

## 入院中の重度訪問介護の適正な利用に関する研究

研究代表者 高木 憲司 (和洋女子大学 准教授)

### 研究要旨：

現在、コミュニケーション支援が必要な重度障害者が入院した際、「地域生活支援事業」において、本人の意思伝達のためヘルパーによる支援が実施されている。しかしながら、全市町村で実施されておらず、市町村ごとに実施要綱を作成しているため、支援量や支給基準もまちまちである。平成28年6月に公布された改正障害者総合支援法により、「重度訪問介護」を利用している重度障害者は、平成30年4月から、入院中にも引き続き「重度訪問介護」により、本人の状態を熟知したヘルパーによる支援を受けられることとなった。厚生労働省は、改正法の国会審議において、「対象者は障害支援区分6の者に限る予定であること、支援内容は医療機関の行う医療・看護に該当しない「本人の状態等を伝達する」等のコミュニケーション支援のみとする予定であること」を示しており、制度施行のために以下の点を明らかにする必要がある。

- ・ 重度訪問介護により入院中に必要とされるコミュニケーション支援の具体的内容。
- ・ 入院中の重度訪問介護の利用が想定される障害者の具体的な状態像。
- ・ 入院中の重度訪問介護の利用が必要とされる期間。
- ・ 入院する病院の種別（一般、療養、精神科等）による入院中の重度訪問介護利用の必要性に違いはあるか。
- ・ 入院中の重度訪問介護の支給量は、在宅で支給決定されている重度訪問介護の支給時間を基礎とすることが考えられるが、これによらない支給量決定が必要な場合があるとすればどのような場合か。
- ・ 重度訪問介護は、在宅時には身体介護等も含めて行われる。しかし、入院時にはコミュニケーション支援のみとなり、重度訪問介護従業者の業務内容が変更されるが、それに伴う介護報酬のあり方についてどのように考えるか。

これらについて、実態把握を行い、入院中の重度訪問介護の利用を制度化する上での課題を整理し政策提言を行うものである。

### 研究分担者

分担研究1：高木憲司 和洋女子大学  
准教授

分担研究2：河原仁志 国立病院機構八  
戸病院臨床研究部 部長（現 末広ロイ  
ヤルクリニック 医師）

く重度訪問介護事業所等、医療機関への追加調査を実施し、支援の実態を把握することを目的とする。

分担研究2では、分担研究1によって把握された実態を医学的見地から分析し、入院中の重度訪問介護の適正な利用についての意見をまとめることを目的とする。

### A. 研究目的

分担研究1では、指定都市・中核市へのアンケート調査を実施し、現在、「地域生活支援事業」で実施している「入院中のコミュニケーション支援」の実態を把握し、また、アンケート調査結果に基づ

### B. 研究の方法

#### B-1. 指定都市・中核市へのアンケート調査及び重度訪問介護事業所・医療機関へのヒアリング調査

### (対象)

アンケート調査の対象について、「入院中のコミュニケーション支援」を実施している可能性が高い一定規模以上の市を想定し、指定都市（20か所）及び中核市（47か所）の計67か所を対象とした。

### (アンケート調査内容)

アンケート内容については、本稿巻末の「(資料) 自治体へのアンケート票」で示す。

### (追加調査内容)

ヒアリング等の追加調査の内容は、具体的な利用者の状態像や支援内容、ヘルパー・看護師間の引き継ぎ期間等を問う設問を設定し、さらに具体的な内容や様子について問う半構造化インタビューを実施した。遠方の事業所については電話インタビューもしくはメールによる追加質問紙を用いた追加アンケート調査を実施した。具体的な調査内容は分担研究1を参照。

以上のアンケート調査及び追加調査の結果を集計し、全体的な傾向を把握するとともに、個別の具体的状況を把握する。

### (倫理面への配慮)

倫理的な配慮として、和洋女子大学人を対象とする研究に関する倫理委員会に提出して承認を得た。また、調査対象者の個人情報、研究代表者が厳重に保管するとともに、個人を特定できないように匿名化し個人情報と連結不可能なデータとした上で統計的処理を行う。なお、調査に対しては拒否できることを明記した。

## B-2. アンケート調査及び重度訪問介護事業所・医療機関へのヒアリング調査結果から、医療の専門的見地からの分析

分担研究1によって把握された実態を研究分担者である河原が、医療の専門的見地から分析し、入院中の重度訪問介護の適正な利用について意見をまとめる。

### (倫理面への配慮)

分担研究1によって、匿名化されたデータの分析であるため、倫理面への配慮については必要ないと判断した。

## C. 研究結果

### C-1-1. 指定都市・中核市へのアンケート調査結果

#### (1) 調査結果概要

- ・調査方法  
指定都市および中核市に対して、アンケート票を郵送により配布し、郵送およびメールにより回収した。
- ・調査対象  
指定都市20市、中核市47市（計67市）
- ・調査時期  
平成28年12月26日～平成29年1月18日（回収期限）
- ・回収状況  
62市／67市（93%）

#### (2) 重度障害者の入院中のコミュニケーション支援に関する事業の実施について

重度障害者の入院中のコミュニケーション支援に関する事業について、実施していると回答した市は、全体の53%であった。

事業の創設年度は、約半数が平成21年度から25年度の間であった。

対象者要件は、重度訪問介護並びが24%、重度訪問介護よりも軽度の者も含むと回答した市は36%、重度訪問介護よりも厳しい要件を含むと回答した市は24%、分類できない回答をした市は15%であった。

事業の対象となる入院先医療機関の要件については、特に制限を設けず全医療機関を対象としている市が64%であり、一部の医療機関を除くと回答した市は36%であった。

実施事業の利用時間及び利用期間の要件については、上限設定ありと回答した市が94%であった。

実施事業の支援提供主体の要件については、重度訪問介護等特定のサービスを

提供している事業所と回答した市が 91%であった。

実施事業の支援員の要件については、特定の資格を有している必要があると回答した市が約 6 割であった。また、居宅での支援の継続性や経験が必要と回答した市が 8 割であった。

重度障害者の入院中のコミュニケーション支援に関する事業の平成 27 年度の実績については、身体障害が 21 か所、知的障害が 8 か所、精神障害は 0 か所であった。総費用額の平均は約 170 万円であった。(図表 1・2)

重度障害者の入院中のコミュニケーション支援に関する事業の平成 30 年 4 月以降の運用予定については、継続すると回答した市が 4 割弱、今後検討予定などで「その他」と回答した市が 6 割であった。

重度障害者の入院中のコミュニケーション支援に関する事業において、苦慮したことについては、詳細は分担研究報告書 1 で述べるが、代表的な回答としては以下のとおりであった。

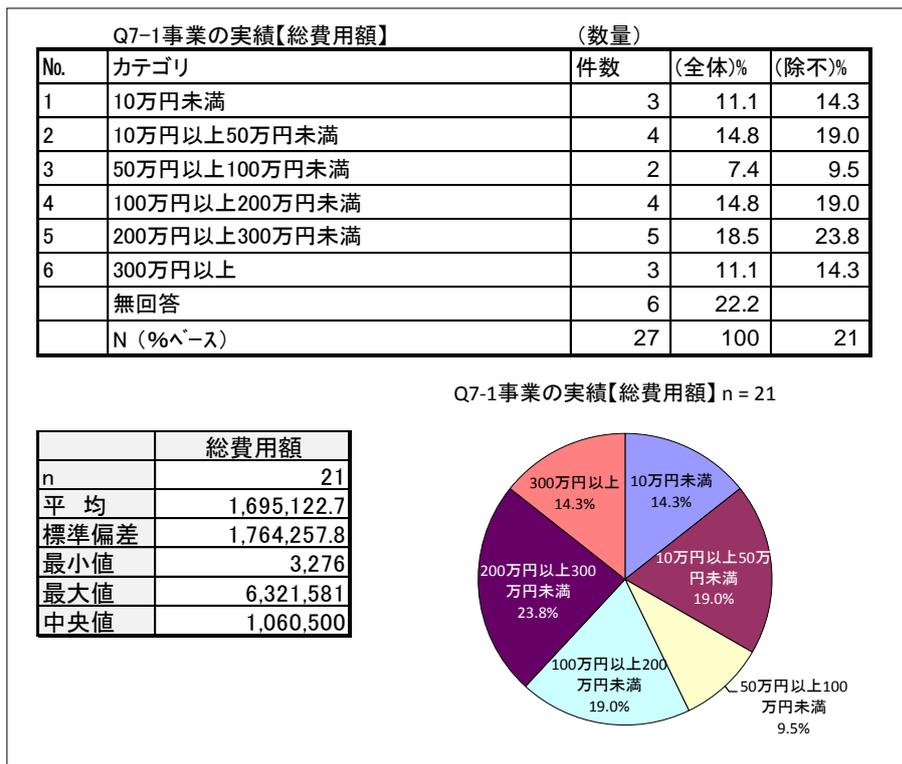
- ・医療機関が完全看護を理由に介護者の派遣を断る事例があり、(コミュニケーション支援は完全看護とは別に派遣できることの認識がなかったためか)交渉をしたが受け入れてもらえなかった。
- ・利用者、医療機関等の制度の理解(支給決定機関、支援の内容)にばら

つきがあり、苦情が寄せられた際、説明に苦勞する

- ・医療機関だけではなく、居宅介護事業所から事業の実施を断られる事例もあった。
- ・事例の上限を 30 日、100 時間と定めたが、入院期間が延びたため、事業の上限を上回る利用を希望する事例があった。
- ・病院スタッフが入れ替わることも多く、なかなか意思疎通のとれる病院スタッフが定まらないとの主張があった。
- ・看護師や医療スタッフ対応だとパニックを起こす可能性があるため、日中起きている間は、見守りを含め、常にヘルパーに介護してほしいという要望があった。
- ・24 時間の付き添い・見守り(ALS 患者で急変に対する強い不安があるため)、食事介助であっても制度対象としてほしいとの要望。
- ・派遣時間数の上限を撤廃してほしいとの要望。
- ・入院時コミュニケーション事業外のことを想定する事業者が散見するため、事業概要をその都度説明しなくてはならない。(援助、介護行為をしたい等)
- ・入所施設やグループホームの利用者の場合で制度利用を求められることがあり対応に苦慮することがある。

	総数	利用者数						利用日数 (延べ)	利用時間 (延べ)
		障害支援区分							
		1	2	3	4	5	6		
身体障害	n	21	1	0	2	2	3	19	20
	平均	11.67	1.00		1.50	1.00	1.67	11.47	207.40
	標準偏差	12.45			0.71	0.00	0.58	11.96	219.89
	最小値	1			1	1	1	2	1
	最大値	39			2	1	2	39	782
	中央値	4			1.5	1	2	5	148.5
知的障害	n	8	0	0	1	4	2	7	9
	平均	6.38			2.00	1.50	5.50	4.57	98.00
	標準偏差	7.52				0.58	4.95	4.08	143.92
	最小値	1				1	2	1	1
	最大値	22				2	9	11	360
	中央値	3				1.5	5.5	4	32
精神障害 (利用実績なし)	n	0	0	0	0	0	0	0	0
	平均								
	標準偏差								
	最小値								
	最大値								
	中央値								

図表1 主な障害種別利用者数 ※nは市の数



図表2 総費用額

## C-1-2. 重度訪問介護事業所・医療機関へのヒアリング調査結果

### (1) 追加調査結果概要

追加調査票回収状況

- ・事業所13件
- ・医療機関1件

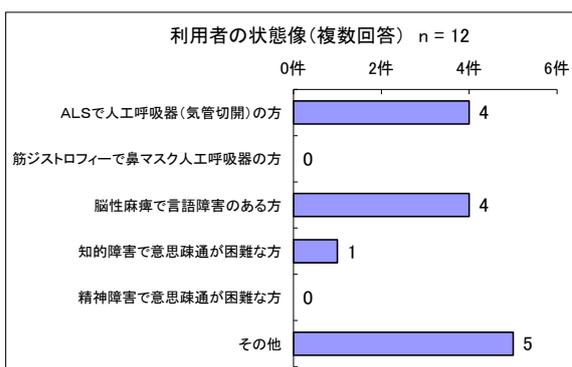
### (2) 障害福祉事業所に対する追加調査結果

事業所13件について結果を報告する。以下の図表からは無回答は除いている。回答者数はn値を参照。

また、事業所ごとの回答をまとめた一覧表を分担研究1において示す。

#### (2)-1 支援に入った利用者の状態像について

①利用者の状態像（昨年1年間で最も支援期間が長かった方）（図表3）



図表3 利用者の状態像

〈その他の状態像〉

- ・たんの切れが悪く、深夜に訪看が何度も訪問し、たんの吸引を行ったが状態悪く、主治医から入院検査をすすめられた
- ・重症心身障害者のため、知的・身体の重複した障害があり、意思疎通が困難
- ・副腎白質ジストロフィーで喀痰吸引・経管栄養の必要な方

②支援期間が長かった理由

- ・肺炎による入院。呼吸器を装着されており動けない状態であったため。
- ・定期的（2～3か月）に入院をされています。

・状態が悪く（肺炎）呼吸が乱れていたため

・検査が長くかかり、9日間の入院となった

・入院中に体調を崩してしまった。

・退院時の在宅における支援体制が整わなかった為（ヘルパーの退職など）

・行動障がいがあり、点滴を抜いてしまったり、その場にとどまっていられないことがあるため、常時見守りが必要であったため

・状態が悪かったため

・体調を激しく崩すことが多かった。

・入院回数が多い、両親共働きのため、胃ろう造設のため

③昨年1年間で支援期間が最も長かった方以外の支援者の状態像

・発熱による短期入院（頭痛）→結果は気管支炎みたいです

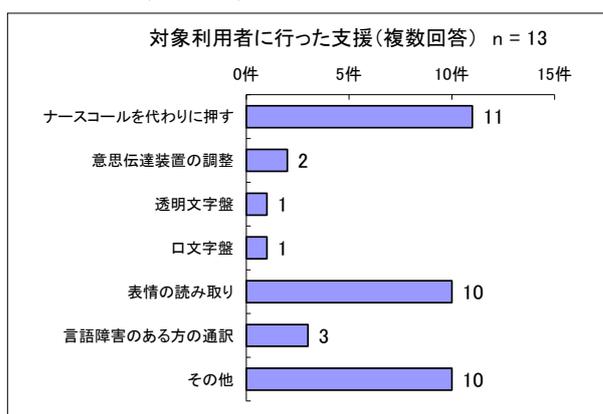
・ムコ多糖症Ⅱ型の利用者様、風邪や感染症等で入院され体調が良くなるのも時間がかかります。

・20代男性、筋ジスで夜間のみ鼻マスク使用、ペースメーカー装着の方

・重症心身障害者で、意思の疎通が困難

・血友病の重度心身障害児の方

(2)-2 利用者に対して行った支援について（図表4）



図表4 利用者に行った支援

・普段行っている目の動きによる会話を行いました。

・滑舌が悪く、聞き取りにくいいため、病

院への職員への伝達。病院職員が慣れていないので、食事の介助、排泄、呼吸器の取り付けや取り外しなども行っています。

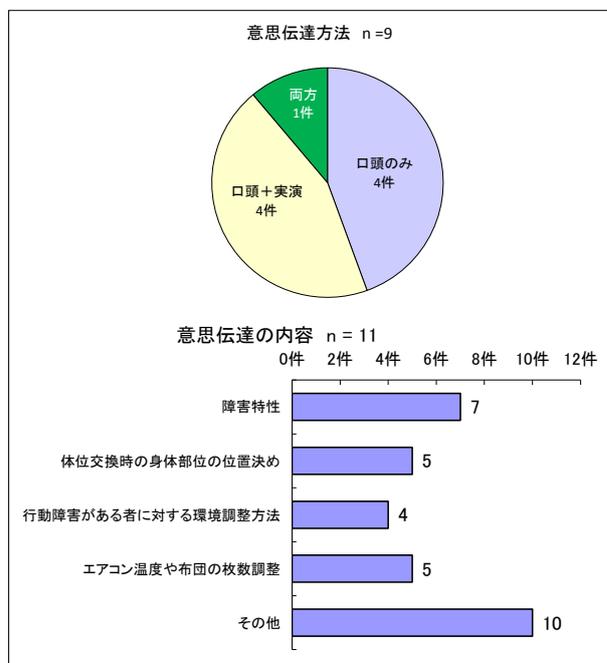
- ・オムツ交換
- ・障がい特性（自閉症）に応じた形で、先の予定等見直しをお伝えすること。
- ・いつもと環境がかわり不安である方に対し、慣れたかかわりのあるヘルパーが付き添うことで、少しでも安心して頂けるような配慮
- ・水分や排泄など、その方に必要なタイミングや量を知らせる。食事についても普段の様子を伝えた。
- ・喀痰吸引の補助、入浴補助、食事補助、更衣補助、排泄補助、見守り

### (2) - 3 コミュニケーション支援以外の支援のニーズ

- ・清拭、口腔ケア、整容（髪）、体位交換。
- ・普段のケアについて担当看護師等に伝えること、座りなおし、体位交換、おむつ交換、喀痰吸引
- ・体位交換、エアコン調整、食事介助
- ・排泄・食事介助、呼吸器の取り付け・取り外し、清拭
- ・入浴、食事、水分、摂取、外出（放課後の買い物や散歩）
- ・体位交換、清拭、顔拭き、布団のかけ外し、エアコン調整、オムツ交換、喀痰吸引等、利用者からのニーズはあったが医療側と折り合いがあわず出来ない事があった
- ・顔拭き、布団のかけ外し、着替え介助、院内移動の付き添い、見守り
- ・体位交換、清拭、顔拭き、布団のかけ外し、温度調整、排泄、水分、服薬、食事
- ・おむつ交換、体位交換、顔拭き、布団のかけ外し、栄養滴下、吸入
- ・てんかん発作があるため常に見守りが必要、喀痰吸引、オムツ交換、衣服の更衣

### (2) - 4 意思伝達の方法（ヘルパー→看護師等）について

①患者から伝達を依頼された意思の具体的内容及び意思伝達方法（図表5）



図表5 意思伝達方法及び内容

〈その他の意思伝達の内容〉

- ・目薬をさすこと
- ・食事介助の方法（食べれるようになってから）
- ・エアコン温度や布団の枚数調整のみ口頭、他は口頭+実演
- ・口文字
- ・体調変化
- ・ヘルパー不在時にやってほしい事
- ・病室内の環境設定（気になる備品を片付ける、物を壊したり、怪我したりしないようにベッド等の位置調整をする等）
- ・院内移動の際に火災報知器や病院備品等を操作したりしないように、移動経路を事前に相談しておく、場合によりパーテーション等をもちい目隠しをする
- ・病室内環境調整等の、患者様の入院において影響のありそうな障がい特性の状況を病院側に引き継いでおく
- ・トイレ等で水を触る等のこだわりがあることから、その際の誘導など

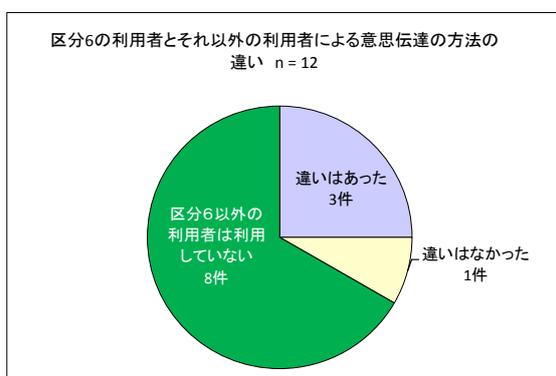
・食事等への味覚過敏等により、嘔吐等の問題がある方への、メニュー内容や食事提供方法等への配慮

・介助方法全般

・点滴の機械のブザーが鳴ったときの対応

・話すことが出来ないため、ヘルパーが状態を見て看護師に口頭で伝える

②障害支援区分6の利用者とそれ以外の利用者による意思伝達の方法の違い（図表6）



図表6 区分6の利用者とそれ以外の利用者による意思伝達の方法の違い

〈違いはあった〉

・言語で表す事が出来る方、出来ない方では、大きく違います。

・区分6は、人工呼吸器使用者が多く、体調不良時は、コミュニケーション困難となるため日頃から関わり、口文字を習得しなければ対応は難しく感じる。

〈違いはなかった〉

・知的障がい、自閉症の方の場合、区分が低かったとしても、コミュニケーションの障がい特性にはさして違いがないため、区分6の方と同等レベルの支援が必要であると考え

(2) - 5 ヘルパーから看護師等へのコミュニケーション支援の引き継ぎについて

①引き継ぎの有無

ヘルパーから看護師等へのコミュニケ

ーション支援の引き継ぎについては、ありと回答した事業所は6件、なしが7件であった。

②引き継ぎの期間

〈状態像〉

(1)寝たきり、気管に人工呼吸器装着、ALS、目の動きでYESを表出可（慣れたヘルパーのみ）

(2)脊髄小脳変性症、気管切開（人工呼吸器なし）、体調が良ければ文字盤を指さして意思の表出可（慣れたヘルパーのみ）。

〈支援内容〉

(2)の方は、手に力をいれて握りしめることでYESを伝えられることもあるので、そのみ担当看護師にお伝えするようにしています。

〈期間〉

(1)コミュニケーションの方法については、慣れないと難しいためほとんどお伝えはできていません。

(2) YESの伝え方について30分程度

日常のケアについての説明（2～3時間程度）

〈ヘルパーからヘルパーに引継ぐ場合に必要な期間〉

・上記のように簡易的なものでなく、（利用者との）会話ができるようになるまでのおおまかな期間を下記に示します。

(1)の方（3時間×2日）/週×6～8週

(2)の方（1時間×1日）/週×3～4週間

〈状態像〉

・酸素量の低下、発熱で入院

・その時はコミュニケーション支援が支給されなかったため、病院に引き継ぎました。

〈支援内容〉

・体位交換、食事介助方法、

〈期間〉

・最後まで慣れることはなかったと思います。

〈ヘルパーからヘルパーに引継ぐ場合に必要な期間〉

・1週間

- 〈状態像〉
- ・知的障害
- 〈支援内容〉
- ・口頭と実演します。
- 〈期間〉
- ・入院時2～3時間で引き継ぎます。
- 〈ヘルパーからヘルパーに引継ぐ場合に  
必要な期間〉
- ・口頭で15～30分ほど
- 〈状態像〉
- ・知的障害、点滴を自分で抜く
- 〈支援内容〉
- ・点滴を抜く等の行為に対しての見守り方法。
- 〈看護師等への引継ぎ期間〉
- ・5分程度

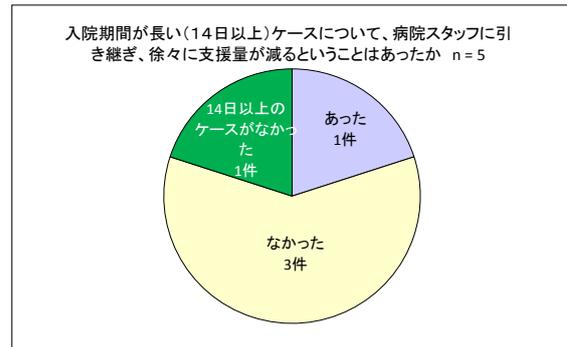
- 〈状態像〉
- ・重症心身障害のある方
- 〈支援内容〉
- ・食事・水分摂取・排泄
- 〈看護師等への引継ぎ期間〉
- ・入院期間中

- 〈状態像〉
- ・知的障害、普段の入浴状態を看護師に伝える
- 〈支援内容〉
- ・入浴の補助
- 〈看護師等への引継ぎ期間〉
- ・2回程度

③支援に入った方の入院期間

- ・2週間
- ・14日
- ・5～9日
- ・2泊
- ・1週間から10日間程度
- ・入院1度につき1週間程

④入院期間が長い（14日以上）ケースについて、病院スタッフに引き継ぎ、徐々に支援量が減るということはあったか（図表7）

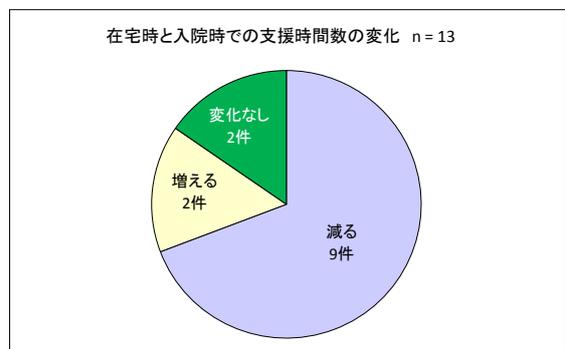


図表7 入院期間が長いケースについて、病院スタッフに引き継ぎ、徐々に支援量が減ることはあったか

〈具体的内容〉

- ・病院サイドも私たちからの引継ぎをあまり好ましく思っていないみたいで、来ないでくださいみたいな感じでした。（その時はコミュニケーション支援が使えなかったの）そのため必然的に減りました。
- ・病院側として、見守りがなければ、入院を受けることはできないといわれるケースがほとんどで、病院スタッフに引継ぎ等は行うものの、支援量が減るということはない
- ・常に看護師さんが近くにいる、表情を読み取ったり訴えに気づける環境ではないため（ヘルパーによる支援量は減らない）。

(2)-6 在宅と入院時での支援時間数の変化について（図表8）



図表8 在宅と入院時での支援時間数の変化

### 【支援時間の増減の理由】

〈減る〉

- ・訪問予定は変わらず、訪問先が家から病院になるが、夜間の支援がなくなるためその分が減少します。
- ・時間数は減りました。重度対象者でしたので。
- ・① コミュニケーション支援での時間数が少ない（上限がある）ので長く支援する事ができない。
- ・② 看護師がいるので長く支援に入る必要性がない。
- ・減らせる場合がある。
- ・ヘルパー不在時（ヘルパーの休憩やトイレ、事業所との電話連絡など）に看護師にフォローしてもらえる場合がある。（利用者さんの体調が良い場合に限る）
- ・入院時コミュニケーション支援の時間数が少ないため。
- ・深夜帯までの支援が無くなったため

〈増える〉

- ・行動障がいのある方は、入院することに関して見通しがもちづらく、いつ退院できるか理解できなかつたり、あまり望まない治療行為等が頻繁にあることから、精神的に不安となりやすく、常時的な見守りが必要となることが多い
- ・増えることが多いと思います。大抵の方が、日中は通所に通っているため、入院時はその分支援時間が必要になることが多いです。

〈変化なし〉

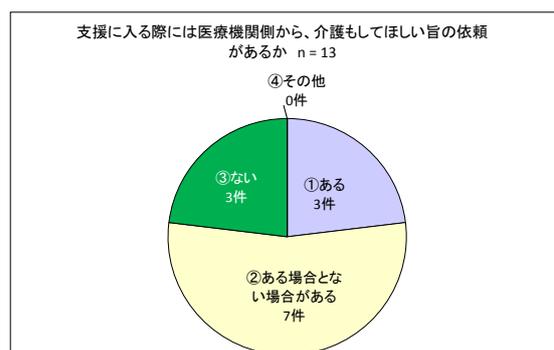
- ・食事作り以外は減りません。ヘルパーがいると病院職員はヘルパーお任せになります。

### (2)-7 支援に入るヘルパーは、日頃からその利用者に対し支援されている方が担当しているかについて

支援に入るヘルパーは、日頃からその利用者に対し支援されている方が担当しているかについてみると、すべての回答者が「日頃からその利用者に対し支援されている方が担当」（13件）と回答していた。

### (2)-8 支援に入る際には医療機関側から、介護してほしい旨の依頼があるかについて（図表9）

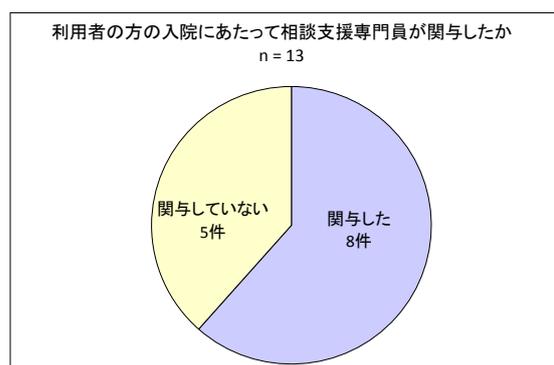
支援に入る際には医療機関側から、介護してほしい旨の依頼があるかについてみると、「ある場合とない場合がある」（7件）が最も多かった。



図表9 支援に入る際には医療機関側から、介護してほしい旨の依頼があるか

### (2)-9 利用者の方の入院にあたって相談支援専門員が関与したかについて（図表10）

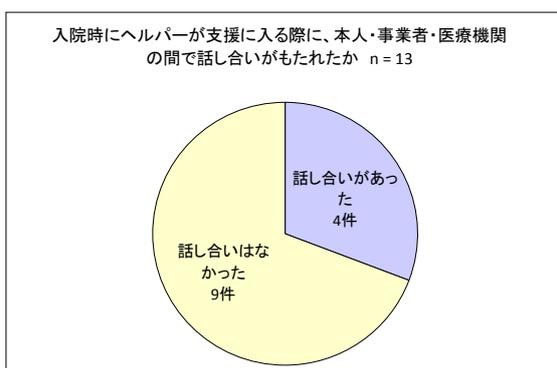
利用者の方の入院にあたって相談支援専門員が関与したかについてみると、「関与した」が8件、「関与していない」が5件であった。



図表10 利用者の方の入院にあたって相談支援専門員が関与したか

(2) -10 入院時にヘルパーが支援に入る際に、本人・事業者・医療機関の間で話し合いがもたれたかについて (図表11)

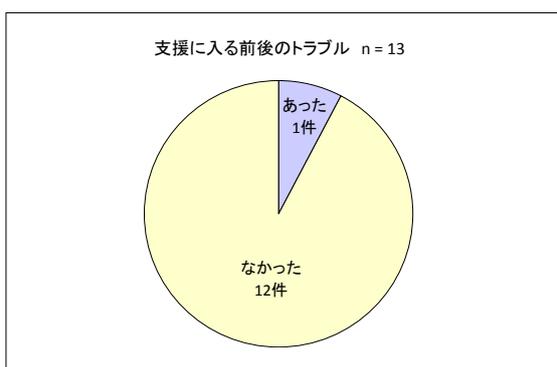
入院時にヘルパーが支援に入る際に、本人・事業者・医療機関の間で話し合いがもたれたかについてみると、「話し合いがあった」が4件、「話し合いはなかった」が9件であった。



図表11 入院時にヘルパーが支援に入る際に、本人・事業者・医療機関の間で話し合いがもたれたか

(2) -11 支援に入る前後のトラブルについて (図表12)

支援に入る前後のトラブルについては、13件中12件が「なかった」と回答した。



図表12 支援に入る前後のトラブル

トラブルがあった1件をみると、「これまで何度もお願いしているところなので、」事前の話し合いは特に持たれていなかったところであるが、「利用者のニーズと病院側の支援の食い違いが有り」

という部分でトラブルが感じられたとのことである。

(2) -12 支援に入って良かったことについて

13事業者に、入院中コミュニケーション支援に入って良かったことを挙げていただいた。

事業者 No	支援に入って良かったこと
1	不安そうな表情がほぐれるなど、精神面での安定が見られた
2	コミュニケーションはなれるまでに時間がかかること、対象者の状態について細かく目が行き届くという2点において在宅でかかっているヘルパーが病院でもかかわることができるのが良いと思っている。家族からも在宅ヘルパーが同行できるのであれば、家族が休むことができるという意見ももらっている。(病院であっても重度障がいであれば家族は病室にいななければならない病院が多いため)
3	一番は、入院時は本当にきつそうな利用者が日を追うごとに元気に回復していく姿をじかに見て感じ取れること。 次は、私達が関与することで日常の感覚をなるべく変えずに入院生活ができること。
4	病院職員へ介護の説明をしたことです。ヘルパーは1日10時間までなので残りの14時間は病院職員がケア。説明がないと最初は混乱すると思われる。
5	退院後の支援がスムーズに入れる
6	・ところどころ看護師のフォローを受けられるので、ヘルパーの負担軽減が少しあった。しかし、事業所の収益的には減少するため、非常に厳しい。入院時コミュニケーション制度は月75時間上限があり、それでは足りず他の制度に頼らなければならない。
7	行動障がいにより、病院から医療拒否をされるケースが昔は多かったとのことであるが、付き添いがあり、適切な治療を受けられたことで、保護者も喜び、病院側は受け入れ、なにより患者が適切な治療を受けることができたことには、とても意味のあることであると感じている。
8	・利用者様の苦痛や訴えを伝えることで、治療に役立った。 ・日々の様子や過去の経過を伝えることで、看護師との連携が取れた。 ・利用者様が安心して様子うかがえたこと。

9	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院側では、人手が足りなく、なかなか本人の意思をくみ取る時間もない。</li> <li>・ヘルパーが入ったとき、本人が安心した顔を見せてくれて、ご家族にも感謝されることが多い。</li> </ul>
10	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族のレスパイト</li> <li>・看護師やリハビリの手技を見ることができた</li> </ul>
11	利用者さんの特性上やむを得ず両手をベッドに拘束されることがあるようだが、ヘルパーがいると拘束しなくても良いので、ご本人のストレスの軽減になってよかった
12	自宅でのケア方法を医療スタッフに伝えることで、利用者自身が、うまく説明できないことを、伝えることができ、違う方法を実施することで、本人に不快感を与えてしまうようなことが防げたと思う
13	<ul style="list-style-type: none"> <li>・なんといっても利用者の安心感を得られる。</li> <li>・利用者本人の訴えを素早く聞き取れて、看護師に伝えられるのが看護師にとってもいいことだと思う。</li> <li>・吸引等で素早く対処したい時にすぐ呼ぶことができる。</li> </ul>

## (2) -13 ヘルパーの登録者数を増やすための必要な方策について

13事業者に、ヘルパーの登録者数を増やすための必要な方策を挙げていただいた。

事業者No	ヘルパーの登録者数を増やすための必要な方策
2	継続するためには、事業所としては、単価が安いことで経営が難しく感じている。利用者としては、制限が厳しいことでこのサービスを利用する対象者が絶対的に少ないことが問題であると思っている。
6	・医療側へのPR、制度の理解の周知
7	<ul style="list-style-type: none"> <li>・単価が低いので上げる必要がある。</li> <li>・ヘルパーと兼務では、突然の対応が難しいため、専門職化する等の対策が必要である</li> <li>・国や市町村が、制度の周知を積極的に行っていく必要がある</li> <li>・病院側へのはたらきかけを行政主導で行い、入院時コミュニケーションへの理解を深め、付き添いを拒否することがないように、指導していく必要がある。</li> </ul>
8	ヘルパーの登録を増やしても、重度の障害のある方のコミュニケーションや、介助方法も一人一人違うので、初めて会う方への

	対応は難しく、本人にもヘルパーにもリスクがある。日常的に支援しているヘルパーだからこそ、細かい点で気持ちや表情を読み取り代弁することができるのだと思う。
9	給料の引き上げ。そのためには、介護報酬の単価の引き上げが必要。
10	<ul style="list-style-type: none"> <li>・根本的にヘルパーや介護士という名称を変更したほうが良いと思う。</li> <li>・イメージの変革</li> <li>・介護業界が3Kの状態を変えていく</li> </ul>
11	利用者、病院、事業所間の調整役が必ず就くようになるとスムーズに動きやすくなると思われる
12	慣れない環境でのコミュニケーション支援になるので、通常の単価より少しアップし、ヘルパーに還元されることが必要。
13	地域支援事業の中で行われており、事業所もこの事業をあまり理解しておらず広まっていない。何より県内でもコミュニケーション事業を行っているのは4市にとどまっており、各市町村が積極的にこの事業を行っていることが第一と考えている。そうすればヘルパーも病院内でのケアならと支援をする方も増える可能性がある。

## (2) -14 その他重度障害者の入院中のコミュニケーション支援について（自由意見）

13事業者に、その他重度障害者の入院中のコミュニケーション支援について自由に意見を挙げていただいた。

事業者No	その他重度障害者の入院中のコミュニケーション支援について、お考え等
	単価の上昇、利用者の制限緩和が実現できれば非常に有益なサービスになると思われる。
2	1. 現状 当方がかかわっている方は吸引、注入など医療的ケアが濃厚な重度の障がいのある方が多いが、入院する際の現状は、「利用者の入院には家族同伴でなければならない」ことが多い状況である。吸引のタイミング、発作などは介護者が常に横にいなければ安全は保てず、ヘルパーであっても普段の様子を知っている人がいることは、利用者や家族にとっては安心になると意見をもらう。ヘルパーがいること

	<p>で、家族が離れられるのであれば、家族にとってのレスパイトの期間にもなる。以上のような現状において、入院中のコミュニケーション支援は非常に有益な可能性をもったサービスであると考えている。今後は、対象者の拡大が可能になれば、さらに多くの方のニーズを叶えることができるのでは無いかと思っている。</p> <p>2. 対象者の制限 対象者の条件によってサービスを受けることができなかつた方について以下のような方がいた。</p> <p>①18 歳未満の障がい児である。</p> <p>②23 歳脊髄損傷の男性。首から下の麻痺で人工呼吸器を装着。コミュニケーションは独自の口読み(介助者は練習に時間を要する)。家族と同居しているためサービス利用を認められず。</p> <p>③37 歳筋ジストロフィーの女性。寝たきりで人工呼吸器を装着。遷延性意識障害のためサービスの利用ができず。</p> <p>③の方については、遷延性意識障害であるためコミュニケーション支援の趣旨とは異なることは理解できたが、意志の表出が困難である方、意志の表出が少ししかできない方もいる。そういった方のコミュニケーションの指標をつくる事が非常に困難なことであるとは思いますが、「コミュニケーションをとる」という定義を広く考えることができるような仕組みになるとより多くの方に喜ばれるサービスになると考えている。</p>	<p>方も体調不良時は、コミュニケーションがままならず、適切な治療につながらない恐れもあるので、そういう方も受けやすいように制度設計を工夫してほしい</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ヘルパー事業所は、利用者が入院すると即利用解約になるところもあり、重度障害者の在宅継続が困難になるケースもある。多くの事業所が入院時コミュニケーション支援などにコネク特できるよう周知してほしい</li> <li>・市町村によっては、重度訪問介護とは別建てで入院時コミュニケーション支援が存在し、重度訪問介護の支給時間よりも低い水準になることもあるので、従来の重度訪問介護の支給時間と同等の利用を保障してほしい</li> </ul>
3	<p>ほんとにいい制度ができたと思う。時間等のバランスもいいと思うので、こちらも頑張りがいがある。</p>	<p>7</p> <p>当事業所が所在する市では、区分が低い方へのコミュニケーション支援は認められていないが、発達障がい、自閉症の方は、区分が低くても支援が必要な場合が多いため、区分ではなく、コミュニケーション支援度合いの尺度で、支援が使えるか使えないか判断できるような制度であってほしい。</p> <p>当事業所が所在する市では、月75時間の制限があるが、入院計画に沿って、必要分の時間数を支給する形であってほしい。</p> <p>当事業所が所在する市では、施設入所利用者は制度の利用ができず、入院時の不安を抱えている患者、家族が多い。コミュニケーション支援が必要な方全てが利用できる制度であってほしい。</p>
4	<p>重度障害 24 時間介護が必要な方へのサービスとしては、けいれんがあり、ナースコールを呼べない状態や見守りができない状態が多いと感じる。いつもヘルパーがいる状態なのに、病院で一人であるのは不安だと言っていた。</p> <p>病院も緊急入院された方に 24 時間見守りは無理である。ヘルパーが行うサービス内容も変わらないので、病院内で 24 時間介護出来るといい。</p>	<p>8</p> <p>病院によっては、完全看護のところと、必ず付き添いを必要とするところがあった。病院はあくまでも治療がメインで、一時的な関わりでしかない。常に見守りができる状況ではなく、食事や水分、口腔ケアに 1 時間も看護師さんが付きっきりで看病してくれるのは、非常に厳しいことだと感じている。医療現場での実態や看護師さんの声も、調査して頂きたい。病院でできない範囲は家族がカバーしたり、自費のサービスを利用せざるを得ないのが実態である。入院時に必要だと思うことは、必要な治療を受けながら、普段と変わらない介護が受けられることだと思う。普段支援しているヘルパーでさえ、支援の独り立ちまでに、コミュニケーションもそうだが、食べること、飲むこと、休む姿勢、排泄、服薬の仕</p>
6	<p>・ALSや知的障害の方のコミュニケーション支援は、認められるが、筋ジスや筋疾患、その他難病などで普段は、会話に問題はない</p>	

	<p>方など、一つ一つ覚えるのに時間がかかる。利用者自身も、慣れない人からへの介助は、ストレスになる場合もある。短期間の入院で、交代する何人もの看護師に伝えて支援してもらおうのは、利用者本人に一番負担になっていることを知ってほしい。</p>
9	<p>重度の、特に重症心身障害児は、生活全般において意思を伝達することが困難であり、普段関わっていない医師や看護師がそれをくみ取るのはとても難しい。</p> <p>よって、病院によっては、親の 24 時間の付き添いなしでは入院ができないところもある。</p> <p>18 歳以下の児童は、入院時コミュニケーション支援を使えない状況であるが、ご家庭によつての事情を考慮し、使えるようになってほしい。</p>
10	<ul style="list-style-type: none"> <li>・法令上ヘルパーは介助してはいけないことになっているが現実的ではない</li> <li>・入院時コミュニケーションだと処遇改善加算がつけられないため事業所の継続に関わってくる</li> </ul>
11	<p>様々な諸事情を考慮された上でのコミュニケーション支援の時間数だと思われるが、医療機関の看護師さんの対応だけでは補いきれない部分も多々あるので、利用者の方にかかる負担の軽減のためにも上限時間数を増やしてほしい。</p>
12	<ul style="list-style-type: none"> <li>・コミュニケーションでの支援のほか、ALS等の疾患の方の喀痰吸引や、簡単な身の回りのケアをすることなど、もう少し、制限を緩和されれば、もっと利用しやすい、よい制度になると思う。</li> </ul>
13	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訴えの出来ない方がほとんどで、家族の不在時にも、家族・利用者本人が安心して入院生活を送りヘルパーも時間の制限なしに支援できるようになることが望ましいと思っている。</li> <li>・さらに支給時間もさることながら、夜間割増単位数の対応もないと事業所として広まっていけない。</li> <li>・平成 30 年度から、重度訪問介護での院内介助が認められるようですが、居宅介護や介護保険制度のみ利用の方が埋没してしまう。</li> <li>・重度訪問介護を使用していない方、生保の方や介護保険の1割負担などを抑えようとして、要介護5でもすべてのサービスを使用せ</li> </ul>

<p>ずに(必然的に重度訪問介護も使用せずに)頑張っている方がいる。介護保険の訪問介護で対応しているが、入院したらヘルパーが0になってしまう。同様のことを、居宅の身体を使っている方にも言える。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・重度訪問介護を入れていない方には、出来るだけ重度訪問介護を入れていく方針を作る必要があるが、重度訪問介護をやっている事業所が少ない。すべての重度訪問介護を当該事業所が受け入れるには、ヘルパーの余力はないので無理。</li> </ul>
--

### (3) 医療機関に対する追加調査結果

医療機関については、1件の追加調査であり、積極的に受け入れを行っている一般病棟にインタビュー調査が実施できた。以下、回答内容を整理した表を示す。

#### 【医療機関（一般病棟）に対する追加調査結果】n=1

##### □事業の利用者像

対象利用者像	対象患者の入院目的	患者の方の入院期間	その際の報酬
ALSで人工呼吸器(気管切開)の方	6か月に1回胃ろう交換等 予定入院、高血糖での予定外入院もある	・胃ろう交換の入院については1週間以内くらい ・突発的なものは、症状に応じてなので一概には言えない	診療報酬のみ

##### □重度障害者の入院中のコミュニケーション支援について

コミュニケーション支援でのヘルパーの活用について	
<p>患者の要望を聴取したいと思っているが、慣れて要望が分かるようになるまでの間は一日病室につきっきりになる等、時間を要する。患者の要望をくみ取れないことに対するもどかしさを感じており、ヘルパーの方が要望を伝えてくれると看護師としても患者にとっても助かると思う。</p> <p>また、ALS用のコミュニケーションツールはなく、もしヘルパーさんいなければ頻りに訪室するしかないなので、居てくれることがとても助かっている。</p>	
事業を活用することで医療提供がうまくいったこと	
<p>1. 吸引タイミングのコール 2. 排泄終了タイミングのコール 3. 経管栄養終わった後に投薬が必要となった時のコール</p> <p>今まで時間を見て訪室するしかなかったが、ヘルパーがいることで適時のタイミングで入れる。モニターがついてはいるが、ヘルパーに何かあったら知らせてもらえた方が患者の苦しみや恐怖感も軽減し、看護師としても安心感がある。</p>	
ヘルパーから伝達を受けた意思等についての具体的内容	多かった伝達内容
<p>・患者の意思が読み取れない時等、ヘルパーを介したコミュニケーションをしている。</p> <p>・身体の位置決め等、家族やヘルパーに入院時に聞いて情報共有。本人にも確認。</p> <p>・細かな位置等こだわりが本人にはあるが、慣れてないうちは分からない。二・三日するとある程度の法則が分かり、時間短縮にもなる。本人も苛立たなくなる。ヘルパーが入って教えてもらえるとスムーズにケアができるので、具体的な助言等の伝達をもっと受けたいと思っている。</p>	<p>・はい、いいえのサイン ・体位・ポジショニング ・吸引タイミング</p>
相談支援専門員の関与があったか	
<p>・介護保険の利用者でもあるため、相談支援専門員ではなく、ケアマネが事前調整し、ヘルパーが入る時間帯も共有。</p> <p>・導入の際には、何のために来ているのか、どこまでヘルパーにお願い出来るのか分からずに戸惑ったが、最近ではコミュニケーション支援で入っていることが周知されている。</p>	

##### □具体的な対応方法について

どのくらいの期間があればヘルパーから引き継げるか
1か月くらい入院したとしても、基本的には入院中は誰かにいてほしい。
入院時と入院後の日々の情報共有の仕方
書式を決めてのやり取りはない。訪室の際に確認をしているくらい。

<b>同室者に対して、支援員が付き添うことについての説明をしたか</b>
個室のみしか使用していないので同室者はいない。
<b>支援員に対する院内(病棟内)のオリエンテーション方法</b>
これまで当院への入院歴があり、利用者、ヘルパー、医療機関の職員が互いに知っているのであらためてはしておらず、それで特段の問題はない。

重度障害者の入院中のコミュニケーション支援の活用について

<b>ヘルパーから看護師等への引継ぎについて、勤務のローテーションもある中で、体制として可能だったか</b>
病棟ではチーム制、ある程度患者と看護師を固定している。10人程度が1週間でひとまわりする。看護師同士でポジション等の引き継ぎは行っているの、可能ではある。毎日日替わりの体制の病院では、難しいと思う。

コミュニケーション支援以外の行為について

<b>ヘルパーへ依頼したことがあるか。ある場合の具体的な内容</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者の訴えをくみ取るに関しては、ヘルパーにサポートしてほしい</li> <li>・布団かけ外し、室温の調整、痒い所をかくはヘルパーもやっている。生活行為に関しては、ヘルパーでもいいと思う。</li> </ul>
<b>ヘルパーからの申し出を受けたことがあるか。ある場合の具体的な内容</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・看護師が行きたいけど行けない状況もあるので、病状の範囲内で、お願いできることは協力してもらっていることもある</li> <li>・体位変換の際に、少し支えてもらう等の手伝ってもらおうと助かる。</li> </ul>

コミュニケーション支援に関するトラブルについて

<b>支援に入る前後にトラブルはあったか</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・今は特にない</li> <li>・常に他の職員がいるということが、防犯上・管理上、何か不具合が出ないのか病院としては危惧している。</li> <li>・ヘルパーがどこから来た人間なのか分からないのは不安があるので、身元確認が取ればよいと思う。</li> </ul>

その他

<b>その他重度障害者の入院中のコミュニケーション支援について、お考え等</b>
今のところ特に大きなトラブルはなく、患者としても病院側としてもやってよかったと思っている。

また、今回、この医療機関に入院した患者の担当であるケアマネジャーに話を伺うこともできたので以下にまとめる。

### 【ケアマネジャーに対するインタビューまとめ】 n=1

#### □事業の利用者像

対象利用者像	対象利用者への関わり
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ALSで人工呼吸器(気管切開)の方</li> <li>・70歳代 男性</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・肺炎を繰り返した後に、胃ろう、気管切開。入院期間は1年ほどかかった。退院に向けての調整のためにケアマネとして入った(依頼が来るまで半年以上あり、その時には既に人工呼吸器の状態)。</li> <li>・担当した当初は既に人工呼吸器だったので、コミュニケーション方法は文字盤等もなくもっぱら表情だった。表情の表出もしっかりあり、その当時は手も動いたのでジェスチャーも少しあり、コミュニケーションを取るのとはそれほど難しくなかった。</li> <li>・妻に加え子どもも付き添っていたので、その時はヘルパーを入れていない。</li> <li>・在宅に戻ってから、胃ろう交換目的で半年に1回くらい入院する。</li> </ul>

#### □コミュニケーション支援の支援状況

コミュニケーション支援の使用状況
<ul style="list-style-type: none"> <li>・最初のコミュニケーション支援事業の使用は、10日～2週間くらい。その後は病院の体制上、徐々に減っており、最近では胃ろう交換に合わせて5泊6日くらい。それにレスパイトが少し入る程度。</li> </ul>
利用者に行った支援
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ナースコールを代わりに押す</li> <li>・表情の読み取り(高齢のため文字盤等は使っていない)</li> <li>・コミュニケーションは表情筋、手も動いていたのでジェスチャーはできた→最近徐々にできなくなっている</li> </ul>

#### □コミュニケーション支援以外の行為について

コミュニケーション支援以外の支援のニーズについて
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ニーズとしては、体位交換、清拭、顔拭き、布団のかけ外し、エアコン調整、オムツ交換、喀痰吸引等</li> <li>・支援内容は、表情の読み取り(高齢のため文字盤等は使っていない)のほか、足をさする、手の位置修正、テレビの位置修正など</li> <li>・支援内容は狭まるが、基本的には在宅でやっていることをやっている。</li> <li>・ヘルパーは常に何かやっている・・・ゆっくりしているのはあまりみていない</li> <li>・体位交換や、枕の位置を看護師に伝えながら行う</li> <li>・自分で人に訴えられない。言語障害ではなく、意思疎通で訴えかける理解力の部分にある。普段見ているヘルパーだからこそ伝えられる代弁機能は大きい。</li> <li>・エアコンの付け消し等の細かい話はしていないが、病棟の看護師との事前の話し合いで、布団を少し外すのにコールを押すのは現実的ではないため、布団のかけ外しはヘルパーがやることになった。</li> <li>・清拭、顔拭き、オムツ交換等身体介護は一切やってない。事前の話し合いで駄目という話をした。最初の導入は重要。</li> </ul>

#### □ヘルパーから看護師への意思の伝達について

意思伝達の内容
<ul style="list-style-type: none"> <li>・口頭+実演で伝える</li> <li>・利用者に頼まれたことを看護師に伝える。その際に、利用者とヘルパーは表情の読み取りなどで意思疎通を行う。</li> <li>・体位交換の時の身体部位の位置決め等は一緒に行う。</li> <li>・エアコン温度や布団の枚数調整</li> <li>・障害特性については、主治医の病院であり、ALS患者の多い病棟なのであらかじめ周知されている。</li> </ul>

・利用者が病院に慣れており、ヘルパーと病棟側が顔見知りになっているので、トラブルも少ないのでは。

#### ヘルパーから看護師への意思伝達を行うことについて

・今は目の動き等ではいいえを読み取り、コミュニケーションを取っている。問いかけ方のテクニックが必要であり、いつもついているヘルパーであれば出来る。  
・そのテクニック等について、看護師に伝達の必要があるのは理解しており、看護師の方にそういう制度だと説明はしているが、出来ているかは何ともいえない。ヘルパーが看護師に言いにくいのではと思っている。  
・ヘルパーが実際やっているところを看護師に見てはもらってはいると思うので、そこで分かってもらえているのでは。

#### 入院期間が長い(14日以上)場合、支援方法が病院スタッフ全体に徐々に伝達されていっていると思うか

・長くコミュニケーション支援を利用してきて、看護師が慣れてきて、ちょっとした枕の位置等は伝わって看護師同士で伝わっていている感覚について、症状の進行もしているので伝わるのは難しい。症状が固定されたら伝わっていくと思う。

#### □在宅時と入院時での支援時間数の変化。

##### 在宅時と入院時での支援時間数の変化。

・時間数については、夜間帯がなくなるだけで日中はほぼ変化なし。  
・ヘルパーも家に帰らなければならず、家の遠いヘルパーもいるのであまり遅い時間に終わりにするわけにもいかない。支援は夕方までとなっている。  
・曜日など、昼間の在宅で調整しているのに近い形でヘルパーとしてはいけているのでは。

#### □支援に入るヘルパーについて

##### 支援に入るヘルパーについて

・いつも支援に入っているヘルパーが支援に入るので、利用者からすると変わらない顔ぶれが来たなと思うと思う。  
・ヘルパーのやれることは減ったとしても、減った分は看護師がやってくれて、それ以外は慣れたヘルパーがいてくれるので利用者はストレスを感じずに済むのでは。  
・ヘルパーは、やることは減って仕事で気を紛らわすことができず、しかしながら病院の中の緊張感もあり、看護師に伝える仕事もあるので、決して楽ではない。  
・コミュニケーション支援だと、少し単価が下がるので時間給が減っている。

#### □医療機関等との話し合いについて

##### 医療機関等との話し合いの経緯と内容

・申請時、市役所の障害福祉課と介護保険課が何人か来て、実態調査をして申請に結びつけた。そこから障害福祉課の手を離れて、介護保険課のみになった。  
・申請が通った後は、ケアマネと家族とでまずは制度の理解に努めた。病院の人は制度について直接聞くことはできないので、聞いたものを確実に伝えていく必要がある。  
・医療機関の承諾書が院長・看護師長等の3者の印鑑が必要なものなので、最初の導入時は上の人にも理解してもらった。  
・入院前の調整の際に、ケアマネが病棟に師長・主任・看護師に集ってもらい、市の要綱等を渡して制度の説明を行った。  
・病院も入院が長かった利用者の方のことをよく理解しており、特に主任の方が積極的に受け入れて話を聞いてくれた。  
・病棟側としても、普段入っているヘルパーが入ってくれるのは、コミュニケーションとしては安心だという反応だった。  
・制度上、ヘルパーは身体介護をしてはいけないということを特に念押しした。  
・基本的には看護師という話はしたが、例外として、手の位置を変える、足をさする、テレビの位置を変える、緊急時の対応等の話が出た。

<ul style="list-style-type: none"> <li>・緊急時対応の話し合い・・・基本は看護師を呼ぶ、本当に緊急のときは緊急避難で吸引→制度外</li> </ul>
<b>制度の周知について</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関に対して事業で支援が出来ないことを話した。ヘルパー側は少数のスタッフで事業についても理解しており、ヘルパー事業所に対してはサ責(サービス提供責任者)がヘルパーに話している。医療機関側は、色んなスタッフがおり一人に伝えても全員に行きわたらない。</li> <li>・各スタッフへの周知は、師長・主任の方に任せられた形。師長・主任の方に伝えれば、大体は伝わっていると思う。ケアマネの耳には、それに関するトラブル等の話は入ってきていない。</li> <li>・病棟が変わると1から説明する必要もある。病棟が変わった際には、もう一度足を運び、その病棟の師長の方等に再び説明をした。</li> </ul>
<b>ケアマネと病院との関係について</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・市役所が新しい制度だというアピールをしたところ、病院もやる気を出してくれた。</li> <li>・事務次長等に書類を出すからにはと突っ込まれた。役所側からアピールがあるものではなく、ケアマネを仲介しての説明になる。今回はたまたま病院側と関係がよかった为上の方も聞いてくれたが、知らないケアマネだったら前向きに聞いてくれたか分からない。</li> </ul>
<b>書類上の手続きについて</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・書類上の手続きが煩雑で多い。</li> <li>・医療機関の印鑑を押すのは、多くの人は構えてしまう。</li> <li>・医療機関の承諾書に病院長の印が必要で、もらうまでにとっても時間がかかる。1～2か月前から書類は提出するようにしている。 <ul style="list-style-type: none"> <li>※承諾書は市が提出を求めているもので、国が出している要綱案にも載っている。</li> <li>※患者の負担ではない旨の本人側の証明も必要であり、こちらは病院に提出する。</li> </ul> </li> <li>・書類が通らなければ入院が出来ない。一度、緊急入院があり書類を待っている時間がなかった時には、市に交渉して書類を後付でいいということにしてもらった。</li> <li>・緊急入院の際の手続きについても、市町村の事業なので、市町村の判断になる。普通は命の方が大事なので、まずは入れてもらえるとありがたい。</li> </ul>
<b>病院の制度への受け入れ態勢について</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院の調整をした病院の意識としては、前例がある等最初から制度の理解があり、受け入れの態勢があったわけではない。ただ、話を聞いてくれる姿勢はあった。</li> <li>・病院は保守的なところが多く、新しい制度を受け入れられないところもある。そんな中で、この病院は、病院にとってもいいところがあるという捉え方をしている。ALS への理解は深い。</li> </ul>
<b>看護計画に関する話し合いについて</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・看護計画の上でのヘルパーの業務を意識したというよりも、医療処置的な部分が看護計画に乗っているの、それは当然看護師がやるという話し合いはした。</li> <li>・緊急時の内容とは、ほぼ医療ケア(吸引)のこと</li> </ul>

**□コミュニケーション支援のメリット**

<b>コミュニケーション支援のメリット</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・メリットはいつものヘルパーさんが入ってくれる安心感</li> <li>・コミュニケーション支援が使えるようになり、家族が付き添うことがなくなったわけではない。時間数や制度として夜間帯は利用者が寝ているからいいだろうと判断されてしまい、ヘルパーが入っていない。実際は利用者が夜になると不安になり寝ていないこともあるので、家族は心配なのでついでにしていることが多い。</li> <li>・昼間は家に帰ってゆっくりできるので、制度を使用してよかったとは思っている。</li> </ul>
--

**□コミュニケーション支援に関するトラブル**

<b>コミュニケーション支援に関するトラブル</b>
知る限りでは、トラブルはないようだった。

□その他

その他重度障害者の入院中のコミュニケーション支援について、お考え等
-----------------------------------

・緊急入院の際の支給決定が市町村担当者次第であり、柔軟に対応してほしい
-------------------------------------

さらに、利用者家族からも話を伺うことが出来たため、以下にまとめる。

**【利用者家族に対するインタビューまとめ】 n=1**

□利用者像

利用者像	経緯
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ALSで人工呼吸器(気管切開)の方</li> <li>・70歳代 男性</li> </ul>	2010年 ご飯が食べられなくてむせる症状 2011年 ALS 確定診断 家族で先のことを話し合った結果、家で看るという選択 入院中、肺炎、危篤状態となり、気管切開 2012年 肺炎を繰り返し、退院は難しいのではと言われていたが、病院・相談室の協力により退院。身体障害者手帳取得。要介護5。 現在 在宅生活を続けて、約5年経過。
役割	現在の状況
子⇒就労しているため長時間介護が困難。(役所や医療機関と話して支える体制を考える) 妻⇒主介護者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅生活、重度訪問介護が常時(24時間 365日)は入っていない</li> <li>・現在の状況はかなり安定している。退院時に30kg 後半～40kg 前半だった体重が、家に戻り栄養を入れたところ50kg以上に戻った。(家で生活がやはり良いのだと感じた。)</li> </ul>

□コミュニケーション支援について

コミュニケーション支援を利用するきっかけ
<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者本人はパソコンや携帯等の機械類が全くできない。ALS患者のよく使用する文字盤等のツールが全く役に立たない。</li> <li>・胃ろうの交換のために、年2回ほど入院。手が動かなくなるにつれて、壁だけを見ている状態が続いた。妻もずっとついていくことができず、コミュニケーションもうまく取れないので、病院にいと精神的におかしくなると思った。</li> <li>・普段からコミュニケーションを取っているヘルパーの人についていてもらいたいと希望していた。</li> <li>・市に交渉し(2012年秋から2回ほど)、この事業を導入してもらった。市からも作った以上は使ってくれと言われ、現在この事業を使わせていただいている。</li> </ul>
コミュニケーション支援を利用して良かったこと
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ALS患者は自分から発信手段がない中で、病院にいることは不安だと思う。呼吸器のアラームが鳴ったら看護師が来てくれるが、アラームが鳴る時はすでに苦しい時である。</li> <li>・安心して入院できる制度があるということが、家族として安心して地域に住むことができる。</li> <li>・市に交渉に行ったときに、「予算がない」「入院が長くなる」等と言われた。在宅をやっている患者・家族は家がいから在宅をしているのであって、長く入院したい患者などいない。地域に住む以上、安心して入院できる制度があることによって、普通に地域に住み続けることができる。</li> <li>・制度が出来てから、主介護者の母も家のクリーニング等入院中に利用者がいると出来ない用事ができるようになった。</li> <li>・利用者も顔見知りのヘルパーがついていてくれることによって、好きなテレビを見る等ができるようになった。元気な時と同じように病院の方とコミュニケーションを取りながら安心して入院ができるようになった。</li> <li>・事業のおかげで、心身ともに安心して地域で生活が出来るようになった。</li> </ul>
コミュニケーション支援を利用して困ったこと
<ul style="list-style-type: none"> <li>・胃ろう交換で入院予定だったが、それより前に緊急入院。血糖値が800程度まであがってしまい昏睡状態。</li> <li>・申請が市からおいていないから、すぐには使えない。病院側からも院長の印鑑がないとダメだと言われたことがある。緊急時に使えないのは困る。</li> <li>・市で決められた制限時間(100～120時間)についても、通常の胃ろう交換であれば問題ないが、今回は長引い</li> </ul>

てしまったので交渉した。月を跨いだのでなんとか繋げることができた。緊急時にもすぐ使える制度にしてほしい。

#### □関係機関との関係

##### 病院との関係

- ・看護師からも、ヘルパーが入ってくれるのは助かると言われている。コミュニケーションが取れないので何を考えているか分からないし、ALS 患者はつきっきりで細かい要望に応えなければいけない。それに看護師が対応していると、病院側にも打撃がある。看護師も厳しい労働環境であり、忙しい中でヘルパーが ALS 患者についていてくれると、急変時等も重症化する前に処置できるので本当に助かっていると言われる。
- ・入院時は病院も利用者家族もお互い気持ちよく過ごせている。
- ・病院側には、「あまり負担をかけずに細く長く付き合っていきたい。無駄な税金は使わない。無駄な入院はしない」と話をしている。

##### 市町村との関係

- ・市役所に詰め寄るのは心が痛い。それでも命がかかっている、「死んでしまったら責任を取ってくれるのか」ということもある。
- ・市の担当の方は色々話を耳を傾けてくれて、事業が出来た時は報告に来てくれ、市内すべての ALS 患者の家に訪問して回ったようだ。市には感謝をしている。

#### □医療機関側とヘルパー側の連携に関して感じること

##### 医療機関側とヘルパー側の連携に関して感じること

- ・見ている限りはうまくやっているように思う。
- ・病院という制度が流れ作業でやることについて、ヘルパーの方は「もっと丁寧にやってほしい」「こういうのは好きじゃないのに」と不満に思っているように思う。
- ・看護師とヘルパーの仕組みが違うので、特に文句をいうつもりはなく、仕方ないと思っている。
- ・重度訪問介護は 1 対 1 だが、看護師は 7 人に 1 人。どうしたって 1 対 1 の重度訪問介護のケアをすることはできない。
- ・胃ろう交換のために入院させてもらっているの、そこまで病院に求めてはいけな思っている。
- ・病院は治療の場。多少ケアが十分でなくても、1 週間足らずだしそれほど求めていない。

#### □看護師とヘルパーの支援の棲み分けについて

##### 看護師とヘルパーの支援の棲み分けについて

- ・医療行為をするときは看護師。ケアの部分はヘルパーでやってくれればいいと思っている。
- ・口腔ケア、顔拭き、老人性の痒みへの対応…生活行為はヘルパーでもいいのでは。
- ・在宅でヘルパーがいつもしているケアを、病院でも受けられることがお互いにいいと思う。医療ケアだけ看護師が来るのがいい。
- ・顔を拭く、顔を洗う等は身体に触れるが、普通に歩ける入院をしている人は自分でやること。
- ・やらないと患者の体調悪化やストレスにつながるのでは。
- ・生活行為に関してはヘルパーがやってもいいと思う。歯を磨いたりするのは、家の中では普通に生活行為になる。
- ・歯磨きについては、手が動かないので家ではヘルパーがやっている。入院中は、看護師が来てくれるか、訪問歯科医が入院先の歯科医なので、毎週来てくれる歯科衛生士が見に来てくれる。
- ・ケアをするのは、普段からコミュニケーションが取れていて、いつものやり方が出来るヘルパーの方にやってほしい。本能的に触ってほしくない場所等もあると思うので。
- ・喀痰吸引等に関してはヘルパーでも看護師でもどちらがやってもいいと思う。
- ・医療機器(吸引器、胃ろうの注入等)を使うものは看護師、生活用品を使うものはヘルパーという仕分けでどうかと思う。
- ・ヘルパーが生活のケアをすれば、その分看護師は他の患者の面倒が見られると思うので、双方にいいと思う。
- ・緊急度・優先度低い部分はヘルパーでいい。看護師は医療的行為の優先度の高い患者から世話をして、生活

行為で優先度が低くなっているようであればヘルパーが補うという形。

- 適時なタイミングで必要なケアをしなければ、病状が悪化し、かえって医療行為が必要になってしまったり、入院が長引くこともある。医療費が増加してしまう。

- 緊急度の低いケアを行うために、医療機関は看護補助者等を入れているはずだが、まったく足りていない。病院の全体の補助なので、痰が溜まった瓶を洗ったり、食事の補助等を行っていて生活ケアは行っていない。

## C-2. アンケート調査及び追加調査結果から、医療の専門的見地からの分析結果

分担研究1において把握された現状について、医療の専門的見地からの分析を試みた。詳細は「考察D-2」において示す。

### D. 考察

#### D-1. 制度施行のために明らかにすべき事項

以上の調査結果から、入院中の重度訪問介護の利用に係る制度施行のために明らかにすべき以下の事項について考察する。

##### (1) 重度訪問介護により入院中に必要とされるコミュニケーション支援の具体的内容について

原則として、「保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年4月30日厚生省令第15号）第11条の2 保険医療機関は、その入院患者に対して、患者の負担により、当該保険医療機関の従業者以外の者による看護を受けさせてはならない。（以下、「療担規則」という。）」の規定の範囲内でヘルパーによる支援を行うことが求められるところである。なお、「看護」とは、「傷病者若しくはじよく婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行うこと（保健師助産師看護師法第5条）」と規定されている。

今回の調査結果より、まず、以下に挙げる例については、現行の地域生活支援事業から引き継いで実施可能な支援内容（コミュニケーション支援の具体的内容）であると思われる。

- ・ ナースコールを代わりに押す
- ・ 見守り（ナースコールを適時に押すため）
- ・ 意思伝達装置の調整
- ・ 透明文字盤、口文字盤の読み取り
- ・ 表情や意味ある動き等の読み取り
- ・ 言語障害のある方の通訳

- ・ 普段のケアについて医療スタッフ等に伝達すること（口頭及び実演）

以上がコミュニケーションに関わることからであり、療担規則からの逸脱はないと考えられる。

一方、以下の行為例については、日常の生活行為であり、看護の一部である「療養上の世話」にあたるかどうかは、患者の状態等により個別に判断されることがらであるため、仮にヘルパーが行う場合には医療機関側と協議の上役割分担を行いつつ実施されるものと考えられる。

- ・ エアコン調整や日差しが強い時等のカーテンの開閉（個室等で部屋ごとに温度調整が可能で、患者側が自由に調整してよい場合）等
- ・ テレビ等電化製品の位置調整及び操作等
- ・ 布団のかけ外し（枚数調整）、整容（髪）、痒い部分をかく（皮膚疾患がない場合）等

そして、療担規則の規定から、明らかに病院内でヘルパーの業務として実施できないものの例としては以下が挙げられる。

- ・ 診療補助行為及び療養上の世話
- ・ 喀痰吸引、経管栄養の注入、医療機器の操作等の医療行為
- ・ 排泄介助、入浴介助（清拭含む）、更衣介助等の身体介助

##### (2) 入院中の重度訪問介護の利用が想定される障害者の具体的な状態像について

今回の調査では、ALSで人工呼吸器使用（気管切開）の方、脳性麻痺で言語障害のある方、知的障害で意思疎通が困難な方（行動障害あり）、ムコ多糖症Ⅱ型の方、筋ジストロフィー（夜間のみ鼻マスク型人工呼吸器使用）、重症心身障害者で意思の疎通が困難な方が実際の事例として確認された。

脳性麻痺の方は、肺炎による呼吸困難を伴っており、通常よりもさらにコミュ

コミュニケーションがとりづらい状況であったと思われる。

ALS、筋ジストロフィー、重症心身障害、脳性麻痺、高位頸髄損傷等で四肢麻痺がありかつ発声困難な方（状態像①）については、常時見守りが必要な状況となることは自明であり、異変に気付いても自分でナースコールを押すことはできず、さらに体調を訴えるには熟練したヘルパーの通訳が必要であることから、入院中の重度訪問介護の利用が想定される障害者の具体的な状態像として挙げられる。また、完全四肢麻痺等がある場合、発声以外のコミュニケーションは困難であるため、通常は発声が可能であっても、肺炎等症状の悪化により、発声が困難な状態で入院することも考えられる。入院中のコミュニケーション支援利用については、単に発声の有無だけではなく、入院時にその者が必要となるコミュニケーション内容や、過去の入院時の状況等も勘案して個別に判断する必要があるのではないかと。

また、知的障害で意思疎通が困難な方（行動障害あり）の場合（状態像②）、病室内の環境設定（気になる備品を片付ける、物を壊したり、怪我したりしないようにベッド等の位置調整をする等）が必要となり、また、点滴の引き抜き等も考えられるため、障害特性の情報の引継ぎも重要であり、身体障害とは異なる理由で、入院中の重度訪問介護の利用が想定される。

障害支援区分については、今回の調査ではすべて区分6の者であった。状態像②の場合のみ、区分6より下の場合であっても同様の障害特性を持つ者については対象とすべきとの意見があった。状態像①の場合は区分6に限ることについて一定の納得感が見られるため、一旦区分6限定で制度を開始し、状態像②については制度開始後も引き続き検討してはどうか。なお、状態像②の場合は、状態像①に比べ、短期間の引継ぎ期間となるケースもあり、費用面では小さいことが推測される。

### （3）入院中の重度訪問介護の利用が必要とされる期間について

在宅重度障害者の方が何らかの原因で入院する場合、よほどのことがない限り長期に入院することはないようだ。今回の調査でも最長で2週間であった。ALSの方の場合、コミュニケーションが特に困難であり、医療スタッフへの引継ぎが完了することは、この2週間以内ではほぼ不可能であろう。一方で、コミュニケーション（yes,no）の合図パターンがわかりやすい脳性麻痺の方や知的障害の方の場合では短期間に伝達が終わる場合もあった。しかしながら、行動障害がある方については環境調整の結果を評価する必要もあり、関わりが長期化する場合もあると考えられる。

いずれにしても、様々な障害像が想定される中、一律に標準的な期間を決めることは困難であり、利用者とのコミュニケーション方法や障害特性が、医療スタッフ側（病棟内で利用者に関わる方全員）に確実に伝達できるまでの間ということになる。

これらの意思統一を図るシステムが必要になるが、今回いくつかの事例でみられるように、相談支援専門員もしくはケアマネジャーが入り、役割分担や伝達期間終了時期等についてコーディネートすることが考えられる。また、相談支援専門員等が関わることにより、市町村との連絡調整や本人の権利擁護にもつながることが期待される。

### （4）入院する病院の種別（一般、療養、精神科等）による入院中の重度訪問介護利用の必要性に違いはあるかについて

今回の調査では、療養病床、精神科病床における事例がなく、全国の中核市以上への調査においても、精神障害者の利用はなかった。療養病床については、一時的な治療のための目的ではないこともあり、今回は在宅重度障害の地域生活を支援するという目的から、対象外として

よいのではないかと考える。

(5) 入院中の重度訪問介護の支給量は、在宅で支給決定されている重度訪問介護の支給時間を基礎とすることが考えられるが、これによらない支給量決定が必要な場合があるとすればどのような場合かについて

現行の地域生活支援事業における入院中のコミュニケーション支援については、支給量に上限を設けている市がほとんどであり、不足分は利用者の自費により賄っている事例もあった。今回の調査では、上限設定により必要量が下回っていることが考えられ、制度化にあたっては、在宅で支給決定されている重度訪問介護の支給時間を基礎とした上で、状態像に応じて支給量を勘案することでよいのではないかと考える。

(6) 重度訪問介護は、在宅時には身体介護等も含めて行われる。しかし、入院時にはコミュニケーション支援のみとなり、重度訪問介護従業者の業務内容が変更されるが、それに伴う介護報酬のあり方についてどのように考えるかについて

在宅ではヘルパーが行っていた身体介護は、病院では看護師が行うため、直接的な身体介護の時間は減るが、ALS の特性から、見守り、都度の要求へのコミュニケーション支援の対応が必要となる。また、在宅では必要なかった医療スタッフへの伝達が加わるため、業務内容が楽になるという感覚はないようである。

現行の地域生活支援事業におけるコミュニケーション支援では、深夜・夜間であっても単価は割増とならず、各種加算もつかないため、人件費が赤字となってしまうとの意見も見られ、このままの報酬では経営的にも厳しさがうかがえる。

重度訪問介護の報酬は、長時間滞在することで交通費等の経費が効率化できることを見込んで、1 時間当たりの単価を比較すると居宅介護の半額程度の単価に抑えられていることも踏まえると、入院中の支援に入ることをもって現状以下に

単価を引き下げることが現実的ではなく、仮に引き下げた場合、引き受ける事業者がなくなることも危惧される。

また、現行の重度訪問介護においても、見守り時間が長く適時に介護を要する利用者と、見守り時間は少なく頻回の介護が必要な利用者で報酬区分を分けているわけではない。さらに、通常の業務にはない医療スタッフ側への伝達行為も加わることを考えると、入院時に身体介護がないことをもって報酬を引き下げることが事業者の理解を得られにくいと考える。

## D - 2. アンケート調査及び追加調査結果から、医療の専門的見地からの分析

入院中の重度障害者については、仮に重度訪問介護を利用するとしても、院内における事故責任は病院側にあるため、医学的な安全を考慮し、喀痰吸引等の医療的ケアや身体介助については医療スタッフが実施することとなる。

しかしながら、実際に行った支援の内容を見ると、「食事の介助、排泄、呼吸器の取り付けや取り外し、オムツ交換」等もヘルパーが実施している例があった。

入院中の重度訪問介護の適切な利用を行うためには、以下の点に留意し、制度設計を行う必要があると考える。

### (1) 入院中コミュニケーション支援事業に係る医療側と介護側の認識の違い

現在の在宅療養と医療の関係が抱える問題が、そのままこの事業の問題・心配として表れているように感じた。具体的には以下の通りである。

- ① ケア、医療行為、生活行為、医療ケア、医療的ケアなどの用語の共通理解が不十分なこと。利用者によって少しは内容が異なる場合もあると思われるが、支援者が具体的な説明もなく使用してしまう傾向があり、混乱を生じる恐れがある。
- ② 介護者・家族は利用者との関係性に重きを置き介護行為を行っているが、医療職は原則として専門性により行為を規定している。もちろん専門性の発

揮のために、関係性は重要ではあるが、拠って立つ場の違い（「(3) 医療・介護の行動規範の差異の相互理解」参照）はある。この相互理解が不十分だとトラブルの原因になるのではないか。

- ③ 介護行為は「やってよいこと」「やるべきこと」を掲げるいわばポジティブリストによって規定されるが、医療職の職務は反対に原則ネガティブリストによるものであり、行為の裁量権が認められ自由度が高く、責任が重くなる。この違いの相互尊重が欠けているとトラブルの原因になるのではないか。

以上のような基底部分における認識に齟齬があることで生じる相互批判は、この事業の目標である「重度な障害者のコミュニケーション支援」を行う支援者同士が「コミュニケーション不足」を引き起こすという状況を作る心配があり、そういった状況に陥ればこの事業の意味を失ってしまう。

## (2) 医療的ケア・医療行為等の用語の整理（役割の理解）

在宅介護等で許されている喀痰吸引等の「医療的ケア」は、入院中は医療行為として、医療スタッフが行う行為になることを、介護者・家族が理解する必要がある。

病院内における「医療行為」については、病院の責任において看護師等の医療スタッフの手によって行われることの大原則を徹底する必要がある。

## (3) 医療・介護の行動規範の差異の相互理解

医療・介護の行動規範の差異について整理してみる。

### 医療の行動規範：

特に病院（入院中）では医療的専門性により利用者の行動を規制する場合がある。医学的禁忌事項が何か把握し、それ以外の事はできる限り行う。自由度が高く、責任が重くなる。（ネガティブリスト的な行動規範）

### 介護（福祉）の行動規範：

利用者の自己決定やQOLの向上を重んじ、家族と同様の関係性で利用者の行動を援助する。病院内においては療担規則（※P.24参照）の関係から「やってよい行為」を規定しそれを行う。（ポジティブリスト的な行動規範）

入院中であることを前提に、この行動規範の差異を両者が理解し、尊重しあうことが出来ればトラブルは抑えられると考える。

単なる「役割分担」という話ではなく、もっと根本的なお互いの「行動規範の差異」について相互理解することが重要である。

## (4) 相互理解を円滑にするツールの必要性

事業の啓発と円滑な継続のために、上述したような役割の違いについて、行政、医療機関側、介護事業者側、本人・家族の各々の理解を促す施策は必須であると思われる。そのためには、ポイントをわかりやすく示したパンフレットや理解度チェック表等のツールが必要であり、それらを活用した丁寧な説明と理解ができたかどうかの確認が必要である。

また、引継ぎや情報共有等の日々のコミュニケーションをとるためのシステムとして、利用者個人個人の「連絡ノート」

を作成してはどうかと考える。医療スタッフやヘルパーが交代しても情報の分断が生じず、試行錯誤の過程を残すことにより、相互理解や適切な支援につなげられると思われる。

#### (5) 医療側・介護側の相互理解の上立った連携・役割分担を患者個別に行うことの重要性

本事業は、有目的かつ有期限である医療機関入院時の支援であり、それゆえこの間の治療（責任の主体は医療機関）を円滑にし、合併症を減らし、できるだけ利用者の「快」を尊重することが求められる。

特に「コミュニケーション不足」による不慮の事故を含めた合併症の防止については気を付けなければならない。具体的には痰の吸引などの本人からの様々なSOSの訴えに適切に対処しなければならない。そういった意味でナースコールの代理管理や文字盤、表情での訴えを医療者に伝える行為はまず必要となるといえる。その他の病室の環境整備や整容介助などは、当該医療機関の安全管理規則との整合性が求められるかもしれない。これも上述の職種の相互理解と尊重のもと、話し合いによる連携が解決をもたらす。

#### (6) コミュニケーション支援により医療側も情報収集が容易になり、適切な退院後指導にも活用

本事業がうまく機能することにより、医療側の障害特性の理解が促進され、退院後の日常生活における問題点の相談・解決に積極的に関与できるようになるよう期待する。

### E. 結論

#### (1) 重度訪問介護により入院中に必要とされるコミュニケーション支援の具体的内容について

実施可能な支援内容（コミュニケーション支援の具体的内容）であると思われる

る行為の例。

- ・ ナースコールを代わりに押す
- ・ 見守り（ナースコールを適時に押すため）
- ・ 意思伝達装置の調整
- ・ 透明文字盤、口文字盤の読み取り
- ・ 表情や意味ある動き等の読み取り
- ・ 言語障害のある方の通訳
- ・ 普段のケアについて医療スタッフ等に伝達すること（口頭及び実演）

日常生活行為であり、「療養上の世話」にあたるかどうかは、患者の状態等により個別に判断される行為の例。

- ・ エアコン調整や日差しが強い時等のカーテンの開閉（個室等で部屋ごとに温度調整が可能で、患者側が自由に調整してよい場合）等
- ・ テレビ等電化製品の位置調整及び操作等
- ・ 布団のかけ外し（枚数調整）、整容（髪）、痒い部分をかく（皮膚疾患がない場合）等

病院内でヘルパーの業務として実施できない行為の例。

- ・ 診療補助行為及び療養上の世話
- ・ 喀痰吸引、経管栄養の注入、医療機器の操作等の医療行為
- ・ 排泄介助、入浴介助（全身清拭含む）、更衣介助等の身体介助

#### (2) 入院中の重度訪問介護の利用が想定される障害者の具体的な状態像について

ALS、筋ジストロフィー、重症心身障害、脳性麻痺、高位頸髄損傷等で四肢麻痺がありかつ発声困難な方（状態像①）及び知的障害で意思疎通が困難な方（行動障害あり）の場合（状態像②）が、入院中の重度訪問介護の利用が想定される。

障害支援区分については、当面区分6に限定し制度を開始し、状態像②については制度開始後も引き続き検討してはどうか。

### (3) 入院中の重度訪問介護の利用が必要とされる期間について

様々な障害像が想定される中、一律に標準的な期間を決めることは困難であり、利用者とのコミュニケーション方法や障害特性が、医療スタッフ側（病棟内で利用者に関わる方全員）に確実に伝達できるまでの間ということになる。

これらの意思統一を図るシステムが必要になるが、相談支援専門員もしくはケアマネジャーが入り、役割分担や伝達期間終了時期等についてコーディネートすることが考えられる。

### (4) 入院する病院の種別（一般、療養、精神科等）による入院中の重度訪問介護利用の必要性に違いはあるかについて

今回の調査では、療養病床、精神科病床における事例がなく、全国の中核市以上への調査においても、精神障害者の利用はなかった。療養病床については、一時的な治療のための目的ではないこともあり、今回は在宅重度障害の地域生活を支援するという目的から、対象外としてよいのではないかと。

### (5) 入院中の重度訪問介護の支給量は、在宅で支給決定されている重度訪問介護の支給時間を基礎とすることが考えられるが、これによらない支給量決定が必要な場合があるとすればどのような場合かについて

今回の調査では、上限設定により必要量が下回っていることが考えられ、制度化にあたっては、在宅で支給決定されている重度訪問介護の支給時間を基礎とした上で、状態像に応じて支給量を勘案することでよいのではないかと。

### (6) 重度訪問介護は、在宅時には身体介護等も含めて行われる。しかし、入院時にはコミュニケーション支援のみとなり、重度訪問介護従業者の業務内容が変更されるが、それに伴う介護報酬のあり方についてどのように考えるかについて

在宅ではヘルパーが行っていた身体介護は、病院では看護師が行うため、直接的な身体介護の時間は減るが、ALSの特性から、見守り、都度の要求へのコミュニケーション支援の対応が必要となる。また、在宅では必要なかった医療スタッフへの伝達加わるため、業務内容が楽になるという感覚はないようである。

重度訪問介護の報酬はもともと低く、仮に引き下げた場合、引き受ける事業者がなくなることも危惧される。

また、現行の重度訪問介護においても、見守り時間が長く適時に介護を要する利用者、見守り時間は少なく頻回の介護が必要な利用者で報酬区分を分けているわけではない。さらに、通常の業務にはない医療スタッフ側への伝達行為等、医療機関側との調整も加わることを考えると、現行の重度訪問介護の報酬体系を適用することが適当と考える。

### (7) 医療側の視点から円滑な制度の利用について

医療側・介護側の相互理解の上に立った連携・役割分担を患者個別に行うことが重要であることから、入院中コミュニケーション支援事業に係る医療側と介護側の認識の違いを埋めるため、本事業の支援者が最初に支援に入るときや、その後も日々の丁寧な話し合いが必要である。また、本事業のパンフレットや理解度チェック表等のツールを整備し、市町村等の理解度を深めることはもちろん、ケアマネジャーや相談支援専門員が医療側・介護側双方に制度理解を求めることも含めてコーディネートしやすい環境を整える方策が必要である。さらに、医療側・介護側双方の日々のコミュニケーションを図るためのツールとして、利用者個々の「連絡ノート」を作成し活用することが望ましい。

そして、コミュニケーション支援により医療側も情報収集が容易になり、適切な退院後指導にも活用されることが期待される。

## (8) おわりに

人工呼吸器装着者が在宅で生活できる時代となり、そのための制度も徐々に充実してきているが、そのような方は少数であり、そのような方の在宅生活や入院は極めて例外的な扱いとなっている。医療機関側も家族の付き添いを求めなくてはならないなど、通常の入院患者で想定される看護より多大な業務内容となっていることは今回の調査でも明らかである。これらの方々は、制度が想定していないいわゆる非定型の方々（特に重度な障害者）ということができるが、このような方々が安心して地域生活を送れるようにするための制度をきめ細かく構築していくことは今後とも必要なことと思われる。

そのような中、今回の法整備による「重度障害者が入院中にも引き続き重度訪問介護が利用できる制度」は、利用者、家族、重度訪問介護事業者、医療機関にとって、それぞれのメリットがある。ただし、療担規則の規定を踏まえた制度となることから、行政を含めた関係者への制度理解や、特に医療機関・重度訪問介護事業者間の根本的な（医療と介護（福祉）の行動規範の）相互理解がなければトラブルが生じる可能性もある。

また、制度化に当たっては、医療機関側の承諾書等の事務手続きの可能な限りの簡素化や緊急入院の際の円滑な支給決定も望まれる。

さらに、施設入所者やグループホーム入居者、介護保険利用者、障害児等で重度訪問介護を利用していない同様の利用者像の方々が入院する際の対応については残された課題と考える。

平成30年の制度化後の「地域生活支援事業」における「入院中のコミュニケーション支援事業」については、自立支援給付が対象とならない者への対応として是非継続していただきたいと考える。

## 参考文献

・河原仁志・中山優季，快をささえる難病ケアスターティングガイド，医学書院，2016年7月

・中島孝，ALSマニュアル決定版！，（株）日本プランニングセンター，2013年6月

・日本ALS協会，新ALSケアブック第二版，川島書店，2014年7月

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

## H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

**(資料) 自治体へのアンケート調査票**

**重度障害者の入院中のコミュニケーション支援についての実施状況について  
(アンケート調査)**

- ◆ Q1～Q9の設問にお答えください。
- ◆ 本アンケートは、**重度訪問介護の対象**(※)となるような**重度障害者**が入院したときの**コミュニケーション支援事業**についてお伺いするものです。(障害支援区分が軽度の方も対象となる手話通訳者派遣事業等についてのアンケートではありません。)
- ※ 障害支援区分4以上で、二肢以上の麻痺等又は知的障害若しくは精神障害により行動上著しい困難を有する者。

自治体名	
担当部署名	
担当者名	
電話番号	
メールアドレス	

**Q1** コミュニケーション支援を要する重度障害者(重度訪問介護の対象者(※)等)が入院したときに、入院中の医療機関に支援員を派遣して、コミュニケーション支援を提供する事業を実施していますか(国庫補助事業のほか、道府県補助、市単独事業も含む)

(※) 障害支援区分4以上で、二肢以上の麻痺等又は知的障害若しくは精神障害により行動上著しい困難を有する者。

【回答欄】(選択肢の中から該当する項目に○を付けてください。)

[    ①実施している                      ②実施していない    ]

※ 「②実施していない」を回答された場合、本調査は以上になります。

SQ 「①実施している」の場合、事業創設年度を記入してください。                      [ 平成\_\_\_\_年度 ]

**Q2** 実施事業の対象者の要件について記入してください。

【回答欄】(自由記述)

※ 設問への回答が事業実施要綱に記載されている場合、記載箇所を記入してください。

(記入例①)

①かつ②の要件を満たすこと。障害児の場合はこれらと同等と認められる児童。

①：身体障害者手帳1級

②：障害支援区分認定調査項目3-3及び3-4が3又は4

(記入例②)

事業実施要綱の●のとおり。

**Q3** 実施事業の対象となる入院先医療機関の要件について記入してください。

【回答欄】(自由記述)

※ 設問への回答が事業実施要綱に記載されている場合、記載箇所を記入してください。

(記入例①)

保険診療の対象となる医療機関全て。ただし、精神科病院及び一般病院の精神科病床については、必要性を入院先医療機関にヒアリングした上で利用の可否を決定する。

(記入例②)

事業実施要綱の●のとおり。

Q 4 実施事業の利用時間及び利用期間の上限について記入してください。いわゆる「非定型」の利用も認めている場合、その判断基準も記入してください。

【回答欄】（自由記述）

※ 設問への回答が事業実施要綱に記載されている場合、記載箇所を記入してください。

（記入例①）

①及び②の範囲内で利用できる。【①：200時間かつ30日以内／1回の入院、②：8時間以内／1日】  
なお、四肢の麻痺があり、かつ、人工呼吸器を装着しており、親族等が県外に居住している場合においては、上記の上限は適用せず、必要と認める時間利用できる。

（記入例②）

事業実施要綱の●のとおり。

Q 5 支援の提供主体の要件として、特定のサービスを提供している必要がありますか。

【回答欄】（選択肢の中から該当する項目に○を付けてください。）

[ ①特定のサービスを提供している必要はない      ②特定のサービスを提供している必要がある ]

S Q 「②特定のサービスを提供している必要がある」の場合、具体的なサービス名を記入してください。  
※ 設問への回答が事業実施要綱に記載されている場合、記載箇所を記入してください。

（記入例①）

障害者総合支援法及び介護保険法に定められる各サービス。

（記入例②）

居宅介護、重度訪問介護のみ。

（記入例③）

事業実施要綱の●のとおり。

Q 6 支援員の要件として、特定の資格等を有している必要がありますか。

【回答欄】（選択肢の中から該当する項目に○を付けてください。）

[ ①特定の資格等を有している必要はない      ②特定の資格等を有している必要がある ]

S Q 「②特定の資格等を有している必要がある」場合、具体的な資格等の名称を記入してください。  
※ 設問への回答が事業実施要綱に記載されている場合、記載箇所を記入してください。

（記入例①）

重度訪問介護従業者養成研修基礎課程以上の研修修了者

（記入例）

事業実施要綱の●のとおり。

Q 7 平成27年度の実施事業の実績を以下の表に記入してください。

【回答欄】

総費用額	利用者数 (実)						利用日数 (延べ)	利用時間 (延べ)	
	主な障害種別	障害支援区分							
円	身体	1	2	3	4	5	6	日	時間
	人	人	人	人	人	人	人		
	主な障害種別	障害支援区分						利用日数	利用時間
	知的	1	2	3	4	5	6		
	人	人	人	人	人	人	人	日	時間
	主な障害種別	障害支援区分						利用日数	利用時間
精神	1	2	3	4	5	6			
人	人	人	人	人	人	人	日	時間	

※ 「総費用額」は、事業全体の実績額を記入してください。  
 ※ 「主な障害種別」以降の項目は、「主な障害種別」毎に記入してください。  
 ※ 「利用日数」及び「利用時間」は、事業の対象となる日数等を記入してください。  
 ※ 「利用時間」は、分単位で把握されている場合は次のとおり計上してください。(100時間30分⇒100.5時間)

(記入イメージ)

総費用額	利用者数 (実)						利用日数 (延べ)	利用時間 (延べ)	
	主な障害種別	障害支援区分							
10,000,000円	身体	1	2	3	4	5	6	180日	3,000時間
	7人	0人	0人	0人	0人	2人	5人		
	主な障害種別	障害支援区分						利用日数	利用時間
	知的	1	2	3	4	5	6		
	2人	0人	0人	0人	2人	0人	0人	45日	200時間
	主な障害種別	障害支援区分						利用日数	利用時間
精神	1	2	3	4	5	6			
1人	0人	0人	1人	0人	0人	0人	30日	100時間	

Q 8 平成30年4月以降の実施事業の運用予定を教えてください。

【回答欄】(選択肢の中から該当する項目に○を付けてください。)

[ ①継続する(重度訪問介護の利用とは、利用者が自由に選択する)  
 ②継続する(重度訪問介護が利用できる者は対象者から除く)  
 ③廃止する  
 ④その他( ) ]

Q 9 実施事業において、医療機関等との調整や利用者とのトラブル等のような点で苦慮されたことがあるか記入してください。

【回答欄】(自由記述)

調査は以上になります。御協力ありがとうございました。なお、アンケートについて詳細をお尋ねするため御連絡することもありますので、あらかじめ御了承くださいますようお願い申し上げます。