の標榜のある病院に調査票を配布し、医療的ケアに関連する在宅療養指導管理料を算定する小児の人数を答えてもらった。これを県で集計したのち、それぞれの病院から、該当する患者に対して生活実態を把握するニーズ調査票を配布して頂いた。対象患者は 702 名で、408 名（56%）から回答を得た。その内容を解析すると、医療的ケア児の 6 割が重症心身障害児に相当し、その群のうちほとんどが経管栄養を必要とし、4 割が人工呼吸器・気管切開を利用していた。知的障害は軽度だが身体障害が重い群も、同様の傾向にあった。身体障害が軽度な群では、知的障害が重度なほど経管栄養に依存していた反面、知的障害と人工呼吸器・気管切開・在宅酸素との間に関連はなかった。

今後、都道府県で医療的ケア児の実数を把握するためには、以下のプロセスが必要になる。

- ① 平成 27 年度の医療的ケア児数は人口 1 万人あたり 1.35（前研究を参照）であることから、都道府県は自圏域の医療的ケア児数の規模感を推計することができる。
- ② 次に、圏域内の医療機関に対して実数把握のための一次調査を行う。対象となる医療機関は小児科の標榜のある病院及び在宅療養支援診療所であり、調査内容は 0～19 歳の在宅療養指導管理料の算定者リストである。これにより、都道府県内の医療的ケア児の全体数を把握することができる。
- ③ そして、都道府県もしくはそれぞれの医療機関から、患者に対して医療的ケアの内容や障害の区分と重症度を把握するための二次調査を行う。

この方法の問題点は、都道府県外の医療機関を受診する「流出患者」の把握ができないことである。これを解決するためには、全国の都道府県で同時に一次調査を行い、その際に患者住所地もデータ化し、流出患者の情報を近隣の都道府県と共有することにより、把握可能となる。また、患者に対する質問では重症児スコアを正確に評価することができない。このため、非医療者でも医療的ケアの程度を評価できる指標を考案する必要がある。

## A. 研究目的

これまでの研究は、診療報酬に着目して医療的ケア児数を算出することに焦点を当てていた。しかし、診療報酬の請求書（レセプト）からは、患者が実際にどのような障害を持っているか、どのような生活状況にあるかを把握することはできない。本研究は、医療的ケア児の実態を把握するための調査手法及び解析手法を検討する

ことを目的とする。データとしては、平成 26 年 11 月に埼玉県で実施した小児在宅医療患者ニーズ調査の結果を活用して詳細に分析する。

## B. 研究方法

- （1）埼玉県小児在宅医療患者実数調査  
平成 25 年 11 月に埼玉県小児在宅医療患者実数調査を実施した。この調査では、埼玉県全域



で小児を診療する病院 41 カ所にアンケート調査を実施し、小児在宅医療患者に相当する患者数を報告して頂いた。ここでは、小児在宅医療患者数として、以下の診療報酬を過去3ヵ月の間に1回以上算定している18歳以下の患者数と定義した。

- 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)

その結果、県内の41病院の100%から回答があり、埼玉県内の病院を受診する患者数の合計は585名と判明した。また、埼玉県内の保健所に提出された小児慢性特定疾病の医療意見書から重症者と認定された者を抽出し、埼玉県在住で埼玉県外の病院を受診している患者を同定したところ、117名と判明した。これにより、合計702名が埼玉県の小児在宅医療患者数であることが判明した。

## (2) 埼玉県小児在宅医療患者ニーズ調査

平成27年11月に、県内の各病院の小児科部長に対し、対象となる患者に調査票を渡して頂くようお願いした。また、県在住の患者が受診する県外の病院に対しても同じ調査票を送付し、患者に渡してもらうようお願いした。また同時期に、保健所、特別支援学校、市町村障害福祉担当課から、それぞれの部署が把握している患者に対して同じ調査票を送付した。そして、病院からの調査票と重複した場合は、公的機関からの回答票を返信してもらうようお願いすることで、回収率の向上を目指した。

回答票は408名(56%)から得られた。これらのデータをもとに、埼玉県における医療的ケア児の実態について解析を行った。

## C. 研究結果

「医療的ケア児」に近い概念として「重症心身障害児」があり、しばしば混同されている。重症心身障害児は、身体障害と知的障害がともに重度で大島分類の1~4群の属する障害児と定義されており、また、年齢は児童福祉法に基づいて18歳未満とされている。重症心身障害児の多くは医療的ケアを必要とすることは事実だが、医療的ケアが必要でない重症心身障害児も存在する。一方で、医療的ケアが必要であるにもかかわらず身体障害や知的障害が重度ではない小児も存在する。医療的ケア児と重症心身障害児はしばしば混同されるが、両者の実際の包含関係を定量化することは、これまでなされたことがなかった。このことが、医療的ケア児の実態把握を困難にしている大きな原因の一つであると言える。

この点に着目して、埼玉県小児在宅医療患者ニーズ調査で解析可能な回答403名のデータを分析した。その結果は表1のとおりである。

表1 身体障害・知的障害別に区分した医療的ケア児数

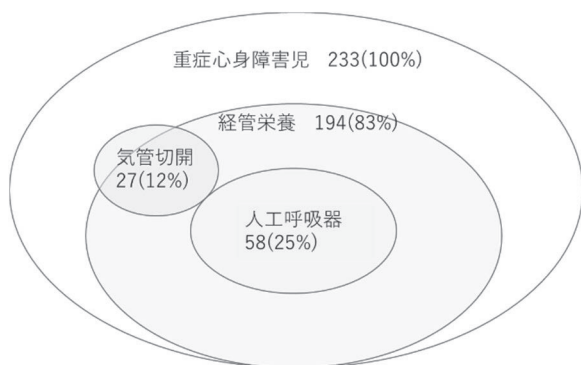
医療的 ケア児		言語理解				
		不可		可能		
移動	不可	235	(58%)	34	(8%)	269
	可能	26	(6%)	108	(27%)	
		261	(65%)	142	(35%)	403

### 分析結果

#### ① 重症心身障害児

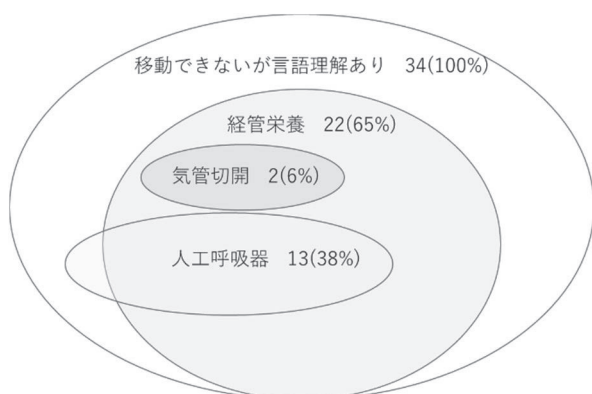
医療的ケア児403名のうち、235名(58%)が重症心身障害児であった。ただし、ここでは重症心身障害児の定義を、移動不可かつ言語理解不可としている。その235名のうち解析可能な233名の医療的ケアを解析した。その結果、83%が経管栄養を必要とし、さらに人工呼吸器を必要とする58名(25%)は経管

栄養が必要な群の中に完全に包含された。気管切開のみで呼吸管理される児は 27 名 (12%) で、そのうちの 91%は経管栄養を必要としていた。在宅酸素療法は人工呼吸器の 33/58 (57%)、気管切開の 13/27 (48%) が利用し、呼吸管理なしの群では 49/160 (30%) が使用していた。



② 知的機能は正常に近く身体障害が重い医療的ケア児

また、言語理解が可能だが移動できないが医療的ケア児を分析したところ、この群は 34 名 (8%) と少なかった。この群は、知的障害が軽度もしくは正常だが身体障害が重い児と言える。医療的ケアの内容については、65%が経管栄養を必要とし、38%が人工呼吸器を必要としていた。気管切開は少なかった。在宅酸素療法の利用は、人工呼吸器で 5/13 (40%)、気管切開で 1/2 (50%)、呼吸管理なしで 8/19 (42%) と有意差がなかった。この群の児は知的機能が高いことから、自立支援や就労支援のニーズが高いと考えられる。

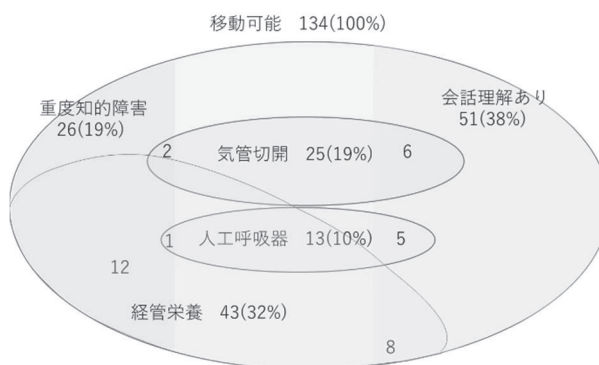


③ 身体障害が軽度な医療的ケア児

重症心身障害児ではない医療的ケア児のもう一つの 카테고리として、移動可能な医療的ケア児は 134 名 (33%) であった。このカテゴリでは、知的障害の程度によって医療的ケアの内容が異なる傾向が見られた。知的障害が重度な群は軽度な群と比べて、より多く経管栄養を必要とした (12/26=46% vs. 8/51=16%)。人工呼吸器、気管切開、在宅酸素療法の有無は、知的障害の程度と関連しなかった。

在宅酸素療法や人工呼吸器などの医療デバイスを携えながら移動できる児は、安全な行動を確保することが重要である。特に知的障害が重度で移動可能な 26 名は、医療デバイスが事故的に抜去される可能性が高いことから、厳重な行動援護が必要となる。なお、ここで重度の障害とは、下記のように定義している。

- 重度の知的障害＝言語理解が不可
- 重度の身体障害＝移動が不可



<埼玉県調査のまとめ>

平成 27 年度埼玉県小児在宅医療患者ニーズ調査によれば、重症心身障害児の群はその多くが経管栄養に依存しており、4 割が人工呼吸器や気管切開を必要とし、そのうちの半分は在宅酸素を必要としていた。知的にレベルが高く身体障害が強い群では、重症心身障害児と同様の傾向が見られた。これに対し身体障害が軽度で移動可能な群においては、知的障害が重いほど経管

栄養に依存する割合が高い反面、知的レベルと人工呼吸、気管切開、在宅酸素とは関連がなかった。

一口に「医療的ケア児」と言っても、その障害特性によって支援すべき内容は異なっている。行政が医療的ケア児の支援計画を立てるためには、どのような障害特性を持った子どもがどれだけ存在するのかを把握しなければ、必要なサービスの内容と量を決定することはできない。このため、都道府県は個々の医療的ケア児の実態を把握する必要がある。

#### <理想的な医療的ケア児調査の在り方>

都道府県が医療的ケア児を把握する調査を実施するにあたっては、以下の過程を踏まえることが最も有効であると考えている。

- ① 平成 27 年度の医療的ケア児数は人口 1 万人あたり 1.35（前研究を参照）であることから、都道府県は自圏域の医療的ケア児数の規模感を推計する。
- ② 次に、圏域内の医療機関に対して実数把握のための一次調査を行う。対象となる医療機関は、小児科の標榜のある病院及び在宅療養支援診療所である。調査内容は、0～19 歳の在宅療養指導管理料の算定者リストである。これを都道府県で集約すれば、都道府県内の医療的ケア児の全体数を把握することができる。
- ③ そして、都道府県もしくはそれぞれの医療機関から、患者に対して医療的ケアの内容や障害の区分と重症度を把握するための二次調査を行う。
- ④ 調査結果に基づき、地域での医療的ケア児の実態を明らかにし、必要な行政の支援を検討していく。

以上が、医療的ケア児を把握するために最も有効で正確な方法であると考えている。

#### <残された問題点>

- ① 流出患者の把握

この方法で懸念される点は、患者が都道府県の圏域を超えて他県の医療機関を受診している、つまり流出している患者は、県内の医療機関を対象とした調査では把握することができない点である。

平成 26 年度の病院を対象とした埼玉県実数把握調査では流出した患者 117 名を把握できたが、これは保健所が持っていた小児慢性特定疾病のデータによって明らかになったことである。ただこの方法では、小児慢性特定疾病の登録を受けていない患者は把握されないため、全数を把握できているとは言えない。

この流出問題を解決する手法としては、医療機関が医療的ケア児を抽出するときに患者住所地のデータも付与し、これらのデータを都道府県が集約し、近隣の都道府県との間で流出入患者の情報を提供することによって、流出入患者を把握することができる。このために、患者実数把握のための一次調査を行うにあたっては、全国が同じやり方で同時に調査を行い、そのデータを都道府県間で共有することが必要である。

#### ② 重症児スコアの評価

重症児スコアは医療専門職が評価するスコアであるため、かなり複雑であり、患者や非医療者に質問して正確な評価を得ることは難しい。実際、平成 25 年度に N 県で行った保健師による実数調査では、評価者（保健師）によって患者の重症児スコアがばらつき、重症児スコアに基づいた実数把握が出来なかったそうである（非公開情報）。平成 27 年度埼玉県小児在宅医療患者ニーズ調査でも、重症児スコアを算出できる内容になっていなかった。今後の調査票の在り方としては、非医療者が容易に医療的ケアの程度を回答できる評価方法を開発する必要がある。

参考までに、埼玉県で行った調査の調査票を資料として添付しておく。

#### D. 健康危険情報

なし

**E. 研究発表**

なし

**F. 知的財産権の出願・登録状況**

なし

表 1 大島分類

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

運動機能 走る 歩く 歩行障害 座る 寝たきり

表 2 重症児スコア

1	運動機能：座位まで	
2	判定スコア（スコア）	点数
	(1) レスピレーター管理※2	10
	(2) 気管内挿管・気管切開	8
	(3) 鼻咽頭エアウェイ	5
	(4) O <sub>2</sub> 吸入またはSaO <sub>2</sub> 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 6回以上／日または継続使用	3
	(7) IVH	10
	(8) 経口摂取(全介助)※3	3
	経管(経鼻・胃ろう含む)※3	5
	(9) 腸ろう・腸管栄養	8
	持続注入ポンプ使用(腸ろう・腸管栄養時)	3
	(10) 手術・服薬にても改善しない過緊張で、発汗による更衣と姿勢修正を3回以上／日	3
	(11) 継続する透析(腹膜灌流を含む)	10
	(12) 定期導尿(3回／日以上)※4	5
	(13) 人工肛門	5
	(14) 体位交換 6回／日以上	3

1

(研究 1-5 参考資料)

平成 27 年度埼玉県小児在宅医療患者ニーズ調査票

<p>○ ご記入年月日： 平成 年 月 日</p> <p>○ ご記入者（患者さんご本人から見た続柄）について、当てはまるものに一つ ○を 付けてください。</p> <p>① 母 ② 父 ③ 祖母 ④ 祖父 ⑤ 兄／姉 ⑥ 弟／妹 ⑦ その他（ ）</p> <p>○ 在宅医療を必要とするお子さん（宛名の方）の現在の状況についてお伺いします。</p> <p>1) 性別： ①男 ②女</p> <p>2) 年齢： 歳</p>
--

**I. ご家族の生活状況についてお伺いします。**

- 1) 同居されている家族構成（お子さんご本人から見た続柄）について、当てはまるものに○を付けてください。（複数回答可）
- ① 母 ② 父 ③ 祖母 ④ 祖父 ⑤ 兄／姉 ⑥ 弟／妹  
⑦ その他（ ）
- 2) 主として介護を行っている方（お子さんご本人から見た続柄）について、当てはまるものに○を一つ付けてください。
- ① 母 ② 父 ③ 祖母 ④ 祖父 ⑤ 兄／姉、 ⑥ 弟／妹  
⑦ その他（ ）

**II. 以下は主たる介護者の方の生活状況についてお伺いします。**

- 1) 主たる介護者の方の現在の健康状態について、当てはまるものに○を一つ付けてください。
- ① 良好 ② ふつう ③ 不良（通院なし） ④ 不良（通院中：月

回)

2) 一日合計での睡眠時間について、当てはまるものに○を一つ付けてください。

① 3時間未満      ② 3時間以上4時間未満      ③ 4時間以上5時間未満

④ 5時間以上6時間未満      ⑤ 6時間以上

3) 睡眠の形態について、当てはまるものに○を一つ付けてください。

① まとまった睡眠時間がとれる

② 睡眠が断続的である（介護等のため、短時間の睡眠が数回になる）

4) 一晩に医療ケアなどで何回程度起きますか。

\_\_\_\_\_回

5) 就労について、当てはまるものに○を一つ付けてください。

① 就労したいが介護のためできない

② 就労希望はない

③ 就労している（週\_\_\_\_\_日、 1日\_\_\_\_\_時間）

6) 主たる介護者が介護出来ないときにお願ひできる人がいますか。当てはまるものに○を一つ付けてください。

(a) 予定がわかる時（兄弟の行事、法事、介護者の外出予定など）

① 同居の家族

② 別居の親族

③ 訪問看護師

④ ホームヘルパー

⑤ 短期入所

⑥ 医療機関

⑦ いない

⑧ その他（

）

(b) 緊急時

① 同居の家族

② 別居の親族

③ 訪問看護師

④ ホームヘルパー

⑤ 短期入所

⑥ 医療機関

⑦ いない

⑧ その他（

）



7) その方においてお願いのできる時間数、日数は1ヵ月合計でどのくらいですか。

(a) 予定がわかる時（兄弟の行事、法事、介護者の外出予定など）

- ① 1時間未満 ② 1時間以上3時間未満 ③ 3時間以上6時間未満  
④ 6時間以上24時間未満 ⑤ ( ) 日間 ⑥ 制限なし

(b) 緊急時

- ① 1時間未満 ② 1時間以上3時間未満 ③ 3時間以上6時間未満  
④ 6時間以上24時間未満 ⑤ ( ) 日間 ⑥ 制限なし

8) お子さんの療養のために手当てでまかなえない自己負担額をお伺いします。

1ヶ月に必要とする費用で当てはまるものに○を一つ付けてください。

（おむつ代、サービス利用料、療養上必要な物品の購入費、移動費用など。

ただし、

日常生活費であるおもちゃや衣服費、食費、3才以下のお子さんのおむつ代は除いて計算してください。）

- ① 3,000円以下 ② 3,001円～10,000円 ③ 10,001円～20,000円  
④ 20,001円～30,000円 ⑤ 30,001円以上（約\_\_\_\_\_円）

### Ⅲ. お子さんの病状、病歴、障害の程度についてお伺いします。

1) お子さんご本人の障害の状態について、それぞれ○を一つ付けてください。

(a) 姿勢・移動：

- ① 寝返りできない ② 寝返り可 ③ 座位を保てる ④ 這って移動  
⑤ 歩いて移動（膝立ち含む）

(b) 言語理解：

- ① 呼びかけへの反応が乏しい ② 呼びかけに反応する  
③ 簡単な指示を理解する ④ 普通の会話を理解する

(c) コミュニケーション：

- ① 自分の意思を表現できない ② 簡単な身振りや声で表現する  
③ 簡単な発話ができる（手話含む） ④ 家族と普通に会話する（手話含む）

2) お子さんご本人がお持ちの手帳について、当てはまるものに○を付けてください。（なし：申請したが認定されず。未申請：申請をしていない）

(a) 身体障害者手帳

- ① 1級 ② 2級 ③ 3級 ④ 4級 ⑤ 5級 ⑥ 6級  
⑦ なし ⑧ 未申請

(b) 療育手帳（みどりの手帳）

- ① ~~A~~ ② A ③ B ④ C ⑤ なし ⑥ 未申請

(c) 精神障害者保健福祉手帳

- ① 1級 ② 2級 ③ 3級 ④ なし ⑤ 未申請

3) お子さんの障害者総合支援法による障害支援区分（障害程度区分）の認定について当てはまるものに○を付けてください。

- ① 認定を受けている ② 認定を受けていない

4) ① 認定を受けている方にお伺いします。認定されている障害支援区分に○を付けてください。

- ① 区分1 ② 区分2 ③ 区分3 ④ 区分4 ⑤ 区分5 ⑥ 区分6 ⑦ 該当なし

5) お子さんが障害を有する原因となった病名を記入してください。



6) 必要とする医療ケアの内容に○をつけ、その時間・回数について当てはまるものに○をつけてください。(複数回答可)

(a) 気管切開と人工呼吸管理

- |                   |
|-------------------|
| ① 24時間            |
| ② 夜間のみ            |
| ③ その他(1日____時間程度) |

(b) マスクによる人工呼吸管理

- |                   |
|-------------------|
| ① 24時間            |
| ② 夜間のみ            |
| ③ その他(1日____時間程度) |

(c) 気管切開のみ

(d) 在宅酸素療法

- |                   |
|-------------------|
| ① 24時間            |
| ② 夜間のみ            |
| ③ その他(1日____時間程度) |

(e) 気管内や口腔内の吸引

・ 1日に吸引を必要とする回数

- |           |
|-----------|
| ① 0回から5回  |
| ② 6回から23回 |
| ③ 24回以上   |

(f) 経管栄養(経鼻、胃瘻、腸瘻)

・ 1日\_\_\_\_\_回

・ 持続注入ポンプ使用 (① あり ② なし)

(g) 中心静脈栄養

(h) 定期導尿 (① 1日3回未満 ② 1日3回以上)

(i) 体位交換 (① 1日6回未満 ② 1日6回以上)

(j) 食事摂取(全介助): 1日\_\_\_\_回、\_\_\_\_時間程度

(k) その他 ( )

\* 上記の(a), (b), (d), (e), (g)に該当する場合、(f)で注入ポンプを使用してい

る場合は、VII. 災害対策についての項目にお答え下さい。

7) 医療ケアに必要な物品を処方されている病院名

(a)人工呼吸器を開始してからの年数：\_\_\_\_\_年

(b)気管切開を開始してからの年数：\_\_\_\_\_年

8) お子さんが現在かかっている医療機関(病院・診療所)について、ご記入ください。

主たる医療機関名：\_\_\_\_\_ 月\_\_\_\_\_回通院/訪問\_\_\_\_\_回

上記以外の医療機関名：\_\_\_\_\_ 月\_\_\_\_\_回通院/訪問\_\_\_\_\_回

上記以外の医療機関名：\_\_\_\_\_ 月\_\_\_\_\_回通院/訪問\_\_\_\_\_回

その他(リハビリテーション等)：\_\_\_\_\_ 月\_\_\_\_\_回通院/訪問\_\_\_\_\_回

9) 上記の主たる医療機関への移動距離と移動方法について、ご記入ください。

(a) 移動距離：① 10km未満 ② 10～30km ③ 31km以上

(b) 移動方法：① 自家用車 ② 福祉タクシー ③ 移動支援サービス  
④ 公共機関 ⑤ その他( )

10) お子さんの医療機関への受診について困っていることに○を付けてく

ださい。

(複数回答可)

- ① 障害等に関係ない疾患であっても受診を断られることがある
- ② 通院に時間がかかる
- ③ 移動に人手が必要である
- ④ 通院にかかる交通費の負担が大きい
- ⑤ 訪問診療、往診に対応してくれる医療機関がない
- ⑥ その他 ( )

#### IV. お子さんの日常生活についてお伺いします。

1) お子さんは平日の日中は主にどこで過ごしていますか。(複数回答可)

- ① 自宅
- ② 学校
- ③ 日中一時支援施設、放課後デイサービス
- ④ 母子通園施設
- ⑤ 保育園、幼稚園
- ⑥ その他 ( )

2) お子さんが日中過ごしている場所でお願ひしている医療ケアはどのような内容ですか。

- ① 口鼻腔内吸引 ② 気管吸引 ③ 注入 ④ 導尿 ⑤ 酸素療法
- ⑥ その他 ( )

3) 現在、利用している障害福祉、医療のサービスについてお伺いします。

(a) 以下のサービスの中で利用している、もしくは利用したことがあるものに

○をつけてください。(複数回答可)

- ① 訪問診療
- ② 訪問看護
- ③ 居宅介護
- ④ 短期入所
- ⑤ 日中一時支援や放課後デイサービス
- ⑥ 移動支援

- ⑦ 入浴サービス
- ⑧ 訪問リハビリテーション
- ⑨ 訪問歯科
- ⑩ 薬局による薬の宅配
- ⑪ その他  
( )

(b) サービスの利用について困っている事がありますか。

- ① 困っている
- ② 困っていない

(c) (b)で①と答えた方にお伺いします。サービスの利用について困っている事に

○を付けてください。(複数回答可)

- ① どのようなサービスが利用できるか分からない
- ② サービスを利用するための手続きが分からない
- ③ サービスを提供してくれる事業所がない
- ④ 利用できるサービスの量(日数、時間数、回数等)が足りない
- ⑤ サービスの質が十分ではない
- ⑥ サービス利用にかかる費用の負担が大きい
- ⑦ 医療的ケアが必要なことを理由にサービス利用を断られる
- ⑧ 障害の種類や程度がサービス利用の基準に合わないため利用できない
- ⑨ 利用したいサービスがない
- ⑩ サービスを使うための送迎がない
- ⑪ その他( )

## V. 就学年齢のお子さんのいらっしゃる方にお伺いします。

1) 学校教育についてお伺いします。それぞれ当てはまるものに○を一つ付けてください。

(a) 学校への通学はできていますか

- ① 訪問教育
- ② 学校へ通学(週\_\_\_\_日)
- ③ その他  
( )

(b) 学校までの移動はどのようにしていますか

- ① 自家用車で送迎
- ② 移動支援サービス
- ③ スクールバス

- ④ その他 ( )
- (c) 学校へお願いしている医療的ケアはどんな内容ですか
- ① 口鼻腔内吸引 ② 気管吸引 ③ 注入 ④ 導尿 ⑤ 酸素療法  
⑥ その他 ( )

- (d) 学校では保護者の付き添いは必要ですか
- ① 不要 ② 必要  
(必要の場合は以下に待機場所や状況と理由を記載してください)
- ① 教室内待機 ② 別室待機 ③ その他  
( )

理由： \_\_\_\_\_

## VI. 在宅療養開始の準備についてお伺いします。

- 1) お子さんが在宅療養を開始するにあたってご家族の生活や住居において変更したことがありますか。当てはまるものに○を付けてください。(複数回答可)
- ① 住居を転居した  
② 家のリフォームをした  
③ 移動用の車を購入した  
④ 手伝ってくれる方と同居した  
⑤ その他 ( )
- 2) お子さんが病院から初めて退院したのはどこからですか。  
※ NICU：新生児集中治療室
- ① NICU から退院 ② NICU から小児科病棟を経て退院  
③ 小児科から退院 ④ 自宅近隣の病院の小児科に転院して退院  
⑤ その他 ( )
- 3) 在宅療養を始める時にどこかに相談をされましたか。
- ① 相談した ② 相談しなかった ③ 相談したいが誰にもできなかった
- 4) 相談した所があれば、当てはまるものに○を付けてください。(複数回答可)



- ① 医療機関のソーシャルワーカー
  - ② 病院主治医、看護師
  - ③ 地域のかかりつけの開業医師
  - ④ 訪問看護師
  - ⑤ 保健所保健師
  - ⑥ 市町村保健師
  - ⑦ 市町村の福祉部門の職員（窓口）
  - ⑧ 相談支援専門員
  - ⑨ 家族、親族、知人
  - ⑩ 学校の教員（学校配属看護師を含む）
  - ⑪ インターネット（SNS、掲示板など）
  - ⑫ その他（ ）
- 5) 相談した方にお伺いします。相談に当たって困った事について当てはまるものに○を付けてください。（複数回答可）
- ① どこに相談して良いか分からなかった
  - ② どこに相談すればよいか分かったが、身近になかった
  - ③ 相談内容によって相談先が違い、煩雑だった
  - ④ 相談したが、必要な情報を得られなかった
  - ⑤ 子どもの成長に合わせて継続的に関わってくれる人がいなかった
  - ⑥ その他（ ）
- 6) 現在、在宅での生活においてどこかに相談していますか。
- ① 相談している ② 相談していない ③ 相談したいが誰にもできない
- 7) 現在相談しているところがあれば、当てはまるものに○を付けてください。（複数回答可）
- ① 医療機関のソーシャルワーカー
  - ② 病院主治医、看護師
  - ③ 地域のかかりつけの開業医師
  - ④ 訪問看護師
  - ⑤ 保健所保健師
  - ⑥ 市町村保健師



2) 災害時に手助けにきてくれる方はいますか。

- ① いる ② いない

3) ①いるとお答えの方にお伺いします。協力者はどのような方ですか。

- ① 親 戚 ② 知 人 ③ そ の 他  
( )

4) 災害時の関係機関への連絡体制についてお伺いします。

災害時にお子さんの状況を連絡するところは、決まっていますか。(複数回答可)

- ① 病院主治医 ② 地域のかかりつけの開業医師 ③ 訪問看護ステーション  
④ 市町村の保健センター ⑤ 相談支援専門員 ⑥ その他  
( )  
⑦ 決まっていない

5) お住まいの市町に避難行動要支援者(災害時要援護者)登録制度はありますか。

- ① ある ② ない ③ わからない

6) ① あるとお答えの方にお伺いします。避難行動要支援者(災害時要援護者)登録制度に登録していますか。

- ① 登録している ② 登録していない ③ わからない

- \* 避難行動要支援者(災害時要援護者)登録制度とは、災害が発生した時に自力で避難することが困難な方を自治体があらかじめ把握し、災害時の支援に役立てる制度です。  
(自治体によって  
内容は異なります。)

**VIII. ご意見、ご要望などがありましたら、ご自由にお書きください。**

【お子さんの健康状態について】

【お子さんの日常生活について】

【お子さんの医療、保健サービス（歯科を含む）等の利用について】

【お子さんの福祉、介護サービス等の利用について】

【お子さんの将来の生活設計について】

【介護者について】

【教えてほしい情報について】

【これまでに役立ったサービス等について】

【その他】

調査にご協力頂き、誠にありがとうございました。

分担研究課題（I-6）：「医療的ケア児数と資源調査⑥ - 都道府県・政令指定都市における医療的ケア児数把握調査の実態分析―」

研究協力者： 奈倉 道明（埼玉医科大学 総合医療センター小児科）

研究分担者： 田村 正徳（埼玉医科大学 総合医療センター小児

**【研究要旨】**

医療的ケア児数を把握する試みが全国でどの程度なされているかは不明である。このため、平成 27 年 10 月に、全国 47 都道府県の在宅医療担当部署及び障害児福祉担当部署に対してアンケート調査を実施した。質問内容は、医療的ケア児数を把握する調査を行ったことがあるか否かであった。

研究結果： 全国 46 都道府県×2 部署（医療担当部署及び福祉担当部署）から回答を得た。調査実績のある都道府県は 21 で、うち医療担当部署は 15、福祉等の担当部署は 7 であった（大阪府は 2 部署で実施）。医療担当部署が実施した都道府県は、平成 25～26 年度小児等在宅医療連携拠点事業を実施した 9 都県（群馬県、埼玉県、東京都、神奈川県、長野県、三重県、岡山県、福岡県、長崎県）+栃木県、新潟県、岐阜県、京都府、大阪府、山口県の 15 都道府県であった。福祉等担当部署が実施した地域は、北海道、岩手県、宮城県、大阪府、鳥取県、高知県、鹿児島県の 6 県であった。これら調査実績のある 21 都道府県に対し、調査方法やその問題点などを尋ねる二次調査を 2017 年 1 月に実施した。19 道府県から回答を得た。また、22 政令指定都市に対しても同様の調査を行い、3 都市（新潟市、静岡市、浜松市）に調査実績があることが判明した。今後、これらの詳細な解析を行う予定である。ただ、都道府県によってデータの開示の程度に差があり、全てを一律に公開するわけにはいかない制約がある。

**A. 研究目的**

医療的ケア児数を把握する試みが全国でどの程度なされているかは不明である。平成 25、26 年度に厚労省による小児等在宅医療連携拠点事業を委託された 10 の都県（群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、長野県、三重県、岡山県、福岡県、長崎県）では、小児在宅医療患者の実数把握調査が実施されたと思われるが、その詳細なデータが公表されているわけではない。また、都道府県独自で調査を行ったところもあると思われるが、小児在宅医療患者や医療的ケア児の定義がなされていないため、調査方法は地域によってばらつきがあると思われる。そこでまず、各都道府県で医療的ケア児／小児在宅医療患者を把握する調査を実施したかどうかを把握した上で、今後、全国の都道府県で

のように実施するのが妥当かを検討するための基礎資料とすることが、本研究の目的である。

**B. 研究方法**

（1）都道府県一次アンケート調査

平成 28 年 10 月に、全国 47 都道府県の在宅医療担当部署及び障害児福祉担当部署に対してアンケート調査を実施した。質問内容は、医療的ケア児数を把握する調査を行ったことがあるか否かであった。調査票を参考資料として付記する。

（2）都道府県二次アンケート調査

また、調査を行ったことがある都道府県については、さらに詳しく尋ねる二次調査を平成 28 年 1 月に行った。

（3）政令指定都市一次アンケート調査

都道府県アンケート調査の回答を見ると、都道府県内で調査を行っていても政令指定都市が調査対象から外れている都道府県があることが判明した。このため、政令指定都市に対してもアンケート調査を行った。平成 27 年 1 月に 22 指定都市の障害福祉担当部署に対して都道府県と同様の一次アンケート調査を行った。

## C. 研究結果

### (1) 都道府県一次アンケート調査

全国 46 都道府県×2 部署（医療担当部署及び福祉担当部署）から回答を得た。調査実績のある都道府県は 21 で、うち医療担当部署は 15、福祉等の担当部署は 7 であった（大阪府は 2 部署で実施）。

医療担当部署が実施した都道府県は、平成 25～26 年度小児等在宅医療連携拠点事業を実施した 9 都県+栃木県、新潟県、岐阜県、京都府、大阪府、山口県の 15 都府県であった。福祉等担当部署が実施したところは北海道、岩手県、宮城県、大阪府、鳥取県、高知県、鹿児島県の 6 県であった。

大阪府は保健医療企画課（医療担当部署）と発達障がい児者支援 G（障害福祉担当部署）とで別々に調査を行っており、保健医療企画課では保健所で把握している患者を対象としていた。

また、子どもの施策について独自の課を持つ県として、岐阜県では医療福祉連携推進課障害児医療推進係が、鳥取県では子ども発達支援課が調査を実施していた。

### (2) 都道府県二次アンケート調査

これら調査実績のある 21 都道府県に対して詳細を尋ねる二次アンケートを 2017 年 1 月に実施した。その結果、19 都道府県（20 部署）から回答を得た。自都道府県での調査方法の詳細を回答して頂いたところもあった。ただ一方で、

データが非公開であるため取扱い注意とされたところもあった。

今後はできるだけ悉皆の情報収集に努め、詳細を解析する予定である。ただ、都道府県によってデータの開示の程度に差があり、全てのデータを一律に公開するわけにはいかない。本研究の意義をご理解頂き、より有効な解析結果を公開できるよう努めなければならない。

### (3) 政令指定都市一次アンケート調査

22 都市のうち、18 都市から回答を得た。医療的ケア児を把握する調査を行っていた都市は 3 ヶ所（新潟市、静岡市、浜松市）であった。こちらも悉皆の情報収集に努め、今後詳細を解析する予定である。

## D. 健康危険情報

なし

## E. 研究発表

なし

## F. 知的財産権の出願・登録状況

なし

文献

1) 小児等在宅医療連携拠点事業

都道府県医療的ケア児数把握状況調査の結果

no.	都道府県	担当部局	時期	地域	今後	時期	地域
1	北海道	保健福祉部福祉局 障がい者保健福祉課制度グループ	毎年	札幌市を除く全道			
3	岩手県	保健福祉部障がい保健福祉課 療育担当	2015	岩手県全域			
4	宮城県	保健福祉部障害福祉課企画推進班	2016	仙台市を除く県内 34市町村			
9	栃木県	保健福祉部医療政策課	2016				
10	群馬県	健康福祉部地域包括ケア推進室 健康福祉部医務課(小児在宅)	2014	群馬県内	あり	2017	県内
11	埼玉県	保健医療部医療整備課	2014				
13	東京都	福祉保健局医療政策部医療政策課 (地域医療対策担当)	2013・2014				
14	神奈川県	保健福祉局保健医療部 医療課調整グループ	-				
15	新潟県	福祉保健部医務薬事課地域医療班	2015	新潟県全域			
15	新潟県	福祉保健部障害福祉課自立支援係	2015	県内市町村および 相談支援事業所			
20	長野県	健康福祉部医療推進課	2014				
21	岐阜県	健康福祉部医療福祉連携推進課	2014				
24	三重県	健康福祉部医療対策局 地域医療推進課	2014				
26	京都府	健康福祉部医療課	2016				
27	大阪府	健康医療部保健医療室 保健医療企画課	2016	政令・中核市を除 く保健所			
27	大阪府	福祉部障がい福祉室地域生活支援 課発達障がい児者支援G	2014・2015	重症心身障がい 児・者に限定。			
31	鳥取県	子ども発達支援課			あり	2016	県全域
33	岡山県	保健福祉部医療推進課	2013				
35	山口県	健康福祉部医療政策課 健康福祉部医務保険課	2015				
39	高知県	地域福祉部障害保健福祉課 事業者担当	2015-2016	高知県全域			
40	福岡県	保健医療介護部高齢者 地域包括ケア推進課在宅医療係	2014				
42	長崎県	福祉保健部長寿社会課 地域包括ケア推進班	2014				
46	鹿児島県	保健福祉部障害福祉課療育支援係	2015				

(参考資料)

医療的ケア児／小児在宅医療の患者実数把握についての調査のお願い

平成 28 年 10 月 6 日

医療的ケア児／小児在宅医療のご担当御侍史

埼玉医科大学総合医療センター

350-8550 埼玉県川越市鴨田 1 9 8 1

TEL 049-228-3595

FAX 049-226-1424

奈倉 道明、田村 正徳

平素よりお世話になります。埼玉医科大学総合医療センター小児科の奈倉道明と申します。

私たちは、平成 28 年度厚生労働科学研究「医療的ケア児に関する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携促進に関する研究」のもとで、医療的ケア児の実数を把握する研究を行っています。つきましては、貴都道府県において、医療的ケア児もしくは小児在宅医療患者の実数を把握するための広域な調査を行ったことがあるかについて、お聞かせ願います。もし調査を行っているようでしたら、改めて詳細をお聞かせいただきたく存じます。

平成 28 年 6 月に障害者総合支援法及び児童福祉法が改正され、児童福祉法第 56 条の 6 に「地方公共団体は、人工呼吸器を装着している障害児その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある障害児が、その心身の状況に応じた適切な保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を受けられるよう、保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を行う機関との連絡調整を行うための体制の整備に関し、必要な措置を講ずるよう努めなければならない。」との条項が加えられました。これを受けて、貴都道府県におかれましても、医療的ケア児に対する行政上の支援が得やすくなったものと大いに期待しております。

添付の調査票にご回答いただき、**郵送もしくは FAX で 10 月 13 日 (水) まで**にご回答頂ければ幸いです。お忙しいところ申し訳ありませんが、どうぞご協力のほどよろしくお願い申し上げます。



ご返送用 FAX No : 049-226-1424 埼玉医科大学総合医療センター小児科宛

医療的ケア児／小児在宅医療患者の実数把握に関する調査票

- 1) 都道府県名 ( \_\_\_\_\_ )
- 2) 担当部局名 ( \_\_\_\_\_ )
- 3) 貴都道府県において、医療的ケア児もしくは小児在宅医療患者の実数を把握するような調査を行ったことがありますか？ ( ある ・ ない )

3)で「ある」の場合

- 4) 実施した時期を西暦でお答え下さい。 (西暦 \_\_\_\_\_ )
- 5) 対象地域を教えてください。  
( 都道府県全域 ・ 二次医療圏 ・ 市区町村 ・ その他 )
- 6) 具体的な対象地域名 ( \_\_\_\_\_ )

3)で「ない」の場合

- 7) 今後、調査を行う予定はありますか？ ( ある ・ ない )

7)で「ある」の場合

- 8) いつ、どこの地域で実施する予定があるのかお答え下さい。
  - ① いつ ( \_\_\_\_\_ )
  - ② どこの地域 ( \_\_\_\_\_ )
  - ③ 答えられない

- 9) 貴都道府県の調査について詳細を問い合わせさせて宜しいでしょうか？  
宜しければ連絡先をお教え下さい。

- ① 担当者名 ( \_\_\_\_\_ )
- ② 電話番号 ( \_\_\_\_\_ )
- ③メールアドレス ( \_\_\_\_\_ )

ご協力ありがとうございました。今後ともよろしくお願い申し上げます。

350-8550 埼玉県川越市鴨田1981

埼玉医科大学総合医療センター小児科

TEL 049-228-3595

FAX 049-226-1424

奈倉 道明、田村 正徳

## 分担研究課題：都道府県における医療・福祉・保健・教育等の連携体制のあり方に関する調査と研究

- 研究分担者：前田浩利（医療法人財団はるたか会）  
研究協力者：位田忍（大阪府立母子保健総合医療センター）、江原伯陽（エバラこどもクリニック）、大沼仁子（成育医療研究センター）、大山昇一（済生会川口総合病院小児科）、緒方健一（医療法人おがた会 おがた小児科・内科医院）、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）、梶原厚子（NPO 法人あおぞらネット）、島津智之（独立行政法人熊本再春荘病院小児科）、高橋昭彦（ひばりクリニック）、田添敦孝（東京都立小平特別支援学校武蔵分教室）、土屋邦彦（京都府山城北保健所医務主幹 京都府立医科大学小児科併任講師）、戸枝陽基（社会福祉法人むそう）、冨田直（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・総合診療科兼務）、中川尚子（医療法人財団はるたか会あおぞら診療所新松戸）、長島史明（医療法人財団はるたか会あおぞら診療所新松戸）、中村知夫（成育医療研究センター）、奈良間美保（名古屋大学大学院 医学系研究科）、西村幸（松山市南部地域相談支援センター）、萩原綾子（神奈川県立こども医療センター）、長谷川功（医療法人はせがわ小児科）、船戸正久（大阪発達総合療育センター）、星野陸夫（神奈川県立こども医療センター）、又村あおい（全国手をつなぐ育成会連合会）、松葉佐正（くまもと芦北療育医療センター）、宮田章子（さいわいこどもクリニック）、柳貞光（神奈川県立こども医療センター）、吉野浩之（群馬大学大学院 教育学研究科）

### 【研究要旨】

本研究は、都道府県における医療・福祉・保健・教育等の連携体制のあり方に関する調査と研究を目的とする。医療的ケア児は、病院で発生し、様々な医療ケアを受けながら地域で生活している子どもである。このような子どもたちは、24 時間医療が必要なために、医療と福祉、教育の地域での連携が必須であるが、我が国はまだその連携の仕組みについて制度的に未整備で、過去に実践も研究もほとんど無い。医療的ケア児が急速に増加している今、医療がベースとなる医療・福祉・教育の連携の在り方について我が国の現状にマッチしたシステムを検討・開発することの意義は大きく、それは病院のみに限定されていた医療を地域化、生活化していくことに他ならず、高齢者ではすでに超高齢社会に対応すべく、地域包括ケアの推進という形で行われている。小児でも同様の病院と地域の連携システムを構築する必要がある。医療的ケア児を支えるための地域包括ケアシステム、具体的には病院から地域への移行、医療的ケア児の障害とそれに対して必要な支援の評価と運用、人材育成のシステムについて、28 年度は医療・福祉・保健・教育などの連携体制のモデル構築を千葉県松戸市と東京都世田谷区で試みた。また、全国の在宅療養支援診療所を対象にアンケート調査を行い、実際に小児在宅医療を実施している在宅療養支援診療所が全国にどのくらいあり、実践するために必要な条件は何かを明らかにし、8 年前に実施した同様の調査と比較した。その結果、医療的ケア児を支える連携体制の構築のためには、行政も縦割りを超えると同時に、県、市区町村まで含めた連携を行う必要があり、担当者の意識改革が必須であると同時に従来になかった医師と行政の連携、協働も必須となることがわかった。また、在宅療養支援診療所で小児在宅医療の経験のある診療所もまた、今後実施したいと考えている診療所も大幅に増加していることがわかった。

## A. 研究目的

本研究は、都道府県における医療・福祉・保健・教育等の連携体制のあり方に関する調査と研究を目的とする。医療的ケア児は、病院で発生し、様々な医療ケアを受けながら地域で生活している子どもである。このような子どもたちは、24 時間医療が必要なために、医療と福祉、教育の地域での連携が必須であるが、我が国はまだその連携の仕組みについて制度的に未整備で、過去に実践も研究もほとんど無い。医療的ケア児が急速に増加している今、医療がベースとなる医療・福祉・教育の連携の在り方について我が国の現状にマッチしたシステムを検討・開発することの意義は大きい。

## B. 研究方法

医療的ケア児を地域で支える医療・福祉・教育・保健の連携体制の構築は、病院のみに限定されていた医療を地域化、生活化していくことに他ならない。それは、すでに超高齢社会に対応すべく、高齢者では地域包括ケアの推進という形で行われている。小児でも同様の病院と地域の連携システムを構築する必要がある。また、これまで医療的ケア児の生活の困難さを評価し、必要な生活支援を明らかにする評価基準、運用のシステムも無かった。医療的ケア児を支えるための地域包括ケアシステム、具体的には病院から地域への移行、医療的ケア児の障害とそれに対して必要な支援の評価と運用、人材育成のシステムについて以下のステップで研究を進める。

28年度：医療・福祉・保健・教育などの連携体制の現状について、法制度的観点と実際の地域現場における実情から調査し、その問題点を抽出し、その解決のためにモデル構築を千葉県松戸市と東京都世田谷区で試みる。また、全国の在宅療養支援診療所対象にアンケート調査を行い、実際に小児在宅医療を実施している在宅療養支援診療所が全国にどのく

らいあり、実践するために必要な条件は何かを明らかにし、8年前に実施した同様の調査と比較する。

29年度：試験的実践を継続するとともに、その効果を評価検討し、改善点を明確にし、研究の総括を行う。

また、倫理面への配慮として、制度面でのモデル事業実施とその経過、結果についての研究であり、倫理的な問題は少ないと思われるが、個人情報などにかかわる場合は、その保護に関し十分な配慮を行う。

## C. 研究結果

医療的ケア児支援のための医療・福祉・保健・教育などの連携体制の構築は従来の医療政策、障害福祉政策の枠を相当に組み換える必要があるため、当初活用できると考えた県や各市区町村に設置義務のある自立支援協議会などを連携のための検討の場とすることは困難であり、新しい仕組みを立ち上げる必要があった。

### C-1 世田谷区でのモデル事業

世田谷区は人口 890,900 人、19 歳以下の小児の人口は 137,922 人で総人口に 65 歳以上の高齢者が占める割合を示す高齢化率は 20.2%と全国平均 26%を下回っている。東京都の高齢化率は 22.9%で、世田谷区は比較的若者が多い区と言える。世田谷区には、わが国の小児医療機関のフラッグシップとも言える国立成育医療研究センターがあり、わが国の肢体不自由者の教育機関としては最古の歴史を持つ光明特別支援学校がある。また、重症心身障害児施設あけぼの学園もあり、障害児施策に熱心な区である。特に、国立成育医療研究センターは、医療的ケア児を多数診療していて、その周辺地区には医療的ケア児が他の地域から転居することも多くみられる。そのような背景を持つ世田谷区と以下のようなステップでモデル事業を開始した。

## 平成 28 年度 医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究

8 月 31 日 世田谷区役所での担当者会議  
医療連携推進協議会（障害者部会）を医療、福祉、教育の連携のための会議として進める方向で合意

10 月 31 日に 2 回目の世田谷区役所での準備会議を実施

11 月 7 日 第 1 回医療連携推進協議会（障害者部会）を開催

2017 年 2 月 3 日 第 2 回医療連携推進協議会（障害者部会）を開催

医療連携推進会議の参加メンバーは、世田谷区医師会、世田谷区歯科医師会、世田谷区薬剤師会、国立成育医療研究センター総合診療部在宅診療科医師、訪問看護ステーション、基幹相談支援センター、通所施設、世田谷区保健福祉部長、障害福祉担当部長、保健福祉部、障害施策推進課長、障害者地域生活課長、世田谷総合支所、砧総合支所、烏山総合支所、世田谷保健所、子ども若者部、教育政策部となっている。平成 29 年度は具体的な地域の医療的ケア児の直面する課題の解決に向かって取り組む予定である。

### C-2 松戸市でのモデル事業

松戸市は人口 484,500 人、19 歳以下の小児の人口は 82,230 人、総人口に 65 歳以上の人が占める高齢化率は 23.1%で全国平均 26%を下回っている。しかし特殊合計出生率は 1.36 と低い。松戸市には、NICU や PICU を備え、千葉県東葛地区及び隣接する埼玉県までカバーする小児の基幹病院である松戸市立病院がある。また、肢体不自由児の教育では歴史ある松戸特別支援学校がある。また隣市の柏市には、2014 年に開設した重症心身障害児者施設、東葛医療福祉センター光陽園がある。上記のように松戸市及び松戸市周辺には、医療的ケア児にかかわる重要な施設が集中していて、筆者が運営するあおぞら診療所新松戸が 17 年間小児在宅医療を行ってきたという歴史があり、ほとんどの医療的ケア児が、在宅医、訪問看護などの支援を受け

ている。また、医療的ケア児も受け入れる母子分離が可能な児童発達支援の施設も、松戸市内に 1 か所、近隣の柏市内に 2 か所あり、小児を積極的に受け入れるヘルパー事業所も複数あり、小児在宅医療にかかわる社会資源が豊富な地域である。

松戸市でのモデル事業は、まず医師会からの強い支援の下で始まった。上記のように松戸市は、筆者が 1990 年から主な活動のフィールドとしており、市の医師会活動も積極的に行っていたことや民主的で新進の機運の高い松戸市医師会の会風もあり、小児在宅医療の推進の必要性を医師会長が理解し、松戸市長と医師会の定期懇談会で小児在宅医療推進の必要性をプレゼンテーションする機会を作ってくださり、医療的ケア児の連携会議を作ることが決まった。数回の担当者との打ち合わせを経て、連携会議は松戸市の自立支援協議会とは別組織にすることになり、「松戸市医療的ケア児の支援のための連携推進会議」という名称になり以下のように開催された。

2016 年 11 月 24 日 第 1 回松戸市医療的ケア児の支援のための連携推進会議開催

参加メンバーは、医療関係者として松戸市医師会会長、松戸市歯科医師会会長、松戸市薬剤師会副会長、松戸市立病院小児科副部長、訪問看護連絡協議会会長、松戸市の医療的ケア児の在宅医療機関として最大のあおぞら診療所新松戸の院長として筆者、福祉から介護事業所が 3 か所、児童発達支援事業所 1 か所、千葉県の独自事業で県内外から高い評価を受けている知的、肢体不自由、精神の 3 障害横断の 24 時間対応の中核支援センター、基幹相談支援センターなどが参加し、教育から松戸特別支援学校の校長、教育研究所所長が参加した。松戸市から障害福祉課、障害福祉課、健康福祉政策課などが参加した。

会議では、各団体、機関の医療的ケア児の支援に関する取り組みの共有、医療的ケア児の

平成 28 年度 医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究

支援に関する地域の課題について話し合い、医療的ケア児の実態調査を実施するという方向性について合意された。次回の会議は平成 29 年 5 月ごろを予定している。

C-3 在宅療養支援診療所に対するアンケートの結果

全国の在宅療養支援診療所 14319 か所に下記のようなアンケートを送付した。

【在宅療養支援診療所へのアンケート調査】

質問事項（以下の項目に対して選択式で質問）

Q1：小児（0歳～19歳）の患者について訪問診療の相談又は依頼を受けたことがありますか？

Q2：小児（0歳～19歳）の患者を在宅で診療したことがありますか。

Q.3：小児科領域の患者を今後在宅にて診療しようと思われませんか。

Q.4：小児科領域の患者を在宅で診療することについて感じておられる難しさをお答えください。

Q.5：小児科領域の患者を診療するにあたりこれならば診療できると思うものを1つお答えください。

これに対し、5092 か所の診療所が回答した。実は 2009 年にも平成 21 年度厚生科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）「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」において同様な調査を実施している。この 2 回の調査を比較すると

在宅療養支援診療所に対する小児在宅医療実施に関するアンケート①

・アンケート対象 全国の在宅療養支援診療所

	2009年調査	2016年調査
アンケート送付数	11928	14319
回答数	1409 (11.8%)	5092 (35.6%)

上記のようにアンケートの回収率が 3 倍以上に改善している。

以下順次それぞれの質問に対する回答を 2009 年調査と 2016 年調査を比較して見ていく。

在宅療養支援診療所に対する小児在宅医療実施に関するアンケート②

・Q.1：小児（0歳～19歳）の患者について訪問診療の相談又は依頼を受けたことがありますか？

	2009年調査	2016年調査
受けたことがある	367 (3.1%)	1051 (8.0%)
受けたことがない	1041(8.7%)	3918 (27.4%)

(%)は診療所全数を分母とした割合

上記のように小児の在宅医療の依頼を受けたことがある診療所が 367 から 1051 と実数として 3 倍以上に増加している。

在宅療養支援診療所に対する小児在宅医療実施に関するアンケート③

・Q.2：小児（0歳～19歳）の患者を在宅で診療したことがありますか。

	2009年調査	2016年調査
診療したことがない	1049(8.8%)	4030 (28.1%)
5人以上診療	284 (2.4%)	821 (5.7%)
5人以上10人未満診療	38 (0.3%)	103 (0.7%)
10人以上診療	31 (0.3%)	93 (0.6%)

(%)は診療所全数を分母とした割合

2009 年には 5 人以上の小児在宅医療の経験をもつ診療所が全国で 353 だったが 2016 年には 1017 まで 3 倍近く増加している。

在宅療養支援診療所に対する小児在宅医療実施に関するアンケート④

・Q.3：小児科領域の患者を今後在宅にて診療しようと思われませんか。

	2009年調査	2016年調査
診療したい	99 (0.8%)	318 (2.2%)
状況によっては診療したい	588 (4.9%)	1804 (12.6%)
診療したいとは思わない	715 (6.0%)	2895(20.6%)

(%)は診療所全数を分母とした割合

2009 年には小児を診療したい、あるいは状況によっては診療したいを合わせ、小児在宅医療実施があり得ると考えている診療所は 687 で全体の 5.7%だったが、2016 年には 2122 で全体の 14.8%まで増えていた。

平成 28 年度 医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究

在宅療養支援診療所に対する小児在宅医療実施に関するアンケート⑤

・Q.4：小児科領域の患者を在宅で診療することについて感じておられる難しさをお答えください。

	2009年調査	2016年調査
小児の経験がないのでわからない	671 (5.6%)	2967 (20.7%)
小児に関しての依頼や相談が無い	322 (2.7%)	1887 (13.2%)
経営的に難しい	40 (0.3%)	303 (2.1%)
特に無い	193(1.6%)	500(3.5%)
その他 自由記載		

一方、小児の在宅医療の難しさに関しては、2009 年も 2016 年も同様の傾向を示し、経験が無いのでわからないという回答が最も多かったが、2009 年に比べ、やってもよいと思っ

在宅療養支援診療所に対する小児在宅医療実施に関するアンケート⑥

・Q.5：小児科領域の患者を診療するにあたりこれならば診療できると思うものを1つお答えください。

	2009年調査	2016年調査
小児科医とのグループ診療ならできる	393(3.3%)	1829 (12.8%)
小児に対応できる訪問看護師の支援	124 (1.0%)	1661 (11.6%)
診療報酬がもう少し高ければできる	20 (0.2%)	328 (2.4%)
紹介元の病院がいつでも受け入れる	550 (4.6%)	2419 (16.9%)
その他 自由記載		

また、小児の在宅医療実施のための条件は 2009 年と 2016 年ともに同じ結果を示し、紹介元の病院がいつでも受け入れるということと、小児科医とのグループ診療であった。

D. 考察

D-1 医療・福祉・教育の連携のモデル事業

上述の世田谷区と松戸市の取り組みから、医療的ケア児支援のための医療・福祉・保健・教育の連携の場作りに関しては、まず行政の中で取り組む部署が明確になることが必要と思われた。障害福祉部課が中心になるかもしくは、児童家庭課が取り組むのが自然であろう。取り組む部署が明らかになったところで、連携のために会議を組織する。会議は、既存の自立支援協議会の中に、医療的ケア児を扱う部会を作ること考えられるが、世田谷区でも松戸市でもそれはされなかった。新たな協議の場を作る方が、必要なメンバーを呼びやすかったからだと思われた。

会議の参加者は、世田谷区でも松戸市でも医療関係者として、病院、医師会、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護関連、往診医など、福祉関係者としてヘルパー事業所、児童発達支援事業所、相談支援専門員、基幹相談支援センターなど、教育関係者として特別支援学校の関係者、教育委員会の関係者などであった。市、区の担当者として会議の実施主体となる部課は当然として、医療課、児童家庭課、障害福祉課まで参加する会議になった。それは小児在宅医療に関わる職種が下図のように非常に多く、様々な領域にかかわることから了解できた。

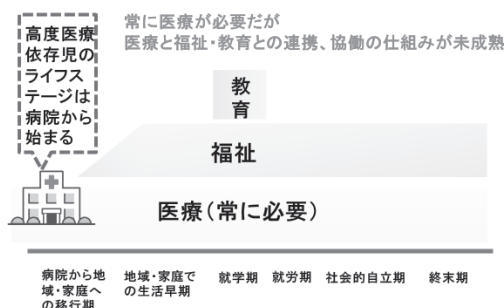
小児在宅医療の地域支援に関わる職種

	地域	病院	ショートステイ施設 日中預かり施設
医師	往診医・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		

同時にこのような職種がかかわることも十分に理解したうえで連携会議を組織することが重要である。

また、医療的ケア児の発生の経緯とライフステージもよく理解されている必要がある。

医療的ケア児のライフステージ



医療的ケア児は、病院で発生し、常に医療をベースとして必要としながら、生活のための福祉支援、更に成長のために教育の支援が必

要になる。この概念の理解が連携支援会議の前提として必要である。

世田谷区、松戸市が事業の最初に取り組んだのが、医療的ケア児の実態調査である。特に個人名を特定し、どんな医療的ケアを必要とする●●●●●という子どもが◎◎◎に住んでいるという情報を明確に把握しなければ支援の構築は困難である。ということが世田谷区においても松戸市においても、何に取り組むかという議論で明らかになった。

実数調査を行い、対象の子どもの氏名と住所と医療的ケアを明らかにしたうえで、そのニーズを調査することが有用であろうという方向に議論は進んだ。

#### D-2 全国の在宅療養支援診療所のアンケート

全国の在宅療養支援診療所対象のアンケートでは、在宅療養支援診療所の小児在宅医療の認知度関心が高くなっていった。アンケートの回答率は前回の3倍で全体の35.8%から回答を得ることができた。また、小児の在宅医療の依頼を受けたことがある診療所が367から1051と実数として3倍以上に増加し、5人以上の経験をもつ診療所も353から1017まで約3倍になった。また、小児在宅医療をしてもよいと思う診療所は687(5.7%)から2122(14.8%)まで増えていた。小児在宅医療を実施するための条件は、2009年から変化しておらず、紹介元の病院の受け入れ態勢と小児科医とのグループ診療であった。また、小児在宅医療ができない理由として紹介が無いということを挙げている診療所が多く、まだまだ病院側で地域資源の開拓を進めていく余地が相当にあると考えられた。いずれにしても、この7年間で小児在宅医療は在宅療養支援診療所の中で浸透し、地域における訪問診療の社会資源が増加したと考える。

#### E. 結論

新しい障害概念である医療的ケア児を支える連携体制の構築のためには行政の従

来の役割分担を超え、医療部門、福祉部門、地域の基幹病院、教育委員がフラットに議論する場を用意する必要がある。さらには行政も県、市区町村まで含めた連携を行う必要がある、担当者の意識改革が必須であると同時に従来になかった医師と行政の連携、協働も必須となることがわかった。

また、全国の在宅療養支援診療所対象のアンケートでは、2009年の同様の調査と比較することで小児在宅医療を実施するあるいは、実施する可能性のある在宅療養支援診療所が相当に増えていることがわかった。同時に、そのような診療を増やすためには、紹介元病院の受け入れの確保と小児科医の積極的関与が求められている。

#### F. 研究成果発表

・論文発表：日本小児血液・がん学会雑誌 53 巻 5 号 総説「小児がんの在宅緩和ケア」前田浩利 戸谷剛

・学会発表  
第 21 回日本緩和医療学会 口演 2016 年 6 月 17 日 前田浩利、戸谷剛「小児の在宅緩和ケアの対象となる疾患の分析」

第 18 回日本在宅医学会 教育講演 2016 年 7 月 17 日 前田浩利「小児在宅医療を支える医療技術とその課題」

第 111 回日本小児科学会 シンポジウム  
2016 年 5 月 15 日 前田浩利「在宅医療の現場から 重症児者の地域包括ケア」

第 52 回日本小児循環器学会 教育講演  
2016 年 7 月 7 日 前田浩利「在宅における子どもの看取り」

## 在宅療養支援診療所に対する小児在宅医療実施に関するアンケート①

・アンケート対象 全国の在宅療養支援診療所

	2009年調査	2016年調査
アンケート送付数	11928	14319
回答数	1409 (11.8%)	4136 (28.9%)

## 在宅療養支援診療所に対する小児在宅医療実施に関するアンケート②

・Q.1：小児（0歳～19歳）の患者について訪問診療の相談又は依頼を受けたことがありますか？

	2009年調査	2016年調査
受けたことがある	367	962
受けたことがない	1041	3160



## 在宅療養支援診療所に対する小児在宅医療実施に関するアンケート③

- Q.2 : 小児（0歳～19歳）の患者を在宅で診療したことがありますか。

	2009年調査	2016年調査
診療したことがない	1049	3266
5人以上診療	284	667
5人以上10人未満診療	38	97
10人以上診療	31	75

## 在宅療養支援診療所に対する小児在宅医療実施に関するアンケート④

- Q.3 : 小児科領域の患者を今後在宅にて診療しようと思われませんか。

	2009年調査	2016年調査
診療したい	99	261
状況によっては診療したい	588	1463
診療したいとは思わない	715	2351

## 在宅療養支援診療所に対する小児在宅医療実施に関するアンケート⑤

- Q.4：小児科領域の患者を在宅で診療することについて感じておられる難しさをお答えください。

	2009年調査	2016年調査
小児の経験がないのでわからない	671	2397
小児に関しての依頼や相談が無い	322	1472
経営的に難しい	40	238
特に無い	193	384
その他		

## 在宅療養支援診療所に対する小児在宅医療実施に関するアンケート⑥

- Q.5：小児科領域の患者を診療するにあたりこれならば診療できると思うものを1つお答えください。

	2009年調査	2016年調査
小児科医とのグループ診療ならできる	393	1485
小児に対応できる訪問看護師の支援	124	1320
診療報酬がもう少し高ければできる	20	277
紹介元の病院がいつでも受け入れる	550	1950
その他		

## 2次調査の案

- 10人以上の診療経験のある診療所から、小児在宅医療実施のための課題や問題点を調査する。
- 10人以上の診療経験のある診療所の医師体制、診療体制などについて調査を行う。
- 10人以上の診療経験のある診療所から、平成26年度、27年度の「小児在宅医療推進のための研究」で提唱された小児在宅医療における地域包括ケアシステムの妥当性についてアンケート調査を行う。

厚生労働科学研究補助金（障害者政策総合研究事業）  
医療的ケア児に関する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携促進に関する研究

分担研究報告書 平成 28 年度

**分担研究課題：相談支援専門員のスーパーバイザーに関する研究**

研究分担者：大塚晃（上智大学社会福祉学科）

研究協力者：谷口 由紀子（祝徳大学看護栄養学部） 福岡寿（社会福祉法人高水福祉会）

**【研究要旨】**

地域の実情に応じた医療的ケア児等への相談支援体制の構築のため、各都道府県で必要な支援体制の構成要素、スーパーバイザーの人材像の明確化及び研修プログラム骨子案の作成を目的としたが、研究を進める中、今後構築が期待される地域包括的小児在宅ケアシステムにて、スーパーバイザーがどこでどのように機能すべきかについて研究する必要があることに気がつき、目的を役割の明確化から、機能の明確化へと変更した。

スーパーバイザーへの支援体制の要素及び、スーパーバイザーの機能の抽出を目的に、小児在宅医療連携拠点事業（以下拠点事業と略す）を受託した3県の自治体と拠点事業を受託していない自治体2県に対し、アンケート、インタビューを実施し、専門者会議で議論した。

結果スーパーバイザーは、アドバイス、コンサルテーション2つの機能を有する必要があること、アドバイス、コンサルテーション機能では配置が期待される場所が異なることがわかった。

また、機能するために必要な環境の要素は双方、行政の後方支援、立場の保障や活動費の保障であった。

スーパーバイザーとして必要な能力は、行政と連携する力・地域診断力・事業所を査定する力・チームを作り、議論を集約できる力・関わる人を元気づける力の6項目であった。これらの能力は、活動範囲は異なるがアドバイス機能を有するアドバイザー、コンサルテーション機能を有するコンサルタント双方の人材に必要な力であった。このことから次年度の研究では、スーパーバイザーに2つの能力を高めるための研修を計画し、自治体等へ受講生募集の案内を予定する。

## A. 研究目的

医療的ケア児の相談支援体制を各地域で構築するため、各都道府県で必要な支援体制の構成要素、スーパーバイザーとして必要な人材像・役割を明確にし、育成するためのプログラムの骨子案を作成することを目的とした。

## B. 用語の整理

### 1. スーパーバイザー

各都道府県にて医療的ケア児への相談支援事業を推進するための課題を抽出し、関係者と連携協働しながら、課題の解決のための取り組みが実践できる人材

## C. 研究方法

### 1. あるべき支援体制・スーパーバイザーの実践の可視化

・先進県への調査の実施

### 2. 8 地方区分の現状・課題の把握

・アンケート・インタビューの実施及び専門者会議の開催

### 3. スーパーバイザーの役割の検討

・専門者会議の開催

### 4. 研修プログラムの立案・検討

・専門者会議で抽出された役割を遂行するために必要な態度・能力・技能・知識・経験を分析・抽出し、研修プログラムを立案する。

・立案した研修プログラムを専門者会議で検討する。

## D. 倫理的配慮

アンケート・インタビューの対象者、研究協力員には研究目的・方法及び倫理的配慮（対象者のプライバシーの尊重・匿名性と秘密保持に関する権利の保障等）について説明し、研究参加に対する同意を得た。

## E. 研究結果

### 1 調査対象の選定

平成 25、26 年に小児等在宅医療連携拠点事業受託後、県内の相談支援体制の構築を先進的に実施している 3 つの自治体を対象とし、アンケート・インタビューを実施した。

調査項目は、相談支援は多職種連携の中で実践すべきものであることから<sup>1)</sup>、多職種連携を促進する要素についての文献レビュー<sup>2) 3)</sup>を行い、抽出した。

### 2. 拠点事業受託県へのアンケート結果

A、B 県は県内で相談支援事業を推進する環境の整備を進めていた。C 県は、相談支援専門員への研修に力を入れていたが、環境の整備は進んでいなかった。

表 1. アンケート結果

質問項目	A 県	B 県	C 県
1. 県内居住傾向の把握	○	×	×
2. 高齢率	30.4%	24.6%	25.0%
3. 相談支援ネットワーク作りを意識した会議等の開催	圏域で 3~6 回 /年	圏域で 4 回/年	×
4. 医療資源の活用可能な実数把握	○	○	×
5. 活用可能な在宅サービス事業所の把握	×	○	×
6. 重症児へ対応可能な相談支援事業所数の把握	×	○	○
7. 相談支援の役割について医療機関への周知活動の有無	○	○	×
8. 相談支援の			

役割について 地域住民・家族 等への周知活動	×	×	×
9. 保健師等 地域の関係機 関への周知活動	○	○	○
10. 相談支援専 門員への研修	○	×	○
11. 相談支援専 門員が困った 場合に相談で きるスーパー バイザーがい る	○	準備中	×

○：「はい」「している」

×：「いいえ」「していない」

\* 質問に対する回答が文章で記載されていた場合は、回答内容を研究者で検討し、○・×に区別し表記した。

### 3. インタビュー結果

スーパーバイザーは、相談支援専門員が困難と感じる支援に対し、指導・助言を行うことが期待されている。その為、相談支援専門員が困難と感じる在宅移行支援に対する各県の現状、課題について自治体職員の認識をインタビューする必要があると考えた。

筆者がF県で3年前に、医療的ケア児への相談支援の経験を有する5名の相談支援専門員へ、難しい支援についてインタビューを行った際、自宅で生活する医療的ケア児と家族へ介入するより、特にNICU( Neonatal Intensive Care Unit)からの在宅移行期に介入する場合、通常とは異なる緊張感や困難を感じる人が多いと全員が回答した。そこで、難易度が高いと感じるNICUからの在宅移行期の相談支援の課題と解決策について、自治体職員にインタビューした。結果、3県とも在宅移行期に相談支援専門員が介入する場合、心理的負担が強く、スーパーバイザーが

必要であるという認識を有していた。また、C県は研修に力を入れていたが、対象となる子どもの個別性の高さから研修での人材の育成に限界を感じ、スーパーバイザーが必要であるという認識も有していた。

3県の担当者全員がスーパーバイザーは保健福祉圏域に1名は必要であると回答した。

スーパーバイザーの役割については、2県の担当者が【子どもと家族との関わり方に対する指導・助言】というキーワードをあげた。B県は医療のことを教えてくれる役割をスーパーバイザーに期待していたが、他の2県からはきかれなかった。A、C県は相談支援専門員へ支援に必要な医療的知識も盛り込んだ研修を実施しており、支援に必要な医療の基本的な知識は受講生に付与できていると担当者は評価していると推察された。

表2. インタビュー結果

質問 1	NICU から退院する際に行う相談支援の現状
回答	A県 医療に疎いことばかりに関心が行き、気後れしてしまうという意見が多い
	B県 退院前会議ですでに医療機関が退院後に活用するサービスを決定しており自分達の役割が医療職に伝わっていないように感じ、相談支援の必要性が感じられないという意見が多い
	C県 障害の受容途中の家族との関係性が構築されない中で基本相談を行うことに対して心理的抵抗感を持つ相談員が多い
質問 2	今後NICUから退院する子どもへの相談支援を担うことが期待される相談員の所属先はどのような機関であることが望ましいか

回答	A県 基幹型もしくは市町村が補助金を支給している委託相談支援事業所
	B県 発達支援センターの所属相談員や委託相談支援事業所
	C県 子どもの在住地域で、対応できる相談支援事業所を増やすべき
質問 3	スーパーバイザーは必要か？
回答	3県：必要である
質問 4	スーパーバイザーに期待する役割は
	A県 ケースに必要な連携機関・医療色との関わり方・福祉職としてどのように子どもと家族と関わるべきか等困ったときの相談役
	B県 医療のことを教えてくれる
	C県 研修をいくら受講しても、個別性が高く困難を感じる相談員が多い。子どもと家族との関わり方から指導して欲しい。
質問 5	スーパーバイザーはどのように配置されていると活用しやすいか
回答	A県 保健福祉圏域に 1 名の配置であれば現実的に機能することができる
	B県 同上
	C県 わからない
質問	現在、スーパーバイザーとして活動する人材はいるか、また今後配置する予定はあるか。いるとすればどのような役割をどのように担っているか
回答	A県 現在、県内に 1 名いる。行政職員と連携しながら、県内のアドバ

答	イザーチームへの指導・助言者として機能している
	B県 1名配置する予定で、事業所の選定を行い、人材を確保した。未経験者等への指導・助言者となるよう期待している
	C県 いない
質問	スーパーバイザーの活動費は？
	A県 県単独で確保している
	B県 基幹型相談支援事業所となるため、活動費は委託費用に含まれている

## 2. 8 地方区分の現状把握

### 1) 東北・東海地域の自治体への調査

小児在宅に関心の高い医師が、県内に存在する2つの自治体の小児在宅推進担当者に対し、アンケートを行った。アンケート内容は、先進県との比較を目的に同じ項目を活用した。結果、ほとんど相談支援が推進される要素が整備されていないことがわかった。

表3. D・E県へのアンケート結果

質問項目	D県	E県
1. 県内居住傾向の把握	×	×
2. 高齢率	27.6%	30.0%
3. 相談支援ネットワーク作りを意識した会議等の開催	未回答	×
4. 医療資源の活用可能な実数把握	×	×
5. 活用可能な在宅サービス事業所の把握	×	×
6. 重症児へ対応可能な相談支援事業所数の把握	×	×
7. 相談支援の役割について医療機関への周知活動の有無	未回答	×
8. 相談支援の役割について地域住民・家族等への周知活動	未回答	×
9. 保健師等地域の関係機関への周知活動	未回答	×
10. 相談支援専門員への研修	未回答	×
11. 相談支援専門員が困った場合に相談できるスーパーバイザーがいる	把握していない	いない

×：していない、または「していない」趣旨

が解答欄に記載されていた場合に×と表記した

本研究で育成するスーパーバイザーは、相談支援体制が未整備な地域で、環境整備を行いながら活動し、成果を出す事が期待される。そこで、質問項目の大半を×と回答したE県自治体担当職員、関係機関から推薦を受けた方々を対象にE県の医療的ケア児に関する意見交換会を自治体職員が中心となり平成29年12月27日に開催し、ヒアリングを行った（添付資料1）。

意見交換会に参加したE県唯一の小児専門看護師から、自身が退院支援を担当している医療機関でも、小児在宅の件数は増加傾向であるが、介護保険のようなケアマネジャーの役割を担う職種の不在が課題となっていることについて説明があった。また自治体職員からは、現在は医療的ケア児の家族から自治体窓口への相談が多いことや、相談支援専門員は介入せず、セルフプランでサービスを活用している家族が多いととらえていることについて報告がなされた。加えて、自治体職員が県内の相談支援専門員協会に確認したところ、医療的ケア児の相談支援の経験を有する相談支援専門員はかなり限定されており、横のつながりは活発でないとの話題提供もあった。

会議では参加者全員が、E県内で小児在宅を進めるために必要な事項として、関係者間で継続的に意見交換及び、情報の共有を図る協議の場が必要であると認識していた。

相談支援専門員のスーパーバイザーとしては、経験豊富な相談支援専門員と看護師がペアで支援するような形態が考えられ、行政が後方支援する体制作りを行う必要がある、また、他県の取り組みを参考に今後進めることが望ましいことや、医療の必要性に応じて、圏域ごとに多様な受け皿を整備することへの期待、事業所や職員への支援体制の構築が



必要であると意見が集約された。

## 2) 地域の発達支援センターが中心となり、相談支援事業が行われている近畿地方の中核都市F市で活動する医師へのインタビュー結果

発達支援センターの職員がアウトリーチを行う地域で、障害児者への医療・生活支援を中心に実践する経験の豊富な医師にインタビューを行った。結果、発達支援センターでの相談支援の大半は、在宅で暮らす子どもと家族に対し実施されていた。地域の相談支援の中心となっている医師は、医療機関からの在宅移行する時期から多職種が介入できるように市内の医療機関の小児科医師との関係性を構築しつつあった。医師は、当該地域でも今後、医療機関と連携した取り組みを行い、退院時からの小児在宅の仕組みを構築する必要があると認識していた。中核都市という規模もあり、退院後に家族が困った場合、発達支援センターが医療的ケア児等への相談支援を実施できる拠点の役割を果たしているようであった。

F市では、自立支援協議会がスーパーバイザーとして困難ケースに対する助言を行っていた。

## 3) 専門者会議の開催

8 地方区分の現状と課題についての意見交換を目的に下記の日程で専門者会議を開催した。専門者会議は研究分担者、協力者に加え、①8 地方区分の小児在宅医療の現状に精通している人材②医療的ケア児の支援に精通しかつ地域の状況を把握している福祉・看護領域の人材③相談支援専門員への支援及び仕組みを構築している自治体職員（県・市町村職員）で構成されるよう配慮し、人選を行った。

開催日：平成28年9月25日

時間：14：00～17：00

場所：上智大学社会福祉会館会議室

表4. 委員名簿（順不同・敬称略）

氏名	所属
1 中村知男	国立研究開発法人 国立成育医療センター
2 岩本彰太郎	独立行政法人三重大学 医学部附属病院 小児トータルケアセンター
3 横田信也	北九州市立 総合療育センター 相談支援室
4 等々力寿純	重症心身障害児者を守る会 重症心身障害児療育相談センター
5 増田健二	長野県障がい者支援課 自立支援係
6 河上篤	木更津市福祉部障害福祉課 障害福祉担当
7 安藤真知子	日本訪問看護財団 愛媛県在宅ケアセンターひなたぼっこ
8 絹川美鈴	大阪発達総合療育センター 訪問看護ステーションめぐみ

## 4) 専門者会議での議論の概要

会議では、現行の福祉制度の課題、相談支援専門員の現状、全国的に乏しい社会資源の根底にある課題、社会資源の創出に向けた仕組みづくりに必要なこと、スーパーバイザーに求められる役割について議論がなされた。以下に意見の概要を示す（詳細については添付資料2を参照）。

### (1) 現行制度の課題

- ・医療的ケア児の登場により障害児の概念が多様化している
- ・従来の障害児像と異なるため、福祉職の支援者に戸惑いがある
- ・障害児の状態像の多様化に伴い概念を整理する必要性がある

- ・限られた人的資源の中での支援、増えないマンパワーでは対応に限界がある

## (2) 相談支援専門員の現状

- ・相談員の力量により生活支援が異なる、それにより子どもと家族の生活の質も異なっている
- ・資源の偏在、偏在を認識した上で社会資源を創出できる人材や仕組みが必要

## (3) 全国的に乏しい社会資源の根底にある課題

### ①行政の課題

- ・国からの通達文があれば対応が可能となる行政の仕組み（言い換えれば通達がなければなかなか進められない現実）
- ・自治体によりまったく異なる重症児への関心の度合い
- ・自治体と社会資源の創出について検討できる立場の人材の欠如
- ・自立支援協議会の形骸化

### ②事業所の課題

- ・子どもを預かる事業所の安全管理・基本的ニーズの充足への支援ができる体制・能力を支援する仕組みが必要
- ・子どもの活動に伴う不測の事態に対する多職種の価値観の相違
- ・医療的ケアに対する多職種の価値観の相違と役割分担の管理能力の獲得
- ・特定の領域の障害児支援への偏在
- ・活動性の高い子どもを受け入れるための環境整備・人材育成の方策への理解

### ③相談支援専門員の課題

- ・医療的ケア児の在宅数の伸びに対し、活用できる社会資源が不足している現実に向き合う姿勢が必要
- ・多職種間での役割分担から派生するトラブルに対応することへの戸惑い

### ④地域の課題

- ・継続して県内全域の社会資源や連携状況をモニタリングする人材、協議の場の不足

## (4) 社会資源の創出に向けた仕組みづくりに必要なこと

- ・資源の偏在を認識した上で、社会資源を戦略的に行政と創出する人材
- ・仕組みづくりを行政と行う人材
- ・福祉・医療職のペアが望ましい（理由：一人だと視野が狭くなりがちであり、活動範囲も限られてしまうことが予想されるため2人体制が望ましい）
- ・国の報酬算定の見直し
- ・訪問看護師が自宅以外でも看護活動ができる環境の整備

## (5) スーパーバイザーに期待される役割・機能・なり得る職種

- ・行政と連携し、県内の状況をモニタリングできる人
- ・子どもの状態に合わせた連携先を提案できる人
- ・市町村と都道府県の二層で地域の特性を活かし地域差をなくす働きのできる人
- ・医療と福祉の視点双方からのコンサルテーションができる人
- ・地域を耕す組織を作ったり、先導できる人
- ・職種としては、地域で活動する社会福祉士、訪問看護師が適任ではないか
- ・在宅で子どもの支援が豊富な訪問看護師
- ・医療的ケア児への支援の経験が少なくても福祉職の役割を認識している相談支援専門員

## F. 考察

本研究は、スーパーバイザーの役割の明確化を研究目的とした。しかし研究を進める中、今後構築が期待される地域包括的小児在宅ケアシステムの中で、スーパーバイザーがどこで何をするか、すなわち「機能」を明らかに必要があるという結論に至った。機能とは「全体を構成する個々の部分が果たしている固有の役割、またはそうした働

きをなすこと（広辞苑）」とある。医療的ケア児等が地域で成長・発達するためには、小児在宅の仕組みの中で相談支援が機能することが重要である。その為、スーパーバイザーも仕組みの中で、確実に働きをなすことが求められる。この考えに立ち、考察ではスーパーバイザーの役割ではなく、スーパーバイザーが有する機能、機能するための環境、育成に必要な教育項目について考察する。

### 1. スーパーバイザーに求められる機能

研究結果からスーパーバイザーには、アドバイス、コンサルテーション2つの機能が求められることが分かった。アドバイスとは助言・忠告や勧告のことであり、コンサルテーションとは、専門家が業務遂行のため、ある特定の領域について知識技術が必要なとき、その領域の専門家から受ける助言指導のことを指す<sup>3)</sup>。

以下、アドバイス機能を有する人材をアドバイザー、コンサルテーションの機能を有する人材をコンサルタントと表記し、各々が有する機能、しくみのどこで機能すべきか配置について考察する。

#### 1) アドバイザーの機能・配置

スーパーバイザーの配置については、保健福祉圏域での活動を期待する意見が多かった。これは困ったときの相談役として、未経験者や困難に直面している相談支援専門員へ機能することを期待しての意見であった。言い換えれば、上記ケースへの指導・助言機能を期待した場合には、保健福祉圏域に配置され、相談役として機能することが望ましいといえる。アドバイス機能は、実践者の近くに存在している方が相談しやすいことは、介護保険の主任介護支援専門員の効果<sup>4)</sup>からも明らかであり、保健福祉圏域で配置され、機能することが望ましい。

また相談支援の対象となる子どもは、医療・福祉・保健・教育（保育及び療育も含む）

が連携しなければ支援できない。そう考えると、アドバイザーは多職種のチームであることが望ましいのではないかと。これは自立支援協議会や介護保険でいうところの「地域ケア会議」と同様の概念で運営できると推察される。

#### 2) コンサルタントの機能・配置

##### (1) 福祉事業所等への助言・指導

研究結果から、今後医療的ケア児等を受け入れたいと希望する事業所で、安全に子どもへの支援ができるよう事業所の体制・支援過程や期待される支援成果について助言・指導すなわちコンサルテーションを行い、社会資源の創出に機能する人材が必要なことがわかった。

相談支援専門員の役割として、必要な社会資源の創出がある。しかし、医療的ケア児の社会資源の創出には、福祉の知識もさることながら、医療全般・医療安全管理の視点を有するコンサルタントが介入しなければ、安全な社会資源の創出は期待できない。また筆者の経験上、医療的ケア児の状態や特性と、預かる先の事業所の特徴をつなぐ作業も必要となる。これを実践するためには、子どもの状態の査定や危険因子の洗い出し、高度な医療安全管理の知識が、最低でもなければならぬ。ゆえに社会資源の創出には、小児看護・医療安全管理の知識を有するコンサルタントが機能することが必要である。

また、社会資源を創出するためには、資源を掘り起こす機能が必須である。医療的ケア児等への支援が可能そうな福祉事業所等を見つけ出し、コンサルタントと事業所管理者がチームとなり、資源の創出に向け課題解決や目標を達成していくことも重要である。

##### (2) 資源の分布の把握及び福祉計画立案への参画

調査結果、専門者会議での議論から、県内全域で地域格差を是正するためには、各地域の社会資源の分布をモニタリングする機能

が必要であることがわかった。また、平成 30 年からは、障害児福祉計画を定めなければならない<sup>5)</sup>。現状を反映させた障害児福祉計画とするためには、各地域の実情に精通している人材が必要となる。コンサルタントは、県内の状況に精通し、障害児福祉計画等へ助言、提案者として機能することが期待される。これらのことから、コンサルタントには県内全域を網羅し、機能することが求められ、配置は都道府県でなければならない。

(1) (2) の機能を果たすためには、医療職の介入は必然ではあるが、医療と福祉を橋渡しできる能力も同時に求められる。その為、コンサルタントは福祉職と医療職のペアが望ましい。

### 3) アドバイザー、コンサルタントに共通する機能

アドバイザー、コンサルタントは双方、担当する地域で、モニタリング及びアウトリーチを行わなければならない。

調査結果から、地域の社会資源を把握している都道府県は少ないことがわかった。通常行政の手法としては、まず県内の全数把握調査、次に社会資源の分布を見るのが一般的である。全数把握ができないまま、社会資源の調査に踏み切ることが躊躇している自治体が多いと推察される。医療的ケア児の全数把握は、非常に難しく田村研究班でも現在、実数把握の方法について研究がなされている。しかし、地域で暮らす子ども達には今、社会資源が必要である。そう考えるとアドバイザー、コンサルタントが横断的に活動する中で各地域の社会資源を把握し、行政や自立支援協議会等で、地域の課題を話し合い、政策を提言する場に情報を伝える機能を有する必要がある。

## 2. 機能するために必要な環境

### 1) 行政の後方支援体制

スーパーバイザーが機能するためには、行

政や地域の専門職との連携や、巻き込む力が必要であるとの意見も多く聞かれた。相談支援業務は、非常に行政の影響を受ける業務でもあり、自治体の政策の影響を強く受ける。また、アドバイザーやコンサルタントは、行政の仕組みの中に組み込まれていなければ機能しない。言い換えればスーパーバイザーは、第一線で地域での機能を果たす役割、行政は第一線部隊の後方において、事業や活動を包括的に支援する体制を構築し運営する役割が求められる。したがって、アドバイザーが機能するためには、保健福祉圏域内の市町村の後方支援体制、コンサルタントが機能するためには、都道府県の後方支援体制が必要である。具体的にはスーパーバイザーの都道府県、市町村等自立支援協議会や各種委員会等への参画を行政が支援したり、スーパーバイザーが困った場合に相談できる体制が必要となる。

### 2) 立場の保障

A, B 県では相談支援専門員への助言・指導者役として人材を確保し、立場を保障していた。これにより、通常つながりのない機関であっても、目標達成に必要な場合は連絡を取り、つながりを構築することが可能となっていた。スーパーバイザーの機能は公的な機能であるため、行政や監督官庁から立場を保障されなければならない。立場を保障するためには、今後構築が期待される地域包括的小児在宅ケアシステムの仕組みの中に位置づけられ、公の人材とする必要がある。

### 3) 活動費の確保

スーパーバイザーを配置している 2 県は、活動費を保障していた。しかし行政が期待する機能は、相談支援専門員への指導・助言者としてであった。アドバイス機能への活動費は確保されているが、コンサルタントとしての活動費は保障されていないようであった。アドバイス機能の活動費の確保は、従来の基幹型もしくは委託相談支援事業所への補助金としての確保が可能である。しかし、コン

サルテーション機能を期待する場合は、コンサルテーション活動費を保障する必要がある。

### 3. 必要な能力と教育項目

研究結果を研究者間で検討し、スーパーバイザーは、地域包括的小児在宅のしくみの中で機能しなければならないこと、また能するための活動ができる人材を育成する必要があるという結論に至った。そこで、スーパーバイザーが活動するために必要な能力とは何かについて議論した。結果、6つの核となる能力が必要であることがわかった。

#### 1) 行政と連携する力

行政との連携・協働を実践するためには、基本的な行政の年間スケジュール、組織体制、関連する課の役割や行政の意思決定のしくみについての知識が必要となる。加えて、行政と連携する必要性や、意義への理解もなければならない。

#### 2) 客観的な地域診断力

スーパーバイザーは医療・福祉・教育・保健・対象地域の特性等、広く地域を捉え、地域を客観的に診断する力が必要である。加えて各種資源や各地域の強みを把握し、課題を補うために活用できる要素（人・制度）を特定できる力を持っていないといけない。この力の根底には、各専門職及び保健・福祉・医療・療育、教育制度に対する豊富な知識がなければならない。

#### 3) 社会資源の創出に向け事業所をアセスメントできる力

医療の質の評価には、ドナベディアン・モデルが活用される。生活の中での医療を提供するという前提で医療的ケア児等へ支援する事業所を捉えると、安全で質の高い事業所を創出するためには事業所の構造・支援過程・成果を査定し、コンサルテーションする力が必要となる。

#### 4) 県内全域に必要な取り組みについて事業計画を立案、提案、実施、評価できる力（予

算管理を含む）

必要な能力2)、3)を基に、保健福祉圏域、県内全域に必要な事業を各会議等で検討するための事業を起案し、会議でのプレゼンテーションを行い、会議参加者や行政と合意形成ができる力が必要となる。また事業を推進するためのPDCA(Plan-Do-Check-Act)を実践できる力も必要である。

#### 5) チームをつくり、議論を集約する力

調査結果から、自立支援協議会等が機能している地域と形骸化している地域が存在することが分かった。アドバイザーは、各々が活動する地域の自立支援協議会等と連携し、地域課題解決のためのチームを構築し、議論を集約する力が必要である。コンサルタントも、目標を達成するためにはチーム構成力や議論を集約する力すなわちファシリテーション力が必要となる。

#### 6) 関わる人々を元気づけることができる力

地域包括的小児在宅の仕組みづくりに機能するスーパーバイザーや関係者は、エベレストを登山する登山隊にたとえることができると個人的に考えている。登頂を目指すためにはリーダーが、関係者が見たくないと思っている事象、事項の見える化や、課題を特定し、課題解決のため人々を巻き込みチームを構成しながら、悪天候と戦い、チーム内のコンフリクトを解決していく力が求められると推察する。その際、協働者をパワーレスにするのではなく、元気付け励まし、実現可能な方策を示し、目標達成に向かう人材が必須である。スーパーバイザーは地域のリーダーでなければならない。その為、高度な対人関係の力が求められる。このようなリーダーシップを発揮するためには、コーチング理論の基本的理解は必須である。

## G. 結論

スーパーバイザーは、アドバイス機能とコンサルテーション機能を有する必要がある。

機能するために必要な環境の要素は3項目であった。スーパーバイザーとして必要な能力は、行政と連携する力、地域診断力、事業所を査定する力、チームを作り、議論を集約できる力、関わる人を元気づける力であった。これらの能力は、活動範囲は異なるがアドバイス、コンサルテーション双方の機能を果たす人材に必要な力であることがわかった。このことから次年度の研究では、2つの能力を高めるための研修を計画し、自治体等へ受講生の募集案内を予定する。

hitsu\_Shakaihoshoutantou/0000139973.  
pdf アクセス日 2月1日 2017.

## H. 研究発表

次年度の日本福祉学会誌への投稿を予定している。

## I. 知的財産権の出願・登録情報

1. 特許取得
2. 実用新案登録
3. その他

### 引用文献

1) 国立成育医療センター, 小児等在宅医療連携拠点事業平成 25-26 年度総合報告書, 102, 2015.

2)

3) 社会福祉士養成講座編集委員会, 相談支援の理論と方法Ⅱ, 中央法規出版, 第3版, 211, 2016.

4) 審議会資料, 相談支援専門員の資質の向上について.

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougai-hokenfukushibu-Kikakuka/0000123199.pdf> アクセス日, 2月1日 2017.

5) 平成 30 年度に向けた障害福祉計画及び障害児福祉計画に係る基本指針の見直し

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikans>

平成 28 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）

分担研究報告書 平成 28 年度

**研究課題 2-6**：医療的ケア児に関する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携促進に関する研究（28130601）

**分担研究**：重症心身障害児施設等における高度医療児の短期入所の実態と課題に関する研究

研究分担者： 岩崎裕治（東京都立東部療育センター）

研究協力者：後藤一也（国立病院機構西別府病院）

椎木秀俊（東京小児療育病院）

宮野前健（国立病院機構南京都病院）

主任研究者：田村正徳（埼玉医科大学病院総合医療センター

総合周産期母子医療センター）

1 全国の小児科学会指導医のいる病院（以下小児科病院）525 施設、全国の重症心身障害施設（公法人立重症児施設 125 施設、国立精神・神経医療研究センターを含む国立病院機構重症心身障害病棟 74 施設）、肢体不自由児施設 37 施設を対象に、短期入所・入院受け入れの有無、施設の体制や運営状況、短期入所受け入れの実態、医療的ケア児の受け入れの実態、またその課題、実施していない施設には、今後の実施予定などについて調査を行った。

2 その結果小児科病院では実施している施設が 42%であり、2014 年の森らの調査の 38%よりわずかではあるが増加している結果であった。また実施していない施設の 43 施設で今後実施が予定されておりさらなる増加が期待できる。療育施設では国立病院機構病院で、84.3%、公法人立施設で 95.4%とほとんどで実施されていた。さらに療育施設では今後実施を予定している施設が 4 箇所であった。

2 小児科病院では利用児実人数の 9 割、療育施設でも 3 割程度が準・超重症児（者）であり、在宅での重度化がうかがえた。

3 小児科病院では、短期入所・短期入院の実施率には地域差があり、関東、近畿、九州沖縄で高かった。また実施している施設では、約 8 割で小児科病棟での受け入れが多く、入院管理料、小児科医師数などとの関連がみられた。また短期入所・短期入院を実施していない施設でもその必要性については認識されていた。

4 療育施設では超重症児、人工呼吸器の受け入れが増加していた。また看護体制が手厚い、小児科医が多い、当直が自科でまかなえるなど、医療体制の基盤がしっかりしているところほど重度な利用児（者）の受け入れが多く、また地域での調整会議などの有無や財政援助なども受け入れの増加につながっていた。

5 短期入所実施の課題では、病院・療育施設に共通なものとして、急な相談への対応、日程調整、動く重心児、状況把握、ケアの重度化などであった。

6 重症心身障害以外の高度医療的ケア児の受け入れには、動くことへのリスクや、入所している他児への影響などが心配され、人の配置など新たな施策が望まれる。

## A. 研究目的

近年、在宅で重度の医療的ケアが必要となる重症心身障害児(者)(以下重症児(者))が増加しており、その課題も変化してきている。また重症心身障害の定義にはあてはまらないが、濃厚な医療的ケアが必要な患者も増加しており、このようなケースへの在宅支援も今後必要である。公法人立および国立病院機構の重症心身障害施設では、主に重症児(者)を対象にした短期入所サービスを実施している。上記のような在宅に暮らす重症児(者)の状態の変化に伴い利用者の状態も変化してきており、それに伴い新たな課題も生じてきている。我々は昨年全国の重症心身障害施設を対象に、短期入所の実態調査を行った。その結果、多くの施設で人工呼吸管理や、気管切開などの管理が必要なケースの受け入れが可能という回答で、以前の調査に比較して受け入れ可能施設数が増加していた。しかし実際は1/3程度の施設では人工呼吸管理を要する利用児者の受け入れがなかった。

そこで、本研究では、昨年に実施した調査を基にして、療育施設だけでなく、小児科のある病院も含め、短期入所・入院の実態、医療的ケアの濃厚な利用児者の受け入れ体制や対応などへの課題を調査し、どのような要因が関連しているかを明らかにする。また重症児者以外の高度医療的ケア児の受け入れなども調査していく。

## B. 研究方法

対象は以下のとおりである。

- 1) 全国の小児科学会指導医のいる病院(以下小児科病院) 525 施設
- 2) 全国の重症心身障害施設(公法人立重症児施設 125 施設、国立精神・神経医療研究セ

ンターを含む国立病院機構重症心身障害病棟 74 施設)、肢体不自由児施設 37 施設(重複している施設は除く)を対象に、短期入所・入院受け入れの有無、施設の体制や運営状況、短期入所受け入れの実態、医療的ケア児の受け入れの実態(重症心身障害以外の医療的ケア児についても)、またその課題、実施していない施設には、今後の実施予定などについて、調査を行った。

病院については、まず一次調査で短期入所(入院)を実施しているかどうか、また実施していない場合には将来実施の予定があるかを尋ねた。

調査期間は、平成 28 年 10 月から平成 28 年 12 月で、調査の対象期間は、平成 27 年 4 月～平成 28 年 3 月とした。

## C. 研究結果

### 1 小児科病院への調査

#### 1) 一次調査

全国の小児科学会指導医のいる病院 525 施設を対象に、短期入所の実施の有無に関する一次調査を実施し、390 施設から回答を得た(回答率 76.5%)。その結果表 1-1 のように

- ① 障害者総合支援法に基づく短期入所を実施 14 施設
  - ② 主たる目的が在宅管理など医療法上の入院であるが、従たる目的がレスパイトなどの福祉目的の短期入所を実施している(いわゆる短期入院またはレスパイト入院) 124 施設
  - ③ ①および②を実施 25 施設
  - ④ 実施していない 224 施設であった。
- 何らかの形での短期入所または短期入院を実施している施設は合計で 163 施設(42%)、実施していない 224 施設(57%)、不明 3 施設(1%)



であった。実施していない施設で、今後実施を予定しているかという問いには、224 施設中 220 施設から回答があり、その内 43 施設で実施を予定しているとのことであった。

## 2) 二次調査

一次調査で回答のあった 390 施設に二次調査を依頼し、254 施設から回答があった(回答率 65.1%)。

二次調査では、施設の運営形態、医療体制などにつき、短期入所(入院)の実施の有無に関わらず調査を行い、実施ありと実施なしの施設で差があるかどうかを比較した。また実施施設ではその実態や課題、重症心身障害以外の高度医療的ケア児受け入れなどにつき調査を行った。

その結果、254 施設中、短期入所・入院の実施ありの施設は、95 施設で実施なしの施設が 159 施設だった(表 1-2 実施率 37.4%)。

### ①施設概要

小児科病院の運営形態では公法人立とその他が多かったが、短期入所・入院の実施率では、社会福祉法人と医療法人が高かった(表 1-2)。地域別実施率では、関東、近畿、九州沖縄で高かった(表 1-3)。

病棟種別では、小児科病棟と他科との混合病棟とが多く同じ程度であったが、短期入所・入院については、小児科病棟での受け入れ実施が高かった(表 1-4)。入院管理料では、実施しているところでは、小児入院管理料の 1, 2 が 3, 4 に比べると高かった(表 1-5)。実施施設では総ベッド数 2498(平均 28.1) 実施ない施設では総ベッド数 4750(平均 22.0) であった。看護体制では、7:1 がほとんどで、10:1 と比較しても実施率の差がなかった(表 1-6)(その他は、3:1、6:1 など)。受け入れ病

床形態(実施施設のみ)は空床を運用する空床型が 77 施設、定床型が 17 施設であった。

小児科医師数と短期入所・入院の実施率を比較してみると、平均の小児科医師数は、実施施設 9.0、実施なし施設では 9.1 と差がなかった。しかし数と実施率の関係をみると、あるところまでは医師数が増えるに従い実施率も上がっている(表 1-7)。その後は医師数の 12 を境に減少している。

当直体制では実施率にあまり差がなく(表 1-10)、救急時対応では二次救急、三次救急の施設で実施率が高かった(表 1-11)。財政援助では、22 施設で公的な財政援助があるとのことだった。

### ②短期入所・入院の実態(実施施設のみ)

短期入所の定員は、合計で 178 名、施設平均 2.3 名と 1 日の定員が 1-3 名の施設がほとんどを占めていた(表 1-13)。3 分の 1 の施設では登録制としていた。利用条件では、年齢制限は 5 施設のみ。また医療ケアでは人工呼吸、気管切開とも、ほとんどの施設で受け入れが可能だったが、重症心身障害以外の対象者特に、多動・行動障害については、6 割を超える施設で受け入れが不可能だった(表 1-15b)。受け入れ実績は、実人数で 785 名(平均 10.9)、延べ人数 4731 名(平均 65.7)、延べ日数 17944 日(平均 112.5) だった。このうち準・超重症児の占める割合は、実人数では 9 割以上、延べ日数でも 50%以上だった(表 1-16a)。年間の短期入所・入院で受け入れができなくてお断りした件数は全体で 79 件と全体の申込みの 6%だった。その内人工呼吸児は 37%であった。

短期入所・入院の理由については、レスパイトが最も多く、介護者や家族の病気、行事、用事などが次に多かった(図 1-17)。

短期入所・入院中の活動では、半数以上が入浴可能で、約半数で病棟の活動や、リハビリテーションを受けられていた（表 1-18）。短期入所では体調の変化を起しやすいのとの報告があるが、半数以上で短期入所・入院中に体調の変化があると回答している（表 1-19）。重症心身障害児（者）以外の高度医療的ケア児の短期入所の受け入れは、15 施設であったと回答し、疾患では脳性麻痺、奇形症候群、呼吸器・心疾患、脳症、神経筋疾患などが多かった。性別は、男 33 名、女 23 名、年齢は 0-5 歳の低年齢に多い。また知的障害は最重度が多かったが、しかし知的障害がない児も 7 名あった。運動障害でも最重度の寝たきりが多かったが、まったくなしの児も 9 名あった。医療的ケアは、気管切開、吸引・吸入、人工呼吸器など呼吸関連のケアを要する児が多かった。受けいれに伴う困難さは、動くことのリスクが一番であった。このような児の受け入れをしていない施設でも、21 施設で希望があれば受け入れると回答があった（表 1-20a-g）。短期入所・入院の受け入れの課題については、一番多かったのが急な利用に応じられない、次に動く重心児への対応、看護師不足、状況把握の難しさなどであった（図 1-21）。地域での調整会議・支援会議は半数弱で実施されていた（表 1-22）。地域のニーズに答えられているかという設問には、半数強で答えられていないという回答であった（表 1-23）。まったく答えられていないと回答のあった 10 病院は、東京、埼玉、千葉、静岡、名古屋、和歌山、大阪、札幌の病院であった。短期入所・入院を実施していない理由として最も多かったのが、医療入院の需要が多く対応が困難というもので、ついで医師・看護不足、ベッドのやりくり困難であった（表 1-25）。

今後一般小児科でも短期入院・入所が必要かとの問いには、ほとんどの施設で必要と回答している（表 1-27）。

## 2 療育施設への調査

全国の重症心身障害施設（公法人立重症児施設 125 施設、国立精神・神経医療研究センターを含む国立病院機構重症心身障害病棟 74 施設）、肢体不自由児施設 37 施設）を対象に調査を実施した（重複を除く）。

全体で、221 施設に送付し、160 施設から回答を得た（回答率 73.1%）。

### 1) 施設概要

回答のあった施設の運営形態は、国立病院機構病院 51、社会福祉法人 86、公立 19、その他 3 だった。短期入所はほとんどの施設で実施されており、実施率は国立病院機構病院で、84.3%、公法人立施設で 95.4%だった（表 2-2a）。その短期入所は、ほとんどが障害者総合支援法に基づくものであった（表 2-2c）。短期入所受け入れ病棟定床数は総計で 10274 床（平均：38.8 床）。入院管理料は、ほとんどが障害者施設等入院基本料で、一部が特殊疾患病棟入院料や、療養病棟入院基本料であった（表 2-3b）。看護体制は、回答のあった施設の約 60%が 10：1 で 24%が 7：1 であった（表 2-3c）。受け入れ病床形態は多くが空床を利用するもので、一部定床型であった（表 2-3d）。医師数は、1 施設あたり 8.3 名で小児科がその半分強であった（表 2-4）。

当直体制は、すべて自施設担当科での対応ができていない施設は 20 と少なく、また自施設の他科医師も当直に加わっているのが 30 施設、そして多くが他院からの医師の助けを得て行っていた（表 2-7）。救急時対応も、一次、二

次、三次がそれぞれ、13、26、3で、対応不可が91と多かった(表2-8)。財政援助は23施設で受けられていた。

## 2) 短期入所受け入れ実態

短期入所の1日の定員の合計は916名で、112施設で登録制があり、9442名の登録があった(表2-10, 2-11)。利用条件では、年齢制限が約半数にあり、利用日数の制限も約1/3にみられた。ケアの種類では人工呼吸器が73.4%で多くの施設で利用可能で、気管切開は93.8%とほとんど施設で可能であった(表2-12)。

受け入れ実績は、実人数の総計が7629名で1施設あたり53名であった。延べ人数では、総計が44900名(1施設あたり311.8名)、延べ日数では168397日(1施設あたり1153.4日)であった(表2-13)。受け入れ利用児(者)の3割強が準・超重症児(者)であった。平均利用日数は11.7日であった。人工呼吸器を必要とする利用児(者)は総数で809名で、延べ人数6557名、気管切開は1318名、延べで10730名であった(表2-16)。年間の短期利用の申込みは、37326件で、その内受け入れが困難でお断りしたケースが4041件と総数の9.0%で、その内呼吸器のケースが534件13.2%であった(表2-17-19)。

短期入所の理由はレスパイト、次に家族・介護者の行事・用事、介護者の病気・受診となっている(図2-20)。短期入所中の活動では、入浴はほとんど可能で、次に病棟での活動、学校、リハビリテーションであった(表2-21)。短期入所中の変化はたまにみられるが多かった(表2-20)。体調変化には大体当直医が対応しており、オンコールでの対応も45施設でみられた(表2-23)。医療入院が必要になった場合は他院に転院が最も多く、次に同病棟での

対応であった(表2-24)。

重症心身障害以外の高度医療的ケア児の短期入所利用については、18施設で受け入れがあり、実人数82名、延べ人数1050名であった。疾患別では、脳性麻痺、神経・筋疾患が多く、奇形症候群、染色体異常、呼吸器・心疾患などであった。年齢は11-30歳に多かった。知的障害は最重度が多かったが、知的障害がないケースも10名あった。運動障害は、やはり最重度の寝たきりが多かったが、歩ける、走れるが9名と軽いケースの入所もあった。医療的ケアは、吸引・吸入、気管切開、人工呼吸器、胃ろうなどであった。受け入れ困難な点は、動くことでリスクが高い、医療的に重度の他に、1対1での対応、要求に応じてあげられない、他児への他害などがあった。受け入れの希望があれば受け入れるという施設が28あった(表2-25a-i)。

## 3) 短期入所受け入れの取り組みおよび地域の現状

受け入れの担当部署が約半数の施設にあり、そのような部署がない施設では、児童指導員、事務、ソーシャルワーカー、看護師などが対応していた(表2-26, 27)。予約は電話が多く、予約時期は、いつでもという施設が38、1ヶ月前が40施設、2ヶ月前が45施設、3ヶ月前が13施設であった(表2-28, 29)。急な短期入所の要請には、状況に応じてという施設が多く、理由としては空きベッドがない、スタッフ不足などであった(表2-30, 31)。

新規の利用に際しての工夫は、外来受診での事前の情報収集、事前の見学、段階的は受け入れなどであった(表2-32)。

短期入所受け入れの課題は、希望が多く日程調整が困難が多く、そのほかに医療的ケアの重度化、体調不良時の対応、動く重心児への

対応、急な相談への対応困難であった（図 2-33）。

地域での調整会議、支援会議は、約半数の地域で実施されていた（表 2-34）。ニーズに答えられているかという問いには、まずまず答えられているが 88 であまり答えられていないのは 41 であった（表 2-35）。

一般病院でのレスパイト目的の短期入院が必要と思われるかという問いには、ほとんどの施設で思うと回答している（表 2-36）。

短期入所を実施していない施設では、その理由として、医師・看護師不足、ベッドのやりくり、地域のニーズがないなどであった（表 2-37）。今後 4 施設で実施の予定があるとのことだった。

#### 4) 短期入所受け入れ実績と、関連要因

短期入所受け入れ実績（利用延べ日数）と、医療体制、地域連携、財政援助の観点から関連を分析した。まず医療体制では、看護体制、小児科医師数、当直体制、医療入院必要時の対応との関連をみた。看護体制では、7:1 と一番手厚い看護体制での受け入れが延べ日数も多く、また超+準超重症児という医療的に重度な利用児（者）も多く受け入れていた。その次が 10:1 でそれ以外に比較すると大きく差があった（表 2-39）。小児科医師数では、医師数の増加に伴い、やはり、準・超重症児（者）の利用が増加している（表 2-40）。当直体制では、全て時施設の担当科の医師が当直できている施設では、そうでない施設の倍以上、超+準超重症児（者）の利用が多かった（表 2-41）。医療入院必要時の対応では、同じ病院で医療入院に切り替えられる施設で、重度の方達の利用が多かった（表 2-42）。

地域での対応について、調整会議・支援会議などの有無で検討したところ、何らかの地域

連携がある施設で超+準超重症児（者）の利用が多かった（表 2-43）。また自治体などからの財政援助がある施設は 16 施設であったが、ない施設に比較して超+準超重症児（者）の利用が多かった（表 2-44）。

## D. 考察

### 1、小児科病院への調査について

1) 短期入所・短期入院は、全国の小児科指導医のいる病院では、41.6%の施設で実施されているとの結果であった。これは、2014 年の森らの調査の 38%よりわずかではあるが増加している結果であった。また実施していない施設の 42 施設で今後実施が予定されており、さらなる増加が期待できる。このような病院での短期入所・入院の必要性については、病院からも、療育施設からも必要であるとの回答が多い。しかし病院では障害者総合支援法にもとづく短期入所は少ない。原因として考えられるのが、病院での福祉制度の利用の難しさや、サービス給付費が病院の診療報酬に比較して低すぎるなどが考えられる。現実的に利用可能な制度の改正が望まれる。

2) 地域別の実施率では、関東、近畿、九州・沖縄が高かった。これは、2014 年に報告された森らの調査でもほぼ同様の結果であった。実施率の高い地域は、療育施設の調査でもニーズがあるという結果になっている（表 2-35b）。実施施設では、小児科病棟の割合が高く、小児入院料管理料の 1-2 が多く、小児科医師数の増加にある程度までは実施率が上がっていた。しかし小児科医師数が 12 名以上だと帰って実施率が下がっており、大学病院や専門病院など専門性のはっきりした大規模の施設での実施がされていないことが原因かと思われた。

3) 病院での短期入所・短期入院では、年齢の制限や、医療的ケアの制限も少ないが、多動・行動障害への対応は難しいという結果であった。

4) 重症心身障害以外の短期入所・入院の利用は、15 施設であり、脳性麻痺のほかには、奇形症候群、呼吸器・心疾患、脳症、神経筋疾患などで年齢の低い児が多かった。これはその病院の PICU や NICU を退院した児を対象にしているのではと推測された。

## 2 療育施設への調査について

1) 2 年前の宮野前らの調査とは、対象施設が多少異なっており単純に比較はできないが、短期入所の実施施設については、ほぼ同様の結果であった。また今後実施を予定しているところが 4 施設あった。医療的ケアの受け入れについては、超重症児の数や、人工呼吸器の受け入れなどで増加が見られている。

準・超重症児と呼ばれる医療的に重度な利用児(者)の受け入れ実績と、医療体制と関連をみたところ、看護体制や小児科医師数、自科での当直体制や同施設での医療入院の対応などとの関連があり、重度な方達の受け入れにはしっかりした医療的な基盤が必要であることがわかった。

地域での調整会議や、支援会議、自治体からの財政援助なども、重度な方達の受け入れには関連があると思われた。調整会議の中には、行政が関与している会議もあり、財政援助もそうであるが、地域の行政の関与が重度な利用児(者)の受け入れには必要と考えた。

### 2) 地域のニーズについて

短期入所のニーズについてほぼ応えられているとの回答がこたえられていないとの回答をうわ回っている。これは、しかし病院の方で

の短期入所・入院が増えている現状とあっていない。この理由として一つは地域差があると思われる(表 2-35b)。関東など大都市圏では療育施設のベッド数が少なくも、短期入所・入院のニーズは高い。また短期入所の課題にも一番多かったのが日程の調整が困難という項目であり、また急な短期入所の利用は空きベッドがなくて困難という理由が一番なので、短期入所のベッドが足りているとは思えない。

### 3) 短期入所中の体調変化について

短期入所中の体調変化については、今までにも報告があり、けっして少ないものではない。各施設では重度な方の増加もあり、それぞれが工夫して安全な受け入れに努力をしていることがわかった。特に事前の情報収集、病棟見学、段階的な受け入れを行っている施設が多い。それでも体調変化を経験している施設が多いため、施設での医療的な体制の強化が望まれる。

## 3、重症心身障害児(者)以外の高度医療的ケア児の受け入れについて

今回、重症心身障害児(者)以外の高度医療的ケア児の短期利用の受け入れについて、小児科病院と療育施設に、その有無や、どういう利用児(者)なのかを調査した。小児科病院では 15 施設、57 名、療育施設では 18 施設 82 名の受け入れがあった。疾患別では脳性麻痺、神経筋疾患、呼吸器・心疾患、奇形症候群など様々で、小児科病院では低年齢群が多く、療育施設では 10-20 代の年齢が多かった。知的障害・運動障害の程度をみると、最重度な児たちが多いが、中には知的障害がなく、歩行可能なケースもみられた。

小児科病院、療育施設ともに、短期入所の課題に、動く重心児をあげており、どちらの施

設でも、医療的ケアがあり、動ける子供への対応は難しいと考えられる。しかし、在宅では医療的ケアを必要とし、重症心身障害ではない児たちへの対応が問題となっている。具体的な記述では1対1の対応が必要とか要求に応じてあげられないなど切実な訴えがあり、今の制度では対応しきれていない。誰かが常に側にいてあげられるような特別な措置が必要と考える。

#### E. 結論

1 全国の小児科病院、療育施設を対象に短期入所・入院の実態調査を実施した。実施施設は小児科病院では微増、療育施設では変化がなかったが、今後実施を予定している病院・施設があるとのことであった。

2 小児科病院では利用児の多くが準・超重症児であり、療育施設でも3割程度が準・超重症児であり、在宅での重度化がうかがえた。

3 小児科病院では、短期入所・短期入院の実施率には地域差があった。また実施している施設では小児科病棟での受け入れが多く、入院管理料、小児科医師数などとの関連がみられた。

短期入院・入所を実施していない施設でも実施の必要性が認識されていた。

4 療育施設では医療体制の基盤がしっかりしているところほど重度な利用児(者)の受け入れが多く、また地域での調整会議や自治体からの財政援助などの有無も関連していた。

5 短期入所実施の課題では、病院・療育施設に共通なものとして、急な相談への対応、日程調整、動く重心児、状況把握、ケアの重度化などであった。

6 重症心身障害以外の高度医療的ケア児の受け入れには、動くことへのリスクや、入所

している他児への影響などが心配され、また要求への対応なども困難であり、人の配置など新たな施策が望まれる。

#### F. 健康危険情報

研究内容に介入調査は含まれておらず、関係しない。

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

なし

##### 2. 学会発表

来年度の日本重症心身障害学会ならびに国際知的障害研究会議(IASSIDD)にて発表予定。

#### H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得：なし

2. 実用新案登録：なし

3. その他：なし

#### 参考文献

1) 宮野前健 他. 「障害支援区分」下での在宅重症心身障害者の日中活動と短期入所ならびにグループホームのあり方に関する総合的な研究 2014年度公益財団法人 在宅医療助成勇美記念財団研究報告書 2015: 17-68

2) 後藤一也 他. 短期入所事業の実態と課題に関する調査—超重症児、医療ケアへの対応 日本重症心身障害学会誌 41: 2016: 288

3) 森俊彦 他. 重症児の一般病院小児科における短期入所(入院)の実態と課題 日本小児科学会誌 118: 2014: 1754-1759

4) 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.

**調査結果一覧：**

**1 全国小児科病院**

**1) 一次調査**

**①回答率**

全国小児科病院 525 施設中 390 施設より回答 (76.5%)

短期入所・入院実施施設が 163 施設 (42%)、実施していないが 224 施設 (57%) その内 43 施設は今後実施の予定があると回答。

**②短期入所・入院実施施設での実施方法**

表 1-1 短期入所・入院の実施方法

短期入所・入院の実施方法	施設数
①障害者総合支援法に基づく短期入所を実施	14施設(4%)
②いわゆる短期入院またはレスパイト入院	124施設(32%)
③①ならびに②を実施	25施設(6%)
④実施していない	224施設(57%) 内43施設は予定あり
⑤不明	3施設(1%)

**2) 二次調査**

回収率：390 施設に二次調査実施し 254 施設から回答があった (65.1%)。

**①短期入所・入院実施施設と実施していない施設の概要**

表 1-2 運営形態

運営形態	施設数		
	実施あり	実施なし	実施率
①国立病院機構	10	16	38.5
②社会福祉法人	6	6	50
③医療法人	17	15	53.1
④公立	28	56	33.3
⑤その他	29	55	34.5
無効回答等	5	11	31.3
計	95	159	37.4

表 1-3 地区別短期入所・入院実施率

地区	施設数		実施率 %
	実施あり	実施なし	
北海道	2	14	12.5
東北	5	11	31.3
関東	35	34	50.7
中部	13	27	32.5
近畿	25	40	38.5
中国	4	9	30.8
四国	1	6	14.3
九州	7	14	33.3
沖縄	1	1	50



表 1-4 病棟種別

病棟種別	施設数		実施率 %
	実施あり	実施なし	
①小児科病棟	52	67	43.7
②他科との 混合病棟	25	89	21.9
③ICU	2	11	15.4
④GCU	3	19	13.6
⑤その他	9	11	45
無効回答等	6	19	24
計	97	216	

表 1-5 入院管理料

入院管理料	施設数		実施率 %
	実施あり	実施なし	
①小児入院医療管理料1	12	19	38.7
②小児入院医療管理料2	38	46	45.2
③小児入院医療管理料3	13	29	31
④小児入院医療管理料4	10	58	14.7
⑤小児入院入院管理料5	0	8	0
⑥地域包括ケア病棟1	0	0	-
⑦地域包括ケア病棟2	0	0	-
⑧その他	13	30	30.2
無効回答等	12	26	31.6
計	98	216	

表 1-6 看護体制

看護体制	施設数		実施率 %
	実施あり	実施なし	
①7:1	83	150	35.6
②10:1	6	11	35.3
③13:1	0	0	-
④15:1	0	0	-
⑤その他	7	39	15.2

表 1-7 小児科医師数

小児科医師数	施設数		実施率 %
	実施あり	実施なし	
1-4名	12	32	27.3
5-8名	32	69	31.7
9-12名	25	26	49
12-16名	9	31	22.5
16名以上	5	18	21.7

表 1-8 リハビリスタッフ（実施施設のみ）

リハビリスタッフ	1施設当りの平均数
①PT	2.4
②OT	1.1
③ST	0.9
④心理	0.7

表 1-9 介護スタッフ（実施施設のみ）

介護スタッフ	1施設当りの平均
保育士	1.7
その他	6.6

表 1-10 当直体制

当直体制	施設数		実施率 %
	実施あり	実施なし	
①自施設担当科	54	87	38.3
②自施設他科含む	11	21	34.4
③他院から含む	28	45	38.4
④その他	2	8	20

表 1-11 救急時の対応

当直体制	施設数		実施率 %
	実施あり	実施なし	
①一次救急	16	40	28.6
②二次救急	66	103	39.1
③三次救急	42	68	38.2
④対応不可	2	6	25

表 1-12 財政援助（実施施設のみ）

財政援助	施設数
①ある：都道府県	17
②ある：市区町村	5
③ある：その他	0
④なし	63

② 短期入所・入院の実態（実施施設のみ）

表 1-13 1日の定員

1日の定員(名)	施設数
1～3	64
4～10	9
11～25	2

総数 178 名、平均 2.3 名

表 1-14 短期入所・入院の登録者数

登録者数(名)	施設数
1～10	15
11～50	7
51～99	4
100～150	1

登録実施施設 30

登録者総数 635 名

施設平均 23.4 名

表 1-15 短期入所・入院利用条件

a 制限の有無

年齢制限	施設数
年齢1才以下は不可	2
年齢3才以下は不可	1
年齢7才以下は不可	1
年齢15～20才以下不可	3

b 医療的ケアの受け入れの可否

医療的ケア・状態	施設数		
	利用可能	利用不可	利用可能な割合%
人工呼吸器	77	6	92.8
気管切開	80	2	97.6
重症心身障害以外の医療的ケア児	61	21	74.4
多動・行動障害	28	54	34.1

表 1-16 受け入れ実績

a 利用実人数、延べ人数、延べ日数、平均利用日数、超重症児、準超重症児

短期入所・短期入院	総数	超重症児	準超重症児	準・超重症児の割合(%)
実人数(名)	785	515	209	92.2
延べ人数(名)	4731	1305	794	44.4
延べ日数(日)	17944	5851	3347	51.3

平均利用日数 5.3 日

b 重症心身障害児(者)医療的ケア

医療的ケア児の利用実態	実人数 (施設平均)	延べ人数 (施設平均)
人工呼吸	273(5.1)	1620(32.4)
気管切開	369(6.8)	1322(25.4)
その他	231(4.8)	917(20.4)

c 年間の短期入所・入院の申込み数、断わり数

	年間総数	施設平均
短期入所・入院申込み数	1298	21.8
短期入所断わり数	79	1.3
人工呼吸器児断わり数	29	0.5

図 1-17 短期入所・入院の理由

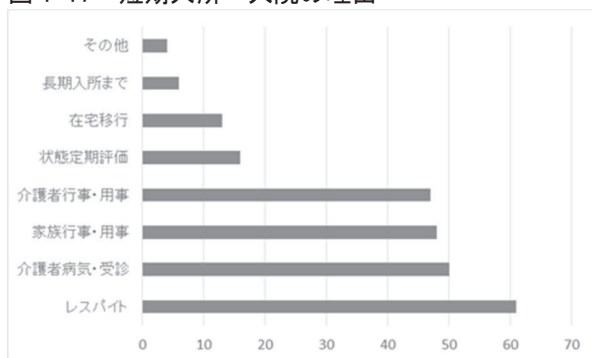


表 1-18 短期入所・入院中の活動参加

活動参加	施設数
①病棟での活動	37
②リハビリテーション	41
③通所	3
④学校	12
⑤入浴	57
⑥その他	2

表 1-19 体調変化

短期利用中の体調変化	施設数
①よくみられる	3
②たまにみられる	64
③なし	16

表 1-20 重症心身障害以外の高度医療的ケア児(者)の短期入所利用  
利用があった施設は 15 で、実人数 33 名、延べ人数 91 名

a 基礎疾患 (57 名)

疾患	人数
脳性麻痺	15
神経・筋疾患	5
奇形症候群	7
染色体異常	4
呼吸器・心疾患	7
代謝疾患	1
脊髄疾患	2
精神疾患・てんかん	2
脳症後遺症	6
その他	7

b 年齢

年齢	人数
①0-5歳	22
②6-10歳	10
③11-20歳	9
④21-30歳	10
⑤40歳以上	0

c 知的障害の程度

知的障害	人数
①なし	7
②境界域	3
③軽度	6
④重度	5
⑤最重要度	36

d 運動障害の程度

運動障害	人数
①なし	9
②走れる	1
③歩ける	1
④歩行障害	5
⑤座れる	6
⑥寝たきり	38

e 医療的ケア

医療的ケア	人数
①吸引・吸入	37
②エアウェイ	1
③気管切開	34
④人工呼吸器	29
⑤経鼻経管栄養	16
⑥胃ろう栄養	24
⑦空腸栄養	2
⑧IVH	0
⑨透析	0
⑩ストマケア	0
⑪その他	10

f 受け入れに伴う困難な点（受け入れ施設）

受け入れ困難な理由	施設数
①特になし	10
②動く事でリスクが高い	12
③医療的に重度すぎる	6
④その他	3

g 今後の受け入れについて（実施していない施設）

今後の受け入れ	施設数
①希望があれば受け入れる	21
②受け入れない	29

h 受け入れできない理由（実施していない施設）

受け入れられない理由	施設数
①働く事でリスクが高い	17
②医療的に重度すぎる	4
③その他	13

図 1-21 短期入所・短期入院の受け入れの課題

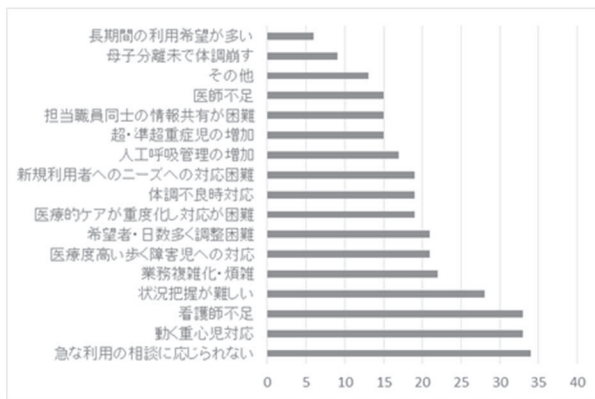


表 1-22 地域での調整会議・支援会議の有無

調整会議等の有無	施設数
あり	37
なし	45

表 1-23 地域でのニーズに応えられているか

ニーズに応えられているか	施設数
①十分応えられている	1
②まずまず応えられている	33
③あまり応えられていない	34
④まったく応えられていない	10
⑤わからない	6

表 1-24 今後一般小児科でも短期入所・入院が必要と思うか

一般小児科での短期入所・入院の必要性	施設数
必要	75
不要	9

### ③短期入所・入院を実施していない施設への設問

表 1-25 実施していない理由

実施していない理由	施設数
①地域のニーズがない	11
②医療入院の需要が多く対応が困難	84
③ベッドのやりくり困難	59
④他の施設で行っており十分	22
⑤医師・看護師不足	66
⑥施設管理者側が病床運営や経営を考えて出来ない	21
⑦その他	21

表 1-26 今後短期入所・入院の実施する予定

	今後の実施		
	予定あり	予定なし	不明
短期入所	6	111	21
短期入院	20	92	29

表 1-27 後一般小児科でも短期入所・入院が必要と思うか

一般小児科での短期入所・入院の必要性	施設数
必要	102
不要	9

## 2 療育施設

回収率：全体で 73.1%

	回答数	送付数	%
国立病院機構病院	51	64	79.7
公法人立施設	108	157	69.7
無効回答	1		
計	160	221	73.1

### ①施設概要

表 2-1 運営形態

運営形態	施設数
①国立病院機構	51
②社会福祉法人	86
③医療法人	0
④公立	19
⑤その他	3
無効回答	1
計	160

表 2-2 短期入所実施の有無

a 短期入所実施率

	短期入所実施		
	あり	なし	実施率 %
国立病院機構病院	43	8	84.3
公法人立施設	103	5	95.4

b 地域別実施施設の割合

	対象施設数	回答施設	実施施設	実施施設/ 回答施設%
北海道	9	5	4	80.0
東北	21	14	14	100.0
関東	47	35	34	97.1
中部・北陸 ・東海	36	28	25	89.3
近畿	38	25	22	88.0
中国	21	13	11	84.6
四国	9	8	8	100.0
九州	40	28	25	89.3
沖縄	5	2	2	100.0

c 短期入所の実施方法

	施設数	国立病院機構 病院	公法人立
①障害者総合支援法 での短期入所	112	30	82
②主目的医療入院 ・副レスパイト	3	3	0
③ ①+②	18	8	10
④ 実施せず	13	8	5
無回答等	14	-	-

表 2-3 短期入所受け入れ病棟の種類・体制・受け入れ形態等

a 短期入所受け入れ病棟の種類

施設・病棟種別	病棟数
①医療型障害児入所施設 (主に重症心身障害児)ま たは療養介護施設	222
②医療型障害児入所施設 (主に肢体不自由児)	41
③小児科病棟	7
④一般病棟(小児科以外)	12
⑤その他	4



b 短期入所受け入れ病棟の算定入院管理料

算定入院管理料	病棟数
①障害者施設等入院基本料	212
②療養病棟入院基本料1	12
③療養病棟入院基本料2	1
④精神病棟入院基本料	3
⑤小児入院医療管理料3	2
⑥特殊疾患病棟入院料2	22
⑦地域包括ケア病棟1	0
⑧地域包括ケア病棟2	0
⑨その他	20

c 看護体制

看護体制	病棟数	割合%
7:1	70	24.2
10:1	172	59.5
13:1	6	2.1
15:1	6	2.1
その他	31	10.7
無回答等	4	1.4

d 受け入れ病床形態

受け入れ病床形態	病棟数
①空床型(重症心身障害病棟の定床まで受入れ)	146
②空床型(重症心身障害病棟定床を超えて受入れ)	24
③空床型(重症心身障害病棟以外の病棟を利用)	21
④定床型	57
⑤単独型(短期入所専用病棟)	0
⑥その他	3

表 2-4 重症心身障害病棟の医師数

医師	総数	平均数
全科	1149	8.3
小児科	620.8	4.5
内科	166.9	1.2
整形外科	125	0.9
精神科	56	0.4
その他	180.3	1.3

表 2-5 受け入れ病棟の関連リハビリスタッフ数

リハビリスタッフ	総数	平均数
PT	841.35	12
OT	600.1	11.4
ST	352.2	3.6
心理	119.7	3.5

表 2-6 受け入れ病棟の関連介護スタッフ数

介護スタッフ	総数	平均数
保育士	1181.1	3.9
児童指導員	628.6	4.1
介護福祉士 ・生活支援員	2325.1	5.2
その他	852.3	5.5

表 2-7 当直体制

当直体制	施設数
全て自施設の 担当科医師のみ	20
自施設他科医師を含む	30
他院からの医師含む	90
その他	5

表 2-8 救急時対応

救急時対応	施設数
一次救急	13
二次救急	26
三次救急	3
対応不可	91

表 2-9 財政援助

財政援助	施設数
ある:都道府県	9
ある:市区町村	13
ある:その他	1
なし	103

## ② 短期入所の実態

表 2-10 短期入所の1日の定員

1日定員数	施設数
1-5	83
6-10	44
11-25	5
16-20	3
20<	6

総定員数 916 名（施設平均 6.5 名）

表 2-11 短期入所登録数

登録人数	施設数
1-100	80
101-200	22
201-300	4
301-400	2
401以上	3

登録制あり 112 施設、なし 30 施設

登録者総数 9442 名 施設平均数 85.1 名

表 2-12 利用条件

### a 制限の有無

	制限あり	制限なし
年齢	48	94
利用日数	37	102
人工呼吸器台数	58	42

### b 人工呼吸器台数

呼吸器台数制限	施設数
1台まで	15
2台まで	19
3台まで	3
4台以上	5

c 医療的ケアの受け入れの可否

ケアの種類	利用可能	利用不可	利用可能な割合%
人工呼吸器	102	37	73.4
気管切開	135	9	93.8
鼻腔・ 胃ろう栄養	141	2	98.6
経腸栄養	121	14	89.6
ストマ	101	20	83.5
IVH	63	62	50.4
透析	18	110	14.1
多動・行動障害	30	100	23.1

表 2-13 短期入所受け入れ実績

短期入所	総数	超重症児 (者)	準・超重 症児(者)	準・超重症児 (者)の%
実人数	7629	941	1480	31.7
延べ人数	44900	5920	8791	32.8
延べ日数	168397	24870	34839	35.5

a 利用実人数

利用実人数	施設数
1-25	61
26-50	39
51-100	29
101-200	12
201以上	4

施設平均 53.0 名

b 利用延べ人数

利用延べ人数	施設数
1-125	50
126-250	34
251-500	35
501-750	10
750以上	15

施設平均 311.8 名

c 利用延べ日数

利用延べ日数	施設数
1-500	54
501-1000	39
1001-2000	34
2001-3000	5
3000以上	14

施設平均 1153.4 日

表 2-14

a 超重症児利用実人数

超重症児(者) 利用実人数	施設数
0	24
1-10	50
11-20	19
21-30	4
30以上	7

施設平均 9.0 名

b 超重症児利用延べ人数

超重症児(者) 利用延べ人数	施設数
0-50	74
51-100	15
101-200	16
201-300	3
300以上	2

施設平均 53.8 名

c 超重症児利用延べ日数

超重症児(者) 利用延べ日数	施設数
0-100	54
100-200	9
200-400	18
400-600	8
600以上	11

施設平均 248.7 日

表 2-15

a 準超重症児利用実人数

準超重症児(者) 利用実人数	施設数
0	15
1-10	50
11-20	17
21-30	10
30以上	10

施設平均 14.5 名

b 準超重症児利用延べ人数

準超重症児(者) 延べ人数	施設数
0-50	58
51-100	17
101-200	21
201-300	5
300以上	7

施設平均 81.4 名

c 準超重症児利用延べ日数

準超重症児(者) 利用延べ日数	施設数
0-100	36
100-200	18
200-400	19
400-600	13
600以上	14

施設平均 348.4 日

表 2-16 短期入所利用児(者)の医療的ケア状況

a 人工呼吸児(者)利用実人数

人工呼吸児(者) 利用実人数	施設数
0	37
1-10	45
11-20	14
21-30	6
30以上	6

総数 809 名 施設平均 7.5 名

b 人工呼吸児(者)利用延べ人数

人工呼吸児(者) 利用延べ人数	施設数
0-50	86
51-100	12
101-200	14
201-300	2
300以上	4

総数 6557 名 施設平均 55.6 名

c 気管切開(者)利用実人数

気管切開児(者) 利用実人数	施設数
0	16
1-10	63
11-20	15
21-30	8
30以上	9

総数 1318 名 施設平均 11.9 名

d 気管切開(者)利用延べ人数

気管切開児(者) 利用延べ人数	施設数
0-50	77
51-100	16
101-200	13
201-300	6
300以上	8

総数 10730 名 施設平均 89.4 名

e 経鼻・胃ろう・腸ろう(者)利用実人数

経鼻・胃ろう・腸 ろう栄養等児(者) 利用実人数	施設数
0	3
1-10	47
11-20	23
21-30	18
30以上	20

総数 2375 名 施設平均 21.4 名

f 経鼻・胃ろう・腸ろう(者)利用延べ人数

経鼻・胃ろう・腸ろう栄養等児(者)利用延べ人数	施設数
0-50	45
51-100	24
101-200	26
201-300	12
300以上	17

総数 19681 名 施設平均 158.7 名

g その他医療的ケア利用実人数

その他医療的ケア児(者)利用実人数	施設数
0	27
1-10	36
11-20	10
21-30	5
30以上	8

総数 997 名 施設平均 11.6 名

h その他医療的ケア利用延べ人数

その他医療的ケア児(者)利用延べ人数	施設数
0-50	59
51-100	7
101-200	9
201-300	4
300以上	7

総数 6664 名 施設平均 77.5 名

表 2-17 年間の短期入所申込み件数

年間申込み件数	施設数
0-100	30
100-200	20
200-400	15
400-600	18
600以上	17

総数 37326 件 施設平均 373.3 件



表 2-18 年間の短期入所断り件数

年間断わり件数	施設数
0-50	75
51-100	9
101-200	11
201-300	1
300以上	2

総数 4041 件（総利用件数の 9.0%） 施設平均 41.2 件

表 2-19 2-18 の中で人工呼吸管理の件数

年間断わり件数 人工呼吸管理	施設数
0-5	88
6-10	5
11-50	5
51-100	0
101以上	1

総数 534 件（総断り件数の 13.2%） 施設平均 5.4 件

図 2-20 短期入所の理由（77 施設）

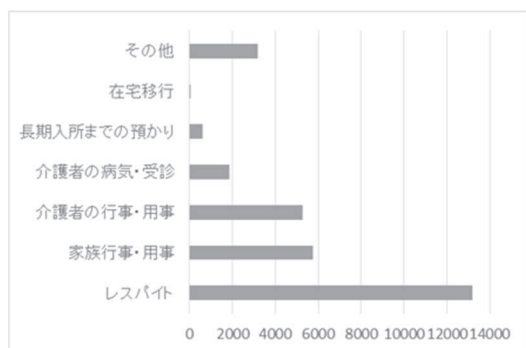


表 2-21 短期入所中の活動参加

短期入所中の 活動参加	施設数	%
①病棟での活動参加	123	84.8
②リハビリテーション	56	38.6
③通所	42	29
④学校	58	40
⑤入浴	142	97.9
⑥その他	8	5.5

表 2-22 短期入所中の体調変化

体調の変化	施設数
よくみられる	7
たまにみられる	126
なし	12

表 2-23 短期入所中の体調変化に対する対応

体調変化時の対応	施設数
当直医が対応	114
当番医がオンコールで対応	12
主に担当医がオンコールで対応	33
主に他科が担当	4

表 2-24 短期入所中に医療入院が必要になった時の対応

医療入院が必要な際の対応	施設数
同病棟で医療入院に切り替える	65
別の病棟で医療入院に切り替える	13
他の病院に転院し利用入院とする	84
その他	22

表 2-25 重症心身障害以外の高度医療的ケア児(者)の短期入所利用

a 利用の有無

重症児以外の高度医療的ケア児の短期入所	施設数
あり	18
なし	117
無回答	24

b 基礎疾患(72名)

疾患	人数
脳性麻痺	19
神経・筋疾患	18
奇形症候群	8
染色体異常	7
呼吸器・心疾患	6
代謝疾患	5
脊髄疾患	4
精神疾患・てんかん	2
その他	3

c 年齢

年齢	人数
0-5歳	11
6-10歳	11
11-20歳	21
21-30歳	20
40歳以上	9

d 知的障害

知的障害	人数
なし	10
境界域	6
軽度	2
重度	12
最重要度	40

e 運動障害

運動障害	人数
なし	0
走れる	2
歩ける	7
歩行障害	4
座れる	13
寝たきり	54

f 医療的ケア

医療的ケア	人数
①吸引・吸入	48
②エアウェイ	0
③気管切開	37
④人工呼吸器	33
⑤経鼻経管栄養	19
⑥胃ろう栄養	34
⑦空腸栄養	0
⑧IVH	0
⑨透析	0
⑩ストマケア	0
⑪その他	9

g 重症心身障害以外の高度医療的ケア児の受け入れの困難な点

受け入れ困難な点	施設数
特になし	7
動くことでリスクが高い	7
医療的に重度すぎる	4
その他	9

その他：スタッフの配置調整

吸引が頻回で看護師がつききり

1対1の対応必要（高柵ベッドで対応）

処置が請求できないものが多い

状態が不安定になりやすい

要求に応じてあげられない

他児への他害

希望するタイミングでの処置など

h 受け入れのない施設での今後の受け入れ

今後の受け入れ	施設数
希望があれば受け入れる	28
受け入れない	74

i 受け入れの予定のない施設では、その理由は？

受け入れ予定のない理由	施設数
動くことでリスクが高い	39
医療的に重度すぎる	30
その他	24

その他：スタッフ数や能力などで対応困難

重症心身障害を対象としている

重症心身障害の受け入れが困難となる

他の利用者に影響がある

機能・設備面で対応困難

### ③入所受け入れの取り組みおよび地域の現状

表 2-26 受け入れの専門（担当）部署の有無

専門部署の有無	施設数
あり	74
なし	67
無回答等	18

表 2-27 地域連携室などない場合は誰が担当しているのか。

担当者	施設数
医師	1
看護師	17
事務	17
児童指導員等	32
コーディネーター	3
ソーシャルワーカー	17
その他	21
無回答等	51

表 2-28 短期入所の予約はどうしているのか。

申込み方法	施設数
電話	135
ファックス	21
メール	13
ホームページ登録	2
その他	59

その他：来院・来園時、窓口、郵送

表 2-29 短期入所の予約はいつからできるのか

予約時期	施設数
いつでも	38
1か月前	40
2か月前	45
その他	23

その他：3ヶ月前 13施設

表 2-30 急な短期入所の相談に応じられるのか

急な相談に対応可能か	施設数
いつでも可能	20
不可能	3
状況に応じて可能な場合もある	116

表 2-31 急な相談に応じられない理由

理由	施設数
空きベッドがない	88
受入上限を決めている	29
スタッフ不足	31
医師数が足りない	10
その他	19

表 2-32 新規の利用に際しての安全な受け入れや取り組みについて

安全な受け入れに工夫している点	施設数
事前の外来受診で情報収集	131
事前の病棟などの見学	124
事前の家庭訪問	6
段階的な受入	113
看護配置を手厚く	18
入所時の医師のチェック	76
モニタリングを常時行う	9
その他	15

表 2-33 短期入所受け入れの課題

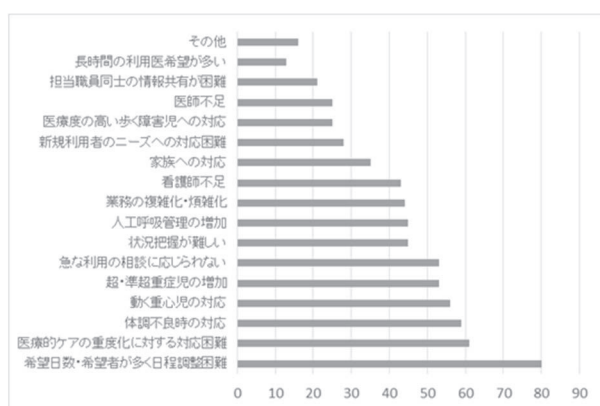


表 2-34 地域での在宅重症児に関する調整や支援会議の有無

調整会議等の有無	施設数
あり	69
なし	71

具体的には：自立支援協議会

支援者会議

在宅医療等連携体制整備事業

在宅医療連携会議

在宅支援会議

相談支援事業所の会議 等様々

表 2-35 a 地域の短期入所のニーズに応えられているのか

ニーズに応えられているか	施設数
十分にえられている	1
まずまずえられている	88
あまりえられていない	41
まったくえられていない	0
分からない	13

b 地域別

地域別	ニーズに応えられていない施設の割合%
北海道	0.0
東北	40.0
関東	40.0
中部・北陸 ・東海	56.3
近畿	50.0
中国	42.9
四国	14.3
九州	33.3
沖縄	0.0

表 2-36 一般病院小児科でもレスパイト目的の短期入院が必要か

一般小児科での短期入所・入院の必要性	施設数
必要	116
不要	7

必要な理由： 受け入れ先がすくない

ニーズの増加

医療的に重度の子が増加

レスパイトの必要性

利用できる期間が短い

かかりつけ医にみてもらえる

施設が偏在しているため

低年齢の子でも受け入れ可能

体制が整備されている

不要な理由： ベッドの確保の難しさ

急病者がみられなくなる

表 2-37 短期入所を実施していない施設への設問

短期入所を実施していない理由は何ですか。

実施しない理由	施設数
地域のニーズがない	3
医療入院が主でレスパイトが従で対応	1
ベッドのやりくり困難	3
他の施設で行っており十分	2
医師・看護師不足	5
施設管理者が病床運営や経営を考えて出来ない	2
その他	4

表 2-38 今後短期入所の実施を予定しているか。

今後の実施	施設数
予定あり	4
予定なし	6

④医療体制や地域連携などと、重症度の高い短期入所受け入れ実態の関連

表 2-39 看護体制

看護体制	施設数	延べ日数 平均	超重症児 延べ日数 平均	準超重症児 延べ日数 平均
7:1	31	1555.3	284.7	392.0
10:1	91	1006.0	162.3	222.7
それ以外	16	661.1	50.3	59.1

表 2-40 小児科医師数

小児科 医師数	施設数	短期利用 延べ日数 平均	超重症児 延べ日数 平均	準超重症児 延べ日数 平均
1-3	24	731	104	196
4-6	45	1018	139	233
7-10	28	922	151	157
11~	28	2291	415	533

表 2-41 当直体制

	施設数	短期利用 延べ日数 平均	超重症児 延べ日数 平均	準超重症児 延べ日数 平均
全て自施設の 担当科医師	19	1631.6	451.9	539.9
自施設他科 医師を含む	21	830.2	202.1	170.2
他院からの 医師含む	86	1213.4	133.5	238.0
その他	14	271.1	29.4	22.6



表 2-42 医療入院必要時の対応

	施設数	短期利用 延べ日数 平均	超重症児 延べ日数 平均	準超重症児 延べ日数 平均
同病棟で 対応	55	1613.0	301.8	411.7
別の病棟で 対応	12	2246.7	493.9	462.1
他院に転院	78	1249.5	195.8	263.1
その他	35	894.2	109.8	176.0

表 2-43 調整会議や支援会議

	施設数	短期利用 延べ日数 平均	超重症児 延べ日数 平均	準超重症児 延べ日数 平均
調整会議 等あり	63	1373.4	210.6	338.6
調整会議 等なし	68	1009.9	163.8	193.5

表 2-44 自治体などからの財政援助

	施設数	短期利用 延べ日数 平均	超重症児 延べ日数 平均	準超重症児 延べ日数 平均
財政援助あり	24	1583.3	359.0	337.7
財政援助なし	101	1114.7	145.1	248.1

平成 28 年度厚生労働科学研究費補助金(障害者政策総合研究事業)  
「医療的ケア児に関する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携促進に関する研究」

### 訪問看護を利用している小児の実数調査

研究分担者 大田 えりか (聖路加国際大学国際看護学 教授)

#### 研究要旨

高度な医療的ケアが必要な小児の場合、在宅移行後に訪問看護を利用するケースが多いことから、訪問看護事業所に小児の訪問看護利用者数と必要な医療的ケアの内容を調査し、医療的ケア児に必要な支援について示唆を得ることを目的として、アンケート調査を計画した。今後、訪問看護事業所にアンケート用紙を配布し、回収されたアンケート内容を分析する予定である。

#### 研究協力者

沢口恵 聖路加国際大学小児看護学

分担研究者

清崎由美子 全国訪問看護事業協会

#### A. 研究目的

在宅に移行する医療的ケア児が増加傾向にあるが、医療的ケア児の実数や必要な医療的ケアの内容、地域での生活を支援するための社会資源利用に関する実態が明らかになっておらず、医療・福祉・教育の連携のあり方や医療的ケア児にとって必要な社会資源の内容や支援方法が見出せない現状にある。高度な医療的ケアが必要な小児の場合、在宅移行後に訪問看護を利用するケースが多い。そこで、訪問看護事業所に対して小児の訪問看護利用者数を調査することで、医療的ケア児の実数と必要な医療的ケアの内容を把握することができ、必要な支援への示唆を得ることができると考えた。よって、小児の訪問看護利用者数から医療的ケア児の実数と必要な医療的ケアの内容を明らかにし、今後の医療的ケア児に必要な支援の示唆を得ることを目的とした。

#### B. 研究方法

全国訪問看護事業協会の会員である訪問看護事業所にFAXにてアンケート用紙を送付し、訪問看護を利用している小児の実数を把握する。質問項目は、小児、成人を含む訪問看護利用者数、医療的ケア児の年齢別の数と医療的ケアの内容である。

(倫理面への配慮)

アンケート用紙には訪問看護事業所の事業所番号は質問項目に入れないなど、個人が特定されないよう配慮する。聖路加国際大学研究倫理審査委員会に申請中である。

#### C. 研究結果

今後アンケート用紙を配布し、回収されたアンケート内容を分析する予定である。

#### D. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

#### G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

平成 28 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）

分担研究報告書 平成 28 年度

**研究課題 2-6：**医療的ケア児に関する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携促進に関する研究（28130601）

**分担研究：**重症心身障害児施設等における高度医療児の短期入所の実態と課題に関する研究

研究分担者： 岩崎裕治（東京都立東部療育センター）

研究協力者： 後藤一也（国立病院機構西別府病院）

椎木秀俊（東京小児療育病院）

宮野前健（国立病院機構南京都病院）

山路野百合（聖路加国際大学大学院

看護学研究科 国際看護学）

主任研究者： 田村正徳（埼玉医科大学病院総合医療センター

総合周産期母子医療センター）

1 全国の小児科学会指導医のいる病院（以下小児科病院）525 施設、全国の重症心身障害施設（公法人立重症児施設 125 施設、国立精神・神経医療研究センターを含む国立病院機構重症心身障害病棟 74 施設）、肢体不自由児施設 37 施設を対象に、短期入所・入院受け入れの有無、施設の体制や運営状況、短期入所受け入れの実態、医療的ケア児の受け入れの実態、またその課題、実施していない施設には、今後の実施予定などについて調査を行った。

2 その結果小児科病院では実施している施設が 42%であり、2014 年の森らの調査の 38%よりわずかではあるが増加している結果であった。また実施していない施設の 43 施設で今後実施が予定されておりさらなる増加が期待できる。療育施設では国立病院機構病院で、84.3%、公法人立施設で 95.4%とほとんどで実施されていた。さらに療育施設では今後実施を予定している施設が 4 箇所であった。

2 小児科病院では利用児実人数の 9 割、療育施設でも 3 割程度が準・超重症児(者)であり、在宅での重度化がうかがえた。

3 小児科病院では、短期入所・短期入院の実施率には地域差があり、関東、近畿、九州沖縄で高かった。また実施している施設では、約 8 割で小児科病棟での受け入れが多く、入院管理料、小児科医師数などとの関連がみられた。また短期入所・短期入院を実施していない施設でもその必要性については認識されていた。

4 療育施設では人工呼吸器使用の利用児(者)の受け入れが増加していた。また看護体制が手厚い、小児科医が多い、当直が自科でまかなえるなど、医療体制の基盤がしっかりしているところほど重度な利用児(者)の受け入れが多く、また地域での調整会議などの有無や財政援助なども受け入れの増加につながっていた。

5 短期入所実施の課題では、病院・療育施設に共通なものとして、急な相談への対応、日程調整、動く重心児、状況把握、ケアの重度化などであった。

6 重症心身障害以外の高度医療的ケア児の受け入れには、動くことへのリスクや、入所している他児への影響などが心配され、人の配置など新たな施策が望まれる。

A. 研究目的

近年、在宅で重度の医療的ケアが必要となる重症心身障害児(者)（以下重症児(者)）が増加しており、その課題も変化してきている。また重症心身障害の定義にはあてはまらないが、濃厚な医療的ケアが必要な患

者も増加しており、このようなケースへの在宅支援も今後必要である。公法人立および国立病院機構の重症心身障害施設では、主に重症児(者)を対象にした短期入所サービスを実施している。上記のような在宅に暮らす重症児(者)の状態の変化に伴い利用

者の状態も変化してきており、それに伴い新たな課題も生じてきている。

我々は昨年全国の重症心身障害施設を対象に、短期入所の実態調査を行った。その結果、多くの施設で人工呼吸管理や、気管切開などの管理が必要なケースの受け入れが可能という回答で、以前の調査に比較して受け入れ可能施設数が増加していた。しかし実際は 1/3 程度の施設では人工呼吸管理を要する利用児者の受け入れがなかった。

そこで、本研究では、昨年実施した調査を基にして、療育施設だけでなく、小児科のある病院も含め、短期入所・入院の実態、医療的ケアの濃厚な利用児者の受け入れ体制や対応などへの課題を調査し、どのような要因が関連しているかを明らかにする。また重症児者以外の高度医療的ケア児の受け入れなども調査していく。

## B. 研究方法

対象は以下のとおりである。

1) 全国の小児科学会指導医のいる病院（以下小児科病院）525 施設

2) 全国の重症心身障害施設（公法人立重症児施設 125 施設、国立精神・神経医療研究センターを含む国立病院機構重症心身障害病棟 74 施設）、肢体不自由児施設 37 施設（重複している施設は除く）を対象に、短期入所・入院受け入れの有無、施設の体制や運営状況、短期入所受け入れの実態、医療的ケア児の受け入れの実態（重症心身障害以外の医療的ケア児についても）、またその課題、実施していない施設には、今後の実施予定などについて、調査を行った。

病院については、まず一次調査で短期入所（入院）を実施しているかどうか、また実施していない場合には将来実施の予定があるかを尋ねた。

調査期間は、平成 28 年 10 月から平成 28 年 12 月で、調査の対象期間は、平成 27 年 4 月～平成 28 年 3 月とした。

有意差の検定は、小児科病院における短期入所実施の有無ではロジスティック回帰分析を、療育施設での短期入所全体や、準・超

重症児の延べ日数の比較では、重回帰分析を使用した。

## C. 研究結果

### 1 小児科病院への調査

#### 1) 一次調査

全国の小児科学会指導医のいる病院 525 施設を対象に、短期入所の実施の有無に関する一次調査を実施し、390 施設から回答を得た（回答率 76.5%）。その結果表 1-1 のように

① 障害者総合支援法に基づく短期入所を実施 14 施設

② 主たる目的が在宅管理など医療法上の入院であるが、従たる目的がレスパイトなどの福祉目的の短期入所を実施している（いわゆる短期入院またはレスパイト入院）124 施設

③ ①および②を実施 25 施設

④ 実施していない 224 施設であった。

何らかの形での短期入所または短期入院を実施している施設は合計で 163 施設（42%）、実施していない 224 施設（57%）、不明 3 施設（1%）であった。実施していない施設で、今後実施を予定しているかという問いには、224 施設中 220 施設から回答があり、その内 43 施設で実施を予定しているとのことであった。

#### 2) 二次調査

一次調査で回答のあった 390 施設に二次調査を依頼し、254 施設から回答があった（回答率 65.1%）。

二次調査では、施設の運営形態、医療体制などにつき、短期入所（入院）の実施の有無に関わらず調査を行い、実施ありと実施なしの施設で差があるかどうかを比較した。また実施施設ではその実態や課題、重症心身障害以外の高度医療的ケア児受け入れなどにつき調査を行った。

その結果、254 施設中、短期入所・入院の実施ありの施設は、95 施設で実施なしの施設が 159 施設だった（表 1-2 実施率 37.4%）。

#### ①施設概要

小児科病院の運営形態では公法人立とその

他が多かったが、短期入所・入院の実施率では、社会福祉法人と医療法人が高かった（表 1-2）。地域別実施率では、関東、近畿、九州沖縄で高かった（表 1-3）。

病棟種別では、小児科病棟と他科との混合病棟とが多く同じ程度であったが、短期入所・入院については、小児科病棟での受け入れ実施が高かった（表 1-4）。入院管理料では、実施しているところでは、小児入院管理料の 1, 2 が 3, 4 に比べると高かった（表 1-5）。実施施設では総ベッド数 2498（平均 28.1）実施ない施設では総ベッド数 4750（平均 22.0）であった。看護体制では、7:1 がほとんどで、10:1 と比較しても実施率の差がなかった（表 1-6）（その他は、3:1、6:1 など）。受け入れ病床形態（実施施設のみ）は空床を運用する空床型が 77 施設、定床型が 17 施設であった。

小児科医師数と短期入所・入院の実施率を比較してみると、平均の小児科医師数は、実施施設 9.0、実施なし施設では 9.1 と差がなかった。しかし数と実施率の関係をみると、あるところまでは医師数が増えるに従い実施率も上がっている（表 1-7）。その後は医師数の 12 を境に減少していた。しかし統計学的には有意差はみられなかった。

当直体制では実施率にあまり差がなく（表 1-10）、救急時対応では一次救急施設では低く、二次・三次救急施設で実施率が高かったが有意差はなかった。（表 1-11）。財政援助では、22 施設で公的な財政援助があるとのことだった。

#### ②短期入所・入院の実態（実施施設のみ）

短期入所の定員は、合計で 178 名、施設平均 2.3 名と 1 日の定員が 1-3 名の施設がほとんどを占めていた（表 1-13）。3 分の 1 の施設では登録制としていた。利用条件では、年齢制限は 5 施設のみ。また医療ケアでは人工呼吸、気管切開とも、ほとんどの施設で受け入れが可能だったが、重症心身障害以外の対象者特に、多動・行動障害については、6 割を超える施設で受け入れが不可能だった（表 1-15b）。受け入れ実績は、実人数で 785 名（平均 10.9）、延べ人数 4731 名（平

均 65.7）、延べ日数 17944 日（平均 112.5）だった。このうち準・超重症児の占める割合は、実人数では 9 割以上、延べ日数でも 50% 以上だった（表 1-16a）。年間の短期入所・入院で受け入れができなくてお断りした件数は全体で 79 件と全体の申込みの 6%だった。その内人工呼吸児は 37%であった。

短期入所・入院の理由については、レスパイトが最も多く、介護者や家族の病気、行事、用事などが次に多かった（図 1-17）。

短期入所・入院中の活動では、半数以上が入浴可能で、約半数で病棟の活動や、リハビリテーションを受けられていた（表 1-18）

短期入所では体調の変化を起こしやすいとの報告があるが、半数以上で短期入所・入院中に体調の変化があると回答している（表 1-19）。

重症心身障害児（者）以外の高度医療的ケア児の短期入所の受け入れは、15 施設であったと回答し、疾患では脳性麻痺、奇形症候群、呼吸器・心疾患、脳症、神経筋疾患などが多かった。性別は、男 33 名、女 23 名、年齢は 0-5 歳の低年齢に多い。また知的障害は最重度が多かったが、しかし知的障害がない児も 7 名あった。運動障害でも最重度の寝たきりが多かったが、まったくなしの児も 9 名あった。医療的ケアは、気管切開、吸引・吸入、人工呼吸器など呼吸関連のケアを要する児が多かった。受け入れに伴う困難さは、動くことのリスクが一番であった。このような児の受け入れをしていない施設でも、21 施設で希望があれば受け入れると回答があった（表 1-20a-g）。

短期入所・入院の受け入れの課題については、一番多かったのが急な利用に応じられない、次に動く重心児への対応、看護師不足、状況把握の難しさなどであった（図 1-21）。地域での調整会議・支援会議は半数弱で実施されていた（表 1-22）。地域のニーズに对应されているかという設問には、半数強で答えていないという回答であった（表 1-23）。まったく応えられていないと回答のあった 10 病院は、東京、埼玉、千葉、静岡、名古屋、和歌山、大阪、札幌の病院であった。

短期入所・入院を実施していない理由として最も多かったのが、医療入院の需要が多く対応が困難というもので、ついで医師・看護不足、ベッドのやりくり困難であった(表 1-25)。  
今後一般小児科でも短期入院・入所が必要かとの問いには、ほとんどの施設で必要と回答している(表 1-27)。

## 2 療育施設への調査

全国の重症心身障害施設(公法人立重症児施設 125 施設、国立精神・神経医療研究センターを含む国立病院機構重症心身障害病棟 74 施設)、肢体不自由児施設 37 施設)を対象に調査を実施した(重複を除く)。  
全体で、221 施設に送付し、160 施設から回答を得た(回答率 73.1%)。

### 1) 施設概要

回答のあった施設の運営形態は、国立病院機構病院 51、社会福祉法人 86、公立 19、その他 3 だった。短期入所はほとんどの施設で実施されており、実施率は国立病院機構病院で、84.3%、公法人立施設で 95.4%だった(表 2-2a)。

その短期入所は、ほとんどが障害者総合支援法に基づくものであった(表 2-2c)。短期入所受け入れ病棟定床数は総計で 10274 床(平均:38.8 床)。入院管理料は、ほとんどが障害者施設等入院基本料で、一部が特殊疾患病棟入院料や、療養病棟入院基本料であった(表 2-3b)。看護体制は、回答のあった施設の約 60%が 10:1 で 24%が 7:1 であった(表 2-3c)。受け入れ病床形態は多くが空床を利用するもので、一部定床型であった(表 2-3d)。医師数は、1 施設あたり 8.3 名で小児科がその半分強であった(表 2-4)。

当直体制は、すべて自施設担当科での対応ができている施設は 20 と少なく、また自施設の他科医師も当直に加わっているのが 30 施設、そして多くが他院からの医師の助けを得て行っていた(表 2-7)。救急時対応も、一次、二次、三次がそれぞれ、13、26、3 で、

対応不可が 91 と多かった(表 2-8)。財政援助は 23 施設で受けられていた。

### 2) 短期入所受け入れ実態

短期入所の 1 日の定員の合計は 916 名で、112 施設で登録制があり、9442 名の登録があった(表 2-10, 2-11)。利用条件では、年齢制限が約半数にあり、利用日数の制限も約 1/3 にみられた。ケアの種類では人工呼吸器が 73.4%で多くの施設で利用可能で、気管切開は 93.8%とほとんど施設で可能であった(表 2-12)。

受け入れ実績は、実人数の総計が 7629 名で 1 施設あたり 53 名であった。延べ人数では、総計が 44900 名(1 施設あたり 311.8 名)、延べ日数では 168397 日(1 施設あたり 1153.4 日)であった(表 2-13)。受け入れ利用児(者)の 3 割強が準・超重症児(者)であった。平均利用日数は 11.7 日であった。人工呼吸器を必要とする利用児(者)は総数で 809 名で、延べ人数 6557 名、気管切開は 1318 名、延べで 10730 名であった(表 2-16)。年間の短期利用の申込みは、37326 件で、その内受け入れが困難でお断りしたケースが 4041 件と総数の 9.0%で、その内呼吸器のケースが 534 件 13.2%であった(表 2-17-19)。短期入所の理由はレスパイト、次に家族・介護者の行事・用事、介護者の病気・受診となっている(図 2-20)。短期入所中の活動では、入浴はほとんど可能で、次に病棟での活動、学校、リハビリテーションであった(表 2-21)。

短期入所中の変化はたまにみられるが多かった(表 2-20)。体調変化には大体当直医が対応しており、オンコールでの対応も 45 施設でみられた(表 2-23)。医療入院が必要になった場合は他院に転院が最も多く、次に同病棟での対応であった(表 2-24)。

重症心身障害以外の高度医療的ケア児の短期入所利用については、18 施設で受け入れがあり、実人数 82 名、延べ人数 1050 名であった。疾患別では、脳性麻痺、神経・筋疾患が多く、奇形症候群、染色体異常、呼吸器・心疾患などであった。年齢は 11-30

歳に多かった。知的障害は最重度が多かったが、知的障害がないケースも10名あった。運動障害は、やはり最重度の寝たきりが多かったが、歩ける、走れるが9名と軽いケースの入所もあった。医療的ケアは、吸引・吸入、気管切開、人工呼吸器、胃ろうなどであった。受け入れ困難な点は、動くことでリスクが高い、医療的に重度の他に、1対1での対応、要求に応じてあげられない、他児への他害などがあった。受け入れの希望があれば受け入れるという施設が28あった(表2-25a-i)。

### 3) 短期入所受け入れの取り組みおよび地域の現状

受け入れの担当部署が約半数の施設にあり、そのような部署がない施設では、児童指導員、事務、ソーシャルワーカー、看護師などが対応していた(表2-26, 27)。予約は電話が多く、予約時期は、いつでもという施設が38、1ヶ月前が40施設、2ヶ月前が45施設、3ヶ月前が13施設であった(表2-28, 29)。急な短期入所の要請には、状況に応じてという施設が多く、理由としては空きベッドがない、スタッフ不足などであった(表2-30, 31)。

新規の利用に際しての工夫は、外来受診での事前の情報収集、事前の見学、段階的は受け入れなどであった(表2-32)。

短期入所受け入れの課題は、希望が多く日程調整が困難が多く、そのほかに医療的ケアの重度化、体調不良時の対応、動く重心児への対応、急な相談への対応困難であった(図2-33)。

地域での調整会議、支援会議は、約半数の地域で実施されていた(表2-34)。ニーズに答えられているかという問いには、まずまず答えられているが88であり答えられていないは41であった(表2-35)。

一般病院でのレスパイト目的の短期入院が必要と思われるかという問いには、ほとんどの施設で思うと回答している(表2-36)。短期入所を実施していない施設では、その理由として、医師・看護師不足、ベッドのやりくり、地域のニーズがないなどであった

(表2-37)。今後4施設で実施の予定があるとのことだった。

4) 短期入所受け入れ実績と、関連要因  
短期入所受け入れ実績(利用延べ日数)と、医療体制、地域連携、財政援助の観点から関連を分析した。まず医療体制では、看護体制、小児科医師数、当直体制、医療入院必要時の対応との関連をみた。看護体制では、7:1と一番手厚い看護体制での受け入れが延べ日数も多く(p値0.02)(表2-45)、また超+準超重症児という医療的に重度な利用児(者)も多く受け入れていた。(表2-39)。小児科医師数では、医師数の増加に伴い、やはり、準・超重症児(者)の利用が増加している傾向にあった(表2-40)。当直体制では、全て時施設の担当科の医師が当直できている施設では、そうでない施設の倍以上、超+準超重症児(者)の利用が多かった(表2-41)。医療入院必要時の対応では、同じ病院で医療入院に切り替えられる施設で、重度の方達の利用が多かった(表2-42)。

地域での対応について、調整会議・支援会議などの有無で検討したところ、何らかの地域連携がある施設で超+準超重症児(者)の利用が多かった(表2-43)。また自治体などからの財政援助がある施設は16施設であったが、ない施設に比較して超+準超重症児(者)の利用が多かった(表2-44)。

しかし、統計学的には準・超重症児(者)の短期入所受け入れと各要因については有意差がなかった。

## D. 考察

### 1、小児科病院への調査について

1) 短期入所・短期入院は、全国の小児科指導医のいる病院では、41.6%の施設で実施されているとの結果であった。これは、2014年の森らの調査の38%よりわずかではあるが増加している結果であった。また実施していない施設の42施設で今後実施が予定されており、さらなる増加が期待できる。このような病院での短期入所・入院の必要性については、病院からも、療育施設からも必要であるとの回答が多い。しかし病院では障害

者総合支援法にもとづく短期入所は少ない。原因として考えられるのが、病院での福祉制度の利用の難しさや、サービス給付費が病院の診療報酬に比較して低すぎることなどが考えられる。現実的に利用可能な制度の改正が望まれる。

2) 地域別の実施率では、関東、近畿、九州・沖縄が高かった。これは、2014年に報告された森らの調査でもほぼ同様の結果であった。実施率の高い地域は、療育施設の調査でもニーズがあるという結果になっている(表 2-35b)。実施施設では、小児科病棟の割合が高く、小児入院料管理料の 1-2 が多く、小児科医師数の増加にある程度までは実施率が上がっていた。しかし小児科医師数が 12 名以上だと帰って実施率が下がっており、大学病院や専門病院など専門性のはっきりした大規模の施設での実施がされていないことが原因かと思われた。

3) 病院での短期入所・短期入院では、年齢の制限や、医療的ケアの制限も少ないが、多動・行動障害への対応は難しいという結果であった。

4) 重症心身障害以外の短期入所・入院の利用は、15 施設であり、脳性麻痺のほかには、奇形症候群、呼吸器・心疾患、脳症、神経筋疾患などで年齢の低い児が多かった。これはその病院の PICU や NICU を退院した児を対象にしているのではと推測された。

## 2 療育施設への調査について

1) 2 年前の宮野前らの調査とは、対象施設が多少異なり単純に比較はできないが、短期入所の実施施設については、ほぼ同様の結果であった。また今後実施を予定しているところが 4 施設あった。医療的ケアの受け入れについては、超重症児の数や、人工呼吸器の受け入れなどで増加が見られている。

準・超重症児と呼ばれる医療的に重度な利用児(者)の受け入れ実績と、医療体制と関連をみたところ、看護体制や小児科医師数、自科での当直体制や同施設での医療入院の対応などとの関連があり、重度な方達の受

け入れにはしっかりした医療的な基盤が必要であることがわかった。

地域での調整会議や、支援会議、自治体からの財政援助なども、重度な方達の受け入れには関連があると思われた。調整会議の中には、行政が関与している会議もあり、財政援助もそうであるが、地域の行政の関与が重度な利用児(者)の受け入れには必要と考えた。

## 2) 地域のニーズについて

短期入所のニーズについてほぼ応えられているとの回答がこたえられていないとの回答をうわ回っている。これは、しかし病院の方での短期入所・入院が増えている現状とあっていない。この理由として一つは地域差があると思われる(表 2-35b)。関東など大都市圏では療育施設のベッド数が少なくも、短期入所・入院のニーズは高い。また短期入所の課題にも一番多かったのが日程の調整が困難という項目であり、また急な短期入所の利用は空きベッドがなくて困難という理由が一番なので、短期入所のベッドが足りているとは思えない。

## 3) 短期入所中の体調変化について

短期入所中の体調変化については、今までにも報告があり、けっして少ないものではない。各施設では重度な方の増加もあり、それぞれが工夫して安全な受け入れに努力をしていることがわかった。特に事前の情報収集、病棟見学、段階的な受け入れを行っている施設が多い。それでも体調変化を経験している施設が多いため、施設での医療的な体制の強化が望まれる。

## 3、重症心身障害児(者)以外の高度医療的ケア児の受け入れについて

今回、重症心身障害児(者)以外の高度医療的ケア児の短期利用の受け入れについて、小児科病院と療育施設に、その有無や、どういう利用児(者)なのかを調査した。小児科病院では 15 施設、57 名、療育施設では 18 施設 82 名の受け入れがあった。疾患別では脳性麻痺、神経筋疾患、呼吸器・心疾患、奇形症候群など様々で、小児科病院では低年



年齢が多く、療育施設では 10-20 代の年齢が多かった。知的障害・運動障害の程度をみると、最重度な児たちが多く、中には知的障害がなく、歩行可能なケースもみられた。小児科病院、療育施設ともに、短期入所の課題に、動く重心児をあげており、どちらの施設でも、医療的ケアがあり、動ける子達への対応は難しいと考えられる。しかし、在宅では医療的ケアを必要とし、重症心身障害ではない児たちへの対応が問題となっている。具体的な記述では 1 対 1 の対応が必要とか要求に応じてあげられないなど切実な訴えがあり、今の制度では対応しきれていない。誰かが常に側にいてみてあげられるような特別な措置が必要と考える。

#### E. 結論

1 全国の小児科病院、療育施設を対象に短期入所・入院の実態調査を実施した。実施施設は小児科病院では微増、療育施設では変化がなかったが、今後実施を予定している病院・施設があるとのことであった。

2 小児科病院では利用児の多くが準・超重症児であり、療育施設でも 3 割程度が準・超重症児であり、在宅での重度化がうかがえた。

3 小児科病院では、短期入所・短期入院の実施率には地域差があった。また実施している施設では小児科病棟での受け入れが多く、入院管理料、小児科医師数などとの関連がみられたが有意差はなかった。

短期入院・入所を実施していない施設でも実施の必要性が認識されていた。

4 療育施設では医療体制の基盤がしっかりしているところほど重度な利用児(者)の受け入れが多く、また地域での調整会議や自治体からの財政援助などの有無も関連していた。

5 短期入所実施の課題では、病院・療育施設に共通なものとして、急な相談への対応、日程調整、動く重心児、状況把握、ケアの重度化などであった。

6 重症心身障害以外の高度医療的ケア児

の受け入れには、動くことへのリスクや、入所している他児への影響などが心配され、また要求への対応なども困難であり、人の配置など新たな施策が望まれる。

#### F. 健康危険情報

研究内容に介入調査は含まれておらず、関係しない。

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

なし

##### 2. 学会発表

来年度の日本重症心身障害学会ならびに国際知的障害研究会議 (IASSIDD) にて発表予定。

#### H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

1. 特許取得：なし

2. 実用新案登録：なし

3. その他：なし

#### 参考文献

1) 宮野前健 他. 「障害支援区分」下での在宅重症心身障害者の日中活動と短期入所ならびにグループホームのあり方に関する総合的な研究 2014 年度公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団研究報告書 2015 : 17-68

2) 後藤一也 他. 短期入所事業の実態と課題に関する調査—超重症児、医療ケアへの対応 日本重症心身障害学会誌 41 : 2016 : 288

3) 森俊彦 他. 重症児の一般病院小児科における短期入所 (入院) の実態と課題 日本小児科学会誌 118 : 2014 : 1754-1759

4) 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.

**調査結果一覧：**

**1 全国小児科病院**

**1) 一次調査**

**①回答率**

全国小児科病院 525 施設中 390 施設より回答（76.5%）

短期入所・入院実施施設が 163 施設（42%）、実施していないが 224 施設（57%）その内 43 施設は今後実施の予定があると回答。

**②短期入所・入院実施施設での実施方法**

短期入所・入院の実施方法	施設数
①障害者総合支援法に基づく短期入所を実施	14施設(4%)
②いわゆる短期入院またはレスパイト入院	124施設(32%)
③①ならびに②を実施	25施設(6%)
④実施していない	224施設(57%) 内43施設は予定あり
⑤不明	3施設(1%)

表 1-1 短期入所・入院の実施方法

**2) 二次調査**

回収率：390 施設に二次調査実施し 254 施設から回答があった（65.1%）。

**①短期入所・入院実施施設と実施していない施設の概要**

表 1-2 運営形態

運営形態	施設数		
	実施あり	実施なし	実施率
①国立病院機構	10	16	38.5
②社会福祉法人	6	6	50
③医療法人	17	15	53.1
④公立	28	56	33.3
⑤その他	29	55	34.5
無効回答等	5	11	31.3
計	95	159	37.4

表 1-3 地区別短期入所・入院実施率

地区	施設数		実施率 %
	実施あり	実施なし	
北海道	2	14	12.5
東北	5	11	31.3
関東	35	34	50.7
中部	13	27	32.5
近畿	25	40	38.5
中国	4	9	30.8
四国	1	6	14.3
九州	7	14	33.3
沖縄	1	1	50

表 1-4 病棟種別

病棟種別	施設数		実施率 %
	実施あり	実施なし	
①小児科病棟	52	67	43.7
②他科との 混合病棟	25	89	21.9
③ICU	2	11	15.4
④GCU	3	19	13.6
⑤その他	9	11	45
無効回答等	6	19	24
計	97	216	

表 1-5 入院管理料

入院管理料	施設数		実施率 %
	実施あり	実施なし	
①小児入院医療管理料1	12	19	38.7
②小児入院医療管理料2	38	46	45.2
③小児入院医療管理料3	13	29	31
④小児入院医療管理料4	10	58	14.7
⑤小児入院入院管理料5	0	8	0
⑥地域包括ケア病棟1	0	0	-
⑦地域包括ケア病棟2	0	0	-
⑧その他	13	30	30.2
無効回答等	12	26	31.6
計	98	216	

表 1-6 看護体制

看護体制	施設数		実施率 %
	実施あり	実施なし	
①7:1	83	150	35.6
②10:1	6	11	35.3
③13:1	0	0	-
④15:1	0	0	-
⑤その他	7	39	15.2

表 1-7 小児科医師数

小児科医師数	施設数		実施率 %
	実施あり	実施なし	
1-4名	12	32	27.3
5-8名	32	69	31.7
9-12名	25	26	49
12-16名	9	31	22.5
16名以上	5	18	21.7

表 1-8 リハビリスタッフ（実施施設のみ）

リハビリスタッフ	1施設当りの平均数
①PT	2.4
②OT	1.1
③ST	0.9
④心理	0.7

表 1-9 介護スタッフ（実施施設のみ）

介護スタッフ	1施設当りの平均
保育士	1.7
その他	6.6

表 1-10 当直体制

当直体制	施設数		実施率 %
	実施あり	実施なし	
①自施設担当科	54	87	38.3
②自施設他科含む	11	21	34.4
③他院から含む	28	45	38.4
④その他	2	8	20

表 1-11 救急時の対応

当直体制	施設数		実施率 %
	実施あり	実施なし	
①一次救急	16	40	28.6
②二次救急	66	103	39.1
③三次救急	42	68	38.2
④対応不可	2	6	25

表 1-12 財政援助（実施施設のみ）

財政援助	施設数
①ある:都道府県	17
②ある:市区町村	5
③ある:その他	0
④なし	63

② 短期入所・入院の実態（実施施設のみ）

表 1-13 1日の定員

1日の定員(名)	施設数
1～3	64
4～10	9
11～25	2

総数 178 名、平均 2.3 名

表 1-14 短期入所・入院の登録者数

登録者数(名)	施設数
1～10	15
11～50	7
51～99	4
100～150	1

登録実施施設 30

登録者総数 635 名

施設平均 23.4 名

表 1-15 短期入所・入院利用条件

a 制限の有無

年齢制限	施設数
年齢1才以下は不可	2
年齢3才以下は不可	1
年齢7才以下は不可	1
年齢15～20才以下不可	3

b 医療的ケアの受け入れの可否

医療的ケア・状態	施設数		
	利用可能	利用不可	利用可能な割合%
人工呼吸器	77	6	92.8
気管切開	80	2	97.6
重症心身障害以外の医療的ケア児	61	21	74.4
多動・行動障害	28	54	34.1

表 1-16 受け入れ実績

a 利用実人数、延べ人数、延べ日数、平均利用日数、超重症児、準超重症児

短期入所・短期入院	総数	超重症児	準超重症児	準・超重症児の割合(%)
実人数(名)	785	515	209	92.2
延べ人数(名)	4731	1305	794	44.4
延べ日数(日)	17944	5851	3347	51.3

平均利用日数 5.3 日

b 重症心身障害児(者)医療的ケア

医療的ケア児の利用実態	実人数 (施設平均)	延べ人数 (施設平均)
人工呼吸	273(5.1)	1620(32.4)
気管切開	369(6.8)	1322(25.4)
その他	231(4.8)	917(20.4)

c 年間の短期入所・入院の申込み数、断わり数

	年間総数	施設平均
短期入所・入院申込み数	1298	21.8
短期入所断わり数	79	1.3
人工呼吸器児断わり数	29	0.5

図 1-17 短期入所・入院の理由

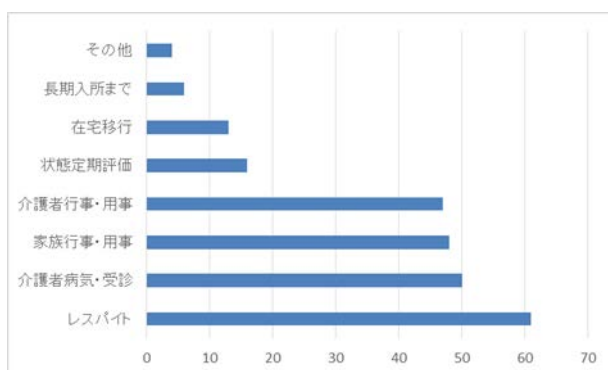


表 1-18 短期入所・入院中の活動参加

活動参加	施設数
①病棟での活動	37
②リハビリテーション	41
③通所	3
④学校	12
⑤入浴	57
⑥その他	2

表 1-19 体調変化

短期利用中の体調変化	施設数
①よくみられる	3
②たまにみられる	64
③なし	16

表 1-20 重症心身障害以外の高度医療的ケア児(者)の短期入所利用  
利用があった施設は 15 で、実人数 33 名、延べ人数 91 名

a 基礎疾患 (57 名)

疾患	人数
脳性麻痺	15
神経・筋疾患	5
奇形症候群	7
染色体異常	4
呼吸器・心疾患	7
代謝疾患	1
脊髄疾患	2
精神疾患・てんかん	2
脳症後遺症	6
その他	7

b 年齢

年齢	人数
①0-5歳	22
②6-10歳	10
③11-20歳	9
④21-30歳	10
⑤40歳以上	0

c 知的障害の程度

知的障害	人数
①なし	7
②境界域	3
③軽度	6
④重度	5
⑤最重要度	36

d 運動障害の程度

運動障害	人数
①なし	9
②走れる	1
③歩ける	1
④歩行障害	5
⑤座れる	6
⑥寝たきり	38

e 医療的ケア

医療的ケア	人数
①吸引・吸入	37
②エアウェイ	1
③気管切開	34
④人工呼吸器	29
⑤経鼻経管栄養	16
⑥胃ろう栄養	24
⑦空腸栄養	2
⑧IVH	0
⑨透析	0
⑩ストマケア	0
⑪その他	10

f 受け入れに伴う困難な点（受け入れ施設）

受け入れ困難な理由	施設数
①特になし	10
②動く事でリスクが高い	12
③医療的に重度すぎる	6
④その他	3

g 今後の受け入れについて（実施していない施設）

今後の受け入れ	施設数
①希望があれば受け入れる	21
②受け入れない	29

h 受け入れできない理由（実施していない施設）

受け入れられない理由	施設数
①動く事でリスクが高い	17
②医療的に重度すぎる	4
③その他	13



図 1-21 短期入所・短期入院の受け入れの課題

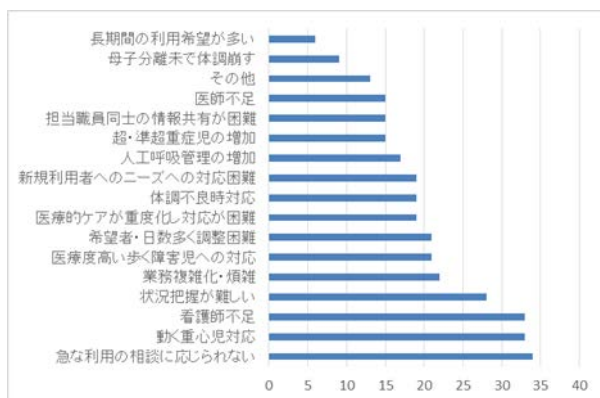


表 1-22 地域での調整会議・支援会議の有無

調整会議等の有無	施設数
あり	37
なし	45

表 1-23 地域でのニーズに応えられているか

ニーズに応えられているか	施設数
①十分応えられている	1
②まずまず応えられている	33
③あまり応えられていない	34
④まったく応えられていない	10
⑤わからない	6

表 1-24 今後一般小児科でも短期入所・入院が必要と思うか

一般小児科での短期入所・入院の必要性	施設数
必要	75
不要	9

③短期入所・入院を実施していない施設への設問

表 1-25 実施していない理由

実施していない理由	施設数
①地域のニーズがない	11
②医療入院の需要が多く対応が困難	84
③ベッドのやりくり困難	59
④他の施設で行っており十分	22
⑤医師・看護師不足	66
⑥施設管理者側が病床運営や経営を考えて出来ない	21
⑦その他	21

表 1-26 今後短期入所・入院の実施する予定

	今後の実施		
	予定あり	予定なし	不明
短期入所	6	111	21
短期入院	20	92	29

表 1-27 後一般小児科でも短期入所・入院が必要と思うか

一般小児科での短期入所・入院の必要性	施設数
必要	102
不要	9

## 2 療育施設

回収率：全体で 73.1%

	回答数	送付数	%
国立病院機構病院	51	64	79.7
公法人立施設	108	157	69.7
無効回答	1		
計	160	221	73.1

### ①施設概要

表 2-1 運営形態

運営形態	施設数
①国立病院機構	51
②社会福祉法人	86
③医療法人	0
④公立	19
⑤その他	3
無効回答	1
計	160

表 2-2 短期入所実施の有無

#### a 短期入所実施率

	短期入所実施		
	あり	なし	実施率 %
国立病院機構病院	43	8	84.3
公法人立施設	103	5	95.4

b 地域別実施施設の割合

	対象施設数	回答施設	実施施設	実施施設/ 回答施設%
北海道	9	5	4	80.0
東北	21	14	14	100.0
関東	47	35	34	97.1
中部・北陸 ・東海	36	28	25	89.3
近畿	38	25	22	88.0
中国	21	13	11	84.6
四国	9	8	8	100.0
九州	40	28	25	89.3
沖縄	5	2	2	100.0

c 短期入所の実施方法

	施設数	国立病院機構 病院	公法人立
①障害者総合支援法 での短期入所	112	30	82
②主目的医療入院 ・副レスパイト	3	3	0
③①+②	18	8	10
④実施せず	13	8	5
無回答等	14	-	-

表 2-3 短期入所受け入れ病棟の種類・体制・受け入れ形態等

a 短期入所受け入れ病棟の種類

施設・病棟種別	病棟数
①医療型障害児入所施設 (主に重症心身障害児)ま たは療養介護施設	222
②医療型障害児入所施設 (主に肢体不自由児)	41
③小児科病棟	7
④一般病棟(小児科以外)	12
⑤その他	4

b 短期入所受け入れ病棟の算定入院管理料

算定入院管理料	病棟数
①障害者施設等入院基本料	212
②療養病棟入院基本料1	12
③療養病棟入院基本料2	1
④精神病棟入院基本料	3
⑤小児入院医療管理料3	2
⑥特殊疾患病棟入院料2	22
⑦地域包括ケア病棟1	0
⑧地域包括ケア病棟2	0
⑨その他	20

c 看護体制

看護体制	病棟数	割合%
7:1	70	24.2
10:1	172	59.5
13:1	6	2.1
15:1	6	2.1
その他	31	10.7
無回答等	4	1.4

d 受け入れ病床形態

受け入れ病床形態	病棟数
①空床型(重症心身障害病棟の定床まで受入れ)	146
②空床型(重症心身障害病棟定床を超えて受入れ)	24
③空床型(重症心身障害病棟以外の病棟を利用)	21
④定床型	57
⑤単独型(短期入所専用病棟)	0
⑥その他	3

表 2-4 重症心身障害病棟の医師数

医師	総数	平均数
全科	1149	8.3
小児科	620.8	4.5
内科	166.9	1.2
整形外科	125	0.9
精神科	56	0.4
その他	180.3	1.3

表 2-5 受け入れ病棟の関連リハビリスタッフ数

リハビリスタッフ	総数	平均数
PT	841.35	12
OT	600.1	11.4
ST	352.2	3.6
心理	119.7	3.5

表 2-6 受け入れ病棟の関連介護スタッフ数

介護スタッフ	総数	平均数
保育士	1181.1	3.9
児童指導員	628.6	4.1
介護福祉士 ・生活支援員	2325.1	5.2
その他	852.3	5.5

表 2-7 当直体制

当直体制	施設数
全て自施設の 担当科医師のみ	20
自施設他科医師を含む	30
他院からの医師含む	90
その他	5

表 2-8 救急時対応

救急時対応	施設数
一次救急	13
二次救急	26
三次救急	3
対応不可	91

表 2-9 財政援助

財政援助	施設数
ある:都道府県	9
ある:市区町村	13
ある:その他	1
なし	103

## ② 短期入所の実態

表 2-10 短期入所の1日の定員

1日定員数	施設数
1-5	83
6-10	44
11-25	5
16-20	3
20<	6

総定員数 916 名（施設平均 6.5 名）

表 2-11 短期入所登録数

登録人数	施設数
1-100	80
101-200	22
201-300	4
301-400	2
401以上	3

登録制あり 112 施設、なし 30 施設

登録者総数 9442 名 施設平均数 85.1 名

表 2-12 利用条件

a 制限の有無

	制限あり	制限なし
年齢	48	94
利用日数	37	102
人工呼吸器台数	58	42

b 人工呼吸器台数

呼吸器台数制限	施設数
1台まで	15
2台まで	19
3台まで	3
4台以上	5

c 医療的ケアの受け入れの可否

ケアの種類	利用可能	利用不可	利用可能な割合%
人工呼吸器	102	37	73.4
気管切開	135	9	93.8
鼻腔・ 胃ろう栄養	141	2	98.6
経腸栄養	121	14	89.6
ストマ	101	20	83.5
IVH	63	62	50.4
透析	18	110	14.1
多動・行動障害	30	100	23.1

表 2-13 短期入所受け入れ実績

短期入所	総数	超重症児 (者)	準・超重 症児(者)	準・超重症児 (者)の%
実人数	7629	941	1480	31.7
延べ人数	44900	5920	8791	32.8
延べ日数	168397	24870	34839	35.5

a 利用実人数

利用実人数	施設数
1-25	61
26-50	39
51-100	29
101-200	12
201以上	4

施設平均 53.0 名

b 利用延べ人数

利用延べ人数	施設数
1-125	50
126-250	34
251-500	35
501-750	10
750以上	15

施設平均 311.8 名

c 利用延べ日数

利用延べ日数	施設数
1-500	54
501-1000	39
1001-2000	34
2001-3000	5
3000以上	14

施設平均 1153.4 日

表 2-14

a 超重症児利用実人数

超重症児(者) 利用実人数	施設数
0	24
1-10	50
11-20	19
21-30	4
30以上	7

施設平均 9.0 名

b 超重症児利用延べ人数

超重症児(者) 利用延べ人数	施設数
0-50	74
51-100	15
101-200	16
201-300	3
300以上	2

施設平均 53.8 名

c 超重症児利用延べ日数

超重症児(者) 利用延べ日数	施設数
0-100	54
100-200	9
200-400	18
400-600	8
600以上	11

施設平均 248.7 日

表 2-15

a 準超重症児利用実人数

準超重症児(者) 利用実人数	施設数
0	15
1-10	50
11-20	17
21-30	10
30以上	10

施設平均 14.5 名

b 準超重症児利用延べ人数

準超重症児(者) 延べ人数	施設数
0-50	58
51-100	17
101-200	21
201-300	5
300以上	7

施設平均 81.4 名

c 準超重症児利用延べ日数

準超重症児(者) 利用延べ日数	施設数
0-100	36
100-200	18
200-400	19
400-600	13
600以上	14

施設平均 348.4 日



表 2-16 短期入所利用児(者)の医療的ケア状況

a 人工呼吸児(者)利用実人数

人工呼吸児(者) 利用実人数	施設数
0	37
1-10	45
11-20	14
21-30	6
30以上	6

総数 809 名 施設平均 7.5 名

b 人工呼吸児(者)利用延べ人数

人工呼吸児(者) 利用延べ人数	施設数
0-50	86
51-100	12
101-200	14
201-300	2
300以上	4

総数 6557 名 施設平均 55.6 名

c 気管切開(者)利用実人数

気管切開児(者) 利用実人数	施設数
0	16
1-10	63
11-20	15
21-30	8
30以上	9

総数 1318 名 施設平均 11.9 名

d 気管切開(者)利用延べ人数

気管切開児(者) 利用延べ人数	施設数
0-50	77
51-100	16
101-200	13
201-300	6
300以上	8

総数 10730 名 施設平均 89.4 名

e 経鼻・胃ろう・腸ろう(者)利用実人数

経鼻・胃ろう・腸ろう栄養等児(者)利用実人数	施設数
0	3
1-10	47
11-20	23
21-30	18
30以上	20

総数 2375 名 施設平均 21.4 名

f 経鼻・胃ろう・腸ろう(者)利用延べ人数

経鼻・胃ろう・腸ろう栄養等児(者)利用延べ人数	施設数
0-50	45
51-100	24
101-200	26
201-300	12
300以上	17

総数 19681 名 施設平均 158.7 名

g その他医療的ケア利用実人数

その他医療的ケア児(者)利用実人数	施設数
0	27
1-10	36
11-20	10
21-30	5
30以上	8

総数 997 名 施設平均 11.6 名

h その他医療的ケア利用延べ人数

その他医療的ケア児(者)利用延べ人数	施設数
0-50	59
51-100	7
101-200	9
201-300	4
300以上	7

総数 6664 名 施設平均 77.5 名

表 2-17 年間の短期入所申込み件数

年間申込み件数	施設数
0-100	30
100-200	20
200-400	15
400-600	18
600以上	17

総数 37326 件 施設平均 373.3 件

表 2-18 年間の短期入所断り件数

年間断り件数	施設数
0-50	75
51-100	9
101-200	11
201-300	1
300以上	2

総数 4041 件（総利用件数の 9.0%） 施設平均 41.2 件

表 2-19 2-18 の中で人工呼吸管理の件数

年間断り件数 人工呼吸管理	施設数
0-5	88
6-10	5
11-50	5
51-100	0
101以上	1

総数 534 件（総断り件数の 13.2%） 施設平均 5.4 件

図 2-20 短期入所の理由（77 施設）

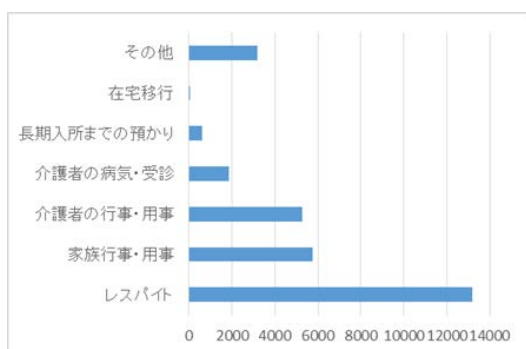


表 2-21 短期入所中の活動参加

短期入所中の活動参加	施設数	%
①病棟での活動参加	123	84.8
②リハビリテーション	56	38.6
③通所	42	29
④学校	58	40
⑤入浴	142	97.9
⑥その他	8	5.5

表 2-22 短期入所中の体調変化

体調の変化	施設数
よくみられる	7
たまにみられる	126
なし	12

表 2-23 短期入所中の体調変化に対する対応

体調変化時の対応	施設数
当直医が対応	114
当番医がオンコールで対応	12
主に担当医がオンコールで対応	33
主に他科が担当	4

表 2-24 短期入所中に医療入院が必要になった時の対応

医療入院が必要な際の対応	施設数
同病棟で医療入院に切り替える	65
別の病棟で医療入院に切り替える	13
他の病院に転院し利用入院とする	84
その他	22

表 2-25 重症心身障害以外の高度医療的ケア児(者)の短期入所利用

a 利用の有無

重症児以外の高度医療的ケア児の短期入所	施設数
あり	18
なし	117
無回答	24

b 基礎疾患 (72 名)

疾患	人数
脳性麻痺	19
神経・筋疾患	18
奇形症候群	8
染色体異常	7
呼吸器・心疾患	6
代謝疾患	5
脊髄疾患	4
精神疾患・てんかん	2
その他	3

c 年齢

年齢	人数
0-5歳	11
6-10歳	11
11-20歳	21
21-30歳	20
40歳以上	9

d 知的障害

知的障害	人数
なし	10
境界域	6
軽度	2
重度	12
最重要度	40

e 運動障害

運動障害	人数
なし	0
走れる	2
歩ける	7
歩行障害	4
座れる	13
寝たきり	54

f 医療的ケア

医療的ケア	人数
①吸引・吸入	48
②エアウェイ	0
③気管切開	37
④人工呼吸器	33
⑤経鼻経管栄養	19
⑥胃ろう栄養	34
⑦空腸栄養	0
⑧IVH	0
⑨透析	0
⑩ストマケア	0
⑪その他	9

g 重症心身障害以外の高度医療的ケア児の受け入れの困難な点

受け入れ困難な点	施設数
特になし	7
動くことでリスクが高い	7
医療的に重度すぎる	4
その他	9

その他：スタッフの配置調整

吸引が頻回で看護師がつききり

1対1の対応必要（高柵ベッドで対応）

処置が請求できないものが多い

状態が不安定になりやすい

要求に応じてあげられない

他児への他害

希望するタイミングでの処置など

h 受け入れのない施設での今後の受け入れ

今後の受け入れ	施設数
希望があれば受け入れる	28
受け入れない	74

i 受け入れの予定のない施設では、その理由は？

受け入れ予定のない理由	施設数
動くことでリスクが高い	39
医療的に重度すぎる	30
その他	24

その他：スタッフ数や能力などで対応困難

重症心身障害を対象としている

重症心身障害の受け入れが困難となる

他の利用者に影響がある

機能・設備面で対応困難

### ③入所受け入れの取り組みおよび地域の現状

表 2-26 受け入れの専門（担当）部署の有無

専門部署の有無	施設数
あり	74
なし	67
無回答等	18

表 2-27 地域連携室などない場合は誰が担当しているのか。

担当者	施設数
医師	1
看護師	17
事務	17
児童指導員等	32
コーディネーター	3
ソーシャルワーカー	17
その他	21
無回答等	51

表 2-28 短期入所の予約はどうしているのか。

申込み方法	施設数
電話	135
ファックス	21
メール	13
ホームページ登録	2
その他	59

その他：来院・来園時、窓口、郵送

表 2-29 短期入所の予約はいつからできるのか

予約時期	施設数
いつでも	38
1か月前	40
2か月前	45
その他	23

その他：3ヶ月前 13施設

表 2-30 急な短期入所の相談に応じられるのか

急な相談に対応可能か	施設数
いつでも可能	20
不可能	3
状況に応じて可能な場合もある	116

表 2-31 急な相談に応じられない理由

理由	施設数
空きベッドがない	88
受入上限を決めている	29
スタッフ不足	31
医師数が足りない	10
その他	19

表 2-32 新規の利用に際しての安全な受け入れや取り組みについて

安全な受け入れに工夫している点	施設数
事前の外来受診で情報収集	131
事前の病棟などの見学	124
事前の家庭訪問	6
段階的な受入	113
看護配置を手厚く	18
入所時の医師のチェック	76
モニタリングを常時行う	9
その他	15



表 2-33 短期入所受け入れの課題

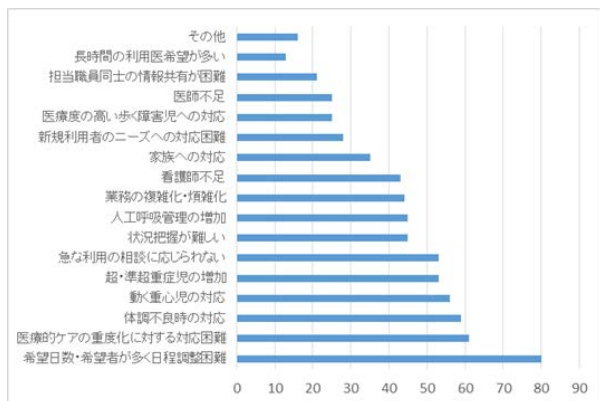


表 2-34 地域での在宅重症児に関する調整や支援会議の有無

調整会議等の有無	施設数
あり	69
なし	71

具体的には：自立支援協議会

支援者会議

在宅医療等連携体制整備事業

在宅医療連携会議

在宅支援会議

相談支援事業所の会議 等様々

表 2-35 a 地域の短期入所のニーズに応えられているのか

ニーズに応えられているか	施設数
十分にえられている	1
まずまずえられている	88
あまりえられていない	41
まったくえられていない	0
分からない	13

b 地域別

地域別	ニーズに応えられていない施設の割合%
北海道	0.0
東北	40.0
関東	40.0
中部・北陸 ・東海	56.3
近畿	50.0
中国	42.9
四国	14.3
九州	33.3
沖縄	0.0

表 2-36 一般病院小児科でもレスパイト目的の短期入院が必要か

一般小児科での短期入所 ・入院の必要性	施設数
必要	116
不要	7

必要な理由： 受け入れ先がすくない

ニーズの増加

医療的に重度の子が増加

レスパイトの必要性

利用できる期間が短い

かかりつけ医にみてもらえる

施設が偏在しているため

低年齢の子でも受け入れ可能

体制が整備されている

不要な理由： ベッドの確保の難しさ

急病患者がみられなくなる

表 2-37 短期入所を実施していない施設への設問

短期入所を実施していない理由は何ですか。

実施しない理由	施設数
地域のニーズがない	3
医療入院が主でレスパイトが従で対応	1
ベッドのやりくり困難	3
他の施設で行っており十分	2
医師・看護師不足	5
施設管理者が病床運営や 経営を考えて出来ない	2
その他	4

表 2-38 今後短期入所の実施を予定しているか。

今後の実施	施設数
予定あり	4
予定なし	6

④医療体制や地域連携などと、重症度の高い短期入所受け入れ実態の関連

表 2-39 看護体制

看護体制	施設数	延べ日数 平均	超重症児 延べ日数 平均	準超重症児 延べ日数 平均
7:1	31	1555.3	284.7	392.0
10:1	91	1006.0	162.3	222.7
それ以外	16	661.1	50.3	59.1

表 2-40 小児科医師数

小児科 医師数	施設数	短期利用 延べ日数 平均	超重症児 延べ日数 平均	準超重症児 延べ日数 平均
1-3	24	731	104	196
4-6	45	1018	139	233
7-10	28	922	151	157
11~	28	2291	415	533

表 2-41 当直体制

	施設数	短期利用 延べ日数 平均	超重症児 延べ日数 平均	準超重症児 延べ日数 平均
全て自施設の 担当科医師	19	1631.6	451.9	539.9
自施設他科 医師を含む	21	830.2	202.1	170.2
他院からの 医師含む	86	1213.4	133.5	238.0
その他	14	271.1	29.4	22.6

表 2-42 医療入院必要時の対応

	施設数	短期利用 延べ日数 平均	超重症児 延べ日数 平均	準超重症児 延べ日数 平均
同病棟で 対応	55	1613.0	301.8	411.7
別の病棟で 対応	12	2246.7	493.9	462.1
他院に転院	78	1249.5	195.8	263.1
その他	35	894.2	109.8	176.0

表 2-43 調整会議や支援会議

	施設数	短期利用 延べ日数 平均	超重症児 延べ日数 平均	準超重症児 延べ日数 平均
調整会議 等あり	63	1373.4	210.6	338.6
調整会議 等なし	68	1009.9	163.8	193.5

表 2-44 自治体などからの財政援助

	施設数	短期利用 延べ日数 平均	超重症児 延べ日数 平均	準超重症児 延べ日数 平均
財政援助あり	24	1583.3	359.0	337.7
財政援助なし	101	1114.7	145.1	248.1

表 2-45 療育施設での短期入所に関する要因

(入所延べ日数を従属変数とした重回帰分析) (N=160)

	標準化係数β	p値
小児科医師総数(人)	0.13	0.13
自施設での当直医の有無 (1=有, 0=無)	-0.05	0.53
<b>看護体制7:1の有無 (1=有, 0=無)</b>	0.19	<b>0.02*</b>
調整会議の有無 (1=有, 0=無)	0.10	0.24
調整済みR <sup>2</sup>	0.03	

\*p<0.05

別紙 4

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
田村正徳	4章「新生児の救急蘇生法」	日本救急医療財団心肺蘇生法委員会	改訂5版)救急蘇生法の指針2015 (医療従事者用)	へるす出版	東京	2017	166-177
田村正徳		田村正徳(監修), 梶原厚子(著, 編集)	在宅医療が必要な子どものための図解ケアテキストQ&A	メディカ出版	大阪	2016	
田村正徳	新生児の蘇生-JRC 蘇生ガイドライン2015 に基づく最新知見		小児科	金原出版	東京	2016	1377-1383
田村正徳	1「新生児心肺蘇生法」		症例から学ぶ周産期診療ワークブック(改定第2版)	株)メジカルビュー社.	東京	2016	230-236
田村正徳、横尾京子		田村正徳、横尾京子	ガイドライン準拠NICUに入院している新生児の痛みのケア実践テキスト	メディカ出版	大阪	2016	
田村正徳	国際蘇生法連絡委員会のConsensus 2015 から日本版ガイドライン2015 まで	監修: 細野茂春	日本版救急蘇生ガイドライン2015 に基づく 新生児蘇生法テキスト第3版	メジカルビュー社	東京	2016	18-23
田村 正徳	第4章 新生児の蘇生		JRC 蘇生ガイドライン2015	医学書院	東京	2016	244-289
田村 正徳	6.新生児の蘇生		助産師基礎教育テキスト2015年版 第5巻 分娩期の診断とケア	日本看護協会出版	東京	2015	189-200

平成 28 年度 医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
前田浩利		前田浩利 (監修)	病気をもつ子どもと家族のための「おうちで暮らすガイドブック」Q&A	メディカ出版	大阪	2016	
前田浩利		前田浩利 編集アドバイザー	0-100 在宅診療	へるす出版	東京	2016	
前田浩利		編集：前田 浩利	小児・重症児者の訪問看護	中央法規出版	東京	2015	
前田浩利	福祉との連携		今日の小児治療指針 第16版	医学書院	東京	2015	930-931
前田浩利	在宅での看取り		今日の小児治療指針 第16版	医学書院	東京	2015	940
前田浩利	悪性腫瘍の緩和ケア		重症心身障害児・者診療・看護ケア実践マニュアル	診断と治療社	東京	2014	223-225
山本晃子、 岩崎裕治、 北住映二、 口分田政夫、 西藤武美	月経前緊張症候群など女性ホルモン周期に関連した問題		重症心身障害児・者診療・看護ケア実践マニュアル	診断と治療社	東京	2014	180-182
酒井朋子、 岩崎裕治、 北住映二、 口分田政夫、 西藤武美	骨折の原因としての骨粗しょう症、骨折予防のための薬物療法		重症心身障害児・者診療・看護ケア実践マニュアル	診断と治療社	東京	2014	197-199

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Wyllie J, Perlman JM, Kattwinkel J, Wyckoff MH, Aziz K, Guinsburg R, Kim HS, Lilley HG, Mildenhall L, Simon WM, Szlyd E, Tamura M, Velaphi S; Neonatal Resuscitation Chapter Collaborators.	Part 7: Neonatal resuscitation: 2015 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations.	Resuscitation	95	e169- e201	2015
Perlman JM, Wyllie J, Kattwinkel J, Wyckoff MH, Aziz K, Guinsburg R, Kim HS, Lilley HG, Mildenhall L, Simon WM, Szlyd E, Tamura M, Velaphi S; Neonatal Resuscitation Chapter Collaborators.	Part 7: Neonatal Resuscitation: 2015 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations (Reprint).	Pediatrics	136	S120-S166	2015
Wyllie J, Perlman JM, Kattwinkel J, Wyckoff MH, Aziz K, Guinsburg R, Kim HS, Lilley HG, Mildenhall L, Simon WM, Szlyd E, Tamura M, Velaphi S; Neonatal Resuscitation Chapter Collaborators.	Part 7: Neonatal resuscitation: 2015 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations.	Resuscitation	95	e169-e201	2015
Sakurai Y, Tamura M.	PhD Efficacy of the Airway Scope (Pentax-AWS) for Training	in Pediatric Intubation	57(2)	217-221	2015
Sakazaki SI, Masutani S, Sugimoto M, Tamura M, Kuwata S, Kurishima C, Saiki H, Iwamoto Y, Ishido H, Senzaki H.	Oxygen Supply to the Fetal Cerebral Circulation in Hypoplastic Left Heart Syndrome: A Simulation Study Based on the Theoretical Models of Fetal Circulation.	Pediatr Cardiol	36(3)	677-684	2015

平成 28 年度 医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Ogawa R, Mori R, Sako M, Kageyama M, Tamura M, Namba F	Drug therapies in bronchopulmonary dysplasia in Japan: questionnaire survey.	Pediatr Int	57(1)	189-192	2015
田村正徳	「まもられた小さな命を地域ではぐくむ ～乳幼児小児の在宅医療移行の現状と課題～」	日本重症心身障害福祉協会西日本施設協議会広報	(18)	36-49	2016
森脇幸一、奈倉道明、山崎和子、高田栄子、側島久典、星順、奈須康子、小泉恵子、田村正徳	小児在宅医療の医療機器	病院設備	58(5)	2016-2019	2016
田村正徳	15「新生児・乳幼児の呼吸管理」	第21回3学会合同呼吸療法認定士認定講習会テキスト		385-418	2016
側島久典、○田村正徳、紅谷浩之、宮田章子、高田栄子、梶原厚子、市橋亮一	日本在宅医療、現在の問題点	在宅療養支援診療所医師、成人対象訪問看護師向け小児在宅医療講習会テキストブック			2016
田村正徳、金井雅代、野村雅子、内田美恵子	日本の医療体制に適合した新生児心肺蘇生法ガイドラインの作成【体制】 予定帝王切開へのNCP (Neonatal Cardio-Pulmonary Resuscitation: 新生児蘇生法) 講習会を受けた看護師による分娩立会の安全性と課題の抽出	我が国に適合した神経学的予後の改善を旨とした新生児蘇生法ガイドライン作成のための研究」		23-30	2016
田尻達郎、臼井規朗、左合治彦、小野滋、野坂俊介、米田光宏、宗崎良太	仙尾部奇形腫	小児期からの気象難治性消化器管疾患の移行期を包含するガイドラインの確立に関する研究		323-334	2016
田村正徳	NICU から在宅に移行する子どもたち	重症心身障害児者等支援者育成 研修テキスト		220-230	2016



発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
森脇浩一、田村正徳、側島久典	NICU 診療を支援する職種 の配置の現状と効果	地域格差是正を通した周産期医療体制の将来ビジョン実現に向けた先行研究班平成26-27年度総合研究報告書		142-147	2016
田村正徳、側島久典、森脇浩一、難波文彦、内田恵美子、吉田達彦、當麻未奈世	全国の総合周産期母子医療センターの新生児診療指導體制に関するアンケート調査	地域格差是正を通した周産期医療体制の将来ビジョン実現に向けた先行研究班平成26-27年度総合研究報告書		108-113	2016
難波文彦、田村正徳、側島久典、森脇浩一、内田恵美子、吉田達彦、當麻未奈世	総合・地域周産期センターと日本小児科学会研修指定施設における新生児医療研修の課題			138-141	2016
研究代表者末光茂、研究協力者田村正徳他	重症心身障害児者等コーディネーター育成研修テキスト				2016
研究代表者末光茂、研究協力者田村正徳、他	重症心身障害児者等支援者育成研修テキスト			220-230	2016
田村正徳	新生児の蘇生	助産師基礎教育テキスト2016年版 第5巻 分娩期の診断とケア		189-201	2016
櫻井淑男、田村正徳	小児集中治療・救急・集中治療医学レビュー	救急・集中治療医学レビュー2016		306-312	2016
田村正徳	第4章 新生児の蘇生	JRC 蘇生ガイドライン2015		244-289	2016
細野茂春、田村正徳、和田雅樹、杉浦崇浩、草川功	新生児蘇生法2015 ガイドライン	日本新生児成育医学会雑誌	28(2)	10-15	2016

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
奈倉道明、山崎和子、高田栄子、森脇浩一、星順、奈須康子、側島久典、田村正徳	埼玉県小児在宅医療連携拠点事業の取り組み			11	2016
田村正徳	ILCOR のConsensus2015からNCPR ガイドライン2015 まで	周産期医学	46(2)	139-140	2016
森脇浩一、奈倉道明、内田美恵子、田村正徳	小児在宅医療における地域中核病院の役割移行支援、緊急対応についてー現状と課題ー	小児科臨床	69	13-18	2016
森脇浩一、内田美恵子、田村正徳	NICU長期入院児在宅医療移行の受け入れに関する地域中核病院アンケート調査	日本小児科学会雑誌	120	72-76	2016
田村正徳	在宅医療	小児科臨床	68(増刊号)	2323-2330	2015
國方徹也、桜井隼人、笥紘子、本田正和、川崎秀徳、田村正徳	我が国の新生児蘇生体制の現状と課題の分析ー2005年・2010年のアンケート調査と比較して	日本周産期・新生児医学会雑誌	3(51)	947-953	2015
横尾京子、田村正徳	合同シンポジウム「NICUの新生児の痛みを軽減するガイドライン」	日本新生児成育医学会雑誌	27(2)	10-12	2015
田村正徳	小児の在宅医療	月刊地位域学	29(4)	265-269	2015
田村正徳	小児在宅医療の支援体制整備はなぜ必要かー医療費削減だけでなく、母子の社会的安全システムとしても機能する小児在宅医療	月間 新医療	42(3)	18-21	2015
田村正徳、山崎和子	NICU から在宅医療への移行ー特に人工呼吸器装着患者に関してー	日在医会誌	16(2)	21-25	2015
田村正徳	N I C Uから始まる小児在宅医療	日本在宅医療学会雑誌	16(1)	88	2014
前田浩利 戸谷剛	小児がんの在宅緩和ケア	日本小児血液・がん学会雑誌	53(3)	2016	

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
前田浩利	初めて子どもの在宅医療を始める医師や看護師の皆さんへ	0-100 在宅診療	1(6)	2016	491
前田浩利	脳腫瘍の子どもの在宅ケア	0-100在宅診療	1(6)	2016	514-518
前田浩利	小児在宅の対象；重症心身障害児、超重症心身障害児、医療的ケア児	0-100在宅診療	1(2)	2016	157-161
前田浩利	序文「小児在宅医療のエッセンスー必要な知識・技術から緩和ケアまで」	0-100 在宅診療	1(2)	2016	155
前田浩利	対象となる子どもの特徴	0-100 在宅診療	1(2)	2016	163-167
前田浩利	緩和ケア	0-100 在宅診療	1(2)	2016	245-249
前田浩利	対談「在宅医、人を、子どもを、家族を、地域を支えるジェネラリスト」	0-100 在宅診療	1(1)	2016	14-21
前田浩利	在宅療養支援診療医の立場からみた現状と課題	小児科臨床	69(1)	2016	7-12
前田浩利	在宅医療Q&A	じほう		2015	
前田浩利	【コラム】NICU と在宅医療	テキスト肢体不自由教育ー子ども理解と教育実践		2014	44-46
岩崎裕治、堀江久子、木原肖子、齊木弘、山本雅章	東京都における重症心身障害者のグループホーム調査	日本重症心身障害学会誌	41	2016	347-356
岩崎裕治、北住映二、福岡寿、安藤真知子、谷口由紀子、田村正徳、村下志保子、等々力寿純、藤野孝子、堀江久子	重症心身障害児者等の祖団支援専門員およびコーディネーターの人材育成プログラムの開発	重症心身障害児者の支援者・コーディネーター育成研修プログラムと普及に関する研究 平成27年度総括・分担研究報告書		2015	3-26

平成 28 年度 医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
岩崎裕治	重症心身障害に対する医療・支援の現状	小児保健研究	73	2014	240-242
岩崎裕治、山本雅章、齋木博、木原肖子、堀江久子	重症心身障害児者得に「準・超重症児」に即したグループホーム等のあり方に関する調査研究	障害支援区分」下での在宅重症心身障害者の日中活動と、短期入所ならびにグループホームのあり方に関する総合的な研究		2014	69-85
岩崎裕治	慢性期の超重症児NICU最前線 日常のギモンを徹底解説！なぜ？から分かる体温管理の「べからず」	ネオネイタルケア	27	2014	784-788