

〈原著論文〉

障がい児の家族支援に向けた多職種協働への介入プログラム作成 —医療型障害児入所施設に勤務する多職種に焦点を当てて—

原 瑞恵

岩手県立大学看護学部

要旨

本研究は、医療型障害児入所施設に勤務する多職種に対する障がい児の家族支援への協働の課題と、職種別の特徴を明らかにし、家族へのトータルケアに向けた多職種の協働を促進する介入プログラムを検討することを目的とし、全国の医療型障害児入所施設の多職種に質問紙調査を行った。研究の結果、施設における職種間での情報共有や意見交換は回答者の9割が行っていたが、医師以外の職種は、医師と比較して職種間での情報共有や意見交換が不十分であると捉えていた。また、家族支援における情報では、各職種は家族支援において専門性に応じた情報を得ていたが、全職種が家族の強みに関する情報を得ることが不十分であった。家族支援における多職種間の協働の課題には、【家族支援への目標の不明確さ】、【家族への関わり方の困難さ】、【情報交換・情報共有の難しさ】、【専門性の違いによる困難さ】、【役割分担の不明確さ】、【意見交換の不十分さ】、【協働における調整の不明確さ】があった。このことより、障がい児の家族へのトータルケアに向け、多職種が協働を促進するためには、職種間の意見交換により、チームとして家族支援への目標を共有し、お互いの専門性を認め合う視点をもった介入プログラムが必要であると考えた。

キーワード：多職種、障がい児、家族支援、協働促進プログラム、医療型障害児入所施設

はじめに

平成24年度の子どもの福祉法の一部改正により、障がいのある子どもが身近な地域でサービスを受けられる支援体制がすすめられている。障害児入所施設は、障がいの重複化を踏まえ、複数の障害に対応できることや、医療の提供の有無により、「福祉型」と「医療型」に再編された。医療型障害児入所施設は専門医療と福祉が併せて提供でき、障がいの重度、重複化へ対応することが期待されている¹⁾。

障がいのある子どもを養育する家族は、子どもの成長発達や家族の状況に合わせ、医療や福祉職などの多職種による総合的かつ継続的なトータルケアを必要とする。多職種は家族に対し、子どもの病気や障がいの治療や成長発達を促すこと、子どもの日常生活ケアへの指導、社会福祉制度の活用など専門的役割を遂行している。しかし、多職種各々は専門性に応じた支援を行っているものの、職種間の意見交換やコミュニケーション不足により、お互いの専門性の認識が低いこと

が報告されている^{2) 3) 4)}。とくに、医療型障害児入所施設に勤務する多職種は、個々の支援が専門的に分業しているため、協働している意識やお互いの専門性を認識しづらいのではないかと考える。

小児看護専門看護師(CNS)の責務には、保健医療福祉職との調整や、子どもや家族への倫理調整があり、NICUや一般病棟における多職種間の協働において、病院と地域をつなぐ在宅支援へのコーディネーター^{5) 6)}、子どもの成長発達、家族のライフサイクルに合わせた子どもと家族へ包括的な視点で調整をしている^{7) 8)}。医療型障害児入所施設に勤務する多職種が家族へトータルケアを行うためには、子どもの病気や障がいの治療を理解し、子どもの成長発達や家庭生活の状況、親の子育てへの思いや家族関係を包括的な視点で捉えることができる看護師が調整役となる、多職種の協働を促進する介入プログラムが必要であると考ええる。

研究目的

医療型障害児入所施設における家族支援への多職種の協働の課題，多職種の協働への活動，家族支援における職種の専門性を明らかにし，障がい児の家族へのトータルケアに向けた多職種の協働を促進するための介入プログラムを検討する。

研究の枠組み

本研究は，調査1「多職種間の情報共有と意見交換の現状」，調査2「多職種間の協働を促進する活動」，

調査3「家族支援のために必要な情報」，調査4「家族支援における多職種間の協働の課題」の4つの調査からなる。調査1と調査4より施設における情報共有と意見交換の現状，調査2と調査4より協働を促進する活動の特徴と職種別の傾向，調査3と調査4より家族支援における職種の専門性を明確にしていく。そして，調査4「家族支援における多職種間の協働の課題」を中心に，家族支援における多職種の協働を促進するための介入プログラムを検討していく。研究の枠組みは図1に示した。

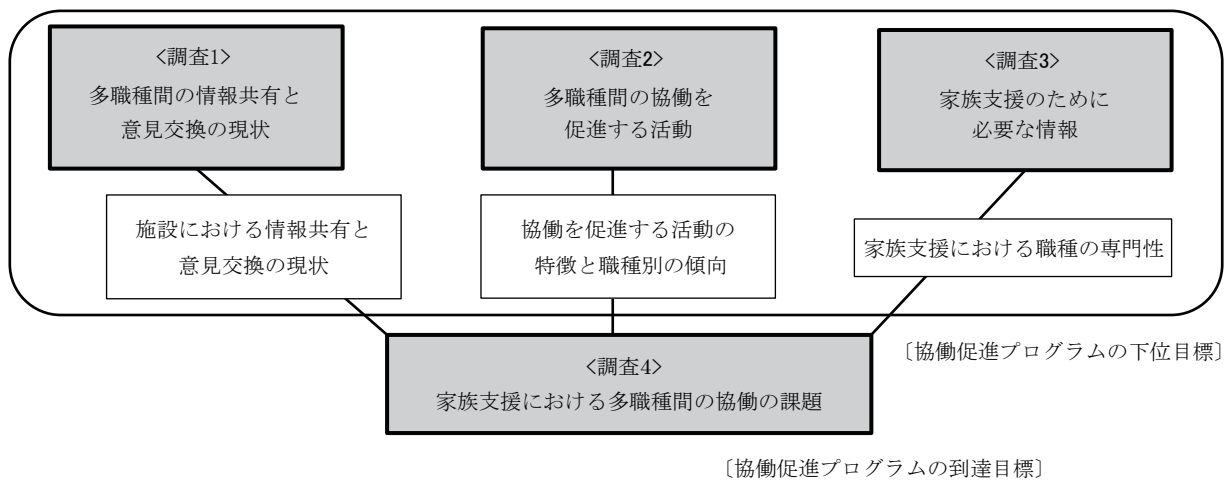


図1. 研究の枠組み

方法

1. 対象

全国の医療型障害児入所施設（肢体不自由児施設または重症心身障がい児施設）の施設長または看護職の管理者，事務職員等の担当者に研究の主旨および内容を説明し，44施設から研究の同意が得られた。研究対象者は，障がい児と家族へ関わる医師，看護師，リハビリテーションスタッフ，保育士，社会福祉士や臨床心理士等の福祉職とした。総配布数は893部であり，回収は678部（回収率75.9%）であった。そのうち欠損値が多く含まれた22名を除外し，656名を分析の対象とした。

2. 調査方法

調査期間は平成20年3月から平成20年9月であった。同意の得られた病院毎に，研究の主旨および内容を説明した担当者へ郵送した。その担当者は研究に協力できると同意を得た対象者へ質問紙を配布し，研究協力者が返信封筒に封をして，郵送により回収を行った。

質問紙の構成は対象者の背景情報，施設の情報共有

や意見交換の状況，職種間の協働を促進する活動，障がい児の家族支援をするために必要な情報とした。

「多職種間の協働を促進する活動」の項目は，多職種との協働について，質問項目の活動が十分であるか，「障がい児の家族支援のために必要な情報」の項目は，日頃，障がい児の家族に治療や相談等に関わるとき，質問項目の情報を確認しているか，5段階のリッカー尺度を用いて回答を得た。さらに，障がい児の家族支援における多職種間の協働への課題を明確にするために，質問紙に，多職種間の協働及び障がい児の家族支援について自由記述の回答を加えた。

「多職種間の協働を促進する活動」の質問項目は，多職種における協働を促進する活動の特徴と職種別の傾向をつかむために，input-process-outputモデルの概念を参考に作成した。このワシントンの社会心理学者Espinosaらの開発したinput-process-outputモデルは，チームが協働するために必要な要因として，①計画，手順という組織的課題へのプログラム，②チームのコミュニケーション，③課題やお互いの考えを共有することを示している⁹⁾。また，「障がい児の家族支

援のために必要な情報」の質問項目は、多職種が家族支援に必要としている情報の特徴と、職種の専門性に応じた情報の現状を明確にするために、ハイモビック応用による長期家族ケアモデルの概念を参考に作成した。ハイモビックモデル応用による家族長期ケアモデルは、健康障がいを抱えた家族へ継続的に、家族対処や家族の強みなどの家族の適応力と家族機能を総合的に捉えている¹⁰⁾。

なお、この質問紙は、現在病院に勤務している医師及び看護師、理学療法士、作業療法士、言語療法士、保育士、社会福祉士の各職種2、3名へプレテストを行った。

3. 分析方法

有意水準は0.05未満とし、統計的解析にはSPSS18.0JforWindowsを使用した。多職種間の協働を促進する活動および障がい児の家族支援をするために必要な情報の特徴を明確にするために、因子分析を行った。職種間の差は、質問項目の回答を間隔尺度として扱い、Mann-Whitney検定を用いて比較した。

記述回答は、多職種間の協働及び障がい児の家族支援についての困難な状況に視点を置き、質的に分析を行った。Hayesら¹¹⁾は、協働によって、多職種がお互いの専門性を理解し、ともに支え合う意識をもつようになる」と述べている。多職種の協働について困難な状況とは、お互いの専門性が理解しづらく、支え合う意識をもちづらい状況とした。具体的には、記述内容を繰り返し読み、多職種間の協働及び障がい児の家族支援について困難な状況の記述各々にコードを付け、作成した。次に、文脈を熟慮した上で類似したコードを分類し、その分類に反映した名称をつけ、カテゴリーを類型化した。分類の際に小児看護の研究者のスーパーバイズを受け、分析の信実性及び信憑性を高めた。

4. 倫理的配慮

研究実施に際して岩手県立大学大学院看護学研究科倫理審査会の承認（承認番号19-D004）を得た。研究対象の施設長および各職種のスタッフに対し、研究の目的と内容、研究への参加は自由意思であること、収集したデータは研究のみに使用し、個人が特定されないことや個人の秘密は厳守されることについて文書で説明した。また、文書に対象者が問い合わせ可能な研究者の所属および連絡先を明記した。

結果

1. 対象者の概要

職種は、看護師235名(35.8%)、理学療法士103名(15.7%)、保育士90名(13.7%)、作業療法士72名(11.0%)、言語聴覚士43名(6.6%)、医師39名(5.9%)、社会福祉士・指導員55名(8.4%)、臨床心理士または心理判定員13名(2.0%)、介護職（介護福祉士・ケアワーカー）5名(0.8%)、音楽療法士1名(0.2%)であった（以下、本文では理学療法士および作業療法士、言語聴覚士、音楽療法士を含めた職種を「療法士」、臨床心理士および心理判定員、介護福祉士、ケアワーカーを含めた職種を「福祉職」と示す）。

2. 施設での情報共有と意見交換の現状

施設における多職種間の情報共有は「いつもしている」256名(39.6%)、「時々している」392名(59.8%)と、回答のうち9割の職種が実施していた。多職種間の記録の閲覧は「いつもしている」120名(18.3%)、「時々している」406名(61.9%)と、8割の職種が実施していた。さらに、職種別でみると、多職種間の情報共有について、看護師や保育士、福祉職が9割実施しているのに対し、医師と療法士はすべての回答者が情報共有を実施していた。多職種間の記録の閲覧については、看護師と保育士が7割、療法士と福祉職が8割実施しているのに対し、医師はすべての回答者が記録閲覧を実施していた。

多職種とのミーティングやカンファレンスによる意見交換を「定期的に行っている」と回答したものが404名(61.6%)、「必要時行っている」175名(26.7%)、「定期的かつ必要時行っている」15名(2.3%)であり、9割以上(636名、96.9%)が多職種との意見交換を行っていた。しかし、多職種間の一家族における意見交換の回数は1年に1回が185名(40.1%)と最も多く、次いで半年に1回146名(31.7%)のみ行われていた。また、その多職種との意見交換の所要時間は30分程度が247名(53.6%)と最も多く、次いで1時間程度93名(20.2%)、15分以内76名(16.5%)であった。意見交換の実施状況や回数、所要時間では、職種間に差はみられなかった。

3. 多職種間の協働を促進する活動（表1）

1) 多職種間の協働を促進する活動の特徴

多職種間の協働に関する20項目の因子分析（主因

子法・プロマックス回転)を行った結果, 3因子が抽出された(累積寄与率54.6%). なお, 因子負荷量0.400未満の項目, 複数の因子に高い負荷量を示す項目は除外し, 19項目とした. 下位尺度の信頼性を確認するために, 因子分析によって得られた下位尺度ごとのCronbachの α 係数を算出し, 0.866~0.897の値が得られた. また, 19項目全体の α 係数は0.932であった.

第1因子は障がい児や家族への支援の報告や考え, お互いの質問や返答という意見交換の内容に関する8項目であり, 『多職種との意見交換』と命名した. 第2因子はミーティングやカンファレンスの回数や所要時間, 日程調整などの7項目であることから, 『ミーティング・カンファレンスの企画運営』と命名した. 第3因子は障がい児や家族に関する情報共有の4項目であることから, 『多職種との情報共有』と命名した.

全職種の3つの因子における平均得点は, 第1因子『多職種との意見交換』2.95 (SD0.67), 第2因子『ミーティング・カンファレンスの企画運営』3.33 (SD0.72), 第3因子『多職種との情報共有』2.96 (SD0.77)であった. 『多職種との意見交換』の「多職種との活動の振り返り」の項目が, 他の項目と比較して, 得点をもっとも低かった.

2) 協働を促進する活動における職種別の比較

『多職種との意見交換』では, 医師以外の職種は医師と比較して有意に得点が低く(医師との比較において療法士 $p<0.001$, 看護師・保育士・福祉職 $p<0.01$), 医師以外の職種は, 医師より多職種との意見交換が十分でないと捉えていた. また, 『多職種との情報共有』においても, 医師以外の職種が, 医師と比較して有意に得点が低く(医師との比較において療法士 $p<0.001$, 看護師・福祉職 $p<0.01$, 保育士 $p<0.05$), 医師以外の職種は, 医師より情報共有が十分でないとして捉えていた.

一方, 『ミーティング・カンファレンスの企画運営』では, 看護師・療法士は医師より有意に得点が低く($p<0.05$), ミーティングやカンファレンスの企画運営が十分でないとして捉えていた. とくに, 「ミーティングやカンファレンスの回数」(医師との比較において療法士 $p<0.001$, 看護師・福祉職 $p<0.01$, 保育士 $p<0.05$)や, 「ミーティングやカンファレンスの所要時間」(医師との比較において看護師・療法士・福祉職 $p<0.01$, 保育士 $p<0.05$)は,

医師以外の職種が医師と比較して, 得点が有意に低かった.

4. 家族支援のために必要な情報(表2)

1) 家族支援をするために必要な情報の特徴

多職種各々が障がい児の家族支援のために必要とする情報に関する27項目の因子分析(主因子法・プロマックス回転)を行った結果, 5因子が抽出された(累積寄与率67.2%). なお, 因子負荷量0.400未満の項目, 複数の因子に高い負荷量を示す項目は除外し, 25項目とした. 因子分析によって得られた下位尺度ごとのCronbachの α 係数は, 0.841~0.946の値が得られた. また, 25項目全体の α 係数は0.950であった.

第1因子は家族内の話し合いや支え合い, 役割分担に関する7項目であり, 『家族の強み・資源』と命名した. 第2因子は養育者の病気や障がい, 治療への不安や期待, 知識や技術という対処能力を示す7項目であることから, 『養育者の対処能力』と命名した. 第3因子は家族のレスパイトシステム, 財政上の福祉制度の情報把握や利用状況についての4項目であることから, 『福祉制度の知識・利用状況』と命名した. 第4因子は子どもの病気や障がい, 治療状況に関する4項目であることから, 『子どもの情報』と命名した. 第5因子は家族構成及び養育者の健康状態や就労状況に関する3項目であることから, 『家族の形態・役割』と命名した.

全職種の5つの因子における平均得点は, 第1因子『家族の強み・資源』3.09 (SD0.90), 第2因子『養育者の対処能力』3.68 (SD0.74), 第3因子『福祉制度の知識・利用状況』3.24 (SD0.97), 第4因子『子どもの情報』4.31 (SD0.68), 第5因子『家族の形態・役割』3.83 (SD0.86)であった. 他の因子と比較して, 第1因子『家族の強み・資源』がもっとも得点が低かった.

2) 家族支援に必要な情報における職種別の比較

『養育者の対処能力』において, 「養育者の治療への知識」(医師との比較より保育士・福祉職 $p<0.01$; 看護師との比較より保育士 $p<0.01$, 福祉職 $p<0.05$; 療法士との比較より保育士 $p<0.01$, 福祉職 $p<0.05$), 「養育者の病気への知識」(医師との比較より保育士 $p<0.01$, 福祉職 $p<0.05$; 療法士との比較より保育士 $p<0.01$, 福祉職 $p<0.05$), 「養育者の子どもへの世話の技術」(看護師との比較より福祉

表1. 多職種間の協働を促進する活動

質問項目	全職種 n=618			看護師 n=226 Mean(SD)	療法士 n=203 Mean(SD)	保育士 n=86 Mean(SD)	福祉職 n=67 Mean(SD)	医師 n=36 Mean(SD)	p値
	Mean(SD)	第1因子	第2因子						
第1因子：多職種との意見交換	2.95(0.67)	(α =0.899)		2.93(0.69)	2.88(0.65)	2.97(0.68)	2.96(0.55)	3.38(0.67)	** 医師>療法士 ** 医師>看護師,保育士,福祉職
9. 多職種との日常的な情報交換	3.05(0.95)	0.057	0.166	3.10(1.00)	2.92(0.91)	3.08(0.95)	3.07(0.88)	3.44(0.84)	
10. 他の職種の記録の閲覧状況	2.79(1.02)	0.074	0.111	2.62(1.05)	2.86(0.99)	2.74(1.01)	2.94(0.94)	3.39(0.93)	
11. 自分の活動や考えの報告	2.89(0.89)	-0.067	-0.014	2.89(0.94)	2.82(0.83)	2.93(0.93)	2.85(0.87)	3.33(0.76)	
12. 多職種からの質問や意見への返答	3.16(0.81)	0.876	-0.048	3.16(0.80)	3.07(0.81)	3.13(0.89)	3.24(0.65)	3.56(0.84)	
13. 多職種とのミーティングや考えの理解	3.02(0.85)	0.743	-0.011	3.02(0.88)	2.91(0.86)	3.10(0.80)	3.04(0.73)	3.44(0.84)	
14. 多職種とのミーティングでの意見交換	3.17(0.89)	0.692	-0.026	3.16(0.94)	3.09(0.85)	3.21(0.92)	3.13(0.80)	3.53(0.81)	
15. 多職種への助言	2.98(0.80)	0.818	-0.027	2.99(0.80)	2.92(0.76)	2.93(0.86)	2.99(0.71)	3.39(0.87)	
16. 多職種との活動状況の振り返り	2.70(0.85)	0.635	-0.083	2.71(0.87)	2.59(0.80)	2.78(0.86)	2.57(0.78)	3.22(0.93)	
第2因子：ミーティング・カンファレンス企画運営	3.33(0.72)	(α =0.866)		3.29(0.75)	3.29(0.70)	3.42(0.67)	3.35(0.74)	3.62(0.74)	* 医師>看護師,療法士 *** 医師>療法士 *** 医師>看護師,福祉職 ** 医師>保育士
1. ミーティングやカンファレンスの回数	2.92(1.04)	0.138	0.562	2.90(1.01)	2.76(1.04)	3.12(0.98)	2.87(1.11)	3.53(1.00)	
2. ミーティングやカンファレンスの所要時間	3.16(1.00)	0.028	0.820	3.17(1.00)	3.10(1.01)	3.17(0.96)	3.07(1.00)	3.64(0.99)	** 医師>看護師,療法士,福祉職 * 医師>保育士
3. ミーティングやカンファレンスの日程調整	3.09(1.00)	-0.064	0.029	3.08(0.97)	3.04(1.03)	3.19(0.96)	3.12(1.02)	3.17(1.11)	
4. ミーティングやカンファレンスの場所	3.69(0.93)	-0.136	0.689	3.56(0.98)	3.78(0.90)	3.70(0.88)	3.69(0.91)	3.89(0.85)	
5. ミーティングやカンファレンスの資料	3.38(0.93)	-0.099	0.761	3.25(0.98)	3.36(0.92)	3.49(0.88)	3.60(0.78)	3.58(1.02)	
6. ミーティングやカンファレンスの討議内容	3.27(0.93)	0.150	0.606	3.30(0.97)	3.11(0.91)	3.45(0.86)	3.27(0.88)	3.61(0.93)	
7. ミーティングやカンファレンスに参加している職種	3.84(0.94)	0.106	0.603	3.79(1.01)	3.88(0.89)	3.81(0.93)	3.82(0.97)	3.94(0.79)	
第3因子：多職種との情報共有	2.96(0.77)	(α =0.890)		2.97(0.77)	2.81(0.77)	3.10(0.76)	2.95(0.69)	3.45(0.73)	** 医師>療法士 *** 医師>看護師,福祉職 * 医師>保育士
17. 障がい児の成長発達に関する情報共有	3.00(0.89)	0.341	-0.017	2.97(0.89)	2.85(0.89)	3.24(0.86)	3.10(0.86)	3.56(0.82)	
18. 障がい児の治療に関する情報共有	3.06(0.88)	0.349	0.049	3.12(0.88)	2.90(0.87)	3.23(0.90)	3.07(0.88)	3.64(0.78)	
19. 主たる養育者の心理状態に関する情報共有	2.85(0.92)	-0.018	-0.028	2.87(0.92)	2.75(0.95)	3.09(0.97)	2.81(0.76)	3.21(0.86)	
20. 家族の状況に関する情報共有	2.93(0.88)	-0.022	-0.018	2.91(0.86)	2.85(0.93)	3.11(0.84)	2.82(0.85)	3.38(0.78)	
8. 院内(部門内を含む)での研究会や勉強会(除外)	0.298	0.207	0.147						
固有値	9.095	2.064	1.006						
寄与率(%)	43.294	7.974	3.303						
累積寄与率(%)	43.294	51.267	54.570						
因子間相関	因子1	—	0.616	0.748					
	因子2	—	—	0.551					
	因子3	—	—	—					

因子抽出法: 主因子法 回転法: Kaiserの正規化を伴うプロマックス法 Mann-Whitney検定 有意水準 ** * p<0.001, * * p<0.01, * p<0.05

職・保育士 $p<0.01$ ；療法士との比較より福祉職・保育士 $p<0.01$)の項目では、医療職である医師、看護師、療法士は保育士・福祉職より得点が有意に高く、養育者の子どもの病気や治療の知識、子どもへの世話の技術の習得を把握していた。「養育者の子どもの病気や障がいへの不安」(療法士との比較により看護師・保育士 $p<0.01$)、「養育者の育児へのストレス」(療法士の比較より看護師・保育士 $p<0.01$)、「養育者の子どもの成長発達への期待」(療法士の比較より看護師・保育士 $p<0.01$, 福祉職 $p<0.05$)では、療法士は看護師・保育士・福祉職より有意に得点が高く、療法士は看護師や保育士、福祉職より、養育者の子どもの病気や障がいへの不安、育児への期待やストレスを十分に把握していた。

『福祉制度の知識・利用状況』において、医師・療法士・福祉職は看護師・保育士より有意に得点が高く(医師との比較より保育士 $p<0.01$, 看護師 $p<0.05$ ；療法士との比較より看護師 $p<0.01$, 保育士 $p<0.05$ ；福祉職との比較より看護師・保育士 $p<0.01$)、家族の福祉制度の知識や利用状況を把握していた。『子どもの情報』は、医師・療法士は看護師・保育士・福祉職より得点が有意に高く($p<0.001$)、子どもの病気や障がい、成長発達の状況、治療やリハビリテーション内容について十分に把握していた。『家族の形態・役割』において、療法士・福祉職は「養育者の健康状態」の項目が、医師より有意に得点が高く($p<0.01$)、養育者の健康状態を把握していた。

5. 家族支援における多職種間の協働の課題(表3)

多職種間の協働について記述したものは378名(55.8%)、障がい児の家族支援について記述したものは370名(54.6%)であった。記述回答より、多職種との協働及び障がい児の家族支援についての困難な状況に視点を置き、311のコードを抽出した。カテゴリーは【家族支援への目標の不明確さ】、【家族への関わりの困難さ】、【情報交換・情報共有の難しさ】、【専門性の違いによる困難さ】、【役割分担の不明確さ】、【意見交換の不十分さ】、【協働における調整の不明確さ】の7つのカテゴリーと18のサブカテゴリーが導き出された。この7つのカテゴリー各々には、すべての職種の記述回答が含まれており、カテゴリーでの職種の偏りはみられなかった。カテゴリーは

【 】, サブカテゴリーは [] で示す。

多職種各々は、[家族へ関わる機会の少なさ]、[家族への関わり方への戸惑い]や[家族への個別的関わりの困難さ]という【家族への関わりの困難さ】を抱えていた。また、多職種は家族支援について、職種間で時間や物理的環境より、【情報交換・情報共有の難しさ】や【意見交換の不十分さ】という課題を抱えていた。そして、多職種は[子どもや家族への目標の不明確さ]や[家族とスタッフの意識の違い]という【家族支援への目標の不明確さ】を実感していた。

多職種は家族支援において専門的に分業しているため、[お互いの専門性の理解不足]や[専門性の違いによる困難さ]、[互いに歩み寄る姿勢のなさ]という職種間の【専門性の違いによる困難さ】を抱えていた。一方、多職種は看護師と保育士のように、役割が重複していることから、【役割分担の不明確さ】も感じていた。

多職種間の協働では[コーディネーターの不在]や[協働システムの不明確さ]、[地域・他施設との協働の難しさ]という【協働における調整の不明確さ】があった。

考察

1. 施設における情報共有と意見交換の現状

これまで多職種の協働において、職種間の情報共有や意見交換、コミュニケーションが不十分であることが報告されている^{12) 13) 14)}。本研究の調査1において、施設での多職種間の情報共有は、全職種の9割の回答者が行っており、医師と療法士に関してはすべての回答者が行っていた。他の職種の記録閲覧も8割の回答者が行っており、医師はすべての回答者が行っていた。医療型障害児入所施設では、職種間の情報共有を行う体制になっていた。とくに、医師と療法士は職種間の職種間の情報共有する意識が高かった。これは、調査3より、医師と療法士が家族の対処能力について情報を十分得ていることから、子どもの治療を行ううえで家族の子育てへの思いや世話の技術に関する情報を必要としているためと考える。

職種間の意見交換は、全職種の回答者のうち9割以上が行っていたが、一家族に対し、1年に1, 2回、所要時間は30分から1時間程度の回答が多く、施設での職種間の意見交換は行われているものの、意見交換の回数と時間は十分確保されていなかった。これは、調査4の協働の課題より、職種間の勤務体制の違いに

表3. 家族支援における多職種間の協働の課題

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	職種別の記述数
家族支援への目標の不明確さ	子どもや家族への目標の不明確さ	子どもや家族への目標の不明確さ	看護師(4)、療法士(1)、福祉職(1)
		養育者についての理解不足	
	家族とスタッフとの意識の違い	家族とスタッフとの意識の違い	看護師(7)、保育士(3)、医師(2)、療法士(2)、福祉職(2)
家族のスタッフへの思いの言いにくさ			
家族の子どもへの関心の乏しさ			
家族への関わりの困難さ	家族へ関わる機会の少なさ	家族と関わる機会の少なさ	看護師(13)、療法士(7)、保育士(5)、福祉職(2)、医師(1)
		家族への情報提供の不十分さ	
	家族への関わり方の戸惑い	家族へ深く関われない	看護師(13)、療法士(9)、保育士(8)、福祉職(2)、医師(1)
		家族へのアプローチがわからない	
		家族の問題の潜在化	
	家族への個別的関わりの困難さ	困難事例への関わりの困難さ	看護師(11)、療法士(3)、福祉職(2)、医師(1)
家族への個別的関わりの困難さ			
情報交換・情報共有の難しさ	時間的・物理的環境による情報交換の難しさ	時間的余裕がないことによる情報交換の難しさ	療法士(19)、看護師(12)、福祉職(7)、保育士(3)、医師(2)
		勤務時間の違いによる情報交換の難しさ	
		物理的環境による情報交換の難しさ	
		記録共有していないことによる情報交換の難しさ	
	家族に関する情報共有の難しさ	家族との守秘義務による情報交換の難しさ	看護師(2)、療法士(2)、医師(1)
		他職種に家族の状況を伝えられない	
	情報交換しづらいシステム	情報提供が少ないことによる情報交換の難しさ	看護師(4)、療法士(2)、保育士(3)、医師(1)、福祉職(1)
		担当者以外の情報交換の難しさ	
		職種内の情報共有の不十分さによる情報交換の難しさ	
		他職種が多いことによる情報交換の難しさ	
意見交換の不十分さ	カンファレンスの企画運営の不十分さ	職種による情報交換の違い	療法士(17)、看護師(10)、福祉職(7)、保育士(3)、医師(1)
		カンファレンスにおける時間調整の難しさ	
		カンファレンスのために時間的余裕のなさ	
		カンファレンス内容の不十分さ	
		カンファレンス回数の少なさ	
		カンファレンスが開催されていない	
	時間的・人的余裕のなさ	カンファレンス参加の機会がない	療法士(10)、看護師(7)、福祉職(3)、医師(1)、保育士(1)
		必要時のカンファレンス開催の難しさ	
		マンパワー不足による連携の難しさ	
		時間的余裕がないことによる協働の難しさ	
	意見を言いつらい立場や関係性	知識を深めるための時間的余裕のなさ	看護師(4)、福祉職(4)、医師(2)、療法士(2)、保育士(2)
		お互いを思いやる余裕のなさ	
		意見を言いつらい立場	
		他職種間の不平等さ	
連携における負担の違い			
相談しづらい関係性			
専門性の違いによる困難さ	リーダーシップの難しさ	看護師(5)、療法士(3)、医師(1)、福祉職(1)、保育士(1)	
	他職種の仕事の理解不足		
	他職種の情報の理解不足		
	物理的環境による専門性の理解不足		
	専門性の視点による違いによる困難さ		
	医療・福祉との考え方の違いによる困難さ		
互いに歩み寄る姿勢のなさ	子どもや家族への方針の違いによる困難さ	看護師(5)、療法士(3)、医師(1)、福祉職(1)、保育士(1)	
	他職種各々の主張		
役割分担の不明確さ	互いに歩み寄る姿勢のなさ	看護師(3)、保育士(2)	
	役割分担が不十分なことによる難しさ		
協働における調整の不明確さ	コーディネーターの不在	他職種の協働の難しさ	看護師(2)、療法士(2)、医師(1)、保育士(1)
		養育者の意見を聴くためのコーディネーターの不在	
		カンファレンスのコーディネーターの不在	
	協働システムの不明確さ	総括的な対応をするコーディネーターの不在	看護師(5)、療法士(5)、福祉職(1)、保育士(1)
		システムが確立していない	
		協働への意識づけのなさ	
	地域・他施設との協働の難しさ	サービスへの報酬が少ない	看護師(5)、療法士(4)、福祉職(2)
地域との協働の難しさ			
		他施設との協働の難しさ	

よる意見交換の日程調整の難しさや、意見交換をするためのマンパワー不足があるためと考える。多職種がお互いの家族支援やその方向性を理解するうえで十分な時間を確保し、子どもの成長発達や治療の状況に合わせた家族支援をするうえで意見交換の機会を重ねていく必要がある。

2. 多職種の協働を促進する活動

調査2「多職種間の協働を促進する活動」において、他の項目と比較してもっとも得点が低かった項目は、多職種との活動状況の振り返りであった。また、調査4「家族支援における多職種の協働への課題」には、職種間での家族支援の目標の不明確さや、家族と多職種との思いの違いにより、【家族支援への目標の不明確さ】があった。これは、チームとして家族支援への目標が定まらないことにより、活動状況も評価しづらいのではないかと考える。職種間の協働を促進するためには、意見交換のなかで、家族の思いを職種間で共有したうえで、チームとしての家族支援への目標を明確にし、その目標に対する評価も実施していく必要がある。

調査2「多職種間の協働を促進する活動」における職種別の比較では、医師以外の職種が医師より多職種間の情報共有や意見交換が十分でないと捉えていた。田村¹⁵⁾は、医師がチームのリーダーとしてミッションを明確にして、多職種の専門性とスキルを引き出し、質の高い医療を進めていく役割を担っていると述べている。医師が他の職種より職種間の情報共有や意見交換を十分であると捉えていたのは、チームのなかでリーダーとして職種間の情報共有や意見交換に取り組み、役割を遂行している自信があるのではないかと考える。一方、医師以外の他職種は、医師と比較して情報共有や意見交換が不十分であると捉えていたのは、家族支援への役割が不明確であることや、役割を遂行していないと捉えていたのではないかと考える。また、医師以外の他職種は、職種間の情報共有や意見交換により、お互いの家族支援を共有し、自分の専門性をいかしたいという要求も高いと考える。Hayesら¹⁶⁾は、多職種の協働には職種間で話し合うことが重要であり、話し合うことによってお互いの専門性に気づくことができると述べている。家族へトータルケアをするためには、意見交換によって、多職種各々が専門性に応じた家族支援のための情報を共有し、お互いの専門性を認め合うように調整していくことが必要で

あると考える。現在、小児専門看護師（CNS）は、このように他の専門職との協働と調整を図るための教育を受けている。

3. 家族支援における多職種の専門性

医療型障害児入所施設では、周産期医療の進歩に伴い、子どもの疾患や障がいの程度が重度化し、肢体不自由児や重症心身障がい児、発達障がい児など、さまざまな障がいに対応していかなければいけない状況にある¹⁷⁾。そのため、障がい児の家族支援においても、職種各々へ高い専門性を求められる。専門性とは、他の職種から「専門性」を要求されていると認識する側面と、自ら「専門性」の高さを他の職種に向けて提示する側面がある¹⁸⁾。

調査3「家族支援のために必要な情報」では、医師、看護師、療法士が、保育士や福祉職より、養育者の子どもの病気や治療の知識、子どもへの世話の技術の習得について把握していた。さらに、療法士は看護師より、養育者の子どもの病気や障がいへの不安、育児への期待やストレスを十分に把握していた。療法士は子どもへのリハビリテーションにおいて子どもの運動機能や認知能力を評価する際、生活環境や養育者の状況の情報も得る¹⁹⁾。療法士はこの専門性から、養育者の子育てへの思いを把握する必要性を認識していると考えられる。また、近年、障害者自立支援法の施行や、身近な地域での支援を充実させるための障がい児に関する施策がめまぐるしく変化している²⁰⁾。このような社会福祉制度の変化に伴い、福祉職は家族へ制度の相談や情報提供する役割がある。調査3では、福祉職だけでなく医師や療法士が、家族の福祉制度の知識や利用状況を把握していた。福祉職は家族へ利用できる福祉制度の情報提供をする役割を担っているが、医師や療法士もそれぞれの治療を行う際、子どもや家族が利用している福祉制度の利用状況を確認する。このように、医師や療法士は子どもへの治療を担当しているため、その治療への責任を受け止め、家族へ関わり必要な情報を把握していると考えられる。

一方、調査3より、看護師は養育者の子どもの病気や治療の知識、子どもへの世話の技術の習得について把握していたものの、養育者の子どもの病気や障がいへの不安、育児への期待やストレスについての情報を十分に把握していなかった。しかし、調査4において、看護師は【家族支援への目標の不明確さ】や【家族への関わり方の困難さ】、【専門性の違いによる困難さ】

の家族支援における協働の課題の記述が多かった。これは、看護師が家族支援での自らの専門性を認識しつつも、家族との関わりに戸惑い、親の心理状態を把握できずにいると考えられる。また、看護師は家族支援のためには、多職種の専門性を認め、協働する必要性を感じていることも推察される。看護師は自らの家族支援への専門性と、多職種との協働の必要性を認識しているからこそ、その必要性に対応できる親の心理状態を把握する能力と、職種間の協働を調整する能力を身に付けていくことが必要であると考えられる。

障がい児の家族は、子育てのなかで落ち込みや苦悩などの葛藤、危機的状況に陥りやすい^{21) 22)}。このような家族が障がいを受け止め、前向きに子育てに取り組むために、家族内の資源を活用し困難を乗り越えていく家族の強みを引き出す支援や^{23) 24) 25) 26)}、この強みを引き出すための家族を主体とした支援^{27) 28) 29)}が注目されている。

調査4の協働の課題において、職種各々が家族へ関わる機会が少ないことや、家族への関わり方の戸惑い、個別的な関わりの難しさという【家族への関わりの困難さ】を実感していた。さらに、多職種間での家族に関する【情報交換・情報共有の難しさ】もあり、すべての職種が親の心理状態や家族機能について情報共有が難しい状況にあった。とくに、調査3「家族支援のために必要な情報」では、他の項目と比較して、全職種が家族の強みについて十分把握していなかった。また、看護師も他の職種と同様に、家族の強みについて把握していなかった。看護師と訪問看護師を対象にした家族ケアに必要な情報に関する調査でも、看護師は家族に知識や技術を指導することが大切であると捉え、家族の良い点を見出し、気づきを促すという強みに着目した支援への認識が低いことが報告されている³⁰⁾。看護師が家族の強みに着目し、子どもの病気や成長発達の状況、親の子育てへの思いを包括的な視点で捉え、多職種との調整役を実践し活躍するためには、看護師に対して、家族の力を引き出す視点をもった家族支援の教育や研修を充実させていく必要がある。

4. 多職種の協働を促進する介入プログラムの検討

調査4「家族支援における多職種間の協働の課題」は、すべての職種が回答した自由記述から導き出したカテゴリであることから、家族支援における多職種の協働を促進する到達目標を考えた。さらに、調査1

「多職種間の情報共有と意見交換の現状」、調査2「多職種間の協働を促進する活動」、調査3「家族支援のために必要な情報」について、全職種および職種別の傾向を考察し、多職種の協働を促進する下位目標を示した(表4)。

多職種各々は【家族支援への目標の不明確さ】があった。家族へトータルケアを行うためには、チームとして家族支援への目標を明確にし、その目標を評価していくことが重要と考え、到達目標1を<チームとして家族支援への目標を共有する>とした。多職種間の協働を促進する活動では、多職種との活動状況の振り返りが不十分であった。そのため、下位目標には、チームとしての家族支援への目標を設定することと、家族支援への目標の到達度を評価することを考えた。

多職種各々は、家族へ関わる機会が少ないこと、家族の関わり方の戸惑い、個別的な関わりの難しさから【家族への関わりの困難さ】を実感していた。さらに、多職種での【情報交換・情報共有の難しさ】があるため、親の心理状態や家族機能について、職種間で共有することが難しかった。そのため、到達目標2を<親の心理状態や家族機能について情報共有する>とした。さらに、全職種が家族の強みを十分に把握していなかったため、下位目標に、家族の強みを把握することを含めた。

医療型障害児入所施設に勤務する多職種は、個々の専門性が分業化しているため、専門性の理解不足やお互いに歩み寄る姿勢がないことから【専門性の違いによる困難さ】を実感していた。多職種はこの専門性の視点の違いより、家族支援に関して優先すべきことに違いが生じ、お互いの専門性への理解しがたいことや、他の職種の専門性を尊重しづらい状況が起りうると考える。一方では、お互いの専門性が重複することで、【役割分担の不明確さ】も感じていた。家族へトータルケアを行うためには、意見交換によって、多職種がお互いの重複する役割や専門性を認め合うことが必要であると考え、到達目標3を<お互いの専門性を認め合う>とした。下位目標には、専門性に応じた情報提供と役割調整をすることを考えた。

多職種各々は、カンファレンスの回数や時間調整、内容などカンファレンスの企画運営の不十分さや、時間や人的余裕がないこと、意見を言いづらい立場や関係性から、【意見交換の不十分さ】を実感していた。さらに、多職種各々は【協働における調整の難しさ】を感じていた。これには、家族の思いや考えを聴く家

族と多職種との調整役や、意見交換の調整役、家族支援への方向性を総括する調整役という、協働を促進するコーディネーターの不在や、協働システムが確立されていないこと、地域や他施設との協働の難しさがあった。このように、意見交換の不十分さや協働の調整の不明確さがあることから、到達目標4を<協働システムを明確にする>とし、下位目標には、家族と多職種との調整、職種間の情報共有と意見交換の調整を考えた。

結論

1. 医療型障害児入所施設における多職種間での情報共有や意見交換は回答者の9割が行っていたが、医師以外の職種は、医師と比較して職種間の情報共有や意見交換が不十分であると捉えていた。

2. 家族支援における情報では、各職種は家族支援において専門性に応じた情報を得ていたが、全職種が家族の強みに関する情報を得ることが不十分であった。

3. 医療型障害児入所施設に勤務する多職種の家族支援における課題には、【家族支援への目標の不明確さ】、【家族への関わりの困難さ】、【情報交換・情報共有の難しさ】、【専門性の違いによる困難さ】、【役割分担の不明確さ】、【意見交換の不十分さ】、【協働における調整の不明確さ】があった。

4. 障がい児の家族へのトータルケアへ向けて、チームとして家族支援への目標、親の心理状態や家族機能を共有し、お互いの専門性を認め合い、協働システムを明確化する4つの到達目標と下位目標によるプログラムを考えた。

表4. 家族支援における多職種の協働を促進するための介入プログラム

	到達目標	下位目標
1	チームとして家族支援への目標を共有する	1) チームとしての家族支援の目標を設定する 2) 家族支援の目標の到達度を評価する
2	親の心理状態や家族機能について情報共有する	1) 親の心理状態や家族機能について情報共有する 2) 家族の強みを把握する
3	お互いの専門性を認め合う	1) 専門性に応じた情報提供をする 2) 専門性を発揮できる役割調整をする
4	協働システムを明確にする	1) 家族の思いが多職種へ伝わるように調整する 2) 多職種間で情報共有できるように調整する 3) 全職種が意見交換できるように調整する

謝辞

本研究は、多くの皆様のご協力とご助言のもとに行うことができました。深く感謝申し上げます。なお、本研究は、岩手県立大学大学院博士後期課程の博士論文の一部に、加筆および修正したものである。

文献

1) 厚生労働省. 障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて障害保健福祉思案を見直すまでの間において障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律の概要. 2010 : http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shoigaisyahukushi/kaiseihou/dl/gaiyou.

2) 細田満和子. 「チーム医療」とは何か 医療とケアに生かす社会学からのアプローチ. 東京：日本看護協会出版会；2012.

3) 前田和子. チームアプローチの重要性. 小児看護 2006 ; 29 (8) : 983-986.

4) 鷹野和美. チーム医療論. 東京：医歯薬出版；2002.

5) 品川陽子. NICU からの退院調整. 小児看護 2013 ; 36 (12) : 1601-1608.

6) 鎌田晃子, 井手州子. 小児看護専門看護師の活動をとらえてみる新生児ケアにおける協働. 小児看護 2012 ; 35 (12) : 1563-1571.

7) 古橋知子. 多職種チームにおける看護師の働き. 小児看護 2008 ; 31 (9) : 1205-1209.

8) 小室佳文. 看護師の役割. 小児看護 2006;29 (8) : 999-1002.

9) Espinosa, J.A, Lerch, F.J & Kraut, R.E. Explicit versus implicit coordination mechanisms and task dependencies. one side does not fit all. Salas, E & Fiore, S., M.. Team

- Cognition. Washington : American Psychological Association ; 2004.
- 10) 村田恵子, 宮内環, 内正子, 岩崎孝子. ハイモビックモデル応用による家族長期ケアモデル. 野嶋佐由美, 渡辺裕子 (編). 家族看護 04 家族アセスメントに基づいた家族像の形成. 東京 : 日本看護協会出版会 ; 2004. 96-106.
- 11) Hayes, R.L, 高岡文子. 協働 (コラボレーション) の意義 —学校改革のための学校—大学間パートナーシップ. 現代のエスプリ 2001 ; 407 : 99-112.
- 12) 前掲書 2)
- 13) 前掲書 3)
- 14) 前掲書 4)
- 15) 田村由美. 新しいチーム医療 看護とインタープロフェッショナル・ワーク入門. 東京 : 看護の科学社 ; 2012.
- 16) 前掲書 11)
- 17) 全国肢体不自由児施設運営協議会. 「障害者の地域生活の推進に関する検討会」資料. 2013 : http://www.mhlw.go.jp/file/05_shingikai_12.
- 18) 前掲書 2)
- 19) 陣内一保, 安藤徳彦. こどものリハビリテーション医学 第2版. 東京 : 医学書院 ; 2008.
- 20) 前掲書 1)
- 21) 一瀬早百合. 障害のある乳幼児と母親たち —その変容プロセス—. 東京 : 生活書院 ; 2012.
- 22) 星直子. 子どもの病気・障害経過における「夫婦の体験」に関する研究. 東京 : こうち書房 ; 2004.
- 23) 濱田裕子. 障害のある子どもと社会をつなぐ家族のプロセス —障害児もいる家族として社会に踏み出す—. 日本看護学会誌 2009 ; 29 (4) : 13-22.
- 24) 野嶋佐由美, 中野綾美. 家族エンパワメントをもたらす看護実践. 東京 : へるす出版 ; 2005.
- 25) 前掲書 6)
- 26) Hulme, P.A.. Family Empowerment: A Nursing Intervention With Suggested Outcomes for Families of Children With a Chronic Health Condition. Journal of Family Nursing 1999 ; 5 (1) : 33-50.
- 27) Pelchat, D. & Lefebvre, H. A holistic intervention programme for families with a child with a disability. Journal of Advanced Nursing 2004 ; 48 (2) : 124-131.
- 28) 安梅勅江. エンパワメントのケア科学 当事者主体チームワーク・ケアの技法. 東京 : 医歯薬出版株式会社 ; 2004.
- 29) Dunst, C.J., & Trivette, C.M. Empowerment, effective helpgiving practices and family-centered care. Pediatric Nursing 1996 ; 22 : 334-343.
- 30) 三浦まゆみ, 兼松百合子, 高橋有里, 小山奈都子, 平野昭彦. 看護実践者が捉える「家族・家族ケアの概念」「必要な情報」「関わりの実際」とその関連. 岩手看護学会誌 2009 ; 2 (2) : 6-12.

(2014年11月10日受付, 2015年2月18日受理)

<Original Article>

The Creation of Intervention Program for Interdisciplinary Collaboration in the Support of Families with Disabled Children — Focusing on Multiple Specialist Employed at Medical Facilities for Disabled Children —

Mizue Hara

Faculty of Nursing Iwate Prefectural University

Abstract

This study focuses on the various workers employed at facilities for children with medical disabilities and their collaboration in supporting the families of those children. It clarifies the unique qualities of the various workers' professions, and it aims at proposing a program that promotes the collaboration of those works in providing "total care" towards the families. Towards that end, a questionnaire was submitted to the various workers at facilities for medically disabled children throughout Japan. The results of the survey reveal that although 90% of the respondents were sharing information and exchanging opinions with the various other facility workers, information sharing and opinion exchange among workers who were not doctors was poor in comparison to the doctors. Furthermore, when providing support for families, each worker was obtaining information that related to his or her expertise, but none of the workers was obtaining sufficient information about the strength of the families. There were various issues in regards to workers providing support for families; these were: a lack of clarity about the goals of family support, difficulty in relating to families, difficulties in exchanging and sharing information, difficulties owing to differences in expertise, lack of clarity about assigning roles, an insufficient sharing of opinions, and a lack of clarity about how to regulate collaboration efforts. Based upon these conditions, it appears necessary to form a program which aims at total care for families with disabled children, and which, in order to promote collaboration between workers, allows workers of different disciplines to recognize each other's specialties, and--through the exchange of views--come as a team to share a common purpose for family care.

Keywords: interdisciplinary, child with disabilities, support for families, program to promote collaboration, medical facilities for disabled children