

O1-033

根拠ある地域保健の充実に向けた地域別在宅医療的ケア児の実数把握方法の確立

岩本 彰太郎^{1,2)}、淀谷 典子^{1,2)}、坂本 由香¹⁾、河俣 あゆみ¹⁾、末藤 美貴¹⁾、井倉 千佳¹⁾、平山 雅浩²⁾

三重大学 医学部 附属病院 小児トータルケアセンター¹⁾、
三重大学 医学部 附属病院 小児科²⁾

【はじめに】新生児・小児医療の進歩等により在宅で過ごす医療的ケア児が増加することは知られているが、地域における医療的ケア児の実数把握は容易でなく、地域保健施策、中でも障がい児福祉計画を考える上で課題となっている。今回、三重県における地域別医療的ケア児の実数把握の方法を検証したので報告する。

【目的】県内における 20 歳未満の在宅医療的ケア児の実数を、地域保健施策に反映できるように市町毎に把握する方法を確立する。

【方法】当センターは県庁内小児在宅医療推進ワーキンググループと協力し、2016 年より年 1 回、県内市町保健師と県教育委員会等よりライフステージ毎に 20 歳未満の在宅医療的ケア児の実数調査を行った。

【結果】県内 20 歳未満の在宅医療的ケア児の総数は、2016 年 211 名、2017 年 220 名、2018 年 241 名、2019 年 258 名と 4 年で約 1.2 倍に増加していた。人工呼吸器利用児に限定してみると、2016 年 40 名、2017 年 49 名、2018 年 60 名、2019 年 78 名と 4 年で約 2 倍と著増していることが分かった。ライフステージ（就学前、就学児童、高校卒業後）毎の検討では、就学前の割合は、2016 年 57%（123 名）、2017 年 51%（112 名）、2018 年 46%（112 名）、2019 年 44%（114 名）と減少傾向も、就学児童への移行が増加していた。地域別では、県 4 圏域の増加率で検討すると、人口分布と一致して北勢圏域は約 1.2 倍（104 名から 129 名）、中勢圏域は約 1.5 倍（50 名から 76 名）、南勢圏域は約 0.9 倍（53 名から 76 名）、東紀州圏域は 1.0 倍（4 名から 4 名）であった。

【考察】県内の地域保健師、教育機関等と協力して 20 歳未満の在宅医療的ケア児をライフステージ毎に把握する方法を試み、4 年間の市町圏域別、ライフステージ毎の対象児数の推移を把握することができた。奈倉らによると、在宅医療的ケア児は人口 100 万人に約 1.35 人と報告している。その場合、三重県は人口 180 万人より在宅医療的ケア児は 243 名と推定され、本調査方法の妥当性が確認された。このように、地域保健師、教育機関等との地域保健行政を中心とする医療的ケア児の実数把握により、地域における障がい児福祉計画はもちろん、医療、教育の体制整備計画にも根拠を持って活かされるものと考えられる。

O1-034

当院における在宅医療の移行支援への取り組み

森内 優子^{1,3)}、野崎 千央^{1,3)}、藤澤 惇平^{1,3)}、高橋 智子^{1,3)}、米沢 龍太^{1,3)}、淵上 達夫¹⁾、柳澤 功²⁾、森岡 一朗³⁾

イムス富士見総合病院 小児科¹⁾、
イムス富士見総合病院 医療福祉相談室²⁾、
日本大学医学部 小児科学系小児科学分野³⁾

【はじめに】当院では 3 年前に子育て支援委員会を設置し、これまで児童虐待、子育て支援、レスパイトの対応を行ってきた。現在、在宅医療の移行支援にも対応しており、実生活を想定した医療的ケアの調整、緊急対応の確認、付き添い入院や試験外泊による評価、レスパイトの案内の他、様々な支援を行っている。今回、養育困難に関するリスク因子が複数あり、他機関と連携して移行支援を行った症例について報告する。

【症例】月齢 7 の女児。他の医療機関で大動脈離断の根治術を受け、術後に両側反回神経麻痺と左横隔神経麻痺を来し、気管切開と経鼻胃管の医療的ケアを要した。母親は過去に同居していた内縁の夫から家庭内暴力を受けていたが、現在は別居し、生活保護を受けながら多動傾向の長男と二人で生活している。しかし、各種手続きや必要な医療的ケアを実践する上で不備が目立つことから、要保護児童対策地域協議会の対象になっており、在宅医療移行支援のため月齢 7 に当院へ転院した。転院後、母親とともに実生活を想定し、訪問看護の利用回数や介助内容を決定した。前医で喀痰による気道閉塞のため心肺蘇生を受けた経緯があり、パルスオキシメーターによる監視を導入した。気管カニューレの自己抜去を想定し、定期交換は毎回医師の見守りのもと母親に実施してもらい、再挿入困難に備え一規格細いカニューレを準備した他、近隣の消防署へ情報提供した。また、申請手続きのサポート、予防接種の日程調整、レスパイトの案内、乳児院の紹介を行った。一方で、市役所からはファミリーサポートセンター等の利用案内がなされ、保健師による家庭訪問も決定した。付き添い入院と試験外泊を行い、在宅医療に対する母親の意思を確認した。他機関と退院調整会議を行い、母親の疲労や養育困難に早期に気づくため連携して取り組むことを確認し、転院 54 日目に自宅退院した。その 2 週間後に感冒症状を認め受診した際に、SpO2 モニター解析で散発的に 70% 台まで低下していたことが判明し再入院した。その 1 カ月後には母親の長男への接し方が乱暴であることに訪問看護師が気づき、母親の疲労蓄積が懸念され急速レスパイトを行った。

【考察】地域の基幹病院が他機関と連携して在宅医療の移行支援を行うことは、医療的ケアを要する児とその家族が安心して生活していく上で重要である。