

令和3年度第1回兵庫県医療的ケア運営協議会 議事録

日時：令和3年7月6日（火）

場所：兵庫県民会館10階「福」

医療的ケア実施体制とヒヤリ・ハット等の事例報告について

- 本校は、昨年度から市内の赤十字病院と委託契約により7～11名の看護師派遣があり、医療的ケアの実施体制が整った。看護師から見る子どもの様子、学校での様子、家庭生活等も踏まえて、大人になったときに自分の体とのよりよい付き合い方に視点に置いて、酸素の供給量のコントロール等、保護者とともに考え、次の段階へ進めるようにしている。喀痰吸引や経管栄養を行う際に、単に看護師に頼むということだけではなく連携をしっかりと図ることで、子どもの成長を見越した医療的ケアに変化してきたという印象を持っている。
- 地域のセンター的な病院に、本校の医療的ケアの児童生徒も通っており、主治医による定期受診をしている。学校医が指導医兼務をしており、学校へも適宜足を運んでいただき、児童生徒を対象に健康相談を行っている。
- 本校は、5名の医療的ケアを必要とする児童生徒が通学しており、2教室に分け、各教室に3名と2名が入っている。看護師は常に2人勤務し、複数の目で対応している。学校生活の流れが分かるよう看護師は教室の間に設置された部屋から行き来し、両方の教室の子どもたちを看ている。医療的ケアの必要な時だけでなく、前日の下校から翌朝までの状態を保護者や担任から聞き取り、1日を通して看守り、ケアをし、家庭に安全に帰すよう努めている。
- 本校の場合は、医療的ケア児が1人いるが、月に1回、年間11回、指導医から看護師に指導をしていただいている。個別対応マニュアルを作成し、自分たちが実際に動いてみて検証を行いながら常に改善を行っている。看護師は2人配置で、出勤日を交互にしている。
- 本市は、通常の学校へは訪問看護ステーションと委託契約を結び、週に最大10時間という枠の中で看護師を派遣している。ただ小学校に人工呼吸器を必要とする子もあり、10時間では足りないので、保護者の協力を得て実施している。導尿やインシュリン接種、血糖値測定等のケアの場合は週5日、実施しており、中には自分でできるようになり卒業する場合もある。
- 訪問看護ステーションでは、看護師を集めるのが難しい状況にある。昨年度は、コロナ禍になり、シフトを組んでいたが、保護者が在宅ワークをするためキャンセルが続いた。すると小児科専門の訪問看護ステーションは、事業が成り立たず閉鎖し、合併するステーションもあった。訪問看護ステーションの状況は、この1年で大きく状況が変わった。PCR検査陽性者への訪問も一つの災害時といえる場面となり、そこに対応するために今までの定期訪問を変更しなければならなかった。また小児は、夏休みに訪問がなくなるため、

その枠は空いてしまう。しかし他の方への定期訪問を入れてよいかというと、夏休みが終わると、その時間を確保しないといけない。また、常に高齢者や様々な利用者が流動的に増える。小児を専門にしたいというスタッフも何名かいるが、人員の配置等、調整が実際の課題である。

- 県の医療的サポート推進事業の様式の中に、ヒヤリ・ハット等の事例報告書の様式が備えられている。学校でこのような事例が起こった場合は、この書式に基づいて校内安全委員会で検証し、県への報告という流れになっている。指導医や主治医に再発防止に向けた指導もいただいている。
- 本市は、まず報告書が提出され、必ず翌朝の校内の全体での教職員打合せの際に報告をしている。7名の看護師には、養護教諭や担当の学部長とで医ケアルームにて、共通理解をしている。
- 緊急時対応は、看護師1人では判断が難しかったり、教職員が情報共有していないとすぐに動けなかったりするのではないかと。病院では看護師が複数で動き、医師が判断する。緊急時は、1人の判断ではなく、複数の者が判断に参加するという体制が必要である。

医療的ケア児支援法について

- 医療的ケア児支援法ができ、人工呼吸器の必要な子どもの家族が学校内で待機を強いられるような状態であれば課題となる。通学支援も、専用車両を用意している都道府県もあり、例えば10人の医療的ケア児に対し、6台の車両を用意し、人工呼吸器が必要な子どもも含め、保護者の付添いなしで看護師が乗車している場合もある。今後、スクールバス内での緊急時対応をどうするのかも大きな問題になってくる。
- 医療的ケアを必要とする子どもが、小・中学校では看護師を配置してもらえないということで本校を選んできた。この法律ができ、方向性が変わる気がするが看護師がないのが現状である。小学校において、清潔面では完全に整備されていない中で、自分で喀痰吸引をしている場合もある。医療的ケアを通常校で行うことに難しさがある。
- この法律は、通常の学校の児童生徒と共に学ぶというインクルーシブ教育システムの構築が全面的に出ている。文科省では通常の学校における医療的ケアの児童生徒を支える体制整備の研究のモデル事業を行っている。自治体によって条件も異なるが、先進的な学校の実践を参考にすることも必要である。
- 今回の法律の施行に伴い、障害部局では、新たに医療的ケア児支援センターを設置することになった。地域の相談窓口として機能し、連携先の提供や、研修等も行うことになっている。具体的なセンターの役割については、国から今後追加で示される予定である。また、今年度から各圏域コーディネーターを設置している。各市町での支援体制整備に向けた調整を担っており、医

療児ケアの方への支援に取り組んでいきたい。

- 本市では、ある保護者から法律成立に伴い、4月から地域の小学校に通わせたいとのことである。15分間隔で喀痰吸引が必要なお子さんがおられ、園には看護師も配置されているが、体調不良でほとんど登園できていない。本市は、訪問看護ステーションと委託契約しており、給食時の注入が2人あり、今は、昼食の時間のみだが、15分間隔の喀痰吸引となると契約、予算取り等を協議しているところである。

災害時の対応について

- 阪神淡路大震災が起こった当時、地域住民が最初に避難したのは、養護学校であった。養護学校は、小・中学校と比べると避難するには快適な場所であり、先に地域の方が来られ、後から障害のある子、肢体不自由のある方が入ってくるというような現象があった。在校生の居場所が狭くなり、肩身の狭い思いをしながら職員室等で過ごした。今は、地域に指定避難所があるが、緊急時はどんな現象が起こるか予測がつかない。当時、障害のある子が避難所で過ごせず車中泊をした子もいたが、亡くなった子もあった。そのようなことが起こらないようにしたい。
- 本校の災害時における非常電源は体育館にある。稼働時間は1～2日は十分に持つと思われる。全学部の児童生徒が入ると人工呼吸器をたくさん使うため、電源が落ちないように整備している。
- 本校は、災害時の地域の避難場所となる。地域住民に水害の危険性が高まると感染対策をとり、一晩状態が収まるまで過ごしていただく。翌日の児童生徒の登校には影響がないようマニュアル化されており、避難所は地域のスタッフを中心に運営され、本校も管理職から居住地の近い教職員が8名任命されている。ただ外部からの人の往来は、校内の消毒や物品の貸出し等、感染症対策に注意を要する。
- 日本小児科学会と日本小児神経学会では特別支援学校の一部を子どものための福祉避難所として使えるよう要望している。知的障害や自閉症の子どもは、避難所での生活が難しい。特別支援学校や小・中学校においても特別な支援を必要とする児童生徒のために大きな避難所よりも福祉スペースという形で確保があれば、行き慣れた学校で見慣れた教員と顔を合わせられ、落ち着いて過ごせるのではないかと。重い障害の場合でも、医療でネットワークがある。
- 数年前、兵庫県に2つの大きな台風が来た際に、電源の確保の必要性が問われ、当時から学会を中心に全国規模で災害時の対応について動いている。周産期医療等に携わる医師等で小児期周産期リエゾンというチームを各県につくり、本県は小児科側と産婦人科側から5人ずつ指名しており、妊婦をどの病院に搬送するのかを定める。小児神経学会では、在宅医療を周知している県の代表者を決めている。人工呼吸器が動かさづらいような災害時に電源の

確保が必要になる。代表者ではない者も含めて、どこかで災害等が起こり、子どもに支障が出た場合等について、メーリングリストで情報交換をし、物品などの情報をやりとりしている。

- 小児周産期リエゾンというチームは、小児科医も入っており、地域のネットワークで得られた情報を必要に応じて流し、搬送先を探す等の仕組みになっている。自衛隊の小児科医等も入っており、ヘリでの対応も考えている。県でも小児期の在宅ケアの必要な子どもの緊急時対応も考えていけるとよい。
- 保護者としては、災害時に学校まで子どもを迎えに行けるかどうか心配になる。家から学校までの道のりに高速道路があるが、閉鎖になるような災害が起こると迎えに行けないのではないかと常々不安に思っている。
- 学校での災害時に保護者が迎えに行けるまで、子どもたちが学校で過ごせるような体制をとっておかないといけない。一方で家庭において、災害が起こった場合にどうするのか。避難場所についても把握する必要がある。阪神淡路大震災では、障害のある方がそれぞれの避難場所へ行かれ、どこに避難されたかを教員が探し廻ったという状況であった。個人がどこに避難するのか、学校での待機の可否も併せて確認する必要がある。
- 大災害時は、急性期の方への対応が第一になる。こども病院に行こうと考えている保護者もあるが、実際は難しい。要避難支援者の登録制度もあるが、なかなか登録されていない現状もある。登録により避難所を割り振ることが必要になる。人工呼吸器等をつけている方が遠い避難所へ行くのは難しく、近くの避難所で電源の確保ができるような対応が必要になる。家族だけでは難しいので学校が窓口になり、相談に応じながら進めなければならない。
- 3年前に県内の人工呼吸器を必要とする18歳以下の子どもの実態調査を行ったが、約150人であった。災害時にこの150人がそれぞれの避難所を決めようとしたが難しかった。地震のように突然来る災害と、台風のように来ることが予測できるものがある。初日の夜だけ避難し、次の日は帰宅したり、親戚やホテル等へ移動等ができる場合と、3～4日動けない災害もある。バッテリーを自分で買うと費用もかかるので、用意があるとかなり良い方向へ進むと考えるが、人工呼吸器をつけている子ども全員には、6時間のバッテリーを2つ用意し、12時間にすることで動ける余裕を持たせ、近くのホテルや介護老人保健施設等の医療度の高くない老人が入所している施設に依頼し、電気をいただく。一晚過ごし、次の日は近くの電気のある親戚まで行くとよい。ただ実際に台風が近づいた際にバッテリーがあっても、ホテル等までの移動方法も決めておかなければならない。人工呼吸器をつけた人が、荷物も含めて移動するには4人は必要になる。4人をいかに確保するか。家族だけでは難しいため、自治体や近隣住民、場合によっては、レスキュー隊を呼ばないといけない。

- 避難所から移動する際に要避難支援者の登録がされていないことで方法や移動先が決まっていない場合がある。学校も保護者や自治体に働きかけ、個別の避難計画等を作成し、地域への登録が必要である。緊急時に医療的ケアを行うため、学校での個別対応マニュアルや、緊急時対応マニュアルを踏まえた避難計画が必要になる。それをイメージするためヒヤリ・ハットアクシデント報告例や、具体的な症状、状態に対する主治医の指示等があると看護師も動きやすい。
- 本市の養護学校は、登校時に災害等が起こり、帰宅できない場合等について、1泊の緊急時対応マニュアルを作成している。家庭での災害時は、市の障害者自立支援協議会において、電源の確保を含めた移送先等の事業所を増やせるよう提携を進めている。
- 災害時の対応は、普段からに対応を考えておくことは非常に大事なことだが、最低限度の個別性に応じた緊急時対応について、連絡相談窓口や避難場所、搬送先との連携など、シミュレーションを含めたトレーニングをしておくことが大切である。
- 県内全て一律に災害時の対応等を考えていくのは難しい。個別にそれぞれの仕組みを作って進めないといけない。例えば、人工呼吸器が必要な人全て同じ計画にしたり、同じ病名だから同じ対応にしたりするようには決まっていけない。個別の対応と判断、その個々の経験を積み上げていくことである。

個別対応の必要性について

- 本校では、母親が離れる段階を検討した。人工呼吸器を必要とする重篤な場合に、母親が側で付添ったり、別室で待機したりするという状況があったが、別室待機をしながら段階的に離れて帰宅できるようにし、状況により保護者を呼ぶようなシステムにした。法律の趣旨に合わせて行うことは難しいが、保護者も看護師がいる学校で安心して預けられるという体制を作っている。医療的ケアを必要とし、通常の学校で学びたいという思いを持って頑張っている児童生徒を応援したいが小・中学校でここまでできるかどうか。本校でも小・中学校の学習に準じた教育を行っており、進行性の筋ジストロフィーで動けない状況でも、通常の教科書を使って学べるように教室も増やしている。通常校で学ぶには、主治医を始め、福祉や教育委員会等と協議し、どのように教育を保障するかを考えなければならない。
- 保護者の待機時間を減らすことは、全国的に大きな課題になっているが、一つ一つの積み重ねが必要である。重度の子どもを一律に保護者と離すわけにはいかない。ステップ・バイ・ステップと、ステージを踏んでいくことが大切である。
- ある特別支援学校で全く自発呼吸のない小学部2年生の子が、人工鼻をつけていたが、吸引ができないため、看護師が加湿器を学校で使いたいと言い始

めた。保護者に伝え、主治医からの了解を得た。加湿器をつけたことで痰の吸引ができるようになった。しかし、呼吸器の途中に加湿器をつけると移動が難しいため、登校すると、終日同じ部屋にいないといけない。しかし、喀痰吸引ができないと危険なため、本人にもよくそれを説明し、理解の上、1ヶ所で過ごしている。看護師や教員はあちこち連れていきたいが、調子よく過ごすことができ、保護者が学校に常に待機せずによくなってきた。看護師と教育側、主治医も含めた関係者が、対象の子どものことを中心に考えていけば、このような好事例が出てくると感じる。

○こども病院は、NICU新生児室があり、清潔な状態で帰宅する。保護者も宿泊し、病院と同じ清潔度で喀痰吸引を家でもできるわけではないという教育をされている。重心施設での喀痰吸引は、こども病院よりもやや不潔であるが、本当にそれが正しいのかどうか。例えば、気管切開の交換の際、その都度、消毒する医者もあるがティッシュで拭いて入れることも問題ない。吸引チューブも周りに痰がついたときに取り替えるが、水道水で洗浄したり、ティッシュで拭き取ったりしている場合もあり、それによって肺炎になることはないと考える。在宅には在宅の清潔レベルというのがあり、保護者が主治医と話し合っているが、母親が自信を持ってできるよう母親の考え方や方法に耳を傾けている。

○一人一人の個別性が出てくる。学校内での対応も地域の状況によってもかなり条件が異なるので、災害時等も含めて一人一人の子どもに対して、考えられる対応を考え、計画し、それを積み重ねて個別計画を作成していくべきであると考えられる。

最初から怖くて手を出さないでいると止まってしまい、必要以上に構えてしまうと過度になる。教育、医療、看護、保護者と話合いの中で一つ一つ積み上げてハンディのある方々にどれだけの医療的ケアを提供できるか。これは本運営協議会に託された課題である。