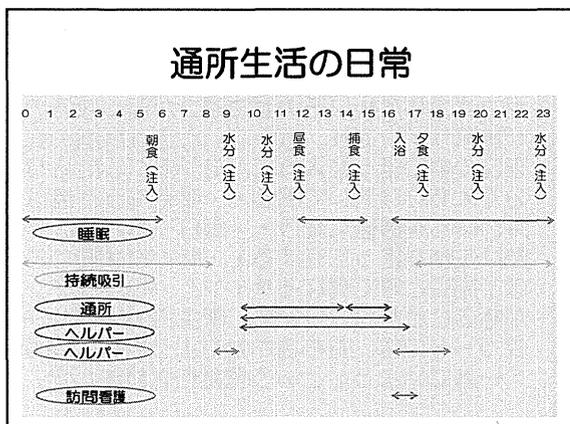


- ### 当時の医療的ケア
- 当時のヘルパーが行っていたこと 
- ① 吸引備品の準備、片づけ
 - ・ポータブル吸引器
 - ・夜間使用の持続吸引器
 - ② 主治医許可を受けて口腔の吸引
 - ③ 注入備品の片づけ
 - ④ カテーテルの固定シール交換
 - ⑤ 医療器材（消耗品）の整理整頓



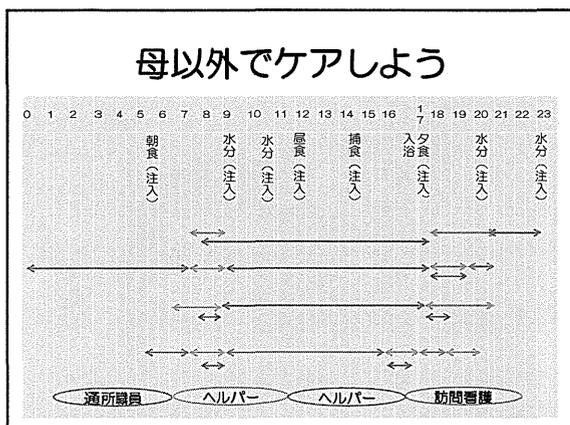
母がインフルエンザ！！

母の体力限界 ⇒ 介護できない
〇〇への感染不安 ⇒ いのちの危機

夜間休日、市はお休み
家族の感染は入所不可
入院ベットは満床
父、海外出張中

母を〇〇に近づけてはいけません！！
今は近づけない
家庭内八方ふさがり

何とか関係者で〇〇を守ろう！！ 



訪問医が見つかった！！

車で1時間以上かけ通院
道中、車を止めて吸引
時には兄が運転を手伝う

訪問医が見つかりました！！

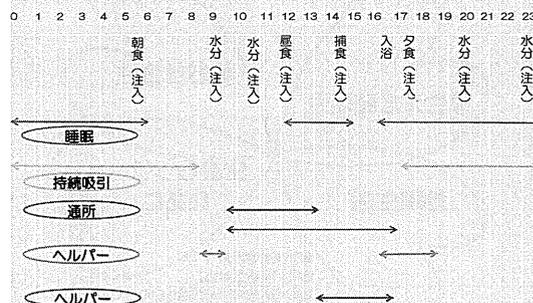
訪問医と病院の小児神経の先生との連携
ヘルパーの通院同行
往診時の訪問看護とヘルパー立ち会い

進行する病気



〇〇は時々呼吸を忘れることがありました。でも「はあ」とため息をついたり、あくびをして呼吸をし始めるのです。そして、二酸化炭素の量がだんだん多くなってきました。てんかん発作や、食事（注入）の後は、呼吸が弱い状態がありました。人工呼吸器を使用することについて、使用しない選択をしていますが、それでいいのだろうか・・・と考える日々でした。それは、長年の低酸素状態にはなれていましたが、苦しいかな・・・と思う場面があるからです。主治医に相談して酸素吸入をすることになりました。在宅で使用する最小限の量の酸素です。状態によって、その量を少し増やす指示がありました。

訪問看護とさようなら



私たちがいるから



時々休む呼吸が、休んだままだったら・・・
徐々に呼吸ができなくなってきたら・・・
てんかんや風邪などで呼吸ができなくなったら
①家で看取る
②救急車で病院の主治医のところへ行く
〇〇と母の選択はできるだけ①で自然に逝く
通所施設で、母のいない自宅であつたらどうするか・・・〇〇と母を中心に訪問医、病院の主治医とヘルパーと施設との結びつきがさらに強くなりました。

一緒にいるよ



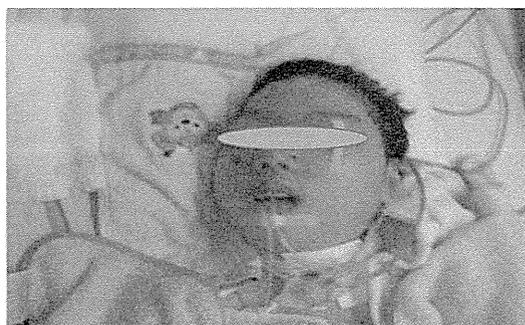
ゼコゼコした後にそのゼコゼコが弱くなるのが排尿サインです。眠れないときは小指の先を口の中にそっと入れて、モグモグしたら5分で大あくびをして眠る・・・頭を洗うときは耳の後ろを最後に洗う・・・毎日一番好きな姿勢は左側か抱っこをする・・・関われば関わるほど施設と家で異なるサインと、同じサインがあることがわかります。誕生日のメッセージカードには、打ち合わせたように関係者が「一緒にいよう」という言葉を送りました。

一通の手紙から



〇〇は疾患による心身の障害が年々重度化し、ここ数年では、経管栄養、気管切開と一日一日を乗り切るのが精いっぱい状態でした。しかし、亡くなる直前まで、ヘルパーさんに身支度をしてもらい、毎日通所施設に通っていました。・・・中略・・・〇年前に、「どんなに重い障害があっても、またどんなに多くの医療が必要であっても、できる限り地域で暮らさせてあげたい」という思いから親の会を発足させ活動を開始し、本当に様々な支援を頂きました。

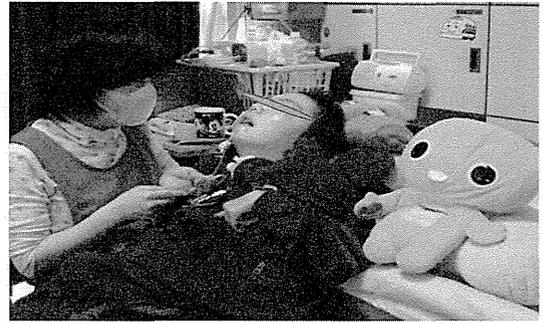
病院では狸寝入り！？でも・・・



きれいな手で抱っこしてもらおう



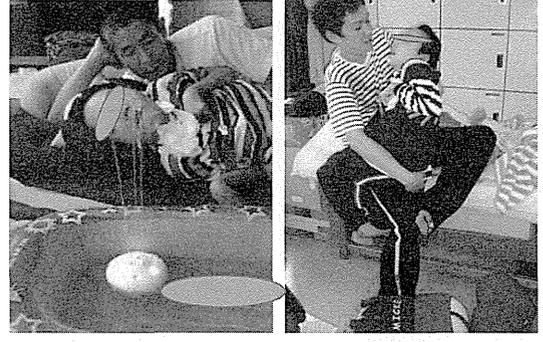
抱っこで注入



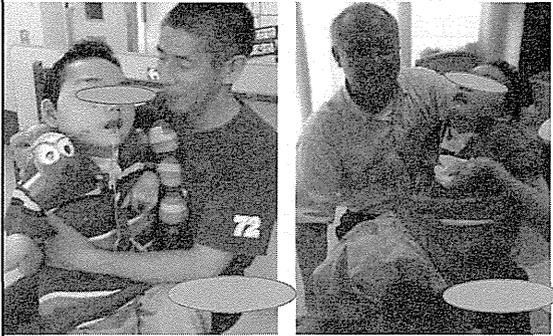
足を温めるとよく休めるよ



抱っこで遊ぶ



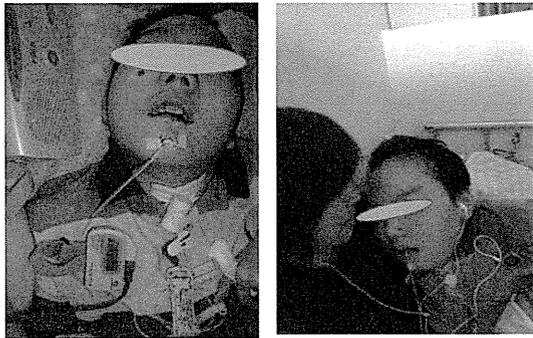
みんなで抱っこしまくり！！



生きるということ



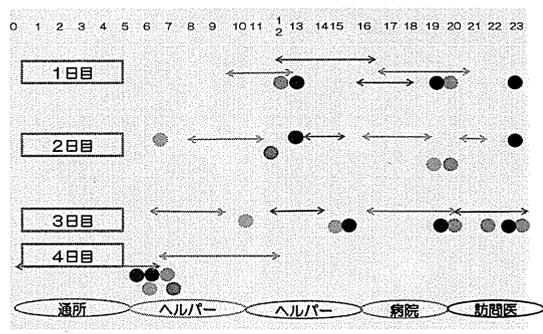
誰の声かわかってるよ



誰もが頭ではわかっていた

短期入所から帰宅して、ヘルパーもいつもと明らかに呼吸が違うことに気づきました。胸とお腹が波を打つように交互に動きます。遠くをみているような表情で、サインも最小限です。ガチガチのからだも力が入っていません。帰宅前に病院の主治医から人工呼吸器を使用の有無に関わらず、病院にきてもいいよと言われていました。母は自分一人で看取る恐怖と不安でいっぱいでした。どうしよう・・・その日のうちに、状況の確認に訪問医と施設職員が自宅に訪問した。いつもと変わらぬ生活をしよう。交代で〇〇と家族に寄り添おう。

ありがとうの時間



ありがとうの時間4日目

- 訪問医と病院の主治医とのやりとり・ベット確保
- 今までのデータや本人の様子から自宅での看取りを覚悟をしつつ回復の期待をこめ母が添い寝を始める (ベットから布団へ)
 - 2時頃～呼吸数60回/分へ
母が抱っこ、父が足をさすり続けて・・・
おりこうさん、大好きだよと声をかけながら・・・
大好きな歌をうたって・・・
 - 6時頃～両親の声掛けのみに反応あり、訪問医連絡
 - 7時頃～SpO2モニター感知せず
聴診心拍40回、訪問医連絡、家庭訪問
30分後両親の声を聞きながら永眠

母の話から

病院や学校の先生からは、どうも上から目線で言われている気がした。□□した方がいいとか助言してくれているとわかっているけど、介護に追われる日々と自分の体力の限界に、そんなことわかってると何度も言いたくなかった。ヘルパーと出逢って、私と同じような目線で〇〇のことを考えていてくれるのがとてもうれしかった。きっと、同じことを言っているのかもしれないけれど、〇〇にとって、何がいいのかっていう介護は親としても原動力になる。それがとてもありがたかった。

よりそってみませんか？

在宅生活ができたこと

- 毎日繰り返すケアの連続
- 同じ目線と保護者にはない視点

母の心のよりどころ

- 〇〇のために何かできることあるかな？
- してみたらどうなるかな？
- 疲れたって言っていないじゃない
- 泣いたっていいじゃない
- 一緒にやっぺいこう

「食べる」ことの育ちを支える

看護部会 重点テーマ

乳幼児期の食育

- ◆授乳期・離乳期には、安心と安らぎの中で母乳または育児用ミルクを飲み、離乳食を食べる経験を通して、食欲や食べる意欲という一生を通じての食べることの基礎を作ります。
- ◆授乳期には、母乳または育児用ミルクを、目と目を合わせ優しい声かけと温もりを通してゆったりと飲むことで、心の安定がもたらされ、食欲が育まれていきます。

厚生労働省「楽しく食べる子どもに～食からはじまる健やかガイド～」(平成16年)

離乳の開始

離乳の開始とは、なめらかにすりつぶした状態の食物を初めて与えたときのことをいう。その時期は生後5、6カ月が適当である。

発達の目安としては、首のすわりがしっかりしている、支えてやるとすわれる、食物に興味を示す、スプーンなどを口に入れても舌で押し出すことが少なくなる(哺乳反射の減弱)などがあげられる。

授乳・離乳の支援ガイド(平成19年3月)より

	食べ方の目安	食事の形態
離乳の開始期 生後5・6カ月頃	子どもの様子を見ながら、1日1さじずつ始める。母乳やミルクはのみただけ与える。	なめらかにすりつぶした状態(つぶしがゆから始める)
生後7・8カ月頃	1日2回食で、食事のリズムをつけていく。いろいろな味や歯ざわりを楽しむように食品の種類を増やしていく。	舌でつぶせる固さ
生後9～11カ月頃	食事のリズムを大切に、1日3回食に進めていく。家族一緒に楽しい食事体験を。	歯ぐきでつぶせる固さ
離乳の完了 12～18カ月頃	1日3回の食事のリズムを大切に、生活リズムを整える。自分から食べる楽しみを手づかみ食べから始める。	歯ぐきで噛める固さ

【授乳・離乳のガイド】(平成19年3月)より

乳児期の食事のステップアップについて

☆乳歯の萌出や摂食機能に食物の固さを合わせるのがポイント☆
「かまない」「丸のみ」「かたいものが嫌い」「偏食」などの食事に関連した問題が生じやすい。

★食事と同時に「食事のあいさつ」や「口腔内衛生の習慣づけ」もセットで開始！

★気道異物の事故に注意
枝豆・ナッツ類は3歳までは与えない！
うろうろ歩かせながら食べさせない！

日本人の食事摂取基準(2010年版より抜粋)

エネルギーの食事摂取基準：推定エネルギー必要量(kcal/日)

性別	男性	女性
0～5(月)	550	500
6～8(月)	650	600
9～11(月)	700	650
1～2(歳)	1,000	900
3～5(歳)	1,300	1,250

基礎代謝量

性別	男性		女性	
	基礎代謝基準値 kcal/kg体重/日	基準体重 kg	基礎代謝基準値 kcal/kg体重/日	基準体重 kg
1～2(歳)	61.0	11.7	71.0	59.7
3～5(歳)	54.8	16.2	89.0	52.2

厚生労働省 日本人の食事摂取基準について <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/05/h0529-1.html>

離乳食で分からないこと (複数回答 n=5,233)

わからないこと	人数(割合%)
食べる適量がわからない	2322(46.4)
乳汁と離乳食のバランスがわからない	816(16.3)
食べさせてよいものがわからない	781(15.6)
離乳の進め方がわからない	748(14.9)
離乳食の作り方がわからない	449(9.0)
何時ころ食べさせたらよいかわからない	292(5.8)

平成17年児童関連調査研究等事業報告書「授乳・離乳の新たなガイドライン策定のための枠組みに関する研究」(主任研究者:堤ちはる)

離乳食の開始/完了の時期

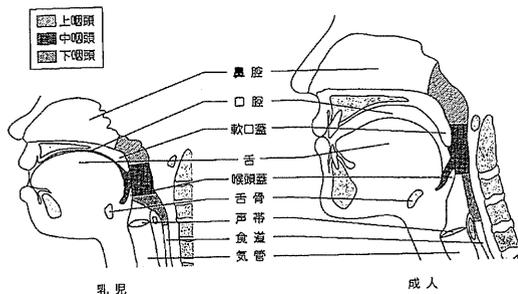
開始		完了	
時期	平成17年	時期	平成17年
3か月未満	0.4	9か月以前	2.0
3か月	4.2	10~11か月	8.0
4か月	10.9	12か月	47.9
5か月	47.6	13~15か月	22.4
6か月	28.6	16~18か月	15.5
7か月以降	8.3	19か月以降	4.2

食べることに困難のある子ども

- ・ 未熟性
 - ・ 構造の異常
 - ・ 中枢神経系・筋障害
 - ・ 咽頭・食道機能障害
 - ・ 全身状態の不安定さ
 - ・ 知的障害
 - ・ 精神・心理的問題
 - ・ 過敏・発達の偏り
- 等

食べる機能についてのアセスメント

- ・ 構造の異常や中枢神経障害などあきらかな原因の有無
 - ・ 経口摂取の経験
 - ・ 食べることへの本人の興味や関心
 - ・ 唾液の処理ができるか/口唇を閉じることができるか(鼻呼吸)
 - ・ 表情
 - ・ 姿勢(首座り・座位の保持)
 - ・ 感覚の過敏(特に顔・口周囲)
 - ・ 「口で食べること」に対する親の思い
- 等



田角 勝: 摂食・嚥下に関する解剖学的知識. JJNスペシャル 52:120,1996.

摂食を進めるポイント

- ・ 段階に応じた介入が必要
- ・ 無理に進めて誤飲させたり、いやな記憶を蓄積させない
- ・ 侵襲の少ない介入から始める
 - 顔や唇のマッサージ
 - ガム・ラビング
 - 姿勢の改善
 - 体調を整える

食事の姿勢のポイント

1. 頭頸部はまっすぐか軽度の前屈位
2. 肩と上肢 : 肩や上肢が後方に引かれると体が伸展しやすいので、上肢を屈曲させ体の前に持つ
3. 体幹の角度と姿勢
体幹支持機能がよければ上体を起こす。
4. 骨盤と下肢
接地面が大きく安定することが望ましく、股関節や膝関節を屈曲させ筋緊張を抑える
5. 座位保持椅子の使用
6. 介助者の負担の軽減 : 続けられる姿勢で

萌歯と口腔衛生

歯の萌出

乳歯は生後6か月ころから萌出し、2歳半～3歳までに20本全部が生えそろう
(ただし個人差あり)

成人の歯の本数は？

唾液

5歳児 0.25ml/分の唾液を分泌
(成人では0.3ml/分)

顎下腺 60% 耳下腺 25% 顎舌下腺 7%

0.1mmの唾液フィルムになり口腔内を多い、潤滑や粘膜上皮・細菌の口腔外への排出を担う

唾液の作用

1. 消化作用 α アミラーゼなど
2. 潤滑作用
3. 抗菌作用 リゾチーム、IgA
4. 緩衝作用 pH調整作用
5. 再石灰化作用
6. 自浄作用

唾液による歯の再生

中性～弱アルカリ性環境下では

Ca、Pはハイドロキシアパタイトに対して飽和

状態にあるので、プラークを核として、歯石を形成しやすい

酸性環境では

Ca、Pは不飽和となり、脱灰傾向となる

では、口腔ケア(はみがき)に適切なタイミングは？

唾液分泌(続き)

- ◆睡眠時は、0.1ml/分以下に低下
→眠前の食事は口腔内環境を悪くする
- ◆部位により唾液の分布にはムラがある
→虫歯は 臼歯では舌側より頬側に多い
下顎より上顎に多い(上顎前歯部)

食事の時間と食べ方、どのタイミングで歯を磨くのが大切

経口摂取で十分にできないときの 在宅での栄養方法

1. 在宅経管栄養法
2. 在宅中心静脈栄養法
3. 上記の併用

経口摂取ができないときの 在宅での栄養方法

1. 在宅経管栄養法
 - 1) 適応
 - ①嚥下ができない/経口禁の指示
 - ②必要十分量の摂取ができない
 - ③治療のため

平成24年度～小児在宅経管栄養があらたに保険適応になった
(対象:15歳未満および15歳以前に経管栄養法を導入し体重が20kgに満たないもの)

経口摂取ができないときの 在宅での栄養方法

1. 在宅経管栄養法
- 2) デバイス
 - ①胃管(経口・経鼻)
 - ②胃瘻(ポタン・バルーン)
 - ③十二指腸チューブ
- 3) 投与方法
 - ①自然滴下
 - ②ポンプ使用での持続注入/間歇注入

十二指腸チューブ

- 胃食道逆流症で嘔吐や誤嚥性肺炎を反復するときに用いる
- 挿入は造影透視下で行うため、医療機関での処置が必要(簡便ではない・苦痛を伴う)
- 高血糖・低血糖、下痢などの副作用が出やすいため、急速注入はできない(注入用ポンプを使うことが多い)
- チューブ径が小さいため、ミキサー食などの注入が困難

経口摂取ができないときの 在宅での栄養方法

1. 在宅経管栄養法
 - 3) 注入に適したもの
 - ①消化態(エレンタールなど)
 - ②半消化態(エレメンタル等)
 - ③濃厚流動食(アイソカル、エンシュア等)
 - ④治療ミルク(代謝疾患、腎不全など)
 - ⑤ミキサー食*

経腸栄養剤の半固形化

- トロミ剤
 - でんぷん系 トロメリン顆粒
 - でんぷん+増粘多糖類 トロミアップ
 - 増粘多糖類+デキストリンとろみファイン
- ゼラチン ジャネフREF-P1
- カンテン かんてんパパ

演習

- どのような食材がミキサー食に適しているでしょうか
- 加工しやすい食品を使って簡単なメニューを考えてみましょう
- 実際にミキサー食を作って食べてみましょう

急変時の対応

近藤陽一
あおぞら診療所墨田

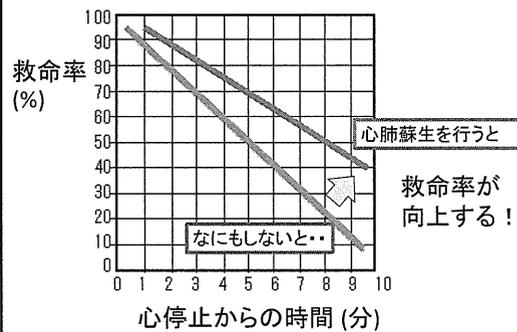
本日の学習目標

- 一次救命処置(BLS)
- 迅速な心肺機能評価
- 小児の気道確保
- 気管切開患者の急変:DOPE
- 循環不全(ショックの認識)
- 痙攣重積

今、あなたの隣にいる人が
急に倒れたらどうしますか？



心肺蘇生の重要性



救命の連鎖



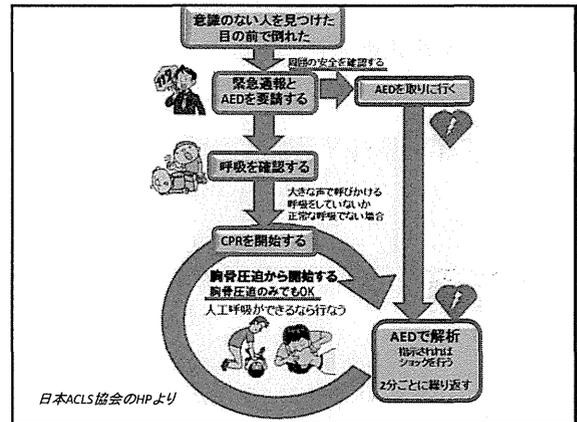
一般市民もできる！！

医療機関

一般市民による救命事例

- 〇月×日 午前11時頃、某駅新幹線ホーム
- 突然卒倒した心肺停止の男性
- 通りがかった女性が一次救命処置を開始
- 開始から数分後、別の協力者よりAED到着
- 電気ショックにて、自発呼吸は回復
- その後、救急隊員に患者を引き継ぎ

一次救命処置 BLS: Basic Life Support



手順のポイント

胸骨圧迫:人工呼吸 = 30:2

小児の蘇生を2人で行う場合 15:2

胸骨圧迫

- 強く: 胸の厚さの約1/3 (<1歳 4cm、≥1歳 5cm)
- 早く: 100回/分以上
- 絶え間なく
- 胸は元の位置に戻す

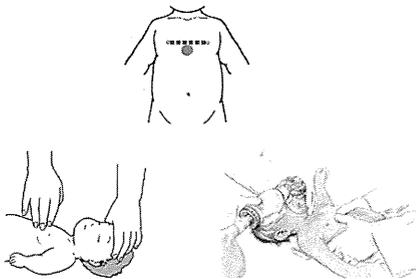
人工呼吸 (できるなら行う)

- 胸が上がる程度

胸骨圧迫の方法



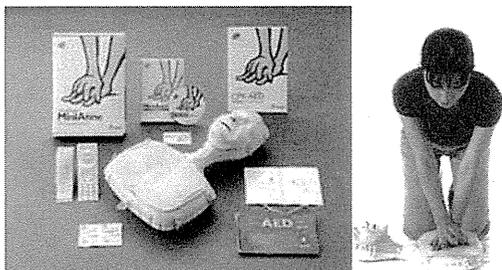
乳児の胸骨圧迫



一次救命処置のまとめ

- 意識がない
 - 119番、AED
- 呼吸がない
 - 胸骨圧迫:人工呼吸 = 30:2
 - 人工呼吸はできればよい
 - 胸骨圧迫が大事!
- AEDも忘れずに!

一次救命処置の自己学習キット MiniAnne®(レールダル)



迅速な呼吸循環の評価

- 一般状態: 見かけ、活動度、筋緊張低下
- 意識: 4段階評価 AVPU
- 気道は開通しているか
- 呼吸窮迫はないか
- 循環の評価 (脈拍触知、脈拍数 < 180、Capillary Refill < 25)

呼吸管理の基本

- 気道確保
 - 分泌物吸引、体位変換、頭部後屈、下顎挙上
 - 経口エアウェイ、経鼻エアウェイ挿入
 - 気管カニューレ交換
 - (喉頭マスクエアウェイ、気管挿管)
- 酸素投与
- 補助呼吸

酸素投与の方法

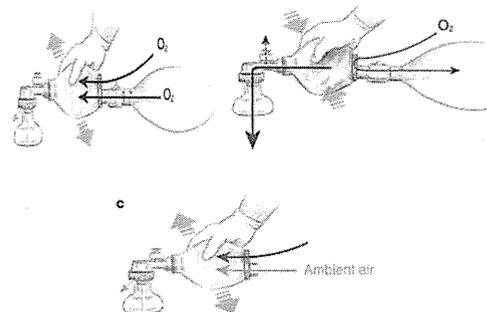
- 経鼻カニューレ
- 酸素投与のできる人工鼻
- フェイスマスク
- 人工呼吸器回路内に
- アンビューバッグの背部に

在宅では吸入酸素濃度を40%以上にすることは困難である
在宅用の酸素濃縮器は3Lまでしか酸素を流せないものが多く、しかも100%酸素ではなく、90%酸素である点に注意する

マスク&バッグの重要性

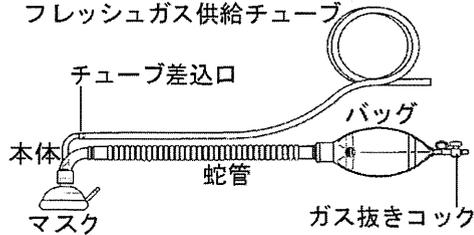
- 気管挿管ができなくてもマスク&バッグ換気(またはマウスツーマウス換気)ができれば生命を救える
 - 気道の開通
 - マスクと顔面の密着 (Eクランプ)
 - バッグによる換気 (一呼吸ごとに胸の上りを家訓する)

アンビューバッグの構造を理解しよう



100%酸素を確実に投与するには

フレッシュガス供給チューブ



気管切開患者の急変: DOPEチェック

- D: Displacement 位置異常
 - 気管カニューレ事故除去→再挿入
- O: Obstruction 閉塞
 - 気管カニューレの閉塞→カニューレ交換
- P: Pneumothorax 気胸 →脱気
- E: Equipment failure 機器異常
 - レスピレーターとの接続のはずれ、回路のもれ、酸素チューブのはずれ、レスピレーターのバッテリー低下等→アンビューバッグに戻す

循環不全の評価

- はじめは(代償性ショック)
 - 心拍数増加
 - 末梢循環不全(手足が冷たいCapillary Refill>2s)
 - 血圧は正常
- 最後は(非代償性ショック)
 - 中枢の脈拍触れにくい
 - 意識低下
 - 血圧低下

Rapid Response Teamコール基準

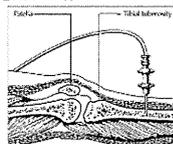
年齢	呼吸数	心拍数	収縮血圧
~3カ月	60 <	< 80 or 180 <	< 50
4~12カ月	50 <	< 80 or 180 <	< 60
1~4歳	40 <	< 60 or 160 <	< 70
5~12歳	30 <	< 40 or 140 <	< 80
SpO ₂ 13歳以上	30 <	< 40 or 130 <	< 90

• チアノーゼ性心疾患 < 60%

• Tibbals J, et al: Reduction of paediatric in-patient cardiac arrest and death with a medical emergency team: preliminary results. Arch Dis Child. 2005; 90: 1148-52

循環不全(ショック)の治療

- ショックの原因を問わず、まず急速輸液
 - 細胞外液20ml/kgを5-10分で輸液する
 - 改善が認められるが不十分な時は急速輸液を再度繰り返す。
- 末梢静脈確保が困難で緊急を要する場合
 - 骨髄針挿入
 - 急速輸液が可能



痙攣重積

- あわてずに、まず呼吸循環の評価をして、ABCの順番で処置を行う(気道確保、酸素投与、補助呼吸、静脈確保)
- 抗けいれん薬の投与(Dizepam座薬、静注)
- 抗けいれん薬による無呼吸が起こればバッグ&マスク
- 採血(血糖、血算、電解質)
- CTや脳波は後でよい

* 姿勢保持を助ける 道具について

2013年11月17日
あおぞら診療所新松戸
理学療法士 中川 尚子

- * 重力との関係
- * 身体の発達 (特に抗重力運動)
- * 筋肉の伸張、関節の動きの維持
- * 視界の変化
- * 手と目の使い方
- * 内蔵 (肺、胃、腸) への影響
- * お尻 (支持面) の発達
- * 人との関係 (家族、療育場面、ヘルパーさん等)
- * 社会的側面

* 姿勢保持の中で考えられる側面

- * 1歳になった18トリソミーのこどもさん
そろそろ、座れる椅子が欲しい
- * なんで?
- * だっこで座るのは安定している。よく周りを見るようになってきた。手を使って遊んでる。1歳って普通の子ほどどんな段階?
- * 身体が崩れやすければ・・・体幹装具もあるといいな
- * 体調が良ければ、外出したいので、お外用のバギーも欲しい。これには酸素と吸引機とspo2モニターを乗せないとね。車にもたんで乗るようにしたい。

* 欲しいなあと思うものは たくさんある

- * 歩行獲得後に低酸素脳症になった年中さん
呼吸状態が悪く、うつぶせだと安定する 身体が大きい
体幹の筋緊張が弱く、身体が崩れやすい
- * 健康状態を保つために、うつぶせマットが必要だよな。
- * 年齢的には外出もするから、外用の車いすorバギーが必要
- * 身体を起こしてることが段階的に必要
膝立ち位: ライダーチェアは? 立位: 起立台
- * 足で支持する力も弱いから、短下肢装具が必要
- * 体幹の弱さから、体幹装具もあった方がいい?
- * 入浴の時には、椅子もあった方がいいね。

* 欲しいなあと思うものは たくさんある

- * 一つ一つの価格が非常に高い
・・・公的補助を利用する
- * 補装具 日常生活用具
⇒ 制度のことをよく知っておくことが必要
身体障害者手帳 持っているかどうか、知ってますか?
障害名、級数が重要
医師の意見書が必要 医師も誰でも良いわけではない
耐用年数 作れる個数 特別補装具
- * レディメイドのもの、オーダーメイドのもの
⇒ 商品知識も必要 (福祉機器展)
- * 作ってくれる業者さんはいるか? どこまでオーダーに対応できるのか?

* 実際に手に入れるには?

- * まとめますと・・・
- * 補助制度の複雑さ
身体障害者手帳 医療保険 介護保険 (レンタル)
- * 市区町村によって、意見書をかける医師の要件、補装具の許可される範囲・個数が異なる
- * ご本人の身体状況と家族のニーズ、場面ごとのニーズを反映させた道具作りの難しさ
⇒ 耐用年数期間があるので、一度作ったらしばらくはそれを使わなければならない



複雑な作業でも、補装具を作るのは、
とても意味があって大切なこと

ご家族からのお話し

*親御さんとの接し方

2013年2月3日
堀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っていくのか？

*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長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通わせて、緩和を含めたこの子のケアや治療を考える。

*この子を

*この子を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

ワークショップ
ガイダンス

側島久典・小沢浩