



長崎県 小児等在宅医療連携拠点事業 成果報告会

● 事業が始まるまで

医療

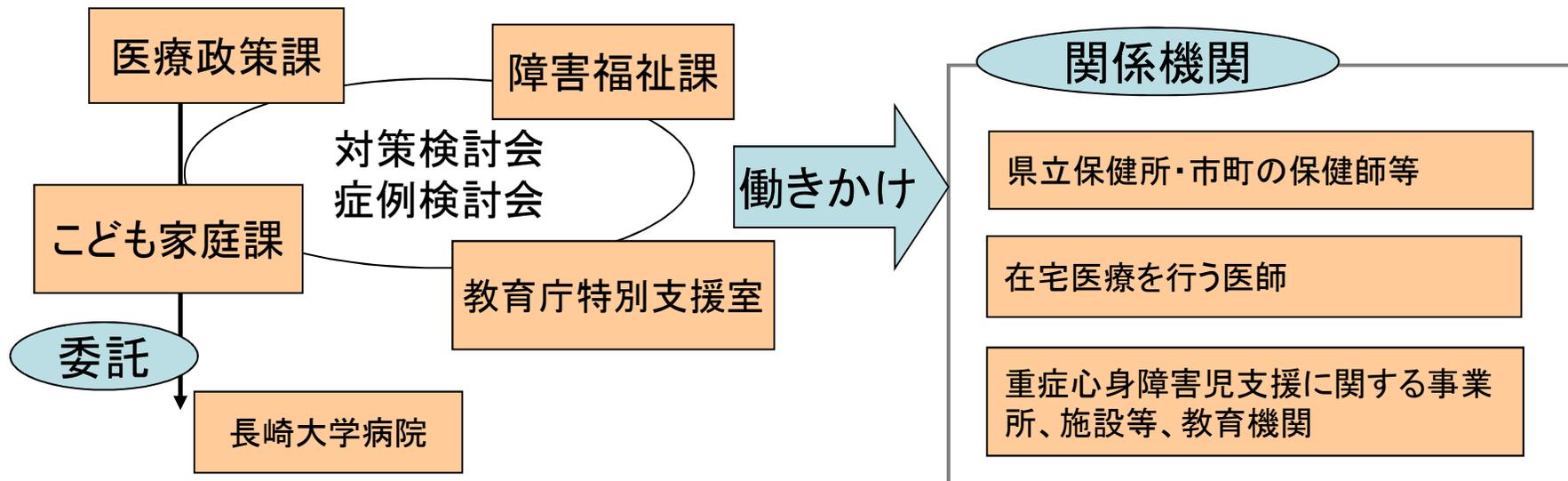
周産期母子医療センターにおいて、NICU・GCU病床が満床のため、新規の新生児及び母体の受入ができない事例が発生

福祉

小児等に対する在宅支援サービスが貧弱・各地域の母子保健協議会の取り組みに差があり、連携されていない状況が存在

教育・市町

取り組みが進んでいる地域(施設)と、そうでない地域との差があり、広域連携、情報交換の取りまとめができていない





小児等在宅医療連携拠点事業の内容

事業計画の内容	具体的な取り組み
課題の抽出と対応方針の策定 ・県レベルでの協議会の開催 ・各医療圏単位で協議会、症例検討会を開催	【9月11日】長崎県小児等在宅医療検討委員会の開催 【随時】県市の保健師、福祉事務所の障害福祉担当者、地元の開業医等を訪問し、協力依頼 【年12回開催】多職種が参加した症例検討・勉強会※各郡市医師会へWEB中継
地域の医療・福祉資源の把握と活用 連携可能な機関の把握のため、アンケートをもとにマッピングをおこない、空白地域の解消に努める	【実施中】アンケートをもとにした資源マップの作成 【実施中】サービス、症状など、個々の詳細を記載した、全数把握調査→60～70名の具体的な状況を収集
在宅医療資源の拡充と専門機関との連携 ・個々の症例検討会 ・「あじさいネット」加入促進 ・症例に応じて、職種間の連携を調整するコーディネーター的役割ができる人材の育成	【年12回開催】多職種が参加した症例検討・勉強会※各郡市医師会へWEB中継 【実施中】医療ネットワーク「あじさいネット」を活用した連携可能性についての検討 【2月16日】相談支援専門員等に対する医療的ケアの研修会
地域の福祉・行政関係者との連携促進 ・多職種による各地域での症例検討会の実施、顔の見える関係構築	【年12回開催】多職種が参加した症例検討・勉強会 【随時】県市の保健師、福祉事務所の障害福祉担当者、地元の開業医等を訪問し、協力依頼
患者・家族への支援・学校関係者等への理解促進・負担軽減 ・関係機関の連携による相談体制の構築 ・患者家族向けの勉強会・講演会 ・特別支援学校とも面談をおこない、学校における問題点の抽出	【2月14日】患者の家族、住民向け講演会(教育庁特別支援室) 【11月4日】長崎特別支援学校への訪問による、学校現場における課題の抽出 【実施中】行政における相談窓口の整理と資料作成 【実施中】行政における組織横断的なワーキンググループの開催



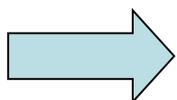
● 具体的な取り組み

● 毎月1回、多職種が参加し一例ごとのカンファを実施

- ・長崎市を拠点に、諫早、大村、佐世保、島原各市の会場をつなぎ、TV会議にて実施。各市からの症例呈示も行った。カンファ以外にもグループワークや勉強会を実施。
- ・参加職種は病院医師、病院看護師、訪問医師、訪問看護師、訪問薬剤師、訪問PT、保健師、相談支援専門員、行政、教諭など

● 相談支援専門員、通所事業所、県市町保健師への説明

- ・本事業委託先である長崎大学小児科医師と県の医療政策課・障害福祉課の担当者がチームとして各市(佐世保市、大村市、諫早市、雲仙市、島原市、南島原市、五島市)を訪問、各地域の現状把握と課題抽出を行った。また、五島市では実際に在宅医療現場を訪問した。
- ・訪問医、訪看、バックアップ病院、レスパイト施設、相談支援専門員、職種間の連携状況についてそれぞれ調査を行った。
- ・障害福祉サービス(相談支援専門員、通所事業所)に対する研修を実施



face to faceの関係性構築



長崎県 小児等在宅医療連携拠点事業 成果報告会

あじさいネットの活用

情報提供病院→27中核病院
参加診療所等241施設

あじさいネット:VPN回線でセキュリティを保障。これまでは病院の情報をかかりつけ医が確認するのが主だったが、iPadを使って双方向(多方向)性の医療情報共有が可能となった。

- ・訪問医師、看護師のその日の状態をiPadに記録-関係者が閲覧
- ・訪問医師、看護師が動画中継してのリアルタイムカンファ、コンサルト
- ・VPN回線メールでの患者情報共有と問題点の解決

VPN回線メールによるカンファ



お疲れ様です。岡田先生、先日は分かりやすいご教示有難うございました。退院して2週間経過しました。先週土曜日はSpO2が低下することもありましたが、ママ曰く「私の体調がちょっと悪くなった以外は何も問題ありません」というくらいに安定しております。昨日朝4時にSpO2が89%となっていたため吸引したところ、6:30までSpO2:100%で経過したそうです。発熱もなく、トリロジーや経管栄養のトラブルもありません。本日は栄養チューブの交換とトリロジーの蛇管交換日でした。初回の交換でもあり、退院時のチェックリストでは1人で実施可能となっていたので、ママの手技を確認のため、
....

情報シート					
No.3	患者イニシャル	(姓) N	(名) Y	住所	
	誕生年	2007年			
疾患名	慢性呼吸不全			37	<input type="checkbox"/>
	汎下全体機能低下症				<input type="checkbox"/>
上記疾患発症時	2010年 12月 頃				
NICU入院歴	あり	なし			キー
訪問医(主治医)	クリニック 先生				
副主治医	鎌早	クリニック	先生	医療保険	協会けんぽ
歯科主治医	歯科 先生			特定疾患	あり
急変時受入病院	長崎大学病院			小児慢性疾病	あり
後方支援病院	なし				疾患名 別表
病院主治医	長崎大学病院 先生				重症認定



● 全数把握調査の実施

長崎県は本事業参加都県のなかで一番人口が少なく、「生きた数字」としての全数調査が可能と考え、調査をおこなった。
調査対象は「現在訪問看護を行っている15歳未満の児」とした。
全県下の訪問看護ステーションに依頼、判明率95.3% (82/86施設)
現在総数65名→この数字であれば各地域での全例カンファランスが可能

● うまくいかなかったと感じる点



家族の思いにどの程度応えることができたか？

家族を支えるための福祉、在宅医療サービスを具体的に増やすまで至っていない→活動の継続が必要。

行政が一丸となって取り組むための時間

成果はどれほどか、対象者はどのくらいなのか？費用対効果に縛られる部分が大きく、協議などに時間が必要



● 成果を示す指標の提示

多職種連携(顔が見える関係)に向けた活動

- ・相談支援専門員への研修会実施113名参加
→「多職種の顔の見える関係が必要」と回答43名
- ・毎月実施の症例検討会 12月まででのべ547名参加

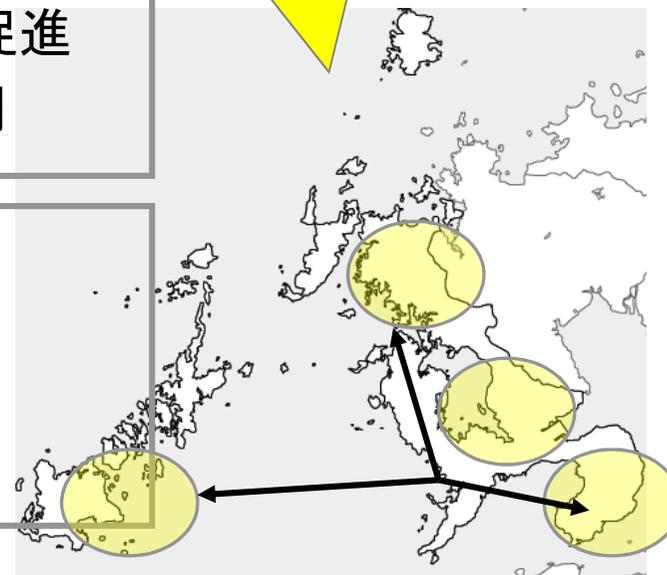
医療と福祉の連携に向けた取り組み

- ・周産期医療対策会議へ県の中核2施設が参加
→周産期母子医療センターとともに在宅移行を促進
- ・訪問、母子保健会議等における4圏域での説明

行政機関の連携と新たな事業へ

- ・医療、障害者、こども、教育各分野の連携
- ・小児の在宅医療に関する新しい事業の検討

全県を対象とした活動を実施





● 事業で見えてきた課題

平成27年3月 関係課と市が集まり、最終のまとめ

- 通所事業所、レスパイト施設等資源の充実について
 - ・1～2箇所増えるだけでも大きな効果。ピンポイントに絞るべき。
 - ・看護師の存在が大きい→訪問看護ステーション活用
- 県保健所・市保健師との連携確認
 - ・小児慢性疾患の認定、母子保健協議会の活用
 - ・巡回相談の活用
- 「重症」の範囲をめぐる課題
 - ・障害者施策においては、より幅広い範囲を指す

「知る」「増やす」「つなぐ」活動を続けていかなければならない

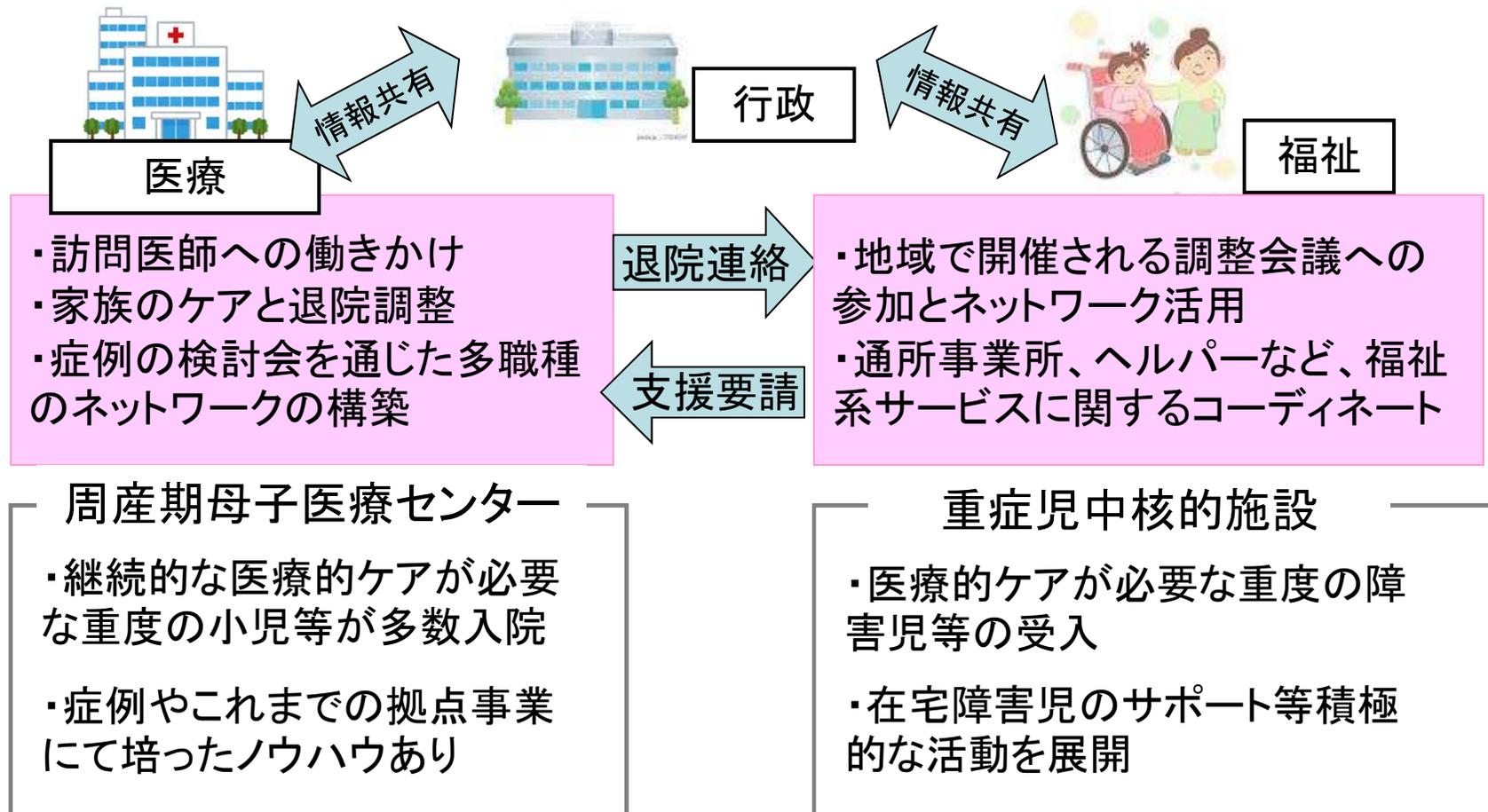
ぼんやりした「連携」ではなく、具体的に「何を」するか、成果を求める事業を！



● 今後取り組むべき事業の全体像

全てのコーディネートができるスーパーマンはいない

→福祉と医療が連携、分担し、それぞれの拠点的施設が事業を実施する。





福祉から

地域で自主的に多職種による検討会が開催されるためのネットワークを構築する「コーディネーター的活動」を行う。

- 退院時カンファレンス・調整会議への参加、導入の促進
 - 地域の相談支援専門員へのアドバイス
 - 課題のまとめと、必要な支援の報告
- ・地域における行動手順・連絡網の策定
 - ・行政への課題提起

医療から

訪問医師等、医療的資源の確保を図る。患者のケアを含め、退院時の連絡、在宅医療関係者との退院調整を行う。

- 在宅医療に協力可能な医師等への働きかけ
- 県全体レベルの症例検討会、相談支援専門員への研修等の実施
- 県全体の症例全数把握の管理の継続

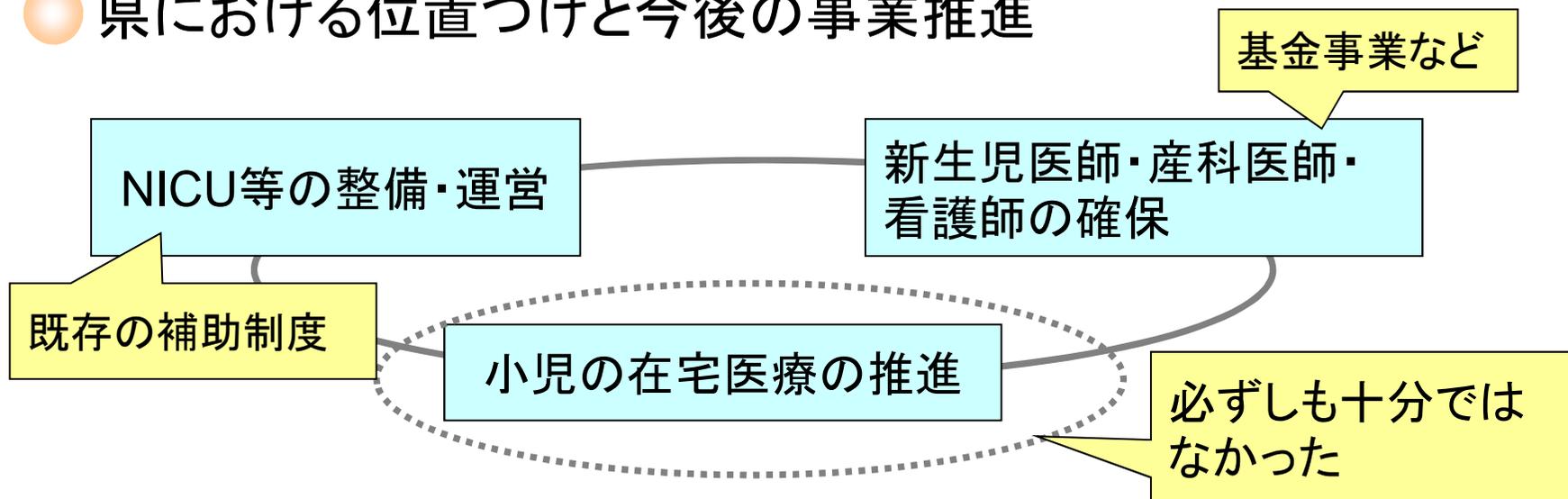
行政から

保健師等、地域の母子保健体制との調整をはじめ、もっとも必要な医療資源(人、物)について、ピンポイントで補助を行う。

- 定期的な検討会・研修を企画、実施



県における位置づけと今後の事業推進



- NICU・GCUから退院可能となる児を増やす、満床状態を解消する
→1例でも2例でも増えれば、大きな効果がある。
- 在宅支援サービスが利用可能な地域の拡大
→必要な支援をピンポイントで。毎年度見直しを行う。
- 退院時カンファレンス等、地域において多職種による継続的なケアができる体制の確立→リーダーの養成