

医療的ケア児への行政保健師の活動指標の開発に向けた検討

学位申請者

山口大学大学院医学系研究科保健学専攻

看護学領域

後藤 奈穂

学 位 論 文 の 要 旨

〔題名〕

医療的ケア児への行政保健師の活動指標の開発に向けた検討

〔要旨〕

本研究は、保健所保健師による医療的ケア児とその家族への支援の実態を明らかにし、医療的ケア児への行政保健師の活動指標の開発に向けた検討をすることを目的とした。

第 1 章では、保健所保健師が支援した 4 事例について、事例の関わりのはじめから調査時点までに関わった複数の保健師へグループインタビュー調査を行った。インタビュー内容を類似性でカテゴリー化し、平野の「保健所保健師に求められる実践能力項目」の枠組みで分類整理し、保健師活動の特徴を検討した。第 2 章では、全国の保健所(415 箇所)に所属する医療的ケア児支援の担当保健師を対象に、第 1 章で明らかになった支援内容から医療的ケア児支援項目を作成し、保健所保健師が必要だと認識する程度を「必要性認識度」、実際にその項目を実践する程度を「実施度」として郵送による自記式質問紙調査を行った。記述統計、探索的因子分析により保健所保健師による医療的ケア児支援の構成因子を明らかにし信頼性と妥当性を検証した。その結果、構成因子として、家族成員一人一人の心身の状態を把握しアセスメントするための【家族単位の在宅ケアニーズ判断】、保護者からの情報収集や共に喜ぶ【保護者へのアプローチ】、児の個別性に重きを置いた【児の医療ニーズと障害に関するニーズに着目する】、先を見越してリスクアセスメントし支援体制を整える【危機発生への備え】、支援者間での情報共有や連携促進のための【支援者間で方針の共有と検討】、ライフイベントへの保護者の判断を支援する【発育発達に伴うライフイベントへの対応】が導出された。

導出された 6 要素について、保健所保健師による支援、および医療的ケア児への支援としての観点から、先行研究をもとに妥当性を検討し、医療的ケア児への行政保健師による活動内容の重要な要素であることを確認した。引き続き研究を重ね、活動指標とその下位の具体的活動項目を精錬させる必要がある。

目次

序章 緒言

第1節 研究背景.....	1
第2節 研究目的と意義.....	12
第3節 論文構成と研究概要.....	13
序章文献	15

第1章 医療的ケア児に対する保健師活動

— 個別事例への保健所保健師の支援に焦点をあてて —

第1節 背景および目的.....	19
第2節 研究方法.....	20
第3節 結果.....	23
第4節 考察.....	30
第5節 結論.....	34
第1章文献.....	36

第2章 保健所保健師による医療的ケア児への支援の実態

第1節 背景および目的.....	38
第2節 研究方法.....	39
第3節 結果.....	42
第4節 考察.....	65
第2章文献.....	75

終章 医療的ケア児への行政保健師の活動指標の開発

第1節 本研究結果の総括.....	77
第2節 指標の検証.....	80
第3節 本研究結果の活用と今後の展望.....	84
第4節 研究の限界.....	85
終章文献.....	88

資料

第1章質問紙.....	90
-------------	----

序章

序章

緒言

第1節 研究背景

1. 医療的ケア児の現状と課題

現在の日本における出産や新生児を取り巻く環境は、世界的に見てもトップクラスの水
準と言われている¹⁾。そういった医療の進歩などを背景に、痰の吸引や人工呼吸器の管理と
いった、医療的ケアが日常的に必要な19歳以下の医療的ケア児は約2万人で、この10年
でおよそ2倍に増えている²⁾。

欧米諸国では、CMC(Children with medical complexity: 医療的複雑性を持つ子供)とよ
ばれる児は、医療技術の向上により生存率が上がり在宅ケアの機会が進んでいる。小児に占
める割合は少ない(1%未満)が、医療サービスの必要性が非常に高く、頻繁に入院すること
などから小児医療費のかなりの部分を占める(約3割)と言われている³⁾⁴⁾。そして、必要な
在宅サービスの種類は児の特徴によって異なっているため CMC の多くがサービスに関する
ニーズを抱えていること⁵⁾、CMC 支援においては、支援者間のパートナーシップが重要であ
ること⁶⁾が報告されている。

医療的ケア児の多くは、出生後、手術や経過観察を経て NICU(Neonatal Intensive Care
Unit 新生児集中治療室)から退院し、児と家族の状況に応じて、自宅もしくは入所施設で生
活することとなるが、受け入れ施設が少なく、施設入所には長期間の待機を必要とするため

両親は在宅療養を選択すること多い⁷⁾ことが報告されている。そして、医療的ケア児の保護者は、医療的ケアが子育ての一環であるという思いと、医療的ケア児と共に生活する覚悟を持ち在宅療養を受け入れ⁸⁾、家族そろっての生活や子どもの成長に喜びを感じる反面、養育負担や緊急時の不安を感じるようになることや、在宅療養が1年以上経過しても、子どもの体調管理の難しさや支援体制の不足を感じている⁹⁾ことも報告されている。

以上のような状況をふまえ、近年医療的ケア児に関する法整備が進められている。2016年の児童福祉法の改正により、「地方公共団体は、人工呼吸器を装着している障害児やその他の日常生活を営むために医療を要する状態にある障害児が、その心身の状況に応じた適切な保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を受けられるよう、保健、医療、福祉その他の各関連分野の支援を行う機関との連絡調整を行うための体制整備に関し、必要な措置を講ずるよう努めなければならない。」とし、地域資源の状況を踏まえ、保健、医療、障害福祉、保育、教育等の関係機関の連携体制の構築や事業所の確保、コーディネーターの育成等を推進するよう関係府省部局長連名通知も発出されたところである。2021年には、医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律¹⁰⁾が施行され、医療的ケア児支援における国と地方自治体の責務を明確にするとともに、各都道府県に医療的ケア児支援センターを設置することとされた。医療的ケア児支援センターは、医療的ケア児及びその家族の相談に応じ支援を行うとともに、関係機関等への情報の提供及び研修を行うとされている。

医療的ケア児の増加やその養育上の負担感の増大、法整備などを受け、厚生労働省は2020年度に、医療的ケア児者とその家族を対象に生活実態調査¹¹⁾を実施している。この調査は、医療的ケア児者およびその家族が日常生活を行う上で困難に感じていることや不安に感じ

ていること、既存のサービス利用の際の課題や制度に関する課題等を整理し、医療的ケア児とその家族の将来に向けた社会的支援、制度のあり方を検討することを目的として実施された。その結果、「慢性的な寝不足である」「自らの体調悪化時に医療機関を受診できない」「医療的ケア児を連れての外出は困難を極める」「いつまで続くかわからない日々に強い不安を感じる」「社会から孤立していると感じる」といった養育者の悩みや不安、「緊急の用事ができた時に預け先がない」「家族以外に預けられるところがない」「支援サービス・制度が分からない」「支援に関することで何度も行政窓口や事業所に足を運ぶ」など、児を預ける場所やサービス利用についてのニーズが明らかとなっている。各市町村の状況としては、医療的ケア児の人数把握を約8割が行っている一方で、「全数を網羅できているかの判断が難しい」との回答も約8割とケース把握の困難さや、地域資源について、サービス・人材ともに「大いに不足」「不足」とした自治体が多く、医療的ケア児とその家族のニーズに充分応えられていない現状があった。さらに、医療的ケア児コーディネーターについては、「位置づけや役割が明確になっていない」と回答した自治体が最も多く、具体的な業務内容が定まっていない自治体が多いことも明らかとなった。この実態調査を受けて先行研究では、在宅サービスについて地域による格差のない充実が喫緊の課題である¹²⁾との指摘がされている。

以上のことから、医療的ケア児の現状として、在宅療養する医療的ケア児が近年急速に増えていること、在宅療養に関して養育者は児の体調管理の難しさや支援体制の不足を感じていることが明らかであった。そのため、医療的ケア児に関する法整備により、支援体制の充実のための医療的ケア児支援センター設置や医療的ケア児コーディネーター育成がされるようになった。しかし、それらは始まったばかりであり、養育者はサービスや人材の不足

からくる地域資源や資源利用についてのニーズを持っていること、医療的ケア児コーディネーターの位置づけや役割が不明確であることから、医療的ケア児に関する資源の充実や支援体制整備に課題があることが考えられた。

2. 医療的ケア児とその家族への支援に関する研究

医中誌で検索(検索日：2023-01-18)したところ、「医療的ケア児」という言葉が使われ始めたのは2010年からであった。その後2018年までは、医療的ケア児に関する研究は年間10件未満で、2019年以降に年間20件を超える状況となり、「医療的ケア児」に焦点をあてた研究は近年増加しているといえる。

専門職による医療的ケア児とその家族への支援について大西(2019)¹³⁾らは、医療的ケア児に対する訪問看護師の現状と課題、医療的ケア児を取り巻く多職種連携の現状を明らかにするために文献検討を行った。その結果、対象文献の半数以上が2014年以降の文献であるなど近年になって医療的ケア児の研究が増加傾向にあること、訪問看護師の経験・知識が不足している現状、支援には情報共有を中心とする多職種連携が必要なことを明らかにしている。清水(2016)¹⁴⁾らは、医療的ケア児とその家族の在宅療養への支援として有効な連携の具体を明らかにすることを目的に、個別事例への支援に関する文献検討を行っている。その結果、退院後には教育・保健機関との連携が多く見られていることから、小児期に特有といえる子どもの成長発達に応じた社会面での保障となる「育児・成長発達支援」や兄弟・保護者も含め家族のライフステージの変化に応じた支援の必要性を明らかにしている。さらに岡田(2019)¹⁵⁾は、医療的ケアを必要とする在宅の障害児を支援する専門職が、現在の支援の

現状や多職種連携に対してどのような認識をもっているかを明らかにし、今後必要となる対策について考察することを目的に、医療的ケア児の在宅医療支援経験が 3 年以上ある保健師・看護師・医師・社会福祉士 13 人にインタビュー調査を行っている。その結果、各専門職の認識には、それぞれの役割機能における成果と困難感、ジレンマがあり、今後必要となる対策として、社会資源拡大のための制度の充実や医療と福祉をつなぐコーディネートのあり方、情報共有を強化するための連携の仕組みや教育的機能について検討していく必要性を明らかにしている。欧米でも、医療的ケア児支援における支援者間のパートナーシップの重要性がいわれており、Rylon (2019)¹⁶⁾らは、CMC のケアコーディネーションについて、CMC に対するケアコーディネーションの有用性を明らかにすることを目的に全国調査を実施している。その結果、ケアコーディネーションによって CMC の家族や介護者の負担を軽減できるメリットがあること、一方でケアコーディネーションサービスへのアクセスに困難を感じている保護者が多いことを明らかにしている。医療的ケア児に対する小児在宅医療の現状と課題について中村(2020)¹⁷⁾は、退院後の医療的ケア児とその家族を支援する医療福祉サービスは高齢者に比べて脆弱であること、小児特有の子育て・保健・就学・災害対策など医療面以外での支援の拡大が必要と述べている。医療的ケア児の支援に関する地方自治体の責任について竹田(2018)¹⁸⁾は、地方自治体における医療的ケア児施策の展開方法について考察することを目的として、政令指定都市を対象に支援施策の実施状況・関係機関との連携に関する取組み状況を把握するための調査を実施している。その結果、医療的ケア児支援は 1 つの機関や施設で完結することは不可能であり、それぞれの組織の特性を考慮しながら協働関係を調整すること、既存制度の枠組みでは対応しきれない複雑多様なニーズに対

応するという、行政の根源的な課題であると述べている。

医療的ケア児とその家族への個別支援について、竹内(2012)¹⁹⁾らは、人工呼吸器を装着して自宅へ帰る小児の在宅移行調整を行った支援事例について、どのような看護介入が有効であったか検討している。その結果、在宅移行するまでのプロセスとして、両親と人間関係を確立する、両親のケアの獲得度合いに合わせた介入、両親の希望を確認しながらの医療機器、衛生材料の調整の支援があったことを明らかにしている。牟田(2019)²⁰⁾らは、医療的ケア児の在宅移行支援時、病棟看護師に求められる役割について示唆を得ることを目的に文献検討を行った。その結果、医療技術を伝えるだけでなく疑問や悩みの解決に寄り添い支援すること、信頼関係の構築に努めることが基本姿勢として求められ、訪問看護師や行政職と連携し、母親の気持ちを代弁するアドボケートとなる役割があることを明らかにしている。草野(2022)²¹⁾らは、在宅で訪問看護師が医療的ケア児に行う看護を明らかにすることを目的に文献検討を行っている。その結果、「退院前からの連携により継続したケアを工夫する」、「体調悪化を見極め児と家族の力を発見する」、「児の意思表示を促し反応を捉える」、「児の力を活かした特有のケア方法を選択」、「成長発達を促す遊びの提供をする」、「児が自身の力を発揮できるように呼吸をサポートする」があることを明らかにしている。

さらに、看護職を含む医療従事者と保護者との関係やケア実施のための有効な支援方法について欧米では、Adams(2022)²²⁾らによって、CMCに対する包括的ケアプランの有用性と望ましい内容を明らかにすることを目的に、CMCの保護者を対象にインタビュー調査が実施されている。その結果、ケアプランはCMCの集中的ケア実施のための有用なツールであると認識されていること、保護者と医療従事者間の関係強化につながることを明らかにしてい

る。

以上のことから、医療的ケア児とその家族の在宅療養に対する支援には、多職種および多機関での連携が重要であること。しかし支援のためのコーディネート の在り方には、海外も含め課題もあることが明らかとなっている。多職種・多機関による連携の内容には、医療的ケアの提供はもちろんのこと、小児期特有の子育て・就学・災害対策といった医療面以外の支援も含まれることから、医療的ケア児支援におけるコーディネートの存在は重要であるといえる。医療的ケア児とその家族に対する支援について看護職については、在宅療養に向けたプロセスがあることや母親の気持ちを代弁するアドボケートの役割があること、ケアの継続に加え、児の成長発達を促したり児が自身の力を発揮したりできるような支援をも行っていることが明らかであった。

3. 日本の行政保健師の役割・機能

行政保健師は、主に、自治体（保健所・市区町村など）に勤務しており、保健、医療、福祉、介護などの分野で、乳幼児から高齢者までのすべての住民を対象に必要な保健サービスを提供している²³⁾。行政保健師の活動については、厚生労働省から2016年3月に「自治体保健師の標準的なキャリアラダー」（以下キャリアラダーとする）が提示されている²⁴⁾。このキャリアラダーは、保健師の実践活動を類型化したものを保健師活動のための能力(Competency)とし、その内容は、1. 対人支援活動、2. 地域支援活動、3. 事業化・施策化のための活動、4. 健康危機管理に関する活動、5. 管理的能力、6. 保健師の活動基盤の領域として示しているものである。

行政保健師の所属の一つである保健所は、地域保健法に基づいて、都道府県、指定都市、中核市、特別区などに設置されている。保健所は、対人保健サービスのうち、広域的なサービス、高度な専門的技術を要するサービス及び保健医療職種によるチームワークを要するサービスを実施する機関であるとされている²⁵⁾。保健所に所属する保健所保健師には、感染症対策、精神保健対策といった、緊急性の高い対象や危機介入を必要とする対象、難病対策といった、希少な疾患や常時医療の必要のある対象への専門性の高い支援が求められている。つまり、日本の行政保健師には、公的な立場で、すべての住民を対象として、対人支援サービスや地域支援活動、事業化・施策化などの活動を行う機能があり、特に対人サービスにおいては、医療的ケア児支援を含む専門性の高いサービスを提供する役割のあることが明らかであった。

4. 在宅療養者への行政保健師の活動に関する研究

在宅療養者への行政保健師の活動に関して、樽橋(2015)²⁶⁾らは、在宅療養する神経難病患者への支援を行っている保健師の関係機関・関係者への調整技術を明らかにすることを目的に、保健師にインタビュー調査を実施している。その結果、「患者・家族のニーズを顕在化させると同時に、関係機関の支援の準備性を高め、支援ネットワーク形成の素地をつくる」、「患者・家族が必要な時期に必要な関係機関とつながることを支える」、「患者の状況に合わせ制度の枠にとらわれず調整者の活動を支援する」、「関係機関・関係者のつながりを太く保ち、患者の病状や状況の変化に対応したケアが提供し続けられるようにする」という技術を明らかにしている。尾形(2013)²⁷⁾らは、保健所保健師による在宅

医療推進に向けてケアシステム構築のための働きかけとネットワーク会議運営の調整技術を検討することを目的に、保健師 4 名にインタビュー調査を実施し質的帰納的に分析した。その結果、パートナーシップを形成する技術やネットワークを構築する技術といった保健師の特徴的な技術を用いて「保健所機能を活用して在宅医療の仕組みをつくるよう働きかける」と「在宅医療推進における保健事業の位置づけが分かるようにする」ことを明らかにしている。中本(2005)²⁸⁾は、在宅療養者を支援する地域ケアシステムを構築するために必要な行政保健師の役割を明らかにすることを目的に、高齢在宅療養者を対象に、療養および支援の経過から行政保健師の活動内容をまとめ事例間での類似内容を抽象化することで行政保健師の役割を抽出した。その結果、「対象者のニーズ把握」、「関係スタッフとの連携」、「サービスの情報提供・調整」といった役割を明らかにしている。つまり行政保健師は、在宅療養者を支援する支援者間のネットワーク構築や在宅療養者を支援するための地域ケアシステム構築を行っていること、その過程において保健所保健師は、パートナーシップ形成のための技術や関係機関との調整技術などの特徴的な技術を駆使していることが明らかであった。

5. 行政保健師による活動の尺度や指標に関する研究

岡本(1999)²⁹⁾は、在宅療養者への行政保健師によるマネジメントが重要な機能であるにもかかわらず、複雑で目に見えにくいことから、ケアマネジメント過程の質を評価する測定用具を開発した。ケアマネジメントの過程に従い、利用者支持とニーズ分析、チームによる協議と計画、社会資源探索と導入準備、適正な連結とフォローアップ、モニタリング

の側面から、ケアマネジメントの質を保障する指標を作成した。この指標は、マネジメントの実施者が、支援を振り返り自己評価するとき、現任研修や基礎教育計画を評価するときなどに使用できるものとして提案されている。松坂(2017)³⁰⁾らは、従来から地域で生活する家族ユニットを対象として看護を行ってきた行政保健師による家族支援について、さらに質の高い保健活動にするために、家族支援実践力を測定する尺度を開発した。家族への直接的な支援、アセスメントと目標設定、家族支援の評価、家族理解のための情報収集、支援の必要な家族の発見、地区活動をベースにした家族支援、家族支援チームの形成といった、行政保健師の家族支援実践力尺度を開発した。この尺度は実践能力を自己評価により測定するものであり、行政保健師としてのスキルを自身で確認し振り返ることができるものとして提案されている。鈴木(2014)³¹⁾らは、行政保健師の施策化能力の統一された定義がなく、その能力を適切に評価する尺度が存在しないことから、行政保健師による施策化能力評価尺度を開発した。文献レビューおよび施策化経験が豊富な保健師へのインタビューから「コミュニティーパートナーシップ」「地域診断サイクル」に関する施策化能力尺度を開発した。この尺度は、保健師の現任教育時の能力の評価や能力開発としてOJT(職場内訓練)に活かすことにより行政保健師の施策化能力向上が期待できるとしている。つまり、マネジメント、家族支援、施策化など行政保健師による活動については、保健師活動の実態から、活動の質を保障したり高めたりすることや保健師自身の能力開発を目的として指標や尺度が開発されていることが明らかであった。指標は、保健師活動の質を保障する、つまりは保健師個々による活動のばらつきをなくすために開発されていること、尺度は、保健師活動の質を高めたり能力を開発する、つまりは保健師個々の実

践力を高めたり新たな能力を獲得するために開発されていると考えられる。

なお本研究では、医療的ケア児への支援活動について、保健師自身が振り返ったり、具体的な活動を検討したりするための目じるしとなる指標として、現任教育における研修企画などに有用となる指標の開発を目指す。

6. 文献検討のまとめ

医療的ケア児について、我が国、欧米諸国ともに近年在宅療養する児が増加していること、活用するサービスへのニーズを抱えていること、保護者は児の健康管理の難しさからくる養育負担が大きいという現状が明らかとなった。そして、医療的ケア児支援について我が国では、様々な法整備が進みつつあるものの、在宅療養を望みつつ療養のための医療提供やレスパイトなど、在宅療養継続のためのサービスの充実や、それらのサービスをマネジメントするための多職種連携に関する課題があった。

医療的ケア児とその家族の在宅療養に対する支援には、多職種および多機関での連携が重要であること、しかし支援のためのコーディネートの在り方には課題もあることが明らかとなっている。多職種・多機関による連携の内容には、医療的ケアの提供はもちろんのこと、小児期特有の子育て・就学・災害対策といった医療面以外の支援も含まれることから、医療的ケア児支援におけるコーディネートの存在は重要であるといえる。

一方、広域的なサービス、高度な専門的技術を要するサービスを提供する保健所に所属している保健所保健師は、本研究で着目している医療的ケア児支援に関する活動を行っており、医療的ケア児とその家族への支援において課題とされているコーディネートの

役割も担っていると考えられる。

行政保健師の活動については、保健師による活動の実態から、活動の質の保障や向上、保健師自身の能力開発を目的として指標や尺度が開発されており、特に指標は、保健師活動の質を保障するといった、つまりは保健師個々による活動のばらつきをなくすために開発されていることが明らかとなった。

第2節 研究目的と意義

1. 研究目的と意義

本研究では、保健所保健師による医療的ケア児とその家族への支援の実態から、医療的ケア児への行政保健師の活動指標の開発に向けた検討をすることを目的とした。

本研究の意義は、明らかにした医療的ケア児への行政保健師の活動内容を保健師の現任教育で活用することにより、医療的ケア児支援を担当する保健師がよりよい支援を実践することが可能となる。さらに、医療的ケア児支援をコーディネートするすべての職種にも個別支援の役にたてることができる。これらのことにより、地域で生活する医療的ケア児とその家族への支援に貢献できると考えた。

2. 用語の定義

本研究では、「医療的ケア児」については、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアが日常的に必要な障害児と定義した。「医療的ケア児への支援」については、医療的ケア児の在宅療養のための相談やサービス調整、関係機関との連携などの個別事例に対する継続的な支援と定義した。

第3節 論文構成と研究概要

本研究では、保健所保健師による医療的ケア児とその家族への支援の実態を明らかにし、医療的ケア児への行政保健師の活動指標の開発に向けた検討をするために以下の各研究を段階的に行い、本論文を構成した。

序章では、研究背景、研究目的と意義を論述する。

第1章では、保健所保健師による個々の医療的ケア児とその家族への看護実践の内容を質的に明らかにする。そのために、医療的ケア児支援の経験豊富な保健所保健師が支援した4事例について、事例ごとに、その事例に関わった複数の保健師へのグループインタビュー調査を実施する。インタビュー調査で語られた内容を類似性でカテゴリー化して、平野の研究³²⁾で使われた実践能力の枠組みを基準に分類整理し、枠組みごとに医療的ケア児と家族への保健師活動の特徴を検討する。

第2章では、第1章で明らかになった支援内容からキャリアラダーの枠組みを活用した

医療的ケア児支援項目を作成したうえで、保健所保健師が必要だと認識する程度を「必要性認識度」、実際にその項目を実践する程度を「実施度」として、「必要性認識度」「実施度」および保健所保健師の属性や地域の社会資源の状況を調査する。各支援項目に対する保健所保健師の「必要性認識度」の結果から、保健所保健師による医療的ケア児支援の構成因子を明らかにする。

終章では、研究1及び研究2の結果と先行研究の知見を統合し、医療的ケア児への行政保健師の活動指標の妥当性について検討し、今後の展望を述べる。

引用文献

- 1) 相澤まどか. 新生児医療における最新の進歩. 昭和学会誌 2013 ; 73(4) :253-260.
- 2) 厚生労働省. 医療的ケア児について. <https://www.mhlw.go.jp/content/000981371.pdf>.
(参照 2022-12-22).
- 3) H. Edelstein, J. Schippke, S. Sheffe, S. Kingsnorth. Children with medical complexity: a scoping review of interventions to support caregiver stress. *Child:care, health and development* 2016 ; 43(3) : 323-333.
- 4) N. Savithri, E. Douglas, W. Cobi, E. Jamie, et al. Randomized controlled trial evaluating a collaborative model of care for transitioning children with medical complexity from hospital to home healthcare : Study protocol. *Contemporary Clinical Trials Communications* 2020 ; 20 : 100652.
- 5) E. Marji, G. Stephen. Unmet Need and Problems Accessing Specialty Medical and Related Services Among Children with Special health Care Needs . *Maternal and Child Health Journal* 2006 ; 10(2) : 201-216.
- 6) L. Jia, Q. Samantha, A. Nasra, Y. Carol, et al. Process Evaluation of a Hub-and-Spoke Model to Deliver Coordinated Care for Children with Medical Complexity across Ontario : Facilitators, Barriers and Lessons Learned. *HEALTHCARE POLICY* 2021 ; 17(1) : 104-117.
- 7) 枝川千鶴子, 泊 祐子. 在宅移行期において家族が直面する医療的ケア児の体調管理上の困難. ヒューマンケア研究学会誌 2020 ; 11(1) : 3-11.

- 8) 浅井佳士. 医療的ケア児の成長発達を支援する社会資源のあり方ー主養育者のニーズに焦点をあててー. 小児保健研究 2019 ; 78(2) : 168-174.
- 9) 清水 裕子, 永田 真弓, 飯尾 美沙. 医療的ケアが必要な子どもと家族の在宅療養に向けた連携に関する文献検討. 関東学院紀要 2016 ; 3(1) : 9-14.
- 10) 厚生労働省. 「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律」について.
<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000794739.pdf>. (参照 2022-12-22).
- 11) 厚生労働省. 医療的ケア児者とその家族の生活実態調査報告書. 2020 ;
<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000653544.pdf>. (参照 2022-12-22)
- 12) 松井由美子. 「医療的ケア児者とその家族の生活実態調査報告書」の結果の考察とその後の法的支援について. 新潟医療福祉会誌 2022 ; 21(3) : 92-99.
- 13) 大西 光, 石田寿子. 医療的ケアを必要とする小児に対する訪問看護師の現状と課題.
日本看護学会論文集 看護教育 2019 : 227-230.
- 14) 清水裕子, 永田真弓, 飯尾美沙. 医療的ケアが必要な子どもと家族の在宅療養に向けた連携に関する文献検討. 関東学院大学看護学会誌 2016 ; 3(1) : 9-14.
- 15) 岡田 摩理. 医療的ケアを必要とする小児の在宅医療支援における多職種連携に関する専門職の認識. 小児保健研究 2019 ; 78(5) : 404-412.
- 16) D. Rylon, P. Andrew, V. Jared, T. Rick, et al. Clinical Care Coordination in Medically Complex Pediatric Cases:Results From the National Survey of Children With Special Health Care Needs. *Global Pediatric Health* 2019 ; 6 : 1-11.
- 17) 中村知夫. 医療的ケア児に対する小児在宅医療の現状と将来像. *Organ Biology* 2020 ;

27(1) : 21-30.

- 18) 竹田幹雄. 医療的ケア児の地域生活支援と地方自治体の役割ー医療・福祉・教育による総合的な施策展開に向けてー. 立教大学コミュニティ福祉学研究科紀要 2018; 16: 15-24.
- 19) 竹内沙弥香, 高橋法恵. 医療的ケアを必要とする小児の退院支援. 信州大学医学部附属病院看護研究集録 2012; 40(1) : 63-65.
- 20) 牟田京子, 徳田結衣, 坂元梓. 医療的ケア児の在宅移行支援における病棟看護師の役割. 鹿児島純心女子大学看護栄養学部紀要 2019; 23 : 23-29.
- 21) 草野淳子, 神野桃子, 高野政子. 訪問看護師が行う医療的ケア児への看護の実践に関する文献検討. 日本小児看護学会誌 2022; 31 : 87-93.
- 22) A. Sherri, C. Eyal, W. Sanjay, N. Jeremy, et al. Exploring the usefulness of comprehensive care plans for children with medical Complexity (CMC) : a qualitative study. *BMC Pediatrics* 2013; 13(10)
<http://www.biomedcentral.com/1471-2431/13/10> (参照 2022-12-20).
- 23) 厚生労働省. 保健師-職業詳細 iobtag (職業情報提供サイト).
<https://shigoto.mhlw.go.jp/User/Occupation/Detail/160>. (参照 2022-12-20)
- 24) 厚生労働省. 保健師に係る研修のあり方等に関する検討会 最終とりまとめ
～自治体保健師の人材育成体制構築の推進に向けて～ 2016 ;
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000120070.pdf>. (参照 2022-12-20)

25) 厚生労働省. 保健所, 市町村, 都道府県の現状と課題.

<https://www.mhlw.go.jp/stf2/shingi2/2r9852000000g3yxatt/2r9852000000g5sr.pdf> .

(参照 2023-02-07).

26) 樽橋明子, 尾形由起子, 山下清香, 小野順子. 神経難病患者の在宅療養のために保健師

が行った関係機関調整技術. 日本地域看護学会誌 2015 ; 18(23) : 33-40.

27) 尾形由起子, 山下清香, 樽橋明子, 伊藤順子. 地域在宅医療推進における保健所保健師

の調整技術の検討-保健所での多職種連携会議に焦点をあてて-. 福岡県立大学看護学研究紀要. 2013 ; 10(2) : 53-63.

28) 中本朱美. 高齢在宅療養者を支援する地域ケアシステムの構築に向けた行政保健師の役

割. 日本赤十字広島看護大学紀要. 2005 ; 5 : 29-36.

29) 岡本玲子. ケアマネジメント過程の質を評価する尺度の開発 デルファイ調査と信頼

性・妥当性の検討. 日本公衆衛生雑誌 1999 ; 46(6) : 435-446.

30) 松坂由香里, 荒木田美香子. 行政保健師の家庭支援実践力尺度の開発-信頼性・妥当性

の検討-. 家族看護学研究 2017 ; 22(2) : 74-86.

31) 鈴木由里子, 田高悦子. 行政保健師の施策化能力評価尺度の開発. 日本公衆衛生雑誌

2014 ; 61(6) : 275-285.

32) 平野美千代, 佐伯 和子. 10 年目の 保健所保健師に求められる実践能力レベル保健師

と事務系職員による所属別回答比較. 日本地域看護学会誌 2009 ; 11(2) : 59-67.

第 1 章

第1章

医療的ケア児に対する保健師活動

—個別事例への保健所保健師の支援に焦点をあてて—

第1節 背景および目的

医療技術の進歩によって、超低出生体重児の生存確率が高まり低体重児の割合が増加してきたことなどを背景に、在宅療養をする19歳以下の医療的ケア児は約2万人で、この10年間で約2倍に増えている¹⁾。医療的ケア児の在宅療養では、児の健康管理の難しさからくる保護者の養育負担は大きく²⁾³⁾、児の健康管理に加え、親への心理面や生活面を含む包括的な支援や関わる多職種間での連携の在り方が課題だと言われている⁴⁾。

一方、地域住民の健康を支える中核となる保健所に所属する保健所保健師は、健康問題を有する住民が、その地域で生活を継続できるよう、保健、医療、福祉、介護等の各種サービスの総合的な調整を行い、不足しているサービスの開発を行うなど、地域のケアシステムの構築に努めると定められている⁵⁾。加えて保健所保健師は、個別事例の支援体制を形成し、複数の共通した事例のニーズを地域課題につなげて地域づくりに発展させていることが明らかとなっている⁶⁾ことから、医療的ケア児への支援についても、個別事例への支援から地域全体の支援システムへと発展させていることが考えられる。

2016年3月に、複雑多様化する地域の健康課題及び急激な社会情勢の変化に対応する保健師の人材育成を図るため、厚生労働省が主導し「自治体保健師の標準的なキャリアラダー」⁷⁾が提示された。それには、対人支援、地域支援、事業化・施策化、健康危機管理等が

含まれる。つまり保健師は、直接的な対人支援と合わせて、地域支援や事業化・施策化など地域ケアの仕組みを創出する、間接的に住民を支える機能を有する専門職であることが示されている。したがって、この枠組みを活用することで、対象が医療的ケア児であることを踏まえた、直接的な対人支援と、個別事例から地域ケアの仕組みを創出する間接的支援における、保健所保健師の特徴的な活動を検証できると考えた。

そこで、医療的ケア児支援に関して経験豊富な保健所保健師が実践した個別事例への支援活動を「自治体保健師の標準的なキャリアラダー」の「活動領域」の元となった平野の研究で使われている「保健所保健師の実践能力項目」⁸⁾の枠組みを用いて分析することで、保健所保健師による医療的ケア児を対象とした支援内容を明らかにすることを目的とした。

第2節 研究方法

1. 調査対象者

地域で生活する医療的ケア児はここ10年で急増したため、支援経験豊かな保健師は限られると考えた。そこで、医療的ケア児とその家族への支援に関して、保健師活動に関する学術雑誌にその活動内容が掲載された、もしくは活動内容に関する学会発表をしている自治体(11自治体)へインタビュー調査への協力について打診し、承諾の得られた4保健所の保健師を選定した。さらに、医療的ケア児の在宅療養は数年あるいは十数年単位での継続支援が必要となるが、保健所保健師は数年ごとに異動があることから、1事例への継続的な保健所保健師の活動を調べるため、当該保健師が支援した医療的ケア児を一例挙げてもらい、そ

の事例への関りの初めから調査時点までの支援に関わった保健師全員を対象とした。

2. データ収集方法

事例ごとに、その事例にかかわった複数の保健師へのグループインタビュー調査を行った。インタビューでは、すべての対象者に面接ガイドを示し、医療的ケア児とその家族への支援の概要、医療的ケア児が活用できる地域の資源、児と家族が地域で生活し続けるために行った活動内容、その活動に至った経緯などについて自由に語ってもらった。

事例ごとにグループインタビューを行い、インタビュー時間は最短 65 分～最大 94 分の平均 81 分で、内容は同意を得たうえで録音し、逐語録を作成した。

3. 分析方法

本研究では、キャリアラダーの活動領域の元となった平野(2009)の研究⁸⁾で使われた保健所保健師の実践能力の枠組みを分析に用いた。平野らが明らかにした保健所保健師に求められる実践能力は、『対人支援能力』、『地域支援能力』、『施策能力』、『管理能力』、『保健師の基礎となる能力』で構成される。『対人支援能力』には、「個人や家族の健康課題のアセスメント」、「個人や家族の健康問題解決の支援」、「個人や家族の健康危機への対応」、「個人や家族のケアマネジメント」などの住民に対する健康管理に関する実践項目が含まれる。『地域支援能力』には、「疫学を活用した地域の健康課題の分析」、「地域の健康増進への支援」、「地域の健康資源や組織の開発・構築」、「関係機関等の調整」、「地域のケアの質のモニタリング」などの住民への支援を提供する体制構築に関する実践項目が含まれる。『施策能力』には、「事業実施に関する法律の解釈と運用」、「新規事業の予算の獲得」、「新規事業の運営」、「継続事業の評価」などの実践項目が含まれる。『管理能力』には、「担当業務の進行管理」、

「後輩の人材育成」などの実践項目が含まれる。『保健師の基礎となる能力』には、「援助対象者および関係機関の人々との信頼関係構築」、「倫理的判断」など、倫理的実践等が含まれる。本研究は、医療的ケア児への保健師活動といった特定の健康課題に関する活動の語りを分析対象とするため、『保健師の基礎となる能力』は分析枠組みから除外した。

IC レコーダーに録音した内容を書き起こし、逐語録を作成して、作成した逐語録から保健師活動を最小単位で抽出し意味を損なわないように短文で表し、短文化したものを読み込みその類似性でカテゴリー化した。そして、平野の研究で使われた実践能力の枠組みを基準にカテゴリーを分類整理し、枠組みごとに医療的ケア児と家族への保健師活動の特徴を検討した。

なお、以上の分析過程において、質的研究あるいは保健師の実践に精通した地域看護学の研究者と繰り返し検討を重ねて、結果が研究者の偏りや歪みによる影響を受けていないかを確認し、信頼性・妥当性を確保した。

4. 倫理的配慮

本研究は、「ヘルシンキ宣言」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」ならびに「日本看護協会倫理要領」における倫理指針を遵守して実施した。本研究への参加を強制するものではなく、参加しない場合の不利益がないこと、分析開始までの同意の撤回は可能であること、逐語録作成時に個人情報を取り除き匿名化すること、研究成果の発表について協力者に文書と口頭で説明をして同意書に署名を得た。本研究で得られたデータは、個人情報が漏れることのないように厳重に管理した。なお研究実施に際し、大分大学医学部倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号：1554）。

第3節 結果

1. インタビュー対象者と語られた事例の概要(表 1-1, 表 1-2)

インタビューは事例ごとに行った。インタビューの構成は、4 保健所の保健師でそれぞれ 2～4 人、保健師が所属した保健所の所在地域は北陸地域と九州地域で県庁所在地は含まれていなかった。管轄人口は、約 80,000 人～200,000 人であった。保健師経験年数は 2～37 年であった。インタビュー時間は 65 分～94 分であった。

インタビューで語られた医療的ケア児の事例は 4 事例であった。3 事例は男児で 1 事例は女児であり、それぞれに異なる疾患の診断を受けていた。必要な医療的ケアには、胃ろう管理や吸引、口腔ケアなどがあった。医療的ケア児が利用した地域の資源は、小児科医療機関のみであったり、小児科医療機関に加えて訪問看護、訪問リハビリ、デイサービス、短期入所の資源があったりなど、地域資源の格差があった。

表 1-1 インタビュー対象者

	1	2	3	4
構成人数	3 人	2 人	4 人	2 人
保健師経験年数	3 年～21 年	3 年～35 年	2 年～37 年	8 年～14 年
インタビュー時間	85 分	94 分	65 分	80 分

表 1-2 語られた医療的ケア児の事例

	1	2	3	4
性別	男児	男児	男児	女児
家族構成	父・母・妹	父・母・兄 2 人	父・母	父・母・姉
疾患名	ウェスト症候群	脊髄性筋萎縮症	13 トリソミー	表皮水疱症
必要な医療的 ケア	胃ろう管理 口腔ケア 吸引 体位変換	胃ろう管理 口腔ケア 吸引	経管栄養 吸引	全身のガーゼ交 換 消毒 入浴介助
医療的ケア児 が活用可能な 資源	一般小児医療機関 訪問看護 訪問リハビリ デイサービス 短期入所	地域小児医療センタ ー 訪問看護 デイサービス	一般小児医療機関	訪問看護 短期入所
語られた期間	1 歳 6 ヶ月～5 歳	4 ヶ月～5 歳	2 ヶ月～2 歳 6 ヶ月	4 ヶ月～1 歳

2. 医療的ケア児の支援に関する保健師活動(表 1-3-1, 表 1-3-2)

保健師の語りから、260 の医療的ケア児を対象とした保健師活動が抽出され、それらは、79 のコードと 39 のカテゴリーに整理された。そして保健所保健師に求められる実践能力の枠組みによって以下のように分類された。

『対人支援能力』では、9 の実践能力項目のうち 6 の実践能力項目に保健師活動が分類された。「1. 個人や家族の健康課題のアセスメント」には、【在宅療養開始前に必要な医療的ケアと児・家族に関する情報を収集する】、【児に必要な疾病管理のサポート内容を判断する】、【継続的に保護者と関わり続ける】などがあった。NICU 入院中の時期から病院や保護者と連絡をとり、保護者の受け止め状況などから介入のタイミングをはかるとともに、具体的な児へのケア内容から、在宅療養において必要な医療的ケアについて判断していた。「2. 個人

や家族の予防的な健康課題の支援」には、【保護者ときょうだい児の心身の状態に応じた助言や環境調整を行う】などが、「3. 個人や家族の健康課題解決の支援」には【保護者と同じ立場で養育上の苦労や喜びを共有する】などがあり、保護者が高血圧の治療ができるよう通院環境を整えたりきょうだい児の離乳食の助言を行ったりしていた。そして、児の養育に関して、母親なりに工夫していることへの労をねぎらったり、児の発育発達について、意図的に言葉で母親へ返すよう心掛け一緒に喜んだりしていた。「6. 個人や家族のケアのマネジメント」には、【療養生活に必要な資源を判断する】、【療養生活に必要な資源を確保する】、【発育発達に伴う資源の必要性を判断する】、【発育発達に応じた資源の活用を調整する】、【確保した資源と継続的に関わる】があり、児が必要とする訪問看護やショートステイなどのサービスや、療養生活上必要な福祉用具などを、保護者や関係機関と相談しながら判断していた。そして、必要なサービスを提供できる資源が地域にあるのか確認したうえで、直接、訪問看護師に依頼したり、資源がない場合には資源を開拓したりしていた。さらに、一度導入した福祉用具であっても、児の発育に合わせてもう一度作り直すという判断をし、そのための調整を行っていた。そして、サービス調整の過程で関係のできた機関とは、その関係性を保つことで、福祉用具の更新の際の調整に活かしていた。「7. グループの健康課題のアセスメント」、「8. グループの健康増進の支援」、「9. グループの予防的な健康課題の支援」に分類されたものはなかった。

『地域支援能力』では、10 の実践能力項目のうち 7 の実践能力項目に保健師活動が分類された。「2. 地域の顕在化している健康課題のアセスメント」には、【制度運用の可能性を広げる】があり、これまで教育委員会が相談会として実施していたものを、児の自宅で個別相

談会として実施することの提案をするなどの、既存の制度の運用の幅を広げるような活動を行っていた。「6. 地域の健康危機管理への対応」には、【災害時に必要な資源の現状を把握する】、【災害時を想定した避難訓練を実施する】、【緊急時対応の体制を整える】があった。避難場所の非常電源や、緊急時に受け入れ可能な近医の有無について確認するなど、現状を把握し、主治医や救急隊員をも招集した避難訓練を実施していた。そして関係者でのカンファレンスの中で、緊急時や災害時の際の互いの役割を確認したり、消防署に連絡があった際には、必ずかかりつけ医の病院へ搬送する体制を整えたりしていた。「1. 疫学を活用した地域の健康課題の分析」、「4. 地域の健康増進への課題の支援」、「5. 地域の予防的健康課題の支援」に分類されたものはなかった。

『施策能力』では、8 の実践能力項目のうち 4 の実践能力項目に保健師活動が分類された。

「3. 新規事業の予算の獲得」には【保護者交流会を企画する】があり、同じような児を持つ保護者同士の交流の場が必要だと考え、交流会の事業計画書や予算書等を作成して上司に相談し、保健所の事業として交流会を実施していた。「4. 新規事業の運営」には【避難訓練を実施する】があり、災害時を想定した自宅での避難訓練を企画し、日程調整や当日の参加者の確認、役割確認など訓練の実施をマネジメントしていた。なお今回は、医療的ケア児に関する施策についての語りは含まれておらず、「1. 住民の代弁者となる」、「6. 母子や高齢者などの施策の立案」、「7. 母子や高齢者などの施策の評価」、「8. 地域保健医療福祉の計画立案への参画」に分類されたものはなかった。

『管理能力』では、5 の実践能力項目のうち 2 の実践能力項目に保健師活動が分類された。

「1. 担当する業務の進行管理」には、【現状を評価し発展させる】があり、実施した交流会

の参加者からの評価を受けて 2 回目の交流会の企画を検討するなど、今後の発展に向けた活動を行っていた。「4. 後輩の人材育成」には、【所内の複数の保健師で支援を検討する】、【市町村保健師への支援】があり、支援を検討する際には所内のベテラン保健師に相談しながら進めたり、市町村の保健師に医療的ケア児の支援経験が無かったことから、保健所保健師と同伴訪問できるよう調整したりしていた。なお、「2. 業務のチームでチーフ役割を果たす」、「3. 研究的手法を活用して業務をすすめる」、「5. 組織の人事管理システムの理解」に分類されたものはなかった。

表 1-3-1 保健所保健師に求められる実践能力枠組みで整理した医療的ケア児の個別支援に関する保健師活動(対人支援能力)

求められる実践能力	カテゴリー	コード	
1. 複雑困難な個人や家族の健康課題をアセスメントできる	在宅療養開始前に必要な医療的ケアと児・家族に関する情報を収集する	保護者の受け止め状況を確認し介入のタイミングをはかる(7)	
		これまでの経過や現状について保護者から丁寧に聞き取る(4)	
	児に必要な疾病管理のサポート内容を判断する	在宅療養開始より前に児と家族の情報を得る(4)	
		必要な医療的ケアの内容を確認する(3)	
		保護者の手技を確認する(2)	
		訪問看護の利用予定を確認する(2)	
	継続的に保護者と関わり続ける	児の健康状態を確認する(3)	
		児・保護者と関わる機会を継続する(6)	
		保護者が来所した際には保健師と面談できるよう調整する(1)	
		保護者の心身の状態を判断する	
2. 複雑困難な個人や家族の予防的な健康課題の支援ができる	保護者の心身の状態を確認する(3)		
	児の発育発達の段階と状況を直接確認する	直接会って児の発育を確認する(2)	
	保護者と兄弟児の心身の状態に応じた助言や環境調整を行う	保護者自身の療養環境を整える(1)	
	保護者と同じ立場で養育上の苦労や喜びを共有する	兄弟児の発育発達の確認と育児への助言を行う(3)	
		保護者が行っている養育上の工夫や苦労に関する労をねぎらう(2)	
		保護者のメンタル面を支えるための訪問や電話をする(2)	
3. 複雑困難な個人や家族の健康問題解決の支援ができる	児の発育発達を保護者と確認し一緒に喜ぶ(1)		
	公的制度を効果的に活用できるための助言や調整を行う	経済的負担軽減のために各種制度を活用する(2)	
	同じような状況にある児・家族と交流できるための調整を行う	公的制度を主管している市役所担当課の職員と協働する(2)	
		同じような児を養育する保護者同士が連絡を取り合えるようにする(2)	
		地域で行われている交流会を紹介する(1)	
	4. 複雑困難な個人や家族の危機管理に対応できる	児・保護者のための交流会を新たに立ち上げる(3)	
事前に児の急変時に備えた体制を整える		緊急時の役割を共通理解する(1)	
災害時を想定した対応の確認や訓練を実施する		緊急時にそなえて消防署と連携する(2)	
		災害時を想定して必要なことを確認する(2)	
		災害時を想定した避難訓練を実施する(3)	
災害時に安否を確認する		災害の可能性があったときには必ず被災の有無等の確認をする(1)	
5. 複雑困難な個人や家族への支援を評価できる	保護者を含む関係者間で今後の方針を検討できる場を調整する	ケース会議にて複数の支援者で方針を考える(3)	
	複数の保健師で支援を検討する	児への支援方針や内容の決定に保護者が関わるようにする(2)	
		同僚や上司の保健師に相談し一緒に考える(2)	
		療養生活に必要な資源を判断する	必要としている福祉用具を特定する(2)
	6. 複雑困難な個人や家族のケアのマネジメントができる	療養生活に必要な資源を確保する	ショートステイ導入の必要性を判断する(2)
		発育発達に伴う資源の必要性を判断する	児の発育発達を促すための資源の導入と活用状況を確認する(3)
児に対応可能な訪問看護を確保する(3)			
訪問看護の内容について訪問看護師から了解を得る(3)			
7. グループの健康課題をアセスメントできる		児に対応可能なショートステイ施設を確保する(2)	
		発育発達に伴う資源の必要性を判断する	福祉用具導入に関して活用可能な制度を確認する(3)
	福祉用具の更新の必要性和内容を複数で考える(2)		
	8. グループに健康増進の支援ができる		就学準備の開始時期を見定める(2)
		発育発達に伴う資源の必要性を判断する	児の身体状態に合わせた福祉用具となるよう調整する(2)
			児の発育発達や環境の変化に応じた福祉用具へと更新する(2)
発育発達に応じた資源の活用を調整する			教育委員会と保護者が直接話せる場を設定する(2)
		確保した資源と継続的に関わる	就学準備の状況確認や状況に応じた助言をする(2)
			在宅でのサービス提供者との関係性を続ける
9. グループに予防的な健康課題の支援ができる			

()内はデータ数を示す

表 1-3-2 保健所保健師に求められる実践能力枠組みで整理した医療的ケア児の個別支援に関する保健師活動(地域支援能力, 施策能力, 管理能力)

	求められる実践能力	カテゴリー	コード
地域支援能力	1.疫学を活用して地域の健康課題を分析できる		
	2.地域の顕在化している健康課題をアセスメントできる	制度運用の可能性を広げる	既存の事業の新たな展開方法を提案する(3) 既存の制度の運用の幅を広げる(3)
	3.地域の潜在的問題をアセスメントできる	療養生活に必要な資源の現状を把握する	児に対応可能な訪問看護の現状を把握する(6) 訪問看護実施に関する課題を抽出し解決策を考える(5)
		災害時に利用可能な資源の現状を把握する	児に対応可能なショートステイ施設の現状を把握する(1) 災害時に利用可能な施設の確認(1)
	4.地域の健康増進への課題を支援できる		
	5.地域の予防的健康課題を支援できる		
	6.地域の健康危機管理に対応できる	災害時に必要な資源の現状を把握する	資源開拓の必要性を把握する(1)
		災害時を想定した避難訓練を実施する	避難訓練を企画する(4) 避難訓練の実施(2)
		緊急時対応の体制を整える	緊急時の役割確認(1) 緊急時にむけた消防との情報共有(2)
	7.セルフヘルプグループや地域組織を支援できる	保護者同士の交流会の実施	医療的ケア児に関する状況から新たに交流会を開催する(6) 企画した交流会を継続実施する(1)
		地域にある資源(フォーマル・インフォーマル)の現状を把握する	地域のインフォーマルな資源を把握する(1) 児が活用可能な資源とサービス内容を把握する(4) 活用可能な公共施設を把握する(1)
	8.地域の健康資源や組織を開発・構築できる	活用可能な資源を開拓する	サービス提供を直接依頼する(12) 独自のシステムを活用する(2)
		既存のシステム・制度を積極的に活用して実績を重ねる	既存のサービスを活用する(2) 既存の制度を活用する(4) 公的申請時を活用して保護者と面談する(2)
	9.関係機関等の調整を行うことができる	ケア会議の開催や参加する	ケア会議に参加する(5) ケア会議を開催する(3)
		児・家族と支援者が直接顔を合わせる機会を作る	保護者が直接説明を聞ける機会を作る(5) 支援者が直接状況を確認できる機会を作る(6)
	10.地域のケアの質のモニタリングを行うことができる	支援内容が地域の資源として定着するよう働きかける	保健師から支援者に継続的に連絡をする(8) 支援者が顔を合わせる機会を企画する(2)
施策能力	1.住民の代弁者となることができる		
	2.事業実施に関する法律の解釈と運用ができる	役割を確認し避難訓練を企画する	役割確認したうえで避難訓練を企画する(4)
	3.新規事業の予算を獲得することができる	保護者交流会を企画する	交流会を企画する(3)
	4.新規事業を運営することができる	避難訓練を実施する	避難訓練を新たに実施する(2)
	5.継続事業を評価することができる	保護者交流会を評価する	交流会を継続実施し評価する(3)
	6.母子や高齢者などの施策を立案することができる		
	7.母子や高齢者などの施策を評価することができる		
	8.地域保健医療福祉の計画立案に参画して発言できる		
管理能力	1.担当する業務の進行管理をすることができる	現状を評価し発展させる	今後への発展を考える(2) 現状を評価する(2)
	2.業務のチームでチーフ役割を果たすことができる		
	3.研究的手法を活用して業務をすすめることができる		
	4.後輩の人材育成を行うことができる	所内の複数の保健師で支援を検討する	所内の他の保健師相談する(4) 複数の保健師で支援を考える(2)
		市町村保健師への支援	市町村保健師と同伴訪問する(2)
	5.組織の人事管理システムを理解できる		

()内はデータ数を示す

第4節 考察

今回分析に用いた「保健所保健師に求められる実践能力」の枠組みは、児とその家族に保健師が直接関わる活動である「対人支援能力」に整理される直接支援と、他職種・他機関との連携や資源の開発といった児と家族に間接的に関わる活動である「地域支援能力」、「施策能力」、「管理能力」に整理される間接支援に大きく分けられる。分析によって整理された項目から、直接支援と間接支援には次のような特徴がみえてきた。

1 医療と福祉をつなぎ家族単位のマネジメントを行う直接支援

本研究で保健所保健師は、医療的ケア児への支援として、常時医療を必要とする状態であることを前提にしながら児の全体像を捉え、医療と福祉をつなぐ活動を行っていると考えられた。今回の保健師活動の対象事例は、脊髄性筋萎縮症や表皮水泡症といった小児慢性特定疾患を持つ医療的ケア児であり、「必要な医療的ケアの内容を確認する」、「児の健康状態を確認する」などの【児に必要な疾病管理のサポート内容を判断する】ことで疾患特有の症状や治療、必要な医療的ケアを確認するとともに、「在宅療養開始より前に児と家族の情報を得る」など【在宅療養開始前に必要な医療的ケアと児・家族に関する情報を得る】、「直接会って児の発育を確認する」など【児の発育発達の段階と状況を直接確認する】ことを通して生活障害の内容や変化を把握し全体像を捉えていた。小児慢性特定疾患を含む難病患者・家族へのケアマネジメントについては、特有の様々な症状によって生活障害がおこるため、患者の全体像を捉えることや支援にも専門的知識が必要⁹⁾と言われており、本研究でも、医

療的ケア児が在宅療養を継続できるために、医療専門職としての判断をしたうえで必要な社会資源を確保していると考えられる。また、【発育発達に伴う資源の必要性を判断する】や「児の身体状態に応じた福祉用具へと更新する」、「就学準備の状況確認や状況に応じた助言をする」など【発育発達に応じた資源の活用を調整する】といった活動は、成人とは違い、短期間に、発育や発達に伴う就学などのイベントのある小児期特有の支援であると言える。

また保健所保健師は、医療的ケア児とその保護者やきょうだい児を含む家族員に対してもケアを提供しており、つまり家族単位でのケアのマネジメントを行っていることが考えられた。保健所保健師は、保護者が高血圧の治療ができるよう通院環境を整えたり、きょうだい児の離乳食の助言を行うなど【保護者ときょうだい児の心身の状態に応じた助言や環境調整を行う】活動や保護者同士の交流を目的とした【同じような状況にある児・家族と交流できるための調整を行う】活動を意図的に行っていた。これらの活動は、保護者やきょうだい児を、それぞれ支援の対象と捉えた活動である。急性期などの入院中には特に、児の背景や児にとっての資源として家族を捉え、マネジメントを行うことが主であると考えられる。本研究では、背景や資源としての家族ではなく、家族を一つの単位として捉えた活動を行っていると考えられた。

「緊急時の役割を共通理解する」などの【事前に児の急変時に備えた体制を整える】、【災害時を想定した対応の確認や訓練を実施する】活動や【ケア会議の開催や参加する】活動は、常に状態の急変リスクを抱え常時医療機器える環境が必要といった、医療的ケア児特有の危機に備えた活動と考えられる。危機に備えるためには、危機発生時の体制を整えることや

役割確認、訓練実施が必要であり、それらをケア会議にて多職種参加で検討していた。このことは、各専門職が持つ様々な知識や経験を児と家族の支援に活かす活動であり、欧米諸国で、CMC(Children with medical complexity：医療的複雑性を持つ子供)とよばれる児の支援において支援者間のパートナーシップが重要であること¹⁰⁾の報告と同様の結果を示していた。看護職種間、多職種間の連携のあり方は医療的ケア児の支援において課題と言われている。今回の結果は連携の具体的な状況を示しており、医療的ケア児を支援する看護職が強化すべき連携能力を検討する上で役立つものと考えられる。

今回、「7. グループの健康課題のアセスメント」「8. グループの健康増進の支援」「9. グループの予防的な健康課題の支援」に分類されたものはなかった。このことは、事例が小児慢性特定疾患などの希少な疾患を抱えていたことが影響していると考えられる。つまり、希少な難病ゆえに事例数が少なく、同様の問題を抱える事例およびグループづくりやその支援に至らなかったためと考えられる。

2 個別支援を通してケアシステム構築などを行う間接支援

本研究では、保健所保健師は医療的ケア児の個別支援を通して、医療的ケア児を支える地域のケアシステム構築へと繋げようとする活動を行っていると考えられた。本研究では、「保健所保健師に求められる実践能力項目」の枠組みを活用し、医療的ケア児と家族への個別支援に関する保健師活動を整理した。その結果、個別の事例への活動内容でありながら、『地域支援能力』『施策能力』の実践項目に整理できた保健師活動があった。具体的には「独自のシステムを活用する」や「既存の制度を活用する」といった【既存のシステム・制度を

積極的に活用して実績を重ねる】活動や、「今後への発展を考える」といった【現状を評価し発展させる】活動などは、進行している児・家族への直接的支援を通して地域で生活するすべての医療的ケア児とその家族への支援を想定した活動だと考えられる。

つまりこれらのことは、健康問題を有する住民が、その地域での生活を継続できるよう、保健、医療、福祉、介護等の各種サービスの総合的な調整を行い、不足しているサービスの開発を行うなど、地域のケアシステムの構築に努めると定められている保健所保健師の役割・機能を果たす活動¹¹⁾であり、保健所保健師は、個別支援をしながら地域全体を志向した活動を行っていると考えられる。海外の先行研究¹²⁾においても、「医療技術など、ニーズに合わせたサービスの提供を通じて、医療制度の調整など大規模なケアモデルの展開を同時に行っている」と述べられている。

保健師は、複数の保健師で支援を検討したり、市町村保健師への支援も行っていた。このことは、個別支援を通じて、支援の担い手の育成も意図していたことを示しており、支援サービスの質向上に寄与する活動であったといえる。保健師は個別支援を通じて、地域ケアシステム構築と同時にそのシステムの担い手の人材育成、サービスの質向上も行っていると考えられた。

しかしながら今回、『地域支援能力』の「1.疫学を活用した地域の健康課題の分析」，「4.地域の健康増進への課題の支援」，「5.地域の予防的健康課題の支援」といった医療的ケア児支援の地域全体に対する活動に分類されたものはなかった。同様に、『施策能力』の「6.母子や高齢者などの施策の立案」，「7.母子や高齢者などの施策の評価」，「8.地域保健医療福祉の計画立案への参画」といった施策や計画に関連する活動に分類されたものもなかつ

た。さらに、『管理能力』の「2. 業務のチームでチーフ役割を果たす」, 「3. 研究的手法を活用して業務をすすめる」, 「5. 組織の人事管理システムの理解」といった保健師の業務管理に関連する活動に分類されたものもなかった。これらのことには、個別事例への語りであったことが影響していると考えられた。つまり、語られた事例に焦点があたったデータであったために、地域全体や施策および保健師の業務管理といったことに焦点のあたったデータがなかったと考えられる。

第5節 結論

保健所保健師による医療的ケア児を対象とした活動内容を、「保健所保健師に求められる実践能力項目」の枠組みを活用して分析したところ、保健所保健師は、「対人支援能力」に分類される直接支援においては、常時医療を必要とする状態であることを前提にしながら、児の全体像を捉え、医療と福祉をつなぎつつ家族単位のマネジメントを行っているという特徴が考えられた。そして、「地域支援能力」「施策能力」「管理能力」に分類される間接支援においては、個別支援を通してケアシステム構築へつなげようとしていることが考えられた。

本研究において、『対人支援能力』の「7. グループの健康課題のアセスメント」, 「8. グループの健康増進の支援」, 「9. グループの予防的な健康課題の支援」に分類されたものはなかった。同様に『地域支援能力』の「1. 疫学を活用した地域の健康課題の分析」, 「4. 地域

の健康増進への課題の支援」,「5.地域の予防的健康課題の支援」や『施策能力』の「1.住民の代弁者となる」,「6.母子や高齢者などの施策の立案」,「7.母子や高齢者などの施策の評価」,「8.地域保健医療福祉の計画立案への参画」そして『管理能力』の「2.業務のチームでチーム役割を果たす」,「3.研究的手法を活用して業務をすすめる」,「5.組織の人事管理システムの理解」に分類されたものはなかった.これらのことについては,支援対象の児が,すべて小児慢性特定疾患という希少な疾患を抱えていたことなどが影響していると考えられた.つまり医療的ケア児への支援は,疾患の進行状況や症状,必要な医療的ケアの内容などの個別性が非常に高く,似たような状況の児も近くにいないことが多いため,グループなどの集団となったり,すぐに地域の施策にまで発展させることがないことから,それらの項目にはデータが整理されなかったものとする.しかしながら,4事例と事例数としては少ないことなどから,今回の結果だけで,保健所保健師が常に地域ケアシステムを構築しているとまでは言い難い.そのため,今後分析する事例数を重ねていく必要があると考える.

引用文献

- 1) 厚生労働省. 医療的ケア児について.

<https://www.mhlw.go.jp/content/000981371.pdf>. (参照 2022-12-22).

- 2) 枝川千鶴子, 泊 祐子. 在宅移行期において家族が直面する医療的ケア児の体調管理上の困難. ヒューマンケア研究学会誌 2020 ; 11(1) : 3-11.

- 3) 浅井佳士. 医療的ケア児の成長発達を支援する社会資源のあり方—主養育者のニーズに焦点をあてて—. 小児保健研究 2019 ; 78(2) : 168-174.

- 4) 清水 裕子, 永田 真弓, 飯尾 美沙. 医療的ケアが必要な子どもと家族の在宅療養に向けた連携に関する文献検討. 関東学院紀要 2016 ; 3(1) : 9-14.

- 5) 厚生労働省健康局長通知. 地域における保健師の保健活動について(別紙) 地域における保健師の保健活動に関する指針 2013 ;

https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tb9310&dataType=1&pageNo=1.

(参照 2022-12-22)

- 6) 井出 成美, 石川 麻衣, 宮崎 美砂子. 住民の援助ニーズに応じた地域ケアシステム構築における行政保健師の看護実践知の創出 研究成果のメタ統合. 千葉看護学会誌 2005 ; 11(2) : 8-15.

- 7) 厚生労働省. 保健師に係る研修のあり方等に関する検討会 最終とりまとめ

～自治体保健師の人材育成体制構築の推進に向けて～ 2016 ;

[https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-](https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000120070.pdf)

[Soumuka/0000120070.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000120070.pdf). (参照 2022-12-22)

- 8) 平野美千代, 佐伯 和子. 10 年目の 保健所保健師に求められる実践能力レベル保健師
と事務系職員による所属別回答比較. 日本地域看護学会誌 2009 ; 11(2) : 59-67.
- 9) 黒柳 弘美, 白井 英子. 在宅神経難病患者へのケアマネジメントにおける保健師の
役割の特徴. 地域看護学会誌 2005 ; 8(1) : 81-87.
- 10) L. Jia, Q. Samantha, A. Nasra, Y. Carol, et al. Process Evaluation of a Hub-
and-Spoke Model to Deliver Coordinated Care for Children with Medical
Complexity across Ontario : Facilitators, Barriers and Lessons Learned.
HEALTHCARE POLICY 2021 ; 17(1) : 104-117.
- 11) 前掲書 6) 13-14.
- 12) H. Edelstein, J. Schippke, S. Sheffe, S. Kingsnorth. Children with medical
complexity: a scoping review of interventions to support caregiver stress.
Child:care, health and development 2016 ; 43(3) : 323-333.

第 2 章

第2章

保健所保健師による医療的ケア児への支援の実態

第1節 背景および目的

第1章では、医療的ケア児支援に関して先進的な取り組みをしている4か所の保健所に所属する経験豊かな保健師にグループインタビュー調査を実施し、医療的ケア児への保健所保健師による支援内容を明らかにした。その結果、医療的ケア児への支援の特徴として、常時医療を必要とする状態であることを前提としながら、医療・福祉・教育をつなぎ、家族単位のマネジメントをしていること、保健所保健師による支援の特徴として、個別支援を通してながら医療的ケア児に関する地域ケアシステムの構築へつなげようとしていることが明らかとなった。

そこで、第2章では、全国の保健所保健師を対象に、所属保健所管内の医療的ケア児への資源の状況と保健師による医療的ケア児支援の実態を明らかにすることを目的とした。

第1章の結果をもとに、保健所保健師による医療的ケア児支援項目を作成し、これを用いて保健所保健師の各項目に対する必要性の認識と実践状況を調査した。

第2節 研究方法

1. 研究デザイン

無記名自記式質問紙を用いた量的実態調査による記述的研究デザイン

2. 調査対象

保健所設置基準である、都道府県、指定都市、中核市、特別区が設置する全国の全ての保健所(支所含む)415 か所に所属する医療的ケア児支援の担当保健師を対象とした。

3. 調査期間

調査は、2020 年 10 月～11 月に実施した。

4. 調査方法

郵送による無記名自記式質問紙調査を行った。調査協力依頼状(統括保健師・調査対象保健師)、同意説明文、調査票等を統括保健師あてに送付し、調査の趣旨および調査票を該当の保健師に配布することを依頼した。協力に同意する調査対象保健師は、調査票に記入し研究者に送付するよう依頼した。

5. 調査項目

調査項目は、Ⅰ.保健師の基本属性、Ⅱ.管轄する地域の概要と医療的ケア児への支援に関する資源、Ⅲ.保健所保健師による医療的ケア児支援項目に関する必要性の認識と実施状況とした。基本属性は、保健師経験年数、年代、職位、保健師資格を取得した教育機関、医療機関での看護職経験の有無、現在の担当業務、直近5年間の医療的ケア児への支援経験の有無の7項目とし、管轄する地域の概要と医療的ケア児の数の3項目、医療的ケア児支援に

関する資源は、厚生労働省が示している障害福祉サービスを参考に、17 資源に関する 17 項目である。医療的ケア児支援項目は、第 1 章で明らかとなった支援内容を、キャリアラダーの枠組みである、1. 対人支援活動、2. 地域支援活動、3. 事業化・施策化について、4. 健康危機管理に整理し、これら 4 つの枠組みに関する活動の下位項目からなる 76 項目とした。必要性の認識は、「必要と思う(必要性認識度)」に対して、「そう思わない」から「そう思う」まで、実践状況は、「実施してきた(実施度)」に対して、「全くしていない」から「している」まで、それぞれ 4 件法での回答とした。

6. 分析方法

138(回収率: 33.2%)の返送があり、医療的ケア児支援項目に関して欠損のない 108(有効回答率: 26.0%)を分析対象とした。76 の医療的ケア児支援項目の「実施度」に関する 4 段階(1:全くしていない, 2:あまりしていない, 3:少ししている, 4:している)と「必要性認識度」に関する 4 段階(1:そう思わない, 2:あまりそう思わない, 3:少しそう思う, 4:そう思う)で得られた回答を、それぞれ 1 から 4 に数値化し、項目ごとに記述統計を算出した。

なお、「実施度」については、基本属性の「支援経験の有無」に「なし」と回答した 34 件の回答を除き分析した。「必要性認識度」に対する質問内容の適切性・整合性について確認するために、質問項目における天井効果・フロア効果の有無、項目間相関、I-T 相関(Item-Total Analysis)係数の確認を行った。該当する項目がみられたが、項目の内容を吟味しいずれの項目も医療的ケア児支援項目として不可欠なものと考え除外せずにすべての項目を分析対象とした。医療的ケア児支援 76 項目について探索的因子分析(最尤法・バリマックス回転)を施行した。抽出された因子の解釈は地域看護学を専門とする研究者と行い、妥当性の確保

に努めた。信頼性は、Cronbach's α 係数、因子間相関は Spearman の相関係数を用いた。そして、保健所保健師による医療的ケア児支援項目の「実施度」の実態を明らかにするために、上述で明らかになった必要性認識度因子に対応する実施度因子得点を算出した。さらに算出した実施度因子得点に影響する要因を明らかにするために、必要性認識度因子別に実施度因子得点の中央値で 2 群に群分けし、保健師の属性および管轄地域の概要、社会資源の状況に関する 2 群間比較について、Mann-Whitney 検定を用いて解析した。統計ソフトは StatFlexVer. 7 を用いた。

7. 倫理的配慮

本研究は、「ヘルシンキ宣言」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」ならびに「日本看護協会倫理要領」における倫理指針を遵守して実施した。統括保健師および調査対象者に対し、研究の趣旨・研究方法・研究同意と撤回・プライバシー保護および個人情報の保護・資料の保存と廃棄・研究参加の利益と不利益・研究結果の公表、質問紙の返送をもって承諾とみなすことを文章で説明し、返送をもって調査の同意が得られたと判断した。本研究は大分大学医学部倫理審査委員会の承認を得て実施した。（承認番号：1554）

第3節 結果

1. 回答内容の概要

1) 回答保健師の基本属性(表 2-1)

回答した保健師は, 20代が28.7%, 30代が30.6%で, 保健師経験年数は, 5年未満が35.2%, 5年以上10年未満が25.0%と, 10年未満が全体の約6割であった。職位については, 部長級以上はおらず, 課長級が0.9%, 課長補佐級が4.6%, 係長級が21.3%, 係員が71.3%と, 係長級と係員が全体の9割以上を占めていた。保健師資格を取得した教育機関は大学が6割近くであった。

医療機関での看護職経験のある保健師は29.6%と約3割であった。現在の担当業務は, 小児慢性特定疾患が43.7%, 特定疾患が17.9%と約6割の保健師が小児慢性特定疾患業務や特定疾患業務を担当していた。

表 2-1 回答保健師の基本属性

n = 108

項目		実数 (%)
年代	20 代	31 (28. 7)
30 代	33 (30. 6)	
40 代	16 (14. 8)	
50 代以上	28 (25. 9)	
保健師経験年数	5 年未満	38 (35. 2)
	5 年以上 10 年未満	27 (25)
	10 年以上 15 年未満	4 (3. 7)
	15 年以上 20 年未満	9 (8. 3)
	20 年以上 25 年未満	11 (10. 2)
	25 年以上 30 年未満	9 (8. 3)
	30 年以上	10 (9. 3)
職位	係員	77 (71. 3)
	係長級	23 (21. 3)
	課長補佐級	5 (4. 6)
	課長級	1 (0. 9)
	部長級以上	0 (0)
	無回答	2 (1. 9)
保健師資格を取得した教育機関	専門学校	33 (30. 6)
	短期大学	10 (9. 3)
	大学	62 (57. 3)
	大学院	2 (1. 9)
	無回答	1 (0. 9)
医療機関での看護職経験	あり	32 (29. 6)
	なし	76 (70. 4)
担当業務	小児慢性特定疾患	88 (43. 7)
	特定疾患	36 (17. 9)
	精神	17 (8. 5)
	感染症	20 (10)
	健康危機管理	7 (3. 5)
* 複数回答可	その他	33 (16. 4)
支援経験	あり (5 事例未満)	37 (34. 2)
	あり (10 事例未満)	16 (14. 8)
	あり (10 事例以上)	18 (16. 7)
	あり (不明)	3 (2. 8)
	なし	34 (31. 5)
保健師経験年数	平均値 ± S D	12. 2 ± 11. 4

2) 回答保健師が所属する保健所の管轄地域と医療的ケア児の資源の概要(表 2-2, 表 2-3)

人口規模は、10 万～20 万人が 27.8%，次いで 5 万～10 万未満が 24.1%であった。市による保健所の設置基準である中核市となる人口 20 万人を境にみると、20 万人未満が 67.6%，20 万人以上が 32.4%であった。医療的ケア児数が 0 と回答したのは 1 件のみで、50 人未満が 58.3%と約 6 割を占めており、50 人以上と回答したのは合わせて 12.1%であった。

表 2-2 回答保健師が所属する保健所の管轄地域の概要

n = 108

項目		実数(%)
管内の人口	5 万未満	16(15.7)
	5 万～10 万未満	25(24.1)
	10 万～20 万未満	29(27.8)
	20 万～30 万未満	18(17.7)
	30 万～40 万未満	10(10.2)
	40 万～50 万未満	4(4.5)
管轄する市町村数	5 市町村未満	60(55.5)
	5～10 市町村未満	37(34.3)
	10～15 市町村未満	8(7.4)
	15～20 市町村未満	3(2.8)
医療的ケア児の数	0 人	1(0.9)
	50 人未満	63(58.3)
	50～100 人未満	10(9.3)
	100～200 未満	3(2.8)
	未把握	5(4.6)
	無回答	26(24.1)

回答保健師が所属する保健所の管内地域にある医療的ケア児支援に関する資源について、医療機関では、小児中核病院は 15.7%，地域小児医療センターは 39.8%，一般小児医療機関は 92.6%，在宅療養支援診療所は 36.1%が「あり」であった。訪問看護などの訪問型の資源については、88.9%と 9 割近くの管内地域に訪問看護があり、67.6%と 7 割近くの地

域に居宅介護があった。一方で、訪問歯科診療は 37.9%と 4 割弱、居宅訪問型児童発達支援は 21.3%と 2 割程度であった。医療型児童発達支援施設などの通所型の資源については、発育発達に関する資源である児童発達支援センターが 66.6%と約 7 割、放課後等デイサービスは 77.8%と 8 割近くにあった。短期入所などの入所型の資源については、短期入所施設は 43.5%と約 5 割、医療型障害児入所施設は 26.9%と約 3 割がありと回答していた。教育に関する資源については、医療的ケア児の受け入れが可能な保育所・幼稚園の割合は 50.0%と 5 割であったが、特別支援学校では 74.1%と約 8 割弱の特別支援学校で医療的ケア児の受け入れが可能であった。医療的ケア児コーディネーターの配置については、46.3%と 5 割弱の地域に配置がある一方で、33.3%と 3 割程度の地域には配置が無い状況であった。

表 2-3 保健所の管轄地域と医療的ケア児支援の資源の概要

n = 108

項目	項目ごとの分布		
	あり (%)	なし (%)	無回答 (%)
(1) 小児中核病院	17 (15.7)	89 (82.4)	2 (1.9)
(2) 地域小児医療センター	43 (39.8)	62 (57.4)	3 (2.8)
(3) 一般小児医療機関	100 (92.6)	5 (4.6)	3 (2.8)
(4) 在宅療養支援診療所	39 (36.1)	49 (45.4)	20 (18.5)
(5) 訪問看護	96 (88.9)	4 (3.7)	8 (7.4)
(6) 訪問リハビリ	63 (58.4)	24 (22.2)	21 (19.4)
(7) 訪問歯科診療	41 (37.9)	29 (26.9)	38 (35.2)
(8) 医療型児童発達支援施設	28 (25.9)	66 (61.1)	14 (13.0)
(9) 児童発達支援センター	72 (66.6)	29 (26.9)	7 (6.5)
(10) 短期入所	47 (43.5)	45 (41.7)	16 (14.8)
(11) 放課後等デイサービス	84 (77.8)	15 (13.9)	9 (8.3)
(12) 居宅訪問型児童発達支援	23 (21.3)	64 (59.3)	21 (19.4)
(13) 医療型障害児入所施設	29 (26.9)	67 (62.0)	12 (11.1)
(14) 居宅介護	73 (67.6)	17 (15.7)	18 (16.7)
(15) 保育所・幼稚園	54 (50.0)	25 (23.1)	29 (26.9)
(16) 特別支援学校	80 (74.1)	23 (21.3)	5 (4.6)
(17) 医療的ケア児コーディネーターを配置している施設	50 (46.3)	36 (33.3)	22 (20.4)

2. 保健所保健師による医療的ケア児への支援の実態

1) 医療的ケア児支援項目の「必要性認識度」と「実施度」(表 2-4, 表 2-5)

医療的ケア児支援 76 項目について必要と思うかどうかについての「必要性認識度」は、全ての項目で、必要と思うかに対して「そう思う」「少しそう思う」を合わせた必要と思う割合が、「あまりそう思わない」「そう思わない」を合わせた必要と思わない割合より高かった。そして、「29. 台風や地震の際の避難場所の確認や電源の確保など災害時を想定して必要なことを確認する」, 「57. 小児慢性特定疾患申請時など公的申請時を活用して保護者と面談する」の項目は、必要と思わないと回答した者はいなかった。

医療的ケア児支援 76 項目を実施しているかどうかについては、108 の回答のうち、基本属性の「支援経験の有無」に「なし」と回答した 34 の回答を除き 74 件について検討した。

「全くしていない」と回答した割合が 50%を超えた項目は、「17. 児の疾患や障害の特性に応じた個別性のある福祉用具を考える」37 人(50.1%), 「19. 児に合わせた福祉用具の作成のための関係者への依頼など児の身体状態に合わせた福祉用具となるよう調整する」44 人(59.4%), 「20. 児の体格の変化や就学を見据えるなど児の発育発達や環境の変化に応じた福祉用具へと更新する」45 人(60.9%), 「23. 小児の受け入れ状況の実績など児に対応可能なショートステイ施設を確保する」40 人(54.1%), 「30. 救急搬送を実践してみるなど災害時を想定した避難訓練を自宅で実施する」57 人(76.7%), 「33. 保護者の希望と学校現場の実情を互いに理解するために教育委員会と保護者が直接話せる場を設定する」45 人(61.0%), 「35. 他の医療的ケア児を養育する保護者の連絡先を伝えるなど保護者同士が連絡を取り合えるようにする」38 人(51.3%), 「36. リーダーになり得る保護者の存在や地域

で在宅療養する児の状況から児・保護者のための交流会を新たに立ち上げる」49人(66.0%),

「52. 在宅療養する医療的ケア児の数など医療的ケア児に関する現状から新たに交流会を開催する」42人(57.3%), 「60. 市役所などで行っていた相談会を自宅で個別相談会として実施するなど既存の事業の新たな展開方法を提案する」

57人(77.0%), 「61. 入浴介助の目的で導入したデイサービスに同年代の他児との交流の目的をもたせるなど既存の制度の運用の幅を広げる」58人(78.5%), 「64. 企画した交流会を継続するなど新たに立ち上げた事業を継続実施する」41人(55.2%), 「66. 訪問看護について医療機関へ出向いて依頼するなどケア提供を直接依頼する」54人(73.1%), 「68. 関係機関と役割確認するなど避難訓練を企画する」54人(73.1%), 「69. 消防署を招集するなどした避難訓練を実施する」68人(92.0%), 「72. 消防への情報を更新連絡したり保護者会を継続するなど今後への発展を考える」37人(50.3%), 「73. 新たに開催した保護者会への感想を聞き取るなど現状を評価する」46人(63.0%)であった。

医療的ケア児支援76項目について、必要と思うかに対して「そう思う」「少しそう思う」を合わせた必要と思う割合が50%未満の項目はなかった。一方「実施度」については、実施しているかに対して「している」、「少ししている」を合わせた実施しているという割合が50%未満の項目が37項目あった。

医療的ケア児支援項目について、「必要性認識度」と「実施度」に相関があるか確認するために、各項目ごとに「必要性認識度」と「実施度」の散布図を作成しそのばらつきを確認した上で、相関係数を算出した。その結果、強い相関あり($0.7 \leq |r|$)の項目はなく、中程度の相関あり($0.4 \leq |r| < 0.7$)は、「8. 小児慢性特定疾患の申請時などで保護者が来所し

た際には保健師と面談できるよう調整する」($r=0.432$)、「41. 身体障害者制度の重症認定により医療費の助成を受けるなど経済的負担軽減のために各種制度を活用する」($r=0.413$)、「57. 小児慢性特定疾患申請時など公的申請時を活用して保護者と面談する」($r=0.483$)の3項目であった。その他の項目については、弱い相関あり($0.2 \leq |r| < 0.4$)が47項目、ほとんど相関なし($|r| < 0.2$)が26項目であった。

表 2-4 医療的ケア児支援項目の「必要性認識度」に関する基礎統計量

n = 108

		そう思 わない(%)	あまりそ う思わ ない (%)	少しそ う思 う(%)	そう思 う (%)	平均値±SD
1. 対人支援活動(個人及び家族への支援・集団への支援)について						
1	児の状態の理解や今後の見通しなど保護者の受け止め状況を確認してから介入のタイミングをはかる	0(0.0)	1(0.9)	4(3.7)	103(95.4)	2.94±0.27
2	受容過程や必要な医療ケアなどこれまでの経過や現状について保護者から丁寧に聞き取る	0(0.0)	1(0.9)	7(6.5)	100(92.6)	2.92±0.31
3	ケア物品の工夫や兄弟児への対応など保護者が行っている養育上の工夫や苦労に関する労をねぎらう	0(0.0)	0(0.0)	6(0.3)	102(94.4)	2.94±0.23
4	外出機会がない、支援者がいないこと等に関して保護者のメンタル面を訪問や電話で支える	0(0.0)	1(0.93)	12(11.1)	95(88.0)	2.87±0.34
5	身長体重の伸びやできるようになったことなど児の発育発達を保護者と一緒に喜ぶ	0(0.0)	1(0.93)	8(7.4)	99(91.7)	2.91±0.32
6	児がまだ入院中の時期など在宅療養開始より前に児と家族の情報を得る	0(0.0)	1(0.93)	14(13.0)	93(86.1)	2.85±0.35
7	定期的な訪問や電話などで児・保護者と関わる機会を継続する	0(0.0)	3(2.8)	9(8.3)	96(88.9)	2.86±0.42
8	小児慢性特定疾患の申請時などで保護者が来所した際には保健師と面談できるよう調整する	0(0.0)	1(0.93)	5(4.6)	102(94.4)	2.94±0.25
9	訪問した際に保護者の手技を直接確認する	1(0.93)	10(9.3)	33(30.6)	64(59.3)	2.48±0.70
10	入院医療機関や保護者から必要な医療的ケアの内容を確認する	0(0.0)	2(1.9)	12(11.1)	94(87.0)	2.85±0.41
11	バイタルサインなど児の健康状態を観察する	2(1.9)	12(11.1)	27(25.0)	67(62.0)	2.47±0.77
12	保護者の利用希望や準備状況など訪問看護の利用予定を確認する	1(0.9)	2(1.9)	18(16.7)	87(80.6)	2.77±0.52
13	医療的ケア児の受け入れ実績など児に対応可能な訪問看護の現状を把握する	0(0.0)	3(2.8)	17(15.7)	88(81.5)	2.79±0.45
14	児が必要とする医療的ケアに対応可能な訪問看護を確保する	4(3.7)	8(7.4)	25(23.1)	71(65.7)	2.51±0.79
15	児に必要なケアの実践経験の有無など訪問看護実施に関する課題を抽出し解決策を考える	3(2.8)	10(9.3)	37(34.3)	58(53.7)	2.39±0.77
16	具体的なケア内容を明示したうえで訪問看護の了解を得る	8(7.4)	22(20.4)	23(21.3)	55(50.9)	2.16±0.99
17	児の疾患や障害の特性に応じた個別性のある福祉用具を考える	6(5.6)	18(16.7)	31(28.7)	53(49.1)	2.21±0.92
18	小児慢性特定疾患制度や身体障害者制度など福祉用具導入に関して活用可能な制度を確認する	1(0.9)	1(0.9)	19(17.6)	87(80.6)	2.78±0.50
19	児に合わせた福祉用具の作成のための関係者への依頼など児の身体状態に合わせた福祉用具となるよう調整する	6(5.6)	26(24.1)	30(27.8)	46(42.6)	2.07±0.94
20	児の体格の変化や就学を見据えるなど児の発育発達や環境の変化に応じた福祉用具へと更新する	11(10.2)	23(21.3)	25(23.1)	49(45.4)	2.04±1.04
21	実際の利用状況を検証し関係者で話し合うなど福祉用具の更新の必要性和内容を複数の支援者で考える	9(8.3)	15(13.9)	25(23.1)	59(54.6)	2.24±0.99
22	保護者の兄弟児にかける時間確保や看護負担の軽減などショートステイ導入の必要性を判断する	1(0.9)	8(7.4)	26(24.1)	73(67.6)	2.58±0.67
23	小児の受け入れ状況の実績など児に対応可能なショートステイ施設を確保する	5(4.6)	10(9.3)	29(26.9)	64(59.3)	2.41±0.84
24	必要なケアの実施可能性や受け入れ実績など児に対応可能なショートステイ施設の現状を把握する	3(2.8)	7(6.5)	25(23.1)	73(67.6)	2.56±0.74
25	訪問リハの導入や療育機関の利用など児の発育発達を促すための資源の導入と活用状況を確認する	4(3.7)	7(6.5)	22(20.4)	75(69.3)	2.56±0.78
26	身長体重の測定など直接会って児の発育を確認する	3(2.8)	8(7.4)	30(27.8)	67(62.0)	2.49±0.76
27	緊急時の連絡体制の確認など緊急時の役割を支援者間で共通理解する	0(0.0)	1(0.9)	5(4.6)	102(94.4)	2.94±0.28
28	緊急時にそなえて消防署へ事前に児の状態や緊急時の搬送先の情報提供をする	2(1.9)	3(2.8)	23(21.3)	80(74.1)	2.68±0.62
29	台風や地震の際の避難場所の確認や電源の確保など災害時を想定して必要なことを確認する	0(0.0)	0(0.0)	7(6.5)	101(93.5)	2.94±0.25
30	救急搬送を実践してみるなど災害時を想定した避難訓練を自宅で実施する	0(0.0)	8(7.4)	26(24.1)	74(68.5)	2.61±0.62
31	台風通過後は保護者へ状況確認するなど災害の可能性があったときには必ず被災の有無等の確認をする	0(0.0)	1(0.9)	14(13.0)	93(86.1)	2.85±0.38
32	児の必要とするケア内容や保護者の希望をふまえて就学準備の開始時期を見定める	2(1.9)	9(8.3)	22(20.4)	75(69.4)	2.57±0.73
33	保護者の希望と学校現場の実情を互いに理解するために教育委員会と保護者が直接話せる場を設定する	6(5.6)	11(10.2)	32(29.6)	59(54.6)	2.33±0.88
34	実際に学校見学を勧めるなど就学準備の状況に応じた助言をする	2(1.9)	10(9.3)	26(24.1)	70(64.8)	2.52±0.74
35	他の医療的ケア児を養育をする保護者の連絡先を伝えるなど保護者同士が連絡を取り合えるようにする	6(5.6)	11(10.2)	29(26.9)	62(57.4)	2.36±0.88
36	リーダーになり得る保護者の存在や地域で在宅療養する児の状況から児・保護者のための交流会を新たに立ち上げる	3(2.8)	11(10.2)	46(42.6)	48(44.4)	2.29±0.76
37	医療機関などで定期的に開催されている患者会など地域で行われている交流会を紹介する	0(0.0)	2(1.9)	32(29.6)	74(68.5)	2.67±0.51
38	睡眠状態や基礎疾患など保護者の心身の状態を確認する	0(0.0)	3(2.8)	8(7.4)	97(89.8)	2.87±0.41
39	受診のための調整など保護者自身の療養環境を整える	2(1.9)	10(9.3)	29(26.9)	67(62.0)	2.49±0.74
40	兄弟児の発育確認や育児への助言など兄弟児の発育発達の確認と育児への助言を行う	0(0.0)	11(10.2)	19(17.6)	78(72.2)	2.62±0.67
41	身体障害者制度の重症認定により医療費の助成を受けるなど経済的負担軽減のために各種制度を活用する	0(0.0)	4(3.7)	17(15.7)	87(80.6)	2.77±0.50
42	児に活用可能な制度を確認するなど制度を主管している市役所担当課の職員と協働する	0(0.0)	4(3.7)	10(9.3)	94(87.0)	2.83±0.46
43	今後も関わる可能性のある市保健師と継続的に児・家族の状況を共有する	0(0.0)	1(0.9)	9(8.3)	98(90.7)	2.90±0.33
44	入院や児・家族の近況などについて医療機関と情報を共有する	0(0.0)	3(2.8)	11(10.2)	94(87.0)	2.84±0.44
45	児・家族の状況に対応するためにケース会議にて複数の支援者で方針を考える	0(0.0)	2(1.9)	5(4.6)	101(93.5)	2.92±0.34
46	ケア会議への保護者の参加など児への支援方針や内容の決定に保護者が関わるようにする	0(0.0)	2(1.9)	7(6.5)	99(91.7)	2.90±0.36
47	定期的に連絡するなど在宅でのサービス提供者との関係性を続ける	0(0.0)	2(1.9)	20(18.5)	86(79.6)	2.78±0.46
48	児・家族の状況や今後の支援方針について同僚や上司の保健師等と一緒に考える	0(0.0)	2(1.9)	8(7.4)	98(90.7)	2.89±0.37

表 2-4 医療的ケア児支援項目の「必要性認識度」に関する基礎統計量(つづき)

	そう思わない(%)	あまりそう思わない(%)	少しそう思う(%)	そう思う(%)	平均値±SD
2. 地域支援活動(地域診断・地区活動・地域組織活動・ケアシステムの構築)について					
49 近所の支援者など地域のインフォーマルな資源を把握する	0(0.0)	3(2.8)	27(25)	78(72.2)	2.89±0.52
50 児の必要とする医療的ケアに対応可能な訪問看護や医療機関の確認など児が活用可能な資源とサービス内容を把握する	0(0.0)	1(0.9)	15(13.9)	82(85.2)	2.84±0.39
51 災害時に児が必要とする非常用電源の有無や重いすでの移動の可能性など災害時に避難可能な自宅近くの施設を把握する	1(0.9)	1(0.9)	10(9.3)	88(88.9)	2.86±0.44
52 在宅療養する医療的ケア児の故など医療的ケア児に関する現状から新たに交流会を開催する	3(2.8)	4(3.7)	35(32.4)	68(61.1)	2.52±0.70
53 医療機関での退院前カンファレンスなどのケア会議に参加する	1(0.9)	2(1.9)	12(11.1)	83(86.1)	2.82±0.49
54 医療機関などでケア会議の機会がない場合にはケア会議を開催する	1(0.9)	5(4.6)	29(28.9)	73(67.0)	2.61±0.52
55 NIOからの連絡票など既に行われている地域の独自のシステムを活用する	1(0.9)	8(7.4)	22(20.4)	77(71.3)	2.62±0.67
56 積極的に医療的ケア児への支援を行っている事業所などのサービスを活用する	1(0.9)	5(4.6)	16(14.8)	86(79.6)	2.73±0.59
57 小児慢性特定疾患新申請時などの公的申請時を活用して保護者と面談する	0(0.0)	0(0.0)	5(4.6)	103(95.4)	2.95±0.21
58 制度を主管する市福祉担当者と保護者が話ができる機会を設けるなど保護者が直接説明を聞ける機会を作る	1(0.9)	11(10.2)	38(33.3)	60(55.6)	2.44±0.71
59 支援者と同伴訪問して児の状態を直接見てもらうなど支援者が直接状況を確認できる機会を作る	1(0.9)	6(5.6)	23(21.3)	78(72.2)	2.65±0.63
60 市役所などで行っていた相談会を自宅で個別相談会として実施するなど既存の事業の新たな展開方法を提案する	7(6.5)	21(19.4)	27(25)	53(49.1)	2.17±0.96
61 入浴介助の目的で導入したデイサービスに同年代の他児との交流の目的をもたせるなど既存の制度の運用の幅を広げる	2(1.9)	17(15.7)	33(30.1)	50(46.3)	2.27±0.79
62 かかりつけ医に入退院の情報を確認するなど保健師から支援者に継続的に連絡をする	3(2.8)	14(13.0)	25(23.1)	68(61.1)	2.43±0.82
63 ケア会議を企画するなど支援者が互いに顔を合わせる機会を企画する	1(0.9)	8(7.4)	27(25)	72(66.7)	2.57±0.67
64 企画した交流会を継続するなど新たに立ち上げた事業を継続実施する	5(4.6)	6(5.6)	38(35.2)	53(54.6)	2.4±0.80
65 訪問看護やショートステイ等の現状確認などをとおして医療的ケア児のための資源開拓の必要性を把握する	0(0.0)	3(2.8)	30(27.8)	75(69.4)	2.67±0.53
66 訪問看護について医療機関へ出向いて依頼するなどケア提供を直接依頼する	14(13.0)	22(20.4)	32(29.6)	40(37.0)	2.91±1.05
3. 事業化・施策化について					
67 災害時に受け入れ可能な施設を確認するなど災害時に利用可能な施設を把握する	0(0.0)	2(1.9)	10(9.3)	98(88.9)	2.87±0.39
68 関係機関と役割確認するなど避難訓練を企画する	2(1.9)	8(7.4)	33(30.6)	65(60.2)	2.49±0.72
69 消防署を招集するなどした避難訓練を実施する	3(2.8)	13(12.0)	33(30.6)	59(54.6)	2.37±0.80
4. 健康危機管理に関する活動(健康危機管理の体制整備・健康危機発生時の対応)について					
70 保護者から訪問看護医に連絡して消防を要請するなど緊急時の役割を家族・支援者間で確認する	0(0.0)	2(1.9)	15(13.9)	81(84.2)	2.82±0.43
71 事前に児の情報や搬送先を提供するなど緊急時にむけて消防と情報共有する	1(0.9)	8(7.4)	25(23.1)	76(70.4)	2.63±0.64
5. 管理的活動(PDCAサイクルに基づく事業・施策評価・情報管理・人材育成)について					
72 消防への情報を更新連絡したり保護者会を継続するなど今後への発展を考える	3(2.8)	8(7.4)	21(19.4)	76(70.4)	2.57±0.75
73 新たに開催した保護者会への感想を聞き取るなど現状を評価する	3(2.8)	7(6.5)	23(21.3)	75(69.4)	2.57±0.74
74 児と家族に関わった都度所内の他の保健師に今後の支援について相談する	0(0.0)	8(7.4)	22(20.4)	78(72.2)	2.65±0.62
75 所内での会議や事例検討会を活用して複数の保健師で支援を考える	0(0.0)	4(3.7)	16(14.8)	88(81.5)	2.78±0.50
76 医療的ケア児への直接支援の少ない市町村保健センター保健師と同伴訪問する	1(0.9)	7(6.5)	14(13.0)	86(79.6)	2.71±0.63
合計±SD					199.76±45.59

平均値は、「そう思わない」0点、「あまり会おう思わない」1点、「少しそう思う」2点、「そう思う」3点として算出

表 2-5 医療的ケア児支援項目の「実施度」に関する基礎統計量

n = 74

		全くして いない(%)	あまりして いない(%)	少しして いる(%)	している (%)	平均値±SD
1. 対人支援活動(個人及び家族への支援・集団への支援)について						
1	児の状態の理解や今後の見通しなど保護者の受け止め状況を確認してから介入のタイミングをはかる	3(4.1)	4(5.4)	17(22.9)	50(67.6)	2.54±0.77
2	受容過程や必要な医療ケアなどこれまでの経過や現状について保護者から丁寧に聞き取る	2(2.7)	5(6.7)	18(24.3)	49(66.3)	2.54±0.74
3	ケア用品の工大や兄弟児への対応など保護者が行っている養育上の工大や苦勞に関する労をねぎらう	2(2.7)	2(2.7)	16(21.6)	54(73.0)	2.65±0.67
4	外出機会がない、支援者がいないこと等に関して保護者のメンタル面を訪問や電話で支える	6(8.1)	11(14.8)	25(33.7)	32(43.2)	2.12±0.94
5	身長体重の伸びやできるようになったことなど児の発育発達を保護者と一緒に喜ぶ	4(5.4)	4(5.4)	15(20.2)	51(69.0)	2.53±0.83
6	児がまだ入院中の時期など在宅療養開始より前に児と家族の情報を得る	13(17.5)	7(9.4)	22(29.7)	32(43.4)	1.99±1.11
7	定期的な訪問や電話などで児・保護者と関わる機会を継続する	5(6.7)	7(9.4)	28(37.8)	34(46.1)	2.23±0.88
8	小児慢性特定疾患の申請時などで保護者が来所した際には保健師と面談できるよう調整する	2(2.7)	1(1.3)	8(10.8)	63(85.2)	2.78±0.60
9	訪問した際に保護者の手技を直接確認する	11(14.8)	13(17.5)	30(40.5)	20(27.2)	1.80±1.00
10	入院医療機関や保護者から必要な医療的ケアの内容を確認する	7(9.4)	5(6.7)	14(18.9)	48(65.0)	2.39±0.97
11	バイタルサインなど児の健康状態を観察する	8(10.8)	23(31.0)	23(31.0)	20(27.2)	1.74±0.97
12	保護者の利用希望や準備状況など訪問看護の利用予定を確認する	5(6.7)	8(10.8)	17(22.9)	44(59.6)	2.35±0.92
13	医療的ケア児の受け入れ実績など児に対応可能な訪問看護の現状を把握する	11(14.8)	16(21.6)	17(22.9)	30(40.7)	1.89±1.10
14	児が必要とする医療的ケアに対応可能な訪問看護を確保する	26(35.1)	14(18.9)	16(21.6)	18(24.4)	1.35±1.19
15	児に必要なケアの実践経験の有無など訪問看護実施に関する課題を抽出し解決策を考える	29(39.1)	19(25.6)	19(25.6)	7(9.7)	1.05±1.01
16	具体的なケア内容を明示したうえで訪問看護の了解を得る	36(48.6)	17(22.8)	14(18.9)	7(9.7)	0.89±1.02
17	児の疾患や障害の特性に応じた個別性のある福祉用具を考える	37(50.1)	15(20.2)	16(21.6)	6(8.1)	0.88±1.01
18	小児慢性特定疾患制度や身体障害者制度など福祉用具導入に関して活用可能な制度を確認する	6(8.1)	8(10.8)	19(25.6)	41(55.5)	2.28±0.95
19	児に合わせた福祉用具の作成のための関係者への依頼など児の身体状況に合わせた福祉用具となるよう調整する	44(59.4)	16(21.6)	12(16.2)	2(2.8)	0.62±0.85
20	児の体格の変化や就学を見据えるなど児の発育発達や環境の変化に応じた福祉用具へと更新する	45(60.9)	14(18.9)	15(20.2)	0(0.0)	0.59±0.80
21	実際の利用状況を検証し関係者で話し合うなど福祉用具の更新の必要性和内容を複数の支援者で考える	36(48.6)	17(22.8)	14(18.9)	7(9.7)	0.89±1.02
22	保護者の兄弟児にかける時間確保や看護負担の軽減などショートステイ導入の必要性を判断する	21(28.3)	17(22.8)	23(31.0)	13(17.9)	1.38±1.07
23	小児の受け入れ状況の実績など児に対応可能なショートステイ施設を確保する	40(54.1)	14(18.9)	14(18.9)	6(8.1)	0.81±1.01
24	必要なケアの実施可能性や受け入れ実績など児に対応可能なショートステイ施設の現状を把握する	27(36.4)	17(22.8)	21(28.3)	9(12.5)	1.16±1.05
25	訪問リハへの導入や療育機関の利用など児の発育発達を促すための資源の導入と活用状況を確認する	14(18.9)	15(20.2)	24(32.6)	21(28.3)	1.70±1.07
26	身長体重の測定など直接会って児の発育を確認する	19(25.7)	19(25.7)	15(20.3)	21(28.3)	1.51±1.15
27	緊急時の連絡体制の確認など緊急時の役割を支援者間で共通理解する	3(4.1)	12(16.2)	20(27.0)	39(52.7)	2.28±0.88
28	緊急時にそなえて消防署へ事前に児の状態や緊急時の搬送先の情報提供する	26(35.1)	15(20.3)	11(14.8)	22(29.8)	1.39±1.24
29	台風や地震の際の避難場所の確認や電源の確保など災害時を想定して必要なことを確認する	4(5.4)	7(9.7)	13(17.5)	50(67.4)	2.47±0.87
30	救急搬送を実践してみるなど災害時を想定した避難訓練を自宅で実施する	57(76.7)	7(9.7)	8(10.8)	2(2.8)	0.35±0.72
31	台風通過後には保護者へ状況確認するなど災害の可能性があったときには必ず被災の有無等の確認をする	17(22.8)	8(10.8)	16(21.6)	33(44.8)	1.88±1.21
32	児の必要とするケア内容や保護者の希望をふまえて就学準備の開始時期を見定める	23(31.0)	17(22.8)	22(29.7)	12(16.5)	1.31±1.08
33	保護者の希望と学校現場の実情を互いに理解するために教育委員会と保護者が直接話せる場を設定する	45(61.0)	13(17.5)	11(14.8)	5(6.7)	0.68±0.96
34	実際に学校見学を勧めるなど就学準備の状況に応じた助言をする	33(44.5)	13(17.5)	9(12.1)	19(25.9)	1.19±1.25
35	他の医療的ケア児を養育する保護者の連絡先を伝えるなど保護者同士の連絡を取り合えるようにする	38(51.3)	9(12.5)	15(20.2)	12(16.0)	1.01±1.17
36	リーダーになり得る保護者の存在や地域で在宅療養する児の状況から児・保護者のための交流会を新たに立ち上げる	49(66.0)	9(12.5)	11(14.8)	5(6.7)	0.62±0.97
37	医療機関などで定期的に行われている患者会など地域で行われている交流会を紹介する	18(24.2)	19(25.5)	12(16.5)	25(33.8)	1.59±1.18
38	睡眠状態や基礎疾患など保護者の心身の状態を確認する	4(5.4)	6(8.1)	8(10.8)	56(75.9)	2.57±0.86
39	受診のための調整など保護者自身の療養環境を整える	18(24.3)	29(39.0)	15(20.2)	12(16.5)	1.28±1.01
40	兄弟児の発育確認や育児への助言など兄弟児の発育発達の確認と育児への助言を行う	14(18.9)	28(37.4)	12(16.5)	20(27.2)	1.51±1.08
41	身体障害者制度の重症認定により医療費の助成を受けるなど経済的負担軽減のために各種制度を活用する	4(5.4)	8(10.8)	22(29.7)	40(54.1)	2.32±0.87
42	児に活用可能な制度を確認するなど制度を主管している市役所担当課の職員と協働する	6(8.1)	8(10.8)	21(28.3)	39(52.8)	2.26±0.95
43	今後も関わる可能性のある市保健師と継続的に児・家族の状況を共有する	5(6.7)	6(8.1)	14(18.9)	49(66.3)	2.45±0.90
44	入院や児・家族の近況などについて医療機関と情報を共有する	6(8.1)	12(16.0)	15(20.2)	41(55.7)	2.23±0.99
45	児・家族の状況に対応するためにケース会議にて複数の支援者で方針を考える	16(21.6)	7(9.7)	16(21.6)	35(47.1)	1.95±1.20
46	ケア会議への保護者の参加など児への支援方針や内容の決定に保護者が関わるようにする	16(21.6)	9(12.5)	17(22.8)	32(43.1)	1.88±1.18
47	定期的に連絡するなど在宅でのサービス提供者との関係性を続ける	10(13.1)	12(16.5)	20(27.0)	32(43.4)	2.00±1.07
48	児・家族の状況や今後の支援方針について同僚や上司の保健師等と一緒に考える	5(6.7)	3(4.1)	16(21.6)	50(67.6)	2.50±0.86

表 2-5 医療的ケア児支援項目の「実施度」に関する基礎統計量(つづき)

	全くして いない(%)	あまりして いない(%)	少ししてい る(%)	している (%)	平均値±SD
2. 地域支援活動(地域診断・地区活動・地域組織活動・ケアシステムの構築)について					
49 近所の支援者など地域のインフォーマルな資源を把握する	10(13.1)	29(39.7)	13(17.5)	22(29.7)	1.64±1.05
50 児の必要とする医療的ケアに対応可能な訪問看護や医療機関の確認など児が活用可能な資源とサービス内容を把握する	7(9.7)	8(10.8)	23(30.9)	36(48.6)	2.19±0.97
51 災害時に児が必要とする非常用電源の有無や車いすでの移動の可能性など災害時に避難可能な自宅近くの施設を把握する	9(12.1)	15(20.2)	21(28.3)	29(39.4)	1.95±1.04
52 在宅療養する医療的ケア児の数など医療的ケア児に関する現状から新たに交流会を開催する	42(57.3)	11(14.8)	11(14.8)	10(13.1)	0.85±1.11
53 医療機関での退院前カンファレンスなどのケア会議に参加する	23(31.0)	7(9.7)	16(21.6)	28(37.7)	1.66±1.27
54 医療機関などでケア会議の機会がない場合にはケア会議を開催する	34(46.1)	8(10.8)	13(17.5)	19(25.6)	1.23±1.27
55 NICUからの連絡票など既に行われている地域の独自のシステムを活用する	31(42.6)	10(13.1)	12(16.0)	21(28.3)	1.31±1.27
56 積極的に医療的ケア児への支援を行っている事業所などのサービスを活用する	18(24.3)	9(12.5)	20(27.0)	27(36.2)	1.76±1.18
57 小児慢性特定疾患新申請時など公的申請時を活用して保護者と面談する	1(1.3)	0(0.0)	8(10.8)	65(87.9)	2.85±0.46
58 制度を主管する市福祉担当者と保護者が話をできる機会を設けるなど保護者が直接説明を聞ける機会を作る	29(39.6)	11(14.7)	16(21.5)	18(24.2)	1.31±1.22
59 支援者と同伴訪問して児の状態を直接見てもらうなど支援者が直接状況を確認できる機会を作る	19(25.7)	10(13.1)	21(28.3)	24(32.9)	1.68±1.18
60 市役所などで行っていた相談会を自宅で個別相談会として実施するなど既存の事業の新たな展開方法を提案する	57(77.0)	14(18.9)	0(0.0)	3(4.1)	0.31±0.68
61 人浴介助の目的で導入したデイサービスに同年代の他児との交流の目的をもたせるなど既存の制度の運用の幅を広げる	58(78.5)	14(18.9)	1(1.3)	1(1.3)	0.26±0.55
62 かかりつけ医に入院の情報を確認するなど保健師から支援者に継続的に連絡をする	28(38.2)	20(27.2)	16(21.5)	10(13.1)	1.11±1.06
63 ケア会議を企画するなど支援者が互いに顔を合わせる機会を企画する	34(45.9)	17(22.8)	7(9.7)	16(21.6)	1.07±1.19
64 企画した交流会を継続するなど新たに立ち上げた事業を継続実施する	41(55.2)	13(17.5)	9(12.5)	11(14.8)	0.86±1.12
65 訪問看護やショートステイ等の現状確認などとおして医療的ケア児のための資源開拓の必要性を把握する	27(36.9)	10(13.1)	20(27.2)	17(22.8)	1.36±1.19
66 訪問看護について医療機関へ出向いて依頼するなどケア提供を直接依頼する	54(73.1)	11(14.8)	4(5.4)	5(6.7)	0.46±0.87
3. 事業化・施策化について					
67 災害時に受け入れ可能な施設を確認するなど災害時に利用可能な施設を把握する	13(17.5)	16(21.6)	18(24.3)	27(36.6)	1.80±1.11
68 関係機関と役割確認するなど避難訓練を企画する	54(73.1)	13(17.4)	7(9.6)	0(0.0)	0.36±0.65
69 消防署を招集するなどした避難訓練を実施する	68(92.0)	5(6.7)	1(1.3)	0(0.0)	0.09±0.34
4. 健康危機管理に関する活動(健康危機管理の体制整備・健康危機発生時の対応)について					
70 保護者から訪問看護師に連絡して消防を要請するなど緊急時の役割を家族・支援者間で確認する	13(17.5)	11(14.7)	28(38.2)	22(29.6)	1.80±1.05
71 事前に児の情報や搬送先を提供するなど緊急時にむけて消防と情報共有する	29(39.7)	14(18.9)	10(13.1)	21(28.3)	1.31±1.25
5. 管理的活動(PDCAサイクルに基づく事業・施策評価・情報管理・人材育成)について					
72 消防への情報を更新連絡したり保護者会を継続するなど今後への発展を考える	37(50.3)	8(10.8)	16(21.5)	13(17.4)	1.07±1.19
73 新たに開催した保護者会への感想を聞き取るなど現状を評価する	46(63.0)	10(13.1)	10(13.1)	8(10.8)	0.73±1.06
74 児と家族に関わった都度所内の他の保健師に今後の支援について相談する	12(16.0)	13(17.4)	18(24.2)	31(42.4)	1.92±1.11
75 所内での会議や事例検討会を活用して複数の保健師で支援を考える	17(22.8)	6(8.1)	15(20.2)	36(48.9)	1.95±1.22
76 医療的ケア児への直接支援の少ない市町村保健センター保健師と同伴訪問する	19(25.7)	14(18.9)	9(12.5)	32(42.9)	1.73±1.26
合計±SD	119.03±76.11				

平均値は、「全くしていない」0点、「あまりしていない」1点、「少ししている」2点、「している」3点として算出

2) 医療的ケア児支援項目の「必要性認識度」からみた保健所保健師による医療的ケア児

支援の構成要素(表 2-6, 表 2-7)

医療的ケア児支援 76 項目について、正規性の検定(Shapiro-Wilk 検定)を実施したとこ

ろ、「必要性認識度」「実施度」ともに有意確率 $p < 0.05$ で正規性は認められなかった。

医療的ケア児支援項目の「必要性認識度」と「実施度」の平均値と標準偏差から、平均値+標準偏差=4点以上を天井効果、1点未満をフロア効果がある項目として確認した。

その結果、天井効果のあった項目は75項目が該当し、フロア効果に該当した項目はなかった。項目間相関は、Spearmanの相関係数を確認したところ、 r 値が0.7を超えた項目は、15と16、17と19、20、22と24、23と24、32と33、38と45、39と49、60と61、68と69、72と73であった。I-T相関では、合計得点における相関係数を確認し、相関係数が0.5未満の項目が20項目あった。

医療的ケア児支援76項目の「必要性認識度」についての項目分析の結果、天井効果に該当する項目、相関係数の低い項目がみられたが、各項目について必要かどうかの認識を回答した内容であることを踏まえて各項目の内容を吟味し、いずれの項目も医療的ケア児支援を検討する上で不可欠なものと考え除外せずにすべての項目を分析に採用することとした。

表 2-6 医療的ケア児支援項目の「必要性認識度」の項目分析

項目	項目分析		
	平均値±標準偏差	項目間相関	I-T分析
1 保護者の受け止め状況を確認して介入のタイミングをはかる	3.94±0.27	0.024～0.53	0.718
2 これまでの経過や現状について保護者から丁寧に聞き取る	3.92±0.31	0.023～0.56	0.5601
3 保護者が行っている養育上の工夫や苦労に関する労をねぎらう	3.94±0.23	0.08～0.55	0.5248
4 保護者のメンタル面を訪問や電話で支える	3.87±0.34	0.17～0.56	0.6305
5 児の発育発達を保護者と一緒に喜ぶ	3.91±0.32	0.11～0.65	0.535
6 在宅療養開始より前に児と家族の情報を得る	3.85±0.38	0.031～0.61	0.5308
7 児・保護者と関わる機会を継続する	3.86±0.42	0.074～0.46	0.6697
8 保護者が来所した際には保健師と面談できるよう調整する	3.94±0.28	0.076～0.53	0.516
9 訪問した際に保護者の手技を直接確認する	3.48±0.70	0.1～0.62	0.5725
10 医療機関や保護者から必要な医療的ケアの内容を確認する	3.85±0.41	0.073～0.53	0.6566
11 児の健康状態を観察する	3.47±0.77	0.169～0.63	0.5901
12 訪問看護の利用予定を確認する	3.77±0.52	0.053～0.55	0.6524
13 児に対応可能な訪問看護の現状を把握する	3.79±0.48	0.081～0.60	0.6396
14 児が必要とする医療的ケアに対応可能な訪問看護を確保する	3.51±0.79	0.04～0.66	0.4858
15 訪問看護実施に関する課題を抽出し解決策を考える	3.39±0.77	0.072～0.71	0.5651
16 具体的なケア内容を明示したうえで訪問看護の了解を得る	3.16±0.99	0.13～0.76	0.6093
17 児の疾患や障害の特性に応じた福祉用具を考える	3.21±0.92	0.087～0.79	0.458
18 福祉用具導入に関して活用可能な制度を確認する	3.78±0.50	0.059～0.52	0.5544
19 児の身体状態に合わせた福祉用具となるよう調整する	3.07±0.94	0.073～0.88	0.5516
20 児の発育発達や環境の変化に応じた福祉用具へと更新する	3.04±1.04	0.065～0.88	0.4463
21 福祉用具の更新の必要性と内容を複数の支援者で考える	3.24±0.99	0.16～0.80	0.4517
22 ショートステイ導入の必要性を判断する	3.58±0.67	0.129～0.75	0.6829
23 児に対応可能なショートステイ施設を確保する	3.41±0.84	0.093～0.74	0.5153
24 児に対応可能なショートステイ施設の現状を把握する	3.56±0.74	0.13～0.75	0.6197
25 児の発育発達を促すための資源の導入と活用状況を確認する	3.56±0.78	0.171～0.68	0.5914
26 直接会って児の発育を確認する	3.49±0.76	0.087～0.59	0.553
27 緊急時の役割を支援者間で共通理解する	3.94±0.28	0.035～0.61	0.6125
28 緊急時にそなえて消防署へ事前に児の状態や緊急時の搬送先の情報提供する	3.68±0.62	0.06～0.58	0.4855
29 災害時を想定して必要なことを確認する	3.94±0.25	0.014～0.54	0.4456
30 災害時を想定した避難訓練を自宅で実施する	3.61±0.62	0.097～0.65	0.3917
31 災害の可能性があったときには必ず被災の有無等の確認をする	3.85±0.38	0.077～0.49	0.5001
32 児のケア内容や保護者の希望をふまえ就学準備の開始時期を見定める	3.57±0.73	0.072～0.71	0.7023
33 教育委員会と保護者が直接話せる場を設定する	3.33±0.88	0.022～0.71	0.5528
34 就学準備の状況に応じた助言をする	3.52±0.74	0.072～0.69	0.6965
35 保護者同士が連絡を取り合えるようにする	3.36±0.88	0.093～0.51	0.6406
36 児・保護者のための交流会を新たに立ち上げる	3.29±0.76	0.041～0.55	0.503
37 地域で行われている交流会を紹介する	3.67±0.51	0.109～0.74	0.5396
38 保護者の心身の状態を確認する	3.87±0.41	0.059～0.77	0.4957
39 保護者自身の療養環境を整える	3.49±0.74	0.096～0.74	0.5052
40 兄弟児の発育発達の確認と育児への助言を行う	3.62±0.67	0.118～0.79	0.5778
41 経済的負担軽減のために各種制度を活用する	3.77±0.50	0.152～0.66	0.6195
42 制度を主管している市役所担当課の職員と協働する	3.83±0.46	0.063～0.68	0.5688
43 市保健師と継続的に児・家族の状況を共有する	3.9±0.33	0.095～0.69	0.5736
44 入退院や児・家族の近況などについて医療機関と情報を共有する	3.84±0.44	0.078～0.68	0.7299
45 ケース会議にて複数の支援者で方針を考える	3.92±0.34	0.01～0.77	0.7087
46 児への支援方針や内容の決定に保護者が関わるようにする	3.9±0.36	0.044～0.54	0.7273
47 在宅でのサービス提供者との関係性を続ける	3.78±0.46	0.151～0.58	0.7465
48 今後の支援方針について同僚や上司の保健師等と一緒に考える	3.89±0.37	0.071～0.59	0.6595
49 地域のインフォーマルな資源を把握する	3.69±0.52	0.169～0.79	0.4133
50 児が活用可能な資源とサービス内容を把握する	3.84±0.39	0.017～0.68	0.5935
51 災害時に避難可能な自宅近くの施設を把握する	3.86±0.44	0.074～0.54	0.4116
52 医療的ケア児に関する現状から新たに交流会を開催する	3.52±0.70	0.008～0.54	0.3869
53 医療機関での退院前カンファレンスなどのケア会議に参加する	3.82±0.49	0.077～0.45	0.6759
54 医療機関などでケア会議の機会がない場合にはケア会議を開催する	3.61±0.62	0.024～0.53	0.5914
55 既に行われている地域の独自のシステムを活用する	3.62±0.67	0.017～0.60	0.4915

表 2-6 医療的ケア児支援項目の「必要性認識度」の項目分析(つづき)

項目	項目分析		
	平均値±標準偏差	項目間相関	I-T分析
56 既に医療的ケア児への支援を行っている事業所のサービスを活用する	3.73±0.59	0.003～0.58	0.7213
57 公的申請時を活用して保護者と面談する	3.95±0.21	0.029～0.53	0.4583
58 制度を主管する担当課と保護者が直接説明を聞ける機会を作る	3.44±0.71	0.195～0.68	0.5461
59 支援者が直接状況を確認できる機会を作る	3.65±0.63	0.173～0.66	0.6637
60 既存の事業の新たな展開方法を提案する	3.17±0.96	0.191～0.75	0.431
61 既存の制度の運用の幅を広げる	3.27±0.79	0.146～0.75	0.4196
62 保健師から支援者に継続的に連絡をする	3.43±0.82	0.077～0.65	0.5655
63 支援者が互いに顔を合わせる機会を企画する	3.57±0.67	0.149～0.67	0.711
64 新たに立ち上げた事業を継続実施する	3.4±0.80	0.023～0.64	0.5184
65 医療的ケア児のための資源開拓の必要性を把握する	3.67±0.53	0.076～0.58	0.6179
66 訪問看護についてケア提供を直接依頼する	2.91±1.05	0.126～0.65	0.5184
67 災害時に利用可能な施設を把握する	3.87±0.39	0.022～0.54	0.4123
68 関係機関と役割確認するなど避難訓練を企画する	3.49±0.72	0.064～0.85	0.2862
69 消防署を招集するなどした避難訓練を実施する	3.37±0.80	0.097～0.85	0.3003
70 緊急時の役割を家族・支援者間で確認する	3.82±0.43	0.001～0.60	0.5186
71 緊急時にむけて消防と情報共有する	3.63±0.64	0.08～0.60	0.4995
72 消防へ情報更新を連絡したり保護者会を継続するなど今後を予測する	3.57±0.75	0.093～0.77	0.576
73 新たに開催した保護者会などを評価する	3.57±0.74	0.112～0.77	0.439
74 所内の他の保健師に今後の支援について相談する	3.65±0.62	0.04～0.56	0.6224
75 所内での会議や事例検討会を活用して複数の保健師で支援を考える	3.78±0.50	0.129～0.62	0.6475
76 市町村保健センター保健師と同行訪問する	3.71±0.63	0.09～0.62	0.6274

探索的因子分析(最尤法・バリマックス回転)を行い、共通因子の抽出を試みた。因子数は初期の固定値 1 以上の基準に従って決定し 7 因子を抽出した。因子の解釈は、バリマックス回転の因子行列に着目し、因子負荷量が 0.4 以上のものと 2 因子以上にまたがって 0.4 以上の負荷を示さない項目に基づいて行った。その結果、因子負荷量がいずれも 0.4 以上を示さなかった「28. 緊急時にそなえて消防署へ事前に児の状態や緊急時の搬送先の情報提供する」、「67. 災害時に受け入れ可能な施設を確認するなど災害時に利用可能な施設を把握する」の項目と、2 因子以上にまたがって 0.4 以上を示さなかった「14. 児が必要とする医療的ケアに対応可能な訪問看護を確保する」、「17. 児の疾患や障害の特性に応じた個別性のある福祉用具を考える」、「23. 児に対応可能なショートステイ施設を確保する」、「24. 必要なケアの実施可能性や受け入れ実績など児に対応可能なショートステイ施設の現状を把握する」、「25. 訪問リハの導入や療育機関の利用など児の発育発達を促すための資源の

導入と活用状況を確認する」,「27. 緊急時の連絡体制の確認など緊急時の役割を支援者間で共通理解する」,「31. 台風通過後には保護者へ状況確認するなど災害の可能性があったときには必ず被災の有無等の確認をする」,「41. 身体障害者制度の重症認定により医療費の助成を受けるなど経済的負担軽減のために各種制度を活用する」,「45. ケア会議への保護者の参加など児への支援方針や内容の決定に保護者が関わるようにする」,「58. 制度を主管する市福祉担当者と保護者が話をできる機会を設けるなど保護者が直接説明を聞ける機会を作る」,「62. かかりつけ医に入退院の情報を確認するなど保健師から支援者に継続的に連絡をする」,「64. 企画した交流会を継続するなど新たに立ち上げた事業を継続実施する」,「66. 訪問看護について医療機関へ出向いて依頼するなどケア提供を直接依頼する」,「71. 事前に児の情報や搬送先を提供するなど緊急時にむけて消防と情報共有する」,「73. 新たに開催した保護者会への感想を聞き取るなど現状を評価する」の17項目を除外し、再度、最尤法・バリマックス回転による因子解析を行った。バリマックス回転後の最終的な因子パターンと因子間相関を表 2-7 に示した。6 因子で 59 項目の全分散を説明する割合は 55.6%であった。なお、因子分析を実施する過程において、調査項目の表現が長く一目で分かりにくいものとなっていたため、全ての調査項目について、内容を端的に示す短縮表現を変数名にした上で実施した。

第1因子は17項目で構成され、「40. 兄弟児の発育確認と育児助言」,「38. 保護者の心身状態の確認」,「11. 児の健康状態観察」,「50. 活用可能な資源の把握」,「22. 短期入所導入の必要性判断」,「13. 訪看の現状把握」など家族構成員一人一人の心身の状態と必要な資源を確認・把握してアセスメントする項目として【家族単位の在宅ケアニーズ判断】と解釈

した。

第2因子は16項目で構成され、「3. 保護者の労のねぎらい」、「2. 保護者の希望の聞き取り」、「8. 保護者-保健師面談調整」、「9. 保護者のケア内容確認」、「57. 公的申請時に保護者と面談」、「5. 保護者と共に喜ぶ」など面談や聞き取りなどを通して、保護者からの情報収集や保護者と一緒に喜ぶなどといった項目として【保護者へのアプローチ】と解釈した。

第3因子は5項目で構成され、「16. ケア内容明示し訪看の了解得る」、「21. 福祉用具更新を支援者と協議」、「19. 身体状況別の福祉用具調整」、「15. 訪看実施課題の抽出と解決策模索」など、児に必要な医療的ケアや児の個別性に応じた福祉用具となることに重きをおいた項目として【児の医療ニーズと障害に関するニーズに着目する】と解釈した。

第4因子は9項目で構成され、「68. 関係者と避難訓練を企画」、「72. 在宅療養の継続性予測」、「63. 支援者が集う機会を企画」、「36. 児・保護者の交流会を立上げ」など、在宅療養の先を見越して起こり得るリスクをアセスメントし対応可能な機関や職種で支援できる体制を整える項目として【危機発生への備え】と解釈した。

第5因子は9項目で構成され、「43. 児・家族の状況を市保健師と共有」、「44. 入退院や近況を医療機関と共有」、「47. 在宅でのサービス提供者との連携」、「42. 市役所担当課との連携」など児に関わる支援者の間での情報共有や連携を促進するための活動として【支援者間で方針の共有と検討】と解釈した。

第6因子は3項目で構成され、「32. 就学準備の開始時期を予測」、「33. 教育委員会と保護者の面談設定」、「35. 保護者同士の連絡を支援」があり、児の発育発達にともなって起きる就園・就学などのライフイベントを予測しそれらに関する保護者の判断を支援する【発育

発達に伴うライフイベントへの対応】と解釈した。

Cronbach' s α 係数は全体で 0.976, 第 1 因子 0.943, 第 2 因子 0.921, 第 3 因子 0.922, 第 4 因子 0.913, 第 5 因子 0.916, 第 6 因子 0.860 であり, 共に 0.8 以上で内的整合性がみられた。

以上、保健所保健師による医療的ケア児支援項目は、【家族単位の在宅ケアニーズ判断】、【保護者へのアプローチ】、【児の医療ニーズと障害に関するニーズに着目する】、【危機発生への備え】、【支援者間で方針の共有と検討】、【発育発達に伴うライフイベントへの対応】の 6 因子 59 項目で構成された。

表 2-7 医療的ケア児支援項目の「必要性認識度」の因子分析

変数名	因子1	因子2	因子3	因子4	因子5	因子6	共通性
第1因子(17項目)【家族単位の在宅ケアニーズ判断】							
49 地域の公共外の資源を把握	0.757	0.214	0.089	0.201	0.295	0.008	0.755
40 兄弟児の発育確認と育児助言	0.714	0.189	0.313	0.133	0.346	0.111	0.810
50 活用可能な資源の把握	0.697	-0.010	0.122	0.151	0.279	0.160	0.632
22 短期入所導入の必要性判断	0.639	0.187	0.272	0.107	0.187	0.231	0.732
39 保護者の療養環境整備	0.587	0.244	0.293	0.110	0.314	0.254	0.675
38 保護者の心身状態の確認	0.585	0.293	0.168	-0.014	0.197	0.037	0.567
55 既存地域独自のシステムの活用	0.519	0.241	0.150	0.138	0.200	-0.079	0.424
11 児の健康状態観察	0.506	0.344	0.234	0.210	0.224	0.147	0.573
18 福祉用具導入で活用可能制度確認	0.502	0.041	0.249	0.024	0.277	-0.057	0.443
56 既存のケア児支援事業の活用	0.493	0.206	0.247	0.140	0.111	0.139	0.428
51 避難可能な施設の把握	0.486	0.108	0.130	0.202	0.161	0.005	0.456
61 既存制度の運用幅の拡大	0.475	0.148	0.353	0.321	0.080	-0.029	0.503
37 地域にある交流会の紹介	0.456	0.166	0.235	0.161	0.147	0.111	0.350
65 新規事業の継続実施	0.439	-0.048	0.354	0.280	0.221	0.016	0.455
26 直接会って児の発育を確認	0.434	0.283	0.125	0.217	0.357	0.245	0.525
13 訪看の現状把握	0.416	0.290	0.276	0.073	-0.130	0.228	0.507
34 状況に応じた就学準備の助言	0.404	0.305	0.213	0.200	0.336	0.377	0.659
第2因子(16項目)【保護者へのアプローチ】							
3 保護者の労のねぎらい	0.236	0.698	0.079	0.071	0.147	0.049	0.579
6 在宅療養開始前の情報収集	0.018	0.681	0.092	0.076	0.214	0.046	0.527
7 児・保護者の関わり継続を支援	0.159	0.651	0.072	0.180	0.273	0.075	0.572
70 緊急時役割を家族・支援者が共有	0.105	0.635	0.182	0.286	0.064	-0.209	0.577
2 保護者の希望の間取り	0.028	0.634	0.118	0.008	0.322	0.151	0.551
1 保護者と介入時期を検討	-0.069	0.628	0.166	0.118	0.373	0.015	0.585
8 保護者-保健師面談調整	0.065	0.604	0.041	0.130	-0.030	0.083	0.419
10 患児固有なケア内容確認	0.090	0.590	0.065	0.095	0.242	0.245	0.488
57 公的申請時に保護者と面談	0.181	0.554	0.071	0.022	0.129	0.145	0.397
4 保護者のメンタル面支援	0.262	0.551	0.292	0.009	-0.018	0.192	0.497
12 訪看のニーズ確認	0.342	0.518	0.293	0.076	0.155	0.317	0.604
9 保護者のケア内容確認	0.221	0.501	0.344	0.213	0.124	0.140	0.509
29 災害時の対応策を確認	0.161	0.495	-0.087	0.261	-0.075	-0.057	0.431
76 市町村保健師との同伴訪問	0.313	0.472	-0.060	0.354	0.155	-0.057	0.492
75 複数の保健師での支援検討	0.393	0.462	-0.085	0.372	0.068	-0.199	0.560
5 保護者と共に喜ぶ	0.327	0.450	0.166	-0.025	0.222	0.038	0.393
第3因子(5項目)【児の医療ニーズと障害に関するニーズを重要視する】							
16 ケア内容明示し訪看の了解得る	0.181	0.148	0.804	0.240	0.205	0.079	0.807
21 福祉用具更新を支援者と協議	0.354	0.160	0.729	0.110	0.115	0.070	0.728
20 発育発達別の福祉用具の更新	0.373	0.145	0.725	0.160	0.101	0.112	0.737
19 身体状況別の福祉用具調整	0.324	0.127	0.703	0.231	0.205	0.103	0.721
15 訪看実施課題の抽出と解決策模索	0.122	0.126	0.630	0.147	-0.026	-0.031	0.465

表 2-7 医療的ケア児支援項目の「必要性認識度」の因子分析(つづき)

変数名	因子1	因子2	因子3	因子4	因子5	因子6	共通性
第4因子(9項目)【危機発生への備え】							
69 消防署と避難訓練を実施	0.040	0.174	0.093	0.748	0.171	0.004	0.634
68 関係機関と避難訓練を企画	0.116	0.035	0.120	0.687	0.219	-0.015	0.549
72 在宅療養の継続性予測	-0.002	0.301	0.320	0.666	-0.036	-0.004	0.648
30 災害を想定した避難訓練の実施	0.260	0.155	-0.099	0.541	0.213	0.122	0.455
63 支援者が集う機会を企画	0.324	0.136	0.233	0.533	0.328	0.150	0.605
60 既存事業の新展開方法を提案	0.272	0.187	0.324	0.523	0.284	-0.028	0.570
74 他保健師に今後の支援を相談	0.379	0.206	-0.123	0.498	-0.036	0.049	0.470
36 児・保護者の交流会を立上げ	0.264	0.061	0.116	0.478	0.026	0.337	0.469
52 ケア児に関する交流会の開催	0.242	-0.130	0.091	0.467	0.202	0.236	0.488
第5因子(9項目)【支援者間で方針の共有と検討】							
53 医療機関でのケア会議に参加	0.117	0.212	0.177	0.095	0.731	0.164	0.668
44 入退院や近況を医療機関と共有	0.273	0.328	0.007	0.111	0.691	0.037	0.712
48 支援方針を同僚上司保健師と協議	0.380	0.317	0.032	0.218	0.651	-0.028	0.719
47 在宅でのサービス提供者との連携	0.318	0.248	0.135	0.219	0.590	0.016	0.580
42 市役所担当課との連携	0.316	0.139	0.091	0.143	0.572	0.060	0.513
43 児・家族の状況を市保健師と共有	0.309	0.215	0.079	0.140	0.536	0.034	0.509
59 支援者が直接確認できる機会の創出	0.389	0.376	0.203	0.220	0.470	0.139	0.641
54 医療機関にケア会議開催を依頼	0.287	0.343	0.161	0.275	0.440	0.293	0.591
46 支援方針の決定に保護者が関与	0.217	0.284	0.197	0.116	0.437	-0.256	0.444
第6因子(3項目)【発育発達に伴うライフイベントへの対応】							
32 就学準備の開始時期を予測	0.269	0.321	0.126	0.156	0.294	0.674	0.785
33 教育委員会と保護者の面談設定	0.307	0.326	0.143	0.254	0.051	0.670	0.750
35 保護者同士の連絡を支援	0.138	-0.012	0.247	0.185	0.289	0.436	-0.007
固有率	11.321	9.023	6.791	6.705	6.567	1.885	
寄与率(%)	14.9	11.9	8.9	8.8	8.6	2.5	
累積寄与率(%)	14.9	26.7	35.7	44.5	53.2	55.6	
因子間相関		0.0111	0.0293	0.0112	0.0439	0.0278	
			0.001	0.019	0.0421	-0.002	
				0.0209	0.0001	0.014	
					0.0106	0.0097	
						-0.008	

Cronbach's α 係数：全体：0.976、第1因子：0.943、第2因子：0.921、第3因子：0.922、第4因子：0.913
第5因子：0.916、第6因子：0.860

3) 保健師による医療的ケア児支援の構成要素の実施度因子得点と属性・管内地域の概要・

社会資源との関連(表 2-8、表 2-9、表 2-10)

医療的ケア児支援経験があると回答した 74 件について、必要性認識度因子別に実施度因子得点の中央値で 2 群に群分けしたところ、全て中央値がマイナスの値、つまり必要

と考えている度合いに対し実施度は低いという状況を示した。値が一番低かったのは【児の医療ニーズと障害に関するニーズに着目する】(-2.338)で、次いで【支援者間で方針の共有と検討】(-0.758)，【発育発達に伴うライフイベントへの対応】(-0.708)，【保護者へのアプローチ】(-0.589)，【家族単位の在宅ケアニーズ判断】(-0.531)，【危機発生への備え】(-0.509)であった。データのばらつきを示すIQR(四分位範囲)の値が一番高かったのは【危機発生への備え】(2.370)で、次いで【保護者へのアプローチ】(2.147)，【発育発達に伴うライフイベントへの対応】(1.993)，【支援者間で方針の共有と検討】(1.669)，【家族単位の在宅ケアニーズ判断】(1.616)【児の医療ニーズと障害に関するニーズに着目する】(1.442)，であった。

表 2-8 保健師による医療的ケア児支援の構成要素の実施度因子得点

変数名	欠測	Tk下限	0.025	Q1	median	Q3	0.975	Tk上限	QD	IQR
【家族単位の在宅ケアニーズ判断】	0	-3.894	-2.982	-1.469	-0.531	0.147	1.117	2.571	0.808	1.616
【保護者へのアプローチ】	0	-5.090	-5.143	-1.870	-0.589	0.277	0.860	3.497	1.073	2.147
【児の医療ニーズと障害に関する ニーズに着目する】	0	-5.241	-4.349	-3.078	-2.338	-1.636	0.021	0.527	0.721	1.442
【危機発生への備え】	0	-5.412	-4.794	-1.857	-0.509	0.514	1.401	4.069	1.185	2.370
【支援者間で方針の共有と検討】	0	-4.038	-2.776	-1.535	-0.758	0.134	1.240	2.637	0.834	1.669
【発育発達に伴うライフイベント への対応】	0	-4.712	-3.132	-1.722	-0.708	0.271	1.388	3.261	0.997	1.993
QD=(Q3-Q1)/2 IQR=Q3-Q1										

次に、保健師による医療的ケア児支援の構成要素の実施度因子得点の中央値で 2 群に群分けしたものと保健師の属性、管轄地域の概要、社会資源の状況との群間比較を Mann-Whitney 検定を用いて解析した。その結果、保健師の属性との関連において有意差が認められたものは、【発育発達に伴うライフイベントへの対応】では看護師経験の有無 ($P<0.05$) と支援事例数 ($P<0.05$) であった。管轄地域の概要との関連において有意差が認められたものは、【家族単位の在宅ケアニーズ判断】では未就学の医療的ケア児数 ($P<0.05$)、【保護者へのアプローチ】では医療的ケア児数 ($P<0.05$) と未就学の医療的ケア児数 ($P<0.05$)、【危機発生への備え】では医療的ケア児数 ($P<0.05$) であった。社会資源との関連において有意差が認められたものは、【家族単位の在宅ケアニーズ判断】では一般小児医療機関数 ($P<0.05$)、【保護者へのアプローチ】では訪問看護事業所数 ($P<0.05$)、【危機発生への備え】では訪問看護事業所数 ($P<0.05$)、【発育発達に伴うライフイベントへの対応】では地域小児医療センターの有無 ($P<0.05$) であった。

表 2-9 実施度因子得点でわけた 2 群と属性・管内地域の概要との群間比較

構成要素	群	属性		管内地域の概要	
		看護師経験	支援事例数	医療的ケア児数	医療的ケア児数 (未就学)
		あり	なし	検定	検定
【家族単位の在宅ケアニーズ判断】	実践している -0.531 ≤	11 (30.6)	25 (69.4)	36	24
	実践していない ＜ -0.531	9 (25.7)	26 (74.3)	24.1 ± 18.8	11.0 ± 9.5
				27	21
【保護者へのアプローチ】	実践している -0.589 ≤	7 (19.4)	29 (80.6)	23.7 ± 40.4	6.5 ± 9.2
	実践していない ＜ -0.589	13 (37.1)	22 (62.9)	27	24
				25.4 ± 20.4	12.8 ± 11.1
【児の医療ニーズと障害に関する ニーズに着目する】	実践している -2.338 ≤	12 (33.3)	24 (66.7)	26	21
	実践していない ＜ -2.338	8 (22.9)	27 (77.1)	22.4 ± 40.2	4.4 ± 4.3
				30	27
【危機発生への備え】	実践している -0.509 ≤	10 (27.8)	26 (72.2)	26.9 ± 39.2	9.0 ± 10.9
	実践していない ＜ -0.509	10 (28.6)	25 (71.4)	23	18
				20.0 ± 16.8	8.8 ± 7.3
【支援者間で方針の共有 と検討】	実践している -0.758 ≤	11 (30.6)	25 (69.4)	28	25
	実践していない ＜ -0.758	9 (25.7)	25 (74.3)	28.9 ± 32.3	11.9 ± 11.3
				25	20
【発育発達に伴うライフ イベントへの対応】	実践している -0.708 ≤	8 (22.2)	28 (77.8)	18.4 ± 30	5.2 ± 4.9
	実践していない ＜ -0.708	12 (34.3)	23 (65.7)	31	26
				20.0 ± 17.8	9.7 ± 9.0
				22	19
				29.5 ± 44.0	7.9 ± 10.3
				29	26
				26.1 ± 32.0	10.4 ± 10.8
				24	18
				21.3 ± 31.2	6.9 ± 7.2

表 2-10 実施度因子得点でわけた 2 群と社会資源との群間比較

構成要素	群	地域小児医療センター		検定	一般小児医療機関 数	検定	訪問看護 事業所数	検定
		あり	なし					
【家族単位の在宅ケアニーズ判断】	実践している	14 (38.9)	22 (61.1)		29		28	
	-0.531 ≤				17.0 ± 28.5	P=0.04054	5.7 ± 8.0	
	実践していない	16 (47.1)	18 (52.9)		35	Z=2.048	32	
	<-0.531				10.2 ± 17.4		4.3 ± 4.4	
【保護者へのアプローチ】	実践している	18 (50.0)	18 (50.0)		34		29	
	-0.589 ≤				13.1 ± 18.2		6.8 ± 8.2	P=0.01732
	実践していない	12 (35.3)	22 (64.7)		30		31	Z=2.380
	<-0.589				13.5 ± 28.1		3.3 ± 3.0	
【児の医療ニーズと障害に関する ニーズに着目する】	実践している	16 (45.7)	19 (54.3)		33		32	
	-2.338 ≤				13.2 ± 27.2		3.6 ± 3.1	
	実践していない	14 (40.0)	21 (60.0)		31		28	
	<-2.338				13.4 ± 18.4		6.5 ± 8.4	
【危機発生への備え】	実践している	17 (48.6)	18 (51.4)		33		29	
	-0.509 ≤				11.0 ± 14.2		6.4 ± 7.9	P=0.03989
	実践していない	13 (37.1)	22 (62.9)		31		31	Z=2.055
	<-0.509				15.7 ± 30.0		3.6 ± 4.0	
【支援者間で方針の共有 と検討】	実践している	15 (42.9)	20 (57.1)		33		31	
	-0.758 ≤				12.2 ± 19.1		6.2 ± 8.1	
	実践していない	15 (42.9)	20 (57.1)		31		29	
	<-0.758				14.5 ± 27.0		3.7 ± 3.2	
【発育発達に伴うライフ イベントへの対応】	実践している	19 (54.3)	16 (45.7)		31		33	
	-0.708 ≤			P=0.04557	7.4 ± 10.2		5.9 ± 7.5	
	実践していない	11 (31.4)	24 (68.6)		33		27	
	<-0.708				18.9 ± 29.8		3.8 ± 4.3	

第4節 考察

1. 医療的ケア児支援に関わる保健所保健師の実態

回答した保健師は、20代30代が3割ずつ、保健師経験年数も10年未満が約6割と比較的経験年数の浅い保健師が多かった。職位についても係員が約7割、係長級が2割で、管理職である部長級以上はいないという状況であった。自治体種別ごとの係員の構成割合が都道府県47%、保健所設置市68%、特別区71%と示されている結果¹⁾を踏まえると大きく乖離した状況ではなかった。すなわち、比較的若く経験の浅い保健師が医療的ケア児支援を担当することが多いと考えられた。先行研究より、保健師の職務への自信には年代や就業年数が影響していることや、保健師の経験年数が実践能力に関係している²⁾ことが明らかにされている。特に高度な知識や多職種連携の重要性が言われる医療的ケア児への支援に関して、上司や同僚へ相談しやすい環境など、担当する保健師が実施する支援をサポートする体制が必要と考えられた。

今回の調査では、保健所設置基準にある全国の保健所へ調査票を配布したものの、回収率は33.2%と対象のうち約3割からの回答であった。一般的なアンケート調査の回収率は3割程度と言われており、本研究の結果も同様の状況であったものの、加えて本調査の実施期間が2020年10～11月と、コロナ禍が始まった年であり、更にコロナ対応の最前線である保健所に所属する保健師を対象とした調査であったことも影響しているのではないかと考える。

2. 医療的ケア児への支援に関する資源の実態

回答保健師が所属する保健所の管轄地域については、管内人口が5万人未満から50万人、管轄する市町村も5市未満から20市までの回答であった。全国の保健所管内人口割合をみると、多い順に、10万～20万未満(24.6%)、5万～10万未満(18.9%)、20万～30万未満(17.9%)、30万～40万未満(11.6%)、50万以上(10.4%)、5万未満(9.3%)、40万～50万(7.5%)となっている(2015年時点、e-Statより計算)。今回の調査では、50万人以上を管轄する保健所からの回答はなかったものの、その管内人口割合は、多い順に、10万～20万未満(26.9%)、5万～10万未満(23.1%)、20万～30万未満(16.7%)、5万未満(14.8%)、30万～40万未満(9.2%)、40万～50万(3.7%)とその構成は似かよっており、本調査の回答は全国の保健所管内の実態を反映する典型的な回答と捉えられると考える。そのため、以降は、このことを前提に、現時点での医療的ケア児支援についての社会資源の実態を考察する。

医療的ケアに関する資源について、一般小児医療機関や訪問看護はおよそ9割が「あり」と回答していた。医療的ケア児が在宅療養するためには、人工呼吸器や経管栄養の管理といった医療的ケアを常時受けられる環境が必要不可欠であることから、これらの資源が整いつつあるのではないかと考えられる。一方で、より高度な専門医療を提供する小児中核病院は8割程度が、地域小児医療センターは6割程度が「なし」と回答していた。ショートステイ(短期入所)については、「あり」が約半数であった。医療的ケア児が在宅療養生活を送る上での問題点として中村(2020)は、医療依存度の高い児の急変時の緊急入院が難しい、重症度の高い小児を受ける医療資源が少ないといった課題とショートステイ(短期入所)についても整備が進んでいないことを指摘している³⁾。厚生労働省の調査⁴⁾では、医療的ケア児の養

育者は「緊急の用事ができた時に預け先がない」、「家族以外に預けられるところがない」といった、児を預ける場所やサービスについてのニーズが明らかとなっている。以上のことから、在宅療養中に活用可能な、より専門的な医療やレスパイトを提供する資源の充実に關する課題があると考えられた。

医療的ケア児の在宅療養については、児の成長発達とともに必要とされる支援が変化すること⁵⁾や児の発達のな変化に対するサポートが必要⁶⁾と言われている。今回、児童発達支援センターや放課後デイサービスといった通所型のサービスの方が、居宅訪問型児童発達支援といった訪問型のサービスよりも充実していることが明らかとなった。そして、医療的ケア児の受け入れ可能な特別支援学校や保育所・幼稚園は、「なし」が2割程度であり、医療的ケア児に關する資源と同様に、医療的ケア児への受け入れが広がりつつあると考えられる。

医療的ケア児コーディネーターについては、その配置は約半数であった。しかしながら、医療的ケア児支援に關する法律等の整備により、その配置が自治体に義務付けられたことなどを受け、今後配置は増えてくると考えられる。地域にある様々な社会資源について保健所保健師はその質の担保と質の向上を担う立場にあることも含め、医療的ケア児支援について、医療的ケア児コーディネーターとも更なる連携強化を図っていく必要があると考える。

3. 保健所保健師による支援の実態

今回、作成した医療的ケア児支援項目の「必要性認識度」について因子分析したところ、最終的に【家族単位の在宅ケアニーズ判断】、【保護者へのアプローチ】、【児の医療ニーズと障害に関するニーズに着目する】、【危機発生への備え】、【支援者間で方針の共有と検討】、【発育発達に伴うライフイベントへの対応】の6因子が抽出され、これは保健師による医療的ケア児支援内容を構成する重要な側面と考えられた。先行研究では、小児期に特有といえる子どもの成長発達に応じた「育児・成長発達支援」やきょうだい・保護者も含め家族のライフステージの変化に応じた支援の必要性⁷⁾を明らかにしている。【家族単位の在宅ケアニーズ判断】、【保護者へのアプローチ】、【発育発達に伴うライフイベントへの対応】は、いずれも成長発達の途上にある小児期に医療的ケアを必要とする児と家族の支援において、押さえるべき支援の重要な側面といえる。医療的ケアを必要とし在宅療養を送る場合は、特有の様々な症状によって生活障害が起こるため、患者の全体像を捉えること、専門的知識に基づいてケアサービスをマネジメントすることが必要⁸⁾と言われている。【児の医療ニーズと障害に関するニーズに着目する】は、この側面を説明するものといえる。さらに、常時医療を必要とする医療的ケア児にとって、様々な医療物品とともに機器を動かすための電源は必要不可欠である。近年全国的に災害が頻発していることをふまえると、災害発生時の電源や避難場所の確保をはじめとする危機管理は重要である。先行研究⁹⁾によると、医療的ケア児支援において、災害対策といった医療面以外での支援の拡大が必要と述べられており、【危機発生への備え】はこの側面を説明していると考えられる。さらに、医療的ケア児支援において多職種連携が重要であることは複数の先行研究で明らかにされており¹⁰⁾¹¹⁾、欧米でも

支援者間のパートナーシップの重要性が述べられている¹²⁾。【支援者間で方針の共有と検討】

はこの側面を説明するものとする。以上のように、明らかとなった、保健師による医療的ケア児支援内容を構成する重要な 6 つの要素はすべて、これまでの先行研究で明らかとなった医療的ケア児支援の要素を含んだ構成になっていると考えられた。

保健師による医療的ケア児支援の構成要素の実施度因子得点では、全ての要素の実施度が必要性認識度よりもマイナス、即ち保健師が評価している「必要性認識度」よりもその「実施度」が低いというものであった。さらに、実施度因子得点の中央値で分けた 2 群と保健師の属性・管内地域の概要と社会資源との群間比較では、それぞれの要素ごとに有意差の認められた項目、即ち保健所保健師による「必要性認識度」と「実施度」の違いに影響すると考えられるものがあつた。以下、各因子ごとに保健所保健師の支援の実態を述べる。

【家族単位の在宅ケアニーズ判断】は、中央値の差が-0.531、四分位範囲 IQR が 1.616 と 6 要素のなかでは「必要性認識度」と「実施度」の差が小さいと判断できた。家族単位での支援については、行政保健師の家族支援実践力を測定する尺度¹³⁾が開発されるなど、従来から保健師活動として重要視されてきた活動であることから「必要性認識度」と「実践度」の差が小さかったのではないかと考える。実施度因子得点の中央値で分けた 2 群との群間比較では、保健師の属性・管轄地域の概要では医療的ケア児数で有意差がみられた。医療的ケア児数が多ければ保健師の支援経験も増え、その経験知が実践に影響を及ぼしているのではないかと考えられる。そして社会資源では、一般小児医療機関数で有意差がみられた。医療的ケア児のいる家族にとって医療ニーズは欠かせないもので、先行研究でも退院後の医療的ケア児とその家族を支援する医療福祉サービスは高齢者に比べて脆弱である¹⁴⁾との指

摘もある。しかしながら、地域小児医療センターの有無では有意差はみられなかった。

医療的ケア児の場合には疾患や症状、必要とする医療的ケアが多岐にわたることから、かかりつけ医となり得る一般小児医療機関とより専門性の高い地域小児医療センターの間の連携は重要となってくる。そのため、かかりつけ医となり得る一般小児医療機関数の有意差有意差のみを根拠に、医療資源の充実が保健師の支援活動に影響しているとは言い難いと考ええる。

【保護者へのアプローチ】は、中央値の差が-0.589、四分位範囲 IQR が 2.147 で、6 要素の中では、「必要性認識度」と「実施度」の差が小さく、実施度因子得点のばらつきが大きいことが明らかとなった。この要素は保護者を通して児や家族の情報を収集したり保護者自身の心身や育児の状況から支援を行うものであり、保健師は従来の母子保健活動においても保護者への関わりを重要視してきたことから、「必要性認識度」と「実施度」の差が小さかったのではないかと考える。しかし、医療的ケア児への支援となるとその医療依存度や障害の程度も多岐にわたるため、実践の内容にはバラつきがあるのではないかと考える。

さらに、実施度因子得点の中央値で分けた 2 群との群間比較では、訪問看護事業所数と医療的ケア児数で有意差がみられた。保健師による医療的ケア児への支援経験数は医療的ケア児数に影響を受ける、つまり医療的ケア児数が多ければ保健師の経験値もあがることから、支援に影響していると考えられる。

【児の医療ニーズと障害に関するニーズに着目する】は、中央値の差が-2.338、四分位範囲 IQR が 1.442 で、6 要素の中では、「必要性認識度」と「実施度」の差が大きく実施度因子得点のばらつきが小さいと判断できた。医療的ケア児には、人工呼吸器や胃ろうを使用しほぼ

寝たきりの状態の児から、歩行可能で知的な遅れもないが、気管切開をしており医療的ケアが必要な、いわゆる「動ける医療的ケア児」もあり、必要とする医療や抱える障害の種類や頻度、重症度は幅広く、つまりは、非常に児の個別性が高い内容が含まれており、回答した保健師が、具体的にイメージした医療的ケア児像と自身が実践した支援内容の違いが影響している可能性が考えられる。実施度因子得点の中央値で分けた2群の群間比較では、有意差の認められたものはなかった。このことも、児の医療や障害に関するニーズの個別性が高いことから、保健師の属性や管内地域の概要および社会資源が支援に影響するという結果にならなかったのではないかと考える。

【危機発生への備え】は、中央値の差が-0.509、四分位範囲 IQR が 2.370 で、6 要素の中では、「必要性認識度」と「実施度」の差は小さく、実施度因子得点のばらつきが大きいと判断できた。近年わが国では災害が各地で頻発していることなどと、災害時には電源や避難場所の確保が必要といった児の命に直結するものであることから、「必要性の認識」も「実施度」もともに高いという状況がある一方で、実践の内容については、管内地域の災害リスクの状況などから保健師の実践内容にはばらつきがあるのではないかと考えられた。実践度因子得点の中央値で分けた2群との群間比較では、医療的ケア児数、訪問看護事業所数に有意差が認められた。医療的ケア児数が多いと支援経験が増えると予測され、つまり支援経験が豊かな保健師ほど危機への備えを実践しているといえた。特に常時医療を必要とする医療的ケア児の危機への備えには、訪問看護事業所をはじめとする関係機関との調整は必須であり、多職種多機関への調整に関する実践力が求められる。そのため、医療的ケア児数に有意差が認められたのではないかと考えられる。そして健康危機発生時に関わらず、医療的

ケア児にとっては常時医療的ケアを受けられる状況が必要となる。そのため、頼れる訪問看護サービスの数的充実度が保健所保健師の実践に影響するのではないかと考える。

【支援者間で方針の共有と検討】は、中央値の差が-0.758、四分位範囲 IQR が 1.669 で、6 要素の中では、「必要性認識度」と「実践度」の間の差が大きく実施度因子得点のばらつきも小さいと判断できた。保健所保健師はこれまでに、医療的ケア児のみならず、在宅療養する者とその家族を対象に支援をしており、特に、多職種連携によるケアチームづくりや地域ケアシステムの構築を実践していることが明らかとなっている^{15) 16)}。在宅療養には、医療・福祉・介護等様々な専門職が関わることになる。医療的ケア児はそれに加えて、養育・教育も加わることや医療的ケアに関しては保護者もケア提供者として携わることが多く、関係者間の連携のためには、関係者間での情報共有や方針の検討は必須であり、保健所保健師はこれまで難病などの在宅療養者への支援において実績があることから、必要性を強く認識しており、一方で保健師自身が重要視するほどは実践できていないと判断している可能性が考えられた。

【発育発達に伴うライフイベントへの対応】は、中央値の差が-0.708、四分位範囲 IQR が 1.993 で、6 要素の中では、「必要性認識度」と「実施度」の差も実施度のばらつきともに比較的大きいと判断できた。実施度因子得点の中央値で分けた 2 群との群間比較では、看護師経験の有無、支援事例数、地域小児医療センターの有無に有意差が認められた。小児期にある医療的ケア児は成人とは違い身体の発育や知的な発達が著しい時期でもあり、児の成長発達段階によって在宅療養に必要な様々なサービスの種類や内容を検討する必要がある。児の成長発達が著しい時期であれば、在宅療養継続のために福祉用具を作り変えたり発達

を促すためのサービスを導入したりする必要がある。そして就園就学などの大きなライフイベントを迎える際には、教育委員会との調整などの施設選択のための支援が必要となる。つまり、児の成長発達の時期によってその支援の度合いがかわる現状があり、今回回答した保健師が実際に支援した児の成長発達の時期が影響しているのではないかと考える。

4 本研究の限界

今回、保健所保健師による医療的ケア児支援について、記述統計、探索的因子分析により因子構造を明らかにした。その結果、【家族単位の在宅ケアニーズ判断】、【保護者へのアプローチ】、【児の医療ニーズと障害に関するニーズに着目する】、【危機発生への備え】、【支援者間で方針の共有と検討】、【発育発達に伴うライフイベントへの対応】の因子構造が示された。6 因子の累積寄与率は 55.6%であった。Cronbach's α 係数は各因子ともに 0.85 以上で内的整合性がみられた。医療的ケア児支援項目の「必要性認識度」については、全ての項目で必要と思う割合が必要と思わない割合を超えていたこと、必要と思う割合が 50%未満の項目がなかったことなどから、因子構造の妥当性はあると考えられた。

しかしながら、医療的ケア児支援項目の「必要性認識度」の項目分析結果では、天井効果のある項目が 75 項目、I-T 相関では相関係数が 0.6 未満の項目が 20 項目あった。特に、I-T 相関での相関係数が 0.6 未満の項目が 20 項目あったことについては、今回の調査項目では、「27. 緊急時の連絡体制の確認など緊急時の役割を支援者間で共通理解する」のように「緊急時の連絡体制の確認」と「緊急時の役割の共通理解」という複数の意図が含まれる内容となっていた。調査の段階では回答する保健師が具体的にイメージできるようにと例を含ん

だ項目としたが、連絡体制の確認の有無を問われているのか役割の共通理解を問われているのが伝わりにくい表現であったと考える。そのため、各因子に含まれる医療的ケア児支援項目そのものを指標とするには、表現の仕方等含め更なる検討が必要だと考えられた。さらには、支援項目数 76 に対し今回の分析データ数は 103 件であったこと、支援経験がない回答を除くと実施度因子得点の分析データ数は 76 件となったことから、統計的解析結果の読み取りに限界があった。今後は項目を洗練させ調査を重ねる必要がある。

引用文献

- 1) 厚生労働省. 地域における保健師の保健活動指針.
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-11901000-Koyoukintoujidoukateikyoku-Soumuka/0000144644.pdf>. (参照 2022-12-19)
- 2) 小川智子, 中谷久恵. 行政保健師の職務への自信とその影響要因. 日本公衆衛生雑誌 2012 ; 59(7).
- 3) 中村知夫. 医療的ケア児に対する小児在宅医療の現状と将来像. Organ Biology 2020 ; 27(1) : 21-30.
- 4) 厚生労働省. 医療的ケア児者とその家族の生活実態調査報告書. 2020 ;
<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000653544.pdf>. (参照 2022-12-19).
- 5) 清水裕子, 永田真弓, 飯尾美沙. 医療的ケアが必要な子どもと家族の在宅療養に向けた連携に関する文献検討. 関東学院大学看護学会誌 2016 ; 3(1) : 9-14.
- 6) 市原真穂, 下野純平, 関戸好子. 超重症児とその家族の日常生活における家族マネジメント. 千葉科学大学紀要 2016 ; 9 : 99-107.
- 7) 清水裕子, 永田真弓, 飯尾美沙. 医療的ケアが必要な子どもと家族の在宅療養に向けた連携に関する文献検討. 関東学院大学看護学会誌 2016 ; 3(1) : 9-14.
- 8) 黒柳弘美, 白井英子. 在宅神経難病患者へのケアマネジメントにおける保健師の役割の特徴. 地域看護学会誌 2005 ; 8(1) : 81-87.
- 9) 前掲書 4)
- 10) 大西 光, 石田寿子. 医療的ケアを必要とする小児に対する訪問看護師の現状と課題.

日本看護学会論文集 看護教育 2019 : 227-230.

11) 岡田摩理. 医療的ケアを必要とする小児の在宅医療支援における多職種連携に関する専門職の認識. 小児保健研究 2019 ; 78(5) : 404-412.

12) A. Sherri, C. Eyal, M. Sanjay, N. Jeremy, et al. Exploring the usefulness of comprehensive care plans for children with medical Complexity (CMC) : a qualitative study. *BMC Pediatrics* 2013 : 13(10).

<http://www.biomedcentral.com/1471-2431/13/10> (参照 2022-12-20)

13) 松坂由香里, 荒木田美香子. 行政保健師の家庭支援実践力尺度の開発—信頼性・妥当性の検討—. 家族看護学研究 2017 ; 22(2) : 74-86.

14) 前掲書 4)

15) L. Jia, Q. Samantha, A. Nasra, Carol Y. Chan, et al. Process Evaluation of a Hub-and-Spoke Model to Deliver Coordinated Care for Children with Medical Complexity across Ontario : Facilitators, Barriers and Lessons Learned. *JHEALTHCARE POLICY* 2021 ; 17(1) : 104-117.

16) 前掲書 10) : 229-230

終章

終章

医療的ケア児への行政保健師の活動指標の開発に向けた検討

第1節 本研究結果の総括

本研究は、全国の保健所保健師による医療的ケア児とその家族への支援の実態を明らかにし、医療的ケア児への行政保健師の活動指標の開発に向けた検討をすることを目的として実施した。

第1章では、保健所保健師による医療的ケア児を対象とした活動内容を明らかにするために、医療的ケア児支援の経験豊富な保健所保健師が支援した4事例について、事例ごとに、その事例にかかわった複数の保健師へグループインタビュー調査を行った。インタビューで語られた内容を類似性でカテゴリー化して、平野の研究で使われた実践能力の枠組みを基準に分類整理し、枠組みごとに医療的ケア児と家族への保健師活動の特徴を検討した。その結果、保健師の語りから260の保健師活動が抽出され、79のコードと39のカテゴリーに整理された。それらは、保健所保健師に求められる実践能力の枠組みによって、「対人支援能力」「地域支援能力」「施策能力」「管理能力」のいずれかに分類された。

保健所保健師は、「対人支援能力」に分類される直接支援において、常時医療を必要とする状態であることを前提としながら、児の全体像を捉え医療と福祉をつなぎつつ家族単位のマネジメントを行っているという特徴が捉えられた。小児慢性特定疾患を含む難病患者・家族へのケアマネジメントには、特有の様々な症状によって生活障害が起こるため、

患者の全体像を捉えることや支援にも専門的知識が必要¹⁾と言われており、本研究でも、医療専門職としての判断をしたうえで必要な社会資源を確保していると考えられた。

さらに保健所保健師は、医療的ケア児とその保護者やきょうだい児を含む、家族単位でのケアのマネジメントを行っていることから、背景や資源としての家族ではなく家族を一つの単位として捉えた活動を行っていると考えられた。「地域支援能力」「施策能力」「管理能力」に分類される間接支援は、海外の先行研究²⁾において「医療技術など、ニーズに合わせたサービスの提供を通じて、医療制度の調整など大規模なケアモデルの展開を同時に行っている。」と述べられているのと同様に、保健所保健師は、個別支援を通してケアシステム構築へつなげるといった、地域全体を志向した活動を行っていると考えられた。

第2章では、第1章で明らかになった支援内容から作成した医療的ケア児支援項目について、保健所保健師が必要だと認識する程度を「必要性認識度」、実際にその項目を実践する程度を「実施度」とし、医療的ケア児支援項目の「必要性認識度」「実施度」および保健所保健師の属性や地域の社会資源の状況から、保健所保健師による医療的ケア児に対する支援の実態を明らかにするために、全国の保健所(415箇所)に所属する医療的ケア児支援の担当保健師を対象に、郵送による自記式質問紙調査を行った。有効回答数は108(26.0%)であった。記述統計、項目間分析により医療的ケア児支援項目の信頼性を検討するとともに、探索的因子分析により保健所保健師による医療的ケア児支援の構成因子を明らかにした。

その結果、医療的ケア児とその家族に対する保健所保健師による医療的ケア児支援の構成因子として、家族成員一人一人の心身の状態と必要な資源を確認・把握してアセスメン

トするための【家族単位の在宅ケアニーズ判断】，保護者からの情報収集や共に喜ぶ【保護者へのアプローチ】，児の個別性に重きを置いた【児の医療ニーズと障害に関するニーズに着目する】，先を見越してリスクアセスメントし支援体制を整える【危機発生への備え】，支援者間での情報共有や連携促進のための【支援者間で方針の共有と検討】，ライフイベントへの保護者の判断を支援する【発育発達に伴うライフイベントへの対応】が導出された．そしてこれら6因子は，保健師による医療的ケア児支援内容を構成する重要な側面と考えられるとともに，Cronbach' α 係数が全体で0.976と高値であり内的整合性を持つことが示唆された．しかしながら，各因子に含まれる医療的ケア児支援項目については，項目間分析において，75項目で天井効果がみられたことやI-T相関での相関係数が0.6未満の項目が20項目あったことなどから，内的整合性を持つためには更なる検証が必要と考えられた．

保健所保健師による支援の実態としては，医療的ケア児支援に関わる保健所保健師は，比較的若く経験の浅い保健師が医療的ケア児支援を担当することが多いと考えられた．保健師の職務への自信には年代や就業年数が影響していることや，保健師の経験年数が実践能力に関係している³⁾ことが明らかにされていることから，特に高度な知識や多職種連携の重要性が言われる医療的ケア児への支援に関して，上司や同僚へ相談しやすい環境など，担当する保健師が実施する支援をサポートする体制が必要と考えられた．

医療的ケア児支援に関わる資源の実態としては，一般小児医療機関や訪問看護はおよそ9割が「あり」と回答していた．医療的ケア児の在宅療養には，医療的ケアを常時受けられる環境が必要不可欠であることから，これらの資源が整いつつあるのではないかと考え

られた。一方で、より高度な専門医療を提供する小児中核病院は8割程度が、地域小児医療センターは6割程度が「なし」と回答しており、ショートステイ(短期入所)は「あり」が約半数であった。医療的ケア児が在宅療養生活を送る上での問題点として先行研究⁴⁾では、医療依存度の高い児の急変時の緊急入院が難しい、重症度の高い小児を受ける医療資源が少ないといった課題が明らかとなっているとともに、ショートステイ(短期入所)も整備が進んでいないことが指摘されている。厚生労働省の調査⁵⁾では、医療的ケア児の養育者は、児を預ける場所やサービスに関するニーズを持っていることが明らかになっている。以上のことから、在宅療養中に活用可能な、より専門的な医療やレスパイトを提供する資源の充実に関する課題があると考えられた。

第2節 指標の検証

本研究は、保健所保健師による医療的ケア児とその家族への支援の実態を明らかにし、医療的ケア児への行政保健師の活動指標を開発することを目的として実施した。そのために、第1章では、経験豊かな保健所保健師による医療的ケア児支援の活動内容を明らかにし、第2章では、第1章の結果から医療的ケア児支援項目を作成し、郵送による自記式質問紙調査を行った。その結果、保健師による医療的ケア児支援において重要な側面となる6つの因子が導出され、内的整合性も確認できた。しかしながら、因子の下位項目である医療的ケア児支援項目についての内的整合性は充分確認できなかった。

以上のことを踏まえ、今回導出された6因子について、以下の2つの側面からその妥当

性について述べる。

1. 保健所保健師の活動としての妥当性

保健所保健師には、対人サービスのうち、広域的なサービス、高度な専門技術を要するサービスおよび保健医療職種によるチームワークを要するサービスを提供することが求められている⁶⁾。そのため保健所保健師は、様々な疾患や障害を抱え在宅療養する住民の在宅療養をマネジメントしてきた。黒柳(2005)⁷⁾は在宅神経難病患者へのケアマネジメントにおける保健所保健師の特徴的な役割として、①病気の専門的知識に基づいた事例のニーズの把握と支援、②関係者への疾病理解のための教育的支援、③公的サービスの導入による問題解決、④家族のQOL向上を目指した家族支援、⑤連絡会議による関係者間の連携・調整の推進を明らかにしている。本研究で明らかにした医療的ケア児への保健所保健師の支援内容の構成要素には、【家族単位の在宅ケアニーズ判断】、【児の医療ニーズと障害に関するニーズに着目する】が含まれた。つまり、保健所保健師は個別支援において、家族単位でケアニーズをアセスメントすること、また看護職として医学的知識をもとに医療と障害に関するニーズをアセスメントする支援の要素が含まれていることを示すものである。

成木(2018)⁸⁾は、保健所保健師は、地域医療ケアシステム構築に対して重要な役割機能を果たすとし、その具体的な関与の特徴として、在宅ケア領域などで、実務担当者の会議への関与や様々な機関をつなぐコーディネーターの役割があることを述べている。アメリカ公衆衛生看護団体協議会(The Quad Council of Public Health Nursing Organizations)⁹⁾では、公衆衛生看護のジェネラリストのコアとなる能力・技術につい

て、コミュニティや集団に焦点をあて、「分析的なアセスメントスキル」、「政策開発プログラム立案のスキル」、「コミュニケーションスキル」、「対文化的スキル」、「地域レベルの実践スキル」、「公衆衛生に関するスキル」、「予算計画・管理に関するスキル」、「組織運営に関するスキル」を挙げている。本研究の結果からこれらの要素につながる医療的ケア児への保健所保健師の支援内容の構成要素としては、【支援者間で方針の共有と検討】、【危機発生への備え】があげられた。しかしながら、本研究では第一段階で、医療的ケア児の個別支援の内容から支援項目案を抽出したため、明確に地域レベルの実践、あるいは政策・プログラム形成にかかわる内容要素が抽出されなかった。このことは保健所保健師の活動指標として十分な内容を満たしていない可能性があるといえる。一方個別支援の内容要素が主として明らかになったことから、保健所保健師に限らず、医療的ケア児の在宅療養支援に関わる様々な立場の看護職の支援の指標となると考えられる。

2. 医療的ケア児の特性からみた妥当性

2018年の児童福祉法の改正に続き、2021年9月には「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律(以下、医療的ケア児法とする)」が成立し、地域で暮らす医療的ケア児に対する支援の充実が図られ始めている。特に、保護者の離職防止のための日常生活における支援、保護者への相談体制の整備、家族の相談に応じる支援などが挙げられている。本研究で明らかにした保健所保健師による医療的ケア児の支援の構成要素である【保護者へのアプローチ】には、保護者の労のねぎらいや共に喜ぶ、保護者の希望の聞き取りといった支援項目が含まれている。同様に、【家族単位の在宅ケアニーズ判断】には、保

護者の心身状態の確認やきょうだい児の発育確認と育児助言、地域にある交流会の紹介などの支援項目が含まれている。このことから、【保護者へのアプローチ】および【家族単位の在宅ケアニーズ判断】は保護者や家族への支援強化を掲げている医療的ケア児支援に関連する法整備の内容に含まれるものだと考える。

医療的ケア児の在宅療養については、在宅療養が1年以上経過しても、子どもの体調管理の難しさや支援体制の不足を感じていることや「支援サービス・制度が分からない」といったサービス利用に関するニーズが明らかとなる¹⁰⁾など、保護者は、児の体調管理の難しさやそれらに関連する支援体制の不足を感じている。これらに対する支援として、訪問看護や福祉用具に関する支援項目が含まれる【児の医療ニーズと障害に関するニーズに着目する】要素が説明していると考え、医療的ケア児に対する小児在宅医療の現状と課題について、小児特有の子育て・保健・就学・災害対策など医療面以外での支援の拡大が必要¹¹⁾であることも述べられており、関係機関との避難訓練などの支援項目を含む【危機発生への備え】および、就学準備の開始時期を予測することや教育委員会と保護者の面談設定といった支援項目を含む【発育発達に伴うライフイベントへの対応】はこれらを説明する要素であると考え、

しかしながら、今回作成した医療的ケア児支援項目は、保健所保健師による4事例への支援内容をもとに作成していること、地域の概況や社会資源の特性を踏まえた調査対象の選択となっていないことから、地域の医療資源や社会資源の状況によっては、支援項目に過不足のあることが考えられる。つまり、医療的ケア児という特性を十分にふまえた指標となっていない可能性がある。ただし、医療的ケア児支援に関して経験豊富な保健師の活

動内容を基にしているため、支援の重要な要素ではあると考えられ、医療的ケア児への具体的な実践内容を検討する際の重要要素となると考える。

第3節 本研究結果の活用と今後の展望

これまでの一連の研究によって、医療的ケア児への支援を構成する因子として、【家族単位の在宅ケアニーズ判断】【保護者へのアプローチ】【児の医療ニーズと障害に関するニーズに着目する】【危機発生への備え】【支援者間で方針の共有と検討】【発育発達に伴うライフイベントへの対応】が導出された。同時にこれらの因子は、医療的ケア児とその家族への支援の際の重要な要素として捉えられた。

医療的ケア児支援項目については、その内的整合性が充分確認できなかったことや、因子分析した際に削除した項目の内容を吟味したところ、一つの支援項目に複数の支援目的が含まれていたり解釈も複数考えられたりといった支援項目があったことなどから、医療的ケア児支援項目そのものを活動指標として用いるのは難しいと考える。一方、近年医療的ケア児支援に関する研究は増加してきており、医療的ケア児に対する行政保健師の支援内容について戸谷ら(2022)¹²⁾は、行政保健師による医療的ケア児支援の「平素の体制整備」「入院期」「在宅移行期」「在宅療養期」における支援項目を抽出している。戸谷らが明らかにしている「在宅療養期」にある「必要に応じて災害等の緊急時の搬送についてシミュレーションを行い確認する」、「保護者の体調やQOLを把握し相談員と連携してサービスを調整する」、「必要に応じて教育委員会と連携・協働する」、「児や保護者に変化があっ

た場合は支援者間で共有する」といった項目は、本研究で抽出した構成要素の【危機発生への備え】【保護者へのアプローチ】【発育発達に伴うライフイベントへの対応】などに含まれる内容と考えられたが、項目作成のもととなった事例数が少なかったことも影響し、下位項目にはあがっていなかった。そのため、本研究で得られた6つの要素をもとに研究を積み重ねることで、必要十分な下位項目を追加する必要がある。

本研究で開発した医療的ケア児支援の6つの要素は、医療的ケア児の個別支援にかかわる保健師のみではなく様々な立場の看護職やケアのコーディネーターを担う立場にある者の活動における重要要素として活用可能と考えられる。具体的には、これらの6要素を基に修を企画したり、支援の質を確保するためのガイドラインを作成するなどが考えられる。

しかしながら、6要素の下位に位置づく具体的な活動を示す項目は、現状を十分に反映されているとは言えない。したがって次に述べる研究の限界を検討し、保健所保健師のみならず、多様な立場で医療的ケア児支援にかかわる看護職の実践についての研究を積み重ね、活動指標とその下位の具体的な活動項目を精練させる必要がある。

第4節 研究の限界

本研究の第1章で行った、グループインタビュー調査の対象とした保健師が所属する保健所には、大都市や県庁所在地にある保健所は含まれていなかった。医療的ケア児の在宅療養については、在宅サービスについて地域による格差のない充実が喫緊の課題¹⁴⁾と言わ

れていることや、支援体制整備も始まったばかりであることも踏まえると、本研究の結果のみをもって広く一般化するには課題があり、今後、地域特性を踏まえた上でインタビュー調査を重ねていく必要がある。さらに、今回はインタビューデータの分析に「保健所保健師に求められる実践能力の枠組み」を活用することで、保健所保健師としての特徴的な活動内容を捉えようと試みたが、グループへの支援に関することや施策化に関することなどについては語りが分類されなかった。このことは、語られた事例が希少難病を持つ事例であったことや語られた期間が影響していると考ええる。つまり、非常に個別性の高い事例であったため、グループへの支援や施策化へ発展させたりすることがなかったのではないかと考える。これらのことを踏まえると、今後様々な地域特性に加え、事例の持つ疾患や障害、関わった期間なども考慮して分析事例を重ねていく必要があると考える。

第2章で行った自記式質問紙調査では、全国の保健所へ調査票を配布したものの、回収率は33.2%と対象のうち約3割からの回答であった。一般的なアンケート調査の回収率は3割程度と言われており、本研究の結果も同様の状況であったものの、加えて本調査の実施期間が2020年10～11月と、コロナ禍が始まった年であり、更にコロナ対応の最前線である保健所に所属する保健師を対象とした調査であったことも影響しているのではないかと考える。また、今回の調査項目には、1つの調査項目に複数の意図が含まれる内容のものがあつた、何を問われているのか分かりにくい調査項目があつた。そのため、調査項目の内容・表現を再度検討する必要があると考える。以上のことから、ポストコロナ社会になったこと、医療的ケア児に関する法整備がなされてきたことも踏まえ、調査項目を精選した上で、今後も更なる検証を続けていく必要があると考える。

今回、医療的ケア児への支援活動について、保健師自身が振り返ったり、具体的な活動を検討したりするための目じるしとなるものとして明らかとなった6要素について、これらの要素をもとに医療的ケア児支援に関する研修会を企画したり、ガイドラインを作成することから始めたいと考えている。しかしながら、広く実践現場で活用可能な活動指標とするためには、明らかとなった6要素の下位項目となる医療的ケア児支援項目を指標としたものの開発が必要だと考えられ、引き続き指標開発にむけた検討を続ける必要がある。

引用文献

- 1) 黒柳弘美, 白井英子. 在宅神経難病患者へのケアマネジメントにおける保健師の役割の特徴. 地域看護学会誌 2005 ; 8(1) : 81-87.
- 2) H. Edelstein, J. Schippke, S. Sheffe, S. Kingsnorth. Children with medical complexity: a scoping review of interventions to support caregiver stress. *Child:care, health and development* 2016 ; 43(3) : 323-333.
- 3) 小川智子, 中谷久恵. 行政保健師の職務への自信とその影響要因. 日本公衆衛生雑誌. 2012 ; 59(7) : 457-465.
- 4) 中村知夫. 医療的ケア児に対する小児在宅医療の現状と将来像. *Organ Biology* 2020 ; 27(1) : 21-30.
- 5) 厚生労働省. 医療的ケア児者とその家族の生活実態調査報告書. 2020.
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaisahukushi/service/index_00004.html (参照 2023-2-7).
- 6) 厚生労働省. 保健所, 市町村, 都道府県の現状と課題.
<https://www.mhlw.go.jp/stf2/shingi2/2r9852000000g3yxatt/2r9852000000g5sr.pdf>
(参照 2023-02-07).
- 7) 黒柳弘美, 白井英子. 在宅神経難病患者へのケアマネジメントにおける保健師の役割の特徴. 地域看護学会誌 2005 ; 8(1) : 81-87.
- 8) 成木弘子, 藤井仁. 地域医療ケアシステム構築における保健所保健師の関与の特徴. 保健医療科学 2018 ; 67(4) : 382-393.

- 9) Quad Council of Public Health Nursing Organizations. Public health nursing competencies. *Public Health Nursing*. 2004;21(5);443-452.
- 10) 清水裕子, 永田真弓, 飯尾美沙. 医療的ケアが必要な子どもと家族の在宅療養に向けた連携に関する文献検討. 関東学院紀要 2016 ; 3(1) : 9-14.
- 11) 中村知夫. 医療的ケア児に対する小児在宅医療の現状と将来像. *Organ Biology* 2020 ; 27(1) : 21-30.
- 12) 戸谷 紗嘉, 吾郷美奈恵, 伊藤智子. 医療的ケアが必要な未就学児に対する行政保健師の支援内容と実施状況. 日本医学看護学教育学会誌 2022 ; 30(3) : 38-44.

資料

統括保健師（保健師代表者）様

令和2年 10月 1日
山口大学医学系研究科博士後期課程
後藤 奈穂

調査研究へのご協力について(依頼)

紅葉の候、ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

私は山口大学大学院医学系研究科保健学専攻博士後期課程に在籍し、下記のとおり行政保健師による医療的ケア児への支援に関する研究に取り組んでいます。

低体重児の割合の増加や医療技術の進歩などを背景に医療的ケア児はこの10年間で約2倍に増えています。それら医療的ケア児の在宅療養に関しては、多職種連携が重要であるといわれており、厚生労働省では、多職種が包括的に関わり続けることのできる生活支援システム構築のためのキーパーソンとして、相談支援専門員や保健師、訪問看護師などがなることを想定した「医療的ケア児等コーディネーター養成事業」を開始しているところでもあります。

しかし、これまでも行政保健師は、医療的ケア児の在宅療養のための相談やサービス調整、関係機関との連携などの継続的な支援を行ってきました。一方で、医療的ケア児への支援に関する行政保健師の活動内容に関する研究では、事例ごとの報告に留まる傾向にあります。

そこで、医療的ケア児への支援における行政保健師の活動内容を可視化することを目指しこの研究では、全国の保健所保健師による医療的ケア児への支援内容の実態を明らかにすることを目的といたしました。

なお本研究は、研究者の所属の大分大学医学部倫理審査委員会において研究実施の許可を得て実施するものです。この研究で得た情報は施設、個人を特定できない匿名加工をした情報として扱うことでプライバシーを守り、本研究にのみ使用させていただきます。さらに、学会や学術雑誌などでの公表につきましても、個人名、施設名が特定できない形式にすることをお約束します。

つきましては、お忙しいところ誠に恐縮に存じますが、貴所で医療的ケア児への支援を担当する保健師の方へ調査票と返信用封筒をお渡しくださいますようお願い申し上げます。

記

1. 研究課題
医療的ケア児への支援における行政保健師の活動内容に関する研究
2. 調査対象者
全国の県型保健所（支所を含む）415か所における医療的ケア児支援を担当する保健師の皆様
3. 調査期間
令和2年10月～11月
4. 調査の概要
回答者様の属性、管轄する地域における医療的ケア児への支援に関する資源、医療的ケア児への支援に関する保健師活動、に関する質問紙調査となっております。

《連絡先》大分大学医学部看護学科 後藤 奈穂

〒879-5593 大分県由布市挾間町医大ヶ丘 1-1

電話・FAX：097-586-5095 E-mail：goto-naho@oita-u.ac.jp

医療的ケア児の支援を担当する保健師 様

令和2年 10月 1日
山口大学医学系研究科博士後期課程
後 藤 奈 穂

調査研究へのご協力について(依頼)

紅葉の候、ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

私は山口大学大学院医学系研究科保健学専攻博士後期課程に在籍し、下記のとおり行政保健師による医療的ケア児への支援に関する研究に取り組んでいます。

低体重児の割合の増加や医療技術の進歩などを背景に医療的ケア児はこの10年間で約2倍に増えています。それら医療的ケア児の在宅療養に関しては、多職種連携が重要であるといわれており、厚生労働省では、多職種が包括的に関わり続けることのできる生活支援システム構築のためのキーパーソンとして、相談支援専門員や保健師、訪問看護師などがなることを想定した「医療的ケア児等コーディネーター養成事業」を開始しているところでもあります。

しかし、これまでも行政保健師は、医療的ケア児の在宅療養のための相談やサービス調整、関係機関との連携などの継続的な支援を行ってきました。一方で、医療的ケア児への支援に関する行政保健師の活動内容に関する研究では、事例ごとの報告に留まる傾向にあります。

そこで、医療的ケア児への支援における行政保健師の活動内容を可視化することを目指しこの研究では、全国の保健所保健師による医療的ケア児への支援内容の実態を明らかにすることを目的といたしました。

なお本研究は、研究者の所属の大分大学医学部倫理審査委員会において研究実施の許可を得て実施するものです。この研究で得た情報は施設、個人を特定できない匿名加工をした情報として扱うことでプライバシーを守り、本研究にのみ使用させていただきます。さらに、学会や学術雑誌などでの公表につきましても、個人名、施設名が特定できない形式にすることをお約束します。

つきましては、お忙しいところ、また、コロナ禍にあつてのご苦労ご負担がおありの中、誠に恐縮に存じますが、調査票にご回答いただくとともに、同封の返信用封筒にて 月 日()までにご返送いただきますようよろしくお願い申し上げます。

記

1. 研究課題
医療的ケア児への支援における行政保健師の活動内容に関する研究
2. 調査対象者
全国の県型保健所(支所を含む)415か所における医療的ケア児支援を現在担当している保健師の皆様
3. 調査期間
令和2年10月～11月
4. 調査の概要
回答者様の属性、管轄する地域における医療的ケア児への支援に関する資源、医療的ケア児への支援に関する保健師活動、に関する質問紙調査となっております。

《連絡先》大分大学医学部看護学科 後藤 奈穂

〒879-5593 大分県由布市挾間町医大ヶ丘 1-1

電話・FAX : 097-586-5095 E-mail : goto-naho@oita-u.ac.jp

調査票（医療的ケア児への支援における行政保健師の活動内容に関する研究）

調査票は3部構成になっています。

- I 回答者の属性について
- II 管轄する地域における医療的ケア児への支援に関する資源について
- III 医療的ケア児への支援に関する保健師活動について

*本研究において、「医療的ケア児」「医療的ケア児への支援」とは以下のとおりといたします。

「医療的ケア児」：たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアが日常的に必要な障害児

「医療的ケア児への支援」：医療的ケア児の在宅療養のための相談やサービス調整、関係機関との連携などの継続的な支援

I 回答者の属性について

1. 保健師経験(令和2年10月1日現在)

*産休・育休および介護休暇など保健師として従事していない期間は除きます。

保健所保健師の経験 () 年 () ヶ月

市町村保健師の経験 ☐ なし ☐ あり → () 年 () ヶ月

2. 年代(令和2年10月1日現在)

☐ 20代 ☐ 30代 ☐ 40代 ☐ 50代以上

3. 職位(令和2年10月1日現在)

☐ 係員 ☐ 係長級 ☐ 課長補佐級 ☐ 課長級 ☐ 部長級以上

4. 保健師資格を取得した教育機関

☐ 専門学校 ☐ 短期大学 ☐ 大学 ☐ 大学院

5. 医療機関での看護師・保健師経験

☐ あり → 部署 ()

*所属した部署の専門領域（診療科・病棟、訪問看護など）を全てご記入ください。

☐ なし

6. 現在の担当業務 *複数回答も可能です

☐ 小児慢性特定疾患 ☐ 特定疾患 ☐ 精神 ☐ 感染症

☐ 健康危機管理 ☐ その他（内容： ）

7. 保健所保健師として医療的ケア児への直近5年間（2015年～現在）の支援経験の有無

☐ あり → () 事例程度 ☐ なし

*「なし」の場合にも質問は続きます。

Ⅱ 管轄する地域の概要と医療的ケア児への支援に関する資源について

*回答日時点を把握している状況をご回答ください

1. 地域の概要

- (1) 管内の人口 () 人 *支所の場合は管轄地域の人口をご記入ください
(2) 管轄する市町村数 () 市区町村
(3) 医療的ケア児の数 () 人 → うち未就学の医療的ケア児の数 () 人
*把握していない場合はその旨ご記入ください

2. 管轄する地域の医療的ケア児支援に関する資源

- (1) 小児中核病院（地域小児医療センターでは対応が困難な高度な専門入院医療を実施する病院）
□あり () ケ所 □なし
- (2) 地域小児医療センター（一般小児医療を行う機関では対応が困難な小児専門医療を実施する病院）
□あり () ケ所 □なし
- (3) 一般小児医療機関（地域に必要な一般小児医療を実施する病院）
□あり () ケ所 □なし
- (4) 在宅療養支援診療所（24 時間にわたり往診および訪問看護を行うことが可能な診療所）
□あり () ケ所 □なし
- (5) 訪問看護（医療的ケア児への対応可能な訪問看護）
□あり () ケ所 □なし
- (6) 訪問リハビリ（医療的ケア児への対応可能な訪問リハビリ）
□あり () ケ所 □なし
- (7) 訪問歯科診療（医療的ケア児への対応可能な訪問歯科）
□あり () ケ所 □なし
- (8) 医療型児童発達支援施設（日常生活動作の指導、集団生活への適応訓練および医療を行う施設）
□あり () ケ所 □なし
- (9) 児童発達支援センター（日常生活動作の指導、集団生活への適応訓練等を行う施設）
□あり () ケ所 □なし
- (10) 短期入所（医療的ケア児への対応可能な施設）
□あり () ケ所 □なし
- (11) 放課後等デイサービス（授業の終了後に児童発達支援センター等の施設に通わせ必要な支援を行う施設）
□あり () ケ所 □なし
- (12) 居宅訪問型児童発達支援（児の居宅を訪問し、日常生活動作等の指導やその他必要な支援を行う施設）
□あり () ケ所 □なし
- (13) 医療型障害児入所施設（入所する児、保護者へ日常生活指導並びに治療を行う施設）
□あり () ケ所 □なし
- (14) 居宅介護（自宅で、入浴・排泄・食事の介護等行う事業所）
□あり () ケ所 □なし
- (15) 保育所・幼稚園（医療的ケア児への対応可能な保育園・幼稚園）
□あり () ケ所 □なし
- (16) 特別支援学校（医療的ケア児への対応可能な特別支援学校）
□あり () ケ所 □なし
- (17) 医療的ケア児等コーディネーターを配置している施設
□あり () ケ所 □なし

次のページへお進みください。

Ⅲ 医療的ケア児への支援に関する保健師活動について

医療的ケア児への支援に関する保健師活動について、「あなたが（2015 年～現在まで）実施してきたこと」と「必要と思うこと」について、それぞれ下記の 4 段階のなかから該当する番号欄に ☒ をご記入ください。

【実施してきた】 1：全くしていない 2：あまりしていない 3：少ししている 4：している

【必要と思う】 1：そう思わない 2：あまりそう思わない 3：少しそう思う 4：そう思う

* 支援経験が「なし」の方は、「必要と思うこと」についてご回答ください。

1. 対人支援活動(個人及び家族への支援・集団への支援)について

項目	実施している				必要と思う			
	1	2	3	4	1	2	3	4
1 児の状態の理解や今後の見通しなど保護者の受け止め状況を確認してから介入のタイミングをはかる								
2 受容過程や必要な医療的ケアなどこれまでの経過や現状について保護者から丁寧に聞き取る								
3 ケア物品の工夫や兄弟児への対応など保護者が行っている養育上の工夫や苦労に関する労をねぎらう								
4 外出機会がない、支援者がいないこと等に関して保護者のメンタル面を訪問や電話で支える								
5 身長体重の伸びやできるようになったことなど児の発育発達を保護者と一緒に喜ぶ								
6 児がまだ入院中の時期など在宅療養開始より前に児と家族の情報を得る								
7 定期的な訪問や電話などで児・保護者と関わる機会を継続する								
8 小児慢性特定疾患の申請時などで保護者が来所した際には保健師と面談できるよう調整する								
9 訪問した際に保護者の手技を直接確認する								
10 入院医療機関や保護者から必要な医療的ケアの内容を確認する								
11 バイタルサインなど児の健康状態を観察する								
12 保護者の利用希望や準備状況など訪問看護の利用予定を確認する								
13 医療的ケア児の受け入れ実績など児に対応可能な訪問看護の現状を把握する								
14 児が必要とする医療的ケアに対応可能な訪問看護を確保する								
15 児に必要なケアの実践経験の有無など訪問看護実施に関する課題を抽出し解決策を考える								
16 具体的なケア内容を明示したうえで訪問看護の了解を得る								
17 児の疾患や障害の特性に応じた個別性のある福祉用具を考える								
18 小児慢性特定疾患制度や身体障害者制度など福祉用具導入に関して活用可能な制度を確認する								
19 児に合わせた福祉用具の作成のための関係者への依頼など児の身体状態に合わせた福祉用具となるよう調整する								
20 児の体格の変化や就学を見据えるなど児の発育発達や環境の変化に応じた福祉用具へと更新する								
21 実際の利用状況を検証し関係者で話し合うなど福祉用具の更新の必要性和内容を複数の支援者で考える								
22 保護者の兄弟児にかかる時間確保や看護負担の軽減などショートステイ導入の必要性を判断する								
23 小児の受け入れ状況の実績など児に対応可能なショートステイ施設を確保する								
24 必要なケアの実施可能性や受け入れ実績など児に対応可能なショートステイ施設の現状を把握する								
25 訪問リハの導入や療育機関の利用など児の発育発達を促すための資源の導入と活用状況を確認する								
26 身長体重の測定など直接会って児の発育を確認する								
27 緊急時の連絡体制の確認など緊急時の役割を支援者間で共通理解する								

項目	実施している				必要と思う			
	1	2	3	4	1	2	3	4
28 緊急時にそなえて消防署へ事前に児の状態や緊急時の搬送先の情報提供する								
29 台風や地震の際の避難場所の確認や電源の確保など災害時を想定して必要なことを確認する								
30 救急搬送を実践してみるなど災害時を想定した避難訓練を自宅で実施する								
31 台風通過後には保護者へ状況確認するなど災害の可能性があったときには必ず被災の有無等の確認をする								
32 児の必要とするケア内容や保護者の希望をふまえ就学準備の開始時期を見定める								
33 保護者の希望と学校現場の実情を互いに理解するために教育委員会と保護者が直接話せる場を設定する								
34 実際に学校見学を勧めるなど就学準備の状況に応じた助言をする								
35 他の医療的ケア児を養育をする保護者の連絡先を伝えるなど保護者同士が連絡を取り合えるようにする								
36 リーダーになり得る保護者の存在や地域で在宅療養する児の状況から児・保護者のための交流会を新たに立ち上げる								
37 医療機関などで定期的に行われている患者会など地域で行われている交流会を紹介する								
38 睡眠状態や基礎疾患など保護者の心身の状態を確認する								
39 受診のための調整など保護者自身の療養環境を整える								
40 兄弟児の発育確認や育児への助言など兄弟児の発育発達の確認と育児への助言を行う								
41 身体障害者制度の重症認定により医療費の助成を受けるなど経済的負担軽減のために各種制度を活用する								
42 児に活用可能な制度を確認するなど制度を主管している市役所担当課の職員と協働する								
43 今後も関わる可能性のある市保健師と継続的に児・家族の状況を共有する								
44 入退院や児・家族の近況などについて医療機関と情報を共有する								
45 児・家族の状況に対応するためにケース会議にて複数の支援者で方針を考える								
46 ケア会議への保護者の参加など児への支援方針や内容の決定に保護者が関わるようにする								
47 定期的に連絡するなど在宅でのサービス提供者との関係性を続ける								
48 児・家族の状況や今後の支援方針について同僚や上司の保健師等と一緒に考える								

2. 地域支援活動(地域診断・地区活動・地域組織活動・ケアシステムの構築)について

項目	実施している				必要と思う			
	1	2	3	4	1	2	3	4
1 近所の支援者など地域のインフォーマルな資源を把握する								
2 児の必要とする医療的ケアに対応可能な訪問看護や医療機関の確認など児が活用可能な資源とサービス内容を把握する								
3 災害時に児が必要とする非常用電源の有無や車いすでの移動の可能性など災害時に避難可能な自宅近くの施設を把握する								
4 在宅療養する医療的ケア児の数など医療的ケア児に関する現状から新たに交流会を開催する								
5 医療機関での退院前カンファレンスなどのケア会議に参加する								
6 医療機関などでケア会議の機会がない場合にはケア会議を開催する								
7 NICUからの連絡票など既に行われている地域の独自のシステムを活用する								
8 積極的に医療的ケア児への支援を行っている事業所などのサービスを活用する								

項目		実施している				必要と思う			
		1	2	3	4	1	2	3	4
10	小児慢性特定疾患新申請時など公的申請時を活用して保護者と面談する								
11	制度を主管する市福祉担当者と保護者が話をできる機会を設けるなど保護者が直接説明を聞ける機会を作る								
12	支援者と同伴訪問して児の状態を直接見てもらうなど支援者が直接状況を確認できる機会を作る								
13	市役所などで行っていた相談会を自宅で個別相談会として実施するなど既存の事業の新たな展開方法を提案する								
14	入浴介助の目的で導入したデイサービスに同年代の他児との交流の目的をもたせるなど既存の制度の運用の幅を広げる								
15	かかりつけ医に入退院の情報を確認するなど保健師から支援者に継続的に連絡をする								
16	ケア会議を企画するなど支援者が互いに顔を合わせる機会を企画する								
17	企画した交流会を継続するなど新たに立ち上げた事業を継続実施する								
18	訪問看護やショートステイ等の現状確認などをおして医療的ケア児のための資源開拓の必要性を把握する								
19	訪問看護について医療機関へ出向いて依頼するなどケア提供を直接依頼する								

3. 事業化・施策化について

項目		実施している				必要と思う			
		1	2	3	4	1	2	3	4
1	災害時に受け入れ可能な施設を確認するなど災害時に利用可能な施設を把握する								
2	関係機関と役割確認するなど避難訓練を企画する								
3	消防署を招集するなどした避難訓練を実施する								

4. 健康危機管理に関する活動(健康危機管理の体制整備・健康危機発生時の対応)について

項目		実施している				必要と思う			
		1	2	3	4	1	2	3	4
1	保護者から訪問看護師に連絡して消防を要請するなど緊急時の役割を家族・支援者間で確認する								
2	事前に児の情報や搬送先を提供するなど緊急時にむけて消防と情報共有する								

5. 管理的活動(PDCAサイクルに基づく事業・施策評価・情報管理・人材育成)について

項目		実施している				必要と思う			
		1	2	3	4	1	2	3	4
1	消防への情報を更新連絡したり保護者会を継続するなど今後への発展を考える								
2	新たに開催した保護者会への感想を聞き取るなど現状を評価する								
3	児と家族に関わった都度所内の他の保健師に今後の支援について相談する								
4	所内での会議や事例検討会を活用して複数の保健師で支援を考える								
5	医療的ケア児への直接支援の少ない市町村保健センター保健師と同伴訪問する								

【自由記載欄】

医療的ケア児への支援に関する課題や他に実践している支援内容等ございましたらご記入ください。

以上で調査票は終了です。

今一度すべての項目に回答されているかお確かめのうえ、本調査票を同封の返信用封筒に入れ、封印後、返信用封筒にて 11 月 15 日までにご返送いただきますようよろしくお願い申し上げます。

長時間にわたりご協力をいただき、誠にありがとうございました。

謝辞

本研究において、快く面接調査にて貴重なお話をしてくださいました保健所の皆様，郵送自記式質問紙調査にご協力くださいました保健師の皆様，関係者の皆様に，厚くお礼申し上げます。

本研究を遂行するにあたり，熱心にそして辛抱強くご指導をくださいました山口大学大学院医学系研究科保健学専攻地域・老年看護学講座 牛尾裕子教授に心より感謝申し上げます。遠くからであっても気遣い続けてくださいました山口大学 守田孝恵名誉教授に心より感謝申し上げます。研究過程において統計学的見地からご助言をいただきました市原清志特命教授に心より感謝申し上げます。

また，山口大学大学院医学系研究科保健学専攻地域看護学の先生方，院生の皆様には，常に気にかけて温かい励ましをくださり厚くお礼申し上げます。

最後に，これまで前向きに支援していただきました職場の皆様，優しく包み込むように見守ってくれました家族に感謝の意を表します。