

平成 25 年度厚生労働省小児等在宅医療連携拠点事業
(平成 28 年度千葉県小児等在宅医療連携拠点事業)

医療的ケアのある子どもに対する 相談支援手引書

医療法人社団麒麟会
(平成 25 年度小児等在宅医療連携拠点事業受託者)
千葉県総合支援協議会相談支援専門部会
千葉県総合支援協議会療育支援専門部会
千葉県障害児等支援在宅医療・訪問看護研究会
千葉県健康福祉部障害福祉課

平成 29 年 3 月改定
(平成 26 年 3 月作成のガイドラインを改定)

*医療的ケアのある子どもと家族に対する相談支援の基本的要点を、計画相談プロセスに合わせて記載した。また、チームケアをまとめる役割を担う相談員が、自身の実践を客観的に自己評価できるよう指標を作成し、それと同時に、家族支援をチームで実践する上での、各職種に期待される役割をまとめ記載した。

手引書作成に当たり、子どもと家族に関わる医療機関・地域のチームメンバーの方々へ	2
1. 手引書作成の目的	3
2. 医療的ケアのある子どもに対する相談支援手引書作成の背景	4
1) 平成 25 年医療的ケア児に対する相談支援の現状調査結果	4
2) 調査結果からわかったこと	5
3. 手引書の活用方法と留意点	6
4. 手引書についての問い合わせ窓口	6
5. 医療的ケアのある子どもに対する相談支援の意義と役割	7
1) 相談支援の意義	7
2) まずは、子どもに対する役割を遂行しよう	7
3) 重症心身障害児等の地域生活を支えるための視点	7
4) 養育者が子どものライフステージに感じる不安と相談支援の要点	9
5) ライフステージにおける意思決定支援	10
6. 医療的ケアのある子どもとは	13
7. 相談支援のプロセス	17
1) 相談の受付・インテーク面接	17
2) アセスメント	19
3) 子どもが入院している医療機関と地域をつなぐ医療連携シート等の活用	22
4) 家族の強みや支援の必要な事項を明らかにし、共有するためのアセスメント	22
5) 在宅での医療機器の管理	23
6) ケアプラン作成上の留意点	23
7) 医療的なサービス導入のプロセス	24
8) ケアプランの実行及びモニタリング	25
8. 相談支援専門員の在宅医療介護従事者との顔の見える関係自己評価尺度（表 9）	29
9. 子どもの在宅療養における相談支援専門員の連携推進行動評価尺度（表 10）	30

参考資料

退院調整支援シート	31
退院調整支援シート 記入上の注意事項	33
一次アセスメント票（障害児版）	36
一次アセスメント票（障害児版） 記入上の注意事項	38

手引書作成に当たり、子どもと家族に関わる医療機関・地域のチームメンバーの方々へ

医療的ケアを行いながら暮らす子どもが増えています。このような子ども達と家族には、医療と福祉・保健・教育・行政の連携で生み出される社会資源の活用が必要といわれています。各領域のサービスをコーディネートし、子どもと家族の暮らしを支援する役割としてコーディネーターが必要とされています。

暮らしを支えるコーディネーターには、相談支援専門員や相談支援専門員の免許を有する医療職等が役割を担うことを期待されています。しかしながらこの制度は、始まったばかりであり、初心者であることも多々あると思います。

医療者は、在宅移行期から相談支援とは何か？どのような役割があるのか？介護保険のケアマネジャーとの相違点を理解し、連携することが今後求められます（在宅移行期からの退院調整担当者や訪問看護師、相談支援専門員の役割については16ページを参照ください）。

・どこに連絡すれば相談支援専門員にアクセスできるの？

千葉県は、中核生活支援センターが県内にあります。おおよそ地域にある福祉系の資源について、中核生活支援センターが把握していることが多いです。そのため、医療者は県内各地域で連携可能な相談支援専門員を見つけたいと考えた場合、中核生活支援センターへ問い合わせることをお勧めします（中核生活支援センター（<https://www.pref.chiba.lg.jp/kenshidou/shien/chuukaku/kaisetsu.html>））。もしくは各地域の障害福祉課や委託型相談支援事業所といわれる相談支援の事業所等に連絡してください。

・チームで育成するコーディネーターは地域の大切な人的資源です

先にも述べたとおり、始まったばかりの制度です。そのため、不慣れな人が担当となることもあると思います。そもそも調整役なので、相談員自身がすべて医療も教育も把握している必要はありません。故に万能である必要はなく、養育者と一緒に悩み、子どもと家族の暮らしの支援を行うため必要となる各領域の専門職を集め、チームで支援を提供し、支援の調整を行いながら長期的に子どもと家族に寄り添うことができる専門職であります。

不慣れな相談員であっても、子どもと家族と真摯に向き合い支援する姿勢を持った人材であれば、長い目で見た場合には必ず地域の人的資源となります。みんなで育てて行きましょう！

1. 手引書作成の目的

目的： 初めて、医療的ケアのある子どもに対する計画相談を相談支援専門員（以下相談員と略す）が担当する場合に、介入の段階からの留意点を示し、介入方法を理解し、計画相談を実施できるよう手引書を作成する。

医療機関から在宅へ移行する子どもと家族への支援を行う際、院内の関係者（想定される職種：MSW・退院調整担当者・小児専門看護師等）が、地域における相談員の役割と限界について理解を深め、つなげることができるよう手引きを作成する。

相談支援とは

地域の障害児者の福祉に関する各般の問題につき、障害者等、障害児の養育者又は障害者等の介護を行う者からの相談に応じ、必要な情報の提供及び助言を行い、あわせてこれらの者と市町村及び第29条第2項に規定する指定障害福祉サービス事業者等との連絡調整その他の厚生労働省令で定める便宜を総合的に供与する（障害者総合支援法第5条第17項より抜粋）。

相談支援におけるケアマネジメントの意義と目的

相談支援におけるケアマネジメントの目的は、「人間の尊厳を守ること」「自己決定・自立をささえる事」であり、自己決定と自立は本人及び家族（介護者）の生活の質と深く結びつき、日常生活における「利用者の自立」と「家族の自立」を支援する事によって具体的に現れる。このために、法の中にケアマネジメントが位置づけられています。

特に子どもを対象とした支援では、子どもの権利擁護（生きる権利・守られる権利・育つ権利・参加する権利）が大きな役割となります。

2. 医療的ケアのある子どもに対する相談支援手引書作成の背景

医療的ケアのある子どもへの相談支援には、多くの相談員から「自分たちが関わって役に立ってるのか？」

「医療がなければ生命に危機的なことが起こりそうで、責任が取れず、怖い」といった声が聴かれています（下記の平成 25 年県内の相談支援事業所アンケート結果より）。また、医療機関を退院することになった子どもと家族への支援を担う医療機関の担当者からは、「退院後に暮らしていくうえで不安に思うことや活用できる社会資源の提案や、子どもと家族に寄り添ってくれるコーディネーターとして相談員に機能してほしい」「相談員にアクセスするにはどこに連絡すればよいのか？」等といった意見が寄せられています。医療的ケア児の相談支援は、医療・福祉・教育・保健・行政が連携しなければ実施することはできません。その為、医療者が相談支援についての理解を深めてもらうと同時に各地域の相談員にアクセスが必要となった場合に即座につながるができる方策を示す必要がありと考え、医療的ケア児への相談支援の初心者、医療機関から在宅移行支援を実施する際の担当者を対象として、手引書を作成することとしました。加えて、医療的ケアのある子どもと家族の自立を支援するため、千葉県では医療的ケアのある子どもと家族に対する計画相談を、相談員が少しでも実践しやすいよう、医療的ケアのある子どもと家族への相談支援手引書を作成し、どこに住んでいても安心して安全な在宅療養の実現を目指したいと考えました。

1) 平成 25 年医療的ケア児に対する相談支援の現状調査結果

千葉県障害福祉課では、平成 25 年度厚生労働省小児等在宅医療連携拠点事業の一環として、今後医療的ケアのある子ども達への役割遂行が期待される相談員が、現状医療的ケアのある子どもと家族の支援についてどのような考えを持っているか、現状を調査することとし、アンケートを実施しました。

■アンケート対象者：千葉県内事業所に所属する相談員

■回答者の属性（一部のみ紹介）

県内 140 名の相談員から回答が寄せられ、回答者の大半は 3 年未満の相談員でした。

表 1		n=140
回答者の内訳		
1 年未満		(35.7%)
1 年以上 3 年未満		(30.0%)
3 年以上 10 年未満		(24.3%)
10 年以上		(10.0%)

140 名中約 35%の相談員が、今後計画立案を行う予定がないと回答しました。その理由として、「医療的ケア、子どもに対する心理的距離感」・「人員の不足・各地域において活用できる給付事業のばらつきによる計画立案の困難感」を、相談員が主に感じていることがわかりました(表 2 参照)。

表 2

n=51

医療的ケアのある子どもの支援計画を作成しない(するつもりがない)理由		
1	医療的ケアに関する知識が不足していると感じるから	(70.6%)
2	医療的ケアのある子どもの生活の実態を知らないから	(56.9%)
3	事業所の相談員数が不足しているから	(47.1%)
4	医療的ケアに対応できる利用可能な地域資源(福祉)がないから	(25.5%)
5	子どもに対応できる利用可能な地域資源(医療)がないから	(15.7%)
6	医療的ケアがあることで責任が重くなりそうだから	(15.7%)
7	利用可能な地域資源(医療・福祉以外)がないから	(13.7%)
8	医療的ケアがあることで関係者間の連携が難しそうだから	(13.7%)

2) 調査結果からわかったこと

昨今では超重症児と呼ばれる医療依存度の高い子ども達、いわゆる医療的ケア児の在宅療養が全国的に増加しています。その子どもと家族が、医療的ケアの負担を周囲からの支援を受け軽減し、家族全体が自立して住み慣れた地域で、安心して暮らせることが重要となります。暮らしの支援は相談員の役割です。故に子どもと家族には、相談員の存在が必要不可欠です。

140 名の相談員の回答から、医療的ケアのある子どもの計画相談を受けるために必要と考える事項は、知識の修得や医療的ケアのある子どもの生活や家族への理解であることがわかりました(表 3 参照)。

表 3

n=140

医療的ケアのある子どもの計画相談を受けられるようにするために必要なこと		
1	医療的ケアに関する知識	(86.4%)
2	医療的ケアのある子どもに支援計画を作成した事例の紹介	(77.9%)
3	医療的ケアのある子どもの福祉サービス利用の実態に関する情報	(75.7%)
4	医療的ケアのある子どもの生活に関する知識	(72.9%)
5	医療的ケアのある子どもと暮らす、家族全体をアセスメントするための知識	(62.1%)
6	医療的ケアのある子どもの養育者の心情を理解するための知識	(52.1%)
7	その他	(11.4%)

そこで、初めて医療的ケアのある子どもを受けた相談員に活用してもらうことを想定し、実際の支援現場で有効に活用していただけるよう、アンケート結果から読み取れた、相談員が相談を受けるために必要と考えている事項を盛り込んだ手引書(表 3 の 1・2 番は今後研修を通じて情報を配信予定)を作成しました。

3. 手引書の活用方法と留意点

医療的ケアのある子どもと家族に対する相談支援は、他の障害児への相談支援と原則は同じです。子どもたちにとっては、医療的ケアが生活上のケアに相当するため、日常生活に医療が必要です。その為相談員はケアプランに医療的ケアを位置づけ、連携チームに医療者が参画し、他職種との橋渡しを行うことが必要になります。

本手引書では、相談支援を行うに当たり、医療をどのように計画相談や相談支援業務に盛り込むか、その要点について記載しました。

また平成 27 年度に厚生労働省科学費補助金障害者対策総合研究事業にて重症心身障害児者（以下重症児者と略します）の支援者・コーディネーター育成研修プログラムが開発されました。今後は、医療的ケアのある子どもと家族への相談支援を行う場合、上記研修を受けていることが推奨されるようになります。手引書で不明な点や実践しながら悩んだ場合は、上記テキストを参照ください。

4. 手引書についての問い合わせ窓口

本手引書は、医療社団法人麒麟会、千葉県総合支援協議会相談支援専門部会、千葉県総合支援協議会療育支援専門部会、千葉県障害児等支援在宅医療・訪問看護研究会での検討を通じて作成されました。手引書の内容や医療的ケアのある子どもに対する相談支援を行う上で困ったことや相談したいことが生じた場合、下記にご連絡ください。

窓口① 淑徳大学看護栄養部地域看護学領域

連絡先 043-303-1888（担当者：谷口）

窓口② 千葉県健康福祉部障害福祉事業課 療育支援班

連絡先 043-223-2336

5. 医療的ケアのある子どもに対する相談支援の意義と役割

1) 相談支援の意義

皆さんは、医療的ケアのある子ども・家族にとって相談支援専門員は、どのような役割を担っているとお考えですか？大半の相談支援専門員は「自分たちは医療のことはわからないから、子どもや家族の役に立てないのでは？」とお考えではありませんか？

医療のことを理解するには、医療的ケアのある子どもの相談支援を経験することが近道です。また、医療のことは医療者に訊ね、理解を深めていくことで医療者との信頼関係を構築することができます。相談支援専門員は、万能である必要はありません。知らないことを教示してくれる信頼できる仲間作りができる力が求められます。

相談支援の意義は、子どもと家族に対する生活全般に関心を寄せ、よりよい方法を一緒に考え、長い道のりを伴奏しながら本人、家族を持っている力を高めていく、すなわちエンパワメントすることです。

2) まずは、子どもに対する役割を遂行しよう

子どもは必ず成長・発達していきます。子ども本人の成長と発達を支援するため、活動・参加を支援する視点が必要です。その為には多職種がチームケアを実践しなければなりません。ここではICF（International Classification of Functioning, Disability and Health:ICF）モデルを使用して、各々の職種が中心的に担う役割の一例を提示します（図1・2参照）。

相談支援専門員は、子どもの成長と発達を支援するために必要な専門職によって構成されるチームを作ることが役割です。また、その際忘れてはならないことは本人、養育者、家族もチームの一員であるということです。

加えてややもすれば、養育者の負担軽減を目的とした支援体制を構築することが支援の目標となっている場合もあります。家族への支援はあくまで子育て支援と位置づけられています。子育て支援とは、養育者の「子どもの育ちを支える力」の向上を支援する為の方策です。重症心身障害児の養育者には過重な養育負担がかかっている場合もあります。その際、養育者の行うケアを一時的に代行する支援は必要ですが、養育者が親としての役割を果たすことを支援することも必要です。

3) 重症心身障害児等の地域生活を支えるための視点

平成27年厚生労働省科研にて作成された重症心身障害児者コーディネーター育成テキストには以下5項目について書かれています。

- 1) スtrenグスモデルの視点で本人の理解を深めていくこと
- 2) 疾患・障害に生活ニーズを合わせるのではなく、疾患・障害を正しく理解することで生活ニーズを豊かにできるかを探っていく
- 3) 「できる」「できない」の視点でなく、どのような視点があればできるか探っていく
- 4) 本人の生きにくさ、暮らしづらさはどこにあるのかを探り、見えないニーズ・課題に向き合う
- 5) ライフステージに応じた発達支援と、自立に向けての支援
- 6) 虐待の早期発見と防止、権利擁護の視点を持ってアセスメントをする

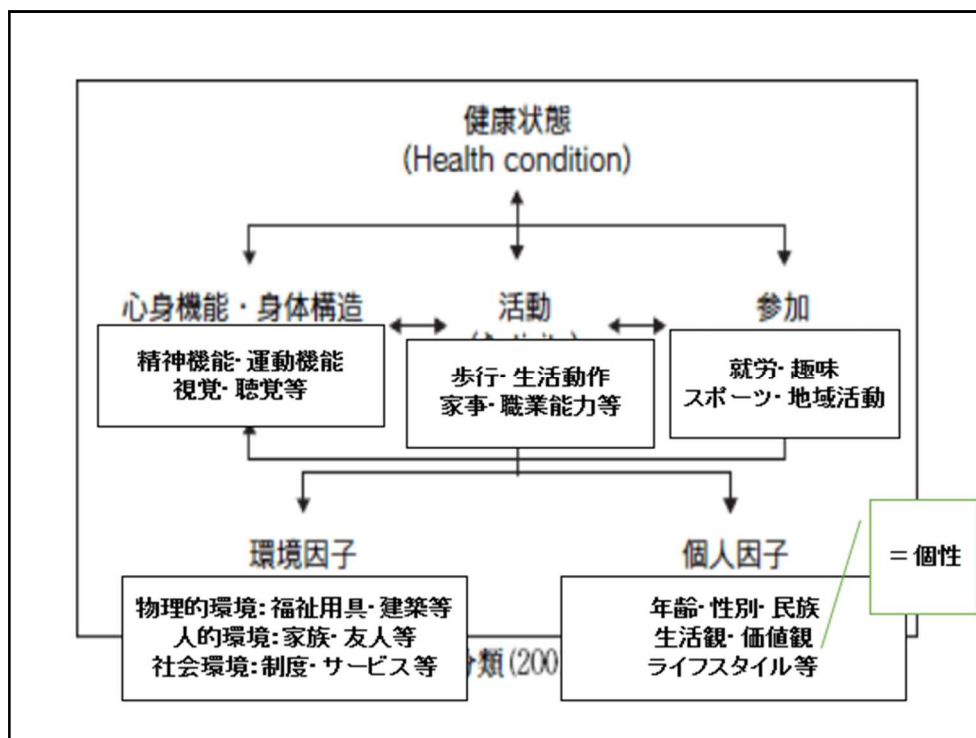


図 1. WHO が提唱している生活機能モデル

ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)

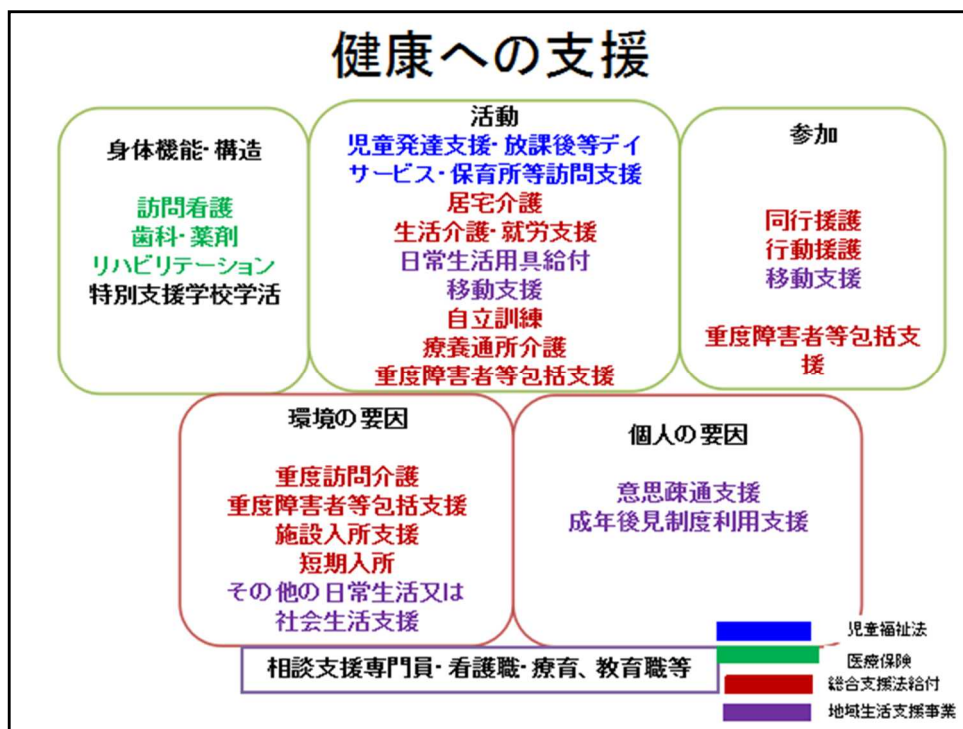


図 2. 健康を構成する各項目に対し、中心的に支援を実施する社会資源例

* 転写禁止

4) 養育者が子どものライフステージに感じる不安と相談支援の要点

(1) 在宅移行期

医療的ケアのある子どもと家族に対する退院後の生活での不安を調査した結果、不安に思うことは医療に関することを始めとし、生活や地域に関する不安があることがわかりました(表4参照)。また医療依存度が高ければ高いほど、生活への負担が増加するとも言われています。

子ども・家族が抱える生活上の不安は医療者だけでは軽減できません。相談支援専門員や行政の一般相談の担当者とチームで関わり、資源を活用し、生活の負担や不安軽減に対する働きかけを行う必要があります。

また相談員の最大の役割は、「行政や事業所にとらわれない中立な立場での支援」「本人に寄り添う」ことと言われています。中立な立場での支援とは、相談員が所属する施設長や行政職員等の立場や権限を行使し、中立・公平を損ねることは決してあってはならないことを指しています。かつ、本人や家族の自己決定性の尊重を厳守することで本人に寄り添う支援となると言われています。この役割は医療的ケアのある子どもと家族にとっても、重要となります。

(2) 就学前(就学相談とライフサポートファイルの作成)

乳幼児期では、状態が不安定なことも多々あり医療職への相談事が多い場合もあります(図3参照)。そんな時は、連携している医療職へ相談対応してもらえる体制をつくります。手帳の申請や更新には、児童家庭相談所とのやり取りも必要です。

最近では3~4歳で「子どもの小学校をどうしたらいいんだろう?」と、子どもの教育について不安を感じる養育者が増えてきました。これは障害種別関係なく、障害を持った子どもを持つ養育者共通の不安です。それに対しては、各自治体の教育委員会が設置している「就学相談」の利用を養育者へ提案しましょう。また、就学相談や児童家庭相談所では、子どもの誕生からの経緯や子どもの嗜好等多くの情報を提示しなければなりません。そのため可能な限り、幼少期からライフサポートファイルの意義と必要性を養育者へ説明し、作成を促し、各機関と養育者が子どもに有効な情報を共有できるよう支援しましょう。

(3) 学童期(放課後、夏休みの活動の場の確保・二次障害の予防)

学童期は状態も安定し、比較的過ごしやすい時期であり、成長と発達の促進を目的に教育(学校へ通学もしくは訪問学級にて)を受ける時期です。この頃は、夏休みや放課後の活動の場をどこで確保するか、それにまつわる移動支援が養育者にとって関心事となる傾向があります。それを想定し就学前から、養育者と放課後、夏休みの過ごし方について話し合っておきましょう。

また、第二次性徴と共に、小学校高学年から中学にかけて身体機能や構造に変化がみられる子どももいます。特に未就学時期から予想して支援が必要な変化は、「側わん症」「関節脱臼」です。これにはリハビリテーションが有効です。上記疾患は、予防策が重要であり、乳児期からリハビリテーションを受けることが有効です。現在では医療機関を受診しうけるリハビリテーションだけでなく、通園、訪問といった形態のリハビリテーションサービスもあります。乳幼児期からリハビリテーションを継続し、子どもの身体変化を予防できるよう支援しましょう。

(4) 青年期（学校卒業後の生活へのイメージ作り）

中学3年生から高校入学後は、比較的状态が安定してくる子どもが多い時期です。

この時期は養育者も「ほっ」と安心できる時期でもあります。しかし、相談員は安心している場合ではありません。この時期はサービスが「総合支援法」「地域生活支援事業」に移行する時期であり、子どもから成人へ移行する時期でもあります。そのため、18歳を目処に地域で活用できるサービスを組み立てなおす視点を相談員が早々に持っていること、またそれについて養育者の認識を促し、卒業後の生活をどのように組み立てて行くことが子どもと家族にとって有益となるか、人生の意思決定支援をする役割が求められます。この際、将来的に養育者自身も「高齢」となっていくことを想定にして支援を進めることが肝要です。

図4. 子どものライフステージにおける支援の要点と相談支援専門員の役割

ライフステージでのおおよその支援の要点				
発達段階	乳幼児期	学童期	青年期	成年移行期
考えられる状態	状態不安定	安定	安定	身体機能・構造の変化による状態不安定の可能性
医療	本人の状態の安定・成長発達・家族支援・多職種との連携	成長による身体的変化への対応 年齢・状態に応じた支援の継続		
福祉	生活・家族支援	→		
教育・療育	身体機能・構造・知的活動の発達を促進するための療育・34歳からの就学に向けた相談支援	就学	就学 高校卒業後を見越した関わり開始	社会での新たな居場所の確保 社会とのつながりの再構築
相談支援専門員 訪問看護師	ライフイベントに伴う本人・家族の意思決定支援	身体機能と構造の維持・改善を目的としたリハビリテーション →		

5) ライフステージにおける意思決定支援

相談支援は、各ライフステージにおける養育者の意思決定を支援する役割があります。意思決定には、生命・人生・生活にまつわるものがあるとされています（図5）。生命にまつわる意思決定は医療者を中心に行われることが多いと考えます。だからといって、相談員に役割がないわけではありません。中には、養育者自身の考えを養育者と一緒に医療者へ伝えることを支援しなければならない場合や養育者の思いに寄り添いながら養育者が最善と考える意思決定がなされるようかなり関わる必要のある場合もあります。医療との連携で相談員は、医療者と保護者をつなぐ役割を担う必要があります。

人生や生活における意思決定支援は、他の障害児に対する支援の同様です。
相談員は、自身の価値観を保護者に押し付けることなく、意思決定支援を行いましょう。

図5. ライフステージにおける意思決定支援

各時期の主たる意思決定の種類						
	入院7日 以内	入院後 1か月 以内	在宅導入期	移行期	生活期	成長期
必要と予測 される意思 決定の領域	生命の領域	生命の領域	人生の領域	人生・生活 の領域	人生・生活 の領域	生命・人生・ 生活の領域
支援の中心 となる職種	医師・病棟 看護師・臨 床心理士等	医師・病棟 看護師・臨 床心理士等	医師・病棟 看護師・退 院支援担当 者・訪問看 護師・相談 支援専門員	医師・病棟、 外来看護 師・退院支 援担当者・ 訪問看護 師・相談支 援専門員	相談支援専 門員・訪問 看護師	医師・看護 師・MSW・ 訪問看護 師・相談支 援専門員・ 教育関係者

表 4. 養育者がライフステージで不安に感じること

養育者が感じる不安	
分野	具体的な心配ごと
1. 医療に関する不安	①病状・急変に対する恐怖、病状悪化時の受診の判断 ②日常的なケアや病状への対応の困難さ ③医療者の対応に対する不安 ④医療的物品の調達方法
2. 一緒に暮らす家族に関する不安	①子どもと家族の世話をともにしなければならない負担感 ②子どもに縛られ自分のことができない閉塞感 ③兄弟のニーズが満たせない葛藤 ④他の家族に負担がかかることに対する葛藤
3. 経済負担に関する不安	①経済的な負担感 ②養育者が働きたくても働けない環境に対する葛藤 ③経済的制約でサービス利用が制限されることへの不安
4. 地域の支援者や仲間に関する不安	①同じ立場の仲間の見つけ方やつながり方がわからない孤独感 ②何かあったときに地域で相談にのってくれる人がわからない不安
5. 在宅の療養を支援する制度や社会資源の活用に関する不安	①支援制度や社会資源のことがわからない不安 ②一番初めに誰に、制度や資源のことを聞けばよいかわからない不安 ③関わりを持つ人がそれぞれどのような役割を担ってくれる人なのかわからない不安

6. 医療的ケアのある子どもとは

(千葉リハビリテーションセンター愛育園園長 石井光子著)

昨今、様々な疾患を持ちながら在宅療養を行う、子ども達が増えています。計画相談の対象となる子どもは、生活及び療育に給付資源の活用が必要な状態にある子どもとなります。

医療的ケアのある子ども達を以下のように大別することができます。

医療的ケアの必要な計画相談の対象となる子どもは、生活及び療育に給付資源の活用が必要な状態にあります。

(1) 医療的ケアとは

医療的ケアとは在宅で日常的に行われる様々な医療行為のことです。具体的には医療機関から定期的に指導管理を受けている以下のような医療行為が医療的ケアに該当します。

- * 経管栄養（胃瘻・経鼻・腸瘻など）
- * 中心静脈栄養
- * 酸素投与
- * 吸引（鼻口腔・気管切開部）
- * 吸入
- * 気道確保（気管切開・鼻咽頭エアウェイなど）
- * 呼吸器管理（マスク型呼吸器も含む）
- * 導尿・膀胱瘻
- * 人工肛門・洗腸・浣腸
- * 血糖測定・インスリン注射
- * 腹膜透析

(2) 超重症児・準超重症児

医療的ケアの大変さを表す指標として「超重症児スコア（表 5 参照）」という指標があり、診療報酬の評価にも反映されています。医療者に『超重症児』か『準超重症児』を判定してもらうと、区分判定や計画立案に活用することもできます。

表 5 超重症児(者)・準超重症児(者) 判定基準

1	運動機能：座位まで	
2	判定スコア	
	1) レスピレーター管理	10
	2) 気管内挿管・気管切開	8
	3) 鼻咽頭エアウェイ	5
	4) O2 吸入又は SP02 値 90%以下の状態が 10%以上みられる場合	5
	5) 1 時間に 1 回以上の頻回な吸引がある	8
	1 日 6 回以上の頻回な吸引がある	3
	6) ネブライザー 6 回/以上もしくは継続して使用している	3
	7) 中心静脈栄養（高カロリー輸液）を実施している	10
	8) 経口摂取（全介助）	3
	経管栄養（経鼻・胃瘻を含む）	5
	9) 腸瘻・腸管栄養	8
	持続注入ポンプを使用（腸瘻・腸管栄養時）	3
	10) 手術・服薬で改善しない過緊張な状態にあり、発汗による更衣と姿勢修正を 1 日 3 回以上行わなければならない状態	3
	11) 継続する透析（腹膜灌流を含む）	10
	12) 1 日 3 回以上の定期的な導尿	5
	13) 人工肛門	5
	14) 1 日 6 回以上の体位変換	3

判定：運動機能が座位までであり、かつ、2 の判定スコアの合計が 25 点以上の場合を超重症児(者) 10 点以上 25 点未満である場合を準超重症児(者) とする。

(3) 疾病や状態像

医療的ケアがあっても、それぞれの子どもが抱える疾病や状態は様々です。障害や状態像によって相談支援の内容も異なってきます。

① 重度脳障害

脳に重度の障害があると、運動障害と知的障害を合併することが多く、「大島分類（右表）」を用いて、その障害像を表すことがあります。大島分類の1～4は『重症心身障害児』に相当します。

重度脳障害の原因には、脳性麻痺、脳奇形、染色体異常、脳炎・脳症、低酸素性脳症、頭部外傷、脳血管障害など、様々な疾病があります。その多くは進行性の疾病ではありませんが、成長に伴って合併症が重度化して、医療的ケアが増えていくことがしばしばあります。

					IQ
21	22	23	24	25	80
20	13	14	15	16	70
19	12	7	8	9	50
18	11	6	3	4	35
17	10	5	2	1	20
走る 歩く 歩行障害 座れる 寝たきり					

② 脊髄疾患

運動障害に加え、神経因性膀胱（導尿など）、直腸機能障害（洗腸・浣腸）を合併することが多いです。

二分脊椎、脊髄炎、脊髄損傷など様々な疾病があります。

③ 未熟児出生による呼吸障害や摂食障害

未熟児で出生した子どもの中には、摂食障害（経管栄養）、慢性肺疾患（酸素投与など）、喉頭・気管軟化症（気管切開）などの医療的ケアを抱えて退院する子どもがいます。しかし成長と共に医療的ケアが不必要になることが多いです。

④ 神経難病や筋疾患

運動障害が主ですが病態が進行性（疾病によって異なりますが）であることが特徴です。知的障害や感覚障害を合併することもあります。

⑤ 悪性腫瘍

治療継続中の子どもの他、対症療法をしながら終末期を在宅で過ごしている子どももいます。

⑥ その他の内臓疾患

小児でも、心疾患（酸素投与など）、腎疾患（腹膜透析）、消化管疾患（人工肛門）などの様々な疾患により、様々な医療的ケアを必要とする子どもがいます。

退院支援加算要件と在宅移行期における支援者の目標と役割												
介入時期		入院後7日以内		入院後1か月以内		在宅導入期		在宅移行期		生活期(状態安定後)		
退院支援加算3 新生児科からの 訪問看護報酬算定 への必須要件		・困難事例の抽出(入院後7日以内) ・入院治療計画の説明 ・院内調整会議の開催(初回) ・退院支援計画の立案		・退院への意思決定支援 ・院内調整会議		* 訪問看護を提供する場合 訪問看護師の役割を実行し(退院後5回まで) 地域の関係者へつなぐ						
						院内内外の多職種調整会議の開催						
				子どもの到達目標		状態が安定する		一日の生活のリズムを 養育者と一緒に 経験することができる		養育者からのケアに慣れ、 体調を維持することができる		地域で暮らす力をつける
支 援 者 の 目 標	養育者の到達目標		我が子の現状を知る		子どもの状態の安定に必要な要素 と医療的ケアについて知る		我が子の状態安定のために必要なケアを行うことができ る		子どもの状態の観察ができ、状態に応じた ケアを自分で判断することができる		我が子の地域で暮らす力を高める子育て の必要性を知る	
					退院後の子どもの生活の場を支援 を受けて、意思決定する		退院後の暮らしにおける希望を担当者に伝えることが できる		退院後の生活で活用を希望するサービスを 決定できる		生活状況に応じて、必要な事項を決定し、 地域で継続して暮らすことができる	
チームの到達目標 (院内・院内外)		院内チーム ・早期介入のための困難なケースの把握 ・子どもと家族の状態に応じた院内外支援チームの構築 ・妊娠、出産、子どもの現状から派生する両親の不安や揺らぎを和らげ る		→ 院内外チーム		養育者が我が子と地域で暮らすことを具体的にイメー ジし、退院に向け解決すべき事項を明確にすることが できる		暮らしにおける子どもと 家族が成功体験を 積み重ねられるよう支援する (再入院の予防)		子どもの生活する力の発達の ための支援策を養育者と考え、チームで実 行し、PDAサイクルを当事者主体で回すこと ができる		
医 療 機 関	退院調整担当者		・困難事例の抽出・関係者との共有、院内内外のチームの構築 ・養育者との関係の構築および意思決定に必要な情報の提示 ・退院支援計画の立案及び意思決定支援の場の設定		活用できる制度申請への支援とチーム内情報の共有		・サービス導入支援(日程・方法の調整)		・制度の活用状況の確認			
					・退院後に必要となる医療機器・ ケアの確認・準備		・家屋訪問		・外来受診における相談対応			
					・退院後の生活に対する養育者の意向の確認、暮らし のイメージの共有							
	病棟看護師		・我が子の病状・予後について養育者の理解の促進 ・養育者の一般的な子育て力(基本的なニーズの充足)の査定 ・急性期に予測される予後と必要となる支援の見極め		訪問看護師と連携した退院後の暮らしに応じたケア の変更、助言・指導		・体温・呼吸・排便の観察方法と子どもの特 徴を踏まえた判断基準の指導		再入院時の家族支援と退院時のケア評価			
					・在宅で使用する物品の準備		・養育者の習得状況の確認					
					院外関係者との最終調整(看看連携)							
地 域	訪問看護師		・退院後の状態の予測 (子ども・家族双方の) ・訪問看護の視点での移行期に必 要となる支援の査定 ・在宅で実行可能なケアの提案 ・退院指導計画の共同立案		・生活の場を決定する意思決定の場への参加・家族支 援 ・病棟看護師と連携した退院後の 暮らしに応じたケア の変更、助言・指導 ・在宅で使用する物品の摺合せ		・退院後予測される状態を推察し養育者の子どもの状態観察方法、対処方法の確認・助 言					
							・緊急時の対応・養育者の負担の軽減 ・状態の安定、在宅での医療的ケアの調整 ・在宅多職種連携の促進及び介護職等の医療的ケアへの支援 ・家族支援 ・子どもの生活する力の向上への支援(必要性の説明に始まり)					
相談支援専門員						・生活の場を決定する意思決定の場への参加・家族支 援 ・基本相談・計画相談・行政への情報提供 ・退院後の生活に対する養育者の意向の確認、暮らし のイメージを家族・チームで共有するための取り組み		・退院後の暮らしにおける困りごとへの相談・助言・計画評価				
								・子ども・家族の生活力向上への支援・成長発達を考慮した支援の見直し				
								・子どもと家族が主体性を持った支援チームの構築				
								・多職種連携・協働の促進を目的とした情報の発信・集約				
								暮らしを支援するために必要な社会資源				

7. 相談支援のプロセス

最近、NICU（新生児科集中治療室）からの退院に際し、サービスを活用して地域で暮らす子どもと家族が増えています。そこで本手引書では、先に示した表のプロセスにおける相談支援の留意点を記載します。

1) 相談の受付・インテーク面接

(1) 相談の受付の留意点

■相談支援専門員の介入に対する意思の確認

面接前に相談員が、医療機関のMSW（メディカルソーシャルワーカー）に依頼する事

退院前の子どもと家族は、地域で暮らすことに対し明確な姿が見えていないことが多々あります。

国は平成 26 年度末までに、障害福祉サービス等を利用する全障害児者に、相談員の配置を義務づけました。これは医療的ケアのある子どもも同様であり、退院後に社会資源を活用した在宅療養を希望する場合、相談支援専門員の導入は必須となります。しかし、セルフプランを希望する権利も子どもと家族は保有しています。その為、相談支援専門員の活用を決定するのは、あくまで子どもと家族です。

相談員にケアプラン作成の依頼があった場合には、子どもと家族がセルフプランと計画相談について説明を受け、家族として計画相談を相談員に依頼することを自分たちで選択し、意思決定する過程が、福祉の理念の体現につながり重要です。

そのためには相談員に依頼する前に、入院中の医療機関で MSW や医療者から、セルフプランと計画相談の違いや、相談員の役割と計画相談について、子ども・家族が説明を受け、自己選択できるよう、医療機関内で子どもと家族に対し、プランの形態について意思決定を支援する必要があります。

このプロセスは、退院後の相談員と家族の関係に大きな影響を及ぼします。そのため、医療機関から調整会議や基本相談の依頼があった場合、必ず計画相談の仕組みや相談員の役割の説明を受け、相談員の活用に子どもと家族が同意しているかを確認しましょう。未確認のままの依頼の場合は、医療機関に子どもと家族への説明と意思決定支援を依頼しましょう。

■子どもと家族に相談員の役割について説明し理解を促す

障害者総合支援法における計画相談と給付事業の関連性及び相談員の役割について、ほとんどの家族は知識を持ってはいません。制度が始まったばかりで、大半の人は制度利用におけるルールや相談員の役割を知らずにいます。初回面接時に相談員自らが、制度上における自身の役割や制度活用のルールについて事前に説明し、子どもや家族の理解を得ることが重要です。

養育者へのヒアリングでも、医療機関等で相談支援専門員として紹介された場合にどのような役割を担う職種であるか説明がなく、戸惑ったといった声が多数聴かれています。役割のわからない人物に対し、心を開き自身の考えを話す人はいません。まずは基本相談の対象となる本人・家族に対し相談支援専門員の役割について説明できるよう自身の役割について考えを整理しましょう。

では皆さんの役割は何でしょう？地域で暮らす上で、子どもと家族の生活は、子どもと家族の成長とともに日々変化していきます。その際に生じる生活上の困りごとを一緒に考え、解決

策を見つけていくことが皆さんの役割ではないでしょうか？決して、サービスを利用するための相談支援専門員であってはなりません。

■退院に際して計画相談を実施する場合

要点：入院中に退院後に予測される介護（食事・排泄・移動・清潔等の介助）の時間帯と所要時間を明らかにし一覧表を作成する

①家族から依頼を受け基本相談を行い、入院中の医療機関に対し、退院調整会議開催の要請・確認を行う。

②入院中の医療機関に、会議前に超重症児スコア・退院後想定される家族（本人・両親・兄弟・その他の家族全員）の24時間の生活スケジュールを各家族ごとに記載してもらっておく。（一般生活状況シート）

*超重症児スコアや一般生活状況シートは、退院調整会議前に作成してもらおうと、会議で参加者全員が退院後の生活を想定しやすい。

*最初の介入で考慮すべきこと

平成27年以降、医療職にも相談支援専門員の役割についての知識が広まり、小児科病棟や新生児科から退院する場合相談支援専門員も退院調整会議に参加するようになりました。

通常であれば対象に対し基本相談を行い、生活ニーズを特定し計画立案していく流れですが、まずは本人の状態や家族の心理的状态について受け持ち看護師、退院調整看護師から情報を収集し、基本相談を行う時期を検討しましょう。基本相談は、非常に個人のプライバシーに関わる内容も聴取することになり、回答する家族と相談員の間である程度の信頼関係が必要となります。関係が構築されていない中で、出会った初日に自分の様々なことを知られることに抵抗感を持つ家族もいます。また家族の心情に配慮すると、もう少し関係性を構築してから詳細を聞き取るほうがいいのではと心で葛藤しながら、ヒアリングを行う相談支援専門員双方に精神的に負担がかかりすぎ、関係性を構築できない場合もしばしば報告されています。

初回の介入はその後の関係性への影響も大きく、慎重さが求められます。ではこのような場合、どのように介入すればよいのでしょうか？医療機関からの在宅移行支援の場合、医療期間内で主治医を中心とした退院支援チームが、子どもと家族のニーズをある程度考慮したサービスの活用方法について検討していることが多々あります。また調整会議前もしくは調整会議の場で、医療機関から子どもと家族に対する基本情報の提示があります。その内容を確認し、まず必要と考えられる支援内容を査定しましょう。相談支援専門員の視点で査定した支援と医療機関から提示された内容がある程度合致していたとすれば、まずは医療機関の提案を基本としたサービス利用計画を立案し、退院後に評価し、修正していきましょう。

■自宅療養中の子どもと家族から依頼がある場合

要点：家族全員の生活状況と、子どもの介護に要する時間を一覧表に記載する

- ①基本相談を行う際に、通常のアセスメントシートに加え、超重症児スコア・本人家族の24時間の生活スケジュール表を作成する。

よくある依頼

相談支援専門員に医療機関から連絡が入り、これから医療的ケアのある子どもが在宅療養を開始することになった。訪問看護は導入が決定しているが、ヘルパーさんを活用したいので相談にのって欲しい。

回答

通常は、相談支援専門員が基本相談を行いニーズを特定し、活用する社会資源を子どもと家族の希望を基に決定し、区分申請及び事業所を探す過程をたどります。しかし、医療的ケアのある子どもの場合、先に活用を検討したい社会資源を入院先の医療機関内で選定し、相談員に依頼するケースが多々あり、現場で相談員が対応に戸惑うこともしばしばあります。

依頼前に、活用したい給付事業が決まっていたとしても、医療的ケアのある子どもに対して、本来の相談支援専門員の役割を果たす必要があるのは言うまでもありません。

相談依頼があった場合は、ニーズや課題の把握を目的とした通常通りの基本相談を実施し、医療機関から提案された社会資源活用のニーズを、子どもと家族が持っているのかを確認することが重要です。

2) アセスメント

基本的には、他の障害種別のアセスメントと同じです。

下記にアセスメントの要点や、活用可能な方策やシートを紹介しています。

参考にしてください。

■基本情報（他の障害種別と同様）

要点：医療的ケアや子どもが生活に及ぼしている影響・負担の査定

先に示した超重症児スコアや生活状況シートから、介護に要する時間・介護者、家族の休息及び睡眠時間・日中の外出時間の有無・家事、兄弟の育児の時間を確認し、医療的ケアが生活全般に及ぼす影響についてアセスメントしましょう。また子どもの状態（たとえば関節脱臼を起こしやすい、骨折しやすい、軽度の刺激でも痙攣が起こってしまう、食事介助の時間が約1時間等）によっては、日常生活動作の介助についても通常より時間を有し、養育者の負担となります。負担の種類に合わせて、訪問看護やリハビリ・歯科・薬剤や生活介護サービスの導入を検討しましょう。

負担感には2種類あります。一つは家族が感じる負担感・もう一つは家族以外の周囲が感じる負担感です。基本情報収集段階では、家族が何に対し、負担感を感じているかを大切に聞き取りましょう。

また医療的ケアのある子どもには、多くの専門職や専門機関が関わり、それぞれの役割を担っています（表6参照）。

個々の子どもと家族の状況には、どの職種の支援が必要かを検討しましょう。

*注意事項

基本相談では、養育者の考えや経験を相談支援専門員は共感しながら聞き取りをすることが基本となっています。しかし残念ながら聞き取り後、「要は、お母さんの困りごとは〇〇に困っているということですね」「お母さん、子育てに困っているんですか？」といった養育者を傷つける発言と、聞き取れるような発言があることも養育者へのヒアリングでわかってきました。恐らくどの相談支援専門員も養育者を傷つけようと思いついて上記のような発言をしているわけではなく、何か意図があったにちがいません。しかし、どんなに暖かな意図があってもそれが対象に伝わらなければ意味がありません。その為基本相談の際、相談支援専門員としての自身の発言の意図を自身がしっかりと自覚しながら関わっていく必要があります。

■要点：在宅療養における子どもや家族の強みの理解

子どもや家族成員がそれぞれに持っている個人的な長所は、在宅療養を行って行く上で大きな強みとなります。基本情報を収集し、子ども・各成員の長所を理解し、支援に活かす視点が重要です。個人的な長所とは、子どもと家族が在宅療養を送る上で効果的に働く個人・家族の資質を指します。

例：養育者が周囲と交渉することが得意である

何が困ったことがあったら周囲に SOS を発信することができる

掃除が行き届いている・現状を何とか改善したいという意欲がある 等

子どもと家族の持つ強みとは何か？

子どもや家族が自分たちの長所と捉えている、在宅療養を継続する上で活用できる性格上の良い特徴・生活する上での力や問題に対する対処行動を指します。言うなれば課題解決のため、自分たちが活用できる力を子どもと家族が、自分たちで評価した結果です。決して周囲の他者評価で強みを捉えることではありません。

しかし、自分たちが強みと感ぜられる要素を、退院前の家族や在宅療養で疲れ切っている子どもや家族には見つけることが困難な場合もあります。そういった場合は、客観的な指標を活用し、その子どもや家族の強みを他者評価で見つけ、子どもと家族に伝え励ますことがエンパワメントにつながります。

強みのアセスメント方法については、重症児者支援者育成研修テキストの総論を参照ください。

表6 医療的ケアのある子どもに関わる専門機関及び職種と役割

分類	機関名	どのような時に相談できるか (例)	各機関の役割 (担当の専門職)
医療	病院	子どもを通院させて診療を受けさせたいとき	子どもへの診療、投薬、処置を行う (医師・看護師)
	診療所 (在宅療養支援診療所を含む)	子どもを通院させて診療を受けさせたい時、通院が困難な状態で自宅で訪問診療を受けたいとき	子どもへの診療、投薬、処置を行う。 自宅に出向き、かかりつけ医として子どもの全身管理を行い、専門的な疾患については医療機関の主治医と連携する。 (医師・看護師)
	訪問看護ステーション	子どもの体調管理や、自宅で療養するに当たって不安なことへの相談にのってほしいとき	自宅に出向き、子どもの体調管理や子育て相談をはじめとした支援を行う。(訪問看護師)
	訪問薬局	在宅療養中に処方薬を薬局に取りに行くことが困難な場合	複数ある医療機関の処方箋を一括して管理し、自宅に薬剤を届け服薬方法等を説明してくれる (薬剤師)
	訪問歯科診療所	子どもの口腔内・歯のトラブルが生じ、通院が困難なとき	歯のトラブルへの対処・診断・嚥下機能評価などを行う (歯科医師)
行政	保健所 (県、政令市、中核市)	医療機関を退院した後、地域のことがわからずに困ったとき	保健・療育・生活・発達相談 (保健師)
	市町村障害福祉担当課	各種の福祉サービスや制度に関する相談やサービスの利用申請をしたいとき	サービスや制度についての説明や申請手続きの実施
	市町村保健センター	医療機関を退院した後、地域のことがわからずに困ったとき	保健・療育・生活・発達相談 (保健師)
福祉療育	相談支援事業所	地域での福祉サービスを受けたいとき	計画相談の立案や関係者の調整等 (相談支援専門員)
	児童発達支援センター	子ども(未就学)について、心配事があって発達を促す支援を受けたいとき	子どもに応じて、専門職が関わり、発達を促す支援を行う。 (言語聴覚士・保育士・看護師・機能訓練担当職員)
	児童発達支援事業所	子ども(未就学)に日常生活での基本動作の指導、知識技能の付与、集団生活への適応訓練等を受けたいとき	子どもを日中預かり、基本的な動作の指導や知識技能の付与を行う。(機能訓練担当職員)
	放課後等デイサービス事業所	子ども(就学中)の放課後や長期休暇時に生活能力向上の訓練や地域社会との交流等を受けたいとき	子どもを放課後や長期休暇の際に預かり、生活訓練や支援を行う。 (機能訓練担当職員)
	日中一時支援事業 (宅老所を含む)	子どもを一時的に日中預けたいとき	子どもを預かり、支援を行う。 (看護師・福祉相談員等)
	短期入所事業所	子どもを数日間預かって欲しいとき	短期入所中、子どもの支援を行う。(医師・看護師等)
	居宅介護事業所	自宅で介護を全てやるのは大変なので、ヘルパーに手伝ってほしいとき	自宅での食事介助や入浴介助などの生活支援や介護支援を行う。 (介護福祉士・ヘルパー)
	中核地域生活支援センター	生活全般で困ったことがあり、相談にのってほしいとき	困りごとを整理し、活用可能なサービスや専門機関を紹介する。 (コーディネーター)

教育	教育センター 教育委員会	就学に向けて、どの学校に進学すればいいのかわからないとき。学区外の学校に通学したいとき	就学その他の教育に関する相談に応じる。（教育相談員）
	特別支援学校	子どもの身体・精神的特徴を理解し、教育を行う場所を見つけたいとき	（教諭・医療コーディネーター）

3) 子どもが入院している医療機関と地域をつなぐ医療連携シート等の活用

緊急時の対応や、受け入れ先の医療機関等について、事前に情報を収集できるように、医療機関との連携シートを作成しました。これは、サービスの立案や市町村での支給決定に際し、計画立案の根拠を提示するときにも活用できる項目が記載されており、かつ情報収集の目的や方法につちえも記載されています（添付資料1）。

また、医療者（訪問看護・リハビリ・歯科・薬剤）を在宅で導入する場合は、各医療者が作成した計画書や報告書の複写の送付を医療者に依頼し、ケアプランに活かすことができます。

4) 家族の強みや支援の必要な事項を明らかにし、共有するためのアセスメント

家族のアセスメントを行う上で、必要な視点を下記に示しました。

要点：養育者を理解するための視点

養育者を理解する視点は、子どものケアプランを作成するに当たり、相談員には必須の視点であることは言うまでもありません。また本事業で実施したアンケートでも、養育者の心情の理解に対する学習が必要と半数以上の相談員より、回答が寄せられました。これについては、医療的ケア児等への支援者育成研修テキストの総論を参照ください。

要点：子どもを含む家族全体の成長を支援する視点

養育者を理解する背景として、障害児を養育している養育者のストレス・ソーシャルサポート・障害受容には「それぞれに密接な関係がある」と言われています。

適切なソーシャルサポートは、養育者のストレスを軽減させ、心理的ストレスの軽減につながります。このゆとりが、家族と子どもの関係を促進し、自立性を高める牽引役となり、家族の成長につながります。故に社会資源を活用し、養育者・家族の負担軽減は、子ども本人の自己決定や自立性につながり、幸せに間接的に貢献することにつながります。

反対に過剰な資源の活用は、家族機能・自立性の低下や家族の成長を阻害します。関係者・主治医・行政とも協議し、個々の家族の状態に応じた支援策を検討し、適切な支援を行いましょ

要点：子どもと家族の成長のための、目標を明確に設定する視点

社会資源の導入が目的で、基本相談や計画立案を行ってはいませんか？計画立案は、あくまで子どもと家族の自立性を高めるための目標設定と目標達成のための手段です。そのためには、高いアセスメント力が必要です。

ややもすればサービス導入のための計画立案になってしまい、アセスメントに根拠を持つ目標の設定がなされていない計画も、見受けられます。まず、子どもと家族の自立性を高め、尊厳ある生活の実現のため、現状のアセスメント・目標設定・計画立案・計画評価でなければ、相談員が立案する計画である意義はないも同然となります。何のための計画立案であるかを相談員自身が意識し、アセスメントを行いましょ

要点：目標達成に向け、どの職種が、どの役割を担うかを考える視点

アセスメントを行い、どの職種がどの役割を担うべきかを検討しましょう。

また、相談員だけでは検討できない場合に目標達成のため、どの職種がどのような役割を担うべきかについて議論できるようアセスメントを連携会議の場で共有しましょう。

5) 在宅での医療機器の管理

要点：在宅で医療機器を管理している職種や関係機関の把握

在宅で使用する医療機器は、家族の日々の管理はもとより、機器メーカーや医療機関及び医療者が日々管理を行う役割を担っています（表7参照）。

訪問看護ステーションは、24時間の緊急連絡加算（24時間電話での相談に応じるための加算）・緊急訪問体制加算（24時間緊急時に訪問するための加算）を患者宅と契約を結び、対応しています。訪問看護を活用時には緊急対応の可否を確認してください。緊急加算を算定している場合は、緊急時第一の連絡先は訪問看護ステーションとなります。

表7 在宅における医療機器の管理担当者と管理方法

使用する医療機器	担当者・管理方法
人工呼吸器	・各呼吸器メーカーが機械の定期点検を自宅にて行っている。 ・日々の機器の作動確認は、家族及び訪問看護にて実施している。 （呼吸器作動確認の確認表を活用している訪問看護が多い）
気管カニューレ 胃管カテーテル 胃瘻・腸瘻	・管理加算を算定している医療機関で定期的な交換を行っている （カニューレトラブルに備え、必ず自宅に予備が常備されている） ・日々のカニューレ管理は、訪問看護にて実施している

6) ケアプラン作成上の留意点

要点：入院中に退院後の介護時間を医療者に予測してもらい記録する

退院後の家族と子どもの生活の状態に合った支給決定となるよう、子どもが入院中の場合は、入院中に主治医と担当看護師に、退院後に想定される介護時間及び状態の不安定さについての意見を先に示したシート（添付資料1）に書き込んでもらい、区分支給決定の参考資料として、市町村にケアプランと一緒に提出することが有効です。

要点：在宅療養中の子どもと家族への支援の場合、医療的ケアに伴う負担軽減をチームケアで解決できるよう配慮する

医療的ケアに費やす時間が家族の生活時間にどのような影響・負担を及ぼしているか、支援を活用し、負担をどのように軽減することが望ましいかを念頭に立案することが望ましい。

ヘルパー等の福祉職を導入する場合は、必ず訪問看護を導入し、福祉職の医療的ケアの支援体制を構築し、子どもの特徴に応じた生活介護の留意点について福祉職の理解を促すことが、子どもと家族の安心・安全につながります。

訪問看護の対象は「患者・家族・地域」とされ、患者家族の課題を地域と共に解決していく姿勢が求められています（木下由美子著：エッセンシャル在宅看護学）。また、訪問看護師は介護職等が患者宅で医療的ケア（経管栄養・喀痰吸引等）を実施する際には、介護職等と連携し、医療行

為の確認や緊急時の対応を行い、対象者の安全と安楽に寄与しなければなりません。

主治医・介護職等も訪問看護師が介入していることで安心して、医療的ケアの実践ができます。加えて、チームで子どもと家族に関わることで、単体で支援する場合より各職種の負担を軽減することができ、かつ家族が家族として生活し、成長・発達していくことが子どもの幸せにもつながります。

このように医療的ケアにより、生活全体で高いストレスを受けている子どもと家族には、家族全体として成長・発達ができるよう、チームで家族を支援する観点からのケアプラン作成は重要です。添付資料の、家族に対するチーム支援内容と支援に適した職種の表を活用し、家族が家族として発達できるよう支援していきましょう。

7) 医療的なサービス導入のプロセス

(1) ケア会議開始時の留意点（在宅で開催する場合）

要点：ケア会議が有効に実施されるよう、地域の連携状況を事前にアセスメントする

■開催される場によって、変化する相談支援専門員の役割

入院中の子どもであれば、医療機関の MSW や看護師が会議の進行役を担うことが多いでしょう。地域で開催される場合は、相談員が進行役を担う場合が多くなるでしょう。

調整会議の目的は、会議開催の目的を全員で共有するところから始めましょう。相談支援専門員が開催する場合は、事前に会議の目的を開催案内時に関係者に伝えましょう。

■保健医療職・福祉職・教育療育職の考えの相違を互いに認め合うことを支援する役割

ややもすれば医療者は、生活の中であっても医療の視点から様々な考えを相談員に主張し、福祉職は生活の視点から考えを主張し、療育教育は教育するという考えのもと、それぞれの意見が対立する場合があります。

それぞれの考えの相違をそれぞれが認め、チームとしてどのように目標を共有すべきかを、相談員が中立性を維持しながら、チームケアを行う上での双方の意見や考えの調整を行わなければなりません。また、会議中に必ず結論を出せない難問もあります。そのようなときは、定期的に調整会議を開催し、相互理解ができるよう行いましょう。会を重ねることで、人は相互理解が進み、チームとして機能することが可能となると言われています。そのためには、相談員がチームのまとめ役となり、調整力を発揮することが求められます。

■チームとして共通の目標を持ち、目標達成のため役割を関係者が遂行するための支援

要点：調整会議前に関係者と必要な情報を共有する

様々な分野の関係職種・機関によるチームケアは、まず情報の共有から始まります。共有する情報は、主観ではなく客観的な情報を共有することが有用とされています。

在宅においては、子どもは環境からの影響を多大に受けるとされており、家族関係や背景について、関係する職種や機関が共通認識を持つことで支援の必要性や目標の共有が可能となります。しかし、家族に対する情報収集やアセスメントは、各職種により様々な視点で現在議論されています。また関わる人の主観的な情報が多くなることもあるため注意が必要です。

そこで、本手引書では家族の捉え方をチームとして共通した視点で捉えるための指標を作成しました。相談員は、調整会議前のアセスメント時にアセスメントシートを活用し家族の状況について査定しているはずです。家族を支援し、家族がより良き状態になることが子どもの幸せに

もつながることは先に述べた通りです。そのためにも、相談員がアセスメントした内容を事前に関係者と共有し、調整会議での目標の設定につなげることが重要です。

要点：目標達成に向けた各職種の役割をチーム内で共有する

背景や課題の共有後、目標達成に向け、各職種が担う役割について検討し、目標達成のために必要な役割が網羅されているかを、全員で確認することが重要です。また、調整会議録に各職種が担当する役割を必ず明記し、配付することで、モニタリング時のケアの評価も容易になります。

要点：普段の情報共有の方法について共有する

チームケアを行う上では、チームを構成するメンバーやリーダーへのタイムリーな報告や、情報提供が必要不可欠です。在宅でのチームリーダーは、相談員です。また相談員も、メンバーに対するタイムリーな情報提供を行わなければなりません。

特に医療的ケアのある子ども達は、状態が不安定であったり、訪問時にチーム内で情報共有が必要となる事項が多々あることが予測されます。調整会議の場で、通常の状態での情報共有の方法を確認しておくことで便利です。養育者を情報の集約者として役割を設定しチーム内に情報を発信する役割を担ってもらうようにすることは、養育者の負担につながります。あくまでも情報を集約し、チーム内へ必要な情報を提示していく役割はコーディネータすなわち、相談員の役割です。

最近では、メールやソーシャルネットワーキングサービス（SNS）等の電子媒体を活用した情報共有や、さらにセキュリティの高いレベルでの SNS（医師会等が推奨するソーシャルネットワークサービス）もあります。どのようにチームで情報を共有するかについては、養育者も含めて事前に話し合ひましょう。

また訪問看護や居宅介護は、法律に基づき、毎月担当者やサービス提供責任者がサービス実施報告書を作成しています。この書類を、相談員も取得し、情報共有の手段としている相談員もあり、有効な方策であると言えます。

■緊急時の対応における関係者の役割を明確にする役割

在宅では緊急時に備え、それぞれの職種がサービス提供時の緊急対応方法を理解していることが重要です。そのためには、調整会議の場で今後サービス提供中に予測される事態と各職種の対応方法について協議し、相互理解を深めましょう。また、入院となった場合に養育者は誰に連락し、誰がチームへ伝達するかについても予め皆で確認しましょう。

8) ケアプランの実行及びモニタリング

要点：子どもと家族の生活が早期に安定することをめざし、一番不安定な時期に、確実なモニタリングのもと、計画の評価及び修正を行う

国は使用している支援に対するモニタリング期間の目安を提示しています（表 8 参照）。同時に、モニタリングの頻度は、個別の状況により計画立案者が判断し、市町村障害福祉担当課に相談することとなっています。

千葉県障害福祉課では、退院移行期以降に家族が不安に感じる事と時期での不安の度合いを検討しまとめました（図 1 参照）。それによると、医療的ケアのある子どもと家族の生活は約 6 か月間は不安定な状態が継続し、最も支援が必要な時期であることがわかりました。そこで、約半年間は毎月モニタリングを行い、家族の状況に合わせた計画修正の検討を行うことが望ましいと考

えます。その後一年間は、子どもの状態と生活が安定していることが前提で、3 か月に一度のモニタリングを推奨します。

表 8 国が示しているサービスのモニタリング標準期間

区分	支援項目	モニタリング期間
地域生活支援	居宅介護	6 か月に一度
	グループホーム	
	通所サービス	
居住系	施設入所支援	12 か月に一度
	重度障害者等包括支援	

各自治体によっては、毎月のモニタリングを許可しない場合もあるかと思われます。そのような場合には、下記千葉県障害福祉課訪問看護センター事業研究会で作成した資料等を、自身の計画の根拠として提示し、毎月モニタリングの必要性について根気よく、自治体に説明しましょう。

《図6．入院時から退院後に、又は在宅での療養期間中に家族を感じる不安と各時期で不安を感じる度合》

分野	養育者が感じる不安	入院中から 退院までの時期	退院直後から 3～6 か月の時期	以後の在宅での療養時期
	具体的な心配ごと			
1. 医療に関する不安	①病状・急変に対する恐怖、病状悪化時の受診の判断 ②日常的なケアや病状への対応の困難さ ③医療者の対応に対する不安 ④医療的物品の調達方法			
2. 一緒に暮らす家族に関する不安	①子どもと家族の世話をともにしなければならない負担感 ②子どもに縛られ自分のことができない閉塞感 ③兄弟のニーズが満たせない葛藤 ④他の家族に負担がかかることに対する葛藤			
3. 経済負担に関する不安	①経済的な負担感 ②養育者が働きたくても働けない環境に対する葛藤 ③経済的制約でサービス利用が制限されることへの不安			
4. 地域の支援者や仲間に関する不安	①同じ立場の仲間の見つけ方やつながり方がわからない孤独感 ②何かあったときに地域で相談にのってくれる人がわからない不安			
5. 在宅の療養を支援する制度や社会資源の活用に関する不安	①支援制度や社会資源のことがわからない不安 ②一番初めに誰に、制度や資源のことを聞けばよいかわからない不安 ③関わりを持つ人がそれぞれどのような役割を担ってくれる人なのかわからない不安			

参考文献

（廣田真由美他著：重症児とその家族が退院に向けて受けた支援と退院後の問題 P22, 2009 年度在宅医療助成 勇美記念財団研究助成完了報告書,2010）
千葉県訪問看護センター事業研究会改定

要点：状態の評価の為、月間の訪問看護及び医療機関に対する緊急連絡・診療回数の確認を行う

在宅で子どもの状態が不安定な場合は、訪問看護や医療機関へ養育者が状態に対する相談をしたり、予約外来日以外に受診をします。毎月生活のモニタリングをする上で、子どもの状態をモニタリングすることは、その世帯全体の生活の安定をモニタリングすることにつながります。何故なら、子どもの状態が不安定であれば、養育者は子どもにすべての時間を取られ、他のことができなくなっていることも多々見られ、生活全体が不安定となります。子どもの状態を客観的に評価する一つの指標として訪問看護ステーションに対する緊急連絡の有無、回数や定期以外の医療機関への受診回数を把握しましょう。また、モニタリングで訪問する際には養育者に上記のようなエピソードの有無を確認しましょう。

＊入院した場合には相談支援事業所へも連絡を入れるよう養育者へ説明をしましょう

子どもの状態が不安定となり、医療機関へ入院した際、養育者や関係者から相談支援専門員へ知らされない場合もあると現場から聴きます。このようなことを避けるために、相談員は事前に養育者や関係者に対し、「入院の際には相談支援事業所へも一報ください」と依頼しましょう。情報は待っていても自分の手元には届きません。相談支援専門員として、どのような情報が必要なのか養育者や関係職種へ提示することもマネジメントの一つです。

要点：子どもと家族を取り巻く地域連携や他職種関係性の評価の定期的な実施

連携における相談員の役割を認識し行動すること

子どもと家族が地域で安心安全に暮らすためには、高い多職種間の連携や顔の見える関係性を構築することが重要です。連携や関係性は月日の中で変化し、時には効果的でなくなり、連携・関係性の更なる構築を行わなければならないこともあります。そのようなときに、客観的に相談員が組成した他職種連携・チームケアを評価する必要があります。また、相談員の他職種連携支援に対する行動を自己評価し、必要時に修正する必要もあります（評価指標は 表 9・10 参照）。

地域連携や他職種関係性の質の追及は、相談員の役割ではないのかと、よく現場で耳にします。しかし子ども達を取り巻く資源は、現状どの地域も潤沢ではありません。一人の子どもに対し、支援の連携や他職種間での顔の見える関係性を構築できた場合、それは当該地域に暮らす医療的ケアのある子どもや家族にとって、地域の資源となる連携チームとなり得るのではないのでしょうか。日々相談員の仕事は、子どもと家族に対する個別支援であるとともに、地域支援という側面も同時に含んでいると考えられます。

8. 相談支援専門員の在宅医療介護従事者との顔の見える関係自己評価尺度 (表 9)

評価尺度項目（7分類 21項目）		そう思う	少し思う	どちらでもない	あまり	そう思わない
I 他施設の関係者とやり取りができる						
1. 子どもと一緒に見ている他施設の関係者に知りたいことを気軽に聞ける	5	4	3	2	1	
2. 一緒に見ている子どものことで連絡を取る時に躊躇せずに連絡ができる	5	4	3	2	1	
3. 一緒に見ている子どものことで、連絡を取りやすい時間や方法がわかる	5	4	3	2	1	
II 地域のお職種の役割がわかる						
4. 子どもに関わる地域のお職種の困っていることが大体わかる	5	4	3	2	1	
5. 子どもに関わるお職種の動き方が実感を持ってわかる	5	4	3	2	1	
6. 子どもに関わるお職種のできることがわかる	5	4	3	2	1	
III 地域のお関係者の名前と顔・考え方がわかる						
7. 地域で子どもに関わっている人の考え方や方針がわかる	5	4	3	2	1	
8. 地域で子どもに関わっている施設の理念や事情がわかる	5	4	3	2	1	
9. 地域で子どもに関わっている人の性格や付き合い方がわかる	5	4	3	2	1	
IV 地域の多職種で会ったり話し合う機会がある						
10. 子どもに関わる様々な職種が直接会って話す機会がある	5	4	3	2	1	
11. 普段交流のない多職種で話し、新しい視点や知り合いを得る機会がある	5	4	3	2	1	
12. 地域連携に関して、課題や困っていることを共有し話し合う機会がある	5	4	3	2	1	
V 地域に相談できるネットワークがある						
13. 子どもに関わることを気軽に相談できる人がいる	5	4	3	2	1	
14. 子どもに関わることで困ったことは、誰に訊けばいいのかわかる	5	4	3	2	1	
15. 子どもに関わることで困った時には、まず電話してみようと思う人がいる	5	4	3	2	1	
VI 地域のリソース（資源）が具体的にわかる						
16. 子どもが利用できる地域のサービスがわかる	5	4	3	2	1	
17. 子どもが利用できる地域の医療資源やサービスができる	5	4	3	2	1	
18. 利用できる地域の医療資源やサービスについて、具体的に子どもや家族に説明できる	5	4	3	2	1	
VII 退院前カンファレンス等病院と地域の連携がよい						
19. 退院や入院の時に、相手がどんな情報を必要としているかを考えて申し送りをしたり、情報提供を行ったりしている	5	4	3	2	1	
20. 在宅に移行する子どもと家族について、退院前カンファレンスや情報提供をしっかりと行っている	5	4	3	2	1	
21. 退院する子どもと家族について、急に様態が変わった時の対応策や連絡先を決めている	5	4	3	2	1	

参考文献

福井小紀子著：在宅医療連携拠点事業の成果と展望、訪問看護と介護、Vol.19, No1, 16-21, 医学書院 2014

9. 子どもの在宅療養における相談支援専門員の連携推進行動評価尺度 (表 10)

評価尺度項目 (5 分類 17 項目)					
	とても当てはまる	あまり当てはまらない	どちらでもない	まあ当てはまる	全く当てはまらない
I チームの関係構築					
1. チームを組んだ他職種と気後れせずに何でも聞ける関係性を築くことができる	5	4	3	2	1
2. 他職種が提供しているサービスの具体的な内容を情報収集した	5	4	3	2	1
3. 自身が提供しているサービスの具体的な内容を他職種に伝えた	5	4	3	2	1
4. 他職種に対してねぎらいの言葉や肯定的評価を伝えている					
5. 普段から定期的に他職種との顔合わせの機会を持てるようにしている (勉強会やカンファレンスなど)					
II 意思決定への支援					
6. 子どもの持つ権利について、他職種の認識を確認し、同じ概念を共有できるよう支援している					
7. 子どもや家族が病気病状をどのように理解しているかを ①他職種に伝えた	5	4	3	2	1
8. 子どもや家族が病気病状をどのように理解しているかを ②他職種から情報を収集した	5	4	3	2	1
9. 今後の過ごし方に関する子ども・家族の希望を ①他職種に伝えた	5	4	3	2	1
10. 今後の過ごし方に関する子ども・家族の希望を ②他職種から情報収集した	5	4	3	2	1
11. 子どもの家族の決定事項に伴い、起こりうる不利益とその対応策を 関係者で検討共有できるよう支援している	5	4	3	2	1
12. 起こりうる不利益に対する対応策実施において、各職種が自身の役 割を認識できるよう支援している	5	4	3	2	1
III 今後に関する専門職の判断の共有					
13. 今後起こりうる利用者の病状の変化 (病気の進行に伴い生じることが 予測される症状の出現) について、関係者の専門性から予測して もらい、結果を他職種へ伝えている	5	4	3	2	1
14. 今後起こりうる利用者の病状の変化 (生活行動の変化など) について、関係 職種の専門性から予測してもらい、結果を他職種へ伝えている	5	4	3	2	1
15. 子どもと家族の状況について、チームとして共通した視点でアセス メントし、共有している	5	4	3	2	1
16. 今後起こりうる子どもと家族の状況の変化 (家族の気持ちや介護負 担の増強など) や考えられる対応策について、チームとして共有し ている	5	4	3	2	1
IV ケアの統一					
17. ケア方針・ケア計画について他職種間での意見交換を促した	5	4	3	2	1
18. ケア方針・ケア計画についてチーム全体で合意を図った	5	4	3	2	1
19. 病状の変化に応じてケアプランの変更をチームを組んだ他職種に提 案した	5	4	3	2	1
V 連絡体制					
20. 平常時において、チームを組んだ他職種間で情報共有ができる体制 を取った (連絡網や連携ノートの導入)	5	4	3	2	1
21. 緊急時において、チームを組んだ他職種間で即座に連絡が可能な体 制を構築した	5	4	3	2	1

参考文献 福井小紀子著：在宅医療連携拠点事業の成果と展望, 訪問看護と介護, Vol.19, No1, 16-21, 医学書院 2014

退院・在宅調整支援シート（子ども用）

会議参加日：平成 年 月 日

調整会議参加者：

記録者：

氏 名	生年月日：平 年 月 日（ 歳 ）		
入院日	平成 年 月 日	保 険 種 別	1：健保（政府・組合・日雇） 2：国保 3：共済 4：生保 5：労災
退院予定日	平成 年 月 日	身 障 手 帳	有・無・申請中（申請月日： ） （ ）
特定疾患 小児慢性疾患	有・無・申請中（申請月日： ） （ ）		有・無・申請中（申請月日： ） （ ）
コーディネータ	相談支援事業所名： 担当コーディネータ名：	地域資源 の活用予定	発達支援センター通園・兄弟が保育園利用 居宅介護・中核地域生活支援センター 市独自事業 その他（ ） 理学・作業療法士の活用
病名記入欄			経済的問 題
退院に際して 支援が必要な 理由	1：再入院を繰り返している 2：褥瘡処置等退院後も高度で熟練的医療が必要（ ） 3：入院前に比べて ADL が低下し、退院後の生活に再編が必要な患者 4：家族と同居ではあるが、必要な療育・介護を十分に受けられる状況にない患者 5：現行制度を利用しての在宅移行が困難あるいは制度対象外の患者 6：医療依存度の高い子供であり、退院移行期、退院後に家族支援・本人状態安定の為訪問看護の活用が必要 7：虐待可能性があるため介入が必要 8：家庭的に問題あり、現行制度上訪問看護で家族支援が必要 9：医療依存度の高い子供を地域の子供にするために訪問看護が必要 10：その他（ ）		
現在問題とな っている症状	1：呼吸障害（ ） 2：循環器症状 （ ） 3：麻痺（四肢拘縮：筋 緊張亢進・低下） 4：摂食・嚥下障害 5：低栄養 6：けいれん 7：脱水 8：疼痛またはその他の苦痛症状 9：排便コントロール不良 10：感染症を繰り返す 11：低体温 12：その他（ ）		
退院後予測さ れる医療的処 置	1：気管カニューレ 2：人工呼吸器 3：吸引 4：HOT 5：注射・点滴 6：中心静脈栄養 7：経管栄養 8：腎臓 9：膀胱留置カテーテル 10：尿管皮膚瘻 11：CAPD 12：ストーマケア 13：褥瘡処置 14：疼痛（麻薬）管理・症状コントロール 15：リハビリテーション 16：その他（ ）		
退院調整チー ムが共有する 目標	退院一か月後の在宅療養生活の目標点を医療機関と在宅医療機関が共有し、それに向けてそれぞれの役割を果たす		
退院後の救急 診療受け入れ 先	有・無 有の場合医療機関名： 診療科： 担当医師名：		
退院後の状態 変化に伴う入 院検討時状態 の目安			
調整会議での 確認事項			

◆医療者から養育者が受けた説明

自宅で起こりうると予測されること、それに対する在宅での対応策について

自宅で起こりうると説明された内容（予測されること）	対処方法

■入院中に行われる病状説明の内容と受け止めについて

病状の理解 医療者からの説明内容	
説明内容と受け止め （病状・予後について）	患者本人
	家族

調整会議で入院機関・在宅医療機関で共有した在宅移行期における看護上の問題等

在宅移行期における 看護上の問題点と 解決策	問題点	解決策
予測される事態とその対処方法		

自由記載欄

※本書は、「千葉県障害児等支援訪問看護センター事業」の受託法人の協力により作成したものである。
（千葉県健康福祉部障害福祉課 平成 25 年 1 月 22 日作成）