

最終報告概要

広島国際大学医療経営学部 江原朗

研究者：梅原実，江原朗，舟本仁一，森俊彦

今回の活動

(1) 日本小児科学会・小児救急委員会（前）出口問題 WG で行ったアンケート調査の地域別再解析

日本小児科学会専門医研修施設 578 か所を対象とし，救急救命後の長期入院患者に関して行ったアンケート調査の調査票（平成 21 年 9 月 9 日現在）をもとに，長期入院児における呼吸管理や付き添いの有無，退院の見込みについて地方ごとの検討を行った。

（文献）日本小児科学会雑誌投稿中。

(2) 長期入院児が複数存在する病院に急性期病棟からの移行に関するアンケートを実施。

上記調査で複数の長期入院患者のいる施設に再アンケートを実施し，円滑な移行に際しては以下の対策が必要であることを明らかにした。

1. NICU や救急部門があり高度専門医療を提供する病院，中間施設として機能を持ち得る病院，療育施設がそれぞれの特長に応じた役割を，在宅支援ネットワークの枠組みの中で果たす。
2. 中間施設としての役割は，在宅もしくは療育施設への橋渡し，急性疾患罹患時の医学的対応，レスパイト入院の受入れなどであり，在宅支援手当やレスパイト入院管理料などの経済的支援を行う。
3. 医師，訪問看護師，ソーシャルワーカーなど専門職種の育成確保をおこない，小児科専門医の臨床研修目標に慢性重症児や在宅医療を項目として追加する。

（文献）日本小児科学会雑誌投稿中。

(3) 小児救急医療における小児在宅医療推進の必要性と位置づけの検討

出口側から見るために移行問題の受け皿の一つとなっている小児在宅医療の現状をより理解・認識する事も重要である。以上より，小児在宅医療を実践している小児科医を交え意見交換を行った結果を解析した。

(感想)

小児の長期入院患者の問題はますます重要になると思われます。今後も、こうした方面の解析を進めていきたいと存じます。

平成 24 年 7 月 29 日
江原 朗

最終成果報告

日本小児科学会・小児救急委員会（前）出口問題 WG で 行ったアンケート調査の地域別再解析

救急救命後の長期入院小児患者に関する地方別の検討を行い、解析結果は、日本小児科学会雑誌へ投稿中である。

解析結果

日本小児科学会専門医研修施設 578 か所を対象とし、救急救命後の長期入院患者に関して行ったアンケート調査の調査票（平成 21 年 9 月 9 日現在）をもとに、長期入院児における呼吸管理や付き添いの有無、退院の見込みについて地方ごとの検討を行った。

長期入院患者の地方別分布は、15 歳未満人口の分布と必ずしも一致していなかった。関東の 15 歳未満人口は全国の 31.9%であるが、15 歳未満の長期入院児の 44.8%は関東の病院の急性期病棟に入院していた。

呼吸管理に関しては、気管切開をしている比率が、北海道、東北、近畿、中四国で全国値を上回っていた。また、気管挿管の比率が中部、九州で全国値よりも高かった。

さらに、退院見込みがない患者の比率が、関東（58.9%）、中部（68.8%）では全国値（55.5%）を上回っていた。

本研究は、公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団による平成 23 年度「在宅医療研究への助成」を受けて実施し、検討結果は日本小児科学会雑誌に投稿中である。

表1 各地方の15歳未満の長期入院患者数と人口の全国分布

	15歳未満の長期入院患者数	15歳未満人口 (平成22年)	15歳未満 長期患者 対全国比率比	15歳未満人口 対全国比率
北海道	6 (6)	660,000	2.7%	3.9%
東北	9 (9)	1,154,000	4.1%	6.9%
関東	99 (107)	5,353,700	<u>44.8%</u>	31.9%
中部	29 (32)	3,223,900	13.1%	19.2%
近畿	29 (34)	2,821,900	13.1%	16.8%
中四国	16 (20)	1,533,900	7.2%	8.4%
九州	33 (37)	2,050,000	<u>14.9%</u>	12.2%
総計	221 (245)	16,797,400	100.0%	100.0%

平成22年の15歳未満人口は国勢調査による。

()内は、15歳以上も含めた小児科での長期入院患者数を示す。

下線は、15歳未満人口の対全国比率よりも15歳未満長期入院患者の対全国比率が高い地方を示す。

表2 地方別の長期入院患者に対する呼吸管理

	自力	気管挿管	気管切開
北海道	0.0%	0.0%	<u>100.0%</u>
東北	<u>22.2%</u>	0.0%	<u>77.8%</u>
関東	<u>27.4%</u>	11.3%	61.3%
中部	<u>25.0%</u>	<u>21.9%</u>	53.1%
近畿	11.8%	<u>14.7%</u>	<u>73.5%</u>
中四国	<u>21.1%</u>	5.3%	<u>73.7%</u>
九州	10.8%	<u>24.3%</u>	64.9%
総計	21.0%	14.0%	65.0%

下線は全国値を上回る地域を指す.

表3 地方別の長期入院患者の退院見込み

	なし	50%程度	あり
北海道	33.3%	<u>66.7%</u>	0.0%
東北	44.4%	22.2%	<u>33.3%</u>
関東	<u>58.9%</u>	29.9%	8.4%
中部	<u>68.8%</u>	12.5%	<u>18.8%</u>
近畿	47.1%	<u>32.4%</u>	<u>20.6%</u>
中四国	50.0%	30.0%	<u>20.0%</u>
九州	51.4%	<u>40.5%</u>	8.1%
総計	55.5%	30.2%	13.1%

下線は全国値を上回る地域を指す.

平成 24 年 7 月 29 日
舟本仁一，森俊彦

最終成果報告

小児科一般・救急病棟における長期入院児の移行に関するアンケート

【背景・方法】

長期入院児の移行問題については，主として NICU における課題認識と検討が先行してきた．その中で，NICU 関連の長期入院患者は 200-300 人で，年間 220 人が新たに長期入院児となっていることが明らかとなった．これに対し，NICU 後方支援施設の必要性とくに NICU とは環境・医療レベルが大きく異なる療育施設の他に，中間施設や在宅医療の充実が提言されている．一方，救急を始めとして一般急性期病棟でもこの問題の解決が求められている．日本小児科学会救急委員会の調査では，急性期病棟に長期入院している児は 250-400 人と推定され，その要因として気管切開や人工呼吸器の使用，受け入れ施設がないことなどが示されている．

小児科一般・救急病棟における長期入院児の移行問題について，一般急性期病棟で複数の長期入院児を診療している全国 62 施設(図 1)がどのように移行問題に対峙しているかを質問し検討した．

【検討結果】

今回の調査では，回答率 100%.

移行問題に対する各施設の考え方には，①在宅医療と，それを支援する体制の整備が最も重要，②諸事情に応じて重心施設もしくは在宅医療への移行を選択し，円滑な移行と支援体制の確立・連携が重要，③少数ではあるが重心施設の充実とそれへの移行を中心とする立場などがあつた(図 2)．しかし，現状として在宅医療もしくは重心施設への全面移行には，量的課題として重心施設の数が少ない，空床がないなどの回答が多く，在宅医療を担う医師・看護師の不足も重要である．質的課題では人工呼吸管理など高度な医療的ケアには対応困難などといった受入れ能力の問題が明らかである(図 3，図 4)．さらに，在宅医療への移行については，家族の負担が大きい，介護保険の対象外である，在宅医や訪問看護師不足など医療制度的・人的支援体制の不足といった要因も加わつた結果，現時点で 85%の施設が中間施設の必要性を認めているものと考えられる(図 5)．

高度な医療的ケアを必要とするこどもたちを社会が受入れるために，中間施設の設置，重心施設の量的および質的充実，それらと急性期病院との連携による支援体制，在宅医療とそれを支援するネットワークの充実など様々な視点や選択肢がある

中で(図 6), これらの医療機関ではレスパイト入院管理料や在宅医療支援手当てなどの財政的支援を含めた現実的な対応を求めている(図 7).

移行問題の解決策として挙げられる在宅医療, 中間施設, 重心施設それぞれの充実に必要な要素として, 患児と家族を支える地域のネットワークの存在は重要である. しかし, こうした取り組みがみられる地域は9箇所とまだまだ少ない. その原因として, 慢性重症児を支えるネットワークを形成する場合に利用できる制度や仕組みが十分に理解されていないこともありうる. 今後医療技術の進歩により救命率が向上し, さらなる慢性重症児の増加が予想されるなかで, 限られた医療資源を有効に利用しつつ子どもたちと家族の明るい未来を保障するためには, 在宅医療を中心に据えた関係諸機関によるネットワークの充実と, そのために必要な慢性重症児の医療や生活全般に精通した医師を始めとする専門職種の育成確保に取り組まなければならない.

【提言】

1. NICU や PICU を持つ病院, 中間施設の役割を担う急性期病棟を有する病院, 療育施設(重心施設)がそれぞれの機能的特長に応じた在宅医療を中心に据えた支援ネットワークを形成し, 慢性重症児が必要とする医療や療育, 生活環境を提供できる体制を目指す.
2. 中間施設に対しては, NICU からの一時的受け入れ, レスパイト入院, 急性疾患罹患時への対応, 在宅医療への移行支援などが容易となるよう診療報酬上の配慮が必要である.
3. 慢性重症児の医療や生活全般に精通した医師を始め, 訪問看護師, ソーシャルワーカーなど専門職種の育成確保が重要である. このため小児科専門医の臨床研修目標に慢性重症児, 在宅医療の項目を導入する.

本研究は, 公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団による平成 23 年度「在宅医療研究への助成」を受けて実施し, 検討結果は日本小児科学会雑誌に投稿中である.

図1 長期入院児数

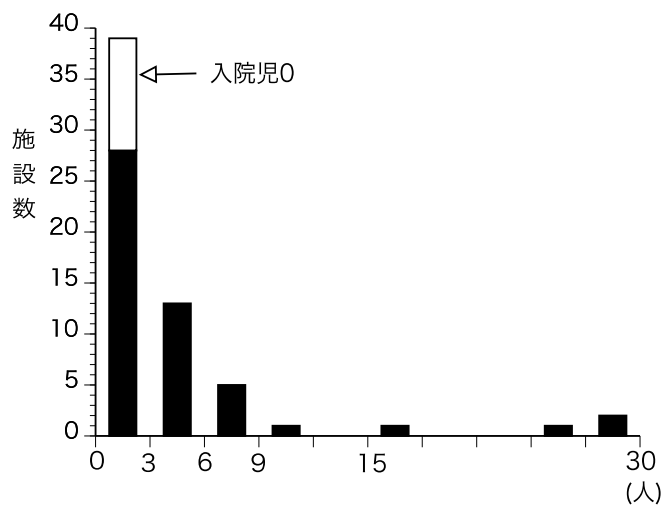


図2 施設の方針

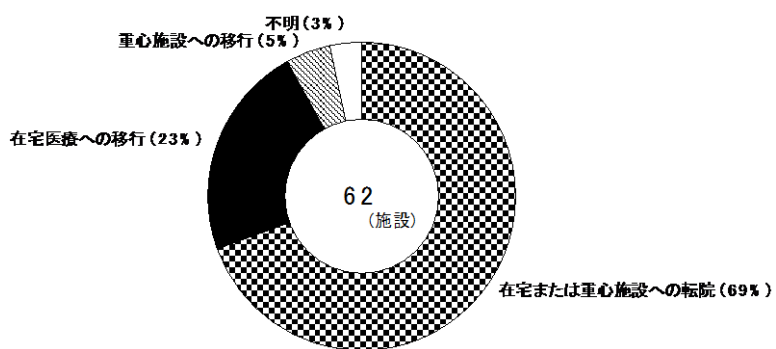


図3 移行は円滑にできているか

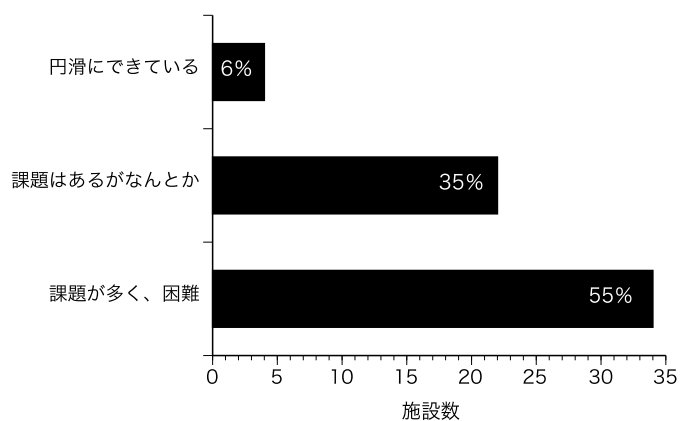


図4 移行が困難な理由

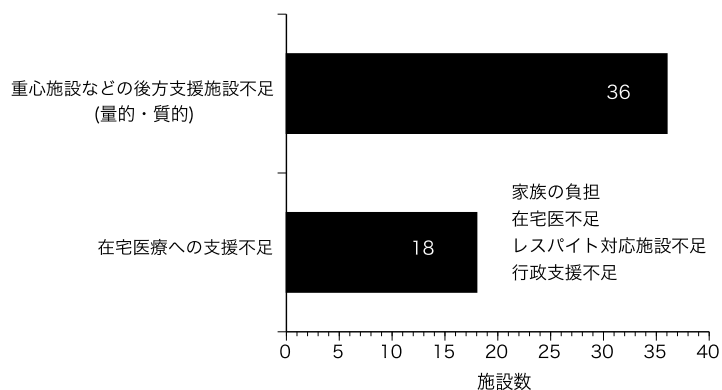


図5 中間施設の必要性

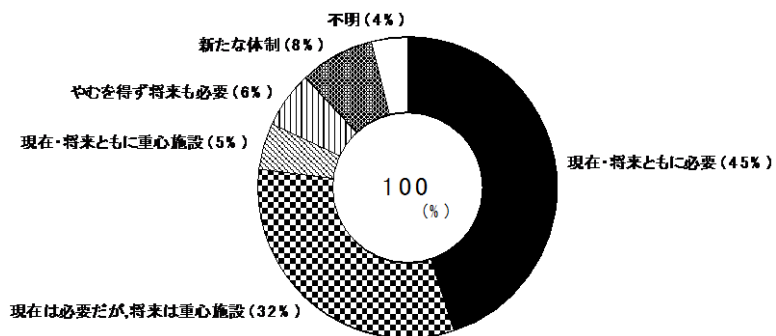


図6 中間施設の役割

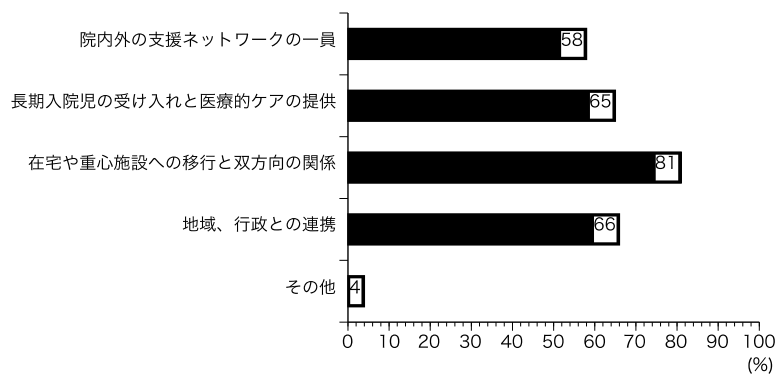
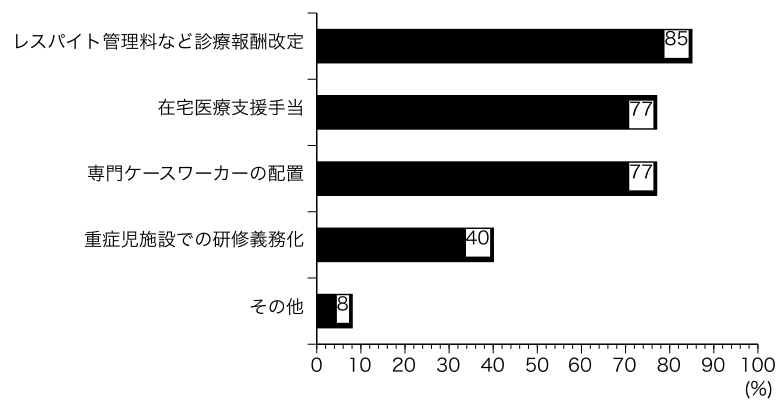


図7 移行を円滑に進めるために必要なこと



平成 24 年 7 月 29 日
梅原 実

最終成果報告

小児救急医療における小児在宅医療推進の必要性と位置づけの検討

【背景】小児救急医体制の確立に向けて日本小児科学会が小児救急医療提供体制グランドデザインを提唱した。その中核に PICU の整備が位置づけられている。しかし、急性期病棟における長期入院患者の存在が慢性的に小児急性期病棟の受け入れ困難の誘因として大きな課題となっており、より円滑で効率的な小児救急医療体制の充実を支えるためにも移行問題の検討は重要案件といえる。共同研究者の舟本らは移行問題を小児救急医療の入口（一次～三次・PICU）から出口（退院）を見た検討を実施したが、出口側から見るために移行問題の受け皿の一つとなっている小児在宅医療の現状をより理解・認識する事も重要である。そこで、小児在宅医療を実践している小児科医を交え意見交換を行い、今後の検討課題を明らかにすることを目的とした。

【小児救急医療における在宅医療の現況と課題の検討】

1. 小児医療（救急医療に限らない）の課題における在宅医療の位置づけ

- ・・・長期入院患者の増加
 - ・“長期”の定義
 - ・“入口”の多様化
(新生児医療, 重症心身障害児(者)医療, 救急医療など)
 - ・多彩な医療必要度
(多種多様な医療資機材の必要度増加・・・コスト面の対策)
- ・・・小児救急と成人救急の違いの影響
(重症患者の受け入れ体制整備と死亡統計の分析)

(参考文献)

境野高資 他. 搬送先選定困難により東京ルールに該当した小児救急症例の検討：
日本救急医学会雑誌；Vol 22, No 8, p511, 2011

- ・・・“intact survival”を目指して PICU 整備との連携
(高度機能障害残存の軽減を目指して)

- ・・・“小児救急の連鎖”ではなく，“生活の連鎖”を考慮
(在宅医療？，訪問医療？)

2. 小児在宅医療実施上の問題点

- ・・・NICUからの対象児，重症児の在宅医療が主体
- ・・・高度で多様な医療ケアを必要とする在宅小児医療対象者の増加
- ・・・小児看取り医療が十分認識されていない
- ・・・対象児の実態把握が困難
- ・・・小児在宅診療支援医の絶対数不測
- ・・・家族背景の多様性（患者と介護者の高齢化）
- ・・・診療報酬上の妥当性（小児加算，サプライ物品など）
- ・・・訪問看護と介護保険
- ・・・キャリアオーバー問題

3. 小児在宅医療と成人在宅医療の相違（現状において）

- ・・・小児在宅医療移行元は，高度専門医療施設がほとんど
- ・・・重症度が高い（多様な医療ケアが必要）
- ・・・cost performance（多種多様な医療資機材の必要度増加）
- ・・・対象者が少ない（往診コースが組みにくい）
- ・・・連携できる社会資源が圧倒的に少ない
(小児在宅支援と地域連携・・・成人医療の中の小児医療)

4. 小児在宅医療の今後

- ・・・システム化の確立（地域性）
- ・・・小児在宅診療支援医療スタッフの育成
- ・・・地域連携・病診連携・診々連携の強化
- ・・・レスパイト資源の充実
- ・・・“看取り医療”を視野に入れた小児医療

(参考文献)

障害者総合福祉法の骨格に関する総合福祉部会の提言より抜粋

■ 障害者総合福祉法がめざすべき6つのポイント

本骨格提言は以上の経過と指針の下に，次の6つの目標を障害者総合福祉法に求めました。

【1】障害のない市民との平等と公平

障害者と障害のない人の生活水準や暮らしぶりを比べるとき、そこには大きな隔たりがあります。障害は誰にでも起こりうるという前提に立ち、障害があっても市民として尊重され、誇りを持って社会に参加するためには、平等性と公平性の確保が何よりの条件となります。障害者総合福祉法がこれを裏打ちし、障害者にとって、そして障害のない市民にとっても新たな社会の到来を実感できるものとしします。

【2】谷間や空白の解消

障害の種類によっては、障害者福祉施策を受けられない人がたくさんいます。いわゆる制度の谷間に置かれている人たちです。また制度間の空白は、学齢期での学校生活と放課後、卒業後と就労、退院後と地域での生活、働く場と住まい、家庭での子育てや親の介助、消費生活など、いろいろな場面で発生しています。障害の種類別の谷間や制度間の空白の解消を図っていきます。

【3】格差の是正

障害者のための住まいや働く場、人による支えなどの環境は、地方自治体の財政事情などによって、質量ともに大きく異なっています。また、障害種別間の制度水準についても大きな隔たりがあります。どこに暮らしを築いても一定の水準の支援を受けられるよう、地方自治体間の限度を超え合理性を欠くような格差についての是正をめざします。

【4】放置できない社会問題の解決

世界でノーマライゼーションが進むなか、わが国では依然として多くの精神障害者が「社会的入院」を続け、知的や重複の障害者等が地域での支援不足による長期施設入所を余儀なくされています。また、公的サービスの一定の広がりにもかかわらず障害者への介助の大部分を家族に依存している状況が続いています。これらを解決するために地域での支援体制を確立するとともに、効果的な地域移行プログラムを実施します。

【5】本人のニーズにあった支援サービス

障害の種類や程度、年齢、性別等によって、個々のニーズや支援の水準は一律ではありません。個々の障害とニーズが尊重されるような新たな支援サービスの決定システムを開発していきます。また、支援サービスを決定するときに、本人の希望や意思が表明でき、それが尊重される仕組みにします。

【6】安定した予算の確保

制度を実質化させていくためには財政面の裏打ちが絶対的な条件となります。現在の国・地方の財政状況はきわめて深刻であるため、障害者福祉予算を確保するためには、給付・負担の透明性、納得性、優先順位を明らかにしながら、財源確保について広く国民からの共感を得ることは不可欠です。

本研究は、公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団による平成 23 年度「在宅医療研究への助成」を受けて解析を実施した。

平成 24 年 7 月 29 日

移行問題の今後の検討について

【要旨】小児救急医体制の確立には PICU の整備による“intact survival”の向上とともに、長年の課題である急性期病棟における長期入院患者を減少させることが急務である。本 WG では、“小児救急の連鎖”とともに、“生活の連鎖”を考慮した体制について検討してきた。しかし、未だ脆弱な小児在宅医療の現況を鑑み、小児救急医療提供体制においても小児在宅医療を確立するために検討を継続する。

今回のテーマ：「移行問題は、すでに院内から始まっている」

1. 急性期病棟における長期入院患者を有する施設間協議会の開催
2. 小児科学会の他委員会（医療提供委や QOL プロジェクトなど）との意見交換
3. 全国で展開されている小児在宅医療ネットワークの現状把握（アンケート調査？）
4. 小児救急医療における重症児（PICU 入室児？）の在宅医療移行への現況における前向き調査

（公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団の助成による）