

研 究

医療的ケアを必要とする小児の在宅医療支援に おける多職種連携に関する専門職の認識

岡 田 摩 理

〔論文要旨〕

本研究の目的は、医療的ケアを必要とする在宅の障害児を支援する専門職が、現在の支援の現状や多職種連携に対してどのような認識をもっているかを明らかにし、今後必要となる対策について考察することである。医療的ケアを必要とする障害児の在宅医療支援経験が3年以上ある保健師・看護師・医師・社会福祉士13人にインタビュー調査を行い、2つの分析視点に沿って質的記述的分析を行った。1つ目は、各専門職が認識している役割機能における成果と困難感であり、専門職ごとに認識されている役割機能と役割遂行上のジレンマを示す6つのカテゴリーを見出した。2つ目は、支援するうえで感じる課題と要望であり、【小児を支援するうえでの施設・制度・根拠の不足】、【医療と福祉の制度の違いから生まれる専門職間の戸惑い】、【情報共有を困難にする個人の認識や施設の背景】の3つのカテゴリーがあった。これらの結果から、今後必要となる対策として、小児の在宅医療における社会資源を拡大するための制度の充実の必要性や、ルールの異なる医療と福祉を小児の特徴を捉えてつなぐコーディネートのあり方、情報共有を強化するための連携の仕組みや教育的機能について検討していく必要性が考えられた。

Key words : 医療的ケア, 障害児, 在宅医療支援, 多職種連携

I. はじめに

近年障害児は増加しており、高度な医療的ケアを必要とする児が在宅で療養する時代となっている¹⁾。小児と家族の安定した生活を維持するためには、多職種が連携し適切なケアを提供する必要がある。

前田は、近年の小児在宅における課題として、医療、教育、福祉、行政などの多職種を結びつける枠組みが小児にはなく、各々の専門職が試行錯誤しながら支援をしている現状を指摘している²⁾。高齢者介護では介護保険制度による社会的な支援の仕組みや制度が整えられてきており、小児においても、連携の要の役割を担うコーディネーターの必要性が複数の先行文献で述べられている^{2,3)}が、小児では、その仕組みが十分ではなく社会的インフラストラクチャーも未整備である

ことが示唆されている^{4,5)}。

近年では、モデル事業としてシステム整備や独自の人材育成を行う地域や組織もあるが、高齢者とは異なる小児の特徴を踏まえた多職種連携のあり方については、現在も模索段階である。そこで、医療的ケアを必要とする障害児を在宅において支援する専門職が、小児の在宅支援の現状や多職種との連携に対して、どのような認識をもっているかを明らかにし、連携における課題と今後必要となる対策を検討することとした。

II. 研究方法

1. 対象者

A 県内の医療的ケアを必要とする障害児の支援経験が3年以上ある医師・保健師・社会福祉士・看護師を対象とした。3年以上の経験があれば、障害児支援

について、一通りの理解ができ意見を述べることができると判断した。

2. 調査期間

2014年8～10月。

3. データの収集方法

同意を得た対象者にインタビューガイドを用いて約1時間の面接調査を行った。調査の主な内容は、①医療的ケアを必要とする小児の在宅支援の場面、他職種との連携場面の中で成果や困難を感じた点とその要因、②小児の在宅支援における多職種連携や支援のあり方に関する意見である。許可を得てICレコーダーに録音し、文脈がわかるようにメモをとった。

4. データの分析方法および妥当性の確保

録音データを逐語録に起こし、逐語録から、具体的な支援内容とその意図、他職種との連携場面における成果や困難感、小児の在宅支援における多職種連携や支援のあり方に関する意見を一つの意味内容ごとに抜き出し、コードとした。コード抽出後に、①各専門職が認識している役割機能における成果や困難感、②支援するうえで感じる課題や要望の2つの分析視点に沿って、類似性のあるコードをまとめ、カテゴリー化を行った。分析にあたっては、小児看護と質的研究に精通した研究者のスーパーバイズを受けた。また、障害児の在宅支援の経験がある家族支援と小児看護の専門看護師に結果の妥当性についての意見を得て修正を行った。

5. 倫理的配慮

愛知県立大学倫理審査委員会の承認を受けた（承認番号 看25-35）。

障害児を支援する施設の管理者に研究協力を依頼し承諾を得た後に、該当する研究対象者の紹介を受けた。その後、対象者に研究の概要および自由参加であること、学会等への公表について口頭と文書で説明し文書で同意を得た。対象者の参加の有無および発言内容については、施設へ知らせないこと、データは匿名化することを説明した。

Ⅲ. 結 果

同意を得た参加者は、保健師3人、看護師6人、小

表1 研究参加者

No.	職種	所属	障害児支援の経験年数
1	医師	総合病院	14
2	医師	診療所	7
3	医師	診療所	20
4	保健師	市町村保健センター	3
5	保健師	市町村保健センター	23
6	保健師	市町村保健センター	15
7	社会福祉士	総合病院	3
8	看護師	総合病院外来	12
9	看護師	総合病院外来	4
10	看護師	障害児施設	21
11	看護師	障害児施設	18
12	看護師	訪問看護ステーション	6
13	看護師	訪問看護ステーション	11

児科医師3人、社会福祉士1人の13人であり、所属と小児在宅医療の経験年数を表1に示した。保健師は市町村の保健センターの勤務者であり、障害児支援の経験は3年から20年以上と差があった。看護師は総合病院の小児科外来看護師2人、ショートステイやデイサービスを行う障害児施設の看護師2人、訪問看護ステーションの訪問看護師2人であるが、障害児支援の経験は4年から20年以上と差があった。医師の所属は県内の中核的な総合病院所属が1人、地域で小児の在宅診療を行っている診療所の医師2人であり、病院や訪問診療で7年以上の障害児の診療経験があった。社会福祉士も同様の総合病院で退院支援等の業務を3年以上行っている者であった。

「各専門職が認識している役割機能における成果や困難感」については6つのカテゴリーが見出され、「支援するうえで感じる課題や要望」については3つのカテゴリーを見出した。各カテゴリーには3～6程度のサブカテゴリーが見出された。以下に2つの分析視点ごとに説明する。カテゴリーを【 】で、サブカテゴリーを<>で、代表的なコードを「 」で示した。

1. 各専門職が認識している役割機能における成果と困難感（表2）

各専門職は自らの職種の役割や機能をそれぞれ認識し、役割としての活動を行う中で、さまざまな場面における自らの実践の成果と困難感を示していた。この項目では、6つの職種ごとの役割とジレンマを示すカテゴリーを見出し、それぞれの職種が抱く成果と困難

表2 各専門職が認識している役割機能における成果と困難感

カテゴリー		サブカテゴリー
地域につなぐ保健師の役割と戸惑い	成果	家族全体の生活の支援 地域や行政とのつなぎ役
	困難	親から期待されない役割への戸惑い 保健師のできる役割を模索する責務
医療的ケアを中心に支援する外来看護師の役割と無力感	成果	医療的ケアの手技と物品管理の支援 他施設・他職種への橋渡し役
	困難	十分な時間と機会がないことによる支援への無力感
施設看護師の児を守る責務と支援上の工夫	成果	親からの綿密な情報収集と些細な反応から判断して行うケア 施設内での支援を統一する工夫
	困難	他施設との連携が整っていないことによる情報共有の困難さ
訪問看護師の多彩な役割と役割拡大の限界	成果	生活全体を俯瞰的に見て総合的な支援を考える看護 母の思いを尊重する支援 多職種との役割調整と連携 在宅医の開拓
	困難	全体のコーディネートを担当するのは困難
	成果	生活の中の医療を安全に管理する役割 必要に応じた事業拡張
	困難	情報を共有するための努力 ケアの内容が見えにくい指示書へのジレンマ
医療と福祉をコーディネートする社会福祉士の役割	成果	退院時の医療と福祉のコーディネート 地域で生活するために必要な機関への連絡
	困難	在宅医の開拓と小児を受ける訪問看護ステーション探し

感をサブカテゴリーとして表2に示した。

【地域につなぐ保健師の役割と戸惑い】には「家族全体の生活の支援」、「地域や行政とのつなぎ役」という保健師の役割による活動の成果が示されていた。保健師は、児と家族全体に目を向けて、発達や予防接種などの相談に乗ることや、必要な家庭に訪問看護を導入するように調整をしていた。障害児の親は、他者に頼りたい気持ちと他者に任せる不安との葛藤があることを認識し、親の思いを聞きながら調整する必要性を感じていた。また、行政の立場から、福祉サービスや消防、児童委員など地域につなぐ役割があると認識し、それを行うことで孤立しがちな児や家族の生活を支えることができるとしていた。一方で「親から期待されない役割への戸惑い」のように、医療的ケアに直接関わらない職種であるがゆえに、親のニーズが見えにくく、親からの期待も少ないと感じ、家族との関係構築や具体的な支援は困難であると感じていた。また、「多忙な業務から在宅の小児に目を向ける余裕のなさ」があり、意識をしないと在宅の小児から遠ざかってしまう現状が示されていた。そのために、保健師の責務として、「地域に根差した保健師ならではの役割を自

問」していた。また、他職種からの保健師への期待もあり、看護師は、保健師への親のニーズは少ないと認識しながらも保健師に福祉行政の仲介を依頼しており、もっと小児と家族に関わってほしいと期待していた。社会福祉士は、身近な相談役としての機能を保健師に期待しており、退院時には、必ず連絡をしていた。

【医療的ケアを中心に支援する外来看護師の役割と無力感】には「医療的ケアの手技と物品管理の支援」、「他施設・他職種への橋渡し役」という外来看護師の役割による成果が示されていた。外来では必要な物品を渡すとともに、NICUと同様の感染管理でないと不安になる母に対して「物品管理や消毒方法の変更による母の負担の軽減」ができるように、親とともに方法を考え、指導を行っていた。さらに、使い慣れた物品を希望する親の要望に応じて「診療報酬の管理料の中から必要な物品を出せるように母と調整する」などの努力がされていた。また、「訪問看護ステーションからの情報を医師へ伝達」したり、他職種への橋渡しの窓口としての役割も認識し、連絡・調整を行っていた。一方で、多忙な中で他施設から情報提供があっても対応しきれなかったという後悔の経験も語られ、「十分

な時間と機会がないことによる支援への無力感」という困難感も示されていた。さらに、親の相談に乗ることしかできず、それだけで良いのかというジレンマを感じ、外来看護師として、もっと積極的に介入できることがあるのではないかという葛藤が示されていた。

【施設看護師の児を守る責務と支援上の工夫】には「親からの綿密な情報収集と些細な反応から判断して行うケア」という実践からの成果が示されていた。ショートステイやデイサービスを行う看護師は、親が不在の中で児を一定時間預かるために、「薬の順番への配慮や胃の残量に即して調整する栄養量」など家での情報を詳細に把握し、きめ細かな観察から児の状態をアセスメントして、児の健康を守ることが役割であると認識していた。高度な医療的ケアを必要とする障害児は「他者の世話に慣れることは簡単なことではない」ために、体調に変化が起りやすく、児の情報を詳細に得ることで、個々の児に即した支援ができるという成果が語られていた。そのためには、スタッフ間で「施設内での支援を統一する工夫」が必要であると認識され、母の手技を写真で撮ったり、保育士と情報を共有し状態を把握したりしていた。また、きめ細かなケアをするためには、他施設、他職種と情報共有をすることが必要となるが、実際には入院したという情報が入ってこないために、「母から聞いた情報を頼りにボランティアでお見舞いに行く」ことや、「受診時に同行して情報を得る」などの「他施設との連携が整っていないことによる情報共有の困難さ」に対する努力があり、他施設との連携方法が模索されていた。

【訪問看護師の多彩な役割と役割拡大の限界】には、訪問看護師のさまざまな活動の成果が示されていた。訪問看護師は、児の医療的ケアを含む健康管理のみならず、家族と関係を築き、「生活全体を俯瞰的に見て総合的な支援を考える看護」をする必要性を感じていた。在宅医療の開始当初の母は生活上困難となる状況をイメージできないことから、訪問看護の必要性を認識していないこともあるが、「母の希望と異なっても必要な支援をトータルで考える」ことや、「家族関係や母のヘルスケアも含めて生活を見る」ことが必要であると認識していた。そして、「キャンセルされても行くエネルギーをもつ」など、親の複雑な思いを受け止めながら、「母の思いを尊重する支援」をしている状況があった。「多職種との役割調整と連携」では、ケアマネージャーが不在の小児において、利用する

サービス全体の状況を見て、他職種・他施設間の調整をする役割の必要性も認識し、リハビリや福祉サービスの依頼・調整や「在宅医の開拓」、多職種カンファレンスの調整を行っている訪問看護師もあった。ほかの専門職も訪問看護師が小児と家族を最もよく支えていると認識しており、医師は「的確なアセスメントができる訪問看護師の必要性」があるとして、育成の重要性を示していた。しかし、福祉も含めた総合的なコーディネーターの役割までを担うには、人手や知識の不足もあり、訪問看護ステーションが「全体のコーディネートを担うのは困難」という認識が訪問看護師にも医師にもあった。一部の訪問看護ステーションでは可能であっても、それを全ての訪問看護ステーションの役割とするには現在の制度上では難しい現状が認識されていた。

【安全な医療を管理する医師の役割とシステム上のジレンマ】には「生活の中の医療を安全に管理する役割」が示されており、安全に学校に行かせるための対策や、指示書の記載など、障害児の健康を守るための配慮がされていた。さらに、開業医として不足する小児在宅医療の社会資源を増やすために、児童発達支援事業や放課後等デイサービス、ショートステイ、訪問看護等を立ち上げ、「必要に応じた事業拡張」をしていた。

また、医師は「医療としてできることよりも福祉の観点が強い」ことや「受容しきれない親の気持ちへの支援の必要性」のように、多職種との協働の必要性を認識していたが、それに伴う情報共有や指示書に関する困難感も示していた。情報共有では、顔の見える関係を作る努力や、忙しい中でもカンファレンスをしたり、地域からの相談を受ける努力が行われていたが、連携が統括されないために「母は仲間や自分で道を見つける」状況があるという懸念が示されていた。指示書に関しては、医師自身も定型で簡単すぎる点や、複数の訪問看護ステーションに指示書を書いた場合の責任の所在の曖昧さを感じ、指示書の出し方、指示の伝わり方に関するジレンマが示されたが、訪問看護師も、指示書のみでは指示の伝わり方が十分でないことを認識していた。

【医療と福祉をコーディネートする社会福祉士の役割】には、病院のソーシャルワーカーとしての役割が示されていた。「退院時の医療と福祉のコーディネート」や「地域で生活するために必要な機関への連絡」

表3 支援するうえで感じる課題と要望

カテゴリー	サブカテゴリー
小児を支援するうえでの施設・制度・根拠の不足	小児を対象とする施設の少なさ
	心理的支援の不足と要望
	役割を果たしにくい相談支援専門員の現状
	医療と福祉を総合的にマネジメントできる人材の必要性
	医療的ケアのエビデンスを確立する必要性
医療と福祉の制度の違いから生まれる専門職間の戸惑い	市町村ごとに異なる複雑な福祉制度
	医療と福祉のルールの違い
	医療と福祉が歩み寄る意識改革の必要性
情報共有を困難にする個人の認識や施設の背景	継続的な会議開催の困難さ
	組織内の部署間の共通認識のもちにくさ
	在宅生活をイメージしにくい病院職員の現状
	複数の施設の同職種間の連携の課題
	施設同士の連絡体制の不備
	情報を共有できるシステムの要望

をする役割として、必要な訪問看護や訪問診療、福祉サービス等を調整し「親の希望に沿ってサービスを組む」ことや、退院前のカンファレンスを開いて連携の体制作りが行われていた。特に電力会社や消防署など地域の施設に連絡することで、災害時や緊急時に役立ったという成果が示されていた。これは、退院までのトータルコーディネートと認識されており、退院後は相談支援専門員等地域の専門職に任せる方向で調整し、状態変化や退院時に連携する役割も認識していた。困難感として示されたのは、《在宅医の開拓と小児を受ける訪問看護ステーション探し》であり、地域の小児科医のみならず内科開業医に依頼したり、小児を受ける訪問看護ステーションを開拓する努力が行われていた。その結果として、小児の在宅医療には特徴的なことではあるが、かかりつけ医が複数存在することとなり、連携を難しくする要因であると認識されていた。

2. 支援するうえで感じる課題と要望 (表3)

支援する中で専門職が示した課題や要望として、3つのカテゴリーを見出し、表3に示した。

【小児を支援するうえでの施設・制度・根拠の不足】には5つのサブカテゴリーがあった。《小児を対象とする施設の少なさ》では、「小児を対象とする訪問看護ステーションの少なさ」や「気軽にレスパイトできる施設の不足」、「小児の入所施設の不足」、「動ける人工呼吸器装着児の受け入れ先のなさ」などの必要な施設が不足しているという認識が示されていた。そのような背景から、限られた訪問看護ステーションが広域

の小児を訪問せざるを得ず、「広範囲の小児を訪問するステーションは経営が厳しい」という現状が示されたり、「在宅が難しいと思われても帰さざるを得ない病院の現状」から、親の受け入れ状況が十分に整っていても、病床不足のため在宅に帰さざるを得ない課題が医師から示された。また、医師は、《心理的支援の不足と要望》として、訪問看護師が家族を心理的に支えていることを認めつつ、看護師にとって負担になることを懸念して、心理の専門職による支援を求めていた。《役割を果たしにくい相談支援専門員の現状》では、全ての職種が現状の相談支援専門員の活動は十分でないという認識を示していた。その背景には、多岐にわたる障害の分野の中で、「得意分野でない力を発揮しにくい」ことや、「担当が多すぎる」、「医療の内容まで把握しきれない」などの課題があることが複数の職種から示されていた。そのため、「個々に関わりの差がある」という個人の力量に応じた対応にならざるを得ない現状が示されていた。また、《医療と福祉を総合的にマネジメントできる人材の必要性》では、全ての職種が総合的なマネジメントをする人材が必要であることを認識し、高度な医療と複雑な福祉制度の両方の理解が必要と認めつつ、それをできる人材は稀であるため、人材育成の必要性が示されていた。看護師や保健師は、一人が全てのコーディネートを担うのではなく、連携によるマネジメントのあり方を模索する必要性を示していた。さらに、《医療的ケアのエビデンスを確立する必要性》では、在宅におけるケアのエビデンスが未だ十分でないために、感染

管理や物品管理に支障があり、診療所では物品の払い出しが経営にも影響する現状が示され、在宅の医療的ケアにおける標準的なマニュアルやガイドラインの作成が望まれていた。

【医療と福祉の制度の違いから生まれる専門職間の戸惑い】には、3つのサブカテゴリーがあった。《市町村ごとに異なる複雑な福祉制度》では、市町村で異なるサービスがあることから、社会福祉士は「サービスの組み立ての難しさ」を感じていた。外来看護師は、転居の際などには、福祉の充実した地域から転居してきた場合、転居前と同じサービスを希望する親への対応に苦慮することも示していた。この背景について、社会福祉士は、在宅での障害児支援の歴史の浅さや毎年行われる法律の変更への対応の難しさを示した。《医療と福祉のルールの違い》は医師、外来看護師、保健師、社会福祉士から示されていたが、健康保険があれば、いつでも誰でもサービスが受けられる医療のシステムと、申請により認定されることによって初めて受けられる福祉サービスのシステムの違いからくる戸惑いが示されていた。福祉の申請の仕組みが複雑で認定までに時間がかかることや、行政によっては十分な対応がなされず親が困惑したりするケースが存在すること、法解釈の仕方によって親身な対応がされる行政とサービスが認められない行政があることが示されていた。また、そのような違いに対して医師は、福祉にとって医療は敷居が高いと感じられるのではないかと懸念を示し、《医療と福祉が歩み寄る意識改革の必要性》があることも認識していた。

【情報共有を困難にする個人の認識や施設の背景】には、6つのサブカテゴリーがあった。情報共有は、どの職種も重要であると認めているが、それを困難にする要因が複数あり、情報を共有するシステムの要望があった。《継続的な会議開催の困難さ》では、会議の重要性を認めつつ「時間調整の負担感」や「コーディネートの不十分さ」があり、継続的に開催するには努力と工夫が必要であることが認識されていた。必要な連携は、同施設の間職種間、他職種間、他施設の間職種間、他職種間とさまざまな形があり、それぞれの困難さが示されていた。《組織内の部署間の共通認識のもちにくさ》では、NICUと小児病棟、病棟と外来、新生児科と小児科のように部署ごとに役割認識や管理方法が異なることによって、家族への指導に影響が生

じることがあったり、医師間においても、在宅医療に関する各科の認識の違いによる連携の難しさなどが示されていた。《在宅生活をイメージしにくい病院職員の実状》は、地域の訪問看護師や施設の看護師から示された認識であるが、病院の専門職は在宅の生活をイメージしづらいことでケアの調整が困難なケースがあると示していた。また、診療所の医師は、病院職員は「在宅の方法へ転換する意識がもちにくい」ことを認識し、改善への要望を示した。《複数の施設の間職種間の連携の課題》は、一人の児に関わる複数の主治医同士、複数の訪問看護ステーション同士の連携の課題である。同職種であっても、連携をするための仕組みがないために、現状では個々の意識的な連携となっており、十分な情報共有ができていないと認識されていた。《施設同士の連絡体制の不備》は、施設の看護師から「入院したことは親づてでわかり、細かな情報の連絡体制がない」ことが示されたり、医師からは「リハビリや訪問看護の具体的な内容までは伝わってこない」ことが示されていた。また、地域の保健師は「重度の児が存在する情報が地域まで入ってこない」ことを示し、他施設との連絡体制が十分でなく、支援に困難をきたしている現状が示された。それに対して《情報を共有できるシステムの要望》があり、ICTなどのネットワークシステムを使った「職種を超えた情報共有システムの希望」を医師が要望したり、「相談支援専門員による会議の定期的な開催の希望」が施設の看護師から示されていた。どの職種も日常的に情報共有ができるシステム整備を望んでいた。診療所の医師からは「キーとなる訪問看護ステーションを作るシステムの希望」があり、複数の施設に指示書を書く医師の立場から、キーとなる訪問看護ステーションが指示を正確に詳細に受けることで、ほかの訪問看護ステーションと協力して、支援体制を作ることができるシステムの要望があった。

IV. 考 察

本研究の結果から、各専門職は、それぞれの役割機能を果たす中で成果や困難感を感じていたが、困難感の多くは時間と余裕のなさや連携の仕組みがないことに関するものであり、課題や要望につながっていた。考察では、2つの結果を踏まえて、小児在宅医療における今後必要となる対策について検討する。

1. 小児を支援するうえでの社会資源の不足への対策

小児の訪問看護をするステーションの少なさ⁶⁾など、小児を受け入れる施設の整備が十分ではないことは、本研究の結果からも明らかであり、各自治体では施設整備が進められつつある⁷⁾が、今回対象とした専門職は新たな施設の開拓や事業の拡大の努力を行っていた。近年の診療報酬改定では、在宅医療を手厚くする対応がされている⁸⁾が、小児の訪問看護や訪問診療、福祉サービスを拡大していくうえで、どのような報酬が整備されるべきかを見極めていく必要がある。また、本研究では、心理職の導入を求める医師の意見や訪問看護師からの保健師の支援に対する要望もあった。これは、障害児の健康を守る医療の保障のみならず、障害を受容し養育する親への心理面や生活面を含む包括的な支援の必要性を示している。障害児自身の支援のみならず、家族も心理的な支援が受けられるような制度や家族全体を支える福祉サービスの充実をしていくことも重要である。

2. 小児在宅医療におけるコーディネートのあり方

介護保険では、介護支援専門員を中心とした計画的な支援が構築されているが、小児では福祉を調整する相談支援専門員が、医療と福祉をトータルでコーディネートする制度が整っていない⁹⁾ために、親が支援を模索している現状が認識されていた。これは、制度的な課題もあるが、親のより良い支援を求める行動の結果でもある。医療保険ではサービス利用の上限がなく、希望により訪問診療・訪問看護のサービスが入るために、他施設が知らない間にサービスが増えることもあり、親以外に全体のサービスを把握しにくいという現状にもつながる。家族の生活を踏まえた支援の構築の重要性は多くの先行研究で示唆されており^{10,11)}、本研究でも各専門職は家族のニーズを捉えた支援を構築し、退院時は社会福祉士が中心に調整したり、在宅では相談支援専門員や訪問看護ステーションが調整するなど、多職種がコーディネートに関与している現状があり、小児の特徴を踏まえたマネジメントのあり方を考えていく必要がある。厚生労働省は小児等在宅医療連携拠点事業において、相談支援事業所による医療と連携した福祉サービスを提供できるコーディネーター機能の確立を目指しており⁵⁾、相談支援専門員は福祉と医療の連携の中心の職種となることが望まれている。しかし、実際には、相談支援専門員に対する期待

は大きい反面、専門的知識獲得の難しさやマンパワー不足から役割を果たしきれない現状が認識されていた。相談支援専門員は、福祉職・看護職などの専門職が一定の実務経験と研修により得ることのできる資格であるが、本研究では、医療と福祉はルールが異なるために、両方の仕組みを同程度に理解することが難しいという専門職の認識があった。福祉の仕組みが複雑過ぎることや医療が高度過ぎることが要因として示されていたが、小児在宅医療に関する人材育成では、医療の知識をもって福祉をコーディネートする人材の育成が行われている⁵⁾。看護師や保健師からは、一人が全てを担うのではなく連携によるコーディネートのあり方を考える必要性も指摘されていたため、仕組みの違いをお互いに理解したうえで、協働する方法を模索する必要もある。

さらに、医療的ケアのエビデンスの不足による指導や物品管理の困難さも示されていた。個別の事例から見出された知見を集積して、利用者・支援者双方が納得できるケアのあり方を検討する必要がある。

3. 情報共有を困難にする個人の認識や施設の背景への対策

各専門職は、どの職種も自分の役割機能を認識しつつ、十分な支援となっていないジレンマを抱えていた。特に、保健師は役割機能が幅広く、直接的に関わる時間が少ないがゆえの戸惑いがあった。多忙な業務を抱えつつ個々の努力に任された状況ではあるが、他職種からの期待は大きく、地域とのつながりをもつ保健師ならではの活躍が期待されている。近年、小児等在宅医療連携拠点事業として「医療体制と地域の福祉・教育機関の連携」では、行政による支援において市町村保健センターも協力し合う体制整備が望まれているが⁵⁾、親の期待を汲みつつも、親の期待とは異なる役割もあることを認識し、地域の調整役として家族全体を支援する機能が期待される。

多職種連携については、どの職種も会議は重要なものと捉え、顔の見える関係作り、総合的な情報交換、家族も含めた意思決定の場として重要と認識されていた。しかし、会議の増加は、要する時間や調整の負担もあり、継続的な会議開催には努力が必要である。会議以外の情報共有の仕組みとして、ICT等による情報ネットワークの要望もあり、実際にモデル事業として行われている自治体もある。しかし、その整備には

時間と多大なコストがかかるため、日常的な会議に報酬をつけて人員確保ができる仕組みも必要であろう。現在は、退院時の調整や、緊急時の多職種の調整は診療報酬で算定できるが、退院後の定期的な会議に報酬がつく仕組みはない。連携に報酬が保障される制度があれば、連携の促進につながると考えられる。

また、組織内・部署間の共通認識や病院職員の在宅生活のイメージなどは、教育的な支援によって解決できる内容もあると考えられる。近年の診療報酬では教育的な機能をもつ訪問看護ステーションへの加算や病院と地域との人材交流が行われることへの加算も認められるようになっており、教育的機能の必要性は認められつつあるが、現場の必要性に即した仕組みとなっているかを検討していく必要があると考える。

謝 辞

本研究にご参加頂いた専門職の皆様、ご指導頂いた山口桂子教授、ご示唆を頂いた市川百香里氏、遠渡絹代氏に感謝いたします。

本研究は第65回日本小児保健協会学術集会にて発表した。利益相反に関する開示事項はありません。

文 献

- 1) 田村正徳, 太田えりか, 奈倉道明, 他. 「医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究」の中間報告. 平成28年度厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業. <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/0000147259.pdf> (参照2018-3-22)
- 2) 前田浩利. 在宅療養支援診療医の立場からみた現状と課題. 小児科臨床 2016; 69 (1): 7-12.
- 3) 田村和宏. 重症児の地域生活を支える. 障害者問題研究 2012; 40 (2): 147-152.
- 4) 大山昇一. 小児の地域包括ケア. 小児科診療 2016; 2: 169-175.
- 5) 国立成育医療研究センター. “平成29年度小児在宅医療に関する人材養成講習会テキスト. 2018” <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000197745.pdf> (参照2018-4-2)
- 6) 松崎菜々子, 阿久澤智恵子, 久保仁美, 他. 訪問看護ステーションにおける小児の受け入れの現状と課題. 日本小児看護学会誌 2016; 25 (1): 22-28.
- 7) 国立成育医療研究センター. “平成26年度小児等在宅医療連携拠点事業最終報告書” <file:///C:/Users/okada%20mari/Desktop/小児在宅拠点事業 H26.pdf> (参照2018-4-2)
- 8) 厚生労働省. “平成30年度診療報酬改定の基本方針(社会保障審議会医療保険部会・社会保障審議会医療部会)” https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000187616.pdf (参照2019-3-15)
- 9) 西村 幸. 地域がNICUに期待する在宅移行期の多職種連携の実態—相談支援専門員の立場から. 小児看護 2017; 40 (9): 1184-1186.
- 10) 高 真喜. 在宅人工呼吸療法中の重症心身障害児と家族の在宅生活の現状と支援の検討. 日本小児看護学会誌 2016; 25 (1): 15-21.
- 11) 遠渡絹代, 泊 祐子, 部谷知佐恵, 他. 診療報酬算定外サービスの訪問看護により支えられる重症児の特徴と課題. 日本看護研究学会雑誌 2017; 40 (5): 859-865.

[Summary]

This study aimed to clarify how professionals support children with disabilities requiring medical care at home and recognize the current state of support and multi-occupational collaboration, and to consider the necessary measures.

Thirteen professionals, including public health nurses, nurses, doctors, and social workers who provided medical assistance to children with disabilities over three years were interviewed. This research was used qualitative descriptive analysis along two analysis perspectives. The first item includes achievements and sense of difficulty in the role/function that each professional recognizes and is found six categories into the following: each role/function recognized by professionals, dilemma for performing the role/function. The second item includes the challenges and requests encountered in supporting children with disabilities and includes the following three categories: lack of institution, system, and evidence for supporting children with disabilities, confusion between professionals due to differences in support approaches with medical and

welfare institutions, and personal recognition and facility background that make information sharing difficult.

From these results, it is necessary to improve the system for expanding social resources in home medical care for children, and how to coordinate medical care and welfare with different rules by capturing characteristics of children, and to consider the linkage

mechanism and educational functions to enhance information sharing.

[Key words]

medical care, children with disabilities,
home medical support, multiple occupations