

小児在宅医療における 診療報酬の現状と課題

子ども在宅クリニックあおぞら診療所墨田

小児科 院長 戸谷 剛



日本小児科学会 COI 開示

発表者： 子ども在宅クリニックあおぞら診療所墨田

日本小児科学会の定める利益相反に関する
開示事項はありません

在宅医療とは何か？

- ▶ 1970～1980年代
 - ▶ 高度医療依存による退院困難・疼痛緩和困難な症例の終末期医療への反省
 - ▶ 生きる尊厳への回帰を象徴するホスピスの運動
- ▶ 病院の医師主導で在宅医療が始まる
 - ▶ 対象：治療での病状の改善が見込めない・重い障害を有する・治癒不能の患者
 - ▶ 目的：本人の希望を尊重し、自宅での生活を実現する継続的な医療の支援
- ↓
- ▶ 対象の広がり
 - ▶ 様々な障害により通院困難となった人々への継続診療
 - ▶ 高齢者・予後不良の疾患の方の「最期の療養場所としての自宅」への意識（ニーズ）の高まり
- ↓
- ▶ 在宅療養支援診療所へのニーズ→診療報酬の整備
- ▶ 2006年
 - ▶ 「在宅療養支援診療所」
 - ▶ 24時間にわたり往診および訪問看護を行う能力を単体または連携により有する診療所
 - ▶ 「機能を強化した在宅療養支援診療所」
 - ▶ 診療所内の複数医師または、複数の診療所の医師が協同して24時間対応を行う
 - ▶ 在宅医療を支援する「後方支援病院への重点」
- ▶ 根治を目指す医療から、根治できぬ疾病・障害を支える生活に根差した（QOL尊重）の医療・福祉への転換
- ▶ 医療・福祉の生活支援を受けるための環境
 - ▶ 本人が医療や福祉の生活支援を受けるために自由に移動ができない（孤立化）
 - ▶ **医療のアウトリーチの必要性：在宅医療資源↑**
 - ▶ 生きにくさを医療と福祉の両面から支える
(⇒退院困難・通院困難・入院困難・療養困難)
- ▶ 疾病や障害を抱えながら生活をするための資源
 - ▶ 介護者一人で賄いきれない重度の障害：医療・福祉の両面でサポート・介護破綻をさせない療養支援
 - ▶ 本人や介護者を支える様々な助けを借りるための手段がない：アウトリーチで社会資源へ繋げる：ケアマネージャー・SWの必要性↑
 - ▶ **多面的な課題への多職種での支援の必要性**
- ▶ 健常を喪失した深い悲嘆と孤立化
 - ▶ 悲嘆からの希望の一步（リジリエンス）を支える緩和ケアの重要性（寄り添う資源）
 - ▶ 様々なホスピス機能（悲嘆からの希望の一步を支える環境心理）を持つ資源の重要性
 - ▶ **自己実現へのニーズと悲嘆へのニーズの二つを留意**
 - ▶ 小児では発育へのニーズと悲嘆へのニーズに留意

(Danai Papadatou)

医療を取り巻く環境の変化

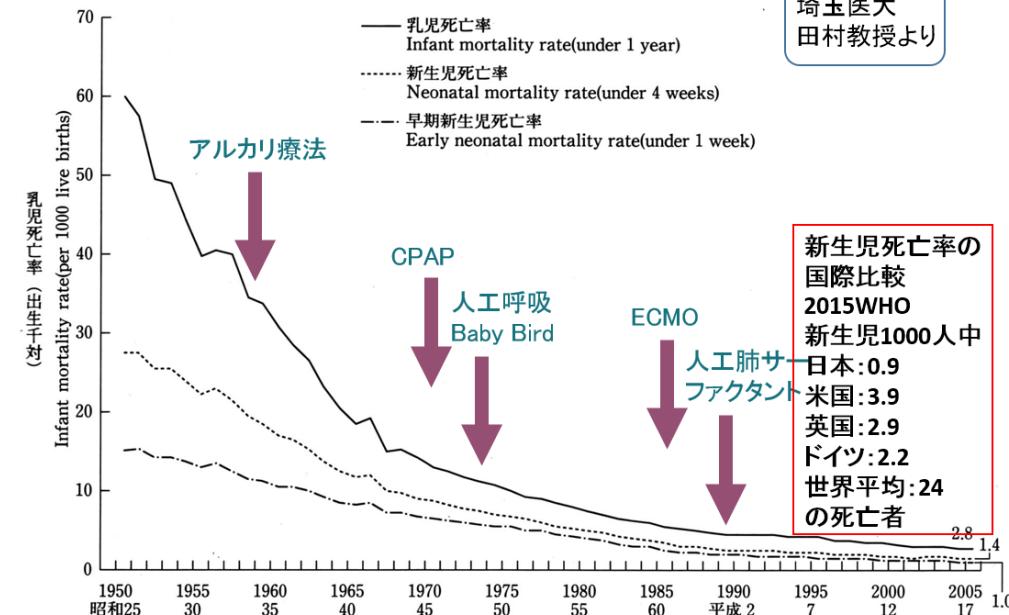
- ▶ 根治を目指す医療から、根治できぬ疾病・障害を支える生活に根差した（QOL尊重）の医療・福祉への転換
- ▶ 医療・福祉の生活支援を受けるための環境が整わない
 - ▶ 本人が医療や福祉の生活支援を受けるために自由に移動ができない（孤立化）
 - ▶ 医療のアウトリーチの必要性：在宅医療資源↑
 - ▶ 退院困難・通院困難・入院困難・生活困難を、医療と福祉の両面から支える
- ▶ 疾病や障害を抱えながら生活するための資源がない
 - ▶ 介護者一人で賄いきれない重度の障害：医療・福祉の両面でサポート・介護破綻をさせない療養支援
 - ▶ 本人や介護者を支える様々な助けを借りるための手段がない：アウトリーチで社会資源へ繋げる：ケアマネージャー・SWの必要性↑
- ▶ 健常を喪失した深い悲嘆と孤立化
 - ▶ 悲嘆からの希望の一歩（リジリエンス）を支える緩和ケアの重要性（寄り添う資源）
 - ▶ 様々なホスピス機能（悲嘆からの希望の一歩を支える環境心理）を持つ資源の重要性
- ▶ 治癒不能・重い障害・終末期・医療依存度の高い患者と家族の生活の場所で医療と福祉の両面から支援を行うことで療養を支援
- ▶ 孤立化に手を差し伸べ、健常の喪失の悲嘆からの希望の再生の一歩（リジリエンス）を支援（緩和的意義）

小児の在宅医療

- ▶ 背景：少子化
- ▶ 高度救命医療による死亡率の減少
 - ▶ NICU 満床問題
 - ▶ 重度の障害を有する児
 - ▶ 高度医療依存児（医療的ケア児）の増加
 - ▶ 重症心身障害児者（大島の分類）
 - ▶ 超重症児スコア

新生児死亡率の推移

埼玉医大
田村教授より



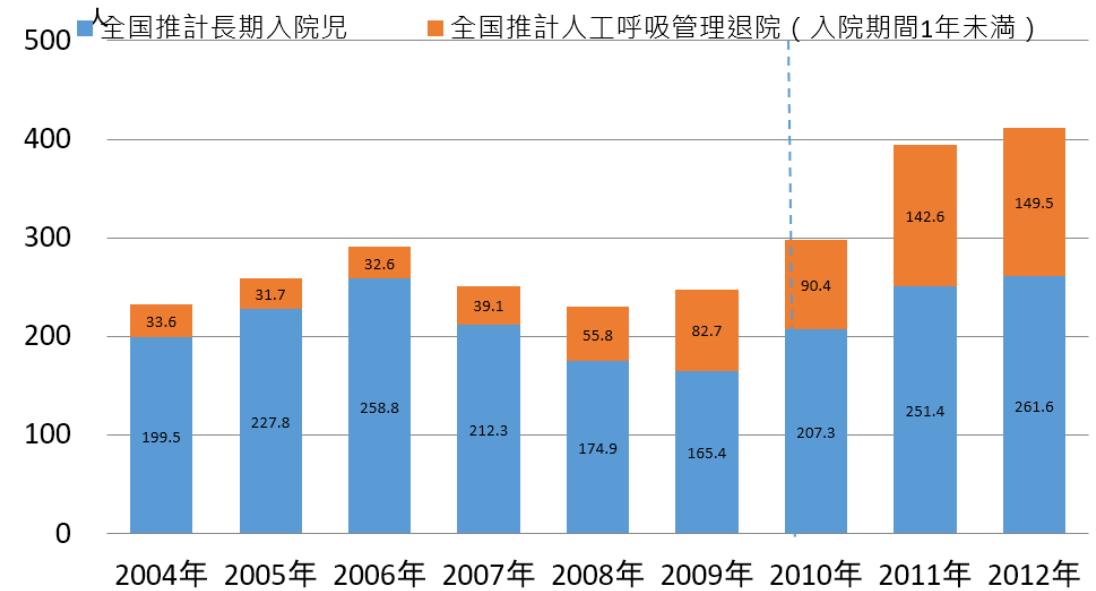
子どもの死亡数の減少

0歳～19歳までの死者数	
昭和60年 (1985年)	18,488人
平成13年 (2001年)	8,069人
平成27年 (2015年)	4,834人

小児の在宅医療

- ▶ 背景：少子化
- ▶ 高度救命医療による死亡率の減少
 - ▶ NICU 満床問題
 - ▶ 重度の障害を有する児
 - ▶ 高度医療依存児（医療的ケア児）の増加
 - ▶ 重症心身障害児者（大島の分類）
 - ▶ 超重症児スコア

長期入院児と退院時人工呼吸管理児の推定全国推移



小児の在宅医療

- ▶ 背景：少子化
- ▶ 高度救命医療による死亡率の減少
 - ▶ NICU 満床問題
 - ▶ 重度の障害を有する児
 - ▶ 高度医療依存児（医療的ケア児）の増加
 - ▶ 重症心身障害児者（大島の分類）
 - ▶ 超重症児スコア

医療的ケア児の実数

医療的ケア児はこの10年で約2倍に増加



在宅人工呼吸療法を受けている小児患者は10倍に増加

19歳以下における在宅人工呼吸指導管理料算定期数の推移



現在の医療的ケア児の人工呼吸器比率は18%

埼玉医科大学総合医療センター
奈倉 道明先生

重症心身障害児 大島の分類

- ・重度の肢体不自由と重度の知的障害とが重複した状態。
- 医学的診断名では無く、児童福祉の行政上の措置を行うための定義
- ・現在も障害福祉制度の基盤の考え方

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

1, 2, 3, 4
の範囲が重症心
身障がい児

5, 6, 7, 8
は周辺児と呼ば
れる

超重症心身障害児：以下の超重症児スコアで判定

- ・ 大島分類に医療ケアを加味
- ・ ADLは座位まで（立てれば適応外）

●医学的管理下に置かなければ、呼吸をすることも栄養を摂ることも困難な障害状態にある児で以下のスコア25点以上。準超重症児は10点以上

●呼吸管理

レスピレーター(10) 気管内挿管、気管切開(8) 鼻咽頭エアウエイ(8) 酸素吸入(5)1時間1回以上の吸引(8) 1日6回以上の吸引(3) ネブライザーの6回/日以上または常時使用(3)

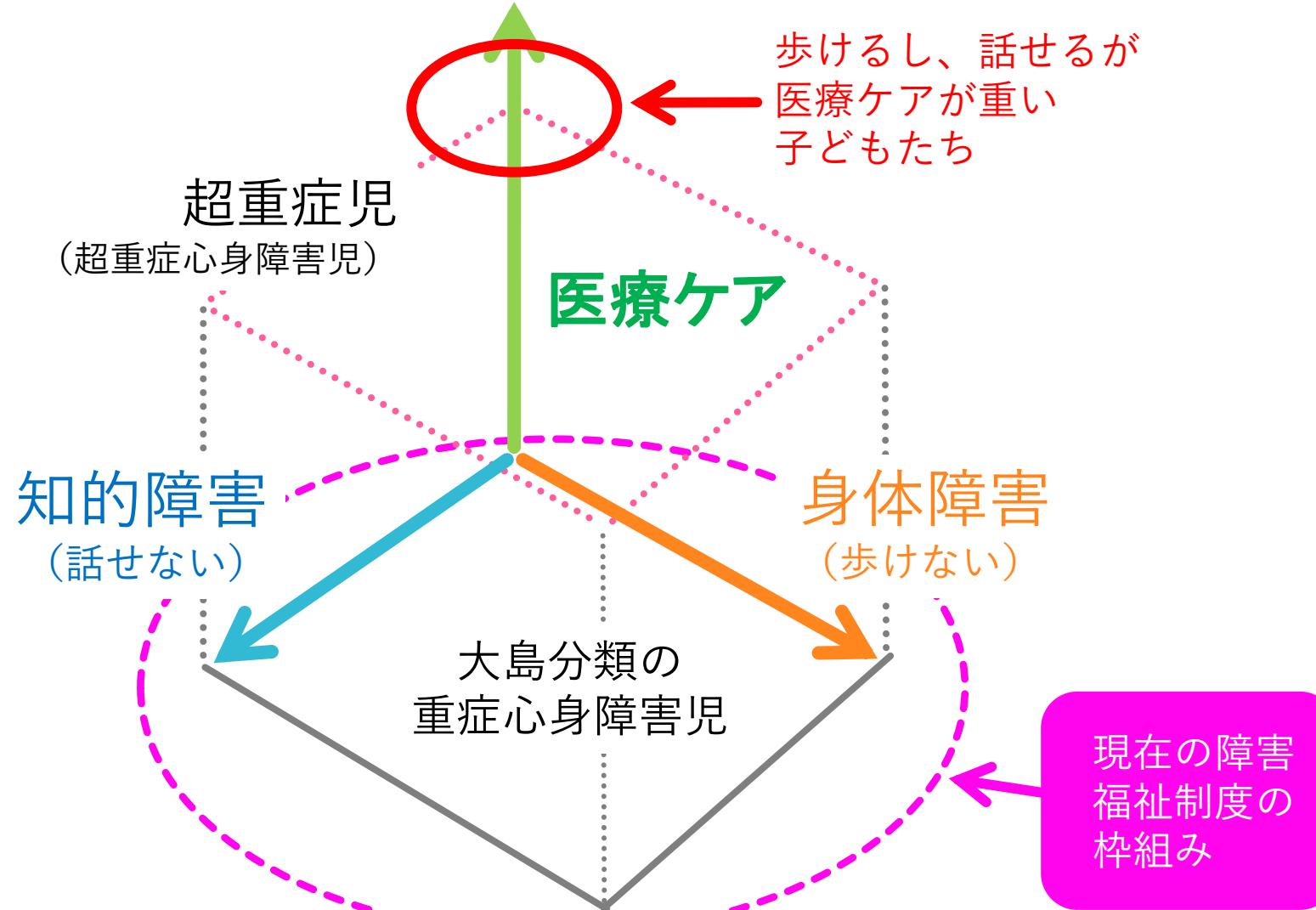
●食事機能

IVH(10) 経口全介助(3) 経管（経鼻、胃瘻）(5) 腸瘻(8) 腸瘻・腸管栄養時に注入ポンプ(3)

●他の項目

継続する透析(10) 定期導尿、人工肛門(5) 体位交換1日6回以上(3) 過緊張で発汗し更衣と姿勢修正3回/日以上(3)

大島分類、超重症児スコア、歩けて話せる医療的ケア児概念図



長期入院児の増加傾向

- NICU長期入院児の年間発生数は、2010年以降再び増加傾向
- NICU1000床あたり95例、出生1万人あたり2.6例（2012年）
- 在宅人工呼吸の小児患者数も、2010年以降は増加傾向

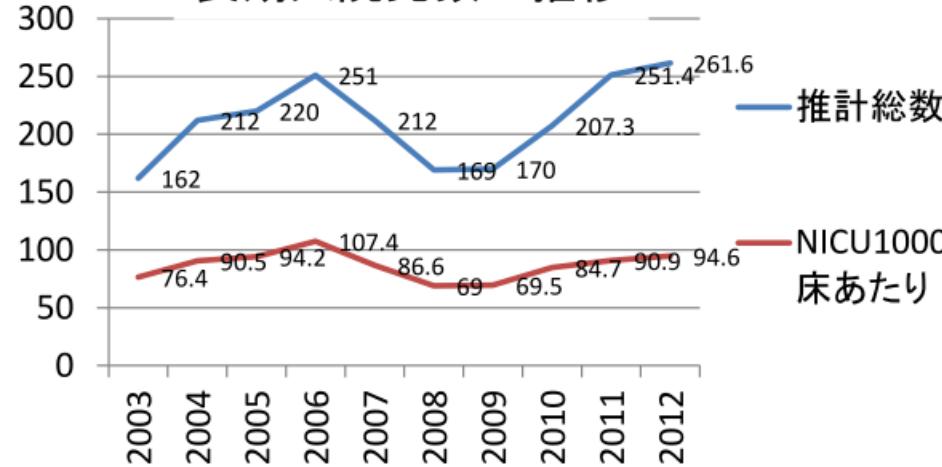
長期入院児*の年間発生数（2012年データ）

NICU1000床あたり95例
⇒ 推計総数 約260例**
(約2.6例/出生1万人)

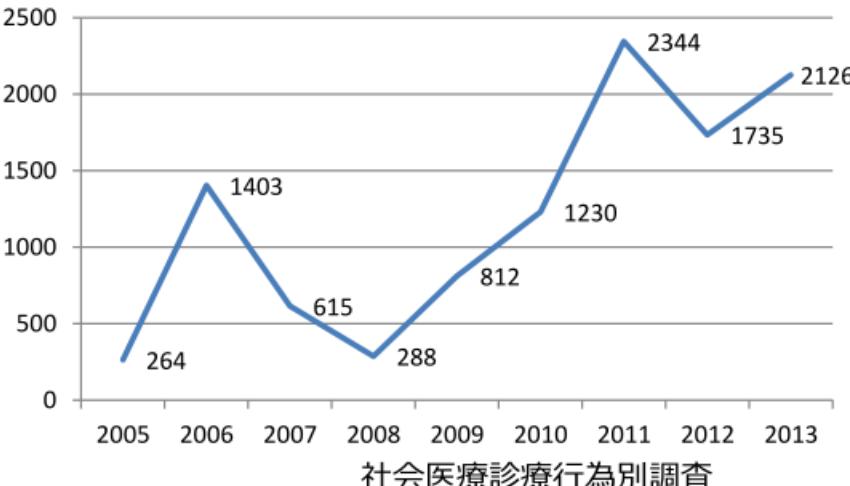
* 2011年に出生しNICUあるいはその後方病床に1年以上入院している児

** 2012年のNICU総病床数2,765

長期入院児数の推移



在宅人工呼吸指導管理料算定件数（0～19歳）の推移



小児等在宅医療の
現状と課題

平成27年1月17日
厚生労働省医政局地域医療計画課
在宅医療推進室

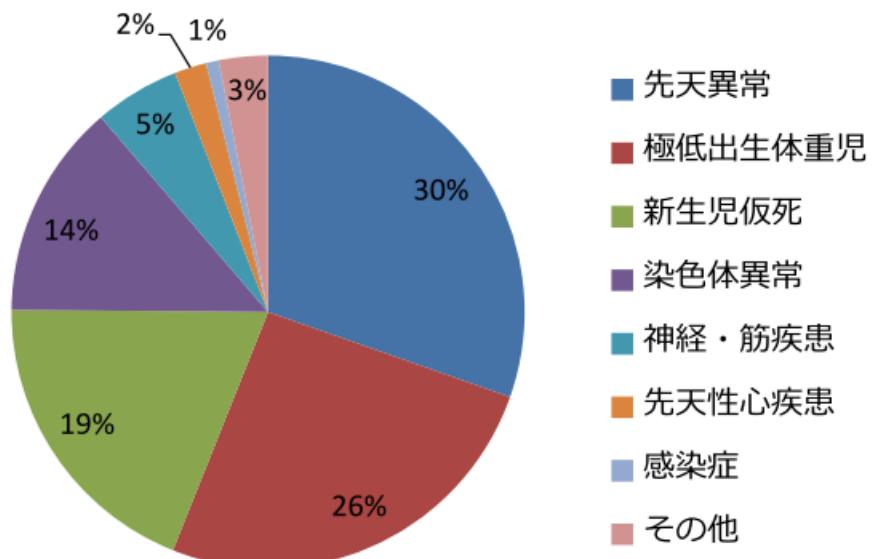
長期入院児の基礎疾患

1年以上の長期入院児の基礎疾患の内訳

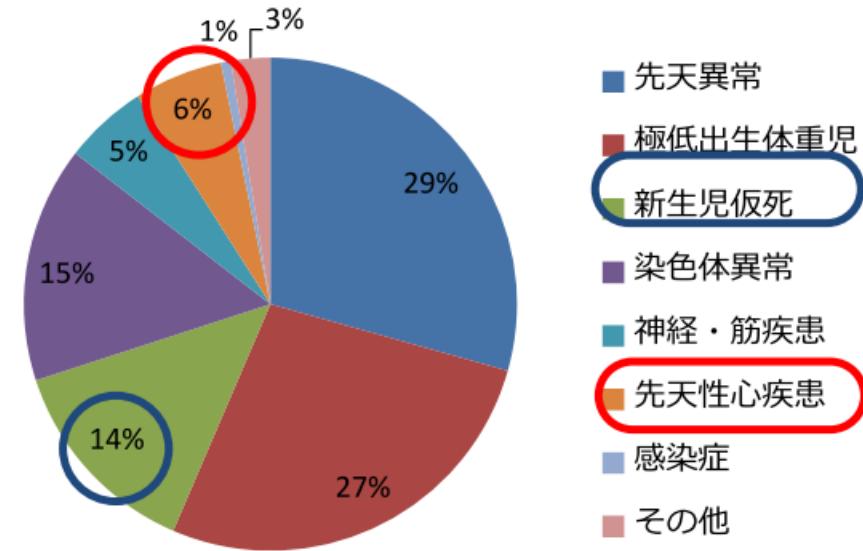
- 新生児仮死は減少 (19→14%)
- 先天性心疾患は増加 (2→6%)
- 他は著変なし

長期入院児の基礎疾患

2003～2009(744例)



2010～2012(310例)



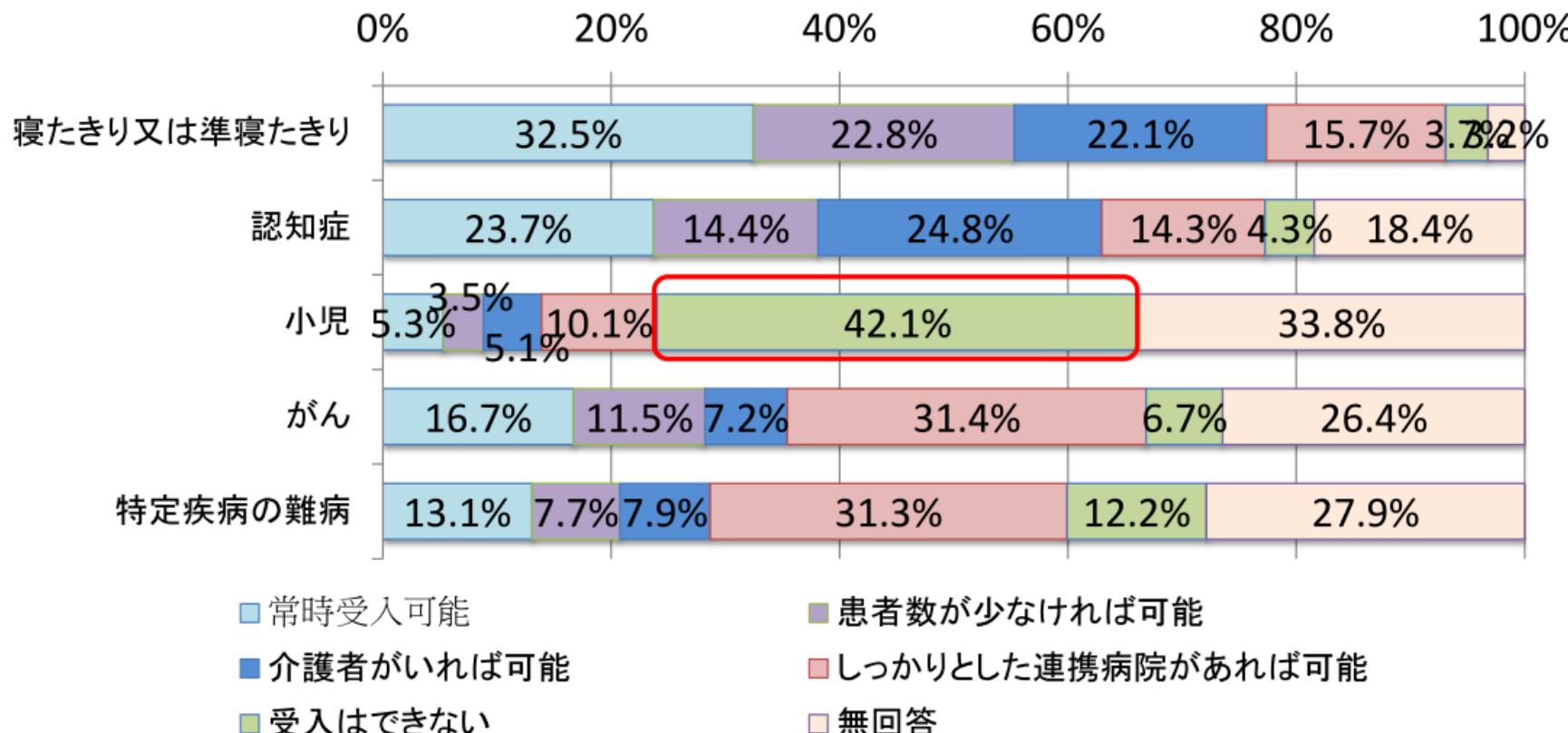
長期入院児は
新生児仮死は減少
先天性心疾患が增多

小児等在宅医療の
現状と課題

在宅医療を提供する医療機関における小児等の受け入れ状況

- 在宅医療を担う診療所のうち、小児の受入ができないと回答する診療所は42.1%であった。
- なお、当該調査において、主たる診療科として小児科を挙げたのは1446施設中3.3%（48施設）未満であった。

主傷病別にみた自院の受け入れ状況(n=624)



※ 平成22年11月現在、在宅療養支援診療所又は在宅時医学総合管理料の届け出を行っている診療所を対象として調査を実施。
調査対象3,905施設、有効回答数1,446施設(有効回答率37.0%)。

約半数の在宅医が
小児の受け入れ困難と
回答

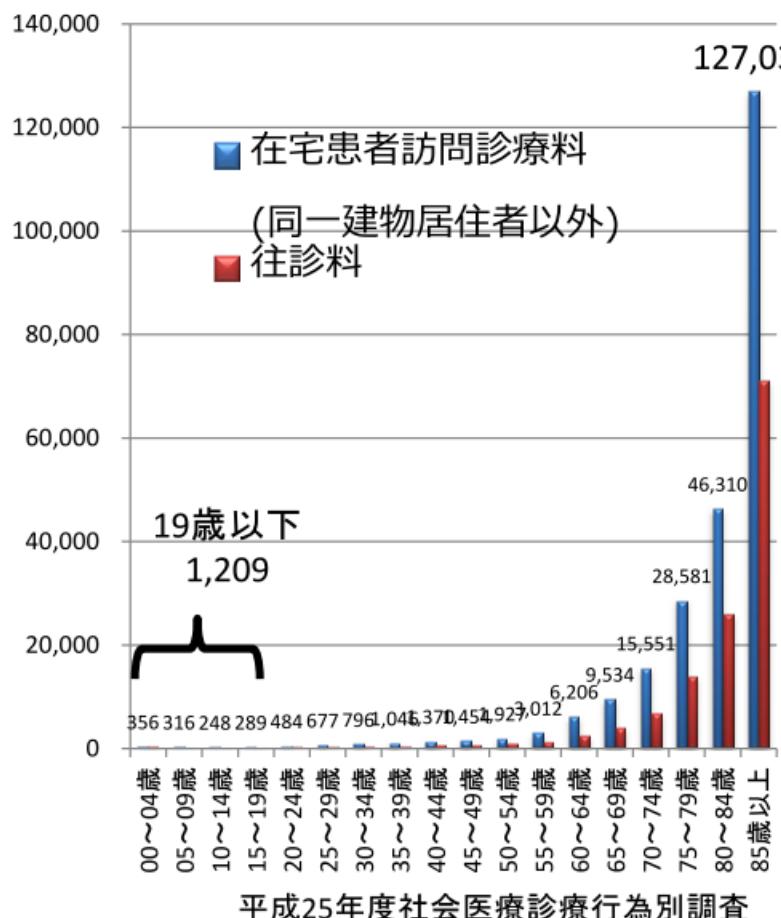
小児等在宅医療の
現状と課題

平成27年1月17日
厚生労働省医政局地域医療計画課
在宅医療推進室

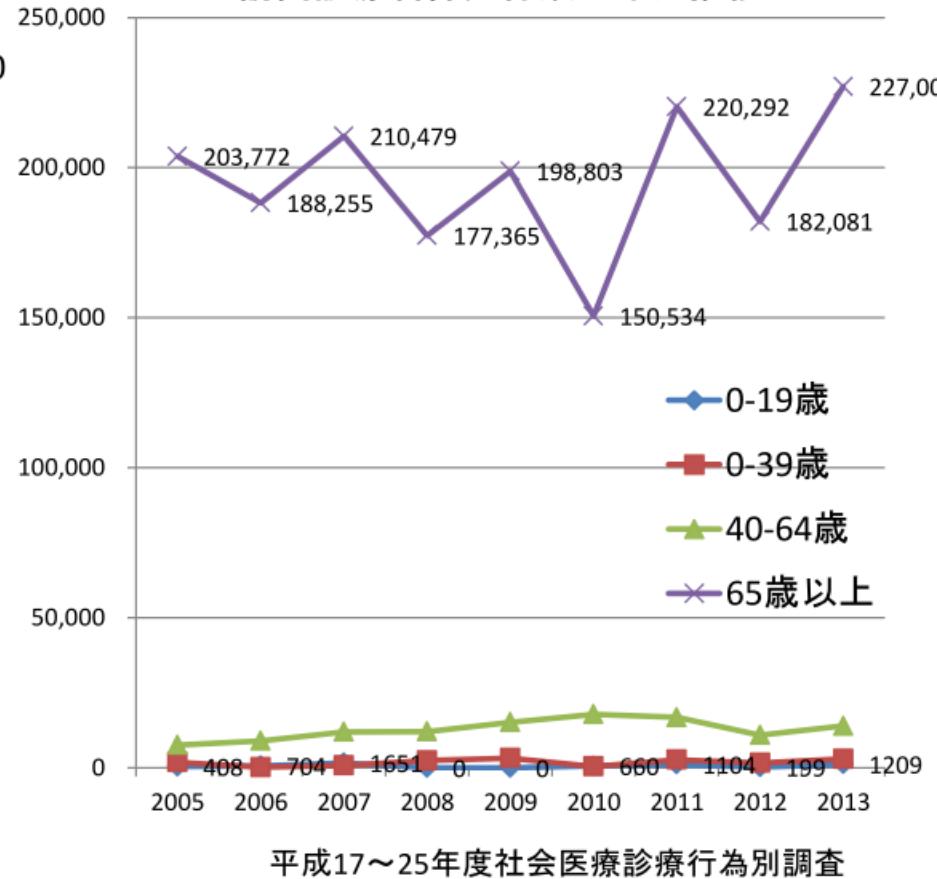
訪問診療・往診を受ける小児患者

- 小児で訪問診療、往診を受ける患者は少ない。
- 19歳以下で訪問診療を受ける者は1,207人、85歳以上では12.7万人（平成25年度）。
- 訪問診療料算定件数は高齢者で微増傾向にあるが、小児では伸びていない。

訪問診療料、往診料の年齢群別算定件数



年齢群別での
訪問診療料算定件数の年次推移



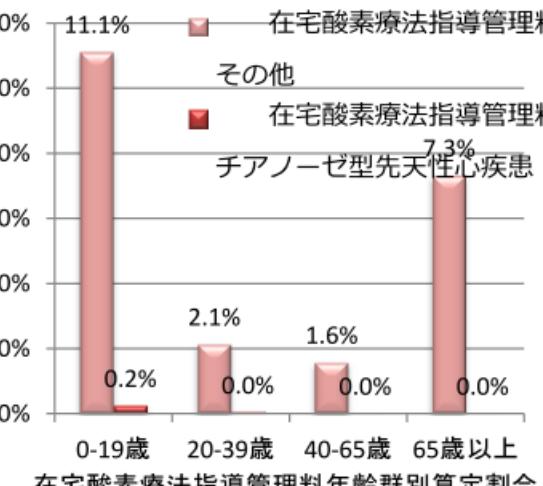
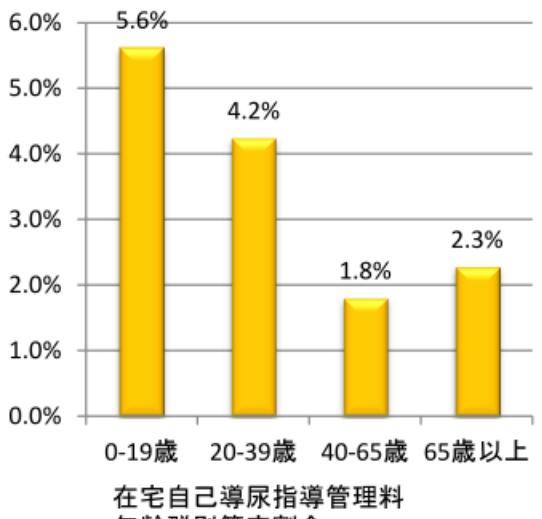
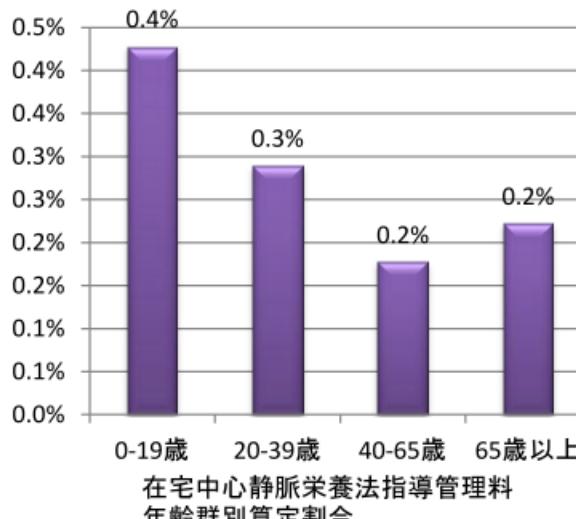
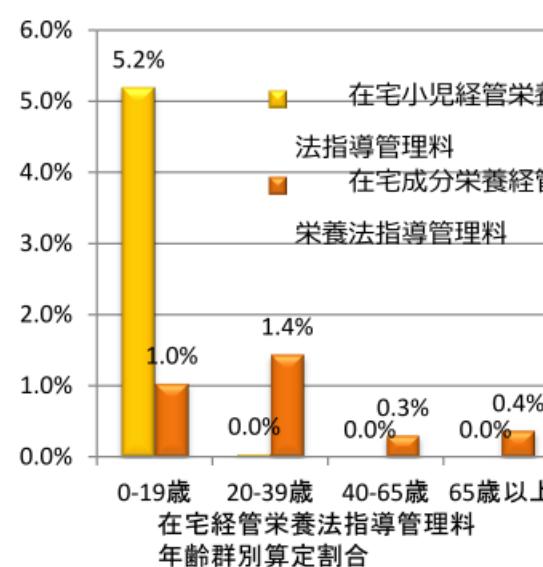
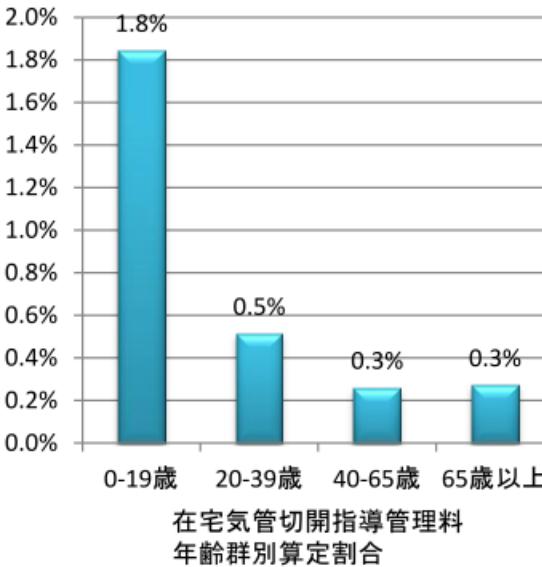
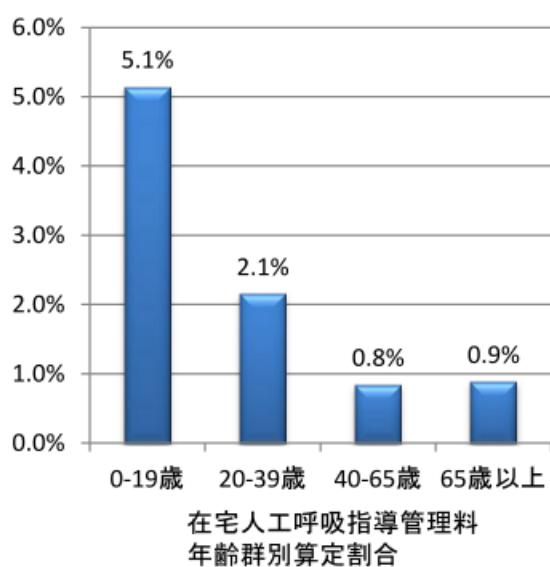
在宅訪問診療の数は增多
小児は伸びていない

小児等在宅医療の
現状と課題

平成27年1月17日
厚生労働省医政局地域医療計画課
在宅医療推進室

医療的ケアを要する小児患者の状況

○ 在宅医療を受ける者全体の中で、在宅酸素療法、在宅人工呼吸、気管切開、経管栄養、在宅酸素療法を受ける者の割合は、19歳以下の小児において高い。



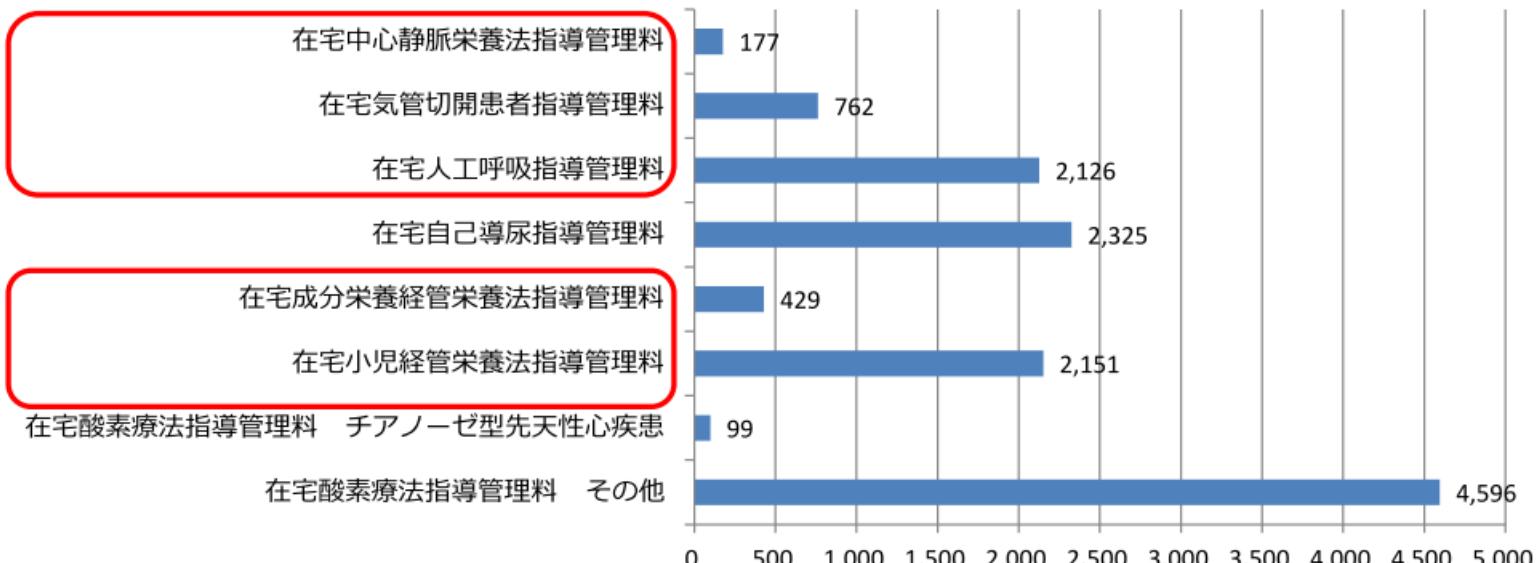
小児は他の年齢と比して
突出して医療依存度が高い

小児等在宅医療の
現状と課題

平成27年1月17日
厚生労働省医政局地域医療計画課
在宅医療推進室

小児等在宅医療患者の医療的ケア

- 0～19歳における主な在宅療養指導管理料の算定件数については、在宅酸素が最も多く、次に経管栄養、自己導尿、人工呼吸、気管切開、中心静脈栄養が続く（在宅自己注射2.2万件は除く）。
- 本年度の事業は、通院が困難である可能性が高い人工呼吸、経管栄養、気管切開、中心静脈栄養を要する小児患者を対象に想定して実施することとする。



0～19歳の患者における在宅療養指導管理料の算定件数（月あたり）

平成25年度社会医療診療行為別調査

呼吸管理と栄養管理の率が高い

小児等在宅医療の現状と課題

平成27年1月17日
厚生労働省医政局地域医療計画課
在宅医療推進室

在宅の重症心身障害児の数の把握について (平成25年度小児等在宅医療連携拠点事業報告書より)

重症心身障害児者の数

- 在宅の重症心身障害児者の人数把握に関しては、岡山県が身障者手帳及び療育手帳の取得者から重症心身障害児者を登録する独自の制度を 持っており、平成23年の調査では重度心身障害児者959人、在宅患者数564人(人口1万人あたり4.9)と報告された。
- また、大阪府においては平成24年に、身体障害者手帳1・2級及び療育手帳Aを交付された者を重症心身障害児者と定義して調査を実施し、全年齢で7,257人(人口1万人あたり8.1)、20歳未満で2,597人(20歳未満人口1万人あたり16.3)と報告された。
- 一方で、他の研究で出された患者把握に基づくデータによれば(北海道の一部、千葉県、埼玉県、福岡県)、精度にはばらつきはあるが、在宅での重症心身障害児者数は人口1万人あたり0.7~1.6の範囲に収まっている(厚生労働省、平成24年度重症心身障がい児者の地域生活モデル事業報告書、厚生労働科学研究「重症新生児に対する療養・療育環境の拡充に関する総合研究」、平成24年度)。

超・準超重症児の数

- 超重症児に関しては、平成19年に8府県で小児科医師により悉皆調査がされている。20歳未満の超重症児は小児人口1万人あたり約3で、在宅患者はその7割であり、在宅患者の23%が人工呼吸器を必要とすると報告された(日本小児科学会倫理委員会「超重症心身障害児の医療的ケアの現状と問題点－全国8府県のアンケート調査」、平成19年)。つまり、在宅人工呼吸管理の小児患者は小児人口1万人あたり0.5と算出される。

人工呼吸器を必要とする小児在宅医療患者の数

- 人工呼吸器を必要とする小児在宅医療患者は調査対象が明確であったが、全県的な人数把握は意外に困難であった。全国の在宅人工呼吸指導管理料の算定件数は小児人口1万人あたり0.775であるのに対して、8都県における18歳未満の在宅人工呼吸管理患者割合は小児人口1万人あたり0.609と算出され、さらに都県別に見た場合0.403~0.804とばらつきが大きかった。以上より、調査から漏れた患者がいる可能性が大きい。実際、東京都が医療機関を対象に行った調査では112人であったが、前年に市町村を対象に行った調査では177人と人数の乖離が見られ、三重県においても若干の数値の相違が見られており、正確な人数の把握は予想以上に困難であることが浮き彫りにされた。

18歳未満在宅人工呼吸患者									
	群馬県	埼玉県	千葉県	東京都	長野県	三重県	岡山県	長崎県	合計
気管切開人工呼吸患者	14	76	72	112	30	17	15	18	354
18歳未満人口	347,159	1,236,242	1,040,673	1,910,795	373,342	321,279	340,881	246,632	5,817,003
18歳未満人口1万人あたり	0.403	0.615	0.692	0.586	0.804	0.529	0.440	0.730	0.609

20歳未満の人工呼吸指導管理料算定件数	1,735
20歳未満人口	22,392,000
20歳未満人口1万人あたり	0.775

平成24年度 社会医療診療行為別調査、人口動態調査

小児等在宅医療の
現状と課題

平成27年1月17日
厚生労働省医政局地域医療計画課
在宅医療推進室

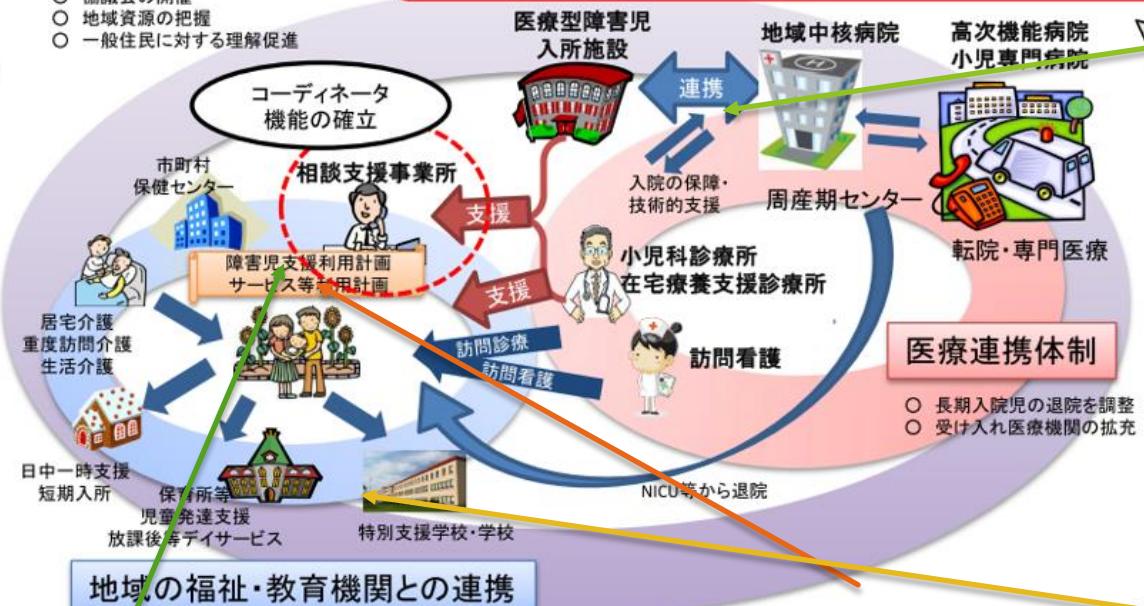
小児在宅医療の医療・福祉の鳥瞰図

- ▶ 重症心身障害児（者）への複合的な支援
 - ▶ 医療・福祉・教育・社会資源の育成整備
 - ▶ 多重的な法律による様々な支援とアクセスのポイント
- ▶ 多資源介入に対する療養の鳥瞰図を把握しづらくなる
- ▶ 療養資源が変化する（学校の入学・卒業・就労・通所・支援の根拠となる法律の変更）
- ▶ 高度医療依存による行政サービスや施設資源へのアクセスの困難さへのアウトリーチが課題↑（訪問資源の重要性↑）

都道府県による支援

- 協議会の開催
- 地域資源の把握
- 一般住民に対する理解促進

拠点のイメージ：高次機能病院、在宅療養支援診療所、医療型障害児入所施設など



- 在宅医療
- 訪問診療
- 訪問看護
- 訪問リハビリテーション
- 訪問薬剤指導
- 歯科訪問診療
- 在宅患者訪問栄養食事指導
- 急性期の二次治療入院病

地域における包括的かつ継続的な在宅医療を提供するための体制を構築する。

- ① 二次医療圏や市町村等の行政・医療・福祉関係者等による協議を定期的に開催
- ② 地域の医療・福祉・教育資源の把握・活用
- ③ 受入が可能な医療機関・訪問看護事業所数の拡大、専門機関とのネットワークを構築
- ④ 福祉・教育・行政関係者に対する研修会の開催やアウトリーチによる医療と福祉等の連携の促進
- ⑤ 個々のニーズに応じた支援を実施するコーディネータ機能の確立
- ⑥ 患者・家族や一般住民に対する理解促進の取り組み

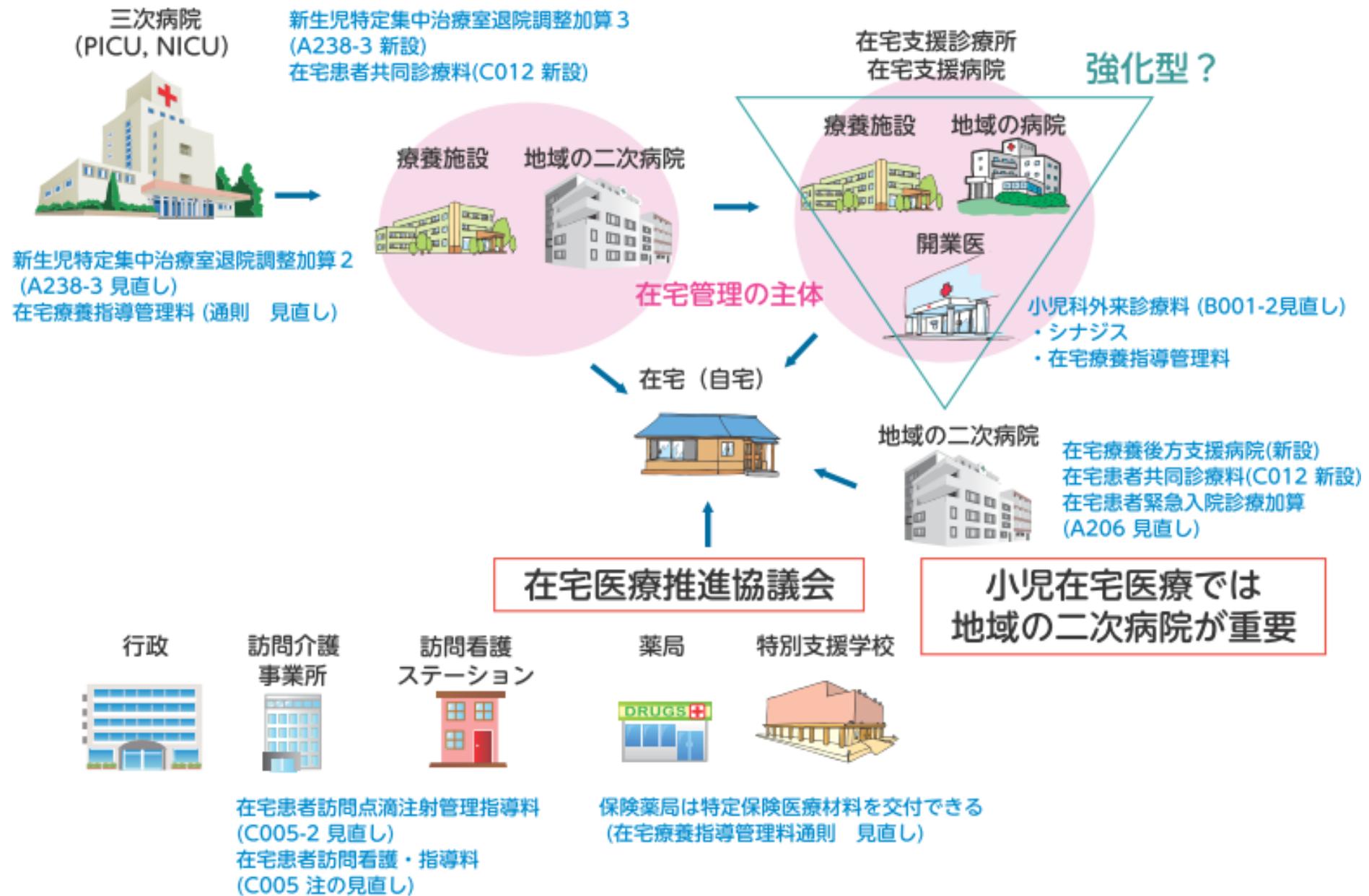
□療養を支える入院医療機関
周産期センター
高次機能病院・小児専門病院
→専門医療・検査入院
　急性増悪時の専門治療
地域中核病院
→急性期治療・レスパイト
医療型療育病院
→リハビリテーション・
　ショートステイ・短期入所

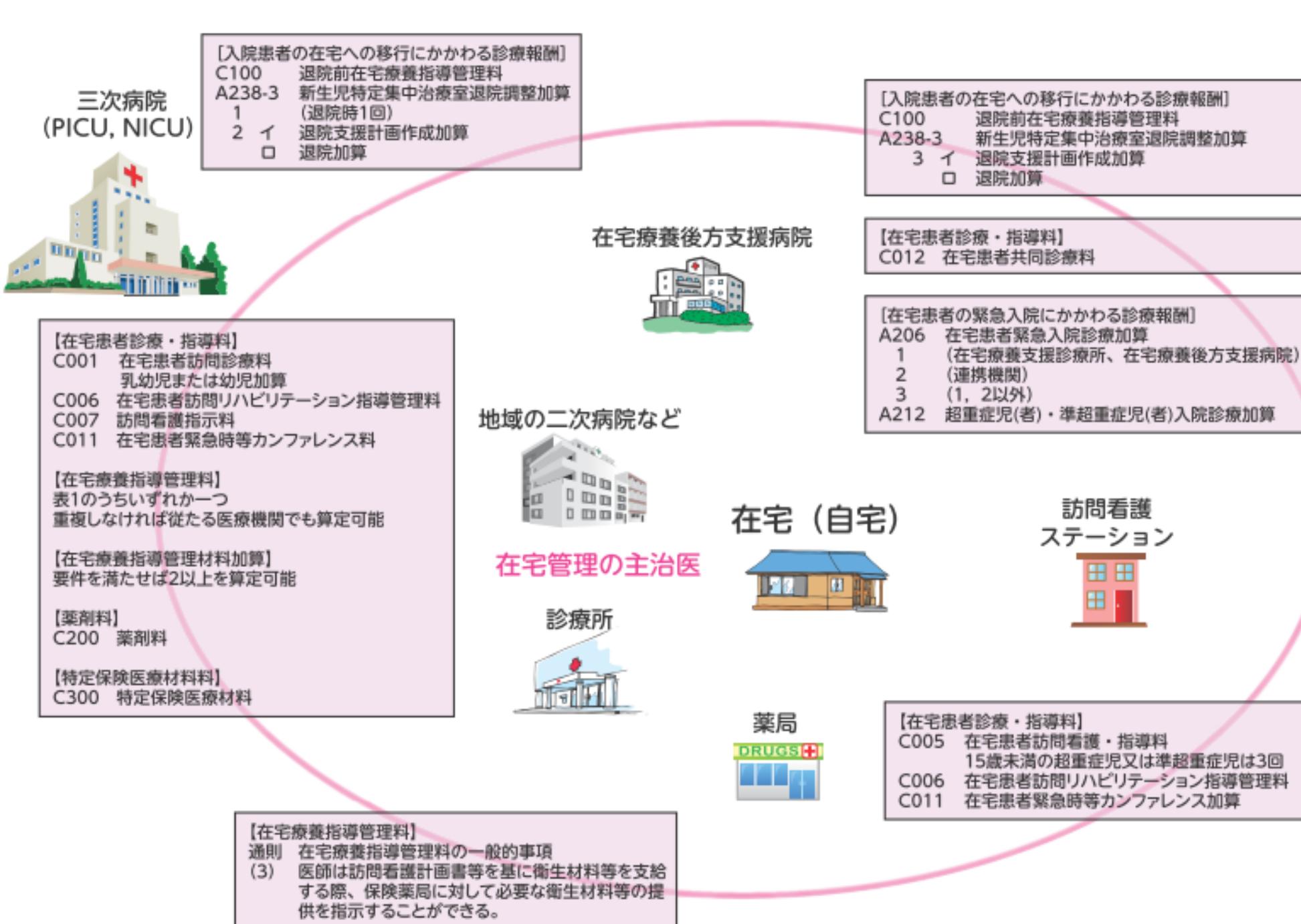
- 生活支援
- 居宅介護（ホームヘルプサービス）
- 身体介護
- 生活介護
- 移動支援
- 訪問入浴サービス

- 発育支援・教育支援

児童発達支援（通所型）
放課後デイサービス
特別支援学校 通学・訪問

保育課 一時保育
保育園
幼稚園
小中学校
学童保育





多職種連携への
診療報酬↑

表1 在宅医療における基本的な診療報酬

[在宅患者診療・指導料]	[在宅療養指導管理料]
C001 在宅患者訪問診療料 乳幼児または幼児加算	表3のうちいずれか一つ 重複しなければ従たる医療機関でも算定可能
C002 在宅時医学総合管理料	[在宅療養指導管理材料加算]
C006 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料	要件を満たせば2以上を算定可能
C007 訪問看護指示料	[薬剤料]
C007-2 介護職員等喀痰吸引等指示料	C200 薬剤料
C011 在宅患者緊急時等カンファレンス料	[特定保険医療材料料]
C012 在宅患者共同診療料	C300 特定保険医療材料

〔日本小児科学会社会保険委員会. 2017年11月25日作成〕

▶ 在宅医療の基本診療報酬

定期的な訪問診療と病診連携による在宅時医学総合管理が基本の診療報酬

▶ 医療行為に必要な材料供給については各指導管理料と材料加算で供給

- ▶ 各指導管理料は最も主たるものとる
- ▶ 在宅療養指導管理料は重複しなければ従たる医療機関でも算定可能
- ▶ 材料加算は複数を算定可能

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

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

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

医療行為に必要な材料供給については各指導管理料と材料加算で供給

各指導管理料は最も主たるものとる

在宅療養指導管理料は重複しなければ従たる医療機関でも算定可能

材料加算は複数を算定可能

病診連携：退院支援の重点化

表7 B004 退院時共同指導料1

1 在宅療養支援診療所	1,500 点
2 それ以外	900 点
注1 特別管理加算	200 点(告示4別表8の状態)
注2 在宅医療を担う医師の参加	300 点
注3 それ以外の職種の参加	2,000 点

入院中の患者について、その施設に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、共同して行った場合。
入院中1回。告示4別表3の1の2の患者では、2回。

注1 入院施設の医師または看護師退院後に在宅医療を担う診療所等の医師または看護師

注2 以下のような者
退院後に在宅医療を担う診療所等の医師または看護師、歯科医師または歯科衛生士、保険薬局の薬剤師、訪問看護ステーションの正看護師、居宅介護支援事業者等の介護支援専門員

〔日本小児科学会社会保険委員会、2018年1月2日作成〕

表8 B004 退院時共同指導料1

別表3の1の2 退院時共同指導料1及び2を2回算定できる疾病等の患者並びに頻回訪問加算に規定する状態等にある患者	別表8 退院時共同指導料1の注2の特別な管理を要する状態等にある患者並びに退院後訪問指導料、在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料に規定する状態等にある患者
1 末期の悪性腫瘍の患者(在宅がん医療総合診療料を算定している患者を除く)	1 在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
2 (1)であって、(2)又は(3)の状態であるもの (1)在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理、在宅肺高血圧症患者指導管理、在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者 (2)ドレンチューブ又は留置カテーテルを設置している状態 (3)人工肛門又は人工膀胱を設置している状態	2 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者
3 在宅での療養を行っている患者であって、高度な指導管理を必要とするもの	3 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
	4 真皮を越える褥瘡の状態にある者
	5 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定する者

〔日本小児科学会社会保険委員会、2018年1月2日作成〕

表6 A246 退院支援加算(退院時1回)

退院支援加算1		退院困難な要因(退院支援加算1, 2)	
イ 退院困難な要因を有する入院中の患者であつて, 在宅での療養を希望するものに対して退院支援を行った場合	ア 悪性腫瘍, 認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症	イ 緊急入院であること	ウ 要介護認定が未申請(40歳以上)
□ 連携する他の保険医療機関において当該加算を算定した患者の転院を受け入れ, 退院支援を行った場合	エ 入院前に比べADLが低下し, 退院後の生活用様式の再編が必要	オ 排泄に介助を要する	カ 同居者の有無に関わらず, 必要な介助を十分に提供する状況にない
退院支援加算2		キ 退院後に医療処置が必要	ク 入退院を繰り返す
退院困難な要因を有する入院中の患者であつて, 在宅での療養を希望するものに対して退院支援を行った場合		ケ アからクに準ずる	ア 先天奇形
退院支援加算3		イ 染色体異常	ウ 出生体重1,500g未満
イ 当該保険医療機関に入院中の患者であつて NICU管理料またはGCU管理料を算定したことがあるものに対して, 退院支援計画を作成し, 退院支援を行った場合		エ 新生児仮死(II度以上に限る)	オ その他, 生命にかかわる重篤な状態

退院支援および地域連携業務にかかわる職員	退院困難な要因の抽出	退院支援計画の作成への着手	共同カンファレンスの開催
医療機関内に退院支援部門がある各病棟に配置			
1 十分な経験を有する専従の看護師または社会福祉士が1名以上, さらに, 経験を有する専任の社会福祉士または看護師を配置	3日以内	7日以内	病棟看護師, 退院支援要員, 退院支援部門の看護師及び社会福祉士, 等
2 医療機関内の退院支援部門に経験を有する専従の看護師, 准看護師または社会福祉士が1名以上, さらに, 経験を有する専任の社会福祉士または看護師を配置	7日以内	7日以内	同上(努力義務)
3 医療機関内に退院支援部門がある退院支援とNICU業務経験のある専従の看護師が1名以上, または退院支援とNICU業務経験のある専任の看護師と専従の社会福祉士が1名以上, 専従の看護師または社会福祉士は週30時間以上退院支援にかかわる業務に専従	7日以内	1か月以内	病棟および退院支援部門の看護師ならびに社会福祉士, 等

▶ 退院支援加算

▶ 退院困難な症例について早期の抽出と退院調整を行うことに配慮

多職種連携の強化

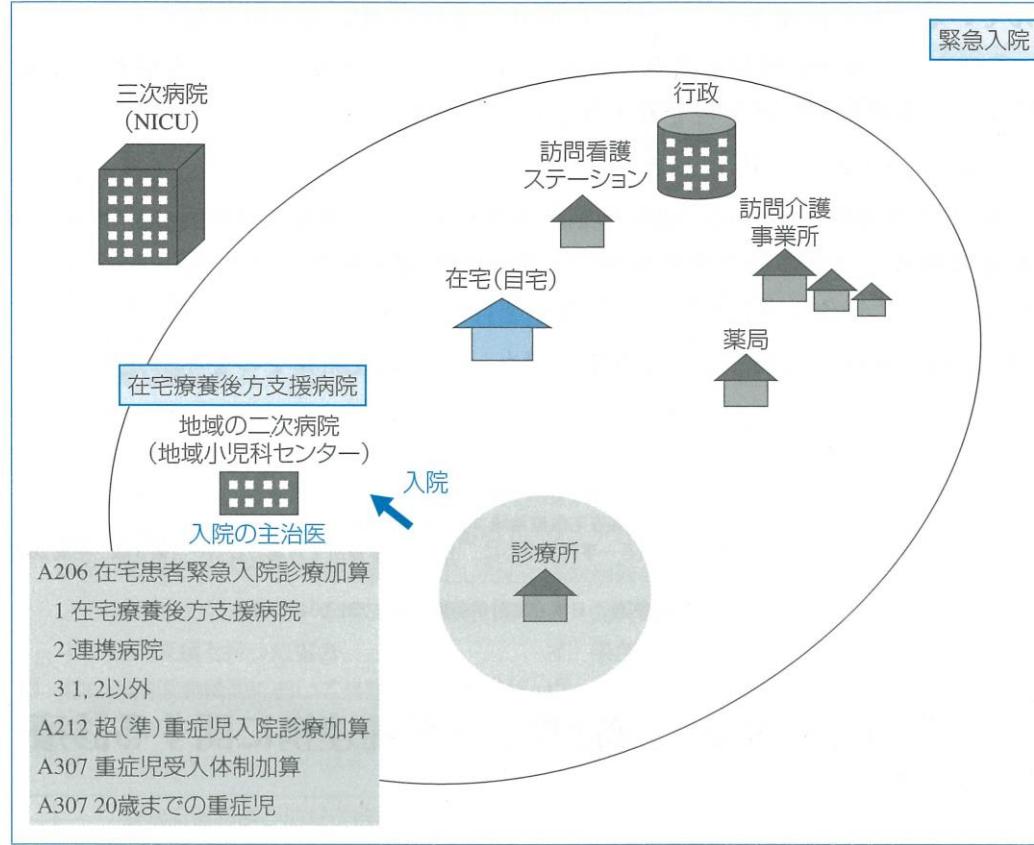
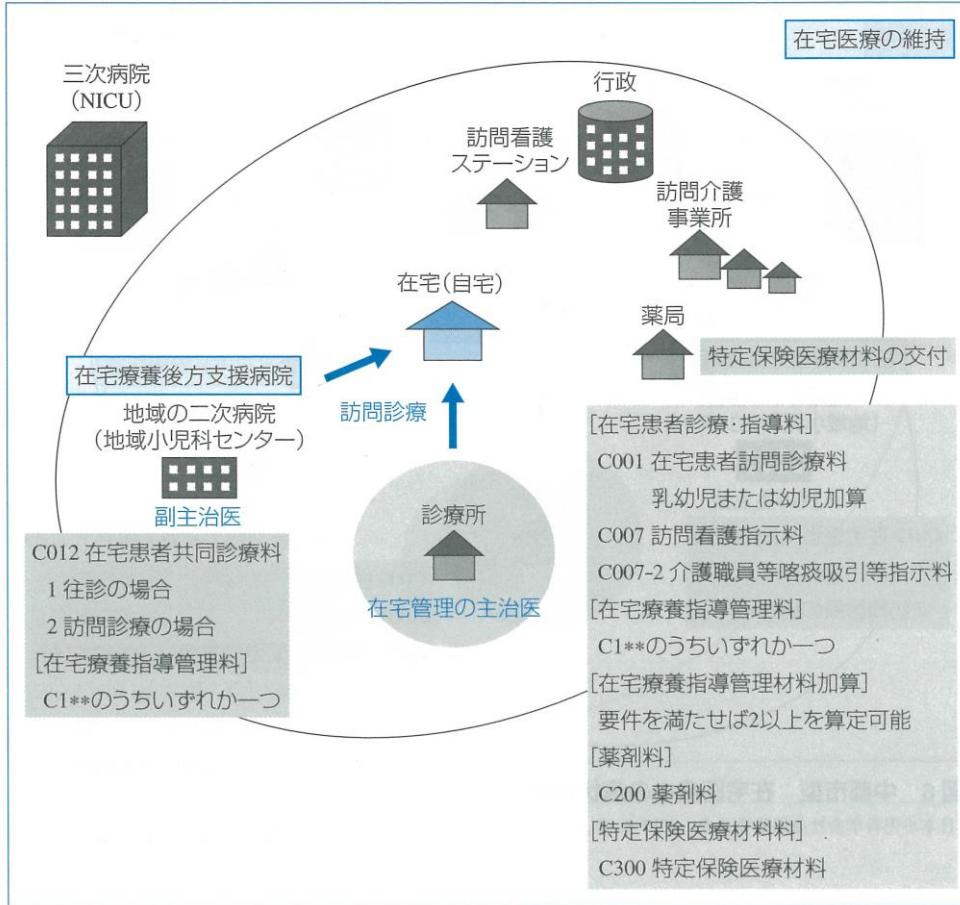


図5 中都市型：在宅医療の維持

〔日本小児科学会社会保険委員会. 2017年10月14日作成〕

► 在宅療養後方支援病院

- ▶ 共同に診療ができるよう配慮
- ▶ 入院の際の報酬の加算

表 多職種で連携するための仕組み

算定項目	必ず参加が必要な職種	参加すると加算が認められる職種
B004 退院時共同指導料1	入院施設の医師または看護師 退院後に在宅医療を担う診療所等の医師または看護師	以下のうち3者以上 退院後に在宅医療を担う診療所等の医師または看護師 歯科医師または歯科衛生士 保険薬局の薬剤師 訪問看護ステーションの正看護師 居宅介護施設等の介護支援専門員
B005 退院時共同指導料2	同上	同上
A246 退院支援加算3	病棟および退院支援部門の看護師 社会福祉士	
C100 退院前在家療養指導管理料		
C012 在宅患者共同診療料	在宅療養後方支援病院	
C011 在宅患者緊急時等 カンファランス料	在宅医療を担う診療所等の医師 以下のうち1者以上 歯科医師または歯科衛生士 薬剤師 訪問看護ステーションの看護師 居宅介護施設等の介護支援専門員	
C013 在宅患者訪問褥瘡管理指導料	在宅医療を担う診療所等の医師、管理栄養士、看護師 連携する他の医療機関の看護師	

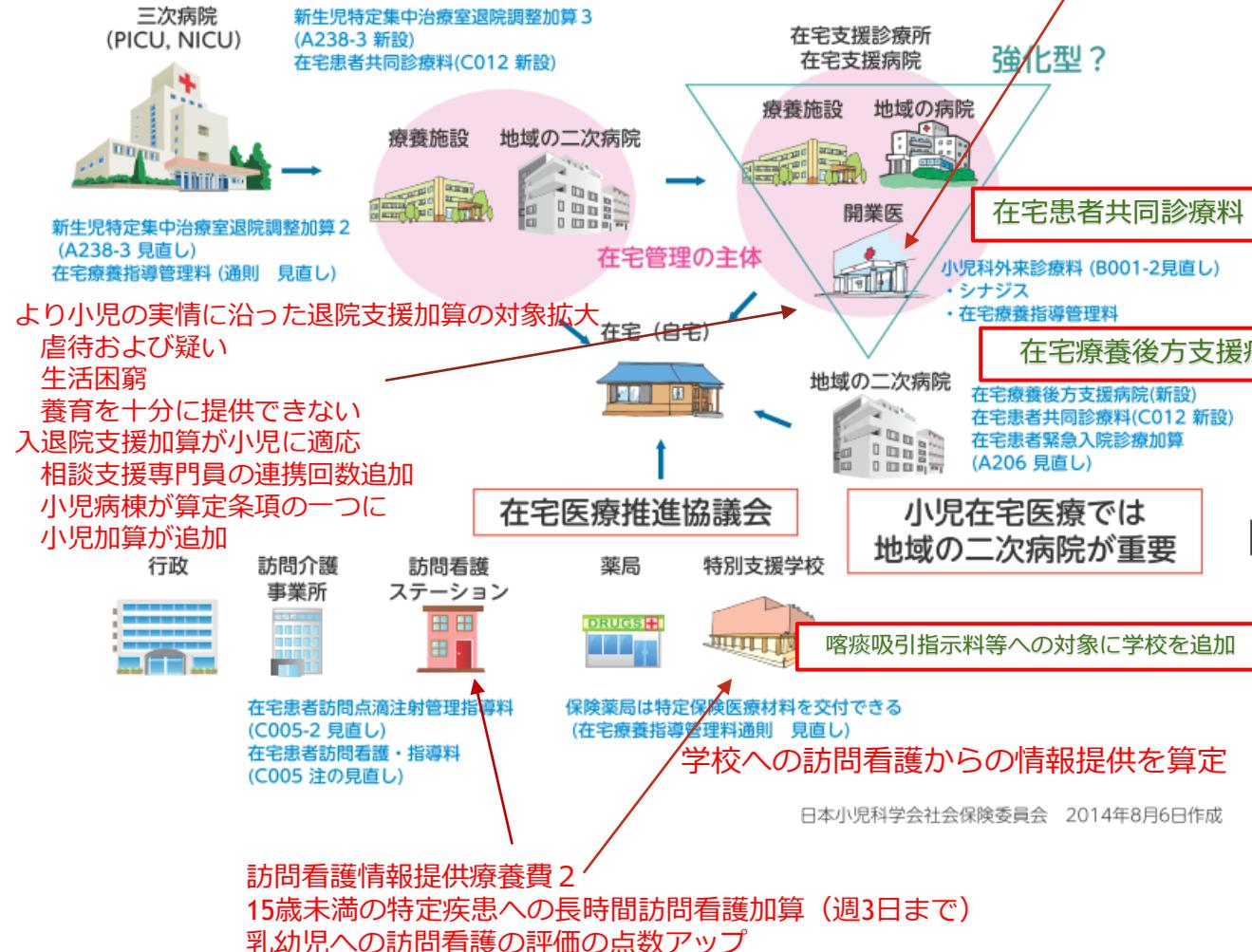
診療報酬からみた小兒在宅の流れ

診療報酬からみた小児在宅医療の流れ

小児科療養指導料
医療的ケア児加算

小児で呼吸管理を病診連携で行う診療所の在宅療養指導管理料の算定

▶ 高度医療依存による医療福祉社会資源からの孤立を克服し社会化を支援する



- ▶ ①在宅資源によるアウトリーチと在宅療養支援
 - ▶ 診療所の在宅医療提供に対する診療報酬加算
 - ▶ 訪問看護ステーションの小児への提供の診療報酬的支援
 - ▶ 訪問看護ステーションの他施設との連携推進
- ▶ ②在宅療養後方支援病院を含む病院との連携
- ▶ ③発育へのニーズにこたえる：療育資源（障害医療・障害福祉・発育支援の資源との連携

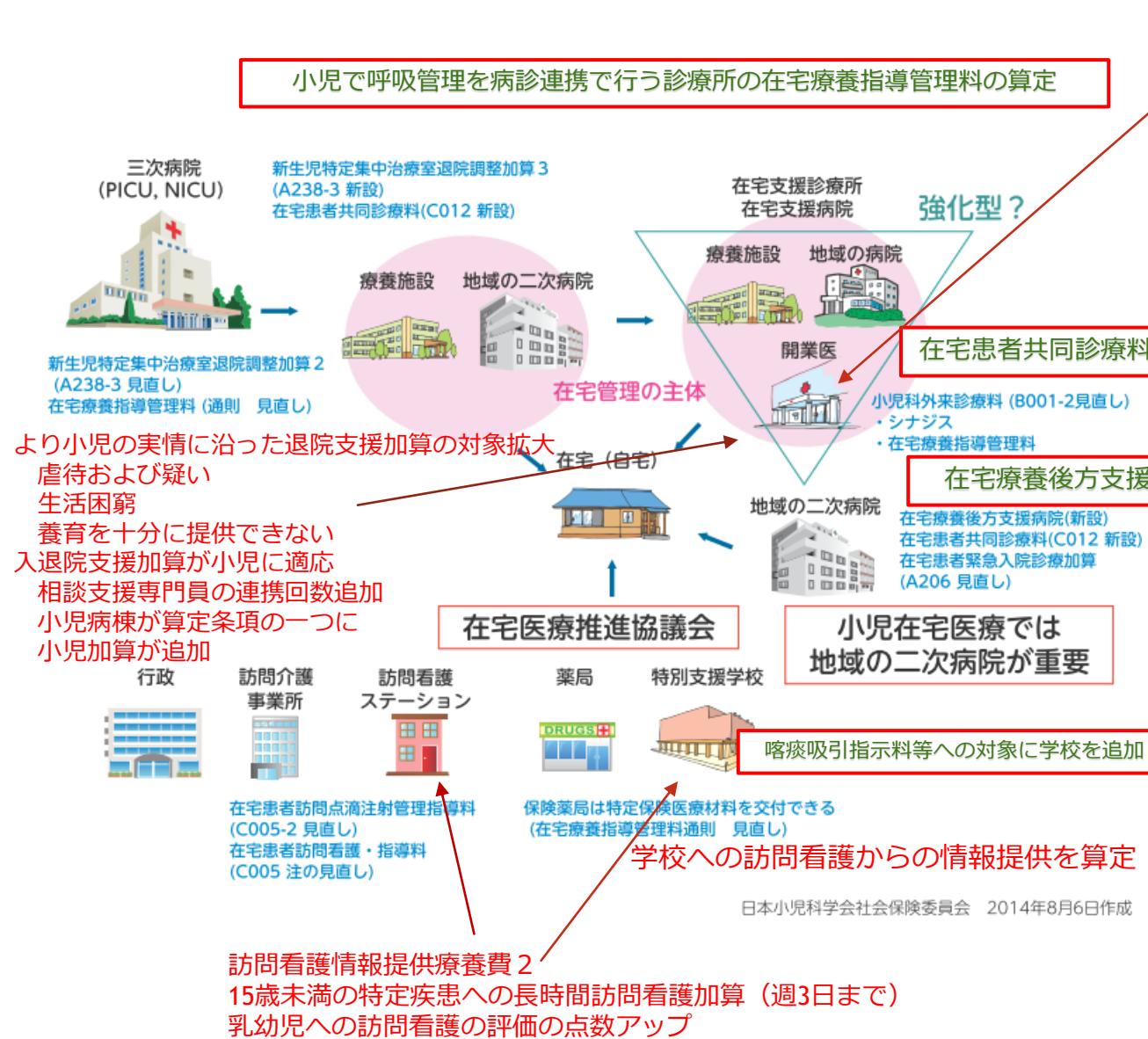
医療面

- ▶ 在宅資源により高度の医療依存でもプライマリーに対応する医療体制を構築
- +
- ▶ 地域の二次医療機関（在宅療養後方支援病院）・時に重症化する児への三次医療機関との病診連携

平成26年度改定

平成30年度改定

診療報酬からみた小児在宅医療への重点の流れ



小兒科療養指導料 医療的ケア児加算

- ▶ 療育面
- ▶ 在宅での療養から段階的に地域資源へつなげていき社会参加を促す
- ▶ 療育資源へのアクセス
- ▶ 地域の発達支援のための地域資源への参加
- ▶ 教育機関との連携
- ▶ **病院** 強い介護負担・養育の行き詰まりへのレスパイトの配慮

緩和的側面：健常の喪失に伴う悲嘆・家族の育成の支援

- ▶ 社会的困難による療育破綻リスクへの配慮（虐待および疑い・養育困難・生活困窮）
- ▶ 健常の喪失に対する悲嘆からの児と家族の一歩を支える：在宅資源の緩和的関わり

平成26年度改定

平成30年度改定

小児在宅に対する診療報酬のまとめ

- ▶ 在宅医療への小児への配慮
 - ▶ 在宅医療機関の算定で看取りと超重症児の件数が同等に配慮
 - ▶ 小児への加算の充実
- ▶ 専門性の高い小児の医療依存の高い重症児の病診連携
 - ▶ 退院支援
 - ▶ 入院加算
- ▶ 小児在宅医療をプライマリーで行う在宅医療への支援
 - ▶ 指導管理料の拡充
 - ▶ 併診における指導管理料の算定
- ▶ 多職種連携
 - ▶ 医療から福祉にまたがる地域資源との連携
 - ▶ 他職種（教育）への診療情報の提供・指導料
- ▶ 養育困難・生活困窮・虐待（疑い）症例への配慮

▶ 在宅医療

- ▶ 治癒不能・重い障害・終末期・医療依存度の高い患者と家族の生活の場所で医療を提供することで療養を支援
- ▶ 孤立化に手を差し伸べ、健常の喪失の悲嘆からの希望の再生の一歩（リジリエンス）を支援（緩和的意義）

▶ 小児在宅医療

- ▶ **高度医療依存がもたらす重度の介護負担・生活困難を多分野の職種が連携してサポート**
 - ▶ 生活支援（ヘルパー）：身体介護・生活介護
 - ▶ 医療支援（訪問診療（医科・歯科）・訪問看護・訪問リハ・訪問薬局）
 - ▶ 高い医療および介護疲労と精神的な煮詰まりのレスパイトとしての入院（入所）施設
 - ▶ 社会参加・発育支援としての通園通所施設・および教育資源
- ▶ **高度医療依存の児は病診連携が不可欠**
 - ▶ 高度救命センター
 - ▶ 後方支援病院の不可欠
 - ▶ レスパイト資源の重要性

▶ 環境変化によるストレスに対する医療的ケアの習熟支援

- ▶ 段階的に社会参加へエンパワメント
- ▶ 患児の健常の喪失が齎す両親の深い悲嘆と発育支援への緩和的ニーズ
- ▶ 早期在宅移行による父性母性の育成支援（母子愛着支援を含む）
 - ▶ 養育困難・虐待疑い・生活困窮に配慮
- ▶ 重複障害のもたらす障害に対する早期発育支援への架け橋
 - 療育資源への早期の架け橋
- ▶ 社会参加・発育の場所としての教育・福祉・社会資源へどの子もアクセスできる体制づくり

▶ 地域共生社会への架け橋

- ▶ 地域包括ケアの生活困難全般への拡充（障害児者・医療ケア児（者））
- ▶ 社会資源の育成・参画

「地域共生社会」の実現に向けて（当面の改革工程）【概要】

「地域共生社会」とは

平成29年2月7日 厚生労働省「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部決定

- ◆制度・分野ごとの『縦割り』や『支え手』『受け手』という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が『我が事』として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて『丸ごと』つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会

改革の背景と方向性

公的支援の『縦割り』から『丸ごと』への転換

- 個人や世帯の抱える複合的課題などへの包括的な支援
- 人口減少に対応する、分野をまたがる総合的サービス提供の支援

『我が事』・『丸ごと』の地域づくりを育む仕組みへの転換

- 住民の主体的な支え合いを育み、暮らしに安心感と生きがいを生み出す
- 地域の資源を活かし、暮らしと地域社会に豊かさを生み出す

改革の骨格

地域課題の解決力の強化

- 住民相互の支え合い機能を強化、公的支援と協働して、地域課題の解決を試みる体制を整備【29年制度改革】
- 複合課題に対応する包括的相談支援体制の構築【29年制度改革】
- 地域福祉計画の充実【29年制度改革】

地域を基盤とする包括的支援の強化

- 地域包括ケアの理念の普遍化：高齢者だけでなく、生活上の困難を抱える方への包括的支援体制の構築
- 共生型サービスの創設【29年制度改革・30年報酬改定】
- 市町村の地域保健の推進機能の強化、保健福祉横断的な包括的支援のあり方の検討

「地域共生社会」の実現

- 多様な担い手の育成・参画、民間資金活用の推進、多様な就労・社会参加の場の整備
- 社会保障の枠を超えて、地域資源（耕作放棄地、環境保全など）と丸ごとつながることで地域に「循環」を生み出す、先進的取組を支援

- 対人支援を行う専門資格に共通の基礎課程創設の検討
- 福祉系国家資格を持つ場合の保育士養成課程・試験科目の一部免除の検討

地域丸ごとのつながりの強化

専門人材の機能強化・最大活用

実現に向けた工程

平成29(2017)年：介護保険法・社会福祉法等の改正

- ◆市町村による包括的支援体制の制度化
- ◆共生型サービスの創設など

平成30(2018)年：

- ◆介護・障害報酬改定：共生型サービスの評価など
- ◆生活困窮者自立支援制度の強化

平成31(2019)年以降：

更なる制度見直し

2020年代初頭：
全面展開

【検討課題】

- ①地域課題の解決力強化のための体制の全国的な整備のための支援方策（制度のあり方を含む）
- ②保健福祉行政横断的な包括的支援のあり方
- ③共通基礎課程の創設等