

移行期医療支援体制整備事業

小児期から成人期への移行期にある小児慢性特定疾病児童等への医療の提供に関する課題を解消するため、小児期及び成人期をそれぞれ担当する医療従事者間の連携など支援体制の整備や、自身の疾病等の理解を深めるなどの自律（自立）支援の実施により、移行期医療支援体制の整備を目的とする。

移行期医療支援のキーワード

医療間の連携

患者自身の自律

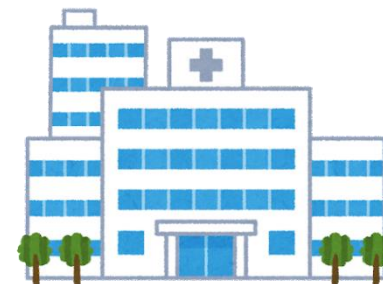
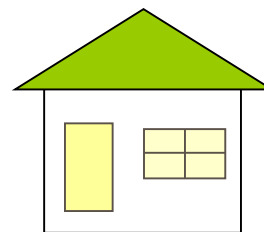
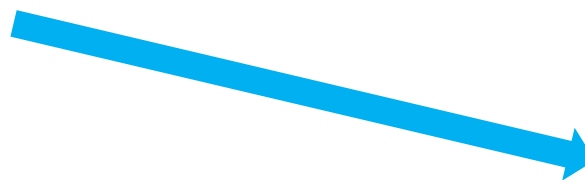
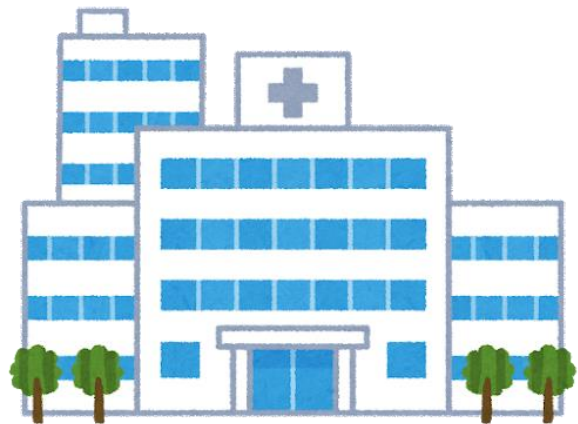
移行支援の目的

- 移行支援の最大の目的は、成人型医療医療(病気に対する決定が保護者ではなく患者自身に移ることを中心とした)に移るときに、さまざまな問題が起きることを避けるための支援をすることである
- とくに、成人診療科との連携を転科前に行っていくことや患者の転科先への不安を取り除くことは極めて重要とされている

支援をしないで転科させることを危険視

- 一方、日本では転科先がないことや受け入れ先を探すことが移行期医療と思われがちである

大学病院・こども病院

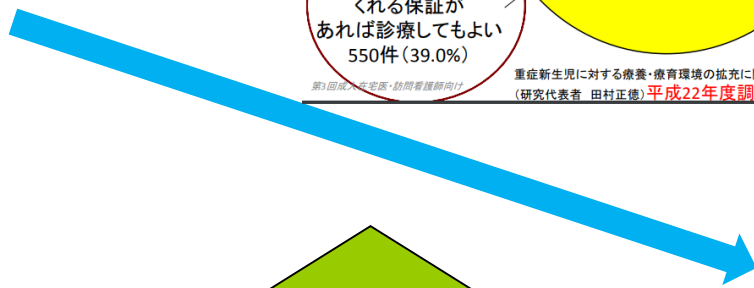
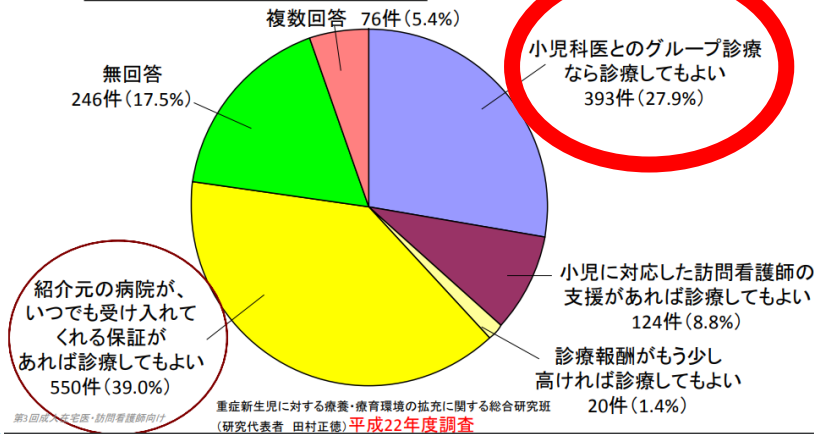


大学病院・こども病院

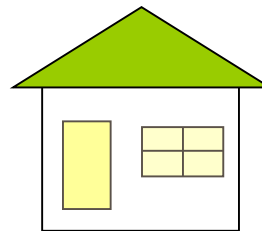


小児在宅医療の現状の調査1 ～我が国の在宅療養支援診療所へのアンケート調査～ (前田浩利)

Q. 小児科領域の患者を診療するにあたりこれならば診療できると
思うものを1つお答えください



同行訪問



訪問診療
往診



訪問
クリニック

医師会の取組み事例(大阪府医師会・大阪小児科医会)



宮城県立こども病院 大学病院

医師会の取り組み事例(大宮医師会)

＜在宅医と小児科医がペアを組んで対応＞

・在宅医療を行う内科医と小児科医がペアを組み、訪問は内科医が行うが、必要に応じて小児科医がアドバイスをを行うシステムを医師会が行っている。



訪問診療



内科医

質問
アドバイス



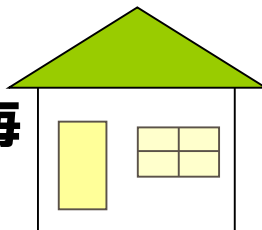
小児科医

相談
アドバイス

ほっこり仙台



外来・気管支ファイバー3ヶ月毎



訪問診療
往診2/月



医師会の取り組み事例(大阪府医師会・大阪小児科医会)

小児科医

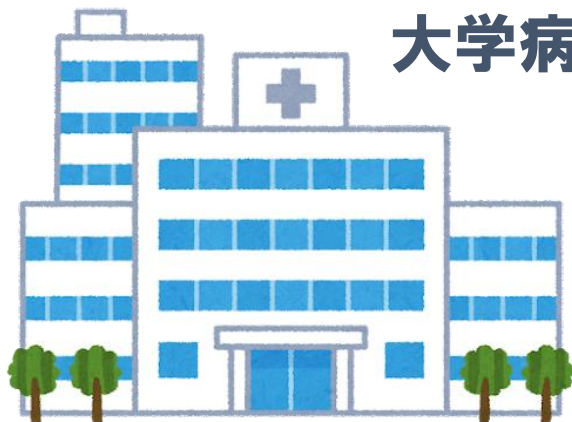
2人の医師
が一緒に訪問

内科医

小児科から内科
へのトランジ
ションを円滑に

石巻
祐ホーム
クリニック

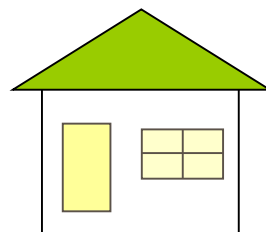
宮城県立こども病院 大学病院



ほっこり仙台



外 来



訪問診療
往診2/月



再診料 75点

在宅患者訪問診療料 888点
在宅時医学総合管理料 5000点

Rett症候群 33歳 母72歳

■ Rett症候群 重症心身障害 有意語なし
医療デバイスなし 経口摂食

肺炎～自宅治療

■ X/31 誤嚥性肺炎 W 10100, CRP 26.91 摂食中止 輸液
X+1/02 解熱軽快傾向 CRP 5.08
X+1/04 経口摂食再開 母も風邪症状
X+1/06 W 14900, CRP 9.72 母介護による自宅治療は限界

入院～総合病院

■ X+1/15 経口摂食中止でCRP低下、経鼻胃管開始するも嘔吐・
誤嚥性肺炎再発、回復の見込みは乏しい
「胃瘻造設、中心静脈栄養、十二指腸チューブ栄養は適応外」
「皮下点滴500ml/日だけで自宅退院、自然な最期を迎えていただく」



診療でたいせつにしていること

こども

成長のよろこび・たのしみ

集中治療で救命 → 医ケア児増加

親より先に子が逝くことの悲しみ

高齢者

これまでの人生の誇り いきがい

苦しくない終い方 ← 超高齢化社会



移行期支援で一番避けたいことは

移行期について一番心配しているのは、
「病気と闘ってきて治るたびにスタッフとよろこびをともに
してきた子どもとその家族が、20歳を越えるとともに、
これまで通ってきた病院に行けなくなり、行き場所を失い、
つらい思いをいだいてしまう」ことです。

病院側が断ることはないと周囲もみんなわかっていますが、
患者さん側にそう感じさせないような配慮ができればと
思います。

