

平成 26・27 年度厚生労働省科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進 研究事業）
小児在宅医療の推進のための研究
小児の地域包括ケアを担う人的資源を増やすための提案（2）医師編

研究協力者

江原 伯陽：エバラこどもクリニック

側島 久典：埼玉医科大学総合医療センター/総合周産期母子医療センター新生児科

高田 栄子：埼玉医科大学総合医療センター

松葉佐 正：くまもと芦北療育医療センター

長谷川 功：医療法人はせがわ小児科

研究分担者

田中健一郎：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

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

研究要旨

高度医療依存児（者）・重症心身障害児（者）は医療の進歩に伴い、著しく増加してきているが、これらの児（者）を心身両面で支える医師の人材は極めて少ない。

そのため、これらの医師を養成することは急務である一方、その養成課程において、患児（者）の人権に対する理解、全人医療的なアプローチを支えるための知識と技術の習得、さらに地域において多職種連携のリーダーとして持つべき素養を、医師養成のどのライフステージに応じて身につけるべきかについて研究し、今後、より多くの人材を養成する際の参考となるように、報告書をまとめた。

はじめに

高度医療依存児（者）・重症心身障害児（者）を支える医師の養成は、障害児（者）医療が幅広い全人医療であるが故に、その医師がたどるいくつかのライフステージにおいて、医師自身が到達するであろう人間としての成熟度によって、獲得すべき能力が異なってくる。以下、それぞれのステージにおいて、その背景について述べてみたい。

1) 医学部時代

まず、医師の養成は、受験生が医学部に合格した時点で始まる。多くの医学部生は厳しい受験戦争に明け暮れ、障害を持つ児（者）に接したこともほとんどない。そのため、障がい児（者）が一体どのような生活をし、生活していく上でどのような点において人権が侵害されているのか？また障害を抱えながらも楽しく過ごせることについて、医学生が障がい児（者）に接しながら身を持って体験すれば、一生涯患者に寄り添うモチベーションを形成することが可能になる。

また、これら障がい児（者）が抱える障害は、一体、先天的なものか？周産期における障害、ないし後天的な中途障害によるものか？それらを膨大な医学教育の中において回答を見だし、さらに今後

家族が被る心理的な苦悩、さらにリハビリも含めて相互討論を繰り返して、学んでいく必要がある。

2) 研修医時代

一方、医師になったあとの専門医研修の過程において、多くの専門分野にわたって、単に臓器医療のみに専念するだけでなく、治療過程に起こってくる合併症、後遺症に苦しむ患児や家族に対し、具体的に提供すべき障がい児（者）医療についてもその知識と技術を獲得していく必要がある。

3) 専門医として

専門医として高度な医療を提供する一方で、これら児（者）が地域で生活していくためには、単に医師だけでなく、看護師、OT、PT、ST、MSW、ないしケアマネージャーに相当する相談支援専門員との多職種連携が必要であることから、そのリーダーとしての素養と度量を備える必要がある。

4) 他科との連携

さらに、児が成人していく移行過程（TRANSITION）で、内科をはじめとする他科との連携も欠かせない。また、小児科医の人材不足を補う意味において、これら他科の医師にも在宅医療を含め、併走していただく必要がある。

以上の各ライフステージをまとめると、下記のような図1になるが、それぞれステージについて、各協力研究者によって詳しく論述していきたい。

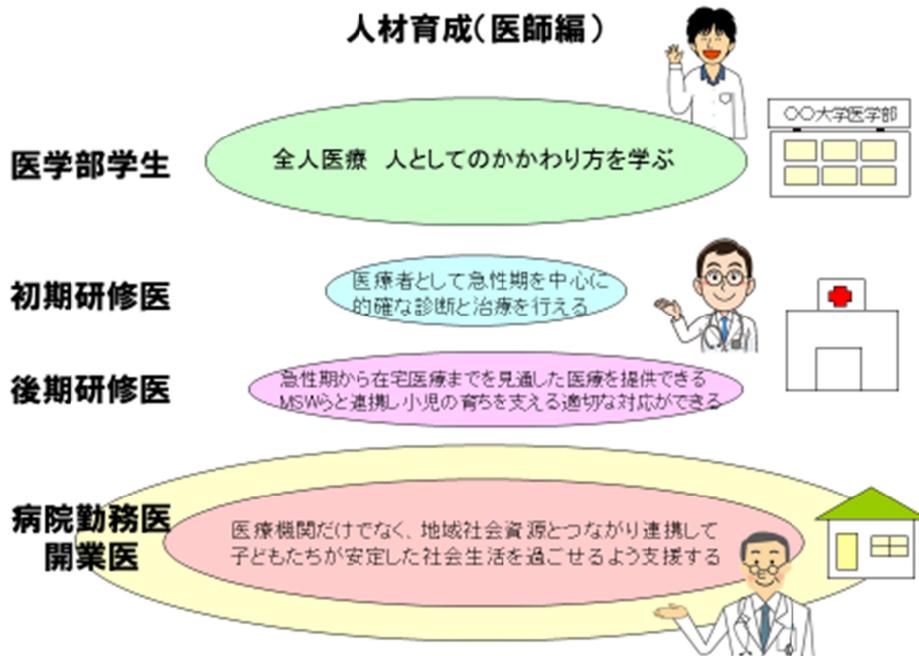


図 1

初期研修における育成については、小児科の研修期間があまりにも短い（約3か月）ため、小児在宅医療について学ぶ機会がほとんどないので、研究として取り上げることはできないが、小児在宅医療における全人医療に触れることで、その医師が将来において小児科を専攻する可能性が充分にあると考えられる。

1) 医学部における重症心身障害児者教育

松葉佐 正

はじめに

在宅重症心身障害児(以下在宅重症児と略す)の増加に伴い、医療福祉体制の整備が急がれている。医師を対象にした在宅重症児医療の研修会も全国で開かれるようになってきた。学部学生への教育の必要性の認識も進んでいる¹⁾。ここでは、学生教育に対する社会的ニーズと教育する大学の実情、学生の立場などについて論じ、望ましい学部教育について提言したい。

目次

1. 学生教育に対する社会的ニーズ
2. 学生を教育する大学の実情
3. 学生の立場
4. 学部における在宅重症児医学教育への提言

1. 学生教育に対する社会的ニーズ

近年、医学の進歩や医療の充実、健康教育の普及などによって長寿が達成され、また、慢性病等の疾患を抱えて社会生活を継続することが一般的になった。これらを支えている医療保健制度に、訪問診療や訪問看護、訪問介護がある。介護保険制度に基づく介護支援専門員も大きな役割を果たしている。小児の世界でも同様のことが起こっているが、制度が十分には整備されていない。

医療者はこうした社会の変化に適切に対応することが求められてきた。その一つが卒業後の臨床研修義務化(2004)であった。医学教育もこうした変化に対応する必要がある。

2. 学生を教育する大学の実情

大学医学部は附属病院と一体として機能しており、教育の場であるとともに、地域における高度で集約的な医療機関としての役割を求められている。大学には 臨床、 研究、 教育の機能がある。従来、臨床を通じた研究が中心で、教育は伝統的な大教室での講義と、1 年程度の臨床実習であった。近年の医療保健環境の変化に、地域で先頭に立って指導的立場で対応すべく、各大学でシステムの改革が行われているが、大学には以下のようなジレンマがある。

(1) 臨床のジレンマ：従来は希少疾患の診断治療や高度医療を行うことが一般的であったが、近年一般患者への対応も必要となってきた。小児科を例にとると、大学 NICU を退院した重度障害児が引き続き大学外来を受診しており、夜間救急外来を受診することが少なくない。こうした事態に対して、必ずしも余裕をもって対応できていない。外部の医療機関へのタイムリーなトランスファーができないことが背景にある。

(2) 研究のジレンマ：新臨床研修制度の影響もあり、大学院入学者の減少がみられる。大学における基礎的・臨床的研究の原動力は大学院生である。また、大学の評価の主たるものは、インパクトファクターの高い国際的学術雑誌への論文掲載数と研究費獲得額、外国などの他施設との共同研究、そして、それらの結果としての高度医療技術の開発である。大学は地域での役割を果たしながら、こうした評価に添えていく必要がある。この問題は各科の専門医制度の改革にも影響される。

（３）教育のジレンマ：近年の医学生物学の進歩は早く、基礎医学の成果が臨床応用されるまでの期間も、従来よりも短縮されている。こうした状況にあって、学生教育の内容について教官側が一種の強迫観念に駆られても不思議ではない。かなり前から、教養教育は期間が短縮されてきている。しかし、医学生時代の教養教育は、医師としての経験を重ねるに従って次々に直面する、医学以外の問題への対処に当たっての精神的支柱になると思われる。重症児医学教育には、それに通じるものがあると思われる。

３．学生の立場

大部分の学生は、幼時から知識獲得のための勉学を行ってきている。その過程で、重症児等の、日常的に継続した困難をもって生活している者の困窮を受け止めて、常に改善に努め、肯定的に支援を続けるような精神性を身に着けていることは、あまり期待できないと思われる。その一方、学生は知的好奇心を刺激する事柄に対してモチベーションを喚起される。ここに教育のヒントがあるように思われる。上記のような精神性を次第に身に着けることで患者と家族に安心感が生まれ、そのことが有効な支援につながって、患者と家族の QOL が向上することを実感できれば、またその過程で気づきを体験し、知的好奇心が満たされれば、学生のモチベーションは大いに喚起されると思われる。この役割を重症児医学教育が担うべきである。

４．学部における在宅重症児医学教育への提言

三浦ら¹⁾によれば、学部早期に早期体験学習（early exposure）を行っている大学は 88%（58 / 66）で、実施箇所(重複あり)は、高齢者向け福祉施設、大学・基幹病院、地域の診療所・病院、重症児施設（旧称）であった。また、家族参加型の重症児者医学教育が有効であった。

この先行研究を踏まえて、重症児医学教育に関して以下のことを提言したい。

提言 1：大学 6 年間で俯瞰した提言。

1 - 2 年次には、障害児を含めて子供と触れ合う機会を提供する。子供と遊ぶことは、将来の医療者としてのみならず一人の人間として重要なことと思われる。早期体験時に、また、院内保育所等（合同保育が望ましい）の訪問時にも可能と思われる。

3 - 4 年次に小児科学で障害児医学を学ぶことが多いと思われるが、この時期に児童発達支援や放課後等デイサービスなどの現場に触れる機会を提供する。公衆衛生学の実習の一環でも可能と思われる。在宅訪問も望ましい。

5 - 6 年次にはポリクリ・クリクラで障害児医学の実際を学ぶ機会を提供する。

提言 2：重症児・超重症児の基本的病態に適切に対処すれば、患者と家族に大きな安心をもたらすことができることを学生に伝える。

医学は問診を原則とする学問と言ってもいいが、小児科にはこの原則が必ずしも当てはまらない。主として兆候を手掛かりに診断を進めていく。重症児の診療では兆候も十分ではない。しかし、原疾患は様々でも、重症児、超重症児の基本的病態は共通している。まず、この基本的病態に適切に対処すれば、患者と家族に大きな安心をもたらすことができることを学生に伝えることが重要と思われる。そして、ものを言わない患者のかすかな兆候に気づくようになること、ひらめきと機転が大きな役割を果たすことがあることなどを伝える。さらなる個々の病態については、一般医療と同じ方法でアプローチ可能であることも

伝える。そのことで学生が重症児医療に対する親しみやすさを感じることを期待される。

提言 3：在宅重症児の支援に地域の人的ネットワークが果たしている役割について学生に伝える。

学生には、重症児のような状態の患者に対応する手立てが思い浮かばないと思われる。訪問診療、訪問看護、訪問リハビリ、また、通所、短期入所に加えて、相談支援専門員や重症児コーディネーター(介護保険の介護支援専門員に相当する)の存在とその意義を伝える必要がある。重症児コーディネーターには学生教育に加わってもらい、在宅重症児の支援に地域の人的ネットワークが果たしている役割について伝えてもらうことが望ましい。

提言 4：患者に知的障害があっても、こちらが一貫して適切な態度で接すれば信頼を獲得できることを学生に伝える。

重症児のケアには、医学上の問題(継続する医療的ケアとリハビリテーション)とともに、知的障害の問題がある。このことが学生のみならず多くの医師に戸惑いをもたらす。知的障害に対する適切な情報を提供する必要がある。そして、知的障害があっても、こちらが一貫して適切な態度で接すれば信頼を獲得できることを伝える必要がある。

提言 5：学生の知的好奇心を満たす努力をする。

学生の知的好奇心に配慮して、基礎疾患についても知識の再確認のためにも述べることを望ましい。てんかん症候群や神経筋疾患、脳奇形、重症心身障害を引き起こす遺伝子異常など。

提言 6：学生と教官による適切な相互の評価。

講師による学生の質的評価と、学生による講師の質的評価を行う。特に学生の良かったところを教官が指摘する。また、他大学での障害児医療の実習など、機会があれば積極的に参加を促す²⁾。

提言 7：学生による在宅訪問。

同意の得られた在宅重症児宅に、少人数での訪問を行う。実習の一環で、また、訪問診療や訪問看護に同行して行う。主治医から大まかな現病歴や家族歴の提供を受け、実際に診察も行う。現在の問題点を聞き出して対策を考える(個人情報を守秘する誓約書が必要)。訪問に際しては、何よりもまず生き生きした子供にじかに接する。そして、動けない本人の気持ちや保護者の介護の負担を理解するように努める。Drotar らによる、先天奇形を有する子の誕生に対する両親の心理的適応の図は、大きな手掛かりになると思われる(図 1)³⁾。訪問の前に、各学生に自己の到達目標を提出させ、事後に自己評価をさせる。また、講師が評価する。

提言 8：大学内部と外部の講師をとにもオーソライズする。

学生教育は、重症児医療の現場のエキスパートを講師にした、少人数対象(ポリクリとクリクラ)のものが有効と思われる。講師は大学の内部と外部を問わず、研修を受けることが望ましい。日本医学教育学会では研修による認定教育専門家の養成を計画している⁴⁾。大学内部と外部の講師をとにもオーソライズすることが重要と思われる。認知科学の成果も取り入れた、わかりやすい、印象に残る講義が望ましい。ま

た、講義資料は事前に配布することが望ましい。

提言 9：大学の各科に「教育コーディネーター」を置く。

これらのことは、大学側の全面的な支援がないと実現できないと思われる。各科に「教育コーディネーター」（講師または準教授）を配置し、学生と患者・家族、教官（内部及び外部）と大学との間をコーディネートする必要がある。各コーディネーターは定期的に大学事務、学部長らと会合を持ち、課題の達成に向けての取り組みを行うことが望ましい。

文献

- 1) 三浦清邦、長谷川桜子、吉田 太、松葉佐 正 . 医師に対する重症心身障害児者医学教育について . 日本重症心身障害学会誌 40 : 61-6 , 2015 .
- 2) 赤津春子 . アメリカの医学教育 . 日本評論社 , 1996 .
- 3) Drotar D, Baskiewicz A, Irvin N, Kennell J, and Klaus M. Adaptation of Parents to the Birth of an Infant With a Congenital Malformation: A Hypothetic Model. *Pediatrics* 56; 710, 1975.
- 4) 藤崎和彦 . 医学教育専門家養成 . 日本の医学教育の挑戦 . 篠原出版新社 16-22 , 2012 .

The Adaptation of Parents to the Birth of an Infant With a Congenital Malformation: A Hypothetical Model

Dennis Drotar, Ann Baskiewicz, Nancy Irvin, John Kennell and Marshall Klaus
Pediatrics 1975;56;710

The online version of this article, along with updated information and services, is located on the World Wide Web at:

<http://pediatrics.aappublications.org/content/56/5/710>

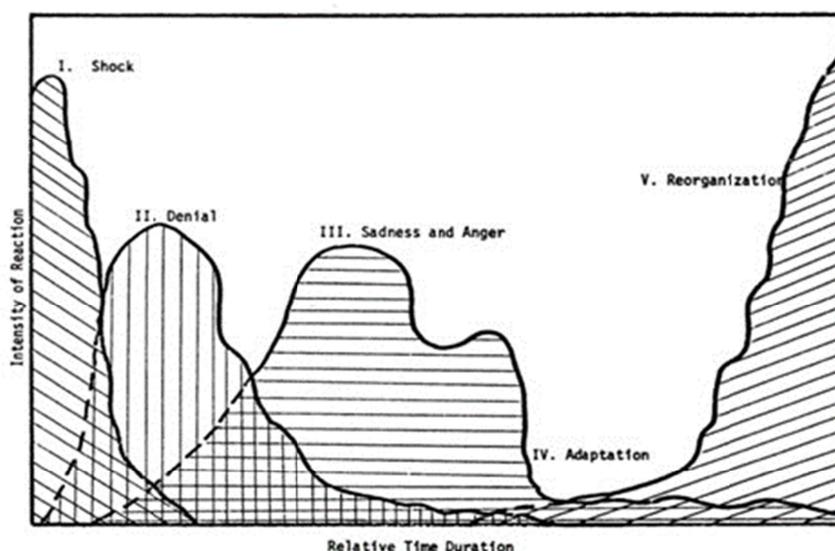


図1. Hypothetical model of a normal sequence of parental reactions to the birth of a malformed infant.

2) 後期研修医・専門医を対象とした医師研修のあり方

後期研修医における在宅医療経験の重要性

田中 総一郎

濃厚な医療が必要な子どもや障害の重い子どもに対する一般の医療者の印象を聞いてみると、「しゃべらないし、何を思っているかわからない」、「ケアが特殊で難しそう」、「そもそもそんな子どもは見たこともあったこともない」などの答えが返ってくる。これは小児科医師が対象でもその傾向は変わらない。そのため、風邪の症状で地域の医療機関を受診しても、「診たことがない」、「経験がない」ことを理由に診療を断られ、遠くの専門病院を受診せざるを得ない子どもも多い。

医学部教育や研修医教育の中で、濃厚な医療が必要な子どもや障害の重い子どもについて学ぶ機会は乏しく、一部の大学などの医学教育機関で、小児科学の時間を割いて行われてきた。

初期研修で一般の小児科診療を学び、気管切開や人工呼吸器管理など濃厚な医療まで経験を深めた若い医師が、後期研修では退院後も安定した生活を続けていけるように在宅生活を見通し、メディカルソーシャルワーカーなど関わる多職種と協働しコーディネートする経験が重要になる。小児科学会到達目標（2015年、第6版）にも、24：地域総合小児医療の中で、「障がい児の現状，療育制度，在宅医療，支援体制，地域における連携」が取り上げられている。レベルA（専門医レベル）では、（9）地域の医療・保健・福祉・行政の専門職，スタッフとコミュニケーションをとり協働できる、（10）地域の連携機関の概要を知り，医療・保健・福祉・行政の専門職と連携し，小児の育ちを支える適切な対応ができる、ことが求められている。

研修プログラム

一つの例として、4年目の医師を対象にした東北大学での研修プログラムを紹介する。

3日間のプログラムで、脳性まひ、てんかん、摂食嚥下リハ、呼吸リハなど、重症心身障害医療についての講義や実習を行う。外来や病棟での研修の他、患者さんのご自宅を訪問して在宅生活の様子を見学させていただく。

この研修を通して、一般の小児科医師に求められる重症心身障害医療や小児在宅医療の在り方について学ぶ。

1日目

9:30～12:00	講義 1	脳性麻痺、てんかん、神経筋疾患
13:00～14:30	研修 1	病棟診療； 基本診療、リハビリテーション見学
14:30～17:00	実習 1 実習 2	摂食嚥下リハビリテーション 気管カニューレ交換、胃チューブ交換、胃瘻交換

2 日目

9:00～12:00	講義 2 実習 3	小児在宅医療総論、重症心身障害医療総論 呼吸リハビリテーション、排痰補助装置の適応と選択
12:00～13:00	研修 2	病棟診療；摂食介助
14:00～17:00	研修 3	患者さんのご自宅訪問

3 日目

9:00～11:30	研修 4	外来診療；気管支ファイバー、気管カニューレ交換、胃チューブ交換、胃瘻交換、呼吸リハビリテーション
11:30～12:30	研修 5	病棟診療； 入浴介助、胃瘻交換、気管カニューレ交換
12:30～13:30	研修 6	病棟診療；摂食介助
14:30～17:00	研修 7	外来診療； 小児神経学、症候学、てんかん診療

講義 1 では、脳性麻痺、てんかん、神経筋疾患の基本的な診療や最新の知見を、実習 1 では、プリン、おにぎり、クッキーやお茶などを食べながら、子どもの摂食・嚥下機能の発達を学び、食形態や姿勢の調整の大切を学ぶ。研修 2 で、実際に子どもに摂食介助する機会を作り、それぞれの子どもから最適な食事環境を考察する。実習 2 では、モデルを使いながら気管カニューレ、経鼻胃管や胃瘻交換を体験し、その後の研修 4～5 で外来や病棟の患者さんに実際に処置を行う。

講義 2 の小児在宅医療・重症心身障害医療総論では、疾病や障害のある子どもをもつご家族の受け止めや気持ちを理解することの大切さを学び、医療が必要な子どもや障害児も「生まれてきてくれてよかった」と思える社会作りの一環を、私たち医療者も担っていることを自覚する。

実習 3 の呼吸リハビリテーションでは、その原理を学びお互いにリハビリテーションを行うことでその効果を実感する。

研修 3 の患者さんのご自宅訪問では、気管切開や人工呼吸器装着の患者さんのご自宅を訪問し、実際の生活の場や、ご家族の声を聴き、私たち医療者が求められている医療の在り方を考えるきっかけとする。

医療と生活の Problem list を整理するための体系的な見方 「Children with special health care needs」の紹介

濃厚な医療が必要な子どもや障害の重い子どもの医療と生活における課題を整理するためのチェックリストを、さいわいこどもクリニックの宮田章子先生と東京都立小児総合医療センターの古川真弓先生が研修医向けに作成されたのでご紹介する。課題の見落としがないように、ABCDEFGHIJ ADD FRIENDS の頭文字でリストアップされている。

Children with Special Health Care Needs

～ problem list を整理するための体系的な見方～

ABCDEFGHIJ ADD FRIENDS

A airway
B breathing
C circulation
D development & disability
E epilepsy
F feeding & Fracture
G gastro
H hormones

A allergy
D drug
D device

F family
R rehabilitation
I immunizations
E education
N nursing care
D doctors
S social support

A airway

上気道の問題について確認する

- ・上気道狭窄はあるのか、原因と評価はしている？（検査をしていれば日付と簡単な所見）
（巨舌、鼻腔閉鎖/狭窄、adenoid 肥大、喉頭軟弱症、声帯麻痺 etc）
- ・ちょっとしたその子の気道に関する特徴や気道確保の時のポイントなど
（小顎症あり舌根が落ちやすい、鎮静剤で舌根沈下あり下顎挙上を要した etc）

- ・エアウェイの使用 夜や悪化時などの使用歴、種類やサイズなどを確認する
- ・単純気管切開 or 喉頭気管分離（Shiley PED 3.0 カフのエアの量 吸引チューブ 6Fr 6cm）
（気管・腕頭動脈瘻の評価は？肉芽は？それぞれ評価しているか。またその他のトラブルなどは？）

B breathing

呼吸/下気道の問題について確認する

- ・聴診所見 聞いたままを言葉にしたほうが良い気がする...
（垂れこみは多くいつもゼロゼロしているのか、きれいな時は wheezes や crackle は消失するのかなど）
- ・肺や胸郭などの特徴は？（感染をくり返した、ブラがある、側湾による影響など）
- ・分泌物の性状（サラサラの唾液喀痰なのか）、普段の吸引回数
- ・自発呼吸、人工呼吸器（NPPV/IPPV）、HOT は？離脱できる時間はあるのか？
（Puppy2 FiO2 PIP/PEEP RR Ti）
- ・気道過敏性（喘息？）はあるのか（atopic/non-atopic か 吸入はしているか、コントローラー、IgE）
atopic な喘息でないことも結構あり、慢性誤嚥や GER や肺炎・気管支炎の反復などにより気道過敏性が亢進している場合もある

C circulation

心疾患の有無について確認する。（心疾患がなかったとしても、心機能は一度は確認する？）

- ・聴診所見
- ・手術はいつ行ったか、現在の循環動態、水分制限は必要かなど分かる範囲で記載
- ・最終の心機能評価（超音波検査の結果）

D development & disability

発達（運動、精神（認知））の評価をおこなう。定期的に発達を評価しその子なりの発達を促せるとよい。
緊張と麻痺の状態についても評価する

運動発達の評価

- ・粗大運動と巧緻運動の評価を行う
（粗大運動は主に姿勢を評価するが、同時に筋緊張についても考える。緊張の薬なども）
（おもちゃに手を伸ばす、握る（握り方）、離す（落とす、なめらかに離すなど）、両手で持つなど）

筋緊張と麻痺

- ・緊張コントロール、筋弛緩薬について。麻痺などがあれば評価する。

精神発達の評価

- ・発声
- ・聴覚（音に反応、声に反応、簡単な言葉の理解）
- ・視覚（追視） 触覚（指しゃぶり、感覚過敏など）
- ・対人（家族と他人の区別、笑うなど）
視力、聴力検査の結果など。メガネや補聴器の適応など

E epilepsy

けいれんはないか、どんな薬を飲んでいるか、副作用はでていないかなど評価する

重症心身障害児の 60-65%にてんかんを合併したり、またけいれんが重積しやすいなどの特徴がある

- ・けいれんの特徴（けいれん発作型はその子により様々、保護者からの情報が大切）
- ・最終痙攣発作
- ・脳波検査、画像検査（MRI や CT）など
- ・けいれん重積したときの状況と治療について簡単にまとめる
- ・内服薬（常用薬と発作時の頓用薬、不眠や不穏時の屯用薬）

F feeding & fracture

食事についての確認と栄養の評価も行う。身長体重なども。易骨折性や骨折歴についても触れる。

- ・経管栄養剤の種類と濃度、形態、投与経路、投与量、投与速度、投与回数など
（Ex. NGtube 75%エンシュア 250ml×4回（2時間かけて））
- ・体重当たりのエネルギー量（kcal/kg/day）、水分量（ml/kg/day）
- ・体重増加のチェック
- ・微量元素や電解質、TP/Alb、Hb、なども入院した際には時々チェックする
単一の栄養剤を使っていると、微量元素や食物繊維が不足することが時々見られる
基礎代謝量は健常児の 85%といわれているが、実際のところは明確な答えは出ていない
緊張が強い児や呼吸努力が強い場合などでは、食事をとっていても体重が増えないこともある。
また栄養過剰で体重が増え過ぎてしまうと介護の面で不利になることもあり適切な体重を維持することは大切
- ・ダンピングはないか、嘔吐しやすすくないかなど（**gastro** で記載でも OK）
- ・食事に関してのリハビリ、嚥下評価などの確認（**rehabilitation** で記載でも OK）

G gastro

消化器の問題はないか確認する。GERD と便秘のコントロールは忘れずに行う。

- ・消化管の疾患について。手術歴などは？
- ・GERD はあるのか？
（検査結果は？：造影検査、pH モニターなど）
（対処方法について考える：体位の工夫、とろみつき、EDtubefeeding、Nissen 術などの適応など）
- ・排便の状態はどうか 重症心身障害児の子は便秘になりやすい
便秘は緊張亢進、頻脈の原因になることもある。腹部膨満により GER 悪化したり、排尿に問題が起きたり...
たかが便秘、されど便秘

H hormones

内分泌学的な問題はないか確認する。尿崩症、甲状腺機能低下症など

A allergy

アレルギーの有無について確認する。

D device

デバイスについてまとめる。

- ・種類、サイズ、最終交換日（交換周期は？）など。交換の際のポイントなどあれば記載する。

（気切チューブ/エアウェイ、NGtube/EDtube/胃ろう、導尿、ストマ、VP シェントなど）

D drug

使用中の薬についてまとめる。

漫然と継続される薬の必要性について確認する。減量や中止できる薬はないのかなどについても考える。

- ・内服薬の種類、投与量、最終血中濃度（抗てんかん薬など）

F family

家族構成、経済力、家庭環境や親戚のサポート体制、住居環境（何階か、エレベーターの有無、お風呂場、寝室など）、移動手段を把握する。

R rehabilitation

リハビリ施設や頻度、どんな訓練をしているのかなど。

- ・ Physical Therapy
- ・ Occupational Therapy
- ・ Speech Therapy

I immunization

ワクチン接種状況について確認する

E education

保育園、幼稚園、通園施設、特別支援学級、特別支援学校（通学、分教室、訪問教育）などについて確認する

N nursing support

訪問看護ステーションはどこか。主に何をお願いしているのか、何が可能なのかなど

D doctors

主治医、かかりつけ医、在宅医、関連する専門科医

緊急時の病院、緊急時の対応など

S social support

福祉サービスについて確認する。

- ・手帳：身体障害者手帳、療育手帳
- ・ショートステイ：
- ・経済的支援（医療費の助成、手当）
- ・日常生活の援助（障害者福祉サービス、子育て支援など）

3) 小児在宅医療実技講習会による開業医、勤務医に対する養成の試み

長谷川 功、江原 伯陽

A) 実技講習会開催までの経過と背景

小児科医特に新生児科医の間では、在宅医療に関する実技の習得が不可欠であると感じつつも、実際その講習会について言及し始めたのは、2011 年 3 月に京都において開催された新生児科医 0B の集まりである赤ちゃん成育ネットワークの世話人会であった。その場での議論をきっかけに、新生児医療連絡会、さらに日本小児在宅医療支援研究会とも協働し、2012 年 7 月 29 日に第 1 回小児在宅医療実技講習会が開催された。小児在宅医療に関心のある医師を対象に定員 60 名で募集が行われた。第 1 回のプログラム（表 1）を以下に示すが、以降の講習会ではこの形をベースに構成された。

プログラム	
10:30-10:35	赤ちゃん成育ネットワーク会長挨拶
10:35-11:10	講義 1 「NICU からの在宅医療 - 地域連携を踏まえて - 」 「在宅酸素療法の実際」 講師：渡部晋一（倉敷中央病院小児科）
11:10-11:30	講義 2 「胃瘻の管理」 講師：曹 英樹（大阪大学医学部附属病院小児外科）
11:30-12-10	実習 1 HOT と胃瘻に関する実習
12:10-12:30	講義 3 「小児在宅医療における診療報酬請求の実際 (事例を中心として)」 講師：田中祥介（大阪小児科医会）
12:30-13:00	休憩
13:00-13:30	講義 4 「在宅人工呼吸器の実際」 講師：竹本 潔（大阪発達総合医療センター小児科）
13:30-14:00	講義 5 「気管カニューレの管理」 講師：南 宏尚（高槻病院小児科）
14:00-15:00	実習 2 在宅用レスピレーターと気管カニューレの実習
15:00-16:00	特別講演 「小児在宅医療における手技の実際」 講師：前田浩利（あおぞら診療所墨田）
16:00-16:30	質疑応答

表 1 . 第 1 回プログラム

B) 講習会の内容

実技内容は、医療的ケアの中でもニーズが最も高い 在宅酸素 胃瘻 気管カニューレ、さらに頻度は少ないが、人工呼吸器の取り扱いに絞り、それぞれについて、講義のすぐ後に実習を行う構成とした。さらに、在宅医療機器の展示では、在宅における機器の交換、配達、管理を医師に理解してもらう目的で、それぞれの機器を前に、機器の特性について業者に説明してもらう形式とした。

胃瘻チューブや気管カニューレの入れ替え実習については、小児医療的ケアモデルの「まあちゃん人形」（京都科学）を使用し、それぞれの人形の前にはチュータを配置し、受講者全員の指導を行った。また、小

児在宅医療における診療報酬体系についても十分に時間を費やし、報酬が得られる診療であることを納得してもらえるように講義を設けた。

大阪で第 1 回の講習会が開催されてから約 3 年間に、以下に示す 9 回の小児在宅医療実技講習会が全国各地で開催された（表 2）。

	開催日	開催都市	場所
1	H24.7.29	吹田	大阪大学銀杏会館
2	H25.3.20	さいたま	大宮ソニックシティ
3	H25.8.4	福岡	九州医療センター 附属福岡看護助産学校
4	H26.2.23	仙台	ホテルJALシティ仙台
5	H26.3.21	さいたま	大宮ソニックシティ
6	H26.8.3	名古屋	名古屋大学医学部附属病院
7	H26.12.7	仙台	ホテルJALシティ仙台
8	H27.3.21	さいたま	大宮ソニックシティ
9	H27.6.28	札幌	北海道大学学術交流会館

表 2 . 小児在宅医療実技講習会一覧

このうち、第 2、5、8 回の埼玉県における実技講習会は厚労省の小児等在宅医療連携拠点事業の一環として、第 4 回と第 7 回の仙台における実技講習会は、地域医療再生基金を財源とした。その他多くの回では、講習会当日の運営は開催地区の医師等によるボランティアが中心であった。

C) 参加者の傾向

表 3 に最初の 3 回の参加者の内訳を示す。本講習会は、小児在宅医療の受け皿となる、地域の小児科開業医を増やすことを当初の目的としていたが、実際に応募してきた医師は、三分の二が勤務医で、その比率は地域によって変動がないことが判明した。実技講習会の必要性を感じていたのは、むしろ長期入院児を抱える NICU や PICU の小児科医の方であることが判明した^{1、2}）。

第 1 回	東北	関東	北陸/甲信越	東海	関西	中国	九州	計
勤務医	1	8	1	7	21	3	0	41
開業医	0	1	1	5	9	3	3	22
計	1	9	2	12	30	6	3	63

第 2 回	北海道	関東	北陸/甲信越	東海	関西	九州	沖縄	計
勤務医	1	28	3	1	1	1	1	36
開業医	0	16	0	1	0	0	0	17
計	1	44	3	2	1	1	1	53

第 3 回	関東/甲信越	東海	関西	中国	四国	九州	沖縄	計
勤務医	1	0	1	6	0	24	7	39
開業医	1	1	1	2	1	19	0	25
計	2	1	2	8	1	43	7	64

表 3 . 実技講習会参加の内訳

D) 小児科学会の関与

その後、日本小児科学会内で在宅医療実技講習会の開催について本格的に議論され、第 6 回名古屋大会から小児科学会共催、そして第 9 回北海道大会から小児科学会主催で開催されることになった。今後も小児科学会主催のもと、全国各地で定期的に行われる予定である。

一方、小児在宅医療実技講習会を日本小児科学会が主催するにあたり、教育内容の標準化を目的とした標準テキストの作成が学会内で行われた。その内容は日本小児連絡協議会重症心身障害児(者)・在宅医療委員会の中の人材育成グループで十分議論され、完成した標準化テキストが収録された CD-R が日本小児科学会から各都道府県医師会と小児科学会地方会に提供配布された。また、小児科学会会員ホームページから会員へのダウンロードも可能となっている。内容を表 4 に示す。

A. 講義	B. 実技指導マニュアル
A1. 在宅酸素療法	B1. 実習総論
A2. 胃瘻	B2. 胃瘻ボタン交換
A3. 気管切開	B3. 気管カニューレ交換
A4. 在宅人工呼吸器	B4. 呼吸リハビリテーション
A5. 呼吸リハビリテーション	B5. カフマシン
A6. 診療報酬請求	B6. 肺内パーカッションベンチレーター
A7. NICU からの在宅医療	
A8. 当事者支援・レスパイト事業	C. 動画
A9. 在宅医療的ニーズ	C1：呼吸リハビリテーション実習風景
A10. 病院レスパイト	C2：排痰補助装置実習風景
A11. 小児在宅医療手技実際	C3：経鼻胃管挿入
A12. 小児科医のための「障害者総合支援法」入門	C4：防災対策
コラム1. 高齢者と小児の違い	
コラム2. 福祉制度	
コラム3. 防災対策	
コラム4. 障害児をみるポイントとコツ	

表 4 . 小児在宅医療実技講習会マニュアル目次(日本小児科学会編)

E) 今後の展望

短い実技講習だけでは、十分に学習できた段階に到達できるわけではないが、「小児在宅医療」に対する苦手意識、ないしハードルの高さを少しでも低くして、各医師が身近にある症例に少しでも実際に接し、経験していくことによってより多くの知識と実技を獲得していくことが期待される。実際、一人小児科開業医においては、24 時間看取りまでカバーするような在宅療養支援診療所の開設は困難であるが、多職種、とくに小児に対応可能な訪問看護ステーションとの連携のもと月に 2-3 名の在宅医療を必要とする小児に対し、定期的に訪問診療を行うことは十分に可能であろう。病院勤務医にとっては、小児在宅医療の現状を理解し、訪問看護ステーションとスムーズな連携をとるためにも本講習会への参加は有意義なものと思われる。実際、平成 26 年の診療報酬改定において、在宅療養後方支援病院の指定を受けた病院においては、人工呼吸器を装着した 15 才未満児（かつ体重 20 キログラム以下）の児が退院する場合、病院勤務医が開業医とともに往診ないし訪問診療（初年度 12 回まで）した場合に、診療報酬が得られることになった。

勤務医が小児在宅医療に対して関心を持つためには、無論、医学生の時から重症心身障害児が置かれた療養環境に関心を抱くよう、医学教育プログラムの中に社会的弱者に対する共感体験のほか、小児科研修医の時期においては小児科学会が定める「分野別到達目標 24 地域総合小児医療」³⁾ で定めた診療能力レベル A（＝専門医レベル）の（10）地域の連携機関の概要を知り、医療・保健・福祉・行政の専門職と連携し、

小児の育ちを支える適切な対応ができることを確保した上で、さらにレベルB（＝指導医レベル）においては、（4）地域における療育・在宅医療に積極的に参画することが求められている。在宅医療児の医学的短期入所は多くの重症心身障害児施設においてはすでに行われているが、しかし、高度に細分化された臓器医療の現場（特に中核病院、地域小児科センター）において、ショートステイや緊急受け入れ先として十分に機能しておらず、そのため、このような診療能力を習得する機会が少なく、また地域との連携も達成されていないのが現状である。勤務医のoutreachを増やすためには、上述の在宅療養後方支援病院を増やすためには、診療報酬の引き上げが喫緊の課題となる。

現在、過去の全国版小児在宅医療実技講習会の参加経験者により、各自の地元において地区医師会、小児科医会の協力のもと独自の講習会を開催するケースが増えている。次の段階としては、内科の在宅専門医、訪問看護師、福祉関係者、教育関係者など多職種を含めた在宅医療講習会の開催へと発展し、本講習会が多職種連携の窓口となることが期待される⁴⁾。また、特別支援学校の指導医、校医への就任及び指導についても強化していく必要性が求められている⁵⁾。さらに今後、各医療圏において、地域小児科センターを中心に、その医療圏における小児在宅医療の連携協議会を設立し、病診連携のもとに小児版地域包括ケア的な体制を確立して必要があると思われる。

【参考文献】

- 1) 江原伯陽、長谷川 功、金原洋治 在宅医療実技講習会の試みと意義 周産期医学 2013;43:1421-1423
- 2) 長谷川 功 小児在宅医療実技講習会のその後とこれから 赤ちゃん成育ネットワーク会報 2016:18 (in press)
- 3) 小児科医の到達目標 小児科専門医の教育目標 日本小児科学会雑誌 2015:119 751-798
- 4) 厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究 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 23 - 25 年度 総合研究報告書
- 5) 高田哲 三浦清邦、山本仁 特別支援学校の指導医・担当医についてのアンケート調査 2015 脳と発達;47(6):459-61

4) 在宅療養支援診療所医師への小児在宅医療講習会の開催による、人材育成の開発に向けて 側島 久典、高田 栄子

● はじめに

小児在宅医療対象者には NICU や PICU 出身者が多く、医療依存度が高い患者が多い。さらに、背景に先天性疾患の存在、患者の体格の特殊性などの個別性が高い。全国的にこのような高度医療に依存した小児在宅患者を受け入れる医療・福祉資源の絶対数が不足しており、在宅療養に必要な訪問診療の担い手や短期入所を受け入れる施設が少ないことから、病院から在宅へのスムーズな移行が難しいという状況がある。

埼玉医大総合医療センター小児科では、平成 24 年より毎年、埼玉県内の医療、福祉資源調査を行ってきた。平成 26 年は、埼玉県小児科医会の協力を得て、県内の在宅療養支援診療所と小児科開業クリニックへ小児在宅医療患者の受け入れ調査を行った(調査票配布数 523 箇所、調査票回収数 243 力所)。その結果、重症な障害を持つ小児の訪問診療を依頼されたときに『現状では受け入れ困難』である診療所についてどのような条件が揃えば受け入れが可能かという問いへの回答として、小児を診ることが可能な人材が揃ったら(21%)、小児在宅医療の知識や技術を習得したら(11%)、困ったときに 24 時間相談に乗ってもらえるなら(12%)という回答が上位を占めていた。

● 小児在宅医療実技講習会

これまでの 3 年間の調査結果より、医療機関の在宅医療を必要とする小児患者の受け入れが困難な理由として、小児在宅医療に必要な知識や技術を習得した人材が不足していることが原因であることが分かったため、人材育成に力をいれ、医師対象の小児在宅医療実技講習会を 3 回開催した。本講習会は、赤ちゃん成育ネットワークの医師が最初に始めた小児在宅医療の実技を学ぶための小児科医師向けのプログラムであり、平成 24 年夏から始まり、埼玉県の開催を含め、これまでに全国で 9 回行われている。第 5 回より日本小児科学会が後援し、平成 26 年から、日本小児科学会によるマニュアル作成に取り組んでいる。本講習会へは、埼玉県内外から小児科医師だけでなく、在宅療養診療所医師も参加しているが、会を重ねるにつれ、小児在宅医療に関する知識のニーズが小児科医師と成人対象の在宅療養診療所医師では異なることが明らかになってきた。成人対象の在宅療養診療所医師は、在宅医療を必要とする小児特有の知識をより強く求めているように思われる。

これまでの講習会参加者には、毎回 2 ~ 7 名の成人在宅医の参加があり、現在小児在宅医療を行う中心となっている小児科医が、成人在宅医から学べることも多く、更に成人在宅医との協働が可能となれば、子どもたちにとってのメリットが大きいと考えられる。これらのニーズの違いを明らかにし、成人対象の在宅療養診療所医師や訪問看護師のニーズに合ったテキストブックの作成や講習会の開催が必要である。

● 成人在宅医向け小児在宅医療講習会開催に向けて

そこで、成人対象の在宅療養診療所医師が、在宅医療を必要とする小児患者を診療する際に必要な知識について実務に役立つ実技講習会を行うことにより、これらの成人対象の医療者に小児在宅医療への理解を促し、協力を得ることによって小児在宅医療患者の訪問診療の担い手を拡充することを目的に、勇美財団からの助成と、日本小児科学会、日本小児在宅医療支援研究会の後援のもと平成 28 年 1 月 31 日、さいたま市にて「成人在宅医向け小児在宅医療講習会」を定員 30 名で開催した。本講習会開催企画には、成人在宅医で小

児在宅医療実施者を交え、講義とワークショップ形式での討議を主体とし、本講習会をきっかけに、成人在宅医と小児在宅医がどこまで協力、協働ができるのかを追跡調査することで、今後の人材育成の 1 方法としての提言をまとめられると考えた。小児在宅医療を行うことで知ることができた項目を、医学的、心理的、社会的各側面に分け、診療報酬とともに 4 項目にまとめた「小児在宅医療知ってよかったトップ 30」として、解説と質問を交えた 1 セッションを計画した。（表 1）

===== 小児在宅医療知ってよかったことトップ 30 =====

医学的側面

1. 酸素飽和度の違いとして目標が 93%となっている。
2. 小児では喉頭気管分離が適応となる。
3. 胃ろう・気切のサイズアップは病院が考えてくれる。
4. いざというときに小さい気切チューブを用意しておく。
5. 抗ヒスタミン薬は痙攣を誘発しやすいので使わない。
6. キシロカインゼリーのアレルギーが出やすいのでなるべく使用しない。
7. 薬は体重や、相互作用が出やすいので薬剤師さんのチェックをしてもらうと良い。
8. ALP、LDH、WBC、肝酵素の正常値が違う。
9. 3ヶ月～6ヶ月の時点でヘモグロビンが7程度まで低下し、以後エリスロポイエチンが増加し貧血が補正される。
10. 栄養の管理を、年齢や成長に合わせて変更が必要となっている。
11. 理想体重での検討ではなく、年齢や体重増加で検討するが個人差が大きいので、小児科医に検討してもらう。
12. 予防接種を意識しないといけない。（小児科医と相談して行う）
13. 検診できる施設としておく（1歳半、3歳、6歳に集団検診）検診をやってあげられる。
14. 熱が出た時の抗生剤は使わないのが原則で、小児科医と相談する（個別対応、耐性菌が来やすい）。
15. 熱が出た時にはこもり熱があり、涼しくするだけで良い時がある。
16. 水頭症の時には体温が下がりやすいので帽子をかぶせたほうが体温が安定する。
17. カファシスト・ロートエキス・小青竜湯で痰を減らせることができる。

心理的側面

1. 本人の同意は成人と同様重要であるが、表現が難しいので見過ごされやすい。
2. 障害の認識がやすいことが多い。

社会的側面

1. 家族の中での葛藤（離婚、兄弟間の問題）は起こることがあるが保健師さんや、学校の先生と相談する。
2. 出生時障害 / 中途障害の場合には、「健康な我が子を失った」という家族の悲しみを癒やす必要がある。
3. 総合支援法を使う。
4. 母親同士が知り合いになっていてネットワークがある。
5. 母親が主治医となってさまざまなことを行ってくれる。
6. 母親が、子どもの行く末を常に心配している / 考えたくないという気持ちがある。
7. 「呼吸器不可」など医療的なケアのある人の制限がある。
8. 虐待などがあれば児童相談所に相談する。
9. 働くこと、人生を見通したビジョンが必要である。（その人らしさはこれから創るもの）
10. 発達段階は要素によって凸凹があるので、知的・身体的な成長を個別に考える必要がある。

診療報酬

1. 経管栄養の栄養剤は、小児の場合には指定がない。（在宅小児経管栄養法）
2. 超重症児・準超重症児の適応になればサービスを増やすことができる。

=====

表 1：小児在宅医療知ってよかったトップ 30

● 事前アンケートと参加者

参加者募集の際に、何らかの事情で不参加者にも事前アンケートを行った。小児在宅医療研究会をはじめ、成人在宅医療ネットワーク、埼玉県医師会等の協力を得て広報を行った。

事前のアンケート内容は、表 2 の如くであった。

お申込み時アンケート

大変恐縮ですが、申込み時にご記入いただけますようお願いいたします。該当するアルファベットを○で囲んで下さい。

- 1) 本講習会への参加を (a. 希望する b. 今回は不参加)
- 2) この成人在宅医向け小児在宅医療講習会をどのようにして知られましたか。
 - a. 成人の在宅医のネットワーク
 - b. 小児在宅研究会ホームページ
 - c. 友人から
 - d. ポスターで
 - e. その他 ()
- 3) 現在、小児在宅医療を行っておられる患児がおられますか？
 - a. いない
 - b. いる (bと回答された場合、何名いらっしゃいますか？ ___名)
- 4) 今回の講習会では、どんなことを修得されたいですか。(複数回答可)
 - a. 講義
 - b. 実技 実技の種類は？(1. 気管切開管理 2. 胃瘻 3. その他_____)
 - c. その他 ()
- 5) 今回は不参加を選択された理由をお教えいただけませんか。
 - a. 日程が合わない
 - b. 内容が合わない ご希望があればお書きください ()
 - c. 小児在宅医療に参加できそうもない
 - d. その他 ()

アンケートにご協力ありがとうございました。

お問い合わせ：埼玉医科大学総合医療センター小児科
TEL:049-228-3550 zaitaku@saitama-med.ac.jp

表 2：成人在宅医事前アンケート

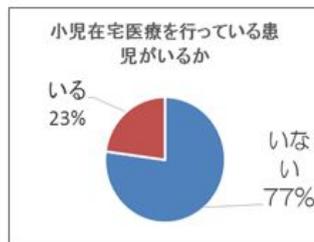
参加者は全国から応募があり、定員に到達した。4分の3は関東であったが、北海道、山形、静岡、愛知、岐阜、鹿児島から参加があった。アンケート結果は表3に示す。35名から回答があり、情報は成人在宅医ネットワーク、小児在宅医療支援研究会HPなどからであり、すでに小児在宅を開始されているのは4分の1施設で、最大6名の小児を対象とされている成人在宅医がおられた。講習会への期待は、講義、実技ともに予想以上であった。

(2) どのようにこの講習会を知ったか

成人の在宅医のネットワーク	13
小児在宅研究会のHP	9
友人から	1
ポスター	0
その他	12

回答 35名

(3) 現在、小児在宅医療を行っておられる患児がおられますか？



「いる」と解答の場合、何名いるか

小児は、何名いるか	
6名	1
4名	1
3名	1
2名	2
1名	1
未回答	2

(4) 今回の講習会で何を修得したいか(複数回答)

講義	29
実技(気管切開管理)	14
実技(胃瘻)	12
実技(その他)	6
その他	9

表 3：事前アンケート結果

● プログラム（表 4）

事前アンケートから、実際の症例提示、気管切開、胃瘻の実技講習への要望が半数以上から寄せられたため、シミュレータである「まーちゃん人形」を 2 体準備し、希望者に実技体験できるよう配置した。プログラムは、講義と、症例提示を 2 例準備し、グループワーキングによるワークショップ形式を採用し、各小児在宅対象症例に対して、成人在宅医の立場から、自分たちでもできること、できそうなこと、他職種にお願いしたいこと わからないこと について、KJ 法を用いてプロダクト作成、発表する形式とした。

1 例目は、中途障害児を取り上げ、2 例目では NICU から退院する新生児仮死後の長期入院児が対象であった。続いて 2 例目では、前田班で作成された、退院調整会議の VTR を小児在宅医療の 1 モデルとして提供した。

加えて、小児在宅医療診療報酬についても講義を設けた。

小児在宅医療を知ってよかったトップ 30 では、実際に経験者と小児在宅医療者とのやりとりトークのセッションを設け、小児科研修医レベルくらいの知識と技術をまず修得できるような内容を多く取り入れた。

「成人の在宅医療に関わる医師向け 小児在宅医療講習会」		
会期：平成28年1月31日（日曜日）	大宮ソニックシティ（604会議室）	9:50-17:00
プログラム		
9:50-10:00	太田秀樹	開会挨拶
10:00-10:30	田村正徳	小児在宅医療、現在の問題点
10:30-11:30	紅谷浩之	成人在宅医が小児在宅に期待されている役割 小児と成人の違い
11:30-12:30	側島久典 高田栄子	ワークショップとは・KJ法 症例1 グループワーク・課題発表 質疑応答
12:30-13:00	宮田章子	診療報酬について（ランチョンセミナー）
13:00-13:15		休憩(15分)
13:15-14:20	側島、紅谷、市橋、梶原	知ってよかったことトップ30（やり取りトーク）
14:20-16:15	紅谷、高田 高田栄子 梶原厚子	症例2：症例紹介とグループワーク・発表 退院調整会議VTR視聴：グループワーク 重症心身障害児の病態と経過 小児在宅医療での子どもたちのケア
16:15-16:30		総合質疑応答
16:30-16:35	側島久典	コメント・閉会
16:35-17:00	実技（希望者）	気管切開チューブ交換、胃瘻

表 4：プログラム

● 講習会の内容と反応

当日の参加者は 23 名（インフルエンザ罹患、患者の容態対応などで中止があった）を 4 グループに分け、各グループには 2 名の小児在宅医療経験者と、2～4 名の小児在宅医療に携わる医師、理学療法士がファシリテータとして対応した。当日参加者よりアンケート調査を多岐にわたり行った。

各セッションへの満足度評価（5 段階評定尺度）を図 1 に示す

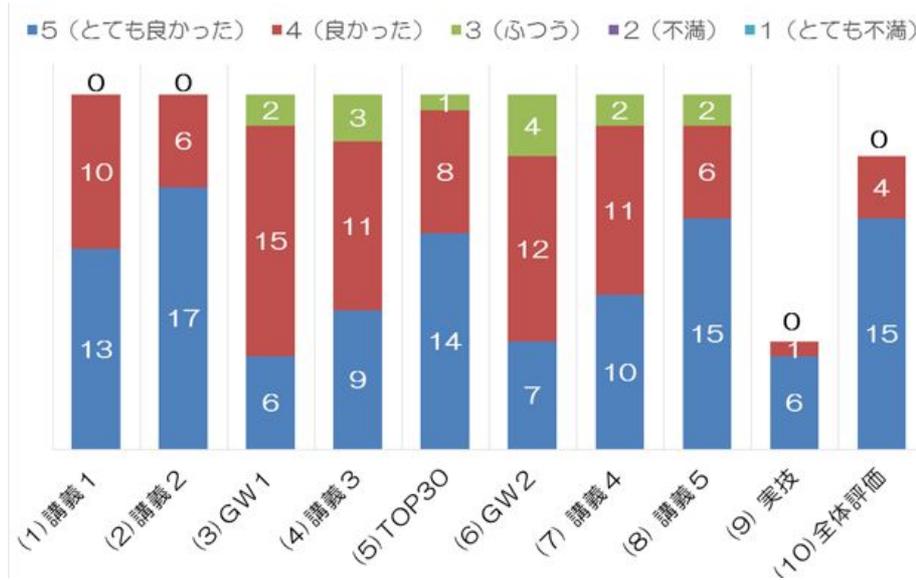


図 1：各セッションの参加者満足度評価

全般に満足度は高い結果であった。事前アンケート通り、とくに講義への満足度は高いと思われた。グループワーク（GW）において、すでにこのような形式への参加経験が多く（会場で確認）提示症例に対する KJ 法を用いたプロダクト作成は順調であった。小児中途障害症例に対して、どこまで成人在宅医が行えばよいのかがよくわからないという結果が多く提出された。症例 2 での、新生児仮死後 NICU 長期入院児で、気管切開を行った 2 歳例の在宅移行については、問題点の中で、退院調整会議はどのようなになっているのか？どのくらいの多職種が関わっているのかわからないという GW の回答がみられ、次のステップでの退院調整会議ビデオ視聴によって、クリアになったという解答が多くみられた。診療報酬に関する質問は、ランチョンでの講義で数多く、短期入所なども含め今後更に詳細な検討が必要と考えられた。

● 今後の小児在宅医療人材育成に向けて

今回企画、開催した「成人在宅医向け小児在宅医療講習会」は、小児在宅医療にとっても、成人在宅医にとっても双方にメリットが見いだせると強く感じられた。

当日アンケートの最終項目に挙げた「小児在宅医療に興味をもって参加するにはどのような方式が効果的か」には、多くの意見が寄せられた。（抜粋）

- ・このような講習会を、在宅医学会、プライマリケア学会などで web 広告を希望。
- ・成人在宅の講習会等でもこのような会があることをアピールするのがよい。
- ・それぞれの地域の小児医療中核病院が活発に啓発活動を要望
- ・「はじめの一步」のような入門手引きを希望
- ・今回のようなスタッフと参加者が対話できる形式が良い。
- ・何らかの認定証があることで、非小児専門医として小児在宅に取り組める。

など、今後の開催に向けても前向きな意見、提案が多くみられた。

このような形式の講習会を、今回の参加者の協力、合流も得ながら重ねてゆくことは、小児在宅医療の推進にとって有用となりうると考えられた。

更に追跡を重ね、参加者と今回の講習会運営側、ファシリテータへの調査として、今回の講習会を経験して、成人在宅医療と、小児在宅医療の距離を短縮するには問題点がどのようなもので、対応策として可能な提案を更に追跡調査を行い、より多くの成人在宅医の参加を期待したいと考える。