

# 各論1 地域連携・多職種協働

## その1：行政、病院、施設との連携

岩本 彰太郎

**目標** 医療依存度の高い重症児とその家族が、地域で安心して暮らしていただけるために必要な多機関連携体制について理解する。特に、医療的ケアを必要とする子どもの健康と成長を保証するために必要な病院、施設、行政との連携の重要性を理解し、県一圏域一地域別に取り組む必要性を理解する。

1. 医療的ケアを必要とする子どもと家族が在宅で暮らすために必要な連携機関を整理できる。
2. 小児在宅医療支援体制に関わる各連携機関（病院、施設、行政）の課題について説明できる。
3. 小児在宅医療支援体制に関わる多機関の連携方法について提案できる。

**Keyword** 小児トータルケア、顔の見える関係づくり、多機関連携、横断的行政組織改革、ケース会議に基づく地域密着型連携体制

- 内容**
1. 症例から連携を考える
  2. 在宅重症児・家族のニーズ
  3. 多機関連携 概要と課題
  4. 各機関の連携の実際  
・病院 ・医療関連機関 ・行政 県一地域 ・地域における多機関連携
  5. まとめ

【引用情報】

- 前田浩利：地域で支える みんなで支える 実践!! 小児在宅医療ナビ。南山堂，2013。
- 中村洋介，奈倉道明，新谷幸子：在宅医療推進のための厚生労働省の取り組み。小児内科45(7)：1214-1218，2013。
- 岩本彰太郎，鈴木志保子：在宅医療を支える社会福祉制度。小児内科45(7)：1341-1345，2013。
- 岩本彰太郎，山城武夫，駒田美弘：小児在宅医療を支える地域医療機関の現状と今後の連携。日本小児科学会雑誌 118(12)：1747-1753，2014。
- 国立成育医療センター：小児等在宅医療連携拠点事業。http://www.ncchd.go.jp/center/medical/zaitaku.html
- 岩本彰太郎 他：小児在宅医療のこれから—在宅医療の推進にかかわる制度・事業。小児外科 47(9)：913-918，2015。
- 岩本彰太郎：病院小児科と診療所との連携。小児科臨床 68：2357-2362，2015。
- 田村正徳：在宅医療。小児科臨床 68：2323-2330，2015。
- 社会福祉法人むそう：世田谷区の医療的ケアを必要とする障害児・者等に対するアンケート調査結果報告会資料（2015年6月27日）。

## 1 I. 症例から連携を考える —症例提示—

**【患者】** 9か月 女児  
**【家族構成】** 両親（インドネシア国籍）  
**【出生歴】** 羊水過多で在胎32週から総合周産母子センターにて羊水除去・切迫早産管理入院。その後、large VSD+消化管閉鎖疑いで、当院母体搬送。骨盤位もあり在胎36週6日で帝王切開にて出生。出生体重2350g Ap4/6  
**【診断】** 多発奇形症候群（染色体異常なし）  
・両側先天性白内障 ・口蓋裂 ・頭蓋骨変形  
・小顎症 ・胸郭低形成 ・心室中隔欠損症  
・膀胱拡大（緊張性脊髄終糸）

医療的ケアを要する子どもの在宅移行は、その重症度、家族背景および移行地域資源によってさまざまな検討が必要となる。在宅移行において必要な連携機関は症例一つひとつで異なる。一方で、それらの積み重ねが、地域連携資源の拡充へとつながっていく。

## 2 I. 在宅移行時の課題

**【医療的ケア】**  
①経管栄養 ②気管切開 ③在宅酸素 ④導尿  
※重症児スコア 24点 準超重症児

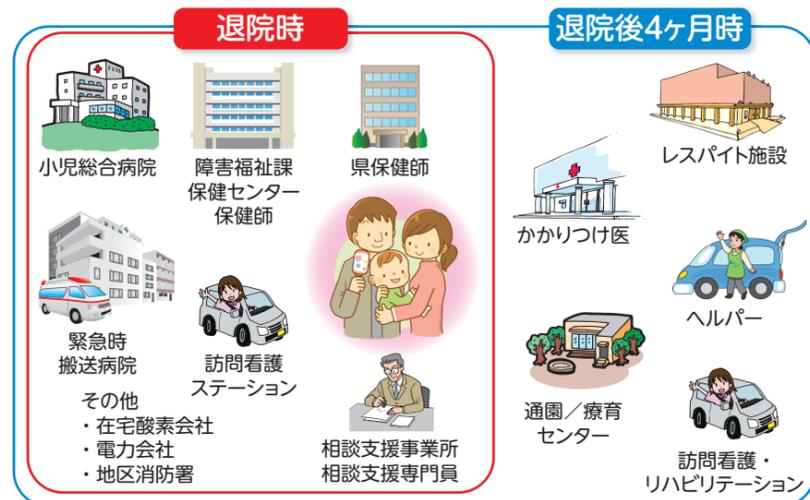
**【家族支援】**  
母：主介護者・運転免許なし、インドネシア語以外理解できない  
父：日中支援困難、日本語流暢  
他：援助者なし

**【経済支援】**  
取得済：小児慢性特定疾病（心臓、呼吸）、特別児童扶養手当  
申請中：身体障害者手帳（肢体不自由、呼吸機能）  
障がい福祉児童手当

### どのような連携が必要？

在宅移行期の課題は、児の医療的ケア内容、家族背景、経済支援体制を整理するところから顕在化されてくる。特に、取得できる手帳などは、年齢や障害の程度・固定の有無などにより異なる。また、在宅移行後の児と家族の生活を支援する連携先を検討する際、24時間の時間枠で捉えていく必要がある。こうした在宅移行期においては、病院のメディカル・ソーシャル・ワーカーとよく連携し、準備することが重要である。

### 3 I. エコマップ



在宅移行時（退院時）の連携図を描きつつも、それらの連携を実際につなぐには、いくつかのハードルがある。地域により担当部署がさまざまであり、医療面ではかかりつけ医、訪問看護ステーション、訪問リハビリが見つからないこともしばしばである。また、入浴やレスパイトなどの福祉サービスを利用するには、相談支援専門員によるサービス等利用計画が必要となる。症例により、こうした連携先を決め、退院前カンファレンスを開き、在宅移行していく。また、在宅移行後しばらくして安定してくると、児の発達支援サービスが必要となり、児や家族生活環境変化に合った連携を構築していくことが大切である。

### 4 II. 在宅重症児者・家族のニーズ ①

世田谷区における  
「医療的ケアを必要とする障害児・者等に対する  
生活実態調査結果報告」  
(平成27年6月 一部改変)

#### 調査結果の考察

- 障がい者を受け入れられる**身近な医療機関の重要性**
- 地域特性を踏まえた**移動手段の確保**
- 医療的ケアにも対応できる**生活支援サービスの整備**
- **相談支援体制の整備の重要性**
- 厳しい健康・睡眠状態で孤立しがちな**介護者への支援**

各機関との連携方法について学ぶ前に、在宅で暮らす重症児と家族のニーズを知っておく必要がある。特に、かかりつけ医は、気管切開、人工呼吸器管理の超重症児を診る機会が稀であり、児と家族の時間軸でのニーズの変化を理解しておくことは大切である。ここでは、2つの調査結果を示す。東京世田谷区での大規模調査結果では、やはり身近な地域での医療を受けられる安全を確保した上で、福祉サービスの充実が期待されている。

### 5 II. 在宅重症児者・家族のニーズ ②

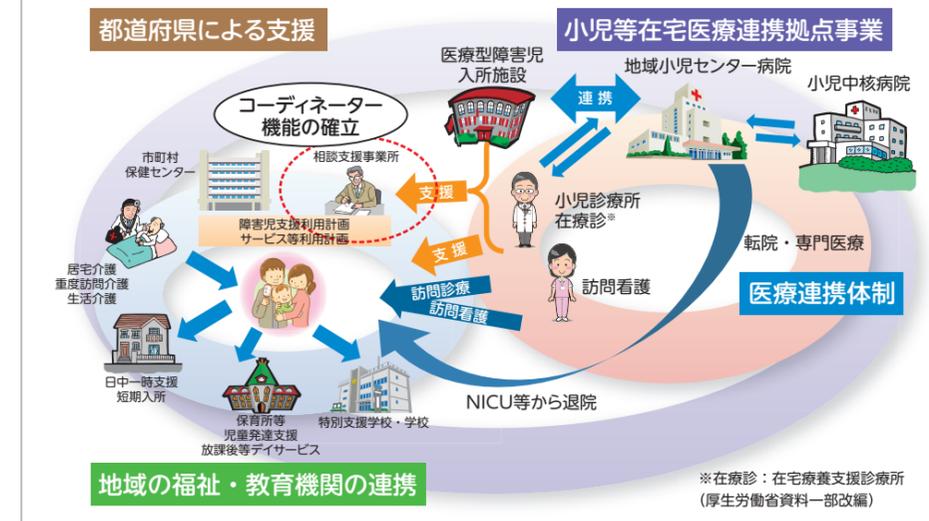
#### 地域に必要なサービス

● 利用可能な <b>短期入所</b> 事業所の増加	60.2%
● 医療機関による <b>短期入所</b> の実施	45.1%
● 医療的ケアに対応できる <b>福祉事業所</b> の充実	
ホームヘルパー事業	40.8%
夜間・休日のヘルパー利用	37.1%
入院中も利用できるヘルパー制度	41.1%
● <b>訪問看護ステーション</b> の充実	
事業所の増	24.8%
● <b>相談支援体制</b> の充実	39.3%
● <b>医療型障がい児長期入所施設</b> の増加	39.6%

(大阪府「医療的ケアが必要な重症心身障害児者等の地域生活支援策に係る調査研究事業（平成23年3月）」一部改)

これは、大阪府での地域生活支援に係る調査結果である。東京世田谷区の調査結果と似ているが、レスパイトを含む短期入所に加え、高齢化していく両親にとっては長期入所先の確保も心配されているのが特徴である。いずれにせよ、安全を確保する医療サービスの充実が最優先であり、その上で児とその家族のQOLの向上につながる地域連携が必要であることがわかる。

### 6 III. 各機関（行政・病院・施設）の連携 ー概要ー



厚生労働省は、平成25・26年度に小児等在宅医療連携拠点事業を実施してきた。その概要連携図を示す。都道府県を拠点とし、医療、福祉・教育の連携を意識させる事業で、事業採択された各実施都県からは充実した企画と運営報告がなされた。本セッションでは、本日参加の医師を中心とした医療者が、どのようにして医療、福祉施設、行政との連携を図っていくべきかについて、いくつかの方策を提案したい。

### 7 III. 各機関の連携 —課題—

**【病院関係機関】**

- ・在宅の子どもの重症化
- ・緊急時受入を含む地域医療連携体制
- ・小児科医と大人の往診医との連携
- ・児の成長に伴う連携の複雑化

**【行政】**

- ・医ケアを要する子どもが少数かつ把握困難
- ・連携体制—縦割り／県と市町村行政の関係
- ・市町村保健師の負担増大

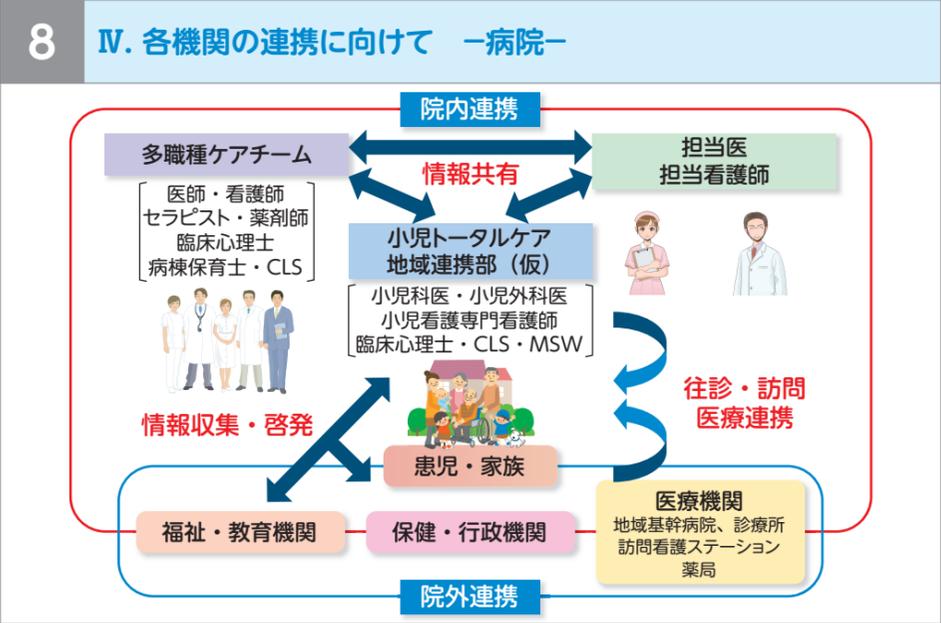
**【福祉施設・教育機関】**

- ・看護師を含む人員不足  
⇒増える超重症児への対応
- ・医療との壁（共通言語化）

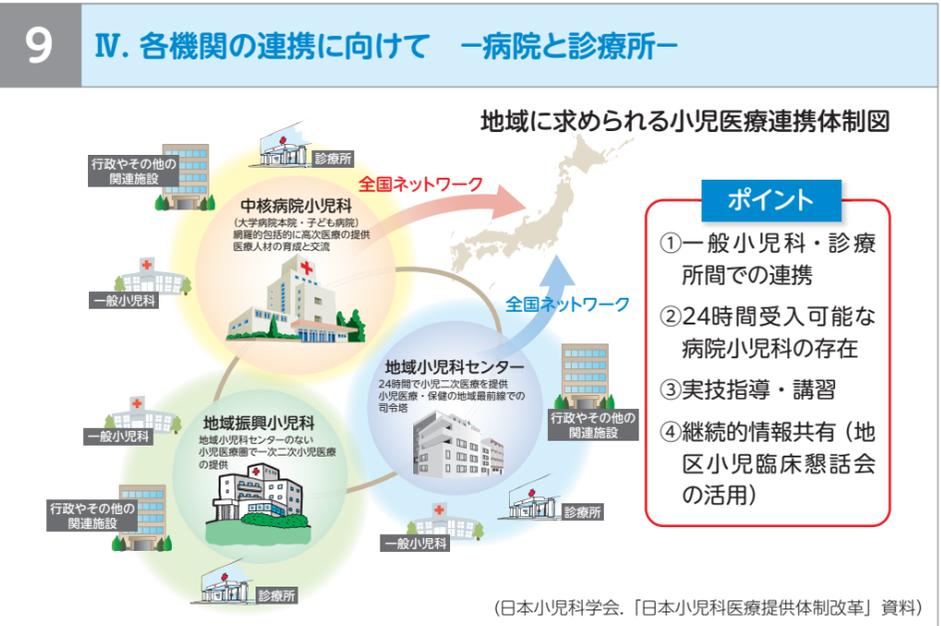
共通課題

明確な  
コーディネーターの  
不在

はじめに、各機関が抱えている課題について列挙する。こうした、各機関の課題を理解した上で、連携の対策を議論し、一步一步進めていく必要がある。中でも、共通した大きな課題は、各機関を把握し、つないでいくコーディネーターがないことである。重症児ほど、関係機関が多くなり、責任部署を固定できない難しさがある。



連携の方法について一つひとつ提案したい。まず病院での連携の工夫の一例を示す。在宅移行時を中心に描いているが、院内外の機関をつなぐ専門部署の設定（小児トータルケア地域連携部(仮称)）し、専門的コーディネーター機能を持たせることで、必要な連携先の抽出・情報の集約化、新たな連携先の開拓へとつながっていく。特に、福祉・教育機関、かかりつけ医への医療的スキルアップ研修会などの啓発機能も持てるといいだろう。



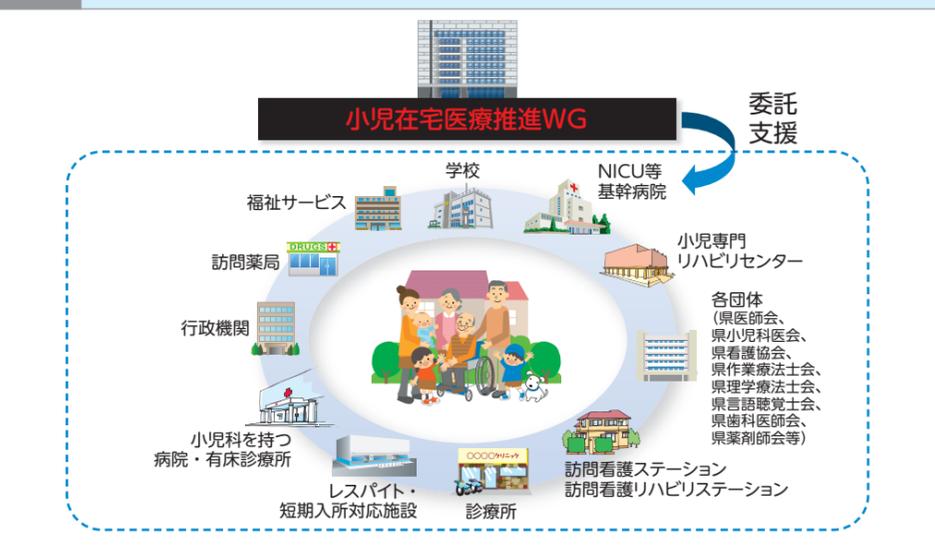
日本小児科学会は以前より、地域に求められる小児医療連携体制を提案してきた。事実、多くの都道府県で小児医療の集約化等が進んでいる。一方で、在宅移行する重症児が増える中、それらの子どもと家族を支援するには、ポイントで示す新たな小児医療連携体制の充実が望まれる。



次に、医療関連組織間の連携の改革も必要となる。子どもの在宅医療なので、小児科医がその主たるプレーヤーとなることはいまでもないが、数少ない症例でも重度であると訪問診療に精通していない分、受入がなかなかできないのが現状である。小児科医会は、こうした訪問医療に精通した組織と協力していく必要がある。これらの連携を継続的かつ強固にしていくには、行政組織の参加協力が大切である。

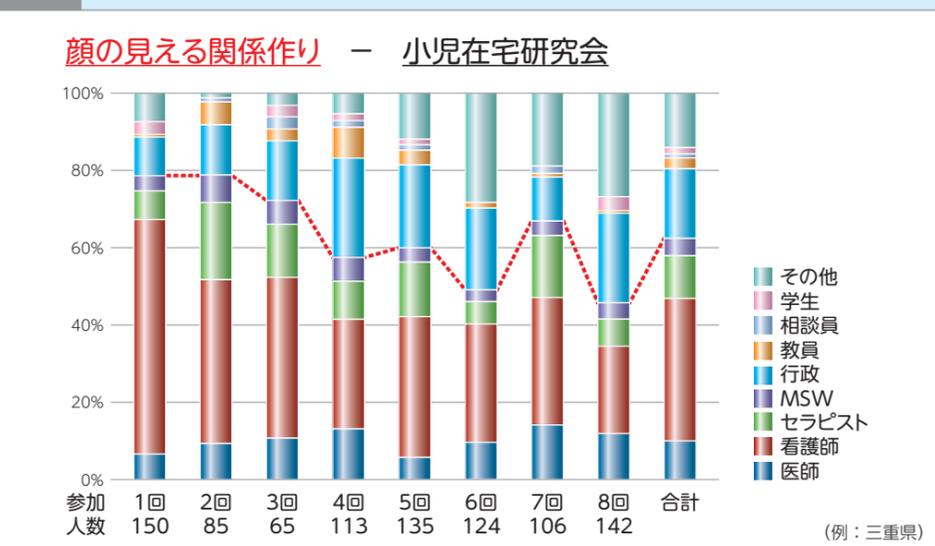


13 IV. 各機関の連携に向けて ー県レベル (例)①ー



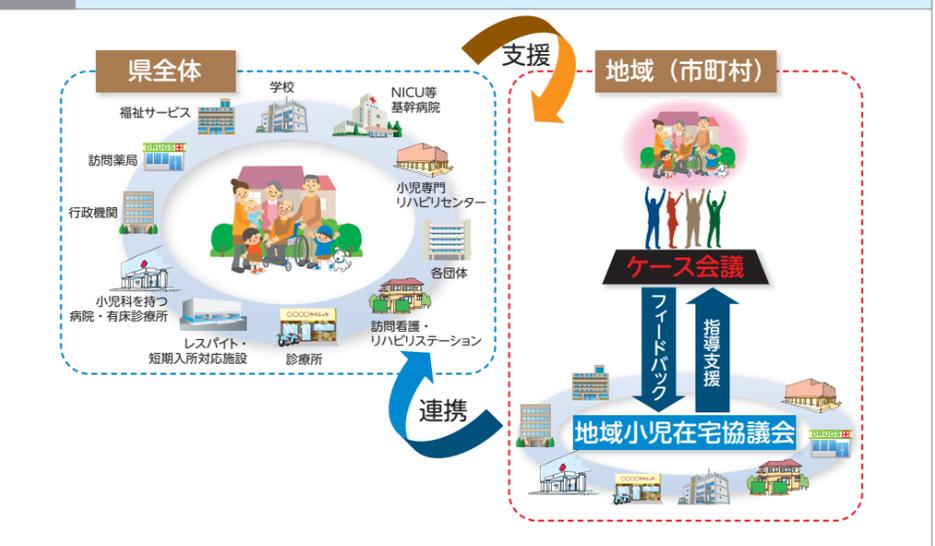
重症児の数は、人口分布に依存するが、地方では医療的ケアを必要とする子どもが居住していない地域も稀ではない。つまり、具体的連携を図る上では、県などの広域レベルで連携を工夫する必要がある。そこで、まず県レベルでの連携の構図を示す。前にも示したように、多機関・多職種との連携が必要となるが、それを束ねていくには、行政の組織的支援体制が必要となる。

14 IV. 各機関の連携に向けて ー県レベル (例)②ー



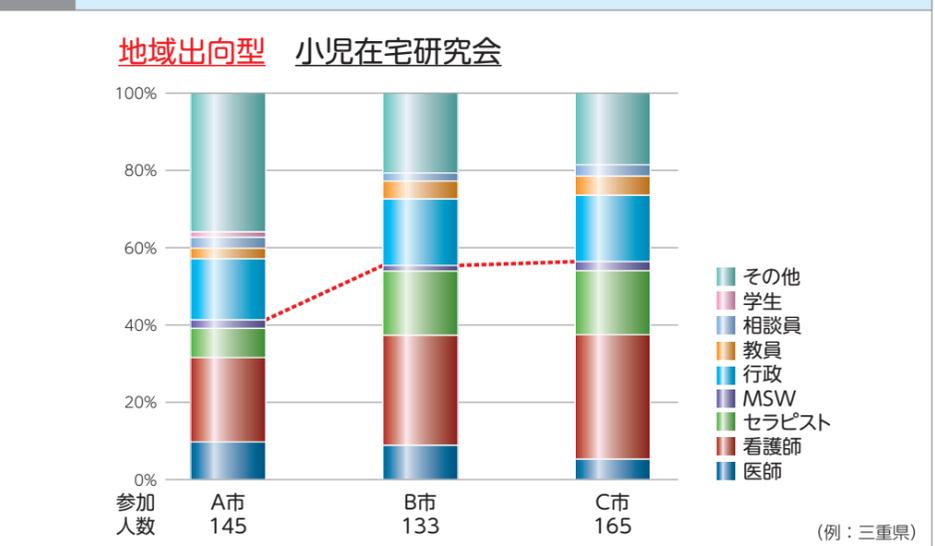
具体的には、多機関・多職種が参加し課題を議論できる場が必要である。その最も有効な方法は、小児在宅医療関連の研究会の開催である。これは三重県小児在宅研究会の実績である。医療関係者が約60%、行政関係者が約20%、福祉相談員が約5%の参加となり、県での顔の見える関係づくりができてきている。この開催には、先の県庁内の小児在宅医療推進ワーキンググループにも関わりいただき、進めている。

15 IV. 各機関の連携に向けて ー県と地域連携①ー



次に、県あるいは広域での連携構築が図られることで、地域(市町村)でどのようにつながっていくべきかが議論された。つまり、子どもと家族が住み慣れた地域で安心して暮らしていくためのより具体的な連携である。そのためには、県・広域で培われたノウハウを地域で展開しつつも、より具体的なケース会議に基づく連携構築を図っていく必要がある。

16 IV. 各機関の連携に向けて ー県と地域連携②ー



これは、先の三重県小児在宅研究会を地域に出向して開催した実績である。参加者も多く、参加職種もさまざまである。特徴的なことは、その他(当該児童およびその家族)の参加が増えていることである。こうした地域開催により、県と地域行政が連携を図るきっかけになる上、地域連携資源の認識・発掘にもつながっていく。

## 17 IV. 各機関の連携に向けて -地域連携 (例)-



最終的には地域内での具体的連携体制を図ることが重要である。その方策の一例を示す。ケース会議を基本とした、地域内関連（病院・福祉・教育・行政）機関による地域小児在宅協議会（仮称）を行政主体で設置することが有効である。協議会およびケース会議発足時、医師はそれらのリーダー的存在として期待されるが、組織の運営は行政職に一任していくことが大切である。また、ここで重要なのは、その地域でコーディネーターを設定し、ケースあるいは時間軸で変化するニーズに対応できる指導力のある人材を育成していくことである。

## 18 V. まとめ

1. 重症児と家族を支える上で“トータルケア”の視点での医療・福祉・行政の連携が重要。
2. 多機関・多職種が集まれる顔の見える関係作りが大切。
3. 明確なコーディネーターの不在の中、在宅重症児の連携には、医師がリーダーとなり連携を図る必要性が高い。
  - 医療機関連携
    - ・医師会、小児科医会、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション等と連携できる枠組みを作る。
  - 行政機関連携
    - ・県及び地域行政の縦横断的組織作りを提案する。
  - 福祉施設/教育機関連携
    - ・相談支援体制の充実
    - ・医療スキルアップ研修の実施
    - ・レスパイト施設の看護師等の人的補填・機能拡充の提案