



一般社団法人日本小児看護学会 診療報酬検討委員会/教育委員会

令和7年度 成人移行期支援 講演会
資料提供用

成人移行期支援入門
一小児から成人医療へのスムーズな架け橋を目指して—



本日の講演会では

成人移行期支援については

- ・医療機関が試行錯誤しながら取り組み、各自治体が成人移行期支援センターの開設に向けて動き出している現状があります
- ・初めて成人移行期支援について学ぶ受講者も多いと考え、基本的な知識、小児慢性特定疾病の患者が成人移行している状況、コアガイドの概要などについて中心にお話しします
- ・また今回は、講師の方が取り組まれている内容も踏まえて、特に「自立支援」に焦点を当ててお話しします
- ・最後に、グループに分かれて参加者交流の時間を持ち、感じたことや課題などを共有する時間を持っています

成人移行期支援 今までの経緯



- キャリー オーバーの 時代
- トランジ ション（移 行支援）と いう概念の 登場

将来に向け
て取り組む
には

背景 小児慢性疾患の“生存率の向上”

1970～80年代以降、医療技術の進歩により、先天性心疾患、がん、神経・筋疾患など、かつては成人までの生存が難しかった疾患の子どもたちが、成年期まで生活できるようになった。

その結果、小児医療に特化した医療機関で成長を続ける若者が増大し、成人期の医療への橋渡しが課題として表面化した。

「キャリーオーバー」と呼ばれた時代（1990年代～）

キャリーオーバー（Carry-over）とは？

本来、小児期の治療は成長と発達を前提に設計されるが、その治療やケアの枠組みが、「そのまま成人期へ持ち越されてしまう」状態を指す。

キャリーオーバー時代の特徴

- ・ 小児科での診療が継続し、成人年齢になっても、小児科医が治療を継続せざるを得なかった。
- ・ 患者・家族も小児医療モデルに留まりやすく、親が治療意思決定の中心にいる構造が継続。本人のセルフケア・自己決定が育ちにくい。
- ・ 制度上のギャップがあり、小児特有の医療費助成が成人になると終了し、成人領域の福祉サービスへのつなぎが不十分だった。
- ・ 移行のタイミングや方法の標準化がなく、医療機関ごと、医師ごとに対応が異なった。

その結果として

成人期に必要な医療・社会的支援に適切に接続できない

という構造的問題が顕在化し、トランジション支援の必要性が強く認識された。

トランジション（移行支援）という概念の登場（2000年代～）

欧米で“Transition from pediatric to adult healthcare”の重要性が学会・ガイドラインで強調され、早期から、計画的で段階的な移行支援を正式に推進。

トランジション支援の要点

小児→成人医療の計画的な引き継ぎ
患者の自己管理能力の育成
家族中心から本人中心の医療への転換
医療・福祉・教育・就労支援の多職種連携
小児科と成人診療科の協働体制
キャリーオーバーの問題に対する“構造的な解決アプローチ”として提起された。

日本では

◆トランジション支援の重要性の共有

小児慢性特定疾患の長期生存により、成人期の医療・就労・生活支援の必要性が社会的に認識される。

日本小児科学会・小児科関連学会で提言が出され始める。

◆厚労省による支援体制整備（2014～）

小児慢性特定疾患の指定難病制度化（2015年）により、成人期への切れ目ない支援が政策的テーマとなる。

◆実践レベルの取組

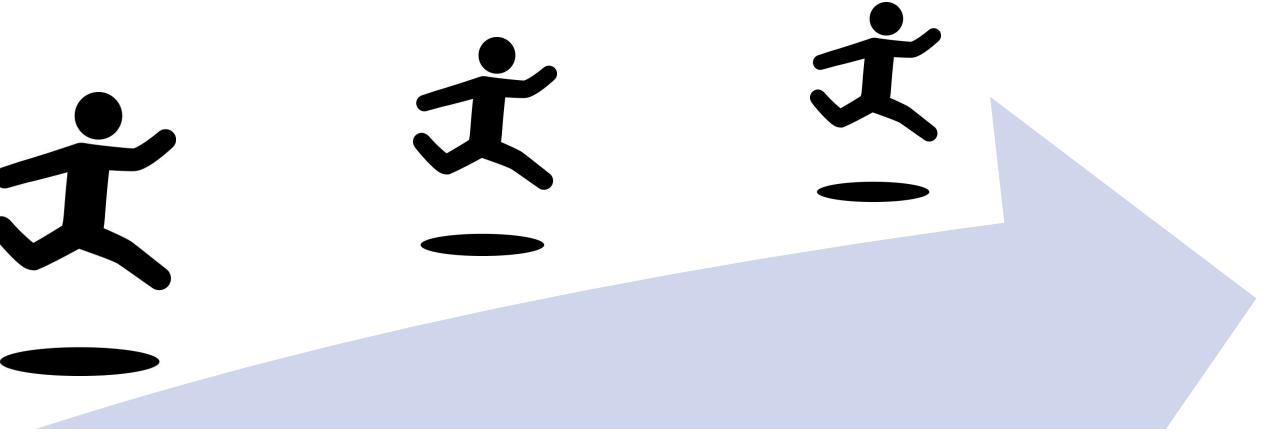
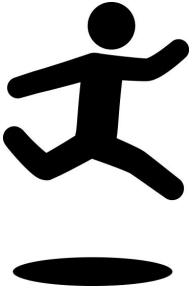
小児科・成人科の合同外来（トランジション外来）

看護師・MSWによる移行支援計画書の作成

若者向け疾患教育プログラム（セルフケア・就労・ライフプラン）

などが始まる

成人移行期支援で重要な視点



成人移行期支援を必要としている患者は非常に多い

- ◆ 小児慢性特定疾病医療受給者証数は、令和2年度末時点で 約12万人、当該年齢人口の 0.6%、およそ 160 人に1人
- ◆ 成人先天性心疾患患者は50～55万（推定）、先天性心疾患患者は約100人1人発生

「成人移行期支援」に関わる者は、特別な場にいる者では不足していて、広く地域にいることが期待される。

よって、本講演は「成人科、小児科双方で標準的に質の高い成人移行期支援」を実施できる人材育成始めの1歩を目指したい

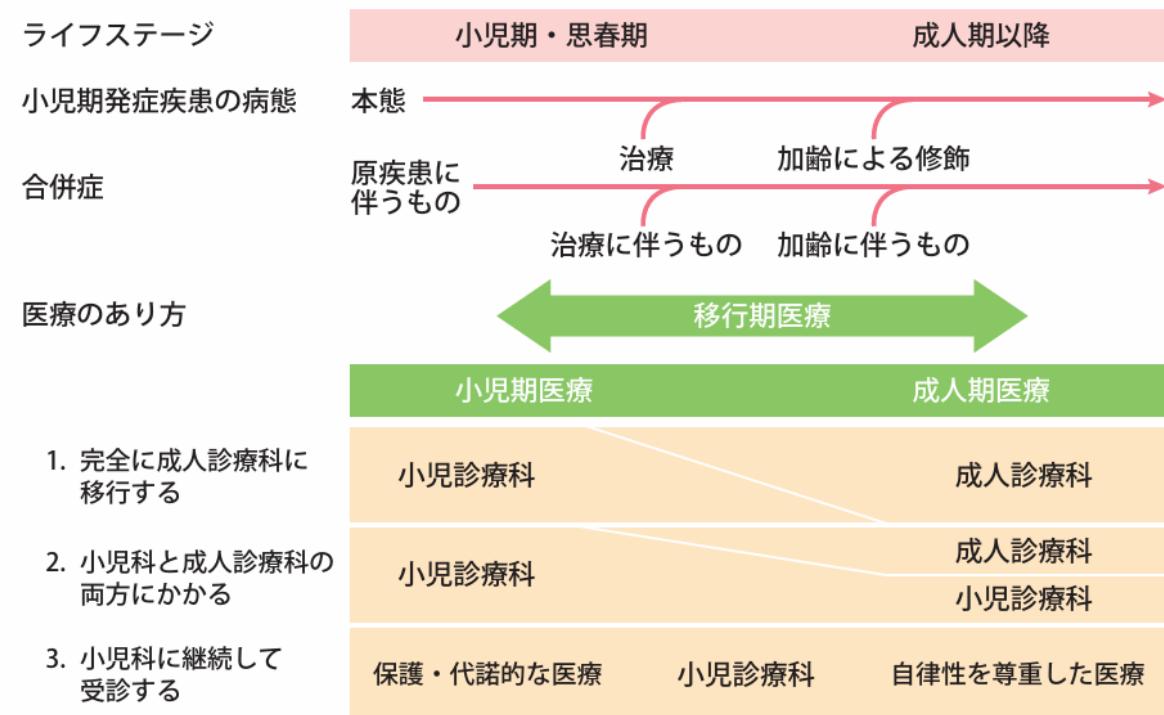
成人移行期支援とは

◆移行

小児を中心とした医療から成人を対象とする医療に切り替えていくプロセス(過程)

◆移行期：移行を行っている期間

ケアの中心が小児診療科から成人診療科というに切り替わることを転科(トランスファー)という



参照 成人移行支援コアガイド

図. 日本小児科学会 移行期の患者に関するワーキンググループ「小児期発症疾患を有する患者の移行期医療に関する提言」日児誌 118(1): 98-106, 2014
©2014 JSCHN 無断使用、転載は不可

成人移行期支援とは

◆移行の目標

青年期患者の自己管理能力を最大限に引き出す支援を行い、個々の患者が自らに適切な医療を活用すること

そのためには、小児患者がその成長に伴い、自らの健康情報や健康管理スキルを身につけ、成人医療に対する心構えを習得し、ケアを中断することなく移行できるよう支援する必要がある

成人医療への移行支援には、患者の自律(自立)支援と医療体制整備の2つの大きな課題があり、これら双方が両輪として機能することで、初めて適切な移行期医療支援が促進される

小児期発症慢性疾患をもつ患者のための移行支援・自立支援情報共有サイト 事業・研究班等に関する情報



小児期発症慢性疾患をもつ患者のための
移行支援・自立支援情報共有サイト

概要 | 移行支援 | 自立支援 | 移行期医療支援センターMAP | 自立支援事業相談窓口MAP

行政機関・医療従事者の皆さまへ

TOP > 行政機関・医療従事者の皆さまへ



行政機関・医療従事者の皆さまへ

行政機関・医療従事者の皆さまを対象とした情報をご紹介しています。



● 移行支援とは

移行支援の基本的な考え方をご紹介しています。

● 移行支援ガイド

移行支援に関する医療従事者向けガイドをご紹介しています。

● 疾患別ガイド

疾患別ガイドに関するリンクをご紹介しています。

<https://transition-support.jp/ikou/guide>

©2026 JSCHN 無断使用、転載は不可

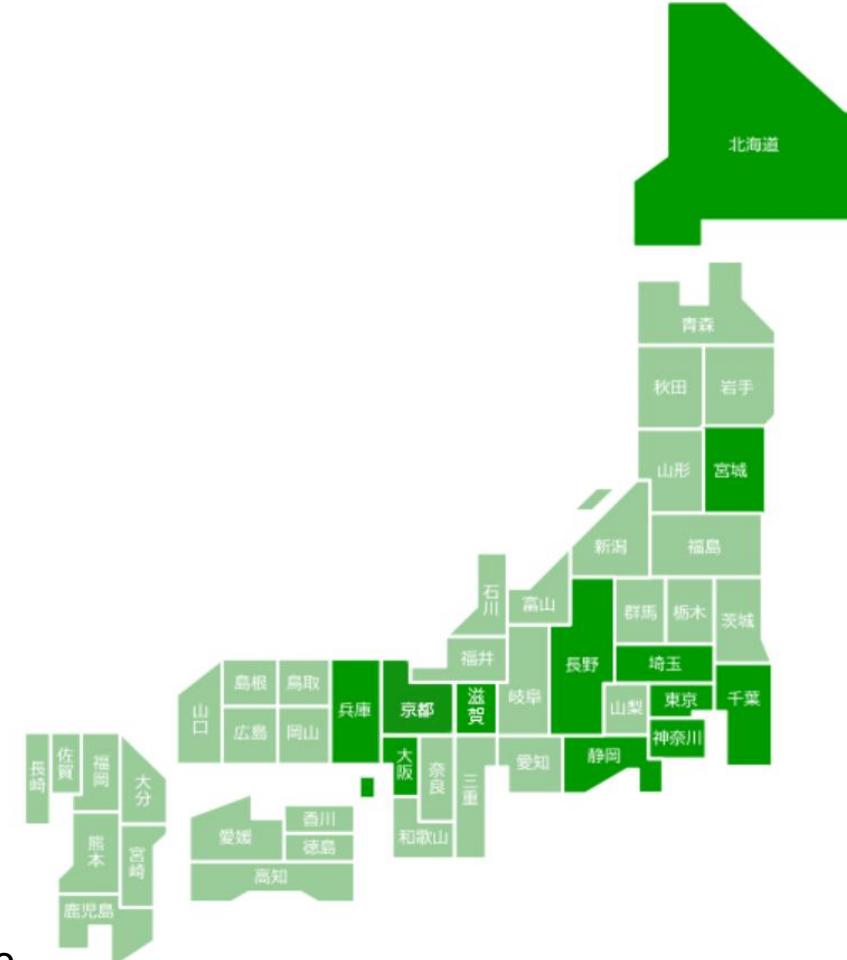
都道府県レベルの「移行期医療支援センター」

厚労省ガイドラインにより設置促進され、センターは医療機関間の連携調整や情報提供、相談対応を担います
2026年1月時点で全国12カ所設置されている



移行期医療支援センターマップ[®]

2026年1月現在 センター設置自治体数 12箇所



<https://transition-support.jp/ikou/guide>

成人移行期支援センターに期待されている役割

1. 相談・コーディネート機能

- ・本人・家族からの移行期に関する相談対応
- ・小児医療機関と成人医療機関の橋渡し
- ・福祉・行政・就労支援との調整

2. 医療機関支援

- ・小児科・成人診療科への助言
- ・移行支援の体制づくり（院内フロー整備など）
- ・重症例・困難事例への専門的支援

3. 人材育成・普及啓発

- ・医師・看護師・ソーシャルワーカーなどへの研修
- ・成人移行期支援の考え方の普及
- ・地域格差の是正

4. 情報集約・発信

- ・支援ツール、事例、地域資源の整理
- ・家族向け・本人向け情報提供
- ・都道府県や拠点病院単位で設置されることが多い
- ・単独施設ではなく、地域全体を支えるハブとしての機能が期待されている

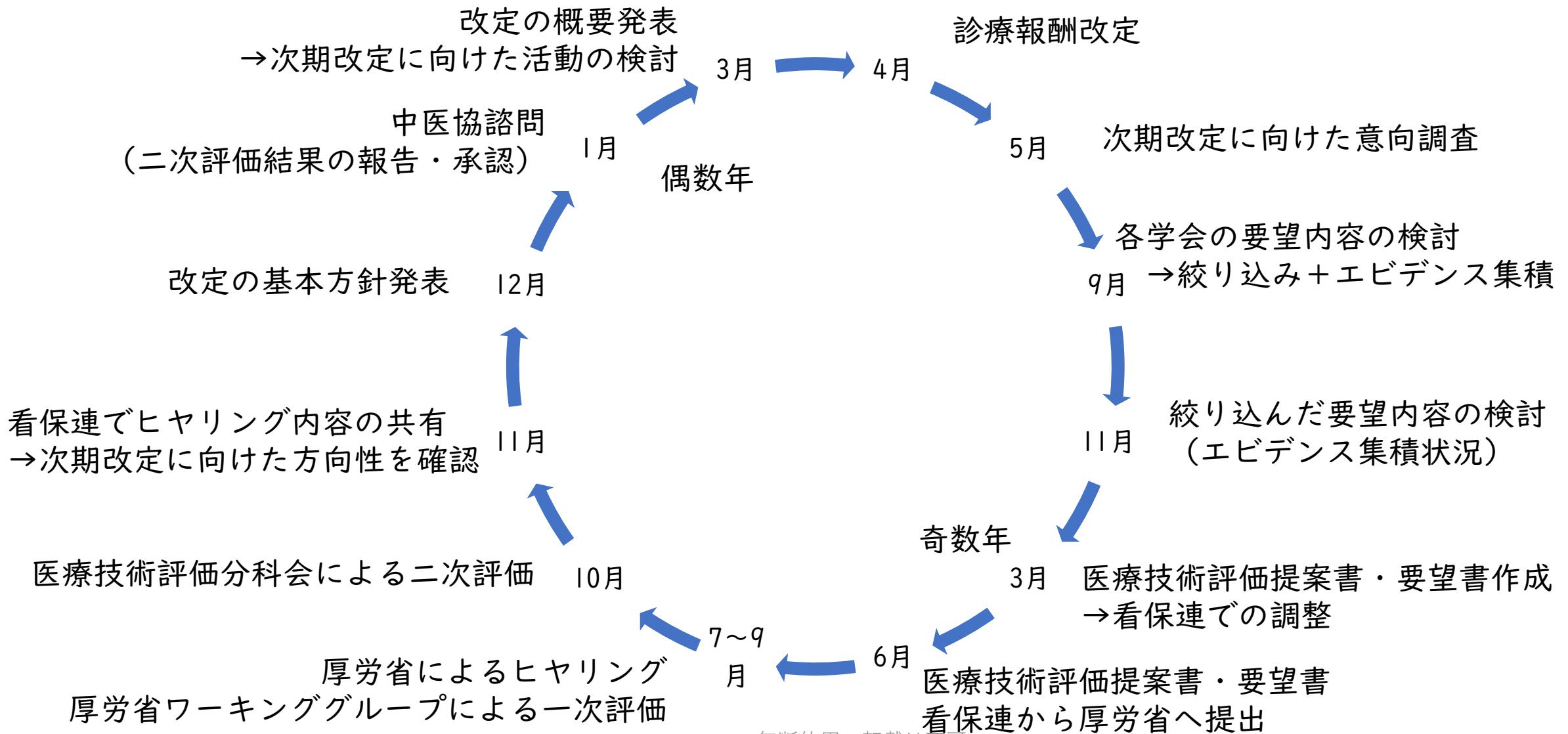


一般社団法人日本小児看護学会

- ◆一般社団法人日本小児看護学会は、1991年の日本小児看護研究会を前身とし、1999年に日本小児看護学会となりました。
- ◆小児看護に関する実践、教育及び研究の発展と向上に努め、それらを通して子どもの健康増進に寄与することを目的としています。
- ◆学会の大きな特徴の一つは、会員が実践者、教育者、研究者から構成されており、実践に役立つ知識の創造を目指していることです。

現場の声を制度につなげる取り組み
こつこつと・・・・・

診療報酬改定のサイクル



成人移行期支援を 診療報酬につなげよう

【目的】

本講演会は、幅広い医療・支援職に向けて、移行期支援の基本的な考え方や最新動向を紹介し、課題への気づき、看護師については次年度に開催する支援者研修周知、参加の動機づけを促すことを目的とする。

【企画の背景】

小児慢性疾患や障害をもつ患者が成人期をむかえる際、医療や生活の場が大きく変化する「移行期」には適切な支援が求められる。しかし、現場では「移行期」という概念が適切に共有されていない場合が多く、支援体制が十分とは言えない。診療報酬検討委員会では、成人移行期支援体制に関する要望を日本小児科学会等と合同提案し、R8年度に認められる見込みである。

診療報酬の有無にかかわらず、体制整備を進める必要があるため、R7年度にオンライン講演会、R8年度に看護師を対象とした支援者研修(対面2日間)を企画している。

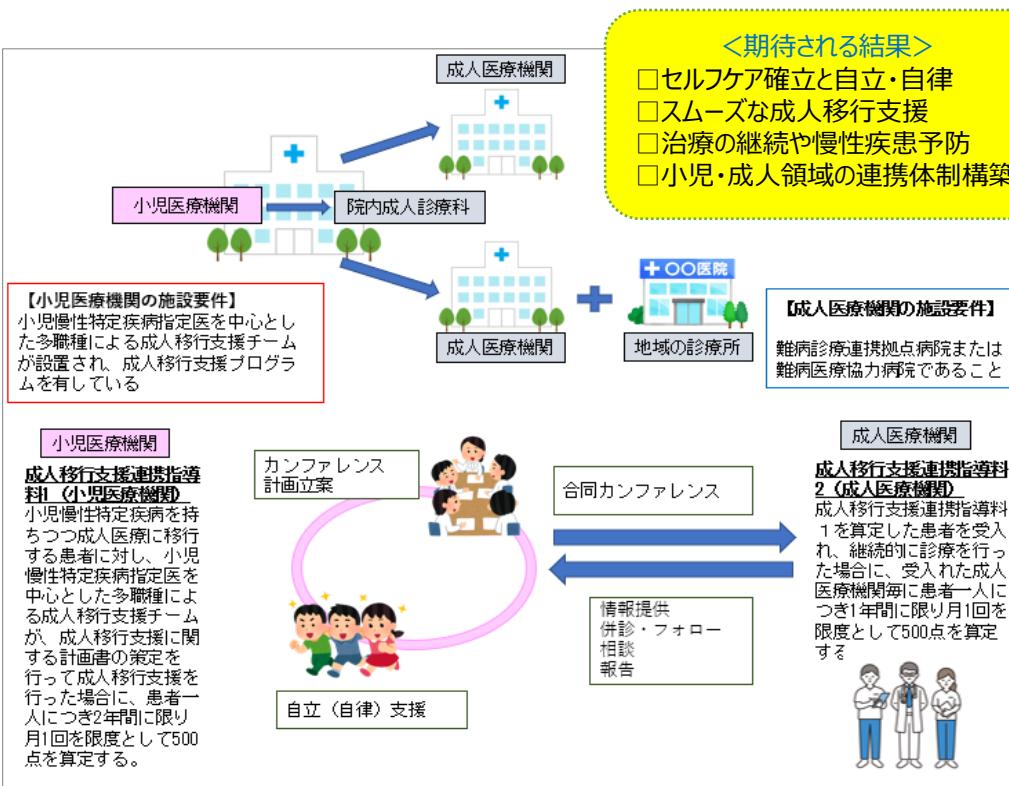
【小児慢性特定疾病患者に対する成人移行支援連携指導料の新設】

要望の説明 小児慢性特定疾病医療受給者数は令和3年度末時点で115,012人、登録割合は罹患者の40～60%と言われており実際の患者数は更に多い。医療進歩により9割以上の小児慢性特定疾病患者は成人期を迎えられるようになり成人移行支援が推進されている。その内容は「自律・自立支援」「移行準備」「保護者への支援」「医療の継続」「性及び妊娠・出産に関する支援」「社会参加の支援」で¹⁾、多職種による小児科から成人診療科への継続した支援が必要と言われている²⁾。2014年の日本小児科学会の提言以降、2017年から各都道府県に移行期医療支援センターを設置することとなり現在全国で10施設に増加、地域での成人移行支援の中心となり推進し好事例も多く報告されている。このような実践について、現行では成人移行支援支援に関わる診療報酬上の評価はない。小児慢性特定疾病の児童に対して多職種による成人移行支援チームを設置し、成人移行プログラムを策定している施設に対する評価、および成人移行支援チームによるアプローチを推進・評価するために、特に成人期の診療ガイドラインが作成されている疾患について、成人移行支援連携指導料1・2の新設を要望する。

現在小児病院及び大学病院・総合病院では成人移行期外来が設置され多職種での自立支援が進められている。成人診療科への転科の推進が課題であるが、日本小児科学会では成人期での診療ガイドラインを疾患別に作成している³⁾。小児慢性特定疾患有もつ患者の小児医療施設から成人診療施設への移行支援の実践報告は年々増加している。

東京都立小児総合医療センターは隣接する多摩総合医療センターをカウンターパートとして合同カンファレンスを開催、移行期看護外来において15才を移行準備開始期として11診療科を対象に実践している(青木, 2022)。長野県立こども病院は、成人先天性心疾患において信州大学と連携し移行期医療の長野モデルを作成した。また多職種で成人移行医療支援委員会を組織し、コーディネーター看護師と看護チームの活動により小児慢性疾患を対象に自立支援に取り組んでいる(瀧間, 2022)

令和3年度小児慢性特定疾病疾患別医療受給者数(人)				
分泌疾患	24,037	慢性心疾患	19,890	悪性新生物
経・筋疾患	12,045	慢性消化器疾患	8,666	糖尿病



＜文献＞1) 賀藤均, 位田忍, 犬塚亮, 他. 小児科発症疾患を有する患者の移行移行支援を推進するための提言. 日本小児科学会雑誌 2023;127:61-78.

2) Razon AN, Greeberg A, Trachtenberg S, et al. A multidisciplinary transition consult service: patient referral characteristics. *J pediatr Nursing* 2019;47:136-141.

3) 日本小児科学会HP.

4) 賀藤均: 小児慢性特定疾患児童成人移行期医療支援モデル事業について 資料2
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisaku/05-Shinsikai-12601000-Seisakutoukutsukan-Sanjikanshitsu-Shakaihoshoutou/0000170303.pdf>

令和8年度診療報酬改定について、
中医協で議論されました

中医協 総-1参考6
7 . 1 0 . 1

診調組 入-1参考5
7 . 9 . 2 5

(令和7年度第13回)
入院医療等の調査・評価分科会
【別添】資料編⑤

令和7年9月25日(木)

移行期医療

- 小児を中心とした医療から成人を対象とする医療に切り替えていくプロセスを「移行」といい、移行を行っている期間を「移行期」という。
- 移行期医療にあたっては、成人になっても良質の医療が継続されること等を目指すものとされている。

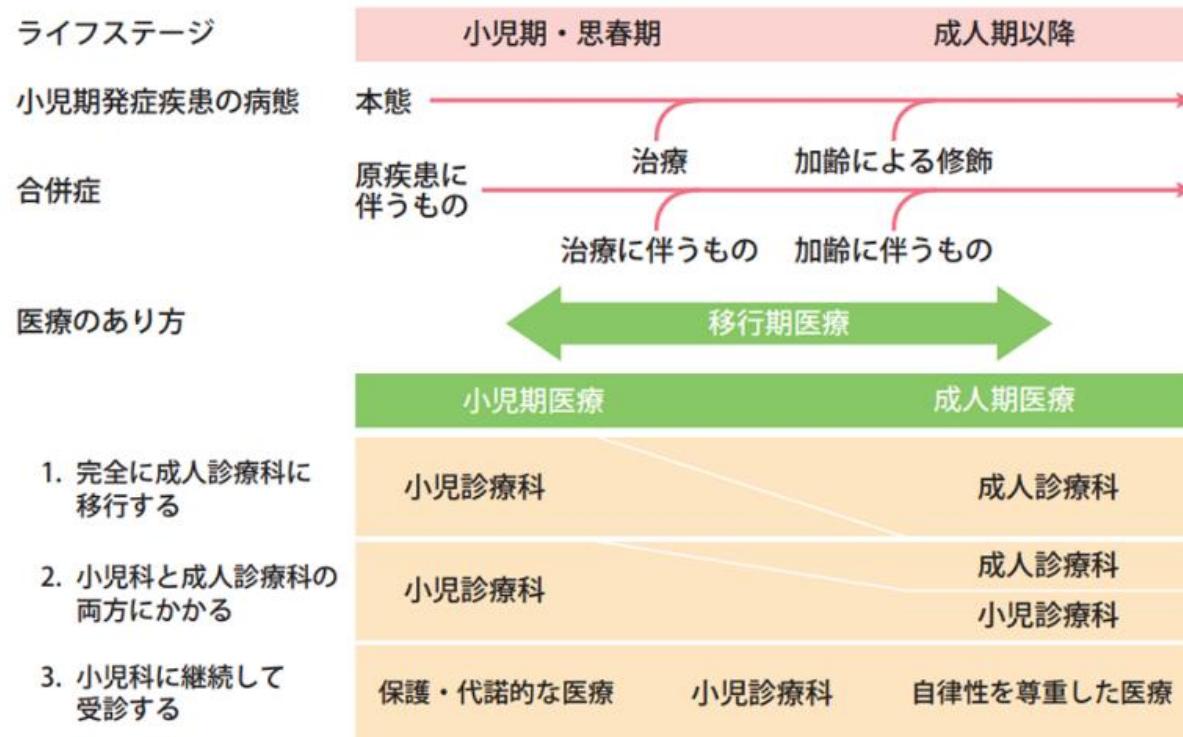


図. 日本小児科学会 移行期の患者に関するワーキンググループ「小児期発症疾患を有する患者の移行期医療に関する提言」日児誌 118(1): 98-106, 2014

小児科医療機関以外に受診する小児患者

診調組 入一 1
7. 8. 28 改

- **小児科以外の医療機関**に対して、「定期的に小児科に受診していた患者を紹介により受け入れた人数」及び「小児慢性特定疾病に罹患している（罹患していた）患者数」を聞いたところ、いずれの区分においても、その人数は少數であった。

病院

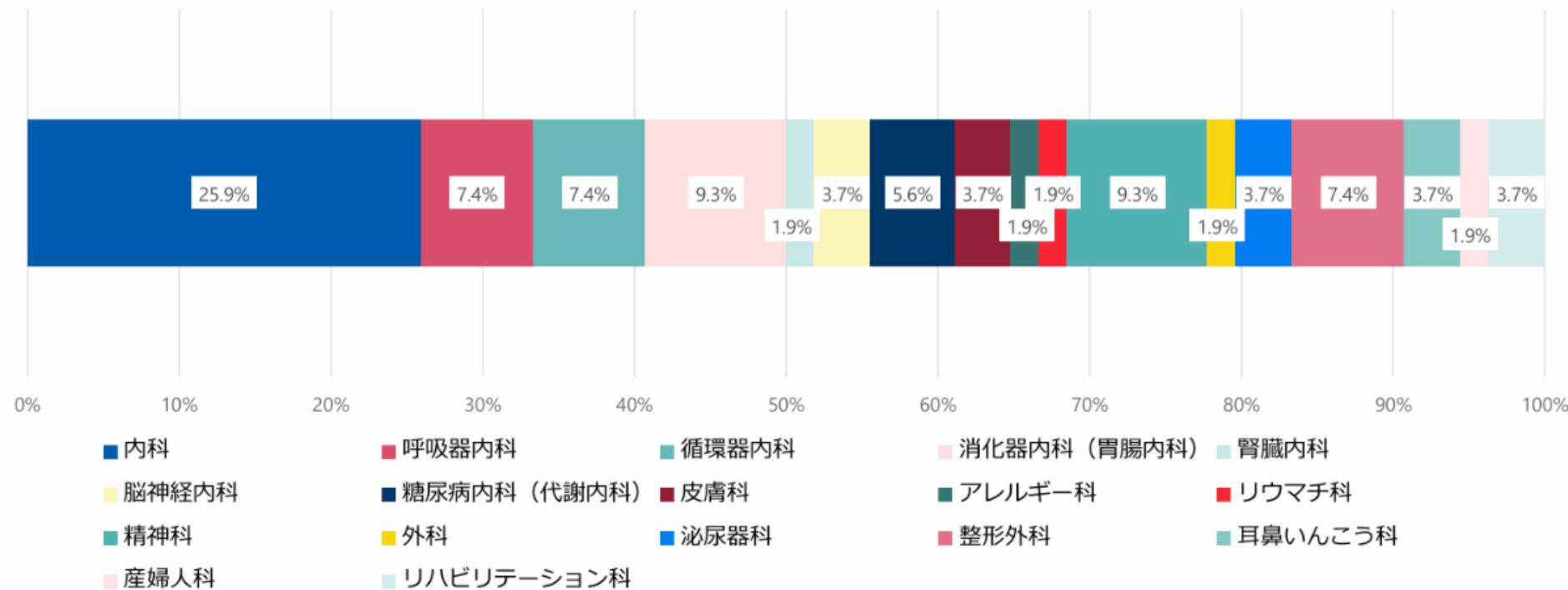
	回答数	平均		四分位数			
		25%Tile	中央値	75%Tile			
I 定期的に小児科に受診していた患者を紹介により受け入れた人数	103	件	0.6	人	0	人	0
II. I のうち、小児慢性特定疾病に罹患している（罹患していた）患者数	97	件	0.1	人	0	人	0

診療所

	回答数	平均		四分位数			
		25%Tile	中央値	75%Tile			
I 定期的に小児科に受診していた患者を紹介により受け入れた人数	584	件	2.3	人	0	人	0
II. I のうち、小児慢性特定疾病に罹患している（罹患していた）患者数	501	件	0.1	人	0	人	0

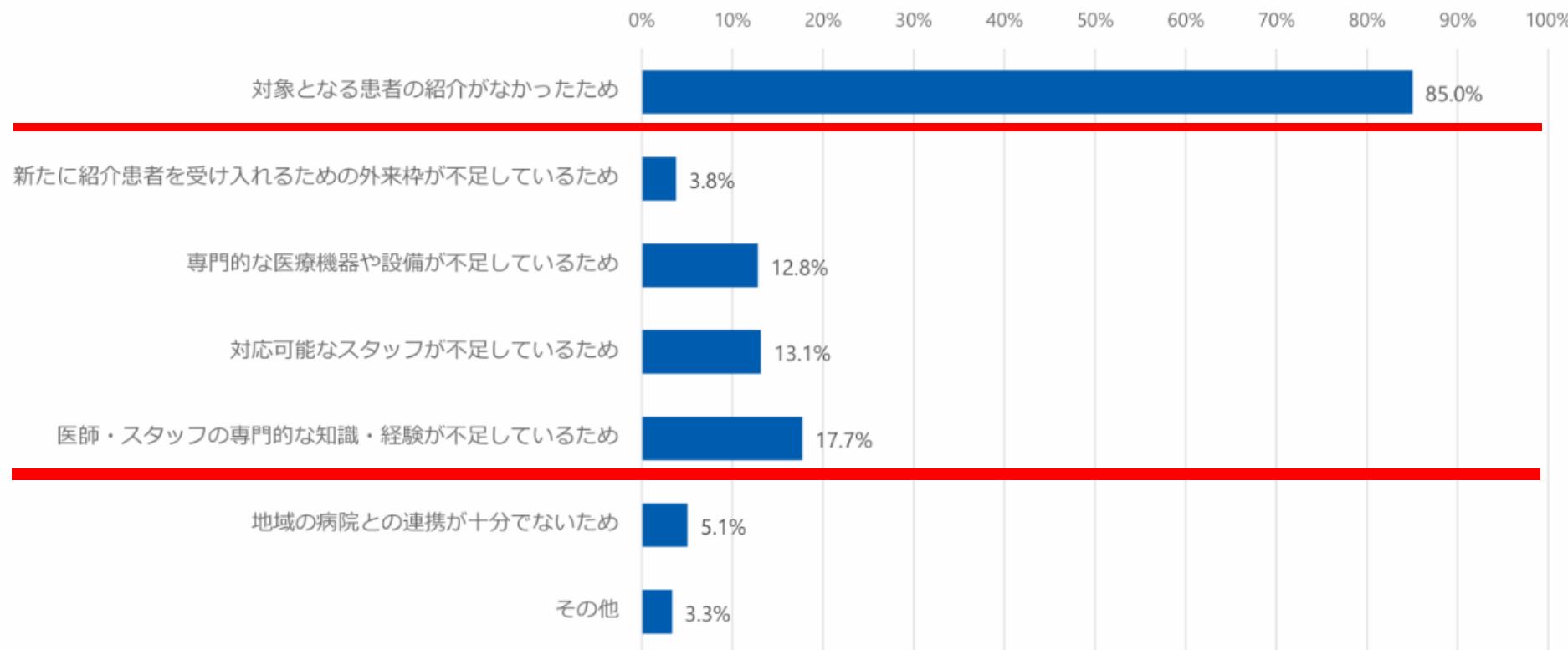
- 「定期的に小児科に受診していた患者を紹介により受け入れた人数」が1名以上であった医療機関に対して、成人移行期にある患者を受け入れた経験のある主な診療科を聞いたところ、「内科」が最も多く25.9%であり、次いで「消化器内科」「精神科」が9.3%と多かった。

成人移行期にある患者を受け入れた経験のある主な診療科 (n=54)

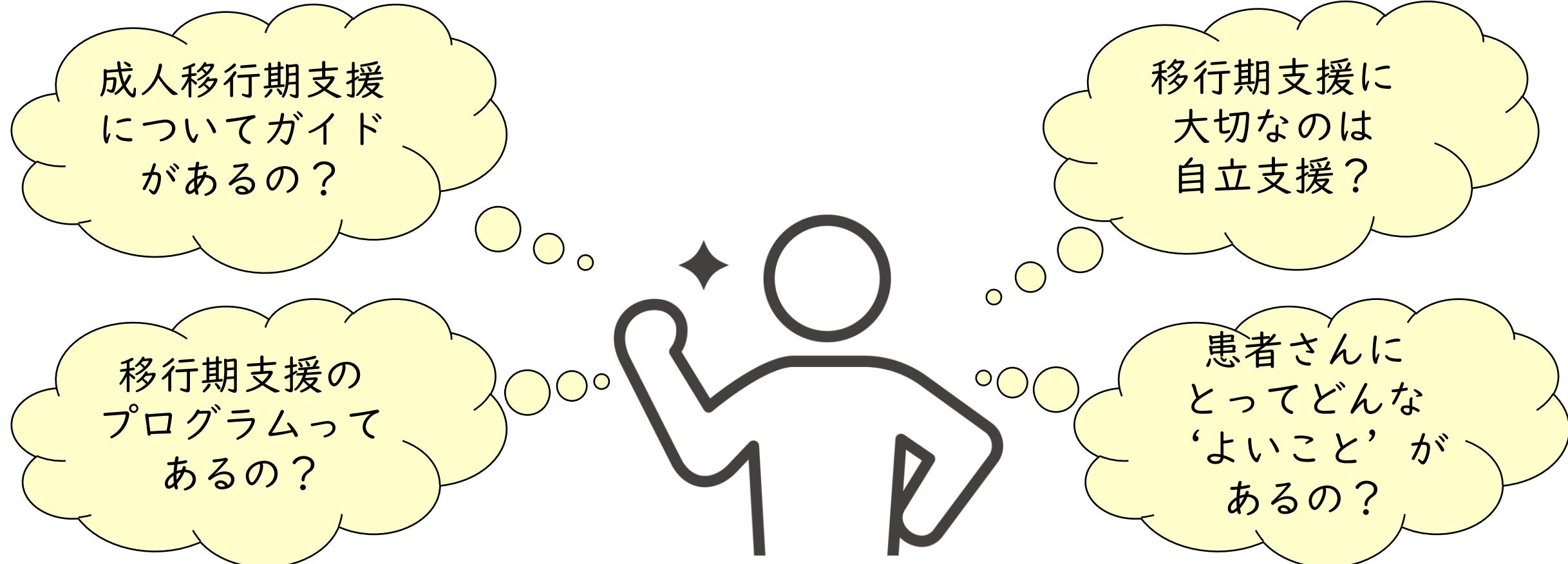


- 成人移行期にある患者を受け入れた経験がない医療機関に対して、その理由について聞いたところ、「対象となる患者の紹介がなかったため」が最も多く、次いで「医師・スタッフの専門的な知識・経験が不足しているため」「対応可能なスタッフが不足しているため」が多かった。

成人移行期にある患者を受け入れた経験がない理由 (n=633)



R8年度 診療報酬改定で大きな一歩を踏み出します



まずは成人移行期支援についての知識を深めてみましょう

小児の成人移行期医療に係る受入の推進

R8.2月時点

中医協 https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_69213.html

第1 基本的な考え方

成人移行期の小児について、良質な医療の継続を推進する観点から、難病外来指導管理料の要件を見直す。

第2 具体的な内容

小児科療養指導料の対象となる疾患及び状態である患者について、小児科を標榜する保険医療機関からの紹介を受け、小児科以外の診療科を標榜する保険医療機関を受診する場合に、紹介を受けてから5年以内に限り、難病外来指導管理料を算定可能とする。

【難病外来指導管理料】

難病外来指導管理料1 270点
難病外来指導管理料2 270点

[算定要件]

1については、入院中の患者以外の患者であって別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、治療計画に基づき療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

2については、小児科を標榜する保険医療機関以外の保険医療機関において、慢性疾患であって生活指導が特に必要なものを主病とする入院中以外の患者（小児科を標榜する他の保険医療機関から紹介を受けた患者であって、当該紹介を受けて初診を行った日から起算して5年以内の患者に限る。）に対して、必要な生活指導を継続して行った場合に、月1回に限り算定する。

難病外来指導管理料とは

厚生労働大臣が定める外来患者に対し、

- ・計画的な医学管理
- ・治療計画に基づく療養指導

を行った場合に月1回算定できる医学管理料

主要算定要件（実務で特に重要なポイント）

- 月1回、治療計画に基づく指導が必要
実際に主病を中心とした療養指導がなければ算定不可
- 「初回算定」は初診・退院から1か月経過後
初診日や退院日から1か月以内の指導は初診料／入院料に包括
- 特定疾患療養管理料・皮膚科特定疾患指導管理料との併算定不可
- オンライン診療可
- 人工呼吸器導入時相談支援加算
病状や治療方針の説明を文書で提供した場合に算定

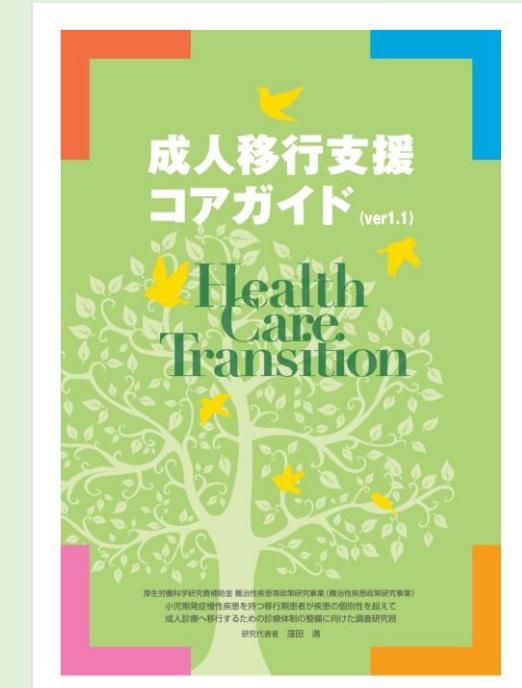
成人移行支援コアガイド

◆概要

厚生労働科学研究費補助金（難治性疾患政策研究事業）のもと、2017年に発表され、小児期発症慢性疾患を持つ患者が疾患の個別性を超えて成人診療へ移行するためのガイドとして作成

◆目的と内容

- ・ 移行支援の基盤となる自律支援
- ・ 移行期患者への支援プログラム
- ・ 医療機関における移行支援体制の構築
- ・ 地域における移行支援体制の構築



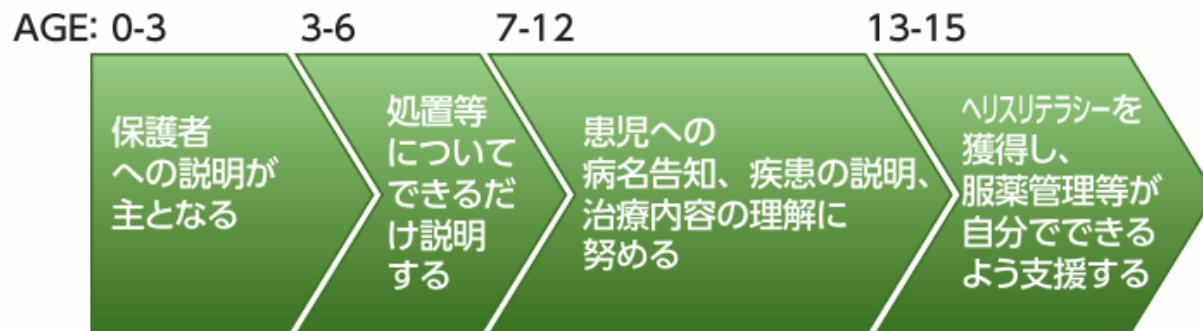
<https://transition-support.jp/ikou/guide>

第1章 移行支援の基盤となる自律支援

▢ 小児科診療における自律支援

小児期には、それぞれの児の成長・発達に合わせて、患者に対してヘルスリテラシーを高め、将来自らの医療について自己決定できる自律的な患者へと育てるための自律（自立）支援に、日常的な小児科診療の場面で取り組むことが重要である。また、親に対しても、児の適切な自律（自立）支援を後押しするための情報提供が必要である。

先行研究では、大体12歳くらいから「成人移行支援」を意識して介入していくことが推奨されているが、その基盤となる患者の自律性（autonomy）の発達支援については、それ以前の生活、ならびに小児科診療において培われる必要がある。特に、小児が難病・慢性疾患に罹患している場合には、発症（診断）時から、将来を考えた「患者-家族-医療者」関係の構築と、過保護・過干渉にならないための生活指導や支援が必要である。



❶ 移行期支援プログラム

移行を具体的に見据えた支援は、12歳（中学生）くらいから開始するのが望ましいと言われている。そこで、本章では12歳からを移行期と呼び、移行期患者への支援プログラムについて紹介する。

移行期支援プログラムは「思春期の患者が小児科から成人診療科に移るときに必要な医学的・社会心理学的・教育的・職業的必要性に配慮した多面的な行動計画」¹⁾と定義されている。すなわち、患者が自立に向けて成長することをサポートするプログラムであり、患者自身の興味関心を踏まえてかかわることが大切である。

移行期支援は、5つの視点でかかわっていく。それは、年齢に見合ったヘルスリテラシーの獲得、メンタルヘルスの維持、家族・親子関係の成長、本来の学力・能力に見合った社会技能の獲得、成人医療への移行である。患者本人・家族双方にかかわり、相互作用を高める。

移行期支援プログラムを実施する上で、患者と医療者とが明確な目標とモチベーションを持つことが必要である。保護者・医療者ともに、得てして患者の持つ能力を低く見て、過保護になりがちである。しかし、重要なことは患者が自分の能力と限界を知った上で自立するための計画を作成して実行することであり、保護者・医療者が、患者に健康管理を任せて見守ることである。



成人医療への移行期支援プログラム

患者の目標

- ① 成人患者としてふさわしいヘルスリテラシーの獲得に向けて準備ができる
- ② メンタルヘルスの維持ができる
- ③ 家族・親子関係が成長できる
- ④ 社会とのつながりをもち、自分の将来の生活をイメージすることができる
- ⑤ 患者や家族が将来成人診療科に移行することの重要性が理解でき、自分に合った医療を受けられる

患者家族中心の移行支援

4つの要素

- ①思春期の患者の尊厳を守ることと患者本人の意思を尊重すること
- ②患者の望む形での情報共有と意思決定支援の過程を支援すること
- ③移行期医療の過程で医療者が患者と共同する姿勢をもつこと
- ④患者と家族が移行期医療のチームメンバーとして、患者・家族の望む形で参加すること

移行期医療に関する主な6つの構成要素

Six Core Elements of Health Care Transition

① 移行ポリシー

成人診療科への移行方法を作成し、12～14歳ころに患者・家族に伝える。

またすべてのスタッフに実践的なアプローチを教育する。

② 移行のフォローとモニタリング

移行期医療の対象となる患者を登録を行う。

③ 移行準備

14歳ころから実際にチェックリストを使用し、患者や家族とセルフケアに関する目標を作る。

④ 移行計画

定期的にチェックリストを用いて評価し、目標を確認する。

また移行サマリーや緊急時のケアプランを作成する。成人診療科への移行時期を検討する。

⑤ 転院・転科

患者の状態が安定している時に転科する。

転科に必要な書類(チェックリスト、転科サマリー、緊急時の対応計画、診療情報提供書など)を準備する。

成人診療科側ではチームを準備し、初回受診時に情報を更新する。

⑥ 転科終了

転科後も半年間は、患者と家族の状況を確認する。成人診療側では、患儿に必要なサポートや各診療科の連携を行う。

移行期支援の手順

- ① 面談、本人の状況、考えの把握
- ② 移行準備の進捗チェック；移行準備チェックリストなど
- ③ 移行期支援チーム・カンファレンスにおける支援計画の作成
- ④ 本人への支援計画(案)の提示と話し合い
- ⑤ 支援計画に沿った成人診療科への紹介準備；患者自身が作成し自分で所有する医療サマリーなど
- ⑥ 成人診療科への紹介
- ⑦ 成人診療科への紹介後のフォローアップ

ガイドに紹介されているツール

▶ 移行期支援に有効なツール

- 1) 移行準備進捗チェックシートのサンプル [【参考資料5】](#)
- 2) セルフケア評価 [移行準備状況評価] 青年期患者向けのサンプル [【参考資料6】](#)
- 3) セルフケア評価 [移行準備状況評価] 両親／保護者向けのサンプル [【参考資料7】](#)
- 4) ケアプランのサンプル [【参考資料8】](#)
- 5) 医療サマリーおよび緊急時のケアプランのサンプル [【参考資料9】](#)
- 6) 病状説明文書のサンプル [【参考資料10】](#)
- 7) 成人診療科への転院（転科）チェックリストのサンプル [【参考資料11】](#)
- 8) 診療情報提供書のサンプル [【参考資料12】](#)
- 9) 移行期医療に関するフォローアップ調査 青年期患者向けのサンプル [【参考資料13-1】](#)
- 10) 移行期医療に関するフォローアップ調査 両親／保護者向けのサンプル [【参考資料13-2】](#)
- 11) 移行における個別のフローシート [【参考資料14】](#)
- 12) 移行準備チェックリスト（患者用） [【参考資料15-1】](#)
- 13) 成人移行チェックリスト（保護者用） [【参考資料15-2】](#)
- 14) 成育サポートプログラム（慢性疾患患者のための成人移行期支援プログラム） [【参考資料16、17】](#)
- 15) TRAQ日本語版 [【参考資料18】](#)

事前申し込みの際にいただいていた内容について少しだけ

重症心身障害児に特有の課題

- ・高度な医療的ケアの継続（人工呼吸、経管栄養、けいれん管理等）
- ・成人医療側の受入体制不足（経験・人材・病床）
- ・成長後も小児医療に依存せざるを得ない状況
- ・家族の介護負担の長期化・高齢化
- ・教育・就労ではなく、生活の場（通所・入所）の移行問題

成人移行期支援は、医療・福祉双方の課題

重心児については

「年齢で一律に移行させるのは困難」

「小児・成人医療の連携体制整備が必要」という認識が共有されつつある

診療報酬・障害福祉制度の縦割りが依然として大きな課題

移行期医療に関する主な6つの構成要素 を当てはめて考えてみる

主要6要素	要素の概要	重症心身障害児における視点
① 移行ポリシー	成人診療科への移行方法を作成し、12～14歳ころに患児・家族に伝える。またすべてのスタッフに実践的なアプローチを教育する。	年齢一律ではなく状態・医療依存度に応じた柔軟な運用を明記。小児医療の継続も選択肢として位置づけることも検討。
② 移行のフォローとモニタリング	移行期医療の対象となる患者を登録を行う。	本人評価が困難なため家族・支援者中心の評価。医療的ケア、急変時対応、意思決定体制の確認が中心となる。
③ 移行準備	14歳ころから実際にチェックリストを使用し、患者や家族とセルフケアに関する目標を作る。	医療の移行だけでなく、生活の場（通所・入所・在宅）や福祉サービスを含めて一体的に計画。ACPの視点を段階的に導入
④ 移行計画	定期的にチェックリストを用いて評価し、目標を確認する。また移行サマリーや緊急時のケアプランを作成する。成人診療科への移行時期を検討する。	医療的ケア手技、発作対応、日常ケアなどの暗黙知を含めた詳細な情報共有が不可欠。合同カンファレンスが有効。
⑤ 転院・転科	患者の状態が安定している時期に転科する。転科に必要な書類（チェックリスト、転科サマリー、緊急時の対応計画、診療情報提供書など）を準備する。成人診療科側ではチームを準備し、初回受診時に情報を更新する。	併診・段階的移行が現実的。 急変・入院時の受入先を事前に確保しておくことが重要。
⑥ 転科終了	転科後も半年間は、患者と家族の状況を確認する。成人診療側では、患児に必要なサポートや各診療科の連携を行う。	医療中断や再入院の有無を確認。状況により小児医療への一時的な戻りも許容する柔軟さについて検討。

重症心身障害児の成人移行期支援には個別課題が多くあるため、より丁寧な準備が必要になる

R8年度は 看護師を対象とした研修会を 企画しています！

小児慢性疾患や障害をもつ患者が成人期を迎える際、医療や生活の場が大きく変化する「移行期」には、適切な支援が求められる。しかし、現場では「移行期」という概念が十分に共有されていない場合が多く、支援体制が十分とは言えない。

診療報酬検討委員会では、成人移行期支援体制に関する要望を日本小児科学会等と合同提案し、R8年度改定で認められた。

診療報酬として認められたことでさらに、体制整備を進める必要があるため、R7年度にオンライン講演会、R8年度に看護師を対象とした支援者研修(対面2日間)を企画している。

まずは成人移行期支援の実際を知ろう！

◆13時30分～14時(30分)

成人移行期支援に関する看護師としての取り組み

水野芳子委員 小児看護専門看護師

東京情報大学 看護学部



【ご略歴】

- ・中学校養護教諭を経て総合病院小児科、小児専門病院看護師、看護学校教員として勤務
- ・千葉県循環器病センター勤務中に小児看護専門看護師認定を受けた。
小児科・成人先天性心疾患診療部のチームで
小児看護専門看護師として活動
- ・2018年より現職

～現在に至る

まずは成人移行期支援の実際を知ろう！

◆14時～14時30分(30分)

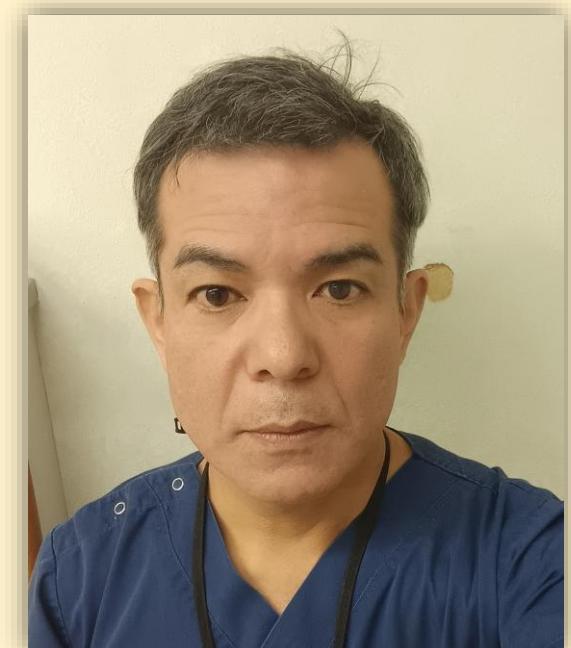
成人移行期支援に関する医師としての取り組み（小児医療側）

柳貞光先生 神奈川県立こども医療センター循環器内科医師
院内成人移行支援センター員

かながわ移行期医療支援センター定例会

【ご略歴】

- 1994年3月 琉球大学医学部卒業
- 1994年4月 鹿児島大学小児科学教室入局
- 2005年4月～ 神奈川県立こども医療センター
循環器内科勤務 ～現在に至る



まずは成人移行期支援の実際を知ろう！

◆ 14時30分～15時00分(30分)

成人移行期支援に関する医師としての取り組み（成人医療側）

小板橋俊美先生 北里大学医学部循環器内科学 医師

【ご略歴】

1999年 北里大学医学部卒業、北里大学病院内科研修医に採用

2001年 北里大学病院循環器内科に入局、
北里大学大学院医療系研究科博士課程（医学専攻）へ入学

2005年 大学院卒業後、北里大学循環器内科学病棟医に採用

2006年 北里大学医学部助教に任用

2017年 北里大学医学部講師に就任～現在に至る

