

第29回小児保健セミナー 医療的ケアの必要な子どもへの支援

総合討論

司会 高橋 孝雄
関口進一郎

司会

それでは、これより総合討論を始めたいと思います。こちらにおられます4人の先生方に対してご質問、コメントがございましたら、ご発言いただきたいと思えます。どうぞ。

1. 緊急入所の対応の実際と、その受け入れについて

質問 大門 佑美 (東京都/小児科医師)

今日は貴重なお話を伺わせていただき、ありがとうございました。二点ありまして、まず田沼先生にお願いいたします。緊急入所への対応が不十分というお話がございましたが、実際にレスパイトケアを希望されているご家族で緊急入所を希望されたときに、可とされて入所できるケースは大体何%ぐらいでしょうか。

回答 田沼 直之

私どものところで現在、一度でも使いたいということで利用登録されている方が300名以上おられますが、登録されている方の場合は極力お断りしないような方向でやっております。

たとえば、急にお母さまが入院されることになり、明日から何とかみていただけないかというような連絡があった場合はそれに対応させていただくような形で、いま2床のベッドを用意してございます。ただ、同時にそれより多くの申し込みが来たようなときに、それを100%受けることは難しい場合がございますし、月平均お断り何件とかその何%という数字はすぐにお答えできないのですが、2床しかございませんので、仮に私どもの施設がだめな場合は、ソーシャルワーカーさんが他の施設と連携を取って、そちらのほうに

紹介させていただくといった形の対応はございます。

また、登録されていない場合でも、ふだんどこにもかかっていないということは多分ないと思いますので、まずかかりつけの先生のところに相談される。そこからわれわれのところに相談がある場合もございますが、登録がなく、一度も利用がない場合には日頃の状況がなかなかわからないこともございますし、やはり、まずはかかりつけの施設にご相談くださいという形でお話しさせていただくこともあるかもしれません。

質問 大門 佑美

その利用されたことのない方が緊急時にお願ひするようなケースというのは、その方がふだんかかっている病院が難しくて紹介されるのか、いきなりその方から直接電話がかかってくることが多いのか、その辺はいかがでしょうか。

回答 田沼 直之

私どものところに電話がかかってくるのは、ふだん利用されている方のほうが多いですけれども、そうでもないケースも年間何件かはあると思います。そういう方で、他での受け入れが難しい場合には何とか対応していかなければと思っていますが、実際には意外とそういうことは少ないので、もともとかかりつけの先生のところで対応していただいているということなのかなと思いますけれども。

質問 大門 佑美

2床については、大体いつも埋まっている場合が多いですか。

回答 田沼 直之

埋まらない場合もありますが、ベッドの数が限られていますから、通常われわれのところでは2か月前の1日から2週間ぐらいの間に短期入所を申し込んでいただきまして、月に120件ぐらい申し込みがあって、ほぼ100%決まってしまう。ただ、やはり何かあったときの対応ベッドも一応確保しています。ですから、埋まっていないケースもありますが、埋まっているケースもかなりありますので、それはその月によっても違います。

2. 在宅診療を開始するとき、特に気をつけている点は？**質問** 大門 佑美

ありがとうございます。では、前田先生にお伺いしますが、在宅診療で新規の患者さんに初めて面接されるとき、とくに意識されるというか、気をつけておられるポイントは何でしょうか。

回答 前田 浩利

いま、在宅に導入するときのほとんどは病院の退院調整のところから入ることが多いので、私たち医者のほうの仕組みとしては、退院調整で医者が入ることはめったになく、ケースワーカーと看護師で、それも何度も行かないとだめな場合が結構多いです。うちは、できればお母さんへの退院指導のところから入れさせていただくようにしているので、医療保険で認められている退院調整会議は1回ないし2回ですが、何回も行ってお母さんと話をしたり、病院の先生や看護師さんたちとよく調整をして退院にもっていくようにしているのが実態です。ですから、私が1回目の診療をするときには、そのお子さんに関するいろいろな情報は当院で収集が終わっていて、お母さんの心配事やいろんな問題も収集できているような状況で診療に入ります。

そのような場合に私が気をつけているのは、一つは病院から在宅にもってくるときの治療とかいろいろなやり方の継続性というか、なるべくそこで途切れることのないようにということと、もう一つは、できるだけ明るく、やさしく、包容力をもって、どんと来いみたいな、大丈夫ですよという感じで受け止める。そのようなニュアンスでお話しさせていただくことが多いです。

また、いろいろな情報をいっぺんに出さない。在宅での心配になることなどを聞いたりして小出しにしていきます。そして、ある一定の時間、半年ぐらいをかけて、信頼関係が自然に出来上がっていくような形で在宅に慣れてもらう。そのようなことを目指しています。

ただ、命が限られているお子さんなどがおられて、この間も在宅に入って1か月で亡くなったお子さんを看取らせていただきましたが、そのような場合には時間が勝負というか、信頼関係ができることとの競争といますか、なるべく早くいろいろな話をしたいけれども、それをいつするかという見極めをしながらやっていくという感じです。

質問 大門 佑美

ありがとうございました。

3. 保健師の役割、今後どうなっていくのか？**質問** 宮城 雅也（沖縄県／小児科医師）

私は子ども医療センターに勤めている小児科医ですが、この折角の小児保健セミナーの中で、保健師さんの役割があまり見えていない。20年前に自分たちが始めたころは、地域に帰すときはすべて保健師さんが中心となってコーディネートしてくれていたのですが、現在いろいろな制度が出てきて、保健師さんがどういう役割をするのかがはっきりしておりません。また、新しい福祉の制度で相談支援専門員という方が出てきて、福祉のほうではそういうことをやっているけれども医療がよくわからないという問題が現実に出てきておりますので、今後、保健師さんの役割はどうなっていくのか、どなたでも結構ですのでよろしくお願いします。

司会

先生方、いかがでしょうか。

回答 田沼 直之

では、私からコメントさせていただきます。私の話の中でもちょっと触れさせていただきましたが、地域の保健師さんが今後いろいろな場面でかかわっていただくとすると、コーディネート役ですね。いろいろな情報を集めていただいて、どのようなサービスをどの

ように受けたらいいかということをその方に適切に伝えていただく。そういう専門的な役割をぜひ担っていただけるといいと思います。

先ほど、前田先生もコーディネーターのお話をされたと思いますが、介護保険ではケアマネージャーという役割があります。でも、重症児のケアに関してはまだ不十分じゃないかと思っていますので、ぜひその辺のところをやっていただけたらありがたいと思っています。

4. 災害時のイメージトレーニングについて

質問 宮城 雅也

今日、ちょっと気になったのは、作田先生のスライドの中でも患者を取り巻く医療とか教育がありましたが、保健がどのようになっていくのか心配です。保健の分野というのはとても大切で、たとえば相談支援専門員の方々がどうやって医療のほうに近づいていくか、そういう道しるべを示してくれるのも保健師さんかと思いますし、いろいろ一緒に動きながら医療・保健をわかるようになっていくのかなと思いますので、保健の分野もぜひ強調してほしいと思っています。

それから、加藤先生にお聞きしたいのですが、われわれ在宅をやっている予後不良な子どもたちがあったときに、災害のときのイメージトレーニングをやってくださいというのがありますが、やはり最悪のことをイメージしてしまうと、なかなか入っていけない。自分が助かるか、子どもが助かるかというときにどうするかというのがイメージされてくるものですから、そういう部分を避けながらのやり方があれば教えてください。

回答 加藤 令子

現状では非常にシビアな状況で、本当に何が起こるかわからない状況があると思うのです。基本的には、一緒の場面であれば一緒に助かるというシミュレーションをしていくのが一番だと思いますが、もしお子さんと保護者の方が離れている場合は、先ほど私がお話ししたように、お子さんがどこにいるか、そして保護者がどこにいるかですね。そうしたときに、やはりお子さんがいる場所ごとにお子さんが助かるようなものを作っていかなければいけないことになります。それと、お子さん自身の役割を高める、その災害に備え

る力を高めるということ。その両方を一緒にしていけないと思います。基本的に最悪の場面というシナリオだけを考えてしまうということですが、最悪じゃない状況で助かるにはどうすればよいかというシナリオを考えるのがシミュレーションだと思うのです。

ですから、いろいろな場面を想定しながら、ご自分たちがどういう行動を取っていくのか、そこをどうシミュレーションできるかという投げかけだと思います。場面としては最悪かもしれないけれども、その中で生き抜くにはどうすればよいかというシミュレーションを考えていくしかないと思うのですが。

質問 宮城 雅也

そのシミュレーションをする条件の中に、結局、自分がまず助かることが最初なのかどうかということのある程度の心の整理ができてからそこに入っていったほうがいいのかと思っていたものですから、その辺をどう克服するかと。どうしても弱者を助けるために自分もどうなるのかという倫理的な問題も出てくるかなというのがありまして、お伺いしました。ありがとうございます。

回答 前田 浩利

いまの宮城先生の災害のことで、ちょっとコメントさせていただきます。加藤先生のお話を聞いてないのですが、この間の大震災のときに私たち千葉は停電を経験しました。当時、私どもの診療所にはまだ東京に分ける前で340～350人の患者さんがいて、そのうち70人が電気が止まると死んでしまう人たちでしたが、そのときに一番大事になったのが、どこに誰がいるのかという情報でした。

あの電気が止まったときにひどかったのは、地区ごとの停電がその日の朝に発表されるんです。それで、うちの職員はみんな朝5時に出勤して、情報をつかんで一斉に電話をかける。独居の人もいますし、酸素濃縮器が止まったら酸素ボンベの切り替えに誰が走るかとかやりましたが、その基礎になるのは、重症児とか人工呼吸器に頼ったり、器械に頼っている子どもがどこにどのくらいいるのかを把握することですね。

今回の東日本大震災のときに宮城で活動された拓桃医療療育センターの田中総一郎先生が本を出しておら

れて、彼とはいろいろお話もしましたが、要するに、ライフラインが復旧するまでの大体3日間ぐらいいは適切な支援をスポットで届けなければならない。そうしないと死んでしまう子どもが結構いるということ。もちろん、津波とかで一瞬のうちにさらわれるなどは最悪ですが、そういう直下型にしても何にしても、東京だったら恐らくほとんどのマンションは倒れないと思います。でもエレベーターが止まったりすると、その復旧に3日ぐらいかかるようですから、その間、たとえば電気が止まったタワーマンションの子どもたちをどうやって助けるかですが、そのもとになる情報として、どこに、誰がいて、その子がどのようなデバイスを使っているかを完全に把握すること。それがものすごく難しく、ほとんど不可能なのが問題だと思います。

回答 加藤 令子

私がやっていた研究から、病棟は場所が決められていることもありますが、その狭い病棟の中でもお子さんがどこにいて、どれぐらいの重症度で、今日は保護者がついていないかということを知っているだけでも、まったく動きが違うということですね。看護師は、基本的に毎日自分の勤務帯ごとにそのお子さんの状況、病棟の状況をしっかり把握しておくことによって、本当に災害が発生したときには身体が動いていくと申します。自然とその場所に行って、自分のやらなければいけないことができていると言われていて、いかに情報をきちんと確認し、イメージしていくかというイメージトレーニングが必要だと思います。

それと、昨年アメリカのコロラド大学に行きましたときに、米国では障害をもったお子さんたちに対するリソースセンターがありまして、そこのDirectorは看護師の方で、コロラド大の看護学部の教授でしたが、その方が言っておられたのは、全部の情報を集約できるセンターが欲しいと。やはり、大災害が起きたときに、お子さんたちについての情報がいろんなところで集約されてあると、まったくわからなくなってしまう。したがって、基本的な一つの大きなデータバンクが欲しいということで、そこでお子さんたちの全部がわかるようなものを作り上げたいというお話をしておられました。それが地域に広がった場合、そういうものが本当にできるのかどうかはわかりませんが、アメリカでもそういう話はされていました。

司会

大変貴重なご意見と重要なご質問をありがとうございました。ほかにいかがでしょうか。

5. 災害時への備えとしての服薬管理について

質問 野田 智子（群馬県／研究職）

二点ほどございます。まず備蓄のほうのお薬について、学校では1週間分ぐらいいは必要ではないかということでしたが、以前、特別支援に勤務していたとき、2日分を保健室で預かるという感じで、それは学期ごとに返してまた新しいものを持ってくるということでした。

でも、災害はいつも学校にいるときに起こるわけではないので、いざというときは、子どものカバンの中に入れて持たせていたほうがいいのではないかと思いますのですが、加藤先生、いかがでしょうか。

回答 加藤 令子

いま、ほとんどは学校が保管しているという状況です。というのは、東日本大震災の前までは、これほど大きな規模の地震は想定されていなかったもので、基本的に学校の中でお預かりしていれば何とかなるだろうと考えられていたことと、医療的ケアの必要なお子さんには案外冷所保存のものが多いので、これはやはり学校の冷蔵庫で保管するのが一番いいだろうということ。それと、お子さんに持たせたとしても、それが理解できていない。持っていることの状況がわからないことが実際にあるということから、学校の保健室にお預かりする形を取っていました。

ただ、今回出てきたのは、地震が発生してからお家に帰るまで6時間とか10時間とかかかったりして、その間に薬を飲ませる時間が来ても飲ませられないということですが、これは大体保護者の方が持っておられるのと、学校にお迎えに来たときに看護師なりがお薬を渡すとかいうこともあります。でも基本的にはどこに預かろうと、そのお子さんが飲むものがきちっとあって、きちっとしたかたちで保管されていれば、それは学校ごとに決められてもいいのではないかと思います。これは、決まりではないので。

質問 野田 智子

そうですね。ただ、ほとんどの子どもがバスで遠方

から通っているものですから、途中で動かなくなったときに、それが数時間ならいいのですが1日かかったりという場合には、やはり本人がカバンに入れていて、どういう薬で飲ませ方はどうか書いたものがついていれば、バスの添乗員さんなりがやれるのではないかと思ったりしたものですから。

回答 加藤 令子

基本的には、こうなさいというのは何もないんです。各学校が独自で決めていただいているだけで、その中でこういうものが必要ですよということを提示しているだけです。方法論については自由だと思いますし、状況に合わせて変えていただくことは全然問題ないと思います。

回答 下川 和洋

東京の話をしめすと、僕の小学校では災害ポーチとかたちで、薬に関しては大体3日分と、毎年お医者さんに書いてもらう健康調査票のコピーと服用している薬のリストをその中に入れてカバンに持たせています。冷所保管が必要な座薬とか水薬などはもちろん保健室で管理する形を取っていますが、大体そんな感じでしている学校が多いのではないかと思います。

6. 校外学習における医療的ケアのサポートについて

質問 野田 智子

ありがとうございます。もう一点は下川先生にお願いいたします。修学旅行に行くときなど、学校の看護師さんがついて行くことはなかなか難しいと思いますので、看護師の資格を持ったボランティアさんをお願いしたいというのがあるようですが、先生のご関係ではその辺のところ、いかがでしょうか。

回答 下川 和洋

もともとは東京都立村山特別支援学校で始まった取り組みですが、看護師さんも、とくにみどり愛育園とか西部訪問看護事業部とか、非常勤で働いている方たちがおられますので、その空き時間を使って学校のほうにも支援をしてほしいということからボランティアグループを立ち上げて、宿泊とか校外学習とかのときには親になり代わって支援するという形をとっています。

ただ、本当にそれがいいのかどうかというのはまた別で、やはり日常的にみている人が行ったほうがいいだろうとか、ポツと来た看護師さんが入っていくのはどうかとかありますが、他県でいうと、その行事だけに看護師さんを雇ってスポット的に入っていくことをやっているところもあります。でも、親としては、いつもかかわっている学校の看護師さんが一緒に行ってもらいたいという思いがあるのですが、勤務形態とかいろいろ問題があって、それもなかなかかなわない。まったく大人の側というか、行政側の問題なのですが、その辺のしわ寄せがお子さんたちに行っているなというのはあります。このボランティアでやっていくことにも限界がありますので、いまボランティアでやっているよつ葉の会も今年度で活動を止めるかもしれません。

質問 野田 智子

よくボランティアを頼まれたりして、やめずいぶんたちますが、いつまでもボランティアなのかなというのがあったり、私自身が小児看護をやっているものですから、かかっている病院の外来の看護師さん子どもさんを知っているということでは学校の看護師さんともによくわかっているの、協力しながらその辺のところで考えていくのがいいのかなと思ったものですから。

回答 下川 和洋

必要なのはみんな重々わかっていると思いますから、それをどう制度化していくかと。まずは心ある人たちからスタートしていったら、制度化にもっていくというのはどこの世界も同じかと思うので、そういう思いをうまくつないでいければと思っています。

司 会

引き続き、ありましたらどうぞ。

7. ネットワークにおける小児科医の役割について

質問 堂間 隆也（沖縄県／小児科医師）

まず、田沼先生にお聞きします。療育ネットワークという形の中で小児科の先生方が九十何名も参加されているという状況があって、開業医の先生方と病院とのネットワークというのは非常に大事だと思います

が、実際に開業している先生方がそのネットワークに参加して、どのような活動をやっておられるのか。またその成果が出ていれば教えていただきたいと思います。

回答 田沼 直之

実は、私どもの多摩地区で、医師会の先生方に向けてアンケートを取らせていただいたことがあります。これは小児科の先生、内科の先生を含めてですが、できないことを無理にお願いしてもなかなか難しいと思いますので、自分はどこまでだったらできるということを書いていただいて、その中での協力で結構ですという形からまず始めました。

そうしましたら、小児はまったく診ていないし、自信がないという先生もおられますし、乳児健診をやっているから、その発達の延長で、たとえば重症心身障害のここまでだったらやってもいいとか、経鼻胃チューブの交換ぐらいだったらやってもいいとか、かなり個人差がありますけれども、基本的に先生方のキャパシティといいますか、それに応じてできることをやっていたりすることから今始めています。

また、在宅医療には興味があるけれども、実際にはまだスタートしていないという先生もかなりおられますので、それについてはわれわれのところ、たとえば重症児の医療についての講習会なども始めているところですが、やはり地域の中で核になる先生が医師会の中にもおられますので、そういう先生を中心に少しずつ輪が広がっているというのが連携の状況で、人数も増えてきているというのが現状です。

8. 小児在宅支援専門病院としての地域の小児科医との連携について

質問 堂間 隆也

ありがとうございます。次に、前田先生にも同じようなことといいますか、先生方はとくに小児を中心に地域で診ておられる核になっていると思うのですが、その地域の開業医の先生方とどのような連携をされているか。それと、在宅でケアをやっている子どもたちで、たとえば預けることがなかなか難しくしてショートステイの利用が少ないとかいうときに、親に対するレスパイトはどういう形になっているのか、その辺を教えてください。お願いします。

回答 前田 浩利

では、まず二番目のほうからですが、松戸と東京と両方で活動しています。松戸は千葉県の東葛といわれる広範囲にわたってみっていますが、千葉のほうの子どもたちは、ほとんどがショートステイを使っている状況で、先ほど映像で出た人工呼吸器がついているお子さんも、月に1回は4、5日から1週間程度ショートステイを使っていますし、お母さんが倒れたとかいう緊急の状況でもどこかが預かってくれる。そのような状況が千葉は作れています。

東京23区は、先ほど田沼先生が表で示したように、実はほとんど社会資源がないと言われたのはその通りで、私たちは23区全域で活動していて大体70人ぐらいの重症児をみっていますが、その中でレスパイトを使っているお子さんは7～8人しかいない。もちろん重症度は千葉よりも東京の子どもたちのほうがずっと重いのですが、大体平均で3、4か月に1回ぐらいしか使えていなくて、1年に1回の子どももいるぐらい東京23区の重症児のレスパイト支援は非常に貧しい状況にあります。親御さんが倒れたというケースも何例かありますが、そのときにも預けられたことはなく、看護師が1日に3回訪問して凌いだとかいうのが現状で、23区は本当にまずいです。多摩地区は先ほどのお話のように、それとは全然違う状況があるようですが。

次に、開業医の先生で、たとえば墨田区の小児科の先生方ともいろいろ親しく話しますが、やはり在宅医療を全然やっていない開業医の先生方だとなかなか敷居が高いようで、予防接種や健診といったものでお忙しい中どこから手をつけていいのか、お気持ちはあってもわからないという方が結構多いです。

成人の在宅医療をご自分の診療の半分以上やっておられる先生が2、3人おられて、ALSなどで人工呼吸器をつけた人とか、脊髄小脳変性症とか成人の神経難病を診ておられる先生方はあまり違和感がないようです。5歳とか10歳以上のお子さんたちになると抵抗感がないようなので、一つはそういう先生方と連携をしていく道筋もあると思います。

それで、小児科の先生方に対しては、たとえば予防接種だけしていただけると、という感じで、徐々にやりやすいところから入っていくほうがいいかなと思っています。小児科の場合は診療報酬が結構「まるめ」になっていたりするので、それと在宅との兼ね合いと

うか、在宅のほうはそうではない形になりますので、その辺を十分理解していただくことも一つ必要になってくるかと思っています。小児科開業医の先生方との連携はずっと考えていろいろやっていますけれども、まだなかなか道が見つからないのが現状です。

9. 介護福祉士法の一部改正について

質問 堂間 隆也

最後に下川先生、介護福祉士法ができて、研修をすれば法的な裏付けはできますが、実際に研修が受けられなくて、沖縄もそうなのですが、その違法性の阻却という考え方が、この介護福祉士法ができた後も引き継がれてバックにあるのか、それともこの法律ができたから受けなければだめという形で言われるのか、その辺についてよろしく願いいたします。

回答 下川 和洋

介護福祉士法の一部改正に伴って対応できるようになったその研修の中身として、一つは50時間研修がありますが、これは老人のほうの介護保険からきていて、胃瘻とか誰でも対応できるような介護福祉士を育てるための研修です。

われわれがみてきたのは障害のある方たちですから、それは個別性とか関係性などを重んじてやってきた対応の仕方ですが、これは特別支援学校も同様で、それについては9時間程度の研修を受けたあと個別の実地研修でそれぞれの方に対しての研修を受ければ大丈夫という形のものができました。

実際に今年の東京で言いますと、たんの吸引については従来からやっている介護職、または教員なども、やっている人に関してはみなしということで東京都に登録すればできますが、在宅の経管栄養については、まだ今までやってきていないし、認められていない。学校はやってきて、認められているんです。それで、在宅関係のヘルパーさんたちの研修を2月、3月にやりました。

そこで1,400人近く希望者が殺到しまして、その対応で、3月の段階で基礎研修は終わっていますが、まだ実地研修は終わっていないような状況ですし、全体的に新しい制度への移行自体が遅れてきています。これは研修の手続きに必要な様式などいろいろあるのですが、それもまだ出てきていないですし、今後は研

修登録機関としてNPOとかも実際に研修する団体として都に登録できるようになりますが、それについての具体的な手続きの説明会などもまだ行われていません。

実は、うちのNPOも独立行政法人福祉医療機構からの助成金で吸引等シミュレーター人形を4体購入して準備はしていますし、看護師さんもスタッフにいますからできるような状況にあるわけですが、なかなかそこまで動かない。結局、みなし自体は3月で終わりますし、実際問題として法施行を速やかに履行してほしいというのが厚生労働省の建て前としてあるのですが、現場が現実にはそこまで追いついていないので、その部分は当分やらざるを得ないと思っています。そういうことを直接ぶつけたければ、今度10月に東京で厚生労働省の担当者と呼んでのフォーラムをやるしますので、来ていただければと思います。

司 会

ありがとうございました。ほかにいかがでしょうか。

10. 医療ケアを要する子どもの移行支援について

質問 勝連 啓介（沖縄県／小児科医師）

下川先生にお伺いします。移行支援についてですが、医療的ケアを要する子どもの保育園から特別支援学校にと、普通学校から特別支援学校にといったときに、学校には特別支援コーディネーターの先生もおられますし、地域には相談支援専門員もおりますけれども、その辺の連携を上手にやっていけるような何かアイデアがありますでしょうか。もちろん医療の立場で、主治医としてお互いの連携を図るというのはよくあることですが、学校の先生方も忙しいので、なかなかその理解につながらないところもあるわけです。

それと同時に、お母さん方の思いと学校の先生方の思いとで食い違ったりすることがあったりしますので、その連携をどう図っていくとか、少し教えていただければと思います。

回答 下川 和洋

これは、もともと国のほうで、厚生労働省が音頭を取って障害者の方たちへの支援計画を作り、小さいころから学齢、そして成人期まで一貫して支援が地域の中で受けられるようにする。学齢の場合には教育支援

計画を作ると言っているんですが、実際には、教育のところでは教育支援計画を作ってその書式というのが出てきますし、幼稚園なら幼稚園、卒業後は支援計画に基づく契約になるとか、中身もばらばらでつながりがない。今でこそ文部科学省と厚生労働省が協力して、そういうものやっついこうというチームとしてなっていますが、それ以前はそういう一貫した支援を作ってきていないのだろうと。日本で弱いのは、そういうところが法律で明記されていない点です。では誰がコーディネーターの役をやるのかとかですね。欧米だと個別教育計画（IEP）の作成が法律で決められていますが、日本では学習指導要領に記載されているだけで、責任の部分が少しあいまいになっているというのがすごくあります。アメリカでIEPコーディネーターをやっている人たちに聞いたら、日本はこれじゃ根づかないよねということを言われました。

でも、それを嘆いていても仕方がないので、現場で相互乗り入れするしかないから、お互い出張っていく。保育園の人が学校でどのように支援を継続的に受けられるとか、学校のコーディネーターが保育園とか幼稚園とかに行って、学校でのノウハウとか摂食指導の仕方とかを支援するとかいうのを今結構やってきているんです。そういう乗り入れというのをうまく活用していただければいいと思うのです。先ほどのお話で、

誰がコーディネーターをやるのかというのが一番問題で、それこそ昔は保健師がやっていた時期もありますし、主治医がコーディネーターをやっていたこともありますし、ともかく気づいた人がやらざるを得ないというのがこの障害福祉の分野の問題かなと思っています。介護保険のほうはちゃんとケアマネージャーという職種がありますが、障害分野にはそれがありませんでした。

今回、障害者自立支援法のつなぎ法案というのが国会で通った関係で、相談支援専門員が制度化されて、今後3年以内にはサービスを受ける人全員にそのようなケアプランを作らなければいけないことになっていくということですから、そういうものがうまく働くと一貫した支援を彼らが受けられるようになっていくのかなと期待しているところです。

司 会

それでは、これをもちまして第29回小児保健セミナーを閉会といたします。皆さまありがとうございました。では、講師の先生方にもう一度熱い拍手をお願いいたします。（拍手）

ありがとうございました。

— 了 —