



「札幌市における医療的 ケア児支援のための看護 職ネットワーク事業」

本事業の経過と連携方法の試案について

【主催】

北海道看護協会

子育て世代包括ケアシステム推進のためのモデル事業

砂山 圭子

北海道看護協会の活動

平成29年度日本看護協会『子育て世代包括ケアシステム推進のためのモデル事業』への参加
平成30年度『札幌市における医療的ケア児支援のための看護職ネットワーク事業』として継続

【目的】

医療的ケア児への支援ネットワークのあり方を検討し、途切れのない看護職ネットワーク構築を目指す

【メンバー構成】

札幌市保健所母子保健担当保健師、北海道立子ども総合医療・療育センター保健師、札幌市立病院助産師（職能委員）、訪問看護師、重症心身障がい児施設看護師、北海道大学病院看護師、手稲溪仁会病院退院支援看護師、北海道看護協会常務理事、事務局：事業課

医療的ケア児を取り巻く国の動き

* 厚労省（2016.6）児童福祉法の一部改正

「医療的ケア児の支援に関する保健、医療、障害福祉、保育、教育等の連携の一層の推進を図る」

* 平成28年度診療報酬改定

- ・「機能強化型訪問看護管理療養費1」の算定要件に「超・準重症児の利用者数が常時6人以上」等が追加
- ・「退院支援加算3」：NICU退院児の退院支援の強化、地域連携の推進
- ・「退院後訪問指導」「訪問看護同行加算」「医療機関からの訪問看護の評価」

医療的ケア児支援に関する課題

- ✓札幌市の医療的ケア児の全体数および経年的変化を把握できていない
- ✓NICUでの長期入院児の在宅等への移行支援が進まない
- ✓NICU、小児科病棟、重症心身障がい児施設、訪問看護ステーション、ショートステイ、保健センター、養護学校などの看護職を含む支援者がつながっていない

【これまでの活動】

- H29年11月 地区別会議で各分野の看護実践報告会及びグループワーク
- H30年1月 事例検討会①「NICUからの退院事例」
- H30年5月 事例検討会②「訪問看護ステーションでの支援と連携」
- H30年7月 事例検討会③「重症心身障がい児施設での支援と連携」
- H30年12月 地区別会議で 講演「浜松市のネットワークについて」
グループワーク「合同カンファランスのタイミング」

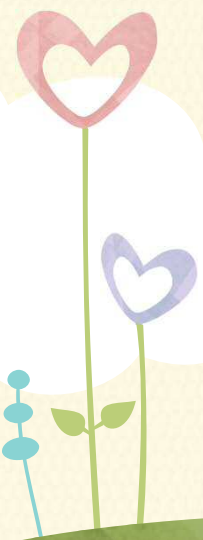
3つの事例検討会で見えてきたこと

1 事例目 NICU 助産師から

出生時体重1,100グラム、染色体異常あり、NICUから小児病棟を経て220日目に自宅退院した児の退院支援について



臨床現場では、地域関係者との情報共有や合同カンファランスのタイミング等、手探りで退院時連携の取り組みを進めている。



3つの事例検討会で見えてきたこと

2 事例目 訪問看護ステーション 看護師から

重度心身障がい、慢性呼吸不全、心不全等あるも、医療・福祉・教育サービスを活用しつつ在宅生活を中学生まで継続している児と、強い腰痛のある母の支援の連携について



母が安心して支援者に介護を任せられるようになるために、その家族理解について、支援者間の意見交換が必要。

3つの事例検討会で見てきたこと

3事例目 重度心身障がい児施設 看護師から

分娩時障害による重度心身障がいあり、3歳時にNICUから
重心施設入所となった児と、入所後もNICUと同等のケアを期待
している母について、施設看護師が寄り添い続けた経過を振り返り



家族の疾病理解への支援や、施設も含めた支援者間の連携では、
疾病と生活を知る看護職間の連携が必要。

実践力アップ事例検討会の手法は効果的だった



プロジェクトの活動で見えてきたこと

看護職の顔の見える連携関係をつくることで
具体的な支援ネットワークの構築につながるのではないか！

病院から地域に支援をつなぐ時、施設コーディネーターから
地域のコーディネーターに引き継ぐことができれば良いのではないかと！

地域の子ども達を把握して、関係者が定期的に検討する
場があると良いのではないかと！

支援ネットワーク・連携のあり方の提案

個々の事例は入院中から地域との合同カンファレンスを行い
コーディネートを開始します！

個々の事例のコーディネートの入り口として、各区保健師を位置づ
け、医療、福祉、保育、教育関係者のつなぎ役を担い
児の成長発達を見据えた長期的視点でコーディネートします！

各保健センターに「医療的ケア児支援コーディネーター会議」を設置
し、支援関係者の顔の見える関係を構築した上で
全事例管理を行います！

成長を見守れる！
成長に合わせた看護・支援が提供できる！
コーディネーターが必要！

プロジェクトメンバーが感じた効果

1) 重症心身障がい児（者）施設の看護師の立場から

今まで施設ではどんな看護をしているのか、病院の看護師には伝わっていなかったように思います。施設への入所や短期入所を使う医療的ケア児に関する情報は、医師の添書による情報がほとんどでした。

施設の看護師が生活に関する情報を聞きたくても、「個人情報の関係がありますから医師を通してください」と断られることもありましたが、生活に関する情報は生活を支えるプロの看護師に聞きたいと思っていました。

顔の見える関係を作ったことで、各関係機関で情報交換がしやすくなり、ケアの継続のために必要な情報が得やすくなったことが一番の効果です。

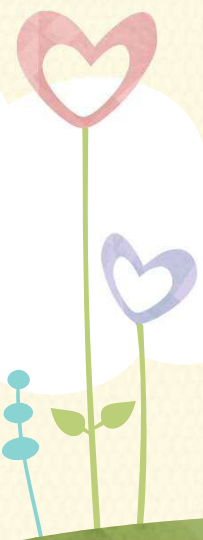
プロジェクトメンバーが感じた効果

2) 保健センターの保健師の立場から

かつて札幌市の保健センター保健師は、医療的ケア児が病院から在宅生活を送るための移行期調整の第1番の窓口としての役割や在宅生活が安心して継続できるよう支援を行ってきました。

しかし、まだまだ個々のケースにおいては、保護者自身が各部署との調整を行うことも多く、医療的ケア児の在宅生活は過大な保護者負担の上で成り立っている現状があります。

この事業を通じて医療的ケア児に関わる看護職には誰も、安心安全な在宅生活を支えるという役割が課せられていることを再認識しました。



プロジェクトメンバーが感じた効果

3) 総合周産期母子医療センター NICUの助産師の立場から

本事業の「事例検討会」は、医療的ケア児に関わる看護職が、児と親の支援に対する悩みや課題を共有し様々な視点で考えることができたことと、その過程において“顔が見える関係”構築に繋がったことが最も大きな効果であったと考えます。現在、NICUでは事例検討での学びを退院支援に活かし実践しています。

自施設のみのお考えに留まらず、他施設との連携を行い、最善な支援を実践していきたいと考えます。



プロジェクトメンバーの感じた効果

4) 高度急性期病院小児科病棟看護師の立場から

高度医療を受けた子どもは、急性期の治療を終えたあとも自宅に帰ることが困難で、転院先もなく長期入院することがあり、退院調整がより難しくなっていることを実感していました。

本事業に参加し、医療・福祉・行政の現状が理解でき、看護職同士の顔の見える関係ができました。私は病棟に戻ってまず、重症度に関わらず乳幼児の退院前に必ず地元の保健師に連携をとるようにしました。すると保健師の自宅訪問結果が病棟にフィードバックされるようになり、病棟看護師が心配していた子ども・家族の退院後の様子がわかるようになりました。病棟看護師全体に看護連携の重要性が浸透し、自宅に帰っていく子ども・家族を看護の力で支えているという自信につながりました。