

16年度滋賀県における実践活動報告

1. 対象者について

対象者は青年Aおよび青年Bの2名であった。家族からの情報の詳細は下記の表に示す。

青年A	青年B
20歳 男性 自宅生活者 障害名：精神発達遅滞 既往歴：動脈管開存（手術）・心不全 生活自立度 食事：魚の骨が上手に取れない。 豆は箸でつかめない。 茶碗蒸しのようなもの時は、自分でスプーンを持ってくる。 時々蕁麻疹が出るが、原因は食事ではなく、精神的な負担のよう。 保清：自立 排泄：自立 移動：自立 備考：7:30～8:00 起床、11時就寝 家族の要望：午前、午後の散歩 1日1回の買い物	19歳 男性 施設生活者 障害名：自閉性障害 既往歴：肺炎 生活自立度 食事：自立 保清：だいたい自分で洗える。かまうと嫌がる。洗髪は介助が必要。 排泄：排便後、自分で拭けない。 （排便1回/日、夜） 夜間排尿することあり。 （一人でトイレに行っている。） 移動：自立 備考：食べ過ぎることがある（炊飯ジャーが空になるまで食べる）。 電気が大好き。犬が嫌い。 ティッシュをこよりにして耳を触るのが好き。（外耳の異物あり。医師の判断にて放置。） 7時起床、10時就寝 家族の要望：外では走ってしまうので、先に「走らない」と声かけをする。買い物は、購入する物を決めておけば、それだけ買ってくる事ができる。

2. スタッフ数

スタッフは、看護師スタッフ 女性3名、看護学生スタッフ 女性3名、男性1名であった。看護師は主に衣食住および健康管理を、看護学生は主に余暇活動の補佐を行った。

3. 期間

- 1) 実践準備：平成17年1月10日～3月18日（家屋・機材システム・看護システム）
- 2) 臨床実践：平成17年3月19日～3月21日

4. 場所

滋賀県某市内観光地に隣接する2LDKマンション（55㎡）2件。地域住民の協力により提供を受け、1件をケアハウス、1件をスタッフルームとした。ケアハウスの方では、ダイニングルームには畳を入れ、和室と続きの居間とし、台所スペースは遊具およびテレビの台として活用し、水道の使用は、洗面所・浴室およびトイレのみとした。暖房には電気（エアコン）を用いた。スタッフルームは、刃物やガスを使用する調理、ITによる対象者の映像・音声による観察、スタッフの休息に用いた。

5. 臨床実践方法に関する考察

1) 運営経費について

終日見守りの必要な重度の青年の生活パターンを検討し、宿泊ケアを週末に限定し、空間面積からの受け入れ人数を算出すると、対象者の1日の居住経費は住居費 8500 円、飲食費 (650 円/日)、となる。人件費は試作スケールにより応益負担で算出すると 18,000～26,000 円/日となる。これらにより、1日の総経費は 27,100～35,200 円となる。中等度ならば 21,000 円前後、軽度なら、10,000 円強となると考えられた。なお、以上の人件費は、スタッフは全て看護関係者とし、看護師 1 名を常勤として、他は非常勤もしくは有料・無償のボランティアと考えた場合である。ヘルパーなどの看護職以外もしくは一般ボランティアを導入すると人件費の削減が望めるが、緊急時の対応は弱化する。対象者の状況を吟味し、検討することが必要である。

青年A	青年B
試作スケールによる介護度*：2、5	試作スケールによる介護度*：4
応益負担率**：40%	応益負担率**：60%
飲食費：3/19 夕	飲食費：3/19 夕
3/20 朝 昼 おやつ 夕	3/20 朝 昼 おやつ
3/21 朝 昼 おやつ	
合計 ￥1163	合計 ￥750
住居費：85,000 円/月 (電気・水道・ガス代含む) * 2 件	

*最軽度を 1 とし最重度を 5 とする試作スケールによる換算

**看護支援スケールにより、同時にケアした青年AおよびBの負担率の換算

2) 臨床実践方法に関する考察

(1) 食事の調理について

今回は普通食で対応できる対象であったが、治療食を必要とする対象では、栄養士の協力が必要であり、また、調理に関してはそれを専門とするボランティアが経費的には望ましいが、衛生管理などを重視すれば、外部への給食委託が適切と考えられた。季節等を検討し、両方の採用により、経費の削減と安全性の保持が図れると考えられた。

(2) 入浴について

今回、家族の申告による介護度と実際とは差異があった。1 つには入浴介助を家庭でも行っているが、対象者の十分な保清が図れているか否かについては疑問が生じる状況であった。看護的視点から保清の充足を図るためには、申告以上のケア内容が必要であった。

(3) 就寝時について

今回の実践検討では問題は起こらなかったが、てんかん発作や無呼吸発作、夜間の徘徊など、不測の自体に備えるには、看護職 1 名の夜間監視体制は必要と考えられた。仮眠も考慮した人員体制が必要と考えられた。

(4)パニック障害について

今回、青年Bはパニックを起こした。独りになり、クールダウンするためのスペースが確保できていなかったため、混乱の收拾に時間と人材を要した。今回も男子学生の支援協力が有効であったが、パニック対応に備え、対象者の安全確保のための抑制ができる男子スタッフの常設が必要と考えられた。

(5)外出時の体制について

散歩などの外出時には、飛び出し他、様々な予測不可能な対象者の行動が考えられるため、1対1対応のスタッフの他に、最低でも1～2名の全体監視の人材が必要と考えられ、1名は看護師が望ましいと考えられた。また、パニックの既往もしくは可能性の高い対象者がいる場合は、1名は男子スタッフであることが必要と考えられた。

(6)看護学生スタッフについて

今回は男子学生1名と女子学生2名であったが、対象者がパニックを起こした時の安全確保のためには、学生3名のうち2名が男子であるか、男子学生1名と女子学生3名であるほうが望ましいという意見が学生から出た。男子学生は、対象者がパニックに陥った場合、安全確保のための抑制も業務として含まれることを事前に説明し、女子学生との時給に差があっても良いと考えられた。

(7)ITによる映像・音声の配信システムについて

今回、1階がケアハウス、2階にスタッフルームという施設状況があり、夜間はケアハウスに看護師1名を配置したが、日中については、2名の対象者に対して男子学生1名を含む3名の学生スタッフを配備し、スタッフルームで食事準備を看護師が行っていた。その際、ITシステムによるケアハウスの映像と音声は調理しながらの監視に有効であり、異変時への対応も緊急連絡担当の学生が連絡してくる前に速やかにできた。

また、今回の対象となった青年Aは普段は自宅で生活しており、週末をケアハウスで過ごさせることに多少の不安を持っていたが、ITシステムにより、逐次の映像と音声自宅に配信されることで、家族は24時間何時でも、対象者の様子が把握でき、安心と満足が得られたようであった。電話でも、適宜、対象者の状況報告を行っていたが、視覚および聴覚情報はそれよりも明らかに有効であった。

ただ、現在使用しているカメラの夜間対応が十分でないため、完全消灯を求める対象者の場合、カメラによる情報が得られなかった。夜間対応の高価なカメラは既存するが、施設コストを検討すれば、現在のカメラでの対応・工夫の検討が妥当と考えられた。

(8)平日の施設活用

今回は宿泊ケアのみの実践であった。実際の運営を想像すれば、居住型の施設運用では、

平日では対象者は作業所に出かけて不在である。また、宿泊施設としての提供の場合においても、青年期にある対象者は平日は作業所通いがあり、宿泊は週末に集中すると考えられる。それゆえ、平日昼間の施設運用が経費面からも望まれる。乳幼児期から学齢期にある子どもとその家族を対象とした看護相談やディケアの営業活動が施設運営を活性化させると考えられた。初期的には、寄付という形での看護料の徴収を考えている。

(9) 広報活動

今回、試験的にではあるが、web にホームページを開設し、ハウスの開設と臨床検討を広報した。

今後は、このホームページを活用し、日替わりの担当者を設置し、それぞれの専門領域を明示した「看護相談カレンダー」を掲載し、予約受付をすることを考えている。

(10) 情報公開および臨床活動における防犯対策

看護職者の大半が女性であることから、防犯対策の充実も不可欠と考えられる。ケアハウスの映像・音声の配信システムを充実させると同時に、担当者を掲示する際も、うさぎ、ことり、たぬきなど性犯罪者への刺激が少ないと考えられるハウスネームを各担当者がもち、個人名が掲載されないようにするなどの配慮をしながら、各担当者が担える専門性を掲載することも考えている。

また、予約時に相手の情報を身分証明するものの提示を求めたり、紹介者を設けるなどして、対策するとともに、必ず相談を受ける看護師の他に受付要員を1名配置しようと考えている。

実践評価

以上のことより、一番の問題は人件費と考えられる。ノースキャロライナ大学においてもこの点が課題であったが、寄付や地域の協力体制の強化とさらなるシステムのコスト面の検討が次年度に向けての課題と考えられた。

厚生労働科学研究費補助金(医療技術評価総合研究事業)

分担研究報告書

地域で生活する障害児・者の自律生活を支援する看護プログラムの開発—居住型モデルの開発・実践—

千葉フィールド研究

「在宅に生活基盤を置く障害者への自律生活支援、介護負担が大きな家族への通所・訪問・自律支援を伴った居住型サービスによる看護・介護プログラム開発およびその体制作り」

分担研究者 石垣和子 千葉大学看護学部

山本則子 千葉大学看護学部

研究協力者 根本敬子 千葉大学看護学部

研究要旨

地域で生活する障害児・者の自律支援の一つとして、既存の通所プログラムが内包する課題や新たなプログラム開発の可能性を探索した。通所施設数の絶対的な不足、経済的基盤の脆弱性、職員の待遇など、通所施設のハード面での課題が多々ある中で、通所者の健康問題、通所者の自律を促す仕組み創出の必要性なども重要な課題であり、ソフト面で看護・介護プログラムが支援を求められていることが明らかになった。

1.目的:在宅に生活基盤を置く障害者に対するより自立した生活支援と、介護負担の大きな家族支援のための、通所あるいは訪問による看護・介護プログラム及びその体制作り

2.方法:①ニーズ調査に基づくプログラム考案、
②在宅に生活基盤を置く障害者に対するプログラム実施・評価によるプログラムの精選

3.平成16年度目標:在宅障害者の情報収集・調査、試作デイケアプログラムの作成・プレテストおよび評価

4.平成16年度調査研究結果

1)海外研修による障害児・者の自立した生活支援状況の把握(これは、当補助金とは別の予算で行なった事業である)

研修期間:平成16年10月6日～平成16年10月8

日 石垣和子

研修先 :スウェーデン・ストックホルム市

Swedish Handicap Institute (Sorterargatan 23, Vällingby)

Söderbergas gruppbostad (Söderberga Alle 22, Råcksta)

Containerråttan (Ormängsgatan 43, Hässel by)

Eckbackens elderly care institution (Järnvägsgatan 25)

研修結果:

高齢者、障害児・者の保健福祉の先進国であるスウェーデンにおける在宅障害児・者のケア実情を把握した。障害者グループホーム及び通所施設を見学。障害者がヘルパーの助けを借りながらデートを実現し、自分の好みの自室の調度の飾りつけをしていた。当たり前の日常生活を重視し、知的障害者にもその日の予定及びその日のグループホームの担当者、自分の担当のヘルパーが写真入で示されていることによってセルフケアを支援していた。知的障害者の単身生活や、健常者の生活区域内(同じ集合住宅内)に当たり前にある障害児・者の住居等、日本で障害児・者の自立生活を実現するには、当事者や家族を含めた発想の転換を必要とする状況が存在することを理解した。

2) 千葉大学環境健康都市園芸フィールド科学センターでのデイケア実施の可能性の検討

当センターは千葉県B地区にあり、地域に開かれた実践研究機関として位置づけられている。東洋医学の診療所をもち、医学部、園芸学部、教育学部、工学部、看護学部等が学際的にさまざまな試みをする場として、今後積極的に利用していく場である。

以下の3)、4)の聞き取り結果を予想して、事前にこの場での試験的デイケア開設を想定してセンター長や診療所長に相談し、デイケア開設の可能性を検討した。その結果、当研究計画に施設利用が許され、他の協力も得られることになった。

このセンターでは、各学部の知恵を集めて事業を展開できることが特徴であり、園芸学部などの協力を得て園芸作業、音楽、絵画等をデイケアの一部プログラムとして導入する見通しが立った。

3) 地域で暮らす障害者のニーズ把握のための聞き取り調査

(1) 障害者が通う施設でのニーズ把握

日 時:2005年2月8日(火) 10時~11時30分

場 所:千葉県B市

施 設:千葉県B市内にあるA通所施設

聞き取り者:千葉大学看護学部 石垣・根本、片倉直子(千葉大学大学院看護学研究科)

① 施設の概要

当通所施設は精神障害者を対象とする授産施設である。

施設の概要は以下のとおりであった。すなわち、社会福祉法人の運営による精神障害者小規模通所授産施設である。運営母体となっている法人は、保健所内で設立された精神障害児地域家族会(3市1町)が母体となっている。法人は当通所施設の他に、小規模作業所、小グループホームなどを運営している。

当通所施設は、家族会の運営から小規模法人の認可を得て、小規模通所授産施設になった。国から4分の3、B市から4分の1の施設運営費の助成を受けている。通所者は20人未満の規定であり、通常その前後の人数の利用がある。この施設の活動は、作業が中心であり、現在主にボールペンの一部組立て、味噌製造などである。2005年度からは、鉢植え用のエコポットを作成し、植木とともに販売を予定している。

② 精神疾患を持つ者やその家族等の抱える問題や課題

◇ B市内に推定2000人の精神障害者がいるといわれており、市内の施設はそのうち80人をカ

バーしている。すなわち福祉施設の供給が、需要に追いついていないのが現状である。

◇ 現在、家庭や施設での閉鎖的な支援から、地域に開かれた支援の過渡期である。本人、家族、施設職員の意識改革が求められている。

◇ 保護者としての親が高齢化しているため、家族がいなくなった時の支援体制づくりが求められている。市町村では精神疾患の利用者のためのホームヘルパーの養成が行われているが、ホームヘルパーは精神疾患に対するサービス提供を避ける傾向がある。

◇ ホームヘルパーのサービス提供の方法は、本人と一緒にいるなどの工夫が必要である。代わりにすべて家事などを実施してしまうことは本人の自立を妨げる。

◇ 本人が、ホームヘルパーの訪問に緊張し慣れないということもあるが、それまで本人の世話を抱え込んできた家族そのものが、サービスを受け入れる用意ができていない問題もある。また家族はグループホームを本人の住まいとして望む傾向がある。

◇ 生活保護の受給によって、本人の経済的な自立性が弱まる。協力者を得て自立してがんばって生活するような福祉サービス提供の工夫が必要である。

(2)中核地域生活支援センターでの聞き取り

日時:2005年3月3日(火) 10時～11時00分

場所:千葉県B市

聞き取り者:千葉大学看護学部 根本、片倉直子
(千葉大学大学院看護学研究科)

① 調査対象:中核地域生活支援センター

② 調査内容:

(1) 施設概要

当センターは、社会福祉法人生活クラブ(生活協同クラブ)の運営による中核地域生活支援センターである。中核地域生活支援センターは千葉県アクションプラン2003部会で検討され、2002年4月から国の一般財源化にともない、千葉県単独事業として2002年12月から2003年9月までモデル事業を開始した。モデル事業は県下で当センターを含め2施設で行われた。現在中核地域生活支援センターは14施設ある。千葉県からの委託事業であり、当センターは1040万円(2005年9月まで)の委託料で運営している。常勤者2名、非常勤2名の体制で、24時間365日対応している。当センターの活動は、千葉県アクションプラン2003にもとづき、対象は子ども・障害者・高齢者を含む、地域で暮らすすべての住民である。当センターの活動の詳細を事業別にみると以下の通りである。

千葉県地域福祉支援計画

(千葉県アクションプラン2003) 抜粋

健康福祉千葉方式

1. こども、障害児、高齢者などの対象者を横断的に捕らえた施策展開を図る
2. 施策の企画段階から、当事者を含めた県民と行政が協働し、一体となって施策展開を図ること

こども、障害児者、高齢者分野問わず、誰もがありのままに地域で暮らすことを支える「生活支援、相談、権利擁護」を柱とする。2005年4月からは全国に先駆け、従来療育事業として知的障害者(児)などの障害の枠組みがあつたが、精神障害者を含むすべての障害者(児)を一本化して事業を展開する予定である。

【相談事業】

・24時間365日の相談体制で、夜間は転送して携帯電話で対応している。2003年度のモデル事業で相談件数1500件(10ヶ月間)、今年度は知的・身体障害者(児)が月平均200件、精神障害者が月平均210件以上である。夜間の電話対応は、精神障害者が多い。当センター開設当初は、ものめずらしさも手伝って夜間の電話対応が多か

ったが、現在中核地域生活支援センターが14ヶ所になり、夜間対応は減少している。

・相談内容として、学齢期の対象は家族からの①利用できる福祉サービスの照会、②症状の対処方法の照会(自閉症のパニックなど)、③障害に対する学校の無理解などの苦情、④障害児の受けている医療内容の照会(内服薬の相談)が多い。成人では、就労場所の照会、障害年金の受給申請の方法などがある。また精神障害者は、夜間の不安などが電話相談で多い。

【権利擁護】

・虐待事例に関して、高齢者などの相談があった際には、ケアマネジャーなどと連携して対応する。障害児は児童相談所、子どもについては民生委員や保育園などと連携をとり対応にあたっている。

【地域生活支援】

・就労の問題が大きく、就労支援ネットワークと連携をとっている。ジョブコーチの派遣などを依頼し、対象者が就労を中断しないような取り組みを行っている。またコンテンツ法の可決をうけ、障害者がパソコンを使用して在宅で仕事をする方法も検討している。現在重症心身障害児が4人入所可能なグループホームを申請中である。生活保護の代理申請なども実施している。

(2) 当センター利用者の抱える問題

・知的障害児は、通院の際に外来で受診の順番を待つことができない。自宅への医師の往診なども行われているが、今度自宅での医療面の相談が簡便に行われることが必要である。

・精神障害者は生活の中で困りごとが多く、自宅でカウンセリングを行う体制が必要である。

・重症心身障害者(児)、高次脳機能障害者(児)のグループホームなど、福祉サービスが全体的に不足している。

・現在野田市に重症心身障害児のために施設を建設中だが、医療が直結した在宅支援のキーテーションが必要である。

・小児神経科の医師が不足しており、専門医療を障害児が受けられない。

4) ニーズ調査より得られた本研究への示唆

(1)精神障害者に対して、園芸活動を通してエコポットを活用しながら作業と販売を行える可能性がある。また、本人への看護師による相談事業や、訪問看護サービスでの支援ができる可能性がある。

(2)障害者(児)全般に対する医療面の支援が不足しており、看護師の相談や訪問看護事業のニーズが高い。また、障害者(児)全般に対する日中の通所施設が不足しているため、医療面のサ

ポートの整った園芸活動などを通じたデイケアサービスのニーズが高く、期待が大きかった。

成、販売ルートの開拓、既存の作業所への訪問看護等の可能性を検討したい。

5.平成17年度計画

平成16年度の調査より、移動能力のある(介助による移動も含める)在宅障害児・者の行き場が大変不足している実情が明らかになった。したがって園芸、音楽、絵画等のプログラムを考案することの意義は十分あり、早く計画を進めて実現に移して欲しいと望まれている状況である。

もう1点明らかになったことは、単に通所するだけでなく、副産物としてあるいは主目的として収入に結びつけることが通所の意欲を高めるという事実である。その点ではいろいろな組織がネットワークを作ることが必要である。例として、園芸作業の成果を販売する店と契約するなど。

さらに明らかになったことは、在宅障害児・者は主たる障害以外にも多くの健康課題を抱えているということである。デイケアの場に看護職がいることは望ましいが、看護職が確保できない場合には、巡回型あるいは訪問型の看護職の相談指導を加えることは大変重要と考えられる。

そのような観点から、平成17年度は千葉大学環境健康都市園芸フィールド科学センターでの園芸作業を取り入れながら、デイケアプログラム作

厚生労働科学研究費補助金(医療技術評価総合研究事業)

分担研究報告書

地域で生活する障害児・者の自律生活を支援する看護プログラムの開発ー居住型モデルの開発・実践ー

三重フィールド研究

「医療依存度の高い障害者の在宅移行・地域交流を目的とする

外出・外泊看護プログラムの開発」

主任研究者 杉下 知子 三重県立看護大学看護学部

分担研究者 河原 宣子 三重県立看護大学看護学部

研究協力者 深堀 浩樹 三重県立看護大学看護学部

研究要旨

三重フィールドにおいては、長期に入院・入所中にある医療依存度の高い障害者における外出・外泊支援サービス及び居住型サービスへのニーズと課題の把握、長期に在宅療養中の障害者における外出支援看護プログラムの実践検討を行うことを目的とした。平成16年度は、既存資料を活用した三重県における障害者の状況や外出支援サービスの現状の把握と海外視察により得られた知見を踏まえながら、長期に入院・入所中にある医療依存度の高い障害者における外出・外泊支援サービス及び居住型サービスへのニーズと課題の把握、長期在宅療養中の障害者における外出支援看護プログラムの試験的实施を行った。高齢化の進行する地域を多く抱える三重県では、障害者の自律支援に係るニーズが高いことが認められた。医療依存度の高い障害者が長期入院生活を営んでいる病棟においては外出・外泊プログラムへのニーズは潜在する可能性があることが示唆された。在宅療養者を対象とした看護による外出・外泊支援プログラムの検討・実施においては、訪問看護師のアセスメント能力・看護実践能力が必要であると示唆された。

A. 研究目的

本研究は、障害児・者が地域において自律した生活を営むことを可能とする看護サービスの開

発を最終的な目的とする。具体的には、長期に入院・入所中にある医療依存度の高い障害者における外出・外泊支援サービス及び居住型サー

ビスへのニーズと課題の把握、長期に在宅療養中の障害者における外出支援看護プログラムの実践検討を行う。期待される成果として、医療分野の技術・知識が必要で、病院では治療対象ではないといわれ、介護施設にも医療依存度が高いと入院・入所が断られてしまうような事例、またADL低下、通院困難や災害等による交通遮断などに対する不安を抱く在宅療養者への支援が確立できる。

B. 研究方法

平成16年度は以下の4つの研究を実施した。以下、各研究内容を別個に述べる。

1. 三重県における身体障害者・難病患者の現状とサービスの把握を行った。
2. 医療依存度の高い障害者が長期入院生活を営んでいる病棟において、外泊・外出支援サービス及び居住型サービスへのニーズと課題を調査した。
3. 訪問看護ステーション利用者である在宅療養者を対象とした外出支援看護プログラムを実施するために必要な訪問看護師の能力を抽出し、施策化に向けての検討課題を明らかにした。平成16年度は研究初年度であり、外出支援活動を試験的に実施することを目

的とした。支援実績が少ないため医療依存度が高いことは対象者となる条件には含めなかった。

4. 財団法人日本救急医療財団の厚生労働科学研究推進事業(外国への日本人研究者派遣事業)の助成を受けてカリフォルニア大学サンフランシスコ校への研究協力者の派遣を行った。

<倫理面への配慮>

当該大学の倫理委員会の承認を得た。同時に、対象者へ研究の目的、内容、実施後の資料開示、協力拒否の権利、個人情報保護等を口述および書面にて十分に説明し、同意の得られた方を対象とした。患者情報の守秘には万全の態勢を敷いた。

C. 研究結果

1. 三重県における身体障害者・難病患者の現状とサービスの把握
 - 1) 身体障害者
三重県内の身体障害者数(身体障害者手帳所持者数)は62,091人である(平成14年4月1日現在)。高齢化に伴う中高年齢層の生活習慣病による中枢神経機能障害の後遺症等により、特

に最近5年間で人数が増加している。また、障害の程度は重度化の傾向にある。障害の種類においては、肢体不自由が全体の57.8%と最も多く、次いで内部障害の21.8%となっている。

2) 難病患者

三重県における特定疾患医療受給者数は7,896人である(平成14年3月31日現在)。

3) 外出が困難な重度視覚障害者や重度脳性まひ等全身性障害者等に対する外出介護員(ガイドヘルパー)による移動支援

三重県におけるガイドヘルパーの登録者数は184人である(平成13年度)。なお、平成16年度における外出の付き添いを必要とするガイドヘルパー利用対象者(1・2級の視覚障害者数+1級の肢体不自由者数)100人に対するガイドヘルパー養成人数は50.5人である。

4) 福祉及び介護輸送サービスの実態

三重県における239の法人(市町村社会福祉協議会、社会福祉法人、NPO法人等)に対する平成16年度実態調査によると、要介護者や障害者の通院その他の移送サービスを目的に福祉車両やセダン型車両を利用したサービスの延べ利用者数は118,360であった。三重県では現在、介護輸送に係る特区申請を検討している。しかし、医療依存度が高く、移送する際に医療機器等が

必要となる者については、今後もサービス不足があるだろうといわれている。

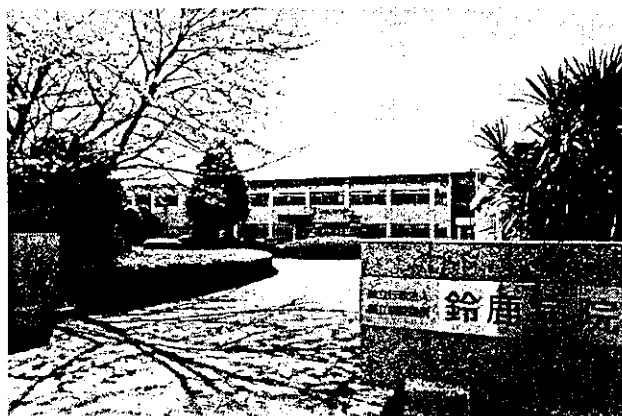
5) 参考資料

- ① 三重県障害者プランー第三次長期行動計画ー平成15年3月
- ② 三重県福祉及び介護輸送サービス実態調査(平成16年)

2. 医療依存度の高い障害者が長期入院生活を営んでいる病棟における外泊・外出支援サービス及び居住型サービスへのニーズと課題の調査

1) 鈴鹿病院への協力依頼

三重県難病支援専門員の協力のもと、独立行政法人 国立病院機構 鈴鹿病院(以下、鈴鹿病院とする。)へ研究協力の依頼を行い承諾を得た(参考:鈴鹿病院ホームページ:<http://www.hosp.go.jp/~suzukaww/menu.html>)。



鈴鹿病院正門

2) 病棟環境・患者概要の把握

病棟環境と患者概要の把握を目的とした、鈴鹿病院における研修、および病棟看護師長へのヒアリングを平成17年3月10日に研究協力者深堀浩樹が実施した。

鈴鹿病院は三重県の北勢部、鈴鹿市に位置する、進行性筋ジストロフィーおよび重症心身障害児(者)の医療・療育を行う専門病院であり、神経難病患者の治療とケアを行う機能も備えている。昭和18年に陸軍病院として創設され、昭和20年に厚生省に移管、その後平成16年に独立行政法人に移行した。病床数は276床で診療科としては内科、神経内科、小児科、整形外科、リハビリテーション科、歯科がある。病棟は7病棟ありそのうち1病棟36床が一般病棟(神経難病病棟)、3病棟120床が重症心身障害児(者)病棟、3病棟120床が進行性筋ジストロフィー病棟である。また、三重県の委託事業として重症心身障害者(児)B型通園事業を平成15年1月6日から実施している。今回の研修は神経難病病棟で、看護師長の監督のもと行われた。以下、病棟および入院患者様の状況について述べる。

神経内科病棟は、入院定員36名の内訳は長期入院者34床、レスパイト2床となっている。看

護体制としてはチームナーシング、受け持ち看護を併用しており、勤務状況は業務技術員(看護助手)を含め日勤帯5~9名(特に入浴日は8~9名)の勤務、夜勤2名、早出勤務1名、遅出勤務1名である。スタッフは、看護師長1名をはじめとして、以下副看護師長1名、看護師14名、准看護師4名、業務技術員2名の合計22名により構成されている。病棟の看護方針としては、「1. 残存機能の保持に努める」、「2. 合併症を予防し、心身共に快適な生活を整える」、「3. 個人の豊かな時を工夫する」の3つが掲げられている。

平成17年3月10日現在における入院患者様の疾患は、筋萎縮性側索硬化症、パーキンソン病、進行性核条麻痺、多系統萎縮症、脊髄小脳変性症、多発性硬化症、ハンチントン病、亜急性硬化性全脳炎、色素性乾皮症、スモン病、アルツハイマー病、ダウン症、脳梗塞となっている。そのうち24時間呼吸器を装着している方が11名、間歇的に使用している方が1名、気管切開者19名、経腸栄養を受けている方23名、IVH実施中の方が3名である。患者様の平均の平均在院日数は639日、平均年齢は66歳である。平均在院日数の算出に当たっては、手術等の理由で短期間他院へ転院し再入院したば

あいには、再入院後の在院日数を用いて算出しており、患者様の入院は長期にわたり、高齢者が多いと考えられる。

3) 研修内容および外出・外泊サービスへのニーズ

研修においては、病棟構造および病棟業務を見学すると同時に、数名の患者様とコミュニケーションを取らせていただいた。また、看護師長より本研究で来年度以降の実施を目指している外出・外出支援サービスへのニーズや課題に関する意見を伺った。以上を踏まえた考察を以下、行う。

外出・外泊サービスの実施に当たってはまず、患者様ご本人の、サービスを利用したいという意思を確認したうえで行う必要がある。今回研修させていただいた神経難病病棟には意識消失している患者様や、もしくは意思表示が非常に困難である患者様も多数入院していた。本研究において来年度以降外出・外泊サービスを試験的に実施する際には、意思表示、意思疎通が比較的容易な方々、本神経難病病棟の患者様の疾患のタイプで言えば、筋萎縮性側索硬化症や、パーキンソン病、脊髄小脳変性症、多発性硬化症、脳梗塞といった方々が対象者となりうるのではないかと考えられた。し

かし、これは病棟の見学と看護師長のご意見による研究協力者の私見であり、患者様、およびご家族への調査が来年度以降必要であると考えられる。

今回、ある患者様とパソコンソフト(伝の心)を用いて会話させていただいた際に、入院中の外出の状況について伺う機会があった。看護職や福祉職の同行のもと、より多くの外出をしたいというご希望があるかと伺ったところ、娘さん、息子さんとともに十分に外出しているため、特に希望はないとのご回答をいただいた。しかし、会話させていただいた後に、看護師より確認させていただいたところ、数年の入院期間のなかで2回の外出をしているとのことであった。この方が現状以上の外出を希望されなかった理由は、時間や患者様のご負担を考慮したため確認できなかったが、その理由として、ご本人がご家族以外との外出をまったく想定していない可能性や、ご家族の負担を考え希望をおっしゃられなかった可能性、など多くのことが考えられる。実際に外出・外泊サービスを実施する際には、長期にわたり深く患者様とコミュニケーションを取り、患者様およびご家族のお気持ちや希望などを十分に把握した上で、慎重に実施していく必要があると考えられた。

また、病棟には無線LANが導入されており、多くの患者様がインターネットを社会との接点としていた。当然であるが、多くの患者様が社会とのつながりを求めていらっしゃる事が推察され、外出・外泊サービスにも潜在的なニーズがあるのではないかと考えられた。

看護師長のご意見から、本神経難病病棟で外出・外泊サービスのニーズがある可能性がある状況例として、筋萎縮性側索硬化症や脳梗塞の入院患者様で患者様の状態やご家族の生活の状況から在宅生活が可能ではないかと考えられるが、患者様およびご家族の在宅生活への不安が強く実現が難しい、という事例が考えられた。このような場合に、看護職が付き添って外出、もしくは自宅での外泊を行うことが可能であれば、患者様、ご家族の不安も減少するであろうし、実際に医療的なトラブルが起きた際にも対応が可能であると考えられる。

4) 今後の課題

今年度は調査時期が3月となったことから看護師長からの意見聴取にとどまったが、来年度は患者様、およびご家族の希望や意見、ニーズを直接、できるだけ丁寧に把握するための調査を行う必要がある。また、外出・外泊プログラムの実施に向けて、学生ボランティアや協力を

得ることができる訪問看護師の確保も必要である。本研究はまだその端緒についたばかりであり、検討すべき課題は多々あるが、障害児・者の自律生活支援の実現に向け、今後とも微力を尽くして行きたい。

3. 訪問看護ステーション利用者である在宅療養者を対象とした外出支援活動の試験的実施経過

1) 実施期間

平成 17 年 2 月 15 日～3 月 15 日

2) 訪問看護ステーションへの協力依頼

本研究事業が開始された時点で、K訪問看護ステーションに研究内容を説明し、協力の承諾を得た。このステーションは、M県K地域(県の南部に位置し、農林水産業の構造的低迷等により県内で最も過疎・高齢化が進み、交通アクセスの整備が遅れている)に2か所存在する訪問看護ステーションのうちの1か所で設置者は医師会である。平成8年に開設され、職員体制は、看護師9名(管理者を含む常勤4名と非常勤5名)と事務職員(非常勤)1名である。看護師の平均年齢は34.78歳、訪問看護経験年数は1～8年、病棟等での看護経験年数は3～11年、平成15年度の実績報告による訪問看護

利用者の実人数は67～72名/月で、利用者の主たる傷病名は、脳血管疾患、難病、悪性疾患等である。



訪問看護ステーション

3) 対象者の選定

今年度の研究の主旨を踏まえ、訪問看護ステーション管理者及びスタッフと対象者の選定を行った。外出支援活動の試験的実施の時期を平成17年3月と予定し、平成16年12月～平成17年2月上旬にかけて訪問看護ステーション内で対象者の選定について検討していった。その結果、スタッフよりT氏の名前が挙がった。T氏を主として担当している訪問看護師の意見を以下に記す。「T氏は、脳梗塞・糖尿病・糖尿病性腎症を有する76歳の男性。在宅療養生活を行っているが、椅子に座ったままの姿勢で過ごすことが多く、最近、ADLが低下してきた。排尿は自己導尿を行っているが排便はトイレで行う。しかし、トイレまで間に合わず失禁することも

増えてきた。T氏は歩行能力の低下を不安に思っており、歩行中心のリハビリテーションに意欲があり外出もしたいのだが、介護保険サービス内容と限度額の関係もあり、十分にそのニーズを満たせていない。精神的にもイライラして不安定となってきた。最近ではT氏と訪問看護師で『ADLを維持・向上するためにどうしようか』とよく話し合うが、良い計画が浮かばない。この研究への協力を機会にT氏のニーズが少しでも満たせるかもしれない。また、ADL維持・向上に向けての新たな計画立案ができるかもしれない。研究者もT氏の訪問看護開始時から訪問活動を共にしており、T氏との関係作りもできており、対象者として適切と考えられる。」

以上の意見聴取の内容から、対象者の選定段階においては、対象者の状況と必要な看護をいかに把握し検討しているかという訪問看護師のアセスメント能力が必要であると考えられた。

4) 対象者の概要

T氏は76歳の男性で、主疾患は、脳梗塞（平成14年1月発症、不全右肩麻痺）、糖尿病、糖尿病性腎症である。日常生活動作に見守りや介助が必要である。要介護度3。妻と二人暮らし。妻が主介護者であるが、夕方～夜にか

けての自営業を営んでいるため、妻の介護負担度も高く、最近では疲れたと話す。T氏の実子は3名おり、同じ市内、隣の町内に住んでいるが交流はない。現在、訪問看護、訪問介護、通所介護、通所リハビリ等のサービスを受けている。平成16年7月の主治医意見書において、やや歩行障害の進行がみられるとある。現在実施されている対象者の訪問看護目標と居宅サービスの総合的な援助の指針は以下の通りである。

① 訪問看護目標

- 食事・水分管理、服薬管理及び自己導尿を効果的に日常生活習慣に組み込み、異常の早期発見と全身状態の現状維持(腎不全の予防)ができる。
- 現在のADLが維持できる。
- 身体が清潔に保たれ、感染症などの合併症を引き起こさない。
- 排便コントロールができる。
- 介護者の負担が軽減され、利用者と介護者が共に在宅で穏やかな生活を営める。

② 居宅サービスの総合的な援助の方針

糖尿病の自己管理(血糖コントロール、内服管理、合併症悪化予防、栄養、食事指導等)、自己導尿における自己管理、日常生活動作、

自立のためのリハビリテーションについて、効果的にサービスを活用し、利用者の生活の質を向上すると共に主介護者である家族の身体的・精神的介護負担を軽減していく。

5) 対象者と家族、主治医からの研究協力への承諾

平成17年2月中に受け持ちの訪問看護師を通じて依頼し、内諾を得た後に、研究者が研究内容を説明し承諾を得た。

6) 対象者のニーズ把握(～平成17年3月9日)

外出に関するニーズとして、T氏自身は「近所にある銀行まで散歩したい。近所にある銀行までは坂道があり、そこを歩くことが足のリハビリにいいから。」とのことであった。ニーズ把握の過程で、担当の訪問看護師と研究者は、対象者のニーズを単に外出を実施するだけではなく、訪問看護計画及び居宅支援サービス計画とも関連させ、今回の外出支援を対象者にとって、より効果的なものにしていく必要があると考え、外出支援の根拠を明確にすることを検討した。また、このような機会を利用して、普段の看護実践では注目していない対象者の潜在化しているニーズを引き出して把握することが重要であるということを確認した。

7) 実施方法の検討(～平成 17 年 3 月 9 日)

実施時期・方法に関して担当の訪問看護師と研究者で検討した。検討中のプロセスを資料に示した。

① 実施時期

T 氏と相談し、外出は平成 17 年 3 月 15 日 15:00～16:00 に実施予定とした。その理由は、3 月中旬ならば気候も穏やかになっているだろうということ、また T 氏は自ら確定申告を行っているので、その作業が終わってからにしてほしいという希望があった。

② 実施方法

家庭内での歩行状況や身体状況に関して、T 氏担当の訪問看護師がアセスメントを行い、T 氏のニーズを踏まえて、近所にある銀行まで往復して散歩する計画を立てた。散歩には、T 氏担当の訪問看護師と研究者が同行し、緊急時の対応に備えることとした。また、実施当日に T 氏の全身状態から、散歩コースを変更することも考慮し、T 氏の要望通り、銀行まで散歩するコースと近所の公園を散歩する計画の二本立てとした。

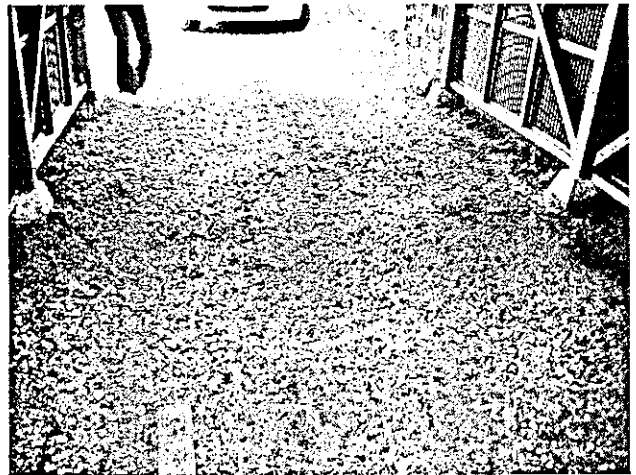
8) 実施(平成 17 年 3 月 15 日)

T 氏は外出支援を実施する予定の 1 週間前に、尿路感染で 5 日間入院し、点滴治療を

行った。外出支援実施予定日は退院後 1 日目であったため、実施予定日に対象者と T 氏担当の訪問看護師及び研究者で計画を再検討した。T 氏は「入院中は点滴を 24 時間持続していたので、全くというほど立ったり歩いたりできなかった。さらに歩行の力が弱ってくるのではないかと心配。だから、今日は外出したい。」と話された。訪問看護師は T 氏のバイタルサインや身体状況を観察し、T 氏から入院中の経過も聞いた上で、「そうですね。歩きたいという T さんの気持ちはよくわかるので外出しましょう。身体の状態も良さそうだし。ただし、銀行まで行くのはやめましょう。近所の公園を何周かして奥さんのお店に行きましょう。」と持ちかけ、どうするかを話し合った(T 氏の妻は自宅の近所で店を営んでおり、T 氏も時々訪れている)。T 氏は訪問看護師の意見を受け入れたため、平成 17 年 3 月 15 日 15:00～15:30 に外出支援を実施した。フットケアと服薬を済ませ、T 氏の活動のペースに合わせてながら外出準備を行った。T 氏は妻と二人暮らしで、妻も店に出ていたため、火の始末や戸締りを行った。防寒と転倒に注意し T 氏は訪問看護師と研究者の介助のもと、杖歩行で近所の公園を 2 周した後、近くにある妻の店を訪れた。公園

から妻の店までは道路を横断しなければなら
ないため、車の往来に注意した。散歩中、T 氏
は何度も「この足さえ良かったら…手は頑張っ
て字を書きまくってなんとか動くようになったが
な…」と繰り返しており、「もう少し暖かくなっ
たら今度こそ銀行まで歩きたい。」と話していた。
なお、T 氏の身体状態に異常はなく終了した。

実施前・中・後にあたっては、対象者の身体
的・精神的状況を十分に観察することが必要
である。また、今回の T 氏のように、食後だけ
でなく食間にも服薬の必要性がある場合は、
外出時間を何時に設定するかといった時間的
な配慮も必要であった。担当の訪問看護師は、
T 氏の生活パターンや几帳面な性格、身体状
況を十分に把握しており、今回の計画におい
て、訪問看護師の持つ情報と判断がうまく生か
された結果となった。



T 氏宅玄関付近

