

東京都こども救命センター
転院・退院支援体制検討部会報告書

平成27年3月

目 次

ページ数

第1 小児救急患者を取り巻く状況について	
1 東京都の年少人口の状況等	1
2 こども救命センターの設置	2
3 こども救命センターの受入実績	5
第2 「東京都こども救命センター転院・退院支援体制検討部会」における 検討状況について	
1 受入実績から見られる傾向	7
(退院支援コーディネーターをモデル配置した医療機関の実績)	
2 こども救命センターからの転院・退院の困難な理由	8
3 指定二次救急医療機関(小児)等の状況	8
4 退院支援コーディネーター配置モデル事業の実施結果について	10
第3 患者・患者家族における安心の在宅療養を目指して ～こども救命センターからの円滑な転院・退院について(関係機関が 果たす役割)～	
1 こども救命センター運営事業の推進	15
2 患者家族の支援	16
3 地域の中核病院における受入体制の強化	16
4 後方病床及び小児在宅移行支援に関わる人材の育成	16
5 その他(在宅療養に当たっての環境整備)	16
資料編	18

はじめに

東京都こども救命センター運営事業の開始から4年が経過し、患者の受入れについては年々増加し、当該事業の周知や小児重篤患者の受入れの集約化には一定の成果が上がってきている。

こうした中、東京都こども救命センターに入院し、超急性期の治療を終えた患者のうち、速やかな転院・退院が困難なケース等もあり、それぞれの東京都こども救命センターにおける慢性重症患者の数が増加している。

このような状況の中、東京都こども救命センター運営事業創設の趣旨を踏まえ、患者を必ず受け入れる体制を維持するためには、東京都こども救命センターからの円滑な転院・退院が必要であることから、平成25年度から2か年にわたり、東京都小児医療協議会のもとに東京都こども救命センター転院・退院支援体制検討部会を設置し、検討を重ねてきた。

本報告書は、同部会での検討結果を取りまとめたものである。

救命治療の必要な患者を速やかに受け入れる体制が適切に確保されるとともに、在宅移行を推進する方策の検討がより一層進むことにより、医療依存度の高い患者及びその家族が在宅での療養を安心して行える体制が構築されることを期待する。

平成27年3月

東京都こども救命センター転院・退院支援体制検討部会

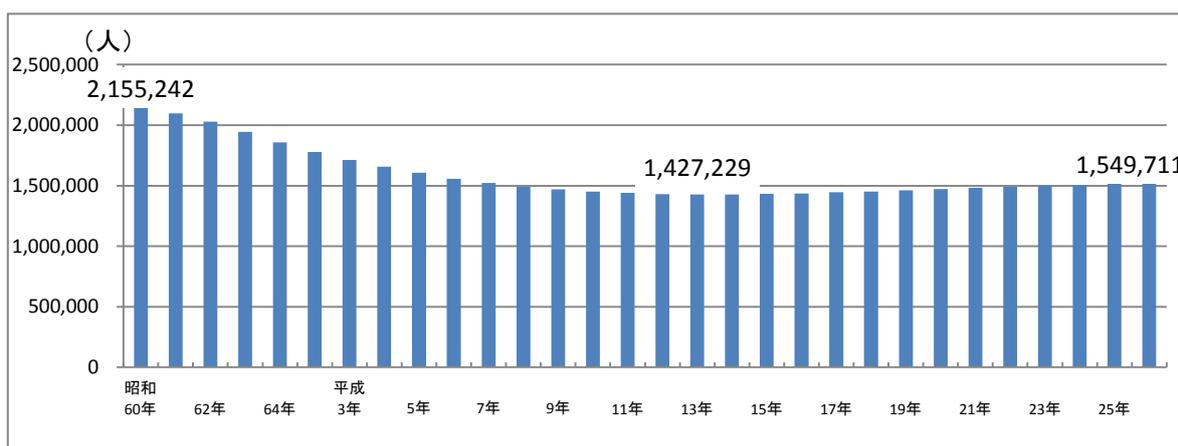
第1 小児救急患者を取り巻く状況について

1 東京都の年少人口の状況等

(都内の年少人口の状況)

- 平成26年1月の東京都（以下「都」という。）の人口（外国人登録人口を除く。）は、「住民基本台帳による東京都の世帯と人口」によると、約1,320万人で、このうち年少人口（0～14歳）は約155万人であり、人口構成で見ると11.7%となっている。
- 年少人口の推移についてみると、昭和60年の年少人口は、約216万人であったのが、平成13年に約143万人まで減少を続け、平成14年以降は毎年少しずつ増加しているものの、昭和60年と平成26年を比較すると、約28%減少している。

東京都の年少人口（0～14歳）の推移



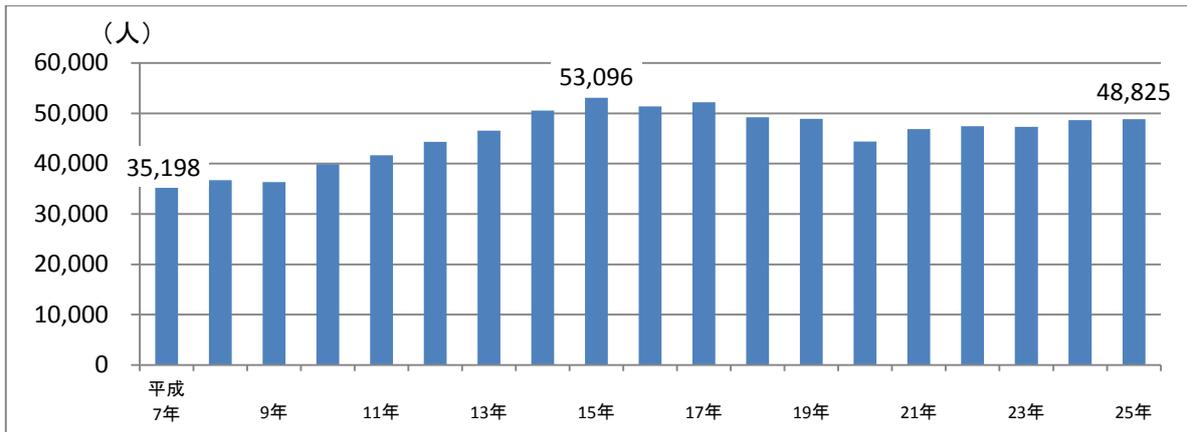
出典：「住民基本台帳による東京都の世帯と人口」（各年1月1日現在）

※ 平成24年7月法改正により、外国人が住民基本台帳法の適用対象となったため、平成25年1月1日現在以降の人口は日本人と外国人を合わせたもの（日本人約151万人、外国人約3万人）

(都内救急搬送数(小児)の推移)

- 東京消防庁管内の0～14歳までの搬送人員についてみると、平成7年は約3万5千人だったものの、平成15年には約5万3千人にまで増え、その後は少しずつ減少し、平成25年には約4万9千人となっている。
- 平成25年度における0～14歳までの都内救急搬送総数のうち、重症以上は1,531人で、このうち東京都こども救命センター（以下「こども救命センター」という。）に指定されている4病院への搬送件数（重症以上）は530人で、全体の34.6%が4病院に集約されている。

都内救急搬送人員（0～14歳）の推移



出典：東京消防庁「救急活動の実態」

平成25年度 発生圏域別救急搬送数（重症以上、0～14歳）

発生圏域	都内全数(A)			(B) / (A)
	(人)	こども救命センター指定医療機関への搬送数(B) (人)	構成比	
区中央部	135	26	4.9%	19.3%
区南部	112	20	3.8%	17.9%
区西南部	201	116	21.9%	57.7%
区西部	159	46	8.7%	28.9%
区西北部	218	115	21.7%	52.8%
区東北部	164	16	3.0%	9.8%
区東部	135	21	4.0%	15.6%
北多摩北部	70	20	3.8%	28.6%
北多摩南部	96	56	10.6%	58.3%
北多摩西部	71	38	7.2%	53.5%
南多摩	135	44	8.3%	32.6%
西多摩	35	12	2.3%	34.3%
島しょ	0	0	0.0%	0.0%
計	1,531	530	100.0%	34.6%

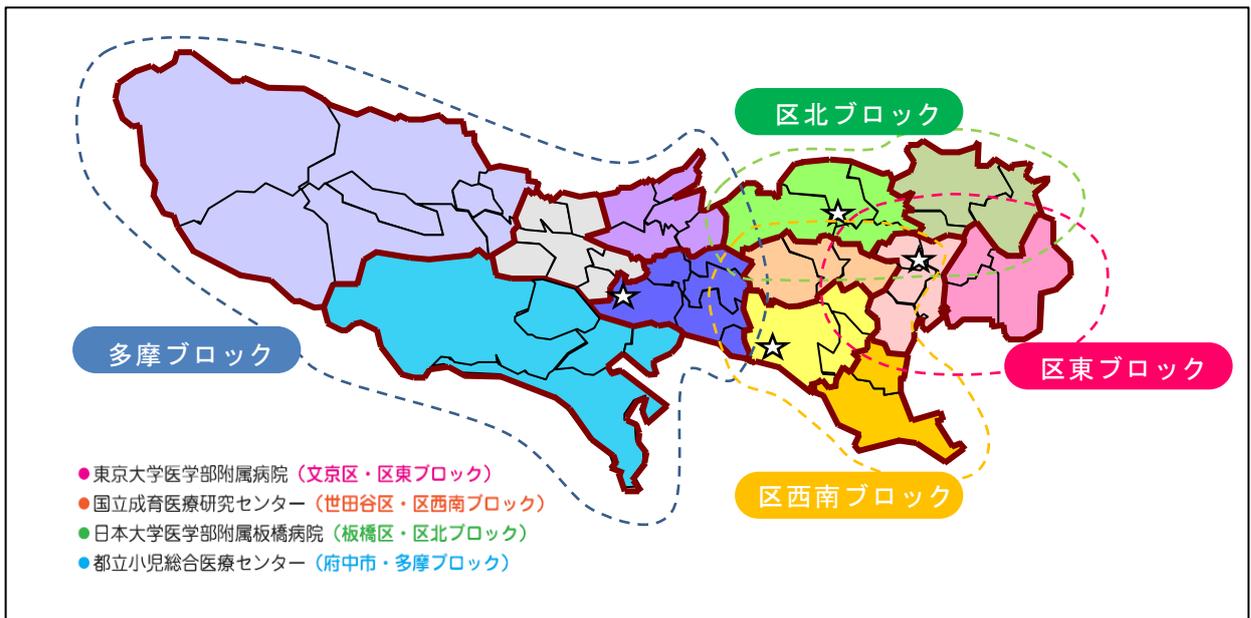
注：発生圏域は、東京都保健医療計画に基づく二次保健医療圏

出典：東京消防庁提供(平成25年4月1日から平成26年3月31日までの重症以上救急搬送数(0～14歳))

2 こども救命センターの設置

- 都における救急医療体制については、入院を必要としない軽症患者に対する初期救急医療機関、入院を要する中等症患者に対する二次救急医療機関、生命の危機を伴う重篤患者に対する三次救急医療機関を基本に構成されている。

- 三次救急医療機関は、二次救急医療機関では対応困難な重篤な救急患者に対し、高度な医療を総合的に提供する医療機関として整備を進めており、都では、平成26年4月現在、厚生労働省が定める要件を満たした26施設を救命救急センターとして指定している。
- また、特に小児救急医療体制については、平成22年9月に、都は、重篤な小児救急患者を迅速に受け入れ、小児特有の症状に対応した高度な救命治療を行う「こども救命センター」を都内4ブロックに1施設ずつ指定し、こども救命センターを中核とした地域の医療機関等における小児医療ネットワークの構築を図り、小児救急医療体制を整備した。

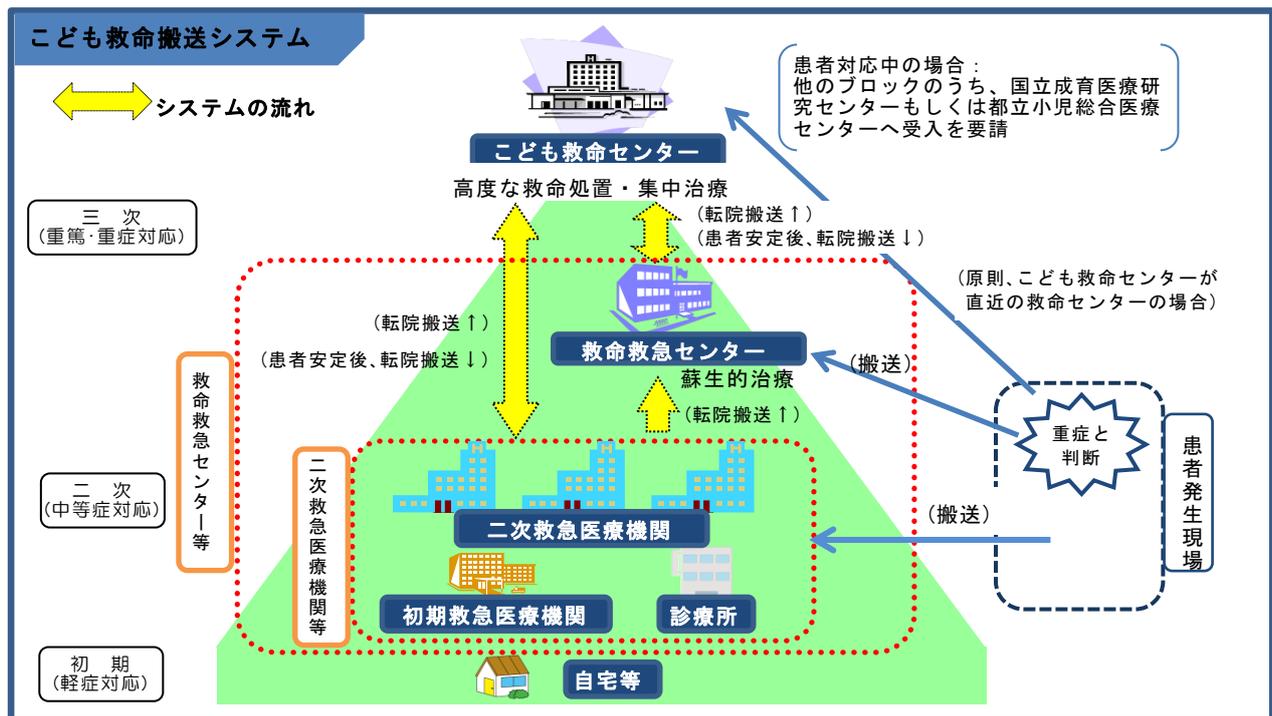


- こども救命センターが対象とする症例（こども救命搬送システム対象症例）は、概ね0歳から15歳まで（ただし、周産期搬送システムの対象患者は除く。）の以下の疾患等に該当する小児救急患者で、緊急に救命処置が必要なものである。

こども救命搬送システム対象症例（こども救命センターが対象とする症例）	
概ね0歳から15歳まで（ただし、周産期搬送システムの対象患者は除く。）の以下の疾患等に該当する小児救急患者で、緊急処置が必要なもの	
1 小児重症救急症例で、急性期の救命処置と集中治療管理（循環作動投与、人工呼吸管理、体外循環のいずれか）が必要な症例 （例） ・呼吸不全・ショック・呼吸循環管理を要する症例 ・中枢神経疾患・中枢神経管理を要する症例 ・重症外傷・中毒などの外因系救急疾患	2 その他の重症例で、搬送を受け入れた直近施設での診療の継続が困難な症例 （例） ・近い将来に集中治療管理が必要になると予想される症例 ・その他、東京都こども救命センターでの診療が適切と判断される症例

- こども救命搬送システムは、救命救急センター及び二次救急医療機関等の施設で救急初期診療（蘇生的治療）後、継続的な処置が困難だということになった場合、ブロック内のこども救命センターに受入要請し、こども救命センターが受入れを行うものである。その後、こども救命センターでの治療が終わり全身状態が安定した段階で、原則として、搬送元医療機関等と協議のうえ転院搬送を行うことになる。

こども救命搬送システムの流れ	
1	救命救急センター及び二次救急医療機関等の施設は、搬送された小児救急患者に対し、救急初期診療（蘇生的治療）を行う。
2	直近の救命救急センター等は、救急初期診療（蘇生的治療）後、「こども救命搬送システム対象症例」に該当する症例のうち、診療の継続が困難で、こども救命センターへの搬送が必要な場合には、原則として、ブロック内のこども救命センターへの受入要請を行う。 ただし、要請を受けたこども救命センターが受入困難な場合には、国立成育医療研究センター又は東京都立小児総合医療センターへ受入要請を行う。
3	搬送は、こども救命センター搬送チームまたは医師同乗の救急車による。 受入先決定後、必要により消防機関へ転院搬送を要請する。
4	患者発生現場からこども救命センターへ直接搬送するのは、原則として、こども救命センターが直近の救命センターの場合とする。
5	こども救命センターは、患者の全身状態が安定した段階で、原則として、搬送元医療機関等と協議のうえ転院搬送を行う。



- また、こども救命センターは、小児三次救急医療機能の他に、小児医療連携の拠点機能及び小児臨床教育の拠点機能を担い、地域ブロック会議及び小児臨床研修を実施し、こども救命センターを中核として地域の医療機関等における小児医療ネットワークの構築を支援し、小児救急医療体制を整備している。

3 こども救命センターの受入実績

- こども救命センターの受入れについては、平成22年度は9月から実施し、196件であった。その後、23、24、25年度の実績では、372、473、622件であった（平成22年度から24年度までの実績には、東京都立小児総合医療センターは三次救急医療機関からの搬送のみ計上）。
- 患者の年齢については、1歳未満が平成22年度は20.9%であったが、25年度では30.4%と増えており、逆に7歳以上が35.7%から25.6%に減ってきている。
- 搬送依頼元は、ブロック内の二次救急医療機関等からの搬送が平成22年度は7.7%あったが、25年度では24.8%と増えてきている。
- また、初診時傷病程度が、「重篤」と「重症」を合わせた割合が平成23年度は74.8%、25年度が90.2%と増えており、症状の重い患者の搬送に集約されてきている。
- 搬入後診断については、上位3項目は平成22年度から25年度まで、呼吸器系、脳・神経系、外傷で全体の7割前後となっており、特に呼吸器系は、22年度と25年度では18.9%から27.5%と増えてきている。
- 転帰については、「搬送元転院」が平成22年度の6.1%から25年度の7.9%と低い水準で推移しており、「退院」が71.4%から79.9%と増えてきている。

東京都子ども救命センターの受入実績

区分		平成22年度 (平成22年9月～)	平成23年度	平成24年度	平成25年度								
全体数※1		196	372	473	622								
備考		○都立小児総合医療センターは三次救急医療機関からの搬送のみ計上 【参考】平成22年度(H22.9～H23.3)救急搬送内訳(重症以上) 293件(37.2%)	○都立小児総合医療センターは三次救急医療機関からの搬送のみ計上 【参考】平成23年度救急搬送内訳(重症以上) 444件(33.7%)	○都立小児総合医療センターは三次救急医療機関からの搬送のみ計上 【参考】平成24年度救急搬送内訳(重症以上) 446件(31.9%)	○都立小児総合医療センターは三次救急医療機関からの搬送のみ計上 【参考】平成25年度救急搬送内訳(重症以上) 530件(34.6%)								
年齢	1歳未満	20.9%	23.7%	25.8%	30.4%								
	1～6歳	43.4%	49.5%	47.8%	44.1%								
	7歳以上	35.7%	26.9%	26.4%	25.6%								
搬送依頼元	救命センター(ブロック内)	15.3%	12.1%	11.4%	5.8%								
	救命センター(ブロック外)	7.7%	5.1%	6.3%	3.9%								
	二次救急医療機関等(ブロック内)	7.7%	14.0%	18.6%	24.8%								
	二次救急医療機関等(ブロック外)	8.7%	7.0%	9.1%	7.4%								
	直送	60.7%	61.8%	54.5%	58.2%								
初診時傷病程度	重篤	—	28.8%	39.5%	37.0%								
	重症	—	46.0%	48.0%	53.2%								
	中等症	—	19.6%	11.2%	8.4%								
	軽症	—	1.3%	0.6%	1.5%								
	その他(不明等)	—	4.3%	0.6%	—※2								
搬入後診断	上位3項目	件数	割合	上位3項目	件数	割合	上位3項目	件数	割合	上位3項目	件数	割合	
		脳・神経系	71	36.2%	脳・神経系	121	32.5%	脳・神経系	132	27.9%	呼吸器系	171	27.5%
		外傷	40	20.4%	呼吸器系	75	20.2%	呼吸器系	131	27.7%	脳・神経系	167	26.8%
		呼吸器系	37	18.9%	外傷	58	15.6%	外傷	85	18.0%	外傷	93	15.0%
	○「その他」には、熱傷、中毒、溺水、窒息が含まれる。												
	転帰	転送元転院	6.1%	4.6%	5.5%	7.9%							
		他院転院	5.1%	3.5%	4.9%	4.7%							
		退院	71.4%	78.5%	79.1%	79.9%							
		入院中	11.2%	11.8%	4.4%	4.2%							
		死亡	5.1%	5.5%	1.6%	2.4%							
		不明・その他	1.0%	0.6%	0.0%	1.0%							

※1 東京都子ども救命センターからの報告のうち集中治療を要するもの(PICU/ICU入室患者)を集計(他県からの搬送は除く。)

注) 構成割合は四捨五入をしているため、その合計が100%とならない場合がある。

※2 平成25年度の初診時傷病程度の「その他(不明等)」は、割合の計算から除外している。

第2 「東京都こども救命センター転院・退院支援体制検討部会」における検討状況について

東京都こども救命センター転院・退院支援体制検討部会（以下「当部会」という。）

目的：こども救命センターにおいて、急性期を過ぎた小児患者の円滑な転院・退院支援体制について、都としての方策等を検討する。

構成：こども救命センター代表、関係団体代表、医療機関代表、訪問看護ステーション代表、行政機関代表

開催状況：平成25年度～26年度（6回）

※平成24年度に準備会を2回開催（現状や今後部会で検討すべき内容を協議）

1 受入実績から見られる傾向（退院支援コーディネーターをモデル配置した医療機関の実績）

- こども救命センターに退院支援コーディネーター（以下「コーディネーター」という。）をモデル配置している（後述）国立成育医療研究センターと都立小児総合医療センターの入院児の転院・退院の傾向を分析し、こども救命センターの状況を確認した。（調査期間：平成25年4月1日～平成26年3月31日）

【国立成育医療研究センター・都立小児総合医療センターの状況（平成25年度）】

	ブロック	PICU数	小児科病床数	受入患者数
国立成育医療研究センター	区西南	20床	288床	469人
都立小児総合医療センター	多摩	22床	265床	

(1) 入院日数

2病院の平均入院日数は20.8日（※）であり、症例の8割弱は21日以内の入院であった。また、転院となった症例は退院となった症例に比べ、入院日数は短い傾向にあった。

	転院	退院
平均入院日数	10.8日(54人)	18.8日(374人)

（※）転帰が死亡の児の他、H26.3.31日現在入院中の児を含む。

(2) 医療・介護の状態別に見た平均入院日数

医療・介護のケアが発症後に新たに必要となった児は、平均入院日数が長くなる傾向があった。

発症前・発症後	なし・なし	なし・あり	あり・あり
転院	11.0日(11人)	10.7日(22人)	11.0日(20人)
退院（※）	16.1日(233人)	25.7日(88人)	17.7日(46人)

（※）残る退院7件の「発症前・発症後」の状態は「あり・なし」であった。

（注）「なし」…医療・介護のケアが不要 「あり」…医療・介護のケアが必要

(3) 転帰

症例の約 11.5%が他の医療機関への転院であるが、搬送元がない直送症例は搬送元がある症例に比べ、転院となる症例が少ない傾向にあった。

	転院／搬送元あり	転院／搬送元なし
転院になった割合	21.5%(41/191件)	4.7%(13/278件)

2 こども救命センターからの転院・退院の困難な理由

- こども救命センターからの転院・退院の困難な主たる理由について、各こども救命センターからの意見をもとに、経路(転帰)別、要因別に整理した。

経路別／ 要因別	患者及び患者家族	受入先
搬送元医療機関への転院	<ol style="list-style-type: none"> 1 家族による転院拒否(不都合を感じない、こども救命センターでの治療継続を希望 など) 2 搬送元医療機関への医療不信、入院条件等 	<ol style="list-style-type: none"> 1 搬送元医療機関の受入体制(医師・看護師、ベッド数等) 2 搬送元医療機関のこども救命搬送システムの認識不足 (搬送元救急科→こども救命センター→搬送元小児科となる場合に、搬送元小児科に搬送元としての意識が醸成されていない など)
搬送元以外への転院	<ol style="list-style-type: none"> 1 家族による転院拒否(不都合を感じない、こども救命センターでの治療継続を希望 など) 2 転院先医療機関(搬送元医療機関を除く。以下同じ。)への医療不信、入院条件等 	<ol style="list-style-type: none"> 1 転院先医療機関の受入体制(医師・看護師、ベッド数等) 2 転院先医療機関の入院歴等のない患者への不応需 3 転院先医療機関との連携不足 4 転院先医療機関からのさらなる受入先医療機関等の不足
退院	<ol style="list-style-type: none"> 1 家族の不安(患者のケア、急変時の対応など) 2 家庭環境、家庭内の経済事情等 3 家族の養育意思 	<ol style="list-style-type: none"> 1 在宅療養に必要な医療資源の不足 2 レスパイト施設の不足 3 後方ベッドの確保、急変時対応病院の不足

3 指定二次救急医療機関(小児)等の状況

- 当部会では、こども救命センターで患者の全身状態が安定した後、その後の在宅移行に向けた治療や退院準備等は、患者の居住地の医療機関で行うという流れを作ることが、患者及び家族、こども救命センターにも負担の軽減につながるのではないかとことから、地域の医療機関で医療依存度の高い患者にも対応する指定二次救急医療機関等に対して、急性期を過ぎた小児患者の受入れ等について調査した。

【指定二次救急医療機関(小児)等に対する調査結果】

(1) 調査内容 (平成25年12月実施)

- ・東京都こども救命センターの認知度、急性期を過ぎた小児患者の受入状況

(2) 調査対象

- ・都内の小児科標榜の救急告示医療機関（※）

(3) 調査結果の概要

① こども救命センターの認知度（知っているとは回答した割合）

	こども救命センターの認知度	こども救命搬送システムの認知度	
			患者の状態が落ち着いた場合、搬送元へ戻すルール認知度
小児科医	87.5%	69.2%	84.7%（全体の58.7%）
救急担当医	50.0%	37.8%	71.4%（全体の27.0%）

② 状態が安定した患者を再び受け入れる際に生じる問題点や課題について（複数回答）

ア 医療デバイス等の管理が難しい	48.9%
イ 専門性の高い疾患に対応できない	40.4%
ウ 長期入院管理が予想される患者について受け入れる余裕がない	38.3%
エ リハビリテーションができない	31.9%
オ 急性期施設なので急性期以降の患者の受入れをしていない	25.5%
カ ベッド不足	8.5%
キ 院内の連携不足（救急科等の救急担当部署と小児科間の連携）	4.8%

③ 医療デバイス等の管理が難しい理由について（複数回答）

看護師の体制	医師の体制	設備の状況
82.6%	52.2%	52.2%

④ 医療・介護ニーズの高い児の管理に関する研修の受講希望（希望ありと回答した割合）

	看護師向けの研修	医師向けの研修
研修の受講希望	82.6%	70.2%

⑤ 地域の在宅療養支援機関との定期的な連携会議の開催状況

- ・開催している 21.3%
- ・開催していない 74.5%

(※) (3)①は、小児科標榜の救急告示医療機関からの回答を集計

【回答率】小児科医：71.7%(104/145 施設)、救急担当医：51.0%(74/145 施設)

(3)②～⑤は、指定二次救急医療機関（小児）の小児科医師からの回答を集計

【回答率】100.0%(47/47 施設。こども救命センター4施設を除く)

- また、上記指定二次救急医療機関（小児）等への調査に加え、急性期病院からの患者の受入れが困難な理由について、より詳細な情報を個別に聞き取った。

【指定二次救急医療機関（小児）への個別の聞き取り状況】

(1) 聞き取り内容

こども救命センターの後方病床として、気管切開以上の呼吸管理を必要とする小児の受入れ困難な理由
(在宅移行支援病床運営事業(国庫補助事業)の設置要件等を参考に聞き取り)

(2) 聞き取り先

- ・ 指定二次救急医療機関（小児）6病院*

※ 地域医療支援病院及び受入実績等により抽出し、聞き取り

(3) 聞き取り結果の概要（複数回答）

ア 医療従事者が医療依存度の高い患者のケアに不慣れ	3 病院
イ 小児に対応できる理学療法士がいない	3 病院
ウ 看護師が気管切開している患者のケアに慣れていない	2 病院
エ 必要な医療機器がない	2 病院
オ (地域の在宅療養を行っている機関との連携が不十分なため) 自院 の入院期間が長くなる	2 病院
カ 在宅移行の知識・技術について、ノウハウがない	1 病院
キ 急性増悪時に自院で手に負えないときはこども救命センター等に 送ることができるのかが不明	1 病院
ク 常時呼吸管理に習熟した医師がいない	1 病院
ケ 基準を満たす程の看護配置ができない	1 病院

4 退院支援コーディネーター配置モデル事業の実施結果について

(1) モデル事業の概要

① 目的

こども救命センターにおける転院及び退院の課題・問題の分析、当部会への報告を通じ、都として有効な解決策を検討していくことを目的に、コーディネーターをモデル配置する。

② 実施医療機関

国立成育医療研究センター、都立小児総合医療センター

※ より多くの事例分析を行うため、患者受入数が多い2病院で実施

③ 実施年度

平成25～26年度

④ 実施内容

- ・ こども救命センター取扱患者のコーディネート（退院支援計画、実際の転院・退院に向けた検討、退院調整）
- ・ こども救命センター取扱患者のデータ、コーディネート状況等実績を都へ報告

⑤ モデルケース

モデルケースの選定に当たっては、転院・退院の困難な理由として、転帰別及び、患者家族(患者)・受入先の要因別にあることから、これらの中からモデルケースを抽出し、支援した内容や効果、支援を行った際に生じた課題等を取りまとめた。

(2) モデル事業の効果

① 退院支援計画

- 院内スタッフそれぞれからの情報を収集することで、情報を共有化するためのカンファレンスを適切なタイミングで行うことができ、在宅及び転院先での生活状況等に合わせた多角的な支援方針を決定することができた。
- 事前に院内スタッフ間で患者家族への説明の内容や方法、タイミング等について取りまとめることにより、計画的かつ統一的な対応のほか、適切な情報提供をすることができた。
- コーディネーターが、PICU入院時(早期)からリエゾン医（精神科医）に同行などして患者家族に介入することにより、患者家族にとって受け入れがたい児の急変した状況に対する動揺（戸惑い）を支え、患者の在宅移行に当たっての説明等を必要なタイミングで行うことができ、転退院調整の理解を得やすくなった。
- 患者家族との信頼関係を得ることにより、患者家族のニーズや希望を聞き取りやすくなり、院内スタッフへの伝達もスムーズに行うことができ、家族の意向と移行方針のすり合わせがしやすくなった。

② 実際の転院・退院に向けた検討

- 各院内スタッフや患者家族等との面談から情報を収集することにより、病状の変化に合わせカンファレンスを複数回開催することで、見通し・治療方針の変更にも迅速かつ柔軟に対応し、患者家族の希望に沿った支援をすること

ができた。

- 稀有な疾患を含めた予後や小児特有の回復力などの専門的な見解を各院内スタッフから集約し、転院・退院に向けての課題や確認事項を整理することで、誰が何を転院先や地域の医療・福祉・保健機関と相談・調整するかの役割分担が明確になり、計画的かつ効率的な退院調整をすることができた。
- 各院内スタッフの支援状況をコーディネーターが把握することで、調整の遅れが把握できるようになり、転院・退院に向けての支援がしやすくなった。
- これまでは医師又は看護師等が業務の合間に資源確認等を行っていたが、コーディネーターの配置により、迅速に資源確認・実態等を確認することができ、方針決定が速やかになった。
- コーディネーターによる資源調査や地域の病院等への電話・訪問による関係性の構築により、受入可能な地域の医療・福祉機関を新たに増やすことができた。また、相手先の状況も把握できるようになったため、相手先の体制等を考慮しながら、どのような状態で患者を転院させれば受入れやすいかが分かるようになった。
- コーディネーターが窓口となることで、在宅移行準備が進むごとに生じる患者家族の不安を受け止め、ニーズや希望とのすり合わせを行うことにより、患者家族との信頼関係がさらに深まり、患者の在宅移行に当たっての調整・説明等を適切なタイミングで行うことができた。
- 入院早期から面接・相談対応にコーディネーターが同席することにより、適宜、患者家族の不安や目標の再調整など院内スタッフと協議することができ、具体的な指導を院内スタッフに依頼することで患者家族が在宅療養に向けてイメージが持て、手技の練習等を積極的に行ってもらえるようになった。
- コーディネーターが信頼を得て、患者家族との窓口となり、患者に寄り添うことで、「追い出される」感の強い転院相談が非常にスムーズに進んだケースもあった。

③ 退院調整

- 入院中の患者の状況が即時に把握でき、退院調整に当たっての他の業務との調整を事前に準備しやすくなった。その結果、重点的に力を注がなくてはならない部分の把握のための連絡が速やかにでき、より円滑な連携や退院調整ができるようになった。
- 在宅移行関係者が合同会議時に、患者の状態を事前にみてもらうこと、必要に応じて行う調整や質問等へ対応することができた。その結果、在宅移行関係者が今後実施しなくてはならないことや在宅時に起こり得る状況等を事前に確認することができ、各自が地域での受入れに当たり準備をしなくてはならないことがより明確になり、円滑な移行につながった。

- 患者の居住地が広範囲にわたることから、コーディネーターが資源調査、電話・訪問等を行うことにより、新たな地域での関係性を築くことができた。
- 患者家族と信頼関係を得ることにより、在宅移行後の希望が把握でき、今後の支援方法を検討して反映することにより、意向に沿った支援につながられた。

④ こども救命センター取扱患者に関する実績報告

- 入院患者のデータを一元的に集計・分析することで、こども救命案件の患者の経過や傾向を把握することができた。
- コーディネーターがこども救命案件の転退院調整を担当することにより、転院・退院に係るノウハウを蓄積することができた。
- 取扱患者に関するデータを取りまとめることにより、コーディネーターの業務が把握でき、コーディネーターとして関わった時間を確認することができた。

(3) 退院支援コーディネーターの役割

モデル事業を実施した2病院では、コーディネーターを配置したことにより、転院・退院を行う際の院内連携体制が充実し、各院内スタッフの役割が明確になったほか、患者及び家族への支援体制も円滑に行えるようになってきたことが確認された。

このことを受け、コーディネーターが今後も以下の役割を担い、円滑な転院・退院を支援し、患者及び家族が安心して療養できる環境を整備する必要がある。

① 在宅移行支援関係者等との連携

在宅移行に当たっては多くの関係者が関わることから、院内外における関係者等との顔の見える関係の構築及び他職種への理解が必要である。

- 状態の変化が多様な小児患者への柔軟な支援体制の構築
- 各院内スタッフの支援状況を把握し、計画的かつ円滑に転院・退院への移行を進めるためのカンファレンスの開催
- 地域の医療・福祉関係者との連携

② 地域の医療資源等の把握・取りまとめ

地域の医療資源等については、最新の情報を把握しておくことが重要であるため、日頃の転退院支援で知り得た情報や定期的な調査等により、適宜更新する必要がある。

- 地域の医療資源等の把握・活用

③ 患者家族への対応 ～ノウハウの蓄積～

今後、より多くの患者の転院・退院に伴う移行支援を行うことから、これまでに培ったコーディネーターのノウハウの蓄積及びその伝達・継承方法について検討する必要がある。

- 円滑な在宅移行等のための患者家族への早期介入及びそのタイミングの見極め
- 患者家族との信頼関係の構築

第3 患者・患者家族における安心の在宅療養を目指して

～こども救命センターからの円滑な転院・退院について(関係機関が果たす役割)～

当部会では、高度な救命治療を行うこども救命センターの限りある医療資源を効果的に活用するため、こども救命センターに入院し、全身状態が安定した後、自宅のある住み慣れた地域の生活環境で療養を行うことが患者及び患者家族の負担軽減に繋がることから、地域の医療機関として医療依存度の高い患者にも対応する指定二次救急医療機関（小児）等（以下「地域の中核病院」という。）へ急性期を過ぎた小児患者を受け入れる体制の構築を働きかけていくこと、合わせてコーディネーターを活用し円滑な転院・退院を進めていくことの必要性が指摘された。

また、患者及び患者家族が安心して自宅で療養していくためには、地域の中核病院や在宅医療に関わる診療所・訪問看護ステーション、福祉サービスや母子保健サービスを担う区市町村等（以下「地域の医療・福祉・保健機関等」という。）の関係者が連携し、顔の見える関係づくりを行うとともに、関係者が多くの職種にわたることからそれぞれが互いの業務・役割等について理解を深め協働していくことが必要であるとの意見もあった。

これらを踏まえ、こども救命センターにおいて、小児重篤患者の受入要請があった場合に必ず受け入れる体制を維持するとともに、在宅療養等を必要とする患者が円滑に転院・退院するためにも、以下の方策等を行っていくことが必要である。

【主な方向性】

- こども救命センターからの円滑な転院・退院を実現するため、こども救命センターにおける転院・退院に向けたコーディネート機能や患者・患者家族への支援を充実する。
- こども救命センターからの転院促進のため、地域の中核病院に受入れ病床を確保する。
- 地域の中核病院において医療デバイス等の管理が必要な患者を受け入れられるよう、医療従事者の育成を図る。
- こども救命センター及び地域の中核病院からの円滑な転院・退院の促進を図るため、地域の医療・福祉・保健機関等との連携を促進する。

1 こども救命センター運営事業の推進

- ① コーディネーターのモデル配置により、院内の連携体制が進み、円滑な転院・退院が行われていることから、今後も各こども救命センターの状況等を勘案しながら、コーディネーターを中心に院内での連携を深め、より一層コーディネート機能を強化する必要がある。
- ② 地域の中核病院や地域の医療・福祉・保健機関等に対し、こども救命センターの事業を周知する他、戻り搬送や在宅移行等を円滑に行うため、ブロック会議やケースカンファレンス等を活用し、顔の見える関係を構築する取組が重要である。

2 患者家族の支援

- ③ こども救命センターからの転院・退院に対する患者家族の不安等を取り除くため、コーディネーターを中心に早期介入を図り、信頼関係を構築することが重要である。
- ④ 在宅療養時における患者家族の不安や負担を軽減するため、定期的な医学管理や患者家族の労力を一時的に支援することを目的としたレスパイト機能を持つ医療機関等を確保するとともに、拡充に努めていく必要がある。

3 地域の中核病院における受入体制の強化

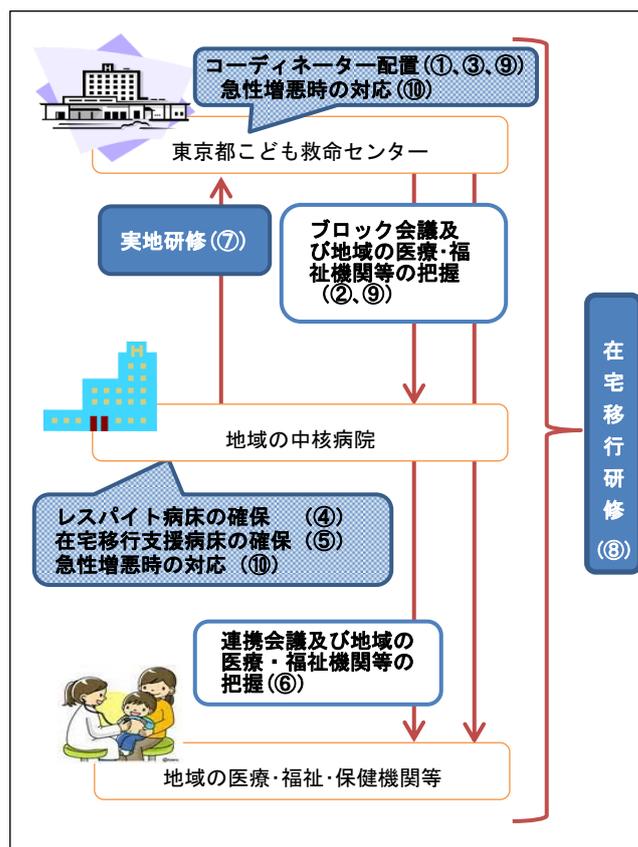
- ⑤ 地域の中核病院に、こども救命センターでの治療を終え全身状態が安定しているものの、慢性人工呼吸管理や経管栄養管理等が必要な患者を受け入れる病床を地域の实情に応じて確保することが必要である。
- ⑥ 患者の在宅移行に当たり地域特有の状況等を検討する場合については、地域の中核病院及び地域の医療・福祉・保健機関等の従事者が、受入可能な処置や条件等の情報交換をすることなども必要である。

4 後方病床及び小児在宅移行支援に関わる人材の育成

- ⑦ 地域の中核病院の医療従事者が、実際に人工呼吸器などの医療デバイスの管理や専門性の高い疾患の対応に慣れるための機会を持つことが必要である。
- ⑧ こども救命センターや地域の中核病院、地域の医療・福祉・保健機関等の従事者が、患者及び患者家族の円滑な在宅移行や在宅での安定した生活を支援するため、多機関多職種と連携することができるよう、相互に関連する職務を理解する必要がある。

5 その他（在宅療養に当たっての環境整備）

- ⑨ コーディネーターは、退院後の患者家族の不安・負担を軽減するため、入院時から退院後の生活を想定し、地域の医療・福祉・保健機関等との連携により、家族との信頼関係の構築、療育意識の醸成、在宅時における支援体制の調整などを行っていくことが望ましい。
- ⑩ 患者が急性増悪した場合、こども救命センター及び地域の中核病院が、患者の状況に応じ支援していくことが重要である。



資料編

ページ数

1	東京都こども救命センター 地域ブロック会議実績について ……………	19
2	東京都こども救命センター 小児臨床研修実績について ……………	21
3	退院支援コーディネーターによる支援のモデルケースについて ……	23
4	東京都こども救命センター 退院支援コーディネーターの業務時間について……………	27
5	在宅移行支援病床運営事業と在宅療養児一時受入支援事業(レスパイト)について ……………	28
6	今後の小児在宅移行研修について……………	29
5	東京都内における小児救急医療体制（二次・三次） ……………	30
	東京都こども救命センター転院・退院支援体制検討部会 名簿 ……………	31
	東京都こども救命センター転院・退院支援体制検討部会 検討経過 ……	32

東京都子ども救命センター 地域ブロック会議実績について

		東京大学医学部附属病院	日本大学医学部附属板橋病院	国立成育医療研究センター	都立小児総合医療センター
平成25年度	テーマ	○平成24年度「東京都子ども救命センター運営事業」の実施状況について ○事例紹介「子ども救命センターで受けた後の退院・転院支援事例」 ○意見交換「子ども救命センターでの転院・退院支援体制の現状と問題点」	○平成24年度「東京都子ども救命センター運営事業」の実施状況について ○東京都子ども救命センター運用開始3年間の実績報告 ○小児外傷初期診療の注意点 ○小児虐待における現状とその対応 ○質疑応答	○平成24年度「東京都子ども救命センター運営事業」の実施状況について ○当センター救急外来の現状について ○東京都子ども救命センター事業開始後のPICUの現状について ○質疑応答・今後の連携に際しての意見交換	○小児二次救急のネットワークについて ・情報共有について ・在宅医療患者について ○児童虐待への対応について ・病院間連携について ○その他アンケートの集計から ・医療連携講演会等 ・若手小児科医の人事交流 ・専門外来の開設 他
	参加者	51名	62名	33名	25名
	病院	8施設（医師、看護師）	8施設（医師、看護師、医療連携）	12施設（医師）	11施設（医師）
	診療所	2施設（看護師、SW、医師）	—	—	—
	医師会	—	2団体	6団体	—
	他子ども救命センター	3施設（医師、看護師、事務）	3施設（医師）	—	—
院内	（医師、看護師、地域医療連携部、コメディカル、事務）	（医師、看護師、医療福祉相談室、臨床工学技士、事務）	（医師、看護師）	（医師、看護師、医療連携、事務）	
平成24年度	テーマ	○平成23年度「東京都子ども救命センター運営事業」の実施状況について ○事例紹介 ○意見交換 ・地域医療機関が抱える小児救急医療の課題など ・在宅医療・地域の小児科医・医師会からみた課題など 他	○平成23年度「東京都子ども救命センター運営事業」の実施状況について ○「東京都子ども救命センター」運用開始2年間の実績 ・救命救急センターに搬送された小児例におけるプレホスピタルの検討 ・当院における運用2年間のまとめ ○質疑応答 他	○平成23年度「東京都子ども救命センター運営事業」の実施状況について ○当センター救急外来の現状について ○東京都子ども救命センター事業開始後のPICUの現状について ○今後の連携に際しての御案内と御提案 ○質疑応答	○子ども救命センター事業の紹介 ○救急医療のネットワークづくりについて ○専門医療の連携状況について ○その他
	参加者	48名	62名	30名	40名
	病院	10施設（医師、MSW、事務、医療連携）	9施設（医師）	14施設（医師）	12施設（医師、連携室代表者）
	診療所	2施設（医師）	—	—	—
	医師会	—	3団体	3団体	—
	他子ども救命センター	2施設（医師、看護師、事務）	3施設（医師）	—	—
院内	（医師、看護師、理学療法士、事務）	（医師、看護師、医療福祉相談室、臨床工学技士、事務）	（医師、看護師、事務）	（医師、看護師、MSW、医療連携、事務）	

		東京大学医学部附属病院	日本大学医学部附属板橋病院	国立成育医療研究センター	都立小児総合医療センター
平成23年度	テーマ	○平成22年度「東京都子ども救命センター」運営事業の実施状況について ○救命救急センターの認定から1年を迎えて ○東大病院における救急患者の実績 ○質疑応答	○平成22年度「東京都子ども救命センター」運営事業の実施状況について ○救命センターからみた「子ども救命センター」の運営 ○「東京都子ども救命センター」運用開始1年の搬送実績 ○質疑応答	○平成22年度「東京都子ども救命センター」運営事業の実施状況について ○東京都子ども救命センター事業開始後の救急外来の現状について ○東京都子ども救命センター事業開始後のICUの現状について ○質疑応答	○子ども救命の実績報告 ○病院間搬送に関するアンケート調査結果報告
	参加者	52名	43名	26名	60名
	病院	9施設（医師）	14施設（医師、看護師、医療連携、事務）	9施設（医師）	—
	診療所	—	—	—	—
	医師会	4団体	4団体	5団体	—
	他子ども救命センター	3施設（医師、事務）	3施設（医師、看護師、事務）	—	—
院内	（医師、看護師、事務）	（医師、看護師、医療福祉相談室、臨床工学技士、事務）	（医師、事務）	—	
平成22年度	テーマ	○東京都子ども救命センター設置の趣旨と概要について ○当院におけるPICUの現状と救命センターの対象疾患について	○東京都子ども救命センター設置の趣旨について ○東京都子ども救命センター当院の運用について ・連絡態勢 ・受入れとバックトランスファー他 ○質疑応答	○東京都子ども救命センター設置の趣旨について ○東京都子ども救命センター当センターの運用について ・概要説明 ・PICUの現況説明 ・搬送チームの活動紹介 ○質疑応答	○東京都子ども救命センター設置の趣旨と概要について ○小児総合医療センターにおける東京都子ども救命センターについて
	参加者	52名	75名	62名	34名
	病院	16施設（医師、事務、医療連携）	15施設（医師、医療連携、事務）	22施設（医師、事務）	13施設（医師）
	診療所	—	—	—	—
	医師会	2団体	4団体	8団体	14団体
	他子ども救命センター	3施設（医師）	3施設（医師、看護師、事務）	—	—
院内	（医師、看護師、事務）	（医師、看護師、臨床工学技士、事務）	（医師、看護師、事務）	—	

東京都こども救命センター 小児臨床研修実績について

	東京大学医学部附属病院	日本大学医学部附属板橋病院	国立成育医療研究センター	都立小児総合医療センター	
平成25年度	テーマ	○子どもの痙攣重積・意識障害と急性脳症への対応	○小児心肺蘇生のポイント	<u>全10回</u> ○小児在宅医療患者家族に対する生活支援とは ○小児がんセンターの運営及び小児がん新規治療開発 他	<u>全4回</u> ○カナダにおける小児救急的アプローチ ○模型人工肺の緊急対応とレーニン図 ○小児救命救急医療と急性期リハビリテーション
	参加者	116名	22名	第1～10回 計395名	第1～4回 計221名
	病院	8施設（医師、看護師）	3施設（医師、看護師）	（医師、看護師、その他）	3施設（医師、放射線技師）
	診療所	—	—	—	—
	医師会	—	—	—	—
	他こども救命センター	1施設（医師、看護師）	—	—	3施設（医師、看護師）
院内	（医師、看護師、臨床検査技師、薬剤師、SW、事務）	（医師、看護師）	（医師、看護師、その他）	（医師、看護師、事務）	
平成24年度	テーマ	<u>全2回</u> ○小児の急性腎障害(AKI) ○小児の体外補助循環	○重症小児の施設間搬送—国立成育医療研究センターの現状と課題	<u>全19回</u> ○DIABETES AND PERIODONTAL THERAPY TRIAL ○日本と英国の子どもホスピスに臨む ○嚥下障害時に対する耳鼻咽喉科診療所の取り組み 他	<u>全3回</u> ○東京都こども救命センター事業における小児ECMOの現状と展望について ○カロリンスカ大学病院ECMOセンターの現状 ○重症体幹部外傷への備えと考え方、および小児専門医療施設との連携 他
	参加者	第1～2回 計209名	62名	第1～19回 計741名	第1～3回 計258名
	病院	7～8施設（医師、看護師、コメディカル）	9施設（医師）	（医師、看護師、その他）	1～8施設（医師、看護師、臨床工学技士）
	診療所	—	—	—	—
	医師会	3団体3診療所（医師、看護師）	3団体	—	—
	他こども救命センター	1～2施設（医師、看護師）	3施設（医師）	—	3施設（医師、看護師、臨床工学技士）
院内	（医師、看護師、コメディカル、事務）	（医師、看護師、医療福祉相談室、臨床工学技士、事務）	（医師、看護師、その他）	（医師、看護師、臨床検査技師、臨床工学技士、栄養士、事務）	

	東京大学医学部附属病院	日本大学医学部附属板橋病院	国立成育医療研究センター	都立小児総合医療センター	
平成23年度	テーマ	全2回 ○小児の急性腹症 ○小児の不整脈—注意が必要な症例	○東京都子ども救命センター運用開始1年の搬送実績・症例報告	全16回 ○世界標準の小児感染症の診断と治療を目指して ○小児科領域における個別化医療の臨床実践 ○瘧性麻痺早期発見の観察ポイント他	○子ども救命の実績報告 他
	参加者	第1～2回 計125名	43名	第1～16回 計596名	60名
	病院	8施設（医師、看護師）	14施設（医師、看護師、医療連携、事務）	（医師、看護師、その他）	8施設（医師、看護師）
	診療所	—	—	—	—
	医師会	2団体4診療所（医師）	4団体	—	—
	他子ども救命センター	—	3施設（医師、看護師、事務）	—	—
	院内	（医師、看護師、事務）	（医師、看護師、医療福祉相談室、臨床工学技士、事務）	（医師、看護師、その他）	—
平成22年度	テーマ	○意識障害の救急診療	○東京都子ども救命センター当院の運用について ・当該救命救急センターにおける小児患者の取扱状況について 他	全13回 ○小児腫瘍 ○臓器提供患者の呼吸循環管理 ○子どものための緩和ケア 他	○医療連携の推進状況
	参加者	67名	75名	第1～13回 計663名	20名
	病院	13施設（医師、看護師）	15施設（医師、医療連携、事務）	—	—
	診療所	—	—	—	—
	医師会	3団体6診療所（医師）	4団体	—	20団体
	他子ども救命センター	—	3施設（医師、看護師、事務）	—	—
	院内	（医師、看護師、臨床工学技士、臨床検査技師、事務）	（医師、看護師、臨床工学技士、事務）	—	—

※各年度、東京都子ども救命センター運営事業の実績報告書による。

※日本大学医学部附属板橋病院の平成22～24年度と都立小児総合医療センターの平成23年度は、地域ブロック会議と同日開催による。

退院支援コーディネーターによる支援のモデルケースについて

平成25・26年度のモデルケース（3例）

モデルケース	転・退院支援	社会的・医学的支援	医療・介護の状態 (発症前・発症後)
1 通院歴ある児が増悪し、人工呼吸器装着となり退院したケース	退院支援	社会的・医学的	あり・あり
2 高次脳機能障害が顕在化し、退院から転院に移行したケース	転院支援	社会的・医学的	なし・なし
3 退院後の症状再発が予測され、在宅移行後における地域での支援を必要としたケース	退院支援	社会的・医学的	なし・あり

【転・退院調整の流れ図中の略語(実施者)】

P 医 …… PICU 医師
 病医 …… 病棟担当医師
 (都立小児総合医療センターの場合は、総合診療医)
 専医 …… 専門診療科医師
 支コ …… 退院支援コーディネーター
 病看 …… 病棟看護師
 SW …… ソーシャルワーカー

【転院・退院調整の流れ図中の凡例】



1 退院支援コーディネーターが退院支援を行ったケース（発症前から医療・介護ケアが必要であった児への支援）

（患者概要）神経芽腫、呼吸筋麻痺があり、肺炎で診療所から転院搬送された2歳（入院日数10日、うちPICU入室7日。その後、再入院）

【支援を開始した理由】

- ・ 気管切開や人工呼吸が離脱できない状況を家族が受け入れ困難であった。
- ・ 兄もおり、人的・物理的支援は必要不可欠であった。
- ・ 吸引が非常に頻回で、退院に向けて手技の習得などにも時間を要する症例だった。

【ケースの概要】

■児の状況：生後3カ月の時に当院で神経芽腫を治療し退院。

1歳5か月の時に、こども救命案件として診療所より転院搬送。治療後、自宅へ退院。

その後、肺炎になり、診療所から転院搬送にて再入院。一般病棟に入るも容態悪化のため、PICU入室。

気管切開。人工呼吸器 24 時間。経管栄養。酸素需要。直腸ブジー・洗腸による排便コントロール。吸引頻回。吸入必要。

■家族構成：父（多忙、海外出張あり）、母、兄、患児

■支援の経過：気管切開後、一般病棟へ戻り、退院支援を開始。身体障害者手帳（呼吸機能障害、肢体不自由）申請、東京都重症心身障害児訪問看護事業導入、在宅診療医導入、訪問看護ステーション導入、吸引器・吸入器など日常生活用具の手配などを行った。

【コーディネーターの支援内容及び、支援を通じて感じた効果や課題】

■実施内容

- ・ PICU入室時からリエゾン医師に同行し、保護者へ説明
- ・ 院内カンファレンスを招集。事前にスタッフ間での保護者への説明方法やタイミング等について意見のとりまとめ
- ・ 在宅療養のためのサービス導入について、保護者の意向を確認し、スタッフと調整・役割分担
- ・ 退院時までにはスタッフが行くことを整理・確認するほか、必要な紹介状等を用意しておくよう依頼
- ・ 地域医療資源の調査、受入依頼、調整
- ・ 各スタッフの対応状況の確認、進行管理。全体関係者会議の招集

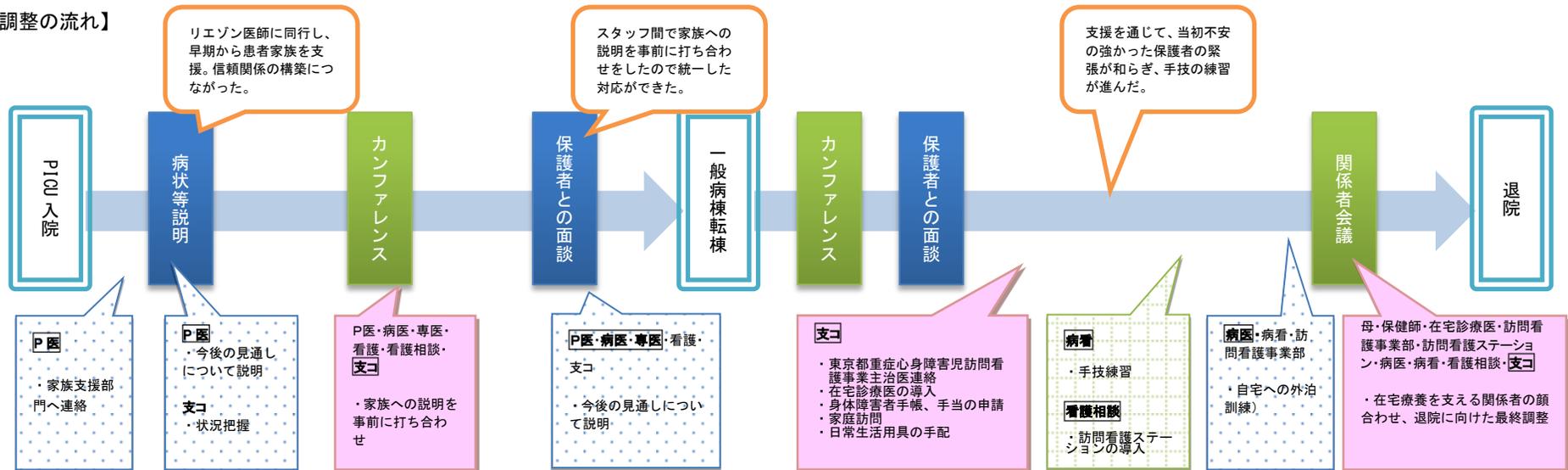
■効果

- ・ 当初、母親の不安が非常に強く在宅療養のイメージを持っていないが、コーディネーターが入院時から早期に関わることで、院内スタッフと一緒に準備をするというスタンスが理解され、非常に積極的に一つ一つ手技の練習なども進んだほか、兄とも良好に関わるようになった。
- ・ 各種在宅サービスの導入により、保護者が「支えられている」と感じるようになっていった。
- ・ 各スタッフの情報を共有化することにより、母への対応が統一に行うことができた。

■課題

- ・ 在宅療養に向け多機関との調整に時間がかかる。（病院で訓練した手技と訪問看護ステーションの方法との違い等）
 - ・ 多機関の関係者に対応する家族の不安等への対応
- ※自院から直接退院した児は、永続的にフォローを行うことが多いため、増悪後の対応等に伴う支援調整数の増

【退院調整の流れ】



2 退院支援コーディネーターが転院支援を行ったケース

(患者概要) 別居中の父親の運転する事故により、三次医療機関から転院搬送された10歳(入院日数148日、うちPICU入室31日)

【支援を開始した理由】

- ・当初、人工呼吸器の離脱も困難であり、家族の障害受容が困難であった。
- ・別居中の父による事故であり、母が感情的に混乱していた。
- ・患児の他に4人の子供を抱え母の負担が大きかった。

【ケースの概要】

- 児の状況：生来健康。外傷性SAH、重症頭部外傷(前頭骨開放骨折、眼窩・篩骨骨折・頬骨骨折)、急性硬膜下血腫
- 家族構成：母、5人兄弟(患児は3番目)
- 支援の経過：まず母の不安・ショックを傾聴。コーディネーターに感情表出できるような関係を構築し、家族状況や経済状況を把握した。
人工呼吸器装着のまま一般病棟へあがっていたため、寝たきりでの在宅療養になることも視野に入れ、退院支援を開始。
児の回復が目覚ましく、ADL(activities of daily living: 日常生活動作)も歩行レベル、気管切開も閉鎖可能などまで改善したが、高次脳機能障害が顕在化し、転院の必要性が出てきたため、リハビリ病院への転院支援を行った。

【コーディネーターの支援内容及び、支援を通じて感じた効果や課題】

■実施内容

- ・PICU入室時からリエゾン医師に同行し、保護者へ説明
- ・院内カンファレンスを招集。事前にスタッフ間での保護者への説明方法やタイミング等について意見のとりまとめ
- ・方針変換について、スタッフを招集し、状況把握・今後の対応について情報共有
- ・転院に当たっての希望を家族から聞き取り、転院先の検索・打診、調整
- ・転院時までにはスタッフがやることを整理・確認、調整が遅れている部署の把握・進行管理

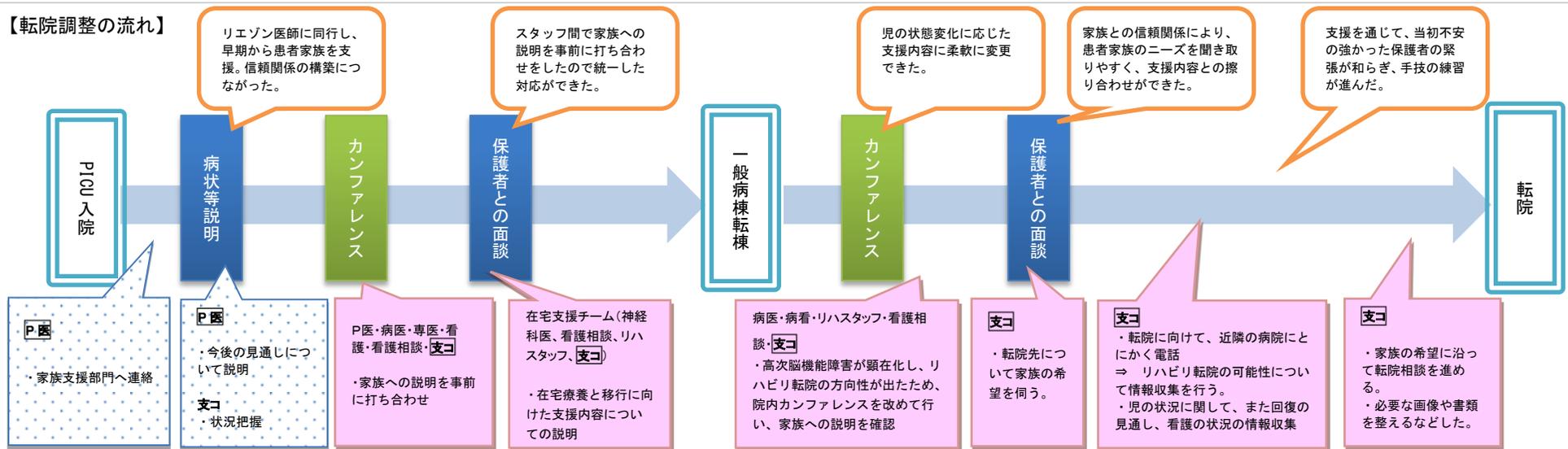
■効果

- ・院内スタッフとの情報共有が非常にスムーズで児の状況把握に役立った。
- ・早期から介入したことで児の状況、保護者の気持ちに共感しつつ支援できた。
- ・転院調整に慣れていないため、コーディネーターが院内スタッフの役割を明確に振分け、各担当の進捗状況を適宜確認したことで、スムーズな転院支援ができた。
- ・転院先に関する資源調査・電話連絡等を行うことにより、新たな転院先となる医療機関との関係性を作ることができた。

■課題

- ・転院可能な医療機関などの資源の把握
- ・転院調整の標準化

【転院調整の流れ】



3 退院支援コーディネーターが退院支援を行ったケース（発症後に医療・介護ケアが必要になった児への支援）

（患者概要）けいれん群発にて他院より救急搬送された7歳（入院日数197日、うちP I C U入室33日）

【支援を開始した理由】

- ・入院前に比べてADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要と予測された。
- ・退院後に医療処置が必要と予測された。
- ・症状再発の可能性があるため、医療的対応を要する可能性があった。

【ケースの概要】

- 児の状況：生来健康。けいれん群発にてP I C Uに入室し、人工呼吸管理下にけいれんをコントロールした。高次脳機能障害あり、難治性てんかんでけいれんのリスクあり。
- 家族構成：父、母、患児
- 支援の経過：退院場所を父の実家（都外）も含め検討したが、自宅（遠隔地、資源少ない）に帰りたいという父の強い希望あり、自宅退院となった。保健師、校長先生等と地域での生活に向けた調整を行った。

【コーディネーターの支援内容及び、支援を通じて感じた効果や課題】

■実施内容

- ・入院時から各スタッフへ情報収集
- ・院内カンファレンスを招集。事前にスタッフ間での保護者への説明方法やタイミング等について意見のとりまとめ
- ・方針変換について、スタッフを招集し、状況把握・今後の対応について情報共有
- ・退院時まで各スタッフが行うことを整理・確認し、進行管理
- ・在宅移行後の支援者を選定・調整

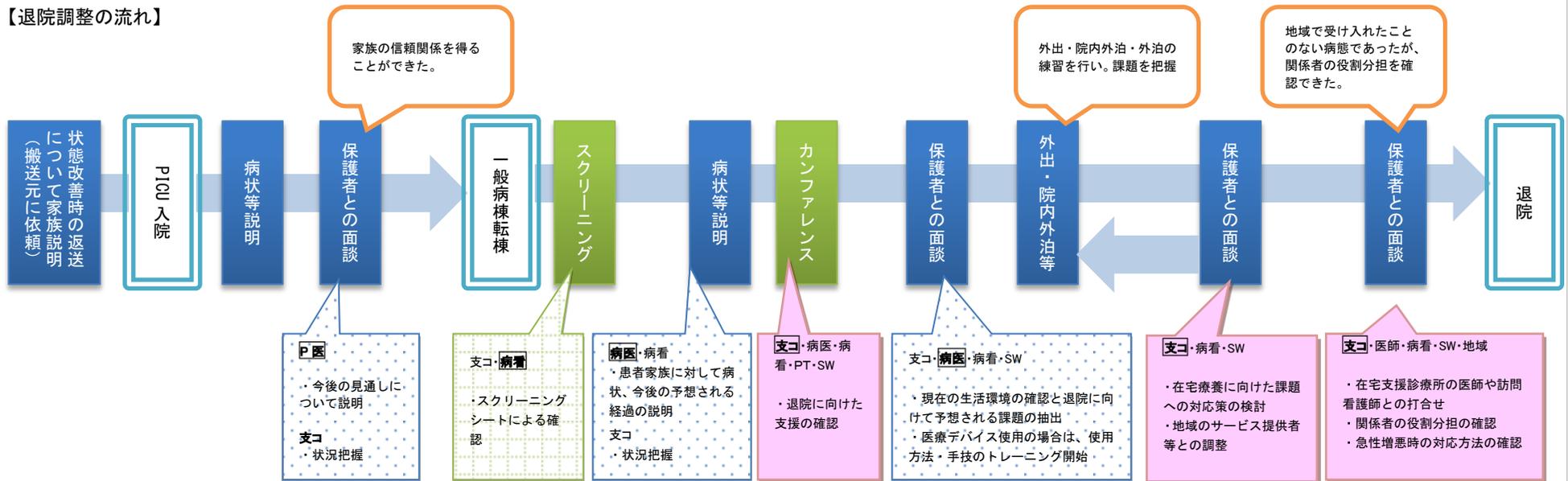
■効果

- ・家族の信頼関係を得ることにより、家族の希望等を把握できたため、退院後の生活を見据え、必要な資源や支援を調整できた。
- ・地域で受け入れたことのない病態であったが、関係者の役割分担やけいれん時の対応方法について調整し退院することができた。
- ・院内・院外の関係者と連携することにより、円滑に調整を進めることができたほか、新たな関係を構築により今後のケースへの対応に繋げることができた。

■課題

- ・在宅後の支援者との合同会議の設定に困難を要するため、その関係者への連絡・調整方法

【退院調整の流れ】



東京都こども救命センター 退院支援コーディネーターの業務時間について

- ・退院支援コーディネーター配置2病院の搬送台帳及び退院支援コーディネーターへの開取りにより積算
- ・平成25年4月から平成26年3月までに入院したこども救命案件622件について、平成26年10月末までの転帰により算出
- ・(ア)転帰別、(イ)入院日数別、(ウ)学齢(教育機関との調整の有無)別、(エ)医療・介護ニーズの有無別に14ケースに分類
- ・分類(ア～エ)に応じて、退院等支援業務(以下、a～j)毎の1回当たりの支援時間や回数を設定
 - (a)医療者間カンファ、(b)退院前ケアカンファ、(c)家族との面談、(d)地域支援機関との連絡調整、(e)本人面談、(f)受入先検索、(g)情報収集・交換、(h)家庭訪問、(i)書類作成、(j)症例の確認

(1) 退院等支援にかかる業務時間

	(ア) 転帰	(イ) 入院日数	(ウ) 学齢	(エ) 医療・介護 ニーズの 状況	1件当たり支援 時間 (a～jの合計) (時間)	件数 (件)	業務の時間換算 (1年7か月) (時間)	
1	退院	22日 以上	○	○	46.7	13.3	621	
2				×	32.3	21.2	684	
3			×	○	46.5	29.2	1,359	
4				×	32.5	41.1	1,337	
5				○	42.5	31.8	1,352	
6		21日 以下	○	×	6.4	51.7	329	
7				○	41.0	115.4	4,726	
8			×	×	6.5	212.2	1,386	
9		転院	-	○	-	15.3	18.6	284
10				×	-	14.8	53.1	788
11	その他 (施設 入所)	-	○	-	16.0	4.0	64	
12			×	-	15.1	4.0	60	
13	死亡	-	-	-	4.4	9.3	40	
14	入院中	-	-	-	57.5	17.2	989	
合計						622	(A) 14,019	

(2) 個別に支援を要するケースにかかる業務時間

分類	1件当たり 所要時間 (時間)	件数 (件)	業務の時間換算 (1年)(時間)
日用品の調達	1	170	170
兄弟の預け先検討	1	124	124
虐待等の対応	14	23	322
計			(B) 616

※ 「(ウ)学齢」について、7歳以上の場合を「○」、6歳以下を「×」と表記

※ 「(エ)医療・介護ニーズの有無」について、医療・介護のケアが必要な場合を「○」、不要な場合を「×」としている。

※ 「(1)退院等支援にかかる業務量」の件数及び「(2)個別に支援を要するケースにかかる業務量」の件数は、モデル配置2病院の実績に基づく比率按分にて算出(端数処理あり)

(3) 連携にかかる業務時間

分類	1件当たり 所要時間 (時間)	件数 (件)	業務の時間換算 (1年)(時間)
こども救命センター 地域ブロック会議	2	5	10
こども救命センター 小児臨床研修	2	5	10
在宅診療医訪問	4	3	12
その他連携会議	2	12	24
計			(C) 56

※ 「(3)連携にかかる業務」のうち地域ブロック会議及び小児臨床研修については、こども救命センター4施設の開催全てに参加(4回)、自施設開催の場合は資料作成等の事務(120分)をさらに1回分として換算し、合計年間5回分で積算

※ 年間換算に当たっては、平成25年4月から平成26年10月末までの83週を1年間52週で除している。

- ・こども救命案件1件当たりに要する退院等支援時間(1年)

$$((A+B)/622 \text{ 件}) / 83 \text{ 週} \times 52 \text{ 週} = 14.7 \text{ 時間/件}$$
- ・その他、「(3)連携にかかる業務時間」として、1施設当たり年間に56時間を要している。

在宅移行支援病床運営事業と在宅療養児一時受入支援事業(レスパイト)について

	在宅移行支援病床運営事業（国事業名：地域療育支援施設）	在宅療養児一時受入支援事業（国事業名：日中一時支援事業）
目的	N I C U等に長期入院している又は 同等の病状を有する気管切開以上の呼吸管理を必要とする小児 （以下「長期入院児」という。）について、在宅療養等との間に中間的病床としての在宅移行支援病床を設置することにより、N I C U等の満床の解消を図るとともに在宅療養等への円滑な移行を促進することを目的とする。	在宅等に移行した長期入院児等（N I C U等に長期入院している又は 同等の病状を有する気管切開以上の呼吸管理を必要とする小児 ）の 定期的医学管理及びその保護者の労力の一時支援 を目的とする。
運営方針	<ol style="list-style-type: none"> 1 長期入院児が円滑に在宅医療等へ移行し、家庭とともに生活をしていく上で必要な知識・技術を取得するための訓練等を行う。 2 人工呼吸管理、栄養管理、呼吸理学療法を含むリハビリテーション、必要に応じて感染・輸液管理を行うために必要な診療機能を有する。 3 N I C U等長期入院児の在宅医療等への移行及びその後又は同等の援助が必要な小児が自宅等で急性増悪したときに常時受け入れる体制を整備する。 	在宅等に移行した長期入院児等をその保護者の要請に応じて、定期的医学管理及び保護者の労力の一時支援を目的として一時的に受け入れる。
整備基準	<ol style="list-style-type: none"> 1 在宅移行支援病床運営施設は、原則として以下の常勤職種から構成される医療チームを設けること。 <ol style="list-style-type: none"> (1) 小児科医師（小児神経科医師が望ましい。） (2) 看護師 (3) 理学療法士（小児専任が望ましい。） (4) <u>社会福祉士（ソーシャルワーカー）</u> (5) <u>臨床心理士等の臨床心理技術者</u> (6) 臨床工学技士 <p>ただし、看護師は当該施設内専従とするが、その他は院内兼務でも可とする。 また、臨床心理士等の臨床心理技術者は非常勤でも可とする。</p> 2 呼吸管理に習熟した小児科医が常時院内にいること。 3 施設責任者は日本小児科学会指導医等であること。 4 訪問看護施設と連携ができていること。 5 施設・設備 <u>専用病床を2床以上（10床以内）有すること。</u> 在宅移行支援病床運営施設として必要な呼吸管理を行うための医療機器（病床分の人工呼吸器、呼吸・循環モニター及び酸素・空気・吸引の中央配管）等及び家族がスムーズに在宅医療等へ移行できるように<u>家族同室で指導できる個室を備えるものとする。</u> 	<ol style="list-style-type: none"> 1 在宅療養児一時受入支援施設は、以下の常勤職種から構成される医療チームを有すること。 ただし、院内兼務でも可とする。 <ol style="list-style-type: none"> (1) 小児科医師（呼吸管理に習熟した小児科医を含む） (2) 看護師 (3) 小児に精通した理学療法士 (4) 臨床工学技士 2 在宅療養児一時受入支援施設は、訪問看護施設と連携ができていること。 3 在宅療養児一時受入支援施設は、呼吸管理を行うために医療機器（病床分の人工呼吸器、呼吸・循環モニター及び酸素・空気・吸引の中央配管）等を備えること。 4 在宅療養児一時受入支援施設は、人工呼吸管理、栄養管理、呼吸理学療法を含むリハビリテーション、必要に応じて感染・輸液管理を行うために必要な診療機能を有すること。 5 施設・設備 <u>専用病床は不要</u>
平成26年度補助基準額	1 か所につき、23,985 千円 ※4床以上整備する場合の額は1床当たり7,995千円	<ol style="list-style-type: none"> 1 病床確保経費 1日1床あたり、29,110円 2 看護師等確保経費 看護師 1日 6,350円、看護助手等 1日 5,320円
補助率	2分の1	3分の1

今後の小児在宅移行研修について

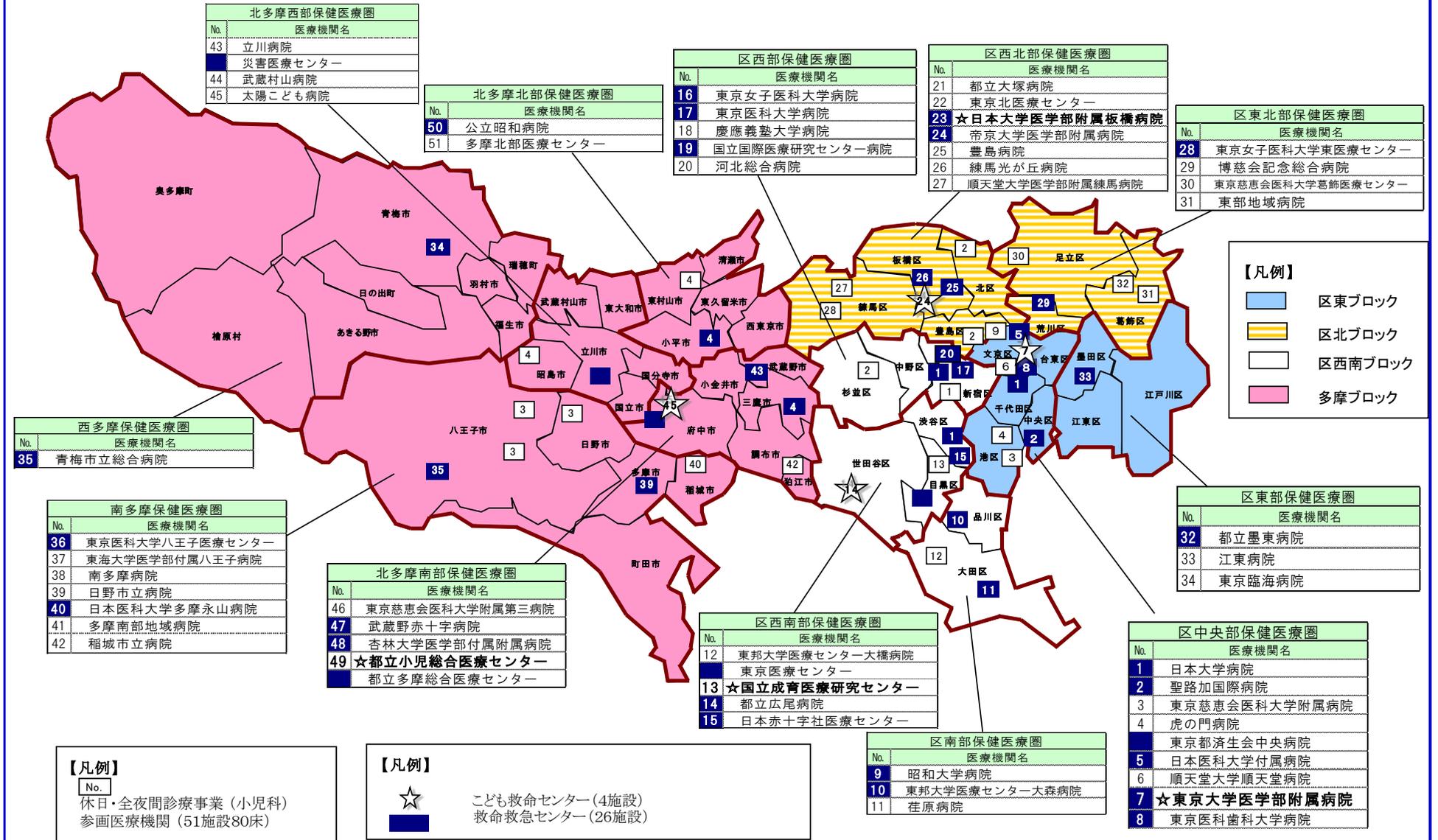
平成27年度小児在宅移行研修事業（予定）

研修名		(1) 指定二次救急医療機関（小児）医療職研修【新規】		(2) 診療所等医師向け研修【拡充】	(3) 保健師向け研修【拡充】	(4) 多職種合同研修【拡充】	
事業目的		在宅移行支援病床運営事業や在宅療養児一時受入支援事業を担う医療機関を増やす。		小児在宅医療及び小児在宅移行を担う医師の確保を行う。	こども救命センター・周産期センター等と連携を図りながら、地域における支援を強化する。	小児等の在宅移行支援を担うリーダー的職員の人材育成を行う。	
対象	施設	指定二次救急医療機関（小児）※		診療所、指定二次救急医療機関（小児）	保健所・保健センター	こども救命センター、周産期母子医療センター、指定二次救急医療機関（小児）、診療所、訪問看護ステーション、保健所、保健センター、重症心身障害児施設、区市町村障害福祉主管課	
	職種	看護師	理学療法士	医師等	保健師	医師、看護師、保健師、MSW、その他	
実施方法		療育施設での見学・実習	こども救命センター等での見学・実習（委託）		講義	講義、見学	講義、実技、ワークショップ
規模	日数	2日間	3日間	6日間	半日	1日又は半日	2日間
内容		<ul style="list-style-type: none"> ○見学・実習 ・入所や短期入所児への看護（抱き方、呼吸管理、食事介助等について） *施設研修プログラムを使用 	<ul style="list-style-type: none"> ○見学・実習 ・NICU・GCU・PICU等の見学 ・呼吸障害と看護 ・摂食障害・栄養管理と看護 ・ME機器の取扱い ・在宅移行への支援 *院内研修プログラムを使用 	<ul style="list-style-type: none"> ○見学・実習 ・NICU・GCU・PICU等の見学 ・発達評価と支援 ・ポジショニング ・退院時の家族支援 *重症児のリハビリテーションの講義も含む 	<ul style="list-style-type: none"> ○講義 ・小児在宅医療の実際と重症児について 	<ul style="list-style-type: none"> ○講義 ・疾病や障害の理解と支援 ・NICU・GCU・PICUから在宅移行する重症児の家族支援 ○見学 ・NICU・GCU・PICUの見学 	<ul style="list-style-type: none"> ○講義 ・NICU・GCU・PICU等の児の状況 ・在宅移行支援について ・小児在宅の現状 ○ワークショップ 事例検討、支援計画作成演習 ○実技（職種別、選択制）

※在宅移行支援病床運営事業及び在宅療養児一時受入支援事業を実施または今後実施する意向がある指定二次救急医療機関（小児）

東京都内における小児救急医療体制（二次・三次）

（平成27年1月1日現在）



東京都こども救命センター転院・退院支援体制検討部会 名簿

No.	区分	氏名	役職
1	こども救命代表	岩中 督	東京大学医学部附属病院 小児外科教授
2		三牧 正和	東京大学医学部附属病院 小児科講師(現 帝京大学医学部附属病院)
3		高梨 陽子	東京大学医学部附属病院 地域医療連携部主任副看護師長
4		木下 浩作	日本大学医学部附属板橋病院 救命救急センター部長
5		米沢 龍太	日本大学医学部附属板橋病院 小児科病棟医長
6		東 百代	日本大学医学部附属板橋病院 3C病棟(小児病棟)主任
7		六車 崇 植松 悟子	国立成育医療研究センター 集中治療科医長(平成26年3月31日まで) 国立成育医療研究センター 救急診療科医長(平成26年4月1日から)
8		篠原 真史 西村 奈穂	国立成育医療研究センター 集中治療科医員(平成26年3月31日まで) 国立成育医療研究センター 集中治療科医長(平成26年4月1日から)
9		松本 有子	国立成育医療研究センター 医療連携・患者支援センター医療連携室長
10		清水 直樹	東京都立小児総合医療センター 集中治療科 部長
11		富田 直	東京都立小児総合医療センター 神経内科、子ども・家族支援部門兼務医長
12		間宮 規子	東京都立小児総合医療センター 子ども・家族支援部門SW主任技術員
13	関係団体代表	正木 忠明	公益社団法人東京都医師会 理事
14	医療機関代表	松裏 裕行	東邦大学医療センター大森病院 准教授
15		小保内 俊雅	公益財団法人東京都保健医療公社 多摩北部医療センター 小児科部長
16		前田 浩利	あおぞら診療所新松戸 院長
17	訪問看護ステーション代表	田中 道子	あすか山訪問看護ステーション 所長
18	行政機関代表	田中 修子	東京都福祉保健局保健政策部地域保健推進担当課長
19		西尾 寿一 木村 総司	東京都福祉保健局少子社会対策部家庭支援課長(平成26年3月31日まで) 東京都福祉保健局少子社会対策部家庭支援課長(平成26年4月1日から)
20		中澤 知子	東京都福祉保健局障害者施策推進部障害児・療育担当課長
21		新倉 吉和	東京都福祉保健局医療政策部地域医療担当課長

東京都こども救命センター転院・退院支援体制検討部会 検討経過

開催日		検討事項
第1回	平成25年7月11日(木曜日) 18時から	・ 具体的困難事案について
第2回	平成25年12月16日(月曜日) 18時30分から	・ 傾向分析（搬送経路／転帰／重症度／医療・介護の状態） ・ 転院・退院の困難な理由について
第3回	平成26年3月27日(木曜日) 18時30分から	・ 傾向分析（超重症児等スコア／退院時の導入サービス） ・ 指定二次救急医療機関(小児)等に対する調査結果について
第4回	平成26年6月3日(火曜日) 19時から	・ 改善策の方向性・具体的改善策（案）について
第5回	平成26年12月12日(金曜日) 18時30分から	・ 退院支援コーディネーターについて ・ 具体的改善策（案）について ・ 部会報告書（案）について
第6回	平成27年2月27日(金曜日) 18時45分から	・ 部会報告書（案）について