

表3 武川による多職種連携の分類と発達症診療における具体例

|      | 武川の分類の内容          | 具体例 (web 調査から神経発達症関連を抜粋)   |
|------|-------------------|--|
| 第1段階 | 一方的で単発な情報提供       | ・研修会講師など   |
| 第2段階 | 相互交流による調整         | ・問診票の共有や緊急初診枠の設定<br>・神経発達症外来受診時のルール作り                                      |
| 第3段階 | 目的を共有した協力         | ・教育委員会が連携を仲介/受診を手配<br>・「ネット依存」対策教材を共同作成<br>・教育委員会が抽出した児を医師が学校訪問して行動観察⇒個別相談 |
| 第4段階 | 情報が絶えず交換される統合的な状態 | ・多職種の勉強会グループ (教育委員会の後援/20年継続例もある)  |

表4 発達障害支援における多職種連携のコツ

|    |   |
|----|---|
| 初級 | ・他職種連携は難しい。小児科医はみんな、迷いながら工夫している。<br>・医療と他職種の違いを認識して連携する。小児科医は他職種を知らないことを自覚する。<br>×医療の価値観を一方的に押し付けない。<br>×現場にそぐわない非現実的な要求をしない。 |
| 中級 | ・目標を言語化し、共有すると具体的な連携が進む。<br>・できるだけ直接対面し、顔の見える関係を作る。<br>・1:1ではなく、組織や多職種を巻き込んで役割分担をする。  |
| 上級 | ・役割分担は、お互いに専門分野に集中し、負担が減るように配慮する。<br>・連携は「診療スキル」であり、すべての小児科医に連携に関する教育が必要である。  |

#### 4. 多職種カンファレンス

・定期的な多職種カンファレンスを行うことで、地域のキーパーソンと顔の見える関係ができる。それぞれの職務内容を把握したり、お互いの価値観をすり合わせたりすることもできる。

#### IV. まとめ

武川らは、多職種連携を表3のように分類した<sup>4)</sup>。第1段階から第4段階にかけてより深化した連携とされており、発達障害支援では、それぞれの地域における第3-4段階の連携が重要になる。アウトリーチ医療や多職種カンファレンスによる顔の見える関係作りが大切と考えられる。

具体的な連携のコツを表4に示す。円滑な多職種連携は小児科医に必要な「診療スキル」であり、医学教育・研修で連携に関する教育が導入されることを期待したい。

#### 参考文献

- 1) 市河茂樹. 教育と医療の連携①～医療の立場から～. 市河茂樹編. 外来で診る子どもの発達障害～どこまでどのように診るか?～. 東京: 羊土社, 2021: 209-216.
- 2) 齊藤万比古編. 子どもの心の診療シリーズ2 発

達障害とその周辺の問題. 東京: 中山書店, 2009.

- 3) 日本小児科学会小児医療委員会報告. 「地域における教育分野との連携」web 調査. 日児誌 2022; 126: 140-145.
- 4) 野中 猛. チーム医療における各職種の役割と連携. 日本アルコール関連問題学会雑誌 2005; 7: 18-23.

#### 療育・リハビリテーションにおける保健・医療

山口直人 (川崎市北部地域療育センター)

#### I. 障害のある子どもの発達を支援する: WHO/UNICEF の Early Childhood Development (ECD) から

全ての子どもが成長する権利を持っており、児童の権利に関する条約第6条の2に「締約国は、児童の生存および発達を可能な最大限の範囲において確保する。」とあるとおり、社会は、子どもたちの発達を守り促す役目を持っている。そのための科学的根拠に基づいた枠組みとしてECDが提唱され、健康・栄養・応答的なケア・安心安全・早期からの学びの5領域について適切なケアが為されるよう政府をはじめとした社会全体へ提言されている。障害のある子どもたちについては追加の文書<sup>5)</sup>が発行され、そこでは「一般の子育てサービスの中で発達支援を受けること」の重要

性に加え、「包括的アプローチ（早期発見→早期介入→介入の評価・ライフサイクルにあわせた継続支援・一般の子育て支援サービス・障害特性への支援サービス・家族への支援）」「共通理解のある多機関協働」「地域に基づくりハビリ」「社会啓発」「データ収集と調査」が必要とされている。

## II. 療育センターとは

療育センターは、児童福祉法に基づいて設置された医療型障害児入所施設、医療型児童発達支援センターであることが多い。医療型障害児入所施設は病院、医療型児童発達支援センターは診療所を併設することが必須とされており、福祉サービスに加えて診療・各種検査・リハビリテーションなどの医療機関としてのサービスを提供できるため、多職種が在籍して Bio(生物) -Psycho(心理) -Social(社会) のそれぞれの面から評価・支援をすることができることが特徴である。地域によって体制や役割は違いが大きく、規模の大きな入所施設が外来で広域な支援を提供する地域もあれば、小～中規模の医療型児童発達支援センターが近隣地域を中心に支援を提供する地域もある。筆者の勤務する神奈川県川崎市では人口 154 万人に対して 4 つの地域療育センター（医療型児童発達支援センター）が設置され、地域に根ざした支援を行っている（他に医療型障害児入所施設、福祉型障害児入所施設が 1 つずつ設置あり）。

## III. 療育センターの役割

療育センターは、多機能的な専門施設として家庭・保育施設・保健施設・医療機関・教育機関など地域で子どもたちが過ごすさまざまな場所で、生活・活動が広がるための相談・支援を提供している。入所施設の機能は、住まい・暮らしの場の提供が主であるが、短期入所や集中リハビリ等のための有期有目的入所など、家庭や地域での暮らしを向上させるための、通所施設では為し得ない支援を行っている施設もある。結果として多様なニーズに応える機能を持っているが、実際はそれぞれのリソースは限られており、また、支援のゴールは家庭や地域の子どものたちが過ごすさまざまな場での生活・活動が広がることであるため、障害をもつ子どもたち全てのニーズを満たすことや、生活・活動の場面で主導的な役割を担うことは療育センターの主な役割とはしていない（結果としてこれらの役割



図 4 親子通園・親子入所のモデル

を担う場合もある)。障害のある子どもは支援を手厚い専門施設で受けるべき、というステレオタイプにとらわれすぎないように、療育センターを生活・活動の目的地にしないようにと診療・支援の場では心がけている。

## IV. チームアプローチの一例：親子通園/親子入所による療育・リハビリテーション

療育センターの支援は ECD での包括的アプローチそのものであるが、子どもごとに発達支援のニーズは大きく異なり、一人ひとりに合わせた支援が実施される必要がある。多職種によるチームアプローチが多面的に子どもを捉え、限りあるリソースから適切に支援を組み立てることに有用である。多くの地域で実施されている親子通園や、いくつかの医療型障害児入所施設で実施されている親子入所のプログラムは子ども自身のみならず保護者も参加することで、子どもが発達に必要な遊びを経験するだけでなく、環境調整や関わりのモデルを経験したり、保護者同士の助け合いを促したりと、保護者の本来持っている力を引き出すことができる（図 4）<sup>2)</sup>。

## V. 親子入所のモデルケース

### <入所前の経過>

3 歳。生来健康であったがウイルス感染を契機に急性脳症に罹患した。急性期治療終了後、全身状態は安定しているが全体的な発達の退行あり、回復期の集中リハビリテーションと在宅療養移行目的に医療型障害児入所施設に親子入所するべく病院から転院した。

### <入所中の経過>

8 週間の入所期間中、集団保育 5 回/週・PT4 回/週・OT3 回/週・摂食指導 1 回/週・ST1 回/2 週・心理 1 回/2 週を実施した。病棟看護師・保育士は日々

表5 モデルケースにおける親子入所の介入

| 課題                                   | 主な介入スタッフ                   | 退所時の状況                               |
|--------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------|
| 粗大運動面<br>座位保持・移動ともに不可能で臥位か抱っこで過ごしている | PT・保育士                     | 座位保持装置・バギーを使用して介助座位で生活する時間が増えた       |
| 経口摂取<br>胃管から経管栄養 1日5回                | OT・医師・看護師                  | 経口摂取向上し、経管栄養が不要になった                  |
| 遊び<br>刺激への反応乏しく、一緒に遊びづらい             | 保育士・OT・ST・心理士              | 子が楽しめる遊びを保護者が理解・実践することができる           |
| 社会面<br>幼稚園は退園し、感染を懸念し集団活動への参加に後ろ向き   | 保育士・SW・看護師・医師<br>(保護者グループ) | 居住地域の通園施設や訪問サービスの利用、退園後の保護者間のつながりに参加 |
| 社会面<br>自家用車なし                        | (保護者グループ)<br>SW・看護師        | 親子で公共交通機関で移動できる、入園中の他児家族と楽しむために出かける  |

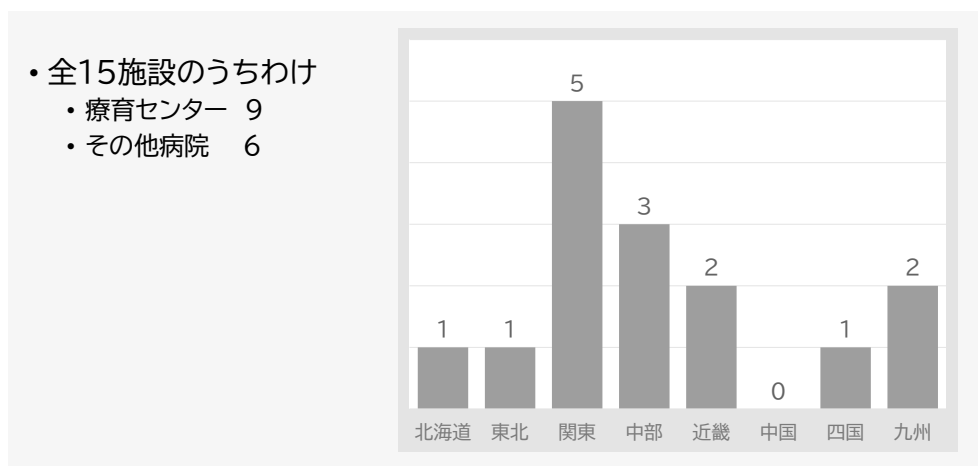


図5 3か月未満の集中リハを実施できる施設数

の体調管理や医療的ケアのサポートを実施し、医師は栄養量や医療的ケア・薬物療法の調整、支援方針全体のマネジメントや指示を担当した。加えてソーシャルワーカーと入退院支援看護師は入所までの調整や退院後に生活する地域での支援体制の調整、退院前カンファレンスの開催を担当した。

転院時には体調は安定していたものの、医療面・身体機能・遊びの経験・子どもや親の社会的なつながりなど、家に戻るための多くの課題があった。多職種チームアプローチと毎週の外泊による家庭訓練により、親子入所終了時には機能や暮らしの完全な回復はできないまでも、家庭のある地域での新しい形の子ども子どもらしい生活、親の親らしい生活に移行することができた(表5)。その後、家庭と地域の児童発達支援センター(親子通園・リハビリテーション機関)や訪問リハの利用を継続している。

## VI. 療育・リハビリテーションの課題1:施設・リソースが少ない

主に神経発達症への支援ニーズが広がっていることにより、多くの療育センターでは初診までの待機期間が長くなっている<sup>3)</sup>。他にも、日本小児科学会小児医療委員会「全国の小児リハビリテーション施設調査」<sup>4)</sup>では前述した親子入所や集中リハビリテーションを実施することができる施設も少ないこと、その中でも医療度の高いケースに対応できる施設はさらに少ないことが指摘されている(図5)。

## VII. 療育・リハビリテーションの課題2:多職種・施設間連携の難しさ

多職種連携・施設間連携の重要性については議論の余地がないが、その実践は課題が多くジレンマを生じている。医師としては多様で幅広い支援ニーズに関する専門的な知識を持つことだけでなく、コミュニケー

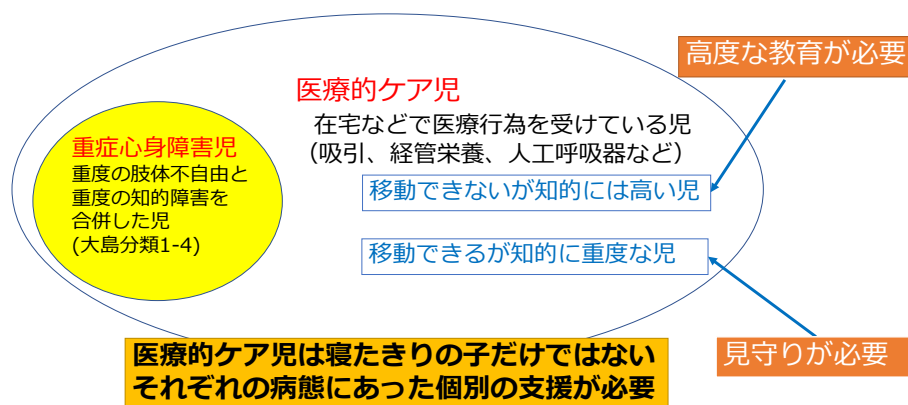


図 6 重症心身障害児と医療的ケア児の関係

ションやチームのマネジメントに関する知識や技術が求められるが、研鑽の機会は限られている。結果として経験・スキルの高い医師の数が限られているのが現状である。また、連携のためにはコミュニケーションや書面作成などの時間をとることが必要であるが、施設内・外ともに連携に使える時間は限られている。さらに、連携業務のほとんどは医療・福祉どちらからも報酬が得られないため、連携のために人員を増やす対応は難しいことが多い。

#### 引用文献

- 1) World Health Organization. Early childhood development and disability: discussion paper, 2012.
- 2) 藤岡 寛. 障がい児をもつ母親のエンパワメント獲得につながる母子入園での体験. 外来小児科 2021; 15: 211-216.
- 3) 総務省. “発達障害者支援に関する行政評価・監視 <結果に基づく勧告>”, 2017. [https://www.soumu.go.jp/menu\\_news/s-news/110614.html](https://www.soumu.go.jp/menu_news/s-news/110614.html)
- 4) 荒井 洋, 栗原まな, 石井光子, 他. 全国の小児リハビリテーション施設調査. 日本小児科学会雑誌 2020; 124 (5): 922-926.

#### 医療的ケア児支援のための多職種向け小児在宅医療人材育成研修会の取り組み

高田栄子 (埼玉医科大学総合医療センター小児科)

#### I. はじめに

医療的ケア児とは、医学の進歩を背景として、NICU等に長期入院した後、引き続き人工呼吸器や胃ろう等

を使用し、痰の吸引や経管栄養などの医療的ケアが日常的に必要な児童のことであり、全国の医療的ケア児(在宅)は約2.0万人と推計されている<sup>1)</sup>。医療的ケア児は年々増加傾向にあり、中でも人工呼吸器を必要とする児童数の増加が著しい<sup>2)</sup>。

医療的ケア児の中には、重度の肢体不自由と重度の知的障害を合併した大島分類1~4に相当する重症心身障害児(重心児)のほかに、移動はできないが知的に高い児や移動できるが知的に重度な児がいる。移動できないが知的に高い児には高度な教育が必要であるし、移動できるが知的に重度な児には見守りが必要である。このようにそれぞれの病態に合った個別の支援が必要とされる(図6)。医療的ケア児は、ケア内容の個別性が高い上に成長発達や保育・教育にも配慮が必要であるといえる。また、家族の負担も大きく、特に母親を支えるためには多職種による地域資源の活用が必要不可欠である。

本稿では、埼玉医科大学総合医療センター小児科における医療的ケア児支援のための多職種向け小児在宅医療人材育成研修会の取り組みについて報告する。

#### II. 埼玉医科大学総合医療センター小児科としての取り組みの歴史

2008~2010年度に厚生労働科学研究費補助金(成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業)で「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」を行った。その後2011年5月に、埼玉県小児在宅医療支援研究会を立ち上げた。さらに、2011年10月には日本小児在宅医療支援研究会を立ち上げ毎年全国大会を開催している。2012年度は厚生労働省 在宅医療拠点事業、2013~2014年度には小児等在宅医療連