

## ワクチンを接種する時の注意 (禁忌 その他)

### 禁忌

発熱者(37.5℃以上)、  
重篤な急性疾患の罹患  
ワクチンの成分に対して極めて強いアレルギー(アナフィラキシー)  
がある場合

### 要注意

先天性免疫不全症がある場合や、小児がん治療などで免疫を抑える薬を使用している場合などは、主治医と相談

### その他

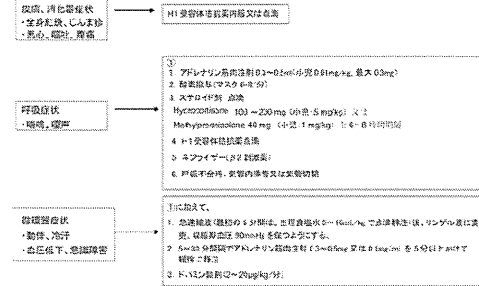
基礎疾患(神経疾患、心臓疾患)などは 基本は制限はないが  
主治医と相談、未熟児は暦年齢通りが基本

### 接種後の観察

基本は30分、最低15分は観察(アナフィラキシーに備え)

## アナフィラキシー治療手順

○ アナフィラキシーが疑われたら、直ちにABCDEアプローチを行い以下の様な手順で治療する。  
A: 気道、B: 呼吸、C: 循環、D: 意識、E: 搬送



注意: ステロイドは、アドレナリンの代わりに0.1mg/kg (20歳未満)または0.5mg/kg (20歳以上)を5分ごとに投与する。

## 準備すべき薬品と備品

- ワクチン
  - 保存温度を守る(cool chain)、遮光
  - 生ワクチン : 5℃以下 凍結可
  - 不活化ワクチン: 凍結を避けて8℃以下
- アナフィラキシーに対応できる薬品
  - アドレナリン
  - ステロイド
  - 抗ヒスタミン剤

## 同時接種について

- 2種類以上のワクチンを1回で別の部位に接種すること
- ワクチン接種の一つの目的は、免疫獲得の望ましい期間に接種終了することであり、接種期間が外れる可能性を避けるために 同時接種が勧められる
  - 複数のワクチン(生ワクチンを含む)を同時に接種して、それぞれのワクチンに対する有効性について、お互いのワクチンによる干渉はない。
  - 複数のワクチン(生ワクチンを含む)を同時に接種して、それぞれのワクチンの有害事象、副反応の頻度が上がることはない。
  - 同時接種において、接種できるワクチン(生ワクチンを含む)の本数に原則制限はない。

## 同時接種の利点

- 各ワクチンの接種率が向上する。
- 子どもたちがワクチンで予防される疾患から早期に守られる。
- 保護者の経済的、時間的負担が軽減する。
- 医療者の時間的負担が軽減する

## 健康被害が起こったら?

- 定期接種の場合
  - 「疑わしきは救済」
  - 接種後深刻な症状が起こった場合(有害事象)、それが「予防接種によって起こったものではない」と明確に否定されない限り、因果関係が認められたことになり、予防接種法による救済措置を受けることができる。救済措置の給付額は約2年ごとに見直されている。(例えば、子どもが定期接種によって死亡することがあれば、現在は4,280万円が支払われる)
- 任意接種の場合、
  - 予防接種法ではなく、「独立行政法人医薬品医療機器総合機構法」という法律で決められた給付を受ける。しかし、「予防接種による健康被害である(予防接種によらないとは否定できない)」と認定されたととしても、子どもの死亡時の給付額は713万円余り。

## ワクチン情報入手先

- 日本小児科学会  
[http://www.jpeds.or.jp/saisin/saisin\\_110427\\_1.pdf](http://www.jpeds.or.jp/saisin/saisin_110427_1.pdf)
- 国立感染症情報センター  
<http://idsc.nih.go.jp/vaccine/vaccine-j.html>
- 予防接種リサーチセンター  
<http://www.yoboseshu-rc.com/index.php?id=12>
- 日本ワクチン産業協会  
<http://www.wakutin.or.jp/data/index.html>  
<http://www.wakutin.or.jp/medical/index.html>  
(予防接種に関するQ&A)

# 在宅人工呼吸とリハビリテーション

2013. 2. 3. 熊本小児在宅ケア・人工呼吸療法研究会  
緒方 健一

呼吸不全 ( $\text{PaO}_2 < 60\text{mmHg}$ )

```

    graph TD
      A[呼吸不全 PaO2 < 60mmHg] --> B[I型]
      A --> C[II型]
      B --- D["PaCO2 < 45mmHg  
(肺ガス交換が問題)"]
      C --- E["PaCO2 > 45mmHg  
(換気が問題)"]
  
```

HMV\*又はHOT\* + HMV\* 必要 )  
HOT\* (在宅酸素療法)  
HMV\* (在宅人工呼吸療法)

HOT\* 必要

## 呼吸サポート方式

NPV  
NEGATIVE  
PRESSURE  
VENTILATION

TPEV  
気管切開+人工呼吸

NPEV  
(非侵襲的人工呼吸)  
マスク・他のインターフェースを用いる

横隔神経  
ペースング

窒息がある

改良してもらった

24時間必要

夜間のみ使用

緒方健一、重症心身障害児における呼吸障害と合併症  
小児看護 34 (5) : 569 - 574, 2011

## 酸素化を改善する

- ① 吸入酸素濃度を上げる
- ② 人工呼吸器でPEEP圧を上げる

## ① 酸素 ( 酸素化能を知る )

SpO <sub>2</sub> (%)	83	90	93	95	97	98	100...
PaO <sub>2</sub> (torr)	50	60	70	80	90	100	150 400

←—————→ ←—————→  
パルスオキシメータが参考になる PF比

## 酸素化能の評価

$$\text{PF比} = \frac{\text{PaO}_2}{\text{FiO}_2}$$

動脈血酸素分圧 吸入酸素濃度

$$450 = 90 \div 0.2$$

正常値	400以上
急性肺障害 (ALI)	300以下
急性呼吸窮迫症候群 (ARDS)	200以下

②酸素化 ( ガス交換の場を維持する。)  
肺包がしぼむを防ぐ。

PEEP (positive end expiratory pressure)  
口すぼめ呼吸と一緒に

換気の指標は、なんですか？

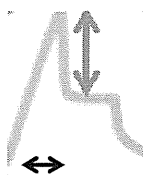
$PaCO_2 =$

$$CO_2 \text{ 産生量} / \underbrace{(\text{換気量} - \text{死腔}) \times \text{回数}}_{\text{調整できる (分時換気量)}}$$

呼吸仕事量 3 つ

1. 気道抵抗の上昇
2. コンプライアンス低下
3. 呼吸回数の増加

正常

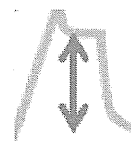


気道抵抗の上昇

喘息発作・気管狭窄  
閉塞性肺疾患

段々に上昇する場合は、1回換気量↓

正常



プラトー圧 < 30 cmH<sub>2</sub>O  
(コンプライアンス TV/ C)

1. 肺胞の問題                      無気肺   肺線維症
2. 肺外からの圧迫              気胸   胸水   腹水   肥満
3. 胸郭の硬化                      熱傷   障がい児



## NPPVの注意 (小児)

- \* マスクは、2種類持って
- \* リークは30ml/分以下で同調
- \* 眼の乾燥・圧迫注意
- \* きついベルトより、隙間を埋める。
- \* 吞気対策が重要
- \* 下顎拳上にネックカラーも
- \* 気道の確保=気道のクリアランス

## DOPEによる人工呼吸器アラーム時の チェック順序

\* まず、バッグ加圧換気を行う！

D(displacement)	気管カニューレが抜けている。 回路はずれと破損
O(obstruction)	気管カニューレや回路の閉塞
P(pneumothorax)	気胸
E(equipment)	機器の故障

## 気管切開4大トラブル

- ① 抜ける
- ② 詰まる
- ③ 肉芽
- ④ 出血

## チーム医療

- 1、栄養士による栄養評価
- 2、歯科による口腔ケア  
摂食嚥下評価と指導
- 3、訪問リハビリテーション
- 4、ヘルパー情報の活用

## 気道の5つの防御機構

鼻のフィルター  
気道粘膜の輸送機構  
咳反射 (>160ml/min)  
くしゃみ反射  
(160km/h)  
マクロファージ

## 入院中・在宅での気道のクリアランス (無気肺と肺炎予防に重要)

Respiratory Care of the Patient with Duchenne  
Muscular Dystrophy

ATIS Consensus Statement  
This official statement of the American Thoracic Society was approved by the ATS board of directors March 2004.  
(American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine: VCL 170: 2004)

咳介助が必要 PCF < 270L/min  
MEP < 60cmH2O

- \* 最大咳流量 (PCF: peak cough flow)
  - \* 最大吸気圧 (MIP: maximal inspiratory pressure)
  - \* 最大呼気圧 (MEP: maximal expiratory pressure)
- 誰でも出来るHMVのため呼吸セラピストを育てよう！

## 呼吸理学療法の適応

(エビデンスとして示されているもの)

- × 1 急性（区域性・肺葉性）無気肺
- × 2 下側肺障害
- × 3 一側性肺障害
- × 4 大量の気道分泌物
- × 5 廃用性の四肢筋力・呼吸筋力低下

Stiller K: Physiotherapy in intensive care towards an evidence-based practice.

Chest 118:1801-1813, 2000

拡散障害には、無効・・・未成熟な肺

## 病院小児科医との連携 ～より良い病診連携の取り方～

2013年2月3日（日）

在宅医対象の小児在宅医療研修会

恒川 幸子（梶原診療所）

奈倉 道明（埼玉医大総合医療センター）

## 生後6ヶ月の脳性麻痺の在宅

- 脳性麻痺などがある6ヶ月の男児が、NICUから2日前に退院してきました。
- 月1回病院の鰐井先生のもとに通院される予定ですが、在宅医療も併せて利用されます。
- 2日前の退院当日に、あなたは初めて往診に行きました。患者さんは寝ていたので、意識レベルはよく分かりません。
- ていうか、小児はよく分かりません！
- 紹介状の封筒には分厚い退院サマリーが入っていましたが、読んで分かりにくい！（別紙参照）。

## 緊急事態発生！

- ところが、退院後2日目にして・・・
- 2月3日未明の1時に母親から電話がありました。
- 38.5℃の熱があつて苦しそうなことです。
- 行ってみると、苦しそうな呼吸をしていました（ビデオを供覧）。
- ただ、血圧は測れないし、意識レベルはもとよく分かりません。

## 主治医の病院に電話

- あなたは主治医の病院に電話しました。
- 「大変お世話になっております。そちらの病院の鰐井先生に診てもらっているお子さんですが、当院の在宅を利用されています。今夜の1時にお母さまから連絡が入り、今、臨時往診をしているところです。血圧は測れません。意識レベルはよく分かりません。熱が38.5℃もあつてお母さまが心配しておられます。どうしましょうか？」

## ところが病院側は

- 小児科の当直医が電話に出ました。（面倒くさそうに）
- 「鰐井は不在なので、その患者さんのことはよく分かりません。熱が高いのであれば、体を冷やして様子を見て頂ければ良いんじゃないでしょうか？また変わったことがあれば連絡して下さい。」  
（ガチャン）

## さて、あなたは？

- んー・・・困ったなあ。引き取ってもらえると思ったのに、、、。
- 38.5℃もあつて、お母さんも心配しているのに、どうしたら良いんだろう？
- 小児科医って、案外冷たいんだなあ。

## 《課題》

- 今回のあなたのプレゼンは、患者さんの緊急事態を伝えなかったようです。
- どのようにプレゼンすれば、病院の小児科医は診てくれるでしょうか？
- この子をプレゼンするときに押さえておくべき点を、挙げてみて下さい。

## 「小児科医を説得する言葉」とは!?

- 熱が高いだけでは小児科医は動かない。
  - 痙攣も10分以内であれば驚かない。
  - 全身状態が悪いことを力説するべし。
- ＜全身状態＞
- 顔色が悪い
  - ぐったりしている、あるいは反応がない
  - 水分をほとんど摂取しない
  - 痙攣が20分以上続いている

## 小児科医を説得する言葉2

- <バイタルサイン>
- 心拍数160以上が持続
- 呼吸回数60以上が持続
- <呼吸窮迫>
- 陥没呼吸、肩呼吸、呻吟、苦しそう
- 酸素投与下でSpO<sub>2</sub><93%

## プレゼンのポイント1

- プロフィール  
年齢、簡潔な病歴（長くならないように）
- 経過の特徴  
退院後2日目で親も慣れていない。
- 現在の状況  
バイタルサイン、ぐったり、顔色不良、陥没呼吸、哺乳不良
- 明確で丁寧な依頼  
「夜間で申し訳ありませんが、ぜひ診て下さい！」

## プレゼンのポイント2

- 短い言葉で適格に伝えること。
- バイタルサインを落とさない。
- ぐったり、顔色不良、陥没呼吸、哺乳不良といったキーワードを必ず入れる。
- 「どうしましょうか？」ではなく「診て下さい！」とはっきり依頼する。
- 「夜間にお手数をかけて申し訳ありませんが」などと丁寧に依頼する。
- 「うちでは診られない」と言われたら、「どこに相談すれば良いか教えて下さい。おたくの患者さまですよ。」と強気に粘ること。

# NICUでの新生児医療

赤ちゃんの家族と、医療スタッフ



埼玉医科大学総合医療センター  
総合周産期母子医療センター-新生児科  
側島 久典  
そばしま ひさのり

2013.2.3 前田班研修会

- NICUとは何？  
どんなことをしているのか  
入院する児のプロフィール
- 救命率は？ 障害はどのくらいなのか
- 退院はいつごろ？どんな状況で？
- 長期入院児 どのような児が長期になるのか？  
その後どうされているのか  
退院しっぱなし？ 誰が診察をするのか？
- 彼らの発達はどうなっていて、いつ評価するのか？
- 退院後の再入院は
- 在宅医療に移行となる児はどのような疾患？

質疑：

2013.2.3 前田班研修会

2

## NICUとはどんな施設か？

### 周産期母子医療センター

産科（母体胎児を扱う）  
新生児科（小児科）：NICUをマネージ  
小児外科  
小児循環器（先天性心疾患等）  
麻酔科

- 総合周産期母子医療センター
- 地域周産期母子医療センター

2013.2.3 前田班研修会

3

埼玉医科大学総合医療センター  
総合周産期母子医療センター-NICU

NICU 30 → 60  
GCU 18 → 48



2013.1.18~



2013.2.3 前田班研修会

## NICU : Neonatal Intensive Care Unit 新生児集中治療施設

どのような新生児が入院しているか

- 低出生体重児：＜出生体重 2500g
- 早産児：＜在胎37週

成熟・体重増加

低出生体重児：出生体重 2000~2500g  
早産児：＜在胎35~6週

- 早産児～正常産児：出生時/早期新生児期の異常症状

呼吸・循環障害、病的黄疸、奇形、胎児診断

- 新生児仮死（低酸素性虚血性脳症）
- 小児外科疾患（手術を必要とする）
- 奇形症候群
- 遺伝性疾患（入院後に診断が確定）  
代謝異常症、神経、筋疾患

2013.2.3 前田班研修会

6

新生児部門	NICU	: 30床	新生児部門スタッフ 医師13 看護師: 80名 (13人夜勤) 保育士: 1名 臨床心理士: 1名
	GCU	: 18床	
	強化治療室		
	回復期室		
	母子室	4	

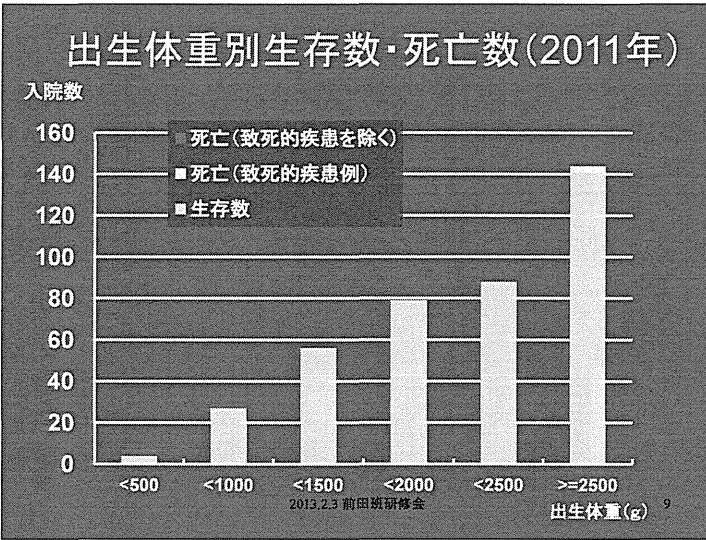
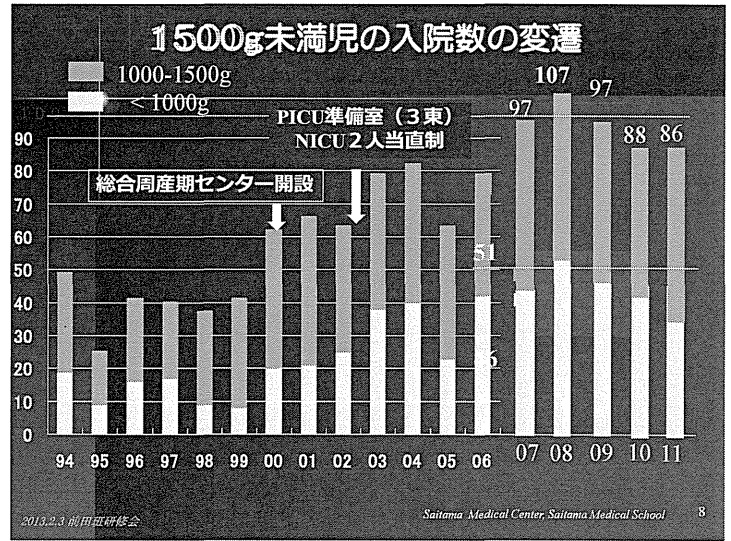
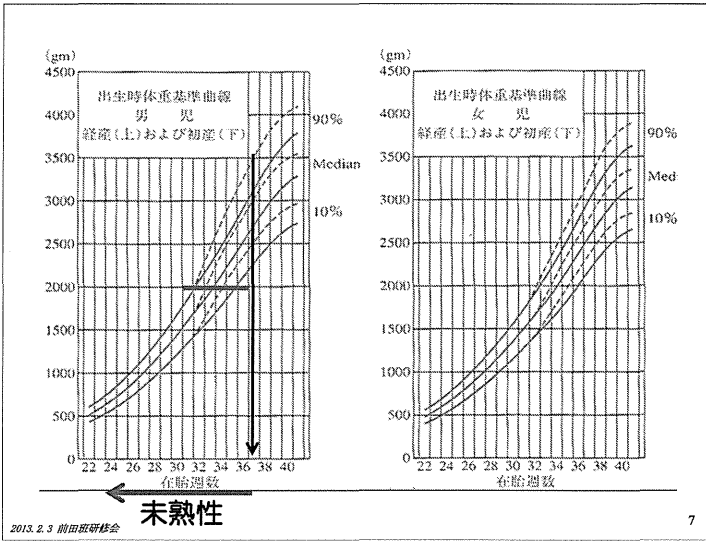
周産期麻酔部門 | 小児外科 | 周産期循環器部門

2012.Feb~

母体胎児部門	MF ICU	: 15床	産科部門スタッフ 医師: 10 看護師: 49 (7人夜勤)
	後方bed	: 31床	
	後方bed	: 14床	

2013.2.3 前田班研修会

5



### 3ヶ月以上の長期入院患者(3月25日現在)

週数	体重	期間(月)	疾患名	見込み
1	34	15	全前脳胞症、水頭症、痙攣	水頭症の安定後(転院)
2	40	13	難治性痙攣、胃食道逆流	気管切開検討中、医療乳児院
3	39	10	13-トリソミー、TOF、口唇口蓋裂	口唇裂手術予定
4	38	5	低フォスファターゼ血症、肺低形成	人工換気中
5	30	3	Severe SFD、ELBWI、PH	呼吸が安定すれば
6	28	3	VLBWI、CLD	人工換気離脱、退院の方向
7	27	3	VLBWI、CLD	人工換気離脱、退院決定

2013.2.3 前田班研修会 10

## 重症新生児仮死への低体温療法

NRPでの推奨度がA  
米国新生児蘇生法

2013.2.3 前田班研修会 11

## N CPR 新生児蘇生法

Part 11: Neonatal Resuscitation: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations

2010年 日本産科婦科学会ガイドライン 2010 下巻  
新生児蘇生法  
テキスト

新生児蘇生法ガイドライン改訂  
2010.10.18

2013.2.3 前田班研修会 12



## 新生児低体温療法（脳低温療法）

- ▶ 治療効果にエビデンスがある。
- ▶ 全例に効果は見られないが、
- ▶ <生後6時間
- ▶ 導入基準 欧米でのRCTによる評価

### 産科無過失保障制度

### 産婦人科診療ガイドライン2011

産婦人科医がやるべきこと  
 知っておくべきこと  
 近々記載される予定



どの施設が低体温療法が可能か？

## 低体温療法可能施設公開してもよいか

厚労省班研究  
 低体温療法登録レジストリー開始のための研修会

2011.11.12東京

全国総合周産期母子医療センター  
 地域周産期施設  
 NICUをもつ病院等

低体温療法実施可能施設 96  
 同実施を公開了承施設 97  
 登録（レジストリー）参加 101



### NICUからの退院

どのようになると退院か？

- 体重が増加して 2000~2500g  
 (出生後は一旦体重が減少・・・増加)
- 成熟・適応  
 予定日に近づく(修正 37週相当 or それ以上  
 体温調節、  
 自分で哺乳が可能  
 呼吸が安定 無呼吸がない  
 急変することがない
- 親が日常ケア可能  
 酸素  
 投薬が簡便、種類が少ないか、ない

### 退院後、再入院はNICUではないの？

#### ● NICUからの退院は一方通行

- ✓ 一度退院すると再入院は小児科病棟  
 NICU再入院治療は不可
- ✓ ウイルス性疾患持ち込み：他児への感染  
 outbreak ⇒ 病棟閉鎖  
 NICU機能停止
- ✓ 面会者制限（両親のみ・家族、兄弟）

#### ▶ 他施設への転院、その後の再入院

NICU病床が満床 ⇒ 他NICUへ転院治療  
 急性期離脱 ⇒ バックトランスファー

特殊治療の為転院（先天性心疾患等）  
 治療終了 ⇒ バックトランスファー

### 6か月以上NICUに入院 長期入院児への対策

年間250~300名/全国

NICUベッド・呼吸器を占有

NICUに入院できない（満床）  
 母体搬送が受けられない

重心施設 在宅医療へ、

### 長期入院児（1年以上）動態調査

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班  
 (楠田分担研究者)

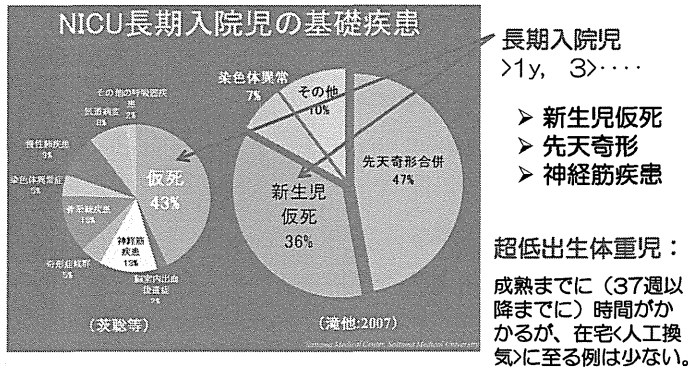
- 全国新生児医療施設199(NICUの60%)調査
- ▶ 長期NICU入院児：210名/年 ▶ 9例/100 NICUベッド
- NICU入院児は1000出生に対し約4例

長期入院児入院率：NICU病床の2.64%、GCUの4.37%

2年後転帰：55% NICU残存(とくに新生児仮死児が長期)  
 15% 死亡退院、30% 自宅退院

100~120名/毎年 収容先を見つける努力が必要

## NICUと在宅医療： どんな児・疾患が在宅移行が必要なのか



## こどもの障害は、痙性麻痺が主体 — 弛緩性麻痺は非常に少ない —

痙性麻痺があると

- 運動機能に悪影響
- 誤嚥性肺炎が起きる
- 頸部の後屈、座位保持困難
- 疼痛（有痛性筋痙縮による）

-----  
 正期産児で、HIEで白質病変を主体とする視床・基底核病変の存在 80%が在宅医療要

治療の1つとして、ボツリヌス毒素投与  
 痙縮を軽減して、ADL, QOL効果が改善

## 退院後の追跡は小児神経科医がしないのか？

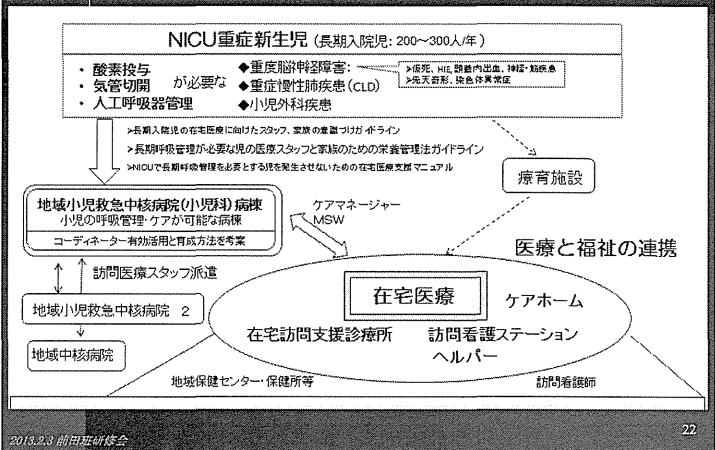
周産期医療のGoal：子供たちが社会生活を送る

- 発達追跡と子育て、環境の整備（家族関係をbaseにした相談）
- 低出生体重児を育てる
- 退院後に罹患した疾病の治療
- 新生児医療と小児神経歴史の原点の違い

新生児科（小児科）

小児科

## 小児在宅医療への注目度



### 第1回 日本小児在宅医療支援研究会

日時 2011年10月26日（土）9:50~18:00  
 会場 大宮マニッパシティ市民ホール  
 埼玉県さいたま市大宮区桜木町1-7-5（JR大宮駅西口徒歩5分）  
 費用 3000円（軽食付き）

全県制の小児在宅医療支援ネットワークを創出して

9:50 開会挨拶  
 10:00~11:40 一般講演  
 12:00~12:30 昼食  
 13:00~13:30 特別講演  
 14:00~17:30 シンポジウム  
 17:50 閉会挨拶

講演者  
 埼玉医科大学総合医療センター小児科 主任 定海 隆夫  
 埼玉医科大学総合医療センター小児科 主任 定海 隆夫  
 埼玉医科大学総合医療センター小児科 主任 定海 隆夫  
 埼玉医科大学総合医療センター小児科 主任 定海 隆夫  
 埼玉医科大学総合医療センター小児科 主任 定海 隆夫

講演題目  
 「我が家の小児在宅医療の現状と展望」  
 「我が家の小児在宅医療の現状と展望」  
 「我が家の小児在宅医療の現状と展望」  
 「我が家の小児在宅医療の現状と展望」  
 「我が家の小児在宅医療の現状と展望」

講演者  
 埼玉医科大学総合医療センター小児科 主任 定海 隆夫  
 埼玉医科大学総合医療センター小児科 主任 定海 隆夫  
 埼玉医科大学総合医療センター小児科 主任 定海 隆夫  
 埼玉医科大学総合医療センター小児科 主任 定海 隆夫  
 埼玉医科大学総合医療センター小児科 主任 定海 隆夫

### 第2回 日本小児在宅医療支援研究会

日時 2012年10月27日（土）9:50~18:00  
 会場 大宮マニッパシティ市民ホール  
 埼玉県さいたま市大宮区桜木町1-7-5（JR大宮駅西口徒歩5分）  
 費用 3000円

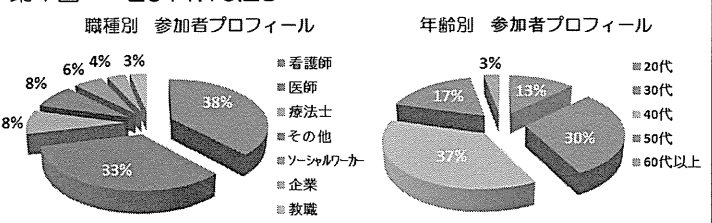
小児在宅、もう一歩を踏み出そう

講演者  
 埼玉医科大学総合医療センター小児科 主任 定海 隆夫  
 埼玉医科大学総合医療センター小児科 主任 定海 隆夫  
 埼玉医科大学総合医療センター小児科 主任 定海 隆夫  
 埼玉医科大学総合医療センター小児科 主任 定海 隆夫  
 埼玉医科大学総合医療センター小児科 主任 定海 隆夫

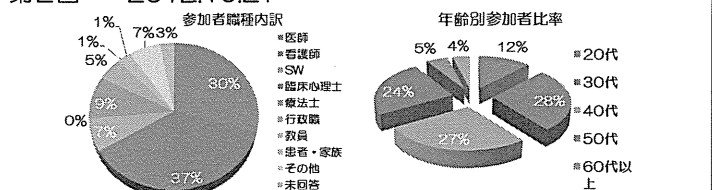
講演題目  
 「我が家の小児在宅医療の現状と展望」  
 「我が家の小児在宅医療の現状と展望」  
 「我が家の小児在宅医療の現状と展望」  
 「我が家の小児在宅医療の現状と展望」  
 「我が家の小児在宅医療の現状と展望」

講演者  
 埼玉医科大学総合医療センター小児科 主任 定海 隆夫  
 埼玉医科大学総合医療センター小児科 主任 定海 隆夫  
 埼玉医科大学総合医療センター小児科 主任 定海 隆夫  
 埼玉医科大学総合医療センター小児科 主任 定海 隆夫  
 埼玉医科大学総合医療センター小児科 主任 定海 隆夫

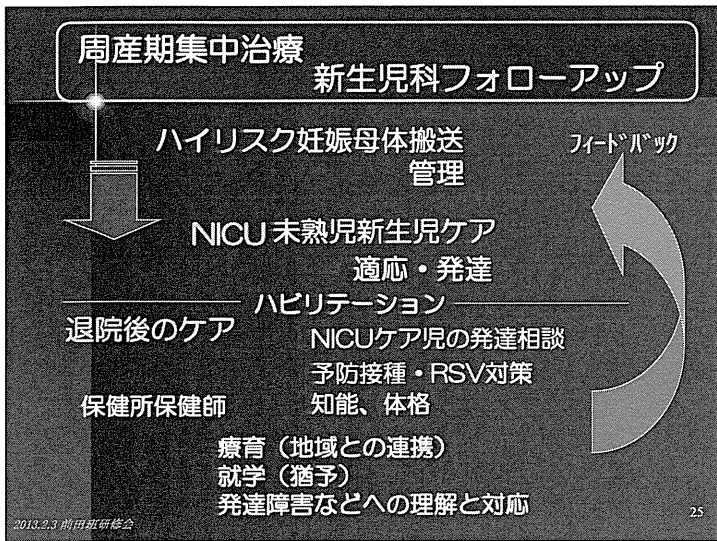
### 第1回 2011.10.28



### 第2回 2012.10.27





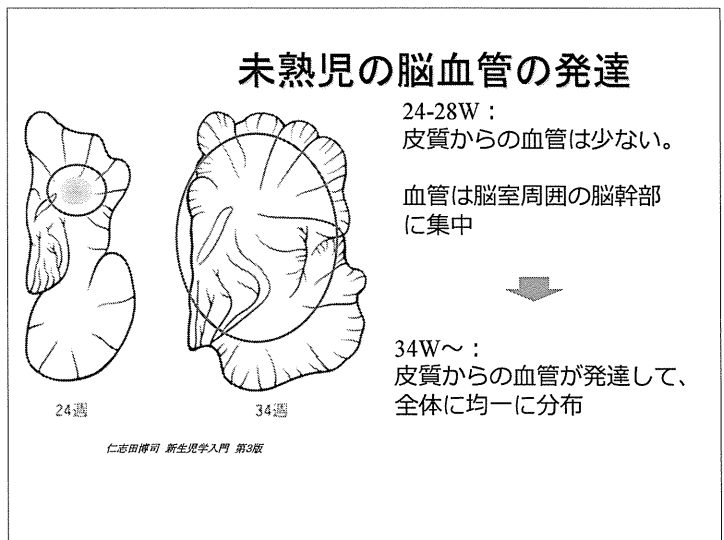
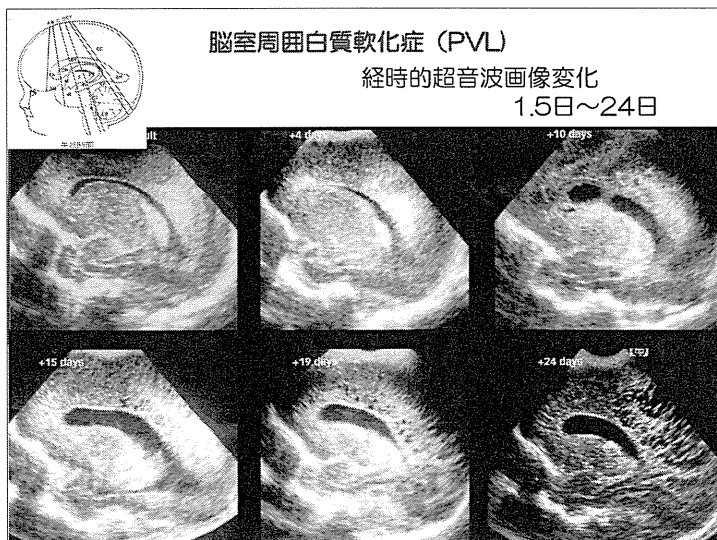
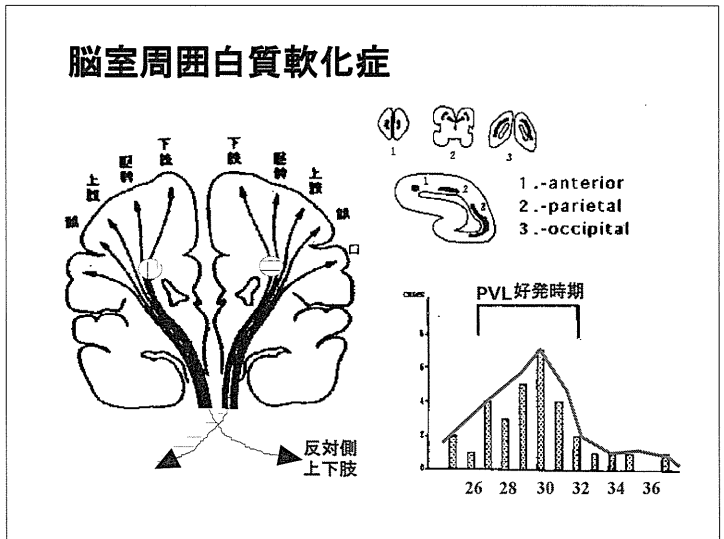
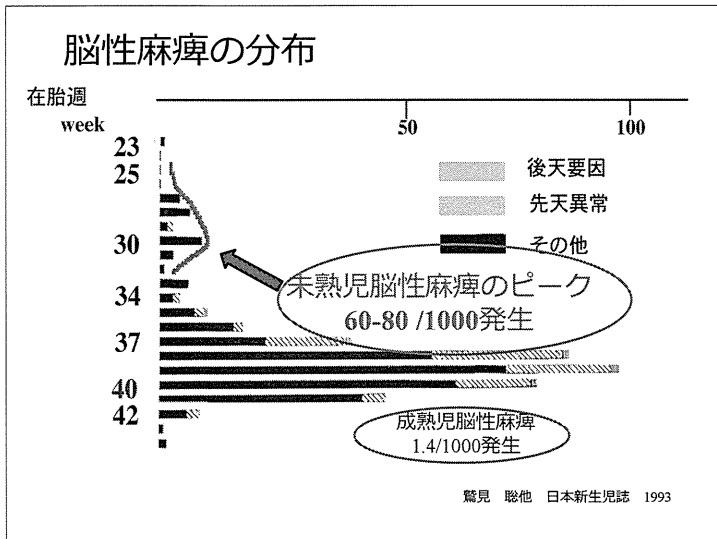


- 長期入院児、在宅医療の対象となるのは、正期産児(成熟児)が多いのはわかった。
- しかし、うんと小さな低出生体重児はどうか?(未熟児という表現は少なくなった)

脳性麻痺にも2タイプ(だが痙性麻痺が殆ど)

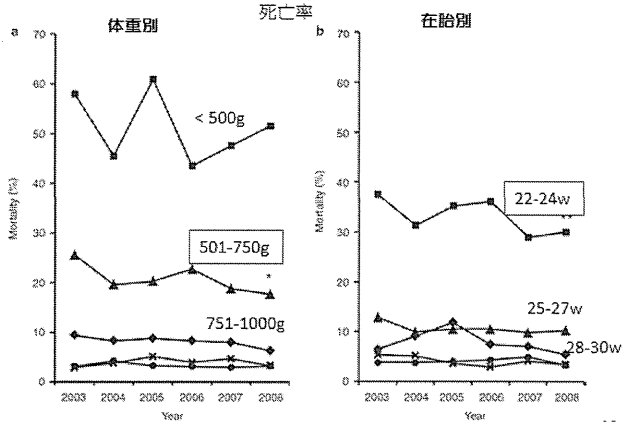
成熟児脳性麻痺  $\neq$  未熟児の脳性麻痺

2013.2.3 前田研研発表 26



## 我が国の <1500g の治療成績 2003~2008

Kusuda 2012 Ped.res



2013.2.3 前田班研修会

## いつまで発達追跡をするのか？

<1500g : 9歳 (小学校3年)

### 修正月齢

~1歳 : 3か月ごとのstep up

1歳半 : 喃語、簡単な命令の理解

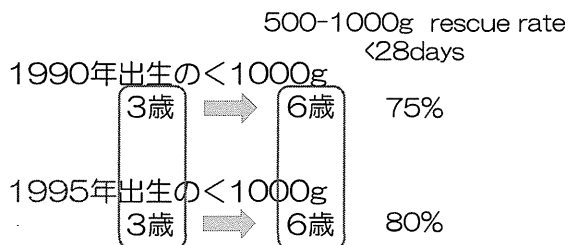
2歳 : 単語が増加、2語文 (自己主張)

3歳 : 身の周りのことができる

2013.2.3 前田班研修会

32

## 5年経過したら、超低出生体重児のアウトカムは改善したのか？



2013.2.3 前田班研修会

33

## 1990出生超低体重児の障害

### A. 1990年出生児

	6歳時判定		3歳時判定			
	例数	割合	例数	割合		
A 脳性麻痺	74/548	13.5%	72/548	13.1%	n.s.	
B 知能発達障害	遅滞	69/395	17.5%	53/548	13.4%	p<0.001
	境界	72/395	18.2%	38/548	9.6%	
C 視覚障害	両眼失明	12/548	2.2%	12/548	2.2%	p<0.001
	片眼失明	5/548	0.9%	4/548	0.7%	
	弱視	69/548	12.6%	27/548	4.9%	
	斜視	61/548	11.1%	12/548	2.2%	
D 聴覚障害	11/548	2.0%	9/548	1.6%	n.s.	
E てんかん	32/548	5.8%	23/548	4.2%	n.s.	
F 注意欠陥多動障害 <sup>a)</sup>	14/421	3.3%				
G 反復性呼吸器感染症	22/548	4.0%	60/548	10.9%	p<0.001	
H 喘息	41/548	7.5%	50/548	9.1%	n.s.	
I 在宅酸素療法施行児	0/548	0.0%	21/548	3.8%	p<0.001	

a) CP 児 74 例と MR 児 53 例を除く 421 例を対象とした。

2013.2.3 前田班研修会

上谷良行、中村 暲 日児誌105, 2001

## 1995出生超低体重児の障害

### B. 1995年出生児

	6歳時判定		3歳時判定			
	例数	割合	例数	割合		
A 脳性麻痺	61/394	15.5%	47/394	11.9%	n.s.	
B 知能発達障害	遅滞	80/394	20.3%	49/394	12.4%	p<0.005
	境界	74/394	18.8%	51/394	12.9%	
C 視覚障害	両眼失明	4/394	1.0%	4/394	1.0%	p<0.001
	片眼失明	4/394	1.0%	3/394	0.8%	
	弱視	41/394	10.4%	22/394	5.6%	
	斜視	29/394	7.4%	4/394	1.0%	
D 聴覚障害	2/394	0.5%	4/394	1.0%	n.s.	
E てんかん	20/394	5.1%	15/394	3.8%	n.s.	
F 注意欠陥多動障害 <sup>b)</sup>	4/292	1.4%				
G 反復性呼吸器感染症	30/394	7.6%	27/394	6.9%	n.s.	
H 喘息	42/394	10.7%	38/394	9.6%	n.s.	
I 在宅酸素療法施行児	7/394	1.8%	18/394	4.6%	p<0.05	

b) CP 児 61 例と MR 児 41 例を除く 292 例を対象とした。

2013.2.3 前田班研修会

上谷良行、中村 暲 日児誌105, 2001

## ハイリスク児フォローアップ研究会

TOP お知らせ

次回研究会のお知らせ

健診スケジュール

健診用紙・問診票ダウンロード

入会・退会の手続き

● 会員登録 ● 規約 ● 研究会一覧 ● 次回研究会 ● 役員名簿 ● 入退会手続き ● お知らせリンク集 ● 健診スケジュール ● ダウンロード

TOPICS 更新情報

<http://plaza.umin.ac.jp/~followup/index.html>

2016/07/27

本研究会の心算を資料しました。⇒ 詳細はこちら

2016/07/16

2016年度研究会のお知らせを資料しました。⇒ 詳細はこちら

2016/07/16

本研究会でこれまで多くの皆様にご参加・ご賛助いただいた委員会に御礼申し上げます。

2016/07/16

2016/07/16

2016/07/16

2016/07/16

## NICU入院後の関係

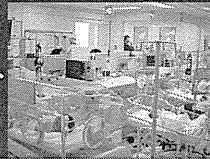


② 医療従事者に対する遠慮  
心理状態の告白・自分の考え  
(切り出しにくい?)

① 患児 (baby)  
医師  
看護師

② 母  
父  
祖父母など

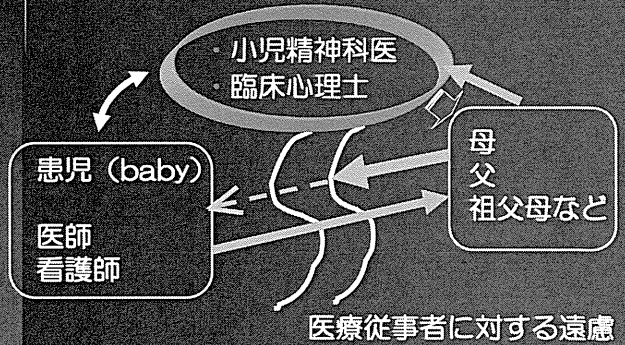
① 病状説明・短期/長期予後  
治療に関するインフォームドコンセント  
チームナーシング



2013.2.3 前田研修会

## 患児の治療に関与しない客観的立場のスタッフ

NICUベッドサイドでの活動



医療従事者に対する遠慮

2013.2.3 前田研修会

38

## 厚生労働省通達

2009.9

総合周産期母子医療センターでの心のケア  
周産期部門で勤務する臨床心理士をおくべき。

NICU・母体胎児部門での活動と周産期臨床心理士をはじめとする多職種間の連携・交流をめざして



医師・助産師・看護師・臨床心理士・  
理学療法士・ME・保健師・MSW等

周産期精神保健研究会 2009.11.30 発足

2013.2.3 前田研修会

39

## 施設別：心理職を置いている施設数と割合

回答施設数	配置施設数	内訳	
		常勤	非常勤
総合周産期母子センター	52	23 (44%)	17 6
地域周産期母子センター	87	27 (31%)	16 11
その他	30	11 (36%)	5 6
不明	1	1 (100%)	0 1
全体	170	62 (36%)	38 24

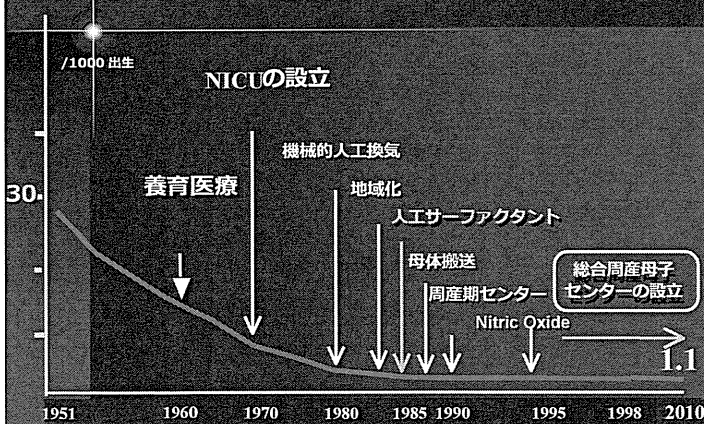
## 2006年調査

*職種または資格*	*常勤	: 17施設 (46%)
臨床心理士を配置 : 32施設 (86%)	NICU専任	: 10施設
その他の職種 : 5施設 (14%)	*兼務	
	小児科兼務	: 12施設 (32%)
	精神科兼務	: 4施設 (11%)
	リハビリ	: 1施設 (3%)
	その他	: 7施設 (19%)

2013.2.3 前田研修会

40

## 新生児死亡率 日本の新生児医療のあゆみ



2013.2.3 前田研修会

41

## \*親御さんとの接し方

2013年2月3日  
梶原診療所在宅サポートセンター  
恒川幸子

- \*お子さんが生まれてからの経過～ご両親が君とどんな風に一緒に過ごしてきたのか～
- \*病院主治医との関係

⇒ ⇒ ⇒

- \*ご両親からの情報
- \*病院主治医や関係者（訪問看護師、保健師、ホームヘルパー）との連携

## \*はじめまして

- \*この子はどうやって育てていくの？
- \*小児科領域の基本的知識

⇒ ⇒ ⇒

\*在宅医としての知識だけでは不十分。この子の将来と一緒に話し合えることはご両親の安心、信頼につながります。小児科一般知識、成長、発達について学ぶ機会を持ちましょう。病院主治医、保健師、看護師との連携の中で。また、勉強会や研修会など。

## \*これから

- \*この子とどう向き合っていくのか。
- \*重症心身障害児の多くは発達障害、精神障害を伴います。親御さんも戸惑い、悩んでいます。

⇒ ⇒ ⇒

\*そうした親御さんの思いに寄り添うのも、この子と一緒に支えるために私たち医療者の役割。多職種で連携しながら親御さんの不安をキャッチ。チームアプローチが大切。時にはペアレントトレーニングなど。

## \*一緒に

- \*この子を最後まで支える
- \*不自由は多いかもしれない、一緒にいる時間は長くないかもしれないけれど、お母さん、お父さんのことが大好きなのは他の子と変わりません。
- \*生きているからこそ得られること、愛されること、愛すること、この子が少しでも心地よい時間を最後の最期まで持ち続けられるように。

⇒ ⇒ ⇒

\*重心の子も悪性腫瘍の子も急変するリスクが高く、予後予測は困難。家族やチームで力を合わせ心を温めて、緩和を含めたこの子のケアや治療を考える。

## \*この子を

- \*この子と一緒に見送ったあとも寄り添える
- \*親御さんは、この子が生まれてからこれまで多くの葛藤を乗り越え、困難と闘ってきました。
- \*この子を精一杯見送ったあともなお、癒えることのない深い悲しみが残ります。
- \*それでも家族皆でこの悲しみを乗り越えなければなりません。

⇒ ⇒ ⇒

\*在宅医として、この子を支えてきたチームとして、ご両親、ご家族が次の一歩を踏み出せるよう支えることもまた私たちの役割だと思います。（グリーフケア）

## \*支えています

\* 親御さんと信頼関係を築くことこそ、この子を  
支えるすべてのベースになります。

\* チーム皆で、ご両親、ご家族と心の通うコミュ  
ニケーションを行っていきましょう。

\*心の通うコミュニケーション

\*そして・・・なんと！

\*我々が小児在宅を始める、その第一  
歩のために、今まさに重心のお子さ  
んをみているお母様から直接お話し  
をうかがえる機会を頂きました！

\*さくらちゃんのママからの  
メッセージ

## 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

研究代表者 前田浩利

研究分担者 奈良間美保、梶原厚子、福田裕子、西海真理

研究協力者 井川夏実、山崎雪、木暮紀子、松岡真里、佐々木佐代子

#### 研究要旨

医療依存度の高い小児の在宅医療を支える上で訪問看護師の役割は大きい。しかし、訪問看護は介護保険法を基盤として存在する事業であるため、医療保険法にのみ該当する小児や若年成人期の訪問看護師への情報発信や交流の機会は殆どない。訪問看護の研修は、これまで重症児に対する訪問看護技術が中心で、重度の重複障害や病弱小児、NICU 退院後の乳幼児に対応した内容は少なく、生まれてから入学、就労、家族の高齢化などのライフステージに合わせた医療的配慮についてはほとんど注目されてこなかった。

本研究では医療依存度の高い小児の在宅医療における訪問看護師の標準的支援技術を明確にし、5 日間の育成プログラムを作成、実施、評価を行った。

#### A. 研究目的

医療依存度の高い小児の在宅医療を支える上で訪問看護師の役割は大きい。しかし、訪問看護は介護保険法を基盤として存在する事業であるため、医療保険法にのみ該当する小児や若年成人期の訪問看護師への情報発信や交流の機会は殆どない。訪問看護の研修は、これまで重症児に対する訪問看護技術が中心で、重度の重複障害や病弱小児、NICU 退院後の乳幼児に対応した内容は少なく、生まれてから入学、就労、家族の高齢化などのライフステージに合わせた医療的配慮についてはほとんど注目されてこなかった。

本研究の目的は、医療依存度の高い小児の在宅医療における訪問看護師の標準的支援技術を明確にし、その育成プログラムを作成し評価することである。

#### B. 研究方法

##### 1. 対象

関東地区の 3 地域の訪問看護ステーション勤務の看護師、及び病院で小児看護に従事する看護師を対象とした。

##### 2. 研究の手順

##### 1) 訪問看護の標準的支援技術と研修内容の検討

研修の基本方針を、①実際地域に密着した看護活動に活かせる、②直ちに訪問看護の実践に繋がる、③個別性の高い対象児者に対する看護の本質に触れることとして、5 日間の研修の骨子を作成した（表 1 平成 24 年度訪問看護研修会）。

##### 2) 研修の準備・実施

研修開催地区の行政、小児専門病院等の小児看護専門看護師等に、研修の趣旨、研修の方法を説明し、講師としての協力を依



頼した。また、各地域の訪問看護ステーション所長に、研究の趣旨、研修の方法等を説明し、看護職員の研修会参加を依頼し、計画に基づき研修会を開催した。

### 3) 研修の評価

研修会の評価は以下の内容及び方法で行った。

(1) 研修に対する受けとめと感想：5項目の択一式質問と3項目の自由記載から成るリフレクションペーパーへの回答を研修会開催日ごとに対象に依頼、回収した。

(2) 訪問看護における家族と看護師との協働の質：Patient- & family-centered care (PFCC) アセスメントツール暫定版（奈良間他）21項目の択一式質問項目への回答を各地域の5日間の研修会前後に対象に依頼、回収した。

(3) 研修の参加状況：出席、研修時の反応等

(4) 研修内容の検討

## C. 研究結果

### 1) 対象の背景

対象となった看護師は、訪問看護師38名、病院看護師9名、その他2名、計49名であった（世田谷地区；訪問看護師16名、病院看護師3名、松戸地区；訪問看護師10名、病院看護師5名、墨田地区：訪問看護師12名、病院看護師1名、その他2名）。実務経験平均15.3年（SD 7.6年）、幅2年～34年、小児看護経験平均4.6年（SD 5.3年）、幅1年未満～20年であった。

### 2) 研修の評価

#### (1) 研修に対する受けとめ・感想

3地域の研修内容に関する印象や職務への活用については、5日間全てにおいて8割以上が肯定的な解答であった。資料や

講義のわかりやすさについては、研修会の導入や家族看護の基礎編、社会制度などから構成する1日目は、より具体的な内容で構成する2日目以降より、「大変わかりやすい」との回答の割合が低かった。一方、時間配分については概ね肯定的な意見であった（図1-①，図1-②，図1-③，図1-④，図1-⑤）。

#### (2) 家族と看護師との協働の質

協働に関する21項目を作成し、理解と実施それぞれを4段階択一式回答で求める質問紙を作成し、研修会前後に回答を求めた。資料が得られた2地域について分析した結果、いずれの項目も研修前より研修会後に肯定的評価が増加していた。

（図2-1①～図2-2①②）。

#### (3) 研修の参加状況

多くの看護師は5日間の全プログラムに参加した。一方、訪問看護ステーションの事情により複数の看護師が交代で参加する場合もあった。

#### (4) 研修内容の検討

3地域の研修について、研修の基本方針との一貫性、内容の過不足やわかりやすさなどの検討を重ねた結果、小児の在宅医療における訪問看護師の標準的支援技術を育成する研修プログラムのコンテンツを生成した（表2）。時間配分や研修方法などさらなる検討が必要。併せて、行政や病院への講師依頼の方法やその過程を通じた協働の在り方についても検討を行い、研修会が地域活性につながるような意味を持たせるためのナビゲートのガイドになるような手順書などの作成も必要でないかとの意見があった。標準的支援技術を研修しその後

のアドバンス編として、さらに詳しく、小児特有の病態や治療に関する知識や、在宅サービスについての制度についての知識も研修が必要だろうと考える。

#### **D. 考察**

今回、小児の在宅医療における訪問看護師の標準的支援技術を明確にし、その育成プログラムを作成し評価することに取り組んだ。その結果、研修前には家庭での子どものケアに不安を抱いていた看護師の多くが、標準的ケアを理解し、実施できるという感覚をもつに至り、研修会が一定の成果を生んだものとする。健康問題の有無を問わず子どもを理解し基本的なケア技術を習得すること、家族の体験に心を寄せること

と、生涯にわたる子どもと家族の発達を描きながら1日、1週間ごとのケアを組み立てること、地域固有のネットワークとつながりをもち確実にケアに活かすことなどの重要な要素が見出された。このような訪問看護ステーションに勤務する看護師を対象とする地域単位の実践的研修会は極めて新しい取り組みである。行政や福祉関係職への講師依頼などの運用においてもネットワークづくりの一環として重要な意味をもつことを意識すること、継続的に参加可能な時期や頻度の検討も重要である。今後は看護師に生じた長期的変化の有無や地域の変化についてもさらなる検討が必要である。