

制加算（Ⅳ）として、100 単位（利用者 1 人 1 日当たり）などの報酬がある。しかし、上記の経済的負担や医療的ケアを実践することへの負担感などを考慮すると、メリットが少ないとの思いが生じると考えられる。

制度への意見としては、上記の経済的な問題とあわせて、「医療的ケアへの不安」「施設での看護師非配置への対処としての制度の活用の状況」「制度の社会の中での制度の認知不足」等があった。「医療的ケアの不安」では、従事者への調査でも、ケアの実際の中で鼻腔内吸引、気管カニューレ内吸引、緊急時の対応の困難感や不安が高かった。また、研修は受けても、実際に医療的ケアを実施していない場合もあり、研修時から空白がある場合は実践への不安も増強していた。施設においては、看護師がいない夜勤帯に勤務する際の不安が増強していた。家族や医療従事者がいない状況での利用者の医療的ケアを 44%が実施しており、6 名は 3 時間以上ケアを行っていた。3 号研修終了であると、医療的処置の概論の講義や演習の時間も短く、自信を持てる処置をするには時間が短すぎるのではないだろうか。フォローアップ研修は 72%参加の意向を示しており、自信をもって医療的処置を実践できるような研修終了後の定期的な研修が必要であることが示唆された。

サポートや連携に関しては、医師や本人とのサポートや連携に困難や不安感が 20%ほどあった。困った時の相談先は、連携している看護師が非常に多く、看護師との連携や関わりが重要であった。看護師に対しては、介護職員等の問題を理解して介護職員等へ助言できるような支援が必要で

あると考える。

制度や行政・他の職種への意見や要望として、「介護職員に対する痰吸引制度よりも施設への看護師配置や加算等の見直しが必要」「限られた職員配置で夜間は看護師の配置もできずに、介護職員が対応せざるを得ない状況を改善すべき」との意見もあり、介護職員の従事者の不足がある現況で、看護師の不足を補うような体制を問題視していた。

上記より、今後、事業所が無理なくこの制度を実践できるようなシステムを構築する必要がある。在宅重度障害者の吸引等を行う介護職員等が、安心して業務が行えるようなシステムを構築する必要がある。

これらのシステムが整うことで、在宅重度障害者への喀痰吸引等の提供事業者が拡大することにもつながる。この拡大は、在宅重度障害者本人や家族にも安心感がもたらされ、QOL が向上することが期待される。

E. 結論

平成 25 年 12 月現在で 32 登録事業所のうち 14 事業所からの質問紙調査の結果、以下のことが明らかになった。

登録喀痰吸引等事業者登録事業所の管理者は、

- 1) 事業登録に関して医師への報告書作成は、半数以上が困難感を持っていた。
- 2) 基準に関しては、安全委員会・物品整備・利用者家族への基準などへの困難感は少なかった。
- 3) 施設での 1 号・2 号・3 号研修者の混在があった。
- 4) 制度への意見として「事業所への経済的負担・報酬の不足」「ハイリスク・ローメ

リット（医療度が高く、高リスク）」「医療的ケアへの不安」「施設での看護師非配置への対処としての制度の活用状況」「制度の社会の中での認知不足」等があった。

従事者は、

- 1) 講義・演習での理解度や満足度は高いが、指導時の手技や説明内容の統一を希望していた。
- 2) ケアの実際の中で鼻腔内吸引、気管カニューレ内吸引、緊急時の対応の困難感や不安が高かった。
- 3) 研修は受けても、実際に医療的ケアを実施していない場合もあり、研修から空白がある場合、実践への不安も増強していた。
- 4) 施設でも3号研修で対応している場合が多く、特定者が退所すると、別の特定者の3号研修を受けることにたいへんさを感じている：研修期間が短ため、3号研修を受ける場合が多い。
- 5) 施設での看護師がいない夜勤帯に実践に対する不安が強い。
- 6) 看護師との連携や関わりが重要である。
- 7) フォローアップ研修への参加希望者が

多かった。

以上より、事業所が無理なくこの制度を実践できるよう支援、医療的ケアへの不安を軽減して安心して実践できるような支援が必要であることが示唆された。

F. 健康危惧情報 特記事項なし

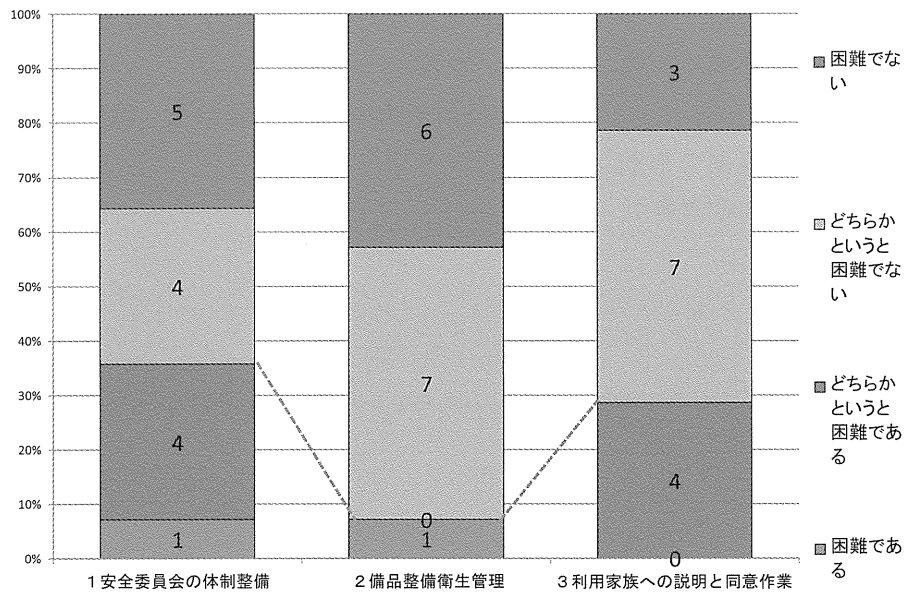
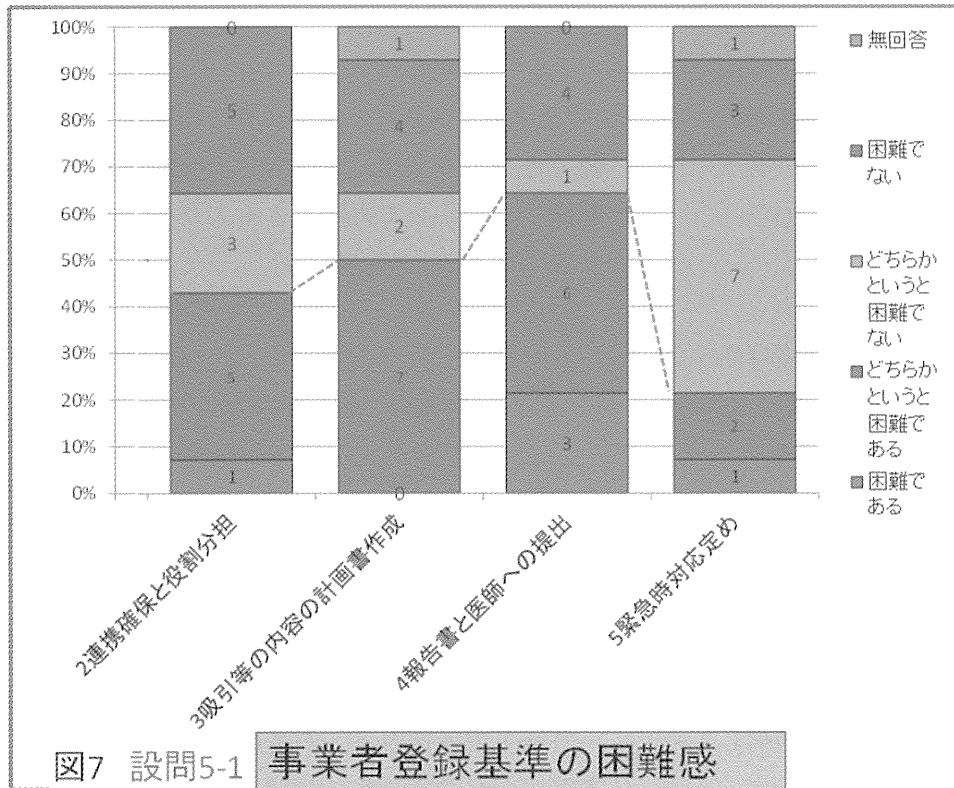
G. 研究発表

1. 論文発表 特記事項なし
2. 学会発表

1) 生田まちよ, 松葉佐正. A 県の介護職員等による喀痰吸引等の実施の現状(その1) —登録事業者管理者への調査—. 第40回日本重症心身障害学会, 2014年9月27日, 京都テルサ

2) 生田まちよ, 松葉佐正. A 県の介護職員等による喀痰吸引等の実施の現状(その2) —認定特定行為業務従事者への調査—. 第40回日本重症心身障害学会, 2014年9月27日, 京都テルサ

H. 知的財産権の出願・登録状況 特記事項なし



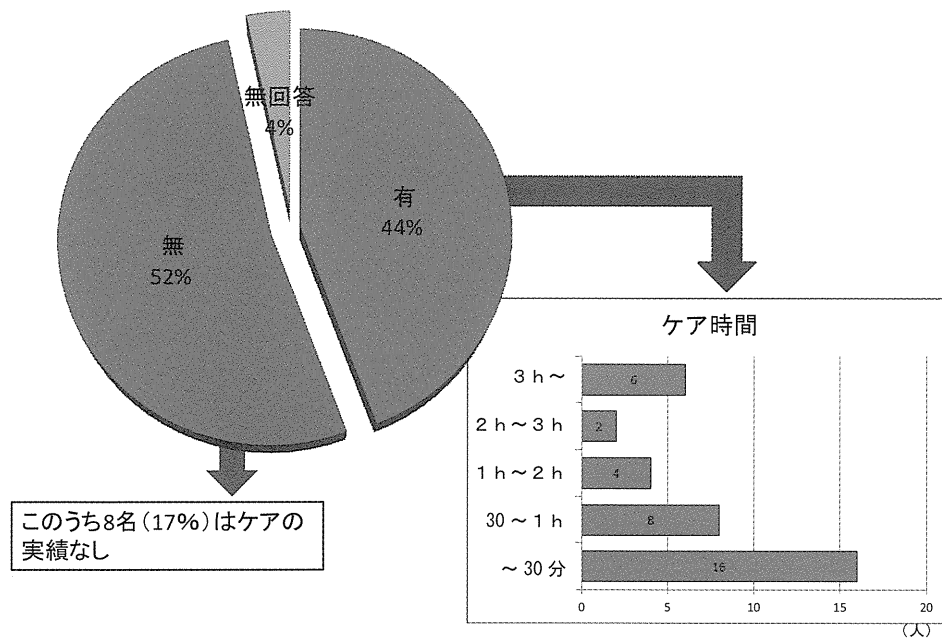


図3 家族や医療従事者がいない状況での利用者の医療的ケアの実施

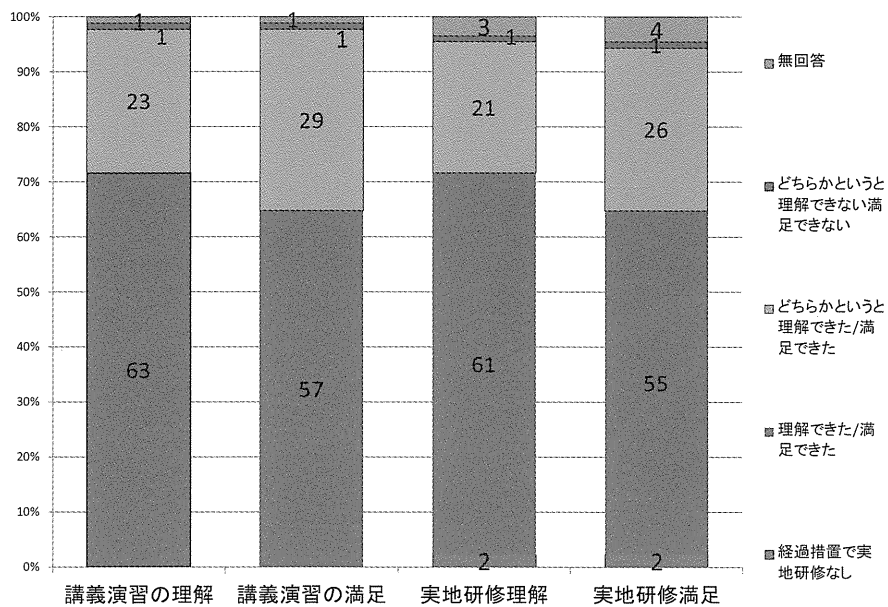


図4 研修内容の理解度と満足度

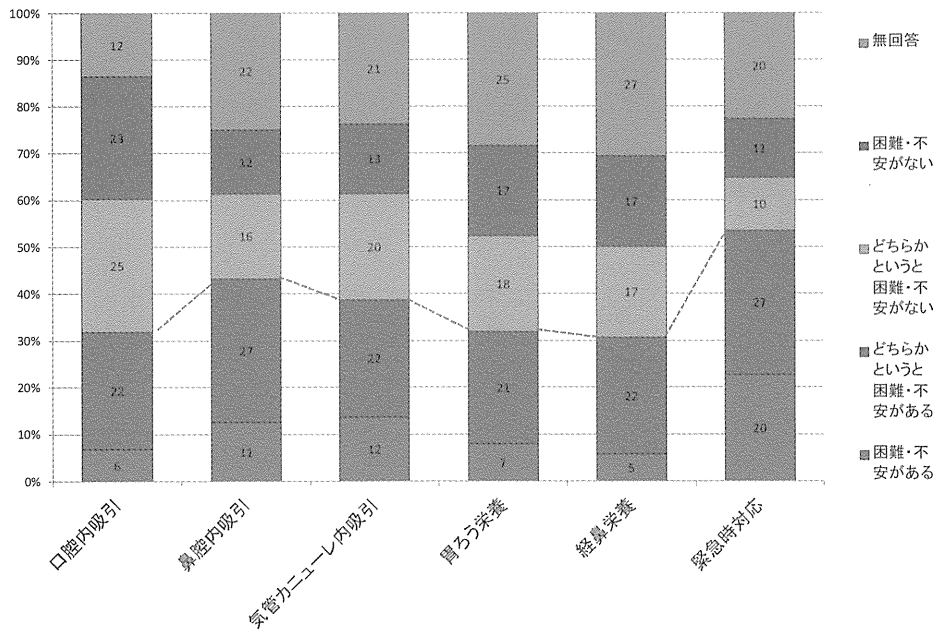


図5 介護中での手技の困難・不安

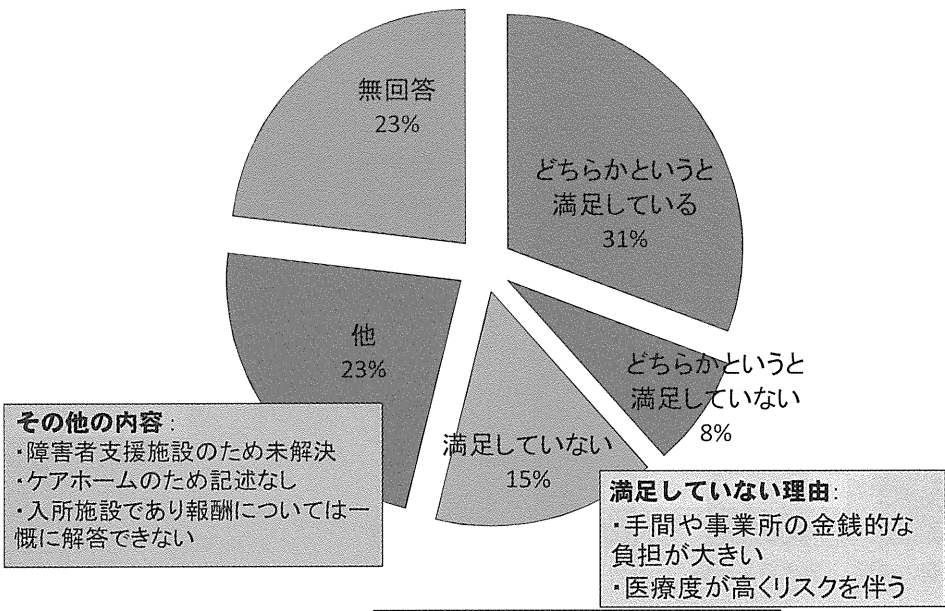


図6 報酬に関する満足

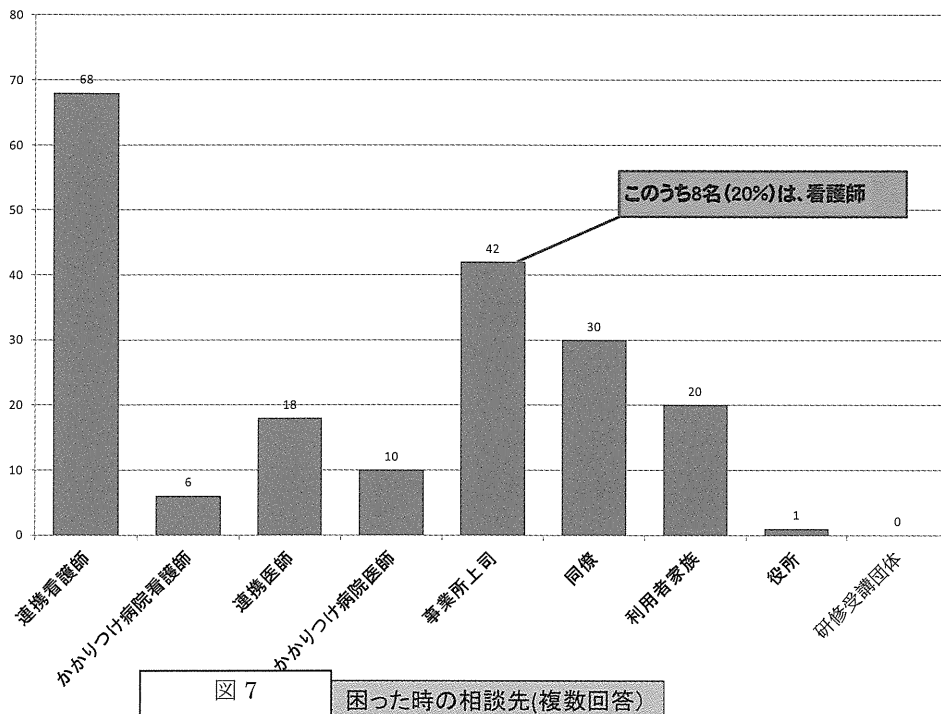


表 1

利用者の状態や医療ケアを実践していく中で
看護師に望むこと

<施設>

- ・ 医療面からのフォローおよび指導を希望する
- ・ 引き継ぎの際など実践しているところをみて指導してほしい
- ・ 看護師に日勤帯でついてもらい自分がしているところを見てもらいたい
- ・ 専門用語を使わずに分かりやすい説明をしてほしい
- ・ 利用者のそれぞれの吸引等の注意点や緊急時のベストな対応方法を教えてほしい
- ・ 施設では、生活支援員が医療的ケアに従事することで、生活介護が看護師主導の医療的ケアモデルの介護にならないように望む
- ・ 施設では、介護職も利用者の生活や変化など記録しているので、確認して的確な指導をしてほしい
- ・ 夜間看護師にいてほしい
- ・ 特定従事者に任せきりにしないでほしい
- ・ 定期的な勉強会の場が職場にあればと思う
- ・ 研修などをしてほしい

<訪問介護>

- ・ 訪問する時間帯が両親の仕事に行かれる直前から訪問看護中に実施するので、何も心配はない

<支援学校>

- ・ 生徒のもっている障害を理解してほしい
- ・ 専門的な視線で子どもたちへの対応についてなど教えていただきたい(現在も教えていただいている)
- ・ 常に生徒の健康状態等に配慮していただきとても助かっている。保護者、看護師、学校の情報共有もできているのでたいへんありがたい

- 特定の対象者(3号研修)を受けているが、利用者が
出た場合、その都度、新たに3号研修を受けること
になる、複数の特定の3号研修となる場合、これまでの
研修経験が活かせるような体制にならないか
- 今後、従事者が増加するように体制整備をしてほしい
- 現在、経過措置で吸引をしているが、1号研修を受け
たいが時間が取れない
- 事業所内に認定指導看護師が不在なため事業所
から来ていただくため日程調整がたいへん(3号研
修)。
- 介護の仕事をする人が少なくなっているのに、命
に直接かかわる医療行為までとは...と思う(3号研修)

NICU から退院する子どもの在宅療養を支える小児在宅ワーキングの取り組みと課題

研究代表者 松葉佐 正

研究協力者 熊本市立熊本市市民病院 NICU入院児支援コーディネーター（小児看護専門看護師）

鋤田 晃子

研究要旨

平成26年度にNICUから退院調整を必要とした患者は、12名であった。うち、4名が在宅人工呼吸器を必要とした。訪問診療の利用は3件、小児科開業医の初期対応は2件であった。地域格差や社会資源の不足から地域の訪問診療の利用は少数であった。地域の看護職への勉強会を開催し、直接自宅へ出向いて訪問看護師と共にケアを実施した結果、現在訪問看護の導入はすべて受け入れ可能となった。また、地域の開業医を束ねる存在である医師会や内科医からなる熊本在宅ドクターネットへの発信、県・市町村保健師とのケース検討会を通して、地域に根付く在宅医療の形を探ってきた。急性期病院の医療者と在宅支援者が一堂に会して行った地域の子どものケース検討は、組織間の距離を縮め、子ども達に関わる人材の連携を密にし、協働的な支援ネットワーク構築にむけた手段となった。

はじめに

在宅医療を必要とする子ども達にとってはいつでもどこでも継続的に医療を受けられ、地域全体の医療と病院がいかにつながっていくかが重要なことであるが、それができる状況が整っているかという心もとないのが現状である。熊本県では、平成21年からNICU入院児支援事業が始まった。医療依存度の高い子ども達の継続医療を保障していくには、従来の医療連携の枠組みを超えた新たなリソースによる包括的な地域支援を構築していく必要がある。当院では平成25年度に小児在宅ワーキングを設立し、在宅療養支援の取り組みと今後の課題について報告する

小児在宅ワーキング

小児在宅ワーキングは、首席診療部長、副看護部長、新生児内科医師・看護師、小児科病棟医師・看護師、外来看護師、退院調整看護師、PT、熊本市障がい福祉課で構成される。運営方針は、地域で重篤な疾患や障害を抱えて生活する子どもたちとその家族のニーズをすくいあげ、地域のニーズに対してどのような医療を展開できるか検討するものである。

結果

小児在宅ワーキングでは、これまでの当院NICUから退院する子どもの不十分な退院支援や小児病棟との連携不足、NICUから高度な医療をそのまま在宅医療へ持ち込む医療者の在宅療養の知識不足、地域資源の開発の必要性、在宅人工呼吸器患者の災害対策の必要性が課題として抽出された。

そこで、小児在宅ワーキングを中心に地域支援検討会を実施した。当院から退院した子どもの在宅療養支援の現状と課題について事例を通して検討した。検討会では、拠点病院が急変時に受け入れる体制を確立すること、新生児科医のバックアップによる開業医との連携が必要なこと、病院主治医と開業医をつなぐ訪問看護師と急性期病院の地域連携室が適切なタイミングで連携を図っていくことが不可欠であることが明確となった。

（1）地域資源の開発

特に超重症児の継続医療を保障していくには、訪問診療、訪問看護が必須であるが、地域によっては、小児の受け入れが初めてで、新生児ケアになれている医療者のバックアップが望まれていた。

そこで、地域の看護職への勉強会を開催し、直接自宅へ出向いて訪問看護師と共にケアを実施した結果、現在訪問看護の導入はすべて受け入れ可能となった。入院中から児のケアにかかわってもらった。退院直後から訪問看護師と家族と良好な関係が構築でき、安心感につながった。訪問診療については、地域の開業医を束ねる存在である医師会や内科医からなる熊本在宅ドクターネットへの発信、県・市町村保健師とのケース検討会を通して、地域に根づく在宅医療の形を探ってきた。急性期病院の医療者と在宅支援者が一堂に会して行った地域の子どものケース検討は、組織間の距離を縮め、子ども達に関わる人材の連携を密にし、協働的な支援ネットワーク構築にむけた手段となった。

(2) 在宅人工呼吸器患者の災害対策

在宅人工呼吸器を必要とする子どもの災害対策として、小児病棟での緊急避難入院の受け入れ体制を整備した。台風避難マニュアルを作成し、家族への啓発活動を行った。家族は、吸引器、人工呼吸器の電源確保に不安を抱いており、日頃児の状態をよくわかっている病院で入院可能かどうか不安があった。当院の在宅人工呼吸器管理中の児10名中、延べ9人の患者が利用した。

(3) 病院から自宅訪問

NICUから退院前に医療的ケアを必要とする児には、訪問看護師、保健師とともに受け持ち看護師、小児看護専門看護師が生活環境調整に自宅訪問を行った。緊急時の受診経路や環境温度湿度の調整、電源確保場所、衛生材料と物品管理方法について退院前に行うことで家族の不安軽減につながった。

在宅人工呼吸器を必要とする子どもには、病棟保育士と看護師が自宅に訪問し、遊びの提供を行った。在宅人工呼吸器療法中の子どもは、外出する機会が受診のみであった。NICUから医療的ケアを必要として退院した子ども12名の母親全員が、「子どもとの遊びかたがわからない」といった

相談があった。訪問保育は不可欠であり、看護師の長期滞在のみならず、ヘルパーや保育士による自宅での滞在希望もあった。吸引が必要な児の場合、保育士だけではレスパイトのニーズに応えることは困難なため、今後の課題である。

(モデル例)

診断名：18トリソミー

医療的ケア：在宅人工呼吸器（一日1時間程度離脱可能）、口腔内吸引、経管栄養
NICUに4ヶ月入院後自宅退院。

家族構成：父単身赴任のため県外。母、母方祖父・祖母と同居。第1子。

児の母は、自宅退院後、生活が軌道にのるまでは呼吸はしているのだろうか。緊急時の対応ができるだろうかという心配する日々が続いた。子どものケアになれ、余裕がでてくると「どんなことが好きなのだろうか。どうやって遊んでやるといいのだろうか」と思い悩んだ。同居中の祖母には、病気の子どもというのがあり相談できなかつたと語った。

日々のケアに追われ、児の健康管理に目が向きやすく、「なんで泣いているのかわからない。抱っこしてもずっと泣いている。薬の時間と関係があるのだろうか」といったように、コミュニケーションの困難さから本来の子育ての力を引き出しにくい状況がある。加えて、“病気がある”“障がいがある”といった「普通とは違う」感覚がある。継続して障がい受容の支援や家族の精神的援助と子育て支援、子どもの状況の理解促進や具体的な育児の提案が必要である。

そこで、本ケースについては、NICUに在籍している保育士1名と看護師1名が自宅に訪問した。訪問時間は60分とした。保育士からは、発達段階に応じた遊びの提供を行った。具体的には、指人形での遊びや絵本読み聞かせ、ベビーマッサージを行った。子どもの表情や成長を言葉にして伝え、家族の自信につなげた。在宅人工呼吸器を離

脱した状況でもあったため、状態の観察や医療的支援については看護師が行った。家族は、「普通の育児でいいんですね。ちゃんとこの子もわかっているんですね」と前向きに育児に取り組む気持ちへと変化した。

このケースに関しては、病院からボランティアの形態で訪問した。退院後家族支援の実践は長期にわたって必要となるため、家族支援に関する加算の創設が必要である。

結語

当院の小児在宅ワーキングの取り組みと今後の課題について報告した。熊本における重度な病気や障がいを抱えた子ども達の地域連携の背景をふまえ、今後取り組みをどのように発展させていく必要があるのか今後も地域や個別のケースに応じた医療連携が望まれる。また、継続医療を必要とする子ども達の在宅の場で何が必要とされているかケースを通して提案し、さらに生活の質の向上にむけどのような仕組みが望まれているのか今後の課題としたい。

遠隔レスパイトの実施状況と医療連携コーディネーター活動報告

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）

星出 龍志 奥村 健治（くまもと芦北療育医療センター）

研究要旨

医療的ケアを必要とする重症障害児（者）に対する社会資源は不足している。くまもと芦北療育医療センターにおいて、様々な理由で地域の施設が利用できない在宅重症障害児（者）に対して、平成24年7月より短期入所送迎サービスを行っている。また、医療連携コーディネーターを配置し、家族の相談への支援や他機関との連携を図っている。

在宅重症障害児（者）の在宅での生活を支える上で、定着してきた短期入所送迎サービスの平成26年度の実施状況と医療連携コーディネーターの活動を報告する。

1. はじめに

くまもと芦北療育医療センター療育医療センターでは、平成24年7月より短期入所送迎サービスを通じた「遠隔レスパイト」を実施している。定期的な利用も増えてきており、地域の施設が利用できない在宅重症障害児（者）にとって有効な支援ができていると考える。また、看護師の資格を持つ医療連携コーディネーターを配置し、家族の相談支援や他機関との連携を図っている。

平成26年度の短期入所の利用状況と、支援のあり方として徐々に定着してきた短期入所「遠隔レスパイト」の実施状況と、医療連携コーディネーターの活動を報告する。

2. 対象

くまもと芦北療育医療センターの短期入所を利用した在宅重度障害児（者）と送迎サービスを利用した重度障害児（者）、医療連携コーディネーターが支援した在宅重症障害児（者）

3. 方法

1.短期入所利用状況（平成26年度1月末まで）を月別に集計、送迎サービス実施状況（平成

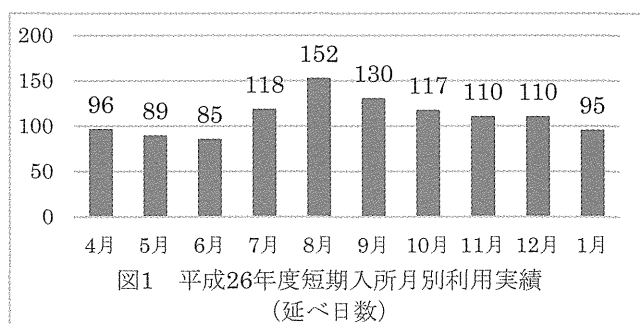
26年度）を月別と地域別に集計した。

2.医療連携コーディネーターの活動の中から、相談支援専門員や他機関との連携を行った事例をあげる。

4. 結果

1-①

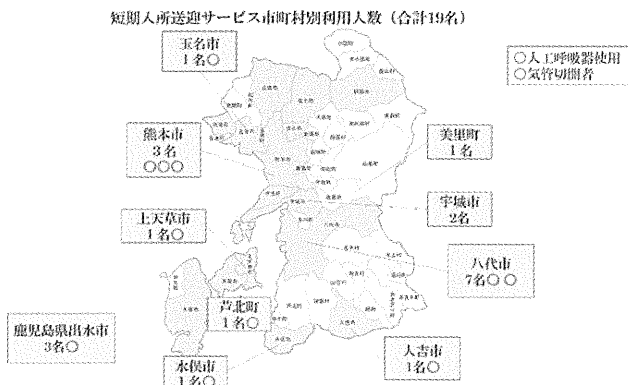
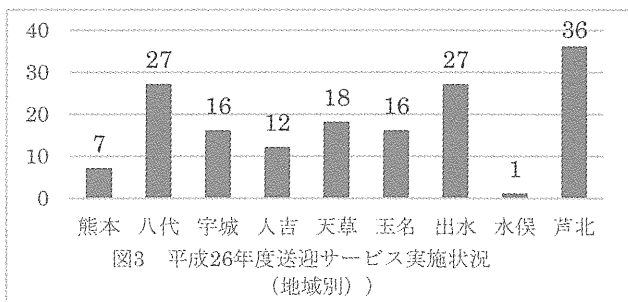
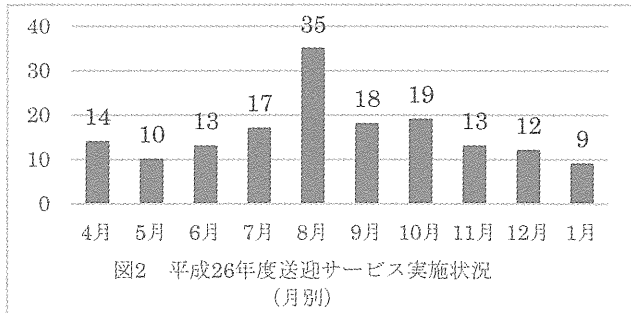
図1に短期入所利用状況を示す。7月から12月まで延べ日数が100日を超えていた。平成25年度は年間延べ日数が1081日だったが、平成26年度は1月末で1102日と前年度の実績を上回っている。



1-②

図2に送迎サービスの月別の実施状況を、

村別利用人数と医療度を示した。短期入所送迎サービスは、ほとんどの月が10件以上の利用があり、8月は35件となっている。地域別では、天草、玉名の遠隔からの定期的な利用があった。熊本市の利用は、地域の施設が利用できない場合の代替利用であった。



2. 事例1

対象：Aさん（10代）男児、先天性筋疾患
 気管切開、経管栄養（胃瘻）
 経過：平成24年10月、低栄養によるるい瘦でSMA(上腸間膜動脈)症候群発症、栄養管理の目的で当センター入院した。改善して全身状態が落ち着き、平成25年7月頃から母が在宅に戻ることが希望された。入院前にも腰痛などによる母の介護力低下が問題となっていたた

め、試験外泊から開始した。通学時の移乗や、入浴の際などに母への支援が必要なことが判明したため、地域の相談支援専員と調整を行った。また、行政等も加えてケア会議を行い、不足する介護力に対しては居宅介護、訪問看護のサービスを利用することに決定した。平成26年4月退院となった。

事例2

対象：Bさん（10代）女児、難治性てんかん
 右上下肢機能障害
 経過：平成26年4月から支援学校高等部に進学したが、通学に40分ほどかかり、迎えが間に合わないと母から相談支援専門員に相談があった。当センターの日中一時支援事業を利用するよう調整し、入学後利用開始となった。

事例3

対象：Cさん（10代）女児、脳性麻痺
 経過：母の仕事の都合で当センターの日中一時支援事業を利用中であったが、母が児を中心に生活しており、他の兄弟が不登校になるなど問題を抱えていた。福祉サービスモニタリングに際して、相談支援専門員が短期入所の利用を提案。初めは不安があったようだが、他の兄弟と関わる時間もとれるようになり母自身の休息にもなって、現在は2回/月ほど利用されている。

5. 考察

当センターが短期入所送迎サービスを開始して2年半程経過した。短期入所送迎サービスの利用者、利用回数ともに増加している。また、短期入所の利用日数も増加しており、送迎サービス利用による遠隔レスパイトが定着してきていると思われる。このことから、在宅重症児(者)の介護におけるニーズに答えられているのではないと思われる。

医療連携コーディネーターが配置され、2年以上経過した。他機関との情報交換もできてきており、転院や在宅移行へ向けての支援の協力体制も構築されつつある。

当センターの短期入所は併設型であり、短期入所のご利用者の増加や医療度が高くなっているため、受け入れる病棟の負担は大きくなっている。医療連携コーディネー

ターが家族や他機関と施設内の多職種との架け橋となり、情報共有をすすめることで、双方の不安負担を軽減し、安全、安楽な受け入れにつながると考える。

昨年度まで、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たが、そのスタッフの退職に伴い、当社でも他社へ指導看護を依頼せざるを得なくなった。しかし、訪問介護事業所に指導看護師が在籍していることが稀であり、在籍していない現在の状況が一般的であると考ええる。

この一般的な状況の中で今年度は当社も事業を行ってきたが、やはり現場演習、実地研修に相当の時間を要した。

事例（訪問看護の中に指導看護師がいない）

当社ヘルパー（A利用者の3号研修修了者）の退職に伴いA利用者のヘルパーを増やす必要性が生じた。このために新たに入る予定のヘルパー（3号研修基本研修修了者）がA利用者の現場演習・実地研修を受ける必要性が生じた。

A利用者に入っている訪問看護ステーションの看護師の中には指導看護師がいなかった。担当ケアマネージャーや担当相談支援専門員は以前から指導看護師の資格を取っていただけのよう働きかけはされていたようだが、実現していなかったようである。理由は耳にしたが、2次的な情報になるので省略する。

私たちは雲をつかむように健康推進財団や熊本県に相談しながら当たってみたが、訪問看護としてA利用者のところに入っていないのに指導看護だけ引き受けてくれるところはなかった。結果として、新たにA利用者宅に訪問看護に定期で入ることと併せて、指導看護を引き受けてもらえることとなった。

定期で入っている訪問看護師が指導看護師の資格を持っていればまだ良い方で、今回のケースのように定期で入っている訪問看護師が指導看護師の資格を持っていない場合は、途方もないエネルギーと時間を要することとなる。

②利用者からの医療行為の要望

特定行為の業務を3年程行っていく中で、最近強く感じることもある。

特定行為の必要なお利用者は必然的に医療依存度の高いお利用者ということになる。

このような背景もあり、長くサービスに入っていると、次第に医療行為に当たるようなサービスの要望がお利用者から増えてくるようになるのである。これまで要望されたことのある行為としては以下のような行為が挙げられる。

- カフアシスト（カフマシン）
- カニューレからはみ出るほど深い挿入による吸引
- カフのエアの出し入れ
- カフなしの状態での吸引
- 緊急時以外のアンビュー
- 胃ろうに薬を混ぜる行為
- 胃ろう接続部の処置
- 摘便

介護保険、障害福祉サービスの指定事業所として、指定権者の自治体から法令遵守を求められる中で、そこに踏み込むことは出来ない。

当然のことながら上にあげたような行為はお断りさせていただくのだが、そのことによりお利用者との関係が悪化することが数例あった。

D. 考察

①指導看護師の不足と連携の困難さ

この事業の推進において、指導看護師は欠くことのできない存在である。指導看護師を増やし、その存在を公にし、依頼が出来るような環境を整わなければ、この事業の推進は困難となる。少なくとも吸引等のあるお利用者に入る看護師には、ぜひ指導看護師の資格を取っていただき、積極的に指導看護師を引き受けていただきたい。また行政にはそうなるような環境整備を希望する。

②医療行為の要望への対応の困難さ

研究結果②で述べたように、法令遵守を強く求められる指定事業所としては重大な問題である。このような指定取り消しのリスクに止まらず、違法行為に関しては損害賠償責任保険の適用が難しいというリスクも存在する。

そもそも医行為とは何かということが非常に曖昧である。平成17年7月26日付け厚生労働省医政局長発「医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について（通知）」などが一つの指針として判断材料になるが、その通知の中でさえ、「今回の整理はあくまでも医師法、歯科医師法、保健師助産師看護師法等の解釈に関するものであり、事故が起きた場合の刑法、民法等の法律の規定による刑事上・民事上の責任は別途判断されるべきものである」と書かれている。

そうなってくると、リスクの高い分野には参入しないという事業所の判断はやむを得ない環境なのではないだろうか。

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。

前回発表した6つの課題も大きな課題であるが、今回上げた2つの課題も大きな課題である。特に二つ目の課題は予算措置をそれほど伴わなくても解決可能な課題である。吸引等の利用当事者、現場の介護職員の意見に耳を傾け、平成17年7月26日付け厚生労働省医政局長通知に変わる新しい指針が示されることを希望する。

G. 研究発表

1. 論文発表

「あゆむ訪問介護ステーションにおける喀痰吸引の実践」

日総研出版

訪問介護サービス 2013 11・12月号

第11巻第1号 28頁

平成25年11月20日発行

2. 学会発表 なし

岡山県下の相談支援事業でのアンケート調査結果

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 月の障害者自立支援法一部改正により、障害者の方が抱える課題の解決や適切なサービス利用に向け、原則としてすべての障害福祉サービス等を利用する障害児（者）について、指定相談支援事業者が作成するサービス等利用計画・障害児支援利用計画が必要となった。

今年度はサービス等利用計画・障害児支援計画作成の最終年度となる。したがって在宅や施設入所している重症心身障害児者も対象となる。

指定相談支援事業所では、主たる対象者を精神、身体、知的、難病、発達障害などとしており、重症心身障害児者専門の相談支援専門員ではなく、相談支援専門員は様々な障害に対応しなければならない。資格については、社会福祉士、看護師、保健師、ヘルパーなどが、県の主催する「相談支援専門員初任者研修」を受けて相談支援専門員となっている。計画相談なくして、福祉サービスを利用することは出来ない。

今年度は指定相談支援事業所に対しアンケート調査をおこない、重症心身障害児者の計画の進捗状況、スムーズな計画が立てられているか、計画を立てる上での困難な点について調査し、重症心身障害児者のサービス等利用計画を中心としたネットワークについて検討した。

A. はじめに

平成 24 年 4 月の障害者自立支援法一部改正により、障害者の方が抱える課題の解決や適切なサービス利用に

向け、原則としてすべての障害福祉サービス等を利用する障害児（者）について、指定相談支援事業者が作成するサービス等利用計画・障害児支援利用計画が必要になった。

平成 26 年度はサービス等利用計画・障害児支援計画作成の体制整備の最終年度にある。平成 27

年度からは、すべての福祉サービスを利用する障害児者に計画相談が必須となる。したがって在宅や施設入所している重症心身障害児者（以下、重症児者と略す）も、すべてその対象になっている。

今回、指定相談支援事業所に対しアンケート調査をおこない、重症児者の計画の進捗状況、スムーズな計画が立てられているか、計画を立てる上での困難な点について調査し、重症児者を中心としたネットワークについて検討したので報告する。

B. 計画相談の進捗状況

平成24年度から始まった「計画相談」であるが、なかなか進捗していない現状がある。全国では、障害児者とともに平均約32%であり、岡山県は障害児者とともに平均約16%である。

C. 相談支援事業所へのアンケート調査

調査方法は岡山県下全域の相談支援事業所93ヶ所に郵送によるアンケート調査を行った。

調査期間は平成26年11月で、現時点での回収率は52ヶ所、55.9%であった。

(1) アンケート内容

- ① 計画相談の種類
- ② 相談支援専門員の数
- ③ 相談支援専門員の資格
- ④ 障害種別人数
- ⑤ 重症児者の計画相談で困ったこと
- ⑥ 工夫したこと
- ⑦ その他 である。

(2) 結果

岡山県には図1に示すように岡山県南部に多くの相談支援事業所が配置されている。

岡山県 相談支援事業所

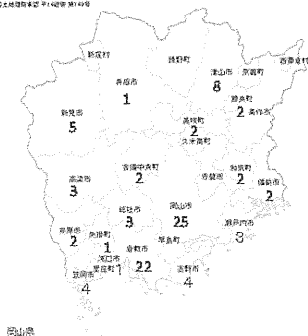


図1 岡山県下の相談支援事業所の配置状況

①実施している支援で、計画相談52ヶ所、障害児相談支援32ヶ所、地域移行支援25ヶ所、地域定着支援25ヶ所であった。

1.実施している支援	計画相談支援	52
	障害児相談支援	32
	地域移行支援	25
	地域定着支援	25

表1 実施内容

②相談支援専門員の数

52ヶ所の事業所に従事している相談支援専門員は100人であり、一人配置の事業所が多く30ヶ所57.7%であった。

③相談支援専門員以外の資格については社会福祉士、精神保健福祉士が多く、重症児者の医療的ニーズに対応できる保健師は4人（これはいずれも旭川荘）であり、看護師は0人となっている。医療ニーズが高い重症児者の計画相談に医療従事者が少ないことは問題である。

相談支援専門員以外の資格について	社会福祉士	27
	保健師	4
	PSW	22
	看護師	0
	その他	25

表2 相談支援専門員以外の資格

④障害種別

障害種別のうち、成人の障害者では、知的障害が1075人、精神障害943人、身体障害511人、重症者は118人となっている。障害児では、知的障害474人、精神障害226人、身体障害73人、重症児35人であった。精神障害の中には発達障害が含まれている。

.計画相談の実人数	障害者	知的障害	1,075
		身体障害	511
		精神障害	943
		重症心身障害者	118
	障害児	知的障害	474
		身体障害	73
		精神障害	226
		重症心身障害者	35

表3 計画相談の実数

岡山県の重症児者は入所395人、在宅564人となっている。重症児者959人中153人15.9%しか計画相談ができていないのが現実

である。

① 重症児者の計画相談で困っていること（表4）

サービスについて、「短期入所事業所が少ない。」
「医療ニーズが高くなるほど、受入れ施設がない。」とある。

病気については、「進行性の知識がない。」「重症児者の病態がわからない。」などである。

児童については、「利用できる資源がない。」

医療行為については、「医療行為がある場合、ヘルパーの利用が困難である。」「医療面の知識がないので困っている。」等だった。

計画相談については、「本人の意思が確認できない。」と回答している。

その他では、「事業所として採算が取れず、職員を配置できない。」「重症児者を担当したことがない。」

重症児者が障害として正しく認知されていない現状がうかがえた。

また、事業所の経営についても問題が上がっている。

・サービスについて	短期入所事業所がない。 受入れ事業所がない。
・病気について	進行性の病気の知識がない。
・児童について	利用できる資源がない。
・医療行為	ヘルパーの利用が困難 医療面の知識がない。
・計画相談について	本人の意思が確認できない。
・その他	事業所として採算が取れない。 重症児者を担当したことがない。

② 工夫した点（表5）

他機関との連携面では、「行政、サービス事業所、訪問看護事業所、保健師と連携した」と回答が多くあった。

しかし、状況把握が困難との意見の出されており、情報収集に困難な様子が見られる。

家族との連携については、「本人とのコミュニケーションが困難なため、家族との連携を大切にした」。

手続きについては「重症児者に家族が付き切りなため手続きの代行を行った」との報告が

ある。

計画相談については、「本人の少ないサインや関係者からの情報でアセスメントした」との報告があった。

その他、「できるだけ詳細な情報収集に努めた。」「インフォーマル、つまり家族内でのサービスを検討した」とある。

・他機関との連携	行政・サービス事業所・訪問看護 保健師等と連携した。
・家族との連携	家族とのコミュニケーションを密に 取った。
・手続きについて	手続きの代行をした。
・計画相談について	本人の少ないサインや関係者から 情報収集した。
・その他	できるだけ詳細な計画を心掛けた。 インフォーマルサービスを検討した。

⑦ その他（表6）

障害について、「重症児者の計画依頼がない。」
「精神障害の方は逆に増えている現実がある」とのことである。

障害者自立支援協議会との連携については、協議会の中で重症児者の暮らしについて検討する予定の協議会も報告されている。

サービスについては、「保護者の高齢化に伴い医療型の入所施設の確保が課題」とある。

計画相談のことは、「利用できるサービスが限られているのでプランの内容が同じになると感じている」とのことであった。

その他、「相談支援事業所が少なく、1人の担当する障害者が多くて対応が困難になってきている」等の意見もあった。

・障害について	重症児者の計画相談依頼がない。
・自立支援協議会との連携	自立支援協議会で重症児 者の暮らしについて検討予定。
・サービスについて	保護者の高齢化に伴い医療型の 入所施設の確保が課題。
・計画相談について	利用できるサービスが限られてい るのでプラン内容が同じになる。

(3) 課題

アンケート調査の結果から、意思決定できない重症児者の計画相談作成に対して、相談支援専門員の苦悩がうかがえる。重症児者についての理解が少ないうえに、医療ニーズの対応に苦慮している意見が多く寄せられている。サービス等利用計画のモデル計画の提示や研修会を望む声も挙げられている。

以上から、アンケート調査の課題として 7 点、考えられる。

- ①重症児について理解が少ない。
- ②利用できるサービスが少ない。
- ③保護者の高齢化に伴い入所施設が少ない。
(入所したい時に入れない。)
- ④重症児者の福祉サービスに熟知した専門員がいない。
- ⑤医療連携の情報共有が必要。システム化され

ていない。

- ⑥呼吸器を使用している小児の受入れ施設が少ない。
- ⑦後方支援病院、他の医療機関との連携。

今後は重症児者の理解を深め、利用できるサービス体制をさらに構築することが求められている、そのことが必須である。

D. まとめ

今回のアンケートから、障害児者の本人を中心としたサービス等利用計画の作成が困難なことがわかった。特に重症児者の作成では、重症児者の理解を深めることが先決である。利用できるサービスがないのも現状であるが、相談支援専門員が重症児者のこと理解する研修会が望まれる。