

2 救急時の症状と状態の把握 表2 (スライド11)

.....

1 意識障害

意識障害は、まったく意識がない消失から、意識のレベルが落ちる低下、混濁などがあります。また興奮を伴うせん妄などもあります。意識障害はいずれも中枢神経系の異常をあらわすもので、障害のレベルが重いほど重度な異常が生じていると考えられます。意識の評価の仕方は、覚醒レベル、刺激への反応などで判断します。

2 呼吸の異常

呼吸の異常では、呼吸数、呼吸の状態（あえぎ呼吸、努力呼吸など）、喘鳴の有無、喘鳴が吸気性が呼気性が、などをチェックして、どういう異常が起きているのかを判断します。通常は呼吸障害があれば呼吸が速くなりますが、中枢の障害による呼吸異常では逆に遅くなったり浅くなることもあります。陥没呼吸は、呼吸のたびに胸骨の上部のくぼみや、肋骨の下がへこむもので、閉塞性の呼吸（息がうまくすえない）に特徴的です。喘鳴が呼気時に目立つのは、喘息・喘息性気管支炎・細気管支炎に多いです。

3 腹部膨満、嘔吐、腹痛

急激な腹部痛を呈するものを急性腹症といい、この中には外科的な処置を必要とするものがあります。慎重な診察のほか、腹部X - P、血液検査などが必要となります。腹部嘔吐、膨満を示すものには、胃食道逆流、イレウス、上腸間膜動脈症候群、胃拡張など様々な疾患があり鑑別を要します。

4 脈拍の異常

脈拍の異常では、脈が速くなる頻脈と遅くなる徐脈、また不整になる不整脈があります。頻脈では、発熱、興奮などでも速くなりますが、脱水、呼吸不全、心不全などでも速くなります。また不整脈で頻脈になるもの、徐脈になるもの、不整になるものがあります。頻脈が続くと、心不全を引き起こし、徐脈や不整の程度が強くなると失神などが出現することもあります。

5 体温の異常

重症心身障害児者等では、体温の調整が難しいことがあり、環境温に影響されて、高体温や低体温になることがあります。いずれも程度がひどいと生命に危険が及ぶこともあります。感染症では通常は体温があがりますが、重症心身障害児者では、重症感染で逆に低体温になることもあるので注意が必要です。熱中症では、体を冷やす、水分塩分の補給、場合によっては輸液なども必要となります。

6 チアノーゼ、蒼白

チアノーゼは、末梢循環が悪いために色が紫になる末梢性チアノーゼと、血液の酸素化が悪くなって口唇や爪の色が悪くなる中枢性チアノーゼがあります。中枢性チアノーゼは呼吸不全、心不全などで出現します。ショックや、極端な徐脈などでは、蒼白となることもあります。呼吸状態や血圧、脈拍などのチェックや、治療を要します。

てんかん発作の重積

痙攣のあるなしに関わらず、意識の曇る発作が短い間隔で繰り返し、発作と発作の間に意識が回復していない状態のまま繰り返す・1回の発作が長く続き止まらない状態。

従来の定義では、痙攣が止まらない状態が30分以上続く時。

→これらはてんかん発作の重積状態といわれ、直ちに医師の処置が必要な場合が多い。

近年てんかん発作の状態により、その定義が見直されており、また処置については、この時間を待たずに開始することが推奨されている。

スライド7

スライド7

シャントトラブル

1、原因:

水頭症、頭蓋内出血、髄膜炎などの際に、脳室内と腹腔内にシャントを造設することがある。(V-Pシャント)

そのシャントが何らかの原因で閉塞する、バルブの故障、または成長に伴い、シャントが腹腔内から抜けるなどが原因で、シャント機能不全を起こす。

2、症状:

そのため頭蓋内圧亢進がおき、嘔吐、意識障害、痙攣などを起こす。脳室の急激な拡大あり。

3、対応:

緊急に手術が必要

スライド8

スライド8

表1-3 救急・準救急的状态

5、婦人科的疾患

卵巣のう腫捻転→強い腹痛(訴えないこともある)

6、泌尿器科的疾患

尿閉、精巣捻転→強い腹痛
尿路結石、無尿、乏尿、脱水

7、外傷

- 1)骨折
- 2)熱傷
- 3)咬傷、出血

8、その他

アレルギー→ショック
低血糖

スライド9(北住、一部改変)

スライド9

3 救急時の対策・対応

1 対策・対応 表3-1 (スライド12)

救急事態への対応は、そのような状態になることを予防できるものは予防し、そして予測して早めの対応により、その後の悪化を防ぐことが基本となります。たとえば、痙攣・緊張などについては早めの座薬や薬の使用により、それ以上繰り返したり、緊張状態が悪化することを防ぎます。呼吸についても、吸入薬や姿勢の保持により悪化を防ぎます。また、救急の事態がおきることを予想して、それに対応する場所や機材の準備、対応方法の確認などを行っておきます。

2 具体的救急応急処置 表3-2 (スライド13)

姿勢は、どんなときにも大切で、例えば意識障害時の昏睡体位、気道確保での側臥位、ショ毛呂病院光の家療育センター適切な対応がとれます。気道確保では、異物除去、痰の除去、吸引などで、気道をふさぐものを徐去し、下顎挙上、エアウェイの挿入などで、空気の通り道を確保します。呼吸が十分でない場合は、蘇生バッグ（アンビューバッグ）によるバギング、マウスツーマウス、胸郭呼吸運動介助などで呼吸を補助し、場合によっては人工呼吸なども行います。酸素が足りない場合には、適宜酸素投与を行います。間違わないように注意しなければならないのは、気管切開している場合は気管孔に投与することです。当たり前のようですが、救急時にはあわててしまって間違えることもよくあります。呼吸をしていない、反応がない場合は蘇生のガイドラインに沿ってただちに人を集め、心マッサージ、AEDなどの蘇生の処置を行います。

重症心身障害と突然死 (スライド14)

重症心身障害児者等にはしばしば突然死がみられます。関係者にはよく知られていますが、一般の認知度は高くありません。呼吸障害、循環障害、体温調節障害、姿勢・緊張の異常、嚥下障害、睡眠リズムの障害が高率にみられ、脳幹、視床下部の機能異常の存在が示唆されています。常日ごろからこのようなリスクを認識しておくことが必要と考えます。

(都立東部療育センター 岩崎 裕治)

骨折の原因	
1) 廃用性、加重不足	2) 日射不足
3) 関節拘縮	4) 栄養(ビタミンD不足、低Ca血症、ビタミンK不足)
5) 抗てんかん薬	6) 閉経
7) 骨粗しょう症	
骨折の予防	
1) 食事内容 蛋白質やカルシウムを主とするミネラル類およびビタミンD,K	
2) 運動と日光浴	
3) 介護中の注意	
ゆっくり、無理せず、準備して(声掛け、筋を緊張させる)。	
捻ると折れやすい。複数でのトランスをこころがける。	
4) 検査と投薬	
5) 骨量の増加	
骨折時の対応	
1) 全身状態の観察、ショックへの対応	
2) 整復・固定	
3) 手術的治療法	
	スライド10

スライド10

表2 症状と状態の把握	
1意識の障害— 消失、低下、混濁、傾眠、異常興奮(せん妄)	
2呼吸の異常— 呼吸障害以外の原因でも出現	
喘鳴— 吸気時優位か呼気時優位か	
(呼気時のヒューヒュー・ゼーゼーは喘息、気管軟化など)	
陥没呼吸、努力呼吸、肩呼吸、多呼吸、呼吸促進	
あえぎ、浅表呼吸、無呼吸	
3嘔吐 腹痛 腹部膨満— 急性腹症、イレウスなど	
4脈拍の異常	
頻脈— 発熱、興奮、発作性頻拍症、心不全、脱水	
呼吸不全(低酸素、高炭酸ガス) 骨折	
徐脈— 不整脈 脈拍微弱	
5体温異常	
高体温— 熱中症、悪性高熱など	
異常低体温— 重症児では重症感染で低体温になることもあり	
6チアノーゼ、蒼白— 呼吸不全、心不全、ショックなど	
7疼痛— 筋緊張↑、高熱、不機嫌、頻脈、発汗	
	スライド11(北住、一部改変)

スライド11

表3-1 対策・対応	
・予測的対応、予防的対応、早めの対応により、救急の状態となるのを防ぐことが基本	
例 痙攣・緊張: 早めの座薬や薬の使用	
喘息: 環境整備、予防的服薬・吸入	
適切な姿勢保持の対策	
下口唇咬傷— プロテクターなど	
体温管理、環境温の調整	
・どこで救急的対応を行うか	
学校であれば、呼吸停止、心停止の場合は、保健室、医務室等への搬送に時間を費やすことはせずに、救急搬送の手配をしながら、保健室スタッフ、医療スタッフが、ADE、吸引器、蘇生バッグ(アンビューバッグ)、酸素を持って駆けつける	
	スライド12(北住)

スライド12

表3-2 対策・対応 — 具体的救急応急処置

<姿勢> 側臥位、昏睡体位、ショック時は下肢挙上
<気道確保> 異物除去、痰の除去、吸引、
下顎コントロール、エアウェイ、姿勢管理
<呼吸補助、人工呼吸>
蘇生バッグ(アンビューバッグ)によるバギング、
マウスツーマウス 胸郭呼吸運動介助
<酸素> 気管切開の場合は、気管孔に投与
<心マッサージ> 呼吸をしていない、反応がない
<座薬> 痙攣重積など
<吸入(気管支拡張剤)> 喘息発作、呼吸不全
<尿管>— 導尿(温シップ、洗腸などが時に有効)
※いつもと違う状態には注意を要する。 スライド13(北住、一部改変)

スライド13

重症心身障害児者と突然死

折口、2001:国立療養所重症心身障害病棟平成10年度
死亡80例中突然死5例(超重症児なし)、窒息5例(超重症児3例)

馬場、2002:
国立療養所重症心身障害病棟平成13年全死亡例の約9%
11-15歳男児に多く、時刻は6時頃、
臨床症状は、呼吸・循環・体温調節障害、姿勢や緊張の異常、嚥下障害、
睡眠・覚醒リズムの異常等。
周生期の仮死出産・未熟児に多く、反復性感染症や逆流性食道炎などの
合併症がみられた。
自律神経機能検査では、交感・副交感神経ともども緊張状態にあった。

林、2000:22年間短期入所150名利用、短期入所を契機に死亡6名、いず
れも大島1、摂食・呼吸に問題があった。不適応反応、突然死など。

スライド14

スライド14

訪問看護のしくみ

1 訪問看護制度の概要（スライド1）

平成3年10月に老人保健法の改正により老人訪問看護制度が創設され、平成4年4月1日から在宅の寝たきりの老人等に対して、老人訪問看護ステーションから訪問看護が実施されました。平成6年10月1日から健康保険法等の改正により、老人医療の対象外の在宅の難病児者、障害児者などの療養者に対しても、訪問看護ステーションから訪問看護が実施され、老人保健法・健康保険法などに基づく訪問看護サービスは、老人医療受給者のみでなく、すべての年齢の在宅療養者に訪問看護が提供できるようになりました。

平成12年4月からは、介護保険法の実施に伴い、在宅の要支援者・要介護者等に認定された人に対して訪問看護の提供となり、介護保険からの給付が最優先になりますが、別に厚生労働大臣が定める疾病等は、医療保険における訪問看護の提供を行います。

平成20年4月から、老人保健法による老人医療制度は、高齢者の医療の確保に関する法律による後期高齢者医療へ移行となり、老人訪問看護も後期高齢者医療制度へ引き継がれました。

2 訪問看護とは（スライド2）

訪問看護は、訪問看護師等がお住まいに訪問して療養生活を送っている方の看護を行うサービスです。スライドに示すように、本人や家族の思いに沿った在宅療養生活の実現に向けて、専門性を発揮し、健康の維持・回復等、生活に質の向上（QOLの向上）ができるように、予防から看取りまで支えます。また、訪問看護ステーションでは、24時間の電話相談や必要時には緊急訪問看護を提供できる体制を敷いています。

3 訪問看護のサービス内容（スライド3）

訪問看護ステーションの職員は、看護職員として保健師、看護師、助産師（医療保険対象者のみ）、准看護師が訪問します。また、訪問看護として、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士がリハビリテーションを行うこともあります。

サービス内容は、スライドに示す内容です。

訪問看護師は、食事や排泄等のさまざまな療養上の助言を行い、健康状態の安定に努めます。また、バイタルサインをチェックし、心身の健康状態や障がいの状態を観察し、状態に応じた助言や緊急対応、また、予防的支援を行います。さらに、医療的ケアが必要な重度の方に対しては、主治医と連携を強化し、医療処置や医療機器の管理・指導も行い、最後まで、その人らしく尊厳のある生活を送ることができるよう支援します。

4 介護保険の訪問看護の対象者（スライド4・5）

介護保険の訪問看護の対象者は、第1号被保険者と第2号被保険者の人です。

第1号被保険者は、65歳以上の方で、要支援・要介護と認定された人です。また、第2号被保険者は、40歳以上65歳未満の方で、スライドに示す16特定疾病疾患の対象者で要支援・要介護と認定された人です。

介護保険で訪問看護を利用する場合は、スライドに示すように、本人・家族が、主治医に訪問看護を依頼し、医師が必要であると認めれば、居宅介護支援事業所のケアマネジャー等のケアプランに訪問看護を組み入れてもらいます。その後、依頼を受けた訪問看護ステーションは、主治医から「訪問看護指示書」を受け

訪問看護制度の概要

- 平成4年 老人訪問看護
老人保健法 → 在宅の寝たきり老人等
平成20年4月 → 後期高齢者医療制度の中の位置づけ
- 平成6年 医療保険の訪問看護
すべての年齢の在宅療養者に対して訪問看護の提供が可能
- 平成12年 介護保険の訪問看護
高齢化の進行に伴い、介護を必要とする人が増大
平成9年に介護保険法が公布 → 平成12年4月から実施

スライド 1

訪問看護とは

対象者が在宅で主体性を持って健康の自己管理と必要な資源を自ら活用し、生活の質を高めることができるようになることを目指し、訪問看護従事者は、健康を阻害する因子を日常生活の中から見出し、健康の保持、増進、回復を図り、あるいは疾病や障害による影響を最小限にとどめる。また、安らかな終末を過ごすことができるように支援する。そのためにも、具体的な看護を提供し健康や療養生活の相談にも応じ、必要な資源の導入・調整を図る

(日本看護協会訪問看護検討委員会 1990年)

スライド 2

訪問看護のサービス内容

- 療養生活相談・支援
- 病状や健康状態の管理と看護
- 医療処置・治療上の看護
- 苦痛の緩和と看護
- リハビリテーション
- 家族の相談と支援
- 住まいの療養環境の調整と支援
- 地域の社会資源の活用
- 認知症の人の看護
- 精神障がい者の看護
- エンドオブライフケア
- 在宅移行支援(外泊中の訪問看護等)

出典:訪問看護活用ガイド 改訂版

スライド 3

介護保険 訪問看護の対象者

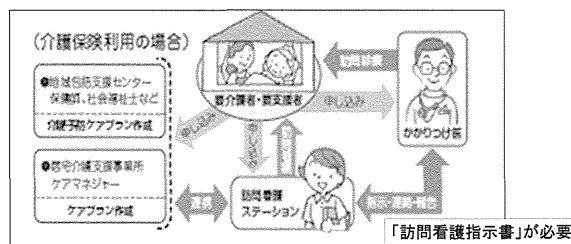
65歳以上の方(第1号被保険者)要支援・要介護と認定された人
40歳以上65歳未満の方(第2号被保険者)
16特定疾病疾患の対象者で要支援・要介護と認定された人

16特定疾患

- | | |
|----------------------------------|---------------------------------|
| ①がん末期 | ⑨脊柱管狭窄症 |
| ②関節リウマチ | ⑩早老症 |
| ③筋委縮性側索硬化症 | ⑪多系統萎縮症 |
| ④後縦靭帯骨化症 | ⑫糖尿病性神経障害・糖尿病性腎
糖尿病性網膜症 |
| ⑤骨折を伴う骨粗しょう症 | ⑬脳血管疾患 |
| ⑥初老期における認知症 | ⑭閉塞性動脈硬化症 |
| ⑦進行性核上性麻痺、大脳皮質基
底核変性症、パーキンソン病 | ⑮慢性閉塞性肺疾患 |
| ⑧脊髄小脳変性症 | ⑯両側の膝関節又は股関節に著しい
変形を伴う変形性関節症 |

スライド 4

介護保険 要支援・要介護と認められた場合



出典:訪問看護活用ガイド 改訂版

スライド 5

て、ケアプランに沿った訪問看護計画に基づいて訪問看護を実施します。

5 医療保険の訪問看護の対象者（スライド6・7）

医療保険の対象者は、小児から高齢者まで対象ですが、スライドに示すように、年齢において条件が伴います。特に、項目5の要介護・要支援の認定を受けた方については、本来、介護保険が優先ですが、厚生労働大臣が定める疾病等（別表第7）や精神科訪問看護が必要な方（認知症は除く）や病状の悪化等により特別訪問看護指示期間にある方は、医療保険で訪問看護が提供されます。

したがって、重症心身障害児者等の方は、医療保険で訪問看護の提供を行います。

医療保険で訪問看護を利用する場合は、介護保険と同様に、本人・家族が、主治医に訪問看護を依頼し、医師が必要であると認めれば、訪問看護ステーションは、主治医から「訪問看護指示書」を受けて、訪問看護計画に基づいて訪問看護を実施します。

6 訪問看護ステーションの利用に関する制度（スライド8）

これから、重症心身障害者等の方が利用できる医療保険の訪問看護ステーションの主な制度（精神科訪問看護は除く）について紹介します。

訪問看護は、利用回数・時間等が定められています。

基本的に利用回数は、週3回まで、利用時間は、1回30分から90分以内です。

しかし、厚生労働大臣が定める疾病等（別表第7）や気管カニューレ等の特別な管理が必要とする方（別表第8）や病状の悪化等により特別訪問看護指示期間にある方は、週4日以上、かつ、1日に2～3回の難病等複数回訪問看護での利用ができます。ただし、複数の訪問看護ステーションは、同一日に訪問看護の提供はできません。

7 別表第7（厚生労働大臣が定める疾病等）（スライド9）

厚生労働大臣が定める疾病等（別表第7）は、この表にある疾病や状態に該当すれば、週4日以上、かつ、1日2～3回の難病等複数回訪問看護での利用ができます。

また、介護保険に申請し、要支援・要介護の介護認定を受けても、この厚生労働大臣が定める疾病等に該当すれば、医療保険の訪問看護となり、週4日以上、かつ1日に2～3回の複数回訪問看護の利用ができます。

8 別表第8（医；特別管理加算の対象者）（スライド10）

特別管理加算の対象者は、スライド①の在宅で悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法を行っている方や気管切開の管理や気管カニューレもしくは胃ろうや膀胱留置カテーテル等の管理が必要な方、②の医療的管理が必要な方、③～⑥の人工肛門等や褥瘡や点滴を行っている方をいいます。この加算の対象者で医療保険の訪問看護を利用する方は、前述のように、週4日以上、かつ、1日2～3回の難病等複数回訪問看護を利用することができます。

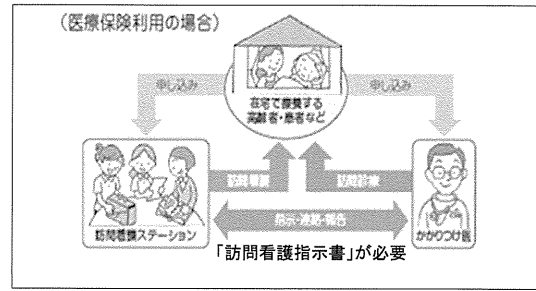
医療保険 訪問看護の対象者

1. 40歳未満の方
2. 40歳以上65歳未満の方
条件: 16特定疾病の対象者でない方
3. 40歳以上65歳未満の方
条件: 介護保険第2号被保険者でない方
4. 65歳以上の方
条件: 要支援・要介護に該当しない方
介護保険を利用しない方
5. 要介護・要支援の認定を受けた方
条件: 厚生労働大臣が定める疾病等(別表8)
精神科訪問看護が必要な方(認知症は除く)
病状の悪化等により特別訪問看護指示期間にある方

出典: 訪問看護活用ガイド 改訂版

スライド 6

医療保険



出典: 訪問看護活用ガイド 改訂版

スライド 7

訪問看護ステーションの利用時間や加算等 (医療保険)

- 1回の利用時間 → 30分~90分
 - 利用者1人 → 週3日が限度
(1か所の訪問看護ステーション)
 - 厚生労働大臣が定める疾病等(別表第7)や特別管理加算(別表第8)の対象者や急性増悪等による特別訪問看護指示書期間
 - 週4日以上[※]の訪問看護が可能
 - 難病等複数回訪問看護(1日2回又は3回)
 - 1人に対して複数の訪問看護が可能
- * 同一日にそれぞれの訪問看護ステーションの利用はできない

スライド 8

厚生労働大臣が定める疾病等 別表第7

- | | |
|--|---|
| ①末期の悪性腫瘍 | ⑩多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシヤイ・ドレーガー症候群) |
| ②多発性硬化症 | ⑪プリオン病 |
| ③重症筋無力症 | ⑫亜急性硬化性全脳炎 |
| ④スモン | ⑬ライソゾーム病 |
| ⑤筋萎縮性側索硬化症 | ⑭副腎白質ジストロフィー |
| ⑥脊髄小脳変性症 | ⑮脊髄性筋萎縮症 |
| ⑦ハンチントン病 | ⑯球脊髄性筋萎縮症 |
| ⑧進行性筋ジストロフィー症 | ⑰慢性炎症性脱髄性多発神経炎 |
| ⑨パーキンソン病疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る)) | ⑱頸髄損傷 |
| | ⑳人工呼吸器を使用している状態(夜間無呼吸のマスク換気は除く) |

スライド 9

別表第8 (医; 特別管理加算の対象者)

- ①在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレもしくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- ②在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態
- ③人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- ④真皮を越える褥瘡の状態にある者
- ⑤在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定してる者

スライド10

9 訪問看護ステーションの利用に関する精度（スライド11）

特別訪問看護指示書について

訪問看護が、週3回まで利用できない方で、急性増悪等で週4日以上頻回な訪問看護が必要となった場合に、主治医から訪問看護指示書とは別に特別訪問看護指示書で対応できます。

医療的管理を必要としない重症心身障害者等の方が、急性増悪等の場合にこの特別訪問看護指示書で対応します。

特別訪問看護指示書は、基本的に月1回、最長14日間です。

長時間訪問看護加算について

1回の訪問看護時間は、基本的に30分以上90分未満ですが、90分を超えた場合に長時間訪問看護加算として、保険で対応できます。長時間訪問看護加算が適応する条件は、スライドに示す通りです。

この加算を算定した日以外の日には、「その他の利用料」で適応されます。但し、その他の利用料は、利用者の選定（希望）する特別な訪問看護に対する差額費用としての利用料で、各事業所によって料金が異なります。

10 訪問看護ステーションの利用に関する制度（スライド12）

複数名訪問看護加算

訪問看護のケアを実施するにあたって、同時に複数名でケアを行う必要性があり、実施した場合に、複数名訪問看護加算として適応されます。但し、本人・家族の同意を得ることが必要です。また、複数名訪問看護の対象者と回数は、スライドに示す通りです。

以上、主に重症心身障害者等の方が、利用できる医療保険における訪問看護ステーションの制度を詳しく説明しました。

次に、訪問看護ステーションと一体的に運営し、主に重症心身障害児を通わせる児童発達支援等の事業を紹介します。

11 療養通所介護における児童福祉法に基づく主に重症心身障害児を通わせる

児童発達支援等の事業（スライド13・14）

平成18年に介護保険の改定で難病等の医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ重度者の通所サービスとして創設されました。その後、障害者自立支援法及び児童福祉法の一部が改正され、平成24年4月、児童福祉法に基づく障害児通所支援（児童発達支援または放課後等デイサービス）や障害者自立支援法に基づく生活介護として法定事業となり、さらに医療的ニーズの高い重症心身障害者の受入れの促進し、QOLの向上や介護者等のレスパイトの推進を図る観点から、介護保険サービスである療養通所介護事業所において、主に重症心身障害児を通わせる児童発達支援等の事業が可能となりました。

訪問看護ステーションの利用時間や加算等 (医療保険)

- 急性増悪等の場合(急性増悪、終末期、退院直後等の理由)
 - 特別訪問看護指示書(週4日以上)の頻回な訪問看護)
 - 交付日から14日を限度(月1回限り)
- 長時間訪問看護加算
 - (1回の訪問看護の時間が90分を超えた場合)
 - 長時間の訪問看護の対象者
 1. 15歳未満の超重症児又は準重症児(週3回、加算で対応可能)
 - 超重症児又は準重症児とは、「超重症児(者)判定基準」によるスコアが10以上の利用者
 2. 別表第8に該当する利用者(週1回)
 3. 特別訪問看護指示書に係る訪問看護を受けている者(週1回)
 - * 加算算定した日以外は、「その他の利用料」の支払で対応可能

スライド11

訪問看護ステーションの利用時間や加算等 (医療保険)

- 複数名訪問看護加算
 - 必要があって、同時に複数の看護師等により訪問看護を行った場合
 - * 複数名訪問看護の対象者
 1. 別表第7・8に該当する利用者
 2. 特別訪問看護指示書に係る訪問看護を受けている者
 3. 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者
 4. その他利用者の状況等から判断して、1～3のいずれかに準ずると認められる者(看護補助者の場合に限る)
 - 看護職員と看護等(理学療法士、作業療法士等含む)との同行
 - 週1回限り
 - 看護職員と看護補助者との同行
 - 週3回まで

スライド12

療養通所介護における児童福祉法に基づく 主に重症心身障害児を通わせる 児童発達支援等の事業

- 平成24年4月～法定事業
- 事業内容(定員5名以上)
 - * 児童発達支援事業
 - * 多機能型事業
 - (児童発達支援事業・生活介護事業)
 - * 放課後等デイサービス

スライド13

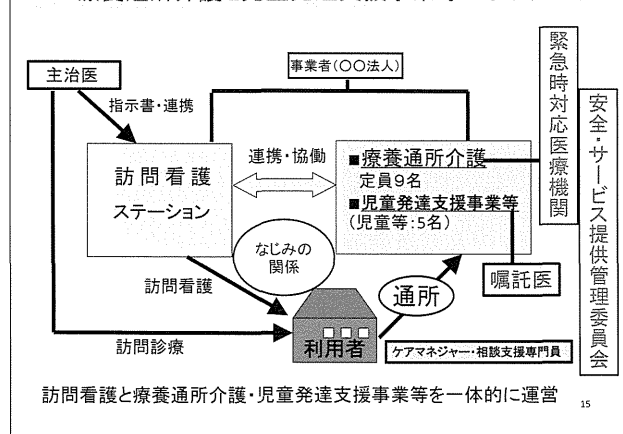
主旨

療養通所介護事業所において、主に重症心身障害児・者を通わせる児童発達支援等を実施する場合の取り扱いを示し医療的ニーズの高い重症心身障害児・者の地域での受入を促進し、QOLの向上及び介護者等のレスパイトを推進する。

平成24年4月3日通知より
厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課
厚生労働省老健局老人保健課

スライド14

療養通所介護と児童発達支援事業等のしくみ



スライド15

12 療養通所介護と児童発達支援事業等のしくみ（スライド15）

.....

この仕組みは、スライドに示すように、安全・安心な通所サービスとして、主治医や訪問看護と連携・協働し、通所前後の状態の変化にも素早く対応できるようにしています。また、この事業の特徴は、年に2回の安全・サービス提供管理委員会の開催です。

この委員会には、医師、地域包括支援センターの主任ケアマネ、相談支援専門員、訪問看護の管理者、療養通所介護の管理者、児童発達支援等の管理者、状況に応じて行政も交えて、事業内容やヒヤリハット等を報告し、意見交換を行い、医療管理が必要な重症心身障害者等の方にとって、療育やOQLの向上を目指しています。

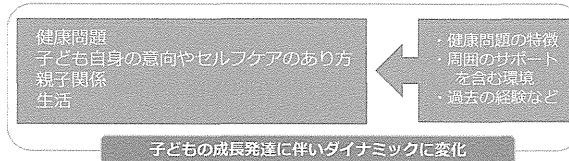
（子ども在宅クリニックあおぞら診療所墨田 梶原 厚子、日本訪問看護財団 安藤 眞知子）

参考文献

1. 社会保険研究所；訪問看護業務の手引き，平成27年4月版
2. 日本訪問看護財団；2015年版訪問看護関連報酬・請求ガイド
3. 在宅医療助成勇美記念財団；訪問看護活用ガイド改訂版
4. 日本看護財団；療養通所介護を活用した重症心身障害児・者の児童発達支援事業等事例集

病棟・在宅に共通する小児看護の役割と目標

- ・ 慢性的な健康問題をもつ子どもと家族



- ・ ある時期によいかかわりが、いつまでもよいとは限らない
 - ・ ある状況でよいことが、異なる状況でもよいとは限らない
- ⇒ いつ・どのように変えるか
子どもの生活を主軸において健康問題を考える

病棟・在宅に共通する小児看護の役割と目標

小児期の特徴

- ・ 小児期の一番の特徴は「成長発達」すること
- ・ 成長発達により、身体も心も、人間関係を含む生活もダイナミックに変化する
- ・ 小児期は小児として重要なだけでなく人生の基礎を作る重要な時期

- ・ 人は、自身で心身の恒常性を保っている
- ・ ある程度の変化であれば、ある一定の範囲内に整えられる
- ・ 小児期は、心身の恒常性を保つ力をつけていく時期
- ・ 健康問題は、心身の恒常性や、恒常性を保つために必要な環境にも影響を与える

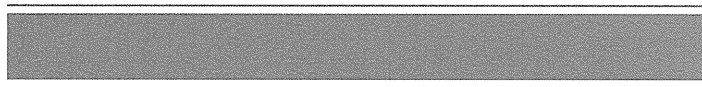
- ⇒ 子どもに合わせて、家族・環境を視野に入れながら
子どもの身体と心、生活を整える

病棟・在宅に共通する小児看護の役割と目標

- ・ 子どもが、その人なりの人生において、社会のなかで生きていくための力をつけていくことを、健康という側面から支援する

- ・ 看護が子どもの健康状態 (QOL) の維持や改善、子ども自身や家族の意向に沿っていることは勿論、**子ども本来の成長発達に見合った身体と心、生活に沿っていることも必要**
- ・ 子どもや家族、医療者のやり取りの中で、よい方法や目標について、折り合いをつけていくことが必要
 - ・ 子どもや家族が**体験しながら学んでいくのを支える**
 - ・ **子どもや家族の学んでいく力を信じる**
 - ・ 専門職連携により、多角的な視点をもって支える

福祉



支援の基本的枠組み

① 支援の基本的枠組み

1 「生の営み」としてとらえ、支援すること

わが国における重症心身障害児者等の支援の歴史は半世紀を超えています。今から半世紀前までは、「病院は病気をなおすところだから不治永患のものを入れておくことはできない」「学校は教育をするところだから教育不可能なものを入れておくことはできない」「精神薄弱児施設は独立自活に必要な知識技能をあたえるところだから独立自活に見込みのないものは入れることはできない」という存在でした。

つまり、人でありながら人として見なされない時代が長く続きました。社会に役に立つかどうかという能力を軸にした制度で、重症児者はそこからこぼされていました。しかし、多くの重症心身障害児施設での実践を通して、どんなに障害が重くても彼・彼女らには人格があり、そして「変わらない存在」ではなく、「社会の役に立たない存在」ではなく、発達をする存在、夢を持つ存在として、人間としての権利を持つ存在であることを証明してきました。

そのなかで教育を受ける権利や、表現をする主体であることや、自分らしく生きる場所を求める存在であることなどの理解がすすんできました。

これらの到達にたつて重症心身障害児者等支援の基本的枠組みの立ち位置というのは、どんなに重い障害があろうとも、その人は「生への営み」をする存在であって、そこで必要になることはその人の人生をつくるということへの支援です。決して問題となっていることを直接なくすことだけが支援なのではなく、その人が人生を歩んでいく「生への営み」に対する支援や援助である必要があります。もちろん中心は重症心身障害児者等本人でなければなりません。日々の生活で主人公になるということが大切です。決してぶらしてはいけない軸です。

1) 「まるごと」を捉える

重症心身障害児者等の支援において必要となることは何でしょうか。これは障害のある人を支える支援の原則ともいうべきことですが、その人の「まるごと」を捉えるということです。視点は3つあります。1つは生活、2つは発達、3つは障害という視点になります。

生活というのは、基本的な日常の暮らしということになります。栄養・睡眠・排せつ・活動等がどのような状況なのかということです。そこにはどういう困難さがあるのかということも同時に把握する必要があります。ただし、この生活ということの把握については、後で述べますが、生活を輝かせていく場合に、「暮らしの土台と柱」をしっかりとつくり支えることが大切で、したがって生活を捉える場合においては、この「暮らしの土台と柱」という枠組みから捉えていくことが重要になるのではないのでしょうか。

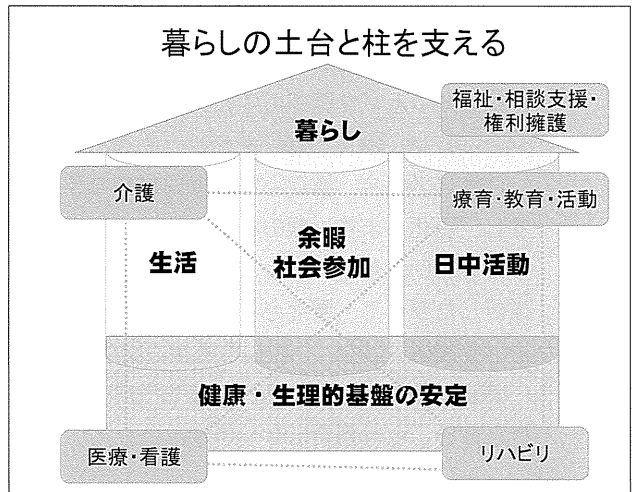
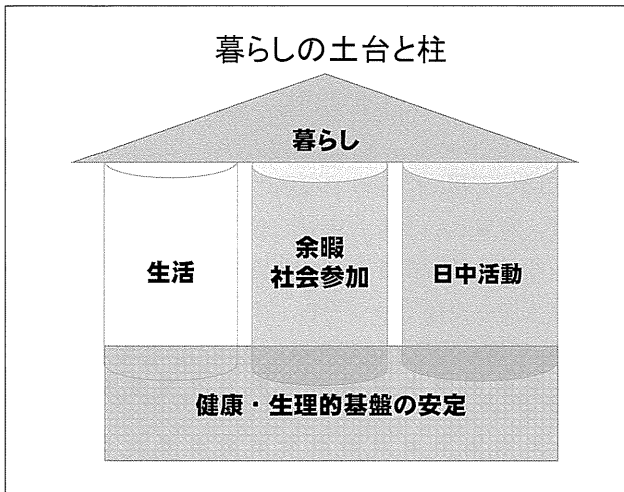
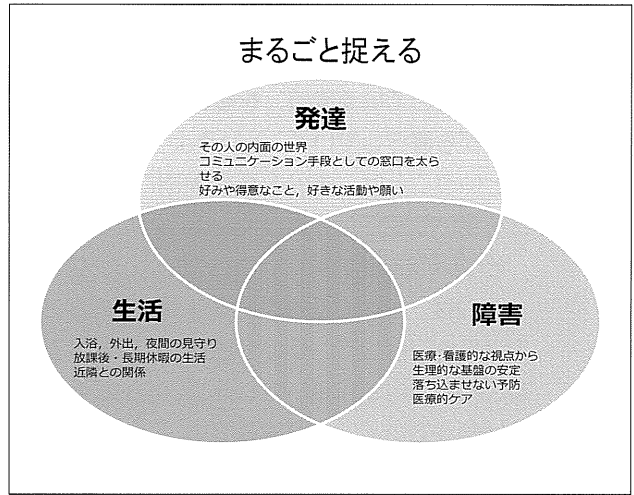
発達というのは、その人の内面の世界のことをいいます。その人が、自分の身体の状態や、自分のまわりの状況をどのように感じ受けとめているのかということや、好みや得意なこと、好きな活動やしたいと思っていることなどです。

重症心身障害児者等の場合ほとんどことばによるコミュニケーションが困難な人たちが多く、コミュニケーションの窓口はどこなのかということをつかむことも、その人との距離を縮めていくことが重要です。

障害というのは、ここでは主に医療・看護的視点による把握ということをいいます。生理的基盤がどういう状態になっているのか、体調を落ち込ませないために必要となることは何なのか、医療的ケアの状況などについて把握しておくことが重要です。

1. 重症心身障害児者等支援の基本的枠組み

- (1)「生の営み」としてとらえ、支援する
- 1)まるごとを捉える
 - ・生活・障害・発達の視点から
 - 2)その人の生きる力を強める方向での支援
 - ・内なる願いを受けとめる
 - ・家族の願いを受けとめる
- (2)暮らしの柱をその人なりにしっかり支え、暮らしを彩る
- 1)土台としての健康・生理的基板の安定
 - 2)生活の場
 - 3)日中活動の場
 - 4)余暇の場



2. 家族の思いとともに育つ支援

- (1)障害の受容と家族として生きる構えを支える
- (2)家庭における介護基盤を、家族だけにしない支えがある生活に
本人だけでなく、家族も、他の人の手を借りて生きることの経験を積む
- ↓
- ・緊急時対応の環境の変化を受けとめる幅ができる
 - ・思春期を生き抜く手助け
 - ・家族介護が崩壊しても支える柱が他にある高齢期の安心
- (3)わが子の巣立ち、わが子から「子離れ」する 家族としての育ちの伴走

2) その人の生きる力を強める方向で支援する

「生への営み」ということは、「生かされている」という「時間の送り方」というような流れではなく、いかに「生きている実感」を感じて、楽しみや喜び、ときに悲しみというような「感情を身近な人たちと共有しながら暮らしていく」というような思いを刻んでいくことではないでしょうか。「生への営み」を充実させるということは、その人が主体的に生きるということの力を強める、太らせることであって、多様さや柔軟さを伴いながらたくましくなることだともいえるでしょう。

そういう支援をすすめていくには、少なくとも2つの願いを受けとめることが重要です。

1つは、重症心身障害児者等本人の内なる願いを受けとめることです。そのためには、どのようにまわりの世界を理解しているのかを把握することは重要です。そして、重症心身障害児者等のその人なりに接近することで、内なる願いにも近づけますし受けとめることにも近づきます。そういう相互の意思や感情の交流をはかっていくことが重要です。

感情や感覚について、覚醒度や身体の緊張の入り具合、呼吸数や心拍数、表情筋の動きなどから判断することもあります。また発達検査等で一定まわりの状況についての理解がありそうだ、あるいはコミュニケーション手段として使用可能な身体部位などがわかれば、わずかな動きでコンピューター操作が可能になるスイッチや視線・まばたきによる意思入力装置や脳波による意思伝達装置も開発されています。

いずれにしても入口は、日常生活の中で一番身近な家族が感じ、されているところから共有していくことからはじめ、少しずつ重症心身障害児者等の意思に近づくことが必要です。一方通行の支援や相談という関係では、従属的关系をつくりだします。従属的关系は意思を無視することでもあるのです。必ず説明・承認というやりとりを関係の中に入れ込んでいく関わりが願いをより鮮明にさせていくことになります。

2つには、家族の願いを受けとめるということです。

ご家族の場合、重症心身障害児者等のライフサイクルに応じて願いや悩みや葛藤のようなことは異なりますし、変化します。親の年齢によってもまた違ってきます。家族というまとまりにおいてもライフサイクルがあるといえます。また、重症心身障害児者等の願いは、日常生活の家族の介護を支えにして育まれています。したがって、重症心身障害児者等支援においては、本人中心支援であっても、家族の願いや葛藤や不安とは無関係ではなく、むしろ密接に関係しており、切り離して考えることはできないものといえるでしょう。

障害が重ければ重いほど葛藤や不安などによる揺れ幅は大きいものがありますので、より家族の願いを受けとめることは重要になります。

2 「暮らしの土台と柱」をその人なりにしっかり支え、暮らしを彩る支援機関

「暮らしの土台と柱」というのは、人としての普通の暮らしに必要なとされている3つの要素（生活、日中活動、余暇）を重症心身障害児者等であっても平等に保障していくという考え方です。そして暮らしの基盤には、健康や生理的基盤の安定が必要です。

家にたとえると、暮らしという家は、土台として健康・生理的基盤を整えることがあって、生活・日中活動・余暇という柱があって家になります。どれかが不安定だと、家が傾きますが、柱の色や太さなどはその人によって異なります。いわゆる注文建築の暮らしの家というわけです。

その暮らしの構造は、土台部分となる健康・生理的基盤の安定には医療・看護とリハビリがなうことになります。生活の柱には、主にはヘルパーなどの介護が、日中活動部分には療育や学校教育や生活介護・日中一時などが入ります。余暇は、介護でいくこともあれば、活動でいくこともあります。図の屋根にはそれら全体に関わって調整や助言する福祉行政や相談支援と権利擁護を入れています。つまり、一人ひとりの重症心身障害児者等の暮らしづくりというときには、図のような機関の連携によってチームをつくり支援をする必要があります。

ライフサイクルを見通した支援

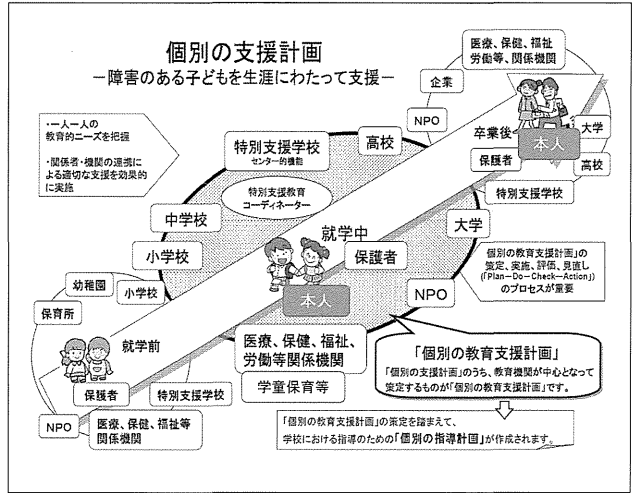
(1) 乳幼児期からの支援チーム形成

重症心身障害児者等の場合は、乳幼児期からの支援チームの形成は、本人や家族の育ちにとって重要な安心

(2) 思春期以降における「自立」生活への意識

親離れ・子離れ、生きがいづくり
訪問対応を可能とする日中活動づくり

(3) 高齢期における重症化と生活の切り替え



3. 重症心身障害児者等の生活支援

(1) 支援の質の変化

- ・障害: 能力 → 生活機能への着目
- ・問題を解決する → 「生の営み」を支える
医療の対象としての重症児者
↓
生活主体としての重症心身障害児者等へ
- ・「治す医療」 → 「支える医療」

(2) 支える単位の重層化

- チームによる支援ワーク
- 個人 - 集団 - 地域
- 相談支援 - 自立支援協議会

<目的> 生命を守り、豊かな生活・人生の実現
「健康増進」、「障害の軽減・改善」、「成長・発達の促進」

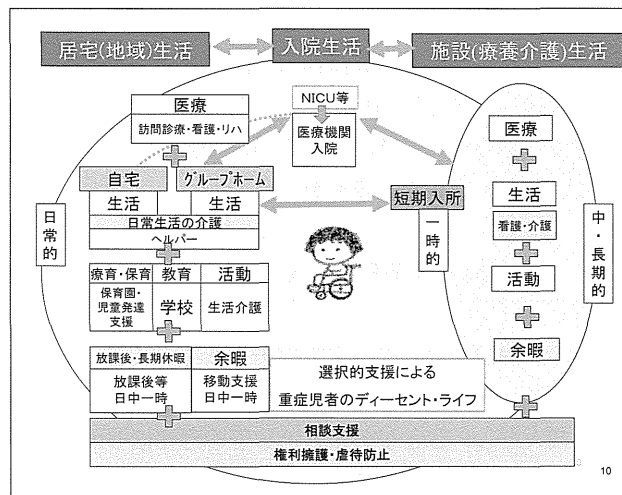
福祉

教育

療育

支える医療 (=QOL医療) ≡ 在宅医療
医療ネットワーク

治す医療



② 家族の思いとともに育つ支援

1 障害の受容と家族として生きる構えを支える

重症心身障害児者等支援においては、本人中心支援であっても、家族の願いや葛藤や不安とは無関係ではなく、むしろ密接に関係しており、切り離して考えることはできないものと述べました。久保（2004）は、障害児者がいる家族について、ライフサイクルにおける家族の危機について、①障害児の出生、②障害が告げられたとき、③学校教育を受けるとき、④思春期をむかえるとき、⑤仕事に就くとき、⑥親の老齢化、親亡き後、が危機的な時期であるといい、これらの時期に家族のストレスが高くなると述べています。親はいつまでも若葉マークで、重症児者のわが子のことでは不安と葛藤の連続です。

相談支援は、ライフサイクルによって揺れが大きくなる家族と寄りそう関係を構築しながら、そこで起きる大きな揺れによる家族の危機を克服し、家族としての関係性をより強めるような支援の方向に導く支援をつくる必要があります。

2 家庭における介護基盤を、家族だけにしない支えがある生活に

家族としての関係性を強めながら、家族というまとまりが充実した暮らしを送るにはどうしたらいいのでしょうか。ライフサイクルによって起きてくる困難は先ほどの家族の危機で示したように、常に同じものではありませんし家族構成（人数やきょうだい）などによってもまたその質は異なってきます。

時期的には“嵐”の日々になるかもしれません。そんなときになって初めて支援チームを作るというのは、重症心身障害児者等本人と家族のことを知る時間の間につらい結果になることもなきにしもあらずです。

また重症心身障害児者等にとって、家族以外の人に慣れるというのは、身体的緊張だけでなく精神的緊張を生みますし、年齢が高くなって初めて家族以外の人に関わってもらおうということになれば、時にそれが苦痛にもなりかねません。ですから、重症心身障害児者等支援については、本人だけでなく家族もまだ若いときから他の人に相談をし、他の人の手を借りて暮らすことの経験を積むことが重要になるように思います。

超重症児の場合では、NICU から自宅での家庭生活への移行時に退院前に相談支援とつながり、支援計画と支援チームをつくることや、地域生活にむけた準備に日常的な生活の支援をするメンバー以外に、緊急時など短期入所ができるようにその関係者をチームのメンバーとし、退院前に医療情報に関する連携や実際に短期入所の練習も行うようにしておくことも大切なことかと思えます。そういうひとつだけではない、いくつかの関係機関の支援による生活経験が、いざというときの生活の変化を受けとめる幅になり、思春期などの重症心身障害児者等自身の身体的変化を支える安心にもなります。

また、ご家族が高齢になり家庭生活における身体の介護そのものができなくなっていく時期になっても、若いときからの支援機関が継続して支えているということは、加齢や重度化して家族の介護負担が増えていくことについても、家族介護からゆっくりその配分についてまわりの支援機関に委ねることが増えていく変化を、家族が受容していくことができます。安心をもって。

3 わが子の巣立ち、わが子から「子離れ」する家族としての伴走

重症心身障害児者等本人の年齢が若い時からの支援チームをつくることは、困難な時期を乗り越えていくためだけにつくるものではありません。

重症心身障害である子が成人をし、ひとりの大人としての存在になっていく認識と構えを親が持つことができるということです。反対に言えば、親がわが子が生きるすべてというような密着関係ではなくて、わが子の生き方を一定委ね距離をつくりながら、これまでとは少し違った自分の生き方をもちはじめること

4. 支援の基本的なプロセス

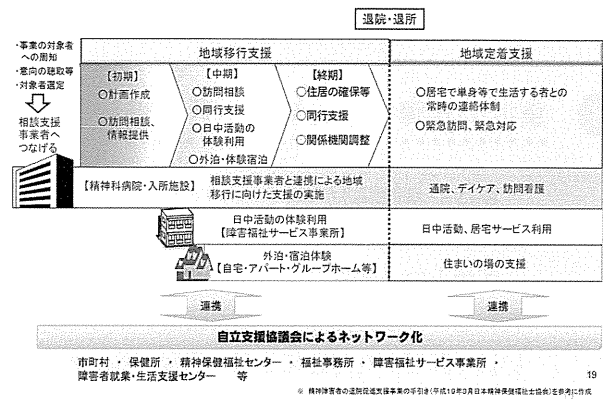
支援の肝

生活の場を変える前に、次の生活の支援チームを形成・顔の見える連携を完了する

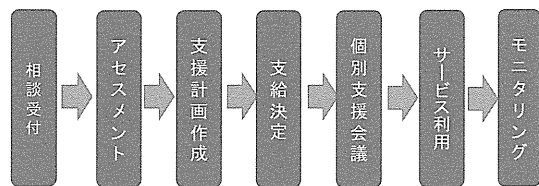
生活の場の移行(例)

- ① NICU → 在宅
- ② NICU → 一般病院 → 在宅
- ③ NICU → 療養介護事業施設
- ④ 療養介護事業施設 → グループホーム など

地域生活への移行に向けた支援の流れ(イメージ)



個別支援計画による支援①

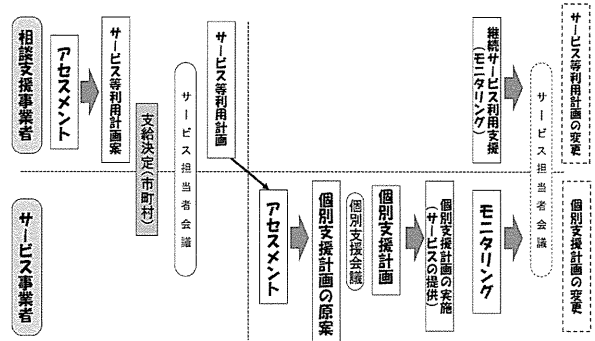


ポイント

ご本人の状況をいかにまるごと受けとめるか。ご本人の医療的な状態や必要となるケア、発達の状況・願い、家族の構成やご意向、サービス利用のご意向などの全体状況・情報を集約します。何が生活の困難さを引き起こしているのか整理します。

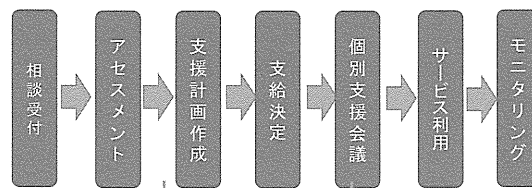
※「重症児者アセスメントツール」の記入・整理

指定特定相談支援事業者(計画作成担当)と障害福祉サービス事業者の関係



15

個別支援計画による支援②



ポイント

多職種連携を可能にしていくつむぎを
ご本人の状況に応じて、主治医をはじめとした医療職種、地域のヘルパーや日中活動の場のスタッフに、ご本人や家族の望む生活について共有化していくことが重要になります。

※「重症児者アセスメントツール」の活用