

吉備国際大学研究紀要
(医療・自然科学系)
第27号, 1-10, 2017

在宅人工呼吸器装着者の医療的ケアにおける緊急時連携体制の課題

和泉とみ代・木村 麻紀・澤田 和子

Medical care on the subject of cooperation dealing with emergencies for respiration on a person convalesce at home

Tomiyo Izumi · Maki Kimura · Kazuko Sawada

Abstract

The objective of this study is to identify some issues that the medical professions' cooperation care system faces on the occasion of emergencies dealing with the persons wearing an artificial respirator living at home. While there are as many as 15,000 persons who wears artificial respirator in Japan, but only a few studies have been done on the medical care professions' cooperation dealing with emergencies. The results from the survey conducted of 500 home care institutions of seriously disabled persons showed that they were mostly small-scaled institutions, and the doctors and the nurses contacted on daily bases (58.0%, 71.0% respectively), but they did not have enough cooperation at emergencies (52.0%) and disasters (doctor 38.1% & nurse 50.5%) with community. Since the medical care professions have to closely connect to the community and the fire stations at natural disasters, because quick moving and transferring disabled persons are necessary, how to establish a strong cooperation and connecting with the community becomes the key issue.

Key words : respiration on a person, medical care, cooperation in emergencies

キーワード : 人工呼吸器装着者, 医療的ケア, 緊急時の連携

はじめに

たん吸引や経管栄養等の医療的ケアは、在宅で療養する神経筋難病患者や重度障害者にとって、日常生活のみならず生命の維持においても必要不可欠なケアである。これら医療的ケアを提供するには、様々な職種との綿密な連携が不可欠である。在宅で療養している人工呼吸器装着者は、全国で約15,000名（2013年調査）いるが、人工呼吸器装着時の医療的ケアにおける連携の在り方や緊急時の適切な対応について様々な問題が生じている。

在宅での医療的ケアを安全に提供するには、喀痰吸引等の研修を修了し登録認定を受けた従事者（以下、認定特定従事者）と、医師や看護師など多職種との綿密な連携が不可欠である。とりわけ、在宅で療養する人工呼吸器装着者（以下、在宅人工呼吸器装着者）の急変時や災害時の際には、医師・看護師への連絡体制の整備と適切な対応（医師・看護師が到着するまでの対応含む）が求められている。このような中で、医療的ケアにおける多職種間での詳細な連携の構築や、緊急時（人工呼吸器の故障、停電時などの介護職員等によるアンビュバックの使用など）の対応について、解釈の相違や法的に不明確な部分があり、現場での混乱等が生じている。そのため在宅人工呼吸器装着者の医療的ケアを敬遠する事業所も少なくない。さらに、災害時においては、移動が困難なうえ医療的ケアが必要なため、避難移動に時間がかかり取り残される者や避難をあきらめ自宅待機する者もいた。また、避難後もレスピレーターや吸引機の電源確保など対応に苦慮する事態になった事例も多い¹⁾。これらを教訓として、東日本大震災以降、災害対策の整備が求められ、難病患者等の災害支援に関する研究が着手されている。しかし、在宅人工呼吸器装着療養者の医療的ケアにおける緊急時連携に関して、介護を担う重度訪問介護事業所や認定特定従事者を対象とした研究は少ない。

そこで、本研究では、在宅で療養する人工呼吸器装着者の医療的ケアにおけるニーズに基づいた調査をも

とに、災害時や急変時を含めた緊急時の連携体制の課題を明確にする。

1. 医療的ケア導入の歴史

(1) 医療的ケアとは

医師法等の医療の資格に関する法律は、免許を持たないものが医行為を行うことを禁止しているが、難病や重度障害により痰吸引等を必要としている者に対し、医師以外の特に定められた者が行なう医行為をさす。すなわち、医療的ケアとは、医師の指導のもと、保護者、看護師、介護福祉士、ヘルパーなどが医療的な生活援助行為（経管栄養やたんの吸引等）を日常的・応急的に行う医行為である。

(2) 医療的ケア導入の歴史

在宅で療養する神経筋難病患者や重度障害者のたん吸引や経管栄養等を365日24時間保障するうえで、マンパワー不足や家族の介護負担の増大が問題となり¹⁾、医療的ケアの法的な位置づけや内容について検討されるようになった。

平成15年には、筋萎縮性側索硬化症（以下、ALS）患者の在宅療養環境の整備目的で、医行為である「痰の吸引」が一定の条件下で、家族以外の者おもにヘルパーに対して認められた。平成17年には、「実質的違法性阻却論」（厚生労働省通知、「医師法17条、歯科医師法17条、保健師助産師看護師法31条の解釈について」）により、医師や免許を持たない者が行うことを禁止されていた医行為について、本人の文書による同意や適切な医学的管理等の一定の条件下で、ヘルパー等による医療的ケアの実施が容認された。平成23年には、「介護サービス基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」が公布され、社会福祉士及び介護福祉法の一部改正（以下、法改正）により、介護職員等による喀痰吸引等の実施のための制度が整備された。平成24年4月から介護福祉士及び一定の研修を受けた介護職員等は、一定の条件下にたんの吸引等の行為を実施できるようになった。この研修には、施設等

において「不特定多数の者」を対象とする研修と、「特定のもの」(在宅)を対象とする研修がある。

(3) 実施可能な医行為の範囲と条件

平成17年以降、体温・血圧・パルスオキシメーターなど測定や、軽微な切り傷やすり傷の処置、服薬介助などは、実施可能となっている。加えて、今回の法改正【法：第2条第2項】で実施可能となった医行為の範囲は、たんの吸引(口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部)、経管栄養(胃ろう、腸ろう、経鼻経管栄養)である【省令：第1条】。なお、医行為であるか否かがはっきり定められていない行為(以下、グレーゾーン)は、摘便、褥瘡の処置、人工呼吸器の操作などである。

たんの吸引など医療的ケアの実施にあたっては、認定特定従事者が実施すること、その際①医師の指示に基づくこと、②医師、看護師等の指導のもと必要な研修を実施すること、③各種マニュアルの整備及び医療機関等との連携を含めた安全管理体制を構築すること、などが条件となっている。

2. 在宅人工呼吸器装着者の医療的ケアニーズ

法改正以降、人工呼吸器装着者の生活は改善したのであろうか。医療的ケアにおける緊急時の状況は改善しているのかどうか、A県在住の重度訪問介護を利用している3事例(表1参)を対象に調査を行った。結果、次のような医療的ケアの状況とニーズが示された。

表1 事例の概要

事例	疾患	人工呼吸	生活状況	サービス利用状況	医療的ケア
1	進行性筋ジストロフィー	TPPV	B市内在住 一人暮らし	訪問看護1日2回 (30分～90分) 訪問診療 重度訪問介護 (1日24時間 365日)	たんの吸引 (口・鼻、気管) 経管栄養(胃瘻)
2	進行性筋ジストロフィー	TPPV	C市内在住 家族と同居	訪問看護1日1回 (月～土60分) 訪問診療 重度訪問介護 (1日8時間 365日)	たんの吸引 (口・鼻、気管) 経管栄養(胃瘻)
3	進行性筋ジストロフィー	NPPV	B市内在住 一人暮らし	訪問看護1日3回 (排便90分入浴 60分、夜30分) 訪問診療 重度訪問介護 (1日24時間 365日)	たんの吸引 (口・鼻) 経管栄養(胃瘻)

以下、本人の発言を「斜体」で示す。

事例1は、B市に居住し、訪問看護、訪問診療、重度訪問介護(1日24時間365日)を利用し、一人暮らしをしている。気管切開下陽圧人工呼吸(以下、TPPV)をしている。パソコンを使用し、情報交換やコミュニケーションをとっている。外出や社会的活動も活発である。

利用している医療的ケアは、たんの吸引(口・鼻、気管から)と経管栄養である。

現在の医療的ケアについて概ね満足しているが、緊急時がどうなるか不安を抱いており、緊急時を想定した研修を要望していた。

医療的ケア(たんの吸引)のリスクとして、「*気道がつまりそうになったことが数回あった*」「*低酸素血症は、車いすの移乗、着せにくい服の着替え時など、介護者が慣れない時などに時々あった。また、人工呼吸器の回路がはずれること*」などがあつた。

急変時は、緊急時マニュアルにそつて主治医や救急隊の要請を認定特定従事者や訪問看護師がしていた。

災害時(カミナリや台風など)の備えも兼ね、バッテリーのつなぎ方など、人工呼吸器業者や訪問看護師の協力を得て、介護に関わる全ての人を対象に実践的な研修を実施していた。しかし、災害時を想定した研修(災害時の避難場所と道・ルートなど含めた研修)を行っていないため、災害が起こった時にどうなるか不安を抱いていた。

法改正後も困つた事柄として、人工呼吸器の操作はグレーゾーンのため、「*行政が医療機器を触るのを恐れる発言をすると、着替えや移動の際、呼吸器回路に触れるため介護事業者からサービスの利用を拒否されることがあつた*」。また、呼吸状態を維持するために「人工呼吸器のトラブルや停電時に認定特定従事者もアンビュバッグを使用する必要がある」と述べていた。さらに、胃瘻への薬の注入が認められてないため、「ヘルパーは薬の準備と接続チューブを抜くだけになる。晩(夕食前22時頃)は訪問看護が来られないので、薬を溶かして口から飲んでいるがむせそうになるし、食べ

物の味もわからなくなる」など、誤嚥性肺炎を引き起こすリスクに繋がる事態が生じており、「生活していくうえで必要なことは認めてほしい」と切望していた。

事例2は、C市に家族と同居し、訪問看護と訪問診療、重度訪問介護を毎日10時～18時に利用している。TPPVにて在宅療養している。医療的ケアは、訪問介護スタッフ1名がたんの吸引（口・鼻、気管）と経管栄養をしている。訪問看護では気管切開部、胃瘻部の身体の清拭などを行っている。

C市では24時間365日の介護サービス利用を認めていないため、夜間の喀痰吸引等は両親が交代で行っている。家族の負担を考え水分摂取を控えた結果、気管カニューレが閉塞し、緊急入院となった。

医療的ケア（たん吸引）のリスクとして、「気管カニューレと呼吸器回路との偶発的な外れを予防するための輪ゴム付け忘れや低酸素症になりそうになったことがあった」。「気管カニューレが閉塞した時、母親がカニューレ交換をして回復した」などがあった。

緊急時にそなえ、緊急時対応マニュアルがあり、容態に応じた連絡機関の電話番号一覧と人工呼吸器のトラブル時の連絡先が書かれていた。緊急時にはマニュアルに沿って「医師・看護師との連絡は、家族（家族不在時は認定特定従事者）が、訪問看護ステーション、かかりつけ医、主治医の連絡先一覧を見て電話連絡している。」「かかりつけ医に訪問診療を依頼するときや人工呼吸器トラブル時に活用している。気管切開してから再度新しいマニュアルを作り対応している。」「ケア会議も3ヶ月に1回、本人・家族・訪問看護・医師・訪問介護・サービス管理者が参加して開いている」ので安心していた。

災害時の備えとして、長時間の停電に備えて人工呼吸器の予備を1台レンタルしていた。また、車と電動車椅子からインバーターを使って、吸引機や人工呼吸器の使用電力を供給できるようにしていた。

医療的ケアに関する要望として、「家族以外に喀痰吸引や経管栄養できる訪問看護スタッフ、訪問介護ス

タッフが増えてほしい。特に、喀痰吸引、経管栄養できる訪問介護スタッフが増えるように喀痰吸引第3号研修の回数を増やしたり、研修費用を自治体が助成したりしてほしい。さらに、「自治体の財政に関係なく24時間365日訪問介護を利用できる制度にして頂きたい」「訪問診療で人工呼吸器管理、カニューレ交換、気管内のファイバー、胃瘻交換、血液検査、心電図、点滴からの抗生物質の投与等の処置のできる医者が増えてほしい」「家族が医療的ケア、介護ができなくなっても安心して在宅を続けられるように訪問介護スタッフ、訪問看護スタッフ、かかりつけ医、主治医、訪問入浴スタッフ等が密に協力して頂きたい」などを切望していた。

法改正後も困った事柄として、「事業所に訪問を依頼しても人工呼吸をしているだけで、アレルギー反応をしめす事業所がある」と述べていた。

事例3は、B市に居住し、訪問看護、訪問診療、重度訪問介護（1日24時間365日）を利用し、一人暮らしをしている。非侵襲的陽圧人工呼吸（以下、NPPV）をしている。医療的ケアは、たんの吸引（口・鼻から）と経管栄養である。訪問看護1日3回（排便等90分、入浴60分、夜間30分）、訪問診療月2回、訪問介護1日24時間365日利用し、一人暮らしをしている。

医療的ケアについて「特定の者の研修をすることで、生活の質が良くなった」と、概ね満足していた。医療的ケア（たん吸引）のリスクとして、「風邪をひいて痰がたくさん出る時やインフルエンザの時、吸引が間に合わず気道がつまりそうになったことがある」が、大事には至らなかった。

緊急時や災害時については、「緊急時対応マニュアルを見えるところにつけている。内容も知っているし、緊急の時はそれで対応しているので、緊急時の不安などはない」。また、「6時間もつバッテリーと車が部屋のすぐ横に駐車していて、エンジンまわしながらシガレットから電気とってできる。長いコードもっている」と、備えがあるので安心していた。

法改正後も困った事柄として、「服薬が困る。注入は寝る前をいれると4回だが、看護師の注入は1日3回、朝・晩と夜は眠剤のみなのでやりくりして3回にした。でも生活のリズムが崩れる。私たちの生活は看護と介護に分けられない。薬の注入時間など融通が利かないので困る。薬の注入を介護の人ができれば助かる。自分の人生を全うするためにサービスを使っている。」「移動の時、呼吸器の回路をつないだままなので、ホースをさわる。移動の時間制約もあるし、移動などに必要な行為は振り分けられない。医療的ケアのグリーンゾーン（呼吸器回路を触る、マスクや回路の交換など）で、介護に必要なものは研修をしてOKになったら良い」「もっとも困ったことは、対応してくれる事業所が少ない。医療的ケアができるところが少ない。事業所に訪問を依頼しても人工呼吸をしているというだけでアレルギー反応を示す事業所がある。支援センターの相談員に相談するが、相談員も支援してくれる事業所がなくて困っている。ある事業所は医療的ケアを敬遠するそぶりがあった」「障害者総合支援法で障害者の自立支援を謳っているのだから社会的に理解が欲しい」と、述べていた。

以上の3事例から、法改正以降、医療的ケアに概ね満足しており充実してきたことがうかがえた。また、ケア会議の開催など専門職間の日常的な連携に加え、急変時対応マニュアル作成など緊急時対応の体制も整ってきたようである。しかし、災害時には在宅TPPVの場合、移動に時間がかかることやアンビュバッグを使用する必要があることなどから、不安を抱えていた。また、グレーゾーンがあることで、特定認定従事者の医療的ケアに制限が生じ、日常生活に支障を及ぼしていた。このような状況の中で、安心して在宅生活を続けられるよう介護者（認定特定従事者、看護師など）を増やすこと、実施可能な医療的ケア項目の緩和を図ること、訪問介護、訪問看護スタッフ、主治医等の専門職間での緊密な連携協力を求めている。

3. 医療的ケア緊急時連携体制の調査

在宅人工呼吸機器業者を対象に行った都道府県別全国調査（2013年）²⁾によると、在宅TPPV装着者数は全国総計4,521名、在宅NPPV装着者数は全国総計10,453名いた。その中で、外部バッテリー装着者数はTPPV2,761名、NPPV1,517名と少なく、地震や台風、大雨や大雪などの災害への備えは不十分であった。東日本大震災をはじめ災害時には、多くの障害者が逃げ遅れ取り残されている。

とりわけ、在宅人工呼吸者の避難は困難であり、災害時や急変時を含めた緊急時の連携体制を強化する必要がある。そこで、在宅人工呼吸器装着者の介護を担う重度訪問介護従事者を対象に、医療的ケアの緊急時（急変時・災害時）連携体制について調査を行った。

(1) 調査の方法

1) 研究対象

重度訪問介護事業所11,732事業所のうち500ヶ所を無作為に抽出し、各事業所の管理者および認定特定行為業務従事者の計1000名を対象とした。

2) 研究方法 郵送法による自記式質問紙調査法

3) 調査期間 平成27年10月～平成28年 2月

4) 調査内容

①事業所の概要

介護職員数、事業所の体制、人工呼吸器利用者数

②日常的な他職種との連携について

カンファレンス、医師・看護師・保健師との連携

③急変や緊急時の対応について

緊急時対応マニュアル作成、緊急時対応への同意、緊急時を想定した訓練、意思疎通手段の有無、緊急時の連携体制・応援体制

③災害時の連携体制について

避難行動要支援者名簿登録、連携支援体制（近隣住民、事業所間、医師・看護師・保健師、利用者関係機関）、利用者との連絡体制

④災害（地震、火災、水害）時の対応について

利用者ごとの災害時対応マニュアル作成、災害用備

蓄、災害時対応の相談や決定（本人、家族）、災害時避難方法

⑤ライフライン復旧までの備え

蘇生バッグ、呼吸器回路、気管カニューレ、予備バッテリー、非常電源、手動の吸引機、吸引チューブ、薬（薬手帳）、人工呼吸器設定リスト、文字盤

⑥医療的ケアに関する今後の課題（自由記載）

(2) 調査の結果

アンケート回収113名（回収率11.3%）のうち有効回答97名（有効回答率85.8%）であった。

1) 重度訪問介護事業所の概要

介護職員数は、常勤1名～65名（平均8.1名）、うち5名以下が42事業所（43.3%）あり、非常勤0名～106名（平均17.1名）であった。事業所の体制は、年中無休で稼働している事業所が67ヶ所、24時間対応をしている事業所が55ヶ所であった。

人工呼吸器利用者数は、NPPV 0～13名（平均1.18名）TVVP 0～4名（平均0.43名）であった。

2) 日常的な他職種との連携

法改正以降、医療的ケア実施の際に関係職種と連携することが求められるようになった。日常的な他職種との連携状況（図1）をみると、月に1～4回のカンファレンスや、利用者の状況に合わせ適宜相談するなど密に連携していた。職種では医師と58%、看護師と71%、保健師と17%連携していた。その他、歯科医師、理学療法士、作業療法士、薬剤師、人工呼吸器取扱業者、等と利用者の状況に合わせ連携を図り介護内容の改善を図っていた。

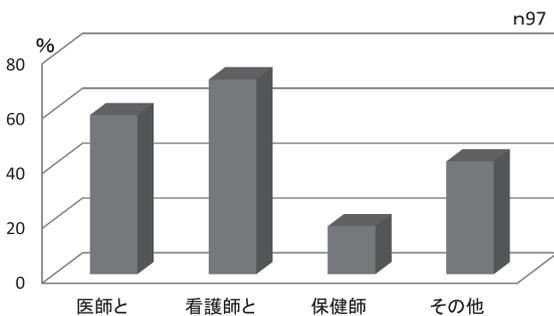


図1 日常的な他職種連携

3) 急変や緊急時の対応

急変や緊急時の対応（図2）では、緊急時対応マニュアルを73.2%作成しており、43.3%が利用者の近くに常設していた。急変を含めた緊急時の対応について、本人に説明し同意を得ている58.7%、家族63.9%であった。しかし、緊急時を想定して訓練を行っているのは35.1%であった。利用者との意思疎通手段は39.2%であった。緊急時における多職種連携体制は48.5%確立しており、応援体制は他職種間43.3%、事業所内52.6%が整備されていた。

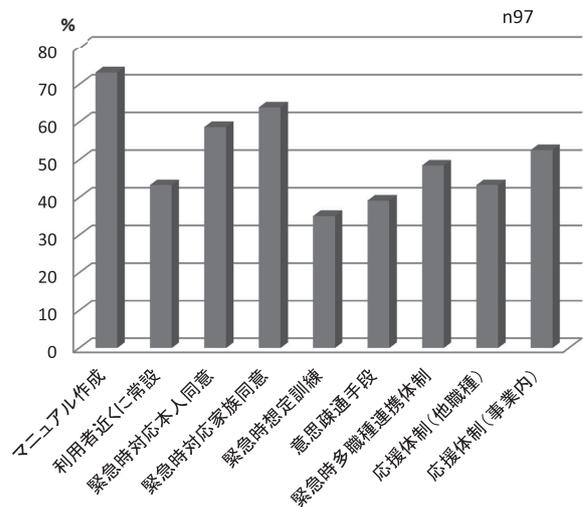


図2 急変や緊急時の対応

4) 災害（地震、台風、水害）時の連絡支援体制

災害時の連絡支援体制（図3）をみると、避難行動要支援者名簿の登録について、22.7%利用者の同意を得られていた。近隣住民との連携が取れているのは22.7%であった。

専門職間の連携支援体制は、事業所間47.4%、医師と38.1%、看護師と50.5%、保健師と13.4%であった。利用者の関係機関とは50.5%整っており、利用者と事業所との連絡手段を55.7%確保していた。

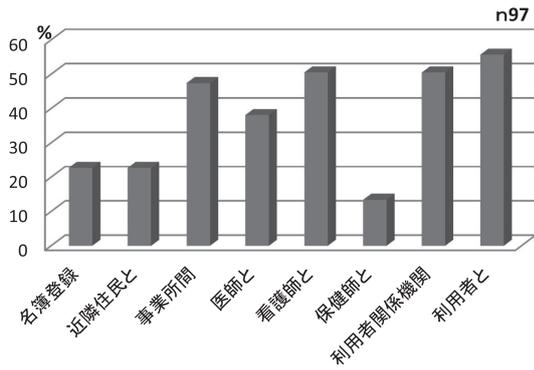


図3 災害時の連携支援体制

5) 地震、火災、水害など災害時の対応

災害時の対応(図4)では、利用者ごとに災害時対応マニュアルを作成しているのは29.9%であった。備蓄は40.2%、災害時の対応を本人と相談決定しているのは27.8%、家族と34.0%であった。避難方法では、自宅待機13.4%あり、介護者一人での移動避難が困難なこと、避難する際に必要物品の多いことや環境の変化による消耗などから自宅の方が安全だと判断していた。20.6%が避難所へ避難を決めていたが、38.1%が避難方法未定であった。

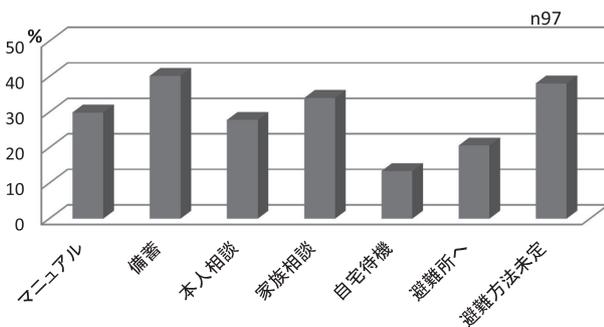


図4 災害時の対応

6) ライフライン復旧までの備え

災害時の際に避難せず自宅待機するケースと、避難方法未定を合わせると51.5%あった。災害時には、自宅で2日から1週間過ごせるよう備えが必要である。しかし、ライフライン復旧までの備えをしていたのは3割以下(28.9%)だった。その詳細(図5)をみると、蘇生バッグや予備呼吸器回路の準備を15.5%が、気管カニュー

レ17.5%、予備バッテリー24.7%、非常電源10.3%、手動の吸引機15.5%、吸引チューブ22.7%、薬(薬手帳)の準備14.4%、人工呼吸器設定リスト12.4%、文字盤10.3%であった。

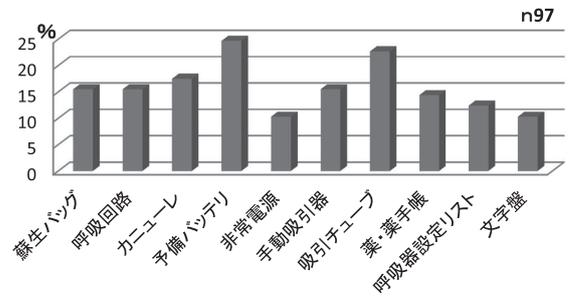


図5 ライフライン復旧までの備え

7) 医療的ケアに関する今後の課題

医療的ケアに関する今後の課題について、主に医療的ケアのあり方、人材不足やリスクから生じる事業所不足、グレーゾーンによって生じる問題、災害時の対応、多職種連携の強化の方策など意見や要望があった。以下、原文は「斜体」で示す。

医療的ケアのあり方として、「生活に密接した医療ケアは利用者の希望に合わせて柔軟に対応できるようにしてほしい」「利用者をしてできる限り在宅で支援してほしいよう特定認定従事者の資格取得に力を入れなければならないと思う」という意見もあった。

一方で人材不足があり、「研修に時間がかかるため医療的ケアの行為ができる人が少ない。研修の機会を増やしてほしい」と、規模が小さい事業所も研修を受けられるよう体制整備を要望していた。

さらに、「医療的ケアに伴うリスクがあるためか、手を上げる事業所が増えず、利用者に迷惑をかけている現状がある。利用者が事業所を選べない」と、利用者に関われる事業所が少ないことを危惧していた。さらに、「医療的ケアの必要性に対する認識や取り組みに地域格差がある」ことや、「リスクが高いため事業として行うという積極的な考えに至らない事業所が多い」ことをあげていた。

グレーゾーンによって生じる問題として、「現在、在宅での医療が当たり前になりつつある中で、訪問医、訪問看護師等の必要性がますます高まっている。医療者だけでは限界があり、介護がそこに関わらざるを得ない状況となっていることは、誰の目にも明白な現実だと思う。とりあえず、一定の研修を受けることで非医療者が関わることを可能となったが、現場ではまだまだグレーゾーンの存在が多数ある。グレーのままとするのか、新たな研修を行って介護職に解禁するのか、まだ今後の方向性が見えません」と、困惑していた。

災害時の連携については、「行政や消防の災害時に対する意識の低さが非常に顕著です。幾度か各機関へ具体的な対応（避難先等）を伺いに出向きましたが、書面のみでの整理（受け入れ名簿等）だけで、まったく言えるほど「実」に即していません。ご家族の不安は常に消えません」と、行政の意識改革を要望していた。

このような状況の中で多職種連携を強化するためには、「利用者・家族の意思を反映させ、各専門職の強みを最大限、かつピンポイントで生かすためには調整役であるケアマネ、相談支援員の力量と地位の向上が必要である」「連携の中には医療の専門家が入ってクリニカルパス連携を目指すべき」「利用者や関係する業者や専門職によって様々なケースがあるので、調整していくコーディネート業務をできるような立場の人が必要である」と、利用者の利益を最優先できるよう、専門職間を調整する機関や人材養成の必要性を述べていた。

4. 医療的ケア緊急時の連携体制の課題

調査を行った重度訪問介護事業所は規模が小さく、人材不足やグレーゾーンによる混乱が生じるなどの問題があったが、そのような中でも自分らしい生活ができるよう、利用者を中心に据えた多職種間のカンファレンスを開催するなど日常的な連携を密にとっていた。緊急時における他職種連携体制は48.5%確立しており、応援体制は他職種間43.3%、事業所内52.6%整備

されていた。しかし、災害時の連絡支援体制では医師38.1%、看護師50.5%と不十分であった。災害時の避難については、移動が困難なことや避難所に行っても人工呼吸器を装着しながら避難生活を送ることにためらいがあり、避難方法の未決定や自宅待機を選択していた。

全国社会福祉協議会による災害時の障害者避難等に関する研究³⁾（平成24年）において、東日本大震災の教訓をもとに、障害者避難等に関する課題と対応について以下の4点をあげている。①障害の種類や程度に配慮した避難支援が行われなかった。今後、国は市町村による個別計画策定のため積極的支援を講ずること。②福祉避難所の存在が障害当事者にも福祉関係者にも認識されていなかった。その対応ため、福祉避難所の存在の周知、サービス等利用計画書への福祉避難所等の記載をすること。③避難所における生活等の場面で必要な配慮がなされていなかった。そのため、障害者に配慮された避難所の設置や、医療関係者の派遣時のコミュニケーション手段の確保、避難所運営の場への障害当事者等の参画の原則化が求められる。④福祉避難所に指定されていない施設で、事実上同じ機能を果たしていた施設への支援が不十分であった、と提起している。さらに、筋ジス協会からは、東日本大震災で津波に襲われた際に、救助に来た親族に「もう、あきらめましょう」とつぶやいたケースを示し、全面的な介助が必要なため移動に人手が必要であり、非難をあきらめざるを得ない現状が示された。さらに、災害時の課題として、障害者の避難状況が把握できていなかったこと、ガソリン不足でヘルパーの在宅訪問を中断せざるを得なかったことをあげている。一方で、自助も必要であり、①飲料水・食料を3日程度準備する、②近隣と交流を深める、③携帯ラジオや携帯電話の予備電源・乾電池を準備する、④懐中電灯やろうそくの準備、⑤電動車いすを使用する人は手動式も準備する、⑥避難路や避難方法の点検と介助用具を準備するなどの対策を講じる必要性を述べている。さらに今福⁴⁾は、

災害時の難病患者の自助力を高めるため防災訓練を行い、難病患者の障害特性に応じた個別ファイル化と個別支援体制の構築の必要性を提起している。その際、訓練は個別に実施し、災害対応訓練シートを作成活用することの有効性を示していた。さらに、医療福祉専門職に対し、①災害時の安否確認や訪問について、事業所の方針を話し合い、患者・家族に伝える。②停電や地震、津波などに備え、安否確認に必要なデータや、職員の連絡先等印刷シラミネート加工をしておく。③他職種の協力による防災訓練の実施などを提起していた。

これらのことから、医療的ケアにおける緊急・災害時時の連携に関する課題を整理すると以下のとおりである。

課題1：多職種間での連携体制の整備をさらに進め、災害時を想定し、各専門職の役割と支援内容を決める。

課題2：急変時・災害時の対応マニュアルを個別に病態や日常生活の活動状況に合わせ作成し、利用者の関係機関相互で共有できるようにする。

課題3：災害時に備え、地域との密接なつながりを持ち、利用者と専門職との連携を密に保つ。

課題4：被災状況や避難の有無を把握するため、避難行動要支援者名簿を登録し、行政や消防署との緊密

な連携を図り、災害を想定した訓練を行う。

結語

在宅人工呼吸器装着療養者の医療的ケアにおける緊急時の連携を焦点に調査をおこなった。医療的ケアにおけるニーズ調査において、専門職間の連携が重要であることが提示された。とりわけ、急変や災害時に不安が強かった。その課題を明確にするために行った多職種間連携の調査から、自然災害時には、専門職間をはじめ、地域住民や行政・消防署などの緊密な連携をとる必要があることが示唆された。しかし、回収率が低く全国の状況を把握するには不十分であった。今後、さらに調査を深めたい。

なお、本論は吉備国際大学共同研究費の助成を受け行った研究をまとめたものである。

謝辞

本研究にご協力いただきました皆様に深く感謝いたします。特に、医療的ケアニーズ調査にご協力いただいた皆様、ご自宅での面接調査にご快諾いただき、有難うございました。また、ご多忙にも関わらずアンケート調査にご協力いただいた重度訪問介護事業所の皆様に感謝いたします。

要旨

本研究の目的は、在宅で療養する人工呼吸器装着者の医療的ケアにおける災害時や急変時を含めた緊急時の連携体制の課題を明確にすることである。在宅人工呼吸器装着者は全国で約15,000名いるが、医療的ケアの緊急時の連携体制に関する研究は少ない。

重度訪問介護事業所500ヶ所を対象とした調査から、小規模な事業所が多く、多職種と日常的な連携（医師58%、看護師71%）をとっていたが、緊急時52%、災害時（医師38.1%、看護師50.5%）の連携は不十分であった。

自然災害の時には、避難移動に困難が伴うため地域との密接なつながりや行政・消防署との密接なつながりが重要である。

引用文献

- 1) そのとき、被災障害者は…～取り残された人々の3・11, 東北関東大震災障害者救援本部, いのちのことば社, 2015年4月
- 2) 在宅人工呼吸器装着者の都道府県別全国調査, 宮地隆史, 難病と在宅ケアVol.20No.12, 2015年3月
- 3) 災害時の障害者避難等に関する研究報告書, 全国社会福祉協議会 障害者関係団体協議会, 災害時の障害者避難等に関する研究委員会, 平成26年4月
- 4) 東日本大震災の実際から患者・家族, 専門職に期待すること, 今福恵子, 難病と在宅ケアVol.22No.1, 2015年3月

参考文献

- 1) 医療的ケアを必要とする障害者の在宅生活を24時間支援する訪問介護事業者・事業所を育成するための調査研究事業及びSupervisor育成事業, 外山誠, 三菱財団研究事業成果報告書, 2009年
- 2) 医療と生活をつなぐ地域連携と支援のあり方についての研究, 大林博美, 公益財団法人在宅医療女性一般公募研究完了報告書, 2009年
- 3) 進行性難病者の自立生活—独居ALS患者の入院生活支援を通して, 長谷川唯, 立命館大学人間科学研究, 22.57-71, 2001年
- 4) 医療的ケアを要する重度身体障害者の住生活実態—家族の支援がない独居ALS患者の事例を対象として, 山本晋輔, Core Ethics Vol.8,2012
- 5) 在宅療養中のALS療養者と支援者のための重度障害者等包括支援サービスを利用した療養支援プログラムの開発, NPO法人ALS/MNDサポートセンターさくら会, 平成19年度障害保健推進事業障害者自立支援調査研究プロジェクト
- 6) 医行為と医行為でないものの違いを理解する, 黒田美穂, 真・介護キャリアVol.11No.3