

連携



小児在宅医療における多職種連携

地域で多職種が感じている連携上の課題は、複数の県の多職種連携協働を実践している専門職（看護師・相談支援専門員・特別支援学校教諭・保健師・福祉職・介護福祉士）から聞き取った内容をまとめたものです。

スライド2～4の小児在宅における多職種連携の特色について説明します。子どもと家族には、主に5つの領域（教育・保健・医療・福祉・行政）が関わることとなります。その為、複数の特徴の異なる制度を包括した連携体制の構築が求められると同時に、支援の対象は医療依存度の高い子どもでもあり、かつ医療職以外にはすぐには理解できない疾患名・病状であることが多いようです。加えて、主治医が複数存在し、関係機関、職種が多岐に渡っています。背景となる法律、所属機関、立場、役割が異なるということは、子どもと家族のとらえ方や子育てに対する考え方、すなわち支援者としての価値観が異なるということでもあります。その為、互いの価値観を尊重しながら、対象の目標に応じたチームを作る人材が必要となります。しかし地域の現状は、個々の専門職が単体で支援を行い、チーム自体が存在しない地域や、地域資源が各地域で限られており、本来の目標を達成するためのチームとして役割を果たせていない場合や連携協働がうまくいかず困難感がたかくなり連携できなくなってしまっている場合もあります。また、在宅移行のプロセスや調整会議の開催時期は医療機関によって異なっているのが、現在の小児の多職種連携協働の特色であると考えます。

小児在宅における多職種連携の現状・特徴から、これから各地域で多職種連携を促進するためには、子どもと家族を対象とした多職種連携の特徴を理解し、各地域で、標準化（複数の要素間で、仕様や構造、形式を同じものに統一すること）されたチームづくりを先導する人材、すなわちコーディネータが必要です。

ここでいう標準化されたチームとは、まず連携協働の必要性や意義・基本概念を理解し、子どもと家族の主体性（障害を持つ子どもの親としての自己決定の尊重）を引き出し、家族が絆を深め子育てをしながら地域で暮らすことを支援するチームを指します。

子どもや家族、専門職が連携協働の概念を理解することは、連携協働の場面で起こりうることへの心理的な準備につながり、困難な中で糸をつむぐように連携協働を強めていくためには非常に重要なことであると考えます。

連携・協働を促進するためには、先導する人材（連携リーダー）も概念を理解する必要があります。

連携の概念のキーワードは単独では達成できない課題・主体的に取り組む協力関係・相互関係の過程であり、素晴らしい成果を保証するプロセスではありません。むしろ患者・家族の希望をチームで大切にし、実現に向け皆（子どもと家族も含む）で相談し、合意しながら進んでいく過程のことです。

協働とは、方法を探り当てることとあります。困難な事象に対してこそ、協働は力を発揮します。

それは一つの職種では解決できない目標に対し、必要な職種、人材に協力を求め、皆で知恵を絞り、どのように役割を分担することが有用であるかを話し合い、皆の合意のもと支援を実行し、再度評価し修正する過程を繰り返すことです。

ここで連携と協働、チームの関係を見てみましょう。

連携は協働を実現するためのプロセスを含んでいます。まず課題解決に必要な専門職・専門機関に声をかけ、連絡を取りチームを構成します。

連携で作られたチームで、目標を達成するための活動を協働と言います。効果的な連携協働を実践するためには、支援の目標・目的の一致をチーム内で行うことが重要であります。

多職種が感じている連携上の課題

- ◆ **目標設定の視点の相違**
医療依存度の高さと状態安定・介護負担の軽減に関心が寄せられ、本人・家族が主体となる生活の視点からの目標となっていない
- ◆ **多職種間での連携の目的共有への困難感**
どのような暮らしを実現するための連携なのか連携の目的を共有できていない
- ◆ **各専門職で統一された役割認識の不足**
同じ職種間でも、役割に対する認識が異なっている
- ◆ **地域生活における子育て関係機関との連携の難しさ**
複数の職種での母親支援虐待のリスクの管理
- ◆ **希薄なエンパワメントの視点**
発言力が強い医療職の意見が反映されがちで、エンパワメントの視点が弱くなってしまう

スライド 1

小児在宅における多職種連携の特色

1. 複数の特徴の異なる制度を包括した連携体制の構築
 - ◆ **各関係法令に対する理解の不足**
(医療法・障害者総合支援法・児童福祉法・母子保健法)
介護保険のように一つの制度の枠組みがない
各機関、職種の背景となる法令が異なるため、子どもと家族に対する価値観・支援のしぐみに相違があるため、共通言語・価値観が構築されにくい
例：職種で異なる子育て・家族についての価値観
医療者の考える在宅可能な医療依存度
他の職種が可能と考える医療依存度の差異
子どもと家族、教育者がとらえる教育環境の差異

スライド 2

- ◆ **養育力の向上への支援に対する考えの相違**
専門職内・多職種の中で揺らぐ価値観
「兄弟に対する支援も、行うべき？行わない？」
- 2. **多職種・多機関での連携**
各職種、関わる人物の考え方で異なる役割の認識
複数の主治医の存在
- 3. **高い医療依存度と個性**
 - ◆ **医療職以外の職種の心理的抵抗感**
「医療が必要で、すぐに命に直結する子どもに関わるって怖い」
「私たちが関わってなにか役に立てるのでしょうか？」
「こんなに重症なのに、普通の学校に通っていいのか？」

スライド 3

4. **地域で異なる支援チームの状況**
 - ◆ **必要な職種をチームに取り入れる力**
地域資源が限られているため連携する機関、人、しぐみが決まっており、対象の個性に応じた連携となりづらい
 - ◆ **コーディネータ(サービス調整・評価)の不在**
各専門職の役割が当該地域の職種の考えで限定されており、生活全般を支援する体制の構築がなされていない
 - ◆ **チームリーダー(チームビルディングを促進する役割)の不在**
課題の認識に相違があり、相違を調整する役割を担うチームリーダーが不在のため、課題が更に深刻化してしまう
5. **統一されない医療機関からの在宅移行**
物品提供方法・退院支援、調整業務を担う部署・担当者が各医療機関によって異なる

スライド 4

子どもと家族を対象とした多職種連携の特徴を理解し、各地域で標準化されたチームづくりを先導する人材が必要である

標準化されたチームとは

連携・協働の「必要性・意義・基本概念」を理解し、子どもと家族の主体性を引き出し、障害のある子どもと家族が絆を深め、子育てをしながら地域で暮らすことを支援するチーム

スライド 5

連携で核となる協働の展開過程（引用文献資料を谷口一部改変）において、①～②は協働を構築する時期であります。専門職間・組織間・家族とチーム間でのコンフリクト（競合、衝突、対立、葛藤、緊張）が生じやすい流動的な時期でもあります。流動的な時期とは、その時々的外的条件が微妙に働き、事態がどのように落ち着くかわからない状況にある時期と言えます。

現場では、この流動的な時期に耐えることができず、連携や協働をあきらめてしまう場合や、過大評価と失望を繰り返し、次のステップに進めていないチームが多く存在します。しかし、コンフリクトは必然であり、それを経てチームは構成されていきます。多職種との対話は、他者の考えも聴き尊重しながら、自分の考えも率直に伝えることが重要となります。

その際ちょっとしたことから、互いの意見の相違や誤解は生まれることを認識し、時間をかけ、チームを発達させていく心構えが必要のように思われます。協働とは、道なき道を模索し、チームで道を切り開く作業であるとも言えます。多職種連携を促進する際は、子どもと家族を含むすべての関わる人々が協働の展開過程、コンフリクトの必然性を理解し、他職種の実践に耳を傾け、相互理解を進めることが望ましいといえます。

地域でよく出会う流動的な過程における問題は、目標達成のために自分が専門職として果たせる役割に対する認識が不足していたり、他の職種に対し過剰な役割を要求し、負担を強いる場面がまず①役割の区別の段階で見られます。

例えば、入浴介助・お散歩はヘルパーが行うべきか訪問看護師の役割か、それは状態に応じて役割を担う職種が変化するのが現場ですが、どちらが担うべきであるかを各職種が言葉としてチームに伝えられなかったり、ヘルパーや保健師等の法令上の役割に対する認識が不足し、過度な役割を期待する場面がそれです。

②過大評価と失望の段階では、「自分たちはこれしかできません。」と専門職としての役割を自身で限定し、目標達成のための協働とならない場合に「もっといろいろな役割を担ってもらえると思っていたのに、がっかりした」といった言動が聞かれる場合があります。

こういった流動的な時期は必然です。チームメンバーは予め、流動的な過程が存在することを理解し、多職種間での対話を行いながら、協働することがコンフリクトの減少につながることを筆者は経験から知っています。コンフリクトが生じた場合こそ、チームメンバーの考えを肯定的に聴き入れ、互いの違いを認識したうえでどのように目標を達成する役割を分担するかをチームで再考することが望ましいといえます。また、この流動的な過程を乗り切り、チームを発達させるためにはチームリーダーが必要です。

連携・協働は、目標達成のためのものです。

よく地域で家族の負担軽減のための連携・協働と言う言葉を耳にするが、負担軽減は目標というより何かを実現するための方策ではないでしょうか。介護保険が開始された頃、介護負担の軽減が多職種連携の目標のようにとらえられていましたが、本人の生活機能の維持・向上を制度上の大目標とし、大目標を達成するための目標を本人・家族と多職種間で設定し、連携・協働を行うと位置付けられました。

障害のある子どもと家族への支援の目標は、「それぞれが持つ力を発揮し、子育て・生活を自分たちで営むことができるよう、多職種が連携協働を通じて支援する」ではないでしょうか？負担軽減は何のためのものであるかを、共有することが目標設定以前に重要であります。

このプロセスを研修で丁寧に関係職種と一緒に学ぶ機会を設けることで、現在多職種が感じている課題は一つ解決できます。

連携協働では親と専門職がチームとなり役割を遂行することが原則となります。親の役割は5つに大別されています（引用文献3）。

地域で時々親がチームの一員となっておらず、専門職のみで構成されていることがあるが、親の参加は原則です。

各地域で標準的なチームを作るためには、チーム内で親が果たす役割をメンバー内で共有し、何のための

連携の基本的概念の整理

援助において、異なった分野、領域、職種に属する複数の援助者(専門職や非専門的な援助者を含む)が、単独では達成できない、共有された目標を達成するために、相互促進的な協力関係を通じて、行為や活動を展開するプロセス

共有化された目的を持つ複数の人および機関(非専門職を含む)が単独では解決できない課題に対して、主体的に協力関係を構築して、目的達成に向けて取り組む相互関係の過程である

出典:引用文献1

スライド 6

協働とは

ケアサービス利用者とその家族が掲げる目標を理解し、その人たちとともに支援し、協力を求め、各専門職や関わる人が持っている知識や技術を提供し、目標達成のためにともに力を合わせることができる方法を探り当てること

出典:引用文献2

7

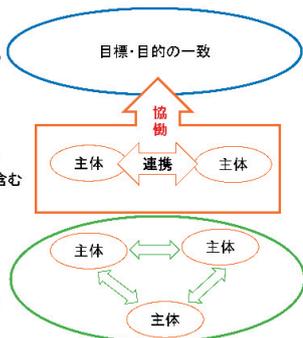
スライド 7

「連携」「協働」「チーム」各概念の関係

「協働」
目的達成のための
手段的概念

「連携」
「協働」を実現する
ためのプロセスを含む
手段的概念

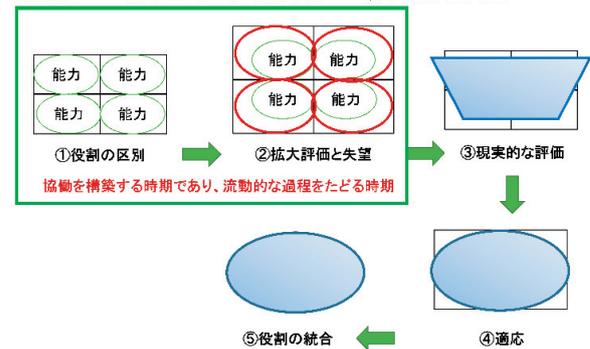
「チーム」
「連携」の概念が
可視化された実態



出典:引用文献1

スライド 8

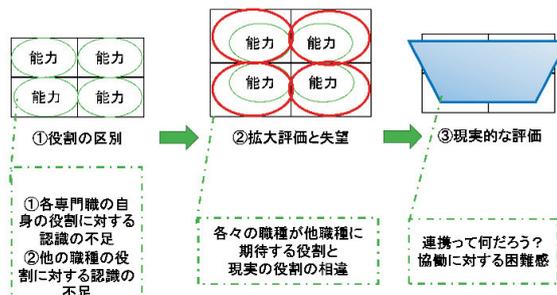
連携の核となる協働の展開過程



出典:引用文献1谷ロ一部改変

スライド 9

地域でよく出会う流動的な過程



協働には流動的な時期は必然、それを経てチームとなる
チームを発達させるチームリーダーが必要

出典:引用文献1

スライド 10

連携であるべきか、大目標を統一することが求められます。

連携の対象となる子どもと家族の多くは、多大なストレスにより養育力すなわち親としての役割遂行能力が低下している場合が多いです。

親としての力を高めるためには、まず養育者が抱えやすいストレスを一つの物差しを活用し多職種でアセスメントし、支援の方向性を共有する作業を協働過程の最初に行うと効果的です。

この際スライドのように文献から引用した養育者が抱えるストレスの要因をもとに対象となる養育者を多職種でとらえていきます。これは価値観の異なる職種が一つの物差しを活用して、多職種間で対象を同じ視点・価値観を共有することにつながるため有効であります。

最近では在宅移行期からの連携の必要性が認識されており、退院前から連携を開始する医療機関が増えていきます。

しかし、連携開始時期は医療機関・対象の状況によっても異なるのが現状です。一般的に在宅移行期は、退院支援と調整が必要といわれています。

退院支援とは患者が自分の病気や障害を理解し、退院後も継続が必要な医療や看護を受けながらどこで療養するのか、どのような生活を送るのかを自己決定するための支援と言われ退院調整とは患者の自己決定を実現するために、患者・家族の意向を踏まえて環境・ヒト・モノを社会保障制度や社会資源につなぐ等のマネジメントの過程と定義されています（引用文献5）。

スライド（引用文献6一部谷口改変）は、小児在宅移行期のどの時点から多職種連携を開始すべきか、連携に際し、どのような項目を医療機関と協働すべきかについて示しています（赤の矢印、赤の□で囲まれた箇所）。本来であれば退院支援の段階から介入することが望ましいが、コストの関係や医療機関・地域の考え方で地域の多職種の介入時期が異なるのが現状です。

チーム連携を推進するためには、状況をアセスメントする必要があります。アセスメントを行う順序はあまり重要ではありませんが、アプローチを行う際は、まず多職種連携の環境を整え、各組織、専門職、本人・家族の順番に行うほうが有用です。

何故なら、組織の連携を促進するためには環境が整備されていることが前提であり、専門職が連携協働を現場で実践するためには組織内での体制が整備されていることが前提となります。本人と家族には安心してチームに参加してもらうためには、先に4から2を整備し、本人家族を巻き込むことが有用であります。

本人・家族の連携状況は、本人家族が主体的に連携協働に参加する意向を持っているかまた連携協働過程を理解し、チームのどの職種がどのような役割を担ってくれるかを理解しているかをアセスメントします。おおよそ多職種連携協働に課題がある場合は、専門職が本人、家族をチームメンバーとして認識していない場合や事前に援助過程について家族へ説明していない場合が多いです。

チーム連携を推進するため支援者は、本人や家族の主体的な参加を促し、自分たちが支援者からどのような支援を、どのような過程で受けることができるのかについて、本人家族が理解できるよう説明する必要があります。

子どもと家族を取り巻く連携協働の現状について専門職・組織、環境という枠組みでとらえ、促進・阻害因子の視点で情報を整理し、阻害因子を有している場合は課題と認識し、促進因子はアセスメントの対象の持つ強みとしてとらえると有用です。

専門職として連携を促進する要因を多く有していても、組織に問題がある場合は連携が進まない場合もあります。本人・家族、専門職、組織、環境の4つの状況を押さえることで、連携全体を支配する促進、阻害要因が見えます。

多職種連携に必要なサービスやマネジメントの目指す目標の設定

よく地域で、「家族の負担軽減のための連携・協働」という言葉を耳にする。負担軽減は目的？それとも方策？

介護保険でも、多職種連携の際の目標の設定に困難が生じ、その後「生活機能の維持・向上」と設定された

障害のある子どもと家族への支援は「それぞれの持つ力を発揮し、子育て・生活を自分たちで営むことができるよう、多職種が連携協働する」
子どもの権利の擁護・親として役割を果たすための負担の軽減

11

スライド11

より良き多職種連携を目指し、多職種間での大目標の共有の推進

医療的ケアのある子どもが安心安全に、地域の子どもとして暮らせるよう、医療的ケアをはじめとする、通常の子育てとは異なる負担を軽減し、**養育者が親としての役割を遂行し、子どもの権利を擁護**できるよう支援するために連携する

親としての役割とは

1. 生活全般を支える役割
2. 疾病の管理
3. 成長と発達を促す役割
4. 愛情を注ぐ役割
5. 子どもと一緒にこどもに有益なことを意思決定する

出典:引用文献3

スライド12

養育者が抱えるストレス

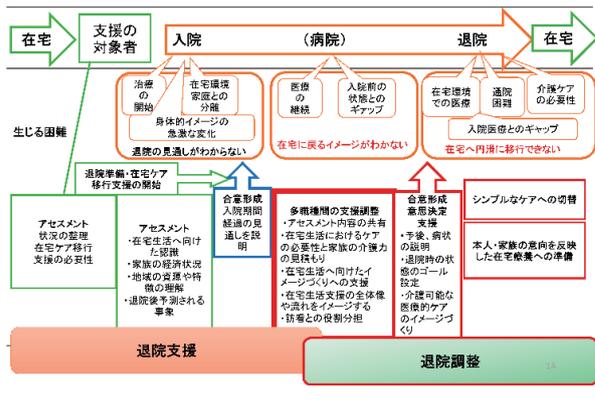
1. 一般的な子育てのストレスに加え、障害の受け入れ、子どもの状態の不安定さ、周囲からの理解の得られなさ、特別な支援を受けることへの抵抗感
2. 配偶者との関係性
3. 家族内の連帯感や家族との絆
4. 父親の就労状況と職場環境
5. 経済状況
6. 近隣地域との関係

出典:引用文献3
13

スライド13

在宅移行期の多職種連携過程と構造

引用文献6各口一節改変



スライド14

チーム連携を推進するために

連携推進状況をアセスメントする視点

◆アプローチの対象

1. 本人・家族
2. 専門職
3. 組織レベル
4. 環境レベル

出典:引用文献4

◆本人・家族のアセスメントの視点

促進要因	阻害要因
<ul style="list-style-type: none"> ・主体的な参加 ・援助過程に関する知識と役割の明確化 	<ul style="list-style-type: none"> ・本人、家族の不在 ・援助過程に関する知識の欠如

15

スライド15

新生児科、小児科からの退院に際し、子どもと家族が安心して地域で暮らすためには、子どもの状態安定が必然です。子どもの状態安定は養育者・家族・多職種の心理的安定につながります。

看看連携では、子どもと家族の状況と退院後の再入院のリスク要因の特定やリスクの改善策、緊急時の対応方法、子どもと家族の状況に合わせた在宅で実現可能なケア方法の検討、障害受容と入院中の支援それに対する家族の反応家族支援策の共有等を行います。

現在は、退院調整の段階から看看連携が開始される場合が多いですが、今後は退院支援の段階から開始され、子どもと家族の状況に合わせた決め細やかな支援が、広く実践されることが期待されます。

(医療法人社団麒麟会 谷口 由紀子)

専門職	
促進要因	阻害要因
<p>(個人)</p> <ul style="list-style-type: none"> 卒業後の職業関連専門職の学習経験 勤務経歴 卒業後の連携学習時間 独自性 <p>(対クライアント・家族関係)</p> <ul style="list-style-type: none"> クライアントの自己決定の尊重 クライアントの担当数 <p>(他職種との協働)</p> <ul style="list-style-type: none"> 互いの職務の専門性の理解 信頼関係に基づく相互尊重 同等の時間の投資 指導的立場の譲り合い 問題の予測能力 	<p>(対クライアント・家族関係)</p> <ul style="list-style-type: none"> クライアントの主体性と自己決定の無視 <p>(他職種との協働)</p> <ul style="list-style-type: none"> 互いの専門性に関する知識の欠如 役割の曖昧さ 縄張り争い 価値観、理念、方法論の対立 信頼、コミュニケーション、意欲の欠如 不均等な理から関係の違い 事前の準備不足

出典：引用文献4

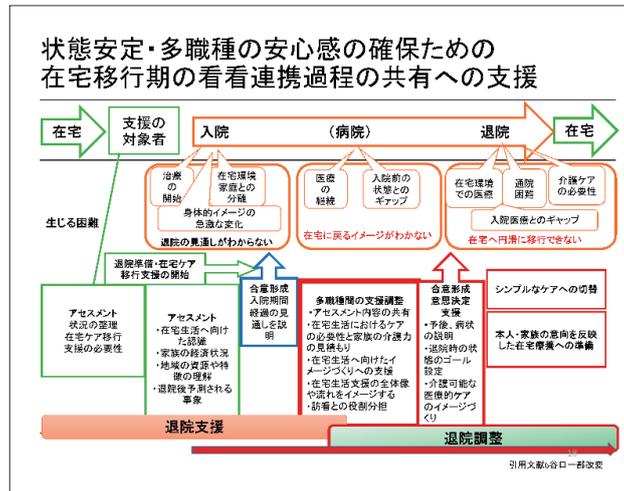
スライド16

組織レベル	
促進要因	阻害要因
<ul style="list-style-type: none"> 協働を促す職場の構造や理念 管理者の協働に対する理解・支援 協働作業に対する時間、支出、労力の投資 情報共有 業務協力 関係職種の交流 連携業務の処理と管理 	<ul style="list-style-type: none"> サービス供給に関する硬直した管理体制 職能団体の硬直した規則 クライアントに対する説明責任の欠如

環境レベル	
促進要因	阻害要因
<ul style="list-style-type: none"> アクセスしやすい治療・援助の場の提供 協働を促進する諸政策・社会状況 	<ul style="list-style-type: none"> 縦割り行政 診療報酬制度

出典：引用文献4

スライド17



スライド18