

在宅ケア移行情報シート(小児用)

【 御中 記入日：平成 年 月 日 記入者（ ）】

フリガナ 氏名		女	第( )子	生年月日	2014年07月08日	0 歳
住所	熊本県熊本市南				家族形態	キーパーソン
第一連絡先	氏名	年齢	性別	電話		主たる養育者
第二連絡先	氏名					
病名(診断名)					出生時の状況	
インフォームドコンセントの内容と認識	現主治医の治療方針				出生場所	
	地域支援:窓口( ) 保健師( )				在胎	週 日(予定日)
<input type="checkbox"/> 医療保険 ( ) <input type="checkbox"/> 養育保険 <input type="checkbox"/> 育成医療 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾患 <input type="checkbox"/> 特定疾患 <input type="checkbox"/> かかりつけ医 ( ) <input type="checkbox"/> 訪問看護 ( ) <input type="checkbox"/> 理学療法 ( ) <input type="checkbox"/> 保健所保健師 ( ) <input type="checkbox"/> 身体障がい手帳 ( ) 種( ) 級( ) <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 特定児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障がい児童福祉手当 <input type="checkbox"/> 地域生活支援事業 <input type="checkbox"/> 訪問介護 ( )				VS		呼吸= 自発 有・無 ( ) SPO2= % ( ) 体温= °C ( ) 脈拍= / 血圧= / その他( )
				身長/体重		cm / g
医療処置を実施できる人=( )				保清/皮膚		方法: /皮膚:
<input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> 経費栄養チューブ <input type="checkbox"/> 気管切開チューブ <input type="checkbox"/> HPN <input type="checkbox"/> ポート <input type="checkbox"/> バルンカテーテル <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> ストーマケア <input type="checkbox"/> HOT <input type="checkbox"/> CAPD <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 腎臓・尿管皮膚瘻 <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※カテーテル交換予定日( ) ※PEG 交換予定日( ) 種類( ) ★医療処置管理票を参照				排泄		尿 自然 処置( ) 便 自然 処置( )
				発達状況		
在宅療養に対する家族の意向や希望				伝えておきたいこと(特記事項)		
				・サポート体制 ・予想される問題点 ・主な養育者の健康状態 ・EPDS( ) ・退院予定日等		
施設名	施設住所		電話番号	主治医	師長	

## 医療と福祉をつなぐ NPO 法人 NEXTEP の取り組み

研究分担者 国立病院機能熊本再春荘病院小児科・NPO 法人 NEXTEP

島津智之

重症心身障害児の在宅生活を支えていくために、医療と福祉の連携はかかせないが、実際の連携は難しいと感じている人も多い。しかし、医療的ケアを必要とする重症心身障害児が自宅で生活し、その生活を豊かにしていくためには、福祉制度をいかに活用するかが重要である。

吸引を含む医療的なケアが介護職員などにも認められるようになったが、医療的なケアに積極的に取り組む事業所は少なく、小児に関しては非常に限られた事業所のみで行っている。

このような現状を改善するための医療と福祉の連携について、当法人の取り組みを紹介する。このような取り組みの継続が、小児のヘルパー利用を普及させ、家族の負担を少しでも減らすことにつながると考えている。

### 1、看護福祉の連携

NPO 法人 NEXTEP では、2009 年に訪問看護ステーション「ステップ♪キッズ」、2012 年に居宅介護事業所「ドラゴンキッズ」を設立した。

同一事業所内にあることのメリットとして、

- ・ 児の体調に合わせて、看護師/介護職の訪問を変更できる。
- ・ 複数名訪問を看護師+看護師、看護師+介護職などの変更できる
- ・ 利用者の情報交換がスムーズである。
- ・ 吸引の指導をいつでも実施できる。

### 2、看護師が相談支援専門員を兼務すること

小児の在宅サービスのコーディネーターとして、相談支援専門員制度が義務化されたが、機能しているとはいいがたい。これは、重症心身障害児の

在宅生活をコーディネートするためには下記のような知識が求められ、福祉職の経験のみでは、コーディネートが難しい。そこで、当法人では、訪問看護師に相談支援専門員を兼務させることにより、コーディネート（計画相談）の質の向上に取り組んでいる。

- ・ 重症心身障害児の疾患や障害程度などの理解（医療依存度が高い）
- ・ 障害者総合支援法や児童福祉法に加え、医療保険による治療や療育に関する支援のあり方など
- ・ 本人のニーズを把握できない児も多く、支援内容に両親の意向が大きく影響するため、両親への情報提供のあり方と関係性の構築方法
- ・ きょうだい児への配慮（障害児に手がかかるため、きょうだい児は我慢を強いられることが多い、心身の問題が起こりやすい）
- ・ 高齢者や障害者と比較し、サービスを受けにくい（障害や病気の子どもの養育は親が行うものという社会通念の影響）
- ・ 児の成長・発達やライフステージに合わせて変化する支援方法のコーディネート

### 3、研修会

2010 年より、訪問看護師向けの研修会をスタートし、毎年、実践に役立つ研修会を行っている。2013 年より、介護職員向けの研修をスタートした。2014 年は、上記に加えて、相談支援専門員向けの研修会をスタートするとともに、多職種が一同に会しての多職種連携の研修会も開催する。

## 有期限入所の成果と今後について

研究代表者 松葉佐 正

研究協力者 くまもと江津湖療育医療センター 興梶ひで

### <研究要旨>

在宅支援の一環として有期限入所システム(以下、ローリングベッド、RB)を開始し、2年8ヶ月が経過した。現在、10人の在宅重症心身障害者が、おおむね5ヶ月に一度の頻度で、1ヶ月間の入所(入院+療養介護)を継続利用中である。

それぞれの利用者において、RBの目的である1)家族の介護負担軽減。2)利用者が家族と離れての入所生活を体験する。という目的を果たすことができている。

一方、家族の高齢化等による介護力の低下により、今後、施設入所支援を視野に入れる利用者家族も出てきている。

できるだけ多くの重症心身障害者に施設機能を利用してほしい、という元来の発想を実現するために、今後は、このシステムを広く周知し、利用しやすい体制を構築していく必要がある。

っておかないと、次いつ入れるか判らないので、入所を希望する」人が居るだろう。

### 1. はじめに

医療や福祉サービスの向上により、在宅で生活する重症心身障害者が増えている。在宅生活を支えるには、在宅かかりつけ医や訪問看護などの医療面のサポートに加え、家庭で介護する人を支えるシステムが欠かせない。当センターも実施している短期入所制度は、家族などが一時的に介護できなくなった時に施設でお預かりするシステムであるが、当センターでは、利用希望者が多く、希望する日時に予約が取りづらい、緊急の要に答えられない等利用者にとっては必ずしも利用しやすいものとはいえなかった。『できるだけ長く家族と一緒に暮らしたい』と『介護が負担になってきている。』という矛盾の中で、家族が毎日の生活を必死で頑張っている現状がある。

② 今、本当に入りたい人に入ってもらいたい。

③ 在宅生活の介護負担が重くなっている人も多い。

④ 介護負担を軽減しつつ在宅生活を送りたい複数の人が、1つの病床を共有することはできないか?

ということであった、そんなおり、有期限入所という方法があることを知り 1)、2)、検討することにした。そして、利用希望者、行政担当者等との協議を経て、利用希望者10人に対し、それぞれ『1ヶ月の療養介護』が支給されることになった3)。

### 2. RB利用の実際

#### 1)開始の理由

そのような状況の中で、当センターでは平成24年6月に入所定員を6床増やすことになった。増床にあたって考えたことは、

① 「今すぐ施設入所しなくてもいいけど、今入

#### 2)利用者の要件

このシステムを始めるにあたって、行政からつよく念を押されたことは、『入所病床を空けておくことはできないので、空きが出ないようにすること』。利用者から質問されたことは、『入所していないときに在宅のサービスが継続して利用できるか』ということであった。他に幾つかの確認すべきことがあり、以下のような決め事を作成した。

① 入所中は、在宅時に利用している福祉サービスが利用できなくなるため、該当の事業所には各自

きは、利用者家族で行って頂くこと(行政へはあらかじめ協力依頼をしておくこととする)

- ③ 入所の定員を活用するため、空白期間をおくことができないので、毎月1日に入所し、末日に退所すること。

3) 利用者のプロフィール(現時点)は以下の通りである。

- ①年齢:19~45歳(平均34歳)、②男女比:男4、女6  
③原疾患:脳性麻痺3、髄膜炎後遺症2、脳変性疾患2、難治性てんかん2、先天性水頭症1  
④大島分類:全員1  
⑤超重症児者関係:超重症児者1、準超重症児者3  
⑥医療ニーズ:人工呼吸管理1、気管切開(気管喉頭分離術を含む)2、胃瘻による経管栄養5  
⑦入所待機状況:全員が当センターに入所待機中(待機期間は半年から8年)  
⑧利用中の日中活動:全員が生活介護利用、2名が2ヶ所利用中  
⑨利用中の居宅介護:入浴支援7、移動介助3、訪問看護3、利用無し3

4) 利用の実際

2年8ヶ月の実施期間に、10人の利用者が、おむね5回RBを利用した。

(1) 家族の感想の変化

<利用開始時>

- ① (病棟では)いろいろなことを誰にたのめばいいか、わからない。  
② 面会に来たとき、寂しそうにしていた。  
③ (病棟職員に)依頼したことが実施されていないことがあった。  
④ (家庭では)いつも時間に追われて自分のことが後回しになっていたが、できるようになった。  
⑤ いつも居る子が家に居ないので(親の自分が)寂しかった。

<回を追う毎に>

- ⑥ (我が子が)笑顔が増え、たくましくなったと感じた。  
⑦ 最初はホームシックにならないか心配していたが、慣れてきたようだ。

⑧ 安心して預けられるようになった。

⑨ 自分の健康管理のため、通院ができた。

⑩ 家族で旅行に行った。

⑪ 将来の入所に向けて、練習になった。

⑫ 一定の頻度で入所したとき、体調の調整してもらえるのでありがたい(外来診療だけだったときに比べると、細かなチェックや説明があり、ありがたかった)

⑬ 栄養面や姿勢面の評価、指導もあり、参考になった。

<現在>

⑭ 何かあったら連絡が来るはずだ。

⑮ 家庭介護も限界で、できるだけ早く入所したい。

⑯ 入所の機会があるとき入所に踏み切るか、(在宅のまま)今の生活を続けるかとても悩ましい。

(2) 施設スタッフの感想

① 家族に比し、利用者は回を追う毎に慣れて、入所のスタッフや他利用者とのやりとりを楽しむ様子も見られる。

② 家族による外泊や面会の回数も、利用回を重ねるごとに減少し、ご家族に安心していただけていることが伺われる。

③ 家族は、自身の健康管理や旅行なども楽しめるようになったようだ。

### 3. 考察

医療と福祉サービスの拡充により、重症心身障害児者が在宅生活を継続できる社会基盤が整備されてきた。しかし、在宅福祉サービスも、利用者の急増により、量の不足が懸念される。当センターの短期入所事業も入院病床も、利用したいときに即座に利用できるほどには充足していない。介護者のレスパイトに寄与する短期入所は、1ヶ月前にはほとんど空きがない状態になっている。そんな中で、RBは、定期的に入所し、入院診療と日中活動の提供を受けられる有用な制度であると考えられる。

一方、このシステムは、開始当初から、以下のような『利用しづらい点』があった。

＜このシステムの利用しづらい点＞

- ① 必ず1日に入所し、末日に退所すること。
- ② 在宅生活時に利用している福祉サービスが、入所期間中使えないので、各事業所の了解が必要である。
- ③ 入所と在宅の切り替え時に、行政手続きが必要である。

利用されている方には、十分な説明とご理解を頂いた上で利用して頂いたのは、ありがたいことである。また、行政にも、各種手続きの簡素化に、多大のご協力を頂くことができたのもありがたいことであった。

#### 4. 今後に向けて

ところで、当センターでは、将来、入所施設の増床を計画しており、RB利用者も入所の機会が身近に考えられるようになった。

開始から2年以上経過する中で、当初は、「この制度を利用して、ずっと在宅生活を続けたい」と思っていた家族も、入所施設ができる、となると、入所という選択も生じてくると思われる。

RB開始以来、ほぼ同じメンバーで継続してきたこの制度も、利用者が入所されると、次の利用者を募集する時期が近づいているようだ。このシステムの目指すところを広く発信し、次の利用に展開していかななくてはならない。また、このシステムが利用しづらい点を丁寧に説明し、了解を得た上での利用につなげていかななくてはならない。

最近、この事業の概要の周知がすすむにつれ、『利用者が一定期間入院等されるのがあらかじめ判っていれば、一向にかまわない』と言われる訪問看護ステーションの方と話す機会があった。

一定規模の事業所であれば、予定のたつ不在は、運営の中で解決していく可能性も示唆された。これに関しても、この事業の認知度、普及度にかかってくると思われる。

#### 5. おわりに

最近、当センター以外でも、RBの導入が検討されていると聞く。当センターでこのシステムを始めるに当たって参考した施設や、以前に実施しておられた施設などのやり方は、それぞれの施設やその地域のニーズによって、それぞれに異なってくると思われる。それぞれの施設が、自分達の地域に求められるシステムを開発しておられると思われるので、いろいろなやり方についての見聞を広め、見習うべき点を見習い、自分たちが必要とされているシステム、自分たちにできるシステムを、これからも構築していきたい。

在宅と施設入所の良いところ取りができるこのシステムが、当たり前前の在宅支援メニューとして定着していくことが何より望まれる。そのために、私達は、今後、このシステムを広く周知し、利用を呼びかけていきたいと考えている。

#### 6. 参考文献

- 1) 小出信雄. 岩木病院重症児(者)病棟の歩みから. 日本重症心身障害学会誌 2001;26:3-8.
- 2) 鈴木郁子. 重症心身障害児施設で働く看護師に期待すること. 重症児とともに 2011;135:1-15.
- 3) 中山ちづる他. ローリングベッド(有期限入所)の有用性. 重症心身障害の療育 2014; 9:43-45.

## 熊本県内の介護職員等による喀痰吸引等の実施の現状と問題点

研究分担者 熊本大学大学院生命科学研究部環境社会医学部門看護学講座小児看護学領域

生田まちよ

### 1. 研究目的

2012年4月から「社会福祉士及び介護福祉士法」の一部改正により一定の条件下での「介護職員等」による「医行為（喀痰吸引・経管栄養）」の業務としての実施が可能になった。介護職員による喀痰吸引等業務の安定した広がりには急務であると考えている。

現在、医療的知識の少ない介護職員等が常に安心して業務を行える場を実現することが課題であり、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。本研究は現在の熊本県内の介護職員等による喀痰吸引等の実施の現状や問題点を把握することを目的とした。

### 2. 研究方法

調査方法：郵送による無記名式アンケート調査

対象：

対象① 熊本県障がい者支援課のホームページに記載されていた登録喀痰吸引等事業者登録簿（平成25年12月1日現在）の32事業所の管理者

対象② 熊本県健康福祉部子ども・障がい福祉局 障がい者支援課のホームページに記載されている登録喀痰吸引等事業者登録簿（平成25年12月1日現在）の事業所に勤務する180名の認定特定行為業務従事者

調査内容：

- ① 事業所管理者：事業所の背景、事業者登録に関する困難さについての項目、運営の問題に関する項目、実務中の連携に関する項目など
- ② 認定特定行為業務従事者：従事者の背景、実際の訪問状況に関する項目、研修機関での研修内容に関する項目、実際の利用者への訪問実務に関する項目など

（倫理面への配慮）

研究の主旨・個人情報の保護、学会での発表などを文書で説明し同意を得た。所属機関の倫理委員会の承認を得た。

### 3. 研究結果及び考察

事業所管理者に対して：

32登録事業所のうち14事業所からのアンケート回答を得た。そのうち、4事業所はサービスの提供をしていなかった。理由として、「利用者の希望している時間帯に吸引のできるヘルパーの確保ができない」「看護師の業務でカバーできる」「体制整備ができていない」などであった。事業登録に関して「医師への文書指示や報告書作成」は、半数以上が困難感を持っていた。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。施設では、1号・2号・3号研修の混在があった。報酬への満足感は、どちらかという満足しているが31%、どちらかという満足していない/満足していないが23%であった。満足していない理由として「手間や事業所の経済的な負担が大きい」「医療度が高くリスクを伴う」などがあった。制度への意見としては、「事業所への経済的負担」「医療度が高くハイリスクの割には、メリットは少ない」「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制度の認知不足」「入所施設への報酬不足」等があった。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性が明確になった。

認定特定行為業務従事者に対して：

88名より回答を得た。職種は、介護福祉士67%、教員10%、ヘルパー7%、生活支援員6%、その他10%であった。受講終了研修の種類は、1号研修15%、2号研修7%、3号研修60%、経過措置2%であった。研修内容での講義・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。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。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。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。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。フォローアップ研修は72%参加の意向を示した。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研修方法やフォローアップシステムを構築する必要性が明確になった。

#### 4. 評価（研究成果）

##### 1) 達成度について

目的に沿う知見が得られた。達成度は良好と思われる。

##### 2) 研究成果の学術的意義について

このような研究がきわめて少ないことを考慮すると、本研究の学術的意義はあると思われる。

##### 3) 研究成果の行政的意義について

非医療職への研修のあり方やフォローアップ体制の整備などに行政的意義があると思われる。

##### 4) その他特記すべき事項について

研修後のフォローアップ体制の必要性が指摘されたことは特記すべきことと思われる。

##### 5. 結論

ヘルパー事業所で医療的ケアを提供するに当たっては、看護師の連携が重要である。また、研修後のフォローアップ体制が重要である。

##### 6. 研究発表

###### 1) 国内

口頭発表	2件
原著論文による発表	0件
それ以外（レビュー等）の発表	0件

そのうち主なもの（それぞれ5件以内、著者名は全て記入し、班員名には下線を引く。）

###### ・論文発表

特記事項なし

###### ・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

② Shigeru Suemitsu、Shihoko Murashita，Needs analysis and future development of Profound Intellectual and Multiple Disability (PIMD) daycare services in Japan. Vienna, 4th IASSID Europe Congress: 2014.7.14-17

7. 知的所有権の出願・取得状況（予定を含む。）

特記事項なし

# 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 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 楢田 晃子

## 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 月までにコーディネートを必要とした 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) 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表 1 に示した。そのうち平成 24 年 3 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) コーディネートの介入は、病棟より在宅移行が困難なケースに対して、医療者および家族から相談依頼を受けて行っている。相談の内容については、出生前診断によって何らかの異常が伝えられ家族が動揺しており、子どもの障害の受け入れが困難なため介入方法がわからないが 3 名だった。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突きつけられ家族としての生活の再構築の支援が 1 2 名、在宅療養をめざして医療を中心とした生活から在宅療養生活再編へむけて地域の資源を開発し、在宅支援体制の要請が 7 名だった。

胎児診断時に生命予後不良な告知がなされた場合、障害の偏見や親族の無理解から家族が孤立しやすい状況にあった。また、外来時に母親への精神的支援や病棟への情報提供が不足していたため、NICU に入院後、医療者と家族との関係構築に影響していた。

生活の再構築には、在宅にむけたケアの変更やきょうだいの育児や家事との両立のために地域の資源の導入にあたって看護師の苦労や工夫に多大なエネルギーが必要となった。また、在宅人工呼吸器患者の退院調整が増加傾向にあり、往診を依頼した児が 3 名であった。一般外来で在宅療養者の生活相談を行うことは困難であるため、NICU の児のケアになれている病棟看護師が外来へでむき、外来と連携強化が必要であった。

- (3) 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 子どもは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。

(再調整が必要となった事例)

#### (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名で、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態がうかがえた。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には、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、家族の変容が商事、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) 鍬田晃子.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

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

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

遠隔レスパイトおよび重症児入所施設における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

新生児医療や救急医療の進歩に伴い、重い障害を持ち医療的ケアを必要としながら養育される児の数が割合が増加しているが、利用可能な社会資源は多くの地域で不足している。また、継続した在宅生活のためには、サービス提供側が利用者のニーズに合わせることに、適切な職種を配置することが必要と思われる。

医療型障害児入所施設、療養介護事業所であるくまもと芦北療育医療センターでは、在宅重度障害児（者）の生活を支えるため、短期入所の送迎サービスを実施している。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。

今回、在宅重度障害児（者）の生活を支える上で定着しつつある送迎サービスの実施状況と、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

近年、重い障害を持ち医療的ケアを必要としながら自宅で暮らしている児（者）の数が増加している。しかし、医療的ケアを必要とする重度障害児（者）の地域での自立生活に必要な社会資源は多くの場合未整備である。

医療型障害児入所施設、療養介護事業所であるくまもと芦北療育医療センターでは、在宅重度障害児（者）の生活を支えるため、様々な理由で地域の短期入所施設を利用できない遠隔の在宅重度障害児（者）に対して、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。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、家族の相談への支援や他機関との連携を図っている。

在宅で生活する重度障害児（者）の短期入所の利用状況と、定着しつつある「遠隔地レスパイト」の実施状況、医療連携コーディネーターによる相談支援専門員や地域の他機関との連携の実際について報告する。

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度障害児（者）

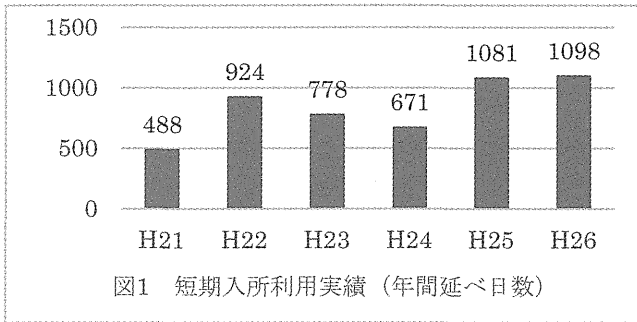
3. 方法

- 1.短期入所利用状況（平成21年度～26年度）を月別に集計、送迎実施状況（平成25年度～26年度）を地域別に集計した。
- 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3事例をあげる。

4. 結果

1-①

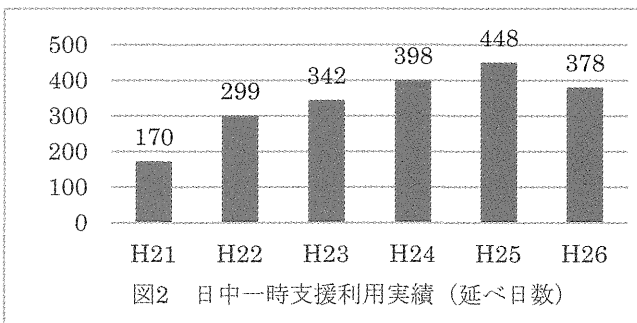
短期入所利用実績（年間延べ日数）を図1に示す。平成24年度に一度減少したが、その後再び上昇した。



(平成 26 年度は 1 月末の実績)

1-②

日中一時支援利用実績 (延べ日数) を図 2 に示す。日中一時支援数は平成 21 年から一貫して増加している。



(平成 26 年度は 1 月末の実績)

1-③

表 1 に短期入所送迎サービスの利用実人数を示す。遠隔の玉名 (車で 1 時間 40 分)、天草 (車で片道 2 時間)、熊本市 (車で片道 1 時間 30 分)、人吉 (車で片道 1 時間) の利用者の多くが気管切開を受けていた。熊本市の 3 名は人工呼吸器を装着していた。また表 2 に平成 25 年度と 26 年度の月別実施状況 (延べ件数)、表 3 に地域別の実施状況 (述べ件数) を示す。述べ件数は一年中ほぼまんべんなく見られたが、8 月は特に多かった。

表 1 地域別利用者数 (H25,4~27,1 月末)

地域	熊本	八代	宇城	人吉	天草	玉名	水俣	出水	芦北
利用人数	5	5	3	2	1	1	1	3	1
気管切開	(5)	(2)		(2)	(1)	(1)	(1)	(1)	
人工呼吸器	(3)								(1)

表 2 月別実施状況 (延べ件数)

月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	計
H25	12	14	11	12	22	12	17	14	18	13	13	17	175
H26	14	10	13	17	35	18	19	13	12	9			160

表 3 地域別実施状況 (延べ件数)

地域	熊本	八代	宇城	人吉	天草	玉名	水俣	出水	芦北
H25	10	29	23	15	32	15	0	5	46
H26	7	27	16	12	18	16	1	27	36

2-①

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を希望された。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) 女兒、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) 女兒、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をしており、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

当センターの短期入所利用数は年々増加している。

県内で、医療的ケアの必要な重症児(者)を受け入れる短期入所施設の数に限られており、都市部では2か月前の申し込みで抽選を行っている施設もある。そのような中、郡部に位置する当センターが遠隔地も送迎サービスを行うことで、在宅重症児(者)のニーズに応えられていると思われる。

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。熊本市の基幹病院(熊本大学と熊本市民病院)のNICU入院担当支援コーディネーターをはじめとして、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。

医療連携コーディネーターは、他機関との連携とともに、施設内の多職種との連携を図ることも大きな役割である。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。

## 6. 結論

国の障害児施策が在宅へシフトし、医療的ケアを必要としながら在宅へ退院する児も増えているが、介護者の高齢化とともに、介護力が低下するケースも増加している。日中活動支援の場は増加しているが、医療度の高いご利用者が短期入所できる場は不足している。社会資源の少ない地域では、当センターのような入所施設が、医療・福祉の両面から在宅重症児(者)に関わり、支援していく必要がある。

医療度が高い短期入所ご利用者の受け入れには、情報の共有が必須である。現在、地域医療連携支援システム「エイル」を試験導入しているが、内容が訪問看護用であるため、項目を差し換えて活用できるようにしていく必要がある。また、「エイル」を施設内での情報支援に活用したいが、当センターでは、院内のネットワークが整備されていないため、当面タブレット端末を利用しての活用を図っていきたい。

# あゆむ訪問介護ステーションにおける 喀痰吸引の実践と実務で感じた喀痰吸引事業推進の課題

研究代表者 松葉佐 正

研究協力者 野本 陽美 所属機関・役職 株式会社 歩 代表取締役

## 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。事例を紹介しながら、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。

## 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いく中で、喀痰吸引等のサービスを実施した事例を取り上げる。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、その現場の実態から考察を深める。

### ①事業所の体制

(平成25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
----------	----

↓

(平成26年12月1日現在)

フルタイム職員	8名（うち指導看護師0名）
登録ヘルパー	10名
合 計	18名

### ②ご利用者の概要

(平成25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

↓

(平成26年12月1日現在)

障害者総合支援法利用	8名
介護保険法利用	30名
合 計	38名

※2名併用のため実人員36名

開所（平成24年7月）から現在（平成26年12月）

特定行為を実施	7名
特定行為が必要だが未実施	2名
特定行為に近い将来必要	2名
合 計	11名

上記の疾患別内訳



ALS	6名
その他筋肉や神経の疾患等	3名
事故	2名
合計	11名

### C. 研究結果

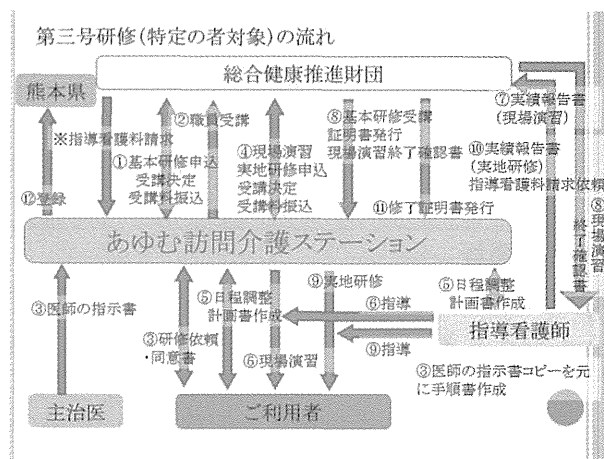
#### ①介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修

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、その利用者に関り、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



平成25年度までは、当社に指導看護師が在籍していたため、現場演習、実地研修のスケジュール調整が容易に出来た。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た。

しかし平成26年度は指導看護師の退職に伴い、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られる。

この一般的な状況の中で平成26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。

#### 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。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。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

平成24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いという切実な願いであった。

平成24年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、時間的余裕が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。

平成24年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、カテーテルサイズ、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。

平成24年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。

平成24年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、「家がよかあー（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、平成24年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

平成24年年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。

平成25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。

平成25年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。

平成25年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。

平成25年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。

平成25年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。

ご利用者家族のご協力により、インタビューをさせて頂いた上に、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てきた。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。



### ⑤事例3

#### （訪問看護の中に指導看護師がいない）

当社ヘルパー（C利用者の3号研修修了者）の退職に伴いC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C利用者の現場演習・実地研修を受ける必要性が生じた。しかし、平成26年度から当社には指導看護師が不在となっていた。

C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見たが、訪問看護としてC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C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。

#### ⑥事例4（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特定行為が可能な訪問介護の不足

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全員が差し迫った状況での依頼であった。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

開設当初の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。

また平成26年度からは、職員の退職に伴い、当社でも他社へ指導看護を依頼せざるを得なくなった。こうなるとサービスに入るまで数カ月以上時間がかかるようになってしまった。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。

##### 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考え