

# 熊本県に勤務する言語聴覚士における 小児の摂食・嚥下障害リハビリテーションに関する現状調査

## 研究分担者

小藺真知子（熊本保健科学大学 リハビリテーション学科 言語聴覚学専攻）

## 研究協力者

岩村健司、宮本恵美、大塚裕一、塩見将志（同大学 リハビリテーション学科 言語聴覚学専攻）

古閑公治（同大学 医学検査学科）

久保高明（同大学 リハビリテーション学科 理学療法学専攻）

船越和美（同大学 看護学科）

## 研究要旨

熊本県の言語聴覚士を対象に、小児の摂食・嚥下障害のリハビリテーションについて調査した。リハビリの対象は乳幼児が多く、内容は直接嚥下訓練法が多かった。回答者の半数の施設でVFが可能であった。地域によってリハビリに対する支援体制に不足があった。

## 【目的】

小児の摂食嚥下リハビリテーション（以下、嚥下リハ）の現状を把握し、情報を共有することは、支援を行う上で重要である。

今回、熊本県のSTを対象に、小児領域に関わるSTの現状を調査し、小児の嚥下リハにおける支援のあり方について考察したので報告する。

## 【方法】

熊本県言語聴覚士会に所属しており、施設に所属している全てのST301名を対象とし、郵送自記式のアンケート調査を行った。

## 【結果】

全有効回答数172名のうち、小児に対応しているものは56名であった。このうち、嚥下リハを行っているものは22名であり、所属施設では、医療機関13名、障害者福祉施設などは7名であった。

地域別では熊本市が12名、その他は阿蘇、菊池、八代、球磨、玉名、芦北地域にて1～2名が対応しているとの結果であった。

対象年齢をみると、乳幼児期が主であった。対象疾患では重度心身障害などの運動麻痺ありと自

閉症や発達遅滞などの運動麻痺無しに分類して、1年間の症例数を質問すると、麻痺あり、なしともにST1人当たり1～5例程度対応するとの回答が多かった。

施設内で連携できる診療科に関しては、小児科が最も多く、次いで、耳鼻咽喉科、歯科であった。

また、施設内で小児を対象としたVFが可能と答えたSTは11名であったが、VE、気管切開や喉頭分離が可能と答えたものは、3～4名と少なく、外科的処置が可能である施設は少ないことが考えられた。

リハビリテーションの状況をみると、外来・通所者の頻度は、週1～2回、時間は40分～1時間との回答が多く、入院入所にて対応するより、外来や通所にて対応することが多かった。

リハビリ内容に関しては、食物の取り込みや咀嚼の指導といった直接嚥下訓練法を主に行うとの回答が多かった。転帰に関しては、他施設に紹介するか、外来にて継続して対応することが多かった。医師以外で連携している職種に関しては、PTが最も多く、次いでOTであった。

#### 【考察】

熊本県において、小児の嘔下りハのニーズは存在しているものの、地域によっては十分な支援体制が不足していることが考えられた。今後、学校なども含めた多施設間の連携を充実させる必要がある。

# NICU入院児支援コーディネートにおける支援の現状と課題

研究代表者 松葉佐 正

研究協力者 欽田 晃子（熊本市立熊本市市民病院 看護部 NICU入院児支援コーディネーター）

## 研究要旨

本研究は、NICU入院児支援コーディネーターの活動について総合的な評価を行い、課題を見いだすことで複雑な問題を抱えた子どもとその家族に対応する支援を検討することを目的とした。コーディネートを必要とした子どものケース分析、およびコーディネーターによる調整内容の記録の分析を通して、主なコーディネートの方略を検討した。コーディネートには、多職種によるチーム支援を基盤としながら、子どもとその家族が課題に主体的に取り組めるように調整していき、家族が本来有する力を発揮できるように導いていくことが望ましいと思われた。

## はじめに

近年の周産期医療の進歩とともに、超早産児や重症新生児の救命率は改善した。社会情勢の変化や在宅療養環境の充実により、高度な医療的ケアを必要としながら、重い病気や障がいを抱えている子ども達も地域で生活することが可能となった。国による周産期医療体制の整備指針の改定を受けて、熊本県では、平成24年度から総合周産期母子医療センターをもつ2つの医療機関にコーディネーターが配置された。本稿では、筆者の欽田が行ったNICU入院児支援コーディネーターとしてのフィールドワークを事例として詳細に検討した。NICU入院児支援コーディネーターの調整する過程を分析することで、コーディネートの支援概要について述べる。

## 方法

- (1) 対象事例：平成24年4月～平成25年12月までに在宅医療を必要としたNICU入院児34名
- (2) 方法：フィールドワークの事例分析、コーディネーターによる実践内容、調整過程を分析し、コーディネート内容を整理した。また、コーディネートを必要とした事例の分析を行い、在宅療養後の生活状況からコーディネートの評価とNICUにおける医療と生活をつなぐ際に生じた課題を抽出した。
- (3) 倫理的配慮：研究の趣旨、学術的な目的以

外には使用しないこと、プライバシーが特定されることがないこと、情報の漏えいにならないように管理することをご家族に口頭で説明し、同意を得た。

## 結果

### (1) コーディネートを要した事例の概要

熊本市市民病院NICUに入院し、自宅で何らかの在宅医療を必要とした子ども34名の基礎疾患と人数を示した（表1）。そのうち平成24年4月から25年12月の間にコーディネートを必要とした人数は、22名であった（表2）。移行先は、当院から在宅へ移行した子どもが10名、療育施設への入所が希望も含めて2名、在宅管理の訓練目的での地域の小児科への転院が6名であった。在宅管理の訓練目的で地域の小児科転院後、療育施設入所の希望が1名あった。在宅移行調整中に2名死亡の転帰となった。現在もNICUに入院しており調整中の子どもが2名であった（表3）。24年度と25年度で重症度に大きな変化はなかった（表4）。なお、現在NICUに1年以上入院している長期入院児は42床中1人のみと過去5年間減少傾向にある。

### (2) 介入開始時期

コーディネートの介入開始時期については、出生前診断によって何らかの異常が伝えられ動揺し、信じ難いなかでの《子どもと出会う関係

表1 何らかの在宅医療を必要とした子どもの基礎疾患

基礎疾患	人数
先天性心疾患	7
染色体異常	7
超低出生体重児	5
慢性肺疾患	4
先天性奇形	4
外科疾患	2
新生児仮死	2
神経筋疾患	1
気管切開	1
脳血管奇形	1
計	34

表2 事例の概要（在院日数）

在院日数	平成24年度	平成25年度*
1年以上	2名	1名
6ヶ月～1年未満	5名	4名
6ヶ月未満	5名	5名
計	12名	10名

\*12月まで。

表3 事例の概要（移行先）

移行先	人数
自宅	10名
療養施設入所（希望も含）	2名
地域の小児科へ転院	6名（うち1名は、転院後入所の希望有り）
死亡	2名
現在も調整中	2名
計	22名

表4 事例の概要（超重症児スコア）

	平成24年度	平成25年度
超重症児	4名	4名
準超重症児	5名	3名
他	3名	3名
計	12名	10名

を整える時期》、次にNICUに入院し、確定診断がつく、あるいは病状が刻々と変化していくなかで現実がつきつけられ《生活の再構築に取り組むことが求められる時期》、在宅療養をめざして医療を中心とした生活から《生活再編へむけてチームを新たに形成していく時期》に分類された。

### (3) コーディネートの方略

在宅療養を支援するコーディネートの方略は以下のようにまとめられた。

① 子どもの利益を考え退院後も継続してかわっていく支援者であることを伝え、患者家族の了承を得ると同時に、医師の協力を得、看護チームのコンセンサスを得た。

② NICUに入院となった子どもとその家族は生活をともにした体験をもたないため、家族の、子どもの病気との向き合い方、病気の理解の仕方、治療法の選択や医療者との関係づくりも含めてアセスメントした。

③ 面談を重ねながら、家族の感情表出を促す、子どもが生まれてきた意味に気付き体験の深化を促す、子どもの隠れた心身機能を引き出すことを促す支援を行った。

④ 家族が子どものケアに主体的に関わり医療者との協働関係が築けるよう、子どもと家族と医療者との関係の成熟を促す環境づくりによって、子どもの成長発達課題達成への支援とチームメンバーの支援にかかわった。

⑤ 家族が、子どもとの生活をどのように認識しているかなど家族の主体性の確認を行いながら、医療者による子どもの身体状況のマネジメントで家族の自律した判断が低下しないように、子どもの病状経過や回避できる合併症などの優先順位の高い問題に焦点をあてながら養育の主体となる家族のニーズを把握した。

⑥ 子どもが安定した在宅生活をおくるために家族の役割調整を行った。

⑦ 子どもの病状の変化をみながら、揺れ動く家族の気持ちに寄り添い、家族として抱えている健康問題を克服できるよう家族のセルフケア

の機能を高めるような支援を継続的に行った。

ケースによっては、里帰り中または転居など県を越えての連携といった調整を必要としていたため、組織を超えて活動していく必要があった。ケースが抱えている問題が混沌としており、医療、保健、福祉から構成されたチームメンバーの役割確認や共通目標の設定といったプロセスの支援が求められていた。

地域の社会資源と在宅療養後の生活を見通しながら、子どもの成長発達上の課題達成を目標とした既存の社会資源の導入、または新たな社会資源の開発が必要であった。地域にある社会資源や緊急時の連絡体制など様々な情報を網羅し、子どもの病状経過やケア内容を容易に関係職種が把握できる情報ツールを作成し、導入をはかった。小児在宅療養の場合、複数の医療機関を受診している場合があるため、これらの情報ツールについては小児在宅療養に関わる熊本県下5つの医療機関で共通するものとなるよう検討する機会をもった。

しかし、ケースによっては医療チームで退院後の生活を見据えて退院支援をしても、退院直後から救急外来受診が頻回である、あるいは再入院を繰り返すといった再調整を必要としたケースがあった。在宅移行困難事例については、NICU、小児科、多職種チームで構成される小児在宅ワーキンググループを設立し、組織の課題を共有した。以下事例について述べる。

#### (4) 再調整を要した事例

##### ① 背景

診断名：先天性多発性関節拘縮症、先天性乳び胸、低出生体重児、脳室拡大

医療的ケア：経管栄養、気管切開、気管内吸引、  
口腔内持続吸引

NICU入院期間：6ヶ月

NICU退院時点での在宅支援者：訪問看護師、  
保健師

家族構成：父、母、本人、両祖父母が近所に在住

##### ② 経過

生後4ヶ月時に気管切開術施行。口腔内への唾液貯留が著明で、24時間の持続吸引が必要な状態。身体障害者手帳、療育手帳、特別児童扶養手当を申請し、関連機関との連携をとりながら合同カンファレンスを重ね、家族の医療的ケア手技の獲得後、小児病棟に転棟し、外泊体験後1週間の入院を経て在宅療養となった。しかし、退院直後より発熱や発汗に伴う脱水症状のため、度々外来受診を必要とした。NICU退院時は、医療者も家族も在宅療養がうまく軌道にのると期待したが、頻回な外来受診のため家族も疲弊した状況がうかがえた。2ヶ月間の在宅生活後、喉頭気管分離術、胃瘻造設術、噴門形成術目的にて小児病棟入院となり、改めて在宅支援体制を整えることとなった。

##### ③ 支援概要

在宅療養開始直後は、家族からの電話相談を受け、児の身体的問題のアセスメント、日常生活や健康管理上の相談、医療的ケアの調整、心理社会面や家族機能のアセスメントと支援を行った。再度、在宅支援体制を整えるにあたって、これまでの外に出られず自宅だけで過ごすという生活をもたらす子どもの発達面への影響と家族のQOLの評価、福祉による社会的資源の導入、社会生活を広げる支援としてのボランティアの導入、術前術後のストレス緩和ケア、小児科医のみならず地域の内科医（在宅医）も含めた新たなチーム構成に焦点をあて、小児病棟、ICU、NICUを含めたカンファレンスを行った。薬物療法による症状の改善もみられ、日常生活機能や社会的機能の改善により生活の場が拡大し、安定した生活へとつながった。

##### 考察

NICUから退院する子どもとその家族は、子どもの心身機能の未熟さに加えて生活体験をともにしたことがないために不確かな療養生活下で家族の関係性を構築していくといった課題を抱えている。子どもの健康状態は医学的に重症で、介護度が高いため、在宅療養後の医療保障は必須である。

特に、治癒が望めず生命予後が厳しいと診断された重症児の場合には、子どもの治療選択に際して倫理的葛藤が生じており、家族の考えを整理し、思いを吐露できる機会や場を十分に設定していく必要があった。そのような状況におかれた子どもの在宅療養が円滑に行われるためには、子どもの病状悪化の可能性を家族自身が受け入れると同時に、医療者側すべてが家族の判断に沿うというコンセンサスが必要であることが示唆された。医療者、家族それぞれが求める情報を適切なタイミングで提供しながら、倫理的問題の解決をはかり、家族も含めた担当者会議によって情報共有や意思疎通を図る場が有効であった。病棟の医師、看護師、外来看護師、調整部門の看護師、訪問看護師が、退院調整の場で子どもの不確かな状態に揺れる家族の気持ちや考えを共有し、家族がもっている力を把握し、家族生活を一定の力をもって一時的にマネジメントできるような支援内容をチームで構築していくことによって、家族による子供の養育が受動的なものから自律的なものへと変わっていったと考える。

コーディネーターの役割には、社会資源の導入のみならず、子どもの心身のアセスメントから家族の価値観を尊重した上での、予測を踏まえた情報や選択肢の提示による継続的な支援から、病気や障がいを抱えて生活する子どもをみることができる専門職の育成、地域におけるリーダーの発掘といったものまで含まれる。在宅療養に転換した後も子どもの生命が保障され、子どもが家族とともにあるという本来の姿が成し遂げられることで、家族の変容が生じ、家族の発達課題の達成が促される。コーディネーターは、胎児期から病棟、外来、在宅において母子を接点としながらも家族をシステムとしてとらえ、家族の危機回避への働きかけを継続的に行い、家族のつながりの形成と再構築に至る過程を多職種チームで支援していく必要がある。

## 参考文献

- 1) 野嶋佐由美 家族エンパワーメントをもたらす看護実践. へるす出版 2005
- 2) 楢田晃子 在宅でこそFamily Centered Care. 在宅での子どもの看取りケア、ネオネイタルケア 2013 Vol.26 No.10 P59-63
- 3) 田村正徳 平成22年度厚生労働科学研究費補助金 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業「重症新生児に対する療養・療育環境の拡充に関する総合研究」平成22年度 総括・分担研究報告書 平成23年3月

# 重心施設における医療連携コーディネーターの役割

研究代表者 松葉佐 正

研究協力者 福島克代・川添保代（くまもと芦北療育医療センター在宅支援）

奥村健児・星出龍志（くまもと芦北療育医療センター小児科）

## 研究要旨

重症児の入所施設（医療型障害児入所施設・療養介護施設）において、2名の医療連携コーディネーターを配置した。入所待機者に関する情報の把握と短期入所・日中一時支援利用者への情報提供と送迎介助を行っている。相談支援専門員との協働も行っている。在宅重症児の支援のための有意義な職種と思われる。

## 1. はじめに

当センターは、医療型障害児入所施設、療養介護事業所として、入所のご利用者の支援とともに、外来、通園センター、短期入所、日中一時支援事業等で在宅生活をしている重症児・者の生活を支えている。平成24年9月に医療連携コーディネーターが配置され、入所の調整とともに、在宅療養生活の支援も行っている。当センターにおける、医療連携コーディネーターの役割、在宅支援への関わりの状況と在宅重症児・者の抱える問題点を報告する。

## 2. 施設紹介

当センターは、昭和43年に設立され、現在、病床数：入所200床、緊急入院5床、短期入所10床の医療型障害児入所施設、療養介護事業施設で、熊本県南部に位置し、通園センター、短期入所などを通じて主に県南地域（八代、芦北、水俣、人吉・球磨）の在宅重症児・者の生活を支えている。

在宅支援事業としては、短期入所事業、日中一時支援、外来（小児科、歯科）診療、外来訓練（機能、言語、作業訓練）、通所事業（送迎あり）（福祉型児童発達支援センター、放課後等デイサービス、保育所等訪問支援、生活介護（18歳以上）を行っている。ご利用者確保と利便性向上の為、通園センター、短期入所ともに送迎サービスを行っている。

## 3. 医療連携コーディネーターの役割

当センターでは、平成24年の9月に看護師1名が専従の医療連携コーディネーターとして配置された。入所の調整とともに、NICUなどから医療度が高いまま在宅へ戻る重症児の増加や、在宅重症者の家族の高齢化等による介護者の負担の軽減などへの支援が配置の背景となっている。平成25年7月に看護師1名がコーディネーター専従として増員され、現在2名体制となっている。

当センターにおける医療連携コーディネーターの役割は、入所調整として、他医療機関や行政との連絡調整、入所待機者の把握、入所希望者の短期入所、日中一時支援等での関係形成等があり、在宅重症児・者への支援としては、短期入所時の送迎サービスの介助、新規の短期入所利用希望者の自宅訪問と、状態把握、病棟への情報伝達、送迎サービス対象者の送迎経路の確認、通園センター業務介助、在宅重症児・者の家族への相談援助、相談支援専門員への医療情報提供などがある。

## 4. 在宅重症児・者への関わり

より多くの方々に短期入所を利用していただくために、平成24年7月より短期入所送迎サービスを開始。宿泊を伴う短期入所希望者で家族での送迎が難しい方を対象に、自宅まで看護師が同乗し、送迎を行っている。平成25年4月から12月の間で、県内8市町村、県外1市に15名のご利用者がおられ、うち気管切開者が9名（うち2名は夜間のみ

人工呼吸器使用)であった。送迎回数は、延べ町外98回、町内36回(片道換算)で、町内の方の送迎については、外来で対応している。玉名、天草地区の方は、毎月定期的に利用中され、片道1時間30分から2時間かけて送迎を行っている。医療度が高い方には看護師が同乗して送迎を行い、人工呼吸器使用の方は、保護者の同乗を原則としている。

通園センターは、平成25年度の登録者数が50名で、生活介護23名、放課後等デイサービス19名、児童発達支援8名となっている。気管切開者9名、人工呼吸器使用2名、胃瘻19名と医療的ケアを必要とするご利用者も多数おられ、年々増加傾向にある。気管切開者、人工呼吸器使用者には看護師が同乗して送迎を行っている。ご利用者の居住地が広範囲にわたるため、送迎サービスは欠かせないものとなっている。

在宅重症児・者の家族には、医療ケアや介護等の相談に応じたり、福祉サービスの情報提供を行うなどして、介護負担の軽減に努めている。短期入所を利用されている方には、短期入所前に電話でご要望やご利用者の状態を確認したり、短期入所後のご利用者の状態や気になった点などを聞き取りしたりして、病棟との調整にあたっている。ご家族の希望があれば短期入所中の様子の画像をメールで送ることもある。電話等で気になった場合は自宅訪問を行うなどしてフォローしている。短期入所等を利用されていない在宅重症児・者には電話で聞き取りを行い、希望があれば短期入所や送迎サービスのご紹介を行うなどの広報活動を行っている。また、他医療機関や行政から、在宅に戻られる方についての情報提供があれば、当センターの在宅支援事業の紹介や福祉サービスの情報提供を行うなどして、今後の生活が見えてくるような支援を行っている。

当センターには相談支援専門員が2名おり、水俣、芦北、津奈木の1市2町からの委託を受けて、地域の障害者の方への計画相談、一般相談業務にあたっている。在宅重症児・者の計画相談の際には、コーディネーター側からは医療的な情報を、

相談支援専門員からは福祉サービスの情報をというように、お互い情報を共有しながら支援にあたっている。

## 5. 在宅重症児・者が抱える問題点

重症児・者の成長や介護者の高齢化により介護負担は増加しているが、熊本県の県南地域では、在宅重症児・者を支えるサービスが不足している。水俣地区では小児受入れ可と提示してある訪問看護ステーションもあるが、ほとんど実動していない。訪問介護もほとんど行われておらず、入浴サービス等も気管切開者などの重症児・者の受け入れを行うところが少ない。かかりつけ医も熊大病院や日赤など遠隔地の場合があり、緊急時の受け入れが困難となることもある。熊本市などの都市部ではサービスは多いが利用希望者も多いため、短期入所等を利用できないケースもみられている。小児の場合は成長発達に応じた療育も重要な課題となるが、医療的ケアが必要な児は保育所の受け入れを断られるケースが多い。支援学校も医療的ケアの必要な児が増加し、看護師1名での対応が困難になってきている。医療的ケアを必要とする就学前の重症児や支援学校を卒業した重症児・者の受け入れ先として、通園センターの利用が求められるが、当センターの通園センターは定員いっぱい、新規の受け入れが困難となっており、就学前後の在宅重症児・者の行き場がない現状がある。不足する入浴サービスや通園センターのかわりに、日中一時支援の代替利用が望まれるが、当センターでもこれ以上の増加に対応できるかどうかは不明で、特にマンパワーの面からの懸念が大きい。

## あゆむ訪問介護ステーションにおける喀痰吸引の実践

研究代表者 松葉佐 正

研究協力者 野本 陽美（あゆむ訪問看護ステーション）

### 研究要旨

喀痰吸引等（以後、特定行為という）のサービスが可能な訪問介護事業所の立場から、熊本における現状を報告する。2つの事例を紹介し、特定行為のサービスが現場でどのような流れで行われているかを明らかにし、その後の考察につなげる。他のケースでの経験も含め、私たちがこの喀痰吸引等のサービスを事業として行っていく中で、日ごろ感じている課題を明らかにすることにより、喀痰吸引等提供事業所の拡大に資すると思われる。

### A. 研究目的

私たちがこの喀痰吸引等のサービスを事業として行っていく中で、日ごろ感じている課題を明らかにすることにより、本研究全体のタイトルにある「喀痰吸引等提供事業所の拡大支援」に資することを目的とする。

### B. 研究方法

あゆむ訪問介護ステーションにおいて、実際の業務を行って行く中で、喀痰吸引等のサービスを実施した事例を二つ取り上げる。また、その他複数のケースから、実際現場で経験した課題を明らかにし、その現実から考察を深める。

#### ①事業所の体制

（2013年12月1日現在）

フルタイム職員	4名（うち指導看護師1名）
登録ヘルパー	8名
臨時の指導看護師	1名
合計	13名

上記のうち（2013年12月1日現在）

介護資格&看護師	1名
----------	----

#### ②ご利用者の概要

（2013年12月1日現在）

障害者総合支援法利用	9名
介護保険法利用	13名
合計	22名

※1名併用のため実人員21名

開所（2012年7月）から現在（2014年12月）

特定行為を実施	6名
特定行為が必要だが未実施	1名
特定行為に近い将来必要	2名
合計	9名

上記の疾患別内訳

A L S	5名
その他筋肉や神経の疾患等	3名
事故	1名
合計	9名

### C. 研究結果

#### ①介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修

実際に特定行為の業務を行うには、県へ登録特定行為事業者として登録が必要である。そして、看護師資格を持たない多くのスタッフは「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修」を受けなければ特定行為の業務はできない。

熊本県では、総合健康推進財団に委託してこの研修が行われている。第1号と第2号研修は、研修に要する時間数や実地研修の回数の多さなどから現実的ではなかったため、私たちは第3号研修を選択した。

この第3号研修は「特定の者」と言われるもので、基本研修の筆記試験に合格した後、シミュレーター演習を経て、指導看護師の下に個別利用者への現場演習、実地研修が行われる。全て完了した

後、県に登録を済ませると、その利用者に限り、ヘルパーの業務として特定行為を行えるようになる（図1）。

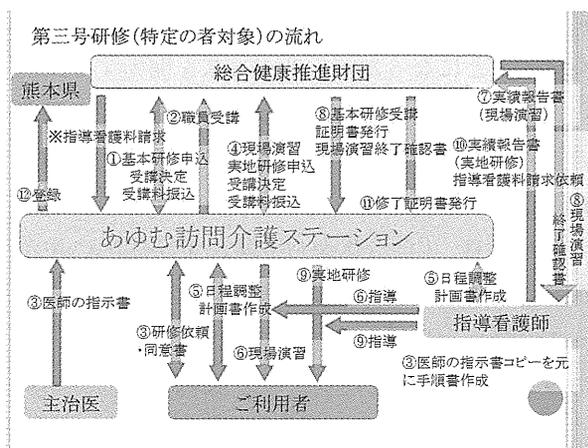


図1 第三号研修の流れ

あゆむ訪問介護ステーションには指導看護師が在籍しており、現場演習、実地研修のスケジュール調整が容易に出来る。このため他社と比較しても早く全過程を完了することが出来るが、それでも最低1か月の時間を要する。

## ②安全委員会と研修

特定行為は、安全に行われる必要がある。このような観点から、あゆむ訪問介護ステーションには、安全委員会が設置されている。医師、指導看護師、介護支援専門員、訪問介護事業所管理者の4名で構成されている。会議は月一回、事業所で行われ、特定行為をはじめ医療的ケアの濃いご利用者の報告や、医療的な知識を要する相談の場として、とても貴重な会となっている。やはり、私たちが自信を持って特定行為を行う上で、医療的な観点から医師の助言を頂けることは、非常に重要である。



また、安全確保のためには、スタッフの技術向上が求められる。あゆむ訪問介護ステーションには、指導看護師が勤務しており、研修の面でも活躍している。ケースに入る際には、まず独自に作成した写真入りの手順書を熟読し、事業所内のシミュレーターを使用し、徹底的に実技の個別研修を行う。また清潔、不潔の判断、ALSをはじめ様々な疾患に関する知識など座学による研修も行われる。加えて、消防隊員を招き、緊急蘇生の訓練なども行っている。

## ③事例1（最後に少しでも我が家へ）

（事例紹介）A様、69歳男性、ALSによる全身機能低下、介護保険、要介護5

2012年の事業開始後、ケアマネージャーから吸引が必要な方への訪問依頼があった。入院中のALS患者で近く退院予定。特定行為ができる事業所が無いとのことで、ケアマネージャーからの必死の依頼であった。進行スピードが速い様子で、気管切開による人工呼吸器の装着は希望されておらず、とにかく最後に自宅に帰りたという切実な願いであった。

8月13日、多くの関係者が集まり担当者会議が行われた。急変時の対応等も話し合われたが、在宅での看取りは希望されておらず、時間的余裕があれば在宅医の先生へ、なければ救急車で現在入院している医療機関に搬送することとなった。

細かいところでは、イラつきかは不明だが、足でベッド柵を蹴るので足を傷つけないようにとの注意があった。

8月27日、介護職員等喀痰吸引指示書を主治医からいただいた。指示書の中では、口腔内吸引、鼻腔内吸引、胃ろうによる経管栄養への支援が記されており、吸引については、吸引圧力、カテテルサイズ、挿入の長さなどの指示が出され、経管栄養については、栄養の内容と流す時間が記されていた。また、その他留意事項として呼吸状態への注意が記されていた。

8月31日、在宅酸素の業者と訪問看護師から、

吸引器の操作の説明、ベンチレーターのアラーム音が鳴った時の対応、動脈血酸素飽和度や呼吸状態の観察の仕方などの説明を受けた。

9月4日退院、9月5日に初回訪問。この日は落ち着かれており、口腔内吸引は発生しなかった。サービス内容は、シーツ交換、排泄介助が複数回、服薬確認などが中心であった。担当者会議以来の顔合わせであったが、病院の時とは全く違い、表情も穏やかで、「家がよかぁー（家がいい）」と話されていた。若い頃のお話や海外旅行のお話など、沢山のお話をしていただいた。

結果として、9月10日の2回目の訪問を最後に、11日には呼吸状態が悪化し緊急入院となり、22日の夕刻、病院にて永眠された。

わずか2回の訪問になってしまったが、家族と住み慣れた自宅で生活音に囲まれて生活することによって、ご利用者は本来の姿を見せてくれるのだと改めて知らされた。

しかし、今回、A様を支えることができたのは、研修なしで特定行為が可能な看護師資格を持つ訪問介護員がいたからである。介護福祉士等が第3号研修を受けて登録を済ませサービスに入る時間的猶予は残されていなかった。

#### ④事例2（かけがえのない家族の一人）

（事例紹介）B様、7歳男性、事故による脳機能の障害、障害福祉サービス

2012年12月、障害の相談支援事業所から、特定行為が必要な訪問介護の依頼があった。小児専門のヘルパーを希望されており、私たちに小児の経験がなかったことと、事業所全体として当時極度の人手不足も重なっていたため、お断りさせていただいた。

2013年2月1日、お母様より事業所に直接電話を頂いた。「どうしても事業所が見つからない。何とかならないでしょうか」という切実な願いであった。相談支援事業所からお聞きしていた「小児専門のヘルパー」というご要望に関して、お母様自身は、それほど強くこだわっていないという

ことであった。

私たちの事業所も極度の人手不足からは脱したこともあり、前向きに検討をはじめた。2月中に自治体からご利用者の支給決定があるため、様子を見ることになったが、サービスを開始するに当たっては、主治医からの指示書など医療関係者との連携が不可欠になるため、よく主治医とお話されることをお勧めした。

2月28日、「自治体から支給決定が届き、主治医と訪問看護師からの協力も得られそうだ」というご連絡をお母様より頂いた。3月に入院予定があるため、退院後からサービスを提供させて頂くこととなった。

4月5日、自宅を訪問し、訪問介護が可能な範囲の特定行為を丁寧に説明させていただき契約。その後、主治医から介護職員等喀痰吸引等指示書を頂いた。その中には、喀痰吸引に関して、吸引圧、挿入する長さ、一回の吸引時間などの指示が細かく書かれていた。

4月16日、訪問看護師から吸引の指導や注意事項の説明を受け、併せて他の訪問介護事業所からミキサー食の作り方の引継を受けた。

4月18日、身体介護1時間、家事援助30分で訪問をスタートすることとなる。

順調にサービスを提供していたが、8月、担当職員が休職（後に退職）することとなり、特定行為が出来ない訪問介護となってしまった。ご家族にご迷惑をかけてしまったが、これを契機にバックアップ体制の重要性を再認識し、3号研修の現場演習・実地研修を行い、現在ではこの方に対し特定行為が可能な訪問介護員が3名揃っている。

今回は、ご利用者家族のご協力により、インタビューをさせていただいた上に、写真の提供と掲載を快くご承諾していただいた。お話の中で一番印象に残ったことは、「家族が離れて暮らしていると兄弟への影響も大きい。次男が帰ってきて家族が落ち着いた。みんなで暮らせるのが一番いい」という言葉である。そして、もう一つ気になった言葉があった。「周りのお母さん方の中で、わが子をサービスにつなげることが出来ずに困ってい

る人たちが沢山いる。制度のことがよくわからない。また在宅サービスが少なく、いくつか電話をかけたがどこも消極的だった」というお言葉だ。私たちは、この言葉を真摯に受け止める必要があると感じた。



#### D. 考察

##### ①事業所の不足

あゆむ訪問介護ステーションで、正式に依頼があつてお断りしたケースがこれまでに4件。ご紹介した二つの事例でも明らかなように、当社でサービスに繋がった6名全員が差し迫った状況で依頼があった。このように特定行為が可能な事業所が不足していることは明らかである。ましてや深夜帯もサービスを提供している事業所は皆無に等しいという現実が見えてきた。

##### ②研修手続きの手間の問題

我々のように社内に指導看護師を抱え、研修手続きの手間を最大限カットしても、サービスに入るまで1か月以上かかる。事例1で取り上げたターミナルの方にとっては、手続きの時間的制約から、結果として介護職では特定行為は対応できないという現実も明らかになった。

##### ③制度自体の認知度が低い

特定行為が絡むケースでは、医療との連携は必須である。今回、紹介した事例では医療との連携がスムーズであった。しかし、その他、我々が経験した担当者会議の中で「医療行為は医療関係者がすべきもの。吸引は認めません。何のために訪

問看護があるのか（A医師）」「ヘルパーでは吸引はできないのではないか（B看護師）」などの言葉を浴びせられた。また、登録特定行為事業者であれば、特定行為がすぐに可能と思っているケアマネージャーなど制度の認知度が低いことを感じた。

##### ④研修費用の問題

研修に係る諸費用と研修期間の人件費等を考えると当社推計で1人の3号研修を終了させるために最低31,500円の経費がかかる。今春契約予定のケースでは、週24時間派遣するために7名養成している。

##### ⑤報酬単価の問題

特に障害福祉サービスでは、重度訪問介護が中心であり（当社9名中8名）、日中1時間1,800円が基礎となる。

##### ⑥介護職の不足

特定行為に限らず、介護職自体が不足している。熊本市のハローワークに出向いた時、介護職の有効求人倍率は3倍であると聞いた。実感としても特に訪問系サービスは、有名民間求人誌に求人広告を載せても電話すら鳴らない状況にある。

#### E. 結論

「喀痰吸引等提供事業所の拡大支援」という本研究全体のタイトルにあるように、現実、特定行為が可能な訪問介護事業所は不足しており、拡大支援は急がれる課題である。

考察④⑤については、お金が絡む課題であり、試算を行い、可能性を探らなくてはならない。

考察②については、第3号研修の内容は安全性の問題から削ることは難しいと考えるが、その前後の手続きに関しては簡素化の余地はあると考える。

考察③に関しては、すぐにでも関係者が動けば解決していける課題ではないだろうか。

そして忘れることのできない課題は、考察⑥の

課題である。どんなにいい枠組みが出来ようとも、そこに働く人がいなければご利用者は救われない。この課題はもっと大きな視点での課題であるが、決して忘れてはならない課題である。

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

野本陽美 あゆむ訪問介護ステーションにおける喀痰吸引の実践訪問介護サービス11：28～36.2013.

### 2. 学会発表 なし

## 在宅重症児（者）の医療的ケアの実態と市町村による支援の実態

研究代表者 松葉佐 正

研究分担者 三渕 浩（熊本大学医学部附属病院 新生児学寄附講座）

澤野 邦彦（広島県立障害者リハビリテーションセンター）

研究協力者 汐田まどか（鳥取県立総合療育センター）

### 研究要旨

在宅重症児（者）に医療的ケアについてアンケート調査を行った。回答した48名のうち医療的ケアを受けていた32名について検討した。多くが吸引器等の必要な助成を受けていると思われたが、パルスオキシメーター等は一部で助成が不十分と思われた。日中一時支援・短期入所等は、近隣の介護保険施設での実施も考えられた。

### A. 研究目的

在宅重症児（者）、特に超重症児が全国で増加している。医療的ケアの担い手の母親の疲弊は著明で、支援は喫緊の課題である。医療的ケアの実態と市町村による助成の実態を調査し、支援策に資することを研究の目的とした。

### B. 研究方法

全国重症児を守る会熊本県支部在宅部会（たんぽぽの会）が九州・沖縄地区の会員を対象に行ったアンケート用紙を、許可のもとに一部改変して、熊本県、広島県、鳥取県在住の重症児の保護者（会員以外）に送付、または外来で聴取した。年齢・性・居住市町村以外の情報は質問項目に含めなかった。本研究は熊本大学倫理委員会の承認を得た。

### C. 研究結果

回答が得られた48名の在宅重症児（者）の中で医療的ケアを受けている32名について検討した。

結果を表1に示す。人数と居住地は、熊本県が20名（7郡市）、広島県が11名（6郡市）、鳥取県が1名（1市）であった。喀痰吸引を受けている児（者）は21名で、年齢は2歳から26歳であった。21名のうち16名が市町村から吸引器の助成を受けていた。パルスオキシメーターの助成を受けていたのは4名であった。また、経管栄養は26名で、喀痰吸引者は1名を除いてその中に含まれていた。

### D. 考察

今回の調査では、疾患名と詳しい全身状態について質問しなかったため、医療機器、特に助成対象者が少なかったパルスオキシメーターについての助成が適切かどうか、判断できなかった。吸引器については必要な児者のほとんどが助成を受けていると思われたが、故障時や外出時のための2台目以降の助成はなかった。

表1に記載していない自由記載の中に、①自宅の近くで日中一時支援を利用したい、②助成対象の診断名が児についておらず、酸素モニターの助成が受けられない、③日中一時支援・短期入所等、近くの老人施設でも利用できると良い、④可能なサービスを知りたい、などがあった。

予備の吸引器の必要性については、支援関係者の間で認識が進んでいると思われるが、困難な地域が多いと予想される。足踏み式等の普及が望まれる。地域によって、近隣の老人施設で対処可能な場合もあると思われる。吸引等実施施設の拡大が望まれる。

### 参考文献

1. 平成25年九州・沖縄ブロック在宅部会 アンケート調査集計（全国重症心身障害児（者）を守る会在宅部会熊本支部

表1. 在宅重症児（者）への医療的ケアと行政からの助成

	県	市/郡	年齢	食事 軟飯・ 刻み	食事 ミキサー	食事 流動	食事 経管	医療的ケア内容（複数）	行政からの助成品
1	熊本	A市	1	○				酸素	
2	熊本	A市	4	○	○			酸素	装具、歩行器
3	熊本	A市	3	○			○	経管	チューブ、テープ、シリンジ、イリゲーター、アルコール綿
4	熊本	B市	8		○	○	○	経管	紙おむつ、座位保持椅子、車いす
5	熊本	B市	4			○		レスピ、痰、経管、気管、ネブ <sup>※</sup>	吸引器、ネブ、マット、紙おむつ、シャワーチェア
6	熊本	C市	18		○		○	痰・経管・気管・酸素・導尿・排便	吸引器・ベッド・ネブ・ジェルマット
7	熊本	C市	23				○	痰・経管・気管・ネブ	紙おむつ
8	熊本	C市	17				○	レスピ・痰・経管・気管・酸素	吸引器・パルス・紙おむつ
9	熊本	D郡	4				○	経管・ネブ	
10	熊本	D郡	6		○		○	レスピ・痰・経管・気管・酸素・ネブ	吸引器・ネブ・紙おむつ
11	熊本	D郡	15		○		○	痰・経管・気管・ネブ	吸引器・ネブ・パルス
12	熊本	E市	7				○	痰・経管・気管・酸素・ネブ・導尿	吸引器（5,470円）・吸入器（1,550円）・パルス（17,850円）
13	熊本	E市	17		○			痰・経管・ネブ	
14	熊本	E市	38		○			腸ろう	
15	熊本	E市	14		○		○	痰、経管	
16	熊本	F市	17		○		○	痰・経管・気管・ネブ	吸引器（5年に1回、5万まで）、吸入器（5年に1回、4万まで）
17	熊本	F市	11				○	痰・経管・ネブ	
18	熊本	F市	22				○	痰・経管・ネブ	吸引器・ネブ
19	熊本	F市	26				○	痰、経管、気管、ネブ	紙おむつ、吸引器、ネブ
20	熊本	G郡	2		○			痰・経管・気管・ネブ	吸引器・ネブ
21	広島	H市	13				○	痰・経管・気管・酸素・導尿	紙おむつ・吸引器
22	広島	I市	23	○				座薬	紙おむつ・ヘッドギア修理
23	広島	I市	18				○	経管	大体の物は助成有り
24	広島	I市	20	○				ネブ	
25	広島	J市	9				○	痰・経管・気管・酸素・ネブ	紙おむつ
26	広島	J市	5				○	痰・経管・ネブ	吸引器・吸入器・パルス・紙おむつ・アンピューバッグ
27	広島	J市	3				○	痰・経管・ネブ	紙おむつ・吸引器・吸入器
28	広島	K市	15				○	腸ろう	
29	広島	K市	4		○			浣腸	紙おむつ・カーシート・車椅子
30	広島	L市	2		○		○	痰・経管	座位保持椅子・車椅子・補装具・吸引器
31	広島	M郡	22	○	○			痰・ネブ	吸引器
32	鳥取	I市	23				○	痰・経管・ネブ	吸引器・吸入器

※ネブ、ネブライザー

## 重症児（者）支援のネットワーク構築に向けた研修の企画実施結果

研究分担者 末光 茂 川崎医療福祉大学特任教授、社会福祉法人旭川荘理事長

研究協力者 村下志保子 旭川児童院地域療育センター副所長

### 研究要旨

平成24年4月1日より「社会福祉士及び介護福祉士法」の一部改正があり、介護職員等によるたんの吸引等の実施が可能になった。

平成25年、岡山県内のヘルパー事業所を対象にアンケート調査を実施した。

対象は岡山県内の「ヘルパー事業所」244ヶ所に、郵送によるアンケート調査を行い、回収率は40.6%であった。痰の吸引研修を受講し吸引に積極的に取り組んでいる事業所は少ない。また、重症児者を中心にサービス提供している事業所13ヶ所にアンケート調査を行い、回収率100%であった。痰の吸引研修を受講してサービス提供している事業所は1ヶ所であった。しかし、可能な限り看護師が吸引することが望ましいとしている。看護師の配置が十分ならば、介護職員によるたんの吸引等は必要ないのかという問題がある。

介護職員の痰の吸引等の取り組みを拡大し、重症児（者）が利用しやすい支援のネットワークの構築を図ることが期待される。

### A. はじめに

平成24年4月1日より「社会福祉士及び介護福祉士法」の一部改正があり、介護職員等によるたんの吸引等の実施が可能になった。

重症児（者）の家族から「サービスを利用したくても出来ない。」「思うようなサービスがない」という意見がある。平成23年に実施したアンケート調査でも、重症児（者）が利用しているサービスでは、短期入所・訪問看護・居宅介護（ヘルパー）の利用で違いがあった。短期入所利用は58%に対して、訪問看護は22%、居宅介護28%と低調であった。

今回、居宅介護（ヘルパー）や重症児（者）を対象とした事業所の介護職員の痰吸引等について実施状況を調査し、重症児（者）の支援のネットワークの構築について検討したので報告する。

### B. ヘルパー事業所へのアンケート調査

#### (1) 調査方法：郵送によるアンケート調査

対象：岡山県内の居宅介護事業所244ヶ所

調査期間：平成25年5月

配布と回収方法：往復ハガキによる郵送・回収

#### (2) 結果

回収数：99事業所から回答があり、回収率40.6%であった。

重症児（者）を受け入れている事業所は36ヶ所（36.4%）にとどまっていた。

#### ①提供しているサービス内容

居宅介護（身体介護・家事援助）55ヶ所（55.6%）が一番多かった。次いで重度訪問介護10ヶ所（10.1%）、通院介助1ヶ所（1.0%）、移動支援4ヶ所（4.0%）であった。

#### ②痰の吸引（経管栄養を含む）の実施状況

痰の吸引を実施していると回答した事業所は6ヶ所であり、そのうち吸引が3ヶ所、経管栄養が3ヶ所にとどまっている。現在行っていないのは68ヶ所であった。将来的には実施したいと回答した事業所は8ヶ所であった。

重症児者の利用がないと回答された事業所の実情を尋ねたところ、依頼がないが48ヶ所、ヘルパーの調整が困難なため断ったのが7件、距離が遠いため、支援内容がヘルパーでは難しかった、時間の調整ができなかったのを理由に断ったのが各1件であった。

今後の研修の内容についての希望（複数回答可）を確認したところ図1のように、支援の方法47件

が一番多く、疾患について31件、身体介護の方法33件、入浴の方法19件、リハビリテーション15件、重症児施設見学13件であった。ヘルパーの吸引についての研修希望は1ヶ所だけだった。

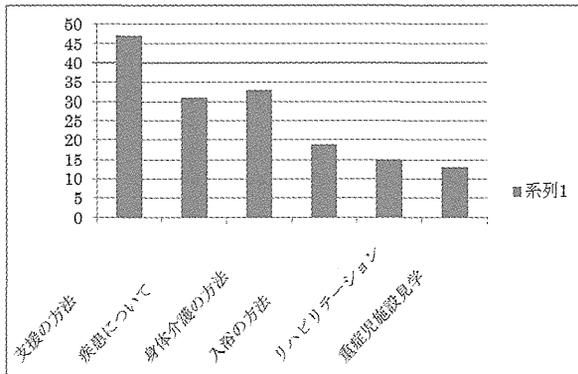


図1 研修内容

まだまだ吸引等への関心が薄いのか、他に原因があるのか確認しなければならないが、痰の吸引等を行っている事業所が少ないことが確認された。

岡山県では「不特定対象者」の研修を行っている機関が17ヶ所、対象者を限定した「特定研修」を行っている機関が5ヶ所であった。

課題として、旭川荘も実施している「不特定対象者」の研修は、施設内職員を対象としている場合が多く、在宅でのヘルパーが受講し、実習を受けるのは困難である。

国では、ヘルパーの吸引は特定の対象者を想定しており、「特定研修」は研修時間も少なく設定されている。しかし、対象者が変わるたびに、研修を受け直さなければならないという、デメリットがある。

### C. 重症児者日中活動事業へのアンケート調査

重症児を中心としている事業所9ヶ所と、その他生活介護事業所に一部重症児を受け入れている事業所4ヶ所がある。

#### (1) 対象と方法

調査方法：アンケート調査

対象：岡山県内の重症児者を対象としている日中活動事業所13ヶ所

調査期間：平成25年11月

配布と回収方法：メールにより配布・回収

## (2) 結果

### ①吸引について

図2のように12ヶ所の事業所に吸引が必要な重症児者が通所していた。事業所の規模により、旧A型通園に集中している。しかし、旧B型通園でも登録者の52.9%に吸引が必要な利用者が在籍している。

施設名	登録数	吸引人数	%
重症児施設 旧A型	61	25	41.0
国立病院機構 旧A型	52	21	40.4
重症児通園 旧B型	27	7	25.9
重症児通園 旧B型	17	9	52.9
重症児通園 旧B型	16	1	6.3
重症児通園 旧B型	18	2	11.1
重症児通園 旧B型	10	3	30.0
重症児通園 旧B型	8	2	25.0
生活介護事業所	6	2	33.3
生活介護事業所	66	8	12.1
生活介護事業所	56	7	12.5
生活介護事業所	31	5	16.1
生活介護事業所	2	0	

図2 アンケート結果（吸引）

### ③経管栄養・胃ろうについて

図3・4のように多くの事業所が取り組んでいる。

施設名	登録数	経鼻	%
重症児施設 旧A型	61	5	8.2
国立病院機構 旧A型	52	12	23.1
重症児通園 旧B型	27	4	14.8
重症児通園 旧B型	17	1	5.9
重症児通園 旧B型	16		
重症児通園 旧B型	18	1	5.6
重症児通園 旧B型	10	4	40.0
重症児通園 旧B型	8	1	12.5
生活介護事業所	6	1	16.7
生活介護事業所	66	2	3.0
生活介護事業所	56		
生活介護事業所	31		
生活介護事業所	2		

図3 アンケート結果（経鼻栄養）

施設名	登録数	経鼻	%
重症児施設 旧A型	61	5	8.2
国立病院機構 旧A型	52	12	23.1
重症児通園 旧B型	27	4	14.8
重症児通園 旧B型	17	1	5.9
重症児通園 旧B型	16		
重症児通園 旧B型	18	1	5.6
重症児通園 旧B型	10	4	40.0
重症児通園 旧B型	8	1	12.5
生活介護事業所	6	1	16.7
生活介護事業所	66	2	3.0
生活介護事業所	56		
生活介護事業所	31		
生活介護事業所	2		

図4 アンケート結果（経鼻栄養）

### ④重症度について

図5のように医療的ケアは、気管切開し吸引が必要20人、在宅酸素11人などであった。呼吸

器を使用している利用者も13人おり、呼吸器を使用しているから外出できないとは言えない時代になってきている。

	登録	気管切開	レスピ	在宅酸素	吸入	導尿	その他
重症児施設 旧型A	61	8	3	4	19		洗眼・便薬挿入
国立病院機構 旧A型	52	11	5	3			1
重症児通園 旧B型	27	2					レビン交換
重症児通園 旧B型	16	1	1				
重症児通園 旧B型	17	5	1	1	1		バルーン挿入
重症児通園 旧B型	18	1	1				
重症児通園 旧B型	8	2	1	1			
重症児通園 旧B型	10	3					
生活介護事業所	6	2	1	1			
生活介護事業所	56	5		1			
生活介護事業所	31	2					腎盂バルーン
生活介護事業所	66						
生活介護事業所	2						1

図5 アンケート結果（重症度）

⑤医療的ケア実施者と介護職員の研修について

図6のように、ほとんどの事業所が看護師を配置しており、医療的ケアについては看護師が行っていた。対象者の重症度が増す中、看護師が不足しているという理由の為、2ヶ所の介護職員が痰の吸引研修を受けて実施していた。

施設名	登録数	実施職員	介護職員の吸引について		
			研修終了	研修中	研修予定
重症児施設 旧A型	61	看護師	0	0	未定
国立病院機構 旧A型	52	看護師	0	0	未定
重症児通園 旧B型	27	看護師	0	0	未定
重症児通園 旧B型	17	看護師	0	0	未定
重症児通園 旧B型	16	看護師	0	0	未定
重症児通園 旧B型	18	看護師・介護士	0	0	未定
重症児通園 旧B型	10	看護師	0	0	未定
重症児通園 旧B型	8	看護師	0	0	未定
生活介護事業所	66	看護師	0	0	5
生活介護事業所	56	看護師	0	0	7
生活介護事業所	10	看護師	0	0	未定
生活介護事業所	6	看護師・介護士	2	0	2
生活介護事業所	2		0	0	検討中

図6 医療的ケア実施者と研修

重症児を受け入れる日中活動の場が増え利用しやすくなりつつあるが、とくに吸引の必要な重症児（者）が安心して通える人的・物理的条件は大丈夫なのか心配である。看護師を複数配置が出来ない事業所から介護職員の痰の吸引研修に参加を希望する事業所が3ヶ所あった。

D. 今後の課題と考察

在宅生活をするうえで、訪問看護ステーションも大切であるが、生活を支える居宅介護（ヘルパー）や日中活動の場も重要である。重症児（者）のヘルパー利用については28%しか利用していない現状があった。今回事業所側への調査では、36.4%

の利用があった。ヘルパーを利用しない理由の1つに、かつてはヘルパーが医療的ケアを行えない事情があった。しかし、平成24年から一定の条件の下に痰の吸引等が実施できることとなった。ただし現時点で重症児（者）の痰の吸引を積極的に行っている事業所は多くない。

積極的に痰の吸引などの医療ケアを行うか否かなどのアンケート調査を実施したが、現状では積極的に取り組む事業所が少ない。重症児（者）の理解と支援の方法、痰の吸引などに関する研修を企画実施し、利用しやすいサービス体制を構築していく必要があると思われる。

重症児（者）の日中活動事業では、医療的ケアのある重症児者が多く通所している。看護師一人では対応が困難なほど様々な医療的ケアを実施している。この看護師一人では対応が困難な状況を打開するために、介護職員の痰の吸引等の研修に参加したい事業所が存在する。

今後、看護師の複数配置が行えるように配置基準と報酬についての検討が必要と思われる。また介護職員の痰の吸引研修に積極的に参加し、多くの介護職員が吸引できるような体制や安全面でのフォローについて、連携できる訪問看護ステーションや重症児施設とのネットワークが必要と考える。

E. 参考文献

- 末光茂：「『障がい者総合福祉法（仮称）』下における重症心身障害児者通園事業のあり方に関する研究」平成23年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（身体・知的等障害分野））総括・分担報告書、平成24年3月
- 末光茂：「制度改革と重症心身障害支援の今後－公法人立重症児施設の立場から－」、医療 66(9)：503-505、2012.

平成25年度 厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業  
研究報告書

分担研究名：モデル構築への助言、東京におけるモデルの検証

分担研究者：木実谷哲史（島田療育センター 院長）

研究協力者：有本 潔（島田療育センター 副院長）

齋藤美三男（島田療育センター 支援部地域連携情報室 室長）

神田 水太（島田療育センター 支援部地域連携情報室）

研究課題：都内重症心身障害児・者通所事業での医療的ケアに関する調査

### 研究要旨

東京都内の重症心身障害児・者通所事業実施施設へのアンケート調査により、25カ所の施設から医療的ケアを含む事業の実態に関する回答を得た。2施設が児童と生活介護の両事業を行っており、残りは生活介護事業（20代から40代）を行っていた。1日の平均出席人数は、5名が最多で12カ所、6～10名が5カ所、30名以上が1カ所であった。重症度別の利用者数は、超・準超重症児が各々100名、それ以外が250名であった。23施設中14施設で介護職員の医療的ケア実施施設登録済みまたは登録予定であった。非医療職による吸引（口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内）と胃瘻ケアは、24年度の制度改正後でそれ以前より増えていた。21施設中半数で実地研修後の安全管理フォローアップ体制があり、25施設中19施設で緊急時の医療機関との連携があった。旧重症児施設への希望として、基本研修や実地研修、研修後のフォローアップ体制、重症児医療についての啓発を希望していた。各施設で医療的ケアに対応していたが、そのことが施設への負担になっていることもうかがえた。

前年度のインタビュー調査を踏まえて、今年度は、実際に重症心身障害児・者を対象としている通所事業所に対してアンケート調査を行った。

#### [対象および方法]

対象：都内重症心身障害児・者通所連絡会所属の重症心身障害児・者通所事業実施施設37施設（医療型18施設、地域施設活用型19施設）

方法：アンケート用紙郵送および調査専用WEBからの回答

設問については以下の内容とした。

- 法的位置づけ：現在の障害福祉サービスの種別、平成24年度法制化前の施設種別
- 利用者：利用定員、性別、年齢、利用人数（平均・最大・最少）利用頻度、障害区分・大鳥分類、超重症児数
- 職員：従業者内訳
- 医療的ケア実施状況：ケア毎の人数、栄養摂

#### 取の経路別人数

- 送迎：居住地別人数、乗車時間、添乗時ケアの実施
- 介護職員等による医療的ケア実施制度への取り組み
- 登録機関としての取り組み
- 地域医療機関との連携
- 重心施設に望むこと

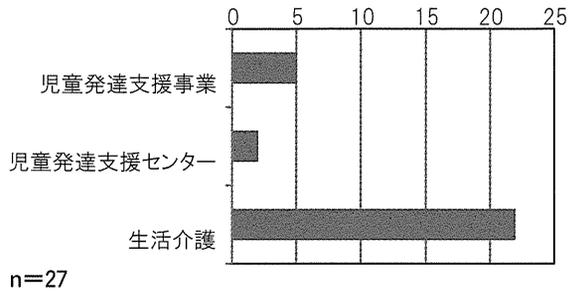
#### [結果]

アンケートに対し、25施設（医療型12施設、地域施設活用型：13施設）より回答を得た。回収率は68%であった。

#### 1. 施設について（法的位置づけ）

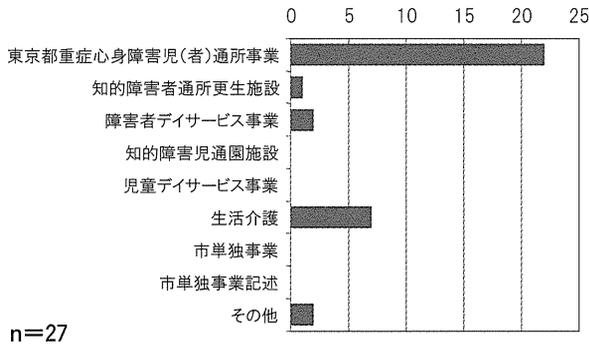
現在のサービス種別は図1の如く、生活介護が多数を占める。

図1 現在の障害福祉サービスの種別



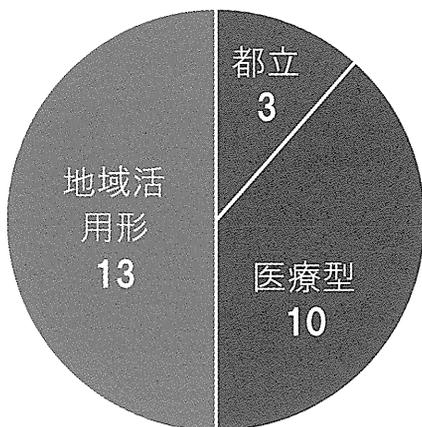
今回の調査対象は、平成24年度法制化前より、重症心身障害児の通所をさまざまな形で行ってきた施設である。平成24年以前の事業としては主に東京都独自に行う通所事業が主体となっている(図2)。

図2 平成24年度の法制化前の施設種別



都立の施設はすべて医療型である。地域活用型と医療型は同数となっている(図3)。

図3 現在の東京都指定施設形態の種別



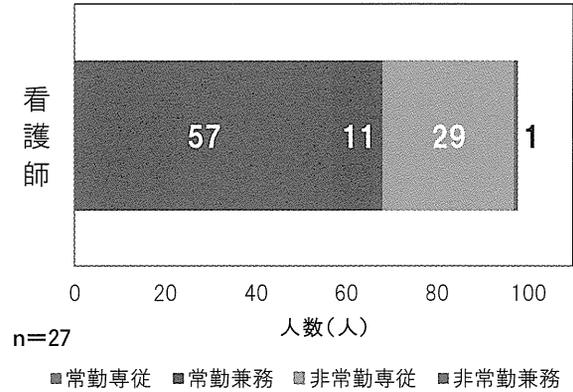
n=26

## 2. 職員について

次に職員の配置であるが、医療的ケアに重要な看護師は常勤では60名弱1施設あたり2名程度と

なっているが、非常勤の割合も高い。支援員全体では、定員に対しほぼ1対1となっている(図11)。

図4 施設従業者の内訳(対象事業所全体)

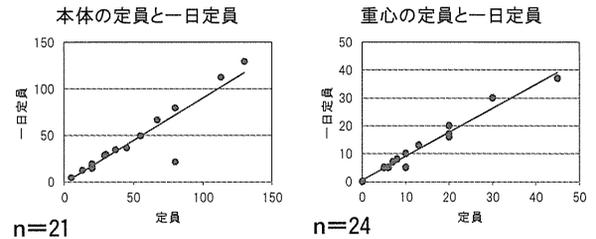


n=27

## 3. 利用者数について

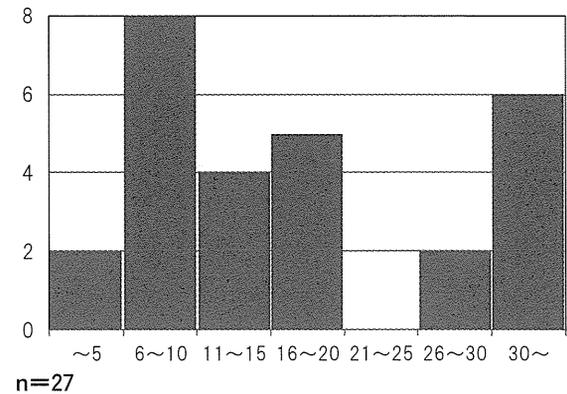
定員については図5のごとくである。重心対象者の定員は5から20名が多い

図5 施設利用定員数



登録人数も同様の傾向である(図6)。

図6 現在の登録人数



n=27

今回回答を得た施設全体では、利用者数は450名を超えていた。男女比は図7の通りである。年齢については、幼児を受け入れる施設は少ない。