

分担研究（2-1）：都道府県における医療・福祉・保健・教育等の連携体制のあり方に関する調査と研究

研究分担者：前田浩利（医療法人財団はるたか会）

研究協力者：網塚貴介（青森県立中央病院総合周産期母子医療センター）、位田忍（大阪府立母子保健総合医療センター）、江原伯陽（エバラこどもクリニック）、大沼仁子（成育医療研究センター）、大山昇一（済生会川口総合病院小児科）、緒方健一（医療法人おがた会 おがた小児科・内科医院）、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）、梶原厚子（NPO 法人あおぞらネット）、勝田仁美（兵庫県立大学看護学部）、島津智之（独立行政法人熊本再春荘病院小児科）、高橋昭彦（ひばりクリニック）、田添敦孝（東京都立小平特別支援学校武蔵分教室）、戸枝陽基（社会福祉法人むそう）、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・総合診療科兼務）、中川尚子（医療法人財団はるたか会あおぞら診療所新松戸）、長島史明（医療法人財団はるたか会あおぞら診療所新松戸）、中村知夫（成育医療研究センター）、奈良間美保（名古屋大学大学院 医学系研究科）、西村幸（松山市南部地域相談支援センター）、萩原綾子（神奈川県立病院機構本部事務局人事部）、長谷川功（医療法人はせがわ小児科）、船戸正久（大阪発達総合療育センター）、星野陸夫（神奈川県立こども医療センター）、又村あおい（全国手をつなぐ育成会連合会）、松葉佐正（くまもと芦北療育医療センター）、宮田章子（さいわいこどもクリニック）、柳貞光（神奈川県立こども医療センター）、吉田路子（京都府立医科大学大学院医学研究科小児科学併任助手、京都府山城北保健所医務主幹）、吉野浩之（群馬大学大学院 教育学研究科）

【研究要旨】本研究は、都道府県における医療・福祉・保健・教育等の連携体制のあり方に関する調査と研究を目的とする。医療的ケア児とは、病院で発生し、様々な医療ケアを受けながら地域で生活している子どもである。医療的ケア児は、24時間医療が必要なために、医療と福祉、教育の地域での連携が必須であるが、我が国はまだその連携の仕組みについて未整備で、過去に実践も研究もほとんど無い。医療的ケア児が急速に増加している今、医療・福祉・教育の連携の在り方について我が国の現状にマッチしたシステムを検討・開発することの意義は大きく、それは病院のみに限定されていた医療を地域化、生活化していくことに他ならず、高齢者ではすでに超高齢社会に対応すべく、地域包括ケアの推進という形で行われている。小児でも同様の病院と地域の連携システムを構築する必要がある。本研究では、28年度は医療・福祉・保健・教育などの連携体制のモデル構築を千葉県松戸市と東京都世田谷区で試みた。また、全国の在宅療養支援診療所対象にアンケート調査を行い、実際に小児在宅医療を実施している在宅療養支援診療所の数、実践するために必要な条件を明らかにし、8年前に実施した同様の調査と比較した。その結果、小児在宅医療の経験のある在宅療養支援診療所も、今後実施したいと考えている診療所も大幅に増加していることがわかった。平成29年度は、その調査を基に、小児在宅医療の一定の経験がある診療所に対して、平成26年、27年度厚生労働科学研究補助金事業「小児在宅医療推進のための研究」で検討された小児在宅医療実践のモデルの妥当性についてアンケートを行った。また、医療・福祉・保健・教育などの連携体制について48都道府県、千葉県、東京都の市区町村、日本小児科学会認定専門医研修施設の小児科責任者にアンケートを実施した。その結果から、医療的ケア児を支える連携体制の構築のためには、行政も縦割りを超えると同時に、県、市区町村まで含めた連携を行う必要があり、担当者の意識改革が必須であると同時に従来になかった医師と行政の連携、協働も必須となることがわかった。

A. 研究目的

本研究は、都道府県における医療・福祉・保健・教育等の連携体制のあり方に関する調査と研究を目的とする。医療的ケア児は、病院で発生し、様々な医療ケアを受けながら地域で生活している子どもである。このような子どもたちは、24時間医療が必要なために、医療と福祉、教育の地域での連携が必須であるが、我が国はまだその連携の仕組みについて制度的に未整備で、過去に実践も研究もほとんど無かった。しかし、2016年5月24日の通常国会で、新しい障害概念として、人工呼吸器などの医療を日常的に必要なとする状態を定義し、その支援が必要とした法案が成立した。以下法案の全文である。

「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律及び児童福祉法の一部を改正する法律」

第五十六条の六第二項

「地方公共団体は、人工呼吸器を装着している障害児その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある障害児が、その心身の状況に応じた適切な保健、医療、福祉その他の関連分野の支援を受けられるよう、保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を行う機関との連絡調整を行うための体制の整備に関し、必要な措置を講じるよう努めなければならない。」

この法案を踏まえ、2016年6月3日に、厚労省医政局長、厚労省雇用均等・家庭児童局長、厚労省社会・援護局保健障害福祉部長、内閣府子ども・子育て本部統括官、文部科学省初等・中等教育局長の連名という異例の対応で、各地方自治体に、その実施に関して「**医療的ケア児の支援に関する保健、医療、福祉、教育等の連携の一層の推進について**」という通達が出た。その通達では、上記の**第五十六条の六第二項**の趣旨について述べた後、保健、医療、障害福祉、保育、教育それぞれの分野における努力目標を示したあと、関係機関などの連携に向けた施策として、「医療的ケア児とその家族を地域で支えられるようにするため、保健、医療、福祉、教育等の医療的ケア児支援に関わる行政機関や事業所等の担当者が一堂に会し、地域の課題や対応策について継続的に意見交換や情報共有を図る協議の場が必要である。そのため、地域において協議の場を設

置し、定期的を開催することを願う。協議の場については、(自立支援)協議会、医療的ケア運営協議会、慢性疾病児童等地域支援協議会、地方版子ども・子育て会議などの既存の会議の枠組みを活用することも考えられる。また、都道府県単位の設置・開催だけでなく、二次医療圏や障害福祉圏域、市町村単位の設置・開催も想定されるので、地域の実情に応じて検討することを願う。」と記載されている。しかし、実際に、通達で述べられている「医療的ケア児支援のための保健、医療、福祉、教育の連携のための協議の場」の設置は、これまでに組み込まれた事例も少なく、その進め方についても明確になっていない。本研究では、数か所での先行的な取り組みを行い、それをまとめ、協議の場を作るための手引書を作成することを目的とする。同時に、前年度の研究に引き続き、全国の在宅療養支援診療所の中で、小児在宅医療を10人以上経験している75の診療所を対象に、小児在宅医療のモデルを提示し、それに対しての意見を伺い、小児在宅医療の実施のための体制について検討する。

B. 研究方法

本研究では以下のステップで研究を進める。医療・福祉・保健・教育などの連携体制の現状について、全都道府県と千葉県と東京都の市区町村、日本小児科学会が認定する小児科専門医研修施設に対してアンケートを実施し、現状を明らかにする。同時に、モデル構築を千葉県松戸市と東京都世田谷区で試みる。また、モデル取り組みとして、京都府山城北圏域の保健所を中心とした医療的ケア児支援のための連携体制構築を試みた。また、平成28年度に実施した全国の在宅療養支援診療所対象にアンケート調査で、実際に小児在宅医療を実施している在宅療養支援診療所が全国にどのくらいあり、実践するために必要な条件は何かを明らかにした。その結果を受け、2次調査として、小児在宅医療の経験が10人以上ある96診療所に対し、小児在宅医療実施のモデルを提示し、36施設から回答がありそれを集約した。

C. 研究結果

C-1「医療的ケア児支援のための保健、医療、福祉、

教育の連携のための協議の場」の設置
に関して全国の都道府県に以下のアンケート調査を
実施し、47都道府県のうち、神奈川、大阪、長崎以
外の44都道府県から回答をいただいた。以下アンケ
ートの質問と回答について記載する、

問1 本アンケートに回答している部署、担当者
ほとんどの県が障害福祉課または障害者支援課であ
ったが、福島県：こども未来局児童家庭課、群馬県：
医療課、東京都：福祉保健局障害者施策推進部 施設
サービス支援課療育担当、岐阜県：健康福祉部 医療
福祉連携推進課、鳥取県：福祉保健部子育て王国推進
局 子ども発達支援課、奈良県：医療政策部 保健予
防課であった。

**問2 平成28年度6月3日の通知「医療的ケア児
の支援に関する医療、保健、福祉、教育等の連携の一
層の推進について」を受け取ったか**
全ての都道府県担当者が受け取っていた。また、宮城、
福島、新潟、三重、長野、大分、宮崎、鹿児島では、
関連する課室がそれぞれ通知を受け取っていた。

**問3 医療的ケア児支援のための医療、保健、福祉、
教育等の連携のために行政、事業所などが一堂に会
する協議の場は設置されたか。**

- ・設置の予定が無い 1県
- ・まだ設置されていないが設置を検討している 24
県
- ・自立支援協議会など従来の会に併設して設置した
1県
- ・医療的ケア児に特化した協議の場を既に設置した
18県

となり、多くの県で検討は始まっているが、まだ未設
置であった。

・設置の予定がない県は、その理由を選択式で、参加
者をどう決めたらよいかわからない。会議で進め
る検討事項がわからない。としている。

・また厚労省からどんな支援があれば設置は進むの
か？との質問に選択式で、更に具体的な通知、手引
きやマニュアルなどの提示としている。

協議の場の設置を検討している場合 (24 県)

- ・設置の主体課室

5 県が未定で他の県ではアンケートに回答している
課室が主体になる。

- ・設置の予定
ほとんどが平成30年度
- ・開催頻度
未定もしくは年1-2回
- ・参加者
未定もしくは関連団体、部署、課室の担当者
- ・議題や検討事項
未定もしくは医療的ケア児の実態調査、現状把握、ニ
ーズ調査、連携体制の構築、人材育成、課題把握、ラ
イフステージに応じた支援の課題など
- ・解決すべき課題
未定もしくは医療的ケア児の現状(実態把握)・各機
関の支援策(情報共有)・支援の課題など
- ・議事が公開か、非公開か
公開3県 非公開2県 未定19県
- ・予算
未定もしくは81万から10万円程度
- ・開催のために必要な厚労省、医師会、小児科学会
からの支援
厚労省は、協議の場の設置に係る財政的支援の継続、
医療的ケア児の定義の設定。協議の場の検討内容や
コーディネーター役割を具体的に示す事例集の提供。
医師会や小児科学会については、医療的ケア児の人
数や支援ニーズに関する調査の協力
協議の場への医師、看護師等、関係医療機関職員の参
加推奨依頼(通知)
具体的な協議の内容、進め方(厚労省)・委員の推薦
(医師会等)
医療的ケア児の統一した定義・県内におけるケア児
の人数の把握・医療的ケア児の現状や今後の見通し、
ケア内容に関する情報など、医療の専門的な立場か
ら助言や相談に乗っていただける医師の紹介や派遣
などの支援

既に協議の場の設置している場合 (19 県)

- ・設置の主体課室
ほとんどの県でアンケートに回答している課室が主
体になっていたが、福岡県で保健医療介護部高齢者
地域包括ケア推進課、鹿児島県で子ども福祉課が担
当していた。
- ・設置の年度
ほとんどの県が平成27年度以降だが、千葉県と静岡
県が平成22年度から、群馬県が平成25年度、新潟

県が平成 26 年度に設置していた。

・開催頻度

年 1-3 回

・参加者

医師会担当理事、小児科医会担当理事、基幹病院小児科医、重症心身障害児(者)を守る会など当事者団体、看護協会担当理事、教育関係者、地域の社会資源の運営者(訪問看護ステーション、通所事業所、ヘルパー事業所)、行政担当課室の担当者など、県によって全く異なる。

・検討事項や実施した事業の内容

医療的ケア医の現状(実態把握)・各機関の支援策(情報共有)・支援の課題、医師、看護師育成、相談支援従事者育成の研修、小児慢性特定疾病児童等における療養上の課題・今後のとりくみ、小児等在宅医療提供体制の構築、小児等在宅医療に係る医療・福祉・教育との連携に関すること等(事業)、医療資源調査等について、短期入所(医療型)の受入拡大等

・今後、検討、実施していきたいこと

医療的ケア児支援の具体的取組について。対象者及び市町村、施設等の事業の周知。受け入り施設の拡充・医療的ケアができる人材の育成、確保、保育機関、教育機関を含めた連携体制、医ケア児の定義をしぼり込み、医ケア児の現状について関係者間で共有する。全ての支援者が医療的ケア児への配慮できるような総合的な生活支援ネットワークの構築。地域連携の具体的方策、早期発見からの連携づくり・地域連携におけるコーディネーターについて・医療・福祉サービスの充実。

・協議の場の設置により解決できたと思われる課題

医療的ケア児の状況や支援の必要性について、従前より認識は埋まったと考えているが、検討途上であり、現時点で解決できた課題はない。医療的ケア児支援の現状と課題の整理。

医療・福祉・教育関係者等による協議+情報交換を重ね、小児等の在宅医療に係る連携体制の構築が図れた。医療的ケア児に関する専門の協議体ができ、小児在宅との連携のもと、より医療的ケア児支援に向けた連携体制が整ったこと。医療・福祉の連携について協議した結果、医師、看護従事者、介護従事者、ケアマネジメント従事者を対象とする多職種連携研修事業を事業化した。各分野における課題の共通認識が

できたこと。医療型短期入所事業所の確保や医師・看護師等の支援人材の育成・確保等において一定の成果を出している。各分野の制度やユーズについて情報共有が図られた。

・協議の場設置後もまだ未解決の課題には何があるか

国の補助メニューはあるものの、財政状況が厳しく、必要な予算の確保が極めて困難・関係機関の一層の連携と圏域・市町村での取り組み体制の構築・医療的ケア児の実態の把握が十分で把握できておらず、把握の手法を今後検討という段階にとどまっている。医療的ケア児支援の具体的施策については今後取組み課題。在宅医療にかかわる医師等の増加やネットワーク強化・各圏域のリーダー的存在として活動できる相談支援専門員の育成と連携のかなめとなるコーディネーターの育成。

具体的な医療的ケア児支援の方向性の確立、個別支援の充実。保育機関や教育機関を含めた在宅の医ケア児の支援体制・地域での支援拠点の拡大やサービス体制のばらつきの解消・各種サービスの周知や利用促進や相談体制及び研修体制の充実・地域への啓発・理解促進。重症の方を受け入れられる短期入所事業所が少ない。各地域の医ケア児をみることができると小児科医不足と保護者の意見転換(現状は、診療所より病院を信頼する傾向が高い)。通学補償やレスパイト入院(制度的に認められてない)への対応について。依然として支援サービスや支援人材が不足している状況に変わりはない(※肢体に問題のない医療的ケア児のような自立歩行が可能な障害児などは、サービス利用中に看護師等支援者の負担が大きくなることが理由で受け入れを行う事業所が不足しているなどの課題がある)。

・議事が公開か、非公開か

公開 10 県 非公開 3 県 未定 4 県 回答無し 1 県

・予算

未定もしくは 50 万から 10 万円程度

・設置に関して困難や障害があったか?

3 県のみ回答で、予算がなかなか承認されなかった。参加者をどう決めたらよいかわからなかった。会議を進める検討事項がわからなかった。更に自由記載で、教育分野の委員の選定と小児在宅医療担当部署の役割が不明なことがあった。

・厚労省や医師会、小児科学会などから必要な支援
NDB の活用により都道府県別の医療的ケア児データの提供・医療的ケア児が障害児通所事業所や福祉サービスを利用するための枠組み。医療的ケア児の一般周知・医療的ケア児支援時の診療報酬の増額。在宅医療にかかわる人材育成への支援。医療的ケア児の生活支援を計画できる障害児相談支援の確立、制度設計・医療的ケア児の支援に係るサービスの拡充・医療的ケア児の定義づけ。医療的ケア児の事業をいろんな課が体制整備にむけて実施しているがどこの部門がトータル的に事業を考えて(予算もふくめて)いけばいいのかわからないので明らかにして欲しい。地域の医療機関(小児科、内科、在宅療養支援診療所等)における医療的ケア児の外来受入や訪問診療の取組への支援。

C-2「医療的ケア児支援のための保健、医療、福祉、教育の連携のための協議の場」の設置
に関して千葉県、東京都の市区町村に以下のアンケート調査を実施し、118 市区町村のうち、75 市区町村から回答をいただいた。以下アンケートの質問と回答について記載する。

問1 本アンケートに回答している部署、担当者
ほとんどの市区町村が障害福祉課または障害者支援課であったが、住民課、児童家庭支援センター、子ども教育部、子ども相談課、発達支援課、療育支援課などもあった。

問2 平成 28 年度 6 月 3 日の通知「医療的ケア児の支援に関する医療、保健、福祉、教育等の連携の一層の推進について」を受け取ったか
75 か所中 67 か所が受け取っていたが、6 か所が受け取っていなかった。2 か所は未回答であったので **8%が受け取っていなかった。**

最初に受け取った課室は、障害福祉課、子育て支援課で不明 4 か所、回答無し 11 か所。

問3 医療的ケア児支援のための医療、保健、福祉、教育等の連携のために行政、事業所などが一堂に会する協議の場は設置されたか。

- ・設置の予定が無い 32
- ・まだ設置されていないが設置を検討している 39
- ・自立支援協議会など従来の会に併設して設置した 5

・医療的ケア児に特化した協議の場を既に設置した 3

・設置の予定がない場合は、その理由を選択式で、主体となる課室が決まらない: 12

予算が承認されない: 4
参加者をどう決めたらよいかわからない 5

会議で進める検討事項がわからない 8
自地区では必要ないと担当部課で考えている 2
自由記載

保健所が中心となるのが好ましいから
優先順位が低い

広域の圏域で行うべき

・また都道府県や厚労省からどんな支援やアドバイスがあれば設置は進むのか?との質問に選択式で、
研修会 11

更に具体的な通知 13

手引きやマニュアルなどの提示 17

協議の場の設置を検討している場合 (39 市区町村)

・設置の主体課室

13 か所が未定で他の市区町村ではアンケートに回答している課室が主体になる。

・設置の予定

未定が 19 平成 30 年度が 14

・開催頻度

未定 27 もしくは年 1-2 回

・参加者

未定もしくは関連団体、部署、課室の担当者

・議題や検討事項

未定が 24 か所。記載項目は以下: 市内の医療的ケア児の状況・消滅資源の活用方法検討・市内小中学校における支援体制整備検討。

「第 1 期障害児福祉計画」において施策目標を設定する方向で検討。・医ケア児のニーズ把握・将来にわたる障がい福祉サービスのあり方や支援体制の検討。第 5 期障害福祉計画の策定時に合わせて検討しているので、現在のところ未定。関係機関がスムーズに連携できる体制づくり

・解決すべき課題

今後検討、わからないが 18

医療的ケア児の関係機関の理解促進

地域における、医療・看護体制の整備・仕組み作り。

通園、通学の実現。人材育成。課題やニーズの把握。

保護者の負担軽減。

・ **議事が公開か、非公開か**

公開 1 非公開 1 未定 34

・ **予算**

未定もしくは 20 万円程度

・ **開催のために必要な厚労省、医師会、小児科学会からの支援**

厚労省から医師会、小児科学会への協力を促す対応をして欲しい。又、教育行政との連携も必須と考えるので、文科省との連携体制も行って欲しい。医師会から「協議の場」出席メンバーの推薦をいただく

他の自治体の協議の場の状況や専門的知識面でのご教示をお願いしたい。

委員としての会議出席への協力、必要な情報提供等
医師からの医療的ケア児を支援するために必要な専門的助言

会議開催に関する経費、現状と課題に関する調査経費への補助(厚労省)地域の現状と課題に関する情報提供(小児科学会)

既に協議場を設置している場合(8市区町村)

従来の支援会議に併設 5

医療的ケア児に特化した会議を新設 3

・ **設置の主体課室**

ほとんどの県でアンケートに回答している課室が主体になっていた

・ **設置の年度**

ほとんどの市区町村が平成 27 年度以降

・ **開催頻度**

年 6 回から 3 回

・ **参加者**

村立小、中、都立高の校長、特支コーディネータ、養護教諭、各学校のスクールカウンセラー、保育園長、保健所保健師、村保健師、教育委員、医師会、歯科医師会、地域の事業者、保健師、行政担当課室職員、当事者団体

・ **検討事項や実施した事業の内容**

医療的ケアが必要なお子さんのためのガイドブック。支援の継続のため、ライフサポートファイルの検証、子育ての悩みに関する講演会の実施。喀痰吸引研修補助金、看護師育成事業人材育成研修等。医療的ケアの必要な障害児者に関する調査、関係機関同士での共有や事例検討、日中一時支援事業(日帰りショート

ステイ)の対象者の拡大と共に医ケア加算を設定、情報リーフレットの作成、医ケア対象者の訪問入浴サービスの支給量基準の見直し、喀痰吸引等研修(一号研修)の一部を市内の法人に委託、一号研修受講者のフォローアップ・関係機関との連携強化のための交流会の実施、市障害者計画策定のための意見聴取。事例検討・多職種研修会参加

・ **今後、検討、実施していきたいこと**

医療的ケア児の支援に関わる人材育成
相談支援事業所の充実

医ケア児に対する支援の検討

まず地域の実態把握が必要。

医ケア児受入れ可能事業所の開拓、コーディネーターの設置。

医ケア対応事業者増加への取組、関係事業者との交流会、医療的ケア児の通学支援対応の検討

・ **協議の場の設置により解決できたと思われる課題**

「医療的ケアが必要なお子さんのためのガイドブック」を作成・配布したことで相談先の紹介、各種制度・サービス窓口の案内など、必要な情報を一元化でき保護者が必要な情報にアクセスしやすくなった。

具体的課題の解決より、顔の見える関係となり、実際にケースの相談の際に円滑に調整できることが、大きいと感じられる。

医ケア児の現状把握。

関係者のネットワーク構築、相談支援体制の強化、レスパイトサービスの拡充

多職種の専門的な職員が集うことで、総合的な課題をもった世帯へのアプローチがしやすくなった。

・ **協議の場設置後もまだ未解決の課題には何があるか**

医療的ケア児の支援に関わる人材育成・相談支援事業所の充実

地域が抱える課題を洗い出す必要がある。

支援者の人材確保。有効な補助金対策。

医ケア対応事業者の不足、医ケア児の学校・保育園・幼稚園での受入れ体制、通学支援

児童に対する支援方針の他に両親のケアなどもある。

・ **議事が公開か、非公開か**

公開 1 非公開 2 未定 3

・ **予算**

未定もしくは27万から予算措置なし

・設置に関して困難や障害があったか？

主体の課室がなかなか決まらなかった。予算がなかなか承認されなかった。参加者をどう決めたらよいかわからなかったが1か所ずつ

・厚労省や医師会、小児科学会などから必要な支援
障害福祉における医療的ケア児の位置付けについて早期に検討し、法律の整備を進めていただきたい。会議の乱立は参加者の参加運営を下げる。当地域にある病院（地域リハビリテーション広域支援センター）が医ケア児に対する連携の会を設置している。しかし病院側は、児童福祉法56条の6第2項を意識しているわけではなく、サークルに近い形である。本条の協議の場について、病院が参加することが認められると明示するとともに、医師会等においては、法の趣旨を病院へご指導いただきたい。（行政が必ずしも主体になる必要はなく、それぞれが主体的に参加することが必要。）厚労省で検討されている加算についての進捗状況を報告いただけると、予算作成にあたり、大変参考になる。医療的ケアにかかわる医療面での相談体制、在宅医療の充実 医ケア児者に対する理解と積極的な関わりを持てるような各医師会、訪問等の体制の構築

C-3「医療的ケア児支援のための保健、医療、福祉、教育の連携のための協議の場」の設置
に関して全国の日本小児科学会認定専門医研修施設の小児科責任者に以下のアンケート調査を実施し、507施設のうち、246施設から回答をいただいた。以下アンケートの質問と回答について記載する。

・問1 病院名、担当者名

・問2 厚労省、文科省、内閣府からの平成28年度6月3日の通知「医療的ケア児の支援に関する医療、保健、福祉、教育等の連携の一層の推進について」はご存知でしたか。

はい 101 (41%) いいえ 145 (59%)

6月3日の通知にある「医療的ケア児の支援に関する医療、保健、福祉、教育等の連携のために行政、事業所などが一堂に会する協議の場」が自県や自市区町村にあることをご存知ですか。いずれかに○をつけてください。

はい 60 (24%) いいえ 149 (60.6%)

・上記で「はい」とお答えになった方にお尋ねします。6月3日の通知にある「医療的ケア児の支援に関する医療、保健、福祉、教育等の連携のために行政、事業所などが一堂に会する協議の場」に参加の打診はありましたか？いずれかに○をつけてください。

・はい 45 (75%) いいえ 15 (25%)

問3 6月3日の通知にある「医療的ケア児の支援に関する医療、保健、福祉、教育等の連携のために行政、事業所などが一堂に会する協議の場」に参加の打診があったら参加されますか？いずれかに○をつけてください。

・はい 198 (80%) いいえ 47 (20%)

・参加できない理由

業務が忙しい 37

自分には関係ない 2

会議を開催しても変わらない 3

・協議の場で話し合いたいテーマ

退院支援 74

レスパイト問題 124

トランジション問題 121

社会資源の少なさ 78

学校での医療的ケア児の問題 113

保育園や幼稚園の受け入れ 78

地域での多職種連携 81

C-4 全国の在宅療養支援診療所対象にアンケート調査を実施し、2次調査として、小児在宅医療の経験が10人以上ある96診療所に対し、小児在宅医療実施のモデルを提示し、36施設から回答がありそれを集約した。

36施設のうち小児科医のみのクリニックが6施設、成人科医のみが18施設、成人科医と小児科医の混在が12施設であった。

・小児在宅医療も高齢者の地域包括ケアに含めた方が良いという意見についてどう思われますか？

賛成 18 (50%)

子ども独自の体制を構築すべき 6 (17%)

地域によって、高齢者に含めたり、子ども独自にしたるべき 8 (22%)

・理由

賛成

在宅医療が必要な方は大人も子供も関係なく地域で支えていくべき

子どもは非がんの場合長期生存が増えており、トランジションの問題をクリアするためにも一緒に考える方が良い

働く人にとってもサービスを受ける人にとっても年齢が高い人口構成が少子高齢化に向かっている現状に弾力的に対応できから

子ども独自の体制を構築すべき

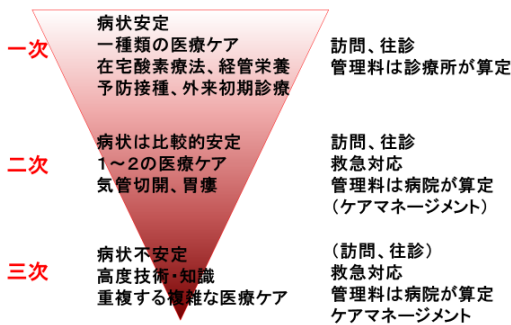
高齢者の看取りと子供の看取りは全然別の次元のケアである

地域によって、高齢者に含めたり、子ども独自にしたりするべき

対象となる人数が地域によって異なるので

・小児在宅医療提供を行う施設を以下の図のように階層化して考え、在宅医療を担う医療機関それぞれの役割分担を明確にしていくことで、重層的な小児在宅医療の受け皿を構築できると考えました。その考え方へのご意見を伺えれば幸いです。

図3 在宅医の役割分担



市民病院が 365 日、24 時間すべてに対応していただけますので、マンパワー不足の開業医も必要に応じて訪問診療ができています。在宅医療を支えるには三次病院が緊急時全て受け入れ可能となっていないと開業医としては苦しい。

二次の気切胃瘻の管理は在宅でできる。月 1 回の病院での管理料算定、物品供給のための定期受診は患者、家族、病院にとっても負担となる。三次がどのような疾病、病態を想定しているのか不明。なぜ訪問、往診が括弧なのか在宅と病院が両輪となりサポートすべきでは

管理料については個々のケースで違って良いのではよろしいと思います。管理料も病院が算定が良いのですが、病院によっては算定しているにもかかわらず十分な物品を支給いただけないところがあって、診療所ですらざるを得ないケースがあります。

二次までは 1 方向診療で充分対応可能であり、管理料の算定は決めないほうがよい

在宅児が通院可能な範囲に病院があればこの図に大いに賛成です

良いと思います

二次の病状は比較的安定している場合の救急対応は在宅医だと思います。管理料は診療所算定。三次の病状不安定の場合は入院 or 病院からの往診となると思います。看取りの段階で在宅を希望する場合は在宅医メイン、病院のバックアップの対応になると思います

小児科医不足、開業小児科医の高齢化が顕著な地域では、このような明確な役割分担していくことが難しい。また高齢化を理由に訪問や往診に取り組んでくれる開業医もほとんどいない地方で小児の患者数も少ないので、このようなシステムを理解してもらうのにも時間がかかる

基本的枠組みが二次ではできないと思います。個々の事例につき弾力的対応が必要

二次、三次とも管理料は在宅医でも良い

医療の役割分担としてはとても良いと思います。在宅医療では在宅で医療を行えば良いというものではなく生活を取り戻すことに真の意味があると思います。病院が管理することで生活から遠のいてしまわないほうが心配です。一次と二次が分断されない工夫が必要と思いました

・小児在宅医療における退院支援、地域連携について、大都市型と中都市型で考えました。図5のように、東京などの大都市は、高度医療機関が集中し、小児医療におけるいわゆる地域の 2 次病院がほとんど無くなってしまったという事情を鑑み、高度医療機関からの直接退院が多くなるということ、地方においては 2 次病院が機能していることも多く、その場合は図6のようになると考えました。

図5 大都市型

基幹病院から直接退院し在宅へ
その後病院が管理

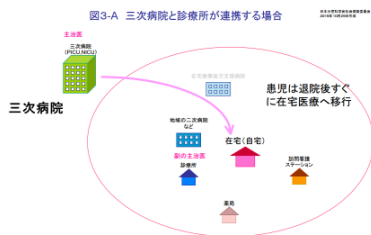
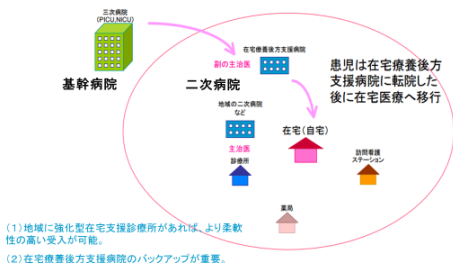


図6 中都市型

基幹病院から地域二次病院へ移行した後在宅へ
管理は二次病院または在宅医



(1) 地域に強化型在宅支援診療所があれば、より柔軟性の高い受入が可能。
(2) 在宅療養後方支援病院のバックアップが重要。

上記のモデルについてどう思われますか。

・概ね賛成

・反対

・その理由及びご意見があればお聞かせください。

・概ね賛成 19

・反対 5

・どちらでもない 12

・意見・理由

基幹病院の 24 時間体制での受け入れをお願いしたい。

地方都市では根幹病院のベッドや PICU ベッドを回転させるため二次病院と在宅医で連携している。どこのレベルにも負担が生じないシステムが望ましい。そうしないと若いスタッフが定着しない。

中都市、へき地でも大都市型のように基幹病院からの直接退院通院が多い印象です

中都市型の二次病院は中途半端で役に立たない所が多い。小児の専門性が必要

私たちの地域は中都市型になるかと思いますが、二次病院は成人は良く機能していますが、小児は全く受け入れが不可の状態です。田舎型です。

図6 中都市型が連携がとりやすく、診療所レベルで

も対応しやすい

しっかり在宅移行にあたってのケアの指導と在宅のイメージができての退院および在宅への移行を目指したいです。そして入院が必要な時は入院できる体制を

おおむね賛成です。大都市型でも月日経ち、児が安定してくれば地域の診療所が副ではなく主の主治医になるケースも多いです

同じ規模の都市、あるいは同じ歳内でも色々なパターンがあると思うので都市別に類型化する必要はないと思いました。

例えば大学病院から複数の医療的ケアを必要とする児が退院する場合、一旦療育施設に転院後、在宅へ移行するルートを検討しているようだが、2床しか確保されておらず、転院の時点でストップがかかるため在宅へ移行できないか、そのまま大学から在宅の流れになっている。間に療育施設が入ると主治医が誰なのかもあいまいになっている

家族の医療ニーズに対応する必要があるため。二次医療機関をうまくシステムに組み込む必要あり

大都市型でも三次病院で後方支援病院とは違ってバックアップできるならよいかと

大都市でも二次病院がバックベッドになるのが理想的、小児の成長、成人となったときに地域にバックベッドをもったほうがよい

基幹病院の 24 時間体制での受け入れをお願いしたい。負担を軽減するには必要な仕組みですが、実際には二次病院を子どもの保護者が頼りにするにはそれなりの期間と取り組みが必要でしょう

大都市でも地域中核病院がありながら実際はほとんど機能していない現状です。在宅医療ネットワークに地域中核病院を実際に組み込めるかが今後の課題だと思います

当県では大都市型です。二次病院となる重身施設が山の中で機能していません。専門的対応のできる医師が分散しないほうがいいのでは

大都市型は東京にしか当てはまらないモデルと思う 都市部では了解できますが、地方では対象者が少なくなり簡単にはいきません。医療体制強化ではなく幅広い地域での支援体制強化が必要で

二次の場合 24 時間在宅支援診療所が担当する時は管理料は診療所が算定すべきだと思います。人工呼吸

器を使用している患児は月1回の病院受診は困難です

成人の在宅医療との違いとして軽症者(一次)を病院で診療し続け、重症者(二次、三次)のみ在宅医療期間へ関わりを求めるといった構図があるが、本来はもっと軽症者を地域へ診療しその中で重症者の受け入れ可能な医療機関も増やしていくことを同時進行させていくのがよいのではと考えています

在宅医のレベル分けを一〜三次に分けるという考えに賛同します。私も以前より同じことを小児にかぎらず言っています。この図の中には一〜三次の在宅医がどのような規模で体制をととのえているかがありません。そこまである方がいいと思います

在宅医療＝訪問診療ではなく、もっとすそ野を広げたほうが良いかと思います。訪問に限定するとハードルが高くなります。重度障害児のデイケアも既存の病児保健室に併設してもらったり、重症児の予防接種を引き受けてもらったり、といったところでもかなり助かると思うのですが在宅医療を実践している内科 Dr と連携することが現実的な小児医療拡大の一手と考えます(いわゆる埼玉モデル)

症例の病状、住人がいる地域で異なる。定期的に病院に通院し、往診に行くケースもあり。在宅だけで対応しているケースもあり

三次、二次とのすみわけは難しいかもしれませんがイメージ的には理解できる。現実には、在宅医は一次〜三次を区別していない

C-5-①世田谷区でのモデル事業

世田谷区は人口 890,900 人、19 歳以下の小児の人口は 137,922 人で総人口に 65 歳以上の高齢者が占める割合を示す高齢化率は 20.2%と全国平均 26%を下回っている。東京都の高齢化率は 22.9%で、世田谷区は比較的若者が多い区と言える。世田谷区には、わが国の小児医療機関のフラッグシップとも言える国立成育医療研究センターがあり、わが国の肢体不自由者の教育機関としては最古の歴史を持つ光明特別支援学校がある。また、重症心身障害児施設あけぼの学園もあり、障害児施策に熱心な区である。特に、国立成育医療研究センターは、医療的ケア児を多数診療していて、その周辺地区には医療的ケア児が他の地域から転居することも多くみられる。そのよ

うな背景を持つ世田谷区と以下のようなステップでモデル事業を開始した。

8月31日 世田谷区役所での担当者会議
医療連携推進協議会(障害者部会)を医療、福祉、教育の連携のための会議として進める方向で合意

10月31日に 2回目の世田谷区役所での準備会議を実施

11月7日 第1回医療連携推進協議会(障害者部会)を開催

2017年2月3日 第2回医療連携推進協議会(障害者部会)を開催

医療連携推進会議の参加メンバーは、世田谷区医師会、世田谷区歯科医師会、世田谷区薬剤師会、国立成育医療研究センター総合診療部在宅診療科医師、訪問看護ステーション、基幹相談支援センター、通所施設、世田谷区保健福祉部長、障害福祉担当部長、保健福祉部、障害施策推進課長、障害者地域生活課長、世田谷総合支所、砧総合支所、烏山総合支所、世田谷保健所、子ども若者部、教育政策部となっている。平成29年度は具体的な地域の医療的ケア児の直面する課題の解決に向かって取り組んだ。

2017年8月21日 平成29年度第1回世田谷区医療連携推進協議会障害部会が開催された。会は、東京都ケア児支援連絡会に関する報告、世田谷区における各所管の施策の進捗状況、医療的ケア児に関する現況調査の報告及ぶ分析、在宅小児療養者の訪問看護の実態アンケート集計などが報告された。

2018年1月23日 平成29年度第2回世田谷区医療連携推進協議会障害部会が開催された。会は、世田谷区における各所管の施策の進捗状況、医療的ケアに対応可能な相談支援事業所の拡充、在宅医療を支える訪問看護研修について、障害児保育の事業展開について報告、議論が行われた。

C-5-② 松戸市でのモデル事業

松戸市は人口 484,500 人、19 歳以下の小児の人口は 82,230 人、総人口に 65 歳以上の人が占める高齢化率は 23.1%で全国平均 26%を下回っている。しかし特殊合計出生率は 1.36 と低い。松戸市には、NICU や PICU を備え、千葉県東葛地区及び隣接する埼玉県までカバーする小児の基幹病院である松戸市立病院がある。また、肢体不自由児の教育では歴史ある松

戸特別支援学校がある。また隣市の柏市には、2014年に開設した重症心身障害児者施設、東葛医療福祉センター光陽園がある。上記のように松戸市及び松戸市周辺には、医療的ケア児にかかわる重要な施設が集中していて、筆者が運営するあおぞら診療所新松戸が17年間小児在宅医療を行ってきたという歴史があり、ほとんどの医療的ケア児が、在宅医、訪問看護などの支援を受けている。また、医療的ケア児も受け入れる母子分離が可能な児童発達支援の施設も、松戸市内に1か所、近隣の柏市内に2か所あり、小児を積極的に受け入れるヘルパー事業所も複数あり、小児在宅医療にかかわる社会資源が豊富な地域である。

松戸市でのモデル事業は、まず医師会からの強い支援の下で始まった。上記のように松戸市は、筆者が1990年から主な活動のフィールドとしており、市の医師会活動も積極的に行っていたことや民主的で新進の機運の高い松戸市医師会の会風もあり、小児在宅医療の推進の必要性を医師会長が理解し、松戸市長と医師会の定期懇談会で小児在宅医療推進の必要性をプレゼンテーションする機会を作ってくださり、医療的ケア児の連携会議を作ることが決まった。数回の担当者との打ち合わせを経て、連携会議は松戸市の自立支援協議会とは別組織にすることになり、「松戸市医療的ケア児の支援のための連携推進会議」という名称になり以下のように開催された。

2016年11月24日 第1回松戸市医療的ケア児の支援のための連携推進会議開催

参加メンバーは、医療関係者として松戸市医師会会長、松戸市歯科医師会会長、松戸市薬剤師会副会長、松戸市立病院小児科副部長、訪問看護連絡協議会会長、松戸市の医療的ケア児の在宅医療機関として最大のあおぞら診療所新松戸の院長として筆者、福祉から介護事業所が3か所、児童発達支援事業所1か所、千葉県の独自事業で県内外から高い評価を受けている知的、肢体不自由、精神の3障害横断の24時間対応の中核支援センター、基幹相談支援センターなどが参加し、教育から松戸特別支援学校の校長、教育研究所所長が参加した。松戸市から障害福祉課、障害福祉課、健康福祉政策課などが参加した。

会議では、各団体、機関の医療的ケア児の支援に関する取り組みの共有、医療的ケア児の支援に関する地

域の課題について話し合い、医療的ケア児の実態調査を実施するという方向性について合意された。

2017年7月3日 平成29年度第1回松戸市医療的ケア児の支援のための連携推進会議が行われ、医療的ケア児実態調査の結果、医療的ケア児ニーズ調査の実施方針、医療的ケア児事業所調査の実施方針、医療的ケア児支援に関する地域の課題が話し合われ、その後、松戸市によって、医療的ケア児ニーズ調査、医療的ケア児事業所調査が実施された。

2017年10月11日 平成29年度第2回松戸市医療的ケア児の支援のための連携推進会議が行われた。医療的ケア児ニーズ調査、医療的ケア児事業所調査の結果。医療的ケア児支援に関する地域の課題及び対応策が話し合われた。

C-5-③ 京都府山城北圏域でのモデル事業

京都府山城北圏域は、京都市の南部に位置する4市3町からなる地域で、京都市に隣接する人口18.84万人の宇治市から、人口7.6千人の井手町等からなる約44万人の地域。京都府の総合周産期母子センター、サブセンター、周産期医療2次病院の多くは京都市に集中し、山城北圏域にはNICUをもつ周産期医療2次病院が1カ所、もたない周産期医療2次病院1カ所と資源が乏しい。そのような地域での医療的ケア児支援の地域連携の試みについて、本報告書末に別冊として添付した。

D. 考察

医療的ケア児を地域で支える医療・福祉・教育・保健の連携体制の構築は、病院のみに限定されていた医療を地域化、生活化していくことに他ならない。それは、すでに超高齢社会に対応すべく、高齢者では地域包括ケアの推進という形で行われている。小児でも同様の病院と地域の連携システムを構築する必要がある。また、これまで医療的ケア児の生活の困難さを評価し、必要な生活支援を明らかにする評価基準、運用のシステムも無かった。医療的ケア児を支えるための地域包括ケアシステム、具体的には病院から地域への移行、医療的ケア児の障害とそれに対して必要な支援の評価と運用、人材育成のシステムについて以下のように考察した。

D-1「医療的ケア児支援のための保健、医療、福祉、

教育の連携のための協議の場」の設置

に関して全国の都道府県に実施したアンケート調査について：医療的ケア児支援のための医療、保健、福祉、教育等の連携のために行政、事業所などが一堂に会する協議の場は、まだ設置されていないが設置を検討している県が 24 県、既に設置している県が 19 県と多くの県で取り組みが始まっているが、医療的ケア児の実態の把握が十分に把握できておらず、把握の手法を今後検討という段階にとどまっているという意見もあり、医療的ケア児支援の具体的施策については今後取り組み課題との声が聞かれた。設置の予定がない県は、その理由を参加者をどう決めたらよいかわからない。会議で進める検討事項がわからない。としている。また、厚労省や小児科学会、医師会などに、NDB の活用により都道府県別の医療的ケア児データの提供・医療的ケア児が障害児通所事業所や福祉サービスを利用するための枠組み。医療的ケア児の一般周知・医療的ケア児支援時の診療報酬の増額。在宅医療にかかわる人材育成への支援。医療的ケア児の生活支援を計画できる障害児相談支援の確立、制度設計・医療的ケア児の支援に係るサービスの拡充・医療的ケア児の定義づけ。などに関する支援の要望があった。

D-2「医療的ケア児支援のための保健、医療、福祉、教育の連携のための協議の場」の設置

に関して千葉県、東京都の市区町村実施したアンケート調査について：平成 28 年度 6 月 3 日の通知「医療的ケア児の支援に関する医療、保健、福祉、教育等の連携の一層の推進について」を 75 か所中 67 か所が受け取っていたが、6 か所が受け取っていなかった。2 か所は未回答であったので 8%が受け取ってなかった。都道府県レベルでは全て受け取っていたが、このような重要な通知も市区町村レベルでは未だ十分浸透していないことが伺えた。

また、医療的ケア児支援のための医療、保健、福祉、教育等の連携のために行政、事業所などが一堂に会する協議の場は設置に関しては、

設置の予定が無いが 32 市区町村、まだ設置されていないが設置を検討しているが 39 市区町村で、協議の場を既に設置したのは 8 市区町村まだ市区町村では取り組みが始まっていない状況が明らかになった。

しかしながら取り組みが進んでいる地域では、協議の場の設置により解決できたと思われる課題に「医療的ケアが必要なお子さんのためのガイドブック」を作成・配布したことで相談先の紹介、各種制度・サービス窓口の案内など、必要な情報を一元化でき保護者が必要な情報にアクセスしやすくなった。具体的課題の解決より、顔の見える関係となり、実際にケースの相談の際に円滑に調整できることが、大きいと感じられる。多職種の専門的な職員が集うことで、総合的な課題をもった世帯へのアプローチがしやすくなった。など最も医療的ケア児と家族と生活に近い場での具体的な取り組みが進んでいるように感じた。地域による圏域の設定も検討の余地はあるが、都道府県レベルと市区町村レベルの同時並行での取り組みの必要性を感じた。

D-3「医療的ケア児支援のための保健、医療、福祉、教育の連携のための協議の場」の設置

に関して全国の日本小児科学会認定専門医研修施設の小児科責任者にアンケート調査を実施し、507 施設のうち、246 施設から回答を得られ、厚労省、文科省、内閣府からの平成 28 年度 6 月 3 日の通知「医療的ケア児の支援に関する医療、保健、福祉、教育等の連携の一層の推進について」は、はい 101 (41%) いいえ 145 (59%) と過半数が知らなかったが、198 (80%) が、「医療的ケア児の支援に関する医療、保健、福祉、教育等の連携のために行政、事業所などが一堂に会する協議の場」に参加の意思があったが、149 (60.6%) が、「医療的ケア児の支援に関する医療、保健、福祉、教育等の連携のために行政、事業所などが一堂に会する協議の場」が自県や自市区町村にあることを知らなかった。今後は、医療、医師と行政の相互理解をどう進めるか、適切な情報提供を行う方法を検討する必要があると考えられた。ちなみに、医師は、協議の場で話し合いたいテーマとして、レスパイト問題、トランジション問題、学校での医療的ケア児の問題を挙げており、退院支援よりより家族や子どもにとって切実なテーマを重視していることが伺えた。

D-4全国の在宅療養支援診療所対象にアンケート調査を実施し、2016年度調査の2次調査として、小児

在宅医療の経験が10人以上ある96診療所に対し、小児在宅医療実施のモデルを提示し、36施設から回答があった。

36施設のうち小児科医のみのクリニックが6施設、成人科医のみが18施設、成人科医と小児科医の混在が12施設であり、成人の在宅医が相当に小児在宅医療に参入してきていることが伺えた。また、小児在宅医療も高齢者の地域包括ケアに含めるかどうかについて、賛成18(50%)であり、意見は分かれた。我々が、2014年、2015年度の厚生労働科学研究補助金事業「小児在宅医療推進のための研究」で検討した、在宅医の役割分担と小児在宅医療における退院支援、地域連携について、大都市型と中都市型の実践モデルは、概ね地域の実践者たちに受け入れられた。

D-5 医療・福祉・教育の連携のモデル事業

世田谷区と松戸市の取り組みから、医療的ケア児支援のための医療・福祉・保健・教育の連携の場作りに関しては、まず行政の中で取り組む部署が明確になることが必要と思われた。障害福祉部課が中心になるかもしくは、児童家庭課が取り組むのが自然であろう。取り組む部署が明らかになったところで、連携のために会議を組織する。会議は、既存の自立支援協議会の中に、医療的ケア児を扱う部会を作ること考えられるが、世田谷区でも松戸市でもそれはされなかった。新たな協議の場を作る方が、必要なメンバーを呼びやすかったからだと思われた。

会議の参加者は、世田谷区でも松戸市でも医療関係者として、病院、医師会、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護関連、往診医など、福祉関係者としてヘルパー事業所、児童発達支援事業所、相談支援専門員、基幹相談支援センターなど、教育関係者として特別支援学校の関係者、教育委員会の関係者などであった。市、区の担当者として会議の実施主体となる部課は当然として、医療課、児童家庭課、障害福祉課まで参加する会議になった。それは小児在宅医療に関わる職種が下図のように非常に多く、様々な領域にかかわることから了解できた。

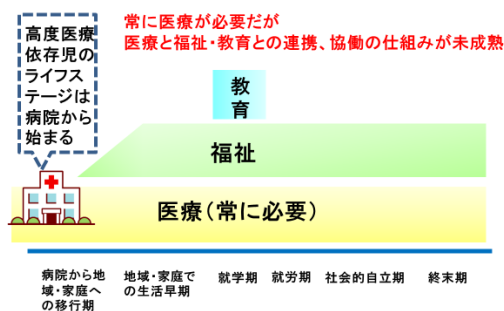
小児在宅医療の地域支援に関わる職種

	地域	病院	ショートステイ施設 日中預かり施設
医師	往診医・近隣開業医	外来医師・病棟医師	担当医師
歯科医師	訪問歯科医師	病院歯科医師	
薬剤師	地域薬剤師	病院薬剤師	
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	訪問ヘルパー		介護職
ケースワーカー	診療所ソーシャルワーカー 相談支援専門員	病院ソーシャルワーカー	施設ソーシャルワーカー
教育者	特別支援学校の教員		
行政	障害福祉課、保健師		

同時にこのような職種がかかわることも十分に理解したうえで連携会議を組織することが重要である。

また、医療的ケア児の発生の経緯とライフステージもよく理解されている必要がある。

医療的ケア児のライフステージ



医療的ケア児は、病院で発生し、常に医療をベースとして必要としながら、生活のための福祉支援、更に成長のために教育の支援が必要になる。この概念の理解が連携支援会議の前提として必要である。

世田谷区、松戸市が事業の最初に取り組んだのが、医療的ケア児の実態調査である。特に個人名を特定し、どんな医療的ケアを必要とする●●●●という子どもが◎◎◎に住んでいるという情報を明確に把握しなければ支援の構築は困難である。ということが世田谷区においても松戸市においても、何に取り組むかという議論で明らかになった。

実数調査を行い、対象の子どもの氏名と住所と医療的ケアを明らかにしたうえで、そのニーズを調査することが有用であろうという方向に議論は進んだ。

E. 結論

新しい障害概念である医療的ケア児を支える連携体制の構築のためには行政の従来の役割分担を超越、医療部門、福祉部門、地域の基幹病院、教育委員

がフラットに議論する場を用意する必要があった。さらには行政も県、市区町村まで含めた連携を行う必要があり、担当者の意識改革が必須であると同時に従来になかった医師と行政の連携、協働も必須となることがわかった。

また、全国の在宅療養支援診療所対象のアンケートの2次調査では、実際に地域で小児在宅医療を実践している診療所の医師の生の声を聞く貴重な資料になった。我々が、2014年、2015年度の厚生労働科学研究補助金事業「小児在宅医療推進のための研究」で検討した、在宅医の役割分担と小児在宅医療における退院支援、地域連携について、大都市型と中都市型の実践モデルは、概ね地域の実践者たちに受け入れられたが、同時にそれぞれの地域特性も強くあることを感じた。個別性も十分配慮しながらも、全体的な小児在宅医療推進に向けて、システム構築を進めていく必要を痛感した。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 講演 前田浩利 第13回 東京都福祉保健医療学会シンポジウム「病気や障害で特別なケアを必要とする子供への支援」シンポジウム 2017年12月14日(木) 15:45~17:20
2. 講演 前田浩利 第7回日本小児在宅医療支援研究会 特別講演:「小児在宅医療の今後の展望」2017年10月28日(土) 12:00~13:00
3. 講演 前田浩利 第62回 日本新生児成育医学会学術集会「法的根拠を得た小児在宅医療の地域連携」2017年10月13日(金) 11:00~11:50
4. 講演 前田浩利 第43回 日本重症心身障害学会学術集会「重症心身障害児(者)の在宅医療のあり方」2017年9月30日(土) 9:20~10:10

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

I. 文献

なし