

平成 11 年度 社会福祉・医療事業団
(子育て支援基金) 助成事業

小児慢性特定疾患患児および障害児の
在宅療養を支えるためのモデル事業

報 告 書

2000年3月

社団法人 全国訪問看護事業協会
本委員会委員長 神谷 齊
主任研究員 及川 郁子



はじめに

近年の高度専門医療の発展に伴い、以前には助からなかつた超極出生体重児や障害をもつた新生児が救命されるようになるにつれ、医療機器を装着し、また医療処置を継続しながら生活を送る子どもたちが増加してきている。

また、今日の社会環境の急速な変化の中で、家族の絆や家庭機能の弱体化のため、慢性疾患を持った子どもたちが、家庭や地域で暮らしていく上で多くの困難も多い。このような状況下での小児医療に対応できる病院の体制、市町村や保健所保健婦の育成、訪問看護ステーションの育成等は、小児医療を行っている医療機関から在宅療養の促進を図る上で重要な課題である。しかし、これまで、小児の在宅療養の実態についてはあまり明らかにされてきていない。

そこで本事業では、小児慢性特定疾患および障害児の在宅療養の促進に向けて、入院医療から在宅医療への移行期に焦点をあて、現在の小児在宅療養の実態と課題を明らかにすることを目的として取り組んだ。

全国的な実態を把握するため、小児の入院施設および訪問看護ステーションにアンケート調査を実施した。さらに具体的な状況を明らかにするために、入院施設および、小児の訪問看護を実施している訪問看護ステーションに対し、ヒアリング調査を実施し、入院施設と地域との連携の取り方、訪問看護の継続のための要件などについて検討した。

その結果、病院から地域、また地域から病院への連携のネットワーク化を図ること、社会資源の獲得や活用方法の情報交換、在宅ケアの実践能力を高めるための看護職の教育など、小児の在宅療養を促進するための今後の課題が明らかになった。また、入院から在宅への移行や継続のための要件をさらに検討すれば、在宅ケアがスムーズに行われるためモデル化が可能であることも示唆された。

本報告書は、実態調査のレベルを脱しないが、小児医療に携わる方々がこの調査結果を参考に、問題や課題を見直し、行政の協力を得て小児の在宅療養の促進に寄与することが望まれる。

お忙しい中、本調査にご協力いただきました入院施設、訪問看護ステーションの皆様に深く感謝申し上げます。

2000年3月

小児慢性特定疾患児および障害児の在宅療養を支えるためのモデル事業
委員長 神谷 齊（国立療養所三重病院長）

目 次

事業の概要-----	1
結果	
医療機関アンケート調査-----	5
医療機関における在宅への移行に関する事例調査-----	50
訪問看護ステーションおよび訪問看護部による小児の訪問看護の現状-----	57
子どもの在宅療養に関する要因の分析-----	102
研修会-----	117
付録	
アンケート調査用紙	
医療機関（病院）用-----	123
訪問看護ステーション用-----	133
病院訪問看護部用-----	144
事例調査用紙	
医療機関（病院）用-----	155
訪問看護ステーションおよび訪問看護部用-----	162

事業の概要

1. 目的

本事業の目的は、小児医療に対応できる訪問看護ステーションを育成し、小児医療を行っている医療機関、地方自治体および地域のさまざまな社会資源との連携体制を確立し、慢性疾患や障害をもった子どもたちの在宅療養を促進するため、入院医療から在宅医療への移行期に焦点をあて、その実態と課題を明らかにすることである。

2. 方法および内容

(1) 調査研究委員会の設置

本テーマについて有識者による調査委員会を設置し、調査研究計画の策定、調査の実施および分析を行うとともに、研修会を企画・開催した。

(2) アンケート調査

入院医療機関には退院指導の実際やフォローの状況、入院施設内外との連携状況について、訪問看護ステーションおよび病院の訪問看護部には、小児の訪問の受け入れ状況や実施内容等について、調査内容を検討し、郵送法にて調査を行った。

調査時期：1999年12月～2000年1月

(3) 事例調査

在宅移行を実施している入院施設および小児の訪問看護を実施している訪問看護ステーションを選定し、入院から退院後まで含めた具体的なケア内容と実施上の困難などについて、ヒアリング調査を実施した。ヒアリング調査は、ワーキンググループ委員および調査員によって行われた。

調査時期：2000年2月～3月

(4) 研修会

研修会は、病院に勤務する看護婦（士）と訪問看護ステーションに勤務する看護婦（士）等を対象に2回開催した。

第1回目は1999年10月2日に開催し、小児慢性疾患児や障害児の特徴、在宅療養に必要な社会資源についての基礎的な知識を学び、また小児の在宅療養について病院や訪問看護ステーションでの実情などを話し合い、アンケート調査の予備資料とした。

第2回目は2000年3月19日に開催した。アンケート調査の結果を入院医療機関側、訪問看護ステーション側の双方からは発表し、結果に関する意見交換を行った。また、在宅に移行するに利用されている医療的ケア（5項目）の看護マニュアルについて、一貫したケアを提供するための管理方法などについて検討した。

2回とも92名～95名（委員を除く）の参加があり、活発な意見交換を行うことができた。

3. 事業実施体制

本事業の実施に際しては、以下のメンバーより構成される調査研究委員会を設置して行われた。アンケート調査に関しては、委員をワーキンググループに分け検討会を重ねた。

委員長	神谷 齊	国立療養所三重病院 院長
主任研究者	及川郁子	聖路加看護大学 教授
委員	石井由美 上野桂子	千葉県子ども病院 看護婦 聖隸福祉事業団在宅サービス部 部長 訪問看護ステーション住吉 所長
	川口千鶴	東京女子医科大学看護学部 助教授
	斎院由紀子	前神奈川県立こども医療センター 看護婦
	鈴木千衣	福島県立医科大学看護学部 助教授
	田代弘子	埼玉県立小児医療センター 看護婦長
	谷川睦子	国立小児病院 看護部長
	千速由美子	国立療養所三重病院 副看護部長
	西島英利	(社) 日本医師会常任理事
	平林優子	聖路加看護大学 助教授
	水守法子	静岡県立子ども病院 指導室長
	山西紀恵	横浜市南区医師協会南区メディカルセンター 訪問看護ステーション 小児訪問看護婦

結 果

医療機関アンケート調査

I. 目的

入院機関において、慢性疾患や障害を持つ小児の在宅療養を促進するための問題点や課題を明らかにすることを目的とした。

II. 研究方法

全国の国立病院および国立療養所（明らかに慢性疾患の小児を対象としていない病院は除く）、小児専門病院、各都道府県の病床数500床以上の病院のうち無作為に1都道府県につき2病院ずつを調査対象とし、在宅療養を行っている子どもに関するアンケート調査を行った。データ分析には、統計学パッケージHALBAUを用い基本統計量の算出を、また記述式の設問は内容分析を行った。

III. 結果

質問紙は、204カ所に発送し、回収は82カ所（回収率40.2%）、有効回答数は78カ所（有効回答率38.2%）であった。

1. 医療機関の属性

1) 地域

対象となった医療機関の地域的なばらつきは表1の通りである。

表1 対象医療機関の地域分布 (n=78)

北海道・東北	11	近畿	13
関東	18	中国・四国	11
中部	13	九州・沖縄	12

2) 設置主体

設置主体は、都道府県が最も多く17カ所、次いで国立療養所15カ所、国立病院14カ所となっている（表2）。

表2 対象医療機関の設置主体 (n=78)

都道府県	17	学校法人	5
国立療養所	15	国（その他）	1
国立病院	14	厚生連	1
国（文部省）	10	医療法人	1
市町村	7	財団法人	1
日赤	6		

3) 種類

78 力所のうち、総合病院が 53 力所 67.9%に対し、小児専門病院は 9 力所 11.5%であった。国立療養所系病院 16 力所 20.5%であった（表 3）。

表 3 対象医療機関の種類 (n = 78)

総合病院	53 (67.9%)
小児専門病院	9 (11.5%)
国立療養所系病院	16 (20.5%)

4) 開設年

開設年は、表 4 に示す通りである。

表 4 開設年 (n = 76)

1899年代以前	2	1960年代	6
1900-1929年	6	1970年代	9
1930年代	8	1980年代	9
1940年代	23	1990年代	5
1950年代	8		

5) 病床数

病床数は、許可病床数平均 612 床（最小 47 床、最大 1196 床、n = 78）、稼働病床数平均 576 床（最小 47 床、最大 1196 床、n = 76）である。平成 11 年 12 月 1 日現在の在院患者数は、平均 492 名（最小 24.5 名、最大 1015 名、n = 74）であり、そのうち 18 歳未満の入院患者数は平均 60 名（最小 6 名、最大 202 名、n = 59）であった。

6) 併設施設

医療期間に併設している施設としては、患者・家族向けの宿泊滞在施設が 6 力所、訪問看護ステーションが 3 力所、養護学校 2 力所、その他 3 力所などであった。

7) 在宅療養推進のための委員会など

医療機関内に在宅療養推進のための委員会などがあるのは 73 力所中、22 力所 30.1% あった。このうち「---部」または「---室」として位置付けている施設は 3 力所 で、「---委員会」「---会(会議)」等が 14 力所であった。「継続看護委員会」(3 力所)、「訪問看護委員会」(2 力所)、「在宅医療検討委員会」(2 力所) の名称が複数用いられていた。また、名称に「看護(ナース)」を含むものが 10 力所(複数回答あり)、「在宅療養」あるいは「在宅医療」を含む名称が 6 力所あった。

2. 入院および通院の慢性疾患児および障害児の現状

1) 平成 10 年度の医療券の使用状況

養育医療の公費負担医療制度を実施している医療機関は 45 カ所で、総数は 7,920 件であった。育成医療は 49 カ所 12,550 件、特定疾患は 41 カ所で 6,213 件であった。(表 5)

表 5 平成 10 年度医療券使用状況

種類	総数
養育医療	n = 45
育成医療	n = 49
特定医療 (18 歳未満)	n = 41

2) 平成 10 年度小児慢性特定疾患医療券使用状況

実施している医療機関での平成 10 年度の医療券使用状況は表 6 の通りである。今回、回答のあった 55 カ所の使用総数は 34,360 であった。

表 6 平成 10 年度小児慢性特定疾患医療券使用状況

種類	使用総数
総数	n = 55
悪性新生物	n = 37
慢性腎疾患	n = 40
喘息	n = 30
慢性心疾患	n = 34
内分泌疾患	n = 36
膠原病	n = 36
糖尿病	n = 41
代謝異常	n = 38
血液疾患	n = 40
神経・筋疾患	n = 27

3. 在宅療養指導管理料・在宅療養指導料の推移

1) 在宅療養指導管理料

在宅療養指導管理料(表 7)の総数は平成 10 年度 (n=25) 総計 12,888 件、平均 516 件 (最小 0 件、最大 2,985 件)、平成 9 年度 (n=21) 総計 12,564 件、平均 598 件 (最小 0 件、最大 3,072 件)、平成 8 年度 (n=21) 総計 1,170 件 1 件平均 557 件 (最小 0 件、最大 2,770 件) でありここ 3 年間の総計件数は増加しているが医療機関により差が大きい。

平成 10 年度についてみると、在宅療養指導管理料のうち総計が特に多いものは、在宅自己注射指導管理料であり、33 カ所の 12,411 件であった。次いで、在宅酸素療法指導管理料 (n=29) の総計が 2,002 件、在宅自己導尿指導管理料 (n=25) の総計が 1,097 件であった。

一方、在宅血液透析指導管理料、在宅自己疼痛管理指導管理料は皆無であった。この他、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料（n=14）の総計は1件、退院前在宅療養指導管理料（n=14）の総計は5件、在宅寝たきり患者指導管理料（n=14）の総計は7件と少なかった。

退院指導料、退院時リハビリテーション指導料、退院時共同指導料、退院前訪問指導料については表7の通りである

表7 平成10・9・8年度在宅療養指導管理料等

項目 年度		平成10年度	平成9年度	平成8年度
在宅療養指導管理料 総数		12888/25件	12564/21件	11701/21件
在宅 療養 指導 管理 料	退院前在宅療養指導管理料	5/14件	12/10件	19/11件
	在宅自己注射指導管理料	12411/33件	12110/25件	11539/24件
	在宅自己腹膜灌流指導管理料	505/21件	477/16件	479/17件
	在宅血液透析指導管理料	0/13件	0/10件	0/10件
	在宅酸素療法指導管理料	2002/29件	1504/23件	1146/23件
	在宅中心静脈栄養法指導管理料	81/19件	68/14件	43/14件
	在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	870/24件	696/16件	599/16件
	在宅自己道尿指導管理料	1097/25件	906/19件	830/17件
	在宅人工呼吸指導管理料	239/23件	116/15件	67/15件
	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	1/14件	8/12件	13/12件
	在宅悪性腫瘍患者指導管理料	45/13件	33/10件	24/10件
	在宅寝たきり患者指導管理料	7/14件	6/11件	2/11件
	在宅自己疼痛管理指導管理料	0/13件	0/10件	0/10件
在宅 患者 診療・ 指導料	在宅患者訪問看護・指導料	158/18件	111/14件	57/14件
	在宅患者末期訪問看護・指導料	1/13件	0/10件	0/10件
	訪問看護指示料	162/19件	67/12件	43/11件
退院指導料		2110/27件	1064/21件	2026/20件
退院時リハビリテーション指導料		394/22件	226/17件	186/16件
退院時共同指導料		196/15件	180/13件	180/13件
退院前訪問指導料		194/17件	16/13件	14/13件

(件：総計数／回答施設数)

2) 在宅療養指導料

在宅療養指導料については表8の通りである。在宅療養指導管理料と重複しない在宅療養指導料のうち、最も多いのは気管カニューレであり、次いで留置カテーテル、人工肛門であった。人工膀胱（n=8・10）は2カ所を除いて、ドレーン（n=7・8）は1カ所を除いて対象者は0であった。

在宅療養指導管理料と重複する在宅療養指導料の総件数は、この3年間ほぼ横ばいであるが、在宅療養指導管理料と重複のない在宅療養指導料の総件数は、平成10年度は平成8、9年度にくらべ約35%程度増加している。

表8 平成10・9・8年度在宅療養指導料

項目	年度	平成10年度	平成9年度	平成8年度
在宅療養指導管理料と重複する在宅療養指導料の件数		901/27件	890/26件	894/26件
在宅療養指導管理料と重複のない在宅療養指導料の件数	総 数	424/20件	312/19件	315/19件
	内 訳			
	人工肛門	28/12件	28/10件	32/10件
	人工膀胱	9/10件	9/8件	9/9件
	気管カニューレ	81/14件	81/14件	89/13件
	留置カテーテル	30/11件	46/9件	49/9件
	ドレーン	1/8件	1/7件	1/7件
	その他	40/8件	30/7件	25/7件

(件：総計数／回答施設数)

4. 医療機関と地域との連絡調整の体制

68カ所の医療機関のうち、地域との連絡調整の体制があると答えたのは20カ所(29.4%)で、ないが48カ所(70.6%)であった。(表9)

地域との連絡調整の体制がある医療機関における連絡調整の対象としては、保健所・保健センター・訪問看護ステーション・在宅介護支援センター・児童相談所・福祉事務所・医療機関・医師などを複数の医療機関があげており、このほか養護学校や地域の教育関係者、医療機器を貸すための会などがあがっていた。また、地域との連絡調整のために、「・調整会議」や「・連合会」「・協議会」「・会議」などの名称で組織化していると思われるところも半数近くみられた。

表9 地域との連絡調整の体制 (n=68)

あ る	20(29.4%)
な い	48(70.6%)

5. 入院中の子どもや家族への在宅療養を支援する体制・方法

1) 入院中の子どもや家族への支援

入院中の子どもや家族への支援内容9項目（表10）について、直接指導を行う職種（複数回答）と計画・評価する役割を取る職種を尋ねた。（なお、図1～9の図中において、回答が1カ所以下の職種については省いている。）

表10 入院中の子どもや家族への支援内容

- (1) 服薬指導
- (2) 医療的処置の教育指導
- (3) 療養に適した日常生活指導
- (4) 子どもや家族が健康状態の変化に対応できるように支援
- (5) 住居環境が療養に適したように支援
- (6) 在宅療養継続上の心理社会的問題への支援
- (7) 学校などの集団生活の体制が整えられるように支援
- (8) 退院後適切な医療機関に受診するための支援
- (9) 社会資源活用の支援

(1) 服薬指導について（n=69）直接指導を行うのは、その日の受け持ち看護婦60カ所87%、プライマリーナース59カ所85.5%、主治医54カ所78.3%、薬剤師35カ所50.7%、病棟婦長23カ所33.3%で計画・評価する役割を取るのはプライマリーナース42カ所60.9%が最も多かった。（図1）

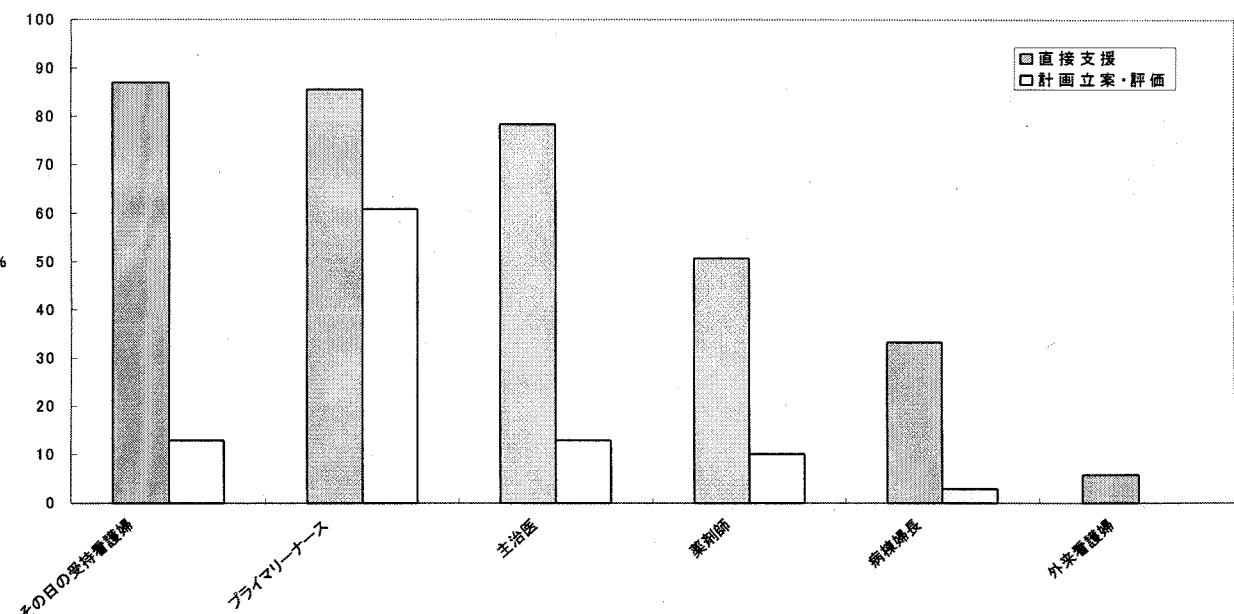


図1 入院中の子どもや家族への支援する職種（服薬指導） n=69
(複数回答)

(2) 医療的処置の教育指導について ($n = 70$) 直接指導を行うのは、プライマリーナース61カ所87.1%、その日の受け持ち看護婦59カ所84.3%、主治医58カ所82.9%、病棟婦長27カ所38.6%、医療機器等の業者11カ所15.7%で、計画・評価する役割はプライマリーナース38カ所56.7%が最も多かった。(図2)

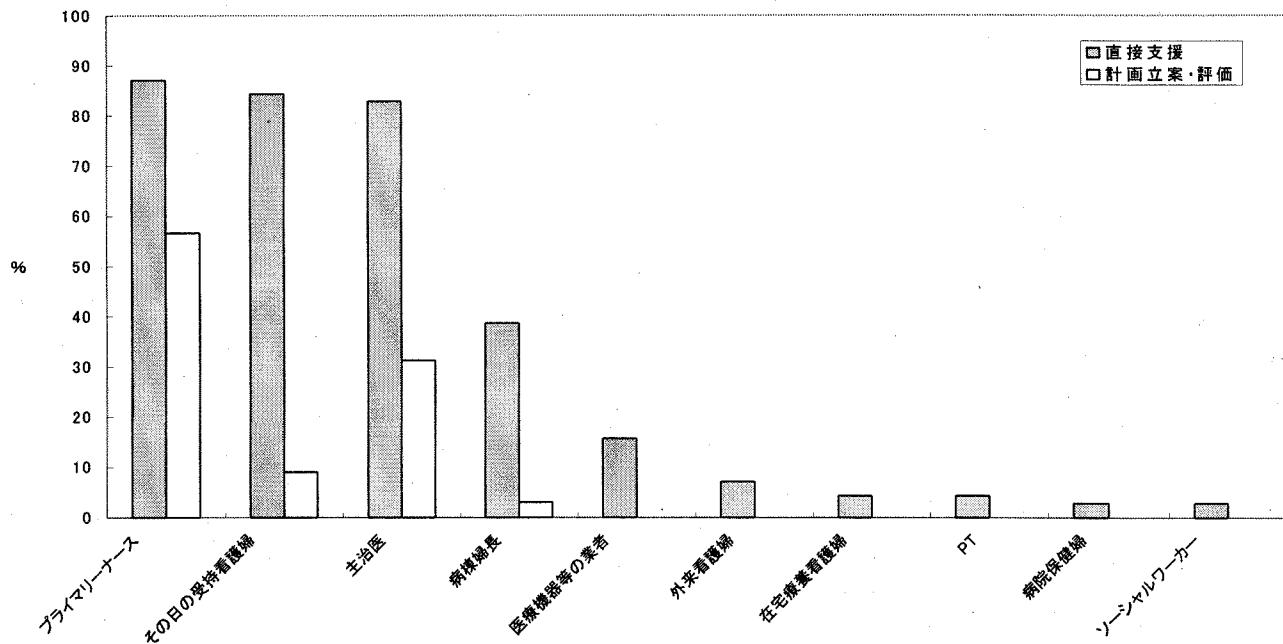


図2 入院中の子どもや家族への支援する職種（医療的処置の教育指導） $n = 70$
(複数回答)

(3) 療養に適した日常生活指導について ($n = 70$) 直接指導を行うのは、プライマリーナース62カ所88.6%、その日の受け持ち看護婦61カ所87.1%、主治医56カ所80%、病棟婦長39カ所55.7%、P T 9カ所12.9%、病棟保育士7カ所10%であった。また、その他の職種として、養護教諭が2カ所挙げられていた。計画・評価する役割をとるのはプライマリーナース51カ所76.1%が最も多かった。(図3)

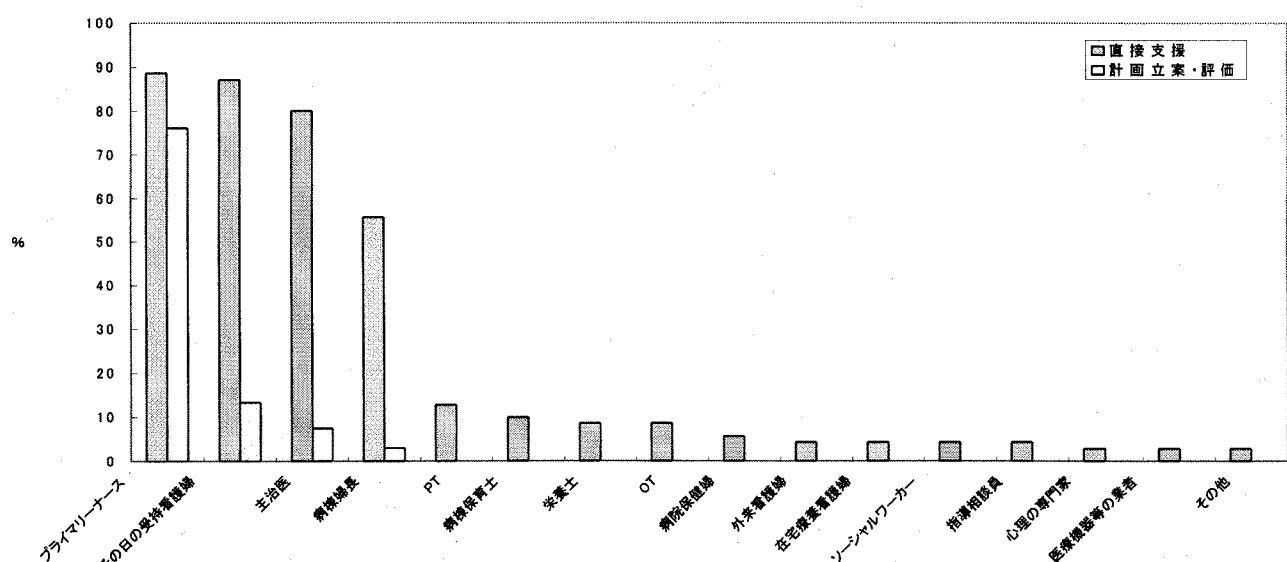


図3 入院中の子どもや家族への支援する職種（日常生活指導） $n = 70$ (複数回答)

(4) 子どもや家族が健康状態の変化に対応できるように支援するについて($n=70$)直接指導を行うのは、プライマリーナース61カ所87.1%、主治医58カ所82.9%、その日の受け持ち看護婦57カ所81.4%、病棟婦長39カ所55.7%で、計画・評価する役割を取るのはプライマリーナース43カ所64.2%が最も多かった。(図4)

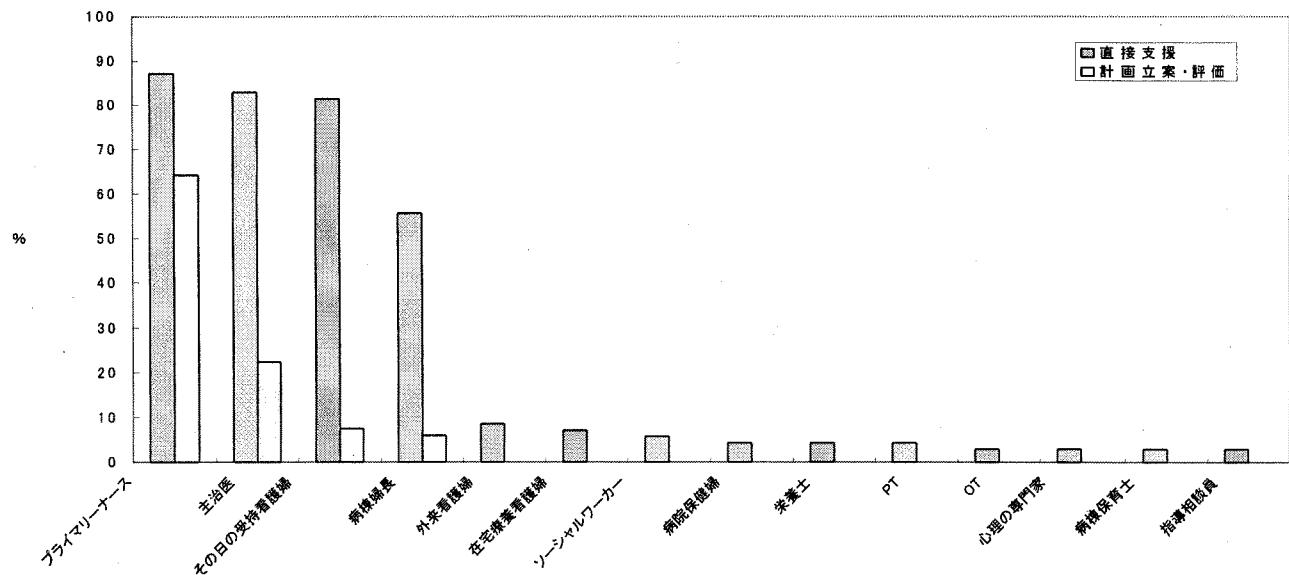


図4 入院中の子どもや家族への支援する職種（健康状態の変化への支援） $n=70$
(複数回答)

(5) 住居環境が療養に適したように支援するについて($n=66$)直接指導を行うのは、プライマリーナース51カ所77.3%、主治医45カ所68.2%、病棟婦長41カ所62.1%、その日の受け持ち看護婦36カ所54.5%、ソーシャルワーカー11カ所16.7%、PTおよび医療機器等の業者

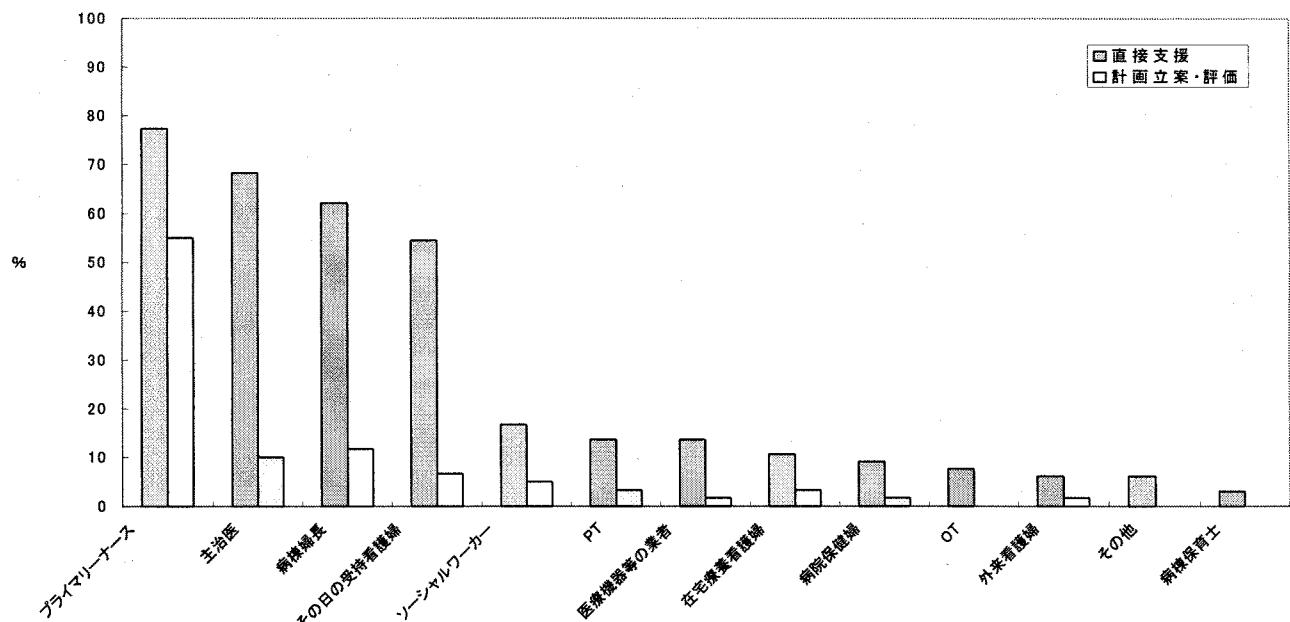


図5 入院中の子どもや家族への支援する職種（居住環境への支援） $n=66$
(複数回答)

各9カ所13.6%、在宅療養担当看護婦7カ所10.6%であった。また、その他の職種として通訳、児童相談員、養護学校教諭等が挙げられていた。計画・評価する役割を取るのはプライマリーナース33カ所55%が最も多かった。(図5)

(6) 在宅療養継続上の心理社会的問題への支援について($n=68$)直接指導を行うのは、主治医54カ所79.4%、プライマリーナース50カ所73.5%、病棟婦長48カ所70.6%、その日の受け持ち看護婦34カ所50%、ソーシャルワーカー25カ所36.8%、心理の専門家14カ所20.6%であった。また、その他の職種として児童相談員、養護学校教諭等が挙げられていた。計画・評価する役割をとるのはプライマリーナース20カ所32.3%が最も多く、ついで主治医16カ所25.5%、病棟婦長およびソーシャルワーカーが各々8カ所12.9%であった。(図6)

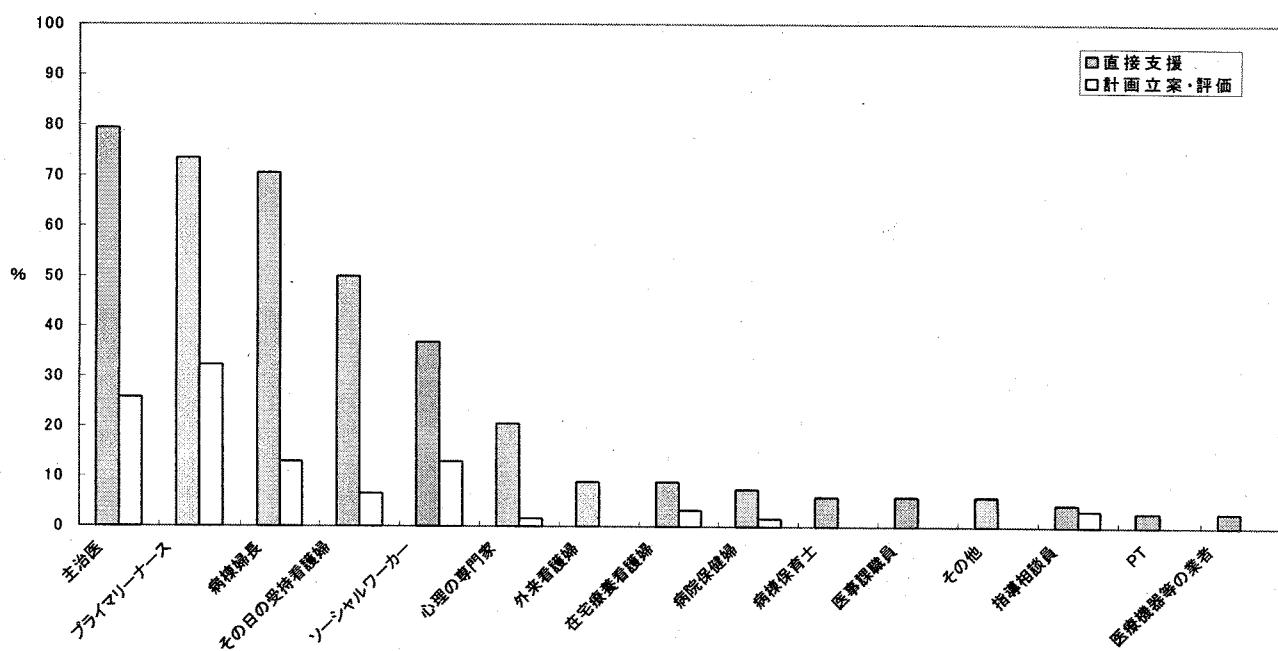


図6 入院中の子どもや家族を支援する職種（心理社会的問題への支援） $n=68$
(複数回答)

(7) 学校などの集団生活の体制が整えられるように支援するについて($n=65$)直接指導を行うのは、主治医48カ所73.8%、病棟婦長42カ所64.6%、プライマリーナース39カ所60%、その日の受け持ち看護婦24カ所36.9%、ソーシャルワーカーおよび心理の専門家が各々7カ所10.8%であった。また、その他の職種として児童相談員、養護学校教諭等が挙げられていた。計画・評価する役割を取るのは病棟婦長が最も多く18カ所31.6%、次いで主治医17カ所29.8%、プライマリーナース14カ所24.6%であった。(図7)

(8) 退院後適切な医療機関に受診するための支援について($n=69$)直接指導を行うのは主治医66カ所95.7%、プライマリーナース45カ所65.2%、病棟婦長36カ所52.2%、その日の受け持ち看護婦25カ所36.2%、ソーシャルワーカー11カ所15.9%であった。計画・評価する役割を取るのは、主治医46カ所73%が最も多く、次いでプライマリーナース11カ所17.5%であった。(図8)

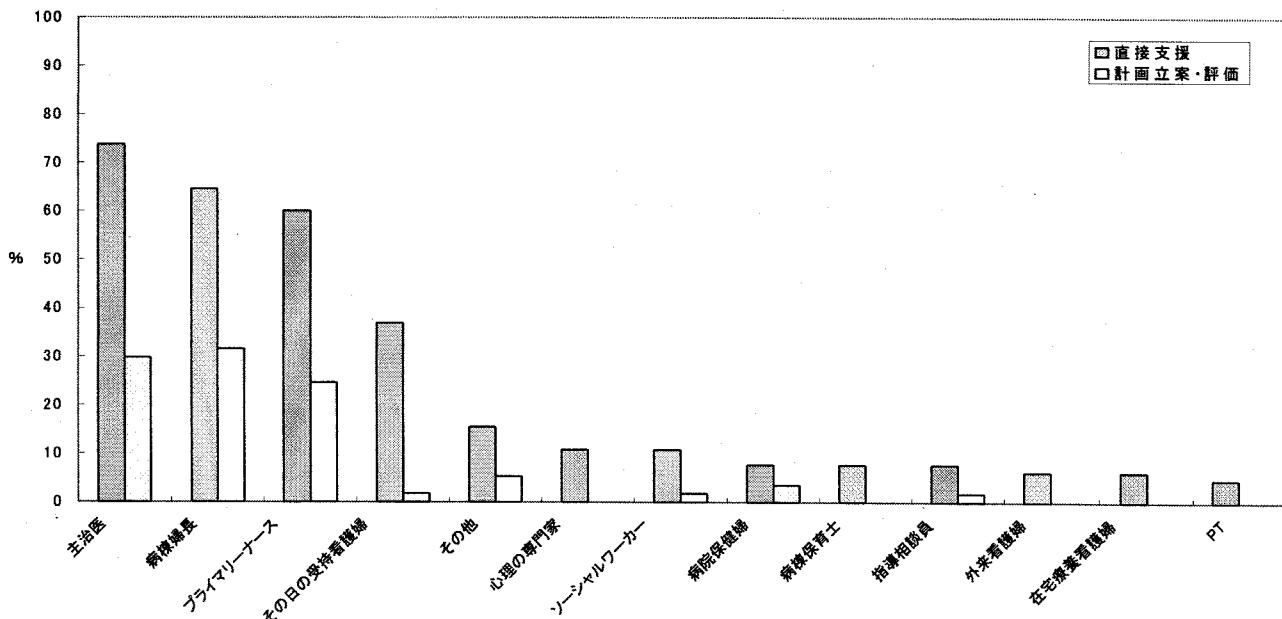


図7 入院中の子どもや家族を支援する職種（学校生活への支援）n = 65
(複数回答)

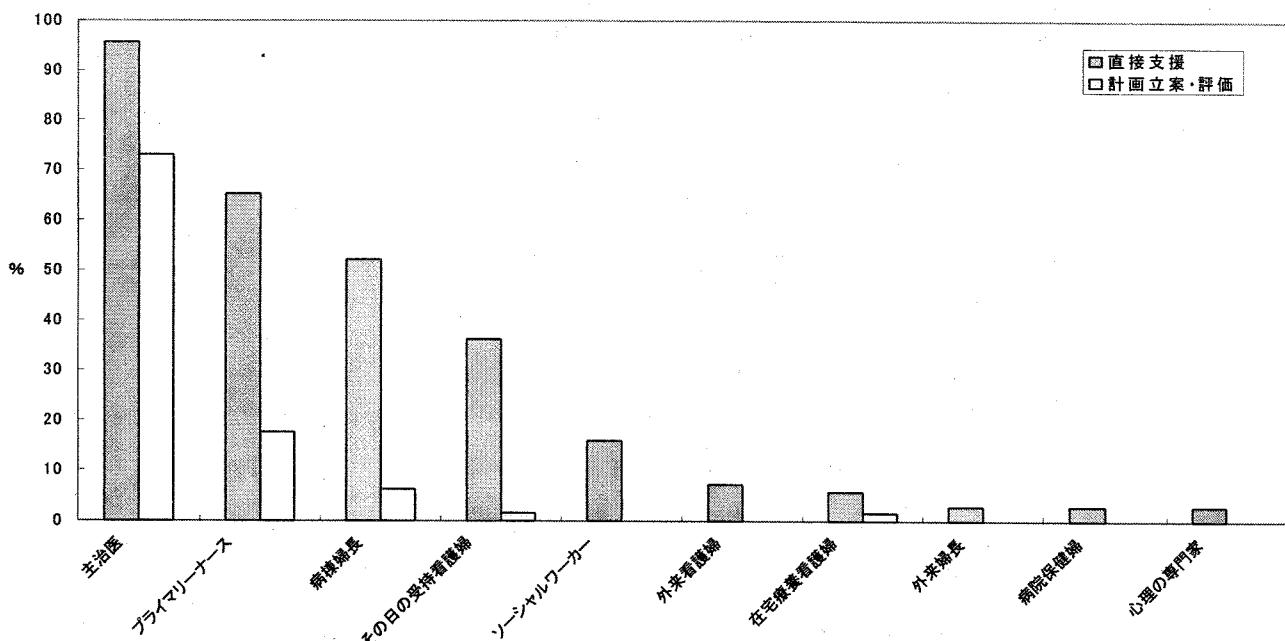


図8 入院中の子どもや家族を支援する職種（適切な医療機関受診への援助）
n = 69 (複数回答)

(9) 社会資源活用の支援について(n=68)直接指導を行うのは、病棟婦長52カ所76.5%、プライマリーナース47カ所69.1%、主治医43カ所63.2%、ソーシャルワーカー28カ所41.2%、その日の受け持ち看護婦23カ所33.8%、医事課職員11カ所16.2%で、計画・評価する役割を取るのは病棟婦長16カ所25.8%、プライマリーナース15カ所24.2%、ソーシャルワーカー13カ所21%、主治医10カ所16.1%であった。(図9)

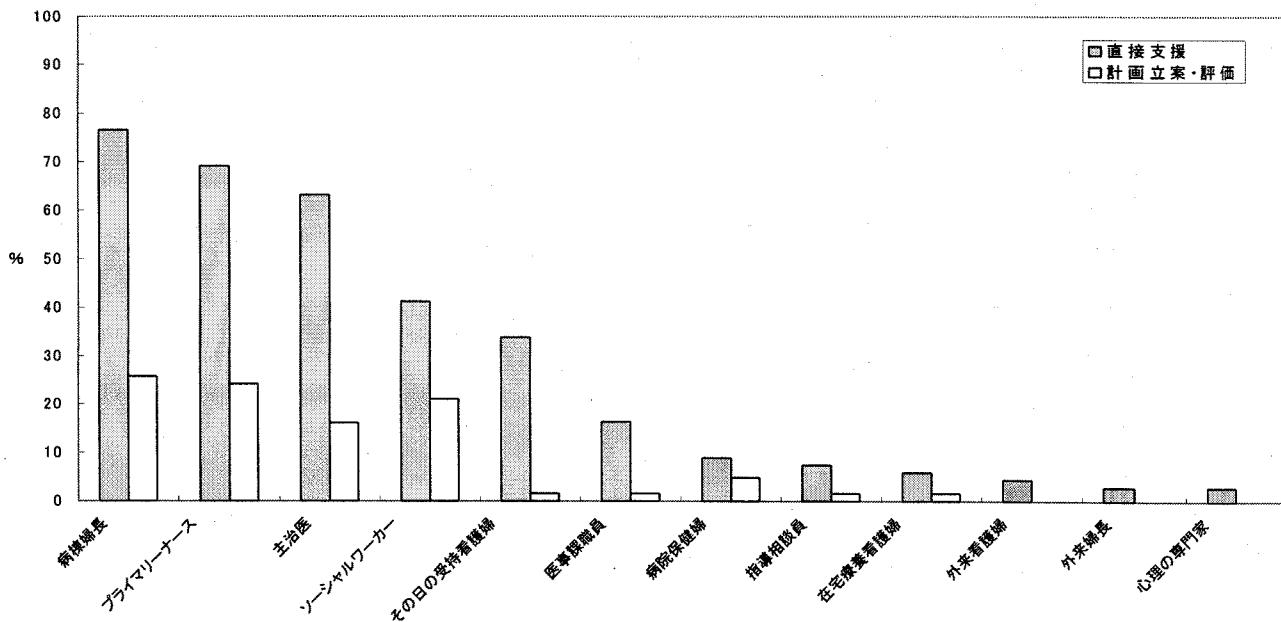


図9 入院中の子どもや家族を支援する職種（社会資源活用への支援）n=68
(複数回答)

2) 医療機関の種類と入院中の子どもや家族への支援を直接行う職種

直接指導する職種についての医療機関の種類別（総合病院・小児専門病院・国立療養所系病院）比較は図10—図18の通りである。

図11のように、支援項目（2）医療的処置の教育指導では、病棟婦長が直接指導する割合が、総合病院では16カ所34.8%、小児専門病院では1カ所11.1%、国立療養所系病院では、10カ所66.7%と、小児専門病院において少ない傾向が見られた。

また、（5）住居環境が療養に適したように支援する（図14）、（6）在宅療養継続上の心理社会的問題への支援（図15）においては、国立療養所系病院において回答のあったすべてで病棟婦長が関わっているなど、医療機関の種類により特徴がみられた。

このほか（3）療養に適した日常生活指導（図12）では、直接指導する職種として、病棟保育士の関わりが総合病院1カ所2.2%、小児専門病院0カ所、国療系病院6カ所40.0%、児童相談員の関わりは、総合病院と小児専門病院共に0カ所、国療系病院3カ所21.4%と違いのある傾向がみられた。同様に（6）在宅療養継続上の心理社会的問題への支援（図15）、（7）学校などの集団生活の体制が整えられるように支援（図16）でも、病棟保育士、児童相談員の関わりに医療機関の種類により違いのある傾向がみられた。

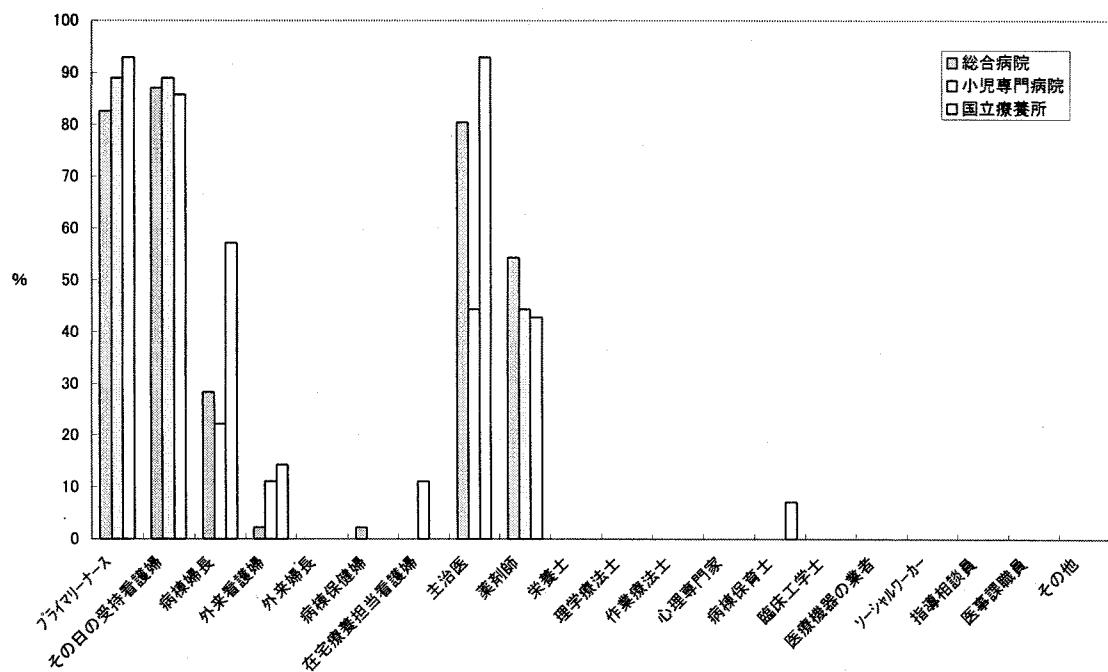


図10 病院種類別入院中に直接支援する職種（服薬指導）

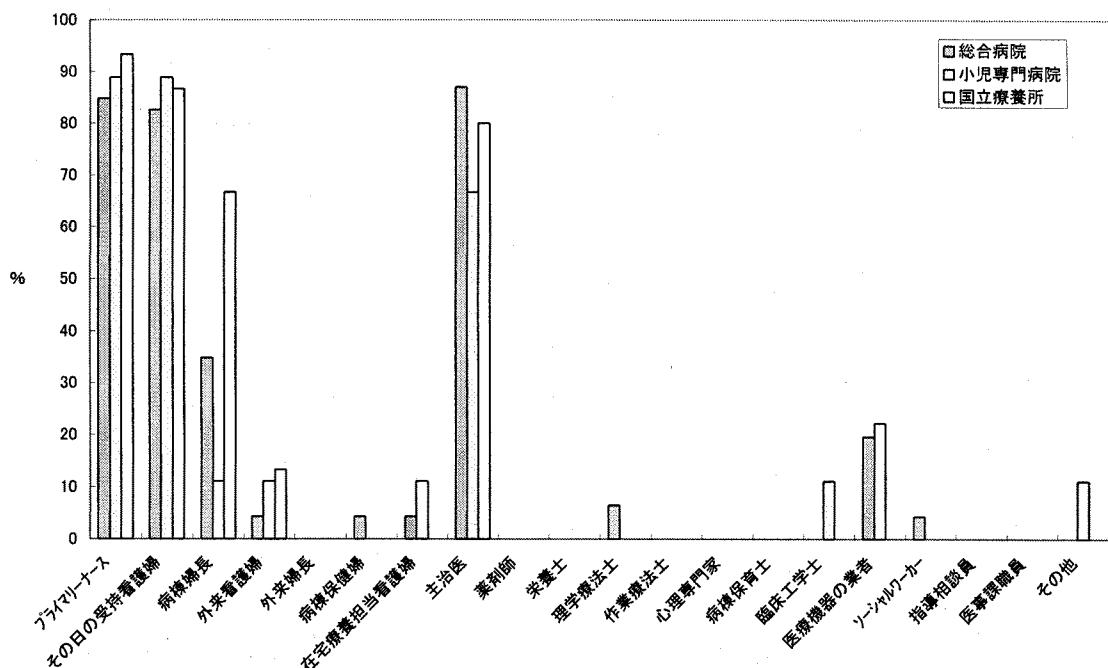


図11 病院種類別入院中に直接支援する職種（医療的処置の教育指導）

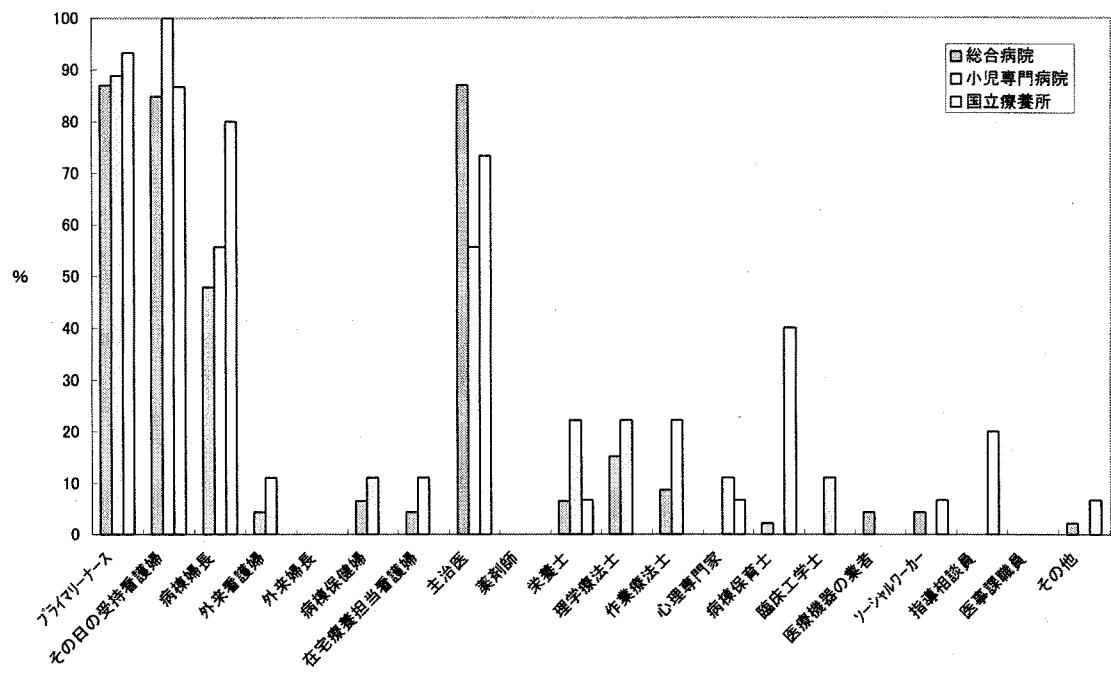


図12 病院種類別入院中に直接支援する職種（日常生活指導）

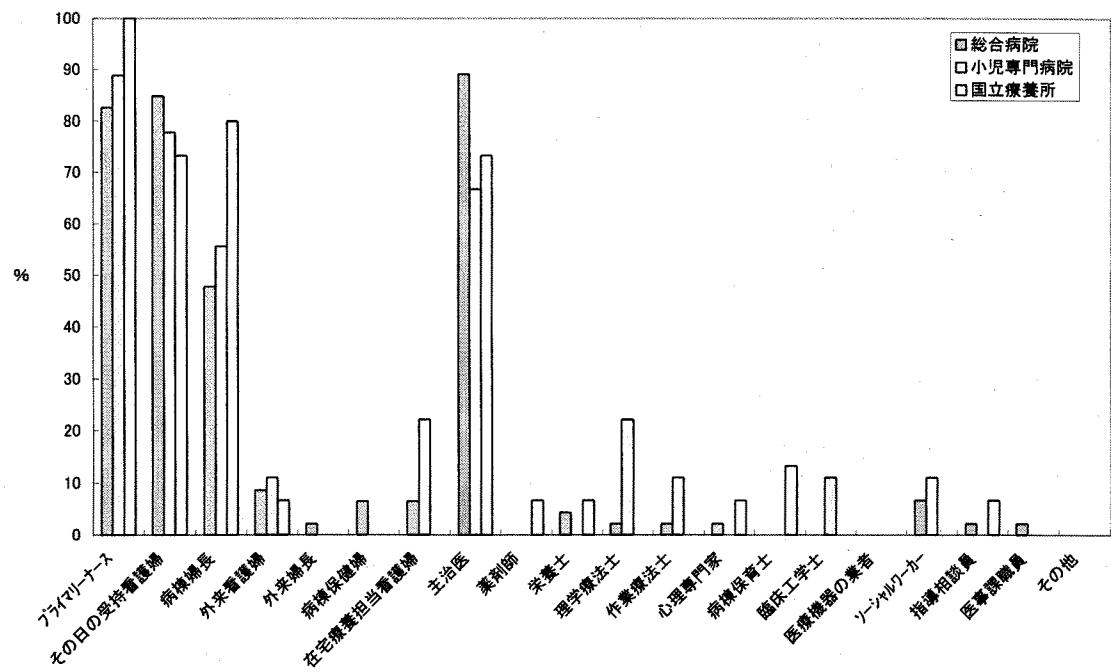


図13 病院種類別入院中に直接支援する職種（状態変化時の対応への支援）

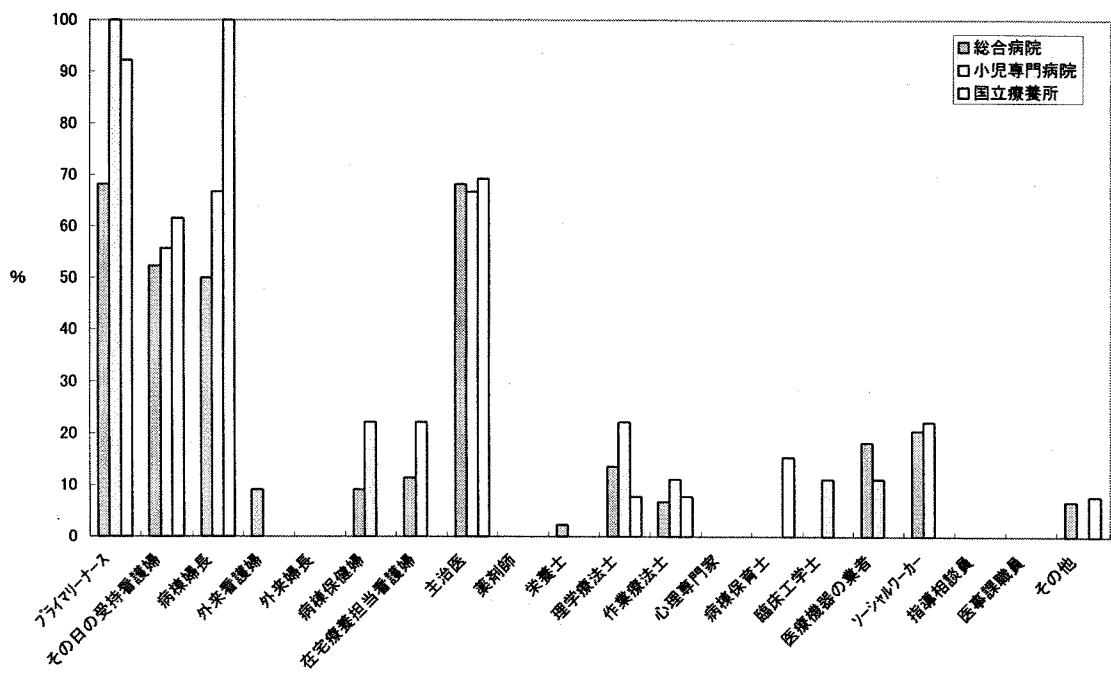


図14 病院種類別入院中に直接支援する職種（居住環境調整への支援）

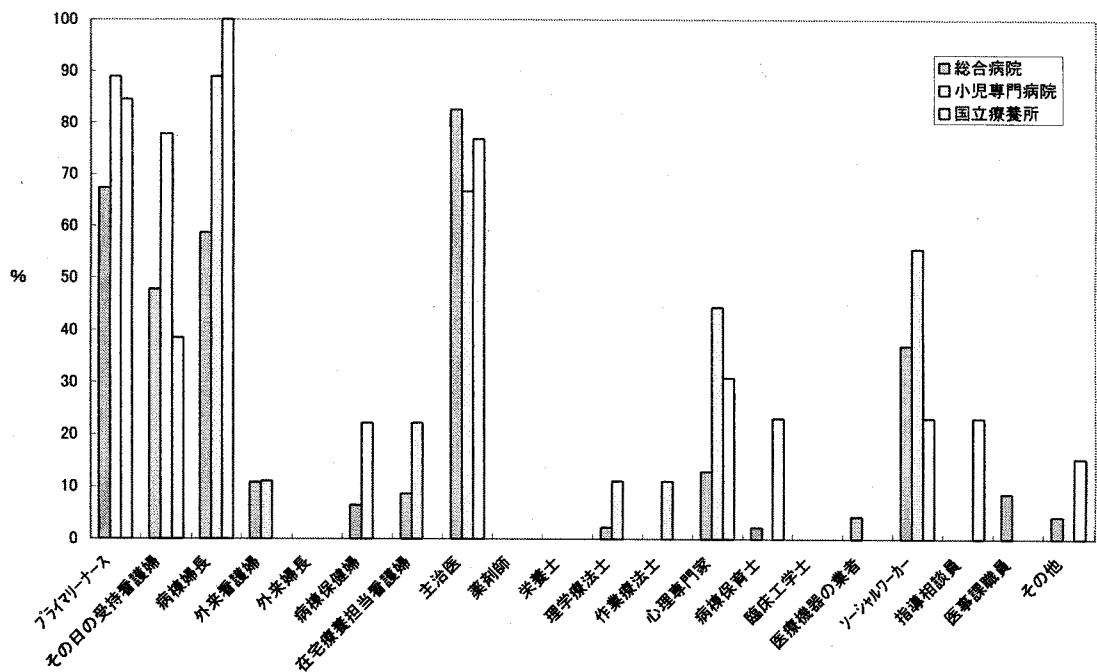


図15 病院種類別入院中に直接支援する職種（心理社会的問題への支援）

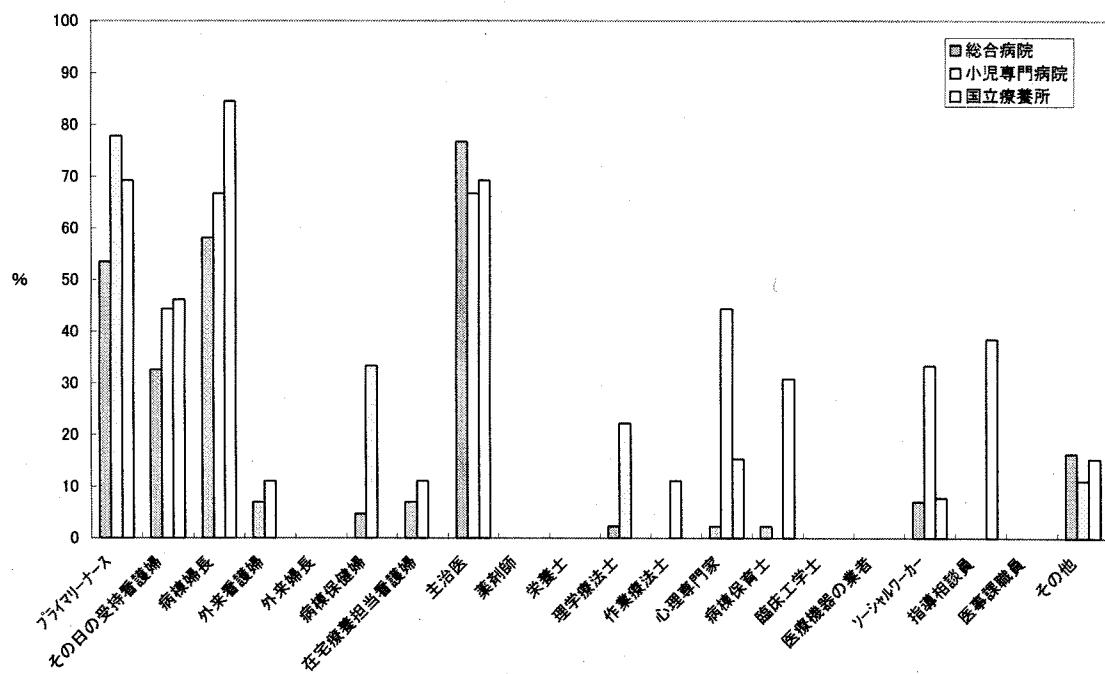


図16 病院種類別入院中に直接支援する職種（集団生活の体制調整への支援）

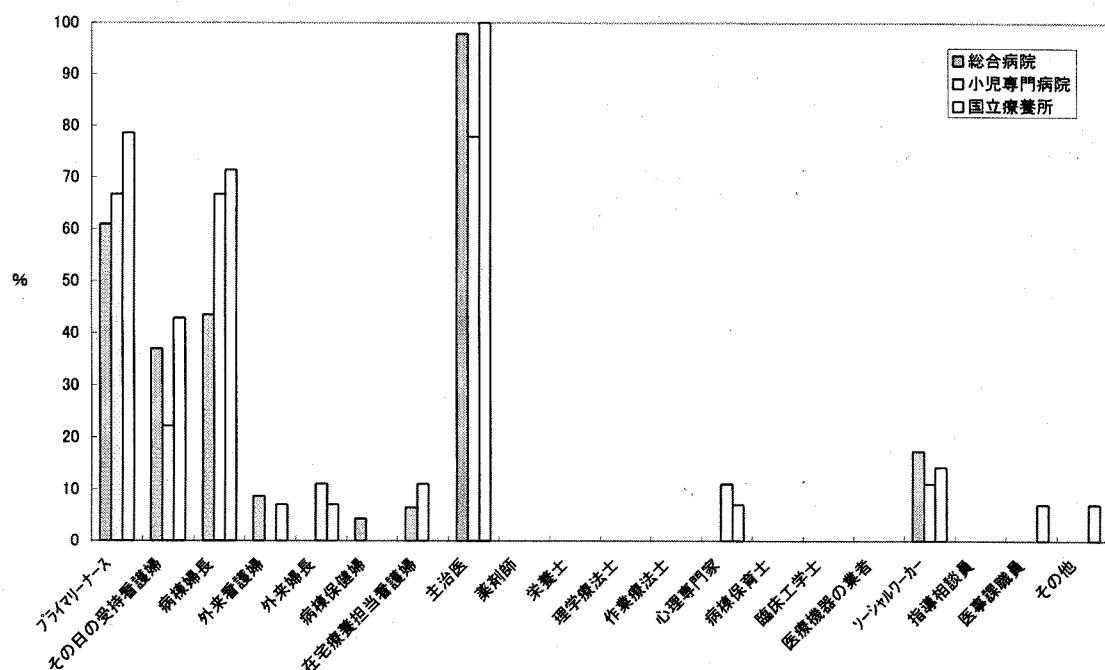


図17 病院種類別入院中に直接支援する職種（適切な医療機関受診への支援）

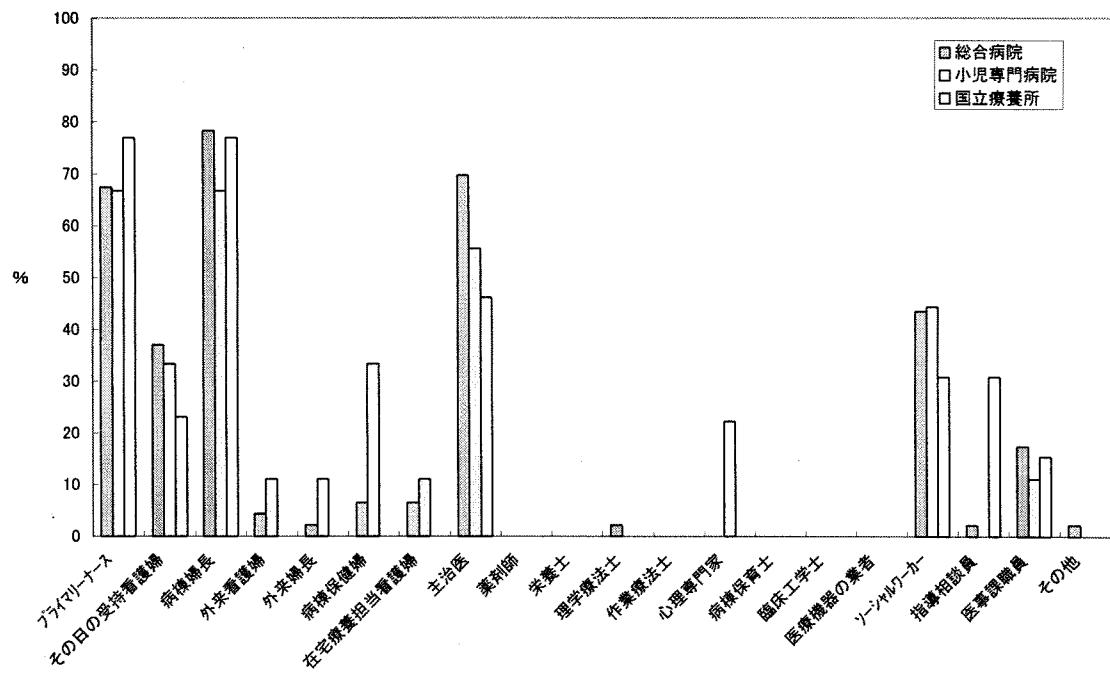


図18 病院種類別入院中に直接支援をする職種（社会資源活用への支援）

3) 入院中の在宅療養についての話し合い

中心になるのは (n = 73)、主治医38カ所52.1%、プライマリーナース21カ所28.8%、病棟婦長10カ所13.7%であった。(図19)

回答のあった73カ所の医療施設において話し合いに當時入っている職種は、主治医62カ所84.9%、プライマリーナース57カ所78.1%、病棟婦長55カ所75.3%、その日の受け持ち看護婦30カ所41.1%、ソーシャルワーカー11カ所15.1%、外来看護婦7カ所9.6%であった。(図20)

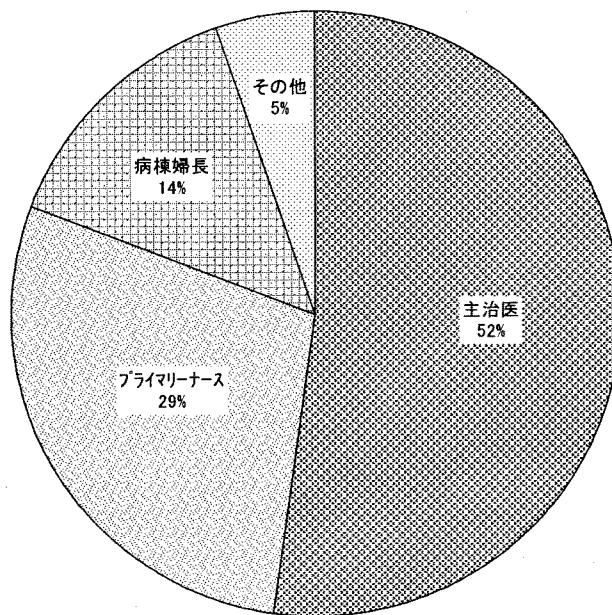


図19 在宅療養の話し合いの中心者 (n = 73)

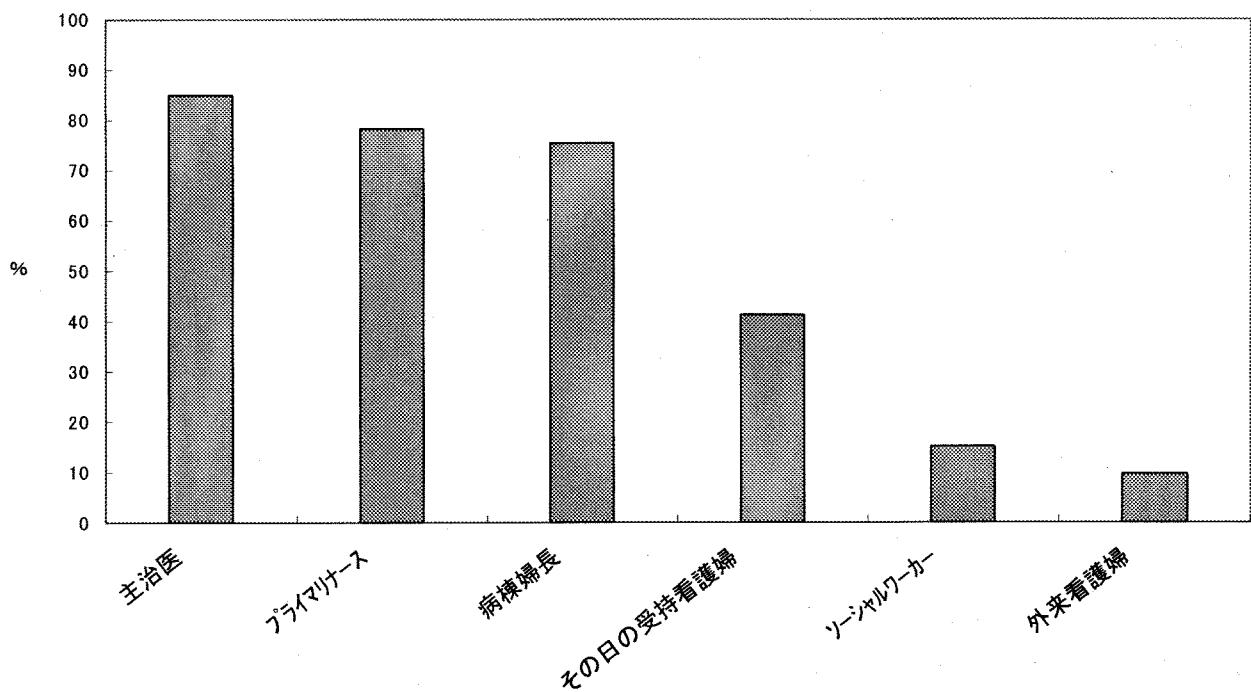


図20 話し合いに當時出席する職種 n = 73

回答のあった71カ所の医療機関において、ケースによって話し合いに加わる職種は、提示した20職種全てが挙げられていた。多い職種では、病棟婦長45.1%、主治医33.8%、ソーシャルワーカー32.4%、プライマリーナースおよび栄養士が各々25.4%、その日の受け持ち看護婦22.5%、外来看護婦・薬剤師・PT・医療機器等の業者が各々16.9%、医事課職員15.5%、心理の専門家14.1%等であった。その他としては、地域の保健婦、学校教諭、麻酔科医師、訪問看護ステーション等が挙げられていた。（表11）

表11 ケースにより話し合いに出席する職種 （複数回答）

病棟婦長	32	外来看護婦	12
主治医	24	薬剤師	12
ソーシャルワーカー	18	理学療法士	12
プライマリーナース	18	医療機器等の業者	12
栄養士	18	医事課職員	11
その日の受け持ち看護婦	16	心理の専門家	10

（数は施設数を表す）

4) 退院指導の実際

退院指導を中心となって計画するのは（n=73）、プライマリーナース58カ所79.5%、主治医12カ所16.4%であった。（図21）

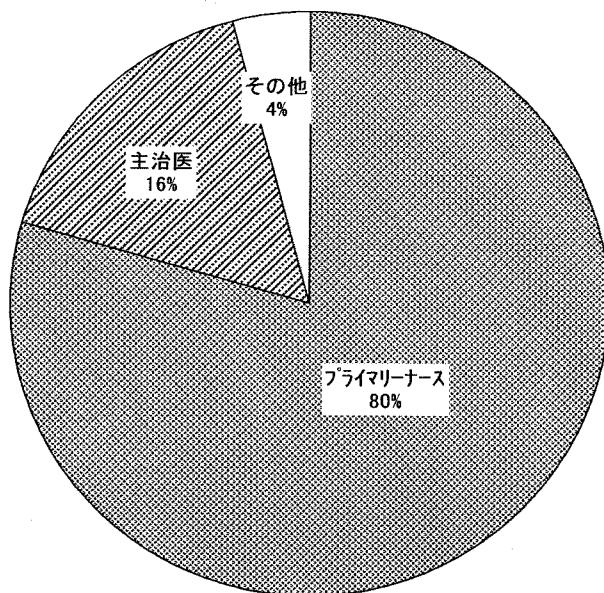


図21 退院指導を中心に計画する者（n=73）

退院に向けてのコーディネートをするのは（n=74）、複数回答が39カ所52.7%あったが、それを除くと最も多いのはプライマリーナース17カ所23.0%、病棟婦長10カ所13.5%、主治医6カ所8.1%であった。複数回答39カ所の回答数（n=109）の内訳は、プライマリーナース34、主治医34、病棟婦長26、保健婦5、ケースワーカー5、その他5であった。また、その他の内容はその日の受け持ち看護婦、在宅医療センター看護婦、養護学校教諭、在宅支援

センター看護婦、継続看護室看護婦であった。

マニュアルが「ある」と答えたのは75施設中35カ所46.7%、「ない」は40カ所53.3%であった。マニュアルは40種類余りについて作られていたが、主に疾患に関するものと医療処置に関するものが多かった。類似したものをまとめると表12のようであった。

表12 マニュアルの種類 (n=61, 複数回答)

疾患に関するもの	医療処置に関するもの
喘息 11	経管栄養 10
腎疾患 6	人工呼吸器 9
糖尿病 5	気管切開 6
心疾患 5	吸引 6
	人工肛門 5
	中心静脈栄養 5

6. 病院内の連携システム

1) 病棟から外来への連絡・調整・連携の体制について

病棟から外来への体制については、71施設中「ある」は52ヶ所73.2%、「ない」が19カ所26.8%であった。(図22) 医療機関の種類別では、総合病院49カ所中39カ所79.6%、国立療養所14カ所中7カ所50%、小児専門病院8カ所中6カ所75%が「ある」と答えている。

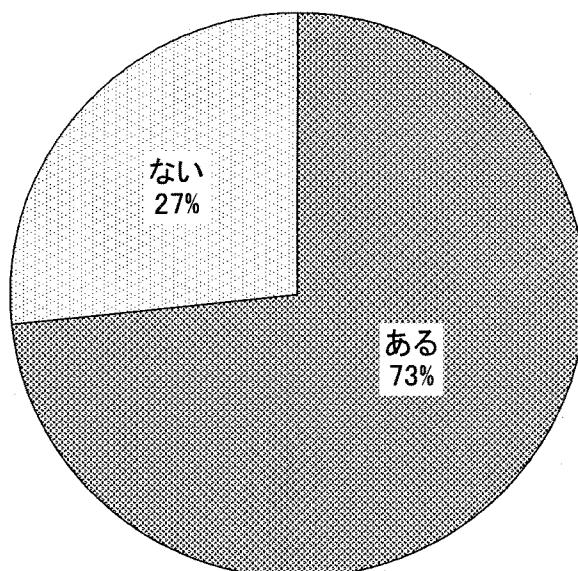


図22 病棟から外来への体制 (n=71)

体制が「ある」と答えた中で関わる職種は、48カ所が「プライマリーナース／看護婦」、25カ所が「主治医／医師」を挙げている。(図23)

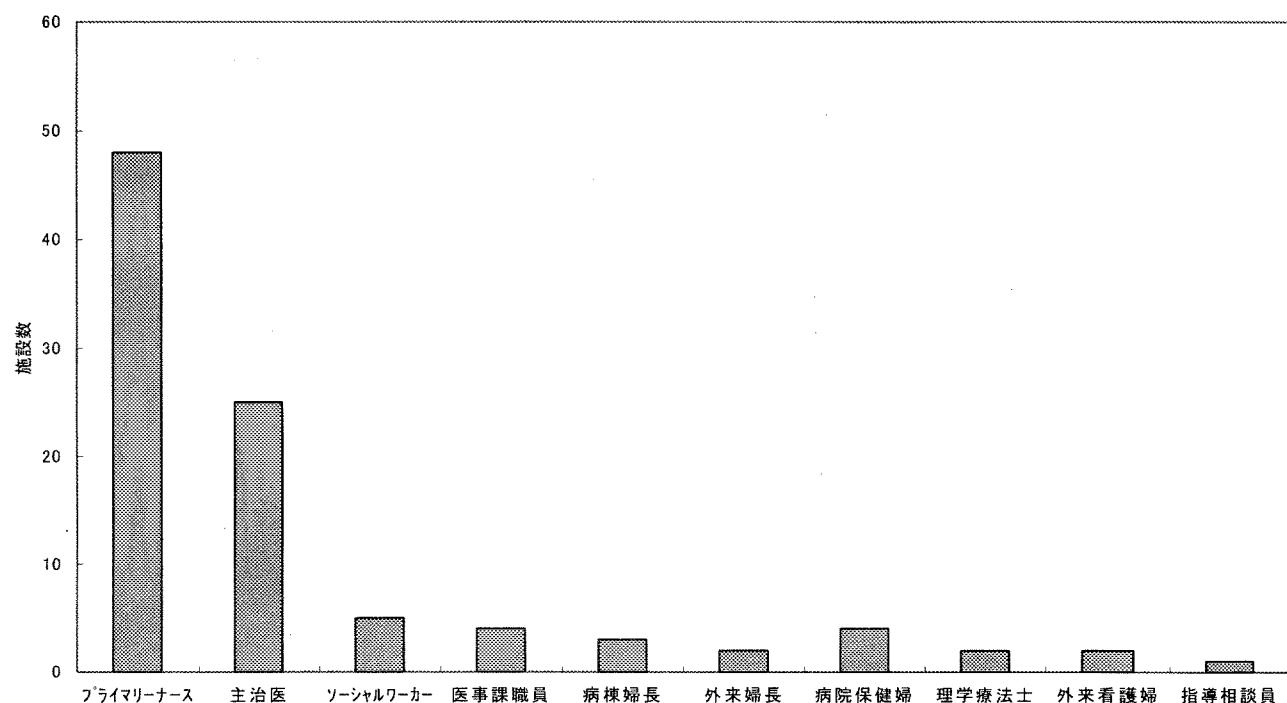


図23 病棟から外来への連携で関わる職種 (n = 52, 複数回答)

またその主な関わり方は、「必要があるケースに連絡票を送る」方法をとっているものが多く20カ所40.8%、次いで「電話で連絡する」方法が10カ所20.4%であった。その他、「サマリーで送る」「外来看護婦が退院前に患者訪問する」などがあった。(図24)

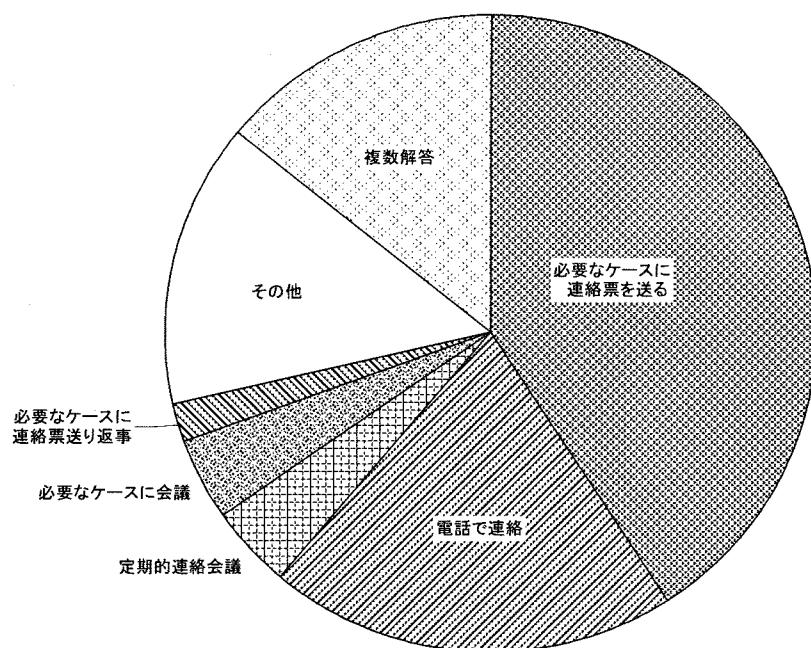


図24 病棟から外来への関わり方 (n = 71)

2) 医療機関内における関連職種の連絡・調整・連携の体制

医療機関における関連職種の体制は、71カ所中「ある」が43ヶ所60.6%、「ない」が28カ所39.4%であった。（図25）病院の種類別では、総合病院は50カ所中34施設68%、小児専門病院は7カ所中5施設71.4%、国立療養所は14カ所中4施設28.6%が「ある」と答えている。

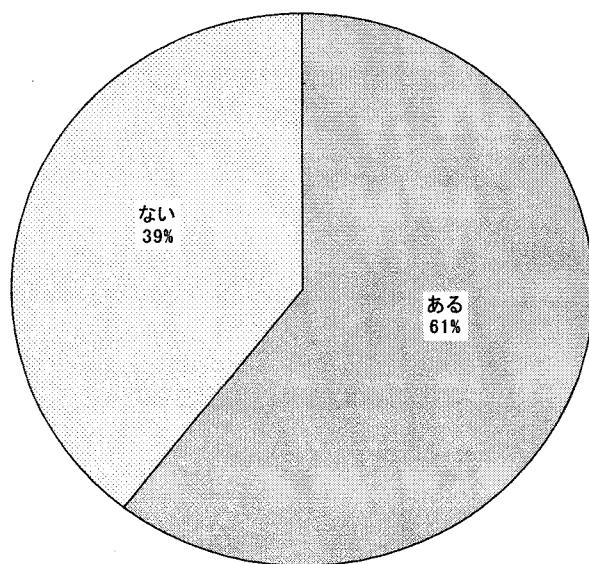


図25 院内の関連職種の体制 (n = 71)

体制が「ある」と答えた中で関わる職種は、27カ所62.8%が「プライマリーナース／看護婦」、22カ所52.4%が「主治医／医師」、16カ所38.1%が「ソーシャルワーカー」を挙げていた。（表13）その関わり方は、定期的・必要なケースに会議を開くが12カ所29.3%、連絡票を送るが10カ所24.3%、電話連絡が7カ所17.1%などであった。（図26）

表13 院内で関わる関連職種 (n = 42, 複数回答)

プライマリーナース／看護婦	27 (62.8%)	病棟婦長	3 (7.1%)
主治医／医師	22 (52.4%)	外来婦長	2 (4.8%)
ソーシャルワーカー	16 (38.1%)	薬剤師	2 (4.8%)
医事課職員（事務職員）	7 (16.6%)	OT	2 (4.8%)
病院保健婦	6 (14.3%)	臨床工学士	2 (4.8%)
栄養士	4 (9.5%)	心理の専門家	1 (2.4%)
PT	4 (9.5%)	病棟保育士	1 (2.4%)
		指導相談員	1 (2.4%)

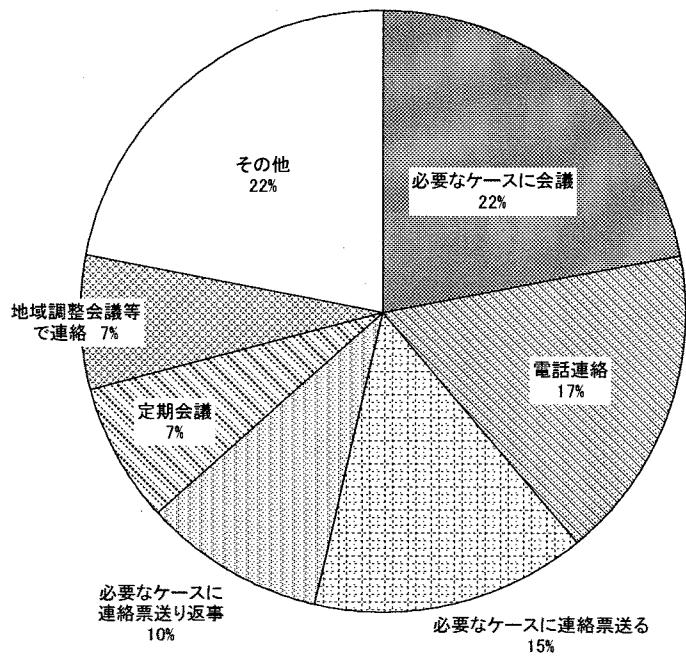


図 26 院内の関連職種との関わり方 (n = 41)

7. 退院後の子どもの在宅療養を支援する体制・方法

1) 在宅療養支援を専門とする人

在宅療養支援を専門にする人が「いる」は、72ヶ所中11ヶ所15.3%、「いない」は61ヶ所83.3%であった。(図27)「いる」施設において常駐している職種としては看護婦がもっとも多く、10ヶ所に専任者として常駐していた。

在宅療養支援を専門にする人が「いない」施設において、主としてコーディネートの役割をとるのは主治医であった。(図28)

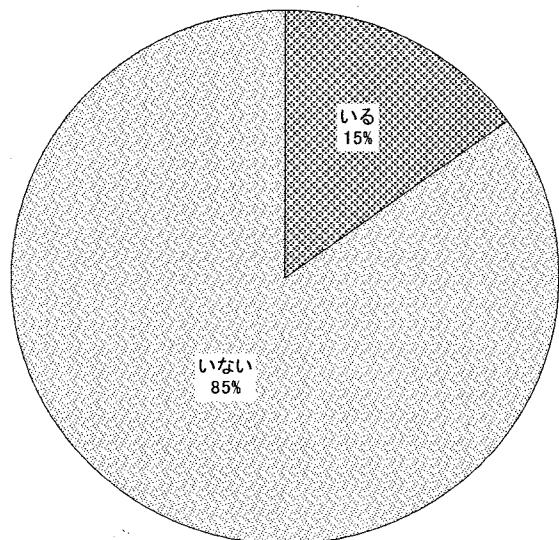


図27 在宅療養支援を専門にする人
(n = 72)

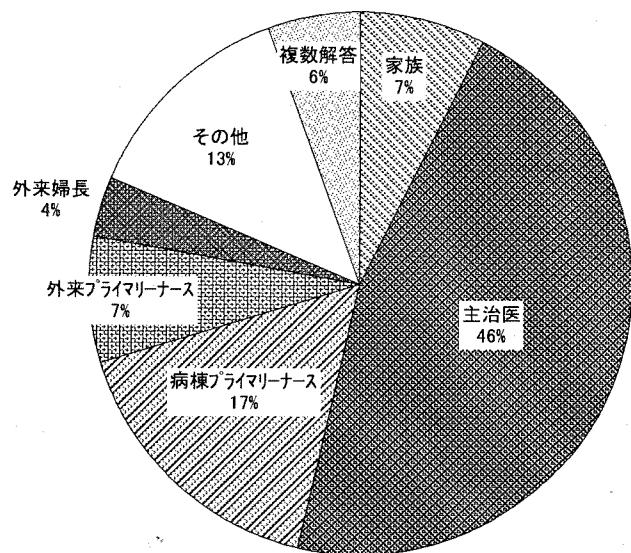


図28 在宅療養支援を専門にする人がいない場合
退院後コーディネートをする人 (n = 54)

2) 在宅療養支援を専門とする部署

在宅療養の支援を専門にする部署が「ある」は69病院中19ヶ所27.5%、「ない」は50ヶ所72.5%であった。(図29)

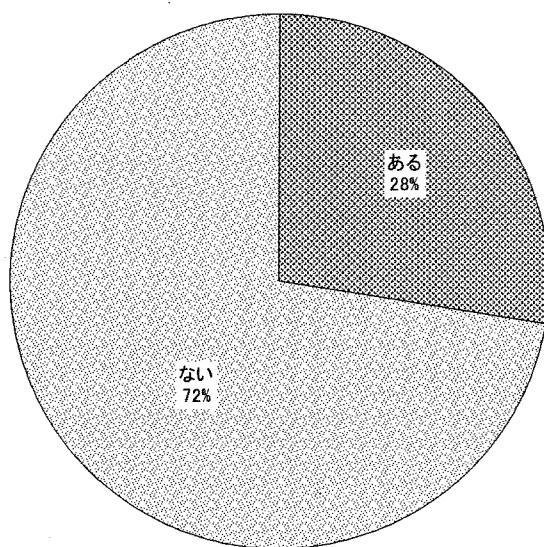


図29 在宅療養支援を専門にする部署の有無 (n = 69)

「ある」施設において、その部署名は多様で、看護部に属するが多く、部署に所属する職種としては看護婦が最も多かった。(表 14-16)

「ない」施設において主として対応する部署 ($n=44$) は、外来看護部が 25 力所 56.8%、医事課が 3 力所 6.8%、その他が 16 力所 36.4% であった。また、部署の機能については 14 施設からの記入があり、指導、相談、病院内外の連絡・調整・情報の提供などが多くあった。他の職種が 12 人いる医療機関はここに挙げた職種以外に言語療法士、理学療法士など多職種にわたっていた。

表 14 部署名 ($n=19$)

相談室	5 (26.3%)
訪問看護部	2 (10.5%)
看護相談室	1 (5.3%)
その他	11 (57.9%)

表 15 属する組織 ($n=19$)

看護部	8 (42.1%)
事務部	5 (26.3%)
その他	5 (26.3%)
複数回答	1 (5.3%)

表 16 部署に所属する職種

職種	施設数
医師	3
看護婦	15
保健婦	4
ワーカー	6
医事課職員	1
その他	4

8. 子どもに関する医療機関と地域などを結ぶ体制

医療機関からの連絡・調整・連携のための体制の有無は図 30 の通りであった。「保健所」「児童相談所」「診療所や病院」とは 70%以上の医療機関で連携の体制があった。また、連携の方法で最も多いのは「電話で連絡する」次いでであり、「必要があるケースに連絡票等を送る」などであった。(図 31)

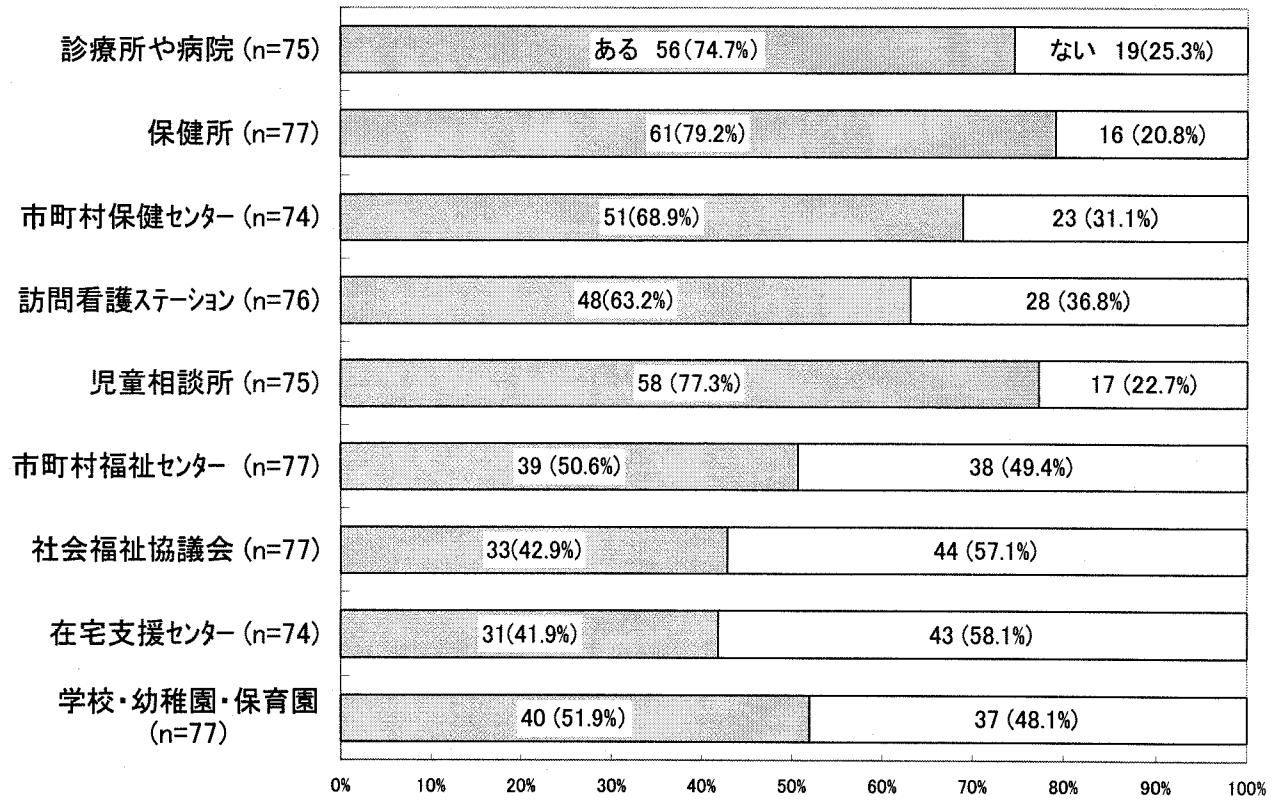


図 30 地域への連絡・調整・連携の体制
(グラフ中の数字は施設数を表す)

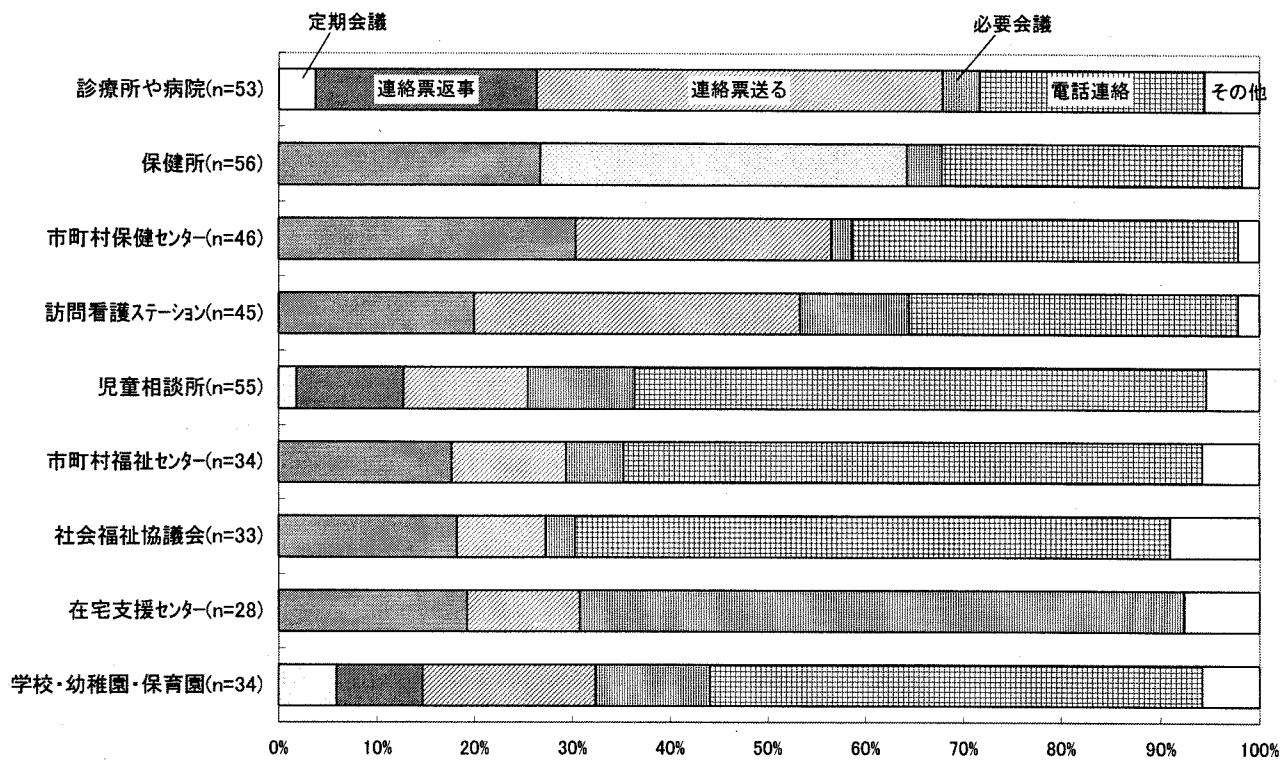


図 31 地域への連絡・調整・連携の方法

9. 退院後に行われている在宅療養中の支援

退院後に行われている在宅療養中の子どもや家族への支援を、入院中の支援内容と同じ9項目（表11）の内容別に「誰がどのように行っているのか」主な支援者とその方法（外来受診時指導・相談、電話相談、訪問指導、継続的な訪問看護、その他の方法など）の組合せ（以下支援方法と記す）を最多3つの支援方法まで尋ねた。

なお、各支援内容の項目において3%未満の支援方法はまとめて「その他」とした。

(1) 服薬指導

支援方法を1つのみ回答した医療機関は28カ所、2つが50カ所、3つが67カ所であった。（複数回答で145）

最も多い支援方法は、「主治医の外来受診時指導および相談」で47カ所（全回答数の32.4%）であった。2番目は、「外来看護婦の外来受診時指導および相談」で36カ所(24.8%)、3番目は、「薬剤師の外来受診時指導および相談」で19カ所 (13.1%) であった。（図32）

他に、「主治医の電話相談」が13カ所 (8.9%)、その他として「外来看護婦の電話相談」「外来婦長の外来受診時指導および相談」「外来婦長の電話相談」「在宅療養担当看護婦の継続的な訪問看護」「入院中のプライマリーナースの電話相談」「病院保健婦の継続的な訪問看護」などが複数の施設で行われていた。

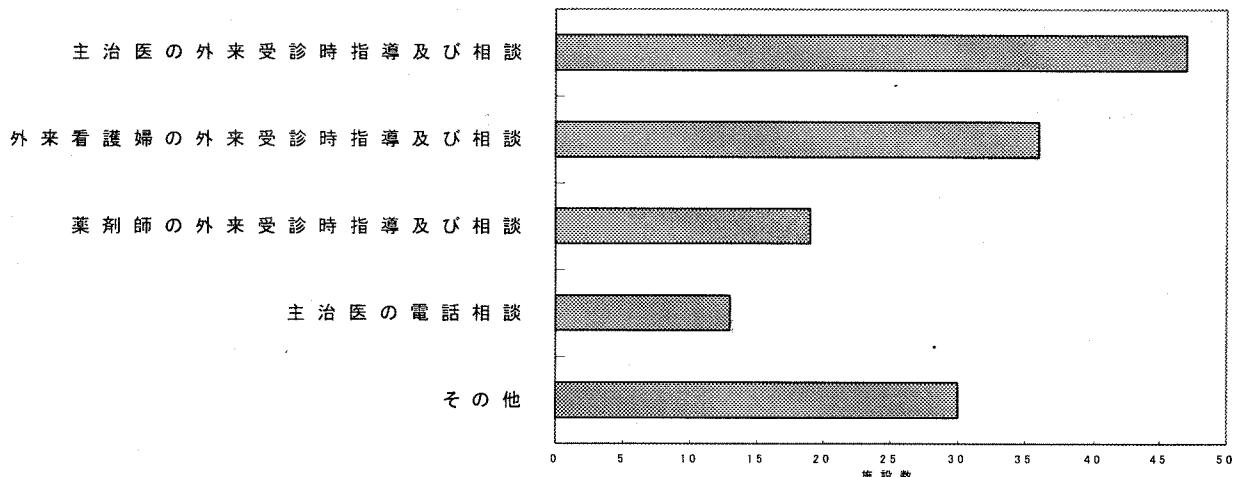


図32 退院後の支援内容別支援方法（服薬指導）（n=145）

(2) 医療的処置の教育指導

支援方法を1つのみ回答した医療機関は21カ所、2つが48カ所、3つが67カ所であった。（複数回答で136）

最も多い支援方法は、「主治医の外来受診時指導および相談」で、52カ所（全回答数の38.2%）であった。2番目は、「外来看護婦の外来受診時指導および相談」で36カ所(24.5%)、3番目は、「主治医の電話相談」で9カ所 (6.6%) であった。（図33）

他に、「外来看護婦の電話相談」が5カ所 (3.7%)、その他として、「入院中のプライマリーナースの電話相談」「外来婦長の外来受診時指導および相談」「外来婦長の電話相談」「在宅療養担当看護婦の外来受診時指導および相談」と「在宅療養担当看護婦の継続的な訪問看護」「病院保健婦の継続的な訪問看護」「在宅療養担当看護婦の電話相談」「主治医の電話訪問」「主治医の訪問指導」などが複数の施設で行われていた。

電話訪問」「主治医の訪問指導」などが複数の施設で行われていた。

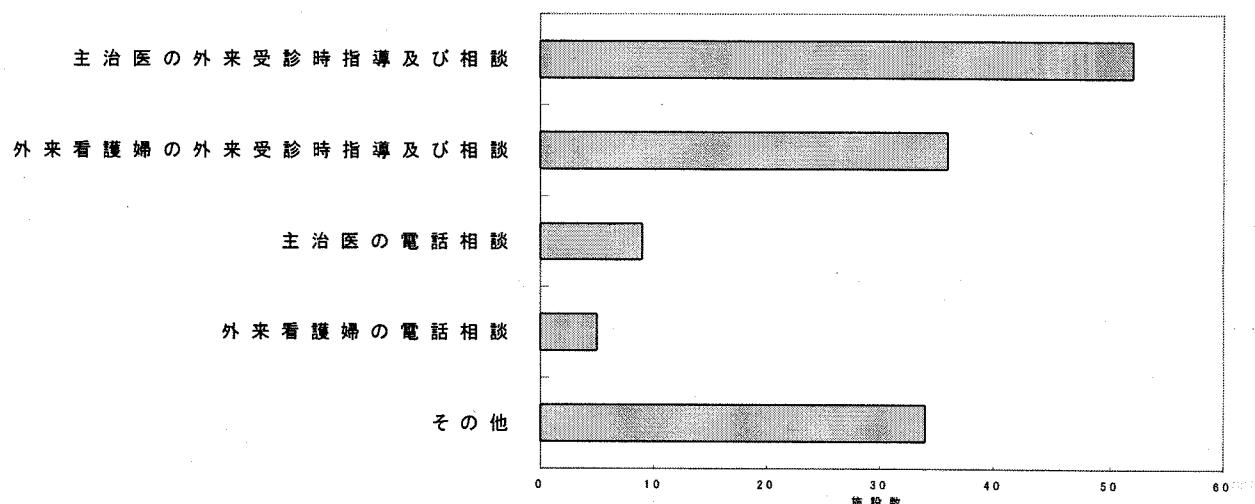


図 33 退院後の支援内容別支援方法（医療的処置の教育指導）（n = 136）

(3) 療養に適した日常生活指導

支援方法を1つのみ回答した医療機関は24カ所、2つが50カ所、3つが65カ所であった。（複数回答で139）

最も多い支援方法は、「外来看護婦の外来受診時指導および相談」で、45カ所（全回答数の32.4%）であった。2番目は、「主治医の外来受診時指導および相談」で42カ所(30.2%)、3番目は、「主治医の電話相談」「外来看護婦の電話相談」「入院中のプライマリーナースの電話相談」が、各々5カ所（3.6%）であった。（図34）

その他として「在宅療養担当看護婦の継続的な訪問看護」「外来婦長の外来受診時指導および相談」「外来婦長の電話相談」「地域の保健婦の訪問指導」「在宅療養担当看護婦の外来受診時指導および相談」と「在宅療養担当看護婦の電話相談」「病院保健婦の継続的な訪問看護」「入院中のプライマリーナースの外来受診時指導および相談」などが複数の施設で行われていた。

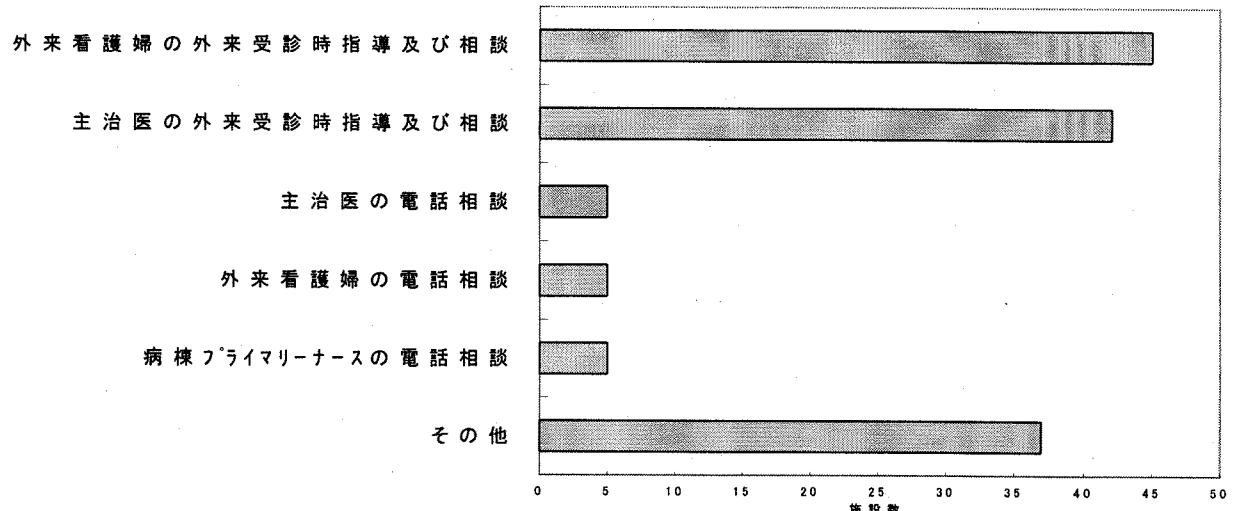


図 34 退院後の支援内容別支援方法（日常生活指導）（n = 139）

(4) 子どもや家族が健康状態の変化に対応できるように支援

支援方法を1つのみ回答した医療機関は20カ所、2つが49カ所、3つが64カ所であった。(複数回答で133)

最も多い支援方法は、「主治医の外来受診時指導および相談」で、44カ所(全回答数の33.8%)であった。2番目は、「外来看護婦の外来受診時指導および相談」で36カ所(27.1%)、3番目は、「主治医の電話相談」で13カ所(9.8%)であった。(図35)

他に、「外来看護婦の電話相談」5(3.8%)であった。その他として「在宅療養担当看護婦の継続的な訪問看護」「入院中のプライマリーナースの電話相談」「地域の保健婦の訪問指導」「外来婦長の外来受診時指導および相談」「外来婦長の電話相談」「病院保健婦の継続的な訪問看護」「在宅療養担当看護婦の外来受診時指導および相談」「在宅療養担当看護婦の電話相談」「入院中のプライマリーナースの外来受診時指導および相談」「入院中のプライマリーナースの電話訪問」などが複数の施設で行われていた。

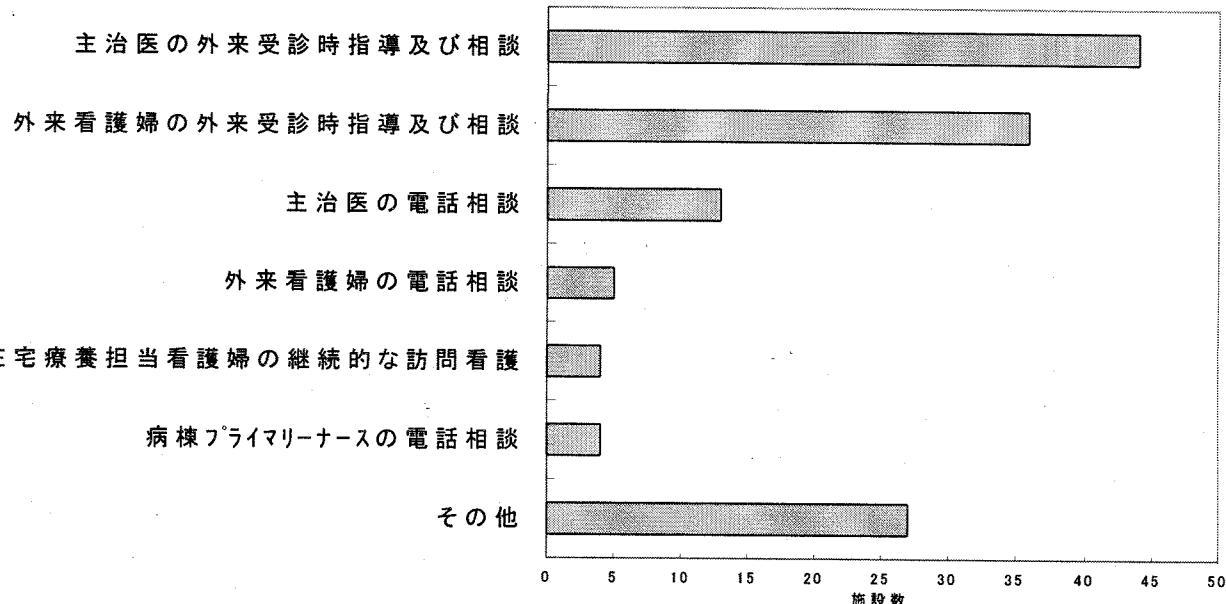


図35 退院後の支援内容別支援方法(健康状態の変化への支援)(n=133)

(5) 居住環境が療養に適するように支援

支援方法を1つのみ回答した医療機関は20カ所、2つが39カ所、3つが57カ所であった。(複数回答で116)

最も多い支援方法は、「主治医の外来受診時指導および相談」で、35カ所(全回答数の30.2%)であった。2番目は、「外来看護婦の外来受診時指導および相談」で29カ所(25.0%)、3番目は、「地域の保健婦の訪問指導」で7カ所(6.0%)であった。(図36)

他に、「主治医の電話相談」「ソーシャルワーカーの外来受診時指導および相談」が各々4カ所(3.4%)であった。その他としては、「在宅療養担当看護婦の継続的な訪問看護」「入院中のプライマリーナースの電話相談」「外来看護婦の電話相談」「外来婦長の電話相談」「病院保健婦の継続的な訪問看護」「在宅療養担当看護婦の外来受診時指導および相談」「その他の職種の電話相談」などが複数の施設で行われていた。

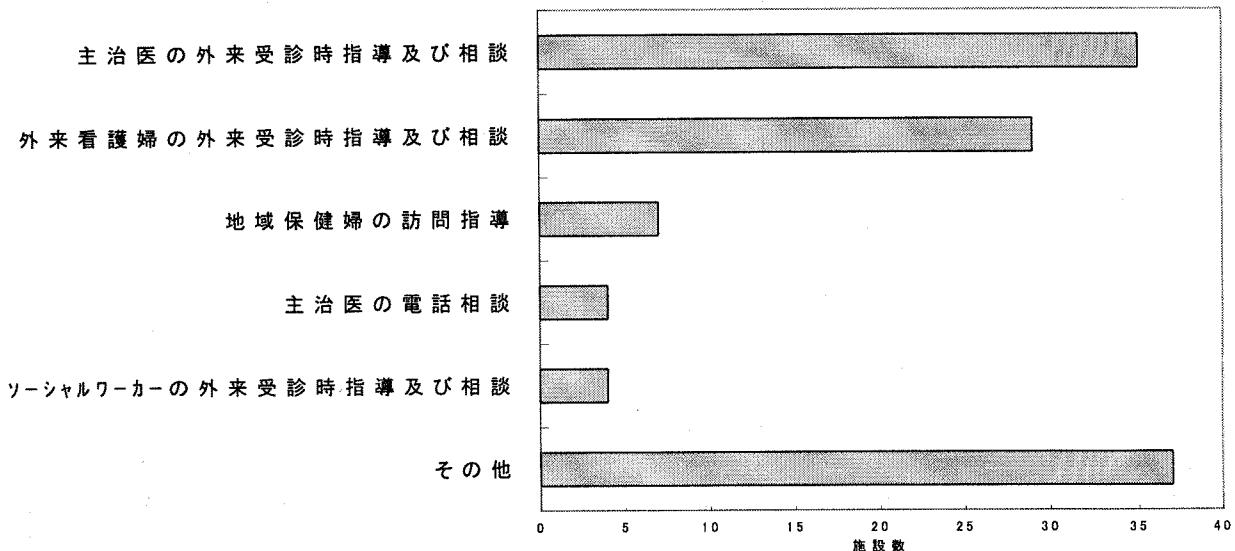


図 36 退院後の支援内容別支援方法（居住環境への支援）（n = 116）

(6) 在宅療養上の心理・社会的問題への支援

支援方法を1つのみ回答した医療機関は24カ所、2つ回答が47カ所、3つとも回答が62カ所であった。（複数回答で133）

最も多い支援方法は、「主治医の外来受診時指導および相談」で、41カ所（全回答数の30.8%）であった。2番目は、「外来看護婦の外来受診時指導および相談」で25カ所(18.8%)、

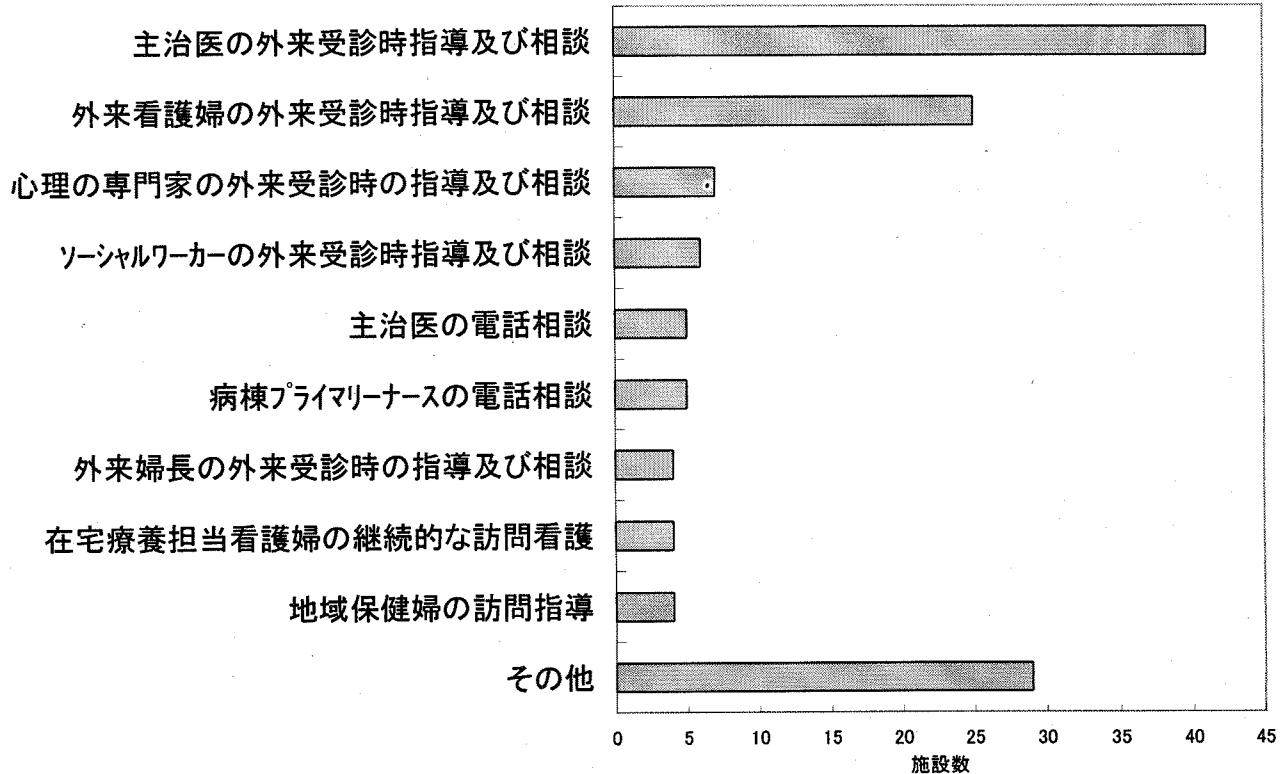


図 37 退院後の支援内容別支援方法（心理社会的問題への支援）（n = 133）

3番目は、「ソーシャルワーカーの外来受診時指導および相談」で9カ所(6.6%)であった。
(図37)

他に、「心理の専門家の外来受診時指導および相談」が7カ所(5.3%)、「主治医の電話相談」「入院中のプライマリーナースの電話相談」が各々5カ所(3.8%)、「外来婦長の外来受診時指導および相談」「在宅療養担当看護婦の継続的な訪問看護」「地域の保健婦の訪問指導」が各々4カ所(3.0%)であった。その他として、「外来婦長の電話相談」「病院保健婦の継続的な訪問看護」「在宅療養担当看護婦の外来受診時指導および相談」「ソーシャルワーカーの電話相談」「地域保健婦の継続的な訪問看護」などが複数の施設で行われていた。

(7) 幼稚園・保育園・学校等の集団生活の体制が整えられるように支援

支援方法を1つのみ回答した医療機関は15カ所、2つが37カ所、3つが60カ所であった。
(複数回答で112)

最も多い支援方法は、「主治医の外来受診時指導および相談」で、38カ所(全回答数の33.9%)であった。2番目は、「外来看護婦の外来受診時指導および相談」で17(15.2%)、3番目は、「ソーシャルワーカーの外来受診時指導および相談」で8(7.1%)であった。(図38)

他に、「主治医の電話相談」が5(4.5%)、その他として「在宅療養担当看護婦の継続的な訪問看護」「病棟婦長の電話相談」「地域保健婦の訪問指導」「外来君護婦の電話相談」「外来婦長の外来受診時指導および相談」「病院保健婦の外来受診時指導および相談」「在宅療養担当看護婦のその他」「入院中のプライマリーナースの電話相談」「主治医のその他の方法」「心理の専門家外来受診時指導および相談」「学校関係者の外来受診時指導および相談」「学校関係者の電話相談」「地域保健婦の継続的な訪問看護」などが複数の施設で行われていた。

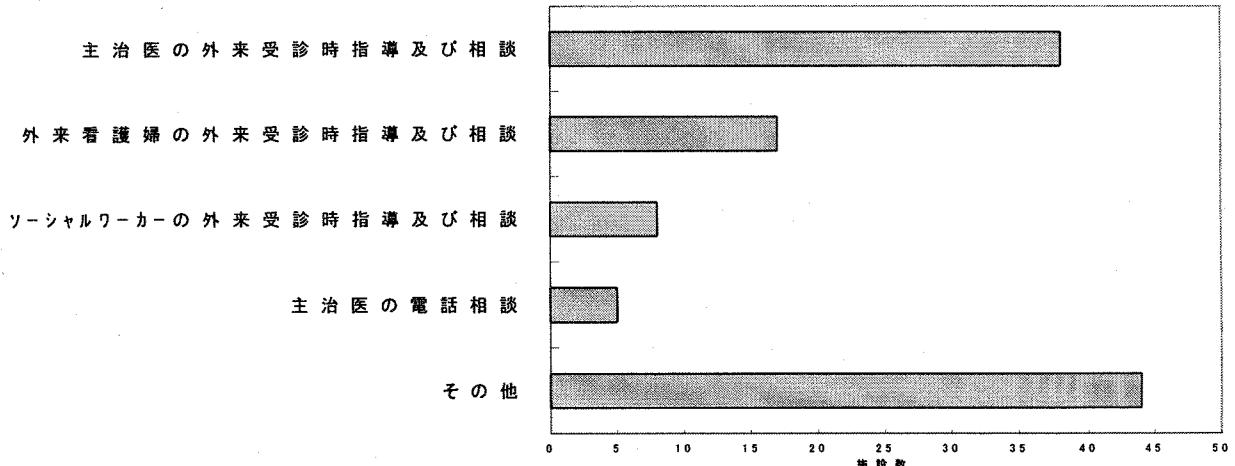


図38 退院後の支援内容別支援方法(集団生活への支援)(n=112)

(8) 退院後、適切な医療機関に受診するための支援

支援方法を1つのみ回答した医療機関は9カ所、2つが35カ所、3つが65カ所であった。
(複数回答で109)

最も多い支援方法は、「主治医の外来受診時指導および相談」で、53カ所(全回答数の48.6%)であった。2番目は、「外来看護婦の外来受診時指導および相談」で13カ所(11.9%)、3番目は、「主治医の電話相談」で11カ所(10.1%)であった。(図39)

他に、「ソーシャルワーカーの外来受診時指導および相談」が5カ所(4.6%)、その他とし

て「主治医のその他の方法」「外来看護婦の電話相談」「在宅療養担当看護婦の継続的な訪問看護」「入院中のプライマリーナースの外来受診時指導および相談」などが複数の施設で行われていた。

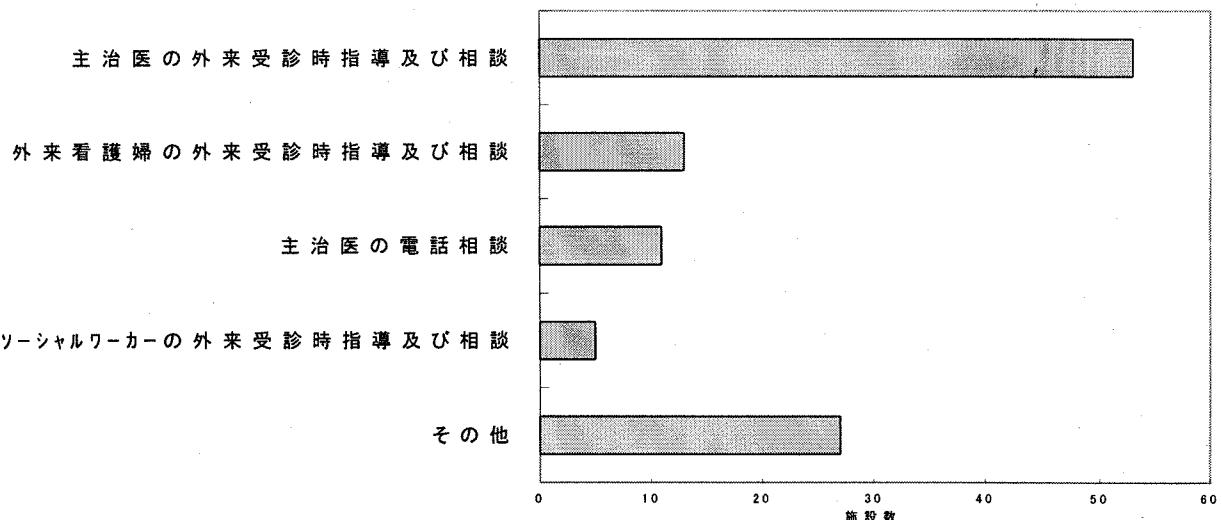


図 39 退院後の支援内容別支援方法（適切な医療機関受診への支援）（n = 109）

(9) 社会資源活用の支援

支援方法を1つのみ回答した医療機関は19カ所、2つが41カ所、3つが62カ所であった。（複数回答で122）

最も多い支援方法は、「主治医の外来受診時指導および相談」で、34カ所（全回答数の27.9%）であった。2番目は、「外来看護婦の外来受診時指導および相談」で22カ所(18.0%)、3番目は、「ソーシャルワーカーの外来受診時指導および相談」で17カ所（13.9%）であった。（図 40）

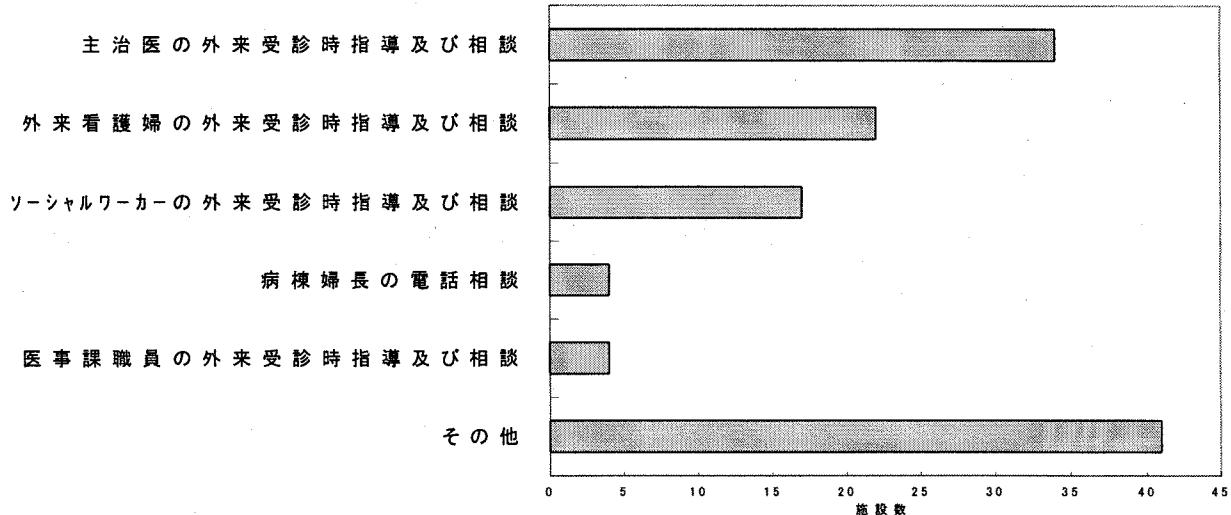


図 40 退院後の支援内容別支援方法（社会資源活用の支援）（n = 122）

他に、「病棟婦長の電話相談」「医事課職員の外来受診時指導および相談」が各々4カ所(3.3%)、その他として、「外来看護婦の外来受診時指導および相談」「病院保健婦の外来受診

時指導および相談」「在宅療養担当看護婦の外来受診時指導および相談」「在宅療養担当看護婦の継続的な訪問看護」「主治医の電話相談」「地域保健婦の継続的な訪問看護」「在宅療養担当看護婦のその他の方法」、「病棟婦長の外来受診時指導および相談」「病棟婦長のその他の方法」、「ソーシャルワーカーのその他の方法」、「医事課職員の電話相談」「地域保健婦の電話相談と訪問指導」などが複数の施設で行われていた。

すべての支援内容について、「主治医」あるいは「看護婦」の「外来受診時指導および相談」が第1位と第2位に位置し、この2つの支援方法でそれぞれの支援内容の回答のうち45.9%から64.7%を占めていた。特に「主治医の外来受診時指導および相談」は9項目中「療養に適した日常生活指導」以外の8項目においてもっとも多い支援方法であった。

第3位以下はその支援の内容により支援方法や支援者に違いがみられた。

10. 今後、在宅支援を行う上での院外の支援機関への期待

小児慢性特定疾患や障害を持つ子どもが在宅療養を行うにあたり在宅支援をする上で、今後最も適切と思う院外の支援機関とその理由について尋ねた。子どもの状況は以下の16項目（「在宅療養指導管理料」の算定対象となる12項目と療養環境に支援が必要と思われる状況4項目）とし、選択する支援機関は、①地域の診療所・病院 ②保健所（保健センター）③訪問看護ステーション ④児童相談所 ⑤在宅支援センター ⑥院内の訪問看護部 ⑦その他 の7カ所である。

表17 在宅療養を行う子どもの状況

(1) 在宅自己注射の必要な患児	(11) 在宅寝たきり患児
(2) 在宅自己腹膜灌流の必要な患児	(12) 在宅自己疼痛管理の必要な患児
(3) 在宅血液透析の必要な患児	(13) 親、または保護者が在宅療養の必要な患児の日常生活の世話（例：服薬食事管理など）が出来ない場合
(4) 在宅酸素療法の必要な患児	(14) 喘息や腎疾患、膠原病等の自己コントロールが必要な患児
(5) 在宅中心静脈栄養法の必要な患児	(15) 住宅での療養環境が整わない患児
(6) 在宅成分栄養、経管栄養の必要な患児	(16) 重症心身障害児
(7) 在宅自己導尿の必要な患児	
(8) 在宅人工呼吸の必要な患児	
(9) 在宅持続陽圧呼吸療法の必要な患児	
(10) 在宅悪性腫瘍の患児	

1) 在宅支援の必要な子どもの状況から見た支援機関の選択

(1) 自己注射を必要とする患児、(4) 酸素療法を必要とする患児、(5) 中心静脈栄養を必要とする患児、(8) 人工呼吸の必要な患児、(9) 持続陽圧呼吸療法の必要な患児、(12) 疼痛管理を必要とする患児、(14) 自己コントロールの必要な患児では、① 地域の病院・診療所が最も多く、次いで、③ 訪問看護ステーション、⑥ 院内の訪問看護部の順であった。

(2) 腹膜灌流を必要とする患児、(3) 血液透析を必要とする患児では、① 地域の病院・診療所が最も多く、次いで⑥ 院内の訪問看護部、③ 訪問看護ステーションの順であった。

(6) 成分栄養の必要な患児、(7) 自己導尿の必要な患児では、③ 訪問看護ステーションが最も多く、次いで① 地域の病院・診療所、⑥ 院内の訪問看護部の順であった。

(11) 寝たきり患児、(13) 日常生活の世話・生活管理が必要な患児では、③ 訪問看護ステーションが最も多くついで、⑤ 在宅支援センター、② 保健所の順であった。

(15) 療養環境が整わない患児では、④ 児童相談所が最も多くついで、⑤ 在宅支援センター、② 保健所の順であった。

(13)、(14)、(15)、(16)の状況については、①～⑦の支援機関全てが選択されておりばらつきがあった。（図41）

2) 支援機関別にみた選択

支援機関別に見ると、最も多く選択されたのは、① 地域の病院・診療所32.4%、③ 訪問看護ステーション32.3%、ついで、⑥ 院内の訪問看護部14.1%、⑤ 在宅支援センター7.5%の順であった。① 地域の病院・診療所、③ 訪問看護ステーション、⑥ 院内の訪問看護部については、子どもの状況の全てにおいて選択されているが、② 保健所、⑤ 在宅支援センターについては、

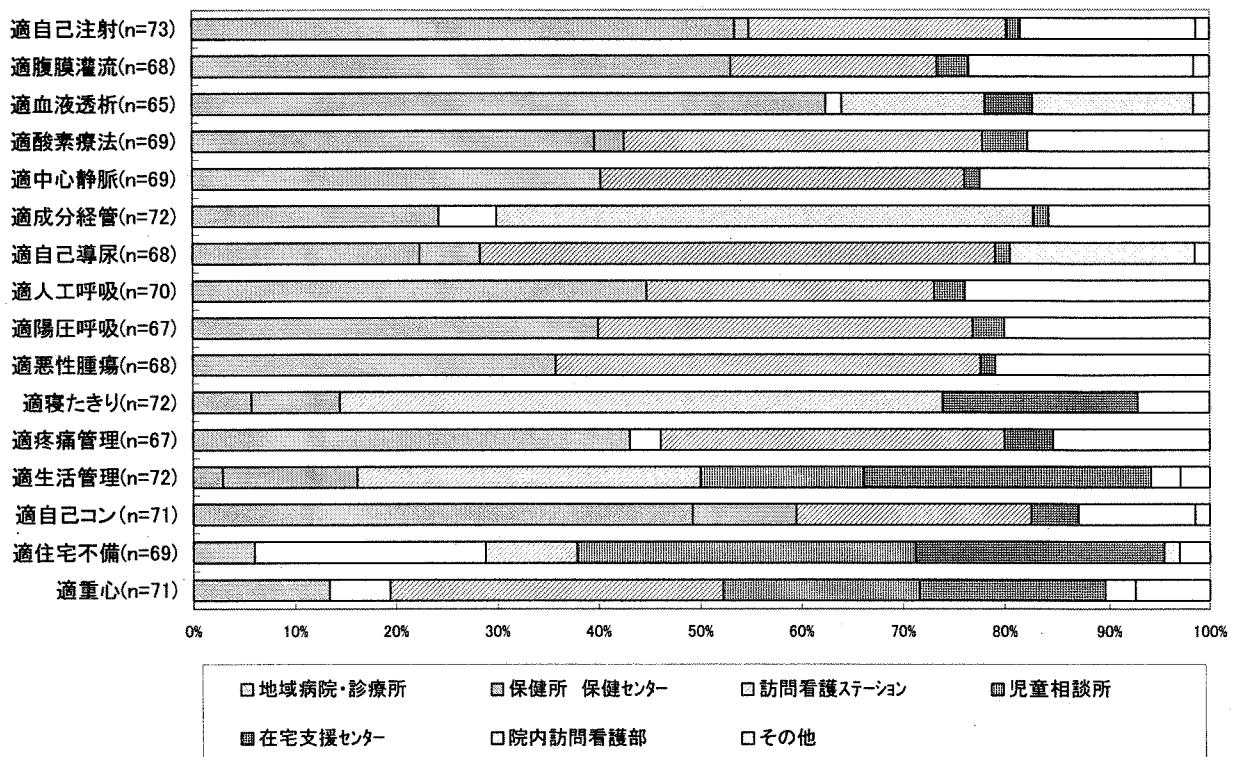


図41 こどもの状況からみた今後在家療養支援すべき機関

少ない傾向にあった。特に②保健所においては、医療的ケアを必要とする状況に対しての選択がほとんどなかった。④児童相談所を選択したのは、(13)(15)(16)の状況のみであった。(16)重症心身障害児にたいしては、その他として障害児施設、福祉施設、養護学校等があった。

3) 支援機関の選択理由（資料参照）

支援機関別の選択理由は以下の通りである。

- ①「地域の病院や診療所」は、(1)～(10)(12)(14)の医療的処置の必要な子どもの状況で選択され、その理由は、“急変時の対応が速やかにできる” “医療行為であり適切な指導や処置が必要” “医師とすぐに連絡がとれる” “安全、確実” “疾患がベースになっているため” “きっちりと定期受診が必要である”などがあった。
- ②「保健所」は、(11)在宅寝たきり患児、(13)親・又は保護者が患児の世話を出来ない、(15)住宅での療養環境が整わない、(16)重症心身障害児の状況時に選択され、その理由は、“キャンプなどの集団活動へも参加を促したりする事が必要なため” “地域で支えていく必要がある” “家庭状況をふまえた支援が必要” “児相などの関連機関との連携に適している” “訪問指導ができ、無料である”などがあった。
- ③「訪問看護ステーション」は、(1)～(14)の医療的行為が必要な状況時に選択され、その理由は、“看護婦なら指導・管理において適切に助言ができる、必要時医師との連絡もとれる” “新たな生活上の問題も整理できる” “技術的指導が中心になると思われる” “地域に密着しプライマリーとして関わられる” “単に寝たきりであれば看護内容が中心になるため、看護判断のできる範囲ということである”などがあった。
- ④「児童相談所」は、(15)住宅での療養環境が整わない、(16)重症心身障害児の状況で選択

され、その理由は、“必要な時期までは保護者に変わって保育する” “適した施設などの配慮のため” “親の能力などの判断も必要” “専門のスタッフがいる” “社会的要因が多くあるため”などがあった。

⑤「在宅支援センター」は、(11)ねたきり患児、(13)親や保護者が患児の世話をできない、(14)喘息や腎疾患、膠原病などのコントロールが必要、(15)住宅での療養環境が整わない、(16)重症心身障害児の状況で選択され、その理由は、“介護が主である” “日常生活援助を支援する” “たくさんの職種の協力が必要”などがあった。

⑥「院内の訪問看護部」は、(1)～(12)(14)の医療的処置の必要な状況で選択されており、“外来・病棟との連携がスムーズにいく” “継続的医学的管理が必要なため” “外来受診時と併せて指導できる”などがあった。

⑦その他として「障害児施設」「福祉施設」「養護学校」が挙げられ、“専門的テクニックや知識をもっているから” “養育の援助に適している”の理由があった。

11. 在宅療養支援のために活用あるいは紹介している施設

現在、活用あるいは紹介している施設については、表18の通りである。院外の滞在施設は70カ所中19カ所27.1%、隣接の養護学校は74カ所中43カ所58.1%、院内学級・訪問学級は70カ所中47カ所67.1%であった。

表 18 活用・紹介している施設

施設	ある	ない
1) 院内滞在施設 (n=70)	19 (27.1%)	51 (72.9%)
2) 隣接の養護学校(n=74)	43 (58.1%)	31 (41.9%)
3) 院内学級・訪問学級(n=70)	47 (67.1%)	23 (32.9%)

12. 地域にある子どもに対するサービスや施設の有無と利用（紹介）の経験

1) 地域の子どもに対するサービスや施設の有無

地域の子どもに対するサービスや施設の有無については、図42の通りである。「ある」と答えているのは、デイサービスは73カ所中29カ所 39.7%、短期入所は73カ所中37カ所 50.7%、短期入院は71カ所中35カ所 49.3%、ホームヘルパーは73カ所中36カ所49.3%、ボランティアは73カ所中29カ所 39.7%であった。また、これらのサービスや施設について、21~36%の医療機関が「わからない」と答えている。

2) 地域の子どもに対するサービスや施設の利用

地域の子どもに対するサービスや施設の利用については、図43の通りで、「あり」がデイサービス19カ所、短期入所28カ所、短期入院 26カ所、ホームヘルパー21カ所、ボランティア23カ所であった。「利用しようとしたが断られた」は10カ所あり、その内ホームヘルパーが3カ所であった。断られた理由は、“定員が満員だった” “重症児は受けられない” “内容がヘルパーの仕事に該当しない” “責任が重大”などが挙げられた。

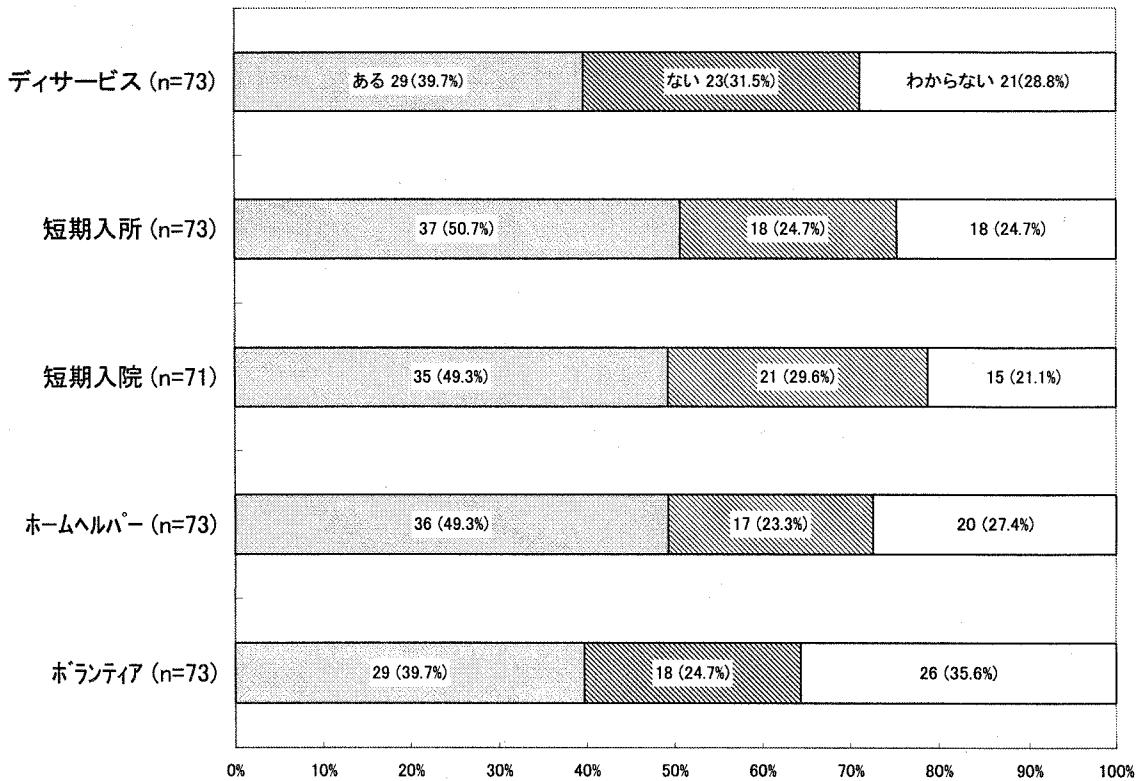


図42 地域にある子どもに対するサービスや施設

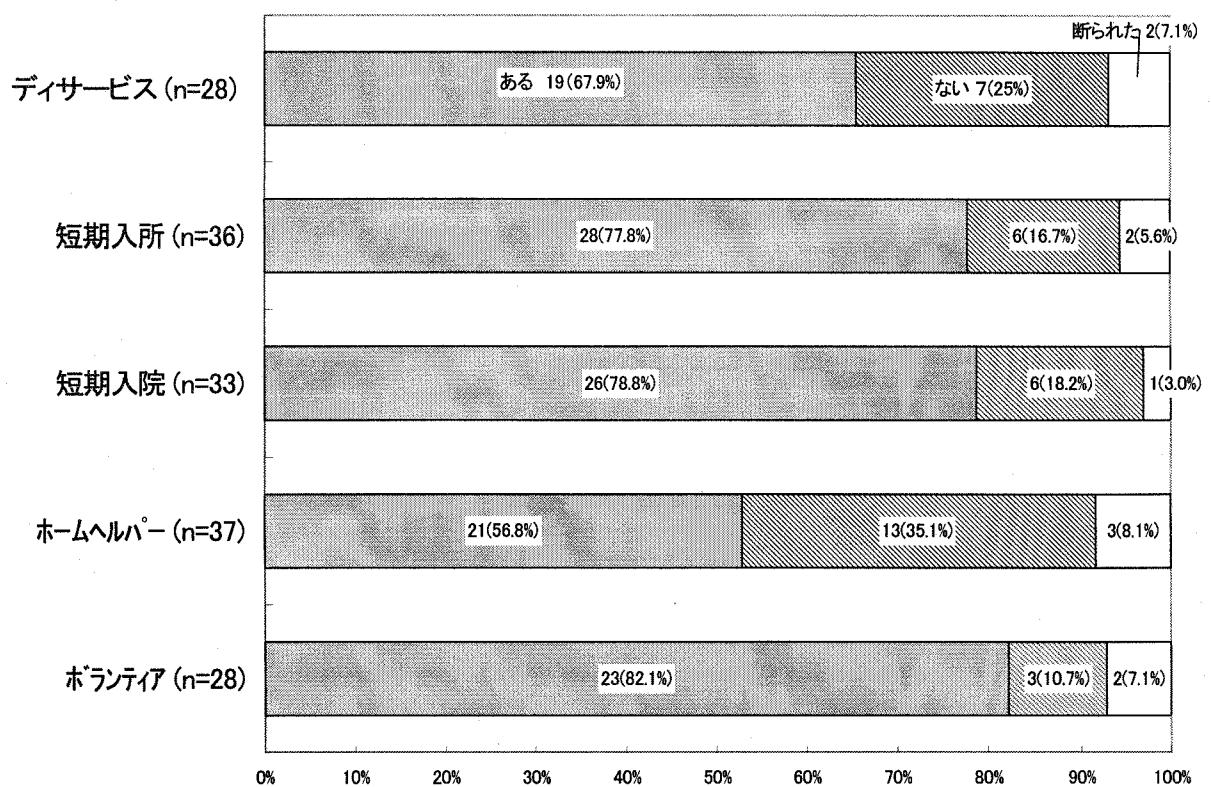


図43 子どもに対するサービスや施設の利用の有無

13. 在宅療養を進める上での問題・課題

在宅療養を進める上での問題・課題については、1. 家族の受け入れに関する問題、2. 病院内の支援体制の問題、3. 地域の支援体制の問題、4. 教育に関する問題、5. 経済的問題の5つの項目が挙げられ、その内容は多岐に渡った。

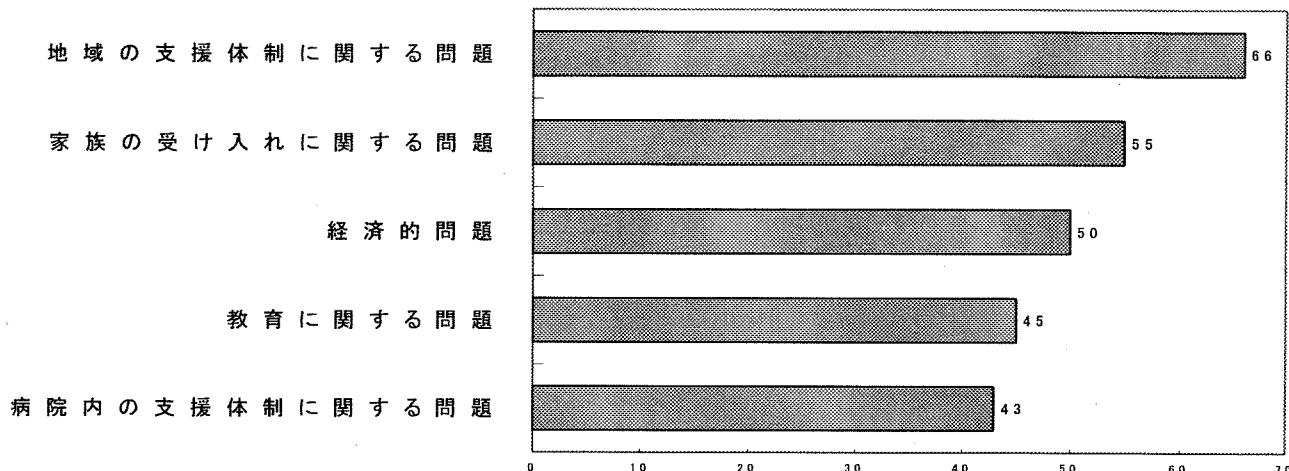


図 43 在宅療養を進める上での問題・課題 (n = 259, 複数回答)

1) 家族の受け入れに関する問題 (表 19)

最も多く見られたのは、<介護負担が大きいことによる問題>であった。このなかには、医療機器の使用など介護による精神的負担が大きいこと、核家族や共働きにより介護者がいない、または母親に介護負担が集中するといった内容が含まれていた。また、介護負担が大きいことに付随して支援体制の不備もあげられていた。次に<家族内の調整が困難なことによる受け入れの問題>が挙げられていた。在宅療養を進めていく上では、両親のみならず家族全体へ及ぼす影響は大きく、祖父母の理解が得られないことや兄弟への影響などにより在宅療養を受け入れられないケースもあるようであった。その他に<入院の長期化による受け入れの問題><愛着形成ができないことによる受け入れの問題><障害の受容が困難なことによる受け入れの問題>があげられていた。入院が長期化することや出生直後から入院している未熟児や先天異常のある児では愛着形成の問題、障害の受容が困難な事により、在宅療養が受け入れられないといったことが生じており、早期より時間を掛けて関わっていく必要性もあげられていた。

表 19 家族の受け入れに関する問題 (n = 55, 複数回答)

介護負担が大きいことによる問題	24
家族内の調整が困難なことによる受け入れの問題	9
入院の長期化による受け入れの問題	7
愛着形成が困難なことによる受け入れの問題	5
障害の受容が困難なことによる受け入れの問題	2
その他	8

2) 病院内の支援体制の問題（表 20）

最も多かったのは、＜病院内のシステムに関する問題＞であった。これは、「病院内の訪問制度が整っていない」や「継続看護に対する病棟と外来の体制が確立されていない」、「在宅医療管理システムが確立していないため、窓口が多様化している」などが挙げられていた。また、在宅療養支援を専門とする部署がある施設でも「小児に関してまだ具体的に稼働していない」という記述も見られた。＜人員、人材不足＞では、「サービスを提供するためのマンパワーが不十分だと感じることがある。」や「在宅療養を専門にする看護婦・部署が存在しないので患者に十分にサービスを提供できない」という記述や、専門の部署や人がいる施設でも「小児専門のスタッフが少ない」というものも見られた。＜病院の機能や方針による問題＞では、子どもの在宅療養対象者が少ないとといったことにより、院内の体制がシステム化されないことや急性期型病院や特定機能病院であることにより、在宅療養のシステムが整わないこともあげられていた。

表 20 病院内の支援体制の問題 (n = 43, 複数回答)

病院内のシステムに関する問題	18
人員、人材不足	13
病院の機能や方針による問題	10
その他	2

3) 地域の支援体制の問題（表 21）

もっとも多かったのは、＜支援体制の不備＞であり、次に＜小児に適した支援内容、支援施設の不備＞でした。＜支援体制の不備＞では、介護者の支援体制の不備があげられており、また支援体制の地域格差も指摘されていた。さらに、＜小児に適した支援内容、支援施設の不備＞では、介護保険の施行により、老人介護の支援システムは徐々に作られているが小児に関しての社会資源の少なさがあげられていた。小児に特徴的な内容として、現在ある社会資源も子どもの場合、親が看るものという意識により広がっていないといった内容もあり、小児の場合の社会資源活用上の難しさも伺えた。その他に＜地域医療機関の受け入れに関する問題＞、＜地域医療機関との連携の問題＞があり、この中には緊急時の対応も含め、訪問看護ステーションや地域医療機関と協力してバックアップしていくこうとしているが、依頼しても受け手の医療機関の体制ができていないことがあげられており、また地域医療機関と協力して在宅を進めている病院でも病院間の連携の問題を抱えていた。＜情報不足などによる社会資源の活用に関する問題＞では、情報不足により社会資源を充分に活用しきれていない現状が伺えた。

表 21 地域の支援体制の問題 (n = 66, 複数回答)

支援体制の不備	24
小児に適した支援内容、支援施設の不備	14
地域の医療機関の受け入れに関する問題	12
情報不足などによる社会資源の活用に関する問題	11
地域の医療機関との連携に関する問題	5

4) 教育に関する問題（表 22）

もっとも多かったのは、<学校の受け入れに関する問題>でその中には、学校の受入体制、学校の設備、学校との連携、学校の人員や人材のことが含まれていた。特に学校の受入体制については多くあげられており、家族の付き添いが必要であったり、普通校へ受け入れを拒まれたりしている一方で、在宅療養している患児に必要な設備がないことが患児を就学させる上での家族の不安になっているようであった。また、<病気を持ちながら学校生活を送る上での問題>では、在宅療養しながら就学する患児がいじめや不登校などさまざまな問題を抱えていることも指摘されていました。教育に関する問題のその他には、乳幼児の保育に関する記述も見られた。

表 22 教育に関する問題 (n = 45, 複数回答)

学校の受け入れに関する問題	29
①学校の受け入れに関する問題	(18)
②学校の設備に関する問題	(4)
③学校との連携に関する問題	(4)
④学校の人員や人材に関する問題	(3)
病気を持ちながら学校生活を送る上での問題	7
学習の継続困難	6
その他	3

5) 経済的問題（表 23）

ここでは、<在宅療養へ移行することによる自己負担の増加><介護による収入の減少>が挙げられていた。現在の状況では、在宅療養に移行することにより経済的負担が増加するという状況であり、医療機器や衛生材料の自己負担により経済的負担が大きく、さらに核家族や共働き家族が多い中で介護することにより、収入が減少することも在宅療養においての経済的負担を大きくしていた。

表 23 経済的問題 (n = 50, 複数回答)

在宅療養へ移行することによる自己負担の増加	27
①在宅療養に必要な物品による経済的負担	(15)
②医療費にかかる経済的負担の増加	(12)
介護による収入の減少	11
その他	12

IV. 考察

1. 在宅療養が必要な子どもたちに対する医療機関の状況

平成10年度の養育医療・育成医療・特定医療（18歳未満）・小児慢性特定疾患の医療券の使用状況については、73カ所中養育医療は45カ所、育成医療は49カ所、特定医療は41カ所、小児慢性特定疾患治療研究事業は55カ所から回答があった。これらの医療券については、在宅療養指導管理料・在宅療養指導料等と比べ、医療機関内での関心が高く、医療券の活用についての意識が浸透していると思われる。

在宅療養指導管理料について、過去3年間の18歳未満の在宅療養指導管理料に対して回答のあった医療機関は78ヶ所中10～33カ所と少なかった。医療機関として統計をとっていない、あるいはすぐには数字が出せない質問であり、すなわち、医療機関における在宅療養指導管理料への関心が低いことを示すものと思われる。さらに「18歳未満に対して」の回答数が減ることから、医療機関における子どもの在宅療養への関心は、かなり低いと考えられる。

在宅患者診療・指導料のうちの在宅患者訪問看護・指導料、訪問看護指示料、そして、退院時共同指導料、退院前訪問指導料などの総計が少ないことは、行っている数がこのように少ないと考えにくいが、地域の医療機関や訪問看護ステーション等との連携が十分軌道に乗っていないことを示していると思われる。すなわち、実際は、指導や指示を行っていても診療報酬を算定していない場合も多々あり、統計上に表れていない数も多いと推測される。

在宅療養指導管理料および在宅患者診療・指導料の3年間の推移を見ると、近年、厚生省による在宅療養を提供する体制の整備の取り組みとして、ガイドラインの作成や在宅療養の手引きなど在宅療養に向けていろいろな取り組みの結果、全体から見ると行っている医療機関の僅少・医療機関による差は大きいものの、総計件数の増加につながっていると考えられる。

在宅療養指導料については、回答医療機関数およびその件数が意外なほど少なかった。在宅療養指導料が算定できるのは、患者のプライバシーが配慮されている専用の場所で個別に30分以上の指導を行った場合という算定基準がこの少なさの一因かもしれない。実際には、この算定基準には当てはまらない形で、在宅療養を支援のためにもっと多くの指導等の援助がおこなわれていると考える。

平成6年以降に在宅医療に関する診療報酬等が算定できるようになったが、今回調査した医療機関内に在宅療養推進のための委員会などが組織されているのは73カ所中、22カ所と全体の約3割であった。このことは、多くの医療機関において、診療報酬等の算定に伴い在宅医療の基盤整備の段階であり、在宅療養が必要な子どもたちに対してシステム化した取り組みをしている医療機関はまだまだ少ないと考えられる。

2. 医療機関内における在宅療養の支援体制

在宅療養を専門とする職種の存在は今回の調査対象においては15.3%、また専門にする部署は27.5%であり、共に少数であった。

病棟から外来への連携は、71カ所中52カ所と7割以上の医療機関において「ある」としており、プライマリーナースや看護婦、および主治医や医師が中心となり、連絡票な

どの送付と電話連絡によって実施されていた。また、医療機関内における関連職種の連携体制については71カ所中43カ所と約6割があるとしており、プライマリーナースや看護婦、主治医や医師、およびソーシャルワーカーが中心となり、連絡・調整が必要な子どもについての会議や電話連絡、連絡票等の送付によって実施されていた。しかし、在宅医療を進める上での問題・課題として「訪問看護部がない」「専門スタッフがいない」「窓口が多様化している」などの記述が見られ、連絡・調整に関してシステム化されていないところも多く、現状では個々の職員の努力により在宅療養に必要な連絡・調整が図られ、援助がなされていることが伺える。また、在宅療養を専門とする「部署」がある医療機関では、多くの職種が入院中の在宅支援に関わっている傾向があることから、専門部署の設置と専門スタッフの配置は、援助の受け手である子どもおよび援助を行う医療機関の多職種にとって効率的な援助を行う上で有効と考える。また、連絡・調整の方法として、関連職種の人々が一同に集まり定期的に会議を開くことは、それぞれの専門性を認識し、行った援助に対するフィードバックが得られることなどにより、質の高い在宅療養への援助を提供する一つの方法であろう。専門部署の設置と専門スタッフの配置を含め、院内の連携のためのシステムを構築し活動させることにより、在宅療養が推進されると考える。

3. 入院中の在宅療養へ向けての支援内容・体制

入院中の子どもや家族への支援について、直接指導を行う職種と計画・評価する役割を取る職種の結果から、支援の内容によって直接指導を行う職種の種類は多少変化するものの、プライマリーナース、その日の受持ち看護婦、病棟婦長、主治医の関わりの比率は高かった。保育士や児童相談員は直接指導を行う職種としての比率が低かったが、総合病院や小児専門病院では配置されている割合が少ないためと思われる。しかし、国立療養所系病院では定数として配置されており、在宅療養に向けての支援についてもその一端を担っていると考える。

計画立案・評価する役割については、職種による役割の傾向が明らかとなった。医師は、退院後の適切な医療機関に受診するための支援においてその役割を取ることが多く、プライマリーナースは日常生活上の教育指導や院内連携を必要とする支援を、病棟婦長は社会資源や院外連携を必要とする支援についてその役割を取ることが多い傾向が認められた。これらの役割のうち、病棟婦長については病院の種類別で若干の差が見られた。これは病院機能の違いによると考えられ、国立療養所系病院では他と比べ、病棟婦長が全てのコーディネーターの役割を担っていると考えられる。

在宅支援を専門にする「人」として在宅療養担当看護婦の存在があったが、その入院中の直接指導、計画・評価への関わりは低かった。このことから在宅療養担当看護婦の役割として、主に外来患者の在宅支援を担当していることが伺えた。入院中からの継続した在宅療養に向けての支援を考える際、在宅療養担当看護婦の入院中の子どもへの支援内容・支援方法の検討が必要と思われる。また、在宅療養を専門とする「部署」がある医療機関では、多くの職種が入院中の在宅支援に関わっている傾向があった。このことは、専門の部署を設けることで各部門の協力を得やすい体制が作られたためと思われ、医療機関内の連携を促す一つの方法であると思われる。

退院指導の計画者としてプライマリーナースが約8割を占めているのに対し、入院中の

在宅療養についての話し合いにおいて中心になるのは主治医 52.1%、プライマリーナース 28.8%、病棟婦長 13.7% であり、話し合う内容が医療的な事柄が多いあるいは話し合いのリーダーシップの問題が伺われる。また、話し合いにいつも入っている職種として主治医、プライマリーナース、病棟婦長を 7、8 割が挙げているのに対し、他の職種は半数以下であった。しかしながら、ケースにより話し合いに加わる職種としては提示した 20 職種全てが挙げられていた。このことから、入院中に在宅療養を進める際、主治医、プライマリーナース、病棟婦長が中心となり、その過程で子どもに必要な職種の参加を依頼するという形が多いことが伺える。

4. 退院後に行なわれている在宅療養中の支援内容と体制

退院後に行なわれている在宅療養中の支援に関する主な支援者とその方法について、その支援内容（9 項目）別に見た結果、いずれの支援内容も主治医および外来看護婦による外来受診時の指導および相談が 1 位と 2 位を占め、退院後の在宅療養支援における外来の役割が大きいことが明らかとなった。

今回、主治医が退院後の在宅療養をコーディネートする割合は、在宅療養支援の専門スタッフが常駐しない医療機関において約半分を占め、一方、外来における在宅療養支援の実際でも主治医が担当することが最も多いという結果となった。これは、入院中も支援内容によっては主治医が直接支援する割合が多かったこととも関連して、小児慢性特定疾患や障害をもつ子どもの在宅療養支援の実際には、医学的判断が求められることが多く、主治医が関わる必要性が高いためと思われる。

一方、在宅療養支援の専門スタッフとして常駐している職種としては、看護婦が最も多く、在宅療養支援を専門とする部署に所属する職種も看護婦が最も多かった。しかし、退院後の在宅療養中の支援内容を見ると、在宅療養担当看護婦が担当することは決して多いとはいえない結果がでた。また、在宅療養支援の専門スタッフが常駐しない場合には、主治医に次いで退院後の在宅療養をコーディネートする役割を取るのは病棟のプライマリーナースであった。

さらに、退院後においても、外来プライマリーナースや外来婦長より、病棟のプライマリーナースの方が多くコーディネートの役割を取っているという結果が出た。これは、病棟と外来の看護体制が影響していると思われる。すなわち、病棟ではプライマリー制を取り入れ継続した看護援助への取り組みがなされているところも多いが、外来においては 2 ~ 3 年前からようやくプライマリー制の有効性が言われ始めた段階で、一般にプライマリー制を取り入れているところは少ない。このため、外来において継続した看護援助につながりにくいのではないかだろうか。しかし、退院後の在宅療養の支援内容をみると病棟のプライマリーナースが担当することは、「療養に適した日常生活指導」「子どもや家族が健康状態の変化に対応できるように支援」以外ではほとんどみられない。支援内容の多くは、外来看護婦が主治医に次いで担当している。退院後の在宅療養支援において、在宅療養担当看護婦や病棟のプライマリーナースは、コーディネート役ではあるが、実際に支援を担当することは少ないといえる。

現在、退院後の在宅療養支援の中心が外来にあることから、今後、医療機関内における退院後の在宅支援システムを考える上で、退院後の在宅療養をコーディネートする役割を

含め、外来の在宅療養支援の体制についての検討が重要と考える。

5. 医療機関と地域とを結ぶ連携体制

地域の保健医療関係施設への連絡・調整・連携のための体制があるとする医療機関は、診療所や病院へは 74.7%、保健所へは 79.2%、市町村保健センターへは 68.9%、訪問看護ステーションへは 63.2% であった。このように、これら保健医療関係施設との連絡・調整・連携についてはほぼシステム化されていると思われる。このほか、児童相談所へは 77.3% と、他の福祉関係施設に比してその連絡・調整・連携の体制を持っている医療機関が多かった。児童相談所は 18 歳未満の児童のあらゆる問題について相談に応じている施設であることから、連絡がとり易く連携を強化して子どもの在宅療養を支援することが可能なためと思われる。

地域との連絡・調整・連携の方法として、保健医療関係施設に対しては「必要があるケースに連絡票等を送る」「必要があるケースに連絡票等を送り返事を貰う」が多かった。このことは、病院一病院、病院一診療所連携の推進が背景にあると考えられる。紹介状送付や、保健所が行っている母子保健事業との連携の連絡票などは、診療報酬で算定されることによりシステム化が進められてきているといえよう。これに対し、福祉関係施設への連携の方法としては、電話が最も多くなっている。これは、連携が診療報酬の対象とならないこと、電話が手軽な連絡手段であること、福祉は住民からの申請でサービスを提供する行政であり、ニーズに応じて即時の対応が求められ電話で連絡することが多いなどの要因が考えられる。いずれにしても、在宅療養をする子どもや家族を支えるためには、適時適切な連絡・調整・連携、そしてさらにその後のフィードバックが重要と考える。特に、フィードバックに関しては、「必要があるケースに連絡票等を送り返事を貰う」あるいは「定期的に会議を開く」以外の方法の場合は忙しい業務の中ではなかなか難しいと思われ、どのように行うかが今後の課題といえる。在宅療養をする子どもや家族のニーズは保健・医療・福祉を通じた総合的なものとなっており、地域におけるフィードバックを含めた包括的な保健・医療・福祉のシステムづくりが重要な課題である。

地域のサービスや利用できる施設については、地域における子どもを対象にしたサービスが充分とはいえない状態である。社会状況の変化で核家族化が進んでいる一方で、在宅療養を行う子どもは医療的処置等が多くなっており、母親への負担も多くなっている。このような状況の中、医療機関において、地域の子どもに対するサービスや施設があるかどうかわからないという回答が 21.1% から 35.6% あり、医療機関が地域の子どもに対するサービスや施設を把握していない現状が伺える。地域のサービスや利用できる施設を把握している医療機関では、その利用（紹介）状況は 56.8% から 82.1% と比較的高いことから、サービス・施設についての情報提供は在宅療養の重要な支援であるといえよう。今後、医療機関におけるサービス・施設の利用（紹介）に関する情報収集と効果的な提供は重要な課題である。

6. 地域との連携について今後への期待ー在宅支援を行う上での今後もっとも適切と思われる地域の支援機関についてー

在宅支援の必要な子どもの状況（16 状況）について、医療機関が地域における在宅支

援機関として考える機関は、主に地域の診療所・病院、訪問看護ステーション、院内の訪問看護部であった。そして、それぞれの支援機関について、子どもの状況と関係した機能分担の傾向が明らかとなった。地域の診療所・病院は主に医療行為を伴う状況において、訪問看護ステーションは直接的なケアを必要とする状況において、院内の訪問看護部は継続的なフォローが必要な状況においてというように機能別に選択されている。しかし、在宅支援を行う上で適切と思われる院外の支援機関を選択する際には、これまでの在宅支援の経験も大きく関わることが予想され、経験によって選択する支援機関が違うことが考えられる。

また、選択した理由の回答の中には、支援機関の役割や援助内容について、知識はあっても現在どのような活動が行われているのかが十分把握されていない記述もあり、一部の医療機関においては支援機関についての情報の不足、関心の低さが伺える。その為に適切な支援機関についての選択肢が狭められているとも考えられるが、特に保健所（保健センター）の活用については、現在の活動範囲を超える理由が記述されていた。このことは、平成9年度より疾病による長期療養児の療育指導が行われることになり、保健所（保健センター）において援助システムの構築が試みられているが、システムが十分機能していないことおよびそのことを医療機関が充分理解していないと思われる。反面、現在はできなくても今後は行って欲しいという期待の現われとも受け取れ、地域医療機関への期待は大きいが、受け手の地域医療機関の体制は整っていないことも伺える。

7. 在宅療養をすすめていく上での家族・教育・経済面での問題・課題

家族の受け入れに関する問題の中で、最も多かったのは「介護不安」に関するものであった。核家族化や共働き家族の増加といった社会の変化のなかで、医療的処置の多い子どもの場合には、介護不安が在宅療養の移行や継続を困難にさせていることが明らかとなった。このことから、医療を継続しながら在宅療養していくには、介護に対する支援体制のさらなる充実が必要であると考えられる。その一方で、村田¹⁾は、在宅ケアにおける家族側の成立条件の1つとして、「地域社会の在宅ケア支援体制への家族のアクセスと利用能力」を挙げており、在宅療養を進めていく上では支援体制の充実だけでなく、家族自身が現状の資源を上手く活用していくようなサポートすることも必要となるであろう。家族の受け入れに関する問題の二つ目として「家族内の調整が困難なことによる受け入れの問題」が挙げられていた。在宅療養をすすめていく上での問題として、両親の考えが一致しないことや祖父母の理解が得られないといった記述があり、在宅療養が必要な子どもとの生活を支える家族自身の体制を整えることの難しさが伺える。このほか「長期入院により愛着形成が困難」や「障害受容が困難」により受け入れが問題となる場合と同様に、家族自身が十分な情報のもとに子どもの生活のあり方を考えていけるような援助が必要だろう。子どもの場合は、急性期に障害の程度を予測することは難しく、早期からの在宅を意識した関わりが難しいと思われるが、できるだけ早期から在宅を視野に入れ関わっていくことが重要だろう。

教育に関する問題では、「学校の受け入れに関する問題」が最も多くみられ、この結果はこれまでの調査と同様のものであった。特に、医療的処置がある子どもの場合には家族の付き添いが必要とされることによる問題が多くあった。このほか、疾病を持ちながら

生活している子どもに対する学校側の理解不足により様々な問題が生じていた。子どもの生活を考えていく上では、教育は不可欠な要素である。疾病を持ちつつ学校生活を送るためには、学校、医療者、家族および子ども自身を含めて、よりより良い方法を模索していく必要がある。

経済的問題では、在宅療養にともなう経済的負担が大きいことが上げられており、入院時よりも負担が大きくなることが問題となっている。子どもの場合、家族自身も若く経済力が弱いことから、介護による経済面での負担は在宅療養を継続していく上で大きな障害になっていることが伺えた。

在宅療養をすすめていく上では、子どもや家族の生活を十分に理解した上で、対象である子どもや家族とともに考え、その問題を単に個の問題としてだけではなく行政的、社会的な広がりを持たせた在宅療養の支援を考えていくことが必要である。

8. まとめ

医療技術の向上により高度な治療を継続しながらの在宅療養が可能になり、医療的な処置を必要としながら在宅療養していく子どもたちが増加している。しかし、子どもや家族を取り巻く支援体制は、まだ整っておらず、様々な問題を抱えながら生活をしていることが明らかとなった。また、医療機関においては、在宅療養を支援する中で家族や子どもを支える体制は少しずつ模索されてはじめている状態であった。

医療機関内の支援体制では、様々な形で在宅療養を行う子どもたちの情報交換がなされていたが、医療機関によりその方法は異なりシステムの確立はされていなかった。しかし、在宅療養推進の委員会などの存在もあり、この実際の活動は今回の調査内容には含まれていないものの、今後在宅療養の発展に影響していくことが期待される。さらに、在宅療養を行う専門の部署を設置している機関もあり、今後在宅療養に向けてのシステムにおけるその役割を明らかにし、他の医療機関が在宅療養システムを作っていく上でのモデルになっていけるよう充実が望まれる。

さらに、さまざまな状況の子どもや家族を医療面、生活面を総合的にみて支援していくには、医療機関内外の情報に通じ、中立的立場に立ち、専門的にその役割をとっていく人材を確保した上で体制を作っていく必要があるだろう。

また、医療機関内での連携は様々な形で行われており、システムとしてはまだ模索している段階である。在宅療養に関する医療機関における支援は、現在、病棟のプライマリーナースの役割が大きく、退院後もコーディネーターの役割を果たしていることが伺えた。今後、外来の役割が上手く機能していくようなシステムも一つの提案である。

医療機関外の支援機関との連携については、今後の方向性を検討したが、支援機関の機能が十分に理解されていない点も否めない。しかし、退院後、子どもたちが地域の中で生活していくためには、入院している医療機関と学校などを含めた地域の支援機関が、お互いの機能や役割を十分理解した上で、今後の在宅療養への支援のあり方を検討する必要があるであろう。

引用文献

- 1) 村田恵子：在宅ケアの成立条件；家族側の成立条件，小児看護，20(2)，195-198, 1997.

医療機関における在宅への移行に関する事例調査

1. 目的

医療機関において、子どもが在宅療養へ移行する際の移行過程における医療機関内外の連携およびその問題点を明らかにすることを目的とした。

2. 方法

アンケート配布時に面接調査を依頼し、承諾の得られた医療機関を対象とした。面接調査には、あらかじめ日時の調整を行い訪問した。

調査内容は文献等から研究者が作成し、構成的質問紙調査とした。調査項目は、病院および調査協力者の背景、在宅療養支援のための委員会等の有無、在宅療養の決定に関わることから、提供された事例についての在宅療養への移行の過程およびその際に関わった職種と連携についてなどである。

3. 結果

1) 対象となった医療機関および調査協力者について、

今回、協力の得られた 12 施設 13 事例を対象とした。調査を実施した医療機関の種類は、一般総合病院 7 カ所、小児専門病院 4 カ所、国立療養所系病院 1 カ所であった。設置主体としては、国立および地方自治体等の公立病院が 9 カ所あった。また、明らかに在宅療養を推進する委員会を設置している医療機関は 6 ケ所であった。

面接した調査協力者は、1 事例に付き 1 ~ 3 人であった。調査協力者と事例との関係は、4 事例がプライマリーナースあるいは受け持ち看護婦として、4 事例は病棟婦長あるいは主任として、3 事例はスタッフ（内 1 事例は前回入院時のプライマリーナース）として、1 事例はプライマリーナースおよび病院保健婦として、1 事例は医療社会事業部の看護婦として、1 事例は事例入院当初スタッフでその後在宅看護ステーションの看護婦として関わっていた。事例と関わった当時の看護職としての経験年数は、1~24 年と大きな幅があった。

2) 対象医療機関における一般的な在宅療養への移行について

- 1 退院が決定するまでの条件・基準など

在宅療養が必要な子どもの退院について、明らかな基準を医療機関内で作成しているところはなかった。ほとんどの医療機関において、その都度あるいはケース・バイ・ケースで退院および在宅療養への移行を検討していた。しかしながら条件としては、子どもの状態の安定、入院治療の終了、主治医の判断、家族の意志などがあがっていた。また、今回調査した中には、方針として在宅を目標として掲げている医療機関がある一方、今回の事例が小児において初めて在宅療養へ移行したケースである医療機関など、医療機関における実際の子どもの在宅療養への取り組みは様々であった。

- 2 退院計画のマニュアルおよび退院指導のマニュアルについて

退院計画全体について、医療機関としてあるいはその病棟としてマニュアルを有しているのは1カ所で、その主な内容は連絡・調整についてであった。しかし、退院計画のマニュアルがまだない医療機関においても、過去の経験や今回の事例からその必要性を認めており、今後作成に取りかかるといった医療機関も複数あった。

退院指導のマニュアルについては、約半数が何らかのマニュアルがあり、今回使われたマニュアルの内容は、人工呼吸器、気管切開（カニューレ消毒）、気道内吸引、胃経管栄養、吸入などであった。このほか、事例にあったパンフレットを作成して指導することも多く行われていた。

3) 対象事例について

対象となった事例については表1の通りである。

4) 退院の決定について

退院のきっかけは、ほとんどの場合、主治医から退院・在宅療養についての話がでている。中には、プライマリーナース・看護婦と主治医・医師ら医療者間で検討した結果、退院・在宅療養の方針を出した事例もあった。1事例のみ、人工呼吸器を装着した子どもについては医療者側から退院・在宅療養を切り出さないという方針の医療機関であったため、家族の希望が退院・在宅療養のきっかけとなっている。

退院の決定に当たっては、入院治療の必要性の判断、子どもの状態の安定、家族の意志が共通する要因となっていた。きっかけから決定に至るまでの問題としては、直接介護する両親の決意よりも祖父母や周囲の反対などにより時間がかかった事例が多かった。このほか、子どもの状態が安定しないために在宅療養を方針としながらもなかなか退院の決定に至らなかった事例もあった。

5) 退院計画について

退院が決定すると、その事例に関する退院までの計画（退院計画）が立てられている。その主な内容としては、看護婦や主治医による子どもや家族が自宅で生活できるための医療的な知識や手技の指導が中心となっているところが多かった。このほか、在宅療養へ移行した事例の経験をもつ医療機関においては、関連する院内の職種や院外の施設・機関への連絡を退院決定直後に計画に含めていた。しかし、看護婦や主治医が中心となる医療処置的な指導を行いながら、それ以外の解決を必要とする問題がてきたときにそれに対して新たな計画を加えるといった対処が多く見られた。1事例においては、すでにその医療機関において関連職種との連絡・調整を含む退院計画マニュアルが作成されており、それに乗っ取って退院の決定と同時に退院計画が立てられていた。

6) 退院計画に関わった職種とその関わりについて

退院計画に関わった職種や部署は、医療機関によってまた事例によって関連職種の数は差が見られた。13事例から院内の職種や部署は、主治医、医師、プライマリーナース（受け持ち看護婦）、看護婦（スタッフ）、病棟婦長、外来看護婦、外来婦長、相談室（看護相談室・指導相談室・在宅相談室・在宅センターなど）、医療社会事業部（ケースワーカー・

メディカルソーシャルワーカーなど)、OT・PT、院内学級の教員、用度課・管理課、医事課などであった。また、院外の職種や施設は、地域の保健婦(保健所)、地域の医師(病院・診療所)、訪問看護婦(訪問看護ステーション)、医療機器業者、在籍校の教員(担任・校長・養護教諭)、患者会・親の会、療育センター、福祉事務所・社会福祉協議会、救急隊(消防署)、電力会社などであった。

医療機関内の依頼や連絡は、相手の職種や依頼の内容により異なるが、医師、病棟婦長、プライマリーナースによって行われることが多く、病院内の連絡票(依頼票)などの活用の他に電話での依頼や連絡が多く行われていた。医療機関外の他機関などへの連絡は、医師や保健婦、相談室・医療社会事業部などの他、家族が自ら行っていることも多かった。

主な職種の事例への関わりとして挙がった内容は、以下のようであった。

<院内の職種や部署>

①主治医・医師

- ・入院中の治療
- ・退院後の治療
- ・退院後の往診
- ・院内の関係職種への連絡・調整
- ・地域の医師・医療機関への連絡

②プライマリーナース(受け持ち看護婦)・看護婦(スタッフ)

- ・退院計画の作成・ケアの実施
- ・院内の関係職種との連絡・調整
- ・退院後に継続看護が行われる部署・職種への申し送り
- ・退院前後の家庭訪問

③病棟婦長

- ・退院計画の作成・実施
- ・院内の関係職種との連絡・調整
- ・院外の関係機関との連絡・調整
- ・退院後の家庭訪問
- ・家族との調整(意志の確認などを含む)

④外来婦長・外来看護婦

- ・外来にて継続看護の実施

⑤相談室(看護相談室・指導相談室・在宅相談室・在宅センターなど)

- ・行政機関との連絡・調整
- ・制度や経済のことについての家族への支援
- ・退院後の福祉面についての相談窓口
- ・退院後のコーディネーター
- ・退院前後の訪問

⑥医療社会事業部(ケースワーカー・メディカルソーシャルワーカーなど)

- ・院内の関係職種の連絡・調整
- ・院外の関係機関との連絡・調整
- ・行政機関との連絡・調整

- ・制度や経済的なことについての家族への支援
- ⑦OT・PT
- ・在宅療養に向けて家族への指導
- ⑧院内学級の教員
- ・転籍校（在籍校）への連絡
- ⑨用度課・管理課
- ・在宅療養中に必要な機器・機材・物品に関する支援
- ⑩医事課
- ・制度の活用、病院から貸し出す機器・物品等のレンタル料など医療費算定に伴う
経済的な支援
- <院外の職種や施設>
- ①地域の保健婦（保健所）
- ・地域で受けられるサービスに関する情報
 - ・地域における連携の調整
- ②地域の医師（病院・診療所）
- ・退院後の治療（入院していた医療機関からの継続治療）
 - ・在宅療養中の一般的な医療的管理（風邪・予防接種）
 - ・在宅療養中の緊急時の対応
- ③訪問看護婦（訪問看護ステーション）
- ・在宅療養中の訪問看護
- ④医療機器業者
- ・医療機器の提供やメインテナンス
- ⑤転籍校（在籍校）の教員（担任・校長・養護教諭）
- ・通学や訪問学級に関する支援
- ⑥患者会・親の会
- ・在宅療養に関する情報の提供
 - ・在宅療養に移行する親の不安の軽減や精神的支援
 - ・在宅療養中の生活に関する支援
- ⑦療育センター
- ・在宅療養中の療育（リハビリなど）に関する支援
- ⑧福祉事務所・社会福祉協議会
- ・在宅療養に関する行政的な福祉施策の活用に関する支援
- ⑨救急隊（消防署）
- ・在宅療養中の緊急時の対応や搬送についての対応
- ⑩電力会社
- ・人工呼吸器装着児の停電時や災害時の対応

7) 退院までの経過における問題

退院が決定した後、退院までの間に多くの事例において問題となつたことは、以下のようである。

①在宅療養をするまでの社会資源に関する知識・情報不足

特に、子どもの在宅療養への移行が初めての医療機関においては、子どもに関する福祉行政の制度やその地域における利用できる施設・サービスなどの情報が不足していた。そのため、どこに行けば必要な情報が得られるのかという段階から始めた医療機関も多かった。中には、親が積極的に関係各機関から情報を得て、医療者を動かしていた事例もあった。

②介護者の確保

両親、特に母親への介護の負担が問題となった。中には「他人を入れたくない」という親もいたが、同胞の世話や家事と介護を両立させるために介護者を得たいと思う親に対し、人材の不足や経済的な問題がでていた。

③経済的負担

親が若いことにより収入が少なく経済的に余裕がないこと、また個人負担しなければならない医療費・消耗材料費、親に代わる介護者にかかる費用、在宅療養に伴う自宅の改造の費用などが問題となっていた。このため、在宅療養を行うために福祉施策の充実して地域へ転居した事例もあった。

6) 退院計画の評価

退院に至るまでの間に、退院計画の経過についての評価は、多くの事例において中心となる医療者により行われていた。関係する職種を集めたカンファレンスや連携により評価している事例がある一方、医療処置的な手技の指導の評価が主な事例もあった。

退院後に、中心となった医療者による行った退院計画についての評価は、いくつかの事例において行われていたが、関係職種や機関による総合的な評価が行われている事例は少なかった。退院後の子どもや家族の様子が関係した職種に伝えられる正式なルートがなく、個人的に退院後接觸している職種から情報を得ている場合が多く、中には退院後の状況を調査協力者が十分把握していない事例もあった。

退院後の評価がうまくできていないと感じている事例においては、入院中および退院後の他の職種との連携におけるフィードバックのシステムがなかった。

4. 考察およびまとめ

12 医療機関の 13 事例について調査を実施した結果、在宅医療への移行については医療機関によってその計画、関わる職種の範囲、院外の他施設・他機関との関わり方など様々であった。さらに、今回の事例が子どもでは初めての在宅療養への移行の事例だったという医療機関も多く、医療処置が必要な子どもの在宅療養への移行の難しさを示していた。今回の調査では、看護職が退院計画の中心的存在となっているものの、医療機関によっては医師の指示を取り次ぐだけの存在になっていたり、在宅後の生活について具体的な情報をほとんど得ずに医療者側が必要と思う内容の指導だけをしている場合もあった。中には、今回の経験から、今後子どもの在宅療養への移行を実施する上で、生活する上での知識や手技だけの指導ではなく、地域で生活する上での関係各所への連絡・調整を含めた退院計画のマニュアルを作成する必要を感じ、作成の過程にあるという医療機関も複数あった。

子どもの在宅療養において、何が必要か、何について考え、行わなければならないかを示す退院計画マニュアルの作成は、経験の少ない医療機関や医療職にとって、上質のケアを提供するための近道といえよう。

多職種間の連携という側面から見ると、数多くの職種が退院計画に関わった事例においては、退院後の在宅療養中の生活について幅広く考えられている傾向があった。このような事例において看護職は単に医療処置的な技術の指導だけではなく、多職種間の連絡・調整者としての役割をとっていた。子どもの在宅療養への移行をスムーズに、また在宅療養中の生活を広く総合的に考えるためには、多くの職種の関与がある方がよいといえよう。しかし、関わる職種が多くなるほど、その連携をとるために連絡や調整が重要となる。多職種を一同に集めたカンファレンスなどはなかなか難しいが、今回多職種によるカンファレンスが開かれている事例が多くあった。事例に関わる人々がカンファレンスの必要性をどのように認識するか、そしてカンファレンス開催に持っていくよう積極的に調整する人の存在の有無が、多職種のカンファレンスを設ける一つの鍵になっているようである。

また、今回調査した在宅療養へ移行した事例について、共通する「パワーを持った人の存在」を感じた。それは、プライマリーナースであったり、医師であったり、保健婦であったり、また家族であったりと職種や立場は様々であった。特に、子どもの在宅療養への移行が初めてという医療機関の事例においては、在宅療養への移行のマニュアルなどがないために、問題に突き当たるたびに試行錯誤しながら人の輪を広げ、問題を解決して行くという過程がみえた。そしてその中には「家に帰したい（帰りたい）」「何とかしたい」という思いを強くもち、周りを巻き込みながら一つ一つ問題をクリアして、その子どもの在宅療養を支えるネットワークを作っていくという「パワーを持った人」が存在していた。これは、退院計画のマニュアルをすでに持つところにおいても、その作成や運用に当たってやはり存在していた。

今後の在宅療養への移行の課題として、ケアを受けた子どもや家族の評価とともに、個々の職種・部署や施設・機関が行ったケアをきちんと振り返り、それぞれが関わった退院計画について評価し、事例として総合的に評価すること、さらにその結果を関わった全てにフィードバックすることができれば、より質の高いケアの提供につながると考える。これら一連の評価機構がうまく機能するようなシステムの開発が望まれる。また、初めての事例の場合、「特例」として問題を処理していることが多い傾向が見られた。すなわち、家庭訪問、往診、医療材料などの経済的負担、医療機器の滅菌・消毒等のルートなど、「このケースは特別に」ということで在宅療養が支えられていることが多い。子どもの在宅療養は「特例」でしかできないのか、特例としてではなく行う方法があるのかなど、今後事例を集めて検討する必要がある。

表1 事例調査の対象

事例	退院時年齢	対象患児		病院			
		疾患名	医療的ケア	病院名	在宅推進委員会など	退院計画マニュアル	退院指導マニュアル
1	14y	ダウン症 心疾患 環軸椎亜脱臼	人工呼吸・経管栄養 気管切開・気道内吸引	A	なし (来年度発足予定)	なし	あり
2	1y	カエト・ニッヒマン病	経管栄養・人工呼吸 気管切開・気道内吸引	B	あり	なし	あり
3	1y8m	先天性骨形成不全 水頭症	酸素療法・経管栄養 気道内吸引	C	なし	なし	(その都度作成)
4	10m	肺異形成	経管栄養・気道内吸引	C	なし	なし	(その都度作成)
5	1y8m	新生児仮死 筋ジストロフィー	経管栄養・気管切開 気道内吸引	D	あり	なし	あり
6	8m	短腸症候群 (腸回転異常・軸念転小腸壊死)	中心静脈栄養法・経管栄養	E	なし	なし	なし
7	14y	先天性ミオペチー 呼吸不全・側わん症	人工呼吸・気管切開 気道内吸引	F	なし	なし	あり
8	2m	SIDS・誤嚥性肺炎	経管栄養・気管切開 気道内吸引	G	あり	あり	あり
9	8m	Lazsen症候群	酸素療法・経管栄養 気管切開・気道内吸引	H	あり	あり (児に合わせて作成)	あり
10	3y	先天性ミオペチー 呼吸不全	経管栄養・人工呼吸 酸素療法・気管切開 気道内吸引	I	なし	なし	あり
11	1y8m	カエト・ニッヒマン病	経管栄養・気管切開 気道内吸引	J	なし	なし	なし
12	1y9m	先天性中枢性低換気症候群 肺高血圧症	人工呼吸(人工換気)	K	あり	なし	なし
13	2y4m	脊髄性筋萎縮症	酸素療法・経管栄養 人工呼吸・気管切開 気道内吸引	L	あり	なし	あり

訪問看護ステーションおよび訪問看護部による小児の訪問看護の現状

I. はじめに

小児の入院期間は短縮傾向にあり、慢性疾患や障害を持ちながら地域に戻り生活する子どもが増加傾向にある。しかし、こうした子どもたちやその家族の生活を支えるためのシステムの整備は十分ではない。1992年より訪問看護ステーションが開設されるようになり、1994年には、ステーションの訪問対象が小児まで拡大されたが、小児の訪問看護の実態はあまり明らかにされていない。今回は、病院に所属する訪問看護部も含め、小児への訪問看護の実態や課題について明らかにし、今後的小児の在宅療養を推進するための方略を探る一資料とする目的とした調査を実施した。

II. 研究目的

訪問看護ステーション（以下、ステーション）および病院の訪問看護部（以下、訪問看護部）における小児（18歳未満）の訪問看護の実態と課題を以下の調査内容から明らかにする。

1. 小児の訪問看護の経験の有無と訪問経験機関の特徴
2. 訪問事例による小児の訪問看護の実態と実施内容
3. 小児の訪問看護を実施する上で困難な内容
4. 小児の訪問看護を実施・継続する上での条件

III. 対象

全国のステーションおよび訪問看護部から便宜的に選出した。

全国訪問看護事業協会による資料より、全国の訪問看護ステーションや訪問看護部から各都道府県に存在するステーション・訪問看護部の割合により1県2～5カ所を抽出した。抽出にあたっては、ステーション名に「老人」と明記されている箇所は除いた。また、小児を対象としているという情報の得られたステーションと訪問看護部は便宜的に選出して発送に加えた。これらの抽出により、質問紙の発送は、ステーション205箇所、訪問看護部は107箇所となった。

IV. 研究方法

データ収集は2000年1月に実施した。自己記入式質問紙法による質問紙調査である。調査内容は主として①機関の概要、②小児の訪問経験の有無とその概要、③訪問経験のない箇所の理由と今後の実施意思、④訪問事例の概要、⑤小児の訪問看護の際に実施されている内容、⑥小児の訪問看護時に今後実施する意思がない内容、⑦小児の訪問看護を行う上での困難な内容や課題、⑧小児の訪問看護を実施する上での条件である。発送にあたっては、研究の主旨の説明および自由参加である旨を文書にして依頼し、無記名個別郵送法で回収した。

分析は基本統計量の算出および記述の内容分析によった。

V. 結果

質問紙の回収率はステーションでは、発送数 205 部中有効数 79 (回収率 38.5%)、訪問看護部では発送 107 部中 34(回収率 31.8%) であった。

1. 調査対象の背景

1) 機関の設置主体

回答された機関の設置主体(表 1)は、ステーションでは、「医療法人」が 40 ヶ所(50.6%)で最も多く、「その他」では、「財団法人」、「社団法人」が多かった。訪問看護部では、「国・地方公共団体」が 19 機関(55.9%)を占めていた。「その他」には、「学校法人」、「財団法人」、「日本赤十字社」があった。

表 1 設置主体

設置主体	ステーション	訪問看護部
1.国・地方公共団体	3(3.8%)	19(55.9%)
2.医療法人	40(50.6)	1(2.9)
3.社会福祉法人	8(10.1)	—
4.公的・者安芸保健関係団体	0	2(5.9)
5.医師会	8(10.1)	—
6.看護協会	7(8.9)	—
7.民間会社	—	2(5.9)
8.その他	13(16.5)	9(26.5)
9.無回答	0	1(2.9)
計	79(100.0)	34(100.0)

2) 訪問看護部の所属する病院の総病床数

訪問看護部の所属する病院 (n=33) の総病床数は、平均 598.5 床 (215 ~ 1178 床、SD=252.0) であった。300 床~ 700 床までが 6 割弱を占めていた (表 2)。

表 2 訪問看護部が所属する病院の病床数

病床数 (床)	病院数
200 ~ 300	4
301 ~ 500	10
501 ~ 700	10
701 ~ 1000	4
1001 ~ 1200	5

3) 開設年

各機関（部）の開設年の状況は表3のとおりである。ステーションの開設は1992年から始まっているが、本調査に回答を寄せてくれたステーションは1995～1997年に開設した事業所で51.9%を占めている。訪問看護部では、今回回答のあった中では、1974年に開設されたものが最も古く、1991年から1998年に開設された機関からの回答が7割を占めている（表3）。

表3 開設年

開設年	ステーション (n=79)	訪問看護部 (n=34)
1974	—	1(2.9%)
1975	—	1(2.9)
1980	—	1(2.9)
1988	—	3(8.8)
1990	—	2(5.9)
1991	—	3(8.8)
1992	8(10.1%)	2(5.9)
1993	5(6.3)	3(8.8)
1994	5(6.3)	5(14.7)
1995	12(15.2)	4(11.8)
1996	17(21.5)	3(8.8)
1997	12(15.2)	1(2.9)
1998	6(7.6)	3(8.8)
1999	9(11.4)	1(2.9)
無回答	4(5.1)	1(2.9)

4) 24時間体制の実施状況

24時間体制は、ステーションでは66.2%の事業所で行っていた。訪問看護部では、36.2%の機関が行っており、ステーションの方が24時間体制をとっている比率が有意に多かつた（p<0.05）（表4）。

表4 24時間体制の有無

実施の有無	全体	ステーション	訪問看護部
実施している	63(56.3%)	51(66.2%)	12(36.4%)
実施していない	49(43.8)	26(33.8)	21(63.6)
計	112(100.0)	77(100.0)	33(100.0)

* p<0.05 無回答を除き χ^2 検定を行った。

5) 1ヶ月間の訪問件数

各機関の1999年11月1ヶ月間の訪問件数を見ると、ステーション(n=72)では平均328.0件(最小値19、最大値944、SD=212.1)、訪問看護部(n=25)では平均99.6件(最小値13、最大値343、SD=84.5)であった。また、同月の利用者数は、ステーション(n=69)では平均63名(最小値5、最大値217、SD=40.3)、訪問看護部(n=25)では平均25.6名(最小値4、最大値64、SD=19.5)であった。

6) 所属職員の特性

(1) 看護職

①看護職員数

それぞれの機関に所属する看護職員数の平均および内訳は表5の通りである。看護職の平均職員数は、ステーションで7.6名(最小値2、最大値26、SD=5.1)、訪問看護部では3.4(最小値1、最大値17、SD=2.9)であった。

ステーションでは非常勤者を雇用しているところが多く、62カ所の事業所が回答しており、平均4.7名であった。訪問看護部は9カ所で、その平均は1.3名であった。

表5 看護職員数とその内訳

職員数平均	ステーション	訪問看護部
看護職員	7.6名 (n=76 SD=5.1)	3.4名 (n=32 SD=2.9)
常勤	3.6名 (n=78 SD=1.9)	3.1名 (n=30 SD=3.0)
非常勤	4.7名 (n=62 SD=4.9)	1.3名 (n= 9 SD=0.8)
看護婦	6.3名 (n=75 SD=4.3)	2.8名 (n=30 SD=2.4)
准看護婦	2.1名 (n=24 SD=2.2)	1.0名 (n= 3 —)
保健婦	1.1名 (n=26 SD=0.6)	2.0名 (n=12 SD=1.2)

②小児看護経験者

看護職員の中で小児看護経験者がいる機関は、ステーション(n=76)では48カ所(63.2%)で、44機関の回答からは、経験者平均は1.6名(最小値1、最大値5、SD=1.0)であった。訪問看護部(n=32)に経験者が存在するのは23カ所(71.9%)で、22カ所の回答中、平均経験者数は2.0(最小値1、最大値11、SD=2.1)であった。

(2) 看護職以外の職員

看護職以外の職員の雇用状況は、ステーションでは、「他職種なし」40カ所(50.6%)、「理学療法士」26カ所(33.0%)「作業療法士」11カ所(14.0%)、「その他」12カ所(15.9%)、であった。「その他」の内容としては「ケアマネージャー」、「ソーシャルワーカー」等が見られた。訪問看護部では「他職種なし」23カ所(67.6%)、「ソーシャルワーカー」6カ所(17.6%)、「事務職」3カ所(8.8%)、「その他」4カ所(11.8%)であった。「その他」としては、「医師」、「精神福祉士」が記載されていた(表6)。

表 6 看護職以外の職種

職種	ステーション	訪問看護部
理学療法士	26(33.0%)	1
作業療法士	11(14.0)	0
ソーシャルワーカー	2	6(17.6%)
介護福祉士	1	0
事務職	—	3(8.8)
その他	12(15.9)	4(11.8)
他職種所属なし	40(50.6%)	23(67.6%)

2. 小児への訪問看護の経験の有無と訪問実施機関の特徴

1) 小児の訪問経験の有無

過去の小児（0-18歳未満）への訪問看護の有無（表7）は、ステーション（n=79）で37機関（46.8%）、訪問看護部（n=34）では21機関（61.8%）であり、有意な差は見られなかった（表7）。

表7 小児への訪問経験の有無

訪問経験の有無	全体	ステーション	訪問看護部
有	58(52.3%)	37(46.8%)	21(61.8%)
無	53(47.7)	42(53.2)	13(38.2)
計	111(100.0)	79(100.0)	34(100.0)

2) 小児の訪問看護経験のない機関が訪問に至らなかつた理由

(1) 問い合わせの有無とその後の経過

小児への訪問看護を経験していない機関に、これまでの小児訪問看護の紹介、問い合わせの有無を質問した。ステーション（n=42）では、「紹介・問い合わせがあった」が16カ所（38.1%）あり、それに対して「断った」3カ所、「訪問に至らなかつた」が13カ所あつた。訪問看護部（n=13）では「紹介・問い合わせがあつた」が、5カ所（38.5%）で、「訪問に至らなかつた」が4カ所であつた。

表8 訪問に関する問い合わせの有無

訪問への問い合わせ	ステーション n=42	訪問看護部 n=13
有	16(38.1%)	5(38.5%)
無	26(61.9)	8(61.5)

(2) 訪問に至らなかつた理由

「訪問に至らなかつた」理由として、ステーションでは「子どもの状況により訪問に至らなかつた」、「問い合わせがあつたが、その後の連絡がなかつた」が多かつた。一方、「母親が必要性を理解できなかつた」あるいは「母親が希望する3時間の訪問が難しかつた」「経済的に難しかつた」というケースもあつた。

訪問看護部では「両親が希望しなかつた」が2件で、その他に「訪問看護のエリア外であつた」、「子どもの退院が延期になつた」、「他の社会資源で十分カバーできた」という理由があげられた（表9）。

表9 訪問に至らなかつた理由

ステーション n=13	訪問看護部 n=4
・病状の変化などで訪問の必要性がなくなつた 5	・親が希望しなかつた 2
・問い合わせ後、連絡なかつたり立ち消えになつた 4	・退院の延期 1
・時間的に困難だった 1	・訪問のエリア外だつた 1
・親が訪問看護の必要性を納得せず 1	・他の社会資源で十分カバーできた 1

3) 小児の訪問看護実施経験機関の背景

(1) 開設年

小児の訪問看護の経験のある機関の開設年は表10のとおりである。小児訪問の経験のある機関はいずれの年にも見られた。

(2) 小児の訪問看護経験のある機関の訪問状況

①平均訪問件数

経験のあるステーションの1999年11月の平均訪問件数は438.6件（SD=248.8）であり、経験のないステーションの平均が244.4件で、小児の訪問経験のあるステーションの訪問回数はないステーションより有意に訪問回数が多かつた（p<0.01）。訪問看護部で小児の訪問経験のある機関の平均訪問件数は106.3件（SD=103.8）で、ない機関は92.3件であり、差は見られなかつた。

②小児の訪問件数と利用者数・訪問時間

小児訪問看護の経験のある機関における開設から現在までの小児利用者数は、ステーション（n=36）で平均4.0名（最小1,最大20,SD=4.0）、訪問看護部（n=21）で平均6.1名（最小1,最大49,SD=11.6）であった。また、1999年11月の小児の訪問数、利用者数は前者で10.4件（n=34, 最小0,最大42,SD=10.6）、2.5名（n=36,最小0,最大13, SD=2.6）、後者で2.1件（n=21, 最小0,最大9,SD=2.8）、0.7名（n=19,最小0,最大3,SD=0.8）であった。

さらに、同月における一回の平均訪問時間、ケースあたりの訪問回数は、前者で1.2時間（n=36, SD=0.5）、4.9回（n=35, SD=5.2）、後者では1.0時間（n=16, SD=0.8）、2.3回（n=16, SD=2.6）であった。

表 10 小児訪問看護の経験のある施設の開設年

開設年	ステーション (n=37)	訪問看護部 (n=22)
1974	—	1(100.0%)
1975	—	1(100.0)
1980	—	1(100.0)
1988	—	1(33.3)
1990	—	1(50.0)
1991	—	3(100.0)
1992	3(37.5%)	1(50.0)
1993	4(80.0)	1(33.3)
1994	3(60.0)	3(60.0)
1995	7(58.2)	4(100.0)
1996	3(17.6)	1(33.3)
1997	7(58.3)	0
1998	3(50.0)	2(66.6)
1999	3(33.3)	1(100.0)
無回答	4	0

* () の中の%はそれぞれの開設年の施設全体との比

(3) 訪問経験の有無と機関の職員の雇用状況

①小児の訪問経験のある看護職

小児の訪問経験のある機関と経験のない機関の看護職員の状況をみると、ステーションでは、前者の平均は 9.6 名 (SD=6.3)、後者は 5.6 名 (SD=2.8) であり、経験のある機関はない機関より、有意に看護職員の数が多かった ($p<0.01$)。

訪問看護部では、「ある」機関の平均は 4.0 名 (SD=3.5)、「ない」機関の平均は 2.5 名 (SD=1.3) であり、有意差はなかった。

②他職種の雇用

小児の訪問経験のある機関で他職種を雇用していないところは、ステーションでは 19 力所 (47.5%) で、訪問看護部では 13 力所 (56.5%) であった。

③小児看護経験者と小児の訪問看護の関係

小児看護経験者の有無と小児の訪問看護の経験の有無の関連を見ると、ステーションでは小児看護の経験者がいる機関では、いない機関に比べ、有意に小児の訪問経験が多く見られた。しかし、訪問看護部では、有意差は見られなかった(表 11-1、表 11-2)。

表 11-1 小児看護経験者の有無と小児訪問経験の有無の関係（ステーション）

	小児の訪問経験 有	小児の訪問経験 無	計
小児看護経験者 有	27(58.3%)	21(43.8%)	48(100.0%)
無	8(28.8)	20(71.4)	28(100.0)
計	35(46.1)	41(53.9)	76(100.0)

*p<0.05

表 11-2 小児看護経験者の有無と小児訪問経験の有無の関係（訪問看護部）

	小児の訪問経験 有	小児の訪問経験 無	計
小児看護経験者 有	13(56.3%)	10(43.5%)	23(100.0%)
無	7(77.8)	2(22.2)	9(100.0)
計	20(62.5)	12(37.5)	32(100.0)

(4) 小児の訪問看護体制

小児の訪問看護体制としては表 12 に示すとおり、「受け持ち制」をとっているところがステーションでは 29 ヶ所 (80.6%)、訪問看護部 12 ヶ所 (57.1%) と多かった。その他として挙げられた体制としては、「基本的には受け持ち制をとっているが、訪問回数が多いケースはグループ制で訪問している」や「基本的にはプライマリーナースをつけているが、24 時間体制なので、全員でフォローしている」という機関も見られた。

表 12 小児の訪問看護体制

	ステーション	訪問看護部
受け持ち制	29(80.6%)	12(57.1%)
グループ制	2(5.6)	7(33.3)
その他	5(13.9)	2(9.5)
計	36(100.0)	21(100.0)

3. 訪問事例による小児の訪問看護の実態

小児の訪問経験のある箇所の中で過去1年間の事例の記載があったのは、訪問看護ステーションは、37カ所中28カ所72ケース、訪問看護部21カ所中15カ所、32ケース（5カ所は過去1年間より以前のケース）合計104ケースである。記載されたケース数は、訪問看護部は1ケースが11カ所とほとんどで、訪問看護ステーションでは1ケースか2ケースの記載が多かった（表13）。

表13 ケースの記載数

	ステーション	訪問看護部
1ケース	12カ所	11カ所
2ケース	10	1
3ケース	3	1
4ケース	2	1
5ケース	1	1
	28カ所(72ケース)	15カ所(32ケース)

1) 訪問事例の背景

(1) 年齢層

訪問事例の年齢層で最も多かったは、両機関ともに幼児であり、次いで多いのはステーションでは学童期、訪問看護部では乳児であった（表14）。新生児訪問という形では実施されていなかった。

表14 訪問対象の年齢層 ケース数 (%)

	ステーション	訪問看護部
1.新生児	0	0
2.乳児	2(2.8)	9(28.1)
3.幼児	35(48.6)	15(46.9)
4. 6—12歳	22(30.6)	3(9.4)
5.12—18歳	12(16.7)	5(15.6)
6.他	1(1.4)	
	72 (100.0)	32(100.0)

(2) 家族構成と主な養育者

「両親と子ども」あるいは「両親・兄弟と子ども」といった核家族が66.3%を占めた。片親の家族は訪問看護ステーションのケースに7例あった。祖父母との同居は25%であった。同胞がいるのは、55.8%である（表15）。

主な養育者は母親が圧倒的に多かったが、祖母、両親の兄弟といった回答も見られた。複数に回答された場合は「母親」と「父親」が最も多いためであった。

表 15 家族構成 (%)

子どもと同居の家族	ステーション	訪問看護部
両親	18(25.0)	11(34.4)
両親・同胞	30(41.7)	10(31.3)
片親	3(4.2)	0
片親・兄弟	4(5.6)	0
両親・祖父母	10(13.9)	7(21.9)
両親・兄弟・祖父母	7(9.7)	7(21.9)

(3) 訪問の紹介経路・指示書発行機関・ケースの受診機関（訪問看護ステーションのみ）

記載された事例の訪問紹介経路で最も多かったのは、保健所と小児専門病院である（図1）。指示書発行機関は小児専門病院および総合病院が多かった。受診機関は小児専門病院、総合病院、大学病院がほとんどである。受診機関では複数記載されているものが10ケースあった（図2）。

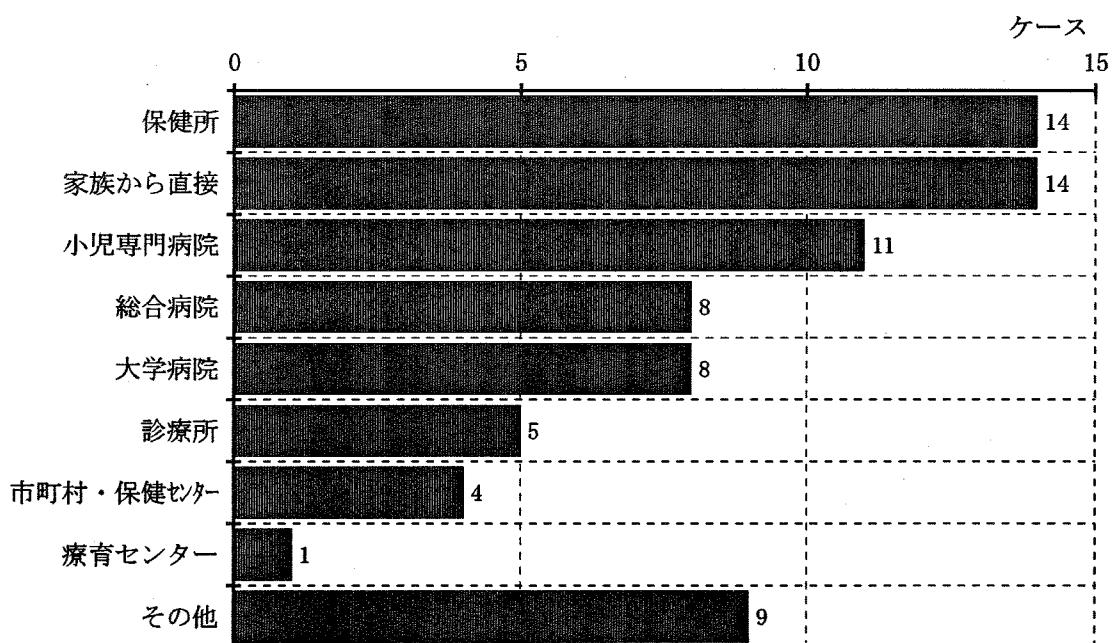


図1.紹介経路（訪問看護ステーション）

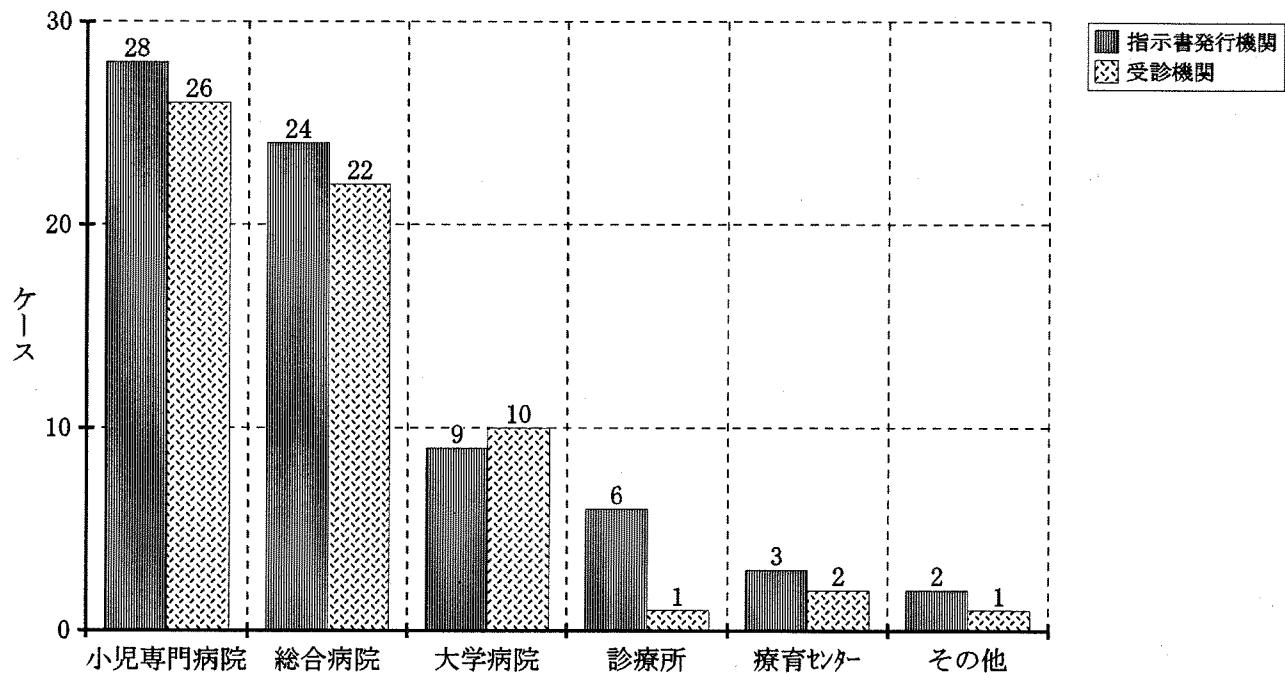


図2.指示書発行機関・受診機関（ステーション）

(4) 疾患

記載された疾患を表16に示した。

表16 記載された疾患名 (複数記載された場合は1番目の記載のみ)
 () = ケース数 () なし = 1 ケース

脳性麻痺 (11) / 低酸素脳症後遺症 (7) / てんかん (点頭、レノックス等) (4)
 各種脳炎後遺症 (2) / 脳腫瘍 (2) / 胎児新生児仮死後遺症 (2)
 脊髄小脳変性症 (2) / 體膜炎後遺症 / 先天性二分脊椎症 / 亜急性硬化性全脳症
 急性脳症後遺症 / 水頭症 / 全前脳症 / 頭蓋早期癒合症 / 滑脳症 / 潜水後遺症
 脳低形成 / イーサックス氏病 / 交通外傷 (脳挫傷) / 退行性変性疾患 / 急性壊死性脳症
 痙性四肢麻痺 (2) / 進行性筋ジストロフィ (4) / 筋緊張性ジストロフィ (2)
 多発奇形 (2) / キアリ奇形 / 筋繊維不均等症 ミトコンドリア脳筋症
 ウエルドニッヒホフマン病 (3) 先天性軟骨形成不全 チャージ連合
 ベックウェズリードマン症候群 / ピエールロバン症候群 / トリチューコリンズ症候群
 第二鰓弓症候群
 Short-Rib Dysplasia 症候群 / 声門下狭窄 / 肺低形成 / 気管軟化症 / 先天性声門下狭窄
 ウイルソンミキティ症候群 / 先天性中枢性肺胞低換気症候群 / 気管食道瘻
 新生児慢性肺疾患 / 気管支喘息
 超・極低出生体重児 (3) / ダウン症候群 (3) / 11トリソミー / 染色体異常
 ヌーナン症候群 / 重度精神運動発達遅滞
 单心房・单心室 / 大動脈狭窄複合
 破裂性臍帯ヘルニア / ヒルシュスブルング症候群 / 先天性小腸閉塞 / 嘉下機能障害
 慢性腎孟腎炎 / フェニールケトン尿症 / アジソンシルダーリー病
 乳児シシター症候群 / ニューマンビック病

訪問対象の小児は、脳神経・筋疾患が多かった。また呼吸器系の問題を持つことが予測される疾患が多かった。

最も多く記載されたのは、「脳性麻痺」で 11 ケース、次いで「低酸素脳症後遺症」7 ケース、「てんかん（各種含む）」5 ケース、「先天性ミオパチー」4 ケース、「進行性筋ジストロフィ（先天性筋ジストロフィ含む）」4 ケース、「ウエルドニッヒホフマン病」、「脳炎後遺症（各種含む）」、「痙攣性四肢麻痺」「超・極低出生体重児」「ダウン症候群」各 3 ケースなどである。

先天性疾患、染色体異常、症候群に含まれる疾患も多く、絶対例数が少ない疾患もあげられていた。

（5）障害の程度や必要な医療処置

①障害の程度

文部省研究班（1966 年）による障害の分類¹⁾を参考に、簡易的に回答できるように研究者らが障害の程度を分類した表を作成し、受け持ち時点での障害の程度について回答を求めた（表 17）。ステーション、訪問看護部ともに半数は知的・身体的に非常に重度な障害を持つ子どもを対象としていることがわかった。

しかし、身体的には「正常」から「軽度障害」（日常生活が制約されながらもほぼ自立できる）までで、知的にも「正常」から「軽度～中等度」（集団行動や日常生活は適応できたり、言語的な理解力はある程度ある）までの障害を持つ子どもを訪問の対象としているケースも全体の 19.2% みられた。

この中で、「知的には正常、身体的にも障害がない」というケースは合わせて 7 ケースみられた。このケースの疾患をみると、超低出生重児、気管支喘息、フェニルケトン尿症、先天性声門下狭窄、先天性中枢性低換気症候群などで、早期に対処されてフォローアップしている状態、あるいはコントロールされている状態であることが考えられ、状態的には「安定している」と回答されていた。

表 17 障害の程度

身体障害	数字は回答されたケース数 (%)					
	正常		軽度～中等度障害		重度障害	
	ステーション	訪問看護部	ステーション	訪問看護部	ステーション	訪問看護部
身体障害はない	3 (4.2)	4 (12.5)	2 (2.8)	0	3 (4.2)	0
日常生活が制約されながらもほぼ自立できる （軽度障害）	3 (4.2)	3 (9.4)	3 (4.2)	2 (6.3)	0	0
日常生活が制約され、何らかの介助を要する （中等度障害）	2 (2.8)	3 (9.4)	5 (6.9)	1 (3.1)	3 (4.2)	0
自力では動きがとれず、全介助を要する （重度障害）	4 (5.6)	2 (6.3)	7 (9.7)	1 (3.1)	37 (51.4)	15 (46.9)

知的障害めやす 正常：現時点では、年齢相応の知的発達をしており問題ない。

軽度～中等度：軽度～中等度の遅れを伴う。

重度：一般的な言語的理解・日常生活習慣の習得は困難

集団行動や日常生活は適応できたり、言語的な理解力はある程度ある。

②病状の程度

病状の程度は、日本看護協会・日本訪問看護振興財団によって実施された「全国における訪問看護・家庭訪問サービス定点モニター調査」²⁾での調査用の分類、「在宅重症心身障害児訪問事業」での調査分類等³⁾を参考に、小児の病状の程度を研究者らが作成した。

定期受診が基本で、その子どもなりに安定している状態である「安定」に該当するケースは、訪問看護部では3分の2と多かった(図4)。ステーションでは受診が頻繁に必要である「やや不安定」に該当する割合が多く、「安定」と「やや不安定」で86%であった(図3-1、図3-2)。

訪問看護ステーションの1例はターミナルケース(「重症」)であった。

<病状の分類>

「安定」：観察必要だが、時々発熱程度の変化で短期に回復する。その子どもなりに身体的状態は安定。定期受診が基本

「やや不安定」：現在すぐにというわけではないが、現病や併発した疾病について再発や悪化の可能性があり、受診は頻繁に必要

「かなり不安定」：病状は不安定であり、慎重な治療や頻繁に観察などを必要とする。悪化の可能性が高く、入院の可能性も高い。

「重度」：ターミナルケースで病状の急変が予測されるが、在宅療養を継続している。

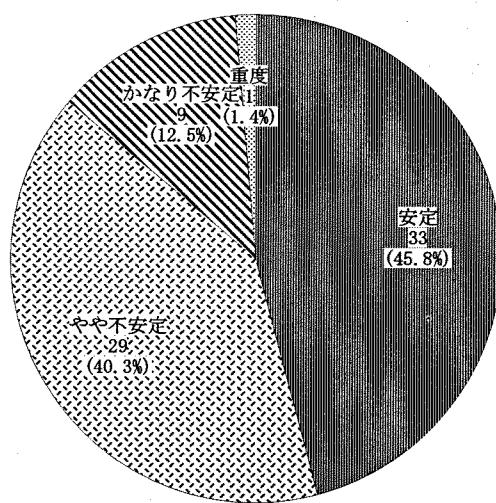


図3-1.病状(訪問看護ステーション)

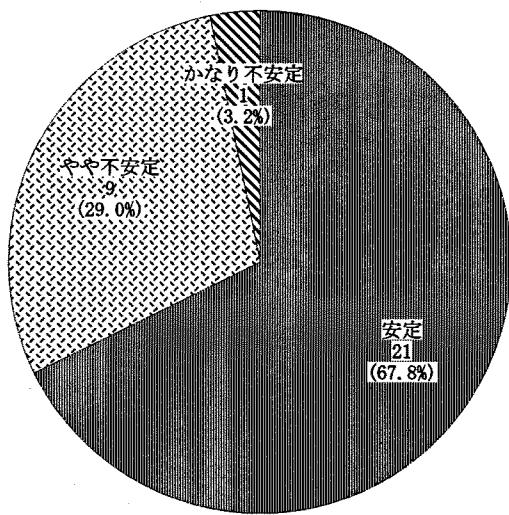


図3－2.病状（訪問看護部）

③医療的依存度

医療的依存度の分類は、在宅重症心身障害児の医療依存度分類⁴⁾を中心に、予備調査により修正を加えたものを使用し5種類20項目の分類を作成した（表18）。

表18 訪問時実施されている医療処置

		ステーション n=72	訪問看護部 n=32
呼吸	吸引1日6回以上	30 (41.7%)	15 (46.9%)
	挿管／気管切開	23 (31.9)	16 (50.0)
	吸入1日3回以上	12 (16.7)	13 (40.6)
	酸素吸入	12 (16.7)	11 (34.4)
	人工呼吸器	10 (13.9)	9 (28.1)
	吸引1時間3回以上	14 (19.4)	2 (6.3)
	吸入常時	4 (5.6)	3 (9.3)
	下咽頭チューブ	1 (1.4)	0
栄養	経管栄養	43 (59.2)	15 (46.9)
	経口全介助	21 (29.2)	2 (6.3)
	中心静脈栄養	0	1(3.1)
消化	GER嘔吐1日3回以上	2 (2.8)	0
	GER内服で抑制不可	3 (4.2)	2(6.3)
排泄	導尿1日3回以上	3 (4.2)	0
	留置カテーテル	0	0
	人工肛門	0	0
	人工膀胱	0	0
	腎ろう	0	0
痙攣	定期的内服必要	32 (44.5)	10(31.3)
	週3回以上臨時薬必要	4 (55.6)	0

全体として最も行われていた医療処置は、経管栄養で、全体の 55.8%が実施していた。次いで吸引 1 日 6 回以上(43.2%)、痙攣予防薬の定期内服(40.4%)、挿管・気管切開(37.5%)等が多かった。人工呼吸器は 19 ケース (18.3%) で実施されていた。

医療処置の種類として多く記載されていたのは、呼吸・栄養・痙攣予防についてであった。排泄は 5 項目あげたが、導尿以外回答された項目はなかった。人工呼吸器・挿管・気管切開が実施されているケースの割合は、ステーションよりも訪問看護部の方が多かった。経管栄養の実施は多いが、ステーションでは経口全介助のケースも 3 割存在した。また定期的に痙攣に対する内服が必要なケースも多かった。

(6) 社会資源の活用

① 医療券の使用

身体障害者手帳は、全体の約 60%が獲得しており、小児慢性特定疾患はステーションで 12 %、訪問看護部のケースで 3 分の 1 が使用していた。小児慢性特定疾患による医療券も、合計で 23 ケースが使用していた（表 19）。

表 19 医療券の使用

複数回答

	ステーション n=72	訪問看護部 n=32
身障害者手帳	49	16
療育手帳	17	1
養育医療	7	4
特定医療	4	2
小児慢性特定	12	11
なし	1	3

② 利用している社会資源

様々な種類の社会資源について、活用の有無を質問した（表 20、図 4）。

「養護学校・訪問教育」といった疾病や障害を持つ子どものための教育機関が最も回答されていた（n=40）ことは、子どもの障害の程度と年齢に関わってくるものと考えられる。

また、ステーション・訪問看護部ともに「保健婦訪問（n=38）」、「他からの訪問看護（n=29）」の利用が多くみられ、訪問による看護の支援を、複数受けているケースも多いことがわかった。訪問看護ステーションのケースでは、ショートステイなどもよく利用されていた。療育事業や療育企画なども比較的利用（n=20）されていた。

「その他」の記載からは、「入浴サービス（n=3）」、「移送サービス（n=3）」、「リハビリ訓練（n=3）」「社会福祉協議会のヘルパー」「子育て支援システムの訪問保育」などがあげられた。

表20 使用されている社会資源

複数回答

	ステーション n=72	訪問看護部 n=32
養護学校・訪問教育	33	7
保健婦訪問	17	19
他の訪問看護	17	12
療育事業・企画	13	7
ショートステイ	16	1
患者会	9	3
家事サービス	8	4
保育園・幼稚園・学校	6	2
無償ボランティア	5	2
デイケア	4	1
その他	14	1

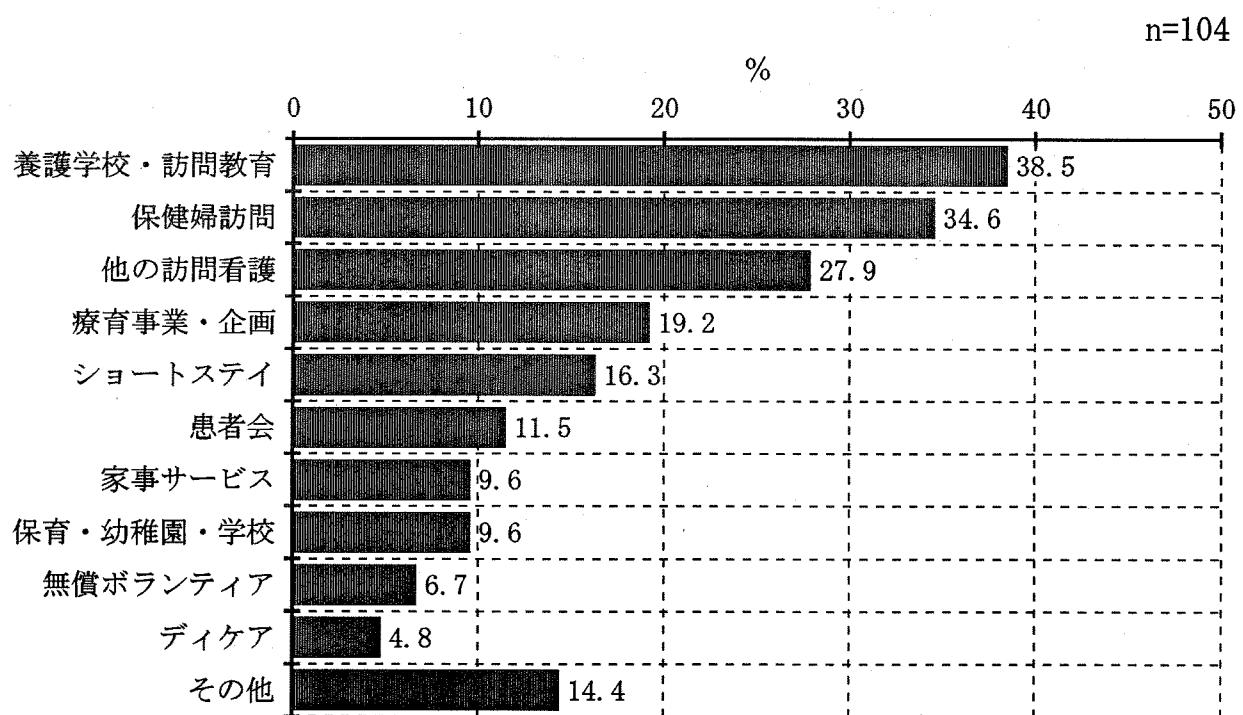


図4 使用されている社会資源の割合（全体）

2) 訪問看護時に実施されている援助内容

小児の訪問経験のあるステーション・訪問看護部 (N=58) に、過去1年間（なればさらに過去）に実施した経験のあるケアについて回答を得た。

回答を求めたケア項目は、「訪問看護における診療の補助のあり方に関する研究報告書（全国訪問事業協会、平成9年度厚生省老人保健事業等補助金）」⁵⁾中で面接に使用された項目を参考に、研究者らが小児看護の特徴を踏まえて作成した16種類73項目である（表21）。指導・相談に関しては、家族・子どもどちらに実施したのかについても質問した。

（1）実施頻度の高いケア内容

実施や指導の回答の多かった項目（ステーションと訪問看護部で合計30箇所以上が経験した項目をあげた）は、図5のような内容であった。呼吸、食事、清潔のケア、また活動・運動に関するケアを中心とした直接的ケアを多く実施している他、相談・指導を実施する頻度は高く、小児の訪問看護時に、看護婦には療養全般に関わる教育的な役割が大きいことがわかる。

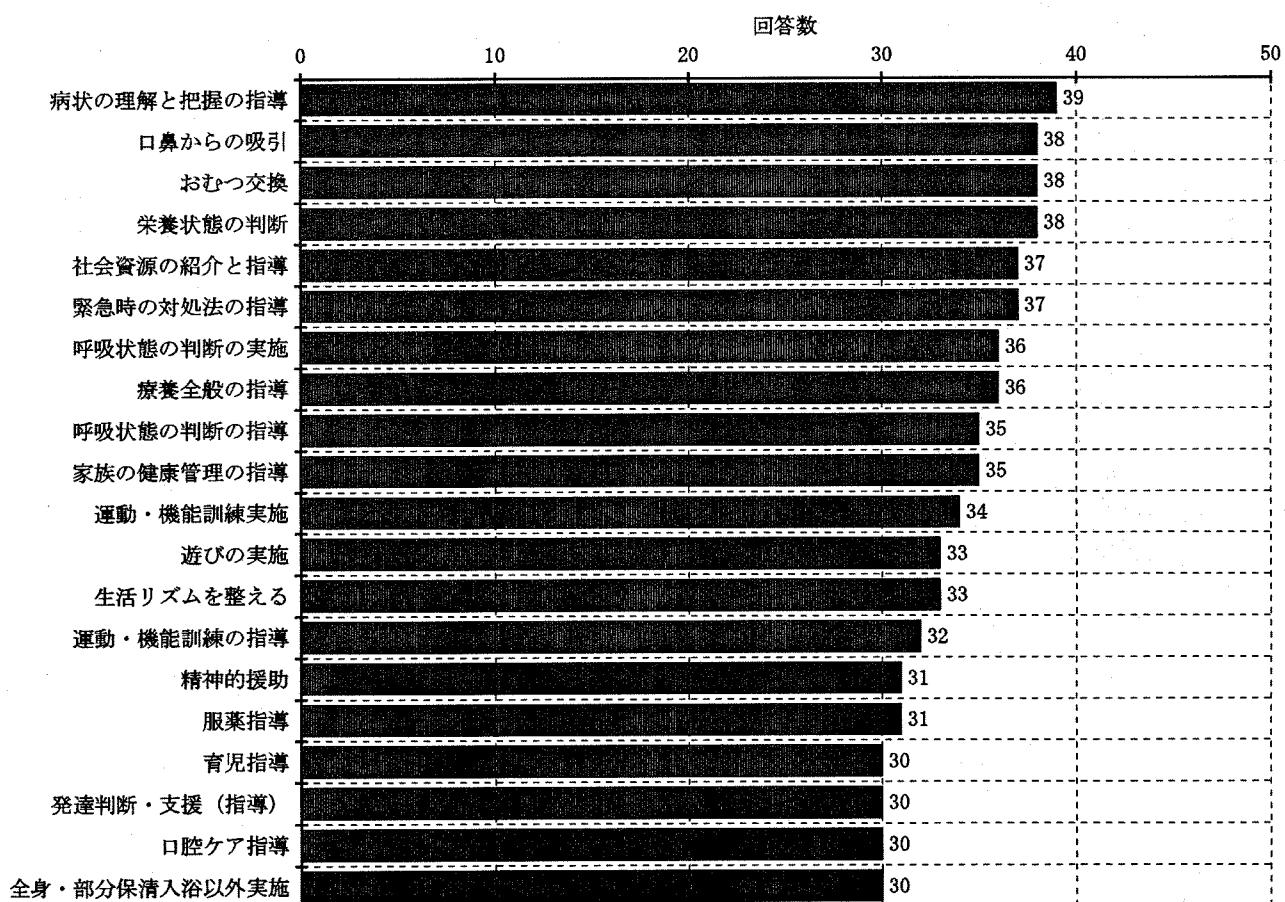


図5：実施頻度の高いケア項目（ステーション・訪問看護部合計数）

N = 58

表21. 訪問看護時実施された援助内容

表25 今後の実施意志

	実施	S T = ステーション			部=訪問看護部 今後実施の意志 なし	
		指導		S T 部		
		家族	子ども			
1) 呼吸系	S T 部	S T 部	S T 部	S T 部	S T 部	
①吸入	11	7	11	9	2	0
②理学的排痰法	17	10	15	11	1	0
③口・鼻からの吸引	24	14	12	13	1	1
④気管カニューレからの吸引	17	11	19	10	0	0
⑤挿管チューブからの吸引	2	2	1	3	0	0
⑥エアウエイの交換	1	1	3	1	0	0
⑦気管カニューレの交換	5	5	5	8	0	0
⑧人工呼吸器管理	8	6	5	5	0	0
⑨在宅酸素療法管理	8	6	6	6	1	0
⑩呼吸状態の判断	23	13	22	13	0	0
⑪その他 ()	1	1	0	1	1	0
2) 排泄	S T 部	S T 部	S T 部	S T 部	S T 部	
①導尿	6	0	3	1	1	0
②膀胱洗浄	2	0	1	0	0	0
③自己導尿	1	0	1	0	1	0
④人工肛門処置	0	0	0	0	0	0
⑤ブジー(フィンガ・機器)	2	1	1	2	0	0
⑥圧迫排尿	2	2	2	2	0	0
⑦圧迫排便・摘便	4	4	4	3	0	0
⑧浣腸	7	4	8	3	0	0
⑨便秘時の糞物管理(浣腸以外)	8	6	12	7	0	0
⑩排泄状態の判断	18	8	15	9	0	0
⑪留置カテーテル管理	4	0	2	0	0	0
⑫おむつ交換	26	12	14	11	1	0
⑬トイレットトレーニング	2	3	2	3	1	0
⑭その他 ()	1	0	1	0	0	0
3) 食事・栄養	S T 部	S T 部	S T 部	S T 部	S T 部	
①栄養状態の判断	27	11	18	11	1	0
②経鼻経管栄養(注入)	18	9	19	3	0	0
③胃ろう・腸ろう経管栄養(注入)	7	0	4	0	1	0
④経鼻・胃チューブ交換	15	7	14	12	0	0
⑤栄養・離乳食指導			14	5	1	0
⑥食事介助	12	5	8	6	0	0
⑦その他	2	0	2	0	1	0
4) 輸液(栄養含む)・注射など	S T 部	S T 部	S T 部	S T 部	S T 部	
①I.V.H交換	0	1	0	2	0	0
②点滴管理	0	3	0	4	0	0
③自己注射指導			0	0	0	0
④皮下注射	0	0	0	0	0	0
⑤筋肉注射	0	0	0	0	0	0
⑥ヘパリシンロックの実施	0	2	0	2	0	0
⑦抗ガン剤の輸液管理	0	0	0	0	0	0
⑧腹膜透析管理指導			1	1	0	0
⑨シャント管理	1	0	0	0	0	0
⑩その他	0	0	0	0	0	0
5) 活動	S T 部	S T 部	S T 部	S T 部	S T 部	
①体位交換	18	10	15	11	0	0
②運動・機能訓練	21	13	20	12	5	0
③散歩	18	7	5	10	2	0
④遊び	24	9	13	11	3	0
⑤生活リズムを整える	14	10	20	13	5	0
⑥その他	1	1	2	1	0	0

(表21 つづき)

	実施	指導		S.T. 部	S.T. 部	S.T. 部
		家族	子ども			
6) 創部処置・服薬	S.T. 部	12 5	12 5	0 0	0 0	0 0
①創傷の処置	12 5	12 5	0 0	0 0	0 0	0 0
②褥そう処置	7 1	7 2	1 0	1 0	1 0	1 0
③服薬指導	18 7	22 9	1 0	1 0	1 0	1 0
④その他	0 1	1 1	0 0	0 0	0 0	0 0
7) 疼痛管理	S.T. 部	0 2	1 2	0 0	0 0	0 0
①経口・座薬	0 2	1 2	0 0	0 0	0 0	0 0
②硬膜外・持続皮下注	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
③薬物以外の疼痛除去	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
④その他	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
8) ターミナルケア	S.T. 部	1 0	0 1	0 0	0 0	0 0
9) 死亡時の対処・ケア	S.T. 部	1 0	1 1	0 0	0 0	0 0
10) 検査など	S.T. 部	0 2	0 2	0 0	0 0	0 0
①採血	0 2	0 2	0 0	0 0	0 0	0 0
②採尿	0 3	0 3	0 0	0 0	0 0	0 0
③血糖測定	0 0	0 1	0 0	0 0	0 0	0 0
④心電図測定	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
⑤その他	1 1	0 1	0 0	0 0	0 0	0 0
11) 清潔	S.T. 部	14 10	12 13	0 0	0 0	0 0
①入浴・シャワーなど	14 10	12 13	0 0	0 0	0 0	0 0
②入浴以外の全身・部分保清	22 8	17 11	2 0	2 0	2 0	2 0
③口腔ケア	17 9	18 12	2 0	2 0	2 0	2 0
④その他	4 0	2 0	0 0	0 0	0 0	0 0
12) 相談・指導 (上記以外)	S.T. 部	27 12	1 1	1 1	1 1	1 1
①病状の理解と把握	27 12	1 1	1 1	1 1	1 1	1 1
②療養全般の指導	25 11	1 1	1 1	1 1	1 1	1 1
③育児指導	20 10					
④環境整備	8 5	16 12	0 1	0 1	0 1	0 1
⑤社会資源の紹介と相談	27 10	2 0	2 0	2 0	2 0	2 0
⑥機器導入の紹介・指導	12 7	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
⑦衛生材料の調達	13 4	17 10	1 0	1 0	1 0	1 0
⑧看護介護必要物品の調達	10 4	15 9	1 0	1 0	1 0	1 0
⑨発達判断・支援	14 8	21 9	1 0	1 0	1 0	1 0
⑩精神的援助	16 8	23 8	1 0	1 0	1 0	1 0
⑪家族の健康管理	26 9	1 0	1 0	1 0	1 0	1 0
⑫緊急時の対処法	27 10	2 0	2 0	2 0	2 0	2 0
⑬その他	1 0	1 0	0 0	0 0	0 0	0 0
13) 留守番看護	S.T. 部	15 2				
14) 通園・通所の援助	S.T. 部	8 1	1 3	0 0	0 0	0 0
15) 受診援助	S.T. 部	12 6	7 6	1 0	1 0	1 0
16) その他	S.T. 部	2 0	0 0	0 0	0 0	0 0

(表25 つづき)

今後実施の 意志なし		
S.T. 部		
①	1	1
②	1	1
③	1	1
④	2	1
⑤	6	3
⑥	2	1
⑦	2	1
⑧	2	1
⑨	2	1
⑩	5	3
⑪	1	1
⑫	1	1
⑬	1	1
⑭	2	1
⑮	1	1
⑯	1	1

(2) 各援助内容の特徴

①呼吸系のケア

回答されている割合が全般的に多く、呼吸器系のケアの実施されている頻度は高い。これはおそらく訪問対象に呼吸器の問題が多いことが関係していると考えられる。「口・鼻からの吸引 n=38」、「呼吸状態の判断 n=36」、「気管カニューレからの吸引 n=28」、「理学的排痰法 n=27」、「吸入 n=18」は実施頻度の高い上位項目だが、家族への相談指導もほぼ同数みられることから、呼吸系のケアは実施と相談指導を同時にしているということが考えられる。これはステーション・訪問看護部とともに同じ傾向がみられた。

②排泄系のケア

訪問看護ステーションでは、ストーマケア以外のどの項目も実施されていた。「おむつ交換 n=38」、「排泄状態の判断 n=26」の頻度が高く、その他「浣腸以外の便秘時の薬物管理 n=14」、「浣腸 n=11」などが実施されていた。家族への相談・指導もこれらの項目が多いが、「浣腸以外の便秘時の薬物管理 n=19」などは多く指導されている内容だった。ステーションでは自己導尿などの子どもへの指導のケースもあった。

③食事・栄養のケア

食事・栄養のケアの項目にあげた内容は、「胃ろう・腸ろう・経管栄養 n=7」は対象の子どもが少ないと考えられ実施頻度はこの中では少なかったが、全項目について比較的実施されていた頻度が高かった。「栄養状態の判断 n=38」「経鼻経管栄養（注入）n=27」「経鼻・胃チューブ交換 n=22」などが多く実施されていた。またこれらの項目は家族への指導・相談も多かった。(n=21-29) また「栄養・離乳食の指導 n=19」や実際に「食事介助 n=17」も行われていた。

④輸液（栄養含む）・注射など

全体的に実施頻度は少なく（n=0-3）、「自己注射の指導」「皮下注射」「筋肉注射」は全く実施されていなかった。また、輸液や注射に関する内容は、訪問看護ステーションでは実施されておらず、訪問看護部のみに回答されたことが特徴である。「I V H交換 n=2」「点滴管理 n=4」「ヘパリンロックの実施 n=2」などは家族に指導されていた。後述するが、この項目は、今後実施する意志がないという回答がどの項目にも回答され、実施する意志が少ないケアである。

⑤活動

これに該当する援助は多く行われていた。特に「運動機能訓練 n=34」「体位交換 n=28」はステーション・訪問看護部ともに実施されており、また指導も多く行われていた。訪問看護部では回答されなかつたが、ステーションでは「運動機能訓練 n=5」「生活リズムを整える n=5」「遊び n=3」「散歩 n=2」に関して子どもへの指導も行われていた。また、ステーションでは、「遊び n=24（ステーション）」「散歩 n=25（ステーション）」などを実施する回答が多いのは特徴的であった。訪問看護部では実施よりも指導的回答が多かった。「生活リズムを整える n=13（訪問看護部）」などは多くの親に指導が実施されていた。

⑥創傷部処置・服薬／疼痛管理

多く実施されているのは親への服薬指導であった。創傷の処置も比較的実施、指導・相談を行っていた。疼痛管理に含まれる回答はほとんどなかった。訪問看護部で「経口・坐薬」の実施と親への指導、ステーションでは親への指導が1ケースあった。

⑦ターミナルケア・死亡時の対処・ケア

訪問看護ステーションで1件実施されていた。訪問看護部では家族への指導の回答が1件あった。

⑧検査など

訪問看護ステーションではほとんど実施されていなかった。訪問看護部でも数は少ないが、「採血 n=2」「採尿 n=3」などが実施されていた。

⑨清潔ケア

約半数がなんらかの全身の清潔ケアを実施しており、親への指導や、ステーションでは子どもへの指導が行われていた。「入浴・シャワー」「入浴以外の全身・部分保清」「口腔ケア」などは家族への指導・相談も多く行われていた。

⑩相談・指導

この内容に該当するのは 12 項目呈示したが、どれも指導・相談の実施頻度が高かった。指導・相談で多く実施されていたのは、「病状の理解と把握 n=39」「社会資源の紹介と相談 n=37」「緊急時の対応 n=37」「療養全般の指導 n=36」「家族の健康管理 n=35」などであり、療養全般に関して状態に合わせて家族の力を高めたり支えるための援助を行っていることが伺えた。その他の項目も 30 件以上の回答が多かった。

実施の項目でも、「発達判断・支援 n=22」「精神的援助 n=24」「育児支援」など子どもの成長・発達に関わる内容など多くが実施していた。

⑪留守番看護・通園・通学の援助・受診援助

訪問看護ステーションでは、「留守番看護」を 15 件が、「通園・通学」の援助を 8 件が実施していた。「受診援助」は、ステーション・訪問看護部ともに援助を実施しており、合計で 18 件あった。この「受診援助」については、ステーションは受診の移動等の援助も含まれると考えられるが、病院に所属する訪問看護部では移動援助を実施しているかはさだかではない。これらの項目も比較的今後実施しない（後述。表 25）という回答が多い内容であった。

3) 訪問看護を行う際に連携した機関と連絡方法

研究者らが提示した機関への連携について質問した（図 6）。訪問ケースの中で、実際に連携をとっていたのは、ステーションでは、「病院」が最も多かった。訪問看護部では「院内の他部門」との連携が最も多かった。また、「保健所」との連絡はステーションに多かった。これは紹介経路との関係が大きいと考えられる。

連携機関との連絡方法での特徴としては、病院とでは「連絡票」「出向くなど」が使用されていた。ステーションと保健所との「会議の開催」も行われていることがわかった。どの機関とも電話やFAXでのやりとりが多く行われている。学校・園などには「出向いて」連携する方法が特にステーションで実施されていた（表 22）。

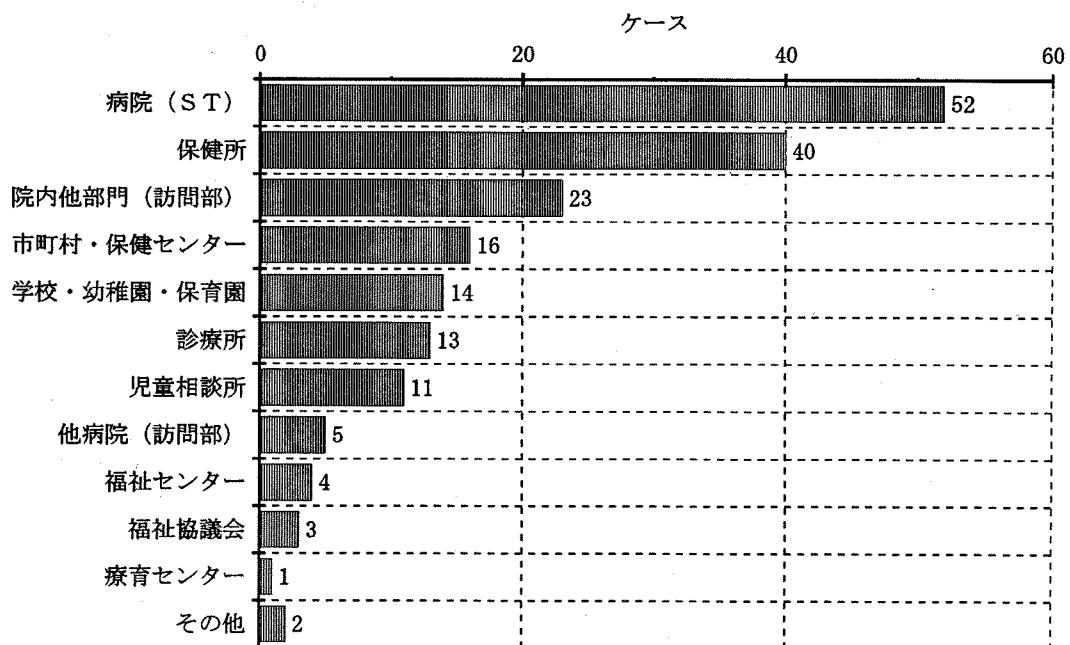


図 6 関連機関との連携（全体）

表 22 関連機関との連携方法

機関	回答数		連絡会議		連絡票		会議開催		電話/fax		出向いて	
	ST	部	ST	部	ST	部	ST	部	ST	部	ST	部
病院 (ステーション)	52		0		17		6		18		21	
他病院 (訪問看護部)		5		0		2		0		2		1
院内他部門 (訪問看護部)		23		3		6		3		7		9
診療所	7	6	0	0	1	2	0	1	5	3	4	0
保健所	30	10	0	2	1	2	6	0	6	4	7	2
市町村・保健センター	9	7	0	2	0	4	4	1	7	7	3	2
児童相談所	9	2	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0
福祉センター	2	2	0	0	0	0	1	1	1	2	0	0
福祉協議会	3	0	0		0		2		3		0	
在宅支援センター	0	0	0		0		0		0		0	
学校・幼稚園・保育園	11	3	0	0	0	0	2	0	4	2	8	2
療育センター	0	1	1	0	1	0	4	0	5	1	5	0
その他	1	1										

4) 各ケースのケアのコーディネーター

訪問を実施する中で、誰が子どものケアの全体の動きを考える中心になっているのかについて、各ケースについて質問した（図7）。

ステーションでは、「家族自身」という回答が4割と圧倒的に多く、「訪問看護婦」は、次いで回答が多かった。しかし、訪問看護部では、「該当病院の訪問看護婦」であるという回答が最も多く、意識の違いがみられた。また、訪問看護部では回答はなかったが、訪問看護ステーションでは、「保健婦・市町村保健婦」が比較的多く、「特に中心となる人はいない」という回答も多くみられた。訪問看護部で回答された「その他」の内容で記載されていたのは「院内助産婦」であった。

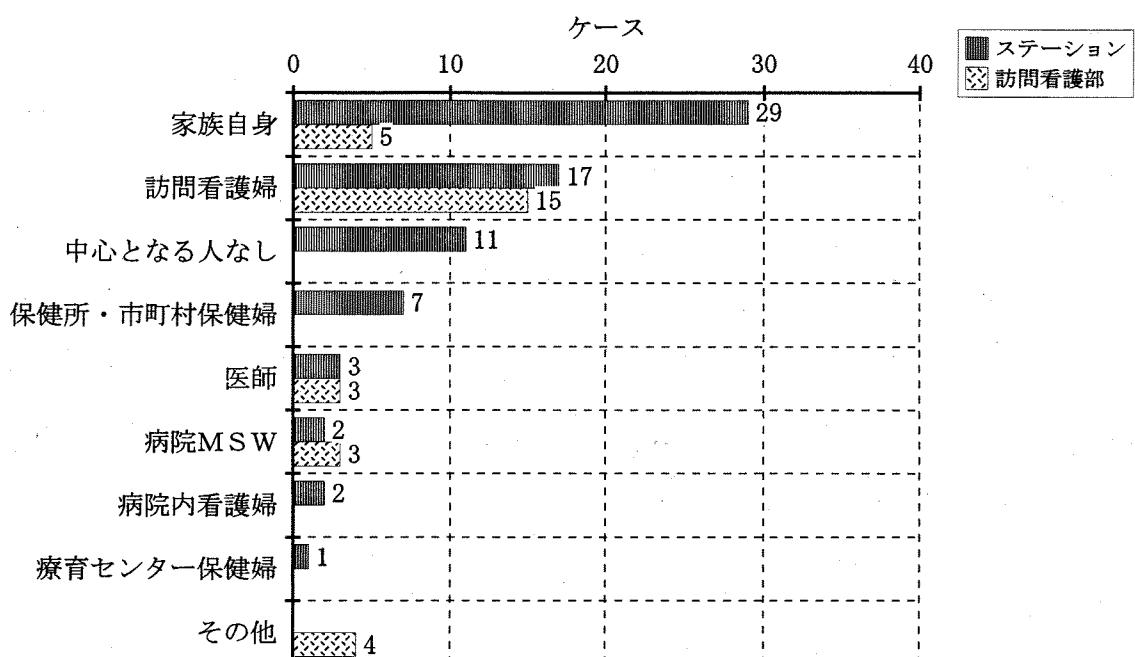


図7 ケアのコーディネーター

4. 小児の訪問看護を実施する上で困難な内容

1) 小児の訪問看護を実施する上で困難な内容

小児の訪問看護を実施しているステーション・訪問看護部に、小児の訪問看護を実施する上で困難と考えられる内容について、文献等を参考に研究者らが作成した 20 項目について、選択された数をまとめた（表 23）。全体として回答が多かったのは、「利用できる社会資源が乏しい（n=34）」「病状の判断が難しい（n=24）」、「往診をしてくれる医師の不在（n=21）」「スタッフの不足（n=20）」「小児に関する一般的特徴についての知識不足（n=16）」といった内容である。ステーションでは、「社会資源の不足」が最も多く回答されたが、訪問看護部では、小児の訪問看護を実施する上ではまず「スタッフの不足」があがっているのが特徴であった。さらに「親への関わり」に困難を感じている割合もステーションよりも多いといえた。

「その他」の内容としては、“関係する機関が多く、連絡に時間がかかる”“介護者の休養への支援が難しい”“患児の兄弟姉妹に対する精神的支援や家族の助言が難しい”など特にステーションから具体的な困難を示す例や内容があげられていた。

表 23 小児の訪問看護を実施する上で困難な内容

困難に関する内容	合計 N=58	ステーション n=37	訪問看護部 n=21
1.利用できる社会資源が少ない	34(58.6%)	25	6
2.病状の判断が難しい	24(41.4)	16	8
3.往診をしてくれる医師がいない	21(36.2)	16	5
4.スタッフの不足	20(34.5)	11	9
5.小児に関する一般的特徴・特性についての知識不足	16(27.6)	13	3
6.親との関わりが難しい	15(25.9)	8	7
7.緊急時に対応する体制が整っていない	14(24.1)	9	5
8.看護の目標がたてにくい	12(20.7)	9	3
9.担当する子どもの発達に関する判断が困難	12(20.7)	7	5
10.関係する医療機関からの情報がとりにくい	11(19.0)	9	2
11.休日・夜間の対応が困難	11(19.0)	6	5
12.子どもに対するケア技術が不十分	10(17.2)	8	2
13.採算がとれない	8(13.8)	4	4
14.子どもとの関わりが難しい	6(10.3)	5	1
15.相談できる小児科医がない	6(10.3)	5	1
16.医療機器の使い方が困難	4(6.9)	3	1
17.他機関との連携がうまくいかない	4(6.9)	3	1
18.例のない疾患が多く手に負えない	3(5.2)	1	2
19.院内の他部門との連携			2
20.その他	6(10.3)	5	1

2) 関連機関との連携で困難な内容

表 24 関連機関との連絡で困難な内容（自由記載）

N = 21

関連機関	ステーション	訪問看護部
保健所	<ul style="list-style-type: none"> ・予定の訪問が実際には行われていない ・保健婦の関わりが不明確 ・どこまで相談にのってもらえるか不明 	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問時の総合評価のみで連絡協議会が実施されていない ・訪問の制限（対象・回数）がある ・医療機器装着児への医療技術ケアの提供が不足し、受け入れが円滑でない ・病院看護婦と地域保健婦の時間調整が上手くいかない
病院	<ul style="list-style-type: none"> ・主治医と連絡がとりにくい。（連絡できず緊急時や直接指示が必要な場合困る） ・主治医の勤務体制や変更が伝えられにくい ・医師によってステーションに対する態度が異なる ・入退院時に病棟看護婦と情報交換しにくい ・医師や看護婦等の連絡窓口が明確でない ・医師から家族への説明が不足し家族が不安になるが、訪問看護婦から伝えて対処してもらえない 	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問後のフィードバックに問題（院内の外来や継続診療看護相談室との連絡会が実施されておらず訪問の判断や効果が不明確）
開業医	<ul style="list-style-type: none"> ・対応が遅れることがある 	<ul style="list-style-type: none"> ・複雑な病気や医療処置の多い小児の往診を受けることができる開業医が限られる ・理解してくれないところがある
教育委員会 養護学校 学校	<ul style="list-style-type: none"> ・学校に訪問看護婦が入る場合、学校の訪問担当医の許可（技術の確認）が必要で、許可された担当看護婦しか入れない ・医療者と教育者の視点の違いを感じる 	<ul style="list-style-type: none"> ・通学に介護者が必要である ・最寄りの希望学校へ行けない ・医療依存度が高いほど困難
訓練機関 療育センター	<ul style="list-style-type: none"> ・施設数の不足により1カ所に多種の障害児が集まり、十分なケアが受けられない ・療育センターの医師では指示書を書いてもらえない ・遠方で看護婦が状況を確認に行けない ・療育センターは医療機関が細分化して、各自の意見が違う親が混乱することがある ・訪問看護婦は、関わる職種と連携をとりたいと思うが、現状では通所の同行時間がとれず連携がとりにくい 	
訪問看護ステーション		<ul style="list-style-type: none"> ・お互いの看護の目的が異なる
ヘルパー		<ul style="list-style-type: none"> ・連絡帳を活用しているが母親が間で指示をしてしまうため処置に混乱が生じる
生保担当者	<ul style="list-style-type: none"> ・医療的な状況の判断（24時間連絡体制の導入）を医療機関の判断なしに「必要なし」と決定してしまう（家族が適切な判断を行うのは困難な中で） 	

訪問する上で関連する機関との連携について困難な内容について、自由記載を求めた。記載があったのは、58カ所中21箇所である（ステーション12、訪問看護部9）。

連携の仕方そのものの困難も記載されていたが、小児の在宅療養を支援する上で各機関が抱えている（と訪問看護側として感じている）問題点が多く記述されていた。

<保健所>では、連絡上の困難、保健婦の訪問回数の少なさや受け入れに言及したものがあげられた。<病院>では、特にステーションで主治医との連絡のとりにくさや関係性の問題、病棟看護婦との連携のとりにくさがあげられた。訪問看護部からは院内での連携でフィードバックが不十分なことがあげられた。<学校>では訪問看護部側から就学時の学校側の受け入れ体制の問題、ステーションからは、特例で学校訪問を実施していると考えられる状況での困難があげられた。<訓練機関>に関してはステーションのみ記載があり、子どもの受け入れや、訓練機関の職種と直接連携をとりにくい現状があげられていた。

3) 今後訪問看護を実施することが困難と考えられる援助内容とその理由

表21 あげた援助項目について、今後小児の訪問看護を行う上で、実施する意志がない項目についてあげてもらった（表25。表21と同頁に掲載）。これは実施することが困難な内容を具体的に明らかにするためである。

「輸液・注射」「疼痛管理」「検査」「通園・通所の援助」「留守番看護」などに含まれる内容や呼吸のケアの中では“エアウエイの交換”などが上位にあげられた（図8）。

また、内容的には互いに関連するため、数としては明確にできないが、実施しない理由は表26のような内容にまとめられた。

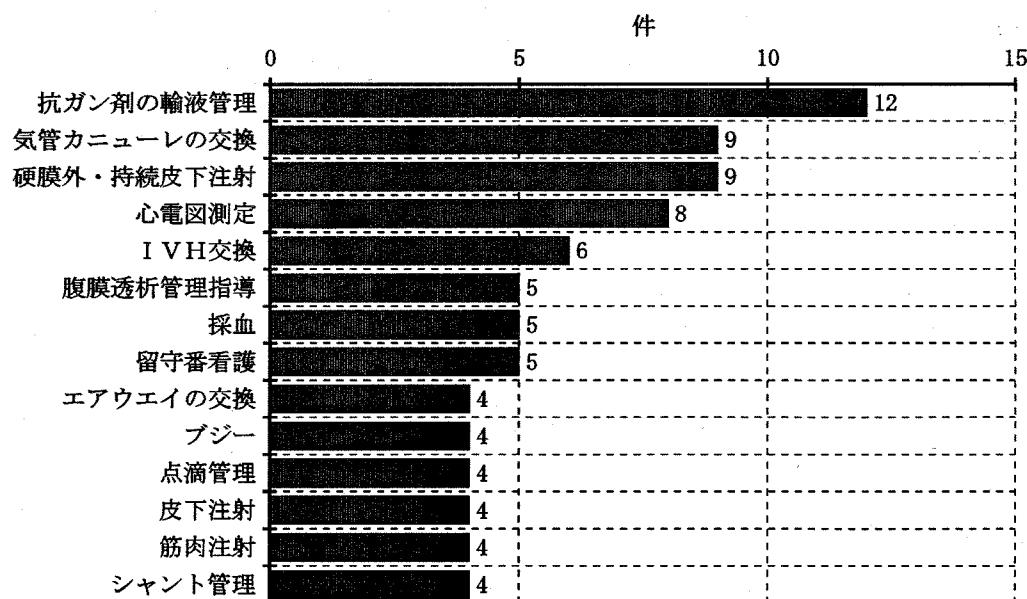


図8.今後実施する意志のない援助項目（上位10項目）

N=58

表 26. 「今後実施する意志がない」と回答された理由

1. 行為に身体的変化や危険が伴い、看護婦では対処できず責任がとれない
 - －急変や生命の危険を伴う
 - －医師の行う医療的処置の範疇
 - －指示を受けたとしても責任がかかってくるので無理
 - －医療的処置はどこまでナースがしてよいか明確でない。法的に保証されない
 - －安全性を考えると、技術や器機、連携体制の不備でできない

項目：抗ガン剤の輸液管理／硬膜外／持続皮下注射／気管カニューレ交換／ブジー／挿管チューブからの吸引／採血／心電図測定
2. 専門的知識・技術がない。あるいは不足しているため実施できない
 - －小児専門ナースがいないので医療事故が心配
 - －機会と技術がない
 - －十分な知識と技術がなければ安全・安楽が保てない
 - －経験している職員がいない

項目：輸液・注射／疼痛管理／心電図測定／採血／腹膜透析管理指導
3. 看護の役割ではない。看護領域以外の業務で他者にもできるものである
 - －看護の役割ではない
 - －看護職以外の職種にもできる内容
 - －看護処置は行うが留守番だけの看護ではない

項目：通園・通所の援助／留守番看護／受診援助
4. 在宅で行われる内容ではない
 - －家族の負担が大きいので（在宅では）実施されない
 - －子どもの体動があるので在宅ではできない
 - －通院できる人が基本のため

項目：抗ガン剤の輸液管理／心電図測定／検査全般
5. 採算がとれない。
 - －時間的な制約があり困難採算がとれない

項目：通園・通所の援助
6. 保険の問題
 - －交通手段に関して同乗者に対する保険の問題があるのでできない

項目：通園・通所の援助

実施の意志がない理由として、＜行為に身体的変化や危険が伴い、看護婦では対処できず責任がとれない＞という内容に該当するものが最も多かった。特に上位にあげられる項目は、医療処置に関する内容が多く、「抗ガン剤の輸液管理」「硬膜外・持続皮下注射」「気管カニューレ交換」等は“急変や生命の危険が伴う”“医師が実施する範疇”などの理由が記載されていた。“医療処置についてどこまで在宅でナースがしてよいかはっきりしていないが、必要とされており、医師から指示があつて練習できれば行っていきたい”という内容の回答もあった。

＜専門的知識・技術がない、あるいは不足しているため実施できない＞という内容は、

上述したカテゴリーにも関連が深かったが、看護婦の責任の負える範囲にないというよりは、ナースの経験や知識があれば可能と読みとれる内容でもあった。ここには「輸液・注射」「疼痛管理」などの他、「心電図」「採血」のように、“小児で行う機会や知識がない”“小児においては専門性が高いので”など、小児を対象としていることが実施できない理由にむすびつく記述もあった。

＜看護の役割ではない＞というカテゴリーは、「通園・通学の援助」や「受診の援助」という移動の援助や、家族が不在で子どもを看護するという状況である「留守番看護」に對してあげられた理由である。この中には、“看護処置は実施するが、留守番だけの看護ではない。しかし今後検討の必要はある”と回答したものもあった。

「抗ガン剤の輸液」「心電図検査」あるいは「検査全般（検査項目すべてを選択）」の理由として、もともと在宅では行われない内容であるという内容があった。

＜採算がとれない＞＜保険の問題＞は、移動の援助である「通園・通所の援助」が実施できない理由としてあげられた。

4) 「小児の訪問看護に関する意見」の中から抽出された困難

「小児の訪問看護に関する意見」についての自由記載から訪問する上での困難について記載されていると考えられる内容を抽出した（表 27）。具体的なケースがあげられることが多く、様々な困難を感じながら小児の訪問看護が実施されていることが読みとれた。

ステーションと訪問看護部との共通した意見として、訪問看護婦以外の医療関係者や家族、家族をとりまく人たちに、もっと小児の訪問看護の存在や役割を理解して欲しいと感じていることが多くあげられていた。

また、在宅療養を支えるために利用できる資源の不足や環境の不備が指摘されており、ショートスティなど使用できる施設や、家族が相談できる場の不足、家族支援のための訪問料金の算定ができないなどが主としてステーションからあげられた。

子どもが必然的に関わる教育機関や施設への訪問について、現状では訪問看護が認められず、援助が必要とされているにも関わらず許可されていない現状があった。さらに、小児の場合には援助に時間がかかったり、1日数回援助を必要とする状況があり、結局はボランティアの形で行わざるを得ない現状も記述されていた。

表27 小児の訪問看護に関する意見より抽出した困難に感じている内容

(ST) =ステーション (訪) =訪問看護部

1.小児の訪問看護に関する理解の不足

- ・訪問看護は高齢者という感覚が家族等の利用者に多く、医療者や地域にも小児の訪問看護の役割に関する理解が薄い (ST)
- ・医師がどこまで訪問看護を必要としているか不明 (訪)

2.人材の不足

- ・重症な小児が地域にどんどん戻ってくるときに対応できるように人材育成が必要(ST)
- ・病院が経済的に人材を確保してくれるか? (訪)

3.訪問看護が可能な範囲の制限

- ・施設での栄養チューブからの注入の依頼があったが、施設への訪問が許可されていない。

4.小児の訪問看護が現状ではボランティアの部分が多い

- ・施設への訪問が許可されていないために、ボランティアで1年実施した。 (ST)
- ・1日数回必要な訪問でボランティアが大きくなっているケースがある(ST)
- ・自己道尿ができるよう、毎日限られた決まった時間に行うにはボランティア的部分が大きく看護婦の身体的・精神的負担が増大。 (ST)

5.小児看護には時間が必要

- ・対象児だけでなく、保育者・介護者にも時間が必要。変化も多く、観察も時間が必要になる。訪問看護料を別枠にしてほしい。 (ST)

6.小児看護に関するネットワークがない

- ・困難な状況でどのようにしたらよいのか苦慮した、ネットワークを痛感。 (ST)
- ・例外的なケースの研究発表しかなく、横のつながりもない(ST)
- ・小児の訪問看護の現状を知りたい(訪)

7.支援が必要な子どもを受け入れる通所・入所施設が不足

- ・医学的観察や対処が必要な子どもが、状態が安定しても通所施設で受け入れられない(ST)
- ・家族支援のための小児の受け入れ施設が少ない(ST)
- ・ショートステイできる機関が該当地域にない(ST)

8.家族が医療相談を気軽にできる場が不足

- ・小児は家族だけが介護を抱え込んでいるケースが多く親の負担もストレスも多い。もっと医療従事者に相談できる環境づくりを。 (ST)

9.家族を支援できる制度(料金的な面も含めて)が必要

- ・子どもが安定しても家族がメンタル的に危険な状態。家族に対して保険が使えるように(ST)
- ・年令・疾患に関係なく家族の経済的負担の少ない訪問看護料の算定ができる制度が必要(訪)

5. 小児の訪問看護を実施する上での条件

1) 小児の訪問看護を実施可能にする条件

(小児の訪問看護経験のないステーション・訪問看護部の認識)

(1) 小児の訪問看護の実施意志

①今後的小児の訪問の実施意志

小児の訪問看護の経験がないステーション・訪問看護部に、今後小児の訪問看護を実施する意志を尋ねたところ、全体の約4分の1は、明確に「実施する意志がない」と回答した。残りの4分の3は、「実施する意志がある」あるいは「条件さえ整えば実施が可能」と回答した。特にステーションでは、「条件が整えば実施」が半数を占めた（表28）。

表28. 小児の訪問看護の実施意志 (%)

	ステーション	訪問看護部	全 体
実施の意志あり	10(23.8)	5(38.4)	15(27.3)
条件が整えば実施	21(50.0)	4(30.8)	25(45.5)
実施意志なし	10(23.8)	3(23.1)	13(23.6)
その他	1(2.4)	1(7.7)	2(3.6)
	42(100.0)	13(100.0)	55(100.0)

②「実施の意志がない」理由

「実施の意志がない」と答えたステーション10カ所・訪問看護部3カ所にその理由を記述してもらったところ、全く否定しているというよりも、むしろ条件を整えることが非常に困難であることが理由になっている場合が多いといえた。あるいは、「他の領域に取り組んでいるために小児までは考えられない」という回答も複数みられた（表29）。

表29. 小児の訪問看護を実施する意志のない理由

	ステーション	訪問看護部
1.訪問看護の提供内容に自信がない 「専門のナース・経験者がいない」 「経験が乏しい」／「若年スタッフ多い」	5	1
2.関連医療機関・医師との協力体制が整っていない 「関連機関との協力ができていない」 「近くに小児専門病院が存在しない」 「相談できる医師がいない」	3	
3.ニーズがない・依頼の予定がない 「過去依頼がなく、依頼が考えられない」 「母体病院が老人対象・診療科に小児科なし」	3	
4.スタッフの不足	2	
5.事業計画がない・開設まもなくであり考えられない	2	
6.他の領域にとりくんでいるので 「老人・難病・ターミナルにとりくんでおり不可能」 「ターミナル期の患者を中心にしてしているので」	1	1
7.小児（訪問）看護の教育が困難 「研修に出せる余裕がない」	1	
8.24時間体制がなかなか整えられない	1	

③小児の訪問看護を可能にする条件

「条件が整えば実施」と答えたステーション 21 カ所・訪問看護部 4 カ所に、その条件を記述してもらったところ、表 30 のような条件があげられた。

多くの回答は、「身体的なフォロー・変化に対応可能な体制の整備」であった。これには医師との連携が可能になること、緊急時や状態悪化への対応が含まれていた。次いで多かったのは、「訪問看護婦の知識・技術の確保」であり、小児看護の経験者を確保したり、育成するという内容があげられた。

表 30. 小児の訪問看護を実施可能にする条件

	ステーション	訪問看護部
1. 身体的なフォロー・変化に対応可能な体制の整備		
①主治医・担当医との連携	10	2
「緊急時に応じてくれる医師であること」		
「相談できる医師の存在」／「近所に主治医が存在する」		
「他院の医師との協力体制」(訪問看護部のみ)		
②状態悪化時・緊急時の体制が十分整っている	5	
「入院体制が整っている」／「対応できる医師がいる」		
③夜間・休日体制の整備	2	
2. 訪問看護婦の知識・技術の確保		
①提供可能な知識技術であることが判断されている	2	
②小児看護経験者の存在	7	1
③スタッフの教育・研修等	6	
3. 訪問ニーズ・家族の意志		
①依頼・要望がある・対象の患者がいること	2	2
②家族に在宅で行っていくという意向が強い	1	
4. 勤務体制の整備		
①看護職の人数確保	1	1
②24 時間体制の整備	2	
5. 費用・滞在時間・距離の問題の解決		
①訪問できる距離内であること		2
②利用料	1	
③滞在時間	1	
6. その他		
・介護保険が一段落したら	1	
・退院時の共同指導	1	

2) 小児の訪問看護を継続する上で必要性の高い条件

(小児の訪問看護を実施している ステーション・訪問看護部の認識)

小児の訪問看護を実施しているステーション 37 カ所・訪問看護部 21 カ所に、小児の訪問看護を継続する上で必要性の高い条件について自由記載を求めた。ステーション 23 カ所・訪問看護部 12 カ所から回答が得られ、それらを内容分析して、以下の 6 つのカテゴリーが抽出された（表 31）。

(1) 身体的フォロー・変化に対応可能な体制の整備

①紹介病院・主治医との連携、②往診医師の確保、③緊急時の受け入れ・対応の 3 つに分類された。

(2) 療育のための体制づくり

学校・市町村・通所施設等との連携、ソーシャルワーカー、保健部等を含む連携、学校へ出向いての訪問看護を行う必要性等が含まれ、療育のための連携が重要視されていた。

留守番看護・ボランティア等のマンパワーの確保、レスパイト施設などが活用できること等が含まれた。

(4) 訪問看護婦の知識・技術の確保

①専門的知識と技術、②経験者の存在、③スタッフの教育と育成があった。

(5) 家族の機能を高める働きかけ

5 つのサブカテゴリーに分類された。①介護者の存在は、介護者の能力や家族の健康といったものが含まれ、②家族の理解と受け入れでは、家族の協力、病状認識、家族が在宅を希望している等があげられた。さらに③信頼関係を築く、④家族への技術指導、⑤家族支援が抽出された。

(6) 費用・滞在時間・物品・距離の問題の解決

時間制限・採算などの問題の解決や、車など交通手段、医療機関と自宅が近いこと、医療機器業者がいつでも対応可能であること等であった。

「身体的フォロー・変化に対応可能な体制の整備」と「訪問看護婦の知識・技術の確保」は、小児の訪問看護を実施していない施設が、実施可能にする条件としてあげていたものと共に通していた。特に「身体的フォロー・変化に対応可能な体制の整備」、すなわち状態が悪化したときあるいは緊急時の対応を整えることは、多くの人が必要な条件と考えており、中でもステーションは、紹介病院等医療機関との連携に苦労・尽力している様子が伺えた。

一方で、小児の訪問看護を実施している施設が、継続していく上で必要な条件としたものの中には、経験のない施設からは抽出されなかつたものもあった。

「療育のための体制づくり」および「介護者の負担軽減のためのパワーの確保」は、実際の訪問看護の中から、重要性が高いと認識された結果と考えられた。

また、「家族の機能を高める働きかけ」というカテゴリーも抽出された。これは、在宅ケア継続の上では、家族のおかれている状況が重要である、と看護者が強く認識していること、そのためにも“両親の精神的支援”“家族と信頼関係を築く”など「家族の機能を高める働きかけ」に多大なエネルギーを費やしていることを表すものと考えられた。

表 31. 小児の訪問看護継続のために必要性が高い条件

	ステーション	訪問看護部
1.身体的フォロー・変化に対応可能な体制の整備		
①紹介病院・主治医との連携	7	3
②往診医師の確保	3	1
③緊急時の受け入れ・対応	6	1
2.療育のための体制づくり	6	5
学校・市町村・通所施設等との連携		
ソーシャルワーカー、保健部などを含む連携		
学校などへ出向いての訪問看護		
3.介護者の負担軽減のためのパワーの確保	5	1
留守番看護・ボランティア等のマンパワー		
レスパイト施設などの社会資源		
4.訪問看護婦の知識・技術の確保		
①専門的知識と技術	3	3
②経験者の存在	2	2
③スタッフの教育と育成	2	2
5.家族の機能を高める働きかけ		
①介護者の存在		2
介護者の能力／家族の健康		
②家族の理解と受け入れ	4	1
家族の協力／病状認識／家族が在宅を希望		
③信頼関係を築く	1	1
④家族への技術指導		2
⑤家族支援	3	1
6.費用・滞在時間・物品・距離の解決	6	2
・時間制限・採算等の問題解決		
・車など交通手段／医療機関と自宅が近い		
・医療機器業者がいつでも対応可能なこと		

3)小児の在宅療養を継続する上で必要な社会資源

(小児の訪問看護を実施しているステーション・訪問看護部の認識)

小児の訪問看護を実施しているステーション 37 カ所・訪問看護部 21 カ所に、小児の在宅療養を継続していく上で必要な社会資源について自由記載で回答を求め、ステーション 26 カ所、訪問看護部 17 カ所から回答が得られた。

表 32 は、高橋 (1997) による⁶社会資源の分類を参考に、今回得られた内容を分類したものである。

最も多かった内容は、<日常生活に関する資源>である。圧倒的に多かったのは、「ショートステイやデイサービス」に関する記述であった。「留守番ケア」も多く、家族に代わって、医療処置も含めて子どもを見ることが出来る人材を、訪問看護婦の他に求める声が多かった。また、「移送や送迎」に関する記述では、通所やレスパイト施設を利用する際、病院受診時、通園通学時等様々な場面で必要性があると記載されていた。

続いて多かったのは、<教育に関する資源>であり、幼稚園・保育園を含む教育機関に求める内容が多かった。特に、子どもの成長発達にあわせて最適な機関に所属することの難しさや、医療処置を必要とする子どもの受け入れの問題を思わせる記述が目立った。

<医療・看護に関する資源>について答えたのは、病院の訪問看護部が多かった。特に「往診できる医師」や「リスクの高い児も受けいれ可能な訪問看護ステーション」など病院内で抱えるケースが、それらを必要としていることが伺えた。

表 32. 小児の在宅療養継続に必要と感じる社会資源

1.日常生活に関する資源	
ショートステイ、デイサービス等	26
入浴サービス	4
留守番ケア（医療処置等ができる）	11
ホームヘルパー	6
ボランティア	6
移送や送迎	8
2.教育に関する資源	
教育機関（養護学校・幼稚園・保育園）受け入れ体制の充実	11
3.医療・看護に関する資源	
往診医師	5
歯科医師	1
訪問リハビリ	1
夜間・休日の訪問サービス、保健婦	3
リスクの高い児でも受け入れてくれる訪問看護ステーション	1
24時間対応してくれる病院	1
トータルコーディネートできる機関、人材	1
4.相談機関に関する資源	
親の会	2
5.経済保障に関する資源	
医療制度の活用	1
日常生活用具・医療物品の給付・貸与など	2

4) 小児の訪問看護を実施する上での知識・技術の獲得

小児の訪問看護を実施しているステーション37カ所・訪問看護部21カ所に対し、現在、小児の訪問看護を実施する上での知識や技術の獲得やケアの方法の開拓をどのようにしているかについて研究者らが作成した9項目（その他を含む）について選択してもらった（複数回答）。

ステーション・訪問看護部とも、「今まで持っていた知識・技術で実施していた（42カ所、72.4%）」、「担当ケースが受診する医療機関から（ステーション）／病棟・外来から（訪問看護部）（40カ所、70.7%）」が圧倒的に多かった。特にステーションでは、「今まで持っていた知識・技術で実施していた」と答えたところが31カ所（83.8%）と多かった。「担当ケースが受診する医療機関から」は25カ所（67.6%）だった。

訪問看護部では、「病棟や外来から」が16カ所（76.2%）と連絡が容易であることを伺わせた。「今まで持っていた知識・技術で実施していた」は11カ所（52.3%）あった。

この2つの方法に比べると、それ以外の方法はいずれも選択した数は少なかった。「専門雑誌等を活用している」に回答したのはおよそ3割、「学習会や研修会の開催」「学会への参加」は2割から3割だった（表33、図9）

表33. 現在の知識・技術の獲得方法

複数回答（%）

	ステーション n=37	訪問看護部 n=21	全 体 n=58
今までの知識・技術で実施	31(83.8)	11(52.3)	42(72.4)
ケースの受診医療機関／病棟や外来から	25(67.6)	16(76.2)	41(70.7)
専門雑誌等	11(29.8)	9(42.9)	20(34.5)
内部の学習会・検討会	10(27.0)	5(23.8)	15(25.9)
外部の研修会・学習会	8(21.6)	5(23.8)	13(22.4)
小児の訪問看護経験者から	11(29.7)	2(9.5)	13(22.4)
学会への参加	4(10.8)	6(28.6)	10(17.2)
知人の医療者から	3(8.1)	3(14.3)	6(10.3)
その他	1(2.7)	1(4.8)	2(3.4)

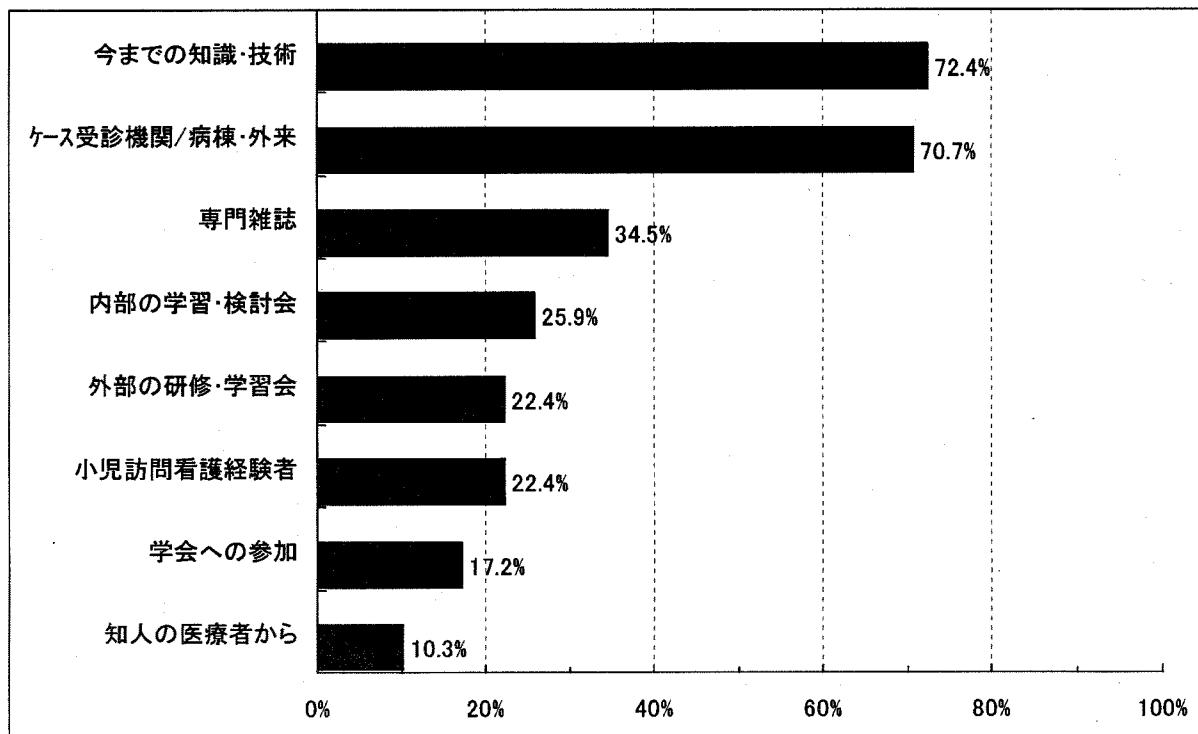


図9. 現在の知識・技術獲得方法(全体)

n=58

5) 小児の訪問看護を実施する看護者の育成

(1) 小児の訪問看護者の育成方法

小児の訪問看護を実施しているステーション・訪問看護部に、今後小児の訪問看護を実施する看護者の育成として行うべき内容について自由記載で回答を求めた。その結果、ステーション22カ所・訪問看護部13カ所から回答が得られた(表34)。

最も多かったのは<学習の機会を設ける>であった。次いで<小児看護経験者の雇用>が続いた。<情報交換>は、ステーションでは「医療機関」「小児看護婦」との情報交換が、訪問看護部では「保健婦との交流」があげられた。

<退院前訪問>は、ステーションのみに記載された。<基礎教育の充実>は「小児看護の中に社会資源の項目を入れる」、「訪問看護のカリキュラムに小児ケア、家族看護を入れる」、「基礎教育の中に障害児と接する機会を設ける」などが含まれた。

その他、”病院でステーション看護婦の実習を受け入れたり、対象児の退院後の相談にのってもらえるようなフォローワー体制があるとよい”、“実際の訪問を見学する”、“小児訪問看護経験者とともに訪問する”などが記載されていた。

表34. 小児の訪問看護者の育成方法

	ステーション	訪問看護部
学習の機会を設ける	17	11
小児看護経験者の雇用	3	2
情報交換	3	1
退院前訪問	2	
基礎教育内容の充実	2	

(2) 小児の訪問看護者の育成のための学習方法

小児の訪問看護を行う看護者の育成方法の中で、最も回答の多かった＜学習の機会を設ける＞というカテゴリーに記載された内容は、「学習の形式」と「学習の内容」が挙げられていた（表35）。

①学習の形式

「技術を習得するための実習」「知識を獲得するための学習会」「ケース検討」があげられた。

②学習の内容

小児の成長発達・解剖生理などの「小児の基本的知識」、小児疾患、小児慢性特定疾患、障害児などの「小児の健康障害に関する知識」や、「小児の基本的ケア技術」「家族看護学」「社会資源の活用」「他職種との連携のはかりかた」が挙げられた。

表35. 学習方法

<u>学習の形式</u>	<u>学習の内容</u>
・技術を獲得するための実習 ・知識を獲得するための学習会 ・ケース検討	・小児の基本的知識 ・小児の健康障害に関する知識 ・小児の基本的ケア技術 ・家族看護学 ・社会資源の活用 ・他職種との連携のはかりかた

VI.まとめと考察

1.小児の訪問看護実施の状況

1) 訪問看護の実施の有無と実施頻度

質問紙の回収率はステーション発送 205 中、有効数 79(回収率 38.5%)、訪問看護部発送 107 中、有効数 34(回収率 31.8%) であった。今回質問紙の回収率が低かったのは、各機関が介護保険に向けて準備を行っている時期と重なっていたことが大きいと思われるが、やはり老人を中心とした訪問看護であり、日本看護協会・訪問看護振興財団による調査⁷⁾からも母子への訪問は保健所・市町村で9割以上という現状である中、ステーションや訪問看護部からの小児の訪問看護への意識はまだ低いものと考えられる。

今回の調査で、小児の訪問看護を実施していたのは、ステーションで 37 機関 46.8%、訪問看護部では 21 機関 61.8% であり、全体では約半数が実施していた。山田らによる 1997 年の大坂府での訪問看護ステーションへの調査⁸⁾（小児を 19 歳以下と設定）（以下「大阪での調査」と記載する）での 21.1 % という結果に比べると高い数値となった。今回、対象の選択の際に「老人」と明記された機関は除いたこと、小児の訪問を実施していると情報が得られたいいくつかの機関を加えていることなどが要因となり、現状の日本全体の訪問看護の実態を反映する割合と考えるのは困難であり、小児の訪問看護に関心のある機関から回答された割合が高いと推測される。今回の調査では、1999 年 11 月 1 ヶ月間の小児の訪問対象数は、ステーションで平均 2.5 名、訪問看護部で 0.7 名であった。大阪府での調査では、小児の訪問対象者の平均人数は 0.37 人（調査時）であり、「1999 年第 5 回全国における訪問看護・家庭訪問サービス定点モニター調査（日本看護協会・日本訪問看護進行財団）」⁷⁾（「看護協会による調査」と記載する）では、訪問看護ステーション 191 ヶ所中 1 ヶ月の母子の利用者が 17 名であることから換算した平均利用者と比べて、今回調査した訪問の対象人数は多い結果にあった。

今回の調査では、小児の 1 ケースあたりの月平均訪問回数は、ステーションで 4.9 回、訪問看護部で 2.3 回でこれは、看護協会による調査での（母子への訪問）回数が、ステーション 6.9 回、病院からの訪問（訪問看護部とは限定していないが、訪問看護実施病院）2.8 回よりも少ない回数といえた。また、老人・成人を含めた一人あたりの訪問回数は、前述の看護協会の調査では、ステーション 5.0 回、病院 3.8 回であり、平成 11 年度訪問看護統計調査（厚生省）⁹⁾の調査では、最も利用の多い老人保健法での訪問で 5.6 回で、どちらの調査と比較しても今回の小児の訪問看護の一人あたりの訪問回数は少ないと言える。大阪府での調査では小児の訪問は濃厚になされていると述べていたが、今回の結果の要因として、訪問対象が不安定な時期を脱し、安定した時期に定期的に訪問している事例が多いことも推測される。

2) 訪問看護の体制

小児訪問看護の体制としては、ステーションは 80.6%、訪問看護部で 57.1% と「受け持ち制」が多かった。看護協会の調査では成人・老人ではステーションが 53.4 %、病院からの訪問では 47.2% が担当制となっており、小児の訪問看護では受け持ち制の割合が多いと言える。24 時間体制はステーションで 66.2%、訪問看護部で 36.2% が実施していた。

3) 小児の訪問看護を実施しない機関の理由

小児の訪問経験のない機関で、これまで小児の訪問についての紹介、問い合わせがあ

った機関は、ステーション・訪問看護部ともに4割弱であった。訪問に至らなかつた理由としては、「子どもの状態の変化」「親が希望しない」など訪問対象のニーズの問題のほかに「問い合わせの後連絡がなかつた」が数例あり、理由がつかめない現状もみられていた。小児の訪問看護を実施していないステーション・訪問看護部でも、4分の3は「今後実施する意志がある」あるいは「条件が整えば実施可能である」と回答しており、訪問を実施する上ではニーズがあること、訪問条件が整うことの必要性が示されていた。

小児訪問経験の有無は、開設年との関連はなかつたが、ステーションについては月訪問件数が多い機関、看護職員数が多い機関、小児看護経験者が存在する機関が訪問を実施している傾向が見られた。このことは比較的大きな規模のステーションで小児の訪問が実施されていること、また小児看護経験者の存在が訪問実施に関連していることを示していた。小児の訪問看護経験者がいるステーションは46.1%、訪問看護部で62.5%であった。大阪府での調査と比較すると、(ステーションで55.5%)少ないと示す比率だった。

2.訪問事例による実態

1) 訪問対象の背景

(1) 対象の年齢・家族背景

小児の訪問看護を実施した経験のある訪問看護ステーション28カ所、および訪問看護部15カ所から得た事例は(過去1年間、ない場合はさらに過去)、ステーション72ケース、訪問看護部32ケース、合計104ケースであった。今回の調査では、1年間の事例について報告を依頼したが、これは小児の訪問数が少ない中、1ヶ月では訪問内容がとれる機関が少ないと考えたからである。したがって大阪府での調査による1ヶ月で42件の事例報告とは数の上での条件は異なっている。実施したステーションの事例の経験数が1~2例がほとんどであったことも大阪府での調査と同様の結果であった。

訪問対象の背景では、核家族が多く、ほとんどが母親を主たる介護(養育)者としていた。訪問対象は、幼児の割合が最も多く48%であった。新生児は行われていないが、他の各年令層に訪問人数は分散していた。大阪府での調査とは年齢層の分類が多少異なるものの、低年齢への訪問が多いことは同様であった。看護協会の調査では0歳の訪問が多かったが、これは保健所を含む報告がなされているからであろう。

(2) 紹介・指示経路

ステーションへの紹介経路は、「保健所」が最も多く、大阪府での調査と同様であったが、大阪の調査では次いで「病院」であったが、今回の調査では「家族からの依頼」が「保健所」と同数であった。「病院」からの紹介の中では「小児専門病院」からが多く、専門病院と結びついた援助体制をとっていることも伺えた。1カ所の病院から紹介されたケース数が多いステーションが存在したのは、ステーションの母体病院の存在や、紹介ルートがある程度確立されたステーションが存在していることが推測される。

指示書発行機関も受診機関も「小児専門病院」「総合病院」「大学病院」の順であった。

(3) 疾患、障害の程度、必要とする医療処置

訪問対象の疾患は、「神経・筋疾患系」が最も多く、「先天性奇形や染色体異常」も多く、大阪府での調査と同様であった。大阪府での調査では述べていないが、今回は呼吸器系の問題を抱える状態が多いことを示す疾患も多かった。

対象の障害の程度では、身体的にも精神発達的にも重度の障害を持つ子どもである割合が多く、これは大阪府での調査と同様であったが、身体的には「正常」から「軽度障害」、かつ知的にも「正常」から「軽度障害」に該当する子どもが 19.2%あり、必ずしも重度の障害でない子どもが訪問看護を必要とし、生活上の援助、あるいは相談や指導を受けている現状が明らかになった。さらに今回のケースでは、7例が身体的にも精神的にも「正常」と回答されており、超低出生体重児のフォローや、疾患を持っていてもコントロールされ日常生活上支障のない子どもも訪問看護を必要としていることが伺えた。

病状では、訪問看護部の方が「安定している」と回答された割合が大きく、ステーションは「かなり不安定」と判断される割合が訪問看護部よりも多かった。1例だが、タミナルケースもあげられていた。

必要とされる医療的処置では、半数以上が経管栄養を実施しており、頻回な吸引、痙攣コントロールのための内服も 40 %以上が実施していた。気管切開は 38%、人工呼吸器の装着も 18%あった。病状については、分類基準を示したものの、どこまでを安定した状態ととらえるかには、医療的なバックアップも関係し、ステーションと訪問看護部には違いがあるのかもしれない。今回の結果をそのまま読めば、ステーションでは不安定な状態に陥りやすい子どもの訪問を行っているといえる。また呼吸や栄養に関する医療的処置や、痙攣の対処が必要な子どもが多く、病院が直接的な関与をしないステーションでは看護婦が病状の変化を常に読みとる能力を必要とされていると考えられる。

2) 訪問時に実施されている援助内容

小児の訪問看護時に最も高頻度に実施されていたのは、「病状の理解と把握の指導」であった。また、呼吸・食事・清潔・活動に関する各種の直接的ケアおよび各項目に関するアセスメントの実施が多く行われていた。相談・指導に関する援助内容も多かった。訪問対象の子どもは、医療処置が多く行われること、状態が変わりやすいことから、訪問時には様々な角度から子どもの状態を判断し、さらに家族に子どもの状態の判断のしかたや援助方法を指導している実態が伺えた。

これらのケア内容が多いのは、老人を含めた一般的な訪問看護の傾向と大きな差があるものではないが、特に訪問対象が、呼吸系の問題を多く持っている背景から、呼吸器系のケアについて実施や指導が多く行われているのは特徴的なことであると考えられる。

「輸液・注射に関するケア」は実施頻度が低く、訪問看護部に限られており、「疼痛緩和に関するケア」や「検査に関するケア」の内容も少なかった。これは訪問対象者が必要としていない状態であることも推測されるが、「今後実施しない」項目に多く入っている内容であり、訪問する看護婦が扱う意志が低く、実際に行っていない内容だといえる。これは小児の訪問看護を実施していく上での困難や条件に関する医療的バックアップの問題も関係していると考えられる。

「病状の判断」をはじめとし、相談・指導に該当するケア内容は幅広く、多くが実施していた。成人・老人一般にも療養全般に必要な内容の指導は実施されているが、「発達の判断やその指導」、「育児指導」など小児を対象としている特徴ある内容も実施頻度が高かった。平成 8 年度東京都の重症心身障害児を対象とした訪問看護の報告⁸⁾では、訪問希望内容として「相談」が多かったが、今回の訪問対象も重度の心身障害を持つ子どもが多く、身体的安定をはかりながら、長期に在宅で療養していく上で、訪問看護婦への「相談」は

大きな役割を果たしていることが考えられる。

留守番看護や移動時の援助なども現実には実施されていたが、これらは「実施の意志がない」という回答者から「看護の役割でない」と理由づけられた内容であった。重症心身障害児施設の報告では、家族から「留守番看護」に対する希望が多いという結果が出ている。特に観察や医療的ケアの必要な子どもを持つ家族全体のケアを考えた上では、必要と判断されて実施されているのではないかと考える。

3) 社会資源の活用や連携・コーディネーター

社会資源としては、学齢期では年令に相当する教育機関・教育訪問の利用が多く 40% 近くが活用していたがこれは現行の教育制度から利用できるものと思われる。連携方法をみると、「出向いて」行っていることが多く、直接該当する教員に説明するなどの方法がとられているものと推察された。次いで保健婦訪問や他の訪問看護など、看護の支援を複数利用している割合が約 3 分の 1 あることがわかった。

療育事業や企画など、子どもの発達に関わる機関の利用や、ショートステイなどのレスパイト利用もなされているが、全体の 2 割以下であり、対象がどのくらい必要としているのか不明だが、この結果からいえば積極的な利用とは言い難い。これは小児の訪問看護上の問題や実施・継続の条件の中にでてくるように、資源を十分活用しにくい現状があることを表しているといえる。

他機関との連携では、訪問看護部は「院内他部門」、ステーションでは「病院」と多く連携をとっていた。方法として文書や電話あるいは直接出向くことが比較的多かった。指示書や連絡票などを含めてどこまでを連携と認識して回答されたかは明らかではないが、今回の調査の中でその連携上の難しさが出てきたが、病院との関係は深いだけに連携の質と方法を検討することが必要であろう。

保健所との連絡も比較的多かった。紹介経路として多いことが、連携が多い理由と考えられる。効果的な連携ができれば、保健婦と訪問看護婦という在宅を支える看護職の協力で、在宅の家族の支援の力は強くなると考えられる。相互の役割の理解や密な連絡が必要になっていくだろう。病院や保健所との連携の頻度が高いのは大阪府での調査でも同様に示されていた。

各事例のケアのコーディネーターとして、訪問看護ステーションと訪問看護部には多少の認識の違いがみられた。ステーションではまず「家族自身」をコーディネーターと捉えている数が多かった。訪問看護部では「訪問看護婦自身」を中心的なケアの調節者と考えていた。これには実際的な関わりの違いが関与しているかもしれないし、家庭への入り方の意識の違いがあるのかもしれない。いずれにしても子どもや家族にどのようなケアが必要とされ先を見通していくのか、全体を把握し動かしていくことへの支援が必要であろう。

3. 小児の訪問看護を実施・継続する上での困難や条件

1) 訪問看護を実施する上での困難

(1) 実施する上での困難な内容

訪問を実施している機関の回答から、実施する上での困難として上位に挙げられたのは、「利用できる社会資源の乏しさ」、が最も多く 58.6% であった。大阪府での調査でも同様に問題としてあげられた。看護協会の調査では、「地域の育児サポート施設の不足」が

最もあげられていた。

「病状の判断の難しさ 41.1%」、「往診してくれる医師がいない 36.2%」、「緊急時の体制が不足 24.1%」などは状態判断や医療的処置に関する不安を示すものと考えられ、特に母体病院をもたない訪問看護ステーションでは、これらの困難を感じている割合はさらに高くなっていた。

「小児に関する一般的知識の不足 27.6%」、「担当する子どもの発達に関する判断が困難 20.7%」などは看護婦自身の対象の子どもへの対応能力に関する不安を現していた。また、「スタッフの不足 34.5%」など訪問の人的資源に対する問題は両者とも多かったが、訪問看護部では最も多い問題として回答された。

ステーションと訪問看護部の困難に関する認識の違いとして、ステーションでは実際に援助を実施する上で利用できるもの、実施する上で具体的に必要になることに対して困難を感じている傾向にあるが、訪問看護部では比較的訪問を行う上での体制に問題を多く感じている傾向があるようにみられた。

(2) 各機関との連携

関連機関との連携上の困難では、連携のしかたそのものだけでなく、その機関が抱える在宅支援上の問題が指摘されていた。最も多かったのは各機関との連絡・調整のとりにくさであった。ほかに＜保健所＞では、訪問制限や役割の不明瞭さがあげられていた。看護協会の調査の中で、母子への訪問上で問題として、保健所では「タイムリーな訪問の困難」を最も多くあげており、これらの内容が今回の調査では訪問回数の制限などの問題としてうけとられているのではないだろうか。＜病院＞では意志の伝わりにくさ、＜教育機関＞や＜訓練機関＞には受け入れ体制の問題が指摘されていた。特に教育機関では、学校への訪問が制度として認められておらず、実施しているところは特別な手続きを利用していている。看護婦は訪問対象にとってよい条件にもっていけないことに困難を感じていた。

(3) 具体的援助の実施

援助内容で今後の実施が困難な項目として、「注射・輸液」、「疼痛管理」、「検査」、「通園・通所援助」、「留守番看護」などが挙げられた。実施が困難な理由として最も多いのは＜行為に身体的変化や危険が伴い、看護婦では対処できず責任がとれない＞であり、＜専門的知識・技術がない、あるいは不足しているため実施できない＞、＜看護の役割ではない＞などが多く挙げられた。また＜採算がとれない＞という理由もあった。

(4) 小児の訪問看護に関する意見からの問題

共通していたのは、＜小児の訪問看護に関する理解の不足＞、＜人材の不足＞、＜家族の支援ができる制度が必要＞といったものであった。また援助のための資源が不足していることも多く挙げられた。

2) 小児の訪問看護を実施・継続する条件

(1) 小児の訪問看護を実施・継続する条件

小児の訪問看護の実施経験のないステーション・訪問看護部のうち4分の3は、「今後実施する意志がある」、あるいは「条件さえ整えば実施可能である」と考えていた。その「条件」として特に多くあがっていたのは、＜身体的なフォロー・変化に対応可能な体制の整備＞と＜訪問看護婦の知識・技術の確保＞であった。

「今後も実施する意志がない」と答えたステーション・訪問看護部は4分の1あったが、全く否定というより、条件を整えることが困難であることが、実施しない理由となっている場合が多くかった。

小児の訪問看護婦を実施しているステーション・訪問看護部は、それを継続していく上で必要な条件として、<身体的なフォロー・変化に対応可能な体制の整備>、<療育のための体制づくり>、<介護者の負担軽減のためのパワーの確保>、<訪問看護婦の知識・技術の確保>、<家族の機能を高める働きかけ>、<費用・滞在時間・物品・距離の問題の解決>の6つがあげられた。<身体的なフォロー・変化に対応可能な体制の整備>および<訪問看護婦の知識・技術の確保>は、実施していないステーション・訪問看護部と同様に多く、医療的バックアップと看護婦のケア提供能力の向上は、今後的小児の訪問看護を拡大していく上で不可欠であることが示された。

小児の訪問看護を実施しているステーション・訪問看護部に特徴的に見られた条件として、<療育のための体制づくり>、<介護者の負担軽減のためのパワーの確保>、<家族の機能を高める働きかけ>があった。これらは実際の訪問の中から、その重要性が認識されているためと考えられる。

(2) 必要な社会資源

小児の在宅療養を継続する上で必要な社会資源として、圧倒的に多かった回答は、「ショートステイ」や「デイケア」であり、高齢者のサポート体制に比べて不足しており、それにより家族の負担の増大を感じていることを示している。他の調査でも高齢者に使えるような施設は小児の在宅の上では不足していると指摘している。また、「ボランティア」、「留守番看護」「移送」といったく日常生活を送る上でそれがスムーズにいくための資源>が必要であると感じていた。

また、<教育機関の受け入れ>に関連した記述が多く、子どもの発達を支援し、社会性を広げる場の確保が望まれていた。<医療・看護の支援>の中でも「往診医師」「夜間・休日の訪問サービス」など医療的サポートの充実を望んでいた。

(3) 看護婦の知識・技術の獲得

多くの看護婦は小児の訪問看護を実施する際には、「今までの知識・技術」で対応していたが、小児の訪問看護者を育成してゆくために、<学習の機会を設ける>ことを望んでいた。その方法としては、「学習会」や「実習」という学習の形式と、「小児に関する基本的知識」や「小児の健康障害に関する知識」「小児の基本的ケア技術」や「社会資源の活用」などの内容を希望していた。上記のような条件に関する内容は大阪での調査でも記述での質問結果に同様にみられていた。

4. 今後訪問看護をすすめていく上での課題

上記のような結果から出された内容を総合してみると、今後小児の訪問看護を実施する上での課題として次のような内容が出された。

1) 医療的なバックアップ体制の充実

小児の訪問看護を実施する上での困難や、今後実施・継続していく上での条件の中で共通していたのは、看護婦が医療的にバックアップされることで安心して、援助にむかえる体制がほしいと感じていることであった。小児の訪問では対象が進行性の疾患を持って

いたり、病状が不安定であり、高度な医療処置を必要とする場合も多く、急変が予測されるケースも少なくない。その中で子どもの疾患や症状の判断を行いながら医療処置を看護者だけで行うことへの不安が大きいことが示された。しかし現場では医療的処置を必要としていることは明らかであり、必要とされる内容と自らの責任という間で看護婦が困難を感じていることが現わされた。医療との密な連携なくしては援助の体制は築けない。今回連携上の問題として、病院医師や看護婦との連絡がとりにくくことを挙げている内容も多かったが、現状の連携を改善するだけでなく、システムとしての連携を作る必要は高いと言える。

また、これらの医療的なケアに対するバックアップの必要性には、看護婦自身の＜小児の訪問看護を実施できる知識・技術の獲得＞とも関連してくると思われる。

2) 看護婦のケア提供能力の問題とその向上の必要性

小児の訪問看護を実施する上で難しいと感じている内容や条件には、小児特有の知識や技術を必要としている内容が多く示された。それを示すこととして、今後実施していく上で「経験者」の存在を希望していた。看護婦が知識や技術を持っていないと感じていることが、取り組みを妨げる一因であるといえた。すなわち、これらの困難が克服され、条件が整えば、小児の訪問看護は拡大の可能性を持つと考える。

現状では「今まで持っていた知識・技術」を使い、事例については「病棟・外来から情報収集」することで対応しているため、経験者の存在の有無が小児の訪問の可否を左右していた。さらに現状では1機関の訪問件数が1～2例と少ないところがほとんどであり、ステーション内での経験を積み重ねることも困難な状況にあった。したがって今回の調査で、＜学習の機会を設ける＞ことを多くが希望していたのも当然といえる。こうした要望をふまえ、既存の訪問看護婦の教育システムだけでなく、小児の訪問看護に関する学習や研修の機会を、より積極的に設けてゆくことが望まれる。さらに小児の訪問看護が実際にどのように行われているのか、どんな問題をどのように解決してゆけばよいのか、小児の事例を多くの看護者が共有でき、情報交換するカンファレンスのような「場」を作つてゆくこと、小児の訪問で共通して考えるべきことが示されたマニュアルの存在などが今後求められていることではないかと考える。

3) 不足している社会資源の最大限活用

小児の訪問看護において看護者が最も困難と感じているのは、「利用できる社会資源が乏しい」ことであり、小児の在宅支援に関する他の文献、調査でもこれは最も指摘されることである。最も必要だと回答された「ショートステイ」や「ディケア」でも、実際の利用を見ると2割以下と少ない現状であり、現実には利用の方法がわからなかつたり、制限があり利用しにくいという現状も推測される。今回事例調査の中では、実際に訪問看護婦が様々な社会資源を積極探し、使える資源を自ら作つていく中で在宅の環境が整うといった例もあった。現実に少ないといわれる社会資源ではあるが、それを拡大する努力とともに、実際に有效地に活用する方法の開拓を事例を通して試み、その情報を広げていくこと、制度に働きかけていくことが必要ではなかろうか。今回必要とされている社会資源の多くは、＜日常生活を支える＞＜教育＞＜医療・看護の支援＞であった。医療的な支援を見直すのはもちろんであるが、教育や日常生活を支えるための資源への医療者・看護者の役割も検討する必要がある。

4) 子どもの在宅療養の質を高める訪問看護の検討

小児の訪問看護において実施している援助内容の中では、相談や指導の頻度は高く、訪問看護婦には療養全般に関わる教育・支援的役割が大きかった。実際の訪問の中では、おそらくケアの「やり方」を指導するという側面のみにとどまらず、子どもや家族の療養生活のあり方そのものを高めるような関わり方をしていると推察される。

小児の訪問看護を継続していく上での条件として、<家族の機能を高める働きかけ>というカテゴリーが抽出された。家族の状況が子どもの在宅療養の質に与える影響の大きさを、看護者が意識するとともに、子どもを含めた家族全体のあり方全体をみられる看護婦者の力が必要であろう。また<療育のための体制づくり>という条件もあげられたが、

「療育」は小児特有な、子どもの発達や社会性を含めた生活の質に結びつく問題である。家族の中で子どもが育つということ、子どもを含めて家族があるということが重要だと看護婦は意識している。今回行った事例調査からもこれを大切にしている看護の姿勢が見いだされていた。

体制を整える努力とともに、小児の在宅療養を支える質への看護のあり方を検討していく必要があるだろう。

引用文献

- 1) 平山義人：重症心身障害児を理解するために,小児看護,19(1),1996.
- 2) 日本看護協会・日本訪問看護振興財団：1997 第3回 全国における訪問看護・家庭訪問サービス定点モニター調査,1998.
- 3) 東京都衛生局健康推進部母子保健課：平成8年度在宅重症心身障害児訪問事業概要,1998.
- 4) 三吉野産治編：重度心身障害ハンドブック,厚生省重度重複障害に関する研究班,1996.
- 5) 社団法人全国訪問看護事業協会：平成9年度厚生省老人保健事業推進費等補助金「訪問看護における診療の補助のあり方に関する研究（委員長：竹中浩治、主任研究者：川村佐和子）研究報告書,1998年.
- 6) 高橋俊子：在宅ケアに必要な社会資源の活用, 小児看護, 20(2),210-213,1997.
- 7) 日本看護協会・日本訪問看護振興財団：1999年度第5回 全国における訪問看護・家庭訪問サービス定点モニター調査,2000.
- 8) 山田和子、上野昌江：大阪府内の訪問看護ステーションにおける小児患者の現状と課題—地域のシステムをめざしてー,フランスベッド・メディカルホームケア研究財団第9回研究助成・事業助成報告書,1999.
- 9) 平成11年訪問看護統計調査の概況要旨,厚生省大臣官房統計情報部保健社会統計課.

子どもの在宅療養に関する要因の分析

I. はじめに

小児の入院期間は短縮傾向にあり、慢性疾患や障害を持ちながら地域に戻り生活する子どもが増加傾向にある。しかし、こうした子どもたちやその家族の生活を支えるためのシステムの整備は十分とは言えない。1992年より訪問看護ステーションが開設されるようになり、1994年には、訪問看護ステーションの訪問対象が小児まで拡大された。

しかし、本調査に先行して行われた訪問看護ステーション（以下、ステーション）、病院に所属する訪問看護部（以下、訪問看護部）を対象とした実態調査の結果では、回答のあった機関113カ所（ステーション79カ所、訪問看護部34カ所）のうち、実際に小児の訪問看護を実施した経験のある機関は5割程度であり、その訪問ケースも少数であった。

また、その実態調査から、小児の訪問の中で行われているケア内容や病院、地域との連携状況、さらに、小児の訪問看護を実施するまでの困難点や条件等が明らかになった。

本調査は、実際これまで小児の訪問看護の経験をもつステーションおよび訪問看護部が実際に訪問看護を実施した事例から、子どもの在宅療養や小児の訪問看護にどのような要因が影響しているのかを把握し、今後、小児の訪問看護を推進していくまでの手がかりを得るために実施した。

II. 研究目的

病気や障害を持っている子どもたちの在宅療養やその訪問看護に影響している要因を明らかにする。

III. 対象

全国のステーションおよび訪問看護部の中から、面接調査依頼の了承を得られた機関を対象とした。

本面接調査に先立ち、小児の訪問看護の実態を明らかにするための質問紙調査の対象として、全国訪問看護事業協会による資料より、全国のステーションや訪問看護部から各都道府県の数の割合により1県2～5カ所を抽出した。（抽出に当たっては、「老人」と明らかに明記されているステーション名は除いた。また、小児を対象としているという情報の得られたステーションと訪問看護部は便宜的に選出して発送を加えた。）その対象であるステーション205箇所、訪問看護部107ヶ所、計312ヶ所に同時に面接調査を文書で依頼し、小児訪問看護の実施経験があり、面接を了承してくれたステーション・訪問看護部を対象とした。

IV. 研究方法

半構成的質問紙法により面接調査を行った。面接の内容は、これまで訪問看護を実施した小児の訪問事例のうち、印象に残っている一事例について、その事例の概要、訪問看護の経過、看護の評価等を尋ねた。面接時間は45分から3時間。面接内容は対象者の許可を得た上で録音をした。

録音内容を元に面接内容を記録した。その記録を元に、研究者がその内容を検討しながら、子どもの在宅療養や訪問看護に影響している要因と思われる項目を抽出していった。

表1 対象事例の概要

		年 齢	性別	疾患名	家族構成	訪問期間	病 状	医療依存度
事 例	A	11歳	男子	ミトコンドリエリア脳筋症	両親	4年5ヶ月	安定 →不安定	吸引 経管栄養
	B	5歳		キリア奇形II型 脊髄膜腫	両親 祖父母	2年	安定～ やや安定	気管切開 人工呼吸器、吸引、 吸入、経管栄養、導尿、 浣腸 胃瘻
	C	2歳	男児	ヒルシュスプリング病	両親	1年2ヶ月		ストマ閉鎖、ブジーで排便 腸炎のため腸洗浄
	D	1歳6ヶ月	男児	気管軟化症	両親 母精神疾患既往有り	4ヶ月	安定	気管カニューレで酸素使用 吸引
	E	13歳	女子	もやもや病 術後脳梗塞	両親 祖父母、妹	平成9年10月～現在	安定	特になし
	F	4歳11ヶ月	男児	脳性麻痺 慢性呼吸不全 人工呼吸装着	両親	3年間 ステーションになってから9ヶ月間	安定	気管切開 人工呼吸器、吸引、 導尿、経管栄養、抗痙攣剤使用
	G	13歳9ヶ月	女子	先天性ミオパチー	両親 兄(高校生)	1年4か月 現在継続中	やや安定	人工呼吸器
訪 問 看 護 部	H	13歳	男子	先天性筋緊張性ジストロフィー、 脳性麻痺、てんかん	両親 祖母	平成11年3月～現在	安定	夜間人工呼吸器使用、 吸引
	I	兄3歳6ヶ月 弟2歳	男 男	兄 低出生体重児 脳性麻痺、精神運動発達遅滞、全盲 弟 低出生体重児 脳性麻痺、未熟児 網膜症	両親、きょうだい5人 父日本人 母フィリピン人	2年	安定 安定	吸引 経管栄養 浣腸 吸引
	J	3歳1ヶ月	女児	先天性ミオパチー	両親・ 妹(1歳)	平成10年	安定～ やや安定	人工呼吸器、気管切開、経管栄養

V. 結果

1. 対象および事例の概要

面接依頼に了承を得られたステーションは7箇所、訪問看護部3箇所、合計10箇所であった。

対象事例の概要は表1の通りである。幼児事例が6事例、学童事例が4事例であった。先天性、あるいは出生時からの障害をもつ事例は8事例で、他の2事例は後天的な障害であり、1事例以外は、何らかの医療処置を家庭で行っていた。訪問期間は4ヶ月が一番短く、4年5ヶ月が最長であった。また、現在も訪問を継続している事例が3事例あった。

2. 子どもの在宅療養および小児の訪問看護に関連する要因

今回の10事例から、子どもの在宅療養および小児の訪問看護に関連する要因として【他機関との連携】、【社会資源】、【経済的負担】、【訪問を受ける側の力】、【訪問看護婦のアセスメント力に影響するもの】、【相談できる場の存在】、【看護の方向性（看護のあり方）】が抽出された。

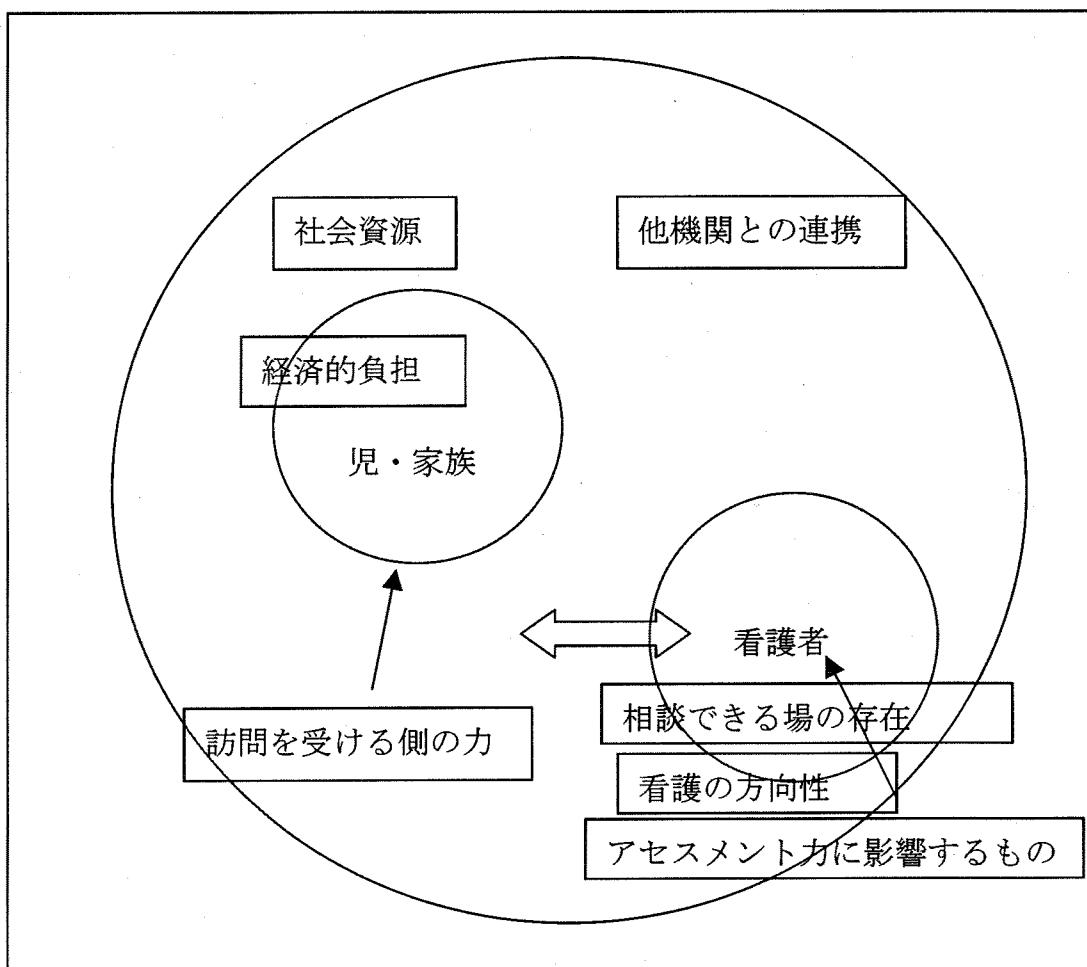


図1 子どもの在宅療養および小児の訪問看護に関連する要因

1)他機関との連携

今回の面接の中で挙げられた多くの事例の中で、他機関との連携状況が子どもの在宅療養や小児の訪問看護に影響していた。その具体的な連携とは【病院側の医療的サポート体制ができている】、【病院以外の機関の利用】、【学校関係者との連携】、【多職種との連携】が見られた。さらに、連携を図っていく上での幾つかの方法が見えた。

(1) 病院側の医療的サポート体制ができている。

①身体的フォローや社会入院的な受け入れの体制の有無

多くの事例で、子どもが診療を受ける病院側の受け入れ体制が大きく関わっていた。訪問看護部の事例H、I、Jはもちろんのこと、ステーションの事例B、E、Fでも、子どもの身体的状況が変化したとき、すぐに病院で受け入れられる体制があった。

事例Bでは、子どもの主治医が変わり、その新しく主治医となった医師が非常に積極的であり、週1回の訪問診療を行い、子どもの状態のフォローしていた。この医師が積極的に在宅を推進したこと、さらに身体的なフォローをしていたことで、訪問看護婦が医師と情報交換を図り、安心して子どもや家族にかかわりが持てていた。さらにこの事例の場合、病院でショートステイのような形で入院を受け入れる体制をととのえていたので、母親が第2子を妊娠した折りに活用できていた。

事例Eの場合は、家族が病院に対して不信感を持っており、家族の対応に苦慮した病院側が、病院のケースワーカーを介して、ステーションに訪問を依頼してきた。それ以来、ケースワーカーを窓口に連携をはかつており、病院側も、子どもの身体的フォローや急変時には対応するというサポート体制をとっていた。

また、訪問看護部の事例Jの場合、主治医が訪問診察をとおして、子どもの状態をよく把握しており、子どもの状態が変化すると、すぐに入院可能な状況にしていた。そして、同時に医師から外来・病棟に連絡が行き、在宅センター（訪問看護部）からも外来に情報がいくような対応システムをととのえていたという。

病院がレスパイトケア、ショートステイとしての受け入れ体制をととのえていたというところも幾つか見られた。しかし、事例Fのように、レスパイトケアが目的での入院中に、子どもの状態がかえって悪化し、入院が長期化したことで、家族が利用しなくなった例も見られた。また、他の事例でも、病院が同様の受け入れ体制をととのえていながらも、家族の意志によって利用されていない例もあった（事例E、I）。

②在宅援助に適した器具等の援助

事例Bの場合、頻繁に吸引を要する子どもであった。しかし、病院の麻酔医が子どもに適した低圧持続吸引器を作成したことで、子ども自身が自ら吸引ができるようになり、母親の吸引の負担が軽減した。

一方、事例Fの場合、病院に注入ポンプの借用の依頼を行ったが、病院の組織の問題が原因で、借り入れまでに時間がかかりすぎ、なかなか援助が進まなかつたという。

(2) 病院以外の機関の利用

病院以外の機関と連携を図ることで、援助が円滑にいった事例があった。前述したとおり、

事例Fでは、病院に依頼していた注入ポンプが最終的には借りられなかった。しかし、ステーションに入りしていた製薬会社の在宅医療部が相談に応じてくれ、別の主治医を立てるという方法をとった借用ができていた。

また、この事例では、他のステーションの訪問看護婦も訪問を行っており、相談の上訪問日時を合わせて、呼吸器をつけたままの入浴介助を実施していた。また、役割分担をしてかかわっていたという。

(3) 学校関係者との連携

事例Gの場合は、清潔や食事などの生活習慣に関する認識が母子ともに薄いために、養護教諭と連絡をとり、学校での生活状況についての情報を得ながらかかわっていた。

また、事例Hでも、養護学校の教員とそれぞれ学校での様子や入院中の病院での様子などを情報交換しながら援助していた。

(4) 多職種との連携

幾つかの事例において、子どもが在宅療養に移行する時点や在宅療養中に問題が生じたときに、複数の関連機関が連携を図っていた。

事例Bでは、在宅療養に移行するにあたり、病院の婦長が中心となって、家族、役所、福祉関係者、市町村保健婦、ステーション看護婦、医師、病院看護婦が集まって、数回会議を開き、各々の役割について共通の理解を図っていた。

事例Eにおいても、子どもの学校問題では、ステーション看護婦が保健婦に相談することで、その保健婦が中心となり、学校の教員、医師、ケースワーカー、市町村保健婦、ステーション看護婦等集まり、問題の検討を行った。

事例Dでは、母親に精神疾患が原因で子どものケアができなくなったため、ステーション看護婦が病院、保健所、児童相談所と連絡をとり会議を設け、子どもへの対応を検討している。

(5) 連携の方法

他職種と連携を図っていくうえで、幾つかの方法が見られていた。

① 話し合いの場を設ける

一つには関係者が集まって「話し合いの場」を設けるという方法がとられていた。そして、その場合、その話し合いの場を設定する「コーディネーター的存在」が必要であった。今回の事例の中で、そのコーディネーターの役割をとっていたのは、「病棟婦長」、「保健婦」、「訪問看護婦自身」であった。

事例Jにおいて、事例にかかわりを持っていた看護婦は、誰かが主力にならないと入院中の子どもを在宅療養に移行させていくことは難しいと語っていた。

また、事例Fの場合、2つのステーションが同時に訪問看護を実施していたが、普段の連絡は電話で行っているほかに、年1回、担当の訪問看護婦の交代時には、保健所に集まって引継をしていた。

②情報の密な交換

連携の方法の2つめとして「情報交換を密に行う」がみられた。

訪問看護部の事例Jでは、子どもの退院の話が出始めたころから、病棟と訪問看護部との情報交換をしていた。在宅移行の準備が始まったとき、必要なケアの方法を確認するために、病棟に出向いていたという。実際に在家療養に移行してからは、毎日訪問を行っていた。そして、必要なことが生じると、必要なケアの方法や病棟で行っていたケアの方法を確認するために、病棟に出向いて情報を収集していた。さらに、週1回の訪問診察と訪問看護の結果を交換したり、外来受診日などには連絡してもらい、外来の情報も得られるようにしていたという。

事例Gでは、食事をきちんととらないことが原因で、低血糖になってしまう子どもや親に援助するために、頻繁に医師と相談し、データを得ながら、説明等を行っていた。

③病棟の計画を引き継ぐ

連携として「病棟の計画を引き継ぐ」という形で訪問を開始しているところもあった。訪問看護部の事例Jでは、在宅移行当初は、病棟で立てた看護計画を引き継ぎ、次第に在宅療養特有の問題が見えてきたところで、訪問看護部で看護計画を立案しているようにしていた。

④「連絡票」の活用

「連絡票」を用いた情報交換を行っている事例もあった。事例Bでは、病院への月1回の報告書提出のほかに、市町村の保健婦にも情報提供書を提出していた。そしてさらに、その報告書の提出時に保健婦も情報交換を行なうようにしていたという。

2) 社会資源

今回、多くの訪問看護婦は、事例とのかかわりの中で、在宅療養している小児に活用できる資源が不足していることを問題としてあげていた。医療依存度が高い、あるいは病気を持っているということで、子どもを受け入れてくれる保育園・幼稚園・学校や、手助けしてくれるボランティアが少ないことが挙げられた。その一方で、うまく社会資源を得ることができ、子どもへの援助が行なわれている事例もあった。

(1) 幼稚園・保育園・学校の受け入れ

事例Dでは、子どもが通える保育園を探したが、カニューレが入っており、それが理由で通園が断られている。

事例Jの場合も、訪問看護婦が母親と共に、他の子どもたちとのふれあいを求めて、幼稚園へ通園を考え教育委員会に働きかけたが、公立幼稚園には断わられた。しかし、私立の幼稚園で受け入れてくれるところがあり、最初は毎日短時間の通園から始め、一年間のその通園の実績が認められ、正式に通園を認められるようになった。この間、訪問看護婦は幼稚園の先生と情報交換を行いながら、子どもの通園を援助していた。

事例Eの場合、病気が原因で知的障害をもつに至った学童期の子どもの学校問題が生じていた。母親は、我が子の障害が受け入れられず、頑なまでに普通の小学校（児が以前、通学していた小学校）に復帰させることにこだわっていた。ステーション看護婦は、保健婦を介

して、子どもがその小学校の教員と連携を図り、話し合いの場を持った。そして、まず、母親の気持ちを尊重し、その子どもを小学校で受け入れることにした。教師たちは、たいへん良く子どもとかかわりを持ってくれ、母親はその小学校での子どもの教師や他の子どもたちとのかかわりを通して、子どもの現実を認識し、子どもの障害を認識できるようになった。そして、母親が子どもにとって普通の小学校より養護学校の方が適切であることに気づいていったという。

(2)自治体および福祉の対応

事例Bでは、福祉のサポートとして、療育センターでリハビリテーションが受けられるようになったり、家事の手伝いヘルパーを週2回派遣してもらっていた。

その一方で、事例Iでは、低所得家庭であり、吸引器等の必要な器具や機器を手に入れるために市の福祉課に出向いた。しかし、親の収入状況が不明確という理由で取り合ってもらえないということがあったという。また、この事例は、担当したステーションの隣接する市の事例であり、訪問するにも時間がかかったり、自治体によって対応が違うことで、訪問看護婦も対応に苦慮したようである。

この事例を担当した訪問看護婦は「(市町村や福祉施設は)できれば子どもたちを受け入れたいと言うが、実際には「受け入れない」という反応がとても多い。現状にあるもの(社会資源)が使えば使うとよいという感じではあるが、新たに変化させてまでは対応しようとしない」と語った。

また、事例Fにおいても、「保健所にその事例の担当の保健婦がいるが、実際に活動してくれるまでに時間がかかり、ステーション看護婦自身が行った方が良いと感じるときがあり、どのように活用したらよいのか考えてしまう」と言う意見も出ていた。

また、事例Iの場合は、保健婦がかかわろうとしても、家族の方が拒否し、活用ができないかったという。

(3)ボランティアの対応

事例Eでは、子どもの学校の長期休暇の際、少しでも子どもの相手をしてくれるボランティアを探しているといった。しかし、ボランティア団体等に相談してみても、遠距離であること等を理由に断られたという。

事例Bを担当した訪問看護婦は、「活用できるボランティアが少ないが、ましてや医療依存度が高い子どもを引き受けてくれるボランティアが少ない」と語っていた。

(4)その他

患者会や事例Jのように子どもを幼稚園に受け入れてもらえるよう、市の広報などを利用することで情報をえているケースも見られた。

3)経済的負担

今回の面接を通しては、経済的負担について語られた事例は少なかった。しかし、事例Bの場合、子どもの退院当初、子どもの状態判断や家族のケア状態の確認、精神的サポートもあり、2週間に連日訪問を実施していた。その訪問は効果的であったと評価するものの、そ

の一方で1回の訪問費用が高額であったこと、その他に在宅酸素や人工呼吸器の管理料の支払いが一時的ではあるが、家族に大きな負担をかけていたという例もあった。

4) 訪問を受ける側の力

(1) 在宅に対する受けとめ方

子どもの在宅療養には、在宅を受ける側の意識を含めた力が影響していた。一つに、家族の子どもを在宅でケアしていくこうとすることをどのように受けとめているかが大きい。

事例Bの場合は、入院中に作った親同士のネットワークを通して情報交換を行ない、在宅でどのような援助が受けられるのかを把握し、自治体や市町村保健婦等に自分たちが行ってほしいことを主張できていた。

事例Dも、家族が在宅療養に積極的で、子どもの反応をのばそそうと関わっていた。事例Jの場合、子どもの入院、退院に伴い、家族が積極的に生活を変えてきていた。父親は勤務地を変更してもらい、病院の近く引っ越ししたり、また自宅を人工呼吸器が置けるよう改造したりしている。そして、子どもの入院中は、夫婦がバラバラに暮らすような生活をしていたが、そうした努力を行い、さらに子どもが在宅に移行したことでの家族が一つになったと評価し、子どもを在宅でケアしていくことを肯定的に受けとめていた。

しかし、その一方で、事例Jの場合、介護は自分たちでやるもの、他人に自分たちの生活の中に入り込んでほしくないという意識もあり、訪問看護婦の方では社会資源の導入が難しかったという。

また、事例Gのように、子どもの生活援助に家族が消極的であり、子ども希望しなければ、食事さえやらないという状況だった。さらに当然福祉サービスの導入にも消極的であり、しかも子どもの入浴サービスへの拒否も重なり、なかなか保清ができず、訪問看護婦が工夫を重ねてようやく保清ができるようになった例である。

(2) 家族のケア能力

さらに、家族のケア能力も影響要因であった。ケースIの場合は、母親が技術的なことはできるようになったが、子どもの発熱などの症状がみられると、母親が判断できないで、電話が頻繁にかかってきた事例であった。

事例Fの場合は、逆に、母親がケアの自信がついたことで、ステーション看護婦のアドバイスや指導が受け入れにくくなっていた。

5) 訪問看護婦のアセスメント力に影響するもの

在宅療養に関わる要因として訪問看護婦のアセスメント力が重要であるが、そのアセスメント力に影響する因子として、今回の事例からは【過去の経験】、【マニュアルの有無】【ステーションの体制】が見られた。

(1) 過去の経験

事例B、F、Iのように、病院での小児看護の経験をもつ者がおり、小児の訪問看護を実施する上で、技術的なことや状態の判断には困ることはなかったというところもあった。特に、事例Fにかかわったステーションには、3人の小児看護経験者がおり、お互いに相談し

ながら訪問に当たっていた。

しかし、残りの7つのステーション・訪問看護部においては、小児看護の経験者はおらず、とまどいながら過去の経験や事例の積み重ね、日頃の高齢者への訪問の経験を駆使しながら実施していたという状況であった。こうしたステーションで、役に立ったと認識していた過去の経験としては、「精神科看護」、「保健婦」の経験が挙げられていた。

事例Cの場合、訪問当初、母親は泣く子どもにどう対応してよいのかわからず、精神的ストレスをため、キッチンドリンカーとなっていた。こうした母親への精神的な援助に、過去の精神科看護の経験が役立ったという。また、日頃の高齢者の訪問経験が、物品等を工夫する際に役に立っていたと語っていた。

事例Jの場合は、子どもを幼稚園に通園させるために、教育委員会等にはたきかけていた。このはたらきかけを行うのに、以前保健婦をしていたという体験がプラスになっていたと評価していた。

(2)マニュアルの有無

マニュアルを用いているところは少なく、ほとんどのステーションは過去の経験と事例の積み重ねを基に小児の訪問看護を行っていた。しかし、事例Jの場合は、人工呼吸器の使用について、親の会等のパンフレットなどを活用していた。

(3)ステーションの体制

事例Fにかかわったステーションでは、月に1回の割合で、全体でカンファレンスを行っていたが、それ以外でも、スタッフ同士、できるだけ昼食の時間を合わせ、情報交換を行い相談できる体制をとっていたという。

また、事例Cにかかわったステーションの看護婦は、小児の訪問看護に対して、スタッフの理解を得ることがたいへんだったと語っている。小児の訪問看護は、時間外が多く、ボランティア的要素がないとやれないという状況を、他のスタッフがなかなか受け入れてくれなかつたという。また、母親に対する理解を得るのもたいへんだったという。

6) 相談できる場の存在

訪問看護婦にとって、子どもや家族のケアについて相談できる場があるということが訪問看護を実施する上での安心感に繋がっていた。

事例Eでは、ステーション看護婦たちには小児看護の経験はなかったが、ステーションの元関係者が保健婦の経験者であり、ステーション看護婦たちの相談に応じてくれていた。事例Eの母親の複雑な思いを理解したり、他機関と連携を図っていく方法など、さまざまアドバイスをもらっており、看護婦たちの支えになっていた。

事例Bでは、病院の婦長がコーディネーターとなり、訪問看護が導入されたこともあり、導入後も連絡を取り合っており、ステーション側からの相談にも応じていたという。

事例Jは、病院の訪問看護部の訪問事例であり、在宅開始1か月前から主治医、病棟側の看護婦、訪問看護部側の看護婦、ケースワーカーが話し合いを持ってかかわってきた事例である。在宅ケアが開始になってからも、訪問看護婦がケアの内容確認や相談目的で、病棟と連絡をとりあつていたという。

一方、母親が精神疾患をもっていた事例Dでは、訪問看護開始当初は、そうした情報は何も伝えられていなかった。しかし、ステーション看護婦は、母親とのやりとりを通して「何かおかしい」と感じ、保健所や病院に相談したことわざった。しかし、相手にしてもらはず、長い間、精神疾患を持っていることが見抜けずにいたという。この看護婦は、この体験を通して、看護婦が一人でかかわりを持ち、判断することの難しさを語っていた。

7) 看護の方向性（看護のあり方）

今回の事例では、それぞれのステーション・訪問看護部にとって初めての小児の訪問事例だったというものもあった。その初めてあるいは小児訪問の少ない経験において、訪問看護婦たちは、子どもや家族とのかかわりの中で、援助の方向性を模索しながら看護を行っていた。その看護の方向性（看護のあり方）が、子どもの在宅の状況に影響していたと考えられた。今回の事例の中で、訪問看護婦が行っていた看護の方向性には、幾つかのパターンが見られた。

①子どもや家族の意志を尊重しながら訪問看護を実施していく

事例Aでは、子どもの予後が悪く、家族はできることを何でもやってやりたいという思いがあった。そこでステーション看護婦は、家族が満足することが重要と考え、その気持ちを尊重して援助していた。

事例Cの母親は精神疾患があった。看護婦がその母親の行動を判断する際に、その精神疾患をもっているということを理由に判断してしまいかつであった。しかし、とにかく母親のいうことを受けとめようと努力した。そのことが、結果的には功を奏し、母親が看護婦に思いをうち明けてくれたという。

事例Eでも、普通の小学校への登校に固執する母親に、養護学校への登校を押しつけることはなく、小学校の教諭と協力して、普通小学校に「遊びにいく」という形で登校させることにした。そのことが、母親の気持ちを軟化させ、結果的に養護学校への登校を肯定的に受け入れてもらうことに繋がっていた。

事例Fでは、母親がおこなっていることを保証していくことに心がけた。はじめは、その家庭でできる方法を実施し、特に危険がなければ清潔不潔もある程度目をつむっていた。親の状況を見ながら、何気なく少しづつ指導を行うようにしていた。

②家族が訪問看護に期待していることに焦点をおく

事例Aでは、家族の訪問看護の期待は、家族の養育負担の軽減であり、吸引等の医療処置、留守番看護であったので、その期待に添うことを一番に考え援助を行っていた。

事例Bにおいては、最終的に両親が訪問看護に対して、リハビリテーションをしてほしいという意向があったので、短時間の間に遊びながらリハビリを行えるように工夫した。

事例Eでは、母親が子どもの相手をしてくれるボランティアを必要としており、そのボランティア探しと一緒にを行っていた。

③家族が在宅でやっていける否かを総合的に判断する

事例Bでは、在宅に移行したばかりの母親の不安が強く、2週間の経過の中で、家族が在

宅を継続していけると判断している。

事例Hでも、夜間の人工呼吸器や吸引を含めた子どものケアを、高齢の祖母、病気で身体が不自由な母親と父親という家族の中で、ヘルパーの手助けを得ながら、どのような形で家族が子どもの援助をしていけるのかを総合的に判断しかかわっている。

④短時間の訪問の中で援助の焦点をおきながらケアをする

事例Bでは、1週間に2回の訪問の中で、やれることは限られており、その限られた時間の中で、子どもが嫌がらずに、リハビリテーションをやれる工夫をしたという。

⑤生活スタイル、あるいはその変化に合わせてケアする

事例Bでは、訪問期間中に、下の子どもが生まれており、それに伴う生活変化に合うような援助を行うことに努力している。

事例Jでは、必要な物品が不足しないよう定期的に補充をしていった。その際、すぐにそれがどのような物品であるのか、必要数がどのくらいなのかわかるように工夫していった。

⑥子どもや家族の生活を変更できるように援助する

事例Gでは、こどもが入浴を嫌がり、家族も積極的に子どもに入浴を勧めていなかった。訪問看護婦が、ビニールプールを使用して、入浴を進めていったことで、6・7ヶ月かかり、子どもが入浴を希望するようになっていった。

⑦家族や子どもがセルフケア能力を獲得できるように援助する

事例Gでは、食事が不規則で、低血糖を起こしていた。食事の内容や時間を把握できるように日誌を書いてもらうようなはたきかけをしていた。

⑧子どもへの近づき

訪問看護婦は、子どもと親しくなるためにいろいろな工夫をしていた。事例Aでは、家族が留守番看護を期待していたこともあり、まずは子どもと親しくなるために、子どもの好きなことをキャッチし、それを話題に近づいていた。

事例Bでは、子どもの反応を読みとっていくのは、とても難しいことであったが、母親に子どもの反応を仲介してもらいながら、子どもの発達を考えていったという。

また、事例Gの場合、子どもが思春期ということもあり、清潔ケアの際に、無理強いせずに足浴、洗髪などから始め、子どもとの距離を縮めていた。

⑨親や子どものストレスをキャッチし対応する

事例Jでは、訪問看護婦は退院後2ヶ月頃に、子どもの表情や物を投げつけるという行動からいろいろ高じてきていることを感じていた。そこで、外に連れ出すという援助を行った。さらに、障害児の通諸施設の紹介等も行った。そうしたかかわりの結果、家族が人工呼吸器を持参でいろいろな場所に子どもと出かけられるようになった。

VII. 考察

本調査では、実際の小児訪問事例をとおして、子どもの在宅療養やその訪問看護にかかる要因を抽出した。ここでは、その要因を元に、今後、小児訪問看護の推進していくための方略を考察してみたいと思う。

1. 医療のサポート体制の必要性

今回の事例調査の結果において、子どもの在宅療養やその訪問看護にかかる要因として【他機関との連携】が抽出された。在宅療養に移行した子どもや家族を支援していくために、病院、地域、福祉機関等の連携の必要性については多くの文献で言われていることである^{1)～4)}。

しかし、特に、本調査に先だって行われたステーション・訪問看護部を対象にした実態調査の結果では、現在小児の訪問看護を実施していないステーション・訪問看護部が、今後実施可能にする条件として、【子どもの身体的フォロー・変化に対応可能な体制の整備】を多く挙げているところが多かった。また小児の訪問看護を実施したことのあるステーション・訪問看護部が今後も小児の訪問看護を継続させていくための条件においても、同様な内容を挙げている。

また、今回の事例調査でも病院が子どもの身体的なフォローをしており、社会入院的な受け入れ体制をととのえているということが、子どもの在宅療養に大きく影響していた。そして、こうした病院でのサポート体制ができているということが、訪問を行っている訪問看護婦たちが安心して訪問できる要因になっていたと考える。

しかし、今回語られた事例の場合、非常に訪問看護に熱心な病院の医師や看護婦に支えられていた状況もあった。今後、病院の医療者に、小児の訪問看護において身体的フォロー・急変時の対応などのサポート体制が重要性であることの理解を図っていく必要がある。

特に、小児の場合、地域の病院や保健機関より、小児専門病院や大学病院等との結びつきが強いと言われており⁵⁾、そのためにかえって、緊急時の対応が難しくなっている状況があるのではないかと考えられる。今後、十分な体制づくりへの検討が必要になってくると思われる。

2. 社会資源の量的、質的な整備の必要性

実態調査の結果において、訪問看護婦たちは小児の在宅療養に活用できる社会資源の少なさを指摘していた。今回の事例調査においても、利用できる社会資源の少ないことに加え、さらに病気や障害をもっているということを理由に、子どもとして当たり前に必要な幼稚園の通園を拒否される等の現状があることが明らかになった。

病気や障害をもつ子どもたちにかかる医療者として、こうした子どもたちに必要な社会資源を拡大するために、福祉、教育関係者に理解を求めていくことが必要であろう。また、訪問看護婦自身が、今あるそれぞれの地域の社会資源にはどのようなものがあり、をどのように活用できるかを理解し、十分に活用していく努力が必要であると思われる。その前提として、実態調査の中で、多くの訪問看護婦たちが求めていた小児に在宅療養に活用できる社会資源に関する基本的な知識について、勉強会等を開催していくことも必要であろう。

さらに、実態調査の結果では、在宅療養中の子どもや家族が、レスパイトケアやショート

スティを活用している割合は2割程度であり、このような制度の整備を望む看護婦の意見が出てきていた。

しかし、今回の事例調査において、幾つかの病院で、レスパイトケアやショートステイのサービスを実施しているにもかかわらず、実際には事例Fの例のように、上手く利用されていない実態も明らかになった。レスパイトケア・ショートステイなどの利用率の低さは、そうしたサービスの少なさにも原因があると考えられるが、そのサービスの場で、家族が望むケアが提供されていないということも一因となっているようにも思われる。

小児の在宅療養に活用できる社会資源が少ないと言われる中、システムとして、サービスの整備の必要性はもちろんのこと、そこで提供されるケアについても今後十分な検討がなされなければ、有効な活用はされていかないと考える。

3. 小児訪問を実施するための訪問看護婦へのサポート体制の必要性

今回の10事例において、訪問看護婦たちは、それぞれの対象である子どもや家族とのかかわりの中で、家族（「訪問を受ける側の力」）の力を見極めつつ、【子どもや家族の意志を尊重しながらケアする】、【家族が訪問看護に期待することに焦点をおく】、【家族が在宅でやっていけるか否かを総合的に判断する】、【生活スタイル、その変化に合わせてケアをする】等の幾つかの看護の方向性（看護のあり方）をとりながらかかわっていた。

今回、事例調査の対象となったステーション・訪問看護部の多くは、小児看護の経験者はいなかった。しかし、看護婦たちは、小児看護の経験の有無にかかわらず、保健婦や精神科看護といった過去の体験や日々の高齢者訪問の体験を積み重ねながら、また病院の医療者や保健婦等と連携を図りながら、こうした看護の方向性を見出し、小児の訪問看護に対応できていた。

その一方で、小児看護の経験のない訪問看護婦が、病気や障害のある子どもの家族を理解していくことの難しさを実感する声も聞かれていた。在宅ケアを援助していくためには、ケアの対象者のみならず、家族も生活の主体者として捉える必要があり⁶⁾、家族を理解していくことが前提となってくる。特に、小児の場合、子どものケアの主体である母親の理解が重要となってくる。

さらに、実態調査において、訪問看護婦が小児の訪問看護の実施可能にするための条件、あるいは実施の継続に必要な条件として、【知識・技術の確保】を挙げており、訪問看護婦たちは、小児のケアに関する基本的な知識・技術、社会資源、そして家族ケア等、多岐にわたる知識・技術の獲得を望んでいた。

訪問看護婦が自信を持って小児の訪問看護を実施していくようなサポート体制をつくるていく必要があると考える。そのためには、実態調査の中で、多くの訪問看護婦が望んでいた勉強会や研修会を開催していくのも一つの方法であると思われる。しかし、実際の事例において、対象である子どもや家族のケアについて訪問看護婦が相談でき、専門的な立場からアドバイスできる人材を確保していくことも重要であると考える。こうした人材の確保は、小児看護の経験者がいないステーション・訪問看護部はもちろんのことではあるが、経験者がいるところであっても必要であろう。たとえ、小児看護の経験者がいるというステーション・訪問看護部であっても、1名程度しか配置していないところが多い。事例Dが語っているように、一人で判断していくことには限界があり、相談できる場があることで、多角的に

対象者を捉えることができ、ケアの幅も広がり、訪問看護婦が安心して自信をもってかかわるようになると考える。今回の事例の中では、病棟の婦長や看護婦、保健婦等がその役割をとっていた。

4. 子どもの在宅療養にかかる職種の連携とコーディネーターの必要性

事例調査の結果から、①医療的サポート体制の必要性、②社会資源の量的・質的な整備の必要性③小児訪問看護を実施するための訪問看護婦への支援体制の整備を提案してきた。しかし、こうしたことが円滑に行われていくためには、子どもや家族にかかるさまざまな職種が有機的に連携していくことが重要である。

そのためには、まず、子どもの在宅療養に関わる人々が、お互いにそれぞれの職種がどれの役割を把握することが大切である。その上で子どもの在宅療養を調整していくコーディネーターの存在を作っていくことが必要であると思われる。今回の事例の中では、「病棟婦長」、「保健婦」、「訪問看護婦自身」と3職種がそれぞれ事例の中でコーディネーターの役割をとつてかかわっていた。

しかし、事例によっては、家族自身がその力を持っている場合もあり、事例により、その役割をとれるものは異なってくると考える。しかし、少なくとも病棟で在宅移行の準備にかかる看護婦や実際の訪問に関わる訪問看護婦が、個々の事例において、その役割をとれる人アセスメントして、働きかけていくことが重要であると思われる。

VII. まとめ

小児の在宅療養および小児の訪問看護に関する要因を明らかにする目的で、10箇所のステーション・訪問看護部を対象に面接調査を行った。その結果、【他機関との連携】、【社会資源】、【経済的負担】、【訪問を受ける側の力】、【訪問看護婦のアセスメント力に影響するもの】、【相談できる場の存在】、【看護の方向性（看護のあり方）】という7つの要因が抽出された。

これらの要因から、今後、小児の訪問看護を推進していくための方略として、以下の4点が考えられた。

- ①在宅療養中の子どもの身体的フォロー・急変時の対応について、医療のサポート体制を確立することの必要性について病院の医療者に理解を図っていく。
- ②小児の在宅療養について、教育・福祉関係者へ理解を図ると共に、今ある社会資源について訪問看護婦自身が理解し、十分に活用できるよう働きかけていく。また、個々の社会資源において提供されるサービスの質の検討も必要である。
- ③小児の訪問看護を実施するためには、小児看護の経験のない訪問看護婦たちが少しでも安心し、自信をもってケアできることが重要である。そのためには、勉強会や研修会の開催のほかに、実際の子どもや家族のケアについて相談できる場の確保が必要である。
- ④①～③を行っていくには、子どもや家族の在宅療養にかかる人々が有機的に連携を図っていくことが重要であり、そのためには、コーディネーターの存在が必要となってくる。子どもの在宅療養にかかる看護者の役割として、少なくともコーディネーターの役割をとれる人材を評価し働きかけていく。

引用文献

- 1) 麻原きよみ：関連諸機関との連携－地域保健婦の立場から－，小児看護，15(12), 1558-1562, 1992.
- 2) 船戸正久, 島田誠一：小児のハイテク在宅医療の支援システム, Pharma Medica, 12(9), 64-70, 1994.
- 3) 一森恒子他：小児在宅酸素療法の現状と看護上の問題点, 小児看護, 18(4), 507-510, 1995.
- 4) 斎藤禮子：家庭療養へ向けた指導の進め方, 小児看護, 15(12), 1548-1552, 1992.
- 5) 赤司俊二：「慢性疾患児の在宅ケアと学校、社会生活」①増加する小児在宅ケアの現状, さいたま小児保健, 36,33-35,1994.
- 6) 島内 節編：在宅ケアを支える条件と在宅ケアの課題・展望, 在宅ケア, 273-284, 文光堂, 1993.

研修会

研修会は2回開催され、その内容等は以下のようであった。

I. 第1回研修会について

【研修目的】

小児慢性特定疾患患児および障害児の在宅療養を推進するための問題や課題について検討する。

【日時】 1999年10月2日（土）午後2時～5時

【開催場所】 聖路加看護大学講義室

【プログラム】

13:30 受け付け開始

14:10～14:50 学習会①

最近の小児慢性疾患児や障害児の入院の特徴

講師：国立療養所三重病院院長 神谷齊先生（本研究会委員長）

14:50～15:30 学習会②

在宅ケアのための社会資源の有効活用について

講師：厚生省医療局保険課 岩沢和子先生

15:30～15:45 休憩

15:45～17:00 グループによる意見交換会

【グループによる意見交換の内容と方法】

意見交換の内容としては、①病院施設側での現状での在宅ケア推進状況と問題点、②訪問看護ステーションでの受け入れ状況と問題点、③現在検討中の調査方法に関する意見などである。10名ぐらいのグループに分かれフリーにディスカッションをする。意見交換にあたっては、これまでの調査研究などの結果や現在進行中の調査方法に関する資料などを準備し、簡単に説明を行ってから始める。各グループに研究委員が入り進行役を努める。

【参加者と意見交換の結果】

第1回目の研修会には、病院看護婦、訪問看護ステーション看護婦等92名の参加があった。

話し合いの中では、訪問看護ステーションの現状や小児の訪問を受け入れていくことの困難さ、病院独自の在宅へ向けての対応状況などが出された。また病院や訪問看護ステーションそれぞれがお互いに情報交換を行っていないことも明らかになった。さらに、学校や養護教諭との関わり、経済的課題、在宅のコーディネートなどについても意見交換がされ、有意義な時間をもつことができた。

II. 第2回研修会について

【研修目的】

調査結果について意見交換を行い、今後解決すべき優先課題を見出す。また医療的ケアに関する看護マニュアルについて検討する。

【日時】 2000年3月19日（日）午後1時～5時

【開催場所】 聖路加看護大学

【プログラム】

12:30～	受け付け開始		
13:00～14:40	調査結果の報告と討議	司会	及川郁子
	医療機関について	発表	谷川睦子
	訪問看護ステーションについて	発表	山西紀恵
14:40～15:00	休憩		
15:00～17:00	グループ討議		

【グループ討議について】

目的：医療的ケアが必要な子どもとその家族が、退院後自宅で継続したケアを実施していくことができるようにするための教育方法としてマニュアルの活用がある。今回、提供していただいたマニュアルについて、以下の点について討議し、入院から退院への移行および退院後までの一貫したケアの提供と管理のあり方について考える。

1. 入院施設で行われているケアマニュアルについて、指導内容と指導方法について理解する。
2. 上記の内容や方法を踏まえ、入院・退院後の現状と問題点について話し合う。
3. 一貫したケアを提供し、管理を行うための改善点、今後の検討課題を明らかにする。

グループ分け

- ① 在宅腹膜透析療法の必要な患者・家族の指導マニュアル&パンフレット
- ② 在宅中心静脈カテーテル療法の必要な患者・家族の指導マニュアル&パンフレット
- ③ 在宅経管栄養療法の必要な患者・家族の指導マニュアル&パンフレット
- ④ 在宅気管切開療法の必要な患者・家族の指導マニュアル&パンフレット
- ⑤ タヒジヤン装具の管理療法の必要な患者・家族の指導マニュアル&パンフレット

以上の5項目について、各グループに分かれ、国立小児病院看護部より提供していただいた資料（平成9年・10年度国立病院・療養所治療共同研究（臨床看護研究）報告一小児における在宅管理移行教育と看護婦のかかわりに関する調査ーから抜粋）を参考にする。各グループ国立小児病院看護婦より内容の説明と話題提供をしていただいた後に話し合いを進める。各グループとも研究員が進行する。

【参加者およびグループ討議の結果】

第2回目の研修会では95名の、病院や訪問看護ステーションに勤務する看護婦の参加

があった。

研究結果の発表では、現状の問題に対しての具体的解決方法、子どもの生活圏を広げるための費用助成のあり方など、組織的・継続的に訪問を継続するための方策などについて意見交換がなされた。

続くマニュアル&パンフレットの検討会では、実際の指導方法や内容として物品の安価な購入方法、指導開始の時期、誰にどのように指導するのかなどが、また退院後の状況から指導マニュアルが生かされているかなど話し合われ、物品の工夫やマニュアルの簡略化、家族に負担をかけないための方法などが検討された。

付 錄

医療機関用

アンケート調査票

アンケートにご協力いただきありがとうございます。調査票は全部で 10 枚あります。各質問について、最もよくご存じの部署の方にお答えいただきたいと存じます。答え方について特に指示がない質問については、空欄に数または文字をご記入下さい。

I. 病院の属性についてお伺いします。

1. 所在地 : _____ 都道府県

2. 設置主体 : (該当する番号に○を付けて下さい。その他は()内に具体的にお書き下さい。)

- 1) 国立病院 2) 国立療養所 3) 国(文部省) 4) 国(その他)
 5) 都道府県 6) 市町村 7) 日赤 8) 濟生会
 9) 厚生連 10) 医療法人 11) 学校法人 12) その他()

3. 病院の種類 : (該当する番号に○を付けて下さい。その他は()内に具体的にお書き下さい。)

- 1) 総合病院 2) 小児専門病院 3) その他()

4. 病院開設年 : 西暦_____ 年

5. 病床数

1) 許可病床数 : _____ 床

2) 稼働病床数 : _____ 床

3) 在院患者数(12月1日24時現在) : _____ 名

内、18歳未満の入院患者数 : _____ 名

内、周産期病棟・周産期センターの18歳未満の入院患者数 : _____ 名

4) 外来患者数(12月1日の延べ人数) : _____ 名

(小児専門病院以外の方は) 小児科外来患者数 : _____ 名

6. 病院の併設施設(該当するもの全てに○を付けて下さい。その他は()内に具体的にお書き下さい。)

- 1) 訪問看護ステーション 2) 在宅介護支援センター

- 3) 患者・家族向け宿泊・滞在の施設・設備 4) その他()

7. 病院内の在宅療養推進のための委員会等

(該当するものに○を付けて下さい。ありの場合は名称を記入して下さい)

1) あり

委員会等の名称()

2) なし

II. 入院および通院の慢性疾患児および障害児についてお伺いします。

No.2

1. 平成10年度に下記の医療券を使用した子どもは何件ですか

育成医療 : _____ 件

養育医療 : _____ 件

特定医療 (18歳未満) : _____ 件

2. 平成10年度に小児慢性特定疾患の医療券を使用した子どもは何件ですか : _____ 件
可能でしたら以下の表に疾患別の件数もお答え下さい。

種類	件数	種類	件数
悪性新生物		膠原病	
慢性腎疾患		糖尿病	
喘息		先天性代謝異常	
慢性心疾患		血友病等血液疾患	
内分泌疾患		神経・筋疾患	

III. 在宅療養指導管理料・在宅療養指導料などについてお伺いします。

1. 在宅療養指導管理料などの対象者のうち18歳未満の対象者数について年度別にお答え下さい。
(可能な限り細かくお願いします)

項目	年度	平成10年度	平成9年度	平成8年度
在宅療養指導管理料 総数		件	件	件
在宅 療養 指導 管理 料	退院前在宅療養指導管理料	件	件	件
	在宅自己注射指導管理料	件	件	件
	在宅自己腹膜灌流指導管理料	件	件	件
	在宅血液透析指導管理料	件	件	件
	在宅酸素療法指導管理料	件	件	件
	在宅中心静脈栄養法指導管理料	件	件	件
	在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	件	件	件
	在宅自己導尿指導管理料	件	件	件
	在宅人工呼吸指導管理料	件	件	件
	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	件	件	件
	在宅悪性腫瘍患者指導管理料	件	件	件
	在宅寝たきり患者指導管理料	件	件	件
	在宅自己疼痛管理指導管理料	件	件	件
在 宅 患 者 診 療 · 指 導 料	在宅患者訪問看護・指導料	件	件	件
	在宅患者末期訪問看護・指導料	件	件	件
	訪問看護指示料	件	件	件
退院指導料		件	件	件
退院時リハビリテーション指導料		件	件	件
退院時共同指導料		件	件	件
退院前訪問指導料		件	件	件

2. 在宅療養指導料の対象者のうち18歳未満の対象者数について年度別にお答え下さい。
(可能な限り細かくお願ひします)

項目	年度	平成10年度	平成9年度	平成8年度
在宅療養指導管理料と重複する在宅療養指導料の件数		件	件	件
	総 数	件	件	件
在宅療養指 導管理料と 重複のない 在宅療養指 導料の件数	人工肛門	件	件	件
内 訳	人工膀胱	件	件	件
	気管カニューレ	件	件	件
	留置カテーテル	件	件	件
	ドレン	件	件	件
	その他()	件	件	件

IV. 在宅療養が必要な子どもに関する体制についてお伺いします。

A. 子どもに関する院内の連絡・調整・連携の体制について

(該当する項目に○を付けて下さい。「2)ある」の場合は()内に主に関わる職種(複数可)を記入し、その関わり方について最も多い関わり方を表1から一つ選び、該当する番号を記入して下さい。「(6)その他の方法」の場合は番号の後にその方法を具体的にお書き下さい。)

1. 病棟から外来へ連絡・調整・連携のための体制はありますか。

1) ない 2) ある (院内で関わる職種 :)
(関わり方 :)

2. 病院内における関連職種の連絡・調整・連携の体制はありますか。

1) ない 2) ある (院内で関わる職種 :)
(関わり方 :)

<表1>

- | | |
|----------------------|----------------------------|
| (1) 定期的に連絡会議等を開いている | (2) 必要があるケースに連絡票等を送り返事をもらう |
| (3) 必要があるケースに連絡票等を送る | (4) 必要があるケースについて会議を開く |
| (5) 電話で連絡する | (6) その他の方法 |

B. 子どもに関する病院と地域などを結ぶ体制について

(該当する項目に○を付けて下さい。「2) ある」の場合はその連携の方法について()内に下記の表2から頻繁に行われているものの番号を一つ選び記入して下さい。「(7)その他」の場合は番号の後の余白にその方法を具体的にお書き下さい。

1. 病院から地域の診療所や病院への連絡・調整・連携のための体制はありますか。

1) ない 2) ある ()

2. 病院から地域の保健所への連絡・調整・連携のための体制はありますか。

1) ない 2) ある ()

3. 病院から地域の市町村保健センターへの連絡・調整・連携のための体制はありますか。

1) ない 2) ある ()

4. 病院から地域の訪問看護ステーションへの連絡・調整・連携のための体制はありますか。

1) ない 2) ある ()

5. 病院から地域の児童相談所への連絡・調整・連携のための体制はありますか。

1) ない 2) ある ()

6. 病院から地域の市町村福祉センターへの連絡・調整・連携のための体制はありますか。

1) ない 2) ある ()

7. 病院から地域の社会福祉協議会への連絡・調整・連携のための体制はありますか。

1) ない 2) ある ()

8. 病院から地域の在宅支援センターへの連絡・調整・連携のための体制はありますか。

1) ない 2) ある ()

9. 病院から地域の学校・幼稚園・保育園への連絡・調整・連携のための体制はありますか。

1) ない 2) ある ()

<表2>

- | | |
|---------------------|---------------------------|
| (1) 定期的に連絡会議等を開いている | (2) 必要があるケースに連絡票を送り返事をもらう |
| (3) 必要があるケースに連絡票を送る | (4) 必要があるケースについて会議を開く |
| (5) 電話で連絡する | (6) 地域調整会議等の折に連絡する |
| (7)その他 | |

C. 病院が属している地域に、複数の機関による連絡調整の体制はありますか。

1) ない 2) ある

→「ある」とお答えの場合どのような体制ですか。 () 内にお書き下さい。

()
()

V. 入院中の子どもの在宅療養を支援する体制・方法についてお伺いします。

No.5

1. 下記の入院中の子どもや家族への退院に向けての支援を、直接、誰が行っているか、下記の表3から関わっている職種の示す番号にすべてに○を付けて下さい。「⑩その他」については具体的な職種を()に記入して下さい。また、その役割(計画を立て評価する)を取ることになっている職種を一つだけ選び、□の中にその番号をお書き下さい。

1) 服薬指導

立案/評価

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ () □

2) 医療的処置の教育指導

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ () □

3) 療養に適した日常生活指導

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ () □

4) 子どもや家族が健康状態の変化に対応できるように支援

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ () □

5) 居住環境が療養に適するように支援

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ () □

6) 在宅療養継続上の心理・社会的問題への支援

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ () □

7) 幼稚園・保育園・学校等の集団生活の体制が整えられるように支援

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ () □

8) 退院後、適切な医療機関に受診するための支援

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ () □

9) 社会資源活用の支援

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ () □

2. 入院中に在宅療養についての話し合いを持つ場合についてお答え下さい。

(下記の表3の中で該当する項目の番号を記入して下さい。⑩その他の場合は番号の後に具体的にお書き下さい)

1) 中心になるのは誰ですか(一つのみ選択) ()

2) 話し合いにいつも入っている人は誰ですか(複数可) ()

3) ケースによって、話し合いに加わる人は誰ですか(複数可) ()

<表3>

- | | | |
|---------------------|--------------|-----------|
| ①プライマリーナース(受け持ち看護婦) | ②その日の受け持ち看護婦 | ③病棟婦長 |
| ④外来看護婦 | ⑤外来婦長 | ⑥病院保健婦 |
| ⑦在宅療養担当看護婦 | ⑧主治医 | ⑨薬剤師 |
| ⑩PT | ⑪OT | ⑫心理の専門家 |
| ⑬病棟保育士 | ⑭臨床工学士 | ⑮医療機器等の業者 |
| ⑯ソーシャルワーカー(ケースワーカー) | ⑰指導相談員 | ⑱医事課職員 |
| ⑲その他 | | |

3. 退院指導のマニュアルはありますか。

No.6

1) ない

2) ある → どのような疾患や状況のマニュアルかを下記にお書き下さい。

4. 退院指導を中心となって計画するのは主に誰ですか。

職種（役割）：_____

5. 入院中に、退院に向けてコーディネートをするのは誰ですか。

(該当する番号に○を、その他の場合はその職種を記入して下さい)

- 1) プライマリーナース 2) 主治医 3) 病棟婦長 4) 保健婦
5) ケースワーカー 6) その他 ()

VI. 退院後の、子どもの在宅療養を支援する体制・方法についてお伺いします。

1. 退院後の在宅療養支援を専門にする人と部署についてお尋ねします。

(該当する番号に○を付けて下さい。○を付けた番号の→の質問にも該当するものに○を付けるか、文字を記入して下さい。)

1) 在宅療養の支援のための専門の人：

(1) 在宅療養の支援を専門にする人がいない

→ 主に誰がコーディネートしていますか (一つのみ選択)

- (a) 家族 (b) 主治医 (c) 病棟プライマリーナース (d) 外来プライマリーナース
(e) 外来婦長 (f) 医事課職員 (g) その他 ()

(2) 在宅療養の支援を専門にする人がいる

→ 常駐している専任者の職種と人数を記入して下さい

職種：_____ (人)

職種：_____ (人)

職種：_____ (人)

2) 在宅療養の支援を専門にする部署：

(1) 在宅療養の支援を専門にする部署がない

→ 主にどの部署が対応していますか (一つのみ選択)

- (a) 外来看護部 (b) 医事課 (c) その他 ()

(2) 在宅療養の支援を専門にする部署がある

→ 部署の名称は何ですか

- (a) 相談室 (b) 在宅療養相談室 (c) 看護相談室 (d) 訪問看護部 (e) その他 ()

→ それは病院の組織上、どこに属していますか (一つのみ選択)

- (a) 医局 (b) 看護部 (c) 事務局 (d) その他 ()

→ 部署に所属する職種と人数を記入して下さい (管理者の職種に○を付けて下さい)

職種 : _____ (人)

職種 : _____ (人)

職種 : _____ (人)

→ その部署の主な機能について下記にお書き下さい。

2. 退院後に、下記の在宅療養中の支援に関する項目を、誰がどのように行っているか、頻度の高い順に以下の表中の番号で答えて下さい。 (「その他」は番号・記号の他に具体的な内容を書いて下さい。)

記入例：(誰がどのように)、(③がa)、(④がb)

1) 服薬指導 (が)、(が)、(が)

2) 医療的処置の教育指導 (が)、(が)、(が)

3) 療養に適した日常生活指導 (が)、(が)、(が)

4) 子どもや家族が健康状態の変化に対応できるように支援
(が)、(が)、(が)

5) 居住環境が療養に適するように支援
(が)、(が)、(が)

6) 在宅療養上の心理・社会的問題への支援
(が)、(が)、(が)

7) 幼稚園・保育園・学校等の集団生活の体制が整えられるように支援
(が)、(が)、(が)

8) 退院後、適切な医療機関に受診するための支援
(が)、(が)、(が)

9) 社会資源活用の支援 (が)、(が)、(が)

誰が :

- 1.外来看護婦 2.外来婦長 3.病院保健婦 4.在宅療養担当看護婦
 5.入院中のプライマリーナース (受け持ち看護婦) 6.病棟婦長 7.主治医 8.薬剤師 9.栄養士
 10.PT 11.OT 12.心理の専門家 13.病棟保育士 14.臨床工学士 15.医療機器等の業者
 16.ソーシャルワーカー (ケースワーカー) 17.指導相談員 18.医事課職員 19.学校関係者
 20.地域の保健婦 21.その他

どのように :

- a) 外来受診時指導・相談 b) 電話訪問 (病院からかける) c) 電話相談 (患者・家族からかかる)
 d) 訪問指導 e) 退院後1回の訪問指導 f) 継続的な訪問看護 g) その他

3. 下記の子どもに対して、在宅支援を行う上で、今後、最も適切と思われる院外の支援機関を、表4から選び、()の中に番号を、【 】に理由を記入して下さい。
 (「⑦その他」を選んだ場合は、具体的な機関を()に記入して下さい。)

<表4>

- | | | |
|------------|-----------------|-------------|
| ①地域の診療所や病院 | ②保健所（市町村保健センター） | ③訪問看護ステーション |
| ④児童相談所 | ⑤在宅支援センター | ⑥院内の訪問看護部 |
| ⑦その他 | | |

番号	理由
1) 在宅自己注射の必要な患児	()【]
2) 在宅自己腹膜灌流の必要な患児	()【]
3) 在宅血液透析の必要な患児	()【]
4) 在宅酸素療法の必要な患児	()【]
5) 在宅中心静脈栄養法の必要な患児	()【]
6) 在宅成分栄養、経管栄養用の必要な患児	()【]
7) 在宅自己導尿の必要な患児	()【]
8) 在宅人工呼吸の必要な患児	()【]
9) 在宅持続陽圧呼吸療法の必要な患児	()【]
10) 在宅悪性腫瘍の患児	()【]
11) 在宅寝たきり患児	()【]
12) 在宅自己疼痛管理を行っている患児	()【]
13) 親または保護者が在宅療養が必要な患児の日常生活の世話（例：服薬・食事管理など）ができない場合	()【]
14) 哮息や腎疾患、膠原病などの自己コントロールが必要な患児	()【]
15) 住宅での療養環境が整わない患児	()【]
16) 重症心身障害児	()【]

4. 活用あるいは紹介している下記のものにはありますか。該当するものに○を付けて下さい。

- 1) 院外滞在施設 : (a) ある (B) ない
- 2) 隣接の養護学校 : (a) ある (B) ない
- 3) 院内学級・訪問学級など : (a) ある (B) ない

5. 地域（診療圏）にある子どもに対する下記のサービス・施設はありますか。ある場合には利用（紹介）の有無についても該当するものに○を付けて下さい。

- 1) デイ・サービス（日帰りで利用できる支援サービス・施設）
 - (a) ある → 利用（紹介）したことが
 - (i) ある
 - (ii) ない (理由 :
 - (iii) 利用しようとしたが断られた (理由 :
 - (b) ない
 - (c) わからない
- 2) 短期入所
 - (a) ある → 利用（紹介）したことが
 - (i) ある
 - (ii) ない (理由 :
 - (iii) 利用しようとしたが断られた (理由 :
 - (b) ない
 - (c) わからない
- 3) 短期入院
 - (a) ある → 利用（紹介）したことが
 - (i) ある
 - (ii) ない (理由 :
 - (iii) 利用しようとしたが断られた (理由 :
 - (b) ない
 - (c) わからない
- 4) ホームヘルパー
 - (a) ある → 利用（紹介）したことが
 - (i) ある
 - (ii) ない (理由 :
 - (iii) 利用しようとしたが断られた (理由 :
 - (b) ない
 - (c) わからない
- 5) ボランティア
 - (a) ある → 利用（紹介）したことが
 - (i) ある
 - (ii) ない (理由 :
 - (iii) 利用しようとしたが断られた (理由 :
 - (b) ない
 - (c) わからない
- 6) その他（具体的に :) を利用（紹介）したことがある

VII. 在宅療養を進める上での問題・課題についてお伺いします。

No.10

1. 在宅療養を進める上での問題や課題がありましたらお書き下さい。

1) 家族の受け入れの問題

2) 就学に関する問題

3) 経済的な問題

4) 病院内支援サービスに関する問題

5) 病院外支援サービスに関する問題

6) その他

小児慢性特定疾患患者及び障害児の在宅療養を支えるためのモデル事業
訪問看護ステーションアンケート

アンケートにご協力いただきありがとうございます。調査用紙は9枚あります。また別紙(A3版)がついておりますので、指示に従ってお使い下さい。

各質問に記載してある回答方法をお読み下さい。特に指示のない質問については、空欄に数または文章でご記入下さい。

I. 貴事業所の概要についてお伺いします。

1. 設置主体 (該当する記号にひとつ○をつけて下さい)

- | | | | |
|------------|--------|----------|---------------|
| a.国・地方公共団体 | b.医療法人 | c.社会福祉法人 | d.公的・社会保険関係団体 |
| e.医師会 | f.看護協会 | g.民間会社 | h.その他() |

2. 開設年(19)年

3. 24時間体制をとっていますか?(○をつけて下さい)

- a.いる b.いない

4. 看護職員について

1) 看護職員合計数()名 (常勤 名・非常勤 名)

a 看護婦()名 b 准看護婦()名

c 保健婦()名 d その他()()名

2) 貴事業所勤務以前に、小児看護領域に携わった経験のある方はいらっしゃいますか?

(○をつけて下さい)

- a.あり()人 b.なし

5. 貴事業所に下記のような職種の方は所属していますか?(○をつけて下さい)

a.理学療法士 b.作業療法士 c.ソーシャルワーカー d.介護福祉士 e.その他()
f.なし

6. 1999年11月の訪問件数()件・利用者数()ケース

7. 過去に貴事業所において、小児(0歳~18歳未満)を訪問看護なさったことはありますか?

(どちらかに○をつけ、→の回答方法に従って下さい)

a. はい → 3ページ質問Ⅲからお答え下さい。

b. いいえ → 次ページ質問Ⅱへ進んで下さい。

II.今まで小児の訪問看護を実施した経験のない事業所にお伺いします。

1.今まで紹介・問い合わせ・依頼はありましたか？

a.あった。→（以下より実施しなかった理由を選択してください）

i.断った

理由

ii.紹介・問い合わせはあったが訪問には至らなかった

理由

iii.その他(内容をお書き下さい)

b.なかつた。

2.今後小児の訪問看護を実施したいと思いますか？下記の3つから選択し、記述もしてください。

1.はい

理由

2.条件が整えば実施する。

どのような条件ですか。

3.いいえ

理由

3.小児の訪問看護にご意見等がありましたらご自由にお書き下さい。

ご協力ありがとうございました。

III. 過去から現在までに、小児の訪問看護をされた内容についてお伺いします。

1. 貴事業所における過去から現在までの小児（0歳～18歳未満）の訪問看護の概要についてお聞かせします。

1) 開設から現時点までの利用者数 (ケース)

2) 1999年11月1ヶ月間の小児の訪問件数 (件) ・ 利用者数 (ケース)

3) 1999年11月1ヶ月間の小児の訪問について

① 一回の平均訪問時間 (時間)

② 1ケースあたりの平均訪問回数 (回)

4) 小児の訪問は以下のどのような体制ですか? (○をつけて下さい)

a. 受け持ち制 b. グループ制 c. その他 ()

5) 開設から現在までに貴事業所における小児の訪問看護は、どこからの紹介あるいは情報により開始しましたか? (該当するところに○をつけ、ケース数をお書き下さい。)

a. 診療所 (ケース) b. 大学病院 (ケース)

c. 小児専門病院 (ケース) d. 総合病院 (ケース)

e. 保健所 (ケース) f. 市町村・市町村保健センター (ケース)

g. 療育センター (ケース) h. 養護学校 (ケース)

i. 保育園・幼稚園・学校(養護学校を除く) (ケース)

j. 児童相談所 (ケース) k. 助産所 (ケース)

l. 家族からの直接依頼 (ケース)

m. その他 (ケース)

2. 2000年1月10日現在、小児の訪問看護を継続しているケースについて、下記の質問にお答え下さい。(1月10日現在継続しているケースがない場合は、過去1年間のケースについてお書きください。)

過去のケースで記載した場合○をつけて下さい。→ []

表中に (*) 印があるものは、別紙(責)の選択欄から該当する数字を書き込んで下さい。

その他の場合は、表中に直接記載して下さい。疾患名は表中にお書き下さい。

ケース	*1 年齢	*2 紹介経路	*3 指 示 機 関	*4 受診機関	*5 障害 程度	*6 医療処置	*7 病状	*8 医 療 券	*9 家 族 構成	*10 養育 者	*11 社会資源	*12 連携機関	*13 コ-テ-イ ズ-タ-
1													
主たる疾患													

ケース	*1 年齢	*2 紹介経路	*3 指 示 機 関	*4 受診機関	*5 障害 程度	*6 医療処置	*7 病状	*8 医 療 券	*9 家 族 構 成	*10 養 育 者	*11 社会資源	*12 連携機関	*13 ○-△ □-□
2													
3													
4													
5													
6													
7													

主たる疾患

3.左欄：現在訪問しているあ子さんのケース(ない場合は、過去1年間のケース)で、訪問時に看護婦さんが実施・指導している、あるいは過去に実施や指導を行った内容がありましたら、○をつけて下さい。

*「指導」は、実際の技術指導、注意点など知識上の指導と、「相談」も含めます。

4.右欄：下記のような援助内容について、今後小児に関して実施する意志がない項目には○印をつけて下さい。

	左欄		右欄	
	実施	指導		今後実施の意志なし
家族		子ども		
1) 呼吸系				① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪その他 ()
2) 排泄				① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭その他 ()
3) 食事・栄養				① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦その他

	実施	指導		今後実施の意志なし
		家族	子ども	
4) 輸液（栄養含む）・注射など				① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
①IVH交換 ②点滴管理 ③自己注射指導 ④皮下注射 ⑤筋肉注射 ⑥ヘパリンロックの実施 ⑦抗ガン剤の輸液管理 ⑧腹膜透析管理指導 ⑨シャント管理 ⑩その他				
5) 活動				① ② ③ ④ ⑤
①体位交換 ②運動・機能訓練 ③散歩 ④遊び ⑤生活リズムを整える ⑥その他				
6) 創部処置・服薬				① ② ③
①創傷の処置 ②褥そう処置 ③服薬指導 ④その他				
7) 疼痛管理				① ② ③
①経口・座薬 ②硬膜外・持続皮下注 ③薬物以外の疼痛除去 ④その他				
8) ターミナルケア				8)
9) 死亡時の対処・ケア				9)
10) 検査など				① ② ③ ④
①採血 ②採尿 ③血糖測定 ④心電図測定 ⑤その他				
11) 清潔				① ② ③
①入浴・シャワーなど ②入浴以外の全身・部分保清 ③口腔ケア ④その他				

	実施	指導		今後実施の意志なし
		家族	子ども	
12) 相談・指導（上記以外）				
①病状の理解と把握				①
②療養全般の指導				②
③育児指導				③
④環境整備				④
⑤社会資源の紹介と相談				⑤
⑥機器導入の紹介・指導				⑥
⑦衛生材料の調達				⑦
⑧看護介護必要物品の調達				⑧
⑨発達判断・支援				⑨
⑩精神的援助				⑩
⑪家族の健康管理				⑪
⑫緊急時の対処法				⑫
⑬その他				
13)留守番看護				13)
14)通園・通所の援助				14)
15)受診援助				15)
16)その他				16)

5.今後実施する意志のない項目について、下記に実施しない理由をいくつでもお書きください。
特定の項目に特定の理由がある場合には、その項目の横でもけっこうです。

6.小児の訪問看護を実施する上で難しいと感じている内容を選択し、○をつけて下さい。
(複数回答可) 「その他」には、内容を記述して下さい。

- a.スタッフの不足
- b.採算がとれない
- c.例のない疾患が多く手に負えない
- d.小児に関する一般的特徴・特性についての知識不足
- e.担当する子どもの発達に関する判断が困難
- f.病状の判断が難しい
- g.看護の目標（ゴール）がたてにくい
- h.子どもに対するケア技術が不十分
- i.医療機器の使い方が難しい
- j.子どもとの関わり方が難しい
- k.親との関わり方が難しい
- l.緊急時に対応する体制が整っていない。
- m.休日・夜間の対応が困難
- n.相談できる小児科医がない
- o.往診をしてくれる医師がない。
- p.利用できる社会資源が乏しい
- q.他機関との連携がうまくいかない
- r.関係する医療機関からの情報がとりににくい
- s.その他（ ）

7.今後小児の訪問看護を継続する上で、必要性が高い条件がありましたらお書き下さい。 No. 8

8.小児の在宅ケアを継続していく上でどのような社会資源が必要だと感じいらっしゃいますか？
下記にお書き下さい。

9.関係機関との連携の上で難しいと感じる内容がありましたらお書きください。

機関（記載して下さい）	難しいと感じる内容

10.小児の訪問看護を実施するまでの知識や技術の獲得やケアの方法の開拓はどのようにされていますか？（いましたか？）（複数回答可。記述欄には記載して下さい）

- a.今まで持っていた知識・技術で実施していた。
- b.専門雑誌などから c.担当ケースが受診する医療機関から
- d.外部の研修・学習会 e.ステーション内部の学習会や検討会 f.学会への参加
- g.小児の訪問看護経験者から h.知人の医療者から
- i.その他（ ）

11. 小児の訪問看護を実施する看護者の育成としてはどのようなことを実施したらよいと思われますか? 下記に自由にお書き下さい。

12. その他小児の訪問看護に関するご意見がありましたらご自由にお書きください。

お忙しい中、調査へのご協力ありがとうございました。

次の調査として、実際の訪問事例について、是非インタビューをお願いできればと考えてあります。同封のFAXでお返事いただけますと幸いです。どうぞよろしくお願ひします。

別紙 選択欄（質問Ⅲ-2）

1 年齢層 2000年1月10日現在（過去のケースの場合は終了時）

- | | | | | | |
|------|-----|-----|--------------------|--------------------|-------------|
| ①新生児 | ②乳児 | ③幼児 | ④学齢期Ⅰ
(生後28日未満) | ⑤学齢期Ⅱ
(1歳～6歳未満) | ⑥ |
| | | | (6歳～12歳未満) | | (12歳～18歳未満) |

2 訪問紹介経路 貴事業所を紹介・情報を提供した機関等

- ①診療所 ②大学病院 ③小児専門病院 ④総合病院 ⑤保健所
- ⑥市町村・市町村保健センター ⑦療育センター ⑧養護学校
- ⑨保育園・幼稚園・学校（養護学校を除く）⑩児童相談所 ⑪助産所
- ⑫家族からの直接依頼 ⑬その他（記載して下さい）

3 指示書発行機関

- ①診療所 ②大学病院 ③小児専門病院 ④総合病院
- ⑤療育センター ⑥その他（記載して下さい）

4 担当ケースの主たる受診機関

- ①診療所 ②大学病院 ③小児専門病院 ④総合病院
- ⑤療育センター ⑥その他（記載して下さい）

5 障害の程度 表中で判断し、ほぼ該当すると考えられる番号を選択し記入してください。

身体障害	知的障害		正常	軽度～中等度障害	重度障害
	表下注参照				
身体障害はない			1	2	3
日常生活が制約されながらもほぼ自立できる (軽度障害)			4	5	6
日常生活が制約され、何らかの介助を要する (中等度障害)			7	8	9
自力では動きがとれず、全介助を要する (重度障害)			10	11	12

注) 知的障害めやす 正常：現時点では、年齢相応の知的発達をしており問題ない

軽度～中等度：軽度～中等度の遅れを伴う。

重度：集団行動や日常生活は適応できたり、言語的な理解力はある程度ある。

重度：一般的な言語的理解・日常生活習慣の習得は困難

6 医療的依存度の状況 該当する内容があれば番号を記入して下さい。（複数回答可）

呼吸管管理	①人工呼吸装置	食事	⑨中心静脈栄養	排泄	⑭留置カテーテル
	②気管内挿管・気管切開		⑩経管栄養（胃ろう含む）		⑮導尿1日3回以上
	③酸素吸入		⑪経口全介助		⑯人工肛門
	④下咽頭チューブ挿入		⑫胃食道逆流を内服薬で抑制不可		⑰人工膀胱 ⑱腎ろう
	⑤吸引 1時間3回以上	消化	⑬胃食道逆流による嘔吐		⑲毎日定期的に薬を服用
	⑥ " 1日6回以上		1日3回以上		⑳さらに週3回以上臨時薬が必要
	⑦吸入 常時使用				
	⑧ " 1日3回以上				

7 病状

- ①安定 : 観察は必要で、時々発熱程度はあるが短期で回復し、その子どもなりに身体的状態は安定している。定期受診が基本。
- ②やや不安定 : 現在すぐにというわけではないが、原病や併発した疾病について再発や悪化の可能性があり、受診は頻繁に必要。
- ③かなり不安定 : 病状は不安定であり、慎重な治療や頻繁に観察などを必要とする。悪化の可能性が高く、入院の可能性も強い。
- ④重度 : ターミナルケースで病状の急変が予測されるが、在宅療養を継続している。

8. 手帳・医療券の使用

- ①障害者手帳
②療育手帳（例：東京都=愛の手帳）
③養育医療
④特定医療
⑤小児慢性特定疾患
⑥なし

9 家族構成

- ①核家族（両親のみ） ②核家族（両親と兄弟） ③核家族（片親のみ）
④核家族（片親と兄弟） ⑤拡大家族（両親と祖父母など）
⑥拡大家族（両親と兄弟と祖父母など） ⑦拡大家族（片親のみと祖父母など）
⑧拡大家族（片親と兄弟と祖父母など） ⑨その他（記述して下さい）

10 主たる養育者（介護者）

- ①母 ②父 ③祖母 ④祖父 ⑤両親の兄弟 ⑥その他（記述してください）

11 貴事業所以外に利用している社会資源やサービス

- ①保育園・幼稚園・学校（養護学校を除く） ②養護学校・訪問教育
③療育事業（保健所などの療育教室など）や企画
④ディケア・ディサービス ⑤ショートスイ ⑥保健婦訪問
⑦訪問看護（貴事業所以外）
⑧無償ボランティア ⑨有償ボランティア ⑩介護・家事サービス ⑪患者会
⑫その他の有料サービスや無償サービス（記述して下さい）

12 子どもの在宅ケアを実施するにあたり連携をとった機関と連絡方法（複数回答可）

（例：病院と連絡票で連絡をとった場合→「①— b」のように回答して下さい。）

【機関】

- ①病院 ②医院・診療所（歯科診療所も含む） ③保健所 ④市町村・保健センター
⑤児童相談所 ⑥市町村福祉センター ⑦社会福祉協議会 ⑧在宅支援センター
⑨学校・幼稚園・保育園 ⑩療育センター

【方法】 a.連絡会議で b.連絡票で c.会議をひらいて d.電話 /fax で e.出向いて

13 ケアのコーディネーター

該当ケースのケアの計画や、様々な援助の全体的な調整を、中心的に担当している
考えられる人（コーディネーターと仮に呼ぶ）をひとつ選択して下さい。

- ①訪問看護婦 ②医師 ③病院看護婦 ④病院のソーシャルワーカー
⑤保健所(センター)・市町村保健婦 ⑥児童相談所職員 ⑦療育センターの保健婦
⑧ヘルパー ⑨家族（親）自身
⑩特に中心となる人はない ⑪その他（記述して下さい）

小児慢性特定疾患患者及び障害児の在宅療養を支えるためのモデル事業
 (病院) 訪問看護部門アンケート

アンケートにご協力いただきありがとうございます。調査用紙は9枚あります。また別紙(B 4版)がついてありますので、指示に従ってお使い下さい。

各質問に記載してある回答方法をお読み下さい。特に指示のない質問については、空欄に数または文章でご記入下さい。

I. 貴病院の概要についてお伺いします。

1. 病院の設置主体 (該当する記号にひとつ○をつけて下さい)

- | | | | |
|------------|--------|----------|---------------|
| a.国・地方公共団体 | b.医療法人 | c.社会福祉法人 | d.公的・社会保険関係団体 |
| e.医師会 | f.看護協会 | g.民間会社 | h.その他() |

2. 総病床数()床

3. 貴部門(訪問看護部門)の開設年()年

4. 24時間体制をとっていますか? (○をつけて下さい)

- a.いる b.いない

5. 貴部門に所属する看護職員について

1) 看護職員合計数()名 (常勤) 名・非常勤()名

- | | |
|-----------|------------|
| a 看護婦()名 | b 准看護婦()名 |
| c 保健婦()名 | d その他()名 |

2) 貴部門勤務以前に、小児看護領域に携わった経験のある方はいらっしゃいますか?

(○をつけて下さい)

- a.あり()人 b.なし

6. 貴部門に看護職以外の職員はいらっしゃいますか? (○をつけて下さい)

- a.理学療法士 b.作業療法士 c.ソーシャルワーカー d.介護福祉士 e.事務職
 f.その他() g.なし

7. 1999年11月の訪問件数()件・利用者数()ヶス)

8. 過去に貴部門において、小児(0歳~18歳未満)を訪問看護なさったことはありますか?
 (どちらかに○をつけ、→の回答方法に従って下さい)

a.はい→3ページ質問Ⅲからお答え下さい。

b.いいえ→次ページ質問Ⅱへ進んで下さい。

II.今まで小児の訪問看護を実施した経験のない訪問看護部門にお伺いします。

1.今まで紹介・問い合わせ・依頼はありましたか?

a.あつた。→(以下より実施しなかった理由を選択してください)

i.断つた

理由

ii.紹介・問い合わせはあつたが訪問には至らなかつた

理由

iii.その他(内容をお書き下さい)

b.なかつた。

2.今後小児の訪問看護を実施したいと思いますか?下記の3つから選択し、記述もしてください。

1.はい

理由

2.条件が整えば実施する。

どのような条件ですか。

3.いいえ

理由

3.小児の訪問看護にご意見等がありましたらご自由にお書き下さい。

ご協力ありがとうございました。

III. 過去から現在までに、小児の訪問看護をされた内容についてお伺いします。

1. 貴訪問看護部門における過去から現在までの小児（0歳～18歳未満）の訪問看護の概要についてお聞きします。

1) 開設から現時点までの利用者数 (ケース)

2) 1999年11月1ヶ月間の小児の訪問件数 (件) ・ 利用者数 (ケース)

3) 1999年11月1ヶ月間の小児の訪問について

① 一回の平均訪問時間 (時間)

② 1ケースあたりの平均訪問回数 (回)

4) 小児の訪問は以下のどのような体制ですか？(○をつけて下さい)

a. 受け持ち制 b. グループ制 c. その他 ()

5) 他病院・施設や機関より訪問看護を目的として紹介された小児のケースは過去から現在までありましたか？あつた場合、どのような施設・機関からか何ケースあつたかお書き下さい。

a. 診療所 (ケース) b. 大学病院 (ケース)

c. 小児専門病院 (ケース) d. 総合病院 (ケース)

e. 保健所 (ケース) f. 市町村・市町村保健センター (ケース)

g. 療育センター (ケース) h. 養護学校 (ケース)

i. 保育園・幼稚園・学校 (養護学校を除く) (ケース)

j. 児童相談所 (ケース) k. 助産所 (ケース)

l. 家族からの直接依頼 (ケース)

m. その他 () (ケース)

2. 2000年1月10日現在、小児の訪問看護を継続しているケースについて、下記の質問にお答え下さい。(1月10日現在継続しているケースがない場合は、過去1年間のケースについてお書きください。)

過去のケースで記載した場合○をつけて下さい。→ []

表中に (*) 印があるものは、別紙(青)の選択欄から該当する数字を書き込んで下さい。

その他の場合は、表中に直接記載して下さい。疾患名は表中にお書き下さい。

ケース	*1 年齢	*2 障害程度	*3 医療処置	*4 病状	*5 医療券	*6 家族構成	*7 養育者	*8 社会資源	*9 連携機関	*10 コ-ティ-タ-
1										
主たる疾患										

ケース	*1 年齢	*2 障害程度	*3 医療処置	*4 病状	*5 医療券	*6 家族構成	*7 養育者	*8 社会資源	*9 連携機関	*10 J-テ 12-9-
2										
3										
4										
5										
6										
7										

主たる疾患

3.左欄：現在訪問しているお子さんのケース(ない場合は、過去1年間のケース)で、訪問時に看護婦さんが実施・指導している、あるいは過去に実施や指導を行った内容がありましたら、○をつけて下さい。

*「指導」は、実際の技術指導、注意点など知識上の指導と、「相談」も含めます。

4.右欄：下記のような援助内容について、今後小児に関して実施する意志がない項目には○印をつけて下さい。

		左欄				右欄	
		実施		指導			
		家族	子ども			今後実施の意志なし	
1) 呼吸系							①
①吸入							②
②理学的排痰法							③
③口・鼻からの吸引							④
④気管カーネからの吸引							⑤
⑤挿管チューブからの吸引							⑥
⑥エアウエイの交換							⑦
⑦気管カーネの交換							⑧
⑧人工呼吸器管理							⑨
⑨在宅酸素療法管理							⑩
⑩呼吸状態の判断							
⑪その他 ()							
2) 排泄							①
①導尿							②
②膀胱洗浄							③
③自己導尿							④
④人工肛門処置							⑤
⑤ブジー (バイカ - 機器)							⑥
⑥圧迫排尿							⑦
⑦圧迫排便・摘便							⑧
⑧浣腸							⑨
⑨便秘時の薬物管理 (浣腸以外)							⑩
⑩排泄状態の判断							⑪
⑪留置カテーテル管理							⑫
⑫あむつ交換							⑬
⑬トイレットトレーニング							
⑭その他 ()							
3) 食事・栄養							①
①栄養状態の判断							②
②経鼻経管栄養 (注入)							③
③胃ろう・腸ろう経管栄養 (注入)							④
④経鼻・胃チューブ交換							⑤
⑤栄養・離乳食指導							⑥
⑥食事介助							
⑦その他							

	実施	指導		今後実施の意志なし
		家族	子ども	
4) 輸液（栄養含む）・注射など				
①IVH交換				①
②点滴管理				②
③自己注射指導				③
④皮下注射				④
⑤筋肉注射				⑤
⑥ヘパリンロックの実施				⑥
⑦抗ガン剤の輸液管理				⑦
⑧腹膜透析管理指導				⑧
⑨シャント管理				⑨
⑩その他				
5) 活動				
①体位交換				①
②運動・機能訓練				②
③散歩				③
④遊び				④
⑤生活リズムを整える				⑤
⑥その他				
6) 創部処置・服薬				
①創傷の処置				①
②褥そう処置				②
③服薬指導				③
④その他				
7) 疼痛管理				
①経口・座薬				①
②硬膜外・持続皮下注				②
③薬物以外の疼痛除去				③
④その他				
8) ターミナルケア				8)
9) 死亡時の対処・ケア				9)
10) 検査など				
①採血				①
②採尿				②
③血糖測定				③
④心電図測定				④
⑤その他				
11) 清潔				
①入浴・シャワ-など				①
②入浴以外の全身・部分保清				②
③口腔ケア				③
④その他				

	実施	指導		今後実施の意志なし
		家族	子ども	
12) 相談・指導（上記以外）				
①病状の理解と把握				①
②療養全般の指導				②
③育児指導				③
④環境整備				④
⑤社会資源の紹介と相談				⑤
⑥機器導入の紹介・指導				⑥
⑦衛生材料の調達				⑦
⑧看護介護必要物品の調達				⑧
⑨発達判断・支援				⑨
⑩精神的援助				⑩
⑪家族の健康管理				⑪
⑫緊急時の対処法				⑫
⑬その他				⑬
13)留守番看護				13)
14)通園・通所の援助				14)
15)受診援助				15)
16)その他				16)

5.今後実施する意志のない項目について、下記に実施しない理由をいくつでもお書きください。特定の項目に特定の理由がある場合には、その項目の横でもけっこうです。

6.小児の訪問看護を実施する上で難しいと感じている内容を選択し、○をつけて下さい。
(複数回答可) 「その他」には、内容を記述して下さい。

- a.スタッフの不足
- b .採算がとれない
- c.例のない疾患が多く手に負えない
- d.小児に関する一般的特徴・特性についての知識不足
- e.担当する子どもの発達に関する判断が困難
- f.病状の判断が難しい
- g.看護の目標（ゴール）がたてにくい
- h.子どもに対するケア技術が不十分
- i.医療機器の使い方が難しい
- j.子どもとの関わり方が難しい
- k.親との関わり方が難しい
- l.緊急時に対応する体制が整っていない。
- m.休日・夜間の対応が困難
- n.相談できる小児科医がない
- o.往診をしてくれる医師がない。
- p.利用できる社会資源が乏しい
- q.院内の他部門との連携がうまくいかない
- r.他施設・機関との連絡がうまくいかない
- s.関係する医療機関からの情報がとりににくい
- t.その他（ ）

7.今後小児の訪問看護を継続する上で、必要性が高い条件がありましたらお書き下さい。

No. 8

8. 小児の在宅ケアを継続していく上でどのような社会資源が必要だと感じいらっしゃいますか？
下記にお書き下さい。

9. 関係機関との連携の上で難しいと感じる内容がありましたらお書きください。

機関（記載して下さい）	難しいと感じる内容

10. 小児の訪問看護を実施するまでの知識や技術の獲得やケアの方法の開拓はどのようにされていますか？（いましたか？）（複数回答可。記述欄には記載して下さい）

- a.今まで持っていた知識・技術で実施していた。
 - b.専門雑誌などから c.病棟や外来から
 - d.外部の研修・学習会 e.訪問部門内部の学習会や検討会 f.学会への参加
 - g.小児の訪問看護経験者から h.知人の医療者から
 - i.その他 ()

11. 小児の訪問看護を実施する看護者の育成としてはどのようなことを実施したらよいと思われますか？下記に自由にお書き下さい。

12. その他小児の訪問看護に関するご意見がありましたらご自由にお書きください。

お忙しい中、調査へのご協力ありがとうございました。

次の調査として、実際の訪問事例について、是非インタビューをお願いできればと考えてあります。同封のFAXでお返事いただけますと幸いです。どうぞよろしくお願ひします。

別紙 選択欄（質問Ⅲ-2）

1 年齢層 2000年1月10日現在（過去のケースの場合は終了時）

- ①新生児 ②乳児 ③幼児 ④学齢期Ⅰ
 (生後28日未満) (0歳～1歳未満) (1歳～6歳未満) (6歳～12歳未満)
- ⑤学齢期Ⅱ
 (12歳～18歳未満)

2 障害の程度 表中で判断し、ほぼ該当すると考えられる番号を選択し記入してください。

身体障害	知的障害 表下注参照	正常	軽度～中等度 障害	重度 障害
身体障害はない		1	2	3
日常生活が制約されながらもほぼ自立できる (軽度障害)		4	5	6
日常生活が制約され、何らかの介助を要する (中等度障害)		7	8	9
自力では動きがとれず、全介助を要する (重度障害)		10	11	12

注) 知的障害めやす 正常：現時点では、年齢相応の知的発達をしており問題ない

軽度～中等度：軽度～中等度の遅れを伴う。

集団行動や日常生活は適応できたり、言語的な理解力はある程度ある。

重度：一般的な言語的理解・日常生活習慣の習得は困難

3 医療的依存度の状況 該当する内容があれば番号を記入して下さい。（複数回答可）

呼吸 管 理	①人工呼吸装置 ②気管内挿管・気管切開 ③酸素吸入 ④下咽頭チューブ挿入 ⑤吸引 1時間3回以上 ⑥ " 1日6回以上 ⑦吸入 常時使用 ⑧ " 1日3回以上	食事	⑨中心静脈栄養 ⑩経管栄養（胃ろう含む） ⑪経口全介助	排泄	⑭留置カテーテル ⑮導尿1日3回以上 ⑯人工肛門 ⑰人工膀胱 ⑱腎ろう
		消化	⑫胃食道逆流を内服薬で抑制不可 ⑬胃食道逆流による嘔吐 1日3回以上	痙攣	⑯毎日定期的に薬を服用 ⑰さらに週3回以上臨時薬が必要

4 病状

- ①安定：観察は必要で、時々発熱程度はあるが短期で回復し、その子どもなりに身体的状態は安定している。定期受診が基本。
- ②やや不安定：現在すぐにというわけではないが、原病や併発した疾病について再発や悪化の可能性があり、受診は頻繁に必要。
- ③かなり不安定：病状は不安定であり、慎重な治療や頻繁に観察などを必要とする。悪化の可能性が高く、入院の可能性も強い。
- ④重度：ターミナルケースで病状の急変が予測されるが、在宅療養を継続している。

5.手帳・医療券の使用

- ①障害者手帳
- ②療育手帳（例：東京都=愛の手帳）
- ③養育医療
- ④特定医療
- ⑤小児慢性特定疾患
- ⑥なし

6 家族構成

- ①核家族（両親のみ）
- ②核家族（両親と兄弟）
- ③核家族（片親のみ）
- ④核家族（片親と兄弟）
- ⑤拡大家族（両親と祖父母など）
- ⑥拡大家族（両親と兄弟と祖父母など）
- ⑦拡大家族（片親のみと祖父母など）
- ⑧拡大家族（片親と兄弟と祖父母など）
- ⑨その他（記述して下さい）

7 主たる養育者（介護者）

- ①母
- ②父
- ③祖母
- ④祖父
- ⑤両親の兄弟
- ⑥その他（記述してください）

8 貴訪問看護部門以外に利用している社会資源やサービス

- ①保育園・幼稚園・学校（養護学校を除く）
- ②養護学校・訪問教育
- ③療育事業（保健所などの療育教室など）
- ④デイケア・デイサービス
- ⑤ショートステイ
- ⑥保健婦訪問
- ⑦訪問看護（貴事業所以外）
- ⑧無償ボランティア
- ⑨有償ボランティア
- ⑩介護・家事サービス
- ⑪患者会
- ⑫その他の有料サービスや無償サービス（記述して下さい）

9 子どもの在宅ケアを実施するにあたり連携をとった機関と連絡方法（複数回答可）

（例：他病院と連絡票で連絡をとった場合→「②-b」のように回答して下さい。）

【機関】

- ①病院内他部門
- ②他病院
- ③医院・診療所（歯科診療所も含む）
- ④保健所
- ⑤市町村・保健センター
- ⑥児童相談所
- ⑦市町村福祉センター
- ⑧社会福祉協議会
- ⑨在宅支援センター
- ⑩学校・幼稚園・保育園
- ⑪療育センター

【方法】 a.連絡会議で b.連絡票で c.会議をひらいて d.電話 /fax で e.出向いて

10 ケアのコーディネーター

該当ケースのケアの計画や、様々な援助の全体的な調整を、中心的に担当している考え方される人（コーディネーターと仮に呼ぶ）をひとつ選択して下さい。

- ①貴病院の訪問看護婦
- ②他の機関・事業所からの訪問看護婦
- ③医師
- ④病院内看護婦
- ⑤病院のソーシャルワーカー
- ⑥保健所(セタ-)・市町村保健婦
- ⑦児童相談所職員
- ⑧療育センターの保健婦
- ⑨家族（親）自身
- ⑩特に中心となる人はない
- ⑪その他（記述して下さい）

医療機関用

事例調査用紙

調査日時：

対象者：_____

調査者：_____

病院について

1. 病院名：_____ 所在地：_____ 都道府県

2. 設置主体：（該当する番号に○。その他は（ ）内に具体的に。）

- 1) 国立病院 2) 国立療養所 3) 国（文部省） 4) 国（その他）
 5) 都道府県 6) 市町村 7) 日赤 8) 濟生会
 9) 厚生連 10) 医療法人 11) 学校法人 12) その他（ ）

3. 病院の種類：（該当する番号に○。その他は（ ）内に具体的に。）

- 1) 総合病院 2) 小児専門病院 3) その他（ ）

4. 病院の併設施設（該当するもの全てに○を。その他は（ ）内に具体的に。）

- 1) 訪問看護ステーション 2) 在宅介護支援センター
 3) 患者・家族向け宿泊・滞在の施設・設備 4) その他（ ）

5. 病院内の在宅療養推進のための委員会等

（該当するものに○。ありの場合は名称）

- 1) あり

委員会等の名称（ ）

- 2) なし

面接対象者について（複数の場合全て、主となる人に○印を付ける）

1. 役職・仕事内容

役職：（現在）

（事例当時）

事例当時の仕事内容・事例との関わり：

2. 経験年数

看護婦として_____年、

そのうち小児に関わっている年数_____年

そのうち外来で小児に関わった年数_____年

ケースについて**1. 入退院**

発病年齢：歳

話していただく移行過程について

入院：年月（歳）入院時病名：

(合併症)：

退院：年月（歳）退院時病名：

(合併症)：

入院歴について：

回数	年齢	期間	入院先	入院形態	入院目的
初			当・他	緊急・予約・転院	経過観察・治療・検査・その他()
			当・他	緊急・予約・転院	経過観察・治療・検査・その他()
			当・他	緊急・予約・転院	経過観察・治療・検査・その他()
			当・他	緊急・予約・転院	経過観察・治療・検査・その他()

2. 医療的ケア・療養上の問題

-1 在宅療養において必要な医療的ケアと状況（該当するもの全てに○、1-16）は頻度を記入)

処置の種類	処置頻度 (回/日・週)	処置の種類	処置頻度 (回/日・週)
1) 自己注射		9) 持続陽圧呼吸療法	
2) 自己腹膜灌流		10) 人工肛門	
3) 血液透析		11) 人工膀胱	
4) 酸素療法		12) 気管切開	
5) 中心静脈栄養法		13) 留置カテーテル	
6) 成分栄養、経管栄養		14) ドレーン挿入 (部位/種類)	
7) 自己導尿		15) 気道内吸引	
8) 人工呼吸		16) 自己疼痛管理	
17) 寝たきり		20) 療養住環境が整わない	
18) 親または保護者が在宅療養が必要な患児の日常生活の世話（例：服薬・食事管理など）ができない		21) 重症心身障害児	
19) 喘息や腎疾患、膠原病などの自己コントロール		22) ターミナル	
23) その他()			

- 2 医療的ケアに伴う処置（以下の内容を空欄または7枚目に記載）

- 処置のための準備・器械/器具の消毒/洗浄（準備内容・器械/器具名・消毒/洗浄方法・頻度など）
- 部位の消毒（部位名・消毒方法・頻度など）・包帯等の交換（部位名・頻度など）
- 薬液などの注入（薬液の種類・方法・頻度など）
- 器具などの挿入（種類・方法・頻度など）

- 3 医療的ケアのために備えている医療機器および必要物品

- 4 医療的ケアに伴う経済的負担・住宅問題など

3. 子どもについて

- 1 ADL（該当するものに○）

- 1) 移動 ①全面的に介助 ②車椅子 ③歩行時要介助 ④歩行可能
- 2) 衣服の着脱 ①全くできない ②殆ど介助 ③少し介助 ④できる
- 3) 食事 ①全くできない ②殆ど介助 ③少し介助 ④できる
- 4) 排泄 ①全くできない ②殆ど介助 ③少し介助 ④できる
- 5) 入浴/清潔 ①全くできない ②殆ど介助 ③少し介助 ④できる

- 2 コミュニケーション（該当するものに○）

- ①言葉・動作で全く訴えがわからない
- ②言葉・動作で殆ど訴えがわからない
- ③言葉では難しいが慣れれば子どもの動作で訴えが少しわかる
- ④慣れれば子どもの言葉や動作で訴えが少しわかる
- ⑤言葉では難しいが子どもの動作から訴えがだいたいわかる
- ⑥子どもの言葉や動作で訴えがだいたいわかる
- ⑦コミュニケーションの問題はない

- 3 問題となる症状や行動（該当するものに○）

- 1) なし 2) あり（具体的に：

- 4 継続医療のための受診について

- ①受診の必要性・頻度： 回/週・月・年
- ②受診機関：当該病院・他の医療施設
- ③受診機関までの距離・所要時間：
- ④緊急時に受診できる医療機関：1) なし 2) あり (距離・所要時間：)

4. 家族について

- 1 家族構成 (該当するもの全てに○と年齢を。同胞は年齢の後に継柄を。)

- 1) 父 (年齢) 2) 母 (年齢)
- 3) 祖母 (父方・母方) (年齢) 4) 祖父 (父方・母方) (年齢)
- 5) 同胞 (年齢) (年齢) (年齢) (年齢) (年齢)
- 6) その他 (継柄： 年齢： 年齢)

- 2 家族の職業・居住地域など

5. 介護者について (該当するもの一つに○)

- 1 主な介護者： 1) 母 2) 父 3) 祖母 4) 祖父 5) その他 ()
- 2 主な介護者の健康状態： 1) 良好
2) 問題あり (具体的に：)
- 3 主な介護者の負担：
- 4 介護の代替者： 1) なし
2) あり (誰：)
- 5 相談相手・キーパーソン： 1) なし
2) あり (誰：)
- 6 家族の協力：
- 7 退院時の家族の問題：なし・あり・予測した (ありor予測の場合は具体的に)
- 8 家族と子どもの関係：

6. 社会資源などの活用状況 (該当するもの全てに○)

- 1 場所・制度
 - 1) 保健所・保健センター 2) 児童相談所 3) 福祉事務所・福祉センター 4) 社会福祉協議会
 - 5) 訪問看護ステーション 6) 在宅支援センター 7) ベビーシッター会社 (民間)
 - 8) 緊急一時保護預かり (短期入所・短期入院) 9) デイケア施設 10) 保育ママ制度
 - 12) 電話相談 () 13) その他 ()
- 2 人
 - 1) 親族 2) 近隣者 3) 民生委員 4) ホームヘルパー 5) 患者会メンバー
 - 6) ボランティア 7) 友人 8) その他 ()
- 3 集団生活
 - 1) なし 2) 保育園 3) 幼稚園 4) 小学校 (普通・養護) 5) 中学校 (普通・養護)
 - 6) その他 ()
- 3 医療費
 - 1) 未熟児養育医療 2) 育成医療 3) 小児慢性特定疾患治療研究事業
 - 4) 特定疾患治療研究事業 5) 健康保険 6) 生活保護 7) その他

[在宅への移行過程について] (7枚目参照)**1. 退院の決定に関して**

- 1 このケースにおいて退院の話が出たきっかけ（どのようなことから誰が）
- 2 当該病院で在宅を決定するうえでの条件など：なし・あり（具体的に：）
- 3 このケースにおいて、退院の話が出てから退院が決定するまでの経緯
 - 1) 関係者が全員退院を受け入れ、すぐに退院が決定（関係した人/職種・関わり・調整・流れ）
 - 2) 退院に関して反対者や不安を持つ者がいて、退院の話が出てから決定するまでに調整が必要
→退院の決定において問題となったことおよびその解決方法
(問題は所在を明確に—子どもの要因・家族の要因・スタッフ側の要因などを具体的に)
(関係した人/職種・関わり・調整・流れ—カンファレンスの有無・回数・出席者、親や子どもの関与の有無など)

2. 退院が決定してから退院までの経過

- 1 中心となった人/職種と役割（具体的に）
- 2 当該病院における退院に関するシステム、またはこのケースにおける流れ・関与した人と役割
退院に関しての連携（連携の範囲/人・職種、具体的な調整/連携方法/カンファレンスなど、
経時的に）
- 3 退院に関して病院外との連携（連携の範囲/人・職種、具体的な調整/連携方法など）
- 4 退院計画について
 - 1) 退院計画全体のマニュアル：1) なし 2) あり（主な内容：）
 - 2) 指導マニュアル：1) なし 2) あり（主な内容：）
 - 3) 試験外泊：
<院内外泊>1) 行わなかった 2) 行いたかったが_____のため行えなかった
3) 行った（その結果：
<院外（自宅）外泊>1) 行わなかった 2) 行いたかったが_____のため行えなかった
3) 行った（その結果：

- 5 退院までの経過において問題となったこと・解決方法

(問題：所在を明確に—子どもの要因・家族の要因・スタッフ側の要因などを具体的に)

3. 退院後の経過（その後のフォローの状況・在宅療養の状態・再入院の有無・その他）

4. この事例において

1) うまくいった点とその理由

2) うまくいかなかった点とその理由

3) この事例における看護としての評価

追加

①在宅にもっていきたいが持つていけないあるいは難しいケースの経験：

- 1) なし
- 2) あり →どのような理由で在宅にできないのか：

②退院計画をきちんと立てて行うケースと行わないケースの違い

プログラム作成（時期・中心人物＊・どんな内容）

事例調査-7

退院が決定する時点から、退院後のフォローまでの流れと内容

マニュアル：退院計画（無 有）
指導用（無 有）
↓

退院計画に関わった院内の職種・院外の他機関
(←：関わりはじめ、→：関わり終わり、縦線：ケースカウンタレンス、縦線上●：カンファレンス出席者、赤：依頼（方法を書く）、青：報告（方法を書く）、その他関わりのきっかけなど)

- ⑧ -----
- ⑦ -----
- ⑥ -----
- ⑤ -----
- ④ -----
- ③ -----
- ②主治医 -----
- ① 看護婦 -----

（退院計画への関与）

決定

子親

退院

退院決定の経緯

（全体像）

子ども（退院に向けての問題/状況）

子ども・家族の
退院後の状況

家族（退院に向けての問題/状況）

訪問看護ステーションおよび訪問看護部への事例調査

面接でお聞きしたい内容

1. 援助をする際に看護計画を立案されているか否か。

① 立案している場合には、その立案時期、評価、カンファレンスの持ち方等について

② ケースによって違う場合は、どのようなケースで立案をするのか

2. 対象ケースのかかわりの経過

① 対象ケースにおいて何が看護問題となっていたのか。対象児と対象家族に関する問題を1つずつ挙げて下さい。

② それぞれの問題について、対象ケースへのかかわりを時間を追ってその経過をお尋ねします。

—どのような状況があったのか

—どのような判断をし、どのような対応（援助）したのか

必要とされた技術や知識、活用した社会資源、他機関との連携 等

—援助の結果は

3. 対象ケースとのかかわりの中で、特に準備したことや工夫したこと（記録の方法、他施設との連携等）があるか／あったか

4. 対象ケースにかかわる上で活用している／したマニュアルがあるか

5. 最終的に対象ケースとのかかわりを振り返っての全体の感想

・上手くいった点とその要因

・上手く行かなかった点とその要因

・今後の訪問事例につなげている事柄

I. 対象ケースについて以下の項目についてお答え下さい。

1 本事例を挙げた理由

2 年齢・性別 訪問していた時点での対象児の年齢 (歳ヶ月)
別

性別 (男・女)

3 訪問紹介経路 貴事業所を対象ケースに紹介・情報を提供した機関等

- ① 診療所 ②大学病院 ③小児専門病院 ④総合病院 ⑤保健所
- ⑥ 市町村・市町村保健センター ⑦療育センター ⑧養護学校
- ⑨ 保育園・幼稚園・学校(養護学校を除く) ⑩児童相談所 ⑪助産所
- ⑫ 家族からの直接依頼 ⑬その他(記載して下さい)

4 指示書発行機関

- ① 診療所 ②大学病院 ③小児専門病院 ④総合病院
- ⑤ 療育センター ⑥その他(記載して下さい)

5 対象ケースの主たる受診機関

- ① 診療所 ②大学病院 ③小児専門病院 ④総合病院
- ⑤ 療育センター ⑥その他(記載して下さい)

6 疾患名

7 障害の程度 表中で判断し、ほぼ該当すると考えられる番号を選択し記入してください。

身体障害 表下注参照	知的障害		
	正常	軽度～中等度 障害	重度 障害
身体障害はない	1	2	3
日常生活が制約されながらもほぼ自立できる (軽度障害)	4	5	6
日常生活が制約され、何らかの介助を要する (中等度障害)	7	8	9
自力では動きがとれず、全介助を要する (重度障害)	10	11	12

注) 知的障害めやす 正常 : 現時点では、年齢相応の知的発達をしており問題ない

軽度～中等度 : 軽度～中等度の遅れを伴う。

重度 : 集団行動や日常生活は適応できたり、言語的な理解力はある程度ある。

重複 : 一般的な言語的理解・日常生活習慣の習得は困難

8 医療的依存度の状況 該当する内容があれば番号を記入して下さい。(複数回答可)

呼吸管理	①人工呼吸装置 ②気管内挿管・気管切開 ③酸素吸入 ④下咽頭チューブ挿入 ⑤吸引 1時間3回以上 ⑥ " 1日6回以上 ⑦吸入 常時使用 ⑧ " 1日3回以上	食事	⑨中心静脈栄養 ⑩経管栄養(胃ろう含む) ⑪経口全介助	排泄	⑭留置カテーテル ⑮導尿1日3回以上 ⑯人工肛門 ⑰人工膀胱 ⑱腎ろう
			⑫胃食道逆流を内服薬で抑制不可 ⑬胃食道逆流による嘔吐 1日3回以上		⑯痙攣 ⑯毎日定期的に薬を服用 ⑳さらに週3回以上臨時薬が必要
		消化		痙攣	

9 病状

- ①安定 : 観察は必要で、時々発熱程度はあるが短期で回復し、その子どもなりに身体的状態は安定している。定期受診が基本。
- ②やや不安定 : 現在すぐにというわけではないが、原病や併発した疾病について再発や悪化の可能性があり、受診は頻繁に必要。
- ③かなり不安定 : 病状は不安定であり、慎重な治療や頻繁に観察などを必要とする。悪化の可能性が高く、入院の可能性も強い。
- ④重度 : ターミナルケースで病状の急変が予測されるが、在宅療養を継続している。

10 手帳・医療券の使用

- ①障害者手帳 ②療育手帳（例：東京都=愛の手帳） ③養育医療
 ④特定医療 ⑤小児慢性特定疾患 ⑥なし

11 家族構成

- ①核家族（両親のみ） ②核家族（両親と兄弟） ③核家族（片親のみ）
 ④核家族（片親と兄弟） ⑤拡大家族（両親と祖父母など）
 ⑥拡大家族（両親と兄弟と祖父母など） ⑦拡大家族（片親のみと祖父母など）
 ⑧拡大家族（片親と兄弟と祖父母など） ⑨その他（記述して下さい）

12 主たる養育者（介護者）

- ①母 ②父 ③祖母 ④祖父 ⑤両親の兄弟 ⑥その他（記述してください）

13 貴事業所以外に利用していた（あるいはしている）社会資源やサービス

- ①保育園・幼稚園・学校（養護学校を除く） ②養護学校・訪問教育
 ③療育事業（保健所などの療育教室など）や企画
 ④デイケア・デイサービス ⑤ショートステイ ⑥保健婦訪問
 ⑦訪問看護（貴事業所以外）
 ⑧無償ボランティア ⑨有償ボランティア ⑩介護・家事サービス ⑪患者会
 ⑫その他の有料サービスや無償サービス（記述して下さい）

14 子どもの在宅ケアを実施するにあたり連携をとった機関と連絡方法 (複数回答可)
 (例：病院と連絡票で連絡をとった場合→「①-b」のように回答して下さい。)**【機関】**

- ①病院 ②医院・診療所（歯科診療所も含む） ③保健所 ④市町村・保健センター
 ⑤児童相談所 ⑥市町村福祉センター ⑦社会福祉協議会 ⑧在宅支援センター
 ⑨学校・幼稚園・保育園 ⑩療育センター

【方法】 a.連絡会議で b.連絡票で c.会議をひらいて d.電話 /fax で e.出向いて

15 ケアのコーディネーター

該当ケースのケアの計画や、様々な援助の全体的な調整を、中心的に担当している
 考えられる人（コーディネーターと仮に呼ぶ）をひとつ選択して下さい。

- ①訪問看護婦 ②医師 ③病院看護婦 ④病院のソーシャルワーカー
 ⑤保健所(センター)・市町村保健婦 ⑥児童相談所職員 ⑦療育センターの保健婦
 ⑧ヘルパー ⑨家族（親）自身 ⑩特に中心となる人はない
 ⑪その他（記述して下さい）

16 訪問期間

年 ケ月 (訪問は終了している、現在も継続中)

II. 今回お話をうながす際に、対象ケースに関わった際の、看護体制等についてお伺いします。

1) 対象ケースにはどのような体制で訪問看護を行いましたか? (○をつけて下さい)

- a. 受け持ち制 b. グループ制 (名) c. その他 ()

2) 対象ケースに関わった看護婦さんの看護歴をお書き下さい。

看護者	看護経験年数 年	小児看護経験年数 年	訪問看護経験年数 年
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

この事業は、社会福祉・医療事業団（子育て支援基金）の助成金の交付により
行ったものです。

**小児慢性特定疾患患児および障害児の在宅療養を
支えるためのモデル事業 報告書**

2000年3月発行

編集・発行 社団法人 全国訪問看護事業協会
〒160-0022 東京都新宿区新宿1-3-8
Y K B 新宿御苑ビル 1001
TEL03-3351-5898 FAX03-3351-5938

印刷 (有) 太田印刷



