

201317005A (DVD 1枚有)

平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金
障害者対策総合研究事業

医療依存度の高い小児及び若年成人の重度心身障がい者への在宅医療における
訪問看護師、理学療法士、訪問介護員の標準的支援技術の確立と
その育成プログラムの作成のための研究
平成 25 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 前田 浩利

平成 26 年 3 月

もくじ

はじめに	1
I 総括報告	4
II 資料編	
資料 1：全体会議議事要旨	28
資料 2：アンケート用紙	38
・研修プログラム受講後の参加者の評価アンケート	39
・事前・事後アンケート	48
資料 3：アンケートデータ	50
・研修プログラム受講後の参加者の評価	51
・研修前後の受講者の理解の深まり、実践の変化に 関する調査（事前・事後・3か月後のアンケート調査）	151
資料 4：多職種合同セミナーテキスト	181
おわりに	432
研究者一覧	

はじめに

本報告書は平成 23 年度から 25 年度の厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業「医療依存度の高い小児及び若年成人の重度心身障がい者への在宅医療における訪問看護師、理学療法士、訪問介護員の標準的支援技術の確立とその育成プログラムの作成のための研究」班の平成 25 年度の活動をまとめたものです。テーマが長くてわかりにくいですが、我々の研究班の目的を一言で言うなら、小児在宅医療の人材育成プログラムの作成です。研究を開始した 3 年前は、社会でも、医療界でも「小児在宅医療」という言葉すら認知されていない状況でした。しかし、この 3 年間で社会の状況は大きく変わりました。皆様が、日々の現場で感じておられるように、医療依存度の高い子どもたちが、今、急速に増えています。それに伴い、「小児在宅医療」という言葉も、多くの方の認知するところとなりました。そして、そのような子どもたちを地域、家庭で支える「小児在宅医療」の普及、充実は、我が国の小児医療、福祉の根幹にかかわる課題になっています。その中心的課題になるのが、それを担う人材の育成です。私どもの研究班は、医師、看護師、リハビリセラピスト、ヘルパーの 4 つの部会で構成され、それぞれの部会のみでなく、文字通り多職種協働で議論、検討を重ねてきました。その内容は、小児在宅医療の対象、ニーズから、制度、成人在宅医療との繋がりまで多岐にわたり、議論自体が、様々な発見や驚き、感動に溢れたものになりました。

そのような検討を経て、私たちが辿りついたのは、多職種連携の重要性と意義の再発見とも言えるものでした。同時に、現状では、医療と福祉は、全く異なる文化、制度によって動いていて、協働、多職種連携がいかに難しいかということを感じることにもなりました。また、医療と福祉が協働するためには、医療も福祉も変わらざるを得ないということも重要な気付きでした。医療においては、生活と融合した新しいフレームの再構築が必要でした。それは家庭、地域の中で、「生命の安全」を守りつつ、「生きにくさ」を解決するための医療というフレームです。

それらの医療と福祉の間の壁をどのように克服し、協働できる人材を育成するのか、その答えとして、我々は平成 25 年 11 月 16 日、17 日の 2 日間にわたって、多職種合同セミナーを開催しました。その結果をまとめたものが、本報告書です。そして、報告書の中に資料として、研修で用いた教材を掲載しました。この多職種合同のセミナーは、多職種が同時に受講する共通プログラムと、医師、看護師、リハビリセラピスト、ヘルパーのそれぞれの部会が、屋台のようにそれぞれの研修を行い、職種にかかわらず、どのプログラムにも参加できるようにした屋台プログラムから構成されています。更に、医療職と福祉職と一緒に、医療ケアの重い子どもたちのケアプランを作成するワークショップを最後に行いました。その際のキーワードは「24 時間の生活をイメージする」でした。その結果は、我々の予想を超えた反響が、参加者から寄せられ、多職種協働によって、医療ケアのある子どもと家族の「24 時間の生活をイメージする」ことが、医療職と福祉職の協働のためのキーであることが明らかになりました。本報告書が、小児在宅医療を支える人材育成に少しでも役に立ち、一人でも多くの医療依存度の高い子どもと家族が、家庭で安心して、

自らの人生を存分に生きられることができるようになったら望外の喜びです。

最後になりますが、不慣れなことも多く、研究の責任者として不十分なことも多かった私と3年間一緒に研究を進めてくださった研究分担者、研究協力者の皆様、ならびに本研究を支えて下さった多くの皆様に心から感謝を述べさせていただきます。

2014年3月

前田浩利

I 統括報告

平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
「医療依存度の高い小児及び若年成人の重度心身障がい者への在宅医療における
訪問看護師、理学療法士、訪問介護員の標準的支援技術の確立と
その育成プログラムの作成のための研究」

総括報告

小児在宅支援に関わる多職種合同セミナー ～医療と福祉の協働で暮らしを支える～ の実施と総括

研究代表者 前田浩利
研究分担者 吉野浩之、田村正徳、荒木聡、奈良間美保、梶原厚子、西海真理、
福田裕子、小沢浩
研究協力者 側島久典、森脇浩一、宮田章子、田中総一郎、恒川幸子、島津智之、
奈須康子、井川夏実、山崎雪、木暮紀子、高橋昭彦、李国本修慈、
関根まき子、戸枝陽基、長島史明、緒方健一、平井孝明、中川尚子、
中野弘陽、上田恵理奈、新塘久美子、谷川章太郎、夏目浩次、雨宮馨

研究要旨：医療ケアのある子どもたちの命を守り、健康を増進し、生活を支えるには「地域における医療と福祉を包含した多職種連携」が必要である。しかし、従来、我が国において医療と福祉は、分断され、医療ケアのある子どもたちは、医療のみで抱えてきた。しかし、その分断の壁を超え、多職種協働を果たすためには、多職種が同じ場で共に学ぶ人材育成のカリキュラムが必要であるとの認識に至り、実際にそのような多職種合同のセミナーを開催し、参加者への教育的効果についてその有用性を検討した結果、参加者の 80%が大変有意義、18%が有意義であったと回答した。さらに、その教育効果は、全ての職種において、多職種協働の必要性に関して、意識の変化と行動の変容を起こす可能性があると考えられ、多職種合同の人材育成プログラムは、有用であると考えられた。

A. 研究目的とその背景

地域、家庭で生活する医療ケアの必要な子どもたちが急速に増加している。医療ケアのある子どもたちの命を守り、健康を増進し、生活を支えるには「地域における医療と福祉を包含した多職種連携」が必要である。（図 1）

しかし、従来、我が国において医療と福祉は、分断され、医療ケアのある子どもたちは、医療のみで抱えてきた。医療と福祉の分断は、福祉

の基盤となる障害福祉の制度の現状によく現れている。図 2 に示すように、現在の障害福祉制度は、医療ケアのある子どもたちをほとんどカバーしていない。医療技術の進歩が、社会制度や社会の仕組みを追い越し、社会制度にマッチしない現状を生み出してきたとも言える。特に、医学的エビデンスによって、患者への関わり、ケアを変えていく医療者と異なり、福祉職は、あくまで法制度に従って、ケアを行うので、

障害福祉制度の現状とのミスマッチは、そのまま医療職と福祉職の協働の壁となる。その分断の壁を超え、多職種協働を果たすためには、医療ケアの必要な子どもたちの病態とケア、多職種連携の方法論について共に学ぶ人材育成のカリキュラムが必要であるとの認識に至り、実際にそのような多職種合同のセミナーを開催し、参加者への教育的効果についてその有用性を検討した。

B. 研究方法

以下の点をカリキュラム作成の要点とした。

- 24 時間の生活を具体的にイメージするという共通の認識のもと、医師、看護師、リハビリセラピスト、ヘルパーのそれぞれの職種が、他の職種の働きを理解し、全体の中で、自らの仕事を再確認する。
- 医療ケアのある子どもたちの病態を、医学診断からのみでなく、「生きにくさ、暮らしにくさ、ケアのしやすさ」という視点から、病態によって理解し、医療職も、福祉職も共通に理解できる言葉で、再定義する。
- 短期的な見通しのみでなく、0 歳から 50 歳までを見通して、子どもたちの生活を地域でどのように支えてゆくのかを示す。そのための医療、福祉の制度を学ぶ。
- 学んだ子どもの病態理解、社会制度の理解に基づき、現場で多職種連携を行えるようになるために、多職種連携の具体的な場としてケア担当者会議を経験する。その中で、生活の中で医療ケアを行うということの大変さと、多職種協働の実際を理解する。

これらの要点を実現するために、多職種が、同時に受講する共通プログラムと、医師、看護師、リハビリセラピスト、ヘルパーのそれぞれの部会が、それぞれの研修を行い、職種にかかわらず参加できるようにしたプログラムから

構成した。更に、「24 時間の生活をイメージする」をキーワードに、医療職と福祉職と一緒に医療ケアの重い子どもたちのケアプランを作成するワークショップを実施した。

■プログラム

プログラムの基本構造を以下に示す

- ・1 日目 共通プログラム
- ・2 日目午前 医師、看護、リセラピスト、ヘルパーの各職種別屋台プログラム

いずれの職種の研修も1セッション 45 分とし、間に 15 分の休憩を挟み、参加者が好きな研修を受けるために、自由に移動できるようにした。

- ・2 日目午後 共通プログラム

プログラム詳細は表 1 にしめすが、プログラムの特徴は以下のとおりである。

- ・最初に家族ケア、家族看護の重要性を理解できるようにし、次に健康な子どもの育ち、生活を理解できるようにしたこと。
- ・現在、人工呼吸器を付けた子どもが 50 歳以上まで生存できる可能性がでてきたことから、人工呼吸器が付いた子どもを 0 歳から 50 歳までを支え、更に両親が高齢のためにケアができなくなったとき、現行制度に基づきどのように支えるかまで見通した展望を示したこと。
- ・小児在宅医療の対象となる子どもを医学的診断名ではなく、生活の中でのケアやコーディネートの違いという観点から、①筋緊張が高く思春期になり、二次的な問題が出てきた子ども
②体が柔らかく人工呼吸器を付けて普通小学校に通学している子ども
③動けるが内部障害があり行動制限のある子ども
④予後不良の染色体異常の子ども
⑤がんの終末期の子ども
にわけてその病態と支援のポイントを医療職

と福祉職がそれぞれの観点から多職種協働というポイントを踏まえつつ解説したこと

・2日目のプログラムに在宅医療を受けている患児のご家族、母親の体験談を入れたこと。

・退院調整会議のロールプレイを行い、それを見たあと、実際のその場で、多職種で医療ケアの重い子どもの在宅生活のケアプランを作成するワークショップを行ったこと。

・24時間の家族の生活をイメージすることを重視したこと。すなわち、日常生活と隔離された病院とは異なり、家族の仕事、食事、家事、兄弟の育児、社会行事、家族の病気などの様々な日常イベントと並行してケアを行う必要があることが実感されるようにしたこと。

以上である。

参加者は全プログラムに参加できることを条件の公募とし、全員が研究協力者として、所属、職種、氏名、年齢、連絡先を登録し、セミナー参加前、参加直後、セミナー3カ月後にもアンケートに回答してもらった。

アンケートは添付資料として掲載した。

■アンケート（セミナー参加者の背景）

セミナー参加者は、職種、年齢の他に、勤務年数、在宅支援を必要とする小児ケースの経験数、退院調整会議の参加回数などについて質問し回答してもらった。

■研修評価のためのアンケート調査

研修カリキュラムを評価するためのアンケートは2種類を行った。一つは、「研修プログラム受講後の参加者の評価」（添付資料で詳細を掲載）で、にそれぞれの研修に関して以下の質問項目によって受講者が、各研修、あるいはセミナー全体をどのように評価しているかを把握するために各研修受講終了後に実施した。

1. 講義の印象
2. 理解度が深まったか
3. 今後の職務に活かせるか

に関して、それぞれ

5・・・大変有意義だった

4・・・有意義だった

3・・・まあまあだった

2・・・もの足りない

1・・・非常に不満

の5段階の選択式で評価した。

更に、2つ目に「研修前後の受講者の理解の深まり、実践の変化に関する調査（事前、事後、3カ月後のアンケート調査）」（詳細は添付資料に掲載）とし、以下の項目に関して、「どの程度理解していますか？」「実施できていると感じますか？」という質問を行い、それぞれ「よくできている」、「できている」「できていない」、「全くできていない」の4段階で、事前、事後、3カ月後に調査を行った。

以下が質問項目である。

1. 対象となる子どもたちの状態や病態についてどの程度理解していますか
2. 家庭におけるケアの具体的な方法について（自らの専門職としての）どの程度理解していますか。あるいは実施していると感じますか。
3. 家族ケアについてどの程度理解していますか。あるいは実施していると感じますか。
4. 医療制度の活用についてどの程度理解していますか。あるいは実施していると感じますか。
5. 福祉制度の活用についてどの程度理解していますか。あるいは実施していると感じますか。
6. 多職種の役割と連携についてどの程度理解していますか。あるいは実施していると感じますか。
7. end-of-lifecare（緩和ケア）についてどの程度理解していますか。あるいは実施していると感じますか。
8. 退院調整会議についてどの程度理解していますか。あるいは実施していると感じますか。
9. ケア担当者会議についてどの程度理解して

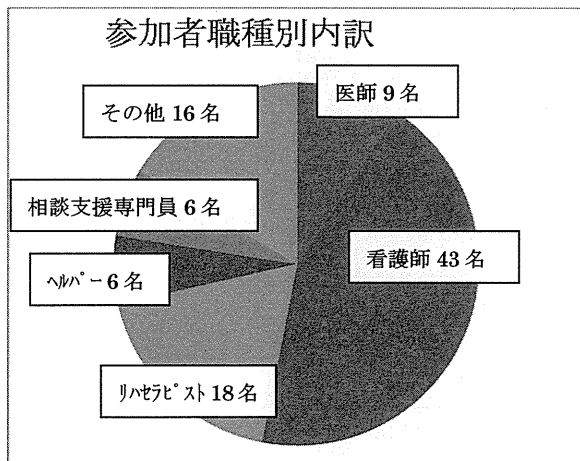
いますか。あるいは実施していると感じますか。
 10. ケアプランについてどの程度理解していますか。あるいは実施していると感じますか。

C. 研究結果

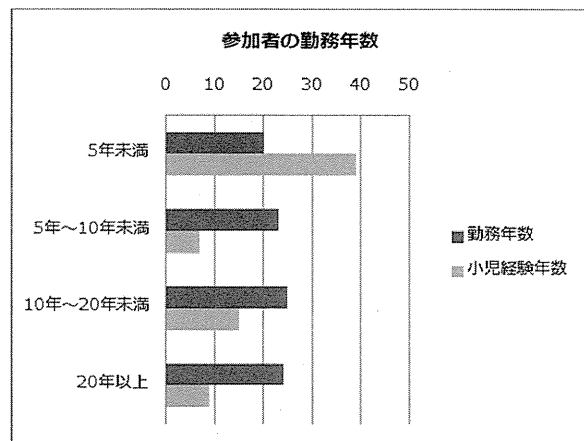
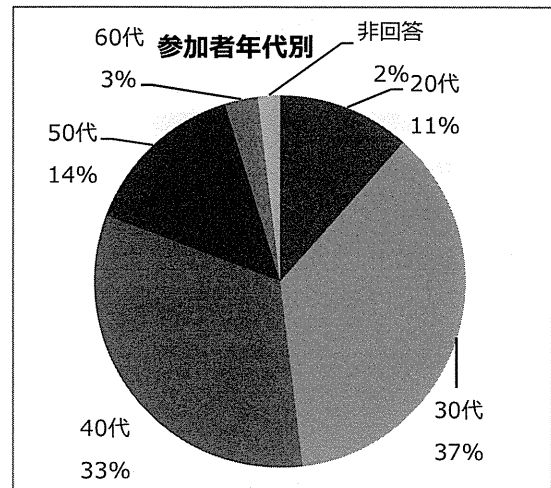
■セミナー参加者の背景

セミナーには、103名の申し込みがあり、実際には98名が参加した。参加募集の際には、厚生労働科学研究（障害者対策総合研究）事業「重症・病弱児者在宅支援技術教育プログラム作成の研究班」への研究協力と、その内容は研究班報告として公開されることについて承諾をお願いした。全員同意を得られての参加となった。

参加者の職種は、医師9名、看護師43名、リハビリセラピスト18名、ヘルパー6名、相談支援専門員6名、その他医療ソーシャルワーカー（MSW）、教育関係者、行政関係者16名であった。以下表に示す。

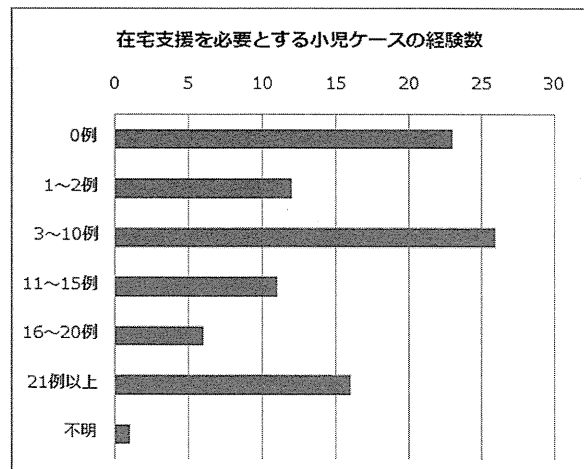


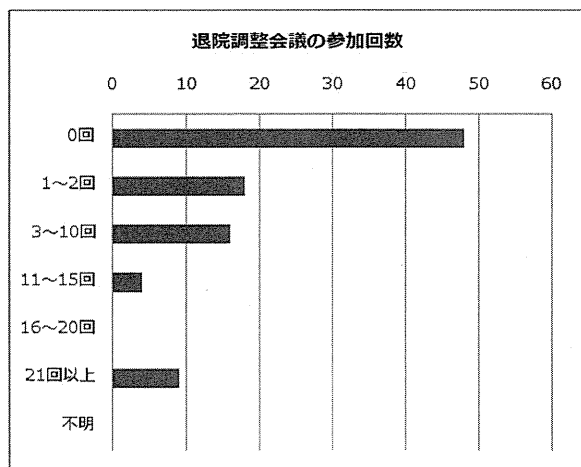
参加者の年齢、勤務年数は以下の通りであった。



年齢は、30歳代と40歳代が合わせて7割であり、勤続年数も8割が5年以上で、十分な現場での経験があると思われた。

参加者が経験した在宅支援を必要とする小児のケースの数、参加した退院調整会議の参加回数は以下の通りであった。

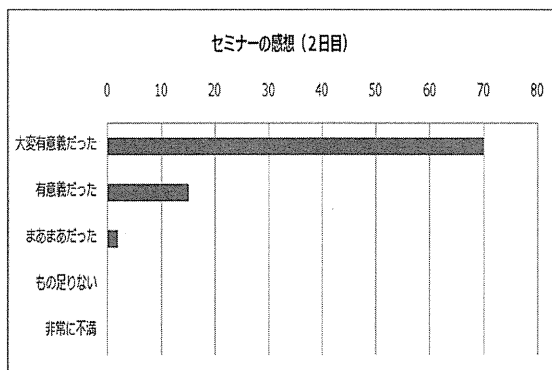




小児の在宅支援にかかわったケースが2例以上が72人で76%、3例以上ある参加者が60名で参加者の63%で、参加者の多くが、小児の在宅医療にかかわった経験があった。一方で、多職種協働の具体的な場として代表的な退院調整会議は47名と50%弱の参加者しか経験していなかった。

■参加者アンケート①プログラムの評価

アンケート調査の結果は、「研修プログラム受講後の参加者の評価」において、1日目97名2日目87名から有意な回答を得た。セミナー2日目終了後のアンケートで全体の印象に関して、参加者の80%が大変有意義、18%が有意義であった2%がまあまあだったと回答した。



また、「セミナーのプログラムで良かったものを選んでください(複数回答可能)」という質問に対しては、以下のように、1日目では、「小児在宅医療を支える制度～0歳から50歳

までを支える～」と「子どもの病態と育ちの支援2」が最も良かったという参加者が多かった。

小児在宅医療の現状と多職種連携の意義と理念	4
家族看護、家族ケア	11
子どもの健康生活	18
小児在宅医療を支える制度～0歳から50歳までを支える～	38
子どもの病態と育ちの支援	23
子どもの病態と育ちの支援1	25
子どもの病態と育ちの支援2	36

以下は2日目のプログラムの評価である。

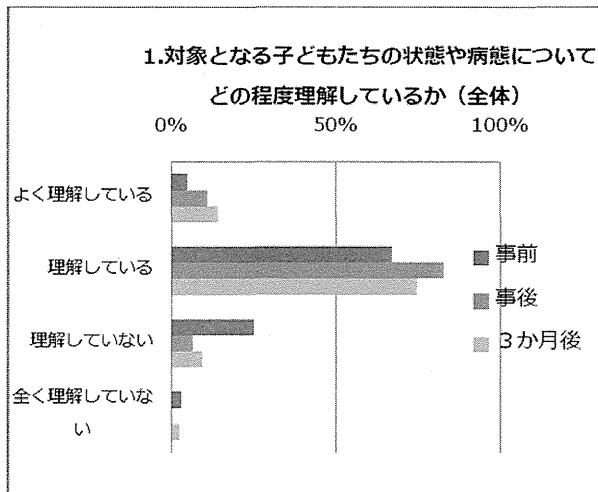
ヘルパー部会	楽チン、簡単に、在宅を過ごすために	2
	暮らすために～居宅介護(ホームヘルプ)の実際～	2
	つぶれないために～介護事業所の運営・地域連携マネジメント～	4
	寄り添うために～相談支援の実際～	5
	生きるために～利用者の人生と看取りにヘルパーがどうかかわったか～	7
看護部会	子どものスキントラブルとスキンケア	3
	訪問看護の仕組み	7
	育ちの支援～子どもたちは何を感じているのかな～	15
	食べることの育ちを支える～試食あります～	1
医師部会	NICU医療の現状	1
	看取りと痛みの緩和	1
	医療デバイス概論と実技① 気管カニューレの交換	2
	医療デバイス概論と実技② 胃ろうボタンの交換	4
	急変時の対応	0
リハ部会	重症児における健康を維持するための身体の仕組みと運動～理学療法からの視点～	5
	重症児の認知・遊び・コミュニケーション	6
	呼吸リハビリテーション	13
	呼吸リハビリテーション実技	7
	姿勢保持を助ける道具	0
全体	ご家族からのお話	24
	ワークショップ(退院調整会議のロールプレイ→発表→解説→総括)	30

2日目は「ご家族からのお話」と「ワークショップ」の評価が高かった。

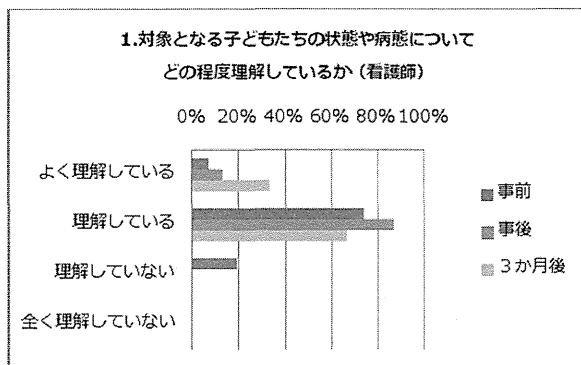
■参加者アンケート②(研修前後の受講者の理解の深まり、実践の変化に関する調査 事前、事後、3カ月後のアンケート調査)

このアンケート調査では事前 103名、事後 92名、3カ月後に 42名の参加者から回答を得た。

1. 対象となる子どもたちの状態や病態についての理解：以下のような結果になった。



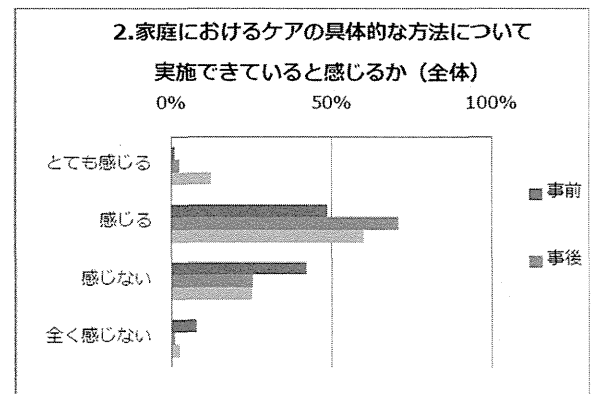
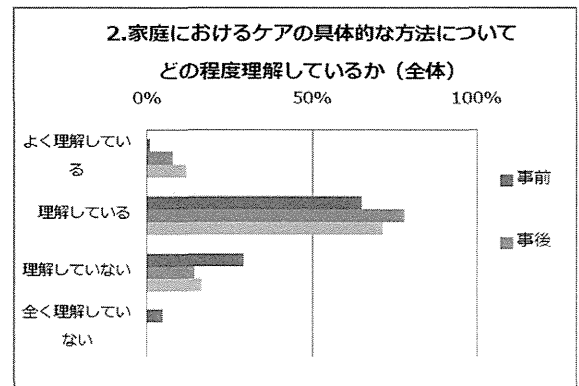
セミナー事後、3カ月後には、理解していないという人は、ほとんどいなくなり、「理解している」もしくは「よく理解している」になっている。また、セミナー事後と3カ月では、参加者の理解が進み、よく理解している人の数が増えている。また、職種ごとの分析でも同様であった。以下に看護師の分析を示す。



上記の看護師の結果で明らかなのが、セミナーによって、子どもの状態や病態について理解していない人が0になり、セミナー直後より、3カ月後には「よく理解している」という人が増えていた。

2. 家庭におけるケアの具体的な方法の理解と実施(自らの専門職としての)：

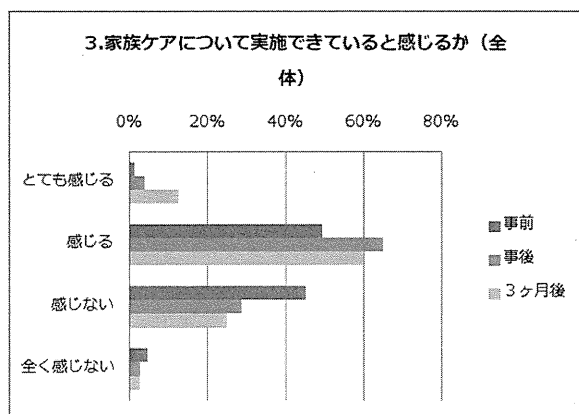
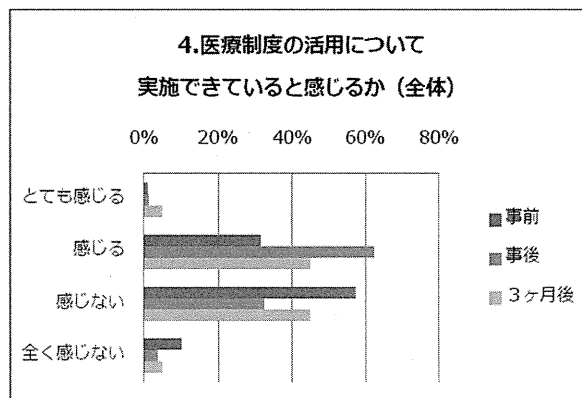
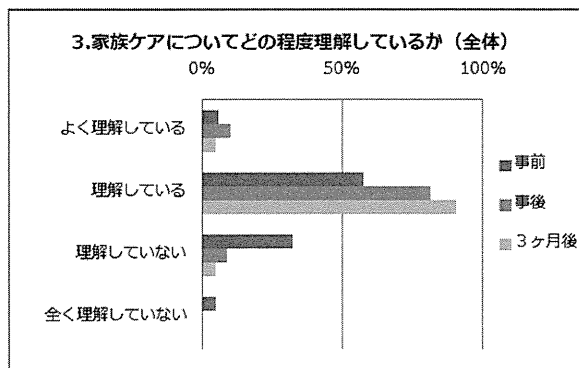
この問いに対しては、以下のものであった。



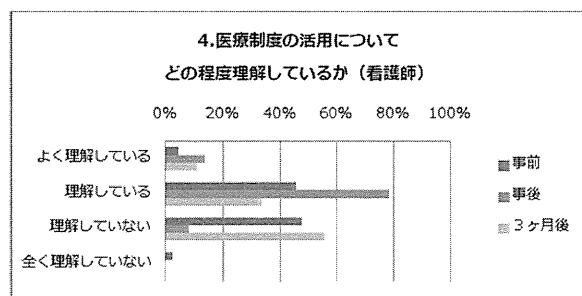
家庭におけるケアの実施に関する問いも、ケアの具体的な方法を理解しているのかという問いと同じ傾向にあった。セミナー後に理解していない、実施できていないという人が減り、さらに3カ月後によく理解している、とても実施できているという人が増えている。

3. 家族ケアについての理解と実施：

この問いに対しても以下のように、問1、問2と同じ傾向であった。



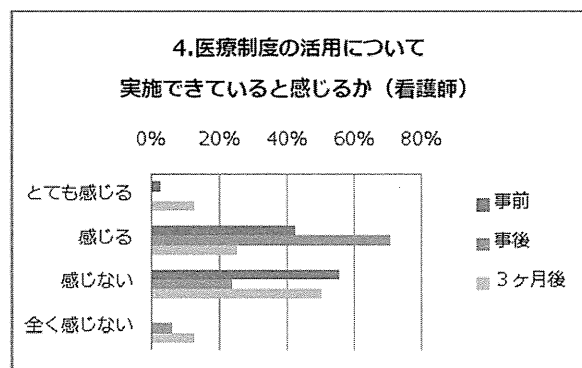
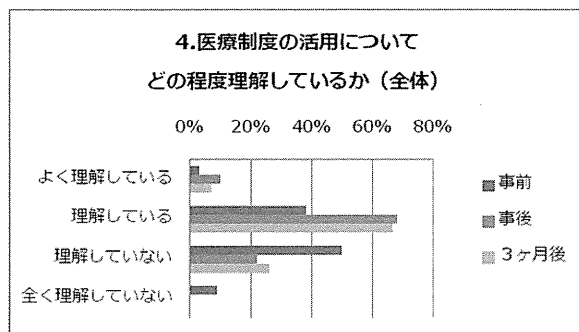
医療職と福祉職の対比として以下のように看護師と福祉職を示す。以下看護師。



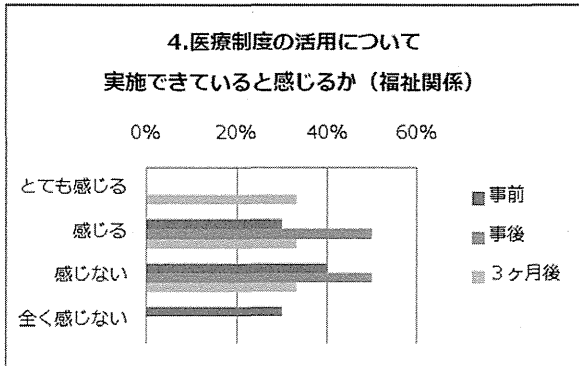
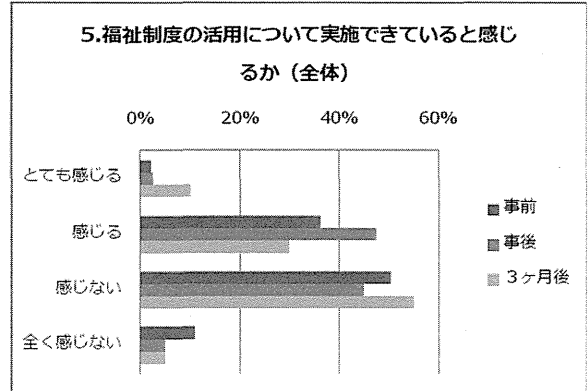
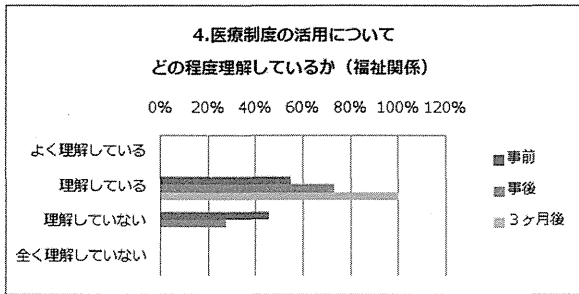
4. 医療制度の活用についての理解と実施：

医療制度の活用について、セミナー前後で理解している人が増え、3カ月後に良く理解している人が増えているが、実施という面ではセミナー直後には増えたものの、3カ月後には、実施できていない人が増えていた。

以下に全体の結果を示す。



以下福祉職。

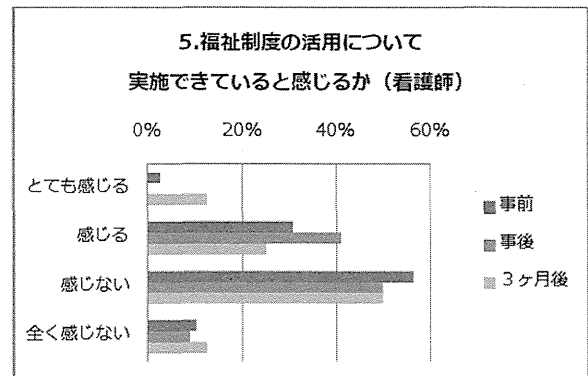
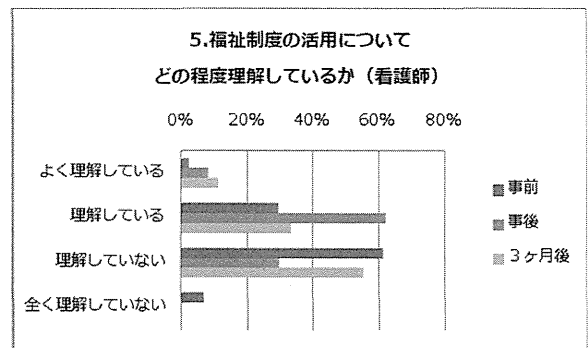
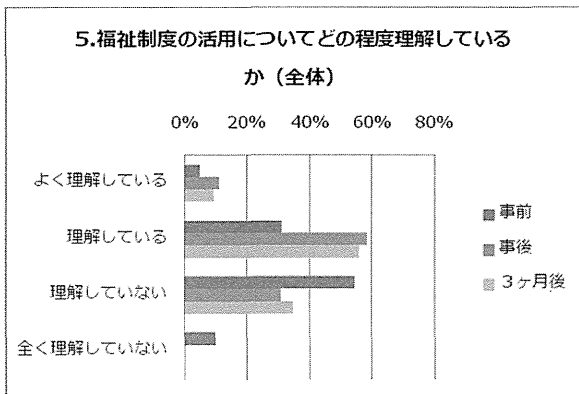


この質問でも、セミナー受講後に理解している、活用できている人が増えている一方で、3カ月後にできていないと感じる人が増えている。特に活用できていないと感じる人がセミナー直後より3カ月後に増えている。これを職種別に見ると、医師、看護師・リハビリセラピストがほぼ同様に全体と同じ傾向で、セミナー受講後に理解している、活用できている人が増えている一方で、セミナー直後より3カ月後に理解できていないと感じる人、実施できていないと感じる人も増えている。以下に医療職の代表として看護師を示す。

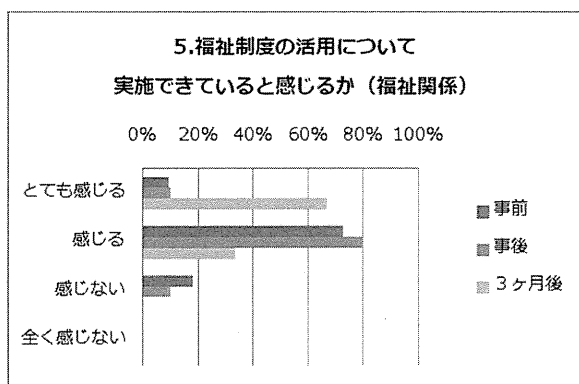
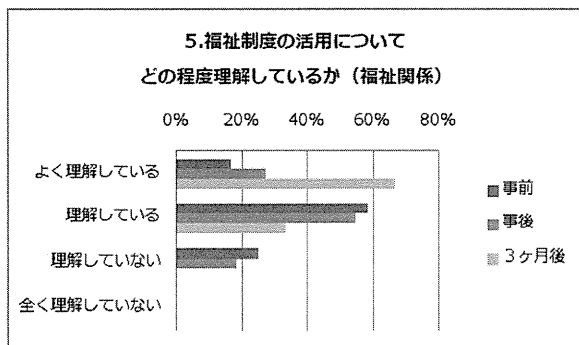
医師、看護師、リハビリセラピストなどの医療職では、上記のように、セミナー受講後に理解している人が増えている一方で、3カ月後に理解していない、活用できていないと感じる人も増えている。しかし、福祉職ではセミナー前には理解していない人、活用できていない人が多かったが、それはセミナー後にはかなり減り、理解している、活用できている人が増えている。

5. 福祉制度の活用についての理解と実施：

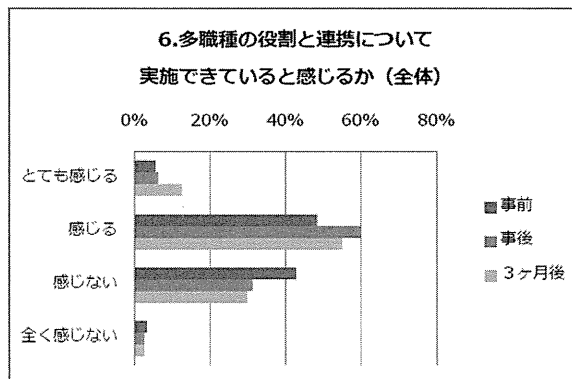
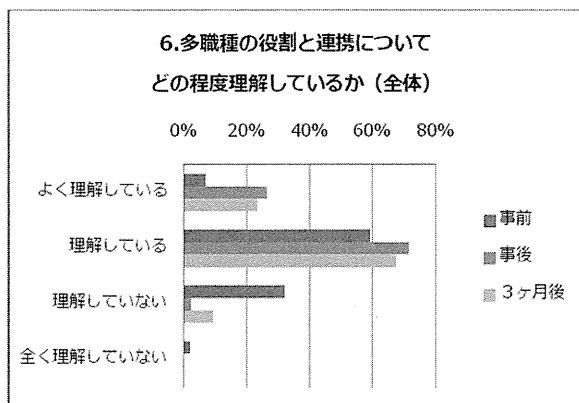
この問いに対しては、以下のものであった。



しかし、福祉職は、福祉制度の理解においても活用においてもセミナー後にできていると感じる人が増えると同時に、3カ月後にはよく理解し、よく活用できていると感じる人が増えている。



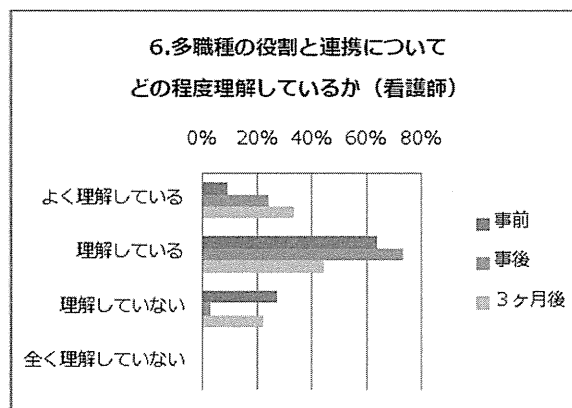
6. 多職種の役割と連携についての理解と実施：
この問いに関して全体では以下のような
った。

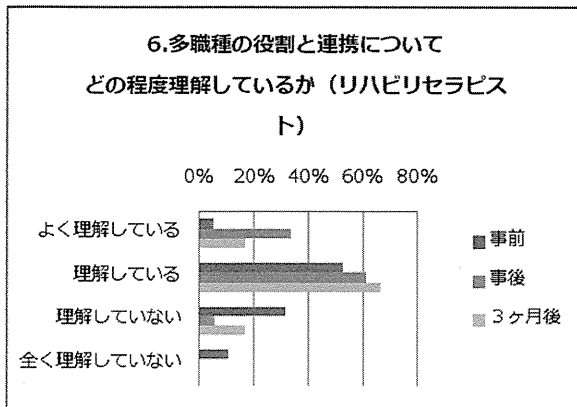


このように、多職種連携に関しては、理解、実施ともに、セミナー後にできていないと感じる人は減ったが、理解に関しては、理解していないと感じる人は、ほとんどいなくなった。しかし、実施の面では、できていないと感じる人はセミナー後も多かった。多職種連携を理解はできたが、実践はできていないと感じる人が多いと思われた。

職種別で見ると、医療職の中でも、医師、看護師とリハは理解の面では、共通しているものの、実施面では違う点があった。共通点は、医師、看護、リハともに、セミナー後に多職種連携を理解したと感じる人が増えている一方で、セミナー直後に比べ、3カ月後に理解していないと感じる人が増えていることである。

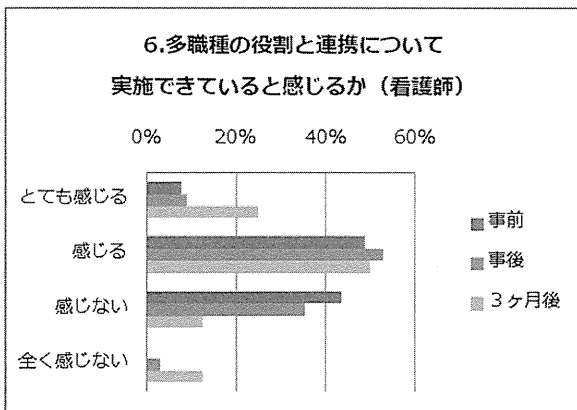
その表を以下に示す。



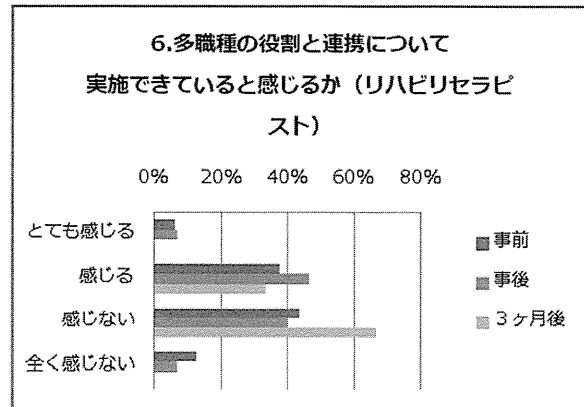


これは、セミナーでわかったつもりになったが、現場の中でやってみるとわかっていなかったことがわかったということであろうと思われた。

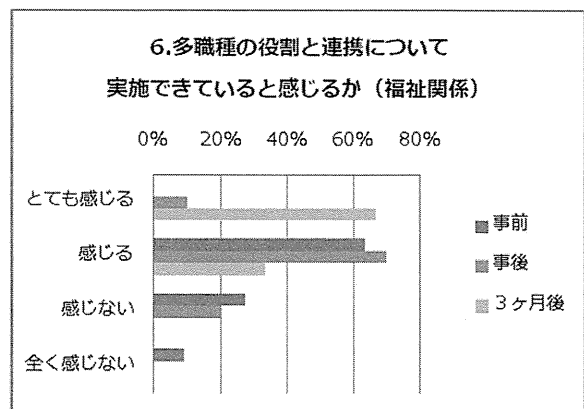
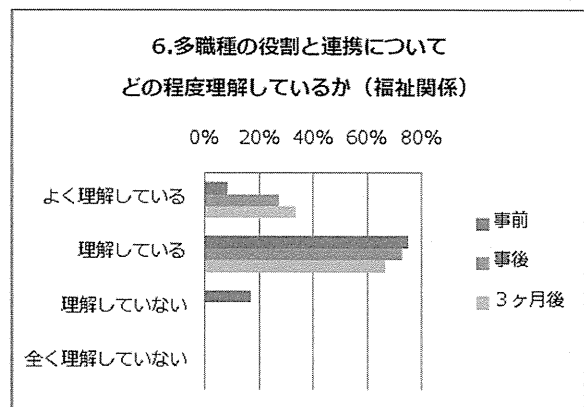
一方、異なる点として、多職種連携の実施面で、医師、看護師はセミナー後に、実施できている人が増え、さらに3カ月後にとても実施できている人が増え、現場での実践の進展が伺えた。しかし、同時に実施できていない人も増えているので、二極化している。以下、例として看護師を示す。



しかし、リハビリセラピストは、実施できている人が、セミナー直後にわずかに増えてはいるが、セミナー3カ月後には実施できている人は減り、実施できていないと感じる人が増えている。これは、リハビリセラピストにとって、多職種連携が、他の職種に比べ困難であるからと考えられる。



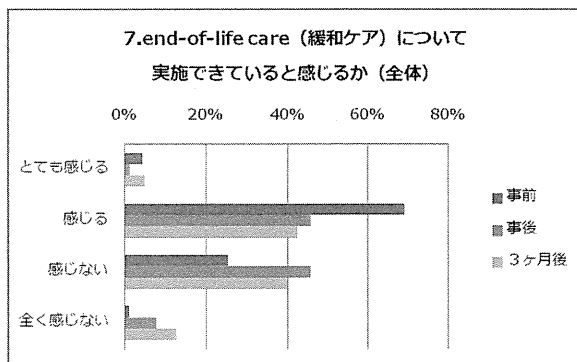
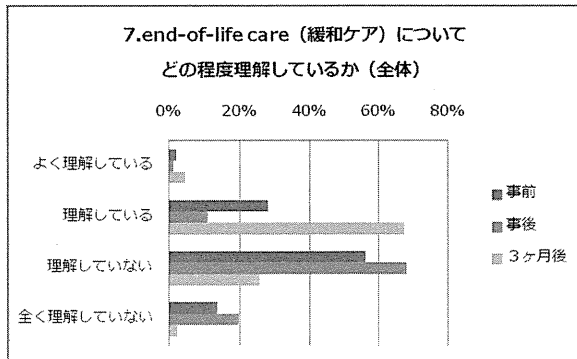
福祉職に関しては、セミナーによって、理解も実施も共に進んだことがわかる。特に実施の面において、とてもよく実施できていると感じる人が3カ月後に飛躍的に増えているのが特徴である。



7. end-of-lifecare（緩和ケア）についての理解と実施：

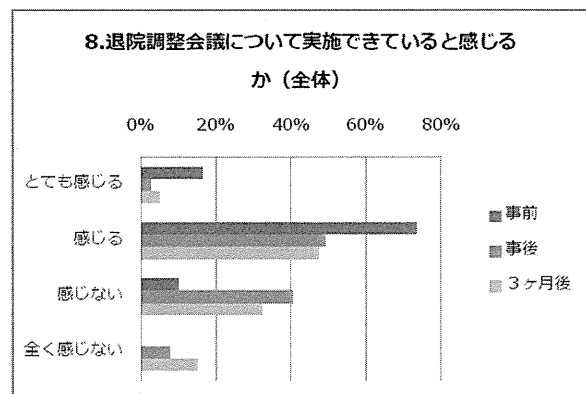
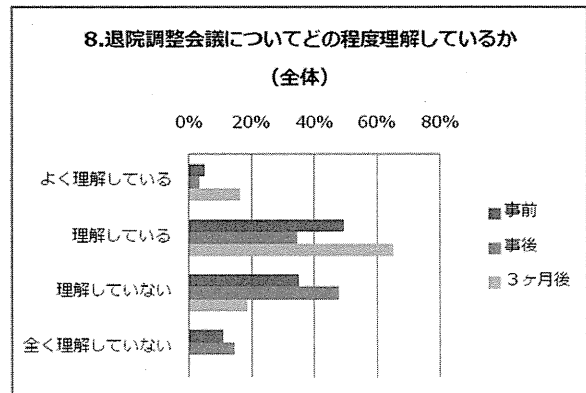
この質問に関しては、他とは異なった結果となった。End of Life Careの理解に関しては、セミナー受講前より受講直後に理解している

と答えた人が減り、3カ月後に理解していると答えた人が増えていた。また、End of Life Careの実施に関しては、セミナー後に実施できていないと答えた人がセミナー前より増えていた。3カ月後には全く実施できていないと答えた人が増えていた。この傾向は、医療職と福祉職に共通していた。

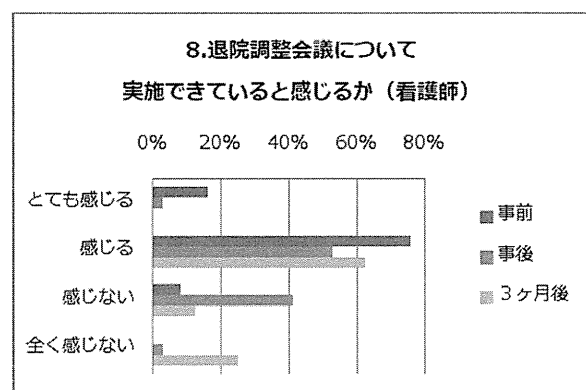


8. 退院調整会議の理解と実施 :

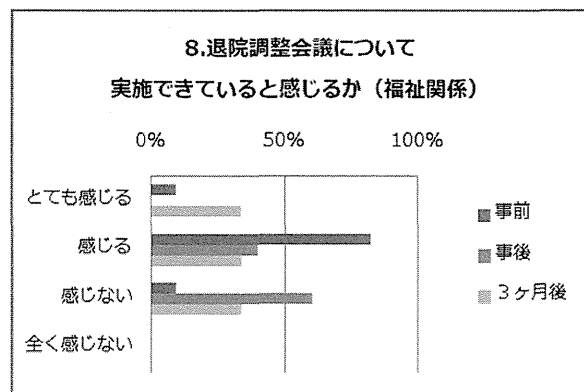
退院調整会議の理解については、全体の傾向として、理解していると感じる人が、セミナー直後に減ったが、3カ月後に再度増えている。これは、セミナーによって理解できていない自分が認識されたが、その自己認識を基に3カ月後には理解が進んだと考えられる。また、実施に関しては、セミナー直後に、実施できていないと感じる人が増え、3カ月後には全く実施できていないと感じる人が増えている。これは、セミナーを受け、退院調整会議の認識が深まったが、実践にはなかなか結びついていないからと考えられる。



また、職種別に見ると医療職と福祉職で「退院調整会議の理解」に関しては全体と同じであったが、「退院調整会議の実施」に関しては、若干の違いがあり、医療職では、以下に看護師を代表として示すように全体の傾向と同様で、セミナー直後に、実施できていないと感じる人が増え、3カ月後には実施あるいは全く実施できていないと感じる人が更に増えている。

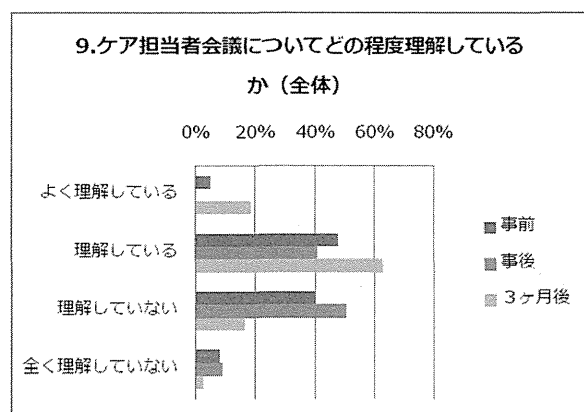


しかし、福祉職では以下に示すように、実施の面において、セミナー直後に実施できていないと答えた人が増えたが、3カ月後には実施できていない人は減少し、実施できていると答えた人が増えている。



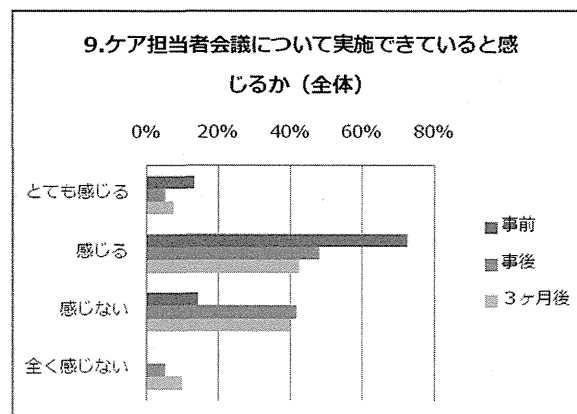
9. ケア担当者会議についての理解と実施：

これも退院調整会議と同様で、理解については、全体の傾向として、セミナー直後に理解していると感じる人が減り、3カ月後には再度増えている。これは、セミナーによって理解できていない自分が認識され、その自己認識を基に3カ月後には理解が進んだからと考えられる。

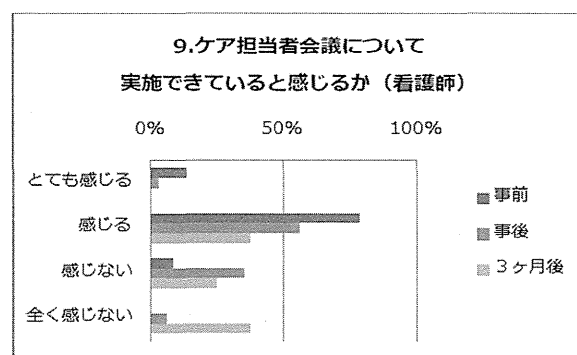


また、実施に関しても退院調整会議と同様で、セミナー直後に、実施できていないと感じる人が増え、3カ月後には全く実施できていないと感じる人が増えている。これは、セミナーを受け、会議の理解は深まったが、実践にはなかなか結びついていない現状があるからと考えら

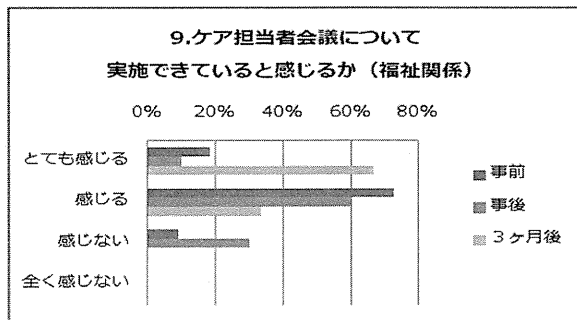
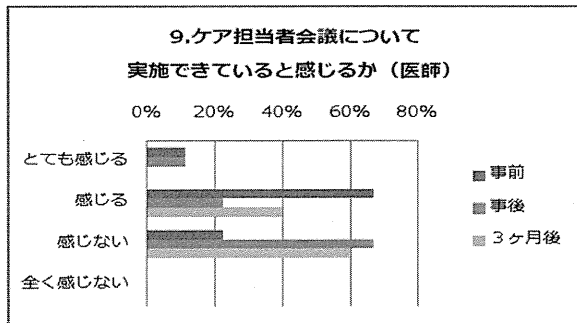
れる。



また、職種別に見ると医療職と福祉職で「ケア担当者会議の理解」に関しては全体と同じであったが、「ケア担当者会議の実施」に関しては、若干の違いがあり、看護師とリハビリセラピストでは全体の傾向と同様で、セミナー直後に、実施できていないと感じる人が増え、3カ月後には実施あるいは全く実施できていないと感じる人が更に増えている。

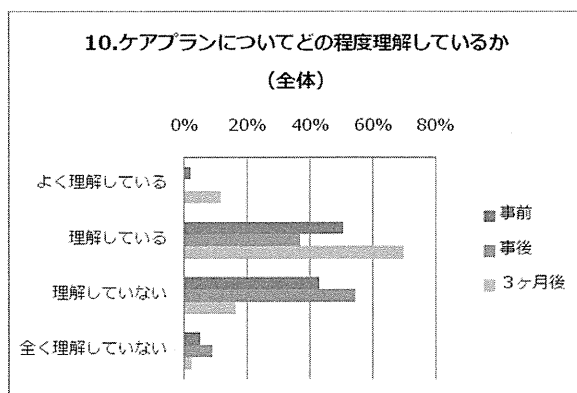


しかし、医師と福祉職では以下に示すように、実施の面において、セミナー直後に実施できていないと答えた人が増えたが、3カ月後には実施できていない人は減少し、実施できていると答えた人が増えている。その傾向は、福祉職の方が顕著で、3カ月後に「ケア担当者会議が実施できている」と「とても感じる」人が非常に増えている。「ケア担当者会議の実施」においては医療職の中でも、医師と他の職種の傾向が異なっていたのが興味深い。



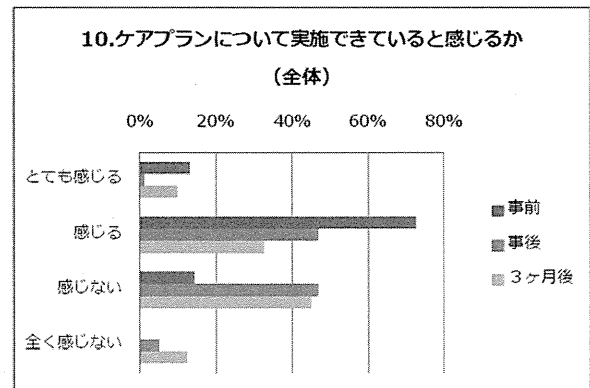
10. ケアプランについての理解と実施：

これも退院調整会議、ケア担当者会議と同様で、全体の傾向として、理解について、理解していると感じる人が、セミナー直後に減り、3カ月後には再度増えている。これは、セミナーによって理解できていない自分が認識されたが、その自己認識を基に3カ月後には理解が進んだからと考えられる。

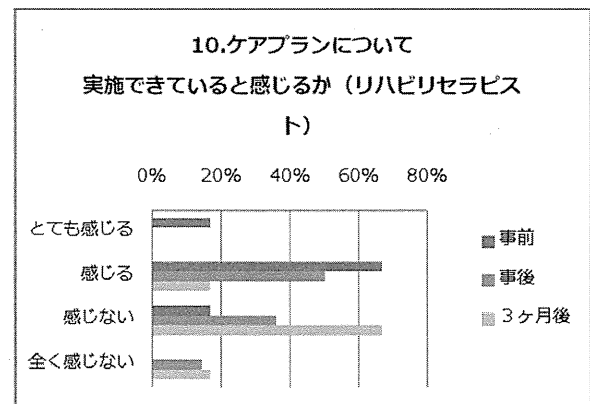


また、実施に関しては、退院調整会議やケア担当者会議と異なり、セミナー直後に、実施できていないと感じる人が増えたが、3カ月後には二極化し、全く実施できていないと感じる人と実施できているととても感じる人に分かっている。これは、理解していなかったという自

認識の深まりによって、実施に進む人と、実施できない人に分かれる傾向があることを示していると思われる。

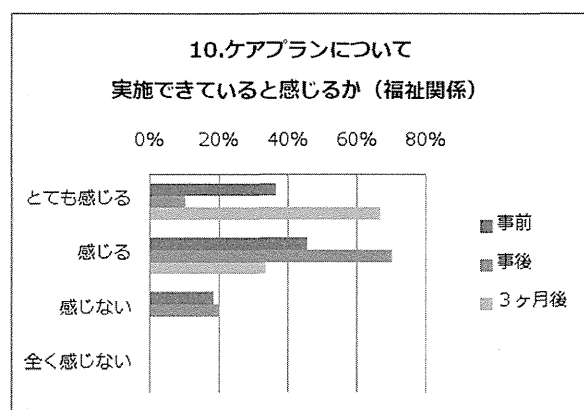
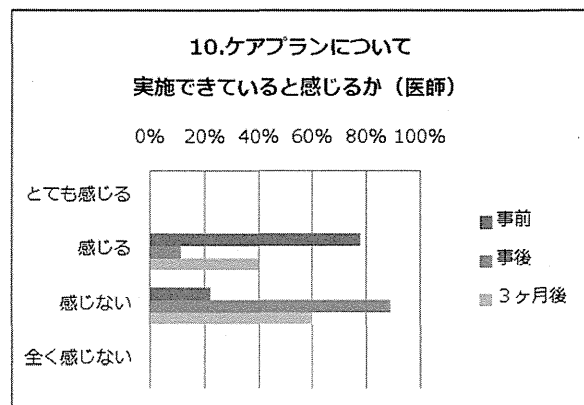


また、職種別に見ると医療職と福祉職で「ケアプランの理解」に関しては全体と同じであったが、「ケアプランの実施」に関しては、若干の違いがあり、看護師とリハビリセラピストでは全体の傾向と同様で、セミナー直後に、実施できていないと感じる人が増え、3カ月後には実施あるいは全く実施できていないと感じる人が更に増えている。以下リハビリセラピストを例として示す。



しかし、ケア担当者会議と同様に医師と福祉職では以下に示すように、実施の面において、セミナー直後に実施できていないと答えた人が増えたが、3カ月後には実施できていない人は減少し、実施できている人が増えている。その傾向は、福祉職の方が顕著で、3カ月後に「ケアプランが実施できている」と「とても感じる」

人が非常に増えている。「ケアプランの実施」においては医療職の中でも、医師と他の職種の傾向が異なっていたことが興味深い。



D. 考察

今回のセミナーの参加者の背景から、参加者の多くが小児在宅医療の現場に実際に関わっており、アンケート結果は、本セミナーの小児在宅医療の現場への効果を適切に評価できると思われた。

■参加者アンケート①プログラムの評価

「研修プログラム受講後の参加者の評価」において、セミナー2日目終了後のアンケートで全体の印象に関して、参加者の80%が大変有意義、18%が有意義であった2%がまあまあだったと回答し、評価が高かった。これは、小児在宅医療の現場で働いている多職種のニーズに、今回の多職種合同のセミナーの人材育成プログラムがマッチしたことを示していると考えられる。

た、プログラムごとの評価では、「子どもの健康生活」「小児在宅医療を支える制度～0歳から50歳までを支える～」「子どもの病態と育ちの支援2」「家族の話」「退院調整会議のロールプレイを見て多職種連携会議を体験するワークショップ」が最も評価が高かった。

これは、本セミナーのカリキュラム作成の要点であった以下の点が参加者に受け入れられたためと考える。

- ・冒頭で健康な子どもの育ち、生活を理解できるようにした。

- ・人工呼吸器を付けた子どもが50歳以上まで生存できる可能性がでてきたことから、人工呼吸器が付いた子どもを0歳から50歳までを支え、更に両親が高齢のためにケアができなくなったとき、現行制度に基づきどのように支えるかまで見通した展望を示した。

- ・小児在宅医療の対象となる子どもを医学的診断名ではなく、生活の中でのケアやコーディネートの違いという観点から、①筋緊張が高く思春期になり、二次的な問題が出てきた子ども

- ②体が柔らかく人工呼吸器を付けて普通小学校に通学している子ども

- ③動けるが内部障害があり行動制限のある子ども

- ④予後不良の染色体異常の子ども

- ⑤がんの終末期の子ども

にわけてその病態と支援のポイントを医療職と福祉職が、多職種協働というポイントを踏まえつつ解説した。

- ・在宅医療を受けている患児のご家族の体験談を入れた。

- ・退院調整会議のロールプレイを行い、それを見たあと、実際、その場で、多職種で医療ケアの重い子どもの在宅生活のケアプランを作成するワークショップを行った。

これらのポイントを直接的に反映させたプロ

グラムの評価が高かった。

■参加者アンケート②(研修前後の受講者の理解の深まり、実践の変化に関する調査 事前、事後、3カ月後のアンケート調査)

このアンケートでは、本セミナーによって

1. 対象となる子どもたちの状態や病態の理解
2. 家庭におけるケアの具体的な方法の理解と実施
3. 家族ケアについての理解と実施
4. 医療制度の活用についての理解と実施
5. 福祉制度の活用についての理解と実施
6. 多職種の役割と連携についての理解と実施
7. end-of-lifecare (緩和ケア) についての理解と実施
8. 退院調整会議についての理解と実施
9. ケア担当者会議について理解と実施
10. ケアプランについての理解と実施

のそれぞれの項目について、どのように参加者の理解が変化し、行動が変化したのかを調査した。その結果を考察すると、問1から3の対象となる子どもたちの状態や病態、家庭におけるケア、家族ケアのいわゆる知識、技術的側面では、セミナー直後、セミナー3カ月後と理解も実施も時間の経過とともに、深まっていることがわかった。特に、3カ月後に理解できている人、実施できている人が増えていることから本セミナーの効果が持続性があり、現場で活用できるものであったことが伺えた。

一方医療制度、福祉制度については医師、看護師、リハビリセラピストなどの医療職では、セミナー受講後に理解した人が増えている一方で、3カ月後に理解していない、活用できていないと感じる人が増えている。しかし、福祉職ではセミナー前には理解していない人、活用できていない人が多かったが、それはセミナー後に減り、更に3カ月後に、できていない人は減り、よく理解し、よく活用できている人が増

えている。

それは、医療職にとって、制度の理解は深まったが、制度活用を実践しようとする現場で様々な困難があり実施が、進まないのではないかと推察された。本セミナーでは、制度の説明、活用法の解説にとどまり、制度活用における現場での様々な課題と、その解決法については言及されていなかったことが反映されていると思われる。しかし、福祉職の理解と実施が、セミナー3カ月後に進んでいることから、福祉職にとっては、本セミナーの内容で、現場で活用できるものであったと思われた。これは、医療職と福祉職のそれぞれの職種の制度活用における基本的技能の違いや、現場の条件の違いが反映されていると思われる。いずれにしても、制度の理解においても、本セミナーの効果が持続性があり、現場で活用できるものであったことが伺える。

多職種連携に関しては、本セミナーの目玉とも言える項目でもあるので、セミナー後は理解していない人はほとんどいなかったのは大きな教育効果である。実施に関しても、理解ほどではないが、セミナー後に進んだことがわかる。しかし、職種ごとに特徴があり、リハビリセラピストは、実施できている人が、セミナー直後にわずかに増えてはいるが、セミナー3カ月後には実施できていないと感じる人が増えている。これは、リハビリセラピストにとって、多職種連携が、他の職種に比較して困難な状況があるからと想像された。それが、職種の特徴であるか、現場の制約であるかは不明である。また、福祉職は、医療職に比べ、多職種連携の理解も実施もセミナー後に飛躍的に進んでいる。

End of Life Care (緩和ケア) に関しては、セミナー受講前より、受講直後に理解していると答えた人が減り、3カ月後に理解していると答えた人が増えていた。また、実施に関しては、