

II 分担研究報告

医師部会報告

中核病院の医師向けの在宅医療研修プログラムについて

研究代表者 前田 浩利
分担研究者 田村 正徳
研究協力者 奈倉 道明、森脇 浩一、側島 久典、
(埼玉医科大学総合医療センター小児科)

研究要旨

基幹病院の小児科医は小児の在宅医療に関して習熟しているわけではない。そこで、我々が以前に作成した基幹病院の小児科医のための小児在宅医療支援マニュアルを他職種の方々に検討していただいた。そこで指摘された内容から、基幹病院の小児科医が在宅医療を進めるにあたり陥りやすい問題点を整理した。これらの問題点を解決するための方策を練った上で平成 24 年度には「基幹病院の医師向けの小児在宅医療入門」の教材を作成し、第二回日本小児在宅医療支援研究会と連動して、これらの問題点を受講者に認識していただくことを目標としたワークショップを開催する予定である。

A. 研究目的

高度の医療機能を持った基幹病院に重症な新生児や小児が入院した場合、基幹病院の小児科医はその急性期治療に関わることに積極的である。しかし、ひとたび患児に重度の後遺症が残ることが予測されると、その後の治療やケアに対してのモチベーションが下がる傾向にある。さらに、その後も患児の家族との間で信頼関係を保ちながら、ゆくゆ

くは患児を退院させて在宅医療へつなげていかなければならないのだが、そこへ至るまでには長い時間と多くの話し合いと多岐に渡る治療的介入とさまざまな制度上の手続きと、そして何よりも家族に対する膨大な気遣いを必要とする。そして、そのような事例はまれにしか発生しないため、一般的な小児科診療に忙殺されている小児科医にとっては対処に慣れる機会が少ない。また、実際に在宅医療を進めるに当たっては想定外の事態

にしばしば出会い、そのたびに家族も医療者側も混乱に陥ることが多い。その上、そのような小児科医に対して適切に在宅医療への道筋を指導できるような指導医やテキストは、ほとんどないのが実情である。

すでに我々は、NICU 出身の重症児を在宅医療へ導くための基幹病院の医療者のための「在宅医療支援マニュアル」を、平成 22 年度厚生労働省子ども家庭総合研究事業「重症新生児に対する療養・療育環境の拡充に関する総合研究」の中で作成している。実際、さまざまな年齢の重症な小児患者の中で、特に NICU 出身の乳幼児は、在宅医療へ移行する際に困難を極めることが非常に多い。なぜならば、NICU 出身の乳幼児は身体の発育が未熟であり、医療的ケアが複雑になりがちで、家族がケアに相当な労力と時間を費やさざるをえないこと、そして患児がまだ自宅で家族と一緒に生活をした経験がないために、患児を家庭へ受け入れる気持ちになりにくいからである。そのため、未熟児出身の乳幼児を対象とした在宅医療へ移行するための支援マニュアルは、他の年齢層の重症児に対して応用が利くものと考えられる。

そこで我々は、基幹病院の小児科医に対し、重症児の在宅医療をより適切に導けるようその道筋を整理し、テキストとしてまとめ、研修会のプログラムを作成することを目標とした。

B. 研究方法

平成 22 年度厚生労働省子ども家庭総合研究事業「重症新生児に対する療養・療育環境の拡充に関する総合研究」の中で我々が作成した「重症乳幼児のための在宅医療支援マニュアル」を用い、その内容に修正を

加えた。具体的には、小児の在宅医療に関わる各種専門職の方々にこのマニュアルを渡し、修正すべき点を積極的に指摘していただいた。そうすることで、中核病院の医師が見落としやすい盲点や陥りやすい不適切な点などを明らかにすることができると考えた。

2011 年 8 月～11 月にかけて、以下の方々およびその他多くの方々にマニュアルの添削をお願いした。

医師：

緒方健一（おがた内科小児科医院院長）
南條浩輝（あおぞら診療所新松戸）
深津修（東京都立小児総合医療センター）
余谷暢之（成育医療センター）

看護師：

梶原厚子（訪問看護 St ほのか）
木暮紀子（成育医療センター）
西海真理（成育医療センター）

リハビリ：

中川尚子（あおぞら診療所新松戸）

医療ソーシャルワーカー：

平野朋美（埼玉県立小児医療センター）

介護士：

李国本修慈
など（敬称略）。

C. 結果

(1) 各ステップの構造化

マニュアルの中で、重症児の在宅医療を進めるにあたっての 18 段階を、構造化して整理し直した。

・NICU にて

<1> NICU スタッフとご家族との在宅医療
に向けての意識の共有

長期入院児リスト作成に基づく「NICU入院中からの長期入院児在宅医療に向けたスタッフおよび家族への意識づけガイドライン」案は、全国総合周産期母子医療センターの施設代表医師と、看護師長へのアンケート調査から、その必要性に多くの賛同を得られた。しかし、具体的なマニュアルとなっているのはわずかであった。

具体的には、1) NICUスタッフへの意識づけ — Cure から Care への医療へ —
 2) NICU入院児家族への意識づけ — 養育と Care の主体者としての家族 — の部分に分かれ、退院に向けた意識を確認できるよう、各ステップで退院に向けて必要となる確認項目をチェックリストとして設けながら、小児科病棟との較差に気づき、修正を加えながら、在宅医療に円滑に移行できる足がかりとなるように計画した。

すなわち、1. NICUでの温かい医療を推し進める、ことと併せて、2. 家族として

育ててゆこうとする意識を、NICUスタッフと一緒に生活に密着した視点から考えることで、自立も支える姿勢を広げることにある。

— Cure から Care の医療へ —

救命に主眼をおいた Cure の時期から、子と親を支える Care への変化がある。命をさまよった時期に、多くのスタッフが家族の心に寄り添う医療を、急性期から続ける中で、長期入院になりそうな児の家族へは「Careの医療」のアプローチを開始しよう。その足がかりとなるステップ1は長期入院児として全員で認識を共有するためのリストアップ(表1)から始まる。

A群：在胎37週以上、かつ1カ月以上の入院
 B群：出生体重1000g未満かつ3カ月以上の入院
 (1カ月以上入院も併せてリストアップする)
 C群：出生体重1000g以上かつ在胎37週未満で1カ月以上入院

(表1：長期入院児共有のための分類の1例)
 ステップ1～9までを表に示し、そのステップごとに、チェックリストを作成し、家族を含めた具体的解決策が整った日時を記録してゆくことで、円滑に小児科病棟への移行がなされ、在宅医療に向けた最初のステップとなると考えている(図1)。

NICUスタッフ用長期入院児対応意識づけチェックリスト項目と詳細		
Step 1	長期入院児としての確認のためのリストアップ	
	長期入院児群	A
	リストアップ時期	201×、○月
	病棟会症例共有日時	201×、△月
Step 2	治療方針・問題点への討議、その内容	
	人工呼吸器離脱へのめくろみと可否への検討	
	在宅酸素の必要性	
	気管切開適応、必要度	
	CLD分類と重症度	
	胃瘻への適応と快適性の確保	
	・・・	
Step 3	小児科病棟看護師、医師への資料配布、患者認識への取り組み	
	小児科看護師への資料配布日時	201×、・月
	小児科病棟での予想される問題点の列挙、改善提案	201×、・月
	看護師間でのカンファレンスと要望、相違点の抽出、対応策	201×、・月
	小児科医師への資料配布日時	201×、○月
	医師間カンファレンス	201×、◇月
	総合的検討:小児科病棟移動までに解決が必要な事項の列挙	201×、◇月
Step 4	NICU・小児科スタッフ合同検討会の開催予定	
Step 5	自宅での日常ケア参加可能者リスト作成	
Step 6	退院後外来窓口、小児科病棟物品必要価格、保険適応等確認	
Step 7	在宅医療に向けた行政手続き、申請書類のリスト作成、記載指導	
Step 8	退院後、在宅での具体的行動のシミュレーション	
Step 9	長期入院改善必要項目、改善要求(NICUの環境整備に向けた)	

図1：長期入院児対応意識づけチェックリスト項目と評価

— 養育と Care の主体者としての家族 —

在宅医療、施設移動後もともに家族が生活するという具体的な設定を常に意識し、安全で安心できる Care をするための準備と心の不安を軽減する取り組みを、NICU スタッフとともに取り組む。これにより、家族が長期入院となることにより希薄なかかわりにならないことにも注意を払う。

このような NICU での意識づけと細かいチェックが相まって、家族が生活できる環境を考えた在宅医療への移行の第一歩が可能となると考えられる。

< 2 > 小児病棟への転棟（もしくは転院、
以下略）前の準備

< 3 > NICU から小児病棟への転棟

↓

・小児病棟にて

A. 患児へのケア

< 4 > ご家族への精神的ケア

< 5 > ご家族への日常的ケアの指導（清拭、沐浴、体位交換、吸引など）

< 6 > ご家族への医療的ケアの指導（気管切開、在宅人工呼吸器、経管栄養など）

< 7 > ケア指導の体系化

< 8 > 付き添い入院の開始

↓

・小児病棟にて

B. ケア以外の課題

< 9 > ケア担当者会議（1 回目）

< 10 > 救急蘇生法の指導

< 11 > 福祉サービスの手続き

↓

・退院に向けて

< 12 > 外泊

< 13 > 緊急時の対処法

< 14 > 医療機関への連絡（近隣の医院、
訪問看護ステーション）

< 15 > 退院

↓

・外来にて

< 16 > 外来通院

< 17 > 緊急入院

< 18 > 通院施設へのアプローチ

(2) 基幹病院小児科医の問題点

基幹病院小児科医が小児在宅医療に関して抱きやすい問題点としては、以下の3つのカテゴリーに大別することができた。

< 1 > 不適切な考え方

< 2 > 不適切なケア

< 3 > 不足な知識

< 1 > 不適切な考え方

① 医師主導で進めている。

最も多く挙げられた意見は、「患者を中心とせず、医師の立場や都合を中心に書かれている」といった内容であった。病院の医師からはそのような指摘をされなかった反面、在宅診療専門の医師や看護師、介護士などの他職種からそのような意見を多く寄せられた。本マニュアルは在宅医療を進めていくことを前提として書かれているが、本人や家族が普通の生活を送ることを援助するために在宅医療を進めるという前提の思想が欠落している、と指摘された。

② 早期の退院が隠された目的。

病院側が在宅医療を進める目的の一つには、患者の退院を早めることで長期間占拠

されているベッドを空けたいという思惑がないわけではない。そのため、主治医は患児の在宅医療の具体的な展望を持たないまま、消極的な気持ちで在宅医療を進めていくことになりやすい。そして本音のところでは、モチベーションを持ちにくいまま、患者に無理難題を押し付けているという罪悪感を持ちやすい傾向がある。

そのため、病院医師は、在宅医療が患児や家族の普通の生活を支援するためにあるという目標を再認識し、在宅医療の具体的なイメージを確固として思い描かなければならない。

そのためには、患者の自宅を実際に看護師やリハビリスタッフとともに視察に行くことが求められる。家の広さ、間取り、段差、階段やエレベータの有無、父親の勤務状況、きょうだいやペットの有無などが、生活設計のためのインフラストラクチャーを構成しているためである。自宅を見れば在宅医療のイメージが湧き、生活を支えるような支援に結びつけることができる。

< 2 > 不適切なケア

病院では、潤沢な医療資源と人材に囲まれていることを前提にして、ケアを組んでいる。しかし実際の在宅医療では、養育者の負担をできるだけ軽減させ、簡便で実行可能な形のケアにすることが望ましい。そのため、病院で行っていたケアのやり方をそのまま家族に指導するのではなく、患児の健康を損なわない程度にケア内容をできるだけシンプルに削ぎ落とす工夫が必要となる。

例えば、

- ① 気管切開孔に関しては、病院では毎日消毒してガーゼを交換していた。しかし在宅医療では、汚れない限り気切部の洗浄やガーゼ交換をする必要はない。そうした処置はむしろ事故除去のリスクを増やすからである。汚れた場合の気切部の清浄に関しては、消毒剤を使わずにリモイスクレンズ®（アルケア）という皮膚清浄クリームを塗るだけで十分である。
- ② 吸引カテーテルは病院では使い捨てであるため、1日に何本も使用していた。しかし在宅医療では、カテーテル内に水を通して表面を綿で拭けば、1本で何度でも使える。その後、洗浄もしくは消毒した後に十分乾燥させておけば、別の日に再利用することができる。家族の経済的負担を軽減させたり、医療資源の有効活用をはかる工夫が必要である。
- ③ 注入用イルリガートルや回路チューブは、病院では毎日ミルトン消毒していた。しかし在宅医療では、水洗いして乾燥しておけば特に消毒は不要である。注入セットは清潔のため週1回交換としている。
- ④ 注入に関しては、病院では1時間かけていた。しかし在宅医療では、家族が側で観察可能であることや家庭生活の時間を考慮して注入時間を30分で終わらせる方が实际的であろう。
- ⑤ 注入回数は、小児科病棟でもNICUでの習慣をそのまま継続して3時間毎に1日8回注入していた患者がいた。在宅医療では、注入回数は1日4回以内に減らし、夜間に注入する必要がない

ように工夫することが家族の負担軽減のために必要がある。

- ⑥ 内服薬に関しては、病院ではさまざまな薬剤の投与方法が1日1回から4回まで多様にあった。しかし在宅医療では、混乱が起きないように、1日2回もしくは3回でできるだけ統一する必要がある。
- ⑦ 病院では時間スケジュールを看護師主導で作成していた。しかし在宅医療では、家庭の生活時間を考慮しながら、家族と話し合っただけスケジュールを決めていかなければならない。また、どの程度自由裁量の幅が持てるのかについても、よく検討して伝えたほうが良い。家族は病院で受けた指示を絶対的なものと受け取る傾向にあるからである。
- ⑧ 病院では嘔吐が多いため、EDチューブからポンプを使って栄養剤を持続注入していた。しかし、在宅医療へ移行する前に胃瘻（もしくは腸瘻）造設術を、そしてできれば噴門縫縮術を行ってから退院するほうが望ましい。自宅での安全性が格段に向上する。
- ⑨ 入院中は人工呼吸器についての医学・工学的な解説を家族に行いがちである。しかし、在宅医療においては難しい機械の仕組みよりも、「どういう事態ではどうすべきか」という現実的な行動を教えるべきである。例えば、呼吸回路の定期交換時の組み立て方、回路の漏れの確認の仕方、吸入酸素の増やし方、バギングの仕方、外出時の呼吸器の扱い方、緊急時の連絡先などである。呼吸器の異常が発生した場合は、呼吸器会社のサポートセンターに問い

合わせればよい。生命に危機が及ぶ事態であれば、呼吸器をやめてバギングして救急車を呼ぶほうが良い。

- ⑩ 患児が小児科で入院している間、さまざまな専門科（耳鼻科、脳外科、泌尿器科、あるいは小児心臓科、小児内分泌科など）が関わっていることがある。入院中はそれぞれの科がそれぞれに診療に集中していれば良かったが、退院後には問題が生じる。特に、誰が中心となって患児を診ていくのか、同じ病院内での他科との連携をどのように取っていくのか、が重要な課題になる。また、重症度が高く移動が困難な患児の場合、各科の受診日がなるべく同一日となるように調節する必要がある。

<3>不足な知識

- ① ソーシャルワーカーとの連携を忘れがちになる。医師は患者家族にソーシャルワーカーを紹介するが、医師がソーシャルワーカーと積極的に情報を交換して手続きを進めていく流れができていく。そしてソーシャルワーカーといったん懇意になると、今度は逆に依存して、医師としての配慮を怠る傾向にある。患児にどのような医療が必要かを判断するのは医師であり、その部分をソーシャルワーカーに頼ることは不適切であることを認識しなければならない。例を挙げると、
 - 指導管理料は何を算定するか。
 - 日常生活用具（吸引器、吸入器、ベッド、特殊マット）が必要か。
 - 訪問看護やリハビリの具体的内容。

- 訪問歯科の利用。
 - 療育センターの利用。
- ② 医師は書類の書き方が分からないことが多い。なぜならば、正しい書き方を教わったことがないからである。しかし、実は定型的な作業であるため、書き方をマニュアル化することは可能である。
- 訪問看護指示書
 - 特別児童扶養手当意見書
 - 身障者手帳医療意見書
 - 小児慢性特定疾患意見書
 - 日常生活用具給付意見書
- ③ 他職種との連携の重要性を忘れがちである。例えば、
- 訪問看護ステーションに連絡をして退院前カンファに来てもらったが、その後、訪問看護指示書を出し忘れやすい。
 - 近医に普段のケアをお願いしたが、お願いするケアの範囲や内容が明らかになっていない。例えば「予防接種と風邪の初期対応」と伝えておくべきである。

D. 考察

病院医師の側から小児在宅医療マニュアルを作成し、それを在宅医療に関わる他職種の方々に批評して頂くことで、病院医師が気付かない点、不適切な点を多く知ることができた。これらの点は自らの反省の材料として今後生かしていかなければならないが、さらに病院医師を対象とした小児在宅医療の研修会を開くにあたり、注意すべき事項として伝えることができる。研

修会の内容が非現実的な理想の羅列と事務手続きの紹介だけに終わってしまっただけでは、現場に役立つものとはなりえない。あくまでも現場にいる医師や他職種が仕事を遂行しやすいような形のマニュアルを制作し、自分たちの問題点に気づけるような研修会を企画していかなければならない。

また、小児患者が入院して急性期治療を受けている段階から、障がいが残った状態を受け入れて在宅医療へ移行していくためには、家族自身が子供の障がいや慢性疾患の現実を受け入れ、在宅医療へ向かうための覚悟を持つ、という重要な精神的な転換が必要になる。その転換点を、急性期治療のどこに持っていか、家族にどのように伝えるか、といった点には、未解決な重要な課題が含まれている。医療者は、そのような視点に立ちながら家族を支えていかなければならない。そのために、NICUでの入院が長期化する患児に対しては、医療者側で特別な共通認識を持って家族との接触に当たることが必要であると考えている。この点に関しては別紙で検討する。

また、在宅医療を進めるための家族との話し合いだけでなく、特に超重症な児に対しては、「死の看取り」に関する話し合いをどの段階から家族と進めていくのか、どのように手続きを踏むか、という重要な課題ともつながってくる。

我々は「重症新生児の治療の差し控えに関する話し合いのガイドライン」作成研究でこの点についても検討してきた。その結論としては、治療を差し控えるに当たっての正当化されたガイドラインを作成することは不可能であり、むしろ患児自身の幸福のために家族、医療者、社会倫理のそれぞれの立場から最上と思える方法を話し合うことでしか解決で

きないものと考えている。

E. 今後の計画

2012年10月27日(土)10月28日(日)に埼玉医科大学川越クリニック(埼玉県川越市)にて、最初の医師部会の教育プログラムを実践する予定である。

形式としては、4～6人ずつでグループを組むワークショップを考えている。具体的な障害児と家族の姿を想定し、①急性期治療から在宅医療への転換について、②在宅医療にむけた退院支援について、③退院後フォローアップについて、それぞれの問題を各グループで洗い出し、解決策に対するディスカッションを進める。発表会の中で他チームから指摘を受けたり他チームの発表を聞くことによって、さらに気づきを深めていくことができると考えている。特に今回の在宅医療支援マニュアルの改正の課程で得られた問題点を、多くの基幹病院の小児科医とも共有させていきたいと考えている。

F. 参考文献

- 1) 田村正徳、玉井真理子、監修：“新生児医療現場の生命倫理 「話し合いのガイドライン」をめぐって”、“新生児医療現場の生命倫理「話し合いのガイドライン」をめぐって”、メディカ出版、大阪、2005
- 2) 田村正徳、横尾京子
合同シンポジウム「重篤な疾患を持つ新生児の医療をめぐる話し合いのガイドライン」日本未熟児新生児学会雑誌 2007;19(2):184-189
- 3) 厚生労働科学研究費補助金(成育疾患

克服等次世代育成基盤研究事業)「重症新生児に対する療養・療育環境の拡充に関する総合総合研究(主任研究者田村正徳)」平成22年度報告書

4) <http://www.happy-at-home.org/>

看護部会報告

重症・病弱児在宅支援技術教育プログラム作成の研究 看護師ワーキンググループ（看護師 WG）の活動報告（H23 年度）

研究代表者 前田 浩利
分担研究者 梶原 厚子（株式会社クロス・サービス 訪問看護ステーションほのか）
奈良間 美保（名古屋大学 医学部）
西海 真理（国立成育医療研究センター）
福田 裕子（ケアラーズジャパン株式会社 まちのナースステーション）
研究協力者 松岡 真理（名古屋大学大学院医学系研究科）
佐々木 佐代子（医療法人財団千葉健愛会 訪問看護ステーションあおぞら）
井川 夏実（医療法人財団千葉健愛会 訪問看護ステーションあおぞら）
和田 雪（医療法人財団千葉健愛会 子ども在宅クリニックあおぞら診療所墨田）
小暮 紀子（国立成育医療研究センター医療連携・患者支援センター）

研究要旨

医療依存度の高い子どもが在宅で安心して暮らしていくために、訪問看護師にはその子どもの医療的なケアのみならず、発達に応じた社会資源の調整や家族ケアまで多岐にわたる役割がある。しかし、現状で小児在宅看護を行っている訪問看護ステーションは未だ少なく、また統一されたケアも確立されていない。本研究では、小児病棟看護師と訪問看護師が一緒になり学びを構築していく教育プログラムを作成し、その地域でプログラム開催を行う事により、病院と在宅での看護師同士の連携がとれ、より在宅療養をしている子どもたちの QOL が高まると考え、本年度はプログラム作成を行った。来年度より東京・千葉で教育プログラムを開催し、その評価をしていく予定である。

A. 研究目的

医療保険で訪問看護を受ける小児（0～9 歳）の利用者は、平成 17 年 1694 名から平成 21 年 2928 名と年々増加しており（保健局

医療課調べ）、在宅療養する子どもへの訪問看護師のニーズは増えてきている。しかし、未だ小児経験のない訪問看護ステーションも多いのが現実である。在宅療養を行う子どもへの訪問看護師へは医療的ケアのみならず、

家族ケア、さらに子どもの生活の幅を広げるための地域資源の調整役など、その役割は多岐にわたる。それゆえ、訪問看護師への在宅小児看護の研修はさまざまな機関で行われており、その必要性は年々高まっている。しかし、多くの研修は机上の講義形式のもので、実際に自分の地域に戻って実践するには一般化された内容の研修が多い。また、病院、訪問看護ステーションなど様々な立場の看護師が地域の中で一緒に子どもを看護するという地域づくりを目的とした実践的な研修は少ない。また、小児在宅看護での標準的支援技術はなく、各訪問看護ステーションでの采配に任せられている。

本年度は、小児在宅看護において、実践的で標準支援技術が獲得できるような研修プログラムを作成し、来年度から施行していくパイロット研修開催の具体化することが看護師 WG の活動目的である。

B. 研究方法

子どもを在宅で看護するために、どのような研修プログラムが必要かを検討し、来年度実施予定である（東京世田谷地区・千葉）で行うパイロット研修プログラムの内容を、看護師 WG で繰り返し検討し、研修プログラムを作成した。また、本研究全体会議で、看護師 WG の進行状況を報告し、他の WG からのアドバイスを受け、看護師 WG の方向修正を行った。

C. 研究結果

I. 本研究において、本年度の看護師 WG の骨子

本研究の3年後の成果、東京 23 区と千葉東部に訪問看護ステーションを中心とした小児の在宅療養モデル地区ができ、研修資源として機能する訪問看護ステーションの体制が整うことを WG 内で方向性を明確化した。また、具体的に看護師 WG の3年後の成果目標を以下の5項目挙げた。

- ①研修プログラム作成
- ②標準的支援技術を獲得した医療介護職の輩出
- ③子どもと家族の QOL 向上
- ④経済的・医療システミック効果
- ⑤実践・研修活動の中核となる訪問看護ステーションと地区のモデル化

本年度は、①研修プログラムの作成することを目的に、看護 WG 会議を数回行い検討していく事とした。

II. 研修プログラムの作成

1. 研修内容の目標設定

看護師 WG では、まず既存の研修プログラムでの印象を話し合い、本研究での研修プログラムをどのような内容にしていくと良いか討議した。その結果、以下の4点が主な意見であった。

- 病院で行う小児看護の知識は学べるが、訪問看護ではすぐに利用できない研修がある
- 個別性がなく、一般的な研修内容である
- 実践に近い内容ではないため、すぐに現場で生かせない

- 制度等で研修を受けた内容が、自分の訪問看護ステーションがある地域と異なることがある

以上のことより、下記の3つを研修プログラムに対する目標とした。

- より実践的で出来るだけ多くの人が一
定レベルの小児訪問看護を提供できる
- 小児を看護できる訪問看護師を育成して
いく
- 研修を通して地域での看護師同士の
連携（以下看看連携とする）がとれ、
小児訪問看護を行う訪問看護師同士、
それに病棟看護師が加わり、顔が見
える関係が構築できる

2. 研修者の選定

本研修を通して地域で看看連携が取り易くなる事で、スムーズに子どもが在宅療養へ移行でき、いつでも安心して在宅医療が受けられるという目的で、訪問看護師と病棟看護師の混合で研修者を構成した。訪問看護師の中で、小児訪問看護の経験者と未経験者を含めることで、経験のある訪問看護師から多くを学ぶことで、小児在宅看護を行う訪問看護師の育成へと繋がる。また病棟看護師も子どもが地域へ移行する際の在宅でのイメージが湧き、入院時より在宅療養を視野に入れ看護が出来ていくのではないかと考えた。

さらに、少人数でお互いの顔が分かり合える人数の構成で、個々の研修者の課題が明確にわかり実践に生かせる研修プログラムを行う事を考えた結果、・小児訪問看護経験者

表1

必須項目	内容
社会的動向とニーズ	国内の社会福祉の動向と活動地域の社会福祉の動向を知る 医療保険報酬改定について 自立支援法・児童福祉法の改正について
医療助成制度	小児慢性疾患 乳児医療 特定疾患
対象論	小児看護論：小児特有の疾患・医療デバイス 家族看護論
地域診断	各地域の社会資源の調整・合意形成
小児の訪問看護	在宅での医療デバイスの管理 訪問看護師がおこなう看護技術（清潔・栄養・排泄など） 子どもの発達 療育について
リハビリ	成長に準じた子どもへのリハビリテーションの実際
訪問看護計画と アセスメント	事例についての看護計画立案 子どもの終身プランの描写 予防的介入について
家族看護	子どもが乳児から高齢者になるまでの家族支援
訪問看護ステーション の経営マネジメント	訪問看護報酬について：訪問看護療養費・経営について ソーシャルアクションを意識した訪問看護活動

5名・小児訪問看護未経験者5名・小児病棟看護師5名の15名で1回の研修を行う事とした。

3. 具体的な研修内容の検討

1.で挙げた研修プログラムの目標設定を基に、小児訪問看護の経験豊富な訪問看護ステーションで行っている看護を参考に、具体的に小児看護を行う中で必要とされる知識と技術を挙げていった。その結果、表1の内容が研修内容に必修の項目ではないかと考えた。

表1の必修項目を、看護師WGで更に吟味し、第1回目に開催する世田谷パイロット研修に向け、より地域性を持った具体的な内容を構築した(表2参照)。

4. 隣地実習

実習プログラムの内容に関しては、本年度は討議されていないが、研修で習得した内容を隣地で実習することで、よりリアリティを持った教育内容になると考えた。本年度までに討議したことは、希望者のみ行い、各研修者の実習先の組み合わせは以下の様に検討中である。

- 小児病棟看護師→訪問看護ステーション
- 訪問看護ステーションNs→小児病棟、
- 訪問看護ステーション(小児未経験)
→訪問看護ステーション(小児経験あり)

5. 研修の評価方法について

研修者へ研修全体の評価と各プログラムの評価にわけて、アンケート調査を行う予定である。アンケート内容は、現在検討中である。

E. 結論

本年度は、本研究の3年後の成果、東京23区と千葉東部に訪問看護ステーションを中心とした小児の在宅療養モデル地区ができ、研修資源として機能する訪問看護ステーションの体制が整うことを看護師WG内で方向性を明確化し、看護師への研修プログラムを作成した(表3参照)。

<来年度の課題>

来年度は、本年度作成した訪問看護師へのパイロット研修をまず、世田谷地区で実施し、その研修後の学習成果の評価を行いながら研修プログラム自体の改良を行い、その地域の特性に合わせた研修の仕組みを行っていく。さらに、千葉での研修プログラム開催を行いさらに研修プログラムを洗練していく。また、実習プログラムの作成も来年度の課題である。

表2 平成24年度 訪問看護研修スケジュール (世田谷版) (案)

会場:国立成育医療研究センター会議室

H24年5月12日～7月14日

月日	時間	テーマ	内容	講師	講義時間
5月12日 (土)	9:00-9:15	オリエンテーション		梶原	15分
	9:15-10:00	自己紹介	受講者自己紹介	梶原	45分
	10:00-10:45	世田谷区の母子保健について	・保健師の役割について ・予防接種 ・健診		45分
	10:45-11:30	世田谷区の子育て支援	・子ども家庭の役割について ・育児支援サービス ・虐待対応について		45分
	11:30-12:15	世田谷区の障害児施策	・世田谷区の障害児サービスについて ・自立支援協議会について		45分
	12:30-13:30	(昼食)			60分
	13:30-14:30	家族看護 基礎編	家族看護の基礎学習	奈良間	60分
	14:30-14:40	(休憩)			10分
	14:40-16:00	家族看護 グループワーク	グループディスカッション	奈良間(ファンリテーター数名)	100分
5月26日 (土)	10:00-12:30	小児看護I 元気な子どもの生活	・正常な子どもの成長発達 ・生理学的な特徴 ・子どものアセスメントの視点	西海	150分
	12:30-13:30	(昼食)			60分
	13:30-14:30	小児看護I 元気な子どもの生活 Part2	・正常な子どもの成長発達 ・生理学的な特徴 ・子どものアセスメントの視点	西海	60分
	14:30-14:40	(休憩)			10分
	14:40-15:50	小児看護II 子どものスキントラブルとスキンケア	・子どもの皮膚の特徴 ・基本的なスキンケアのポイント ・子どもに適した皮膚洗浄剤、保湿剤 ・ADのスキンケア・環境調整		50分
	15:50-16:00	事務連絡			10分
6月9日 (土)	10:00-11:30	小児看護III 子どものフィジカルアセスメント 救命処置	・年齢ごとのバイタルサインの正常値 ・呼吸窮迫、呼吸不全の評価 ・循環不全の評価 ・心不全兆候と看護		90分
	11:30-12:30	(昼食)			60分
	12:30-14:30	小児看護IV 呼吸する、寝る、食べる、排泄する、 体温を維持することの問題と対応	・睡眠リズム ・体温 ・呼吸	西海	120分
	14:30-14:40	(休憩)			10分
	14:40-16:40	小児看護IV 呼吸する、寝る、食べる、排泄する、 体温を維持することの問題と対応	・栄養方法 ・排泄方法 ・ケア物品を実際にさわってみる	西海	120分
6月23日 (土)	10:00-11:00	退院支援	成育医療センターにおける退院までの流れ	小暮	60分
	11:00-12:00	子どものリハビリの実際			60分
	12:00-13:00	(昼食)			60分
	13:00-14:30	子どもの発達、感覚統合、遊び			90分
	14:30-14:40	(休憩)			10分
	14:40-16:00	世田谷区の療育施設を知る			100分
7月14日 (土)	10:00-12:30	訪問看護実践	・生活拡大の難しい子どもへの訪問看護 ・環境調整 ・生活プラン	梶原	90分
	12:30-13:30	(昼食)			60分
	13:30-14:30	訪問看護計画とアセスメントツール		梶原	60分
	14:30-14:40	(休憩)			10分
	14:40-15:40	経営・マネージメント		梶原・福田	60分
	15:40-16:10	まとめ		梶原	30分

表3.H23年度の看護師WGのグループ会議(全7回)の概要

第1・2回 看護師WG会議 H23年6月5日・7月16日.

- 看護師WGの顔合わせ
- 詳細な年間計画の策定
- 小児在宅看護における既存の研修を見直し、本研究の目的を達成するための研修内容の討議
- 本研究において、どのような研究効果が期待されるか、また、本研究全体の最終研究目的をグループ内で共有し、内容の検討



第3・4回 看護師WG会議 H23年8月14日・9月11日

- 訪問看護の現状と課題を、先行研究や社会的問題から抽出し、より本研究の目的に達するための効果的な研修内容を検討した
- 小児の訪問看護を経験している看護師、退院調整を行っている看護師からの経験をもとに今後必要とされる地域での訪問看護師の必要な知識と技術を検討した
- 研修対象者と研修プログラムの研修項目に関する検討



第5・6回 看護師WG会議 H23年10月22日・11月20日

- 研修内容の具体化をすることで、現実可能な内容・時間配分を討議
- 研修プログラムの作成
- 講師依頼の検討(適任者の確定・依頼文や謝金の検討)



第7回 看護師WG会議 H24年2月26日

- 世田谷パイロット研修(5月実施)の研修プログラムの最終確認
: 課目・時間配分・担当者・日程・研修場所
- 今後のスケジュールと役割分担の決定

リハビリ部会報告

地域の療法士向けの研修プログラムについて

研究代表者 前田 浩利
研究協力者 緒方 健一 (おがた小児科・内科医院)
平井 孝明 (平井子どもリハビリテーションサービス)
中川 尚子 (あおぞら診療所新松戸・墨田)

研究要旨

小児在宅医療を展開している3カ所の医院・診療所の実情から、医療的ケアが濃厚に必要で、外出困難な重度障害児に対してのリハビリテーションのニーズは高く、その機会は少ないことがわかった。小児医療機関・施設での経験があるセラピストの数は少なく、訪問リハビリという制度を通して、小児リハビリテーションの経験のないセラピストが子どもたちに関わることが増えており、そのセラピストたちの能力向上が必要である。また、超重症児の在宅生活を脅かす緊急入院や死亡原因の多くは、呼吸器感染症であり、超重症児の在宅医療においては、肺炎や無気肺予防の呼吸リハビリが重要であり、そのスキルはわが国ではまだ実施されることが少ない。以上を踏まえ、地域で小児患者に関わる、小児リハビリテーションの経験の少ないセラピスト対象のプログラムを作成した。

A. 研究目的

当研究の目的は、医療依存度の高い小児および若年の重度心身障害者の在宅医療における看護師、リハビリセラピスト、訪問介護員及び医師の標準的支援技術の確立とその育成プログラムの作成である。リハビリテーション部会では、在宅生活を送っている医療依存度の高い小児および若年の重度心身障害者の実態から、研修の対象者を特定し、

必要なりハビリテーションの標準的技術を抽出、プログラムの作成を行った。

B. 研究方法

リハビリテーション部会の研究協力者の所属する3カ所の医院・診療所(おがた内科小児科医院、あおぞら診療所新松戸、あおぞら診療所墨田)は、いずれも小児在宅医療をそれぞれの地域で展開している医院・診療所であり、医院・診療所に療法士が所属し、

訪問リハビリテーションを実施しているという共通点がある。3か所の医院、診療所は比較してみると、展開している地域、患者層、提供しているリハビリテーションの内容、課題など違いもあったが、共通点も見られた。こういった議論の中から、必要なりハビリテーションの標準的技術や研修の受講対象者、内容などを絞り込んでいった。

C. 結果

1) 3か所の医院・診療所の特徴について

①おがた内科小児科医院

訪問リハビリテーション対象者：31人

疾患：神経筋疾患がほとんど

セラピスト数：理学療法士1名

作業療法士1名

実施内容の特徴：呼吸理学療法に特化した内容であり、訪問リハビリの目的は、1. QOLの維持2. 急性増悪の予防である。対象となる超重症児の緊急入院や死亡原因の多くは、呼吸器感染症であり、超重症児の在宅医療においては、肺炎や無気肺予防の呼吸リハビリが重要である。また、呼吸リハビリにより緊急入院の回数が減るといった報告がある¹⁾。

②あおぞら診療所新松戸（小児疾患のみ）

在宅医療対象者286名のうち小児科疾患患者64名

セラピストの人数：理学療法士1.6名

小児疾患患者の当院からの訪問リハビリテーション利用者：30名

他事業所からの訪問リハビリテーション利用者：3名

実施内容の特徴：地域の療育機関、学校との連携を行いながら、生活に反映しやすい形でのリハビリを実施。車椅子、座位保持装置の作成も自宅で行う。

③あおぞら診療所墨田（小児在宅医療専門機関）

在宅医療対象者：71名

セラピストの人数：理学療法士0.4名

当院の訪問リハビリテーション利用者：8名

他訪問事業所からの訪問リハビリ利用者：20名

実施内容の特徴：新松戸と同様の患者さんに加え、病院から退院して初めて在宅生活を始めるお子さんへの提供も多い。

2) あおぞら診療所新松戸・墨田の訪問リハビリテーション利用者（38名）についての調査

①年齢分布：就学前21名

小学生9名 中学生1名

高校生2名 18歳～20歳4名

30歳以上1名 40歳以上0名

②疾患 新松戸の患者は脳性麻痺が多く、墨田の患者は18トリソミーが多い

③重症児スコア

超重症児（25点以上）15名

準超重症児（10点以上）15名

10点以下8名

④リハビリテーションの利用について 訪問のみ27名

⑤リハビリの種別について

理学療法のみ 35名

作業療法、言語療法も行っている 3名

⑥あおぞら診療所からの訪問リハビリテーションの頻度

未就学児 1回/週：6名

2回/月：13名 1回/月：2名

小学生 1回/週：5名

2回/月：3名 1回/月 1名

中学生 1回/週：1名

高校生 1回/週：1名

2回/月：1名

18～29歳 1回/週：3名

2回/月：1名

30～39歳 2回/月：1名

⑦地域の療育機関・病院でのリハビリテーションの頻度

未就学児 2回/週：1名

2回/月：4名 1回/月：3名

小学生 2回/月：1名

中学生以上：0

⑧専門医療機関でのリハビリテーションの頻度(大学病院、都・県のリハビリセンター)

未就学児 2回/月：1名

1回/月：4名

小学生以上：0

D. 考察

1) この調査のまとめ

- ・あおぞら診療所新松戸の患者数から推定すると、重度障害者のリハビリテーションのニーズは成人に比べ、小児患者の

方が高い可能性がある。

- ・あおぞら診療所で行っている訪問リハビリの対象者は、医療依存度・重症度が非常に高い。
- ・こういった医療依存度・重症度の高い患者が、地域に通ってのリハビリテーション資源につながる事が困難なことがわかれた。その理由が、医療依存度・重症度の高さが理由なのか、地域で通っての資源が少ないのが理由なのかは判断できない。
- ・新松戸と墨田の患者の疾患の傾向が異なっていることから、地域によってのリハビリ対象者、リハビリの内容のニーズが異なることが予測される。

2) 共通してあげられる課題

- ・医療的ケアが濃厚に必要で、外出困難な重度障害児の存在
- ・これらの児に対してのリハビリテーションについて、セラピストの教育課程での教育の十分な機会がない
- ・早期から継続的にリハビリを行う機会が少ない
- ・小児医療機関、施設での経験があるセラピストの数が少ない
- ・小児の経験のないセラピストが、訪問リハビリという制度を通して、子どもたちに関わるが増えている。子どもさんへの触り方や動かし方という基本的な部分から理解していただく必要がある
- ・セラピストに求められる技量が高度であり姿勢、呼吸、嚥下、発達支援、家族支援、補装具の作成といった多岐にわたる技術が必要である。

3) 呼吸リハビリへのアプローチ

- 訪問リハビリの目的は、1. QOL の維持
2. 急性増悪の予防である。
- 対象となる超重症児の緊急入院や死亡原因の多くは、呼吸器感染症であり、超重症児の在宅医療においては、肺炎や無気肺予防の呼吸リハビリが重要である。また、呼吸リハビリにより緊急入院の回数が減るといった報告がある1)。
- 対象は神経筋疾患などの低筋緊張群と脳性麻痺などの高筋緊張群に分けられる。
- 神経筋疾患では、効果的な方法は確立している。Duchenne 型筋ジストロフィー (DMD) の呼吸ケアのガイドラインが作成され、他の筋ジストロフィーや神経筋疾患にも適応可能とされている2) 3)。
- しかし、我が国では、ほとんど実施されていない。呼吸リハビリは、救急蘇生バッグにより最大強制吸気量を増加させ、カフアシストや IPV(intra pulmonary percussive ventilation) による気道クリアランスならびに胸郭可動域の維持と胸郭変形予防の呼吸理学療法、体位排痰法などの手技の習得が必要である。
- 一方、脳性麻痺などの高筋緊張群は、同様の呼吸リハを筋緊張を軽減する体位の取り方やハンドリングと組み合わせることで応用可能である。換気効率の改善と排痰による気道クリアランスにより気管吸引回数の減少につながり吸引刺激や低酸素の危険を減らすことになる。今回、上記3施設の呼吸リハビリテーション法を用いた教育プログラムを作成し、今回のカリキュラムに取り入れた。

E. 結論

以上に上げた課題を踏まえて、以下のようなカリキュラムを作成した。

- 1) 対象：外出が困難な医療依存度の高い小児および若年の重度心身障害者に関わる可能性が高い、訪問看護、訪問リハビリテーションを行っている療養士

- 2) 内容

1日目

時間	内容
14:00 ～ 15:00	講義：参加者の現状、参加目的 小児在宅リハビリテーション総論
15:00 ～ 16:00	講義：実際の子どもの評価・治療 に先立って必要な考え方
16:00 ～ 18:00	実技：触り方、移乗、ポジショニング の考え方

2日目

時間	内容
10:00 ～ 11:30	講義：呼吸、嚥下、姿勢、正常発達 について
11:30 ～ 12:00	実技：呼吸介助、リラクゼーション、 オーラルコントロール
13:00 ～ 16:00	講義：神経筋疾患持つ患者さまへの呼吸 リハビリテーション 未熟な肺を持つ て生まれた子どもたちへの対応～ 在宅リハビリテーションの可能性
	呼吸リハビリテーションの実技 バギング、カフアシスト、 パーカッションベンチレーターの活用
16:00 ～ 16:45	補装具について 制度、在宅での利用方法
16:45 ～ 17:30	遊びへのアプローチ 姿勢、視覚、玩具について
17:30 ～ 18:00	質疑応答 アンケート記入

3) 実施時期、対象地域

2012年6月9日～10日 東京都内の訪問を行っている療法士対象

2012年11月17日～18日 千葉県内の訪問を行っている療法士対象(千葉県在宅リハビリテーション研究会と共催予定)

4) 事前アンケート、終了後アンケート、フォローアップについて

重症児の訪問リハビリテーションの実態や関わっているセラピストのスキルや抱えている課題について調査を行う良い機会であり、この研修の内容についても効果を見ていただける良い機会となる。今年度では、こういった内容までは到達できなかったが、6月開催の研修に向けて、作成を行っていく。

5) 2012年度の課題

①研修実施前のアンケートの作成

②研修実施後、研修内容の改善

③研修受講者のフォローアップシステムについて

④医療依存度の高い小児および若年の重度心身障害者の在宅でのリハビリテーションについての調査の実施—まず、関係者の所属している3か所の医院・診療所の調査を行い、それをもとに、必要な調査内容を明らかにし、東京都内、千葉県内で調査を行いたい。

引用文献

1) 緒方健一、他：小児在宅人工呼吸支援ネットワーク；日本小児呼吸器疾患学会雑誌,20(1),pp102-107,2009

2) American Thoracic Society Documents, Respiratory Care of the Patient with Duchenne Muscular Dystrophy ; American J of Resp. and Crit. Care Med.:170,2004.

3) Katharine Bushby, Richard Finkel, et al, Diagnosis and management of Duchenne muscular dystrophy, part 2 : implementation of multidisciplinary care ; the lancet.com/neurology 9 ,2010.