

NICU入院児・母の心のケア

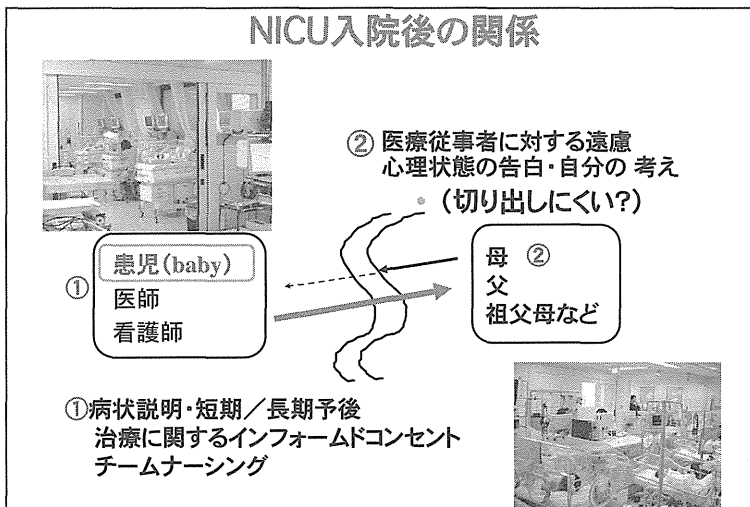


母親は我が子に会いに NICU に来る時どんな気持ちで
 …… 足がすくまないだろうか

障感を抱き、とても傷ついていることを考えておかねばなりません。

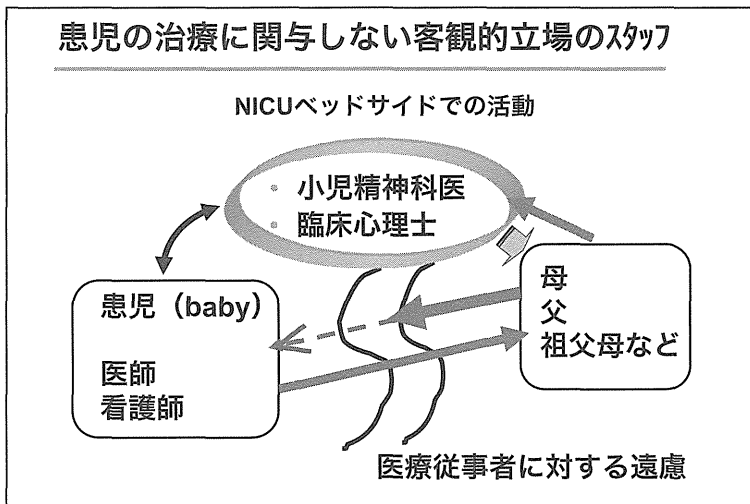
治療成績の向上とともに、医療環境、機器の進歩が評価される中、子どもたちにとってもっとも大切な母、家族への配慮、心のケアは、周産期医療の質を考える中で極めて重要で、近年その注目度は高いです。保育器、人工呼吸器、数々のモニターなど医療機器に囲まれた空間に、我が子を探す時、未熟児を生んでしまったことに多くの母は罪

NICU入院後の関係



NICU に児が入院することで、母は家族、児の祖父母らからの様々なプレッシャーを受け、我が子の治療に当たっている医師看護師へは、多大な遠慮が起きます。このような環境下で医療者への母からの意志表示はしにくく、夫の協力、支持が得られない場合には、一人で悩みを抱え込むことも多いです。

患児の治療に関与しない客観的立場のスタッフ



低出生体重児では、母の想いを十分にくみ取るにはおおきな「壁」が生じることが考えられます。そこで、児の治療に直接関与しない、母の心の変化に寄り添うスタッフが必要となります。このような職種の存在は母子の精神保健に大きな影響を与えることとなります。周産期に従事する臨床心理士、児童精神科医らの存在は、直接主治医、

看護師には言いにくい母の思いを汲み上げることができ、母子関係確立に、また医療者との関係に多大な役割を果たす結果となっています。

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

周産期センター設立基準に心理職の必要性が認識されるようになりました。周産期の母と子どもたちのよりよい関係を支え、その心により沿うことを目的として、2009年11月、日本周産期精神保健研究会が設立されました。新生児科医 産科医、臨床心理士、看護師、助産師、メディカルソーシャルワーカーらが、周産期の心のケアの重要性と、多職種の連携を目指し、活動がすすめられ、2013年全国レベルの研究会を開催するに至っています。

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

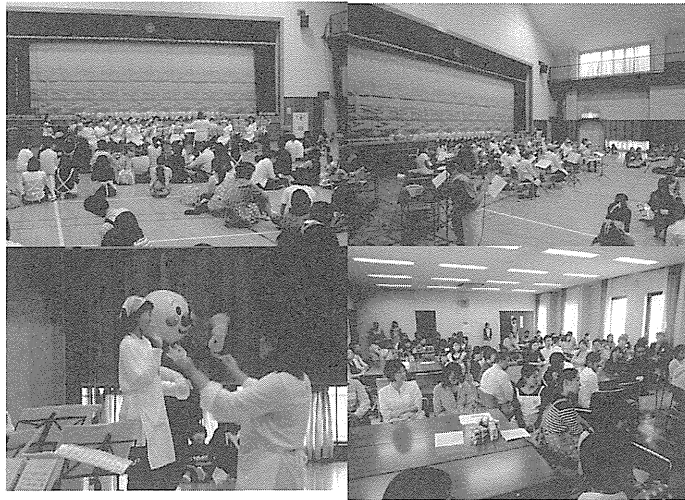
2006年調査

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%)

周産期の医療現場で活動する臨床心理士は、総合、地域周産期センター設立の条件に記載されるに至り、確実にその数は増加しています。周産期精神保健研究会設立後、170施設から得られた2010年の調査では、心理職配置施設数は62、常勤は38施設でした。

2006年の調査では、臨床心理士を置く32施設を含む計37施設が心のケアを行っていました。常勤は17施設でしたが、2010年調査では常勤38施設と、倍近くに増加しました。

2013 Happy smileの会



周産期医療のゴールは、NICUで治療を受けた子どもたちが、家族と幸せな家庭生活、社会生活を送ることにあります。退院後の追跡とともに、家族が一同に会して悩み、喜びを語り合える場を提供することも、医療者のモチベーションを高め、医療の質の向上に向けて極めて大切です。多くの施設が、このような家族の集まりを企画しています。埼玉医科大学総合医療センターで開催されている「ハッピースマイルの会」は、医師、看護師、助産師、事務職、

理学療法士らによるボランティアで運営され、50家族程が毎年集まり、子育ての悩みを共有し、家族、医療者との交流を深めています。このような企画は、周産期医療の質の向上にとって極めて重要です。

以上、新生児医療を中心とした周産期医療の現状を解説しました。

第9章

訪問看護実践

1. 訪問看護という事業

相談支援機能を持った訪問看護

超高齢化社会において在宅医療の充実は必須であり、訪問看護が果たす役割は大きく期待されるものであります。

介護保険法は加齢に伴う身体的な変化と、高齢化社会に対応可能となる経済や暮らし方に配慮した保険です。年齢や疾患名などで切り分けた仕組みの中で、そこに該当しない人たちが小児若年成人ということになります。地域で暮らす、全ての方々に訪問看護サービス届くように、相談支援機能を持った訪問看護の看護展開や運営について考えてみたいと思います。

小児若年成人在宅医療ケアの対象

- 1.産まれた時から、長く生きられないと言われる子ども達
…産まれたその時から生きるための医療と緩和ケア
が一つになるそして暮らし的育児的愛護的ケア
- 2.若年成人期やそこに至るまでに治療の限界が来るであろう子ども達
…小児科なの？どのような場所で最期を迎えるの？
- 3.重症児者のターミナル期の問題
…非癌の看取りの問題(高齢者も)、親なき後の問題
- 4.悪性腫瘍の治療中とターミナル期をどのように支えるか
- 5.長い間、福祉施設で暮らしている方で、自分で生きる場所(最期を迎える場所)を選べない方達
- 6.医療が進歩すると……私たちが初めて知る心と体？
- 7.発達の凸凹で社会と繋がりにくい方
- 8.通学～就労～老い。誰にでも訪れること！

1. 産まれた時に短命ですよという説明を受けているご家族がいます。現実には、その通りに早く亡くなられる子どももいますが、気が付いたら6歳になっていました、12歳になっていましたというようなことは良くあることです。
2. 治療方法が確立していなかったり、とりあえずの治療として今をすごし将来20歳30歳40歳、どのようになっていくのか未知の世界であるというような方達です。25歳になって小児科に入院というのも不自然です。しかし成人領域では、先天的な疾患で治療を受けてきた方達の治療経験のある医師はほとんどいませんし、入院先を見つけることも難しいのが現状です。この方たちの生きにくさを理解していけるシステムは何処にあるのでしょうか。そして最期の時をどこで誰がどのようにして支えるのでしょうか。
3. 非癌の看取りの問題です。癌という悪者がいない分、介護の力がないからとか、何か手を抜いたからとか、家族が自分たちを責めたりするかもしれません。長い間家族が大切に育ててきた子どもの最期の時を、どのように受け入れていくのか、個別性が高くなかなか良い手立てが見つかりません。ただただ時間をお付き合いするということなののでしょうか？
4. 悪性腫瘍の治療中やターミナル期の方達の支援は、高齢者にはかなりのノウハウを持っていますが、小児となるとあまり経験することがすくないのではないかと思います。緩和ケアで本人の持っている力を最大限に発揮させて、治療成績も高め、もしも治療ができない状況だとしたら、残された時間をどこで過ごすのか子どもや家族が選べるようにしたいも

のです。

5. 長い間入所施設で過ごされてきた方（就学猶予があった時代の方達など）にとって、その施設での最期はどのようなものになるのでしょうか。ケアホームやグループホームは、終の棲家としてこの方たちを見守る仕組みになっているのでしょうか？この方たちの高齢化の問題も地域は積極的に引き受けたいものです。
6. 医療が進歩すると、新薬などが出来、その副作用でおこる生きにくさは多様になります。目の前で起こる現象から、暮らしにくさや生きにくさ育てにくさなどを感じ取って対応方法を見つけていく。そんなことが必要なのではないかと考えます。
7. 発達が凸凹で生きにくさを持っている方が増えています。この方たちへの支援と、それを早期に発見して介入方法を見つけ出すために、0歳児のケアの見直しや、2次障害の予防が必要です。高齢者や認知症の看護経験者は、発達障害に対する理解もすぐに浸透するように思います。
8. 入園～就学～就労等、暮らしが続くことで当たりまえに訪れることを支えていかないと暮らしが途絶えて、そこで家族ともに成長することを妨げます。

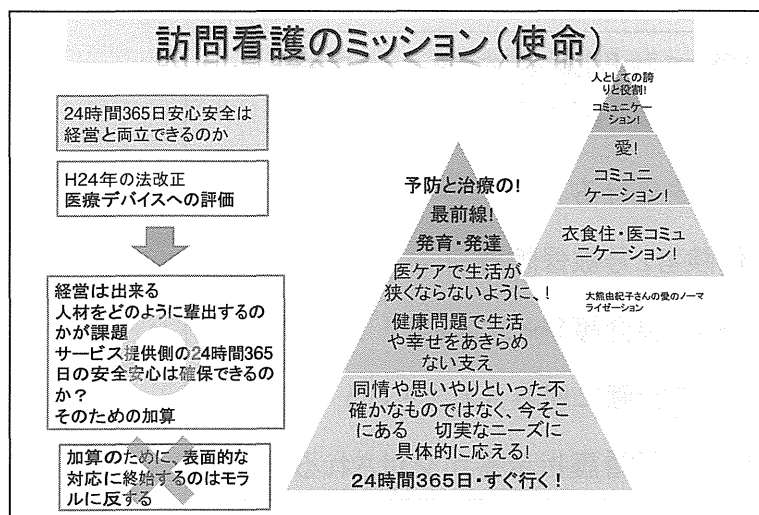
1～8の方達以外にも在宅医療を必要としている方はいらっしゃるかもしれませんが、訪問看護師はこれらの方達も対象なのだという自覚をもって、地域活動を続けて行きたい

と思います。

訪問看護のミッションは暮らしに密着して、同情や思いやりといった不確かなものではなく、今そこにある切実なニーズに具体的に応えるサービスです。

24時間365日・すぐ行くが基本です。

大熊由紀子さんのアイのノーマライゼーションをご存知でしょうか？



経済の安定や休息や最低限の暮らしが無いと、愛も発揮できません。母子の愛着形成や父親の育児参加などを促すためには最低限の暮らしの保証が必要です。その切実なニーズに応えるのが訪問看護のミッションです。そして健康問題を解決しながらライフステージに寄り添い治療の最前線であることを自覚しながら、モニタリングと環境整備を進めていきます。

目指すところはわかっても実践は本当に大変です。

平成24年に医療保険の改正がありました。公立病院などと比べると、高いお給料とは言えませんが経営は可能だと思います。しかし、訪問看護にはなかなか人が集まらないのが実情です。人材をどのように輩出するのが大きな課題です。

サービス提供側の24時間365日の安全安心は確保できるのか？そのための加算ではあるがそれを正しく運用しているかなどまだまだ制度や運営的にも未開発な部分が多い事業でもあります。

とてもやりがいのある職業ですので訪問看護のミッションが果たせるような事業で、同時に人材輩出が行えるような訪問看護ステーションや医療機関における訪問看護の有り方を皆さんと考えていきたいです。

それではここからは訪問看護を実際に利用する時の仕組みについてご説明いたします。

訪問看護の報酬

- 医療保険と介護保険の双方を使う
- 介護保険の対象の患者は介護保険優先
- 介護保険サービスの対象となるのは要介護認定を受けたもの
 - 65歳以上の1号被保険者
 - 40歳以上65歳未満の第2号被保険者で特定疾病の患者（末期がん、認知症、パーキンソンなど）
- 原則的に週3回だが以下の場合には週4回以上可
 - 特掲診療料の施設基準等別表7（厚生労働大臣が定める疾病）
 - 特掲診療料の施設基準等別表8
 - 特別訪問看護指示書が発行された場合

介護保険で訪問看護をサービスを利用する

- 要介護認定を受ける
 - 1号被保険者2号被保険者
- 要支援1～2 要介護1～5に該当
- 居宅サービス計画に組み入れてもらう
- 主治医から訪問看護指示書が交付される

医療保険で訪問看護サービスを利用する

- 介護保険非該当
- 主治医から訪問看護指示書を交付される
- 介護保険で訪問看護を受けていても医療保険が適応になる場合がある
 - ①急性増悪期に主治医から「特別指示書」が交付された場合
 - ②末期の悪性腫瘍及び厚生労働大臣が定める疾病など（別表第7）

**厚生労働大臣が定める疾病等【B】
特掲診療料の施設基準等・別表第7**

- ①末期の悪性腫瘍
- ②多発性硬化症
- ③重症筋無力症
- ④スモン
- ⑤筋委縮性側索硬化症
- ⑥脊髄小脳変性症
- ⑦ハンチントン病
- ⑧進行性筋ジストロフィー症
- ⑨パーキンソン病疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る))

**厚生労働大臣が定める疾病等【B】
別表第7**

- ⑩多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群)
- ⑪プリオン病
- ⑫亜急性硬化性全脳炎
- ⑬ライソゾーム病
- ⑭副腎白質ジストロフィー
- ⑮脊髄性筋萎縮症
- ⑯球脊髄性筋萎縮症
- ⑰慢性炎症性脱髄性多発神経炎
- ⑱後天性免疫不全症候群
- ⑲頸髄損傷
- ⑳人工呼吸器を使用している状態

**特掲診療料の施設基準等
別表第8**

- ①在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- ②在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態
- ③人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
- ④真皮を越える褥瘡の状態にある者
- ⑤在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定して者

厚生労働大臣が定める疾病や状態 別表第7・8

- 訪問制限がない。但し1日3回までしか算定できない
- 2か所のステーションからの訪問が可能
- 1週間7日の訪問プランを計画すれば3か所からのステーションを利用可能
- いずれも1日に1か所のステーションしか算定できない

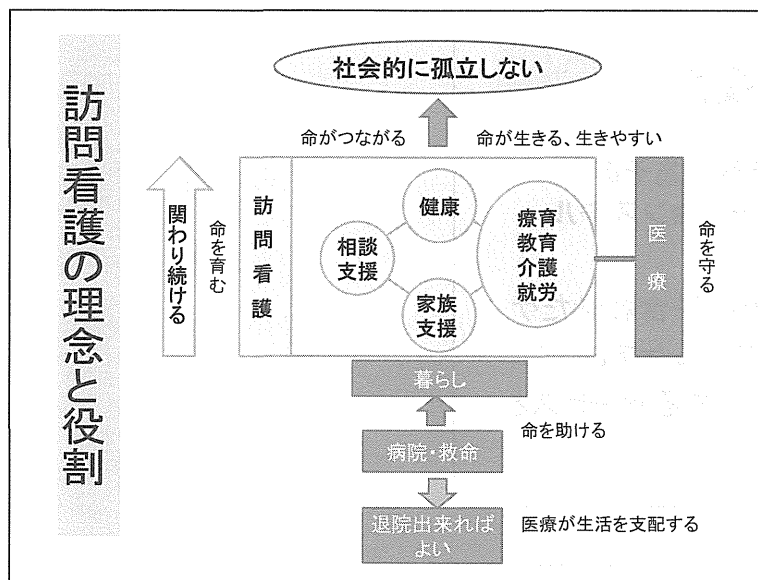
厚生労働大臣が定める疾病や状態 別表第7・8

- 90分を超える長時間訪問看護:15歳未満
スコアー10点以上の準重症児は週3日算定可能
その他は週に1回算定…別表第8と特別指示期間
が可能*別表第7は非該当
- 複数名訪問看護加算、看護師などは週に1回算定
可能(補助者は回数制限なし、別表第7・8以外は
補助者は週に3回の制限有)
- 退院支援指導加算2回算定
- 外泊日の訪問看護(基本療養費Ⅲ)2回算定

危惧されること

- 複数の訪問看護ステーションから訪問が可能になり、そこを連携する
コーディネーターは何処にいるのか?24時間の緊急時の対応をどの
ように考えるのか?(加算は1か所のみ請求)
- 24時間加算
24時間対応体制加算5400円月1回…訪問に行ける
24時間連絡体制加算2500円月1回…電話対応で良い
*どちらでも特別管理加算は請求が可能(2500円と5000円)電話
対応だけしかないステーションが増えていないか?
- 乳児・幼児の加算1日500円が無くなった事で、訪問が必要又は訪問を希
望しているのに、訪問を終了するということがおきないか?
- 長時間訪問看護の加算の適切な運用や、実費請求できるものなどについて
連携する専門職や利用する家族が、正しく理解できるような説明がされてい
るかどうか

小児若年成人に対する訪問看護が切望される中、その訪問看護の質や制度上の問題点などを明らかにしていく必要があると考えています。



関わり続けることで、子どもやその家族の抱えている問題を社会化して、家族だけで抱えているかのように見える健康問題を、その社会との繋がりがで解決しようとした時の大きな支えになりえる仕事であることに訪問看護師は誇りを持っています。

訪問看護の役割

ここからは具体的に訪問看護の役割について考えていきたいと思います。利用者のニーズを中心に、訪問看護師は様々なニーズに対応できる職業なのです。

- ### 訪問看護の役割
- 訪問するその時間に提供できる行為そのもの・・・ケアスキルやコミュニケーションスキル
 ケースワークをしながらその子合わせたケアスキルを見つけ出し提供します
 - 環境調整とモニタリング機能
 コミュニティーワークしながら、地域に合わせた環境調整を行い常に成長変化する日常に対応し、その子の健康を導き出します
 - 相談支援機能
 訪問過去を知り将来を創造して継続性、連続性を持って看護を提供することからソーシャルアクションが導き出されます

訪問看護の役割

環境調整とモニタリング機能

コミュニティーワークしながら、地域に合わせた環境調整を行い常に成長変化する日常に対応しながら、その子の健康を導き出します

その子とその家族はどのような暮らしを望んでいるのか、何がしくてどんな将来を考えていて、どんな所に住んでいて、など、ケースワークを通して、いろいろなことが明らかになってきます。暮らしにくさや生きにくさは、住んでいる環境に大きく左右されますから、地域診断が必要になります。家で寝ていればよかった赤ちゃんの時期

から、成長するにつれて外で遊びたい、お友達を作りたい、という想いに変化するの当たり前です。しかしそのことが叶わないことだとしたら、訪問看護師はどのようにしたらその願いが叶うような環境調整をして、自宅以外に過ごせる場所を地域に作るのか。そこがないと健康に暮らし続けられないとしたら、それもやはり訪問看護の仕事の一部と考えたいものです。

年齢	0.5	1才	1.5	2才	2.5	3才	4才	5才	6才	12才
日付	H22.7		H23.7		H24.7		H25.7	H26.7	H27.7	H33.7
家族のこと	兄弟 母	○小学6年 ●育児能力 ○育児能力		○中学1年		○教育への母の見通し		○高校入試		
発達	●発達検査		○発達検査		○発達検査		○発達検査		○発達検査	
医療			○OBNPなど、検査値がどのくらいになると危険か？		○歩いて学校にいきますか？ ○運動量制限確認		○運動量制限確認		○危険回避能力 ○運動量を守る ○急ぎ動き	
健康になる気持ち	大学病院		○内服薬が口から飲める ○口から食べれる □Mチューブ抜き							
関わり	医療	11/4入院		1月ベース 訪問看護 訪問		児童デイ		親子通園		
	療育	※●これまで ○これから				○幼稚園		○小学校		
	教育					A園? B園C園?		地域・環境のアセスメント		
予防接種	BCG・麻しん風しん 三種混合		三種混合 水痘							
感染エピソード			風邪(軽症)入院なし							
乳幼児健診			○1.5歳健診		○日本脳炎		○麻しん風しん			
身長・体重	・73cm ・6580g		・73.6cm ・7570g							

これは見通しシートです。その地域に住みつづけるときに、今ある社会資源を活用するとどのような通う先があるのか？ 今後治療はどのように進むのか？ きょうだいなどの暮らしはどう変化して、この子にどのような影響があるのか等、予測できる範囲で考えてみるのです。複数のスタッフで考えてみて考えがまとまらない、出かける先が見当たらない、その時に地域の仲間を見つけて、近づいてみるのです。

医療が福祉や教育に繋ぐもの

- 医療は、どうやって健康に導くの？
- この子の元気を何で測るの？
- この子の体調の悪さを何で測るの？

モニタリングして在宅におけるその子の健康指数を見つけたら！四季でも指数は変わる。この子の元気はこれだ！と分かれば、そこから福祉や教育にこの子を繋げる！

情報収集の介入は慎重に！
推し量る、チームでモニタリングする、暮らしの中の科学的な介入は暮らしを壊さないことが重要で、だからこそ多職種の役割分担と時間の流れを意識したプランが必要

そもそも医療は暮らしやすい体を作ることであり、誰もが願う健康に暮らすことをサポートする事である。健康になるためにどのようなニーズがあるのか？科学的な根拠を持って解明されていること、情念的な人としての厚みのコラボレーションの中に在宅医療在宅ケアは存在する

24時間どのように過ごしているのかな？

時間	本人のスケジュール	育児
6:00	起床 吸入 着替え・おむつ交換	抱っこでベットへ移動 吸引器・呼吸器関係グッズの整備 吸引・着替え・おむつ交換(だっこ)
7:00	注入	ミルク準備・胃残確認・ミルク注入
8:00	吸引	入浴準備
9:00	入浴 着替え・気切胃残の確認	呼吸器の整備・ベットメイキング いっしょにケア
10:00	口腔ケア	
11:00		
12:00	注入 お昼寝	吸引・着替え・おむつ交換・だっこ ミルク準備・胃残確認・ミルク注入
19:00	ばば！おかえり！遊んでもらう！	
21:00	就寝	絵本を見ながら添い寝
2:00		吸引・おむつ交換

医療的ケア
+

生活的ケア
+

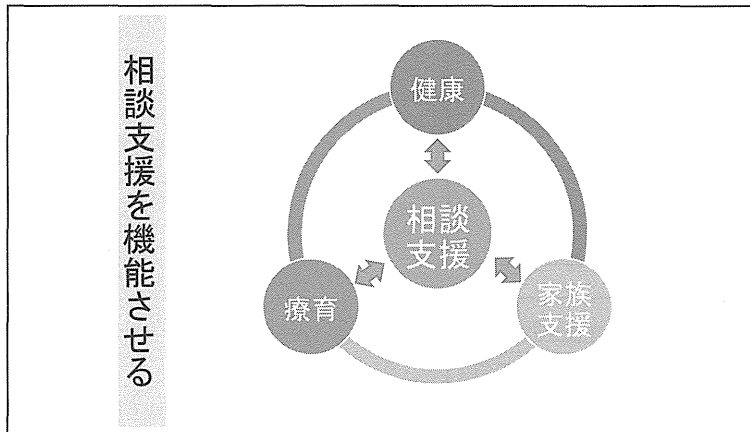
コミュニケーション
||

暮らしのリズム

環境変化
が大きな
リスクに！

初回の訪問時から24時間どのようにすごし、1週、月間、年間の暮らしを理解できるように情報を取っていきます。その詳細な情報を専門職が理解し合うことが、連携ののりしろ部分の始まりなのです。自分で自分の事を伝えられない人たちにとっては、この情報で命を守ることに繋がります。子ども達の家族や本人も、いろいろとこだわりが強い方達がありますが、原

りますが、それも、計画的に意図的に、有期限付きで、あるべきです。訪問看護は計画的に目的を明らかにして健康課題を解決するために具体策を持って訪問します。そのあるべき姿をきちんと描きながら、少しずつ真のニーズに近づくプランとシフト組をしながら、ステーションに不足している人時間、スキルなどを身に付けていくのです。ニーズに寄り添い事業を進めていくことが看護教育の近道であり事業成功のカギになります。



健康に導くためには、地域資源と繋がっていく必要があります。ここで、訪問看護の役割の3つ目として相談支援機能が必要になります。

訪問看護の役割

相談支援機能

訪問過去を知り将来を創造して継続性、連続性を持って看護を提供することからソーシャルアクションが導き出されます

相談支援機能

- ケースワーク
暮らしが成り立つ医療(割り引かれたまたはあきらめの医療ではない)
どのように暮らしたくてどのように生きたいか、将来の夢・困りごとは何か・24時間1週間1か月1年の暮らしぶり・経済状況・健康に対する気持ち・社会との繋がり方
- コミュニティーワーク
暮らしている地域はどんな地域？
具体的に何があれば暮らしが成り立つの？
- ソーシャルワーク
地域の資源を使って仕掛けを作る・・・その人にあつた人や物や企業を作ろう！
幼稚園や保育園、学校を地域全体で支援しよう！

ケースワーク(個別援助技術)

- ニーズに一番近い存在
- 正しくニーズをつかみ取る、さっする、感じる力があれば、その後のコミュニティーワークに繋がる
- 新しい、最先端の医療が作り出す心身を持つ(治療の成果や副作用、2次障害)利用者には医療者が一番近くにいるので、それゆえの生きにくさを訪問看護師(在宅医療)がアセスメントする
- 利用者の特性を他の職種に合わせて説明ができる(噛み砕いてケースワークしないと説明が難しい言葉になる)

コミュニティーワーク (地域援助技術)

- 利用者の特性を地域に知らせ、地域化していく。地域の課題が個人の困りごとになっていることに気が付くこと→常識のある人
- 地域の人に気付いてもらう力があること→他の職種が持つ特性を理解して丁寧に気付いてもらう
- 地域がどう変われば、その利用者の暮らしが成り立つのか→今だけではない、過去と未来に想いを寄せる
- 地域も健全に成り立つように、利用者がどのようにして社会と繋がっているのかをよく理解して、その繋がり方も調整する

「訪問看護ステーション」のミッションは
産まれ・育ち・共に生き・看取を支える(ソーシャルアクション！)

24時間365日在宅療養を支えて、地域で暮らす
全ての方々に終身プランが描ける地域を作る

(0歳から100歳の利用者がいます)

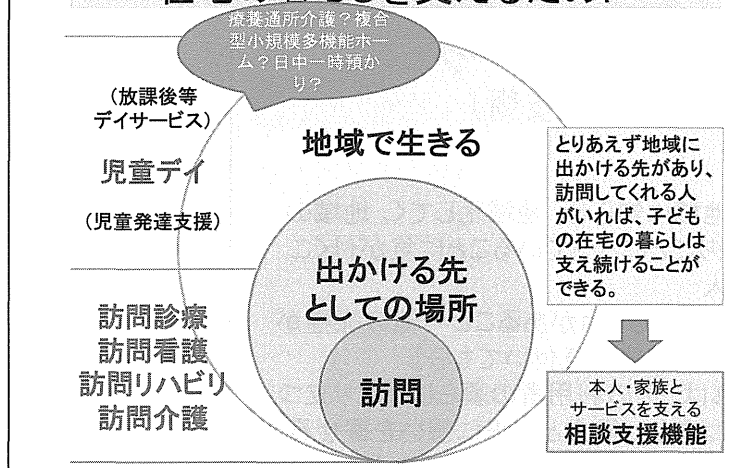
訪問看護は医療行為をすることだけが仕事では
無い。地域の最小単位である家族機能を最大に
活かしながら、健康を支えることが仕事である
それを事業として運営して人材を輩出する

ソーシャルワーク(社会援助技術)

地域によって困り感は全く違う！
教科書には載ってない！
地域診断が必要です。
自分が暮らす地域に必要な資源を作っていく
個別ニーズに寄り添っていくと、必ず地域が見えてくる

相談→利用者が見つかる→事業化→経営
人材輩出
ソーシャルワークで地域を作る！

在宅の暮らしを支えるために



暮らし続けるためには、自宅に訪問してくれる人がいて孤立せずに暮らしが続き、そのうちに健康が整い、通う場所ができたなら、自宅以外で過ごすことが可能になる。とりあえずは訪問と通いの場所があれば何とかするのはないでしょうか。

暮らしを整える・・・その中に訪問看護がある！
(健康・相談支援・家族支援・療育)

在宅支援の視点 まとめ

- ①時間軸・・・あるべき姿を探す
 - ・24時間 0歳 3歳 6歳 12歳 18歳
 - ・訪問時間をどのように使うのか、365日をどう使うのか
- ②社会とのつながり軸(関係性)・・・あるべき姿を見つける
 - ・生きられれば良い～よりよく生きる～その子らしく生きる
- ③自立・自律軸・・・関わりながら見守る導く！
 - ・今、何も起こらないで過ごす(予防的な介入)
 - ・自分でできる(家族の子育て、本人の育ち)
 - ・誰かのために役立つ

訪問看護は暮らしの支えの中の一つのサービスです。

暮らし方が健康的かどうかが大変な視点になります。

その家族の時間やお金の使い方や、四季折々の暮らし向き、そして社会とどのようにして繋がっているのか、そのような情報収集しながら、その人らしく暮らし続けるために、時にはたくさんさんの時間が必要なきもああるし、訪問が必要ないときもある

るかもしれません。ですが必要になった時にはいつでも相談できる地域に密着した存在として、訪問看護師が地域に根付くことを期待しています。

2. 子どもたちのケア

子どもをどのように理解していくのか説明いたします。

子どもたちのケア

子どもやその人を理解する事

- 発達には飛び越せない・・・飛び越したように見える、補える
- 0歳児は解りやすい・・・子どもが欲しがるものを見つけてそこから自分自身で成長する
- 重い障害や、病気を持っている子は、発達がゆっくりだったり、出来たりできなかったり・・・
- 経験が行動を支える

発達の順番

入力：感覚器から入った情報をキャッチする
子どもは知覚すると運動を始める

- ★何かが聞こえたから見てみよう・・・眼球運動
- ★もっとよく見よう・・・首を起こす(首が座る)
- ★そばまで行ってみよう・・・手を伸ばす、ハイハイする、歩く

その結果として運動機能が発達する
その意味を知って(認知)して言語に発展する
入力を間違えてると伝わらないし発達しづらい

発達のために感覚を知ろう！

感じるためには感受性と入力方法が大切

触覚：触る、風が吹く、熱い冷たい

前庭覚：（重力や運動を感じる：ブランコ、滑り台）

体のバランス・体の傾き・運動の速さ・変化

固有覚：（筋肉や関節の動きを感じる：ジャンプ、キック）

手足の位置、体の動きを知る感覚 ぶら下がったり、引いたり押したり、力を入れる、

内臓覚：おしっこが貯まる、おしっこが出る、空腹、満腹

視力（視覚）、聴力（聴覚）、味覚、嗅覚などが備わっているかどうかというよりもそれ以前に基本的に欲しい刺激があるのでそれを提供する！赤ちゃん自身の力で感覚を統合できるような環境を作ろう！

触覚の説明です。

発達に大切な触覚

- 原始系（保護・・・外界から身を守る）
- 識別系（操作・・・外界を知る）
- 情緒の安定
- 触覚防衛

この4つが成長の過程でバランスよく成長し、触られてもびっくりしなくなっていくます。原始系が強く反応してしまう子ども達の生きにくさ、育てにくさを理解して訪問看護のメニューに活かします

触覚・・・識別系

- 触っただけで経験上、なんだか分かる
触覚からの入力が上手いできないと手を伸ばす、ハイハイするというように発達が進まない
- 身体の上を毒クモが這ってきたら刺される前に気が付くから自分の身を守れる
安全だと思えないから過剰防衛になって人や物との関わりが持ちにくくなる