

論 策

大阪市の重症心身障がい児者の医療コーディネート事業による 地域かかりつけ医紹介支援

愛徳福祉会大阪発達総合療育センター小児科

和田 浩 船戸 正久 竹本 潔
飯島 禎貴 藤原真須美 柏木 淳子

要 旨

大阪府は2014年より重症心身障がい児者のための「医療コーディネート事業」を開始した。その主な目的は急病時の受診支援であるが、2015年から新たに地域かかりつけ医紹介支援を開始し同時に遂行している。今回、この紹介支援を中心に現状を報告する。

対象は大阪府在住の重症心身障がい児者である。家族から平素より受診しやすい地域のかかりつけ医紹介の希望がある場合、急病時の受診支援と同様の情報登録書を利用し、登録された地域の診療所に連絡、紹介支援を行っている。

2019年12月現在大阪府（人口約270万人）内の対象者2,090名中1,312名（63%）が登録されている。そのうち18歳以上が962名（73%）、医療的ケアが必要であるのは373名（28%）である。一方協力かかりつけ医として、市内の277医療機関から登録を得た。紹介希望があった場合、まず住居に近い登録診療所に医師から電話連絡にて対応を依頼、診療情報提供書とともに情報登録書を郵送、診療所の了承を得られれば家族にも連絡、適切な受診の機会を得るシステムとしている。これまで紹介依頼は累計92例、うち54例に紹介が可能であった。そのうち38例（70%）は18歳以上であった。本取り組みは、急病時の受診支援と同様に、将来の重症心身障がい者の移行期医療から地域包括ケアシステムに繋がる有用な施策の一つとして機能する可能性があると考えられる。

キーワード：重症心身障がい児者、医療コーディネート、地域かかりつけ医、紹介支援、移行期医療

緒 言

2012年、当時の大阪市長が市内のある福祉施設を視察した際、利用者（重症心身障がい者）の方から「急病時に医療機関を訪れても診てもらえない」という切実な訴えを受けた¹⁾。このことを契機に、大阪府で「重症心身障がい児者の医療コーディネート事業」²⁾が開始された。当センターがその委託事業を受諾し、2014年6月から大阪府内在住の重症心身障がい児者（以下重心児者）を対象に登録を開始すると同時に、10月より具体的な急病時の受診支援のための医療コーディネート事業を開始した³⁾。さらに翌年より地域かかりつけ医紹介支援も開始し、現在事業を推進している。

船戸は、高度医療児の在宅移行支援のために、最低限必要な大切な医療・福祉の三本柱について、以下の

ように述べている⁴⁾。医療の三本柱では（1）重症児・者に対応可能な訪問看護・訪問リハビリテーションの紹介、（2）地域かかりつけ医（訪問診療・往診を含む）の紹介、（3）緊急時の受入れ体制等が必要である。福祉の三本柱では、（1）レスパイトを含めたデイケア・ショートステイへの紹介、（2）医療的ケアに対応可能な居宅（訪問）介護への接続、（3）福祉のケアプランを立てる相談支援員との連携が必要である。

本事業は、医療の三本柱の（2）と（3）をコーディネートする事業といえる。特に地域かかりつけ医紹介支援は、基幹病院以外に重度の障がいを持っていても診てもらえる地域のかかりつけ医を希望する家族に対し、地域診療所へのコーディネートをを行うものである。今回、この取り組みにおけるこれまでの実績を報告する。

対象と方法

大阪府在住の身障手帳1または2級、かつ療育手帳Aを所持する重症心身障がい児者は、2019年12月末時点で2,090名であり、その内この事業への登録数は1,312名（63%）であった。登録の方法は、急病時の受

(2020年5月10日受付)(2020年10月12日受理)

別刷請求先：(〒546-0035) 大阪市東住吉区山坂5-11-21

愛徳福祉会大阪発達総合療育センター小児科

和田 浩

E-mail: wada@osaka-drc.jp

診支援と同様、以下の様である。(1)一定の情報登録書を対象者に郵送する(登録書の内容には障がい病名、既往歴、内服薬、医療的ケア、緊急連絡先およびかかりつけ医の有無等を含む)。(2)家族が登録書に可能な限り記入の上、当センターに返信。(3)その内容を、まず看護師が確認し必要に応じ家族に架電し修正・補填、次に医師が確認し必要に応じ追加・修正等を行う。(4)独立したコンピュータに登録しデータベース化する。(5)最終的に登録した内容を印刷・ラミネート化し、再度家族に郵送する。この用紙を受診時に持参することで、受診がより容易になっている。

医療者として、医師は1名、看護師は2名を配置し、一定時間交代で看護師が当センター内にて待機し対応する。事業としての対応時間は原則、平日9:00~21:00、土曜日9:00~14:00、日曜・祝祭日9:00~16:00である。医師は平日9:00~19:00および土曜日9:00~14:00はセンター内で待機し、それ以外の看護師待機時間はオンコール体制で電話指示を行う体制をとっている(基本的に急病時受診支援対応と同様である)。医師は急病時の受診支援と兼務しており、当センター小児科医師が曜日毎に交代で対応している。また登録業務は、個々の登録書の内容把握の目的を踏まえコーディネーター看護師が行い、さらに医師がその内容を確認・修正の上データベース化している。記録、統計、郵送等は事務員が施行している。

この地域かかりつけ医紹介支援開始に際し、大阪市から大阪府医師会に協力を依頼し、この取り組みについての協力の依頼文を、市内の各診療所に送付した。そして地域でかかりつけ医になってもよい、即ち重心児者の日々の診療が可能であると回答していただいた医療機関を、新たに登録した。そして以下のような過程で、紹介支援を行っている。(1)重心児者家族からの依頼があれば、まず看護師が電話にて依頼内容を聴取する。(2)登録医療機関の中から、住居に近い地域診療所を候補として挙げる。(3)看護師が家族に電話で確認しながら、医師からそれらの医療機関に直接電話で病状等を説明、受診の受け入れ依頼を行う。(4)さらに診療情報提供書と情報登録書を医療機関宛にファックスする。(5)受け入れ可能であれば、看護師から家族に病院の情報を伝え、了承のもと適切な受診の機会を得る。診療情報提供書と情報登録書は後日郵送または受診時に家族が持参する。また後日、看護師からご家族に連絡し、受診の状況について確認している。

尚、今回の論文掲載に関し、大阪発達総合療育センター倫理委員会において審査および承認を受けた(承認番号 倫20-3)。

結 果

1) 地域かかりつけ医協力医療機関

2019年12月の時点で、本事業のかかりつけ医登録協力医療機関は市内の277診療所である。診療所は全区に分布していた。主たる診療科の内訳は、内科・小児科(208件)、外科・整形外科(68件)、耳鼻咽喉科(23件)、皮膚科・泌尿器科(23件)、眼科(19件)、婦人科・乳腺外科(9件)、その他(精神科、アレルギー科、ペインクリニック等24件)であった。

2) 登録者の内訳

対象者1,312名の性別は、男性694名(53%)、女性618名(47%)であった。年齢は、18歳未満の児が350名(27%)、18歳以上の者が962名(73%)であった(表1)。

3) 登録者の基礎疾患

登録者の基礎疾患としては早産児・低出生体重児が最も多く、次いで先天異常・染色体異常、脳形成異常、低酸素性虚血性脳症等の神経疾患が多かった(重複あり)。

4) 医療的ケアが必要な登録者とその内訳

全登録者のうち、医療的ケアが必要な登録者は373名(28%)であり、その内訳(重複あり)は経管栄養264名(20%)、酸素投与160名(12%)、気管切開122名(9%)、人工呼吸器装着86名(7%)であり、医療的ケアが必要な登録者の総数および人工呼吸器装着例は、前回報告時(2018年9月時点)よりそれぞれ10%および12%増加していた³⁾(表1)。

5) 地域かかりつけ医紹介支援の実績

2015年6月から2019年12月まで4年余の間に、登録者家族からの地域かかりつけ医紹介支援の依頼は累計92件であった。2016年度は22件、2017年度は16件そして2018年度は35件の依頼があり、やや増加傾向にある(2019年度は12月末までで13件)。そのうち54件(59%)において、地域診療所にて受け入れ可能、即ちかかりつけ医構築が叶った。一方、38件(41%)においては紹介支援ができなかった(表2)。その理由は後述する。

受け入れ可能であった54例のうち、18歳未満の障がい児は16例(30%)、18歳以上の障がい者が38例(70%)であり、いわゆる移行例、成人例が多かった。医療的ケアが必要であったのは54例中13例(24%)、そのうち18歳未満では7例(44%)、18歳以上では6例(16%)であった。

紹介できた診療科の内訳は、内科・小児科(39例)、眼科(4例)、神経内科・小児神経科(3例)、循環器科(2例)、婦人科(2例)、耳鼻科(1例)、脳神経外科(1例)、歯科(2例)であった(表2)。

表1 重症心身障がい児者の医療コーディネーター事業 登録者の内訳
(2014年10月～2019年12月現在)

■大阪市内の登録用紙送付対象者：2,090名	
■登録者：1,312名 (63%)	
・性別：男性：694名 (53%)，女性：618名 (47%)	
・年齢：18歳未満：350名 (27%)，18歳以上：962名 (73%)	
・医療的ケア必要：373名 (28%)	18歳未満：146名，18歳以上：227名
経管栄養：264名 (20%)	18歳未満：113名，18歳以上：151名
酸素投与：160名 (12%)	18歳未満：77名，18歳以上：83名
気管切開：122名 (9%)	18歳未満：53名，18歳以上：69名
人工呼吸器装着：86名 (7%)	18歳未満：43名，18歳以上：43名
・家族からの問合せ：	
相談対応件数：3,916件 (内 医療相談：226件)	
・医療コーディネーター対応：急病時支援対応 (累計)：53件	
(18歳未満：11件，18歳以上：42件 年齢分布：5歳～65歳)	
当センター含む一次受診対応：26件 (内 後送：4件)	
二次・三次医療機関に紹介，診療を依頼：27件 (内 入院：7名)	
紹介科：内科，外科，眼科，小児科，救急診療科，神経内科， 整形外科，嚥下外来，循環器内科，消化器内科	

表2 地域かかりつけ医紹介支援の内訳
(2015年6月～2019年12月現在)

・地域かかりつけ医紹介支援の依頼：92例
かかりつけ医構築可：54例 (59%) 不可：38例 (41%)
・かかりつけ医構築例の年齢
18歳未満：16例 (30%)，18歳以上：38例 (70%)
・構築例における医療的ケア必要例：13例 (24%)
18歳未満：7例 (44%)，18歳以上：6例 (16%)
・かかりつけ医構築例の診療科内訳
内科・小児科：39例 眼科：4例 神経内科・小児神経科：3例
循環器科：2例 婦人科：2例 耳鼻科：1例 脳神経外科：1例 歯科：2例

6) 地域かかりつけ医紹介支援の利用者家族の感想

本取り組みを利用後に、家族から以下のような声があった。「先生にとっても親切にしてください。今後もしかりかかりつけ医として利用したい」「日常の相談などできる地域のかかりつけ医を探そうと考えていたのでよかった」「これまで障がい者であることで断られたこともあったが、紹介であれば断られなかった。心強い」「(本事業を)初めて利用したが、診てもらえて助かった」。一方、紹介支援ができなかった例もあり、以下に家族からの声を併せて提示する。

7) 紹介支援ができなかった理由と症例の提示

地域かかりつけ医紹介支援ができなかった理由として、急がない；将来的に考えたい，直ぐに探す気持ちにならない，診療所の位置やバリアフリーでないなどの構造上の課題がある，また入院可能な施設への受診を希望するなどが挙げられた(表3)。以下に具体的に症例を提示する。

(1) 症例1 (8歳女児)：施設の構造上の課題

病名：低酸素性虚血性脳症(新生児仮死)，脳性麻痺，精神発達遅滞，難治性てんかん。車いす移動不可(全介助)，呼びかけに反応する。医療的ケアなし。自宅から近いかかりつけ医の紹介希望があり，居住区内の医療機関を紹介。家族，医療機関双方の了承のもと受診されたが，後日家族より「印象は良かったが，スリッパの履き替えが必要だった。受診日は患者も少なかったが，混んでいるときのことを考えると不安。もう少し考えたい」と話された。必要時再度相談くださいとお伝えし，対応は一旦終了となった。

(2) 症例2 (23歳女性)：基幹施設受診を希望

病名：Aicardi症候群，脳性麻痺。車いす移動不可(全介助)，呼びかけに反応する。気管切開，酸素投与(必要時)，胃瘻造設あり。発熱時などに脱水になりやすく，直ぐに受診できる施設の紹介希望があり，住居近くの3医療機関を提示した。家族より考えて決めますと返答があり，1か月後状況確認のため架電したと

表3 地域かかりつけ医紹介支援ができなかった理由

急がない；将来的に考えたい，直ぐに探す気持ちにならないなど：11件
自宅から遠い，バリアフリーなど建物の構造上の課題がある：9件
基幹施設と相談したい，院内紹介を希望：5件
希望の施設がない，専門科を希望するが近隣にない：4件
二次施設（入院可能な施設）を希望：3件
受入れ不可（高次施設での診療が必要なため）：2件
その他（本人，家族と‘合わない’など）：4件

ころ「先日も状態が悪くなり基幹施設を受診した，やはり悪くなった時は（基幹施設に）行ってしまおう。」と談あり，地域かかりつけ医紹介に至らなかった。

（3）症例3（18歳女性）：二次施設を受診要

病名：先天性サイトメガロウイルス感染症，脳性麻痺，てんかん，車いす移動不可（全介助），難聴，快不快の表現をする。生理中の経血が非常に多く，年に2～3回顔色不良，嘔吐などの症状があり，自宅近くの婦人科への紹介希望があり，住居近くの医療機関を提示，診療情報提供を行った。後日同施設より入電，「症状は内服薬でコントロール可能と考えるが副作用の可能性もある。重症心身障がい者であることを考えると検査や経過観察がしやすい施設がよいと思われる」と返答があった。受診中の主治医に架電，相談の結果，基幹施設（二次施設）内での院内紹介を考慮されることとなった。

考 察

現在，行政施策として高齢者を中心に医療と介護の地域包括ケアシステムの構築が推進されている⁵⁾。一方重心児者や高度医療依存児などの地域包括支援システムをどのように構築するか，が新たな課題となっている。こうした重症児者の場合，高齢者とは異なり医療と介護だけでは不十分で，地域において児の場合は「発達支援」，者の場合は「自立支援」というキーワードをもって，地域包括支援システムの構築が重要となる⁶⁾。同時に児の場合は，兄弟を含めた子育て支援，母親の就労支援などへの視点，者の場合はトランジション支援，生涯学習・就労支援，社会参加・余暇支援などへの視点が必要である。政府は共生社会を目指し「全世代型・全対象型」の地域包括ケアシステム（全世代型社会保障）を構築することを決定し，具体的な検討がなされつつある⁷⁾。

同時に現在小児科分野で大きな問題の一つとなっているのは，移行期医療のあり方であり，日本小児科学会でも「小児期発症疾患を有する患者の移行期医療に関する提言」を行っている⁸⁾。それには3つの型があり，(1)完全に成人診療科に移行する型，(2)小児科と成人診療科と両方に受診する型，(3)小児科に継続して受診

する型である。(2)については，特殊な疾患については小児科における各専門家で継続受診することが考えられている。しかしこの課題は端緒についたばかりであり，今後重症児者のトータルケアの視点で，小児科や成人診療科との話し合いや協働が益々重要になると考えられる。

現実に医療技術の急速な進歩に伴い，従来の重心児者の重症化・高齢化が進むと同時に，人工換気療法等高度の医療的ケアが必要な障がい児者，また必ずしも重度の肢体不自由や知的障がいを合併しない高度医療依存児（医療的ケア児）の医療・ケアをどのようにすべきかが，全国で大きな問題になっている。これらの重症児者は，NICUや小児病棟等における長期入院の要因となると同時に，急性期医療機関から退院し地域移行した場合，本人の医療と生活全般を在宅でどのように支援するかが，大きな課題となる。その中において，重症児者の移行期医療の課題も現実的になりつつある。基礎疾患を有する中，生活習慣病や悪性腫瘍などのいわゆる成人疾患についても将来的に課題となると考えられることから，「移行」はトータルケアの視点からも大きな課題である。

急病時の受診支援から開始された大阪市の重症心身障がい児者の医療コーディネート事業は，2015年から新たに地域かかりつけ医紹介支援を開始，現在も同時に遂行している。今回記したこの紹介支援の取り組みは，将来的に，地域の診療所から急病時に二次および三次医療機関への直接紹介が，よりスムーズになされることにも繋げられていくことが期待される。

2016年度に地域にかかりつけ医を持っていない本事業の登録者は453名（全登録者1,018名の42%）であったが，2018年度には417名（全登録者1,257名の33%）に減少していた。一方専門病院を含む病院，二次・三次医療機関への定期受診の有無とは別に，地域診療所にも定期または不定期に通院していると回答のあった登録者は，2016年度の627名（58%）から，2018年度には840名（67%）に増加していた。これらは，本取り組みの波及効果と考えられる。

紹介支援が出来た利用者家族の感想からは，よい支援が叶えられたと考えられる一方，紹介支援が出来な

かった例の理由から、その課題は専門性よりも、施設のハードまたソフト面の問題などが、考えられた。

現在、大阪小児科医会でも2013年2月より「在宅小児かかりつけ医紹介事業」を開始した。この事業を通じた大阪小児科医会での紹介受入れは、NICUを併設したNMCS（大阪新生児診療相互援助システム Neonatal Mutual Cooperative System）加入施設から退院した高度医療依存児が主な対象である。2019年12月での登録医療機関は109施設であり（personal communication）、一般小児科診療所が病院や訪問看護ステーション等と役割分担と連携を行うことで小児在宅医療の一端を担うことが目指されている⁹⁾。また大阪府医師会では、従来の小児の医療的ケア研修に加え、2017年度から大阪府からの委託（地域医療介護総合確保基金）により、小児在宅医療同行訪問研修を大阪小児科医会と協力して行っている。これは在宅医療を行う小児科医に成人科の医師が同行し、小児在宅医療を直接学ぶ機会を提供しているものである。この研修は、小児在宅医の地域かかりつけ医の拡充とともに、将来のトランジション例の受入れにも繋がるものとして期待できる³⁾。

また大阪府では、2019年度から大阪母子医療センターに大阪府移行期医療支援センターを設置し、小児期医療から成人期医療へとシームレスに繋げていく目的のために活動を開始した¹⁰⁾。今後の組織的な活動と医療機関とのネットワーク構築に期待しつつ、大阪の取り組みとして我々も寄与出来れば幸いである。

以上、大阪市の重症心身障がい児者の医療コーディネート事業におけるかかりつけ医紹介支援の取り組みについて、その実態および経過について報告した。また大阪における地域かかりつけ医を中心とした医療支援体制の構築の動きについて、重心児者の移行期医療を含め述べた。大阪市という政令市の一つの動きであるが、本事業が今後も継続され、重症児者の方々が地域で安心して生活できる包括支援システムの一部として、少しでも寄与出来れば幸いである。併せて、各自治体における今後の重症児者を支える地域包括ケアシステムの一助となれば幸いである。

謝辞 この事業は大阪市の委託事業として推進されている。コーディネーター看護師として日々対応していただいている当センター看護部 瀧本栄美子氏、香月みよ子氏 及び人事・事務担当 中山昌美氏、富裕三氏、中澤高穂氏に心から感謝します。また、ご協力いただきました大阪府医師会・地区医師会の会長はじめ会員の先生方、また行政の立場からこの事業の推進のために助言・支援をいただいている大阪市健康局担当職員の皆様にも、深謝いたします。

日本小児科学会の定める利益相反に関する開示事項はありません。

著者役割

和田 浩：論文執筆を行った。構想及びデザイン、データ取得、データ分析および解釈において相応の貢献がある。

また、出版原稿の最終承認を行った。

船戸 正久：論文全体の検閲と総まとめ、論文作成または重要な知的内容に関わる批判的な検閲に関与した。構想およびデザイン、データ取得、データ分析および解釈において相応の貢献がある。出版原稿の最終承認を行った。

竹本 潔、飯島 禎貴、藤原 真須美、柏木 淳子：医療コーディネーター担当。論文作成または重要な知的内容に関わる批判的な検閲に関与した。構想およびデザイン、データ取得、データ分析および解釈において相応の貢献がある。出版原稿の最終承認を行った。

文 献

- 1) 産業経済新聞. 重症心身障害者の受診支援—大阪市 急病時、病院を仲介. 日刊 35683号一面 2014.6.18 (水).
- 2) 大阪市. “重症心身障がい児者の医療コーディネート事業について”.
<https://www.city.osaka.lg.jp/kenko/page/0000268945.html>, (参照 2020-3-22)
- 3) 和田 浩, 船戸正久, 竹本 潔, 他. 大阪市の重症心身障がい児者の医療コーディネート事業による急病時の受診支援. 日児誌 2020; 124: 75-81.
- 4) 船戸正久. 小児在宅医療超入門 1. 小児在宅医療はなぜ必要か? 日小医会報 2016; 51: 12-16.
- 5) 船戸正久. 「小児在宅医療推進のための会 大阪分科会」中間報告. 第13回在宅医療推進フォーラム—平成30年度在宅医療・介護連携推進事業の完全実施に向けて(主催: 国立長寿医療研究センター・勇美記念財団). 2017: 286-291.
- 6) 厚生労働省. “福祉・介護 地域包括ケアシステム”.
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/, (参照 2020-3-22)
- 7) 全世代型社会保障検討会議. “全世代型社会保障検討会議 中間報告 令和元年12月19日”.
https://www.kantei.go.jp/jp/singi/zensedaigata_shakaihoshou/pdf/cyukanhoukoku_r011219.pdf, (参照 2020-3-22)
- 8) 日本小児科学会. “小児期発症疾患を有する患者の移行期医療に関する提言”.
http://www.jpeds.or.jp/uploads/files/ikouki2013_12.pdf, (参照 2020-3-1)
- 9) 藤井雅世, 田中祥介, 春本常雄, 他. 「在宅小児かかりつけ医紹介事業」からみた小児在宅医療の考察. 日児誌 2020; 122: 1225-1230.
- 10) 大阪府移行期医療支援センター. “こどもから大人への架け橋を目指して… Health Care Transition”.
<https://ikoukishien.com/>, (参照 2020-3-22)