

令和元年度厚生労働行政推進調査事業費補助金  
厚生労働科学特別研究事業

医療的ケア児等コーディネーターに必要な基礎的知識の可視化及び  
研修プログラムについての研究

令和元年度 総括研究報告書

研究代表者 谷口 由紀子

令和2年10月

## 目次

A.研究目的	1
B. 研究方法	1
1. 医療的ケア児等コーディネーター養成研修の現状の把握	1
2. 医療的ケア児等コーディネーターに必要な基礎的知識を可視化・プログラムの開発方法	1
1) 基礎的知識の可視化	1
2) コーディネーターに必要な医療的知識の可視化（岩本班）	2
3) 発達・家族支援に必要な知識の可視化（大塚班）	2
4) 研修プログラムの開発	2
5) 倫理面への配慮	3
C. 研究結果・考察	4
1. 平成 30 年度コーディネーター研修	4
調査結果	4
2. 医療的ケア児等コーディネーターに必要な基礎的知識を可視化結果・考察	6
D. 最終成果物	10
E. 結論	13
F. 健康危険情報	14
G. 研究発表	14
H. 知的財産権の出願・登録状況	14
表 1. 有識者会議参加者所属機関（（研究担当者を除いた 22 名）	15
表 2. 支援者研修総論調査結果	16
表 3. 支援者研修「医療」で講義されていた内容	16
表 4. コーディネーター研修総論	19
表 5. コーディネーター研修総論に追加されていた内容	20
表 6. 研修期間・演習の内容調査結果	22
表 7. コーディネーターに期待される役割	23
表 8. 現行制度上でコーディネーターに適した職種	25
表 9. 医療的ケア児等を支援するため相談支援専門員に必要な要素	31
表 10. コーディネーターが活動するために必要な要素	32
資料 1	36
第二回谷口班 有識者会議議事録	36
資料 2	44
第三回谷口班 有識者会議議事録	44
資料 3 医療的ケア児等コーディネーター研修テキストの内容	48
資料 4. 研修プログラム（案）評価資料	51
資料 5. 3月医療的ケア児等コーディネーター研修演習資料	62

令和元年度厚生労働行政推進調査事業費補助金  
厚生労働科学特別研究事業

医療的ケア児等コーディネーターに必要な基礎的知識の可視化及び  
研修プログラムについての研究

令和元年度 総括研究報告書

研究代表者 谷口 由紀子

令和2年10月

## 目次

A.研究目的	1
B. 研究方法	1
1. 医療的ケア児等コーディネーター養成研修の現状の把握	1
2. 医療的ケア児等コーディネーターに必要な基礎的知識を可視化・プログラムの開発方法	1
1) 基礎的知識の可視化	1
2) コーディネーターに必要な医療的知識の可視化（岩本班）	2
3) 発達・家族支援に必要な知識の可視化（大塚班）	2
4) 研修プログラムの開発	2
5) 倫理面への配慮	3
C. 研究結果・考察	4
1. 平成 30 年度コーディネーター研修	4
調査結果	4
2. 医療的ケア児等コーディネーターに必要な基礎的知識を可視化結果・考察	6
D. 最終成果物	10
E. 結論	13
F. 健康危険情報	14
G. 研究発表	14
H. 知的財産権の出願・登録状況	14
表 1. 有識者会議参加者所属機関（（研究担当者を除いた 22 名）	15
表 2. 支援者研修総論調査結果	16
表 3. 支援者研修「医療」で講義されていた内容	16
表 4. コーディネーター研修総論	19
表 5. コーディネーター研修総論に追加されていた内容	20
表 6. 研修期間・演習の内容調査結果	22
表 7. コーディネーターに期待される役割	23
表 8. 現行制度上でコーディネーターに適した職種	25
表 9. 医療的ケア児等を支援するため相談支援専門員に必要な要素	31
表 10. コーディネーターが活動するために必要な要素	32
資料 1	36
第二回谷口班 有識者会議議事録	36
資料 2	44
第三回谷口班 有識者会議議事録	44
資料 3 医療的ケア児等コーディネーター研修テキストの内容	48
資料 4. 研修プログラム（案）評価資料	51
資料 5. 3月医療的ケア児等コーディネーター研修演習資料	62

医療的ケア児等コーディネーターに必要な基礎的知識の可視化及び  
研修プログラムについての研究

研究代表者：谷口由紀子（淑徳大学看護栄養学部）

研究分担者：岩本彰太郎（三重大学医学部附属病院小児トータルケアセンター）  
大塚晃（上智福祉専門学校）

## A.研究目的

医療的ケア児等（以下、医ケア児等と略す）の状態像を踏まえ、医療的ケア児等コーディネーター（以下コーディネーターと略す）に必要な基礎的知識を可視化し、研修プログラムを確立し、医療・福祉・教育等、多岐に渡る医療的ケア児の支援のマネジメントを担う人材育成に資することを目的とした。

## B. 研究方法

### 1. 医療的ケア児等コーディネーター養成研修の現状の把握

#### 1) 調査対象

・平成30年度にコーディネーター研修を開催した都道府県等

#### 2) 研究期間

・淑徳大学看護栄養学部倫理審査委員会承認後～7月末日

#### 3) データ収集及び分析方法

（1）平成30年度コーディネーター研修内容の把握及び傾向の分析

平成30年度に各県で実施した研修内容を収集し、研修科目名ごとに講師が提示した内容を確認した。次に講師が作成したスライドのタイトルを1コードとし、科目ごとに分類した。作業は、医ケア児等へ支援の経験を有する看護職に依頼し実施した。

収集したデータから、各都道府県等（以下、県と略す）が実施したプログラムの共通、特有の内容を抽出し、研修の傾向について分析した。県への研究協力の依頼は、厚生労働省コーディネーター研修管轄の部署より依頼した。また提出資料には、提

出先の県名の記載があるため、分析用に複写する際、分析に必要な情報以外は削除し、提出先が特定されないよう配慮した。

### 2. 医療的ケア児等コーディネーターに必要な基礎的知識を可視化・プログラムの開発方法

多様な状態像を有する医ケア児等に対し、コーディネーターとして役割を果たすためには、「医療についての知識」「保健・医療・福祉・教育制度を横断的に調整する力」いわゆる「チームケアを推進する力」が必要であると推察した。そのため、「医療についての必要な知識の可視化」は岩本班、「横断的に調整する能力に必要な知識」「チームケアを推進する力」について、有識者会議での議論も含め、大塚班で担当することとした。尚有識者会議は、研究の内容全体を議論し、データを収集する場とした。

#### 1) 基礎的知識の可視化

（1）研究協力者：研究の趣旨について、理解が得られた22名は有識者会議、10名の医師が岩本班に招集した。また大塚班には、有識者会議に招集した医療・福祉職4名を予定した。

（2）研究期間： 淑徳大学看護栄養学部倫理審査委員会承認後～3月末日

（3）データ収集方法・分析方法

①保健・福祉・医療・教育・行政職等からなる有識者会議の開催

有識者会議を研究全体会議とした。具体的には、各研究班の研究成果を統合し、基礎的知識を可視化する場とした。有識者は、保健医療福祉領域で、医ケア児等に対し、豊富な支援経験を有する実践者（研

究分担者から推薦された人物)、日本相談支援専門員協会、新生児・小児神経・小児科領域の医師、日本看護協会、小児看護学会等の看護職団体、日本理学療法士会、当事者の会からの推薦を受けた人物、県・市町村職員を22名招集した(表1総括報告書P14)。有識会議(研究全体会議)は6、7、8月に予定し、フォーカスグループディスカッションを行い、半構造的に実施し、データを収集した。

## ②チームケアを推進するコーディネーターに必要な知識の可視化

有識者会議、大塚班の議論からデータを収集した。

### (4) 分析方法

有識者会議(研究全体会議)での議論の内容を委員の承諾を得て、ICレコーダーに録音した。その後、逐語録を作成し、文脈の内容を読み取りコード化した。コードの内容を意味内容の類似性に基づき統合し、統合した内容に命名してカテゴリーを形成した。また各カテゴリーと逐語録を照合しつつ、カテゴリーの的確性を確認した。尚、カテゴリーとその構造化の信頼性と妥当性を高めるため、分析は質的研究に精通した学識研究者と協議し進めた。その後、有識者会議で得たデータを大塚班でも議論し、精練した。

## 2) コーディネーターに必要な医療的知識の可視化(岩本班)

### 研究方法

有識者会議(研究全体会議)で抽出した「コーディネーターに必要な医療的知識」と「事例をつなぐ上での課題」について、本分担研究班会議で分析した。本分担研究協力者は、有識者会議に参加している医師、8地方区分から医ケア児等の状態像に精通し、在宅支援の経験を有する医師、合計10名を選出した。具体的には、分担研究者を除く9名として、北海道生涯医療クリニックさっぽろ 土島智幸医師、宮城県あおぞら診療所ほっこり仙台 田中総一郎医師、東京都成育医療研究センタ

ー総合診療部 中村知夫医師、愛知県大同病院小児科 水野美穂子医師、岐阜県折居クリニック 折居恒治医師、三重県近藤小児科 近藤久医師、大阪府大阪発達総合療育センター 和田 浩医師、鳥取県博愛こども発達・在宅支援クリニック 玉崎章子医師、福岡県九州大学大学院医学研究院周産期・小児医療学 落合正行医師に協力頂いた。班会議は、参加者の承諾を得てICレコーダーに録音し、議事録を作成した。分析方法は、基礎的知識の可視化の分析方法に準じ実施した。

班では、6月初旬の有識者会議(研究全体会議)で抽出されたデータを活用し、班会議を7、8月下旬に開催した。班会議の内容は、参加者の承諾を得てICレコーダーに録音し、議事録を作成し、内容を確認した。またテキストの執筆にあたって、執筆担当者についても協議した。

### 3) 発達・家族支援に必要な知識の可視化(大塚班)

6月初旬の有識者会議(研究全体会議)で抽出したデータを、大塚班でも活用し、班会議を8月、10月、12月に開催した。班会議は、有識者会議に参加している福祉職3名に、8地方区分から選出した医ケア児等への相談支援の実践に精通し、在宅支援の経験を有する相談支援専門員及びMSW2名を加え、計5名で検討する予定であったが実現できず、有識者会議に参加している福祉職を中心に招集した。班会議の内容は参加者の承諾を得て、議事録を作成し、内容を吟味した。

### 4) 研修プログラムの開発

有識者会議での議論を踏まえ、大塚班で研修プログラムの内容を検討し、有識者会議で確定後、各都道府県等へプログラム形成評価への協力を依頼した。11月に研究の趣旨に賛同した県からの推薦者に対し、プログラム案を実施し、評価、修正した。演習については令和2年3月に、研究の趣旨に賛同した県で開催した医療的ケア児等コーディネーター研修にて、

本研究で作成した演習プログラムを実施し、評価した。

## 5) 倫理面への配慮

本研究のすべての担当者は、「ヘルシンキ宣言（2018年10月修正）」を遵守して実施した。また研究の実施は、淑徳大学看護栄養学部研究倫理審査委員会の承認と、研究協力者の同意を得て実施し、以下の点に留意した。

### (1) 任意性及び途中辞退への保証

#### ①研究協力者に同意を得る方法

本研究における研究協力者は、「都道府県及び政令市・中核市障害福祉課」「有識者会議の参加者」である。以下、各対象者への方策について記した。

・都道府県及び政令市・中核市の担当者の場合

都道府県・政令市・中核市（以下県と略す）障害福祉課課長及び担当者に対し、研究者が作成した研究協力依頼文書、同意書を厚労省担当課より対象者に送信した。尚、依頼書には研究のテーマや目的、研究及び分析方法、データの管理方法について記載する。研究への同意は、県担当者から資料の提示があった場合に研究への同意とみなすことを記載した。

・有識者会議参加者に同意を得る方法

有識者会議に参加を予定している人員に対し、6月初旬までに研究協力依頼書・同意書・研究参加中止を表明する際に使用する書式を送付した。研究協力依頼書には、研究のテーマや目的、方法、分析方法についての記載、調査途中であっても、対象者が協力を中止したいと希望した場合、意思を尊重し、迅速に対応することを明記した。辞退に対する不利益は一切ないことを保証する文言及び意思の表明先を記載した。研究への同意は、初回の有識者会議に同意書を持参した委員からは同意が得られたとみなし、依頼書にもその旨を記載した。

・岩本班、大塚班会議参加者に同意を得る方法

班会議に参加を予定している人員に対し、6月中旬までに研究協力依頼書・同意書・研究参加中止を表明する際に使用する書式を送付した。研究協力依頼書には、研究のテーマや目的、方法、分析方法について、調査途中であっても、対象者が協力を中止したいと希望した場合は、意思を尊重し、迅速に対応することを明記した。辞退に対する不利益は一切ないことを保証する文言及び、意思の表明先、研究への同意は、初回の班会議に同意書を持参された委員からは同意が得られたとみなし、依頼書にもその旨を記載した。

### (2) 対象の権利・個人情報の保護

#### ①データ収集時の配慮

・県への調査における配慮

県が送付した資料は、匿名性を遵守し、到着した順に記号化して管理した。資料はすべて、第三者の目に触れないよう淑徳大学看護栄養学部一号館セミナー準備室の鍵のかかる保管庫に保存し、研究に活用するデータは、すべて記号で示し、論文及び報告書で県が特定されないように配慮した。

・有識者会議参加者への配慮

有識者会議（研究全体会議）での議論の内容を委員の承諾を得てICレコーダーに録音し、発言者が特定されないよう逐語録を作成、文脈の内容を読み取りコード化した。

#### ②データ分析における配慮

・調査用紙・データの管理方法

調査資料及びデータは、廃棄する場合にはシュレッダーを使用し、個人情報の保護に努めた。

・データ分析における配慮

県が提出した資料は、データ分析にて研究者の主観を排斥することを目的に、研究で雇用する事務職が、提出順に機械的にナンバリングした。また有識者会議で得たデータについて、討議の内容を文字化し、委員が閲覧できるようメーリングリストで委員へ配信した。全員の同意

を得た段階で逐語録を作成し、データ化した。

#### ・情報開示に関する保証

対象が研究に対する不明な点や質問、または研究過程・結果の開示を希望し申し出た場合、情報開示に関し保証できるような研究依頼書に研究代表者の連絡先を記述した。

### (3) 安全性への保証

・研究協力に伴う不利益やリスクに対する対応

現在県で開催している研修は、各県で内容が異なることが予測された。医療的ケア児等コーディネーター研修は国が推進している事業であり、医療的ケア児等総合支援事業実施要綱に基づき実施されている。そのため本来であれば、全国一律の内容で開催されるべきものである。本調査は、研修内容の実態調査として実施し、調査結果は報告書に記載することになるため、県が特定されないよう配慮することが安全性を保証することにつながる。その点を研究協力依頼書に記述し、同意を得た。

有識者会議及び岩本・大塚班会議に参加する研究協力者として、医師、看護師、理学療法士、相談支援専門員、新生児科看護管理者、自治体職員を全国から招集する。会議開催は東京都であり、会議参加のために長時間の移動を強制し、その間通常業務が滞る可能性もある。そのため会議参加に伴う不利益を軽減するため、会議次第を事前に送付し、交通アクセスの良い場所にて会議が遂行できるよう配慮した。

・研究者の研究遂行能力

研究メンバーは、医ケア児等を対象とした支援の実践及び研究経験を有しており、研究を遂行する上で必要な専門的知識と技術を備えている。また本研究では、質的にデータを分析する予定であるが、研究代表者はこれまで内容分析での研究経験があり、研究分担者は大学に属し、多

数の研究経験を有しているため、分析を進めるための十分な能力がある。

### (4) 研究資金及び利益相反

本研究は、平成31年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）にて実施した。本研究全ての過程において、利害関係が生じる団体からの資金援助は受けていない。尚、研究代表者は、2019年2月23日淑徳大学利益相反マネジメント委員会にて、本研究における利益相反はないと承認を得た。

研究協力者には、交通費のみ支給することを説明し、同意を得た。

## C. 研究結果・考察

### 1. 平成30年度コーディネーター研修 調査結果

#### 1) 調査期間

令和元年6月1日～7月31日

#### 2) 結果

研修資料を提示した県は13県であった。13県で開催された研修の期間は2日間（1県）、7日間（1県）11県は4日間であった。演習期間は12県が2日間、1県は0.5日間で研修していた。2日間研修を開催していた県の演習は半日であった。

#### (1) 研修の共通・相違点の抽出

##### ①研修科目・内容

研修プログラムを構成している科目名、時間数は、13県でほぼ共通していた。各科目の内容は、各県で異なっていた（表2～5 総括報告書 P15～21）。支援者研修総論では、テキストに記載された内容のほか、「状態像」「成長と発達を支援する視点」を盛り込み講義されていた（前掲表2 総括報告書 P15）。また研修科目「医療」で講義された内容は、27コードはテキストに基づいたもので、大半の県で活用されていた。当該科目の領域でテキストに記載されていないコードは52コードであった。

訪問看護・リハビリの制度については、テキストに掲載されている「訪問看護の



仕組み」について 10 県活用されていた。当該領域でテキストに記載されていない 22 コードが抽出された（前掲表 3 総括報告書 P16～19）。

研修科目名「コーディネーター研修総論」について、テキストに記載されている 2 つの研修内容は 13 県で使用されていた。当該領域でテキストに記載のないコードを 7 コード抽出した（前掲表 4 総括報告書 P19）。また、研修内容「支援体制の整備」に追加されていた項目は、①子どもに対する相談支援の基本②医ケア児等の特徴を踏まえた地域支援における留意点③多職種連携④周産期医療の現状⑤医療的ケアの基礎的知識⑥医ケア児等の成長・発達を支援する視点⑦その他、7 項目を抽出した（前掲表 5 総括報告書 P20～21）。全体を通して、科目内容ごとに抽出したテキストに記載されていないコード数の平均は 7.33 個であった。

テキストの内容に忠実に研修を実施した県は 13 県中、1 県であった。

## ②研修時間・演習内容

研修時間（休憩時間を含む）は、最長 47 時間 10 分、最短時間は 17 時間、平均研修時間 37.7 時間で、1 日 9.45 時間（休憩時間を含む）で運営されていた。

演習は、11 県は 2 日間、1 日演習は 2 県であった（表 6 総括報告書 P22）。

## （2）研修における独自の工夫点

13 県中、3 県は「県内の医ケア児等の実態調査結果」「県で推進予定の地域支援体制」や「社会制度の活用方法」、また「県独自の支援策」や「児童福祉・総合支援法の制度」について、県職員が講師を務めていた。

2 県で医療安全について、講義されていた。12 県は研修 3 日目に計画立案について座学、演習を実施していた。1 県は、演習 3 日目に施設の見学を盛り込んでいた。3 県は事例を提示し演習を行っていた。

## 3）考察

13 県での研修は、研修科目は共通して

いたが、講師によって内容はかなり異なっていた。また、研修時間や演習にも相違点があった。これらの結果から以下について考察する。

## （1）コーディネーターの役割の明確化

現在のコーディネーターテキストでは、コーディネーターの役割を「基本相談」「計画相談」「ソーシャルワーク」としている（コーディネーターテキスト P7）。いわゆる障害児者へ実施する相談支援業務をコーディネーターの役割としている。しかし、役割を体現するための具体的な行動（以下役割行動と称す）については明示されておらず、これにより、研修科目を担当する講師が役割を想定し、期待する役割行動をイメージしながら研修の内容を組み立てていると推察される。研修プログラムを作成するため、まずコーディネーターの役割行動を抽出し、明記する必要がある。

## （2）学習効果の高い研修時間配分の提示

13 県で開催した 4 日間の研修の研修時間（休憩時間を含む）は、最長 47 時間 10 分、最短時間は 17 時間、平均研修時間は 37.7 時間、1 日平均 9.45 時間（休憩時間を含む）であった。

受講者は主体的に学び、知識を獲得し、得た知識を実践に活かすことが期待される。今回の調査では、1 日平均 9.45 時間の研修を実施していることがわかった。休憩時間については、各科目間の休憩時間を 10 分、昼食時間を 40 分と想定し 1 日おおよそ 70 分、実際の研修時間は 1 日約 8 時間以上、1 科目当たり 60～90 分で運営されていると推察される。

大人が集中できる時間は 90 分、研修内容を集中して記憶できる時間は約 20 分といわれ、研修や授業を進める場合「90/20/8 の法則」の活用が推奨されている（Pike. Robert）。研修を担当した講師は、担当する講義に多くの内容を盛り込んでいた。つまり、受講者が消化できない情報

量を伝える内容であった。研修内容の精錬(何を研修で教えるべきか)が必要である。また効果的な研修を模索する上で、講義でコーディネーターに必要なすべての知識を提示することは難しく、事前課題の提示や講義の運営方法を工夫し、より理解しやすく、かつ実践に活かせるプログラムにする必要がある。

### (3) 研修内容の統一

13 県中 1 県のみ、厚労省から提示されている「医療的ケア児等コーディネーター養成研修実施の手引き」やテキストの内容に忠実な研修科目、内容で運営されていた。しかし 12 県は、テキストと乖離した内容が多く組み込まれていた。また、全研修科目を通じて重複している内容もみられた。研修期間・時間についても、県で運営に相違があった。特に演習については、内容や演習時間が異なっており、47 県で標準的なコーディネーターを育成するためには、ある程度統一した研修内容を実施する必要がある。

### (4) 当該地域の特色を理解できる研修内容の必要性

3 県は、実態調査結果や県独自の支援策について講義していた。コーディネーターは地域に根差した活動をすることが期待されており、活動する地域の医ケア児等の実態や社会資源の状況、県の考えについて知ることは、非常に有用であり、今後立案するプログラムにも各県での医ケア児等の実態や社会資源、県単独事業の現状について、盛り込む必要がある。

## 2. 医療的ケア児等コーディネーターに必要な基礎的知識を可視化結果・考察

令和元年 6 月から 12 月まで有識者会議、岩本研究班、大塚研究班で、以下の内容について議論し、テキスト・プログラム案を作成し 11 月プログラウ案を実施し、評価した。演習プログラムについては、令和 2 年 3 月に A 県にて実施し評価した。

### 1) 有識者会議

#### (1) 研究結果

令和元年 6 月 9 日、7 月 14 日、8 月 18 日に計 3 回開催した(参加者の所属機関前掲表 1 総括報告書 P14)。

第 1 回目の会議は、コーディネーターに期待される役割と行動について議論した。結果、「子どもの発達段階をつなぐ」「タイムリーな相談ができる」「活動する地域の状況を知る」「保護者や周囲を巻きこみ必要な職種をつなぎ、個別支援チームを作る」4 つの役割行動を特定した。コーディネーターとして、期待される職種についても議論し、「看護職(保健師・訪問看護師)」「相談支援専門員」「社会福祉士」「多職種で構成されたチームが担う」4 つのカテゴリーを抽出した(表 7~10 総括報告書 P23~35)。会議では、コーディネーターが活動するためには、医療的ケア児への地域支援体制の整備が重要との意見が聞かれた。

2 回目の会議では、県調査結果を共有し、研修の現状と課題について議論した。議論は多岐に渡り、逐語録を作成することができなかった。そこで、議事録から重要な用語を抽出した。結果、「①地域支援体制に必要な要素」「②県が作成する障害福祉計画等に位置づけられたコーディネーターの配置」「③コーディネーターが医ケア児等の地域支援体制整備に関与する必要性」「④NICU から地域への移行支援に始まるコーディネーターの実践」「⑤制度をつなぐ視点」「⑥多職種連携」「⑦コーディネーター人員を配置できる報酬体制」「⑧支援に対する医療・福祉職の意識改革」「⑨保健師の必要性」等についての発言がみられた(資料 1 総括報告書 P36~43)。

会議では、研修プログラムを作成する上で主に対象とする職種について参加者に挙手を求めた。結果「訪問看護師 1 名」「保健師 2 名」「相談支援専門員 14 名」であった。

コーディネーターのアセスメントの視点についても議論した。アセスメント表の作成について、参加者全員から賛同を

得た。アセスメント表は、内容が難しすぎず、最低限見逃してはいけない視点を盛り込むこととなった。しかし、有識者会議で最低限見逃してはいけない視点を特定することは難しく、大塚班で検討することとした。

3 回目の有識者会議は、8 月 18 日に開催し、2 回目の議論を受けて修正したコーディネーターの役割、必要と考えられる知識を提示し、意見を収集した。結果、医ケア児等の状態、病態をアセスメントするのは医療職の役割であること、コーディネーターは、「発達支援」「家族支援」「地域支援」を主として役割を果たすことを決議した。またテキストに盛り込む内容について、今後、発達支援を受け、就労を目指す医ケア児等が増えることを予測し、対象の年齢を 0 歳から 30 歳までとして検討することとなった（資料 2 総括報告書 P44～47）。なお、編集会議については、COVID19 の感染拡大により、開催することができなかった。

## （2）考察

### ①テキストの構成

コーディネーターの役割は確定することができた。しかし、会議参加者の所属機関、職種により、コーディネーター像や期待する役割について乖離していた。また医ケア児等者で一貫した支援体制、児を中心とした支援体制、いずれに重きを置くべきか議論したが、意見はまとまらなかった。

3 回目の会議で、コーディネーターは「発達」「家族」「地域」を支援する役割であること、コーディネーターとしての専門性を確保するアセスメントの視点をテキストに盛り込むことは合意できた。教育や福祉領域では、児の発達支援を行う枠組みとして、International Classification of Functioning Disability and Health. 国際生活機能分類（以下 ICF と略す）を活用している。会議では、医療者は ICF を知らないといった意見も聞かれた。

しかし ICF は、WHO が提唱している国際的な考え方であり、諸外国でも障害福祉領域の支援の枠組みとして採用されている。会議でも ICF の活用について、賛成的な意見も聞かれていたことから、テキストは ICF の枠組みを活用し作成する（資料 3 総括報告書 P48～50）。

### ②各地域の特徴を加味した研修対象者の選定

プログラムを作成するためには、どのような人材が受講し、どのような力をつけ、どのような役割を果たすか、まず設定しなければならない。有識者会議では、どの職種が受講すべきかについて、かなり議論された。しかし、結論を出すことはできなかった。

有識者会議には、5 都道府県（市町を含む）の行政職が参加していた。参加している 5 都道府県でも、各県で構築されつつある医ケア児等の支援体制、中心的な職種は異なっていた。このことから、47 都道府県で、医ケア児等の周辺環境には隔たりがあると推察され、有識者会議で提案された各地域で実態に応じた研修対象者の選定が必要であると考えられる。つまり、研修対象者の職種を限定することは意味がないと言える。しかし、コーディネーターの役割を果たすためには、「障害者総合支援法」「児童福祉法」に基づく「障害児支援利用計画」「サービス等利用計画」「個別支援計画」について、理解している必要がある。これらを理解するためには「相談支援専門員初任者研修」を受講することが望ましい。このことから、研修対象者の職種を限定せず、受講に際し相談支援専門員初任者研修を受講もしくは、同等の知識を有している人材を研修対象者として位置づける。また、人選については、都道府県等、自立支援協議会が主体となり戦略をもって人選し、育成することが望ましい。

### ③地域支援体制の構築と支援者の育成

有識者会議では、コーディネーターを

育成しても、行政職を含む多職種とコーディネーターが連携しなければ役割を果たすことはできないとの発言が多く聞かれた。

現在の研修は、支援者研修とコーディネーター研修が複合的に重なり運営されている。相談支援専門員が機能するためには、他の職種がその役割を知ること、また活動環境の整備の2点が必要と言われている。このことから、コーディネーターが活動しやすい環境を整備することは必要である。環境の整備には多職種がコーディネーターの役割を理解し、連携できる人材を育成することでもある。そこでコーディネーター研修2日間の座学の部分を支援者研修としてこれまで通り継続する必要がある。

#### ④ICFを基盤としたコーディネーターのアセスメントの視点

コーディネーターが専門職であるためには、コーディネーター独自のアセスメントの視点を有することが重要である。

アセスメントに活用する枠組みは、医ケア児等の特徴を簡易的に抽出しやすく、なるべく多くの人が慣れ親しんでいる枠組みを活用し作成することが望ましい。そこで「障害者総合支援法における障害支援区分」の活用を大塚班で検討し、採用し作成した。これについては、プログラム形成評価で再度考察する。

### 2) 岩本研究班

#### (1) 研究目的

医療ケア児等の相談支援を担う相談支援専門員(以下相談員と略す)を対象とした先行調査研究によると、「医療がわからない」「医療との連携が難しい」「子どもの状態像が高度すぎる」「状態像が複雑すぎて、どのように支援すればいいのか戸惑いがある」「支援の方向性がわからない中迷いながら実施している」といった課題を抱えている相談員が4割にのぼることが分かった。医ケア児等の状態像は、重症心身障害児、人工呼吸器等高度医療機器を使

用した超重症心身障害児、医療機器を装着してはいるが知的・身体的には障害のないもしくは、軽度の障害を持つ“動く医ケア児等”等と多岐に渡る。しかし、現在の研修は重症心身障害児の状態像を主体とし立案され、医ケア児等の特徴を踏まえた成長と発達のアセスメントの視点、将来を見通した計画案の作成など系統立てられていない。そこで、本分担研究では、児の支援に必要な医療的知識を整理し、可視化することを目的として実施した。

#### (2) 研究結果

有識者会議及び本分担研究班での議論の結果、医ケア児等に関わる医療的知識について相談員が具体的に実践現場で活用できるように、医療用語集と医ケア児等の架空症例をまとめた。

上記内容を分担者別に執筆した後、本分担研究班で改めて意見交換し、全体班会議において相談員向けの注釈、実践における留意点などを追記された。

#### (3) 考察

従来から個別性の高い医ケア児等を対象とするコーディネーターにとって、求められる専門的知識は多く、支援計画を立案する上で大きな課題となっていた。

今回、臨床現場でよく遭遇し、苦慮する事例を架空症例という形で医師の立場から提示し、更にそれに基づく医ケア児等の特徴や医療的知識を分かりやすくまとめることができた。また、架空症例については、多職種で構成された有識者会議メンバー(研究班全体)によって、コーディネーターとして実践する視点、方向性が加筆されたことで、今までにない資料となった。

### 3) 11月研修プログラム形成評価

#### (1) プログラム形成評価結果

令和元年11月16、17日に都内某所で、プログラム案を実施し評価した。参加した県(政令指定都市を含む)は30か所、参加者は65名(プログラム形成評価者・オブザーバー含む)で、評価者の要件を

「県研修に参画し、支援の経験を有する者」とした。またオブザーバーを「研修の実施実績がなく、今年度研修を予定している県担当者」とした。プログラム形成評価者は31名、職種は医師・訪問看護師・保健師・相談支援専門員・MSW・行政職であった。

すべての科目について実施することは困難なため、本研究で開発した主要な研修科目について講義を実施、評価した。また演習も、半日で要点のみを実施、評価した（資料4 総括報告書 P51～61）。

受講後のプログラム形成評価アンケートの結果では、67%が講義で提示した「コーディネーターの役割行動」に「賛同できる」、29%が「まあまあ賛同できる」と回答した（資料4-図1 総括報告書 P52）。研修プログラムは、1科目、70分で構成した。それに対し約42%の評価者は「まあまあ妥当」38%は「妥当」と回答した（資料4-図3 総括報告書 P53）。

「成長・発達」の内容は87%が「必要」と回答した。「医療安全」については、初めて盛り込む内容も多く理解度について確認した。結果、48%は「理解できた」45%は「まあまあ理解できた」と回答した。

4側面のアセスメントの視点について、54.8%が「実践に活かすことは可能」、41.9%は「まあまあ可能」と回答した（資料4-図4～11 総括報告書 P53～57）。

評価アンケートの自由記載には、「アセスメントに追加を検討すべき項目」「アセスメントシート全般についての意見」「演習の組み立てに必要な視点」等多くの意見が寄せられた（資料4-表2 総括報告書 P57）。

## （2）考察

11月に試行した科目は、コーディネーターに必要な知識として評価され、研修プログラムに盛り込むこととした。尚、医療安全については研修時間、内容の精錬が必要と判断し、今後検討し修正する。

### 4）演習プログラム形成評価

## （1）プログラム形成評価結果

令和2年3月、A県で開催されるコーディネーター研修で開発した演習プログラムを実施した（資料5-表1、2 総括報告書 P62、63）。評価者は25名であったが、受講後のアンケートの回答者は15名（回収率60%）であった。

回答者の60%は相談支援専門員、40%は看護師、保健師、医療機関のMSWであった（資料5-グラフ1 総括報告書 P64）。医ケア児等への支援経験のない参加者は13.3%であった（資料5-図3 総括報告書 P68）。

演習を通じて、参加者の約66%がコーディネーターの視座を理解できたと回答し、80%がコーディネーターのアセスメントの視点について理解したと回答した（資料5-図5 総括報告書 P69）。

参加者の60%が演習を通じて「現場でコーディネーターに期待される行動」を理解できたと回答し、93%の参加者はコーディネーターが計画を立案する必要性を認識した（資料5-図6～8 総括報告書 P69、70）。

演習を通じて学んだ計画立案の要点について自由記載欄には、「苦痛を緩和する視点」「本人の代弁者として、本人のニーズを拾い上げ、支援策に盛り込む」「計画には多職種の役割を記載するとより具体的な計画立案につながる」と記載されていた。またコーディネーターが立案した計画は、支援チーム全員と共有することが望ましいと全員が回答した（資料5-図9～12 総括報告書 P70～73）。

## （2）考察

演習プログラムは、実践力を高めるために効果的であったと評価した。以下、効果的な演習の要因について考察する。

### ①座学で得た知識を表出し、知識の定着を支援する

演習は2日間、1日目の午前中は座学で得た知識を表出し、グループ内で学びを共有することで知識の定着が図れるよう

にした。結果、各グループでコーディネーターが役割を果たすため基盤となる知識がグループ内で共有され、強化された。座学の終了後はまず詰め込んだ知識を一度、表出することで、知識の定着を図る必要がある。

#### ②主体的に学ぶための学習環境を整備する

演習は、医ケア児等の架空事例について、個人・グループの順でワークするよう計画し、各グループにファシリテーターはあえて配置しなかった。つまり受講者の主体的な学習を支援した。コーディネーターが、医ケア児等、家族と対面するときは基本的に独りである。演習で実践に活用できる力を習得するということは、まず個人で、主体的に対象の支援策を考える力を習得するということである。また、グループにファシリテーターを配置することで、議論が依存的になる場合も多々ある。コーディネーターは、個別支援から地域を作っていくことが期待され、自分の考えをメンバーに伝え、皆の考えを聴くという行動を学習の段階から実践し、力をつけていくことが望ましい。

#### ③受講者が自身の思考過程を振り返る

個人・グループワークで作成した計画が妥当であるか、自己評価することが必要である。ワーク終了後には作成した成果物の出来栄を自己、グループで評価できるようにした。受講者が自身の行動を変容するためには、自身の実践に対するフィードバックが必要である。演習は自身で計画を立案し、グループで検討後、全体で共有する。それに対し、講師から助言やフィードバックをもらい、自身の思考過程を振り返ることにつながる。演習評価アンケート結果からも言える。演習が、思考・行動変容の機会となるよう講師からのフィードバックや助言で自己の思考や計画を見直すことが有用である。

#### ④受講者の状況に応じ演習時間を調整す

る

自由記載欄に「演習時間の配分」についての意見があった。今回の演習プログラムでは、比較的余裕を持ち配分したつもりであるが、中には不十分と評価した方もいた。演習の時間配分や内容は、詰め込みすぎず、要点を理解できるようなプログラムや配慮が必要である。

議論の時間やグループワークの妥当な時間はどの程度なのだろうか？グループ参加人数は4～5名が理想とされ、ワークはおおよそ1session15分が目安である。今回の演習では1ワークを15分目安に組立て、ワークの状況から講師が時間の調整をした。演習プログラムでも、参加者の状況を判断し、時間配分や内容を調整することが望ましい。

#### D. 最終成果物

研究結果を踏まえ、下記の研修プログラムを作成した。また、研修ですべての知識を取得することは困難であるため、有識者会議で提案された事前学習課題を提示することとした。プログラムは、テキストに記載されている内容で構成した。研修プログラムにないテキストの総論、各論については、下記の研修プログラムの終了後から、演習プログラム開催前までにテキストの内容を読み込み演習に参加することとする。また演習は、テキストを持参し、テキストを読み返し進めることでより理解が深まるよう配慮した。

医療的ケア児等コーディネーター研修プログラム（2日間の座学）

科目名	内容(想定される講師)	時間配分
総論1	1. 医療的ケア児の状態像(医師)	60分
	2. 当該地域の医療的ケア児の現状と課題 (都道府県等障害福祉課等職員)	60分
	3. 医療的ケア児等コーディネーターの役割と期待する行動 (テキストを熟読し医ケア児等の支援の経験を多数有する保健・医療・福祉職)	60分
	4. 当該地域における医療連携体制(医師)	60分
各論	1. ICFの基本 ICFで考える医療的ケア児の成長・発達・社会参加 (テキストを熟読し医ケア児等の支援の経験を多数有する保健・医療・福祉職)	40分
	2. 医療的ケア児等の育ちを支援する (テキストを熟読し医ケア児等の支援の経験を多数有する保健・医療・福祉・保育職)	40分
	3. ①よく出会う医ケア児等の発達の特徴 (テキストを熟読し医ケア児等の支援の経験を多数有する保健・医療・福祉・保育職)	60分
	②運動発達と感覚の関係性 ③生活と遊び (テキストを熟読し医ケア児等の支援の経験を多数有する保健・医療・福祉・保育職)	60分
	4. 家族の心理の理解 (テキストを熟読し医ケア児等の支援の経験を多数有する保健・医療・福祉・保育職)	40分
	5. 活用できる主たる医療制度 (テキストを熟読し医ケア児等の支援の経験を多数有する保健・医療・福祉職)	40分
	6. 身体機能・構造・活動・参加を支える制度資源 (テキストを熟読し医ケア児等の支援の経験を多数有する保健・医療・福祉職)	40分
	7. コーディネーターのアセスメントの視点 (テキストを熟読し医ケア児等の支援の経験を多数有する保健・医療・福祉職)	70分
	8. 医療安全 (テキストを熟読し医ケア児等の支援の経験を多数有する保健・医療職)	70分
総論2	9. 地域支援体制整備の要点 (自立支援協議会に参加し医ケア児等への支援の経験を有する保健・医療・福祉職)	60分

\*科目間の休憩時間は10分、昼食時間は1日目40分、2日目は60分で設定した。  
背景が緑の科目は研修1日目、山吹色は2日目の研修科目として設定した。

## 演習プログラム（2日間の演習）

座学終了後、1か月間は間隔を置き演習を実施することが望ましい。

その間、以下の課題を実施する。テキスト、提示された架空事例の情報の読み込みを行う。

目標	予定時間	研修科目 内容
座学で得た知識を活用し、医ケア児等の特徴を踏まえ、事例に対するアセスメント・利用計画の良い点、改善点を明らかにすることができる	9:15～9:30	Group ワーク テキストを読み込んで、重要と感じた個所の共有
	9:30～10:45	演習 1 2 日間の講義でコーディネーターの実践に活用できると感じた講義や知識を共有する(15 分/ワーク)(15 分/発表) 演習 2*事前に架空事例を提示しておく D 君のアセスメント(15 分)(発表 15 分) 演習3:シートを活用してみましょう (15 分)
		休憩(10分)
	10:55～12:10	復習レクチャー 演習4:D 君の利用計画の検討(15 分) 演習5:事例2の利用計画との比較(15 分) (発表 15 分) 全体討議 医ケア児等の特徴を踏まえた基本相談・アセスメントや利用計画立案の要点
昼食(50分)		
事例を通してコーディネーターの役割行動を理解する (事例を通して実践をシュミレーションする)	13:00～14:00	演習 6 利用計画(案)の作成 (25 分/ワーク)(10 分/発表) 復習レクチャー:医療安全の要諦
		休憩(10分)
	14:10～15:10	演習 7 D 君に想定される危険因子は? (15 分/ワーク)(15 分/発表・補足)
		休憩(10分)
	15:20～16:20	演習 8 D 君が自分の地域で支援する場合、どのような事業所をどのような目的で活用しますか? (15 分/ワーク)(15 分/発表・補足)
	休憩(10分)	
	16:30～17:20	演習9 活動する地域を見てみよう!(15 分/ワーク)(15 分/発表・補足) 地域診断ミニレクチャー(20 分)



## 本日の日程（午前）

目標	時刻	演習内容
	9:15～9:30	オリエンテーション
座学で得た知識を活用し、医ケア児の特徴を踏まえ、事例に対する <b>アセスメント・利用計画の良い点、改善点</b> を明らかにすることができる	9:30～10:30	<b>演習1</b> グループで持ち寄った事例の共有（5分/人） 展開する事例の選定 ◆発表（全グループ）
	10分休憩	
	10:30～12:00	<b>演習2</b> 事例のアセスメント 10分 個人ワーク 15分 グループセッション ◆発表（全グループ） 演習ファシリテーターコメント
	昼食	
2		

## 本日の日程（午後）

目標	時刻	演習内容
事例を通してコーディネーターの役割行動を理解する（事例を通してシュミレーションする）	13:00～14:00	<b>演習3</b> ◆計画立案 様式2-1 2-2 15分 個人ワーク・15分グループセッション ◆発表（全グループ）
	10分休憩	
	14:10～15:10	<b>演習4</b> 活用可能な社会資源および地域診断（各グループの地域の特徴を踏まえて） 15分 個人ワーク・15分グループセッション ◆発表（全グループ）
	10分休憩	
	15:20～16:20	<b>演習5</b> 活動地域で事例の子どもを支援するチームを作り、担当者会議を開催しよう！ 15分 個人ワーク・15分グループセッション ◆発表（全グループ）
3		

## ． 結論

コーディネーターの基礎的知識を可視化し、総論 6 項目、各論 18 項目、地域でよく出会う状態像 5 事例と支援の留意点、知っておきたい医療用語 19 個を抽出し、テキストを完成させた。またテキストの素は確認されなかった。

### G. 研究発表

研究後半に COVID19 の感染が拡大し、対応に追われ研究発表は行えなかった。今後、発表していく予定である。

### H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

内容に基づき研修プログラムを確定した。

### F. 健康危険情報

本研究では、人体の健康に害を及ぼす要

表1. 有識者会議参加者所属機関 ((研究担当者を除いた22名))

有識者 会議	都道 府県	所属
1	栃木	ひばりクリニック
2	東京	成育医療研究センター総合診療部
3	愛知	大同病院 小児科
4	福岡	九州大学大学院医学研究院 周産期・小児医療学
5	岡山	社会福祉法人 旭川荘
6	長崎	長崎県福祉保健部障害福祉課
7	茨城	日本理学療法士会(推薦) 茨城県立医療大学保健医療学部理学療法学科
8	愛媛	日本訪問看護財団
9	愛知	社会福祉法人 むそう
10	東京	小児看護学会 (推薦) (株)なる
11	千葉	小児看護学会 (推薦) 千葉科学大学小児看護学領域
12	東京	日本看護協会(推薦) 日本赤十字社医療センター新生児科
13	千葉	NPO 法人 母子里ネット
14	長野	日本相談支援専門員協会
15	埼玉	社会福祉法人 昴(事業所サービス提供管理者)
16	愛媛	重症児者を守る会
17	市町村	町田市子ども発達支援課
18	北海道	北海道庁障害福祉課
19	青森	青森県障害福祉課
20	東京都	秋川流域生活支援生活支援ネットワーク
21	三重	訪問看護リハビリステーション桜
22	三重	三重県障がい福祉課子ども福祉部

\*参加者氏名の掲載なし

表 2. 支援者研修総論調査結果

研修科目名	研修内容(項目)	講師が使用したスライドタイトル(コード)	使用県数	
総論	医ケア児等支援の特徴	1. 家族支援の定義.家族の発達	2	
		2. 家族のセルフケア能力、機能	3	
		3. 家族の発達段階	2	
		4. 障害受容	4	
		5. リカバリー・エンパワメント	6	
		6. 親子の相互関係	2	
		1	子どもの予後と家族の葛藤	1
		2	女性の労働率	1
		3	ファミリーセンタドケア	1
		4	在宅生活を送る家族の現状	1
		5	医ケア児等の家族の特徴	2
		6	養育者の効力感向上への支援	2
		支援の根底にある考え	1. エリクソンの発達段階	3
	2. 子どもの権利と最善の利益の保証		6	
	3. ICF とノーマライゼーション		9	
	4. インクルーシブ教育		6	
	5. チルドレンファースト		6	
	6. ユニバーサルデザイン		6	
	7. 対象の強みをみつける視点		2	
	8. 対話する力		2	
	9. ライフステージでの支援の要点		8	
	10. 意思決定支援		8	
	医ケア児等の状態像	1	1. 多様な状態像	1
		2	2. 支援の対象となる子どもの状態像	4
		3	3. 状態像(重症児 score 等の紹介)	1
		4	4. 医療的ケア(児)とは	9
		5	5. 重症心身障害児とは	1
		6	6. 小児の障害の変化	1
	医ケア児等の成長・発達を支援する視点	1	健康の概念	3
		2	QOL の視点	3
		3	生命・生活・人生の統合化	1
		4	子どものセーフティマネジメントと連携・協働・課題	3
5		ライフステージを通した一貫した支援	2	
6		子どもの成長発達に必要な支援(制度)、支援の特徴	3	
7		こどもの本来の発達段階に応じた LIFE を描く	1	
8		発達段階による支援の方向性(乳児期～青年期)	3	

\*                      テキストに掲載されている項目

表3. 支援者研修「医療」で講義されていた内容

研修 科目名	研修内容 (項目)	講師が使用したスライドタイトル(コード)		使用 県数
	疾患の 特徴	1	脳性まひとは	8
		2	重症心身障がい児の病態の特徴	4
		3	重症心身障害児のライフサイクル	1
		4	染色体異常	6
		5	先天性奇形	1
		6	筋ジストロフィー	6
		7	重症心身障害児とは	9
		8	生理(体温、脈拍、呼吸など)	5
		9	ホメオスタシスと障害児	1
		10	気管切開(合併症を含む)	11
		11	気管カニューレ(管理方法・加湿方法)	10
		12	吸引	6
		13	人工呼吸器	6
		14	呼吸障害	10
		15	経管栄養	12
		16	胃瘻	11
		17	胃食道逆流	10
		18	イレウス	3
		19	筋緊張亢進	8
		20	てんかん発作	10
		21	骨折	7
		22	脳性まひ児の誤嚥の特徴	10
		23	救急時の状態、症状、対応	7
		24	重症心身障害児と突然死	1
		25	姿勢管理	5
		26	体温調整	1
		27	障害受容	3
		1	医療的ケア児とは	1
		2	医療的ケア児と重症心身障害児	3
		3	医療的ケア児の在宅移行	1
		4	医療的ケア児の増加	4
		5	医療的ケア児の問題点	2
		6	医ケアのある障害児の生活	1
		7	医ケアの成長発達	1
		8	「時間軸」に関する知識の必要性	1
		9	医療的ケア児の増加	2
		10	併発症	3
		11	人工呼吸器管理が必要な子どもたち	1

	12	在宅医療	1
	13	中途障がい児	1
	14	超重症心身障害児(者)	4
	15	在宅医療対象児の原因について	1
	16	日常の健康状態、体調の把握	1
	17	在宅における小児と成人の違い	1
	18	これからの重心障害医療の問題点	1
	19	周産期異常	1
	20	脊髄性筋萎縮症	2
	21	二分脊椎	1
	22	先天性代謝異常	3
	23	慢性心疾患	1
	24	小児がん	1
	25	新生児マススクリーニング検査	1
	26	呼吸理学療法	1
	27	HOT	4
	28	喉頭気管分離手術	3
	29	呼吸をすることと食べること	1
	30	必要水分、栄養量	2
	31	中心静脈栄養	1
	32	水頭症	2
	33	シャンとトラブル	2
	34	感染症	3
	35	側弯症	3
	36	排尿障害	2
	37	導尿	2
	38	便秘	2
	39	微量元素不足	1
	40	循環器	1
	41	内分泌、代謝	1
	42	感覚器	2
	43	重度の運動障害をもつ子どもの合併症	1
	44	歯科的問題	2
	45	睡眠の問題	2
	46	地域医療連携	1
	47	家族支援	1
	48	家族の発達段階	1
	49	重症心身障害児の支援体制	1
	50	日常生活における支援 在宅の医療依存度の高い医療的 ケア児を支援するためのモデル	1
	51	発達と特徴	1

		52	地域包括ケア	1
医療	訪問看護・リハビリの制度	1	訪問看護の仕組み	10
		2	別表 7.8 に該当する特別訪問看護指示書	8
		3	訪問看護と一体的に提供する療養介護における児童発達支援事業等	2
		1	平成 30 年度の報酬改定	2
		2	児童発達支援(日常の生活支援)	1
		3	医療的ケア児とは	2
		4	重症心身障害児とは	1
		5	小児地域包括ケアシステム	2
		6	見通しシート(事例提示)	1
		7	家族の障害受容	1
		8	家族への看護師の視点	2
		9	外泊の移行支援	1
		10	療養通所介護における児童福祉法に基づく主に重症心身障害児を通わせる児童発達支援等の事業	3
		11	小児訪問看護の診療報酬	2
		12	小児訪問看護の特徴	1
		13	小児訪問看護の対象	1
		14	事例提示	9
		15	県立こども病院における訪問看護の実際	1
		16	医療的ケア児の数	1
		17	地域で医療的ケア児を支える仕組み	2
		18	地域包括ケアシステム推進のための取り組み強化	1
		19	地域との連携事例	4
20	医療施設・行政・教育関係・福祉関係との連携の課題	1		
21	施策と県の担当課との関係	1		
22	訪問看護利用料金詳細	1		
日常生活支援における支援(看護)	1	呼吸ケア	3	
	2	気管切開(カニューレ、吸引等も含む)	4	
	3	人工呼吸器管理	4	
	4	経管栄養	3	
	5	摂食介助	2	
	6	姿勢ケア	2	
	7	介助方法の基本(抱っこ、移動介助)	1	
	1	重症心身障害者の生活援助の基本・援助の心構え	1	
	2	重症心身障害児者の特徴	1	
	3	重症心身障害児(者)にみられる主な合併症	1	
	4	医療的ケア児者の在宅医療の課題 子供と家族の現状	1	
	5	医療的ケア児者への支援の特徴	1	
	6	子どもの生活を支える要素	1	

		7	医療的ケア児が利用する在宅サービス	1
		8	在宅医療的ケア児の地域生活に必要なこと(医療・福祉・教育)	1
		9	児童発達支援の内容	1
		10	日常の健康管理	1
		11	てんかん発作への対応	1
		12	HOT	1
		13	口腔ケア・脱感作療法	1
		14	バイタルサイン測定	1
		15	身長・体重の測定	1
日常支援 における 支援(リハ ビリテーシ ョンと遊 び)	1	姿勢ケア		1
	1	機能訓練的治療/非機能訓練的治療/環境整備的治療		1
	2	重症心身障害児の状態像		1
	3	異常筋緊張		1
	4	重症心身障害児の二次障害		1
安全管理	5	重症児の摂食障害		1
	1	起こりうる事故とその対応		1
	2	救急応急処置		2
	3	緊急事態への対応		1
	1	医療的ケア児に対する災害対策		1
	2	医行為/医療的ケア/緊急避難的行為		1
	3	医行為と実質的違法性阻却		1

\*  テキストに掲載されている項目

表4. コーディネーター研修総論

研修 科目名	研修内容	講師が使用したスライドタイトル(コード)	使用 県数	
コーディネ ーター研 修総論	医ケア児 等の地域 生活を支 えるため に	1. コーディネーターに求められる資質と役割	7	
		2. ライフステージを通じた縦横連携	2	
		3. 多職種連携	1	
コーディネ ーターに 求める資 質と役割	1. 医療的ケア児等コーディネーターの資質	1	支援者コーディネーターとしての心構え	3
		2	医療的ケア児等コーディネーターとは	3
		3	医ケア児等へのコーディネートでよく見る傾向と課題	1
		4	在宅移行支援 コーディネーターとして感じるジレンマ	1
		5	コーディネーターが活動するために必要なこと	2
		6	圏域ごとにコーディネーターチームを作ろう	1
		7	目標志向のケアマネジメント	1



表5. コーディネーター研修総論に追加されていた内容

研修 科目 名	研修内容 (項目)	講師が使用したスライドタイトル(コード)		使用 県数
コー デ ィ ネ ー タ ー 研 修 総 論	1. 支援整体 の整備	1	医ケア児等数増加	2
		2	県の重症児(者)支援の現状	1
		3	県による小児在宅医療アンケート調査結果	2
		5	医療的ケア児支援体制構築に向けての課題と今後の方向性	1
		6	県障害児福祉計画	8
		7	医療的ケア児支援の特徴	1
		8	重症心身障害児(者)の特徴	1
		9	自立支援協議会・行政への提言	1
		10	子供の成長と発達を支援するシステムの実現	2
		2. 子どもに対する 相談支援の 基本	1	成長、発達
	2		医ケア児等と家族、支援チームは同時に成長する	2
	3		家族支援	1
	4		環境調整(「インクルージョン」の視点を前提としながら	1
	5		基本的人権	2
	6		権利擁護と虐待防止の視点	2
	7		コーディネートに関わる主たる職種と介入時期	2
	8		家族会とニーズの掘り起こし	1
	9		自助、共助、公助、互助	3
	3. 医ケア児 等の特徴を踏 まえた地域支 援における留 意点	1	生命維持の視点	2
		2	社会資源の不足、家族への物理的・心理的負担感	2
		3	高齢者と小児におけるケアに対するマネジメント機能の違い	1
		4	看護と相談支援のケアマネジメントの相違点	3
		5	子どもとしての(標準的な)育ちや学びを経験させることの困難	2
		6	社会資源等の留意点の整理	2
	4. 多職種 連携	1	「多職種連携」根拠法	1
		2	他機関・多職種連携による支援体制の重要性	1
		3	多職種が感じている連携上の課題	1
		4	小児在宅医療における多職種連携の特色	1
		5	「協働」「連携」「チーム」の各概念の関係	2
		6	多職種間での目標の共有	1
	5. 周産期医 療の現状	1	周産期医療	1
		2	県の周産期医療について	1
		3	低出生体重児の予後とご家族の葛藤	1
		4	NICU 退院支援・退院調整の実際	1

6. 医療的ケアの 基礎的知識	1	小児在宅医療(動向)	1
	2	重症児者医療・福祉の歴史	1
	3	医ケアにまつわる法律	2
	4	医療的ケア状況	1
	5	医ケアを巡る疑問	1
	6	違法性阻却について	1
	7	重心と医ケア児等の関係	2
	8	疾患ごとの生命予後	1
	9	健康管理上、留意するべき点	3
8. 医ケア児 等の成長・ 発達を支援す る視点	1	健康の概念	3
	2	QOL の視点	3
	3	生命・生活・人生の統合化	1
	4	子どものセーフティマネジメントと連携・協働・課題	3
	5	ライフステージを通した一貫した支援	2
	6	子どもの成長発達に必要な支援(制度)、支援の特徴	3
	7	こどもの本来の発達段階に応じた LIFE を描く	1
	8	発達段階による支援の方向性(乳児期～青年期)	3
9. その他	1	子どもの生活を支える要素	1
	2	医療的ケア児を支える医療者の視点	1
	3	本人・ご家族の視点	1
	4	医療モデルから生活モデルへのシフト	1
	5	対象への支援方法・効果	1
	6	家族の意思決定への支援	1
	7	医療的ケア児の現状と問題点	1
	8	重症心身障害児支援の困難点	1
	9	ニーズの多様性と重層性	1
	10	なぜ今「医療的ケア児等コーディネーター」なのか	1
	11	施設の日常生活の様子(DVD 視聴)	1
	12	医ケア児等の地域生活を支えるために	1
	13	成年後見制度	1
	14	医療的ケア児保育支援モデル事業について	1

表6. 研修期間・演習の内容調査結果

番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
研修期間	4日間	4日間	4日間	4日間	4日間	2日間	4日間	4日間	7日間	4日間	4日間	4日間	3日間
研修時間	34H	32H20 M	34H15 M	32H20 M	32H30 M	17H	33H15 M	33H30 M	47H10 M	33H30 M	32H25 M	32H	19H
演習内容	・3日目: 計画作成 (8H) ・4日目: 事例検討 (8H)	・3日目: 計画作成 (8H) ・4日目: 事例検討 (8H)	・3日目: 計画作成 (8H30 M) ・4日目: 事例検討 (8H30 M)	・3日目: 計画作成 (8H) ・4日目: 事例検討 (8H)	・3日目: 計画作成 (8H) ・4日目: 事例検討 (8H)	・重心病 棟・通園 施設見学 (1H) ・2日目 事例検討 (1H)	・3日目: 計画作成 (8H) ・4日目: 事例検討 (8H)	・3日目: 計画作成 (8H20 M) ・4日目: 計画作成、地域 課題の検 討、発表 (8H30 M)	・2、6日 目:実地 研修 ・5、7日 目:演習	・3日目: 計画作成 (8H) ・4日目: 事例検討 (8H)	・3日目: 計画作成 (8h)※ 途中、講 義もあり ・4日目: 意見交 換、スー パーバイ ズによる 指導 (8h)	・3日目: 計画作成 (8H)※ 途中講義 (2h)あり ・4日目: 計画作成・事例 検討 (8H) ※2日目 (2H)計 画作成の ポイント	・2日目 PM:計画 作成・演 習(3H) ・3日目: ブラッ シュアッ プ研修 (3H30 M) 内容:他 県の取り 組みから 学ぶ(講 義

表 7. コーディネーターに期待される役割

カテゴリー 役割	コード 役割行動	データ
<p>I. 子どもの発達段階をつなぐ</p>	<p>1. 各発達段階の子どもの実態を把握する</p>	<p>おかしな仕組みになっているのですが、私どもでは、児童発達支援センターを中に入れて、市役所の仕事としても取り組むという位置付けになっています。行政の中や医療機関を飛び回って実態把握するような立場の人間を、コーディネーターと呼びたいと思っていますが、それは行政の中の仕組みとしてあればいいと思っています。</p>
	<p>2. 長期的な時間軸で子どものライフステージに寄り添う</p>	<p>実際には、成長発達していく中で、義務教育を超えて、高校や大学に行く、最終的には働いていくというところまでずっと追っていく職業とは何かを考えたときに、僕はそれが相談だと思っています。</p> <p>私はたまたま 2 週間前にフィンランドへ行って、ネウボラを見てきました。あそこでは保健師が妊娠のときから生涯切れ目なく見ます。また、いろいろな他専門職とつながります。また、赤ちゃんを含めた家族全体、周囲を巻き込んでいきます。この三つがキーワードだと思います。</p> <p>障害者相談支援専門員の利点は、比較的長くその場においてくれるので、ライフステージに沿って、そのお子さんの人生に寄り添っていきける点です。</p>
	<p>II. タイムリーな相談ができる</p>	<p>1. 自宅での相談支援</p>
<p>III. 活動する地域の状況を知る</p>	<p>1. 地域の支援体制の発達状況に応じて異なる役割を知る</p>	<p>発段階、社会資源とマンパワーのいる、いないという状態が全国的にばらついていることと関係しています。人も社会費用もないという所は開発ができるソーシャルワーカーから始めなければなりません。</p> <p>社会資源やマンパワーのある所は普通の相談支援員がマネジメントすればいいです。</p> <p>誰が好ましいのかということについては、何をするのがポイントです。それが社会資源づくりだとすれば、高いアセスメント力や専門性は要らないと思います</p> <p>地域の支援体制の発段階を考えた上で、どの役割にウエイトを置くかを考えます。</p> <p>地域によって充実度が非常に違うと思いました。</p> <p>結局、コーディネーターの人員費にかけられる財政事情が違います。たくさんかけられれば、いろいろなタイプの人を入れることができるが、現状では県に 1 人などの状況になる</p>

IV. 保護者や周囲を巻き込み必要な職種をつなぎ個別支援チームをつくる

<p>1. 保護者と地域の情報をつなぐ</p>	<p>家族の立場から見れば、都市部と地方では情報量が全く違います。お母さん方からよく出てくる言葉は、「もっと早くに知りたかった」、「なぜ教えてくれなかったのか」というものです。いろいろな制度にしても、医療の仕組みにしても、そのような言葉をよく耳にします。その辺りをカバーできる方であれば、相談支援専門員でも、訪問看護の方でも、問題ありません。その辺りをカバーできる方であれば、相談支援専門員でも、訪問看護の方でも、問題ありません。</p>
<p>2. 発達段階に応じ、家族や周囲を巻き込み必要な職種へつなぐ</p>	<p>職種といわれれば、相談支援専門員ではないかと思いますが、重要なのは人をどのようにつなげることができるかということだと感じています。</p> <p>チームとなってその中で、そのような人たちはほとんどが福祉職の出身ですが、医療的ケアが必要なお子さんのことをご理解いただき、お母さんの話も聞き、行政とのやりとりもし、チームの中での連携も取っていただく、そのようなかたがたが実際に育ってきています。</p>
<p>3. 行政との連携</p>	<p>相談支援専門員が必要な理由は、行政とのやりとりもあるからです。確かに、業者は医療関係者の言うことのほうをよく聞きますが、その辺りをうまくアレンジしながら資源を広げていくという意味では、相談支援専門員も必要だと思います。</p>
<p>4. チームをつくる</p>	<p>コーディネーターとしての役割で最も難しいのは、うまく連携を図ること。</p> <p>誰か専門家でうまくいくわけではないので、どのような経歴や資格を持っているとしても、専門職とチームを組むことができる人が必要だと思います。</p>
<p>5. 子どもの状態を踏まえて暮らしと制度をつなぐ (医療と福祉の視点)</p>	<p>本当に子ども個別支援を中心に行う段階に来れば、医療者とソーシャルワーカーという意味で、制度などをよく理解していることと、子どもの病態の見立てが正確にできることの二つは必要です。</p> <p>見たことのない景色は分かりませんから、暮らしの中で生活者として困るという肌感覚のある困り感の中で、一回医療を翻訳し直さなければ、暮らしを調整することはできない</p> <p>私を感じる医療は、病院の中の医療です。地域で暮らすことに医療的配慮があるということ、読み替えて伝えることができる人が医療職であるとは限らないと思っています。</p>

表 8. 現行制度上でコーディネーターに適した職種

論点2. 現行制度上でコーディネーターに適した職種は？		
カテゴリー	コード	データ
I. 看護職への期待	1. 看護師	コーディネーター役は、医療と福祉の両方を理解し、かつ皆とネットワークを上手につくれるような立場の人でなければならない点も考えると、ポジションもある程度上の人間のほうがいいと思います。それで、看護師であり、なおかつある程度のライセンスを持つ経験のある方に、さらに経験を積んでもらうと比較的よいと感じています。
		皆が同じ方向で、同じ目的を持って進んでいくときに、いろいろな情報の中で、普段の連携の会議について、自分にとって難しく感じるのは、医者からの重い段階的な告知などをしっかり解釈し、他のスタッフに伝えることであり、それができるのは看護師だと思います。
		絶対に看護師がふさわしいと思っています。
		看護師が制度と行政とのやりとり等で経験を積んで、訪問看護がコーディネーター役を担うことがよいと思います
	2. 訪問看護師	自分は、普段リハビリステーションで子どもたちと関わっているときに、看護師の中でも、訪問看護師がコーディネーターの役割に最も適任だと思っています。
		現状では訪問看護師ですが、いずれ経験を積んでいく中で、いろいろな方が務めていくものだと感じています。
		NICU から出てくるときに、退院調整会議のときやそれ以外のところで、現場では訪問看護師が最重要になってくる傾向があります。
		暮らしと医療の温度差があり、その両方を知っているのは、実際に家に入って、母親と同じように介護の現場を見ている訪問看護師です。
	3. 保健師	もとに戻りますが、それが今のフィンランドのネウボラ保健師の日本版のようなものがあっていいと思います。
		医療的ケアの協議会でも、町のことが分かっている保健師さんに入ってもらいたいという意見が出ていました。それで、行政の方に担ってもらうのがいいかもしれないと思っています。
		去年、医療的ケアの研修を始めましたが、そこでは、地域のことをよく知り、子どもが生まれたときから関わっている行政の保健師さんに入ってもらうのがいいのではないかという話も出ています。
		保健師は医療的な知識を持っており、行政とのやりとりもできますが、情報を確保しながら進めていくのがいいと思います。

Ⅱ. コーディネーターとしての看護職の課題

<p>1. 看護特有の役割への期待</p>	<p>いろいろな所に電話して調整したり、地域開発したりして、まだ受けたことがないところを説得していました。その後、皆で押しかけていく形で、こちらからの支援も約束しながら、ソーシャルワーカーと相談支援専門員が一緒に行き、事例をつなぎ、事例へのケアを一緒に行いながらつないでいきました。そのようなことを考えると、それをナースが担うのは、時間的にも、労力的にも容易ではありません。人数も少なく、入所時のケアができるナース自体も少ない中で、そこに取られてしまうのは非常に負担が大きくなります。</p>
<p>2. 地域福祉への理解の不足</p>	<p>看護職も医療の中にどっぷり漬かっているベテランから、訪問看護ステーションにいる看護師まで幅広いので、看護職が本当にコーディネーターに適しているのかは疑問を感じています。地域のことがよく分かっていないところが多いと思うからです。</p>
<p>3. 組織体制の課題</p>	<p>周産期の現状では、退院支援に一生懸命で、帰ってからのことまで手が回りません。</p> <p>われわれの病院が独特なのかもしれませんが、病院の看護師には異動があるので、専門職を極めるのは容易ではありません。</p> <p>看護師がそこまで総合的に地域にアウトリーチすることを、病院の上層部が考えることができるかという問題もあります。</p> <p>保健師は異動が多く、前の方はよかったけれども、次の方は全く来てくれないということが時々生じます。</p>
<p>4. 訪問看護契約制度の課題</p>	<p>医療をよく知っているという話が先ほどから出てきましたが、医療をよく知っていても、医療は契約ですから、契約に該当したくないと思えば断られてしまいます。</p>
<p>5. 人材育成上の課題</p>	<p>訪問看護さんでも、地域によっては子どもを見たこともないという方が多数いるような地域バランスなどもあります。</p> <p>それで、初めて重症児のケアをする人に対して、何かしら知識的なことを与えるために、Eラーニングをつくっているという経緯があります。そこから考えると、どの看護師でも医療的ケアのコーディネーターができるわけではなく、何かしらそのような担保があるような方、数少ない経験のある方であれば、担えるのではないかと思います。</p> <p>小児看護学会の立場で話します。基礎教育の中で重症児のケアにはほとんどコマ数がありません。小児看護の実習においても、重症児が実習の場に偶然にいれば経験できますが、実際にいるとは限りません。それで、実際問題として、経験をほとんどしないまま現場に出てしまうのが、看護教育の重症児ケアの現状です。</p>

Ⅲ. 相談支援専門員への期待

1. 相談支援専門員	<p>ソーシャルワーカーや相談支援専門員たちがそれで、そのようなことも含めた総合的、包括的なコーディネートの部分については、相談支援専門員たちが担うことがふさわしいと思います。</p>
	<p>福祉は契約ではなく、社会援助としてとして受け取ってきたので、「医療がなんだよ」と少し思っています。医療者でなければできないというのはおかしいのではないかと</p>
	<p>最初の市町村の地域の支援という最も近いところで考えると、看護師がいる地域もあるわけではありません。重身や医療的ケアに携わっている病院なり、看護師なりがいるわけではないので、まずは相談支援専門員です。</p>
	<p>自分の町にいる誰かのことは絶対にその町で行うべきなので、そこはソーシャルワークの出番だと思っています。その子に関わる相談支援は私たちが絶対に頑張るという気持ちで、受けていきたいと思っています。</p>
	<p>大きな訪問看護ステーションで、営業をする余裕がある所長を捕まえて、一緒に行ってもらっていました。その人が退院に向けて調整を行うことができるので、その地域を見定めて、ある程度アウトリーチしていき、一緒に子どもと家族のところにならなくて行ってもらえるという想定で働き掛けをして、相談員として動いてきた。</p>
2. 医療者との連携スキル	<p>医療専門職、医療者と連携を保てる態勢をどの程度確保できているかが重要です。</p>
	<p>うちの法人にはコーディネーターが2人いますが、2人とも相談支援専門員です。ただ、その2人は以前に医療的ケアの重身の子どもたちに関わっていた支援員で、現場経験もあり、一定の知識もあり、また相談としての知識もあります。それで機能しています。</p>
3. ライフステージに応じた相談支援	<p>しかし、それ以前に、今はまだ始まったばかりですから、そのシステム全体を県や市町村のどこにつくるかということも含めて進めなければならない時期です。ですから、まずこれをターゲットにするという意味では、相談支援専門員でも、看護の方でも構いませんが、地域全体のアドバイザー的なコーディネーターのような人が動くようなものをまずつくる必要があります。その中において、ここの直接の支援の中で、計画を作りながら行うということが動きだしていくのだと思います。</p>
	<p>私は、医療のほうから来てもらっても構わないと思っていました。要はコーディネーターは、子どもの成長と発達、家族の状況に応じた相談支援ができることが核だと考えます。訪問看護の方たちが福祉的なことを学び、相談支援専門員の資格も取ってもらって行ってもいいと思っています。それは地域で決めればいいと思います。</p>



IV. 医ケア児等に対応する相談支援専門員の課題	1. 人員配置	<p>相談支援専門員の資格制度において、相談員がどこに所属しているかが非常に重要です。</p> <p>ただ、自分の地域に何十人もそれを養成する必要性があるかという問題があります。福祉計画の中では、自分たちの地域でどのように協議していくかという場所を設定するという段階ですが、最終的に、医療的ケアやその相談ができるという看板を掲げられる事業所がどれほど必要かを考えても、何十人も養成する必要はないと思います。</p>
	2. 相談支援の質	<p>相談支援専門員の質もそれぞれにばらつきがあります。</p> <p>医療と福祉の両方についての一定の知識が必要だということから考えると、入り口では、相談支援専門員にも、看護師にもばらつきがあるので、一定ラインがクリアできれば、どちらでもいいと思います。</p>
		<p>県では、29年度から医療的ケア児のコーディネーターの養成の研修をしています。現在、70名がその研修を終了しています。先ほどおっしゃったように、非常にばらつきがあります。</p>
	3. 活動に対する報酬	<p>プランを作成し、個別の単価をもらって事業を運営している人たちは、福祉サービスの応援が入ることが前提となって事業を展開しているので、今回の医療的ケア児等のコーディネーターを担う人たちは、給付のあるなしにかかわらず、地域全体でその人がその地域にとって大切だといわれており、その方がきちんと動ける財源などがあり、付託がかかっているような人を相談支援専門員として想定しなければ、動きの中に無理が出てしまうことが実際にはあると思います。</p>
<p>実際に、医療従事者と一緒にアウトリーチしていくような状況であれば、相談の事業所として医療従事者の時間を確保できるだけの財源をきちんと用意できるような制度設計がなければ、難しいと思います。</p>		
4. 医ケア児等への支援経験の蓄積	<p>全てを知っている人はいません。長く携わるうちに、専門コーディネーターとしての力量を蓄積してもらえないのではないかと思います。</p>	
V. 社会福祉士への期待	1. 院内外でのソーシャルワーカー	<p>地域の患者さんの生活と医療の両方を知っている方がおり、事務的な流れ、地域を開発していくというミッションに対して、僕が見ている相談支援員の方々は熱心です。うちの病院ではソーシャルワーカーが非常にアクティブで、彼女たちが地域のことにどんどんつながっていくという実態を見ています。</p>
		<p>教育ニーズや発達ニーズなどについては、保育士や学校の先生のような方たちにもその方たちから見たニーズがあると思います。それであれば、チームを組み、そのチームの調整役という意味でのコーディネーターとしては、ソーシャル支援ができる人材、ソーシャルワーカーなどがふさわしいのではないかと思います。</p>

	2. 医療的ケアにまつわる調整	私の経験から、誰がするべきかに関してですが、ソーシャルワーカーがいいと思います。非常に有能なソーシャルワーカーと一緒に仕事をしていました。医療的ケアの実際のところや、医療的ケアを日常生活の中で使っている物品はどうか、家の中で不便はないかなどというところは看護で行ってもいいところだと思います。
VI. チーム(看護・福祉職)への期待	1. 訪問看護師、相談支援専門員、社会福祉士が中心	ソーシャルワーカーと相談支援専門員と訪問看護がいいと思います。ただし、彼らだけで孤立しないようにする必要があります。
		最終的には、看護師や、あるいは相談支援専門員が中心になって、コーディネーターという形で位置付けられればいいですが、とっかかりとしては、医療機関からの退院のときに、チームとして、医療ソーシャルワーカー、また在宅に帰ったときの訪問看護の看護師、また福祉サイドの受け皿の調整役の相談支援専門員、少なくともこの三つの職種で多職種での連携で行うという、各圏域単位で動いていくようなものです。
		県では、職種の連携チームをつくることを非常に重要視しており、相談支援専門員、訪問看護師、行政の県や市の保健所の保健師などに受講してもらっています。
	2. 看護・福祉職のペア	医療従事者とソーシャルワーカーなどの地域づくりをするような人たちがしっかりとタッグを組んで、中心になって動かすという方法がいいと、個人的には思っています。
		2人で1チームが現実的ではないかと思います。相談支援専門員を置いてあっても、正直なところ、質がばらばらということがあり、強く相談支援専門員中心にということはいき切れない事情が地域にはあります。それで訪問看護師との密接な連携は不可欠です。
		訪問看護師さんと相談支援員が中心になるのがいいと思っています。
		誰を適任だと思っているかですが、やはり、経済的に許されるのであれば、ソーシャルワーカーと看護師がペアで進むのが望ましいです。お互いの職業にそれぞれよく通じている人が地域に2人ずついて、その人たちがアドバイザーになれると思っています。
3. 多職種で構成されるチーム	恐らく、皆さんは、医療的ケア児の把握に非常に困っているのではないかと思います。市役所などを散々てこずらせたので感じているのですが、1部署で把握している所はまずないと思います。情報をクロスして、レイヤーを重ねるようにして出てくるのが、お子さんたちの姿だと思います。	
	この圏域で対応できない場合には、さらに先見的にいろいろな圏域に行って指導をしていくような、コンサルテーションチームなかたがたを構成員として、それぞれ医療保健福祉職のかたがたが、コーディネーターとして動くこともできます。そして、	

		<p>それらのコーディネーターが集まってチームが出来上がるという体制を、県としては考えていきたい。</p>
		<p>困った事例を一緒にすること、一緒に困ることで自分の地域が進歩していると思う</p>
		<p>福祉や医療のシステムも変化するので、それを下支えするような行政官も必要だと思います。</p>
		<p>自分 1 人で抱え込むのではなく、いろいろな人の支援や協力を受けながら行う以外にないのではないかと思います。</p>
		<p>チームで何をコーディネートするかというところがそれぞれ違います。日常生活の中での体のケアというところはナースが見ることができます。</p>
		<p>そのような方々はどちらかといえば、直接支援をすることになるので、兄弟支援や、お母さんが病気で入院したような場合には、当然ですが、なかなか十分に動くことができません。そのような場合にはネットワークの中で行っていくしかありませんが、例えばそこに行政の保健師が入っていると、緊急時や災害時にはこのようにしましょうということで、担当を決めることができます。このようにお互い役割分担をしながら、現在行っているところです。</p>
		<p>医療職か相談支援専門員かという問題はあると思いますが、恐らく必要な人材だと思います。幸いにも、昨年までは経験豊かな看護師がいたので、いろいろな仕組みづくり、実態把握には、そのような NIC を立ち上げ、看護部長も経験したような人間が活躍していました。ただ、例えば、実際に医療機関から退院してくるというときに、どのような人間が必要かですが、まず保健所から職員が 1 人出てきます。それに加えて相談支援専門員として出てくる職員がいます。その部分も、相談専門員の資格を持つ理学療法士を出して、退院後の生活をつくる支えをします。これも、医療職か相談支援専門員かという問題はあると思いますが、恐らく必要な人材だと思います。</p>

表 9. 医療的ケア児等を支援するため相談支援専門員に必要な要素

論点3. 医療的ケア児等を支援するための相談支援専門員に必要な要素		
カテゴリー	コード	データ
I. 相談支援専門員育成の基礎的研修の課題	1. 支援チームを作る力	本人を中心にしたチームをつくることできればいいということであるとすれば、それは障害者の相談支援専門員研修で行えばいいと思います。それがきちんと機能していれば、それで十分です。
		恐らくそれは、相談支援専門員の能力が日本中で相当不均衡で、チームをつくって本人を支えられる力がない相談員がいるという事実のためです。
		チームをつくることのできない相談員の問題は、まさに日本相談支援専門員協会に、このような話が出たことを持ち帰っていただければよいと思います。
	2. 障害児相談支援の基本研修	子どもの相談をしているといっても、実際には研修をきちんと受けられる体制ができていません。その専門性が究極になっていくと、今回の医療的ケア児のことも入ってきますし、障害者支援の研修も入ってきます。研修体系自体も相談支援の養成の中で一緒に考えていかなければならないと思います。
看護師さんというか、医療職の方たちの教育の話が少し出てきましたが、先ほど言ったように、相談にも個別の相談もあれば、委託の相談もあります。実際には、相談支援専門員という名刺を出している人でも、子どもの相談を全くしたことがなく、障害児支援の相談の事業所ではないと言いつ、18歳からの相談しか受けませんという事業所がたくさんあります。それでも、相談支援の資格制度の入り口のところでは、最低レベルの標準化した研修を打ち込んでいき、なおかつそこに専門分野研修で、発達支援が分かる人、見立てができる人という研修体系になっています。それは必須研修になっていないので、都道府県でもその研修を打ち込んでいない所がたくさんあります。		
3. 医療制度	相談支援専門員の研修の学びの中に、在宅の医療制度はありません。知らないからできないと言われても、載っていないものはできるわけがありません。ですから、制度をきちんと知るところが載ってほしいと思います。	
II. 社会資源の不足 由来する課題	社会資源の不足	相談員の能力はあっても、寄せるチームのメンバーがないということです。この二つのどちらかだと思います。

表 10. コーディネーターが活動するために必要な要素

カテゴリー	コード	データ
I. 行政に対する期待	1. 支援者・支援事業所の状況の把握	県内が 6 圏域ほどの圏域に分かれますが、それぞれやはり資源が足りません。
		医療的ケアを受け入れる、児童発達支援やコーディネーターがまだ整っていない状態です。
		行政の方が回すとしても、きちんと状況を把握し、統括しておくことが必要です。このように、皆が頑張り過ぎることでぽっかり穴が開くということを、先日感じました。
	2. わが町の課題に対する主体的な関与	行政の方はすぐに委託するということがあります。  私ども自治体は広域で、市町村数も 179 あります。障害の福祉圏域も 21 圏域あります。この医療的ケアの支援をどのようにするかですが、全ての町に病院があるわけではなく、訪問看護ステーションがある地域も限られているので、まずは第 1 回、一時的に市町村で、その次が圏域、次が県という考え方をしていきたいと思っています。
II. 支援体制構築のための支援者（人材）の育成	1. 障害児福祉の基本的考え方への理解	障害児への福祉を地域に広めていなかったということに大きな問題があるので、医療的ケアについて論じる前に、障害知識に対してどう対応するかを関係者間で先に考えていかなければならないということ、突きつけられていると思っています。
	2. 医療者が子どもの暮らしを学ぶ必要性	理学療法士も現場で、福祉職から福祉を教わり学んでいる
		その基本には、小児医療に地域との連携という歴史がなかったことがあるので、その歴史をつくる必要があります。病院の中の医者も看護師もそうですが、ほとんどの子どもたちが急性疾患であり、帰ってしまえばそこで終わるというミッションでした。しかし、今はそうではなく、医療者が地域で暮らすことのいったんを支えます。
	3. 医療者が福祉について学べる機会の創出	今は始まったばかりの時期であるということも考えると、相談支援専門員をターゲットにした研修でも構いませんが、看護職がこちらに入ってくるようなものも、少し加味してもらったほうが良いと思います。それが地域の実情ではないかと思います。
		最重度の子どもたちの相談支援の究極の部分では医療職への相談がかなり重要になってくるということです。
		医療を後から独学で学ぶのは難しいですが、理学療法士の私も、地域行政や福祉を教えてもらいながら学んでいます。
	4. 地域と医療機関の情報共有の在り方	高齢者も障害者も全て相談できる窓口があります。在宅の先生に言われたのですが、大人にはそのような場所で情報を流してもらい、地域の高齢者や障害者を見るのは当然ですが、子どもに関しては病院マターのことが多過ぎて、在宅の先生や医師会にはその情報が流れてこないようです。
		病院が過度に頑張り過ぎることでそこがコアの世界になり、地域にまで情報が伝わらなくなります。その結果、行政の方もただ流すだけになってしまい、その人たちは何も持っていないということになります。それでは良くありません。

<p>5. 必要な時に人材の活用ができるよう、生活支援や育ちを支える人材の育成</p>	<p>特に、社会化されていく子どもたちという視点を持つ必要があります。そのときに、恐らく、医療者だけでは足りず、育ちの専門性を持っている人が必要です。</p> <p>基本的に大事なことは、本人を軸にして、医療的ケア児の多様性を言語化し、フェースごとにどのようなマンパワーと社会資源が必要かということまで教えることが必要だと思います。そうすれば、ないとなれば、それはなぜなのかという話に恐らくなると思います。</p> <p>実際に連携を進めていくときに難しいのは、介護職との連携です。</p> <p>3号研修は研修の時間は短いですが、お子さんごとの個別のケアになるので、そこでまた研修してくれる看護師の研修を受けてからでなければ、サービスが導入できなくなります。</p> <p>例えば、退院してすぐにヘルパーが使いたいと思っても、まずは訪問看護師が入って慣れ、次にその指導看護師がヘルパーと一緒にいき、その後、ヘルパーが入ることになり、通院介助のヘルパーを確保するまでに3カ月もかかってしまうこともあります。現場のニーズ感と、スタッフを育てながらお母さんやお子さんとのやりとりができるヘルパーになってもらうまでの時間には、かなり差があります。その辺りが難しいです。</p>
<p>6. チームメンバーの気持ちのつながり</p>	<p>本質的などころではありませんが、支援者となりえる方は小児のことがあまり分かっていないので、小児のことに関わってくれる人はいい人ですとお母さんに話をしています。その人たちに初めから100点を期待するのは無理です。まず、小児のことや医療的ケア児のことを聞いてくれる人は基本的にいい人なのだという心持ちでスタートしなければ、皆逃げてしまいますと話します。つながりというところでお互いの気持ちを大切にしなければなりません。初めから圧力をかけて、なぜできないのかというような対決関係を構築しないよう、互いが肝に銘じておかなければなりません。</p>
<p>7. チームメンバーの専門性を理解する機会の創出</p>	<p>教育もちろん大切ですが、ここには医療と福祉の分野があります。医療と福祉の幅がかなりあり、この人たちがどのように連携し協働するかということが大きな話です。相談支援専門員から見れば、医療を勉強して、自分の知識を広げ、技術を広げるということです。</p>
<p>8. 補完し合うチームを作るための知識</p>	<p>チームとは美しい話ではありますが、チームを統率するのは誰かという問題もあります。また、チームの個々の人たちは何をすべきかという明確なものに加えて、少しずつ手を合わせてオーバーラップする関係性を構築しなければ、全体が広がっていかないと思います。そのような関わり方についての考え方を、皆がしっかり持つ必要があります。そうでなければ、チームのはずが、実はチームではなかったということにもなり得ます。</p>

<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">           Ⅲ・支援体制の整備に            必要な要素         </p>	<p>1. 地域支援体制における看護の役割を認識する機会の創出</p>	<p>先ほど、医療機関が転院する子どものお母さんに車を手配してくださいと言われたという話がありましたが、なぜそのような発想になっているかといえば、それは看護婦さんの知識不足だと思います。その方が、きちんと退院支援のコーディネートをするとことを知っていれば、そのようなことを言うことは絶対にはないと思います。</p>
		<p>形だけを整えてポンと出すので、皆が路頭に迷っています。ですから、ぜひ在宅移行期に看護師さんがコーディネートする機能を持っているということをきちんと理解していなければ、皆が困ると思います。</p>
		<p>退院支援の看護師には、このコーディネートのお話を学んでほしい、絶対に知ってほしいと思います。そうでなければ子どもたちが困ります。</p>
		<p>私の近くにも相談支援専門員がいますが、どなたかがおっしゃったように、質がまだばらばらで、医療的ケア児を受け入れる訪問看護もいますが、そもそも触るのが難しいという段階です。地域によって実情がこれだけ違っていると、地域ごとの方法があるのではないかと思います。</p>
		<p>相談支援専門員には相談において、医療の壁のようなものがあり、コーディネーターは実際のところ、訪問看護師に偏る傾向があります。しかし、相談支援専門員の利点もあります。それで、先ほどおっしゃっていた、チームを進めていくところをどのようにしていくかが今の課題です。</p>
		<p>各圏域は相当大的いのですが、そのようなところで地域医療連携室などを持っている病院の看護師やソーシャルワーカーと、退院支援を含めて、一緒に支援に携わり、そこで初めて地域の連携の体制づくりをになってもらい、レベルを一つずつ上げた形で支援をしていく体制を構築していきたいと思っています。</p>
	<p>2. 医療機関の関係者が退院支援を通じて地域と連携する機会の創出</p>	<p>病院の医者や看護師や退院支援に携わる人たちには、そのように地域の中で働くということを意識の中に植え付けることが求められています。それは医療的ケア児だけの問題だけではなく、障害者も、高齢者も皆同じです。</p>
		<p>市内でも若干の地域差があるので、一概にはいえませんが、先ほど言われたとおり、恐らく、僕たち医療が少しアウトリーチしていかないとうまくいかないのではないかと考えていたところでした。</p>
		<p>相談支援専門員がチームにいるのは当然で、その人たちが地域での生活を整えてくれなければ、医療者は何も分かりません。ですから、相談支援員は必須の立場で必要ですが、コーディネートしてくれる人たちは、病院の退院支援で、子どもが発生するのは病院ですから、病院の誰かがきちんと知っていてくれなければ困ると私は思います。</p>
		<p>チームで支えるというところから、各地域、圏域や市単位でそのようなキーパーソンが育っていき、チームをつくるのが何より重要です。今は、その課題に当たっています。</p>
	<p>3. 個別支援から始める地域づくり</p>	<p>チームで支えるというところから、各地域、圏域や市単位でそのようなキーパーソンが育っていき、チームをつくるのが何より重要です。今は、その課題に当たっています。</p>

	<p>4. 地域の課題を話し合い、改善できる体制の構築</p>	<p>研修が終われば修了者は自然に増えてますが、そのような方が実際の現場でどのように活躍するか、どのようにすればスムーズに進むかというところで、こちらの力不足もあり、まだ十分な体制が整っていないことをひしひし感じています。</p> <p>自立支援協議会を一生懸命こすったが、なかなか進まなかったとおっしゃっていましたが、私の感じで言えば、今の時点で、自立支援協議会を練っている地域は、医療的ケアコーディネーターは早いと思います。結局、地域を耕せているかどうかの問題です。今はまだ耕すことができていないので、自分の所が困っているのであって、医療的ケアコーディネーターで困っているではありません。(耕すとは：地域に保健・医療・福祉・教育・就労が連動している社会資源の創出ができるよう地域を掘り起こすことを意味します)</p> <p>日本医師会の専門の講習会などでいわれるのは、自立支援協議会を使いなさいということです。それに従って一生懸命働き掛けをしてもうまくいかないと感じる理由は、協議会を巻き込んだ体制の整備がなされていないことに原因があったのですね。</p> <p>医療者が自立支援協議会に入ってきて、チームで行っているという地域もごく一部にはありますが、そのようなことが全くできていないという所もあります。このような状況で、正直に言えば、攻めあぐねています。</p>
	<p>5. コーディネーターへの指導助言、社会資源の創出を地域で支援する人材の育成</p>	<p>県内にある四つの多職種ネットワークに、スーパーバイズチームという個別の専門職があり、看護師、相談支援専門員に対して個別のアドバイスをするという機能があります。</p> <p>一応、体制としては、一事業所に修了者が何人かいることに加え、医療型の障害児入所施設が県に幾つかありますが、それらの施設を、研修の修了者をさらにアドバイスするような専門的な場所として、圏域のコーディネーターよりもさらに上位のコーディネーターという位置付けで配置しています。実際に動くときには、そこに相談をすることができるという体制になっています。</p> <p>アドバイスとコンサルテーション機能という資源開発を多職種のチームで行うことを、各ネットワークでチームを構成して行うという動きをつくらうとしています。そこが本来のコーディネーターの役割だと思っています。</p> <p>私たちは、やはりコーディネーターが集まってチームとなり、財源が保証された中で活動できる必要があると思っています。県では今のところ財源の保証がなく、つらい立場にあるという状況になっています。</p>



## 資料 1

### 第二回谷口班 有識者会議議事録

日時：2019年7月14日(日)13:00～16:00

場所：ファーストビル八重洲 5階会議室

会議目的：前回の議論を踏まえ、医療的ケア児等コーディネーター研修の現状と課題

【議題別議論】\*赤字箇所は、大塚班でテキストに盛り込むべき要素と判断した箇所

司会者：

前回議事録整理資料を説明—9つのカテゴリーがあがった

コーディネーターが機能するための支援体制の整備に必要な要素

Aさん：コーディネーターに期待される役割で、本人より家族の問題が大きい。つまりファミリーサポートが大切であり、医療者だけではコーディネーターは困難である。

医療者は正常発達を知らず、正常発達に基づく支援の在り方を折り込むことが大切。

Eさん：緊急時(災害、家族の)対応は地域を繋ぐ発想としても大切。

司会者：それは役割にはいりますか？

Bさん：コーディネーターのチェックポイントとして緊急時対応は入れるべきで、共有すべき事項である。それは大きな枠組みで考えることも必要—例えば 自立支援協議会？

司会者：コーディネーターの基盤作りに入れるべきか？

Oさん：地域防災計画で入っている。特に人工呼吸器児童は把握され、個別計画が重要。保健所が考えていると思う。

Eさん：実際は機能していない。最後に「病院」とあり、文章があっても非現実的なものが多い。

司会者：現実的なものにするために、コーディネーターに期待される役割として個々の緊急時対応について計画し、仕組みづくりにも反映していくということですね。

Oさん：行政の点をつかれましたが、コーディネーターの役割に緊急時対応を位置付けるのは大変では。

Cさん：大災害では困難。

司会者：緊急時の定義が大切

Oさん：気にかけていく機能として緊急時の対応を計画に盛り込んでいく

Dさん：災害時というキーワードはやはり重要なことで、きちんとワードとして折り込み発信していくことが大切。

Aさん：災害を含め緊急は、やはりコーディネーターの個別計画にあがる。一方 北海道のように大規模停電などは、地域福祉計画、地域防災計画で人数を把握しフィードバックするなど、インフラとしての大規模災害時の準備をしていく上でも入れておくべき。

司会者：支援の要素の表を作成していく。定型発達についてはどうか？

Bさん：定型発達を医療者だけでなく、多職種も勉強していくべき。

Eさん：児を捉えていく上で 重要

司会者：では 定型発達 もいれていきます。

Gさん：コーディネーターに期待される役割を育成するカリキュラムを作る上で、Dさんにお聞きしたい。相談していく上で、ステップが必要でしょう。いきなり行政と連携は無理ですね。

Dさん：地域を作っていく。相談だと基幹があって、そこに行政が背景にあり、そこと連携していく。コーディネーターが支援を実践するわけではなく、発信して地域を作っていくことである。

個別支援で地域全体を作ることはできるのか？という疑問もある。

Vさん：法人全体でコーディネーターの役割を作り、地域を作っていく。しかし多機関との連携作りは困難で、行政との連携が欠かせない。強力なリーダーシップがないと行政を含めた地域づくりは困

難。

Aさん：小さなケアマネは個別計画、大きなケアマネは地域づくり。ただ、お金の問題もある。

Dさん：主任相談支援専門員の養成がはじまったが、その働きはまだ未定。

Gさん：小さなケアマネは個別計画でいい。コーディネーターは小さなケアマネと大きなケアマネの両者を書き込む必要がある。

Jさん：両方の役割としてのケアマネが、地域包括システムにあります。医師会がしている中間型のケアマネの動きがあります。

司会者：やはり基幹型でしょうね。

Dさん：そうですね。

Aさん：大きなケアマネとなると場と人と制度の3つを動かす印象。二次医療圏で動くケアマネの設定が大切。市区町村で組むのは困難。小さなケアマネは相談支援専門員は個別でいい。大きなケアマネが地域診断していく、その上で個別の計画を小さなケアマネがするとしないと回らない。

司会者：地域支援できる支援者の人作りのプログラムが大切。コーディネーター研修プログラムも対象職種をある程度決めていくことも必要なようにも思います。その点についてはどうでしょう？

Eさん：受講対象者を決めていくということですね。

Eさん：相談支援専門員は小さなケアマネですね。中大は地域資源、判断は行政枠なるのでは？

司会者：個別の直接支援する小さなケアマネが対象と考えています。議論を少し変更し、事項書①に移ります。

①平成30年度県で実施された医療的ケア児等コーディネーター研修調査結果の説明資料1を見てください。13県の研修事業をまとめ、キーワードを抽出したものです。総論にいろいろな項目が入ってきている。医療でも大変細かい。医療的ケア児の項目は少なく、主に重症心身障害児者がテーマとなっていた。訪問看護の項目も多様。福祉の講義に疾患の解説がなされていたり、科目と内容が合致してない。

Bさん：各県の担当者からの研修依頼に合わせて講義の内容がさまざまになったのでしょうか。

司会者：研修の実施要項を決めていくことが重要。

Eさん：多くは重症心身障害児施設が研修を担当している。担当者の考えにより、内容が異なるのではないかとまた講師の医師の環境で異なる。

司会者：相談支援専門員のほとんどが重症心身障害児者をみているので、必要ですが、医療的ケアをどのように盛り込むか？

Aさん：研修会に参加して、医療的ケアの細かいことは不要と感じる。病態は医療者に聞けばいいと話している。喀痰吸引1.2.3号何が違う？小慢と障がい児手当で何が違う？など制度をきちんと読み込む講義が必要。

またICFで考えるので、環境を重視するヒントが重要。部屋の環境設定、コミュニケーションシステムの在り方が重要。

Fさん：混乱を整理したい。コーディネーターの役割で重要なことは、地域の資源、福祉を知ることが大きな目標になり、そのために何をするか？が研修項目にすべきと感じます。

司会者：もともと4日中、2日は支援者が一緒に学べる研修、残り2日はコーディネーターが学ぶプログラムになっていたんです。

Fさん：NICUから退院となるので、その支援者は多職種となるので、相談支援専門員は各職種の所属先、何をするかを知ることが重要。

Gさん：大切なポイントでも、そこは真ん中の役割なんです。

Fさん：最初から関わる相談支援専門員が対象ですよ。

Yさん：コーディネーターの顔の見える関係づくりを意識して、連携するためのカリキュラムを作っていたが時間がなく困っていた。コーディネーターはいろいろな方がチームで実践していくことを意識して、スーパーバイザー(全ての障がい福祉)を設定している。

~~~~~休憩~~~~~

②前回の議論を踏まえ、現状のプログラムの改善点

Gさん:相談支援専門員の上に医療的ケアコーディネーター(相談支援専門員中の医ケアのスペシャリスト)であり、その上にスーパーバイザーが体制整備していく。

Bさん:相談支援専門員が加算を取れる。その個別支援の中から体制整備につながる。

Aさん:スーパーバイザーは基幹型?それでは無理。二次医療圏でない。

Gさん:二次医療圏。

Bさん:現在の制度を理解すると、**相談支援専門員がキーとなる。委託相談事業所が中間型**となる。

Dさん:在宅の医療的ケア児の個別支援を議論することで、加算対象者は少ないのであまり議論にならない。

司会者:対象は、加算が取れる相談支援専門員で考えましょう。

Aさん:ある程度、国の方向性を示していくことが重要と思います。ただ、大きなケアマネはここでは議論しないでいいことは分かりましたが、大きな医療のネットワーク枠で考えるなど検討していくことも提示しないといけない。

Fさん:国の人材育成プログラムも走っていて、大きな枠はそこでしている。

Hさん:**相談支援専門員で医療的ケア特化した方はそんなに必要ない**でしょう。

Iさん:地域間格差がある。当時は施設も遠くいろいろ困ったが、重症児者の巡回相談ができ、だんだん繋がっていった。**相談支援専門員がそうした「繋ぐ」を意識してもらおうと助かります。**

Fさん:**NICUから出ると児と家族と地域を繋ぐのが相談支援専門員です。**そこで何を学んでほしいかを折り込む。

Jさん:基礎的研修として、研修を通して顔の見える関係づくり大切。それと医療的ケア児と関わる機会が必要。研修内容もいろいろで、講師も県内で賄うこともあれば、そうでないところもある。地域資源も地域格差があって、A県ではレスパイト関連も県内病院でまかなうなど工夫をしている。**今ある社会資源を有効に利用しながら、不足しているものを含め体制作り(地域診断含め)もできるように総論でいれるなど考えてほしい。**望ましい体制作りなど示されるといい。最後に、9月27日重症心身障害児学会のプログラムができましたので参加ください。

Mさん:一人ケアマネ的な人が多く、なかなか人材育成も困難。そういったことから医療的ケアスペシャリストが、土台から上がってくるのはいいも、一人では?お金にならないし、体制作りが体制。

Nさん:訪問看護ST所属相談支援専門員ではそれ相当の加算が付くことになっている。こうなると訪問看護STでやっていけばいいとなると医療となる。福祉でのSWがベター。医療的ケアに関わっている相談支援専門員がきちんと関われる評価(加算)がついていかないと本当の意味でできていかない。

Bさん:一人を雇っても加算がついても、**介護保険ケアマネと同じようなお金がもらえるように制度改正後**できてきている。そこを本プログラムで示すことも大切と感じます。

Aさん:医療的ケア児に「者」は入らないのでしょうか?

司会者:大半の県は18歳未満が中心である。

Kさん:児と者は切り取っていない。

Aさん:個人的には「者」は、使う制度で少し違うところもあるが、児も者も一緒に議論するといい。**地方に行くほど「者」の問題が多い。**

Iさん:等の問題をどう考えるか?医ケア児等で広くとっている。

Eさん:日本在宅事業連合学会で、者も考えるべきと議論されている。

Aさん:明確にすべき。者も入れるべきでしょう。基幹型の相談支援は50%程度、残りが少ないのは?行政に委託として資金をもらうなど必要でしょう。多くは委託型にもどされたり、指定にもどされたり、エース級がいなくなってきた。相談支援協会自体が経営的に問題になってきているのに、専門性を求める研修は課題ではないか?

報酬体制を見直すべき。また、制度論をきちんとすべき。医療的ケアは、知的障害がないのが重症心身障害児者と異なる。子ども子育て支援の一つとして考えるべき。そこは入れるべきでしょう。

司会者：児に者も入れて考えていくことでよろしいでしょうか？

皆さん：挙手され、承認。

司会者：教育というキーワードが少ないが、とても大切と考える。

Dさん：者を入れることに反対することはない。以前と比べると乳児が早期に帰る、待ったなしの時代となっている。その退院支援部門はしっかり押さえるべき。受講対象として、相談支援専門員が入っているが、ビジネスモデルとしても示すべき。

そういった意味で、障害児計画で相談する協議の場を設けることになったので、そうした専門員がどこに何人いるか？など県が提示すべき。また、地域でも相談支援専門員がいる事業所を示せるというのではないか？それが社会資源開発でなはいか？そこから二次医療圏に広がっていく。

Aさん：ビジネスモデルとして報酬改定も大切であるが、モニタリングなどの設定など工夫すべき。そこは大切に、頻回にモニタリングをすべきなど記載しては。

Lさん：支援者が不安で、支援者が安心してSWできる支援やマニュアル作りをしている。それは医療職にも共通認識してもらい、困りごとをお互い解決していくことをしている。コーディネーターとはなんですか？

司会者：個別の相談に乗る方でしょう。

Lさん：医療が高いと相談員の対応が難しく、医療職に聞いてとなる。そうするとコーディネーターが誰になるかな？と考えてしまう。

司会者：ライフステージ別にいろいろな職種が関わる。そこに医療職に聞くなどはあっていいも、医療的ケアに関わるのは医療職であってもそこに繋ぐかたでいい。

Cさん：ビジネスモデルの話は本事業ではないのか？活動に対する報酬は大切に、総論で書きこまないのか。日本医師会の動きなど、医療側も福祉側を理解していくことを考えていることを盛り込めるといいのではないか？一緒にやる感が伝わるといい。家に戻るための退院調整はMSWが行うが、引継ぎで相談支援専門員が重要となる。

Mさん：者の話は重要と考えている。B県では医療的ケア児・者として研修している。厚労省の障害児研修について総合支援事業には「者」は記載されていない。大本の厚労省の事項に者もないといけないと考える(希望)。

児者で研修を考えると受講対象者が異なってくる。相談支援専門員は4日参加して、受講修了書が得られるという理解でいいですね。

司会者：そうです。者が入ると就労、生活介護も入ってくる。者も含めた受講対象を考えることになると組みなおす必要もあるでしょう。修了書は相談支援専門員と考えています。

Nさん：支援体制のコマで、圏域ごとに平均的に受講者をとるように工夫している。後半はグループワークしている。そこには職種は問わず、チーム連携意識している。相談支援専門員だけにすると、〇A県では困るかな？

Gさん：支援者とコーディネーターが異なる。支援者は広く浅くとなり、別にすべきでは？コーディネーターとしていくべきでは。

Kさん：支援者の区切りが難しく、コーディネーター目的でいける。当市は支援者研修でしている。支援者とコーディネーター研修をセットにすると難しい。保健師さんが入ってしてもらえないといけないし、核となるのが訪問看護師さんの地域もある。そういった意味で、委託事業者さんと組むにあたり、明記いただきたい。

司会者：計画相談できる相談員を研修対象から外すべきではないということでしょうか？

Gさん：保健師さんでもいいのでは？そうしないと回らない地域もある。

Dさん：相談支援専門員は基礎研修を受けてくるので、基礎が異なるので、いいのか？計画相談したこともない方が本プログラムにしているのか？受講はいい。

Aさん：議論の場は多職種でしている。相談支援基礎研修を受けた相談支援専門員としつつも、



多職種も巻き込まないと議論にならない。主任相談支援専門員研修ができるが、受講対象を絞りすぎると研修受けなくなるのではないかと？

Iさん：4日間はとても大変。昨年受けても合わせてポイント制にする工夫もあっていい。単位取得制であってもいい。

司会者：対象者を広くすると、知識の差が大きくプログラムが困難。支援者さんが入るのは初日、2日目は入るのはOKとしてきた。

Gさん：介護保険では、異分野で、2つに分けるなど工夫してやったこともある。

司会者：別の研修と抱き合わせなど考えることが必要ということでしょうか？

いずれにせよ、今回の研修は絞った方がいい。

Aさん：そうすると本当に5年先に受講者がでてくるであろうか？何か縛りを課すか？

Dさん：4日目の研修が対象者を絞り込んでいることとなる。

Gさん：アセスメントも含め3日目から演習とするといい。

司会者：1.2日目は支援を含む支援者を対象とすることでいいですか？

皆さん：挙手にて承認

Bさん：3.4日目の演習は、計画を書くことが必要でしょうか？

Dさん：相談支援専門員は県研修で障がい者の計画立案ははしているが、児の支援計画の立案はしていないところも多々ある。そこは気になる。

司会者：繋ぐことを意識して、多職種でいいでしょうか？

Oさん：是非多職種であってほしい。

司会者：総論に子どもを入れる。

Aさん：ケース会議か？地域診断も入れるのか？

司会者：個別から地域をみていく。

Aさん：そうすると地域診断もしていく内容をいれるべき。

Bさん：4日目に個別計画を持ってきて議論することができるといい。

司会者：研修マップを入れるなど工夫しないといけないということですね。

Dさん：0歳も見れるとなると1.2日目に研修でいれておかないと。

Aさん：医療職と相談員の2名のチーム

Fさん：看護師

Pさん：相談員の質がばらつきー相談員だけでは困難 看護師との連携が大切。行政との関係構築もできる相談員

Qさん：直接支援はいいも、兄弟支援・家族支援がはいることが多いので、保健師との連携も大切。相談員はライフステージに長期に付き添うが、保健師は異動があり課題。

Dさん：相談員の所属が影響してくる。医ケア児等となると地域全体で財源があり委託がかかっているような所属先の相談員が大切。特に医療者との連携も大切で、その医療者の財源確保ができる行政的支援もないといけない。

Hさん：A県は関東でも社会資源が整備されていない。相談員の質がバラバラ。訪問看護師さんもNICUあがりの医療的ケアにも対応できる場所少ない。リハビリの必要性にも意識してくれる方がコーディネートしてくれると訪問看護師が大切と感じる。

Cさん：自立支援協議会を動かしてきたが、地域差が大きく、医師がアウトリーチ・歩み寄りが大切。

Rさん：行政として看護師、相談員が大切も、おそらくチーム(MSW含む)が大切と考えている。圏域ベースで設置し、無理な場合は助け合うコンサルテーションチームとして動くようなビジョンを持っている。

Mさん：現状では、コーディネーターの定義があいまい。相談とコーディネーターが求められる。

そういった面で、スーパーバイズチーム作りを多職種で作っていくことを考えている。しかし財源がないのが課題。

Sさん：普段、訪問PTとして関わるも、訪問看護師がコーディネーターとして中心的に役割を持って

いるのが、連携を含め大切。特に 医師の方針や家族説明の解釈をきちんとしてくれるし、介護職との連携も図る能力が高い。その後 他職種がすべきである。

Lさん：医療と福祉の知識が必要も、入り口はどちらでも一定スキルがあればいい。チームを作っていくことが大切。

Tさん：看護職は経験値、環境によって様々。看護師だけでは困難。

Oさん：行政にコーディネーター役を担うのが妥当であるのか？まずは医療的ケア児の実数・実態把握をすべき立場。保健所、相談委員、医療的知識を持つ療育者がキーパーソン。

Eさん：訪問看護師と相談員を適切。病院という組織が中心になるのは困難。一方で、地域社会資源開発ができる方も大切で、病院MSW—訪問看護師—相談員がいい。そこが孤立しないように、行政による支援が大切。

Uさん：決して医療職でないといけないとは思わない。人柄、信念が大切。福祉職でも十分できる。医療職の方の意識改革、スキルも大切。

Bさん：看護師も同職種支援の通訳が必要な場合もある。一般的にはSWと訪問看護師がアドバイザーとなりえる。うまくいかなかった場合を探ると、同じところに行きつく。すなわち、そのキーとなる方を進めていく。医療的ケア児コーディネーターの前に、障がいへの地域理解、環境整備が進めば、うまく進んでいく。

Fさん：コーディネーター研修70名済んだ。連携を大切にとらえ、相談員、保健師、訪問看護師に受講いただいている。地域・圏域でチームを作っていくことが大切も、受けた方の実践がうまくいっていない。相談員へのアドバイザーの育成と配置をしている。

やはり訪問看護師さんがキーパーソンとなってきている印象が強い。もう少し相談員の力、チーム力作りが大切。

Wさん：医療的ケア児の重症児ケアの看護実習が少ない。そこでe-learningを作成している。誰がすべきか？SWと看護師のペアはいいも、看護師が主体となることは経験、時間的に困難な印象であり、相談員が主体となり、チームを構築した方がいい。何をコーディネートするかでキーパーソンが異なるので、その調整と考える。

Iさん：特に職種にこだわらず、ソーシャルワークができる方が妥当。

Sさん：広域なので、看護師が主体は困難。やはり行政、保健師さんから関わっていただくのがいい。そこからチームを広げていく構想を持っている。

Jさん：フィンランド ネウボラを見学してきた。保健師さんが主体。資格を持った方がチームを組める人であればいい。全て知っていることははじめからない。長くすることで習得することがベター。以前の保健師と現状ではその働きが変わってくる。

議論を総括して以下の事項を共有した。

支援体制の整備しないコーディネートが動けない

チーム・連携を作る能力

訪問看護師、相談員、保健師、MSWの意見が多いことを認識できた

現在の研修を誰が受けているのかが不明

プログラムを作成する上で、誰をターゲットとするかを決めたいので挙手実施

訪問看護師：1名

保健師：2名

相談員：14名

MSW：0名

Gさん：相談員は医療と福祉の幅が大きい、相談員からは医療の知識を身に着けることが重要となろうが、医療職からすれば福祉知識を持てばいい。地域が決めることだろう。地域全体を作ることを考えるなら、はじまったばかりなので、相談員に看護職が入ってくる内容にすべきと思う。

Fさん：コーディネーターの知識がないと進まない。相談員はチームにいるのは当然。学ぶ人に退院支援の看護師が重要だと強く考える。

Eさん：地域で支援する医療者であるとする文化を育てること。

Wさん：日本小児看護学会でも議論している最中であり、看護師主体の内容は課題を感じる。

司会者：研修は4日、そのうち2日はチーム研修を組み立てる。支援体制整備の研修会をコーディネーター研修と一緒にすべきか？

Aさん：本人を中心とするチームを作るなら相談支援専門員研修ですむ。力不足の相談員あるいは力があっても相談員によせるチームがないことが課題。後者の相談員が寄せる力を習得すること、医療的ケア児の定義・段階的支援が異なるし、社会的に育てる支援を学ぶものにしないといけない。

医療的ケア児本人中心に時間軸で支える内容が分かれば、うまくいくのではないかと考える。

Dさん：研修体系を考慮して、子どもも大人も見れる。時間軸をおっていけるのは相談員である。ただ、どの程度の人数の相談員を育てるのかも含め考えるといい。

Uさん：所属している組織でも在宅制度を知らないとうまく動かない。

Bさん：診療報酬の改定が大切。相談支援専門員の活動も保障される体制も考えるべき。

14:40

司会者：power-point資料に基づく説明

コーディネーターに関わる課題について意見交換提案。

Bさん：退院前カンファにヘルパーが出てこない。訪問看護師が支援に入る支給がでている地域もあり、ヘルパーが関わってこない。そうすると相談員も紹介しない。

Qさん：3号研修。個別支援で訪問看護師が入って、指導看護師がはり、それからヘルパーさんが関わる。この時間軸がヘルパーさんが関わりづらい。

司会者：環境整備・制度整備がカギということですね。

Eさん：繋がりを大切にして、戦わない。チームの役割を明確にし、各職種がオーバーラップして認識しながらいくこと。

司会者：見える化が大切で、共通書式があってもいいのではないかな？アセスメント表を提案。あくまで例であるものの、相談員のアドバイザー育成研修で作成した。こうした共有用紙を利用していくことで連携の仕組みづくりなるのでは？こうしたアセスメントシートの利用についてのご意見は？

Wさん：地域でライフサポートファイル的なものがあるが、その利用は？

司会者：ライフサポートファイル書式は様々で、医療的ケアに特化したものが必要と考える。

Bさん：担当者が明確に分かるようにする意味で、こうしたものは大切。

Aさん：専門性により何を伝えるかが不明になりやすい。そういった意味で、医療的ケア児のアセスメント表はいい。

Eさん：内容が難しすぎないこと。何が困っているのか？が明確になるものになっているのか？

司会者：まずは相談員が子どもの身体機能と発達を評価できた上で、家族生活を支える内容で考えている。

Dさん：各論的アプローチになると、細くなる。そこで相談員として最低限見逃さない項目を提示するスケールは重要と考える。

Pさん：方向性を示すことは大切。アセスメントシートを基に議論できるようになるといい。

Uさん：基本のひな型は賛成。

Gさん：資料2のアセスメントシートはICFをベースにしながらししている特徴がある。環境因子は一次的にはいいが、地域の環境因子を次にアセスメントしていくことが重要です。

Aさん：医療的ケアの部分が必要。ビジュアル的な書き込みができるのとよりいい。使用しているサービス、本来入るべきサービス、家族の状況、それを含めて日案週案を作成していく。そうするとこの地域にはなにになにがないと明確になる。4種類のシートがいる。

Bさん：見通しシートを追加すると分かりやすい。

Uさん：本人と家族のニーズを基本。

Hさん：サポートファイルが根付かなかった。それを踏まえてアセスメントシートの利用の仕方については検討が必要

Dさん：活用シートはよくない。学ぶべきシートとして、最終は地域で活用シートを作成すべき。子どもと家族のニーズをしっかりと聞き取り実践するのは、相談員の研修ですべきである。

Eさん：移行期支援を通して感じることは、うまくいかない背景を理解していくことが大切。特に子どもや家族が付いてこない場合もある。支援者側の支援の方法も考慮していくべき。

司会者：Gさんのいう物語を聞く姿勢が重要。

Dさん：ライフヒストリーを聞ける関係構築がきちんとできる研修が標準化されているか？を確認してみる必要がある。

Cさん：医療的ケアの相談員のコアとなるアセスメントシートという認識でいいですね。

司会者：その方向性で考えている。発達、小児がんというものも全ての状態像で活用できるかどうかは現状では未定です。

Bさん：ケアマネは医療をしっかり勉強する。子どもに関わる研修では、医療制度（診療情報提供書など）を学ぶ研修内容入れてほしい。

Lさん：基本賛成。項目は考える余地ある。3号研修含め分かる項目を入れていく。

医療的ケア行為を医行為と生活支援など3つに分ける。

Sさん：ケアマネはシートがある。そういった面でも本アセスメントシートはとて面白い。

Mさん：コーディネーターも利用できるより充実したアセスメントシートにするのも一手。

Vさん：これをどう利用するか？という視点も大切。

Qさん：項目をもっと考える必要はある。

Aさん：困っていることをあげるだけでなく、シートを使って展開できるガイドラインまでできるといい。

Fさん：このシートではコーディネーターはできない。その項目を入れるべき。

Iさん：とても練られている。子どもが何を望んでいるか理解できる研修にしてほしい。

Jさん：利用にあたり、頭を組み立て（思考）の流れが分かりやすくなるといい。

Uさん：研修シートにはとてもいい。

Eさん：この項目は誰に聞けばいいの？ということ意識すればチーム作りとなるでしょう。

Oさん：保育所の利用などでシートを利用したことはある。医療的ケア児の状態像の把握には向いている。このシートとコーディネーターの役割がもっと具体的になるといい。

Tさん：とても大事と考えます。

Zさん：正直ICF概念は医師にも病院看護師にもない。ICF概念がなくても、こうした思考で地域に繋げていくことはとても重要であり、医療的ケア児の8割方はNICUなど病院から帰るのでこのシート使用はいいです。

Zさん：学校支援も含めこうしたシートの意義は高い。今後こういったものの利用は進めていきたい。

Kさん：学校も大切ですが、保育園・保育所の担当官にも出席してきてほしい。

Eさん：もっと現場の方が大切。そういった視点でシート作成していくが重要。

安全についても議論されるべき。

司会者：医療安全も項目をいっていきます。長時間がりがとうございました。

では本日は解散とします。



## 資料 2

### 第三回谷口班 有識者会議議事録

日時：2019年8月18日(日)13:00～16:30

場所：ファーストビル八重洲 5階会議室

【議題別議論】\*赤字箇所は、大塚班でテキストに盛り込むべき要素と判断した箇所

司会者：谷口

8月8日 大塚班立ち上げて 大塚班で検討した内容を概説

(8月18日次第と検討内容 配布資料参照)

コーディネーターに期待される行動など議論整理した

タイムリー強調

支援計画一事業所で立てるものとは異なる

地域をつなぎ耕す一こどもの状況を踏まえて暮らしと制度をつなぐ

資料1)～3)について

Aさん：医療的ケア児の特徴を踏まえていくことはとてもいい

Bさん：特段なし

Dさん：NICUの視点は？

Cさん：コーディネーターと医療職の役割を明確化されていると理解

Eさん：1枚目の保護者と地域をつなぐに「こども本人」と保護者と地域をつなぐなど 本人も入れた方がいい。

Fさん：つなぐ、多職種連携 というキーワード大切

：1枚の地域を耕すの「地域の関係者全体をつなぐ」に地域の「自立支援協議会など」と自立支援協議会をいれてほしい

Gさん：2枚目の1.の専門的をより具体的に

3枚目のコーディネーターの役割 2.の「つなぐ」の前に 対象化の明確化が必要ではないか？

Hさん：特になし

Iさん：各ライフステージが分かりにくい 3枚目の2を各ライフステージを明確化

Oさん：つなぐ だけが役割ではない??? 英語でコネクションでも形整備ではない

「チームを作る」ということが大切。コーディネーターが行政とも交渉するすべを持てるといいし、大切。

急性期病院の医師は生活を見据えることが困難なので コーディネーターが対等な立場がいい。

Jさん：コーディネーターの役割が分かりやすくなった。3枚目の医療職の役割に 急性期と慢性期の病院・施設の間をつなぐにあるといい。医療職が地域とつなぐことを意識できると思う。

司会者：同職種間の連携を担うこと

Kさん：つなぐ、耕すはとてもいい。医療過疎地域は出産も困難で、「つながり」がとても安心となる。そういった面でも とても大切。

司会者：共助という視点ですね。

Lさん：当市の相談支援専門員は退院時に両親の思いがおいっていないと判断した場合、病院から帰る前に 少し待ったをかけたりにできる。人工呼吸器のお子さんの親御さんは仕事の選択、就学  
の選択などにも相談支援専門員が同席するなど工夫している。車椅子の作成に相談支援専門員  
が関わると助かるが、相談支援専門員が福祉用具のアセスメントに関わることの認識がない。保健  
師さんも重要も異動が多いものの、その保健師を継続してつなぐなども相談支援専門員の役割。医  
師同士の繋ぎもしている。特に学校との連携は困難感があるが、校長との関係を相談支援専門員  
が担ってもある。

「つなぐ」だけでは できる方には理解できるも、根回しなどふくめつないでいくことが大切でしょう。

Jさん： 新生児科では、医師が抱え込む方が多く、往診医やコーディネーターを拒否されることもあ

り 医師が変わらないと。

Gさん: 専門的が 少しあいまい(医療、教育などの境が不明瞭)

Nさん?: Nさんにもコーディネーターがいるとしているが、実際どうかな?と見直しているが、とてもいいと思うもののどれとどれをつなぐのか?また、枠組みにある「地域」はどこを指すのか?圏域?中核病院のある地域?など いろいろある。実態との整合性が課題と感じる。

司会者:これがピタッとする地域はないかもしれないが、これから。地域の概念は重要である。地域は各市町村で考えていく必要があるでしょう。都市部と地方で異なるのは当然なので、注釈を入れていくこととする。

Mさん:各ライフステージを繋ぐのステージ間の移行が分かりづらい。子どもにとってももの移行とはなにを意味するのか?「耕す」の意味も分かりづらい。役割分担の明確化が重要。またタイムリーといっても どう実現するのか?とを感じる。

地域のリソースを共有して、役割分担を明確化が大切。

医療職の役割も 児の状態変化に敏感になるべきで、感受性が大切。育つことを念頭にして、移行していくことをしっかり考えていくのが医療者の責任。病院から地域移行や小児から成人への移行も見据えて配慮が医療者にかけている。これが小児から成人への移行ができていない原因である。

Jさん: ここまでは問題ないです。

司会者:本日の議論を基に大塚班でも検討し修正、加筆して分かりやすく整理していく  
特に 医療職の役割に 経済的支援についても加える。

^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^

共同研究者 B:

「医療的ケア児等コーディネーターに必要な基礎的知識の可視化及び研修プログラム確立についての研究」の資料を基に概説される。

相談支援専門員の専門性やソーシャルワークについて説明

発達支援一つなげる支援、家族支援一子育て支援、地域支援一耕す支援

ソーシャルワークの定義も不明確

合理的配慮(ICFモデル活用)一社会的障壁を取り除き環境を整える

リーダーシップ

Jさん: 共同研究者 B 本気になるとうそいすごいですね。テキストに落とすとどうなるか?

本人と家族のノーマライゼーションとなると 同等に大変。母親が復職するのが当然とするケアプランとそうでないとケアプランは全く違う。

相談支援専門員は病態をあまり知らなくていいと思う。テキストを医学書のような内容にすることは不要。むしろ児と家族支援で工夫した相談支援専門員のプランをコラム的に入れるなど工夫が必要。医療的ケア児の捉え方は病態別ではない。知的障がいの有無、残された予後短いか長い 4つの軸で考えてみるのが重要ではないか?

司会者:医療的ケア児の状態像の研究も走っているので、本研究ではこうした状態像で落とし込んでいく。

Jさん:知的障害ははずせないでしょう。

司会者:必要ですね。

Jさん:親の就労支援も必ず入れることは大切。

司会者:それも大切ですね。アセスメントシートに入れることします。

Xさん:6 ページの疾患について。医師にかかっている方はいいですが、内部障がい移植患者など脆弱なお子さんの場合などで内服薬のみの方も医療的ケアでマネジメントしないといけない?計画に持っていくことが重要。

Jさん:自閉症などみれる重症心身障害児施設はないですし、発達障害がある子どもの成人への移行が大切。今回のテキスト作成においても、成人に以降も書き切るか?などで書ける医師が担うの

か？そこはどうでしょう。

O さん：スーパーコーディネーターはいないので、方向性が示せるといい。

〇〇さん：先天性心疾患の A 県の B 先生は成人移行の方にも関わっているのでそうした状態像をしている。がんもどうでしょうか？

O さん：小児科学会でも検討中です。小児循環器学会は成人の状態像をまとめているのは確か。

司会者：コラムでいろいろな状態像を入れていくのでどうでしょうか？

脆弱なお子さんは今回 困難でしょうかね？

C さん：演習でどうかな？基本の入り口は作り、演習内で必要なら改訂時にそれを入れていくのがいいのでは？

Y さん：よくわかるが、**気づきを促す演習内容は是非入れて欲しい。**

C さん：6 ページの疾患群は 演習テーマの疾患があがっているので、それでいいのでは？とも考える。

司会者：J さんの御指摘のように 家族支援も入れていくことが重要と考える。

^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^ 休憩 ^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^

司会者：資料 3 ページ目から概説 社会制度を中心に。

研修プログラムは はじめに総論は 参加者が事前に勉強して参加して、事例検討したい。

L さん：ケアマネの書き方に 給付管理だけでなく、インフォーマルな活動もしている。民生委員などとの連携など。介護保険と医療保険でケアマネの熱意が変わるかたもありますが、多職種（往診医、訪問看護、訪問歯科、訪問薬剤など）との連携が描けるべき。

C さん：制度だけでなく対象者も入れるといい。障害児であれば 18 歳未満となるなどいろいろ区別できる。

J さん：発達を学ぶ研修がないのか？

共同研究者 B：現在はない。

司会者：相談支援専門員は必須でなく任意である。

C さん：分野別など、0～100 歳と協議会の資料があった。

M さん：コア人材育成事業の梶原先生の資料ですね。承知しました。

O さん：**小慢の医療以外に福祉的な手当など 自治体で異なる。その点もどうすべき？**

C さん：**地域生活支援事業は市町村で整えていかないといけない。**

司会者：地域で特徴的な支援は 色別けしたり注釈を加える。

N さん：3 ページ目 2 の相違点で、医療的ケア児等コーディネーターにタイムリーや個別支援チームはケアマネでもしているので相違でしょうか？

司会者：タイムリーの定義があるのでですね。居宅にいて相談にのる。を入れる。

共同研究者 B：医療的ケアに特化した等が必要。

I さん：**医療的ケアの協議会などにも参加するなどの言葉**も入れてほしい。

M さん：タイムリーには どころ連携するか？も明確にする。家にいくことがタイムリーではないでしょう。行動役割がタイムリーでないといけない。

共同研究者 B：役割に行政的に支援・指導を入れていいのか？

共同研究者 B：他の職種より専門性が少し高いことから差異を入れるとすると やりやすい。

N さん：**それほど対象者がいないなかで、研修を受けていない専門員が計画を立てることがあるので、実態の合うかが？**ですね。

J さん：異なるのは制度ですかね。要件や子育て支援など入れないといけないのでは？

**制度をまたいで動く役割をイメージすべき。**

共同研究者 B：計画は自由市場となっているので、そこは違うことも書かないといけないか？

司会者：テキストのはじめに入れるといいですね。

E さん：者が抜ける。重心の成人は抜けてしまわないか？役割＝定義となると行政としては疑問であ

る。

司会者：成人となると プログラム上 時間的に困難。やはり 20 歳ころまでコーディネートしていくことをイメージしている。そこは押さえないといけないと考える。

L さん：実際は呼吸器のお子さんが 30 歳代になっている。介護保険直前までいれてはどうか？

K さん：是非 30 歳代までは入れるのがいい。

共同研究者 E：症例についての選考理由を説明。30 歳代まで入れることは可能と思います。

共同研究者 B：疾患名では状態像でいれるといいですね。

共同研究者 E：そのように考えています。

J さん：医療度の高い子どもだけでなく、気管切開を閉じても知的障がいがあるこの将来像もとても大変ですね。そこも描けるといいです。

司会者：重症心身障害児の部分も医師と相談していく。循環器など他にもいろいろな疾患がありますよね。そこはどうでしょう？

M さん：どういったオプションをいれるといいのか？その視点が知りたい。

共同研究者 E：どんな演習をしたいかを共同研究者 E 班にいただくことが大切ですね。そこを頂き共同研究者 E 班で描くのがいいでしょうね。

司会者：各演題に対して チームメンバーができることを目指す予定です。

事例検討いろいろあり

司会者：医師は状態像を基本書いて、それをみて相談支援専門員が考え追加して書いていく方向。各症例に家族の状態像を指定し、医師が状態像を書くこととする。

希望状態像の意見 以下：

1. NICU： 若い及び高齢者の両親
2. 気管軟化：きょうだい 2 名いて 3 人目、両親は普通、就学決定とその後も見据える
3. 神経筋疾患：親も同じ疾患、知的障がいのあるお子さん
4. 染色体： 18トリソミー 看取りではなく重症度が高い  
亡くなるのは分かっている 育休が切れる 母が仕事に戻りたいが、  
児につきそいたい 施設に預ける？悩む ホームヘルパーの課題
5. 中途障がい：高次脳障害とし、シングルマザー 虐待については今回は省くも 虐待予防の視点を描く

司会者： 11 月 16 日—17 日でプログラム実施。有識者会議参加者と C さんから日本相談支援専門員協会、都道府県等に呼びかける予定。交通費は自己負担。

人数は県各 2 名までとして 40 名までとする。1 グループ 4 名とし 10G 案。

県と日本相談支援専門員協会から声かけする予定。

プログラム形成評価について必要な内容に限定するので、1 日は座学、2 日は演習予定。

10 月末に 3 事例はスライド完成とする。

1 日目 NICU から低酸素性虚血性脳症で人工呼吸器事例

2 日目 中途障がい 交通事故 高次脳機能障害、シングルマザー事例

3 日目 小児がん 脳腫瘍で学童の年単位の緩和事例

タイムコース：

・医療用語の項目：8 月 27 日までに皆さんからメールで応募

・11 月の演習 3 例の資料

医師は 9 月末までにスライド提出

相談支援専門員を交えて 10 月 2 日に上智大学で医師以外の委員で議論。

・全てのテキスト用資料(スライド、原稿)12 月末提出

資料 3 医療的ケア児等コーディネーター研修テキストの内容

表 1. 医療的ケア児等コーディネーター研修テキストの内容

| 章・連番  | 大項目                        | 中項目                                                      |
|-------|----------------------------|----------------------------------------------------------|
| 1-1   | はじめに 1                     | テキスト改定の背景及びコーディネーターに期待すること                               |
|       |                            | 医療的ケア児等コーディネーターに期待すること<br>新生児・小児医療の視点から                  |
|       |                            | テキスト改訂に寄せて                                               |
| 1-2   | はじめに 2                     | 研修担当者の皆様へ:実践できる人材を育成するための研修<br>開催に必要な準備及び要点              |
| 2-1   | 総論 1                       | 医療的ケア児等コーディネーターの役割・期待される行動                               |
| 2-2   | 総論 2                       | 子どもの状態像                                                  |
| 2-3   | 総論 3                       | 家族の心情の理解                                                 |
| 2-4   | 総論 4                       | 地域支援体制整備の要点                                              |
| 2-5   | 総論 5                       | 県における小児医療体制の基本的概念                                        |
| 2-6   | 総論 6                       | 発達・家族支援のためのトータルプランと個別支援計画・多職<br>種連携との関係                  |
| 3-1   | アセスメントの<br>基本 1            | 医療的ケア児等コーディネーター基本的なアセスメントの視点                             |
| 3-2   | 児の安全を考<br>慮したアセス<br>メントの視点 | 医療的ケア児等コーディネーターが知っておくべき医療安全管<br>理の基本及びリスクコミュニケーション       |
| 3-3   | アセスメント応<br>用編              | 児・家族の状況に応じたアセスメントの視点の概要                                  |
| 4-1-0 | ICF の基本                    | ICF で考える医ケア児等の成長・発達、社会参加                                 |
| 4-1-1 | ICF2                       | 医ケア児等の育ちを支援する                                            |
| 4-1-2 | ICF3                       | I 身体機能と構造 - 2 ①よく出会う医ケア児等の発達の特徴<br>②運動発達と感覚の関係性 ③生活体験と遊び |
| 4-1-3 | ICF4                       | I 身体機能と構造 - 口腔内を整える                                      |
| 4-2-2 | ICF5                       | II 活動、参加を育む - 1 教育からの支援                                  |
| 4-2-3 | ICF6                       | II 活動、参加を育む - 2 福祉職の視点からの医ケア児等への<br>合理的配慮                |
| 4-2-4 | ICF7                       | II 活動、参加を育む - 3 就労支援 ①                                   |
| 4-2-5 | ICF8                       | II 活動、参加を育む - 3 就労支援の実際 ②                                |



|       |                         |                                                  |
|-------|-------------------------|--------------------------------------------------|
| 4-3-0 | ICF9                    | 医療的ケア児等コミュニケーションを支援する                            |
| 4-3-1 | ICF10                   | 活用できる主たる医療保険制度<br>(医療的ケア児が生き抜くために必要な制度 医療制度を中心に) |
| 4-3-2 | ICF11                   | Ⅲ身体機能・構造・活動・参加を支える制度資源                           |
| 4-4-1 | ICF12                   | Ⅳ環境を整える－1 家族支援・虐待及びようたいきょう(児相扱い)・権利擁護・活用可能な制度    |
| 4-4-2 | ICF13                   | Ⅳ環境を整える－2 母親の就労・困窮者支援                            |
| 4-4-3 | ICF14                   | Ⅳ環境を整える－3 知っておきたい医ケア児等の多職種連携                     |
| 5-①   | 地域でよく出会う医ケア児等の状態像と留意点 1 | NICU 疾患                                          |
| 5-②   | 状態像と留意点 2               | 神経筋疾患:(多課題家族への支援)                                |
| 5-③   | 状態像と留意点 3               | 呼吸器・循環器                                          |
| 5-④   | 状態像と留意点 4               | 染色体異常(死なない)、小児がん(緩和ケア)<br>(看取りへの支援)              |
| 5-⑤   | 状態像と留意点 5               | 中途障がい・虐待:(暮らしの再構築を中心とした家族支援)                     |
| 6-1   | 知っておきたい医療用語 1           | 重症心身障害児者                                         |
| 6-2   | 医療用語 2                  | 医療的ケア児                                           |
| 6-3   | 医療用語 3                  | 脳性まひ                                             |
| 6-4   | 医療用語 4                  | てんかん                                             |
| 6-5   | 医療用語 5                  | 医療的ケア内容別／医療デバイス                                  |
| 6-6   | 医療用語 6                  | 気管切開                                             |
| 6-7   | 医療用語 7                  | 人工呼吸器                                            |
| 6-8   | 医療用語 8                  | 排痰補助装置                                           |
| 6-9   | 医療用語 9                  | 栄養・経鼻胃瘻腸瘻・IVH                                    |
| 6-10  | 医療用語 10                 | 導尿                                               |
| 6-11  | 医療用語 11                 | 人工肛門                                             |

|      |         |                   |
|------|---------|-------------------|
| 6-12 | 医療用語 12 | 腹膜透析              |
| 6-14 | 医療用語 14 | スキンケア(胃瘻、褥瘡)      |
| 6-15 | 医療用語 15 | 筋緊張—ボトックス ITB     |
| 6-16 | 医療用語 16 | ターミナルケア(終末期)、緩和ケア |
| 6-17 | 医療用語 17 | バイタルチェック          |
| 6-18 | 医療用語 18 | 災害時対応策            |
| 6-19 | 医療用語 19 | 移行期医療             |

資料4. 研修プログラム(案) 評価資料

表1. 研修1日目のタイムスケジュール・内容

| 予定時間                   | 研修科目 内容                                                                 |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 9:30~10:20<br>(10分休憩9) | オリエンテーション                                                               |
| 10:30~11:40<br>(70分)   | 講義)<br>A:医療的ケア児等コーディネーターに期待される役割及び行動<br>B:ICFを活用した支援の考え方<br>講師:上智大学:大塚晃 |
| 休憩(10分)                |                                                                         |
| 11:50~12:40            | (講義)<br>C:県における小児医療体制の基本的概念<br>講師:三重大学小児科 岩本彰太郎                         |
| 休憩(60分)                |                                                                         |
| 13:40~16:10            | (講義)<br>D:医療的ケア児等の成長と発達の支援<br>(ICFを活用した支援)<br>講師:D-①戸枝陽基氏<br>D-②遠山裕湖氏   |
| 休憩(10分)                |                                                                         |
| 16:20~17:30            | (講義)<br>E:医療安全<br>講師:谷口由紀子                                              |

表2. 研修2日目のタイムスケジュール・内容

| 予定時間                    | 研修科目 内容                                                                                          |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 9:00                    | 受付                                                                                               |
| 9:30~11:30<br>(途中休憩10分) | (講義)<br>F:医療的ケア児等コーディネーターとしてのアセスメントの視点<br>(講師:橋詰正氏)                                              |
| 昼休憩(90分)                |                                                                                                  |
| 13:00~16:20             | G:意見交換(参加者間の研修・プログラムに対する)<br>E:演習(グループワーク)<br>支援計画立案演習<br>(コーディネーターとしての支援計画)<br>(ファシリテーター:戸枝陽基氏) |
| 休憩(60分)                 |                                                                                                  |
| 16:30~17:00             | アンケート回答<br>終了                                                                                    |



## 1. プログラム形成評価結果 (n=31)

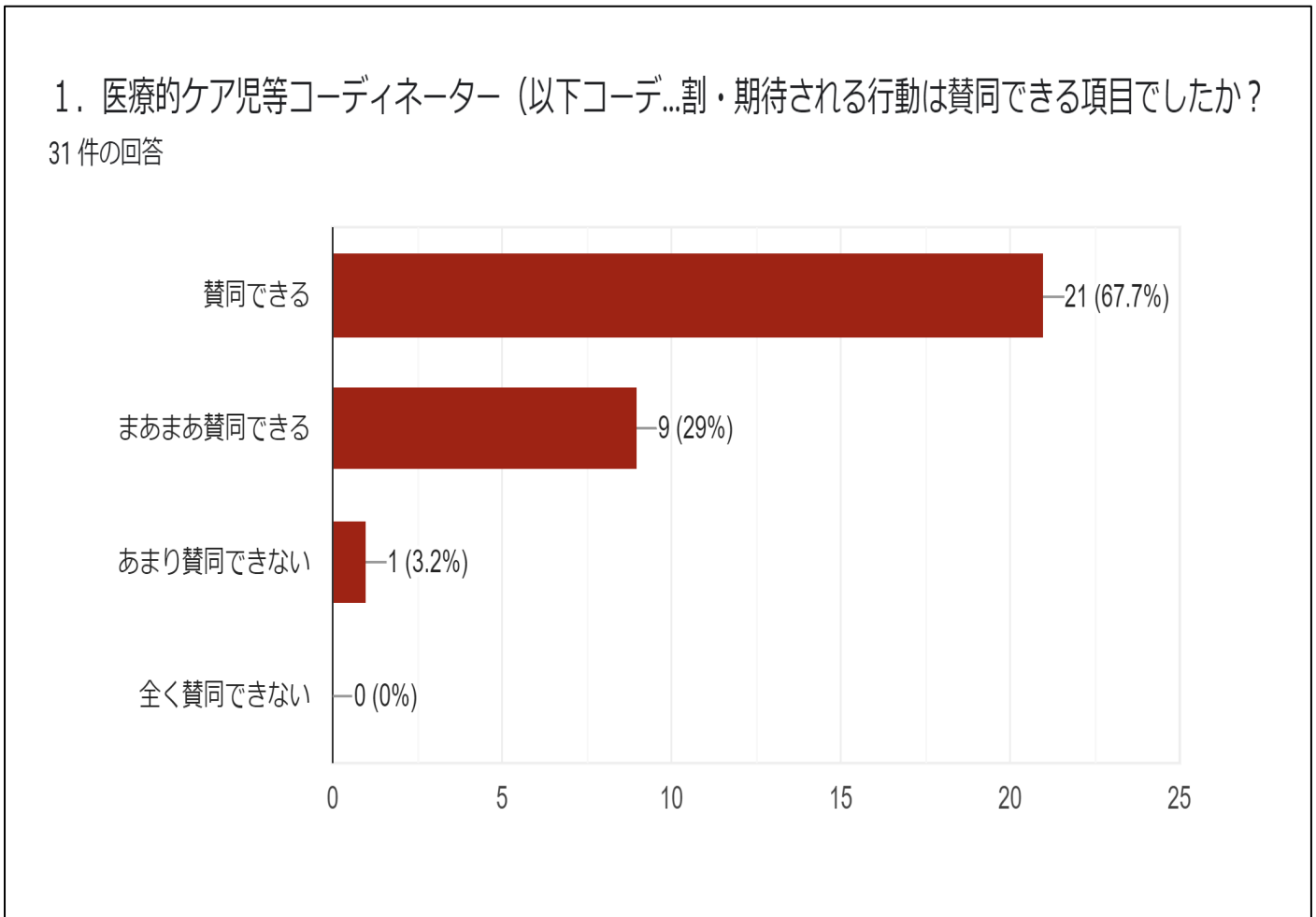


図1. コーディネーター研修(案)Google フォームで実施したプログラム形成評価結果1

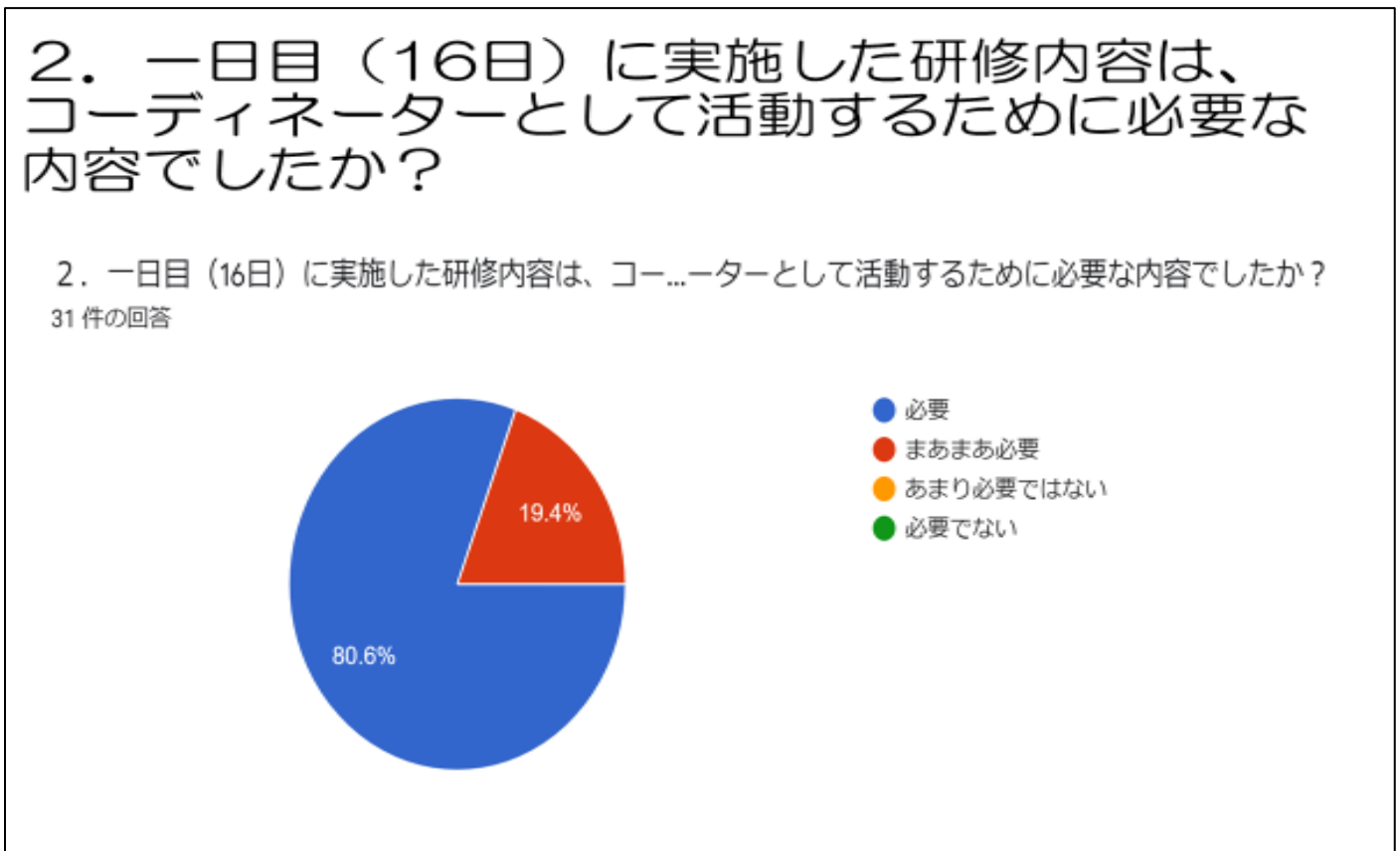


図2. コーディネーター研修(案)Google フォームで実施したプログラム形成評価結果2

### 3. 研修は一コマ、70分の設定で構成しました。授業の長さは妥当でしたか？

31件の回答

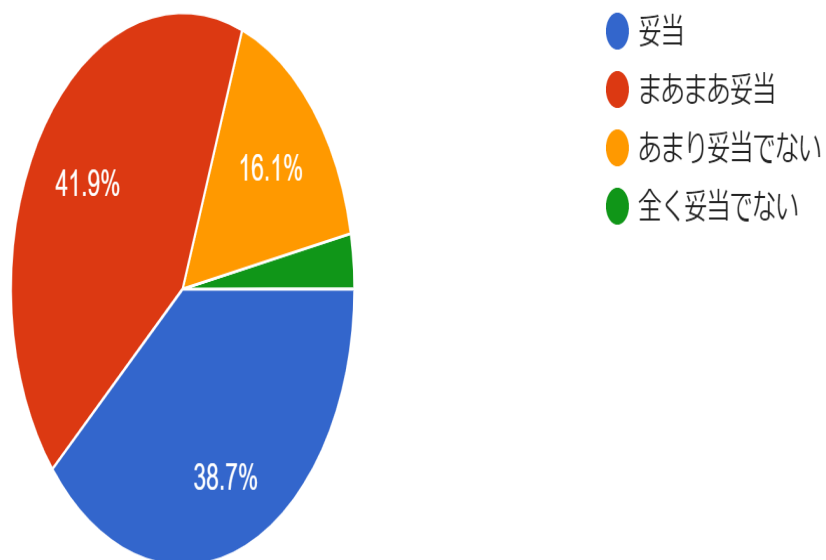


図 3. コーディネーター研修(案)Google フォームで実施したプログラム形成評価結果 3

### 6. 成長・発達についての講義は、コーディネーターに必要な内容と感じましたか？

31件の回答

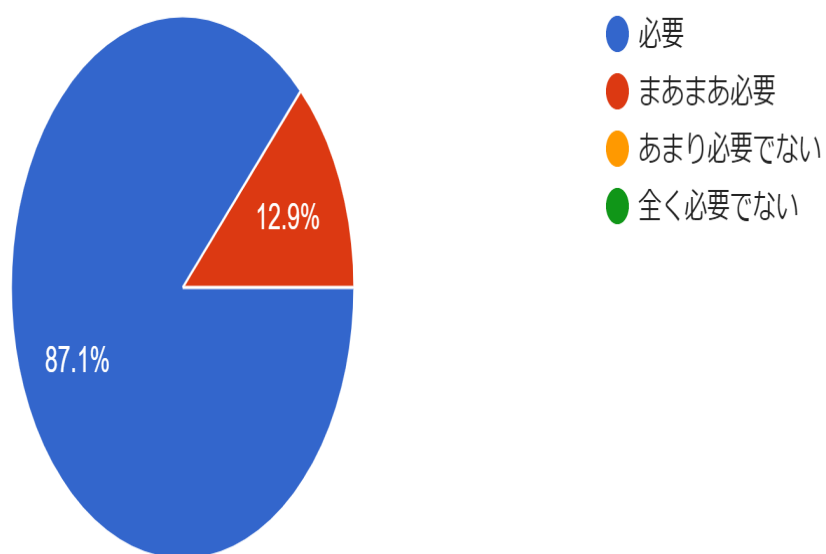


図 4. コーディネーター研修(案)Google フォームで実施したプログラム形成評価結果 4

## 7. 医療安全についての用語は理解できましたか

31件の回答

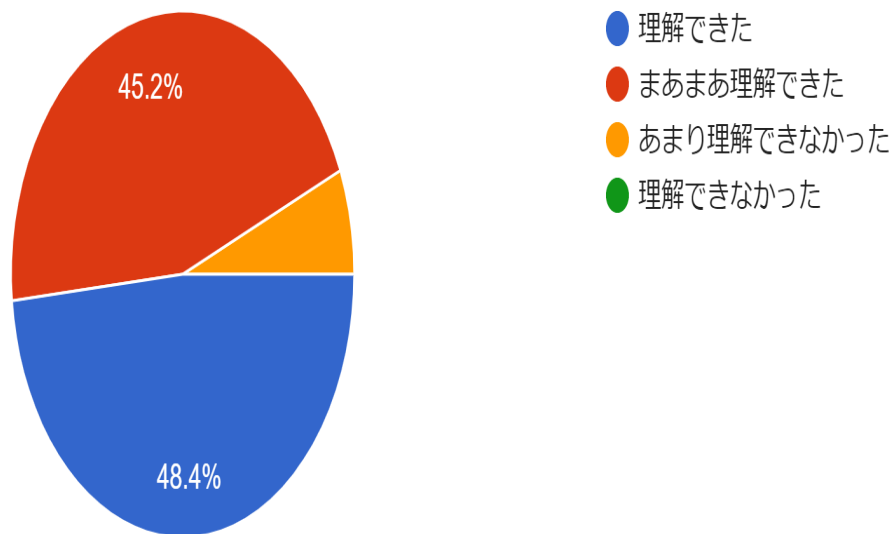


図5. コーディネーター研修(案)Google フォームで実施したプログラム形成評価結果5

## 10. 医療的ケア児等への成長と発達の支援(遠山)について、内容は実践に活用できそうですか?

31件の回答

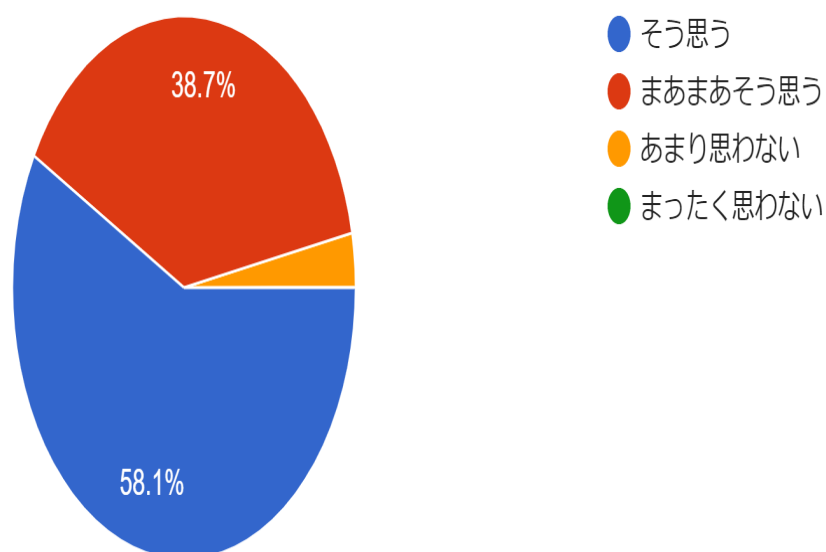


図6. コーディネーター研修(案)Google フォームで実施したプログラム形成評価結果6

# 児のアセスメントの視点



図7. 研修で提示したコーディネーターが活用する4つのアセスメントの視点(全体像)

| 心身機能<br>身体構造<br>(姿勢・運動) | 活動<br>(日常生活)      | 心身機能<br>身体構造<br>(生命維持) |
|-------------------------|-------------------|------------------------|
| <b>A-1 (身体機能・構造)</b>    | <b>A-2 (生活行動)</b> | <b>A-3 (医ケアの状況)</b>    |
| ①麻痺の有無                  | ①洗身               | ①点滴の管理                 |
| ②関節の動く範囲の制限             | ②食事摂取             | ②中心静脈栄養                |
| ③寝返り                    | ③飲水               | ③透析                    |
| ④起き上がり                  | ④排尿               | ④人工肛門                  |
| ⑤座位保持                   | ⑤排便               | ⑤酸素療法                  |
| ⑥両足での立位保持               | ⑥清潔               | ⑥レスピレーター<br>(人工呼吸器)    |
| ⑦歩行                     | ⑦衣服の着脱            | ⑦気管切開                  |
| ⑧移乗                     | ⑧薬の服薬             | ⑧痛みの看護                 |
| ⑨移動                     | ⑨金銭管理             | ⑨経管栄養<br>(経鼻・胃ろう)      |
| ⑩立ち上がり                  | ⑩電話の利用            | ⑩導尿                    |
| ⑪片足での立位保持               | ⑪調理               | ⑪腹膜透析                  |
| ⑫嚥下機能                   | ⑫食事の配膳・下膳         |                        |
| ⑬視力                     | ⑬掃除(整理整頓を含む)      |                        |
| ⑭聴力                     | ⑭洗濯               |                        |
| ⑮てんかん発作                 | ⑮入浴の準備と後片付け       |                        |
|                         | ⑯買い物              |                        |
|                         | ⑰交通手段の利用          |                        |
| <b>子どもの特徴を捉える項目</b>     |                   |                        |

図8. コーディネーターが活用する4つのアセスメントの視点(身体的医療的ケアの側面)

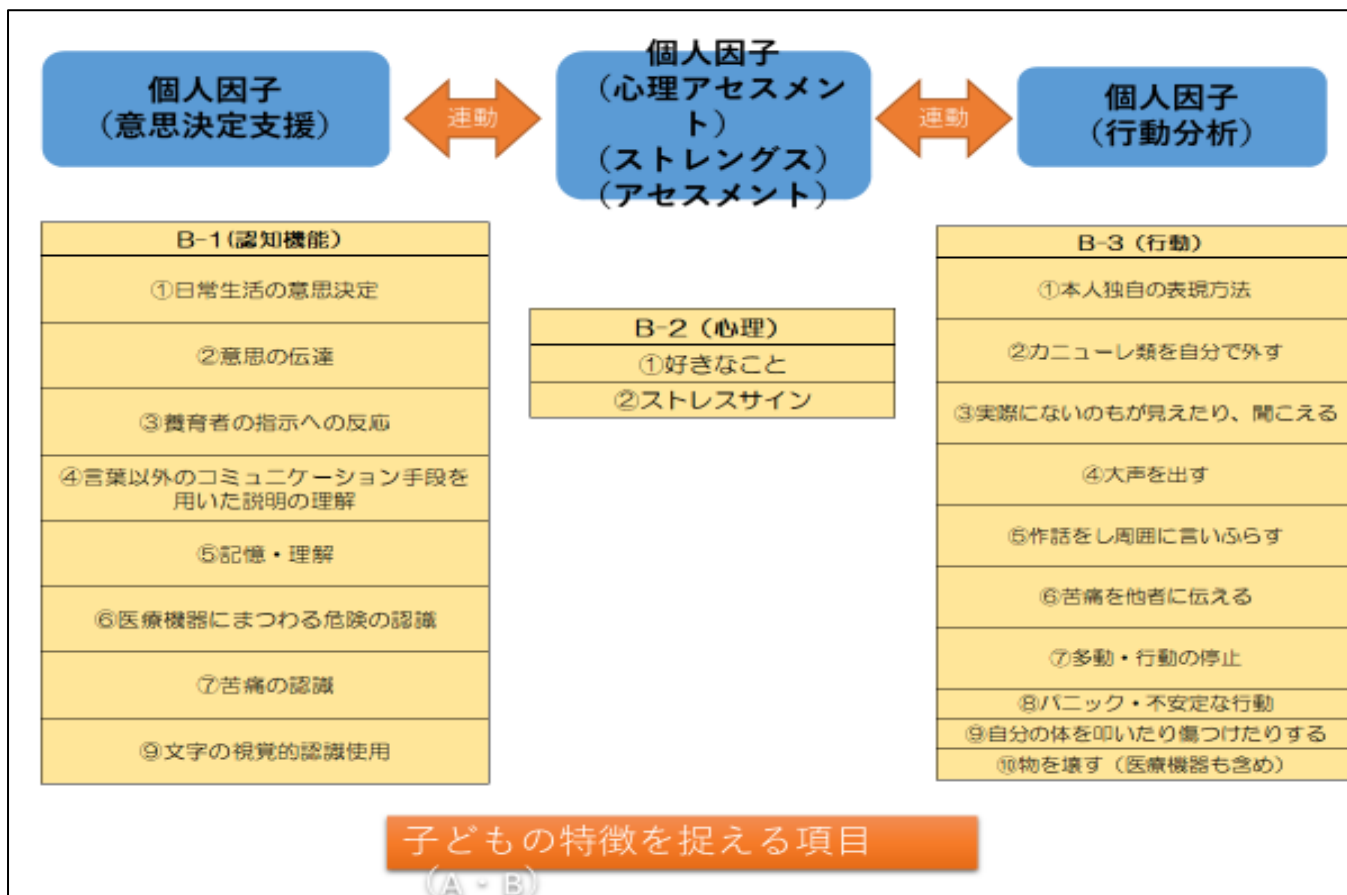


図9. コーディネーターが活用する4つのアセスメントの視点(認知・心理面)



図10. コーディネーターが活用する4つのアセスメントの視点(家族・地域面)

## 16. アセスメントする際に使用した4側面（身体...された表は、実践に活用することは可能ですか？

31件の回答

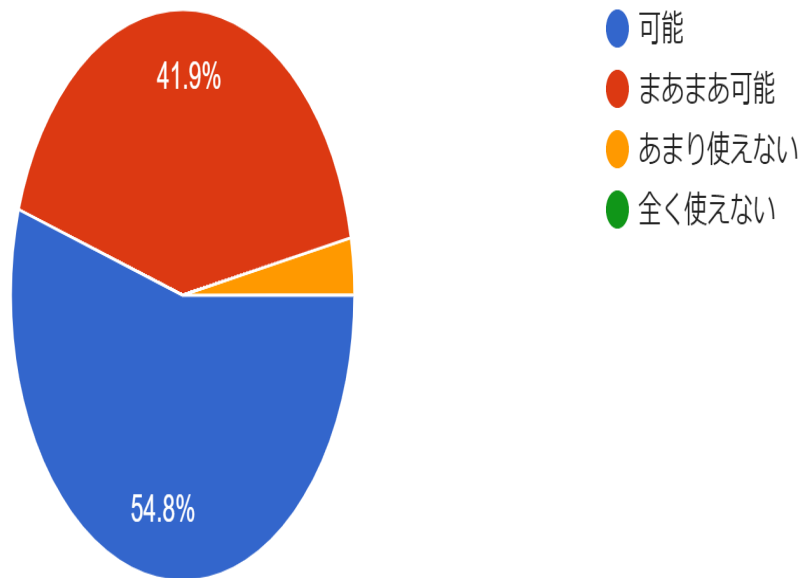


図11. アセスメントの視点についての研修評価

表2. プログラムについての感想（自由記載）

| アセスメントの視点について、ご意見、ご感想を自由にお書きください |                                                                                      |                                                                                         |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| カテゴリー                            | コード                                                                                  | データ                                                                                     |
| I. アセスメントの項目に追加を検討する項目           | 1. 子どもの育ち                                                                            | こどもの病気、状態、家庭環境などを把握するとともに、こどもの成長を予測して、次のライフステージに安心して移行できるような見方、支援が必要だと改めて感じた。<br>子どもの育ち |
|                                  | 2. 医療機器の管理状況                                                                         | 医療機器の使用に際しての、家屋や部屋の構造（主として過ごす部屋の場所や広さ等）                                                 |
|                                  | 3. 緊急時の対応                                                                            | ・緊急対応時における搬送手段や時間                                                                       |
|                                  |                                                                                      | 本人の緊急時、家族の緊急時、災害などの緊急時の対応について、主治医からのどの様な指示を受けているか。                                      |
|                                  | 4. 家族・きょうだい                                                                          | 保護者やきょうだいが、対象児の医療（治療）経過の時々で感じていることや受容について。                                              |
|                                  | 5. 活動・参加                                                                             | ADL、IADL、社会参加                                                                           |
| 6. 将来的な予測                        | どの段階で利用者さんに出会うかでアセスメントの視点が変わる可能性もあると思いますが、今にだけ着目せず、半年、1年先のことも視野に入れたアセスメントが必要だと感じました。 |                                                                                         |
|                                  | 見通しをどこまで立てるかということ。それを家族と共有することの必要性を強く感じた。家族が見通しを持っていないの                              |                                                                                         |

|                 |                     |                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                 |                     | <p>ではなくて、支援者側が見通しを持てる機会を提供していないということも理解した。</p>                                                                                                                                                                                   |
|                 | 7. アセスメントの時期        | <p>相談支援のアセスメントやその視点を基本に、医療ケアが必要という状況において想定される事項、また特有の視点が必要ということを理解できた。また、アセスメント作業においてはそのタイミングが大切であることも理解が必要だと思う。</p>                                                                                                             |
|                 | Ⅱ. アセスメントシートについての意見 | <p>1. 導入は研修の内容で良いと思います。他には個々の事例でチームで追加していくものと考えます。</p>                                                                                                                                                                           |
|                 |                     | <p>2. 医療的ケアが必要不要以前に、「子ども」の成長・発達経過を数年単位で見通す力やICFでの捉え方を取り入れる今回の研修内容でのアセスメント視点を広められると良い。</p>                                                                                                                                        |
|                 |                     | <p>3. 本人の意思をどう汲み取るか、バイタルも意思の現れという考えや心理アセスメントや家族支援の視点、地域をたがやす視点は共感できるものがあった。</p>                                                                                                                                                  |
|                 |                     | <p>4. 予測されるおおよその状態のスライドの項目は、情報を整理しやすそう。</p>                                                                                                                                                                                      |
|                 |                     | <p>5. 基本事例があった中で進めていった方が理解はしやすいと感じる。</p>                                                                                                                                                                                         |
|                 |                     | <p>6. 何に注目してアセスメントをするべきなのかを伝える講義はコーディネーターとしては必要だと思いますので大切だと思います。県研修では、日頃、相談支援を行っていない受講生が用語の確認で戸惑わないように解説を入れながら行っていく必要はあるかと思いますので、時間配分等は検討が必要だと思います。</p>                                                                          |
|                 |                     | <p>7. アセスメントには完成がない事、モニタリングや訪問して新しい発見や成長などがあった場合に都度追加していき、</p>                                                                                                                                                                   |
| 演習についての意見       |                     |                                                                                                                                                                                                                                  |
| カテゴリー           | コード                 | データ                                                                                                                                                                                                                              |
| Ⅰ. 演習の構造化に必要な要素 | 1. 演習の目的の明確化        | <p>演習の講義資料があると良かった。グループでそれぞれの取り組みの交流を持つ時間があると良かった。事例は、福岡県でやっていた物を参考にして、手探りでやっている。模擬事例で思いのマップから、本人と家族の思いや願いを引き出し、計画案を作成して、模擬担当者会議を行なっている。その後、就学前、思春期、成人期への移行のどれかの計画案の作成まで行なっている。このような内容で良いのか、模擬事例の内容は今作っているもので良いか？など確認できたら良い。</p> |
|                 |                     | <p>他研修でも、様々なシートを使用して演出を行いますが、そのシートを現場で中々活用できないようです。シートの使い方に重きを置くのか、事例の検討内容(特に生事例で行うとき)に重きを置くのか、どちらかに視点を置かないと、ファシリテーターの介入が曖昧になる可能性はあるかと感じました。個人的には、シートを使うことで、こういう視点で考えていくことが大切なんだと学びました。</p>                                      |
|                 |                     | <p>演習については、どうしても時間が限られてくると思うので、学んでほしい要点がしっかりとわかるような演習を行いたい。</p>                                                                                                                                                                  |
|                 |                     | <p>演習で、何を目指すかがより定まるとシート類の活用についてより検討できると思う。</p>                                                                                                                                                                                   |
|                 |                     |                                                                                                                                                                                                                                  |

|                                                                     | 2. 演習で大切にしたい視点              | <p>てくる。</p> <p>必要な情報は幅広いが、型にはめるのではなく柔軟な思考が大切だと感じた</p> <p>他者の意見は尊重しなければいけないが、本人中心という部分からかけ離れない様にしながらも、家族支援も考えられる事と、サービスが無いではなくて、作り上げるという視点を入れていきたい。</p> <p>プラン作成とともにこどもの成長の予測を考える視点についても演習でしっかり時間をかけることができればよいと思う。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                     | 3. より実践に近い演習                | <p>事例を簡潔にまとめる作業から始めるのも良いと思う。</p> <p>事例の受講生へのアウトプットと研修実施側の所持データの整理。実際のケースを想定した情報量を提供するような演習を行うべきではないでしょうか？ 揃ったデータをアウトプットしてやるとリアリティは無いと感じます。実際は始めに手に入る情報は少ないはずですので。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                     | 感想                          | <p>資料も説明もバラバラとまとまりがなく、評価のポイントがつかめなかった。</p> <p>細かい部分までのシートの理解をしていないが、今後実際に使いながら利用の検討をしていきたい。提示してもらったことはありがたい。</p> <p>使用したシートを丁寧に活用できると良いと思うが、時間数が確保できるかどうか…。</p> <p>対象が相談支援専門員のみでないとすると、アセスメントやモニタリングなどのプランを構成している視点を理解することの方が重要ではないかと感じた。</p> <p>演習で使用したシートと、サービス等利用計画、障害児支援利用計画との関係がわかりませんでした。</p>                                                                                                                                                                                                                                       |
| 研修・テキストに関するご意見(自由記載欄)                                               |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| カテゴリー                                                               | コード                         | データ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| な I.<br>視 テキスト・<br>点 キースト・<br>研 研修資料の<br>修 内容を精査<br>資 するため<br>料 の必要 | 1. 医療的児等コーディネーターの立ち位置と役割の整理 | <p>今回はあくまで大枠の概論、理念的なものを伝える場として組まれていたこともあると思いますが、大きな転換点になる上では、会場で</p> <p>上がっていたような「二つのコーディネート視点」や、養成と配置の考え方など、現場レベルでは検討すべき課題がまだまだあって、これからだとも感じた。共通する基盤と地域性をどう組み込むかなど今後県とも協議検討していきたい。</p> <p>現在のテキストは、重心バージョンを塗り替えただけの感じが強く、使いにくい印象だったが、それよりは項目が整理され、実践に結びつけやすくなったと感じる。相談支援従事者研修受講というベースラインを示していただくのも行政の立場としては今後の検討に役立つ。</p> <p>ただ、コーディネーターの役割は明確にしてほしい。</p> <p>講義内容は理解できたが、もとめる役割の理想像的な部分も感じた。実際の受講者から受ける印象は、まず個別支援にしっかり向き合ってもらえるようにというレベルの押さえが主でも良いのではないかというものである。勿論、個別支援でも、地域作りの視点は欠かせないが。</p> <p>二日目午後の役割論とも通じる部分で、戸枝さんの整理があつて良かった。</p> |



|                                                                                                                                                                       |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                       | 2. 用語集に対する期待              | 受講生に医療的な知識がないので、用語集は重要。<br>用語集があるとのことなので、助かります。                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                       | 3. 医療安全の内容に関する意見          | 医療安全については重要な項目で不可欠だが、医療の専門では無い相談支援専門員には心理的な負担が大きい部分である。退院後にトラブルがあった場合、関係機関を集めて臨時の担当者会議を開くが、直接支援では無いため、事後報告で知ることが多い。できれば病院などの医療機関主導で退院前カンファレンスで、確認しておきたい。<br>医療安全が入ることが良いと思った。                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                       | 4. 多職種連携教育とコーディネーター教育との関連 | 当県では、今年度からコーディネーターと支援者養成研修を研修 1、2 日目を重ねて行う予定です。<br>その際に、コーディネーター向けの研修にはなりますが、支援者としての視点も入れながら行う予定です。今後、支援者養成研修についての検討も進めていただきたいです。コーディネーターが居ても、現場として受け入れてもらえる先がなければ、コーディネーターとしての機能がしなくなってしまう。特に、動く医療的ケア児（更に知的に重度であれば特に）の支援については色々な壁があると感じています。                                                                      |
|                                                                                                                                                                       |                           | 研修に対する意見は、相談支援専門員が対象になるということですが、現実の問題として地域の研修の内容に差があるのか、相談支援専門員が医ケアのことがわからなくて困っている現状です。<br>研修に参加される方は相談を受けられるように参加してくるので、この養成研修だけでは実際にできるようにはなりません。<br>また、研修の受講者を相談支援専門員の研修を受講した人に絞ると医療関係者の出席が極端に少なくなり、グループワークなどで医療の視点が欠けます。それは研修効果が下がると思います。確かにコーディネーターは誰かという相談支援専門員だとは思いますが、多職種連携を考えた研修参加要件にする必要は今の段階ではまだあると思います |
| 地域をたがやす役割として、コーディネーターは、相談支援専門員が主であることは理解できるが、入院時の M S W や退院直後の訪問看護もコーディネーターと言えらると思う。そのため、演習にも参加してもらい、医療的なアドバイスももらっている。<br>医療者には、演習の中で生活の視点を学んでもらっている。研修の場を連携の機会としている。 |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 運Ⅱ・研修の方法                                                                                                                                                              | 1. 受講者要件の明記               | 特に人工呼吸器が装着されている子どもが使える日中活動の支援や、楽しく過ごせる短期入所、保護者の就労を可能とする保育、保護者の付き添いなしで授業が受けられ、校外学習も受けられる教育体制など、さまざまな社会資源が整備されていない現状がある中で、コーディネーターがどのように動くのか、コーディネーターを支える人は、仕組みはどのようにすべきなのか、今後の展開に期待をしています                                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                       |                           | 研修の要綱に受講者の要件を明記してほしい。<br>今回講義を受けてみて、やはり共通言語、基礎的知識の理解を前提として細かいアセスメントの方策を講義してもらうことで理解が深まり、実践的な研修となるであろうと感じた。                                                                                                                                                                                                         |

|                      |                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2. 受講者の理解を得やすい研修スタイル | <p>研修時にテキストについて。テキストの読み上げだけの講義も、講義内で全くテキストに触れられないのも、受講者から不満が出る。アセスメントシートをデータでいただくと、PPTで表示し説明したり、配布しやすく活用の幅が広がると思う。</p>                                                                                           |
| 3. 資料のテキスト化          | <p>講義で講師の方がテキストを使用しながらの講義をされるのかされないのかで 受講生に対してテキストの購入を条件にするかどうか悩むところです。コーディネーターとして業務をする際に常に手元で基本を確認できるものであるといいと感じます。</p>                                                                                         |
| Ⅲ. 感想                | <p>テキストはこれをベースにして、研修を評価しながら改定が必要であれば行っていく。しかし、基本となるテキストにしていくのは当然だと思います。</p>                                                                                                                                      |
|                      | <p>演習にしても他県の状況を知れて参考になった。テキスト等の目安となるものがあれば県でも具体的に検討していく材料にはなると感じた。</p>                                                                                                                                           |
|                      | <p>コーディネーターのターゲット(相談支援専門員が前提かどうか等)によって、内容精査は必要だと思う。</p>                                                                                                                                                          |
|                      | <p>自分が受けた内容よりも専門性が高くなっていったが、内容が濃く、研修時間が凝縮されていたために、実践に生かすためには更に深める必要があると感じた。</p>                                                                                                                                  |
| Ⅳ. テキストの内容全般についての意見  | <p>親御さんの心理についての学びがあってもよいと思う。</p>                                                                                                                                                                                 |
|                      | <p>研修においても医療的ケア児に関わったことのない人もいるので、基礎的な内容は必要だと思う。</p>                                                                                                                                                              |
|                      | <p>また、運動発達に問題のない医療的ケア児が増えているので、具体的な事例が必要だと思う。</p>                                                                                                                                                                |
|                      | <p>研究で検討されているカリキュラムの中には疾患に関するパーツはほとんどありませんが、どの程度まで数多ある疾患を研修で伝えるべきか？判断に迷う。</p>                                                                                                                                    |
|                      | <p>1-2)障害を持つ子どもの親となることを支援する視点という表現には違和感を感じる。ICFというキーワードをあえていなくてもよいのではと感じる。発達の特徴は、もう少しシンプルな話にして、例えば事例から、遠城寺発達検査などを試しにつけてみることで発達を見立てる視点を学びやすいかもしれない。</p>                                                           |
|                      | <p>2-◆参加に、就園入れない？教育だけやけに詳しいのが不思議です。</p>                                                                                                                                                                          |
|                      | <p>2-2)医療安全の項目に違和感を感じる。<br/> 3 活動する地域の状況を受講生が一番知りたいかもしれない。他の項目と違って、勉強する場がここしかないかもしれないので。<br/> 4 は、皆に必要な権利擁護や親支援、制度の活用と、特定の状況につながる資源(虐待、経済困窮、災害など)と整理するとわかりやすいかもしれない。<br/> 用語集は紙ベースだけでなく、ネット検索できると会議中でも使えて便利。</p> |

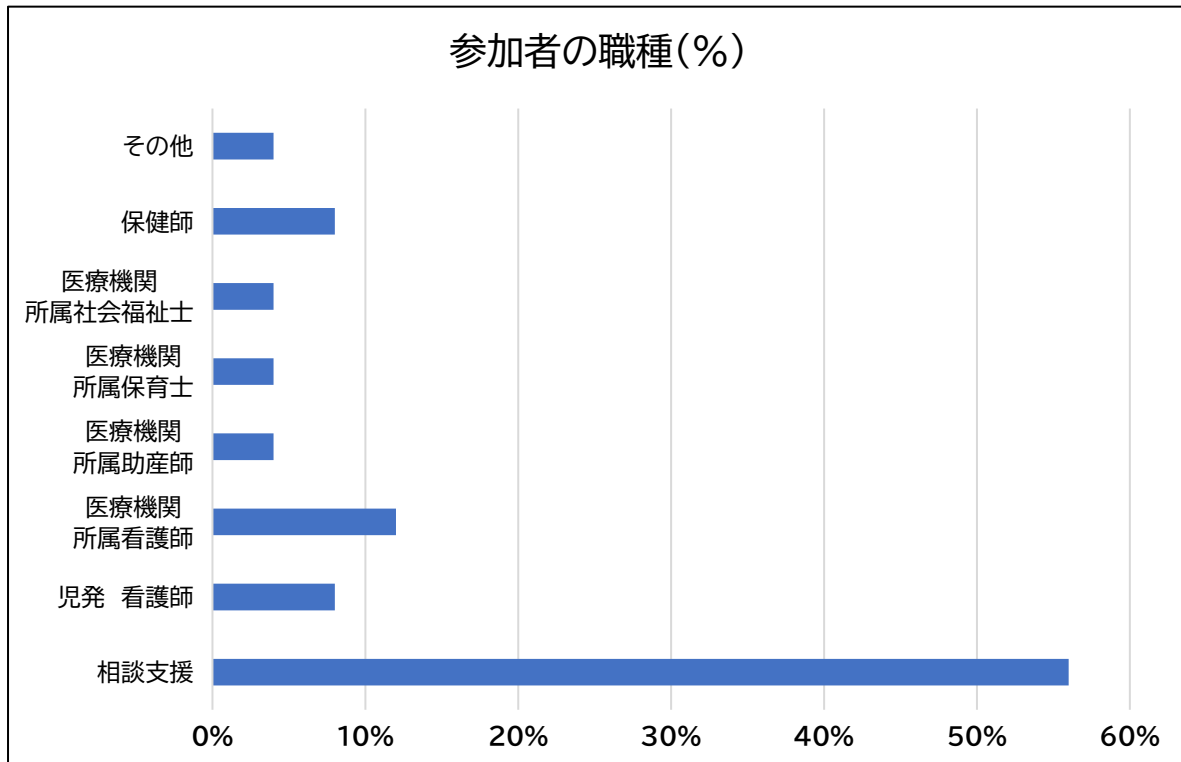
資料5. 3月医療的ケア児等コーディネーター研修演習資料

表1. 演習プログラム3日目

| 目標                                                              | 予定時間        | 研修科目 内容                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 座学で得た知識を活用し、医ケア児等の特徴を踏まえ、事例に対するアセスメント・利用計画の良い点、改善点を明らかにすることができる | 9:15～9:30   | オリエンテーション                                                                                                                |
|                                                                 | 9:30～10:45  | 演習1<br>2日間の講義でコーディネーターの実践に活用できると感じた講義や知識を共有する(15分/ワーク)(15分/発表)<br>演習2<br>D君のアセスメント(15分)(発表15分)<br>演習3:シートを活用してみましょう(15分) |
|                                                                 |             | 休憩(10分)                                                                                                                  |
|                                                                 | 10:55～12:10 | 復習レクチャー<br>演習4:D君の利用計画の検討(15分)<br>演習5:事例2の利用計画との比較(15分)(発表15分)<br>全体討議<br>医ケア児等の特徴を踏まえた基本相談・アセスメントや利用計画立案の要点             |
| 昼食(50分)                                                         |             |                                                                                                                          |
| 事例を通してコーディネーターの役割行動を理解する<br>(事例を通してシミュレーションする)                  | 13:00～14:00 | 演習6<br>利用計画(案)の作成(25分/ワーク)(10分/発表)<br>復習レクチャー:医療安全の要諦                                                                    |
|                                                                 |             | 休憩(10分)                                                                                                                  |
|                                                                 | 14:10～15:10 | 演習7<br>D君に想定される危険因子は?(15分/ワーク)(15分/発表・補足)                                                                                |
|                                                                 |             | 休憩(10分)                                                                                                                  |
|                                                                 | 15:20～16:20 | 演習8<br>D君が自分の地域で支援する場合、どのような事業所をどのような目的で活用しますか?(15分/ワーク)(15分/発表・補足)                                                      |
|                                                                 | 休憩(10分)     |                                                                                                                          |
|                                                                 | 16:30～17:20 | 演習9<br>活動する地域を見てみよう!(15分/ワーク)(15分/発表・補足)<br>地域診断ミニレクチャー(20分)                                                             |

表 2. 演習プログラム 4 日目

| 目標                                                                       | 予定時間        | 研修科目 内容                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 座学で得た知識を活用し、医ケア児等の特徴を踏まえ、事例に対する <u>アセスメント・利用計画の良い点、改善点</u> を明らかにすることができる | 9:15～9:30   | オリエンテーション                                                                              |
|                                                                          | 9:30～10:30  | 演習 1<br>グループで持ち寄った事例の共有<br>(5分/人)<br>展開する事例の選定<br>◆発表(全グループ)                           |
|                                                                          | 休憩(10分)     |                                                                                        |
|                                                                          | 10:30～12:00 | 演習 2<br>事例のアセスメント<br>10分 個人ワーク<br>15分 グループセッション<br>◆発表(全グループ)<br>演習ファシリテーターコメント        |
| 昼食(50分)                                                                  |             |                                                                                        |
| 事例を通してコーディネーターの役割行動を理解する<br>(事例を通してシミュレーションする)                           | 13:00～14:00 | 演習 3<br>◆計画立案 様式 2-1 2-2<br>15分 個人ワーク・15分グループセッション<br>◆発表(全グループ)                       |
|                                                                          | 休憩(10分)     |                                                                                        |
|                                                                          | 14:10～15:10 | 演習 4<br>活用可能な社会資源および地域診断<br>(各グループの地域の特徴を踏まえて)<br>15分 個人ワーク・15分グループセッション<br>◆発表(全グループ) |
|                                                                          | 休憩(10分)     |                                                                                        |
|                                                                          | 15:20～16:20 | 演習 5<br>活動地域で事例の子どもを支援するチームを作り、担当者会議を開催しよう!<br>15分 個人ワーク・15分グループセッション<br>◆発表(全グループ)    |



グラフ 1. A 県コーディネーター研修参加者の内訳

表 3. 今後実践に活かしたい知識（演習でのグループワークで抽出された項目）

| 抽出された項目<br>(カテゴリー) |                | 座学で得た知識で今後実践に活かしたい知識(コード)                |
|--------------------|----------------|------------------------------------------|
| 1                  | コーディネーターとしての視座 | 病院だけでなく、地域で支える視点                         |
|                    |                | 何でも一人で解決するわけではなく、コーディネーターとして、つなぐことを意識したい |
| 2                  | 成長と発達への支援      | すぐに保護者を中心に考えがちだが、チャイルドファーストの視点           |
|                    |                | 児の成長発達に応じた支援                             |
|                    |                | ライフステージに応じた支援の必要性                        |
|                    |                | 児の先を見通した支援                               |
| 3                  | 子どもとしての暮らし     | 地域で暮らす子どもとしての暮らし方                        |
|                    |                | 医療面だけでなく、生活面での視点が重要                      |
| 4                  | 家族への支援         | きょうだいへの支援も重要                             |
|                    |                | 家族全体の暮らしを視野に入れての支援策                      |
| 5                  | 地域を掘り起こす役割     | 個別から地域の課題を見出す視点                          |
|                    |                | 行政との連携の必要性                               |
|                    |                | 社会資源の開発に関わる役割がある                         |
| 6                  | 多職種連携          | 多職種連携における情報共有の要点                         |
|                    |                | どこにつなぐべきかを考えること                          |
|                    |                | 病院内連携が重要                                 |
|                    |                | 関係機関の役割への理解                              |
|                    |                | 各専門職種の役割への理解                             |
|                    |                | 訪問看護の役割への理解                              |

表4. 演習4日目に受講者が持ち寄った事例の概要

| 1G | 事例の年齢 | 状態像・医ケア                      | 本人の様子<br>活用中の資源                           | 2G | 事例の年齢 | 状態像・医ケア                      | 本人の様子<br>活用中の資源            |
|----|-------|------------------------------|-------------------------------------------|----|-------|------------------------------|----------------------------|
|    |       | 胃瘻・吸引                        |                                           |    | 9     | 這って移動可・胃瘻                    | 放課後等デイ活用                   |
|    | 10    | 動く医ケア<br>児等<br>胃瘻・吸引         | 通学している                                    |    | 5     | 脳性まひ・胃瘻                      | 寝返り可 自傷行為<br>児発・訪看・レスパイト活用 |
|    | 3     | 13 トリソミー<br>在宅酸素             | 動くと呼吸が停止してしまう                             |    | 6     | 重心てんかん<br>逆流性食道炎<br>胃瘻・吸引    | 寝返り可<br>就学支援               |
|    | 17    | 胃瘻・吸引                        | 訪問教育<br>訪問リハビリ                            |    | 1     | 先天性関節拘縮症<br>経鼻経管・吸引          | 訪問看護<br>児発                 |
|    | 4     | 心疾患・脳症<br>経鼻経管栄養             | 動く医ケア<br>児等<br>訪問看護 2カ所<br>療育センター<br>訪問薬剤 |    |       |                              |                            |
| 3G | 事例の年齢 | 状態像・医ケア                      | 本人の様子<br>活用中の資源                           | 4G | 事例の年齢 | 状態像・医ケア                      | 本人の様子<br>活用中の資源            |
|    | 6     | 低酸素脳症<br>胃瘻・吸引               | 放課後等デイ                                    |    | 1     | 入院中・病名不明<br>難聴<br>吸引・胃瘻・在宅酸素 | 院内で治療中                     |
|    | 3     | 13歳トリソミー<br>てんかん<br>気切・胃瘻・酸素 | 排便コントロール<br>困難<br>訪問看護・児発・ヘルパー            |    | 4     | 髄膜瘤<br>胃瘻・吸引・導尿・人工呼吸器        | 療育センター<br>医療型児発            |
|    | 18    | 重心・てんかん<br>低圧持続吸引<br>胃瘻・吸引   | 瞼の開閉困難のため眼球乾燥                             |    | 4     | 慢性肺疾患<br>気切・吸引               | 動ける。保育園の入園断られた<br>児発       |

|    |       |                          |                       |  |    |                                 |                |
|----|-------|--------------------------|-----------------------|--|----|---------------------------------|----------------|
|    | 15    | ミトコンドリア脳症<br>人工呼吸器・経管栄養  | 姉も同疾患にて死亡             |  | 10 | 先天性筋ジス・<br>水頭症・胃瘻・吸引<br>ネブライザー・ | 知的障害もあり、<br>粗暴 |
|    | 6     | 心疾患・動ける<br>胃瘻・摂食訓練中      | 骨折の既往あり<br>児発         |  |    |                                 |                |
| 5G | 事例の年齢 | 状態像・医ケア                  | 本人の様子活用中の資源           |  |    |                                 |                |
|    | 13    | 摂食障害<br>胃瘻               | 支えれば座位可               |  |    |                                 |                |
|    | 7     | 胃瘻・気切・吸引                 | 上肢動く<br>療育手帳あり        |  |    |                                 |                |
|    | 15    | 重心・ミオクローヌス<br>てんかん<br>胃瘻 | 手足動く<br>座位不可          |  |    |                                 |                |
|    | 13    | 重心・気切<br>在宅酸素・胃瘻         | 頻回なてんかん発作あり、<br>対応に苦慮 |  |    |                                 |                |
|    | 10    | 先天性関節拘縮<br>胃瘻・吸引         | 寝たきり                  |  |    |                                 |                |

受講者が選んだグループワークの事例

## 演習プログラム形成評価結果

1. あなたの職種についてお尋ねします。下記の項目内から一つ選択して下さい。

15件の回答

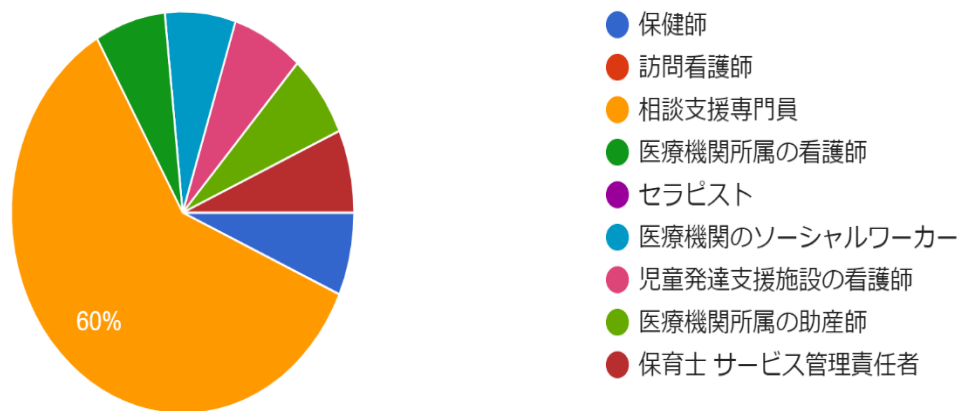


図1. 評価者の職種

2. あなたの勤務先について回答ください。

15件の回答

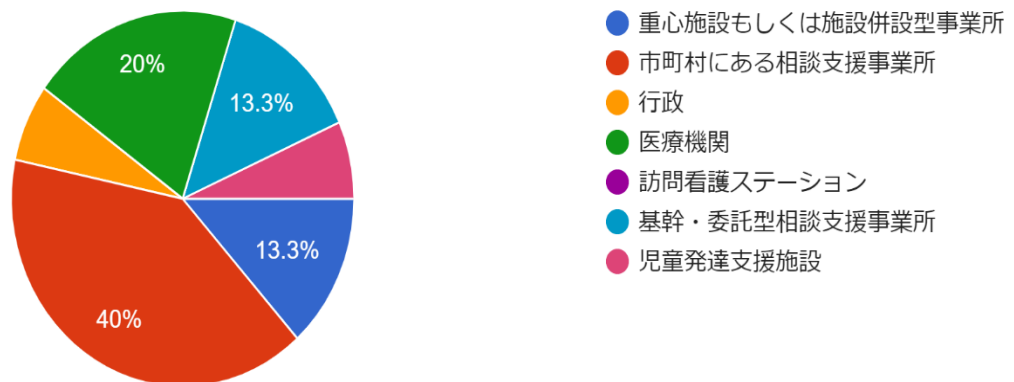


図2. 評価者の属性



3. あなたはこれまでに医療的ケア児等への支援にかかわった経験はありますか？

15件の回答

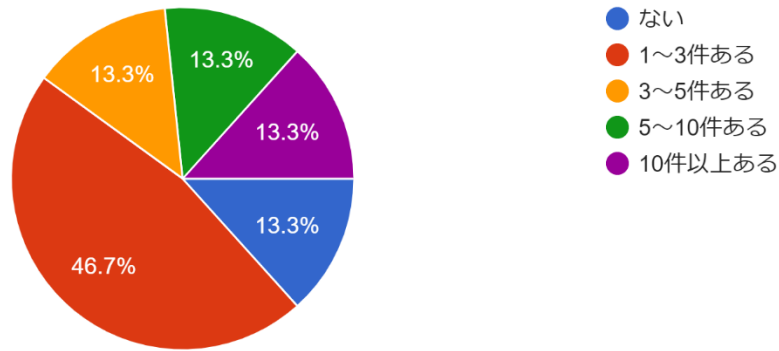


図3. 評価者の医療的ケア児等への支援経験状況 1

4. これまでかかわった児の年齢を教えてください（複数回答可）

15件の回答

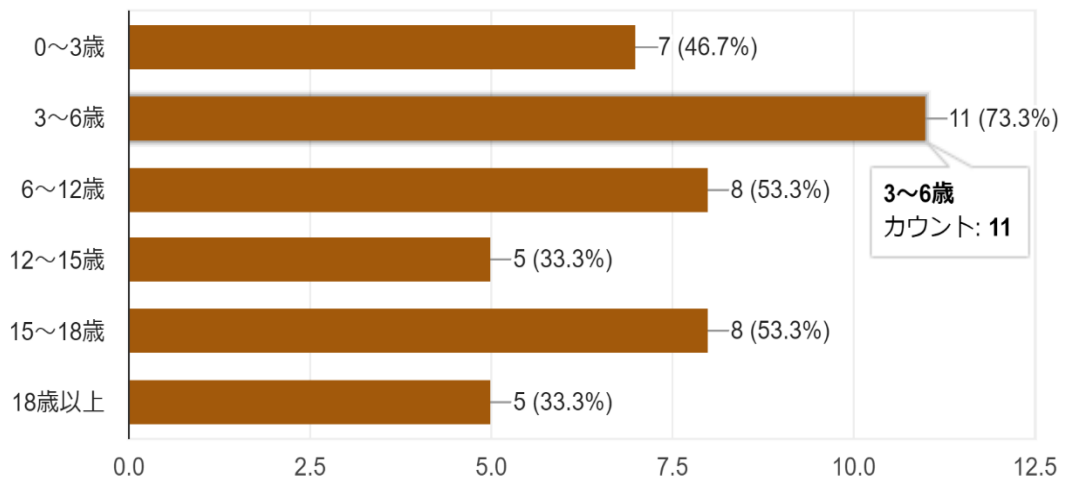


図4. 評価者の医療的ケア児等への支援経験状況 2

5. 演習を通じて、コーディネーターとしてのアセ...きましたか？視座とは「物事を見る立場のこと」

15件の回答

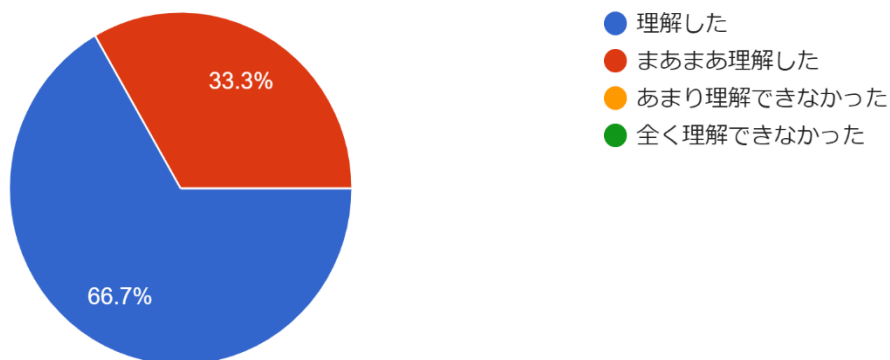


図5. コーディネーターとしての視座についての理解度

6. 本日の演習を通じて、アセスメントの視点とし...と感じる項目を選んでください（複数回答可）。

15件の回答

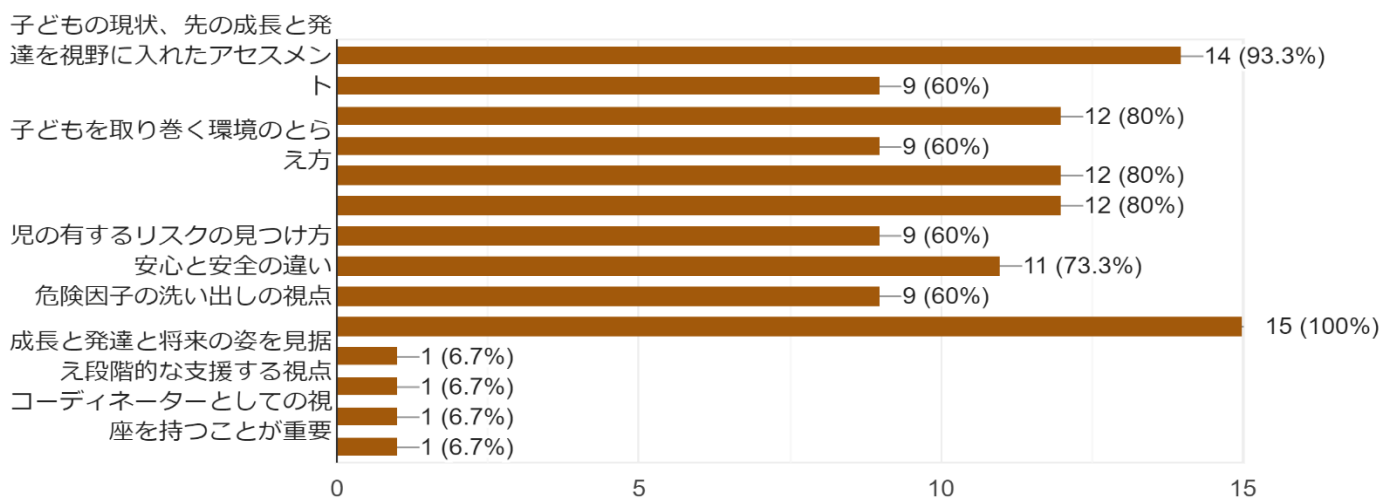


図6. アセスメントの視点として評価者が重要と感じた事項

8. 本日の演習を通じて、本人へのアセスメントの視点について理解できましたか？

15件の回答

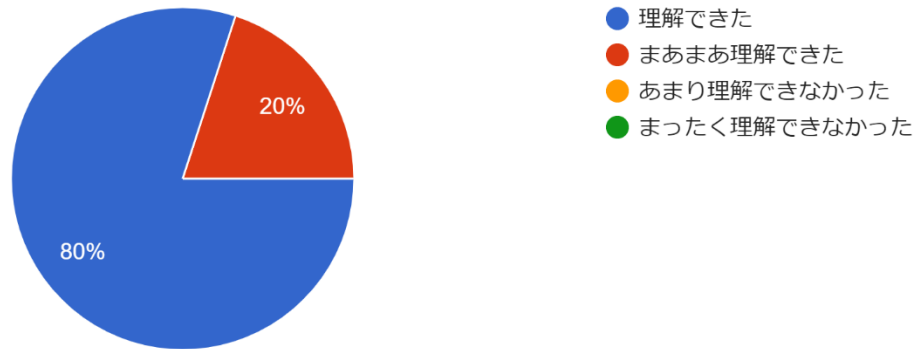


図7. 本人へのアセスメントの視点についての理解度

9. 家族のアセスメントの視点は理解できましたか？

15件の回答

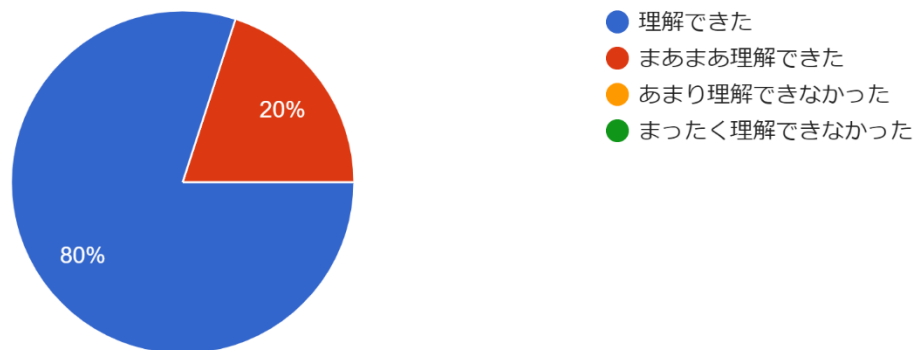


図8. 家族へのアセスメントの視点についての理解度

10. 地域アセスメントの視点は理解できましたか？

15件の回答

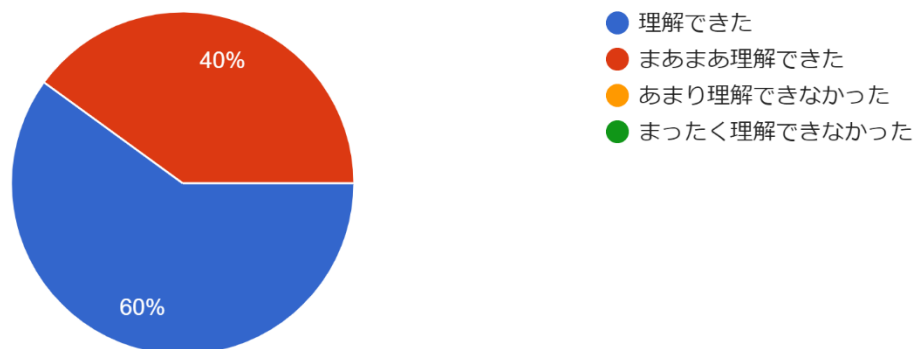


図9. 地域アセスメントの視点についての理解度

表 1. 質問 10 への自由回答

| 質問 13. 質問 10 への回答の理由を記載してください。 |                                                                                                                               |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                              | 自分の弱い部分であったため、実践を踏まえた後により理解できるものになると思ったから                                                                                     |
| 2                              | 社会資源が不足していた時にどのような連携が必要か再確認できた。                                                                                               |
| 3                              | 市町村によって制度のローカルルールがあるため、本人の取り巻く環境について把握していくことの大切さを学んだ。特にコーディネーターは社会資源の開発やつなぐ役目があると思うので市町村の実情や制度、教育分野を把握していく必要がある。              |
| 4                              | 本人や家族が何を必要としているか、現在の状態や今後の成長を見据え、地域の資源を活用していくことが必要だと思います。家族だけの支援ではなく地域からの支援も両立していくことが本人の社会性につなぐことも必要であることが理解できた。              |
| 5                              | 質問 12 の回答：多職種が協働できるよう調整する立場であるため、点を線にしていくためにコーディネーターの計画立案は必要と思う。計画を立てることで社会資源の必要性も見えてくる。                                      |
| 6                              | 児の全体像を把握し、総合的な視点での計画立案が必要だと思うため。                                                                                              |
| 7                              | いくらこのサービスを入れたいと考えても地域によってできることできないこと、これから提案していかなければいけないことが理解できた。                                                              |
| 8                              | 住んでいる地域によって、ローカルルールがあったり、教育機関との連携の仕方が難しいと感じた。                                                                                 |
| 9                              | コーディネーターとして地域の資源を把握し、その地域で生活していくことを見越して支援していくことの重要性を学びました。                                                                    |
| 10                             | 一人の子供を全体で見るために、コーディネーターが家族と一緒に考えた計画を共有することが必要。                                                                                |
| 11                             | 医療的ケアが必要との理由で断られることも多く、まずはどの事業所で受け入れてくれるのか、また、どうやれば受け入れてもらえそうなのかを知っておく必要があると思った。また、ない場合や新たに立ち上げようとしているところにおいても働きかけが必要であると思った。 |
| 12                             | 医療的ケアが必要でも、地域の子として生活できることを地域で考えたいと思う。                                                                                         |
| 13                             | 資源開発についてより深く考えた。                                                                                                              |
| 14                             | 地域資源がまだまだ足りないことを認識できた                                                                                                         |
| 15                             | 地域の社会資源や制度、地域の状況に合わせたニーズなどのアセスメントの必要性について理解が深まったから。                                                                           |

1 1. 演習を通じて、コーディネーターに期待され...「現場でコーディネーターとして取るべき行動」  
15件の回答

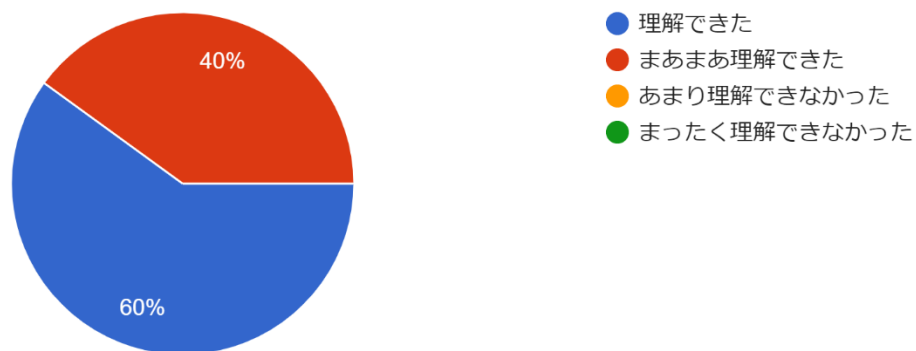


図9. 医療的ケア児等コーディネーターの役割行動についての理解度

1 2. コーディネーターが計画を立案することは必要だと思いますか？  
15件の回答

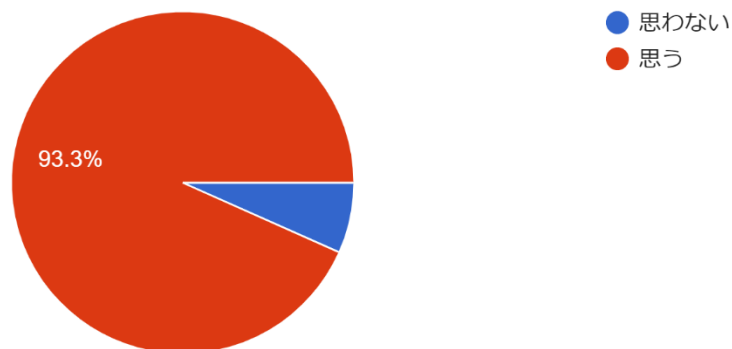


図10. 医療的ケア児等コーディネーターが障害児支援利用計画を立案する必要性への回答

14. 計画立案の要点として、学べたなと感じる項目を選んでください（複数選択可）

15件の回答

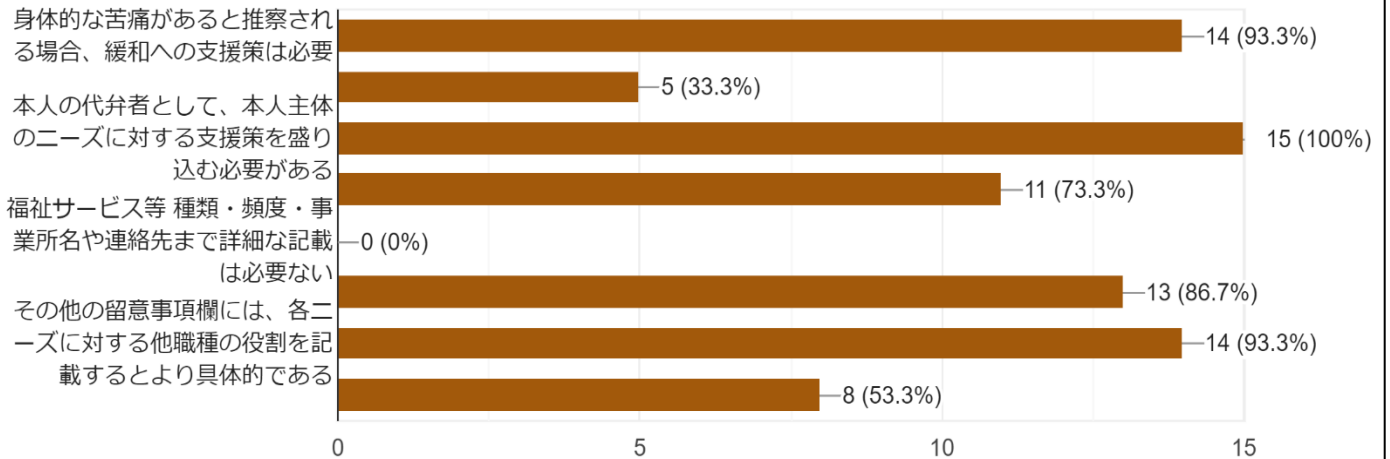


図11. 演習を通して学んだ計画立案の要点

15. コーディネーターが立案した計画を誰と共有することが望ましいですか？

15件の回答

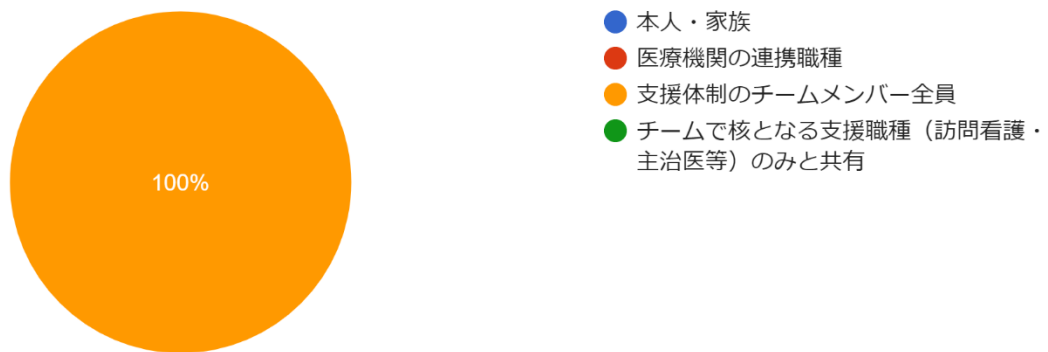


図12. 計画を共有する対象

表2. 質問. 医療的ケア児等コーディネーターが利用計画を立案するメリット

| 質問16. 利用計画を立案するメリットとして、感じたことを自由に記載してください。 |                                                                                                                           |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                                         | 計画を見た支援者が何をしたら良いのかが“みえる”点がメリットとなると思います。                                                                                   |
| 2                                         | 本人の希望や誰と連携していくか。どんな方針で発達支援をしていくか共通認識出来ることや課題等も明確になっていきます。                                                                 |
| 3                                         | 本人とその家族のたった一つのプランであり、本人の将来に関することや好きなこと、夢が記載されており、将来設計がワクワクできる内容であること。プランが一つのツールとなり、多職種が関わっていくなかで、支援内容やサービス時間など情報が共有できること。 |
| 4                                         | 本人のニーズや成長段階の把握、今後の成長を見据えた支援、母への子育て支援、本人・母親の暮らしを全体的にとらえ利用計画立案し、支援体制のチームメンバー全員で共有することは、本人・母親の継続した生活支援に繋がる。                  |

|    |                                                                                |
|----|--------------------------------------------------------------------------------|
| 5  | 家族全体のタイムスケジュールを盛り込むことで、退院後の生活が想像できる。不安だらけの家族に明るい気持ちを持ってもらうことができる。多職種の役割が明確になる。 |
| 6  | 計画書で各関係者の役割を明確にすることができること。                                                     |
| 7  | 医ケア児等の発達過程に応じた支援、家族の生活支援を同時に考える必要があるから                                         |
| 8  | 本人、家族、多職種の支援者が共通の認識で、子供と関わることができる。親も、具体的に明示されることで、安心できる。                       |
| 9  | 本人の希望や、それに対するそれぞれの役割が可視化され、より明確な支援がしやすくなると感じました。                               |
| 10 | 方向性を統一できる。                                                                     |
| 11 | 各々の役割分担を明確化することができ、また誰が窓口になるのかといったことも周知できる。明確化しておくことで情報共有しやすい。                 |
| 12 | 生活全体が見える。目標と役割がハッキリする。                                                         |
| 13 | チームで方向性やゴールを共有できる。                                                             |
| 14 | 目的が明確になる。チームで共有できる。                                                            |
| 15 | 他職種のアセスメントや情報を集約し、それぞれの職種の役割を整理した上で児に必要な支援を計画に反映し、支援チーム内で共有できるから。              |

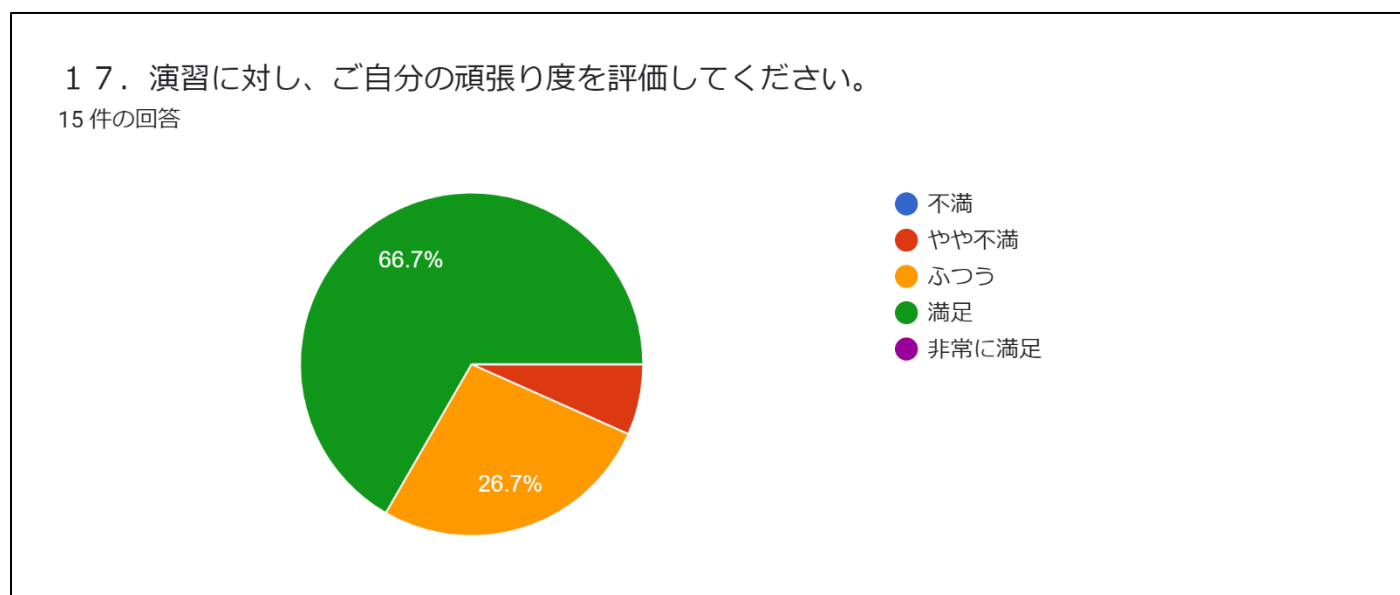


図13. 演習に対する学習姿勢の評価

18. 2日間の演習を受講し、コーディネーターとしての知識や物事の捉え方に変化はありましたか？

15件の回答

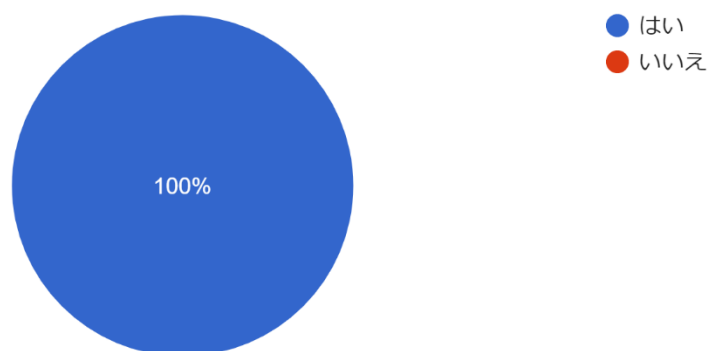


図14. 研修前後での自身の変化についての自己評価

表3. 自由記載の内容

| 質問19. 2日間の演習で、演習前後のご自分の変化について自由に記載してください。 |                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                                         | 視野を広く持ち、つなげていく行動力をつけていきたいと思っている。                                                                                                                                              |
| 2                                         | アセスメントの視点が変化したことと医療との連携が重要だと感じたこと。                                                                                                                                            |
| 3                                         | 医療ケアの状況については、看護師やセラピスト等から情報を聞き出しながらアセスメントを行っていくこと。コーディネーターとして重要な視点は、本人の暮らし全体を見ながら将来の設計も視野に入れてプランニングしていくこと。そして何よりもチャイルドファーストであること。                                             |
| 4                                         | 医療職であることから医療的視点からのアセスメントが多かったですが、コーディネーターの視点で支援し、チャイルドファースト、本人・養育者の暮らしを豊かにするための支援であること、計画したものは他職種で計画し評価し、次に支援につなげることを肝に銘じたいと思いました。もっともっと本人・家族と関わりを持ち、わくわくするような支援がしたいとより一層感じた。 |
| 5                                         | 今まで医療的ケア児の方とのかかわりがなく、ただ難しそうだという思いでしかなかった。今回の演習を終えて、まだまだ不安は残るものの、多職種から情報を聞き、繋げていくコーディネーターの役割はとてもやりがいのある仕事と思う。                                                                  |
| 6                                         | 本人、家族含めて、改めてアセスメントをし直す必要性を強く感じました。                                                                                                                                            |
| 7                                         | 今自分の置かれた状況の中で何から今回の学びを活かしていこうか考えているところです                                                                                                                                      |
| 8                                         | 利用計画は、チャイルドファーストの視点を忘れずに本人の立場で具体的に立案することが大切だと感じた。医療安全について話し合う場が今までなかったので、場を作る必要性を感じた。                                                                                         |
| 9                                         | 普段は利用計画書を目にしたり作成することがほとんど無いので、どのような段階を経て計画が作成されていくのか、そこにどんな視点が必要なのかを知ることができたことは大きかったです。                                                                                       |
| 10                                        | 本人の言葉を代弁するという視点。                                                                                                                                                              |
| 11                                        | 計画を作成する際に役割の明確化であったり、苦痛の緩和、本人がワクワクするような計画を立てる必要があると学び計画を立てる際に役立っている。                                                                                                          |



|    |                                                                                                                |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 12 | 自分が担当しているケースの計画を見直して、サービス更新の手続きが必要な方のプラン作成に早速活かした。医療面についても理解したいと思うようになり、以前よりも聞くようになった。                         |
| 13 | ご本人の状態やできることを具体的に意識                                                                                            |
| 14 | すべての支援に目的を持つこと                                                                                                 |
| 15 | 今までは家族支援や安全なケアの実施、体調の安定などを優先しがちであったが、チャイルドファーストの視点でその児の発達のために何が必要か多面的かつ将来の見通しを持って考えていくことが大切だということを改めて学ぶことができた。 |

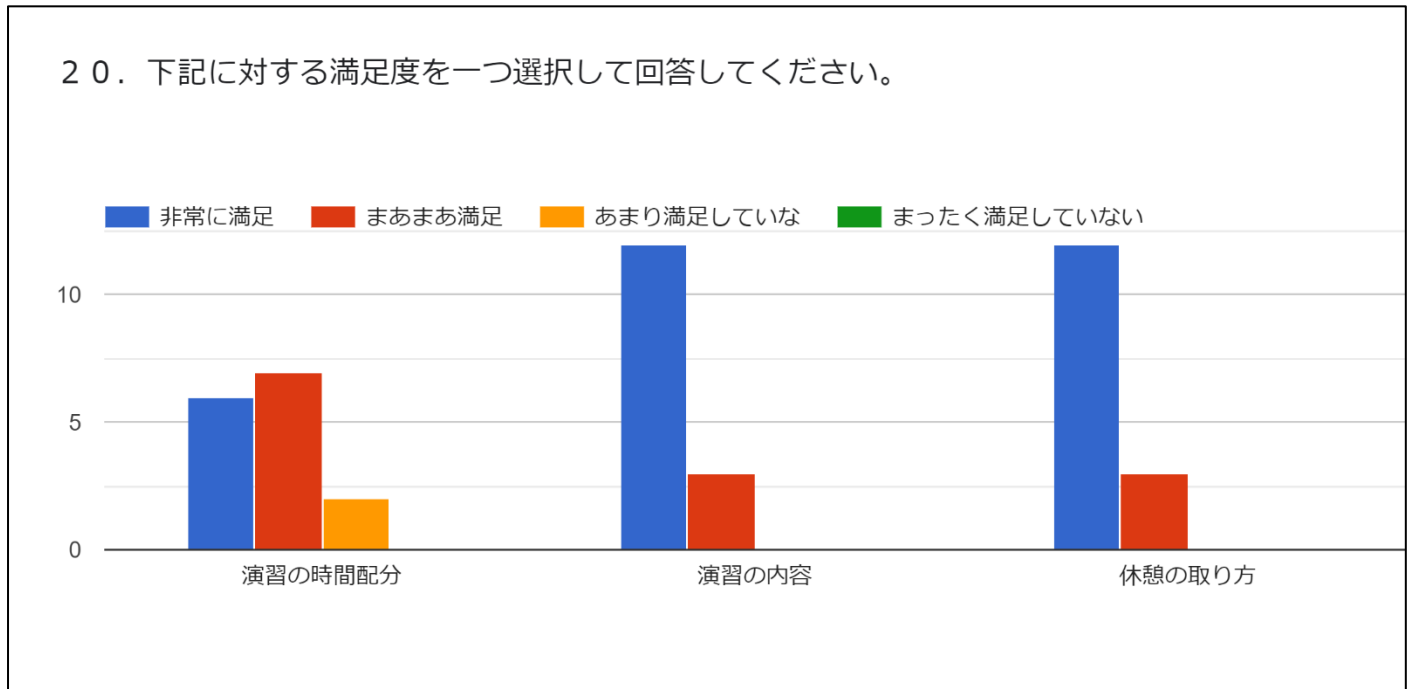


図15. 演習に対する満足度

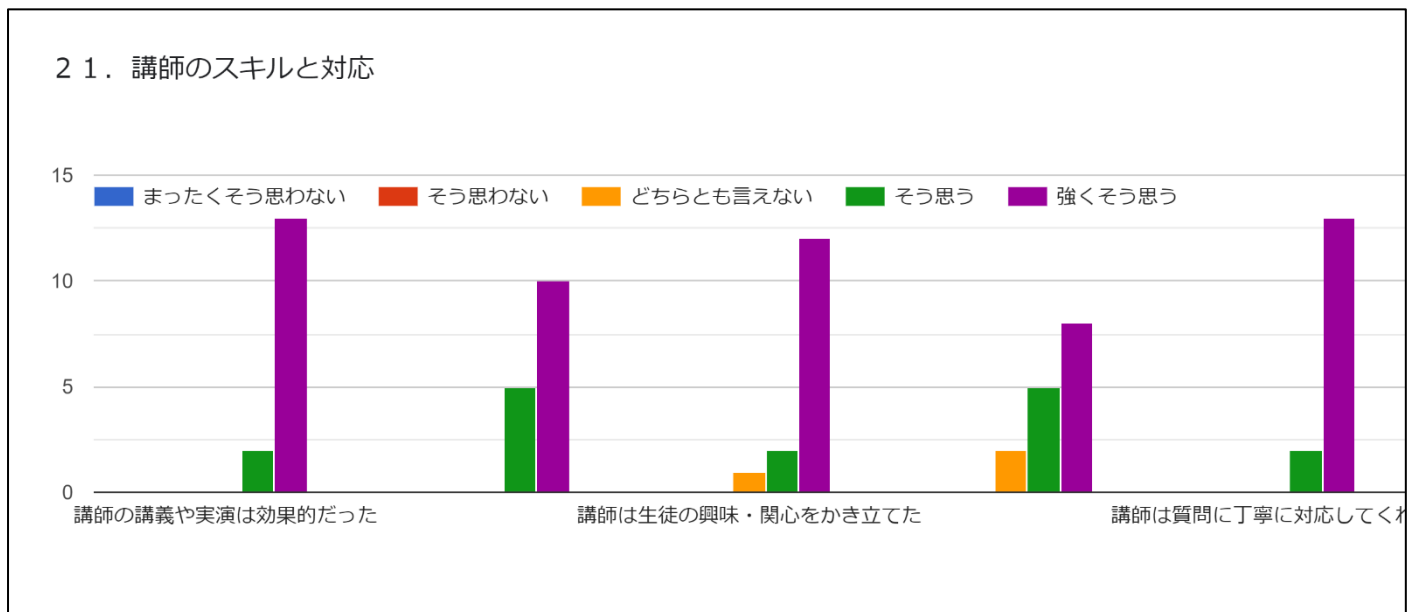


図16. 演習講師の評価

## 2.2. コースの内容

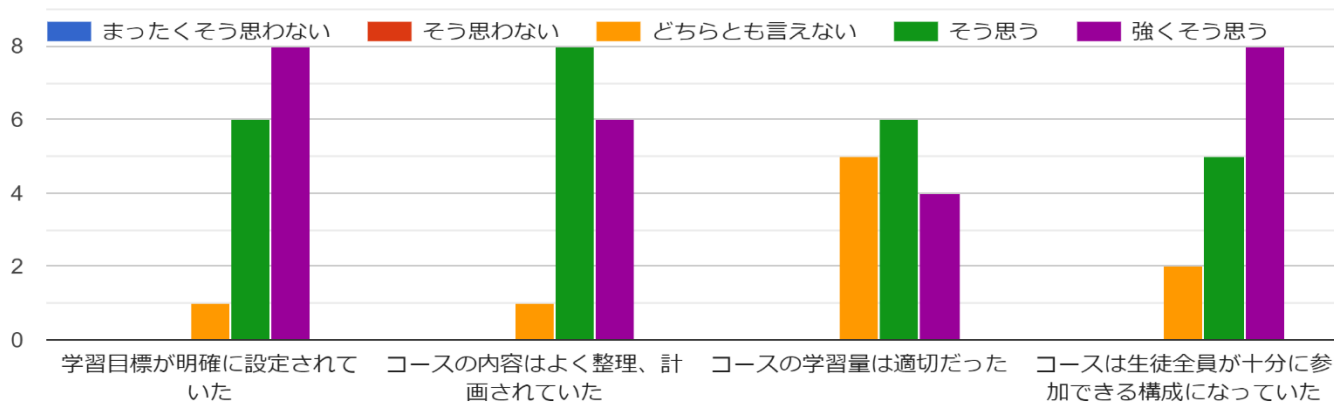


図 17. 演習プログラムに対する評価

表 4. 役に立つプログラムの内容についての自由記載

| 質問 23. このコースのどのような点が特に役立ちましたか。 |                                                                                                                                                        |
|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                              | すぐに現場で生かせる点。                                                                                                                                           |
| 2                              | 都度、講師にアドバイスを頂いたことが今後に生かして行けると思った。                                                                                                                      |
| 3                              | 座学だけでなく、自分たちで実例を用いて演習したことで、改めてアセスメントの技法や社会資源の活用（特にインフォーマル支援）について確認することができ、新たな気づきを与えてくれたこと。                                                             |
| 4                              | 演習を通してコーディネーターの視点で、行動、役割について学びました。また、事例を通してサービス等利用計画立案することで、本人の健康状態を知ること、生活リズムを頭に置きながら支援することや、母親の子育てを助ける支援をすることの大切さを学び、計画の中で取り入れながら細やかに計画する事など役に立ちました。 |
| 5                              | ・アセスメントの視点・医療安全・計画立案の要点、グループでの発表の度に先生からコメントがありとても良かった。                                                                                                 |
| 6                              | 今まで療育の視点だけで計画を考えていたため、身体機能や医ケアの状況が発達にも影響することや、まず状態の安定や苦痛の緩和の方法を考えていくことが必要だということがわかりました。                                                                |
| 7                              | 一つ一つ支援計画や目標設定の考え方を事例をもとに演習できたこと                                                                                                                        |
| 8                              | 計画立案のグループワーク                                                                                                                                           |
| 9                              | チャイルドファーストで支援を考えていくという視点を学べたことが一番役に立つと感じました。児の支援とはいえ、どうしても保護者目線での支援内容になりがちだったので、今後はチャイルドファーストの見方を念頭に置いて支援していきたいと感じました。                                 |
| 10                             | 発達の視点を取り入れいる事。                                                                                                                                         |
| 11                             | 医療的ケア児をかかわる際のポイントや視点、計画の立て方や情報共有の仕方について学べた。また、コーディネーターとしての役割についても学べた。                                                                                  |
| 12                             | ICF の視点と、4領域の使い方。                                                                                                                                      |
| 13                             | ポイントが整理された計画書は見ただけでチームに伝わり、チームが動くことが分かった。                                                                                                              |

|    |                                                                                                     |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 14 | チャイルドファーストを念頭に置いたアセスメントと計画立案の重要性と手法を学べた点                                                            |
| 15 | 実際の事例を見ながら、どんな支援が必要か具体的に学ぶことができたこと。特に将来の家庭状況や児の状況をイメージしながら、通所と訪問のサービスをバランス良く利用する必要があることには新たな学びがあった。 |

表 5. プログラムの改善点についての自由記載

| 質問 24. このコースのどのような点を改善した方がよいと思いますか。 |                                                                                                                |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                                   | かなり盛沢山でしたが、大変満足しています。ありがとうございました。                                                                              |
| 2                                   | 相談支援専門員は計画を立てているが、専門員の仕事をしていない方たちは計画に入り込むのに時間がかかってしまって困難な様子でした。しかし、医療的ケア児への視点の持ち方としての勉強と考えるとこのままでもよいかなとも思いました。 |
| 3                                   | 特に無し。座学 2 日 + 演習 2 日間を受講することで、コーディネーターとしての知識が身についていくと思う。                                                       |
| 4                                   | 内容が盛りだくさんで濃厚であったため、もっと時間をかけて講義を受けたかったです。コーディネーター養成研修は特に、時間が欲しかったです。                                            |
| 5                                   | 時間が短く、グループワークの時間も足りないときがあった。演習を2日間ではなく3日間で行ったほうがいいのではないか。                                                      |
| 6                                   | 特にありません。                                                                                                       |
| 7                                   | 医療職なので、もうすこし、社会資源などの福祉分野のサービスについて知りたかった                                                                        |
| 8                                   | 特になし                                                                                                           |
| 9                                   | 様々な職種が参加していたので、もう少し似た職種ごとにグループを組んでも面白かったかなと思います。(1 日目と 2 日目でメンバーを変えるなど)                                        |
| 10                                  | もっと、たくさんの事例を知りたい。                                                                                              |
| 11                                  | 先生の一言一言が学びとなり重要であると感じた。まだまだ学びたいことも多く2日間ではなく、もう少し日数を増やしてもらいたいと思った。                                              |
| 12                                  | もう少し時間に余裕があると良かった。                                                                                             |
| 13                                  | 特にありません。                                                                                                       |
| 14                                  | 谷口先生の講義がとにかくわかりやすかったです。感謝の言葉しかありません。                                                                           |
| 15                                  | 事例についてのアドバイスを具体的に教えていただき良かったが、一般的な知識を教えていただく講義の時間ももう少し入れていただくとわかりやすいと思った。                                      |

## 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果は刊行できておりません。  
該当なし

【N19-03】

## 研究倫理審査委員会審査結果

2019年6月10日

申請者： 谷口 由紀子

テーマ： 医療的ケア児等コーディネーターに必要な基礎的知識の可視化及び  
研修プログラムの確立

申請の区分： 初回申請    再審査    内容の変更

審査結果： 2019年度第2回看護栄養学部研究倫理審査委員会（5月23日）  
承認    条件付き承認    差し戻し    不承認

理由：

委員会（5月23日）において、倫理的配慮を含めた研究計画はほぼ適正と判断され「承認」とした。さらに6月10日、委員会で指摘された書式の追加、用語などに関する追記・訂正、誤記訂正などについての対応を委員長が確認した。

看護栄養学部研究倫理審査委員会 委員長  
林 雅晴



令和元年5月16日

厚生労働大臣  
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿  
(国立保健医療科学院長)

機関名 淑徳大学  
所属研究機関長 職名 学長  
氏名 磯岡 哲也



次の職員の令和元年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 令和元年度厚生労働科学特別研究事業

2. 研究課題名 医療的ケア児等コーディネーターに必要な基礎的知識の可視化及び研修プログラムについての研究

3. 研究者名 (所属部局・職名) 淑徳大学看護栄養学部 助教

(氏名・フリガナ) 谷口 由紀子 タニグチユキコ

#### 4. 倫理審査の状況

|                                     | 該当性の有無                   |                                     | 左記で該当がある場合のみ記入 (※1)      |        |                          |
|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------|--------------------------|
|                                     | 有                        | 無                                   | 審査済み                     | 審査した機関 | 未審査 (※2)                 |
| ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針               | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |        | <input type="checkbox"/> |
| 遺伝子治療等臨床研究に関する指針                    | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |        | <input type="checkbox"/> |
| 人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)           | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |        | <input type="checkbox"/> |
| 厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |        | <input type="checkbox"/> |
| その他、該当する倫理指針があれば記入すること<br>(指針の名称: ) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |        | <input type="checkbox"/> |

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

#### 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

|             |                                                                     |
|-------------|---------------------------------------------------------------------|
| 研究倫理教育の受講状況 | 受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/> |
|-------------|---------------------------------------------------------------------|

#### 6. 利益相反の管理

|                          |                                                                                 |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )  |
| 当研究機関におけるCOI委員会設置の有無     | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: ) |
| 当研究に係るCOIについての報告・審査の有無   | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )  |
| 当研究に係るCOIについての指導・管理の有無   | 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )  |

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。



令和元年5月16日

厚生労働大臣  
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿  
(国立保健医療科学院長)

機関名 淑徳大学  
所属研究機関長 職名 学長  
氏名 磯岡 哲也



次の職員の令和元年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 令和元年度厚生労働科学特別研究事業
2. 研究課題名 医療的ケア児等コーディネーターに必要な基礎的知識の可視化及び研修プログラムについての研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 上智社会福祉専門学校 教員  
(氏名・フリガナ) 大塚 晃 オオツカアキラ

#### 4. 倫理審査の状況

|                                     | 該当性の有無                   |                                     | 左記で該当がある場合のみ記入 (※1)      |        |                          |
|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------|--------------------------|
|                                     | 有                        | 無                                   | 審査済み                     | 審査した機関 | 未審査 (※2)                 |
| ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針               | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |        | <input type="checkbox"/> |
| 遺伝子治療等臨床研究に関する指針                    | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |        | <input type="checkbox"/> |
| 人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)           | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |        | <input type="checkbox"/> |
| 厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |        | <input type="checkbox"/> |
| その他、該当する倫理指針があれば記入すること<br>(指針の名称: ) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |        | <input type="checkbox"/> |

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

#### 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

|             |                                                                     |
|-------------|---------------------------------------------------------------------|
| 研究倫理教育の受講状況 | 受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/> |
|-------------|---------------------------------------------------------------------|

#### 6. 利益相反の管理

|                          |                                                                                 |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )  |
| 当研究機関におけるCOI委員会設置の有無     | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: ) |
| 当研究に係るCOIについての報告・審査の有無   | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )  |
| 当研究に係るCOIについての指導・管理の有無   | 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )  |

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。



令和 2 年 3 月 18 日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人三重大学  
所属研究機関長 職名 学長  
氏名 駒田 美弘



次の職員の令和元年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 厚生労働科学特別研究事業
- 研究課題名 医療的ケア児等コーディネーターに必要な基礎的知識の可視化及び研修プログラム確立  
についての研究
- 研究者名 (所属部局・職名) 医学部附属病院 小児トータルケアセンター・准教授  
(氏名・フリガナ) 岩本 彰太郎・イワモト ショウタロウ

4. 倫理審査の状況

|                                     | 該当性の有無                   |                                     | 左記で該当がある場合のみ記入 (※1)      |        |                          |
|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------|--------------------------|
|                                     | 有                        | 無                                   | 審査済み                     | 審査した機関 | 未審査 (※2)                 |
| ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針               | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |        | <input type="checkbox"/> |
| 遺伝子治療等臨床研究に関する指針                    | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |        | <input type="checkbox"/> |
| 人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)           | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |        | <input type="checkbox"/> |
| 厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |        | <input type="checkbox"/> |
| その他、該当する倫理指針があれば記入すること<br>(指針の名称: ) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |        | <input type="checkbox"/> |

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

|             |                                                                     |
|-------------|---------------------------------------------------------------------|
| 研究倫理教育の受講状況 | 受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/> |
|-------------|---------------------------------------------------------------------|

6. 利益相反の管理

|                          |                                                                                 |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定 | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )  |
| 当研究機関におけるCOI委員会設置の有無     | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: ) |
| 当研究に係るCOIについての報告・審査の有無   | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )  |
| 当研究に係るCOIについての指導・管理の有無   | 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )  |

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。