

在宅医療連携拠点事業成果報告

拠点事業者名：長野県立こども病院

1 地域の在宅医療・介護が抱える課題と拠点の取り組み方針について

● 課題

- ①重症小児をケアする人材の不足、当事者の不安
 - ・対象児が少なく、経験を積みにくい
 - ・複雑な病態を有し、濃厚なケアを要することが多く、不安が先行する
- ②多職種の連携を確立しにくい
 - ・面積が広く、山間部が多い地理的要因
 - ・資源が都市部に偏在
- ③教育機関との連携不足
 - ・こども病院における人材不足による

● 取り組み方針

- ①不安を軽減し、拠点・人材を得るために
 - ・在宅支援訪問チーム(医師、看護師、保健師、理学療法士)による他施設への技術指導・移転を図る
 - ・在宅医療に係わる教育研修会、学習会の開催
 - ・マニュアル作成による医療技術の普及
 - ・地域医師会との懇話会開催
- ②地理的不利要因、院内人材不足への対策
 - ・インターネットオンライン会議による病院、養護学校等との連携
 - ・情報共有のための個別支援手帳電子化

2 拠点事業の立ち上げについて

当長野県立こども病院における在宅医療連携の輪は図1のごとくで、「長野こども療育推進サークル ゆうテラス」と協働したこと、特別支援学校と連携したことが特徴である。

院内においては、多職種からなる部門横断的な在宅医療支援チームが活動し、院外には長野県主導で多職種参加の「長期入院児等支援対策協議会」が稼働していたので、それらを駆使した事業展開になった。特に「長期入院児等支援対策協議会」の下には医療

圏域毎の「長期入院児等支援連絡会」が存在しており、この会は各圏域の行政、医師会、薬剤師会、病院、診療所、訪問看護ステーション、相談支援専門員、民間福祉事業所、養護学校職員が参加する会議で、連携を深め、意思統一するための有用な会であった。ただ、在宅医療の基盤となる診療所医師の参加は当院周辺の数人にとどまり、長野県の北部地区(北信地方)の医師会へこども病院見学・懇話会(24年9月)を案内しても参加希望者0名という状況であった。本事業関連の地域リーダー研修会が企画された冬以降は、長野県医師会の積極的な対応があり、医師会会員の関心は高まっているので、25年度以降は、小児在宅医療への参入増が期待できる。また、長野県では長期入院児支援コーディネーター(医師1名)が当院で活動し、県内の小児在宅医療の状況把握や支援訪問の核となった。

3 拠点事業での取り組みについて

(1) 地域の医療・福祉資源の把握及び活用

資源マップ作製タスクにおいて小児在宅医療受け入れ施設を把握した。当院ホームページサーバーにアップロードした。

<http://www.pref-nagano-hosp.jp/kodomo/zaitaku/zaitakumap.html>

(2) 会議の開催(地域ケア会議等への医療関係者の参加の仲介を含む。)

- ・長期入院児等支援連絡会 :7回

(3) 研修の実施

- ・7月20日「障がいを持つこどもたちのための絵本と遊び」20名
- ・8月8日・9日「挿管中の子の口腔ケア」17名
- ・9月1日・11月17日「胃ろうと栄養」39名

- ・9月20日「障がいを持つ子の口腔ケア」19名
- ・10月13日・12月8日「呼吸理学療法」40名以上、ゆうテラスと協働開催で在宅医療を行うご家族、保健師、養護学校・療育施設・訪問看護の看護師が参加

県およびゆうテラスと協働開催で多職種対象に以下を開催

- ・2月23日「小児在宅療育推進シンポジウム・多職種連携研修」74名

多職種との顔の見える関係の重要性を認識いただいた。また患者家族のグループワークへの参加もあり、病院医師にとっては診察室で聞く以外の苦労話が聞けたことを喜ぶ声があった(図2-1、2-2)。

(4) 24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築

- 在宅移行支援病棟11床の運営
 - ・稼働率:80.5%
- 救急外来の運営
 - ・当院診療中の在宅中の患者さんで緊急入院例は幸いなかった

(5) 地域包括支援センター・ケアマネジャーを対象にした支援の実施

介護保険対象ではなく、連携せず。

(6) 効率的な情報共有のための取組(地域連携パスの作成の取組、地域の在宅医療・介護関係者の連絡様式・方法の統一など)

- インターネットオンライン会議
 - ・養護学校:12回
 - ・病院:6回
 - ・療育センター:2回
 - ・患者宅:3名
 - ・養育者支援:1名

看護師、理学療法士、作業療法士が上記施設、患者と通信した。リハビリテーション技術指導、患者容態把握に有用であった。
- 情報共有ツールとしての個別支援手帳電子化に取り組んだが資金難で中止となった

- 地域広域消防局との連携による救急搬送時の情報提供カードの作成(添付資料参照)
- ・人工呼吸器をつけた在宅療育中患児対象
- ・カードは完成し、4月に県との調整を経て平成25年6月運用開始

(7) 地域住民への普及・啓発

ゆうテラス主催

- ・9月30日 重い障害を持つ子の教育を考えるシンポジウム/県内養護学校に通う重症心身障害児の作品展開催
- ・10月8日 自分育て講座本から学ぶわたしたちの未来講座第4回講演「病気や障害を持つ子を授かって～涙が母親を強くする」
- ・10月17日松本市教頭会 人権研修会講演「医療的支援を必要とするこどもたちのための子育て支援」
- ・10月20日長野市北部PTA 連合会研修会講演「地域で支える重い障害を持つ子育て」

(8) 災害発生時の対応策

特記事項なし

4 特に独創的だと思う取り組み

- 在宅移行支援病棟の運営(再掲)
- 院内多職種からなる部門横断的な在宅医療支援チームの活動(表1)
 - ・チームでの院内長期入院患者の回診
 - ・チーム会議における状況把握とケース会議
 - ・訪問薬剤管理指導の推進
 - ・在宅医療に関するマニュアル作成
- 他施設への在宅医療支援訪問
 - ・メンバー:医師(コーディネーター)、看護師、保健師、理学療法士
 - ・3病院、1診療所、1民間事業所、1養護学校へ訪問
- 任意団体「長野子ども療育推進サークル ゆうテラス」との協働
 - ・当団体は院内図書館を拠点として在宅療育情報センターを立ち上げ、情報収集と情報発信を担う。
 - ・前出の研修会、地域住民への普及・啓発活動の

企画、運営

・長野県小児在宅療育情報誌「あしあとてらす」の発行(別添え資料あり)

- 地域広域消防局との連携による救急搬送時の情報提供カードの作成(再掲)
- 5 地域の在宅医療・介護連携に最も効果があった取り組み
- ① 在宅移行支援病棟の運営(再掲)
 - ② 院内多職種からなる部門横断的な在宅医療支援チームの活動(再掲)
 - ③ 他施設への在宅医療支援訪問チームの活動(再掲)

病院側の理論でしか見ていない評価であるが、当院長期入院児数(6か月以上)の転帰をみたとき(表2)、23年度以前に入院した子どもたちで現在でも入院を続けている子どもは、20年度までの2名と表中に示された22、23年度の3名の計5名で、搬送受け入れ困難が常態化するものではなく、上記①②の効果は出ていると考える。事業年度の平成24年度新規患者は医療を継続する必要がある重症児の増加と入所受け入れ施設の満床により、苦戦している。

他施設への支援訪問は、医師コーディネーターを核としたところ、看護師やMSWからは以前より他施設との連絡を取り易くなったという。医師が持つコネクションを利用すべきである。

6 苦労した点、うまくいかなかった点

- 基本拠点と考えた診療所医師との連携確立
当初関心を持っていただけない方が多かった。リーダー研修が動き始めて、変化の兆しあり。
- 情報共有ツールとしての個別支援手帳電子化(再掲)
以下の2点を満たすシステム開発に多額の費用を要することがわかり、作業を中断した。
・既成ソフトにはない(小児に特徴的な)妊娠から出産までの情報や成長発達に関する情報を網羅すること

・インターネット経由で電子カルテとの情報共有も目指すため、十分にシステム上のセキュリティーを確保すること

7 これから在宅医療・介護連携に取り組む拠点に対するアドバイス

- 「顔の見える関係」ということは大事で、どの職種の方もまず会って話すことから始めるべき。
- もし拠点が病院なら、現場の「他」職種の方々には医師の積極的な院外活動を望んでいることを知るべし。

8 最後に

I.行政主導は最重要

長野県における小児在宅医療の課題抽出、その解決について、県が当院の思いをくみ上げ、以前から行動していただけたため、本事業が行いやすかった。地域の行政が主導して、事業展開の意思・意識統一することが最も重要である。

II.市民との協働は重要な視点

当院の連携の輪に参加している長野子ども療育推進サークル「ゆうテラス」は、市民目線、患者家族目線での企画提案、運営を行うことができる団体で、在宅医療の基盤である家庭のニーズを気づかせてくれる存在である。どのようなサービスを提供すべきか考えるとき有益であり、また院内のマンパワー不足を補ってもらえる存在でもある。在宅医療に志のある市民との協働は重要な視点である。

III.養護学校を最重要連携拠点として

養護学校との連携では、当院のマンパワー不足から学校へのスタッフ派遣を頻回に行える状況ではなく、インターネットオンライン会議でリハビリテーション指導等を行ったが、学校の教員、看護師等からはモニター越しの「顔の見える関係」以上に、「呼吸を感じる距離」、「温かい手が触れる距離」での連携を望む声があった。義務教育年齢の子どもであれば学校が第2の生活基盤であり、養護学校を最重要連携拠点として事業展開する価値は高い。

IV.障害者相談支援専門員との連携

今回の事業は、医師と地域包括支援センターのケアマネージャーとの連携深化が成人領域の最重要課題であったと思うが、小児領域ではあてはまらない。しかし、小児にもこのシステムがあれば点から面に繋げて広域展開が可能になるのではないか。この領域で連携すべき職種は、障害者相談支援専門員と考えられるが、当院の患者支援・地域連携室との関係は希薄であった。小児の医療と福祉を結ぶ人として今後連携を進めたい職種である。

- 在宅支援病棟継続
- 長期入院児等支援コーディネーターを中心とした在宅支援訪問継続

V.コーディネーターが必要

補助金事業で実施された「長期入院児等支援コーディネーター(医師)」は平成24年度終了したが、長野県内の長期入院児の把握や在宅医療支援訪問を行うことにより、連携の拡大を進めることができた。このように広域を俯瞰的にみて調整する人材は必要である。医師が望ましいが、無理ならば保健師が適切と考えている(私見)。妊娠時から係わる地域保健師の活躍を期待した場合、コーディネーターも保健師ならば連絡をとり易い。診療報酬で評価されるものではなく、県単位で当たり前の健康福祉事業として継続的に予算付けがなされるべきものとする。

VI.今後の展開

補助金が終了する在宅移行支援病棟の継続、入所待ちが常態化している重症心身障害児施設の不足、レスパイト対応施設の不足など、まだまだ課題が残っているが、25年度に病院事業所として行いたい項目を挙げる。

「患者・家族、医療・介護福祉・教育関係者の小児在宅医療に対する不安解消のために」

- 特別支援学校を核とした連携拡大
 - ・患児を目の前にした多職種会議と技術研修
- 障害者相談支援専門員の小児在宅医療への関与支援
 - ・専門研修における小児在宅医療的ケア講習実現
- 地域小児在宅医療拠点病院構想の検討
- 個別支援手帳電子ブック版の作成(再挑戦)

図1 在宅医療連携の輪

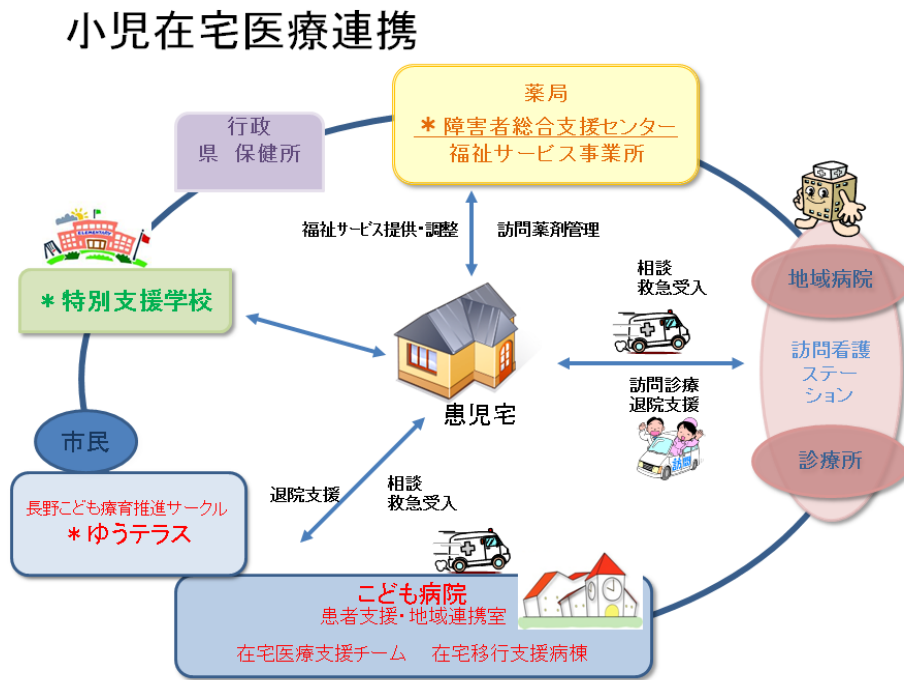


図2-1 シンポジウムアンケート結果
(回収率とシンポジウム前に抱いていた課題)

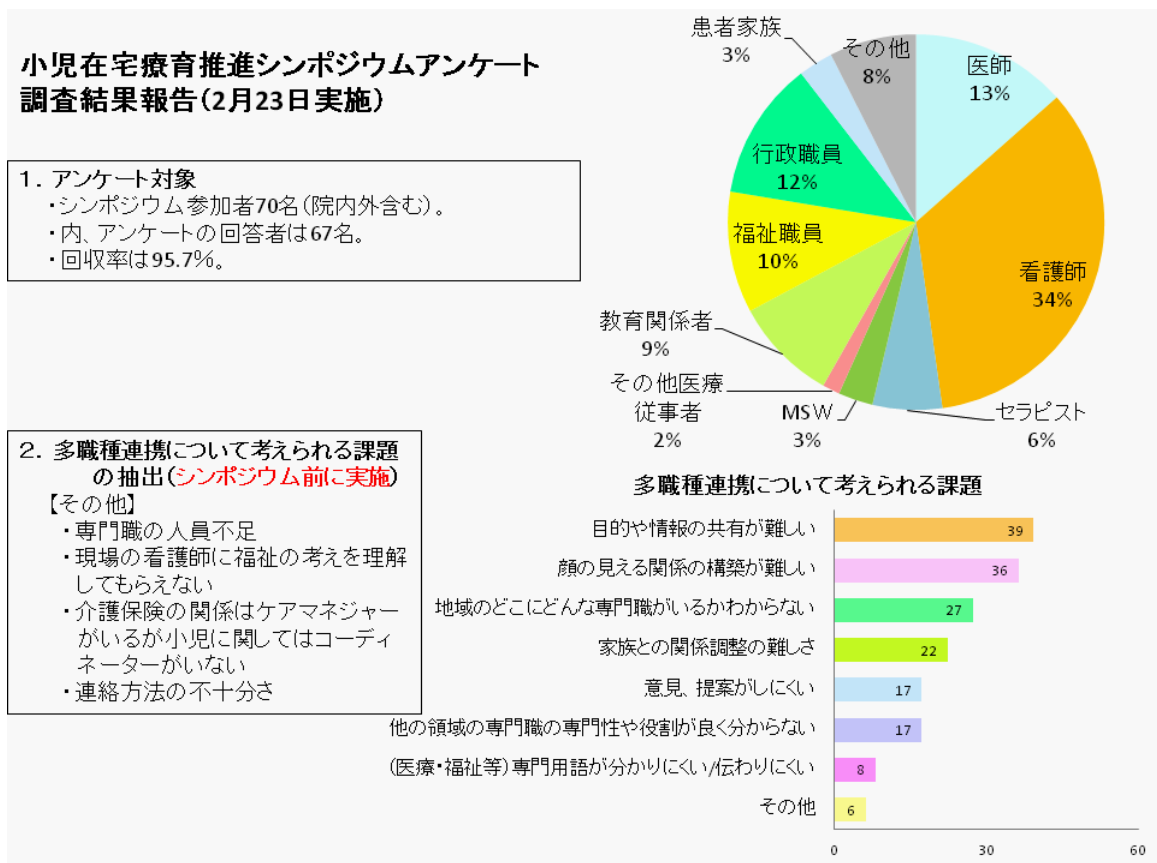


図 2-2 シンポジウムアンケート結果
(シンポジウム後の意識変化と課題)

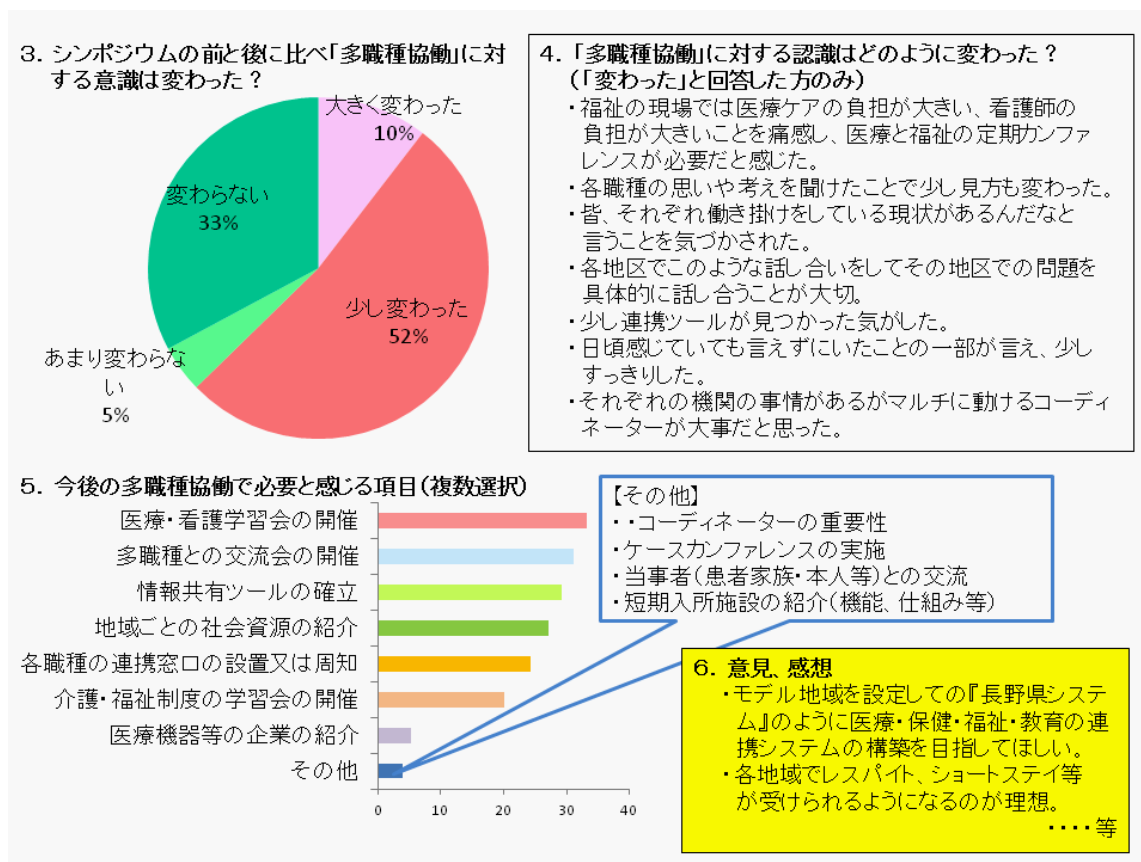


表 1 在宅医療支援チーム

リーダー:リハビリテーション科部長	1名
副院長	2名
麻酔科医師	1名
総合小児科	2名
在宅支援・新生児・ 一般小児病棟看護師	3名
外来看護師	1名
理学療法士	1名
薬剤師	1名
医療ソーシャルワーカー	2名
患者支援・地域連携室看護師	2名
患者支援・地域連携室保健師	2名
長期入院児等支援コーディネーター	1名

表 2 長期入院児数とその転帰(平成 21~24 年度)

長期入院児数(6か月以上)とその転帰

	新規	在宅へ	在宅移行 目的入院	転院	入所	死亡	入院中
H21年度	14	4	0	4	0	6	0
H22年度	16	8	2	2	2	1	1
H23年度	13	6	1	1	2	1	2
H24年度	18	4	0	2	0	3	9

*今年度増加原因:重症児の増加と入所待ち