

先進地視察報告書

小児在宅医療支援ネットワーク調査検討事業

奈良県医療政策部保健予防課
平成 26 年 3 月

	日時	視察先
報告書Ⅰ 【大阪府】	平成 25 年 10 月 21 日	大阪府立母子保健総合医療センター在宅医療支援室
		大阪府保健医療室健康づくり課
		生協こども診療所(大阪小児科医会)
報告書Ⅱ 【熊本県】	平成 25 年 11 月 28 日、29 日	熊本県健康福祉部 健康局医療政策課医療連携班 子ども・障がい福祉局子ども未来課母子保健班
		NPO 法人 NEXTEP ステップ♪キッズ(訪問看護ステーション)
		熊本再春荘病院
報告書Ⅲ 【長野県】	平成 25 年 12 月 6 日	長野県立こども病院

報告書Ⅰ【大阪府】

【目的】

小児在宅医療体制について、先進的な取組みを学ぶことにより、奈良県における小児在宅医療体制構築を図るための具体的な関係機関の役割分担、関係機関の連携体制の構築について明らかにすることを目的とする。

【視察内容】

- 1) 小児在宅医療体制推進に関する現状について
 - ①小児在宅医療の必要性を把握
 - ②小児在宅医療に関係する機関の役割と現状（サービス提供状況など）
 - ③小児在宅医療体制推進に関し、どのような機関と連携しているか
 - ④小児在宅医療体制推進についての現在の進捗状況と課題
- 2) 政策的位置づけについて
 - ①医療計画等との関係 ②財源および予算規模 ③担当課、関係課 ④関係機関
- 3) 協議機関（体制構築や連携推進を図るための）等の運営について
 - ① 協議会等の開催状況について
 - 〔 大学附属病院、NMCS（周産期医療センター等）、医療機関、訪問看護ステーション、重症心身障がい児施設、療育施設、市町村、保健所等 〕
 - ② 地域の病院、診療所との連携状況
- 4) 相談体制（在宅療養児や家族、医療関係者）
- 5) 関係者の研修体制

【実施日時】

平成25年10月21日(月) 9:30～16:30

【実施場所】

- 1) 大阪府立母子保健総合医療センター在宅医療支援室
(住所) 〒594-1101 大阪府和泉市室堂町840
(電話) 0725-56-1220 (窓口) 位田忍室長(兼)診療局長
- 2) 大阪府保健医療室健康づくり課
(住所) 〒540-8570 大阪市中央区大手前2丁目
(代表電話) 06-6941-0351、(直通) 06-6944-6698 (窓口) 本郷さん
- 3) 生協こども診療所(大阪小児科医会)
(住所) 東大阪市長瀬町1-6-15
(電話) 06-6726-1181 (窓口) 春本常雄所長

【視察職員】

医療政策部保健予防課 主幹(医師 根津)、母子保健対策係(保健師 水谷 大岡)
保健所(保健師等)2名(桜井保健所 秦、吉野保健所 山本)

★視 察 の 概 要★

1. 医療的ケアが必要な児を地域へ送り出す病院としての役割について[府立母子保健総合医療センター]

- 1) 家族の主体性を尊重し、エンパワメントを高めるための具体的な手段を構築している：
人員確保（エンパワメント支援員）、システム構築（退院前支援、退院後支援）
- 2) 在宅移行に向けた各関係機関役割を明確にし、適時的確な支援を可能にしている：
退院から在宅移行へのパスを作成、定期的なC.C.（ケースカンファランス）の実施
- 3) 病院の枠を超えた「医療・福祉・教育・保健」機関との連携：
地域ごとの保健所主催の開催の会議に出席し、小児在宅医療をバックアップするための広域ネットワークを構築しようと努めている

2. 行政の役割について[大阪府庁]

- 1) 保健所が中心に地域のネットワークを構築：地域における定期的なカンファランスの実施や、療養パスを作成して適時的確な支援を可能にしている
(病院の在宅移行パスと整合性を持たせ、連動している)
- 2) 本庁における財政支援
- 3) 本庁における協議会の設置：主要関係者が協議会の委員であり、関係機関のコンセンサスを得ながら施策を推進

3. 地域で支える小児在宅医療の役割について[大阪府小児科医会]

- 1) 大阪小児科医会が実施した調査概要
- 2) 大阪小児科医会の登録医師マッチング制度
正式名：「在宅小児かかりつけ医紹介事業」
- 3) 大阪小児科医会・大阪府医師会の研修制度：講演会のほか、実地研修が不可欠であり、少人数で丁寧な研修を行っている。診療報酬のてびきを作成して医療機関を支援
- 4) 個別支援の現状：1診療所が診ることができる患児は1人か2人が限界であるため、できるだけ多くの診療所に少しずつ協力を得ることが必要

4. 奈良県における小児在宅支援のあり方について

- 1) 在宅支援ネットワークは、事例を中心に構築されるもので、児や家族が住まう地域でのネットワークをつなぐ機能を一つのセンターに集約することは難しいため、現在の保健所による小児在宅支援を強化することが望ましい。しかしながら、高度医療機器を使用する児の増加（呼吸器装着児：H20;15人、H21;18人、H22;22人、H23;26人、H24;26人、H2510月;35件＝県保健所把握分）や長期化により、保健所の量的支援（マンパワー）が不足している。地域の訪問看護ステーション、介護職、保育や教育従事

者、市町村職員等の人材育成およびネットワーク構築が急務である。

そのため、保健所を中心としたネットワークを構築し（定期的な会議開催）、具体的な役割を明確にし（地域連携パスの普及、災害時訓練の実施など）、患児と家族に特に身近な市町村職員への研修会の実施（市町村における相談機能の充実や、医療と福祉の連携促進を図る）が必要と考える。

- 2) 小児在宅医療を充実するためには、地域における診療所の機能強化や病診連携を図ることが必須である。医師、歯科医師等の実地研修は、専門医療機関で実施すべきであるため委託とする。実際に在宅医療が必要になる児に行う処置、医療機器の維持管理の基礎知識、医療や福祉制度の理解、地域における関係機関の把握、（可能になれば訪問医療に同行し実施研修）等、委託機関でしか実施できない研修システムを構築する。更に、保健所区域ごとへの出張研修により、幅広い対象へ小児在宅医療の知識の普及に努める。本年度に実施する医療機関実態調査（小児科標榜診療所 239 か所、在宅療養支援診療所 142 か所、歯科診療所 700 か所）の結果をもとにして、具体的な内容を企画することになるが、研修以外にも在宅医療に必要なツール（診療の手引きやマニュアル等）の作成や病診連携会議等を行い、小児在宅医療の推進を実効性のあるものにしたい。
- 3) NICU を有する奈良医大、県立奈良病院の基幹病院は、医療を必要とする児を地域に退院移行する機関であり、退院前からの在宅移行準備、地域関係機関との調整、退院後の支援、呼吸器装着児等は定期的な入院による医療機器等の調整、急変時の受け入れ等の重要な役割を担う必要がある。各病院の在宅支援室の強化（現在はすべて主治医が実施している）など課題は多く、医療政策部内の関係課と調整しながら、基幹病院の機能強化や地域（保健所や診療所等）との連携強化を進める必要がある。
- 4) 課題として、レスパイト（介護者の休息）機関の不足やケアマネージャー（長期にわたってのコーディネーター）の不在があるが、関係機関と課題を共有しそれぞれが補足しあいながら、課題解決の方策を探ることになる。

報告書Ⅱ【熊本県】

【目的】

小児在宅医療体制について、先進的な取組みを学ぶことにより、奈良県における小児在宅医療体制構築を図るための具体的な施策の進め方や関係機関の役割分担について明らかにすることを目的とする。

【視察内容】

- 1) ～4) については熊本県庁
- 4) ～7) については国立熊本再春荘病院・NPO 法人 NEXTEP
- 1) 小児在宅医療体制推進に関する現状について
 - ①在宅医療に対するニーズ把握、関係機関の支援状況
 - ②小児在宅医療体制推進に関し、どのような機関と連携しているか
 - ③小児在宅医療体制推進についての現在の進捗状況
- 2) 政策的位置づけについて
 - ①医療計画等との関係 ②財源（財政的な） ③担当課、関係課 ④関係機関
- 3) 協議機関（体制構築や連携推進を図るための）等の運営について
 - ① 協議会等の開催状況について：大学附属病院、周産期医療センター、医療機関、訪問看護ステーション、重症心身障がい児施設、療育施設、市町村、保健所等
 - ② 地域の病院、診療所との連携状況
- 4) 相談体制（医療関係者、在宅療養児や家族）
- 5) 関係者の研修体制
- 6) 小児在宅訪問診療の実際
- 7) 小児在宅医療に関する意見交換

【実施日時】

平成 25 年 11 月 28 日（木）29 日（金）

【実施場所】

- ◇ **熊本県健康福祉部子ども未来課**（窓口）與田（よだ）千枝子課長補佐
（住所）〒862-8570 熊本市中央区水前寺 6 丁目 18 番 1 号
（TEL）母子保健 096-333-2209
- ◇ **国立病院機構 熊本再春荘病院**（窓口）島津智之先生
（住所）〒861-1196 熊本県合志市須屋 2659（TEL）096-242-1000
- ◇ **NPO 法人 NEXTEP**（窓口）島津智之先生
（住所）〒861-1103 合志市野々島 2461-2（TEL）096-288-2311

【視察職員】

医療政策部保健予防課主幹(医師)根津智子、母子保健対策係係長(保健師)水谷奈美、郡山保健所(保健師)上田章代

【視察日程】

[1日目] 平成25年11月28日(木) 13:00~17:30

合志市を中心に2組に分かれて同行訪問

- 1 訪問診療に同行：熊本再春荘病院小児科 島津医師、地域医療連携室 笠看護師が対応
- 2 訪問看護及び訪問介護に同行：NPO 法人 NEXTEP ステップ♪キッズ（訪問看護ステーション）の訪問看護師中本氏、ドラゴンキッズ（ヘルパーステーション）のヘルパー1名が対応、熊本県健康福祉部子ども・障がい福祉局子ども未来課母子保健班 大川参事と與田課長補佐も同行

[2日目] 平成25年11月29日(金) 10:00~12:00

熊本県庁にて資料説明と意見交換

- 1 熊本県健康福祉部健康局医療政策課医療連携班 岡順子主幹、坂本尚史氏対応
- 2 熊本県健康福祉部子ども・障がい福祉局子ども未来課母子保健班 大川加須美参事対応

★視 察 の 概 要★

1. 訪問診療・訪問看護の実態について:平成 25 年 11 月 28 日 (木) 13:00-17:30

【視察目的】

訪問診療等に同行し、診療・看護・相談等の体制、実際の実施状況や内容を視察するとともに、患者家族等からそのニーズを聴き取ることを目的とする。

【視察場所】

- 1) 訪問診療: 国立熊本再春荘病院 (小児科 島津医師、地域医療連携室看護師 笠氏対応) および患者自宅
- 2) 訪問看護: NPO 法人 NEXTEP ステップ♪キッズ (訪問看護師中本氏対応、熊本県大川参事、與田課長補佐同行) および患者自宅

【視察内容】

1) 熊本県の小児医療体制について

- 熊本県内 NICU 3 ヶ所 (熊本市市民病院; 18 床、熊本大学; 12 床、福田病院; 24 床) と熊本赤十字病院 (PICU) が基幹となっている。
- 熊本再春荘病院は、NICU (3 病院)、熊本赤十字病院 PICU などから在宅に移行する際の在宅生活に向けた中間病床としての役割をもつ (NICU から 8~9 割、PICU から 1~2 割)。ナースステーション隣接に 8 床重症部屋確保して、3 ヶ月間の入院で在宅移行への準備期間とする。

2) 訪問診療の実施状況について

- 熊本再春荘病院では、神経内科の患者への訪問診療を始めており、小児については平成 24 年 8 月から開始し、現在対象者は約 10 例あり、毎週木曜午後訪問している (5 例ずつ隔週訪問)。
- 訪問診療の対象児は気管切開や経管栄養を行っている児で、診療内容は児の定期的な健康状態の確認、カニューレ交換、投薬、採血、予防接種等であるが、親の健康相談を受けるなど心理的なサポートも行っていた。
- 親の意見として、入院時から同じ医師に関わってもらえることの安心感、外来受診が減るために負担が軽減していることなどが挙げられた。
- 在宅療養している児には熊本再春荘病院小児科にてレスパイト入院が保障されていた。気管切開、在宅酸素投与児は医療保険による入院で月 7 日間 (3 日と 4 日にかけて) レスパイト入院、医療ケアの必要のない児は、福祉制度を利用しショートステイ実施 (月 7 日間)。入院期間を利用して、親や兄弟の健診や検査のための受診、行事の参加が可能になっている。

3) 訪問看護の実施状況について

- NPO 法人 NEXTEP（島津医師が理事となり小児専門の訪問看護ステーションとして設立）では、病院退院時に必ず、各主治医に緊急時にはかかりつけ医（熊本再春荘病院、市民病院、大学病院等）に搬送すること確認し、24時間365日対応を行い在宅移行している。
- NPO 法人 NEXTEP では、訪問看護業務のほかに、県の委託を受け在宅医療を担う人材を育成するための研修会を実施し、小児に対応できる訪問看護等のすそ野を拡げる役割を担っている。
- その他の取り組みとして、小児専門のヘルパーステーションの運営、相談支援事業、啓発事業（保護者や支援者も小児在宅のイメージがないため便り等を作成）支援のコーディネート等を行っている。

2. 県の施策について：平成 25 年 11 月 29 日（金）10:00-12:00

【視察目的】

熊本県における小児在宅医療の現状と政策的位置づけ、具体的な事業の進め方について聞き取りを行うとともに、奈良県における施策の進め方について意見交換を行うことを目的とする。

【視察内容】

熊本県健康福祉部健康局医療政策課医療連携班

1) これまでの具体的な取り組み

(1) 第6次熊本県保健医療計画策定（周産期及び小児医療）

小児在宅医療についての政策的位置づけは、周産期医療、小児医療として位置づけ推進している。各項目で「施策の方向と内容」を具体的に書き込んでおり、具体的な事業化に向けて健康福祉部で予算確保に努めている。

(2) 熊本県医学部附属病院に設置した重症心身障がい学寄附講座（全国初）：平成 22～26 年度

〈概要〉熊本大学医学部附属病院に県の寄付により寄附講座を開設し、高度な医療管理を必要とするこどもに対する診療、専門医の養成及び育成、こども及び保護者が地域で適切な医療や療育を確保することを目的とした関係機関の連携による地域療養システム構築に関する研究を行う

〈寄付額〉平成 22～25 年度；25,000 千円/ 年、総額 100,000 千円

→（医療再生基金により平成 27 年度まで延長：150,000 千円）

2) 平成25年度の具体的な取り組み

- (1) 地域における行政、医療、福祉関係者等による会議開催
- (2) 各地域の在宅医療に関する医療資源の調査（高齢者、小児も含む）：予算 10,000 千円程度
- (3) 小児訪問看護ネットワーク構築（予算 1,400 千円）：NPO 法人（小児専門訪問看護ステーション）に委託し、小児訪問看護の専門的技能を有するものによる研修会（県北部・南部で開催）、研修会に参加した訪問看護ステーションの意見交換を通じて、ネットワークづくりを行う。
- (4) 小児在宅患者家族のレスパイトケア等を担う診療所等への施設・整備支援（予算 17,000 千円）：在宅医療を行う小児患者のレスパイトケア等を担う診療所等（重症心身障害児施設含む）に対し、施設整備費補助。

熊本県健康福祉部子ども・障がい福祉局子ども未来課母子保健班

1) これまでの具体的な取り組み

(1) リトルエンジェル（極低出生体重児）支援事業：平成18年度～

〈目的〉極低出生体重児（出生体重 1500g 未満）の出生数が増加傾向（平成 23 年度 137 人、平成 24 年度 151 人）にあり、出生率も全国平均を上回っている。NICU で長期入院となる場合も多く、児の医療情報等を登録することにより全数把握し、保護者との愛着形成を支援し、関係機関が連携しながら児の成長発達と保護者の育児不安の軽減を図る。

〈予算〉1, 207 千円（リトルエンジェル手帳作成、交流会の報償費等）

(2) NICU 入院児支援事業

〈目的〉NICU 入院児の医療依存度が高く、長期入院となる児について円滑な在宅移行、療養生活ができるよ

う支援コーディネーターを配置し、在宅療養支援体制の整備を図る。

〈概要〉平成 21 年 6 月～県庁に NICU 入院児支援コーディネーターを配置

平成 24 年 4 月～県の委託事業として総合周産期母子医療センター（熊本大学病院、熊本市市民病院）に支援コーディネーターを配置（各 1 名）

〈予算〉4,400 千円（委託金：2 病院各 2,000 千円）・・・周産期医療体制整備事業

2) 今後の方向性・地域の課題について

- ・ 支援コーディネーターの配置についての予算の確保は平成 25 年度で終了。地域も各病院も支援コーディネーターの必要性は認識しており、次年度以降は病院として配置する予定。
- ・ 医療依存度の高い児を受ける相談支援事業所が少なく、県下でも 2 カ所程度である。市外や山間部になると地域で誰がコーディネートするかが課題である。
- ・ レスパイト機関の不足。

3. 奈良県における施策の進め方について

1) 県における施策の方向性

熊本県は人口約 180 万人、年間出生数約 16,000 人であり、熊本大学（県内唯一の医学部設置大学）を中心に医療体制を構築しており、奈良県の医療体制を考える上で参考になる点は多いと思われる。周産期医療体制は 7 圏域に分かれ、総合周産期母子医療センター（熊本大学：NICU 12 床・MFICU 6 床・GCU 12 床、熊本市民病院：NICU 18 床・MFICU 6 床・GCU 24 床）、地域周産期母子医療センター（熊本赤十字病院：NICU 3 床、福田病院：NICU 24 床・GCU 41 床）、地域周産期中核病院を設置している。小児医療についても熊本大学を中心に 7 圏域で体制整備を行っている。小児在宅医療については、平成 22 年策定の「保健医療計画」より、「周産期医療」「小児医療」の両面でとりあげており、実際の事業化の方向性を示している。特に「周産期医療における医療連携体制図」は、小児在宅医療まで盛り込んだ体制図となっており、先進的に取り組んでいる様子が伺えた。奈良県においても小児在宅医療の課題と方向性を明確にし、保健医療計画に具体的に書き込むことが重要であると考えている。

2) 人材育成

熊本県では熊本大学に「重症心身障がい学寄付講座」を設置し、大学が重症心身障がい児医療や小児在宅医療の専門家を育成するとともに、研究や体制整備の助言を行っている。また、小児を対象とする訪問看護ステーションの研修及びネットワーク構築についても、県で予算化して積極的に進めている。奈良県においても、中長期的なビジョンのもとに人材育成を行っていく必要がある。

3) 小児在宅医療体制の構築

医療的ケアを必要とする小児に関する医療体制を考える際には、NICU 等急性期病院の退院時支援、退院移行にむけた中間病床での準備期間、訪問医療、レスパイト（介護者の休息）の保障を一体として考える必要がある。県と関係者(医師を中心に小児在宅医療に関わる関係者)が協力して、奈良県の現状にあった体制を構築する必要がある。

4) 庁内連携体制

熊本県においても複数の課で小児在宅医療支援事業を実施している。事業の財源が異なるなどの理由で一元化は難しいため、庁内(医療政策、母子保健、障害福祉、教育部門)の連携が不可欠である。

5) その他

訪問診療は、在宅で医療を要する児の家族にとって何よりも安心して医療を受けることができるメリットだけでなく、在宅で 24 時間 365 日休みなく児の介護(看護)を担う家族が地域で支えられていると実感を持ち続けることができる、という点でも必要な支援である。自宅で家族の一員として過ごすために、医療・福祉・教育の連携が重要であり、訪問診療・訪問看護が核になり連携が強化されると考えられた。

報告書Ⅲ【長野県】

【目的】

小児在宅医療体制について、先進的な取組みを学ぶことにより、奈良県における小児在宅医療体制構築を図るための具体的な関係機関の役割分担、関係機関の連携体制の構築について明らかにすることを目的とする。

【視察内容等】

- 1 「小児等在宅医療連携拠点事業」の概要
- 2 小児在宅医療体制推進における長野県立こども病院の役割
- 3 県・市町村等の行政、地域の医療・福祉関係者等のネットワーク体制について
- 4 地域の医療・福祉等資源の把握、活用、拡大のための取り組みについて
- 5 在宅医療と福祉等の連携の促進にむけた研修会等について
- 6 小児等の患者・家族に対しての個々のニーズに応じた支援について
- 7 その他

【実施日時】

平成25年12月6日（金） 午後1時から

【実施場所】

長野県立こども病院
(住所) 〒399-8288 長野県安曇野市豊科 3100
(電話) 0263-73-6700

【視察職員】

奈良県医療政策部保健予防課 母子保健対策係員 2名（保健師）

【その他】

「小児等在宅医療連携拠点事業」参加都道府県の視察に同行
(東京都・埼玉県・群馬県・長崎県から視察)

● 県立長野こども病院について

(沿革)

- 昭和 59 年 長野県総合 5 ヶ年計画の中で小児総合医療体制、こども病院建設検討開始
平成 5 年 県立こども病院として 60 床で診療開始（全国で 9 番目）、翌年には 100 床
へ増床
平成 7 年 院内保育所、院内学級開設
平成 12 年 総合周産期母子医療センター開設、117 床へ増床
平成 14 年 長期入院患者家族滞在施設開設
平成 15 年 147 床へ増床
平成 20 年 救急医療、総合診療体制充実に向け 163 床へ増床
平成 21 年 在宅医療支援病棟（11 床）開設
平成 22 年 独立行政法人長野県立病院機構に移行
平成 24 年 新生児医療・救急医療体制充実に向け 170 床へ増床
平成 25 年 180 床へ増床 NICU 42 床、PICU 8 床、産科病棟 27 床、一般病棟 103 床（うち在宅医療支援 16 床、PICU 後方 4 床）

・ 新生児病棟入院患者数増加

新生児病棟入院患者数が徐々に増加傾向であり、平成 23 年、平成 24 年はベッド利用率が 100%を上回っていた。そこで、在宅医療への取組に力を入れることとなった。

・ 機能維持のためにとった対応

- ・ こども病院新生児病棟の増床（18 床→42 床）
- ・ 在宅移行支援病棟の開設（平成 21 年 2 月開設 11 床）
- ・ 周産期母子医療センターネットワークの構築・・・現在非常にうまくいっている
 - いつでも、誰でも断らずに引き受けることを基本とした
 - 周産期カンファレンス、研修会の定期開催でつながりをつくった
 - 逆搬送を引き受ける長野県立こども病院の体制
- ・ 長野県主導で行われた「長期入院時支援事業」（平成 22 年度～平成 24 年度）
- ・ 平成 24 年度より厚生労働省在宅医療拠点事業

・ 長野県立こども病院在宅医療コンセプト

- ・ 地域で多職種連携の輪を作る。
在宅へ戻った際、家族が最も気になる急変時対応のための連携は必須であるため、連携には消防局に入ってもらえることが大切。
- ・ 地域から始まり、地域へ戻る
- ・ 在宅移行とともに在宅維持支援を実施（在宅へ帰った後も引き続き支援を行う）

- ・ 県立こども病院と県の連携
 連絡会の開催による連携
 (長期入院時等退院支援・在宅医療支援連絡会、地域長期入院時等退院支援・在宅医療支援連絡会)
- ・ 在宅医療支援
 訪問による支援 (メンバー 医師・看護師・保健師・リハビリ療法士・管理栄養士)
 →特別支援学校
 在籍する児に関わる地域の医療、福祉、教育、生活介護事業所の関係者が学校に一同に会し、対象児及び家族とともに会議、技術講習を行う
 →地域基幹病院や診療所などを訪問
- ・ 救急情報提供カードを平成 25 年 6 月から開始
 利用者の声
 - ・ 多くを語らず消防隊に子どものことを分かってもらえる→安心
 - ・ 持っているだけで安心できる
 - ・ 消防隊に伝える対応が冷静にできたように思う
 救急シミュレーション (緊急事態での対応と搬送をシミュレーション)
 長野県立病院機構救急シミュレーションチームが消防局救急隊や訪看スタッフと実施。シナリオに基づいて実施。シナリオはうまくいくバージョンとうまくいかず失敗するバージョンも取り入れることでより実践に近い形で実施できる。

●長野県内の医療施設等について

- ・ 地域周産期母子医療センターは長野県内に 9 施設
 平成 24 年出生数は約 16,000 人 (人口約 212 万人)
- ・ 長野県の新生児死亡率と周産期死亡率はこども病院開設と総合周産期母子医療センター開設により改善している。

●長野県の取組経緯

- ・ 平成 17 年 12 月付け厚生労働省通知
 「小児科・産科における医療資源の集約化・重点化の推進について」
 ↓
- ・ 平成 18 年 10 月長野県産科・小児科医療対策検討会設置
 ↓
- ・ 平成 19 年 3 月「長野県の産科・小児科医療のあり方に関する提言書」
 ↓
- ・ 平成 20 年 2 月長野県衛生部健康づくり支援課で「長期入院時調査」実施
 ↓

- ・平成 22 年 4 月～平成 24 年 3 月 長期入院時等支援事業



- ・平成 24 年 平成 24 年度在宅医療連携拠点事業

●電子ネットワークを利用した情報共有

長野こども しろくまネットワーク（小児在宅療育電子連絡帳ネットワーク）

長野こども電子連絡帳や長野こども電子支援手帳を使い、患者とその家族を中心に在宅サービス支援者（在宅医療支援診療所や訪問看護、訪問リハ、院外薬局など）、養護学校、福祉事務所などと情報共有の輪を作っている。

信州メディカルネット

こども病院、信州大学附属病院、長野赤十字病院、地域の診療所がカルテの閲覧を可能にした。

（セキュリティは国の定める基準に従い現時点で可能な限り最高の保護対策を講じており、厳格に情報を保護）

●今後の取組について

在宅医療への関わりを早期にするために、妊娠初期に関わる機会のある地域保健師がハイリスク妊娠情報を早期に把握することが必要であるため、今後各地域の保健師に依頼し、全数調査を実施する予定。

長野県立こども病院における周産期医療の状況 新生児科部長 廣間 武彦先生

●長野県の状況

- ・分娩件数 1.8 万件/年
- ・産科の集約化が進んでおり、産科医少なく 1 人の医師が取り扱う分娩件数が多い。
- ・母胎搬送が増加している
- ・長野県内の救急搬送では役割分担ができている
重症の急性期→こども病院
重症の産科救急→信州大学附属病院 ドクターヘリ 2 台完備
- ・長野県内の重症心身障害者施設は 8 施設。
常に満床の状態が続いている。また超長期入院で、慢性的な人手不足である。
- ・こども病院の特徴
ドクターカーによる搬送システム構築されている。
県内で唯一、新生児への手術対応が可能。
NICU に対し GCU が少ない

●新生児科の取り組み

新生児救急搬送を断らず、全て受け入れる

ミドルリスク妊婦を積極的に受け入れる

こども病院周辺施設との連携

●長期入院児を在宅へ返していくための取り組み

戻り搬送システムを構築し、病状の落ち着いた児は積極的に地域へかえす。

課題：GCUの長期入院で人手をとられ、NICUがまわらない

気管切開施行児は6ヵ月～1年以上長期入院となることが多い

電子@連絡帳について

名古屋大学医学部附属病院 先端医療・臨床研究支援センター杉下 明隆氏

多職種間・異業種間の情報連携と共有のためにつくられたシステム

- ・電子@連絡帳（在宅医療・福祉総合ネットワークシステム）

患者毎の限られた情報を載せる掲示板のようなもの

主に家族の情報発信、支援者間での共有

- ・電子@支援手帳

主に支援者チームの中で情報共有するツール

社会資源拡充の取り組み 患者支援・連携室 看護師長 牧内氏

●研修会

平成20年7月頃に松本市の基幹病院を中心に人工呼吸器を装着する患者の支援検討会を開いたことから始まった。以降平成21年に訪問看護ステーションを対象にアンケート調査を実施し、平成22年、23年、24年と研修会を開始。

●訪問診療について

訪問看護師・家族の希望より開始し、直接やりとりしている。

状態が安定したときに相談し、後方ベッドや相談機能、役割を明確にすることが条件である。

病棟から早期に要請があると家族に介入しやすく、新規のステーションに申し入れを行うことができる。小児の経験がないステーションでも受け入れてもいいと話すステーションが増加してきている。

課題：中心圏域の訪問看護情報はあるが、他の圏域の情報が少ない。

公費負担制度ではない患者にとっては、医療費の一時払いが生じるため家族に経済的な負担がかかり、訪問看護の導入を躊躇することもある。

●地域との連携

退院前の支援会議には行政職や保健師、相談支援センターの参加を依頼している。実際に顔を合わせていくことで、連携がスムーズになっている。研修会などでの顔合わせも効果的である。

●退院調整に関して

患者支援・地域連携室への連絡についてはケースフローチャート、退院時は連携調整シートを使用。在宅移行の際は在宅移行シートを使用している。（在宅移行シート運用マニュアルあり）

長野こども療育推進サークル ゆうテラスについて

事務局：こども病院 院内しろくま図書館内

人件費：こども病院

事業費：地域発元気づくり支援金、人権尊重社会づくり事業助成、会費・寄付など

・活動について

県立こども病院で長期入院しており、一度も病院の外に出られなかったという経験をもつ母親が中心となり、長野こども療育推進サークルゆうテラスを立ち上げ、病院と連携して活動。

患者家族だけでなく支える支援者にも情報収集や情報提供を実施している。

・今後について

多職種の人材を育てることで、地域ネットワークが作られる。今後、専門職のコミュニティも育てなければならない。

<<質疑応答>>

質問者：都立小児総合医療センター神経内科兼子ども家族支援部門 医長 富田氏

回答者：長野県立こども病院 副院長 藤岡医師

問) 在宅移行支援病棟の活用がうまくいっていない。新生児科、小児科、どこの科の医師が主治医になるかもめることもある。

答) 同じような問題があったが、総合小児科をつくったので、主科が決まりやすくなった。

問) 院外ではなく、院内で在宅取組の周知についてはどうされているか

答) 院内周知できていない。多職種でチームを組んでいるのでうまくいけば周知できる。

重症化した際の受け入れが一点に集中するとつぶれてしまう。地域毎の拠点病院をつくっていく必要がある。周産期システムを小児在宅医療にあてはめたい。

問) 連携の形態について。地域を細かく分けた方がよいのか。

答) 小児在宅に関して言えば、地域毎で分け、県が統括する。長野県は214万人を10医療圏に分けている。各地域、都道府県で統括しないとバラバラになってしまう。

質問者：長崎大学病院 小児科 助教 里氏

回答者：長野県健康福祉部医療推進課課長補佐 小林氏

問) 県の担当部署について。

医療機関だけでやっていくのは限界があり、行政を巻き込む必要があると考えている。できれば県で集合体をつくってほしい。長野県ではどうされているのか。

答) 小児在宅について言えば、こども家庭課でこども病院を中心に長期入院児支援をやってきた素地があった。障害者支援課、当課（医療推進課）、こども家庭課でやっている。どこが集約化しているかという点と難しい。一点に集約していきたいという思いはあり、組織再編にあたり調整していく必要はあると思っている。

成育医療センター中村氏

医療と福祉は一体化する必要がある。本日の参加者の所属をみても福祉部もあれば母子保健で担当しているところもある。行政内でバラバラに実施しているのは良くない。集約化する組織を作ってほしいと思う。

質問者：東京都福祉保健局医療政策部救急災害医療課 退院支援担当係長（保健師） 佐藤氏

回答者：長野県立こども病院患者支援・地域連携室看護師長 牧内氏

問) NICU、GCU から在宅移行支援病床への移行についてはどの程度の割合か。

答) 今ははっきり分からないがほぼNICUから。

問) 在宅移行支援病床にいくのはNICU GCU以外であればどのような児がいくのか。

答) 超低出生体重児の双子など少し病床数が増えたため、利用者は多様化している。今後も多様化は進むことが予想される。

問) 地域の保健師を活用していきたいという話があったが、具体的には？

答) 長野県立こども病院副院長 藤岡医師より

長野県には保健師の組織がない。周産期担当の保健師は保健所保健師で10医療圏である。

保健所保健師はハイリスク担当で、市町村保健師はNICUから在宅へ帰る児を担当してもらう。地域で考えに差はあるが、情報共有しながら連携していく必要がある。また、相談支援専門員を受け入れない母親へは市の保健師がサポートしなければならない。

質問者：群馬県立小児医療センター 理学療法士 白田氏

回答者：長野県立こども病院 副院長 藤岡医師

問) 訪問リハビリ等が進まない。結局、外来へリハビリに来てもらうことになる。

答) ITを利用する。また、訪問診療で医師やPT、看護師などが地域へ出向くことが大切。訪問看護など1件1件尋ね、広げていく。

問) 電子@支助手帳について、家族の同意はとっているのか？

答) 同意をとって進めて行く予定。家族に参加メンバー（どのような支援者が情報を共有するのか）を示した上で同意をとる必要があると考えている。

視察を通して

・長野県は長野県立こども病院を中心に近隣病院との連携が進んでおり、既にネットワークが作られ在宅診療医や訪問看護ステーションなどそれぞれの関係機関がそれぞれの役割を果たしている。

こども病院の存在は大きく、退院し地域へ戻った後も、在宅医や訪問看護ステーションと連携をとり急変時には必ず受け入れるという条件の下、退院することとなっており、在宅支援者間の信頼関係も強いと感じた。

・インターネットオンライン会議の導入や、患者カルテが主要病院間で閲覧可能になっているなど、IT導入が進んでおり、在宅支援においても主要なツールとして使用されている。

また、電子支助手帳など支援者間での情報共有が可能なツールの導入も考えられており、連携ツールが整っている。

・在宅移行支援病棟では、在宅へ移行するまでの期間、入院が可能な病棟。約22%はレスパイト入院（評価入院）でも利用されている。

在宅へ帰った後も後方ベッドが確保されており、一旦在宅へ戻り何らかの事情で再度入院が必要となっても受け入れ可能な状態が確保されている。在宅へ戻るまで何度か入退院を繰り返し、徐々に在宅へ移行することが可能となっている。

・県（行政）の中での連携について、長野県では今回の会議では医療推進課が担当しておられたが他にも2課が関係しており、主管課は特に決まっていないとのことであった。

県内での連携については長野県でも集約化が必要と感じ、集約化に向けた調整をする予定ということであった。

今回の視察を通して、長野県立こども病院や基幹病院、地域の病院、訪問看護ステーション等との連携をはじめ、行政機関の果たす役割は大きく、奈良県においても、県庁内でも他課や他部署との連携が必要であると感じた。まずは、それぞれの関係課と目指すべき方向性の共有や、役割の認識が必要。

- ・訪問による支援について、県立こども病院の医師・看護師・保健師・リハビリ療法士・管理栄養士が積極的に地域に出向き、連携会議や技術講習を実施しておられた。
奈良県においても、研修等は実施されているが、地域の資源を拡大させるための取り組みも引き続き必要だと感じた。
- ・県立こども病院が在宅医療支援の中核となり、在宅移行と在宅維持支援を推進していることが、広く地域の医療機関や関係職種者、地域住民に周知されている。研修や講演会を行うことに加え、DVD「はじめてみよう!!半固形食短時間摂取法」「こどもたちのための胃ろう」マニュアル「在宅医療ケアマニュアル」等多くの医療関係者や保護者向けの媒体の作成を行い、情報提供や情報発信を行っている。「ちろくま」のキャラクターが病院の広報や親しみやすさに貢献している。



保健予防課で取り組めること

- ・小児在宅療養児(人工呼吸器装着児等)および在宅支援医療機関等の実態把握。
- ・保健所への視察結果の報告およびめざす姿、目的の共有および対策の検討。
- ・庁内での関係課連絡会議の開催
めざす姿の共有。担当業務内容、予算、連携可能な点等を確認。
- ・小児保健ワーキング会議メンバーへの視察結果の報告およびめざす姿、目的の共有。役割分担および小児在宅支援拠点となる医療機関や協力機関等、ネットワーク体制の明確化。
- ・関係課、関係機関の連携による人材育成研修
- ・関係課、関係機関の連携による小児在宅医療に対する啓発（医療機関等関係機関、当事者、保護者、県民等）