

201224020A

平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金
障害者対策総合研究事業

医療依存度の高い小児及び若年成人の重度心身障がい者への在宅医療における
訪問看護師、理学療法士、訪問介護員の標準的支援技術の確立と
その育成プログラムの作成のための研究
平成 24 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 前田 浩利
平成 25 年 3 月

もくじ

はじめに	1
I 総括報告	3
<資料編>	
全体会議議事要旨	13
II 分担研究報告	
医師部会報告	24
看護部会報告	96
リハビリ部会報告	167
ヘルパー部会報告	225
III 在宅医療を受けている医療依存度の高い 病弱・重症児者へのアンケート調査	235
<資料編>	
調査票及び集計データ	239
おわりに	268

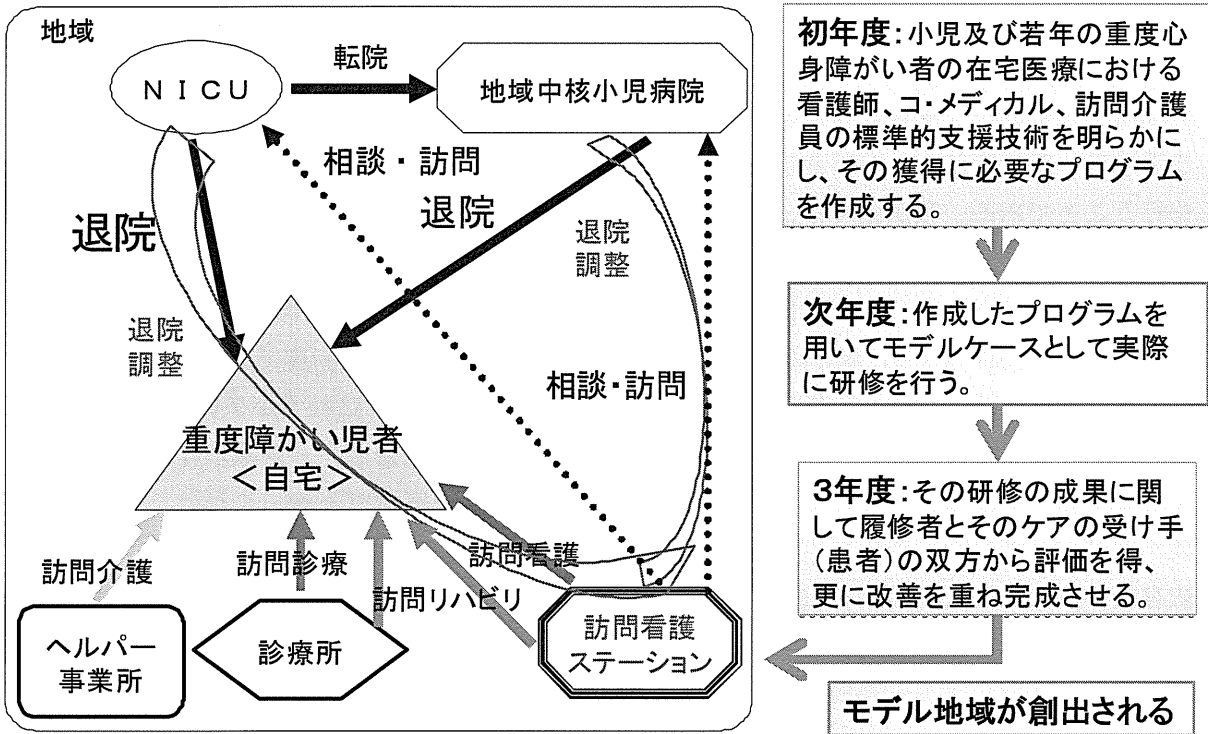
はじめに

本研究の目的は、医療依存度の高い小児及び若年の重度心身障がい者の在宅医療における看護師、理学療法士、訪問介護員の標準的支援技術の確立とその育成プログラムの作成を行うことである。我が国では、新生児医療、集中医療の発達に伴い、医療機器に依存して生活する重度心身障がい児が急速に増加している。2007年の日本小児科学会倫理委員会の調査では超重症児は67%が新生児期に発症し、発生率は1000人対0.3であり、その医療ケアは、人工呼吸器：31%、気管切開：54%、経管栄養：94%と極めて高度であった。また、これらの超重症児は70%が自宅にいるが、訪問診療を受けている者はわずか7%、訪問看護を受けている者が18%、訪問介護員を利用しているのは12%に過ぎず、医療依存度の高い重症児の多くが家族の介護のみで生活しているのが我が国の実情である。これは、介護保険がカバーしていない若年の重度心身障がい者においても同じ傾向である。しかし、医療依存度の高い小児及び若年の重度心身障がい者の在宅における標準的支援技術に関する系統的な研究は我が国ではほとんど無い。まして、標準的支援技術を備えた看護師、コ・メディカル、訪問介護員の育成プログラムは未だ前例が無い。これらを整備することによって、医療依存度の高い重症児者を在宅で支えることのできる体制を構築し、退院を促進することで、重症児が行き先が無く退院できないため発生している「NICU問題」や小児基幹病院の稼働率低下の問題を解決できる。さらに、ここで開発された標準的支援技術とその教育プログラムは、介護保険の対象となる重度障害者の在宅ケアの進歩にも大きく寄与すると思われる。

本研究の具体的な研究計画は、初年度に小児及び若年の重度心身障がい者の在宅医療における看護師、コ・メディカル、訪問介護員の標準的支援技術を明らかにし、その獲得に必要なプログラムを作成する。次年度は、作成したプログラムを用いてモデルケースとして実際に研修を行う。最終年度にその研修の成果に関して履修者とそのケアの受け手（患者）の双方から評価を得、更に改善を重ね完成させるというように考えている。

本報告書は、次年度の報告となる。以下の本研究の目指すイメージを示す。

在宅の医療依存度の高い重度心身障がい児者を支援するためのモデル



2013年5月

医療法人財団はるたか会

子ども在宅クリニックあおぞら診療所墨田院長

東京医科歯科大学医学部 非常勤講師

前田 浩利

I 統括報告

平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
「医療依存度の高い小児及び若年成人の重度心身障がい者への在宅医療における
訪問看護師、理学療法士、訪問介護員の標準的支援技術の確立と
その育成プログラムの作成のための研究」

総括報告

研究代表者 前田 浩利

研究要旨

我が国では、新生児医療、集中医療の発達に伴い、医療機器に依存して生活する重症心身障がい児が急速に増加し、「NICU 満床問題」や小児基幹病院の稼働率低下の問題が起こっている。それらの問題を解決するのが、在宅医療の整備による地域と病院との循環型のシステムである。しかし、医療依存度の高い小児及び若年の重度心身障がい者の在宅医療の社会資源は極めて乏しい。今後、在宅医療を進めてゆくための要件は、それを担う人材の育成であるが、その標準的支援技術に関する系統的な研究は我が国ではほとんどない。まして、看護師、コ・メディカル、訪問介護員の育成プログラムは未だ前例が無い。これらを整備することによって、医療依存度の高い重症児者を在宅で支えることのできる体制を構築することが本研究の目的である。

A. 研究の背景と目的

小児在宅医療の重要性が高まっている。その背景に、在宅医療の対象となる子どもの急速な増加がある。我が国の新生児医療は、世界一の救命率を誇っている。また、全国で小児集中治療室（PICU）の整備が進みつつあり、救急領域でも小児の救命率は向上している。一方で、救命した子ども達の中には、人工呼吸器などの医療機器に依存して生活せざるを得ない子どもがいる。このような子ども達は退院できないまま、新生児集中治療室（NICU）あるいは小児科のベッドを数年、場合によっては 10 年以上にわたって使用している。特に NICU の問題は深刻で、「NICU 満床問題」として社会的にも注目された。その結果、NICU の長期入院児を減らそうと様々な試みが全国的に行われ、NICU の長期入院児は、2007 年をピークに減りつつある。（文献 1）しかし、人

工呼吸器を装着したまま退院する子どもは、年々増加している。そして、そのような子どもたちは、ほとんどがそのまま自宅に帰っているのである。

（文献 1）また、気道狭窄に対して乳幼児期から気管切開を行い、気管カニューレを使用する子ども、短腸症候群への高カロリー輸液や原発性肺高血圧症に対するフローラン®の持続投与などのように、中心静脈カテーテルの管理など高度な医療ケアを自宅で行う子どもたちも増えている。

このような、医療ケアに依存して自宅で生活している子ども達の正確な数や分布など、行政も小児科学会などの学術団体にも全く把握されていない。数少ない調査の中で、2007 年に日本小児科学会倫理委員会が八府県で行った 20 歳未満の超重症心身障がい児（超重症児）を対象にした調査（文献 2）によると超重症児の 67%が新生児期に発症し、発生率は 1000 人対 0.3 であるとされて

いる。重症心身障がい児とは、医学的診断名ではなく、児童福祉の行政上の措置を行うための定義で、重度の肢体不自由と重度の知的障害とが重複したIQ20以下で歩行不可の状態である。更にその重症心身障がい児の中でも、医学的管理下に置かなければ、呼吸をすることも栄養を摂ることも困難な障害状態にある障がい児を、鈴木ら（文献3）の超重症児スコアを用いて必要な医療処置によって点数を付け、スコア25点を超重症心身障がい児（超重症児）、10点を準超重症心身障がい児（準超重症児）としている。超重症児は急性疾患で入院した後、15%が、そのまま入院を続けているという。そして、超重症児の70%が在宅療養中であるが、訪問診療を受けている子どもはわずか7%、訪問看護を受けている子どもが18%で、ホームヘルパーを利用しているのは12%に過ぎないと報告している。すなわち、極めて医療依存度の高い超重症児が、家族の力だけで在宅療養を送っているのが我が国の現状である。このような状況が続けば、家族は疲弊し、子どもの状態は容易に悪化し、在宅療養の継続が困難になり、入院頻度が増え、その地域の小児医療の基幹病院の負担が益々増加することになる。重症児、あるいは医療ケアが必要な病弱児を地域で支えていくためには今後、小児在宅医療を整備することが焦眉の急であり、今、小児在宅医療の整備を進めなければ、小児医療そのものが崩壊しかねない。そのために、小児在宅医療に従事する医師、看護師、リハビリスタッフ、ヘルパーの標準的な教育プログラムを作成することが本研究の目的である。

B. 小児在宅医療の特性

小児在宅医療の特性は以下のようにまとめられる。

①高度な医療ケアの必要性：上記の当院の経験で

も明らかのように、小児在宅医療の対象となる子どもは、医療ニーズが高い。対象の4人に1人が、人工呼吸器を装着し、3人に1人が気管切開を受け、3人に2人以上が経管栄養を実施していることになる。

②小児在宅医療を行う医療機関の絶対的不足：小児に対して、訪問診療や往診を提供できる医療機関が絶対的に少ないことは、小児の在宅医療にとって最大の問題である。それは、我々が2010年に実施した在宅療養支援診療所を対象にした全国調査でも明らかになった。（文献4）これは、全国11928ヶ所の在宅療養支援診療所にアンケートを送り、1409ヶ所からの回答を得たものである。その結果は、小児に在宅医療を行った経験がある診療所は367ヶ所(26%)、10人以上の経験がある診療所は31ヶ所(2.2%)であった。また、今後小児への在宅医療を実施したいという診療所が687ヶ所(48.7%)であり、実施するための条件として、紹介元の病院の受け入れ：550ヶ所(39.0%) 小児科医とのグループ診療：393ヶ所(27.9%) 看護師の連携・支援：124ヶ所(8.8%)が挙げられていた。今後、NICU卒業児の受け入れ先としての在宅医療の環境を充実させていくためにこれらの諸条件を整備していく必要があることが明らかになった。

③小児の訪問看護が抱える問題：医師ほどではないが、小児の訪問看護を行う訪問看護師も少ない。平成21年の全国の訪問看護ステーションへの調査では、小児の訪問看護を全く実施していないステーションが59.9%であり、全ての医療保険訪問対象者に小児が占める割合が30%以上であるステーションは、1.5%に過ぎなかった。（文献5）

④貧弱で制度が複雑な社会資源：社会資源が非常に貧弱であるうえに制度が複雑なことは、小児在宅医療の大きな壁になっている。

⑤教育との関わり：教育現場でも、医療ケアへの

対応が大きな課題である。改善に向けての様々な取り組みはあるものの、学校における医療的処置は、ほとんどが家族の責任で行うことになっているのが実情で、家族への重い負担となっている。又、学校や地域社会の中で、差別的対応を受け、患児や家族が傷つくということもある。

⑥小児の終末期ケアの難しさ：小児はその原疾患の重篤さのため、多くの場合終末期ケアの側面を考慮する必要がある。病態が変わりやすく急変して死亡する可能性が常にあり、人工呼吸器などに依存した生存期間の限界もある。小児在宅医療に携わる者は、現在の社会的条件の中で、苛酷とも言える在宅介護を行う両親の長期に亘る心身の疲労と、我が子を失う葛藤に直面しなければならない。

C. 小児在宅医療における多職種地域連携

小児在宅医療にかかわる職種は非常に幅広い。これを表1に示した。職種としては、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、リハビリセラピスト、ケースワーカー（ソーシャルワーカー）、教育者、行政担当者となる。また、それぞれの職種が所属するあるいは活動するフィールドとして、地域、病院、ショートステイや日中預かりなどのレスパイト施設を挙げた。本報告書では、この多職種連携のメンバーを小児在宅医療連携におけるアクターと呼ぶ。同時に、表2に介護保険をベースとした高齢者の在宅医療や、成人のがん末期の在宅緩和ケアにおける多職種連携にかかわる職種を同じように整理した。成人の場合は、在宅医療の対象となる患者に、病院主治医が継続して関わることは少ない。様々な理由から病院での治療はこれ以上できない、あるいは、病院では治療を受けたくないという方が、在宅医療を選択する。従って、病院との関わりは、感染症などで治療を集中的に受けるために入院する際などの限定的なも

のになる。しかし、小児の場合は、ほとんどが継続して病院にもかかり、外来に通い続けることが多い。しかも、主な疾患の治療の方向性を病院医師が主導して決めることも多く、在宅医が補助的な関わりになることも少なくない。つまり、小児の在宅医療では、在宅医の立ち位置が、成人の在宅医療と異なっている。それゆえに医師間の連携が重要になるが、在宅医療と病院医療では、診療報酬や医療環境の違いから相互理解が困難で、医師間の連携も難しいことも多い。更に、医療ケアの重い重症児は、通所やレスパイトで療育施設がかかわっていることも多く、そこでも医師の診療を受ける。どの医師が医療的判断の要となるのか、曖昧になる可能性がある。これは、他の職種においても同様である。

小児在宅医療においては、介護保険のように、在宅医療と福祉（介護）を結びつける共通の枠組みが無いことが更に連携を難しくしている。小児において介護保険に当たる自立支援法（文献6）は、在宅医療とつながる仕組みを持たずに運営、適用され、医療者も自立支援法を知らず、福祉職も医療保険を知らない。介護保険は、医療と介護（福祉）の多職種が連携会議（ケア担当者会議）を定期的に開くことが義務付けられている。しかし、自立支援法では、そのような多職種連携の会議の仕組みは無い。従って、医療と福祉はつながることができず、多職種連携のアクターも自分が、連携の一員であることが自覚されていないことが多い。

そこで、重要になるのがケアコーディネーターの働きである。ケアコーディネーターは、上記の①生命の安全②健康の維持③社会生活のそれぞれのフィールドのアクターを地域資源の中から見つけ出し、それぞれにその働きがあることを認識してもらったうえで、アクター同士の相互の連携を進め、調整を行い、協働を促進する。（図

3)

そのようなケアコーディネーターの働きをするべく制度に定められているのが、介護保険では介護支援専門員（ケアマネージャー）であり、自立支援法では相談支援専門員である。しかし、介護保険におけるケアマネージャーは、ケア担当者会議を開き、医療と介護（福祉）を結びつける働きをすることが義務付けられているが、自立支援法ではそのような規定はない。現行の制度と社会資源の状況で、相談支援専門員は、医療依存度の高い子ども達の在宅支援において本来のケアコーディネーターの働きを十分に果たせていないことが多い。上述したケアコーディネーターの本来の働きを果たすのは、表1の濃い網掛けで示した職種がチームを組んで行うのが最も現実的で効果的ではないかと考える。ちなみに薄い網掛けで示した職種は、ケアコーディネーターができる可能性があると思われる職種である。

また、福祉と医療は、発想が異なる点があり、協働のためにはその違いを認識しておくことが重要である。医療者の発想は、生命の安全を保障するという主な働きの性質ゆえに患者、利用者の生活上の個別のニーズより、命を守るために、安全、清潔、医学的正しさを優先する傾向がある。安全を優先すれば、活動範囲を制限せざるを得ず、安全、清潔を優先すれば、ケアの手順は複雑になり、生活を阻害する。福祉は、社会生活の実現という主な目的のために、生活の場の個別性、融通性、利便性を優先する発想が強い。両者が、その相反する特性を理解し、互いに尊重し合い、「子どもの命を守りつつ、その生活や人生を豊かにし輝かせる」という共通の目的に向かって協働することが、小児在宅支援を成功させる鍵であると考えられる。その時に、図3に示すように多職種協働が実現し、子どもと家族は安心して快適に生活することができ、子どもが成長、発達し、家族の幸せ

が生まれる。

D. 病弱・重症児者の生活を支える支援の構造

在宅医療の重要なミッションは“生活を支える”ということである。“生活”とは何か、朝起き、顔を洗い、今日の予定を考えながら身支度をし、家族と語り合いながら朝食を摂る、職場や学校に向かい、そこで仕事や勉強をし、社会参加、社会貢献を果たす、そして仕事を終え、自宅に戻り、入浴し、職場の疲れを癒し、家族と様々に語り合いながら夕食を摂る。そして、テレビを見たり、読書をしたりして過ごして床に就く。時には、仕事の後、職場の友人と食事やお酒の席を共にし、語り合い、仕事に向かう互いの想いや志を確かめ合う。また、休日は、家族と買い物をしたり、映画を見たり、あるいは旅行したり、普段できない体験を共にし、家族の絆を深める。これが、生活である。私たちは、このような生活を送ることに通常は困難を感じない。しかし、在宅医療の対象となる日常的に医療ケアが必要な病弱・重症児は、このような“生活”を送ることがそもそも困難である。

図1に示すように、上記のような生活を送るためには、①生命の安全：生命の安全の保障、苦痛の緩和と除去、②健康の維持：体調の安定、体力の向上③社会生活：遊び、出会い、外出、学び、仕事のそれぞれが維持され、安定していなければならない。この3つの要素が全て揃って、子どもと家族の“生活”は成り立つ。生命の安全は、全ての活動の土台になる。そこは医師のメインフィールドであるが、看護師、リハビリセラピストも関わる。医師は、様々な病態を示す子ども達の生命の安全を保障するために、病態を診断し抗けいれん剤など種々の薬剤を用いる。また、気管カニューレの管理や人工呼吸器の調整を行う。痛みや筋緊張の亢進、呼吸、胃腸症状などの苦痛があれ

ば、薬剤や医療機器を用いて緩和するのも医師の役割である。しかし、生命が維持され、苦痛が緩和されただけでは、子どもも家族も幸せにはなれない。生命の安全に加え、健康が維持され、体調が安定し、その子なりの成長を果たしていくことが重要である。毎日入浴し、清潔を保持し、感覚の過敏が取れ、健康になり、成長の土台を作る。そして、体調の安定と健康を土台に、様々な出会いや体験を通して情緒や身体機能を発達させていく。ここは、看護師、リハビリセラピストのメインフィールドである。医師は、職種の特性として、健康の維持や体力の向上は得意ではないが、看護師、リハビリセラピストは「健康をつくる」ことが職種として得意であり、主要な働きになる。そして、お出かけ、適切な時期に親子の分離も体験し、様々なことを学び、あるいは学校も体験する。そして、可能なら仕事もして、社会参加、社会貢献を果たしてゆく。上記のように生命の安全、健康の維持の土台の上に社会生活があって、はじめて子どもたちとご家族は幸せになるのである。

例として、寝たきりで気管切開、人工呼吸器、経管栄養の子どもをご家族と一緒に、日帰りで旅行に行ってもらおうことを考えてみる。その日帰り旅行が実現するためには、まず、医師が人工呼吸器の条件を適切に設定し、気管カニューレの管理を行うなど子どもの生命の安全を保障する。その上で、看護師が日常ケアを通して、その子が外出できるだけの体力や健康を維持、強化する。また、母親や家族に医療ケアを指導しておく。リハビリセラピストも同様で、呼吸器ケアやポジショニング、関節拘縮予防などを通して、子どもの状態を安定させ、スムーズに移動できるようにしておく。それらが、整ったところで、福祉職が、外出のためのプラン作り、移動方法、目的地の選定、旅行中の介助や、その旅行ができるだけ楽しいものになるよう様々な配慮をし、準備、調整を行う。(図

2)

これらがうまく進み、目的を達成するには、医師、看護師、リハビリセラピスト、福祉職が、自分の職能の領域の役割しかしないということではなく、お互いの仕事を理解し、はみ出し合って支えることが必要になる。医師や看護師やリハビリセラピストが旅行やイベントなどのお楽しみに参加し、福祉職が医療ケアを行うこともあって、スムーズな支援が実現する。そこで、全ての支援、サービスの共通の理念となるべきは、「子どもと家族のニーズに合わせて、福祉と医療が協働してその生活と人生を支える」ということであろう。本研究が目指す多職種の研修プログラムは、多職種の協働によって病弱・重症児者の生活を支援するものとならなければならない。

E. 研究の進捗状況と今後の計画

平成24年度は、1年目に作成したプログラムを用いてモデルケースとして実際に研修を行った。詳細は、本報告書の医師部会報告、看護師部会報告、リハビリ部会報告、ヘルパー部会報告に譲る。最終的に教育プログラムは、医療と福祉が融合されたものになった。

平成25年度には、研修に関して評価し、更に改善を重ねプログラムを完成させ報告書として公表する。更にそのプロセスを通して、在宅の重度障害者に対して真に有効な、相談機能も含んだ地域の支援体制の在り方、その成員、構造、機能などに関しても明らかにしたい。

F. 参考文献

1) 楠田聡「NICU長期入院児の動態調査」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 平成20～22年度 54-64

2) 杉本健郎、河原直人、田中英高・他日本小児科学会倫理委員会：超重症心身障害児の医療的ケ

アの現状と問題点 日本小児科学会雑誌

112:94-101, 2008

3) 鈴木康之、田中勝、山田美智子 超重症児の定義とその課題 小児保健研究 1995;54 : 406-410

4) 前田浩利「長期NICU入院児の在宅医療移行における問題点とその解決」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 平成20～22年度 150-153

5) 全国訪問看護事業協会編 平成21年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業 障害児の地域生活への移行を促進するための調査研究事業報告書 p50

6) 厚労省ホームページ 障害福祉サービス等 http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/service/index.html

小児在宅医療に関わる多職種(表1)

	地域	病院	ショートステイ施設 日中預かり施設
医師 歯科医師 薬剤師	往診医・近隣開業医 訪問歯科医師 地域薬剤師	外来医師・病棟医師 病院歯科医師 病院薬剤師	担当医師
看護師	訪問看護師 複数の事業所から訪問	病棟・外来看護師	看護師
リハビリセラピスト	訪問リハ	通院リハ	施設セラピスト 通所リハ
ヘルパー(福祉職)	訪問ヘルパー		介護職
ケースワーカー 相談支援専門員	診療所ケースワーカー 相談支援専門員	病院ケースワーカー	施設ケースワーカー 相談支援専門員
教育者	特別支援学校の教員		
行政	障害福祉課、保健師		

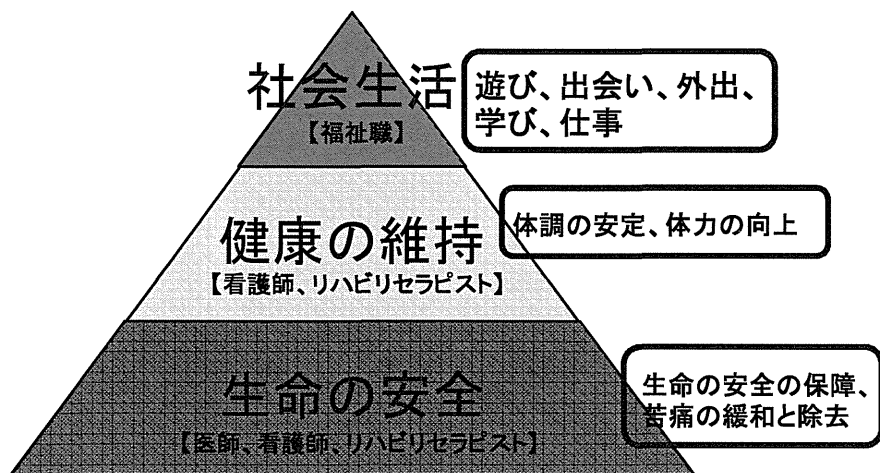
■ ケアコーディネーターに適切

■ ケアコーディネーターが可能

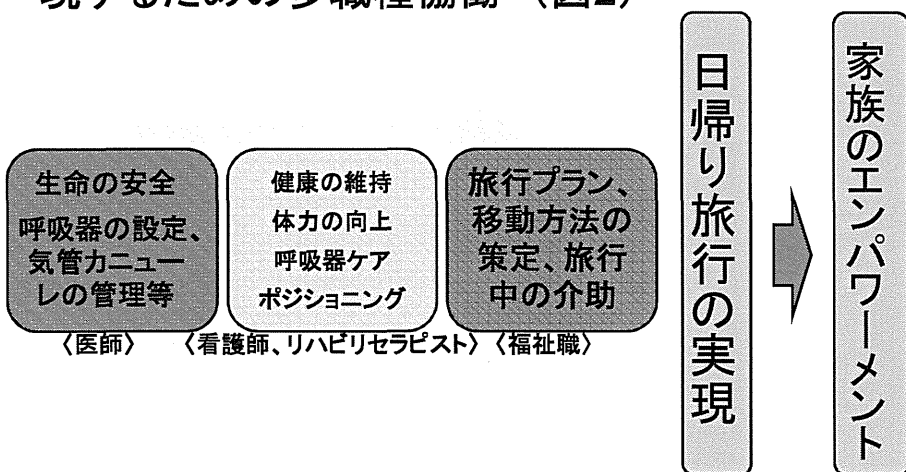
成人の在宅医療に関わる多職種(表2)

	地域	病院	レスパイト施設
医師 歯科医師 薬剤師	往診医・近隣開業医 訪問歯科医師 地域薬剤師	外来医師・病棟医師 病院歯科医師 病院薬剤師	担当医師
看護師	訪問看護師	病棟・外来看護師	看護師 (介護職)
リハビリセラピスト	訪問リハ	通院リハ 通所リハ	
ヘルパー(介護職)	訪問ヘルパー		
ケースワーカー	ケアマネージャー	病院ケースワーカー	
教育者	特別支援学校の教員		
行政	障害福祉課、保健師		

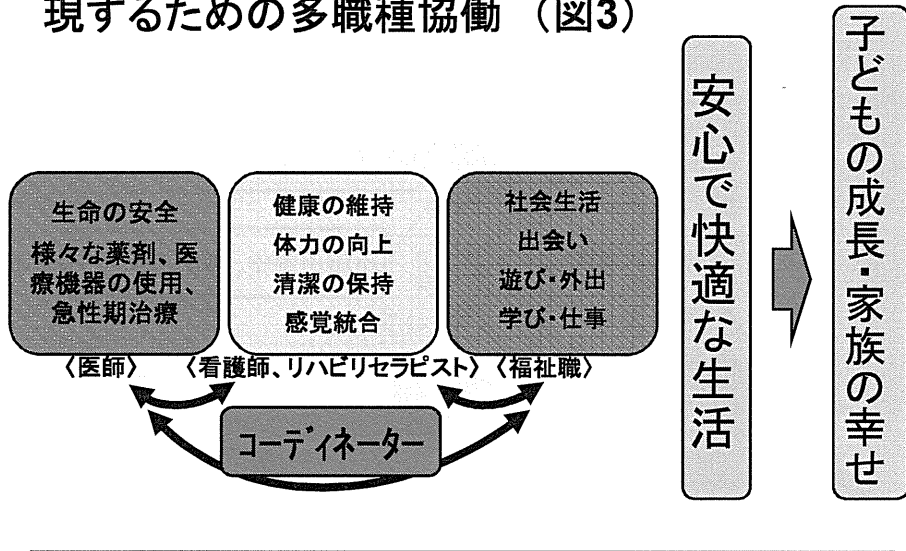
子どもの生活を支える要素（図1）



人工呼吸器をつけた子どもの日帰り旅行を実現するための多職種協働（図2）



医療依存度の高い子どもの幸せな生活を実現するための多職種協働（図3）



＜統括報告資料＞
全体会議 議事要旨

第1回全体会議

日時	2012年5月27日 午後1時～午後5時
場所	アジュール竹芝 〒105-0022 東京都港区海岸 1-11-2
出席	<p><主任研究者> 前田浩利 医療法人財団千葉健愛会子ども在宅クリニックあおぞら診療所墨田院長</p> <p><分担研究者> 田村正徳 埼玉医科大学総合医療センター 小児科 教授 小沢浩 社会福祉法人日本心身障害児協会島田療育センターはちおうじ 荒木聡 東京都立駒込病院 小児科 部長 奈良間美保 名古屋大学大学院 医学系研究科 教授 梶原厚子 NPO 法人あおぞらネット 西海真理 国立成育医療研究センター 看護部 副看護師長 福田裕子 ケアラーズジャパン株式会社 まちのナースステーション八千代 代表</p> <p><研究協力者> 奈倉道明 埼玉医科大学総合医療センター 小児科 准教授 宮田章子 みやた小児科 医師 田中総一郎 宮城県拓桃医療療育センター 地域・家族支援部 小児科医療部長 井川夏実 医療法人財団千葉健愛会 訪問看護ステーションあおぞら 看護師 山崎雪 医療法人財団千葉健愛会子ども在宅クリニックあおぞら診療所墨田看護師 木暮紀子 国立成育医療研究センター 医療連携・患者支援センター 社会福祉士 高橋昭彦 ひばりクリニック 院長 李国本修慈 NPO 法人地域生活を考えよーかい 有限会社しえあーど こうのいけ スペース 取締役 関根まき子 社会福祉法人すみれ福祉会 花の郷 看護師 緒方健一 医療法人おがた会 おがた小児科・内科医院 院長 中川尚子 医療法人財団千葉健愛会 あおぞら診療所新松戸 理学療法士 島津智之 独立行政法人熊本再春荘病院 小児科 医師 戸枝陽基 社会福祉法人むそう 理事長</p>

1. 主任研究者あいさつ・本日の会議の方向性・新規メンバー紹介
2. 昨年度のふりかえり
3. 看護部会モデル研修報告
4. 2012年度の方向性とスケジュール
 - ・全体会議の日程確認
 - ・各部会のメンバー確認

- ・成果物として、研修プログラム暫定案、研修プログラムの評価とその活用方法の検討を報告書にまとめる

- ・患者へのアンケート調査も実施予定

- ・ホームページの活用

5. 各部会の協議

- ・各部会のスケジュール調整

- ・役割分担の検討

6. 各部会の協議内容報告

<医師部会>

- ・10月28日にモデル研修を実施予定。総合病院・NICU勤務医、開業医、重心施設勤務医、成人在宅医等、立ち位置に応じた内容を検討していく。福祉制度や療育についての理解も進められる内容にしていければということを検討した。

<看護部会>

- ・終了した2回の研修結果を踏まえ、今後より改善を図っていく。研修の到達目標をより明確化し、講師とも共有を行う。

<ヘルパー部会>

- ・東京と名古屋の2地区で研修実施予定。それを踏まえ、今後他の部会との連携・役割分担も検討していく。

<リハビリ部会>

- ・6月に研修実施予定。具体的な実習も多く取り入れ、体験しながら学ぶ形を予定。

7. 全体討議

8. まとめ

第2回全体会議

日時	2012年8月12日 午前9時～午後5時
場所	情報オアシス神田（〒101-0046 東京都千代田区神田多町2-4）
出席	<p><主任研究者></p> <p>前田浩利 医療法人財団千葉健愛会子ども在宅クリニックあおぞら診療所墨田院長</p> <p><分担研究者></p> <p>田村正徳 埼玉医科大学総合医療センター 小児科 教授</p> <p>小沢浩 社会福祉法人日本心身障害児協会島田療育センターはちおうじ</p> <p>吉野浩之 群馬大学大学院 教育学研究科 准教授</p> <p>荒木聡 東京都立駒込病院 小児科 部長</p> <p>奈良間美保 名古屋大学大学院 医学系研究科 教授</p> <p>梶原厚子 NPO 法人あおぞらネット</p> <p>西海真理 国立成育医療研究センター 看護部 副看護師長</p> <p>福田裕子 ケアラーズジャパン株式会社 まちのナースステーション八千代 代表</p> <p><研究協力者></p> <p>側島久典 埼玉医科大学総合医療センター 小児科 教授</p> <p>森脇浩一 埼玉医科大学総合医療センター 小児科 准教授</p> <p>奈倉道明 埼玉医科大学総合医療センター 小児科 准教授</p> <p>宮田章子 みやた小児科 医師</p> <p>田中総一郎 宮城県拓桃医療療育センター 地域・家族支援部 小児科医療部長</p> <p>恒川幸子 梶原診療所 在宅サポートセンター 医師</p> <p>井川夏実 医療法人財団千葉健愛会 訪問看護ステーションあおぞら 看護師</p> <p>山崎雪 医療法人財団千葉健愛会子ども在宅クリニックあおぞら診療所墨田看護師</p> <p>木暮紀子 国立成育医療研究センター 医療連携・患者支援センター 社会福祉士</p> <p>高橋昭彦 ひばりクリニック 院長</p> <p>李国本修慈 NPO 法人地域生活を考えよーかい 有限会社しえあーど こうのいけ スペース 取締役</p> <p>関根まき子 社会福祉法人すみれ福祉会 花の郷 看護師</p> <p>緒方健一 医療法人おがた会 おがた小児科・内科医院 院長</p> <p>平井孝明 平井こどもリハビリテーションサービス</p> <p>中川尚子 医療法人財団千葉健愛会 あおぞら診療所新松戸 理学療法士</p> <p>島津智之 独立行政法人熊本再春荘病院 小児科 医師</p> <p>戸枝陽基 社会福祉法人むそう 理事長</p> <p>長島史明 医療法人財団千葉健愛会 あおぞら診療所新松戸</p>

1. 部会ごとの協議
2. これまでの振り返りと現在の在宅医療全体の方向性
 - ・ 在宅医療連携拠点事業の概要の共有。2025 年を目途に高度急性期から在宅サービスまでがシームレスにつながり、施設から地域へ、医療から介護へのという方向性で、医療・介護サービスの適切な機能分担とともに、居宅系在宅サービスの充実を図る。
3. 各部会の現状報告と今後のスケジュール（発表と質疑応答）
 - <看護部会>
 - ・ 世田谷地区でのモデル研修を終了。概ね好評である。訪問看護ステーションが相談機能を持ち、本人及び家族の生活の視点で支援できる人材育成を目標としている。今後の研修において、更に評価の方法を深めていく。
 - <リハ部会>
 - ・ 6月9日、10日で実施。アンケートによると全体としてはよい評価である。実技などを多く取り入れ、実際に使える研修になったのではないかと。一方、地域連携・家族支援の要素を十分に入れられなかったという反省もある。講義と実習の時間配分等を今後検討したい。
 - <ヘルパー部会>
 - ・ 10月に東京、11月に愛知県で実施予定。昨年度検討してきた内容を踏まえ、現在準備を進めている。今回の研修の中で部会メンバー間でも学び合いながら、更に完成度を高めていく。
 - <医師部会>
 - ・ 10月28日にワークショップを実施予定。各部会から一人ずつファシリテーターとして協力してほしい。
4. 質疑応答を踏まえ、部会ごとの協議
5. 部会からの発表
6. まとめ

第3回全体会議

日時	2012年11月18日 午前9時～午後5時30分
場所	アルカディア市ヶ谷（〒102-0073 東京都千代田区九段北4-2-25）
出席	<p><主任研究者></p> <p>前田浩利 医療法人財団千葉健愛会子ども在宅クリニックあおぞら診療所墨田院長</p> <p><分担研究者></p> <p>田村正徳 埼玉医科大学総合医療センター 小児科 教授</p> <p>小沢浩 社会福祉法人日本心身障害児協会島田療育センターはちおうじ</p> <p>吉野浩之 群馬大学大学院 教育学研究科 准教授</p> <p>梶原厚子 NPO 法人あおぞらネット</p> <p>西海真理 国立成育医療研究センター 看護部 副看護師長</p> <p>福田裕子 ケアラーズジャパン株式会社 まちのナースステーション八千代 代表</p> <p><研究協力者></p> <p>森脇浩一 埼玉医科大学総合医療センター 小児科 准教授</p> <p>奈倉道明 埼玉医科大学総合医療センター 小児科 准教授</p> <p>宮田章子 みやた小児科 医師</p> <p>田中総一郎 東北大学大学院医学研究科 発生・発達医学講座小児病態学分野 准教授</p> <p>恒川幸子 梶原診療所 在宅サポートセンター 医師</p> <p>井川夏実 医療法人財団千葉健愛会 訪問看護ステーションあおぞら 看護師</p> <p>山崎雪 医療法人財団千葉健愛会子ども在宅クリニックあおぞら診療所墨田看護師</p> <p>木暮紀子 国立成育医療研究センター 医療連携・患者支援センター 社会福祉士</p> <p>高橋昭彦 ひばりクリニック 院長</p> <p>李国本修慈 NPO 法人地域生活を考えよーかい 有限会社しえあーど こうのいけ スペース 取締役</p> <p>関根まき子 社会福祉法人すみれ福祉会 花の郷 看護師</p> <p>緒方健一 医療法人おがた会 おがた小児科・内科医院 院長</p> <p>中川尚子 医療法人財団千葉健愛会 あおぞら診療所新松戸 理学療法士</p> <p>中野弘陽 NPO 法人あおぞらネット 訪問看護ステーションそら</p> <p>島津智之 独立行政法人熊本再春荘病院 小児科 医師</p> <p>戸枝陽基 社会福祉法人むそう 理事長</p> <p>長島史明 医療法人財団千葉健愛会 あおぞら診療所新松戸</p>

1. 挨拶
2. 各部会の協議
3. 各部会の現状報告と今後のスケジュール（発表と質疑応答）

<医師部会>