

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団
2018年度（前期）指定公募

「訪問看護ステーション等が開設する医療・介護の相談室づくり（3年計画）」

1年目

完了報告書

申請者：小澤 愛

所属機関：訪問看護ステーション芍薬

提出年月日：2018年8月31日

はじめに

急速な高齢化への対策として、「地域包括ケアシステム」の構築が進められている。高齢者や障害者が人生の最終段階に至るまで住み慣れた地域で生活できるような仕組みや、医療機関からの早期退院に対応できる療養の場の構築、また医療ニーズを有する障害児・者の療養の場を地域に移行させる施策などが進められている。様々な疾病や障害を持つ人々の地域生活を支えるために、訪問看護ステーションの相談支援機能の強化が求められている。

当法人は、横浜市2か所（神奈川区、青葉区）に訪問看護ステーションと居宅介護支援事業所を運営している。今回「訪問看護ステーションにおける相談室づくり」を実施するにあたり、神奈川区の訪問看護ステーションにソーシャルワーカー（社会福祉士・精神保健福祉士）を一定時間勤務させることを試みた。訪問看護ステーションにおいて、訪問看護師とソーシャルワーカーの相乗作用（コラボレーション）がどのように機能・発展するかを観察しながら、これからの訪問看護ステーションが担う相談機能とを明確化することを目的としている。

一年目の事業としては、（1）訪問看護師が訪問看護業務において担っている相談機能を明らかにすること、（2）訪問看護ステーションにおいてソーシャルワーカーが担う相談機能がどのようなものなのかを明らかにすることの二つを目的に活動した。

活動方法は、ソーシャルワーカーが毎週4時間程度訪問看護ステーションに滞在し、看護師からの情報収集や記録の閲覧を行った。また、看護師からソーシャルワーカーに依頼のあったケースについて必要な介入を行った。

1. 訪問看護師が訪問看護業務において担う相談機能

アクション・リサーチの枠組みを念頭に置き、まずは訪問看護ステーションで行われている活動の観察を行った。看護師とのコミュニケーションの内容や、記録の閲覧を通し、訪問看護ステーション業務に関して以下の気づきがあった。

（1）生活全般をアセスメントする視点

在宅療養は地域での生活を支えることであるため、医療的ケアのみならず、生活全般の課題についてアセスメントを行っていた。記録の中では、身体的なアセスメント項目に加え、介護相談、家族支援、環境整備、多職種連携などの項目も個々の患者に適するものを選んで記入されていた。

（2）多種多様な連携先

訪問看護が携わるケースは、基本的に医療ニーズのある方の在宅療養である。医療ニーズがあることで、訪問看護師がプライマリーとして患者家族の状況を把握し、調整を図ることになる。医師について調べてみたところ、患者数の約三分の二の数の医療機関より支持を受けていることが分かった。実際には病院・診療所（医科・歯科）以外に、居宅介護支援事業所、訪問介護事業所、福祉用具事業所、通所施設、入所施設など多岐にわたる連

携機関がある。連携のなかで、様々な機関より相談を受けていることが予測される。

これらの観察をもとに、訪問看護師が実際にどのような生活課題に気づき、どのような機関からどのような相談を受けているかについては、インタビューにて抽出する予定であったが、今年度は実行できなかった。次年度の計画に加え、引き続き訪問看護ステーションの相談業務について明らかにしていく予定である。

	2月	3月	4月	5月	6月	7月
利用者数	55	59	57	58	63	67
医療機関数	35	35	35	37	39	39
(病院)	13	13	13	14	14	16
(診療所)	22	22	22	23	25	23

*訪問看護指示書を出している医療機関数

2. 訪問看護ステーションにおいてソーシャルワーカーが担う相談機能

訪問看護ステーションの看護師が担当するケースの中で、ソーシャルワーカーの支援が必要と思われるものについて介入を試みた。ケース依頼の流れは以下の通りである。

(1) 医療機関からの依頼

訪問看護の依頼は、病院の退院支援部門や診療所の医師からくることがほとんどだが、地域包括支援センターやケアマネージャーからの依頼もある。ケースの受託については訪問看護ステーション管理者が判断し決定する。

(2) 訪問看護管理者からソーシャルワーカーへの依頼

管理者は内容を検討したうえで、ソーシャルワーカーへの依頼をかける。

依頼の形態については、①生活ニーズの一部分について依頼する場合、②看護師と協働で動くことが良いと判断された依頼、③生活ニーズにおいてソーシャルワーカーが主として動くことを目的とした依頼、④社会福祉の専門的な知識を求めたコンサルテーションの4つの形態が考えられる。

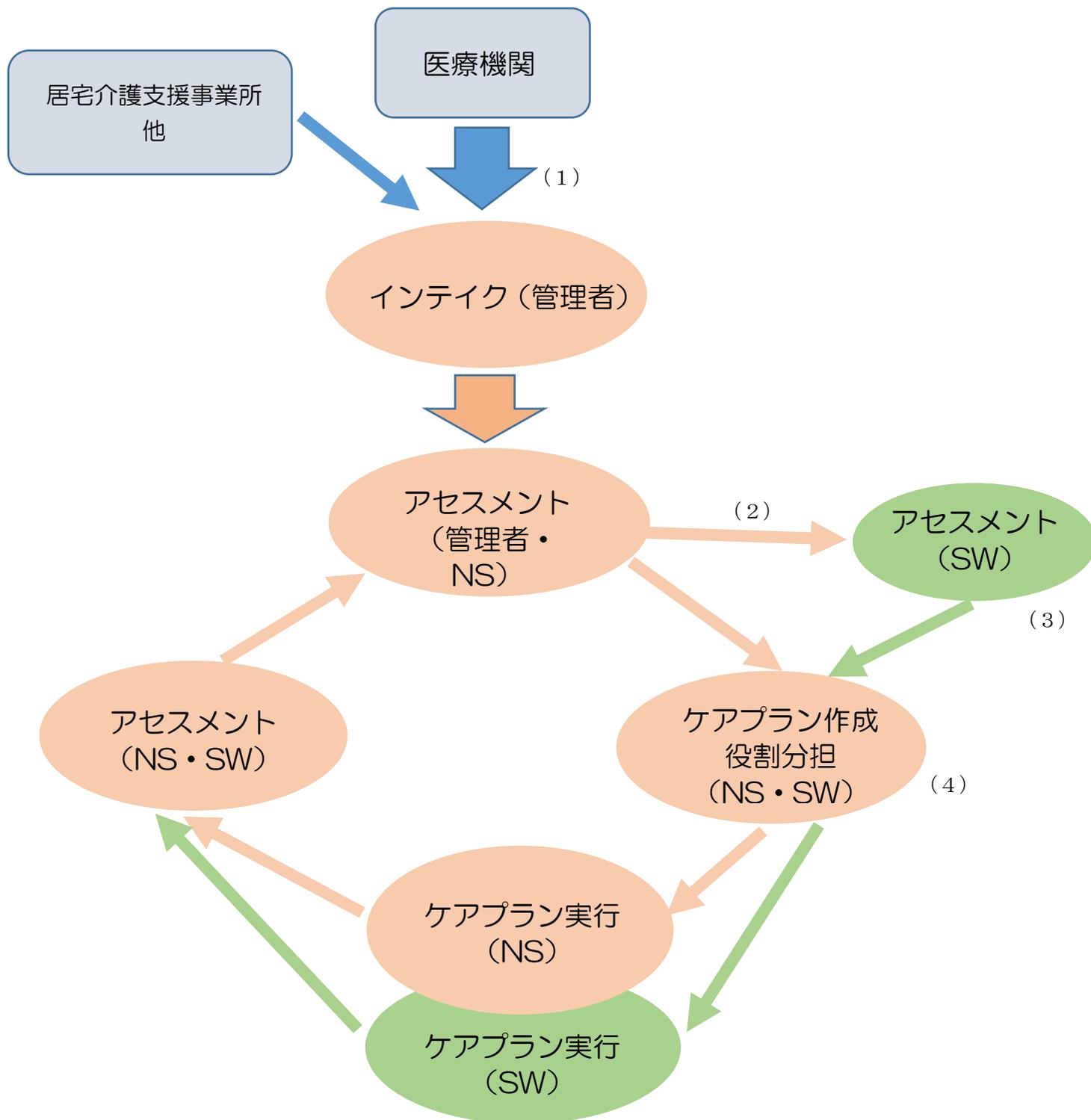
(3) ソーシャルワーク アセスメント

ケースの依頼を受け、バイオ、サイコ、ソーシャルな視点からケースのとらえなおしを行う。その時、担当看護師から得た情報や、対象者の方にお会いして得た情報などを基に、アセスメントを行う。

(4) 役割分担（直接的介入、間接的介入）

明らかになったニーズを、管理者、担当看護師にフィードバックしながら、介入の方法を決める。タイミングが重要な場合もあり、看護師とのすり合わせを十分に必要がある。役割分担については、直接介入と間接的介入があり、直接的介入については利用者様やご家族にアプローチし、利用者を取りまくフォーマル・インフォーマルの関係機関との

調整を行う。間接的介入としては、適切な関係機関にニーズを伝え、介入を依頼する（紹介）を行う。



2017 年月から 2018 年 8 月の期間内で 10 ケース依頼を受け、そのうち 9 ケースが小児のケースで、現在も継続的にかかわっている。ここではそのうちの 2 例を紹介する。

<ケース 1>

事例の概要

A さん（3 歳）はサラリーマンの父と専業主婦の母の間に第二子として誕生した。出生時に仮死状態になり、その後も母乳の飲みが悪く、むせて嘔吐してしまう状況が続いた。その後も首の座りが悪いなどの症状もあり、生後 6 か月で経管栄養を開始。全身状態の観察、胃管の管理、育児相談目的で訪問看護が導入された。

その後もいろいろな病名が疑われ検査をするが、病名が明らかにならず、身体障害者手帳にも該当しないといわれた。その後も熱発、痙攣、誤嚥性肺炎などで入退院を繰り返した。夜間痙攣発作や高熱を出すたびに、「このまま死んでしまうのではないか」と不安の絶えない日々が続いていた。

2 歳半の時に脳性麻痺の病名で身体障害者手帳を取得。

今年になって痙攣が徐々に落ち着いてきたため、担当の訪問看護師が療育センターへの通所を進めていたが、なかなか進まなかったため、ソーシャルワーカーに療育センターへの通所支援の目的で介入を依頼した。

事例の特徴（アセスメント）

（1）心身の発達支援

A ちゃんは寝返りを打つことはできないが、微笑みを返してくれたり、おもちゃに興味を示したり、自分なりのペースで心身の発達を示していた。週に一度の訪問リハビリにて身体のリハビリテーションを受けていたが、それ以外は外出することもあまりなかった。高熱を出し、痙攣を起こすたびに、母は近くの総合病院まで連れて行かなければならず、入退院を繰り返していた。母は A ちゃんの日々のケアで手一杯で、先の事は考えられていない状況。住居地を担当する療育センターへのアクセスが悪いこともあり、療育センターへの受診予約が進まない要因であった。

（2）家族状況

両親の祖父母は遠方や要介護状態であり親族からの日常的な生活支援は得られない状況であった。父親は協力的だが出張も多く、A ちゃんのケアと小学校に上がったばかりの姉の世話を母親がほぼ一人で担っていた。

病名がはっきりせず 2 歳を過ぎるまで身体障害者手帳も取れず、乳児医療証が切れた時は経済的な理由で訪問看護も一時休止となった。身体障害者手帳が取得できた後も医療費助成は利用したが、その他のサービスについては知らなかった。年に 2、3 回のメディカルショートステイ（横浜市独自の制度で重度心身障害児者のための緊急短期入所）や障害者総合支援法の短期入所事業を利用して、夏休みやお正月に祖父母のうちに

遊びに行っていた。しかし、短時間の預け先が近くにないために、姉の学校行事に参加する時間や母自身の休息は得られていなかった。

(3) 相談支援機関との関わり

出生直後は保健師の訪問もあったが、訪問看護が導入された後は関りが途絶えてしまった。病院には担当ソーシャルワーカー、身体障害者手帳が取れてからは地区担当のケースワーカーもいたが、Aちゃんの療養生活上に大きな問題がなければ、支援者側からアプローチされることはなかった。母は内気で人見知りがあるため、自ら支援を求めて相談機関にアプローチすることはなかった。

ソーシャルワークの実践

(1) 適切な発達支援の保障：療育センターの利用については、現時点の発達を支援するリハビリテーションに加え、幼児における社会性を経験するための通園事業があることを母親に伝え、センター利用の重要性を理解してもらい、療育センター利用の動機づけを行った。同時に、アクセスのより良い別の療育センターにも連絡調整し、利用可能であることも確認した。また社会福祉協議会の通院送迎サービスについて紹介、利用申請をすることで通所に対する母の負担を軽減した。

(2) サービス調整：療育センターへの通所に関して、障害者総合支援法の移動支援 A ちゃんのご家族の現状を区の担当ケースワーカーに連絡し、自宅訪問して利用できるサービスについて説明していただいた。3歳になって利用できるようになった日常生活用具の申請などを行った。障害者総合支援法の居宅介護や移動支援について今回は見送ることになったが、受ける権利のある支援の情報を母に理解してもらう機会となった。

(3) 社会資源の開拓：地域の子育て支援を行っている組織を調査し、A 自宅から徒歩で通える NPO 法人主催の子育て広場を見つけた。施設を事前に訪問し、A ちゃんの状況をお話しし、協力を仰いだところ、受け入れできるとの返答を得た。A ちゃん、母とともに見学に同行し、利用につながった。母は A ちゃんの事を他人に話すことができ、社会に受け入れられた経験を通して、母のエンパワメントにつながった。

本事例は、「療育センターの利用を支援する」という目的で看護師から依頼があった。依頼の種類で言うと、①生活のひとつのニーズに対する依頼のケースである。A ちゃんの母は、出産直後の育児体験に加え、出現する様々な症状に対処しながら、日常のケアを続けることで精一杯で、支援を求めることができない状況にあった。そのため、A ちゃんの成長発達段階に必要な支援が届いていなかった。訪問看護師が在宅医療的ケアの体制を整えると同時に、ソーシャルワーカーが介入することで、現在必要なケアだけでなく、成長していく過程を見越した支援につながった。

＜ケース 2＞

ケースの概要

B 君（15 歳）は兄（16）、母との三人暮らし。2 歳 3 か月でインフルエンザによる細菌性脳髄膜炎に罹患し、その後遺症として精神の発達遅滞、四肢麻痺、難治性てんかんがある。発語はなく意思疎通は表情を読み取って判断しており、日常生活においては食事、入浴、排せつ、更衣、移動において全面的な介助が必要な状態である。A 君の成長に伴い、体が大きくなってきたことで、母一人での介護は厳しくなっていた。母の体調が悪い日が多くなっていて、訪問看護師はヘルパー導入の支援目的でソーシャルワーカーに依頼を出した。

事例の特徴（アセスメント）

（1）家族の介護力

母は父と離婚しており、生活保護を受けながら二人の息子を育ててきた。長男が保育園のころ一時的に居宅介護のヘルパーも利用していたが、その後は母が一人で B 君のケアを担ってきた。現在は特別支援学校に毎日通っているが、通学途上も吸引が必要なため付き添いをしなくてはならない。そのため、母は 5 時に起床、注入を開始し、部屋の掃除、B 君の身支度、登下校時の付き添い、帰宅後は入浴、リハビリ、訪問診療などのサービスがかわるがわる入り、かなりの過密スケジュールで動いていた。最近では A 君の体の成長も著しく、バギーへの移動で母が肩を痛めるなど、母の身体状況にも影響が出てきていた。

（2）重度心身障害児を持つ母の葛藤

母は B 君のケアを人にゆだねることの不安と自らの身体的な限界との間で葛藤していた。将来的には自分は B 君のケアができなくなる日が来るため、徐々にヘルパーを使っていかなければならないと理解していた。

ソーシャルワークの実践

（1）サービスの調整

母親は「いずれ見つければよい」との思いもありつつも、特別支援学級への登下校のどちらかに付き添ってくれるヘルパーが見つければ利用してみることに同意した。ソーシャルワーカーはリストの端から電話をかけ、訪問看護による喀痰吸引指導も引き受けられることも条件に加えながら情報収集を試みた。20 件近くの介護事業所のうち、1 か所の事業所が検討し、事業所の代表と母との面談を設定した。事業所の方は支援することに了解したが、母は葛藤の末、利用を見送りたいと決断した。

（2）自己決定の尊重、非審判的態度

今回の母の決定について、母は看護師を経由してソーシャルワーカーに伝えてきた。ヘルパーを探すことの大変さを母は理解しており、断ることに対してソーシャルワーカーに

も遠慮があったようであった。長くかかわっている信頼の厚い看護師を通じて結果を伝えてきた。今回の決定に対しては、ソーシャルワーカーも母の自己決定を全面的に支援すること、今後も継続的に関わっていくことを伝えた。

本ケースも、「ヘルパー導入」の目的で看護師より依頼があった。これも生活ニーズのひとつについての依頼である。しかし、アセスメントを通して、ヘルパー導入の調整ひとつにおいても、重度心身障害児を持つ母にとっては日常生活の調整のみではなく、大きな心的葛藤を伴っていることを気づくことができた。

医療的ケアの必要な重度心身障害児においては、障害者総合支援法のサービスが非常に利用しづらい現状がある。障害児に必要な様々なケアも、親が行うべき「子育て」に含められてしまい、ヘルパー利用がなかなか承認されない。また、ヘルパーも喀痰吸引などの医療的ケアができるような仕組みは作られたが、実際に探すことは非常に困難である。

それに加え、親としては重度心身障害のある子供のケアを他人にゆだねることへの大きな葛藤があり、時には自身の健康を損ねるまでに至らなければ、ゆだねられない場合もある。このような状況にある親子を支えるには、継続的な支援を提供しながら、信頼関係を構築し、親子にとって最良の意思決定ができるようエンパワメントを続けることが大切と思われる。

まとめ

「訪問看護ステーション等が開設する医療・介護の相談室づくり（3年計画）」として、訪問看護ステーションが担っている相談機能と、ソーシャルワーカーが看護ステーションにおいて担う相談機能について、一年間観察と介入を試みた。

在宅療養を支える訪問看護ステーションの業務は、生活に関わる広い視野と継続的な支援の提供を必要とする業務である。訪問看護師は相談支援を通して、多岐にわたる生活ニーズを把握するが、ニーズを満たすには看護職のみでは達成することは困難であった。ソーシャルワーカーがその相談業務の一翼を担うことにより、それぞれの職種の専門性を生かした質の高い支援に貢献出来るケースもあることが分かった。特に、医療的ケアの必要な重度心身障害児においては、医療的ケアに対応できるヘルパーや施設が少ないために、訪問看護事業に過剰に依存せざるを得ない現状がある。新たな資源を開拓しながら福祉サービスの利用につなげることは、看護師を本来業務に従事させることができ、これは社会資源の適切な活用にもつながるのではないかと考える。

今回勇美記念財団の助成をうけ、「訪問看護ステーションにおける相談室づくり」に取り掛かることで、医療的ケアの必要な重度心身障害児への相談支援が十分でないことが明らかになり、当法人でも障害者特定相談事業所の立ち上げを検討するきっかけとなった。**Germain** はヘルスケア分野、特に医療、介護、福祉の総合的な支援を必要とする高齢者、慢性疾患患者、障害者の領域において、専門知識をベースとしたシステムティックな多職

種によるコラボレーションが必要であると述べている (Germain, 1984)。看護師とソーシャルワークのコラボレーションによって行われる訪問看護師ステーションにおける「相談機能」が、地域包括ケアシステムにおいて、医療・介護ニーズを抱えて生活する人々のケアの質を向上させることができるのではないかと考える。訪問看護ステーションの「相談機能」をいかに向上させていけるか、今後も検証を続けていきたい。

以上

<参考文献>

岡田喜篤、他 (2015) 『重症心身障害療育マニュアル』 医歯薬出版株式会社

ストリンガー、E.T.(2012) 『アクション・リサーチ』 フィリア

Germain, C.B. (1984) 『Social Work Practice in Healthcare an ecological Perspective』
The Free Press

ヘップワース, H.D 他 (2015) 『ダイレクト・ソーシャルワーク ハンドブック——対人支援の理論と技術』 明石書店