

3 添付資料

埼玉県における小児等在宅医療連携拠点事業における
患者数及び社会資源の調査

平成 26 年度小児等在宅医療連携拠点事業成果報告

都道府県名: 埼玉県

1 今年度の小児等在宅医療連携拠点事業の開始前の地域における小児等在宅医療に関する課題について

小児在宅医療については、高齢者の在宅医療と比較して医療依存度が高い患者が多いため、現状では対応できる施設が限られている。特に埼玉県では、医療・福祉資源の絶対数が不足しており、在宅療養に必要な訪問サービスの担い手や短期入所を受け入れる施設が少ないことから、病院から在宅へのスムーズな移行が難しいという状況がある。

このような医療・福祉資源の不足に加え、本事業の推進に当たっては、対象患者がどこに、どのくらいいるのかわからない、地域ごとの資源の状況が把握されていない、多職種が連携する必要があるが職種を越えた連携が難しい、といった課題がある。

2 事業の準備について

上記の課題を踏まえ、平成26年度は以下の方針に基づき事業を推進することとした。

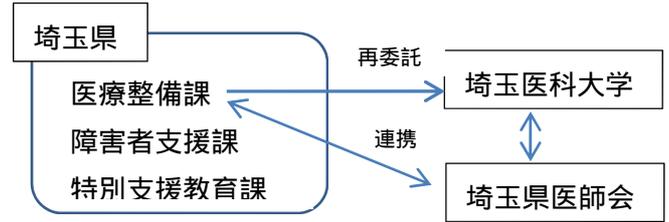
小児在宅医療施策を検討する上で、地域別の患者数の把握は必須事項であるため、複数の調査により患者数の把握を行う。

医療・福祉資源の把握のため、きめ細かい調査を実施し、地域ごとの状況把握を行うとともに、担い手の増加を図るため医師や訪問看護師向けの研修会を行い、人材を育成する。

また、医師会所属の開業医にも担い手の一翼を担ってもらおうよう医師会との連携を強める。

職種を越えた連携を推進するため、多職種合同の会議を定期的に行い、顔の見える関係づくりを進める。

3 事業を実施する組織について



事業全体の統括は医療整備課が行い、研修等の人材育成、多職種連携に向けた顔の見える関係づくり、医療資源の調査等は埼玉医科大学に委託し、専門性を生かした取組を推進することとした。

県及び埼玉医科大学の双方がと県医師会と連携を密にして、小児在宅医療に参画する開業医の掘り起こしを図ることとした。

また、福祉関係のデータは障害者支援課が収集を行うこととし、教育関係の窓口は特別教育支援課が担うこととした。

4 事業の6つのタスクについて

(1) 会議の開催

平成25年度に立ち上げた「埼玉県小児在宅医療検討小委員会」を3回開催した。本会議は、県、県医師会及び埼玉医科大学総合医療センターを構成員とし、本県の小児在宅医療をどのように推進していくかについて検討を行い、開業医の本事業への参画を促すため、医師会員を対象とする研修会を2回開催することとした。本委員会により医師会との連携強化が図られたと考えている。

(2) 地域の医療・福祉資源の把握及び活用

小児科有床病院、在宅療養支援診療所、小児科開業クリニック、訪問看護ステーション、訪問介護事業所、重症心身障害児施設、日中一時支援施設を対象として調査を実施した(対象施設数:小児科有床病院41、在宅

療養支援診療所・小児科クリニック523、訪問看護事業所243、訪問介護事業所285、重症心身障害児施設7、日中一時支援施設161)。調査項目は、小児患者受入の可否、受入に際しての条件(年齢、体重、医療ケアの重症度など) 不可の場合、受入が可能になるにはどのようなことが必要か、とした。

平成25年度から県が調査に加わったことにより回収率が向上したが、平成26年度は未回答の施設への督促を徹底することにより、さらなる回収率の向上を図った。

その結果、小児科有床病院の回収率が100%となり、受入可能施設数も前年度から5施設増加し16施設となるなど、より正確な実態把握が図られた。

さらに、小児在宅医療訪問診療体制づくりに向けて、小児科医会の協力を得て、在宅療養診療所及び小児科開業医に対して重症な小児の訪問診療の可否について調査を実施した。その結果、回答のあった242の診療所のうち、可能との回答が72、要相談との回答が30と多くの施設から協力の意向が示された。今後、医師会と連携しながら診療所の協力が得られるよう取り組んでいく。

(3) 受け入れが可能な医療機関・訪問看護事業所数の拡大、専門機関とのネットワーク構築等

小児在宅医療に必要な人材が圧倒的に不足している現状を改善するため、埼玉医科大学総合医療センターが看護師、医師向けの研修を開催し、人材育成に取り組んだ。

(看護師向け)

埼玉県訪問看護講習会を開催(全5日)

22名が参加し、参加者へのアンケート調査では、小児患者への対応についての知識を高めたいという声が多く、今後、担い手としての活躍が期待できる。

(医師向け)

小児在宅医療実技講習会を開催した(1日) これらの研修は昨年度も実施しているが、研修受講者が在宅移行に協力的になるなど効果も出始めている。

(4) 福祉・教育・行政関係者に対する研修会の開催やアウトリーチ

保健師研修会を開催し(2回)、NICUから退院する在宅医療が必要な患者の在宅移行支援における保健師の役割を説明し、意識付けを行った。

また、相談支援専門員研修会を開催し(1回)小児在宅医療に係る現在の取組を説明するとともに、相談支援専門員と医療者間の情報共有が図られるよう意見交換を行った。

これらの職種は、在宅移行におけるコーディネータ機能を担う存在として期待されるため、今後も人材の育成及び連携強化に取り組んでいく。

さらに、特別支援学校や児童園等に医師を派遣し、教育関係者への啓発活動も実施した。

(5) コーディネータ機能の確立

上記(4)に記載したとおり、保健師や相談支援専門員への研修を通じて、人材の育成に取り組んでいる。今後は、地域ごとに顔の見える関係づくりを進め、コーディネーター機能が発揮されるよう取り組んでいく。

(6) 患者家族や一般住民に対する理解促進の取組

市民公開講座を開催し、小児在宅医療の埼玉県の現状や埼玉医科大学総合医療センター等の取組を説明し、理解の促進を図った。

5 4以外に行った独自の取組について

小児在宅医療を推進するためには、多職種による連携体制が必要となる。このため、埼玉医科大学総合医療センターが立ち上げた埼玉県小児在宅医療研究会を引き続き開催した(4回)。参加する職種は医師、看護師をはじめ、相談支援専門員、介護士、MSW、行政担当者など多岐に渡っている。内容は、県内在住で在宅医療に移行させたい症例の検討会や県内外の先進的な取組を行っている医師等による特別講演で、参加者の小児在宅医療についての知識の向上が図られた。

本研究会は通算16回開催されており、参加者間の顔の見える関係づくりが進んでいる。

6 4及び5の中で最も効果があった取り組みについて

4(1)に記載した医師会との連携に基づく医師会員向け研修会及び5に記載した小児在宅医療研究会により中核的医療機関と医師会及び開業医との関係が強化された。

その結果、医師会の紹介により在宅移行後のフォローアップを担う開業医が決まったことにより在宅療養への移行が可能となった事例があるほか(1件)、在宅移行後に訪問診療を行う医師が決まった事例(5件)もあり、顔の見える関係づくりが進んでいることの効果が出ている。

7 うまくいった点、改善すべき点

(1)患者調査

患者数を把握するため、医療側からと行政側からの両面から調査を行った。行政側からの調査により、県外の医療機関が管理病院となっている患者の把握ができ、当該医療機関に個別に照会することにより県内在住の患者数の把握ができた。

地域ごとの患者数は把握できたが、有効な支援策を講じるためには、個々の患者の実態や要望を掴む必要がある。

このため、今後、患者個別生活状況調査を行い、小児在宅患者の支援に役立てていく。

(2)担い手の育成

埼玉医科大学総合医療センターによる人材育成の取組により、退院調整がスムーズに行えるようになってきた。

その一方、医療資源調査の結果では、担い手が圧倒的に不足しているほか、患者数に対する資源数の地域偏在もあることが明らかとなった。

今後は、医療資源の不足が著しい地域を優先的に人材育成の取組を引き続き行っていく。

(3)地域での連携体制

小児在宅研究会や医師会の研修会を通じて関係者間の顔の見える関係づくりが進んでいる。

しかし、地域ごとに関係者間の連携体制が十分に構築されるには至っていない。また、コーディネート役を担う人材の確保・育成も取組途上である。

今後は、個別の患者支援に結び付けられるよう地域ごとに協議の場の設置を進めていく。まずは、モデル地区を選定し、重点的に取組を推進し、その成果を踏まえて他の地域にも拡大していく。

8 これから小児等在宅医療に取り組む都道府県や医療機関に対する助言

(1) 行政の立場から

人材育成など行政では実施困難な事項も多くあるため、事業を推進する上では、中核的な周産期医療機関との連携は不可欠である。

また、担い手の不足は全国的な課題と推測されることから、開業小児科医や在宅療養診療所の参画を促すために、医師会との連携は有効と考えられる。

このほか、職種を越えた連携の必要性はあらゆる職種で認識されていることから、交流の場を設ければ、顔の見える関係づくりが進むと考える。

(2) 医療機関の立場から

小児在宅医療には医療、福祉、教育などの多くの分野が関係することから、互いの認識や情報を共有し、それぞれの専門職種への尊敬と信頼を持ち、互いが寄り添う姿勢がなくては良い支援連

携体制は出来ない。

今年度は、あらためて互いの認識の共有の目的でどの地域にどの程度の重症の患者がどのくらいいるのか。それに対する医療や福祉の資源がどのくらいあるのか。地域でコーディネートを行う人材の現状と抱えている問題点などこれまで曖昧でお互いに不明確であった部分を明らかにして共有し、検討することにした。

これには、行政の統率が重要で、行政からの調査や依頼は、円滑に調査を進めたり、協議の場を設定するために非常に有効であった。

来年度は、地域での多職種連携、中核病院および地域医療機関間の医療連携、県行政の異なる担当部署の連携などを進めていくが、今年度の取り組みであった認識や情報の共有が円滑な連携のために効力を発揮すると思われる。

9 事業モニタリング指標について

1. 医療資源の把握

小児科有床病院数と在宅支援診療所、医療型障害児入所施設、訪問看護事業所の在宅医療を必要とする小児の受け入れ状況と受け入れに関する条件は必要である。

2. 福祉資源の把握

居宅介護事業所、児童発達支援施設、放課後デイサービス、指定障害児者相談支援事業所、相談支援員での同様の受け入れ状況と条件の把握が重要である。

3. 患者分布の把握

医療機関を対象にした調査は、各施設での調査者が多忙な医師や看護師になるため困難を極める。その点から在宅療養指導管理料からの抽出は、各病院の医事科に依頼する事が可能であり、拒絶が少なかった。現時点では、小児在宅医療においては、在宅管理病院が一つに限られる児が大半で、後方支援医療機関で異なる在宅療養指導管理料を分担して算定している例は少ない。このため、今回の調査方法で患者数がほぼ算定できたが、今後

望ましい方向として小児在宅医療連携が進み、在宅療養指導管理料の分担化がなされるようになると患者の居住地、生年月、イニシャルなどの詳細な個人情報がなくては、重複の突き合わせは困難となるだろうと推測される。

10 最後に

小児等在宅医療連携拠点事業は採択された9県全てが誠実に取り組み、それぞれの県で異なった事情を抱えながら、小児在宅医療の推進のために様々な取り組みを試行錯誤し、その成果や課題をお互いに共有し、他県の成果や解決策を模倣したりしながら、事業を進める事ができて有用であった。埼玉県は小児人口数、出生数の多さ、住民の流出入の激しさ、小児だけでなく全県人口に比しての医療、福祉資源の少なさ、東京都への医療依存、地域偏在の大きさなど困難の多い県であり、ともすれば何から着手すればよいかが見えなくなってしまう可能性があるが、本事業に取り組む中で課題が整理され、他県との問題点の共有などで解決策に向けて着実に歩んでいると思われる。

埼玉県内の小児在宅医療患者の実態調査

在宅療養をする小児患者の実態を把握するために、これまでに様々な調査方法で小児重症心身障害児数や在宅医療を必要とする小児患者数の調査が試みられてきた。しかし、準・超重症児は全国で1万人近くいると言われているが、その実数は正確に把握されていない。¹⁾ 大阪府の調査では身体障害者手帳1、2級および療育手帳Aを交付された重症心身障害児数は人口1万にあたり8.1であった。一方、平成24年度厚生労働科学研究「重症新生児に対する療養・療育環境の拡充に関する総合研究」では同様の調査方法で在宅の重症心身障害児数が人口1万人あたり0.7～1.6との結果で、障害者手帳による人数把握は患者の実態に即した人数把握と比較して大きな相違があった。²⁾ また、長野県では、平成25年度小児等在宅医療連携拠点事業の中で全県の小児在宅医療患者数の把握を試みた結果、訪問看護師、相談支援専門員、保健師間で超重症児スコアの評価が一定せず、正確な評価ができず、未就学児の把握が困難であることが指摘された。このように、小児在宅医療患者の実態の把握は困難である。困難な理由の一番の原因は個人情報の問題である。

埼玉県でも厚生労働科学研究『重症の慢性疾患児の在宅での療養、療育環境の充実に関する研究』で平成24年に全県内の20歳未満の小児在宅医療患者の全数把握を試みた。これは県内の小児科のある病院66カ所、小児科を標榜している在宅療養支援診療所166カ所、重症心身障害児施設6カ所の合計238カ所に調査をおこなったもので、この結果、県内の20歳未満の小児在宅医療患者は約600人(20歳未満人口1000人あたり0.46人)と推定された。この内訳は小児中核病院である19施設が診療している患者数が430人、在宅療養支援診療所11人、重症心身障害児施設129人であった。障害の発生時期は周産期に障害が発生したケースが圧倒的に多く、90%に上っていた。しかしながら、調査の回収に苦慮し、回収率は28%でその内訳は小児科のある病院

37%、小児科を標榜している在宅療養支援診療所23%、重症心身障害児施設50%であった。

小児在宅医療施策を検討する上で、地域別の患者数の把握は必須事項であるため、平成26年度は埼玉県行政と協力して複数の調査すなわち医療側からと行政側からの両面からの調査により患者数の把握を行うことにした。

1) 医療機関側の調査

医療機関側からの調査としては、以下の在宅療養指導管理料と診療録より抽出した。すなわち調査月前の3ヶ月間に、次の在宅療養指導管理料を1回以上算定した患者が抽出され、診療録で詳細が確認された。

在宅人工呼吸指導管理料(C107)

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料(C107-2)

在宅気管切開患者指導管理料(C112)

在宅酸素療法指導管理料(C103)

在宅中心静脈栄養法指導管理料(C104)

在宅小児経管栄養法指導管理料(C105-2)

在宅寝たきり患者処置指導管理料(C109)

まず、埼玉県内の小児科を標榜し、入院病床を有する病院41病院と小児在宅患者を診療している小児科クリニックへ調査表を送付した。小児科有床病院の小児科医師の先生方の多大なご協力の御陰で41病院全てより調査表を回収(回収率100%)できた。さらに県内の医療型障害児入所施設7施設にも同様の調査を行い、全てより回答が得られた。この結果埼玉県内で在宅医療を必要とする18歳以下の小児患者数は585人で人工呼吸管理の患者は93名であった。

2) 行政側の調査

次に行政側からの調査として県内15カ所の保健所に提出された小児慢性特定疾患意見書に在宅医療の記載のある患者を抽出した。この結果、小児慢性特定疾患意見書から抽出した在宅医療患者の総数は395名でそのうち在宅人工呼吸管理患者数は122名であった。患者総数が県内調査の約2/3であった理由としては、意見書は平成26年12月までの改定前のものを使用したため、小児慢性特定疾患の意見書11

種類のうち在宅医療の記載の項目のあるものが、呼吸器疾患、神経・筋疾患、消化器疾患のみであり、心疾患意見書で申請している患者、例えば先天性心疾患で在宅酸素療法を行っている患者などは抽出されなかった。さらに、小児慢性特定疾患の意見書の申請をしていない患者、例えば経鼻経管栄養だけの患者などが抽出されなかった。しかし、この調査で驚いたことに埼玉県の小児在宅医療患者の小児慢性特定疾患意見書の約1/3が県外の病院、特に東京都の病院から提出されていたことであった。そして、それらの患者は人口の多い東京近隣地区に多く存在していることが分かった。

3) 県外の医療機関の調査

この2つの調査結果を踏まえ、次に県外の小児科で埼玉県在住の小児在宅医療患者の小児慢性特定疾患意見書を提出している23施設（東京都16病院、群馬県2病院、栃木県1病院、神奈川県3病院、長野1病院）に調査用紙を送付し、調査月前の3ヶ月間に上記①～⑦の在宅療養指導管理料を1回以上算定した患者を抽出した。調査結果は17施設より回収された。この結果、県外の病院で在宅指導管理をされている埼玉県内在住の小児患者が117名、人工呼吸管理患者は10名いることが分かった。

以上の結果をまとめると、埼玉県では18歳以下の在宅医療を必要とする小児が702名あり、そのうち気管切開以上の狭義の呼吸管理患者が218名でその内訳は在宅人工呼吸管理103名、NPPV15名、気管切開100名であった。県内の小児在宅医療患者のうち45%は6歳未満で、狭義の呼吸管理患者のうち43%が6歳未満だった。6歳未満児の割合は在宅人工呼吸管理43%、NPPV33%、気管切開44%であった。患者の2次医療圏域毎の分布を図に示す。患者はさいたま市、川越比企地区、東京近隣地区に多く、地域によっては半数以上が6歳未満児であるところも認められた。これらの結果より、埼玉県では、小児在宅医療患者総数における6歳未満児の占める割合が大きく、狭義の呼吸管理患者の約4割が6歳未満であり、医療ケアの必要な未就学児への対応可能な医療、福

祉サービスの充足が急務であることが示された。

埼玉県福祉部障害者支援課が2013年に在宅療養児数の把握のために身体障害者手帳と市町村の保健師が把握している在宅療養児について2013年に行った調査では県内の20歳以下の重症心身障害児は941名でそのうち在宅療養をしている児が746名であった。20歳以下の超重症児は139名で、そのうち在宅療養をしている児は107名であった。昨年度の身体障害者手帳および保健師の把握する患者から抽出した調査結果と今年度の病院側からの在宅療養指導管理料から抽出した調査結果はほぼ同程度であったことは、特筆すべきことである。

今回の調査は、行政と医療機関の両面から施行した結果、各調査方法の課題が明確になっただけでなく、それぞれの調査方法で抽出できなかった患者を再抽出する事が可能となった。医療機関側だけの調査であったとしたら、県外の病院で在宅療養管理をされている約1/4に相当する患者の抽出は困難であり、行政と協力して調査を行うことができたために成し遂げることができたと思う。

医療機関を対象にした調査は、各施設での調査者が多忙な医師や看護師になるため困難を極める。その点から在宅療養指導管理料からの抽出は、各病院の医事科に依頼する事が可能であり、拒絶が少なかった。現時点では、小児在宅医療においては、在宅管理病院が一つに限られる児が大半で、後方支援医療機関で異なる在宅療養指導管理料を分担して算定している例は少ない。このため、今回の調査方法で患者数がほぼ算定できたが、今後望ましい方向として小児在宅医療連携が進み、在宅療養指導管理料の分担化がなされるようになると患者の居住地、生年月、イニシャルなどの詳細な個人情報がないと、重複の突き合わせは困難となるだろうと推測される。

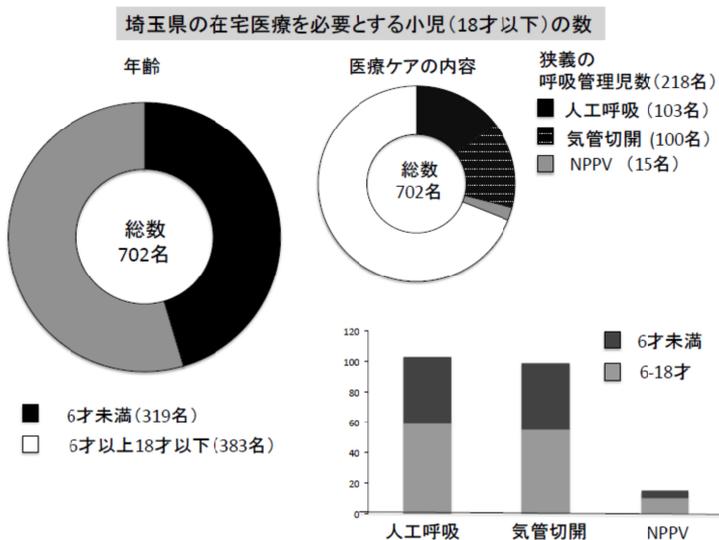
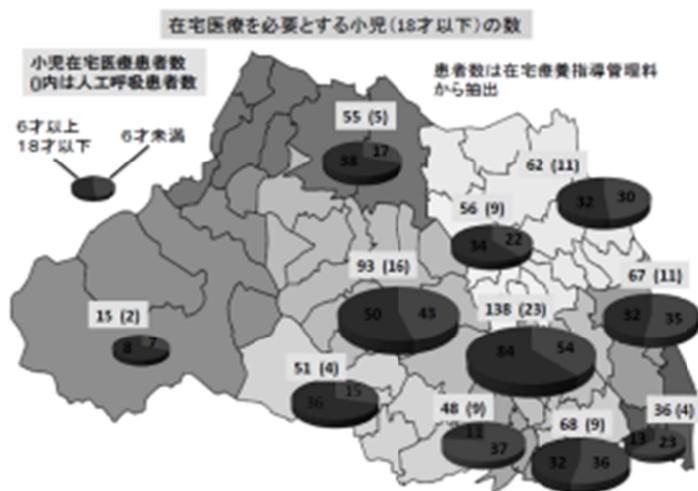
今年度、地域ごとの患者数は把握できたが、有効な支援策を講じるためには、個々の患者の実態や要望を掴む必要がある。このため、平成27年度は、患者個別生活状況調査を行い、小児在宅患者の支援に役立て、調査結果が患者家族に目に見える形で還元

されることを目指していく。

(埼玉医大総合医療センター小児科 山崎和子)

参考文献

- 1) 「超重症心身障害児の医療ケアの現状と問題点-全国8府県のアンケート調査-」
日本小児科学会倫理委員会 杉本健郎ら
- 2) 平成24年度重症新生児に対する療養、療育環境の拡充に関する総合研究報告書



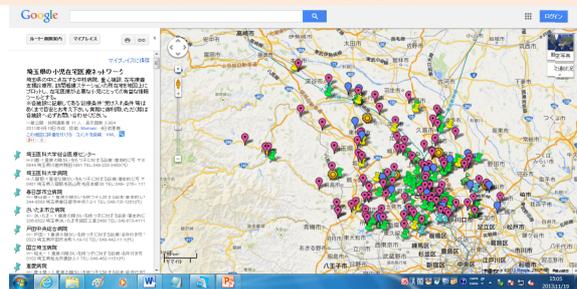
小児在宅医療患者の受け入れ可能な医療、福祉資源の把握

小児在宅医療については、高齢者の在宅医療と比較して、NICUやPICU出身者が多く、医療依存度が高い患者が多く、体格も含めて患者の個別性が高いため、現状では対応できる施設が限られている。特に埼玉県では、小児だけでなく成人の医療・福祉資源の絶対数も不足している。そのような中で、少数派で医療依存度の高い小児の在宅療養に必要な地域の訪問サービスの担い手や短期入所を受け入れる施設はさらに少ないことから、病院から在宅へのスムーズな移行が難しいという状況がある。小児在宅医療患者の受け入れ可能な地域の医療、福祉資源の情報は分かり難く、家族や支援者が個別に探す場合は大変であった。

このため、埼玉医大総合医療センターが中心になって、平成24年より毎年小児科有床病院、在宅療養支援診療所、小児科開業クリニック、訪問看護ステーション、訪問介護事業所、重症心身障害児施設を対象に小児在宅医療患者の受け入れ施設とその受け入れの条件についてのきめ細かい調査を実施してきた。その結果は、埼玉県小児在宅医療研究会のHP やさいたまのHP に掲載し、誰もが閲覧、検索できるようにし、毎年その情報を更新してきた。

埼玉県内の小児在宅患者受け入れ医療、福祉資源マップ (平成24年度より継続して施行)

掲載情報：小児科有床病院、在宅療養支援診療所、小児科開業クリニック、訪問看護ステーション、訪問介護事業所、重症心身障害児施設、日中一時支援施設の受け入れ可能内容



閲覧は日本在宅支援研究会のHP (<http://www.happy-at-home.org/12.cfm>) もしくは当センター小児科医局HP上 (<http://saitamasougoupedi.com/karugamonoiesyokai.html>)
※Google マップ使用についてはgoogle社定める使用方法に則った方法で施行

平成26年度は従来の対象であった小児科有床病

院、在宅療養支援診療所、小児科開業クリニック、訪問看護ステーション、訪問介護事業所、重症心身障害児施設の調査に日中一時支援施設を加えて調査を実施した(対象施設数：小児科有床病院41、在宅療養支援診療所・小児科クリニック523、訪問看護事業所243、訪問介護事業所285、重症心身障害児施設7、日中一時支援施設161)。調査項目は、

小児患者受入の可否

受入に際しての条件(年齢、体重、医療ケアの重症度など)

不可の場合、受入が可能になるにはどのようなことが必要か

とした。平成26年度は未回答の施設への督促を徹底することにより、さらなる回収率の向上を図った。

医療、福祉資源調査

事業所名 (送付アンケート総数)	回収件数			小児在宅患者の 受入可能施設数			小児人工呼吸患者 受入可能施設数	
	H24	H25	H26	H24	H25	H26	H24	H26
小児科有床病院 (41)	9	13	41 (100%)	9	—	41	11	入院可16 +初期治療のみ3 +今後整備2
在宅療養支援診療所・ 小児科クリニック (523)	23	141	246	17	*31	72 +要相談 30	18	46 +要相談 21
訪問看護事業所 (243)	108	143	136	39	100	91	72	77
訪問介護事業所 (285)	121	84	66	34	64	34	25	11
重症心身障害児 施設 (7)	4	5	7	2	5	6	4	4
日中一時支援施設(161)	—	—	64	—	—	16	—	6

その結果、小児科有床病院の回収率が100%となり、受入可能施設数も前年度から5施設増加し16施設となり、初期治療なら可能な小児科有床病院は3施設、今後整備していくと回答された小児科有床病院2施設など確実に増加してきた。さらに、小児在宅医療訪問診療体制づくりに向けて、小児科医会の協力を得て、在宅療養診療所及び小児科開業医に対して重症な小児の訪問診療の可否について調査を実施した。その結果、回答のあった242の診療所のうち、可能との回答が72、要相談との回答が30と多くの施設から協力の意向が示された。これは

前年に比べ、大幅に増加しており、埼玉県医師会および小児科医会の協力が大きいと感じられた。訪問看護事業所については、平成 24 年から 25 年かけて、小児の受け入れのできる施設数が伸びた。また人工呼吸器管理の小児の受け入れ可能な事業所も維持できており、我々が地道に行ってきた人材養成などの効果が出てきたと考えられる。訪問介護事業所や日中一時支援施設の調査回収は難しかったうえに受け入れ可能な施設もかなり少なかった。訪問介護事業所と日中一時支援施設の医療ケアのある障害児、者の受け入れに関しては、県福祉部障害者支援課でも調査して頂いた。その結果、県内の生活介護事業所数は 294 事業所であり、そのうち登録特定行為事業者数が 68 事業所で医療的ケアを要する障害者の受け入れ可能な事業所は 58 事業所であった。受け入れ可能な条件の内容としては人工呼吸管理可能が 15 事業所、気管切開が 34 事業所、経管栄養 56 事業所、中心静脈栄養 8 事業所であった。これが幼少児になるとさらに受け入れは厳しくなってくる。また、県内の児童発達支援施設数は 100 事業所、放課後デイサービスは 148 事業所で医療的ケアを必要とする小児の受け入れ可能な事業所はそれぞれ 25 事業所、12 事業所であった。生活介護分野や日中一時支援などの担い手の育成が今後の課題である。

埼玉県は二次医療圏域と福祉圏域が同じであるので、これらの受け入れ可能な事業所の分布を県内の二次医療圏域毎にマッピングした。(図 1) まず、小児在宅医療患者の受け入れ可能な医療資源(小児科有床病院、在宅療養支援診療所、小児科開業クリニック、訪問看護ステーション)は、各圏域毎に存在しているが、小児人口比にすると相対的に少ない。秩父地域や北部などが少なく、地域偏在があるだけでなく、職種の内容によっては、患者数の多い東京近隣地区や川越比企地区でも医療資源が足りない状況があることが分かった。次に福祉資源(訪問介護事業所、短期入所可能な医

療型障害児入所施設、日中一時支援施設)は、県内全体で圧倒的に少なかった。訪問介護事業所数は、さいたま市には比較的集中しているが、患者数の多い東京近隣や川越比企地区には非常に少なかった(図 2)。さらに短期入所可能な医療型障害児入所施設は、患者数の多い東京近隣およびさいたま市にはないことが一目瞭然であった。さらに人工呼吸管理の小児患者の受け入れ可能な事業所をマッピングするとさらにこれらの傾向は顕著となり、医療福祉資源ともに患者数にたいする地域偏在が明確になった。(図 3、4)

医療福祉資源マップは、HP に掲載し、誰もが閲覧、検索出来るようにしていたが、今年度はこの情報を一覧表にして県内の関係施設(在宅医療患者を抱える小児科有床病院の MSW や退院調整コーディネーター、訪問看護事業所、保健所、重症心身障がい児施設などに郵送し、積極的に活用して頂けるようお願いした。

このように地域の患者分布と受け入れ可能な医療福祉の対比図を提示することでこれまでなんとなくイメージとして把握されていた各地域の様相が視覚化され、行政、医療、福祉の関係者間でのイメージの共有が可能になると思われる。それ以外にも、医療機関や福祉事業所の近隣における患者分布すなわちニーズを明確化することで、地域の事業所の意識づけや連携が得られると思われる。実際に在宅療養支援診療所への調査でも受け入れが可能になる条件の一つとして「県内および各施設近隣に在住する小児在宅患者の実数や実態がわかれば」と回答している診療所が 13 カ所あった。多くの診療所や事業所の方からは、自分の近隣の地区に患者がいて困っているのならば、少人数だったら協力してあげたいという気持ちがあるが、受け入れ可能と表明して重症の患者の依頼が多数あると対応が難しいといった不安もあると伺った。地域の分布を明確に提示することによって最終的には医療福祉資源の拡充にもつながると思われる。さらに、今年度は利

根地区で小児科専門病院の短期入所開設援助を行ったが、その際にも職員の動機づけに調査結果を用いることが出来た。医療者というのは、必要とされれば、献身的にやりがいを持って働く職種なのだとあらためて感じさせられた。今後は、市町村の障がい支援の窓口での活用や自立支援協議会での高度医療依存児についての検討にも利用してもらいたいと考えている。また来年度は、医療資源の不足が著しい地域を優先的に人材育成の取組を引き続き行っていくことを予定している。
(埼玉医大総合医療センター小児科 山崎和子)

図 3

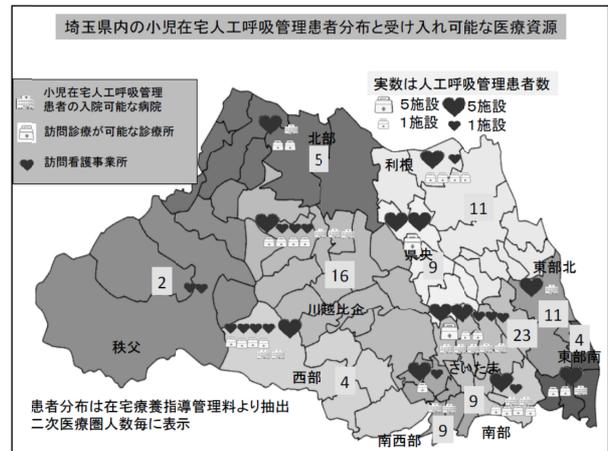


図 1

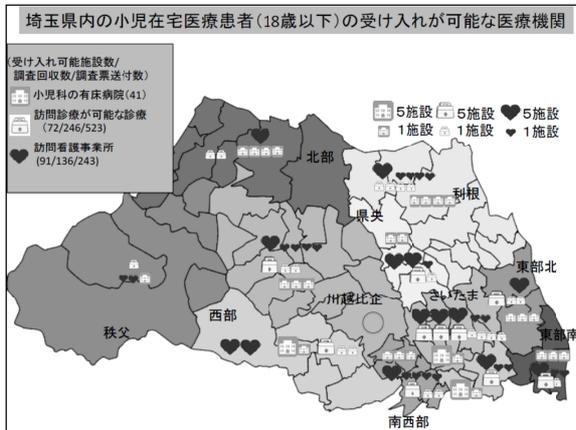


図 4



図 2

