

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

日本小児科学会小児医療委員会委員¹⁾, 同 委員長²⁾, 同 前委員長³⁾, 同 担当理事⁴⁾
市河 茂樹¹⁾ 山口 直人¹⁾ 高田 栄子¹⁾ 北井 征宏¹⁾ 宮田 理英¹⁾
是松 聖悟²⁾ 星野 陸夫³⁾ 呉 繁夫⁴⁾ 平山 雅浩⁴⁾ 藤枝 幹也⁴⁾

要 旨

日本小児科学会会員を対象に「地域における教育分野との連携」に関する web アンケートを実施し、連携の現状と課題、成功している連携の具体例やコツを調査した。

一次調査では1,253人、詳細な二次調査では330人の回答が寄せられた。疾患別では「神経発達症など精神・行動異常」と「医療ケアを要する児」が多く、双方向性の連携が求められる現状が明らかになった。連携のコツとして、教育と医療の違いを認識する、顔の見える関係を作る、多職種で連携システムを作る、などが挙げられた。全国各地に意欲的な取り組みがある一方、連携の半数以上が勤務時間外に、時間外手当もない状況で行われていた。また、保険点数の算定ができないため周囲の理解が得られにくいことも示された。

連携の発展には、小児診療における連携の重要性が広く認知されること、診療報酬への反映を含むインセンティブ、全国規模の教育—医療組織の連携システム構築が必要と考えられた。

目 的

医療ケアを要する子ども¹⁾や不登校²⁾、精神疾患、神経発達症³⁾の診療には、小児科医と教育分野の連携が欠かせない。その必要性は臨床に携わる小児科医にとって自明であるが、現時点で全国規模の調査や指針となる報告はなく、各地域や諸機関で個々に連携方法を模索しているのが現状である⁴⁾。

本研究は、一次調査で日本小児科学会会員から既存の連携を超えた教育分野との連携の取り組みを抽出し、二次調査で個々の取り組みの実態を把握・分析した。本研究の目的は、教育分野との連携の現状と課題を把握するとともに、成功している連携の具体例やコツを紹介し、よりよい連携のための施策を提案することである。

方 法

一次調査として2020年3月~7月に、日本小児科学会会員を対象に日本小児科学会ホームページでSurvey Monkeyを用いた「地域における教育分野との連携」に関するwebアンケートを実施し(日本小児科学会雑誌に協力依頼文を同封、研修施設に協力依頼文を郵送、メール配信サービスを利用して周知を図った)、表1左段のQ1~13について回答を求めた。アンケートでは、「教育分野」を幼稚園・保育園、小中学校、高等学校、大学、特別支援学校、フリースクールと定義した。また個々の症例に関する双方向性の連携を抽出するために、学校生活管理表や医療ケア児の指示書作成、学

校医の通常業務、教育支援委員会や要保護児童対策地域協議会への参加は本アンケートの対象から除外した。

一次調査の回答を受けた後、一次調査のQ8~11のいずれかに「ある」と回答した会員のうちQ12で二次調査に同意した会員、およびQ13で推薦された会員で二次調査に同意した会員に協力依頼のメールを送り、2020年9月~10月に、日本小児科学会ホームページ上のSurvey Monkeyを用いたwebアンケート(表1右段)を実施した。

得られた回答を、1.回答者の背景(一次調査Q1~4,二次調査Q1)、2.連携の現状(一次調査Q5~7,二次調査Q2・10)、3.連携するとき知っておくべき教育現場の状況(二次調査Q9)、4.連携の課題と対策(一次調査Q8・9・11・12,二次調査Q4・8・11)、5.具体的な連携例(一次調査Q10,二次調査Q5~7)、6.小児科学会への要望(二次調査Q12)に質的手法を用いてまとめた。

本調査は日本小児科学会小児医療委員会での検討を経て、理事会の承認を受けて行った。日本小児科学会倫理委員会にて本調査における倫理審査は不要であると判断された。

結 果

1. 回答者の背景(一次調査Q1~4,二次調査Q1)
一次調査では1,253人の学会員から回答があった。回答者の背景を表2に示す。

二次調査対象者837人のうち、330人から回答が

表1 Web アンケート質問

一次調査		二次調査	
Q1	回答者の職種	Q1	回答者の専門領域
Q2	回答者の年齢	Q2	教育分野と連携した経験がある疾患
Q3	回答者の勤務体系	Q3	連携のきっかけ
Q4	回答者の勤務場所	Q4	連携の困難と解決した経験
Q5	教育分野と連携した経験がある疾患	Q5	連携の具体例
Q6	連携の経験 (方法)	Q6	連携の方法
Q7	連携に要する時間/時間帯/時間外手当	Q7	連携した影響・具体的な成果
Q8	連携するときの困難	Q8	連携するとき心がけているコツや工夫
Q9	連携するとき実施していること/工夫	Q9	知っておくべき教育分野の実情
Q10	学会員に伝えたい連携の成功体験	Q10	教育分野の窓口になった担当者
Q11	学会員に伝えたい連携の失敗体験	Q11	連携のためのアイデア
Q12	学会員に紹介したい意見・経験・試み	Q12	連携に関する小児科学会への要望
Q13	二次調査への同意		
Q14	二次調査対象に推薦したい学会員		

表2 回答者の背景

職種 (人)	年齢 (人)	勤務形態 (人)	勤務場所 (人)
医師 (%) 1,250 (99.7)	30歳未満 (%) 20 (1.6)	勤務医 (%) 948 (75.8)	大学病院 247 (19.7)
その他 (%) 3 (0.3)	30代 (%) 165 (13.3)	開業医 (%) 269 (21.5)	市中総合病院 498 (39.8)
	40代 (%) 367 (29.3)	その他 (%) 34 (2.7)	小児医療専門病院 67 (5.4)
	50代 (%) 399 (31.9)		クリニック/診療所 329 (26.3)
	60代 (%) 257 (20.5)		福祉施設/療育施設 53 (4.2)
	70歳以上 (%) 43 (3.4)		その他 57 (4.6)

あった(回答率 39.4%)。回答者の専門領域(複数選択)は全員から回答があり、小児神経 91 人(27.6%)、小児精神 70 人(21.2%)、小児プライマリケア 63 人(19.0%)、小児アレルギー 47 人(14.2%)、その他(成人診療科含む) 41 人(12.4%)だった。

2. 連携の現状

a. 連携の経験がある疾患(一次調査 Q5)

1,157 人(92.3%)から回答があった。回答が多かった順に、精神・行動異常(49.7%)、遺伝・先天奇形・染色体異常(27.6%)、呼吸・アレルギー(24.1%)、神経筋疾患(23.3%)、先天性代謝異常症・内分泌疾患(18.4%)、循環器疾患(13.4%)、栄養障害・代謝性疾患(13.2%)、血液・腫瘍疾患(12.2%)、新生児疾患(10.3%)だった(複数選択)。

b. 直接連携した具体的な経験・方法(一次調査 Q6)

連携の方法(複数選択)は 848 人(67.7%)から回答があり、図 1 のとおりだった。簡便な電話・書面・メールよりも、直接顔を合わせる方法がより多く経験されていた。「医師が学校を訪問」には、個別症例の学校における行動観察や事例検討会議、学校健診や研修会の機会に個別相談を受ける、などが挙げられた。「定期的な面談」は教育委員会や自治体の定例会が挙げられた。

また、医療者が主催する症例検討会や勉強会、連絡会議も各地で工夫をこらして実施されていた(5. 紹介事例参照)。

c. 連携時の窓口になってもらってよかった経験がある職種(二次調査 Q10)

265 人(80.3%)から回答(複数選択)があり、養護教諭(64.1%)、校長などの管理職(57.3%)、学級担任(56.2%)、支援学級担任(47.2%)、教育委員会(36.2%)、特別支援教育コーディネーター(28.3%)、スクールソーシャルワーカー(20.0%)、スクールカウンセラー(16.6%)が挙げられた。その他(15.6%)の中には医師会、市長や市議会議員などを窓口として連携した回答もあった。

d. 教育現場との連携に要する時間(一次調査 Q7)

学校との連携に要した時間は、最近 1 年間の 1 か月あたり平均時間で、1 時間以内~48 時間、中央値は 1 時間だった。40 時間以上を費やす医師は、受診する神経発達症児のほぼ全例で学校関係者とメールや交換日記形式で情報交換していると回答した。

連携を行う時間帯は、「必ず勤務時間内に行く」44.4%、「必ず勤務時間外に行く」8.3%、「勤務時間外に行くこともある」47.3%だった。また、勤務時間外に連携した場合の手当は「時間外手当を受けていない」54.9%、

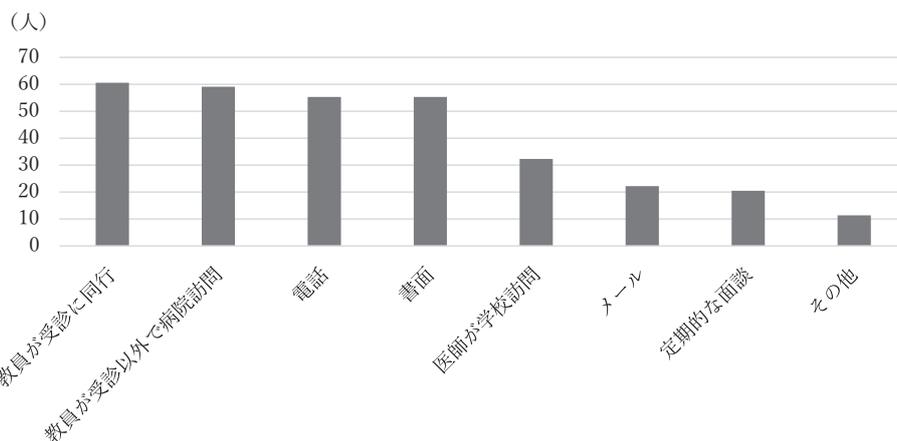


図1 連携した経験 (方法)

表3 連携するときを知っておくべき教育現場の状況

	教育現場の状況	連携するときの対応/注意点
医療と教育の違い	<ul style="list-style-type: none"> 個別児童への配慮は他の児童とバランスを考慮して行う必要がある。 学校では、病院と同水準の医療ケアや救急対応はできない。 	<ul style="list-style-type: none"> 医療からの一方的な要求にならないように留意し、最終判断は教育現場にゆだねる。 左記を家族にも説明する。 医療ケアの負担は大きいため、可能な限り対応を統一して特例を減らす。
教員について	<ul style="list-style-type: none"> 教員は個別児童と接する期間が医療者よりも短い。 子どもを成長させようとする気持ちが強い。(「とにかく登校優先」など) 医療の研修を受ける場は少ない。 	<ul style="list-style-type: none"> 10年後や成人後など長期的な視点も提案する。 子どもの状態と目標、長期的方針を共有し、「無理をさせていないか」検討する。 医学的知識の説明は丁寧に行う。
学校組織	<ul style="list-style-type: none"> 学校現場は組織で動く傾向が強く、教員個人では決められないことも多い。 学校の窓口や対応は地域差がある。 個人情報に関する認識が医療者と違うことがある。 	<ul style="list-style-type: none"> 個人よりも学校組織と連携する認識を持ち、教育委員会や管理職の了承を得てもらう。 地域や学校の実情に合わせた現実的な連携・提案を行う。 連携のたびに家族の了承を確認する。

「時間外手当を受けている」17.1%、「(年俸制などで)時間外手当がない」28.0%だった。

3. 連携するときを知っておくべき教育現場の状況 (二次調査 Q9)

214人(64.8%)から自由記載で回答があった(表3)。教育現場の多忙さや、働き方改革の影響で医療と連携する時間を確保しづらくなっている、などの気づきも挙げられた。

こうした状況を踏まえて、「医療者は学校現場をもっと知らないといけない」、「教育現場には医療とは別の文化や価値観があり、それらを尊重して連携する」、「医療の都合による一方的な提案をせず、win-winな連携を目指すべき」の意見があった。

4. 連携の課題と対策 (一次調査 Q8・9・11・12, 二次調査 Q4・8・11)

連携の課題と対策は、表4のとおりだった。

教育現場との連携で診療点数を算定できないことに

関して多くの意見が寄せられた。学校訪問した個人に報酬を支払う自治体の事業は散見されるが、対象が医療ケア児に限定されていることが多い。教育現場との連携が増加している神経発達症に関する連携への診療点数拡大を望む声が多かった。具体的な要望を表5に示す。

意志疎通の困難として、「医療者の教育現場の知識不足」、「教員の医学的知識の不足」、「教育と医療の目的や優先順位の違い」、「専門用語の壁」が挙げられた。失敗体験でも「教育現場のことを知らずに医療の考えを押し付けた」、「意図が伝わらず、誤解されて医療に不信感を持たれた」経験が多く見られた。

医療と教育の役割分担が明確でない例として、「学校が薬物処方など医療方針に介入する」「学習方法など教育現場の課題解決を医療に求める」が挙げられた。

連携のシステム・制度として、「教育現場と連携するためのガイドライン」、「医療知識を持つ連携の専門職

表4 連携の課題と対策

課題	対策/解決のためのアイデア
診療報酬を算定できず、上司の理解やスタッフの協力が得られにくい。	・学校と連携すると診療点数を算定できるようになるとよい(表5)
個人情報の取り扱い	・学会が作成した学校と連携するときの個人情報取り扱いガイドラインがほしい
時間がない/都合の良い時間が合わない	・連携窓口や面談予約方法を医療機関のHPに掲示するメール・web会議・SNS ツールを活用する
意思疎通の困難	・顔の見える良好な関係を作る ・連携に慣れた/医療知識のある専門職が仲介する ・できるだけ多くの他職種と一緒に連携する
医療と教育の役割分担が明確でない	・医療の対象でないことは断る ・医療としての提案を行い、現場対応は学校にゆだねる(教育側の領域に安易に踏み込まない)
学校がやりやすい連携方法が分からない	・連携のシステムや制度を整備してほしい
医療者が教育現場を知らない	・小児科専門研修で学校見学を行う ・連携実績を専門医更新単位として認定する

表5 教育現場との連携と保険点数算定に関する要望

下記の行為で保険点数を算定する 学校との連携会議、学校への診療情報提供書、スタッフの学校訪問、教員の外来訪問、学校訪問 小児カウンセリング料の2年制限を撤廃する 神経発達症の療育に独自のリハビリ点数を算定する 学校宛て診療情報提供書を紹介状として算定する (現行では、医療ケア児について学校医/嘱託医宛の診療情報提供書は算定可能) 学校からの情報提供書持参者を「紹介患者」扱いにする(選定医療費分の自己負担軽減)
--

の養成」,「地域で長く診療している医師の協力」への要望があった。「理想的には、文部科学省と日本医師会が連携を統括し、小児科関連学会が専門性に応じた役割を果たすようなシステム」を望む意見もあった。

5. 連携の具体例(一次調査 Q10, 二次調査 Q5~7)

一次調査と二次調査で得られた教育現場との連携事例のうち、これまでの結果で示した課題に有効な処方箋となりうる事例や、今後の小児医療で活用できそうな事例を表6に示した。個別症例に関する連携は人口10~15万人以下の医療圏/行政圏を対象としている事例が多かった。啓蒙活動や地域の医師会を通じた連携では100万人以上の政令都市で連携に成功している事例もあった。

6. 日本小児科学会への要望(二次調査 Q12)

表7のような日本小児科学会への要望が挙げられ、連携向上に向けて期待が寄せられた。

考 察

子どもを診療するうえで、教育現場との連携の重要性は言うまでもない。しかし、これまで大規模な実態調査は行われていなかった。本研究は初めて教育現場との連携を全国規模で調査した報告である。

本調査では、「神経発達症など精神・行動異常の子ど

も」と「医療ケアを要する児など基礎疾患を持つ子ども」が、連携の主題となっている現状が示された。こうしたケースは個別性が高く、医療から教育現場への一方向性の指示書(例えば学校生活管理表やアレルギー管理表)とは違って、教育現場に子どもの病態をより深く理解してもらい、お互いに意見を出し合う双方向性の連携が必要となる。実際の連携方法として比較的簡便な電話・書面・メールよりも直接顔を合わせる方法が多く選択されていたのは、こうした連携の質の変化を反映していると考えられた。「顔の見える関係」の重要性は小児在宅医療における多職種連携でも強調されており⁵⁾、教育との連携でも同様と考えられる。

「3. 連携するときに知っておくべき教育現場の状況」と「4. 連携の課題と対策」では、円滑な連携のコツとなる示唆に富んだ意見が聞かれた。お互いの多忙さは論を俟たないが、「小児科医も学校教員も子どものための専門職だが、専門知識や価値観、思考パターンは異なる」、「専門用語の壁があり、同じ言葉を使っても意思疎通ができていないとは限らない」など、相違点を認識して連携する重要性が強調された。「自分は教育現場を知らないから教えてもらう」、「一方的、あるいは過剰な要求にならないよう留意する」、「教員個人ではなく、学

表6 連携の具体例

特徴	具体例
アウトリーチ医療	<ul style="list-style-type: none"> ・教育委員会が抽出した要発達支援児を小児科医が学校訪問して診察し、個別相談、医療受診手配、学校へのフィードバックを行う。 ・医師がこども園を訪問して5歳児健診の診察・行動観察を行い、支援シートを小学校に申し送る。継続支援により不登校児が減少した⁹⁾。
教育委員会/自治体と組織的に連携	<ul style="list-style-type: none"> ・学校医の性教育活動が、教育委員会事業になって市内すべての学校で実施された。内容は教員の授業にも活用され、この連携が保健協議会の設立につながった。 ・県教育委員会と「ネット依存対策・ネット利用適正化推進事業」で教材を作成した。 ・自治体の補助金でフリースペースを設置し、医療機関が運営と相談事業の委託を受けている。 ・学校医会が、校長会・養護教諭会・教育委員会と定期的な懇親会を行い、問題解決の話し合いや講演会を実施している。 ・教育委員会の後援を得て小児科医と学校関係者が年2回の連携会議を行い、連携方法や講演会を開催している。
連携システム	<ul style="list-style-type: none"> ・自治体に教育・医療・福祉の連携を受付けて調整をする部署がある。 ・特別支援学校や発達支援センターに医療との連携を仲介する専門職（教職）が設置されている。 ・「こころの問題」を対象とする県の事業が、医師の学校訪問調整を行い、訪問した医師個人に報酬が支払われる。 ・病院に「教育相談」外来を設置し、特別支援学校教員が対応する。 ・「学校からの紹介」専用枠を設置し、優先的に診療する。
長期入院児の教育支援	<ul style="list-style-type: none"> ・オンラインによる授業や行事参加、受験、高校の単位取得を実施している。 ・原籍校・院内学級・医療の三者で定期/退院前カンファレンスを行う。
基礎疾患児の就学相談	<ul style="list-style-type: none"> ・県内の医療ケア児の就学相談を一本化して受付し、必要な講習を開くなど入学調整を行う。 ・先天性心疾患児の就学前に学校関係者・家族・本人・医師で就学後の生活について話し合う。

表7 日本小児科学会への要望

要望	具体的な提案
学校医制度の充実	<ul style="list-style-type: none"> ・学校健診に心の問題を取り入れる。 ・学校医が最新の知識を勉強する場を設ける。
小児科医と学校の代表者による組織的な協議	<ul style="list-style-type: none"> ・医師会と文科省が学校保健に関する協議会を設置し、小児科関連学会が専門性に応じた役割を果たす。
広報活動	<ul style="list-style-type: none"> ・「教育現場との連携はすべての小児科医の役割である」と社会に向けて発信してほしい。
保険点数の改定調査研究	<ul style="list-style-type: none"> ・学校との連携で診療点数を算定できるように働きかける。 ・教育関係者に現場の実情と医療へのニーズ調査をしてほしい。

校組織と連携する」という意識は連携において必要と考えられた。これらは教育現場との連携に尽力してきた医療者の暗黙知であるが、教育現場を外から見た意見であり、教育現場が本当に感じている課題を網羅しているとは限らない。教育現場から見た医療との連携に関する報告⁶⁾⁷⁾は少なく、教育現場からの発信に期待したい。

教育現場との連携の半数以上が、医師の勤務時間外に時間外手当もなく行われている実態が明らかになった。1か月に40時間以上を割いている医師も複数名回答しており、連携が小児科医の業務として広く認知されることが望まれる。また、どれほど熱心に教育現場と連携しても、現時点では保険点数に反映されない。自治体の事業などで学校訪問した医療者個人に報酬が

支払われる、学校あての詳細な書類を家族の同意を得て診療情報提供書に準じた扱いで自費算定する、などの取り組みはあるものの、連携のほとんどが医療者の熱意とサービス残業に依存している。医療と教育現場の連携が発展していくためには、早期の保険収載など経済的なインセンティブが必要と考えられた。

連携の具体例のうち、アウトリーチ医療は、今後注目される取り組みである⁸⁾。また長期入院児の教育支援、基礎疾患児の就学相談は、これからの社会で必要とされる取り組みと思われた。今後、各地でこのような連携の取り組みが増えることを期待したい。連携発展のためには、例えば本稿でも紹介した5歳児健診をアウトリーチで行い、就学後も教育と連携して支援することで不登校を減らした報告⁹⁾のように教育と連携

したアウトカムに関する調査が必要である。教育現場のみならず、自治体など地域の多職種と協働して連携をシステム化している取り組みも見られた。これらの地域に根差した連携では、自治体や市町村教育委員会との組織的な協働、顔の見える関係、連携を仲介する人材がシステム化に寄与していると考えられた。

こうした地域単位の連携に加えて、全国規模の組織的な連携—例えば文部科学省と日本医師会の連携—の必要性を訴える意見もあった。教育と医療の協議会が主導して連携ガイドラインを作成し、小児科関連学会が専門性に応じて連携の具体的な方法を提案するなど、トップダウン型の連携システム構築も望まれる。

まとめ

本研究によって、多くの医療者が教育現場と熱心に連携していること、さらに双方向性の新しい連携が主流になっていることが示された。円滑な連携のコツとして、教育と医療の違いを認識して一方的な要求をしない、顔の見える関係を作る、教育も含めた多職種の連携システムを作ることが挙げられた。その一方、連携の大部分が勤務時間外に行われている、診療点数など経済的な利点もない、などの問題点も明らかになった。

教育との連携がさらに発展するには、個々の医療者の努力だけでなく、小児診療における連携の重要性が広く認知されること、経済的なインセンティブ、全国規模の教育—医療組織の連携システム構築が必要と考えられた。さらに診療報酬への反映が加わることがで

ければ、この分野の連携は加速するであろう。

謝辞 調査に協力いただいた全国の先生方に深謝いたします。

文 献

- 1) 是松聖悟, 長濱明日香, 赤石陸美, 他. 多職種を対象とした小児在宅医療支援の課題についてのアンケート. 日児誌 2021; 125: 32-36.
- 2) 日本小児心身医学会編. 小児心身医学会ガイドライン集. 改定第2版. 東京: 南江堂, 2020.
- 3) 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.
- 4) 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.
- 5) 山倉慎二. 地域別の在宅重症心身障害児対応多職種連携研修. 日児誌 2020; 124: 575-580.
- 6) 泊 祐子. 健康問題の多様化に伴う養護教諭の役割拡大. 教育と医学 2018; 66: 912-922.
- 7) 押元香織. 教育と医療の連携②～教育の立場から～. 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: 217-223.
- 8) 小西恵理, 島袋林秀, 赤嶺陽子, 他. 将来の小児科医への提言 2018 (2016年版改定). 日児誌 2018; 122: 1506-1509.
- 9) Korematsu S, Takano T, Izumi T. Pre-school development and behavior screening with a consecutive support programs for 5-year-olds reduces the rate of school refusal. Brain Dev 2016; 38: 373-376.